



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

## ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ



ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ: ΡΟΜΠΟΓΙΑΝΝΑΚΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2006

*To be, or not to be: that is the question*

*Shakespeare, Amlet*

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	1
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο</b>	
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ - ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ .....	3
1.1. Ιστορική αναδρομή.....	3
1.2. Εννοιολογικές προσεγγίσεις .....	7
1.2.1. Ευθανασία.....	7
1.2.2. Έννοια του θανάτου.....	9
1.2.3. Έννοιες ανιάτου και πόνου.....	12
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο</b>	
ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ- ΘΡΗΣΚΕΙΕΣ-ΦΙΛΟΣΟΦΙΕΣ .....	14
2.1. Ορθοδοξία.....	14
2.2. Καθολικισμός.....	14
2.3. Βουδισμός.....	15
2.4. Ινδουισμός .....	16
2.5. Ισλαμισμός.....	17
2.6. Ιουδαϊσμός .....	17
2.7. Ηθική φιλοσοφία .....	18
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο</b>	
ΕΙΔΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ .....	21
3.1. Γενικά .....	21
3.2. Εκούσια ευθανασία.....	21
3.3. Ακούσια ευθανασία .....	22
3.4. Παθητική ευθανασία.....	23
3.4.1. Ευθανασία δια της μη ανανήψεως.....	24
3.4.2. Διαθήκη εν ζωή (Living Will) .....	24
3.4.3. Ορθοθανασία .....	26
3.4.4. Επιταχυθανασία .....	26

3.4.5. Λυσθανασία .....	26
-------------------------	----

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο**

Η ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΥΠΟ ΤΟ ΠΡΙΣΜΑ ΤΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ .....	27
4.1. Γενικά .....	27
4.2. Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.....	28
4.3. Αλλοδαπό Δίκαιο.....	31
4.3.1. Ηνωμένο Βασίλειο και Ιρλανδία .....	33
4.3.2. Ολλανδία.....	33
4.3.3. Γαλλία.....	36
4.4. Ελληνικό Δίκαιο .....	37
4.4.1. Η συνταγματική και νομική διάσταση.....	37
4.4.2. Σκιαγράφηση του νομικού καθεστώτος.....	40
Ενεργητική ευθανασία.....	40
Έμμεση ευθανασία.....	40
Παθητική ευθανασία.....	40
4.4.3. Σύνοψη γενικών διατάξεων Ποινικού Κώδικα.....	41
4.5. Συγκριτικές παρατηρήσεις.....	42

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο**

ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ .....	44
5.1. Η περίπτωση της κυρίας Diane Pretty .....	44
5.2. «Θανατηφόρος» απαίτηση .....	48
5.3. Ιατρική βοήθεια στην αυτοκτονία .....	49
5.4. Ευθανασία σε νεογέννητο.....	51
5.5. Παθητική ευθανασία.....	51
5.6. Διακοπή τεχνητής τροφής και σίτισης.....	52
5.7. Η περίπτωση της Τέρι Σκιάβο .....	53
5.8. Δικαστικές υποθέσεων που αφορούν περιπτώσεις άρνησης της θεραπείας στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής.....	55

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο**

ΥΠΕΡΜΑΧΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΕΜΙΟΙ .....	57
6.1. Γενικά .....	57
6.2. Οι υπέρμαχοι της ευθανασίας.....	57
6.3. Οι πολέμιοι της ευθανασίας.....	61

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο**

ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΙΛΗΜΜΑ.....	68
7.1. Γενικά .....	68
7.2. Ο ρόλος του ιατρού και των άλλων.....	69
7.3. Δεοντολογία και συνεπειοκρατία .....	69

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8ο**

ΕΡΕΥΝΕΣ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ .....	75
8.1. Δημοσκοπήσεις.....	75
8.2. Η άποψη των ασθενών.....	79
8.3. Η άποψη των ιατρών.....	80
8.4. Αιτήσεις και εφαρμογές ευθανασίας .....	83

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9ο**

ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΚΑΙ ΤΕΧΝΗ.....	86
9.1. Λογοτεχνία.....	86
9.2. Θέατρο .....	89

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	94
--------------------	----

ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	97
---------------	----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	99
--------------------	----

## ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

CPR Cardiopulmonary Resuscitation (βλ. και ΚΠΑ)

Ε.Ε. Ευρωπαϊκή Ένωση

εκδ. Εκδόσεις

ΕΟΚ Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα

ΕΣΔΑ Ευρωπαϊκή Σύμβαση Δικαιωμάτων του Ανθρώπου

ΗΠΑ Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

IASP International Association for the Study of Pain (διεθνής οργανισμός μελέτης πόνου)

ΚΑΤ Κέντρο Αντιμετώπισης Τραυματιών

ΚΠΑ Καρδιοαπνευμονική ανάνηψη

ΜΕΘ Μονάδα(ες) Εντατικής Θεραπείας

ΟΗΕ Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών

ό.π. Όπου παραπάνω

Π.Κ. Ποινικός Κώδικας

π.Χ. Προ Χριστού

ΣΕΑΑ Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS)

σελ. Σελίδα ή σελίδες

St Saint – Άγιος

WMA World Medicine Association (Παγκόσμια Ιατρική Εταιρεία)

*Με το σύμβολο § συμβολίζεται η λέξη παράγραφος*

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ευθανασία ως μέθοδος απόρριψης ατόμων που δεν προσφέρουν στην κοινωνία ή ως ανακούφιση πασχόντων χρονολογείται από τις πρωτόγονες κοινωνίες. Με την έννοια της πρόσκλησης ανώδυνου θανάτου σε ετοιμοθάνατο ή σοβαρά άρρωστο, θεωρητικά αποτελεί πράξη παράνομη, από την οποία ανακύπτουν σοβαρά προβλήματα βιοηθικής.

Οι απόψεις των περισσοτέρων θρησκειών συγκλίνουν στην απόρριψη της ευθανασίας ως ανίερη ή εγκληματική πράξη. Από την άποψη της ηθικής φιλοσοφίας οι απόψεις δίστανται με τον Kant και τους ωφελμιστές στους αντίποδες.

Τα είδη της ευθανασίας με κριτήριο τον τρόπο εκτέλεσης είναι ενεργητική και παθητική. Με κριτήριο το πρόσωπο που παίρνει την απόφαση, διακρίνεται σε υποβοηθούμενη αυτοκτονία, εθελοντική, μη εθελοντική με προηγούμενη εντολή, μη εθελοντική χωρίς προηγούμενη εντολή, μη εθελοντική σε νεογέννητα και επιβεβλημένη, ευθανασία.

Η Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα ανθρώπινα δικαιώματα δεν περιλαμβάνει την ευθανασία. Στη χώρα μας δεν εφαρμόζεται αντίθετα με άλλες ευρωπαϊκές χώρες (Ολλανδία). Στη Γαλλία το πρόβλημα αντιμετωπίζεται στο πλαίσιο της αναληθητικής φροντίδας ενώ στην Αγγλία θεωρείται έγκλημα.

Πολλές περιπτώσεις ευθανασίας απασχόλησαν τα ευρωπαϊκά και τα αμερικανικά δικαστήρια, άλλες με θετική και άλλες με αρνητική προς την εφαρμογή της ευθανασίας αποφάσεις. Το πρόβλημα εξακολουθεί να διχάζει και περιστρέφεται κυρίως γύρω από ζητήματα ιατρικής δεοντολογίας.

Το πρόβλημα της ευθανασίας πιστεύεται ότι θα μπορούσε να μετουσιωθεί σε μια απαίτηση για μια περισσότερο ανθρώπινη αντιμετώπιση του αρρώστου.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το πολυσυζητημένο θέμα της ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ, βρίσκεται σήμερα στην επικαιρότητα όσο ποτέ. Σήμερα το πρόβλημα προκύπτει σοβαρότερο επειδή ακριβώς τίθενται στοιχεία που αφορούν στη βιοηθική.

Αυτό, λοιπόν το θέμα, την ευθανασία, μου εμπιστεύθηκε, η καθηγήριά μου στο Τμήμα Μονάδων Υγείας Πρόνοιας, της Σχολής Διοίκησης και Οικονομίας κυρία Σακελλαρίου Μαρία, να μελετήσω και να αναπτύξω στο πλαίσιο της πτυχιακής εργασίας που θα σημάνει και την ολοκλήρωση των σπουδών μου στο εν λόγω Ίδρυμα. Αρχικά οφείλω να την ευχαριστήσω θερμά για τη συμπαράστασή της σε όλα τα στάδια εκπόνησης της εργασίας. Η παρασχεθείσα από την κ. Σακελλαρίου βιβλιογραφία μου άνοιξε το δρόμο για τη διερεύνηση του θέματος σε όλες σχεδόν τις πτυχές του, ώστε να είμαι σε θέση σήμερα να παρουσιάσω το θέμα με τη μορφή που ακολουθεί.

Ο σκοπός της εργασίας είναι να αναπτυχθούν οι προβληματισμοί που εκφράζονται από τους πολέμιους της ευθανασίας, αλλά και τα επιχειρήματα των υποστηρικτών της.

Η εργασία κατανέμεται σε εννέα κεφάλαια, την εισαγωγή, τη συζήτηση και τα συμπεράσματα. Στα πρώτα κεφάλαια παρατίθενται ιστορικά στοιχεία, ορισμοί και εννοιολογικές προσεγγίσεις, αναφέρονται οι θρησκευτικές, φιλοσοφικές και ηθικές προεκτάσεις της ευθανασίας, τα είδη της και το νομικό πλαίσιο που διέπει μια τέτοια πράξη. Στα επόμενα κεφάλαια αναφέρονται οι απόψεις των υπέρμαχων και των πολέμιων, τα αποτελέσματα δημοσκοπήσεων και ερευνών, τα στατιστικά στοιχεία για την εκτελεσθείσες ευθανασίες, μελέτες περιπτώσεων, αλλά και η ηθική πλευρά του θέματος που άπτεται κυρίως του ιατρικού λειτουργήματος.

Η εργασία ολοκληρώνεται με αναφορά στην ευθανασία μέσα από την τέχνη, την καταγραφή των θεμάτων για συζήτηση και τα συμπεράσματα που προκύπτουν από τους προβληματισμούς που έχουν αναλυθεί. Ο επίλογος αποτελεί ουσιαστικά μια αναθεώρηση των όσων περιγράφηκαν μιας και επίλογος για το θέμα της ευθανασίας δεν θα υπάρξει ποτέ.



Η βιβλιογραφία αναφέρεται τόσο εντός των κειμένων με τη μορφή υποσημειώσεων όσο και στο τέλος συγκεντρωτικά ταξινομημένα ανά είδος πηγής και γλώσσας. Εκείνο που αξίζει να επισημανθεί είναι το υψηλό επίπεδο άρθρων που διατίθενται στο διαδίκτυο για το θέμα της ευθανασίας.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω εκτός από την κ. Σακελλαρίου, όλους όσους με βοήθησαν στην εργασία και ιδιαίτερα την οικογένειά μου που με στήριξε όλα αυτά τα χρόνια διδάσκοντάς μου τις αξίες της ζωής. Τις ίδιες αξίες που οφείλουμε όλοι να σεβόμαστε πριν αποφανθούμε για την αφαίρεση μιας ανθρώπινης ζωής.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

### ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ-ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

#### 1.1. Ιστορική αναδρομή

Σύμφωνα με την χριστιανική ηθική αλλά και με την οικουμενική διακήρυξη των δικαιωμάτων του ανθρώπου του ΟΗΕ<sup>1</sup> η ζωή είναι απόλυτο αγαθό και δεν μπορεί να δοθεί αντάλλαγμα σε ο,τιδήποτε. Ούτε μπορεί να επιδικάσει κανείς μια ζωή αντάλλαγμα για μια άλλη. Η ευθανασία με την έννοια της πρόσκλησης ανώδυνου θανάτου σε ετοιμοθάνατο ή σοβαρά άρρωστο, πράξη θεωρητικά παράνομη<sup>2</sup>, έχει προκαλέσει το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας πληθώρας ειδικοτήτων (ιατρών, νομικών, κοινωνιολόγων, ψυχολόγων, κ.ά.) δεδομένου του φάσματος ενδιαφέροντος που καλύπτει ένα τόσο σοβαρό (θεμελιώδες θα λέγαμε) ζήτημα. Τα προβλήματα βιοηθικής που ανακύπτουν είναι σοβαρά και οι προβληματισμοί για τα αποτελέσματα μιας ενδεχόμενης νομιμοποίησης της ευθανασίας τεράστιοι και πολυεπίπεδοι. Ιστορικά συναντάμε για πρώτη φορά την ευθανασία σε πρωτόγονες κοινωνίες, που απέβαλαν από την κοινότητα και εγκατέλειπαν αβοήθητα μη αρτιμελή νεογέννητα, αρρώστους και πολύ ηλικιωμένους, καθώς και σε λαούς που καταδίκάζαν σε θάνατο και εξόντωναν κάθε ασθενικό άτομο.

Ασφαλώς η ευθανασία για τις κοινωνίες αυτές δεν αποτελούσε εκδήλωση φιλανθρωπίας και οίκτου για τον πάσχοντα, αλλά μια ενστικτώδη αντίδραση της κοινωνίας, που λειτουργώντας με βάση τον νόμο της επιλογής, απαγόρευε το αγαθό της ζωής σε όσους δεν μπορούσαν να αυτοσυντηρηθούν και να προσφέρουν. Χαρακτηριστικά αναφέρουμε ότι σε κάποιες πρωτόγονες κοινωνίες, ακόμα και σήμερα, εφαρμόζεται η «δοκιμασία του κοκκοφοίνικα». Αναγκάζουν δηλαδή τους ηλικιωμένους, να ανεβούν σε έναν κοκκοφοίνικα και οι άλλοι από κάτω, τον κουνούν με δύναμη. Αν ο ηλικιωμένος μπορεί να κρατηθεί, του επιτρέπουν να εξακολουθήσει να

<sup>1</sup> Π. Πουλής, Εγχειρίδιο Συνταγματικού Δικαίου και Θεσμών, εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα, Θεσσαλονίκη, 2004, σελ. 180.

<sup>2</sup> Γ. Μπαμπινιώτης, Λεξικό για το σχολείο και το σπίτι, λήμμα Ε, εκδ. Κέντρο Λεξικολογίας, Αθήνα, 2004, σελ. 387

ζει, θεωρώντας τον χρήσιμο για την κοινωνία. Αν όμως πέσει και σκοτωθεί, δεν έχουν τύψεις, γιατί θεωρούν ότι ήταν ανίκανος να ζήσει<sup>3</sup>.

Με την πάροδο του χρόνου όμως και τη διαμόρφωση ηθικών, πνευματικών και θρησκευτικών αξιών, η ανθρώπινη ζωή άρχισε να περιβάλλεται με ιερότητα και η θανάτωση των νοσούντων ή απαγορεύτηκε ή περιορίστηκε αισθητά ή εντάχθηκε σε κανονισμούς και όρια. Στην Αρχαία Ελλάδα κλασικό είναι το παράδειγμα της ευγονικής ευθανασίας, με την ρήψη των αρρώστων παιδιών στον Καιάδα, σύμφωνα με τους νόμους της Σπάρτης. Περιπτώσεις γεροντοκτονίας αναφέρονται στους Μασσαγάτες, τους Ερούλους, τους Βακτριανούς, τους Κασπίους και τους κατοίκους της Σαρδηνίας. Οι πληροφορίες σχετικά με τις μεθόδους ευθανασίας της εποχής προέρχονται από τον Μένωνα, τον Αιλιανό και τον Στράβωνα. Όσον αφορά στο θέμα της γεροντοκτονίας αναφέρεται ότι στα αρχαία χρόνια στη νήσο Τζια (Κέα) εφαρμοζόταν ο «νόμος της Ιουλίδας». Από τον 4<sup>ο</sup> π.Χ. αιώνα, χρονολογούνται οι μαρτυρίες που αναφέρονται στο έθιμο που επικρατούσε στην Κέα γνωστό ως «νόμος της Ιουλίδας». Σύμφωνα με αυτό, οι γέροντες, όσοι ξεπερνούσαν το 60<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας τους, ήταν υποχρεωμένοι σύμφωνα με μαρτυρίες του Στράβωνα, να αυτοκτονήσουν πίνοντας κώνειο. Κανείς δεν μπορεί να υποστηρίξει με βεβαιότητα εάν το έθιμο έχει τις ρίζες του σε μια πιθανολογούμενη πολιορκία της Κέας από τους Αθηναίους (5ος π.Χ. αιώνας) ή είναι κατάλοιπο κάποιων εθίμων των λαών της Σαρδηνίας ή και της Κασπίας.<sup>4</sup>

Κατά μαρτυρία του Βαλέριου Μάξιμου, στην Μασσαλία, κώνειο φυλασσόταν στις κρατικές αποθήκες. Κάποιος που ήθελε να θέσει τέρμα στη ζωή του, προσερχόταν στη βουλή των εξακοσίων, τεκμηρίωνε την άποψη του και αναλόγως του δινόταν ή όχι η απαιτούμενη δόση κώνειου. (Αυτό όμως ουσιαστικά ήταν αυτοκτονία)<sup>5</sup>.

Ο Πλάτωνας (Πολιτεία, ΙΙΙ), υποστήριζε την άποψη ότι «οι μη υγιείς στο σώμα, πρέπει να εγκαταλείπονται για να πεθαίνουν». Ανάλογες απόψεις εξέφρασε ο Αριστοτέλης και άλλοι συγγραφείς. Στην αρχαία Ρώμη, επικράτησαν βασικά, οι φιλοσοφικές θεωρίες για την αναγκαιότητα της ευθανασίας (Σενέκας, Πλίνιος ο Νεώτερος κ.ά.), εμπλουτισμένες όμως με στοιχεία φιλανθρωπίας και οίκτου για τον

<sup>3</sup> Β. Δημόπουλος, *Ευθανασία*, εκδ. Γιαχούδη - Γιαπούλη, Θεσσαλονίκη 1997, σελ. 13.

<sup>4</sup> Π. Γκούρλας, *Ο Νόμος της Ιουλίδας Γεροντοκτονία στην Αρχαία Κέα*, 20<sup>ο</sup> Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, Αθήνα, 1994, Πρακτικά, σελ. 116.

<sup>5</sup> Β. Δημόπουλος, *ό.π.*, σελ. 14.

της. Ο Βάκων υποστήριξε ότι οι ιατροί πρέπει να παρέχουν ήρεμο και εύκολο θάνατο στους ανίατους, έτσι ώστε να τους λυτρώνουν από τους πόνους και την επιθανάτια αγωνία. Ο Τόμας Μουρ έκανε έκκληση σε ιερείς, δικαστές κλπ. να παρακινούν τους ανίατα ασθενείς να τερματίσουν μόνοι τους τη ζωή τους, μια και είναι άχρηστη, οδυνηρή και βαρετή στους ίδιους και τους τρίτους.<sup>8</sup>

Από τα τέλη του 18ου αιώνα, η ευθανασία αποτέλεσε πεδίο έρευνας και μελέτης, κάτω από το πρίσμα νέων ανθρωπιστικών και επιστημονικών αντιλήψεων και εγκαταλείφθηκαν σχεδόν οριστικά οι απόψεις για την κοινωνική σκοπιμότητα του μέτρου (καθώς και για την ευγονική του σκοπιμότητα). Στη νέα πραγματικότητα, ο προβληματισμός εντοπίστηκε στις περιπτώσεις των ανίατα και σοβαρά ασθενών, για τους οποίους η θανάτωση - με τη θέληση τους ή όχι - εμφανιζόταν ως λύτρωση. Νέες διαφωνίες ξέσπασαν στο χώρο του πνεύματος και της επιστήμης που, πολλές φορές, έφθασαν σε τρομερή οξύτητα. Η δεκαετία του 1930, σημαδεύεται από την επικράτηση του ναζιστικού καθεστώτος στη Γερμανία. Η εθνικοσοσιαλιστική κυβέρνηση της Γερμανίας, αποφάσισε τη θανάτωση 80.000 ασθενών Γερμανών, που έπασχαν από αθεράπευτες ασθένειες.<sup>9</sup>

Στα επόμενα χρόνια όπως θα δούμε και στη συνέχεια η ευθανασία απέκτησε το σημερινό της νόημα, ορίστηκε και διακρίθηκε από την αυτοκτονία.



*Μια φωτογραφία από το ναζιστικό στρατόπεδο θανάτου Buchenwald, που λαμβάνεται αμέσως πριν από το ξέσπασμα του Δεύτερου Παγκόσμιου Πολέμου, παρουσιάζει πέντε ανάπηρους Εβραίους. Ο ένας (στη μέση) υποστηρίζεται στα όπλα των συντρόφων του.*  
 Πηγή: [www.jtf.org](http://www.jtf.org)

<sup>8</sup> Β. Δημόπουλος, ό.π., σελ. 15

<sup>9</sup> Λ. Καραμπελας, ό.π., σελ. 27

πάσχοντα. Την εποχή εκείνη πολλοί φιλόσοφοι συνηγορούσαν υπέρ της ευθανασίας. Γνωστότερο παράδειγμα ο Σενέκας. Τερματίζει τη ζωή του μαζί με τη συμβία του Παυλίνα, και υποστηρίζει τη στάση του αυτή με επιστολές που είχε στείλει σε φίλους. Οι Ρωμαίοι συγχωρούσαν την αυτοκτονία μόνο όταν ήταν αιτιολογημένη, αν δηλαδή οφειλόταν σε άθλιες συνθήκες ζωής. Το ιδανικό ήταν η ένδοξη ζωή και ο ένδοξος θάνατος. Έτσι ο Κάτων προτού ηττηθεί από τον εχθρό, διαβάζει το διάλογο «Φαίδων» και αμέσως μετά βυθίζει το σπαθί του στο στήθος. Οι απόψεις τους διαμορφώθηκαν από την επίδραση των Στωικών, των Πυθαγόρειων, των Πλατωνικών και των Επικούρειων.<sup>6</sup>

Πραγματική επανάσταση για την ιστορία του θεσμού αποτέλεσε ο Χριστιανισμός, ο οποίος διακήρυξε την ιερότητα της ανθρώπινης ζωής (που αποτελεί θείο δώρο, το οποίο δίνει και αφαιρεί μόνο ο θεός) και υποστήριξε ότι κάθε ανθρώπινο βάσανο (αναπηρία, ασθένεια κλπ.), δεν αποτελεί παρά δοκιμασία που επιβάλλει ο θεός για να ελέγξει την πίστη του Χριστιανού. Η Χριστιανική φιλοσοφική άποψη για την απαξία των εγκόσμιων επέδρασε αποφασιστικά κατά των θεωριών που «κοστολογούσαν» την αξία της ανθρώπινης ζωής, με βάση κοινωνικές και άλλες σκοπιμότητες και είχε ως αποτέλεσμα τον περιορισμό των περιπτώσεων ευθανασίας. Στα μεσαιωνικά χρόνια η ευθανασία αναβίωσε με ποικίλες μορφές, άλλοτε ως μέσο κοινωνικής σκοπιμότητας, άλλοτε με τη δικαιολογία της απαλλαγής του ασθενή (κυρίως του ανιάτου) από τις δοκιμασίες που συνεπαγόταν η ασθένεια του. Έτσι δεν είναι καθόλου σπάνιες οι περιπτώσεις ομαδικών δολοφονιών ανθρώπων που είχαν προσβληθεί από σοβαρές ασθένειες (πανώλη, χολέρα, σύφιλη). Αναφέρεται μάλιστα ότι χρησιμοποιήθηκε και ο πνιγμός, ως μέσο θανάτωσης ανθρώπων που είχαν προσβληθεί από λύσσα. Στην περίοδο αυτή πάντως, επίσημα, κυριάρχησαν οι απόψεις του Ιταλού θεολόγου και φιλοσόφου Θωμά Ακινάτη (1225-1274), που υποστήριξε ότι «η μέσω ευθανασίας αφαίρεση της ανθρώπινης ζωής είναι αθέμιτη πράξη, με την οποία γίνεται σφετερισμός της εξουσίας του θεού».<sup>7</sup>

Στα νεώτερα χρόνια ασχολήθηκαν με το πρόβλημα της ευθανασίας μεγάλες φυσιογνωμίες του πνεύματος και της επιστήμης - φιλόσοφοι, πολιτικοί, νομικοί, ιατροί κλπ. - που διατύπωσαν διάφορες θεωρίες ως προς το ηθικά και επιστημονικά θεμιτό

<sup>6</sup> Π. Κυριαζής, *Ευθανασία. Δολοφονία ή πράξη ανθρωπισμού*, Οικονομικός Ταχυδρόμος, 1988, 19:28.

<sup>7</sup> Λ. Καράμπελας, *Η ευθανασία και το δικαίωμα στη ζωή και στο θάνατο*, εκδ. Εστία, Αθήνα 1987, σελ. 26.

## 1.2. Εννοιολογικές προσεγγίσεις

### 1.2.1. Ευθανασία

Η έννοια **ευθανασία** όπως έχει σήμερα, δημιουργήθηκε από τον Φραγκίσκο Βάκωνα<sup>10</sup>, ο οποίος είπε ότι: «Έργο της ιατρικής είναι η αποκατάσταση της υγείας και η καταπράυνση του πόνου, όχι μόνο όταν η καταπράυνση αυτή μπορεί να οδηγήσει στη θεραπεία αλλά και όταν μπορεί να εξασφαλίσει έναν εύκολο και γαλήνιο θάνατο».<sup>11</sup>

Η πραγματική έννοια της ευθανασίας γεννήθηκε δίπλα στο κρεβάτι του αρρώστου. Ανάμεσα βασικά σε κάποιον που υποφέρει από ανίατη πάθηση και στο περιβάλλον του ή το γιατρό που έχοντας εξαντλήσει κάθε θεραπευτικό μέσο δεν μπορεί πλέον να του δώσει έστω και την παραμικρή βοήθεια, έστω και απλή παρηγορητική. Για το γιατρό είναι μια στιγμή πραγματικά τραγική. Για τον ταγμένο να υπηρετεί τον άρρωστο με αφοσίωση και αυταπάρνηση, κάτι τέτοιο σημαίνει βαθιά απόγνωση. Μια απόγνωση που ξεκινά από την αδυναμία του να ανακουφίσει, έστω και για λίγο, τον πόνο του συνανθρώπου του, από τη βαθιά οδύνη που νιώθει βλέποντας το χάσιμο κάθε ελπίδας για ζωή.

Με τον όρο ευθανασία νοείται «Η θανάτωση ενός πάσχοντος από κάποιο άτομο, ενός πάσχοντος για τον οποίο εξέλιπε κάθε ελπίδα θεραπείας και βρίσκεται σε απελπιστική κατάσταση, χωρίς όμως την απαίτηση του πάσχοντος αυτού». Ο θάνατος δηλαδή, προκαλείται από άλλο άτομο στο οποίο μάλιστα καταλογίζεται ακόμη και η συμβολή ή η μεσολάβηση προς τρίτον και με την προϋπόθεση πάντοτε ότι ο άρρωστος ουδέν έχει ζητήσει, συμφωνήσει ή ακόμη και γνωρίζει καν.<sup>12</sup>

Σήμερα όμως, όσοι μιλούν για ευθανασία εννοούν έναν «ανώδυνο ή αξιοπρεπή» θάνατο, που είναι αποτέλεσμα κάποιας ανθρώπινης ενέργειας ή παράλειψης, για να απαλλαγεί ο ασθενής από τους πόνους, την αγωνία, την ταλαιπωρία μιας ανίατης ασθένειας. Η ευθανασία, μπορεί να προκληθεί τόσο ύστερα από επίμονη απαίτηση του ίδιου του ασθενούς, όσο και χωρίς τη συγκατάθεση του. Στην Ελληνική νομοθεσία δεν είναι γνωστός, παρά μόνο ως «ανθρωποκτονία με συναίνεση» και ως «συμμετοχή σε αυτοκτονία»<sup>13</sup>, όπως θα παρατεθούν σε επόμενο κεφάλαιο.

<sup>10</sup> Άγγλος φιλόσοφος τον οποίο ο Μαρξ θεωρεί ως τον ιδρυτή του Υλισμού

<sup>11</sup> Γενική Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος - Λαρούς, τόμος 6, σελ. 932.

<sup>12</sup> Α. Κουτσελίνης, *Ευθανασία: Έννοιες – Ορισμοί*, από το <http://www.bioethics.org.gr>

<sup>13</sup> Άρθρα 300 και 301 του Ποινικού Κώδικα από το: Ι. Κατράς, *Εξάβιβλος, Ποινικός κώδικας*, εκδ. Α. Σάκκουλα, Αθήνα, 2005, σελ.: Γ90.

Με τον ορισμό της ζωής συμπεριλαμβάνεται και η διαπίστωση ότι όλοι οι άνθρωποι σε κάποια συγκεκριμένη στιγμή θα σταματήσουμε να ζούμε. Δεδομένο είναι ότι ο θάνατος μπορεί να αναβληθεί για ένα χρονικό διάστημα αλλά όχι για πάντα, είτε με τη βοήθεια της επιστήμης, είτε του θεού ή της τύχης.<sup>14</sup> Σήμερα ο ορισμός του θανάτου περιλαμβάνει - είναι ταυτόσημος - με τη μη αντιστρεπτή αναστολή της λειτουργίας του εγκεφαλικού στελέχους (εγκεφαλικός θάνατος), ανεξαρτήτως - εφόσον διαπιστωθεί - με τη διάγνωση ορισμένων κριτηρίων, χρόνου αναμονής.<sup>15</sup>

Οι μεγάλες πρόοδοι της σύγχρονης Ιατρικής φαίνονται κατ' εξοχήν στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Οι νοσηλευόμενοι σ' αυτές βρίσκονται σε βαριές κρίσιμες καταστάσεις, που συχνά οδηγούν στην ανάγκη καρδιοπνευμονικής ανανήψεως (ΚΠΑ), η οποία τις περισσότερες φορές «επαναφέρει τον πάσχοντα στην ζωή» με τα ίδια ή περισσότερα προβλήματα.

Ο αφνίδιος θάνατος φυσικά είναι δυνατόν να συμβεί κι εκτός ΜΕΘ είτε στα χειρουργεία ή σε νοσηλευόμενους στο νοσοκομείο είτε και κατ' οίκον, ή και σε φαινομενικά υγιείς οπότε και δεν υπάρχουν οι πιθανότητες αμέσων σωστικών επεμβάσεων όπως στις ΜΕΘ, ή αν γίνει ΚΠΑ η έκβασή της είναι προβληματική κυρίως, γιατί δεν γίνεται εγκαίρως.

Η ΚΠΑ βεβαίως δεν μπορεί να αλλάξει την υποκειμένη νόσο, που πολλές φορές μετά το επεισόδιο και την ΚΠΑ, επιδεινώνεται. Το ερώτημα τίθεται στο προσωπικό των ΜΕΘ αλλά και γενικότερα εάν έχει νόημα η προσπάθεια για ΚΠΑ, στις περιπτώσεις βαρειών καταστάσεων και υποκειμένης νόσου που δεν επιδέχεται σημαντική βελτίωση ή ίαση. Η ΚΠΑ τον βοηθεί μεν να συνέλθει προς στιγμήν εφόσον αποβεί επιτυχής, αλλά και νέα ανακοπή, ή άπνοια, μπορεί να συμβεί, συχνά πολύ σύντομα, κ.ο.κ.<sup>16</sup>

Η ΚΠΑ (CPR, cardiopulmonary resuscitation, των ξένων), εισήχθη από τον Kouwenhoven το 1960 (1) σαν «μαλάξεις με κλειστό θωρακικό τοίχωμα» (closed chest massage) που αποσκοπούν και επιτυγχάνουν τεχνητή αιμάτωση και αναπνοή (οξυγόνωση) μέχρι ν' αναλάβουν οι ζωτικές λειτουργίες του οργανισμού. Συχνά συνοδεύεται από ηλεκτρική ανάταξη εν ανάγκη επαναλαμβανομένη.

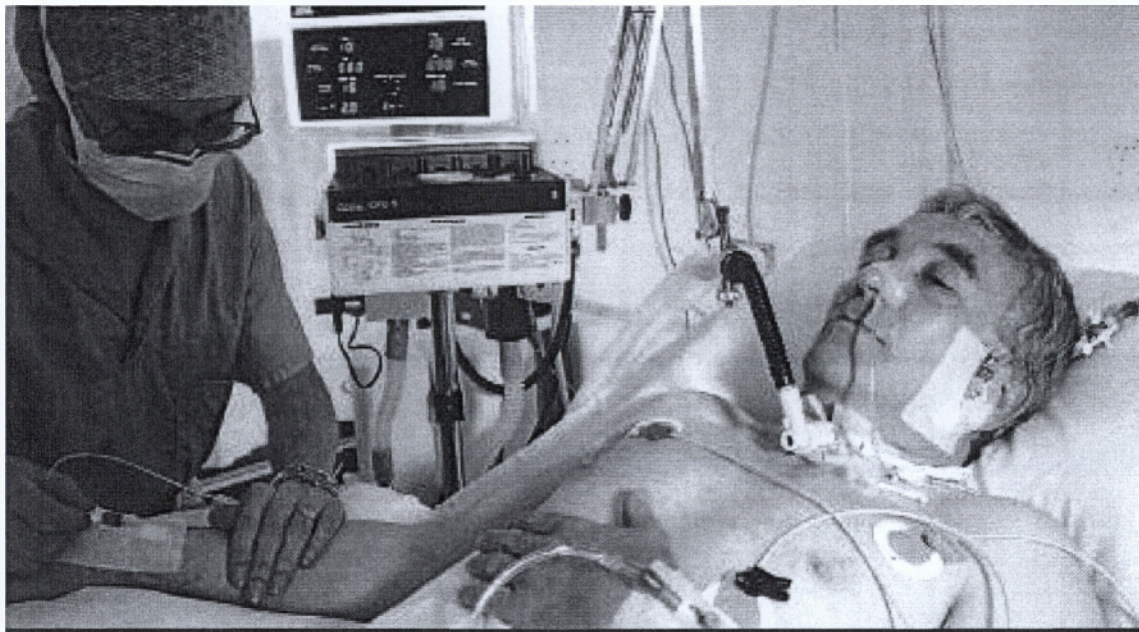
<sup>14</sup> C.Towutoe, Yates G. *Sociology*, Longman, London, 1989:85

<sup>15</sup> Α. Κουτσελίνης, ό.π.

<sup>16</sup> Γ. Δαΐκου, *Προβλήματα της καρδιοαναπνευστικής ανανήψεως*, από το <http://www.bioethics.org.gr>

Μετά 6 χρόνια η National Academy of Sciences και το National Research Council των ΗΠΑ διατύπωσαν οδηγίες για την εφαρμογή της ΚΠΑ. Το 1974 η National Conference for CPR εξέδωσε μονογραφία όπου δηλώνει σαφώς ότι: «ο σκοπός της ΚΠΑ είναι η πρόληψη αιφνιδίου απροσδόκητου θανάτου. Η ΚΠΑ δεν ενδείκνυται σε περιπτώσεις τελικής ανεγκλήτου νόσου, όπου ο θάνατος δεν είναι απροσδόκητος».

Την κατηγορηματική όμως αυτή γενίκευση για τις περιπτώσεις τελικής ανεγκλήτου νόσου, όπως ήταν φυσικό, δεν την έχουν υιοθετήσει όλοι γιατί όπως ορθώς σχολιάζεται ακόμη και σ' αυτές τις περιπτώσεις, «η ανάνηψη μπορεί να μην είναι άσκοπος και ο άρρωστος να κρίνει ότι η παράταση της ζωής του και η ποιότητά της είναι τέτοια που να την επιθυμεί».<sup>17</sup>



Η σήμερα σημαίνει την ενεργό αιτιολογία του θανάτου ενός ασθενή μέσω της έγχυσης θανατηφόρας δόσης φαρμάκων. Η ευθανασία διαφέρει από τη βοηθημένη αυτοκτονία, στην οποία ο ασθενής αυτό-διαχειρίζεται τη θανατηφόρα δόση, που ορίζεται συνήθως από ειδικό παθολόγο οποίος είναι βέβαιος ξέρει ότι ο ασθενής σκοπεύει να την χρησιμοποιήσει για να τελειώσει τη ζωή του/της. Πηγή: [encyclopedias.families.com](http://encyclopedias.families.com)

<sup>17</sup> Tomlinson, T., Brody, H., *Ethics and Communication in Do-Not-Resuscitate Orders*, NEJM, 1988, 318:43



### 1.2.2. Έννοια του θανάτου

Μέχρι πριν λίγες δεκαετίες, τα πράγματα ήταν απλά για τη διαπίστωση, τη διάγνωση και την πιστοποίηση επελθόντος θανάτου. Τα κριτήρια ήταν γενικά παραδεκτά και κανείς δεν τα αμφισβητούσε: «Η παύση της κίνησης το αίμα καρδιακής λειτουργίας, με απουσία παλμού και πτώση της αρτηριακής πίεσεως, της λειτουργίας της αναπνοής, του εγκεφάλου, των νεφρών, του ήπατος...». Ήταν σαφές και πολύ καλά γνωστό ότι, μετά την παύση της καρδιακής λειτουργίας και της αναπνοής, ακολουθούσε ο θάνατος του εγκεφάλου μετά την παρέλευση λίγων λεπτών. Τα πράγματα όμως, άρχισαν να μεταβάλλονται αφ' ότου επιτυγχάνεται, όπως έχει ήδη αναφερθεί, η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση.<sup>18</sup>

Η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση και η επαναφορά του ατόμου στη ζωή, είναι δυνατό να επιτευχθεί κατά τη διάρκεια των λίγων λεπτών που διαρκεί ο **κλινικός θάνατος**. Κλινικός θάνατος χαρακτηρίζεται η κατάσταση στην οποία βρίσκεται ένα άτομο, μετά την παύση της λειτουργίας της καρδιάς και πριν επέλθει ο θάνατος του εγκεφάλου, δηλαδή πριν την παρέλευση των 4-5 λεπτών, μετά τα οποία ακολουθεί ο θάνατος του εγκεφάλου και επέρχεται ο οριστικός θάνατος. Άρα ο «κλινικά νεκρός» δεν είναι -ακόμη- νεκρός. Κατέστη μάλιστα δυνατό να επιμηκυνθούν τα όρια του «κλινικού θανάτου» για αρκετά μακρό χρονικό διάστημα και μάλιστα με ενέργειες που μπορούν να αρχίσουν και εκτός νοσοκομείου, στον τόπο εργασίας ή στον δρόμο όπου κάποιος «έπεσε νεκρός», μέχρι να ολοκληρωθεί η προσπάθεια αναζωογονήσεώς του στο κατάλληλο νοσοκομειακό περιβάλλον.<sup>19</sup>

Οι δυνατότητες αυτές που δημιούργησαν τα προβλήματα των μη ανατάξιμων βλαβών, όπως αναλυτικά περιγράφηκαν παραπάνω, αμφισβήτησαν το αξίωμα να θεωρείται η καρδιά ως το κέντρο της ζωής ή να θεωρείται ως ζών άτομο το οποίο έχει υποστεί αμετακλήτως βαριές και εκτεταμένες εγκεφαλικές βλάβες, ενώ η αναπνοή ενδέχεται να διατηρείται με μηχανήμα τεχνητής αναπνοής και η καρδιά σε λειτουργία με ηλεκτρικές διεγέρσεις του καρδιακού παλμού. Πολλά ήταν εκείνα τα οποία οδήγησαν σε επανεκτιμήσεις και κατέληξαν στις σχετικές εισηγήσεις Επιτροπής της Ιατρικής Σχολής του Χάρβαρντ.

Ο βασικός σκοπός της Επιτροπής, ήταν ο καθορισμός των χαρακτηριστικών του μη λειτουργούντος εγκεφάλου, δηλαδή τα κριτήρια για τον ορισμό του «εγκεφαλικού

<sup>18</sup> Α. Αβραμίδης, *Ευθανασία*, εκδ. Ακρίτας, Αθήνα 1995, σελ. 33.

<sup>19</sup> Α. Αβραμίδης, *ό.π.*, σελ. 34

θανάτου». Ως κριτήρια του «εγκεφαλικού θανάτου» τέθηκαν η απουσία 1) δεκτικότητας και ανταπόκρισης στα ερεθίσματα 2) αναπνευστικών κινήσεων 3) αντανακλαστικών και επιπροσθέτως, η επίπεδη ή ισοηλεκτρική γραμμή στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα με αποκλεισμό των περιπτώσεων υποθερμίας και κατασταλτικών του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος φαρμάκων (όπως είναι τα βαρβιτουρικά), τα οποία ενδέχεται να προκαλέσουν τέτοια γραμμή.<sup>20</sup>

Τελικά σήμερα τα αποδεκτά κλινικά σημεία που δείχνουν ότι η ζωή φτάνει στο τέλος είναι:

- Πτώση αρτηριακής πίεσης και κατά συνέπεια ελάττωση της κυκλοφορίας (άκρα ψυχρά).
- Μείωση κίνησης και αίσθησης.
- Εφίδρωση.
- Το δέρμα γίνεται κυανωτικό ή ωχρό.
- Επειδή οι μυς χάνουν τον τόνο τους, το σώμα παίρνει θέση ύπτια.
- Τα αντανακλαστικά σιγά-σιγά εξαφανίζονται.
- Οι κόρες των ματιών δεν αντιδρούν στο φως.
- Η αναπνοή γίνεται θορυβώδης και μπορεί να εμφανιστεί ο ρόγχος του θανάτου, ο οποίος οφείλεται στη συλλογή βλέννας μέσα στην αναπνευστική οδό, την οποία ο ασθενής δεν μπορεί να αποβάλλει ή να καταπιεί.
- Οι αναπνοές μπορεί να είναι σύντομες και επιπόλαιες.
- Ο σφυγμός γίνεται άρρυθμος, λεπτός και γρήγορος.
- Η ομιλία γίνεται δύσκολη.

Η οξύτητα της ακοής πιστεύεται ότι είναι υποβαθμισμένη σε πολλές περιπτώσεις. Αλλά επειδή ο ασθενής χάνει την ικανότητα της ομιλίας και τις κινήσεως, ενώ ακόμη διατηρεί την ακοή του, δεν είναι δυνατό να γνωρίζομε πότε ακριβώς παύει να ακούει. Ο άρρωστος μπορεί να χάσει ή όχι την επαφή του με το περιβάλλον. Ο βαθμός της διανοητικής εγρήγορσης ποικίλλει στους διαφόρους ασθενείς, πράγμα το οποίο είναι απαραίτητο να έχουμε υπόψη, όταν προσφέραμε νοσηλευτική φροντίδα.<sup>21</sup>

<sup>20</sup> Α. Αβραμίδης, ό.π., σελ. 36

<sup>21</sup> Ι. Μαλγαρινού ΜΑ, Κωνσταντινίδου ΣΦ, *Νοσηλευτική*, Έκδ. 20η, εκδ. Η Ταβιθά, Αθήνα, 1997, σελ. 203-205.

### 1.2.3. Έννοιες ανιάτου και πόνου

Η έννοια του **ανιάτου** για το γιατρό δεν στοιχειοθετεί δίκαιο γι' αυτόν προκειμένου να εγκαταλείψει τον αγώνα του για τη διατήρηση της ζωής. Ο γιατρός αναλαμβάνει την προσπάθεια όχι «να κάνει καλά» έναν άρρωστο, αλλά «να προσπαθήσει να τον κάνει καλά» και η προσπάθεια αυτή στα πλαίσια του είδους της νοσολογικής οντότητας που αντιμετωπίζει περιλαμβάνει κάθε ενέργεια από την πλήρη ίαση μέχρι τη συμπτωματική ανακούφιση. Επιπλέον, η έννοια του «ανιάτου» είναι για το γιατρό εξαιρετικά ευρεία. Ανιάτη είναι η κακοήθης νεοπλασία που έχει κακή πρόγνωση και μικραίνει το προσδόκιμο επιβίωσης, αλλά ανιάτος είναι και ο σακχαρώδης διαβήτης που η θεραπευτική του κάλυψη μεταβάλλει την ποιότητα της ζωής. Έτσι, αυτομάτως, η έννοια του «ανιάτου» διαφεύγει αρκετά συχνά από τα σωστά ιατρικά πλαίσια, και ιδιαίτερα όταν ο γιατρός συμπτωματικά αποκαταστήσει τη διαταραγμένη ισορροπία, και συναρτάται και από άλλες παραμέτρους, όπως π. χ. τη δυνατότητα προσαρμογής σ' ένα άλλο τρόπο ζωής, μέσα στον οποίο ο άρρωστος θα αναπτύξει τα ενδιαφέροντα του.<sup>22</sup>

Με τους όρους **Βιοηθική – Δεοντολογία** ορίζονται τα πλαίσια υποχρέωσης προστασίας της ανθρώπινης ζωής. Από την αρχαιότητα ακόμη, έχει καταδειχθεί η ηθική υποχρέωση του γιατρού για την προστασία της ζωής του αρρώστου. Με τον όρκο του Ιπποκράτους ο γιατρός υπόσχεται: *«...και να μου το ζητήσουν, φάρμακο θανατηφόρο σε κανέναν δεν θα δώσω, κι ούτε θα βγει από μένα μια τέτοια συμβουλή, ούτε θα ώση σε γυναίκα φάρμακο να καταστρέψει το βλαστό της. Αγνή και καθαρή θα φυλάξω τη ζωή μου και την τέχνη μου...»*.<sup>23</sup>

Από τότε, μέχρι σήμερα, σειρά δεοντολογικών κανόνων για το γιατρό, συνταχθέντων στα πλαίσια των αρχών της βιοηθικής υπογραμμίζουν και τονίζουν το καθήκον του να προστατεύει την ανθρώπινη ζωή και καταργούν κάθε δικαίωμα για την αφαίρεσή της.<sup>24</sup>

Αν και η έννοια του πόνου είναι γνωστή στον καθένα, εν τούτοις, το τι ακριβώς είναι πόνος είναι δύσκολο να καθορισθεί κι αυτό γιατί ο πόνος αποτελεί ουσιαστικά μία προσωπική εμπειρία και όχι ένα απλό «ερέθισμα-απάντηση» σύμπλεγμα. Σύμφωνα με τον ορισμό που καθιέρωσε η IASP (International Association for the Study of Pain) το

<sup>22</sup> Α. Κουτσελίνης, ό.π.

<sup>23</sup> Δ. Λυπουρλής, Ιπποκρατική Ιατρική. Όρκος, εκδ. Παρατηρητής, Θεσσαλονίκη, σελ. 91

<sup>24</sup> Α. Κουτσελίνης, ό.π.

1979, πόνος είναι μία δυσάρεστη αισθητική και συγκινησιακή εμπειρία που έχει σχέση με πραγματική ή δυνητική καταστροφή ιστών ή που περιγράφεται σαν τέτοια. Ανάλογα με το μέγεθος του ερεθίσματος προκαλείται ήπιος, μέτριος, σοβαρός ή πολύ σοβαρός πόνος.<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup> Μαρίας Γκιάλα, *Ο ιατρός μπροστά στον αθεράπευτο πόνο και τον θάνατο*, από το <http://www.bioethics.org.gr>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ - ΘΡΗΣΚΕΙΕΣ - ΦΙΛΟΣΟΦΙΕΣ

#### 2.1. Ορθοδοξία

Η **Ορθόδοξη Εκκλησία** βλέπει τη ζωή ως δώρο του θεού στον άνθρωπο, ως ύψιστο και απαραβίαστο αγαθό. Κανένας δεν έχει δικαίωμα να την αφαιρεί, αντίθετα κάθε άνθρωπος έχει καθήκον να τιμά και να διατηρεί τη ζωή, όσο εξαρτάται από αυτόν. Ο ερχομός του ανθρώπου στον κόσμο και η αναχώρησή του είναι αποκλειστικό δικαίωμα του θεού.<sup>26</sup>

Οι πράξεις ευθανασίας και αυτοκτονίας είναι συνώνυμες του φόνου για την Ορθοδοξία, και η θέση της είναι ο απόλυτος σεβασμός της εντολής του δεκάλογου «ου φονεύσεις» σε κάθε περίπτωση και ανθρώπινη κατάσταση. Η ζωή του ανθρώπου επί γης έχει σωτηριολογική σημασία, ο θάνατος νικήθηκε μέσα από την Ανάσταση του Χριστού και η ψυχοσωματική ανάσταση του ανθρώπινου γένους δεν είναι προσδοκία, αλλά βεβαιότητα. Μέσα σε μία τέτοια εσχατολογική προοπτική η ευθανασία δεν έχει υπόσταση.<sup>27</sup>

#### 2.2. Καθολικισμός

Η **Καθολική Εκκλησία** δέχεται το φυσικό νόμο, αντίθετα από τη Διαμαρτύρηση. Όμως και η καθολική και η Προτεσταντική ηθική κρίνουν κάθε πράξη μέσα από τις συνέπειές της.<sup>28</sup>

Στο επίπεδο της παθητικής ευθανασίας ο Πάπας Πίος XII έβαλε όρια στη συνεχή τέλεση του «καλού», δηλαδή στην με οποιοδήποτε τρόπο παράτασης της ζωής. Διέκρινε τα «μέσα» που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία, σε τακτικά και έκτακτα, και έδωσε το δικαίωμα στους καθολικούς γιατρούς να μην χρησιμοποιούν τεχνικές επικίνδυνες, δύσκολες και με υψηλό κόστος για την παράταση της ζωής.<sup>29</sup>

Παρόμοια άποψη εξέφρασε το 1976 και ο Αρχιεπίσκοπος του Καντέρμπουρου Stevens Lecture. Το 1993 οι Καθολικοί και Αγγλικανοί επίσκοποι και

<sup>26</sup> Α. Ζακόπουλος, *Η ευθανασία σήμερα και η θέση της εκκλησίας*, εκδ. Γρηγόρης, Αθήνα, 1987, σελ. 15

<sup>27</sup> Α. Σταυρόπουλος, *Θάνατος και εσχατολογία*, Εφημέριος, 1992, 7:128-129

<sup>28</sup> G.Grisez, *Against consequentialism*, American Journal of Juriprudence, 1978, 23:24

<sup>29</sup> OR. Russel, *Freedom to die*, New York, 1977:18

οι ελεύθερες Εκκλησίες συνυπέγραψαν κείμενο, που υποβλήθηκε στη Βουλή των Λόρδων και αφορούσε θέματα ιατρικής ηθικής.<sup>30</sup>



*Ο Άγιος Ιωσήφ είναι ο προστάτης του θανάτου για τους καθολικούς, δεδομένου ότι η ευλογημένη αναχώρησή του για τον ουρανό έχει γίνει το σύμβολο ενός καλού θανάτου: Ιησούς, Μαρία, Ιωσήφ σας δίνω την ψυχή μου!*

*Με αυτό το διάσημο κήρυγμα που κηρύχθηκε στις 3 Αυγούστου 1941 στην εκκλησία του ST Lambert, ο «Lion of Münster» επιτέθηκε στη ναζιστική πρακτική της ευθανασίας και καταδίκασε την πραγματοποίηση των δολοφονιών ελέους στην επισκοπή του.*

*Πηγή: [www.thecatholic.org/2002\\_April/Euthanasia.htm](http://www.thecatholic.org/2002_April/Euthanasia.htm)*

### 2.3. Βουδισμός

Όλο το οικοδόμημα του **Βουδισμού** βασίζεται στις τέσσερις απλές αλήθειες του Βούδα: την μη βία, την αγάπη και την ευγένεια, και την ευσπλαχνία. Η βούληση είναι το απαραίτητο συστατικό της ύπαρξης. Μέσα σε μια τέτοια θεώρηση η εθελοντική ευθανασία μοιάζει αποδεκτή. Όμως η άποψη των επίσημων κειμένων είναι διαφορετική. Περιστατικά και κανόνες, που αφορούν την ευθανασία μπορεί να βρει ο μελετητής στον Μοναστικό θανόντι, την Vinaya. Έχοντας υπόψη του περιπτώσεις που, κατεχόμενοι από υπερβολικό ζήλο μοναχοί αυτοθανατώνονταν, ή ζητούσαν τη βοήθεια άλλων για να το πετύχουν, ο Βούδας εξέφρασε την αντίθεση του απέναντι στη

<sup>30</sup> K. Damicu, J.Keown, *Killing, Karma and caring: euthanasia in buddhism and Christianity*, Journal of Medical Ethics, 1995, 21:265-267

θανάτωση της ανθρώπινης ύπαρξης και στην προσφορά βοήθειας σε οποιονδήποτε θέλει να αφαιρέσει τη ζωή του.

Αν και η βούληση έχει μεγάλη σημασία για το Βουδισμό, η ευθανασία, ακόμα και η εθελοντική είναι μη ηθική πράξη, αφού η αξία της ζωής είναι σημαντικότερη από την αυτονομία. Στον μοναχικό κανόνα αναφέρονται δύο περιστατικά μακροχρόνιας φροντίδας ασθενών με σοβαρή ανικανότητα και ένα τελικής φροντίδας. Το τελευταίο μαρτυρεί ο μαθητής Buddhay Rosa (5ος αι.μ.Χ.). Αφορά έναν μοναχό που πεθαίνει με πόνους. Ο μοναχός είναι ένοχος και ποτέ ο πόνος δεν είναι ανώφελος. Οι ένοχοι μοναχοί κάνουν τον θάνατο σκοπό τους. Καμιά πράξη δεν πρέπει να τους σταματήσει τη ζωή.<sup>31</sup>

#### 2.4. Ινδουισμός

Ούτε στα ιερά κείμενα του Ινδουισμού η ευθανασία έχει θέση. Το Atman, μέρος και συνώνυμο του παγκόσμιου Brahman φυλακίζεται μέσα στο σώμα με την ύπαρξη. Το ξεκίνημα της ζωής και των μετενσαρκώσεων είναι σαν να μαζεύεις φρούτα, λένε οι ινδουιστές. Μια πράξη χωρίς διάλειμμα. Η λύτρωση είναι το σπάσιμο αυτής της αλυσίδας των γεννήσεων.

Αυτό μπορεί να επιτευχθεί και σε μία μόνο ζωή. Γι' αυτό η ζωή σε κάθε λεπτό της έχει αξία. «Αυτός που κάνει το καθήκον του, πρέπει να εύχεται να ζήσει εκατοντάδες χρόνια», λένε τα κείμενα. Οι Puranas και Maha Bharata είναι αντίθετες στην αυτοκτονία, όμως συνιστούν στον άνθρωπο που υποφέρει από ανίατη νόσο να επιταχύνει το τέλος του με πρακτικές yoga, ή να ανέβει πάνω στην ιερή φωτιά. Όπως η άμβλωση, που θεωρείται μεν έγκλημα, επιτρέπεται όμως όταν κινδυνεύει η ζωή της εγκύου. Ο θάνατος και η αφαίρεση της ζωής δικαιολογείται μόνο σαν θυσιαστική πράξη. Ο άνθρωπος πρέπει να περάσει όλες τις χαρές και τους πόνους της ύπαρξης, ώσπου να καταλάβει ότι το προσωπικό του atman ταυτίζεται με το παγκόσμιο Brahman. Γι' αυτό η ζωή δεν πρέπει να συντομεύεται. Οι γιατροί πρέπει να φέρονται με ευσπλαχνία στον άρρωστο και να προσφέρουν όλες τις υπηρεσίες τους, ακόμα κι όταν μοιάζουν ανώφελος.<sup>32</sup>

<sup>31</sup> D. Keown, *Buddhism an dioethics*, Macnillan, London, 1995: 16,58

<sup>32</sup> TP Mishra, *A viewpoint in Euthanasia*, Oxford, 1978:59

## 2.5. Ισλαμισμός

Για τον **ισλαμικό κόσμο** η ευθανασία είναι πρόβλημα της Δύσης, γι' αυτό και δεν υπάρχει οργανωμένη διδασκαλία. Ο όρος και η έννοια δεν αναφέρονται στο Κοράνι και τη Sunnah, τις κύριες πηγές της πίστης. Σύμφωνα με το ιερό Κοράνιο η ζωή είναι ύψιστο αγαθό. Η αφαίρεσή της είναι φόνος και τιμωρείται. «Όταν αφαιρείς κάποιου τη ζωή είναι σαν να αφαιρείς τη ζωή όλης της ανθρωπότητας, ενώ όταν σώζεις τη ζωή κάποιου είναι σαν να σώζεις τη ζωή όλων των ανθρώπων», λέει συγκεκριμένη σούρα (Κοράνιο 5:32). Προκειμένου να σωθεί μια ζωή επιτρέπεται ακόμα και η χρήση αλκοόλ ή χοιρινού κρέατος. Δικαιοδοσία πάνω στη ζωή και το θάνατο έχει μόνο ο Αλλάχ. Σε μία από τις ιστορίες των Σούφι αναφέρεται ότι ο μαθητής ενός Σούφι έμαθε ότι ο θάνατος έρχεται στην πόλη και πήγε σ' άλλη πόλη για να κρυφτεί. Τότε ο θάνατος συνάντησε τον δάσκαλο του και του είπε: «Εγώ στην πόλη εκείνη έχω ξεκινήσει να πάω».<sup>33</sup>

Το Ισλάμ θεωρεί την ευθανασία φόνο κατά της ζωής του άλλου και συζητά ως δίλημμα μόνο, την περίπτωση που - κάποιος άρρωστος σε κωματώδη κατάσταση αποσυνδέεται από τον αναπνευστήρα, για να σωθεί κάποιος άλλος.<sup>34</sup>

Συνεχίζοντας να ερευνούμε το ζήτημα της ευθανασίας πάντα από θρησκευολογική άποψη διαπιστώνουμε ότι σε αντίθεση με την Αίγυπτο, όπου υπερτονίζεται το σύνολο και εκμηδενίζεται το άτομο, η θέση του ατόμου στο αρχαίο Ισραήλ ήταν υψηλή. Αυτό είναι φανερό και από το γεγονός ότι ποτέ δεν έλαβε χώρα ομαδική ανταπόδοση σε ποινικό αδίκημα. Σε όλη την Παλαιά Διαθήκη η ζωή είναι ιερή και τα χρονικά της πλαίσια δεν τα διαχειρίζεται ο άνθρωπος.<sup>35</sup>

## 2.6. Ιουδαϊσμός

Οι ιατρικές αποφάσεις στον **Ιουδαϊσμό** καθορίζονται από το νόμο Halakah, εβραϊκή λέξη που σημαίνει πηγαίνω, περπατώ. Για τους Εβραίους η ζωή είναι ιερή. Είναι δώρο του Θεού. Ο άνθρωπος είναι απλώς ο διαχειριστής, θα λογοδοτήσει στο Δημιουργό του, για τον τρόπο με τον οποίο την χρησιμοποίησε. Η ζωή και ο θάνατος βρίσκονται στα χέρια του Θεού και κανείς θνητός, ούτε ο γιατρός δεν μπορεί να

<sup>33</sup> J.King Roy, *Religious and therapeutic elements in Sufi teaching stories*, Journal of Religion and Health, 1988, 27:227.

<sup>34</sup> S.S.Nalman, *An Islamic viewpoint in Euthanasia*, Oxford, 1978:55

<sup>35</sup> Ν. Μπρατσιώτης, *Η θέσις του ατόμου στην Παλαιά Διαθήκη*, Αθήνα, 1963, σελ. 57.



σφετεριστεί αυτό το δικαίωμα. Στα ιουδαϊκά περιβάλλοντα ο γιατρός απαλλάσσεται από σκληρές αποφάσεις.<sup>36</sup>

Σύμφωνα με τα νομικά κριτήρια της κοινότητας ο θάνατος έρχεται μόνο όταν καρδιά και αναπνοή σταματούν ταυτόχρονα. Το σταμάτημα της αναπνοής είναι το σημείο θανάτου για τον Ιουδαϊσμό, αφού η ανθρώπινη ζωή άρχισε με την εμφύσηση «της πνοής της ζωής». Οργανισμός που μέσα σε δώδεκα μήνες δεν δείχνει σημεία ανάνηψης καλείται *treifah*. Αλλά εκείνος που προκαλεί το θάνατο του είναι ένοχος φόνου.<sup>37</sup>

Ο ετοιμοθάνατος καλείται *goses*. Είναι εκείνος που δεν μπορεί να καταπιεί το σάλιο του. Σ' αυτόν ο θάνατος θα έρθει σε τρεις ημέρες. Εδώ ο γιατρός μπορεί να σταματήσει την θεραπεία. Σε καμία περίπτωση όμως δεν πρέπει να διακοπούν η τροφή, τα υγρά και η παυσίπονη αγωγή. Καθήκον του γιατρού είναι πάντα η διατήρηση της ζωής, όχι όμως η παράταση της αγωνίας του ετοιμοθάνατου. Στο Ιουδαϊκό θρησκευτικό σύστημα η ευθανασία δεν γίνεται αποδεκτή. Ο πόνος έχει πάντα έναν πνευματικό σκοπό, όπως στην περίπτωση του Ιώβ. Ο Δημιουργός είναι ο μόνος που κατανοεί το μαρτύριο του πλάσματος του και μέσω αυτού, ετοιμάζει τον άνθρωπο για τη ζωή πέραν του τάφου.<sup>38</sup>

## 2.7. Ηθική φιλοσοφία

Η επιστήμη δεν μπορεί να αναφέρει αξιολογικές κρίσεις. Η επίλυση διλημάτων, όπως της ευθανασίας πρέπει να αναζητηθεί στο χώρο της **ηθικής φιλοσοφίας**. Συχνά στην καθημερινή ζωή, λειτουργούμε με βάση κανόνες, χωρίς όμως να το συνειδητοποιούμε. Οι κανόνες αυτοί είναι εθιμικοί και εφαρμόζονται χωρίς να αναρωτηθούμε για την ορθότητα τους. Η κοινωνία, οι νόμοι, η θρησκεία και η προσωπικότητα του ατόμου προσθέτουν και άλλους κανόνες. Οι ηθικές θεωρίες ασχολούνται με το γιατί της πράξης και τη δυνατότητα οι κανόνες να μην εφαρμοστούν σε συγκεκριμένη περίπτωση.<sup>39</sup>

<sup>36</sup> I.Jakobovits, *Jewish Medical Ethics*, Block Publishing Co, New York, 1967:122.

<sup>37</sup> GA Rabinowitz, MKonigsberg, *Definition of death and fixing it's time according to the Halakhah*, Hadorom, New York, 1971:122.

<sup>38</sup> A.Stenderg, *The terminally ill secular and Jewish ethical aspects*, Israel Journal of Medical Schiences, 1994, 30:132

<sup>39</sup> V. Alastair Cambell, *Moral dilemmas in Medicine*, Churchill Livingstone, Edinburgh, 1984:12-13.

Την ίδια άποψη φαίνεται πως έχει και ο Κικέρωνας, Ρωμαίος φιλόσοφος και νομικός. Γράφει σχετικά με το δόγμα του φυσικού νόμου: «Ο αληθινός νόμος είναι η λογική συμφωνία με τη φύση. Είναι παγκόσμιος, αιώνιος και δεν υφίσταται αλλαγές. Και δεν θα υπάρξουν διαφορετικοί νόμοι στη Ρώμη και στην Αθήνα, ή το παρόν και το μέλλον, αλλά θα είναι ο ίδιος αιώνιος και αμετάβλητος νόμος, που θα σέβονται όλα τα έθνη, σ' όλες τις εποχές και θα υπάρχει πάντα ένας Κυβερνήτης κι ένας νομοθέτης, κι αυτός είναι ο θεός. Τη θεωρία αυτή επέκτεινε ο Θωμάς Ακινάτης στο έργο του *Summa Theologica*, και οι σχέσεις ανάμεσα στο φυσικό και το μεταφυσικό κυριάρχησαν στη σκέψη των ανθρώπων όλο το Μεσαίωνα. Σύμφωνα με τη θωμιστική άποψη όλα τα πράγματα εμπεριέχουν ένα σκοπό. Αυθεντικά ανθρώπινη είναι κάθε πράξη, που εξυπηρετεί αυτόν το σκοπό. Έτσι κρίνεται το καλό και το κακό, το φυσικό και το μη φυσικό.<sup>40</sup>

Η φιλοσοφική σχολή του Immanuel Kant εισάγει τη θεωρία του ηθικού νόμου. Ανήκει στις λεγόμενες δεοντολογικές θεωρίες. Ο Raut διακρίνει τις προσταγές σε αποθετικές και κατηγορικές. Για να είναι μια πράξη ηθική, πρέπει να ενεργείς σύμφωνα με την κατηγορική προσταγή: «η πράξη σου να μπορεί να γίνει με τη θέληση σου παγκόσμιος νόμος της φύσης». Μια πρόταση δεν μπορεί να είναι ταυτόχρονα σωστή και εσφαλμένη «Αν το Α' είναι σωστό, τότε το μη-Α' είναι λάθος».<sup>41</sup>

Στον αντίποδα της θεωρίας του Kant, βρίσκονται οι λεγόμενες τελολογικές θεωρίες. Για τον Αριστοτέλη σκοπός της ζωής είναι η ευτυχία και ευτυχία είναι η δράση. Εδώ υπάγονται και οι φιλοσοφικές σχολές του ηδονισμού με γνωστότερη εκείνη του Επίκουρου. Αντιπροσωπευτικότερη από τις τελολογικές θεωρίες είναι η θεωρία του Ωφελισμού. Μαζί με τη δεοντολογική θεωρία του Kant χρησιμοποιείται σήμερα από τους περισσότερους βιοηθικούς για να διευθετηθεί το δίλημμα της ευθανασίας. Εκπροσωπείται από τους Jeremy Bentham και J.St.Mill. Δόγμα της «η μεγαλύτερη ευτυχία για τον μεγαλύτερο αριθμό». Μια πράξη είναι ηθικά καλή όταν αποδειχθεί ότι συμβάλλει στην ευδαιμονία των ανθρώπων που επηρεάζονται από την εκτέλεση της. Σύμφωνα με την θεωρία του ωφελισμού η επίλυση των ηθικών ζητημάτων πρέπει να γίνει με γνώμονα την επιτυχία. Η ευτυχία όμως έχει και αυτή ποιότητες. Οι

<sup>40</sup> CR Rogers, *On becoming a person*, Boston, 1961:26

<sup>41</sup> I. Kant, *Τα θεμέλια της μεταφυσικής των ηθών*, εκδ. Δωδώνη, Αθήνα, 1984, σελ. 45.

ευχαριστήσεις του νου, επειδή προέρχονται από διαφορετική τάξη είναι ανώτερες από αυτές του σώματος.<sup>42</sup>

Στον προβληματισμό γύρω από την ευθανασία, εμπλέκεται και η φιλοσοφική έννοια του πατερναλισμού. Οι αποφάσεις στην κλινική πράξη για τον άρρωστο ερήμην του είναι σαφώς πατερναλιστική συμπεριφορά. Καμία φιλοσοφική σχολή δεν μπορεί να δικαιολογήσει τις αποφάσεις για τρίτο άτομο, αφού κάτι τέτοιο προϋποθέτει κατοχή. Η κατοχή αναφέρεται μόνο στα αντικείμενα, όχι όμως στον άνθρωπο, επειδή είναι πρόσωπο.<sup>43</sup>

---

<sup>42</sup> JS Mill, *Utilitarianism*, London, 1970:76.

<sup>43</sup> D.Kennedy, *Treat me Right*, Oxford, 1988:42.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### ΕΙΔΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

#### 3.1. Γενικά

Η διάκριση των ειδών ευθανασίας εξαρτάται από τα κριτήρια που χρησιμοποιούμε. Έτσι, όταν το κριτήριο με το οποίο την εξετάζουμε είναι ο τρόπος εκτέλεσης της ευθανασίας, διακρίνουμε:

- Την Ενεργητική Ευθανασία
- Την Παθητική Ευθανασία

Αν το κριτήριο είναι ποιος παίρνει την απόφαση για την ευθανασία, τότε διακρίνουμε :

- Υποβοηθούμενη αυτοκτονία
- Εθελοντική Ευθανασία
- Μη Εθελοντική Ευθανασία με προηγούμενη εντολή
- Μη Εθελοντική Ευθανασία χωρίς προηγούμενη εντολή
- Μη εθελοντική ευθανασία σε νεογέννητα
- Επιβεβλημένη ευθανασία

Στην πράξη μπορεί να προκύψει οποιοσδήποτε συνδυασμός μεταξύ των δύο ταξινομήσεων.<sup>44</sup>

#### 3.2. Εκούσια ευθανασία

Εκούσια ευθανασία, είναι εκείνη που εφαρμόζεται σ' ένα πρόσωπο το οποίο επιθυμεί να θέσει τέρμα στη ζωή του και γίνεται: α) Με τη λήψη από τον ίδιο θανατηφόρας δόσεως κάποιας ουσίας (=ευθανασία δι' αυτοκτονίας) ή β) Με τη χορήγησή της σε κάποιον που τη ζητεί - συνήθως από γιατρό - σαν ένα είδος βοήθειας. Η βοήθεια όμως αυτή, αποτελεί πράξη συμμετοχής σε αυτοκτονία και τιμωρείται αυστηρά κατά το άρθρο 301 του Ελληνικού Ποινικού Κώδικα (Π.Κ.).<sup>45</sup>

<sup>44</sup> Ν.Δεσσύρης, Α.Θεοχάρης, *Το δίλημμα της ευθανασίας*, περιοδικό ΠΑΡΩΡΟΝ, Τετάρτη, 2 Μαρτίου 2005.

<sup>45</sup> Ι. Κάτρας, ό.π.

Περίπτωση εκούσιας ευθανασίας είναι εκείνη της Ίνγκριντ Φράνκ, ηλικίας 28 ετών, η οποία έμεινε παράλυτη ύστερα από αυτοκινητιστικό ατύχημα. Αυτοκτόνησε με υδροκυάνιο που της προσέφερε η Γκρέτλις Σβάρτσμαν, ηλικίας 73 ετών, μέλος της Ενώσεως «Δικαίωμα και στο θάνατο», εν επιγνώσει και με τη θέληση της και μάλιστα μπροστά σε βιντεοκάμερα ώστε να μη κατηγορηθεί κανείς από τα φιλικά της πρόσωπα.<sup>46</sup>

Στην εκούσια ευθανασία (αφού ο ασθενής «πατά το κουμπί») υπάγεται και η «συσκευή ευθανασίας» με μονοξειδίο του άνθρακα και μάσκα, την οποία επινόησε ο συνταξιούχος γιατρός Τζακ Κεβορκιάν, ο επονομασθείς «Ντόκτορ θάνατος» ή «ο άνθρωπος, ο οποίος αντικατέστησε το θεό» για άλλους.<sup>47</sup>

### 3.3. Ακούσια ευθανασία

Η ακούσια ευθανασία είναι αυτή, η οποία «προσφέρεται» από συγγενή ή φίλο ή από γιατρό, για να τεθεί τέρμα στο μαρτύριο κάποιου που υποφέρει ή έχει κατανήσει «φυτό», χωρίς να διαφαίνεται ελπίδα αποκαταστάσεως. Στην περίπτωση αυτή, χωρίς να λαμβάνεται ή να μπορεί να ληφθεί η σύμφωνη γνώμη της ασθενούς, πρόκειται περί «ανθρωποκτονίας εκ προθέσεως», η οποία κατά το άρθρο 299 του Π.Κ. «τιμωρείται δια της ποινής του θανάτου ή της ισοβίου καθειρξέως».<sup>48</sup>

Ακούσια ευθανασία ήταν η περίπτωση του Βασιλιά της Αγγλίας Γεωργίου του Ε', ο οποίος βρισκόταν σε κώμα και με εντολή της βασίλισσας Μαίρης και του Πρίγκιπα της Ουαλίας Εδουάρδου του Η', του μετέπειτα Βασιλέα της Αγγλίας, ο γιατρός Ντώσον του έκανε δύο θανατηφόρες ενέσεις μορφίνης και κοκαΐνης συντομεύοντας έτσι το τέλος του στις 10.1.1936.<sup>49</sup>

Στην κατηγορία αυτή εντάσσεται και η ευγονική ή κοινωνική ευθανασία που γίνεται σε άτομα αντικοινωνικά (κατάκοιτους γέροντες, ανάπηρους, νήπια με σοβαρές αναπηρίες ή πάσχοντα από ανίατες ασθένειες), χωρίς τη θέλησή τους και με κριτήρια το κοινωνικό όφελος ή για πολιτικούς ή και εθνικούς λόγους.

Ένας από τους μεγαλύτερους υποστηρικτές της ευγονικής ευθανασίας ήταν και ο Νίτσε κατά τον οποίο «θα πρέπει να θανατώνονται τα παράσιτα της κοινωνίας αλλά

<sup>46</sup> Β. Δημόπουλος ό.π., σελ. 17.

<sup>47</sup> Ζ. Κληρονόμου, *Τζακ Κεβορκιά, ο άγγελος του θανάτου*, εφημερίδα Ελεύθερος Τύπος, 11 Νοεμβρίου 1996

<sup>48</sup> Ι. Κάτρας, ό.π.

<sup>49</sup> Λ. Καράμπελας, .ο.π., σελ. 29

και άνθρωποι οι οποίοι φυτοζωούν, έχοντας χάσει το αίσθημα του μέλλοντος». Εντυπωσιάζει ο Πλάτων, ο οποίος επέκρινε τον Ηρόδοτο, διδάσκαλο και γυμναστή επειδή όταν προσεβλήθη από θανάσιμη ασθένεια, συνδυάζοντας την γυμναστική με την ιατρική «έκανε μακρό και βραδύ τον θάνατο του και βασάνιζε μ' αυτόν τον τρόπο, πρώτα και περισσότερο τον εαυτό του αλλά και πολλούς άλλους μαζί, φθάνοντας με την τέτοια σοφία του, σε βαθιά γεράματα».<sup>50</sup>

### 3.4. Παθητική ευθανασία

Η παθητική ευθανασία ενεργείται είτε:

- με παραλείψεις (Withholding) χρησιμοποίησεως θεραπευτικών προσπαθειών (ορών, φαρμάκων, μηχανημάτων υποστηρίξεως βασικών λειτουργιών της ζωής)
- με την απόσυρση αυτών (Withdrawing).

Όμως, η διακοπή της λειτουργίας ενός μηχανήματος, το γύρισμα ενός μοχλού ή το κλείσιμο μιας στρόφιγγας, είναι μια πολύ δύσκολη απόφαση. Σε άλλες εποχές, το τέρμα της ζωής δεν δημιουργούσε προβλήματα για τη διάγνωση του. Καθορίζονταν από το σταμάτημα της καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας. Με την αποδοχή όμως του «εγκεφαλικού θανάτου» ως του τέρματος της ζωής, προέκυψαν πολλά νέα προβλήματα.

Σε τέτοιες περιπτώσεις, δεν μπορούμε να γνωρίζουμε πότε «βγαίνει» η ψυχή του ανθρώπου, πότε ακριβώς αποβιώνει για να τον αναγγείλουμε ως νεκρό ή να υπογράψουμε πιστοποιητικό θανάτου για να προβούμε π.χ. σε λήψη οργάνων του προς μεταμόσχευση ενώ αυτά είναι ακόμη «ζωντανά». Υπάρχουν μάλιστα και περιπτώσεις κατά τις οποίες μετά τη διάγνωση του «εγκεφαλικού θανάτου», ο άνθρωπος δεν ξεψύχησε αλλά επανήλθε στη ζωή, ενώ η παθητική ευθανασία σε μια τέτοια περίπτωση θα απέβαινε σε δολοφονία.<sup>51</sup>

Σε πολλές περιπτώσεις, η ευθύνη για την απόφαση στο κλείσιμο ενός διακόπτη στηρίξεως της ζωής, ανατίθεται στον άρρωστο ή στο περιβάλλον του. Και ήταν ο Αριστοτέλης Ωνάσης εκείνος που τράβηξε τον σωλήνα της τεχνητής αναπνοής από το γιο του Αλέξανδρο, στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Κ.Α.Τ.<sup>52</sup>

Οι μορφές της παθητικής ευθανασίας είναι πέντε:

1. η ευθανασία δια της μη ανανήψεως

<sup>50</sup> Α. Καράμπελας, ό.π., σελ. 29

<sup>51</sup> Α. Δοντιάς *Βοήθεια προς τους βαρέως πάσχοντες*, Ιατρική, τόμος 59, τεύχος 6, 1991, σελ. 578.

<sup>52</sup> Α. Αβραμίδης, ό.π.σελ.: 22

2. η διαθήκη εν ζωή
3. η ορθοθανασία
4. η επιταχυθανασία και
5. η δυσθανασία.

### 3.4.1. Ευθανασία δια της μη ανανήψεως

Για αυτή τη μορφή ευθανασίας, ο ενδιαφερόμενος υπογράφει στον φάκελ του ιστορικού της ασθένειας του ένα έντυπο, σύμφωνα με το οποίο, σε περίπτωση που περιέλθει σε κατάσταση τέτοια που η επάνοδος στη ζωή θα ήταν εκείνη ενός «φυτού» ή σε περίπτωση που προσβληθεί από ανίατη ασθένεια, δεν επιθυμεί «την δια τεχνικών μέσων άσκοπη παράταση της ζωής του». Συμβαίνει όμως συχνά, να μην ενημερώνεται ο ασθενής επακριβώς για το τι χαρτιά υπογράφει όταν μπαίνει σε ένα νοσοκομείο υπό το βάρος μιας ασθένειας. Επειδή μπορεί να μη γνωρίζει τις επιδράσεις της στην ψυχική ή την διανοητική του κατάσταση, που μπορεί να επηρεάζονται και από τυχόν χορηγηθέντα στο μεταξύ φάρμακα. Και ενδέχεται με τη βελτίωση της κατάστασής του να ήθελε να αλλάξει γνώμη, ενώ δεν θυμάται τίποτα για κάποιο τέτοιο χαρτί που υπέγραψε στη διαδικασία της εισαγωγής.

### 3.4.2. Διαθήκη εν ζωή (Living Will)

Πρόκειται για μια μορφή εκούσιας παθητικής ευθανασίας, με εκ των προτέρων λαμβανόμενη απόφαση για ένα «αξιοπρεπή θάνατο» που οι όροι του καθορίζονται με συμβολαιογραφική πράξη. Γι' αυτό και χαρακτηρίζεται ως «Συμβόλαιο ή διαθήκη εν ζωή». Ο ασθενής, υπογράφει ενώπιον μαρτύρων κάποιο σχετικό έγγραφο και με την υπογραφή του εκχωρεί το δικαίωμα διακοπής της θεραπείας του ή της παράτασης της ζωής του, όπως αυτή αναπτύσσεται στους όρους αυτού του εγγράφου. Ο τύπος αυτός της ευθανασίας όπως θα αναλύσουμε και στη συνέχεια υλοστηρίζεται στην Αγγλία, Γερμανία, Ολλανδία, από συλλόγους που έχουν συσταθεί για το σκοπό αυτό.<sup>53</sup>

Αλλά διερωτάται κανείς τι νόημα μπορεί να έχει μια τέτοια διαθήκη. Τι αξία μπορεί να έχει όταν συντάσσεται σε ανύποπτο χρόνο, όταν το άτομο είναι υγιές και το

<sup>53</sup> Σ. Μπαλογιάννης, *Ολίγα απόψεις επί της ευθανασίας*, Εγκέφαλος, τόμος 35, τεύχος 1, 1998, σελ. 10.

θάνατο τον βλέπει ως ένα πολύ μακρινό ενδεχόμενο, όταν δεν ζει την ψυχολογία αυτού που φεύγει από τη ζωή.<sup>54</sup>



<sup>54</sup> Α. Κουτσελίνης, .ο.π.



### 3.4.3. Ορθοθανασία

Χαρακτηρίζεται έτσι, η μη προσφορά υπερβολικών φροντίδων, μεγαλύτερης εκτάσεως από εκείνη η οποία είναι συμβατή με την κατάσταση του ατόμου το οποίο πάσχει από ανίατη ασθένεια και αφήνεται να σβήσει ήρεμα με τη φυσική επέλευση του θανάτου, εφ' όσον ο ίδιος ο ασθενής το επιθυμεί και εφ' όσον ο θάνατος είναι ένα φυσικό γεγονός, όπως και αυτή η ίδια η ζωή.

### 3.4.4. Επιταχυθανασία

Ονομάζεται έτσι, η σκόπιμη επιτάχυνση των βιολογικών διαδικασιών του θανάτου σε περιπτώσεις αναπότρεπτης επελεύσεως του και της ως εκ τούτου απώλειας των προϋποθέσεων για ένα «ευ ζην», θεωρούν μάλιστα οι εισηγητές της, ότι αποτελεί υποχρέωση του γιατρού να την εφαρμόσει προς απαλλαγή του ασθενή από την ήδη τραγική επιθανάτιο κατάστασή του.

### 3.4.5. Λυσθανασία

Χαρακτηρίζεται έτσι, η παράταση της ζωής του ασθενούς, με δύσκολες και δαπανηρές ιατρικές φροντίδες οι οποίες είναι δυσανάλογα αποδοτικές προς το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα και με τις οποίες απλώς και μόνο διατηρείται το άτομο σε κάποιο «είδος» ζωής, ενώ χωρίς αυτές θα πέθαινε.

Σε μια τέτοια προσπάθεια, ο γιατρός νομιμοποιείται να αναστείλει τις φροντίδες του, μόνο εάν ο ίδιος ο ασθενής το επιθυμεί και του το ζητήσει, θα πρέπει όμως να υπάρχουν σαφείς και πειστικές αποδείξεις για τη βούληση του ασθενούς. Όπως, σεβαστή είναι η επιθυμία του ασθενούς ή των οικείων του (συγγενών και φίλων), να διατηρηθεί κάποιος στην οποιαδήποτε ζωή για κάποιο χρονικό διάστημα - συνήθως βραχύ - μέχρι να τακτοποιήσει τυχόν εκκρεμότητες ή για να τον «προλάβουν ζωντανό» κάποιοι δικοί του που θα πρέπει να φθάσουν δίπλα του από μακρινές αποστάσεις. Ο γιατρός σε τέτοιες περιπτώσεις, έχει υποχρέωση να διατηρήσει στη ζωή τον ασθενή εφ' όσον μπορεί, αλλιώς παραβαίνει το καθήκον του θεραπευτού.

Ενδέχεται όμως κάποιοι τρίτοι, να την επιδιώκουν μέχρι να αποσπάσουν κάποια ενδιαφέρουσα γι' αυτούς υπογραφή, προς εξυπηρέτηση δικών τους συμφερόντων. Πρόκειται για μια περίπτωση που φέρνει τους γιατρούς σε πολύ δύσκολη θέση.<sup>55</sup>

<sup>55</sup> Λ. Καράμπελας, ό.π., σελ. 27

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### Η ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΥΠΟ ΤΟ ΠΡΙΣΜΑ ΤΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ

#### 4.1. Γενικά

Το δικαίωμα στη ζωή ορίστηκε από την Ευρωπαϊκή Σύμβαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων το έτος 1953, νωρίτερα όμως, από το 1949, είχε θεσπισθεί ο Διεθνής Κώδικας Ιατρικής Ηθικής που τροποποιήθηκε αργότερα από τις Γενικές Συνελεύσεις της Παγκόσμιας Ιατρικής Εταιρείας (WMA) και σύμφωνα με τον οποίο προβλέπεται ότι: «ο ιατρός οφείλει πάντοτε να έχει κατά νου τη φροντίδα να διατηρεί την ανθρώπινη ζωή». Άλλες ακόμη διακηρύξεις, όπως αυτή της WMA πάλι, στο Ελσίνκι το 1964, που συμπληρώθηκε επίσης αργότερα, προβλέπει ότι η θεραπευτική αγωγή του αρρώστου πρέπει να βασίζεται επί επιστημονικών δεδομένων και ερευνών που έχουν προηγηθεί στο εργαστήριο και επί ζώων, προκειμένου να μη τεθεί σε κίνδυνο η ζωή του, ούτε να χρησιμοποιηθεί αυτός ως πειραματόζωο.

Και η Διακήρυξη του Όσλο, περί της θεραπευτικής διακοπής της κηρύσεως, το έτος 1970 και το 1983 αρχίζει με την κατάφαση στο σεβασμό της ανθρώπινης ζωής: «Η πρώτη ηθική αρχή που τίθεται ενώπιον του ιατρού είναι ο απόλυτος σεβασμός της ανθρώπινης ζωής». Ακόμη η απόφαση του 1981 που ελήφθη στη Λισσαβόνα, απαγορεύει στους γιατρούς να συμμετέχουν στη διαδικασία θανατικής εκτέλεσης καταδίκων, ως αντίθετης προς την ιατρική ηθική. Τέλος, η Διακήρυξη της Βενετίας, το 1983, περί του τελικού σταδίου της ασθένειας, περιλαμβάνει και τα εξής κεφαλαιώδη: 1) Ο γιατρός έχει ως αποστολή να θεραπεύει και στο μέτρο του δυνατού να ανακουφίζει τους πόνους, έχοντας πάντοτε προ οφθαλμών το συμφέρον του ασθενούς. 2) Η αρχή αυτή δεν επιδέχεται εξαίρεση ούτε σε περίπτωση ανιάτου ασθενείας ή επιδεινώσεως της καταστάσεως». <sup>56</sup>

Κατά την τελευταία εικοσαετία η συζήτηση για την ευθανασία εμφανίζεται με ιδιαίτερη ένταση και επιμονή στο νομικό τύπο πολλών κρατών, είτε στα πλαίσια της ιατρικής ευθύνης είτε σε σχέση με τα δικαιώματα των ασθενών (οπότε συνδέεται με την άσκηση του δικαιώματος αυτοκαθορισμού και τη συνακόλουθη δυνατότητά τους να

<sup>56</sup> Α. Κουτσελίνης, ό.π.

καθορίσουν τον τρόπο και τη στιγμή του θανάτου τους). Στη συνέχεια παρουσιάζονται ορισμένα στοιχεία της νομολογιακής και νομοθετικής εξέλιξης στον ευρωπαϊκό χώρο.<sup>57</sup>

#### 4.2. Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων

Η Σύμβαση αυτή, την οποία υπέγραψε η Ελλάδα στις 4.4.1997 και κύρωσε η Βουλή με το νόμο 2619 της 19.6.1998, ισχύει ως εσωτερικό δίκαιο υπερνομοθετικής ισχύος, βάσει του άρθρου 28 παρ. 1 του Συντάγματος. Η Σύμβαση αποτελεί το τελευταίο βήμα του Συμβουλίου της Ευρώπης στο πεδίο που τέμνεται από τις συνεχώς εξελισσόμενες βιοϊατρικές επιστήμες αφενός και την προστασία των ατομικών δικαιωμάτων αφετέρου.

Στη Σύμβαση δεν περιλαμβάνονται ειδικές διατάξεις σχετικά με την ευθανασία. Το θέμα είναι ιδιαιτέρως ακανθώδες και δεν ήταν δυνατόν να υπάρξει συναίνεση ούτε ως προς το κατ' αρχήν επιτρεπτό ούτε ως προς τους ειδικότερους όρους που θα μπορούσαν να διέπουν τις εξαιρέσεις από τη γενική προστασία της ζωής, η οποία κατοχυρώνεται στο άρθρο 2 της ΕΣΔΑ και εξυπονοείται ως η διέπουσα αρχή της Συμβάσεως περί Βιοϊατρικής.

Υπάρχουν, όμως, ορισμένες διατάξεις με ειδικό ενδιαφέρον για το υπό εξέταση θέμα: Σύμφωνα με το άρθρο 5 η ελεύθερη και μετά από ενημέρωση συναίνεση αποτελεί το γενικό κανόνα που θα πρέπει να διέπει την κάθε μορφής επέμβαση (διαγνωστική, προληπτική, θεραπευτική) στον τομέα της υγείας. Όπως αναφέρεται στη συνοδευούσα επεξηγηματική έκθεση η αρχή αυτή υπογραμμίζει την αυτονομία του ασθενούς έναντι του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και επιδιώκει να περιορίσει την πατερναλιστική συμπεριφορά, η οποία ίσως αγνοεί τις επιθυμίες του ασθενούς. Στην ίδια έκθεση αναφέρεται ότι ο ασθενής θα πρέπει να ενημερώνεται σχετικά με τη φύση, το σκοπό, τις συνέπειες και τους κινδύνους της επεμβάσεως εν σχέσει προς τη δική του, συγκεκριμένη κατάσταση, όπως επίσης και σχετικά με τις πιθανές εναλλακτικές αγωγές.<sup>58</sup>

<sup>57</sup> Ι. Κριάρη, *Ευθανασία και ατομικά δικαιώματα - Η προσέγγιση από πλευράς διεθνούς και συγκριτικού δικαίου*, από το <http://www.bioethics.org.gr>

<sup>58</sup> Council of Europe, *Draft explanatory report to the draft Convention on human rights and biomedicine*, Dir/Jur (96) 11, Strasbourg 1996, sections 33, 34

Περαιτέρω, το άρθρο 9 αναφέρεται στην περίπτωση κατά την οποία ο ασθενής δεν είναι πλέον σε θέση να εκφράσει τη συναίνεσή του (διότι έχει π.χ. περιπέσει σε κώμα, ή διότι έχει γεροντική άνοια), είχε όμως την πρόνοια να εκφράσει τη βούλησή του σχετικά με το ενδεχόμενο αυτό και είχε δημοσιοποιήσει την επιθυμία του ως προς την έναρξη/συνέχιση ή τη διακοπή της θεραπείας του ή ως προς το ενδεχόμενο της δωρεάς των οργάνων του (στην περίπτωση, π.χ. του εγκεφαλικού θανάτου). Το άρθρο 9 ορίζει ότι οι επιθυμίες του ασθενούς θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, δεν επιβάλλει όμως στον ιατρό την υποχρέωση να τις ακολουθήσει υποχρεωτικώς. Αυτή η προσεκτική διατύπωση οφείλεται στον γενικό προβληματισμό σχετικά με τη δυνατότητα του ατόμου να αποφασίζει εκ των προτέρων για θέματα, για τα οποία δεν είναι δυνατόν να έχει σαφή και ασφαλή αντίληψη για τους εξής, κυρίως, λόγους:

1. Μια σοβαρή ασθένεια ενδέχεται να αλλάξει το τρόπο αντιδράσεως και σκέψης ενός ατόμου. Δεν είναι καθόλου βέβαιο ότι, ενώπιον του προσεγγίζοντος θανάτου, το άτομο εξακολουθεί να έχει την ίδια επιθυμία, την οποία εξέφρασε όταν το ενδεχόμενο αυτό ήταν απομακρυσμένο.<sup>59</sup>

2. Η πρόοδος της επιστήμης είναι δυνατόν να προσφέρει προοπτικές, που ήταν άγνωστες στον ασθενή κατά τη στιγμή της δημοσιοποίησεως της επιθυμίας του. Για τον λόγο αυτό συνιστάται στην επεξηγηματική έκθεση της Συμβάσεως να εκτιμά ο ιατρός εάν οι επιθυμίες του ασθενούς ισχύουν στη συγκεκριμένη περίπτωση εν όψει της τεχνολογικής προόδου της ιατρικής, όπου αυτό είναι δυνατόν.<sup>60</sup>

3. Η υλοποίηση αυτής της διατάξεως επαφίεται στην εθνική νομοθεσία, που θα πρέπει να ορίσει, αν θα τηρείται κάποιος τύπος, με τον οποίο θα εκφράζεται και θα

<sup>59</sup> Nys, Herman (1997): Emerging legislation in Europe on the legal statutes of advance directives and medical decision - making with respect to an incompetent patient( "living - will"/) in: *European Journal of Health Law*, 179 - 188 (181 et seq.). Ο σ. αυτός υποστηρίζει ότι ο ασθενής μπορεί να επανασυντάσσει τις δηλώσεις του, βάσει των νεωτέρων εξελίξεων, μετά από προηγούμενη ενημέρωση του ιατρού του. Ως προς το επιχείρημα, δε, της αλλαγής νοοτροπίας θεωρεί ότι είναι προτιμότερο να γίνονται σεβαστές οι απόψεις του ιδίου του ασθενούς, έστω και εάν δεν ανταποκρίνονται πλήρως στη βούλησή του κατά τη στιγμή της επεμβάσεως/θεραπείας, και όχι οι απόψεις και εκτιμήσεις του ιατρού ή των συγγενών του, σ. 182 - 183.

<sup>60</sup> Draft explanatory report, sections 59 - 61. Στην Έκθεση μιας Ειδικής Επιτροπής που ασχολήθηκε με θέματα ιατρικής δεοντολογίας εκφράζεται ένα επιπλέον λόγος, για τον οποίο οι "δηλώσεις" αυτές είναι προβληματικές: Σε περίπτωση που είναι δεσμευτικές υπονομεύουν σοβαρώς την επαγγελματική και επιστημονική κρίση του ιατρού και τον μετατρέπουν σε σκλάβο της κοινωνίας, βλ. House of Lords, Select Committee on Medical Ethics, 1994, σιχ. 196. Morris, Anne (1996): *Life and Death Decisions: "Die, my dear doctor? That's the last thing I shall do!"*, *European Journal of Health Law*, 9 -28 (26). Η σ. αυτή υποστηρίζει, πάντως, ότι με τον τρόπο αυτό οι ιατροί δεν μετατρέπονται σε σκλάβους της κοινωνίας, αλλά ότι η κοινωνία έχει δικαίωμα να εκφράζει κατά πλειοψηφία τις επιλογές της και να αναμένει ότι και οι ιατροί θα τις ακολουθούν.

δημοσιοποιείται η βούληση του ασθενούς, όπως επίσης και τους όρους, υπό τους οποίους η βούληση αυτή εκφράζεται εγκύτως ή ανακαλείται.<sup>61</sup>

Από τη διάταξη, πάντως, του άρθρου 5 και υπό προϋποθέσεις και του άρθρου 9, σε συνδυασμό με την προστασία της αξιοπρέπειας που προβλέπει το άρθρο 1 της Συμβάσεως, συνάγεται ότι ο ασθενής μπορεί να αρνηθεί οιαδήποτε επέμβαση ή θεραπεία, ακόμη και αν δεν είναι προς το συμφέρον του. Υπέρ της ερμηνείας αυτής συνηγορεί και η διάταξη του άρθρου 26 παράγραφος 1, που αναφέρεται στους περιορισμούς των δικαιωμάτων που κατοχυρώνονται από τη Σύμβαση: Σύμφωνα με αυτή, τα δικαιώματα, μεταξύ των οποίων και το άρθρο 5, είναι δυνατόν να περιορισθούν για την εξυπηρέτηση συλλογικών αγαθών, όπως είναι η δημοσία ασφάλεια, η πρόληψη του εγκλήματος, η προστασία της δημόσιας υγείας ή τα δικαιώματα και οι ελευθερίες τρίτων (όχι, δε, και τα δικαιώματα ή οι ελευθερίες του ίδιου του ασθενούς).<sup>62</sup>

Επιπλέον επιχείρημα εξ αντιδιαστολής είναι δυνατόν να συναχθεί από το άρθρο 6, παράγραφος 1, το οποίο προβλέπει ότι επιτρέπονται οι επεμβάσεις στα πρόσωπα που δεν έχουν ικανότητα συναίνεσεως, όπως είναι οι ανήλικοι ή τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, εφόσον εξυπηρετούν το άμεσο συμφέρον τους.<sup>63</sup> Για τις επεμβάσεις αυτές απαιτείται η συναίνεση του αρμοδίου και επιφορτισμένου με την επιμέλειά τους ατόμου ή οργάνου (άρθρο 6 παρ. 3).

<sup>61</sup> Ο Δανικός νόμος 351 της 14ης Μαΐου 1992 προβλέπει ότι ενήλικα άτομα μπορούν να συντάξουν μια "δήλωση" σχετικά με τις απόψεις τους ως προς τη θεραπεία τους για την περίπτωση που περιέλθουν σε κατάσταση, κατά την οποία δεν είναι σε θέση να ασκήσουν το δικαίωμα αυτοκαθορισμού τους. Το Διάταγμα 782 της 18ης Σεπτεμβρίου 1992 ορίζει τις ειδικότερες λεπτομέρειες, βάσει των οποίων γράφονται οι επιθυμίες αυτές (:σε ειδικό έντυπο που εκδίδει το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας, με ημερομηνία και την υπογραφή του ενδιαφερομένου και το οποίο καταχωρείται σε ειδικό αρχείο. Στο ίδιο αρχείο καταχωρείται η γραπτή ανάκληση της δήλωσης αυτής). Η "δήλωση" αυτή αναφέρεται στην επιθυμία του ατόμου να απαλλαγεί από αγωγές που παρατείνουν τη ζωή, χωρίς να προσφέρουν την προοπτική θεραπείας, βελτιώσεως ή καταπολεμήσεως του πόνου, στην περίπτωση δηλαδή που ο θάνατος είναι αναπόφευκτος. Η ανάκληση της "δηλώσεως" είναι δυνατόν να γίνει και προς τον ιατρό κατά τη διάρκεια αγωγής, εάν ο ασθενής διατηρεί τις αισθήσεις του, βλ. Nys, *op.cit.* 187. - Περισσότερο γενικές ρυθμίσεις προβλέπει ο φινλανδικός νόμος σχετικά με την κατάσταση και τα δικαιώματα του ασθενούς του 1992, που τέθηκε σε ισχύ από της 1ης Μαρτίου 1993. Στο άρθρο 8 προβλέπεται ότι: Εάν ο ασθενής έχει εκφράσει εγκύτως, προ της εμφανίσεως μιας κρίσιμης κατάστασης, τη βούλησή του σχετικά με την έναρξη ή τη διακοπή της θεραπείας, η βούληση αυτή θα πρέπει να γίνεται σεβαστή. Βλ. Kokkonen, P. (1994): The New Finnish Law on the Status and Rights of a Patient, *European Journal of Health Law*, 127 - 135 (131)

<sup>62</sup> Draft explanatory report, sections 149, 150

<sup>63</sup> Draft explanatory report, section 43.- Εξαιρέσεις από την αρχή του "άμεσου συμφέροντος" προβλέπονται μόνο σε δύο περιπτώσεις στα άρθρα 17 και 20 της Συμβάσεως, σχετικά με την ιατρική έρευνα και τη μεταμόσχευση ιστών

Ειδικώς ως προς τα άτομα με ψυχικές διαταραχές προβλέπεται στο άρθρο 7 ότι επεμβάσεις χωρίς συναίνεση επιτρέπονται μόνον εάν είναι απαραίτητες για να αποτραπεί σοβαρή βλάβη της υγείας τους. Με το άρθρο 7, δηλαδή, προστίθεται ακόμη μια προϋπόθεση (η προστασία της υγείας του ψυχικώς πάσχοντος), στις ήδη προαναφερθείσες προϋποθέσεις του άρθρου 26, οι οποίες προβλέπουν περιορισμό των δικαιωμάτων της Συμβάσεως. Με τη ρύθμιση αυτή επιδιώκεται να προστατευθεί αφενός η υγεία του ασθενούς (η θεραπεία χωρίς συναίνεση επιτρέπεται μόνο εάν είναι απαραίτητη για τη σωτηρία της υγείας του) και αφετέρου η αυτονομία του (η θεραπεία χωρίς συναίνεση απαγορεύεται, στην περίπτωση που δεν κινδυνεύει η υγεία του).<sup>64</sup>

Κατά την τελική εκτίμηση του ιατρού σχετικά με την διακοπή ή συνέχιση της θεραπείας δεν θα πρέπει να επιλοχωρούν χρησιμοθηρικές εκτιμήσεις (π.χ. σχετικά με το οικονομικό κόστος και την επιβάρυνση της οικογένειας ή της νοσοκομειακής μονάδας), δεδομένου ότι στο άρθρο 2 της Συμβάσεως ορίζεται ρητώς ότι το συμφέρον και η ευημερία του ατόμου υπερισχύουν έναντι του συμφέροντος της κοινωνίας ή της επιστήμης.

#### 4.3. Αλλοδαπό Δίκαιο

Ο τρόπος με τον οποίο ρυθμίζονται τα θέματα της ευθανασίας ποικίλλει αναλόγως των ηθικών αξιών της κάθε χώρας και του νομικού της πολιτισμού.

Ως βασικός κανόνας ισχύει η αρχή ότι οιαδήποτε αφαίρεση ζωής θεωρείται έγκλημα και τιμωρείται. Κατά τα τελευταία έτη, όμως, εμφανίζεται μια ανοχή σχετικά με την «παθητική ευθανασία», κατά την οποία ο ιατρός διακόπτει την παροχή τροφής και ενυδατώσεως σε ασθενείς που ευρίσκονται σε χρόνια φυτική κατάσταση, μετά από αίτημα των συγγενών τους, ή εάν έχουν οι ίδιοι εκφράσει σχετική άποψη προ της επιδεινώσεως της υγείας τους. Υπάρχουν, δηλαδή, περιπτώσεις, κατά τις οποίες ο ιατρός που προβαίνει στην διακοπή θεραπείας απαλλάσσεται, διότι αυτό θεωρείται ότι επέβαλλε το συμφέρον του ασθενούς (αγγλικό και ιρλανδικό δίκαιο), ή διότι αυτή την επιθυμία του ασθενούς οφείλει να σεβαστεί ο ιατρός (προηγούμενες δηλώσεις βουλήσεως- advance directives), ή διότι αυτό επιτάσσει το δικαίωμα του ατόμου να αποφασίζει, υπό προϋποθέσεις για το θάνατό του. Πρόκειται για το δικαίωμα για ένα

<sup>64</sup> Draft explanatory report, section 53

αξιοπρεπή θάνατο, το οποίο έχει επεξεργασθεί κυρίως η γερμανική θεωρία και νομολογία.

Η θεσμοθέτηση, πάντως, των προηγουμένων «δηλώσεων βουλήσεως» προκαλεί διεθνώς πολλές αντιδράσεις, διότι είναι δύσκολο να ελεγχθεί εάν αποτελούν προϊόν άμεσης ή έμμεσης πίεσεως από πλευράς συγγενών. Όπως αναφέρεται και στην Ειδική Επιτροπή εξέτασεως βιοηθικών ζητημάτων της Βουλής των Λόρδων του 1994, τα ευάλωτα άτομα είναι ενδεχόμενο να πιεσθούν ποικιλοτρόπως για να υπογράψουν αυτές τις δηλώσεις, και η προοπτική καταχρήσεως είναι ορατή: Τα αυξημένα έξοδα νοσηλείας ενός ασθενούς ή η προσμονή κληρονομιών είναι δυνατόν να ωθήσουν τους συγγενείς να επηρεάσουν τον ασθενή προς την κατεύθυνση της άρνησης θεραπείας. Θα ήταν υπερβολική επιβάρυνση, για τον ήδη υπεραπασχολημένο ιατρό να πρέπει να κρίνει κατά περίπτωση εάν κάθε «δήλωση» είναι προϊόν ελεύθερης βούλησης ή εξαναγκασμού.<sup>65</sup>

Η κοινή γνώμη και ο νομικός και ο ιατρικός κόσμος στις περισσότερες χώρες είναι αντίθετοι με την αποποινικοποίηση της «ενεργητικής ευθανασίας», κατά την οποία ο ιατρός παρέχει στον ασθενή το κατάλληλο φάρμακο για να αυτοκτονήσει ή το χορηγεί ο ίδιος) λόγω των πολλών κινδύνων που εμπερικλείει. Τους λόγους συνόψισε η Έκθεση του New York State Task Force του 1995.<sup>66</sup> Δεδομένου ότι το σύστημα υγείας μας δεν μπορεί να θεραπεύσει τον πόνο, ή να διαγνώσει και να θεραπεύσει την κατάθλιψη θα ήταν ιδιαίτερος επικίνδυνος για τους ασθενείς να νομιμοποιήσουμε την μέσω ιατρού βοήθεια σε αυτοκτονία ή την εκουσία ευθανασία. Πραγματικά αυτός ο κίνδυνος θα ήταν ακόμη μεγαλύτερος για τους ηλικιωμένους και τους φτωχούς, για ανθρώπους που είναι σε κοινωνικά άσχημη κατάσταση ή για εκείνους που δεν έχουν πρόσβαση στο σύστημα υγείας. Σ' αυτό το σημείο εντοπίζεται και ο κίνδυνος: Μήπως από το δικαίωμα στο θάνατο ολισθήσει η κοινωνία στο «καθήκον στο θάνατο». Το να θεσμοποιηθεί η βοήθεια στην αυτοκτονία θα ισοδυναμούσε με την αναγνώριση ενός δικαιώματος στο θάνατο, ενώ το μόνο δικαίωμα που μπορεί να διεκδικήσει κανείς είναι το δικαίωμα να υπερασπίζεται τη σωματική του ακεραιότητα έναντι προσβολών από

<sup>65</sup> House of Lords Select Committee on Medical Ethics, 1994, para. 199. Βλ. Morris, Anne, op. cit. σ. 19

<sup>66</sup> Olivier Guillod (1997): Book Review in: *European Journal of Health Law*, 209 -213 (213), για το βιβλίο του Keown, John (Eds.): *Euthanasia Examined. Ethical, clinical and legal perspectives* (Cambridge University Press, Cambridge, 1995)

τρίτα μέρη και να εξασφαλίσει στον εαυτό του τη δυνατότητα να πεθάνει από φυσικό θάνατο».

Κινήσεις για νομοθετική διευθέτηση του θέματος με παράλληλη τροποποίηση του Ποινικού Κώδικα παρατηρούνται σε αρκετές χώρες: Στη Γερμανία οι προσπάθειες στη δεκαετία του 90 δεν απέδωσαν, στην Ολλανδία και το Βέλγιο οδήγησαν στην ψήφιση σχετικών νόμων. Στα πλαίσια αυτού του άρθρου παρουσιάζουμε ορισμένα στοιχεία από τη νομοθετική και νομολογιακή εξέλιξη σε ορισμένες χώρες.<sup>67</sup>

#### 4.3.1. Ηνωμένο Βασίλειο και Ιρλανδία

Κατά το αγγλικό δίκαιο η αφαίρεση ζωής είναι έγκλημα, ανεξαρτήτως των κινήτρων του δράστη<sup>68</sup>, όπως επίσης και η αρωγή σε αυτοκτονία (νόμος περί αυτοκτονίας του 1961, άρθρο 2). Και οι δύο περιπτώσεις αφορούν σε θετική ενέργεια, μέσω της οποίας επέρχεται ο θάνατος (ενεργητική ευθανασία). Διαφορετικά αντιμετωπίζεται το θέμα στην περίπτωση της «έμμεσης ευθανασίας», κατά την οποία ο ιατρός χορηγεί παυσίπονο που ενδέχεται να έχει ως αποτέλεσμα το θάνατο του ασθενούς<sup>69</sup>: Στην περίπτωση αυτή ο ιατρός δεν διώκεται εάν αποδείξει ότι πρωταρχικός του στόχος ήταν να ανακουφίσει τους πόνους του ασθενούς.

Η απόφαση του ασθενούς να μην υποβληθεί σε αγωγή ή θεραπεία γίνεται σεβαστή, ως έκφραση της αυτονομίας του ασθενούς, ακόμη και αν είναι προφανές σε όλους, συμπεριλαμβανομένου του ασθενούς, ότι είναι δυνατόν να προκληθούν αρνητικές συνέπειες ή ακόμη και ο θάνατός του.<sup>70</sup>

#### 4.3.2. Ολλανδία

Το ζήτημα της ευθανασίας άρχισε να συζητείται στην Ολλανδία κυρίως μετά το 1973, ως συνέπεια της εκδόσεως δύο βιβλίων που άσκησαν μεγάλη επίδραση στο κοινό.

<sup>67</sup> Markesinis, B. (1990): *Comparative Law- A subject in search of an audience*, *Modern Law Review*, 1990, 1 - 2 Grubb, A.: *Comparative European Health Law*, *European Journal of Health Law*, 1995, 292

<sup>68</sup> Grubb, Andrew (2001): *Euthanasia in England - A Law Lacking Compassion?* *European Journal of Health Law*, 89 - 93

<sup>69</sup> Grubb, op. cit. υποσ.15

<sup>70</sup> Morris, Anne (1996): *Life and Death Decisions: "Die, my dear doctor? That's the last thing I shall do!"*, *European Journal of Health Law*, 9 - 28 (17)



Σχετικά πρόσφατα ψηφίσθηκε νόμος, ο οποίος ισχύει από την 1η Ιανουαρίου 2002. Σύμφωνα με αυτόν δεν αποτελεί έγκλημα η πράξη του ιατρού, η οποία χαρακτηρίζεται ως «αρωγή σε αυτοκτονία» και η οποία είναι δυνατόν να συνίσταται σε παροχή των καταλλήλων φαρμάκων ή σε κάποια άλλη μέθοδο, εάν συντρέχουν σωρευτικώς οι ακόλουθες προϋποθέσεις:

- Εάν ο ασθενής αυτοβούλως και μετά από σοβαρή σκέψη υποβάλει το σχετικό αίτημα.
- Εάν ο ασθενής υποφέρει σε συνθήκες αφόρητης οδύνης και η κατάστασή του δεν επιτρέπει προοπτικές βελτιώσεως.
- Εάν ο ιατρός έχει ενημερώσει τον ασθενή για την κατάσταση και τις προοπτικές του.
- Εάν ο ιατρός έχει καταλήξει στο συμπέρασμα, μαζί με τον ασθενή, ότι δεν υπάρχει σοβαρή εναλλακτική πρόταση σε σχέση με την κατάστασή του.
- Εάν ο ιατρός έχει συσκεφθεί τουλάχιστον με ένα άλλο ανεξάρτητο ιατρό, ο οποίος πρέπει να έχει δει τον ασθενή και να έχει γνωμοδοτήσει γραπτώς ως προς την εκπλήρωση των πρώτων τεσσάρων προϋποθέσεων που θέτει ο νόμος.

Τέλος ορίζεται ότι ο ιατρός οφείλει να θέσει τέλος στη ζωή του ασθενούς ή να προσφέρει την αντίστοιχη βοήθεια στην αυτοκτονία του με την οφειλομένη ιατρική φροντίδα και προσοχή (Κεφάλαιο 2, Τμήμα 2, παράγραφος 1).

Για ασθενείς ηλικίας 16 ετών και άνω προβλέπεται ότι, σε περίπτωση που δεν είναι σε θέση να εκφράσουν τη βούλησή τους, θα λαμβάνεται υπόψη γραπτή δήλωση την οποία ενδεχομένως έχουν συντάξει κατά την εποχή που ήταν ακόμη εις θέση να κάνουν μια λογική εκτίμηση της κατάστασης και του συμφέροντός τους και στην οποία θα ζητούν τερματισμό της ζωής τους. Στην περίπτωση αυτή ο θεράπων ιατρός υποχρεούται να συμμορφωθεί με την επιθυμία τους, τηρώντας τις λοιπές προϋποθέσεις του νόμου (Κεφάλαιο 2, Τμήμα 2, παράγραφος 2).

Εάν πρόκειται περί ανηλίκου μεταξύ 16 και 18 ετών, ο οποίος θεωρείται ότι είναι σε θέση να κάνει μια λογική εκτίμηση των συμφερόντων του, τότε ο θεράπων ιατρός θα επιτρέπεται να υποστηρίξει το αίτημα του ασθενούς σχετικά με τον τερματισμό της ζωής του, αφού προηγουμένως ακούσει τη γνώμη των γονέων του ή των ατόμων που ασκούν τη γονική μέριμνα (Κεφάλαιο 2, Τμήμα 2, παράγραφος 3).

Σε περίπτωση που ο ασθενής είναι παιδί μεταξύ 12 και 16 ετών, και θεωρείται ικανός να κάνει μια λογική εκτίμηση του συμφέροντός του, τότε ο θεράπων ιατρός επιτρέπεται να συμφωνήσει με το αίτημα, εάν οι γονείς αδυνατούν να συμφωνήσουν στον τερματισμό της ζωής του (Κεφάλαιο 2, Τμήμα 2, παράγραφος 4).

Όλες οι περιπτώσεις αυτές θα πρέπει να ανακοινώνονται σε ειδικές τοπικές επιτροπές, αποτελούμενες από μονό αριθμό μελών, (τουλάχιστον, όμως τριών) και στις οποίες θα συμμετέχει ως πρόεδρος ένας νομικός με ειδικές γνώσεις στα θέματα αυτά, ένας ιατρός και ένας ειδικός σε ηθικά ή δεοντολογικά προβλήματα (Κεφάλαιο 3, Τμήμα 3). Τα μέλη των επιτροπών αυτών, όπως επίσης και τον γραμματέα μαζί με τον αναπληρωτή του, που πρέπει να είναι νομικοί, διορίζει για μια περίοδο 6 ετών ο αρμόδιος υπουργός. Οι αποφάσεις λαμβάνονται με απλή πλειοψηφία (Κεφάλαιο 3, Τμήμα 4 και Τμήμα 12).

Η επιτροπή αυτή εκτιμά εάν ο θεράπων ιατρός έχει τηρήσει τα κριτήρια που θέτει ο νόμος, μπορεί να του ζητήσει έκθεση γραπτώς ή προφορικώς, εφόσον το θεωρήσει απαραίτητο, για να μπορέσει να αξιολογήσει τη συμπεριφορά του και μπορεί να ζητήσει επιπλέον πληροφορίες από τον ιατρό της κοινότητας, από τον δεύτερο ιατρό ή από το νοσηλευτικό προσωπικό (Κεφάλαιο 3, Τμήματα 8). Η επιτροπή συντάσσει έκθεση και την κοινοποιεί στον ιατρό σε διάστημα 6 εβδομάδων. Επίσης ενημερώνει το γραφείο του Εισαγγελέως και το Γραφείο του τοπικού επιθεωρητή δημοσίας υγείας εάν ο ιατρός, κατά την άποψή της, δεν έχει τηρήσει τα κριτήρια που θέτει ο νόμος (κεφ. 3, Τμήμα 9).

Η Επιτροπή οφείλει να τηρεί αρχεία, για όλες τις αναφερόμενες περιπτώσεις (Τμήμα 11). Οι πρόεδροι των τοπικών επιτροπών θα συναντώνται τουλάχιστον δις του έτους, για να συζητήσουν τις μεθόδους και τον τρόπο δράσης των επιτροπών, παρουσία εκπροσώπων της Εισαγγελίας και της Υπηρεσίας Επιθεωρητών Δημοσίας Υγείας (Τμήμα 13). Τα μέλη των επιτροπών δεν θα εκφέρουν απόψεις σχετικά με την πρόθεση ιατρού να βοηθήσει σε αυτοκτονία ασθενή του (Τμήμα 16).

Κάθε Απρίλιο η Επιτροπή θα υποβάλει στον Υπουργό Έκθεση σχετικά με τον αριθμό των υποθέσεων, για τις οποίες έχει ενημερωθεί, τη φύση των περιπτώσεων και τη δική της τεκμηριωμένη αξιολόγηση σε κάθε υπόθεση (Τμήμα 17)

Όπως προκύπτει ήδη από την ανάγνωση του νόμου, ορισμένα σημεία του προκαλούν ανησυχία διότι ενδέχεται να επιτρέψουν βιαστικές και αδικαιολόγητες

αποφάσεις ή να επιτρέψουν την άσκηση έμμεσης πίεσεως σε ευάλωτα άτομα μεγάλης ηλικίας και αδύνατης οικονομικής κατάστασης.

1. Ο νόμος αναφέρεται εν γένει σε αφόρητη κατάσταση, που μπορεί να σημαίνει κάθε μορφής ενόχληση, ψυχική ασθένεια ή και κατάθλιψη. Εάν όμως δοθεί κατάλληλη αγωγή για την κατάθλιψη μπορεί ο ασθενής να εγκαταλείψει τις περί θανάτου ιδέες του. Επιπλέον στη διεθνή βιβλιογραφία τονίζεται ότι πολλές φορές η αίτηση για αυθανασία οφείλεται στην ελλιπή αναλγητική αγωγή. Εάν δοθούν τα αποτελεσματικά φάρμακα, τότε τα αιτήματα των ασθενών υποχωρούν.

2. Ο νόμος δεν προβλέπει πώς θα δίνεται η συναίνεση του ασθενούς, διότι αυτό θεωρήθηκε ότι ανήκει στον ιδιωτικό χώρο της σχέσεως ιατρού ασθενούς. Η έλλειψη τεκμηριώσεως, όμως αποτελεί κίνδυνο και για τον ιατρό και για τον ασθενή.

3. Επιτρέπει σε ένα παιδί μεταξύ 12 και 16 ετών να αποφασίσει για ένα τόσο σοβαρό θέμα, ενώ είναι γνωστός ο ευμετάβολος ψυχικός κόσμος των παιδιών και ειδικώς των εφήβων. Επιπλέον η εξέλιξη της επιστήμης μπορεί να επιτρέψει σε ένα παιδί να ζήσει, εάν καθυστερήσει αυτή την απόφαση.

4. Προβλέπει την εκ των υστέρων εξέταση του θέματος από την ειδική επιτροπή, με ενδεχόμενο τον κίνδυνο εκπλήξεων: Σε ένα θέμα τόσο ευαίσθητο, για το οποίο δεν υπάρχουν και δεν μπορεί να υπάρχουν κανόνες κοινής αποδοχής, ο ιατρός αφήνεται ουσιαστικά ακάλυπτος.<sup>71</sup>

#### 4.3.3. Γαλλία

Στη Γαλλία διεξάγεται έντονη συζήτηση σχετικά με το ενδεχόμενο να επιτραπεί υπό προϋποθέσεις η ευθανασία, μέχρις στιγμής, όμως, ισχύουν οι γενικές αρχές του Ποινικού Δικαίου, που απαγορεύουν την αφαίρεση της ζωής και προβλέπουν υψηλές ποινές για το δράστη (άρθρα 221-1, 221-3 και 221-5).

Η νομοθεσία αντιμετωπίζει με ιδιαίτερη ευαισθησία τη φροντίδα των ασθενών κατά τις τελευταίες στιγμές της ζωής τους: Ο νόμος της 9 Ιουνίου 1999 αναφέρεται στο δικαίωμα σε αναλγητική φροντίδα, και προβλέπει ότι θα μπορεί παρέχεται κατ' οίκον ή σε ίδρυμα. Ο νόμος επιδιώκει να απαλύνει τον πόνο και να ηρεμήσει το ψυχικό άλγος, να βοηθήσει τους ασθενείς να διατηρήσουν την αξιοπρέπειά τους και να υποστηρίξει τους συγγενείς τους.

<sup>71</sup> I. Κριάρη, ό.π.

Στο άρθρο 4 προβλέπεται η δημιουργία ειδικών μονάδων στα νοσοκομειακά ιδρύματα, και στο άρθρο 5 ορίζεται ότι η κοινωνική ασφάλιση θα επεξεργασθεί τον τρόπο καταβολής των εξόδων. Εκπαιδευμένοι εθελοντές θα συμμετέχουν στην τελευταία φάση της ζωής του ασθενούς σε ειδικά ιδρύματα, εξασφαλίζοντας σεβασμό και αξιοπρέπεια (άρθρο 10). Τέλος προβλέπεται άδεια άνευ αποδοχών για συγγενείς (συζύγους, συμβιούντες συντρόφους, γονείς και παιδιά), για να συμπαρασταθούν στις τελευταίες ημέρες του ασθενούς (άρθρα 11 και 12).

Στο νέο άρθρο L 1 C κατοχυρώνεται το δικαίωμα άρνησης του ασθενούς ως προς οιασδήποτε εξέταση ή θεραπεία. Μέχρι πρότινος η προστασία της ζωής εθεωρείτο κατά τη νομολογία πιο σημαντική από το σεβασμό της επιθυμίας του ασθενούς. Κατά το άρθρο 36 ο ιατρός πρέπει να σεβασθεί την επιθυμία του ασθενούς για εξέταση ή θεραπεία, αφού τον ενημερώσει για τις συνέπειες της απόφασής του.<sup>72</sup>

#### 4.4. Ελληνικό Δίκαιο

##### 4.4.1. Η συνταγματική και νομική διάσταση

Το δικαίωμα του ατόμου να αναπτύσσει ελεύθερα την προσωπικότητά του κατοχυρώνεται στο άρθρο 5 §1 του Συντάγματος, που αποτελεί εξειδίκευση και συγκεκριμενοποίηση της προστασίας της ανθρώπινης αξιοπρέπειας (άρθρο 2 §1 του Συντάγματος). Μέσω του δικαιώματος αυτού, σε συνδυασμό και με το άρθρο 57 του Αστικού Κώδικα, προστατεύονται όλες οι ανθρώπινες δραστηριότητες, με τις οποίες ο άνθρωπος ολοκληρώνεται και εκφράζεται ως προσωπικότητα και για τις οποίες δεν υφίσταται άλλη ρητή συνταγματική διάταξη. Το Κράτος δηλαδή υποχρεούται να απέχει από ενέργειες, με τις οποίες εμποδίζεται αυτή η ανάπτυξη και επιπλέον να λαμβάνει θετικά μέτρα για να τη διευκολύνει.<sup>73</sup>

Ερωτάται βεβαίως, εάν στην έννοια της ανάπτυξης της προσωπικότητας μπορεί να υπαχθεί και η δυνατότητα του ατόμου να αρνηθεί την περαιτέρω συνέχιση θεραπείας, σε περίπτωση που αυτή δεν συνδέεται με καμιά προοπτική ίασεως, αλλά συνεπάγεται μόνο επώδυνες στιγμές. Είναι δυνατόν να θεωρηθεί ότι συντελεί στην «ανάπτυξη της προσωπικότητας» η άρνηση μιας θεραπείας, όταν πιθανολογείται ότι το αποτέλεσμα θα είναι ο θάνατος;

<sup>72</sup> Duguet, Anne - Marie (2001): Euthanasia in France, in: European Journal of Health Law, 109 - 123 (117)

<sup>73</sup> Π. Πουλής, ό.π., 201-205.

Εάν εδώ αναφερόμεθα στον ασθενή που μπορεί να λάβει αποφάσεις και να τις πραγματοποιήσει (π.χ. γνωρίζει ότι ευρίσκεται σε τελευταίο στάδιο καρκίνου και επιθυμεί να πεθάνει στο οικογενειακό του περιβάλλον), τότε η απάντηση είναι καταφατική. Ήδη έχει γίνει προ πολλού δεκτό ότι ο ασθενής δεν είναι δυνατόν να «εξαναγκασθεί» σε θεραπεία, εάν αυτό αντίκειται στις θρησκευτικές ή φιλοσοφικές του δοξασίες. Η πρόσφατη Σύμβαση περί Βιοϊατρικής αναφέρεται ρητώς στη συναίνεση του ασθενούς, την οποία θεωρεί ως τη βασική προϋπόθεση που δικαιολογεί κάθε επέμβαση στο πεδίο της υγείας (άρθρα 5 και επόμενα). Στην δε Αιτιολογική Έκθεση της Συμβάσεως υπογραμμίζεται η σημασία της συναίνεσως ως εργαλείου, μέσω του οποίου εκφράζεται η ελεύθερη και αυτόνομη απόφαση του ατόμου και περιορίζονται οι πατερναλιστικές επεμβάσεις από πλευράς των ιατρικών λειτουργών (στοιχείο 33 και επόμενα). Εννοείται ότι η συναίνεση στη θεραπεία ή η αντίστοιχη άρνηση θα πρέπει να βασίζονται σε πλήρη και ενδελεχή ενημέρωση του ασθενούς από πλευράς ιατρικού ή/και νοσηλευτικού προσωπικού.<sup>74</sup>

Στο ελληνικό δίκαιο, όπως και σε άλλα δίκαια, δεν υπάρχουν συγκεκριμένες ρυθμίσεις που να αναφέρονται στα δικαιώματα του ανιάτως πάσχοντος και στις αντίστοιχες υποχρεώσεις του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, εν σχέσει με την ευθανασία. Έτσι η εξέταση του θέματος γίνεται με βάση τις συναφείς συνταγματικές διατάξεις, τις διατάξεις της Συμβάσεως περί Βιοϊατρικής (Σύμβαση του Οβιέδο για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και την Βιοϊατρική, την οποία η Ελλάδα κύρωσε με τον ν. 2619/1998), και τις διατάξεις του Ποινικού Κώδικα: Από το δικαίωμα περί αναπτύξεως της προσωπικότητας που αναφέραμε, σε συνδυασμό με την προστασία της αξίας του ανθρώπου, η θεωρία έχει επεξεργασθεί την έννοια του «δικαιώματος για ένα αξιοπρεπή θάνατο». Το περιεχόμενο του δικαιώματος αυτού είναι ασαφές και αμφίβολο. Σε γενικές γραμμές αναφέρεται στη δυνατότητα του ατόμου να «ρυθμίσει» τις τελευταίες στιγμές της ζωής του και να λάβει τις κατάλληλες αποφάσεις, ώστε τα τέλη του να είναι ανώδυνα, ανεπαίσχυντα και ειρηνικά. Ενώ δηλαδή το δικαίωμα στη ζωή σημαίνει ότι η ανθρώπινη ζωή προστατεύεται έναντι πάσης φύσεως προσβολών, το δικαίωμα για «ένα αξιοπρεπή θάνατο» σημαίνει ότι δεν επιτρέπεται να εξαναγκασθεί κάποιος να ζήσει, εάν αυτό συνδέεται με συνθήκες που τις αντιλαμβάνεται ως μαρτύριο.

<sup>74</sup> Α. Κουτσελίνης, ό.π.

Η Σύμβαση περί Βιοϊατρικής δεν αναφέρεται ρητώς στο θέμα αυτό, περιλαμβάνει όμως μερικές γενικές διατάξεις σχετικά με την προστασία των ατόμων που δεν είναι σε θέση να δώσουν τη συναίνεσή τους για διάφορους λόγους: Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται οι ανήλικοι, τα άτομα με ψυχικές διαταραχές και εκείνα που δεν είναι σε θέση να διαμορφώσουν μια επιθυμία ή να την εκφράσουν συνεπεία ενός ατυχήματος ή επειδή ευρίσκονται σε κώμα. Στην περίπτωση αυτή επεμβάσεις είναι δυνατόν να διενεργηθούν, μόνον εάν έχουν άμεσο όφελος (άρθρο 6 παρ. 1) και μετά από άδεια του νόμιμου αντιπροσώπου του ασθενούς ή μιας ειδικής αρχής (άρθρο 6 παρ. 3).

Μια άλλη διάταξη της Συμβάσεως (άρθρο 9) αναφέρεται στις επιθυμίες που έχει διατυπώσει κάποιος εκ των προτέρων και σε ανύποπτο χρόνο, σχετικά με μια ιατρική επέμβαση· και ορίζεται ότι οι επιθυμίες αυτές θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, εάν κατά τη στιγμή της επεμβάσεως το άτομο δεν είναι σε θέση να εκφράσει τη βούλησή του.

Η διάταξη αυτή δεν διακρίνεται για την σαφήνειά της, την δε ερμηνεία της δυσχεραίνει επιπλέον και η Ερμηνευτική Έκθεση: Εκεί γίνεται αναφορά σε άτομα που έχουν προβλέψει ότι πιθανόν να μην μπορούν να εκφράσουν εγκύρως τη βούλησή τους την κρίσιμη στιγμή, γιατί θα έχουν π.χ. γεροντική άνοια. Εν συνεχεία, όμως, υποστηρίζεται ότι οι απόψεις που εξέφρασε κάποιος δεν σημαίνει ότι θα πρέπει απαραίτητως να ακολουθηθούν. Ο ιατρός θα πρέπει να εκτιμήσει εάν οι επιθυμίες του ασθενούς ανταποκρίνονται στην παρούσα κατάσταση και αν έχουν ισχύ και με βάση την εν τω μεταξύ επελευθερωμένη τεχνολογική πρόοδο.

Τέλος, μια από τις γενικές διατάξεις της Συμβάσεως ορίζει ότι το συμφέρον και η ευημερία του ατόμου έχουν το προβάδισμα έναντι του συμφέροντος της κοινωνίας ή της επιστήμης (άρθρο 2 παρ. 1). Από τη διάταξη αυτή συνάγεται ευθέως ότι π.χ. οικονομικής φύσεως υπολογισμοί δεν επιτρέπεται να έχουν καμιά επίδραση στην απόφαση για συνέχιση ή διακοπή της θεραπείας.<sup>75</sup>

Εκτός από τη Σύμβαση οι διατάξεις του Ποινικού Κώδικα που αναφέρονται στην κατάσταση ανάγκης (άρθρο 25) και στην ανθρωποκτονία με συναίνεση (άρθρο 300) είναι δυνατόν να έχουν εφαρμογή σε ορισμένες περιπτώσεις ευθανασίας.<sup>76</sup>

<sup>75</sup> Α. Κουτσελίνης, ό.π.

<sup>76</sup> Ι. Κατράς, ό.π.

#### 4.4.2. Σκιαγράφηση του νομικού καθεστώτος

##### (α) Ενεργητική ευθανασία

Η ενεργητική ευθανασία θεωρείται ότι αποτελεί ανθρωποκτονία, για την οποία πιθανόν να συντρέχουν οι περιστάσεις του άρθρου 300 του ΠΚ, δηλαδή άμεση και επίμονη απαίτηση του θύματος και αντίστοιχα αισθήματα οίκτου του δράστη και τα ελαφρυντικά του άρθρου 84 § 2β ΠΚ (ότι δηλαδή στην πράξη του δεν ωθήθηκε από ταπεινά αίτια).<sup>77</sup>

##### (β) Έμμεση ευθανασία

Μεταξύ των νομικών και των γιατρών υφίσταται σήμερα σε μεγάλη έκταση συμφωνία σχετικά με το ότι η λεγομένη «έμμεση ευθανασία» θα πρέπει να είναι επιτρεπτή. Η νομική θεμελίωση της άποψης αυτής ποικίλλει, με επικρατούσα εκείνη ότι το άδικο αίρεται λόγω κατάστασης ανάγκης (άρθρο 25 παρ. 1 ΠΚ), με τη δικαιολογητική βάση ότι η περιστολή των αβάστακτων πόνων έχει προτεραιότητα έναντι της ενδεχόμενης διατήρησης της ζωής για μικρό χρόνο. Πλέον σύμφωνη με τα πράγματα φαίνεται η άποψη ότι ο άδικος χαρακτήρας της πράξης αίρεται λόγω επιτρεπομένης κινδυνώδους δράσης του ιατρού, συμφυούς σε παρόμοιες περιπτώσεις.<sup>78</sup>

##### (γ) Παθητική ευθανασία

Το πιο σημαντικό πεδίο, όμως, για την πράξη στα νοσοκομεία σήμερα, στο οποίο πρέπει να ληφθούν πολύ δύσκολες αποφάσεις, περιγράφει η λεγόμενη «παθητική ευθανασία»

Για το ατιμώρητο της παθητικής ευθανασίας υπάρχει σχεδόν ομοφωνία ότι πρέπει να συντρέχουν οι εξής προϋποθέσεις:

α) Η νόσος του ασθενούς να είναι - κατά ιατρική πεποίθηση ανίατη - ρέπουσα προς θανατηφόρο έκβαση και ο θάνατος να πρόκειται να επέλθει σε σύντομο χρονικό διάστημα.

β) Ο ασθενής να μην έχει δηλώσει ότι επιθυμεί παράταση της ζωής του. Αν ασθενής δεν είναι σε θέση να επικοινωνήσει με το περιβάλλον, τότε θα πρέπει να αναζητηθεί η «εικαζόμενη συναίνεσή του», δηλαδή η βούληση που θα δήλωνε, αν μπορούσε να το κάνει.

<sup>77</sup> Ι. Κατράς, ό.π., σελ. Γ25

<sup>78</sup> Ι. Κατράς, ό.π., σελ. Γ6

γ) Ο δράστης να αποφάσισε την πράξη κινούμενος από οίκτο, μετά από σπουδαία και επίμονη απαίτηση του θύματος, το οποίο θα πρέπει να έχει διαφωτιστεί επαρκώς για την κατάσταση της υγείας του και θα πρέπει να είναι σε θέση να αντιληφθεί τη σημασία και τις συνέπειες της άρνησης της θεραπείας του. Επιπλέον η απόφαση δεν θα πρέπει να βασίζεται σε στιγμιαία καταθλιπτική διάθεση.

Σε μια σχετικά πρόσφατη απόφαση ελληνικού δικαστηρίου κρίθηκε ότι όχι μόνο σωματικά προβλήματα αλλά και ανίατες ψυχικές διαταραχές μπορούν να ενταχθούν στις προϋποθέσεις του άρθρου 300 ΠΚ.<sup>79</sup>

#### 4.4.3. Σύνοψη γενικών διατάξεων Ποινικού Κώδικα

Για την ορθότερη κατανόηση του ζητήματος αν η «ανθρωπογενής» ευθανασία συνιστά ή μπορεί να μη συνιστά ποινικώς αξιόλογη αδικοπραγία, είναι χρήσιμη, για τους εξ υμών μη νομικούς, η σύντομη επισήμανση ορισμένων γενικών διατάξεων του Ποινικού μας Κώδικα, πέραν των ήδη αναφερθέντων, που προσδιορίζουν την έννοια του εγκλήματος και οριοθετούν την ποινική ευθύνη. Έτσι ορίζουν:

α. Το άρθρο 14 ότι «έγκλημα είναι πράξη άδικη και καταλογιστή στο δράστη της, η οποία τιμωρείται από το νόμο» και ότι «στις διατάξεις των ποινικών νόμων ο όρος "πράξη" περιλαμβάνει και τις παραλείψεις».

β. Το άρθρο 15 ότι «όπου ο νόμος για την ύπαρξη αξιόποινης πράξης απαιτεί να έχει επέλθει ορισμένο αποτέλεσμα, η μη αποτροπή του τιμωρείται όπως η πρόκλησή του με ενέργεια, αν ο υπαίτιος της παράλειψης είχε ιδιαίτερη νομική υποχρέωση να παρεμποδίσει την επέλευση του αποτελέσματος».

γ. Το άρθρο 27 παραγρ. 1 ότι «με δόλο (πρόθεση) πράττει όποιος θέλει την παραγωγή των περιστατικών που κατά το νόμο απαρτίζουν την έννοια κάποιας αξιόποινης πράξης. επίσης όποιος γνωρίζει ότι από την πράξη του ενδέχεται να παραχθούν αυτά τα περιστατικά και το αποδέχεται». Στην πρώτη περίπτωση ο δόλος (ως βαρύτερη μορφή υπαιτιότητας) καλείται άμεσος. στη δεύτερη ονομάζεται ενδεχόμενος.

δ. Το άρθρο 34 ότι «η πράξη δεν καταλογίζεται στο δράστη αν, όταν τη διέπραξε, λόγω νοσηρής διατάραξης των πνευματικών λειτουργιών ή διατάραξης της

<sup>79</sup> Ι. Κατράς, ό.π.



συνείδησης, δεν είχε την ικανότητα να αντιληφθεί το άδικο της πράξης του ή να ενεργήσει σύμφωνα με την αντίληψή του για το άδικο αυτό».<sup>80</sup>

ε. Η ευθανασία, ως ανθρώπινη συμπεριφορά (πράξη ή παράλειψη), που αποσκοπεί να καταστήσει το βέβαιο και επικείμενο θάνατο ενός ανθρώπου λιγότερο επώδυνο και περισσότερο αξιοπρεπή ή να απαλλάξει τον αφορήτως πάσχοντα από το μαρτύριο μιας βαρύτατης και ευτελιστικής αναπηρίας, είναι κατ' αρχήν ανθρωποκτονία από πρόθεση με το ελαφρυντικό ότι ο υπαίτιος ωθήθηκε στην πράξη του από αίτια μη ταπεινά. Η πράξη απειλείται με ποινή καθείρξεως 10 έως 20 ετών (αρ. 299 παρ. 1 σε συνδ. με αρ. 83 στοιχ. α' και 84 παρ. 2 στοιχ. β' ΠΚ). Αν η πράξη αποφασίσθηκε και εκτελέσθηκε σε βρασμό ψυχικής ορμής, με το ίδιο πάντα ελαφρυντικό, η προβλεπόμενη ποινή μειώνεται σε φυλάκιση 2 ετών έως κάθειρξη 12 ετών. Η δεύτερη αυτή περίπτωση είναι πρακτικώς απίθανο να συντρέξει στο πρόσωπο του δράστη γιατρού, ως προς τον οποίο, αν δεν ανήκει στον πολύ στενό συγγενικό κύκλο του θύματος, είναι αδιανόητη η συνδρομή βρασμού ψυχικής ορμής.

#### 4.5. Συγκριτικές παρατηρήσεις

Τα στοιχεία συγκριτικού δικαίου αποσκοπούν αφενός στην ενημερωτική παρουσίαση αλλοδαπών ρυθμίσεων από χώρες με τις οποίες μοιράζεται κανείς τον ίδιο νομικό πολιτισμό και αφετέρου στον εντοπισμό των θεμάτων που θα ήταν ενδιαφέροντα για τη συζήτηση στην Ελλάδα.<sup>81</sup>

Βασική επιδίωξη όλων των ρυθμίσεων, ανεξαρτήτως του εάν ανταποκρίνονται στις αρχές που ακολουθεί ο ελληνικός πληθυσμός γενικά και ο ιατρικός κόσμος ιδιαίτερα, είναι η προσπάθεια να διαφυλαχθεί η εμπιστοσύνη που διέπει τις σχέσεις ασθενούς - ιατρού με στόχο την αποτελεσματική εφαρμογή οιαδήποτε συστήματος υγείας. Με επίκληση της διαφάνειας κατατέθηκε ο ολλανδικός νόμος<sup>82</sup>, στην δε απόφαση M.S. v. Sweden 74/1996/693/885 της 27ης Αυγούστου 1997 το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Δικαιωμάτων του Ανθρώπου του Συμβουλίου της Ευρώπης είχε

<sup>80</sup> Γ. Βελλή, *Η ευθανασία από τη σκοπιά του ποινικού δικαίου*, από το <http://www.bioethics.org.gr>

<sup>81</sup> Ι. Κριάρη, ό.π.

<sup>82</sup> Explanatory Memorandum, της πρότασης νόμου του 1998, ό.π., σ. 310 στο *European Journal of Health Law* : «Δεν συμφωνούμε με το γεγονός ότι περίπου 60% των περιπτώσεων δεν αναφέρονται και για το λόγο αυτό υπογραμμίζεται στο σχέδιό μας η υποχρέωση αναφοράς. Η πρακτική της ευθανασίας πρέπει να γίνει διαφανής και η κοινωνία έχει δικαίωμα να μάθει τι συμβαίνει».

νομολογήσει ότι είναι απαραίτητο να λαμβάνονται μέτρα με τα οποία διαφυλάσσεται η εμπιστοσύνη στο ιατρικό σώμα και στις υπηρεσίες υγείας εν γενει.<sup>83</sup>

Τόσο στις αγγλικές αποφάσεις, όσο και στην ιρλανδική απόφαση και στην ολλανδική νομοθεσία τονίζεται η ανάγκη συνειδητοποιήσεως του κοινωνικού θέματος που συνδέεται με την ευθανασία και το οποίο τώρα αντιμετωπίζεται από μόνους τους ιατρούς και τις οικογένειές τους. Όπως αναφέρεται χαρακτηριστικά στην ιρλανδική απόφαση: Πρόκειται για θέμα αρμοδιότητας του κοινοβουλίου, το οποίο πρέπει να λάβει τις σχετικές αποφάσεις.<sup>84</sup> Αντιθέτως το αγγλικό δικαστήριο πρότεινε τα θέματα αυτά και ειδικώς η άδεια για ευθανασία να δίνεται από δικαστήριο, διότι με τον τρόπο αυτό θα δημιουργείται ένα αίσθημα εμπιστοσύνης στους ασθενείς, στις οικογένειές τους, στους ιατρούς και στην κοινωνία.<sup>85</sup> Η ίδια αιτιολογία υπάρχει και στην εισαγωγική έκθεση του ολλανδικού νόμου: «Η ευθανασία δεν είναι θέμα των ιατρικών αλλά των κοινωνικών κανόνων, της ηθικής και του νόμου. Οι σχετικοί κανόνες πρέπει να συνταχθούν από το νομοθέτη και εάν εκείνος ολιγορήσει από τον δικαστή».<sup>86</sup>

Οι σύγχρονες κοινωνίες χαρακτηρίζονται από πλουραλισμό και για το λόγο αυτό είναι ανάγκη να υπάρχει μια καταγραφή των απόψεων όλων των ενδιαφερομένων μερών. Στο Βέλγιο η συνεπής ακρόαση όλων των ενδιαφερομένων σε ειδικές συνεδριάσεις στο Κοινοβούλιο είχε ως αποτέλεσμα την αλλαγή των προσχεδίων του νόμου σχετικά με την ευθανασία, δεδομένου ότι υποβλήθηκαν 600 τροπολογίες.<sup>87</sup>

Η αναληπτική αγωγή και η φροντίδα των συγγενών και της οικογένειας του ασθενούς πρέπει να ενισχύεται. Το παράδειγμα της Γαλλίας θα πρέπει να αποτελέσει αρχή σχετικού προβληματισμού και σε άλλες χώρες.

Η θεωρία και η νομολογία πρέπει να επεξεργαστούν την έννοια της συναινέσεως, ώστε να είναι πράγματι ελεύθερη και να εκφράζει τη βούληση του ασθενούς.<sup>88</sup>

<sup>83</sup> European Journal of Health Law 1998, 74 - 77

<sup>84</sup> Feenan, D. (1996): *A Terrible Beauty The Irish Supreme Court and Dying*, in: European Journal of Health Law, σελ.: 30

<sup>85</sup> Grubb, A. (1997): *The Persistent Vegetative State: A Duty (Not) To Treat and Conscientious Objection* in: European Journal of Health Law, σελ. 163.

<sup>86</sup> Explanatory Memorandum, ό.π. σελ 310.

<sup>87</sup> Broeckaert, Bert (2001): Belgium: Towards a Legal Recognition of Euthanasia, in: European Journal of Health Law, 95 - 107 (101)

<sup>88</sup> Ι. Κριάρη, ό.π.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

### ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

#### 5.1. Η περίπτωση της κυρίας Diane Pretty

Το Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων του Συμβουλίου της Ευρώπης ασχολήθηκε με το θέμα της ευθανασίας, με αφορμή την περίπτωση της κας Πρίττυ, μιας Αγγλίδας που πάσχει από μια εκφυλιστική ασθένεια που επιδρά στο μυϊκό σύστημα, για την οποία δεν υπάρχει θεραπεία. Η ασθένεια είναι σε προχωρημένο στάδιο και η ασθενής έχει παραλύσει από το λαιμό και κάτω, οι πνευματικές της δυνάμεις, όμως, δεν έχουν επηρεαστεί από την ασθένεια. Επειδή ο επικείμενος θάνατος προβλέπεται ότι θα συνοδεύεται από πολλούς πόνους και αγωνία η ασθενής θα ήθελε να καθορίσει η ίδια τον χρόνο και τρόπο εξόδου της από τη ζωή.

Η αυτοκτονία δεν είναι αδίκημα κατά το αγγλικό δίκαιο, η ασθενής όμως δεν είναι σε θέση να αυτοκτονήσει. Η βοήθεια σε αυτοκτονία είναι αδίκημα (άρθ. 2 παρ. 1 του ν. περί αυτοκτονίας του 1961) και η ασθενής θα ήθελε να βοηθηθεί σε αυτήν από το σύζυγό της, υπό την προϋπόθεση ότι εκείνος δεν θα υφίστατο εν συνεχεία ποινική δίωξη. Ζήτησε λοιπόν από τον Εισαγγελέα τη διαβεβαίωση ότι ο σύζυγός της δεν θα διωχθεί, το αίτημα, όμως αυτό δεν ικανοποιήθηκε. Για το λόγο αυτό προσέφυγε στις 21.12.2001 στο Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων του Συμβουλίου της Ευρώπης, το οποίο έκρινε το θέμα κατά προτεραιότητα, λόγω της καταστάσεως της ασθενούς.

Η κα Πρίττυ ισχυρίσθηκε ότι η απόφαση του Εισαγγελέως προσβάλλει το δικαίωμά της στη ζωή (άρθρο 2 της ΕΣΔΑ), το άρθρο 3 (απαγόρευση απάνθρωπης ή μειωτικής συμπεριφοράς ή τιμωρίας), το άρθρο 8 (προστασία της ιδιωτικής ζωής), το άρθρο 9 (ελευθερία της συνειδήσεως) και το άρθρο 14 (απαγόρευση της διαφοροποιημένης μεταχειρίσεως) (Πρίττυ κατά Ηνωμένου Βασιλείου, αίτηση υπ' αριθμ. 2346/02).<sup>89</sup>

Συγκεκριμένα ισχυρίσθηκε ότι: Από το δικαίωμα προστασίας στη ζωή συνάγεται το δικαίωμα επιλογής του ατόμου εάν θα ζήσει και ότι το δικαίωμα να πεθάνει είναι «συμμετρικό» του δικαιώματος στη ζωή και εξίσου προστατευόμενο. Συνεπώς το κράτος υποχρεούται να προβλέψει στο εσωτερικό δίκαιο τον τρόπο

<sup>89</sup> <http://www.echr.coe.int/Eng/Press/2002/apr/Prettyjudypress.htm>

ασκήσεως αυτού του δικαιώματος. Κατά το άρθρο 3 η Κυβέρνηση υποχρεούται να λάβει θετικά μέτρα, ούτως ώστε να προστατεύσει τα άτομα από την έκθεση σε ταπεινωτική μεταχείριση. Ο μόνος αποτελεσματικός τρόπος προστασίας στη συγκεκριμένη περίπτωση θα ήταν να εξασφαλισθεί ο σύζυγός της από το ενδεχόμενο ποινικής διώξεως. Κατά το άρθρο 8 παραβιάζεται το δικαίωμά της σε αυτοκαθορισμό, κατά το άρθρο 9 το δικαίωμά της να δημοσιοποιεί και να εκφράζει τις απόψεις της και κατά το άρθρο 14 προσβάλλεται η αρχή της απαγόρευσης διαφοροποιημένης μεταχειρίσεως έναντι εκείνων που δεν μπορούν να αυτοκτονήσουν, δεδομένου ότι οι λοιποί άνθρωποι μπορούν να ασκήσουν το δικαίωμα στο θάνατο μόνοι τους.

Το δικαστήριο δεν έκανε δεκτούς τους ισχυρισμούς της: Ως προς το άρθρο 2 το Δικαστήριο νομολόγησε ότι το άρθρο αυτό καλύπτει όχι μόνο τον εκ προθέσεως φόνο αλλά και περιπτώσεις όπου η επιτρεπόμενη χρήση βίας θα ήταν δυνατόν να καταλήξει σε στέρση της ζωής, ως μη επιδιωκόμενο αποτέλεσμα. Το Δικαστήριο δεν έχει πεισθεί ότι από την ερμηνεία του δικαιώματος στη ζωή είναι δυνατόν να συναχθεί, χωρίς διαστρέβλωση της γλώσσας, το διαμετρικά αντίθετο δικαίωμα, δηλαδή το δικαίωμα στο θάνατο. Ούτε θα ήταν δυνατόν να διαπλασθεί το δικαίωμα αυτοκαθορισμού υπό την έννοια ότι το άτομο θα έχει την εξουσία να επιλέξει τον θάνατο αντί της ζωής. Το Δικαστήριο συνεπώς θεωρεί ότι από το άρθρο 2 δεν είναι δυνατόν να συναχθεί ένα δικαίωμα στο θάνατο, είτε μέσω τρίτου προσώπου είτε με βοήθεια από μια δημόσια αρχή.<sup>90</sup>

Ως προς το άρθρο 3, το Δικαστήριο έκρινε ότι η άποψη σύμφωνα με την οποία η ποινική δίωξη στην περίπτωση της αρωγής σε αυτοκτονία συνιστά απάνθρωπη και μειωτική συμπεριφορά, για την οποία είναι υπεύθυνο το κράτος, αποτελεί μια νέα και ιδιαίτερος ευρεία ερμηνεία της έννοιας "μεταχείριση". Το Δικαστήριο υιοθετεί μια δυναμική και ευέλικτη προσέγγιση σχετικά με την ερμηνεία της Συμβάσεως" κάθε ερμηνεία, όμως πρέπει να συμφωνεί με τους βασικούς στόχους της Συμβάσεως και τη συνοχή της ως συστήματος προστασία ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Το άρθρο 3 πρέπει να ερμηνευθεί εν αρμονία με το άρθρο 2. Το άρθρο 2 απαγορεύει πρωτευόντως οιαδήποτε

---

<sup>90</sup> Κατά ειρωνικό τρόπο και η Εισαγωγική Έκθεση του πρόσφατου ολλανδικού νόμου που επιτρέπει την ενεργητική ευθανασία αναφέρεται στο άρθρο 2 της ΕΣΔΑ και εκεί υποστηρίζεται ότι η υπό συζήτηση ρύθμιση δεν προσβάλλει τις αρχές που κατοχυρώνονται στο άρθρο αυτό. Βλ. Explanatory Memorandum στο σχέδιο νόμου του 1998, εις *European Journal of Health Law*, 311 - 312: "Bearing in mind that euthanasia demands an express request from the person involved and that it is his own life, a regulation of euthanasia is not in breach of article 2 of ECHR"

συμπεριφορά μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο ενός ατόμου και δεν χορηγεί στο άτομο καμμία αξίωση να ζητήσει από το κράτος να επιτρέψει ή να διευκολύνει το θάνατό του.

Το Δικαστήριο εκφράζει τη συμπάθεια και την κατανόησή του ως προς το πρόβλημα της κας Πρίττυ. Όμως η παραδοχή της απόψεως σχετικά με την ύπαρξη θετικής υποχρεώσεως από την πλευρά του κράτους θα σήμαινε ότι το κράτος οφείλει να υιοθετήσει πράξεις που αποσκοπούν στον τερματισμό της ζωής, και αυτή είναι μια υποχρέωση που δεν μπορεί να συναχθεί από το άρθρο 3.

Ως προς την προσβολή της προστασίας της ιδιωτικής ζωής το Δικαστήριο νομολόγησε ότι: Το δικαίωμα αυτό, κατά το άρθρο 8 παρ. 2 μπορεί να περιορίζεται βάσει νόμου, για σκοπό ή σκοπούς που είναι νόμιμοι και εφόσον η επιδίωξή τους ήταν αναγκαία σε μια δημοκρατική κοινωνία. Στη συγκεκριμένη περίπτωση πρέπει να ερευνηθεί εάν η προσβολή του δικαιώματος, μέσω της σχετικής νομοθεσίας που απαγορεύει πλήρως την αρωγή σε αυτοκτονία, ήταν σύμφωνη με την αρχή της αναλογίας.

Το Δικαστήριο νομολόγησε, σε συμφωνία και με τη Βουλή των Λόρδων, ότι τα κράτη δικαιούνται να λάβουν μέτρα μέσω του γενικού ποινικού δικαίου σχετικά με πράξεις που μπορεί να θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή και την ασφάλεια των άλλων. Η συγκεκριμένη διάταξη 2 της περί αυτοκτονίας νομοθεσίας αποσκοπεί στην προστασία των αδυνάτων και ευάλωτων ατόμων και ιδιαιτέρως εκείνων που δεν είναι σε θέση να λαμβάνουν αποφάσεις μετά από ενημέρωση και που οδηγούν στον τερματισμό της ζωής τους.

Το Δικαστήριο έκρινε ότι η γενική απαγόρευση της βοήθειας σε αυτοκτονία δεν ήταν δυσανάλογη. Η Κυβέρνηση απέδειξε ότι είχε δείξει ευκαμψία σε εξατομικευμένες περιπτώσεις, δεδομένου ότι απαιτούσε τη συναίνεση της Εισαγγελίας για τη δίωξη. Επιπλέον το γεγονός ότι προβλέπονται τα ανώτατα όρια της ποινής έχει ως αποτέλεσμα ότι επιτρέπεται να επιβληθούν μειωμένες ποινές. Ο νόμος δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι περιέχει αυθαίρετες προβλέψεις εκ του γεγονότος ότι, εν όψει της σημασίας της προστασίας της ζωής, απαγορεύει τη βοήθεια σε αυτοκτονία. Αντιθέτως ο νόμος εμπεριέχει ένα σύστημα διατάξεων που επιτρέπει να ληφθούν υπόψη οι συγκεκριμένες περιστάσεις, εντός του πλαισίου του δημοσίου συμφέροντος, τόσο κατά την άσκηση της δίωξης όσο και κατά την επιβολή και την επιμέτρηση της ποινής.

Ούτε μπορεί να χαρακτηριστεί ως δυσανάλογη η άρνηση της Εισαγγελίας να υποσχεθεί εκ των προτέρων ότι δεν θα ασκούσε ποινική δίωξη κατά του συζύγου της κας Π. Κατά μιας τέτοιας υποσχέσεως θα ήταν δυνατόν να αντιταχθεί, από πλευράς εκτελεστικής εξουσίας, η αρχή του κράτους του νόμου, η οποία απαγορεύει την εκ των προτέρων εξαίρεση ενός ατόμου ή μιας κατηγορίας ατόμων από την εφαρμογή του νόμου. Σε κάθε περίπτωση, εν όψει της σημασίας της πράξεως για την οποία ζητήθηκε ασυλία, η άρνηση της Εισαγγελίας να την εγγυηθεί εκ των προτέρων δεν μπορεί να θεωρηθεί αυθαίρετη ή παράλογη. Εν κατακλείδι η προσβολή μπορεί να θεωρηθεί ως απαραίτητη σε μια δημοκρατική κοινωνία για την προστασία τρίτων.

Ως προς το άρθρο 9 το Δικαστήριο θεώρησε ότι οι απόψεις της κας Π. δεν αποτελούν έκφραση συγκεκριμένης θρησκείας ή θεωρίας και συνεπώς δεν εμπίπτουν στο πεδίο προστασίας του άρθρου 9. Η λέξη "πρακτική" δεν καλύπτει κάθε πράξη που επηρεάζεται από μια θρησκεία ή από μια θεωρία. Οι απόψεις αποτελούσαν επαναδιατύπωση όσων η κ. Π. υπεστήριξε περί αυτονομίας στο άρθρο 8.

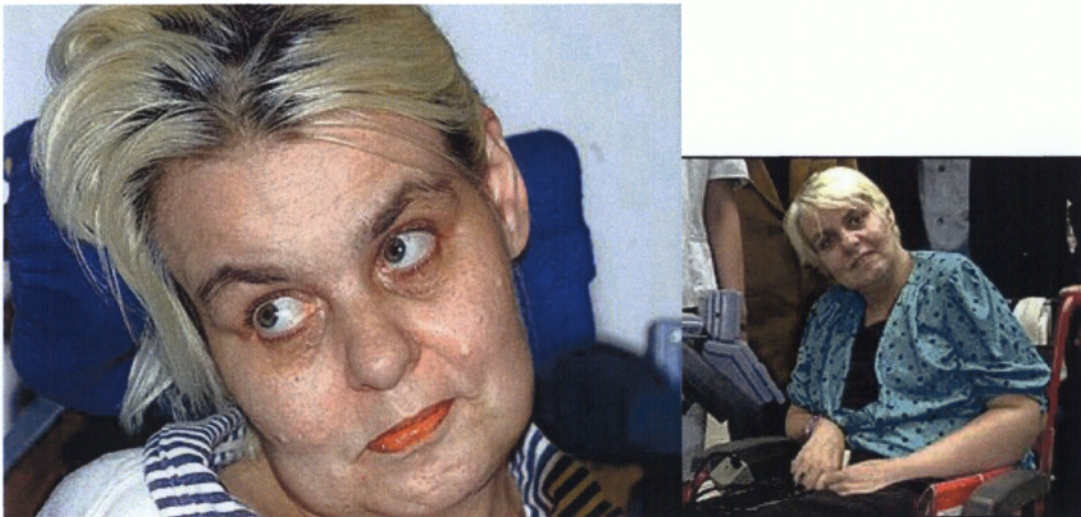
Τέλος ως προς την ανάγκη διαφοροποιημένης αντιμετώπισης των ατόμων που δεν μπορούν να αυτοκτονήσουν μόνα τους έναντι των υπολοίπων, το Δικαστήριο έκρινε ότι δεν υφίστατο λόγος διαφοροποιήσεως για να αποκλεισθούν περιπτώσεις αυθαιρεσίας (άρθρο 14).

Η νομολογία του Δικαστηρίου Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων είναι σημαντική για τους εξής λόγους:

1. Αναγνωρίζει ότι δεν επιτρέπεται παραίτηση από του δικαιώματος στη ζωή («..το άτομο δεν έχει την εξουσία να επιλέξει το θάνατο αντί της ζωής είτε μέσω τρίτου προσώπου είτε με βοήθεια από μια δημόσια αρχή»). Στη συγκεκριμένη υπόθεση το άτομο ζητούσε βοήθεια σε αυτοκτονία. Διαφορετικά τίθεται βεβαίως το θέμα, όταν κανείς ζητά να μην αρχίσει ή να διακοπεί μια θεραπεία, αποτέλεσμα της πράξεως δε αυτής μπορεί να είναι ο θάνατος. Νομίζουμε ότι η απόφαση του Δικαστηρίου δεν αναφέρεται και στην περίπτωση αυτή, διότι αυτή η ερμηνεία θα ήταν αντίθετη προς τη Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης περί Βιοϊατρικής, στην οποία κατοχυρώνεται ρητώς το δικαίωμα του ατόμου να αρνηθεί θεραπεία (άρθρο 5).

2. Εκφράζει με σαφήνεια και πληρότητα την άρνηση του Δικαστηρίου σχετικά με την ύπαρξη οιασδήποτε υποχρεώσεως εκ μέρους των κρατών εν σχέσει προς τη βοήθεια για αυτοκτονία (ενεργητική ευθανασία).

3. Συμβάλλει στη διαμόρφωση της ευρωπαϊκής δημοσίας τάξης σε ένα τομέα κρατικής δραστηριότητας, ο οποίος είναι ιδιαίτερος εύθραυστος και σημαντικός: στον χώρο της υγείας. Όπως είχε νομολογήσει το Δικαστήριο σε άλλη υπόθεση, η ΕΣΔΑ γενικώς συμβάλλει στη δημιουργία μιας ευρωπαϊκής δημόσιας τάξης, εφόσον προβλέπει μια συλλογική εγγύηση των δικαιωμάτων του ανθρώπου και επιβάλλει στα κράτη - μέλη αντικειμενικές υποχρεώσεις για την προστασία τους.<sup>91</sup> Η φύση της Συμβάσεως επιβάλλει ερμηνεία που θα αποσκοπεί στην εκπλήρωση των κοινών στόχων, ούτως ώστε οι προβλεπόμενες από τη Σύμβαση εγγυήσεις των δικαιωμάτων να καταστούν συγκεκριμένες και αποτελεσματικές.<sup>92</sup>



*Η Diane Pretty, η γυναίκα που πήγε στο ευρωπαϊκό δικαστήριο των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στη μάχη της για το δικαίωμα να μπορέσει ο σύζυγός της να την βοηθήσει να αυτοκτονήσει, έχει πεθάνει. Η κα Pretty, ηλικίας 43, που έπασχε από μασθένεια έχασε την υπόθεσή της στο ευρωπαϊκό δικαστήριο, πέθανε σε ένα άσυλο κοντά στο σπίτι της σε Bedfordshire το Σάββατο 9 Μαΐου. Άρθρο του Andrew Paranikitas τον Ιούνιο του 2002, από το [www.gktgazette.com/2002/jun/news.asp](http://www.gktgazette.com/2002/jun/news.asp).*

## 5.2. «Θανατηφόρος» απαίτηση

Κατά την επιγραμματική διατύπωση ενός διαπρεπούς γερμανού ποινικολόγου: «Εάν ο ασθενής εκδηλώσει την ψύχραιμη και αποφασιστική επιθυμία να σταματήσει την περαιτέρω θεραπεία ώστε να μπορέσει να πεθάνει ήσυχος, έχουμε κάθε λόγο να

<sup>91</sup> Affair Loizidou/23 mars 1995/ Serie A.310, (75)

<sup>92</sup> Sudre, Frederic (1996): *Droit de la Convention europeenne des droits de l' homme, La Semaine Juridique*, 1996, 101 - 108 (101)

σεβασθούμε αυτή την κυριολεκτικά θανατηφόρο απαίτησή του, όπως ακριβώς τη σεβόμαστε στην περίπτωση που εκ των προτέρων αποκλείει τη θεραπεία».

Πρέπει ωστόσο να επισημάνουμε ότι στην περίπτωση αυτή δεν πρόκειται κατ' ακριβολογία για ευθανασία, αλλά για άρνηση θεραπείας. Όταν γίνεται λόγος για ευθανασία αναφερόμεθα σε ασθενείς που δεν είναι πλέον σε θέση οι ίδιοι να λάβουν αποφάσεις για τη ζωή τους ή, πολύ περισσότερο, να τις εκτελέσουν, αλλά χρειάζονται την «βοήθεια» κάποιου τρίτου, ιατρού ή μέλους του νοσηλευτικού προσωπικού. Πρόκειται για καταστάσεις, στις οποίες επιδιώκεται να «μετατοπισθεί» η ευθύνη της απόφασης τερματισμού της ζωής από τον ενδιαφερόμενο στον κατ' εξοχήν υπεύθυνο για τη διατήρηση της ζωής: στον θεράποντα ιατρό.<sup>93</sup>

### 5.3. Ιατρική βοήθεια στην αυτοκτονία

Σημαντικό γεγονός στην Ολλανδία απετέλεσε η δίκη σχετικά με μια γυναίκα, στην οποία παρασχέθηκε βοήθεια από ένα ψυχίατρο για να αυτοκτονήσει. Έπασχε από κατάθλιψη συνεπεία θλιβερών γεγονότων (διαζύγιο και θάνατοι των δύο παιδιών της) και ο ιατρός της, μετά από λίγες συναντήσεις, θεώρησε ότι η κατάστασή της ήταν αφόρητη και χωρίς ελπίδα ίασεως. Συμβουλευτήκε 7 ανεξάρτητους ιατρούς που επιβεβαίωσαν την άποψή του- κανείς δεν εξέτασε προσωπικώς τη γυναίκα. Δεν εξακριβώθηκε εάν η γυναίκα ήταν και ψυχικώς ασθενής.<sup>94</sup>

Η τελική απόφαση εκδόθηκε από τον Ολλανδικό Άρειο Πάγο και είναι σημαντική διότι νομολόγησε ότι βοήθεια σε αυτοκτονία θα πρέπει να παρέχεται ακόμη και ψυχικώς ασθενείς που είναι σε θέση να αποφασίσουν σχετικώς. Στην προκείμενη περίπτωση επρόκειτο περί καταθλίψεως, που δεν υπάγεται στις ψυχιατρικές παθήσεις, αλλά το αίτημα της ασθενούς έγινε δεκτό βάσει των γενικών αρχών της κατάστασης ανάγκης που μπορεί να έχει εφαρμογή στις σωματικές και στις ψυχικές παθήσεις. Το Δικαστήριο έκρινε ότι ο ιατρός θα έπρεπε να είχε στείλει τη γυναίκα για αγωγή σε ψυχίατρο, να είχε ζητήσει την υποχρεωτική εισαγωγή της σε ίδρυμα και να είχε

<sup>93</sup> Α. Κουτσελίνης, ό.π.

<sup>94</sup> Ploem, C./Markenstein, L. (1994): *The Netherlands - Recent developments in legislation and jurisprudence* (October 1991 - October 1993) in: *European Journal of Health Law*, 197 - 202 (201)



προτείνει εξέτασή της ασθενούς και από ένα άλλο ιατρό. Εν κατακλείδι, το Δικαστήριο καταδίκασε τον ιατρό αλλά δεν επέβαλε ποινή.<sup>95</sup>

Υπέρμαχος των δικαιωμάτων των ομοφυλόφιλων, φορέας ο ίδιος του AIDS, ο βουλευτής της Νέας Νότιας Ουαλίας, της Αυστραλίας Πωλ Ο Γκρέϊντι, τάσσεται κατηγορηματικά υπέρ της εθελοντικής ευθανασίας. Ο αγώνας που έγινε η αιτία η Κυβέρνηση της Βόρειας Πολιτείας να εγκρίνει με νόμο την ευθανασία, στις 2 Ιουλίου 1996.<sup>96</sup>

Έτσι η πρώτη νόμιμη υποβοηθούμενη αυτοκτονία στον κόσμο έλαβε χώρα το Σεπτέμβρη του 1996, όταν ένας 66χρονος Αυστραλός που έπασχε από ανίατη μορφή καρκίνου του προστάτη αυτοκτόνησε με τη βοήθεια του γιατρού του, κάνοντας χρήση σχετικού νόμου που νομιμοποιεί την ευθανασία υπό προϋποθέσεις.

Ο Μπομπ Ντεντ, άλλοτε ξυλουργός, που τα τελευταία πέντε χρόνια υπέφερε από τον καρκίνο και δεν είχε καμία ελπίδα να ζήσει, τερμάτισε τη ζωή του «με αξιοπρέπεια», όπως ο ίδιος έγραψε σε επιστολή του. Ο Ντεντ είχε συνδεθεί με ειδικούς σωλήνες που τροφοδοτούσαν τον οργανισμό του με βαρβιτουρικά και μυοχαλαρωτικά. Ο ασθενής είχε πλάι του ένα φορητό υπολογιστή, όπου ο γιατρός του, ο Αυστραλός δρ Φίλιπ Νίτσκε, του υπέβαλε σειρά ερωτημάτων και εκείνος απαντούσε πιέζοντας κάποια πλήκτρα. Η τελευταία ερώτηση ήταν: *-Είσαι σίγουρος ότι θέλεις να πεθάνεις;* *-Ναι*, έγραψε ο Ντεντ και τότε ο γιατρός έστειλε τη μοιραία ποσότητα μέσω της διασωλήνωσης. Το «μηχάνημα του θανάτου», όπως το αποκαλούν οι επικριτές της όλης λογικής της ευθανασίας, έκανε τη δουλειά του.

Οργισμένη η Εκκλησία της Αυστραλίας αντέδρασε στην πρώτη εφαρμογή του νόμου περί ευθανασίας, παγκοσμίως. Ο Ρωμαιοκαθολικός Επίσκοπος είπε ότι όλοι οι Αυστραλοί *«θα πρέπει να ντρέπονται»*. Ο ίδιος ο Ντεντ, στην επιστολή του γράφει ότι η εκκλησία και ο νόμος θα πρέπει να είναι δύο ξεχωριστά πράγματα και συμπληρώνει: *Αν διαφωνείτε με την εθελοντική ευθανασία μην την κάνετε, αλλά μη μου αρνείστε το δικαίωμα να την εφαρμόσω.*

Ομάδες που αντιδρούν στο νόμο για την ευθανασία, ο οποίος τέθηκε σε ισχύ την 1η Ιουλίου του 1996, προσέφυγαν στο Ανώτατο Δικαστήριο.<sup>97</sup>

<sup>95</sup> Leenen, H.J.J. (1994): *Dutch Supreme Court about Assistance to Suicide in the Case of Severe Mental Suffering*, in: *European Journal of Health Law*, 377 - 379

<sup>96</sup> Α. Αγγελόπουλος, *Αξιοπρέπεια και στο θάνατο*, Εφημερίδα ΤΑ ΝΕΑ, 3 Ιουλίου 1996.

<sup>97</sup> <http://www.hri.org/E/1996/96-09-27.dir/keimena/world/world4.htm>

«Ο Δρ. θάνατος» διδάσκοντας Αυστραλούς πώς να λάβουν τα χάπια αυτοκτονίας τους. Ο Αυστραλός ιατρός Nitschke, 57 ετών διεθνώς γνωστός για την υποστήριξη του στην ευθανασία. Υποστηρίζει ότι το χάπι του θα είναι πιο προηγμένο από το προηγούμενο, βασισμένο σε τροποποιήσεις του οίνοπνεύματος και της νικοτίνης. Η εθελοντική οργάνωση ευθανασίας στην Αυστραλία, είπε ότι 30 από τα 3.000 μέλη της θα συναντηθούν σε μια μυστική θέση ώστε να λάβουν τη θανάσιμη συνταγή μέσα στο έτος 2005. Άρθρο της Anna Gizowska από το Sydney (23/01/2005) στην News Telegraph, από το [www.telegraph.co.uk/.../2005/01/23/ixworld.html](http://www.telegraph.co.uk/.../2005/01/23/ixworld.html)



#### 5.4. Ευθανασία σε νεογέννητο

Το 1995 εμφανίσθηκε και η περίπτωση ευθανασίας σε ένα νεογέννητο, με σοβαρό πρόβλημα, που διαγνώσθηκε από πολλούς ιατρούς. Η ιατρική αγωγή θεωρήθηκε μάταιη. Μετά από συμφωνία με νευρολόγο και νευροχειρουργό και τη σύμφωνη γνώμη των γονέων, που δεν ήθελαν να ταλαιπωρηθεί το παιδί τους, ο θεράπων ιατρός αποφάσισε να θέσει τέλος στη ζωή του. Στο ποινικό δικαστήριο ο ιατρός αναφέρθηκε στην κατάσταση ανάγκης, λόγω της υγείας του βρέφους και της συνεχούς και επαναλαμβανομένης επιθυμίας των γονέων. Το δικαστήριο δέχθηκε ότι για την ύπαρξη κατάστασης ανάγκης πρέπει να συντρέχουν τα εξής στοιχεία: αφόρητος και χωρίς προοπτικές θεραπείας πόνος «επαναλαμβανομένη και σταθερή επιθυμία των γονέων» συμφωνία της ιατρικής πρακτικής με την ιατρική δεοντολογία. Ο ιατρός αθώωθηκε, αν και η απόφαση κατακρίθηκε στο νομικό τύπο.<sup>98</sup>

#### 5.5. Παθητική ευθανασία

Σε μια υπόθεση, στην Ολλανδία, κρίθηκε το θέμα της «παθητικής ευθανασίας», κατά την οποία ο θάνατος επέρχεται λόγω της διακοπής της παροχής τροφής και ενυδατώσεως του ασθενούς. Στην απόφαση Airdale NHS Trust v Bland του 1993<sup>99</sup> το Δικαστήριο επέτρεψε να διακοπεί η τεχνητή παροχή τροφής και ενυδατώσεως σε νεαρό

<sup>98</sup> Ploem, M.C. (1995): *The Netherlands - Legislation and Jurisprudence* in: *European Journal of Health Law*, 363 - 366

<sup>99</sup> Grubb, A., ό.π., σελ. 157 - 178 (159 επ.)

ασθενή, που βρισκόταν σε χρόνια φυτική κατάσταση, μη αναστρέψιμη. Στην περίπτωση αυτή είναι μεν βεβαία η επέλευση του θανάτου, ο ιατρός, όμως δεν ενεργεί παρανόμως, διότι η διατήρηση της ζωής του ασθενούς σε συνεχή εξάρτηση από τα ιατρικά μηχανήματα και χωρίς προοπτική βελτιώσεως της υγείας του δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι είναι προς το συμφέρον του (to the patient's best interests).

### 5.6. Διακοπή τεχνητής τροφής και σίτισης

Παρόμοια υπόθεση, με την αναφερόμενη στην προηγούμενη παράγραφο, έκρινε και το ιρλανδικό Ακυρωτικό δικαστήριο και απεφάσισε για την τύχη μιας γυναίκας που βρισκόταν σε σχεδόν φυτική κατάσταση επί περίπου 23 έτη, διατηρούσε, όμως ελάχιστα στοιχεία διανοητικής ικανότητας.

Οι συγγενείς της γυναίκας, με σύμφωνη γνώμη και δύο θεολόγων, είχαν ζητήσει από τους ιατρούς και το νοσοκομείο να διακόψουν την τεχνητή παροχή τροφής και ενυδάτωσης. Το προσωπικό του νοσοκομείου αρνήθηκε για λόγους ιατρικής δεοντολογίας να διακόψει την αγωγή ή να επιτρέψει τη μεταφορά της ασθενούς σε άλλο ίδρυμα. Εν συνεχεία οι συγγενείς κατέφυγαν στη δικαιοσύνη και τελικώς εκδόθηκε κατά πλειοψηφία η απόφαση του Ακυρωτικού, η οποία επέτρεπε στους συγγενείς να μεταφέρουν την ασθενή σε άλλο νοσοκομείο.<sup>100</sup>

Το Δικαστήριο έκρινε βάσει της αρχής του συμφέροντος του ασθενούς και νομολόγησε ότι η διακοπή των παροχών αυτών ήταν σύμφωνη με τα συνταγματικώς κατοχυρωμένα δικαιώματα προστασίας της ζωής (άρθρα 40.3.1. και 40.3.2. του Ιρλανδικού Συντάγματος), της σωματικής ακεραιότητας, της ιδιωτικής ζωής και της αυτονομίας.<sup>101</sup>

Για την εκτίμηση του «συμφέροντος της ασθενούς» οι δικαστές εξέτασαν διάφορα στοιχεία όπως: την κατάσταση της ασθενούς, την επεμβατική και επώδυνη αγωγή, την έλλειψη προοπτικής θεραπείας ή βελτιώσεως της καταστάσεώς της, τη διάρκεια της καταστάσεώς της, την επιθυμία της μητέρας και των άλλων μελών της οικογένειας, τη γνώμη της ιατρικής κοινότητας και του νοσηλευτικού προσωπικού, την άποψη της θρησκείας και τα συνταγματικά δικαιώματα της ασθενούς.

<sup>100</sup> I. Κριάρη, ό.π.

<sup>101</sup> Feenan, D. ό.π., σελ., 29 - 48

## 5.7. Η περίπτωση της Τέρι Σκιάβο

Ο Αμερικανός πρόεδρος Τζορτζ Μπους διέκοψε την Κυριακή 20 Μαρτίου 2005 τις διακοπές του στο Τέξας, για να μετάσχει σε έκτακτη συνεδρίαση του Κογκρέσου, στην οποία η συντηρητική πλειοψηφία πέρασε τελικά νόμο που θα αναγκάσει τους γιατρούς να κρατήσουν ζωντανή την 41χρονη Τέρι Σκιάβο, η οποία βρίσκεται σε άγρυπνο κόμα τα τελευταία 15 χρόνια. Έπειτα από έναν πολυετή νομικό κυκεώνα, ο σύζυγος της Σκιάβο έλαβε την Παρασκευή άδεια από δικαστήριο της Φλόριντα και αφαίρεσε το σωλήνα με τον οποίο η ασθενής τρεφόταν παρεντερικά, παρά την αντίρρηση των γονιών της. Η γυναίκα αναμένεται να πεθάνει σε περίπου δύο εβδομάδες, αναφέρει το BBC.

Το νομοσχέδιο επικυρώθηκε και από τα δύο σώματα του Κογκρέσου έπειτα από μία ένθερμη συζήτηση και υπεγράφη ακολούθως τα ξημερώματα της Δευτέρας από τον Αμερικανό πρόεδρο Τζορτζ Ο.Μπους.

«Σήμερα υπέγραψα το νομοσχέδιο που θα επιτρέψει στα ομοσπονδιακά δικαστήρια να εκδικάσουν αγωγή για λογαριασμό της Σκιάβο για παραβίαση των δικαιωμάτων της που αφορούν την επαναλειτουργία ή όχι του σωλήνα παροχής τροφής, υγρών και φαρμάκων τα οποία είναι αναγκαία για να την κρατήσουν στη ζωή» αναφέρει ο Αμερικανός πρόεδρος.

«Σε περιπτώσεις σαν και αυτή, όπου υπάρχουν σοβαρά θέματα και ουσιαστικές αμφιβολίες, η κοινωνία μας, οι νόμοι μας και τα δικαστήρια μας πρέπει να τάσσονται υπέρ της ζωής, ειδικά όταν αφορούν ανθρώπους όπως η Τέρι Σκιάβο που ζει χάρη στην ευπλαχνία των άλλων» προσθέσει ο Τζορτζ Ο.Μπους σε ανακοίνωσή του. Το σχέδιο νόμου επιτρέπει στους γονείς της Σκιάβο να προσφύγουν σε ομοσπονδιακό δικαστήριο σχετικά με την μη παροχή βοήθειας η οποία απαιτείται για να διατηρηθεί η κόρη τους στη ζωή. Το σχέδιο αναφέρει ότι το δικαστήριο θα μπορεί να εκδώσει ασφαλιστικά μέτρα για την προστασία των δικαιωμάτων της ασθενούς. Αυτό θα μπορούσε να σημαίνει επανατοποθέτηση του σωλήνα παρεντερικής διατροφής.

Ο σωλήνας έχει αφαιρεθεί από την Σκιάβο άλλες δύο φορές στο παρελθόν, για να τοποθετηθεί και πάλι στη θέση του μερικές ημέρες αργότερα, λόγω νομικών κινήσεων από τους γονείς της ασθενούς και ακτιβιστές.

Η Σκιάβο υπέστη εκτεταμένες εγκεφαλικές βλάβες έπειτα από καρδιακή ανακοπή και έκτοτε βρίσκεται σε μόνιμη κωματώδη κατάσταση, χωρίς ανώτερες νοητικές λειτουργίες.<sup>102</sup>



*Η Terri Schiavo πέθανε στις 31 Μαρτίου 2005. Η κάρτα προσευχής της όπως κυκλοφόρησε από τους επικριτές της ευθανασίας στις ΗΠΑ. Από το [www.buzolich.com](http://www.buzolich.com)*

<sup>102</sup> Μακεδονικό Πρακτορείο ειδήσεων.

Οι αποφάσεις των δικαστηρίων είναι καθοριστικές στο αμερικάνικο νομικό σύστημα. Η πρώτη υπόθεση ευθανασίας, που παραπέμφθηκε στη δικαιοσύνη και πάνω στη νομολογία της στηρίχθηκαν όλες σχεδόν οι επόμενες, ήταν η περίπτωση της Karen Quinlan. Το 1975, η 21 ετών Karen Quinlan, οδηγήθηκε στο νοσοκομείο, επειδή είχε πάρει αλκοόλ μαζί με ηρεμιστικά χάπια στη διάρκεια ενός πάρτι. Έγιναν όλες οι προσπάθειες ανάνηψης και οι ζωτικές της λειτουργίες υποστηρίζονταν με αναπνευστήρα, όταν ο πατέρας της ζήτησε από το Ανώτατο Δικαστήριο του New Jersey την διακοπή της μηχανικής υποστήριξης της ζωής της κόρης του. Το δικαστήριο δέχτηκε το αίτημα, προεκτείνοντας το δικαίωμα του αρρώστου να αρνείται τη θεραπεία και σε ασθενείς σε κώμα. Η Karen αποσυνδέθηκε από τον αναπνευστήρα έζησε όμως, περίπου άλλα δέκα χρόνια σε κώμα, μέχρι το θάνατό της το 1985.

Η μόνη υπόθεση που η διακοπή της παράτασης ζωής δεν έγινε δεκτή ήταν η περίπτωση της Nancy Cruzan, μιας 31χρονης γυναίκας, που έπεσε θύμα τροχαίου ατυχήματος. Οι γονείς της ζήτησαν την διακοπή της θρέψης, με γαστρο-οισοφαγικό σωλήνα, όμως το δικαστήριο δεν έκανε το αίτημά τους δεκτό. Την απόφαση έλαβε το Ανώτατο Δικαστήριο του Missouri. Άλλο δικαστήριο το Δεκέμβριο του 1990 επέτρεψε τη διακοπή της σίτισης. Nancy Cruzan πέθανε δύο εβδομάδες αργότερα.<sup>103</sup>

#### 5.8. Δικαστικές υποθέσεων που αφορούν περιπτώσεις άρνησης της θεραπείας στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

**Lane εναντίον Candura 376 NE2d 1232, 1978, Μασσαχουσέτη:** 77 ετών διαβητική γυναίκα με γάγγραινα δεξιού κάτω άκρου αρνείται την επέμβαση αφαίρεσης του μέλους. Την ενάγει η κόρη της που πιστεύει ότι η επέμβαση είναι αναγκαία. «Σύμφωνα με το νόμο η κ. Candura διατηρεί το δικαίωμα να αρνηθεί ιατρική θεραπεία»

**Satz εναντίον Pertmutter 379 50 2d 359, 1980, Φλόριδα:** 73 -ετών άνδρας σκλήρυνση κατά πλάκας εξαρτάται από τον αναπνευστήρα. Ζητά να αποσυνδεθεί. Ενήλικας με πλήρη συνείδηση έχει το συνταγματικό δικαίωμα να αρνηθεί έκτακτη ιατρική φροντίδα.

**Bartling εναντίον Ανωτέρου Δικαστηρίου, 1984, Καλιφόρνια:** 70 ετών άνδρας με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής και νεοπλασία πνεύματος, που είναι συνδεδεμένος σε αναπνευστήρα ζητά την αποσύνδεση

<sup>103</sup> E.Murphy, US supreme court to bear first right-to-die-case, 1920,51:13-92

του, έχει υπογράψει διαθήκη ζωής και αιτεί μέσω της γυναίκας του την αποσύνδεσή του. Σύμφωνα με το συνταγματικό δικαίωμα στην ιδιωτική ζωή και την ειδική διάταξη της πολιτείας αναγνωρίζεται το δικαίωμα αυτοδιαχείρισης του σώματος, ακόμα και αν το αποτέλεσμα είναι ο θάνατος.

**Tune εναντίον Walter Reed Hospital 602FSupp. 1452, ΗΠΑ, 1985:** 71 ετών γυναίκα με αδενοκαρκίνωμα του περικαρδίου και οξεία δύσπνοια συνδεδεμένη σε αναπνευστήρα ζητά την αποσύνδεσή της. Οι ασθενείς έχουν το συνταγματικό δικαίωμα στην ιδιωτική τους ζωή σύμφωνα με το οποίο μπορούν να αποφασίζουν αν μια θεραπεία πρέπει να χορηγείται ή όχι

**Bouvia εναντίον Ανωτέρου Δικαστηρίου 225 Cal Rptr 297, 1986, Καλιφόρνια:** 28 ετών γυναίκα με ημιπληγία, ανίκανη να φροντίσει τον εαυτό της, πάσχει από εκφυλιστική αρθρίτιδα και λαμβάνει μορφίνη με αντλία συνεχούς έγχυσης για την καταστολή του πόνου. Οι γιατροί τοποθετούν σωλήνα Levin για τη λήψη τροφής. Επιθυμεί την αφαίρεση του σωλήνα Η ασθενής έχει το δικαίωμα να αρνηθεί οποιαδήποτε ιατρική τεχνική, ακόμα κι αν αυτή μπορεί να σώσει ή να επιμηκύνει τη ζωή της.

**Inre Farrell 108 NJ 335, 1987, Νέα Υερσέη:** 37 ετών γυναίκα με σκλήρυνση κατά πλάκας ζητά με σύμφωνη γνώμη της οικογένειάς της να αποσυνδεθεί από τον αναπνευστήρα. Ασθενής με πλήρη συνείδηση μπορεί να αρνηθεί φροντίδα ακόμα και με τον κίνδυνο του θανάτου, χωρίς να απειληθεί αναθεώρηση της δίκης ή νέος δικαστικός αγώνας.

Τέλος, ο θάνατος με θεληματική ενεργητική ευθανασία της δημοφιλούς Γερμανίδος συγγραφέως Σάντρα Παρέτι στη Ζυρίχη το 1994 προβλήθηκε αρκετά από τα ΜΜΕ και έφερε στο φως την ύπαρξη της Ελβετικής Εταιρείας «Εξόδος» - (Exit) - με παρακλάδια σε πολλές χώρες που σκοπό έχει έναντι χρηματικής αμοιβής να "βοηθά" αρρώστους να τερματίσουν τη ζωή τους. Δύο «βοηθοί θανάτου» όπως ονομάζονται οι ιατροί της εταιρείας άσκησαν την ευθανασία στην Παρέτι, στο σπίτι της παρουσία πολλών φίλων της μετά από αποχαιρετιστήριο γεύμα.<sup>104</sup>

<sup>104</sup> Ε. Παναγόπουλος, Ευθανασία, Ορισμός και ιστορική εξέλιξη, Αρχές ιατρικής ηθικής - Όρκος Ιπποκράτη, από το [http://www.bioethics.org.gr/03\\_dPanag.html](http://www.bioethics.org.gr/03_dPanag.html)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>

### ΥΠΕΡΜΑΧΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΕΜΙΟΙ

#### 6.1. Γενικά

Πολλές συζητήσεις πραγματοποιούνται τα τελευταία χρόνια για την αξία της ανθρώπινης ζωής όταν φθάσει σε οριακές καταστάσεις και ανθρωπίνως δεν υφίστανται δυνατότητες περαιτέρω επιβίωσης ή ανάταξης της ποιοτικής στάθμης της, υπό την έννοια της βελτίωσης της νοητικής ή και της σωματικής κατάστασης του πάσχοντος ατόμου, σε σημείο ώστε αυτό να μπορέσει να αποκτήσει στοιχειώδη λειτουργικότητα.<sup>105</sup>

Στο σημείο αυτό πολλές φορές αναζητείται ο θάνατος ως λύτρωση! Ως μέσο που στον καταδικασμένο άρρωστο που υποφέρει θα έφερνε πλέον οριστικά ανακούφιση και γαλήνη. Κι είναι, η σκέψη αυτή, μιας τραγικής στιγμής, ο μόνος ίσως «ηθικός απόλογος» της έννοιας της ευθανασίας, που θα μπορούσε ίσως να συζητηθεί. Γιατί άλλη βάση δεν υπάρχει και η επιχειρηματολογία των οπαδών της που προσπαθεί φιλοσοφικά να την καλύψει δεν αντέχει σε μεγάλη ζήτηση.<sup>106</sup>

Στη συνέχεια παρατίθεται η επιχειρηματολογία τόσο των υπέρμαχων όσο και των πολέμιων της ευθανασίας, με εξαίρεση τα επιχειρήματα που αφορούν στις θρησκευτικές απόψεις, οι οποίες αναλύθηκαν σε προηγούμενο κεφάλαιο.

#### 6.2. Οι υπέρμαχοι της ευθανασίας

Κατά τους οπαδούς της ευθανασίας, η αναγνώριση από την πολιτεία και μάλιστα η νομιμοποίηση αυτού του τρόπου του θανάτου, αποτελεί υποχρέωση της κοινωνίας.<sup>107</sup> Τα βασικά επιχειρήματα που προβάλλονται υπέρ της ευθανασίας είναι:

##### ***Ο οίκτος προς τον ανιάτως πάσχοντα.***

Πολλοί άνθρωποι περνούν τις τελευταίες ημέρες ή ώρες της ζωής τους, μέσα σε φοβερούς σωματικούς πόνους. Κάποτε η κατάσταση τους είναι όντως τραγική ώστε δημιουργεί όχι μόνο σωματικά αλλά και ψυχοσωματικά ράκη. Στον ασθενή που βαδίζει

<sup>105</sup> Σ. Μπαλογιάννη, Η ευθανασία - κοινωνικοί και ηθικοί προβληματισμοί, από το [www.bioethics.org.gr](http://www.bioethics.org.gr)

<sup>106</sup> Α. Κουτσελίνης, ό.π.

<sup>107</sup> Ν. Μητσόπουλος «Η λεγόμενη ευθανασία», Αθήνα 1980, σελ. 25.



προς βέβαιο θάνατο χωρίς ελπίδα σωτηρίας, γεννιέται πολλές φορές αποστροφή προς τη ζωή αυτή και επιθυμία τερματισεώς της. Στους οικείους του ασθενή, τους νοσοκόμους, τους γιατρούς, γεννιέται και αναπτύσσεται ο οίκτος προς τον πάσχοντα που οδηγεί άμεσα στο ερώτημα: «Ο τερματισμός της άθλιας αυτής ζωής, δεν είναι προτιμότερος από την άσκοπη παράταση της;» και στη συνέχεια στο επόμενο ερώτημα: «Λεν παρέχεται συνεπώς το δικαίωμα στον ασθενή να ζητήσει και στον γιατρό να ενεργήσει τον άμεσο και ανώδυνο τερματισμό αυτής της ζωής;». Οι απαντήσεις στα ανωτέρω ερωτήματα, κατά τους υποστηρικτές πάντοτε της ευθανασίας, είναι αναμφιβόλως ναι.

*Το δικαίωμα κάθε ανθρώπου να τερματίζει τη ζωή του και να ζητά τον τερματισμό αυτής.*

Κάθε άνθρωπος, είναι ελεύθερη προσωπικότητα. Στην ελευθερία αυτή της προσωπικότητας του ανθρώπου, στηρίζεται και το δικαίωμα του να ρυθμίζει τη ζωή του. Καθώς λοιπόν ο άνθρωπος έχει το δικαίωμα να ζήσει όπως αυτός νομίζει τη ζωή του και δεν επιτρέπει σε άλλους να αναμειχθούν στην ατομική του ζωή, έτσι έχει και το δικαίωμα να αρνηθεί τη ζωή και να την τερματίσει, χωρίς να μπορούν οι άλλοι να αρνηθούν αυτό το αναφαίρετο δικαίωμα του. Κατά ανάλογο τρόπο, ο άνθρωπος έχει το δικαίωμα να ζητήσει από τους άλλους, εάν ο ίδιος δεν έχει τη δυνατότητα, τον τερματισμό της ζωής του.

*Η «φωτισμένη κοινή γνώμη», πρέπει να ξεπεράσει τα πατροπαράδοτα ταμπού και την μέχρι σήμερα αρνητική τοποθέτηση έναντι της ευθανασίας.*

Απευθύνεται έκκληση προς τη φωτισμένη κοινή γνώμη, να υιοθετήσει στάση συμπαθείας απέναντι στην άχρηστη οδύνη κατά τις ώρες του θανάτου.

*Είναι ανήθικη η ανοχή, η αποδοχή ή η επιβολή του πόνου.*

Ο πόνος και η οδύνη μπορούν να διαρκούν, όσο υπάρχει πιθανότητα θεραπείας. Σε αντίθετη περίπτωση, δεν υπάρχει λόγος να παρατείνεται ο φυσικός πόνος. Και είναι η περίπτωση αυτή, το τελευταίο στάδιο μιας ανίατης ασθένειας.

*Η «εις το κρεβάτι του πόνου» ζωή του ανιάτως πάσχοντος ασθενούς, συνιστά ζωή «στερούμενη πάσης αξιοπρέπειας».*

Ο θάνατος πρέπει να θεωρείται, σαν ένα αδιάσπαστο μέρος της ζωής. Κι όπως κάθε άτομο έχει το δικαίωμα να ζει με αξιοπρέπεια, έχει επίσης το δικαίωμα να πεθάνει με αξιοπρέπεια. Είναι σκληρό και βάρβαρο να διατηρείται ένα άτομο στη ζωή ενάντια στη θέληση του, ενώ η ζωή του έχει χάσει κάθε ωραιότητα, κάθε έννοια, κάθε προοπτική για το μέλλον.



*Το μεγαλύτερο επιχείρημα ίσως των πολέμιων της ευθανασίας να είναι οι θηριωδίες του Α. Χίτλερ. Πηγή: <http://as.wn.com/i/fa/75b72319dee464.jpg>*

*Είναι καταδικαστέοι οι ισχύοντες νόμοι, βάσει των οποίων απαγορεύεται η ευθανασία και τιμωρούνται οι ενεργούντες αυτήν, γι' αυτό και ζητείται η νομιμοποίηση της ευθανασίας.*

Ζητείται να ξεκινήσει μια μεγάλη ανθρωπιστική προσπάθεια, για να μετριάσουμε την οδύνη μας και την οδύνη των συνανθρώπων μας, χωρίς να ληφθούν υπ' όψιν οι όποιες ηθικές ή νομικές απαγορεύσεις.

*Επιβάλλεται η ευρύτατη ερμηνεία ή και η απόρριψη από τους γιατρούς του «πεπαιωμένου» όρκου του Ιπποκράτους, βάσει του οποίου κάθε γιατρός έχει υποχρέωση να σώζει και όχι να τερματίζει τη ζωή του ανθρώπου.*

Έτσι, γιατροί και συγγενείς ασθενών, μη μπορώντας να υποφέρουν το δράμα της φρικτής οδύνης προ του θανάτου, συμφωνούν και εκτελούν συχνά την ευθανασία,

αλλά μέσα στο φόβο και τη μυστικότητα. Υπογραμμίζεται ότι με τον όρκο του Ιπποκράτους, ο γιατρός αναλαμβάνει την υποχρέωση να θεραπεύσει τους ασθενείς και να ελαφρύνει τον πόνο τους.

*Ζητείται η σύνταξη ειδικής διαθήκης, από κάθε άτομο που είναι ακόμη υγιές και επιθυμεί τη λύση της ευθανασίας, σε περίπτωση μελλοντικής, οδονηρής και ανιάτης ασθένειας. Στη διαθήκη αυτή πρέπει να δηλώνεται χωρίς περιστροφές, ότι απαιτείται ο σεβασμός του δικαιώματος του ατόμου να πεθάνει με αξιοπρέπεια.*

Ο τακτικός γιατρός του, πρέπει να πάρει ένα αντίγραφο αυτής της ειδικής διαθήκης και αν δεν είναι διατεθειμένος να την εκτελέσει, το άτομο πρέπει να επιλέξει άλλον γιατρό. Η οικογένεια και οι στενοί φίλοι του, πρέπει επίσης να διαθέτουν αντίγραφα της διαθήκης ή να έχουν πληροφορηθεί για την ύπαρξη και το περιεχόμενο της.

*Σε περιπτώσεις μη υπάρξεως γραπτής εκ των προτέρων επιθυμίας ευθανασίας και αδυναμίας του πάσχοντος να εκφρασθεί*

Μπορούν ανεπιφύλακτα να αποφασίσουν την εκτέλεση ευθανασίας, είτε οι συγγενείς του ασθενούς, είτε ο θεράπων γιατρός (εφ' όσον πρόκειται για έναν ανιάτως πάσχοντα ασθενή).

*Προς αποφυγή καταχρήσεων στην άσκηση του δικαιώματος διενέργειας ευθανασίας.*

Απαιτούνται νόμιμες προφυλάξεις.

*Συμβούλιο ευθανασίας, αποτελούμενο από τρεις τουλάχιστον γιατρούς.*

Αυτό μόνο μπορεί να αναλαμβάνει την ευθύνη της πράξεως της ευθανασίας.

*Βασική προϋπόθεση για την ευθανασία.*

Τίθεται η διαπίστωση πως καμιά δυνατότητα θεραπείας και αποφυγής του επικειμένου θανάτου υπάρχει.

### 6.3. Οι πολέμιοι της ευθανασίας

Η κριτική εξέταση των υπέρ της ευθανασίας προβαλλομένων επιχειρημάτων, συνοψίζεται στα ακόλουθα:

#### *Το επιχείρημα του οίκτου προς τον ανιάτως πάσχοντα.*

Είναι γεγονός, ότι σε πολλές περιπτώσεις ασθενών που οδεύουν προς το θάνατο, η κατάσταση είναι θλιβερή. Παρουσιάζεται όμως υπερβολική, από τους διάφορους υποστηρικτές της ευθανασίας. Ως προς το θέμα του σωματικού πόνου, ο οποίος αποτελεί το κύριο στοιχείο που προκαλεί τον οίκτο προς τον πάσχοντα, δεν πρέπει να παραβλέπεται το γεγονός ότι σήμερα η επιστήμη έχει εφεύρει πλήθος αναλγητικών φαρμάκων, με τα οποία παρέχεται στον ασθενή σημαντική ανακούφιση αν όχι και πλήρης απαλλαγή από τους πόνους. Ως προς τον πάσχοντα, πρέπει να σημειωθεί ότι αυτός και στην πιο απελπιστική κατάσταση, διατηρεί πάντα έστω και αμυδρή την ελπίδα σωτηρίας από την ασθένεια. Κρίνοντας τα περί ψυχοσωματικού ράκους λεγόμενα από τους υποστηρικτές της ευθανασίας, παρατηρούμε τα εξής:

Η καταθλιπτική ψυχική κατάσταση, που δημιουργεί στον ασθενή η σωματική οδύνη και οι ταλαιπωρίες τις οποίες υφίσταται, δεν είναι τόσο συνάρτηση του μεγέθους των σωματικών πόνων, της βεβαιότητας του ανιάτου της ασθένειας και της εγγύτητας του θανάτου, που προβάλλονται συνήθως ως προϋποθέσεις για την ευθανασία, αλλά της τοποθετήσεως καθενός έναντι της αξίας της ζωής, του ισχυρού ή μη χαρακτήρα του ασθενούς, των οικονομικών δυνατοτήτων του ιδίου και της οικογένειάς του και κυρίως της θρησκευτικής τοποθετήσεως του πάσχοντος.

#### *Το επιχείρημα του δικαιώματος κάθε ανθρώπου να τερματίζει τη ζωή του και να ζητά τον τερματισμό αυτής.*

Η βάση πάνω στην οποία γίνεται προσπάθεια να στηριχθεί το επιχείρημα αυτό, είναι η ελευθερία της προσωπικότητας κάθε ανθρώπου. Είναι όμως η έκφραση της επιθυμίας για τερματισμό της ζωής, προϊόν της ελεύθερης βουλήσεως του ανθρώπου ή μήπως άλλοι παράγοντες εξωτερικοί ή και εσωτερικοί, ενσυνείδητοι ή και ασυνείδητοι, συντελούν στη διατύπωση μιας τέτοιας επιθυμίας;

Από ψυχολογικές παρατηρήσεις που γίνονται σε ασθενείς που βαδίζουν προς το θάνατο, το πιο πιθανό είναι ότι, στις περισσότερες τουλάχιστον περιπτώσεις, η

επιζήτηση του θανάτου από τον ασθενή δεν ανταποκρίνεται στην αληθινή βούληση του. Η έκφραση της επιθυμίας αυτής προέρχεται, είτε από στιγμιαία δειλία και αδυναμία αντιμετώπισης του πόνου, είτε από ψυχολογική κατάθλιψη λόγω των ταλαιπωριών της ασθένειας ή ακόμη και από τη συναίσθηση των δυσβάστακτων κάποτε υποχρεώσεων (οικονομικών και άλλων), που δημιουργεί η ασθένεια στους οικείους του ασθενή. Έτσι και το δήθεν δικαίωμα κάθε ανθρώπου, να τερματίζει τη ζωή του και να ζητά τον τερματισμό αυτής κλονίζεται, καθώς δεν είναι δυνατό να εξακριβωθεί η αληθινή βούληση του πάσχοντος.

***Η «φωτισμένη κοινή γνώμη», πρέπει να ξεπεράσει τα πατροπαράδοτα ταμπού και την μέχρι σήμερα αρνητική τοποθέτηση έναντι της ευθανασίας.***

Το επιχείρημα αυτό των υποστηρικτών της ευθανασίας, παρέχει την εντύπωση δημαγωγικής προπαγανδιστικής διακηρύξεως περισσότερο που επιδιώκει να προσεταιρισθεί την ευμένεια του ακροατή, παρά διαφωτιστικής ενέργειας διαπρεπών επιστημόνων. Όχι μόνο η έκφραση «φωτισμένη κοινή γνώμη», αλλά κυρίως το «να ξεπεράσει τα πατροπαράδοτα ταμπού», δείχνουν ότι οι οπαδοί της ευθανασίας επιχειρούν να προβάλλουν την επιδιωκόμενη αναγνώριση και νομιμοποίηση της, ως δήθεν κατόρθωμα της εποχής μας και απάρνηση απαγορευτικών κανόνων της πολιτείας και τρόπων κοινωνικής συμπεριφοράς.

Πρέπει όμως να σημειωθεί ότι, η προβολή διαφόρων θέσεων και ιδεών που διασπών τα «πατροπαράδοτα ταμπού» ή τα «κατεστημένα», όχι μόνο δεν είναι νοητή και επιτρεπτή για τον επιστήμονα, αλλά και επισφαλής μπορεί να είναι ως προς την επιτυχία του επιδιωκομένου σκοπού.

***Είναι ανήθικη η ανοχή, η αποδοχή ή η επιβολή του πόνου.***

Για να γίνει ακριβής κριτική εξέταση της θέσεως αυτής, είναι αναγκαίο να καθορισθεί η έννοια του ηθικού. Δεδομένου όμως ότι είναι διαφορετική η αντίληψη των ανθρώπων περί ηθικότητας και ηθικού, δεν μπορεί να γίνει αυτή η εξέταση. Ωστόσο μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι η μη αποδοχή της ευθανασίας, δεν συνεπάγεται αναγκαστικά και την ανοχή, αποδοχή ή επιβολή του πόνου.

Επίσης, αφού μπορεί να τεθεί υπό αμφισβήτηση η βεβαιότητα του επικειμένου θανάτου, δεν πρέπει να αποκλείεται και η δια της ανοχής, αποδοχής ή επιβολής του πόνου, ενδεχόμενη ίαση ή βελτίωση του ασθενούς.

*Η «εις το κρεβάτι του πόνου» ζωή του ανιάτως πάσχοντος ασθενούς, συνιστά ζωή «στερούμενη πάσης αξιοπρέπειας».*

Είναι αλήθεια ότι σε περιπτώσεις βαρύτατων μορφών ασθένειας, ο «εις το κρεβάτι του πόνου» κατακείμενος, δεν έχει τη δυνατότητα να ανταποκριθεί ο ίδιος ούτε στις πιο στοιχειώδεις σωματικές του ανάγκες και εξαρτάται όλη η ύπαρξη του από τη βοήθεια των οικείων του. Ωστόσο, αναξιοπρεπής θα ήταν η ζήτηση συνδρομής για την εκπλήρωση τέτοιας φύσεως αναγκών, από κάποιον που είναι υγιής. Ο ασθενής όμως, στερείται της δυνατότητας να ενεργήσει διαφορετικά και ζητάει τη συνδρομή των οικείων του. Συνεπώς, δεν μπορεί να γίνει λόγος για αναξιοπρέπεια στην προκειμένη περίπτωση.

*Είναι καταδικαστέοι οι ισχύοντες νόμοι, βάσει των οποίων απαγορεύεται η ευθανασία και τιμωρούνται οι ενεργούντες αυτήν, γι' αυτό και ζητείται η νομιμοποίηση της ευθανασίας.*

Αρχικά πρέπει να υπενθυμίσουμε ότι, στην ποινική νομοθεσία πολλών ευρωπαϊκών και μη κρατών, υπάρχουν ίδια άρθρα ή παράγραφοι άρθρων που αναφέρονται άμεσα ή έμμεσα στην ευθανασία. Σ' αυτά προβλέπονται ποινές πολύ μικρότερες, εκείνων που προβλέπονται για τον εκ προμελέτης φόνο. Αυτό οφείλεται, όχι βέβαια στην αναγνώριση της ορθότητας της πράξεως αυτής, αλλά στα αγαθά κίνητρα του ενεργούντος την ευθανασία.

Μάλιστα, κατά την εφαρμογή της ισχύουσας νομοθεσίας στις διάφορες χώρες, σε πολλές περιπτώσεις ατόμων που δικάστηκαν για την εφαρμογή ευθανασίας οι ποινές υπήρξαν πολύ μικρές, κάποτε συμβολικές και σε ορισμένες περιπτώσεις αθωώθηκαν. Ως παράδειγμα, αναφέρεται η περίπτωση της ιατρού Postma van Boven, η οποία με τη χορήγηση υπερβολικής δόσεως μορφίνης, θανάτωσε την ημιπαράλυτη μητέρα της μετά από σχετική παράκληση της. Δικάστηκε από Ολλανδικό δικαστήριο το Φεβρουάριο του 1973, στη συμβολική ποινή της φυλακίσεως μιας εβδομάδος.<sup>108</sup>

<sup>108</sup> Ν. Μητσόπουλος, όπ., σελ. 51

Οι οπαδοί όμως της ευθανασίας, δεν ικανοποιούνται με την υφισταμένη επεικτική νομοθεσία και την ακόμη επεικέστερη εφαρμογή της. Την θεωρούν - όπως έχει λεχθεί - καταδικαστέα και ζητούν την πλήρη νομική κατοχύρωση της πράξεως.

Νομική όμως κατοχύρωση της ευθανασίας, θα σήμαινε δύο πράγματα: Πρώτον αναγνώριση της ορθότητας και του ηθικού δικαιώματος της πράξεως και δεύτερον το άνοιγμα του δρόμου για εύκολη θανάτωση ανεπιθύμητων ανθρώπων, είτε από τους συγγενείς τους, είτε από την πολιτεία, για λόγους οικονομικούς, πολιτικούς, ιδεολογικούς και άλλους. Η απόφαση για ευθανασία είναι δυνατόν ακόμη και να υπαγορεύεται σε κάποιους, από διαθέσεις εμπορίας ανθρωπίνων οργάνων.

*Επιβάλλεται η ευρύτατη ερμηνεία ή και η απόρριψη από τους γιατρούς του «πεπαλαιωμένου» όρκου του Ιπποκράτη, βάσει του οποίου κάθε γιατρός έχει υποχρέωση να σώζει και όχι να τερματίζει τη ζωή του ανθρώπου.*

Ο όρκος του Ιπποκράτη, θεωρείται μέχρι σήμερα ως η βάση της ιατρικής δεοντολογίας. Το κείμενο του σε σχέση με το εξεταζόμενο θέμα της ευθανασίας, περιλαμβάνει όπως έχει ήδη αναφερθεί τα ακόλουθα: «Ου δώσω δε ουδέ φάρμακον ουδενί αιτηθείς θανάσιμον, ουδέ υφηγήσομαι ζυμβουλίην τοιήνδε».<sup>109</sup> Το κείμενο είναι απολύτως σαφές και κάθε προσπάθεια «ευρύτατης ερμηνείας», αντίκειται στη σαφήνεια του κειμένου και αποτελεί παρερμηνεία αυτού.

Γι' αυτό και αναγκάζονται οι υποστηρικτές της ευθανασίας, να καταλήξουν τελικά στην αναγκαιότητα της ολοσχερούς απαλλαγής του γιατρού από τον όρκο του Ιπποκράτους. Μερικές μάλιστα ιατρικές σχολές στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, έχουν ήδη καταργήσει σιωπηρά τον όρκο. Το επιχείρημα του «πεπαλαιωμένου» του όρκου του Ιπποκράτους δεν είναι αναγκαίο να αντικρουσθεί, γιατί τέτοιες καθολικής αναγνωρίσεως δεοντολογικές αποφάσεις, όπως η μη χορήγηση από τον γιατρό θανάσιμου φαρμάκου, δεν υπόκεινται ασφαλώς σε φθορά και μεταβολή από το χρόνο.

*Ζητείται η σύνταξη ειδικής διαθήκης, από κάθε άτομο που είναι ακόμη υγιές και επιθυμεί τη λύση της ευθανασίας, σε περίπτωση μελλοντικής, οδονηρής και ανιάτης ασθένειας.*

<sup>109</sup> Δ. Λυπουρλής, ό.π., σελ. 90

Η θέση αυτή προϋποθέτει ότι, το άτομο που είναι υγιές και ζητά με διαθήκη την εφαρμογή σ' αυτόν της ευθανασίας σε περίπτωση μελλοντικής, οδυνηρής και ανιάτης ασθένειας, θα έχει και στην κατάσταση της ασθένειας του την ίδια επιθυμία για ευθανασία. Όσο όμως πλησιάζει κανείς προς το θάνατο, τόσο πιο έντονη γίνεται η επιθυμία για παράταση της ζωής, έστω και αν αυτή περνά μέσα σε πόνους και θλίψεις. Επομένως, δεν μπορεί κανείς με βεβαιότητα να στηριχθεί στην προ πολλών ετών συνταχθείσα διαθήκη ευθανασίας, για να εξακριβώσει την πραγματική θέληση του ασθενούς κατά το χρόνο που βαδίζει προς το θάνατο.

Επιπλέον, η αναζήτηση άλλου γιατρού σε περίπτωση που ο τακτικός γιατρός αρνηθεί να δεχθεί τη διαθήκη, ενδεχομένως και αγνώστου στον συντάκτη της διαθήκης και η γνωστοποίηση της στους συγγενείς του ασθενούς, μπορεί να οδηγήσουν σε μη αγαθές σκέψεις και ενέργειες. Ακόμη και ως προς το γνήσιο ή μη της διαθήκης μπορεί να γεννηθούν προβλήματα.

*Σε περιπτώσεις μη υπάρξεως γραπτής εκ των προτέρων επιθυμίας ευθανασίας και αδυναμίας του πάσχοντος να εκφρασθεί, μπορούν ανεπιφύλακτα να αποφασίσουν την εκτέλεση ευθανασίας, είτε οι συγγενείς του ασθενούς, είτε ο θεράπων γιατρός (εφ' όσον πρόκειται για έναν ανιάτως πάσχοντα ασθενή).*

Η άποψη αυτή, έρχεται σε αντίθεση με το βασικό υπέρ της ευθανασίας επιχείρημα της ελευθερίας της βουλήσεως του ασθενούς. Πως είναι δυνατόν οι συγγενείς ή ο θεράπων γιατρός να υποκαταστήσουν τον ασθενή και να αποφασίσουν εκείνοι τη θανάτωσή του; Και αν η επιθυμία του ασθενούς είναι αντίθετη με την απόφασή τους; Δεν έχουμε τότε την απόφαση για εν ψυχρώ δολοφονία ενός ανθρώπου που αδυνατεί να αμυνθεί;

*Προς αποφυγή καταχρήσεων στην άσκηση του δικαιώματος διενέργειας ευθανασίας, απαιτούνται νόμιμες προφυλάξεις.*

Ποιες όμως πρέπει να είναι οι νόμιμες προφυλάξεις και κατά πόσο είναι δυνατή με αυτές η αποφυγή καταχρήσεων; Πάνω σε αυτά τα ερωτήματα, οι απαντήσεις των υποστηρικτών της ευθανασίας δίστανται. Άλλοι για παράδειγμα μιλούν για «Συμβούλιο ευθανασίας» και άλλοι το απορρίπτουν κατηγορηματικά.



Οποιαδήποτε όμως νόμιμη προφύλαξη και αν θεσπισθεί, δεν είναι δυνατόν να κατορθώσει την αποφυγή καταχρήσεων. Ίσως να μειώσει αυτές αριθμητικά, αλλά δεν θα μπορεί να πετύχει ούτε την πλήρη ούτε και την αισθητή αποφυγή τους.

*Συμβούλιο ευθανασίας, αποτελούμενο από τρεις τουλάχιστον γιατρούς, μπορεί να αναλαμβάνει την ευθύνη της πράξεως της ευθανασίας.*

Με το Συμβούλιο ευθανασίας, τα σφάλματα ως προς την εξακρίβωση σε κάθε περίπτωση τηρήσεως των προϋποθέσεων θα είναι λιγότερα, παρά αν την ευθύνη αναλάμβανε ένα μόνο άτομο. Πάντως πάντοτε θα υπάρχει το ενδεχόμενο καταχρήσεων. Επιπλέον, σε περίπτωση θεσπίσεως Συμβουλίου ευθανασίας, δημιουργούνται και άλλα προβλήματα: Πως θα καθορίζονται τα πρόσωπα που θα το απαρτίζουν; Από τους συγγενείς του ασθενούς, από το νοσοκομείο όπου τυχόν αυτός θα βρίσκεται ή από την πολιτεία; θα είναι υπεράνω κάθε υποψίας; θα έχουν άμεση επαρκή αντίληψη κάθε συγκεκριμένης περίπτωσης; θα λαμβάνεται απόφαση κατά πλειοψηφία ή θα απαιτείται ομοφωνία των συμβούλων;

*Ως βασική προϋπόθεση για την ευθανασία, τίθεται η διαπίστωση πως καμιά δυνατότητα θεραπείας και αποφυγής του επικειμένου θανάτου υπάρχει.*

Και αυτό το επιχείρημα είναι αμφισβητήσιμο. Η διαπίστωση πως καμιά δυνατότητα θεραπείας και αποφυγής του επικειμένου θανάτου υπάρχει, μπορεί να γίνει με βάση τα συγκεκριμένα κάθε φορά δεδομένα της επιστήμης, προϋποθέτει απόλυτη ακρίβεια στη διάγνωση της ασθένειας και ακριβή καθορισμό της πορείας της. Έχουμε όμως πολλά παραδείγματα ασθενών, που διέψευσαν με τη μακρόχρονη παραμονή τους στη ζωή, τις βέβαιες προβλέψεις των γιατρών για σύντομο θάνατο. Επιπλέον και η δυνατότητα να βρεθεί θεραπευτική λύση για τον ανιάτως πάσχοντα, δεν πρέπει να αποκλείεται εντελώς.

Ύστερα από αυτά, ανπλαμβάνεται κανείς πόσο θα δυσκολέψουν οι σχέσεις γιατρού - ασθενούς, όταν ο τελευταίος γνωρίζει πως η έκφραση οποιασδήποτε απογοητεύσεως ή καταθλίψεως μπορεί να θεωρηθεί από τον θεράποντα σαν ένδειξη για ευθανασία, αν αυτή έχει κατοχυρωθεί νομοθετικά. Και πόσο θα δυσκολέψει επίσης ασθενείς με σοβαρές παθήσεις να καταφεύγουν στον γιατρό τους. Η αμφιβολία για το τι επιθυμούν οι ίδιοι, για το τι θα έπρεπε να κάνουν για να απαλλάξουν το περιβάλλον

τους, θα μεγάλωνε τη δυστυχία των ασθενών. Επιπλέον, είναι δυνατόν οι συγγενείς να συμφωνήσουν στην ευθανασία ασθενούς τους και μετά το γεγονός να αλλάξουν γνώμη. Τα αισθήματα ενοχής, λύπης και θυμού που θα έχουν, μπορεί να προβληθούν σαν διεκδίκηση από το νοσοκομείο ή από τον γιατρό που εξετέλεσε την επιθυμία τους.



*Ασφαλώς υπάρχουν και οι ακραίες απόψεις περί ευθανασίας* Πηγή:  
[www.churchofeuthanasia.org/.../new/edaystp.jpg](http://www.churchofeuthanasia.org/.../new/edaystp.jpg)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>

### ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΙΛΗΜΜΑ

#### 7.1. Γενικά

Το πολυθρυλούμενο δικαίωμα του αποθνήσκειν συζητείται σήμερα ευρύτατα. Δικαίωμα όμως υπάρχει μόνο ζωής και επιτακτική ανάγκη για τη διασφάλισή της. Αλλά κι αν ακόμη μπορούσε να συζητηθεί μια τέτοια φιλοσοφική θεώρηση του δικαιώματος ζωής και θανάτου, αυτή δεν έχει σχέση με την ευθανασία. Συνδέεται περισσότερο με την αυτοκτονία, κάτι τελείως διαφορετικό, αφού το ίδιο το άτομο, με δική του επιλογή, κάνει χρήση του δικαιώματος του αποθνήσκειν. Η αναφορά του τελευταίου αυτού από τους απολογητές της ευθανασίας, επιχειρείται μάλλον σκόπιμα και από έλλειψη άλλων επιχειρημάτων.

Λόγοι φυλετικοί και επιχειρήματα οικονομικής φύσης δεν μπορούν επίσης σοβαρά να συζητηθούν και η ανακούφιση του περιβάλλοντος του καταδικασμένου αρρώστου δεν μπορεί, δεν είναι δυνατό να γίνει ηθικά παραδεκτή και να μετατρέψει έτσι την οικογένεια σε κάποιας μορφής ανώτατο κριτή και το γιατρό σε δήμιο.

Από τις φιλοσοφικές αυτές θεωρήσεις του ζητήματος ουδεμία έχει σχέση με το γιατρό. Σε τελευταία ανάλυση, έστω και αν αυτές υιοθετηθούν, τη θέση του δημίου δεν μπορεί και δεν πρέπει να την έχει, σε οποιαδήποτε περίπτωση, ο γιατρός.<sup>110</sup>

Είναι λάθος όμως, ο γιατρός ή οποιοσδήποτε άλλος, να περάσει τα δικά του πιστεύω για την ποιότητα ζωής στον ασθενή. Δουλειά του γιατρού είναι να αγωνισθεί να τον κάνει καλά, τα υπόλοιπα είναι δουλειά του ασθενούς. Έτσι εξυπηρετείται και η αρχή της αυτοδιάθεσης.

Εδώ αξίζει να σημειωθεί πως οι απαντήσεις του κοινού και των γιατρών σε διάφορες σφυγμομετρήσεις, δείχνουν ότι οι ερωτώμενοι δέχονται εύκολα την ιδέα της ευθανασίας όταν δεν την εσωτερικεύουν ή υποκειμενικοποιούν, όταν δηλαδή το πρόβλημα αφορά «όχι εμένα και τους δικούς μου, αλλά τους άλλους». Είναι βέβαιο ότι τα ίδια πρόσωπα, ερωτώμενα τη στιγμή της εφαρμογής της ευθανασίας θα απαντούσαν διαφορετικά, αν όχι αρνητικά.

<sup>110</sup> Α. Κουτσελίνης, ό.π.

Περί την ευθανασία τέλος, διακυβεύονται και τεράστια συμφέροντα φύσεως οικονομικής, όπως Ασφαλιστικών Εταιρειών, Ταμείων Υγείας, Κρατικών Οργανισμών και άλλων. Υπολογίζεται ότι το 20% των δαπανών για την υγεία στις χώρες - μέλη της Ενωμένης Ευρώπης (Ε.Ε.-Ε.Ο.Κ.), ξοδεύονται για τις τελευταίες ώρες ζωής των ασθενών. Ότι το κρεβάτι του ετοιμοθάνατου έχει κόστος δαπανών 4 φορές μεγαλύτερο από το κανονικό. Και τίθεται το ερώτημα: «Γιατί να δαπανώνται τέτοια ποσά για ετοιμοθάνατους, όταν τα διατιθέμενα κονδύλια δεν επαρκούν για ασθενείς οι οποίοι έχουν ελπίδες να επιζήσουν». Οπότε πλέον, η ζωή του ανθρώπου με την ευθανασία καταλήγει σε ... «λογιστική πράξη».<sup>111</sup>

## 7.2. Ο ρόλος του ιατρού και των άλλων

Είναι φανερό ότι στον ορισμό της ευθανασίας αμφισβητούμενο δικαίωμα μιας τέτοιας ενέργειας δεν αποδίδεται στο γιατρό, αλλά αναφέρεται γενικά με τις λέξεις «από κάποιο άτομο». Ενδιαφέρει όμως άμεσα και κατ' εξοχήν το γιατρό, αφού αυτός είναι ο κατ' εξοχήν αρμόδιος να εκτιμήσει τη σοβαρότητα της καταστάσεως του πάσχοντος, την έλλειψη κάθε ελπίδος, την αναποτελεσματικότητα οιασδήποτε θεραπευτικής αγωγής.

Οποιοσδήποτε άλλος, έστω και του στενού περιβάλλοντος του αρρώστου, δεν μπορεί να έχει τεκμηριωμένη γνώμη, αφού στερείται ιατρικών γνώσεων. Έτσι, κι αν ακόμη από το περιβάλλον γίνει μια τέτοια σκέψη, η οριστική απόφαση και η εκτέλεση θα ζητηθούν από το γιατρό που μεταβάλλεται έτσι, σε κάθε περίπτωση, σε φυσικό αντουργό.

Σπανιότερα, το ρόλο του «δημίου» θ' αποφασίσει να αναλάβει μέλος της οικογενείας χωρίς να αποκλείεται, ακόμη και σ' αυτές τις περιπτώσεις, ο γιατρός να κατηγορηθεί για συνέργια.

Πρέπει ακόμη να διευκρινισθεί και ιδιαίτερα να τονισθεί ότι ο όρος ευθανασία καλύπτει μόνον την πρόκληση θανάτου σε ανιάτως πάσχοντα που υποφέρει χωρίς πλέον ελπίδα θεραπείας, πρόκληση θανάτου που επιχειρείται από το γιατρό χωρίς όμως απαίτηση του πάσχοντος. Εφόσον υπάρξει μια τέτοια απαίτηση που θα πρέπει μάλιστα να είναι σπουδαία και επίμονη, η πράξη έχει διαφορετικό χαρακτήρα και η

<sup>111</sup> Ν. Κομνηνού «Τι λένε οι γιατροί για την ευθανασία», Εφημερίδα Ελεύθερος Τύπος, 31 Οκτωβρίου 1997, σελ. 26.

αντιμετώπιση της από το νόμο είναι επίσης διαφορετική. Όπως διαφορετική είναι και η περίπτωση της ευγονικής στην οποία υπάρχουν χωριστά, διαφορετικά, προβλήματα.

Έτσι, η ευθανασία και τα προβλήματα της περιορίζονται μόνο δίπλα στο κρεβάτι του ανιάτως πάσχοντος, από τον οποίο δεν υπάρχει - ιδιαίτερα και πάλι τονίζεται - εκπεφρασμένη βούληση για τερματισμό της ζωής του. Πρόκειται δηλαδή για την ακούσια ευθανασία (involuntary euthanasia) που αφορά δύο κυρίως περιόδους ζωής του ανθρώπου, τη νεογνική και τη γεροντική και που μπορεί να είναι ενεργητική (θετική, άμεση) ή παθητική (αρνητική, έμμεση).<sup>112</sup>

Οι υπέρμαχοι της κοινωνικής ή ευγονικής ευθανασίας προβάλλουν τα εξής επιχειρήματα:

***Το ανάξιο και δυσβάστακτο της ζωής των ανιάτως πασχόντων.***

Υποστηρίζεται ότι, οι άνθρωποι που βρίσκονται σε μόνιμη κατάσταση ασθένειας ή οι μη αρτιμελείς, δεν έχουν τη δυνατότητα να ζήσουν όπως οι υπόλοιποι άνθρωποι. Η ζωή τους δεν είναι πλήρης, αφού λόγω της ασθένειας τους ή της αναπηρίας τους, στερούνται διαρκώς πολλές απολαύσεις της ζωής και γενικότερα τη δυνατότητα δράσεως. Η συνέχιση της ζωής αυτών των ανθρώπων αποτελεί βάρος για τους συγγενείς, τους φίλους, την κοινωνία και συχνά γι' αυτούς τους ίδιους.

Προς την κατεύθυνση αυτή έχουν ήδη ακουσθεί αρκετές φωνές. Ο Peter Singel και η Helga Kuhse, θεωρούν ότι μερικές φορές είναι ηθικά σωστό να σκοτώσει κανείς μερικές ομάδες ανθρώπων χωρίς να συναινούν<sup>113</sup>. Για τα ανάπηρα παιδιά γράφουν: «Υπάρχει ένα όριο στο βάρος της εξαρτήσεως που μια κοινωνία μπορεί να αντέξει. Εάν επιχειρήσουμε να διατηρήσουμε στη ζωή όλα τα ανάπηρα παιδιά, ανεξάρτητα από τη μελλοντική τους προοπτική, τότε θα πρέπει να παραιτηθούμε από άλλα πράγματα τα οποία θεωρούμε εξ ίσου σημαντικά». Η ζωή όμως, έχει αξία καθ' εαυτήν, άσχετα από τις συνθήκες διαβιώσεως. Όσο πλησιάζει κανείς προς το θάνατο, τόσο η επιθυμία για παραμονή στη ζωή και η ελπίδα γι' αυτό γίνονται εντονότερες. Είναι άξιο προσοχής το γεγονός ότι, βαριά ασθενείς ή ανάπηροι απολαμβάνουν τη ζωή, όσο βέβαια μπορούν.

Οι δυσχέρειες της ζωής των ανιάτως ασθενών και αναπήρων, μπορούν να αντιμετωπισθούν με την ψυχική τόνωση και την παροχή καταλλήλων μέσων και οργάνων για την απάμβλυνση των σωματικών ελλείψεων ή βλαβών. Απαιτείται όμως και η γενικότερη συμπαράσταση της κοινωνίας, ώστε να μην αποβαίνουν τα παραπάνω

<sup>112</sup> Α. Κουτσελίνης, ό.π.

<sup>113</sup> Ν. Μητσόπουλος, ό.π., σελ.39

άτομα βάρος στους οικείους τους, που δεν είναι σε θέση πάντοτε να ανταποκριθούν στις απαιτούμενες ανάγκες. Έτσι θα μπορούν να αντιμετωπίσουν με θάρρος τη ζωή και να αποβαίνουν παραδείγματα δυναμισμού και αισιοδοξίας για τους υγιείς και αρτιμελείς.

***Η «ζημία» της κοινωνίας από τη γέννηση και διατήρηση στη ζωή μη υγιών και αρτιμελών ανθρώπων.***

Η γέννηση και διατήρηση στη ζωή μη υγιών και αρτιμελών ανθρώπων, καθώς και η διατήρηση στη ζωή ανθρώπων που οδηγήθηκαν στην κατάσταση αυτή όχι από τη γέννηση τους αλλά από ασθένεια ή ατύχημα, έχει ως συνέπεια την οικονομική επιβάρυνση της κοινωνίας.

Κατά τη νεογνική ηλικία, το πρόβλημα προβάλλει οξύ σε δύο κυρίως περιπτώσεις και συγκεκριμένα:

- Τη μογγολοειδή ιδιοτεία (Σύνδρομο Down), και στις
- Διαμαρτίες, γενικώς, διαπλάσεως (δισχιδής ράχη, κ.λπ.).

Κατά τη γεροντική ηλικία αναφερόμαστε σε άτομα μεγάλης ηλικίας, ανιάτως πάσχοντα. Άτομα δηλαδή, για τα οποία δεν υπάρχει πλέον θεραπευτική ελπίδα, ο θάνατος είναι αναπόφευκτος και επικείμενος, παράλληλα δε υποφέρουν από πόνους ισχυρούς, έλλειψη δυνατότητας αυτοεξυπηρέτησης, κατακλίσεις, κ.λπ. Οι καταστάσεις αυτές - πρέπει και πάλι να διευκρινισθεί - διαφέρουν από τις περιπτώσεις του θανάτου του εγκεφαλικού στελέχους, περιπτώσεις κατά τις οποίες ο θάνατος είναι ήδη γεγονός, έστω και αν εξακολουθεί ακόμη να υπάρχει, με τεχνητά μέσα, αναπνοή και κυκλοφορία. Ακόμη και από περιπτώσεις φλοιϊκού θανάτου, που είναι περισσότερο γνωστές ως «άτομα κλινικώς νεκρά» («φυτά»), κ.λπ.

Πέρα από τις όποιες θέσεις εκφράζουν οι θρησκείες και οι νόμοι η ηθική όψη του θέματος είναι η σπουδαιότερη. Και αυτή αρνείται στον οιονδήποτε άνθρωπο το δικαίωμα να αποφασίζει αυτός για το θάνατο το δικό του ή των άλλων.<sup>114</sup>

Μια ξεκάθαρη και τολμηρή άποψη εκφράστηκε πρόσφατα από το Διευθυντή της ΜΕΘ του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου «Ο Άγιος Σάββας» ο οποίος δήλωσε: «Είμαι εξαρχής εναντίον της νομιμοποίησης. Είναι κάτι που το έχω πει πολλές φορές. Πιστεύω όμως ότι πρέπει να γίνεται η ευθανασία, ότι υπάρχουν στιγμές που πρέπει να παίρνει θέση θεσμοθετημένη, κατά κάποιον τρόπο, μία ιατρική ομάδα. Επίσης, πρέπει

<sup>114</sup> Α. Κουτσελίνης, ό.π.

να υπάρχει ευέλικτη αντιμετώπιση από το δικαστικό σώμα. Από την άλλη ούτε ο ασθενής ο ίδιος ούτε ο συγγενής είναι εις θέση, πολλές φορές, να ζητήσουν ή να απαιτήσουν κάτι τέτοιο. Υπάρχουν ασθενείς που πέφτουν σε κατάθλιψη, ζητούν να τερματιστεί η ζωή τους και όταν ξεκινάνε μια θεραπεία αντικαταθλιπτική, αλλάζουν γνώμη. Δεν λέω ότι ο γιατρός είναι αυτός που θα αποφασίζει για τα πάντα. Απλώς έχει τις προϋποθέσεις για να αποφασίσει. Αυτές όταν δεν υπάρχει νόημα, αυτό που λέγεται θεραπεία χωρίς ελπίδα».<sup>115</sup>

Από τα στοιχεία που δίνονται σε επόμενο κεφάλαιο, σχετικά με τις απόψεις της ιατρικής κοινότητας παγκόσμια, είναι εμφανές το τεράστιο ηθικό δίλημμα το οποίο καλούνται να αντιμετωπίσουν οι ιατροί ως οι μόνοι έχοντες τις επιστημονικές προϋποθέσεις να απαντήσουν θετικά ή αρνητικά στην ευθανασία.

### 7.3. Δεοντολογία και συνεπειοκρατία

Η ηθική προσέγγιση του ζητήματος της ευθανασίας γίνεται από δυο κύριες σκοπιές, από δυο κύριες «ηθικές σχολές». Από τη μια, το ηθικό ρεύμα της Συνεπειοκρατίας (ή αλλιώς Ωφελιμισμού) και από την άλλη το ηθικό ρεύμα της Δεοντολογίας. Οι Συνεπειοκράτες, θεωρητικώς ορμώμενοι από πολλά και ποικίλα φιλοσοφικά ρεύματα (βλ. Ηδονιστές -Επικούρειοι-, Hume, Bentham, Mill, κ.α.) υποστηρίζουν ότι πρέπει ο άνθρωπος να πράττει εκείνο που θα προκαλέσει το μεγαλύτερο δυνατό καλό στο μέγιστο δυνατό αριθμό ατόμων. Το γεγονός της ευθανασίας δηλαδή δεν περιέχει εκ των προτέρων κάποια ηθική αξία, αλλά πρέπει να υπολογίσουμε τις πιθανές αρνητικές και θετικές συνέπειες που θα έχει η πράξη μας αυτή. Μάλιστα ο Άγγλος φιλόσοφος Jeremy Bentham καθιέρωσε ένα σύστημα μαθηματικού υπολογισμού των θετικών και αρνητικών συνεπειών μιας πράξης ώστε το αποτέλεσμα των υπολογισμών αυτών να καθορίσει και την τελική μας πράξη.

Για να εκληφθεί καλύτερα η Συνεπειοκρατική/Ωφελιμιστική θεωρία ας θέσουμε το κάτωθι υποθετικό παράδειγμα:

Η πλούσια και άτεκνη υπερήλικη κυρία Ψ. βρίσκεται σε άγρυπνο κόμμα επί μακρού χρονικού διαστήματος. Δικαιούμαστε ηθικώς να διαπράξουμε την ευθανασία; Για να δώσουμε απάντηση στο ερώτημα αυτό πρέπει να υπολογίσουμε αφενός τις θετικές επιπτώσεις μιας τέτοιας πράξης, όπως π.χ. η οικονομική λύτρωση των

<sup>115</sup> ΠΟΛΙΤΗΣ On line, Τετάρτη 29 Ιουνίου 2005, Έτος: 7, Φύλλο: 2273

αναξιοπαθούντων κληρονόμων της, η εξοικονόμηση πόρων από πλευράς ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, η λύτρωση της κυρίας Ψ. από πόνους και λοιπά οδυνηρά συναισθήματα. Αφετέρου οι αρνητικές επιπτώσεις θα είναι λχ 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 της κυρίας Ψ. και αποκλεισμού της από περαιτέρω ωφέλιμη κοινωνική δραστηριότητα. Αν λοιπόν ο ζυγός των θετικών και αρνητικών συνεπειών κλίνει από τη μια πλευρά ή την άλλη, ο ηθικώς ενεργών άνθρωπος οφείλει να πράξει αναλόγως.

Η συνεπειοκρατική θεωρία πλήττεται εντόνως από το γεγονός ότι αποδεικνύεται στην πράξη επισφαλής. Η φύση του ανθρώπου δεν του επιτρέπει να γνωρίζει με ακρίβεια εκ των προτέρων 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 μπορούσαμε να αποκομίσουμε βάσει της συγκεκριμένης μεθόδου είναι η παρατήρηση και αξιολόγηση των συνεπειών, αφού αυτές επέλθουν, δηλαδή εκ των υστέρων. Κάτι τέτοιο όμως δεν αποδεικνύεται ηθικώς χρήσιμο καθότι δεν προσδίδει καμία πληροφορία στον αν θα πρέπει να πράξουμε κάτι ή όχι, οδηγώντας μας σε ηθική απραξία.

Η σχολή της Δεοντολογίας, στον αντίποδα των Συνεπειοκρατών, υποστηρίζει ότι πρέπει να θέσουμε εκ των προτέρων κάποιες ηθικές αξίες, απέναντι στις οποίες οφείλουμε να είμαστε συνεπείς. Κύριος εκπρόσωπος του ρεύματος της Δεοντολογίας θεωρείται ο Immanuel Kant ο οποίος θεωρεί ως ύψιστη την έννοια του καθήκοντος. Όταν ο ηθικώς ενεργών άνθρωπος αποδώσει ύψιστη αξία στην ανθρώπινη ζωή, οφείλει να είναι συνεπής στην ηθική του αρχή και να προστατεύσει την ανθρώπινη ζωή πέρα από διακρίσεις και περιπτώσιολογίες. Το ίδιο συνεπής οφείλει να είναι ο Δεοντολόγος και όταν θέσει ως ύψιστη ρυθμιστική αρχή των πράξεων και των βουλήσεών του οποιονδήποτε άλλο όρο αντί εκείνου της ζωής.

Στο παράδειγμα λοιπόν που αναφέραμε και νωρίτερα, 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 άλλη ύψιστη ηθική αξία, όπως λχ εκείνη της αξιοπρέπειας, θα γίνει υπέρμαχος της ευθανασίας ώστε



να μην αλλοιωθεί η εικόνα του ασθενούς (εξαιτίας της φθοράς που προκαλεί ο πόνος και οι ιατρικές διαδικασίες) στα μάτια της κοινωνίας που τον ε γνώριζε μέχρι τούδε δυνατό και ακμαίο.

Η Δεοντολογία παρουσιάζεται αρχικώς ως μια πιο ασφαλής μέθοδος καθότι δεν εμπόπτουμε στα «εφόσον» και τα ενδεχόμενα της Συνεπειοκρατίας. Παρόλα αυτά, οι φιλόσοφοι Hume και Moore διαπίστωσαν ένα βασικό σφάλμα στο οποίο εμπόπτουν πολλές Δεοντολογικές σχολές, καθώς και θρησκευτικά δόγματα τα οποία παρουσιάζονται εξόχως δεοντολογικά. Το σφάλμα αυτό ονομάστηκε «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. Η φράση «ο Θεός είναι καλός» είναι απλά μια περιγραφική πρόταση και σε καμία περίπτωση δεν συνεπάγεται αφ' εαυτού της κάποια ηθική επιταγή. Κάτι τέτοιο θα ήταν ένα αυθαίρετο επιστημολογικό σφάλμα. Πέρα από το γεγονός αυτό όμως σε πολλές περιπτώσεις οι δεοντολογικές θεωρίες προσέγγισαν της συνεπειοκρατικές για να αμβλύνουν το απόλυτο και άκαμπτο του χαρακτήρα τους, πετυχαίνοντας περισσότερο μια άνευ ουσίας νόθευση παρά επίλυση των προβλημάτων τους. Επιπλέον, η θεώρηση μιας έννοιας ως ύψιστης στην αξιολογική κλίμακα της ηθικής προϋποθέτει την απόλυτη κατανόηση του εννοιολογικού περιεχομένου της, πράγμα αρκετά δύσκολο.<sup>116</sup>

---

<sup>116</sup> Π. Πέρρος, *Μπορούμε να αναγνωρίσουμε σε κάποιον το ηθικό δικαίωμα να επιλέξει έναν πρόωρο θάνατο; Ποιος είναι ο ηθικά υπεύθυνος για μια τέτοια πράξη; Υπάρχει σχέση μεταξύ ευθανασίας και φόνου;* από το [http://filosofia.gr/thematafilosofias.php?](http://filosofia.gr/thematafilosofias.php)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup>

### ΕΡΕΥΝΕΣ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ

#### 8.1. Δημοσκοπήσεις

Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής το νομικό σύστημα είναι διαφορετικό για κάθε Πολιτεία. Πολιτείες, με το πλέον ευνοϊκό απέναντι στην ευθανασία καθεστώς, θεωρούνται η Καλιφόρνια και το Όρεγκον, ενώ και στις πενήντα Πολιτείες η ενεργητική ευθανασία παραμένει αξιόποινη πράξη. Το 1969 δημοσιεύθηκε από τον Luis Kutner η πρώτη πρόταση για την καθιέρωση διαθηκών ζωής. Σήμερα σαράντα Πολιτείες και η περιφέρεια της Κολούμπια έχουν καθιερώσει τα κείμενα των διαθηκών. Μόνο όμως 17% των πολιτών έχουν υπογράψει ένα τέτοιο κείμενο.<sup>117</sup>

Το 1906 στο Οχάιο των Ηνωμένων Πολιτειών, δημοσιεύθηκε κώδικας, που πρότεινε την ευθανασία ως λύση για μια ανίατη ασθένεια. Στη Μ. Βρετανία ο Dr.Kiliick Miilard, Πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου, πρότεινε την νομιμοποίηση της ευθανασίας. Το 1935 ιδρύθηκε η πρώτη «Εταιρεία για τη Νομιμοποίηση της Ευθανασίας» στο Ηνωμένο Βασίλειο και το 1938 στην Αμερική. Όμως το 1936 η Βουλή των Λόρδων απέρριψε πρόταση για τη νομιμοποίηση της, με ψήφους 35 έναντι 1469.

Στην Ολλανδία πολύ νωρίς σε σχέση με άλλες χώρες άρχισε η διερεύνηση των προθέσεων του κοινού σχετικά με την εφαρμογή ή όχι της ευθανασίας. Το 1971 έγινε στην Ολλανδία η πρώτη κίνηση για αποποινικοποίηση της ευθανασίας, όταν ο γιατρός Gertruida Postma υπέκυψε στην επίμαχη απάντηση της μητέρας της και της προσέφερε το θάνατο.

Δύο Ολλανδικές εταιρείες ιδρύθηκαν υπέρ της ευθανασίας. Την επόμενη δεκαετία η δημόσια αποδοχή της ευθανασίας αυξήθηκε υπερβολικά. Έρευνα σε 25 γενικούς γιατρούς στη Χάγη έδειξε ότι κατά τη διάρκεια του 1985 είχαν δεχτεί 17 αιτήσεις ασθενών για ευθανασία. Οι 9 από αυτές ικανοποιήθηκαν.<sup>118</sup>

Σύμφωνα με τις δημοσκοπήσεις κατά το 1975 το 52,6% του πληθυσμού ήταν υπέρ, το 1995 το 71% και το 1998 ο αριθμός ανέβηκε στο 88%. Από τους πιστούς της

<sup>117</sup> H.Woolf, *Medicine and the courts*, *Medicine and legal Journal*, 1991, 59:17

<sup>118</sup> C.Wignett, F.Capp, R.Yearworth, *Attitudes towards euthanasia*, *Journal Of Medical Ethics*, 1977, 3:19

Καθολικής Εκκλησίας το 1995 το 69% είχαν θετική γνώμη, το 82% της Ολλανδικής Μεταρρυθμιστικής Εκκλησίας, το 46% των Καλβινιστών και το 42% από τα άλλα δόγματα.<sup>119</sup>

Το 1982 συστήθηκε η κρατική Επιτροπή, που παρέδωσε το πόρισμά της το 1985. Αν και το πόρισμα δεν έγινε γενικά αποδεκτό, θεωρείται ότι συνετέλεσε σημαντικά στην συνειδητοποίηση του προβλήματος, δεδομένου ότι η σύσταση αυτού του τύπου επιτροπών προβλέπεται μόνο για ιδιαίτερος σοβαρά θέματα.

Το 1984 ο Ολλανδικός Ιατρικός Σύλλογος διέτύπωσε ορισμένα κριτήρια, τα οποία θα όφειλαν να ακολουθούν οι ιατροί, σε περίπτωση ευθανασίας. Αργότερα ο Σύλλογος και το Υπουργείο Δικαιοσύνης συμφώνησαν να τηρείται μια διαδικασία ενημερώσεως των αρμοδίων υπηρεσιών: Ο ιατρός δεν θα εκδίδει πιστοποιητικό θανάτου αλλά θα ενημερώνει πρώτα τις αρχές, οι οποίες θα ελέγχουν εάν τηρήθηκαν οι προβλεπόμενοι όροι και σε θετική περίπτωση ο Εισαγγελέας δεν θα κινείται κατά του ιατρού. Η διαδικασία αυτή συνέβαλε στην προθυμία των ιατρών να γνωστοποιούν τις περιπτώσεις ευθανασίας (454 το 1990 και 1392 το 1992). Αργότερα ο Ιατρικός Σύλλογος ζήτησε η διαδικασία αυτή να μεταφρασθεί σε νόμο.

Δύο οργανώσεις υπέρ της ευθανασίας επηρεάζουν τη γνώμη κατοίκων των Ηνωμένων Πολιτειών η «Concern for dying» και η «Society for the right to die». Όμως το επίσημο όργανο των γιατρών αρκείται να δεχτεί ότι ένας γιατρός μπορεί να προκαλεί το θάνατο.<sup>120</sup>

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στον Καναδά με σκοπό να εξετάσει την άποψη της κοινής γνώμης για το θέμα της ευθανασίας, έδειξε ότι η πλειοψηφία δεν έχει πλήρη γνώση τι σημαίνει ευθανασία και, ακόμη, ότι τον απασχολούν θέματα που έχουν να κάνουν με την κακή εφαρμογή της.

Μία λανθασμένη διάγνωση, μεγάλες λίστες αναμονής στα νοσοκομεία, μελαγχολία, καθώς και μία σειρά από άλλους λόγους μπορεί να οδηγήσουν σε άσκοπη χρήση της ευθανασίας. Παρακάτω παρουσιάζονται αναλυτικά τα κύρια σημεία της έρευνας αυτής.

<sup>119</sup> Explanatory Memorandum στο νομοσχέδιο που υπέβαλαν βουλευτές το 1998 στο Lower House of the States General σχετικά με την τροποποίηση του Ποινικού Κώδικα, στο *European Journal of Health Law*, σ. 310, υποσ. 12

<sup>120</sup> W.Galvin, L.Kass, G.Pellegrino, *Doctors must not will*, *Journal of American Medical Association*, 1988, 259:239.

## ΤΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

- Μέγεθος δείγματος: 603 άτομα
- Περιθώριο Στατιστικού Λάθους: 4%
- Εταιρία Ερευνών: TTT Market Explorers<sup>121</sup>

## ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

### Πιστεύετε ότι θα πρέπει να νομιμοποιηθεί η ευθανασία;

Ναι	53,7%
Όχι	38,3%
Δεν γνωρίζω	8,0%
Σύνολο	100,0%

### Άγνοια σε θέματα που αφορούν στην ευθανασία

#### Ευθανασία είναι η άρνηση της θεραπείας που παρατείνει τη ζωή

	Όλοι οι ερωτώμενοι	Μόνο οπαδοί της ευθανασίας
Ναι	54,1%	59,6%
Όχι	42,1%	38,0%
Δεν γνωρίζω	3,8%	2,4%
Σύνολο	100,0%	100,0%

### Άγνοια σε νομικά θέματα που αφορούν στην ευθανασία

#### Έχει δικαίωμα ο ασθενής να αρνηθεί τη θεραπεία;

	Όλοι οι ερωτώμενοι	Μόνο οπαδοί της ευθανασίας
Ναι	54,4%	55,9%
Όχι	32,8%	35,5%
Δεν γνωρίζω	9,8%	8,6%
Σύνολο	100,0%	100,0%

<sup>121</sup> Ν. Δεσούπρης, Α. Θεοχάρη, ό.π.

**Προβληματισμός για την κακή εφαρμογή της ευθανασίας**

Προβληματισμός ότι η ζωή του ασθενούς θα μπορούσε να οδηγηθεί σε τερματισμό εξαιτίας λανθασμένης διάγνωσης

	Όλοι οι ερωτώμενοι	Μόνο οπαδοί της ευθανασίας
Ναι	76,8%	66,0%
Όχι	21,6%	31,8%
Δεν γνωρίζω	1,7%	2,2%
Σύνολο	100,0%	100,0%

**Εφαρμογή για λανθασμένη εφαρμογή της ευθανασίας**

Προβληματισμός ότι η ζωή του ασθενούς θα μπορούσε να οδηγηθεί σε τερματισμό εξαιτίας μεγάλης λίστας αναμονής στα νοσοκομεία

	Όλοι οι ερωτώμενοι	Μόνο οπαδοί της ευθανασίας
Ναι	73,6%	63,6%
Όχι	24,9%	35,2%
Δεν γνωρίζω	1,5%	1,2%
Σύνολο	100,0%	100,0%

**Επιφυλάξεις για τις υπάρχουσες δικλείδες ασφαλείας**

Προβληματισμός ότι η ζωή του ασθενούς θα μπορούσε να οδηγηθεί σε τερματισμό εξαιτίας μεγάλης λίστας αναμονής στα νοσοκομεία

	Όλοι οι ερωτώμενοι	Μόνο οπαδοί της ευθανασίας
Ναι	79,9%	71,3%
Όχι	19,6%	28,7%
Δεν γνωρίζω	0,5%	0,0%
Σύνολο	100,0%	100,0%

Σε δημοσκόπηση των TIME/CNN το 1980 το 81% των ερωτηθέντων υιοθετούσαν την παθητική ευθανασία και το 57% την ενεργητική.

Σε δημοσκόπηση στον Καναδά το 1992 το 75% δεχόταν τη θεληματική ενεργητική ευθανασία. Στην έρευνα που δημοσιεύθηκε στο περιοδικό YOURS τον Δεκέμβριο του 1994 οι εννέα στους 10 συμερίζονται την ενεργητική ευθανασία σε αρρώστους τελικού σταδίου. Τον Μάιο του 1995 η εφημερίδα TA NEA δημοσίευσε δημοσκόπηση σύμφωνα με την οποία το 36,6% των ερωτηθέντων ήταν υπέρ της νομιμοποίησης της ευθανασίας. Μάλιστα η ανάλυση του δείγματος κατά επίπεδο μορφώσεως έδειξε ότι όσο πιο ανώτερη μόρφωση είχαν οι ερωτηθέντες τόσο υψηλότερο ήταν και το ποσοστό υπέρ της νομιμοποίησης, που έφθασε στο 71,3% στους έχοντας μεταπτυχιακές σπουδές.

Η εφημερίδα METRORAMA (22-5-02) δημοσίευσε μια δημοσκόπηση από τη Δανία σύμφωνα με την οποία το 68% των Δανών τάσσεται υπέρ της ευθανασίας ως μεθόδου συντόμευσης της οδύνης των μελλοθανάτων, των ανιάτως πασχόντων, των ηλικιωμένων, των αναπήρων και των πασχόντων από βαριές ψυχικές ασθένειες.

## 8.2. Η άποψη των ασθενών

Στις ΗΠΑ έρευνα σε 44 ασθενείς τελικού σταδίου έδειξε ότι η πλειοψηφία, δηλαδή 34 από τους ασθενείς δεν επιθυμούσε να συντομευτεί το τέλος. Από τους υπόλοιπους 3 εξέφρασαν τάσεις αυτοκτονίας και 7 την επιθυμία να συντομευθεί το τέλος. Και οι 10 όμως αυτοί ασθενείς, έπασχαν όπως βρέθηκε από το ιστορικό τους από κατάθλιψη.<sup>122</sup>

Οι ασθενείς συχνά δεν εναντιώνονται στην παράταση της ζωής τους, αλλά σε συγκεκριμένες τεχνικές του τελικού σταδίου. Από 152 ασθενείς, από τους οποίους οι 97 έπασχαν από σοβαρή νόσο, οι 53% δεν θα ήθελαν να μεταφερθούν στο νοσοκομείο, όταν φτάσουν στο τελικό στάδιο, 73% δεν θα ήθελαν να νοσηλευτούν σε μονάδα εντατικής θεραπείας, ενώ ένα ποσοστό 75% αρνήθηκε την τοποθέτηση σωλήνα σίτισης Levin.<sup>123</sup>

<sup>122</sup> SH Brown, P.Henteleff, *It is normal for terminally ill patients to desire death?*, American Journal of Psychiatry, 1986; 143:210.

<sup>123</sup> Lob, Ledo GA, G.Saika, *Patient attitudes to discussing life-sustaining treatment*, Archives of Internal Medicine, 1986, 146:1615

Ολλανδική έρευνα σε ασθενείς που είχαν ζητήσει ευθανασία έδειξε ότι το 44% των ασθενών αυτών ήταν καρκινοπαθείς, 16% έπασχαν από καρδιαγγειακή νόσο, 13% από νόσο του νευρολογικού συστήματος, 7% από αναπνευστικές παθήσεις και 20% από άλλες ασθένειες. Ποσοστό 57% των ασθενών επέλεξε το συγκεκριμένο τέλος επειδή έβλεπε την αξιοπρέπεια να χάνεται, 46% λόγω ανυπόφορου πόνου, 46% για να μη βιώσει το άγχος του θανάτου, 33% επειδή εξαρτιόταν από άλλους και 23% γιατί τους είχε κουράσει η ζωή. Από το δείγμα το 7.9% ήταν ασθενείς άνω των 65 ετών.<sup>124</sup>

### 8.3. Η άποψη των ιατρών

Δημοσκοπήσεις όμως υπάρχουν και μεταξύ ιατρών, με υψηλά ποσοστά υπέρ της ευθανασίας. Σε έρευνα της Ιαπωνικής Ιατρικής Ενώσεως το 1990 το 75% των ιατρών απάντησε ότι θα σεβόταν τα living wills των αρρώστων τελικού σταδίου. Έρευνα του Van der Wall στην Ολλανδία το 1993 μεταξύ οικογενειακών ιατρών που δημοσιεύθηκε στην Ιατρική Εφημερίδα Doctor τον Φεβρουάριο του 1994 το ποσοστό υπέρ της νομιμοποίησης της ευθανασίας ήταν 44%.

Το 1994 το British Medical Journal (BMJ) δημοσίευσε έρευνα από το Cambridge σύμφωνα με την οποία το 91% των ερωτηθέντων ήταν πρόθυμοι να εφαρμόσουν παθητική ευθανασία και το 12% είχε εφαρμόσει ενεργητική ευθανασία. Επίσης το 46% απάντησε ότι θα ήταν πρόθυμο να εφαρμόσει ενεργητική ευθανασία αν ήταν νόμιμη. Τον Οκτώβριο του 1994 η εφημερίδα TA NEA δημοσίευσε έρευνα της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών σε μονάδες εντατικής θεραπείας. Το 53,1% των ερωτηθέντων ιατρών ήταν κατά της διατήρησης της ζωής με κάθε μέσον, το 23,6% είχε αντιληφθεί περιπτώσεις ενεργητικής και το 27,7% περιπτώσεις παθητικής ευθανασίας. Σε έρευνα που δημοσιεύθηκε στο New England Journal of Medicine τον Ιούνιο του 1994 το 54% των ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων πιστεύει ότι η ευθανασία πρέπει να νομιμοποιηθεί.

Πολύ πρόσφατα (2001) στο περιοδικό Medical Journal of Australia δημοσιεύθηκε έρευνα σύμφωνα με την οποία πάνω από το 30% των ερωτηθέντων

<sup>124</sup> PJ Vaan Der Maas, M JJ Van Delden, Pispnendrg L. *Euthanasia and other Medical decisions concerning the end of life*, Lancet, 1991, 338: 672.

ιατρών είχαν χορηγήσει υπερβολικές δόσεις ναρκωτικών με σκοπό την επιτάχυνση του θανάτου και το 5,3% έκαναν ενεργητική ευθανασία.<sup>125</sup>

Στατιστική έρευνα του Βρετανικού Ιατρικού Συνδέσμου που έλαβε χώρα σε ιαπωνικά νοσοκομεία, δημοσιευμένη ήδη από το 2001 στο επιστημονικό περιοδικό «Journal of Medical Ethics» καταδεικνύει σε αριθμούς τη στάση του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού σχετικά με το φαινόμενο της εκούσιας ευθανασίας:

Ένα 54% του ιατρικού και ένα 53% του παραϊατρικού προσωπικού παραδέχθηκε με τη μέθοδο του προσωπικού ερωτηματολογίου (σε αντιπροσωπευτικό δείγμα 366 ερωτηθέντων) ότι τους έχει ζητηθεί να πράξουν την ευθανασία ενώ μόλις το 5% των γιατρών και το 0% του παραϊατρικού προσωπικού προχώρησαν στην ενεργητική ευθανασία. Παρόλα αυτά το 88% των πρώτων και το 85% των δεύτερων πιστεύει ότι μερικές φορές είναι λογικό οι ασθενείς να αιτούνται ευθανασίας τη στιγμή που το 33% των πρώτων και το 23% των δεύτερων πιστεύουν ότι κάτι τέτοιο θα ήταν ηθικώς ορθό και το 22% και 15% αντίστοιχα θα έπρατταν τις διαδικασίες της εκούσιας ευθανασίας αν αυτό ήταν νόμιμο στη χώρα τους.<sup>126</sup>

Σε Ολλανδική έρευνα που δημοσιεύθηκε στο British Medical Journal το Νοέμβριο του 1994 απεκαλύφθη ότι οι γενικοί ιατροί στο 50% των ασθενών τελικού σταδίου παίρνουν αποφάσεις που έχουν ως πιθανό αποτέλεσμα την συντόμευση της ζωής των αρρώστων και που μόνο στο 50% το ενδεχόμενο αυτό συζητείται με τον άρρωστο. Το 1995 η Βασιλική Ολλανδική Ιατρική Εταιρεία αναθεώρησε τις οδηγίες της σχετικά με την ευθανασία. Μεταξύ άλλων εκφράζει την προτίμησή της στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία και θεωρεί τον ψυχικό πόνο αποδεκτό λόγο ευθανασίας. Ακόμη υποστηρίζει ότι ο ιατρός πρέπει να είναι έτοιμος να συζητήσει με τον άρρωστο το θέμα της ευθανασίας ή και να το θέσει αν αντιληφθεί ότι ο άρρωστός του δυσκολεύεται. Εάν ο ιατρός για συνειδησιακούς λόγους δεν ασκεί ευθανασία θα πρέπει να το δηλώσει στον άρρωστο του έγκαιρα και να τον αφήσει να ζητήσει βοήθεια από άλλη πηγή.<sup>127</sup>

Τα νούμερα που δίνουν οι έρευνες είναι συχνά διαφορετικά. Έρευνες που κατευθύνονται από οργανώσεις υπέρ της ευθανασίας δίνουν υψηλά ποσοστά γιατρών που θα την εφαρμόζαν. Ο Van der Maas δίνει για την Ολλανδία ένα ποσοστό 54% των

<sup>125</sup> Ε. Παναγόπουλος, ό.π.

<sup>126</sup> J Med Ethics 2001; 27:324-330

<sup>127</sup> Ε. Παναγόπουλος, ό.π.



γιατρών, από τους 405 γιατρούς της έρευνας, να έχουν πράξει ευθανασία και μόνο ένα τελικό 12% που δεν θα εφαρμόζαν παρόμοια τεχνική.<sup>128</sup>

Το Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων διενήργησε έρευνα σε φοιτητές ιατρικής με θέμα τις απόψεις τους σε σύγχρονα θέματα βιοηθικής. Αν και 356 φοιτητές του δείγματος σε ποσοστό 77,5% απορρίπτουν την μη αντιμετώπιση λοιμώξεων και 79,7% την μη χορήγηση διατροφής με τεχνητά μέσα, ως τρόπους συντόμευσης της ζωής ασθενή σε κωματώδη κατάσταση, 53,4% των ιδίων δέχονται την παθητική ευθανασία. Για την ενεργητική τα πράγματα είναι διαφορετικά, αφού το 57% την απορρίπτει.<sup>129</sup>

Η θρησκευτικότητα και το συγκεκριμένο θρήσκευμα επηρεάζουν σαφώς τη σίτιση των γιατρών ως προς την ευθανασία, σύμφωνα με έρευνα του Πανεπιστημίου της Νέας Νότιας Ουαλίας. Οι συμμετέχοντες διακρίθηκαν σε αθεϊστές και θεϊστές, με τους αθεϊστές να παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά σε αποφάσεις υπέρ της ενεργητικής και της παθητικής ευθανασίας. Είναι χαρακτηριστικό ότι από τις θρησκευτικές ομάδες, οι ανήκοντες στον Ιουδαϊσμό γιατροί είχαν παρόμοιες επιλογές με τους αθεϊστές, ενώ αντίθετοι στην ενεργητική ευθανασία σε υψηλά ποσοστά ήταν Καθολικοί.<sup>130</sup>

Όλοι οι γιατροί τηρούν διστακτική στάση απέναντι στην ευθανασία, αφού είναι πράξη απαγορευμένη από τη νομοθεσία. Σε έρευνα σε 392 γιατρούς στο Rhode Island 28% απάντησαν ότι θα έπρατταν ενεργητική ευθανασία, μονάχα αν ήταν νόμιμη πράξη.<sup>131</sup>

Όσον αφορά στους ασθενείς σε κατάσταση φυτού, η διάθεση παράτασης της ζωής τους είναι περιορισμένη. Από τους 500 γιατρούς, γενικούς γιατρούς και νευρολόγους, της έρευνας του Illinois, ένα ποσοστό 89% θεωρεί ηθική πράξη την διακοπή σίτισης και θεραπείας, ενώ το 20% του δείγματος θεωρεί ηθική ακόμα και την εφαρμογή ενεργητικής ευθανασίας.<sup>132</sup>

<sup>128</sup> PJ Vaan Der Maas, M JJ Van Delden, Pisenndrg L., ό.π.

<sup>129</sup> Π. Ευθυμίου, Α. Τζακούλη, Σ. Τζιόρας, Γ. Δημολιάτης, Α. Βελογιάννη, *Απόψεις Ελλήνων φοιτητών ιατρικής σε σύγχρονα θέματα βιοηθικής*, Αρχεία ελληνικής ιατρικής, 1995, 12: 478-490.

<sup>130</sup> B. Tate, *The nurse's dilemma*. ICN, Geneva, 1977: 58.

<sup>131</sup> TR Fried, MD Stein, PS O' Cullivan, DW Brock, DH Novack. *Limits of patient autonomy. Physician attitudes and practises regarding life -sustaining threatments and euthanasia*. Archives of Internal Medicine, 1993,153:727

<sup>132</sup> K.Payne, RM Taylor, S. Stacking, GA Sachs. *Physicians attitudes about the care of patients in the persistent vegetative state: a national survey*. Annuals of Internal Medicine, 1996, 125: 109.

#### 8.4. Αιτήσεις και εφαρμογές ευθανασίας

Η ναζιστική φιλοσοφία, τα εγκλήματα στο όνομα της ευγονικής, η εμπειρία των στρατοπέδων συγκεντρώσεως και οι εκατόμβες των θυμάτων του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου ανέβαλαν κάθε συζήτηση για τη νομιμοποίηση της ευθανασίας. Από το 1939 έως το 1942, 75.000 ψυχικά άρρωστοι δολοφονήθηκαν με μονοξειδίο του άνθρακα για να πραγματοποιηθεί η χιτλερική ουτοπία και άλλοι 120.000 αφέθηκαν από το 1942 και μετά να πεθάνουν από πείνα.<sup>133</sup>

Όμως καθετί που γίνεται στο παρελθόν γρήγορα ξεχνιέται. Το 1945 μόνο οι 350 από τους 90.000 γιατρούς της Γερμανίας δικάστηκαν για τα εγκλήματα του πολέμου.

Στην Ολλανδία η ευθανασία είναι μια πράξη: ο ιατρός προκαλεί το θάνατο με συγκεκριμένη ενέργεια και όχι με παράλειψη ενέργειας, π.χ. σταματώντας μια θεραπεία. Πράξεις οι οποίες είναι δυνατόν να προκαλέσουν θάνατο, ως «συνεπαγομένη συνέπεια» (π.χ. αναλγητικά που συντομεύουν τη διάρκεια της ζωής) δεν θεωρείται ότι συνιστούν πράξη ευθανασίας. Στην περίοδο 1986 - 1989 υποβλήθηκαν 5.000 αιτήσεις για ευθανασία κατ' έτος. Αφορούσαν κακοήθεις ασθένειες (καρκίνο του πνεύμονα στους άνδρες και καρκίνο του μαστού στις γυναίκες). Ως αιτία αναφέρθηκε ο αφόρητος σωματικός και ψυχικός πόνος.<sup>134</sup>

Σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία το 1995 πέθαναν με ευθανασία 3.500 άτομα, που σημαίνει 2,4% όλων των θανάτων. Σε ποσοστό 70% των περιπτώσεων αυτό έγινε από τον οικογενειακό ιατρό (στην Ολλανδία όλοι έχουν οικογενειακό ιατρό) με τον οποίο ο ασθενής συνήθως έχει μακροχρόνιες και στενές σχέσεις. Λίγες περιπτώσεις αναφέρθηκαν από νοσοκομεία και ελάχιστες από το χώρο της ψυχιατρικής.

Το 1971 έγινε στην Ολλανδία η πρώτη κίνηση για αποποινικοποίηση της ευθανασίας, όταν ο γιατρός Gertruida Postma υπέκυψε στην επίμαχη απάντηση της μητέρας της και της προσέφερε το θάνατο. Δύο Ολλανδικές εταιρείες ιδρύθηκαν υπέρ της ευθανασίας. Την επόμενη δεκαετία η δημόσια αποδοχή της ευθανασίας αυξήθηκε υπερβολικά. Έρευνα σε 25 γενικούς γιατρούς στη Χάγη έδειξε ότι κατά τη διάρκεια του 1985 είχαν δεχτεί 17 αιτήσεις ασθενών για ευθανασία. Οι 9 από αυτές ικανοποιήθηκαν.<sup>135</sup>

<sup>133</sup> GC.Cunningham, Historical review of engenicis, *American Journal of Human Genetics*, 1992, 51:222

<sup>134</sup> Dillmann, R./ Legemaate, J. (1994): *Euthanasia in the Netherlands: The state of the legal debate in :* *European Journal of Health Law*, 81 - 87 (82-83).

<sup>135</sup> C.Wignett, F.Capp, R.Yearworth, ο.π.

Το 1986 κατατέθηκε στο Ολλανδικό Κοινοβούλιο πρόταση για την αποποινικοποίηση της ευθανασίας, η οποία δεν πέρασε. Αντίθετα με ότι πιστεύεται η ευθανασία δεν έχει νομιμοποιηθεί στην Ολλανδία. Η κατάσταση παραμένει ασαφής και το σίγουρο είναι ότι η ευθανασία δεν διώκεται σε μια σιωπηρή συμφωνία πολιτείας και γιατρών.<sup>136</sup>

Στις ΗΠΑ διαστάσεις πήρε το θέμα της ευθανασίας με τους Τζακ Κεβόρκιον και Πωλ Γκρένυτι. Ο πρώτος παθολόγος από το Μίτσιγκαν πρόσφερε ενεργητική ευθανασία σε περίπου 20 αρρώστους, με βασικό βοήθημα ένα μηχάνημα, που ο ίδιος επινόησε, το οποίο μέσω μάσκας δίνει στον ασθενή την μοιραία δόση διοξειδίου του άνθρακα. Στο σύγγραμμα, που είχε δημοσιεύσει πολύ πριν, υποστήριζε την νομιμοποίηση της ευθανασίας με τη βοήθεια του γιατρού. Αν και τον μήνυσαν οι πολιτειακές αρχές του Μίτσιγκαν, εντούτοις κέρδισε την δικαστική μάχη στον πρώτο γύρο, επειδή η Πολιτεία δεν είχε νόμο ενάντια στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Στους τίτλους των εφημερίδων είναι γνωστός ως «Δόκτωρ θάνατος».<sup>137</sup>

Στην Ολλανδία με την αναφορά του Rummelink (1991), σύμφωνα με την οποία 1.030 ασθενείς υπέστησαν ευθανασία χωρίς τη θέλησή τους, η κυβέρνηση θέσπισε μέτρο σύμφωνα με το οποίο κάθε περίπτωση ευθανασίας πρέπει να δηλώνεται από το γιατρό στον εντεταλμένο εκπρόσωπο της Πολιτείας, ο οποίος θα ελέγξει αν ο γιατρός ενήργησε με τη δέουσα σοβαρότητα κι αν η περίπτωση εμπίπτει στις 25 κατηγορίες συνθηκών, που δικαιολογούν την εφαρμογή ευθανασίας.<sup>138</sup>

Οι γιατροί της Ολλανδίας είναι συχνά διστακτικοί όσον αφορά την εφαρμογή ευθανασίας, αφού από τις 9000 αιτήσεις ατόμων, μόνο 2300 ικανοποιήθηκαν, σύμφωνα με την αναφορά του Rummelink. Αυτό σημαίνει έμμεσα ότι κριτήριο για την απόφαση δεν είναι τόσο η επιθυμία του ασθενή, αλλά η κατάστασή του.<sup>139</sup>

Το 1991 δημοσιεύονται στην Ολλανδία τα αποτελέσματα μιας Πανολλανδικής έρευνας για «την ευθανασία και τις άλλες ιατρικές αποφάσεις τις σχετικές με το τέλος της ζωής» που φέρονται ως Rummelink Commission Report, από τον πρόεδρό της, Γενικό Εισαγγελέα του Ανωτάτου Δικαστηρίου, καθηγητή John Rummelink.

<sup>136</sup> HR Feber, *Euthanasia eu verklaring van overliden*, Medical Contact, 1988:42

<sup>137</sup> Γ. Αγγελόπουλος, ό.π.

<sup>138</sup> H.Karcher, *Euthanasia in Germany*, British Medical Journal, 1992,304:9

<sup>139</sup> H.Woolf, ό.π.

Στα κείμενά τους οι Ολλανδοί παραδέχθηκαν ότι μεταξύ των 129.000 θανάτων του έτους 1990 υπήρχαν 2.300 περιπτώσεις ενεργητικής θεληματικής ευθανασίας, 400 υποβοηθούμενης αυτοκτονίας και 1000 περιπτώσεις ενεργητικής, μη θεληματικής ευθανασίας. Η προσεκτικότερη όμως μελέτη των Ολλανδικών κειμένων από διάφορους ερευνητές απεκάλυψε την ύπαρξη και άλλων θανάτων σχετικών με την ευθανασία.

Πιο συγκεκριμένα υπήρχαν 5800 περιπτώσεις μη θεραπείας ή διακοπής της θεραπείας, μετά από απαίτηση των αρρώστων και με σκοπό την επιτάχυνση του θανάτου, 7875 περιπτώσεις αποσύρσεως της υποστηρικτικής τεχνολογίας που δεν ζητήθηκε από τον άρρωστο και με στόχο την συντόμευση της ζωής και τέλος 8100 περιπτώσεις θανάτων από υπερδοσολογία μορφίνης και που στο 61% αυτών των περιπτώσεων το ενδεχόμενο του θανάτου δεν είχε συζητηθεί με τον άρρωστο.

Ακόμη υπήρχε ένας απροσδιόριστος αριθμός νεογέννητων με αναπηρίες, αρρώστων παιδιών, ψυχιατρικών αρρώστων και ασθενών με ΣΕΑΑ των οποίων η ζωή τερματίστηκε από τους ιατρούς. Το 1993 η Ολλανδία προχώρησε στην ανοχή της ευθανασίας με τον καθορισμό των προϋποθέσεων και των διαδικασιών ασκήσεώς της που θα απαλλάσσουν τον ιατρό από τον κίνδυνο ποινικής δίωξης. Όμως από επιτόπια έρευνα του Άγγλου Καθηγητού της Νομικής John Keown διαπιστώθηκε ότι σε υψηλό ποσοστό οι ασκούντες ευθανασία ιατροί ψευδώς και παρανόμως βεβαίωναν θάνατο από φυσικά αίτια για να αποφύγουν της επιτήρηση των Δικαστικών Αρχών, που όπως στη συνέχεια αποδείχθηκε δεν ήταν σε θέση να ελέγχουν αποτελεσματικά την άσκηση της ευθανασίας.<sup>140</sup>

<sup>140</sup> Περιοδικό The Lancet, 38:669-74, Sept 14,

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9<sup>ο</sup> ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΚΑΙ ΤΕΧΝΗ

### 9.1. Λογοτεχνία

Ο Λέων Τολστόι στο έργο του «Πόλεμος και Ειρήνη», μιλάει για τον αξιωματικό-πρίγκιπα Αντρέι Μπαλκόνσκι ο οποίος στο πεδίο της μάχης χτυπήθηκε, έπεσε κατά γης, κι έτσι όπως πέθαινε ξαπλωμένος στη λάσπη, με απόλυτη διαύγεια κι έκπληξη σχεδόν, διαπίστωνε με θάμβος πως ήταν η πρώτη φορά στη ζωή του που ακίνητος επιτέλους, κοιτάζει και προσέχει τον ουρανό.

Τη μεγάλη, αληθινή ποίηση, ακόμα κι όταν ο ποιητής δεν είναι ένθεος, ελλοχεύει σχεδόν πάντα μια αίσθηση θανάτου. Ο θάνατος είναι μια παρουσία που όσο σκοτεινή κι αν απειλεί, σαγηνεύει το νου. Λες και δίχως αυτόν όλα του στοχασμού μένουν ανολοκλήρωτα, ακάλυπτα.

Ο θάνατος είναι τρόμος, είναι και μαγνητισμός. Μια αλλόκοτη έλξη που ρίχνει σαν φως, σκιές στα δεδομένα. Μέσα στην ηλιόλουστη Ισπανία του, που μοιάζει με αλώνι θανάτου, ο Φεντερίκο Γκαρθία Λόρκα που ποτέ του δεν εκδηλώνει κάποια θρησκευτικότητα, συνεχώς υπονοεί στους στίχους του την κρυμμένη αλληλουχία ζωής-θανάτου. Ένα μαύρο ποτάμι κι αόρατη σειρήνα που ακαταμάχητα καλεί. Είναι κυριευμένος από δίψα θανάτου, ερωτευμένος με ό,τι πιο ερωτεύσιμο: την αιωνιότητα.

Στο πορφυρό από αίμα έργο του, «Ματωμένος Γάμος» δεν υπάρχει μόνο το φλογερό τρίγωνο: Γαμπρός-Νύφη-Εραστής στις κορυφαίες σκηνές. Υπάρχει ακόμα ένα καταλυτικό τέταρτο πρόσωπο, ο θάνατος που αν λείψει, όλο το σύμπαν αυτής της τραγωδίας θα καταρρεύσει σαν αστήριχτο. Λέει κάπου:

«Θέλω μες στο πηγάδι να κατέβω,  
θέλω με ρουφιζιές να πω τον θάνατό μου,  
θέλω με μούσκλια να γεμίσω την καρδιά μου  
για να τον δω τον πληγωμένο απ' το νερό.

Κι αντίθετα, υπάρχουν συγγραφείς που ούτε Θεό, ούτε θάνατο, ούτε αθανασία ελπίζουν.

Όμως, αν μετά τη ζωή τίποτα, ούτε καλό, ούτε κακό, ούτε καν τιμωρία δεν υπάρχει. Όταν μετά την τελευταία πνοή απλώνεται το άδειο χάος, ο αφανισμός, όλα

βαφτίζονται αναδρομικά σε ανυπόφορα φτωχά, απελπισμένα και ανόητα. Άγρια γιατί αν η ζωή δεν μπορεί να ονειρευτεί την αθανασία, καταντάει μια πρόστυχη φάρσα όπου, «όλα επιτρέπονται» όπως λέει ο Καραμαζώφ.

Δεν νομίζω λοιπόν ότι μπορεί κανείς να βρει πιο σκληρό βιβλίο από τον «Μύθο του Σισσύφου» του Αλμπέρ Καμύ. Ένα ευφυέστατο δοκίμιο πάνω στο παράλογο και την απελπισία. Γιατί εδώ τον τελευταίο λόγο δεν έχει ένας θάνατος υπαρκτός, ακόμα κι ένας θάνατος δίχως Θεό όπως στον Λόρκα, αλλά το Μάταιο. Το παράλογο μιας αδικαιώτης ματαιότητας που εμπαιξεί τα βάσανα και τις ελπίδες του ανθρώπου, γιατί απάντηση δεν υπάρχει. Εξήγηση καμιά. Καμιά απόκριση στην μαρτυρική απορία: γιατί έζησα; Το μόνο που σε κρατάει όρθιο είναι μια υπερηφάνεια πως, παρά τον εμπαιγμό, εσύ στέκεσαι όρθιος και γενναίος κόντρα στο άσπλαχνο τυχαίο που σε γελοιοποιεί.

Μόνο μια αυτοηδονική αξιοπρέπεια κρατάει τη ζωή. Καμιά αγάπη, κανείς σκοπός, καμιά προστασία, καμιά πίστη. Καμιά ελπίδα.

Η ελευθερία απ' την ελπίδα είναι όμως είναι ένα απάνθρωπο μάθημα και πώς να την διδάξεις σ' ένα μικρό παιδί; Κι άλλωστε ποιος είναι τόσο σίγουρος για το Μηδέν, ώστε να μπει στη ζούγκλα του;

Είναι αδύνατον, μιλώντας για λογοτεχνία, να παρακάμψουμε το «Κατά Λουκάν Ευαγγέλιο». Όχι σαν αποκαλυπτικό κείμενο όντως ζωής, όχι σαν θεία, εξ ουρανού φώτιση, αλλά σαν καθαρή λογοτεχνία.

Γιατί σπάνια συναντάει κανείς τέτοιο λόγο. Ακριβή, ισχυρό σαν ατσάλινη μπίλια, ζυγισμένο χωρίς τίποτα να λείπει και τίποτα να περισσεύει. Ατμοσφαιρικό χωρίς καν κοσμητικά επίθετα.

Σ' αυτό λοιπόν το γυμνό σαν κόκαλο ποίημα υπάρχει προς το τέλος, δίπλα στον σταυρωμένο Χριστό, ένας σταυρωμένος ληστής που σφαδάζει από πόνους περιμένοντας να τελειώνει. Όμως, λέει ο Λουκάς, παρά το ότι ήταν αματωλός εγκληματίας, τον σέβεται και τον υπερασπίζεται και γέρνει να του φωνάξει: *«Μνήσθητι μου, Κύριε, όταν έλθης εν τη βασιλεία σου»*. Και συνεχίζεται η αργή πορεία θανάτου από τα σφυριά του Γολγοθά μέχρι την ώρα που έγινε σκότος

*«Και σκότος εγένετο εφ'όλην την γην έως ώρας ενάτης, του ηλίου εκλείποντος και φωνήσας φωνή μεγάλη ο Ιησούς είπε. πάτερ, εις χείρας σου παρατίθεμαι το πνεύμα μου και ταύτα ειπών εξέπνευσεν.»* Και μπήκαν μαζί Θεός και ληστής στη Βασιλεία όπως του υποσχέθηκε τις ώρες που ψυχορραγούσαν.

Κι αναρωτιέται κανείς, τι θα γινόταν αν ένας «ανθρωπιστής νομοθέτης» είχε θεσπίσει από τότε την ηλεκτρική καρέκλα για εκτέλεση. Ώστε, δίχως πόνο και δίχως αγωνία ν' αποτελείώνει μια πολιτεία τους ληστές της και τους Θεούς της. Θα προλάβαινε ο ληστής να κερδίσει την πρώτη-πρώτη θέση στον παράδεισο; Θα προλάβαινε να υποψιαστεί ποιος είναι ο ίδιος, και ποιος είναι ο άλλος καταδικασμένος άνδρας δίπλα του;

Φαίνεται πως δεν αρκεί ούτε η μεγάλη συμπόνια για να χωρέσει η Αλήθεια. Φαίνεται πως πρέπει να έχει ξεκαθαρίσει και δέσει μέσα μας η σχέση Θεού, για να παίρνουμε θέση σε τέτοια δραματικά θέματα. Για να στηθούμε σε διόδια ανάμεσα κόσμου και άλλου κόσμου και να ρυθμίζουμε την πορεία. Μόνη η φιλανθρωπία δεν εξαντλεί την αγάπη. Αντιθέτως μάλιστα, ενίοτε την παγιδεύει.

Πουθενά αλλού όσο στο απόσπασμα του Ντοστογιέφσκι για τον Μεγάλο Ιεροεξεταστή, τα λεπτότατα και γλιστερά όρια ανάμεσα στα φοβερά βιώματα δεν έχουν έτσι φυλακισθεί. Τα φοβερά βιώματα της φιλανθρωπίας, της αλληλοβοήθειας, της προσφοράς, της ευθύνης για τον άλλον, πλάι στο ακόμα φοβερότερο: Ιερό Βήμα της Ελευθερίας.

Ο Μεγάλος Ιεροεξεταστής δεν είναι ένα ευκολοδιάβαστο πρόσωπο. Έχει εξασκήσει μέσα του την τέχνη του ορθολογισμού και έξοχα επιχειρήματα που ειλικρινά πιστεύει. Αισθάνεται συμπόνια για τον άνθρωπο, θέλει να τον διευκολύνει, να τον βοηθήσει, θέλει το λογικό «καλό του». Αν ο ανθρωπιστής Ιεροεξεταστής αντιμετωπίζει τον άνθρωπο σαν αδύναμο που σπεύδει να τον κηδεμονεύει, ο επικίνδυνος Χριστός αντιμετωπίζει τον άνθρωπο σαν δυνατό, και θέλει να τον ελευθερώσει. Σ' αυτή την ανάρη γραμμή νομίζω πως παίζεται η αγάπη και η ελευθερία της, και προς του ζωντανούς, και προς τους νεκρούς, και προς τους ετοιμοθάνατους.

Και ελευθερία δεν είναι μόνο η ελευθερία μου να διεκδικήσω, να διευκολύνω, να αποκτήσω. Αλλά και να χαθώ, να υποφέρω, να σφάλω, να δοκιμαστώ. Η ελευθερία του άλλου μες στον πόνο του, όσο και να μας πονά, είναι ο πιο μεγάλος σεβασμός προς τη ζωή του και προς τη ζωή μας.

Είναι πολύ μεγάλος ο πειρασμός να «σώσουμε» τον άλλον, να υποδείξουμε «το καλό του», να συμβουλέψουμε. Κινδυνεύει να κρύβει τον ύψιστο εγωισμό και την πιο ύπουλη εκμετάλλευση ψυχών για εξουσία. Όταν, ελάχιστα, όσο ο κόκκος σινάπεως, αγαπάς τον Θεό δεν παριστάνεις τον Θεό. Ούτε στον ίδιο τον εαυτό σου. Αντέχεις να

υπομένεις, και με διάκριση περιμένεις τα σημάδια και τα βήματα, ιδίως τα βήματα του θανάτου σου που ισόβια πλησιάζει να σε πάρει μαζί του στη Βασιλεία την ατελεύτητο του ληστή, στον ζοφερό Άδη του Λόρκα, ακόμα και στο παράλογο τίποτα του Σισσύφου. Ο Θεός ξέρει. Εξάλλου, πίστη που δεν παλεύει με τις αμφιβολίες της, αξίζει να λέγεται πίστη;<sup>141</sup>

Και μπορούμε να προσθέσουμε στα παραπάνω το ερώτημα μήπως και ο Αλέξανδρος Παπαδιαμάντης στη «Φόνισσα» θέτει το ζήτημα της ευθανασίας, το θάνατο μπροστά το ενδεχόμενο του δια βίου μαρτυρίου του να είσαι γυναίκα;

## 9.2. Θέατρο

Στο μονόλογό του ο Άμλετ, ο μελαγχολικός πρίγκιπας της αμφιβολίας κρατώντας στα χέρια του το κρανίο του Γιόρικ, του γελωτοποιού της αυλής κάνει μαύρες σκέψεις για τον θάνατο. Το θέατρο μέσα από τον ποιητικό λόγο καταφέρει καμιά φορά συγκινώντας μας να μας κάνει πιο ανοιχτούς απέναντι σε μερικά θέματα που αν και εξόριστα απ' την καθημερινότητά μας, είναι η ουσία της ανθρωπίνης μας υπόστασης. Θέματα που μας πονούν και μας τρομάζουν, όπως είναι ο θάνατος, κάνουμε συνήθως πως δεν μας αφορούν, τα παραβλέπουμε. Μέχρι ν' αναγκαστούμε βέβαια να τ' αντιμετωπίσουμε αργά ή γρήγορα, μιας κι είναι κομμάτι της μοίρας μας: ως τότε τα θεωρούμε ταμπού. Το τίμημα που πληρώνουμε αγνοώντας τα, είναι να νεκρώνουμε, να χάνουμε, το πολυτιμότερο κομμάτι της ίδιας μας της ψυχής.

Αυτό το κρανίο είναι μια αδιαμφισβήτητη αλήθεια. Γυμνή. Αν και όλοι ξέρουμε ότι είναι ψεύτικο, η θέα του μας ταραίζει. Όμως, αν κοιτάξουμε όλοι μαζί ένα παράθυρο ας πούμε, δεν θα δούμε το ίδιο πράγμα. Άλλος θα δει το είδωλό του, άλλος το τζάμι κι άλλος τη θέα. Έτσι, και βλέποντας αυτό το κρανίο, εσείς μπορεί να δείτε ένα θλιβερό, αποτρόπαιο ίσως, απομεινάρι, εσείς ένα ιερό λείψανο, κι εσείς απλώς να νοιώσετε θνητός.

Το θέατρο προκαλεί άμεσες και πολύ προσωπικές αντιδράσεις, κι ο θάνατος σαν κεντρικό μυστήριο της ανθρωπίνης ζωής, διατρέχει φανερά ή υπόγεια όλη την τέχνη και φυσικά το θέατρο. Όμως, οι αντιλήψεις αλλάζουν, αλλάζει η αντιμετώπιση της ζωής και του τέλους της και τα θεατρικά έργα κάθε εποχής είναι ο καθρέφτης που

<sup>141</sup> Μ. Βαμβουνάκη, Ο πόνος και ο θάνατος στη λογοτεχνία, από το [www.bioethics.org.gr](http://www.bioethics.org.gr)



αντανακλά την κοινωνική εμπειρία. Υπάρχουν έργα που απεικονίζουν επίπεδα της ζωής, στριμώχνοντας τον πόνο και τον θάνατο στη ρηχή ασφυξία μιας μονοδιάστατης εικόνας. Άλλα, σαρκάζουν και διακωμωδούν το εύθραυστο και παράλογο της ανθρώπινης ύπαρξης. Και υπάρχουν και κάποια που προσπαθούν, σαν ένας εξωτερικός σύμμαχος της πνευματικότητας, να μας δώσουν φευγαλέες εικόνες και νύξεις ενός αόρατου κόσμου που διαποτίζει τη ζωή μας, κι όμως οι αισθήσεις μας συχνά τον αγνοούν.

Τα έργα αυτά μιλούν μεν για τον θάνατο μέσα από θέματα και καταστάσεις αναγνωρίσιμες, καθημερινές, αλλά πηγαίνουν στην ουσία: την πυκνότητα της ανθρώπινης εμπειρίας, όταν έρθει σ' επαφή μ' εκείνη την αόρατη πηγή που βρίσκεται πέρα απ' τα φυσικά της όρια και της δίνει νόημα. Όταν δηλαδή ο κόσμος μας ενώνεται με το αιώνιο και το αναλλοίωτο -και τότε, μπορεί σε θέματα βαριά όπως είναι ο θάνατος κι ο πόνος, ν' ανακαλύψουμε και βάθος, και διαφάνεια.

Στην αρχή-αρχή του θεάτρου, την Αρχαία τραγωδία, συναντάμε ήρωες που - αντίθετα από τα πρόσωπα του μεταγενέστερου δράματος- βρίσκονται έξω από την καθημερινότητα και την κοινή εμπειρία, που μόνο έναν δρόμο έχουν: Να ολοκληρώσουν τον εαυτό τους στραγγίζοντας ως το τέλος το ποτήρι του πεπρωμένου τους.

Παρ' όλο που δεν καταλαβαίνανε γιατί έπρεπε αυτή η σκληρή μοίρα να 'ναι δικιά τους, προχωρούσαν μπροστά με γνώση των συνεπειών, βάζοντας τον θεϊκό νόμο πάνω απ' τον ανθρώπινο. Στο κομμάτι που σας διάβασα προηγουμένως, βλέπουμε την Αντιγόνη την ηρωίδα της ομώνυμης τραγωδίας του Σοφοκλή να προτιμάει να θαφτεί ζωντανή -όπως είχε ορίσει ο άρχοντας του τόπου, ο Κρέοντας- κι ο σπαραχτικός της θρήνος τη στιγμή που οι φύλακες την παίρνουν, για να την οδηγήσουν στον υπόγειο νυφικό της θάλαμο όπως ονομάζει η ίδια τον τάφο της, μαρτυράει την αδυναμία ενός ζωντανού πλάσματος που αφήνει τη ζωή και τις χαρές της επειδή το επιβάλλει η συνειδήσή της. Διαλέγει ελεύθερα τον θάνατο επειδή πάνω απ' τον ανθρώπινο νόμο βάζει τον νόμο της ψυχής. Κι όπως λέει ο Χορός:

*Ξακουσμένη μας φεύγεις, ονομασμένη πας, στων νεκρών την κρυψώνα.*

*Δε σε φάγανε εσένα, αρρώστιες που λιώνουν*

*δεν σε πήραν σπαθιές,*

μα μόνη σαν θέλησες, με του χαρακτήρα το νόμο  
 απ' όλους τους θνητούς μόνη εσύ  
 να κατέβεις στον Άδη.

Και κάνοντας τώρα ένα μεγάλο σάλτο μέσα στο χρόνο, να 'μαστε στον 17ο αιώνα:

*«Α, Σγαναρέλλο! Δεν χρειάζεται τώρα να σκεφτόμαστε τι κακό μπορεί να μας συμβεί. Ας σκεφτόμαστε μονάχα, τι μπορεί να μας δώσει ευχαρίστηση!»*

Αυτός ο Γάλλος ευγενής που μιλάει στον υπηρέτη του μ' αυτά τα προκλητικά και κυνικά λόγια δεν είναι άλλος απ' τον Δον Ζουάν του Μολιέρου που -στον αντίποδα της Αντιγόνης- επιμένει ν' αγνοεί το πεπερασμένο της μοίρας του και να συγκρούεται με το απόλυτο. Είναι ένας άθεος σαηνευτής, που δεν πιστεύει πια παρά στις επιθυμίες του. Γι' αυτόν ο Θεός, μαζί και η ηθική του συνείδηση, έχει πεθάνει. Κι ο διάβολος το ίδιο. Άρα όλα επιτρέπονται. Και όπως λέει κάποια στιγμή μέσα στο έργο, μόνο ένα πράγμα είναι σίγουρο γι' αυτόν, ότι δύο και δύο κάνουν τέσσερα.

Ταμπουρωμένος πίσω από την ατιμωρησία που του εξασφαλίζει η καταγωγή του, γνήσιο παιδί μιας εκφυλισμένης αριστοκρατίας, ποδοπατεί όλους τους κώδικες τιμής, αποκαλύπτοντας συγχρόνως και το ηθικό μασκάρεμα της τάξης του. Στο τέλος του έργου, την τιμωρία που ούτε η συνείδησή του, ούτε οι άνθρωποι μπορούν να δώσουν, τη δίνει η θεία δίκη κι ο Δον Ζουάν θανατώνεται από έναν κεραυνό. Όμως, σ' αυτήν την εξαιρετική, «τραγική κωμωδία», ο θάνατος δεν είναι απλώς η κατάληξη της ιστορίας. Είναι ο πρωταγωνιστής. Γιατί βλέποντας σ' όλη τη διάρκεια του έργου τον Δον Ζουάν να παίζει με αλαζονεία το ανοιχτό παιχνίδι της επιθυμίας και να παριστάνει τον απαλλαγμένο από κάθε ανησυχία, ανατριχιάζουμε: Σ' αυτήν την ξέφρενη κούρσα ζωής, στο τιμόνι, όλη την ώρα βρίσκεται ο θάνατος!

Ας ξανανεβούμε όμως στο φανταστικό άρμα που μας ταξιδεύει στην ιστορία του θεάτρου, για να έρθουμε στο παρόν. Εδώ, που όπως λέει και ο βιβλικός μύθος της Βαβέλ, συναντιώνται όλες οι γλώσσες για να παράγουν εντέλει την αλαλία. Οι ήρωες του Σάμουελ Μπέκετ και της Σάρα Κέιν μιλούν αποσπασματικά, ελλειπτικά, σαν να τραυλίζουν. Στα σκοτεινά απελπισμένα τους έργα συναντάει κανείς όλα τα σύγχρονα αδιέξοδα. Αν ο Δον Ζουάν πληρώνει με τον θάνατό του το πάθος του για χωρίς όρια ζωή, στα έργα του Μπέκετ και της Σάρα Κέιν, τιμωρία είναι η ίδια η ζωή. Μια ζωή που δεν έχει τη δύναμη να συνεχίσει αλλά ούτε το κουράγιο να τελειώσει. Ο Σ. Μπέκετ

είναι ο συγγραφέας της μη επικοινωνίας της απουσίας του Θεού και της αιώνιας μοναξιάς». Τίποτα δεν είναι πιο πραγματικό απ' το τίποτα» λέει ο ίδιος. Κι αυτή η φράση κρύβει όλη την τραγικότητα της αγωνίας του. Στο πιο γνωστό του έργο, το «Περιμένοντας τον Γκοντό», ο χρόνος έχει ακινητοποιηθεί. Η δράση απουσιάζει. Τα πρόσωπα μοιάζουν να κοιτάζουν τον κόσμο, αλλά ο κόσμος δεν τους επιστρέφει το βλέμμα τους.



*Εικαστικές απόψεις για την ευθανασία.* Πηγή: [www.geocities.com/macpoole45/euthanasianew02.jpg](http://www.geocities.com/macpoole45/euthanasianew02.jpg)

Τελευταίος κρίκος της αλυσίδας των θεατρικών συγγραφέων που ξεκίνησε με τους τραγικούς είναι η Σάρα Κέιν. Στα εξαιρετικά βίαια, τρομαγμένα και τρομαχτικά έργα της, συγκρούεται αδιάκοπα με το αδιανόητο του θανάτου αλλά και του εν ζωή θανάτου. Μέσα σε μια κοινωνία κι ένα θέατρο που δεν επιτρέπουν τη σύγκρουση, δεν την τολμούν, την αποσιωπούν. Όπως είχε πει: «θέλησα να παρουσιάσω τη βία στη σκηνή, γιατί μερικές φορές πρέπει να βυθιστούμε στην κόλαση με τη φαντασία μας για ν' αποφύγουμε να πάμε εκεί στην πραγματικότητα!» Τα έργα της δεν μας δίνουν την αίσθηση κάποιου που δεν έχει Θεό, αλλά κάποιου που είχε βαθιά πίστη και την έχασε,

επειδή κοιτούσε τον κόσμο γύρω της, και αδυνατούσε να δεχτεί πως ένας τόσο παντοδύναμος Θεός δεν μπορούσε να τον κάνει καλύτερο. Η Σάρα Κέιν αυτοκτόνησε τελικά στα 28 της χρόνια κι ήταν η πράξη της αυτή, όπως είναι και τα έργα της, μια διαμαρτυρία για την ασημαντότητα της ζωής.

Στα σημαντικότερα θεατρικά έργα των σύγχρονων συγγραφέων, επανέρχεται με τον έναν ή τον άλλον τρόπο το ίδιο μοτίβο. Η έλλειψη νοήματος, που δημιουργεί την επιτακτική ανάγκη για νόημα. Κι ο θάνατος έξω από το νόημα του Θεού είναι ίσως η σύγχρονη τραγωδία. Μέσα κι έξω από το θέατρο.<sup>142</sup>

---

<sup>142</sup> Ο. Λαζαρίδου, *Το αδιέξοδο του πόνου και του θανάτου στο θέατρο*, από το [www.bioethics.org.gr](http://www.bioethics.org.gr)

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ευθανασία είναι ένα επίκαιρο, ενδιαφέρον και έντονα αμφιλεγόμενο θέμα. Έχει σημαντικές ηθικές, νομικές και πνευματικές πλευρές και η ανθρώπινη ευθύνη είναι πραγματικά πολύ μεγάλη. Απασχολεί ζωηρά τους γιατρούς διεθνώς. Ορισμένες μάλιστα χώρες της Ενωμένης Ευρώπης, με πρώτη την Ολλανδία, έχουν προχωρήσει στη νομιμοποίησή της, με όλες τις συνέπειες μιας τέτοιας ενέργειας.

Ευθανασία σημαίνει καλός, ωραίος, ένδοξος θάνατος. Ο ανώδυνος θάνατος. Ως ιατρικός όρος σημαίνει εσκεμμένη υποβοήθηση για ήρεμο και εύκολο θάνατο. Το δικαίωμα όμως της ζωής είναι ιερό και είναι ευθύνη της κοινωνίας να το διαφυλάξει. Ασφαλώς, αυτό δε σημαίνει ότι πρέπει να γίνει με οποιοδήποτε μέσο και με οποιοδήποτε κόστος, αδιαφορώντας για τα αποτελέσματα και τις συνέπειες των ενεργειών μας.

Δύσκολα διλήμματα οπωσδήποτε. Για πόσο χρονικό διάστημα να παρατείνουμε μια ζωή που σβήνει; Πόσο ασφαλής είναι η διάγνωση του θανάτου του εγκεφαλικού φλοιού; Μέχρι πρόσφατα υπήρχαν κάποιες μικρές αμφιβολίες. Βασική αρχή της κλασικής Κλινικής Ιατρικής είναι η διατήρηση της ζωής και όχι η πρόκληση του θανάτου.

Η ευθανασία ενδεχομένως να μην πρέπει να νομιμοποιηθεί γιατί θα μειώσει την ευαισθησία των ιατρικών αποφάσεων σε καταστάσεις που μεταβάλλονται με το χρόνο. Μπορεί ακόμη κι επειδή η αποστολή του ανθρώπου είναι να κατοικεί τη γη. Έτσι έχουμε υποχρέωση να φροντίζουμε τον εαυτό μας αλλά και τους άλλους.

Υπάρχουν πολλοί λόγοι που μπορεί να οδηγήσουν τον ασθενή να ζητήσει ευθανασία ή τους συγγενείς να την επιδιώξουν. Άλλοι είναι βάσιμοι άλλοι όμως αβάσιμοι επειδή μεταβάλλονται με το χρόνο και επηρεάζονται από ποικίλους παράγοντες.

Η νομιμοποίηση των αμβλώσεων άλλαξε ριζικά το ηθικό κλίμα της κοινωνίας, με τη σκέψη ότι αφού είναι νόμιμο να γίνει η αμβλωση άρα είναι και ηθικό. Κάτι ανάλογο είναι φυσικό να συμβεί αν νομιμοποιηθεί η ευθανασία. Μπορεί απλά κι εύκολα η νομιμοποίηση της ευθανασίας να δημιουργήσει μια κατηγορία ανθρώπων που

θα αισθάνονται ότι είναι, ή θα γίνουν, ανεπιθύμητοι π.χ. χρόνιες παθήσεις και προχωρημένη ηλικία.

Από την άλλη μεριά ο κίνδυνος να γίνει κατάχρηση του νόμου είναι πολύ μεγάλος. Το αποδεικνύει η εμπειρία της Ολλανδίας. Μέχρι το Σεπτέμβριο τον 1991 αναφέρθηκαν 1990 περιπτώσεις ευθανασίας από τις οποίες στις 1030 δεν υπήρχε ξεκάθαρη έκφραση της θέλησης του αρρώστου. Το 70% των περιπτώσεων ευθανασίας αναφέρθηκαν παράνομα ως θάνατοι από φυσικά αίτια. Σε μια πρόσφατη μελέτη στο Lancet αναφέρεται, πάλι για την Ολλανδία, ότι μέχρι το Μάιο τον 1993 το 41% των περιπτώσεων ευθανασίας έγινε χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενούς.

Οι υποστηρικτές της ευθανασίας είναι πολύ πιθανό να φτάσουν στο σημείο ότι δε πρέπει να ξοδεύουμε για τη θεραπεία νόσων που προκλήθηκαν από κάποιες καταχρήσεις π.χ. πολυφαγία, αλκοολισμός, τοξικομανία, aids.

Κλείνοντας θα πρέπει να πούμε ότι η ευθανασία για τα άτομα που χαρακτηρίζονται ως ανίατα πάσχοντα, δαπανώνται πολύ περισσότερα χρήματα για διατροφή, υγειονομική περίθαλψη και γενικότερα για τη διατήρησή τους στη ζωή, παρά για τους υγιείς και αρτιμελείς. Με δεδομένα όλα τα οικονομικά στοιχεία δεν θα πρέπει να στραφούμε για τις περιπτώσεις αυτές απευθείας στην εύκολη λύση της ευθανασίας. Η παιδεία, η εκπαίδευση, το κοινωνικό κράτος μπορούν να απαλύνουν το μαρτύριο αυτών των ατόμων ακόμη και να βρουν ένα τρόπο ειδικής ένταξής τους στο κοινωνικό σύνολο.

Στον τομέα της εκπαίδευσης επιβάλλεται η οργάνωση ειδικών σχολείων, με ειδικούς εκπαιδευτικούς και τεχνικά μέσα προσαρμοσμένα στις ανάγκες των ατόμων αυτών. Για την όλη διαβίωση ασθενών και αναπήρων σοβαρών περιπτώσεων, είναι απαραίτητη η ίδρυση και συντήρηση ειδικών ιδρυμάτων. Για την επαγγελματική αποκατάσταση, όσων είναι ικανοί γι' αυτό, απαιτείται ειδική μέριμνα από την πολιτεία.

Η πρόοδος επίσης της κοινωνίας, είναι συνυφασμένη με την ευρωστία των μελών της. Ευρωστία των μελών της κοινωνίας, συνεπάγεται και ευρωστία της κοινωνίας στο σύνολο της. Βασικό στοιχείο της ευρωστίας της κοινωνίας αποτελεί η υγεία των ανθρώπων.

Έχουμε πολλά παραδείγματα αναδείξεως ατόμων μη υγιών σωματικά και αρτιμελών, σε μεγάλους επιστήμονες, καλλιτέχνες, εμπόρους, που παρείχαν πολλά όχι μόνο στην οικονομία, αλλά και σε όλους τους τομείς της κοινωνίας. Για τις περιπτώσεις

εκείνες, κατά τις οποίες είναι προφανές ότι ορισμένα άτομα δεν μπορούν να συμβάλλουν στην οικονομική πρόοδο της κοινωνίας, αλλά αποτελεί η διατήρησή τους στη ζωή αρνητικό παράγοντα για την οικονομία είτε της οικογένειας τους είτε του κράτους, δεν πρέπει να ξεχνάμε πως η οικονομία για τον άνθρωπο υπάρχει και όχι ο άνθρωπος για την οικονομία. Δεν μπορούμε να αφαιρέσουμε τη δυνατότητα ζωής στον κόσμο αυτό ατόμων, που η παρουσία τους αποβαίνει σε βάρος της οικονομίας.

Χωρίς αμφιβολία, η ευρωστία της κοινωνίας πρέπει να είναι βασικό μέλημα των μελών της. Για μια αληθινά προηγμένη κοινωνία, προαγωγή της ευρωστίας της δεν σημαίνει θανάτωση των προσώπων αυτών κατά τις επιδιώξεις της κοινωνικής ή ευγονικής ευθανασίας, αλλά ιδιάζουσα και κοπιαστική μέριμνα γι' αυτούς.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η αυτονομία του αρρώστου και η ελευθερία αυτοδιάθεσής του είναι αναφαίρετα και συνταγματικά κατοχυρωμένα δικαιώματά του. Η αξιοπρέπεια στον θάνατο φαίνεται να μετρά περισσότερο από τη διατήρηση της ζωής με κάθε τρόπο.

Το μάταιο της θεραπείας είναι μια κλινική εκτίμηση ότι μια ειδική παρέμβαση δεν θα οδηγήσει την επίτευξη ενός στόχου στον συγκεκριμένο ασθενή και συχνά συνδυάζεται με την υποκειμενική εκτίμηση για την ποιότητα ζωής του αρρώστου. Συχνά όμως οι εκτιμήσεις του ιατρού για την πιθανότητα επιτυχούς παρέμβασης είναι λανθασμένες. Ακόμη και η χρήση μαθηματικών μοντέλων εκτίμησης της πρόγνωσης δεν είναι ασφαλής.

Τα οικονομικά της υγείας πουθενά στον κόσμο δεν πηγαίνουν καλά. Οι δαπάνες για την υγεία όχι μόνον βρίσκονται σε επικίνδυνα υψηλό επίπεδο, αλλά εμφανίζουν και ανοδική πορεία. Έτσι σήμερα ασκούνται ισχυρές πιέσεις από τους προμηθευτές υγείας για τον περιορισμό τους. Η νοσηλεία σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και η εφαρμογή σύγχρονης τεχνολογίας για τη διατήρηση της ζωής είναι ακριβή υπόθεση και καταναλώνει ένα σημαντικό ποσοστό των δαπανών για την υγεία. Η σκέψη και η τάση που τείνει να επικρατήσει σήμερα είναι ο περιορισμός της κατανάλωσης πόρων και ανθρωπίνου δυναμικού για αντιμετώπιση ασθενών με μικρή πιθανότητα καλού αποτελέσματος και η μεταφορά αυτών των πόρων για την αντιμετώπιση άλλων ασθενών με μεγαλύτερη πιθανότητα καλού θεραπευτικού αποτελέσματος.

Τα ηλικιωμένα άτομα βρίσκονται σήμερα στο στόχαστρο πολιτικών, φιλοσόφων και σχεδιαστών υγείας γιατί αποτελούν καταναλωτές υπερβολικών ιατρικών πόρων. Ανοικτά πλέον σήμερα συζητείται αν τα ηλικιωμένα άτομα πρέπει να έχουν πρόσβαση στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και την σύγχρονη προηγμένη τεχνολογία, μάλιστα όταν οι διαθέσιμοι ιατρικοί πόροι είναι περιορισμένοι και ως εκ τούτου πρέπει να διοχετεύονται σε νεότερα άτομα με μεγαλύτερο προσδόκιμο επιβίωσης.

Όμως κοινωνική δικαιοσύνη δεν είναι μόνο η λογική και δίκαιη κατανομή των πόρων, αλλά και η ίση δυνατότητα πρόσβασης στην υψηλή τεχνολογία. Ο αποκλεισμός από την υψηλή τεχνολογία κάποιων αρρώστων λόγω μικρών πιθανοτήτων καλού θεραπευτικού αποτελέσματος συνιστά αδικία.



Επίλογος στην ευθανασία δεν μπορεί να υπάρξει. Δεν έχει ακόμη γραφεί. Και δεν φαίνεται πιθανόν να γραφεί, τουλάχιστον στο εγγύς μέλλον.

Για κάθε περίπτωση όμως, το πρόβλημα της ευθανασίας πιστεύεται ότι θα μπορούσε να μετουσιωθεί σε μια απαίτηση για μια περισσότερο ανθρώπινη αντιμετώπιση του αρρώστου. Και με το γιατρό, πιστό στον όρκο του να θεραπεύει, να σώζει ή καλύτερα να αγωνίζεται για να σώσει μια ζωή.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

## ΒΙΒΛΙΑ

**Ελληνόγλωσσα**

1. Αβραμίδης Αθανάσιος, Ευθανασία, εκδ. Ακρίτας, Αθήνα 1995.
2. Δημόπουλος Βασίλης, Ευθανασία, εκδ. Γιαχούδη - Γιαπούλη, Θεσσαλονίκη 1997.
3. Ζακόπουλος Αθηναγόρας, Η ευθανασία σήμερα και η θέση της εκκλησίας, εκδ. Γρηγόρης, Αθήνα, 1987.
4. Kant I., Τα θεμέλια της μεταφυσικής των ηθών, εκδ. Δωδώνη, Αθήνα, 1984
5. Καράμπελας Λάμπρος, Η ευθανασία και το δικαίωμα στη ζωή και στο θάνατο, εκδ. Εστία, Αθήνα 1987.
6. Κατράς Ιωάννης, Εξάβιβλος, Ποινικός κώδικας, εκδ. Α. Σάκκουλα, Αθήνα, 2005
7. Λυπουρλής Δημήτριος, Ιπποκρατική Ιατρική. Όρκος, εκδ. Παρατηρητής, Θεσσαλονίκη, 1983.
8. Μαλγαρινού ΜΑ, Κωνσταντινίδου ΣΦ, Νοσηλευτική, Έκδ. 20η, εκδ. Η Ταβιθά, Αθήνα, 1997.
9. Μητσόπουλος Νικόλαος, Η λεγόμενη ευθανασία, Αθήνα 1980
10. Μπρατσιώτης Νικόλαος, Η θέση του ατόμου στην Παλαιά Διαθήκη, Αθήνα, 1963
11. Πουλής Παναγιώτης, Εγχειρίδιο Συνταγματικού Δικαίου και θεσμών, εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα, Θεσσαλονίκη, 2004.

**Ξενόγλωσσα**

12. Alastair Cambell V., Moral dilemmas in Medicine, Churchill Livingstone, Edinburgh, 1984
13. Jakobovits I., Jewish Medical Ethics, Block Publishing Co, New York, 1967
14. Kennedy D., Treat me Right, Oxford, 1988
15. Keown D., Buddhism and bioethics, Macmillan, London, 1995
16. Keown, John: Euthanasia Examined. Ethical, clinical and legal perspectives Cambridge University Press, Cambridge, 1995.
17. Mill JS, Utilitarianism, London, 1970
18. Mishra TP, A viewpoint in Euthanasia, Oxford, 1978
19. Murphy E., US supreme court to hear first right-to-die-case, 1920
20. Nalman S.S., An Islamic viewpoint in Euthanasia, Oxford, 1978

21. Rabinowitz GA, Konigsberg M, Definition of death and fixing it's time according to the Halakhah, Hadorom, New York, 1971
22. Rogers CR, On decoming a person, Boston, 1961
23. Russel OR., Freedom to die, New York, 1977
24. Tate B., The nurse's dilemma. ICN, Geneva, 1977
25. Tomlinson, T., Brody, H., Ethics and Communication in Do-Not-Rescucitate Orders, NEJM, 1988
26. Towutoe C., Yates G. Sociology, Longman, London, 1989.
27. Vaan PJ Der Maas, Van Delden M JJ, Pispndrg L. Euthanasia and other Medical decisions concerning the end of life, Lancet, 1991

## ΑΡΘΡΑ ΑΠΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ, ΕΦΗΜΕΡΙΔΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

### Ελληνόγλωσσα

28. Αγγελόπουλος Λ., Αξιοπρέπεια και στο θάνατο, Εφημερίδα ΤΑ ΝΕΑ, 3 Ιουλίου 1996.
29. Βαμβουνάκη Μάρω, Ο πόνος και ο θάνατος στη λογοτεχνία, [www.bioethics.org.gr](http://www.bioethics.org.gr), 21-1-2006.
30. Βελλής Γεώργιος, Η ευθανασία από τη σκοπιά του ποινικού δικαίου, από το <http://www.bioethics.org.gr>, 21-1-2006
31. Γκιάλα Μαρία, Ο ιατρός μπροστά στον αθεράπευτο πόνο και τον θάνατο, <http://www.bioethics.org.gr>, 21-1-2006
32. Γκούρλας Παναγιώτης, Ο Νόμος της Ιουλίδας Γεροντοκτονία στην Αρχαία Κέα, 20ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, Αθήνα, 1994.
33. Δαΐκος Γεώργιος, Προβλήματα της καρδιοαναπνευστικής ανανήψεως, <http://www.bioethics.org.gr>, 21-1-2006
34. Δεσύπρης Ν., Θεοχάρης Α., Το δίλημμα της ευθανασίας, περιοδικό ΠΑΡΩΡΟΝ, Τετάρτη, 2 Μαρτίου 2005.
35. Δοντάς Αλέξανδρος, Βοήθεια προς τους βαρέως πάσχοντες, Ιατρική, τόμος 59, τεύχος 6, 1991.
36. Ευθυμίου Π., Τζακούλη Λ., Τζιώρας Σ., Δημολιάτης Γ., Βελογιάννη Λ., Απόψεις Ελλήνων φοιτητών ιατρικής σε σύγχρονα θέματα βιοηθικής, Αρχεία ελληνικής ιατρικής, 1995

37. Κληρονόμου Ζ., Τζακ Κεβορκιά, ο άγγελος του θανάτου, εφημερίδα Ελεύθερος Τύπος, 11 Νοεμβρίου 1996
38. Κομνηνού Νίνα, Τι λένε οι γιατροί για την ευθανασία, Εφημερίδα Ελεύθερος Τύπος, 31 Οκτωβρίου 1997
39. Κουτσελίνης Αντώνης, Ευθανασία: Έννοιες – Ορισμοί, <http://www.bioethics.org.gr>, 21-1-2006
40. Κριάρη Ισμήνη, Ευθανασία και ατομικά δικαιώματα - Η προσέγγιση από πλευράς διεθνούς και συγκριτικού δικαίου, <http://www.bioethics.org.gr>, 21-1-2006
41. Κυριαζής Παναγιώτης, Ευθανασία. Δολοφονία ή πράξη ανθρωπισμού, Οικονομικός Ταχυδρόμος, 1988.
42. Λαζαρίδου Όλια, Το αδιέξοδο του πόνου και του θανάτου στο θέατρο, [www.bioethics.org.gr](http://www.bioethics.org.gr), 21-1-2006
43. Μπαλογιάννης Σταύρος, Ολίγα απόψεις επί της ευθανασίας, Εγκέφαλος, τόμος 35, τεύχος 1, 1998
44. Μπαλογιάννης Σταύρος, Η ευθανασία - κοινωνικοί και ηθικοί προβληματισμοί, από το [www.bioethics.org.gr](http://www.bioethics.org.gr), 21-1-2006
45. Παναγόπουλος Ε., Ευθανασία, Ορισμός και ιστορική εξέλιξη, Αρχές ιατρικής ηθικής - Όρκος Ιπποκράτη, από το [http://www.bioethics.org.gr/03\\_dPanag.html](http://www.bioethics.org.gr/03_dPanag.html), 21-1-2006
46. Πέρρος Παναγιώτης, Μπορούμε να αναγνωρίσουμε σε κάποιον το ηθικό δικαίωμα να επιλέξει έναν πρόωρο θάνατο; Ποιος είναι ο ηθικά υπεύθυνος για μια τέτοια πράξη; Υπάρχει σχέση μεταξύ ευθανασίας και φόνου; από το <http://filosofia.gr/thematafilosofias.php>, 22-1-2006
47. Σταυρόπουλος Αλεξάνδρος, Θάνατος και εσχατολογία, Εφημέριος, 1992.

#### **Ξενόγλωσσα**

48. Broeckaert, Bert, Belgium: Towards a Legal Recognition of Euthanasia, in: European Journal of Health Law, 200
49. Brown SH, Henteleff P., It is normal for terminally ill patients to desire death?, American Journal of Psychiatry, 1986
50. Cunningham GC., Historical review of eugenics, American Journal of Human Genetics, 1992

51. Damicu K., Keown J., Killing, Karma and caring: euthanasia in buddhism and Christianity, *Journal of Medical Ethics*, 1995
52. Dillmann, R., Legemaate, J.: Euthanasia in the Netherlands: The state of the legal debate in : *European Journal of Health Law*, 1994.
53. Duguet Anne – Marie, Euthanasia in France, in: *European Journal of Health Law*, 2001
54. Feenan, D.: A Terrible Beauty The Irish Supreme Court and Dying, in: *European Journal of Health Law*, 1996
55. Feber HR, Euthanasia eu verklaring van overlijden, *Medical Contact*, 1988
56. Fried TR, Stein MD, O' Cullivan PS, Brock DW, Novack DH. Limits of patient autonomy. Physician attitudes and practises regarding life -sustaining treatments and euthanasia. *Archives of Internal Medicine*, 1993
57. Galuin W., Kass L., Pellegrino G., Doctors must not will, *Journal of American Medical Association*, 1988
58. Guillod Olivier: Book Review in: *European Journal of Health Law*, 1997.
59. Grisez G., Against consequentialism, *American Journal of Jurisprudence*, 1978
60. Grubb Andrew, The Persistent Vegetative State: A Duty (Not) To Treat and Conscientious Objection in: *European Journal of Health Law*, 1997
61. Grubb Andrew : Euthanasia in England - A Law Lacking Compassion? *European Journal of Health Law*, 2001.
62. Karcher H., Euthanasia in Germany, *British Medical Journal*, 1992,3041:9
63. King Roy J., Religious and therapeutic elements in Sufi teaching stories, *Journal of Religion and Health*, 1988
64. Kokkonen, P. : The New Finnish Law on the Status and Rights of a Patient, *European Journal of Health Law*, 1994.
65. Leenen, H.J.J., Dutch Supreme Court about Assistance to Suicide in the Case of Severe Mental Suffering, in: *European Journal of Health Law*, 1994.
66. Lob, Ledo GA, G.Saika, Patient attitudes to discussing life-sustaining treatment, *Archives of Internal Medicine*, 1986
67. Markesinis, B., Comparative Law- A subject in search of an audience, *Modern Law Review*, 1990, 1 - 2 Grubb, A.: Comparative European Health Law, *European Journal of Health Law*, 1995.

68. Morris, Anne : Life and Death Decisions: "Die, my dear doctor? That/s the last thing I shall do!", European Journal of Health Law, 1996
69. Nys, Herman: Emerging legislation in Europe on the legal statutes of advance directives and medical decision - making with respect to an incompetent patient( ``living - wills'/) in: European Journal of Health Law,1997.
70. Payne K., Taylor RM, Stacking S. Sachs GA. Physicians attitudes about the care of patients in the persistent vegetative state: a national survey. Annuals of Internal Medicine, 1996
71. Ploem, C., Markenstein, L., The Netherlands - Recent developments in legislation and jurisprudence (October 1991 - October 1993) in: European Journal of Health Law, 1994.
72. Ploem, M.C., The Netherlands - Legislation and Jurisprudence in: European Journal of Health Law, 1995.
73. Stenderg A, The terminally ill secular and Jewish ethical aspects, Israel Journal of Medical Schiencies, 1994
74. Sudre Frederic, Droit de la Convention europeenne des droits de l/ homme, La Semaine Juridique, 1996
75. Wignett C., Capp F., Yearworth R., Attitudes towards euthanasia, Journal Of Medical Ethics, 1977
76. Woolf H., Medicine and the courts, Medicine and legal Journal, 1991

## ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΕΣ – ΛΕΞΙΚΑ – ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ

### Ελληνόγλωσσα

77. Γενική Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος - Λαρούς, τόμος 6, σελ. 932.
78. Μπαμπινιώτης Γεώργιος, Λεξικό για το σχολείο και το σπίτι, λήμμα Ε, εκδ. Κέντρο Λεξικολογίας, Αθήνα, 2004.

### Ξενόγλωσσα

79. Council of Europe, Draft explanatory report to the draft Convention on human rights and biomedicine, Dir/Jur (96) 11, Strasbourg 1996, sections 33, 34
80. Draft explanatory report
81. House of Lords, Select Committee on Medical Ethics

82. Explanatory Memorandum, της πρότασης νόμου του 1998, European Journal of Health Law 1998.

#### ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ ΦΟΡΕΩΝ-ΟΡΓΑΝΩΣΕΩΝ-MME

83. Μακεδονικό Πρακτορείο ειδήσεων, 21-10-2003
84. ΠΟΛΙΤΗΣ On line, Τετάρτη 29 Ιουνίου 2005, Έτος: 7, Φύλλο: 2273
85. <http://www.echr.coe.int/Eng/Press/2002/apr/Prettyjudypress.htm/5-1-2006>
86. <http://www.hri.org/E/1996/96-09-27.dir/keimena/world/world4.htm/10-1-2006>
87. <http://www.jtf.org/10-1-2006>
88. <http://www.encyclopedias.families.com/9-1-2006>
89. [http://www.thecatholic.org/2002\\_April/Euthanasia.htm/10-1-2006](http://www.thecatholic.org/2002_April/Euthanasia.htm/10-1-2006)
90. <http://www.gktgazette.com/2002/jun/news.asp/8-1-2006>
91. <http://www.elegraph.co.uk/.../2005/01/23/ixworld.html/10-1-2006>
92. <http://www.buzolich.com/10-1-2006>
93. <http://www.as.wn.com/i/fa/75b72319dee464.jpg/9-1-2006>
94. <http://www.churchofeuthanasia.org/.../new/edaystp.jpg/10-1-2006>
95. <http://www.geocities.com/macpoole45/euthanasianew02.jpg/10-1-2006>