

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

“ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΚΑΙ ΒΙΟΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ”

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ Μ. ΖΑΧΑΡΟΠΟΥΛΟΣ

Επιβλέπων καθηγητής :Καθηγήτρια ΜΗΤΡΟΣΥΛΗ ΜΑΡΙΑ

ΑΘΗΝΑ 2021

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια ΜΗΤΡΟΣΥΛΗ ΑΣΗΜΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ
ΥΠΟΓΡΑΦΗ

Μέλος Αναπληρώτρια Καθηγήτρια ΓΟΥΛΑ ΑΣΠΑΣΙΑ
ΥΠΟΓΡΑΦΗ

Μέλος Καθηγητής ΜΑΡΚΟΣ ΣΑΡΡΗΣ
ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος, Ζαχαρόπουλος Δημήτρης με αριθμό μητρώου ΑΜ 19013, φοιτητής του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 30/07/2021 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Ο Δηλών

Δημήτρης Ζαχαρόπουλος



ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η συγκεκριμένη εργασία αποτελεί μία επισταμένη μελέτη αναφορικά με το έντονα αμφιλεγόμενο ζήτημα της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας κυρίως από την πλευρά της βιοηθικής, προβαίνοντας σε μία ενδελεχή ανάλυση της επίκαιρης αυτής έννοιας, με στόχο την εξαγωγή κάποιων ουσιαστικών και χρήσιμων συμπερασμάτων.

Ειδικότερα, η μελέτη αρχίζει με μια ιστορική αναδρομή από την αρχαιότητα ως τις μέρες μας. Κατόπιν επιχειρείται η αποτύπωση της έννοιας του ανώδυνου θανάτου ή της ευθανασίας, όπως αυτή συναντάται τόσο στην ελληνική όσο και στην ξενόγλωσση βιβλιογραφία, κυρίως νομική, καθώς κατ'αυτόν τον τρόπο αναδεικνύεται το επιτρεπτό ή μη του θεσμού. Επιπρόσθετα, γίνεται αναφορά στις διάφορες μορφές της, με ειδική μνεία στην ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία.

Εν συνεχεία, αποτυπώνεται η επιστημονική εξέλιξη της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, τόσο στο πεδίο της Νομικής, με αναφορά στο διεθνές και ελληνικό δίκαιο, όσο και της Θεολογίας, με παράθεση θέσεων διαφόρων θρησκειών πάνω στο ζήτημα.

Μετέπειτα, παρουσιάζεται η διάσταση της βιοηθικής στο θέμα της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, όπως γίνεται αντιληπτή στην ελληνική επιστημονική κοινότητα και στο διεθνές επίπεδο. Επίσης, διενεργείται μία αξιολόγηση του θέματος, καταδεικνύοντας τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της επιθανάτιας αυτής διαδικασίας και επιχειρώντας την εύρεση της βέλτιστης δυνατής προσέγγισης του μελετούμενου ζητήματος.

Τέλος, γίνεται προσπάθεια να αποκρυσταλλωθεί η στάση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού για το θέμα, με παράθεση δημοσιευμένων ερευνών σε διεθνές και ελληνικό επίπεδο.

Επιλογικά, η παρούσα εργασία μέσα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση διατυπώνει κάποια καίρια συμπεράσματα και αναδεικνύει λύσεις κοινωνικού και θεσμικού χαρακτήρα που θα συμβάλλουν στην καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση του θέματος της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας λαμβάνοντας υπόψη και τις μελλοντικές προκλήσεις που η εξέλιξη των επιστημών και η μετεξέλιξη της κοινωνίας ενδέχεται να επιφέρουν. Ο επιθυμητός στόχος για το συγκεκριμένο εκπόνημα είναι, αν όχι να θεμελιώσει τις βάσεις για την ομόφωνη αποδοχή μίας ενιαίας και ομοιόμορφης προσέγγισης του ζητήματος, πράγμα πολύ φιλόδοξο και ίσως ουτοπικό, τουλάχιστον να προσπαθήσει να γεφυρώσει το χάσμα των αντικρουόμενων απόψεων και να αποτελέσει τη σύνθεση μίας καλής προσπάθειας, που θα δώσει το εφελτήριο για μία ουσιαστική θεωρητική και πρακτική θεμελίωση του ζητήματος της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας.

Λέξεις κλειδιά: *Ευθανασία, Βιοηθική, Ανώδυνος θάνατος, ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία, νομικό πλαίσιο, δικαίωμα στον θάνατο, αξιοπρέπεια, αυτονομία, πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, παρηγορητική φροντίδα, λύσεις κοινωνικού και θεσμικού χαρακτήρα.*

Abstract

This work is an in-depth study of the burning and highly controversial issue of assisted suicide, mainly from the point of view of bioethics, making a thorough analysis of this current concept, with some useful and relevant implications. In particular, the Study begins with a historical retrospective, related to the subject, from antiquity to the present day. Then the attempt is made to capture the concept of painless death or euthanasia, as it is found in both Greek and foreign language literature mainly in its legal form because in this way it becomes more comprehensible. In addition, reference is made to its various forms, with special reference to medically assisted suicide.

Then, the scientific development of assisted suicide is captured, both in the field of Law, with reference to international and Greek law, and Theology, listing the positions of various religions on the issue. Later, the dimension of bioethics in the subject of assisted suicide is presented, as it is understood in the Greek scientific community and in the international firmament. Also, an evaluation of the issue is carried out, demonstrating the advantages and disadvantages of this mortal process and attempting to find the best possible approach to the studied issue. Finally, an attempt is made to crystallize the attitude of the medical and nursing staff on the subject, citing published research at international and Greek level.

Selectively, the present work through the literature review formulates some key conclusions and highlights social and institutional solutions that will contribute to the best possible response to the issue of assisted suicide, taking into account the future challenges and emerging to be brought forth. The desired goal for this paper is, if not to lay the foundations for the unanimous acceptance of a single and uniform approach to the issue, which is very ambitious and perhaps utopian, at least to try to bridge the gap between the conflicting opinions and become the essence of a good effort, which will provide the springboard for a theoretical and practical substantiation of the issue of physician assisted suicide.

Keywords: *Euthanasia, Bioethics, Painless death, physician assisted suicide, legal framework, right to death, dignity, autonomy, advantages and disadvantages of medically assisted suicide, palliative care, social and institutional solutions.*

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

Ευγένιος Βούλγαρης, 1804

Διατριβή περί ευθανασίας

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ολοκληρώνοντας την παρούσα διπλωματική μου εργασία αισθάνομαι την ανάγκη και την υποχρέωση να ευχαριστήσω όλους εκείνους που με βοήθησαν στο συγγραφικό μου έργο. Καταρχήν θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κα. Μητροσύλη Μαρία για την πολύτιμη πνευματική και ηθική βοήθειά της και την αμέριστη συμπαράστασή της. Χωρίς αυτήν η περαίωση της παρούσας εργασίας θα ήταν ανέφικτη.

Στην συνέχεια θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην κα. Τσαλαπατάνη Ειρήνη, υπεύθυνο βιβλιοθήκης του ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας για την απρόσκοπτη συμπαράστασή της και για την ελεύθερη πρόσβασή μου στα επιστημονικά αρχεία.

Τέλος, με ιδιαίτερη χαρά και συγκίνηση θα ήθελα να ευχαριστήσω την σύζυγό μου Αθανασία και τα παιδιά μου Μιχάλη και Ευαγγελία για την βοήθειά τους, την επιμονή αλλά και την υπομονή τους, καθ' όλη την διάρκειά αυτής της συγγραφικής μου προσπάθειας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	12
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	14
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ</u>	
1.Ιστορική αναδρομή.....	16
2.Έννοια του ανώδυνου θανάτου.....	25
3. Μορφές ανώδυνου θανάτου.....	25
4.Ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία.....	28
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ</u>	
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ.....	30
2.1 Η νομική προσέγγιση της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας.....	30
2.1.1 Νομικό πλαίσιο χωρών που εφαρμόζουν ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία.....	31
2.1.2 Νομικό πλαίσιο χωρών που δεν εφαρμόζουν ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία.....	38
2.1.3 Το ελληνικό νομικό πλαίσιο για την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία.....	45
2.2 Η Σύμβαση του Oviedo.....	47
2.3 Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας.....	48
2.4 Η θρησκευτική προσέγγιση της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας.....	49
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ</u>	
ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΚΑΙ ΒΙΟΗΘΙΚΗ- Η ΒΙΟΗΘΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ.....	57
1.Η έννοια και οι αρχές της βιοηθικής.....	57
2. Οι θέσεις της βιοηθικής σε ζητήματα ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας.....	60

2.1. Διεθνώς.....	60
2.2 Στην Ελλάδα.....	63

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΑ ΥΠΕΡ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ.....	68
---	----

1.Επιχειρήματα υπέρ της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας.....	68
2. Επιχειρήματα κατά της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας.....	86

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

Η ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	108
--	-----

1.Η Στάση του ιατρικού προσωπικού.....	108
2.Η Στάση του νοσηλευτικού προσωπικού.....	113

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΚΑΙ ΘΕΣΜΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΓΙΑ ΤΟ ΖΗΤΗΜΑ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ.....	117
--	-----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ.....	124
-----------------------------------	-----

<u>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</u>	132
------------------------	-----

<u>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</u>	139
---------------------------	-----

Ελληνική βιβλιογραφία.....	139
----------------------------	-----

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία.....	143
------------------------------	-----

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ & ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ

ANA	American Nurses Association
CCNE	Comité consultatif national d'éthique
DDA	Death with Dignity Act
DDE	Doctrine of Double Effect
EAPC	European Association of Palliative Care
HPNA	Hospice and Palliative Nurses Association
LPT	Life Prolonging Treatment
PAS	Physician Assisted Suicide
PVS	Persistent Vegetative State
SCEN	Support and Consultation for Euthanasia in Netherlands
ΗΠΑ	Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής
ΚΙΔ	Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας
ΠΚ	Ποινικός Κώδικας
Παρ.	Παράγραφος
Συντ.	Συντάγματος

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η εποχή μας αναμφισβήτητα χαρακτηρίζεται από τη ραγδαία επιστημονική και τεχνολογική εξέλιξη των τελευταίων δεκαετιών και κανείς δεν μπορεί να αρνηθεί τις πολλαπλές θετικές επιδράσεις αυτής της προόδου στη βελτίωση της ποιότητας της ανθρώπινης ζωής. Ιδιαίτερα στον τομέα της ιατρικής, οι εξελίξεις είναι εξόχως σημαντικές, καθώς όλο και περισσότερες ασθένειες μπορούν πλέον να διαγνωστούν έγκαιρα και να θεραπευθούν με μεγάλα ποσοστά επιτυχίας. Ταυτόχρονα, ασθένειες ή καταστάσεις που παραμένουν ανίατες μπορούν να αντιμετωπισθούν πληρέστερα, εξασφαλίζοντας μια αξιοπρεπή ποιότητα ζωής για τον ασθενή.

Ωστόσο, η ιατρική παραμένει μια επιστήμη ατελής και πολλά επιτεύγματα της δεν ήταν άμοιρα επιπτώσεων στην καθημερινή ζωή και στις ανθρώπινες κοινωνικές σχέσεις. Ειδικότερα, προκάλεσαν νέα προβλήματα ηθικής και νομικής φύσεως που καλούνται να επιλυθούν σε διεθνές και εθνικό επίπεδο.

Η ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία, ως κατηγορία της ευθανασίας, είναι ένα από τα πλέον απαιτητικά και φλέγοντα θέματα που προβληματίζουν έντονα την Ιατρική Ηθική, ειδικά τις τελευταίες δεκαετίες. Ο ωραίος, ειρηνικός και ανώδυνος θάνατος απασχόλησε τον άνθρωπο ήδη από την αρχαιότητα. Αργότερα ο χριστιανισμός καταδίκασε την πρακτική αυτή, θεωρώντας την κατάφωρη παραβίαση της αξίας της ζωής. Σήμερα όμως, το ζήτημα τίθεται σε τελείως διαφορετική βάση. Με δεδομένο ότι η ιατρική επιστήμη εξελίσσεται ταχύτατα αλλάζοντας τις βασικές παραμέτρους των ορίων της ανθρώπινης ζωής, δηλαδή της αρχής και του τέλους του ανθρώπου, οι νομοθετικές ρυθμίσεις χάνουν τα ερείσματά τους και οι θεμελιώδεις αρχές για τον σεβασμό της ζωής του ανθρώπου αλλάζουν περιεχόμενο. Οι νέες δυνατότητες ζωής γεννούν νέα βιοηθικά διλήμματα, σχετικά με τις επιλογές για την αντιμετώπιση από τον σύγχρονο άνθρωπο του τέλους της ζωής του, ή της ζωής του συνανθρώπου του.

Στη σύγχρονη κοινωνία, η υποβοηθούμενη αυτοκτονία βρίσκεται στο μεταίχμιο ανάμεσα σε δύο εξίσου κρίσιμα προτάγματα. Αφενός στο δικαίωμα ενός ανθρώπου να αποφασίζει με ποιον τρόπο επιθυμεί να ζει ή να πεθαίνει και αφετέρου στο συμφέρον ή και την υποχρέωση του κοινωνικού συνόλου να προστατεύει το ύψιστο αγαθό της ζωής απέναντι σε όποιον επιχειρεί να το επιβουλεύει ή να το καταργήσει. Η στάση του ανθρώπου απέναντι στον θάνατο ταλαντεύεται ανάμεσα στην αποδοχή ή μη ενός αξιοπρεπούς τέλους και στην άσκηση του δικαιώματος αυτού, κάτω από το βάρος ηθικών, θρησκευτικών, νομικών, ιατρικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραμέτρων (Τσουκαλοχωρίτου, 2012).

Η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία συνιστά ένα πολύπλευρο θέμα με προεκτάσεις που

απασχολούν πολλούς επιστημονικούς τομείς. Η Βιοηθική μελετά αυτό το θέμα και αναδεικνύει ηθικούς

προβληματισμούς όπως την διαμάχη δύο σημαντικών αξιών, αφενός της αυτονομίας του ασθενή και αφετέρου της αρχής του βέλτιστου συμφέροντος. Η Ιατρική προσπαθεί, με επιφύλαξη πολλές φορές, να αντιληφθεί το διαχωριστικό όριο μεταξύ του επιστημονικού καθήκοντος, ήτοι ενός ασθενή που πάσχει από ανίατη ασθένεια και του ηθικού καθήκοντος, δηλαδή τη συνειδησιακή σύγκρουση που αντιμετωπίζει ο επαγγελματίας υγείας όταν ενδείκνυται η διενέργεια ευθανασίας. Η Θεολογία από την άλλη πλευρά συνδέεται με το ζήτημα της ευρείας ή μη αποδοχής της ευθανασίας βάσει και ερευνών που συμπεραίνουν ότι άνθρωποι που δεν διαθέτουν μεγάλη πίστη καθίστανται περισσότερο δεκτικοί στην εφαρμογή της ευθανασίας εν συγκρίσει με άτομα που διαθέτουν ισχυρές θρησκευτικές πεποιθήσεις.

Επιχειρώντας μία ανασκόπηση στην Ελλάδα αλλά και στο διεθνή χώρο παρατηρείται ποικίλη νομική αντιμετώπιση σχετικά με το ζήτημα. Αναφορικά με τον ελλαδικό χώρο, το Ποινικό Δίκαιο δεν διαθέτει ειδικές ρυθμίσεις που να προβλέπουν την διενέργειά της, αν και έχουν αναφερθεί περιπτώσεις που αφορούν σε αυτή την διαδικασία. Επιπλέον, η στάση της ελληνικής κοινωνίας απέναντι σε αυτό το ηθικής φύσεως δίλλημα παρουσιάζεται διχασμένη. Όσον αφορά στο εξωτερικό, χώρες όπως η Ολλανδία, το Βέλγιο και κάποιες πολιτείες στις Η.Π.Α κάνουν αποδεκτή στην πράξη την επιθανάτια διαδικασία της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, όπως θα εκτεθεί λεπτομερώς παρακάτω, ενώ σε ορισμένα άλλα κράτη απορρίπτεται η εφαρμογή της σε ασθενείς (Σαλαχά, 2012).

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το υπό διερεύνηση θέμα της ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας είναι ένα πολυδιάστατο και άκρως αμφιλεγόμενο ζήτημα της Βιοηθικής, το οποίο τις τελευταίες δεκαετίες έχει λάβει μεγάλες διαστάσεις. Οι αντικρουόμενες απόψεις των ειδικών ιατρών, νομικών, ψυχολόγων και θεολόγων καταδεικνύουν την πολυπλοκότητα του ζητήματος. Εξ' αυτών, άλλοι θεωρούν την πρακτική ως λύτρωση και απαλλαγή από το μαρτύριο του πόνου και άλλοι την καταγγέλλουν ως φόνο. Άλλοι παραμένουν πιστοί στον όρκο του Ιπποκράτη, ο οποίος αποκηρύσσει οποιαδήποτε βοήθεια σε κάποιον ασθενή που θα οδηγήσει εν τέλει στον θάνατο του («Οὐ δώσω δὲ οὐδὲ φάρμακον οὐδενὶ αἰτηθεὶς θανάσιμον, οὐδὲ ὑφηγήσομαι ξυμβουλίην τοιήνδε.») και άλλοι είναι υπέρμαχοι του δικαιώματος στον θάνατο και κατ'επέκταση σε έναν αξιοπρεπή θάνατο. Η δεοντολογία της επιθανάτιας διαδικασίας άπτεται τομέων πολλαπλών κοινωνικών και ανθρωπιστικών επιστημών και έχει σοβαρές διαστάσεις που αφορούν τόσο σε ατομικό όσο και σε ομαδικό επίπεδο. Η Ιπποκρατική ηθική και όλες οι θρησκείες του κόσμου την απορρίπτουν κατηγορηματικά. Αντίθετα, η σύγχρονη προσέγγιση των ατομικών δικαιωμάτων, που διευρύνει το δικαίωμα στη ζωή και σε δικαίωμα στον θάνατο, θέτει το ζήτημα σε άλλη διάσταση και την αναγορεύει σε μία πράξη που εξασφαλίζει το δικαίωμα κάθε ανθρώπου να καθορίζει τη ζωή του και την ύπαρξή του με βάση τις δικές του ανάγκες (Beauchamp, 2007).

Η παρούσα πτυχιακή εργασία αποτελεί μία προσπάθεια προσέγγισης και κατανόησης με ένα κριτικό αναστοχαστικό τρόπο της έννοιας της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Πιο συγκεκριμένα, το πρώτο μέρος της εργασίας περιλαμβάνει μια ιστορική αναδρομή, τον ορισμό όλων των επιμέρους μορφών ανώδυνου θανάτου, καθώς και τα σημαντικότερα σημεία του σύγχρονου θεωρητικού πλαισίου και του επιστημονικού δημοσίου διαλόγου ο οποίος μελετά την οπτική επιστημονικών κλάδων, όπως της Νομικής και της Θεολογίας.

Το δεύτερο μέρος της εργασίας καταπιάνεται με τη μελέτη της ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας από την πλευρά της βιοηθικής που καθίσταται ωφέλιμη ενδεχομένως και αναγκαία στη βάση μίας συνολικής και διεθνούς θεώρησης της αντιμετώπισης του ζητήματος. Επίσης, αναδεικνύονται τα επιχειρήματα υπέρ και κατά της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, κυρίως μέσα από το πρίσμα της ηθικής.

Στο τρίτο μέρος της εργασίας, παρατίθενται οι απόψεις του ιατρικού και νοσηλευτικού κόσμου για το θέμα, μέσω έγκυρων και επιστημονικών ερευνών. Επίσης, διενεργείται μια καταγραφή λύσεων θεσμικού και κοινωνικού χαρακτήρα, που αφορούν ανάμεσα σε άλλα, σε

όργανα που ασχολούνται με το μελετώμενο θέμα τόσο με τη παροχή γνωμοδοτήσεων όσο και με την εποπτεία εφαρμογής της διαδικασίας και έχουν αντίκτυπο στην έννομη τάξη και στο κοινωνικό σύστημα των χωρών που υφίστανται.

Επιλογικά, διατυπώνονται κάποιες συμπερασματικές διαπιστώσεις αλλά και προτάσεις για τις προϋποθέσεις που πρέπει να καθορισθούν σε εθνικό και διεθνές πεδίο προκειμένου να θωρακιστεί η σωστή διενέργεια της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, εφόσον τίθεται θέμα εφαρμογής της, λαμβάνοντας υπόψη τις κοινωνικές και πολιτιστικές ιδιαιτερότητες κάθε χώρας αλλά και της Ελλάδας. Στο τέλος της εργασίας, υπάρχει παράρτημα όπου παρατίθενται υποθέσεις δικαστικών διενέξεων, σχετικές με το υπό εξέταση θέμα.

Στόχος της παρούσας εργασίας είναι να εξεταστεί το ζήτημα της ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, εστιάζοντας κυρίως στις ηθικές διαστάσεις και στα ηθικά διλήμματα που προκύπτουν από την εφαρμογή ή μη της εν λόγω πρακτικής, να μελετηθεί η ελληνική και ξενόγλωσση βιβλιογραφία και να προωθηθεί ο επιστημονικός διάλογος. Επίσης, μέσω της ενδελεχούς ανάλυσης των πηγών επιχειρείται να αναδυθούν ουσιαστικά συμπεράσματα, που θα αποτελέσουν πολύτιμη αρωγή σε μελλοντικές προσπάθειες προσέγγισης του θέματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1. Ιστορική αναδρομή

Ο όρος «ευθανασία» προέρχεται από το αρχαίο ελληνικό ρήμα ευθανατώ και σημαίνει τον εύκολο, ευτυχισμένο, ήρεμο, ανώδυνο και κυρίως ένδοξο θάνατο (Αβαγιανού, 2000). Ως λέξη συναντάται για πρώτη φορά σε κωμωδία του ποιητή Ποσειδίου, το 300 π.Χ., όπου κατά τον ίδιο είναι ό,τι καλύτερο μπορούν να σου χαρίσουν οι θεοί. Αργότερα, ο ίδιος όρος συναντάται σε έργα του Κικέρωνα, του Στοβαίου, του Πολύβιου, του Ιωσήπου, του Φίλωνα και του Μενάνδρου. Λόγω της ευρύτατης χρήσης του, και ενώ δεν αναφέρεται ονομαστικά, ο όρκος του Ιπποκράτη περιέχει σαφή υπόμνηση στους ιατρούς, η οποία τους απαγορεύει τη χορήγηση οποιουδήποτε θανατηφόρου φαρμάκου σε ασθενή, έστω και μετά από παράκληση του.

Πρέπει να τονισθεί πως στους αρχαίους Έλληνες η θεώρηση του τέλους δεν γινόταν αναγκαστικά σε συνάρτηση με τις δυσκολίες της ύπαρξης. Ο θάνατος μπορούσε να είναι καθαυτός καλός («ευ»), όχι προτιμητέος από μια κακή ζωή. Για παράδειγμα, καλός θάνατος ήταν εκείνος που έκλεινε έναν ήρεμο βίο ή κορύφωνε ένδοξα μια ζωή γεμάτη δράση, όπως στο πεδίο της μάχης. Στο Διογένη Λαέρτιο περισώζεται μια χαρακτηριστική θέση του ρήτορα Αντισθένη: «ερωτηθείς τι μακαριότερον εν ανθρώποις, έφη 'ευτυχούντα αποθανείν'». Το να παραμείνει κάποιος ζωντανός είχε, βεβαίως, τη δική του αξία, όπως τονίζεται στο μύθο «Γέρον και Θάνατος» του Αισώπου: «πας άνθρωπος φιλοζωεί, καν δυστυχεί λίαν». Σε αντιδιαστολή λοιπόν με το "mercy killing" («ευσπλαχνικώς δολοφονεί»), κυρίαρχη ήταν η έννοια του «καλώς αποθνήσκειν» (Αβαγιανού, 2000).

Είναι γνωστό το ενδιαφέρον που οι αρχαίοι Έλληνες έδειχναν για το τελικό στάδιο της ύπαρξης, αφού πίστευαν ότι αποτελούσε το επιστέγασμα μιας ολόκληρης ζωής, ικανό να την αμαυρώσει ή να την καθοσιώσει. Η σχέση τους με τον θάνατο ήταν διαφορετική από τη σημερινή. Ενδιαφέρονταν περισσότερο για τον τρόπο με τον οποίο θα ερχόταν το τέλος, παρά για το ίδιο το γεγονός. Τους απασχολούσε έτσι κάθε πιθανή πηγή ταπείνωσης, ως στοιχείο που ενδεχομένως θα τους στερούσε ό,τι μια ολόκληρη ζωή αποζητούσαν: την αθανασία μέσω της δόξας, την υστεροφημία μέσω ενός - προοδευτικά και διεξοδικά προετοιμασμένου - ξεχωριστού θανάτου. Ουσιαστικά, με τον όρο «ευθανασία» στον αρχαιοελληνικό κόσμο αποδίδονται τα ποιοτικά χαρακτηριστικά του βιοτικού διαστήματος που προηγείται της ύστατης στιγμής, δηλαδή του τρόπου με τον οποίο ο καθένας διαχειρίζεται τη ζωή του (Αβαγιανού, 2000).

Η ευθανασία στην αρχαία Ελλάδα ήταν μία ευγονική πρακτική, αλλά και το αποτέλεσμα του οίκτου προς τους βαριά ασθενείς και πάσχοντες ανθρώπους. Ο θάνατος ήταν η λύση των ανίατων ασθενειών για όλες τις ηλικίες, και αυτό συνέβαινε γιατί αυτοί οι άνθρωποι δεν είχαν θέση στην οικογένεια και την κοινωνία. Ο Πλάτων, στο έργο του Πολιτεία, περιγράφει με σαφήνεια αυτήν ακριβώς την αντιμετώπιση. Στα χωρία 407 και 410 στο Γ' βιβλίο της Πολιτείας του Πλάτωνα, αναφέρεται, πως όσοι πολίτες δεν έχουν υγιή σώματα και υγιείς ψυχές πρέπει να αφήνονται να πεθαίνουν, γιατί αυτό είναι καλό και για τους ίδιους αλλά και για την πόλη. «...τα δ' είσω δια παντός νενοσηκότα σώματα ουκ επιχειρείν διαίταις κατά σμικρόν απαντλούντα και επιχέοντα μικρόν και κακόν βίου ανθρώπω ποιείν και έκγονα αυτόν, ως το εικόσ, έτερα τοιαύτα φυτεύειν, αλλά των μη δυνάμενον εν τη καθεστηκυία περιόδω ζην μη οίεσθαι δειν θεραπεύειν, ως ούτε αυτό τούτε πόλει λυσιτελή». «Ουκούν και ιατρικήν οίαν είπομεν, μετά της τοιαύτης δικαστικής κατά πόλιν νομοθετήσεις, αι των πολιτών σοι τους μεν ευφυείς τα σώματα και τας 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» (Λυπουρλής, 2007).

Μια επισκόπηση των διασωθέντων έργων υποδεικνύει ποικιλία απόψεων σχετικά με πράξεις τερματισμού της ανθρώπινης ζωής. Θετικοί προς τέτοιου είδους πρακτικές ήταν ο Σωκράτης και ο μαθητής του, Πλάτωνας, οι Στωικοί και οι Κυνικοί φιλόσοφοι, και εν μέρει ο Αριστοτέλης, κυρίως όσον αφορά τη βρεφοκτονία, ενώ την αντίθεσή τους σε αυτές έχουν εκφράσει ο Σοφοκλής, ο Επίκουρος και οι Πυθαγόρειοι.

Την ίδια εποχή οι Σπαρτιάτες, εφαρμόζαν μία ευγονική αντιμετώπιση προς τους ανιάτους ασθενείς και αναπήρους. Το τέλος τους επέρχονταν με τη ρίψη τους από τον Καιάδα και τον Ευρώτα. Οι ανίατοι ασθενείς αλλά και τα ανάπηρα βρέφη δεν είχαν θέση στην οικογένεια και την πολιτεία της Σπάρτης. Ο Πλούταρχος μας δίνει πληροφορίες για την τύχη των ανάπηρων και άρρωστων νεογνών. Σύμφωνα λοιπόν με τις περιγραφές του, οι γονείς των βρεφών τα πήγαιναν στους πρεσβυτέρους της φυλής για να τα εξετάσουν. Αν τα έβρισκαν υγιή επέτρεπαν στους γονείς τους να τα αναθρέψουν και τους χορηγούσαν κλήρο γης. Αν όμως δεν ήταν υγιή τα έστελναν σ' ένα βάραθρο του Ταΰγετου που ονομαζόταν «Αποθέτες». Επίσης, στην κλασική εποχή οι κάτοικοι της Κέας, ενός πραγματικού νησιού με υγιές κλίμα στο οποίο όφειλαν τη μακροβιότητα τους, επέβαλλαν στους εαυτούς τους ένα παρόμοιο είδος ευθανασίας. Τερμάτιζαν τη ζωή τους με σχετικά γρήγορο κι ανώδυνο τρόπο, αφού πρώτα διασφάλιζαν την έγκριση των συμπολιτών τους. Πριν, προλάβουν να γεράσουν και να αρρωστήσουν ή να υποστούν κάποιου είδους σωματική ή πνευματική αναπηρία, αυτοκτονούσαν με ορισμένο δηλητήριο, παρουσία των δικών τους και άλλων μαρτύρων. (Πετροπούλου, 2000)

Έπιναν ομαδικά ή ατομικά όπιο ή κώνειο και αποχωρούσαν από τη ζωή, λες και έπιναν κρασί, μέσα σε ατμόσφαιρα συμποσίου ή εορταστικής θυσίας. Η ευκολία με την οποία αυτοκτονούσαν αλλά κι ο τρόπος με τον οποίο αποχωρούσαν από τη ζωή σχετίζεται πιθανότατα εμμέσως με το γεγονός ότι στην Κέα οι ενήλικοι μετά το θάνατο τους «αφηρωίζονταν» (περνούσαν δηλ. στη σφαίρα των ηρώων). Η αυτοκτονία των γηραιών κατοίκων της Κέας είχε και παλαιότερα θεωρηθεί ως πρακτική ευθανασίας. Μία παρόμοια αν και λιγότερο γνωστή πρακτική ευθανασίας συναντάται και στην ελληνική αποικία της Μασσαλίας, όπου χορηγούσαν ένα δηλητήριο αναμειγμένο με κώνειο. Το δηλητήριο αυτό φυλαγόταν δημόσια από την ίδια την πολιτεία η οποία το χορηγούσε σε όποιον εξέθετε ενώπιον της Βουλής των Εξακοσίων τους λόγους για τους οποίους επιθυμούσε να πεθάνει. (Πετροπούλου, 2000).

Στην Ευρώπη κατά τον μεσαίωνα, η ευθανασία και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία θεωρούνται βαριά αμαρτήματα, λόγω της επικράτησης του Χριστιανισμού. Σε μια εποχή λοιπόν, που η ζωή θεωρείται το απόλυτο θείο δώρο, έτσι που η αμφισβήτησή της θίγει ευθέως το δότη της, καμιά θέση δεν υπάρχει στον προβληματισμό για θέματα του τέλους της ζωής. Ο άνθρωπος, δεν είναι ο δημιουργός της ζωής αλλά ο αποδέκτης της. Με απλά λόγια, ο άνθρωπος εμπιστεύεται τη ζωή του αλλά και το τέλος της ζωής του, στις πρωτοβουλίες του θεού, ενώ ο ίδιος πρέπει να ασχολείται αποκλειστικά με τον τρόπο ζωής του, ο οποίος πρέπει να είναι σύμφωνος με τις βουλές του Κυρίου. Η φιλοσοφία την εποχή αυτή, ασχολείται σχεδόν αποκλειστικά με την προσπάθεια να αποδείξει ότι ο Θεός, αν και ποιητής των πάντων, δεν πρέπει να θεωρείται και υπόλογος για όσα κακά συμβαίνουν στην ανθρωπότητα. Η έννοια του θανάτου εμπλουτίστηκε συνεπώς με διάφορες προσκτήσεις και εν πολλοίς απέκτησε τιμωρητικό χαρακτήρα. Ο μαύρος καβαλάρης ή ο θεριστής που φέρει δρεπάνι, τρομακτικές προσωποποιήσεις ενός βίαιου και φρικτού τέλους, εγγεγραμμένες στο συλλογικό ασυνείδητο, αναδύθηκαν τότε και καθόρισαν μια υπαρξιακή στάση των λαών άσχετη με τις παρακαταθήκες του ελληνισμού (Παπαχρήστου, 2014).

Τόσο η ευθανασία όσο και η αυτοκτονία, υποβοηθούμενη ή όχι, τιμωρούνταν με αυστηρές ποινές. Ειδικότερα, στην περίπτωση που η αυτοκτονία είχε σαν αποτέλεσμα τον θάνατο η ποινή αποδίδονταν στο πτώμα του αυτόχειρα και οι ποινές, που συνήθως υποβάλλονταν, ήταν ο ενταφιασμός του πτώματος από τον δήμιο και ο φουρκισμός. Στην περίπτωση που η αυτοκτονία δεν είχε σαν αποτέλεσμα τον θάνατο τότε ο δράστης της απόπειρας αυτοκτονίας τιμωρούνταν με ποινές φυλάκισης, καταναγκαστικών έργων και εξορίας. Οι ποινές ήταν βαρύτερες για τον δράστη, όταν υπήρχε αθέτηση των υποχρεώσεών του έναντι του κράτους ή τρίτων (Παπαχρήστου, 2014).

Κατά τους νεότερους χρόνους, η πρακτική της ευθανασίας αρχίζει να γίνεται αποδεκτή από τους ιατρούς και τους φιλοσόφους με την προϋπόθεση της συγκατάθεσης του ασθενή.

Ο Άγγλος δικηγόρος, κοινωνικός φιλόσοφος, συγγραφέας και πολιτικός Thomas More (1478-1545), γνωστός στους Ρωμαιοκαθολικούς ως Saint Thomas More, στο έργο του «Utopia», καταδεικνύει τον ανθρωπιστικό ρόλο της ευθανασίας στους ανίατους ασθενείς με αφόρητους πόνους, και προτείνει τη χρήση για τον σκοπό αυτό υπνωτικών φαρμάκων και την αποχή από την τροφή. (Πετροπούλου, 2000).

Ο Michel de Montaigne (1533-1592) θεωρούσε ότι η αυτοκτονία, υποβοηθούμενη ή όχι, είναι προσωπικό θέμα και για αυτό δικαιολογείται σε ειδικές περιπτώσεις. Ο Άγγλος φιλόσοφος και πολιτικός Francis Bacon (1561-1626), τάσσεται υπέρ της ευθανασίας και την θεωρεί ανθρωπιστικό και επιστημονικό χρέος των ιατρών. Σύμφωνα με την άποψη του, η ευθανασία διακρίνεται σε «εξωτερική» (euthanasia exterior), η οποία αφορά τις ενέργειες του ιατρού, και σε «εσωτερική» (euthanasia interior), η οποία αφορά την ψυχική προετοιμασία του ετοιμοθάνατου για την αντιμετώπιση του μοιραίου. Κατά τον Francis Bacon, έργο της ιατρικής είναι η αποκατάσταση της υγείας και η καταπράυνση των πόνων του ασθενή. Η καταπράυνση αυτή έχει αξία όχι μόνον όταν οδηγεί στην ίαση, αλλά και όταν χρησιμεύει για την παροχή ενός θανάτου γαλήνιου και εύκολου. (Παπαχρήστου, 2014).

Στη νεότερη Φιλοσοφία, από τους σπουδαιότερους υποστηρικτές της αυτοκτονίας είναι ο David Hume. Θεωρεί προκατάληψη και ψευδή θρησκευτική δοξασία την αντίληψη ότι ο άνθρωπος οφείλει να παρατείνει έναν άθλιο βίο, προκειμένου να μην προσβάλλει τον Δημιουργό του. Ανατρέποντας το αριστοτελικό-ακινάτειο επιχείρημα περί της αυτοχειρίας ως αντικοινωνικής ενέργειας, ισχυρίζεται ότι ο άνθρωπος που φθάνει στο σημείο να σκέπτεται να εγκαταλείψει την ύπαρξη έχει περιέλθει σε μια κατάσταση τόσο παθηματική, ώστε έχει καταστεί άχρηστος και βάρος για την κοινότητα. Η αυτοκτονία εναρμονίζεται με το ατομικό συμφέρον και ανάγεται σε καθήκον προς τον εαυτό μας, όταν το γήρας, η ασθένεια ή άλλη δυστυχία μεταβάλλουν τη ζωή σε φορτίο χειρότερο από την αυτο-εκμηδένιση. (Παπαχρήστου, 2014).

Στον αντίποδα των απόψεων του Hume βρίσκεται η προσέγγιση της αυτοχειρίας από τον Immanuel Kant. Ο Kant αναφέρει την αυτοκτονία ως πρώτο παράδειγμα πράξης αντιβαίνουσας στην κατηγορική προστακτική. Η υποκειμενική αρχή (αξίωμα) της πράξης του αυτοκτόνου («από αγάπη προς τον εαυτό μου βραχύνω τη ζωή μου, όταν προβλέπω ότι τα μελλοντικά μου βάσανα θα είναι περισσότερα από τις χαρές») δεν θα μπορούσε να γίνει καθολικός νόμος, επειδή ένα σύστημα της φύσης, όπου η αγάπη προς τον εαυτό μας –ουσιώδες χαρακτηριστικό της οποίας είναι η ώθηση στην προαγωγή της ζωής– θα οδηγούσε στην καταστροφή της ζωής, θα ήταν εσωτερικά αντιφατικό. Επίσης, ο αυτόχειρας δεν αντιμετωπίζει τον εαυτό του ως αυτοσκοπό, αλλά

τον χρησιμοποιεί ως μέσο για την εξασφάλιση ενός ανώδυνου θανάτου (Παπαχρήστου, 2014).

Τον 18ο αιώνα, ο Έλληνας φιλόσοφος Ευγένιος Βούλγαρις (1716–1806), από τους

κυριότερους εκπροσώπους του νεοελληνικού Διαφωτισμού, συνέγραψε βιβλίο, το οποίο ονόμασε *Διατριβή περί ευθανασίας*. Εκεί αναπτύσσει την ιδέα της ευθανασίας ως καρτερία για το τέλος της ζωής, δηλαδή ως υποφοράς του θανάτου μετά γενναιότητας, πραότητας και ευψυχίας. Ο Βούλγαρις ασπάζεται πλήρως τη χριστιανική θέση περί της ιερότητας της ανθρώπινης ζωής και απορρίπτει κάθε εκούσια διακοπή της. Ονομάζει, μάλιστα, προθανασία το να αποθνήσκει ο άνθρωπος πριν την ώρα του, το να προαρπάζει εθελουσίως την ώρα του θανάτου του ή το να προαποκόπτει τις ημέρες του βίου του. Από την άλλη πλευρά, αρνείται να δεχτεί και τη δυσθανασία, δηλαδή τον αργό, παρατεινόμενο, δύσκολο και κακό θάνατο του βραδέως ψυχορραγούντα, του οδυνηρά χαροπαλεύοντα. (Καλαμάτας, 2013)

Ο Βέλγος νομπελίστας λογοτέχνης Maurice Maeterlinck (1862-1949), στο έργο του «Ο Θάνατος», εκφράζει ξεκάθαρα την σύμφωνη άποψη του για την ευθανασία.

Σαφώς, την εποχή αυτή δεν υπάρχουν μόνο υποστηρικτές της πρακτικής της ευθανασίας. Οι σημαντικότεροι αντιρρησίες της ευθανασίας ήταν ο Ιταλός ιερέας της Ρωμαιοκαθολικής Εκκλησίας στο Τάγμα των Δομινικανών και σημαντικός φιλόσοφος και θεολόγος, εκπρόσωπος της σχολής του σχολαστικισμού, Θωμάς Ακινάτης (1225-1274), καθώς και ο πρωσικός νόμος. Ωστόσο υπερίσχυσε η θετική άποψη του επιστημονικού κόσμου της εποχής. Η τάση αυτή προς τη θετική άποψη, φαίνεται και από τις λαϊκές ρήσεις και έθιμα του μη επιστημονικού κόσμου της εποχής, όπως το τράβηγμα από τα πόδια των εγκληματιών που καταδικάζονταν σε κρέμασμα άλλα δεν πέθαιναν άμεσα, ώστε να συντομευθεί ο επώδυνος χρόνος του θανάτου τους, καθώς και η προσφυγή στην τεχνική της ασφυξίας με τη χρήση του μαξιλαριού στους ανίατους ασθενείς που υπέφεραν. (Παπαχρήστου, 2014).

Στην Γερμανία ο ποινικολόγος Binding και ο ψυχίατρος Hoche εξέδωσαν μία εργασία το 1920 με την ονομασία «Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens» (Άδεια για καταστροφή της ζωής που είναι ανάξια για ζωή), η οποία στήριζε την άποψη της ευθανασίας σε ανίατους και πνευματικά ασθενείς με την αιτιολογία ότι αυτοί, δεν είχαν την επιθυμία ούτε να ζήσουν ούτε να πεθάνουν. Ο Hoche επικεντρώθηκε στη σχέση των ιατρών και των ανίατων ασθενών, ενώ ο Binding υποστήριξε τη νομιμότητα του να σκοτώνεις νοητικά καθυστερημένους ασθενείς, για ευγονικούς ή οικονομικούς λόγους. Επίσης πρότεινε την ύπαρξη μιας επιτροπής αποτελούμενης από ένα ιατρό, ένα ψυχίατρο και ένα νομικό, η οποία θα αποφάσιζε για τη θανάτωση των ασθενών αυτών από οίκτο, χωρίς πόνο. Το γεγονός ότι οι δύο ευθανατιστές ανέχονταν την εξαίρεση κάποιου ανίατα πάσχοντα ασθενή, εάν την οικονομική ευθύνη της νοσηλείας του, την ανελάμβανε η οικογένειά του, αποκαλύπτει την πραγματική πρόθεση τους, δηλαδή την περιστολή των εξόδων. Ο σκοπός του Binding ήταν να επιτραπεί η ευθανασία χωρίς τη σύμφωνη γνώμη κάποιας επιτροπής εάν υπήρχε νόμιμη άδεια, και εάν ο ασθενής που βρισκόταν σε κώμα τεκμαιρόταν ότι επιθυμούσε να πεθάνει (εικαζόμενη συναίνεση). (Λυπουρλής, 2007)

Το 1933 στη Γερμανία, αμέσως μετά την άνοδο του Α. Χίτλερ στην εξουσία, τέθηκε σε ισχύ η πολιτική για τη "φυλετική υγιεινή" του Γ' Reich με την εφαρμογή ενός "εθνικού προγράμματος" προστασίας της κληρονομικότητας. Κατ' αρχήν εφάρμοσαν επίσημα την αναγκαστική στείρωση 360.000 ατόμων που χαρακτηρίστηκαν από κάποια ειδικά δικαστήρια ως "κληρονομικώς πάσχοντα" από σχιζοφρένεια, νευρική κατάπτωση, επιληψία, χορία, τύφλωση, κώφωση και σωματική αναπηρία. Επίσης θέσπισαν δύο νόμους, τον πρώτο το 1933 "για την αποτροπή κληρονομικά ασθενών απογόνων" και τον δεύτερο, αργότερα το 1935, "για την προστασία της υγιεινής της κληρονομικότητας του γερμανικού έθνους" με τους οποίους ολοκληρώθηκε ο φυλετικός αποδεκατισμός. (Λυπουρλής, 2007)

Ατυχώς, οι Γερμανοί φυλετικοί υγειονολόγοι δεν ήταν οι μόνοι ένθερμοι υποστηρικτές της νομιμοποίησης της ευγονικής ευθανασίας. Φανατικοί οπαδοί της ιδεολογίας της "καθαρότητας" υπήρξαν, επίσης, πολλοί άλλοι μεταξύ των οποίων οι Αμερικανοί, όπως ο Theodore Roosevelt, που αυτά που υποστήριζε τα διατύπωσε με σαφήνεια αργότερα ο Hooton ως εξής: "η λύση του προβλήματος της εγκληματικότητας είναι η φυσική, ηθική και διανοητική εξόντωση των ακατάλληλων ανθρώπων ή ο πλήρης διαχωρισμός τους σ' ένα στείρο κοινωνικό περιβάλλον". Και πράγματι, είχε εφαρμοσθεί σε πολλές πολιτείες της Αμερικής η στείρωση, σαν μέσον άρσης της διαίωσις των μειονεκτικών ατόμων (Admiraal, 1996).

Την ίδια εποχή (1938), στο Ηνωμένο Βασίλειο γίνεται η πρώτη προσπάθεια να νομιμοποιηθεί η εθελοντική ευθανασία. Η συζήτηση για το θέμα στη Βουλή των Λόρδων επηρεάστηκε σημαντικά από τον Λόρδο Dawson, ο οποίος ήταν ο ιατρός της βασιλικής οικογένειας. Αυτός, όπως αποδείχθηκε αργότερα, είχε "χαλαρώσει το πέρασμα στο θάνατο" του βασιλιά George V το 1937, με μεγάλες δόσεις μορφίνης και κοκαΐνης, ώστε να εξασφαλιστεί ο θάνατός του. Η άποψη του ήταν, ότι η ευθανασία δεν ήταν απαραίτητη, επειδή οι ιατροί είχαν τα μέσα για να εξασφαλίσουν ότι ο θάνατος από φυσικά αίτια θα μπορούσε να συμβεί χωρίς πόνο ή αγωνία και έτσι το αίτημα για νομιμοποίηση της ευθανασίας απορρίφθηκε. (Admiraal, 1996).

Την ίδια εποχή, στη Νυρεμβέργη, λαμβάνεται μυστική απόφαση για δύο προγράμματα ευθανασίας, που αποσκοπούσαν στην απαλλαγή της Γερμανικής κοινωνίας από ελαττωματικά παιδιά και ψυχιατρικούς αρρώστους. Τα προγράμματα άρχισαν το καλοκαίρι του 1939, με την επωνυμία T-4, και είχαν ως αποτέλεσμα το τραγικό θάνατο εκατοντάδες χιλιάδες αιχμάλωτοι πολέμου, ψυχοπαθείς, παιδιά με δυσμορφίες και ψυχοδιανοητικά προβλήματα, Εβραίοι, ομοφυλόφιλοι και άλλες "μη εύλογα ζώσες" κατηγορίες πληθυσμού, στις οποίες προσέφεραν τον "δια χάριτος θάνατο, Mort par grace". Οι Ναζί χαρακτήρισαν την θανάτωση αυτών ως "θανατώσεις από οίκτο", επειδή οι ίδιοι τους έκριναν "ως ανάξιους να ζουν". Σε αυτές τις συνθήκες έλαβε χώρα το Ολοκαύτωμα. Τα πρόσωπα τα οποία ήταν υποψήφια για θανάτωση χωρίζονταν σε τρεις κατηγορίες:

α) Σε εκείνα, τα οποία είχαν τραυματιστεί θανάσιμα ή ήταν ανίατοι ασθενείς και κατά κάποιο τρόπο, είχαν εκδηλώσει την επιθυμία τους να πεθάνουν. Δεν ήταν απαραίτητο να είχαν αφόρητους πόνους, απλά να μην ήταν σε θέση να συντηρήσουν τον εαυτό τους και η κατάσταση τους να μην ήταν ιάσιμη.

β) Στους ανίατους ασθενείς, γιατί κατά τον Binding ζουν ανώφελες ζωές σε βάρος του εαυτού τους και της οικογένειάς τους, και τα κέρδη για την κοινωνία θα ήταν μεγάλα εάν οι πόροι που διατίθεντο για τη διατήρηση "της ασήμαντης ζωής τους" διοχετεύονταν στους ψυχοσωματικά και κοινωνικά υγιείς.

γ) Άτομα νοητικά καθυστερημένα ή άτομα σε βαθύ κώμα ή με εγκεφαλική βλάβη, τα οποία χαρακτηρίζονταν ως "άδεια κελύφη ανθρωπίνων όντων". "Αν ξυπνήσουν θα βρεθούν σ' έναν ανώνυμο πόνο και γι αυτό ο θάνατός τους δεν είναι δολοφονία αλλά λύτρωση", ισχυριζόταν ο Binding. Υπολογίζεται ότι δολοφονήθηκαν 275.000 άνθρωποι. Υπό το συνειδησιακό βάρος των γεγονότων αυτών ο όρος «ευθανασία» απουσιάζει από το λεξιλόγιο και τη νομική ορολογία της Γερμανίας μέχρι και σήμερα. Αντ' αυτού, χρησιμοποιείται ο όρος Sterbehilfe (= βοήθεια για να πεθάνεις). (Παπααχρήστου, 2014).

Λόγω των αποτρόπαιων εγκλημάτων, που συνέβησαν στη ναζιστική Γερμανία με ασπίδα προστασίας την έννοια της ευθανασίας, μετά το τέλος του Β' Παγκοσμίου πολέμου δημιουργήθηκε η Διακήρυξη της Γενεύης, «The Physician's Oath» το 1948, η οποία αποκηρύσσει την ευθανασία τόσο κατηγορηματικά, όσο και ο όρκος του Ιπποκράτη. Ωστόσο τη δεκαετία του 1970 στα αμερικανικά δικαστήρια εκδίδονται οι πρώτες αποφάσεις υπέρ της ευθανασίας, ενώ τις δεκαετίες 1980 και 1990 ξεκινούν οι πρώτες νομιμοποιήσεις σε περιορισμένη κλίμακα. (Admiraal, 1996).

Η πρώτη νόμιμη ευθανασία στον κόσμο συνέβη στην Αυστραλία, στην πόλη Darwin στις 22 Σεπτεμβρίου το 1996. Είναι γνωστό ότι η τεχνική της ευθανασίας εφαρμόστηκε αρχικά ευρέως στην Ολλανδία, ωστόσο λειτουργούσε κατά παράβαση του νόμου. (Admiraal, 1996).

2. Έννοια του ανώδυνου θανάτου

Ο όρος ανώδυνος θάνατος συνδέεται άρρηκτα με την ευθανασία. Ουσιαστικά, είναι λέξεις ταυτόσημες, που εννοιολογικά έχουν την ίδια σημασία. Στη λέξη «ευθανασία» έχει προσδοθεί ξεχωριστή σημασία, απότοκος φιλοσοφικής διύλισης και στέρεης σύνδεσης με την αυθεντική περιγραφόμενη ιδέα. Όπως θα εκτεθεί στη συνέχεια, ο συγκεκριμένος όρος, μολονότι παρών στην αρχαία ελληνική γλώσσα, επανήλθε στη νεοελληνική, εν είδει δανείου στην επιστημονική ορολογία, από τη λέξη "euthanasia" που έχει υιοθετήσει η αγγλική. Το "euthanasia" με τη σειρά του ανιχνεύεται σε αγγλικά κείμενα από τις αρχές του 17ου αιώνα (αν και όχι με εξαιρετικά μεγάλη συχνότητα), στα οποία είχε αρχικά το νόημα του εύκολου, ήπιου, ειρηνικού ("easy, gentle, peaceful"), αλλά σε κάθε περίπτωση φυσικού θανάτου, σε αντιδιαστολή προς τον προκλητό.

Επρόκειτο μάλλον για ευχή ανακούφισης από τις οδύνες της ασθένειας παρά για παρέμβαση στη διαδικασία του «καλού θανάτου».(Πετροπούλου, 2000).

Από το 18ο αιώνα, ωστόσο, στην έννοια της ευθανασίας συμπεριλαμβάνεται η διαδικασία του επιθυμητού θανάτου, και από τον επόμενο αιώνα καθαυτή η πράξη της επιτάχυνσής του. Ανευρίσκονται μάλιστα μαρτυρίες του τύπου "euthanasian homicide" (ευσπλαχνική ανθρωποκτονία). Η σημερινή έννοια του όρου καταστάλαξε στα τέλη του 19ου αιώνα, μεταξύ 1870 και 1890, και έκτοτε δεν έχει μεταβληθεί σημαντικά.(Πετροπούλου, 2000).

Σύμφωνα λοιπόν με τη σύγχρονη ερμηνεία στην αγγλική γλώσσα, ευθανασία ή ευσπλαχνική θανάτωση είναι η ανώδυνη θανάτωση προσώπου που πάσχει από επώδυνη, ανίατη ασθένεια ή διαταραχή που προκαλεί αναπηρία ("Euthanasia or mercy killing: painless killing of a person who has painful, incurable disease or incapacitating disorder"). Ο ορισμός αυτός παρατίθεται γενικά με πολύ μικρές διαφοροποιήσεις και αντιστοιχεί σε ό,τι και στη νεοελληνική νοείται ως ευθανασία: η εξασφάλιση ενός κατά το δυνατόν «καλού» ή «ανώδυνου» θανάτου, εν είδει εξόδου από μια δυσάρεστη ζωή. Συγκεκριμένα, στο Merriam - Webster Collegiate Dictionary, Springfield, MA, έκδοση 1994, «ευθανασία συνιστά η πράξη ή η πρακτική της θανάτωσης ή της εγκατάλειψης σε θάνατο ασθενών ή τραυματισμένων υπάρξεων (όπως πρόσωπα ή κατοικίδια ζώα) δίχως ελπίδα θεραπείας, με σχετικά ανώδυνο τρόπο, για λόγους ευσπλαχνίας».(Συγκούνης,2014).

Η λέξη «ευθανασία» έχει υιοθετηθεί και από άλλες γλώσσες, όπως η γερμανική και η γαλλική. Ειδικότερα, στο γερμανικό λεξικό των Zetkin και Schaldach, ως "Euthanasie" ορίζεται "die willentliche Herbeiführung eines schmerzlosen Todes durch Anwendung entsprechender Mittel". Πρόκειται για την «εκούσια πρόκληση ενός ανώδυνου θανάτου με την εφαρμογή των κατάλληλων μέσων». Εναλλακτικός της ευθανασίας ορισμός είναι "Sterbehilfe" («Βοήθεια κατά το θάνατο»). Η χρήση του όρου αυτού στη γερμανική νομική επιστήμη επελέγη προφανώς για να αποφευχθούν δυσάρεστοι συνειρμοί, σχετικοί με τη χιτλερική πολιτική που ασκήθηκε με σκοπό την ανάδειξη της ανωτερότητας της Άριας Φυλής (Συγκούνης,2014).

«Καλός, ήπιος και ανώδυνος θάνατος» θεωρείται η ευθανασία στο Dictionnaire de la Langue Française, 2007, του Émile Littré ("Bonne mort, mort douce et sans souffrance"). Ένας πιο εμπεριστατωμένος ορισμός της ευθανασίας ως πρακτικής δίνεται στο Dictionnaire médical "Doctissimo", στην έκδοση του 2007: «Είναι το σύνολο των μεθόδων που παρέχουν έναν ανώδυνο θάνατο σε ασθενείς που βρίσκονται σε επιθανάτια αγωνία ή έχουν προσβληθεί από ανίατη νόσο» ("Euthanasie est l'ensemble des méthodes procurant une mort sans souffrance à des malades en état d'agonie ou atteints d'une maladie incurable"). Ο τύπος αυτός έχει διατηρηθεί και στην ιταλική γλώσσα (la eutanasia).(Γερούλιανος,2008).

Η ιδιαιτερότητα της συγκεκριμένης λέξης έχει προκαλέσει σύγχυση και έχει οδηγήσει σε έντονες ιδεολογικές αντιπαραθέσεις, καθόσον θεωρείται πως επιδέχεται ποικίλες ερμηνευτικές

προσεγγίσεις. Σε μια προσπάθεια οριοθέτησής της έχει υποστηριχθεί ότι το σύνολο των εννοιών της διακρίνεται σε 4 ενότητες: θανάτωση ανεπιθυμητών, θανάτωση πασχόντων, εγκατάλειψη στο θάνατο και φροντίδα του θνήσκοντος. Το σημαντικό πάντως είναι ότι, προς αποφυγή παρερμηνειών και παρανοήσεων, η «ευθανασία» τείνει σύμφωνα με τους ειδικούς να αντικατασταθεί διεθνώς από άλλη ορολογία, η οποία θα περιγράφει κάθε ξεχωριστή πράξη που σχετίζεται με τα τελικά στάδια μιας ασθένειας και τους αντίστοιχους ιατρικούς χειρισμούς (Γερούλανος,2008).

Για να γίνει κατανοητή η έννοια και το περιεχόμενο της ευθανασίας αρχικά πρέπει να τονίσουμε ότι αφορά άτομα που υποφέρουν από ανίατες και χρόνιες ασθένειες και επιθυμούν τον θάνατο ως λύτρωση, αλλά τα άτομα αυτά δεν είναι σωματικά ικανά να δώσουν τα ίδια τέλος στη ζωή τους. Κατά μία έννοια λοιπόν συνδέεται στενά με την αυτοκτονία, καθώς εμπεριέχει το στοιχείο της επιθυμίας του τερματισμού της ζωής, αλλά διαφοροποιείται από αυτήν, καθώς στην περίπτωση της ευθανασίας το άτομο δεν μπορεί μόνο του, κυρίως για λόγους σωματικής αδυναμίας, να προκαλέσει τον θάνατό του. Βασικό λοιπόν χαρακτηριστικό της ευθανασίας είναι η έντονη ή επίμονη «επιθυμία» του ίδιου του ασθενή να του αφαιρεθεί η ζωή. Εάν δεν υπάρχει αυτή η επιθυμία ή συναίνεση, τότε η κατάσταση περιπλέκεται και δύσκολα μπορούμε να μιλήσουμε για ευθανασία. Για τον λόγο αυτόν, από τον ορισμό της ευθανασίας εξαιρείται η θανάτωση νεογνών με σοβαρά προβλήματα υγείας (ευγονική ευθανασία).(Γερούλανος,2008).

Η ύπαρξη, όμως, επιθυμίας ή συναίνεσης από τη μεριά του πάσχοντος προϋποθέτει την πνευματική διαύγεια και την ικανοποιητική επαφή του με το περιβάλλον. Σε σπάνιες περιπτώσεις-όταν το άτομο δεν είναι σε θέση να εκφράσει τη βούλησή του, επειδή για παράδειγμα μετά από ατύχημα έχει περιέλθει σε μόνιμη μη αναστρέψιμη κωματώδη κατάσταση-, μπορούμε να δεχτούμε εικαζόμενη συναίνεση, η οποία όμως είναι τις περισσότερες φορές προβληματική και ορίζει ένα είδος ευθανασίας η οποία δεν αναγνωρίζεται από όλους ως ευθανασία.

Άλλος ουσιώδης όρος για να χαρακτηριστεί μια πράξη ως ευθανασία και να διαφοροποιηθεί από την αυτοκτονία, είναι η ύπαρξη δευτέρου προσώπου το οποίο άμεσα ή έμμεσα, ενεργώντας δηλαδή ή παραλείποντας να ενεργήσει, ικανοποιεί την επιθυμία του πάσχοντος να τερματίσει τη ζωή του. Το πρόσωπο αυτό πρέπει να έχει ως στόχο του τον θάνατο του ασθενή. Με άλλα λόγια ο θάνατος προκύπτει σκόπιμα και εκ προθέσεως και του πάσχοντος αλλά και του βοηθού-συνεργού και όχι ως παρενέργεια κάποιας άλλης επιλογής. Είναι αυτονόητο ότι το κίνητρο του ατόμου που διενεργεί την πράξη της ευθανασίας πρέπει να είναι η αγάπη, ο οίκτος και τα ανθρωπιστικά αισθήματα προς έναν «ανιάτως πάσχοντα και επωδύνως θνήσκοντα» ασθενή, του οποίου το τέλος είναι βέβαιο, άμεσο και οδυνηρό, καθώς και η επιθυμία του συνεργού να τον ανακουφίσει από τον πόνο. Εξυπακούεται ότι οικονομικά ή άλλα κίνητρα δεν έχουν θέση στο θέμα της ευθανασίας.(Συγκούνης,2014).

Ο τρόπος με τον οποίο τερματίζεται η ζωή οφείλει να είναι όσο γίνεται πιο ανώδυνος και να

διασφαλίζει την αξιοπρέπεια του ασθενή. Συνήθως γίνεται με θανάσιμη ένεση, με διακοπή θεραπείας, με απόσυρση υποστηρικτικών μηχανημάτων (αναπνευστήρες, μηχανές καρδιακής υποστήριξης, κ.α.), ή τέλος με τη χρήση ειδικών συσκευών, τις οποίες ελέγχει ο ίδιος ο ασθενής καθορίζοντας τη στιγμή και την πορεία του θανάτου του.

Συνοψίζοντας, μπορούμε να δεχτούμε πως «ευθανασία είναι ο σκόπιμος τερματισμός της ζωής ενός πνευματικά διαγούς και επωδύνως θνήσκοντος ανθρώπου ύστερα από δική του απαίτηση, με πρόθεση να επισπευσθεί ο βέβαιος και μαρτυρικός του θάνατος και να ανακουφισθεί από τον δυσβάσταχτο πόνο».(Συγκούνης,2014).

3. Μορφές ανώδυνου θανάτου

Η ευθανασία δεν είναι μια ενιαία κι αδιαφοροποίητη πρακτική. Ο χαρακτήρας του ανθρώπου σε συνδυασμό με τις διαφορετικές συνθήκες κάτω από τις οποίες ο καθένας φτάνει στο τέλος του, δημιουργούν τις διαφοροποιήσεις κατά την πράξη της ευθανασίας. Με γνώμονα την έκφραση της συναίνεσης του πάσχοντος η ευθανασία διακρίνεται σε εκούσια, ακούσια και μη εκούσια ή ευθανασία με εικαζόμενη συναίνεση. Η έκφραση της συναίνεσης του ασθενή θεωρείται δεδομένη για να έχουμε ευθανασία, έστω και ως μη εκπεφρασμένη, διότι, αν ο ασθενής αντιτίθεται, δεν μιλάμε πλέον για ευθανασία, αλλά για δολοφονία. Με κριτήριο τον τρόπο διενέργειάς της η ευθανασία διακρίνεται σε ενεργητική και παθητική, ενώ τα τελευταία χρόνια έχει προκύψει και η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία.

Η ευθανασία, λοιπόν, διακρίνεται σε δύο επίπεδα, σε αυτό της έκφρασης της συναίνεσης και σε αυτό του τρόπου διενέργειάς της. Τα δύο αυτά επίπεδα βεβαίως επικοινωνούν και συμπλέκονται, αφού αφορούν στην ίδια πράξη. Με τον τρόπο αυτόν δημιουργούνται ενδιάμεσοι συνδυασμοί και μπορούμε να έχουμε ενεργητική εκούσια ευθανασία, παθητική ακούσια ευθανασία κ.ο.κ.(Πρωτοπαπαδάκης,2003).

Ενεργητική Ευθανασία

Η ενεργητική ευθανασία διακρίνεται από την παθητική κυρίως με κριτήριο την ύπαρξη ή την απουσία δράσης. Στην περίπτωση της ενεργητικής ευθανασίας (active euthanasia) η έμφαση δίνεται στην ενέργεια παρά στην παράλειψη, η οποία συνιστά θανάτωση παρά ανοχή του γεγονότος του θανάτου. Η ενεργητική ευθανασία συνιστά εσκεμμένη πράξη θανάτωσης από τρίτο πρόσωπο, συνήθως από ιατρό, ενός ανιάτως κι επωδύνως θνήσκοντος ασθενή, με θετική πράξη. Η ενέργεια αυτή του ιατρού συνίσταται συνήθως στη χορήγηση με ένεση ενός θανατηφόρου σκευάσματος, έτσι ώστε ο θάνατος να επέλθει ανώδυνα και σύντομα. Η μορφή αυτή ευθανασίας αποτελεί μια ενεργητική πορεία προς τον θάνατο, τον προκαλεί αντί να τον αναμένει. Ο θάνατος του ασθενή τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή δεν είναι αποτέλεσμα της ασθένειας, αλλά της

θανάσιμης ενέργειας ενός άλλου προσώπου. Αυτό το είδος ευθανασίας είναι ποινικά κολάσιμο από τα περισσότερα νομικά συστήματα και αντιμετωπίζεται ως κοινή ανθρωποκτονία.(Πρωτοπαπαδάκης,2003).

Στην προβληματική της ενεργητικής ευθανασίας εντάσσεται και μια πρακτική που δεν χαρακτηρίζεται μεν ευθανασία, αποτελεί όμως ουσιαστικά σιωπηρή εφαρμογή της. Πρόκειται για την έμμεση ευθανασία ή δόγμα του διπλού αποτελέσματος (doctrine of double effect, DDE). Το DDE αποσκοπεί να αιτιολογήσει τον ισχυρισμό ότι μια μεμονωμένη πράξη που έχει δύο προβλεπόμενα αποτελέσματα(συνέπειες), ένα καλό (όπως η διάσωση της ζωής) και ένα επιβλαβές (όπως ο θάνατος), δεν είναι πάντα ηθικά απαγορευμένη. Η προϋπόθεση-κλειδί είναι ότι, αν το επιβλαβές αποτέλεσμα δεν είναι εσκεμμένο, τότε η πράξη μπορεί, κάτω από ορισμένες περιστάσεις, να είναι αιτιολογημένη. Για παράδειγμα, ο ιατρός μπορεί να χορηγήσει στον ασθενή μια μεγάλη δόση αναλγητικών προκειμένου να καταπολεμήσει τους αφόρητους πόνους του, μολονότι ενδέχεται να συνεπιφέρει μια σύντμηση της ζωής ως μη επιδιωκόμενη παρενέργεια. Αν δεν υπάρχει πρόθεση για θανατηφόρο αποτέλεσμα, τότε η πράξη δικαιώνεται ηθικά και δεν διώκεται ποινικά.(Πρωτοπαπαδάκης,2003).

Παθητική Ευθανασία

Η *παθητική ευθανασία (passive euthanasia)*, έρχεται στο προσκήνιο τη δεκαετία του 1970, όταν οι αλματώδεις τεχνολογικές εξελίξεις κατέστησαν δυνατή την παράταση της ζωής του ασθενή με μηχανική υποστήριξη, ακόμη και όταν βασικές ζωτικές του λειτουργίες (νευρικό σύστημα, αναπνευστική λειτουργία κ.α.) έχουν αδρανοποιηθεί και ο ασθενής έχει περιέλθει πλέον στην κατάσταση του«φυτού». Ακόμη και όταν η κατάσταση χαρακτηρίζεται ως μη αναστρέψιμη, η σύγχρονη τεχνολογία παρέχει τα μέσα, ώστε ο ασθενής να μπορεί να διατηρηθεί στη ζωή για αρκετά χρόνια. Κάπου σε αυτό το σημείο προκύπτει το ηθικό ζήτημα αν και τότε μπορούμε να διενεργήσουμε ευθανασία και συγκεκριμένα παθητική ευθανασία. Με τον όρο «παθητική ευθανασία» στη σύγχρονη ιατρική, νομική και φιλοσοφική ορολογία, περιγράφεται κάθε θεληματική πράξη που αποσκοπεί στη μη χρήση ή στη διακοπή των θεραπευτικών ή υποστηρικτικών μέσων τα οποία θα παρέτειναν τη ζωή ενός ασθενή. Το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα είναι ο θάνατος ο οποίος δεν επιβραδύνεται με τη χρήση ιατρικών μέσων, ούτε όμως και επισπεύδεται, όπως συμβαίνει με την ενεργητική ευθανασία. Επομένως, κριτήριο για τη διάκριση μεταξύ των δύο μορφών, είναι το εξωτερικό ή αναγκαστικό αίτιο πρόκλησης του θανάτου, κάθε φορά.(Τσουκαλοχωρίτου, 2012).

Στη σύγχρονη ιατρική, η παθητική ευθανασία έχει επιβληθεί ως ηθικά εφαρμόσιμη σε περιπτώσεις όπου η συνέχιση της θεραπείας ή της υποστήριξης ενός ασθενή σε τελικό στάδιο χαρακτηρίζεται ως μη αποτελεσματική παρατείνοντας το μαρτύριό του. Έτσι η παθητική ευθανασία

έχει καθιερωθεί στη συνείδηση του ιατρικού κόσμου ως υποταγή στη δύναμη της φύσης και όχι ως φόνος, επισύροντας ταυτόχρονα μικρές έως ανύπαρκτες νομικές συνέπειες. Αυτό συμβαίνει διότι η ιατρική κρίση είναι πολύ δύσκολο να αμφισβητηθεί ή να στοιχειοθετηθεί αδίκημα εναντίον της και από την άλλη, η άρνηση της θεραπείας αποτελεί δικαίωμα του ασθενή.(Τσουκαλοχωρίτου, 2012).

Εντούτοις, παρόλο που η ενεργητική και η παθητική ευθανασία διαφέρουν σε βαθμό ουσίας αλλά και πρακτικής, πολλοί πιστεύουν ότι στην πραγματικότητα πρόκειται για τις δύο όψεις του ίδιου νομίσματος που πρέπει να αντιμετωπίζονται με τον ίδιο τρόπο, αφού και στις δύο περιπτώσεις τόσο τα κίνητρα όσο και ο επιδιωκόμενος στόχος συμπίπτουν απόλυτα. Η θανάτωση με παράλειψη όσο και η θανάτωση με πράξη μπορούν να είναι σκόπιμες και μια αναλυτικότερη εξέταση συχνά αποδεικνύει πως το να αφήνεις κάποιον να πεθάνει στην πραγματικότητα είναι το ίδιο με το να τον βοηθάς να πεθάνει. Επιπλέον πολλοί υποστηρίζουν ότι η διάκριση μεταξύ ενεργητικής και παθητικής ευθανασίας πρέπει να καταργηθεί, αφού το μόνο που επιτυγχάνει είναι η ποινικοποίηση της πρώτης και η αδρανοποίηση του ιατρού, όταν δεν μπορεί να διενεργήσει παθητική ευθανασία φοβούμενος τις συνέπειες.(Τσουκαλοχωρίτου, 2012).

Πολλές φορές η ίδια πράξη μπορεί να επιτευχθεί είτε ενεργητικά είτε παθητικά. Υπάρχουν όμως περιπτώσεις που το συμφέρον του ασθενή και οι επιταγές του ανθρωπισμού επιβάλλουν την ενέργεια. Η διακοπή της θεραπείας θα προκαλέσει μεν τον θάνατο του ασθενή, αλλά με τρόπο αργό και επώδυνο. Αν όμως του γίνει μια θανατηφόρα ένεση, το τέλος θα είναι άμεσο και ανώδυνο. Αν συνυπολογίσουμε τα παραπάνω, δεν μπορούμε παρά να προσδώσουμε θετική ηθική τιμή στην επιλογή του ιατρού εκείνου που, παρότι γνωρίζει τις ενδεχόμενες δυσμενείς για τον ίδιο επιπτώσεις, επιλέγει να διενεργήσει ενεργητική ευθανασία στον ασθενή του σκεπτόμενος αποκλειστικά και μόνο το συμφέρον του πάσχοντος και αδιαφορώντας για το ιδιωτικό του. Παράλληλα, θα πρέπει να απαξιώσουμε τη στάση του ιατρού εκείνου ο οποίος- φοβούμενος τις συνέπειες της πράξης του-διενεργεί στον ασθενή του παθητική ευθανασία, παρότι γνωρίζει πως αυτή θα τονοδηγήσει σε τέλος επώδυνο και απάνθρωπο.(Πρωτοπαπαδάκης,2003).

Εκούσια, μη εκούσια και ακούσια Ευθανασία

Σε ένα δεύτερο επίπεδο, με βάση την έκφραση της συναίνεσης του πάσχοντος, η ευθανασία διακρίνεται σε εκούσια, μη εκούσια και ακούσια. Θα πρέπει από την αρχή να διευκρινιστεί ότι το σύνολο των ιατρικών, νομικών αλλά και ηθικών ερευνητών του θέματος καταδικάζει τον όρο «ακούσια ευθανασία», τον τερματισμό, δηλαδή, της ζωής ενός ανθρώπου παρά τη θέλησή του. Μια τέτοια πράξη μοιάζει με δολοφονία και παραπέμπει σε πρακτικές της Ναζιστικής Γερμανίας. Για τον λόγο αυτόν η αναφορά θα περιοριστεί στη διάκριση μεταξύ εκούσιας και μη εκούσιας ευθανασίας, περιθωριοποιώντας εξ' αρχής την ακούσια ευθανασία.(Πρωτοπαπαδάκης,2003).

Η εκούσια ευθανασία (voluntary euthanasia) αναφέρεται στον τερματισμό της ζωής του

ασθενή από τρίτο πρόσωπο, είτε με εσκεμμένη πράξη θανάτωσης αυτού, είτε με παράλειψη λήψης μέτρων συντήρησης της ζωής του σύμφωνα με τη δεδηλωμένη βούλησή του ασθενή. Είναι βεβαίως πολύ σημαντικό ο πάσχων να είναι πνευματικά διαυγής και η συνειδητή απαίτησή του να πεθάνει να ενέχει το στοιχείο της σταθερότητας, ενώ σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να αποτελεί προϊόν επίγνωσης της κατάστασης της υγείας του και αποτέλεσμα της καθαρής του βούλησης. Πρέπει, λοιπόν, ο ασθενής να είναι πλήρως και λεπτομερειακά ενημερωμένος από το ιατρικό προσωπικό για την κατάστασή του, να γνωρίζει τις πιθανότητες και το προσδόκιμο ζωής του καθώς και την ποιότητα του εναπομείναντος αυτού χρόνου. Εάν, έχοντας γνώση όλων των παραπάνω, ζητήσει να πεθάνει, τότε η ευθανασία αυτή χαρακτηρίζεται εκούσια. (Σαλαχά, 2012).

Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις ασθενών οι οποίοι βρίσκονται σε κώμα και είναι πρακτικά αδύνατο να εκφράσουν τη θέλησή τους. Τότε, η βούλησή τους τεκμαίρεται από προγενέστερες εκπεφρασμένες απόψεις τους, από τη γενικότερη στάση τους απέναντι στη ζωή, ή από την άποψη των συγγενών τους για την ενδεχόμενη επιθυμία του ασθενή με βάση τον χαρακτήρα του. Στις περιπτώσεις αυτές η ευθανασία δεν είναι εκούσια αφού απουσιάζει η έκφραση της συναίνεσης του ασθενή, δεν είναι, όμως, ούτε ακούσια (involuntary), διότι δεν πραγματοποιείται ενάντια στη θέλησή του αλλά μη εκούσια, (non voluntary) σύμφωνα δηλαδή με την εικαζόμενη ή, κάποιες φορές, βέβαιη επιθυμία του. (Πρωτοπαπαδάκης, 2003).

Σε άλλες χώρες (ΗΠΑ, Γερμανία, Ολλανδία κ.α.), οι λεγόμενες «προγενέστερες οδηγίες» (advance directives) ή «διαθήκες εν ζωή» (living wills), δηλαδή η γραπτή διατύπωση της ρητής βούλησης κάποιου για το πώς θέλει να τον μεταχειριστούν στην περίπτωση που χάσει αυτή την ικανότητα (πρόκειται ιδίως για ρητές επιθυμίες αποφυγής μιας επίπονης επέμβασης ή της καρδιακής ανάταξης, ή της διακοπής μηχανικής υποστήριξης, διατροφής κ.τ.λ.), προσφέρουν μια λύση για να αποφευχθεί η «εικαζόμενη». Δεν είναι λίγες πάντως, οι επιφυλάξεις που διατυπώνονται ως προς τον βαθμό ασφάλειας των διαθηκών αυτών, καθώς συχνά γίνονται κάτω από την έξαρση κατάθλιψης ή κάτω από την ιδιοτελή επήρεια τρίτων προσώπων. Άλλωστε, δεν αποκλείεται την κρίσιμη στιγμή, ο ενδιαφερόμενος, επειδή ακριβώς ζει, να αλλάξει γνώμη και να μην μπορεί να το εκφράσει. (Πρωτοπαπαδάκης, 2003).

4. Ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία

Κατά την ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία (physician assisted suicide), όπως δηλώνει και ο όρος, αυτός που επιφέρει τον θάνατο είναι ο ίδιος ο ασθενής. Ο ιατρός απλώς παρέχει τα μέσα με τα οποία το άτομο, έχοντας όχι μόνο συνείδηση αλλά και δυνατότητα, καθιστά εφικτή την αυτοκτονία του. Έτσι η πράξη τυπικά δεν εντάσσεται στην κατηγορία της ευθανασίας αλλά της αυτοκτονίας, αφού δράστης και θύμα είναι το ίδιο πρόσωπο. Η φράση «υποβοηθούμενος θάνατος»,

ειδικά ο «ιατρικά υποβοηθούμενος θάνατος» χρησιμοποιείται ευρέως στις μέρες μας, αλλά είναι αμφίσημος επειδή υπάρχουν πολλοί τρόποι βοήθειας υπαγόμενοι στην ίδια γενική κατηγορία. Τα μέσα τα οποία χορηγούνται, για έναν όσο το δυνατόν ανώδυνο και αξιοπρεπή θάνατο, μπορεί να είναι η συνταγολόγηση ενός σκευάσματος που θα επιφέρει τον θάνατο, μία ένεση την οποία ο ίδιος ο ασθενής θα κάνει στον εαυτό του, ή ακόμη και κάποιος μηχανισμός τον οποίο χειριζόμενος ο ίδιος ο πάσχων θα τερματίσει τη ζωή του. (Πρωτοπαπαδάκης, 2003).

Είναι γνωστή η περίπτωση του γνωστού Αμερικανού ιατρού Kevorkian, ο οποίος έχει εφεύρει μία μηχανή που χορηγεί διοξείδιο του άνθρακα στους πνεύμονες. Τη μηχανή αυτή προμήθευε στους ασθενείς που επιθυμούσαν να πεθάνουν την οποία τη χειριζόταν μόνοι τους και με το πάτημα ενός κουμπιού επέφεραν στον εαυτό τους ένα σχετικά ανώδυνο και σύντομο θάνατο. Ο ίδιος ο ιατρός μπορούσε είτε να παραμένει δίπλα στον ασθενή είτε να απουσιάζει κατά την τέλεση της πράξης. Παρά τις προσπάθειες που καταβλήθηκαν πολλές φορές για να στοιχειοθετηθεί κατηγορία εναντίον του, αυτό δεν κατέστη δυνατόν παρά μόνο το 1999, ύστερα από τη διενέργεια 130 περίπου υποβοηθούμενων θανάτων. Το 2007 αφέθηκε ελεύθερος. (Πρωτοπαπαδάκης, 2003).

Τα όρια συχνά ανάμεσα στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία και την εκούσια ενεργητική ευθανασία είναι δυσδιάκριτα ή συγχέονται, διότι και οι δύο αυτές περιπτώσεις περιλαμβάνουν κάποια μορφή βοήθειας για να επέλθει ο θάνατος ενός άλλου προσώπου. Η πρακτική της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας είναι τέτοια ώστε δεκάδες τρόποι και μέτρα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την επίτευξη του θανάτου του ασθενή, χωρίς να μπορούν να γίνουν όλα γνωστά. Επειδή, επίσης, η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία στηρίζεται στην προσωπική σχέση πάσχοντος και ιατρού, συχνά δεν παρουσιάζεται ως τέτοια, αλλά ο επελθών θάνατος πολλές φορές αποδίδεται σε παρενέργεια της φαρμακευτικής αγωγής ή στην ασθένεια. Αυτός ο «παρασκηνιακός» τρόπος με τον οποίο πραγματοποιείται, δημιουργεί επιφυλάξεις σε σχέση με την αποτελεσματικότητα και την ηθικότητα των χρησιμοποιούμενων μεθόδων, αλλά και η μυστικότητα της πράξης καθιστά, συγχρόνως, τον αριθμό των κατ' έτος ιατρικά υποβοηθούμενων αυτοκτονιών μόνο κατά προσέγγιση υπολογίσιμο. (Πρωτοπαπαδάκης, 2003).

Συμπερασματικά, ο παράγοντας που διαδραματίζει τον σημαντικότερο ρόλο για τον χαρακτηρισμό μιας πράξης ως ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, είναι η πρόθεση του ιατρού και του ασθενή. Εάν ο ιατρός χορηγήσει, για παράδειγμα, μια μεγάλη δόση αναλγητικών προκειμένου να καταπραΰνει τον αφόρητο πόνο του ασθενή, αλλά η αγωγή αυτή επιφέρει τον θάνατο, η πράξη δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Επίσης, εάν ο ασθενής ζητήσει ισχυρά παυσίπονα προφασιζόμενος έντονο πόνο αλλά τα χρησιμοποιήσει για να τερματίσει τη ζωή του, πάλι έχουμε απλή αυτοκτονία. Συνεπώς, μόνο η πρόθεση του ιατρού, συνδυαζόμενη με αυτή του ασθενή καθιστούν την πράξη ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία. (Πρωτοπαπαδάκης, 2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

2.1 Η νομική προσέγγιση της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας

Όπως είναι αυτονόητο, δεν υπάρχει – και δε θα ήταν δυνατόν να υπάρχει - κοινή γραμμή μεταξύ των νομοθεσιών ανά τον κόσμο που να αντιμετωπίζει το πολύπλοκο ζήτημα της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Η επιλογή των νομοθετών βασίζεται σε διαφορετικά και αντικρουόμενα επιχειρήματα και επηρεάζεται από την φιλοσοφία που έχει ήδη υιοθετηθεί από κάθε κοινωνία αναφορικά με την ζωή και τον πολιτισμό. Αφού λάβουμε υπόψη τις πολιτισμικές διαφορές, σε επίπεδο κοινωνίας, θρησκείας, βιοηθικής, δεοντολογίας και δικαίου, διαπιστώνουμε ότι στις περισσότερες χώρες του δυτικού κόσμου ενυπάρχουν αποδεκτές μορφές ευθανασίας, όπως είναι η έμμεση και η παθητική ευθανασία, ενώ η βοήθεια σε αυτοκτονία δεν είναι πάντοτε αποδεκτή. (Μητροσύλη, 2009).

Το θέμα της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας απασχολεί διεθνώς και μάλιστα διαφαίνεται μια αυξανόμενη τάση αποδοχής της νομιμοποίησης πρακτικών επίσπευσης του τέλους της ζωής. Ενδεικτικά θα αναφερθεί η μελέτη των Hains και Hulbert-Williams(2013) οι οποίοι αναφέρουν ότι η νομιμοποίηση δημιουργεί ευρύτερη αποδοχή στη κοινή γνώμη και όταν συμβεί αυτό τότε αποδυναμώνεται από το κύρος της η αντίδραση των ιατρικών εταιριών οι οποίες σθεναρά αντιτίθενται. Ο Parker(2013) καταλήγει ότι εκτός από την αυξανόμενη θετική προσέγγιση της κοινής γνώμης των δυτικών κοινωνιών ,ως προς τη νομιμοποίηση της ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, παρατηρείται και αυξανόμενη αποδοχή από τους ιατρούς. Κατά Cholbi (2013) επίσης, παρατηρείται αυξητική τάση νομιμοποίησης της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας ανά τον κόσμο. Συγκεκριμένα δε, στην Αμερική ο υποβοηθούμενος από ιατρό θάνατος έχει νομιμοποιηθεί σε 6 πολιτείες και την Washington ενώ είναι υπό συζήτηση σε 26 επιπλέον. Ωστόσο, στην πλειονότητα των χωρών η ενεργητική ευθανασία αποτελεί αξιόποινη πράξη (Μητροσύλη, 2009).

Στην συνέχεια παρατίθενται οι νομοθεσίες που εφαρμόζονται στις χώρες ανά τον κόσμο και αποδεικνύεται πόσο διαφορετική είναι η αντίληψη των νομοθετών για το αμφιλεγόμενο ζήτημα της ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας:

2.1.1 Νομικό πλαίσιο χωρών που εφαρμόζουν ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία

ΟΛΛΑΝΔΙΑ

Στην Ολλανδία επιτρέπεται η ευθανασία με το νόμο της 12/4/2001, που τέθηκε σε ισχύ την 1/4/2002. Ο νόμος αυτός ορίζει τους όρους τερματισμού της ζωής και υποβοήθησης της αυτοκτονίας. Τόσο ο τερματισμός της ζωής, όσο και η υποβοήθηση της αυτοκτονίας πρέπει να διενεργούνται από ιατρό, ο οποίος θα λαμβάνει υπόψη του τα εξής κριτήρια:

- α) το αίτημα του ασθενή να είναι προϊόν ελεύθερης και ώριμης απόφασης,
- β) να είναι πεπεισμένος ότι οι πόνοι του ασθενή είναι ανυπόφοροι και χωρίς ελπίδα βελτίωσης,
- γ) να έχει ενημερώσει τον ασθενή για τις προοπτικές του,
- δ) να έχει διαμορφώσει, μαζί με τον ασθενή, την πεποίθηση ότι δεν υπάρχει άλλη λύση,
- ε) να έχει συμβουλευτεί έναν ακόμη τουλάχιστον ιατρό,
- στ) να προβαίνει στον τερματισμό της ζωής ή να υποβοηθά την αυτοκτονία, με όλη την απαιτούμενη ιατρική ακρίβεια και δεοντολογία. (Onwuteaka-Philipsen et al, 2005).

Ο ιατρός πρέπει να έχει ενημερώσει την οικογένεια και το νοσηλευτικό προσωπικό και να υπογράψει ένα έντυπο περί τερματισμού της ζωής. Ο φάκελος της ευθανασίας υποβάλλεται σε τοπική περιφερειακή επιτροπή, η οποία κρίνει αν τηρήθηκαν οι προϋποθέσεις του νόμου.

Στην ολλανδική νομοθεσία ένας ασθενής μεταξύ των ηλικιών 16 και 18 ετών που είναι ικανός να κάνει μια λογική εκτίμηση της κατάστασής του, μπορεί να ζητήσει ευθανασία ή υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Ο γονέας ή κηδεμόνας θα πρέπει να το συζητήσει με τον ιατρό, αλλά δεν έχει το δικαίωμα του βέτο. Οι ασθενείς μεταξύ 12 και 16 ετών πρέπει επίσης να περάσουν την ίδια δοκιμασία ικανότητας, αλλά στην περίπτωση αυτή η συγκατάθεση του γονέα ή του κηδεμόνα είναι απαραίτητη.

Ο πόνος στο αίτημα για ευθανασία είναι ένα βασικό ζήτημα, αλλά και ένα δύσκολο θέμα. Η εκτίμηση του πόνου γίνεται από τη μία πλευρά, με βάση την ιατρική εκτίμηση της πρόγνωσης αλλά από την άλλη πλευρά στηρίζεται στην εμπειρία του ασθενή. Η υποκειμενική εμπειρία του ασθενή είναι πιο σημαντική κατά την αξιολόγηση των αφόρητων πόνων, η οποία όμως βασίζεται σε αξιολογήσεις και όχι σε αντικειμενικές μετρήσεις, και αυτό είναι κάτι που περιορίζει την αξιοπιστία του αποτελέσματος. (Onwuteaka-Philipsen et al, 2005).

Επειδή τα κριτήρια αξιολόγησης της αίτησης για ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι πολλές φορές υποκειμενικά, ο θεράπων ιατρός θα πρέπει να συμβουλευθεί έναν ανεξάρτητο συνάδελφο, για να κριθεί το κατά πόσον τα αντικειμενικά και υποκειμενικά κριτήρια της δέουσας φροντίδας έχουν εκπληρωθεί. Στο πλαίσιο αυτό, δημιουργήθηκε μία αρμόδια υπηρεσία που παρέχει

ιατρούς συμβούλους, η «Υποστήριξη και Διαβούλευση για την ευθανασία στην Ολλανδία» (SCEN). Ο παρεχόμενος σύμβουλος πρέπει να διαβάσει το ιατρικό αρχείο και να εξετάσει τον ασθενή, προκειμένου να κριθεί κατά πόσον τα κριτήρια έχουν εκπληρωθεί. Κατόπιν ο σύμβουλος κάνει γραπτή έκθεση σχετικά με τα συμπεράσματά του, όπου σύμφωνα με αυτά λαμβάνεται η σχετική απόφαση για ευθανασία (Παπαχρήστου, 2014).

ΒΕΛΓΙΟ

Η βέλγικη κυβέρνηση νομιμοποίησε την ευθανασία στις 28 Μαΐου 2002. Μία έρευνα που δημοσιεύθηκε το 2010 ανέφερε ότι αυτοί που πέθαιναν από ευθανασία σε σύγκριση με άλλους θανάτους ήταν συχνότερα πιο νέοι, άρρενες, πάσχοντες από καρκίνο και κατέληγαν συχνότερα στα σπίτια τους. Σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις είχε ήδη αναφερθεί αφόρητη σωματική ταλαιπωρία. Η ευθανασία για μη ανιάτως πάσχοντες ήταν σπάνια. (Βούλτσος, 2008).

Το 2014 το Βέλγιο νομιμοποίησε και την ευθανασία για παιδιά με θανατηφόρο ένεση χωρίς κανέναν ηλικιακό περιορισμό. Οι γονείς πρέπει να συναινέσουν στην απόφαση, ωστόσο υπάρχουν πολλά ερωτήματα σχετικά με τη ψυχολογική πίεση που θα ασκηθεί τόσο στα παιδιά όσο και στους γονείς. Οι απαιτούμενες προϋποθέσεις είναι ότι οι ασθενείς πρέπει να αντιλαμβάνονται την έννοια της ευθανασίας και τις συνέπειες της απόφασης τους και ότι το αίτημα θα πρέπει να έχει γίνει δεκτό από τους γονείς και την ιατρική ομάδα. Περαιτέρω, η ασθένεια θα πρέπει να είναι ανίατη και οι ασθενείς να αισθάνονται αφόρητο πόνο που δε θα μπορούσε να αμβλυνθεί από καμία αγωγή. Επίσης ένας ψυχολόγος θα πρέπει να αξιολογήσει την ωριμότητα του ασθενή για να λάβει αυτήν την απόφαση (Βούλτσος, 2008).

ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ

Το Λουξεμβούργο είναι η τρίτη χώρα που νομιμοποίησε την ευθανασία στις 16 Μαρτίου 2009. Στο νόμο ορίζονται οι ουσιαστικές και διαδικαστικές προϋποθέσεις που πρέπει να πληρούνται για την ευθανασία. Τα ουσιαστικά κριτήρια απαιτούν:

- α) το αίτημα του ασθενή πρέπει να είναι εθελοντικό, καλά μελετημένο, να επαναλαμβάνεται, και να μην είναι το αποτέλεσμα οποιασδήποτε εξωτερικής πίεσης,
- β) ο ασθενής πρέπει να πάσχει από σοβαρή και ανίατη πάθηση και να έχει συνεχείς και αφόρητους σωματικούς ή ψυχολογικούς πόνους,
- γ) ο ιατρός πρέπει να ενημερώνει πλήρως τον ασθενή σχετικά με την κατάσταση της υγείας του,
- δ) ο ιατρός και ο ασθενής πρέπει να καταλήξουν στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχει προοπτική βελτίωσης της κατάστασης του ασθενή.

Τα διαδικαστικά κριτήρια είναι:

- α) η υποχρεωτική κοινοποίηση της υπόθεσης της ευθανασίας στην επίσημη επιτροπή αναθεώρησης,

β)η διαβούλευση με έναν δεύτερο ιατρό (σύμβουλος), για να κρίνει την κατάσταση του ασθενή, ο οποίος είναι ανεξάρτητος και αμερόληπτος τόσο από τον ασθενή όσο και από τον θεράποντα ιατρό. Αυτός ο σύμβουλος πρέπει να διαβάσει το ιατρικό αρχείο και να εξετάσει τον ασθενή, προκειμένου να κρίνει κατά πόσο τα ουσιαστικά κριτήρια έχουν εκπληρωθεί. Έπειτα ο σύμβουλος κάνει γραπτή έκθεση με τα συμπεράσματά του (Steck et al,2013).

ΕΛΒΕΤΙΑ

Στην Ελβετία η υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι νόμιμη από το 1940 και μάλιστα δεν χρειάζεται να πραγματοποιηθεί από ιατρό. Ενώ στις άλλες χώρες που είναι επιτρεπόμενη η διαδικασία είναι υπό την αυστηρή προϋπόθεση ο ασθενής να είναι μόνιμος κάτοικος της χώρας που θα διεξαχθεί η διαδικασία, στην Ελβετία επιτρέπεται και σε αλλοδαπούς με την προϋπόθεση ότι είναι μια αλτρουιστική πράξη, μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Ο ασθενής πρέπει να είναι ενήλικος με ικανότητα συναίνεσης, να πάσχει από ανίατο νόσημα και να υποφέρει από σωματικούς πόνους. Υπάρχουν δύο οργανισμοί (EXIT) οι οποίοι βοηθάνε τα μέλη τους να πεθάνουν και ακόμη ένας (Dignitas) που βοηθάει τους ξένους επισκέπτες να θέσουν τέλος στη ζωή τους.(Fischer et al, 2007).

Η Dignitas εδρεύει στο Forch, κοντά στη Ζυρίχη, και η «υποβοηθούμενη αυτοκτονία» τελείται πίνοντας μια υπερδοσολογία θανατηφόρου φαρμάκου. Για το λόγο αυτό οι ασθενείς πρέπει να είναι σε θέση να πίνουν τουλάχιστον με καλαμάκι ή να υπάρχει άλλος τρόπος χορήγησης του φαρμάκου. Υπάρχουν τέλη που πρέπει να καταβληθούν για την τεκμηρίωση, εγγραφές, πιστοποιητικά, κ.λ.π. (περίπου 6.570 \$ για κάθε υποβοηθούμενη αυτοκτονία). Επίσης μπορεί κάποιος εκ των προτέρων να γίνει μέλος πληρώνοντας μια μικρή ετήσια συνδρομή. Η Ελβετική Κυβέρνηση, μάλιστα, προτίθεται να βάλει πιο αυστηρές προϋποθέσεις σχετικά με τον υποβοηθούμενο θάνατο, ιδιαίτερα μετά την αποκάλυψη στοιχείων ότι άτομα με ιάσιμες παθήσεις, όπως η κατάθλιψη, έρχονται για να τερματίσουν τη ζωή τους εκεί.Είναι γνωστή η περίπτωση για τον θάνατο του Βρετανού μουσικού παραγωγού Sir Edward Downes που έπασχε από κατάθλιψη και της γυναίκας του Joan, (η οποία ήταν ασθενής με καρκίνο τελικού σταδίου) τον Ιούλιο του 2009, οι οποίοι επέλεξαν να πεθάνουν μαζί σε μια κλινική υποβοηθούμενου θανάτου έξω από τη Ζυρίχη, ενώ ο ίδιος δεν ήταν ασθενής τελικού σταδίου! (Fischer et al, 2007).

ΓΕΡΜΑΝΙΑ

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

απουσιάζει ο ενδεχόμενος δόλος αφού στόχος εδώ είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής και όχι η αφαίρεση της τελευταίας.

Σταθμό στη νομολογιακή πρακτική αποτέλεσε η απόφαση του ανωτάτου δικαστηρίου του 1994 (απόφαση της 13ης Σεπτεμβρίου 1994), το οποίο αναγνώρισε το δικαίωμα στον ασθενή να αρνηθεί κάθε είδους θεραπεία, με την προϋπόθεση ότι έχει ρητά εκφράσει τη βούλησή του σε προγενέστερο χρόνο. Το δικαστήριο έκρινε ότι η παθητική ευθανασία επιτρέπεται μόνο εφόσον πρόκειται για ανίατη νόσο με μικρό προσδόκιμο ζωής. Σεβαστές γίνονται και οι «προγενέστερες οδηγίες».(Steck et al,2013)

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

Τελικά το Νοέμβριο του 2015, υπερψήφισε με 360 ψήφους υπέρ και 233 κατά ένα νομοσχέδιο στον οποίο επιτρέπεται η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία για “αλτρουιστικούς” σκοπούς και απαγορεύεται για “επιχειρηματικούς”. Ωστόσο, από πολλούς το νομοσχέδιο αυτό κρίθηκε ιδιαίτερα προβληματικό, αφού αφήνει μια νομική αβεβαιότητα ως προς το ποιες πράξεις ενός ιατρού μπορούν να ενταχθούν σε επιχειρηματικό πλαίσιο και ποιες όχι (Steck et al,2013).

ΗΠΑ

Η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι νόμιμη σε ορισμένες πολιτείες των Ηνωμένων Πολιτειών και στην περιφέρεια της Κολούμπια. Η επιλογή αυτή δίνεται στους ασθενείς από τον νόμο, όπως στην περιφέρεια της Κολούμπια, της Χαβάη, του Όρεγκον, του Βέρμοντ και της Ουάσινγκτον. Μέσω δικαστικής απόφασης δίδεται σε ασθενείς στην περιφέρεια της Μοντάνα. Οι ασθενείς θα πρέπει να πάσχουν από ανίατη ασθένεια και να τους δίνεται χρονικό όριο ζωής έξι μηνών ή και λιγότερο. Οι ιατροί δεν μπορούν να κληθούν ενώπιον της δικαιοσύνης για την συνταγογράφηση αγωγής που επισπεύδει τον θάνατο. Η κάθε συγκεκριμένη μέθοδος διαφέρει από πολιτεία σε πολιτεία αλλά κυρίως συνίσταται σε συνταγογράφηση αγωγής από αναγνωρισμένο ιατρό, η οποία είναι εγκεκριμένη από την πολιτεία στην οποία διαμένει ο ασθενής (Καίσαρης, 1999). Η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία διαχωρίζεται από την ευθανασία και ορίζεται ως η πράξη με την οποία παρέχεται βοήθεια στους ασθενείς σχετικά με τον θάνατο τους προκειμένου να βάλουν ένα τέλος στο μαρτύριο τους, χωρίς όμως την υποστήριξη μιας νόμιμης ελεγκτικής αρχής.

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

Σύμφωνα με τον νόμο αυτόν, επιτρέπεται σε ενήλικο διανοητικά υγιή ασθενή, αποκλειστικά και μόνο πολίτη του Όρεγκον, για τον οποίο έχει διαγνωσθεί ότι πάσχει από ανίατη ασθένεια σε τελικό στάδιο, με προσδόκιμο ζωής έως έξι μήνες, να αιτηθεί γραπτώς προς τον ιατρό του τη συνταγογράφηση θανατηφόρας δόσης φαρμάκων με σκοπό τον τερματισμό της ζωής του. Το αίτημα πρέπει να επιβεβαιωθεί από δύο μάρτυρες, ο ένας εκ των οποίων δεν πρέπει να σχετίζεται με κανέναν τρόπο με τον ασθενή. Μετά την υποβολή του αιτήματος, ένας δεύτερος ιατρός πρέπει να επιβεβαιώσει το μη αναστρέψιμο της ασθένειάς του. Στη συνέχεια, αν το αίτημά του γίνει δεκτό, πρέπει να περιμένει άλλες δεκαπέντε ημέρες και να υποβάλλει εκ νέου, προφορικά όμως αυτή τη φορά το αίτημά του, προκειμένου να του δοθεί η θανατηφόρα συνταγή. Ο ασθενής δικαιούται να αλλάξει γνώμη όποτε το θελήσει. (Καίσαρης, 1999).

. Στο Βέρμοντ «μόνο ένας ιατρός ή ιατρός οστεοπαθητικής που είναι εξουσιοδοτημένος να ασκεί τα καθήκοντα του στο Βερμόντ μπορεί να συνταγογραφήσει την συγκεκριμένη αγωγή... ένας ιατρός, νοσοκόμος, φαρμακοποιός ή οποιοσδήποτε τρίτος δεν μπορεί υπό καμία συνθήκη, μέσω νόμου ή συμβολαιογραφικής πράξης, να συμμετέχει στην παροχή μιας θανάσιμης δόσης φαρμακευτικής αγωγής σε κάποιον ασθενή».

Στην Ουάσινγκτον «μόνο ένας ιατρός ή ιατρός οστεοπαθητικής που είναι εξουσιοδοτημένος να ασκεί τα καθήκοντα του στην Ουάσινγκτον μπορεί να συνταγογραφήσει την συγκεκριμένη αγωγή... η συμμετοχή στην διαδικασία είναι απολύτως οικειοθελής. Οι πάροχοι φροντίδας δεν απαιτείται να παρέχουν συνταγές ή φάρμακα σε ασθενείς που έχουν το δικαίωμα προς τούτα».

Στη Μοντάνα, την τρίτη (μετά το Όρεγκον και την Ουάσινγκτον) πολιτεία που επέτρεψε την ευθανασία, η νομιμοποίηση ήρθε όχι μετά από διενέργεια δημοψηφίσματος, αλλά μετά από δικαστική απόφαση, τον Δεκέμβριο του 2008. Ειδικότερα, η δικαστής Dorothy McCarter, έκρινε ότι ο 76χρονος συνταξιούχος, Bob Baxter, δικαιούτο να ζητήσει τη βοήθεια του θεράποντος ιατρού του, καθώς έπασχε από λευχαιμία. Σημειώνεται ότι η πολιτεία της Μοντάνα προσέφυγε στο Ανώτατο Ομοσπονδιακό Δικαστήριο, αξιώνοντας την ακύρωση της συγκεκριμένης δικαστικής απόφασης. (Καίσαρης, 1999).

Στο Κολοράντο ο νόμος «επιτρέπει σε ασθενείς που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο και πληρούν τις προϋποθέσεις με πρόγνωση να ζήσουν μέχρι και έξι μήνες να ζητήσουν και να εφαρμόσουν μόνοι τους ιατρική φαρμακευτική αγωγή βοηθητική στην επέλευση του θανάτου για να τερματίσουν εκούσια την ζωή τους. Επιτρέπεται σε ιατρό να συνταγογραφήσει τέτοια αγωγή σε έναν ασθενή που βρίσκεται σε τελικό στάδιο υπό ορισμένες προϋποθέσεις και επιβάλλει ποινικές κυρώσεις για την αλλοίωση του αιτήματος ενός ατόμου για ιατρική φαρμακευτική αγωγή βοηθητική στην επέλευση του θανάτου ή συνειδητά να ωθήσει ένα άτομο σε τελικό στάδιο ανίατης ασθένειας να αιτηθεί μία τέτοια αγωγή». (Βούλτσος, 2008).

Στην Περιφέρεια της Κολούμπια για να αποκτήσει ένας ασθενής την αγωγή «θα πρέπει να

υποβάλλει δύο προφορικά αιτήματα στον θεράποντα ιατρό, το δεύτερο μετά από πάροδο 15 ημερών από το πρώτο. Να υποβάλλει ένα γραπτό αίτημα, υπογεγραμμένο και χρονολογημένο από τον ασθενή, στον θεράποντα ιατρό πριν την υποβολή του δεύτερου προφορικού αιτήματος και τουλάχιστον 48 ώρες πριν μπορεί να συνταγογραφηθεί ή χορηγηθεί το φάρμακο».

Στη Χαβάη ο ασθενής πρέπει να καταθέσει δύο προφορικά αιτήματα, το δεύτερο να ακολουθεί το πρώτο μετά την πάροδο 20 ημερών και πρέπει να αξιολογηθούν από δύο παρόχους υγείας και έναν σύμβουλο και πρέπει να αναμένει μεταξύ της υποβολής των αιτημάτων και την παραλαβή της συνταγογράφησης (Βούλτσος,2008).

ΚΑΝΑΔΑΣ

Η αυτοκτονία έχει αποποινικοποιηθεί στον Καναδά από το 1972, αλλά μια διάταξη για την ποινικοποίηση της ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, παρέμεινε στον Ποινικό Κώδικα και επικυρώθηκε από το Ανώτατο Δικαστήριο του Καναδά στην υπόθεση Rodriguez v. Βρετανική Κολούμπια το 1993. Η Sue Rodriguez ήταν μια 42χρονη μητέρα που είχε διαγνωστεί με πλάγια μυατροφική σκλήρυνση. Τελικά, αφού απορρίφθηκε η προσφυγή της, προσέφυγε σε ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία για να θέσει τέλος στη ζωή της.(Parreiras Reis de Castro, 2016).

Τον Ιούνιο του 2014, το Quebec πέρασε το νομοσχέδιο νομιμοποιώντας την ευθανασία, αλλά όχι την υποβοηθούμενη από τον ιατρό αυτοκτονία. Σε μια ομόφωνη απόφαση στις 6η Φεβρουαρίου 2015, το Ανώτατο Δικαστήριο του Καναδά απέσυρε την απαγόρευση της ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, δίνοντας στο Καναδικό Κοινοβούλιο ένα χρόνο για να περάσει ένα νόμο για τη νομιμοποίηση και ρύθμιση της υποβοηθούμενης από τον ιατρό αυτοκτονίας και ενδεχομένως της ευθανασίας. Στις 18 Ιουνίου 2016, το νομοσχέδιο ψηφίστηκε από τη Γερουσία, καθιστώντας την υποβοηθούμενη αυτοκτονία νόμιμη με άμεση ισχύ και ρυθμίζοντας την υποβοηθούμενη από τον ιατρό αυτοκτονία και την ευθανασία. Ο νόμος ορίζει πως ιατρική βοήθεια με σκοπό το θάνατο είναι (α) η χορήγηση από ιατρό ή νοσηλευτή μιας ουσίας σε ένα πρόσωπο, μετά από αίτησή τους, η οποία προκαλεί το θάνατο τους ή (β) η συνταγογράφηση ή η παροχή από ιατρό ή νοσηλευτή μιας ουσίας σε ένα πρόσωπο, κατόπιν αιτήσεώς τους, ώστε να μπορούν να αυτοδιαχειρίζονται την ουσία και με αυτό τον τρόπο να προκαλέσει το δικό τους θάνατο. Επιλέξιμα άτομα θα μπορούν να είναι πολίτες ή μόνιμοι κάτοικοι του Καναδά, τουλάχιστον 18 χρονών και να έχουν μια σοβαρή και ιατρικά μη αναστρέψιμη ασθένεια (Parreiras Reis de Castro, 2016).

ΚΟΛΟΜΒΙΑ

Με την 6-3 απόφαση, το Συνταγματικό Δικαστήριο της Κολομβίας αποφάσισε το 1997 ότι κανένας άνθρωπος δεν μπορεί να θεωρηθεί ποινικά υπόλογος για την αφαίρεση ζωής ενός ανίατος

πάσχοντα που έχει δώσει σαφή σχετική εξουσιοδότηση. Το δικαστήριο προσδιόρισε ως ανίατο πάσχοντα τον ασθενή με ασθένειες όπως ο καρκίνος, το AIDS, η ηπατική ή νεφρική ανεπάρκεια εφόσον είναι ανίατες και η αιτία για αφόρητη ταλαιπωρία. (Parreiras Reis de Castro, 2016).

Το Δικαστήριο ρητά αρνήθηκε την νομιμοποίηση της ευθανασίας για άτομα με εκφυλιστικές ασθένειες όπως το Αλτσχάϊμερ, Πάρκινσον. Το 2014 το Συνταγματικό Δικαστήριο έδωσε διορία 30 ημερών στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής προστασίας να εκδώσει οδηγίες για τον υγειονομικό τομέα, προκειμένου να εξασφαλίσει στους ανιάτως πάσχοντες, με την επιθυμία να υποβληθούν σε ευθανασία, το δικαίωμα τους σε έναν αξιοπρεπή θάνατο. Αυτό έγινε πράξη στις 20 Απρίλη του 2015, οπότε και επίσημα νομιμοποιήθηκε η υποβοηθούμενη αυτοκτονία στην Κολομβία. Ο Ovidio Gonzalez, ένας 79-χρονος άντρας με καρκίνο του λάρυγγα σε τελικό στάδιο, ήταν ο πρώτος ασθενής που χρησιμοποίησε το νόμο στις 3 Ιουλίου 2015, στη Pereira της Κολομβία (Parreiras Reis de Castro 2016).

ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ

Το 1995, στη Βόρεια Επικράτεια της Αυστραλίας ψηφίστηκε νόμος ο οποίος επέτρεψε την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία στους ενήλικους ψυχικά υγιείς ασθενείς με ανίατο νόσημα. Παρόλο ότι οι τηρούμενες προϋποθέσεις ήταν ορθές ωστόσο ο νόμος καταργήθηκε από την Κοινοπολιτεία της Αυστραλίας το 1997, λόγω της πίεσης από θρησκευτικές οργανώσεις και ομάδες ενάντια στην ευθανασία. Οι ασθενείς σε τελικό στάδιο στην πολιτεία Βικτόρια της Αυστραλίας μπορούν πλέον να ζητούν να υποβάλλονται σε ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία αφού τέθηκε σε ισχύ από το 2019 νομοθεσία που επιτρέπει την διαδικασία για πρώτη φορά στη χώρα (Zinn, 1996).

Η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία απαγορευόταν ως το 2017 όταν η Βικτόρια, η δεύτερη πιο πολυπληθής πολιτεία της χώρας, υιοθέτησε αμφιλεγόμενη νομοθεσία που επέτρεπε στους ασθενείς που βρίσκονταν στο τελικό στάδιο να δίνουν τέλος στη ζωή τους. Ο πρωθυπουργός της πολιτείας, ο Ντάνιελ Αντριους, υπέρμαχος του νομοσχεδίου μετά τον θάνατο του πατέρα του το 2016, δήλωσε ότι η νομοθεσία έχει στόχο να δίνει στους ασθενείς «μια αξιοπρεπή επιλογή στο τέλος της ζωής τους και ότι πρόκειται για μια προσέγγιση γεμάτη συμπόνια». Ευθανασία θα μπορούν να ζητούν ασθενείς σε τελικό στάδιο, ηλικίας άνω των 18 ετών που ζουν στην πολιτεία της Βικτόρια και οι οποίοι έχουν λιγότερους από έξι μήνες ζωής ή τουλάχιστον έναν χρόνο για ανθρώπους που πάσχουν από σκλήρυνση κατά πλάκας ή νευρολογικές παθήσεις.

Η νομοθεσία προβλέπει εγγυήσεις, ανάμεσά τους και μία ανεξάρτητη επιτροπή ελέγχου και την παρέμβαση ιατροδικαστή ο οποίος θα ελέγχει τις συνθήκες θανάτου. Και άλλες πολιτείες της Αυστραλίας έχουν συζητήσει στο παρελθόν το θέμα της ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, όμως μέχρι στιγμής έχουν απορρίψει όλες τις προτεινόμενες νομοθεσίες. (Zinn, 1996)

ΝΟΤΙΑ ΚΟΡΕΑ

Τον Φεβρουάριο του 2018 νομιμοποιήθηκε τόσο η υποβοηθούμενη αυτοκτονία στην Νότια Κορέα μετά από πολυετή συζήτηση επί του θέματος αρχόμενης το 1997, όταν ένας ιατρός καταδικάστηκε σε πολυετή κάθειρξη αφού διέκοψε την μηχανική υποστήριξη σε έναν εγκεφαλικά νεκρό ασθενή που προήλθε από τραυματισμό μετά από επίκληση της συζύγου του. Οι ασθενείς που πληρούν τις προϋποθέσεις είναι αυτοί που είναι στο τελικό στάδιο ασθένειας με ανύπαρκτη προοπτική ανάρρωσης. Οι ασθενείς που έχουν επωφελή αντίδραση σε οποιαδήποτε αγωγή ή δεν βρίσκονται σε μία ταχέως επιδείνωση της υγείας τους που να οδηγεί σε άμεσο θάνατο ενδεχομένως να μην πληρούν τις προϋποθέσεις. Οι ασθενείς πρέπει να έχουν επιβεβαίωση από έναν καταγεγραμμένο θεράποντα ιατρό και οι κωματώδεις ασθενείς να έχουν την συναίνεση των κηδεμόνων τους.(Zinn, 1996).

2.1.2 Νομικό πλαίσιο χωρών που δεν εφαρμόζουν ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία

ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ ΚΑΙ ΙΡΑΝΑΝΔΙΑ

Κατά το αγγλικό δίκαιο η αφαίρεση ζωής (ενεργητική ευθανασία) είναι έγκλημα, ανεξαρτήτως των κινήτρων του δράστη, όπως επίσης και η αρωγή σε αυτοκτονία (νόμος περί αυτοκτονίας του 1961, άρθρο 2). Διαφορετικά αντιμετωπίζεται το θέμα στην περίπτωση της *έμμεσης ευθανασίας*, κατά την οποία ο ιατρός χορηγώντας παυσίπονο στον ασθενή ενδέχεται να προκαλέσει τον θάνατό του. Στην περίπτωση αυτή ο ιατρός δεν διώκεται εάν αποδείξει ότι πρωταρχικός του στόχος ήταν να καταπραΰνει τους πόνους του ασθενή.(Parreiras Reis de Castro 2016).

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

Το θέμα της «παθητικής ευθανασίας», κατά την οποία ο θάνατος επέρχεται λόγω της διακοπής της παροχής τροφής και νερού στον ασθενή, κρίθηκε στην απόφαση Airdale NHS Trust v Bland του 1993. Το Δικαστήριο επέτρεψε να διακοπεί η τεχνητή τροφοδότηση σε νεαρό ασθενή, που βρισκόταν σε χρόνια φυτική κατάσταση μη αναστρέψιμη, με την αιτιολογία ότι η διατήρηση της ζωής του ασθενή μέσω συνεχούς μηχανικής εξάρτησης δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι είναι προς το συμφέρον του (“to the patient’s best interests”) και άρα ο ιατρός δεν ενεργεί παράνομα.(Parreiras Reis de Castro 2016).

Μεταξύ 2003 και 2009 ο Λόρδος Joffe έκανε αρκετές προσπάθειες να εισαγάγει προς

ψηφισή στη Βουλή των Λόρδων ένα νομοσχέδιο που προέβλεπε τη νομιμοποίηση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας (*“Assisted Dying for the Terminally Ill Bill”*), αλλά όλες απορρίφθηκαν από το Βρετανικό Κοινοβούλιο. Ωστόσο, το Ανώτατο Δικαστήριο της Βρετανίας έκανε τον Μάρτιο του 2012 αποδεκτή την προσφυγή του Tony Nicklinson- ο οποίος μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο έχει μείνει ολοκληρωτικά παράλυτος- που ζητά να του επιτραπεί να αναθέσει σε ιατρό τον τερματισμό της ζωής του, όταν το θελήσει, χωρίς ωστόσο ο επιστήμονας να θεωρηθεί στη συνέχεια ως ένοχος φόνου βάσει του νόμου (Parreiras Reis de Castro 2016).

ΓΑΛΛΙΑ

Από τα τέλη της δεκαετίας του 1970 το ζήτημα της ευθανασίας χαρακτηριζόταν από ασυμμετρία μεταξύ των δικαιωμάτων των ιατρών και των ασθενών. Μία πρώτη προσπάθεια για να ενδυναμωθούν τα δικαιώματα των ασθενών έλαβε χώρα το 2002, όταν ψηφίστηκε ένας νόμος ο οποίος προέβλεπε μεταξύ άλλων το δικαίωμα των ασθενών να αρνηθούν την ιατρική περίθαλψη. Ωστόσο μετά από μία πολύκροτη υπόθεση ενός παραπληγικού που διεκδίκησε το δικαίωμα του στον θάνατο, το 2005 ψηφίστηκε ο «νόμος για τα δικαιώματα των ασθενών και τον τερματισμό της ζωής», ο οποίος παρά την ονομασία του εξασφάλιζε το δικαίωμα των ιατρών να παραβλέψουν την άρνηση των ασθενών για την λήψη ιατρικής περίθαλψης και του εξασφάλιζε το δικαίωμα να προβούν σε υποχρεωτική ιατρικά υποβοηθούμενη λήξη νερού και τροφής.(Steck N.et al, 2013).

Τον Ιούλιο του 2013, ο γάλλος Πρόεδρος Φρανσουά Ολάντ εξέφρασε την προσωπική του υποστήριξη για την αποποινικοποίηση της εκούσιας ευθανασίας και είχε υπάρξει μία από τις υποσχέσεις στην προεδρική του εκστρατεία παρά τις αντιρρήσεις της Εθνικής Γαλλικής Επιτροπής Δεοντολογίας, η οποία ισχυριζόταν ότι υπήρξε «κατάχρηση» σε αντίστοιχες δικαιοδοσίες που έχουν αποποινικοποιήσει και νομιμοποιήσει είτε την εκούσια ευθανασία είτε την ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Τον Ιανουάριο του 2016 και τα δύο μέρη της εθνικής γαλλικής Βουλής αποδέχτηκαν ένα μέτρο, το οποίο επιτρέπει στους ιατρούς να κρατούν τους ανιάτως πάσχοντες ασθενείς σε διαρκές κόμμα μέχρι τον θάνατο τους.(Steck N.et al, 2013).

Στις περιπτώσεις που ο θάνατος των ασθενών θα επέλθει σε σύντομο χρονικό διάστημα (μέχρι 2 εβδομάδων) και ο πόνος δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί με κανένα μέσο. Επιπλέον στις περιπτώσεις που ο πάσχων έχει χάσει την δυνατότητα να εκφράσει την επιθυμία του ο ιατρός είναι υποχρεωμένος να παράσχει την νάρκωση μέχρι τον θάνατο όταν θα σταματήσει να παρέχει υποχρεωτική υποβοηθούμενη ενυδάτωση και τροφή (Steck N.et al, 2013).

ΙΣΠΑΝΙΑ

Ο ισπανικός Ποινικός Κώδικας τιμωρούσε με κάθειρξη την υποκίνηση ή τη συμμετοχή σε

αυτοκτονία. Το 2000 η Ισπανία ήταν η πρώτη χώρα που αναγνώρισε στους ασθενείς το δικαίωμα να αρνηθούν τη θεραπεία και έτσι ουσιαστικά τους δόθηκε το δικαίωμα στο θάνατο. Στη συνέχεια το ισπανικό κοινοβούλιο εξέδωσε το νόμο του 2002, όπου εξουσιοδότησε τα διαμερίσματα της χώρας να νομοθετούν πάνω στο ζήτημα αυτό. (Μαστοράκης Κ., 2010)

Μέχρι σήμερα, τα 13 από τα 17 διαμερίσματα της χώρας έχουν αναγνωρίσει το δικαίωμα των ασθενών στο θάνατο. Θέμα για τη νομιμοποίηση της ενεργητικής ευθανασίας στην νομοθετική αναθεώρηση που ολοκληρώθηκε το 2008 δεν ετέθη από την ισπανική κυβέρνηση, ενώ η αντιπολίτευση είχε δηλώσει ότι είναι ευθέως αντίθετη στην ενεργητική ευθανασία.

Αξιοσημείωτο πάντως είναι, ότι στην Ισπανία υπάρχουν 206 προγράμματα παρηγορητικής φροντίδας καθώς δίνεται μεγάλη σημασία στην αυτονομία του ασθενή και το Εθνικό Σύστημα Υγείας της χώρας έχει αναλάβει ηγετικό ρόλο σε αυτό το τομέα. Στην Ισπανία όπως και σε άλλες χώρες, η παρηγορητική φροντίδα έχει κάποια ειδικά χαρακτηριστικά πέρα από τις αρχές της Βιοηθικής καθώς στηρίζεται στον ρόλο της οικογένειας των ασθενών. (Μαστοράκης Κ., 2010)

Η Ισπανία είναι σήμερα, η τέταρτη χώρα στην Ε.Ε. που νομιμοποιεί την ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Ο ισπανικός νόμος του 2021 επιτρέπει σε «άτομα που πάσχουν από σοβαρά χρόνια νοσήματα, χωρίς καμία ελπίδα βελτίωσης και τα οποία υποφέρουν αδιάκοπα» να ζητήσουν από μέλος της ιατρικής κοινότητας να τους βοηθήσει να θέσουν τέλος στη ζωή τους (Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, <http://www.bioethics.gr/index.php/el/anakoinesis/2913-04-02-2021>).

ΙΤΑΛΙΑ

Στην Ιταλία κατατέθηκαν στη Βουλή δύο προτάσεις νόμου το 1984 και 1985 αντιστοίχως, με στόχο την αποποινικοποίηση της ευθανασίας ή την επιεικέστερη μεταχείρισή της. Συγκεκριμένα, στην πρώτη προβλεπόταν πως ο ιατρός θα έπρεπε να μένει ατιμώρητος όταν δεν λαμβάνει μέτρα παράτασης της ζωής ενός ασθενή που βρίσκεται στα πρόθυρα του θανάτου, εφόσον ο ίδιος ο άρρωστος δεν ζητεί τη λήψη των μέτρων αυτών. Η δεύτερη πρόταση δεν περιορίστηκε στο χώρο της παθητικής ευθανασίας, αλλά όριζε ρητά πως η ενεργητική ευθανασία που τελείται σε ανιάτως πάσχοντες ή άτομα που έχουν σοβαρές σωματικές ή πνευματικές επιβαρύνσεις τιμωρείται πάντοτε, στο μέτρο όμως της ανθρωποκτονίας κατ' απαίτηση, που επισύρει μειωμένη ποινή. Προβλεπόταν ακόμη πως ο ασθενής μπορεί να αρνείται την εφαρμογή μέτρων παράτασης της ζωής του και περιγράφονταν οι όροι με τους οποίους είναι έγκυρη η βούλησή του ή μπορεί να λαμβάνεται υπόψη η εικαζόμενη συναίνεσή του. Καμία από τις προτάσεις δεν οδήγησε σε σχετική νομοθετική ρύθμιση. Έτσι, στη βαθιά θρησκευόμενη, καθολική Ιταλία, η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι ακόμη παράνομη και τιμωρείται με 15ετή κάθειρξη (Parreiras Reis de Castro, 2016).

ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ

Τον Μάιο του 2018 καταψηφίστηκε το νομοσχέδιο για την αποποινικοποίηση της ευθανασίας με

οριακή πλειοψηφία 115 κατά έναντι 110 υπέρ ψήφων. Η υποκίνηση ή η βοήθεια σε ευθανασία τιμωρείται με φυλάκιση έως και τρία έτη (Hotton,2018).

ΟΥΓΓΑΡΙΑ

Η Ουγγαρία έχει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών στον κόσμο και θεωρεί την επικουρούμενη από τον ιατρό αυτοκτονία, ως αξιόποινη, εγκληματική πράξη. Η στάση απέναντι στην αυτοδιάθεση του ασθενή και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι πολύ αμφιλεγόμενη.

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

Η αλλαγή του νόμου είχε προταθεί από δύο δικηγόρους όταν μια μητέρα έπνιξε την εντεκάχρονη κόρη της, το 1993. Η κόρη έπασχε από μια ανίατη ασθένεια. Η μητέρα καταδικάστηκε σε δύο έτη φυλάκιση με αναστολή αλλά αφέθηκε έπειτα από χορήγηση προεδρικής χάρης, το 1996 (Μαστοράκης, 2010).

ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ

Στη Φινλανδία, την 1η Ιανουαρίου 2012, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας ανακοίνωσε “ *Η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία δεν είναι έγκλημα στη Φινλανδία. Η υποβοηθούμενη αυτοκτονία έγκκειται στην φροντίδα του τελευταίου σταδίου της ζωής όταν ο ασθενής λαμβάνει μια θανατηφόρα δόση ενός φαρμάκου ο ίδιος. Η τοποθέτηση της δόσης του φαρμάκου στην περίμετρο του ασθενή σύμφωνα με την αίτηση του ασθενή όταν εκείνος έχει αποφασίσει να τερματίσει τη ζωή του, θεωρείται υποβοηθούμενη αυτοκτονία.*” Ωστόσο ακόμη νομικό πλαίσιο δεν υφίσταται στη χώρα εκτός από τη δήλωση αυτή (Parreiras Reis de Castro M., 2016).

ΙΑΠΩΝΙΑ

Στην Ιαπωνία δεν υπάρχει νομικός ορισμός της έννοιας της ευθανασίας, καθώς δεν υπάρχει ειδικός νόμος που να ρυθμίζει το θέμα. Θεωρείται ανθρωποκτονία. Η ιαπωνική προσέγγιση στο ζήτημα της ευθανασίας καθορίζεται από δύο αποφάσεις τοπικών δικαστηρίων, η μία από το δικαστήριο της Νάγκογια το 1962 και η άλλη μετά από ένα περιστατικό στο Πανεπιστήμιο του Τοκάι το 1995. Και στις δύο περιπτώσεις οι ιατροί κρίθηκαν ένοχοι ανθρωποκτονίας.(Mori et al, 2015).

Στην δε περίπτωση της παθητικής ευθανασίας πρέπει να συντρέχουν τρεις προϋποθέσεις:

- 1) ο ασθενής πρέπει να πάσχει από ανίατη ασθένεια και να βρίσκεται στα τελευταία στάδια της αρρώστιας από την οποία δεν θεωρείται πιθανό να αναρρώσει,
- 2) ο ασθενής πρέπει να δώσει την συναίνεση του να σταματήσει την αγωγή και αυτή του η

συναίνεση θα πρέπει να είναι προγενέστερη του θανάτου του. Εάν ο ασθενής δεν είναι σε θέση να δώσει ρητή συγκατάθεση, η συναίνεση του θα πρέπει να είναι αποτυπωμένη σε ένα ήδη υπάρχον έγγραφο όπως μία διαθήκη ή κατάθεση ενώπιον των συγγενών του

3) ο ασθενής μπορεί να υποβληθεί σε παθητική ευθανασία μέσω μη χορήγησης αγωγής, χημειοθεραπείας, μη παροχής μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής κτλ.

Σε νεότερη νομολογία κρίθηκε ότι:

1) η διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής σε τελικό στάδιο είναι μόνο επιτρεπτή λόγω του σεβασμού του δικαιώματος του ασθενή στην αυτοδιάθεση και στο καθήκον σε ιατρική περίθαλψη βασισμένη σε ιατρική κρίση

2) ο σεβασμός για την αυτοδιάθεση του ασθενή δεν είναι συνώνυμος με την αποδοχή της αυτοκτονίας και το δικαίωμα στο θάνατο. Επιτρέπει στον ασθενή να αποφασίσει για τον εαυτό του πώς να ζήσει ως ανθρώπινη ύπαρξη και κατ' ακολουθία να αποφασίσει πως να ζήσει ή να πεθάνει στο τελικό στάδιο της ζωής του

3) θα πρέπει να είναι ανύπαρκτη η προοπτική ανάρρωσης του ασθενή και ο θάνατος να επέλθει άμεσα. Ο ασθενής θα πρέπει να το αντιλαμβάνεται αυτό και να έχει ακόμα σώας τας φρένας 4) ο ασθενής θα πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένος και να αποφασίσει εκούσια. Η απόφαση του θα πρέπει να είναι ρητά εκφρασμένη

5) ο ιατρός πρέπει να ακολουθήσει την αληθινή πρόθεση του ασθενή αν δεν μπορεί να αναγνωρίσει άμεσα την εκούσια αυτοδιάθεση του ασθενή και την βούληση του

6) στην αναζήτηση της αληθινής πρόθεσης του ασθενή μπορούμε να έχουμε μια πειστική απάντηση από τα έγγραφα όπου είχαν καταχωρηθεί οι προθέσεις του και από δηλώσεις των μελών της οικογενείας ή άλλων ανθρώπων που γνώριζαν τις ιδέες του ασθενή. Εάν παρόλες τις προσπάθειες δεν μπορεί να ανευρεθεί η αληθινή πρόθεση του ασθενή, ιατρός θα πρέπει να δώσει προτεραιότητα στην προστασία της ζωής του ασθενή, βασιζόμενος στην αρχή «σε περίπτωση αμφιβολίας υπερισχύει η ζωή» και θα πρέπει να συνεχίσει να εφαρμόζει τις περισσότερο αρμόζουσες ιατρικές πρακτικές.

7) όταν οι ιατροί έχουν εξαντλήσει τη διαθέσιμη φαρμακευτική αγωγή δεν υπάρχει νομική υποχρέωση να συνεχίσει ή να εφαρμόσει τέτοια αγωγή που ιατρικά θεωρείται ως βλαβερή ή ανούσια ακόμα και αν το επιθυμεί ο ασθενής.

8) η κρίση του ιατρού θα πρέπει να είναι περιορισμένη στην ισχύ της φαρμακευτικής αγωγής. Ο ιατρός μπορεί να συμβουλευτεί τον ασθενή πως να πεθάνει αλλά θα πρέπει να περιοριστεί σε μία συμβουλευτική άποψη και γι' αυτόν τον λόγο δεν είναι πρόπον για τον ιατρό να προβεί σε εκτίμηση εκ μέρους του ασθενή.

Ωστόσο έχουν ασκηθεί ένδικα για αυτήν την απόφαση και αναμένεται η κρίση του Ανώτατου Δικαστηρίου (Mori et al, 2015).

ΙΝΔΙΑ

Στην Ινδία, η απόπειρα αυτοκτονίας και η υποβοήθηση σε αυτοκτονία είναι ποινικά αδικήματα. Και οι δύο πράξεις ή παραλείψεις είναι αντίθετες με το άρθρο 21 (δικαίωμα στη ζωή) του Συντάγματός τους. Τα τελευταία χρόνια γίνονται προσπάθειες στο να συμπεριληφθεί στο άρθρο αυτό και «το δικαίωμα στο θάνατο», αλλά μέχρι στιγμής κάτι τέτοιο δεν έχει επιτευχθεί. Έτσι όποιο πρόσωπο συνεργάζεται στη διάπραξη αυτοκτονίας τιμωρείται με βάση την παραβίαση του ανωτέρω άρθρου.

Ωστόσο, ενώ η υποβοήθηση της αυτοκτονίας τιμωρείται με το άρθρο 306 του Π.Κ. η απόπειρα αυτοκτονίας τιμωρείται με το άρθρο 309 του Π.Κ., όπου οι ποινές είναι ελαφρύτερες, γιατί είναι σαφές ότι ένα πρόσωπο το οποίο προσπαθεί να αυτοκτονήσει βρίσκεται σε κατάθλιψη, και ως εκ τούτου χρειάζεται βοήθεια και όχι τιμωρία (Parreiras Reis de Castro, 2016).

ΝΙΓΗΡΙΑ

Σύμφωνα με τον Ποινικό Κώδικα (1990) που ισχύει στη Βόρεια Νιγηρία η ευθανασία είναι φόνος. Δεν υπάρχει καμία διάκριση ανάμεσα στη δολοφονία και στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία που διεξάγεται με την βοήθεια του ιατρού, ακόμα και αν διεξάγεται μετά από αίτημα του ασθενή ή ο ασθενής πάσχει από ανίατο νόσημα και υποφέρει από αφόρητους πόνους.(Hotton, 2018).

Ωστόσο υπάρχει μια πολιτιστική διάσταση στο ζήτημα της ευθανασίας στη Νιγηρία. Η Νιγηρία είναι ένα πολυπολιτισμικό κράτος με τη συνύπαρξη διαφορετικών κουλτούρων. Αυτός ο πολιτισμικός πλουραλισμός, έχει σαν αποτέλεσμα την διαφορετική λειτουργία των κοινωνικών ομάδων μέσα στα πλαίσια του ίδιου κράτους. Έτσι, η πρακτική της ευθανασίας είναι δικαίωμα επιλογής από κάποια κοινωνικά στρώματα. Μια παροιμιώδης ρήση στη διάλεκτο των Γιορούμπα είναι, "Iku yaju Esin, και σημαίνει "ο θάνατος είναι προτιμότερος από τη γελοιοποίηση». Σύμφωνα λοιπόν με την αντίληψη αυτή όταν ο ασθενής βρίσκεται στο τελικό στάδιο μιας νόσου και σε μια αφόρητη κατάσταση λόγω της σωματικής ή της ψυχικής ανικανότητας, τότε έχει το δικαίωμα να ζητήσει βοήθεια για αυτοκτονία. Σ' αυτή την απόφαση είναι πάντα σύμφωνα και τα μέλη της οικογένειας, γιατί δεν επιθυμούν να βλέπουν τον άνθρωπο τους στην κατάσταση αυτή.

Είναι σαφές λοιπόν ότι η πρακτική διεξάγεται παράνομα στη Νιγηρία και ανεπίσημες πηγές επιβεβαιώνουν ότι τόσο οι ιατροί όσο και οι συγγενείς συνήθως δεν αποθαρρύνονται από το ποινικό δίκαιο που είναι σε ισχύ. Η υποβοηθούμενη αυτοκτονία, επομένως εκτελείται ενάντια στους ισχύοντες κανονισμούς (Hotton, 2018).

2.1.3 Το ελληνικό δίκαιο για την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία

2.1.3.1 Το ποινικό δίκαιο

Στην Ελλάδα ο νομοθέτης δεν παρέχει de lege lata νομική κάλυψη για το ζήτημα της ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Το νομικό κενό καλύπτεται από τις διατάξεις εκείνες του Ποινικού Κώδικα που αφορούν τα εγκλήματα βλάβης της ζωής του Ανθρώπου κατά τα άρθρα 299-302 του νέου Ποινικού Κώδικα.

Επομένως, η υποβοηθούμενη αυτοκτονία αντιμετωπίζεται ποινικά ως ανωτέρω, αναφορικά όμως με τον τρόπο που επέρχεται ο θάνατος, με τη δράση του υπαιτίου, αλλά και με τη στάση του θύματος απέναντι στο δράστη, η τιμωρία μπορεί να είναι πιο επιεικής (Βούλτσος, 2010).

Άρθρο 300 ΠΚ

Το άρθρο 300 του αναθεωρημένου ελληνικού Ποινικού Κώδικα με τίτλο «Ανθρωποκτονία κατ' απαίτηση» είναι η διάταξη στην ελληνική νομοθεσία που αποτελεί μια κατά κάποιο τρόπο μορφή ευθανασίας και ορίζει ότι: "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."

Για να στοιχειοθετηθεί λοιπόν το έγκλημα της κατ' απαίτηση θα πρέπει να συντρέχουν οι εξής προϋποθέσεις:

- α) θα πρέπει ο ασθενής να πάσχει από ανίατη ασθένεια (και όχι απαραίτητα να υποφέρει από αφόρητο πόνο και να βρίσκεται στην τελική και επώδυνη φάση της ασθένειας του όπως προβλέπεται στη νομοθεσία άλλων κρατών),
- β) να έχει εκφράσει ρητά, επανειλημμένως και κυρίως με πλήρη συνείδηση των λεγομένων, την επιθυμία να τερματιστεί το μαρτύριο του και,
- γ) να συντρέχει και η υποκειμενική υπόσταση, ο «οίκτος», δηλαδή ο δράστης θα πρέπει να αποδείξει στο Δικαστήριο ότι το κίνητρο για την ενέργεια του ήταν «ευγενές».

Από την ανωτέρω διάταξη προκύπτουν τα εξής στοιχεία:

- 1) αποκλείεται η λεγόμενη "κοινωνική" ή η "ευγονική" ευθανασία, η οποία από νομική άποψη είναι ταυτόσημη της ανθρωποκτονίας εκ προθέσεως,
- 2) η κατ' απαίτηση ανθρωποκτονία είναι μια αξιόποινη πράξη που προβλέπεται από τον Ποινικό Κώδικα και τιμωρείται με φυλάκιση,
- 3) αντιμετωπίζεται ως ειδική περίπτωση ανθρωποκτονίας, για την οποία προβλέπονται ορισμένες ελαφρυντικές περιστάσεις, οι οποίες μετατρέπουν την εγκληματική πράξη από κακούργημα (όπως είναι η ανθρωποκτονία από πρόθεση) σε πλημμέλημα, και έτσι η προβλεπόμενη ποινή είναι η φυλάκιση και όχι η κάθειρξη και
- 4) δεν αποποινικοποιείται η πράξη αλλά διαφοροποιείται η ποινική μεταχείριση του δράστη.

Πέραν τούτων και η συμμετοχή σε αυτοκτονία είναι ποινικό αδίκημα και τιμωρείται με ποινή φυλάκισης, κατά το άρθρο 301 του Ποινικού Κώδικα, το οποίο ορίζει ότι «Όποιος κατέπεισε άλλον να αυτοκτονήσει, αν τελέστηκε η αυτοκτονία ή έγινε απόπειρά της, καθώς και όποιος έδωσε βοήθεια κατά την τέλεσή της, η οποία διαφορετικά δεν θα ήταν εφικτή, τιμωρείται με φυλάκιση».(Βούλτσος, 2010).

2.1.3.2 Το Σύνταγμα

Άρθρο 5 παρ. 2 του Συντάγματος

Πέραν όμως των διατάξεων του ποινικού δικαίου, το ζήτημα της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας άπτεται και του συνταγματικού δικαίου, όπου η προσέγγιση καθίσταται σύνθετη, καθώς το συνταγματικό δίκαιο καλείται να απαντήσει στο ερώτημα, εάν ο ασθενής έχει δικαίωμα στο θάνατο και εάν είναι επιτρεπτή μία τέτοια νομοθεσία και πρακτική. Συγκεκριμένα, η συνταγματική διάταξη η οποία κατ' αρχήν δείχνει να προσφέρεται για την αντιμετώπιση του ζητήματος είναι η παρ. 2 του άρθρου 5Σ: "Όλοι όσοι ευρίσκονται στην Ελληνική επικράτεια απολαμβάνουν την απόλυτη προστασία της ζωής". Η συγκεκριμένη διάταξη εγκαθιδρύει ένα ατομικό δικαίωμα για τον καθένα μας να ζητήσει από το Κράτος την απόλυτη προστασία για τη ζωή του και αντιστοίχως αποτελεί θεσμική εγγύηση που ιδρύει την υποχρέωση του Κράτους να προστατεύει την υγεία των ανθρώπων από ασθένειες, επιδημίες αλλά και πράξεις άλλων. Έτσι, λοιπόν, το Κράτος οφείλει να προστατεύει τη ζωή των ανθρώπων όλων εν γένει, αφηρημένα και όχι τη ζωή του καθενός.(Τσαιτουρίδης, 2002).

«Από την διατύπωση του 5 § 2 διαφαίνεται, ότι υπάρχει δικαίωμα στην προστασία της ζωής, και στην σωματική ακεραιότητα, αλλά όχι και καθήκον ή υποχρέωση ζωής. Δεν νοούνται ατομικά δικαιώματα ασκούμενα εις βάρος του φορέα τους, ερήμην αυτού, ως υποχρέωση απέναντι στο κοινωνικό σύνολο. Όμως το 5§2 δεν θεσπίζει μόνο ένα ατομικό δικαίωμα έναντι του κράτους. Το υποχρεώνει επιπλέον να προστατεύει με θετικά μέτρα την ζωή των προσώπων. Είναι και μια εγγύηση και μια θεμελιώδης αντικειμενική συνταγματική αξία, μια συνταγματική θεμελιώδης επιλογή ή μια θεσμική εγγύηση, που υπερβαίνει την πλευρά του ατομικού δικαιώματος. Εάν ένα συγκεκριμένο άτομο δεν θέλει το ίδιο να προστατεύσει τη ζωή του, αυτό δεν αποκλείεται από την παρ. 2 του άρθρου 5 που αναφέραμε και μπορεί η ζωή ενός ατόμου να ενδιαφέρει και το κοινωνικό σύνολο, εφόσον οι άνθρωποι είναι μέρη μιας ολότητας, εντός της οποίας και μόνο ολοκληρώνονται, πλην το δικαίωμα στην ζωή είναι κατά βάση ατομικό δικαίωμα και, επομένως, δε νοείται επιβολή εκ μέρους του κοινωνικού συνόλου της υποχρέωσης επιβίωσης σε ένα άτομο που δεν την επιθυμεί, εν ονόματι των ηθικών αρχών τις οποίες πρεσβεύει το σύνολο αυτό. Δεν μπορεί, λοιπόν, η ζωή να μετατραπεί σε δημόσιο αγαθό. Η επιβίωση χάριν της κοινωνίας και των αντιλήψεών της θα ήταν ευθέως αντίθετη στο άρθρο 5 παρ. 1 και στο όλο φιλελεύθερο πνεύμα του Συντάγματος, θα μετέτρεπε δε το δικαίωμα στην ζωή σε υποχρέωση της ζωής. Η άποψη αυτή θα

οδηγούσε, εξ άλλου, αναπόδραστα στην ανάγκη ποινικοποίησης της απόπειρας αυτοκτονίας.» (Τσαιτουρίδης, 2002).

Άρθρο 5 παρ. 1 του Συντάγματος

Μια άλλη διάταξη, της οποίας γίνεται συχνά επίκληση στο θέμα της ευθανασίας και υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, είναι η παράγραφος 1 του ίδιου άρθρου 5 του Συντάγματος, κατά την οποία "Καθένας έχει δικαίωμα να αναπτύσσει ελεύθερα την προσωπικότητά του [...] εφ' όσον δεν προσβάλλει τα δικαιώματα των άλλων και δεν παραβιάζει το Σύνταγμα ή τα χρηστά ήθη". Οι πολέμιοι της νομικής κατοχύρωσης της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας στηρίζονται πολύ στην έννοια "χρηστά ήθη", και επικαλούμενοι το γεγονός ότι ο πληθυσμός της χώρας αποτελείται, σε συντριπτικό ποσοστό, από χριστιανούς ορθοδόξους, ταυτίζουν τα χρηστά ήθη με τη χριστιανική – εκκλησιαστική άποψη. Ωστόσο, τα χρηστά ήθη δεν ταυτίζονται με την έννοια της ηθικής που εκφράζει η Εκκλησία. Τα χρηστά ήθη είναι συνώνυμα της κοινωνικής ηθικής. Η άποψη της Εκκλησίας είναι μεν μια πολύ σημαντική παράμετρος αλλά δεν ταυτίζονται με τα χρηστά ήθη. Καθίσταται λοιπόν σαφές ότι το Σύνταγμα μας δεν απαγορεύει να αναγνωρισθεί η ευθανασία στην ελληνική έννομη τάξη. (Τσαιτουρίδης, 2002).

Το άρθρο 2 του Συντάγματος

“Το άρθρο 2 του Συντάγματος ως θεμελιώδης συνταγματικός κανόνας που κατοχυρώνει την αξία του ανθρώπου δεν μπορεί, να έχει, κατ’ αρχήν, θέση στην προβληματική της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Και τούτο διότι η αξία της ζωής υπό τις δύο έννοιες της (ως υποκειμενικό δικαίωμα και ως αντικειμενική αξία) εδράζεται επαρκώς στο άρθρο 5 παρ. 2 Συντ. Η διάταξη αυτή είναι ειδική σε σχέση με την διάταξη του άρθρου 2 Σ. και, ως τέτοια, είναι αυτή που έλκεται σε εφαρμογή. Του άρθρου 2 Σ., (του οποίου γίνεται κατάχρηση και στην θεωρία, αλλά και στις δικαστικές αποφάσεις) πρέπει να γίνεται επίκληση, μόνο όταν δεν υπάρχει άλλο άρθρο στο Σύνταγμα στο οποίο να μπορεί να θεμελιωθεί κάτι, π.χ. ένα ατομικό δικαίωμα. Οι υιοθετούντες την αντίληψη ότι το άρθρο 2 του Συντ. θεμελιώνει το δικαίωμα στην ευθανασία ισχυρίζονται, ότι το κράτος οφείλει να επικουρεί τον πάσχοντα στον τερματισμό της ζωής του, διότι η διατήρηση στην ζωή υποχρεωτικά εκείνου, ο οποίος πάσχει από ανίατη και βασανιστική ασθένεια και δεν επιθυμεί να συνεχίσει να ζει έτσι, είναι αυτή που παραβιάζει την ανθρώπινη αξιοπρέπεια. Μια τέτοια κρατική αδιαφορία ισοδυναμεί, κατά την άποψη αυτή, με «εργαλειοποίηση» ή «πραγματοποίηση» του ασθενή. Η προσέγγιση αυτή είναι μάλλον εσφαλμένη. Το άρθρο 2 επιτάσσει την προστασία της αξίας από το κράτος και όχι από την ασθένεια. Η ασθένεια είναι μια φυσική κατάσταση και δεν μπορεί να προστατεύσει κάποιος την αξιοπρέπιά του εναντίον της με νομικά μέσα. Εξ άλλου η συνταγματικά κατοχυρωμένη αξιοπρέπεια αλλιώς η «αξία» του ασθενή είναι ίση με την «αξία» του υγιούς. Η έννομη τάξη οφείλει δε να την αποδίδει και στον πάσχοντα και στον υγιή. Ο ασθενής, που επιλέγει να θέσει τέρμα στην ζωή του, το κάνει όχι διότι πιστεύει ότι έχει χάσει την αξία του ως

προσωπικότητα, ή ότι δεν δικαιούται να του συμπεριφέρονται με την αξιοπρέπεια που του αρμόζει ως ανθρώπου, αλλά διότι επιλέγει να μην ζει πια έτσι.” (Βούλτσος, 2010).

Στην Ελλάδα, το θέμα της νομιμοποίησης της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας επικαιροποιήθηκε με την ερώτηση του βουλευτή του Ποταμιού Αμυρά (20-3-2017), προς τον τότε υπουργό Δικαιοσύνης Κοντονή. Ο βουλευτής ανέφερε ότι δεν υπάρχει καμία πρόβλεψη στην ελληνική νομοθεσία για την ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία σχετικά με τους πάσχοντες από ανίατα νοσήματα. Ο υπουργός απάντησε (17-10-2017), ότι έχει διαβιβαστεί το αίτημα του βουλευτή στον πρόεδρο της Νομοπαρασκευαστικής Επιτροπής για την αναθεώρηση του Ποινικού Κώδικα. Παρά ταύτα, σε συνέντευξη που έδωσε ο τότε υπουργός Κοντονής δήλωσε ότι η νέα Νομοπαρασκευαστική επιτροπή συνεχίζει να θεωρεί την ανθρωποκτονία με συναίνεση ως ποινικά κολάσιμη (Συγκούνης, 2014).

Από τα παραπάνω συμπεραίνεται ότι καθίσταται επιτακτική η ανάγκη ενός γόνιμου διαλόγου, που θα γεννηθεί από την παρατήρηση των ισχυόντων διεθνών μοντέλων διαχείρισης ενός από τα πλέον απαιτητικά αιτήματα: την εναρμόνιση του δικαίου με τη βιοηθική. Κεντρικός στόχος αυτής της αναζήτησης είναι η ανίχνευση της δυνατότητας ομαλής ένταξης των πλέον εύστοχων κανονιστικών ρυθμίσεων στην ελληνική έννομη τάξη, με περαιτέρω ευκαταίο αποτέλεσμα την πλήρη και λειτουργική ενσωμάτωσή τους. Πλείστα όσα θα είναι τα οφέλη που θα προκύψουν από την προσφυγή σε μια οργανωμένη δικαιοσυγκριτική μελέτη, που θα επιχειρήσει να αποκαλύψει όλες τις νομικές πτυχές του αντικειμένου έρευνας, να φέρει στο φως τις σύγχρονες συνιστώσες και να θέσει επί τάπητος τις πλέον ορθές και αποτελεσματικές δυνατότητες προσέγγισης, ανάλυσης και τελικής αντιμετώπισης. Σε τούτη την πορεία πλεύσης εξέχων οδηγός δεν μπορεί παρά να είναι ο αληθής ανθρωπισμός (Συγκούνης, 2014).

2.2 Η Σύμβαση του Oviedo

Η «Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική» που υπογράφηκε το 1997 στο Oviedo της Ισπανίας, από την Επιτροπή Υπουργών του Συμβουλίου της Ευρώπης, κυρώθηκε από την Ελλάδα με το Ν. 2619/1998 και κατοχυρώνει την προστασία των δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής. Σκοπός της Σύμβασης, όπως διακηρύσσεται στο άρθρο 1, είναι η προστασία της αξιοπρέπειας και της ταυτότητας όλων των ανθρωπίνων όντων με σεβασμό στα ανθρώπινα δικαιώματα κατά την εφαρμογή της βιολογίας και της ιατρικής. (Βούλτσος, 2010).

Στη Σύμβαση δεν περιλαμβάνονται διατάξεις σχετικές με την ευθανασία, προβλέπεται όμως να λαμβάνονται υπόψη οι προηγουμένως εκφρασθείσες επιθυμίες του ασθενή, όταν δεν είναι σε θέση πλέον να τις εκφράσει, όπως πχ έμμεσα η διακοπή της θεραπείας που κρατά στη ζωή έναν ασθενή που βρίσκεται σε κωματώδη κατάσταση (άρθρο 9). Επίσης δίνει το δικαίωμα να αρνηθεί

κάποιος τη θεραπεία λόγω της συναίνεσης κατόπιν ενημέρωσης του ασθενή σε κάθε ιατρική ενέργεια που τον αφορά (άρθρο 5).(Βούλτσος, 2010).

Την ίδια αντιμετώπιση έχει σχετικά με την προστασία των ατόμων που δεν είναι σε θέση να δώσουν τη συναίνεσή τους για διάφορους λόγους, δηλαδή τους ανήλικους, τα άτομα με ψυχικές διαταραχές και εκείνα που δεν είναι σε θέση να διαμορφώσουν μια επιθυμία ή να την εκφράσουν συνέπεια ενός ατυχήματος ή επειδή βρίσκονται σε κώμα. Στην περίπτωση αυτή, επεμβάσεις είναι δυνατόν να διενεργηθούν μόνο εάν έχουν άμεσο όφελος (άρθ. 6 παρ. 1) και μετά από άδεια του νομίμου αντιπροσώπου του ασθενή ή μιας ειδικής αρχής (άρθ. 6 παρ. 3).(Παπαχρήστου, 2014).

Σύμφωνα με το άρθρο 2 παράγραφος 1 της Σύμβασης, το συμφέρον και η ευημερία του ατόμου έχουν το προβάδισμα έναντι του συμφέροντος της κοινωνίας ή της επιστήμης και από τη διάταξη αυτή συνάγεται ευθέως ότι για παράδειγμα οι υπολογισμοί οικονομικής φύσεως δεν επιτρέπεται να έχουν καμία επίδραση στην απόφαση για συνέχιση ή διακοπή της θεραπείας.

Το συμπέρασμα λοιπόν που μπορεί να διεξαχθεί από τη μελέτη της Σύμβασης του Οβιέδο, είναι ότι το Συμβούλιο της Ευρώπης είναι σαφώς αρνητικό ως προς την υποβοηθούμενη αυτοκτονία, έχει όμως μια διαλλακτικότερη στάση υπέρ της νομιμοποίησης της παθητικής ευθανασίας με την αποδοχή ότι ο ασθενής μπορεί να αρνηθεί οποιαδήποτε επέμβαση ή θεραπεία ακόμα κι αν η άρνηση του είναι αντίθετη προς το συμφέρον του. (Παπαχρήστου, 2014).

2.3 Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας

Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας τάσσεται κατά της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Τα κατωτέρω άρθρα του αποτελούν κορωνίδα της Ιατρικής Ηθικής.

Το άρθρο 29, αναφέρεται στη στάση του ιατρού απέναντι στον ασθενή «τελικού σταδίου». Κατοχυρώνει την παρηγορητική αγωγή. Ο ιατρός «οφείλει να φροντίζει για την ανακούφιση των ψυχοσωματικών πόνων του ασθενή». Επίσης, σχετικά με τα είδη ευθανασίας προκύπτει ότι η επιθανάτια αρωγή που αφορά την ψυχική και φυσική υποστήριξη του ασθενή, η οποία δεν επισπεύδει άμεσα τον θάνατο είναι επιβεβλημένη, ενώ αυτή που επισπεύδει τον θάνατο είναι νομικά προβληματική, γιατί κινείται οριακά ανάμεσα στα ζητήματα του σεβασμού της αυτονομίας και αξιοπρέπειας, του καθήκοντος για ανακούφιση του ασθενή, του σεβασμού της ανθρώπινης ζωής και του κινδύνου καταχρήσεων. Σχετικά με την παθητική ευθανασία δηλαδή την άρνηση του ασθενή για λήψη θεραπείας που παρατείνει τη ζωή του φαίνεται να επιτρέπεται στο βαθμό που ρυθμίζεται με τα άρθρα 11 («υποχρέωση ενημέρωσης») και 12 (συναίνεση ενημερωμένου ασθενή) , που αναγνωρίζουν τη συναίνεση κατόπιν ενημέρωσης του ασθενή.(Βούλτσος, 2008).

Στο ίδιο άρθρο, ο Κώδικας, δίνει θέση και στις «διαθήκες της ζωής» τις οποίες μπορεί να λάβει υπόψη του ο θεράπων. Σε περίπτωση όμως, που η επιθυμία του ασθενή σημαίνει επίστευση του θανάτου του, τότε ο ιατρός δεν απαλλάσσεται των ποινικών του ευθυνών.

Το άρθρο 2 παρ. 2, παραπέμπει ευθέως στον όρκο του Ιπποκράτη, τον οποίο έτσι ανάγει σε κανόνα του θετικού δικαίου, άρα και κατά την επιταγή του «ου δώσω φάρμακον ουδενί αιτηθείς θανάσιμον ουδέ υφηγήσομαι ξυμβουλή τοιήνδε», ενώ το άρθρο 15 υπαγορεύει στον ιατρό να αντιμετωπίσει τη σύγκρουση καθηκόντων έχοντας σαν κριτήριο τον απόλυτο σεβασμό στην ανθρώπινη ζωή (Βούλτσος, 2008).

2.4 Η θρησκευτική προσέγγιση της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας

1.Ορθοδοξία

Η θεολογική τοποθέτηση στο ζήτημα της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας είναι γνωστή αλλά ταυτόχρονα και άγνωστη. Είναι πασίγνωστη η αρνητική στάση ολόκληρης της εκκλησιαστικής παραδόσεως απέναντι της. Ωστόσο, παραμένει άγνωστο σε πολλούς το θεολογικό υπόβαθρο και η λογική που διέπει την άρνηση αυτή. Εδώ αξίζει να σημειωθεί ότι η υποβοηθούμενη αυτοκτονία ανήκει στην ίδια κατηγορία περιπτώσεων που υπάρχει παραβίαση της ανθρώπινης ζωής, όπως η αυτοκτονία και η έκτρωση που κρίνονται με τον ίδιο σκεπτικισμό και αντιμετωπίζονται με την ίδια επιφυλακτικότητα. Με την αυτοκτονία σημειώνεται παρέμβαση του ανθρώπου προς το τέλος της ανθρώπινης πορείας, ενώ με την έκτρωση κατά την αρχή του φαινομένου της ζωής.(Αυγουστίδης, 2003).

Σύμφωνα με το Χριστιανισμό η ζωή μας αποτελεί το υπέρτατο δώρο του Θεού, η αρχή και το τέλος της βρίσκονται στα χέρια Του «εν χειρί Θεού πνεύμα παντός ανθρώπου» (Ιώβ ιβ' 10). Αποτελεί τον χώρο μέσα στον οποίο βρίσκεται το αυτεξούσιο, συναντάται η χάρη του Θεού με την ελεύθερη βούληση του ανθρώπου και επιτελείται η σωτηρία του. Κάθε προσπάθεια να προσδιορίζονται τα όρια της ζωής από την ανθρώπινη μόνο βούληση, σκέψη, απόφαση ή ικανότητα, απογυμνώνει τη ζωή από την ιερότητα της. Κατά την χριστιανική διδασκαλία, η διάρκεια της ζωής και η στιγμή του θανάτου με κανένα τρόπο δεν προσδιορίζονται από ανθρώπινα δικαιώματα. Η Εκκλησία μας αναγνωρίζει με συμπάθεια την ασθένεια της ανθρώπινης φύσης. Αγκαλιάζει τους πάσχοντες πονεμένους και προσεύχεται για την απαλλαγή από τους πόνους. Πάρα ταύτα διακρίνει και μία ευλογία πίσω από τον πόνο.

Οι στιγμές της ζωής που συνδέονται με την αρχή και το τέλος της, όπως και αυτές της αδυναμίας, του πόνου και των δοκιμασιών μας συνιστούν μια μοναδική ιερότητα και μυστήριο, το οποίο απαιτεί σεβασμό εκ μέρους των συγγενών, των ιατρών και νοσηλευτών της κοινωνίας. Κανείς δε γνωρίζει πότε πραγματικά πεθαίνει για να μπορέσει να σταματήσει μια διαδικασία, ο ίδιος ή ο ιατρός που τον φροντίζει.(Αυγουστίδης, 2003).

Ο πόνος για την Ορθόδοξη διδασκαλία είναι ο μεγάλος παιδαγωγός και αποτελεί αιτία βαθειάς μετάνοιας και εσωτερικού καθαρισμού της ψυχής. Ο Απόστολος των Εθνών Παύλος γράφει στους Κορινθίους κάτι, το οποίο είναι δύσκολο να γίνει κατανοητό από τον σημερινό υπερφίαλο,

τεχνοκράτη και υπερκαταναλωτή άνθρωπο: «Όταν γαρ ασθενώ, τότε δυνατός ειμί». Ο Μ. Βασίλειος, γράφοντας στον Αμφιλόχιο Ικονίου, τονίζει: «Την νόσον ως άθλησιν οι δίκαιοι δέχονται, μεγάλους επί τη υπομονή αναμένοντες τους στεφάνους». Ο πόνος κάνει τον άνθρωπο να επιστρέφει στον εαυτό του, να φιλοσοφεί την πρόσκαιρη αυτή ζωή, να ωριμάζει μέσα του η σκέψη για μια αιώνια ζωή.

Η ευθανασία, ενώ δικαιολογείται κοσμικώς ως «αξιοπρεπής θάνατος», για την εκ-κλησία αποτελεί στην ουσία υποβοηθούμενη αυτοκτονία, δηλαδή συνδυασμό φόνου και αυτοχειρίας. Στις περιπτώσεις που ο ασθενής βρίσκεται σε τέτοιο πανικό και διακατέχεται από τον πειρασμό να ζητεί το τέλος του, η Εκκλησία μπορεί με την παρουσία της, τον παρηγορητικό λόγο, την αποτελεσματική προσευχή της, το μυστήριο του αγίου ευχελαίου, την αγάπη της να δώσει τόση ελπίδα και ανακούφιση που να είναι εντονότερη από τον φόβο του πόνου και την επιθυμία του θανάτου. Τότε η υποβοηθούμενη αυτοκτονία δεν απουσιάζει μόνο από το φρόνημα της Εκκλησίας αλλά δεν έχει πλέον θέση και στις επιλογές του ασθενή. (Αυγουστίδης, 2003).

Το λεγόμενο «δικαίωμα στον θάνατο» που αποτελεί τη νομική κατοχύρωση της επιθανάτιας διαδικασίας, θα μπορούσε να μετεξελιχθεί σε απειλή της ζωής των ασθενών που αδυνατούν να ανταποκριθούν οικονομικά στις απαιτήσεις της θεραπείας και της νοσηλείας τους. Η αυτονομία μας περιορίζεται από το ότι είμαστε κοινωνικά όντα.

Η αγάπη από τη φύση της δεν είναι απλό συναίσθημα αλλά πόνος και συμμετοχή στον σταυρό του πάσχοντος αδελφού. Αγαπώ δε σημαίνει απαλλάσσω τον άλλο από το βάρος της ζωής αλλά σηκώνω και εγώ το βάρος του πόνου του ή του προσφέρω τη ζωή μου ή πολύ περισσότερο του προσφέρω την αλήθεια και την αγάπη του Θεού. Η αγάπη νοείται μόνο εν αληθεία. (Αυγουστίδης, 2003).

Συμπερασματικά, για την Εκκλησία, όσοι υποστηρίζουν την υποβοηθούμενη αυτοκτονία επηρεάζονται από την υλιστική αντίληψη για τη ζωή και την πεποίθηση ότι η ύπαρξη του ανθρώπου πρέπει να αξιολογείται με βάση τη δύναμη και την ικανότητά του στην παραγωγή έργου. Η στάση τους αυτή τους οδηγεί στο λογικό συμπέρασμα ότι αξιοπρεπής είναι μόνο ο ισχυρός, ο υγιής και ότι η κοινωνία πρέπει να αποτελείται μόνο από τέτοιους «αξιοπρεπείς ανθρώπους». Είναι η ίδια αντίληψη ότι ο άνθρωπος είναι ένα σύνολο κυττάρων που εργάζονται αρμονικά μεταξύ τους ως μία τέλεια μηχανή, που όταν χαλάσει, επισκευάζεται αλλά όταν κάνει τον κύκλο της, οφείλει να πετιέται. Σε τελική ανάλυση το αίτημα κάποιων ασθενών για να θέσουν τέλος στη ζωή τους, στην ουσία αποτελεί ερώτημα της αγάπης μας προς αυτούς και της επιθυμίας μας να παραμείνουν κοντά μας. Στις στιγμές αυτές μπορεί κανείς να ζητήσει τη χάρη του Θεού και την αγάπη των ανθρώπων (Αυγουστίδης, 2003).

2.Ισλαμισμός

Στο ισλαμικό περιβάλλον το ερώτημα της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας συνήθως δεν τίθεται κι αν τεθεί απορρίπτεται σαν “παράνομο” σύμφωνα με το “θρησκευτικό νόμο”. Δίλημμα γεννάται όταν η δόση του αναγκαίου αναλγητικού αγγίζει, ή/ και υπερβαίνει, τα όρια της δόσης που μπορεί να επιφέρει το θάνατο του ασθενή. Προς αποφυγήν τέτοιων καταστάσεων επικαλούμεθα την ακεραιότητα του ιατρού. Από θρησκευτικής απόψεως κριτήριο αποτελεί η πρόθεση του ιατρού, αν δηλαδή προτίθεται να τον σκοτώσει ή να τον ανακουφίσει. Η πρόθεση δεν μπορεί να αποδειχθεί, σύμφωνα με το νόμο, αλλά σύμφωνα με την ισλαμική θρησκεία δεν μπορεί να ξεφύγει κανείς από το μάτι του Θεού που τα πάντα παρακολουθεί και που, σύμφωνα με το Κοράνιο, «γνωρίζει την προδοσία των ματιών και όλα όσα κρύβουμε στην καρδιά μας». Αμαρτίες που δεν πληρούν τα κριτήρια εγκλήματος κατά νόμο ευρίσκονται εκτός της δικαιοδοσίας του δικαστού. Αυτοί όμως που τις διαπράττουν θα λογοδοτήσουν στο Θεό. (Ζιάκα, 2007).

Ο ισλαμικός κώδικας ιατρικής δεοντολογίας καθορίζει πως ο ιατρός οφείλει να μην υπερβαίνει τα όριά του, και πως αν είναι επιστημονικά βέβαιο πως η ζωή δεν μπορεί να αποκατασταθεί, τότε είναι μάταιο να διατηρεί τον ασθενή σε κατάσταση φυτού καταβάλλοντας ηρωικές προσπάθειες, ή να συντηρεί τον ασθενή σε κατάλυξη, ή να χρησιμοποιεί άλλες μηχανικές μεθόδους. Ο ιατρός έχει σκοπό να συντηρεί τη ζωή κι όχι τη διαδικασία του θανάτου. Σε κάθε περίπτωση ο ιατρός δεν πρέπει με κανένα τρόπο να προβεί σε πράξη που τερματίζει τη ζωή του ασθενή. Καθημερινές βιοτικές ανάγκες, που δεν χαρακτηρίζονται σαν «θεραπεία», είναι δικαίωμα κάθε ζώντος ατόμου και δεν πρέπει να τις στερηθεί όσο ζει. Σ’ αυτές περιλαμβάνεται το φαγητό, το νερό και η συνήθης νοσηλεία (Ζιάκα, 2007).

3.Ιουδαισμός

Για την ιουδαϊκή θρησκεία, η υποβοηθούμενη αυτοκτονία με την έννοια της ελεήμονος θανάτωσης ή της επιλεγμένης στιγμής του θανάτου για έναν άνθρωπο δεν είναι νοητή, εφόσον η ζωή, ψυχική και πνευματική ανήκει στο Δημιουργό. Επομένως, όταν θελήσει Εκείνος, επέρχεται το φυσικό τέλος της ζωής και μόνο τότε. Κάθε άλλη αντίθετη ενέργεια λογίζεται ως ενέργεια εναντίον του θεϊκού νόμου ως διασάλευση της τάξης και τιμωρείται, αφού θεωρείται ως πράξη φόνου. Στο ίδιο πλαίσιο, η αυτοκτονία δεν είναι πράξη ούτε κατανοητή ούτε συγχωρητέα, παρά μόνο αν γίνεται με θεϊκή εντολή και θέληση.

Από τα βιβλία της Παλαιάς Διαθήκης μπορούμε να εντοπίσουμε τις βασικές θέσεις της ιουδαϊκής θρησκείας σχετικά με την αυτοκτονία. Ωστόσο, δεν έχουμε να κάνουμε με σαφείς περιπτώσεις αυτοκτονίας αλλά με περιπτώσεις αυτοθυσίας απέναντι σε κάποιον εχθρό. Η ιουδαϊκή ιστορία (που στην ουσία αποτελεί την Παλαιά Διαθήκη) βρίθει από πα-ραδείγματα προσώπων που προτίμησαν να πεθάνουν παρά να παραδοθούν. Η πράξη αυτή καθαγιάζεται διότι γίνεται για την

προστασία ενός υπέρτερου αγαθού και όχι για την προσωπική επιλογή του θανάτου απέναντι σε καταστάσεις πόνου, κινδύνου, φόβου κλπ..(Παπαγιαννοπούλου, 1997).

Υπήρξαν όμως και περιπτώσεις επικροτούμενης αυτοκτονίας προς διαφύλαξη της τιμής και της υπόληψης ή μπροστά στο φόβο των βασανιστηρίων. Αυτές είναι οι περιπτώσεις του έβδομου εκ των αδελφών Μακκαβαίων, ο οποίος «έξησφάλισε τήν εύθανασία τοῦ ρίφθεις ἐνώπιον τοῦ βασανιστοῦ τοῦ κατά τῶν τηγάνων καί οὕτως ἀπέδωκε τήν ψυχήν», και της μητέρας τους, η οποία προτίμησε «ἵνα μή ψαύσειέ τις τοῦ σῶματος ἐαυτῆς, ἐαυτήν ἔρριψε κατά τῆς πυράς». Επίσης, η θυγατέρα του Ραγουήλ Σάρρα «ἀκούσασα τά εἰς βάρος τῆς ἀδίκως λαβόντα χώραν δυσμενή σχολία», αρχικά αποφάσισε να αυτοκτονήσει για να αποφύγει τον οδυνηρό βίο εξαιτίας των δυσμενών σχολίων που επικρατούσαν «ἐπαίσχυντον καί ψυχικός σφόδρα ὀδυνηρόν βίον τῆς». Συγκεκριμένα, χλευάσθηκε από τους δούλους του πατέρα της, διότι είχε δοθεί ως σύζυγος διαδοχικά σε επτά άνδρες, οι οποίοι πέθαιναν προτού την ακουμπήσουν. Τελικά, η κόρη απέφυγε την αυτοκτονία, επειδή θα ήταν ντροπή για τον πατέρα της «μία μὲν εἰμί τῷ πατρί μου ἐάν ποιήσω τοῦτο, ὄνειδος αὐτῷ ἔσται καί τό γῆρας αὐτοῦ κατάξω μετ' ὀδύνης εἰς ἄδου». (Σαλαχά, 2012).

Πολλές φορές, οι ήρωες επιθυμούσαν ή επεδίωκαν εκ προθέσεως το θάνατο, διότι τον θεωρούσαν ως ένα μέσο ούτως ώστε να μην οδηγηθούν στην ατίμωση. Σύμφωνα με αυτούς, ο θάνατος είναι λιγότερο κακός σε σχέση με την υποτίμηση που θα υφίσταντο από τον εχθρό. Χαρακτηριστικό παράδειγμα συνιστά ο Βασιλέας Αβιμελέχ, ο οποίος χτυπημένος από γυναίκα με μια πέτρα στο κρανίο του, προκειμένου να μην μαθευτεί κάτι τέτοιο και εξευτελιστεί, παρακάλεσε τον υπηρέτη του να επισπεύσει το θάνατο με την ρομφαία του (Σαλαχά, 2012).

Από τα ιερά κείμενα γίνονται κατανοητά τα εξής: α) κάθε είδος «αυτοκτονίας», σε αυτό το πλαίσιο, καθίσταται μη αποδεκτό, διότι η ζωή θεωρείται ότι αποτελεί την υπέρτερη αξία, β) η αυτοκτονία όταν γίνεται για να απαλλαγεί κάποιος από τη ζωή λόγω τύψεων ή ντροπής είναι αντίθετη προς το θέλημα του Θεού και επί πλέον θεωρείται όνειδος για τους επιζώντες συγγενείς του αυτόχειρα (Παπαγιαννοπούλου, 1997).

Εξετάζοντας, λοιπόν τις τρεις μονοθεϊστικές θρησκείες, δηλαδή τον Χριστιανισμό, τον Ισλαμισμό και τον Ιουδαϊσμό, βλέπουμε πως επιδοκιμάζουν την αξία της ζωής και δέχονται τη συνδρομή της ιατρικής και της τεχνολογίας που βοηθούν στην θεραπεία και παράταση της ανθρώπινης ζωής. Το μεγάλο πρόβλημα για αυτές τις θρησκείες αποτελούν η ευθανασία και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία, τις οποίες δεν αποδέχονται. Ο άνθρωπος είναι δημιούργημα του Θεού και η ζωή του ανήκει στα χέρια του δημιουργού του. Τόσο ο Χριστιανισμός όσο και ο Ιουδαϊσμός πρεσβεύουν ότι ο άνθρωπος προικίστηκε από τον Θεό με λογική και ελεύθερη βούληση για να αποφασίζει για το δικό του καλό. Αλλά και ο Ισλαμισμός δέχεται ότι η ζωή είναι ιερή και δεν πρέπει να αφαιρείται. Στο Ισλάμ ο άνθρωπος είναι ο εκπρόσωπος του Θεού στη γη κι έτσι πρέπει να είναι καλός διαχειριστής της θείας δημιουργίας, αλλά δεν έχει το δικαίωμα να την καταστρέφει. Και στις

τρεις βέβαια θρησκείες υπάρχει ο εκούσιος θάνατος του μαρτυρίου, όμως αυτό είναι διαφορετικό θέμα από την υποβοηθούμενη αυτοκτονία. (Ζιάκα, 2007).

Αν και οι τρεις μονοθεϊστικές θρησκείες δέχονται ότι η ζωή είναι δημιουργία του Θεού και τα πάντα υπόκεινται στη θέληση του, οι μεγάλες θρησκείες της Άπω Ανατολής έχουν διαφορετική άποψη για τον κόσμο και τη ζωή. Ο άνθρωπος είναι μέρος του κόσμου και της αρμονίας του. Παρακάτω εκτίθενται οι διδασκαλίες των θρησκειών της Άπω Ανατολής και τα όρια στα οποία κινείται η υποβοηθούμενη αυτοκτονία (Ζιάκα, 2007).

4. Ινδουισμός

Σύμφωνα με τον Ινδουισμό, εάν ένα πρόσωπο που διαπράττει αυτοκτονία, αυτός ή αυτή δεν πηγαίνει στην κόλαση ούτε στον παράδεισο, αλλά παραμένει στη γη ως ένα κακό πνεύμα και περιπλανιέται άσκοπα μέχρι αυτός ή αυτή συμπληρώσει το «κάρμα». Το πρόσωπο που πηγαίνει στη συνέχεια στην κόλαση μόνο επιστρέφει πίσω στη γη για να ολοκληρωθεί το εναπομείναν «κάρμα» (Kamble et al, 2012). Η αυτοκτονία θεωρείται παραβίαση του κώδικα Ahimsa (μη-βία) και ως εκ τούτου ως αμαρτία και φόνος. «Γι' αυτόν που αυτοκτονεί γίνεται Abhisasta (άνδρας που κατηγορείται για θανάσιμο αμάρτημα), οι συγγενείς του εξ αίματος (sapinda) οι οποίοι δεν εκτελούν τις τελετές κηδειών».

Έχει επισημανθεί ότι στον Ινδουισμό, η λέξη για την αυτοκτονία (atma – gatha), έχει τα στοιχεία της πρόθεσης. Η πρόθεση να σκοτώσει κάποιος τον εαυτό του για εγωιστικά κίνητρα είναι καταδικαστέα και η αυτοκτονία απαγορεύεται κατηγορηματικά (Keown, 1995). Παρ' όλα αυτά, υπήρξαν φωτισμένοι άνθρωποι που αποφάσισαν οικειοθελώς αυτόν τον τρόπο θανάτου. Έτσι, οι Pandavas εγκωμίασαν το "Mahaparasthana" ή το μεγάλο ταξίδι μέσω των Ιμαλαΐων όταν περπάτησαν στο προσκύνημα (Young & συν., 1995). Ο Keown (1995) παραθέτει τη νηστεία, την αυτοθυσία, και τον πνιγμό σε ιερούς τόπους και άλλα παραδείγματα τέτοιων θανάτων. Αυτοί οι θάνατοι από φωτισμένα πρόσωπα δεν έχουν εξομοιωθεί με τη δημοφιλή αντίληψη της αυτοκτονίας στην ινδουιστική παράδοση. Θεωρούσε πάντα ότι η αυτοκτονία αυξάνει τις δυσκολίες στις επόμενες ζωές.

Ο «πνευματικός θάνατος» στο Ινδικό πλαίσιο είναι συνώνυμη λέξη με έναν «καλό θάνατο», δηλαδή το άτομο πρέπει να είναι σε κατάσταση ηρεμίας και ισορροπίας. Ο ίδιος, υποθέτει ότι για να εξασφαλιστεί ένας τέτοιος ευγενής θάνατος, η έννοια της ενεργητικής ευθανασίας δεν θα ήταν απαράδεκτη για την ινδική ψυχή (Keown, 1995). Ωστόσο, η άποψη αυτή έχει επικριθεί από τους συγγραφείς (Firth, 2005), οι οποίοι ισχυρίζονται ότι «πνευματικός θάνατος» ή «Iccha mrtu» μπορεί να είναι δυνατό μόνο όταν η εξελιγμένη ψυχή επιλέγει να εγκαταλείψει το σώμα κατά βούληση.

Υποστηρίζεται επίσης ότι η εξελισσόμενη ψυχή δεν μπορεί να εξομοιωθεί με την ψυχική ηρεμία, καθώς είναι σε ένα υψηλότερο επίπεδο συνείδησης. Έτσι, αν και λιγότερο δογματική η

θέση της συγκεκριμένης θρησκείας σε σχέση με άλλες, οι Ινδουιστές θα παραμείνουν παραδοσιακά σκεπτικιστές για την υποβοηθούμενη αυτοκτονία (Ζιάκα, 2007).

5.Βουδισμός

Ο Βουδισμός δεν μπορεί να αποδεχθεί την υποβοηθούμενη αυτοκτονία, διότι μια τέτοια ενέργεια θα οδηγούσε τον άνθρωπο στον φαύλο κύκλο των μετενσαρκώσεων και θα στερούσε τον άνθρωπο από την επίτευξη του ύψιστου αγαθού που είναι το νιρβάνα. Είναι ενδεικτικό ότι παρά το γεγονός ότι ο Βούδας θεωρεί τον κόσμο ως πηγή πόνου και θλίψης, ωστόσο δε συνιστά τη βίαιη φυγή από τον οδυνηρό κόσμο. Επίσης, σύμφωνα με τον Βουδισμό οι περιπτώσεις «απελευθέρωσης», τερματισμού της ζωής, δηλαδή, δεν ενδείκνυνται για τους απλούς ανθρώπους, σύμφωνα με το βουδισμό, αλλά μόνο για τους φωτισμένους. Έξω από αυτό το πλαίσιο, καμία καταστροφή της ζωής δεν είναι αποδεκτή. Στον Βουδισμό, η πρώτη επίπληξη σχετικά με τον τρόπο ζωής του ανθρώπου είναι η ευγενική ζωή, δηλαδή ο ευγενικός τρόπος να αντιμετωπίζει ο άνθρωπος τη δική του ζωή και τη ζωή των άλλων (*sala*). Σε αυτή, η καταστροφή της ζωής είναι πράξη αδιανόητη, ακόμη και όταν στρέφεται απέναντι σε ζώα ή φυτά.(Nakasone, 1990).

Αξίζει να αναφερθεί εδώ τη βουδιστική παράδοση του Serruku, μιας μορφής τελετουργικής αυτοκτονίας. Οι περισσότεροι σαμουράι ήταν βουδιστές ζεν και η φιλοσοφία ζωής τους ήταν ο τρόπος ζωής τους. Συγκεκριμένα, προκειμένου ο σαμουράι να διαπράξει αυτοκτονία έπρεπε να καθαρίσει το μυαλό του και μετά να σχίσει με το σπαθί του το στομάχι του από τα αριστερά στα δεξιά, προκαλώντας μεν τόσο πόνο επιδεικνύοντας δε θάρρος απέναντι στον επίπονο θάνατο. Ένας βοηθός τον επιτηρεί, προκειμένου να τον απαλλάξει από τον αδικαιολόγητο πόνο, τον πόνο που κατά την άποψη του δε χρειάζεται προκειμένου να δείξει την αξία του ο αυτόχειρας. Στις ιστορικές περιόδους της Heian και Kamakura ανάμεσα σε συγκεκριμένες ομάδες Γιαπωνέζων βουδιστών της Αγνής Γης, ο τρόπος αυτός αυτοκτονίας σήμαινε το πέρασμα από τη ζωή αυτή σε άλλη, εκείνη της Αγνής Γης (Nakasone, 1990).

6.Ο Κομφουκισμός και ο Ταοϊσμός

Η αντίληψη του φυσικού θανάτου συνδέεται στενά με τη λατρεία των προγόνων που εξασκήθηκε από την πρώτη ιστορική δυναστεία των Σανγκ. Είχαν ιεροποιήσει τους νεκρούς και ζητούσαν τη συμβουλή τους σαν να ήταν ζωντανοί. Κάθε τι που μπορούσε να είναι χρήσιμο στην επόμενη ζωή τοποθετείτο στους τάφους των βασιλέων και των ευγενών. Η λατρεία των προγόνων πρέπει να εξασκήθηκε ευρέως και από τους κοινούς θνητούς γιατί εθεωρείτο πανάρχαιη και πολύ γνωστή πρακτική από τον Κομφούκιο, τον έκτο προ Χριστού αιώνα. Προϋπέθετε την ύπαρξη ζωής μετά το θάνατο, επικοινωνία ζώντων και νεκρών, τη νομιμοποίηση της κοινωνικής ιεραρχίας και

πρακτικά τη θεοποίηση των προγόνων.(Nakasone, 1990).

Οι Κινέζοι ανέπτυξαν δυο θεωρίες γύρω από το θάνατο. Την επιστροφή στη φύση και τη φυσική αθανασία. Ο ταοϊστής φιλόσοφος Τσανγκ Τζου έγραψε πως η ζωή και ο θάνατος ήταν δυο απόψεις της ίδιας πραγματικότητας, δυο διαφορετικές εκφράσεις της. Ο θάνατος ήταν μια φυσική και καλοδεχούμενη απελευθέρωση από τη ζωή και δεν έπρεπε ούτε να τον φοβάται κανείς, ούτε να τον επιθυμεί. Και η ζωή και ο θάνατος ήταν φυσικά φαινόμενα όπως η διαδοχή των τεσσάρων εποχών. Στην Ταϊβάν οι Κινέζοι λατρεύουν τους προγόνους τους ακόμη και σήμερα. Αποκαλούν το θάνατο «μακροβιότητα» και μετά τα 50 χρόνια τους αρχίζουν να προετοιμάζονται για αυτόν.(Nakasone, 1990).

Ο Κομφουκισμός πιστεύει σ' ένα δίκαιο και ευνομούμενο κράτος που θα το κυβερνούν σοφοί ηγέτες και θα το υπηρετούν μορφωμένοι υπάλληλοι (οι μανδαρίνοι). Ο Κομφούκιος, θεωρεί το ανθρώπινο σώμα δώρο του ουρανού και δέχεται ότι ο άνθρωπος, που είναι φύση αγαθός, μπορεί να γίνει αληθινός άνθρωπος εφόσον εναρμονίζει τον εαυτό του με το Τάο, την οδό του παγκόσμιου ηθικού νόμου, ή αλλιώς τη θέληση του Ουρανού, ακολουθώντας τους κανόνες της κοινωνικής ευγένειας, που επιβάλλουν τον αμοιβαίο σεβασμό. Με τον τρόπο αυτό δημιουργείται μια ολόκληρη αξιολογική βαθμίδα σχέσεων και καθηκόντων, και ακριβώς σ' αυτή την αξιολογική βαθμίδα μπορεί να ρυθμιστεί και το πρόβλημα της ευθανασίας. Έτσι ένας κομφουκιστής δεν θα ανατρέξει στην ηθική του αυτονομία και στο δικαίωμά του να αποφασίζει για την ζωή του, αρετές τις οποίες επικαλείται ο άνθρωπος της Δύσης, αλλά θα ζητήσει να μάθει πρώτον, αν μια τέτοια απόφαση συνάδει με την κοινωνική σταθερότητα και αρμονία των ανθρώπινων σχέσεων και δεύτερον, αν προωθεί τις κύριες κομφουκικές ηθικές αρετές της ανθρωπιάς και της τιμότητας.(Ζιάκα, 2007).

Ο Κομφουκισμός επιδοκιμάζει τον «αξιοπρεπή θάνατο», δηλαδή την αυτοκτονία, στην οποία προέβαιναν ορισμένοι άνθρωποι για να αποφύγουν τον πολιτικό εξευτελισμό, τον διασυρμό και την ατίμωση. Αυτή η θέση ερμηνεύεται σήμερα από τους θιασώτες της ευθανασίας ως συναίνεση του Κομφουκισμού στην ευθανασία. Η αποδοχή όμως αυτού του είδους «αξιοπρεπή θανάτου», αφορά την πολιτική γλώσσα: όταν δηλαδή ο άνθρωπος αντιμετωπίζει την ατίμωση από εξωτερικό και βάρβαρο εχθρό (πολιτική εξουσία, αυτοκράτορα, κράτος κ.λπ.). Ωστόσο η αρρώστια που καταβάλλει τον άνθρωπο, το άθλιο γήρας, και η σωματική και πνευματική φθορά, δεν αντιμετωπίζονται από την κομφουκική ηθική ως «εξωτερικός εχθρός», ώστε να οδηγήσουν τον άνθρωπο στον «αξιοπρεπή θάνατο», δηλαδή την ευθανασία, αλλά ως ένα φαινόμενο παγκόσμιο και πανανθρώπινο που χρειάζεται την ανθρώπινη φροντίδα και την ιατρική αγωγή. Επομένως η ευθανασία ως «αξιοπρεπής θάνατος» στον Κομφουκισμό είναι μια εξαιρετικά περιορισμένη περίπτωση (Ζιάκα, 2007).

Εν κατακλείδι, η πρόωγη αφαίρεση της ζωής, είτε εκούσια, είτε με πρόκληση ανώδυνου θανάτου ή επίσπευση αυτού προκειμένου να συντομευθεί η αγωνία του πάσχοντος από ανίατη

ασθένεια (υποβοηθούμενη αυτοκτονία) δεν είναι στις προθέσεις καμιάς θρησκείας. Η θυσία της ζωής δικαιολογείται από τις μεγάλες θρησκείες του κόσμου μόνον για υπέρτατο σκοπό, δηλαδή ελευθερίας, ατομικής αξιοπρέπειας προς αποφυγήν ατίμωσης σε εμπόλεμες καταστάσεις, κοινωνικής δικαιοσύνης σε ολοκληρωτικά καθεστάτα, αλλά ποτέ για την αποφυγή μιας δεινής κατάστασης που οφείλεται στην ασθένεια ή το γήρας. Υπό την έννοια αυτή στις θρησκείες απαντούν ευχές για το καλό, ανώδυνο και ειρηνικό τέλος της ζωής του κάθε προσώπου, αλλά για το φυσικό τέλος και όχι την επίσπευση του θανάτου με ανθρώπινη πρωτοβουλία. (Ζιάκα, 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΚΑΙ ΒΙΟΗΘΙΚΗ- Η ΒΙΟΗΘΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

1. Η έννοια και οι αρχές της βιοηθικής

Η αλματώδης ανάπτυξη της τεχνολογίας, της ιατρικής και της βιολογίας, καθώς και τα επιτεύγματα της βιοιατρικής, είχαν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός νέου κλάδου της ιατρικής ηθικής, της βιοηθικής. Η ιατρική ηθική αν και ως δεοντολογία γεννήθηκε στην ελληνική αρχαιότητα από ιατρούς και ιατροφιλόσοφους, όπως ο Ιπποκράτης και ο Γαληνός, ως όρος εμφανίζεται εδώ και δύο αιώνες με το έργο *Medical Ethics* του Thomas Percival (1803). Ως εφαρμοσμένη ηθική ξεκίνησε από θεολόγους, και ως βιοηθική πριν από σαράντα χρόνια από τον ογκολόγο Ranselaer Potter. Ο Potter έπλασε πρώτος τον όρο το 1970 σε άρθρο του με τον χαρακτηριστικό τίτλο «Βιοηθική: η επιστήμη της επιβίωσης» και τον σημασιολόγησε πληρέστερα τον επόμενο χρόνο με το βιβλίο του «Βιοηθική: Γέφυρα προς το μέλλον». Στα έργα του αυτά τονιζόταν η ανάγκη μιας ηθικής που θα ενσωμάτωνε τις υποχρεώσεις μας όχι μόνο απέναντι στα άλλα ανθρώπινα όντα αλλά στη βίωση στο σύνολό της ως μελέτης των προβλημάτων που προκύπτουν από τη βιοτεχνολογία και την ιατρική. (Τσουκαλοχωρίτου, 2012).

Η ιλιγγιώδης πρόοδος της βιοτεχνολογίας προκάλεσε τόσα ηθικά διλήμματα και προβλήματα, ώστε η βιοηθική σχεδόν αυτονομήθηκε από την εφαρμοσμένη φιλοσοφία και την πρακτική ηθική, ως «ηθική των επιστημόνων της ζωής» και αποτέλεσε ανεξάρτητο διεπιστημονικό κλάδο. «Πρόκειται ουσιαστικά για ένα διεπιστημονικό λόγο και διάλογο, για μια δραστηριότητα και πρακτική που ερευνά και συζητά τα προβλήματα και τα διλήμματα που αναφέρονται από την πρόοδο της ιατρικής επιστήμης, της βιολογίας και της γενετικής μηχανικής και τις επιπτώσεις τους γενικότερα στον άνθρωπο και την επιβίωσή του από ηθική, θρησκευτική, κοινωνική, πολιτική και νομική σκοπιά». Ενδεικτικά, μερικά από αυτά τα ηθικά προβλήματα και διλήμματα που δημιουργούν τα καινούργια τεχνο-επιστημονικά επιτεύγματα είναι: Τεχνητή γονιμοποίηση, επιλογή φύλου, υποκατάστατη μητρότητα, χρήση βλαστοκυττάρων, ευγονική, παθητική και ενεργητική ευθανασία, υποβοήθηση σε αυτοκτονία, μεταλλαγμένα τρόφιμα, κριτήρια διανεμητικής δικαιοσύνης κατά τη μεταμόσχευση οργάνων, διαχείριση γενετικών δεδομένων, θεραπευτική και προπαντός αναπαραγωγική κλωνοποίηση ανθρώπου, κ.τ.λ. (Τσουκαλοχωρίτου, 2012).

Παρά την αυτονόμησή της, η βιοηθική διατηρεί σταθερές ορισμένες αρχές της παραδοσιακής ιατρικής ηθικής και δεοντολογίας, όπως η αυτονομία, η αγαθοεργία, η εχεμύθεια, η πληροφόρηση, η συναίνεση, η δικαιοσύνη και άλλες, μερικές έγκυρες ήδη από την εποχή του

Ιπποκράτη. Τα διλήμματα όμως είναι τώρα πιο περίπλοκα απ' ό τι στην ιατρική ηθική, οι συγκρούσεις των αξιών και των δικαιωμάτων πολύ πιο βαθιές και οι κίνδυνοι κατάχρησης, αλλά και οικονομικής, πολιτικής και κοινωνικής εκμετάλλευσης των δεδομένων της βιοτεχνολογίας, πολύ πιο μεγάλοι.

Σύμφωνα με τον Gilbert Hottois, «Η βιοηθική καλύπτει ένα σύνολο ερευνών, δημόσιου λόγου και πρακτικών, γενικώς πολυεπιστημονικών και πολυφωνικών με σκοπό να φωτίσει και, αν είναι δυνατό, να λύσει ηθικά προβλήματα που προκύπτουν από την πρόοδο και την εφαρμογή των βιοϊατρικών τεχνοεπιστημών». Ορισμοί υπάρχουν πολλοί, αλλά δεν είναι εύκολο να δοθεί ένας γενικά αποδεκτός ορισμός της βιοηθικής εξαιτίας της ιδιοτυπίας της ως ακαδημαϊκού γνωστικού αντικειμένου με οικουμενική εμβέλεια αλλά και λόγω εγγενών δυσκολιών που αντιμετωπίζονται τόσο θεωρητικά όσο και συμβουλευτικά.(Τσουκαλοχωρίτου,2012).

Ακριβώς επειδή υπάρχουν μεγάλες διαφοροποιήσεις ανάμεσα στις εκδοχές της βιοηθικής, η λήψη αποφάσεων σε ηθικά ζητήματα δημόσιας εμβέλειας ανατίθεται σε Διεθνείς, Εθνικές και Τοπικές Επιτροπές Βιοηθικής που απαρτίζονται από ιατρούς, γενετιστές, φιλοσόφους, νομικούς, κοινωνιολόγους, θεολόγους, ενίοτε και από ιδιώτες-εκφραστές της κοινής γνώμης. Η φιλοσοφική πολυφωνία είναι καίρια για τη βιοηθική και οι αποφάσεις λαμβάνονται συνήθως καά πλειοψηφία. Η βιοηθική επιχειρεί να δημιουργήσει την επιστήμη της επιβίωσης που θα αναπτυχθεί από την ένωση της βιολογικής και της ηθικής γνώσης των ανθρωπιστικών επιστημών, θέτοντας το ζήτημα της κοινωνικής ευθύνης των ερευνητών, όπου ο άνθρωπος θα αντιμετωπίζεται ως αυτοσκοπός και όχι ως μέσον.(Σαλαχά,2012).

Περιγράφοντας, όμως, την ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία, εγείρονται μια σειρά από ηθικά ερωτήματα, τα οποία αφορούν: την ποιότητα της ζωής, τι είναι αυτό, το οποίο δίνει ποιότητα στη ζωή, ποια είναι τα κριτήρια για την επιλογή του οριστικού τερματισμού της ζωής κάποιου και αν τελικά είναι πραγματικά ανθρωπιστικού χαρακτήρα τα κίνητρα αυτών, οι οποίοι θα συνδράμουν σε μια τέτοια ενέργεια. Ποιά πρέπει να είναι η στάση των ιατρών; Τι είδους θεραπεία παρέχεται; Είναι ο θάνατος μια μορφή ανακούφισης από τον πόνο; Έχει το δικαίωμα ένας ασθενής να επιλέξει το θάνατο του; Η θεσμοθέτηση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας είναι γενικά αποδεκτή; Ποιά θα μπορούσαν να είναι τα πιθανά μακροπρόθεσμα αποτελέσματα μιας ευρύτερης μορφής νομικής θεσμοθέτησης υπέρ αυτής της πρακτικής;

Η εκκλησία τάσσεται κατά της ευθανασίας. Μάλιστα σε χώρες, όπως η Ολλανδία και το Βέλγιο, όπου τελικά νομοθετήθηκε η υποβοηθούμενη αυτοκτονία ήταν έντονη η διαμάχη μεταξύ θρησκευτικού και πολιτικού κόσμου. Κάθε μορφή ευθανασίας είναι καταδικαστέα κατά το λόγο των θρησκευτικών πατέρων. Το επιχείρημα, το οποίο χρησιμοποιείται είναι: ο θεός σου έδωσε τη ζωή, αυτός μόνο μπορεί και να στην αφαιρέσει.(Σαλαχά,2012).

Η Βιοηθική χρησιμοποιώντας ορθολογιστικά και κανονιστικά κριτήρια δεν καταφεύγει σε

δόγματα. Είναι θρησκευτικά ουδέτερη και προσπαθεί να χρησιμοποιεί επιχειρήματα, τα οποία θα έχουν καθολική ισχύ. Και στις περιπτώσεις του ανώδυνου θανάτου, εκεί που η εκκλησία είναι αρνητική στην όποια μορφή του, η Βιοηθική θέλει να είναι θρησκευτικά ουδέτερη. Η Βιοηθική προσπαθεί να διατηρήσει μια μέση οδό μεταξύ των επιτευγμάτων της τεχνολογίας και των δικών της κριτικών τοποθετήσεων χωρίς να οδηγηθεί σε μεταφυσικές τοποθετήσεις ή κρίσεις, οι οποίες θα στηρίζονται σε εθμικές βάσεις. Η Βιοηθική καλείται να δώσει μια αξιολογική τοποθέτηση μεταξύ των όποιων κρίσεων, οι οποίες δεν θα στηρίζονται σε μια στείρα αντιμετώπιση των δεδομένων, αλλά θα βρίσκονται μεταξύ των επιστημονικών τοποθετήσεων και των θεοκρατικών. Η Βιοηθική δεν θα πρέπει να αγνοεί ούτε τα βιοϊατρικά δεδομένα ούτε τους εκπροσώπους της εκκλησίας.(Σαλαχά,2012).

Βασικές αρχές της βιοηθικής

Οι θεμελιώδεις αρχές της βιοηθικής είναι τέσσερις: α) η αρχή του σεβασμού της αυτονομίας (respect for autonomy), β) η αρχή του ωφελείν (beneficence), γ) η αρχή του μη βλάπτειν (non maleficence), και τέλος δ) η αρχή της ισότητας της δικαιοσύνης (justice).

Η αρχή του σεβασμού της αυτονομίας αφορά το δικαίωμα του ασθενή να αποδεχτεί ή όχι την θεραπεία. Η αυτόνομη επιλογή είναι δικαίωμα και όχι υποχρεωτικό καθήκον του ασθενή. Ο ασθενής μπορεί να αρνηθεί την ενημέρωσή του από τον ιατρό μέχρι και να αποφασίσει ο ίδιος για την αγωγή του. Όλες οι αποφάσεις του όμως δεν πρέπει να υπόκεινται σε επιρροές.(Πρωτοπαπαδάκης,2003).

Ο σεβασμός της αυτονομίας εμπεριέχει κάποιους συγκεκριμένους κανόνες, οι οποίοι είναι: α) η διατύπωση της αλήθειας, β) ο σεβασμός της ατομικότητας και της ιδιαιτερότητας κάθε ατόμου, γ) η παροχή προστασίας σε εμπιστευτικές πληροφορίες, δ) η απόκτηση της συγκατάθεσης για κάθε ιατρική πράξη, και ε) όταν ζητηθεί, η παροχή βοήθειας στη λήψη σημαντικών αποφάσεων.

Η αρχή του ωφελείν αφορά την υποχρέωση του ιατρού να λειτουργεί προς όφελος του ασθενή. Τα καθήκοντα του είναι η υπεράσπιση των δικαιωμάτων του ασθενή, η πρόληψη και η θεραπεία της νόσου, η πρόληψη και η θεραπεία του ασθενή, η αποφυγή της αναπηρίας, η αποφυγή των κινδύνων και τέλος η προστασία από τη σωματική και ψυχική ταλαιπωρία.

Η αρχή του μη βλάπτειν αφορά την πρωταρχική υποχρέωση του ιατρού που είναι να μη βλάψει τον ασθενή με τις ενέργειες και τις αποφάσεις του. Το μη βλάπτειν είναι αυστηρότερη απαίτηση από το ωφελείν και αφορά την προσπάθεια της καταπολέμησης της αγυρτείας και την κατοχύρωση της εμπιστοσύνης των ασθενών.(Πρωτοπαπαδάκης,2003).

Η αρχή της ισότητας της δικαιοσύνης αφορά κυρίως δύο στρατηγικές, που σκοπό έχουν τη δίκαιη κατανομή της υγειονομικής περίθαλψης: 1) μια ωφελιμιστική προσέγγιση τονίζοντας το

μέγιστο όφελος για τους ασθενείς και την κοινωνία, και 2) την ισότιμη στρατηγική δίνοντας έμφαση στην ίση αξία των προσώπων και της δίκαιης ευκαιρίας.

Κάθε αρχή εκ πρώτης όψεως είναι δεσμευτική, πράγμα που σημαίνει ότι πρέπει να εκπληρώνεται απαραίτητα, εκτός εάν έρχεται σε αντίθεση, με μια ιδιαίτερη περίπτωση ή με μία ισχυρότερη υποχρέωση. Εάν δύο αρχές συγκρούονται μπορούν δικαιολογημένα να παρακάμψουν η μία την άλλη ως πράξη εξισορρόπησης κάτι που σημαίνει ότι τελικά καμία από τις αρχές δεν είναι απόλυτη. Για την εξισορρόπηση της παραβίασης των αρχών πρέπει να πληρούνται έξι προϋποθέσεις ώστε να γίνεται η σωστή αξιολόγηση των περιστάσεων και των αναγκών του συγκεκριμένου ασθενή:

1. Πάντα υπάρχουν οι λόγοι που προτρέπουν τον ιατρό να λειτουργεί σύμφωνα με τις βασικές αρχές και να μην τις παρακάμπτει.
2. Η παράβαση μίας από τις ηθικές αρχές πραγματοποιείται μόνο για την επίτευξη του στόχου, δηλαδή την αποκατάσταση της υγείας του ασθενή.
3. Δεν είναι ηθικά προτιμότερο η χρήση μίας εναλλακτικής διαθέσιμης αρχής.
4. Πρέπει να επιλέγεται η μικρότερη παράβαση αρχών με πρωταρχικό σκοπό την επίτευξη του αρχικού στόχου.
5. Η παράβαση πρέπει να ελαχιστοποιεί τις αρνητικές συνέπειες.
6. Όλα τα εμπλεκόμενα μέλη πρέπει να είναι αμερόληπτα. (Πρωτοπαπαδάκης, 2003).

2. Οι θέσεις της βιοηθικής σε ζητήματα ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας

2.1 Διεθνώς

Αξιοσημείωτο είναι και το γεγονός ότι η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία ως φαινόμενο, σχετίζεται με διαρκώς αυξανόμενους ρυθμούς στις λεγόμενες μεταβιομηχανικές κοινωνίες του δυτικού κόσμου ενώ πολύ πιο σπάνια στις χώρες του Τρίτου Κόσμου. Αυτή η διαφορετική αντιμετώπιση του συγκεκριμένου ζητήματος σχετίζεται με την φιλοσοφία που έχει ήδη υιοθετηθεί από κάθε κοινωνία αναφορικά με την ζωή και τον πολιτισμό. Εάν προσεγγίσουμε κάθε κοινωνία χωριστά, θα διαπιστώσουμε ότι στις μεταβιομηχανικές κοινωνίες του δυτικού κόσμου επικρατεί το πνεύμα του φιλελευθερισμού, του ευδαιμονισμού και της προβολής των ατομικών δικαιωμάτων (Γιούλτσης, 2003).

Η παραπάνω φιλοσοφία είχε ως αποτέλεσμα, μια βαθιά κρίση στην θρησκευτικότητα των μεταμοντέρνων κοινωνιών. Εκείνο όμως που χαρακτηρίζει έντονα τις μοντέρνες δυτικές κοινωνίες είναι η σοβαρή κρίση της θρησκευτικότητάς τους, η οποία εκφράζεται με την μορφή αμφιβολιών

ως προς την ύπαρξη αλλά και το ρόλο του Δημιουργού στο μυστήριο της ζωής. Η ζωή εκλογικεύτηκε με αποτέλεσμα ο άνθρωπος να νιώθει ότι κατέχει ιδιοκτησιακά δικαιώματα επί της βιολογικής του οντότητας. Εκτιμάται ότι αυτή η έλλειψη πίστης οδήγησε τον άνθρωπο στην απελπισία κατά την διάρκεια καταστάσεων έντονου πόνου και κατ'επέκταση, στην επιλογή της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας ως «λυτρωτικού μέσου».(Γιούλτσης, 2003).

Εντός αυτού του πνεύματος που χαρακτηρίζεται από μία έντονη προβολή της ατομικότητας έναντι της συλλογικότητας, η προβολή της κοινωνικής ηθικής θεωρείται αναχρονιστική παρέμβαση στις διεκδικήσεις της ατομικής βούλησης. Εντός αυτού του πλαισίου, το αγαθό της ανθρώπινης ζωής μεταφέρθηκε από τη σφαίρα της συλλογικής μέριμνας, στη σφαίρα της ατομικότητας. Ωστόσο, στις κοινωνίες αυτές ο υπέρμετρος φιλελευθερισμός δεν αρκέστηκε απλά και μόνο στην κατοχύρωση των ατομικών δικαιωμάτων αλλά συντέλεσε στην υπέρμετρη προβολή του ατόμου, με αποτέλεσμα την αποδοχή της ευθανασίας. Η αφαίρεση της ζωής εντός αυτής της κοινωνίας δεν έχει καμία θρησκευτική ηθική αλλά και κοινωνική σημασία καθώς η αξία της ανθρώπινης ζωής έχει ήδη «σχετικοποιηθεί». Γι' αυτό και η νομιμοποίηση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας κερδίζει ολοένα και μεγαλύτερο έδαφος εφαρμογής (Ευαγγέλου, 1999).

Για να γίνει ακόμα πιο αντιληπτό ποιά είναι η διεθνής διάσταση της βιοηθικής στο θέμα της ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας γίνεται αναφορά σε μια έκθεση της Ιρλανδικής επιτροπής Βιοηθικής. Σύμφωνα με την έκθεση,ορισμένες φορές,οι θεραπείες των ασθενών μπορεί να διακόπτονται, όταν θεωρείται πως η παροχή τους δεν είναι προς όφελος τους.Αν μια θεραπεία είναι ανώφελη και επαχθής για τον ασθενή,δεν πρέπει να πραγματοποιείται. Επίσης, αν στην πορεία της γίνεται επιβαρυντική για τον ασθενή και δεν τον βοηθά θεραπευτικά, τότε πρέπει να διακόπτεται.(Irish Council for Bioethics, 2008).

Επίσης, στην περίπτωση που ένας ασθενής ζητήσει υποβοηθούμενη αυτοκτονία, σθενείς έχουν κάθε δικαίωμα-βάση της αρχής της αυτονομίας-να θέσουν τέλος στη ζωή τους, αλλά και στα βάσανα και στους ανυπόφορους πόνους που τους καταδυναστεύουν. Ακόμη, έχουν το δικαίωμα,να ορίσουν τον τόπο και το χρόνο που θα λάβει χώρα η τελευταία τους επιθυμία. Αντίθετα οι διακείμενοι αρνητικά στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία,προβάλλουν την προώθηση της παρηγορητικής φροντίδας,με το επιχείρημα ότι επιτρέπει στους ασθενείς να πεθάνουν με αξιοπρέπεια και προσφέρεται στήριξη στους συγγενείς τους.

Τέλος, η έκθεση αναφέρει ότι έχει γίνει πρόταση για ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία και σε ασθενείς με χρόνιες εκφυλιστικές και νευρολογικές παθήσεις,καθώς και για αρρώστους με βαριά νοητική υστέρηση. Κάποιοι υποστηρίζουν ότι με αυτό τον τρόπο οι ασθενείς αυτοί θα βρουν διέξοδο στα προβλήματα τους,ενώ άλλοι ότι πρέπει να τους δοθεί μια ύστατη ελπίδα στη ζωή (Irish Council for Bioethics, 2008).

Στις ΗΠΑ στο ζήτημα της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, το Κέντρο Βιοηθικής του

πανεπιστημίου του Trinity, σε άρθρο κατηγορεί αυτή την πρακτική, αλλά και τους ιατρούς που την εφαρμόζουν. Αντίθετα, προβάλλει άλλες επιλογές που βοηθούν αποτελεσματικά στην καταπολέμηση του πόνου, όπως η παρηγορητική φροντίδα ή η καταστολή μέχρι την τελική απώλεια των αισθήσεων, γνωστή ως καταστολή τελικού σταδίου. Θεωρεί πως η νομιμοποίηση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας αντανάκλα την αποτυχία της ιατρικής κατάρτισης και πρακτικής και προκρίνει την ανακούφιση από τον πόνο, μόνο με την παροχή της βέλτιστης παρηγορητικής φροντίδας. (Sulmasy et al., 2017).

Το Αμερικάνικο Κολλέγιο ιατρών δεν συμφωνεί με την νομιμοποίηση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, διότι η συμμετοχή του ιατρού σε αυτές τις πρακτικές θα επηρεάσει αρνητικά τη σχέση ιατρού ασθενή και την αντίληψη της κοινωνίας ως προς την αποστολή των ιατρών. Η υποβοηθούμενη από ιατρό αυτοκτονία, κατά το Κολλέγιο δεν μπορεί να αποτελεί ούτε θεραπευτική επιλογή ούτε λύση στα διλήμματα του τέλους της ζωής. Αντιθέτως, λύση μπορεί να προσφέρει η σωστή φροντίδα, η ολιστική αντιμετώπιση των προβλημάτων, η επικοινωνία ιατρού /ασθενή και η συναισθηματική στήριξη από τον θεράποντα του ασθενή και της οικογένειας μέχρι το τέλος. Η διαδικασία του Θανάτου κατά το Κολλέγιο Ιατρών θα πρέπει να έχει περισσότερο κοινωνικό χαρακτήρα παρά ιατρικό. Αναφέρεται επίσης, σχετικά με προϋποθέσεις που τίθενται όπως αυτή του επικείμενου τέλους, ότι δεν είναι πάντα εύκολος ο χρονικός προσδιορισμός του. Επισημαίνεται χαλάρωση των κριτηρίων (ολισθηρός κατήφορος) εφόσον θεωρούνται υποψήφιοι και όσοι έχουν βαρεθεί να ζουν ή υποφέρουν ψυχικά ή νοιώθουν μοναξιά (Sulmasy et al., 2017).

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι απόψεις της Καναδικής Χριστιανικής Ιατρικής και Οδοντιατρικής Ένωσης, η οποία κατέθεσε τις απόψεις της για την υποβοηθούμενη αυτοκτονία στην Ειδική Βιοηθική Επιτροπή της Γερουσίας. Κατά αυτήν την Ένωση, ο άνθρωπος δεν είναι δημιούργημα της τύχης αλλά του Θεού, σε Αυτόν λογοδοτεί και Αυτός αρχίζει και τελειώνει τη βιολογική ζωή του χαρίζοντας όμως αθανασία στην ψυχή του. Όταν ο άνθρωπος υποφέρει χρειάζεται φροντίδα και όχι ευθανασία. Ο ασθενής που αντιμετωπίζει με θάρρος την νόσο του προσφέρει μεγάλη υπηρεσία στο κοινωνικό σύνολο και αυτό με τη σειρά του του απονέμει τα εύσημα. Στο κείμενο αυτό η εταιρία αναφέρει ότι η νομιμοποίηση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας ίσως οδηγήσει σε κατακόρυφη αύξηση των θανάτων όπως έγινε και με τις αμβλώσεις οι οποίες αρχικά νομιμοποιήθηκαν εφόσον η κύηση ήταν αποτέλεσμα βιασμού ή τίθετο εν κινδύνω η υγεία της μητέρας. Σήμερα εφαρμόζονται κατά το δοκούν και ο αριθμός τους έχει αυξηθεί κατακόρυφα. Επιπλέον η συμμετοχή του ιατρού σε πρόωρο βιολογικό τέλος του ασθενή τον κάνει φορέα θανάτου ενώ η αποστολή του είναι να μη βλάπτει (Harding and Patrick, 1995).

Σε αντίθεση με την παραπάνω εμφανώς εγωκεντρική άποψη στην οποία στηρίζεται όλη η φιλοσοφία των δυτικών κοινωνιών, οι κοινωνίες του Τρίτου Κόσμου και της Άπω Ανατολής βασίζονται στην έντονη θρησκευτικότητα, στην οντολογική και μεταφυσική διάσταση του ατόμου

και στην κοινωνική ηθική. Στις τελευταίες κοινωνίες που είναι πιο παραδοσιακές και η έντονη θρησκευτικότητα τους αποτελεί σημαντικό μέρος της πολιτισμικής τους ταυτότητας, θεωρείται αδιανόητη η υπαγωγή του αγαθού της ζωής στη σφαίρα των ατομικών δικαιωμάτων, και αυτό επειδή ένα τέτοιο καίριο ζήτημα δεν μπορεί παρά να αφορά στην συλλογική συνείδηση. Το αγαθό της ζωής αποτελεί για αυτούς τους λαούς θείο δώρο που ο Δημιουργός τους επιτρέπει να απολαμβάνουν. Γι' αυτό και οποιαδήποτε ατομική παρέμβαση στο θέμα της ζωής του ανθρώπου κρίνεται απαράδεκτη, ανήθικη και χαρακτηρίζεται «ύβρις» προς τον Δημιουργό.

Ο Ισλαμικός Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, που επικυρώθηκε από το πρώτο διεθνές συνέδριο ισλαμικής ιατρικής στο Κουβέιτ το 1981, συμπεριλαμβάνει την παρακάτω διατύπωση. «Η θανάτωση από έλεος, όπως η αυτοκτονία δεν υποστηρίζεται, εκτός εάν υιοθετεί κανείς αθεϊστικό τρόπο σκέψης, που οδηγεί στην πεποίθηση πως η ζωή μας πάνω στη γη ακολουθείται από ανυπαρξία. Το επιχείρημα πως θανατώνεται κάποιος επειδή πάσχει από επώδυνη νόσο χωρίς ελπίδα να σωθεί από αυτήν, επίσης ανασκευάζεται, γιατί δεν υπάρχει ανθρώπινος πόνος που δεν μπορεί να κατανικηθεί από φάρμακο ή από κατάλληλη νευροχειρουργική επέμβαση». (Γιούλτσης, 2003).

Κάποιοι διακεκριμένοι Ιάπωνες νομικοί και φιλόσοφοι συνηγορούν υπέρ της νομιμοποίησης της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Η Ιαπωνία θεωρείται πως είναι «το βασίλειο των αυτοκτονιών» και συσχετίζεται το γεγονός του μεγαλύτερου αριθμού αυτοκτονιών μεταξύ όλων των βουδιστικών χωρών, με την τάση να ωραιοποιείται η αυτοκτονία ή να απαλλάσσεται από την έννοια του κακού. Οι άνθρωποι όμως δεν έχουν δικαίωμα να διαχειρίζονται αυθαίρετα και εγωιστικά τις ζωές τους τις οποίες έχουν προσωρινά δανειστεί και οφείλουν να επιστρέφουν στην «ύπαρξη του όλου». Η θέση αυτή χρησιμοποιείται ως τροχοπέδη απέναντι στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Το πρόβλημα ίσως λύσει η παθητική ευθανασία, με την καλύτερη οργάνωση ιδρυμάτων για ανίατους ασθενείς που περνούν τα τελευταία στάδια της ασθένειας τους, την παύση παροχής θεραπείας σε συνδυασμό με το διάλογο και τη θρησκευτική και αισθητική φροντίδα. Πάντως, η συζήτηση επικεντρώνεται περισσότερο στο δικαίωμα να πεθαίνει κανείς «με αξιοπρέπεια» και η κάθε περίπτωση πρέπει να εξετάζεται χωριστά. (Γιούλτσης, 2003).

Συμπερασματικά, εκτιμάται ότι σύμφωνα με την γνωστή διαθρησκευτική – κοινωνιολογική προσέγγιση, παρά την αναγνώριση των ατομικών δικαιωμάτων και της αυτονομίας, παρατηρείται έντονα το φαινόμενο η ατομική ηθική να αντιτίθεται πλήρως στην κοινωνική ηθική που διαμορφώθηκε από τις θρησκευτικές δοξασίες (Γιούλτσης, 2003).

2.2 Στην Ελλάδα

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

διάσταση και τη σκοπιά της Βιοηθικής.

Είναι γεγονός ότι η υποβοηθούμενη αυτοκτονία αποτελεί αντικείμενο συζήτησης και ενδιαφέροντος στα νεότερα χρόνια εξαιτίας πολιτιστικών παραγόντων, όπως είναι η έννοια της ατομικότητας. Πιο αναλυτικά, το 19ο αιώνα η αυτοδιάθεση και η ατομικότητα αποτελούσαν την κυρίαρχη ιδεολογία, τότε όμως δεν υπήρχαν οι τεχνολογικές προϋποθέσεις για να έχουν αντίκτυπο αυτές οι δύο έννοιες στη στάση απέναντι στη ζωή και το θάνατο. Στο σύγχρονο κόσμο που σε μεγάλο βαθμό αποθηρσκαιοποιείται, η ατομικότητα λειτουργεί ως η νέα θρησκεία και συνιστά λόγο που συνηγορεί υπέρ της ευθανασίας, αλλά ταυτόχρονα αντιπαρατίθεται στις απόψεις όλων των θρησκειών.(Θερμός, 2000).

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

Επομένως, το κριτήριο «δεν θα είμαι πρόσωπο όσο δεν έχω αυτεπίγνωση» δεν βρίσκει καθολική θεμελιακή αξία στη θεολογική διάσταση του ζητήματος της ευθανασίας. Αποτελεί καθαρά αποκύημα του ορθολογισμού και του διαφωτισμού, όπου κάποιος θεωρείται πρόσωπο όταν έχει επίγνωση και βρίσκεται στη διάνοια (Θερμός, 2000).

Από νομικής πλευράς, στο ελληνικό ποινικό δίκαιο, τα άρθρα 299, 300 και 301 αφορούν στην ανθρωποκτονία με πρόθεση, στην ανθρωποκτονία κατ'απαίτηση (300) και στη συμμετοχή σε αυτοκτονία (301) και είναι ποινικά αδικήματα. Η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία δεν υπάρχει ως όρος στον ποινικό κώδικα.

Σύμφωνα με άποψη της επιστημονικής κοινότητας, η συμμετοχή σε υποβοηθούμενη αυτοκτονία δεν αποτελεί αυτοτελή παρέμβαση στη ζωή του άλλου, αλλά προσφορά βοήθειας στην ολοκλήρωση της θανάτωσης του θύματος. Σε οποιαδήποτε στιγμή άλλωστε το θύμα είναι σε θέση να σταματήσει το θάνατό του. Επομένως, στα χέρια τα δικά του και όχι στα χέρια του συμμετέχοντος βρίσκεται η ζωή ή ο θάνατος του αυτοκτονούντος.(Πανούσης, 2000).

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

υποχρέωση τρίτου να επιφέρει το θάνατο και δεν ταυτίζεται με το «φονεύειν τινά». Από την άλλη πλευρά, όμως δεν υπάρχει γενικός και απόλυτος κανόνας απαγόρευσης θανάτωσης ή συνδρομής στο θάνατο σε έκτακτες συνθήκες. Συνεπώς, αυτές οι ίδιες οι έκτακτες συνθήκες θα προσδιορίσουν την ποινική ευθύνη και θα χρωματίσουν την εγκληματολογική προσέγγιση και ερμηνεία του εν λόγω αδικήματος (Πανούσης,2000).

Μια από τις πλέον σπουδαίες, νεωτεριστικές προσπάθειες προσδιορισμού και επίλυσης του προβλήματος, με τη χάραξη ενός ξεκάθਾਰου πλαισίου που αποσκοπεί στο αδιάβλητο του ιατρικού λειτουργήματος οργάνωσε η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, η οποία στις 29-03-2010 επεξεργάστηκε το μείζον θέμα της «Συναίνεσης στη σχέση ιατρού-ασθενή» και, ύστερα και από τη σύνταξη έκθεσης από τους επιστημονικούς της συνεργάτες, κατέληξε σε σχετική Γνώμη. Στη Γνώμη αυτή η Επιτροπή εξέτασε το ζήτημα της συναίνεσης μετά από πλήρη ενημέρωση, ως βάση της σχέσης ιατρού και ασθενή στη σύγχρονη ιατρική πράξη. Έχει διαπιστωθεί πως ο χαρακτήρας των εν λόγω σχέσεων έχει αλλάξει, διότι το παλαιό «πατερναλιστικό» πρότυπο, κατά το οποίο ο ασθενής ανέθετε «εκ προοιμίου και εν λευκώ» τις αποφάσεις στο ιατρό του, χωρίς απαραίτητα να ενημερώνεται αναλυτικά για την κατάσταση της υγείας του ή τις διαθέσιμες εναλλακτικές θεραπευτικές επιλογές, καθώς και τα πλεονεκτήματα/μειονεκτήματα αυτών, τείνει να εγκαταλειφθεί και να αντικατασταθεί από ένα νέο, στο οποίο κεντρική θέση καταλαμβάνει ο σεβασμός της αυτονομίας του ασθενή. Έκφραση της αυτονομίας αυτής είναι η συναίνεση των ασθενών, ύστερα από τη διαφώτισή τους για κάθε ιατρική πράξη. (Καπρίνης, 2007).

Κατά την πορεία των εργασιών επισημάνθηκαν πάσης φύσεως προβλήματα που παρουσιάζονται στην εφαρμογή της αρχής της αυτονομίας του ασθενή στην ιατρική θεωρία και πράξη και εντοπίστηκαν οι βασικότερες, κατά την κρίση της Επιτροπής, αιτίες των προβλημάτων αυτών, με κυρίαρχη την ακριβή, ασφαλή διάγνωση της βαθύτερης θέλησης του ασθενή, ο οποίος εν προκειμένω αποκαλύπτει τη συνολική εικόνα του εαυτού του, της ίδιας της υπόστασής του. Επιπροσθέτως, στη Γνώμη αναλύονται περιπτώσεις στις οποίες ο ίδιος ο ασθενής εμφανίζει ανικανότητα προς συναίνεση και παρατίθενται οι θέσεις της Επιτροπής ως κατευθυντήριες οδηγίες για το πώς θα πρέπει να λαμβάνονται ιατρικές αποφάσεις στις περιπτώσεις αυτές, αλλά και για το ποια είναι τα όρια της συναίνεσης, όταν αυτή εκφράζεται από εκπροσώπους του ασθενή.

Συγκεκριμένα, θεωρήθηκε ότι η αρχή της συναίνεσης δεν μπορεί να νοείται ως απλή γραφειοκρατική υπόθεση, λαμβανομένου υπόψη ότι, πέρα από την κατοχύρωση του ιατρού, κύριος στόχος της συναίνεσης είναι ο σεβασμός της αυτονομίας του ασθενή Αυτό βεβαίως δεν σημαίνει πως ο ιατρός, ο οποίος έχει εποπτική εικόνα του όλου προβλήματος, μπορεί να μένει αμέτοχος στη λήψη σχετικής απόφασης. Με έντονη την επιθυμία να συμβάλει στην καλύτερη εφαρμογή της αρχής της συναίνεσης στην πράξη, με συγκεκριμένες προτάσεις και κατευθύνσεις, τόσο προς την ιατρική κοινότητα όσο και προς την Πολιτεία, η Επιτροπή εστίαστηκε στην αναγκαιότητα πλήρους

και προσήκουσας ενημέρωσης του πάσχοντος ενόψει των δεδομένων της κατάστασης υγείας του, υπογραμμίζοντας δε τη σπουδαιότητα μιας ανθρωπιστικού, φιλελεύθερου χαρακτήρα κατάρτισης όλων όσων άπτονται της παροχής επαγγελματικών υπηρεσιών υγείας και τη σημασία μιας πολύπλευρης, ουσιαστικής πληροφόρησης του ευρέος κοινού, μέσω των πλέον σύγχρονων μέσων πρόσβασης στη γνώση, μακριά από προκαταλήψεις, μηχανιστικές αντιλήψεις, εμμονές και συσκοτίσεις ενός ζητήματος που δεν αγγίζει απλώς «ευαίσθητες πτυχές», αλλά συνδέεται άρρηκτα με το μέλλον της ανθρωπότητας. (Καπρίνης, 2007).

Στο εν λόγω πεδίο ανάδειξης της ενδότερης, πυρηνικής επιθυμίας του πάσχοντος ενώπιον της υπέρτατης ευθύνης διαχείρισης της ίδιας της υπόστασής του είναι εξαιρετικά πολύτιμη η συμβολή της επιστήμης της ψυχιατρικής, η προσφυγή στην οποία μπορεί να αποσαφηνίσει ποικίλες παραμέτρους αυτού του πολυδιάστατου, επιτακτικού ζητήματος. Συνάγεται λοιπόν άμεσα ότι, προκειμένου να διακριβωθεί η ισχύς μιας δήλωσης βουλήσεως που συναρτάται με την πορεία της ίδιας της ζωής του πάσχοντος προσώπου είναι απαραίτητο να διενεργείται κάθε φορά ψυχιατρική πραγματογνωμοσύνη (Καπρίνης, 2007).

Προτιμότερο, βέβαια, είναι να γίνεται εκτίμηση της ψυχικής υγείας του ασθενή από ανεξάρτητη ιατρική ομάδα, που θα απαρτίζουν τουλάχιστον δύο κλινικοί ψυχίατροι και στην οποία δεν θα μετέχει ο θεράπων ιατρός. Δεν θα πρέπει να ενδιαφέρει η απλή διάγνωση της ψυχικής νόσου, αλλά το κατά πόσο αυτή έχει διαταράξει την κρίση του ασθενή και έχει επηρεάσει τη διατυπωμένη βούλησή του. Είναι δηλαδή αναγκαία μια συνολική εκτίμηση της συναισθηματικής και διανοητικής κατάστασής του, με τη βαρύτητα να δίνεται στην ένταση και την ποιότητα της ψυχικής νόσου, ώστε να κριθεί αν το άτομο μπορεί να διαμορφώνει και να καθορίζει τη βούλησή του πέρα από εσωτερικά δεσμά. Προς ειδικότερη, διεξοδική διερεύνηση του ψυχοδυναμικού του προφίλ κρίνεται αναγκαία η συγκρότηση ομάδας έμπειρων επιστημόνων, όπως και η διαμόρφωση μιας σειράς σχετικών τεστ, τα οποία θα βασίζονται σε συγκεκριμένα κριτήρια. (Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, 2010).

Εφόσον διακριβωθεί ότι ο ασθενής αντιλαμβάνεται τη σημασία και τις προεκτάσεις της επιθυμίας του, η δήλωσή του διατυπωνόμενη ενόψει αυστηρά προσδιορισμένων, διεξοδικά εκτεθέντων ιατρικών στοιχείων και δη συγκεκριμένης, εξατομικευμένης, προτεινόμενης (και όχι υπαινικτικά ή παρελκυστικά υποδεικνυόμενης, πόσω μάλλον επιβαλλόμενης) θεραπευτικής αντιμετώπισης, θα πρέπει να καταχωρείται εγγράφως, ως ένα ακόμη εχέγγυο ασφάλειας. Αναπόσπαστη της όλης διαδικασίας, αυτονόητη προϋπόθεση είναι να γνωστοποιείται στον πάσχοντα ότι η εν λόγω γραπτή δήλωση μπορεί να ανακαλείται απολύτως ελεύθερα, πέρα από χρονικές δεσμεύσεις, χωρίς φυσικά να απαιτείται η οποιαδήποτε εκ μέρους του εξήγηση ή αιτιολόγηση της αλλαγής στάσης, διότι πρόκειται κυριολεκτικά για απόφαση «ζωής και θανάτου». Μόνον κατ' αυτόν τρόπο μπορούν να αποκλεισθούν οι όποιες καταχρήσεις, σκοπιμότητες,

ασυδοσίες και στρεβλώσεις, που εκμηδενίζουν τελικά το «περίτρανο, αλλά και πολυπαθές» δικαίωμα αυτοπροσδιορισμού. (Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, 2010).

Συμπερασματικά, στον ελληνικό επιστημονικό χώρο δεν διαφαίνεται κάποια κυριαρχούσα τάση υπέρ ή κατά της ευθανασίας. Νομικά δεν επιτρέπεται. Από Θεολογικής άποψης δεν επιτρέπεται. Τέλος, από κοινωνικής πλευράς, δεν εμφανίζεται κάποια άποψη που να επικρατεί και η πρακτική της δεν υιοθετηθεί από την ελληνική κοινωνία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΑ ΥΠΕΡ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Η διαρκώς εντεινόμενη δυναμική της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας βρίσκει την ανθρώπινη κοινωνία αδύναμη να την αξιολογήσει και να την κατατάξει. Τα νομικά συστήματα σε όλο τον κόσμο καθιστούν εμφανή την αμηχανία του νομοθέτη, το ιατρικό προσωπικό ταλαντεύεται μεταξύ του ιατρικού καθήκοντος και της συμπόνιας προς τον ασθενή, η εκτελεστική εξουσία υπολογίζει το ενδεχόμενο κόστος της υιοθέτησης της ευθανασίας. Η ευθανασία, όμως, πρωτίστως αποτελεί ένα ηθικό πρόβλημα. Συνεπώς η αξιολόγησή της είναι έργο της Βιοηθικής. Και τούτο διότι κανένας νόμος και καμία πρακτική δε μπορούν να διατηρήσουν την ισχύ και το κύρος τους στην περίπτωση που αντιστρατεύονται τα κελεύσματα της Ηθικής. Επιπλέον, κάθε τι που η ηθική αντίληψη μιας κοινωνίας θεωρεί άξιο, αργά ή γρήγορα επικυρώνεται και νομικά (Πρωτοπαπαδάκης, 2007).

Πολλά επιχειρήματα ηθικής φύσης χρησιμοποιούν τόσο οι υπέρμαχοι όσο και οι αντιτιθέμενοι στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Ο ανυπόφορος και μη αντιμετωπίσιμος πόνος, τα ανθρωπιστικά αισθήματα του ιατρού και το καθήκον του να απαλύνει τον πόνο, η αναξιοπρέπεια και η έσχατη απελπισία του ασθενή και ακόμη το δικαίωμα αυτοδιάθεσης του ανθρώπου συγκαταλέγονται στα επιχειρήματα που επικαλούνται οι υπέρμαχοι της διαδικασίας. Από την άλλη όμως, προβάλλονται η ιερότητα της ζωής, η πιθανότητα λάθους διάγνωσης, η ελπίδα στην πρόοδο της ιατρικής, η δυσχέρεια του ασθενή να πάρει σωστές αποφάσεις σε τέτοιες ψυχικά επιβαρυντικές καταστάσεις, αλλά και η σημαντική δυνατότητα ανακούφισης του πάσχοντος με τα κατάλληλα υποστηρικτικά μέσα και τέλος η διολίσθηση σε επικίνδυνους κατήφορους. Το πρόβλημα της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας έχει πολλές πλευρές και τοποθετήσεις, θετικές ή αρνητικές, και όλες έχουν και τον αντίλογό τους.

1. Επιχειρήματα υπέρ της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας

Το ωφελμιστικό επιχείρημα

Μια σημαντικότερη κατηγορία ηθικών και νομικών επιχειρημάτων υπέρ της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας είναι αυτά που διέπονται από την ωφελμιστική τους θεμελίωση. Ο Ωφελμισμός των Jeremy Bentham και John Stuart Mill αποτελούν τελειοκρατική, συνεπειοκρατική θεωρία που αξιολογεί την πράξη από τα αποτελέσματά της, δηλαδή από τις ευχάριστες ή δυσάρεστες συνέπειές της για το άτομο και το σύνολο το οποίο θεωρείται άθροισμα ατόμων.

Κίνητρο της ανθρώπινης πράξης είναι εδώ η ηδονή και κριτήριο ηθικής αξιολόγησης η ωφέλεια που προκύπτει από την πράξη.

Στο πλαίσιο του τρόπου σκέψης που διέπει τις δυτικές κοινωνίες, ο ηθικός κώδικας του ανθρώπου διαμορφώνεται όλο και περισσότερο με βάση τη λειτουργικότητα μιας πράξης και τη χρησιμότητά της για το κοινωνικό σύνολο. Η ηθική δικαιολόγηση της επιθανάτιας διαδικασίας ελέγχεται από την ωφέλεια που η διενέργειά της προσφέρει, τόσο στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, όσο και στον ίδιο τον ασθενή.(Σαλαχά,2012).

Σύμφωνα με τη θεωρία της ωφελιμότητας είναι ηθικό ό,τι είναι ωφέλιμο. Σε ορισμένες περιπτώσεις η ζωή δεν είναι ωφέλιμη. Είναι ανώφελος πόνος η διαδικασία του θανάτου και είναι ανήθικο να μη βοηθούμε κάποιον να τη συντομεύσει. Είναι γεγονός πως η ασθένεια, ιδιαίτερα, όταν είναι ανίατη και ο θάνατος αργός αποτελεί μεγάλο βάρος, όχι μόνο για τον ίδιο τον ασθενή αλλά και για το περιβάλλον του. Ο πόνος, η απόγνωση, η βεβαιότητα του μαρτυρικού και οδυνηρού θανάτου του αγαπημένου τους προσώπου συχνά επιβαρύνουν, σε σημαντικό βαθμό, τους οικείους του ατόμου που νοσηλεύεται. Οι συγγενείς επιφορτίζονται με τη φροντίδα του αρρώστου, αφιερώνοντας σημαντικό κομμάτι του χρόνου τους, αναστέλλοντας ή ματαιώνοντας κάθε δική τους δραστηριότητα. Πολλές φορές ενδέχεται ο θάνατος του ασθενή να τους ανακουφίζει περισσότερο από ότι τον ίδιο, μολονότι η ανακούφιση αυτή είναι υποσυνείδητη και ανομολόγητη. Όταν λοιπόν, από τη μια πλευρά έχουμε τη φθορά και την καταδυνάστευση τόσων ανθρώπων και από την άλλη τη διατήρηση στη ζωή ενός ασθενή που επιβιώνει χάρη στα παρεχόμενα ιατρικά μέσα και που χωρίς τη συνδρομή τους θα ήταν ήδη νεκρός, η υποβοηθούμενη αυτοκτονία, κατά τους υποστηρικτές του ωφελιμιστικού επιχειρήματος, μπορεί να δικαιολογηθεί ηθικά όχι μόνο ως πρακτική αλλά και ως επιλογή του ίδιου του πάσχοντος.(Σαλαχά,2012).

Η παθιασμένη προσκόλληση στη ζωή, όταν αυτή πλέον χάνεται και μάλιστα επώδυνα, όταν κάθε ελπίδα έχει στερέψει, δεν είναι τίποτε άλλο παρά εγωισμός και δειλία. Το ενδιαφέρον για τους οικείους και η αξιοπρέπεια επιβάλλουν στον πάσχοντα την αυτόβουλη και θαρραλέα πράξη της απόφασης. Μόνο στην περίπτωση που ο ασθενής δεν έχει τη δυνατότητα να εκφράσει τη θέλησή του το βάρος της απόφασης πέφτει στους συγγενείς. Θα ήταν ηθικά ανεπιθύμητο, ισχυρίζονται οι υπέρμαχοι του ωφελιμισμού να έχουμε έναν ηθικό κανόνα που θα απαιτούσε από τους ανθρώπους να διατηρούν τους άλλους ζωντανούς για όσο το δυνατόν περισσότερο χρόνο ή ακόμα έναν κανόνα που θα απαιτούσε από τους ιατρούς να παρέχουν θεραπεία παράτασης της ζωής (life prolonging treatment, LPT) σε όλους όσους θα μπορούσαν να διατηρηθούν ζωντανοί. Ωφελιμιστικά και πάλι σκεπτόμενοι μπορούμε να υποθέσουμε ότι ο ανιάτως πάσχων που βρίσκεται σε τελικό στάδιο ασθένειας και υποφέρει από ακατάσχετους πόνους, επιλέγοντας την υποβοηθούμενη αυτοκτονία θα μπορούσε να ωφελήσει όχι μόνο τον εαυτό του, αλλά και κάποιους ασθενείς που χρήζουν μεταμόσχευσης κάποιου οργάνου που θα μπορούσε να προσφέρει ο ευθανατούμενος. Η διατήρηση,

όμως, στη ζωή ενός ανθρώπου που δεν έχει ελπίδες ίαση δεν έχει συναισθηματικό κόστος μόνο στο περιβάλλον του, δημιουργεί, επιπλέον, βαρύτατες κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες. Τα τελευταία χρόνια οι τεχνικές διατήρησης στη ζωή ενός βαρέως πάσχοντος έχουν παρουσιάσει αλματώδη πρόοδο. Έτσι, μπορούν πλέον να διατηρηθούν στη ζωή για χρόνια, ασθενείς που πάσχουν από ανίατες και επώδυνες ασθένειες, οι οποίοι με την κατάλληλη καταστολή μπορούν για μεγάλα χρονικά διαστήματα να παραμείνουν ζωντανοί ή σε μια κατάσταση που μοιάζει με τη ζωή, αφού πολύ σπάνια ανακτούν τις αισθήσεις τους και μπορούν να λειτουργήσουν όπως πριν. Σε περίοδο, όμως, κατά την οποία τα συστήματα υγείας παγκοσμίως αντιμετωπίζουν έλλειψη πόρων αλλά και ανθρώπινου δυναμικού, αποτελεί ηθικό σφάλμα, σύμφωνα με τους υποστηρικτές του εν λόγω επιχειρήματος, να διοχετεύονται προσπάθειες αλλά και τεχνικά μέσα στη νοσηλεία πασχόντων οι οποίοι αφενός δεν έχουν ελπίδα αποκατάστασης της υγείας τους, αφετέρου ίσως δεν επιθυμούν τη φροντίδα που τους παρέχεται και το μόνο που ζητούν είναι ο θάνατος. Οι ιατρικές δυνατότητες που εξαντλούνται στη χαμένη αυτή υπόθεση, ενάντια μάλιστα συχνά στη θέληση του άμεσα ενδιαφερόμενου, θα μπορούσαν να διοχετευθούν στην ανακούφιση περιπτώσεων περισσότερο ελπιδοφόρων (Henk, 2003).

Είναι δεδομένο πως ένας άνθρωπος που πεθαίνει βρίσκεται σε τόσο ψυχοφθόρο και επώδυνη – σωματικά και συναισθηματικά διαδικασία, ώστε τουλάχιστον οφείλουμε να του προσφέρουμε την καλύτερη δυνατή φροντίδα. Το ερώτημα όμως είναι έως πού πρέπει να προεκτείνεται η φροντίδα αυτή. Έχουμε, παραδείγματος χάριν, το δικαίωμα να διατηρούμε στη ζωή έναν ασθενή με τεχνητά μέσα, ενώ είναι βέβαιο πως δεν θα αποφύγει τον θάνατο ως αποτέλεσμα της πάθησής του και ενώ γνωρίζουμε πως τα κονδύλια που αυτός απορροφά αφαιρούνται από την έρευνα και την καταπολέμηση ασθενειών οι οποίες αποτελούν μάστιγες για την ανθρωπότητα; Είναι επίσης σωστό να αναλώνονται τόσες προσπάθειες και χρήματα για την παράταση μιας χαμένης υπόθεσης, όταν οι προσπάθειες και τα χρήματα αυτά πιθανότατα αφαιρούνται από ένα παιδί του τρίτου κόσμου ή από κάποιον έφηβο, ο οποίος με καλύτερη φροντίδα και περίθαλψη θα μπορούσε να ξεπεράσει τον οποιονδήποτε κίνδυνο υγείας και να γλιτώσει τη ζωή του; Για τους παραπάνω λόγους, οι περισσότεροι ωφελιμιστές θεωρούν ότι «η νομιμοποίηση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας θα επέτρεπε τη μεταφορά ιατρικών πόρων από αυτούς που θέλουν να πεθάνουν σε εκείνους που θέλουν να ζήσουν». Αυτό σημαίνει ότι τα χρήματα που θα εξοικονομούσαμε, αν επιτρέπαμε σε όσους επέλεγαν την ευθανασία να τερματίσουν τη ζωή τους, θα διοχετεύονταν στην υγειονομική περίθαλψη και στην προστασία άλλων περισσότερο άξιων προσοχής και πιο ευοίωνων περιπτώσεων. (Henk, 2003).

Κάποιες άλλες φορές το ερώτημα δεν τίθεται στην παραπάνω ευρεία κοινωνική του βάση, αλλά σε στενότερη. Ο πατέρας, για παράδειγμα, ο οποίος με βεβαιότητα γνωρίζει πως θα πεθάνει από την ασθένεια που τον βασανίζει, έχει το ηθικό δικαίωμα να επιδιώξει την όσο δυνατόν

μακρόχρονη διατήρησή του στη ζωή με κόστος την οικονομική αφάιμαξη της οικογένειάς του; Όταν ξέρει πως με την επιλογή του αυτή θα στερήσει από τα παιδιά του τη δυνατότητα της αξιοπρεπούς διαβίωσης και θα τους αφαιρέσει την προοπτική για μόρφωση, δικαιώνεται ηθικά να παρατείνει όσο περισσότερο μπορεί τη χωρίς προοπτικές ζωή του; (Τσουκαλοχωρίτου, 2012).

Κατά τους υπέρμαχους του ωφελιμιστικού επιχειρήματος, μερικές φορές είναι επιβεβλημένη η μη διατήρηση στη ζωή ασθενών για τους οποίους υπάρχει η βεβαιότητα πως η κατάστασή τους δεν είναι αναστρέψιμη. Το ίδιο ισχυρίζονται και για ασθενείς, για τους οποίους είναι βέβαιο πως δεν θα προκύψει κάποιο σημαντικό όφελος από την παράταση της ζωής τους, το οποίο να αντισταθμίζει την επιβάρυνση των ιδίων αλλά και του κοινωνικού συνόλου (Τσουκαλοχωρίτου, 2012).

Η αξιοπρέπεια του ανθρώπου

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

Πολλοί θεωρούν ότι η αξιοπρέπεια της ανθρώπινης ύπαρξης αποτελεί υψηλότερη αξία από την ίδια τη ζωή, αφού η ζωή ως δώρημα δεν μπορεί να έχει ηθική αξία. Αντίθετα, η αξιοπρέπεια, επειδή είναι ανθρώπινο επίτευγμα επιδέχεται ηθική αξιολόγηση. Έτσι το δικαίωμα στον θάνατο θεμελιώνεται στην υπεράσπιση ενός υψηλότερου αγαθού από τη ζωή, όπως είναι η αξιοπρέπεια. Υπό το πρίσμα αυτό, η επιλογή της επίσπευσης του θανάτου γίνεται ηθικό γεγονός υψηλής αξίας, ενώ ο ίδιος ο θάνατος ως φυσικό γεγονός δεν υπόκειται σε ηθική αξιολόγηση. (Τσουκαλοχωρίτου, 2012).

Σύμφωνα με τους υπέρμαχους της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, η ιδιότητα της ζωής, αν και χρονικά και λογικά πρότερη οποιασδήποτε άλλης, δεν αποτελεί πάντοτε το βάθρο επί του οποίου μπορεί να υψωθεί η ανθρώπινη αξιοπρέπεια. Αντίθετα, πολλές φορές, είναι το ανυπέρβλητο εμπόδιο που στερεί από τον άνθρωπο το υψηλό αυτό αγαθό. Η αξιοπρέπεια είναι έννοια περίπλοκη, δεδομένου ότι αποτελείται και συντίθεται από πολλές διαφορετικές μεταξύ τους ιδιότητες. Στο εξεταζόμενο ζήτημα, για να καθορίσουμε τα συστατικά της αξιοπρέπειας θα πρέπει να ανατρέξουμε στον άνθρωπο που θα κριθεί αξιοπρεπής ή όχι, στον άνθρωπο που θα εφαρμοστεί υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Αυτός είναι ο ασθενής που βρίσκεται σε τελικό στάδιο ανίατης ασθένειας, αντιμέτωπος με τη βεβαιότητα του θανάτου, ενός θανάτου επώδυνου και συχνά όχι τόσο σύντομου. Είναι περιστοιχισμένος από μηχανήματα υποστηρικτικά της ζωής, έντονα εξαντλημένος και ανήμπορος να καθορίσει τις κινήσεις του, ή ακόμη και να συμμετάσχει στις αποφάσεις που έχουν να κάνουν με

τη ζωή του. Αυτό που σίγουρα χρειάζεται αυτός ο άνθρωπος είναι ο μόνιμος ή έστω και περιστασιακός έλεγχος του σώματός του. Είναι αδύνατο κάποιος ο οποίος δεν ελέγχει τις σωματικές του λειτουργίες και έχει επίγνωση του γεγονότος αυτού να νιώθει αξιοπρεπής, όσο φυσικό και αν θεωρείται στην κατάστασή του να έχει χάσει τον έλεγχο του σώματός του. (Πρωτοπαπαδάκης, 2003).

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

Επιπλέον, η αδυναμία επαφής με το περιβάλλον, η έλλειψη συνειδητότητας, εκμηδενίζει την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και είναι κάτι που ο ασθενής πολλές φορές φοβάται περισσότερο από τον πόνο ή τον θάνατο. Αυτό άλλωστε καταδεικνύει η ευρύτατη χρήση των «διαθηκών εν ζωή», το άγχος δηλαδή που διακατέχει τον ασθενή σε σχέση με το πώς η μοίρα ή οι συνάνθρωποί του θα συμπεριφερθούν στο σώμα του, όταν ο ίδιος δεν θα μπορεί πλέον να έχει συνείδηση του περιβάλλοντος. Η πιθανότητα, εξαιτίας της πάθησής του να χάσει τη δυνατότητά του να επικοινωνεί με το περιβάλλον, τον κάνουν να νιώθει ότι μειώνεται και προσβάλλεται η έλλογη φύση του. Κανείς δεν θα ήθελε, εξάλλου, να μετατραπεί το άβουλο σώμα του σε λυπηρό θέαμα για τους συγγενείς και σε πεδίο ιατρικών πράξεων για τους επιστήμονες. (Πρωτοπαπαδάκης, 2003).

Πολλές φορές, λοιπόν, οι άνθρωποι που βρίσκονται στην κατάσταση αυτή, ζητούν να τερματίσουν τη ζωή τους, όχι επειδή δεν μπορούν να αντέξουν τον οξύ πόνο, αλλά από τον φόβο της κωματώδους κατάστασης στην οποία είναι ενδεχόμενο να περιέλθουν κάποια στιγμή. Ο φόβος και η αγωνία που νιώθουν πολλοί ασθενείς μπροστά στην προοπτική των χρόνιων ασθενειών που αναπόφευκτα καταβάλλουν τους πάσχοντες και τους οδηγούν στον θάνατο, έχουν τις ρίζες τους, τουλάχιστον εν μέρει, στον φόβο ότι η ιατρική τεχνολογία θα παρατείνει το μαρτύριό τους και ότι

θα έχουν ελάχιστο έως καθόλου έλεγχο στην εφαρμογή της. Στο πλαίσιο αυτό, η επανειλημμένη και σταθερή απόρριψη από πλευράς των εκπροσώπων του ιατρικού επαγγέλματος οποιασδήποτε συμμετοχής των ιατρών στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία αρχίζει να φαίνεται ιδιοτελής. Η επαγγελματική τους ευσυνειδησία μοιάζει να είναι τυφλή και να κωφεύει στις εκφραζόμενες ανάγκες των ασθενών. Για τους πάσχοντες όμως το να πεθάνουν με αξιοπρέπεια γίνεται πιο σημαντικό από την παράταση της ζωής. Η άκαμπτη άποψη ότι οι ιατροί δεν πρέπει ποτέ να βοηθούν στην αυτοκτονία, αρνείται να λάβει υπόψη την πολυπλοκότητα των προσωπικών νοημάτων που μπορεί να έχει η ζωή και υπερασπίζεται με μονόπλευρη προσήλωση τη διατήρηση της ζωής με κάθε κόστος. (Πρωτοπαπαδάκης, 2003).

Άλλος κρίσιμος παράγοντας που καθορίζει το κατά πόσο η ύπαρξη ενός ανθρώπου χαρακτηρίζεται από αξιοπρέπεια ή όχι, είναι το αν ο άνθρωπος μπορεί να έχει μέσα του ελπίδα. Η αξιοπρέπεια μέσα στην απελπισία μπορεί να διαφυλαχθεί μόνο από ισχυρές φύσεις. Έτσι, άνθρωποι που χάνουν την ελπίδα τους αλλά θέλουν να παραμείνουν αξιοπρεπείς, συχνά επιλέγουν να μην παραμείνουν στη ζωή. Σημαντικό ρόλο σε αυτή τους την απόφαση παίζει και η υστεροφημία τους, η εικόνα που αφήνουν ως ανάμνησή τους στους συγγενείς και τα αγαπημένα τους πρόσωπα.

Ορισμένοι άνθρωποι για λόγους αξιοπρέπειας θα προτιμούσαν να πεθάνουν παρά να αλλοιωθεί τελείως η προσωπικότητά τους μέσα από τη φθορά στον χρόνο που προκαλούν οι σοβαρές ασθένειες, η αναπηρία και ο πόνος. Συνεπώς, στο ζήτημα του εκούσιου θανάτου, οφείλουμε να αναγνωρίσουμε την επιθυμία ενός ανθρώπου που θέλει να διατηρήσει μια συγκεκριμένη ταυτότητα, συγκεκριμένα «πιστεύω» και αρχές. Για λόγους αξιοπρέπειας, για λόγους συνειδητής διατήρησης μιας ιδιαίτερης ταυτότητας, είμαστε υποχρεωμένοι, διατείνονται οι θιασώτες της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, όχι μόνο να σεβαστούμε αλλά και να δεχτούμε την επιλογή ενός ασθενή τελικού σταδίου που πάσχει από αφόρητους πόνους να τερματίσει τη ζωή του ως μια ηθικά αποδεκτή επιλογή, δίνοντας βάση όχι τόσο στο περιεχόμενο της ζωής που ζει κανείς, αλλά στην αναγνώριση από τον ίδιο τον δρώντα της αξίας της. Η αναγνώριση της αξίας της ανθρώπινης ζωής καθαυτήν δεν υποδηλώνει, όπως συχνά υποστηρίζεται, ότι κάποιος έχει πάντοτε την υποχρέωση να ζει, αλλά προϋποθέτει την αντιμετώπιση της ζωής με τον απαιτούμενο σεβασμό που μπορεί να συνεπάγεται και την επιθυμία τερματισμού της. Έτσι, ο μόνος λόγος που θα δικαιολογούσε ηθικά τον εκούσιο τερματισμό της ζωής είναι η αδυναμία διατήρησης της αξιοπρέπειας. (Πρωτοπαπαδάκης, 2003).

Πολλοί άνθρωποι επιλέγουν την υποβοηθούμενη αυτοκτονία θεωρώντας ότι αποτελεί μια αξιοπρεπή έξοδο από τη ζωή, όταν όλες οι άλλες έχουν σφραγιστεί. Κανένας άνθρωπος δεν είναι υποχρεωμένος να ανέχεται πράγματα που τον υποβιβάζουν και τον προσβάλλουν. Ένα από αυτά είναι το περιβάλλον. Ένα τρίτο και σπουδαιότερο είναι ο φόβος του μήπως γίνει πειραματόζωο στα χέρια της επιστήμης. Αυτό που περισσότερο φοβούνται οι ασθενείς είναι μήπως χάσουν τον έλεγχο και την αξιοπρέπειά τους και υποχρεωθούν να συνεχίσουν να ζουν ανάπηροι και υποφέροντας

άσκοπα. Αυτή η απώλεια της δυνατότητας ελέγχου που φοβούνται οι πάσχοντες συνδέεται στενά με την απουσία στενής σχέσης ασθενή-ιατρού και την αντίληψη ότι δεν τους φροντίζουν συμπονετικοί ιατροί που θέτουν ως πρώτη προτεραιότητα το τι συμφέρει περισσότερο τους ασθενείς. Ο τεράστιος αντίκτυπος που είχε στο αναγνωστικό κοινό το βιβλίο του Derek Humphry *Final Exit*, το οποίο έχει πουλήσει περισσότερα από 700.000 αντίτυπα μέχρι σήμερα, αντικατοπτρίζει τη μαζική αποτυχία από πλευράς των Αμερικανών εκπροσώπων της ιατρικής να αναπτύξουν μια πρακτική ανθρωπιστικής φροντίδας στα πλαίσια της πολιτικής για τους ετοιμοθάνατους ασθενείς. Όπως έχουν παρατηρήσει ο Matthew Conolly και άλλοι:

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

Αυτό που θίγει με τον πιο βάνανσο τρόπο την αξιοπρέπεια ενός ανθρώπου, είναι η επίγνωση της αδυναμίας του να πραγματοποιήσει τη θέλησή του σε ότι έχει να κάνει με την ίδια του τη ζωή. Ίσως δεν μπορούμε να φανταστούμε πόσο αναξιοπρεπής αισθάνεται ο ασθενής όταν απεγνωσμένα αποζητά τον θάνατο, έναν θάνατο που αν μπορούσε θα τον προσέφερε ο ίδιος στον εαυτό του. Αντί αυτού όμως του προσφέρεται, χωρίς τη θέλησή του, μια ζωή γεμάτη πόνο και εξαθλίωση. Εδώ τίθεται ο ηθικός προβληματισμός: Πρέπει ο άνθρωπος όταν απογυμνώνεται από τις δυνάμεις του να στερείται τη δυνατότητα αυτοκαθορισμού του; Όταν ο ασθενής απαιτήσει να δοθεί τέλος στη ζωή του, οφείλουμε να του προσφέρουμε αυτό που ζητά για να κρατήσουμε ανέπαφη την αξιοπρέπειά του και το δικαίωμά του να αυτοκαθορίζεται. Χωρίς δυνατότητα επιλογής δεν υπάρχει αξιοπρέπεια. Ο άνθρωπος σε οποιαδήποτε σωματική κατάσταση και αν βρίσκεται έχει το δικαίωμα να ελέγχει τη μοίρα του. Ιδιαίτερα η απόφαση για ζωή ή θάνατο αποτελεί την κρισιμότερη υπαρξιακά απόφαση του ανθρώπου. (Πρωτοπαπαδάκης, 2003).

Κάθε άνθρωπος έχει δικαίωμα να επιλέγει, σύμφωνα πάντα με τους υπέρμαχους της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, τα πράγματα που θα του συμβούν, το αν θα πονά ή όχι, το πώς θα συμπεριφερθούν στο αδύναμο σώμα του, ακόμα και αν θέλει να συνεχίσει να κατοικεί μέσα σε αυτό. Είναι παράλογο, λένε, να εκπληρώνουμε κάθε άλλη επιθυμία ενός ασθενή σε τελικό στάδιο, ακόμη και την πιο παράλογη, πιστεύοντας πως μπορεί να είναι η τελευταία και να κωφεύουμε μπροστά στη σταθμισμένη και ρητά εκπεφρασμένη επιθυμία του να πεθάνει. Μια τέτοια συμπεριφορά αποτελεί ευθεία και οξεία προσβολή της προσωπικότητάς του και ο άνθρωπος αυτός δεν μπορεί βέβαια να νιώθει αξιοπρεπής, όταν η ύπαρξή του έχει πλήρως απαξιωθεί. Ωστόσο, πολλές φορές ισχυρίζονται ότι δεν είναι ο πόνος και η αμεσότητα του θανάτου που δημιουργούν στον ασθενή την επιθυμία να πεθάνει, αλλά αντίθετα ο τρόπος που καλείται να ζήσει. Οι πάσχοντες, για παράδειγμα, που δεν βρίσκονται σε τελικό στάδιο αλλά αντιθέτως το προσδόκιμο επιβίωσής τους είναι μεγάλο, είναι όμως καθηλωμένοι ίσως και για πάντα στο νοσοκομειακό

κρεβάτι δεν βρίσκουν κανένα νόημα να συνεχίσουν να ζουν αφού αισθάνονται πλήρως απαξιωμένοι. Η χρήση του αναπνευστήρα και άλλων υποστηρικτικών μέσων εξασφαλίζουν μεν την επιβίωση ενός ασθενή, αλλά η μόνιμη εξάρτηση από αυτά και η ενδεχόμενη αδυναμία επικοινωνίας με τους άλλους, του στερεί κάθε αξιοπρέπεια και καθιστά τη ζωή του ανάξια να βιωθεί. (Πρωτοπαπαδάκης, 2003).

Πολλές φορές πάλι ο άνθρωπος αντιμετωπίζει τον θάνατο σαν επίλογο, ο οποίος δεν μπορεί παρά να ολοκληρώσει αρμονικά μια ζωή πλήρως εναρμονισμένος με τις ιδέες και τις αξίες που τη χαρακτήριζαν. Έτσι, εκείνος που έζησε τη ζωή του έντονα και δυναμικά με γνώμονα τις αρχές της αυτοδιάθεσης, του σεβασμού προς τους άλλους, την αποφυγή του οίκτου τους, νιώθει ιδιαίτερα παράταιρο τον επίλογο της ζωής του όταν αυτός γράφεται σε ένα ιατρικό κρεβάτι, σε καθεστώς πλήρους εξάρτησης και αδυναμίας. Επιζητά το τέλος του, για να εξασφαλίσει την αρμονία ανάμεσα στην μέχρι τότε ζωή του και στον τρόπο του θανάτου του. Πιστεύει πως ένας σύντομος θάνατος κατά τον τρόπο που τον επιθυμεί, προωθεί και προάγει την αξιοπρέπειά του, αποδεικνύοντας έμπρακτα τον σεβασμό του για την ίδια τη ζωή. Σύμφωνα με τους παραπάνω λόγους, κατά τους υποστηρικτές του εν λόγω επιχειρήματος, ο άνθρωπος δικαιούται να ζητήσει να πεθάνει για λόγους προσωπικής αξιοπρέπειας, ακόμη και όταν η απαίτησή του αυτή δεν φαίνεται να βασίζεται απόλυτα στην ιατρική του κατάσταση. Υπάρχουν όμως και καταστάσεις που αντικειμενικά προσβάλλουν την αξιοπρέπεια του ανθρώπου και τον υποβιβάζουν σε ένα κατώτερο επίπεδο ύπαρξης, όπως αυτές που η ιατρική επιστήμη χαρακτηρίζει «φυτικές». Αυτό συμβαίνει όταν έχει χάσει αυτό που τον ξεχωρίζει από άλλες μορφές ζωής, δηλαδή τη συνειδητότητά του. Στην κατάσταση αυτή δεν συνιστά πλέον πρόσωπο, διότι αυτό που τον διαφοροποιεί από τα άλλα όντα έχει πια εξαφανιστεί. (Τσουκαλοχωρίτου, 2012).

Σύμφωνα με την άποψη του Peter Singer, ο πυρήνας της έννοιας «πρόσωπο» δίνεται κυρίως από τα χαρακτηριστικά της λογικότητας και της αυτοσυνειδησίας. Η διατήρηση του ασθενή σε μια κατάσταση μη συνειδητότητας, είναι ιδιαίτερα μειωτική για την αξιοπρέπειά του, έστω και αν ο ίδιος δεν έχει επίγνωση του γεγονότος αυτού (Singer, 1986).

Η αρχή της αυτονομίας του ατόμου-το δικαίωμα στον θάνατο

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

μέσω του πρακτικού λόγου να γνωρίσει τις βασικές ηθικές αρχές που μπορούν να ισχύουν για όλους.(Kant,1984).

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

«Αυτόνομος» είναι ο δυνάμενος «εαυτόν νέμειν» όπως εκείνος θέλει, τουλάχιστον σε ζητήματα που έχουν άμεσο αντίκτυπο και αφορούν στην ύπαρξή του, ζητήματα που καθορίζουν εάν ο άνθρωπος λειτουργεί ως πρόσωπο ή ως προσωπείο. Κατά τον Kant, η αυτονομία αποτελεί το «θεμέλιο της ηθικότητας», ενώ η ετερονομία χαρακτηρίζεται ως «πηγή κίβληλων ηθικών αξιωμάτων». Η έννοια της ελευθερίας είναι καθοριστική για την εννοιολογική προσέγγιση της αυτονομίας της θέλησης. Μόνο ο άνθρωπος μπορεί να αυτονομηθεί από το φυσικό γίγνεσθαι και να διαφοροποιηθεί με τον τρόπο αυτόν από τα υπόλοιπα έμβια όντα που υπακούουν τυφλά στους φυσικούς νόμους και την αιτιότητα. Τα ζώα ωθούμενα από το ένστικτο θα ενεργήσουν όπως τα προστάζει η ανάγκη, ο άνθρωπος, όμως, μπορεί να ξεπεράσει τις δεσμεύσεις που η φύση επιβάλλει στα υπόλοιπα έμβια όντα και να πράττει αντίθετα προς τους νόμους της φύσης, ως αποτέλεσμα της αυτόνομης βούλησής του. Έτσι μπορεί να κάνει πολέμους ή να θυσιάζει τον εαυτό του για έναν σκοπό, απλά επειδή το επιθυμεί, γνωρίζοντας συγχρόνως ότι αυτό είναι επιβλαβές για αυτόν. Και η ηθικότητα, όμως, είναι αποκλειστικά ανθρώπινη ιδιότητα. Μόνο ο άνθρωπος ενεργώντας με γνώμονα την ελεύθερή του βούληση μπορεί να ενεργήσει ηθικά επιλήψιμα ή κατά τρόπο αποδεκτό.(Kant,1984).

Οι υποστηρικτές αυτής της άποψης επικαλούνται ως θεμέλιο των επιχειρημάτων τους την αυτονομία του ατόμου, την «ελευθερία» δράσης του. Προβάλλουν ως επιχειρήματα ότι ένας άνθρωπος επιβάλλεται να αφήνεται ελεύθερος να πραγματοποιεί τις επιθυμίες που εκφράζουν τη φύση του, με το σκεπτικό ότι μόνο αυτός γνωρίζει την ύπαρξή του και νοσηματοδοτεί την έννοια της ευημερίας του. Το συγκεκριμένο άτομο συνεπάγεται ότι, όχι μόνο έχει μια επιθυμία, που στην προκειμένη περίπτωση είναι ο τερματισμός της ζωής του, αλλά είναι συνάμα προικισμένο με την αναγκαία ικανότητα στοχασμού, κριτικής σκέψης, έχει αυτογνωσία και αυτοέλεγχο, ώστε να διακρίνει τις επιθυμίες τις ταιριαστές στην «ατομικότητά» του. Ο ασθενής, ο οποίος ζητά να τερματίσει τη ζωή του με τη βοήθεια του ιατρού, σύμφωνα με τους υπέρμαχους του εν λόγω επιχειρήματος, αναλαμβάνει κάθε ευθύνη και υφίσταται τις συνέπειες του αιτήματός του και κανείς δεν έχει την εξουσία να τον παρεμποδίσει, καθώς κρίνεται ότι η επιλογή του είναι ελεύθερη και δεν βλάπτει τους συνανθρώπους του.(Kant,1984).

Τα άτομα θεωρούνται ότι έχουν την ελευθερία να επιδιώκουν οποιονδήποτε στόχο επιθυμούν υπό τον όρο ότι δεν παρεμβαίνουν στους σκοπούς των άλλων. Στην ιατρική ηθική αυτό

έχει συνοψιστεί ως η έννοια της «αυτονομίας». Οι Beauchamp και Childress, διακρίνουν μεταξύ του «είμαι αυτόνομος» και του «με σέβονται ως αυτόνομο δρων υποκείμενο», εξηγώντας ότι «το να σέβεται ένα αυτόνομο δρων υποκείμενο σημαίνει... να αναγνωρίζεις το δικαίωμα του προσώπου αυτού να έχει απόψεις, να κάνει επιλογές και να προβαίνει σε πράξεις βασιζόμενος σε προσωπικές αξίες και πεποιθήσεις». Αυτή η ιδέα του σεβασμού του δικαιώματος που έχει ένα πρόσωπο να λαμβάνει αποφάσεις για την ιατρική φροντίδα που βασίζονται στο σύστημα αξιών του, έχει γίνει ο κεντρικός μοχλός της σύγχρονης βιοηθικής και για πολλούς επαγγελματίες της ιατρικής φροντίδας η έννοια του σεβασμού της αυτονομίας ή αυτοδιάθεσης, έχει καταστεί η αρχή που υπερέχει όλων των άλλων αρχών.(Beauchamp and Childress,1994).

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

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

Η ζωή δεν έχει πάντοτε ενδογενή αξία. Υπάρχουν συνθήκες στις οποίες οι άνθρωποι δεν εκτιμούν τη συνέχιση της ύπαρξης αυτής καθεαυτής και δεν είναι σε θέση να γεμίζουν τη ζωή τους με εμπειρίες και δραστηριότητες, που γενικά προσδίδουν αξία στη ζωή τους, κάνοντάς την ωφέλιμη ή καλή γι' αυτούς. Η περίπτωση της «μόνιμης (επίμονης) φυτικής κατάστασης» (persistent vegetative state, PVS) είναι το καλύτερο παράδειγμα συνθηκών στις οποίες πολλοί άνθρωποι δεν εκτιμούν τη συνέχιση της ζωής χάριν της ζωής. Ένας ασθενής σε κατάσταση «φυτού» έχει χάσει κατά τρόπο μη αναστρέψιμο κάθε ικανότητα συνειδητής εμπειρίας. Πολλοί άνθρωποι λένε ότι δεν θα ήθελαν να συνεχίσουν να ζουν, αν έμεναν «φυτά», γεγονός που θέτει υπό αμφισβήτηση το αν οι περισσότεροι εκτιμούν όντως τη συνέχιση της ζωής αυτής καθεαυτής, πέρα από οποιαδήποτε εμπειρία στη ζωή αυτή.(Beauchamp and Childress,1994).

Η ζωή αυτή καθεαυτή όχι απλώς μπορεί να κριθεί ότι δεν έχει αξία ή δεν είναι καλή, τουλάχιστον από κάποιους ανθρώπους κάτω από κάποιες συνθήκες, αλλά η εμπειρία των ανθρώπων μπορεί επίσης να καταλήξει να έχει αρνητική αξία ή να είναι κακή γι' αυτούς. Αυτό αποδεικνύεται ίσως σαφέστερα από τη γενική παραδοχή ότι οι διανοητικά ικανοί ασθενείς δικαιούνται ή έχουν το ηθικό δικαίωμα να αρνηθούν τη θεραπεία διατήρησης της ζωής. Ένας λόγος στον οποίο βασίζεται η παραδοχή αυτή είναι η πολύ υψηλή αξία που αποδίδει η κοινωνία μας στην

ατομική αυτοδιάθεση ή αυτονομία. Ο λόγος αυτός φυσικά ελάχιστα αποδεικνύει για το αν η ζωή ενός ασθενή δεν έχει πια αξία ή δεν είναι καλή γι' αυτόν. Η αξία της αυτοδιάθεσης θα μπορούσε να αιτιολογήσει τον σεβασμό της επιλογής του ασθενή από τους άλλους, ακόμα και αν ο ασθενής κάνει λάθος που δεν αποδίδει πια αξία στη ζωή του. Επιπλέον, όσο μεγαλύτερη ηθική σπουδαιότητα δικαιολογημένα αποδίδουμε στην ατομική αυτοδιάθεση, τόσο σοβαρότερο είναι το κακό που κάνουμε στους ανθρώπους διατηρώντας τους σε μια ζωή που δεν τη θέλουν ή που δεν θα ήθελαν να διατηρηθεί. (Beauchamp and Childress, 1994).

Η ηθική σπουδαιότητα της αυτοδιάθεσης του ατόμου στην επιλογή της συνέχισης ή του τερματισμού της ζωής απαιτεί την αναγνώριση του γενικού δικαιώματος των διανοητικά ικανών ατόμων να κάνουν αυτή την επιλογή σύμφωνα με τις δικές τους αξίες. Όταν πρέπει να αποφασίζουν οι νόμιμοι αντιπρόσωποι για λογαριασμό των διανοητικά ανίκανων ατόμων, πρέπει να ισχύουν πιο ουσιαστικές και διαδικαστικές δικλίδες ασφαλείας. Το σωστό και βάσει αρχών σκεπτικό για τη λήψη αποφάσεων σχετικά με οριακές ηθικά αιτιολογημένες περιπτώσεις αφαίρεσης ζωής είναι η εκτίμηση των ωφελειών και βαρών των εναλλακτικών λύσεων από πλευράς του ασθενή. Δεν δικαιολογείται, ισχυρίζονται οι υπέρμαχοι της ευθανασίας, γενική προκατάληψη υπέρ της ζωής. Η εναλλακτική λύση της διατήρησης της ζωής συνεπάγεται τον κίνδυνο παραβίασης του σημαντικού ηθικού δικαιώματος της αυτονομίας, στο οποίο αποδίδεται θεμελιώδης σημασία στις περισσότερες σκέψεις περί ηθικής, καθώς επίσης και στον νόμο και το οποίο θεμελιώνει το δικαίωμα άρνησης της ανεπιθύμητης θεραπείας διατήρησης της ζωής. (Πρωτοπαπαδάκης, 2003).

Αν επιλέξουμε να θεσπίσουμε κοινωνικές πολιτικές που αναγνωρίζουν το δικαίωμα του ασθενή να αρνείται τη θεραπεία διατήρησης της ζωής, τότε δεν μπορούμε, διατείνονται οι υποστηρικτές της διαδικασίας, να περιορίσουμε το δικαίωμα αυτό ώστε να αποκλείεται η νομιμότητα της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, περιλαμβανομένης της ευθανασίας. Από την άλλη, αν μείνουμε αμετακίνητα πιστοί στην απόρριψη κάθε μορφής ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, τότε δεν μπορούμε να συνεχίσουμε να ισχυριζόμαστε ότι οι ασθενείς έχουν ισχυρό δικαίωμα ως αυτόνομα όντα να αρνούνται τη θεραπεία διατήρησης της ζωής. Δεν υπάρχει εφαρμόσιμη «μέση οδός». (Πρωτοπαπαδάκης, 2003).

Η αγωνία του ανθρώπου να ορίζει εκείνος τη μοίρα του ακόμη και σε ακραίες καταστάσεις, εκδηλώνεται ολοφάνερα μέσα από τις «εν ζωή διαθήκες» (living wills) ή «εκ των προτέρων οδηγίες» (advance directives), η χρήση των οποίων είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη σε χώρες όπως η Αμερική, η Ολλανδία, η Γερμανία και άλλες. Με την ιδιότυπη αυτή διαθήκη κάποιος εξασφαλίζει ότι θα μπορεί αυτόνομα να διαχειριστεί τη ζωή του όταν πλέον θα έχει χάσει τη δυνατότητα να εκφράζεται ή να ενεργεί. Η ισχύς ενός τέτοιου εγγράφου βασίζεται στην παραδοχή πως ο θάνατος του ανθρώπου και ο τρόπος με τον οποίο αυτός θα επέλθει είναι ένα καίριο προσωπικό του ζήτημα, στο οποίο ο ίδιος πρέπει αυτόνομα να αποφασίσει σύμφωνα με την επιθυμία και την κρίση του.

Ένα επιχείρημα των αντιτιθέμενων στην ευθανασία επικαλείται το συμφέρον της πολιτείας να προστατεύει τη ζωή. Η επίκληση αυτού του πολιτειακού συμφέροντος είναι κοινή στις νομικές υποθέσεις σχετικά με τη θεραπεία διατήρησης της ζωής. Όπως αποφάνθηκε το Ανώτατο Δικαστήριο των Ηνωμένων Πολιτειών στην υπόθεση Cruzan, «η πολιτεία Μισούρι έχει γενικό συμφέρον να προστατεύει και να διατηρεί την ανθρώπινη ζωή». Σύμφωνα, όμως, με τους υπέρμαχους της ευθανασίας, όταν ένα άτομο δεν έχει πλέον συμφέρον ή επιθυμία να συνεχίσει να ζει, δεν υπάρχει σημαντικό πολιτειακό συμφέρον διατήρησης της ζωής για να αντιταχθεί στο συμφέρον του ίδιου του ατόμου. Ούτε έχει θέση σε μια κοινωνία που θεωρεί τα άτομα υπό βαθύτερη έννοια ανθρώπους ελεύθερους και με δικαίωμα αυτοδιάθεσης, η επιβολή μιας αντίληψης που θα ισοδυναμούσε με ιδιοκτησιακό συμφέρον για τις ζωές των πολιτών της. Η αντίληψη αυτή, δεν θα μπορούσε να αιτιολογήσει τον εξαναγκασμό τους να ζήσουν, όταν η ζωή τους έχει γίνει πλέον γι' αυτούς βάρος και ανεπιθύμητη. «Από το δικαίωμα στη ζωή δεν μπορεί να συναχθεί, συνεπώς, μια υποχρέωση στη ζωή». (Πρωτοπαπαδάκης, 2003).

Αν η πολιτεία είχε έννομο και ισχυρό συμφέρον διατήρησης της ανθρώπινης ζωής αφ' εαυτής, χωρίς να την ενδιαφέρει αν η ζωή αυτή ήταν καλή ή επιθυμητή για το άτομο που θα τη ζούσε, τότε το συμφέρον αυτό θα ερχόταν σε σύγκρουση με οποιαδήποτε απόφαση συντόμευση της ζωής, συμπεριλαμβανομένων των εύλογων επιλογών των διανοητικά ικανών ασθενών να παραιτούνται από τις θεραπείες διατήρησή τους στη ζωή. Τα δικαστήρια που έχουν εξετάσει το πιθανολογούμενο συμφέρον της πολιτείας να διατηρεί τη ζωή σε περιπτώσεις παραίτησης των ασθενών από τη θεραπεία υποστήριξης της ζωής, αποφαινόμενοι μέχρι σήμερα σταθερά, ότι το συμφέρον αυτοδιάθεσης του ασθενή είναι ισχυρότερο και πιο καθοριστικό. Επιπλέον, σύμφωνα με τον Peter Singer, από τη στιγμή που λαμβάνουμε υπόψη την επιθυμία των ανθρώπων που εκφράζουν τη θέληση τους να συνεχίσουν να ζουν, πρέπει να σεβόμαστε και την επιθυμία εκείνων που δεν θέλουν να ζουν πια. Και αυτό διότι, η άρνηση της ζωής είναι αναφαίρετο δικαίωμά τους το οποίο έγκειται στην αρχή της αυτονομίας (Singer, 1986).

Ο θάνατος πολλές φορές είναι κάτι παραπάνω από ένα απλό τέλος, είναι ο επίλογος της πορείας ενός ανθρώπου στη ζωή. Από την άποψη αυτή πρέπει να συνάδει με τον τρόπο που ο άνθρωπος έζησε, πρέπει να αντιπροσωπεύει τις αξίες που εκείνος όσο ζούσε πρέσβευε και να εκφράζει τον χαρακτήρα του και την προσωπικότητά του. Για τον λόγο αυτόν βλέπουμε ότι οι ασθενείς που ενώ η επιστήμη τους εγγυάται ανώδυνη παράταση της ζωής τους με αντάλλαγμα την εξάρτησή τους από έναν αναπνευστήρα ή την καταστολή της πνευματικής τους ενέργειας, εν γένει την απώλεια της αυτονομίας τους, αυτοί επιμένουν να τους διενεργηθεί υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Αυτό που επιθυμούν είναι να ελέγξουν τον θάνατό τους, όπως ήλεγχαν και τη ζωή τους. Επιδιώκουν έναν «καλό θάνατο» και τέτοιος μπορεί να είναι μόνο εκείνος που βρίσκεται υπό τον έλεγχό τους και τους επιτρέπει να «αναχωρήσουν» με έναν απόλυτα αξιοπρεπή τρόπο. Ο

θάνατος είναι ιδιωτική υπόθεση. Η απόφαση του ασθενή, όποια και αν είναι αυτή, πρέπει να γίνει σεβαστή, διότι είναι μια αυτόνομη απόφαση. Σε περίπτωση που αυτό δεν συμβεί, προσβάλλεται άμεσα η προσωπικότητά του. Όπως γράφει ο Σενέκας στο *Epistulae morales ad Lucilium* «...ο άνθρωπος γενικώς οφείλει να κάνει τη ζωή του αποδεκτή και από τους άλλους, τον θάνατό του όμως μόνο από τον ίδιο. Γιατί ο καλύτερος θάνατος είναι αυτός που αρέσει σε μας. Όποιος αναθέτει τον θάνατό του στη μοίρα κλείνει τον δρόμο προς την ελευθερία. Το καλύτερο δίδαγμα του αιώνιου νόμου είναι ότι μας επέτρεψε μία είσοδο στη ζωή αλλά πολλές εξόδους» (Πρωτοπαπαδάκης, 2003).

Δεοντοκρατία - η κατηγορική προσταγή του Kant

Στον αντίποδα των ωφελμιστικών απόψεων βρίσκονται οι δεοντοκρατικές θεωρίες, κύριος εκπρόσωπος των οποίων θεωρείται ο γερμανός φιλόσοφος Immanuel Kant (1724-1804). Οι Δεοντοκράτες υποστηρίζουν ότι πρέπει να θέτουμε εκ των προτέρων κάποιες ηθικές αξίες (a priori αρχές), απέναντι στις οποίες οφείλουμε να είμαστε συνεπείς. Μια πράξη, υποστηρίζουν, είναι ορθή εφόσον είναι το είδος της πράξης το οποίο υπαγορεύει κάποιος γενικός κανόνας ανεξάρτητα από τα αποτελέσματα και τις συνέπειες που αυτή μπορεί να έχει.

Οι δεοντοκρατικές θεωρίες συνήθως, αλλά όχι πάντοτε, απορρέουν από την ηθική φιλοσοφία του Kant και, κυρίως, υπό τη μορφή που αυτή διατυπώνεται από την κατηγορική προσταγή: «πράττε μόνο σύμφωνα με ένα τέτοιο γνώμονα, μέσω του οποίου μπορείς συνάμα να θέλεις, αυτός ο γνώμονας να γίνει καθολικός νόμος». Αυτή είναι η αρχική διατύπωση της μιας και μόνης καθολικής προσταγής, η οποία όμως μπορεί να αναλυθεί και σε διαφοροποιημένες κάθε φορά διατυπώσεις, όπου τονίζονται άλλα στοιχεία πέρα από την αναγκαιότητα το υποκειμενικό αξίωμα να συσχετίζεται και να ταυτίζεται με τον καθολικό νόμο. Έτσι, μπορούμε να σταθούμε στη διατύπωση της κατηγορικής προσταγής σε σχέση με την αντιμετώπιση της ανθρωπότητας ως αυτοσκοπού: «Πράττε έτσι ώστε να χρησιμοποιείς την ανθρωπότητα, τόσο στο πρόσωπό σου όσο και στο πρόσωπο κάθε άλλου ανθρώπου, πάντα ταυτόχρονα ως σκοπό και ποτέ μόνο ως μέσο». Ή ακόμη και στην αναγκαιότητα συμμετοχής στο κράτος των σκοπών: «Πράττε σαν να ήσουν πάντα, χάρη στους γνώμονες σου, ένα νομοθετικό μέλος του κράτους των σκοπών». (Kant, 1984).

Η ελευθερία των δρώντων να απορρίπτουν μια επιλογή και να καταφεύγουν σε μια άλλη ανά πάσα στιγμή, αποτελεί συστατικό όρο της ανθρώπινης πράξης, καθώς μέσω αυτής επιλέγεται η ηθικότητα, η οποία προϋποθέτει την ελευθερία και πηγάζει από τη δυνατότητα του να πράττουμε αλλιώς. Η ελευθερία στην πράξη συνδέεται άμεσα με την επιλογή του ατόμου να πράττει βάσει κανόνων που θα μπορούσαν να γίνουν δεκτοί από όλους τους ανθρώπους ως ηθικά αξιόλογοι, όπως επιλέχθηκαν και από τον ίδιο. Από αυτό το σημείο διαφαίνεται η ανάγκη για καθολίκευση της ηθικής πράξης, δηλαδή για την αναζήτηση των αντικειμενικών εκείνων κριτηρίων που καθιστούν

τον ηθικό πρακτικό λόγο κοινά αποδεκτό. (Kant, 1984).

Από την πλευρά μιας δεοντοκρατικής ηθικής θεωρίας, όπως η καντιανή, παρατηρεί κανείς ότι η αυτοκτονία είναι ηθικά αποδοκιμαστέα. Και αυτό διότι σύμφωνα με την πρώτη διατύπωση της κατηγορικής προσταγής, ο «γνώμονας αυτής της πράξης δεν μπορεί να γίνει καθολικός νόμος της φύσης και κατά συνέπεια συγκρούεται εντελώς με το ανώτατο αξίωμα κάθε καθήκοντος». Επιπλέον, σύμφωνα με τη δεύτερη διατύπωση της κατηγορικής προσταγής, αυτός που αυτοκτονεί χρησιμοποιεί τον εαυτό του, δηλαδή ένα πρόσωπο, μόνο ως μέσον και όχι ως αυτοσκοπό, όπως πάντα οφείλει. Από τέλειο, λοιπόν, καθήκον προς τον εαυτό μας ο καθένας μας πρέπει να διατηρήσει τη ζωή του, ακόμη και όταν, παρά «την άμεση ροπή μας προς αυτήν», επιθυμούμε τον θάνατο. Άλλωστε τότε μόνο έχει ηθική αξία η διατήρηση της ζωής μας, όταν γίνεται δηλαδή από καθαρό σεβασμό στον ηθικό νόμο. (Campbell,2017).

Έτσι, όταν ο ηθικά ενεργών αποδώσει ύψιστη αξία στην ανθρώπινη ζωή, οφείλει να είναι συνεπής στην ηθική του αρχή και να προστατεύσει την ανθρώπινη ζωή πέρα από διακρίσεις και περιπτώσιολογίες. Το ίδιο συνεπής, όμως, οφείλει να είναι ο Δεοντοκράτης και όταν θέσει ως ύψιστη ρυθμιστική αρχή των πράξεων και της βούλησής του οποιονδήποτε άλλο όρο αντί εκείνου της ζωής. Αν η ζωή, λοιπόν, είναι καθήκον απέναντι στον ίδιο μας τον εαυτό, τότε σε καμιά περίπτωση δεν πρέπει να αποδεχτούμε εμείς και πολύ περισσότερο οι τρίτοι (οι ιατροί, οι συγγενείς μας) την πράξη της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. (Kant, 1984).

Ωστόσο, σύμφωνα με τους υπέρμαχους της ευθανασίας, σε περιπτώσεις «αδυναμίας διατήρησης της αξιοπρέπειας» και «ως έκφραση σεβασμού προς ένα πρόσωπο» γίνεται ηθικά αποδεκτή η ιατρική συνδρομή σε αυτοκτονία. Η ουσία της αποδοχής της πράξης έγκειται στο ότι η ζωή του ανθρώπου αποτελεί μεν ύψιστο αγαθό και την προϋπόθεση κάθε νοητού δικαιώματος, συνδέεται όμως η ίδια άρρηκτα με την αυτονομία. Δεν ενδιαφέρει, επομένως, υποστηρίζουν, ως ένα απλό σύνολο βιοχημικών δεδομένων – όπως συμβαίνει στους μικροοργανισμούς, τα ζώα ή τα φυτά – αλλά ως μια οντολογική ενότητα ταυτόχρονα βιολογική και διανοητική. Αν δεν ίσχυε κάτι τέτοιο, θα δεχόμαστε καταστάσεις πλήρως ετεροκαθοριζόμενων ανθρώπων, εντελώς αδύναμων «που θα υπέφεραν γι' αυτό την πλήρη απαξίωση, στο όνομα είτε κάποιων επιστημονικοφανών φαντασιώσεων είτε μιας άκριτης μεταφυσικής πίστης στο θαύμα. (Campbell,2017)

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

τέτοια πράξη είναι προϊόν υπολογισμού και καιροσκοπικής διάθεσης, άρα δεν μπορεί να κριθεί σε καμία περίπτωση ως αποδεκτή ηθικά. Κάθε φορά, λοιπόν, που εισδύουν στη συλλογιστική μας σχετικά με την ηθική δικαίωση του ανώδυνου θανάτου έννοιες ξένες προς τον συνάνθρωπό μας που τον αιτείται, διαπράττουμε ακριβώς αυτό το ηθικό σφάλμα: αντιμετωπίζουμε έναν άνθρωπο όχι ως σκοπό, αλλά ως μέσο για να γίνει ή να μην γίνει κάτι. Ο ιατρός που σκέφτεται την εξασφάλιση της θέσης του φοβούμενος ότι η διενέργεια της θα τον καταστήσει υπόδικο ίσως και άνεργο, ο νομοθέτης που επιδιώκει να προλάβει την κακή ή ανεξέλεγκτη εφαρμογή της, ο οικείος που επωμίζεται το βάρος του ασθενή, όλοι αυτοί προσεγγίζουν τον πάσχοντα ως μέσο. Με τον τρόπο αυτόν, όμως, το πραγματικό συμφέρον του ασθενή δεν υπηρετείται, αφού η εστίαση γίνεται σε άλλους στόχους (Kant, 1984).

Η συμπαθητική στάση απέναντι στον συνάνθρωπό μας που αιτείται τη διενέργεια της διαδικασίας δεν μπορεί να στηρίζεται, βέβαια, μόνο στην απαίτησή του, διότι τότε η πράξη θα είναι ηθικώς αδιάφορη ή ακόμη χειρότερα ανεύθυνη. Εάν το κίνητρο είναι απλά η εκπεφρασμένη επιθυμία, τότε πάλι ο άνθρωπος γίνεται περισσότερο μέσο παρά σκοπός, αφού το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα δεν είναι το καλό του συνανθρώπου μας αλλά η δική μας απαλλαγή από μια διλημματική κατάσταση. Αυτό που πρέπει να συμβαίνει είναι να κρίνουμε και να αποφασίσουμε βάσει των βέλτιστων συμφερόντων του. Στην πραγματικότητα η αίτηση για υποβοηθούμενη αυτοκτονία δεν γίνεται από τον πάσχοντα αλλά από την κατάστασή του. Ο διενεργών την πράξη πρέπει να κρίνει εάν η συνέχιση της ζωής θα είναι προς όφελος ή αντίθετα, εις βάρος των συμφερόντων του ασθενή. Η στάση αυτή πηγάζει από την εκτίμηση και κατανόηση των συμφερόντων του πάσχοντος βάσει της συμπάθειας, άρα εμπερικλείει ηθική αξία. Φαντάζει, μάλιστα, ως ηθικό καθήκον απέναντι στον συνάνθρωπό μας αφού αυτός αποτελεί σκοπό (Ko Jenny, 2010).

Το ανθρωπιστικό επιχείρημα

Η γενικότερη στάση του ανθρώπου μπροστά στον θάνατο είναι αρνητική. Στην σύγχρονη πραγματικότητα, οι άνθρωποι που δεν αντιμετωπίζουν κάποιο μεγάλο και σοβαρό πρόβλημα υγείας βλέπουν στην πλειονότητά τους θετικά τη ζωή και αρνητικά τον θάνατο (Τσουκαλοχωρίτου, 2012) . Αντίθετα, ερώτημα θετικό απέναντι στον θάνατο ίσως μπορεί να θέσει μόνο εκείνος που υφίσταται μια ιδιαίτερα επώδυνη ασθένεια χωρίς ελπίδες βελτίωσης και βλέπει ότι η ζωή του δεν έχει πλέον αξία. Στην περίπτωση αυτή, αυτό που εύχεται ο πάσχων είναι ένας κατά το δυνατόν ανώδυνος, αξιοπρεπής και σύντομος θάνατος, με άλλα λόγια ένας θάνατος ανθρώπινος. Αυτό ακριβώς εξασφαλίζει η υποβοηθούμενη αυτοκτονία στον πάσχοντα άνθρωπο, σύμφωνα με τους υπέρμαχούς της. Ο ασθενής που υποφέρει και έχει αιτηθεί να διενεργηθεί η διαδικασία, αυτό που ζητά δεν είναι τίποτε άλλο παρά η ικανοποίηση μιας επιθυμίας η οποία είναι κοινή σε κάθε άνθρωπο και ο καθένας στην θέση του θα ζητούσε το ίδιο: να τελειώσει τη ζωή του ανθρώπινα. Είναι όμως πράξη

ανθρωπισμού η υποβοηθούμενη αυτοκτονία; Τι είναι αυτό που καθιστά τον τρόπο του θανάτου απάνθρωπο;(Τσουκαλοχωρίτου, 2012)

Το πιο πειστικό επιχείρημα, βέβαια, δεν είναι άλλο από τον αφόρητο πόνο. Κάθε άνθρωπος είναι ευαίσθητος στο ζήτημα αυτό, κάθε άνθρωπος, επικαλούμενος τον ανθρωπισμό μας, μπορεί να μας ζητήσει να τον απαλλάξουμε από αυτόν. Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας ορίζει ως ηθικό καθήκον του ιατρού την ανακούφιση του ασθενή από τον πόνο. Όταν απουσιάζει ο πόνος ο πάσχων είναι ευκολότερο να ανεχθεί την προοπτική του θανάτου, καθώς ο θάνατος μπορεί να είναι ανεπαίσθητος, ο αβάσταχτος πόνος όμως, υπερβαίνει κατά πολύ κάθε άλλο δυσάρεστο συναίσθημα και πολλές φορές φαντάζει τρομερότερος και από τον ίδιο τον θάνατο. Κάθε άνθρωπος βέβαια, αντιμετωπίζει διαφορετικά τον πόνο, ο οποίος είναι μια καθαρά προσωπική υπόθεση και καθορίζεται από ατομικά κριτήρια και ιδιότητες. Αυτό σημαίνει πως η αίτηση για ευθανασία που στηρίζεται στην αδυναμία του πάσχοντος να αντέξει τον πόνο πρέπει να γίνεται σεβαστή, σύμφωνα με τους υποστηρικτές του εν λόγω επιχειρήματος, διότι αφενός δεν υπάρχει ορισμός του «αφόρητου πόνου» και αφετέρου δεν έχει σημασία εάν αυτός είναι σωματικής ή ψυχικής προέλευσης. Άλλωστε είναι αδύνατο και άσκοπο να εξετάσουμε και να αναλύσουμε την πηγή της οδύνης του πάσχοντος, αφού η οδύνη από όπου και εάν προέρχεται, όταν συνοδεύει τις τελευταίες στιγμές ενός ανθρώπου τις καθιστά αφόρητες και απάνθρωπες. Όταν λοιπόν η κατάσταση του ασθενή είναι μη αναστρέψιμη και η επέλευση του θανάτου βέβαιη, τότε καθήκον του συνανθρώπου είναι να καταστήσει τον θάνατο του πάσχοντος κατά το δυνατόν ανώδυνο, άρα περισσότερο ανθρώπινο. Ο θεράπων ιατρός, ιδιαίτερα, δικαιώνεται απολύτως ηθικά, εάν συμβάλλει στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία με κίνητρο να απαλλάξει τον πάσχοντα από την περιττή οδύνη του τέλους, διότι υπάρχει μια ποιοτική ηθική διαφορά ανάμεσα στο «να είσαι χορηγός του θανάτου» και «να βοηθάς τον ασθενή στη δύσκολη διαδικασία του θανάτου». Η επιθανάτια διαδικασία αποτελεί στην περίπτωση αυτή ανθρωπιστικό καθήκον του ιατρού.(Τσουκαλοχωρίτου, 2012)

Ο άνθρωπος, πολλές φορές, μπορεί να υποφέρει περισσότερο από τον φόβο του ανεξέλεγκτου πόνου παρά από τον ίδιο τον πόνο. Από τη στιγμή που η κατάστασή του κρίνεται ως μη αναστρέψιμη, η προοπτική του επώδυνου θανάτου είναι ξεκάθαρη, πράγμα που καθιστά τον φόβο για το άμεσο μέλλον αφόρητο. Ένας τέτοιος ασθενής, σαφώς και θα επιθυμούσε να έχει τη δυνατότητα να ζητήσει να τερματιστεί η ζωή του και η επιθυμία του αυτή να γίνει σεβαστή. Ακόμη και αν δεν βρει ποτέ το θάρρος να τη ζητήσει και μόνο η ύπαρξη αυτής της δυνατότητας μπορεί να τον ανακουφίσει από τον φόβο ενός αργού και επώδυνου θανάτου που δεν θα μπορούσε να αντέξει. Με τον τρόπο αυτόν η προοπτική του τέλους της ζωής του καθίσταται περισσότερο ανθρώπινη. (Τσουκαλοχωρίτου, 2012)

Απάνθρωπος θάνατος, όμως, είναι και αυτός που επέρχεται στο ψυχρό περιβάλλον μιας μονάδας εντατικής θεραπείας, την ώρα που ο ασθενής είναι διασωληνωμένος και περιστοιχισμένος

από υποστηρικτικά μηχανήματα. Αυτό που χρειάζεται είναι η ανθρώπινη παρουσία δίπλα του και ο φυσικός του θάνατος, αντί της ψυχρής παρουσίας των μηχανημάτων, ακόμη και αν αυτά βοηθούν στην -τεχνητή σε πολλές περιπτώσεις- διατήρησή του στη ζωή. Όταν κάποιος εκφράζει την επιθυμία να πεθάνει στο σπίτι του, το κάνει επειδή πιστεύει ότι έτσι ο θάνατός του θα είναι περισσότερο ανθρώπινος. Μοναδικός κριτής του τι αποτελεί ανθρώπινο τρόπον θανάτου δεν μπορεί παρά να είναι το ίδιο το άτομο, διότι ο θάνατος είναι πάντα μια καθαρά ιδιωτική υπόθεση. Ανθρωπιστικό καθήκον, επομένως, αυτών από τους οποίους εξαρτάται η διενέργεια ή μη της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, είναι να προσφέρουν στον άνθρωπο που πλησιάζει στο τέλος της ζωής του τη δυνατότητα να αναχωρήσει με τον τρόπο που εκείνος θεωρεί περισσότερο ανθρώπινο. (Πρωτοπαπαδάκης, 2003).

Επιπλέον, σύμφωνα με τους υποστηρικτές του εν λόγω επιχειρήματος, δεν υπάρχει καμία ηθική διαφορά κάτω από ορισμένες συνθήκες μεταξύ της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας και της μη χορήγησης θεραπείας υποστήριξης της ζωής. Και στις δύο περιπτώσεις, ο στόχος είναι ένας ευσπλαχνικός θάνατος και η μόνη πρακτική διαφορά είναι ότι η μη χορήγηση της θεραπείας υποστήριξης της ζωής έχει ως αποτέλεσμα να υποφέρει περισσότερο ο ασθενής επειδή αργεί περισσότερο να πεθάνει. Επιπλέον, προϋποθέτει κάποιο στοιχείο τύχης, όπως η ανάπτυξη κάποιας λοίμωξης για την οποία υπάρχει θεραπεία που θα μπορούσε να μη χορηγηθεί. (Πρωτοπαπαδάκης, 2003).

Η διατήρηση στη ζωή, διατείνονται οι υπέρμαχοι του ανθρωπιστικού επιχειρήματος, δεν είναι πάντοτε η πιο ανθρωπιστική επιλογή. Ανθρωπιστικό καθήκον όλων μας είναι να εξασφαλίσουμε στον πάσχοντα ένα ανθρώπινο τέλος που να ανταποκρίνεται στις αξίες του, κινούμενοι από ηθική ευαισθησία και με βάση την κατάστασή του, χωρίς προκαταλήψεις. Υπό την έννοια αυτή, η υποβοηθούμενη αυτοκτονία αναδεικνύεται σε έναν ανθρώπινο τρόπο αναχώρησης από τη ζωή. (Τσουκαλοχωρίτου, 2012)

Το καθήκον του ιατρού να ανακουφίζει τον πόνο

Η υποβοηθούμενη αυτοκτονία αποτελεί ένα πρόβλημα που πρωταρχικά απασχολεί και αφορά την ιατρική ηθική. Αυτό που θεωρείται ιατρικό καθήκον ελάχιστα έχει αλλάξει από την αρχαιότητα. Η ιατρική ηθική, εξακολουθεί να βασίζεται στον Όρκο του Ιπποκράτη, σύμφωνα με τον οποίο ο ιατρός οφείλει να μη βλάπτει τον ασθενή. Η αρχή της μη βλάβης επιβάλλει την υποχρέωση να μη διαπράττεται κακό σκόπιμα. Στην ιατρική ηθική έχει συνδεθεί στενά με το αξίωμα «*primum non nocere*»: «πάνω απ' όλα μη βλάπτεις». Αυτό το αξίωμα γίνεται συχνά αντικείμενο επίκλησης από τους επαγγελματίες του ιατρικού χώρου. Η προέλευσή του ανάγεται μάλλον στον Ιπποκράτη, ενώ οι συνέπειές του είναι ασαφείς. (Λυπουρλής, 2007)

Ο Όρκος του Ιπποκράτη, ισχυρίζονται οι θιασώτες της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, δεν

μπορεί να ερμηνευτεί κατά γράμμα. Αν θέλουμε να αποτελεί και στις μέρες μας άξονα της ιατρικής ηθικής, πρέπει να παραβλέψουμε τον τύπο και να εμβαθύνουμε στην ουσία του. Η σύγχρονη πραγματικότητα έχει δημιουργήσει καινούρια δεδομένα τα οποία δεν μπορούν να καλυφθούν από απόψεις και λεκτικές διατυπώσεις που χάνονται στα βάθη του χρόνου. Άλλωστε ο Όρκος εμπεριέχει ρητές απαγορεύσεις σχετικά με την επ' αμοιβή διδασκαλία της ιατρικής ή με τη διενέργεια χειρουργικών επεμβάσεων. Από τη στιγμή που οι απαγορεύσεις αυτές δεν καθορίζουν πλέον την ιατρική ηθική ως αναχρονιστικές, το ίδιο θα μπορούσε να συμβεί και με την περίπτωση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. (Τσουκαλοχωρίτου, 2012)

Αυτό όμως που δεν μπορεί να πάψει να καθορίζει την ιατρική ηθική, είναι το πνεύμα του Όρκου από το οποίο πηγάζει μια ηθική υποχρέωση για τον ιατρό ευεργετικής δράσης όσο και η αποφυγή βλαπτικής επίδρασης στον ασθενή. Υπό την έννοια αυτή, η συμμετοχή του ιατρού στην αυτοκτονία είναι ηθικά αιτιολογημένη και σύμφωνη με το πνεύμα του Όρκου, εάν αποκλειστικό ελατήριό της είναι το καλό του ασθενή και όχι η εξυπηρέτηση προσωπικού οφέλους ή κοινωνικών αναγκών. Η κυρίαρχη διαχρονικά ηθική υποχρέωση του ιατρού δεν είναι τόσο να προστατεύει τη ζωή, όσο να ενεργεί προς όφελος του ασθενή που φροντίζει. Η διατήρηση με κάθε κόστος στη ζωή, πολλές φορές δεν είναι προς όφελος του ασθενή. Για τον λόγο αυτόν ο ιατρός δεν είναι ούτε ηθικά ούτε νομικά υποχρεωμένος να επιβάλλει μια θεραπεία παράτασης της ζωής του πάσχοντος, εάν ο ίδιος δεν το κρίνει σκόπιμο. Επίσης μπορεί να διακόψει μια θεραπεία που θεωρεί πως θα είναι άγονη. Αυτό που πάντοτε όμως έχει ηθική υποχρέωση να κάνει, είναι να ενεργεί σύμφωνα με το βέλτιστο συμφέρον του ασθενή, ώστε να καταστήσει την κατάστασή του κατά το δυνατόν ανεκτή, ακόμη και όταν η κατάστασή του πάσχοντος είναι μη αναστρέψιμη. (Τσουκαλοχωρίτου, 2012)

Από τα παραπάνω προκύπτει το ηθικό καθήκον της ανακούφισης από τον πόνο και κατά την άποψη πολλών, είναι η σημαντικότερη συνδρομή και το υψηλότερο καθήκον ενός ιατρού. Όπως διατυπώθηκε από έναν μεγάλο Άγγλο ιατρό στις αρχές του 20ου αιώνα, το καθήκον του ιατρού είναι: «Να θεραπεύει κάπου κάπου, να ανακουφίζει συχνά αλλά πάντοτε να παρηγορεί και να απαλύνει τον πόνο του ασθενή». Ο ιατρός γνωρίζει τον πόνο του πάσχοντος και ξέρει να χειρίζεται τα μέσα που θα τον ανακουφίσουν. Έτσι, όχι μόνο δεν πρέπει να αγνοήσει την αίτηση για υποβοηθούμενη αυτοκτονία από τον ασθενή, τουλάχιστον χωρίς να εξετάσει με προσοχή τις προοπτικές, αλλά πρέπει αποφασιστικά να συμπαρασταθεί στο τέλος του και να λάβει ενεργό ρόλο ώστε η διενέργεια της επιθανάτιας πράξης να πραγματοποιηθεί με τον αποτελεσματικότερο και πιο ανώδυνο τρόπο. Η παρουσία του είναι ηθικά επιβεβλημένη από την ιδιαίτερη σχέση ιατρού-ασθενή (Παναγόπουλος, 2003).

Όταν ο ιατρός δεν μπορεί να θεραπεύσει τη νόσο, είναι ηθικά υπεύθυνος τουλάχιστον για τη θεραπεία του πόνου. Μοναδικός κριτής για την ένταση του πόνου που νιώθει ο ασθενής, με αποτέλεσμα να αιτείται τερματισμό της ζωής του, είναι ο ίδιος ο πάσχων. Η βίωση του πόνου είναι

μια προσωπική εμπειρία, και δεν μπορεί να την υποκαταστήσει καμιά ιατρική εμπειρία. Εν ολίγοις, δεν είναι αρμοδιότητα του ιατρού να κρίνει πότε ο ασθενής υποφέρει τόσο ώστε δικαιολογημένα να ζητά το τέλος της ζωής του. Αυτό μπορεί να το κρίνει μόνο ο πάσχων. Ο ιατρός έχει μοναδική υποχρέωση να κάνει αποτελεσματικά αυτό που συνάδει προς το συμφέρον του ασθενή του. (Τσουκαλοχωρίτου, 2012)

Ο ιατρός που αρνείται να υποβοηθήσει την αυτοκτονία του ασθενή που πεθαίνει επώδυνα για λόγους προσωπικού οφέλους ή για την αποφυγή νομικών συνεπειών αποδεικνύεται κατώτερος των περιστάσεων. Στην περίπτωση αυτή, πρέπει να δίνεται το δικαίωμα στον πάσχοντα να επιλέξει έναν άλλο θεράποντα ιατρό για να τον οδηγήσει στον ανώδυνο θάνατο που επιθυμεί. Είναι αυτονόητο, υποστηρίζουν οι υπέρμαχοι της διαδικασίας, πως ο τρόπος του θανάτου του ασθενή δεν πρέπει να εξαρτάται από τις όποιες προσωπικές πεποιθήσεις του θεράποντός του, αλλά από τις προσωπικές επιθυμίες του άμεσα ενδιαφερομένου αφού είναι αυτός που πλήττεται άμεσα από οποιαδήποτε απόφαση ληφθεί. Η αντιμετώπιση του πόνου είναι υποχρεωτική για τον ιατρό, και η υποχρέωση αυτή είναι δυνατόν να οδηγήσει στην αυτοκτονία όταν αφενός το απαιτεί ο ασθενής και αφετέρου ο ιατρός γνωρίζει πως αυτό θα είναι προς όφελός του. Γιατί το μεγαλύτερο καθήκον του ιατρού είναι να απαλύνει τον πόνο. (Παναγόπουλος, 2003).

Τόσο η ευθανασία (που σημαίνει καλό και ανώδυνο θάνατο), όσο και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία, μπορούν να βοηθήσουν στην αποφυγή του παρατεταμένου σωματικού και ψυχολογικού μαρτυρίου που υφίσταται σε κάποιες περιπτώσεις ο ασθενής, όταν απλώς τον αφήνουμε να πεθάνει. Παρότι οι Δέκα Εντολές και ο Όρκος του Ιπποκράτη απαγορεύουν την θανάτωση, δεν απαγορεύεται να τον ανακουφίσουμε από το μαρτύριό του. Η ενεργητική υποβοήθηση του θανάτου μπορεί να μη διαφέρει, σε μερικές περιπτώσεις, από ηθική άποψη, από το να αφήνουμε κάποιον να πεθάνει. Από τη στιγμή που θα δεχτούμε ότι ο θάνατος μπορεί να είναι ένα επιθυμητό αγαθό, τότε η νέα πρόκληση που έχουμε μπροστά μας είναι να καθορίσουμε πότε ο θάνατος είναι αγαθοεργία, πότε θα ήταν ευσπλαχνικότερος και πιο ανθρωπιστικός από τη συνέχιση της ζωής και πώς μπορεί ο φιλόanthropos ιατρός να βοηθήσει τον ασθενή να επιτύχει αυτόν τον στόχο. Ο ιατρός αυτός ούτε θα θανάτωνε τον ασθενή ούτε θα είχε πρόθεση να επιφέρει τον θάνατό του, αλλά θα αποσκοπούσε μάλλον στην ανακούφιση του πόνου του με όποιον τρόπο δείχνει περισσότερο σεβασμό προς το δικαίωμα του ασθενή για στοργική και ευσπλαχνική αυτοδιάθεση (Πρωτοπαπαδάκης, 2003).

2. Επιχειρήματα κατά της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας

Όσο και αν το κίνημα υπέρ της ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας παρουσιάζει μια συνεχώς αυξανόμενη δυναμική, όσο και αν τα νομοθετικά συστήματα κάποιων χωρών έχουν

αρχίσει σιγά-σιγά να την εντάσσουν στα πλαίσιά τους, εντούτοις απέχει ακόμη πολύ από το να γίνει δεκτή σαν καθιερωμένη πρακτική. Η απαγόρευση της αφαίρεσης ανθρώπινης ζωής από πρόθεση είναι τόσο βαθιά εδραιωμένη – τόσο ηθικά αρχέγονη – που η θανάτωση ακόμη και στυγερών εγκληματιών και εισβολέων σε πολέμους απορρίπτεται από κάποια άτομα αναμφισβήτητης ηθικής ακεραιότητας. Όλοι σχεδόν οι ηθικοί κώδικες και οι ηθικές θεωρίες, θρησκευτικές ή κοσμικές, περιλαμβάνουν την γενική απαγόρευση της αφαίρεσης ανθρώπινης ζωής από πρόθεση/δόλο. Η απαγόρευση αυτή βρίσκεται επίσης στον πυρήνα του ποινικού νόμου: όχι απλώς ο φόνος αποτελεί την σοβαρότερη εγκληματική πράξη, αλλά και η συναίνεση του ίδιου του θύματος δεν αναγνωρίζεται στην ανθρωποκτονία. (Buchanan, 1996).

Τα επιχειρήματα όσων αντιστρατεύονται την υποβοηθούμενη αυτοκτονία σε ηθικό επίπεδο είναι ιδιαίτερα σοβαρά και θίγουν όλες τις πλευρές του ζητήματος εγείροντας επιφυλάξεις. Οι επιφυλάξεις αυτές αφορούν ηθικές παραδοχές και αποτελούν άξονες της σύγχρονης ιατρικής και ευρύτερης ηθικής, των οποίων η υιοθέτηση χάνεται στα βάθη του χρόνου (Buchanan, 1996).

Ολισθηρός κατήφορος (slippery slope argument)

Οι πολέμιοι της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας την απαξιώνουν ως ηθική επιλογή για πολλούς λόγους. Κανένα επιχειρήματά τους, όμως, δεν φαίνεται τόσο ισχυρό, αν κρίνουμε τουλάχιστον από την συχνότητα με την οποία απαντάται στην βιβλιογραφία, όσο αυτό της *δυναμικής επικινδυνότητας*. Όσοι ασχολούνται με την πρακτική, σε όποιο στρατόπεδο και αν ανήκουν, έχουν παρακινηθεί στην ενασχόλησή τους αυτή από ανθρωπιστικά κίνητρα για τον πάσχοντα και επωδύνως θνήσκοντα ασθενή. Είναι λογικό, λοιπόν, να φοβούνται την κακή χρήση μιας πρακτικής που θα εφαρμοστεί σε ανθρώπους οι οποίοι βρίσκονται στην πιο κρίσιμη και πιο ευαίσθητη στιγμή της ζωής τους. (Τσουκαλοχωρίτου, 2012)

Η κακή χρήση και η επικινδυνότητα συνιστούν τον πυρήνα του επιχειρήματος αυτού που ονομάζεται *επιχείρημα ολισθηρής πλαγιάς* ή *ολισθηρού κατήφορου (slippery slope argument)*. Σύμφωνα με το συγκεκριμένο επιχειρήμα «μια ηθική επιλογή, μπορεί και πρέπει να λάβει ηθική αξία ανάλογη με τις συνέπειες που θα προκύψουν από αυτήν». Αυτή είναι η κεντρική διδασκαλία του ωφελιμισμού. Ανάμεσα στις συνέπειες, βέβαια, θα πρέπει να εξετάσουμε και τις πιθανές, εκτός από τις βέβαιες. «Εάν αυτού του είδους οι επιπτώσεις είναι δυνητικά επικίνδυνες σε μεγαλύτερο βαθμό από αυτόν στον οποίο οι βέβαιες συνέπειες θα ήταν ωφέλιμες, τότε οφείλουμε να απορρίψουμε την εν λόγω επιλογή και να καταφύγουμε σε μια άλλη». Ακόμη και αν συγκεκριμένες πράξεις θανάτωσης είναι μερικές φορές ηθικά δικαιολογημένες στην περίπτωση πασχόντων από ανίατα νοσήματα, αν επικυρωνόταν ηθικά η πρακτική της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας δυναμικά θα μπορούσε να οδηγήσει σε σοβαρούς κοινωνικούς κινδύνους κατάχρησης, εσφαλμένης χρήσης και αμέλειας. (Τσουκαλοχωρίτου, 2012)

Αυτό που υποστηρίζει το επιχείρημα δεν είναι ότι οι αρνητικές συνέπειες θα επέλθουν αμέσως με την νομιμοποίηση, αλλά ότι θα προκύψουν σταδιακά με την πάροδο του χρόνου, καθώς οι πρακτικές αυτές θα γίνουν σιγά-σιγά οι συνήθεις τρόποι μεταχείρισης των σοβαρά άρρωστων και τραυματισμένων ασθενών. Η κοινωνία θα μπορούσε να ξεκινήσει περιορίζοντας προσεκτικά τον αριθμό των ασθενών που πληρούν τις προϋποθέσεις για υποβοήθηση της αυτοκτονίας. Οι περιορισμοί, όμως, θα αναθεωρούνταν και θα διευρύνονταν με τον καιρό και θα αυξανόταν ολοένα περισσότερο ο κίνδυνος να λαμβάνουν χώρα αδικαιολόγητες θανατώσεις ή να επιτρέπεται αναίτια σε ασθενείς να πεθάνουν. Τα ασυνείδητα άτομα θα μάθαιναν πώς να εκμεταλλεύονται το σύστημα, όπως ακριβώς κάνουν με τη φοροδιαφυγή. Με λίγα λόγια, το σύστημα αξιών της κοινωνίας θα πληττόταν σοβαρά και θα υπήρχε πάντα το αναπόφευκτο μόνιμο πρόβλημα των εσφαλμένων διαγνώσεων, της κατάχρησης και της αμέλειας και των αδικαιολόγητων κινδύνων για τα πλέον ευάλωτα μέλη της κοινωνίας, όπως οι ηλικιωμένοι, τα βρέφη με γενετικές ανωμαλίες και τα άτομα με νοητική υστέρηση.(Τσουκαλοχωρίτου, 2012)

Τα επιχειρήματα αυτά καθιστούν πειστικά τα ευρέως γνωστά χαρακτηριστικά του ισχύοντος συστήματος μας κοινωνικής στήριξης για τους ευάλωτους ασθενείς. Πολλές οικογένειες, και μερικές φορές κοινότητες, εγκαταλείπουν τους πάσχοντες όταν αρρωστήσουν ή τραυματιστούν σοβαρά. Τόσο οι ασθενείς όσο και οι ιατροί είναι δυνατόν να μη γνωρίζουν τις επιλογές που υπάρχουν στο ιατρικό σύστημα, περιλαμβανομένης της προόδου που έχει σημειωθεί στον έλεγχο του πόνου με λύσεις που θα μπορούσαν να βοηθήσουν τους πάσχοντες, αλλά δεν παρέχονται σε βάση ρουτίνας. Αν επιτρεπόταν η υποβοήθηση του τερματισμού της ζωής, αυτό θα μπορούσε, κάτω από αυτές τις συνθήκες, να ωθήσει τους ασθενείς να δώσουν τέλος στη ζωή τους άσκοπα ή πρόωρα.(Τσουκαλοχωρίτου, 2012)

Οι πάσχοντες θα ήταν δυνατόν επίσης να ενθαρρύνονται να επιλέξουν τον έναν ή τον άλλο δρόμο σε ένα σύστημα που απαιτεί επιλογή είτε της θεραπείας είτε του θανάτου και θα μπορούσαν να υπάρχουν ισχυρές δυνάμεις που θα μετατόπιζαν στον ασθενή το βάρος της απόδειξης της ανάγκης του για συγκεκριμένα ιατρικά μέσα. Οι ασθενείς που «δεν κάνουν τη σωστή επιλογή» είναι δυνατό να καταλήξουν περισσότερο εγκαταλελειμμένοι από ό,τι πριν, τόσο από τις οικογένειές τους όσο και από το σύστημα φροντίδας υγείας. Το επιχείρημα του ολισθηρού κατήφορου υποστηρίζει ότι ούτε η οικτρή κατάσταση αυτών των ασθενών ούτε η συμπόνια μας γι' αυτούς αιτιολογούν την θεμελιώδη τροποποίηση των ηθικών παραδόσεων της κοινωνίας.(Oakley, 2005).

Υπάρχουν ισχυρά επιχειρήματα για να συνεχίσει να είναι έκνομη η υποβοήθηση ασθενών με νόσο τελικού σταδίου, υποστηρίζουν οι υπέρμαχοι του εν λόγω επιχειρήματος προς αποφυγή ολισθηρών κατήφορων. Τα ολισθήματα είναι τριών ειδών. Το ένα είναι κοινωνιολογικό: μόλις οι ιατροί συνηθίσουν να «απονέμουν οίκτο» σε ετοιμοθάνατους ασθενείς που υποφέρουν χωρίς

ελπίδα ανακούφισης και επιθυμούν να πεθάνουν, θα προχωρήσουν και σε άλλες περιπτώσεις: αν η θανάτωση είναι αποδεκτή, γιατί να μην επαφίεται στη διακριτική τους ευχέρεια να την εφαρμόζουν και σε περιπτώσεις που βρίσκονται ελαφρώς εκτός των αρχικών περιμέτρων του νόμου; Το κατ' ευφημισμὸν αποκαλούμενο «πρόγραμμα ευθανασίας» του Χίτλερ στηριζόταν σε μια αιτιολόγηση που συγγενεύει επικίνδυνα με αυτήν που υιοθετούν μερικοί σήμερα: το να προκαλείται ο θάνατος από πρόθεση ή να είναι επιτρεπτός ο θάνατος με σκοπό την διατήρηση των φυσικών πόρων (Oakley, 2005).

Πρόσφατοι σχολιαστές σημειώνουν τον κεντρικό ρόλο της οικονομικής αιτιολόγησης στο ναζιστικό πρόγραμμα ευθανασίας και υποστηρίζουν ότι η δική μας κοινωνία ίσως απέχει ένα μικρό μόνο βήμα από τον ολισθηρό αυτόν κατήφορο. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν, αυτό που οδήγησε την γερμανική κοινωνία στον ολισθηρό αυτόν κατήφορο, και μάλιστα αυτό που χαρακτήριζε τον κατήφορο αυτόν, ήταν οι ρατσιστικές στάσεις που ήδη υπήρχαν. Ο δικός μας ολισθηρός κατήφορος, ακόμη και αν πούμε ότι εμείς δεν έχουμε αυτές τις ρατσιστικές στάσεις, θα μπορούσε ωστόσο να είναι ανάλογος με της Γερμανίας κατά πιο αφηρημένο τρόπο. Αν εξετάσουμε το σκεπτικό που δίνει προτεραιότητα στην κοινωνική χρησιμότητα ή τις οικονομικές αποδόσεις έναντι της ατομικής ελευθερίας, τότε ίσως καταλάβουμε πώς θα μπορούσε η κοινωνία μας να προσεγγίσει τον τρόπο σκέψης που βρισκόταν πίσω από την ναζιστική εμπειρία. Εκεί, ο ρατσισμός υπερίσχυε της προσωπικής αυτονομίας. Εδώ, το σκεπτικό μπορεί να είναι οικονομικής βάσης: η στάση ότι δεν θα δαπανάμε τόσα πολλά χρήματα ετησίως για να διατηρούμε στην ζωή κάποιον που έχει αμυδρές μόνο ελπίδες να αναρρώσει.(Oakley, 2005).

Η άποψη αυτή απηχείται και ενισχύεται από τους Alan Weisbard και Mark Siegler, οι οποίοι παρατηρούν ότι η ολίσθηση στον κατήφορο αυτόν έχει ήδη αρχίσει και τώρα είναι η ώρα της επαγρύπνησης. Έχουμε γίνει μάρτυρες, ισχυρίζονται, τόσων περιστατικών στην ιστορία που δεν μπορούμε να αψηφούμε το πόσο εύκολα απαξιώνει η κοινωνία τις ζωές των μη «παραγωγικών» μελών της – των ατόμων με νοητική υστέρηση, των ανάπηρων, των πασχόντων από άνοια, των ιδρυματοποιημένων, των ηλικιωμένων – «όλων εκείνων που σε κάποιον άλλο τόπο και χρόνο αναφέρονταν ως “άχρηστα” άτομα που έτρωγαν τσάμπα φαγητό». Αυτό που τους ανησυχεί ιδιαίτερα είναι η μη χορήγηση τροφής και υγρών στους ετοιμοθάνατους ασθενείς, που συνδέεται με τις πρόσφατες μανιώδεις προσπάθειες να ελεγχθούν τα κόστη της ιατρικής φροντίδας.(Τσουκαλοχωρίτου, 2012)

Η κύρια οικονομική πρόθεση του ναζιστικού προγράμματος ευθανασίας ήταν πανομοιότυπη με αυτήν που προτείνεται σήμερα για περικοπή των δαπανών ιατρικής περίθαλψης. Αν θεωρούμε το χιτλερικό πρόγραμμα ευθανασίας ηθικά αναιτιολόγητη πρόκληση θανάτου από πρόθεση, πρέπει να εντοπίσουμε το κριτήριο που κατέστησε λάθος τις πράξεις αυτές. Θα ήταν παράδοξο ισχυρίζονται, αν όχι ανέντιμο, να συμπεράνουμε ότι αυτό που έκανε ηθικά αναιτιολόγητο το

ναζιστικό πρόγραμμα ευθανασίας ήταν το ότι η εφαρμογή του περιλάμβανε περιπτώσεις θανάτωσης από πρόθεση. Αυτό που την έκανε ανατιολόγητη ήταν η κρίση ότι κάποιες ζωές δεν έχουν αξία – «ζωές ανάξιες της ζωής», μαζί με την κρίση, η οποία αποτελεί μια θρασυμάχεια άποψη για την ιατρική, ότι η εξοικονόμηση οικονομικών πόρων είναι αξία σημαντικότερη από τη διατήρηση της ζωής. Συνεπώς, μια εσφαλμένη αντίληψη από πλευράς ενός ιατρού ή ενός συγγενούς που θανατώνει έναν ασθενή -ο οποίος μπορεί να βρίσκεται σε κατάσταση «φυτού»-, με την πεποίθηση ότι ο ασθενής επιθυμούσε να θανατωθεί με βάση την εικαζόμενη συναίνεσή του ή μια αναπόδεικτη πεποίθηση ότι ο ασθενής θα ήταν σε καλύτερη κατάσταση στην μετά θάνατο ζωή, θα καθιστούσε την θανάτωση από πρόθεση ανατιολόγητη. Επιπλέον, η θανάτωση ενός ασθενή είτε μέσω υποβοηθούμενης αυτοκτονίας είτε μέσω αφαίρεσης κάθε μέσου στήριξης της ζωής, με το σκεπτικό ότι η συνέχιση της θεραπείας του κοστίζει πολύ στην κοινωνία, είναι επίσης ανατιολόγητη επειδή η αιτιολόγησή της στηρίζεται στην εκτός των πλαισίων των αποδεκτών αντιλήψεων αξία ότι η ανθρώπινη ζωή μπορεί να αποτιμηθεί σε χρήμα. (Τσουκαλοχωρίτου, 2012)

Η καθιέρωση της υποβοήθησης σε θάνατο, όμως, θα μπορούσε να αποτελέσει έναν δυνάμει κίνδυνο και για ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, αφού υποχρεωτικά θα είχε επιπτώσεις στην ανακουφιστική φροντίδα που προσφέρεται στους ασθενείς οι οποίοι βρίσκονται σε τελικό στάδιο. Τι θα ωθήσει την έρευνα στην περαιτέρω ενασχόλησή της με την ανακούφιση του πόνου, εάν υπάρχει μια άλλη ευκολότερη και αρκετά πιο συμφέρουσα επιλογή; Ας μην ξεχνάμε πως, για ένα κοινωνικό σύστημα που έχει συνηθίσει να αναγάγει τα πάντα και σε οικονομικά μεγέθη, η επιθανάτια φροντίδα είναι πολύ περισσότερο ασύμφορη σε σχέση με τον ανώδυνο θάνατο. Η ηθική επικράτηση της τελευταίας, λοιπόν, αναπόφευκτα θα οδηγήσει σε ύφεση και, τελικά, σε κατάργηση της προσπάθειας ανακούφισης του πόνου. Στην περίπτωση αυτή, ο ασθενής που δεν επιλέγει την υποβοηθούμενη αυτοκτονία θα εγκαταλείπεται αβοήθητος στο κρεβάτι του πόνου ή σε μια ακόμη τρομακτικότερη εκδοχή, θα του επιβάλλεται χωρίς την θέλησή του. Σε εποχή, μάλιστα, γενικευμένης εμπορευματοποίησης πρέπει να επιδεικνύεται ιδιαίτερη προσοχή στην κακή εφαρμογή της εξαιτίας σκοτεινών κινήτρων. Όταν όργανα του ανθρώπινου σώματος διαπραγματεύονται με οικονομικούς όρους, η δε ζήτησή τους αυξάνεται καθημερινά και γίνεται πιεστική, πρέπει να υπάρχουν τα ηθικά και νομικά εκείνα πλαίσια που να διευκολύνουν τον ιατρό να υπηρετήσει με ηθικότητα το λειτούργημά του (Πρωτοπαπαδάκης, 2006).

Ο δεύτερος τύπος ολισθήματος είναι λογικός και πιο επικίνδυνος επειδή δεν εξαρτάται από προβλέψεις σχετικά με τις ανθρώπινες τάσεις ή παραλληλισμούς με αυτό που συνέβη σε μερικούς Γερμανούς ιατρούς κατά τη διάρκεια της ναζιστικής περιόδου. Το λογικό πρόβλημα έγκειται στην ίδια την αιτιολόγηση της νομιμοποίησης της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας κατά πρώτο λόγο. Αν βασίζεται στην αρχή της εκούσιας επιλογής, τότε οι προϋποθέσεις του πόνου για τον οποίο δεν υπάρχει ελπίδα ανακούφισης και της ανίατης νόσου τελικού σταδίου δεν αιτιολογούνται: η

υποβοήθηση σε θάνατο πρέπει να είναι διαθέσιμη σε όποιον την επιθυμεί. Αυτό θα μπορούσε να έχει σημαντικές επιπτώσεις στην πιο ευαίσθητη κοινωνική ομάδα, τους νέους, διογκώνοντας τα ήδη υψηλά ποσοστά προσφυγής στην αυτοκτονία. Από την άλλη, αν βασίζεται στην ανακούφιση των ασθενών που υποφέρουν, τότε σίγουρα η εκούσια επιλογή δεν έχει ηθική σημασία – μια ευεργετούσα κοινωνία (και οι ευεργετούντες ιατροί) θα απάλλασσε επίσης λόγω οίκτου από τον πόνο της ζωής όποιους υπέφεραν, ακόμη και αν δεν ήταν σε θέση να το ζητήσουν. Αυτό μοιραία θα οδηγούσε στην διολίσθηση στην ακούσια ευθανασία, στην κατάλυση του σεβασμού στη ζωή και τελικά στην πλήρη απαξίωσή της. (Τσουκαλοχωρίτου, 2012)

Οι περιστάσεις που επιτρέπουν στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία να αναδυθεί ως επιθυμία ενός ανθρώπου είναι συχνά τέτοιες και δεν επιτρέπουν στον ενδιαφερόμενο να εκφράσει τη θέλησή του. Το περιβάλλον του όμως και ακόμη ο θεράπων ή κάποιος άλλος ιατρός, μπορούν να γνωρίζουν εάν ο ασθενής την επιθυμεί ακόμη και τότε. Αυτό επιτυγχάνεται χάρη στις περίφημες «εν ζωή διαθήκες». Σε περίπτωση που ο ασθενής δεν έχει υπογράψει ένα τέτοιο έγγραφο, η επιθυμία του μπορεί να στοιχειοθετηθεί βάσει της προφορικά εκπεφρασμένης άποψης και θέλησής του, ακόμη και σε στιγμή κατά την οποία η κατάσταση που τώρα τον βασανίζει δεν είχε εμφανιστεί. Ακόμη όμως και η εξασφάλιση αυτής της μορφής, δεν παρέχει τα εχέγγυα για τη σωστή εφαρμογή της διαδικασίας, αφού παρουσιάζει έντονα τα χαρακτηριστικά της δυναμικής επικινδυνότητας. Ο φόβος πως η διαδικασία μπορεί να διενεργηθεί και σε άτομα τα οποία δεν θα έπρεπε να την υποστούν συνεχίζει να υφίσταται. Ο φόβος αυτός βαρύνει τις περιπτώσεις κατά τις οποίες η επιθυμία δεν έχει εκφραστεί από τον ίδιο άμεσα, ιδίως όταν η έκφραση αυτή δεν έχει γίνει γραπτά. (Beauchamp & Childress, 1994).

Ακόμη, όμως, και όταν ο ασθενής πράγματι έχει εκφράσει κατά το παρελθόν την επιθυμία του για υποβοηθούμενη αυτοκτονία, όταν βρεθεί σε κατάσταση όπως αυτή στην οποία βρίσκεται το κρίσιμο διάστημα κατά το οποίο θα ληφθεί η απόφαση για την εκπλήρωση της τότε επιθυμίας του, ανακύπτουν πολλά και περίπλοκα ζητήματα ηθικής φύσης. Πράγματι, οποιοσδήποτε άνθρωπος μπορεί να εκφράσει μια γνώμη σχετικά με μια κατάσταση σε θεωρητικό επίπεδο, χωρίς στη συνέχεια να είναι βέβαιο ότι ο ίδιος θα ενεργούσε σύμφωνα με την εκφρασθείσα αυτή άποψη. Ο άνθρωπος που εκφράζεται αρνητικά για τη διατήρηση μιας ανέλπιδης και επώδυνης ζωής, δεν μας παρέχει με σιγουριά τη διαβεβαίωση ότι θα επιθυμούσε υποβοηθούμενη αυτοκτονία, στην περίπτωση που ο ίδιος βρισκόταν σε αντίστοιχη θέση. Πολλές φορές, επίσης, οι άνθρωποι δεν εννοούν πραγματικά αυτά που υποστηρίζουν, ούτε πάλι είναι βέβαιο ότι θα γίνει πιστή μεταφορά των λεγομένων τους από τους αυτήκοες μάρτυρες. (Τσουκαλοχωρίτου, 2012)

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

περίπτωση αυτή, είναι δύσκολο να είμαστε βέβαιοι εάν η αίτηση για αυτοκτονία διατυπώνεται ως πραγματική επιθυμία του ασθενή ή απλά είναι ένδειξη της διαταραγμένης ψυχοσυναισθηματικής του κατάστασης. Άλλες πάλι φορές, η επιθυμία για τέλος της ζωής μπορεί να προκύπτει από την συναισθηματική φόρτιση και συνειδητοποίηση του πάσχοντος ότι έχει γίνει ένα επαχθές βάρος στους οικείους του καταδυναστεύοντας τις ζωές τους. Η αδυναμία μας, συνεπώς, να εξασφαλίσουμε την πραγματική επιθυμία του ασθενή αφήνει ανοικτό το ενδεχόμενο να γίνει υποβοηθούμενη αυτοκτονία σε άτομα που δεν θα έπρεπε, γεγονός που υπογραμμίζει την δυνητική επικινδυνότητα της υιοθέτησης αυτής της πρακτικής (Beauchamp & Childress, 1994).

Ο τρίτος τύπος ολισθήματος αφορά στην επιβλαβή επίδραση που έχει στον ίδιο τον πράττοντα η αποδοχή μιας πράξης που είναι ηθικά εσφαλμένη. Το να προτίθεται επανειλημμένα ο ιατρός να επιφέρει τον θάνατο των ασθενών του βοηθώντας τους να πεθάνουν ή τερματίζοντας ο ίδιος τη ζωή τους έχει επίπτωση στον χαρακτήρα του, δηλαδή στη συνήθη διάθεσή του να ενεργεί με ορισμένους τρόπους στα ηθικά θέματα. Αυτό σημαίνει ότι ενεργεί ενάντια στις αρχές της ίδιας της ιατρικής. Όταν αυτό που στις συνήθειες συνθήκες είναι κακό γίνεται καλό σε μια περίπτωση, είναι λογικά και συναισθηματικά ευκολότερο, όπως ισχυρίζονται οι υπέρμαχοι του εν λόγω επιχειρήματος, να παραβιαστεί η αναστολή την επόμενη φορά. Όποια εκλογίκευση και αν χρησιμοποιήσουμε για να αιτιολογήσουμε την θανάτωση, θα υπάρχει κάποιο υπόλειμμα ενοχής που είναι δύσκολο να εκριζωθεί. Σε μια προσπάθεια τότε να κατευνάσουμε αυτή την ενοχή, επαναλαμβάνουμε την πράξη για να πείσουμε τον εαυτό μας για το πόσο αβλαβής είναι στην πραγματικότητα. Το κακό, όπως και η αρετή, μαθαίνεται μέσω της επανάληψης. Αυτό οδηγεί σε έναν ψυχολογικό ολισθηρό κατήφορο, αφού οι λάθος προθέσεις έχουν αναπόφευκτες επιδράσεις στον χαρακτήρα του ηθικού δρώντος. Αν σε μια κοινωνία είναι αρκετοί οι ηθικοί συντελεστές που έχουν λάθος προθέσεις σχετικά με την θανάτωση στο ιατρικό περιβάλλον, θα επηρεαστούν οι στάσεις όλων των εκπροσώπων του ιατρικού επαγγέλματος επιφέροντας μια δραματική όσο και ανεξέλεγκτη αλλαγή στην ιατρική ηθική και τελικά θα υποτιμηθεί η ίδια η ανθρώπινη ζωή (Pellegrino, 2007).

Επιπλέον, η ιατρική δεν είναι μια τελειοποιημένη επιστήμη. Ακόμη και η καλοπροαίρετη και στατιστικά και επιστημονικά κατοχυρωμένη πρόβλεψη της πορείας του ασθενή είναι στην πραγματικότητα μια τυφλή πρόβλεψη, με πιθανολογική μόνο αξία. Σε μια τέτοια πρόβλεψη δεν μπορεί να στηριχτεί η αφαίρεση μιας ζωής, ή έστω η συνέργεια στον τερματισμό της. Οι υποστηρικτές της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας ισχυρίζονται ότι η νομιμοποίησή της θα ελέγξει την άσκησή της και θα την τοποθετήσει μέσα σε ορισμένα πλαίσια νομιμότητας. Τα γεγονότα όμως τους διαψεύδουν. Η εμπειρία της Ολλανδίας, της πρώτης χώρας που την νομιμοποίησε το 2002 υπό προϋποθέσεις, είναι αποκαλυπτική. Από δημοσιεύσεις ιατρών που επισκέφθηκαν την Ολλανδία πολλές φορές και διερεύνησαν την υφιστάμενη κατάσταση, προκύπτουν τα ακόλουθα:

- 1) Σε ποσοστό που αγγίζει το 50% οι Ολλανδοί ιατροί συνιστούν στους ασθενείς τους την υποβοηθούμενη αυτοκτονία.
- 2) Το 50% των ασθενών που ζητούν υποβοηθούμενη αυτοκτονία πάσχουν από σοβαρή κατάθλιψη. Η θεραπεία της κατάθλιψης θα μείωνε δραστικά την αίτηση να θέσουν τέλος στη ζωή τους.
- 3) Σε υψηλό ποσοστό οι Ολλανδοί ιατροί που υποβοηθούν την αυτοκτονία ψευδώς και παρανόμως βεβαιώνουν θάνατο από φυσικά αίτια για να αποφύγουν την επιτήρηση των δικαστικών αρχών που όπως αποδεικνύεται δεν είναι σε θέση να ελέγξουν αποκλειστικά την άσκηση αυτής της πρακτικής.
- 4) Η Βασιλική Ολλανδική Ιατρική Εταιρεία εκφράζει την προτίμησή της στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία και θεωρεί τον ψυχικό πόνο επαρκή λόγω ευθανασίας. Υποστηρίζει, ακόμη, ότι η ευθανασία πρέπει να επιτραπεί για κάθε έναν που δεν επιθυμεί να ζήσει.
- 5) Ένα από τα πιο ανησυχητικά ευρήματα που ανακάλυψαν οι μελετητές της κατάστασης που επικρατεί στην Ολλανδία ήταν τα στοιχεία που δείχνουν ότι, στο 0,8% του συνόλου των θανάτων, οι ιατροί προέβησαν σε υποβοηθούμενη ευθανασία χωρίς σαφές πρότερο αίτημα του ασθενή, παραβαίνοντας έτσι τις αποδεκτές οδηγίες. Δεν είναι λίγοι, λοιπόν, εκείνοι που υποστηρίζουν ότι στην Ολλανδία επικρατεί ένας «πολιτισμός θανάτου» κι ότι η χώρα αυτή «ολισθαίνει σε έναν επικίνδυνο κατήφορο (Beauchamp, 2007).

Πολλοί πολίτες, ωστόσο, στην Ολλανδία, αλλά και σε πολλές χώρες έχουν την αντίθετη άποψη και πιστεύουν ότι η έγκριση στην Αμερική της μη εκούσιας παθητικής ευθανασίας, κατά την οποία επιτρέπεται να πεθάνουν άτομα που ποτέ δεν το ζήτησαν ρητά, αποτελεί πιο επικίνδυνο κατήφορο από ό,τι η υποβοηθούμενη αυτοκτονία, στην οποία αυτός που αιτείται την εν λόγω πρακτική είναι πάντα ο ίδιος ο ασθενής. Επιπλέον, όπως ισχυρίζονται, η νομιμοποίηση της θα ελέγξει ευκολότερα την άσκησή της και θα περιορίσει τους αναμφισβήτητα υπαρκτούς κινδύνους κατάχρησης που ελλοχεύουν αν αυτή συνεχίσει να τελείται εν κρυπτώ. Θα μπορούσαν φυσικά και οι δυο χώρες να ολισθαίνουν σε επικίνδυνους κατήφορους και να βρεθούν και οι δυο μπροστά σε τεράστιες αλλαγές των πρακτικών τους στο προσεχές μέλλον. Πρέπει όμως όντως να αλλάξουν αυτές οι πρακτικές και πολιτικές και, αν ναι, με ποιον τρόπο;(Beauchamp, 2007).

Υπό το πρίσμα των παραπάνω και με δεδομένη την ασάφεια και την αοριστία που ακόμη συνοδεύουν και καλύπτουν την υποβοηθούμενη αυτοκτονία, το επιχείρημα της δυναμικής επικινδυνότητας προβάλλει ως ένας σημαντικός λόγος που εμποδίζει την ηθικοποίησή της προς αποφυγή ολισθηρών κατήφορων (Lillehammer, 2002).

Διαστρέβλωση της θεραπευτικής σχέσης

Τα πλέον σθεναρά επιχειρήματα υπέρ της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας βασίζονται στις επικλήσεις δύο βασικών αρχών της σύγχρονης ιατρικής ηθικής – της ευεργετικότητας (του «ωφελείν») και του σεβασμού της αυτονομίας. Ένα μοντέλο ευεργετικότητας της θεραπευτικής

σχέσης θα επέτρεπε ή/και θα υποχρέωνε τον ιατρό να εμπλακεί στην θανάτωση από πρόθεση ή τουλάχιστον θα παρείχε κάποια δικαιολογία για κάτι τέτοιο; Η πρόθεση του θανάτου θα ενίσχυε ή θα διαστρέβλωνε τους στόχους και τους σκοπούς της θεραπευτικής σχέσης; (Pellegrino, 2007).

Διαστρεβλώσεις της ευεργετικότητας

Οι υπέρμαχοι της διαδικασίας υποστηρίζουν ότι, όταν ο ασθενής υποφέρει αφόρητα, είναι έτοιμος να συναντήσει τον θάνατο και ικανός να δώσει την συγκατάθεσή του, τότε είναι ευσπλαχνικό, συμπονετικό και ευεργετικό να τον θανατώνουμε ή να τον βοηθάμε να αυτοκτονήσει. Αν δεν το κάνουμε αυτό, ενεργούμε βλαπτικά, παραβιάζουμε την αξιοπρέπεια και την αυτονομία του και κάνουμε κακό σε έναν συνάνθρωπό μας – στην ουσία εγκαταλείπουμε τον ασθενή τη στιγμή της μεγαλύτερης ανάγκης του. Εφόσον ο ιατρός διαθέτει τις απαραίτητες γνώσεις για να κάνει τον θάνατο του ασθενή εύκολο και ανώδυνο, είναι ο πλέον κατάλληλος για να τον βοηθήσει. Ενδεχόμενη άρνηση του ιατρού, ισχυρίζονται οι υποστηρικτές της πρακτικής, είναι όχι μόνο απάνθρωπη αλλά και ανήθικη. (Pellegrino, 2007).

Κατά την άποψη αυτή, παραβιάζουμε την ηθικότητα της ιατρικής (που απαιτεί την ανακούφιση του πόνου και της ταλαιπωρίας) αν αρνηθούμε το αίτημα του ασθενή «να τον βοηθήσουμε να πεθάνει». Μερικοί θα προχωρούσαν ακόμη περισσότερο, στη σφαίρα της δικαιοσύνης. Θα αναγόρευαν την υποβοηθούμενη αυτοκτονία ως ηθική υποχρέωση. Η μη παροχή «βοήθειας» σε έναν ασθενή που δεν έχει διανοητική ικανότητα είναι συμπεριφορά μεροληπτική, επειδή στερεί από τους ασθενείς που βρίσκονται σε κωματώδη κατάσταση, τους διανοητικά πάσχοντες και τα βρέφη την «ωφέλεια» ενός πρώιμου θανάτου. Όταν δεν μπορεί να εκφραστεί η πρόθεση του ασθενή, η υποχρέωσή μας για να είμαστε δίκαιοι είναι να του παρέχουμε ακούσια ή μη εκούσια δυνατότητα πρόσβασης στην ίδια ωφέλεια του θανάτου στην οποία έχει πρόσβαση και ο διανοητικά ικανός ασθενής. Η Ολλανδική Παιδιατρική Εταιρεία κινείται ήδη προς αυτή την κατεύθυνση για τις περιπτώσεις των βρεφών με βαριές αναπηρίες. (Τσουκαλοχωρίτου, 2012)

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

μην προκαλείται μέσω μιας άμεσα σκοπούμενης, ηθικά ανεπίτρεπτης πράξης (της θανάτωσης του ασθενή). (Τσουκαλοχωρίτου, 2012)

Το μοντέλο της ευεργετικότητας για την φροντίδα σίγουρα προβλέπει και τον καλό θάνατο, αλλά δεν είναι σαφές ότι ο καλός θάνατος περιλαμβάνει και τη λύση της θανάτωσης του ασθενή. Δεν είναι καθόλου σίγουρο ότι είναι μια πράξη ευεργετική, ακόμη και αν κίνητρό της είναι η ευσπλαχνία, τουλάχιστον επιφανειακά. Άλλωστε, τι είδους ευεργετικότητα είναι αυτή, αναρωτιούνται οι υπέρμαχοι του εν λόγω επιχειρήματος, που εξολοθρεύει τον ευεργετούμενο; Πολλές φορές υπάρχουν υπόνοιες ότι αυτός που ευεργετείται δεν είναι καθόλου ο ασθενής, αλλά είτε η οικογένειά του, που ανακουφίζεται έτσι από ένα συναισθηματικό ή οικονομικό βάρος, είτε ο ιατρός ή το νοσηλευτικό προσωπικό, που απαλλάσσονται από μια χρονοβόρα, ψυχικά κουραστική και απογοητευτική περίπτωση ασθενή, είτε η κοινωνία και το νοσηλευτικό ίδρυμα που απαλλάσσονται από άτομα στα οποία καταναλώνονται υπέρμετρες ποσότητες οικονομικών πόρων, εργασίας και υλικών (Pellegrino, 2007).

Επιπλέον, η πρόθεση ή η απόφαση του ίδιου του ασθενή να πεθάνει είναι δυνατό να μην έχει ως κίνητρο το αφόρητο μαρτύριό του αλλά την συνειδητή ή όχι προσπάθειά του να ενεργήσει ευεργετικά προς την οικογένειά του, τον ιατρό του ή την κοινωνία. Η «ωφέλεια» που επιζητεί μπορεί να είναι η ανακούφισή του από την ενοχή που νιώθει επειδή αποτελεί αιτία στενοχώριας και προβλημάτων για τους γύρω του ή η επιθυμία του να πεθάνει «με ανωτερότητα». Από την άποψη αυτή, είναι ενδιαφέρον το γεγονός ότι η μελέτη Rimmelink δείχνει ότι μόλις 10 από τις 187 μελετηθείσες περιπτώσεις ασθενών που ζήτησαν ενεργητική ευθανασία στην Ολλανδία το έκαναν μόνο και μόνο για να ανακουφιστούν από τον πόνο, ενώ το 46% ανέφεραν ότι κίνητρό τους ήταν ο πόνος σε συνδυασμό με την απώλεια της αξιοπρέπειας, έναν τρόπο θανάτου που θεωρούσαν ότι δεν τους άξιζε, το γεγονός ότι ήταν πλέον εξαρτημένοι από άλλους και την απέραντη κούραση τους από τη ζωή. (Van der Maas et al, 1991)

Τι το ευεργετικό υπάρχει λοιπόν στην ενεργητική θανάτωση όταν υπάρχουν άλλοι τρόποι να βοηθήσουμε τους ασθενείς, φροντίζοντάς τους δηλαδή αντί να τους θανατώνουμε; Ο πόνος, με ελάχιστες εξαιρέσεις, μπορεί πλέον να ελεγχθεί σωστά. Μεγάλο μέρος της ψυχικής ταλαιπωρίας που συνοδεύει τον πόνο οφείλεται στον φόβο ότι ο πόνος θα επιδεινωθεί, ότι δεν θα επιτευχθεί ανακούφισή του με φαρμακευτικά ή άλλα μέσα τότε που πρέπει ή ότι η φαρμακοθεραπεία θα αμβλύνει την συνείδηση. Οι φόβοι αυτοί μπορούν όμως, ως επί το πλείστον, να αντιμετωπιστούν με τις νεότερες πιο επιλεκτικές και βελτιωμένες μεθόδους ελέγχου του πόνου (Van der Maas et al, 1991).

Στην πράξη, η νομιμοποίηση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας θα απάλλαζε τους ιατρούς από την υποχρέωση να δαπανούν χρόνο, προσπάθειες και φροντίδα για να ελέγξουν τον φυσικό και ψυχολογικό πόνο των ασθενών. Η ηθική επιταγή, μας λένε οι αρνητές της ευθανασίας, δεν είναι να

εξαλείψουμε την ζωή του ασθενή επειδή οι ιατροί δεν είναι ικανοί να ελέγχουν τον πόνο, αλλά να εκπαιδύσουμε καλύτερα τους ιατρούς στις σύγχρονες μεθόδους αναλγησίας. Αν χρησιμοποιηθούν σωστά, οι υπηρεσίες φροντίδας των ανιάτων και οι τεχνικές ευρείας παρηγορητικής φροντίδας σίγουρα θα βελτιώσουν ή θα εξαφανίσουν όχι μόνο τον πόνο, αλλά και τους συναισθηματικούς, ψυχολογικούς και πνευματικούς παράγοντες που συντελούν στο να υποφέρουν οι ασθενείς και να επιθυμούν την επίσπευση του θανάτου τους.(Τσουκαλοχωρίτου, 2012)

Η ωφέλεια, από την άλλη, είναι ένα κριτήριο υποκειμενικό που έγκειται στην εκτίμηση του ασθενή για το αν η πιθανή ή προβλεπόμενη μελλοντική έκβαση μιας θεραπείας «αξίζει τον κόπο» σύμφωνα με το δικό του σύστημα αξιών. Εδώ είναι που υπεισέρχεται στην απόφαση ο καθορισμός της ποιότητας ζωής του πάσχοντος. Ένας ασθενής μπορεί να θεωρήσει ότι μια αποτελεσματική θεραπεία «δεν αξίζει τον κόπο» στα πλαίσια του πλάνου ζωής, των προτιμήσεων όσον αφορά την διακινδύνευση, τις πιθανές παραμορφώσεις και ούτω καθεξής. Για παράδειγμα, μερικοί ασθενείς είναι δυνατό να απορρίπτουν τις ριζικές, επώδυνες και δαπανηρές χειρουργικές επεμβάσεις και έτσι δεν κερδίζουν μερικά παραπάνω χρόνια ζωής, ενώ άλλοι μπορεί να αρπάζουν τέτοιου είδους ευκαιρίες για να παρατείνουν την ζωή τους. Από την άλλη, ένα μέτρο αναποτελεσματικό για την υποκείμενη νόσο ή η ανάνηψη για μια κακοήθη νόσο τελικού σταδίου μπορεί να είναι ευεργετική για έναν ασθενή που θέλει να ζήσει λίγο περισσότερο για να περάσει λίγο ακόμη καιρό με τους δικούς του ή να προλάβει να ζήσει κάποιο σημαντικό γεγονός, όπως την γέννηση ενός παιδιού, μια αποφοίτηση ή κάτι ανάλογο. Εδώ, η αποτελεσματικότητα μετριέται ως προς το όφελος που θεωρεί ο ίδιος ο ασθενής ότι αποκομίζει και όχι ως προς την αλλαγή της φυσικής ιστορίας της ασθένειας. Το αποτέλεσμα του υπολογισμού ωφελειών-αποτελεσματικότητας-επιβαρύνσεων θα καταλήξει σε μια απόφαση του ασθενή-όχι του ιατρού- για την «ποιότητα ζωής» του. Είναι αδύνατο να εκτιμήσει οποιοσδήποτε άνθρωπος την ποιότητα ζωής ενός άλλου ανθρώπου. Όταν ο εκτιμητής είναι ο ιατρός, είναι προφανέστατος ο κίνδυνος επιβολής των δικών του αξιών.(Τσουκαλοχωρίτου, 2012)

Διαστρέβλωση της αξιοπρέπειας

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

γίνεται φανερό ότι, αν μη τι άλλο, η έννοια της αξιοπρέπειας δεν μπορεί να αποτελεί αυτονόητο επιχείρημα υπέρ της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. (Ζουμπουλάκης, 2010).

Αν η αξιοπρέπεια έχει ένα νόημα σήμερα, αυτό δεν μπορεί να είναι άλλο από το ότι το ανθρώπινο πρόσωπο έχει απόλυτη αξία, απαραβίαστη και σεβαστή άνευ όρων, η οποία δεν υποχωρεί έναντι ουδενός ούτε μετριάζεται από τίποτε. Αυτή η έννοια της αξιοπρέπειας, την οποία ο Jacques Ricot ονομάζει οντολογική, αποτελεί ουσιαστικά μετάφραση, όπως λέει ο Habermas, της βιβλικής έννοιας της κατ' εικόνα Θεού δημιουργίας του ανθρώπου και σύμφωνα με την οποία, η αξία του ανθρώπινου προσώπου είναι ανεξάρτητη από τις οποιεσδήποτε συνθήκες της ζωής του και υπερασπίσιμη εντέλει ακόμη και έναντι της ίδιας της ελευθερίας του όταν αυτή οδηγεί σε προσβολή της αξιοπρέπειάς του (όπως, για παράδειγμα, όταν κάποιος συμμετέχει με τη θέλησή του σε δημόσιο θέαμα μειωτικό της προσωπικότητάς του). Με άλλα λόγια, ο άνθρωπος δεν μπορεί να παραιτηθεί από αυτήν, ακόμη και αν θα το ήθελε, με την έννοια ότι οι άλλοι οφείλουν να αναγνωρίζουν σε αυτόν πάντα απόλυτη και αναπαλλοτρίωτη αξία (Ζουμπουλάκης, 2010).

Εάν συνδέσουμε την αξιοπρέπεια με τις συνθήκες, όποιες και αν είναι αυτές, όσο αβάσταχτες και αν είναι για τον άνθρωπο (καταρράκωση του σώματος, αφόρητος πόνος, απώλεια αυτοσυνειδησίας κ.τ.λ.), τότε η αξία του ανθρώπινου προσώπου σχετικοποιείται. Πολύ απλά: σύμφωνα με την οντολογική έννοια της αξιοπρέπειας, η αξία του ανθρώπου είναι αμείωτη, απόλυτη είτε μπορεί, για παράδειγμα, να αυτοεξυπηρετηθεί το άτομο είτε όχι, ενώ δεν ισχύει το ίδιο με την αξιοπρέπεια των καλών συνθηκών ζωής. Παρόλα αυτά, ισχυρίζονται οι πολέμοι της πρακτικής, όταν οι συνθήκες είναι μειωτικές για τον άνθρωπο τις αλλάζουμε ή τις βελτιώνουμε, δεν αφανίζουμε τον άνθρωπο. Οι ασθενείς δεν χάνουν την αξιοπρέπειά τους ως άνθρωποι απλώς και μόνο επειδή υποφέρουν, πονούν και ίσως έχουν παραμορφωθεί από την ασθένειά τους ή βρίσκονται σε κόμα. Η αξιοπρέπεια ενός πάσχοντος βρίσκεται στην ανθρωπιά του, στην ανθρώπινη φύση του, που δεν μπορεί να χαθεί, όσο ολέθρια και αν είναι μια αρρώστια. Όταν μιλούν για απώλεια της αξιοπρέπειας οι υπέρμαχοι της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, αναφέρονται μάλλον στις δικές τους αντιδράσεις όταν βλέπουν ασθενείς με ασθένειες τελικού σταδίου (Πέτρου, 2007).

Όταν οι ασθενείς μιλούν για τον φόβο τους μήπως χάσουν την αξιοπρέπειά τους, ως επί το πλείστον, αναφέρονται στο πώς φαίνονται ή στο πώς τους βλέπουν οι άλλοι- οι ιατροί, το νοσηλευτικό προσωπικό, οι άλλοι ασθενείς, ακόμα και οι οικογένειές τους. Αυτός ο τύπος «αξιοπρέπειας» είναι ένα κατασκευάσμα του παρατηρητή, όχι μια ιδιότητα του παρατηρούμενου. Αυτό που θέλουν να αποφύγουν οι ασθενείς είναι να τους οικτίρουν οι άλλοι, να τους βλέπουν ως θλιβερές περιπτώσεις, ως «δυστυχημένους» ή ως αντικείμενα φόβου και φρίκης. Ο φόβος του ασθενή είναι ο φόβος του πώς φαίνεται στα μάτια του «υπόλοιπου» κόσμου- των υγιών, των εργαζομένων, των πολυάσχολων, των μη πασχόντων από σωματικές αναπηρίες. Οι υγιείς πάρα

πολύ συχνά κρατιούνται μακριά από τους σοβαρά άρρωστους ανθρώπους, επειδή ξέρουν ότι κάποια μέρα μπορεί να είναι και αυτοί έτσι. Οι υγιείς δεν θέλουν κάποιον που να τους θυμίζει διαρκώς ότι και η δική τους ζωή είναι πεπερασμένη και ότι είναι δυνατό να αρρωστήσουν και οι ίδιοι. Ίσως μάλιστα να εύχονται, συνειδητά ή υποσυνείδητα, τον θάνατο του ασθενή που αργεί να πεθάνει. Για να αντιμετωπίσουν αυτές τις υποσυνείδητες επιθυμίες να απαλλαγούν από το ανίατο άρρωστο άτομο, οι υγιείς μπορεί κάλλιστα να συναινέσουν στο αίτημα του θανάτου του προς όφελος, όχι μόνο του ασθενή αλλά και δικό τους.(Πέτρου, 2007).

Για τους ασθενείς, αυτός δεν είναι θάνατος με «αξιοπρέπεια», είναι περισσότερο σαν ο θάνατος να χρησιμοποιείται ως «γιατρικό» για την ντροπή που νιώθουν ή τους κάνουν οι άλλοι να νιώθουν. Η ντροπή είναι μια ισχυρή αιτία που κάνει τον άνθρωπο να υποφέρει. Είναι πολύ πιο ανθρωπιστικό να θεραπεύουμε αυτή την αιτία παρέχοντας στον ασθενή θεραπεία με πραγματικά αξιοπρεπή τρόπο. Συναινώντας στο αίτημα του πάσχοντος να πεθάνει δεν τον βοηθάμε να αποκαταστήσει την αξιοπρέπειά του, αλλά του επιβεβαιώνουμε την απώλεια της αξίας του που νιώθει ότι έχει υποστεί στα μάτια εκείνων που τον βλέπουν ως αντικείμενο λύπησης.(Τσουκαλοχωρίτου, 2012)

Αν η αξιοπρέπεια του ανθρώπου δεν μπορεί να συνδέεται με τις συνθήκες της ζωής του, δεν συναρτάται ωστόσο με την ελευθερία του; Μπορεί να υπάρχει αξιοπρέπεια χωρίς ελευθερία χωρίς το κυριαρχικό δικαίωμα του ανθρώπου να ορίζει τη ζωή του; Οι υπερασπιστές της διαδικασίας, δέχονται την φιλελεύθερη άποψη όπως την διετύπωσε πρώτος ο John Stuart Mill στο *Περί Ελευθερίας* (*On Liberty* 1859): «η κυριαρχία του ανθρώπου πάνω στον εαυτό του και τη ζωή του είναι απόλυτη και δεν γνωρίζει κανένα όριο, πλην της κυριαρχίας των άλλων ανθρώπων πάνω στην δική τους ζωή». Τούτο σημαίνει ότι δεν μπορούμε να στραφούμε κατά της εξουσίας αυτής του ανθρώπου επί της ζωής του, παρά μόνο όταν η άσκηση της προκαλεί βλάβη στους άλλους, ποτέ όμως όταν προκαλεί βλάβη στον ίδιο.(Τσουκαλοχωρίτου, 2012)

Διαστρέβλωση της αυτονομίας

Οι υποστηρικτές της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας προβάλλουν το επιχείρημα ότι η παροχή βοήθειας προς τον ασθενή για να πεθάνει είναι μια πράξη ευεργετική επειδή σέβεται την αρχή της αυτονομίας. Κατά την άποψη αυτή, όσοι αρνούνται να συμμορφωθούν με το αυτόνομο αίτημα ενός ασθενή ικανού να λαμβάνει αποφάσεις δεν τον σέβονται ως άνθρωπο, ενεργούν απάνθρωπα και παραβιάζουν ένα θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα. Ο ιατρός Jack Kevorikian, λέει ότι «η υπέρτατη αξία είναι η αυτονομία».(Τσουκαλοχωρίτου, 2012)

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

δεσμεύσει ένα άλλο άτομο εντός ή εκτός της σχέσης ιατρού-ασθενή. Όταν μια απαίτηση γίνεται προσταγή, μπορεί να παραβιάζει την αυτονομία κάποιου άλλου ατόμου. Ακόμη πιο αμφίβολο είναι το αν ένας άνθρωπος τόσο απελπισμένος που ζητάει να τον θανατώσουν ή να τον βοηθήσουν να αυτοκτονήσει μπορεί να ενεργεί αυτόνομα. Τελικά, το άτομο που επιλέγει την υποβοηθούμενη αυτοκτονία χρησιμοποιεί την αυτονομία του για να παραιτηθεί από την αυτονομία. Αποφασίζει να εξαλείψει την βάση στην οποία είναι δυνατή η αυτονομία- την συνείδηση και την λογικότητα. Ο ασθενής παραιτείται από κάθε έλεγχο σε όλες τις περαιτέρω εμπειρίες και επιλογές που δεν μπορούν να προβλεφθούν και οι οποίες θα μπορούσαν να είναι σημαντικές όσον αφορά το ίδιο του το σύστημα αξιών. Ο John Stuart Mill, ένθερμος υποστηρικτής της προσωπικής ελευθερίας, υποστήριξε παρόλα αυτά ότι δεν μπορεί κανείς εν ονόματι της ελευθερίας να παραδίδει τον ίδιο του τον εαυτό στην ανελευθερία, δηλαδή στην σκλαβιά.(Mill, 1947).

Όσο μεγαλύτερη είναι η χρονική απόσταση ανάμεσα στον αναμενόμενο θάνατο κάποιου και στην απόφασή του να θανατωθεί ή να αυτοκτονήσει, τόσο μεγαλύτερη είναι η ελευθερία από την οποία παραιτείται. Για παράδειγμα, η ασθενής του ιατρού Kevorkian, η Janet Adkins, προφανώς φοβήθηκε τις ολέθριες επιπτώσεις της νόσου του Αλτσχάιμερ. Επέλεξε τον θάνατο ενώ είχε ακόμη μπροστά της μήνες και πιθανώς χρόνια ζωής. Με δική της απόφαση, η κυρία Adkins παραιτήθηκε από την ελευθερία της να κάνει μια σειρά μελλοντικών επιλογών για την φύση και το νόημα των οποίων για την ίδια δεν μπορούσε να προβλέψει.(Chadwick, 1997).

Στο άλλο άκρο, όταν επίκειται ο θάνατος, τα εμπειρικά ερωτήματα της αυτονομίας είναι εξίσου προβληματικά. Ο ασθενής που πάσχει από κάποια θανατηφόρα νόσο είναι ένας άνθρωπος που συχνά πονάει, αγωνιά, υφίσταται απόρριψη από τους υγιείς και υποφέρει από μια αίσθηση ενοχής και απαξίας, νιώθοντας ότι αποτελεί κοινωνικό, οικονομικό και συναισθηματικό βάρος για τους άλλους. Μπορεί ένας άνθρωπος στην κατάσταση αυτή να πληροί τα κριτήρια της αυτόνομης επιλογής; Πόσο καλά θα μπορούσαν οι ασθενείς αυτοί να διασφαλίσουν την αυτονομία τους αν νομιμοποιούσαμε την διαδικασία; Οι πάσχοντες από χρόνια νοσήματα και ετοιμοθάνατοι ασθενείς είναι εξαιρετικά ευαίσθητοι ακόμη και στην παραμικρή νύξη απαξίας από πλευράς ιατρών και νοσηλευτών που τους φροντίζουν, της οικογένειας και των φίλων τους. Οποιοδήποτε σημάδι – λεκτικό ή μη – που ενισχύει την ενοχή ή την ντροπή τους το εκλαμβάνουν ως έμμεση υπόδειξη να αποχωρήσουν «με ανωτερότητα» από τον κόσμο αυτόν. Το πόσο πολύ μπορεί η αυτονομία να διακυβεύεται από τον πόνο, την ενοχή και τα αισθήματα απαξίας είναι φανερό από το γεγονός ότι, όταν τα αισθήματα αυτά εξαλείφονται ή βελτιώνονται, οι ασθενείς δεν ζητούν να πεθάνουν. Επιπλέον, οι περισσότερες θανατώσεις από πρόθεση δεν διενεργούνται με συναίνεση, συνεπώς δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι προάγουν την αυτοδιάθεση.(Chadwick, 1997).

Ακόμη και αν νομιμοποιούσαμε την υποβοηθούμενη αυτοκτονία, μας λένε οι αρνητές της, η πρώτη μας υποχρέωση σύμφωνα με τις αρχές τόσο της ευεργετικότητας όσο και της αυτονομίας θα

ήταν η διάγνωση, βελτίωση ή εξάλειψη αυτών των αιτιών θλίψης και πόνου του ασθενή που τον ωθούν τελικά να την ζητήσει. Η αντιμετώπιση αυτή είναι πιο ανθρωπιστική και προστατεύει την ανθρώπινη αξιοπρέπεια περισσότερο από ό,τι η από πρόθεση διευκόλυνση του θανάτου του ασθενή μέσω αυτής της πρακτικής.(Chadwick, 1997).

Διαστρέβλωση της εμπιστοσύνης

Η εμπιστοσύνη είναι αναπόσπαστο κομμάτι της σχέσης ιατρού-ασθενή. Ο πάσχων είναι αναγκασμένος να εμπιστεύεται τον ιατρό του αφού ο ίδιος δεν διαθέτει τις γνώσεις που είναι απαραίτητες για την θεραπεία του και επειδή είναι ευάλωτος και δεν μπορεί να γίνει καλά χωρίς την βοήθεια του ιατρού. Την κατάσταση αυτή επιτείνει ακόμη περισσότερο το γεγονός ότι ο ιατρός αποσπά την εμπιστοσύνη του ασθενή όταν προσφέρεται να τον βοηθήσει. Στην προσφορά του αυτή, υπάρχει η υπόσχεση της επάρκειάς του, καθώς επίσης και η υπόσχεση ότι δεν θα εκμεταλλευθεί την μειονεκτική θέση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής εξαιτίας της ασθένειάς του και της ανάγκης του για βοήθεια. Ο πάσχων εμπιστεύεται τον ιατρό ελπίζοντας ότι θα κάνει αυτό που είναι καλύτερο για τον ασθενή του, με βάση την διάγνωση, την πρόγνωση και τις δυνατότητες θεραπείας που υπάρχουν. Όταν οι πάσχοντες ξέρουν ότι η υποβοήθηση στον θάνατο αποτελεί μια νόμιμη επιλογή και ότι μερικοί ιατροί μπορεί να βλέπουν την θανάτωση ως θεραπεία, γνωρίζουν ότι είναι ευάλωτοι στις παραβιάσεις αυτής της εμπιστοσύνης.(Τσουκαλοχωρίτου, 2012)

Ένας πολύ πιο συνηθισμένος κίνδυνος σήμερα είναι η πιθανότητα οι αξίες του ιατρού και η αποδοχή της επιθανάτιας πρακτικής από μέρους του να διαμορφώσουν ασυνείδητα το πόσο σθεναρά θα μάχεται για να σώσει τον ασθενή ή θα προτείνει στον πάσχοντα την λύση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Πώς μπορεί να ξέρει ο ασθενής πότε ο ιατρός του προσπαθεί να τον πείσει ή ακόμη και να τον εξαναγκάσει έμμεσα να επιλέξει τον θάνατο; Ιδιαίτερα οι ηλικιωμένοι ασθενείς, που αισθάνονται περισσότερο ανασφαλείς, θα έβλεπαν στο πρόσωπο του ιατρού τους τον πιθανό δολοφόνο τους, που τους αντιμετωπίζει ως πιθανά θύματα.(Τσουκαλοχωρίτου, 2012)

Τα κίνητρα του ιατρού μπορεί ασυνείδητα να είναι η προαγωγή των πεποιθήσεών του ότι η υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι κοινωνικό αγαθό που προσφέρει ανακούφιση από τις απογοητευτικές δυσκολίες της φροντίδας του ασθενή ή της ψυχικής δυσφορίας για την ποιότητα της ζωής που είναι αναγκασμένος να ζει ο πάσχων ή η προαγωγή της επιθυμίας εξοικονόμησης των πολύτιμων πόρων της κοινωνίας και ούτω καθεξής. Πώς θα είναι ποτέ σίγουρος ο ασθενής για το πραγματικό κίνητρο που θα υπάρχει πίσω από τις συστάσεις του ιατρού του; Και πότε υποβιβάζει ο ιατρός την αξία των διαθέσιμων μεθόδων ανακούφισης του πόνου ή πλήρους παρηγορητικής φροντίδας επειδή πιστεύει ότι ο πραγματικά «καλός» θάνατος είναι ο προγραμματισμένος θάνατος; (Κουτσελίνης, 1999).

Βάσει των παραπάνω λοιπόν, αν γινόταν δεκτή η πρακτική της θανάτωσης από πρόθεση

από την ιατρική ηθική, θα διαστρέβλωνε την ηθική και τους σκοπούς της θεραπευτικής σχέσης τουλάχιστον σε τρεις διαστάσεις της: την ευεργετικότητα, την προστασία της αυτονομίας και την πίστη στην δυνατότητα του ασθενή να εμπιστεύεται τον ιατρό. Επιπλέον, η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία δεν συνάδει με την ανθρώπινη αξιοπρέπεια. Για τους λόγους αυτούς, ισχυρίζονται οι πολέμιοι της, η εν λόγω πρακτική πρέπει να απαξιωθεί ηθικά και να παραμείνει ποινικά κολάσιμη. (Buchanan, 1996).

Η ζωή ως ύψιστη αξία

Το γεγονός ότι η ζωή αντιμετωπίζεται ως απόλυτη αξία δεν χρήζει απόδειξης. Όλοι σχεδόν οι ηθικοί κώδικες και οι ηθικές θεωρίες, θρησκευτικές η κοσμικές, περιλαμβάνουν την γενική απαγόρευση της αφαίρεσης ανθρώπινης ζωής από πρόθεση. Ο νόμος την προστατεύει ως ύψιστο αγαθό και αντιμετωπίζει την αφαίρεση της ζωής ως το βαρύτερο έγκλημα. (Τσουκαλοχωρίτου, 2012)

Στην ζωή μας υπάρχουν πολλά αντικείμενα, γεγονότα και αξίες τα οποία λογίζονται ως αγαθά, όπως η ευτυχία, η αξιοπρέπεια, η ελευθερία και άλλα, αλλά κανένα δεν θεωρείται θεμελιωδέστερο της ζωής. Τα πάντα εδράζονται πάνω σε αυτήν αφού λογικά χρονικά και οντολογικά προηγείται όλων. Η ζωή αναμφίβολα έχει αυτή την αναπόσπαστη αξία ως απαραίτητης προϋπόθεσης για την επίδιωξη των διαφόρων σκοπών και δραστηριοτήτων που δίνουν αξία και νόημα στη ζωή μας. Συνεπώς, η διατήρηση της ανθρώπινης ζωής έχει υπέρτατη αξία που απορρέει τόσο από τον οργανικό της ρόλο, όσο και από την ενδογενή αξία της- την επιθυμία που έχουν οι άνθρωποι για την ίδια την ζωή, την συνέχιση και μόνο της ύπαρξης αυτή καθαυτήν. Το πόσο απόλυτα εκλαμβάνουμε την αξία της ζωής, αποδεικνύεται και από τον φόβο και την απέχθειά μας προς τον θάνατο. Σύμφωνα με τον Thomas Nagel απεχθανόμαστε τον θάνατο, όχι επειδή ο ίδιος έχει κάποιες ποιότητες, αλλά επειδή στερεί από τον άνθρωπο κάτι ποθητό, την ζωή, και όσες πιθανές προοπτικές αυτή ενσωματώνει. Όλοι εκείνοι που προβάλλουν την ζωή ως υπέρτατη αξία αντιμετωπίζουν την υποβοηθούμενη αυτοκτονία σαν στέρηση του αγαθού αυτού, επί του οποίου εδράζονται όλες οι θετικές ή αρνητικές ποιότητες με τις οποίες μπορεί να περιβληθεί η ανθρώπινη υπόσταση. Θεωρούν, δηλαδή, την επιθανάτια αυτή διαδικασία, ως στέρηση της ίδιας της ουσίας της ανθρώπινης ύπαρξης. (Brock, 2007).

Σύμφωνα με τον Ronald Dworkin πρέπει να αναρωτηθούμε πρωτογενώς για την αξία ή την απαξία της πρακτικής με σημείο αναφοράς τις πεποιθήσεις μας για την «ιερότητα της ζωής», την εγγενή της αξία. Ακόμη και αν δεν βλέπει κανείς την ανθρώπινη ζωή ιερή ως θεόδοτη, η αξία της δεν μειώνεται γιατί η ζωή είναι πολυδιάστατη και έχει μεγάλη σπουδαιότητα από πολλές και διαφορετικές σκοπιές. Όπως ισχυρίζεται ο Dworkin, η ιερότητα της ζωής μας ενώνει και όταν ακόμη μας διαφοροποιεί το νόημα που ο καθένας δίνει σε αυτήν, διότι αυτό που μοιραζόμαστε

είναι πολύ πιο ισχυρό. Η ηθική αξιολόγηση της διαδικασίας δεν θα πρέπει να παράγεται, λοιπόν, από δικαιώματα, αλλά πρωτογενώς από τις θέσεις μας πάνω στο απαραβίαστο της ζωής. Υπό την έννοια αυτή η κριτική αναπτύσσεται πάνω σε δύο βασικούς άξονες. Αφενός σε σχέση με την επιλογή του πάσχοντος να τερματίσει τη ζωή του και αφετέρου σε σχέση με ότι αφορά στην παρέμβαση του δευτέρου προσώπου. (Dworkin,1993).

Πρώτα απ' όλα πρέπει να λεχθεί ότι η επιλογή του θανάτου δεν αποτελεί δικαίωμα του ανθρώπου. Από τη στιγμή που είμαστε αναγκασμένοι να πεθάνουμε, αυτό δεν μπορεί να θεωρηθεί δικαίωμά μας. Το οποιοδήποτε δικαίωμα δεν είναι δυνατόν να νοηθεί αποκομμένο από την διακριτική ευχέρεια που παρέχει στον κάτοχό του να το ασκήσει αν επιθυμεί, όποτε και με όποιον τρόπο εκείνος προτιμά. Ο θάνατος αντίθετα είναι υποχρεωτικός για όλους, και βέβαια δεν μπορούμε να επιλέξουμε τον τρόπο και τη στιγμή που θα πεθάνουμε. Και αν φαίνεται πως ο άνθρωπος επιλέγει τον τρόπο και τη στιγμή του θανάτου του, αυτό δεν είναι τίποτε άλλο από απλή επίφαση, μια και ο τρόπος της διενέργειάς του είναι άγνωστος στον ασθενή, όπως και η συνεπαγόμενη ποιότητα του θανάτου του. Ο χρόνος της αναχώρησης από τη ζωή δεν αποτελεί επίσης επιλογή του ασθενή, αλλά επιβάλλεται από την κατάστασή του ή πολλές φορές από τον ιατρό ή τους συγγενείς, όταν πια ο ασθενής δεν μπορεί να επικοινωνήσει με το περιβάλλον και να δηλώσει τη βούλησή του. (Dworkin,1993).

Το «δικαίωμα στον θάνατο», ωστόσο, που επικαλούνται οι θιασώτες της πρακτικής, ως ηθικό δικαίωμα έχει θεωρηθεί από κάποιους με φιλοσοφικά κριτήρια λογικά ασυνεπές και αντιφατικό και ως νομικό δικαίωμα ύποπτο έως και επικίνδυνο. Υποστηρίζεται δηλαδή ότι τα δικαιώματα είναι από την αρχή της σύλληψης της ιδέας τους διεκδικήσεις θετικών αξιών και πρωτίστως της αξίας της ζωής και ότι οι θεμελιωτές της ιδέας των δικαιωμάτων απέρριπταν την αυτοκτονία. Το γεγονός μάλιστα ότι γίνεται επίκληση του «δικαιώματος» αυτού σε οριακές καταστάσεις και πολλές φορές όχι από τον ίδιο τον ασθενή καταστρατηγεί την αρχή της αυτονομίας και θέτει σε παρένθεση την έννοια της αξιοπρέπειας. Σε πολλές μάλιστα περιπτώσεις, κυρίως όταν κάποιος δεν θέλει να επιβαρύνει τους οικείους του, γίνεται λόγος για «ένα καθήκον να πεθάνεις» και όχι για «δικαίωμα». (Πρωτοπαπαδάκης, 2003).

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

εκφράζει ο αιτούμενος δεν είναι τίποτε άλλο από την ανυπόφορη δυστυχία και τον βασανισμό που βιώνει καθώς και η ανάγκη του να απαλλαγεί από αυτή την κατάσταση. (Πρωτοπαπαδάκης, 2003).

Έντονες όμως αντιδράσεις εγείρει και η αναγκαία παρεμβολή του ιατρού ή των οικείων του ασθενή στην διαδικασία τερματισμού της ζωής. Και αυτό διότι η συμμετοχή σημαίνει αποδοχή της ορθότητας του αιτήματος. Αυτό με την σειρά του προϋποθέτει μια ενυπάρχουσα αξιολόγηση της ζωής του ασθενή. Αυτός που επιλέγει να συνδράμει τον πάσχοντα υιοθετεί την άποψη ότι η ζωή του δεν είναι άξια να βιωθεί. Η εκτίμηση, όμως της ποιότητας της ζωής ενός άλλου ανθρώπου συνεπάγεται τρομακτική ευθύνη. Εκτός αυτού, η εκτίμηση αυτή μόνο συμπτωματικά μπορεί να ταυτίζεται με εκείνη του ίδιου του πάσχοντος, διότι η ζωή, όπως και ο θάνατος, αποτελούν καθαρά προσωπική υπόθεση. Ενδέχεται, δηλαδή, να θεωρούμε παρατηρώντας την κατάσταση του ασθενή, πως δεν θα θέλαμε στην θέση του να διατηρούμαστε στην ζωή. Για τον ίδιο τον πάσχοντα ωστόσο, μπορεί τα πράγματα να είναι διαφορετικά. Σε κρίσιμες καταστάσεις οι απόψεις του ανθρώπου σχετικά με έννοιες όπως η αξιοπρέπεια, η αυτονομία και η τιμή πιθανότατα είναι επιδεκτικές ριζικών αλλαγών ή μπορεί να μην έχουν καν σημασία. (Πρωτοπαπαδάκης, 2003).

Συμπερασματικά, η υποβοηθούμενη αυτοκτονία δεν μπορεί να δικαιωθεί ηθικά, επειδή αρνείται και προσβάλλει το ύψιστο αγαθό που ο άνθρωπος μπορεί να κατέχει, δηλαδή την ζωή. Είναι προτιμότερο λοιπόν, ισχυρίζονται οι υπέρμαχοι του εν λόγω επιχειρήματος, «μπροστά στον κίνδυνο να αφαιρέσει κανείς άδικα μια ανθρώπινη ζωή προβαίνοντας σε μια πράξη υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, να διατηρήσει άδικα μια ανθρώπινη ζωή, αποποιούμενος μια τέτοια πράξη». (Πελεργρίνης, 1985).

Ωφελείν ή μη βλάπτειν - primum non nocere

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

Σύμφωνα με τον Ιπποκράτειο Όρκο επιβάλλεται πλήρης προστασία της ανθρώπινης ζωής. Οι υποδείξεις του είναι σαφείς: «Δεν θα χορηγήσω θανατηφόρο φάρμακο σε κανένα και αν παρακληθώ, ούτε θα υποδείξω τέτοια συμβουλή...». Ο ιπποκράτειος ιατρός, με την συνοπτική ρήση «ωφελείν ή μη βλάπτειν» («να ωφελείς παρά να βλάπτεις»), ή εκτενέστερα με την ένορκη δήλωση «διαιτήμασί τε χρήσομαι επ' ωφελείη καμνόντων κατά δύναμιν και κρίσιν εμήν, επί δηλήσει δε και αδική είρξειν», δηλαδή «Θα χρησιμοποιώ την θεραπεία για να βοηθήσω τους ασθενείς κατά την δύναμη και την κρίση μου, αλλά ποτέ για να βλάψω ή να αδικήσω», τάσσεται ως θεματοφύλακας της ζωής του ανθρώπου και ουδέποτε δήμιός της, κάτω από οποιεσδήποτε συνθήκες. Σε απόλυτη σύμπνοια με τον Ιπποκράτειο Όρκο βρίσκεται και η λατινική φράση «primum non nocere»: «πάνω

απ' όλα μην βλάπτεις», η οποία ορίζει ως πρωταρχικό καθήκον του ιατρού την αποφυγή βλάβης στον ασθενή. (Smith, 2005).

Περισσότερες από δύομισι χιλιετίες αφότου ο Ιπποκράτειος Όρκος έγινε ο επαγγελματικός κώδικας των αρχαίων Ελλήνων ιατρών, παραμένει ο ίδιος κώδικας ενσωματωμένος στον όρκο που παίρνουν σήμερα οι ιατροί να κρατούν, όπως έχουν κάνει διαμέσου των αιώνων. Αυτό είναι πράγματι ένα εκπληκτικό γεγονός. Η ιατρική έχει αλλάξει δραματικά από την κλασική εποχή μέχρι σήμερα όσον αφορά τα περιεχόμενα και των θεωρητικών και των πρακτικών συστατικών της. Ο Ιπποκράτειος Όρκος, εν τούτοις, συνεχίζει να διέπει αυστηρά την ιατρική ηθική, γεγονός που αποδεικνύει την αναμφισβήτητη υπερχρονική αξία του. Ο λόγος γι' αυτό μπορεί να μην είναι δύσκολο να αναγνωριστεί. Η ουσία του Όρκου αφορά στους στόχους της ιατρικής επιστήμης ή τέχνης ή σε κάποιες ευρύτερες ηθικές αντιλήψεις που είναι στο θεμέλιο των σκοπών του ιατρικού επαγγέλματος. (Smith, 2005).

Συγκεκριμένα, η εντολή του Όρκου ενάντια στην συμμετοχή ενός ιατρού στον τερματισμό μιας ζωής, πηγάζει από μερικές βαθιά ριζωμένες πεποιθήσεις για την ίδια τη φύση ή τους σκοπούς της ιατρικής, που δεν είναι άλλοι από την παραγωγή της υγείας και την προάσπιση του αγαθού της ζωής και των ευθυνών εκείνων που ορκίζονται να τους πραγματοποιήσουν. Ο ανώδυνος θάνατος, συνεπώς, διαστρέφει βάνανυσα την αποστολή του ιατρού. Όχι μόνο διότι επιφέρει τον θάνατο του ασθενή, αλλά και διότι παραβιάζει ξεκάθαρη πρόβλεψη του Όρκου, αυτήν που αφορά στην άρνηση προσφοράς θανατηφόρου σκευάσματος από τον ιατρό ακόμη και αν του ζητηθεί. Η προστασία της ζωής του πάσχοντος αποτελεί πρώτιστο καθήκον του ιατρού. (Πρωτοπαπαδάκης, 2003).

Η σύγχρονη πραγματικότητα, ωστόσο, έχει δημιουργήσει καινούρια δεδομένα τα οποία δεν μπορούν να καλυφθούν από απόψεις και λεκτικές διατυπώσεις που χάνονται στα βάθη του χρόνου. Οι επιστημονικές και τεχνολογικές εξελίξεις, ιδιαίτερα στον τομέα της ιατρικής, μπορούν πλέον να επιτρέψουν την παράταση της ζωής για μεγάλο χρονικό διάστημα ανιάτως πασχόντων ή ανθρώπων που βρίσκονται σε μη αναστρέψιμη κατάσταση και χωρίς επαφή με το περιβάλλον. Έχει όμως αξία μια ζωή που εξαρτάται από τα μηχανήματα, όταν δεν υπάρχουν πιθανότητες για βελτίωση της κατάστασης του ασθενή; Ο,τι είναι ιατρικά εντυπωσιακό δεν σημαίνει κατ' ανάγκη ότι είναι και ηθικά αποδεκτό.

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

ανθρωπιστικά κίνητρα τερματίσει την ζωή του πάσχοντος; (Smith, 2005).

Οι υπέρμαχοι της πρακτικής ισχυρίζονται ότι σε ορισμένες περιπτώσεις ο ιατρός δικαιολογείται είτε να τερματίσει μια ζωή είτε να μην την παρατείνει ανακουφίζοντας έτσι από τον πόνο και την οδύνη αφού ένας από τους σημαντικούς στόχους της ιατρικής είναι η ανακούφισή τους. Ωστόσο, οι στόχοι της ιατρικής δεν μπορεί να είναι απλώς η ανακούφιση του πόνου ή της οδύνης με οποιαδήποτε μέσα και οποιοδήποτε κόστος. Σε πολλές περιπτώσεις, η ανακούφιση του πόνου και της οδύνης θα μπορούσε να επιτευχθεί χωρίς την βελτίωση ή την αποκατάσταση της υγείας, δηλαδή με ορισμένα φάρμακα που καλύπτουν τον πόνο και την οδύνη. Τέτοιοι στόχοι μπορούν να αποτελούν μέρος του σκοπού της ιατρικής, αλλά όχι τον μοναδικό σκοπό. Ο λόγος για τον οποίο είναι μέρος της ιατρικής σκοπιμότητας είναι ότι μια ζωή χωρίς ή με λιγότερο πόνο ή οδύνη είναι προτιμότερη από μια ζωή με πόνο και οδύνη. Με άλλα λόγια, με το να στοχεύει να περιορίσει τον πόνο ή την οδύνη ο ιατρός επιδιώκει να βελτιώσει μια ζωή. Ο στόχος του είναι να αυξήσει ένα αγαθό, δηλαδή την ζωή, και έτσι παραμένει μέσα στην στοχοθεσία της ιατρικής. Αλλά όταν κάποιος τερματίζει μια ζωή για να ανακουφίσει τον πόνο, σαφώς δεν αυξάνει το αγαθό της ζωής. Μάλλον, το καταστρέφει μαζί με τα κακά του πόνου και της οδύνης. (Πελεγρίνης, 1985).

Επιπλέον, η ιατρική ηθική όπως περιγράφεται στον Όρκο του Ιπποκράτη, περιλαμβάνει θετικά και αρνητικά καθήκοντα για τον ιατρό. Θετική υποχρέωσή του αποτελεί η παροχή βοήθειας στον ασθενή («ωφελέειν»), που στην προκειμένη περίπτωση είναι η ανακούφιση από τον πόνο, ενώ αρνητικό του καθήκον είναι η μη αφαίρεση της ζωής του («μη βλάπτειν»). Όταν αρνητικά και θετικά καθήκοντα συγκρούονται, όταν δηλαδή η ανακούφιση του πάσχοντος μπορεί να επέλθει μόνο με τον θάνατο, οι αντιτιθέμενοι στην πρακτική υποστηρίζουν ότι τα αρνητικά υπερισχύουν. Η ηθική αξιολόγηση της συμμετοχής του ιατρού στην διενέργεια της αυτοκτονίας δεν επηρεάζεται ούτε από την κλινική κατάσταση του ασθενή, ούτε από την ένταση της οδύνης και την απέλπιδα προοπτική του, ούτε βέβαια από την συμπαθητική στάση του ιατρού και τα ανθρωπιστικά του ελατήρια. Η επιθανάτια πρακτική είναι αντίθετη στην ιατρική ηθική, διότι συνιστά σκόπιμο τερματισμό της ανθρώπινης ζωής, πράξη που έρχεται σε ευθεία αντίθεση με τον Ιπποκράτειο Όρκο και με την ύψιστη αποστολή της ιατρικής επιστήμης. (Πελεγρίνης, 1985).

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

Ήδη το 1993, η Βουλή των Λόρδων στην Αγγλία αποφάσισε ότι οι ιατροί θα μπορούσαν

νόμιμα να διακόψουν κάθε ιατρική βοήθεια, συμπεριλαμβανομένης και της τροφής και της υδροδότησης (παθητική ευθανασία) από τον Antony Bland, ασθενή, ο οποίος βρισκόταν σε συνεχή και επίμονη φυτική κατάσταση. Ποιος όμως μπορεί να είναι απολύτως βέβαιος για το αναπότρεπτο της επέλευσης του θανάτου ή ακόμη και για την οριστική απώλεια των προϋποθέσεων του «ευ ζην» κάποιου άλλου;(Πρωτοπαπαδάκης, 2003).

Η έννοια του «ανιάτου» δεν στοιχειοθετεί δίκαιο για τον ιατρό, ώστε να εγκαταλείψει τις προσπάθειές του, ισχυρίζονται οι αρνητές της πρακτικής, επειδή ο ιατρός ως το τέλος πρέπει να παραμένει αταλάντευτα πιστός στον όρκο του. Κανένας δεν δικαιούται να προωθεί διαδικασίες θανάτου, όταν υπάρχει αφενός η πιθανότητα και για λανθασμένες εκτιμήσεις και αφετέρου η ελπίδα ότι από την μία στιγμή στην άλλη η επιστήμη να μπορεί να συμβάλει αποτελεσματικότερα για την ποιότητα και την διάρκεια ζωής του κάθε ανθρώπου.(Πρωτοπαπαδάκης, 2003).

Η υπόθεση Bland, όπως παλιότερα και η υπόθεση Karen Ann Quinlan στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, έφεραν το φλέγον αυτό θέμα εκ νέου στην επιφάνεια με την πιο οδυνηρή μορφή. Οι κατ' επανάληψη συζητήσεις, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν στις Ηνωμένες Πολιτείες και τις αγγλοσαξονικές χώρες οδήγησαν στην άποψη, ότι η λήψη αποφάσεων περί της παράτασης ή μη της ζωής των ανίατα πασχόντων, αποτελεί καίριο θέμα. Κι αυτό διότι, οι δυνατότητες μεταμόσχευσης οργάνων και κατ' επέκταση της παράτασης της ζωής άλλων ασθενών, οι οποίοι διατηρούν ακέραιη την ψυχονοητική λειτουργία τους αλλά απειλείται η επιβίωσή τους λόγω ανεπάρκειας ενός ή περισσοτέρων ζωτικών οργάνων τους, επιβάλλει την εξεύρεση μοσχευμάτων τα οποία μπορούν να ληφθούν από ασθενείς που βρίσκονται σε κατάσταση εγκεφαλικού θανάτου. Η τοποθέτηση αυτή απέναντι στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία σημαίνει σημαντική τροποποίηση των κριτηρίων της ιατρικής ηθικής και ίσως τροποποίηση και όλου του αξιολογικού συστήματος το οποίο αποτελεί το ουσιαστικό της περιεχόμενο. (Μπαλογιάννης, 2003).

Η επιλογή της εν λόγω πρακτικής ως τρόπου αντιμετώπισης μιας συγκεκριμένης κλινικής κατάστασης, δηλαδή της οδύνης στο τελικό στάδιο, επιφέρει τεράστιες αλλαγές στην ιατρική ηθική και πρακτική. Στερεί από τον ιατρό την μόνιμη και σταθερή προσήλωση στον στόχο της διατήρησης της ζωής του ασθενή με κάθε μέσον και καθιστά ιατρική επιλογή αυτό που η ιατρική εξ ορισμού πολεμά, τον θάνατο. Με τον τρόπο αυτό ο ιατρός επιφορτίζεται με τον ρόλο να κρίνει την ποιότητα και την ποσότητα της ζωής κάποιου και από θεραπευτής μετατρέπεται σε έμπορο θανάτου. (Stuart et al, 1998).

Στην περίπτωση που ο ιατρός παραβεί τον όρκο του και διενεργήσει υποβοηθούμενη αυτοκτονία, δεν διαπράττει μόνο ηθικό προσωπικό παράπτωμα, αλλά η ενέργειά του αυτή έχει αντίκτυπο στο σύνολο του ιατρικού κόσμου. Ακόμη και η παραμικρή υπόνοια πως ο ιατρός δεν θα κάνει τα πάντα για να διατηρήσει στη ζωή τον ασθενή και να τον θεραπεύσει μπορεί να φέρει ανεπανόρθωτη βλάβη στην εμπιστοσύνη που ο ασθενής δείχνει στον ιατρό και να μεταβάλλει

δραστικά την εικόνα που πρέπει να έχει η κοινωνία για το ιατρικό λειτούργημα, ώστε να το περιβάλλει με εμπιστοσύνη. Είναι απαραίτητο οι ιπποκρατικές εντολές «επ' ωφελείη καμνόντων» και «ωφελείν ή μη βλάπτειν» να παραμείνουν σεβαστές, και η συγκεκριμένη πρακτική καθόλου δεν συμβάλλει σε αυτό. (Stuart et al, 1998).

Τα παραπάνω καθιστούν φανερό πως το ιατρικό καθήκον επιβάλλει πολύ περισσότερα από την συνταγογράφηση και την παρακολούθηση ασθενών. Στην ιατρική φροντίδα ενυπάρχει ένα κοινωνικό νόημα που ξεπερνά σε αξία ακόμη πολλές φορές και την θεραπεία. Με άλλα λόγια, η εντελώς απαραίτητη για τη σωστή ιατρική επέμβαση, θεραπευτική συμμαχία δεν μπορεί να εγκατασταθεί, αν δεν λειτουργεί σωστά η υγιής ευσπλαχνία. Η ευσπλαχνία αυτή είναι συνυφασμένη με την ευαισθησία για τον πόνο του άλλου, η οποία δεν προκαλείται από οίκτο ή συμπόνια εκφραζόμενη από θέση ισχύος, αλλά φανερώνει την συναίσθηση της κοινής μας αδυναμίας και ευαλωτότητας. Η υποβοηθούμενη αυτοκτονία, αντίθετα αφαιρεί από τον ιατρό την δυνατότητα να φροντίσει τον ασθενή του, απογυμνώνοντας τον κυριολεκτικά από τον ρόλο του. Η διακοπή της ζωής του πάσχοντος μπορεί να γίνει εύκολα από τον οποιονδήποτε, η συμπαθητική φροντίδα και η ανακούφιση του ασθενή όμως είναι προνόμιο του ιατρού. Αυτό δεν σημαίνει, βέβαια, πως ο ασθενής πρέπει να υφίσταται άγονες θεραπείες όταν οι επιλοκές της αγωγής είναι χειρότερες από το σύμπτωμα που σκοπεύουν να θεραπεύσουν. Η πρωταρχική, όμως αρχή παραμένει: «Ο θεραπευτικός στόχος πρέπει να επιτευχθεί με τον μικρότερο δυνατό κίνδυνο για την ζωή του ασθενή». (Stuart et al, 1998).

Είναι συνεπώς φανερό, ισχυρίζονται οι υπέρμαχοι του επιχειρήματος, πως η πρακτική αυτή, σε όλες τις μορφές της είναι μια ενδογενώς εσφαλμένη πράξη, που έρχεται σε ευθεία αντίθεση με το ιατρικό καθήκον έτσι όπως περιγράφεται από τον όρκο του Ιπποκράτη και ισχύει χωρίς καμία παρέκκλιση έως τις ημέρες μας. Παραβιάζει τον ηθικό σκοπό της ιατρικής σχέσης και ανοίγει τον δρόμο για σοβαρές καταχρήσεις που δεν μπορούν να αναχαιτιστούν μέσω νομικών περιορισμών. Επιπλέον, το να επιτρέπουμε την θανάτωση από πρόθεση σημαίνει ότι απαρνιόμαστε την ηθική υποχρέωση του ιατρού να παρέχει πλήρη παρηγορητική φροντίδα για τον πόνο και τις ψυχολογικές αιτίες που οδηγούν τους ασθενείς σε τόσο μεγάλη απόγνωση ώστε να ζητούν να τους θανατώσουμε. (Pellegrino, 2007).

Αντί λοιπόν, της εύκολης και άγονης λύσης της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, ο ιατρός οφείλει να βελτιώσει την επαγγελματική του ικανότητα και να σκύψει πάνω στον θνήσκοντα ασθενή του επιδιώκοντας να καταστήσει το τέλος του ανώδυνο, αξιοπρεπές και γενικά ανθρώπινο κατά το δυνατόν. (Pellegrino, 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

Η ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

1. Η στάση του ιατρικού προσωπικού

Η ηθική και η δεοντολογία την οποία θα πρέπει να ακολουθούν οι ιατροί βασίζεται στο καθήκον που έχουν για την διατήρηση του ασθενή στην ζωή, για την αποκατάσταση της υγείας του ασθενή, για την παροχή ανακουφιστικής φροντίδας, για τον σεβασμό τον οποίο πρέπει να επιδείξουν στο δικαίωμα που έχει ο ασθενής για λήψη απόφασης η οποία να αφορά στην υγεία του και στην ζωή του γενικότερα και, τέλος, για την παροχή βοήθειας στον ασθενή που βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ζωής του, ώστε να πεθάνει με αξιοπρέπεια. Ο Όρκος του Ιπποκράτη, ο οποίος αναφέρει ότι οι ιατροί δεν θα δώσουν θανατηφόρο φάρμακο σε κάποιον που θα τους το ζητήσει, ούτε θα του κάνουν μια τέτοια υπόδειξη, εγείρει ηθικά ζητήματα σε περιπτώσεις ευθανασίας και ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, καθώς είναι σαφώς κατά των μεθόδων αυτών που οδηγούν ένα άτομο στο τέλος της ζωής του. Για τον λόγο αυτόν, μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο έγιναν κάποιες προσπάθειες από επιστημονικούς οργανισμούς προκειμένου να προσαρμοστεί ο νόμος του Ιπποκράτη με τις εξελίξεις της Ιατρικής και την πρόοδο της κοινωνίας, καθώς και με τα ηθικά διλήμματα που προκύπτουν από τις εν λόγω εξελίξεις. Η Διακήρυξη της Γενεύης (1948) και ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (2005) αποτελούν ένα σύστημα από ηθικές αρχές που διέπουν την καθημερινή ιατρική πράξη και την επιστημονική έρευνα και τις οποίες οι ιατροί μπορούν να επικαλεστούν σε περιπτώσεις σύγκυσης ή διαμάχης. Είναι οι αρχές αυτές που επιτρέπουν στους επαγγελματίες υγείας και τους συγγενείς να δημιουργήσουν ένα κοινό θεραπευτικό σχέδιο δράσης για τον ασθενή, χωρίς να υπάρχουν διαμάχες. (Σαλαχά, 2012).

Στην περίπτωση της ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας το καθήκον του ιατρού έρχεται σε σύγκρουση με την επιθυμία του ασθενή. Ο ιατρός οφείλει να σεβαστεί την αυτονομία και την αξιοπρέπεια του κάθε ασθενή και επί πλέον οφείλει να τον ενημερώσει πλήρως για την κατάσταση της υγείας του, την θεραπεία που μπορεί να εφαρμοστεί, καθώς και για τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα κάθε θεραπευτικής μεθόδου. Η δυσκολία έγκειται στην περίπτωση κατά την οποία ο ασθενής αρνηθεί να εφαρμόσει κάποια θεραπευτική αγωγή ή στο άκουσμα της εξέλιξης της ασθένειας ζητήσει από τον ιατρό να τον βοηθήσει να επισπεύσει την διαδικασία του θανάτου. Αρκετοί πιστεύουν ότι δεν θα πρέπει να επιτρέπεται σε κανέναν να στερήσει από έναν ασθενή το δικαίωμα σε έναν αξιοπρεπή θάνατο. (Stevens, 2006) Αυτή η άποψη όμως, σε πολλές περιπτώσεις, έρχεται σε σύγκρουση με τις ηθικές αξίες και τις κοινωνικές και θρησκευτικές αρχές που μπορεί να έχει ο ιατρός και επομένως, ακόμη και αν ο νόμος κατοχυρώνει νομικά τον ιατρό να προβεί υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις στην ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία, τίθεται το ζήτημα της

σύγκρουσης μεταξύ των προσωπικών και των επαγγελματικών αξιών που ο ίδιος πρεσβεύει και της επιθυμίας του ασθενή. Η αρχή της αυτονομίας του ατόμου αποτελεί υπέρτατη αρχή, η οποία όμως δεν θα πρέπει να θεωρείται η απόλυτη αρχή, καθώς υπάρχει και η αρχή της δικαιοσύνης, σύμφωνα με την οποία κανένας άνθρωπος και καμιά αρχή δεν μπορεί να υποχρεώσει τον ιατρό να ενεργήσει αντίθετα από την ηθική και την επαγγελματική συνείδησή του. (Σαλαχά, 2012).

Επιπλέον, υπάρχουν και οι περιπτώσεις στις οποίες ο ασθενής, λόγω της φύσης της ασθένειας ή εξ αιτίας του σταδίου στο οποίο βρίσκεται η ασθένεια, έχει απολέσει την αυτονομία του και την δυνατότητα επικοινωνίας, ενώ το οικογενειακό περιβάλλον ζητά από τον ιατρό να επισπεύσει την διαδικασία του θανάτου, εκφράζοντας έμμεσα την επιθυμία του ασθενή. Σε αυτές τις περιπτώσεις, ο ιατρός δεν μπορεί να είναι βέβαιος εάν πράττει σύμφωνα με την επιθυμία του ασθενή, ειδικά όταν δεν υπάρχει κάποιο χειρόγραφο σημείωμα, ή πράττει σύμφωνα με την επιθυμία των συγγενών, οι οποίοι μπορεί να έχουν οφέλη από τον θάνατο του ασθενή. (Stevens, 2006). Τίθεται λοιπόν το ηθικό ερώτημα, εάν πρέπει να επισπεύσει την διαδικασία του θανάτου του ασθενή, ικανοποιώντας ουσιαστικά την επιθυμία του ίδιου του ασθενή ή με την πράξη του αυτή ικανοποιεί ουσιαστικά την επιθυμία των συγγενών που μπορεί να λαμβάνουν αποφάσεις κάτω από έντονη συναισθηματική φόρτιση ή με γνώμονα το συμφέρον τους και όχι σύμφωνα με την επιθυμία του ίδιου του ασθενή. Ένα ακόμη αμφιλεγόμενο θέμα που εγείρει ηθικά ζητήματα είναι η συνέχιση ή όχι από τους ιατρούς της τεχνητής ενυδάτωσης και τροφής. Πολλοί είναι αυτοί που πιστεύουν ότι η ενυδάτωση και η τροφή αποτελούν βασικά στοιχεία της φροντίδας ενός ασθενή, τα οποία και δεν πρέπει κάποιος να στερείται. Τα ηθικά ζητήματα που αφορούν στην τεχνητή λήψη τροφής και νερού αναδύονται από περιπτώσεις στις οποίες ο ασθενής ζει για χρόνια εξ αιτίας της εν λόγω παρέμβασης, στερούμενος όμως την ποιότητα στην ζωή του. (Τσουκαλοχωρίτου, 2012).

Τα τελευταία είκοσι χρόνια, έχουν γίνει πάρα πολλές έρευνες για την στάση του ιατρικού κόσμου πάνω στο συγκεκριμένο θέμα. Τα αποτελέσματα των ερευνών δείχνουν μια ολοένα και περισσότερο θετική άποψη των ιατρών, για την νομιμοποίηση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Παρακάτω παρατίθενται ενδεικτικές έρευνες που ασχολήθηκαν με το εν λόγω ζήτημα.

Το 1999, σύμφωνα με μελέτη που παρουσιάστηκε στις ΗΠΑ, το 11% των ιατρών δήλωσε πως παρά τις απαγορεύσεις του νόμου θα συνταγογραφούσε φάρμακα για να επέλθει το τέλος σε ασθενείς τελικού σταδίου, ενώ το 9% θα έκανε την έγχυση της θανατηφόρου ένεσης. Επίσης, το 38% και το 28% των ιατρών θα έκανε τις παραπάνω ενέργειες, αν ήταν νόμιμες. Αναφορικά με το θρήσκευμα, η μελέτη αποφαινεται πως οι ιατροί που πιστεύουν στην εβραϊκή θρησκεία είναι πιο πρόθυμοι να πραγματοποιήσουν υποβοηθούμενη αυτοκτονία, σε σχέση με τους συναδέλφους τους που ασπάζονται τον καθολικισμό. (Meier, 1999).

Ιατροί διαφόρων ειδικοτήτων συμμετείχαν σε έρευνα με θέμα την νομιμοποίηση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Προέκυψε ότι πολλοί ιατροί επιθυμούν την νομιμοποίηση κυρίως οι

γενικοί ιατροί και οι νευρολόγοι. Επισημαίνουν οι ερευνητές ότι οι ογκολόγοι έχουν καλύτερη εκπαίδευση στην παρηγορητική φροντίδα και εμπειρία στις διαπροσωπικές σχέσεις με τους ασθενείς τελικού σταδίου. Συμπεραίνουν εξ' αυτού ότι καλύτερη εκπαίδευση στην παρηγορητική φροντίδα θα βοηθούσε στην λύση του γρίφου για την υποβοηθούμενη αυτοκτονία. (Peretti-Watel et al 2003). Απόλυτα σύμφωνος στο ως άνω συμπέρασμα και ο Emanuel ο οποίος διαπιστώνει ότι η στάση των ιατρών έναντι των ασθενών τελικού σταδίου με πόνο που δεν ανταποκρίνεται σε αγωγή εξαρτάται από την εκπαίδευσή τους. Όσο περισσότερο εκπαιδευμένοι στην εξασφάλιση του «καλού θανάτου» είναι τόσο σπανιότερα εφαρμόζουν στους ασθενείς τους υποβοηθούμενη αυτοκτονία, αλλά και τόσο σπανιότερα υπάρχει αίτημα από τον ασθενή. (Emanuel et al 2016).

Σε μελέτη σχετικά με την ανακουφιστική καταστολή στο Connecticut με συμμετέχοντες 677 ιατρούς, το 96 % των ιατρών υποστήριζαν την χρήση αναλγητικών για την ανακούφιση του πόνου σε ανίατη ασθένεια, ακόμη και με τον κίνδυνο πρόωρων θανάτων, το 78 % υποστήριζαν την πρακτική καταστολής τελικού σταδίου σε περίπτωση ανθεκτικού πόνου και περίπου το ένα τρίτο υποστήριζε την ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Ενδιαφέρον αποτέλεσμα αποτελεί το ακόλουθο: σε ποσοστό 62 %, οι ιατροί που υποστήριζαν την καταστολή τάχθηκαν κατά της υποβοηθούμενης από τον ιατρό αυτοκτονίας. Τα αποτελέσματά δείχνουν ότι οι περισσότεροι παθολόγοι υποστηρίζουν την πρακτική Ανακουφιστικής καταστολής (Emanuel et al 2016).

Τα αποτελέσματα εθνικής εμβέλειας μελέτης στην Νέα Ζηλανδία έδειξε ότι οι γενικοί ιατροί συμμετέχουν σε αποφάσεις για το τέλος της ζωής ασθενών που ήδη λαμβάνουν παρηγορητική φροντίδα. Επισημαίνεται το γεγονός ότι σε κάποιους ασθενείς δεν είχε προηγηθεί η σχετική συζήτηση ώστε να υπάρξει συναίνεση. Τέλος διαπιστώνεται ότι η απόφαση για το πρόωρο τέλος της ζωής (περίπου κατά 7 ημέρες) δημιουργεί μεγάλο βάρος στους ιατρούς. (Mitchell και Owens 2004).

Σύμφωνα με τα ευρήματα ανασκοπικής έρευνας του 2006, οι ιατροί σε Ολλανδία και Όρεγκον που συμμετείχαν σε υποβοηθούμενη αυτοκτονία ή ευθανασία παρουσίασαν ψυχολογικά προβλήματα, απέκτησαν βάρος στη συνείδησή τους, κάποιοι δε εξ αυτών ανέφεραν ότι τρόπον τινά εξαναγκάστηκαν να συμμετέχουν από τον ασθενή και τους συγγενείς, καθώς και ότι η στιγμή που ο ασθενής παίρνει την θανατηφόρο ουσία είναι ψυχοφθόρος για τον ιατρό (Stevens 2006).

Οι γενικοί ιατροί επίσης αντιμετωπίζουν προβλήματα στην διαπίστωση του ψυχισμού του τελικού σταδίου ασθενή και της οικογένειάς του προκειμένου να βοηθηθούν (ασθενής και οικείοι) να αποδεχθούν τον επερχόμενο θάνατο. Αυτό δημιουργεί την επιτακτική ανάγκη καλύτερης εκπαίδευσης των θεραπόντων προκειμένου να ανταπεξέλθουν στις ιδιαίτερες απαιτήσεις της παρηγορητικής φροντίδας (Kelly et al 2008).

Στην Ολλανδία, οι Γενικοί Ιατροί δέχονται αιτήματα για υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Η διαχείριση αυτών των αιτημάτων, συμφωνούν όλοι, ότι είναι ψυχοφθόρα, ενώ συγχρόνως

διαπιστώνουν ότι οι επιθυμίες των ασθενών που υποφέρουν πολύ μπορεί να μην αντιπροσωπεύουν τα πραγματικά τους θέλω. Κάποιοι ιατροί καταφεύγουν στην τελική καταστολή, άλλοι προτιμούν την παρηγορητική φροντίδα και μάλιστα διαπίστωσαν ότι μειώνεται αισθητά η επιθυμία του ασθενή για επίσπευση του θανάτου του. Τέλος οι μισοί περίπου δέχονται να σκεφθούν την πιθανότητα του υποβοηθούμενου θανάτου μόνο εφόσον είναι βέβαιοι ότι δεν μπορούν να βοηθήσουν πλέον τον ασθενή τους και ότι έχουν καταφέρει να βρουν την χρυσή τομή μεταξύ της επιθυμίας τους να ανακουφίσουν τον άρρωστο και των αρχών της ηθικής (Georges et al 2008).

Σε μελέτη στην Ινδία σχετικά με την στάση των ψυχιάτρων απέναντι στην ευθανασία, το 55% τάχθηκε υπέρ της νομιμοποίησης της υποβοηθούμενης από τον ιατρό αυτοκτονίας, ενώ μόνο το 28 % αντιτάχθηκε. Οι κυριότεροι παράγοντες που καθόρισαν τη στάση τους ήταν οι βαθιά ριζωμένες ηθικές αξίες, η άποψή τους ότι η υποβοηθούμενη από τον ιατρό αυτοκτονία θα ασκήσει πίεση για την βελτίωση της ανακουφιστικής φροντίδας, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις τους και η εκτροπή πόρων από την ανακουφιστική φροντίδα. Το 60 % πίστευαν ότι θα εξετάσουν το ενδεχόμενο της ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας για τον εαυτό τους σε περίπτωση της οδύνης στο τέλος της ζωής τους. Οι παράγοντες που καθόρισαν την απόφασή τους να εξετάσουν την υποβοηθούμενη από τον ιατρό αυτοκτονία θα είναι ο πόνος, στο 70 % των περιπτώσεων, καμία ελπίδα ανάκαμψης του ασθενή σε 50 % των περιπτώσεων, η απώλεια των διανοητικών ικανοτήτων, σε 49 % των περιπτώσεων, η αδυναμία να αναλάβουν οι ασθενείς την φροντίδα του εαυτού τους και η κακή ποιότητα ζωής σε 35 % των περιπτώσεων (Kamble et al, 2012).

Σε πρόσφατη ελβετική έρευνα, οι Ελβετοί ιατροί από τη μία καλούνται να πραγματοποιήσουν την επιθυμία του ασθενή να δώσει τέλος στη ζωή του και από την άλλη έχουν δεσμευτεί να προλαμβάνουν τις αυτοκτονίες. Επιπροσθέτως, η σύγχρονη τάση για αύξηση της αυτονομίας του ασθενή και η βαρύτητα που δίνεται στον σεβασμό των αποφάσεών του περιπλέκει έτι περαιτέρω την θέση των λειτουργών υγείας. Για να λυθούν αυτά τα ζητήματα θεωρείται πρόπον να καθοριστεί μια πολιτική στα νοσηλευτικά ιδρύματα που στηρίζεται σε ηθικές αρχές και η οποία (πολιτική) θα λειτουργήσει σαν οδηγός για περιπτώσεις που τίθενται σοβαρά διλήμματα. (Emanuel et al 2016).

Στην Γερμανία, όπως φαίνεται σε έρευνα του 2015, ενώ το ποσοστό των ιατρών που ήταν υπέρ της νομιμοποίησης της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας ήταν 48%, προθυμία όμως να συμμετάσχει στην αντίστοιχη διαδικασία εξέφρασε μόλις το 4%. Στην περίπτωση που η πράξη αφορούσε ασθενείς τελικού σταδίου, το 15,7% θα δεχόταν να συνταγογραφήσει φάρμακο για αυτοκτονία. Τέλος, οι ιατροί που είχαν ειδικότητα για την αντιμετώπιση του πόνου, δέχονταν την συμμετοχή στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία σε μεγαλύτερο ποσοστό (10%), σε σχέση με ιατρούς άλλων ειδικοτήτων(4%). (Zenz et al, 2015).

Σε ιαπωνική μελέτη ρωτήθηκαν ογκολόγοι σχετικά με το πότε συζητούν τις έγκαιρες

λήψεις αποφάσεων για το τέλος της ζωής, με τους καρκινοπαθείς σε προχωρημένο στάδιο νόσου. Οι αποφάσεις περιελάμβαναν την εισαγωγή σε ξενώνα (hospice/σπίτι, ειδικό ξενώνα ή νοσοκομείο), την επιθυμία μη ανάνηψης, καθώς και την ενημέρωση για το προσδόκιμο του. Καθυστερούσαν να εμπλακούν οι ογκολόγοι που είχαν δυσκολία στον καθορισμό του προσδόκιμου ή που είχαν αντίθετη από τον ασθενή άποψη για το τι σημαίνει καλός θάνατος ή ακόμη δεν είχαν εκπαιδευθεί στην διαδικασία που απαιτεί η λήψη αυτών των αποφάσεων και δεν είχαν άνεση για να συζητήσουν σχετικά με τον θάνατο (Mori et al 2015).

Στην Ελλάδα, οι ιατροί των ΜΕΘ δεν είναι εξοικειωμένοι με τις ορολογίες της ενεργητικής, της παθητικής ευθανασίας και της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Αναγνωρίζουν το δικαίωμα του ασθενή να αποφασίζει για το τέλος της ζωής του και μάλιστα να στηρίζουν την από κοινού απόφαση ασθενή, συγγενών και θεράποντος. Στην πράξη πάντως δεν διακόπτουν την υποστηρικτική αγωγή, εκτός σπανιοτάτων εξαιρέσεων (Kranidiotis et al 2015).

Σύμφωνα με άλλη έρευνα, οι Έλληνες ιατροί εκφράζουν μια αρνητική άποψη για την ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία, η οποία είναι ανεξάρτητη του φύλου και της ηλικίας τους, ενώ επηρεάζεται από την ειδικότητα, την προυπηρεσία και τον αριθμό των ασθενών τελικού σταδίου που φρόντισαν. Πιο θετική στάση έχουν οι ογκολόγοι που επί το πλείστον νοσηλεύουν καταληκτικούς αρρώστους. Το 65% τάσσεται υπέρ της νομιμοποίησης της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Αιτήματα για διακοπή ή απόσυρση άωφελους εργασίας έχει λάβει το 63%, όμως μόνο το 9% έχει πράξει κάτι τέτοιο. Τέλος, εντοπίζεται σημαντική έλλειψη στην ιατρική εκπαίδευση, αναφορικά με την παρηγορητική φροντίδα σε ασθενείς τελικού σταδίου. (Βουρδαμή, 2018).

Μια ακόμα ελληνική μελέτη το 2015, έδειξε ότι ένας μεγάλος αριθμός ερωτηθέντων (47% ιατροί) ενέκρινε την νομιμοποίηση ενός επιταχυνόμενου θανάτου από έναν ασθενή με καρκίνο τελικού σταδίου. Αναφορικά με την άμεση «απαίτηση» από τον ασθενή να του εφαρμοστεί υποβοηθούμενη αυτοκτονία από τον ιατρό η οποία δεν τελέστηκε, το 20,5% των ιατρών δέχθηκαν αίτημα από τον ίδιο τον ασθενή για τερματισμό της ζωής τους, στο οποίο δεν συναίνεσαν. (Parpa et al., 2015)

Τέλος, πρόσφατη έρευνα το 2019 αναδεικνύει την οριακά (51%) θετική στάση των ιατρών για την αποποινικοποίηση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Περισσότεροι από τους μισούς ιατρούς δεν λαμβάνουν υπόψη τις προγενέστερες δηλώσεις του ασθενή για να θέσει τέλος στην ζωή του. Στο ίδιο επίσης ποσοστό δεν έχουν ποτέ σκεφτεί να λυτρώσουν τον άρρωστο από τα βάσανά του μέσω δικής τους υποβοήθησης. (Αντωνιάδου, 2019).

2. Η στάση του νοσηλευτικού προσωπικού

Σε γενικές γραμμές, το νοσηλευτικό προσωπικό στην πράξη δεν συμμετέχει ενεργά στην λήψη αποφάσεων σχετικά με την υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Συνήθως, οι ιατροί έχουν τον πρώτο λόγο, γιατί στην συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων είναι η ειδικότητα των επαγγελματιών υγείας που εμπλέκεται στην επιθανάτια αυτή διαδικασία. Επίσης, οι νοσηλευτές βρίσκονται σε ευάλωτη θέση από την νομική πλευρά, καθώς δεν υπάρχει ευκρινές νομοθετικό πλαίσιο που να κατοχυρώνει την συμμετοχή τους σε τέτοιες διαδικασίες. Το ίδιο πρόβλημα αντιμετωπίζουν και σε θεσμικό επίπεδο, καθώς τα επαγγελματικά τους επιμελητήρια δεν επικροτούν την εμπλοκή τους στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Σημειώνεται ότι ο Κώδικας Δεοντολογίας για το νοσηλευτικό προσωπικό είναι εξαιρετικά συγκεκριμένος σε θέματα ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, αναφέροντας ότι οι νοσηλευτές απαγορεύεται να ενεργούν με γνώμονα την επιθυμία του ασθενή να θέσει τέρμα στην ζωή του και ότι υποχρέωση των νοσηλευτών είναι να προστατεύουν την ανθρώπινη ζωή και αξιοπρέπεια, περιλαμβανομένου του δικαιώματος του κάθε ατόμου στην ζωή και στην ασφάλεια. (Αντωνιάδου, 2019).

Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση της Αμερικάνικης νοσηλευτικής εταιρίας που έκανε μια δήλωση θέσης το 2013 σχετικά με την υποβοηθούμενη αυτοκτονία, σύμφωνα με την οποία απαγορεύεται στο νοσηλευτικό προσωπικό να συμμετέχει σε αυτές τις πρακτικές διότι αντίκεινται στον Νοσηλευτικό Κώδικα. Το νοσηλευτικό προσωπικό, σύμφωνα με την Εταιρία, πρέπει να εστιάζει στην παρηγορητική θεραπεία και για αυτό πρέπει να έχει ειδική εκπαίδευση. Η αποστολή του είναι, μεταξύ άλλων, η ανακούφιση από το υποφέρειν και η στήριξη του θνήσκοντος. Επειδή υπάρχουν πολιτείες που έχει νομιμοποιηθεί η ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία, η Εταιρία αναλαμβάνει να βοηθήσει το νοσηλευτικό προσωπικό να αντιμετωπίσει τα ηθικά διλήμματα. (Αντωνιάδου, 2019).

Πάντως, τόσο σε διεθνές όσο και σε εγχώριο επίπεδο, έχουν δημοσιοποιηθεί αρκετές έρευνες που ρίχνουν φως στην στάση των νοσηλευτών στο συγκεκριμένο θέμα, οι οποίες εκτίθενται παρακάτω.

Η διερεύνηση του ρόλου των Ολλανδών νοσηλευτριών κατά την υποβοηθούμενη αυτοκτονία που λαμβάνει χώρα σε νοσοκομειακό περιβάλλον έδωσε ενδιαφέροντα αποτελέσματα. Το νοσηλευτικό προσωπικό στο 45% γίνεται ο πρώτος αποδέκτης του αιτήματος του ασθενή για επίσπευση του θανάτου του. Στις περιπτώσεις που το αίτημα δεν γίνεται αποδεκτό, ο νοσηλευτής θα λειτουργήσει σαν αντιπρόσωπος του ασθενή προσπαθώντας να πείσει τον θεράποντα να αποδεχθεί το αίτημα. Σε ένα ποσοστό ως 4% μπορεί να χορηγήσει ο ίδιος την θανατηφόρο ουσία ακόμα και χωρίς παρουσία ιατρού. Επίσης φαίνεται ότι υπολείπεται η επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών σχετικά με τον υποβοηθούμενο θάνατο με εξαίρεση την περίπτωση που ο

ιατρός αποφασίζει να συναινέσει στο αίτημα του ασθενή, οπότε και συζητάει με τον νοσηλευτή. Παρότι οι νοσηλευτές/νοσηλεύτριες μπορεί να συμμετέχουν στις διαδικασίες επίσπευσης θανάτου και οι τυχόν λάθος χειρισμοί θα μπορούσαν να έχουν νομικές επιπλοκές, δεν φαίνεται να φροντίζουν να ενημερώνονται από τις σχετικές οδηγίες που εκδίδουν τα ιδρύματα που εργάζονται. (Van Bruchem-Van de Scheur et al ,2008).

Επίσης, και το νοσηλευτικό προσωπικό στο Βέλγιο φαίνεται ότι δεν ακολουθεί τους νόμους εφόσον παραδέχτηκε ότι έχει χορηγήσει θανατηφόρο ουσία σε ασθενείς και μάλιστα σε κάποιους χωρίς να έχει προηγηθεί επίμονο αίτημα. (Bilsen J. et al, 2010).

Σε χώρες όπως το Ισραήλ βρέθηκε επίσης υψηλός βαθμός υποστήριξης της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας (50% -67%), με τον ακριβή βαθμό υποστήριξης να εξαρτάται από το αν το άτομο είχε γνωρίσει τον ασθενή ή, αντίθετα, αν είχε σημαντική επαφή με τον ασθενή της μονάδας εντατικής θεραπείας (De Keyser & Musgrave, 2006).

Οι νοσηλευτές/τριες στην Ολλανδία, σε πρόσφατη μελέτη, πιστεύουν κατά πλειοψηφία (7 στους 10) ότι θα πρέπει ο ιατρός να τους συμβουλευτεί πριν λάβει την τελική απόφαση σχετικά με το αίτημα υποβοηθούμενης αυτοκτονίας ενός ασθενή πιθανόν διότι είναι οι πρώτοι αποδέκτες του αιτήματος λόγω της συχνής επαφής που έχουν με τους νοσηλευόμενους. Ένα μικρό ποσοστό (7%) του νοσηλευτικού προσωπικού αγνοεί ότι δεν δικαιούνται να χορηγήσουν θανατηφόρο ουσία (Francke et al, 2016).

Τηλεφωνική συνέντευξη σε Γάλλους νοσηλευτές έδειξε ότι το 29% υποστηρίζουν την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Την νομιμοποίηση της επιθανάτιας διαδικασίας επιθυμούν οι νοσοκόμες νυκτερινής βάρδιας. Το προφίλ των νοσηλευτών που δεν αποδέχονται την νομιμοποίηση των πρακτικών αυτών περιλαμβάνει όσους έχουν έντονη θρησκευτικότητα, καλή εκπαίδευση στην παρηγορητική φροντίδα, την διαχείριση του πόνου, καθώς και των ασθενών τελικού σταδίου. Τέλος τα αποτελέσματα της έρευνας οδήγησαν τους ερευνητές να διαμορφώσουν την άποψη ότι ενδεχομένως η καλύτερη εκπαίδευση στην παρηγορητική φροντίδα θα άλλαζε την στάση των νοσηλευτών έναντι του υποβοηθούμενου θανάτου. (Bendiane et al 2009).

Σε έρευνα που έγινε στην Τουρκία, περίπου τα δύο τρίτα (65,3%) των νοσηλευτών που ερωτήθηκαν συμφώνησαν ότι τα άτομα θα πρέπει να έχουν το δικαίωμα να αποφασίζουν για το θάνατό τους, ενώ το 52,9% δήλωσε ότι η νομιμοποίηση της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας θα πρέπει να αποτελέσει μια πραγματικότητα. Αλλά μόνο το 15% ήταν πρόθυμοι να εκτελέσουν την επιθανάτια διαδικασία. (Terpehan et al, 2009).

Στο Ιράν, η φροντίδα στο τέλος του κύκλου ζωής εξακολουθεί να είναι ένα νέο θέμα και οι πληροφορίες σχετικά με τις ευκαιρίες για βοήθεια τερματισμού της ζωής στο Ιράν είναι σπάνιες. Πρόσφατη μελέτη εξετάζει την στάση του μέσου Ιρανού μουσουλμάνου νοσηλευτή απέναντι στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Σύμφωνα με τα ευρήματα, οι περισσότεροι ιρανοί νοσηλευτές

(60,2%) δεν είχαν θετική στάση απέναντι στην πρακτική αυτή. (Razban et al, 2013).

Τα μεγαλύτερα επίπεδα υποστήριξης για την ευθανασία εντοπίστηκαν σε χώρες όπως το Βέλγιο, όπου η υποβοηθούμενη αυτοκτονία έχει ήδη αποποινικοποιηθεί. Μια έρευνα με δείγμα 3327 νοσηλευτών αποκάλυψε ότι 92% πιστεύουν ότι θα έδιναν θανατηφόρες δόσεις φαρμάκων σε ασθενείς που τους είχαν ζητήσει ρητά και που έπασχαν από ακραία επίπεδα ανεξέλεγκτου πόνου ή άλλης δυσφορίας (Inghelbrecht et al., 2009).

Σε πολωνική μελέτη το 2012 έγινε σύγκριση για την στάση τους απέναντι στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία, σε ομάδες φοιτητών νοσηλευτικής από το Ιατρικό Πανεπιστήμιο του Szczecin (Πολωνία), του Πανεπιστημίου Ernst-Moritz-Arndt Greifswald (Γερμανία) και του Πανεπιστημίου Lund (Σουηδία). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 82% των ερωτηθέντων Γερμανών φοιτητών, το 61% των Σουηδών φοιτητών και το 48% των Πολωνών φοιτητών υποστήριξαν την ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Μεταξύ των Πολωνών, το 92,5% των φοιτητών ήταν Καθολικοί, ενώ μεταξύ των Γερμανών και των Σουηδών το 28% και το 40% ήταν Προτεστάντες, αντίστοιχα. Οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η αποδοχή της πρακτικής μπορεί να συνδέεται με την θρησκευτική πίστη, ως στοιχείο πολιτιστικής διαφοράς μεταξύ των τριών χωρών. (Mierzecki et al, 2012).

Στην Φινλανδία, έρευνα μεταξύ 265 νοσηλευτών δείχνει την θετική τους στάση στην αποποινικοποίηση της ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Μάλιστα η ηλικία αναδεικνύεται ως σημαντική μεταβλητή της έρευνας, καθώς οι νεότεροι νοσηλευτές (κάτω των 50 ετών) ήταν υπέρ της συγκεκριμένης πρακτικής σε ποσοστό 65%, έναντι των μεγαλύτερων, που το ποσοστό τους πέφτει στο 32%. Τέλος, το 58% των νοσηλευτών δήλωσε πως ήταν πρόθυμοι να λάβει μέρος ενεργά στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία. (Ryynanen et al, 2002).

Οι Ganz & Musgrave (2006), εξετάζοντας τις απόψεις 71 νοσηλευτών που εργάζονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας, διαπιστώνουν πως η πλειοψηφία αυτών είναι υπέρ της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, αν και μόνο το 10% θα συμφωνούσε να συμμετάσχει στην εκτέλεση της αντίστοιχης ιατρικής πράξης, επισημαίνοντας μάλιστα πως η θρησκευτικότητα διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο στην διαμόρφωση των απόψεων περί ευθανασίας. Σε μία ανάλυση των σχετικών ερευνών, οι Verpoort et al (2004) καταλήγουν στο συμπέρασμα πως η ηλικία, η θρησκεία και η νοσηλευτική ειδικότητα επιδρούν σημαντικά στις απόψεις των νοσηλευτών, ενώ οι σημαντικότεροι λόγοι κατά της νομιμοποίησης της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας είναι οι θετικές στάσεις σχετικά με τις δυνατότητες της παρηγορητικής φροντίδας, οι θρησκευτικές αντιρρήσεις και ο φόβος κατάχρησης.

Στην Ελλάδα, πρόσφατες έρευνες δείχνουν την ολοένα και περισσότερο θετική στάση των νοσηλευτών για την αποποινικοποίηση της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών που τάσσονται υπέρ της πρακτικής είναι εργαζόμενοι σε ΜΕΘ ή σε

κλινικές νοσηλείας βαρέως πασχόντων ασθενών.

Σε έρευνα του 2014, ως προς την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία, τεκμηριώθηκε πως οι νοσηλευτές είναι οριακά (48%) αρνητικοί τόσο ως προς την νομιμοποίησή της όσο και ως προς την συμμετοχή τους στην αντίστοιχη ιατρική πράξη, παρόλο που συμφωνούν πως αυτή αποτελεί μία ηθικά αποδεκτή πράξη. Ωστόσο, φαίνεται πως οι Έλληνες νοσηλευτές είναι πιθανόν περισσότερο θετικά προσκείμενοι από συναδέλφους τους σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, όπως η Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο. (Παππά, 2014).

Σε μελέτη που δημοσιοποιήθηκε το 2015, οι έμπειροι νοσηλευτές σε μεγαλύτερο ποσοστό (57,1%) σε σχέση με εκείνους με την μικρότερη προϋπηρεσία (43,6%) ανέφεραν την συμμετοχή τους στην χορήγηση μορφίνης ή άλλων συναφών φαρμάκων με πρόθεση την ανακούφιση του ασθενή με την πιθανή επίσπευση του θανάτου του (Δόγμα Διπλού Αποτελέσματος). Στην άρνηση ή απόσυρση της θεραπείας, επιπροσθέτως, με στόχο την επίσπευση του θανάτου αναφέρονται διαφορές μεταξύ των νοσηλευτών με την μεγαλύτερη προϋπηρεσία συγκριτικά με εκείνους με την μικρότερη. Το ποσοστό των νοσηλευτών οι οποίοι είναι πρόθυμοι να συμμετέχουν στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι χαμηλότερο από το ποσοστό των νοσηλευτών που πιστεύουν ότι η ευθανασία είναι ηθικά αποδεκτή. Τέλος, οι έμπειροι νοσηλευτές τάσσονται υπέρ της νομιμοποίησης της επίσπευσης του θανάτου ασθενή που πάσχει από καταληκτική νόσο, σε ποσοστό (51%), συγκριτικά (37, 2%) με τους λιγότερο έμπειρους νοσηλευτές. (Πάρπα, 2015).

Σε άλλη ελληνική έρευνα, στην μεγάλη πλειοψηφία τους (65%) οι νοσηλευτές παίζουν ενεργό ρόλο στην αντιμετώπιση ασθενή που επιθυμεί να πεθάνει και αρνείται θεραπεία. Διερευνούν τα αίτια που τον οδηγούν σε αυτό και προβαίνουν στις δέουσες ενέργειες, στο πλαίσιο των δυνατοτήτων τους για να τα αντιμετωπίσουν. Εντυπωσιακό είναι ότι το 58% από αυτούς, ακόμα και στην περίπτωση που το αίτημα του ασθενή οφείλεται σε παγιωμένες προσωπικές αντιλήψεις, συνεχίζουν να προσπαθούν να τον μεταπείσουν. Αυτό το αποτέλεσμα συνάδει με τα διεθνή δεδομένα που πιστοποιούν την μεγαλύτερη ενασχόληση του νοσηλευτικού προσωπικού με τον άρρωστο γεγονός που δίνει στους νοσηλευτές την δυνατότητα να αναπτύξουν ενσυναίσθηση και αλληλεπίδραση με τον τελευταίο. Σε ισχνή πλειοψηφία (52%) δέχονται την νομιμοποίηση της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, αλλά δεν θέλουν να συμμετέχουν στην διαδικασία. (Αντωνιάδου, 2019).

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΚΑΙ ΘΕΣΜΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΓΙΑ ΤΟ ΖΗΤΗΜΑ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

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

Στην περίπτωση που οι ασθενείς θέλουν να ακολουθήσουν την επιθανάτια διαδικασία της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, όχι γιατί δεν αγαπούν την ζωή αλλά επειδή δεν μπορούν να βιώσουν τον αφόρητο πόνο, μία δίκαια και ευνομούμενη πολιτεία πρέπει να σεβαστεί την επιθυμία τους. Για αυτό τον λόγο και προκειμένου να γίνει σωστή εφαρμογή της μεθόδου πρέπει να υλοποιηθούν μηχανισμοί στήριξης, που θα δίνουν εγγυήσεις για την ορθή συμμετοχή σ' αυτήν. (Σαλαχά, 2012).

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

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

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

αιτήματα τους. (Σαλαχά, 2012).

Έναν τέτοιο ρόλο καλούνται να διαδραματίσουν και οι Επιτροπές Βιοηθικής, οι Επιτροπές Ηθικής ή και Δεοντολογίας καθώς και η πληθώρα Ειδικών Επιτροπών στα νοσοκομεία ή ερευνητικά κέντρα που θεσπίστηκαν σε εθνικό ή περιφερειακό επίπεδο γενικότερα στον δυτικό κόσμο για θέματα ζωής και υγείας και μπορούν να συνεισφέρουν στην συνειδητοποίηση των πολιτών, στην προώθηση του δημόσιου διαλόγου και στην μεσολάβηση για την εξεύρεση μιας συναινετικής λύσης στα επίμαχα κοινωνικά ζητήματα που ανακύπτουν από την πρόοδο της βιοϊατρικής τεχνολογίας, διαμέσου της δημοσιοποίησης της γνώμης τους (Μητροσύλη Μ., 2008).

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

Στην Ελλάδα με τον νόμο 2667/1998, όπως ισχύει, θεσπίστηκε παρά τω Πρωθυπουργώ, η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής η οποία έχει ως σκοπό την διαρκή παρακολούθηση των θεμάτων που αφορούν στις εφαρμογές των βιολογικών επιστημών, καθώς και στην εμβάθυνση των ηθικών, κοινωνικών και νομικών διαστάσεων και επιπτώσεών τους. Άλλος στόχος της, είναι τόσο η έγκυρη πληροφόρηση των πολιτών όσο και η υποστήριξη των κρατικών πολιτικών. Αποτελείται από 12 μέλη, τα οποία είναι επιστήμονες προερχόμενοι από τις επιστήμες της ζωής και της υγείας, καθώς και από το χώρο της νομικής, της θεολογίας και της κοινωνιολογίας. (Σαλαχά, 2012).

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

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

Εν αντιθέσει με τις συμβατικές αγωγές από τις οποίες προσδοκείται θεραπευτικό όφελος για τον ασθενή, οι παρεμβάσεις παράτασης της ζωής δεν συνεπάγονται αποδεκτή ποιότητα της ζωής, κυρίως σε καταστάσεις που διακρίνονται από μη ανακουφιζόμενο αφόρητο πόνο με προθανάτια αγωνία του προσώπου ή όταν δεν υπάρχουν ανώτερες εγκεφαλικές λειτουργίες. Συνεπώς, ανακύπτει μια ενδιάμεση «γκρίζα» περιοχή που δεν καλύπτεται από τις παραδοσιακές αρχές και

αξίες της ιατρικής δεοντολογίας. Η συνέχιση της εφαρμογής ιατρικών παρεμβάσεων στα εν λόγω περιστατικά επιδέχεται αμφισβήτηση. Έτσι, οι τελικές αποφάσεις καταλήγουν να είναι απότοκοι υποκειμενικών αξιολογήσεων. Ωστόσο, στις περιπτώσεις αυτές, η εξακολούθηση ή μη της παρέμβασης δεν μπορεί να έγκειται μόνον στην κρίση του ιατρού.

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

Βέβαια, όταν η κατάσταση είναι μη αναστρέψιμη, η Επιτροπή κρίνει ότι έχει εκλείψει ο θεραπευτικός σκοπός της ιατρικής αγωγής, χωρίς όμως να παραγνωρίζεται ότι ακόμα και σε αυτό το στάδιο πρέπει ο ασθενής να ωφελείται και όχι να βλάπτεται. Εν προκειμένω, η τεχνητή παράταση των λειτουργιών του οργανισμού, χωρίς ελπίδα θεραπείας, μπορεί να θεωρηθεί «βλάβη» και μάλιστα να βιώνεται από τον ίδιο τον ασθενή ως τέτοια. (Σαλαχά, 2012).

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

Όταν υπάρχει ελπίδα ίασης του ασθενή, με σταδιακή επιδείνωση της κατάστασής του, η τεχνητή διατήρηση στην ζωή να μπορεί να παραταθεί για μεγάλο χρονικό διάστημα. Ο θεράπων ιατρός οφείλει να καθιστά σαφές τόσο το μη αναστρέψιμο της κατάστασης του ασθενή, όσο και την αβεβαιότητα ως προς τον χρόνο επέλευσης του θανάτου, λαμβάνοντας πάντα υπόψη τις ψυχολογικές αντοχές του ασθενή. Η Επιτροπή υπογραμμίζει ότι και σε αυτή την περίπτωση η τεχνητή παράταση των βιολογικών λειτουργιών του ασθενή ενδέχεται να συνιστά «βλάβη», όταν παρατείνει τον πόνο και την προθανάτια αγωνία ή δεν σέβεται την αυτονομία του. Η Επιτροπή θεωρεί ότι ο θεράπων ιατρός έχει και πάλι τόσο νομική όσο και ηθική υποχρέωση να προτείνει την εναλλακτική επιλογή ανακουφιστικής αγωγής, με δεδομένο το μη αναστρέψιμο της κατάστασης και το γεγονός ότι η τεχνητή παράταση της ζωής μπορεί να χαρακτηριστεί ως «βλάβη». (Σαλαχά, 2012).

Πάντως, οι αποφάσεις για την τεχνητή παράταση της ζωής από την φύση τους ενέχουν έντονη συναισθηματική φόρτιση. Αναλυτικότερα, κατά την λήψη τους είναι ενδεχόμενο να

ανακλύουν συγκρούσεις γνώμων, που μπορεί να βασίζονται σε διαφορετικές πεποιθήσεις και αξίες ή σε διαφορές στην ψυχολογική αντιμετώπιση της κατάστασης, μεταξύ των προσώπων που εμπλέκονται (θεράπωντος, ασθενή ή των οικείων του). Για τον λόγο αυτόν, θεωρείται ότι ενδείκνυται η υιοθέτηση γνωμοδοτήσεων από τις Επιτροπές Δεοντολογίας για τις συγκεκριμένες διαδικασίες, με σκοπό την πρόληψη ή και την επίλυση τέτοιων συγκρούσεων. Επίσης, η ενεργοποίηση των κοινωνικών λειτουργών, η γνώμη δεύτερου ιατρού, ο ορισμός ειδικού αντιπροσώπου που εξουσιοδοτείται από τον ασθενή όταν υπάρχει διάσταση απόψεων με το οικείο συγγενικό περιβάλλον του αποδεικνύονται χρήσιμες στην επίλυση των θεμάτων που ανακύπτουν. Βέβαια, οι εν λόγω θέσεις και λύσεις δεν είναι σίγουρο πάντα ότι θα οδηγήσουν σε αποφυγή ή αποσόβηση των συγκρούσεων. (Σαλαχά, 2012).

Στον αντίποδα της ως άνω αναφερθείσας γνωμοδότησης της Επιτροπής Βιοηθικής, διατυπώνεται η μειοψηφούσα άποψη που αναφέρει ότι η Εισήγηση εμπλέκεται σε περιπτωσιολογία και δεν καθορίζει κάποιες κατευθυντήριες γραμμές. Επίσης έννοιες, όπως η τεχνητή παράταση της ζωής, η μη αναστρέψιμη κατάσταση, το τελικό στάδιο αποτελούν ασαφείς όρους ευρέως ερμηνευμένους. Τέλος, η ιατρική δεν χαρακτηρίζεται από βεβαιότητα και δεν βασίζεται σε αντικειμενικά στοιχεία, παρά μόνο σε στατιστικά δεδομένα που δεν διαθέτουν χρησιμότητα για τον ασθενή που καλείται να πάρει απόφαση, ενώ το συμφέρον του ουσιαστικά συνιστά το ζητούμενο και όχι την βάση λήψης των αποφάσεων. Η ανωτέρω εισήγηση επιχειρεί να προσεγγίσει το ζήτημα της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, προσφέροντας μία εναλλακτική λύση, όταν κάτι τέτοιο προβλέπεται και επιτρέπεται κατόπιν ρητής συναίνεσης του πάσχοντος. (Μανιάτης Γ., 2006)

Όσον αφορά άλλους τρόπους ανακούφισης των ανιάτως πασχόντων από τον αφόρητο πόνο που βιώνουν, ως τέτοιος μπορεί να λογισθεί η «παρηγορητική φροντίδα». Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Ένωση για την Παρηγορητική Φροντίδα (EAPC), η παρηγορητική φροντίδα στοχεύει στην ανακούφιση της δυσφορίας που προέρχεται από όλα τα συμπτώματα και όχι μόνο από τον πόνο, δεν επισπεύδει ούτε αναβάλλει τον θάνατο τον οποίο θεωρεί φυσική κατάληξη της ζωής. Ασχολείται και με ψυχολογικές και πνευματικές παραμέτρους του ασθενή, τον οποίο επιπρόσθετα στηρίζει ώστε να έχει ενεργό ρόλο στην ζωή του. Στηρίζει επίσης και την οικογένεια όσο ο ασθενής ζει, όπως και μετά τον θάνατό του. Εμπλέκει ομάδα λειτουργών υγείας για να εφαρμόσει το πρόγραμμά της το οποίο μπορεί να ξεκινήσει από τα αρχικά στάδια της νόσου, με στόχο την βελτίωση της ποιότητας της ζωής και ενδεχομένως την θετική επίδραση στην πορεία της νόσου. Φροντίζει, έτσι, για την ενίσχυση και αποκατάσταση της αυτονομίας του αρρώστου και την καταπολέμηση της απελπισίας. (Materstvedt et al, 2003). Ειδικότερα, την τελευταία περίοδο του εικοστού αιώνα, η φροντίδα ετοιμοθάνατων ασθενών και η ψυχολογική υποστήριξη των συγγενών τους αποτελεί εφελτήριο του κινήματος φιλοξενίας σε ξενώνες των εν λόγω αρρώστων ατόμων. Φυσικό επακόλουθο αυτής της πρωτοβουλίας, ήταν η στροφή της νοσηλευτικής επιστήμης σε

παροχή υπηρεσιών υγείας σε άτομα που οδηγούνται αναπόφευκτα στον θάνατο, με τη δημιουργία ειδικών υποστηρικτικών ομάδων σε επίπεδο νοσοκομείων, κοινότητας και ξενώνων. Σε αυτό το πλαίσιο, οι σπουδαστές της νοσηλευτικής στην Μεγάλη Βρετανία από το 1980 λαμβάνουν εξειδικευμένη μεταπτυχιακή κατάρτιση στην φροντίδα ασθενών που βρίσκονται στο τέλος της ζωής τους. (Materstvedt et al, 2003).

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

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

Επιπλέον, αξίζει να σημειωθεί ότι είναι διαφορετικά τα χαρακτηριστικά των ασθενών που έλαβαν τέτοιου είδους «παρηγορητική φροντίδα» στις ΗΠΑ από εκείνα αντίστοιχα των πασχόντων στο Ηνωμένο Βασίλειο, διότι οι πρώτοι είναι πολύ πιο πιθανό να έχουν μια άλλη διάγνωση εκτός του καρκίνου, να βρίσκονται πιο κοντά στο τέλος της ζωής τους, να διαμένουν στο σπίτι ή σε έναν οίκο ευγηρίας. Ενώ, οι δεύτεροι αποτελούσαν άτομα που βρίσκονταν στο τελευταίο στάδιο της ζωής τους, και κυρίως αυτά που είχαν καρκίνο. (Field and Cassel, 1997)

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

Ένα άλλο ενδεικτικό παράδειγμα που καταδεικνύει την ραγδαία επέκταση των κέντρων

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

Είναι σημαντικό να αναλυθεί σε αυτό το σημείο, εάν υπάρχει σχέση μεταξύ αφενός αυτής της διαφοροποιημένης φροντίδας και αφετέρου των ηθικών αξιών, όπως είναι η υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Σύμφωνα, με μία μελέτη που διερεύνησε την ζωή είκοσι ατόμων στις τέσσερις τελευταίες εβδομάδες της ζωής τους στην Αυστραλία, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι πολλοί από τους συμμετέχοντες δεν θεωρούσαν τους ξενώνες συγκεκριμένη μορφή υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Επιπλέον, υπήρχε μια τάση, να τονίζεται η απόλαυση της ηρεμίας και της φιλοξενίας που χαρίζει ο ξενώνας. Δηλαδή, δεν διαφαινόταν ταύτιση μεταξύ του ξενώνα και της πρακτικής της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. (Broom and Adams, 2010).

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

Ειδικότερα, στις συνεντεύξεις που διενεργήθηκαν στους φιλοξενούμενους ασθενείς επιχειρήθηκε να διερευνηθεί εάν ο ρόλος της θρησκείας μέσα σε έναν ξενώνα είναι καθοριστικός. Πολλοί από τους πάσχοντες εξέφρασαν την άποψη ότι η θρησκεία δεν πρέπει να επιδρά στο «ιατρικό περιβάλλον» που χαρακτηρίζει ένα κέντρο παρηγορητικής φροντίδας. Μερικοί θεωρούσαν ως είδος πίεσης την επίσκεψη από τον ιερέα, διότι ακριβώς πολλοί άνθρωποι δεν αποδέχονται σε μεγάλο βαθμό ένα θρησκευτικό υποστηρικτικό περιβάλλον. Αντίθετα, άλλοι υποστήριξαν την μεγάλη σημασία της θρησκευτικότητας μέσα στους ξενώνες, αφού με αυτό τον τρόπο διατηρούν την ευεξία του σώματος τους, σε καλά επίπεδα. Για τους τελευταίους, είναι αξιοσημείωτο ότι επηρεάζεται μέσα σε αυτό το θρησκευτικό περιβάλλον και το ιατρικό προσωπικό, διότι πέρα από την καθαρή επιθανάτια διαδικασία εμπλέκονται και άλλες πολιτιστικές αξίες που επηρεάζουν όλη την πρακτική, όπως η μεταθανάτια και αιώνια ζωή, καθώς και η μεταμέλεια. (Broom, 2012).

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

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

Μια καινοτόμος, μη φαρμακευτική προσέγγιση για τον ασθενή τελικού σταδίου είναι η λεγόμενη θεραπεία αξιοπρέπειας. Η μέθοδος αυτή ουσιαστικά στοχεύει στην διαχείριση της ψυχοκοινωνικής και υπαρξιακής αγωνίας του θνήσκοντος. Η αγωνία αυτή μπορεί να είναι μεγαλύτερη του πόνου και των άλλων σωματικών συμπτωμάτων. Ο ασθενής ενθαρρύνεται να μιλήσει για θέματα που τον απασχολούν ή που θα ήθελε να αφήσει σαν παρακαταθήκη στους δικούς του. Κάποια από τα λεγόμενά του μπορεί να απομαγνητοφωνηθούν. Τα κείμενα που θα προκύψουν θα τα δώσει, αν επιθυμεί ο θνήσκων, στους αγαπημένους του σαν γραπτά μνημεία της προσωπικότητάς του. Αυτή η θεραπευτική προσέγγιση δεν στοχεύει σε σύμπτωμα αλλά στο να δώσει νόημα στην ζωή του ασθενή, να τον βοηθήσει να έρθει πιο κοντά με τους δικούς του, να του δώσει ρόλο και αξία στη ζωή του και να τον βοηθήσει να μην θεωρεί τον θάνατο λύση (Chochinov et al 2002).

Η τελική καταστολή είναι άλλη μια εναλλακτική επιλογή. Κατ' αυτήν ο ασθενής μπαίνει σε κώμα μέσω της χορήγησης οπιοειδών. Η είσοδος του ασθενή σε κωματώδη κατάσταση, εφόσον σταματήσει η ενυδάτωση, θα επιφέρει σίγουρα τον θάνατο, για αυτό τον λόγο και κάποιοι ονομάζουν αυτή την διαδικασία αργή ευθανασία. Αποτελεί μια μέθοδο που δεν είναι ποινικά κολάσιμη (Orr 2001).

Η παρηγορητική καταστολή χρησιμοποιεί βενζοδιαζεπίνες σε δοσολογία που επιτυγχάνει την άμβλυνση των βασανιστικών συμπτωμάτων. Δεν επιφέρει τον θάνατο, διότι δεν διακόπτεται η υποστηρικτική αγωγή, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις επιτρέπει την επικοινωνία του ασθενή με το περιβάλλον. Στόχος είναι η άμβλυνση των συμπτωμάτων του ασθενή και όχι η θανάτωσή του. Την παρηγορητική καταστολή υποστηρίζει η American Nurses Association (ANA), υιοθετώντας την θέση της HPNA (Hospice and Palliative Nurses Association), σύμφωνα με την οποία με αυτό τον τρόπο υπηρετείται η αξιοπρέπεια και οι αρχές της αυτονομίας, ωφέλειας, μη βλάβης, δικαιοσύνης, καθώς και ο κανόνας του διπλού αποτελέσματος (American Nurses Association, 2013).

Βάσει των ανωτέρω αναφερθέντων γίνεται κατανοητό ότι τόσο στην περίπτωση της επιλογής της διενέργειας υποβοηθούμενης αυτοκτονίας όσο και στην περίπτωση αποφυγής αυτού του τρόπου τερματισμού της ανθρώπινης ζωής, υπάρχουν τρόποι εξασφάλισης μιας αξιοπρεπούς αντιμετώπισης των ασθενών τελικού σταδίου που βιώνουν καθημερινά τον ανείπωτο πόνο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ

Είναι εμφανές ότι το ζήτημα του ανώδυνου θανάτου, άρρηκτα συνδεδεμένο με το μυστήριο της ζωής και του θανάτου, απασχόλησε από πολύ νωρίς την ανθρώπινη διάνοηση και διέγειρε σοβαρότατους προβληματισμούς σε όλους τους πολιτισμούς διαχρονικά, αλλά και σε όλες τις θρησκευτικές τάσεις. Αν και κάποιες εκφάνσεις της μπορούν να εντοπιστούν στην ιστορική πορεία του ανθρώπου ήδη από την εποχή της αρχαίας Σπάρτης, η εμφάνιση του ζητήματος στο προσκήνιο του κοινωνικού ενδιαφέροντος τοποθετείται στον περασμένο αιώνα.

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

Ενώ ο επιστημονικός επί του θέματος διάλογος βρίσκεται σε εξέλιξη, αλλά μακριά από μια ενιαία πρόταση, η υποβοηθούμενη αυτοκτονία εξαπλώνεται με ταχύτατους ρυθμούς έχοντας ήδη καθιερωθεί στην καθημερινή πρακτική. Ήδη σε κάποιες χώρες, όπως στην Ολλανδία, το Βέλγιο, το Λουξεμβούργο, στον Καναδά, στην Ελβετία και σε ορισμένες πολιτείες των ΗΠΑ έχει νομιμοποιηθεί η ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Οι περισσότερες χώρες όμως αντιμετωπίζουν με ιδιαίτερο σκεπτικισμό ένα τέτοιο ενδεχόμενο. Στην Ελλάδα το θέμα δεν έχει ακόμη ρυθμιστεί νομικά και ως εκ τούτου οποιαδήποτε ιατρική πράξη επισπεύδει τον θάνατο ενός ασθενή τελικού σταδίου είναι παράνομη και διώκεται ποινικά, ακόμη και αν ο ασθενής ζητά επίμονα τον τερματισμό της ζωής του. Όμως η πράξη του ιατρού αντιμετωπίζεται επιεικέστερα, ως ανθρωποκτονία από οίκτο, σύμφωνα με το άρθρο 300 του Ποινικού Κώδικα. Παρόλα αυτά, ο νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (ΚΙΔ), σε μια προσπάθεια συμβιβασμού της μέγιστης προστασίας της ατομικής αυτοδιάθεσης με την μέγιστη δυνατή προστασία του ύψιστου εννόμου αγαθού της ανθρώπινης ζωής, εισήγαγε μια σοβαρή καινοτομία στα δύσκολα ζητήματα που αφορούν ιατρικές αποφάσεις κοντά στο «τέλος της ζωής». Καθιέρωσε τον κανόνα που δεσμεύει τον ιατρό να ακολουθεί «παρηγορητική» (ανακουφιστική) αγωγή (palliative care), όταν «εξαντληθούν όλα τα ιατρικά θεραπευτικά περιθώρια (Σαλαχά, 2012).

Η ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία βέβαια, είναι ένα ζήτημα που ανήκει στον τομέα της βιοηθικής και ως εκ τούτου ξεπερνά κατά πολύ την εμβέλεια δράσης ενός και μόνο επιστημονικού πεδίου. Και τούτο διότι το σύγχρονο αυτό πρόβλημα έρχεται να κλονίσει ηθικές

παραδοχές και αξίες με ισχύ αιώνων. Επιπλέον, οποιοδήποτε κοινωνικό σύστημα και πρακτική θεμελιώνεται χωρίς την ικανοποιητική υποστήριξη κάποιας ηθικής θεωρίας, στηρίζεται σε σαθρά θεμέλια. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η ναζιστική «τελική λύση», η οποία, για μικρό ευτυχώς χρονικό διάστημα, επέβαλλε μια εντελώς απάνθρωπη κοινωνική πρακτική. (Σαλαχά, 2012).

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

Σύμφωνα με την θεωρία του ωφελιμισμού, η πράξη που θα αποφέρει την μεγαλύτερη δυνατή ωφέλεια στον μεγαλύτερο αριθμό ανθρώπων δικαιώνεται ηθικά. Κατά τους υπέρμαχους της, λοιπόν, η υιοθέτηση και εφαρμογή αυτής της πρακτικής επιφέρει στον ασθενή την ανακούφιση που επιζητεί, οπότε τον ωφελεί ή τουλάχιστον δεν τον βλάπτει, ενώ παράλληλα απελευθερώνει πόρους, ανθρώπινο δυναμικό και τεχνικά μέσα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε περιπτώσεις περισσότερο ελπιδοφόρες. Δεν είναι ηθικώς ορθό, κατά την πεποίθηση αυτή, να επιβάλλουμε σε έναν βασανιζόμενο ασθενή τελικού σταδίου μια άσκοπη φροντίδα που του είναι ανεπιθύμητη, στερώντας την από ανθρώπους που την επιθυμούν και χάριν αυτής θα μπορούσαν να σωθούν. (Henk, 2003).

Από την ίδια θεωρητική αφετηρία ορμώμενο το επιχειρήμα του ολισθηρού κατήφορου, καταλήγει σε διαμετρικά αντίθετο συμπέρασμα. Οι υποστηρικτές του θεωρούν πως η ηθικοποίηση της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας και κατ' επέκταση η νομιμοποίησή της θα ανοίξει τους ασκούς του Αιόλου και για τις περιπτώσεις κατά τις οποίες η πρακτική αυτή είναι ανεπιθύμητη. Αυτό θα είναι μια άμεση απειλή για ανθρώπους τρίτης ηλικίας, των οποίων η περίθαλψη είναι ασφαλώς δυσκολότερη και περισσότερο επιβαρυντική οικονομικά από την θανάτωσή τους. Απειλούνται επίσης ευαίσθητες κοινωνικές ομάδες, όπως οι άνθρωποι με κινητικά προβλήματα ή με νοητική υστέρηση, οι ομοφυλόφιλοι, τα βρέφη με γενετικές ανωμαλίες και άλλες. Οι νοπέες, ακόμη, μνήμες από τη ναζιστική θηριωδία ενισχύουν περισσότερο το εν λόγω επιχειρήμα. Μπροστά στον γενικευμένο αυτόν κίνδυνο, είναι ηθικά απαράδεκτη οποιαδήποτε ηθική επιδοκιμασία αυτής της πρακτικής, αφού οι επιπτώσεις της θα θίξουν μια πολύ μεγαλύτερη ομάδα ανθρώπων από αυτή που θα ωφελήσουν, οδηγώντας την κοινωνία σε επικίνδυνους ολισθηρούς κατήφορους. (Τσουκαλοχωρίτου, 2012).

Αλλά και η θέση της καντιανής κατηγορικής προσταγής, σύμφωνα με την οποία ο άνθρωπος πρέπει να αντιμετωπίζεται πάντα ως σκοπός και ουδέποτε ως μέσο, δεν φαίνεται να ξεκαθαρίζει το θολό θεωρητικό πεδίο. Συγκεκριμένα, αντιμετωπίζοντας τον άνθρωπο ως σκοπό, είμαστε υποχρεωμένοι να αποδεχτούμε τις λογικές επιθυμίες του και να τις ικανοποιήσουμε, κυρίως όταν αφορούν την εσωτερική του θέληση. Η επιθυμία του θανάτου, όταν διατυπώνεται υπό τις

προϋποθέσεις που ήδη έχουν περιγραφεί στο κείμενο, αναμφισβήτητα αποτελεί υπαρξιακή επιλογή. Ακόμη και αν η επιλογή αυτή έρχεται σε σύγκρουση με δικές μας αξίες και παραδοχές πρέπει να την σεβαστούμε. Οποιαδήποτε άρνηση θα συνιστά αντιμετώπιση του απελπισμένου συνανθρώπου μας ως μέσον, είτε για να παραμείνουμε πιστοί στις ιδέες μας, είτε για να επιτύχουμε την προσωπική μας προστασία. (Τσουκαλοχωρίτου, 2012).

Οι επικριτές αυτής της θέσης αντεπιχειρηματολογούν υποστηρίζοντας ότι η ανταπόκριση στην επιθυμία αυτή υποδηλώνει αυτό ακριβώς που η κατηγορική προσταγή αποφάσκει. Στην ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία, ισχυρίζονται, σκοπός δεν είναι παρά η διαφυγή, η νέκρωση του πόνου. Το πρόβλημα έγκειται στο γεγονός πως για την επίτευξη του σκοπού αυτού χρησιμοποιείται ως μέσον ο ίδιος ο άνθρωπος, αφού η δική του ζωή τερματίζεται. Αν θεωρητικό υπόβαθρο της διενέργειας αυτής της πρακτικής είναι η κατηγορική προσταγή, τότε είναι μια πράξη εξόχως αντιφατική. Η υποβοηθούμενη αυτοκτονία δεν είναι παρά μια ανώδυνη και βολική λύση. Η πραγματική αντιμετώπιση του συνανθρώπου μας ως σκοπού επιβάλλει όχι την εύκολη αφαίρεση της ζωής του, αλλά την παρουσία στο πλευρό του την ώρα που η ζωή του οδεύει προς το τέλος της. Άλλωστε, κατά μία άποψη, οι αιτήσεις για υποβοηθούμενο θάνατο δεν είναι τίποτε άλλο παρά κραυγές απελπισίας. Στην απελπισία αυτή μόνο ο ευσπλαχνικός ανθρωπισμός μπορεί να δώσει απάντηση και σε καμιά περίπτωση ένα θανατηφόρο σκεύασμα (Τσουκαλοχωρίτου, 2012).

Η επίκληση στο ιατρικό καθήκον δεν μπορεί επίσης να δώσει ικανοποιητική απάντηση. Έννοια διαμορφωμένη εδώ και αιώνες, εκπεφρασμένη στον Όρκο του Ιπποκράτη, φαίνεται να καθορίζει με σαφήνεια την ιατρική ηθική σε όλες τις άλλες περιπτώσεις, πλην της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Αποτελεί, πράγματι, καθήκον του ιατρού να προστατεύει την ζωή του ασθενή. Στην παραδοχή αυτή έχει βασιστεί η ιατρική πρακτική αλλά και η εμπιστοσύνη που η κοινωνία δείχνει στον ιατρικό κόσμο. Υπό την έννοια αυτή, η πρακτική αυτή αντίκειται στην ιατρική ηθική διότι διαστρεβλώνει βάνανυσα τον ρόλο του ιατρού, μετατρέποντάς τον από θεραπευτή σε έμπορο θανάτου. (Stevens,2006). Παράλληλα, βέβαια, συνυπάρχει και το καθήκον του ιατρού να ανακουφίζει τον πόνο, να λειτουργεί, σύμφωνα με τον Ιπποκράτη, «επ'ωφελεία καμνόντων». Όταν ο πόνος γίνεται αφόρητος και ανεξέλεγκτος, ταπεινώνοντας και εξευτελίζοντας κυριολεκτικά την ανθρώπινη ύπαρξη που ο ιατρός έχει ορκιστεί να υπηρετεί, τότε ο ιατρός οφείλει να σκοτώσει τον πόνο, ακόμη και αν οι ενέργειές του επιφέρουν άμεσα ή έμμεσα τον θάνατο του καταδικασμένου ασθενή. Διαπιστώνουμε, λοιπόν, ότι ο ιατρός επιχειρώντας να μείνει πιστός στον όρκο του και στο ιατρικό του καθήκον έρχεται αντιμέτωπος με δύο συγκρουόμενα μεταξύ τους καθήκοντα (Stevens,2006).

Η προβολή της ζωής ως ύψιστης αξίας, παραδοχή αρχέγονη, προσπαθεί με επιχειρήματα να δώσει απάντηση στο ζήτημα της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Ακούγεται επομένως ασυνήθιστο έως οξύμωρο ότι θα μπορούσε να αποτελεί ηθικό αγαθό κάτι το οποίο στρέφεται ενάντια στην ζωή.

Με δεδομένο αυτό, οποιαδήποτε πρακτική πλήττει την ανθρώπινη ζωή έμμεσα ή άμεσα καταδικάζεται ηθικά. Στην κατηγορία αυτή εμπίπτει και αυτή η πρακτική, αφού ανεξάρτητα από τις συνθήκες και τα κίνητρα που την επιφέρουν, είναι μια πραγματικότητα που ευθέως στρέφεται εναντίον της ζωής σχετικοποιώντας την μέχρι σήμερα απόλυτη αξία της.

Κατά τους υποστηρικτές της επιθανάτιας διαδικασίας πάλι, το να αποδέχεται κάποιος την ζωή ως απόλυτη αξία δεν του απαγορεύει να προχωρήσει στην διενέργειά της. Διότι αυτό που απειλεί την ζωή δεν είναι ο θάνατος, ο οποίος ούτως ή άλλως είναι αναπόφευκτος, αλλά οτιδήποτε εκμηδενίζει την αξία της απογυμνώνοντάς την από κάθε ποιότητα. Τέτοιες καταστάσεις είναι φυσικά ο έσχατος πόνος και η ταπεινωτική αδυναμία. Αυτό λοιπόν που επιτυγχάνει η ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι να διασώσει την αξία της ζωής, διασώζοντας ταυτόχρονα την αξιοπρέπεια του ασθενή, τον οποίο απαλλάσσει από ταπεινωτικές καταστάσεις πλήρους απώλειας της αυτονομίας του και έσχατης εξάρτησης. (Beauchamp,1994).

Ωστόσο, είναι αμφίβολο, διατείνονται οι αρνητές της διαδικασίας, αν η διατήρηση στην ζωή ενός ατόμου μπορεί ποτέ να θεωρηθεί πράξη που προσβάλλει την αξιοπρέπεια του. Αν, ειδικότερα, ως αξιοπρέπεια νοείται η απόδοση στον άνθρωπο της αξίας που του αρμόζει ως υποκειμένου της ιστορίας και η μη χρησιμοποίησή του ως απλού αντικειμένου για την εξυπηρέτηση οποιασδήποτε σκοπιμότητας, τότε η διαδικασία του θανάτου, όσο επώδυνη και αν είναι, όχι απλώς δεν θίγει την ανθρώπινη αξιοπρέπεια, αλλά αντίθετα είναι συνυφασμένη με τις ιδιότητες που προσδιορίζουν την ανθρώπινη φύση. Ακόμη πιο αμφίβολο είναι το αν ένας άνθρωπος τόσο απελπισμένος που ζητάει να τον θανατώσουν μπορεί να ενεργεί αυτόνομα. Η υποβοηθούμενη αυτοκτονία, λοιπόν, διαστρεβλώνει βάνανυσα τους σκοπούς της θεραπευτικής σχέσης, δηλαδή την ευεργετικότητα (ωφελείν), την αυτονομία και καταστρέφει την εμπιστοσύνη που είναι απαραίτητη στη σχέση ιατρού-ασθενή (Beauchamp,1994).

Πολλοί επικαλούνται το ανθρωπιστικό επιχείρημα στην προσπάθειά τους να προσδώσουν ηθική αξία στην εν λόγω πρακτική. Η κοινή ανθρώπινη φύση και η έμφυτη συμπόνια δεν μας επιτρέπουν να στεκόμαστε μακριά από τον ανθρώπινο πόνο. Ο ανώδυνος θάνατος για τον άνθρωπο που τον ζητά στην οδύνη του είναι ένα δώρο ανθρωπισμού, η έκφραση της συμπαθητικής μας στάσης απέναντί του και η προσφορά μιας τελευταίας βοήθειας. Ο άνθρωπος που υποβοηθά στον θάνατο συνήθως το πράττει υπό την απειλή νομικών κυρώσεων. Η στάση του, επομένως, δικαιώνεται ηθικά από το κίνητρό του, επειδή αυτό είναι ευγενές και συνάδει απόλυτα στην ανθρώπινη φύση του. (Πρωτοπαπαδάκης, 2007).

Η υποβοηθούμενη αυτοκτονία, τέλος, απαξιώνεται ηθικά υπό το πρίσμα της θρησκευτικής ηθικής. Ο εσκεμμένος και πρόωρος θάνατος του ανθρώπου δεν είναι στις προθέσεις καμιάς θρησκείας. Δεν μπορεί να δικαιολογηθεί σε καμία περίπτωση η πράξη αυτή, όσο αγνό και αν είναι το κίνητρο του δράστη, ακριβώς επειδή κανένας σκοπός δεν μπορεί να ξεπεράσει ηθικά την

δεδομένη και αδιαμφισβήτητη αξία του αγαθού της ζωής (Πρωτοπαπαδάκης, 2007).

Αν και στις μέρες μας τα επιτεύγματα της ιατρικής προσφέρουν αποτελεσματικότερο έλεγχο του πόνου, οφείλουμε να παρατηρήσουμε ότι ο αριθμός των ιατρικώς υποβοηθούμενων αυτοκτονιών αυξάνεται ολοένα και περισσότερο. Άρα, οι διαρκώς αυξανόμενες αιτήσεις ασθενών τελικού σταδίου δεν αποκαλύπτουν ένα πραγματικό γεγονός ακατανίκητου σωματικού πόνου, αλλά μια συναισθηματική κατάσταση. Φαίνεται ότι κάτι άλλο συμβαίνει γύρω από την αίτηση για υποβοηθούμενο θάνατο και αυτό το κάτι αφορά την θεραπευτική σχέση και ιδιαίτερα τις ελλειμματικές πτυχές της.

Καλούμαστε, λοιπόν, να προβληματιστούμε ως θεράποντες και ως κοινωνία, σχετικά με το βαθύτερο νόημα που πιθανόν εκφράζει το αίτημα κάποιου να θέσει τέλος στην ζωή του. Η απελπισία, η αίσθηση της εγκατάλειψης και η απώλεια του νοήματος της ζωής είναι οι παράγοντες που οδηγούν τον ασθενή σε αυτό το αίτημα. Τα συναισθήματα αυτά που βιώνει ο ασθενής αποτελούν κόλαφο για τον ανθρωπισμό μας, αφού εκφράζουν την απάνθρωπη απομάκρυνση, τόσο του ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού όσο και της κοινωνίας μας γενικότερα, από τον ανθρώπινο πόνο και την προσπάθεια μηχανοποιημένης αντιμετώπισής του. Υπό την έννοια αυτή, η υποβοηθούμενη αυτοκτονία δεν είναι μια πράξη ανθρωπισμού, αλλά το υποκατάστατό του, ένας δείκτης της απουσίας του ανθρωπισμού από τις σύγχρονες δυτικές κοινωνίες. Αυτή η πρακτική, προσδιορίζει το μέγεθος της απαξίας του πολιτισμού μας. (Πρωτοπαπαδάκης, 2007).

Κρίνεται λοιπόν απαραίτητη η σοβαρή προσπάθεια μύησης των επαγγελματιών υγείας στα προβλήματα της προθανάτιας φροντίδας και στα θέματα δεοντολογίας, ιατρικής ηθικής και γενικότερα βιοηθικής. Αυτό, μάλλον, πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη από τους συντάκτες των προγραμμάτων διδασκαλίας στα πανεπιστήμια, ώστε οι μελλοντικοί ιατροί και νοσηλευτές, να μη γίνουν μόνο ικανοί επιστήμονες, αλλά ταυτόχρονα να καλλιεργήσουν την ηθική ωριμότητα, την ενσυναίσθηση και την ευσπλαχνία, ποιότητες εξέχουσας σημασίας για την άσκηση του έργου τους, ιδιαίτερα για τους ασθενείς των τελικών σταδίων. Θα πρέπει να είναι ικανοί να χειρίζονται τα ηθικά διλήμματα, τα οποία λόγω της αλματώδους εξέλιξης της επιστήμης και της τεχνολογίας, έχουν πολλαπλασιαστεί και οξυνθεί. Σημαντική βοήθεια προς αυτή την κατεύθυνση θα προσφέρει επίσης και η προσπάθεια για δημιουργία μονάδων παρηγορητικής φροντίδας διότι προτεραιότητα έχει η βοήθεια κατά τον θάνατο έναντι της βοήθειας προς θάνατο (Τσουκαλοχωρίτου.2012).

Το δίκαιο καλείται να ρυθμίσει τα θέματα τα οποία προκύπτουν και που αφορούν στον θνήσκοντα άνθρωπο, καθώς η ζωή και η υγεία του ανθρώπου προστατεύονται από το Σύνταγμα. Οι κανόνες δικαίου, οι οποίοι αντανakλούν ουσιαστικά τα «χρηστά» ήθη και αφορούν στο πότε πρέπει να πεθαίνουμε και αν κάποιος τρίτος μπορεί να συμβάλλει στην επίσπευση του θανάτου, θα πρέπει να αποτελούν συγκερασμό των κοινωνικών, των πολιτικών, των φιλοσοφικών, των ανθρωπολογικών, των θρησκευτικών και των επιστημονικών απόψεων. Η πολιτεία, επομένως,

οφείλει να διαμορφώσει ένα νομοθετικό πλαίσιο το οποίο, εκτός από τον συγκερασμό των ανωτέρω απόψεων, θα πρέπει να λαμβάνει υπ' όψη τις αδυναμίες και τις ιδιαιτερότητες των ασθενών τελικού σταδίου, με γνώμονα τον σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια, όπως την ορίζουν οι ασθενείς και πάντα στο πλαίσιο της επίλυσης των ηθικών και των δεοντολογικών ζητημάτων που προκύπτουν από την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία (Γαλάνης, 2018).

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

Γεγονός, πάντως, είναι πως έστω και χωρίς τη υδέουσα ηθική, νομική, θεολογική, ή όποια άλλη συναίνεση, η επιθανάτια διαδικασία, έχει παγιώσει τη θέση της στην κοινωνική ηθική τουλάχιστον ως εναλλακτική επιλογή, ενώ η υιοθέτησή της αυξάνει διαρκώς, είτε μέσα σε κοινωνικές ομάδες, όπως αυτή των ιατρών, είτε σε κοινωνικά σύνολα, όπως φανερώνει η νομιμοποίησή της στις προαναφερόμενες χώρες. Είναι χρέος της ηθικής να εντείνει τον επιστημονικό διάλογο περί του ζητήματος, προκειμένου να διαφυλαχτούν αξίες που ως τις μέρες μας διαμορφώνουν την ηθική μας σκέψη και την δεοντολογική και κοινωνική πρακτική μας. Η υποβοηθούμενη αυτοκτονία είτε δικαιωθεί ηθικά είτε απαξιωθεί, απειλεί να κλονίσει και να αμαυρώσει τις αξίες αυτές. Κάθε απόλυτη και μονομερής λύση θα οδηγούσε ίσως στο αποτέλεσμα αυτό. Προφανώς, πρέπει να προστατευτεί η ανθρώπινη αξιοπρέπεια και αυτονομία, αλλά αυτό δεν πρέπει να γίνει με τρόπο που θα σχετικοποιήσει την αξία της ζωής. Το μόνο σίγουρο είναι πως καμία πρακτική δεν μπορεί να καθιερωθεί πριν αξιολογηθεί ηθικά. Αυτό προσβάλλει και την πράξη και την ίδια την ηθική. Υπό την έννοια αυτή, δεν μπορούμε να δεχτούμε εκείνο που προβάλλουν μερικοί ως λύση, την ανοχή της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, χωρίς μια σαφή απέναντί της ηθική τοποθέτηση (Πρωτοπαπαδάκης, 2007).

Συνοψίζοντας, θα λέγαμε πως η υποβοηθούμενη αυτοκτονία αναδεικνύεται όχι ως απειλή για την ηθική, αλλά ως πρόκληση. Για την ηθική διευθέτηση του ακανθώδους αυτού ζητήματος, υπάρχει ακόμη πολύς δρόμος να διανυθεί. Οι πράξεις της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας είναι ηθικά αιτιολογημένες κάτω από κάποιες ακραίες συνθήκες. Προς το παρόν, ωστόσο, πρέπει να είμαστε ιδιαίτερα επιφυλακτικοί όσον αφορά τη υνομιμοποίησή τους διότι, κατά κοινή παραδοχή, απαιτείται πολύ περισσότερη συζήτηση και μεγαλύτερη εμπειρία στους τομείς αυτούς για να δρομολογήσουμε μια επίσημη δημόσια πολιτική που θα εγκρίνει τις πράξεις αυτές. Η

ανθρωπότητα χρειάζεται ένα εύλογο χρονικό διάστημα μέχρι να αποκτήσει την αναγκαία ωριμότητα, ώστε να προσεγγίσει ένα τόσο λεπτό ζήτημα με την δέουσα ευαισθησία αλλά και τον αναγκαίο ρεαλισμό, χωρίς τον κίνδυνο να πέσει για άλλη μια φορά θύμα πρόωρων και αυθαίρετων γενικεύσεων. Τα ηθικά προβλήματα είναι πολλά και περίπλοκα, ενώ μια επιφανειακή αντιμετώπιση του θέματος δεν θα μπορούσε παρά να είναι ανεύθυνη όσο και καταστροφική. (Τσουκαλοχωρίτου, 2012).

Η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία δεν πρέπει να ηθικοποιηθεί με συνοπτικές διαδικασίες. Ο έλεγχος και η καταστολή τόσο του σωματικού όσο και του ψυχικού πόνου ενδέχεται να αποτελούν απαντήσεις στα γενεσιουργά αίτια της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας πολύ πιο αποτελεσματικές και ηθικώς αποδεκτές. Ενδεχομένως στην κατεύθυνση αυτή θα έπρεπε η ιατρική επιστήμη να στραφεί και να επενδύσει. Ας μη σπεύσουμε, όμως, να καταδικάσουμε και τον ιατρό που συμμετέχει, που βιώνει με ευαισθησία την οδύνη του πάσχοντος και συντρίβεται από την ανεπάρκεια της επιστήμης του να δώσει απάντηση στον πόνο του ανθρώπου λίγο πριν το τέλος. Ας μην απαξιώσουμε με ευκολία ηθικά εκείνον που αγωνιά και πάσχει μαζί με τον θνήσκοντα. Αρνητική ηθική τιμή ας λάβει αυτός που αδιαφορεί για τον ανθρώπινο πόνο, αυτός που διενεργεί την υποβοηθούμενη αυτοκτονία για να απαλλαγεί από ένα ενοχλητικό και δυσάρεστο περιστατικό. Η αγάπη, ο οίκτος, ο ανθρωπισμός και η συμπάθεια δεν είναι δυνατόν σε καμία περίπτωση να θεωρηθούν σφάλματα ή ηθικά παραπτώματα. Το συγκεκριμένο ζήτημα είναι ουσιαστικά πρόβλημα σύγκρουσης αξιών.

Αυτές οι συγκρουόμενες αξίες, αυτά τα ηθικά διλήμματα δεν είναι αποκλειστικά ιατρικά, αλλά χρήζουν διεπιστημονικής προσέγγισης. Τελικός αξιολογικός κριτής της πράξης της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας θα ήταν ολότελα εσφαλμένο να είναι αποκλειστικά το ιατρικό προσωπικό. Ο στοχασμός για τα θέματα ζωής και θανάτου βρίσκεται κυρίως έξω από την τεχνική ιατρική γνώση και είναι ηθικός στον χαρακτήρα. Για τον λόγο αυτόν είναι πολύ χρήσιμος ο ρόλος των Εθνικών Επιτροπών Βιοηθικής με συμμετοχή και του ασθενή, του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, κοινωνικών λειτουργών αλλά και των άλλων καθιερωμένων ήδη μελών της επιστημονικής κοινότητας. Η ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία, όπου και όταν διενεργείται, οφείλει να διακατέχεται από αγάπη προς τον πάσχοντα συνάνθρωπο και να τίθεται πάνω στην βάση της συμπάθειας και της προσφοράς ανακούφισης. Δεν μπορεί να εκπορεύεται από υπολογιστικά μέτρα και σταθμά που σχετίζονται με το κόστος της περίθαλψης, τους πόρους των συστημάτων υγείας, ή οποιαδήποτε άλλη οικονομική ή τεχνοκρατική βάση. Κάτι τέτοιο απογυμνώνει την «προηγμένη» κοινωνία μας από κάθε ίχνος ανθρωπισμού και επαναφέρει στο προσκήνιο απευκτέες πολιτικές του άμεσου και του απώτερου παρελθόντος. Πρέπει, επίσης, να σταθμίζεται με ακρίβεια η διάγνωση ώστε η υποβοηθούμενη αυτοκτονία να μη μεταβληθεί σε επιστημονική δολοφονία και να έχουν υπολογιστεί τα θεραπευτικά μέσα, τουλάχιστον όσον αφορά το εγγύς μέλλον (που ίσως

προλάβουν τον ασθενή). Η ανθρώπινη ζωή είναι ιερή και απαραβίαστη και γι' αυτό πρέπει να αντιμετωπίζεται με δέος και σεβασμό. Ομοίως και η αυτοδιάθεση και ο αυτοκαθορισμός είναι δικαίωμα κάθε έλλογου όντος και το δικαίωμα στην ζωή δεν μπορεί να εκπίπτει σε βασανιστική και καταναγκαστική υποχρέωση. Σε κάθε περίπτωση οφείλουμε να σεβαστούμε το γεγονός ότι κάθε άνθρωπος είναι κατά κάποιον τρόπο «συγγραφέας» της δικής του ζωής και ως συγγραφέας μόνο αυτός έχει την δικαιοδοσία να καθορίζει τόσο την πλοκή και το περιεχόμενο, όσο και το τέλος του έργου του, δηλαδή της ζωής του. Ταυτόχρονα, όμως, είναι αναγκαίο να επισημανθούν και να κατοχυρωθούν όλες εκείνες οι ασφαλιστικές δικλίδες που θα προφυλάξουν το ανθρώπινο γένος από τους επίδοξους καταχραστές του δικαιώματος του ανθρώπου να διαχειρίζεται την ζωή και τον θάνατό του σε ακραίες καταστάσεις. (Τσουκαλοχωρίτου, 2012).

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

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

1. Υπόθεση της Elizabeth Bouvia στις ΗΠΑ

Η υπόθεση της Elizabeth Bouvia φωτίζει μια ξεχωριστή, ιδιαίτερη πλευρά του όλου θέματος. Η 26χρονη κοπέλα ζήτησε το 1983 από το νοσοκομείο στο οποίο νοσηλευόταν να διακοπεί η υποστηρικτική αγωγή στην οποία υποβαλλόταν και να της παρασχεθεί η κατάλληλη βοήθεια για να επιφέρει το θάνατο στον εαυτό της μέσω ασιτίας. Αιτία αυτού του διαβήματος ήταν η σωματική της αναπηρία που την έκανε να αισθάνεται μειονεκτικά και η άτυχη προσωπική της ζωή. Οι δικηγόροι της προσέλαβαν τρεις ειδικούς ψυχολόγους, οι οποίοι έκριναν την επιθυμία της απόλυτα λογική. Η πρόεδρος του δικαστηρίου που χειρίστηκε την υπόθεση, Lynn Compton, έδωσε έμφαση στο στοιχείο της «ποιότητας ζωής», θεωρώντας πως η E. Bouvia «έχει πάρει μια σοβαρή και καλά μελετημένη απόφαση, καθότι προτιμά τον θάνατο από την παρούσα, αφόρητη για την ίδια, κατάστασή της». Η υπόθεση έφθασε στο Εφετείο της California, όπου αποφασίσθηκε πως το δικαίωμα αυτοπροσδιορισμού υποδεικνύει ότι δεν χρειάζεται κάποιος να βρίσκεται σε κώμα ή πολύ κοντά στον θάνατο για να αρνηθεί την τροφή, ούτε απαιτείται να εξετάζονται τα εκάστοτε κίνητρα. Αντιθέτως, θα πρέπει να δίνεται στον ασθενή η δυνατότητα να πεθάνει με αξιοπρέπεια, η οποία και αποτελεί το μέτρο αξιολόγησης κάθε επιμέρους περίπτωσης. Το σημαντικότερο στοιχείο της όλης αναφοράς είναι ότι, ενώ παρεσχέθη δικαστικώς στην E. Bouvia η άδεια να τερματισθεί η ζωή της, εκείνη επέλεξε να την αρνηθεί και να συνεχίσει τον αγώνα της για επιβίωση, μέχρι το 1998, που πέθανε χωρίς εξωτερική παρέμβαση (Συγκούνης, 2014).

2. Υπόθεση Diane Pretty στην Αγγλία

Το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Δικαιωμάτων του Ανθρώπου ασχολήθηκε το 2002 με το ζήτημα της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, με αφορμή την περίπτωση της Νταιάν Πρίττυ, μιας 42χρονης Βρετανής υπηκόου από το Luton, πάσχουσας από μία εκφυλιστική νευρολογικής φύσης ασθένεια που επιδρά στο μυϊκό σύστημα για την οποία δεν υπάρχει ακόμη θεραπεία. Η νόσος ήταν σε προχωρημένο στάδιο και η ασθενής είχε παραλύσει από το λαιμό και κάτω, η νοητική της διαύγεια δεν είχε ωστόσο επηρεαστεί. Επειδή προβλεπόταν πως ο επικείμενος θάνατος θα συνοδευόταν από έντονους πόνους και αγωνία, η Νταιάν Πρίττυ ήθελε να καθορίσει η ίδια τον χρόνο και τον τρόπο εξόδου της από την ζωή. Είναι σαφές ότι η αυτοκτονία δεν συνιστά από το 1961 ποινικό αδίκημα κατά το αγγλικό δίκαιο, η βοήθεια κατ' αυτήν, όμως, τιμωρείται (άρθρο 2 § 1 του νόμου περί αυτοκτονίας του 1961). Η ασθενής εξέφρασε την επιθυμία της να βοηθηθεί από το σύζυγό της να αυτοκτονήσει, υπό την προϋπόθεση όμως να μην αντιμετωπίσει εκείνος στην συνέχεια ποινική

δίωξη. Ζήτησε επομένως από τον Εισαγγελέα την διαβεβαίωση πως ο σύζυγός της δεν θα διωχθεί για την πράξη του, το αίτημά της όμως δεν ικανοποιήθηκε και για το λόγο αυτόν απευθύνθηκε χωρίς αποτέλεσμα στη Βουλή των Λόρδων. Η συγκεκριμένη απόρριψη προέβαλε την αιτιολογία ότι η νομοθεσία για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων έχει θεσπισθεί με σκοπό να προστατεύει την ζωή και όχι να την αναιρεί.(Pakes, 2005).

Εν συνεχεία, η Πρίττυ προσέφυγε στις 21.12.2001 στο Ευρωπαϊκό Δικαστήριο των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, το οποίο έκρινε το θέμα κατά προτεραιότητα, λόγω της κρισιμότητας της κατάστασης υγείας της αιτούσας. Το Ευρωπαϊκό δικαστήριο δεν δέχτηκε ωστόσο ότι το δικαίωμα στην ζωή ισχύει και αρνητικά διατυπωμένο ως δικαίωμα στον θάνατο και συνακόλουθα έκρινε ότι η τότε άρνηση της καθ'ης η προσφυγή χώρας να εγγυηθεί την μη άσκηση ποινικής δίωξης του συζύγου της ανιάτως πάσχουσας δεν αντέβη στην Ευρωπαϊκή Σύμβαση των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου. Υπογράμμισε δε ότι ο κρατικός μηχανισμός δεν υποχρεούται να λάβει μέτρα για να προστατεύσει τους πολίτες του από έναν απάνθρωπο και αναξιοπρεπές τέλος, επειδή ο θάνατος αναιρεί κάθε αξία, κάθε δικαίωμα και το Κράτος οφείλει πάνω από όλα να προστατεύσει την ζωή.(Pakes, 2005).

Επίλογος της διανυθείσας πορείας ήταν ότι οι δικαστικοί λειτουργοί του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, κληθέντες για πρώτη φορά να κρίνουν υπόθεση υποβοηθούμενης αυτοκτονίας αποφάσισαν ότι η Μεγάλη Βρετανία δεν είχε παραβιάσει με την υιοθετηθείσα στάση της κανένα άρθρο της Ευρωπαϊκής Σύμβασης των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου. Ομόφωνα, λοιπόν, απέρριψε στις 30-04-2002 την αίτηση της Αγγλίδας υπηκόου Νταιάν Πρίττυ, η οποία πέθανε εξαιτίας της ασθένειάς της έπειτα από λίγο καιρό, στις 11 Μαΐου 2002 (Pakes, 2005).

3. Υπόθεση Betina Koch στην Γερμανία

Έπειτα από μια άσχημη πτώση το 2002, η Κοχ έμεινε παράλυτη και ζούσε με μηχανική υποστήριξη της αναπνοής. Είχε εκδηλώσει την επιθυμία να πεθάνει με θανατηφόρο ένεση πεντοβαρβιτάλης, ωστόσο το αίτημά της δεν έγινε δεκτό από το Ομοσπονδιακό Ινστιτούτο Φαρμάκων και Ιατρικών Συσκευών της Γερμανίας. Ως εκ τούτου, επέλεξε τελικά να ταξιδέψει στην Ελβετία το 2005 και να θέσει τέρμα στη ζωή της με την βοήθεια της εταιρείας “Dignitas”. Μετά το θάνατό της, ο σύζυγός της, Ούλριχ Κοχ, αμφισβήτησε την γερμανική απαγόρευση στην ευθανασία πρώτα στα γερμανικά δικαστήρια και στην συνέχεια στο Στρασβούργο. Το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων αποφάνθηκε ότι με την άρνησή της να εξετάσει τα αιτήματα της ασθενούς και του συζύγου της, η γερμανική δικαιοσύνη παραβίασε το Άρθρο 8 της Ευρωπαϊκής Σύμβασης Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, το οποίο αφορά το δικαίωμα στην προσωπική και

οικογενειακή ζωή. Όπως αναφέρει το Reuters και το Γερμανικό Πρακτορείο Ειδήσεων, στον Ο. Κοχ επιδικάστηκε αποζημίωση 2.500 ευρώ για βλάβες και 27.000 ευρώ για τα δικαστικά έξοδα. Κατά τη διερεύνηση της υπόθεσης, το δικαστήριο επέλεξε να μην κρίνει το εάν έπρεπε να είχε επιτραπεί στην ασθενή να πεθάνει με υποβοηθούμενη αυτοκτονία (Κριάρη-Κατράνη, 2002).

4. Υπόθεση Baxter στη Montana

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

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

Στις 31 του Δεκεμβρίου του 2009, το Ανώτατο Δικαστήριο της Μοντάνα αποφάνθηκε υπέρ του Baxter και ανέφερε ότι, ενώ το Σύνταγμα της πολιτείας δεν εγγυάται το δικαίωμα στην υποβοηθούμενη από τον ιατρό αυτοκτονία, δεν υπήρχε προηγούμενο δεδικασμένο από το Ανώτατο Δικαστήριο ή τους νόμους της Πολιτείας που να δείχνουν ότι η βοήθεια ιατρού στον θάνατο, προσβάλλει τη δημόσια τάξη (Pakes ,2005).

5. Υπόθεση Sutorius στην Ολλανδία

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

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

6. Υπόθεση Chabot στην Ολλανδία

Σημαντικό γεγονός αποτέλεσε στην πορεία της Ολλανδίας προς την νομιμοποίηση της ευθανασίας η εκδίκαση μιας υπόθεσης υποβοηθούμενης αυτοκτονίας τον Ιούνιο του 1994. Μια 50χρονη γυναίκα, η Hilly Bosscher δέχθηκε βοήθεια από ψυχίατρο προκειμένου να τερματίσει η ίδια την ζωή της, το Σεπτέμβριο του 1991. Υπέφερε από βαρεία κατάθλιψη λόγω του διαζυγίου της και του θανάτου των δύο παιδιών της και ο ιατρός της, ονόματι Boudewijn Chabot, έπειτα από λίγες συνεδρίες θεώρησε πως η κατάστασή της ήταν αφόρητη και χωρίς ελπίδα ίασης, αν και ήταν σωματικά υγιής. Συμβουλευθήκε επτά ανεξάρτητους ιατρούς, οι οποίοι συντάχθηκαν με την άποψή του, παρότι δεν είχαν εξετάσει προσωπικώς την γυναίκα. Η εκδοθείσα απόφαση είναι αξιοσημείωτη, επειδή οδήγησε στην διαμόρφωση πάγιας νομολογίας, σύμφωνα με την οποία η ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία θα πρέπει να παρέχεται ακόμη και σε ψυχικώς νοσούντες που είναι σε θέση να αποφασίσουν σχετικά. Ως ανίατη νόσος θεωρείται πλέον τόσο η σωματική όσο και η ψυχική πάθηση με δυσμενή πρόγνωση και χρόνια πορεία, που δεν επιδέχεται αποτελεσματική αντιμετώπιση. Στην υπόθεση αυτή δεν είχε εξακριβωθεί πως επρόκειτο όντως για σοβαρή ψυχιατρική πάθηση, πόσω μάλλον για ανίατη, καθότι δεν είχε διαγνωστεί καν επίσημα κλινική

κατάθλιψη. Το αίτημα της γυναίκας είχε γίνει δεκτό από τον ιατρό βάσει των γενικών αρχών της κατάστασης ανάγκης, που μπορούν να τυγχάνουν εφαρμογής τόσο στις σωματικές όσο και στις ψυχικές νόσους. Τονίζεται πως, αν και το Ανώτατο Δικαστήριο έκρινε ότι ο ιατρός θα έπρεπε να είχε ακολουθήσει διαφορετικές ενέργειες, όπως φαρμακευτική αγωγή, παραπομπή για εξέταση από άλλον ψυχίατρο, εισαγωγή σε ίδρυμα αν το απαιτούσε η σοβαρότητα της κατάστασης, απεφάνθη πως ήταν αθώος, δυνάμει του άρθρου 40 περί ανωτέρας βίας και ανάγκης, (Leenen, 1994).

7. Υπόθεση Σαντάλ Σεμπίρ

Η 52χρονη Σαντάλ Σεμπίρ διένυε το τελικό στάδιο της νόσου από την οποία έπασχε έξι ολόκληρα χρόνια. Είχε χάσει τις αισθήσεις της γεύσης, της όσφρησης και της όρασης και επιπλέον υπέφερε από φρικτούς πόνους. Η πρώην εκπαιδευτικός και μητέρα τριών παιδιών, που κατοικούσε στην περιοχή Πλομπιέρ-λε-Ντιζόν της κεντροδυτικής Γαλλίας, έμαθε το 2002 πως είχε προσβληθεί από αισθησιονευροβλάστωμα στην ρινική κοιλότητα και τους παραρρίνιους κόλπους, έναν ανίατο κακοήγη όγκο που προκαλεί έντονο άλγος. Η σπανιότατη αυτή μορφή καρκίνου, με 200 κρούσματα να έχουν καταγραφεί παγκοσμίως τα τελευταία 20 χρόνια, εξελίσσεται επιφέροντας μη αναστρέψιμη παραμόρφωση του προσώπου και ισχυρούς πόνους. «Σήμερα έχω φτάσει στα άκρα αυτού που μπορώ να αντέξω. Ο γιος μου και οι κόρες μου δεν μπορούν πλέον να με βλέπουν να υποφέρω, ενώ τα παιδιά στον δρόμο τρέχουν μακριά μου από φόβο. Ούτε ζώο δεν θα ήθελε να περνάει αυτό που περνάω εγώ», είχε δηλώσει στις 27 Φεβρουαρίου 2008 η Σεμπίρ, η οποία ζήτησε από την γαλλική δικαιοσύνη να της επιτραπεί να φύγει από την ζωή με υποβοηθούμενη αυτοκτονία. (Coleman, 2010).

Συγκεκριμένα, μετά την εξωτερίκευση έκκλησης από τα μέσα ενημέρωσης «να συνοδευτεί αξιοπρεπώς στον θάνατο», κατέθεσε αίτηση για υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Ο τότε πρόεδρος Νικολά Σαρκοζί από τον οποίο συγκεκριμένα είχε ζητήσει η ασθενής να παρέμβει στην υπόθεσή της δήλωσε πως ζήτησε από το σύμβουλό του για θέματα υγείας να επικοινωνήσει μαζί της και να την βοηθήσει, δίνοντάς της πληροφορίες για εναλλακτικές δυνατότητες σχετικά με την κατάστασή της. Η Σ. Σεμπίρ αντιτασσόταν στην αυτοκτονία και είχε δηλώσει έτοιμη να ταξιδέψει στην Ελβετία ή την Ολλανδία, εάν το δικαστήριο της Ντιζόν δεν ικανοποιούσε το αίτημά της. Σύμφωνα με τον δικηγόρο της, Ζιλ Αντονοβίτς, επρόκειτο για το πρώτο διάβημα αίτησης παροχής άδειας για την διενέργεια ευθείας ενεργητικής ευθανασίας, απευθυνόμενο στην γαλλική κυβέρνηση. «Ζητούμε απλώς από τις δικαστικές αρχές να επιδείξουν ανθρωπιά και να της επιτρέψουν να κοιμηθεί μέσα στην στοργή της οικογένειάς της», είχε πει. Ο τέως πρωθυπουργός της Γαλλίας Φρανσουά Φιγιόν είχε εκφρασθεί σχετικά, εκτιμώντας ότι δύσκολα δίνεται απάντηση σε ένα τέτοιο αίτημα, καθώς «είναι στα όρια αυτού που η κοινωνία μπορεί να πει και ο νόμος μπορεί να κάνει».

Τελικά, μετά την απόρριψη του αιτήματός της από την δικαιοσύνη, αν και αναγνωρίστηκε ότι η κατάστασή της προκαλεί συμπόνια, η Σαντάλ πέθανε από άγνωστα ακόμη, μη φυσικά αίτια, στις 21 Μαρτίου του 2008, στην κατοικία της στην Ντιζόν (Coleman, 2010).

8. Υπόθεση Ernst Haas στην Ελβετία

Ο 57χρονος Ernst G. Haas που έπασχε από σπάνια μορφή διπολικής διαταραχής ζήτησε το 2006 από το Ομοσπονδιακό Δικαστήριο της Ελβετίας να του επιτραπεί να λάβει θανατηφόρα δόση βαρβιτουρικών χωρίς ιατρική συνταγή. Το εν λόγω Δικαστήριο απέρριψε το αίτημά του, προβάλλοντας την ανάγκη επισταμένης, ενδεδεχούς αξιολόγησης της κατάστασης του πάσχοντος. Σύμφωνα με το σκεπτικό της απόφασης, ωστόσο, «μια ανιάτη, μόνιμη, σοβαρή διανοητική διαταραχή θα πρέπει να αναγνωρίζεται ότι αποτελεί δοκιμασία παρόμοια με σωματική ασθένεια, εφόσον η ζωή του ασθενή αποβαίνει μακροπρόθεσμα αβάστακτη. Εάν η επιθυμία θανάτου βασίζεται σε αυτόνομη απόφαση, μπορεί τότε να χορηγηθούν στον ασθενή βαρβιτουρικά και να βοηθηθεί στην αυτοκτονία». Το Δικαστήριο τόνισε την σπουδαιότητα της διάκρισης μεταξύ της επιθυμίας θανάτου, που αποτελεί έκφραση σοβαρής, χρήζουσας θεραπείας ψυχικής διαταραχής και της διατύπωσης σχετικής βούλησης εκ μέρους ατόμου με ανέπαφη, ορθή κρίση, του οποίου η απόφαση, ακριβώς επειδή είναι σταθμισμένη και οριστική, απαιτεί άλλου είδους αντιμετώπιση και πρέπει έτσι να γίνεται κοινωνικά σεβαστή.

Τρία χρόνια μετά, τον Οκτώβριο του 2009, το συγκεκριμένο δικαστήριο αποφάνθηκε πως βάσει της Ευρωπαϊκής Σύμβασης των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, η υποβοηθούμενη αυτοκτονία αποτελεί δικαίωμα του καθενός, ανεξαρτήτως φυσικής κατάστασης (Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, 2007).

9. Υπόθεση Jack Kevorkian στις ΗΠΑ

Ειδική μνεία πρέπει να γίνει στον Τζακ Κεβόρκιαν, Αμερικανό παθολόγο από το Μίσιγκαν, γνωστό και ως «Δρ. Θάνατο». Πρόκειται για μια ιδιαίτερη προσωπικότητα, που προκάλεσε αναταραχή στην αμερικανική κοινωνία, καθότι ο άνθρωπος αυτός προώθησε με έναν καθαρά δικό του, προκλητικό πολλές φορές τρόπο, «το δικαίωμα του ανιάτως πάσχοντος να επιζητεί τον θάνατό του». Κατά την δεκαετία του 1990, εξανάγκασε τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, όπως και την διεθνή επικαιρότητα, να ασχοληθούν επισταμένως με το ζήτημα της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, καθώς το απαιτούσαν και πολλοί ανιάτως πάσχοντες, επειδή έδινε δημόσια συμβουλές για τον τρόπο με τον οποίο θα μπορούσε κάθε άρρωστος να θέσει τέρμα στην ζωή του και διένειμε βιντεοσκοπημένες εκκλήσεις ασθενών που του ζητούσαν να τους βοηθήσει να πεθάνουν. Το

ερώτημα που τέθηκε είναι αν πράγματι υπήρξε ένας συμπονετικός επιστήμων απέναντι στο μαρτύριο των ασθενών του ή αν είχε μια διαστροφική εμμονή σε οτιδήποτε σχετίζεται με το τέλος της ανθρώπινης ζωής, καθόσον ζωγράφισε, φωτογράφισε και βιντεοσκόπησε το θέμα του θανάτου.

Αρχικά υποστήριξε την θανάτωση των ισοβίως καταδικασμένων, έχοντας ως πάγια θέση ότι τα πειράματα σε ανθρώπινους οργανισμούς είναι περισσότερο αξιόπιστα παρ' ό,τι τα πειράματα στα ζώα, αλλά αργότερα επέκτεινε την ομάδα των προς άμεση θανάτωση ατόμων και στην λίστα του συμπεριέλαβε ενήλικες σε κωματώδη κατάσταση, με νοητική αναπηρία ή στερούμενους την ικανότητα επικοινωνίας με το περιβάλλον. Επίσης, νεογνά και παιδιά ανεξαρτήτως ηλικίας, τα οποία εμφάνιζαν γενετικές ανωμαλίες. Νοσταλγώντας τις θηριωδίες του χιτλερικού ολοκαυτώματος, πρόβαλε σε άρθρο του το 1986, την χρησιμότητα πειραμάτων σε ανθρώπους, ισχυριζόμενος ότι «οι τακτικές αυτές δεν ήταν εντελώς περιττές». Ο ίδιος δήλωσε πως είχε προσφέρει βοήθεια σε περισσότερα από 120 άτομα για να τερματίσουν τη ζωή τους, με την δημιουργία των κατάλληλων «μηχανών ευθανασίας». Μία από αυτές την είχε ονομάσει «Θάνατρον» (“Thanatron”). Επρόκειτο για ένα μηχάνημα που είχε την ικανότητα να μεταφέρει μέσω μιας βελόνας θανατηφόρα δόση φαρμάκου στον οργανισμό του ασθενή. Μια άλλη από τις εφευρέσεις του είχε την ονομασία «Μηχάνημα του Οίκτου» (“Mercitron”), η οποία συνίστατο σε μια ειδική μάσκα αερίου που εξέπεμπε μονοξειδίο του άνθρακα.(Davey, 2007).

Ο Τ. Κεβόρκιαν αποφάσισε να προβάλει στις 24 Νοεμβρίου του 1998 στην εκπομπή «60 λεπτά», που μεταδιδόταν από το αμερικανικό δίκτυο CBS, ένα βίντεο που είχε ετοιμάσει δύο μήνες πριν, στο οποίο καταγραφόταν μια πράξη υποβοηθούμενης αυτοκτονίας που είχε εφαρμοσθεί με την χορήγηση ενέσιμου θανατηφόρου διαλύματος στον ασθενή του, Τόμας Γιουκ, ο οποίος υπέφερε από μυατροφική πλευρική σκλήρυνση. Κατόπιν της δημόσιας ομολογίας του ότι ο ίδιος είχε κάνει την ένεση στον πάσχοντα, καταδικάστηκε από την Πολιτεία του Μίσιγκαν σε ποινή στερητική της ελευθερίας κατ' ελάχιστο όριο 10 και κατ' ανώτατο 25 ετών για ανθρωποκτονία με πρόθεση, ενώ απορρίφθηκε η ασκηθείσα έφεσή του. Κατόρθωσε ωστόσο να αποφυλακισθεί κατόπιν καταβολής χρηματικής εγγύησης το 2007, με χαρακτηριστικό όρο της απόλυσής του ότι, προκειμένου να μην παρέμβει πλέον σε οποιαδήποτε διαδικασία τερματισμού της ζωής, θα τελούσε υπό επιτήρηση για χρονικό διάστημα δύο χρόνων από την έκτιση της ποινής του, κατά το οποίο απαγορευόταν ρητά να δίνει συμβουλές σε ασθενούντα πρόσωπα, ενώ θα εποπτεύονταν και οι δημόσιες δηλώσεις του, λαμβανομένης μάλιστα υπόψης της πρόθεσής του να κατέλθει ως υποψήφιος για την Βουλή των Αντιπροσώπων. Ο ίδιος όμως, μέχρι το θάνατό του τον Ιούνιο 2011, σε ηλικία 83 ετών, δήλωνε αμετανόητος ως προς την επιδίωξή του να μεταστραφεί η δικαϊκή θεώρηση του φαινομένου της ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας (Davey, 2007).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

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

Αβραμίδης, Α. (2008), «Η παρέμβαση ενός ιατρού», στο: Κουράκης, Ν., Σπινέλλη, Κ. Δ. (Επιμ.), *Ευθανασία: Ένα ακανθώδες ζήτημα*, σσ. 261-272, Αθήνα-Κομοτηνή. Σάκκουλας.

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

Αντωνιάδου, Ε. (2019), «Ευθανασία ή Υποβοηθούμενη Αυτοκτονία και δικαίωμα στην αυτοδιάθεση ηλικιωμένων και ασθενών τελικού σταδίου. Εθνική και Διεθνής πρακτική. Τάσεις και προοπτικές στην Ευρώπη». Διπλωματική εργασία, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Αρχεία Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής (2001-2007) http://www.bioethics.gr/images/pdf/GNOMES/SYSTASH_DNR_final%20GR.pdf [πρόσβαση 23/1/2021].

Αυγουστίδης, Πρωτοπρ. Α. (2003), «Ευσπλαχνία και ιατρική πράξη»: Ψυχολογική και ποιμαντική προσέγγιση» στο: *Το πρόβλημα της ευθανασίας. Πρακτικά Επιστημονικού Συμποσίου για την Ευθανασία της Ειδικής Συνοδικής Επιτροπής Βιοηθικής της Ιεράς Συνόδου της Εκκλησίας της Ελλάδος*, 17-18 Μαΐου 2002 (Νεάπολη Θεσσαλονίκης), σσ. 211-229, Αθήνα: Αποστολική Διακονία

Βιδάλης, Τ. (2007), «Ευθανασία και Σύνταγμα» στο: Καϊάφα-Γκμπάντι Μ., Ε. Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη, Ε. Συμεωνίδου-Καστανίδου (Επιμ.), *Ευθανασία. Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής – 3*, σσ. 129-135, Αθήνα-Θεσσαλονίκη: Σάκκουλας.

Βούλτσος, Π., Τσούγκας, Μ. (2008), «Ευθανασία: Ένα νομοθετικά ακάλυπτο, πολύπτυχο και οριακό ζήτημα», *Ιατρικό Βήμα* 115, Οκτώβριος-Νοέμβριος 2008: 76-78.

Βουρδαμή, Κ., (2018), « Στάσεις και αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στην έννοια του θανάτου και την ευθανασία», Διπλωματική εργασία, Ελληνικό

Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Γαλάνης Π,(2018)« Ηθικά ζητήματα στην ευθανασία και στην ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία»,*Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* ,35(6):834-841

Γεωργιάδης, Α. (2003),«Το δικαίωμα στο θάνατο» στο: *Το πρόβλημα της ευθανασίας. Πρακτικά Επιστημονικού Συμποσίου για την Ευθανασία της Ειδικής Συνοδικής Επιτροπής Βιοηθικής της Ιεράς Συνόδου της Εκκλησίας της Ελλάδος*, σσ. 113-122, Αθήνα: Αποστολική Διακονία.

Γκικόκα, Ε. (2008),«Ευθανασία: Πρόσφατες Νομοθετικές και Νομολογιακές Εξελίξεις σε Ευρωπαϊκό Επίπεδο», στο: Κουράκης, Ν., Σπινέλλη, Κ. Δ. (Επιμ.), *Ευθανασία: Ένα ακανθώδες ζήτημα*, σσ. 229-246, Αθήνα-Κομοτηνή: Σάκκουλας.

Γκμπάντι, Ρ. (2007),«Ο πόνος και η σύγχρονη ιατρική αντιμετώπισή του», στο: Καϊάφα-Γκμπάντι Μ., Ε. Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη, Ε. Συμεωνίδου-Καστανίδου (Επιμ.), *Ο άνθρωπος που υποφέρει: Ο πόνος στην ιατρική, το δίκαιο και τη λογοτεχνία*, Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής – 5, σσ. 7-29, Αθήνα-Θεσσαλονίκη: Σάκκουλας.

Δραγώνα-Μονάχου, Μ. (2002),«Ηθική και Βιοηθική», *Επιστήμη και Κοινωνία* 8-9:1-26

Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής(2021),«Ισπανία: Νομοσχέδιο επιτρέπει την ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία <http://www.bioethics.gr/index.php/el/anakoinesis/2913-04-02-2021>],[πρόσβαση 25/2/21].

Ζιάκα, Α. (2007),«Ευθανασία, θρησκεία και Πολιτισμοί» στο: Καϊάφα-Γκμπάντι Μ., Ε. Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη, Ε. Συμεωνίδου-Καστανίδου (Επιμ.), *Ευθανασία. Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής* – 3, σσ. 19-43, Αθήνα-Θεσσαλονίκη: Σάκκουλας.

Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδος. Επιτροπή Βιοηθικής (2007),«Βασικές θέσεις επί της Ηθικής της Ευθανασίας» στο: *Επίσημα Κείμενα Βιοηθικής. Μεταμοσχεύσεις, Ευθανασία, Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή*, σσ. 31-48, Αθήνα: Αποστολική Διακονία.

Καίσαρης , Π.,(1999),*Περί της Ευθανασίας*.σσ.25-32, Πάτρα : Αχαϊκές Εκδόσεις .

Καλαμάτας Α Ι ,(2013),*Διατριβή περί Ευθανασίας . Ένα μικρό και παραμελημένο έργο του Ευγενίου Βούλγαρι. Θεολογία /1* σ.167-174

Καπρίνης, Γ. (2007),«Ψυχιατρική προσέγγιση της έννοιας του θανάτου και της αποκαλούμενης ευθανασίας», στο: Καϊάφα-Γκμπάντι Μ., Ε. Κουνουγέρη-

- Μανωλεδάκη, Ε. Συμεωνίδου-Καστανίδου (Επιμ.), *Ευθανασία. Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής* – 3, σσ. 115-121, Αθήνα-Θεσσαλονίκη: Σάκκουλας.
- Καρανικόλας, Γ. (2007), «Προβληματισμοί πάνω στην ηθική δικαιολόγηση της ποινικής καταστολής της ευθανασίας» στο: Καϊάφα-Γκμπάντι Μ., Ε. Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη, Ε. Συμεωνίδου-Καστανίδου (Επιμ.), *Ευθανασία. Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής* – 3, σσ. 77-85, Αθήνα-Θεσσαλονίκη: Σάκκουλας.
- Κατάμης, Χ (2000), «Στρογγυλό τραπέζι με θέμα: “Ένα τέλος με αρετή ή ένα δυσάλητο τέλος;”», στο: *Ευθανασία. Η σημαντική του “καλού” θανάτου*, σσ. 85-124, Αθήνα: Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών.
- Κουτσελίνης, Α. (1999), *Βασικές Αρχές Βιοηθικής, Ιατρικής Δεοντολογίας και Ιατρικής Ευθύνης*, Αθήνα: Παρισιάνου.
- Κριάρη – Κατράνη, Ι., (2002), *Ευθανασία και ατομικά δικαιώματα – Η προσέγγιση από πλευράς διεθνούς και συγκριτικού δικαίου*, *Ελληνικό Δίκαιο*, σελ. 1547.
- Λυπουρλής, Δ. (2007), «“Ου δώσω δε ουδέ φάρμακον ουδενί αιτηθείς θανάσιμον ουδέ υφηγησόμαι συμβουλήν τοιήνδε”: Η “Ευθανασία” στην καθημερινή ζωή της αρχαιότητας;» στο: Καϊάφα-Γκμπάντι Μ., Ε. Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη, Ε. Συμεωνίδου-Καστανίδου (Επιμ.), *Ευθανασία. Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής* – 3, σσ. 11-18, Αθήνα-Θεσσαλονίκη: Σάκκουλας.
- Μαραγκάκη Ε. (2008), *Η απάντηση των νόμων. Ο ιατρός μπροστά στο θάνατο του ασθενή: Η νομική πλευρά του πότε*. σελ. 11-20, Αθήνα-Κομοτηνή: Σάκκουλας.
- Μαργαρίτης, Μ. (2008), «Η ευθανασία», στο: Κουράκης, Ν., Σπινέλλη, Κ. Δ. (Επιμ.), *Ευθανασία: Ένα ακανθώδες ζήτημα*, σσ. 73-90, Αθήνα-Κομοτηνή: Σάκκουλας.
- Μαστοράκης Κ, Μπαλογιάννης Σ (2010), «Το ζήτημα της ευθανασίας και ο σύγχρονος προβληματισμός». *Εγκέφαλος*, 47(3):144-149.
- Μητροσύλη Μ. (2008), «Μετάβαση από τη Βιοηθική στο Βιοδίκαιο», δημοσιεύθηκε στο περιοδικό *"Επιστήμη και Κοινωνία"*, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, τεύχος 20, σ. 171-197.
- Μπαλογιάννης, Σ. (2003), «Η ευθανασία: Κοινωνικοί και Ηθικοί προβληματισμοί» στο: *Το πρόβλημα της ευθανασίας. Πρακτικά Επιστημονικού Συμποσίου για την Ευθανασία της Ειδικής Συνοδικής Επιτροπής Βιοηθικής της Ιεράς Συνόδου της Εκκλησίας της Ελλάδος*, 17-18 Μαΐου 2002 (Νεάπολη

Θεσσαλονίκης), σσ. 211-229, Αθήνα: Αποστολική Διακονία.

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

Πανούσης, Ι. (2003), «Στρογγυλό τραπέζι με θέμα: “Ένα τέλος με αρετή ή ένα δυσάλητο τέλος;”», στο: *Ευθανασία. Η σημαντική του “καλού” θανάτου*, σσ. 85-124, Αθήνα: Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών (Ε.Ι.Ε.).

Παπαγιαννόπουλου Όλγα, Ιωάννου Κούλα (1999), «Η ευθανασία εν τη Παλαιά Διαθήκη», *Θεολογία*, Τόμος 70, τεύχος 2-3, Απρίλιος - Σεπτέμβριος

Παπαχρήστου, Μ.(2014), «*Ευθανασία*», Διπλωματική εργασία στην Ιατρική Σχολή του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.

Πελεγρίνης, Θ. (1985), *Η Ανθρώπινη Ύπαρξη*, Αθήνα: Καρδαμίτσα.

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

Πέτρου, Ι. (2007), «Η ελευθερία του ανθρώπου και τα ηθικά προβλήματα του τέλους της ζωής» στο: Καϊάφα-Γκμπάντι Μ., Ε. Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη, Ε. Συμεωνίδου-Καστανίδου (Επιμ.), *Ευθανασία. Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής – 3*, σσ. 61-73, Αθήνα-Θεσσαλονίκη-Σάκκουλας.

Πρωτοπαπαδάκης, Ε. (2006), «Η Ολισθηρή Πλαγιά Αντιμέτωπη με τον Εαυτό της», *Ηθική 2*, Σεπτέμβριος 2006: 26-40.

Πρωτοπαπαδάκης, Ε. (2003): *Η Ευθανασία απέναντι στη σύγχρονη Βιοηθική*, Αθήνα-Κομοτηνή: Σάκκουλας.

Πρωτοπαπαδάκης Ε. Ευθανασία και Βιοηθική. Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο Νοσηλευτικής και Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας. *Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία*, σελ.10-18, Αθήνα, 2006.

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

Σαλαχά, Σ.(2012), «*Η Ελληνική και Διεθνής διάσταση της Βιοηθικής σε ζητήματα Ευθανασίας*», Διπλωματική εργασία στο Πανεπιστήμιο Πειραιώς.

Συγκούνης Χ.(2014), « *Η ευθανασία ως πρόβλημα του ποινικού δικαίου* », Διπλωματική

εργασία στη Νομική Σχολή του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.

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

Τσουκαλοχωρίτου Ε.(2012),«*Ευθανασία: Ηθικοί προβληματισμοί*», Διπλωματική εργασία στο Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Admiraal, P. (1996), “Euthanasia and Assisted Suicide”, in Thomasma, D., Kushner, T. (Eds.), *Birth to Death: Science and Bioethics*, pp. 207-230, Cambridge: Cambridge University Press.

AGS Ethics Committee (1995), “Physician Assisted Suicide and Voluntary Active Euthanasia” *Journal of American Geriatrics Society* 43 (5): 579-580.

American Nurses Association (ANA) *Position Statement* (2013), Euthanasia, Assisted Suicide and Aid in Dying *Date: April 24*

Back A. L., Wallace J. (1996), “Physician-Assisted Suicide and Euthanasia in Washington State”, *Journal of the American Medical Association* 275 (12): 917-923.

Beauchamp T., Childress J., (1994), «*Principles of Biomedical Ethics*», pg.15-128.

Bendiane M K, Bouhnik A-D, A Galinier A, Favre R, Obadia Y, Peretti-Watell P(2009), French hospital nurses’ opinion about euthanasia and physician-assisted suicide: a national phone survey *J Med Ethics*;35:238–244.

Brock, D. (2002), “Voluntary Active Euthanasia”, in W. Glannon, *Contemporary Readings in Biomedical Ethics*, pp. 335-350, Fort Worth: Harcourt.

Brock, D. W. (2007), «Οριακές περιπτώσεις ηθικά αιτιολογημένης αφαίρεσης ζωής στην ιατρική», στο: Beauchamp, T. L. (ed.) *Ευθανασία. Ηθικές, Φιλοσοφικές, Ιατρικές και Νομικές Διαστάσεις*, Ελλην. Μτφρ. Β. Κάντζολα-Σαμπατάκου, σσ. 189-214, Αθήνα: Αρχιπέλαγος.

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

Campbell L (2017), Kant, autonomy and bioethics. *Ethics, Medicine and Public Health*

Chadwick, R. (1997),“The Future of Professional Ethics” *Ethical Perspectives* 4 (2): 291-297.

Chambaere K, Bilsen J , Cohen J , Onwuteaka-Philipsen B D, Mortier F, Deliens L(2010), Physician-assisted deaths under the euthanasia law in Belgium: a population-based survey *CMAJ* • JUNE 15 • 182(9)

Chochinov H. M., Hack T., McClemente S, Kristjanson L, Harlos M,(2002),Dignity in the terminally ill: a developing empirical model *Social Science & Medicine* 54;433-443

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

Clemens, K., Kleinm E., Jaspersm B., Klaschikm E. (2008),Attitudes toward active euthanasia among nursing students at two German universities. *Support Care Cancer*. 16(6): 539- 545.

Cohen-Almagor, R., D., Phil (2009),“Euthanasia Policy and Practice in Belgium: Critical Observations and Suggestions for Improvement”, *Issues in Law &Medicine* 24 (3),pp. 187-218

Coleman, D., (2010),Assisted suicide laws create discriminatory double standard for who gets suicide prevention and who gets suicide assistance: Not Dead Yet Responds to Autonomy,Inc. *Disability and Health Journal* 3 39-50

Court of Appeals of Michigan,People v. Kevorkian, Docket No. 221758, November20, 2001, σε: *Αρχείο Νομολογίας της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής*.

Davey, M. (2007),“Kevorkian speaks after his release from prison”, *The New YorkTimes*, Jun. 4, p.12.

De Keyser, G., Musgrave C. (2006),Israeli critical care nurses’ attitudes toward physician-assisted dying. *Heart Lung*. 35(6): 412–422.

Emanuel EJ, Onwuteaka-Philipsen BD, Urwin JW, Cohen J.(2016), Attitudes and practices of euthanasia and physician-assisted suicide in the United States, Canada, and Europe. *JAMA* 2016, 316:79–90

Fischer S, Huber C H., Furter M, Imhof L., Imhof R M., Schwarzenegger C., Ziegler S J, Bosshard G.(2009),Reasons why people in Switzerland seek assisted suicide: the view of patients and physicians *SWISS MED WKLY* vol.139 (23 – 24) : 333 – 338

Francke A L, Albersd G, Bilsene J., De Veera A J E., Onwuteaka-Philipsen BJ (2016),

Nursing staff and euthanasia in the Netherlands. A nation-wide survey on attitudes and involvement in decision making and the performance of euthanasia, *Patient Education and Counseling* 99 :783–789

Georges J-J, The A M, Onwuteaka-Philipsen B D, Van der Wal G (2008), Dealing with requests for euthanasia: a qualitative study investigating the experience of general Practitioners *J Med Ethics* vol 34:150–155.

Harding S R, Patrick J (1995), EUTHANASIA Principles and Observations from a Christian Perspective, Paper submitted to *The Special Senate Committee On Euthanasia and Assisted Suicide*. April

Henk, ten Have (2003), “Why (not) legalize euthanasia and physician-assisted suicide?”, *European Journal of Palliative care* 10 (2) Supplement, pp. 21-28.

Inghelbrecht, E., Bilsen, J., Mortier, F. (2009), Nurses’ attitudes towards end-of-life decisions in medical practice: a nationwide study in Flanders, Belgium. *Journal of Palliative Medicine*.23(7): 649–658.

Kamble, S., Sorum, P., & Mullet, E. (2012), Young Indians' views of the acceptability of physician-assisted suicide. *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation*, 1(3), 165-176.

Kant, I., *Τα θεμέλια της Μεταφυσικής των Ηθών*, Εισ. - Μτφρ. - Σχόλ. Γ. Τζαβάρας, Αθήνα-Γιάννινα: Δωδώνη, 1984.

Keown, D., Keown, J. (1995), “Killing, Karma and caring: euthanasia in Buddhism and Christianity”, *Journal of Medical Ethics* 21 (5): 265-269.

Keown John,(2012), «Euthanasia in the Netherlands: Sliding down the Slippery Slope;», *Notre Dame Journal of Law, Ethics & Public Policy*, vol.9, 1-1-2012.

Ko Jenny,(2010), «Legalization of euthanasia violates the principles of competence, autonomy, and beneficence», *BC medical journal*, vol. 52, no.2, March 2010

Kranidiotis G., Ropa J, Mprianas J., Kyprianou T., Nanas S.(2015), Attitudes towards euthanasia among Greek intensive care unit physicians and nurses *Heart & Lung* 44, pp. 260-263

Leenen H,J, Dutch Supreme Court about Assistance to Suicide in the Case of Severe Mental Suffering, σε: *European Journal of Health Law*, 1994, 377-379.

Lillehammer, H. (2002), Voluntary Euthanasia and the Logical Slippery Slope Argument. *The Cambridge Law Journal*,61(3), 545-550.

- Materstvedt, L., J., Clark, C., Ellersahaw, J., et al. (2003), Euthanasia and Physician –assisted Suicide: A View from an EAPC Ethics Task Force. *Palliative Medicine*, 17, 97-101.
- Meier E. D. et al. (1998), “A national survey of physician-assisted suicide and euthanasia in the United States” published in *The New England Journal of Medicine*, Volume 338 Number 17, pg. 1193-1201
- Mill, J. S., *On Liberty*, New York: Appleton-Century-Crofts, 1947.
- Mitchell K., Owens G (2004), End of life decision-making by New Zealand general practitioners: a national survey *NZMJ* 18 June, Vol 117 No 1196
- Mori M, Shimizu C, Ogawa A, Okusaka T, Yoshida S, Morita T, (2015), A National Survey to Systematically Identify Factors Associated With Oncologists’ Attitudes Toward End-of-Life Discussions: What Determines Timing of End-of-Life Discussions? *The Oncologist*; 20:1304–1311
- Nakasone, R. Y. (1990), “Buddhism” in *Encyclopaedia of Bioethics*, pp. 312-318, London: Macmillan.
- Oakley, J., Cocking, D. (2005), Consequentialism, complacency and slippery slope arguments. *Theoretical Medicine & Bioethics*, 26, 227–239.
- Onwuteaka-Philipsen B D, Van der Heide A, Muller M T, Rurup M, Rietjens J A C, Georges J-J, Vrakking A M, Cuperus-Bosma J M, Van der Wal G, Van der Maas P J (2005), Dutch experience of monitoring euthanasia *BMJ* 2005;331:691–3
- Orr R D (2001), Pain Management Rather Than Assisted Suicide: *The Ethical High Ground Pain Medicine*, Volume 2, Number 2
- Pakes F. (2005), “The legalization of euthanasia and assisted suicide: A tale of two scenarios” published in *International Journal of the Sociology of Law*, Elsevier, vol. 33, pg. 71–84
- Parreiras Reis de Castro M. , Guilherme Cafure Antunes , Livia Maria Pacelli Marcon , Lucas Silva Andrade , Sarah Rückl , Vera Lúcia Ângelo Andrade (2016), Euthanasia and assisted suicide in western countries: a systematic review *Rev. bioét. (Impr.)*. vol; 24 (2): 355-67
- Parpa, E., Mystakidou, K., Tsilika, E., Sakkas, P., Patiraki, E., Pistevou-Gombaki, K., Govina, O., Panagiotou, I., Galanos, A., Gouliamos, A. (2010), Attitudes of health care professionals, relatives of advanced cancer patients and public towards euthanasia and physician assisted suicide. *Health Policy*. 97(2-3):160-165.

- Pellegrino ED.(2001),Physician-assisted suicide and euthanasia: Rebuttals of rebuttals – the moral prohibition remains. *J Med Philos* 2001, 26:93–100
- Pellegrino ED.(2001),Physician Assisted Suicide and Voluntary Active Euthanasia , *Journal of American Geriatrics Society*,vol.13,No 1,2001 .pp,32-45.
- Peretti-Watel P, Bendiane M K, Pegliasco H, Lapiana J M, Favre R, Galinier A, Moatti J P(2003),Doctors’ opinions on euthanasia, end of life care, and doctor-patient communication: telephone survey in France *BMJ* vol;327:595–6
- Quill T., Cassell C., Meier D. (1992),“Care of the Hopelessly Ill – Proposed Clinical Criteria for Physician Assisted Suicide”, *New England Journal of Medicine* 327 (19): 1380-1384.
- Razban, F., Iranmanesh, S., Rafiei, H. (2013), Nurses' attitudes toward palliative care in south-east Iran. *International Journal of Palliative Nursing*. 19(8): 403–410.
- Ryynanen, O., Myllykangas, M., Viren, M., Heino, H. (2002), Attitudes towards euthanasia among physicians, nurses and the general public in Finland. *Public Health*. 116(6): 322-331.
- Singer, P. (1986), *Applied Ethics*, Oxford: Oxford University Press.
- Smith, C. M. (2005),“Origin and Uses of Primum Non Nocere - Above All, Do No Harm!”, *The Journal of Clinical Pharmacology* 45 (4): 371–377.
- Steck N, Egger M, Maessen M, Reisch T, Zwahlen M.(2013), Euthanasia and assisted suicide in selected European countries and US States: Systematic literature review. *Med Care*, 51:938–944
- Stevens K R (2006), Emotional and Psychological Effects of Physician-Assisted Suicide and Euthanasia On Participating Physicians; *The Linacre Quarterly*: Vol. 73 : No. 3 , Article 1.
- Sulmasy L S and Mueller P S (2017), for the Ethics, Professionalism and Human Rights Committee of the American College of Physicians , Ethics and the Legalization of Physician-Assisted Suicide: An American College of Physicians Position Paper *Ann Intern Med*. vol;167:576-578
- Van Bruchem-van de Scheur, A., Van der Arend, A., Van Wijmen, F. (2008), Dutch nurses’attitudes towards euthanasia and physician-assisted suicide. *Nursing Ethics*. 15(2): 186–198.
- Van Der Maas P J , Van Der Wal G, Haverkate I, De Graaff C L M, Kester J G C, Onwuteaka-Philipsen B D, Van Der Heide A , Bosma J M, and Willems D L (1996),

Euthanasia, Physician-Assisted Suicide, and Other Medical Practices involving the End of Life in The Netherlands, 1990–1995 *N Engl J Med* vol.;335:1699-705.

Zenz, J., Tryba, M., Zenz, M. (2015), Palliative care professionals' willingness to perform euthanasia or physician assisted suicide. *BMC Palliative Care*, 14, 60.

Zinn, C. (1996), "Doctor aids first legal euthanasia act", *Pub Med* 313 (7061), Oct. 5, 1996: 835.