

Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ : ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

“ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ”

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ :

Ασημακοπούλου Αναστασία

Ντάφλος Κωνσταντίνος

Χατζηελευθερίου Δήμητρα

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ :

Παπαδημητρίου Αθανάσιος

ΠΑΤΡΑ 2007

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....σελ. 5

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....σελ. 6

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΟΡΩΝ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΩΝ ΜΕ ΑΥΤΗΝ

1.1 Η έννοια του όρου Ζωή.....σελ. 8
1.2 Η έννοια του όρου Θάνατος.....σελ. 8
1.3 Ενορμήσεις Ζωής.....σελ. 8
1.4 Ενορμήσεις Θανάτου.....σελ. 9
1.5 Διαπλοκή Ενορμήσεων.....σελ. 11
1.6 Η έννοια του όρου Ευθανασία.....σελ. 12

Η ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΑΝΑ ΤΗΝ ΙΣΤΟΡΙΑ

2.1 Αρχαία Ελλάδα.....σελ. 14
2.2 Μεσαίωνα.....σελ. 16
2.3 Νεότεροι Χρόνοι.....σελ. 17
2.4 Ναζιστική Γερμανία.....σελ. 18

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΜΟΡΦΩΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

3.1 Ενεργητική Ευθανασία.....σελ. 24
3.2 Παθητική Ευθανασία.....σελ. 25
3.3 Ευθανασία δια της μη ανανήψεωςσελ. 25
3.4 Ευθανασία του τύπου Living Will (εθελοντική ευθανασία).....σελ. 26
3.5 Δυσθανασία.....σελ. 27
3.6 Ορθοθανασία.....σελ. 27
3.7 Επιταχυθανασίασελ. 27
3.8 Επιτάχυνση του θανάτου, του καταδικασμένου σε θάνατο, από οίκτο.....σελ. 28
3.9 Ευγονική Ευθανασία.....σελ. 28
3.10 Κοινωνική Ευθανασίασελ. 29

Η ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΑΝΑ ΤΟΝ ΚΟΣΜΟ

4.1 Ηνωμένο Βασίλειο και Ιρλανδία.....σελ.	31
4.2 Ολλανδία και Βέλγιο	σελ. 33
4.3 Γαλλία.....σελ.	38
4.4 Σκοτία.....σελ.	39
4.5 Ηνωμένες Πολιτείες	σελ. 40
4.6 Καναδάς	σελ. 42
4.7 Γερμανία	σελ. 43

ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΠΕΡΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

5.1 Επιστήμη και Ευθανασία.....σελ.	45
5.1.1 Ψυχολογική διάσταση της ευθανασίας	σελ. 54
5.2 Φιλοσοφία και Ευθανασία.....σελ.	56
5.3 Έρευνες περί Ευθανασίας	σελ. 59

ΘΡΗΣΚΕΙΑ ΚΑΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

6.1 Ευθανασία και Χριστιανοσύνη. Οι απόψεις της Χριστιανοσύνης για την ευθανασία και την αυτοκτονία.....σελ.	66
6.1.1 Η αυτοκτονία στην Βίβλο.....σελ.	66
6.1.2 Η αυτοκτονία στην Χριστιανική Ιστορία.....σελ.	67
6.1.3 Μοντέρνες Χριστιανικές απόψεις για την αυτοκτονία	σελ. 68
6.2 Απόψεις Αγγλικανικής Εκκλησίας	σελ. 69
6.3 Απόψεις της Καθολικής Εκκλησίας για την Ευθανασία.....σελ.	69
6.4 Απόψεις των Λουθηρανών για την αυτοκτονία και την ευθανασία.....σελ.	72
6.5 Απόψεις της Ορθόδοξης Εκκλησίας για την αυτοκτονία και την ευθανασία.....σελ.	74
6.6 Θεολογική προοπτική του ζητήματος της ευθανασίας	σελ. 75

ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΠΕΡΙ ΖΩΗΣ, ΘΑΝΑΤΟΥ ΚΑΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

8.1 Η ζωή ως συνταγματική αξία.....σελ.	93
8.2 Η διεθνής προστασία του δικαιώματος	σελ. 96
8.3 Το δικαίωμα της ζωής στην ελληνική συνταγματική τάξη.....σελ.	100

8.4 Το δικαίωμα στο θάνατο.....σελ.	103
8.5 Δικαίωμα στην ζωή και δικαίωμα στον θάνατο.....σελ.	103
8.6 Το δικαίωμα στον θάνατο σε αντίθεση με άλλο δημόσιο συμφέρον.....σελ.	105
8.7 Η θεμελίωση του δικαιώματος στο Άρθρο 5 §1 Σ.....σελ.	110
8.8 Σκιαγράφηση νομικού καθεστώτος της ευθανασίας	σελ. 113
8.8.1 Ενεργητική ευθανασία	σελ. 113
8.8.2 Έμμεση ευθανασία.....σελ.	113
8.8.3 Παθητική ευθανασία.....σελ.	114
8.8.4 Ανθρωποκτονία με συναίνεση.....σελ.	116
8.8.5 Συμμετοχή σε αυτοκτονία	σελ. 118
8.8.6 Η διακοπή της θεραπείας κατά απαίτηση του ασθενούς και η αυθαίρετη παροχή θεραπείας.....σελ.	118
8.8.7 Η συναίνεση του ασθενούς ως αναγκαία προϋπόθεση της παροχής θεραπείας και η υποχώρηση της αρχής αυτής	σελ. 119
8.8.8 Η συναίνεση για την μη παροχή ή για την διακοπή της θεραπείας και η ευθύνη του παρέχοντος υπηρεσίες (Άρθρο 8 ν. 2251/1997).....σελ.	120
8.8.9 Συμβούλιο της Ευρώπης – Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων.....σελ.	124
8.8.10 Η Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ανθρώπου σε σχέση με τις εφαρμογές της Βιολογίας και της Ιατρικής – Ευρωπαϊκή Σύμβαση Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και Βιοϊατρικής.....σελ.	129
Συμπεράσματα	σελ. 133
Επίλογος	σελ.135
Βιβλιογραφία	σελ. 136

Περίληψη

Στην παρούσα πτυχιακή εργασία αναφέρονται διαδοχικά τα εξής :

Στην αρχή γίνεται μια προσπάθεια κατανόησης του όρου της ευθανασίας και των σχετιζόμενων όρων με αυτήν, όπως είναι η έννοια της ζωής και του θανάτου, που έχουν και την μεγαλύτερη συγγένεια με τον όρο της ευθανασίας.

Εν συνεχεία αναφέρεται η διαδρομή της ευθανασίας σε διάφορους χρόνους ανά την ιστορία και πόσο έχει επηρεάσει τις κοινωνίες και την διαδρομή αυτών των κοινωνιών μέσα στον χρόνο.

Ακολουθεί μια αναφορά στην κατάταξη των μορφών της ευθανασίας όπου γίνεται στον αναγνώστη πιο σαφής και κατανοητή η έννοια και σημασία του όρου της ευθανασίας.

Στην συνέχεια αναφέρεται η πορεία της ευθανασίας σε διάφορους τόπους ανά χώρα και πόσο έχει επηρεάσει τον τρόπο που αντιμετωπίζουν οι διάφορες κοινωνίες την ευθανασία και κατά συνέπεια την ζωή και τον θάνατο.

Στο κεφάλαιο περί αντιλήψεων για την ευθανασία αναφέρονται οι απόψεις, γνώμες και αντιλήψεις από τον χώρο της επιστήμης, της ψυχολογίας και της φιλοσοφίας, καθώς επίσης και έρευνες όπου έχουν πραγματοποιηθεί σχετικά με το θέμα.

Ακολούθως αναφέρονται οι θέσεις της Αγγλικανικής Εκκλησίας, της Καθολικής Εκκλησίας, της Ληθουρανής Εκκλησίας καθώς και της Ορθόδοξης Εκκλησίας και αναφέρεται επίσης μια θεολογική προοπτική του ζητήματος της ευθανασίας.

Στο κεφάλαιο περί «Ευθανασίας και Κοινωνικής Εργασίας», αναφέρονται οι συνηθέστεροι έστω τρόποι αντιμετώπισης των εκάστοτε Κοινωνικών Λειτουργιών απέναντι στους ασθενείς που επιθυμούν της ευθανασία.

Εν κατακλείδι γίνεται μια εκτενής αναφορά σχετικά με την νομοθεσία η οποία διέπει το θέμα της ευθανασίας και τα συνταγματικά δικαιώματα που αφορούν στις έννοιες της ζωής και του θανάτου.

Εισαγωγή

Ο καθημερινός καταϊγισμός με ειδήσεις που αναφέρονται στις βιοιατρικές εξελίξεις προκαλεί ανάμεικτα αισθήματα δέους, θαυμασμού και απορίας: Δέος και θαυμασμό μπροστά στις νέες προοπτικές που ανοίγονται σχετικά με τη δημιουργία ή απορία ως προς τις δυνατότητες των ατόμων και των κοινωνιών να επεξεργασθούν, να εκμεταλλευθούν και να διαχειρισθούν τις νέες γνώσεις και δυνατότητες και να τις συμβιβάσουν με παγιωμένες ηθικές και κοινωνικές αντιλήψεις.

Και ενώ η ζωή μονοπωλεί το ενδιαφέρον των ΜΜΕ, λόγω των συνεχών προοπτικών που ανοίγονται στον χώρο της υποβοηθούμενης τεκνοποιίας, το άλλο άκρο της ζωής, ο θάνατος, έχει πάψει πια να είναι αυτό που ήταν: Οι δυνατότητες μηχανικής υποστήριξης του ασθενούς στην περίπτωση του εγκεφαλικού θανάτου, για να αναφερθώ σε ένα μόνο παράδειγμα, ή οι δυνατότητες "συντήρησης" ασθενών σε άλλες περιπτώσεις, που πολλές φορές συνοδεύονται από αφόρητο πόνο, προκαλούν σωρεία ερωτημάτων σχετικά με το όριο της ζωής και τα όρια της ανθρώπινης επέμβασης. Ταυτόχρονα οι νέες αυτές δυνατότητες επιβάλλουν στον νομικό κόσμο επανεξέταση των εννοιών της ελευθερίας, της αυτονομίας και της ευθύνης.

Το πρόβλημα της ενδεδειγμένης συμπεριφοράς στον πάσχοντα από ανίατη ασθένεια, ως πρόβλημα που αγγίζει τα ακραία όρια της ηθικής και του δικαίου, είχε απασχολήσει σχεδόν όλους τους μεγάλους διανοητές: Αναφέρεται ότι αντίθεση στην ευθανασία είχαν εκφράσει ο Αριστοτέλης, ο Καντ και οι συγγραφείς της χριστιανικής εκκλησίας, ανατολικής και δυτικής. Αντιθέτως ο Πλάτων, ο Επίκτητος, ο Σενέκας, ο Πλίνιος ο Νεώτερος, ο Φράνσις Μπαίηκον, ο Τόμας Μουρ και ο Νίτσε έχουν ταχθεί -με ή χωρίς περιορισμούς- υπέρ της ευθανασίας.

Το βασικό ερώτημα που τίθεται στο πλαίσιο του θέματος που μας απασχολεί έχει σχέση με τη δυνατότητα του ασθενούς ατόμου να αποφασίσει εάν και πότε

θα τερματίσει τη ζωή του, ενδεχομένως και με τη βοήθεια τρίτων. Ή αλλιώς: Νομιμοποιούμεστε να αφαιρέσουμε μια ανθρώπινη ζωή ακόμα και όταν αυτή έχει χάσει κάθε αξιοπρέπεια; Ποιος είναι ο ηθικά υπεύθυνος για μια τέτοια πράξη; Υπάρχει σχέση μεταξύ ευθανασίας και φόνου;

Η παρούσα πτυχιακή εργασία σκοπό έχει να προσεγγίσει το αντιμαχόμενο θέμα της ευθανασίας από τις όσο γίνεται περισσότερες παραμέτρους της. Στόχος δεν είναι να διαμορφώσουμε γνώμη στον αναγνώστη αλλά να παρουσιάσουμε αντικειμενικά τις θετικές και αρνητικές επιδράσεις, γνώμες και αντιλήψεις όσον αφορά την ευθανασία και ο αναγνώστης να γίνει γνώστης όλων αυτών και στην συνέχεια να διαμορφώσει την δική του γνώμη/άποψη και θέση πάνω στο θέμα της ευθανασίας.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΟΡΩΝ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΩΝ ΜΕ ΑΥΤΗΝ

1.1 Η Έννοια του όρου “Ζωή”

Η γενική κατάσταση που χαρακτηρίζει τα ενόργανα όντα, διαφοροποιώντας τα από τα άψυχα αντικείμενα και τους νεκρούς οργανισμούς και η οποία εκδηλώνεται με επιμέρους λειτουργίες, όπως η ανάπτυξη μέσω του μεταβολισμού, η αναπαραγωγή και η προσαρμογή στα ερεθίσματα του περιβάλλοντος.

1.2 Η Έννοια του όρου “Θάνατος”

Η οριστική διακοπή όλων των βιολογικών λειτουργιών ενός φυτικού ή ζωικού οργανισμού, το τέλος της ζωής.

1.3 Ενορμήσεις Ζωής

Είναι μια μεγάλη κατηγορία ενορμήσεων, την οποία ο Freud αντιπαραθέτει, στην τελευταία θεωρία του, στις ενορμήσεις θανάτου. Οι ενορμήσεις ζωής προσπαθούν να συγκροτούν όλο και μεγαλύτερες ενότητες και να τις διατηρούν. Οι ενορμήσεις ζωής, που ορίζονται επίσης με τον όρο Έρως, καλύπτουν όχι μόνο τις λεγόμενες σεξουαλικές ενορμήσεις, αλλά και τις ενορμήσεις αυτοσυντηρήσεως.

Πρόκειται, στην ευρεία έννοια, για τις εκδηλώσεις της Libido. Μέσα σε αυτές περιλαμβάνονται οι ενορμήσεις που αφορούν την ανεύρεση χαράς, τρυφερότητας, επικοινωνίας ερωτικής ή άλλης με τους συντρόφους, τα αγαπημένα πρόσωπα, την εγκατάσταση και διατήρηση σχέσεων αγάπης μέσα στα πλαίσια του οικογενειακού αστερισμού. Σε αυτήν περιλαμβάνεται επίσης

και ο Έρως προς ένα ιδανικό η λιβιδιακή επένδυση μιας ιδεολογίας, ενός στόχου επιστημονικού, επαγγελματικού ή άλλου.

Όλες αυτές οι ανθρώπινες εκδηλώσεις, έχουν ένα ευρύ πεδίο. Δεν αφορούν τη σεξουαλική επιθυμία και πράξη με τη στενή έννοια. Ούτε αναφέρονται σε έναν πανσεξουαλισμό για τον οποίο κατηγορήθηκε ο Freud και τον οποίον, ο ίδιος δεν υποστήριξε ποτέ.

Για να αντιληφθούμε όμως αυτή την ευρύτητα, πρέπει να αντιληφθούμε τη διαδικασία της μετουσίωσης, που λειτουργεί παράλληλα με τις εννομήσεις. Η μετουσίωση είναι ένας αμυντικός μηχανισμός του Εγώ που προορισμό έχει να βοηθήσει, όπως άλλωστε και όλοι οι μηχανισμοί άμυνας, την προσαρμογή του ατόμου στην εξωτερική πραγματικότητα. Σε αυτήν την περίπτωση, η σεξουαλικότητα δεν έχει ως στόχο πια την σεξουαλική ικανοποίηση αλλά η libido μετουσιώνεται σε δοτικότητα και στοργή στους άλλους, σε ιδεολογία, σε τέχνη ή επιστήμη.

Στην πρώτη περίοδο της θεωρητικής επεξεργασίας αυτών των εννοιών, ο Freud τοποθετεί σε αντιπαράθεση την σεξουαλικότητα προς το ένστικτο της αυτοσυντήρησης. Όμως, με το σημαντικό έργο του "Πέρα από την Αρχή της Ηδονής", από το 1920 και μετά, οι δύο αυτές μορφές εννομήσεων ανήκουν στα ένστικτα ζωής, δηλαδή τοποθετούνται και οι δύο κάτω από τον όρο Έρως, κάτω από την ενόρμηση της αγάπης.

Η αντίθεση ή αντιπαράθεση πλέον, από το 1920 και μετά, αφορά τα ένστικτα ζωής προς τα ένστικτα θανάτου.

1.4 Εννομήσεις Θανάτου

Μέσα στο πλαίσιο της τελευταίας Φροϋδικής θεωρίας των εννομήσεων εμφανίζεται μια βασική κατηγορία εννομήσεων, οι οποίες αντιτίθενται στις εννομήσεις ζωής και τείνουν στην ολοκληρωτική μείωση των εντάσεων, δηλαδή στην επαναφορά του έμβιου όντος στην ανόργανη κατάσταση. Αν και οι εννομήσεις θανάτου είναι αρχικά στραμμένες προς το εσωτερικό και τείνουν

προς την αυτοκαταστροφή, δευτερογενώς κατευθύνονται προς το εξωτερικό, εμφανιζόμενες τότε με την μορφή της επιθετικής ενόρμησης ή της ενόρμησης καταστροφής.

Ο Freud από το 1920 έως τον θάνατό του το 1939, υποστήριξε σταθερά την άποψη ότι υπάρχουν ένστικτα θανάτου και ότι αυτά αποτελούν γνώρισμα του ανθρώπινου είδους. Σε αντίθεση με άλλες βασικές έννοιες της Φροϋδικής θεωρίας (ασυνείδητο, Οιδιπόδειο Σύμπλεγμα, ψυχαναγκασμός στην επανάληψη κ.τ.λ.) αυτή η συγκεκριμένη – η ύπαρξη ενστίκτων θανάτου – δεν έγινε αποδεκτή από το σύνολο των Ψυχαναλυτών. Κανείς όμως από τους θεωρητικούς της Ψυχανάλυσης δεν αμφισβήτησε την ύπαρξη μιας – αδρά – ταυτόσημης έννοιας, αυτής των επιθετικών-καταστροφικών ενορμήσεων.

Ίσως η αποδοχή της ύπαρξης των ενστίκτων θανάτου, να δημιουργεί σοβαρό ναρκισσιστικό πλήγμα για το ανθρώπινο είδος. Ίσως πάλι, να γεννά ηττοπάθεια η οποία είναι σε πλήρη αντίθεση με την δύναμη και την αισιοδοξία που απαιτεί κάθε μορφή Ψυχοθεραπείας, ακόμη και αυτή της απλής Ψυχολογικής βοήθειας, πόσο μάλλον της Ψυχαναλυτικής Ψυχοθεραπείας. Η πιο προκλητική και ταυτόχρονα βαθυστόχαστη διατύπωση για την αναγκαιότητα της αισιόδοξης τοποθέτησης του θεραπευτή απέναντι στον θεραπευόμενό του, ανήκει στον R. Diatkine ο οποίος έλεγε σχετικά, ότι, ο Ψυχαναλυτής πρέπει να είναι αισιόδοξος πέρα από τα όρια, εκτός πραγματικότητας.

Τις ενορμήσεις, ως γνωστόν, τις χαρακτηρίζει μια μεγάλη πλαστικότητα. Μεταβάλλονται συνεχώς ως προς τον σκοπό και ως προς το αντικείμενο που επενδύουν. Άλλοτε η επιθετικότητα εκφράζεται με την μορφή καταστροφής, μερικής ή ολικής. Άλλοτε αντίθετα, γίνεται γόνιμη δραστηριότητα. Άλλοτε η επιθετική-καταστροφική ενόρμηση στρέφεται προς τους άλλους και άλλοτε προς το ίδιο το υποκείμενο. Πάλι είτε μερικά είτε ολικά.

1.5 Διαπλοκή Ενορμήσεων

Ίσως είναι το πιο ενδιαφέρον κομμάτι στη μελέτη των ενορμήσεων.

Ποτέ οι ενορμήσεις της ζωής, ή οι επιθετικές-καταστροφικές ενορμήσεις δεν εκδηλώνονται ανεξάρτητα ή αυτόνομα, οι μεν από τις δε. Σε κάθε έκφραση της ανθρώπινης συμπεριφοράς υπάρχει πάντα ένα μείγμα και των δύο. Άλλωστε λέγεται σταθερά ότι το ρόδο και το αγκάθι είναι πάντοτε μαζί. Από τον πρώτο χρόνο της ζωής του παιδιού θα εκδηλωθεί αυτή η διαπλοκή, η εναρμόνιση θα μπορούσαμε να πούμε : το βρέφος θηλάζει, επενδύει με το ένστικτο της ζωής το μαστό, τη θηλή και συγχρόνως ``επιτίθεται``, την δαγκώνει.

Στα παιδιά και τους ενήλικες μπορούν να αναφερθούν κλασικά παραδείγματα μορφών διαπλοκής που αποτελούν έκφραση της ανθρώπινης αμφιθυμίας, όπως :

- Τα έντονα, θετικά και αρνητικά συναισθήματα, του παιδιού προς τον γονέα του ίδιου φύλου. Συναισθήματα που ενίοτε φτάνουν στην ανάγκη μιας συμβιωτικής, συγκυτιακής ενότητας με αυτόν, ενώ ταυτόχρονα μπορεί να υπάρχουν ευχές θανάτου για αυτόν τον ίδιο γονέα.
- Η αγάπη και το μίσος, συγχρόνως, ανάμεσα στα αδέλφια.
- Τα γεμάτα γοητεία μικρά δαγκώματα κατά την διάρκεια της σεξουαλικής πράξης, στις ερωτικές σχέσεις των εφήβων και των ενηλίκων.

Αυτή η διαπλοκή, δεν είναι δυνατόν να μην υπάρχει, με δραματική μορφή, μέσα στο, γεμάτο διλήμματα, πρόβλημα της ευθανασίας. Και από το μέρος του θεραπευτή αλλά και από αυτό του θεραπευόμενου.

1.6 Η Έννοια του όρου ‘Ευθανασία’

Ä Ευαγγέλου Ιάσων, Το πρόβλημα της ευθανασίας:

«Ευθανασία (ευ-θάνατος) είναι η πρόκληση ανώδυνου σωματικά και ψυχικά θανάτου από ευσπλαχνία σε ανθρώπους που βρίσκονται στο τελικό στάδιο κάποιας ανιάτης αρρώστιας ή βαρύτατου τραυματισμού ή οξείας δηλητηρίασης με σκοπό τη λύτρωση τους και ύστερα από προσωπική τους επιθυμία. Βασικό κίνητρο στην πράξη αυτή θεωρείται ο οίκτος, η αγάπη και ο σεβασμός στην αξιοπρέπεια του ανθρώπου».

Ä Ανδρουλάκης Νικόλαος, Ποινικόν Δίκαιον-Ειδικόν Μέρος:

«Ευθανασία είναι η σύντμηση της επιθανατίου αγωνίας ενός επωδύνως θνήσκοντος».

Ä Γενική Εγκυκλοπαίδεια Σύγχρονων Γνώσεων Υδρία Cambridge Ηλιος :

Ευθανασία : «ο δια τεχνητών μέσων ανώδυνος τερματισμός της ζωής, συνήθως από λόγους ευσπλαχνίας, για την απαλλαγή από χρόνιους πόνους ή ταλαιπωρία».

Ä Κουτσελίνη Αντ. Μιχαλοδημητράκη Μαν., Ιατρική Ευθύνη-Γενικά και Ειδικά Θέματα ιατρικής αμέλειας και ιατρικής ευθύνης:

«Με τον όρο ευθανασία νοούμε ενταύθα την τεχνητή ευθανασία, όταν δηλονότι δια τεχνικών μέσων και κατά κανόνα ανωδύνως επιταχύνωμεν τον θάνατον ενός ανιάτως πάσχοντος και δεινώς υπό αλγηδόνων τυραννουμένου»

Ä Καίσαρης Παναγιώτης, Περί ευθανασίας:

«Το πιο αμφισβητούμενο θέμα στη νομική επιστήμη είναι το ζήτημα της ευθανασίας. Με τον όρο « ευθανασία» δεν εννοούμε γενικά την αφαίρεση ανθρώπινης ζωής, αλλά την περίπτωση που απλώς επιταχύνουμε το θάνατο κάποιου ανθρώπου ο οποίος με επιστημονική βεβαιότητα θα υποκύψει στο μοιραίο, για να απαλλαγεί από το μαρτύριο του επιθανατίου πόνου και της

αγωνίας. Επομένως η ευθανασία δεν είναι αυτοκτονία, η οποία είναι ποινικά αδιάφορη και δεν αποτελεί για τον τρίτο συμμετοχή στην αυτοκτονία άλλου, αλλά είναι αυστηρά καταδικαστέα μόνο από θρησκευτική άποψη».

Ä Πάπυρος Λαρούς, Γενική Εγκυκλοπαίδεια :

«Κατά την ιατρική, «ευθανασία» είναι μέθοδος πρόκλησης του θανάτου χωρίς οδυνηρά συμπτώματα, προς συντόμευση της αγωνίας και μοιραίας έκβασης νόσου ή και προς εκτέλεση επιδιώξεων που καθορίζονται από την πολιτεία (ποινή θανάτου-ευγονική νομοθεσία).»

Η ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΔΙΑ ΤΗΝ ΙΣΤΟΡΙΑ

2.1 Αρχαία Ελλάδα :

Ο όρος ευθανασία (ρήμα ευθανατώ) συναντάται στην αρχαία Ελλάδα και σημαίνει τον εύκολο, τον ευτυχή, τον ήπιο, τον ήρεμο, τον ανώδυνο, αλλά και ιδιαίτερα τον ένδοξο θάνατο. Στην αρχαία Ελλάδα δια λόγους ευγονίας, αλλά και οίκτου προς τους πάσχοντες, η ευθανασία ήταν συχνή (και επιβεβλημένη από την πολιτεία). Βρέφη, παιδιά, ενήλικες και γέροι με χρόνια ανίατα νοσήματα δεν είχαν θέση στην οικογένεια πολλών πολιτών. Ο θάνατος (ανώδυνος ή οδυνηρός) ήταν συχνά η λύση του δράματος. Είναι χαρακτηριστικά τα χωρία 407, 410 από το Γ' βιβλίο της Πολιτείας, όπου ο Πλάτων γράφει πως όσοι πολίτες δεν έχουν υγιή σώματα και υγιείς ψυχές πρέπει να τους αφήνουν να πεθαίνουν. Προτείνει δηλαδή ο Πλάτων ευθανασία για κοινωνικούς κυρίως λόγους, αφού ο θάνατος του επιβλαβούς για την πόλη πολίτη δικαιώνεται από την ευημερία των υπολοίπων που η παρουσία του θα στερούσε, αλλά και από την ανακούφιση του ίδιου.

Αντιδρά, επίσης, στην χάρη στα επιτεύγματα της ιατρικής-ανούσια παράταση της ζωής, για οποιοδήποτε λόγο και αν συμβαίνει αυτή. Κατ' αυτόν, η ιατρική πρέπει να συμβάλει στην αναβάθμιση της ποιότητας της ζωής του ανθρώπου καθώς και της ζωής της πόλης. Χρονική παράταση της ανθρώπινης ζωής, όταν το αδυσώπητο κάλεσμα του θανάτου έχει ακουστεί, είναι ανούσια: : «... τα δ' είσω διά παντός νενοσηκότα σώματα ουκ επιχειρείν διαίταις κατά σμικρόν απαντλούντα και επιχέοντα μικρόν και κακόν βίου ανθρώπω ποιείν και έκγονα αυτών, ως το εικόσ, έτερα τοιαύτα φυτεύειν, αλλά τον μη δυνάμενον εν τη καθεστηκυία περιόδω ζην μη οίεσθαι δειν θεραπεύειν, ως ούτε αυτώ τούτε πόλει λυσιτελή»(Πλάτωνος Πολιτεία, βιβλ. Γ', 407d). «Ουκούν και ιατρικήν οίαν είπομεν, μετά της τοιαύτης δικαστικής κατά πόλιν νομοθετήσεις, αι των

πολιτών σοι τους μεν ευφυείς τα σώματα και τα ψυχάς θεραπεύσουσι, τους δε μη, όσοι μεν κατά σώμα τοιούτοι, αποθνήσκουν εάσουσιν, τους δε κατά την ψυχήν κακοφυείς και ανιάτους αυτοί αποκτενούσιν; Το γουν άριστον, έφη, αυτοίς τε τοις πάσχουσιν και τη πόλει ούτω πέφανται». Στο βάραθρο του Καιάδα, στη Λακωνία, οι Σπαρτιάτες ρίχνανε συνήθως τους κακούργους και τους αιχμαλώτους πολέμου. Συχνά όμως ρίχνανε και τα άρρωστα και ανάπηρα βρέφη ή και ηλικιωμένους με χρόνια ανιάτα νοσήματα στον Καιάδα αλλά και στον Ευρώτα. Κατά τον *Στράβωνα* «Καιάδας εκαλείτο το παρά Λακεδαιμονίοις δεσμοτήριον και σπήλαιον». Ο Πανσανίας το περιγράφει ως βαθύ βάραθρον. Εδώ κατακρημνίστηκαν πενήντα αιχμάλωτοι Μεσσηνίων με τον Αριστομένη. Η βρεφοκτονία των ανάπηρων βρεφών θεωρούνταν μια κοινωνική υποχρέωση, αλλά είχε και κάποιο μαγικό χαρακτήρα για την καταπολέμηση του κακού. Ως κοινωνική πράξη αποσκοπούσε στο συμφέρον των άτυχων βρεφών, των οικογενειών τους και της πολιτείας. Ο Πλούταρχος μας πληροφορεί σχετικά, πως το νεογέννητο το έφερνε ο γονιός στους πρεσβύτερους της φυλής, που το εξέταζαν, κι αν το έβρισκαν υγιές και δυνατό έδιναν εντολή να το θρέψει ο γονιός και του χορηγούσαν κλήρο γης, αν όμως το βρίσκανε δυσπλαστικό και άρρωστο, το στέλνανε σ' ένα βάραθρο του Ταΰγετου, που ονομαζόταν «Αποθέτες»: «Το δε γεννηθέν ουκ ην κύριος ο γεννήσας τρέφειν, αλλ' έφερε λαβών εις τόπον τινά λέσχην καλούμενον, εν ω καθήμενοι των φυλετών οι πρεσβύτεροι καταμαθόντες το παιδάριον, ει μεν ευπαγές είη και ρωμαλέον, τρέφειν εκέλευον, κλήρον αυτώ των ενακισχιλίων προσνείμαντες· ει δ' αγεννές και άμορφον, απέπεμπον εις τας λεγομένας Αποθέτας, παρά τον Ταΰγετον βαραθρόδη τόπον, ως ούτ' αυτώ ζην άμεινον ούτε τη πόλει το μη καλώς ευθύς εξ αρχής προς ευεξίαν και ρώμην πεφυκός» (Λυκούργος 16).

Πολλοί φιλόσοφοι και ιδίως οι στωικοί υπήρξαν θιασώτες της ευθανασίας. Στους ρωμαϊκούς χρόνους «ευθανατούν» οι στωικοί σοφοί συνήθως με την αυτοκτονία (και κυρίως στη γεροντική ηλικία). Αναφέρονται πολλά ονόματα: Κλεάνθης, Ζήνων, Κάτων, Σενέκας κ.ά. Ο Βαλέριος Μάξιμος αφηγείται ότι στη

Μασσαλία ειδικό κέντρο διατηρούσε ένα δηλητηριώδες ποτό σαν το κώνειο, που το χορηγούσε σε όσους ανίατους αρρώστους ήθελαν να τερματίσουν ανώδυνα τη ζωή τους (αφού περνούσαν από έλεγχο από τη γερουσία της πόλης). Οι στωικοί μπορούσαν ν' αυτοκτονήσουν για ν' αποφύγουν βασανιστικούς πόνους από τραύματα ή ανίατη αρρώστια, για να γλιτώσουν από αναπηρία, για να διασώσουν την τιμή τους στην αιχμαλωσία, σε περιπτώσεις αφόρητης φτώχειας, ψυχασθένειας κ.λπ. Γενικά το πνεύμα απαισιοδοξίας των στωικών βοηθούσε την εύκολη αποδοχή της ευθανασίας σε περιπτώσεις ατυχημάτων του βίου.

2.2 Μεσαίωνας :

Στα χρόνια που ακολούθησαν οι ιστορικές συνθήκες και οι μεταβολές στην ανθρώπινη ζωή απέσπασαν το ενδιαφέρον από το τέλος της ζωής, το οποίο θεωρήθηκε αποκλειστικά έργο του Θεού, και το έστρεψαν στον τρόπο ζωής. Η έννοια του θανάτου εμπλουτίστηκε με πολυάριθμες προσκτήσεις, ανθρωποποιήθηκε εν πολλοίς, και έτσι από απαραίτητο στάδιο της ζωής, όπως ήταν για τους αρχαίους Έλληνες, αναδύθηκε από το συλλογικό υποσυνείδητο η αρχετυπική εικόνα του μαύρου καβαλάρη ή του θεριστή στην Δύση, εικόνες άσχετες με την παρακαταθήκη του Ελληνισμού, οι οποίες υποδηλώνουν την διαφορά στάσης των εποχών και των λαών απέναντι στον θάνατο. Αυτό που κάποτε ήταν αναπόσπαστο -και σε καμία περίπτωση τελευταίο-στάδιο της ζωής ή ευκαιρία για παγίωση και καθιέρωση στην ιστορική αξιολογική ιεραρχία της κοινωνίας, τώρα είναι ξένο στην αρχή και αργότερα, με την επανάσταση στην ιατρική, εχθρικό. Ο καθολικισμός κατέστησε απαγορευμένο το τελευταίο καταφύγιο μιας υπερήφανης ή για άλλους δειλής ψυχής: την αυτοκτονία. Σε μια εποχή λοιπόν που η ζωή ατενίζεται ως απόλυτο αγαθό, ως θείο δώρο, και η αμφισβήτησή της θίγει ευθέως τον δότη της, καμία θέση δεν υπάρχει για ιδέες όπως η ευθανασία.

2.3 Νεότεροι χρόνοι :

Στους νεότερους χρόνους, αρκετοί φιλόσοφοι και γιατροί τάσσονται υπέρ της ευθανασίας, με την προϋπόθεση της συγκατάθεσης του αρρώστου. Ο *Thomas Moore* (Αγγλος φιλόσοφος και κοινωνιολόγος 1478 - 1545) στο ονομαστό έργο του «*Utopia*» εξαιρεί τον ανθρωπιστικό ρόλο της ευθανασίας στους ανίατους αρρώστους που πονούν. Προτείνει μάλιστα την αποχή απ' την τροφή ή τη χρησιμοποίηση υπνωτικού ποτού: «Όταν εκτός από αθεράπευτη, η ασθένεια προκαλεί και ασταμάτητο βασανιστικό πόνο, μερικοί ιερείς και αξιωματούχοι επισκέπτονται τον άρρωστο και του λένε τα εξής περίπου: 'Ας δούμε τα πράγματα όπως είναι. Ποτέ δεν θα μπορέσεις να ζήσεις φυσιολογικά. Φέρνεις μονάχα ενόχληση στους άλλους και βάρος στον εαυτό σου-στην πραγματικότητα ζείς μια μεταθανάτια ζωή. Γι αυτό, γιατί να συνεχίσεις να τρέφεις το μικρόβιο; Εφ' όσον η ζωή σου είναι βασανιστική, γιατί διστάζεις να πεθάνεις;' Εάν ο άρρωστος βρει τα επιχειρήματα αυτά πειστικά, είτε δεν τρώει μέχρι να πεθάνει, είτε του δίνουνε υπνωτικό και βάζουν ανώδυνο τέλος στα βάσανά του».

Ο άγγλος φιλόσοφος, πολιτικός και νομικός *Francis Bacon* (1561 - 1626) μεταφέρει στην αγγλική γλώσσα αυτούσια την ελληνική λέξη για να δηλώσει την επίσπευση του θανάτου με σκοπό την αποφυγή του σωματικού πόνου ή τον τερματισμό μιας γεμάτης βάσανα και δυστυχία ζωής. Ο Bacon διαχωρίζει την ευθανασία σε «εξωτερική ευθανασία» (*euthanasia exterior*) που αφορά τις ενέργειες του γιατρού, και σε «εσωτερική ευθανασία» (*euthanasia interior*) που αφορά την ψυχική προετοιμασία του ετοιμοθάνατου για ν' αντιμετωπίσει με σθένος και γαλήνη το μοιραίο. Ο ίδιος είναι υπέρμαχος της, αφού υποστηρίζει πως έργο της ιατρικής είναι η αποκατάσταση της υγείας και η καταπράυνση των πόνων του ασθενούς. Η καταπράυνση αυτή έχει αξία όχι μόνον όταν οδηγεί στην ίαση, αλλά και όταν χρησιμεύει εις την παροχή ενός θανάτου γαλήνιου και εύκολου.

Ο *Maurice Maeterlinck* (Βέλγος νομπελίστας λογοτέχνης 1862 - 1949) στο βιβλίο του «Ο θάνατος», γράφει: «Εύχομαι να έλθει σύντομα η ημέρα που ο γιατρός θα πάψει να θεωρεί καθήκον του να παρατείνει όσο το δυνατόν τους σπασμούς της απελπιστικής αγωνίας του μελλοθανάτου. Να επαναστατήσει η επιστήμη κατά της πλάνης αυτής και να τη θεωρούν οι άνθρωποι που θα έλθουν ως μια βάρβαρη πρόληψη που ευτυχώς πέρασε».

2.4 Ναζιστική Γερμανία :

Η επάνοδος του θέματος στο προσκήνιο ύστερα από τον 19 αιώνα, τον αιώνα του ανθρωπισμού, ήταν αναμενόμενη. Το περιεχόμενο όμως και η μορφή που πήρε ήταν απροσδόκητο όσο και αποκρουστικό. Το 1920 οι *Alfred Hoche*, καθηγητής Ψυχιατρικής στο Freiburg, και ο *Karl Binding*, καθηγητής νομικής στη Λειψία, εξέδωσαν μια μελέτη σχετικά με την παύση της ζωής του ασθενούς κατόπιν απαίτησης αυτού. Υποστήριξαν πως ασθενείς που ζητούσαν υποβοήθηση προς θάνατον θα έπρεπε, κάτω από κάποιες πολύ προσεκτικά ηλεγμένες συνθήκες, να μπορούν να την λάβουν από κάποιον γιατρό. Η βοήθεια αυτή ήταν, κατά τους δυο επιστήμονες, σύμφωνη με την ιατρική ηθική και κυρίως μια λύση γεμάτη συμπόνια σε ένα επώδυνο πρόβλημα. Η συμπόνια αυτή δεν θα έπρεπε όμως να περιοριστεί κατά τους συγγραφείς στους εθελοντές, αλλά και στα «άδεια κελύφη ανθρωπίνων όντων», όπως οι με εγκεφαλική βλάβη ασθενείς, οι τρόφιμοι ψυχιατρείου και οι διανοητικώς καθυστερημένοι, εάν βέβαια με επιστημονικά κριτήρια μπορούσε να αποδειχθεί «μη δυνατότητα βελτίωσης ενός ψυχικά νεκρού ατόμου». Τα κέρδη για την κοινωνία θα ήταν μεγάλα, υποστήριξαν, εάν η οικονομική ενίσχυση που κατευθυνόταν στην διατήρηση και φροντίδα «ασήμαντης ζωής» διοχετευόταν σε αυτούς που πραγματικά την χρειάζονταν, τους κοινωνικά και ψυχοσωματικά υγιείς. Μια δημοσκόπηση το 1920 αποκάλυψε πως το 73% των γονέων και κηδεμόνων βαρέως αναπήρων παιδιών θα επικροτούσαν τον τερματισμό της ζωής σε παιδιά όπως τα δικά τους, βέβαια από ειδικευμένο ιατρικό προσωπικό.

Το υπουργείο δικαιοσύνης περιέγραψε την πρόταση ως «επιτρέπουσα στους γιατρούς να τερματίσουν το μαρτύριο ανιάτως ασθενών, ύστερα από δική τους αίτηση, σύμφωνα με τις απαιτήσεις του αληθούς ανθρωπισμού». Η πρώτη γνωστή περίπτωση εφαρμογής της παραπάνω θέσης είναι αυτή του βρέφους Knauer, του οποίου την ευθανασία ζήτησε ο ίδιος ο πατέρας του από τον Αδόλφο Χίτλερ επειδή γεννήθηκε τυφλό, διανοητικά καθυστερημένο και σωματικά όχι άρτιο. Σίγουρα στην κατάσταση αυτή θα ήταν καλύτερος ο θάνατος για το βρέφος, υποστήριξε ο πατέρας, και ο Χίτλερ, αφού συμβουλευτήκε τον προσωπικό του γιατρό, τον Karl Brandt, έκανε δεχτή την έκκληση του πατέρα. Τους αμέσως επόμενους μήνες σχηματίστηκε μια επιτροπή με σκοπό να καθιερώσει πρακτικές μεθόδους με τις οποίες θα «εδωρίζετο» ο θάνατος σε ανθρώπους που δεν είχαν προοπτικές «εύλογης» ζωής. Στο νοσοκομείο Eglfing- Haar ως μέσο χρησιμοποιήθηκε η πείνα ενώ σε άλλα η έλλειψη θέρμανσης. Όταν ο *Hermann Pfannmuller* δημιούργησε «Hungerhauser» για γέροντες, η ευθανασία στην Γερμανία αποτελούσε ήδη υπόθεση ιατρικής ρουτίνας.

Η τακτική της ναζιστικής Γερμανίας απέναντι στους Εβραίους, τους ομοφυλόφιλους και άλλες «μη εύλογα ζώσες» κατηγορίες πληθυσμού βασίστηκε στην παραπάνω προγενέστερη τακτική, πράγμα που οι επικριτές της ευθανασίας δεν χάνουν ευκαιρία να τονίσουν. Πράγματι, μέχρι το ξέσπασμα του δευτέρου παγκοσμίου πολέμου 300.000 άτομα θανατώθηκαν στην Γερμανία με την θέλησή τους ή χωρίς, πάντοτε για ανθρωπιστικούς λόγους, εκ των οποίων το ήμισυ αποτελούσαν παιδιά. Ανεξάρτητα από το εάν κάποιος τάσσεται υπέρ ή κατά της ευθανασίας, δεν μπορεί παρά να δεχθεί πως η αποδοχή και η χρήση τέτοιων πρακτικών προετοίμασε άριστα την κοινή τουλάχιστον γνώμη να δεχθεί πως για κάποιους ανθρώπους η ζωή αποτελεί βάρος από το οποίο η απαλλαγή τους θα αποτελούσε έσχατη ένδειξη ανθρωπισμού. Βέβαια πολλές φορές οι άνθρωποι αυτοί σαφώς εξεδήλωναν την θέλησή τους για ζωή. Αυτό όμως δεν ήταν παρά μια ακόμη ένδειξη της

βαρύτητας της κατάστασής τους, αφού δεν μπορούσαν καν να συνειδητοποιήσουν πόσο ευεργετικός θα ήταν για αυτούς ο θάνατος. Η μαζική, αργή και βασανιστική πολλές φορές δολοφονία επτά περίπου εκατομμυρίων ανθρώπων ονομάστηκε από τον γερμανικό ναζισμό ευθανασία. Καλός θάνατος, δηλαδή, είτε για το άτομο, είτε για την κοινωνία, ή και για τους δυο. Η θέση αυτή υποστηρίχθηκε μέχρι τέλους. Ο Brandt στην κατάθεσή του κατά την δίκη του στην Νυρεμβέργη επέμεινε:

«Το κίνητρο ήταν η επιθυμία να βοηθηθούν άτομα που δεν μπορούσαν να βοηθήσουν τον εαυτό τους και η επιμήκυνση της ζωής τους τους προκαλούσε βασανισμό...ποτέ δεν θέλησα ή πίστευσα πως κάνω τίποτα παραπάνω από το να συντομεύσω την μαρτυρική ύπαρξη τέτοιων δυστυχημένων όντων». Η μόνη του αναστολή προέρχονταν από το γεγονός πως οι θάνατοι αυτοί προκάλεσαν πόνο στους συγγενείς των νεκρών. Ήταν όμως βέβαιος πως ο χρόνος έχει δείξει και σε αυτούς ακόμη πως οι αποδέκτες ευθανασίας «βρήκαν μια ευχάριστη ανακούφιση από το μαρτύριο τους»

Πολλοί στα λόγια αυτά έσπευσαν να βρουν την άγρια λάμψη του νιτσεικού λυκόφωτος, της καταδίκης από τον αλληγορικό φιλόσοφο των «παρασίτων της κοινωνίας, των αρρώστων... που έχουν χάσει την ζωή του μέλλοντος». Πιθανότατα βέβαια τα λόγια αυτά είχαν γραφεί για τους ίδιους.

Αξίζει σε αυτό το σημείο να αναφέρουμε ορισμένα σημαντικά γεγονότα - σταθμοί στην ιστορία της ευθανασίας στον 20ο αιώνα.

1906: Σχέδιο νόμου για την εθελοντική ευθανασία στην πολιτεία του Οχάιο.

1920: Εκδίδεται στη Γερμανία το βιβλίο "Απελευθέρωση της Καταστροφής των Ζωών Ανευ Αξίας", το οποίο στη συνέχεια αποτελεί την ιδεολογική βάση των ναζί για την ακούσια ευθανασία διαφόρων ομάδων.

1935: Ιδρύεται στην Αγγλία η Εταιρεία για την Εθελοντική Ευθανασία.

1936: Ο βασιλιάς Γεώργιος Ε', ο οποίος έπασχε από ανίατη μορφή καρκίνου, υποβάλλεται σε ευθανασία με μια υψηλή δόση μορφίνης.

1937: Οι νομοθέτες της Νεμπράσκα καταψηφίζουν σχέδιο νόμου που θα

επέτρεπε την ενεργό ευθανασία στις ΗΠΑ.

1938: Ιδρύεται η Εταιρεία Ευθανασίας των ΗΠΑ στη Νέα Υόρκη.

1939: Οι νομοθέτες της Νέας Υόρκης απορρίπτουν νομοσχέδιο που θα νομιμοποιούσε την πρακτική στις ΗΠΑ.

1949: Η πρώτη υπόθεση ευθανασίας στην Ιαπωνία.

Μία ημιπαράλυτη Κορεάτισσα χάνει κάθε ελπίδα να επιστρέψει στην πατρίδα της. Η γυναίκα παθαίνει κατάθλιψη και ο γιος της της χορηγεί ποτάσα για να τερματίσει την οδύνη της. Κατηγορείται για φόνο και καταδικάζεται σε φυλάκιση ενός έτους με διετή αναστολή.

1962: Το Ανώτατο Δικαστήριο της Ιαπωνίας νομιμοποιεί την ενεργό ευθανασία, εφόσον ικανοποιούνται έξι κριτήρια.

1969: Σχετικό νομοσχέδιο για την εθελοντική ευθανασία απορρίπτεται από τη Βουλή των Λόρδων στη Βρετανία.

1973: Σύλλογοι που υποστηρίζουν την εθελοντική ευθανασία ιδρύονται στην Ολλανδία.

1976: Σύλλογοι που υποστηρίζουν την εθελοντική ευθανασία ιδρύονται και στην Ιαπωνία και τη Γερμανία.

1976: Το Ανώτατο Δικαστήριο του Νιου Τζέρσι αποφαινεται ότι η Κάρεν Αν Κούνλιν, η οποία βρισκόταν σε κωματώδη κατάσταση, είχε δικαίωμα μέσω της οικογένειάς της να αρνηθεί θεραπεία που θα τη διατηρούσε εν ζωή.

1978: Δημοσιεύεται στο Λονδίνο το βιβλίο του Ντέρεκ Χάμφρι " Ο δρόμος της Τζιν . Ο συγγραφέας περιγράφει πώς βοήθησε τη γυναίκα του, η οποία έπασχε από ανίατη μορφή καρκίνου, να τερματίσει τη ζωή της.

1980: Ο Σύλλογος για την εθελοντική ευθανασία στη Σκοτία δημοσιεύει ένα εγχειρίδιο αυτοκτονίας με τίτλο " Πώς να πεθάνεις με αξιοπρέπεια ".

1981: Δικαστήριο στο Ρότερνταμ προσδιορίζει σε ποιες περιπτώσεις δεν θα διώκεται η ενεργός και η παθητική ευθανασία.

1983: Ο υπουργός Δικαιοσύνης της Βρετανίας αποτυγχάνει να παρεμποδίσει τη διανομή του βιβλίου " Πώς να πεθάνεις με αξιοπρέπεια ".

- 1984: Το Ανώτατο Δικαστήριο της Ολλανδίας εγκρίνει την εθελοντική ευθανασία υπό όρους.
- 1990: Η Γερουσία των ΗΠΑ υποχρεώνει τα νοσοκομεία να αποδέχονται την έγγραφη έγκριση ασθενών που επιθυμούν να υποβληθούν σε ευθανασία.
- 1991: Καταψηφίζεται με ισχυρή πλειοψηφία νομοσχέδιο στην πολιτεία της Ουάσινγκτον που θα επέτρεπε την εθελοντική ευθανασία.
- 1992: Ο Βρετανικός Ιατρικός Σύλλογος ανακοινώνει ότι υποστηρίζει την έγγραφη έγκριση ασθενών που επιθυμούν να υποβληθούν σε ευθανασία.
- 1993: Η Ολλανδία διευρύνει την πολιτική ανοχής σε περιπτώσεις ευθανασίας, αλλά δεν νομιμοποιεί την πρακτική.
- 1994: Νόμος του Όρεγκον επιτρέπει στους ιατρούς να χρησιμοποιούν θανατηφόρες ενέσεις, αλλά δεν τίθεται ποτέ σε ισχύ.
- 1994: Εκπρόσωποι της κινεζικής Εθνοσυνέλευσης προτείνουν τη νομιμοποίηση της ευθανασίας.
- 1995: Στην Αυστραλία ψηφίζεται νόμος για τα δικαιώματα όσων βρίσκονται στο τελικό στάδιο ασθένειας, βάσει του οποίου επιτρέπεται η ενεργός ευθανασία υπό προϋποθέσεις.
- 1995: Το θέμα επανέρχεται στην Εθνοσυνέλευση της Κίνας με αφορμή τη φυλάκιση ενός άνδρα που βοήθησε την πάσχουσα από ανίατη ασθένεια σύντροφό του να αυτοκτονήσει.
- 1995: Η Σιγκαπούρη θεσπίζει νόμο που εγγυάται το δικαίωμα στο θάνατο. Δεν νομιμοποιεί την πρακτική αλλά δίνει την επιλογή σε όσους πάσχουν από ανίατη αρρώστια να ζητήσουν εγγράφως να υποβληθούν σε ευθανασία.
- 1996: Γερουσιαστής στις Φιλιππίνες προτείνει τη νομιμοποίηση της ευθανασίας πρεσβεύοντας ότι πρόκειται για δικαίωμα του ατόμου και όχι του κράτους. Η πρότασή του τυγχάνει ευρείας αποδοχής στο Κοινοβούλιο.
- 1996: Εφετείο του Όρεγκον κρίνει αντισυνταγματικό το νόμο που επιτρέπει την παθητική ευθανασία.
- 1997: Η Γερουσία της Αυστραλίας ανατρέπει το σχετικό νόμο που είχε ψηφιστεί τρία χρόνια νωρίτερα.

1997: Η Κολομβία νομιμοποιεί την ευθανασία για τους ασθενείς στο τελικό στάδιο, εφόσον έχουν οι ίδιοι δώσει σχετική έγκριση.

1999: Ο δρ. Τζακ Κεβόρκιαν καταδικάζεται σε κάθειρξη 15 έως 20 ετών για το ρόλο του σε θάνατο ασθενή που έπασχε από τη νόσο του Λου Γκέρινγκ, κάτι που μεταδόθηκε από το εθνικό τηλεοπτικό δίκτυο.

2000: Η Εθνική Επιτροπή Ηθικής της Γαλλίας εξακολουθεί να αντιτίθεται στην ευθανασία αλλά αναγνωρίζει ότι, πιθανώς, είναι αποδεκτή σε εξαιρετικές περιπτώσεις.

2001: Ελεύθερη δια νόμου η ευθανασία στην Ολλανδία.

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΜΟΡΦΩΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

3.1 Ενεργητική ευθανασία

Η ενεργητική ευθανασία είναι μια εσκεμμένη ενέργεια με ανάθεση ή ανάληψη από κάποιον άλλον της πράξης του τερματισμού της ζωής ενός προσώπου. Η ενεργητική ευθανασία χωρίζεται σε ακούσια και εκούσια.

- *Εκούσια ευθανασία:* είναι εκείνη η οποία εφαρμόζεται σε ένα πρόσωπο το οποίο επιθυμεί να θέσει τέλος στη ζωή του. Η εκούσια ευθανασία γίνεται: α) με τη λήψη, από το ίδιο το άτομο που επιθυμεί να ευθανατωθεί, θανατηφόρας δόσεως μιας κάποιας ουσίας (ευθανασία δι' αυτοκτονίας) ή β) με τη χορήγησή της σε κάποιον του τη ζητεί – συνήθως από ένα γιατρό – σαν ένα είδος βοήθειας.
- *Ακούσια ευθανασία:* είναι αυτή η οποία προσφέρεται από συγγενή ή φίλο ή από γιατρό, για να τεθεί τέρμα στη ζωή κάποιου που υποφέρει ή έχει καταστήσει "φυτό", χωρίς να διαφαίνεται ελπίδα αποκατάστασεως, χωρίς να λαμβάνεται ή να μπορεί να ληφθεί η σύμφωνη γνώμη του ασθενούς. Η ακούσια ευθανασία (involuntary euthanasia) αφορά δύο περιόδους της ζωής του ανθρώπου (νεογνική – γεροντική) και μπορεί να είναι ενεργητική (θετική – άμεση) ή παθητική (αρνητική – έμμεση).
- *Ηθελημένη για ψυχολογικούς ή ψυχιατρικούς λόγους, ευθανασία:* πρόκειται για ευθανασία ακόμα και για μία κατάθλιψη ή άλλες ψυχικές ασθένειες. Υπήρξε παρόμοια διάταξη για αυτό το είδος της ευθανασίας η οποία όμως απορρίφθηκε από το Ανώτατο Δικαστήριο της Ολλανδίας με το αιτιολογικό ότι δεν υπήρχε το στοιχείο της ανίατης σωματικής νόσου.

3.2 Παθητική ευθανασία

Λέγοντας παθητική ευθανασία εννοούμε την ηθελημένη διακοπή ή παράληψη μιας θεραπευτικής αγωγής (οροί, φάρμακα, μηχανήματα υποστήριξης βασικών λειτουργιών της ζωής), η εφαρμογή της οποίας θα είχε ως συνέπεια την παράταση της ζωής του ασθενή, ο οποίος είναι καταδικασμένος. Με τη διακοπή ή παράληψη εφαρμογής μιας θεραπευτικής αγωγής, η μοιραία ασθένεια απλώς αφήνεται ανεμπόδιστη να ακολουθήσει την πορεία της.

3.3 Ευθανασία δια της μη ανανήψεως

Για αυτό το είδος της ευθανασίας ο ενδιαφερόμενος υπογράφει στο φάκελο του ιστορικού της ασθένειάς του, ένα έντυπο, σύμφωνα με το οποίο, σε περίπτωση που περιέλθει σε κατάσταση τέτοια που η επάνοδος της ζωής θα ήταν εκείνη ενός "φυτού" ή στην περίπτωση που προσβληθεί από κάποια ανίατη ασθένεια, δεν επιθυμεί την δια τεχνικών μέσων άσκοπη παράταση της ζωής του.

Συμβαίνει, όμως, σε πολλές περιπτώσεις να μην ενημερώνεται ο άρρωστος επακριβώς για τα χαρτιά που υπογράφει όταν μπαίνει στο νοσοκομείο, υπό το βάρος κάποιας αρρώστιας ή να μην γνωρίζει τις επιδράσεις της στην ψυχική ή διανοητική του κατάσταση, που μπορεί να επηρεάζονται και από τυχόν χορηγηθέντα στο μεταξύ φάρμακα. Και ενδέχεται με την βελτίωση της κατάστασής του, να μην θυμάται τίποτα για κάποιο τέτοιο χαρτί που υπέγραψε στη "ζαλάδα" της διαδικασίας της εισαγωγής.

Από την άλλη, υπάρχει η πιθανότητα να μην είναι ο ασθενής πλήρως ενημερωμένος για την σοβαρότητα ή μη της κατάστασής του, όταν από τους θεράποντες ιατρούς κρίνεται ότι δεν είναι σε θέση να σηκώσει το βάρος μιας αποκαλυπτικής, πέρα ως πέρα, ενημέρωσης.

Στις περιπτώσεις αυτές, είναι δυνατόν ο ασθενής να επέλθει σε κατάσταση ταραχής και σύγχυσης και να προχωρήσει σε "ενέργειες" στις οποίες δεν θα έφτανε αν ήταν νηφάλιος.

3.4 Ευθανασία του τύπου Living Will (εθελοντική ευθανασία)

Η ευθανασία του τύπου Living Will, ή αλλιώς "συμβόλαιο ή διαθήκη θανάτου", σημαίνει ότι ο ασθενής ή και πριν ασθενήσει κάποιος μπορεί να ορίζει τις τελευταίες ημέρες του να μην παρατείνει άσκοπα την ζωή του, όταν θα έχει πλέον χάσει την δυνατότητα επικοινωνίας ή αν υποφέρει πολύ.

Για να ισχύσει αυτή η "διαθήκη εν ζωή" απαιτείται η ρητή και σαφής δήλωση του ενδιαφερομένου ενηλίκου, ενώπιον συμβολαιογράφου, παρουσία εισαγγελικού λειτουργού, που θα ισχύει μόνο για έναν χρόνο, αν δεν ανανεωθεί. Επίσης, απαιτείται ομόφωνη γνωμάτευση τριών ιατρών δημοσίου νοσοκομείου, ότι : α) η πάθηση είναι αθεράπευτη, β) ο θάνατος και με την θεραπεία (αρωγή) που θα μπορούσε να επέλθει το αργότερο σε έξι μήνες, γ) κατά το χρονικό αυτό διάστημα θα υποφέρει πολύ ο ασθενής και δ) να μην μπορεί να εκφράσει ο ασθενής την θέλησή του όταν βρεθεί στην κατάσταση αυτή από φυσική αδυναμία.

Πρέπει να χρειάζεται, ακόμα, γνωμάτευση ενός Ψυχιάτρου της Ιατροδικαστικής Υπηρεσίας ότι αυτός που δηλώνει είναι ψυχικά υγιής και έχει πλήρη αντίληψη των συνεπειών της ενέργειάς του. Η σχετική έκθεση του συμβολαιογράφου πρέπει να ορίζεται ότι θα είναι απόρρητη και ότι θα μπορεί να χρησιμοποιηθεί μόνο από τον ενδιαφερόμενο και αν θέλει να ανακαλείται οποτεδήποτε με οποιοδήποτε τρόπο και με προφορική ακόμη δήλωση.

Πρέπει, όμως, να αναφερθεί ότι μπορεί να εμφανιστεί η περίπτωση όπου κάποιος να αλλάξει γνώμη και να μην προλάβει να το δηλώσει, πριν πέσει αιφνιδίως σε κώμα ή η προσωπική του δήλωση να αποκρυφτεί από αυτόν που έχει συμφέρον από τον θάνατό του.

3.5 Δυσθανασία

Έτσι χαρακτηρίζεται η παράταση της ζωής του αρρώστου, με δύσκολες και δαπανηρές ιατρικές φροντίδες, οι οποίες είναι δυσανάλογα απαιτητικές προς το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα, με τις οποίες απλώς και μόνο διατηρείται το άτομο σε κάποιο είδος "ζωής", ενώ χωρίς αυτό θα πέθαινε.

Επί του θέματος αυτού, ο γιατρός νομιμοποιείται για την παροχή ή μη εκούσιας δυσθανασίας. Δηλαδή, διατήρηση στη ζωή αυτού που πάσχει από ανίατη ασθένεια, με εξαιρετικές φροντίδες, ενώ χωρίς αυτές ο ασθενής θα πέθαινε, μόνο όμως όταν ο ίδιος ο ασθενής το επιθυμεί ή στην αντίθετη περίπτωση, κατόπιν και πάλι επιθυμίας του ασθενή, ο γιατρός νομιμοποιείται να αναστείλει τις φροντίδες. Θα πρέπει, όμως, να υπάρχουν σαφείς και πειστικές αποδείξεις για τη βούληση του αρρώστου.

3.6 Ορθοθανασία

Χαρακτηρίζεται έτσι η μη προσφορά υπερβολικών φροντίδων, μεγαλύτερης εκτάσεως από εκείνη, η οποία πάσχει από ανίατη αρρώστια και αφήνεται να σβήσει ήρεμα, με τη φυσική επέλευση του θανάτου, εφόσον ο ίδιος ο ασθενής το επιθυμεί και εφόσον ο θάνατος είναι ένα φυσικό γεγονός, όπως και αυτή η ίδια η ζωή και αυτό γιατί κανένας νόμος και κανένας φραγμός δεν μπορεί να αποτρέψει την τελική καταστροφή της ζωής, αφού ο άνθρωπος δεν ζει αενάως.

3.7 Επιταχυθανασία

Έτσι ονομάζεται η σκόπιμη επιτάχυνση των βιολογικών διαδικασιών του θανάτου, σε περιπτώσεις αναπότρεπτης επελεύσεώς του και της απώλειας των προϋποθέσεων για ένα "ευ ζην". Οι εισηγητές της θεωρούν ότι αποτελεί υποχρέωση του γιατρού να την εφαρμόσει, προς απαλλαγή του αρρώστου από την ήδη τραγική επιθανάτιο κατάστασή του. Η επιταχυθανασία όμως αντίκειται

στον όρκο του γιατρού για το “μη βλάπτειν” και επισύρει τις ποινές του άρθρου 299 του Ποινικού Κώδικα.

3.8 Επιτάχυνση του θανάτου του καταδικασμένου σε θάνατο, από οίκτο

Ευθανασία θεωρείται και η επιτάχυνση του θανάτου του ανθρώπου, που δεν είναι ασθενής, όταν είναι βέβαιος ο θάνατός του και δεν υπάρχει δυνατότητα από τη νομοθεσία να συνεχιστεί η ζωή του, για να μειωθεί η αγωνία του, από οίκτο. Στην περίπτωση αυτή υπάγεται η θανάτωση του καταδικασμένου σε θάνατο.

Συνήθως, ο νομοθέτης ορίζει τον τρόπο θανάτωσης του καταδικασμένου σε θάνατο. Η θανάτωσή του από οποιονδήποτε με διαφορετικό τρόπο και αν ακόμη γίνει με τον παραπάνω σκοπό (από οίκτο για να μην υποφέρει) θεωρείται κοινή ανθρωποκτονία με πρόθεση (άρθρο 299/1 Ποινικός Κώδικας).

3.9 Ευγονική ευθανασία

Αφορά σε παιδιά που γεννήθηκαν ή θα γεννηθούν με ατέλειες ή σωματικές αναπηρίες, ανεγκέφαλα ή με μογγολοειδή ιδωτία (“σύνδρομο Down”), δισχιδή ράχη ή άλλες σωματικές δυσπλασίες και διάφορα άλλα πολλά, από τα οποία με τα σημερινά τεχνολογικά μέσα θα μπορούσαν να διαγνωστούν και κατά τη διάρκεια της κηίσεως και να οδηγήσουν σε διακοπή μιας τέτοιας “ανεπιθύμητης” εγκυμοσύνης.

Στην περίπτωση της ευθανασίας για λόγους ευγονικούς του εμβρύου δεν εξασφαλίζεται στον άνθρωπο-θύμα καλός θάνατος, αλλά προσφέρεται ο θάνατος αντί μιας άθλιας ζωής, η οποία θα είναι κατά την άποψη αυτού που ενεργεί τέτοια για το θύμα και για τους άλλους (κοινωνία-οικογένεια). Δηλαδή:

- Επικίνδυνη ή
- Μεγάλου κόστους για το κοινωνικό σύνολο ή την οικογένεια ή
- Ανωφελής (και πάλι κατά την άποψη αυτού που ενεργεί) για την κοινωνία.

Είναι γνωστό ότι πολλά από αυτά τα παιδιά παρουσιάζουν ανωμαλίες ασυμβίβαστες με τη ζωή, περισσότερο από κάποιο βραχύ χρονικό διάστημα. Αλλά για να επιζήσουν έχουν ανάγκη από βαριές και ταλαιπωρητικές διορθωτικές χειρουργικές επεμβάσεις, στις οποίες θα πρέπει να υποβληθούν επανειλημμένως. Ένα τέτοιο παιδί, μη χειρουργημένο, είναι καταδικασμένο να πεθάνει. Το θέμα που τίθεται είναι : πόσο δικαιολογημένος είναι ένας γιατρός στο να μην καλέσει χειρουργό, αφήνοντάς το να πεθάνει (παθητική ευθανασία δια παραλείψεως). Το δίλημμα για το γιατρό είναι μεγάλο και κάποιος κοινά παραδεκτός κανόνας δεν υπάρχει.

3.10 Κοινωνική ευθανασία

Είναι η θανάτωση για λόγους κοινωνικούς του ανθρώπου, χωρίς αυτή να συνδέεται με επικείμενο βέβαιο θάνατο και ακόμα χωρίς τη συναίνεσή του. Οι υποστηρικτές αυτού του είδους της ευθανασίας, προβάλλουν τα εξής επιχειρήματα:

- ▼ Η ζωή είναι χωρίς νόημα, αν δεν μπορεί ο άνθρωπος να τη ζήσει στην πληρότητά της. Οι μόνιμα ασθενείς ή ανάπηροι δεν μπορούν να ζήσουν, όπως και οι υπόλοιποι άνθρωποι. Στερούνται διαρκώς πολλές απολαύσεις της ζωής και γενικότερα την δυνατότητα δράσεως. Η ζωή τους γίνεται συν τω χρόνω, όχι μόνο "αφόρητη", αλλά "περιττή" και "άχρηστη". Επίσης, αντιμετωπίζουν πληθώρα ψυχοσωματικών προβλημάτων λόγω των δυσχερειών και των προβλημάτων που δημιουργούνται σε αυτούς και τους οικείους τους, από τις προσπάθειές τους για διατήρηση στην ζωή.
- ▼ Οικονομική επιβάρυνση της κοινωνίας. Για τα παραπάνω άτομα δαπανούνται πολύ περισσότερα χρήματα για διατροφή και υγειονομική περίθαλψη, παρά για τους αρτιμελείς. Επιπλέον, τα άτομα αυτά δεν συνεισφέρουν ή συνεισφέρουν ελάχιστα για το κοινωνικό σύνολο. Το παραγωγικό τους έργο είναι ανύπαρκτο.

- ▼ Γενικότερη επιβάρυνση των οικείων του πάσχοντος και παρεμπόδιση της παραγωγής της ευρωστίας της κοινωνίας. Η φροντίδα και η συμβίωση με έναν άρρωστο ή ανάπηρο άτομο απαιτεί διάθεση χρόνου και ψυχικής αντοχής.

Η ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΑΝΑ ΤΟΝ ΚΟΣΜΟ

4.1 Ηνωμένο Βασίλειο και Ιρλανδία:

Κατά το αγγλικό δίκαιο η αφαίρεση ζωής είναι έγκλημα, ανεξαρτήτως των κινήτρων του δράστη, 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: 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.

Σε μια πρόσφατη υπόθεση 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 το Δικαστήριο επέτρεψε να διακοπεί η τεχνητή παροχή τροφής και ενυδατώσεως σε νεαρό 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.

Παρόμοια υπόθεση 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. 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. 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.

4.2 Ολλανδία και Βέλγιο:

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. Συγχρόνως άρχισε και η διερεύνηση των προθέσεων του κοινού. 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 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.

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 ιδιαιτέρως 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.

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 5000 αιτήσεις για ευθανασία κατ' έτος. Αφορούσαν κακοήθεις ασθένειες (καρκίνο του πνεύμονος στους άνδρες και καρκίνο του στήθους στις γυναίκες). Ως αιτία αναφέρθηκε ο αφόρητος σωματικός και ψυχικός πόνος. Σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία το 1995 πέθανε 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.

Σημαντικό γεγονός απετέλεσε η δίκη σχετικά με μια γυναίκα, στην οποία παρασχέθη 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. Δεν εξακριβώθηκε εάν η γυναίκα ήταν και ψυχικώς ασθενής. 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 επρεπε να είχε στείλει τη γυναίκα για αγωγή σε ψυχίατρο, να είχε ζητήσει την υποχρεωτική εισαγωγή της σε ίδρυμα και να είχε προτείνει εξέτασή της ασθενούς και από ένα άλλο ιατρό. Εν κατακλείδι, το Δικαστήριο καταδίκασε τον ιατρό αλλά δεν επέβαλε ποινή.

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 αθωώθηκε, αν και η απόφαση κατακρίθηκε στο νομικό τύπο.

Πρόσφατα ψηφίσθηκε νόμος, ο οποίος ισχύει από την 1. 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 κατάσταση 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. Δηλαδή:

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 αυθασία 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.

4.3 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).

Πρόσφατη 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.

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.

4.4 Σκοτία:

Από τον 13 αιώνα η αυτοκτονία, τουλάχιστον σε ορισμένες περιπτώσεις, είχε καταστεί έγκλημα υπό τον κοινό Αγγλικό νόμο θεωρούμενη «αδίκημα έναντι του Θεού και των ανθρώπων» και επέφερε δήμευση περιουσίας και μη ταφή σε καθαγιασμένο χώρο. Η αναγνώριση πως ο νόμος περί αυτοκτονίας είχε μικρά ή σχεδόν καθόλου αποτρεπτικά αποτελέσματα, οδήγησε στο Διάταγμα περί αυτοκτονίας του 1961. Αυτό επέφερε αποποινικοποίηση της αυτοκτονίας και της απόπειρας αυτοκτονίας. Εντούτοις, το άρθρο 2 του Διατάγματος δηλώνει πως η διευκόλυνση αυτοκτονίας παραμένει αδίκημα, επιφέροντας ανώτερη ποινή 14ετούς κάθειρξης. Μια προσπάθεια του Λόρδου Jenkins να εξαιρεθεί η

περίπτωση που ο συνεργός «ενήργησε από καλή πρόθεση και υπέρ του θανόντος» καταψηφίστηκε. Η κατηγορία που θα αντιμετωπίσει ο διενεργών την ευθανασία καθώς και η διαδικασία που θα ακολουθηθεί δεν είναι σαφής, εξαρτάται αποκλειστικά από την γνώμη του Lord Advocate. Θεωρητικά, η κατηγορία μπορεί να είναι ανθρωποκτονία εκ προθέσεως. Το γεγονός αυτό κάνει τις αποφάσεις τις σχετιζόμενες με ευθανασία απρόβλεπτες. Το 1980 ο 78χρονος Robert Hunter, ο οποίος έδωσε τέλος στη ζωή της πάσχουσας από γεροντική άνοια γυναίκας του, καταδικάστηκε σε φυλάκιση δύο χρόνων. Από την άλλη πλευρά το 1996 αθώθηκαν οι Paul Bradley και David Hainsworth. Ο πρώτος διενήργησε ευθανασία στον σε τελικό στάδιο άρρωστο αδελφό του και ο δεύτερος αποπειράθηκε να προκαλέσει ασφυξία στον 82 ετών σε τελικό στάδιο πατέρα του. Και οι δυο ομολόγησαν την ενοχή τους. Κατά τους μελετητές αυτό αποδεικνύει πως οι δικαστές -αλλά και οι ένορκοι-έχουν αρχίσει να βλέπουν τέτοιες υποθέσεις υπό το πρίσμα μεγαλύτερης συμπαθείας.

4.5 Ηνωμένες Πολιτείες:

Η αναφορά στο νομικό καθεστώς των Η.Π.Α. το σχετιζόμενο με την ευθανασία είναι μια δύσκολη εργασία . Αυτό συμβαίνει εξ αιτίας του γεγονότος πως στις Η.Π.Α. η νομοθεσία αποτελεί πολιτειακό προνόμιο και καθήκον, με μόνη δέσμευση την συμμόρφωση προς το σύνταγμα. Για τον λόγο αυτό θα ήταν αδύνατο να αναφερθούμε στην νομική αντιμετώπιση της ευθανασίας στις Η.Π.Α. σαν να ήταν ενιαία. Η ευθανασία άλλωστε αποτελεί ένα καινούριο σχετικά ζήτημα, με περιορισμένες εμφανίσεις στο κοινωνικό γίγνεσθαι, άρα μια κοινή στάση είναι ακόμη πιο δύσκολο να υιοθετηθεί. Θα ήταν επίσης δύσκολο ή και άσκοπο ακόμη να αναφερθεί κάποιος στα συμβαίνοντα σε κάθε πολιτεία.

Ενδεικτικά θα αναφέρουμε μια πρόσφατη εξέλιξη που συνέβη στις Η.Π.Α. 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 κώμα τα τελευταία 15 χρόνια. Έπειτα από έναν πολυετή νομικό κυκεώνα, ο σύζυγός της Σκιάβο έλαβε την Παρασκευή άδεια από δικαστήριο της Φλόρινα 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 ευσπλαχνία των άλλων» προσθέσει ο Τζορτζ 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.

4.6 Καναδάς:

Η νομική αντιμετώπιση που έχει η ευθανασία στον Καναδά είναι αντίστοιχη με αυτήν στις Η.Π.Α., με την διαφορά ότι αυτό συμβαίνει στην περίπτωση αυτή παρά την ενάντια νομοθεσία. Η πρώτη καταδίκη ιατρού που διενήργησε ευθανασία δημοσιεύτηκε το 1996 για τον Maurice Genaux. Σύμφωνα με τον καναδικό Ποινικό Κώδικα, όποιος προκαλεί τον θάνατο άλλου για οποιοδήποτε λόγο δια πράξεως ή παράλειψης είναι ένοχος ανθρωποκτονίας. Δεν αποτελεί υπερασπιστικό επιχείρημα η θέληση του θανόντος, αφού κανείς δεν έχει το δικαίωμα να συναινέσει στην θανάτωσή του, και τέτοια συναίνεση δεν αίρει τις ποινικές ευθύνες του ατόμου που προκάλεσε τον θάνατο του συναινούντος. Δεν υπήρξαν σημαντικές αλλαγές στον τρόπο αντιμετώπισης της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας -η παθητική ευθανασία δεν αντιμετωπίζεται καν-αλλά σκέψεις αναθεώρησης του ποινικού κώδικα για ευνοϊκότερη αντιμετώπιση τέτοιων περιπτώσεων, προς την κατεύθυνση της προστασίας των γιατρών που διενεργούσαν σε μεγάλη κλίμακα πλέον ευθανασία.

Σημαντική ώθηση στις εξελίξεις έδωσε μια αξιοσημείωτη υπόθεση. Ο Robert Latimer, αγρότης από το Saskatchewan, θανάτωσε το 1994 την βαριά παραπληγική 12χρονη κόρη του Tracy, χορηγώντας της διοξείδιο του άνθρακα. Τον Οκτώβρη του 1997 κρίθηκε ένοχος από το δικαστήριο για φόνο δεύτερου βαθμού, αδίκημα που επιφέρει ελάχιστη κάθειρξη 10 ετών. Η υπόθεση απέσπασε έντονη δημοσιότητα και προκάλεσε την παρέμβαση της Υπουργού Δικαιοσύνης, Ann McLellan, η οποία δήλωσε πως θα έπρεπε πιθανόν να επέλθει μείωση των ποινών για φόνους δεύτερου βαθμού -περιπτώσεις ευθανασίας-, καθώς επίσης να εισαχθεί ένας νέος όρος στον Ποινικό Κώδικα, αυτός της ανθρωποκτονίας από οίκτο, όπως το 1995 είχε προτείνει επιτροπή της Γερουσίας.

4.7 Γερμανία:

Σύμφωνα με τους Γερμανούς ποινικολόγους Dreher-Tzondle, η ενεργητική ευθανασία (aktive sterbehilfe) υπό την έννοια της σκοπούμενης ανώδυνης θανάτωσης ή της επιτάχυνσης της επέλευσης του θανάτου είναι ποινικά κολάσιμη πράξη, ακόμα και στην περίπτωση μηδαμινής βράχυνσης του χρόνου ζωής και ακόμα και εάν ο αποθνήσκων ζητήσει ρητά τη θανάτωσή του. Δεν υπάρχει συνταγματικά κατοχυρωμένη αξίωση ενεργητικής ευθανασίας, αντίθετα. όμως οι προσπάθειες να αρθεί ή να χαλαρώσει η απαγόρευση της θανάτωσης τρίτου συναντούν συνταγματικές αντιρρήσεις, επειδή με αυτόν τον τρόπο περιορίζεται η προστασία της ανθρώπινης ζωής. Αντίθετα, επιτρέπεται και υπό ορισμένες περιστάσεις επιβάλλεται: α) η έμμεση ευθανασία (indirekte Sterbehilfe), όταν δηλαδή δεν μπορεί να αποκλειστεί ότι η ιατρικά επιβαλλόμενη φαρμακευτική αγωγή, η οποία έχει σκοπό τη μείωση των πόνων και την καταστολή της συνείδησης σε θανάσιμα ασθενείς, θα επιταχύνει ίσως την επέλευση του θανάτου ως μη σκοπούμενη, αλλά αναπόφευκτη συνέπεια, καθώς και β) η παθητική ευθανασία (passive Sterbehilfe): πρόκειται για περιπτώσεις κατά τις οποίες διακόπτεται ή δεν αρχίζει η ιατρική αγωγή ενός θανάσιμα ασθενούς, του οποίου η βασική πάθηση σύμφωνα με βέβαιη πρόγνωση έχει λάβει μη ανατρέψιμη πορεία.

Σχετικά με την παθητική ευθανασία η από 13-9-1994 απόφαση του Ομοσπονδιακού Γερμανικού Ακυρωτικού έκρινε ως εξής : η παθητική ευθανασία επιτρέπεται μόνο εφόσον πρόκειται για ανίατη νόσο και η επέλευση του θανάτου είναι εγγύς κειμένη. Όταν δε συντρέχουν οι προϋποθέσεις της ευθανασίας, αποφασιστική είναι η εικαζόμενη θέληση του ασθενή. Για τη διάγνωση της εικαζόμενης θέλησης αποφασιστικές είναι οι προσωπικές αντιλήψεις του ίδιου του ασθενή σε συνδυασμό με την προσδοκώμενη διάρκεια ζωής και τη ένταση του πόνου... Το ως άνω ανώτατο δικαστήριο απέκρουσε την παθητική ευθανασία, για την οποία θέσπισε τις προεκτεθείσες τρεις

προϋποθέσεις. Μόνο όταν συντρέχουν οι εν λόγω προϋποθέσεις και ιδίως η εγγύτητα του θανάτου μπορεί να γίνει λόγος, κατά το Γερμ. Ομοσπ. Ακυρωτικό, για ευθανασία και επιτρέπεται στο γιατρό να διακόψει τα μέσα που παρατείνουν τη ζωή, όπως η τεχνητή αναπνοή, η μετάγγιση αίματος ή η τεχνητή τροφή κ.λ.π.

ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΠΕΡΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

5.1 Επιστήμη και ευθανασία :

Κάποτε δυο ανάπηροι ενήλικες από την Μ. Βρετανία ταξίδεψαν στη Σουηδία, σε μια κλινική αυτοκτονίας. Η κατάσταση τους δεν ήταν μη αναστρέψιμη, όμως αυτοί ήταν τόσο καταβεβλημένοι ψυχολογικά για την μελλοντική τους ζωή που αναζήτησαν την «ιατρική αυτοκτονία». Αν και δεν ήταν ηλικιωμένοι, ζούσαν σε ίδρυμα σχεδιασμένο για ηλικιωμένους ανθρώπους. Γιατί είχαν μια τόσο απαισιόδοξη ιδέα για το μέλλον τους; Γιατί δεν τους μίλησε κανείς για τις επιλογές μιας ανεξάρτητης ζωής; Και πάνω από όλα γιατί οι γιατροί τους βοήθησαν να σκοτωθούν; Η φυσιολογική αντίδραση στην καταθλιπτική αυτοκτονία είναι η καταπολέμηση της κατάθλιψης, όχι το σπρώξιμο του ατόμου από τη γέφυρα.

Αυτό το παράδειγμα και άλλα παρόμοια δείχνουν το πόσο επείγον είναι να αλλάξει η προσέγγιση της ιατρικής στην αναπηρία και να εισαχθούν οι αρχές της ανεξάρτητης ζωής στην επιστημονική εργασία για την αναπηρία. Το 1999, η **παγκόσμια κορυφαία συνάντηση στην Ουάσιγκτον** κατέληξε σε μια επίσημη δήλωση. Αυτή θέτει τις αρχές της ανεξάρτητης ζωής. Η πρώτη αρχή είναι :

«Ολόκληρη η ανθρώπινη ζωή έχει αξία και κάθε άνθρωπος πρέπει να έχει ουσιαστικές επιλογές για να πάρει αποφάσεις για θέματα που επηρεάζουν την ζωή μας.»

Σε μια προσπάθεια να προσδιοριστούν οι ασθενείς στους οποίους μπορεί να πραγματοποιηθεί ευθανασία, το έγκυρο επιστημονικό περιοδικό **Suicide and Life-threatening behavior** έδωσε την παρακάτω διάκριση:

"Όσοι πάσχουν από ανίατη και θανατηφόρα ασθένεια με σοβαρό σωματικό και ψυχολογικό πόνο, οργανική και πνευματική αποδιοργάνωση, καθώς και ποιότητα ζωής που δεν είναι αποδεκτή από τους ίδιους".

Τα βασικότερα επιχειρήματα κατά της ατιμωρησίας της ευθανασίας, ακόμη και αυτής που παρουσιάζεται με τη μορφή εκούσιας επιθανάτιας ευθανασίας, είναι: α) Δε βρέθηκε ακόμη επιστημονικός τρόπος που να αποδεικνύει με βεβαιότητα ότι μια αρρώστια είναι αθεράπευτη, αφού υπάρχουν περιπτώσεις όπου άρρωστοι που, σύμφωνα με την επιστήμη, ήταν αθεράπευτοι, τελικά κατά άγνωστο και αξιοθαύμαστο τρόπο, θεραπεύτηκαν. Επομένως, το επιχείρημα αυτό θεωρείται βάσιμο και σήμερα, καθώς δεν υπάρχει το απόλυτο στη διάγνωση και στην πρόγνωση. β) Η επιστημονική εξέλιξη ανακαλύπτει νέα φάρμακα και μεθόδους θεραπείας με τις οποίες σήμερα θεραπεύονται ασθενείς που παλιότερα χαρακτηρίζονταν ως αθεράπευτοι. Λογικοφανές, επομένως, είναι να υπήρξαν περιπτώσεις θανάτωσης ανθρώπων με ευθανασία που πιθανόν η διάσωσή τους να ήταν δυνατή αν δεν είχε πραγματοποιηθεί. Κάποιος γιατρός, διευθυντής μονάδας εντατικής θεραπείας Αθηναϊκού νοσοκομείου, ανέφερε σε τηλεοπτική εκπομπή ότι στατιστικά 1 στους 20 ασθενείς που αναμένεται να πεθάνουν, τελικά, με τη βοήθεια της επιστήμης θα ζήσει. Το ποσοστό αυτό δεν είναι καθόλου ευκαταφρόνητο όταν πρόκειται για ανθρώπινες ζωές. Άρα, ο ίδιος γιατρός κατέληγε στο εξής συμπέρασμα: Η υιοθέτηση της ευθανασίας σε όλους αυτούς τους ασθενείς θα τους οδηγούσε στο θάνατο, τη στιγμή που θα ζούσαν με τη βοήθεια της επιστήμης. Από τα παραπάνω λογικά επιχειρήματα προκύπτει ότι ο νομοθέτης θα πρέπει να είναι πολύ επιφυλακτικός ως προς το εάν η ευθανασία, εκούσια και ακούσια, αποτελεί ή όχι αξιόποινη πράξη.

Υπέρ της ευθανασίας, αλλά μόνο στην περίπτωση που έχει διαπιστωθεί ο εγκεφαλικός θάνατος του ασθενούς, τάσσεται ο πρόεδρος του Ιατρικού

Συλλόγου Αθήνας και διευθυντής της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας του Ιατρικού Κέντρου Αθηνών κ. Κων. Οικονόμου και αναφέρει :

« Θεωρώ ότι η μόνη περίπτωση που μπορεί κανείς να προβεί σε πράξη ευθανασίας είναι μόνον αυτή του επιβεβαιωμένου εγκεφαλικού θανάτου. Υπάρχουν αντικειμενικοί όροι που ο εγκεφαλικός θάνατος σήμερα διαπιστώνεται και κλινικά και εργαστηριακά.

Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις έχω τη γνώμη ότι η επιστήμη έχει προοδεύσει τόσο πολύ ούτως ώστε και τον πόνο να μπορεί να αντιμετωπίσει και συνθήκες αξιοπρεπούς διαβίωσης, ακόμη και σε ανθρώπους τελικών σταδίων, να μπορεί να παρέχει με την παρηγορητική ιατρική.

Όλα αυτά και η απαίτηση ενός αρρώστου να υποστεί την ευθανασία στηρίζεται υποτίθεται στην ελεύθερη και ανεπηρέαστη βούλησή του. Πόσο όμως ελεύθερη και ανεπηρέαστη βούληση μπορεί να έχει ένας άνθρωπος ο οποίος βρίσκεται υπό το κράτος του πόνου, του άγχους, του επικειμένου θανάτου; »

Εναντίον της νομιμοποίησης, αλλά υπέρ της ευθανασίας υπό προϋποθέσεις τάσσεται ο κ. Ν. Φίλιας, διευθυντής της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας του Νοσοκομείου « Άγιος Σάββας » και αναφέρει :

« 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 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.

Αντίθετος απέναντι στην ευθανασία δηλώνει ο Πρόεδρος του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου Εμμανουήλ Καλοκαιρινός, αναφέροντας τα εξής :

“ Ως Πρόεδρος του Π.Ι.Σ. δηλώνω ότι είμαι αντίθετος στην ευθανασία, διότι ο γιατρός, εκ της επιστήμης και εκ του όρκου του Ιπποκράτη, έχει ταχθεί μέχρι το τέλος της ζωής των ασθενών, τους οποίους χειρίζεται, να προσφέρει ζωή ή και ανακούφιση από τον πόνο με φάρμακα σε επιτρεπτές δόσεις, που ανακουφίζουν μεν από τον πόνο, καταστέλλουν το νευρικό σύστημα, αλλά δεν προκαλούν θάνατο. Το θέμα έχει συζητηθεί επανειλημμένως στο επίπεδο των εθνικών ιατρικών Συλλόγων της Ευρώπης και μόνο η Ολλανδία το συζητούσε και βρισκόταν σε κάποιο προωθημένο στάδιο (στο οποίο διαφωνούσαμε οι υπόλοιποι) θεσμοθέτησης της ευθανασίας ”.

Ενάντια στην ευθανασία τάσσεται και ο διευθυντής της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας του Γενικού Κρατικού Νοσοκομείου Αθήνας “Γ. Γεννηματάς” , Ανδρέας Καραμπίνης δηλώνοντας :

“Ως διευθυντής της Μ.Ε.Θ. είμαι εναντίον της ευθανασίας, διότι δεν μπορώ να πάρω ζωή εκεί όπου δεν την έχω δώσει. Εκείνο, όμως, που οφείλουμε να κάνουμε ως κοινωνία είναι να βοηθούμε, να συνοδεύουμε τους αρρώστους, που υποφέρουν σε αυτή τη μεταβατική τους φάση, από τη ζωή στο θάνατο. Και υπάρχουν αυτή τη στιγμή με τα μέσα της ιατρικής επιστήμης οι προϋποθέσεις και οι τρόποι να βοηθήσουμε αυτούς τους ανθρώπους. Πρέπει να μην πονάνε και αυτό επιτυγχάνεται με σύγχρονες αναλγητικές μεθόδους. Να μην έχουν άγχος, για αυτό δίνουμε αντιψυχωτικά και αντικαταθλιπτικά. Να μη ζεσταίνονται, να μην κρυώνουν και να μην πονάνε και να βρίσκονται σε ένα περιβάλλον όπου τα αγαπημένα τους πρόσωπα να είναι κοντά τους. Στο δικό μας μεσογειακό ταμπεραμέντο παίζει σημαντικό ρόλο και η συμμετοχή της Εκκλησίας. Έχω δει από την εμπειρία μου ότι η πίστη βοηθάει σημαντικά τους ανθρώπους που υποφέρουν. Πρέπει να διαχωρίσουμε τις καταστάσεις. Δεν μιλάμε για τους ανθρώπους με εγκεφαλικό θάνατο στις Μ.Ε.Θ., όπου εκεί πέρα

έχουμε την βιολογική σφραγίδα ότι πρόκειται για ουσιαστικά νεκρούς ανθρώπους που συντηρούνται στη ζωή με μηχανήματα. Επίσης, διαχωρίζουμε από τις χρόνιες φυτικές καταστάσεις, όπου άτομα είναι σε κώμα που διαρκεί μήνες έως και χρόνια από σοβαρές βλάβες του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, όπως εγκεφαλικές αιμορραγίες, ανοξαιμικές εγκεφαλοπάθειες, βαριές κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, όπου τα άτομα αυτά έχουν μια σχετική αυτονομία από το αναπνευστικό σύστημα και την καρδιά, αλλά δεν έχουν επαφή με το περιβάλλον. Σε αυτά τα άτομα ασφαλώς δεν πρέπει να γίνεται ευθανασία. Η κοινωνία μας, εφόσον θεωρείται κοινωνία πολιτισμού και εξέλιξης, πρέπει να προστατεύει και να βοηθάει αυτά τα άτομα. Μας έχουν τύχει περιστατικά, κυρίως ογκολογικά, όπου οι ασθενείς αυτοί ήταν πραγματικά απελπισμένοι και ζητούσαν τη λύτρωση. Όταν υπήρχε μια πολυμέτωπη προσέγγιση αυτών των ασθενών, με καθημερινή ή ανά πάσα στιγμή βοήθεια από τους γιατρούς, το νοσηλευτικό προσωπικό, τους ψυχολόγους, τους συγγενείς ή τον ιερέα ακόμη, μπορούσαμε να βοηθήσουμε σημαντικά και να μην φτάσουμε στην ευθανασία. Μου ζητήθηκε να γίνει ευθανασία από οικογένειες ασθενών, αλλά όχι από τους ίδιους. Τους εξήγησα ότι είμαι κάθετα αντίθετος σε αυτή την τακτική. Θα διαθέσω όλο μου τον χρόνο να βοηθήσω τον ασθενή μου, αλλά δεν θα του αφαιρέσω την ζωή. Δεν μπορώ να πιστέψω ότι θα γίνει νομοθετικός κανόνας η εφαρμογή της ευθανασίας. Πιστεύω ότι είναι μια εύκολη λύση και είναι πολύ πιο δύσκολο να είσαι δίπλα του και να τον "κουβαλάς στην πλάτη σου" αυτή την πολύ δύσκολη στιγμή. Έχω δουλέψει σε Ογκολογικό Κέντρο στην Γαλλία σε Μ.Ε.Θ. , όπου ήταν όλοι εναντίον στην ευθανασία, αλλά ήταν ανά πάσα στιγμή στη διάθεση του αρρώστου. Όλοι, πάντως, οι ασθενείς ελπίζουν μέχρι τελευταία στιγμή ότι κάτι θα γίνει και θα βελτιωθούν. Απλώς μας ήθελαν δίπλα τους σε αυτό το δύσκολο τελευταίο πέρασμα. Για να μην αισθάνονται την μοναξιά του πόνου και της απομόνωσης από την ζωή.

Αντίθετη άποψη έχει ο Γιάννης Τούντας, επίκουρος καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής, Διευθυντής του Ινστιτούτου Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής ο οποίος αναφέρει :

“Η νομιμοποίηση της ευθανασίας είναι μία σωστή κίνηση. Είναι μία υπόθεση, που κατοχυρώνει το δικαίωμα κάθε ανθρώπου να καθορίζει την ζωή του και την ύπαρξή του, με βάση πρωτίστως τις δικές του ανάγκες και όχι των όσων επιτάσσουν θρησκώληπτες, οπισθοδρομικές αντιλήψεις. Ειδικότερα μάλιστα όταν πρόκειται για καταστάσεις που έχουν εξαλειφθεί οι δυνατότητες της προσφοράς της Επιστήμης και που ταυτόχρονα αποτελούν δυσβάσταχτο φορτίο πόνου και αγωνίας για τον πάσχοντα. Βέβαια θα πρέπει να υπάρξει ειδική μέριμνα, ώστε να διασφαλίζεται πρώτα απ’ όλα, η ελεύθερη έκφραση της βούλησης του ασθενούς, χωρίς άλλες επιρροές και επιδράσεις από το άμεσο περιβάλλον του. Πρέπει ακόμη να πιστοποιείται ότι ο ασθενής έχει απόλυτη πνευματική διαύγεια και σαφή γνώση της κατάστασης της οποίας βρίσκεται. Ελπίζω στη χώρα μας σύντομα να μπορέσει να τεθεί και να αντιμετωπιστεί το θέμα σε μία σωστή βάση, ώστε να δοθεί λύση στις περιπτώσεις ανθρώπων που σήμερα υποφέρουν άδικα”.

Από την άλλη μεριά ο Αθανάσιος Β. Αβραμίδης, Καρδιολόγος και Καθηγητής Παθολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών, υποστηρίζει :

“Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να πεθάνει με αξιοπρέπεια. Έχει ακόμη το δικαίωμα να δέχεται ή να αρνείται μία θεραπεία, μετά τη λήψη των κατάλληλων πληροφοριών. Ο γιατρός είναι υποχρεωμένος να προσφέρει στον άρρωστο που του εμπιστεύεται –αυτό ή το περιβάλλον του- τις θετικές υπηρεσίες του «κατά την τελευταία λέξη της επιστήμης» -Lege Artis- με σεβασμό και του δικαιώματός του για έναν «αξιοπρεπή θάνατο».

Η βοήθειά του για τη βελτίωση της καταστάσεώς του σ' αυτόν που πεθαίνει, αποτελεί ιδιαίτερο καθήκον του γιατρού. Και θα πρέπει να παρέχεται πάντοτε με ευσπλαχνία και σεβασμό προς την προσωπικότητα του ασθενούς για την ανακούφισή του, μέχρι να έρθει η ώρα «να κλείσει τα μάτια του». Όμως, κανείς δεν μπορεί ή δεν επιτρέπεται να επιβάλει στο γιατρό να ενεργήσει «ευθανασία», να συντομεύσει τη ζωή κάποιου ή να σκοτώσει κάποιον... «για το καλό του». Η ένσταση συνειδήσεως του γιατρού σε τέτοια θέματα είναι απαραβίαστη.

Ο όρος «ευθανασία» βρίσκεται έξω από τα διδάγματα και τις επιταγές της θεραπευτικής. Η ευ-θανάτωση δεν συμπεριλαμβάνεται στις υποχρεώσεις της αποστολής του γιατρού. Αυτός υπηρετεί τη ζωή, «ιατρεύει».

Είναι παράλογο να ζητά κάποιος που «θέλει να πεθάνει» ή κάποιος που «θέλουν να τον πεθάνουν» να τον πεθάνουν «μία ώρα γρηγορότερα», να απαιτούν να επεκταθεί το δικαίωμα επί της ζωής του μέχρι και την «απαίτηση να φονευθεί από ένα γιατρό». Διότι, τότε γίνεται ένοχος ανθρωποκτονίας.

Ο όρκος του φτάνει ως τα βάθη της ψυχής του και «κανείς δεν έχει το δικαίωμα, ούτε και με νόμους, να επεμβαίνει στη συνείδηση του γιατρού».

Το 1984 ο Βασιλικός Ολλανδικός Ιατρικός Σύλλογος εξέδωσε «κανόνες δέοντος χειρισμού» για την ευθανασία. Ο σημαντικότερος από αυτούς είναι πως ευθανασία μπορεί να διενεργηθεί μόνο από γιατρό. Από εκεί και πέρα :

- η απαίτηση για ευθανασία πρέπει να προέρχεται αποκλειστικά από τον ασθενή και να είναι πλήρως ελεύθερη και εθελοντική.
- η απαίτηση του ασθενούς πρέπει να είναι διαρκής και επίμονη, προϊόν ώριμης σκέψης.

- ο ασθενής πρέπει να βιώνει αφόρητο (αλλά όχι απαραίτητα σωματικό) βασανισμό, χωρίς να υπάρχει προοπτική βελτίωσης.
- η ευθανασία πρέπει να αποτελεί το τελευταίο καταφύγιο, όταν όλες οι άλλες λύσεις έχουν εξετασθεί και αποδειχθεί ελλιπείς.
- ο γιατρός πρέπει να συμβουλευθεί άλλους ειδικούς και πεπειραμένους στο πεδίο αυτό συναδέλφους του.

Οι προϋποθέσεις αυτές ενσωματώθηκαν στο ολλανδικό νομικό σύστημα και αποτελούν πλέον κριτήριο για το κολάσιμο ή μη της πράξης, σε ότι αφορά στον γιατρό που διενεργεί ή υποβοηθεί την ευθανασία.

Υπέρ της ευθανασίας τάσσεται ο Γάλλος Καρκινολόγος, τέως Ευρωβουλευτής και πρώην Υπουργός Υγείας της Γαλλίας Leon Schwartzberg ο οποίος σε γραπτή δήλωσή του προς το Ευρωκοινοβούλιο υποστήριξε :

“Όταν ένας ιατρός αποφασίζει με πλήρη συνείδηση να απαντήσει στην επίμονη απαίτηση ενός αρρώστου για βοήθεια προς τερματισμό της υπάρξεώς του, που στα μάτια του έχει χάσει την αξιοπρέπειά της, τότε ο ιατρός ενεργεί με σεβασμό στην ανθρώπινη ζωή”.

Ο Καθηγητής Νευρολογίας του Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης Σταύρος Μπαλογιάννης, υποστήριξε :

“ Βασική αρχή της ιατρικής ηθικής, η οποία ετέθη υπό του Ιπποκράτους και παραμένει εν ισχύει έως σήμερα είναι η παντί τρόπω ευεργετική συμβολή του ιατρού προς τον πάσχοντα και η παντί τρόπω αποφυγή προκλήσεως βλάβης, εκπεφρασμένης συνοπτικώς δια του οφελείν ή μή βλάπτειν ή εκτενέστερον διά της ενόρκου δηλώσεως "διαιτήμασί τε χρήσομαι επ' ωφελείη καμνόντων κατά δύναμιν καί κρίσιν εμήν". Επί αιώνας η ιατρική ετροφοδοτείτο υπό των ηθικών αξιών, τας οποίας εισήγαγεν ο Ιπποκράτης και τας οποίας μετ' ευλαβείας εσέβετο η Ιπποκράτειος σχολή και η εξ αυτής προελθούσα παράδοσις.

Η ιπποκράτειος ιατρική ηθική, αναφερομένη εις την ιερότητα της επικοινωνίας του ιατρού μετά του ασθενούς, υπογραμμίζει επίσης και την ιερότητα της επικοινωνίας του πάσχοντος και των οικείων αυτού μετά του ιατρού και δίδει ιδιαίτερον βαρύτητα εις την συνεργασίαν αυτών μετά του ιατρού και εις την ευθυγράμμισιν αυτών επί των κατευθύνσεων, τας οποίας ούτος δίδει εις την όλην θεραπευτικήν προσπάθειαν, εκφραζομένην ευγλώττως εις τους Αφορισμούς: Ο βίος βραχύς, η δε τέχνη μακρά, ο δε καιρός οξύς, η δέ πείρα σφαλερή, η δε κρίσις χαλεπή. δὴ δέ ου μόνον εαυτόν παρέχειν τα δέοντα ποιέοντα, αλλά και τον νοσέοντα και τούς παρεόντας καί τά έξωθεν".

Ο πνευμονολόγος Καθηγητής Π. Μπεχράκης λέει: "Αν η κοινωνία για οποιονδήποτε λόγο αποδεχθεί την αρχή της ευθανασίας, τότε θα πρέπει να βρει και ποίος θα την εκτελεί, θα πρέπει να προσλάβει και "εκτελεστές" μέσα στα νοσοκομεία, πού να εκτελούν τις αποφάσεις περί ευθανασίας. Διότι δεν πεθαίνει κανείς ευκολότερα με ένα φάρμακο από ό,τι με μία σφαίρα στον κρόταφο".

Ο Δημήτριος Κρεμαστινός, Καθηγητής Καρδιολογίας και Βουλευτής ΠΑΣΟΚ υποστηρίζει: "Δεν υπάρχει καμία αμφιβολία ότι για τις μη ανατρεπτικές περιπτώσεις, πράγματι η ευθανασία είναι ανακουφιστική, γι' αυτόν πού φεύγει και για τούς γύρω του, δεν τίθεται θέμα. Στην Ολλανδία αυτό το πράγμα εκκρεμεί τουλάχιστον δύο - τρεις δεκαετίες, δηλαδή η κοινωνία συζητά, έχει ενημερωθεί, έχει προβληματιστεί, έχει ωριμάσει, έχει αποδεχθεί. Δεν είναι κάτι πού μπορεί να το κάνει κανένας, μέσα σε λίγους μήνες η σε λίγα χρόνια. Εμείς δεν νομίζω ότι είμαστε έτοιμοι να το δεχθούμε".

Τέλος ο Αντώνιος Κουτσελίνης, Καθηγητής της Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας αναφέρει: "Η επίμονη και σπουδαία απαίτηση του πάσχοντος, πού απαιτεί ο νόμος για την 'ανθρωποκτονία εξ' οίκτου' (άρθρο 300 του Ποινικού Κώδικα), δεν είναι για τον γιατρό έννοιες ανοιχτές για συζήτηση, αφού γνωρίζει καλά και ζει καθημερινά ότι, εξοικείωση του αρρώστου με το θάνατο σε τέτοιο βαθμό ώστε να τον επιζητεί, δεν υπάρχει. Ο άρρωστος, και μέσα στον πιο ανυπόφορο πόνο του, πάντα ελπίζει. Η έννοια του ανιάτου δεν στοιχειοθετεί

δίκαιο για τον γιατρό, ώστε να εγκαταλείψει τις προσπάθειές του. Άλλωστε είναι μία έννοια τόσο ευρεία. Ούτε επίσης και εκείνη της σοβαρής σωματικής αναπηρίας, αφού ακόμη και η μόνιμη και σε ποσοστό 100% αναπηρία έχει τη θέση της στη ζωή".

5.1.1 Ψυχολογική διάσταση της ευθανασίας

Μπορεί κάποιος που σήμερα θέλει να θέσει τέλος στη ζωή του, να το μετανιώσει αύριο. Πολλοί άνθρωποι θέλουν να αυτοκτονήσουν υπό το κράτος μιας σοβαρής ψυχολογικής επιβάρυνσης έστω και αν πάσχουν από ανίατη οδυνηρή ασθένεια. Όταν αυτή εκλείψει, τότε παύει και η επιθυμία της αυτοκτονίας. Εξάλλου, πολλές φορές η επιθυμία αυτοκαταστροφής δεν είναι παρά ένας τρόπος για να προσελκύσει κανείς την προσοχή των γύρω του, να ενταχθεί εκ νέου στο κοινωνικό του περιβάλλον. Είναι απόλυτα σεβαστός ο σκεπτικισμός των γιατρών που επισημαίνουν ότι «πολλές φορές μία απόπειρα θανάτου κρύβει την επιθυμία να συμπεριληφθεί ξανά κανείς στους ανθρώπους, να γίνει ένα μαζί τους και όχι να αποκοπεί οριστικά από αυτούς με το θάνατο». Είναι χαρακτηριστικό ότι η 23χρονη πρωταγωνίστρια της υπόθεσης Βουνία, η οποία σε τόσους κόπους και έξοδα είχε υποβληθεί για να κερδίσει την απόφαση που θα της επέτρεπε να πεθάνει ανενόχλητη, δεν την αξιοποίησε για να θέσει τέρμα στη ζωή της. Έπειτα λένε ότι ευθανασία επιτρέπεται μόνο όταν το άτομο είναι καταφανώς δυστυχισμένο... Αποκλείεται λοιπόν ένας δυστυχισμένος σήμερα να γίνει αύριο ευτυχισμένος, έτσι απλά, υιοθετώντας μια άλλη φιλοσοφία ζωής;

Περαιτέρω υποστηρίζεται ότι η νομιμοποίηση της ευθανασίας θα απελευθερώσει το συναίσθημα της ματαιότητας στους ανιάτως πάσχοντες ειδικά στους πιο ηλικιωμένους. Ο κίνδυνος τότε είναι να ζητούν οι άνθρωποι αυτοί την ευθανασία όχι πραγματικά ελεύθερα, αλλά κάτω από έντονη κοινωνική πίεση. Και ένα δεύτερο ρίσκο, μετά την αποδοχή της ευθανασίας για

τους ανιάτως πάσχοντες που υποφέρουν, είναι να γίνει αποδεκτή η ευθανασία και στην περίπτωση της «μη αξιοπρέπειας», όπως αυτή θα καθορίζεται όμως από τρίτους, δηλαδή οικογένεια, γιατρούς, κοινωνία. Ως εκ τούτου η άσκηση του δικαιώματος στον θάνατο εμπεριέχει σοβαρούς κινδύνους καταχρήσεων, ιδίως στις περιπτώσεις που δεν υφίσταται αυτοπροσβολή, αλλά ετεροπροσβολή και πολύ περισσότερο, όταν η βούληση για την αυτοκαταστροφή δεν δηλώνεται ρητά, αλλά τεκμαίρεται. Αφ' ενός εμφιλοχωρεί το ενδεχόμενο ενός κοινωνικο-βιολογικού δαρβινισμού, ο οποίος όπως ορθά γράφεται, θα οδηγούσε στον Καιάδα τις «εξαιρέσεις, τους ανθρώπους με handicap και ανικανότητες ή απωθητικές αρρώστιες (όπως το aids) που τους χωρίζουν από τους κανονικούς ανθρώπους, οι οποίοι μπορούν να αποφασίζουν για αυτούς». Αφ' ετέρου η νοοτροπία «να τελειώνουμε με αυτούς, περιμένουν και άλλοι» είναι ιδιαίτερα επικίνδυνη, ιδίως σε μια εποχή πλήρους οικονομικής αποτίμησης και κοστολόγησης της παρεχόμενης προστασίας της ανθρώπινης ζωής.

Η άποψη της Elisabeth Kübler-Ross, που ήταν βοηθός διευθύντρια της Ψυχιατρικής Συμβουλευτικής Υπηρεσίας στα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία του Σικάγο και βοηθός καθηγήτρια της Ψυχιατρικής στο Πανεπιστήμιο επίσης του Σικάγο, για τα άτομα που σκέφτονται την ευθανασία, είναι :

“Υπάρχουν άνθρωποι που ζούνε σαν να υπάρχει πάντα αύριο, που ουδέποτε στην ζωή τους αντιμετώπισαν σοβαρές τραγωδίες ή απώλειες, που δεν σκέφτηκαν ποτέ τους το δικό τους θάνατο. Όταν συμβεί, να τους βρει απότομα κάποια τραγωδία που απειλεί την ίδια την ύπαρξή τους, ή που θα περιπέσουν σε κάποια σοβαρή και βαριά κατάθλιψη ή που θα προσπαθήσουν να βρουν καταφύγιο σε κάποια ομαδική άρνηση που κάνει εξαιρετικά δύσκολη οποιαδήποτε αγωγή, συζήτηση, προσέγγιση ή πρόγνωση. Μερικοί τέτοιοι άνθρωποι πρέπει να έχουν την εντύπωση πως συνεχώς ελέγχουν τα πάντα, μα όταν βρεθούν αντιμέτωποι με μια ανίατη αρρώστια, νιώθουν πως χάνουν τον έλεγχο. Και ένας τρόπος για να ξανακερδίσουν τον έλεγχο είναι να αρχίσουν να σκέφτονται την ιδέα της ευθανασίας. Υπάρχουν μερικά τεχνάσματα που είναι

πολύ βοηθητικά για τον τύπο αυτό του αρρώστου. Οτιδήποτε έχει να κάνει μαζί του η νοσοκόμα ή ο γιατρός να φροντίζει να το συζητήσει, από αρκετά πριν, με τον ίδιο. Για παράδειγμα, θα μπορούσε να αφηθεί να επιλέξει αν ήθελε να του δοθεί κάτι ή να του γίνει κάποια παρέμβαση το πρωί ή το απόγευμα. Έτσι κάνει μια επιλογή τουλάχιστον ως προς τον χρόνο μιας συγκεκριμένης θεραπευτικής διαδικασίας. Το ίδιο και οι δικοί του, θα μπορούσαν από πριν να τον ρωτήσουν αν θέλει να δεχθεί κάποιον επισκέπτη τώρα ή κάποια ώρα αργότερα. Τούτο του δίνει επίσης την αίσθηση ότι ελέγχει ο ίδιος το αν θα έχει επισκέπτες ή όχι. Πολλές φορές οι άρρωστοι αναλαμβάνουν γρήγορα από ένα ασήμαντο, μα εύστοχο, χειρισμό του περιβάλλοντος που γίνεται συνειδητά για να δώσει στον άρρωστο την αίσθηση πως εξακολουθεί αν υπολογίζεται σαν μια σημαντική προσωπικότητα. Θα πρέπει να αφήνεται να παίρνει όσο είναι τεχνικώς δυνατό περισσότερες αποφάσεις''.

5.2 Φιλοσοφία και ευθανασία :

Η ευθανασία ως έννοια και πρακτική εφαρμογή ασφαλώς δεν είναι σημερινό μόνο φαινόμενο. Ο πατέρας της Ιατρικής Ιπποκράτης όχι μόνο απαγόρευε την άσκησή της αλλά και την απλή υπόδειξή της σημειώνοντας στον πολύ γνωστό όρκο του : ''Ου δώσω δε ουδέ φάρμακον ουδενί αιτηθείς θανάσιμο, ουδέ υφηγήσομαι ξυμβουλήν τοιήνδε''. Δηλαδή δεν θα χορηγήσω θανατηφόρο φάρμακο σε κανέναν, έστω και αν παρακληθώ, ούτε θα υποδείξω τέτοια συμβουλή.

Αντίθετα ο Ρωμαίος Στωικός Φιλόσοφος Σενέκας την υποστηρίζει. Στο έργο του *Epistulae ad Lucilium* γράφει : ''ακριβώς όπως θα διαλέξω το πλοίο μου όταν πρόκειται να ταξιδέψω ή το σπίτι μου όταν πρόκειται να κατοικήσω, έτσι θα επιλέξω και το θάνατό μου για το πέρασμά μου από την ζωή''.

Ο Φράνσις Μπαίηκον υποστήριζε ότι οι γιατροί πρέπει να παρέχουν ήρεμο και εύκολο θάνατο στους ανίατους ενώ ο Τόμας Μούρ στην “Ουτοπία” έκανε έκκληση σε γιατρούς και ιερείς να παρακινούν τους ανίατα ασθενείς να τερματίζουν μόνοι τους την ζωή τους που έχει καταντήσει άχρηστη και οδυνηρή για τους ίδιους και τους οικείους τους.

Το 1935 ο γνωστός μας Νομπελίστας Φυσιολόγος Alexis Carrel έγραφε : “Θα έπρεπε να ξεφορτωνόμαστε τους εγκληματίες και τους φρενοβλαβείς, ανθρώπινα και οικονομικά, σε μικρά ιδρύματα ευθανασίας που θα ήταν εφοδιασμένα με τα κατάλληλα αέρια”.

Ο Proctor το 1988 στην εργασία του Racial Hygiene που δημοσιεύτηκε από τις εκδόσεις του Harvard γράφει : “Πότε δεν διατάχθηκαν οι γιατροί να δολοφονήσουν ψυχιατρικούς αρρώστους και ελαττωματικά παιδιά. Τους παραχωρήθηκε η δυνατότητα να το κάνουν και εκπλήρωσαν την αποστολή τους χωρίς διαμαρτυρία, πολλές φορές με δική τους πρωτοβουλία”.

Ο ίδιος ο Πλάτωνας καταφάσκει την ευθανασία υποστηρίζοντας πως σε μια ιδανική πολιτεία οι μη υγιείς στο σώμα πρέπει να εγκαταλείπονται για να πεθάνουν. Ερωτώμενος μάλιστα, εάν θα νομοθετούσε για την πόλη μια «ιατρική» και μια «δικαστική» που θα φρόντιζε μόνο για εκείνους τους πολίτες που είναι υγιείς ως προς το σώμα αλλά και την ψυχή, η οποία θα άφηνε να πεθάνουν όσοι δεν είναι σωματικά υγιείς ενώ τους έχοντας κακή εκ φύσεως ψυχή θα κατεδίκαζε σε θάνατο, απαντά πως αυτό θα ήταν το καλύτερο τόσο για την πόλη όσο και για τους ίδιους. Κατακρίνει δε, στο πρόσωπο του Ηρόδικου, όσους προσπαθούν τεχνητά να παρατείνουν την ζωή τους, ενώ νοσούν θανάσιμα. Προτείνει δηλαδή ο Πλάτων ευθανασία για κοινωνικούς κυρίως λόγους, αφού στο συγκεκριμένο έργο ως νομοθέτης λειτουργεί. Ο θάνατος του επιβλαβούς για την πόλη πολίτη δικαιώνεται από την ευημερία των υπολοίπων που η παρουσία του θα στερούσε, αλλά και από την ανακούφιση του ίδιου.

Αντιδρά, επίσης, στην -χάρη στα επιτεύγματα της ιατρικής- ανούσια παράταση της ζωής, για οποιοδήποτε λόγο και αν συμβαίνει αυτή. Κατ' αυτόν, η ιατρική πρέπει να συμβάλει στην αναβάθμιση της ποιότητας της ζωής του ανθρώπου καθώς και της ζωής της πόλης. Χρονική παράταση της ανθρώπινης ζωής, όταν το αδυσώπητο κάλεσμα του θανάτου έχει ακουστεί, είναι ανούσια.

Ο Φραγκίσκος Βάκων αναφέρει το 1627 στη " Νέα Ατλαντίδα " ότι ο ρόλος των ιατρών δεν έγκειται μόνο στη θεραπεία αλλά και στην ανακούφιση από τον πόνο, και μάλιστα όχι αποκλειστικά όταν η εξάλειψη του πόνου οδηγεί σε ίαση, αλλά και όταν οδηγεί σε ένα εύκολο πέρασμα (στο θάνατο).

Επίσης η ηθική προσέγγιση του ζητήματος της ευθανασίας γίνεται και από δύο κύριες σκοπιές, από δύο κύριες "ηθικές σχολές". Από την μια, το ηθικό ρεύμα της Συνεπειοκρατίας (ή αλλιώς Ωφελισμού) και από την άλλη το ηθικό ρεύμα της Δεοντολογίας. Η Συνεπειοκράτες, θεωρητικώς ορμώμενοι από πολλά και ποικίλα φιλοσοφικά ρεύματα (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.

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 μαθηματοποίησης της (όπως στην περίπτωση του Jeremy

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 στο αν θα πρέπει να πράξουμε κάτι ή όχι, οδηγώντας μας σε ηθική απραξία.

Η Σχολή της Δεοντολογίας, στο 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 προστατέψει 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 βουλήσεων του οποιοδήποτε άλλο όρο αντί εκείνου της ζωής.

5.3 Έρευνες περί ευθανασίας

Το 1997 στην Πάτρα από ιατρούς της Νοσηλευτικής Κλινικής του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών έγινε έρευνα σχετική με την ευθανασία. Στάλθηκαν ερωτηματολόγια σε 1148 μέλη του Ιατρικού Συλλόγου Πατρών, σε 483 μέλη του Δικηγορικού Συλλόγου Πατρών, σε 200 δικαστικούς του Εφετείου Πατρών και σε 129 τελειόφοιτους φοιτητές του ιατρικού τμήματος της πόλης. Από αυτούς απάντησαν ανώνυμα 300 ιατροί, 34 δικαστές, 100 δικηγόροι και 100 φοιτητές. Φυσικά το δείγμα θεωρήθηκε μικρό, αλλά οι απαντήσεις ήταν ενδεικτικές για την γνώμη που επικρατεί πάνω στο θέμα αυτό. Ωστόσο, το ποσοστό που συναινεί στην ευθανασία και μάλιστα στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία στην Ελλάδα είναι εξαιρετικά χαμηλό σε σύγκριση με άλλες χώρες. Αυτό σύμφωνα με τους ερευνητές οφείλεται στο ότι

στην Ελλάδα εξακολουθούν να ισχύουν ισχυροί ενδοοικογενειακοί δεσμοί και το αγαθό της ζωής διατηρεί την απόλυτη αξία του. Αντίθετα, σε προηγμένες και εκβιομηχανοποιημένες δυτικές χώρες με χαλαρές ενδοοικογενειακές σχέσεις, ο «ανώδυνος θάνατος» προβάλλεται σαν ανθρώπινο δικαίωμα.

Σε άλλη έρευνα που πραγματοποίησε το περιοδικό «ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ» με την αρωγή των ιατρών Τριποδιανάκη Γ., Μεταξάτου Γ. και Ιστικόγλου Χ. του ψυχιατρικού τμήματος του Γ.Π.Ν. «Ο Ευαγγελισμός» σε κάποιο Γενικό Νοσοκομείο για να διερευνήσουν τη στάση των ιατρών στο θέμα της ευθανασίας, προέκυψαν τα παρακάτω συμπεράσματα: Ζητήθηκε από τους ιατρούς ενός γενικού νοσοκομείου να συμπληρώσουν ένα ειδικό ερωτηματολόγιο που διερευνά τη στάση απέναντι στην ευθανασία (παθητική και ενεργητική) και το ενδεχόμενο νομοθετικής ρύθμισής της. Προσπάθησαν να βρουν αν η στάση αυτή σχετίζεται με παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο και ο χρόνος επαγγελματικής απασχόλησης. Έδωσαν το ερωτηματολόγιο σε 200 ιατρούς και το επέστρεψαν συμπληρωμένο 96 (ποσοστό 48%). Ένα σημαντικό ποσοστό των ιατρών ήταν υπέρ της παθητικής ευθανασίας(41%), υπέρ της ενεργητικής ευθανασίας υπό νομική κάλυψη(42%) και υπέρ της νομοθετικής ρύθμισης σύμφωνα με το ολλανδικό πρότυπο(47%). Το ποσοστό των αναποφάσιστων ήταν σταθερά γύρω στο 20% σε όλες τις ερωτήσεις. Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων με τη δοκιμασία pearson χ^2 και τη λογιστική παλινδρόμηση έδειξε ότι περισσότεροι ιατροί μέσης εμπειρίας (7-14 χρόνια επαγγελματικής απασχόλησης) ήταν υπέρ της παθητικής ευθανασίας, της ενεργητικής ευθανασίας και της νομοθετικής ρύθμισής τους, σε σύγκριση με τους ιατρούς μικρότερης και μεγαλύτερης εμπειρίας. Το φύλο βρέθηκε να επηρεάζει τη στάση μόνο απέναντι στην παθητική ευθανασία, με περισσότερες γυναίκες ν' αντιτίθενται σ' αυτήν, σε σύγκριση με τους άντρες ιατρούς. Συζητήθηκε η διαφορετικότητα των απόψεων των ιατρών και η συγχυτική και αντιφατική στάση τους ως προς τα δεοντολογικά, ηθικά και νομικά ζητήματα που συνεπάγεται η ευθανασία. Δόθηκε έμφαση στους παράγοντες που

φαίνονται ότι επηρεάζουν τις απόψεις τους. α) Το γεγονός ότι πιθανόν συνεργάστηκαν στην έρευνα περισσότεροι ιατροί που ευνοούν την ευθανασία β) Τα λειτουργικά προβλήματα των νοσοκομείων και η εξ αυτών αδυναμία παροχής φροντίδας στον καταληκτικό άρρωστο, δημιουργούν μια βαριά συναισθηματική ατμόσφαιρα που συμβάλει στη στάση τους για ευθανασία.

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 την μέθοδο του προσωπικού ερωτηματολογίου (σε αντιπροσωπευτικό δείγμα 366 ερωτηθέντων) ότι τους έχει ζητηθεί να πράξουν την ευθανασία ενώ μόλις το 5% των ιατρών 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.

Η στατιστική αυτή μας δείχνει ότι αφενός κατανοείται η ανάγκη του ασθενούς για πρόωρο τέλος της ζωής του, αφετέρου ηθικώς δύσκολα του αναγνωρίζεται αυτό το δικαίωμα είτε με δεοντολογικά, είτε με συνεπειοκρατικά κριτήρια. Μπροστά σε αυτό το δίλημμα ο ιατρός πιστεύει ότι με την «παράλειψη του πράττειν», με την διακοπή δηλαδή της ιατρικής αρωγής σε ένα άτομο που αιτείται ευθανασίας, γλιτώνει από ενδεχόμενες τύψεις αλλά και νομικές συνέπειες. Ηθικώς όμως η παράλειψη του πράττειν δεν διαφοροποιείται αρκετά από το καθεαυτό πράττειν καθότι με την παράλειψη επιτυγχάνεται ο ίδιος σκοπός της ευθανασίας και μάλιστα, πολλές φορές, στην πιο οδυνηρή

μορφή για τον ασθενή.

Σε δημοσκόπηση στον Καναδά το 1992 το 75% απεδέχεται την θεληματική ενεργητική ευθανασία. Στην έρευνα που δημοσιεύτηκε στο περιοδικό «Yours» τον Δεκέμβριο του 1994, οι εννέα στους δέκα συμμερίζονται την ενεργητική ευθανασία σε αρρώστους τελικού σταδίου.

Το Μάιο του 1995 η Εφημερίδα «Τα Νέα» 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 έφτασε στο 71,3% στους έχοντας μεταπτυχιακές σπουδές.

Η εφημερίδα «Metrorama» (22/5/2002) δημοσίευσε μια δημοσκόπηση από την 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.

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 δημοσιεύτηκε στην Ιατρική Εφημερίδα «Doctor» τον Φεβρουάριο του 1994 το ποσοστό υπέρ της νομιμοποίησης της ευθανασίας ήταν 44%.

Το 1994 το British Medical Journal (B.M.J.) 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.

Το Οκτώβριο του 1994 η Εφημερίδα «Τα Νέα» 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 δημοσιεύτηκε στο New England Journal of Medicine τον Ιούνιο του 1994 το 54% των ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων πιστεύει ότι η ευθανασία πρέπει να νομιμοποιηθεί.

Το 2001 στο περιοδικό Medical Journal of Australia δημοσιεύτηκε έρευνα σύμφωνα με την οποία πάνω από το 30% των ερωτηθέντων ιατρών είχαν χορηγήσει υπερβολικές δόσεις ναρκωτικών με σκοπό την επιτάχυνση του θανάτου και το 5,3% έκαναν ενεργητική ευθανασία.

Οι Do Not Resuscitate ή DNR εντολές, αφορούν αρρώστους τελικού σταδίου και ασθενείς στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας για τους οποίους η DNR εντολή σημαίνει αποφυγή κάθε προσπάθειας καρδιοαναπνευστικής ανάνηψης. Σε έρευνα που έγινε σε Ολλανδικά Νοσοκομεία διαπιστώθηκε ότι το 61% των ενδονοσοκομειακών θανάτων είχε προηγηθεί μία DNR εντολή και η οποία μόνο το 14% αυτών των περιπτώσεων είχε συζητηθεί με τον άρρωστο. Στη συντριπτική πλειοψηφία η εντολή ήταν μονομερής απόφαση του ιατρού.

Το 1991 δημοσιεύονται στην Ολλανδία και στο περιοδικό The Lancet τα αποτελέσματα μιας Πανολλανδικής έρευνας για «την ευθανασία και τις άλλες αποφάσεις τις σχετικές με το τέλος της ζωής» που φέρονται ως R Emmelink Commission Report, από τον πρόεδρό της, Γενικό Εισαγγελέα του Ανωτάτου Δικαστηρίου, καθηγητή John R Emmelink. Στα κείμενά τους οι Ολλανδοί παραδέχτηκαν ότι μεταξύ των 129.000 θανάτων του έτους 1990 υπήρχαν 2.300 περιπτώσεις ενεργητικής θεληματικής ευθανασίας, 400 υποβοηθούμενης αυτοκτονίας και 1.000 περιπτώσεις ενεργητικής μη θεληματικής ευθανασίας. Η προσεκτικότερη όμως μελέτη των Ολλανδικών κειμένων από διάφορους ερευνητές αποκάλυψε την ύπαρξη και άλλων θανάτων σχετικών με την ευθανασία. Πιο συγκεκριμένα υπήρχαν 5.800 περιπτώσεις μη θεραπείας ή διακοπής της θεραπείας, μετά από απαίτηση των αρρώστων και με σκοπό την επιτάχυνση του θανάτου, 7.875 περιπτώσεις αποσύρσεως της υποστηρικτικής

τεχνολογίας που δεν ζητήθηκε από τον άρρωστο και με στόχο τη συντόμευση της ζωής και τέλος 8.100 περιπτώσεις θανάτων από υπερδοσολογία μορφίνης και που στο 61% αυτών των περιπτώσεων το ενδεχόμενο του θανάτου δεν είχε συζητηθεί με τον άρρωστο. Ακόμα υπήρχε ένας απροσδιόριστος αριθμός νεογέννητων με αναπηρίες, άρρωστων παιδιών, ψυχιατρικών αρρώστων και ασθενών με AIDS των οποίων η ζωή τερματίστηκε από τους γιατρούς. Το 1993 οι Ολλανδία προχώρησε στην ανοχή της ευθανασίας με τον καθορισμό των προϋποθέσεων και των διαδικασιών ασκήσεώς της που θα απαλλάσσουν το γιατρό από τον κίνδυνο ποινικής διώξεως. Όμως από επιτόπια έρευνα του Άγγλου καθηγητή της Νομικής John Keown διαπιστώθηκε ότι σε υψηλό ποσοστό οι ασκούντες ευθανασία γιατροί ψευδώς και παρανόμως βεβαίωναν θάνατο από φυσικά αίτια για να αποφύγουν την επιτήρηση των Δικαστικών Αρχών, που όπως στη συνέχεια αποδείχτηκε δεν ήταν σε θέση να ελέγχουν αποτελεσματικά την άσκηση της ευθανασίας.

Σε Ολλανδική έρευνα που δημοσιεύτηκε 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 τη συντόμευση της ζωής των αρρώστων και που μόνο στο 50% το ενδεχόμενο αυτό συζητείται με τον άρρωστο.

Σύμφωνα με ερευνά που πραγματοποίησαν το Τμήμα Δημόσιας και Διοικητικής Υγιεινής της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών, η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του νοσοκομείου Παίδων και το εργαστήριο υγιεινής και επιδημιολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών σε 15 Μονάδες Εντατικής Θεραπείας σε όλη την Ελλάδα, οι 7 στους 10 ιατρούς και οι 8 στους 10 νοσηλευτές δεν αναλαμβάνουν την πρωτοβουλία να αποσυνδέσουν τα μηχανήματα υποστηρίξεως του ασθενούς.

Το 60% των ερωτηθέντων νοσηλευτών δήλωσε ότι δεν αναλαμβάνει διότι έχει αντιρρήσεις ηθικής φύσεως, το 10% των νοσηλευτών και το 12% των ιατρών απάντησε ότι φοβάται την ποινική δίωξη. Αξιοσημείωτο είναι ότι το

80% από αυτούς θεωρεί, ότι τα ιατρικά μηχανήματα σύγχρονης τεχνολογίας δεν επιτρέπουν στον ασθενή να έχει ένα αξιοπρεπή θάνατο.

Τέλος, εντυπωσιακή είναι μία ερευνά που απέδειξε τις απόψεις των ηλικιωμένων στο δίλημμα της ευθανασίας. Η ερευνά πραγματοποιήθηκε στην υγειονομική περιφέρεια της Θεσσαλίας σε 1400 άτομα (700 άνδρες και 700 γυναίκες) ηλικίας 70 - 89 χρόνων. Το 95% των ανδρών και το 96% των γυναικών είναι κατά της ευθανασίας. Το 4,2% των ανδρών και το 3,7% των γυναικών είναι υπέρ.

Οι Έλληνες ηλικιωμένοι λόγω της ελληνοχριστιανικής καλλιέργειάς τους δεν υιοθετούν την ευθανασία, διαφωνούν στη νομιμοποίησή της και κρίνουν ανέτοιμη την ελληνική κοινωνία για την αποδοχή της.

ΘΡΗΣΚΕΙΑ ΚΑΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

6.1 Ευθανασία και Χριστιανοσύνη: Οι απόψεις της Χριστιανοσύνης για την ευθανασία και την αυτοκτονία.

Οι Χριστιανοί είναι γενικά αντίθετοι με την ευθανασία και την υποβοηθούμενη από γιατρούς αυτοκτονία, δεδομένου ότι παρεμβαίνει στη ζωή και το θάνατο που ορίζονται από το Θεό και δημιουργεί και άλλα ηθικά προβλήματα. Όμως, αυτή η άποψη δεν υποστηρίζεται από όλους.

6.1.1 Η αυτοκτονία στη Βίβλο.

Υπάρχουν μόνο δυο αναφορές αυτοκτονίας στην Παλαιά Διαθήκη : του Βασιλιά Σαούλ και του Συμβούλου του Δαβίδ, οι οποίοι είχαν ζητήσει τη βοήθεια ενός άλλου προσώπου και έτσι οι περιπτώσεις αυτές μπορούν να συγκριθούν με την ευθανασία. Στην πρώτη περίπτωση, ένας στρατιώτης παίρνει τη ζωή του Σαούλ σύμφωνα με την επιθυμία του και ο Βασιλιάς Δαβίδ εκτελεί τον στρατιώτη με την κατηγορία του φόνου.

Στην Καινή Διαθήκη υπάρχει ένα παράδειγμα αυτοκτονίας : αυτό του Ιούδα του Ισκαριώτη, ο οποίος μετανοεί μετά την προδοσία του Ιησού και κρεμνά τον εαυτό του.

Η Βίβλος δεν σχολιάζει κανένα από τα παραπάνω παραδείγματα, παρόλα αυτά έχει παρατηρηθεί ότι κανένα από τα πρόσωπα που αυτοκτόνησαν στη Βίβλο δεν παρουσιάζεται ως ήρωας ή ως μια συμπαθητική προσωπικότητα.

6.1.2 Η αυτοκτονία στην Χριστιανική Ιστορία.

Η πρώτη επίσημη απαγόρευση από την εκκλησία της αυτοκτονίας χρεώνεται στον Άγιο Αυγουστίνο. Στο έργο του «Η Πόλη του Θεού», ο Αυγουστίνος υποστήριζε ότι η Πέμπτη εντολή «ου φονεύσεις» έχει εφαρμογή και στην αυτοκτονία όπως και στο φόνο. Σημείωσε ότι η εντολή δεν αναφέρει «τον συνάνθρωπό σου» όπως κάνει η εντολή που αναφέρεται στην ψευδομαρτυρία.

Ο Θωμάς ο Ακινάτης υποστήριξε επίσης αυτή την άποψη. Έγραψε: Είναι παράνομο να σκοτώσεις κάποιον για τρεις λόγους. Καταρχάς, επειδή ο οποιοσδήποτε από τη φύση του αγαπά τον εαυτό του, το αποτέλεσμα είναι η προσπάθεια για διατήρηση στη ζωή και η αντίσταση σε corruptions όσο περισσότερο μπορεί. Έτσι η αυτοκτονία είναι ενάντια στην πρόθεση της φύσης και στο γεγονός ότι κάθε άνθρωπος οφείλει να αγαπά τον εαυτό του. Η αυτοκτονία είναι αμαρτία καθώς είναι αντίθετη με τους νόμους της φύσης. Δεύτερος λόγος είναι το γεγονός ότι ο καθένας ως μονάδα ανήκει σε ένα σύνολο. Ο καθένας είναι μέρος μιας κοινότητας και έτσι ανήκει σε αυτή την κοινότητα. Σκοτώνοντας τον εαυτό του «τραυματίζει» την κοινότητα, όπως δηλώσει ο φιλόσοφος. Τρίτος λόγος είναι το ότι η ζωή είναι ένα δώρο από τον Θεό και υπόκειται στην δύναμή του, η οποία μπορεί να σκοτώσει και να δημιουργήσει ζωή. Όποιος αφαιρεί τη ζωή του, αμαρτάνει ενάντια στο Θεό, όπως αν σκότωνε τον σκλάβο ενός άλλου ανθρώπου θα αμαρτάνε ενάντια στον ιδιοκτήτη του σκλάβου, όπως όταν κάποιος δίνει στον εαυτό του το δικαίωμα να κρίνει χωρίς να έχει τέτοιο δικαίωμα. Το δικαίωμα απόφασης για θάνατο ή ζωή ανήκει μόνο στο Θεό, σύμφωνα με το Dt. 32:39, «εγώ θα σκοτώνω και θα δημιουργώ ζωή».

Πριν και κατά τη διάρκεια της Μεταρρύθμισης, ο νόμος και η κοινωνία απαγόρευε την ταφή όσων είχαν αυτοκτονήσει και επέτρεπαν την κατάσχεση της περιουσίας του και την βλασφημία του σώματος.

Κατά την Διαφώτιση, οι φιλόσοφοι άρχισαν να βασίζουν τις ηθικές αποφάσεις σε λογικά κίνητρα και σε ανησυχίες χρήσιμες παρά σε Χριστιανικές ανησυχίες. Κατέληξαν στο να διαφοροποιούν την κατάληξη κάθε απόφασης. Το 1783, ο Σκοτσέζος φιλόσοφος David Hume έγραψε μια εργασία ανέκδοτη, την «στην Αυτοκτονία» στην οποία προκάλεσε κάθε επιχείρημα του Θωμά του Ακινάτη και κατέληξε στο ότι η αυτοκτονία μπορεί να είναι ελεύθερη από κάθε κατηγορία και ενοχή.

Από την άλλη πλευρά, ο Εμμάνουελ Καντ έγραψε το 1785, το να εξουδετερώσεις την ηθική σε κάποιο άτομο είναι σαν να ξεριζώσεις την ίδια την ηθική από τον κόσμο, ακόμα και αν η ηθική είναι ένα τέλος για την ίδια. Συνεπώς, το να δώσεις κάποιον ως απλά ένα τρόπο για ένα τέλος εθελοντικό αφαιρεί την ανθρωπιά από αυτόν.

6.1.3 Μοντέρνες Χριστιανικές Απόψεις για την Αυτοκτονία.

Μια εκπομπή του BBC για την θρησκεία και την ηθική παρουσιάζει την Χριστιανική άποψη για την αυτοκτονία ως εξής:

Οι χριστιανοί είναι γενικά ενάντια στην ευθανασία. Τα επιχειρήματα συνήθως βασίζονται στην πίστη ότι η ζωή δίνεται από τον Θεό και ότι οι άνθρωποι φτιάχνονται κατ' εικόνα του Θεού. Κάποιοι επίσης δίνουν έμφαση στο πόσο σημαντικό είναι να μην παρεμβάλουμε στην φυσική διαδικασία προς τον θάνατο.

6.2 Απόψεις Αγγλικανικής εκκλησίας.

Η Times Online περιλαμβάνει μια δήλωση, από το 2005 του Αρχιεπίσκοπου του Canterbury, αρχηγού της Αγγλικανής Κοινότητας, για την ευθανασία :

Ο Αρχιερέας του Καντέρμπουρι, Dr. Rowan Williams, επιμένει ότι σήμερα λόγω ανθρωπιστικών και ηθικών λόγων η εκκλησία της Αγγλίας δεν μπορεί να υποχωρήσει από τις θέσεις της για την ευθανασία. Στους Times ο Dr. Williams, λέει ο υποβοηθούμενος θάνατος εμπλέκει και άλλους ανθρώπους στην πράξη της αυτοκτονίας και συνεχίζει ότι η αναγνώριση του δικαιώματος για υποβοηθούμενο θάνατο οδηγεί στο δικαίωμα κάποιων να σκοτώνουν.

Ενώ παραδεχόμαστε το δικαίωμα κάποιου να «σπαταληθεί», ο αναπόφευκτος πόνος είναι πέρα από κάθε συζήτηση. Λέει ότι μόλις η αναμονή για υποβοηθούμενο θάνατο γίνει δικαίωμα εμπλέκεται και η ευθύνη των άλλων.

6.3 Απόψεις της καθολικής εκκλησίας για την ευθανασία.

Η Ρωμαϊκή Καθολική Εκκλησία παραμένει ενάντια στην ευθανασία και την αυτοκτονία ως ηθικές επιλογές. Η Καθολική Εγκυκλοπαίδεια, που εκδόθηκε το 1912, περιγράφει την αυτοκτονία ως ένα τρομερό αμάρτημα ενάντια στον Θεό. Δίνει διάφορους λόγους για αυτό το συμπέρασμα : η αυτοκτονία προϋποθέτει ότι το άτομο είναι ο κυρίαρχος του σώματος του και όχι ο Θεός, δείχνει έλλειψη φιλανθρωπίας για κάποιον, συχνά οδηγεί σε αποτυχία στα γονικά και κοινωνικά καθήκοντα ή στη φιλανθρωπία προς τους άλλους, και είναι αντίθετη με το ένστικτο επιβίωσης που έχουν όλα τα πλάσματα. «το ότι η αυτοκτονία είναι παράνομη είναι η διδασκαλία της Αγίας Γραφής και της Εκκλησίας, η οποία καταδικάζει την πράξη ως προς το πιο απεχθές έγκλημα και με μίσος προς την αμαρτία και για να ξυπνήσει τον τρόπο στα παιδιά της αρνείται την χριστιανική ταφή.

Στις 5 Μαΐου του 1985, η Ιερή Σύγκλητος του Δόγματος της Πίστης εξέδωσε την επίσημη «Ανακοίνωση για την Ευθανασία», η οποία επαναβεβαίωσε την

απαγόρευση της εκκλησίας για όλων των ειδών υποβοηθούμενης αυτοκτονίας και ευθανασίας. Το να κάνουμε ευθανασία σε κάποιον ή το να του επιτρέψουμε ονομάζεται « βιασμός του θείου νόμου, προσβολή της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, έγκλημα ενάντια στη ζωή και επίθεση στην ανθρωπότητα».

Σε πιο πρόσφατη έκδοση της η Κατήχηση της Καθολικής Εκκλησίας, η αυτοκτονία και η ευθανασία όλων των ειδών παραμένει αυστηρά απαγορευμένη, αλλά ερωτήματα για την ηθική ενοχή και την αιώνια σωτηρία μένουν ανοιχτά. Παράγραφοι 2280-83 του άρθρου 5 (στην Πέμπτη εντολή) αναφέρουν για την αυτοκτονία:

2280: Ο καθένας είναι υπεύθυνος για την ζωή του μετά το Θεό που του την έδωσε. Ο Θεός διατηρεί την ανώτατη κυριαρχία στη ζωή. Είμαστε υποχρεωμένοι να δεχτούμε τη ζωή με ευγνωμοσύνη και να τη διατηρήσουμε προς τιμή του και για την σωτηρία των ψυχών μας. Είμαστε διαχειριστές, όχι ιδιοκτήτες της ζωής που μας εμπιστεύτηκε ο Θεός. Δεν είναι δική μας για να την πετάξουμε.

2281: Η αυτοκτονία αντιτίθεται στην φυσική τάση του ανθρώπου να διατηρήσει και να συνεχίσει την ζωή του. Είναι αντίθετη στην δίκαιη αγάπη του εαυτού μας. Ομοίως, προσβάλλει την αγάπη για τον συνάνθρωπο επειδή σπάει τους δεσμούς της ενότητας με την οικογένεια, το έθνος και τις άλλες ανθρώπινες κοινωνίες στις οποίες έχουμε υποχρεώσεις. Η αυτοκτονία αντιτίθεται στην αγάπη προς τον Θεό.

2282: Αν η αυτοκτονία διαπράττεται με την πρόθεση να παραδειγματιστεί κάποιος, ιδιαίτερα οι νέοι, επιβαρύνεται με ένα σκάνδαλο. Η εθελοντική συνεργασία σε αυτοκτονία είναι αντίθετη στους ηθικούς νόμους. Οι σοβαρές ψυχολογικές διαταραχές, το άγχος και ο φόβος για τις δυσκολίες, τον πόνο ή τα

βασανιστήρια μπορούν να εξαλείψουν την ευθύνη κάποιου που διαπράττει αυτοκτονία.

2283: Δεν πρέπει να απελπιζόμαστε για την αιώνια σωτηρία των ατόμων που έχουν τερματίσει μόνοι τους τις ζωές τους. Με τρόπους που μόνο ο Θεός γνωρίζει, μπορεί να τους δίνεται η ευκαιρία για σωτήρια αποδοχή. Η Εκκλησία προσεύχεται για τα άτομα που έχουν αφαιρέσει τη ζωή τους.

Παράγραφοι 2276-79 του Κατηχιτισμού της Καθολικής Εκκλησίας που αναφέρονται στην ευθανασία και σε σχετικά θέματα.

2276 : Αυτοί που η ζωή τους καταστρέφεται ή αποδυναμώνεται αξίζουν ειδικό σεβασμό. Οι άρρωστοι ή οι ανάπηροι πρέπει να βοηθούνται για να ζήσουν την ζωή τους όσο πιο φυσιολογικά γίνεται.

2277 : Ανεξαρτήτως των κινήτρων ή των μέσων, το να κάνεις ευθανασία σε κάποιον σημαίνει ότι βάζεις τέλος στις ζωές ανάπηρων, άρρωστων ή ετοιμοθάνατων ανθρώπων. Είναι ηθικά απαράδεκτο.

Μια πράξη ή παράλειψη, η οποία προκαλεί θάνατο με σκοπό να εξαλείψει τον πόνο αποτελεί ένα φόνο θανάσιμα αντίθετο με την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και τον σεβασμό στο Θεό, τον Δημιουργό μας. Η λανθασμένη κρίση στην οποία μπορεί να πέσει κάποιος με καλή πίστη δεν αλλάζει την φύση της φονικής πράξης, η οποία πρέπει πάντα να απαγορεύεται και να αποκλείεται.

2278 : Το να σταματούν οι ιατρικές διαδικασίες, οι οποίες είναι εμπόδιο, επικίνδυνες, εξαιρετικές ή δυσανάλογες με το αναμενόμενο αποτέλεσμα μπορεί να είναι νόμιμο. Είναι η άρνηση της «υπερβάλλουσας» θεραπείας. Σε αυτή την περίπτωση σκοπός δεν είναι η πρόκληση θανάτου. Η ανικανότητα κάποιου να αντισταθεί είναι απλώς αποδεκτή. Οι αποφάσεις πρέπει να παίρνονται από τον ασθενή όταν είναι ικανός να το κάνει, αν δεν είναι, παίρνονται από αυτούς που

έχουν νομικό δικαίωμα να δράσουν για τον ασθενή, των οποίων η λογική θέληση και τα νόμιμα ενδιαφέροντα πρέπει πάντα να είναι σεβαστά.

2279 : Ακόμη και αν ο θάνατος είναι επικείμενος, η συνηθισμένη φροντίδα που οφείλεται σε έναν άρρωστο άνθρωπο δεν μπορεί να διακοπεί νόμιμα. Η χρήση παυσίπονων για να καταπραΰνει τους πόνους του θανάτου, ακόμη και με κίνδυνο να λιγοστέψουν οι μέρες του ασθενούς, μπορεί να είναι ηθικά σε συμφωνία με την ανθρώπινη αξιοπρέπεια αν ο θάνατος δεν είναι επιθυμητός ως τέλος ή μέσο, αλλά μόνο προβλέψιμος και ανεκτός ως αναπόφευκτος. Η φροντίδα απλά για να απαλυνθεί ο πόνος είναι μια ιδιαίτερη μορφή αμερόληπτης φιλανθρωπίας. Αυτή πρέπει να ενθαρρύνεται.

6.4 Απόψεις των Λουθηρανών για την Αυτοκτονία και την Ευθανασία.

Στις 9 Νοεμβρίου του 1992, η Ευαγγελική Λουθηρανή Εκκλησία της Αμερικής (ELCA), το μεγαλύτερο μέρος των Λουθηρανών στην Αμερική, υιοθέτησαν μια δήλωση στο «Τέλος των αποφάσεων ζωής». Αυτή η δήλωση περιέχει τις ακόλουθες αποφάσεις:

Όταν η ιατρική κρίση αποφασίζει ότι η τεχνητή παροχή διατροφής και ενυδάτωσης δεν πρόκειται να συμβάλλει στην καλύτερευση της κατάστασης του ασθενούς ή στην αποφυγή του θανάτου, οι ασθενείς ή οι νόμιμοι εκπρόσωποί τους ίσως να τη θεωρήσουν ως μια υπερβολικά επιβαρυντική θεραπεία. Σε αυτές τις περιπτώσεις ίσως είναι ηθικά σωστό να αποσύρουμε αυτή την θεραπεία και επιτρέψουμε στο θάνατο να έρθει.

Επειδή οι ικανοί ασθενείς είναι αυτοί που παίρνουν τις αποφάσεις, ίσως να αρνηθούν την θεραπεία που προτείνεται από τους γιατρούς όταν δεν πιστεύουν ότι τα πλεονεκτήματα είναι περισσότερα από τους κινδύνους και την ταλαιπωρία. Αυτό ισχύει και για ασθενείς που δεν είναι σε θέση να πάρουν αποφάσεις αλλά έχουν εκφράσει τις επιθυμίες τους μέσω καθοδήγησης, όταν

μπορούσαν και/ή μέσω συζήτησης με την οικογένεια τους ή μέσω ορισμένων εκπροσώπων...

Η ακεραιότητα της σχέσης γιατρού-ασθενή προέρχεται από την βεβαιότητα ότι οι γιατροί θα δράσουν με στόχο να διατηρήσουν τη ζωή και την υγεία του ασθενή. Οι γιατροί και άλλοι επιστήμονες έχουν επίσης την ευθύνη να απαλύνουν τον πόνο. Αυτή η ευθύνη περιλαμβάνει την επιθετική αντιμετώπιση του πόνου, ακόμη και αν αυτή θα οδηγήσει σε γρηγορότερο θάνατο.

Παρόλα αυτά, η εσκεμμένη πράξη ενός γιατρού για να αφαιρέσει τη ζωή ενός ασθενούς, ακόμη και αν αυτό είναι επιθυμία του ασθενούς, είναι ένα άλλο ζήτημα. Ως εκκλησία επιβεβαιώνουμε ότι το να αφαιρεθεί εσκεμμένα μια ζωή που δημιουργήθηκε κατ' εικόνα του Θεού είναι αντίθετο με την χριστιανική μας συνείδηση. Ενώ αυτή η επιβεβαίωση είναι ξεκάθαρη, επίσης αναγνωρίζουμε ότι οι υπεύθυνοι γιατροί προσπαθούν σκληρά για να επιλέξουν το λιγότερο κακό σε ασαφείς οριακές καταστάσεις—για παράδειγμα, όταν ο πόνος γίνεται ανυπόφερτος που δεν μπορούμε να διακρίνουμε τη ζωή από τα βασανιστήρια. Αντιτιθέμαστε στην νομιμοποίηση του ιατρικά υποβοηθούμενου θανάτου, η οποία θα επέτρεπε το σκότωμα ενός ανθρώπου από κάποιον άλλον. Ο χειρισμός και ρύθμιση τέτοιων πράξεων θα ήταν εξαιρετικά δύσκολη αν όχι αδύνατη. Η δυνατότητα για κακοποίηση, ειδικά ανθρώπων που είναι πιο τρωτοί, θα αυξανόταν σημαντικά.

Η Λουθηρανή Εκκλησία- Σύνοδος του Μισσούρι (LCMS) επίσης αντιτίθεται στην αυτοκτονία και την ευθανασία. Το 1995, η Σύνοδος υιοθέτησε μια απόφαση που επιβεβαίωνε την αντίθεσή της «στο ιατρικό προσωπικό που παίρνει μέρος στην ενεργητική πρόκληση θανάτου, ακόμη και αν είναι απαίτηση του ασθενούς ή της οικογένειάς του».

6.5 Απόψεις της Ορθόδοξης Εκκλησίας για την Αυτοκτονία και την Ευθανασία.

Η Ελληνική Ορθόδοξη Εκκλησία αντιτίθεται σε κάθε είδους αυτοκτονία και τη θεωρεί ως σοβαρό αμάρτημα. Σύμφωνα με ένα άρθρο της επίσημης ιστοσελίδας της Ελληνικής Ορθόδοξης Αρχιεπισκοπής της Αμερικής, «η τρέχουσα γενική συμφωνία, η οποία είναι ειλικρινής και ομόφωνη και εκπροσωπεί την άποψη της Ορθόδοξης Εκκλησίας» για την αυτοκτονία είναι η εξής :

Αυτοκτονία είναι το να παίρνεις την δική σου ζωή. Η Ορθόδοξη Εκκλησία έχει, κατά το πέρασμα των αιώνων, διδάξει ότι δεν έχουμε το δικαίωμα να αφαιρούμε τη ζωή μας, καθώς η ζωή είναι ένα δώρο από τον Θεό, το οποίο καλούμαστε να διατηρήσουμε και εξελίξουμε. Άρα, η Εκκλησία θεωρεί την άμεση αυτοκτονία, δηλαδή όταν κάποιος αφαιρεί τη ζωή του με τα ίδια του τα χέρια, ως το πιο σοβαρό είδος φόνου επειδή δεν υπάρχει ευκαιρία για μετάνοια. Οι κανόνες και η πρακτική της Εκκλησίας απαγορεύουν την Εκκλησιαστική ταφή του ατόμου που έχει αυτοκτονήσει. Όμως, αν μπορεί να αποδειχτεί ότι ο αυτόχειρας δεν ήταν διανοητικά υγιής τότε, μετά από ιατρική και εκκλησιαστική πιστοποίηση, η ταφή του μπορεί να γίνει από την Εκκλησία. Σε περιπτώσεις, όμως, που ο εκλιπών είχε φιλοσοφικές απόψεις μέσω των οποίων επιβεβαίωνε το δικαίωμα για αυτοκτονία ή επέτρεπε στην απελπισία να υπερνικήσει την ορθή κρίση, δεν μπορεί να επιτραπεί η ταφή του.

Μιλώντας ηθικά, υπάρχει και η περίπτωση έμμεσης αυτοκτονίας, κατά την οποία οι άνθρωποι βλάπτουν την υγεία τους μέσω προσβλητικών για την υγεία πρακτικών, όπως το υπερβολικό κάπνισμα, την κατάχρηση αλκοολούχων ποτών και την υποβολή του εαυτού τους σε μη απαραίτητους κινδύνους. Η Ορθόδοξη Εκκλησία διδάσκει ότι είμαστε υποχρεωμένοι να φροντίζουμε την υγεία μας,

έτσι αυτού του είδους οι πρακτικές αντιμετωπίζονται ως ανήθικες. Όμως, δεν υπάρχουν οι ίδιες αρνητικές επιπτώσεις που υπάρχουν στην άμεση αυτοκτονία.

Το ίδιο άρθρο δηλώνει ότι η Ορθόδοξη Εκκλησία αντιτίθεται αυστηρά στην ευθανασία και την αντιμετωπίζει ως «ένα είδος αυτοκτονίας από τη πλευρά του ατόμου και ως ένα είδος φόνου από την πλευρά των άλλων που βοηθούν, όπου και τα δυο θεωρούνται αμαρτίες». Το άρθρο συνεχίζει :

Η σωτηρία και η απολύτρωση κατανοείται στην Ανατολική Χριστιανοσύνη μέσω όρων όπως η νίκη του Χριστού πάνω στο θάνατο, την αμαρτία και το κακό μέσω της Σταύρωσης του και την Ανάστασή του. Η Εκκλησία έχει μια πολύ δυνατή βάση υπέρ της ζωής, η οποία εκφράζεται σε αντίθεση με την δογματική υποστήριξη της ευθανασίας.

Η Εκκλησία δεν απαιτεί την χρήση υπερβολικών και ηρωικών μέσων με κάθε κόστος για τη παράταση του θανάτου, όπως πλέον είναι εφικτό μέσω της εξέλιξης της τεχνολογίας... Η Εκκλησία μπορεί ακόμη και να προσευχηθεί για το θάνατο ενός οριστικά άρρωστου ανθρώπου, χωρίς να επιμένει ότι είναι αντίθετη με τις περιττές και υπερβολικές ιατρικές προσπάθειες. Παράλληλα, η Εκκλησία απορρίπτει ως ηθικά λάθος κάθε συνειδητή πράξη ενός ατόμου για την πρόκληση του θανάτου του ίδιου ή ενός άλλου, όταν δεν θα προκαλούταν διαφορετικά.

6.6 Θεολογική προοπτική του ζητήματος της ευθανασίας

Η Θεολογική θέση στο ζήτημα της ευθανασίας είναι γνωστή και άγνωστη. Παραμένει πασίγνωστη η αρνητική τοποθέτηση της εκκλησιαστικής μας παράδοσης απέναντι στην ευθανασία. Μένει όμως άγνωστη η Θεολογική λογική με την οποία θεμελιώνεται μια τέτοια άρνηση που μάλιστα εκφέρεται με απόλυτα κατηγορηματικό τρόπο.

Η κατηγορηματική άρνηση της ευθανασίας εκ μέρους της Εκκλησίας μας απορρέει από μία συγκεκριμένη θεολογική λογική. Αξίζει τον κόπο να αναφερθεί εντελώς παρενθετικά ότι η ευθανασία ανήκει στην ίδια κατηγορία φαινομένων, όπως π.χ. η αυτοκτονία και η έκτρωση, που εξίσου απορρίπτονται από την θρησκεία, εξ αιτίας της ίδιας θεολογικής λογικής. Με την αυτοκτονία σημειώνεται παρέμβαση του ανθρώπου στο τέλος της ζωής, ενώ με την έκτρωση στην αρχή του φαινομένου της ζωής. Στην άμβλωση διακόπτεται η ζωή, προτού καν αρχίσει, ενώ με την αυτοχειρία συμβαίνει το ίδιο, προτού όμως να τελειώσει η ζωή του ανθρώπου.

Είτε στην αρχή είτε στο τέλος της ζωής σημειώνεται ανθρώπινη παρέμβαση σε κατιτί που προϋπάρχει του συγκεκριμένου ατόμου και θα συνεχίσει να υπάρχει μετά από αυτό, δηλαδή στο γεγονός της ζωής. Επί πλέον - και κυρίως! - η ζωή κάθε όντος είναι δημιούργημα ενός άλλου όντος, του «άλλως άλλου», του «αλλιώς Άλλου», του «Μεγάλου Άλλου». Σύμφωνα με τις μονοθεϊστικές θρησκείες (Χριστιανισμός, ιουδαισμός, μουσουλμανισμός), αυτός ο μέγας «άλλως Άλλος» ονομάζεται Θεός, γίνεται αντιληπτός ως οντότητα προσωπική και πιστεύεται ότι είναι η ανεπανάληπτη πρωταρχική πηγή της ζωής, Πατέρας, Παντοκράτορας, «Ποιητής ουρανού και γης, ορατών τε πάντων αοράτων», σύμφωνα με τον χριστιανισμό «Σύμβολον της Πίστεως».

Κάθε ανθρώπινη παρέμβαση στην ροή της ζωής ανασταλτικά, τόσο στην αρχή της με την αντισύλληψη, όσο και στο τέλος της με την αυτοκτονία ή την ευθανασία, συνιστά αναστολή του έργου του Θεού. Συνεπώς αντιστρατεύεται τόσο τον Θεό όσο και την ίδια την ζωή. Δηλαδή στρέφεται εναντίον του Δημιουργού και του δημιουργήματος, του πλάστη και του πλάσματος, του κτίστη και του κτίσματος, του κτιστού και του άκτιστου, του ποιητή και του ποιήματος.

Με μία τέτοια θεολογική λογική καταδικάζεται η ευθανασία μαζί με την αυτοκτονία, την δολοφονία, την άμβλωση, τον ευνουχισμό και κάθε άλλη μορφή ατομικής παρέμβασης στον γεγονός της ζωής. Το μόνο που επιτρέπεται στον άνθρωπο από την θρησκεία είναι να ζήσει την ζωή και ό,τι του απαγορεύεται είναι η αναστολή, η διακοπή και η διατάραξη της ζωής σε κάθε φάση με την αντισύλληψη είτε στην ακροτελεύτια φάση με τον αυτοχειριασμό, στον οποίο ταξινομείται η ευθανασία.

«Ζω την ζωή» σύμφωνα με την θεολογική λογική σημαίνει «σχετίζομαι με το άλλο μου». Εάν τεθεί σε έναν ενήμερο θεολόγο το ερώτημα «τι είναι ζωή;» ή, ακόμα χειρότερα, αν του ζητηθεί να ορίσει το γεγονός της ζωής, τότε και αφού προηγουμένως αποκηρύξει μετά βδελυγμίας την δυνατότητα καν να υπάρξει ποτέ κάποιος ορισμός της ζωής, θα σας εμπιστευθεί εντελώς σχηματικά την απάντηση του με τον ακόλουθο τρόπο: «η ζωή είναι σχέση», «ζω θα πει σχετίζομαι», «ζω σημαίνει ότι σχετίζομαι με το άλλο μου».

Αυτό το «άλλο μου» είναι καθετί έξω και πέρα από εμένα, πριν από το άτομό μου και πάνω από την ύπαρξη μου, απέναντι στο εγώ μου, μακριά από την οντότητα μου, κατέναντι στον εαυτό μου: στο «άλλο μου» ανήκουν ο κόσμος, η φύση, η κοινωνία, τα έμψυχα και τα άψυχα, τα έλλογα και τα άλογα, τα εγκόσμια και τα υπερβατικά, τα ορατά και τα αόρατα, ο Θεός, ο μεγάλος «άλλως Άλλος». Όχι μόνο τα κτίσματα, αλλά και ο κτίστης τους εμπεριέχεται στην οντότητα του «άλλου».

Συνεπώς η σχέση κάθε ανθρώπου με το «άλλο» του εμπεριέχει τον Θεό ως δυνατότητα μέσα στα όρια της πίστη εφ' όσον το άτομο έχει προβεί στην επιλογή της θρησκευτικής πίστης εκούσια, ελεύθερα και συνειδητά. Όποιος αδιαφορεί για το μεταφυσικό ερώτημα και την θρησκευτική απορία, όπως ο αγνωστικιστής και ο διάφορος, ή έχει λάβει αρνητική θέση στο περί Θεού ερώτημα για λόγους συνειδησιακής εντιμότητας, όπως ο άθεος και ο άθρησκος,

όλοι αυτοί οι συμπολίτες μας δεν δεσμεύονται καθόλου από την θεολογική καταδίκη της ευθανασίας. Το πρόβλημα υφίσταται κυρίως για εκείνους τους συνανθρώπους μας που έχουν επιλέξει την δέσμευση της πίστης, οι οποίοι άλλωστε αυθόρμητα χρεώνονται με την εμπίωση της πίστης τους μέσα στην ζωή τους, γι' αυτό αναρωτιούνται για τον αποχρώντα λόγο της θρησκευτικής άρνησης της ευθανασίας ή των άλλων παρεμφερών πρακτικών ανακοπής της ζωής, όπως είναι η αυτοκτονία και η αντισύλληψη.

Σύμφωνα με την θεολογική λογική, η ζωή είναι σχέση. «Ζω» θα πει «μετέχω», συμμετέχω και σχετίζομαι, κοινωνώ και επικοινωνώ. Η ζωή για την πίστη είναι πάντοτε μετοχή, κοινωνία και επικοινωνία, αναφορά και διαφορά: διαφορά ανάμεσα στο εγώ και στο άλλο, συνάμα όμως αναφορά του εγώ στο άλλο. Καθένας και καθεμία, καθετί χωριστά και όλα τα όντα μαζί διαφέρουν μεταξύ τους και αναφέρονται το ένα στο άλλο, αδιάκοπα και αμοιβαία. Η διαφορά και η αναφορά είναι ο καμβάς και το υφάδι που συνυφαίνουν την ζωή.

Ο θάνατος ως άρση και αναίρεση της ζωής καταργεί την αναφορά και τη διαφορά: όταν όλα νεκρώνουν, τότε παγώνουν και παγιώνονται, μένουν αμέτοχα και άσχετα, ομοιόμορφα και άμορφα, ταυτόσημα και εξομοιωμένα ισοπεδωτικά. Η ποικιλία και η ενότητα χαρακτηρίζουν τη ζωή. Η ομοιομορφία και ο χωρισμός ταιριάζουν στο θάνατο αποκλειστικά. Τελικά, θάνατος είναι ησχάση, δηλαδή η διακοπή της σχέσης, η άρνηση της αναφοράς, η αναίρεση της σχέσης, ο χωρισμός και ο διαχωρισμός, η αίρεση και η διαίρεση της πραγματικότητας σε εξατομικευμένες οντότητες, ο κατακερματισμός και η κατάτμηση της ζωής σε ατομικότητες.

Η ζωή είναι η σχέση και ο θάνατος ησχάση, δηλαδή μη-σχέση. Ό,τι ενέχει ιδιάζουσα σημασία για την θεολογική λογική είναι η σχεσιακότητα της ζωής, δηλαδή η αναφορικότητα σε αντίθεση προς την ατομικότητα. Η πραγματικότητα γίνεται κατανοητή ως αναφορικότητα, δηλαδή ως σύνολο

πλήρες σχέσεων, σαν πλέγμα αμοιβαίων αλληλεξαρτήσεων και σαν ιστός απειραρίθμων μορφών ζωής γεμάτων από ποικιλίες. Η αναφορικότητα αντιπαρατίθεται στην ατομικότητα, η οποία εκλαμβάνεται ως κατιτί αρνητικό, που έχει την διαίρεση, τησχάση, τον χωρισμό, οδηγώντας έτσι στον θάνατο, τον κατεξοχήν χωρισμό με την τέλεια απομόνωση του ανθρώπου.

Ατομικότητα ή αναφορικότητα είναι οι δύο πόλοι του βασικού διλήμματος που τίθεται ενώπιον του ανθρώπου για να ζήσει τη ζωή του. Η εκκλησιαστική παράδοση συνιστά να υιοθετήσουμε την αναφορικότητα αντί για την ατομικότητα. Συνεπώς να προκρίνουμε τη σχέση αντί για τησχάση, τη ζωή αντί για τον θάνατο. Κι έτσι η πίστη απαγορεύει κάθε ατομική παρέμβαση στο φαινόμενο της ζωής που επιφέρει τη διακοπή του.. Με μία τέτοια θεολογική λογική, στο όνομα της σχεσιακότητας της πραγματικότητας και εξ αιτίας της αναφορικότητας της ζωής, η Εκκλησία μας αντιτάσσεται στην ευθανασία, όπως άλλωστε και κάθε μονοθεϊσμός. Εάν τώρα κάτι τέτοιο δικαιώνεται από την ίδια τη ζωή ή διαψεύδεται από την πραγματικότητα, παραμένει ένα ακόμα διαρκώς ανοικτό ερώτημα προς περαιτέρω συζήτηση.

ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Οι κοινωνικοί λειτουργοί σε υπηρεσίες και ιδιωτικούς χώρους συχνά δουλεύουν με πελάτες οι οποίοι σκέφτονται την ευθανασία. Πιθανόν, περισσότερο από κάθε άλλη κλινική κατάσταση, η σκέψη για ευθανασία πιέζει τον επαγγελματία να αντιμετωπίσει πολύπλοκα ηθικά, νομικά και ψυχολογικά ερωτήματα ενώ χειρίζεται μια επείγουσα κατάσταση. Τονίζεται ότι στην εκπαίδευση και στο χώρο εργασίας οι κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει να μελετούν σε βάθος την πολυπλοκότητα και τις παγίδες των εμπειριών του πελάτη, όπως και τις δικές τους κλινικές, ηθικές και νομικές υποχρεώσεις.

Οι περισσότεροι κοινωνικοί λειτουργοί, όποιος και αν είναι ο τομέας που εργάζονται, έχουν δουλέψει με άτομα που βλέπουν την ευθανασία ως τη μόνη επιλογή τους για να απαλύνουν τον πόνο τους. Αυτή η κατάσταση πιθανόν περισσότερο από κάθε άλλη κλινική κατάσταση πιέζει τον λειτουργό να αντιμετωπίσει πολύπλοκα και δύσκολα ηθικά, νομικά και ψυχολογικά ερωτήματα ενώ ταυτόχρονα χειρίζεται μια συναισθηματικά φορτισμένη και επείγουσα κατάσταση. Με μια πρώτη θεώρηση, οι ευθύνες ενός κοινωνικού λειτουργού είναι σαφείς. Το Κογγρέσο (1998), για παράδειγμα, ισχυρίζεται ότι το να επιτρέψει, ο NASW Κώδικας Αρχών Ηθικής, στους κοινωνικούς λειτουργούς να σπάσουν το απόρρητο, όταν δουλεύουν με έναν πελάτη που σκέφτεται την ευθανασία, είναι «ευρέως επιτρεπτό, εκτός από τους περισσότερους ριζοσπαστικά σκεπτόμενους». Όμως, η εφαρμογή αυτής της αρχής σε εξαιρετικά πολύπλοκες περιπτώσεις δεν είναι πάντα τόσο απλή. Αυτό έγινε πλήρως ξεκάθαρο.

Όταν οι συγγραφείς και όλοι οι επιστήμονες στις κοινωνικής εργασίας με πάνω από 20 χρόνια κλινικής εμπειρίας, είχαν διαφορετικές απόψεις για τον

κλινικό χειρισμό και τις ηθικές υποχρεώσεις όταν δουλεύουν με ένα άτομο που σκέφτεται ως μοναδική λύση του προβλήματός του την ευθανασία.

Υπάρχει σημαντικός χώρος για κλινική κρίση, όπως παρουσιάστηκε στην λύση του NASW το 1994, η οποία αναγνώρισε στους κοινωνικούς λειτουργούς την ελευθερία να διαλέξουν τι ρόλο θα έχουν στην υποβοηθούμενη ή μη ευθανασία. Περαιτέρω έρευνα έδειξε ότι υπάρχουν πολύ λίγες ηθικές οδηγίες γραμμές ή νομικές προτεραιότητες στις Η.Π.Α. και στον Καναδά, οι οποίες θα μπορούσαν να βοηθήσουν τον κοινωνικό λειτουργό να «περπατήσει» στην αγκαθωτή του περιοχή. Οι κοινωνικοί λειτουργοί συχνά δουλεύουν με πελάτες που σκέφτονται την ευθανασία πολύ έντονα ή για πολλά χρόνια. Οι κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει να είναι εξοικειωμένοι με τον νόμο, με τους κανονισμούς του επαγγέλματος και με τα ηθικά στάνταρ και να τα εφαρμόζει ανάλογα ενώ επίσης θα λαμβάνει υπόψη του τα κλινικά ζητήματα. Η βιβλιογραφία για την κρίση, την κατάθλιψη και την αυτοκτονία επικεντρώνεται στην εκτίμηση του κινδύνου, στη διαχείριση που περιλαμβάνει προτεινόμενη φαρμακευτική αγωγή, και στην εντόπιση επικίνδυνων παραγόντων. Βεβαίως αυτές είναι οι προτεραιότητες. Όμως, δεδομένου της γενικότητας της αυτοκτονικής συμπεριφοράς – σκέψεις για ευθανασία, απόπειρες και ολοκληρωμένες αυτοκτονίες και του μεγάλου αριθμού των ατόμων που επηρεάζονται, είναι ισότιμα σημαντικό για τους κοινωνικούς λειτουργούς να κατανοήσουν και να εμπλακούν σε συζήτηση για τα διλήματα. Ένας τέτοιος διάλογος είναι ελλιπής σε βιβλιογραφία αλλά είναι ιδιαίτερα κρίσιμος γιατί σε ορισμένες περιπτώσεις ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να αντιμετωπίσει το ηθικό δίλλημα αν θα σεβαστεί το δικαίωμα του πελάτη να επιλέξει την ευθανασία ή θα παρέμβει για να του προστατέψει τη ζωή.

Παρά το τρομερό στίγμα και τη θέληση για να προσπεράσουμε ατομικές ελευθερίες για να την αποτρέψουμε, η ευθανασία ή η αυτοκτονία παραμένει ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας. Το κλινικό και ηθικό δίλλημα που προκύπτει, όταν ένας πελάτης ανακοινώνει την πρόθεση του να προβεί σε ευθανασία, ερευνάται.

Οι κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει να παλέψουν με αυτά τα θέματα, ξεκινώντας με την εκπαίδευσή τους και συνεχίζοντας με τον χώρο εργασίας τους σε υπηρεσία ή σε ιδιωτικό τομέα. Δεν δίνεται μια απάντηση αλλά τονίζεται το ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει να μελετήσουν σε βάθος την πολυπλοκότητα και τις διαφορούμενες έννοιες των εμπειριών ενός πελάτη, όπως και τις δικές τους κλινικές, ηθικές και νομικές υποχρεώσεις.

Ιστορικά, διαφορετικές κοινωνίες και πολιτισμοί έχουν διαμορφώσει ποικίλες απόψεις για την ευθανασία. Πιο συχνά, η ευθανασία έχει θεωρηθεί ανεπίτρεπτη, ηθικά λάθος, έγκλημα, παράλογη, ένα σημάδι διανοητικών προβλημάτων ή ως άδικη προς την πολιτεία και/ή το Θεό. Αναμφισβήτητα, ένα σημαντικό στίγμα συνεχίζει να περικυκλώνει την ευθανασία.

Σήμερα, οι συνέπειες της ευθανασίας έχουν σοβαρές κοινωνικές και δημόσιες επιπτώσεις στην υγεία σε όλο τον κόσμο. Εντούτοις, μια υπόθεση παραμένει στην Δυτική κοινωνία, ότι η ευθανασία μπορεί και πρέπει να αποτρέπεται.

Η αντοχή της ευθανασίας προκαλεί την υπόθεση ότι η ευθανασία μπορεί να αποτραπεί και η αρχή της ιερής αξίας της ανθρώπινης ζωής, η οποία τηρείται από την κοινωνία. Η ευθανασία θέτει την οικογένεια και τους φίλους σε πολύ έντονες δυσχερείς καταστάσεις και είναι μια από τις πιο δύσκολες και απαιτητικές πλευρές τις κλινικής εργασίας. Πεποιθήσεις για την αξία της ζωής μπορεί να οδηγήσουν έναν κοινωνικό λειτουργό να αντιληφθεί την σκέψη για ευθανασία του πελάτη σαν μια προσωπική απειλή και/ή ως μισ πρόκληση στα θρησκευτικά και ηθικά πιστεύω. Πράγματι, ο Portenoy και οι συνάδελφοι του (1997) βρήκαν ότι οι επαγγελματίες, περιλαμβανομένων των κοινωνικών λειτουργών, οι οποίοι ασπάζονται θρησκευτικές πεποιθήσεις ήταν λιγότερο πιθανό να στηρίζουν μια υποβοηθούμενη ευθανασία. Ένας λειτουργός μπορεί ταυτόχρονα να αισθάνεται αδύναμος και υπεύθυνος για να σταματήσει κάποιον από το να κάνει ευθανασία.

Η κυρίαρχη προσέγγιση στην κοινωνία μας θεωρεί ότι η ευθανασία βασίζεται σε παράγοντες πέρα από τον έλεγχο του ανθρώπου και συνεπώς παράγοντες που δεν είναι ούτε λογικοί, ούτε αυτόνομοι. Κατά συνέπεια, η κοινωνία πιστεύεται ότι έχει ηθική υποχρέωση να παρεμβαίνει για να αποτρέψει την ευθανασία. Έτσι, η αποτροπή της ευθανασίας είναι η προτεραιότητα, παρά την εκφρασμένη επιθυμία ενός ατόμου να πεθάνει. Οι Heyd και Bloch (1999) παρατηρούν ότι η αξία της ζωής είναι τόσο θεμελιώδης και αναμφισβήτητη στην κοινωνία μας που ακόμη και το γεγονός ότι κάποιος μπορεί να την αμφισβητεί θεωρείται παράλογο και σημάδι αρρώστιας.

Υπάρχουν επικριτές αυτής της κυρίαρχης άποψης. Ο Berghmans (1998) υπογραμμίζει ότι «η πνευματική ασθένεια όπως αυτή δεν αποκλείει την ικανότητα λήψης αποφάσεων». Ο Bentley (1993) ισχυρίζεται ότι αυτού του είδους η κατηγοριοποίηση «οδηγεί σε μια ανυπόφορη «παγκόσμια καταγγελία» του πληθυσμού, χαρακτηρίζοντας τους ως ανόητους και ανίκανους και ίσως οδηγήσει σε περιττή και ακατάλληλη λήψη αποφάσεων από τρίτους» (σελ. 102). Αυτό μπορεί πράγματι να αντανακλά το επίμονο στίγμα που υπάρχει για τις πνευματικές ασθένειες. Έχουν περάσει πάνω από 30 χρόνια από την κλασική εργασία του Goffman για τις εμπειρίες από ιδρύματα με πνευματικά ασθενείς ανθρώπους και για τις επιρροές των κοινωνικών κανόνων και αξιών στον καθορισμό και τη διαμόρφωση της κανονικής συμπεριφοράς. Αυτοί που αμφισβητούν τις κυρίαρχες απόψεις για την ευθανασία επιμένουν ότι η ελευθερία του να θέσει τέρμα στη ζωή του κάποιος είναι θεμελιώδες δικαίωμα. Επιπλέον, η αυτοκτονία δεν θεωρείται αυτόματα παράλογη ή αντανάκλαση της ψυχοπαθολογίας κάποιου. Σύμφωνα με αυτή την άποψη, κάποιοι άνθρωποι που είναι λογικοί και ικανοί να λαμβάνουν αποφάσεις μπορούν να έχουν αρκετούς λόγους για να επιλέξουν την ευθανασία. Οι υποστηρικτές του δικαιώματος για την επιλογή του τρόπου που θα τελειώσει κάποιος τη ζωή του, υπογραμμίζουν την αβέβαιη φύση της εξέλιξης αυτών των καταστάσεων, τα επίπονα και εξαντλητικά αποτελέσματα των ασθενειών και τη γνώση του αναπόφευκτου

θανάτου. Εδώ η ευθανασία θεωρείται ως μια λογική και κατανοητή απάντηση στις καταστροφικές αυτές καταστάσεις. Κάποιος ίσως να ισχυριστεί ότι ο φυσικός πόνος και η απώλεια, είναι ένα αποδεκτό ηθικό επιχείρημα για την ευθανασία.

Ακόμα και οι συγγραφείς που στηρίζουν το δικαίωμα κάποιου να κάνει ευθανασία υπογραμμίζουν την ηθική και νομική υποχρέωση των ψυχολόγων και ψυχιάτρων να βοηθήσουν τον ασθενή, όταν αυτός το επιθυμεί. Υπάρχει ομοφωνία στο ότι ο γιατρός είναι υποχρεωμένος να κάνει οτιδήποτε μπορεί για να βοηθήσει τον πελάτη να βρει έναν τρόπο για να ζήσει και στο ότι οι περισσότεροι άνθρωποι που εκφράζουν την επιθυμία να πεθάνουν μπορούν να βοηθηθούν έτσι ώστε να θελήσουν πάλι τη ζωή τους. Το βάρος τοποθετείται στον γιατρό για να κάνει όλα τα βήματα που πρέπει για να προσφέρει βοήθεια. Ο γιατρός πρέπει να αποφασίσει αν το άτομο είναι λογικό και ικανό να λαμβάνει αυτόνομες αποφάσεις και το αν πραγματικά σκοπεύει να πεθάνει ή απλά ζητά βοήθεια. Η κυρίαρχη γνώμη είναι ότι αν δεν είναι ξεκάθαρο το ότι ο ασθενής μπορεί να λάβει λογικές και αυτόνομες αποφάσεις τότε ο γιατρός πρέπει να παρέμβει όταν είναι δυνατόν. Η επιλογή της παρέμβασης ίσως δώσει μια δεύτερη ευκαιρία και μπορεί πάντα να επαναξιολογηθεί.

Ο χρόνιος και ο ανυπόφορος πόνος που νιώθει ο πελάτης μπορεί να συνεχίζεται για χρόνια χωρίς ανακούφιση για το άτομο, διότι αυτός ή αυτή είναι οριστικά ασθενής. Διαθέσιμες θεραπείες ίσως να δοκιμάστηκαν ξανά και ξανά χωρίς σημαντικές ή μόνιμες βελτιώσεις στην ποιότητα της ζωής τους. Σε αυτές τις περιπτώσεις, κάποιοι συγγραφείς ισχυρίζονται ότι υπάρχουν αρκετές δικαιολογίες για την απόφαση αυτών των ατόμων να πεθάνουν, καθώς αντανακλάται μια επιθυμία για ανακούφιση παρά μια επιθυμία για θάνατο. Η συνέχιση ενδυναμωμένης θεραπείας μπορεί μόνο να κάνει πιο έντονο τον ανυπόφορο πόνο και τη θλίψη για τον πελάτη. Ο Narveson (1986) γράφει ότι η παρέμβαση μπορεί να είναι «αυτό που οι ειδικοί επιμένουν να αποκαλούν θεραπεία και αυτό που ο ασθενής βλέπει απλά ως ένα εξευγενισμένο

βασανιστήριο». Μερικοί συγγραφείς προτείνουν ότι αν ο γιατρός είναι ικανός να ακούει τον αβάσταχτο πόνο του ασθενή του και την επιθυμία του για θάνατο με συμπάθεια, τότε ίσως να χτιστεί μια σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή. Σκέφτονται, παραδόξως, ότι αυτό μπορεί να παραγάγει κάποια ελπίδα για τον ασθενή.

Η έρευνα δείχνει ότι οι άνθρωποι με θανατηφόρες ασθένειες (όπως HIV/AIDS ή καρκίνο) ή με άλλες σοβαρές ασθένειες (όπως πολλαπλή σκλήρωση) διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να σκεφτούν την ευθανασία. Ο Miller (1998) παρέχει ένα κλινικό πλαίσιο για αξιολόγηση όταν δουλεύουμε με άτομα που έχουν μη αναστρέψιμες ασθένειες. Υπογραμμίζει την ανάγκη για κατανόηση των εννοιών της ασθένειας και της σκέψης για ευθανασία την κουλτούρα του ατόμου και της οικογένειας του και τους πιθανόν λάθος φόβους για το τελικό στάδιο της αρρώστιας.

Ενθαρρύνουμε τους γιατρούς που δουλεύουν με άτομα που πάσχουν από ανίατες ασθένειες ή ζουν με χρόνια προβλήματα υγείας ή αναπηρίες να αναπτύξουν έναν πιο πολύπλοκο τρόπο κατανόησης της λογικής του πελάτη που σκέφτεται την ευθανασία, συμπεριλαμβανομένης της ενεργής εξερεύνησης του ρόλου που μπορεί να διαδραματίζει το κοινωνικό στίγμα σε αυτές τις καταστάσεις. Επιπροσθέτως, αυτή η αξιολόγηση πρέπει να γίνεται σε συνδυασμό με μια ουσιαστική κατανόηση των νομικών και ηθικών αρχών.

Μελετώντας τις νομικές υποχρεώσεις όσον αφορά στην συμπεριφορά του κοινωνικού λειτουργού απέναντι στον πελάτη που σκέφτεται την ευθανασία, δύο κύριοι παράγοντες αποτελούν το στάνταρ της φροντίδας που ο γιατρός απαιτείται να προσφέρει και το καθήκον που έχει να τηρηθεί το ιατρικό απόρρητο. Οι γιατροί έχουν ένα σαφώς καθορισμένο από το νόμο καθήκον : να προσπαθήσουν να αποτρέψουν την ευθανασία. Ισχυρισμοί για κακή θεραπεία εναντίον κοινωνικών λειτουργών έχουν κλιμακωθεί στις Η.Π.Α., κάνοντας παραλληλισμό με τα άλλα επαγγέλματα. Οι ισχυρισμοί για κακή θεραπεία προκύπτουν όταν έναν επαγγελματία δεν εκτελεί τα καθήκοντά του σε συνοχή

τα κατεστημένα στερεότυπα φροντίδας. Αυτό σημαίνει ότι ο γιατρός δεν έδρασε με τον τρόπο που ένας κανονικός, λογικός και συνετός γιατρός θα είχε δράσει κάτω από τις ίδιες συνθήκες. Για να διασφαλιστεί η προστασία από αυτή τη κατάληξη, οι κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει να γνωρίζουν και να ακολουθούν τα στάνταρ της φροντίδας όταν δουλεύουν με πελάτες που σκέφτονται την ευθανασία ως μόνη λύση. Αυτό περιλαμβάνει έλεγχο μέσω αξιολόγησης, παροχή προτεινόμενης θεραπείας, και ενημέρωση σχετικά με τα ακόλουθα ευρήματα που σχετίζονται με την παραβίαση του ιατρικού απορρήτου όταν ο ασθενείς απειλεί να κάνει κακό στον εαυτό του. Η αξιολόγηση και η παρέμβαση σε τέτοια άτομα είναι μια ζωτικής σημασίας πλευρά της κλινικής πρακτικής και συνεπώς πρακτική καθοδήγηση μπορεί να βρεθεί εύκολα σε βιβλία για την κοινωνική εργασία, την ψυχιατρική και την ψυχολογία. Παρά την ποικιλία πηγών, η καθοδήγηση είναι εξαιρετικά όμοια σε κάθε βιβλίο. Λόγω του ότι αναμένεται από τους κοινωνικούς λειτουργούς να παρέχουν επαρκή πρακτική, η πρώτη βασική αρχή είναι ότι οι κλινικοί πρέπει από μόνοι τους να καθορίζουν αν είναι ικανοί να αναλάβουν πελάτες υψηλού κινδύνου και πρέπει να διασφαλίζουν ότι έχουν ικανοποιητική εκπαίδευση για να χειρίζονται δύσκολες καταστάσεις. Αν υπάρχουν ερωτήσεις ή αβεβαιότητες, προτείνουμε να ζητηθούν άμεσα συμβουλές. Ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να προχωρήσει κάνοντας αξιολόγηση των κινδύνων που περιέχονται σε βιολογικούς, νοητικούς, συναισθηματικούς και κοινωνικούς παράγοντες και της ικανότητας του πελάτη να πάρει μια ελεύθερη απόφαση σχετικά με την ευθανασία. Αυτή η αξιολόγηση πρέπει να προσεκτικά τεκμηριωμένη. Έπειτα, ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει, στο πλαίσιο της θεραπευτικής συνεργασίας, να συζητήσει εναλλακτικές λύσεις και να προσπαθήσει να αναπτύξει μια αμοιβαία συμφωνημένη λύση.

Ερωτήματα, σχετικά με το καθήκον να αναφερθούν εμπιστευτικές πληροφορίες, προκύπτουν όταν ο πελάτης αποφασίσει ότι η ευθανασία συνεχίζει να είναι η μόνη εφικτή λύση. Η εμπιστευτικότητα είναι βασική στην παροχή κοινωνικών και ιατρικών υπηρεσιών, όμως οι νομοθέτες και τα

δικαστήρια ολοένα και περισσότερο τείνουν να υπερπηδούν τις αρχές της εμπιστευτικότητας. Πρόσθετα, ως επακόλουθο της διάσημης απόφασης Tarasoff στην Καλιφόρνια (1976), όλοι οι ψυχίατροι έχουν το καθήκον να προστατέψουν τους τρίτους που μπορεί να κινδυνέψουν στα χέρια του ασθενή. Σε αυτές τις περιπτώσεις το υποχρεωτικό καθήκον αναφοράς υπερπηδά το δικαίωμα του πελάτη για εμπιστευτικότητα.

Το καθήκον για προστασία γίνεται λιγότερο ξεκάθαρο σχετικά με την ευθανασία. Μέχρι τώρα ο νόμος του Tarasoff δεν είχε επεκταθεί και σε περιπτώσεις όπου το άτομο είναι απειλή για τον εαυτό του και συνεπώς δεν υπάρχει θετικό καθήκον προς τον νόμο από τους κοινωνικούς λειτουργούς για να αναφέρουν πληροφορίες σχετικά με πρόθεση για ευθανασία. Παρόλα αυτά, δεν υπάρχουν στοιχεία με βάση τα οποία να κρίνουμε το πώς ο νόμος μπορεί να χειριστεί μια κατάσταση όπου ο κοινωνικός λειτουργός αντιμετώπισε αστική ποινή επειδή έσπασε το απόρρητο για έναν πελάτη που αυτή ή αυτός θεώρησε ότι είχε πρόθεση να ευθανατωθεί. Αν ο κοινωνικός λειτουργός λογικά πίστεψε ότι ο πελάτης θα έβλαπτε τον εαυτό του και έπραξε με καλή πίστη, τότε ο λειτουργός πιθανότατα θα προστατευτεί από το νόμο για την παραβίαση της εμπιστευτικότητας, αν ανέφερε σε κάποιο μέλος της οικογένειας ή σε κάποιο γιατρό αυτές τις τάσεις του ασθενή. Παρομοίως, δεν είναι φανερό εάν ένας κοινωνικός λειτουργός μπορεί να θεωρηθεί υπεύθυνος να δεν αποκαλύψει τον κίνδυνο για σκέψη ευθανασίας σε κάποιον ο οποίος είναι ευάλωτος, εξαρτημένος, σε κρίση, ή σε μια παροδική κατάσταση. Έτσι, περιληπτικά, ο νόμος δίνει μικρή καθοδήγηση για το πώς πρέπει να προχωρήσει ένας κοινωνικός λειτουργός. Εντούτοις, η απειλή της μήνυσης για κακή θεραπεία πρέπει να λαμβάνεται υπόψη καθώς οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι ψυχίατροι αντιμετωπίζουν ένα περιβάλλον όλο και πιο εχθρικό.

Ενώ οι κοινωνικοί λειτουργοί μπορούν να στραφούν στον Κώδικα Ηθικής για καθοδήγηση σε δύσκολες κλινικές περιπτώσεις, αυτή η πηγή παρέχει συγκεκριμένες περιορισμένες συμβουλές σχετικά με την εργασία με πελάτες

που σκέφτονται την ευθανασία. Γενικά, ο Κώδικας Ηθικής δεν ασχολείται στην αξιολόγηση και την φροντίδα των ατόμων με τέτοιες τάσεις αλλά με το θέμα της αποκάλυψης πληροφοριών σε τρίτους. Επιπλέον, μέσα στον Κώδικα Ηθικής στην κοινωνική εργασία δεν υπάρχει κάποια καθαρή καθοδήγηση σχετικά με την άδεια για αποκάλυψη. Το καθήκον παραβίασης της εμπιστευτικότητας για να προστατευτεί ο πελάτης που σκέφτεται την ευθανασία πρέπει να εξετάζεται σε σχέση με νομικά περιχαρακωμένο καθήκον να προστατευτούν εμπιστευτικές πληροφορίες. Οι κοινωνικοί λειτουργοί στον Καναδά και στις Η.Π.Α. δουλεύουν κάτω από κανονιστικά και εγκεκριμένα σωματεία σε επαρχιακό και πολιτειακό επίπεδο. Γενικά, στην σχέση μεταξύ θεράποντος και ασθενούς, ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να προστατεύει την εμπιστευτικότητα των πληροφοριών που του παρέχονται από τον πελάτη. Ο κοινωνικός λειτουργός όμως μπορεί να αποκαλύψει πληροφορίες όταν του ζητηθεί ή όταν του επιτραπεί από τον νόμο ή όταν ο πελάτης συγκαταθέσει στην αποκάλυψη. Στην πραγματικότητα, οι πιο πρόσφατες αναθεωρήσεις του Κώδικα Ηθικής από την NASW δηλώνουν «οι κοινωνικοί λειτουργοί σέβονται και προωθούν το δικαίωμα των πελατών να παίρνουν μόνοι τους αποφάσεις καθώς και βοηθούν τους πελάτες στην προσπάθεια τους να καθορίσουν τους στόχους τους». Όμως, η προσδοκία ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί θα κρατήσουν εμπιστευτικές πληροφορίες δεν ισχύει, όταν η αποκάλυψη είναι απαραίτητη για να αποφευχθεί σοβαρό, προβλέψιμο και επικείμενο κακό για τον πελάτη. Σχετικά με την αποκάλυψη στην περίπτωση πελάτη επιθυμεί την ευθανασία, στον Καναδά, υπάρχει ασυνέπεια στις διάφορες περιοχές. Ο Κώδικας Ηθικής του Καναδικού Οργανισμού Κοινωνικών Λειτουργών (1994) απαιτεί από τους κοινωνικούς λειτουργούς να αναφέρουν αυτή την πληροφορία σε ένα μέλος της οικογένειας. Σε κάποιες περιοχές είναι συνεπείς με αυτό, περιμένοντας από τους κοινωνικούς λειτουργούς να αποκαλύψουν αν υπάρχει σαφής κίνδυνος ότι ο πελάτης έχει πρόθεση να βλάψει τον εαυτό του ή άλλους. Αντίθετα με αυτή τη θέση όμως το Κολλέγιο Κοινωνικών Λειτουργών στο Οντάριο και οι Λειτουργοί στην

Κοινωνική Πρόνοια (2000) δηλώνουν ότι η αποκάλυψη εμπιστευτικών πληροφοριών για την πιθανότητα ευθανασίας του πελάτη είναι αδιάκριτη. Μελετώντας τον τρόπο δράση σε δύσκολες κλινικές καταστάσεις, οι κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει να ζυγίσουν όχι μόνο τις νομικές τους υποχρεώσεις, τα επαγγελματικά στερεότυπα όπως καθορίζονται από τον Κώδικα Ηθικής και από του υπάρχοντες επαγγελματικούς κανονισμούς και της καθοδηγήτριες γραμμές αλλά και τις δικές τους απόψεις περί ηθικής. Μια πρώτη διαμάχη όσον αφορά στην ηθική που αντιμετωπίζει ο κοινωνικός λειτουργός με έναν πελάτη που επιθυμεί ευθανασία είναι η επιλογή ανάμεσα στο δικαίωμα επιλογής του πελάτη και στην «αγαθοεργία», που είναι το καθήκον του να κάνεις καλό και να ελαχιστοποιείς τον πιθανό κίνδυνο. Η ελευθερία επιλογής του πελάτη είναι βασική στην ηθική και στις αξίες της κοινωνικής εργασίας και θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα στην Δυτική κοινωνία. Εντούτοις, πάντα υπήρχαν όρια σε αυτή την ελευθερία επιλογής. Μέχρι ένα σημείο αυτό συμβαίνει λόγω του ότι η ελευθερία επιλογής «εμπλέκει άτομα που είναι ικανά να διαμορφώσουν και να έχουν τα δικά τους σχέδια, επιθυμίες, ευχές, και πολιτικές και έτσι να αποφασίζουν για την πορεία της ζωής τους». Αυτό απαιτεί ότι αυτός που παίρνει τις αποφάσεις είναι ικανός να ζυγίσει τις εναλλακτικές, να αξιολογήσει τους κινδύνους και τα πλεονεκτήματα και κάνει την καλύτερη επιλογή. Σε συμφωνία με την ιατρική φροντίδα, για παράδειγμα, γίνονται παροχές για εναλλακτικές αποφάσεις για το αν το άτομο πρέπει να καταδικαστεί ως ανίκανο του να καταλάβει τις σχετικές με την θεραπεία πληροφορίες και του να εκτιμήσει τις λογικές συνέπειες της απόφασης ή της έλλειψης απόφασης. Παρά το ότι η έλλειψη ικανότητας δεν προέρχεται απαραίτητα από πνευματική ασθένεια, υπάρχουν στοιχεία ότι αυτοί που υποφέρουν από πνευματικές ασθένειες έχουν προβλήματα στην λήψη αποφάσεων και μπορεί να μην πάρουν τις ίδιες αποφάσεις αν η ασθένεια υποχωρήσει ως συνέπεια της θεραπείας.

Η ηθική αρχή της αγαθοεργίας είναι αμφισβητήσιμη λόγω της ερώτησης : ποιος καθορίζει ποιο είναι το μέγιστο καλό; Μια συγκεκριμένη ανησυχία σε

αυτή την περίπτωση είναι, όπως υπογραμμίστηκε νωρίτερα, το στίγμα που επιβαρύνει όσους σκέφτονται την ευθανασία. Υπάρχουν επιχειρήματα και για την παρέμβαση για αποτροπή της ευθανασίας και για την επιτροπή σε έναν άνθρωπο να διαλέξει ελεύθερα τον θάνατο. Κάποιοι πιστεύουν ότι εφόσον δεν έχουν όλοι οι πελάτες την ικανότητα αυτονομίας, άλλες ηθικές αρχές, όπως η αγαθοεργία, μπορεί να ξεπερνούν σε σημαντικότητα την αυτονομία. Ο Kapp (1988) συμφώνησε ότι όταν δοκιμαστούν όλες οι επιλογές και όταν η ασφάλεια του ατόμου είναι στον αέρα, τότε πρέπει να εφαρμοστεί η αρχή της αγαθοεργίας. Άλλοι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι να αφαιρείται το δικαίωμα επιλογής από κάποιον για να ζήσει ή να πεθάνει, είναι αδικαιολόγητη πράξη και ένα χτύπημα του πατερναλισμού. Αυτή η διαμάχη ανάμεσα στην αυτονομία και τον πατερναλισμό αποκαλύπτει την διχοτόμηση της κοινωνικής εργασίας με την οποία ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να ισορροπήσει την ευθύνη προς την κοινότητα με την ευθύνη προς την αυτονομία του ανθρώπου. Ο λειτουργός πρέπει να παλέψει με τα πλεονεκτήματα της αποτροπής της ευθανασίας ενάντια στο κόστος της στέρησης των δικαιωμάτων από έναν άνθρωπο και τον πιθανό πόνο. Οι ηθικοί κανόνες της κοινωνικής εργασίας επίσης καλούν την προσοχή της κοινωνικής δικαιοσύνης και της δίκαιης διανομής φορτίου και οφελών, που μπορεί κάποιες φορές να περιορίσει τις ατομικές ελευθερίες. Σε σχέση με την ευθανασία, υψώνονται ερωτήματα για το μέγιστο καλό της κοινωνίας. Για παράδειγμα, η ελευθερία επιλογής για το τι θα κάνει κάποιος στη ζωή του περιορίζεται από την πιθανότητα να κάνει κακό σε τρίτους. Μπορούμε όμως να ισχυριστούμε ότι οι πράξεις ενός ατόμου για να δώσει τέλος στη ζωή του μπορεί να βλάψει και άλλους; Ο Goldney (2000) εκτιμά ότι για κάθε άτομο που σκέφτεται να δώσει τέλος στη ζωή του επηρεάζονται άλλοι πέντε με έξι άνθρωποι. Έτσι, άλλο ένα πιθανό ηθικό δίλλημα υπάρχει για τον λειτουργό για το αν είναι αρχικά υπεύθυνος για τον πελάτη ή για τους συγγενείς του πελάτη που θα επηρεαστούν βαθύτατα από μια επιτυχημένη ευθανασία. Αν ο λειτουργός καταλήξει στο ότι το άτομο έχει δικαίωμα να επιλέξει την ευθανασία

και αν το πει στην οικογένεια, αυτοί θα παρέμβουν, τότε πρέπει να μην πει τίποτα. Όμως, αν καταλήξει στο ότι ο πελάτης δεν είναι λογικός και έτσι δεν λαμβάνει μια αυτόνομη απόφαση, είναι υποχρεωμένος ηθικά να προειδοποιήσει την οικογένεια για να προστατέψει τον πελάτη και τα συμφέροντα της οικογένειας.

Το Ανώτατο Δικαστήριο των Η.Π.Α. και το Ανώτατο Δικαστήριο του Καναδά θέσπισαν κανόνες και δήλωσαν με σαφήνεια ότι οι άνθρωποι δεν έχουν δικαίωμα στην υποβοηθούμενη ευθανασία. Στον Καναδά, αυτοί οι κανονισμοί περικύκλωσαν την έκκληση μιας γυναίκας με σοβαρές αναπηρίες, της Suzan Rodriguez, η οποία δήλωσε ότι το δικαίωμα της για αυτονομία περιοριζόταν από την αναπηρία της καθώς δεν μπορούσε να σκοτώσει μόνη της τον εαυτό της. Οι κανονισμοί του Δικαστηρίου επικύρωσαν το συμφέρον των πολλών που μπορεί να υποφέρουν στο μέλλον έναντι του συμφέροντος του ενός που υποφέρει τώρα.

Περιληπτικά, η δουλειά των Κοινωνικών Λειτουργών με πελάτες που μπορεί να σκέφτονται την ευθανασία είναι πολύπλοκη και γεμάτη απαιτήσεις. Σαφής, πρακτικές και ηθικές οδηγίες και νόμοι που θα καθόριζαν τον καταλληλότερο τρόπο δράσης σε κάθε περίπτωση θα μείωναν την πίεση που αντιμετωπίζει ο κάθε κοινωνικός λειτουργός. Προς το παρόν, επαγγελματικοί κανόνες ηθικής και νόμοι δεν αποσαφηνίζουν τις ευθύνες και τα καθήκοντά των Κοινωνικών Λειτουργών σε όλες τις περιπτώσεις. Είναι σημαντικό, όμως, οι κοινωνικοί λειτουργοί να χειριστούν σωστά τα διλήματα και τα θέματα που προκύπτουν όταν οι πελάτες τους σκέφτονται την ευθανασία. Οι παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη περιλαμβάνουν την ικανότητα του πελάτη για να επιλέγει λογικά με βάση την πνευματική, σωματική και κοινωνική τους κατάσταση, τις πηγές που προκαλούν πόνο, και τη συχνά αόρατη επιρροή του στίγματος. Αν υπάρχουν τρόποι να ανακουφιστεί η αγωνία τους, πρέπει να κάνουμε ότι είναι δυνατόν για να διασφαλίσουμε ότι οι τρόποι αυτοί είναι διαθέσιμοι στον πελάτη μας. Για αυτούς που η σκέψη ευθανασίας είναι χρόνια και/ ή συνδέεται με

εξουθενωτικές ασθένειες και αναπηρίες, μια βαθύτερη εξερεύνηση των πηγών του πόνου του πελάτη, μπορεί να δημιουργήσει μια νέα ευκαιρία για κατανόηση και ίσως και μια νέα ελπίδα. Οι κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει να βασίζονται στις πρακτικές οδηγίες, οι οποίες καλούν για προσεκτική αξιολόγηση, καλή θεραπευτική σχέση και συμβουλές. Όμως, στο τέλος ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να έρθει αντιμέτωπος με την ηθική επιλογή του δικαιώματος για ευθανασία και του καθήκοντος για προστασία της ζωής. Πέρα από την κλινική εργασία με έναν συγκεκριμένο πελάτη, οι κοινωνικοί λειτουργοί έχουν και άλλους ζωτικής σημασίας ρόλους. Συγκεκριμένα, αυτό περιλαμβάνει εργασία με οικογένειες ή κοινότητες που έχουν επηρεαστεί από κάποια σκέψη για ευθανασία και διευκρίνιση των παραγόντων που συνέβαλαν σε αυτό. Ο καθένας ξεχωριστά και οι κοινότητες πρέπει να γνωρίζουν τις πολλαπλές πηγές της ευθανασίας, περιλαμβανομένων των καταπιεστικών κοινωνικών συστημάτων, του στίγματος, και της απελπισίας που μπορεί να υποθάλπει αυτή την τάση των ατόμων με πνευματικές ασθένειες, χρόνια ιατρικές καταστάσεις και σωματικές αναπηρίες. Οι κοινωνικοί λειτουργοί μπορούν να πάρουν τα ηνία της εκπαίδευσης της κοινότητας σχετικά με την ευθανασία με τρόπο που θα τονίζει την πολυπλοκότητα των προσωπικών, επαγγελματικών, κοινωνικών, νομικών και ηθικών θεμάτων. Περαιτέρω εκπαίδευση, για την αποτροπή ή την παρέμβαση στην ευθανασία, χρειάζεται έτσι ώστε να μειωθούν οι κατηγορίες και η ντροπή που σχετίζεται με την ευθανασία.

ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΠΕΡΙ ΖΩΗΣ, ΘΑΝΑΤΟΥ ΚΑΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

8.1 Η ζωή ως συνταγματική αξία :

Το δικαίωμα στη ζωή φαίνεται να είναι το πλέον αυτονόητο, από αυτά που καθιερώνει η έννομη τάξη, η άσκηση του οποίου μάλιστα αποτελεί και την προϋπόθεση για την απόλαυση όλων των υπολοίπων δικαιωμάτων. Γι' αυτόν τον λόγο, σε διεθνή κείμενα αναφέρεται ως «φυσικό δικαίωμα» και από τμήμα της θεωρίας υποστηρίζεται ότι η κατοχύρωση του στο Σύνταγμα έχει αναγνωριστικό και όχι διαπλαστικό χαρακτήρα. Πέραν του ότι οι θέσεις αυτές αντανακλούν φυσικοδικαιικές απόψεις περί προσυνταγματικών και υπερσυνταγματικών αρχών, οι οποίες δεν βρίσκουν έρεισμα στην ελληνική συνταγματική τάξη, διαψεύδονται και από την ιστορική εμπειρία η οποία αποδεικνύει την ιστορική σχετικότητα και τις διαβαθμίσεις της προστασίας του αγαθού. Η προστασία της ζωής, όπως και η κατοχύρωση όλων των δικαιωμάτων, αποτελεί αντίθετα ιστορική κατάκτηση, η οποία αποτελεί επακόλουθο της ανάδειξης της σε πρωταρχική «αξία», αναγνωρισμένη από τις κυρίαρχες κοινωνικές αντιλήψεις.

Μολονότι επομένως υλικό αντικείμενο του δικαιώματος είναι η ζωή, ως βιολογικό φαινόμενο, αυτή προστατεύεται συνταγματικά όπως γίνεται αντιληπτή και «σημασιολογείται» κοινωνικά. Το Σύνταγμα δηλαδή δεν αντιμετωπίζει την ζωή νατουραλιστικά, αλλά αξιολογικά, προστατεύει τη ζωή του ανθρώπου ως «προσώπου» κοινωνικά καθορισμένου, ως «μέλους του κοινωνικού συνόλου» (Σ 25 παρ. 1) και όχι ως απλού βιολογικού όντος. Το ότι, δεν προστατεύονται αυτές καθ' εαυτές οι βιολογικές λειτουργίες του ανθρώπινου σώματος, αλλά η ζωή ως «αξία» προκύπτει ανάγλυφα από το γεγονός ότι, η έννομη τάξη θεωρεί ότι ο θάνατος έχει επέλθει, ακόμη και εάν η καρδιακή λειτουργία δεν έχει διακοπεί ακόμη οριστικά, αρκεί να έχει

σταματήσει ανεπίστρεπτα η εγκεφαλική δραστηριότητα, μέσω της οποίας και εξατομικεύεται και «προσωπικοποιείται» ο άνθρωπος.

Αυτή η «αξιακή» και όχι νατουραλιστική, συνταγματική κατοχύρωση της ζωής έχει πολλαπλές συνέπειες ως προς την εμφάνιση και την ερμηνεία των σχετικών προστατευτικών διατάξεων του άρθρου 5 παρ.2 Σ. Αφ' ενός η προστατευτική λειτουργία του δικαιώματος στη ζωή θα πρέπει να εναρμονίζεται με τις άλλες βασικές αξίες, όπως η ανθρώπινη αξία και η ελευθερία, που αποτελούν, μετά την θετικοποίησή τους, θεμελιώδεις συνταγματικές κατευθυντήριες και ερμηνευτικές αρχές με δεσμευτικό κανονιστικό περιεχόμενο. Αφ' ετέρου προβάλλει η αναγκαιότητα να λαμβάνονται κάθε φορά υπ' όψη, για την οροθέτηση της περιμέτρου εφαρμογής του, οι σχετικές κυρίαρχες κοινωνικά αντιλήψεις, όπως διαμορφώνονται από την ιστορική ισορροπία, που έχει δημιουργηθεί, κάθε φορά ανάμεσα στα αντιτιθέμενα συμφέροντα.

Και αυτό γιατί, ναι μεν το Σύνταγμα δεν θεσπίζει, όπως, μίαν αξιολογικά ουδέτερη τάξη, αλλά δεν καθιερώνει και μια αντικειμενική αξιολογική, με την έννοια ενός πλήρως ιεραρχημένου, κλειστού στην κοινωνία και «γεωμετρικού» συνόλου αξιών, με κορυφαίες κάποιες «υπερσυνταγματικές» αξίες, στις οποίες, τάχα, δίνεται το προβάδισμα έναντι άλλων, συνταγματικά επίσης κατοχυρωμένων, αλλά «κατώτερων» αξιών.

Το Σύνταγμα και γενικά η έννομη τάξη δεν αποτελούν ούτε ενιαίο, ούτε άταρκες σύστημα, επειδή ούτε δημιουργούνται μαθηματικά, μέσω της πυραμοειδούς εκπόρευσης τους από ένα θεμελιώδη κανόνα, ούτε προσανατολίζονται προς κάποια υπερθετική Ιδέα του δικαίου.

Ακριβώς επειδή τυποποιούν θεσμικά τις συγκρούσεις ενός διχασμένου κοινωνικού σώματος, αντανακλώντας τις, διαπερνώνται και τέμνονται από τις αντιθέσεις αυτές. Όπως ορθά παρατηρεί η ελληνική συνταγματική θεωρία, οι

«ταξικοί και εν γένει κοινωνικοπολιτικοί ανταγωνισμοί συνεχίζονται στο πλαίσιο του Συντάγματος, που αποβαίνει έτσι ένα σημαντικό πεδίο διεξαγωγής τους», ούτως ώστε αυτό να «λειτουργεί ως θεμελιώδης κανόνας διαδικασίας, μέσα στην οποία συντελείται και συστηματοποιείται δυναμικά η κοινωνική σύγκρουση». Δεν είναι νοητή επομένως ούτε η μονολιθική ιδεολογική ενότητα του Συντάγματος, αλλά ούτε και η αφηρημένη ιεράρχηση των επιμέρους δικαιωμάτων, εφ' όσον αυτά αποτελούν ιστορικές αποκρυσταλλώσεις συγκεκριμένων κοινωνικών συσχετισμών και αλληλοσυγκρουόμενων συμφερόντων, που αποκτούν μάλιστα υλική υπόσταση αντεπιδρώντας και αναπαράγοντας την κοινωνική υποδομή. Κατά συνέπεια, όλα τα δικαιώματα, ακόμη και το δικαίωμα στο πρωταρχικό αγαθό της ζωής, είναι νομικά ισότιμα και ισοδύναμα μεταξύ τους στην κοινωνική ολοκλήρωση και στην θεσμική απορρόφηση των συγκρούσεων.

Ενώ όμως δεν μπορεί να γίνει, σύμφωνα με όσα προεκτέθηκαν μία αφηρημένη, a priori, ποιοτική σύγκριση και κατάταξη των συνταγματικών δικαιωμάτων, επιβάλλεται η εξατομικευμένη στάθμιση τους σε περίπτωση μεταξύ τους σύγκρουσης. Η συγκεκριμένη αυτή αξιολόγηση, έχοντας ως αφετηρία την αποδοχή της ισοτιμίας των συνταγματικών διατάξεων και λαμβάνοντας υπ' όψη τις ρητά διατυπωμένες συνταγματικές επιφυλάξεις και εξαιρέσεις και τις θεμελιώδεις συνταγματικές αρχές (ανθρώπινη αξία, ελευθερία, ισότητα) πρέπει να στηρίζεται σε αντικειμενικά δεδομένα, όπως εμφανίζονται στην υπό κρίση περίπτωση : αφ' ενός θα πρέπει να σταθμίζονται τα συγκρουόμενα συμφέροντα, τα υλικά αγαθά δηλαδή, τα οποία διακυβεύονται, με την βοήθεια της αρχής της αναλογικότητας και εν όψει πάντοτε των πραγματικών συνθηκών της συγκυρίας. Αφ' ετέρου όμως θα πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψη και η ιστορική αξιολόγηση των αγαθών αυτών, το πώς δηλαδή αντιμετωπίζονται την συγκεκριμένη στιγμή από την κυρίαρχη κοινωνική αντίληψη. Εξάλλου είναι πιθανό σε διαφορετικές ιστορικές στιγμές να δοθούν διαφορετικές απαντήσεις στο ίδιο πρόβλημα, ούτως ώστε να

προκρίνεται άλλοτε η εφαρμογή του ενός και άλλοτε του άλλου δικαιώματος, χωρίς να έχουν μεταβληθεί ουσιωδώς ούτε τα αντιτιθέμενα έννομα αγαθά ούτε το γράμμα των συνταγματικών διατάξεων πράγμα το οποίο αποτελεί μόνο φαινομενικά παράδοξο. Η ιστορική εξέλιξη πάντοτε επιφέρει και την αντίστοιχη εξέλιξη του νοηματικού περιεχομένου του συνταγματικού κανόνα, ευθέως ανάλογα με την μεταβολή των κυρίαρχων αντιλήψεων. Και αυτό γιατί η βασικότερη λειτουργία του Συντάγματος είναι ακριβώς η διατήρηση της ενότητας της πολιτικής κοινωνίας, η ολοκλήρωσή της και επομένως, όπως εύστοχα παρατηρείται, «η ερμηνεία του Συντάγματος πρέπει να στηρίζεται και στην αρχή της ολοκλήρωσης». Η αρχή αυτή υπαγορεύει την αναζήτηση εκείνη της ερμηνευτικής λύσης που συμβάλλει στην διατήρηση της πολιτειακής ενότητας μέσα από μία όσο το δυνατόν ευρύτερη κοινωνική συγκατάθεση.

Το γεγονός ότι η ζωή ως συνταγματικό αγαθό καθορίζεται από τις κοινωνικές αντιλήψεις, διευρύνει το εύρος της συνταγματικής προστασίας που της αναλογεί. Σήμερα, λόγω των κινδύνων που συνεπάγονται οι εξελίξεις των βιοιατρικών επιστημών, η ζωή δεν προστατεύεται πλέον μόνο στο επίπεδο του μεμονωμένου ατόμου αλλά και στο επίπεδο του ανθρώπινου είδους.

8.2 Η διεθνής προστασία του δικαιώματος :

Το δικαίωμα κατοχυρώνεται σε όλα τα σημαντικά διεθνή κείμενα. Σχετικές διατάξεις περιλαμβάνουν:

¶ η *Οικουμενική διακήρυξη των δικαιωμάτων του Ανθρώπου* (άρθρο 3 «έκαστος έχει δικαίωμα επί της ζωής»), η οποία διασφαλίζει ένα από τα σπουδαιότερα ανθρώπινα δικαιώματα, εκείνο της ανθρώπινης ζωής, πάνω στο οποίο η επιτροπή ανθρωπίνων δικαιωμάτων έχει διατυπώσει το παρακάτω σχόλιο : « το δικαίωμα στη ζωή είναι το πιο θεμελιώδες από τα δικαιώματα του ανθρώπου. Είναι το υπέρτατο δικαίωμα από το οποίο καμιά παρέκκλιση δεν επιτρέπεται, ακόμα και σε περιπτώσεις δημοσίου κινδύνου, ο οποίος

απειλεί την ύπαρξη του έθνους.»

▫ το Διεθνές Σύμφωνο των Ηνωμένων Εθνών για τα Ατομικά και Πολιτικά δικαιώματα (άρθρο 6 παρ. 1), επίσης

▫ η Διακήρυξη των θεμελιωδών δικαιωμάτων και ελευθεριών του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου της 12/4/1989 (άρθρο 22),

▫ η Αμερικανική Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου (άρθρο 4),

▫ η Αφρικανική Χάρτα των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (άρθρο 4),

▫ η Σύμβαση για την Καταστολή του εγκλήματος της γενοκτονίας.

Σημαντικότερη ρύθμιση πάντως για την ελληνική έννομη τάξη, λόγω της αυξημένης τυπικής ισχύος της και ιδίως λόγω της δυνατότητας ατομικής προσφυγής, είναι αυτή του άρθρου 2 της Ευρωπαϊκής Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου. Κατ' αυτή, «το δικαίωμα κάθε προσώπου στη ζωή προστατεύεται από τον νόμο».

Σε όλες τις παραπάνω περιπτώσεις όμως, η κατοχύρωση του δικαιώματος περιορίζεται στην πανηγυρική διακήρυξή του, χωρίς να καθορίζεται επακριβώς ούτε ο πυρήνας του ούτε τα όριά του, πράγμα που μάλλον θεωρείται από τους συντάκτες των κειμένων ως αυτονόητο.

Σε επίπεδο εθνικών Συνταγμάτων κυριαρχεί η ίδια γενικότητα. Από τα συνταγματικά κείμενα, τα μεν παλαιότερα δεν περιέχουν καν ρητή αναφορά στο δικαίωμα στη ζωή, τα δε πλέον πρόσφατα αναφέρονται σε αυτό, χωρίς όμως την αναγκαία εξειδίκευση και τυποποίηση που θα απέτρεπε συγχύσεις ως προς την εφαρμογή του. Ρητή αναφορά περιέχει το :

Πορτογαλικό Σύνταγμα του 1976/1989 (άρθρο 24, «καθένας απολαμβάνει το δικαίωμα στη ζωή»),

το *Ισπανικό* του 1978 στο άρθρο 10 απρ. 2 αυτού με τίτλο: «Περί των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων και Καθηκόντων» ορίζει πως: «οι κανόνες οι σχετικοί με τα θεμελιώδη δικαιώματα και τις ελευθερίες που αναγνωρίζει το

σύνταγμα, ερμηνεύονται σύμφωνα με την Οικουμενική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και τις διεθνείς συνθήκες και συμφωνίες για τα ίδια θέματα, τις οποίες έχει επικυρώσει η Ισπανία που σημαίνει, ότι το άρθρο 3 της ομώνυμης Διακήρυξης περιεβλήθη στην Ισπανική Συνταγματική ισχύ, σε συνδυασμό δε με τις διατάξεις του άρθρου 2 της Ευρωπαϊκής Συμβάσεως «Δια την προάσπισιν των δικαιωμάτων του ανθρώπου και των θεμελιωδών ελευθεριών» (εφεξής ΕΣΔΑ) η οποία και αυτή ενσωματώθηκε στο Ισπανικό Σύνταγμα, προκύπτει ότι η ζωή προστατεύεται από συγκεκριμένες διατάξεις Συνταγματικής ισχύος. Άλλωστε στο άρθρο 15 του αυτού Συντάγματος, διαγορεύεται, ότι όλοι έχουν δικαίωμα στη ζωή και στη φυσική και ηθική ακεραιότητα και ότι η θανατική ποινή καταργείται, διατηρούμενη κατ' εξαίρεση όταν προβλέπεται από στρατιωτικούς ποινικούς νόμους και ακόμη σε καιρό πολέμου. Η διάταξη φαίνεται να είναι αντίστοιχη προς τη διάταξη του άρθρου 5 παρ. 2 του Ελληνικού Συντάγματος 1975, αν και εδώ δεν υπάρχει όμοια διατύπωση, αλλά η λέξη «όλοι», θα πρέπει να ερμηνευθεί ότι αφορά βεβαίως και τους αλλοδαπούς.

ρ το *Ιταλικό Σύνταγμα* του 1948 και στο άρθρο 27 εδ. 4 με πολύ θάρρος-είναι αλήθεια-ο Συνταγματικός νομοθέτης διεκέλευσε ότι: «Η ποινή του θανάτου δεν συγχωρείται παρά μόνο στις περιπτώσεις που προβλέπονται από τους στρατιωτικούς νόμους σε καιρό πολέμου».

ρ το *Σοβιετικό Σύνταγμα* του 1977, στον πρόλογό του υμνολογεί και καταγιάζει την «εγκαθίδρυση της δικτατορίας του προλεταριάτου», στο δε άρθρο 57 αναγνωρίζει στους πολίτες της ΕΣΣΔ το δικαίωμα δικαστικής προστασίας από τις προσβολές και κατά της ζωής των πολιτών. Αυτό σήμαινε βεβαίως, ότι η προσβολή κατά της ζωής θα μπορούσε να αποτελέσει αντικείμενο δίκης σε περίπτωση διασώσεώς του από τον ίδιο το φορέα ως πολιτικώς ενάγοντα, σε περίπτωση δε καταλύσεως (της ζωής), από τους έχοντες δικαίωμα πολιτικής αγωγής οικείους του θύματος για ψυχική οδύνη, κάτι που

διαλαμβάνεται στις ποινικές νομοθεσίες όλων των κρατών. Αλλά η προμετωπίδα του Συντάγματος αυτού, δηλαδή, η υφισταμένη και διατηρούμενη με Συνταγματική ισχύ δικτατορία του προλεταριάτου, δεν γνωρίζουμε πόσο θα υποβάθμιζε την προρρηθείσα διάταξη του άρθρου 57, όταν ο πολίτης της ΕΣΣΔ ενεργούσε ενάντια στη διακηρυγμένη παραπάνω αρχή. Τότε και επειδή θεωρητικά ο Σοβιετικός άνθρωπος απολάμβανε όλων των «κοινωνικών δικαιωμάτων του», η εναντίωσή του στο καθεστώς, δεν μπορούσε να ερμηνευθεί με άλλο τρόπο, παρά ως διατάραξη του νου. Από εκεί και το γνωστό αρχιπέλαγος Γκουλάγκ του Νομπελίστα Σολτζενίτσιν.

ρ Το *Γιουγκοσλαβικό Σύνταγμα* του 1974 στο κεφάλαιο V αυτού διαλαμβάνει διάταξη περί προστασίας του προσώπου (του ανθρώπου) και του σεβασμού της ανθρώπινης αξιοπρέπειάς του. «Οι ελευθερίες και τα δικαιώματα του ανθρώπου και του πολίτη περιορίζονται μόνον από τα ίσα δικαιώματα και ελευθερίες των άλλων και από τα συμφέροντα της σοσιαλιστικής κοινωνίας». Έκφραση βαρύγδουπη που επιδέχεται οιαδήποτε ερμηνεία και υπομνηματίζει έμμεση, πλην σαφή, κατάργηση των πολιτικών δικαιωμάτων και ελευθεριών.

ρ το *σχέδιο του Πολωνικού Συντάγματος*, για τη μετακομμουνιστική Πολωνία, στη μεν παράγραφο 1 του άρθρου 21 διαγορεύει ότι «κάθε ανθρώπινο όν έχει δικαίωμα στη ζωή από τη σύλληψή του», επεκτείνοντας έτσι την προστασία του δικαιώματος στη ζωή στον *nasciturus* και μάλιστα από τη σύλληψή του, στη δε παράγραφο 2 του ίδιου, προβλέπει ρητή διάταξη καταργήσεως της θανατικής ποινής.

ρ το *Ιρλανδικό Σύνταγμα* του 1987 (άρθρο 40 παρ. 3 εδ. 3) και βεβαίως

ρ ο *Θεμελιώδης Νόμος της Βόννης* του 1949, που δεν είναι άλλο από τον Συνταγματικό Χάρτη της Ομοσπονδιακής Δημοκρατίας της Δυτικής Γερμανίας, στο άρθρο 1 παρ. 1 αυτού περιλαμβάνει ότι: «η αξιοπρέπεια του ανθρώπου είναι απρόσβλητη. Κάθε κρατική εξουσία είναι υποχρεωμένη να τη σέβεται και να την προστατεύει», στη δε παράγραφο 2 του επόμενου άρθρου 2

υπάρχει διαγόρευση ότι : «καθένας έχει δικαίωμα στη ζωή και στη σωματική ακεραιότητα».

Στο άρθρο 5 παρ. 2 Σ. ο ημέτερος Συνταγματικός νομοθέτης εκφράζεται περισσότερο συγκεκριμένα, διότι δεν αναγνωρίζει το αυτονόητο σήμερα δικαίωμα στη ζωή, αλλά θέτει αυτή ρητά υπό την προστασία της πολιτείας.

8.3 Το δικαίωμα της ζωής στην ελληνική συνταγματική τάξη :

Στην ελληνική συνταγματική τάξη πανηγυρική διατύπωση του δικαιώματος στη ζωή, περιέχεται για πρώτη φορά στο Σύνταγμα της Τροιζήνας (άρθρο 12): «η ζωή (...) εκάστου, εντός της Επικρατείας ευρισκομένου, είναι υπό την προστασία των νόμων». Καμία αναφορά στο δικαίωμα στη ζωή δεν περιλαμβάνεται στα Συντάγματα του 1844, 1864 και 1911, μάλλον επειδή θεωρήθηκε περιττή. Με πρόταση τέλος του Αλέξανδρου Παπαναστασίου συμπεριλήφθηκε στο άρθρο 6 του Συντάγματος του 1925 διάταξη κατά την οποία «Όλοι, όσοι ευρίσκονται εντός των ορίων της Ελληνικής Δημοκρατίας απολαύουν απολύτου προστασίας της ζωής και της ελευθερίας των αδιακρίτως εθνικότητας, θρησκείας και γλώσσας». Αυτή η διατύπωση επαναλαμβάνεται αυτούσια στα Συντάγματα του 1927 (άρθρο 7), 1952 (άρθρο 13) και στο άρθρο 5 παρ. 2 του ισχύοντος Συντάγματος του 1975/1986/2001, με την προσθήκη στο τελευταίο επιπλέον και της «τιμής» ως αντικειμένου της συνταγματικής προστασίας.

Το Σύνταγμα του 1975/1986/2001 συγκεκριμένα προβλέπει σχετικά στα άρθρα 2 παρ. 1 και 5 παρ. 2 ως εξής, αντίστοιχα : «ο σεβασμός και η προστασία της αξίας του ανθρώπου αποτελούν την πρωταρχική υποχρέωση της πολιτείας», και «όλοι όσοι βρίσκονται στην ελληνική επικράτεια απολαμβάνουν την απόλυτη προστασία της ζωής, της τιμής και της ελευθερίας τους, χωρίς διάκριση εθνικότητας, φυλής, γλώσσας και θρησκευτικών ή πολιτικών

πεποιθήσεων. Εξαιρέσεις επιτρέπονται στις περιπτώσεις που προβλέπει το Διεθνές Δίκαιο.»

Στο Σύνταγμα του 1975/1986/2001 το δικαίωμα στη ζωή κατοχυρώνεται στο άρθρο 5 παρ.2 κατ' αρχήν ως θεμελιώδες αμυντικό ατομικό δικαίωμα. Η αξίωση που απορρέει απ' αυτό συνίσταται, σε απόκρουση των επεμβάσεων του κράτους που θίγουν το προστατευόμενο έννομο αγαθό, που είναι βεβαίως η ανθρώπινη ζωή και η φυσική υπόσταση και ακεραιότητα του κάθε φυσικού προσώπου.

Στα πλαίσια της υποκειμενικής-αμυντικής αυτής λειτουργίας του δικαιώματος δεν προστατεύεται η ανθρώπινη ζωή στην αφηρημένη της έννοια, αλλά η συγκεκριμένη ζωή «εκάστου προσώπου». Κατά συνέπεια η ζωή του κάθε προσώπου προστατεύεται ως αυτοσκοπός, ανεξάρτητα από άλλους σκοπούς και συμφέροντα που συμπλέκονται με αυτή. Επίσης κατά λογική αναγκαιότητα, η προστασία ισχύει μόνον εφ' όσον το επιθυμεί ο εκάστοτε θιγόμενος άνθρωπος, ο οποίος παραμένει κύριος της ζωής του, ως προς το να την «διαθέσει» όπως επιλέξει, αρκεί βεβαίως να μην προσβάλλεται με τη δραστηριότητά του άλλος κανόνας της συνταγματικής τάξης και ιδίως η ανθρώπινη αξία.

Η αντίστοιχη συνταγματική υποχρέωση που βαρύνει το κράτος έχει θετικό και αρνητικό περιεχόμενο. Αρνητικά συνίσταται στην υποχρέωση αποχής (*non facere*) από πράξεις που θίγουν τον πυρήνα του δικαιώματος, θετικά στην υποχρέωση παροχής προστασίας, τόσο προληπτικά, όσο και όταν η ζωή του φορέα του τίθεται σε κίνδυνο και μάλιστα όχι μόνο από πράξεις ή παραλείψεις οργάνων του, αλλά και από πράξεις ιδιωτών ή και από τυχηρά γεγονότα. Τα προληπτικά και κατασταλτικά αστυνομικά μέτρα που υποχρεώνεται να λάβει το κράτος κατά ιδιωτών αποτελούν αναπόσπαστο συμπλήρωμα του αμυντικού χαρακτήρα του δικαιώματος.

Εξαιτίας της θετικής αυτής διάστασης της αξίωσης που απορρέει από το άρθρο 5 παρ. 2 Σ, εκτός από ένα υποκειμενικό δικαίωμα, καθιερώνεται και

ένας κανόνας αντικειμενικού δικαίου προστασίας της ανθρώπινης ζωής σε όλες τις εκφάνσεις της. Υπό την αντικειμενική αυτή διάσταση, η συνταγματική προστασία λειτουργεί όχι μόνο υπέρ των συγκεκριμένων κάθε φορά ατόμων αλλά και απρόσωπα, πχ θέτοντας όρια στη γενετική έρευνα όταν θέτει σε κίνδυνο τη μελλοντική υπόσταση του ανθρωπίνου γένους. Για το λόγο αυτό βρίσκεται εντός των πλαισίων του άρθρου 5 παρ. 2 Σ και η παρεχόμενη προς το έμβρυο προστασία, μολονότι αυτό δεν είναι ούτε πλήρες υποκείμενο δικαίου ούτε αποτελεί ακόμη ολοκληρωμένη ανθρώπινη ζωή. Επίσης από την αντικειμενική αυτή πλευρά απορρέει και η υποχρέωση του κράτους να μεριμνά για τη λήψη γενικών και απρόσωπων μέτρων για την εξασφάλιση της υγείας και της ασφάλειας όλων των πολιτών, ακόμη και χωρίς-ή πριν προβληθεί από κάποιον πολίτη η σχετική αξίωση, όχι όμως και εναντίον της βούλησής του. Κατά τον Κ. Ν. Βουγιούκα, «η ζωή συνιστά δικαίωμα και όχι υποχρέωση για τον φορέα της» και κατά τον Π. Δαγτόγλου, « το Σύνταγμα προστατεύει την ζωή και την σωματική και ψυχική ακεραιότητα κάθε συγκεκριμένου ανθρώπου. Τα έννομα αυτά αγαθά υπάρχουν επομένως κατ' αρχήν μόνο αν και εφόσον το επιθυμεί ο εκάστοτε θιγόμενος άνθρωπος». Βέβαια κατά τα διδάγματα της κοινής πείρας και υπό κανονικές συνθήκες η θέληση αυτή πρέπει να θεωρείται ότι τεκμαίρεται, προκειμένου για το θεμελιώδες αγαθό της ζωής. Εάν όμως ο πολίτης για οποιονδήποτε λόγο συνειδητά και με έγκυρη νομικά βούληση δεν επιθυμεί τη διατήρησή του, στα πλαίσια π.χ. μιας εκφρασμένης επιθυμίας αυτοκαταστροφής, το δικαίωμα στη ζωή δεν μπορεί να αποτελέσει φραγμό στην ελευθερία αυτοκαθορισμού του.

8.4 Το δικαίωμα στο θάνατο:

Η ίδια η συζήτηση για την ύπαρξη ενός δικαιώματος στο θάνατο φαίνεται ότι έχει έναν αιρετικό χαρακτήρα, ότι αμφισβητεί τις πτυχές κάποιας ιδιόμορφης *raison d'Etat*. Αυτό είναι ιδιαίτερα έντονο στις εποχές έντονου κρατικού και αυταρχικού συγκεντρωτισμού. Στην αυστρουγγρική αυτοκρατορία του 19ου αιώνα, στην τσαρική Ρωσία και στις χώρες της Νότιας Αμερικής η ίδια η απόπειρα αυτοκτονίας ήταν αξιόποιο αδίκημα, στη Γερμανία η θηρεσιανή διάταξη του 1769 απαγόρευε τον ενταφιασμό του αυτόχειρα.

Παρά την έξαρση της συζήτησης γύρω από το δικαίωμα στο θάνατο κατά τον 19ο αιώνα, η οποία αναπτύχθηκε στην ευνοϊκή περιρρέουσα ατμόσφαιρα του ρομαντισμού και του κλασικού φιλελευθερισμού, η σύγχρονη νομική επιστήμη περιθωριακά μόνον ασχολείται με το θέμα. Η κρατούσα άποψη πάντως φαίνεται να αρνείται την ύπαρξη παρόμοιου δικαιώματος στηριζόμενη στον απόλυτο χαρακτήρα του δικαιώματος στη ζωή, είτε στην ύπαρξη αντίθετου δημόσιου συμφέροντος, είτε στην αντίθεσή του με τα χρηστά ήθη.

8.5 Δικαίωμα στη ζωή και δικαίωμα στο θάνατο :

Το δικαίωμα στη ζωή, όπως είδαμε, περιγράφεται ως «απόλυτο δικαίωμα», το οποίο, κατά την πλέον ακραία τοποθέτηση, μετατρέπεται σε υποχρέωση: «κατά αναπόδραστον συνέπειαν της απολύτου αξίας και προστασίας της ανθρώπινης ζωής, ο άνθρωπος, όσον περιέργως και να ηγή τούτο, έχει νομικήν υποχρέωσιν να ζή».

Πρόκειται εν προκειμένω για σύγκυση των νομικών και των ηθικών υποχρεώσεων του ατόμου, όπως μάλιστα γίνονται αντιληπτές υπό την επίδραση ενός κλίματος χριστιανικού υπαρξισμού. Όμως ήδη αναφέρθηκε, ότι, αν και το άρθρο 5 παρ. 2 του Σ δεν καθιερώνει απλώς ένα ατομικό δικαίωμα, αλλά και έναν αντικειμενικό κανόνα δικαίου, και στις δύο περιπτώσεις η συνιστώμενη συνταγματική υποχρέωση βαρύνει το κράτος και όχι τον πολίτη. Η

αντικειμενική διάσταση του δικαιώματος υποχρεώνει την δημόσια εξουσία να ενεργεί και χωρίς να έχει προβληθεί παρόμοια αξίωση από τον φορέα του δικαιώματος, π.χ. όταν λαμβάνονται γενικά προληπτικά μέτρα προστασίας. Την υποχρεώνει επίσης να μεριμνά για την διαφύλαξη του εννόμου αγαθού της ζωής συνολικά του ανθρώπινου είδους, ακόμη και όταν δεν τίθεται σε κίνδυνο η ύπαρξη ενός μεμονωμένου ανθρώπου. Πρόκειται για μέτρα γενικής και απρόσωπης φύσης που δικαιολογούνται συνταγματικά ακριβώς γιατί ανταποκρίνονται στην εξυπηρέτηση του γενικού συμφέροντος και δεν έχουν ατομική σκόπευση. Σε κάθε περίπτωση επομένως η αντικειμενική διάσταση του δικαιώματος παράγει έννομες συνέπειες ανεξάρτητα από την θέληση συγκεκριμένων προσώπων-φορέων του, όχι όμως και εναντίον της.

Εάν δεν διακινδυνεύεται η ζωή ως αγαθό του συνόλου, ως αξία, αλλά ως συγκεκριμένη ύπαρξη του κάθε προσώπου, παρούσα είναι μόνον η αμυντική διάσταση του δικαιώματος. Όταν δηλαδή το άρθρο 5 παρ. 2 Σ ενεργεί με επίκεντρο το μεμονωμένο άτομο και όχι σε απρόσωπο και αφηρημένο επίπεδο, δεν μπορεί παρά να λειτουργεί ως ατομικό, αμυντικό δικαίωμα και όχι ως αντικειμενικός κανόνας δικαίου. Κατά συνέπεια, η άσκηση του δικαιώματος στη ζωή με τη μορφή αυτή σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να έρχεται σε σύγκρουση με τη βούληση του φορέα του. Όπως παρατηρεί σχετικά ο Π. Δαγτόγλου (όπως προαναφέρθηκε ανωτέρω στην ανάπτυξη «του δικαιώματος στη ζωή στην ελληνική συνταγματική τάξη») : «το Σύνταγμα προστατεύει την ζωή, την σωματική και ψυχική ακεραιότητα κάθε συγκεκριμένου ανθρώπου. Τα έννομα αγαθά αυτά υπάρχουν επομένως κατ' αρχήν μόνον αν, και εφ' όσον, το επιθυμεί ο εκάστοτε θιγόμενος άνθρωπος». Δεν ευσταθεί συνεπώς η πρόταξη του άρθρου 5 παρ.2 του Σ ως φραγμού στην απόφαση του ατόμου να θέσει τέρμα στη ζωή του, εφ' όσον τουλάχιστον υλοποιεί την πρόθεση του μόνος του, χωρίς ανάμειξη τρίτων προσώπων.

8.6 Το δικαίωμα στο θάνατο σε αντίθεση με άλλο δημόσιο συμφέρον :

Το βασικό δημόσιο συμφέρον που εξυπηρετείται στο 5 παρ. 2 Σ είναι βεβαίως η ζωή ως θεμελιώδες αγαθό του κοινωνικού συνόλου, ως «αξία». Αναπτύχθηκε στην προηγούμενη παράγραφο, γιατί το δικαίωμα του μεμονωμένου ατόμου στο θάνατο δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι αναιρείται από την πλευρά αυτή του δημοσίου συμφέροντος. Μένει να εξετασθεί εάν συμβαίνει το ίδιο και με άλλες πλευρές του, που υπηρετούνται αντανακλαστικά, όπως οι δημογραφικές ανάγκες της χώρας ή η δημόσια υγεία.

Κατ' αρχήν λόγω της προστασίας της ανθρώπινης αξίας (άρθρ. 2 παρ. 1 Σ), δεν επιτρέπεται στο όνομα οποιουδήποτε δημοσίου συμφέροντος να καθίσταται ο πολίτης μέσο εξυπηρέτησης ακόμη και της αγαθότερης κρατικής πολιτικής όπως είναι η δημογραφική. Η ζωή του και μάλιστα το δικαίωμα αυτοκαθορισμού του δεν μπορεί να μπει στην πλάστιγγα αντιμέτωπο με κανένα αντίπαλο, υπαρκτό ή κατασκευασμένο «γενικό συμφέρον», στο μέτρο που οι επιλογές του περιορίζονται αποκλειστικά στην προσωπική του βιοτική σφαίρα. Είναι χαρακτηριστικό από την άποψη αυτή, ότι ακόμη και η νομολογία του Supreme Court, η οποία δέχεται ότι υπάρχει έννομο συμφέρον (legitimate interest) του κράτους για την προστασία της ζωής και της υγείας των πολιτών του, αναγνωρίζει επίσης ότι αυτό κάμπτεται ενώπιον της προσωπικής ελευθερίας να καθορίζει κανείς με ελεύθερη επιλογή τις αποφάσεις που αφορούν τα πλέον προσωπικά του ζητήματα, τη ζωή και το θάνατό του. Εξ άλλου στο άρθρο 5 παρ. 1 Σ (στο οποίο και ερείδεται το δικαίωμα στον θάνατο) τυποποιούνται αυστηρά οι ανεκτοί περιορισμοί της προσωπικής ελευθερίας αυτοκαθορισμού (να μην παραβιάζονται τα δικαιώματα των άλλων, το Σύνταγμα και τα χρηστά ήθη), οπότε λόγω της αρχής in dudio pro libertate δεν είναι δυνατή η θέσπιση άλλων, μη συνταγματικά προβλεπόμενων, όπως αυτοί που θα απέρρεαν από την προστασία των δημογραφικών συμφερόντων. Όπως έχει παρατηρηθεί σχετικά, «μέσα σε αυτό το αυστηρό και συνεκτικό σύστημα

περιορισμού των περιορισμών(...)δεν φαίνεται να έχει θέση η έννοια του γενικού συμφέροντος» με αφηρημένη έννοια και χωρίς ρητή συνταγματική κατοχύρωση.

Για τη δημόσια υγεία ισχύουν *mutatis mutandis* όσα αναπτύχθηκαν στην προηγούμενη παράγραφο σε σχέση με την προστασία της ζωής, από την πλευρά του μεμονωμένου προσώπου. Αυτή κατοχυρώνεται ως συνταγματικά προστατευτέο έννομο αγαθό στα πλαίσια του αντίστοιχου κοινωνικού δικαιώματος του άρθρου 21 παρ. 3. Αφορά επομένως κρατική υποχρέωση για παροχή των σχετικών υπηρεσιών προς όφελος του ατόμου και γενικότερα του κοινωνικού συνόλου. Για την προστασία της μπορούν να επιβληθούν ορισμένοι περιορισμοί στην προσωπική ελευθερία (π.χ. απαγόρευση πώλησης ναρκωτικών ή άλλων επικίνδυνων ουσιών, υποχρεωτικός εμβολιασμός, προσωρινή απομόνωση των φορέων μολυσματικών ασθενειών) μόνο όμως προς εξυπηρέτηση του κοινωνικού συμφέροντος, με την έννοια της εξασφάλισης όρων υγιεινής για όλους. Φορέας της συνταγματικής υποχρέωσης είναι πάντοτε το κράτος και όχι το άτομο, το οποίο δεν είναι υποχρεωμένο «να είναι υγιές», εάν δεν βλάπτει την υγεία των άλλων. Η αντίθετη άποψη ολισθαίνει επικίνδυνα προς ολοκληρωτικές θέσεις όπως αυτή της πλατωνικής Πολιτείας, η οποία θεωρεί την υγεία υποχρέωση του πολίτη, ώστε να είναι ωφέλιμος για το κράτος.

Το δικαίωμα του ατόμου να αποφασίσει για το θάνατό του-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.

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 ιάσεως, 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;

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 Βιοιατρικής 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 συναιθέσεως 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.

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 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.

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 Βιοιατρικής (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.

Η Σύμβαση περί Βιοιατρικής 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 επελθούσα 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.

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.

8.7 Η θεμελίωση του δικαιώματος στο Άρθρο 5 §1Σ :

Η θεμελίωση ενός δικαιώματος στο θάνατο δεν μπορεί να αναζητηθεί στο άρθρ. 5 παρ. 2 Σ. Λόγω της διατύπωσης που έχει το άρθρο αυτό, δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι κατοχυρώνει μία συμμετρική, αρνητική ελευθερία του δικαιώματος στη ζωή, ελευθερία δηλαδή επιλογής του θανάτου. Ακριβώς λόγω της ελλείψεως ειδικής διατάξεως, εφαρμοστέα είναι η γενική διάταξη του άρθρου 5 παρ. 1 Σ, η οποία κατοχυρώνει το δικαίωμα ανάπτυξης της προσωπικότητας και έχει επικουρική μεν εφαρμογή, αναμφισβήτητο όμως κανονιστικό περιεχόμενο. Παρ' όλες τις διχογνωμίες σχετικά με την κανονιστική πυκνότητα της ελευθερίας αυτής, είναι αναντίρρητο ότι καθιερώνει υποχρέωση του κράτους για σεβασμό των επιλογών του ατόμου σε σχέση με τον αυτοκαθορισμό του. Το αντίστοιχο ατομικό δικαίωμα αφορά όλες τις πλευρές προσωπικής αυτοδιάθεσης, άρα και την απόφαση για την αυτοκαταστροφή, την τελική και πλέον προσωπική απόφαση του καθενός.

Από το γενικό αυτό δικαίωμα απορρέει μία διττή αξίωση απέναντι στο κράτος, θετικού και αρνητικού περιεχομένου : αξίωση αφ' ενός για αποχή από επεμβάσεις που θίγουν την προσωπικότητα και αφ' ετέρου για λήψη θετικών μέτρων για την ανάπτυξή της. Η συνταγματική προστασία συμπληρώνεται από την αντίστοιχη διάταξη του άρθρου 57 ΑΚ . Από τις δύο αυτές πλευρές της αξίωσης κρίσιμη είναι επί του προκειμένου ζητήματος η αρνητική. Στην πραγματικότητα, το δικαίωμα επί της προσωπικότητας δεν σημαίνει ότι η τελευταία είναι «αντικείμενο» εξουσίας, αλλά απλώς ότι αναγνωρίζεται στον φορέα του εξουσία απόκρουσης ξένης δραστηριότητας που θίγει το πρόσωπο

και τις βιοτικές επιλογές του.

Η γενική αυτή ρήτρα προστασίας που θεσπίζει το άρθρο 5 παρ. 1 συμπληρώνει τα συνταγματικά κενά που προκύπτουν από την μη ειδική ρύθμιση επί μέρους δικαιωμάτων και λειτουργεί επομένως ως «γενικό δικαίωμα ελευθερίας». Προσφέρει έτσι συνταγματική κάλυψη σε βιοτικά συμφέροντα που τελούν μεν σε σχέση με την ανάπτυξη της προσωπικότητας, αλλά διατηρούν την σχετική αυτονομία τους, προστατεύοντας ίδια και αυτοτελή έννομα αγαθά, που θα μπορούσαν να ρυθμίζονται με άλλες, ειδικές συνταγματικές διατάξεις. Έτσι π.χ. δικαιώματα τόσο διαφορετικά όπως αυτά της «πληροφορικής αυτοδιάθεσης», της αρνητικής συνδικαλιστικής ελευθερίας και της επαγγελματικής ελευθερίας θεωρείται ότι κατοχυρώνονται από την διάταξη αυτή, ελλείψει ειδικότερης ρύθμισης.

Το δικαίωμα στο θάνατο ανήκει στην πρώτη κατηγορία. Δεν πρόκειται δηλαδή στην πραγματικότητα για ξεχωριστό, ειδικό δικαίωμα, αλλά για ιδιαίτερη πλευρά, εκδήλωση του γενικού δικαιώματος επί της προσωπικότητας, όπως και τα ανάλογα «δικαιώματα» στο όνομα, στην τιμή και στην «εικόνα» του προσώπου. Στη συνέχεια και για λόγους συντομίας θα χρησιμοποιείται ο όρος «δικαίωμα στο θάνατο», με αυτήν όμως την έννοια της ειδικής αξίωσης, απορροίας της εν γένει προστασίας που καθιερώνει το 5 παρ. 1 και καλύπτει όλες τις ψυχικές, σωματικές και κοινωνικές πτυχές της ύπαρξης του ατόμου. Είναι προφανές ότι η αξίωση αυτή έχει αποκλειστικά αμυντικό περιεχόμενο. Συνίσταται δηλαδή αφενός στην απόκρουση των κρατικών επεμβάσεων που θα ματαίωναν την πρόθεση του προσώπου να θέσει τέρμα στη ζωή του και αφ' ετέρου στην άρση των ποινικών ευθυνών τρίτων, οι οποίοι βοήθησαν προς την κατεύθυνση αυτή. Πρόκειται πάντοτε για αξίωση που κατατείνει αποκλειστικά στην απόκρουση της αντίθετης κρατικής παρέμβασης και σε καμία περίπτωση δεν κατοχυρώνει θετική υποχρέωση τρίτου, κρατικού οργάνου ή γιατρού (πολύ περισσότερο εάν αυτός έχει σχετικό συνειδησιακό πρόβλημα) να επιφέρει τον

θάνατο.

Διατυπώνεται βέβαια και η άποψη ότι το άρθρο 5 παρ.1 1Σ δεν μπορεί να αποτελέσει νόμιμη βάση για το δικαίωμα στο θάνατο, γιατί «τα ανθρώπινα δικαιώματα αποβλέπουν στην αξία του ανθρώπου, της ανθρώπινης ζωής και όχι στην καταρράκωση, εξουθένωση ή καταστροφή τους». Η αξία όμως του ανθρώπου (άρθρο 2 παρ. 1 Σ) αποτελεί μία γενική αρχή του Συντάγματος που, να μεν δεν αξιοποιείται μόνο ερμηνευτικά, έχοντας και αυτοτελές κανονιστικό περιεχόμενο, δεν μπορεί όμως να αντιπαρατίθεται ως αντίβαρο σε σαφείς συνταγματικές διατάξεις. Κάτι τέτοιο δεν συνεπάγεται μόνον τον κίνδυνο να αχθούμε σε χαρακτηρισμό συνταγματικών διατάξεων ως αντισυνταγματικών και σε κλονισμό της κανονιστικής δύναμης του και ενότητας του όλου Συντάγματος. Σηματοδοτεί και την αρχή μιας διολίσθησης σε «φιναλιστικές» θέσεις, χαρακτηριστικές ολοκληρωτικών συστημάτων, όπου η άσκηση των ατομικών δικαιωμάτων εξαρτάται από την εναρμόνιση της με τις διακηρυγμένες ιδεολογικές αρχές του καθεστώτος.

Αντιθέτως, η διάταξη του άρθρου 2 παρ. 1 Σ για την προστασία της ανθρώπινης αξίας –η οποία άλλωστε τελεί σε σχέση γένους προς είδος με αυτήν του 5 παρ. 1 Σ- μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις να αποτελέσει αυτοτελή βάση για την κατοχύρωση του δικαιώματος στον θάνατο: όταν π.χ. ο άρρωστος έχει φτάσει στο έσχατο όριο μιας ανίατης ασθένειας και έχει χάσει οριστικά την ικανότητα συνείδησης, το δικαίωμα του στον θάνατο δεν μπορεί πλέον να κατοχυρωθεί στο 5 άρθρο παρ. 1 , γιατί μαζί με την δυνατότητα αυτοσυνείδησης εξαλείφεται ταυτόχρονα και κάθε δυνατότητα αυτοκαθορισμού. Ενδέχεται τότε η αξίωση για ένα τέλος που να μην καταλύει την ανθρώπινη αξία να μπορεί να στηριχθεί στο άρθρο 2 παρ. 1 Σ.

Μάλιστα και κατά τον Κ. Χ. Χρυσόγονο αμφισβητείται αν στο άρθρο 5 παρ. 1 μπορεί να θεμελιωθεί ένα «δικαίωμα στον θάνατο». Έχει εύστοχα παρατηρηθεί ότι η ελευθερία ανάπτυξης της προσωπικότητας δεν μπορεί λογικά να περιέχει και την αυτοκαταστροφή της, διότι «ανάπτυξη και καταστροφή είναι

αντίθετες έννοιες που δεν συμβιβάζονται», άρα δεν αποτελεί καταρχήν δικαίωμα η αυτοκτονία. Από την άλλη πλευρά ωστόσο, σε περιπτώσεις ανίατων και επώδυνων ασθενειών, η τυχόν άρνηση του ασθενούς για συνέχιση μιας θεραπείας, η οποία ως μόνο αποτέλεσμα έχει την παράταση του μαρτυρίου του, μπορεί να θεωρηθεί ότι βρίσκει έρεισμα στο άρθρο 2 παρ. 1 Συντ. Επομένως ο θεράπων ιατρός δεν έχει καν δικαίωμα, ούτε πολύ περισσότερο υποχρέωση, κατά το άρθρο 15 ΠΚ, παροχής θεραπείας στις περιπτώσεις αυτές.

8.8 Σκιαγράφιση νομικού καθεστώτος της ευθανασίας :

8.8.1 Ενεργητική ευθανασία

Στην περίπτωση αυτή πρόκειται για την ευθεία θανάτωση του ανιάτως πάσχοντος, μετά από απαίτησή του ή και χωρίς αυτήν. 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).

Οι λόγοι για τους οποίους η ενεργητική ευθανασία απορρίπτεται από την πλειονότητα των νομικών και γιατρών οφείλονται στους εγγενείς κινδύνους κατάχρησης: Η ζωή ασθενών και ηλικιωμένων θα έμπαινε σε κίνδυνο ή ίσως θα μπορούσε να ασκηθεί ψυχολογική πίεση σε ασθενείς να ζητήσουν τη θανάτωσή τους και επιπλέον θα ήταν δύσκολο να αποδειχθεί αν η θανάτωση του ασθενούς επήλθε πράγματι μετά από απαίτησή του.

8.8.2 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. Πρόκειται για την καταπολέμηση των πόνων σε ανίατα ασθενείς ή βαριά πάσχοντες, η οποία επιτυγχάνεται με φάρμακα για τον μετριασμό ανυπόφορων πόνων και η οποία μπορεί να συνεπιφέρει μια σύντμηση της ζωής

ως μη επιδιωκόμενη παρενέργεια. Σε αντίθεση με την ενεργητική ή ευθεία ευθανασία, εδώ δεν επιδιώκεται ο θάνατος, αλλά γίνεται αποδεκτός απλά και μόνον ως παρενέργεια, ως πιθανή συνέπεια λόγω της προτεραιότητας του μετριασμού των πόνων.

Από τότε που ο Πάπας Πίος ο XII το 1957 στο Διεθνές Συμπόσιο Αναίσθησιολογίας στη Ρώμη επισήμανε στην προσφώνησή του ότι η χορήγηση παυσιπόνων με αναπόφευκτη παρενέργεια μια σύντμηση της ζωής, είναι επιτρεπτή σε ασθενείς που πρόκειται να πεθάνουν, όταν δεν υπάρχει άλλο μέσο και η σύντμηση της ζωής δεν επιδιώκεται ευθέως, θεωρείται αυτή η μορφή ευθανασίας ακόμη και στο πλαίσιο της δυτικής εκκλησιαστικής ηθικής γενικά ως 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.

8.8.3 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".

Η σημασία της στηρίζεται στην εξέλιξη της σύγχρονης ιατρικής, με την οποία αυξήθηκαν οι πιθανότητες για τη διατήρηση και παράταση της ζωής, σ' ένα μέτρο που δεν μπορούσε πριν να το συλλάβει κανείς και κερδήθηκαν πολλά για τη ζωή και την υγεία του ανθρώπου. Από την άλλη μεριά, όμως, μπορεί η εφαρμογή όλων των διαθέσιμων τεχνικών ιατρικών μέτρων να καταλήξει σε

μια χωρίς νόημα παράταση της ζωής που σβήνει. Συνήθως δεν προσφέρει πια καμία λογική ανθρώπινη βοήθεια, αλλά μόνο μια επιμήκυνση των βασάνων. Έχει κατ' επανάληψη λοιπόν αναπτυχθεί ο προβληματισμός σχετικά με τα όρια των ιατρικών υποχρεώσεων και τη δυνατότητα διακοπής της θεραπείας.

Το Γερμανικό Ομοσπονδιακό Ακυρωτικό διατύπωσε τις απόψεις του σχετικά με την παράλειψη παράτασης ζωής από ένα γιατρό ως εξής (Krefelder Urteil): "Από την πλευρά του, επιτρέπεται ο γιατρός να λάβει υπόψη του ότι δεν υφίσταται δικαιική υποχρέωση για διατήρηση της ζωής που σβήνει έναντι οιαδήποτε τιμήματος. Μέτρα για την επιμήκυνση της ζωής δεν είναι απαραίτητα, εκ του λόγου ότι είναι τεχνικώς εφικτά. Εν όψει της μέχρι σήμερα, υπερβαινούσης τα όρια, προόδου της ιατρικής τεχνολογίας, καθοριστικό στοιχείο δεν είναι η αποτελεσματικότητα των μηχανημάτων, αλλά η προσανατολισμένη στον σεβασμό της ζωής και της αξιοπρέπειας απόφαση κατά περίπτωση σχετικά με τα όρια της ιατρικής υποχρέωσης για θεραπεία".

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. **γ)** Ο δράστης να αποφάσισε την πράξη κινούμενος από οίκτο, μετά από σπουδαία και επίμονη απαίτηση του θύματος, το οποίο θα πρέπει να έχει διαφωτισθεί 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.

Ως γενική αρχή που θα δικαιολογούσε τη διακοπή της θεραπείας ορίζεται ότι η υποχρέωση της θεραπείας τελειώνει εκεί που δεν πρόκειται πια για παράταση της ζωής αλλά της διαδικασίας του θανάτου· εκεί όπου ιατρικές επεμβάσεις δεν θα πρόσφεραν καμία λογική βοήθεια, και πολύ περισσότερο θα ξεπερνούσαν τα όρια του απαιτητού για τον ασθενή και τους συγγενείς του εξ αιτίας της ανυπαρξίας προοπτικών. Κατά τη στάθμιση θα έπρεπε ιδίως να ληφθούν υπόψη πόσο υψηλές είναι οι πιθανότητες για τη διατήρηση της ζωής με τη σχετική θεραπεία· ποιές παρενέργειες και κίνδυνοι συνδέονται με αυτά τα μέτρα και τι είδους πόνοι και επιβαρύνσεις για τον ασθενή. Ως βασικό κριτήριο αναφέρεται ακόμη και η μη αποκαταστάσιμη πλέον απώλεια κάθε είδους ικανότητας αντίδρασης και επικοινωνίας, η οποία είναι δεδομένη επίσης στις περιπτώσεις μη αποκαταστάσιμης απώλειας της συνείδησης.

Εφ' όσον δεν υπάρχει ειδική νομοθεσία, τα θέματα που ανακύπτουν εξετάζονται από τα δικαστήρια κατά περίπτωση. Εάν πληρούνται οι όροι του άρθρου 300 του ΠΚ, τότε η ποινή φυλακίσεως μπορεί να κυμαίνεται από 10 ημέρες έως 5 έτη. Εάν το Δικαστήριο δεν πεισθεί ότι πληρούνται οι προϋποθέσεις του νόμου, τότε θα πρόκειται περί φόνου εκ προμελέτης, που μπορεί να επισύρει ισόβια κάθειρξη.

8.8.4 Ανθρωποκτονία με συναίνεση

Θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε ότι το άρθρο 300 ΠοινΚ, η λεγόμενη ανθρωποκτονία με συναίνεση είναι η κατεξοχήν περίπτωση νομοθετημένης ευθανασίας. Σύμφωνα με τη διάταξη αυτή, *όποιος αποφάσισε και εκτέλεσε ανθρωποκτονία ύστερα από σπουδαία και επίμονη απαίτηση του θύματος και από οίκτο, γι' αυτόν που έπασχε από ανίατη ασθένεια, τιμωρείται με φυλάκιση*. Όπως φαίνεται από τη διατύπωση του νόμου, πρόκειται για ανθρωποκτονία, για έγκλημα που στρέφεται κατά της ζωής, η οποία όμως τιμωρείται επιεικέστερα,

επειδή ο νομοθέτης έλαβε υπόψη το κίνητρο του δράστη που είναι ο οίκτος προς το θύμα, την κατάσταση του θύματος που πάσχει από ανίατη ασθένεια και τη θέληση του θύματος, το οποίο όχι απλώς πρέπει να συναινεί στη θανάτωσή του, αλλά να την απαιτεί σπουδαίως και επιμόνως, δηλ. με συναίσθηση της καταστάσεως και του αιτήματος και επαναλαμβανόμενη φορτικότητα. Εάν συντρέχουν αυτές οι προϋποθέσεις, ο δράστης τιμωρείται επιεικέστερα από την κοινή ανθρωποκτονία, δηλ. με φυλάκιση, ποινή που διαρκεί από δέκα ημέρες έως πέντε χρόνια.

Δεν είναι λίγα τα προβλήματα που προκύπτουν από την ερμηνεία της διατάξεως αυτής, όπως π.χ. η έννοια της ανίατης ασθένειας, επειδή ο όρος ή αμφισβητείται από τη σύγχρονη ιατρική ή μπορεί να αναφέρεται σε ασθένειες που είναι μεν ανίατες (π.χ. διαβήτης), αλλά αντιμετωπίσιμες. Εξάλλου ερωτάται αφενός αν θα περιλαμβάνει και ψυχικές παθήσεις, όπου όμως συνήθως θα απουσιάζει η ελεύθερη βούληση και αφετέρου εάν θα έπρεπε να προβλεφθεί να μπορεί η πράξη να θεωρηθεί ατιμώρητη όταν έγινε από συγγενή, όπως υπάρχει ανάλογη ρύθμιση στην ανθρωποκτονία από αμέλεια (άρθρο 302 § 2 ΠοινΚ).

Πάντως αξίζει να τονισθεί η σημασία που δίνει η διάταξη αυτή στη βούληση του ίδιου του θύματος. Με άλλα λόγια, αν αυτή απουσιάζει, ο οίκτος του ιατρού ή η ανίατη πάθηση δεν αρκούν για να τιμωρηθεί ο δράστης επιεικέστερα: Αυτός θα τιμωρηθεί για ανθρωποκτονία από πρόθεση (299 § 1 ΠοινΚ). Επίσης αν ο ασθενής εκφράσει τη βούλησή του υποθετικά, πριν δηλ. να περιέλθει σε τέτοια κατάσταση με τη λεγόμενη "διαθήκη ευθανασίας", αυτό δεν αρκεί για να τιμωρηθεί επιεικέστερα ο δράστης, επειδή η επίμονη απαίτηση του άρθρου 300 ΠοινΚ πρέπει να διατυπωθεί όταν ο ασθενής θα βρίσκεται στην ανίατη κατάσταση και όχι εκ των προτέρων.

8.8.5 Συμμετοχή σε αυτοκτονία

Περίπτωση υποβοηθούμενης ευθανασίας θα μπορούσε να θεωρηθεί και η λεγόμενη συμμετοχή σε αυτοκτονία (άρθρο 301 ΠοινΚ) και μάλιστα η δεύτερη περίπτωση της, σύμφωνα με την οποία, όποιος έδωσε βοήθεια κατά την αυτοκτονία, τιμωρείται με φυλάκιση. Δηλαδή, το Ποινικό Δίκαιο δεν τιμωρεί την αυτοπροσβολή, την αυτοκτονία, αλλά τιμωρεί , πολύ επιεικέστερα όμως από την κοινή ανθρωποκτονία, την υποβοήθησή της ως ετεροπροσβολή. Υποστηρίζεται μάλιστα ότι εάν ο Α πάσχει από αφόρητους πόνους και ζητεί βοήθεια για να αυτοκτονήσει από το φίλο του Β, ο οποίος του δίνει δηλητήριο που ο Α παίρνει μόνος του, η πράξη του Β δεν είναι αξιόποινη, αφού συνιστά παροχή βοήθειας πριν από την τέλεση της πράξης. Άδικη μπορεί -κατά την ίδια γνώμη -να είναι η παράλειψη του Β να βοηθήσει τον Α, όταν δημιουργείται κίνδυνος ζωής που αξιολογείται στο πλαίσιο του άρθρου 307.

8.8.6 Η διακοπή της θεραπείας κατ' απαίτηση του ασθενούς και η αυθαίρετη παροχή θεραπείας

Από τα παραπάνω παραδείγματα φαίνεται η σημασία της βουλήσεως του ασθενούς για να επέλθει η επιεικέστερη μεταχείριση όποιου προβαίνει ή σε ανθρωποκτονία με συναίνεση ή υποβοηθεί την αυτοκτονία. Αντιστρόφως, η βούληση αυτή θα απαλλάξει τον ιατρό από κάθε ποινική ευθύνη, αν ο ασθενής δεν επιθυμεί τη θεραπεία του. Στο ποινικό δίκαιο υποστηρίζεται ότι το θεμελιώδες αγαθό στη ζωή περιλαμβάνει και το λεγόμενο *δικαίωμα αυτοδιαθέσεως* της ζωής. Το τελευταίο πάλι θα εκδηλωθεί είτε ως δικαίωμα αυτοκτονίας είτε ως δικαίωμα -απαίτηση διακοπής της ζωής του. Στην τελευταία περίπτωση υποστηρίζεται ότι ο ιατρός θα πρέπει να σταματήσει κάθε προσπάθεια παροχής θεραπείας, αν ο ασθενής που μπορεί να εκφράσει ελεύθερα τη βούλησή του, δεν επιθυμεί να ζήσει και φυσικά δεν θα διώκεται ποινικά, αν πράξει κάτι τέτοιο. Πάντως, εάν ο ασθενής ζητήσει από τον ιατρό (ή οποιονδήποτε τρίτο) να τον θανατώσει, αυτό αποτελεί υπό περιστάσεις

ανθρωποκτονία με συναίνεση. Εάν ο ασθενής ζητήσει να διακοπεί η θεραπεία του, να παύσει η παρεχόμενη αγωγή, δεν δικαιολογείται επαρκώς να μένει κάτι τέτοιο ατιμώρητο, αφού σε αρκετές περιπτώσεις είναι δυσδιάκριτα τα όρια θετικής ενέργειας και παραλείψεως.

Βεβαίως και στην περίπτωση αυτή (της αρνήσεως θεραπείας) η βούληση πρέπει να προέρχεται από ενήλικο που έχει συνείδηση της αποφάσεως του, δηλ. οι ανήλικοι, αυτοί που βρίσκονται σε κώμα ή σε διατάραξη της συνειδήσεώς τους και οι ψυχοπαθείς που δεν έχουν τη χρήση του λογικού, δεν μπορούν να ασκήσουν το "δικαίωμα" διακοπής της ζωής, επειδή δεν είναι σε θέση να εκφράσουν ελεύθερα και ανεπηρέαστα της βούλησή τους.

Εάν όμως ο ιατρός "παρακούσει" τον ασθενή και συνεχίσει τη θεραπεία, υποστηρίζεται ότι κάτι τέτοιο μπορεί να μην αποτελεί άδικη και καταλογιστή πράξη, σύμφωνα με τα άρθρα 20, 25 και 32 ΠοινΚ .

8.8.7 Η συναίνεση του ασθενούς ως αναγκαία προϋπόθεση της παροχής θεραπείας και η υποχώρηση της αρχής αυτής

Εκτός από την ποινική ευθύνη, ο ιατρός υπέχει αστική ευθύνη, δηλ. ευθύνη που έχει ως συνέπεια την αποζημίωση του ασθενούς ή των οικείων του, όταν από την παρεχόμενη ιατρική υπηρεσία έχει προκληθεί βλάβη της υγείας ή και ο θάνατος. Η ευθύνη αυτή θεμελιώνεται είτε στη σύμβαση, είτε στην αδικοπραξία, είτε και στα δύο. Σχετικά πρόσφατα έχει νομοθετηθεί και ως ευθύνη του παρέχοντος υπηρεσίες, δηλαδή ως ειδική επαγγελματική ευθύνη από το νόμο.

Ειδικώς για το ζήτημα της ευθανασίας, αυτό θεωρήθηκε ανέκαθεν πρόβλημα αποκλειστικά του ποινικού δικαίου και δεν δόθηκε η δέουσα σημασία στην αστική ευθύνη. Ενώ μάλιστα η ποινική ευθύνη θεωρείται αυστηρότερη λόγω του είδους των επιβαλλόμενων κυρώσεων, στην πραγματικότητα συμβαίνει το αντίθετο, επειδή η αστική ευθύνη περιλαμβάνει περισσότερες περιπτώσεις, αφού δεν στηρίζεται στο περιπτωσιολογικό σύστημα, και καλύπτει όχι μόνον

κάθε μορφή πταίσματος, αλλά και ορισμένες περιπτώσεις ευθύνης χωρίς πταίσμα (λ.χ. ΑΚ 918, 922). Μία από τις σημαντικότερες περιπτώσεις της αδικοπρακτικής αστικής ευθύνης, όπως είναι η έννοια του παρανόμου, παρουσιάζεται σήμερα διευρυμένη, διότι αρκεί η παράβαση της γενικής υποχρεώσεως πρόνοιας, ασφάλειας και προστασίας των άλλων .

Στο ελληνικό δίκαιο, στο οποίο προστατεύεται με ευρύτητα το δικαίωμα στην προσωπικότητα (ΑΚ 57 επ.) γίνεται δεκτό ότι στα προστατευόμενα με το δικαίωμα αυτό αγαθά ανήκει και η ζωή, η υγεία και η σωματική ακεραιότητα. Επιπλέον υποστηρίζεται ότι από το συνταγματικά κατοχυρωμένο δικαίωμα στην ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας (άρθρα 2 § 1, 5 § 1, 7 § 2 Συντ) συνάγεται και ότι ο ιατρός είναι υποχρεωμένος να ενημερώνει τον ασθενή για την ενδεδειγμένη θεραπεία και να έχει τη σύμφωνη γνώμη του, τη συναίνεσή του για την επιχείρησή της, ακόμη και αν αυτή είναι ιατρικά ενδεδειγμένη. Αλλιώς η λεγόμενη αυθαίρετη ιατρική πράξη αποτελεί προσβολή της προσωπικότητας του ασθενούς και μάλιστα ακόμη και αν τελικώς ωφέλησε τον ασθενή. Αν ήταν και αυθαίρετη και τον έβλαψε μπορεί να επισύρει και αδικοπρακτική ευθύνη (ΑΚ 914 επ.).

Εάν όμως πρόκειται για *κατεπείγοντα περιστατικά*, ο ιατρός έχει υποχρέωση να παράσχει τις ιατρικές του υπηρεσίες και να βοηθήσει τον ασθενή, ακόμη και όταν αυτός δεν έχει συνείδηση των πραγμάτων, η δε ανάγκη διασώσεως του αγαθού της ζωής αίρει το παράνομο της αυτόβουλης επεμβάσεως.

8.8.8 Η συναίνεση για τη μη παροχή ή για τη διακοπή της θεραπείας και η ευθύνη του παρέχοντος υπηρεσίες (άρθρ. 8 ν. 2251/1997)

Σε σχέση με τη λεγόμενη "διαθήκη" ή ακριβέστερα "συναίνεση ευθανασίας", δηλ. τη διακοπή της θεραπευτικής αγωγής, αφού ο ασθενής ενημερωθεί ειδικά για τη θανατηφόρα ασθένειά του, έχουν υποστηριχθεί εκ διαμέτρου αντίθετες απόψεις. Η πρώτη, χωρίς να αρνείται όπως αναπτύχθηκε την αναγκαιότητα της συναινέσεως για την παροχή ιατρικής θεραπείας και το

δικαίωμα για την ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας, υποστηρίζει ότι *οι συνταγματικές εγγυήσεις δεν εκτείνονται στην αρχή της ζωής και στον τρόπο και την επέλευση του θανάτου, αλλά μόνον στη διάρκεια της ζωής*. Η αντίθετη άποψη, υποστηρίζοντας το αίτημα για αξιοπρεπή θάνατο, δέχεται ότι με ορισμένες προϋποθέσεις η συναίνεση ευθανασίας πρέπει να γίνεται αποδεκτή και ειδικότερα όταν εκφράζει ελεύθερη βούληση και όταν αναφέρεται μόνον στη μη παράταση της ζωής με τεχνητά μέσα, όταν δηλ. η παροχή ιατρικής βοήθειας δεν είναι πλέον θεραπευτική. Εάν ο ιατρός συνεχίσει τη θεραπεία, προβαίνει σε αυθαίρετη θεραπευτική πράξη.

Πάντως και με την τελευταία άποψη η συναίνεση πρέπει να δίδεται εγγράφως και είναι αυστηρά προσωπική, δεν μπορεί να δοθεί από ανηλίκους, από πρόσωπα που στερούνται της χρήσης του λογικού ή δεν έχουν συνείδηση των πράξεών τους, άρα, λόγω του προσωποπαγούς χαρακτήρα της, ούτε από συγγενείς. Εάν η συναίνεση απουσιάζει, ο ιατρός έχει υποχρέωση να διατηρήσει στη ζωή τον ασθενή με κάθε μέσο.

Σύμφωνα με τη Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη βιοϊατρική (Οβιέδο, 1997), που επικυρώθηκε στη χώρα μας με το ν. 2619/1998 και έχει αυξημένη ισχύ (άρθρο 28 § 1 Συντ), επέμβαση σε θέματα υγείας είναι δυνατή μόνον μετά από ελεύθερη (και ως προς το δικαίωμα ανακλήσεως) συναίνεση του ενδιαφερομένου προσώπου, αφού προηγηθεί ενημέρωσή του (άρθρο 5 §§ 1, 3). Συγχρόνως όμως ορίζεται ότι σε επείγουσες περιπτώσεις και όταν δεν μπορεί να ληφθεί η αναγκαία συναίνεση, επιτρέπεται να επιχειρείται κάθε ιατρικώς αναγκαία επέμβαση προς όφελος της υγείας του ενδιαφερομένου ατόμου (άρθρο 8).

Φαίνεται λοιπόν ότι η συναίνεση υποχωρεί σε επείγουσες περιπτώσεις, με τη διαφορά ότι η σύμβαση του Οβιέδο δεν απαντά ευθέως στο ερώτημα, τι γίνεται όταν συντρέχει επείγουσα περίπτωση, είναι όμως δυνατόν να ληφθεί η συγκατάθεση, η οποία ενδεχομένως δεν θα χορηγηθεί. Νομίζω ότι στις περιπτώσεις αυτές θα ισχύσει το αξίωμα *in dubio pro vita*. Το δικαίωμα

αυτοδιαθέσεως της ζωής του ασθενούς δεν είναι απεριόριστο, ακριβώς επειδή αυτός απαιτεί την παύση της θεραπείας από ένα άλλο πρόσωπο και μάλιστα από το νοσηλευτή -ιατρό του, ο οποίος έχει ιδιαίτερη νομική υποχρέωση περιθάλψεως, ζητεί δηλ. βοήθεια στην αυτοδιάθεση. Με τον τρόπο αυτό όμως κάποιος τρίτος επεμβαίνει στη ζωή του, έστω και μετά από συναίνεση και η αυτοδιάθεση ως αυστηρά προσωπικό αγαθό παύει να είναι μονομερές και άρα δεν ισχύει. Επιχείρημα μπορεί να χρησιμοποιηθεί ακόμη και από το ότι η συναίνεση του παθόντος αναγνωρίζεται μεν στο δίκαιο των αδικοπραξιών ως λόγος άρσεως του παρανόμου χαρακτήρα μιας πράξεως, όχι όμως αν αυτή είναι αντίθετη στο νόμο ή στα χρηστά ήθη.

Εξάλλου η αποδοχή της απόψεως που υποστηρίζει τη διακοπή της θεραπευτικής αγωγής, εάν κάτι τέτοιο απαιτεί ο "ανιάτως" πάσχων ασθενής, οδηγεί σε αδιέξοδο και όταν οι ασθενείς δεν είναι σε θέση για οποιονδήποτε λόγο να παράσχουν τη συναίνεσή τους. Από τη Σύμβαση του Οβιέδο, προβλέπεται βεβαίως αντικατάσταση της συναινέσεως όσων αδυνατούν να συγκατατεθούν από τη συναίνεση των αντιπροσώπων τους (άρθρο 6). Ας σημειωθεί όμως ότι η αντικατάσταση της συναινέσεως στο δίκαιό μας δεν είναι τόσο απλό ζήτημα. Νόμιμη εκπροσώπηση προβλέπεται στους ανηλίκους ή στη δικαστική συμπαράσταση, δεν θεσπίζεται όμως γενική εκπροσώπηση του ασθενούς από τους συγγενείς ή εκείνους που τον περιθάλπουν.

Περαιτέρω δεν είναι ορθό να εξισώνεται η συνήθης συναίνεση για μια ιατρική επέμβαση ή θεραπεία με τη συναίνεση για το θάνατο. Η Σύμβαση του Οβιέδο έχει ως στόχο να προστατεύσει την αξιοπρέπεια και την ακεραιότητα του ανθρώπου, δηλ. να προστατεύσει την ίδια τη ζωή του και από την προαγωγή της Βιολογίας και της Ιατρικής και όχι να διευκολύνει το θάνατο.

Συνεπώς ο νοσηλευτής -ιατρός που υποχωρεί σε σχετική επιθυμία ασθενούς, μπορεί να υπέχει και αστική ευθύνη, η οποία μπορεί πλέον να στηριχθεί και στην ειδική ευθύνη του παρέχοντος υπηρεσίες (άρθρο 8 § 1 ν. 2251/1994). Πρόκειται για επαγγελματική ευθύνη από το νόμο που

καθιερώνεται ανεξάρτητα από προϋφιστάμενο συμβατικό δεσμό και θεσπίζει ευθύνη του παρέχοντος υπηρεσίες για κάθε ζημία που προκάλεσε υπαιτίως κατά την παροχή των υπηρεσιών. Ερωτάται βεβαίως αν συμβιβάζεται η παράλειψη του ιατρού με τη θετική ενέργεια που υποδηλώνει ο ο όρος "παροχή υπηρεσιών". Ορθότερο είναι να δεχθούμε ότι η ζημία μπορεί να προκληθεί και με παράλειψη του παρέχοντος υπηρεσίες να συνεχίσει την απαραίτητη θεραπεία, διότι όταν εκδηλωθεί η επιθυμία του ασθενούς, ο ιατρός έχει ήδη αναλάβει την περίθαλψή του, επομένως η παράλειψη που εκδηλώνεται με τη διακοπή της θεραπείας μπορεί να υπαχθεί στο άρθρο 8 § 1 ν. 2251/1994.

Ο παρέχων υπηρεσίες, δηλ. εδώ ο ιατρός, φέρει το βάρος αποδείξεως της ελλείψεως υπαιτιότητας, η οποία καταρχήν τεκμαίρεται (άρθρο 8 § 4 ν. 2251/1994). Εάν βεβαίως υποχωρήσει στην επιθυμία για τη διακοπή της θεραπείας και επέλθει ο θάνατος, ενάγοντες για την καταβολή αποζημιώσεως θα είναι οι στενοί συγγενείς του θύματος, εναντίον των οποίων θα μπορεί να προτείνει ως συντρέχον πταίσμα την εκδηλωθείσα επιθυμία του ασθενούς για τη διακοπή της θεραπείας και να μειωθεί με τον τρόπο αυτό η αποζημίωση (πρβλ. και άρθρο 8 § 6 σε συνδ. με 6 § 11 ν. 2251/1994).

Σε κάθε περίπτωση ο ιατρός που δεν δέχεται να διακόψει την υποστηρικτική αγωγή, ενώ το ζητεί ο ασθενής, δεν επιχειρεί αυθαίρετη ιατρική πράξη, η οποία θεωρείται όπως αναπτύχθηκε προσβολή της προσωπικότητας. Η αυξημένη υποχρέωση επιμέλειας και πρόνοιας του ιατρού, η σπουδαιότητα του αγαθού για το οποίο παρέχει τις υπηρεσίες του και ο εμπιστευτικός χαρακτήρας της σχέσεως ιατρού -ασθενούς δείχνουν ότι η θεραπεία δεν είναι υπόθεση που αφορά μόνον στον νοσηλευόμενο, αλλά και στο θεραπευτή, ο οποίος πρέπει βεβαίως να λαμβάνει συγχρόνως πρόνοια για την ανακούφιση του νοσηλευομένου από τους πόνους. Άλλωστε ο ιατρός έχει υποχρέωση (άρθρο 9 του Κώδικα ιατρικής δεοντολογίας -Β.Δ. 25.5/6.7 1955) να υποβοηθεί με κάθε δυνατό μέσο την ίαση του ασθενούς ή τη διατήρησή του στη ζωή.

8.8.9 Συμβούλιο της Ευρώπης -Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων

Το Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων του Συμβουλίου της Ευρώπης ασχολήθηκε πρόσφατα 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 (άρθρο 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 ισχυρίστηκε 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).

Συγκεκριμένα ισχυρίστηκε 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 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 επιτρεπομένη χρήση βίας θα ήταν δυνατόν να καταλήξει σε στέρηση 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.

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 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 μπορείνα θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή και την ασφάλεια των άλλων. Η συγκεκριμένη διάταξη 2 της περί αυτοκτονίας νομοθεσίας αποσκοπεί στην προστασία των αδυνάτων και ευαλότων ατόμων και ιδιαίτερος 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 διώξεως 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. υπεστήριζε 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 διαφοροποίησης 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 Βιοιατρικής, 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 υποχρέωσης 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. 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.

8.8.10 Η Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ανθρώπου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής -Ευρωπαϊκή Σύμβαση ανθρωπίνων δικαιωμάτων και Βιοιατρικής.

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 βιοιατρικές επιστήμες αφενός και την προστασία των ατομικών δικαιωμάτων αφετέρου.

Στη Σύμβαση δεν περιλαμβάνονται ειδικές διατάξεις σχετικά με την ευθανασία. Το θέμα είναι ιδιαίτερος ακανθώδης 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 Βιοιατρικής.

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 συνοδεύουσα 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.

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 απομεμακρυσμένο.
2. Η πρόοδος της επιστήμης είναι δυνατόν να προσφέρει προοπτικές, που ήταν άγνωστες στον ασθενή κατά τη στιγμή της δημοσιοποιήσεως 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.
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 δημοσιοποιείται η βούληση του ασθενούς, όπως επίσης και τους όρους, υπό τους οποίους η βούληση αυτή εκφράζεται εγκύρως ή ανακαλείται.

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).

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 συναινέσεως, όπως είναι οι ανήλικοι ή τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, εφόσον εξυπηρετούν το άμεσο συμφέρον τους. Για τις επεμβάσεις αυτές απαιτείται η συναίνεση του αρμοδίου και επιφορτισμένου με την επιμέλειά τους ατόμου ή οργάνου (άρθρο 6 παρ. 3).

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).

Κατά την τελική εκτίμηση του ιατρού σχετικά με την διακοπή ή συνέχιση της θεραπείας δεν θα πρέπει να εμφολωθούν 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.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά να αναφέρουμε πως το θέμα της ευθανασίας είναι πολυδιάστατο και πολύ δύσκολο στο να δώσεις ή να διαμορφώσεις μια άποψη ή ένα συμπέρασμα αντικειμενικό. Ο ίδιος ο ορισμός της ζωής και του θανάτου είναι ένα δίλημμα στο να απαντήσεις εάν τελικά η ζωή και ο θάνατος είναι ένα θέμα ατομικό ή συλλογικό. Η ζωή του κάθε ανθρώπου σίγουρα είναι ένα θέμα που αναφέρεται στον ίδιο τον άνθρωπο. Ο θάνατος όμως ; Αν υποθέσουμε ότι κάποιος έχει το δικαίωμα να δώσει τέλος στην ζωή του, από την άλλη μεριά κάποιος άλλος έχει το δικαίωμα να αφαιρέσει μια ζωή ;

Αυτά ήταν ζητήματα τα οποία βασάνιζαν τους ανθρώπους ανά τους αιώνες και δεν θα μπορούσαν να αφήσουν αδιάφορους και εμάς, τους συγγραφείς αυτής της εργασίας ακόμη και αν οι απόψεις μας ήταν διαφορετικές.

Τα μεγάλα διλήμματα που τέθηκαν και σε εμάς έμπαιναν μέσα σε έναν φαύλο κύκλο της υποχρέωσης που έχουμε οι άνθρωποι να κάνουμε όσο το δυνατόν πιο εύκολη την ζωή των άλλων και όχι τον θάνατό τους. Τι γίνεται όμως με μια ζωή που ακόμη και εκείνος που του ανήκει την βιώνει σαν έναν καθημερινό θάνατο ;

Όπως είναι λογικό, έτσι όπως δεν μπόρεσε να δοθεί μια σαφής και αντικειμενική απάντηση σε όλα αυτά τα ερωτήματα, από διανοούμενους ανθρώπους ακόμη και σήμερα, έτσι και εμείς μένουμε παγιδευμένοι μέσα σε ερωτήματα που οι απαντήσεις τους μπορεί να πραγματικά να θεωρηθούν ζήτημα ζωής και θανάτου.

Έτσι λοιπόν κάποιοι από εμάς, της συγγραφικής ομάδας, θα έκαναν τα πάντα για να κρατήσουν έναν άνθρωπο στην ζωή και άλλοι ίσως θα επέλεγαν να δώσουν μια λύτρωση στο άτομο που τόσο επίμονα θα απαιτούσε τον ίδιο του τον θάνατο, ανάλογα βέβαια με την περίπτωση.

Πάντως το σίγουρο για εμάς σε κάθε περίπτωση είναι πως οι σκέψεις, οι απόψεις, οι πεποιθήσεις και τέλος οι πράξεις μας έχουν έναν κοινό παρανομαστή, έναν παρανομαστή που εμείς ονομάζουμε «σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια».

Επίλογος

Η ευθανασία εκτός από νομικό, ιατρικό, κοινωνικό πρόβλημα είναι κυρίως και πάνω από όλα ηθικό ζήτημα και αυτό το τελευταίο είναι που θα πρέπει να θέτει ως κυρίαρχο στη σκέψη του κάθε νομοθέτης, γιατρός, απλός πολίτης όταν βρίσκεται απέναντι σε ένα τέτοιο μεγάλο δίλημμα, να προχωρήσει δηλαδή ο πρώτος στην νομιμοποίηση με προϋποθέσεις της ευθανασίας, να κόψει το νήμα της ζωής του ασθενούς ο δεύτερος, αφού δεν έχει ελπίδες ζωής και να δώσει ο τρίτος την συγκατάθεσή του για την επέλευση του τέλους κάποιου συγγενικού του προσώπου. Όλα αυτά δεν είναι απλά ούτε ξεκάθαρα πράγματα. Απαιτούν τόλμη, συνείδηση και προπαντός ανθρωπιά. Η ευθανασία αποτελεί ένα θέμα έντονα υπαρξιακό που δημιουργεί έντονους προβληματισμούς και διάσταση απόψεων. Εντούτοις επίλογος στη ευθανασία δεν μπορεί να υπάρξει. Δεν έχει ακόμα γραφεί. Και δεν φαίνεται πιθανόν να γραφεί, τουλάχιστον στο εγγύς μέλλον.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική :

- 1) Αβραμίδης Αθανάσιος, Ευθανασία, εκδ. Ακρίτας, 1995
- 2) Αβραμίδης Αθανάσιος, Καρδιολόγος Καθηγητής Παθολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών, Δημοσιευμένο άρθρο στην επίσημη ιστοσελίδα της Ιεράς Συνόδου της Εκκλησίας της Ελλάδος – Επιτροπή Βιοηθικής, Ευθανασία και «Ευθανασία» (εκτός και εντός εισαγωγικών)
- 3) Ανδρουλάκης Νικόλαος, Ποινικόν Δίκαιον-Ειδικόν Μέρος
- 4) Ανδρουλιδάκης/Δημητριάδης, Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, Αθήνα-Κομοτηνή, 1993
- 5) Βεγλερής Φ., Οι περιορισμοί των δικαιωμάτων του ανθρώπου, Αθήνα, 1982
- 6) Βουγιούκας Κ. Ν., Ευθανασία και ανθρωποκτονία εν συναινέσει
- 7) Γενική Εγκυκλοπαίδεια Σύγχρονων Γνώσεων Υδρία Cambridge Ήλιος
- 8) Γεωργόπουλος Λ. Κωνσταντίνος, «Επίτομο Συνταγματικό δίκαιο», 9η έκδοση, εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή
- 9) Δέγλερης Νίκος, «Το κρίσιμο ερώτημα είναι ποιος θα παίρνει την απόφαση της ευθανασίας», εφημερίδα Ελευθεροτυπία, Αθήνα, 12/4/2001
- 10) Δημητρόπουλος Ανδρέας, Συνταγματικά Δικαιώματα, παραδόσεις συνταγματικού δικαίου, τ. ΙΙΙ, ημ. Β', Αθήνα, 2005
- 11) Ευαγγέλου Ιάσων, «Το πρόβλημα της ευθανασίας», εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα, 1999
- 12) Ιπποκράτης: «Επιδημιών»
- 13) Ιπποκράτης: «Αφορισμοί»
- 14) Καίσαρης Παναγιώτης, Περί της ευθανασίας, Αθήνα, 1999
- 15) Κατρούγκαλος Γ., «Το δικαίωμα στη ζωή και στο θάνατο», Αθήνα, 1993

- 16) Καράμπελας Δ.Λάμπρος, «Η ευθανασία και το δικαίωμα στη ζωή και στο θάνατο», Εκδοτική Εστία, Αθήνα, 1987
- 17) Κατσαντώνης Α. Η., «Αι ιατρικά επεμβάσεις και η σημασία της συναίνεσης του ασθενούς», 1970
- 18) Κατσαντώνης Α. Η., «Η ανθρωποκτονία εν συναίνεσει, Ποινικά Χρονικά», 1956
- 19) Κουτσελίνη Αντ. , Μιχαλοδημητράκη Μαν., «Ιατρική Ευθύνη-Γενικά και Ειδικά Θέματα ιατρικής αμέλειας και ιατρικής ευθύνης»
- 20) Κυριλλόπουλος Κ. Μιχάλης, «Ευθανασία», Πάπυρος Λαρούς Μπριτάννικα, τ. 25, Εκδοτικός οργανισμός Πάπυρος, Αθήνα, 1984
- 21) Μάνεσης Αριστόβουλος, «Ατομικές ελευθερίες», Θεσσαλονίκη, 1982
- 22) Μανιτάκης Αντώνης, «Το Σύνταγμα της Ελλάδος 1975/1986/2001», Εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2001
- 23) Μανιτάκης Αντώνης, «Βιοηθική και Σύνταγμα», 2000
- 24) Μίχος Απ., «Το πρόβλημα της ευθανασίας», Αθήνα, 1965
- 25) Μπαλογιάννης Σταύρος, Καθηγητής Νευρολογίας του Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, , Άρθρο Δημοσιευμένο στην επίσημη ιστοσελίδα της Ιεράς Συνόδου της Εκκλησίας της Ελλάδος – Επιτροπή Βιοηθικής, «Η ευθανασία – κοινωνικοί και ηθικοί προβληματισμοί – Απόψεις εκ του χώρου της ψυχολογίας και της ψυχιατρικής»
- 26) Μπρακατσούλας Μ., «Η συμμετοχή εις αυτοκτονίαν», 1962 -Παιδαγωγική ψυχολογική εγκυκλοπαίδεια-λεξικό, τ. 4, εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1990
- 27) Νέτα Σοφία, «Ευθανασία : Έχουμε ή δεν έχουμε δικαίωμα;» - Άρθρο στην Ελευθεροτυπία – 12/04/2001
- 28) Παναγόπουλος Εμμανουήλ, Επίκουρος Καθηγητής της Χειρουργικής, άρθρο δημοσιευμένο στην επίσημη ιστοσελίδα της Ιεράς Συνόδου της Εκκλησίας της Ελλάδος – Επιτροπή Βιοηθικής, «Ορισμός και Ιστορική εξέλιξη» - Αρχές ιατρικής ηθικής – Όρκος του Ιπποκράτη»
- 29) Πανούσης Γ., «Η έννοια του θανάτου στο ποινικό δίκαιο», (1978)

- 30) Παντελής Αν., Ζητήματα συνταγματικών περιορισμών, Αθήνα, 1984
- 31) Παρασκευαΐδης Κ. Χ., Νεώτερες απόψεις της ευθανασίας, Αθήνα, 1986
- 32) Πάπυρος-Λαρούς, «Γενική Εγκυκλοπαίδεια»
- 33) Παρασκευόπουλος Ν., «Ποινική ευθύνη και αυτοκαταστροφικές πράξεις», Ελληνική Επιθεώρηση Εγκληματολογίας, Αθήνα, 1989
- 34) Πλάτωνας, «Πολιτεία», Γ' βιβλίο
- 35) Πρωτοπαπαδάκης Δ. Ευάγγελος, Η ευθανασία απέναντι στη σύγχρονη βιοηθική, εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή, 2003
- 36) Σαρμάς Δ. Ιωάννης, «Η νομολογία του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου Δικαιωμάτων του ανθρώπου και της επιτροπής», εκδ. Αντ. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή, 1998
- 37) Σοφουλάκης Λάμπρος, «Η προστασία της ανθρώπινης ζωής κατά το Σύνταγμα και τους νόμους», Εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα, 1994
- 38) Σπυροπούλου Λιάνα, «Ευθανασία», ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ, Αθήνα, 12/4/2001
- 39) Συμεωνίδου -Καστανίδου, Εγκλήματα κατά της ζωής, εκδ. Σάκκουλα, 1986
- 40) Τσαιτουρίδης Χρήστος, «Η ευθανασία ως συνταγματικό δικαίωμα του ασθενούς», 2002
- 41) Φραντζεσκάκης, «Ευθανασία και το δικαίωμα στη ζωή και στο θάνατο», Αθήνα, 1988
- 42) Χρονόπουλος Νικόλαος – Το πρόβλημα της ευθανασίας – Αθήνα 1980

Ξενόγλωσση :

- 1) Clinical Social Work Journal, Vol. 30, No. 3, Fall 2002 (Λ2002)
- 2) Harakas Rev. Stanley, "The Stand of the Orthodox Church on Controversial Issues"
- 3) Hurst R (2000), Ethics and Disability, Celebrating Diversity, 5th World Congress on Bioethics

4) Kant, *Metaphysics of Morals*, M. Gregor trans., Cambridge: Cambridge University Press, 423, as quoted in Stanford Encyclopedia

5) Kübler – Ross Elizabeth M. D. , *Αυτός που πεθαίνει (on death and dying)* – Εκδόσεις «ΤΑΜΑΣΟΣ»

6) Kübler – Ross Elizabeth M. D. , *Για αυτόν που πεθαίνει – Ερωτήσεις – Απαντήσεις* – Εκδόσεις «ΤΑΜΑΣΟΣ»

7) *The Journal of Medical Ethics*, American Medical Association: Council on Ethical and Judicial Affairs. *Code of medical ethics*. Chicago: AMA, 1996

8) *The Journal of Medical Ethics*, *Neonatal euthanasia: moral considerations and criminal liability*, Mark Sklansky, University of California, San Diego, California, USA

Λιαδυκτιακοί Τόποι :

1) <http://www.Sadness.gr/>

2) <http://www.notdeadyet.org/>

3) <http://www.euthanasia.com/>

4) <http://www.thanatos.it/>

5) <http://www.euthanasia.org/>

6) <http://www.greeknewsonline.com/index.php>

7) <http://www.unesco.org/>

8) <http://www.bioethics.org.gr/>

9) <http://www.newadvent.org/cathen/14326b.htm>

10) http://www.newadvent.org/library/docs_df80eu.htm

11) <http://www.usccb.org/catechism/text/pt3sect2chpt2art5.htm>