

ΠΑΝΤΕΙΟΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

---

PANTEION UNIVERSITY OF SOCIAL AND POLITICAL SCIENCES



ΣΧΟΛΗ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΚΑΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ»

Ευθανασία-Συνάντηση με τον «καλό» θάνατο

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ελένη Μαυρογεώργη

Αθήνα, 2021

Τριμελής Επιτροπή

Φερενίκη Παναγοπούλου, Επίκουρη Καθηγήτρια Παντείου Πανεπιστημίου  
(Επιβλέπων)

Ισμήνη Κριάρη-Κατράνη, Καθηγήτρια Παντείου Πανεπιστημίου  
Αντώνιος Χάνος, Αναπληρωτής Καθηγητής Παντείου Πανεπιστημίου



Copyright © , Ελένη Μαυρογεώργη, 2021

All rights reserved. Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας διπλωματικής εργασίας εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της διπλωματικής εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα.

Η έγκριση της διπλωματικής εργασίας από το Πάντειον Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών δεν δηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα

# ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ- Συνάντηση με τον «καλό» θάνατο

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή .....	4
Κεφάλαιο 1 <sup>ο</sup> : Εν αρχή ην ...η έννοια. Αναζητώντας την ευθανασία στο χρόνο και στο ...χώρο.....	5
1.1. Έννοια .....	5
1.2. Διαδρομή της ευθανασίας στο ...χρόνο. ....	7
1.3. Η ευθανασία στο «σήμερα» .....	10
1.4. Αναφύοντα ερωτήματα.....	11
1.5. Η ευθανασία στον ...κόσμο-μια συγκριτική ματιά.....	12
Κεφάλαιο 2ο: Μορφές ευθανασίας-προσπάθειες τυπολογίας αυτής.....	18
2.1. Διάκριση της ευθανασίας με γνώμονα τον τρόπο διενέργειας. α) ενεργητική και β) παθητική.....	18
2.1. α) Η Ενεργητική ευθανασία .....	18
2.1. β) Παθητική ευθανασία .....	19
2.2. Διάκριση της ευθανασίας με γνώμονα το στοιχείο της βούλησης.....	20
2.3.Ειδικότεροι προβληματισμοί για το «κεντρικό» κομβικό στοιχείο της συναίνεσης. ..	21
Εικαζόμενη συναίνεση .....	22
Προγενέστερες οδηγίες (advanced directives )- διαθήκες ζωής (living will) .....	23
2.4. Ενεργητική και παθητική ευθανασία: στεγανή διάκριση ή διαφορετικές όψεις του ίδιου νομίσματος .....	25
Κεφάλαιο 3 <sup>ο</sup> : Ιδιαίτερες περιπτώσεις ευθανασίας.....	26
3.1. Η γνήσια -κατά κυριολεξία ευθανασία .....	27
3.2. Αποσύνδεση ασθενή από μηχανήμα τεχνητής διατήρησης της ζωής.....	27
3.3. «Ευθανασία;» νεογνών. Πρώιμη ευθανασία.....	29
3.4. Ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία. ....	31
Κεφάλαιο 4 <sup>ο</sup> : «Συνάντηση» της ευθανασίας στο χώρο του δικαίου. ....	35
4.1. Εκκινώντας από τα θεμελιώδη. Το κατοχυρωμένο και οικουμενικό δικαίωμα στη ζωή ακολουθείται από ένα «δικαίωμα» στη διακοπή της ζωής; (αντικρουόμενες απόψεις, α) ελληνικό Σύνταγμα και β) διεθνή κείμενα).....	35
β. Ανασκόπηση διεθνούς δικαίου.....	37
4.2. Ελληνικός Ποινικός Κώδικας (Π.Κ.) .....	39
4.3. Αναφορά στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (ΚΙΔ)- ν.3418/2005 .....	40
Κεφάλαιο 5 <sup>ο</sup> : Η πλευρά της Ηθικής-Βιοηθικής.....	43
5.1. Η πλευρά του «ναι» στην ευθανασία. ....	43
Το ηθικό ρεύμα του ωφελιμισμού ή της συνεπειοκρατίας.....	43
Δεοντολογικές απόψεις – καντιανή κατηγορική προσταγή .....	45
Αξιοπρέπεια του απόμου.....	46
Η αυτονομία.....	47
5.2. Η πλευρά του «όχι στην ευθανασία».....	49

<i>Επιχείρημα της ολισθηρής πλαγιάς (the slippery slope argument)</i> .....	50
<i>Η ζωή υπέρ πάντων</i> .....	52
<i>Η ιατρική δράση επ'ωφελεία του ασθενή- primum non nocere</i> .....	53
5.3. Αναφορά στην άποψη της Ορθόδοξης Ελληνικής Εκκλησίας.....	54
<b>Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup>: Ευθανασία στην πράξη. Περιπτώσεις και νομολογικά περιστατικά. ....</b>	<b>55</b>
A. Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (ΕΔΔΑ).....	55
<b>1.Υπόθεση Diane Pretty κατά Ηνωμένου Βασιλείου</b> .....	56
<b>2. Υπόθεση Haas κατά Ελβετίας</b> .....	57
<b>3.Υπόθεση Lambert and others κατά Γαλλίας</b> .....	59
B. Υποθέσεις ευθανασίας και εθνικές νομολογίες εντός Ε.Ε.....	61
<b>ΓΑΛΛΙΑ</b> .....	61
<b>ΓΕΡΜΑΝΙΑ</b> .....	63
<b>ΠΡΟΣΦΑΤΗ ΑΠΟΦΑΣΗ</b> .....	63
<b>ΒΕΛΓΙΟ</b> .....	65
<b>ΟΛΛΑΝΔΙΑ</b> .....	66
<b>ΕΛΛΑΔΑ</b> .....	68
Γ. ΗΝΩΜΕΝΕΣ ΠΟΛΙΤΕΙΕΣ ΑΜΕΡΙΚΗΣ.....	69
<b>Υπόθεση Karen Ann Quinlan</b> .....	69
<b>Υπόθεση Cruzan versus Missouri Department of Health</b> .....	71
<b>Υπόθεση Elizabeth Bouvia</b> .....	70
<b>Υπόθεση Terri Schiavo</b> .....	72
Δ.ΚΑΝΑΔΑΣ .....	73
<b>Υπόθεση Tracy Latimer</b> .....	73
<b>Υπόθεση Carter κατά Καναδά</b> .....	74
Ε. Γιατροί του ελέους ή γιατροί του θανάτου;.....	75
<b>ΕΠΙΛΟΓΟΣ (συμπεράσματα –προσωπικές εκτιμήσεις)</b> .....	<b>77</b>
<b>ΠΗΓΕΣ-ΒΟΗΘΗΜΑΤΑ</b> .....	<b>82</b>

**Αφιερωμένη στον πατέρα μου Αριστείδη,  
που από το 2017 σταμάτησε να κρατά το χέρι μου...**

## Εισαγωγή

Μεγαλώνοντας, αναπόφευκτα όλοι μας και με το δικό του τρόπο ο καθένας, αρχίζουμε να εξοικειωνόμαστε με την απώλεια. Καλούμαστε να αντιμετωπίσουμε από μικρές καθημερινές απώλειες, αποχαιρετισμούς, έως πιο σημαντικές, αυτές των οικείων και αγαπημένων μας προσώπων ή ακόμα και προσωπικές όταν βιώσουμε μια ασθένεια.

Από τη στιγμή που ο άνθρωπος γεννιέται, η μόνη βεβαιότητα που υπάρχει στη ζωή του είναι το αναπόδραστο τέλος του, η παύση της ζωής. Το αμετάκλητο και άγνωστο του θανάτου, στους περισσότερους από εμάς, συνοδεύεται με αγωνία, άγχος και φόβο, η δε αποδοχή και συμφιλίωση με τη διακοπή της ζωής δεν κατακτιέται εύκολα.

Το πέρασμα του ανθρώπου από τη ζωή στο θάνατο, διαχρονικά, «βασανίζει», απασχολεί τις κοινωνίες, παραμένει πάντα επίκαιρο και αποτελεί πεδίο αναζητήσεων και συζητήσεων με διαστάσεις φιλοσοφικές, μεταφυσικές, θρησκευτικές, βιοηθικές, δικαιοϊκές.

Στο σήμερα όμως, με όλο και μεγαλύτερη ένταση, αναφύεται ένα πρόσθετος προβληματισμός, αυτός, του *τρόπου* που το τέλος θα επέλθει. Η υπαρξιακή αγωνία του ανθρώπου δεν εκφράζεται μόνο στο πότε, αλλά και στο πώς. Ακριβώς εκεί, συναντάμε την ευθανασία, ως ζήτημα του τέλους της ζωής, ως πρόσκληση και πρόκληση θανάτου ή/και λύτρωσης, ως πεδίο συγκρουόμενων απόψεων, αντιρρήσεων, διαφωνιών και διλημμάτων. Σε ένα κόσμο που διαρκώς εξελίσσεται που η τεχνολογία, η ιατρική και ο συνδυασμός τους, η τεχνολογία στην ιατρική, δημιουργούν νέα δεδομένα παρατείνοντας τη ζωή, το θέμα της ευθανασίας επανέρχεται δυναμικά, περιπλέκεται, εντείνεται και εξακολουθεί να προκαλεί πολυεπίπεδους προβληματισμούς, διχασμούς και συχνά αδιέξοδα.

Στην παρούσα εργασία, επιχειρείται μια «οριζόντια» παρουσίαση του αμφιλεγόμενου ζητήματος της ευθανασίας, μια σφαιρική θεώρηση, με αναφορές σε επιμέρους πεδία. Δίνεται μια εικόνα για το τι εννοείται ως ευθανασία, διατρέχοντας στο χρόνο και στο χώρο και φτάνοντας στο σήμερα, καταγράφοντας ερωτήματα που προκύπτουν και περιγράφοντας την αντιμετώπιση της σε διάφορες χώρες (Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup>).

Γίνεται αναφορά στις διακρίσεις που, τουλάχιστον μέχρι σήμερα, αφενός σε θεωρητικό επίπεδο ταυτοποιούν την ευθανασία αφετέρου διαφοροποιούν και την πρακτική-δικαιοϊκή αντιμετώπισή της. Παράλληλα, θίγεται το κομβικό στοιχείο της βούλησης-συναίνεσης του προσώπου και οι προβληματισμοί στις συχνές περιπτώσεις της εικαζόμενης συναίνεσης ή των προγενέστερων οδηγιών (Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>).

Περαιτέρω, σημειώνονται κάποιες ιδιαίτερες περιπτώσεις που συναντώνται στην ιατρική πραγματικότητα καθημερινά και εμφανίζονται στο ευρύτερο πεδίο της

ευθανασίας, όπως η γνήσια ευθανασία, η αποσύνδεση ασθενή από μηχάνημα υποστήριξης, το τέλος της ζωής νεογνών και κυρίως η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία (Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>).

Δεν θα μπορούσε επίσης, να μη γίνει λόγος για την θέση του Δικαίου και της Βιοηθικής απέναντι στην ευθανασία καθόσον εμπλέκονται ενεργά και αποτελούν τα κύρια πεδία άντλησης επιχειρημάτων υπέρ ή κατά αυτής. Με δεδομένο ότι στη χώρα μας, προς το παρόν, δεν υπάρχει νόμος που να ρυθμίζει ζητήματα ευθανασίας, αντίθετα θεωρείται μη νόμιμη, προσεγγίζεται το ερώτημα, αν από κατοχυρωμένο δικαίωμα στη ζωή συνάγεται και αντίστοιχο δικαίωμα στη διακοπή της ζωής και καταγράφονται οι διατάξεις του ελληνικού δικαίου στον Ποινικό Κώδικα και στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup>).

Από την πλευρά της Βιοηθικής, παρουσιάζονται τα βασικά επιχειρήματα που εξακολουθούν να συγκρούονται με ένταση και που το καθένα φέρει ειδικό αξιολογικό βάρος. Η αξιοπρέπεια του ατόμου, η αυτονομία του και από την αντίθετη πλευρά η ζωή ως το υπέρτατο και πρότερο αγαθό, η δράση του γιατρού ως «αποστολή» για το μέγιστο δυνατό όφελος του ασθενή (Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup>).

Καταλήγοντας, κρίθηκε χρήσιμο να αφιερωθεί ένα ειδικότερο κεφάλαιο (Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup>) σε σημαντικά νομολογιακά περιστατικά καθώς και περιπτώσεις ευθανασίας και ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας που δημοσιοποιήθηκαν, έφεραν στο προσκήνιο, ξανά και ξανά, το θέμα με ιδιαίτερη ένταση και άφησαν το αποτύπωμά τους στις κοινωνίες.

## **Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup>: Εν αρχή ην ...η έννοια. Αναζητώντας την ευθανασία στο χρόνο και στο ...χώρο.**

### **1.1. Έννοια**

Εκκινώντας την περιήγησή μας στο πεδίο της ευθανασίας, προτάσσεται, για λόγους μεθοδολογικούς, η αποσαφήνιση της σύγχρονης έννοιας αυτής. Παρότι ο «όρος» ευθανασία είναι διεθνής, δεν συναντάται παγκόσμια ένας κοινά αποδεκτός ορισμός για την ευθανασία ενώ παράλληλα, πολλές περιπτώσεις χαρακτηρίζονται ως περιστατικά ευθανασίας, αναφερόμενα και σε άλλες μορφές του τέλους της ζωής.

Ενδεικτικά, αναφέρουμε ότι κατά τον, έγκριτο Γερμανό Καθηγητή ποινικολόγο και δικαστή, Άλμπιν Έσερ, ως ευθανασία νοείται<sup>1</sup> η πρόκληση ανώδυνου θανάτου (σωματικά και ψυχικά) από ευσπλαχνία, σε ανθρώπους που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο ανίατης ασθένειας ή βαρύτατου τραυματισμού, με σκοπό την λύτρωσή τους και ύστερα από προσωπική τους επιθυμία ή, κατά άλλη προσέγγιση

---

<sup>1</sup> Albin Eser «Ιατρικό καθήκον διατήρησης της ζωής και διακοπή θεραπείας», Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα - Κομοτηνή, 1985, σελ. 11.

«ο σκόπιμος τερματισμός της ζωής από ένα άλλο πρόσωπο, με την απαίτηση του ενδιαφερομένου»<sup>2</sup> ή «η σκόπιμη θανάτωση με πράξη ή παράλειψη ενός ανθρώπου του οποίου η ύπαρξη είναι εξαρτώμενη, επικαλούμενος το όφελος του»<sup>3</sup>.

Θα μπορούσε να ειπωθεί ότι, δύο στοιχεία αποτελούν κοινές συνιστώσες, στις σχετικές αναφορές. Η ευθανασία α) αφορά αποφάσεις που συντελούν και αποσκοπούν στη διακοπή-στο τέλος της ζωής, με δηλωμένη την επιθυμία του ενδιαφερόμενου για τερματισμό της ζωής του και β) προϋποθέτει την ύπαρξη δεύτερου (άλλου από τον ενδιαφερόμενο) εμπλεκόμενου προσώπου.

Περαιτέρω, εννοιολογικά στοιχεία του όρου αποτελούν:<sup>4</sup>

- η ίδια η επιθυμία-βούληση ή συναίνεση του προσώπου-ασθενή, να δοθεί τέρμα στη ζωή του,
- η πνευματική ικανότητα και διαύγεια του ασθενούς, που τον καθιστά ικανό να εκφράζει πραγματική, συνειδητή βούληση,
- η ύπαρξη δεύτερου εμπλεκόμενου προσώπου, συνήθως γιατρού, το οποίο θα επιφέρει και το τέλος της ζωής του ασθενή άμεσα ή έμμεσα, είτε ενεργώντας είτε παραλείποντας να ενεργήσει,
- η πρόθεση του παραπάνω «δράστη» για την πρόκληση του τέλους του πάσχοντος, με κίνητρα καθαρά ανθρωπιστικά, από συμπόνια και οίκτο για τον ασθενή και ως προσπάθεια ανακούφισής του,
- η κατάσταση του ασθενούς να είναι μη αναστρέψιμη, να βαίνει προς τον επερχόμενο θάνατο, σε τελικό στάδιο και μάλιστα επώδυνα. Σε μία κατάσταση δηλαδή μη επώδυνη, όπως η τετραπληγία ή το κώμα, η ευθανασία θα βρίσκεται όχι στον πυρήνα αλλά στην περιφέρεια του ορισμού και του πνεύματος της ευθανασίας και τέλος,
- ο τρόπος της θανάτωσης θα πρέπει να είναι ανώδυνος, να εξασφαλίζει την αξιοπρέπεια του ασθενή και να επιφέρει άμεσα το τέλος, π.χ. ένεση με θανατηφόρα ουσία, αποσύνδεση από μηχανήματα υποστήριξης.

Καταλήγοντας, θα μπορούσε να μιλήσει κανείς κυριολεκτικά για ευθανασία, μόνο στην παραπάνω περίπτωση, δηλαδή του σκόπιμου τερματισμού της ζωής ενός πνευματικά διαυγούς θνήσκοντος ανθρώπου, ύστερα από δική του απαίτηση, με πρόθεση να επιστευθεί ο βέβαιος και μαρτυρικός θάνατος και να ανακουφισθεί από τον δυσβάστακτο πόνο.

---

<sup>2</sup> Final Report of the Netherlands State Commission on Euthanasia: An English Summary , Bioethics,1987, 1 (2): σελ.163-174, παραπομπή από Ευάγγελος Δ. Πρωτοπαπαδάκης «Η Ευθανασία απέναντι στη σύγχρονη Βιοηθική» Εκδ. Αντ .Ν. Σάκκουλας Ε.Ε., 2003, σελ.40.

<sup>3</sup> Στην <http://www.euthanasia.com/definitions.html> η ευθανασία ορίζεται «the intentional killing by act or omission of a dependent human being for his or her alleged benefit».

<sup>4</sup> Αναφορές από: Ευάγγελος Πρωτοπαπαδάκης «Η Ευθανασία απέναντι στη σύγχρονη Βιοηθική» Εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλας Ε.Ε., Αθήνα- Κομοτηνή, 2003, σελ. 40-44.



Στις άλλες περιπτώσεις, υποστηρίζεται ότι είναι μάλλον καταχρηστική η χρήση της και για το λόγο αυτό δεν πρέπει να θεωρηθεί ως έννοια γένους, η οποία καλύπτει όλες τις υπόλοιπες μορφές του τέλους της ζωής.

## 1.2. Διαδρομή της ευθανασίας στο ...χρόνο.

Ο όρος «ευθανασία» ως λέξη, προέρχεται από την αρχαία ελληνική γλώσσα, αποτελούμενη από το πρόθεμα «ευ» το αρχαίο επίρρημα δηλ. «ευ`» που σημαίνει «καλός, ωραίος, γενναίος, ευγενής» και το ουσιαστικό «θάνατος» που αποδίδει την ελληνική έκφραση για το φυσικό θάνατο. Αναφέρεται ότι, στην ελληνική γλώσσα, η λέξη ευθανασία ανιχνεύεται για πρώτη φορά στον Ποσίδιππο, κωμωδιογράφο του 3ου αιώνα.<sup>5</sup>

Στην **αρχαία Ελλάδα** η αντίληψη της ευθανασίας ταυτίζεται με τον εύκολο, τον ευτυχή, τον ήπιο, τον ήρεμο, τον ανώδυνο αλλά και τον ένδοξο θάνατο. Η «ευθανασία» σημαίνει τον ωραίο θάνατο, το «καλώς θανείν» της Αντιγόνης του Σοφοκλή, το θάνατο για την αρετή αλλά και το γενναίο θάνατο, την ηρωική αυτοκτονία στο πεδίο της μάχης, το Σπαρτιατικό ιδεώδες θανάτου που παραπέμπει στον «καλό» και «ευκλεή θάνατο» του Ομηρικού Έκτορα<sup>6</sup>.

Η αυτο-ευθανασία, με την έννοια της αυτοκτονίας-επίσπευσης του θανάτου, ήταν συχνή και απαλλαγμένη από οποιοδήποτε στίγμα και συντελείται για χάρη ανωτέρων, υψηλών, πατριωτικών ιδεωδών<sup>7</sup>, όπως την αποφυγή της δυσφήμισης (“δύσκλεια”) ή τη διατήρηση μιας έντιμης φήμης (“εύκλεια”), την αποφυγή περαιτέρω βασάνων ή ακόμα τη θυσία για το κοινό καλό, επιτελώντας το καθήκον (“χρέος”).

Από ιστορικές πηγές αναφέρεται ακόμα η αυτοκτονία των γηραιών κατοίκων (κυρίως γυναικών) του νησιού της Κέας, οι οποίοι απολάμβαναν μακροζωίας και όταν γερνούσαν, πριν αρρωστήσουν ή υποστούν κάποια σωματική ή πνευματική αναπηρία, αυτοκτονούσαν με δηλητήριο παρουσία των δικών τους και άλλων μαρτύρων<sup>8</sup> κι αποχωρούσαν από τη ζωή, λες και έπιναν κρασί, μέσα σε ατμόσφαιρα συμποσίου ή εορταστικής θυσίας.

Ακόμα και το απόσπασμα του *Ιπποκράτειου Όρκου*: «ου δώσω δε ουδέ φάρμακον ουδενί αιτηθείς θανάσιμον ουδέ υφηγησομαι ξυμβουλίην τοιήνδε», (Μετάφραση: δεν θα δώσω σε κανέναν θανάσιμο φάρμακο, όταν το ζητήσει, ούτε θα

<sup>5</sup> Ευ. Πρωτοπαπαδάκης, «Η ευθανασία απέναντι στη σύγχρονη βιοηθική», ό.π., σ. 24-27 και υποσημ. 14, 15, 16, 17 και 18, όπου παρατίθενται αποσπάσματα αρχαίων κειμένων σχετικά με την σημασία της ευθανασίας.

<sup>6</sup> Ομήρου *Ιλιάδα*, 22,250 κ.ε. Άρθρο Αφροδίτης Αβαγιανού («Ευθάνατος θάνατος»: Το «καλώς θανείν» στην αρχαία Ελλάδα), εκδόσεις Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών «ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ η σημαντική του «καλού θανάτου», 2000, σελ.33, υποσ.12.

<sup>7</sup> Ό, π., άρθρο Αφροδίτης Αβαγιανού, σελ.43,44.

<sup>8</sup> Άρθρο Αγγελικής Πετροπούλου («Αρχαίες πρακτικές Ευθανασίας: Κέα και Μασσαλία»), εκδόσεις Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, «ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ η σημαντική του «καλού θανάτου», 2000, σελ.12 κ.ε.

συμβουλευσω κάτι τέτοιο) αποτέλεσε πηγή αμφιβολιών στη διεθνή έρευνα, για το εάν αναφέρεται στην αυτοκτονία ή στην ευθανασία, με τις σύγχρονες ερμηνείες και απόψεις να διχάζονται.

Ο Πλάτων, στο Γ' βιβλίο της Πολιτείας, υποστηρίζει ότι, σε μία ιδανική πολιτεία όσοι πολίτες δεν έχουν υγιή σώματα ή οι ψυχές τους είναι εκ φύσεως ελαττωματικές και είναι ανίατοι, πρέπει να εγκαταλείπονται για να πεθαίνουν. Αυτό θεωρούσε, ότι θα ήταν το καλύτερο τόσο για τους ίδιους όσο και για την πόλη.<sup>9</sup>

Ο Νόμος του Λυκούργου στη Σπάρτη αποτελούσε μία «ευγονική» πρακτική ευθανασίας, καθώς οι Σπαρτιάτες έριχναν τα νεογέννητα βρέφη στον γκρεμό «Αποθέτες» του Ταυγέτου, όταν, κρινόμενα από τους γεροντότερους Φυλότες, παρουσίαζαν αναπηρία, δυσμορφίες ή ασθένειες και θεωρούνταν ακατάλληλα για τη σπαρτιατική πολιτεία. Αυτό αποτελούσε μία κοινωνική υποχρέωση - πράξη που στόχευε στο «συμφέρον» των βρεφών, της οικογένειάς τους και της πολιτείας.

Ακόμα, θιασώτες της ευθανασίας ήταν οι Επικούρειοι και οι Στωικοί φιλόσοφοι. Οι τελευταίοι θεωρούσαν ιερό -τέλειο καθήκον, το σωστό τέλος της ζωής και είχαν κάνει σύνθημά τους την περίφημη «εύλογον εξαγωγήν», δηλαδή την προσήκουσα από τις περιστάσεις έξοδο από τη ζωή, όταν διακυβεύονταν η αξιοπρέπεια, η αυτονομία, η τιμή και γενικότερα οι αξίες τους, αλλά και σε περιπτώσεις αλγεινής και ανίατης ασθένειας.<sup>10</sup>

Στους **μεσαιωνικούς χρόνους**, στην εποχή του καθολικισμού, η Ρωμαιοκαθολική Εκκλησία άσκησε ένα είδος «θεολογικής τρομοκρατίας» στο θέμα αυτό. Η ευθανασία αντιμετωπίζεται ως βαρύ αμάρτημα, καθόσον η ζωή ατενίζεται ως το απόλυτο αγαθό, ως Θείο δώρο, οποιαδήποτε δε σχετική «αμφισβήτηση» αποτελεί ύβρη προς το Θεό και τιμωρείται.

Στα **μεταμεσαιωνικά χρόνια**, σταθμό ως προς την αποδοχή της ευθανασίας, αποτελεί το έργο του Άγγλου φιλόσοφου και κοινωνιολόγου Thomas More (1477-1535), ο οποίος στο σύγγραμμα «De optimo statu reipublicae deque nova insula Utopia» (1516), εξαιρεί τον ανθρωπιστικό ρόλο της ευθανασίας στους ανίατους αρρώστους που υποφέρουν. Η διαδικασία αυτή, αποτελεί, κατά τον More, δικαιοδοσία των ιερέων και των αρχόντων και δεν γίνεται καμιά αναφορά σε ιατρική εμπλοκή.<sup>11</sup>

Ωστόσο, στις αρχές του **17<sup>ου</sup> αιώνα**, για πρώτη φορά γίνεται χρήση του όρου ευθανασία με τρόπο παραπλήσιο με τον σύγχρονο. Ο Άγγλος φιλόσοφος, πολιτικός και νομικός Francis Bacon (1561-1626), μετέφερε αυτούσια τη λέξη από

<sup>9</sup> Πλάτωνας, Πολιτεία III, 407 ά, 408β - 4103, σε μετάφραση Ι. Γρύπαρη, Βιβλιοθήκη Αρχαίων συγγραφέων, επιμ. εκδ. Παπανούτσος, Εκδόσεις Ι. Ζαχαρόπουλος, σ. 229-231.

<sup>10</sup> Βλ. άρθρο Σύνταξης Δραγώνα-Μονάχου Μ./Βιοηθικά 4 (2) Σεπτέμβριος 2018, σελ.6 επ.

<sup>11</sup> Ian Dowbiggin "A consise history of euthanasia" Life, Death, God and Medicine, Rowman and Littlefield Publishers, inc, 2007, σελ.22.

την ελληνική στην αγγλική γλώσσα (euthanasia), για να δηλώσει την επίσπευση του θανάτου με σκοπό την αποφυγή του σωματικού πόνου ή τον τερματισμό μιας γεμάτης βάσανα και δυστυχία ζωής.<sup>12</sup> Ο ίδιος ήταν υπέρμαχος της, αφού υποστηρίζει ότι το έργο της ιατρικής είναι η αποκατάσταση της υγείας και η ανακούφιση των πόνων, η ίαση αλλά και η δυνατότητα να χρησιμεύσει στην παροχή ενός θανάτου γαλήνιου και εύκολου.

Ωστόσο, η αποφασιστική τροπή, η εξατομίκευση θανάτου εμφανίζεται στο **18<sup>ο</sup> αιώνα**, με το Διαφωτισμό. Με το κίνημα αυτό υπήρξε για πρώτη φορά μια ριζική αλλαγή προς το θάνατο και προς την απολυτότητά του. Δυναμική μορφή της περιόδου αυτής ήταν ο Έλληνας κληρικός, Δάσκαλος του Γένους, στοχαστής, Ευγένιος Βούλγαρης<sup>13</sup> (1716-1806) με το έργο του «Διατριβή περί Ευθανασίας» (1804). Η «Ευθανασία» κατά τον Βούλγαρη, είναι η ειρηνική αποδοχή του αναπόφευκτου θανάτου και μάλιστα όταν αυτός έρχεται σε μεγάλη ηλικία και κλείνει μια ζωή με πίστη και αρετή. Κατ'ουσίαν, εξέθεσε τη διδασκαλία της Ορθόδοξης Εκκλησίας. Ο Βούλγαρης αποδέχεται μόνο τη λεγόμενη πνευματική ευθανασία, δηλαδή την άμβλυση του φόβου του θανάτου, με την ψυχική προετοιμασία και τη συμπαράσταση στον ετοιμοθάνατο, δηλαδή την «παρηγορητική αντιμετώπιση του θανάτου».

Ο **19<sup>ος</sup> αιώνας**, χαρακτηρίζεται από θερμό ενδιαφέρον για το ζήτημα της ευθανασίας και η ιδέα της κερδίζει έδαφος, μέσα από τα έργα των επιφανών Γερμανών φιλοσόφων στοχαστών, Άρθουρ Σοπενχάουερ (1788 -1860) και Φρίντριχ Νίτσε (1844-1900) και άλλων που υποστήριξαν ότι, ο υποκινούμενος-αυτόνομος θάνατος απορρέει από το δικαίωμα των αυτόνομων ατόμων να τελειώσουν τη ζωή τους, όταν μια ανίατη ασθένεια καταστρέφει κάθε ευχαρίστηση και κοινωνική χρησιμότητα.

Κατά τον **20<sup>ο</sup> αιώνα**, το ζήτημα της ευθανασίας σηματοδεύτηκε από τη στάση και τις ενέργειες της χιτλερικής Γερμανίας, αν και πολλοί αντιμετώπιζον τις ενέργειες αυτές ως εγκλήματα πολέμου και όχι ως τμήμα συζήτησης για την ευθανασία.<sup>14</sup>

Ήδη το 1920, οι Γερμανοί Alfred Hoche και Karl Binding, καθηγητές ψυχιατρικής και νομικής αντίστοιχα, εξέδωσαν μια μελέτη σχετικά με την ευθανασία, υποστηρίζοντας ότι η «καταδωρήση» ενός ανώδυνου θανάτου, σε άτομα που έπασχαν από επώδυνη ασθένεια, κατόπιν επιθυμίας των ίδιων των ασθενών, όχι μόνο ήταν σύμφωνη με την ιατρική ηθική, αλλά αποτελούσε και μια λύση γεμάτη συμπόνια. Η συμπόνια αυτή, όμως, σύμφωνα με τους συγγραφείς, δεν θα έπρεπε να περιοριστεί μόνο στους εθελοντές αλλά και στα «άδεια κελύφη ανθρωπίνων όντων», όπως οι ασθενείς με εγκεφαλική βλάβη, νοητική υστέρηση, οι τρόφιμοι ψυχιατρείου, εφόσον με επιστημονικά κριτήρια η κατάστασή τους αποδεικνυόταν μη αναστρέψιμη. Τα κέρδη

<sup>12</sup> Ευ. Πρωτοπαπαδάκης, «Η ευθανασία απέναντι στη σύγχρονη βιοηθική».. ο.π., σ. 30.

<sup>13</sup> [https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%95%CF%85%CE%B3%CE%BD%CE%B9%CE%BF%CF%82\\_%CE%92%CE%BF%CF%8D%CADE%BB%CE%B3%CE%B1%CF%81%CE%B7%CF%82](https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%95%CF%85%CE%B3%CE%BD%CE%B9%CE%BF%CF%82_%CE%92%CE%BF%CF%8D%CADE%BB%CE%B3%CE%B1%CF%81%CE%B7%CF%82)

<sup>14</sup> Βλ. Albin Eser, ο.π., σελ.19.

για την κοινωνία θα ήταν μεγάλα, υποστήριξαν, αν η οικονομική ενίσχυση διοχετευόταν στους ψυχοσωματικά υγιείς και όχι στη διατήρηση και φροντίδα «ασήμαντης ζωής».<sup>15</sup>

Η διάκριση αυτή, ανάμεσα σε ζωή άξια και ανάξια να τη ζει κανείς,<sup>16</sup> όπως είναι γνωστό, χρησιμοποιήθηκε από τη χιτλερική πολιτική με τον πλέον αποκρουστικό και απάνθρωπο τρόπο. Η αρχή έγινε με ένα εκτεταμένο πρόγραμμα υποχρεωτικής στείρωσης των ατόμων με αναπηρία, από το 1933 και ακολούθησε ένα πρόγραμμα θανατώσεων, το απόρρητο «Πρόγραμμα Ευθανασίας T-4»<sup>17</sup>, όπως ήταν το επίσημο όνομα του προγράμματος ευγονικής, το οποίο εκτελούσε δυναμικά μαζικές στείρωσεις και, κατ' ευφημισμό, ευθανασία, σε «ανεπιθύμητα» στοιχεία του πληθυσμού στη Γερμανία και στις κατεχόμενες από τους Ναζιστές περιοχές. Υπολογίζεται ότι 200.000 άνθρωποι θανατώθηκαν ως αποτέλεσμα αυτού του προγράμματος, με σκοπό να διατηρηθεί η λεγόμενη «γενετική καθαρότητα» του γερμανικού πληθυσμού των κατεχόμενων περιοχών, μέσω συστηματικής θανάτωσης εκείνων που θεωρούνταν παραμορφωμένοι, μη αρτιμελείς, ανάπηροι ή άτομα που έπασχαν από διανοητικές ασθένειες. Οι Ναζιστές χαρακτήριζαν τους φόνους αυτών που θεώρησαν «κοινωνικά ή εθνικά άχρηστους ως «φόνους από οίκτο» ή συχνότερα ως «ευθανασία». Το πρόγραμμα σταμάτησε να εκτελείται μόνον όταν έληξε ο πόλεμος.

Όλα τα γεγονότα που εκτυλίχθηκαν, τα ναζιστικά στρατόπεδα συγκέντρωσης, οι θάλαμοι αερίων κατά τη διάρκεια του Ολοκαυτώματος, οι μαζικές δολοφονίες, η απώλεια με βασανιστικό τρόπο σχεδόν επτά εκατομμυρίων ανθρώπων, αποτελούν μαύρες σελίδες της ιστορίας, συλλογικά τραύματα, στο όνομα της, σύμφωνα με τη ναζιστική Γερμανία, ευθανασίας.

### **1.3. Η ευθανασία στο «σήμερα»**

Όπως ήταν αναμενόμενο, μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, οι τόνοι των υπερασπιστών της ευθανασίας έπεσαν εξαιτίας της ναζιστικής θηριωδίας που ξεκίνησε ως «ευθανασία», με την ευρεία έννοια του όρου, και κατέληξε σε ωμή, απάνθρωπη δολοφονία.

Από το 1960 και μετά, όμως, η ευθανασία επανεμφανίσθηκε με τρόπο δυναμικό. Κάποιοι παράγοντες που συνετέλεσαν σε αυτό είναι:

α) Η αλματώδης πρόοδος της ιατρικής σε συνδυασμό με την επανάσταση στην τεχνολογία, που οδήγησε τόσο στη δημιουργία φαρμάκων, όσο και μεθόδων (συσκευών, πρακτικών, θεραπειών) για την αντιμετώπιση ασθενειών που μέχρι τότε

<sup>15</sup> <https://www.pemptousia.gr/2020/02/orismi-tis-efthanasias-ke-istoriki-anadromi/> .

<sup>16</sup> βλ. Συμεωνίδου - Καστανίδου Ελ., «Το πρόβλημα της ευθανασίας», Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα, 1996, σελ. 402.

<sup>17</sup> [https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A0%CF%81%CF%8C%CE%B3%CF%81%CE%B1%CE%BC%CE%BC%CE%B1\\_%CE%95%CF%85%CE%B8%CE%B1%CE%BD%CE%B1%CF%83%CE%AF%CE%B1%CF%82\\_T-4](https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A0%CF%81%CF%8C%CE%B3%CF%81%CE%B1%CE%BC%CE%BC%CE%B1_%CE%95%CF%85%CE%B8%CE%B1%CE%BD%CE%B1%CF%83%CE%AF%CE%B1%CF%82_T-4)

φάνταζαν ανίκητες, με αποτέλεσμα και την επιμήκυνση του χρόνου ζωής. Καθώς η σύνθεση του πληθυσμού έχει μεταβληθεί, οι πολυπληθέστερες μεγάλες ηλικίες (με τα ανίατα νοσήματα κυρίως) αντιμετωπίζουν σοβαρά το πρόβλημα.

β) Η, από την άλλη πλευρά, παράλληλη αύξηση σε ανίατα νοσήματα (π.χ. κάποιες μορφές καρκίνου, καρδιαγγειακές παθήσεις, εκφυλιστικές παθήσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος, σοβαρά αυτοάνοσα, το σύνδρομο επίκτητης ανοσοποιητικής ανεπάρκειας (AIDS) και άλλες χρόνιες παθήσεις) που έχουν μακρόχρονη και πολλές φορές οδυνηρή πορεία.

γ) Η ανάλογη οικονομική επιβάρυνση των Ασφαλιστικών ταμείων και των Κρατικών οργανισμών υγείας από τους χρόνιους ασθενείς.

δ) Η αποδοχή και νομιμοποίηση των αμβλώσεων, στις περισσότερες χώρες του δυτικού κόσμου. Οι υπέρμαχοι της ευθανασίας διέθεταν πλέον μια πολύτιμη ιδεολογική βάση για να στηρίξουν τα δικά τους επιχειρήματα, αφού έγινε αποδεκτό το δικαίωμα στην επιλογή της συνέχισης ή μη μιας κύησης.

ε) Ο τρόπος που οι κοινωνίες, κυρίως του δυτικού κόσμου, της ύστερης νεωτερικότητας, έχουν διαμορφωθεί. Σε έναν αλληλοεξαρτώμενο και ιλιγγιωδώς μετασχηματιζόμενο κόσμο, ούτε τα «ιερά κείμενα» ούτε οι καντιανού τύπου φιλοσοφικές αναλύσεις έχουν πια τη βαρύτητα του αδιαμφισβήτητου και το προφανούς. Ο άνθρωπος είναι πλέον υποχρεωμένος<sup>18</sup> να κατασκευάσει το δικό του τρόπο ζωής, τη δική του βιογραφία. Με άλλα λόγια, το άτομο καλείται, επί μονίμου βάσεως, να αποφασίζει για τον τρόπο της καθημερινής συμπεριφοράς ως τον τρόπο νοηματοδότησης υπαρξιακών ζητημάτων πάνω στο νόημα της ζωής και του θανάτου, καλύπτοντας, με τις δικές του δυνάμεις, το κενό που πρώτα η παράδοση και μετά οι συλλογικές ιδεολογίες, άφησαν στο πέρασμά τους.

ε) Σε συνέχεια και ως συνέπεια του παραπάνω παράγοντα, η στάση του σύγχρονου ανθρώπου απέναντι στο μη ελεγχόμενο, από εκείνον, γεγονός της αρρώστιας, του πόνου και του θανάτου. Μήπως αρνείται να συμβιβαστεί με το αμετάκλητο του θανάτου, μήπως επιδίδεται σε μια κουλτούρα ψευδοευθανασίας, όπου ο θάνατος αποτελεί ήττα και αποτυχία αντί για φυσικό σημείο στον κύκλο της ζωής; Με την ευθανασία, του παρέχεται σίγουρα μία επιλογή αλλά και μία αίσθηση δύναμης: ο άνθρωπος ελέγχει τον τρόπο και τον χρόνο του τέλους του, αυτόνομα και ελεύθερα.

#### **1.4. Αναφύοντα ερωτήματα...**

Έτσι σήμερα, η ευθανασία αποτελεί πεδίο προβληματισμών, συζητήσεων και αντικρουόμενων απόψεων, γιατρών, ασθενών, και συγγενών των τελευταίων, ως άμεσα εμπλεκόμενων, αλλά και φιλοσόφων, κοινωνιολόγων, νομικών, Εκκλησιών, πολιτικών και τελικά ολόκληρης της κοινωνίας. Τα διλήμματα, οι προβληματισμοί κινούνται ανάμεσα σε δύο κρίσιμα ζητήματα. Αφενός, στο δικαίωμα ενός ανθρώπου να αυτοπροσδιορίζεται, να αποφασίζει με ποιον τρόπο επιθυμεί να ζει ή

<sup>18</sup> Αναφορά σε A.Giddens- Άντονι Γκίντενς «Κοινωνιολογία», εκδόσεις Γκρούτεμπεργκ, 2009.

να μη ζει πια 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.

Απέναντι στην ένταση του πόνου ή στην απουσία της ελπίδας, ο άνθρωπος συχνά αναγκάζεται να εξετάσει την τελευταία του δυνατότητα: τη φυγή από τη ζωή. Έχει το δικαίωμα, νομικό ή/και ηθικό, να επιλέγει τη διακοπή της ζωής του; Πότε είναι έγκυρη/δυνατή να ληφθεί υπόψη μια τέτοια επιλογή; Έχει υποχρέωση ο γιατρός να προσαρμόζεται σ' αυτή του την επιλογή; Έχει το δικαίωμα ο γιατρός να αποφασίζει για το τέλος της ζωής του ασθενή του, σε περίπτωση που διαφωνεί με τη βούληση του ή σε περίπτωση που ο τελευταίος δεν είναι σε θέση να έχει βούληση ή/και να την εκφράσει; Ποιες νομικές κατασκευές χρειάζεται να επιστρατεύσουμε για να «υπερκελίσουμε» το απόλυτο της προστασίας της ζωής που πλήττεται από τρίτο, ώστε να μην επισυρθούν νομικές ευθύνες του γιατρού; Ποιος πρέπει να είναι ο ρόλος των συγγενών του ασθενή σε όλα αυτά; Κατά πόσο και πώς ρυθμίζονται ή θα έπρεπε να ρυθμίζονται από τη δικαιοσύνη οι ποικίλες περιπτώσεις ευθανασίας; Οι αντικρουόμενες απόψεις τέμνονται τελικά στην κοινή διαπίστωση ότι, η ευθανασία μας φέρνει αντιμέτωπους με συγκρούσεις ηθικών αξιών και αντιθέσεις αρχών, μας φέρνει αντιμέτωπους με φόβους και πόνους, μας φέρνει αντιμέτωπους, τελικά, με τον ίδιο μας τον εαυτό...

### **1.5. Η ευθανασία στον ...κόσμο-μια συγκριτική ματιά**

Με δεδομένο ότι η ελληνική έννομη τάξη δεν έχει ρυθμίσει ειδικά τα ζητήματα της ευθανασίας, κρίνεται χρήσιμο να γίνει μια αναφορά στο τι ισχύει σε άλλες χώρες και κυρίως, με ποιες βασικές προϋποθέσεις γίνεται αυτή αποδεκτή. Η αντιμετώπιση της ευθανασίας δεν είναι ομοιόμορφη και ισοδύναμη σε όλες τις χώρες του κόσμου ούτε σε όλες τις ομάδες μιας κοινωνίας. Κοινωνίες πολυσυλλεκτικές (όπως η Αμερικανική) ή ελαστικές (όπως η Ολλανδική, η Βελγική ή η Ελβετική) έχουν την πρωτοκαθεδρία στη θετική αντιμετώπιση της ευθανασίας.

Το ίδιο συμβαίνει, από την άλλη, με τις κοινωνικές ομάδες, όπως το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό, που έρχονται περισσότερο σε επαφή με τον επιθανάτιο ανθρώπινο πόνο αλλά και σε ανθρώπους που έχουν αντιμετωπίσει, στο στενό τους περιβάλλον, την επώδυνη και πολλές φορές μακροχρόνια αναμονή πριν το τέλος. Σύγχρονες έρευνες δείχνουν πως το ποσοστό αυτών που διατίθενται θετικά απέναντι στην ευθανασία αυξάνεται, παρότι η νομική αντιμετώπιση του θέματος παρουσιάζει μια στασιμότητα, και μάλιστα φαίνεται να προέρχεται από τις επαγγελματικές εκείνες ομάδες-όπως οι γιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό-, οι οποίες πλήττονται και απειλούνται περισσότερο από τη νομοθετική αυτή αδράνεια.<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> Ευ. Πρωτοπαπαδάκης, «Η ευθανασία απέναντι στη σύγχρονη βιοηθική».. ο.π., σ.39

Στην ευρωπαϊκή ήπειρο, εντός των 28 χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.), δεν υφίσταται ενιαία αντιμετώπιση για το ζήτημα της ευθανασίας και της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας.

Οι περισσότερες χώρες τάσσονται εναντίον της ενεργητικής ευθανασίας<sup>20</sup> και της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, ενώ αποδέχονται το δικαίωμα του ασθενούς στην άρνηση της θεραπείας.

Ήδη, από τις αρχές του 2000, τρεις χώρες (Ολλανδία, Βέλγιο, Λουξεμβούργο) έχουν προχωρήσει σε νομιμοποίηση της ευθανασίας, υπό αυστηρούς όρους, ενώ πρόσφατα (18 Μαρτίου 2021), η Ισπανία ψήφισε νόμο για την αποποινικοποίηση της ευθανασίας,<sup>21</sup> ο οποίος θα τεθεί σε ισχύ από τον Ιούνιο του 2021. Σημειώνεται ότι στην Πορτογαλία, παρότι το κοινοβούλιο ψήφισε αντίστοιχο νόμο, στα τέλη Ιανουαρίου 2021, το Ανώτατο Δικαστήριο της χώρας έκρινε αυτόν αντισυνταγματικό. Παρακάτω αναφέρεται, ενδεικτικά, τι ισχύει σε κάποιες χώρες.<sup>22</sup>

**Ολλανδία:** Η ευθανασία και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία επιτρέπονται σε άτομα άνω των δεκαοκτώ ετών από το 2002, ενώ το 2014 επετράπη και σε παιδιά άνω των 12 ετών. Δεν γίνεται χρήση των όρων «ενεργητική» και «παθητική» ευθανασία διότι θεωρήθηκαν πολύ συγκεχυμένες. Σύμφωνα με τη νομοθεσία, ευθανασία νοείται η χορήγηση θανατηφόρας δόσης από το ιατρικό προσωπικό στον ασθενή, κατόπιν ρητού αιτήματος του τελευταίου. Για την εφαρμογή της ευθανασίας πρέπει να συντρέχουν σωρευτικά κάποιες βασικές προϋποθέσεις: ύπαρξη ανίατης νόσου για την οποία να μην υφίσταται θεραπεία, η νόσος να προκαλεί αφόρητους πόνους, η βούληση του ασθενούς να είναι συνεχής και επίμονη και ο ασθενής να έχει συνείδηση των λεγομένων του. Περίπου 15 χρόνια μετά τη νομιμοποίηση της ευθανασίας και της ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, πάνω από 25% των θανάτων συμβαίνουν με αυτόν τον τρόπο, σύμφωνα με στατιστικές του 2017.

**Βέλγιο:** Επίσης, από το 2002 έχει νομιμοποιηθεί η ευθανασία, η οποία πραγματοποιείται από άλλο άτομο, εκτός από τον ενδιαφερόμενο, κατόπιν απαίτησης του τελευταίου. Η απαίτηση πρέπει να είναι έγγραφη, να εκφράζει την επιθυμία του ατόμου και να συντάσσεται ή να επιβεβαιώνεται εντός πενταετίας, ενώ μπορεί να τροποποιηθεί ή να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή. Ο γιατρός που θα αναλάβει την ευθανασία πρέπει να επιβεβαιώσει ότι ο ασθενής πάσχει από σοβαρή και μη αναστρέψιμη βλάβη, που έχει προκληθεί από ασθένεια ή ατύχημα. Εξαιρέση αποτελούν τα επείγοντα περιστατικά, όπου ο ασθενής έχει χάσει τις αισθήσεις του και ο ιατρός δεν έχει χρόνο για να επαληθεύσει μια πρότερη άρνηση, ως

---

<sup>20</sup> Σχετικά με τις διακρίσεις της ευθανασίας (ενεργητική, παθητική) καθώς και με την υποβοηθούμενη αυτοκτονία βλ. παρακάτω Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>.

<sup>21</sup> Βλ. παρακάτω σελ.15

<sup>22</sup> Αλ. Κοζαμάνη, Άρθρο με τίτλο «Ευθανασία: πρακτικές που εφαρμόζουν οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης», <https://doi.org/10.12681/bioeth.20837>, όπου αναφέρεται αναλυτικά τι ισχύει και στις 28 χώρες της Ε.Ε.

επακόλουθο υπερτερεί το καθήκον παροχής βοήθειας. Επίσης, θεσμοθετήθηκε η δυνατότητα ευθανασίας και σε ασθενείς ηλικίας κάτω των 18 ετών, εφόσον ο ανήλικος βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο ανίατης ασθένειας, υποφέρει από επίμονους, αφόρητους, σωματικούς πόνους, έχει λάβει την έγκριση των γονέων του και έχει συμβουλευτεί ομάδα ειδικών γιατρών.

Η Επιτροπή Ευθανασίας του Βελγίου ανακοίνωσε, πως το 2019 έλαβε 2.655 δηλώσεις για ευθανασία, αύξηση που ανέρχεται γύρω στο 12,5%, συγκριτικά με τους θανάτους που καταγράφηκαν από την εφαρμογή της ευθανασίας το 2018.<sup>23</sup> Το 67,8% των ασθενών ήταν άνω των 70 ετών και το 39,3% των ασθενών ήταν άνω των 80 ετών. Στη συντριπτική πλειονότητα των περιπτώσεων (83,1%), οι γιατροί είχαν διαγνώσει πως ο ασθενής θα απειώωνε σε σύντομο χρονικό διάστημα.

**Λουξεμβούργο:** Τόσο η ευθανασία όσο και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία επιτρέπονται από το 2009 σε άτομα με ανίατη ασθένεια. Οι ασθενείς μπορούν να επιλέξουν τον τρόπο και το χρόνο που θα τελειώσει η ζωή τους και οι γιατροί που αναλαμβάνουν να ικανοποιήσουν το αίτημά τους για ευθανασία ή υποβοηθούμενη αυτοκτονία, προστατεύονται από τη δίωξη. Υπάρχουν αυστηροί νομικοί όροι για τη διασφάλιση της διαφάνειας και του ελέγχου των ιατρικών διαδικασιών για τον οικειοθελή τερματισμό της ζωής. Πριν από τη διενέργεια της ευθανασίας ή της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας επιβάλλεται ο ιατρός να διεξαγάγει αρκετές συνεντεύξεις με τον ασθενή, ώστε να επιβεβαιωθεί ότι η απόφαση για ευθανασία καθίσταται αμετάκλητη. Οι αιτήσεις για ευθανασία ή υποβοηθούμενη αυτοκτονία μπορεί να κατατεθούν από οποιονδήποτε έχει μια ανίατη ασθένεια και η αιτία της ανίατης κατάστασης είναι αδιάφορη. Ο ασθενής πρέπει να έχει συναινέσει εγγράφως τόσο για την ευθανασία όσο και για την υποβοηθούμενη αυτοκτονία, και για να θεωρηθεί νόμιμο το αίτημά του, πρέπει να έχει πλήρη συνείδηση κατά τη στιγμή της αίτησης, την κατάλληλη ηλικία και τη νομική ικανότητα να λαμβάνει τις δικές του αποφάσεις, να έχει λάβει την απόφαση χωρίς εξωτερική πίεση και να πάσχει από ανίατη ιατρική κατάσταση, χωρίς προοπτική βελτίωσης.<sup>24</sup>

**Γαλλία:** Η ενεργητική ευθανασία και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία απαγορεύονται, ενώ η παθητική ευθανασία επιτρέπεται από το 2005. Παρέχεται η δυνατότητα στους ασθενείς να εκφράσουν ελεύθερα τη βούλησή τους σχετικά με την παράλειψη ή τη διακοπή της θεραπευτικής τους αγωγής.<sup>25</sup>

**Γερμανία:** Η ενεργητική ευθανασία απαγορεύεται, ενώ η παθητική ευθανασία επιτρέπεται, με την αποδοχή του πρόωρου θανάτου μέσω ιατρικής θεραπείας που αποσκοπεί στην ανακούφιση του πόνου. Από το 2015 επιτρέπεται η

---

<sup>23</sup> Άρθρο στην ιστοσελίδα της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής <http://www.bioethics.gr/index.php/el/anakoinosis/2687-10-04-2020-2600-2019>

<sup>24</sup> Αλ. Κοζαμάνη, Άρθρο με τίτλο «Ευθανασία: πρακτικές που εφαρμόζουν οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης», ο.π.

<sup>25</sup> βλ. παρακάτω στην παρούσα, σελ.59 επ., (υποθέσεις Lambert, Vincent Hyper και Chantal Sebire).



υποβοηθούμενη αυτοκτονία σε μεμονωμένους ασθενείς, με αλτρουιστικά κίνητρα.<sup>26</sup>

**Δανία:** Η ευθανασία και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία απαγορεύονται, ενώ η παθητική ευθανασία επιτρέπεται, όταν ο ασθενής δηλώσει ότι δεν θέλει να ταλαιπωρείται και ότι επιθυμεί να εφαρμοστεί σε αυτόν παθητική ευθανασία, οπότε ο γιατρός οφείλει να συμμορφωθεί. Η ενεργητική ευθανασία τέθηκε σε δημόσια διαβούλευση δημιουργώντας διχασμό απόψεων στην κοινωνία.

**Ηνωμένο Βασίλειο:** Η ευθανασία και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία αποτελούν εγκλήματα ανθρωποκτονίας, ενώ η παθητική ευθανασία επιτρέπεται σε ορισμένες περιπτώσεις. Αναγνωρίζεται το δικαίωμα άρνησης στη θεραπεία από ασθενείς με ανίατη νόσο, επομένως ο ιατρός οφείλει να σεβαστεί την απόφαση του ασθενούς στη μη λήψη ή διακοπή της θεραπείας. Σε περιπτώσεις ανίατης ασθένειας και εφόσον δεν υπάρχει πρόθεση να προκληθεί θάνατος, αλλά ανακούφιση των συμπτωμάτων, μπορεί να χορηγηθεί νόμιμα θεραπεία που να συντομεύει τη ζωή.

**Ιρλανδία:** Απαγορεύεται η ευθανασία και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία, ωστόσο αναγνωρίζεται το δικαίωμα του ασθενούς στην άρνηση της θεραπείας. Επομένως, απαγορεύεται στον ιατρό να συμβάλει ενεργά στο θάνατο κάποιου, ενώ δεν είναι παράνομο να σταματήσει τη θεραπευτική αγωγή σε ασθενή με ανίατη νόσο, κατόπιν επιθυμίας του τελευταίου.

**Ισπανία:** Το Ισπανικό Κοινοβούλιο στις 18-3-2021, ενέκρινε οριστικά την νομιμοποίηση της ευθανασίας και της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας και έτσι η Ισπανία γίνεται μια από τις ελάχιστες χώρες στον κόσμο και η τέταρτη στην Ευρώπη που επιτρέπει σε έναν ασθενή που πάσχει από ανίατη ή εκφυλιστική νόσο να πεθάνει βάζοντας τέλος στα δεινά του. Ο Ισπανικός νόμος προβλέπει ότι κάθε άνθρωπος που πάσχει από σοβαρή και ανίατη ασθένεια ή από χρόνιους πόνους που τον φέρνουν σε θέση αδυναμίας, μπορεί να ζητήσει την βοήθεια του ιατρικού σώματος για να πεθάνει και να αποφύγει τα αβάστακτα δεινά.

Το άτομο, ισπανός πολίτης ή κάτοικος της Ισπανίας θα πρέπει να έχει πλήρη πνευματική ικανότητα και συνείδηση όταν διατυπώνει το αίτημα, που πρέπει να γίνει γραπτά και να επαναληφθεί σε 15 ημέρες. Ο γιατρός μπορεί να απορρίψει το αίτημα, αν θεωρήσει ότι δεν εκπληρώνονται τα αναγκαία κριτήρια. Το αίτημα πρέπει να εγκριθεί και από άλλον γιατρό και να λάβει την τελική έγκριση επιτροπής αξιολόγησης. Επιπλέον, οποιοσδήποτε επαγγελματίας της υγείας μπορεί να προβάλλει «αντίρρηση συνειδήσεως» και να αρνηθεί να συμμετάσχει στην διαδικασία, την οποία αναλαμβάνει το εθνικό σύστημα υγείας.<sup>27</sup> Από τα μέσα της δεκαετίας του 1980, το θέμα της ευθανασίας απασχολούσε τον δημόσιο διάλογο στην Ισπανία που βρίσκεται στην τέταρτη θέση, παγκοσμίως, ως προς το προσδόκιμο ζωής και βρέθηκε στο προσκήνιο από τότε που ο τετραπληγικός Ραμόν

<sup>26</sup> Ειδικά για τη Γερμανία,περισσότερα στο Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>-3.3.Ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία.

<sup>27</sup> <https://www.news.gr/kosmos/article/2521361/i-ispantia-nomimopiise-tin-efthanasia.html>

Σαμπέδρο κατέγραψε την υποβοηθούμενη αυτοκτονία του το 1998, αφού τα δικαστήρια του αρνήθηκαν το δικαίωμα στον θάνατο.<sup>28</sup> Η παθητική ευθανασία δεν απαγορεύεται και υπάρχει, από το 2002, νόμος που τη ρυθμίζει. Ο ασθενής, σε περίπτωση ανίατης ασθένειας, διαθέτει την επιλογή να καταγράψει τις καταστάσεις στις οποίες δεν επιθυμεί να παραταθεί τεχνητά η ζωή του.

**Ιταλία:** Η ενεργητική ευθανασία και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία απαγορεύονται από τον ιταλικό ποινικό και αστικό κώδικα, ενώ η παθητική ευθανασία αποτελεί πολύπλοκη κατάσταση. Σύμφωνα με τον ιταλικό ποινικό κώδικα, «ο επαγγελματίας υγείας έχει την υποχρέωση να προβεί σε οποιαδήποτε πράξη προκειμένου να σώσει τη ζωή του ασθενούς. Σε αντίθετη περίπτωση, η συμπεριφορά του καθίσταται ίση με ενεργό δολοφονία», επομένως η παθητική ευθανασία τυπικά απαγορεύεται.

<sup>29</sup>**Κροατία:** Η ευθανασία και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία απαγορεύονται. Ωστόσο, αναγνωρίζεται το δικαίωμα του ασθενούς στην άρνηση της θεραπείας, κατόπιν υπογραφής από τον ίδιον τον ασθενή, επομένως η δήλωση επιθυμίας για διακοπή ή μη λήψη της θεραπείας γίνονται αποδεκτές σε ασθενείς με ανίατη νόσο.

**Κύπρος:** Η ευθανασία και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία απαγορεύονται, όπως και η παθητική ευθανασία. Αναμένεται συζήτηση στο κοινοβούλιο για την ευθανασία.

**Ουγγαρία:** Η ενεργητική ευθανασία, καθώς και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία, απαγορεύονται από το νόμο. Αντιθέτως, επιτρέπεται η παθητική ευθανασία, με αυστηρά μέτρα. Ο ασθενής μπορεί να αρνηθεί μια θεραπεία εξ ολοκλήρου ή ακόμη και να καθορίσει τις θεραπευτικές παρεμβάσεις που επιθυμεί, αλλά χρειάζεται να υπάρχουν γνωματεύσεις ψυχιατρικών εμπειρογνομώνων.

**Πολωνία:** Όλες οι μορφές ευθανασίας και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι παράνομες. Η χώρα αντιτίθεται σε οποιαδήποτε πρόταση επί του θέματος.

**Πορτογαλία:** Στα τέλη Ιανουαρίου 2021 ψηφίστηκε από το κοινοβούλιο της χώρας νόμος που αποποινικοποιεί την ευθανασία. Ο νόμος, με τον οποίο η Πορτογαλία θα γινόταν η τέταρτη χώρα της Ευρώπης που νομιμοποιεί την ευθανασία μετά το Βέλγιο, την Ολλανδία και το Λουξεμβούργο και πριν την Ισπανία, κρίθηκε αντισυνταγματικός τον Μάρτιο του 2021, ύστερα από σχετική προσφυγή στο Συνταγματικό Δικαστήριο που άσκησε ο Πρόεδρος της χώρας.<sup>30</sup>

### **Η ιδιαίτερη περίπτωση της Ελβετίας**

Η Ελβετία αποτελεί μια ειδική περίπτωση. Ο νόμος δεν επιτρέπει την ευθανασία, η οποία τιμωρείται ως ανθρωποκτονία από πρόθεση (άρθρο 112 του Ελβετικού Ποινικού Κώδικα) ή ως ανθρωποκτονία κατ' απαίτησιν (άρθρο 114 του Ελβετικού Ποινικού Κώδικα), ανάλογα με τις συνθήκες υπό τις οποίες τελέστηκε αντίθετα η

<sup>28</sup> Η υπόθεση του Ραμόν Σαμπέδρο είναι από τις γνωστότερες λόγω του ότι, το 2004 δραματοποιήθηκε από τον Ισπανό σκηνοθέτη Αλεχάνδρο Αμενάμπαρ με τίτλο «Η θάλασσα μέσα μου» και βραβεύτηκε με όσκαρ καλύτερης ταινίας.

<sup>29</sup> <https://www.onmed.gr/yegeia-eidhseis/story/375423/eythanasia-ti-isxyei-se-kathe-xora-tis-eyropaikis-enosis>

<sup>30</sup> <https://www.naftemporiki.gr/story/1694410/portogalia-sto-suntagmatiko-dikastirio-o-nomos-pou-aporoinikopoiei-tin-euthanasia>

υποβοήθηση σε αυτοκτονία είναι επιτρεπτή, εφόσον αυτή δεν τελείται από «εγκριστικά κίνητρα» (άρθρο 115 του Ελβετικού Ποινικού Κώδικα). Υπάρχει η ελβετική οργάνωση για το δικαίωμα στο θάνατο με αξιοπρέπεια (Exit)<sup>31</sup>, η οποία μπορεί να προσφέρει τη συνδρομή της σε όσους το ζητήσουν. Καθορίζεται ημερομηνία για την πράξη της ευθανασίας και ακολουθεί έλεγχος από δικαστική αρχή για το σύννομο της διαδικασίας.

Επίσης στη χώρα λειτουργεί μια ιδιάζουσα κλινική, η Dignitas<sup>32</sup> (από τη λέξη dignity=αξιοπρέπεια), η οποία είναι παγκοσμίως γνωστή καθόσον εκεί καταφεύγουν ασθενείς βαρύτατων και ανίατων ασθενειών, από όλο τον κόσμο, που επιθυμούν να τερματίσουν τη ζωή τους δεδομένου ότι δεν υπάρχει στην ελβετική νομοθεσία κώλυμα σχετικά με την ιδιότητα του μόνιμου κατοίκου. Ακόμη, είναι νόμιμη η υποβοήθηση στην αυτοκτονία οποιουδήποτε θέλει να θέσει τέλος στην ζωή του, ανεξαρτήτως του εάν έχει μικρό προσδόκιμο ζωής, σε αντίθεση με τις Η.Π.Α., όπου έχει αναγνωριστεί το δικαίωμα στον αξιοπρεπή θάνατο, με απαραίτητη προϋπόθεση το πολύ μικρό προσδόκιμο ζωής (λιγότερο από έξι μήνες). Επίσης, μόνο τα μέλη της Exit που είναι ταυτόχρονα και Ελβετοί πολίτες, μπορούν να επωφεληθούν από τη βοήθεια της οργάνωσης για να δώσουν τέλος στη ζωή τους. Η δράση της κλινικής αυτής, που εδρεύει στη Ζυρίχη και διευθύνεται από τον νομικό Ludwig Minelli, έχει προβληματίσει την ελβετική κοινωνία, η οποία νιώθει άβολα για αυτό που αποκαλείται «τουρισμός αυτοκτονίας».

**Η.Π.Α:** Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής η νομοθεσία δεν είναι ενιαία, αλλά αποτελεί πολιτειακό προνόμιο και καθήκον, με μόνη δέσμευση τη συμμόρφωση προς το σύνταγμα. Σε γενικές γραμμές, η ευθανασία παραμένει παράνομη στις Η.Π.Α. Η πρώτη Πολιτεία που επέτρεψε την ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία, ήταν το Όρεγκον,<sup>33</sup> τον Νοέμβριο του 1994, θέτοντας σε ισχύ τον νόμο «θάνατος με αξιοπρέπεια» (Death with Dignity Act/1994), με αυστηρές 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 γιατρό 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 γιατρός 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,

---

<sup>31</sup> <https://exit-romandie.ch/>

<sup>32</sup> <http://www.dignitas.ch/?lang=en>

<sup>33</sup> Βλ. Παρακάτω Κεφάλαιο 3ο-3.3. Ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία.

προκειμένου να του δοθεί η θανατηφόρα συνταγή. Ο ασθενής δικαιούται να αλλάξει γνώμη, όποτε το θελήσει.

Το 2008, η Πολιτεία της Ουάσινγκτον νομιμοποίησε την ευθανασία με, αντίστοιχες της Πολιτείας του Όρεγκον, προϋποθέσεις καθώς και η Πολιτεία της Μοντάνα, όπου η νομιμοποίηση έλαβε χώρα μετά από δικαστική απόφαση το Δεκέμβριο του 2008. Ακολούθησαν οι Πολιτείες <sup>34</sup> της Καλιφόρνια, Κολοράντο, Κολούμπια, Μέιν, Νιου Τζέρσεϋ, Βέρμοντ και Χαβάη.

## **Κεφάλαιο 2ο: Μορφές ευθανασίας-προσπάθειες τυπολογίας αυτής.**

Στη θεωρητική προσέγγιση της ευθανασίας, έχει επικρατήσει η διάκρισή της με δύο βασικά κριτήρια. Το πρώτο, έγκειται στον *τρόπο διενέργειάς* της και το δεύτερο, στο στοιχείο της *βούλησης* του ασθενή. Ουσιαστικά, πρόκειται για μια προσπάθεια κατηγοριοποίησης κάποιων «πρακτικών» ευθανασίας και στοιχειοθέτησης των βασικών χαρακτηριστικών κάθε μίας.

### **2.1. Διάκριση της ευθανασίας με γνώμονα τον τρόπο διενέργειας. α) ενεργητική και β) παθητική.**

**2.1. α) Η Ενεργητική ευθανασία** στοιχειοθετείται όταν μέσω πράξης/πράξεων επέρχεται η διακοπή- το τέλος της ζωής. Γίνεται χρήση κάποιων μέσων (τεχνικών, φαρμακευτικών) που επισπεύδουν την προσβολή της ζωής που έχουν ως βέβαιο αποτέλεσμα το θάνατο. Με άλλα λόγια, ο θάνατος του προσώπου δεν επέρχεται ως φυσική συνέπεια της ανίατης ασθένειάς του ή των πόνων του αλλά εξαιτίας της εμπλοκής ενός άλλου- τρίτου προσώπου που τον προκαλεί και τον επισπεύδει αντί να τον αναμένει.

Ο ελληνικός Ποινικός Κώδικας (ΠΚ), όπως θα αναφερθεί αναλυτικότερα παρακάτω<sup>35</sup>, απαγορεύει την ενεργητική ευθανασία. Εφαρμογής τυγχάνει η γενική διάταξη της, από πρόθεση, ανθρωποκτονίας του άρθρου 299 ΠΚ. ή του άρθρου 300 Π.Κ., της ανθρωποκτονίας με συναίνεση.

Η ενεργητική ευθανασία διακρίνεται περαιτέρω σε: **i) Ευθεία ή άμεση**, όπου εντάσσονται πράξεις που οδηγούν αναπόδραστα στην πρόκληση του θανάτου, δηλαδή παρουσιάζεται ενεργή επέμβαση στον ασθενή ώστε να συντομευτεί το τέλος του<sup>36</sup>. Πρόκειται για ενέργειες που είτε επιφέρουν αμέσως το θάνατο είτε μειώνουν για κάποιο διάστημα τον πόνο, έχουν όμως ως βέβαιο αποτέλεσμα την πρόκληση του θανάτου και **ii) Έμμεση**, όπου εντάσσεται κάθε πράξη που είναι

<sup>34</sup> <https://worldpopulationreview.com/states/death-with-dignity-states/>

<sup>35</sup> Βλ. Κεφάλαιο 4ο.

<sup>36</sup> Συμεωνίδου-Καστανίδου Ελ., «Η ευθανασία στο ποινικό δίκαιο», συλλογικό έργο «Ευθανασία», εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2007, σελ.139.

ιατρικά ενδεδειγμένη για την ανακούφιση από τους πόνους ή ακόμη και την παράταση της ζωής, έχει όμως ως πιθανή παρενέργεια και την πρόκληση του θανάτου<sup>37</sup>. Είναι, επομένως, ορατή στο άμεσο μέλλον, ως ενδεχόμενη συνέπεια, η επέλευση του τέλους της ζωής του ασθενή.

Η έμμεση λοιπόν ευθανασία, διαφοροποιείται από την άμεση, ως προς την υποκειμενική κάλυψη του αποτελέσματος του θανάτου. Στην άμεση, ο θάνατος αποτελεί βέβαιη συνέπεια της μείωσης των πόνων, είναι ο ίδιος αυτός το μέσο λύτρωσης από τους πόνους και ως τέτοιο βέβαιο αποτέλεσμα επιδιώκεται είτε απλώς γίνεται αποδεκτός (άμεσος δόλος α' ή β' βαθμού). Στην έμμεση ευθανασία αντίθετα, ο θάνατος ούτε επιδιώκεται ούτε καν θεωρείται βέβαιος, αλλά, το πολύ, γίνεται απλώς αποδεκτός ως πιθανή παρενέργεια, ως πιθανή συνέπεια του μοναδικού στόχου της ενέργειας, δηλαδή της μείωσης των πόνων. Η πρακτική αυτή βασίζεται στο *δόγμα του διπλού αποτελέσματος*, το οποίο συχνά ονομάζεται και αρχή διπλού αποτελέσματος. Το δόγμα αυτό βασίζεται στη διάκριση μεταξύ των σκοπούμενων αποτελεσμάτων και των προβλεπόμενων αποτελεσμάτων και επιχειρεί να αιτιολογήσει τον ισχυρισμό ότι, μια μεμονωμένη πράξη που έχει δύο προβλεπόμενα αποτελέσματα, ένα καλό και ένα επιβλαβές, δεν είναι ηθικά απαγορευμένη.<sup>38</sup>

Δεδομένου ότι θα οδηγούμασταν σε αδιέξοδα αν κανείς γιατρός δεν τολμούσε να χορηγήσει μια αναλγητική ουσία στον ασθενή του που υποφέρει ή δεν αναλάμβανε την ευθύνη μιας πιο μακροχρόνιας φαρμακευτικής αγωγής ή γενικά αν δεν προέβαινε σε οποιαδήποτε ιατρική πράξη, φοβούμενος ένα ενδεχόμενο θανατηφόρο αποτέλεσμα, επικρατεί σήμερα πλήρως, τόσο στην Ελλάδα, όσο και σ' όλα τα ευρωπαϊκά δίκαια, η θέση ότι η έμμεση ενεργητική ευθανασία είναι επιτρεπτή στο χώρο του ποινικού δικαίου.<sup>39</sup>

**2.1. β) Παθητική ευθανασία** στοιχειοθετείται, όταν ο ασθενής αφήνεται να πεθάνει χωρίς να επιχειρείται ή να παρατείνεται μια ιατρική πράξη ή θεραπευτική αγωγή που θα συνέβαλε στη διατήρησή του στη ζωή.<sup>40</sup> Συνίσταται, λοιπόν, η παθητική ευθανασία, σε παραίτηση από τα μέσα, στη μη χρήση ή διακοπή των υποστηρικτικών μέσων, που θα παρέτειναν την ανθρώπινη ζωή. Σκοπούμενο είναι και εδώ ο θάνατος, με τη διαφορά, όμως, ότι αυτός δεν επισπεύδεται ούτε όμως επιβραδύνεται. Ορθότερο κρίνεται να δεχθούμε, ότι στα συνθετικά στοιχεία της παθητικής ευθανασίας εντάσσεται ως *condition sine qua non* (απαραίτητη

<sup>37</sup> Συμεωνίδου-Καστανίδου Ελ., ό.π., σελ.144.

<sup>38</sup> Κατσανούλας Κ., Ηθικά διλήμματα, προτελευταίες αποφάσεις και αποκλιμάκωση θεραπείας στη Μ.Ε.Θ., Ελληνικό Περιοδικό Περιεγχειρητικής Ιατρικής 2009, <http://oaji.net/articles/2015/1592-1421593690.pdf>

<sup>39</sup> Συμεωνίδου-Καστανίδου Ελ., «Εγκλήματα κατά της ζωής», εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2001, σελ.495 επ.

<sup>40</sup> Συμεωνίδου-Καστανίδου Ελ., «Η ευθανασία στο ποινικό δίκαιο», συλλογικό έργο «Ευθανασία», εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2007, σελ.148.

προϋπόθεση- όρο εκ των ων ουκ άνευ), η διαπίστωση μιας κατάστασης που χαρακτηρίζεται από μια ανεπιστρεπτή διαδρομή προς τον θάνατο. Σε διαφορετική περίπτωση, θα μπορούσε να γίνει λόγος για εμφάνιση κλασικών μορφών ανθρωποκτονίας δια παραλείψεως.

Η, εν λόγω, μορφή ευθανασίας βρίσκεται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος, συγκεντρώνοντας τις μεγαλύτερες συζητήσεις και τις μεγαλύτερες διαφωνίες, ανά τον κόσμο. Πράγματι, όσο προάγεται η ιατρική γνώση και τεχνολογία που καθιστά δυνατή την παράταση της ζωής με τεχνικά μέσα, για μακροχρόνια διαστήματα, θα αναπαράγει συνεχώς προς έλεγχο, όλο και περισσότερες περιπτώσεις παθητικής ευθανασίας. Προκύπτουν προβληματισμοί: μήπως η εφαρμογή όλων των διαθέσιμων ιατρικών μέσων μπορεί να καταλήξει σε μια, χωρίς νόημα, παράταση της ζωής, σε μια επιμήκυνση της διαδικασίας του θανάτου, ίσως και επώδυνη; αν και κατά πόσο, υπάρχει υποχρέωση χρήσης όλων των διαθέσιμων για την παράταση της ζωής τεχνικών μέσων, άλλως, αν και κατά πόσο, υπάρχει υποχρέωση διατήρησης της ζωής με «οποιοδήποτε τίμημα;»<sup>41</sup> Πώς πραγματώνεται το δικαίωμα αυτοδιάθεσης του ατόμου;

Από πλευράς δικαίου, ο ελληνικός Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (ΚΙΔ)-ν.3418/2005, στα άρθρα 12 και 29 φαίνεται να νομιμοποιεί την παθητική ευθανασία, όπως θα αναφερθούμε αναλυτικά παρακάτω.<sup>42</sup>

## **2.2. Διάκριση της ευθανασίας με γνώμονα το στοιχείο της βούλησης.**

Περαιτέρω, σύμφωνα με το δεύτερο κριτήριο, της *βούλησης του ασθενή* ή ακριβέστερα της δυνατότητας έκφρασης της συναίνεσής του<sup>43</sup>, διακρίνουμε: α) την εκούσια ευθανασία (με τη βούληση του ασθενούς- με την εκπεφρασμένη συναίνεση αυτού) β) τη μη εκούσια (χωρίς τη βούληση του ασθενή- χωρίς την εκπεφρασμένη συναίνεση αυτού) και γ) την ακούσια (ενάντια στη βούληση- παρά την εκπεφρασμένη συναίνεση αυτού).

**α) εκούσια (voluntary)** χαρακτηρίζεται η ευθανασία, όταν ένας, πλήρως ενημερωμένος,<sup>44</sup> ικανός να εκφράσει έγκυρη βούληση, ασθενής, έχει ζητήσει (από τρίτο πρόσωπο) τη θανάτωσή του ή όταν αρνείται τη συνέχιση της θεραπείας ή ζητά τη διακοπή αυτής. Εάν ο πάσχων, βρίσκεται σε θέση να εκφράσει τη θέλησή του και

---

<sup>41</sup>Συμεωνίδου-Καστανίδου Ελ., «Εγκλήματα κατά της ζωής», εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2001, σελ.499.

<sup>42</sup>Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup>-4.3. της παρούσας.

<sup>43</sup>Ευ. Πρωτοπαπαδάκης, ό.π. σ.45 «*Η έκφραση επομένως της συναίνεσης κι όχι η ίδια η συναίνεση αποτελεί τη λυδία λίθο για τον χαρακτηρισμό μιας πράξης ως ευθανασίας, διότι αν αυτή δεν θεωρηθεί δεδομένη, έστω και μη εκπεφρασμένη, ή εάν ο πάσχων αντιτίθεται, τότε δεν πρόκειται για ευθανασία αλλά για δολοφονία*».

<sup>44</sup>Βλ. παρακάτω Γνώμη και Έκθεση Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής «Η συναίνεση στη σχέση ασθενούς-ιατρού» σχετικά με το θέμα της ενημέρωσης του ασθενή.

έχει επικοινωνία με το περιβάλλον του, τότε η ευθανασία μπορεί να είναι μόνο ηθελημένη (εκούσια).<sup>45</sup>

Όταν, ο ασθενής δεν μπορεί, για οποιοδήποτε λόγο (π.χ. ηλικία, βρίσκεται σε κωματώδη ή φυτική κατάσταση), να εκφράσει τη συναίνεση του στην πράξη της ευθανασίας, τότε, σε περίπτωση διενέργειας αυτής, πρόκειται για **μη - εκούσια ευθανασία (non voluntary)**, η εκτέλεση της οποίας λαμβάνεται μετά από απόφαση του γιατρού ή των οικείων του πάσχοντος. Σε αυτές τις περιπτώσεις γίνεται λόγος για την «εικαζόμενη» συναίνεσή του (παρακάτω 2.3.)

Τέλος, υπάρχει η περίπτωση που ο ασθενής δεν επιθυμεί την επίσπευση του θανάτου του και δηλώνει ξεκάθαρα ότι επιθυμεί κάθε είδους ιατρική βοήθεια προκειμένου να διατηρηθεί στη ζωή. Σε περίπτωση τερματισμού της ζωής του, υποστηρίζεται ότι διενεργείται **ακούσια (involuntary)** ευθανασία, η οποία συνιστά τελικά ανεπίτρεπτη προσβολή του δικαιώματος στη ζωή και στην υγεία.<sup>46</sup>

### **2.3.Ειδικότεροι προβληματισμοί για το «κεντρικό» κομβικό στοιχείο της συναίνεσης.**

Η Σύμβαση του Οβιέδο για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική<sup>47</sup> αποτελεί το πρώτο νομοθέτημα του διεθνούς δικαίου, με δεσμευτική ισχύ, που ενσωμάτωσε τη «συναίνεση ύστερα από ενημέρωση» (άρθ. 5 επ. του ν. 2619/1998) για οποιαδήποτε ιατρική πράξη. Πέρα από τη Σύμβαση, στο ελληνικό δίκαιο, ρητές προβλέψεις περιλαμβάνουν τόσο ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (ΚΙΔ-ν. 3418/2005) όσο και ειδικά νομοθετήματα (για την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, τις μεταμοσχεύσεις κλπ.).

Συγκεκριμένα, ο ΚΙΔ στο άρθρο 11, προβλέπει την υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενή και τον τρόπο αυτής καθώς και το δικαίωμα στη μη ενημέρωση (παρ. 2), ενώ στο άρθρο 12 αναφέρεται ειδικά στη συναίνεση του ενημερωμένου ασθενή.<sup>48</sup>

<sup>45</sup> Ευ.Πρωτοπαπαδάκης, ό.π. σ.45.

<sup>46</sup> Φερενίκη Παναγοπούλου-Κουτνατζή, «Σκέψεις αναφορικά με το δικαίωμα διακοπής της ανθρώπινης ζωής», ΕφημΔΔ-1/2010, σελ.126.

<sup>47</sup> Η Σύμβαση υπογράφηκε στο Οβιέδο της Ισπανίας στις 4/4/1996 από τα κράτη μέλη του Συμβουλίου της Ευρώπης. Η Ελλάδα έχει κυρώσει τη Σύμβαση με τον ν.2619/15-6-1998 και ισχύει ως εσωτερικό δίκαιο υπερνομοθετικής ισχύος (άρθρο 28 παρ.1 Σ) από 1-12-1999.

<sup>48</sup> Άρθρο 11 Υποχρέωση ενημέρωσης «1. Ο ιατρός έχει καθήκον αληθείας προς τον ασθενή. Οφείλει να ενημερώνει πλήρως και κατανοητά τον ασθενή για την πραγματική κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις συνέπειες και τους ενδεχόμενους κινδύνους ή επιπλοκές από την εκτέλεσή της, τις εναλλακτικές προτάσεις, καθώς και για τον πιθανό χρόνο αποκατάστασης, έτσι ώστε ο ασθενής να μπορεί να σχηματίζει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων και συνεπειών της κατάστασής του και να προχωρεί, ανάλογα, στη λήψη αποφάσεων.2. Ο ιατρός σέβεται την επιθυμία των ατόμων τα οποία επιλέγουν να μην ενημερωθούν. Στις περιπτώσεις αυτές, ο ασθενής έχει δικαίωμα να ζητήσει από τον ιατρό να ενημερώσει αποκλειστικά άλλο ή άλλα πρόσωπα, που ο ίδιος θα υποδείξει, για την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις συνέπειες ή και τους κινδύνους από την εκτέλεσή της, καθώς και για το βαθμό πιθανολόγησής τους.3. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να καταβάλλεται κατά την ενημέρωση που αφορά σε ειδικές



Οι προβληματισμοί και τα διλήμματα όμως, προκύπτουν στις περιπτώσεις που δεν είναι δυνατή η αυτοπρόσωπη συναίνεση, όταν δηλαδή η συναίνεση εικάζεται ή τεκμαίρεται.

**Εικαζόμενη συναίνεση:** προκύπτει στις περιπτώσεις ασθενών που δεν είναι δυνατόν να δοθεί η συναίνεσή τους είτε γιατί δεν έχουν τη φυσική ικανότητα (λόγω ηλικίας ή διανοητικής κατάστασης) είτε γιατί, αν και την είχαν κάποτε, τώρα πλέον η ικανότητα αυτή λείπει (κωματώδη κατάσταση ή άνοια). Το ερώτημα που τίθεται εν προκειμένω, είναι αν μπορούμε να «εικάσουμε» τη συναίνεση του προσώπου, αν δηλαδή είναι θεμιτό να προσπαθήσουμε να σκεφτούμε «τι θα έκανε» ο ίδιος, αν διέθετε την ικανότητα να συναινέσει και να αποφασίσουμε εμείς «στη θέση του».

Με δεδομένη τη σημασία της αυτοπρόσωπης συναίνεσης στην ιατρική πράξη, είναι δύσκολο να υποκαταστήσουμε κάποιον άλλον στη θέση του ενδιαφερόμενου, έστω κι αν έχει προηγηθεί η κατάλληλη ενημέρωση, αφού ο πρώτος δεν βιώνει άμεσα την εμπειρία της ασθένειας και του κινδύνου. Έτσι είναι πολύ πιθανό, αντί για «εικαζόμενη» να έχουμε μια αυθεντική συναίνεση, όχι όμως του ενδιαφερομένου, αλλά εκείνη του «αντιπροσώπου» για το πώς πρέπει να τον μεταχειρισθεί ο

---

*επεμβάσεις, όπως μεταμοσχεύσεις, μεθόδους ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, επεμβάσεις αλλαγής ή αποκαταστάσεως φύλου, αισθητικές ή κοσμητικές επεμβάσεις.<sup>4</sup> Αν τα πρόσωπα δεν έχουν την ικανότητα να συναινέσουν για την εκτέλεση ιατρικής πράξης, ο ιατρός τα ενημερώνει στο βαθμό που αυτό είναι εφικτό. Ενημερώνει, επίσης, τα τρίτα πρόσωπα, που έχουν την εξουσία να συναινέσουν για την εκτέλεση της πράξης αυτής, κατά τις διακρίσεις του επόμενου άρθρου.»*

<sup>48</sup> Άρθρο 12 Συναίνεση του ενημερωμένου ασθενή « 1. Ο ιατρός δεν επιτρέπεται να προβεί στην εκτέλεση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης χωρίς την προηγούμενη συναίνεση του ασθενή. 2. Προϋποθέσεις της έγκυρης συναίνεσης του ασθενή είναι οι ακόλουθες: α) Να παρέχεται μετά από πλήρη, σαφή και κατανοητή ενημέρωση, σύμφωνα με το προηγούμενο άρθρο. β) Ο ασθενής να έχει ικανότητα για συναίνεση. αα) Αν ο ασθενής είναι ανήλικος, η συναίνεση δίδεται από αυτούς που ασκούν τη γονική μέριμνα ή έχουν την επιμέλειά του. Λαμβάνεται, όμως, υπόψη και η γνώμη του, εφόσον ο ανήλικος, κατά την κρίση του ιατρού, έχει την ηλικιακή, πνευματική και συναισθηματική ωριμότητα να κατανοήσει την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο της ιατρικής πράξης και τις συνέπειες ή τα αποτελέσματα ή τους κινδύνους της πράξης αυτής. Στην περίπτωση της παραγράφου 3 του άρθρου 11 απαιτείται πάντοτε η συναίνεση των προσώπων που ασκούν τη γονική μέριμνα του ανηλίκου. ββ) Αν ο ασθενής δεν διαθέτει ικανότητα συναίνεσης, η συναίνεση για την εκτέλεση ιατρικής πράξης δίδεται από τον δικαστικό συμπαραστάτη, εφόσον αυτός έχει ορισθεί. Αν δεν υπάρχει δικαστικός συμπαραστάτης, η συναίνεση δίδεται από τους οικείους του ασθενή. Σε κάθε περίπτωση, ο ιατρός πρέπει να προσπαθήσει να εξασφαλίσει την εκούσια συμμετοχή, σύμπραξη και συνεργασία του ασθενή, και ιδίως εκείνου του ασθενή που κατανοεί την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο της ιατρικής πράξης, τους κινδύνους, τις συνέπειες και τα αποτελέσματα της πράξης αυτής. γ) Η συναίνεση να μην είναι αποτέλεσμα πλάνης, απάτης ή απειλής και να μην έρχεται σε σύγκρουση με τα χρηστά ήθη. δ) Η συναίνεση να καλύπτει πλήρως την ιατρική πράξη και κατά το συγκεκριμένο περιεχόμενό της και κατά το χρόνο της εκτέλεσής της. 3. Κατ' εξαίρεση δεν απαιτείται συναίνεση: α) στις επείγουσες περιπτώσεις, κατά τις οποίες δεν μπορεί να ληφθεί κατάλληλη συναίνεση και συντρέχει άμεση, απόλυτη και κατεπείγουσα ανάγκη παροχής ιατρικής φροντίδας, β) στην περίπτωση απόπειρας αυτοκτονίας ή γ) αν οι γονείς ανηλίκου ασθενή ή οι συγγενείς ασθενή που δεν μπορεί για οποιονδήποτε λόγο να συναινέσει ή άλλοι τρίτοι, που έχουν την εξουσία συναίνεσης για τον ασθενή, αρνούνται να δώσουν την αναγκαία συναίνεση και υπάρχει ανάγκη άμεσης παρέμβασης, προκειμένου να αποτραπεί ο κίνδυνος για τη ζωή ή την υγεία του ασθενή.»



γιατρός: να τον «μεταχειρισθεί», ίσως, με ανάγκες και συμφέροντα όχι του ίδιου, αλλά αυτού που συναινεί, υποβιβάζοντάς τον σε απλό «μέσον». <sup>49</sup>

### **Προγενέστερες οδηγίες (advanced directives) - διαθήκες ζωής (living wills)**

Στην προβληματική της εικαζόμενης συναίνεσης εντάσσονται και οι λεγόμενες «προγενέστερες οδηγίες» (advanced directives) του ασθενή. Αποτελούν ένα νομικό μέσο που ενισχύει την δυνατότητα ενός αρρώστου να ασκεί το δικαίωμα του αυτοπροσδιορισμού του, σε καταστάσεις που πλέον δεν μπορεί να το κάνει (ανεξάρτητα εάν παραμένει δικαιοπρακτικά ικανός με την νομική έννοια του όρου). Αποτελούν μια ειδική περίπτωση έκφρασης της συναίνεσης ή της άρνησής του να υποβληθεί σε κάποια θεραπεία. Το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό τους συνίσταται στο ότι αφορούν ιατρικές πράξεις σε ασθενή που δεν μπορεί πλέον να συναινέσει. <sup>50</sup>

Ανάλογα με το είδος τους, έχουν σκοπό είτε την έκφραση της αυθεντικής βούλησής του (διαθήκες ζωής) είτε την υποκατάσταση της βούλησής του από αυτήν ενός αντιπροσώπου. Στην πρώτη περίπτωση, ο ασθενής εκφράζει την αυθεντική βούληση του, που όμως έχει παγώσει στο χρόνο, αφού πλέον δεν μπορεί ούτε να ενημερωθεί για τυχόν νέα δεδομένα, ούτε να την αλλάξει. Στην δεύτερη περίπτωση, αποφασίζει κάποιος άλλος για τον ασθενή, ο οποίος μπορεί να έχει λάβει οδηγίες και επιπλέον να ενημερωθεί και να αποφασίσει με βάση τυχόν νέα δεδομένα.

Ανάλογα με το περιεχόμενό τους, διαβαθμίζεται και η δεσμευτικότητα των προγενέστερων οδηγιών του ασθενή. <sup>51</sup> Ειδικότερα:

α) Η προγενέστερη οδηγία του ασθενή με **αίτημα τη διακοπή της θεραπείας** του θεωρείται παθητική και συναινετική μορφή ευθανασίας. Αυτή η μορφή δεν είναι καν άδικη πράξη και δεν τιμωρείται. Εάν ο ασθενής θέλει να πεθάνει, έγκυρα αρνείται να συνεχίσει την θεραπεία οπότε και παύει η ιδιαίτερη νομική υποχρέωση του γιατρού. Αυτό προβλέπει η διάταξη του άρθρου 29 § 2 <sup>52</sup> του ΚΙΔ, της οποίας το γράμμα δεν αποκλείει και την ειδικότερη ρύθμιση των προγενέστερων οδηγιών.

β) Αντίθετα, ο γιατρός δεν δεσμεύεται από την προγενέστερη οδηγία του ασθενή που του ζητά να συντομεύσει τη ζωή του, το **αίτημα για άμεση ενεργητική ευθανασία ή ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία**. Η ενεργητική ευθανασία, με πράξη ή παράλειψη είναι άδικη πράξη που τιμωρείται, εκτός εάν ο δικαστής αποφασίσει ότι, σε μια συγκεκριμένη περίπτωση, οι συνθήκες της πράξης

<sup>49</sup> Τάκης Κ. Βιδάλης άρθρο με τίτλο «Η «εικαζόμενη» συναίνεση», Επιθεώρηση Βιοηθικής, Τόμος Ι, Τεύχος Ι, Φθινόπωρο 2007/Χειμώνας 2008, σελ.108.

<sup>50</sup> Ελένη Ρεθυμιωτάκη, Ευθανασία και διαθήκες ζωής, Εισήγηση στην Ημερίδα που οργανώθηκε από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής για τα 10 χρόνια λειτουργίας της (1999-2009) με θέμα: Ευθανασία, στις 2/12/09. Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, "Ευθανασία. Αφιέρωμα στον πρώτο Πρόεδρο της Επιτροπής Γεώργιο Κουμάντο", Δρακοπούλου, Μ.(επιμ), Εκδόσεις Θέμις, Ν.Α.Σάκκουλας & Σία ΟΕ", Αθήνα, 2012, σελ. (σ.153-194).

<sup>51</sup> Ελένη Ρεθυμιωτάκη, Ευθανασία και διαθήκες ζωής, ό.π. σελ.183

<sup>52</sup> « 2. Ο γιατρός λαμβάνει υπόψη τις επιθυμίες που είχε εκφράσει ο ασθενής, ακόμα και αν, κατά το χρόνο της επέμβασης, ο ασθενής δεν είναι σε θέση να τις επαναλάβει.»

επιβάλλουν, κατ' εξαίρεση, την δικαστική άφεση της ποινής. Επομένως, θα είναι απόλυτα άκυρη η σχετική προγενέστερη οδηγία του ασθενή γιατί, ενδεχόμενα, θα προσκρούει στα άρθρα 300 και 301 ΠΚ που απαγορεύουν, αντίστοιχα, την ανθρωποκτονία με συναίνεση ή την υποβοήθηση σε αυτοκτονία. Αντίστοιχα, η διάταξη του άρθρου 29 § 3 του ΚΙΔ<sup>53</sup> επισημαίνει ότι, η επιθυμία του ασθενή, σε τελευταίο στάδιο, δεν δικαιολογεί νομικά τη διενέργεια πράξεων, από το γιατρό, που στοχεύουν στην επίσπευση του θανάτου του.

γ) Ειδική αναφορά θα γίνει παρακάτω (κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>-3.1.) στις προγενέστερες οδηγίες με **αίτημα την αποσύνδεση από την μηχανική υποστήριξη της ζωής**. Τίθεται το ερώτημα εάν είναι δεσμευτικές οι οδηγίες του ασθενή για τη διακοπή αυτής της μορφής θεραπείας και εύλογα υποστηρίζονται διάφορες απόψεις.

δ) Το **αίτημα ανακουφιστικής αγωγής** έστω και εάν αυτή συνεπάγεται με απόλυτη ιατρική βεβαιότητα την επίσπευση του θανάτου. Η διάταξη 29 του ΚΙΔ επιβάλλει στο γιατρό, εάν εξαντληθούν τα ιατρικά περιθώρια, σε περιπτώσεις ανίατης ασθένειας, να αφήσει τον ασθενή να καταλήξει, παρέχοντας του ανακουφιστική αγωγή. Πρόκειται για την μοναδική, ρητά αναγνωρισμένη, εκδοχή ευθανασίας στο θετικό μας δίκαιο.

Χωρίς ιδιαίτερη νομοθετική πρόβλεψη δεν είναι δεσμευτικές οι προγενέστερες οδηγίες του ασθενή που αφορούν τα τόσο κρίσιμα ζητήματα.

Για το εν λόγω θέμα, αξιοσημείωτες παρατηρήσεις εμπεριέχει και η Έκθεση<sup>54</sup> που συνοδεύει τη Γνώμη της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής<sup>55</sup>, σχετικά με την τεχνητή παράταση της ζωής (θα αναφερθούμε και παρακάτω στο Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>-3.1. «Αποσύνδεση από μηχανήμα τεχνητής διατήρησης της ζωής»). Στο κείμενο της Έκθεσης (Μέρος Β), περιέχεται ιδιαίτερο κεφάλαιο για τις προγενέστερες οδηγίες και τίθενται ειδικότεροι προβληματισμοί. Γίνονται αναφορές στα νομικά δεδομένα και τα αναφεύμενα προβλήματα, στο είδος των οδηγιών, στον κρίσιμο χρόνο για την ενεργοποίησή τους, στο βαθμό δεσμευτικότητας αυτών, στον τρόπο ασφαλούς γνωστοποίησής τους, καταλήγοντας ότι απαιτείται νομοθετική ρύθμιση για τη λήψη υπόψη τέτοιων οδηγιών.<sup>56</sup>

<sup>53</sup> «3. Ο ιατρός οφείλει να γνωρίζει ότι η επιθυμία ενός ασθενή να πεθάνει, όταν αυτός βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο, δεν συνιστά νομική δικαιολόγηση για τη διενέργεια πράξεων οι οποίες στοχεύουν στην επίσπευση του θανάτου.»

<sup>54</sup> Εισηγητές Κ. Μανωλάκου, Τ.Βιδάλης.

<sup>55</sup> [http://www.bioethics.gr/images/pdf/GNOMES/rec\\_apl\\_gr.pdf](http://www.bioethics.gr/images/pdf/GNOMES/rec_apl_gr.pdf)

<sup>56</sup> Παρατίθενται χαρακτηριστικά αποσπάσματα: (Οι προγενέστερες οδηγίες) «αποτυπώνουν τις αρχές και τις αξίες του προσώπου - όπως για παράδειγμα το τι θεωρεί αποδεκτή ποιότητα ζωής και τότε (θεωρεί ότι) τίθεται η αξιοπρέπεια ή οι πεποιθήσεις του από ιατρικές πράξεις που σχετίζονται με την υποστήριξη ή συντήρηση των οργανικών του λειτουργιών - και θέτουν επί τάπητος όλα τα ηθικά και νομικά διλήμματα που συνοδεύουν τις αποφάσεις περί του «τέλους» της ζωής.».....

«Ένα άλλο ζήτημα που τίθεται, είναι εάν οι επιθυμίες που εκφράζονται σε μια πρότερη, της ασθένειας, χρονική στιγμή βρίσκονται σε αρμονία με τις επιθυμίες του προσώπου σε μεταγενέστερο στάδιο. Για παράδειγμα, ο φόβος για την επερχόμενη ή απρόοπτη ασθένεια, η οποία επιπλέον συνοδεύεται και από απώλεια της δυνατότητας έκφρασης του προσώπου, μπορεί να

#### **2.4. Ενεργητική και παθητική ευθανασία: στεγανή διάκριση ή διαφορετικές όψεις του ίδιου νομίσματος**

Η διάκριση σε ενεργητική και παθητική ευθανασία έχει δεχθεί κριτική από μεγάλο μέρος της επιστημονικής κοινότητας.

Ο σχετικός προβληματισμός προκύπτει από το γεγονός ότι η παθητική ευθανασία τυγχάνει ευρύτερης αποδοχής, δικαιολόγησης και κάποτε νομιμοποίησης. Η παθητική ευθανασία αντιμετωπίζεται ως μη διατήρηση του ασθενή στη ζωή και ως διακοπή του άσκοπου και ανέλπιδου βασανισμού του, μη επισύροντας κυρώσεις, ενώ, αντίθετα, η ενεργητική ευθανασία θεωρείται ευθεία παρέμβαση στην πορεία της ζωής του ασθενή, εκλαμβάνεται ως άμεση θανάτωση αυτού και, επιπλέον αποτελεί πράξη ποινικά κολάσιμη.<sup>57</sup>

Εν προκειμένω, αμφισβητείται, πλέον, ο ισχυρισμός ότι η μέθοδος πρόκλησης του θανάτου, αυτή καθαυτή, έχει διαφορετική ηθική σημασία και οδηγεί και σε διαφορετική ποινική μεταχείριση. Υποστηρίζεται ότι στην πραγματικότητα, πρόκειται για τις διαφορετικές όψεις του ίδιου νομίσματος,<sup>58</sup> καθώς και οι δύο περιπτώσεις έχουν το ίδιο αποτέλεσμα (το τέλος της ζωής του ασθενή), ο δε σκοπός και τα κίνητρα του δράστη (οίκτος, ανθρωπιστικά αισθήματα) είναι ταυτόσημα. Η διαφορά έγκειται στη μεθοδολογία που θα ακολουθεί, στη στρατηγική που θα επιλεγεί.

---

οδηγήσει σε άρνηση μμελλοντικής θεραπείας, ενώ την κρίσιμη στιγμή ενδέχεται ο ασθενής να την επιθυμεί. Συχνά παρατηρείται αλλαγή της στάσης προσώπων ικανών να εκφραστούν, πριν ή μετά από την εκδήλωση μιας ασθένειας, κάτι που είναι πιθανό να συμβαίνει και στα πρόσωπα που χάνουν αυτή την ικανότητα. Επομένως, το κατά πόσο πρέπει να είναι δεσμευτικές οι προγενέστερες οδηγίες, παραμένει ένα ερώτημα. Αλλά και αν υποθέσουμε ότι πρέπει και μπορούν να είναι δεσμευτικές, σε κάποιο βαθμό, πόσο ακριβείς πρέπει να είναι; Το ερώτημα τίθεται, καθώς συχνά πρόκειται για γενικά διατυπωμένες επιθυμίες, οι οποίες είναι απίθανο να προβλέπουν την ακριβή κλινική κατάσταση, κι άρα καλύπτουν επαρκώς μόνο ένα μμέρος των ιατρικών αποφάσεων που θα πρέπει ενδεχομένως να ληφθούν.».....

«Οι προγενέστερες οδηγίες παραμένουν μάλλον άγνωστος θεσμός στο ευρωπαϊκό ηπειρωτικό δίκαιο. Σχετικές προβλέψεις φαίνεται να υπάρχουν μμόνον στις έννομες τάξεις της Γερμανίας, της Δανίας και της Ολλανδίας. Αντίθετα, σε χώρες της αγγλοσαξονικής νομικής παράδοσης (ιδίως στις ΗΠΑ, αλλά και σε πολιτείες του Καναδά, της Αυστραλίας και στη Ν. Ζηλανδία) υπάρχει σχετική εμπειρία, τόσο νομοθετική όσο και νομολογιακή.».....

«Οι οδηγίες αναγνωρίζονται από τη Σύμβαση του Οβιέδο (άρθ. 9). Εμφανίζονται ως ειδική περίπτωση στο κεφάλαιο II για τη «συναίνεση». Σύμφωνα με το άρθρο αυτό: «Οι προγενέστερα εκφρασθείσες επιθυμίες του ασθενούς σχετικά με ιατρική επέμβαση θα λαμβάνονται υπόψη, προκειμένου για ασθενή, ο οποίος, κατά το χρόνο της επέμβασης, δεν είναι σε θέση να εκφράσει τις επιθυμίες του» Από το εν λόγω άρθρο φαίνεται να προκύπτει, ότι η Σύμβαση του Οβιέδο προτρέπει τον κοινό νομοθέτη να προσδιορίσει συγκεκριμένα τον όρο «λαμβάνονται υπόψη». Ο κοινός νομοθέτης θα χρειασθεί, συνεπώς, να θεσπίσει ειδική νομοθεσία. Στην περίπτωση που αδρανήσει, θα θιγεί ιδίως η ασφάλεια του δικαίου, αφού τα δικαστήρια δεν θα έχουν κριτήριο για την εξειδίκευση του όρου «λαμβάνονται υπόψη» σε συγκεκριμένες διαφορές που πιθανόν να ανακύψουν (π.χ. μεταξύ γιατρού και συγγενών ή μεταξύ συγγενών ή μεταξύ ιατρών).».....

<sup>57</sup>Ευ. Πρωτοπαπαδάκης, «Ενεργητική και παθητική ευθανασία: Υπάρχει ηθική διαφοροποίηση;» Φιλοσοφία και Παιδεία, Μάιος-Αύγουστος 2008,σελ.24.

<sup>58</sup>Ευ. Πρωτοπαπαδάκης, «Η ευθανασία απέναντι στη σύγχρονη βιοηθική».. ο.π., σελ.53.

Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει και ο Ευ. Πρωτοπαπαδάκης, σε κάθε περίπτωση, η χρήση ενός μέσου για τον τερματισμό της ζωής δεν είναι περισσότερο ανήθικη, από ότι η παράλειψη - ή η αποφυγή - χρήσης ενός μέσου, που θα διατηρήσει τον ασθενή στη ζωή. Τόσο η χρήση ενός μέσου όσο και η μη χρήση του συνιστούν ηθική επιλογή. Κρινόμεστε δυνάμει τόσο των πράξεων, όσο και των παραλείψεων μας.<sup>59</sup>

Κατά λογική συνέπεια, δεν δικαιολογείται κάποια διαφοροποίηση ως προς την ηθική και δικαιοσύνη απαξία της πράξης, όταν στην πράξη έχει αποδειχθεί ότι, σε ορισμένες περιπτώσεις, η ενεργητική ευθανασία είναι, πιθανόν, ηθικά περισσότερο δικαιώσιμη από την παθητική. Η παθητική ευθανασία σπανίως επιφέρει ανώδυνο και ανθρώπινο θάνατο, καθόσον διενεργείται είτε με διακοπή της τροφής και του νερού, οπότε ο θάνατος επέρχεται από αστία και αφυδάτωση, είτε με την απόσυρση του αναπνευστήρα, οπότε ο θάνατος προκαλείται από ασφυξία. Αντίθετα, η ενεργητική ευθανασία συνήθως διενεργείται με τη χορήγηση κάποιου θανατηφόρου σκευάσματος και, στις περισσότερες των περιπτώσεων, λυτρώνει τον πάσχοντα ανώδυνα και αξιοπρεπώς.

### **Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>: Ιδιαίτερες περιπτώσεις ευθανασίας.**

Στο παρόν κεφάλαιο, γίνεται ιδιαίτερη αναφορά στην κατά κυριολεξία ευθανασία καθώς και σε τρεις περιπτώσεις που συνήθως εντάσσονται στην προβληματική της ευθανασίας, λόγω της συχνότητας που συναντώνται στην ιατρική κλινική πρακτική αλλά και των, μεγάλης έντασης, διλημμάτων που αυτές προκαλούν.

---

<sup>59</sup> Χαρακτηριστικό παράδειγμα σε Ευ.Πρωτοπαπαδάκη, «Ενεργητική και παθητική ευθανασία: υπάρχει ηθική διαφοροποίηση», ό.π. σελ.24 «A1: κάποιος ασθενής προσφεύγει στο γιατρό του και ζητά να του διενεργηθεί ευθανασία. Βρίσκεται στο τελικό στάδιο ανίατης νόσου και βιώνει αφόρητους πόνους. Ο ίδιος δεν μπορεί να θέσει τέλος στη ζωή του διότι η σωματική του κατάσταση δεν του το επιτρέπει -δεν διατηρεί, ως πούμε,, τον έλεγχο των, άκρων του. Ο γιατρός, κατανοώντας την κατάσταση και κινούμενος από οίκτο για τον ασθενή του και φιλόανθρωπα αισθήματα αποφασίζει να του χορηγήσει κάποιο θανάσιμο σκεύασμα, ώστε να τον απαλλάξει από το άσκοπο μαρτύριό του. Στην περίπτωση αυτή έχει διαπραχθεί ενεργητική ευθανασία, η οποία - όπως έχουμε ήδη αναφέρει - αποτελεί πράξη ηθικώς επιλήψιμη και ποινικώς κολάσιμη.

A2: κάποιος ασθενής που βρίσκεται στην ίδια κατάσταση και για τους ίδιους λόγους ζητά από τον γιατρό να τον λυτρώσει. Ο γιατρός συναινεί, όμως δεν επιλέγει να δράσει ο ίδιος άμεσα. Απλά παύει να χορηγεί στον πάσχοντα τα σκευάσματα - ή να προσφέρει τις υπηρεσίες - που τον διατηρούν στη ζωή. Κάνει την επιλογή αυτή είτε επειδή τη θεωρεί καταλληλότερη και αποτελεσματικότερη για τον συγκεκριμένο ασθενή, είτε διότι έχει τις μικρότερες πιθανές συνέπειες για τον ίδιο. Στην περίπτωση αυτή έχει διενεργηθεί παθητική ευθανασία, Ηθικώς δεν είναι επιλήψιμη, αφού ο γιατρός δεν προέβη σε κάποια πράξη και, ως εκ τούτου, δεν κινδυνεύει από το νόμο. Η μόνη κατηγορία που θα μπορούσε να του προσαφθεί είναι αυτή της παράλειψης, όμως η ιατρική κρίση αποτελεί ισχυρό επιχειρήμα απέναντι σε μομφές τέτοιου είδους.»

### **3.1. Η γνήσια -κατά κυριολεξία ευθανασία.**

Ως γνήσια ή κυρίως ευθανασία νοείται η περίπτωση όπου παρέχεται βοήθεια-αρωγή, κατά την επέλευση του θανάτου, με σκοπό τη μείωση των πόνων, χωρίς η βοήθεια αυτή να έχει ως αποτέλεσμα τη σύντμηση της ζωής, το τέλος επέρχεται και δεν συνδέεται αιτιωδώς με την εν λόγω πράξη. Άρα, το γεγονός ότι ο ασθενής βρίσκεται στην τελική διαδικασία θανάτου, προσδιορίζει καίρια την κρίση για την ύπαρξη αυτής της μορφής ευθανασίας, την οποία αποτυπώνει και ο Έλληνας νομοθέτης, στο άρθρο 29 παρ. 1 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, όπου προβλέπει: « ο ιατρός, σε περίπτωση ανίατης ασθένειας που βρίσκεται στο τελικό της στάδιο ακόμα και εάν εξαντληθούν όλα τα ιατρικά θεραπευτικά περιθώρια οφείλει να φροντίζει για την ανακούφιση των ψυχοσωματικών πόνων του ασθενή». Συνεπώς, με αυτή τη διάταξη, ρητά προβλέπεται ως υποχρέωση του γιατρού (οφείλει) η παροχή ανακουφιστικής φροντίδας, περιοριστικά στις περιπτώσεις ασθενών τελικού σταδίου ανίατης ασθένειας. Πρόκειται για την επιδίωξη του ανώδυνου, ήρεμου θανάτου που παραπέμπει στην έννοια της ευθανασίας κατά τους αρχαίους Έλληνες.

### **3.2. Αποσύνδεση ασθενή από μηχανήμα τεχνητής διατήρησης της ζωής.**

Πρόκειται για μια ιδιαίτερη περίπτωση που αφορά την γκρίζα ζώνη μεταξύ ζωής και θανάτου αλλά και μεταξύ ιατρικής δεοντολογίας και πρακτικής. Επιπρόσθετα, παρουσιάζει αρκετή ρευστότητα, αναφορικά με το πεδίο ένταξής της στην όλη προβληματική της ευθανασίας. Πολλοί την εντάσσουν στη γενικότερη κατηγορία της ενεργητικής, ενώ άλλοι υποστηρίζουν ότι παρουσιάζει χαρακτηριστικά παθητικής ευθανασίας. Υποστηρίζεται λοιπόν,<sup>60</sup> ότι τίθεται ζήτημα παθητικής ευθανασίας κάθε φορά που ο γιατρός παύει να ανανεώνει το οξυγόνο ή να προσφέρει ορό αναγκαίο για τη διατήρηση ενός προσώπου που τελεί υπό καθεστώς μηχανικής υποστήριξης, καθόσον αυτή η συμπεριφορά υπάγεται στην έννοια της παράλειψης.

Αντίθετα, κατά την ίδια άποψη, η αποσύνδεση από μηχανήματα τεχνητής διατήρησης στη ζωή, προσομοιάζει με την ευθεία ενεργητική ευθανασία ακριβώς λόγω της ενέργειας (και όχι παράλειψης) της αποσύνδεσης που προϋποτίθεται από τον γιατρό. Στην περίπτωση αυτή, εφόσον ο θάνατος προκαλείται από τη μυϊκή ενέργεια του γιατρού, πληρούται η αντικειμενική υπόσταση της ανθρωποκτονίας και δεν είναι δυνατόν να θεωρηθεί η πράξη αυτή μη άδικη είτε υιοθετώντας την άποψη που εξομοιώνει την αποσύνδεση από το μηχανήμα με την παράλειψη του

---

<sup>60</sup> Συμεωνίδου – Καστανίδου Ελ., «Η ευθανασία στο ποινικό δίκαιο», ο.π., σελ. 157-158. Ενδιαφέρον δε, παρουσιάζει η άποψή της ότι ο ίδιος ο όρος «ευθανασία» στην συγκεκριμένη περίπτωση κρίνεται προβληματικός καθόσον το άτομο περί ου ο λόγος πολλές φορές δεν βιώνει μια επώδυνη κατάσταση (βρίσκεται σε φυτική ή κωματώδη κατάσταση), άσχετα εάν αυτή κατατείνει, με βάση τις ιατρικές πρακτικές, προς τον θάνατο.

γιατρού να πάρει μέτρα παράτασης της ζωής, είτε με τη θεωρία ότι δεν υπάρχει πράξη, αλλά παράλειψη που τελείται με ενέργεια.

Υπάρχει όμως πράγματι, κάποια ουσιώδης διαφορά που να δικαιολογεί τουλάχιστον τη νομική διαφοροποίηση μεταξύ αυτών των δύο περιπτώσεων; Επανέρχεται το ίδιο ερώτημα που τέθηκε και στο προηγούμενο κεφάλαιο (βλ.2.5.) για τη σχετικότητα των όρων ενεργητικής και παθητικής ευθανασίας, στην πράξη.

Γεγονός είναι, ότι ενώ η διακοπή της λειτουργίας συσκευών που συντηρούν τη ζωή προσομοιάζει με τη διακοπή της θεραπείας, την παράλειψη δηλαδή των περαιτέρω ενεργειών που απαιτεί μια ιατρική αγωγή, ωστόσο προκαλείται με θετική ενέργεια, καθώς για να σταματήσει η λειτουργία της μηχανικής υποστήριξης απαιτείται η επέμβαση ενός χεριού για το κλείσιμο των διακοπών.

Περαιτέρω όμως, τόσο στην περίπτωση της διακοπής της θεραπευτικής αγωγής όσο και στην περίπτωση της μη παροχής πλέον αρωγής αναγκαίας για τη συντήρηση της ζωής, αρωγής που παρέχεται με μια αλληλουχία μυϊκών ενεργειών, σε όλες αυτές τις περιπτώσεις, έχει ήδη διαμορφωθεί μια κατάσταση η οποία βοηθά στη συντήρηση του οργανισμού με τον ίδιο/αντίστοιχο τρόπο με τον οποίο βοηθά και το αυτόματο μηχάνημα. Όταν οποιαδήποτε από αυτές της αρωγές διακοπεί, είτε με πράξη είτε με παράλειψη, ανοίγει με τον ίδιο/αντίστοιχο τρόπο ο δρόμος για το θάνατο. Η μόνη διαφορά είναι καθαρά νομικοτεχνική. Στη μια περίπτωση έχουμε παράλειψη στην κυριολεξία, ώστε με το τέχνασμα της άρσης της ιδιαίτερης νομικής υποχρέωσης αυτή να μην μπορεί νομικά να εξισωθεί με πράξη, ενώ στην άλλη, την επίμαχη, έχουμε πράξη, η οποία αυτόματα και αυτόνομα οδηγεί στην πλήρωση της αντικειμενικής υπόστασης της ανθρωποκτονίας.

Σε σχέση με τα παραπάνω, πρέπει να ληφθούν υπόψη πιθανοί κίνδυνοι που ελλοχεύουν, στην καθημερινή ιατρική πρακτική, με την παραδοχή της θέσης ότι στην περίπτωση της διακοπής του μηχανήματος τεχνητής διατήρησης της ζωής οδηγούμαστε στη νομοτυπική μορφή της ανθρωποκτονίας, ενώ στις λοιπές περιπτώσεις, της παθητικής ευθανασίας, δεν οδηγούμαστε.<sup>61</sup>

Επιπρόσθετα, ένα άλλο σημαντικό θέμα που τίθεται, αφορά τη συναίνεση του ασθενή για την αποσύνδεσή του από μηχανήματα τεχνητής διατήρησης της ζωής. Όπως για κάθε ιατρική πράξη, απαιτείται και η σύμφωνη γνώμη του ασθενή ή των οικείων του. Με δεδομένο το ότι η συναίνεση σε αυτή την περίπτωση είναι ψυχολογικά επώδυνη, αφού προϋποθέτει την αποδοχή του επερχόμενου τέλους, είναι εξαιρετικά κρίσιμη η διαδικασία (το πλαίσιο) λήψης τέτοιου είδους

---

<sup>61</sup> Οι γιατροί γνωρίζοντας ότι δεν είναι υποχρεωμένοι να συνδέσουν σε μηχανήματα έναν ασθενή που δεν έχει ελπίδες επαναφοράς, ενώ αντίθετα θα διωχθούν εάν τον συνδέσουν και μετά τον αποσυνδέσουν, ενδεχόμενα, θα γνωματεύουν με ευκολία – ακόμη και όταν οι ίδιοι με βάση τις γνώσεις και την εμπειρία τους δεν είναι 100% σίγουροι για το μη αναστρέπτο της κατάστασης και εφόσον υπάρχουν τρόποι ώστε να είναι νομικά καλυμμένοι για την τοποθέτησή τους αυτή από ιατρικής άποψης – ότι ο πάσχων οργανισμός δε θα μπορέσει να ξαναλειτουργήσει φυσιολογικά και αυτόνομα και δε θα συνδέουν εξαρχής τον ασθενή, ο οποίος έτσι πεθαίνει, ενώ ενδέχεται και να υπήρχε μια κάποια πιθανότητα να τα κατάφερνε, εάν για κάποιο διάστημα υποστηριζόταν.

αποφάσεων. Και εδώ, τίθεται το ερώτημα εάν τυχόν προγενέστερες οδηγίες του ασθενή για τη διακοπή αυτής της μορφής θεραπείας είναι δεσμευτικές. Εύλογα υποστηρίζονται διάφορες απόψεις.

Σύμφωνα με τη σχετική εισήγηση της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής,<sup>62</sup> εάν δεν υπάρχει ελπίδα ίασης του ασθενή αλλά η επιδείνωση της κατάστασης του είναι αργή και είναι αβέβαιος ο χρόνος επέλευσης του θανάτου, ο γιατρός, αφού ενημερώσει τον ασθενή και τους οικείους του, μπορεί να διακόψει την παράταση και να περιοριστεί στην ανακουφιστική αγωγή του ασθενή. Ο γιατρός οφείλει να λάβει υπόψη την ήδη εκφρασθείσα συναίνεση του ασθενή του. Εάν υπάρξουν διαφωνίες μεταξύ του ιατρού και των οικείων του ασθενή ή μεταξύ συγγενών του ασθενή πρέπει να προβλεφθούν διαδικασίες επίλυσής τους, όπως η διαμεσολάβηση της Επιτροπής δεοντολογίας και η παρέμβαση των κοινωνικών λειτουργών της μονάδας. Σε περίπτωση αδυναμίας επίλυσης της σύγκρουσης προτείνεται η παραίτηση του γιατρού ή η παράταση της ζωής του ασθενή.

Συνεπώς, οι προγενέστερες οδηγίες με αίτημα την αποσύνδεση του ασθενή, δεν δεσμεύουν, άνευ άλλου, τον γιατρό. Μπορούν απλώς να συνεκτιμηθούν σε συνδυασμό με την εκτίμηση των γιατρών για την κατάσταση της υγείας του ασθενή.<sup>63</sup>

### **3.3. «Ευθανασία;» νεογνών- Πρώιμη ευθανασία**

Πρόκειται για περιπτώσεις νεογνών που γεννιούνται με σοβαρές σωματικές αναπηρίες ή εγκεφαλικές βλάβες, πολύ πρόωρα, με εξαιρετικά χαμηλό βάρος γέννησης, τα οποία, παρά τις επιβαρύνσεις που έχουν, δεν υποφέρουν κατ' ανάγκη ούτε βρίσκονται σε στάδιο επικείμενου θανάτου.<sup>64</sup> Για τα νεογνά αυτά είναι διαθέσιμη και συχνά παρέχεται εντατική φροντίδα. Με δεδομένη όμως, την περιορισμένη αποτελεσματικότητά της στην αντιμετώπιση του θανάτου και στην προσπάθεια πλήρους αποκατάστασης της υγείας αυτών των παιδιών, εγείρονται έντονα βιοηθικά ερωτήματα για τη χρήση και τη σκοπιμότητα παροχής εντατικής φροντίδας, σε τέτοιες κλινικές περιπτώσεις.

Κατά συνέπεια, αναδεικνύεται το ευρύτερο βιοηθικό δίλημμα της διατήρησης της ανθρώπινης ζωής με κάθε κόστος και συνέπεια, με την εφαρμογή υποστηρικτικών για τη ζωή πρακτικών εντατικής φροντίδας ή της εφαρμογής ορίων στην παροχή των επεμβατικών και σωτήριων για τη ζωή τεχνικών και φαρμάκων, προκειμένου η

---

<sup>62</sup> Εισήγηση της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής, «Σχετικά με την τεχνητή παράταση της ζωής», 2006 και συνοδευτική έκθεση, (Κ.Μανωλάκου-Τ.Βιδάλης), [www.bioethics.gr](http://www.bioethics.gr)

<sup>63</sup> Ελένη Ρεθυμιωτάκη, Ευθανασία και διαθήκες ζωής, ό.π. σελ.186.

<sup>64</sup> Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε., «Η ευθανασία στο ποινικό δίκαιο», Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2007,σελ.157.

πορεία της νόσου και η κατάσταση της υγείας του νεογέννητου να εξελιχθεί με φυσικό τρόπο, χωρίς παρεμβάσεις.<sup>65</sup>

Στη διεθνή βιβλιογραφία καταγράφονται τρεις διαφορετικές προσεγγίσεις και στρατηγικές φροντίδας των εξαιρετικώς/πολύ πρόωρων και νοσούντων νεογνών: α) η «παρεμβατική προσέγγιση» ('interventionist approach') ή «στρατηγική του να περιμένει κανείς μέχρι να βεβαιωθεί» ('wait until certainty strategy'), η οποία συνίσταται στην παροχή «επιθετικής» εντατικής φροντίδας και θεραπείας εξ αρχής σε όλα τα νεογνά, β) η «στατιστική προσέγγιση» ('statistic approach') ή «στρατηγική των στατιστικών προγνωστικών» ('statistical prognostic strategy'), που θέτει εξ αρχής ηθικά όρια στην παρεχόμενη εντατική φροντίδα, ανάλογα με την ηλικία κύησης και το βάρος του νεογνού, βασιζόμενη στις στατιστικές πιθανότητες για μια δυσμενή διάγνωση ή κακή έκβαση του περιστατικού και γ) η «εξατομικευμένη προσέγγιση» ('individualized approach') ή «εξατομικευμένη προγνωστική στρατηγική» ('individual prognostic strategy'), που προτείνει την έναρξη της εντατικής φροντίδας σχεδόν σε κάθε νεογνό και την τακτική επανεκτίμηση της στη συνέχεια, ανάλογα με την σοβαρότητα των προκληθεισών βλαβών.

Ωστόσο, καταγράφεται επίσης, μια τάση σύγκλισης προς ένα συγκεκριμένο κριτήριο λήψης αποφάσεων ηθικού περιεχομένου, το κριτήριο του «βέλτιστου συμφέροντος» ('best interest') του νεογνού. Το κριτήριο αυτό, παρά τις επικρίσεις που έχει δεχτεί, από τη μια, φαίνεται να εφαρμόζεται συχνότερα στην κλινική πρακτική και από την άλλη, τείνει να προτείνεται συχνότερα, τόσο από διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες και συστάσεις, όσο και από επιστημονικούς φορείς. Με βάση αυτή την προσέγγιση, κριτήριο για την παροχή εντατικής φροντίδας ή για την οριοθέτηση της παρεχόμενης φροντίδας αποτελεί η ποιότητα ζωής του νεογνού, τόσο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του, όσο και μακροπρόθεσμα.

Ως εναλλακτική αυτού του κριτηρίου, προτάθηκε η «Άποψη των ορίων» ('The Threshold View') του Wilkinson (2011), σύμφωνα με την οποία, δεν θεωρείται υποχρεωτικό να συνεχιστεί η υποστήριξη της ζωής των νεογνών που αναμένεται να έχουν πολύ χαμηλά επίπεδα ευημερίας στο μέλλον.

Παρά την έλλειψη ομοφωνίας, στις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες και συστάσεις καταγράφεται συμφωνία ότι δεν υπάρχει καμιά ελπίδα επιβίωσης στα νεογνά με ηλικία κύησης ίση ή μικρότερη των 22 εβδομάδων και ότι το κατώτατο όριο της ανθρώπινης βιωσιμότητας εντοπίζεται μεταξύ της αρχής και του τέλους της 22ης εβδομάδας κύησης. Για τα νεογνά αυτών των ηλικιών, συνιστάται μόνο η προσφορά παρηγορητικής φροντίδας και άνεσης. Για την αντιμετώπιση των νεογνών που γεννιούνται στη χρονική περίοδο μεταξύ της 23ης και 24ης (ή αλλού 25ης)

---

<sup>65</sup> Δάγλα Μαρία, Διδακτορική Διατριβή με θέμα «Βιοηθικές αποφάσεις που αφορούν τη φροντίδα νεογνών κατά την περιγεννητική περίοδο: απόψεις επαγγελματιών υγείας στη χώρα μας», 2015, Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών, <https://phdtheses.ekt.gr/eadd/handle/10442/36588>.



εβδομάδας κύησης, περίοδος η οποία και χαρακτηρίζεται ως «γκρίζα ζώνη», συνιστάται να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη η γνώμη των γονέων, εξαιτίας της επικρατούσας αβεβαιότητας.

Όπως προκύπτει από τα παραπάνω, το ρυθμιστικό πλαίσιο της νεογνικής εντατικής φροντίδας, στις περιπτώσεις των εξαιρετικώς/πολύ πρόωρων και νοσούντων νεογνών, παραμένει, παρά τις διεθνείς προσπάθειες, μάλλον ασαφές και αμφισβητούμενο, ενώ από την άλλη μεριά, οι προκλήσεις και τα διλήμματα που προκύπτουν κατά την κλινική πρακτική, μάλλον εντείνονται παρά μειώνονται, με την πρόοδο και την εξέλιξη των διαθέσιμων μέσων και τεχνικών.<sup>66</sup>

Η κρατούσα άποψη στη νομική θεωρία, πάντως, δέχεται ότι οι περιπτώσεις αυτές αυτομάτως απεκδύονται της συζήτησης περί ευθανασίας και εμπίπτουν στην ύλη που οριοθετείται από τις διάφορες μορφές ανθρωποκτονίας. Στις περιπτώσεις αυτές, πέραν του ότι διαπιστώνεται παντελής έλλειψη συμμετοχής στην όλη διαδικασία του «θύματος», δεν γίνεται επιλογή μεταξύ ενός άμεσου επώδυνου ή ανώδυνου θανάτου, ώστε να υπάρχει μια αναλογία των συγκρουόμενων μεγεθών που θα οδηγούσε, με την σειρά της, στην εφαρμογή πρακτικών ευθανασίας. Αντίθετα, γίνεται στάθμιση ανάμεσα στην ζωή ενός ατόμου και στην ποιότητα της ζωής του, όπως μάλιστα την αντιλαμβάνονται οι τρίτοι και όχι ο ίδιος ο φορέας της, μεγέθη που όμως είναι μη συγκρίσιμα. Οι ανατριχιαστικοί συνειρμοί περί «ανάξιας να βιωθεί ζωής» είναι αναπόφευκτοι...

Η θανάτωση αυτών των παιδιών συνιστά προσβολή της ζωής με κριτήριο, κατά κύριο λόγο, τις δημιουργούμενες, για την οικογένεια και τον στενότερο και ευρύτερο κοινωνικό περίγυρο, δυσκολίες. Στην πραγματικότητα, αποτελεί άσκηση μιας ευγονικής/κοινωνικής πολιτικής, η σύνδεση της δε, με την έννοια της ευθανασίας, απλά, σχετικοποιεί την απαξία της πράξης.<sup>67</sup>

#### **3.4. Ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία.**

Στον ελληνικό Ποινικό Κώδικα (ΠΚ)-ν.4619/2019 υπάρχει η σχετική διάταξη του άρθρου 301, όπου προβλέπεται:

---

<sup>66</sup> Δάγλα Μαρία, ό.π., (αποσπάσματα από την Εισαγωγή).

<sup>67</sup> Επιπλέον, αίσθηση στη διεθνή έννομη τάξη προκάλεσε το Πρωτόκολλο του Groningen, το οποίο δημιουργήθηκε το Σεπτέμβριο του 2004 από τον Eduard Verhagen, διευθυντή της παιδιατρικής μονάδας στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Groningen στην Ολλανδία μετά τη συνεργασία γιατρών, νομικών, γονέων και εισαγγελικών αρχών. Το Πρωτόκολλο αυτό περιέχει τις κατευθυντήριες οδηγίες και τις προϋποθέσεις υπό τις οποίες ένας γιατρός μπορεί να προχωρήσει σε πράξη άμεσης ενεργητικής ευθανασίας σε ένα νεογνό χωρίς το φόβο της ποινικής δίωξης. Σύμφωνα μ' αυτό, ο γιατρός μπορεί και ενεργητικά να προκαλέσει το θάνατο νεογνών με βαριές διαμαρτίες, σε βέβαιες, απέλπιδες και ανυπόφορες καταστάσεις μετά από ενημερωμένη συναίνεση των γονέων, τη σύμφωνη γνώμη ανεξαρτήτου προς την υπόθεση γιατρού και με την προϋπόθεση ότι η πράξη θα εκτελεστεί σύμφωνα με τους κανόνες της Ιατρικής. Πηγή: <https://www.jpnm.gr/gr/downloadPDF/172> άρθρο, με τίτλο «Ιατρικές αποφάσεις στο τέλος της ζωής σοβαρά πασχόντων νεογνών: Ποιά η στάση των νεογνολόγων;», Περιγεννητική Ιατρική & Νεογνολογία Τόμ. 12, Τευχ. 3, σελ. 01-06, 2017.

*Άρθρο 301ΠΚ: Συμμετοχή σε αυτοκτονία. «Όποιος με πρόθεση 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.»*

Εν προκειμένω, το σημείο ενδιαφέροντος εστιάζεται στην παροχή βοήθειας η οποία έγκειται, κατά κυριολεξία, στη χορήγηση των απαραίτητων μέσων για να επέλθει το τέλος, με τρόπο ανώδυνο. Το αποτέλεσμα του θανάτου δεν επέρχεται από τρίτο πρόσωπο – γιατρό ή μη – αλλά από τον ίδιο τον πάσχοντα.

Ως τρόποι βοήθειας, αναφέρονται συχνά, η συνταγολόγηση ενός σκευάσματος ή συνδυασμού σκευασμάτων που θα επιφέρουν το θάνατο, μία ένεση που θα χορηγήσει ο γιατρός για να την κάνει ο ίδιος ο ασθενής στον εαυτό του, ή ακόμη και κάποιος μηχανισμός τον οποίο θα χειριστεί ο ίδιος ο ασθενής. Είναι ευρέως γνωστή η περίπτωση του Αμερικανού γιατρού dr.Kevorkian,<sup>68</sup> ο οποίος είχε εφεύρει μία μηχανή που διοχέτευε διοξείδιο του άνθρακα στους πνεύμονες. Αυτή τη μηχανή προμήθευε στους ασθενείς που επιθυμούσαν να πεθάνουν και τη χειριζόταν μόνοι τους, με το πάτημα ενός κουμπιού, επιφέροντας στον εαυτό τους ένα σχετικά ανώδυνο και σύντομο τέλος.<sup>69</sup>

Στην θεωρία υποστηρίζεται<sup>70</sup> ευρέως, ότι η ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία αποτελεί υποπερίπτωση, ότι εντάσσεται στη θεματική της ενεργητικής ευθανασίας, τονίζοντας όμως και την ιδιαιτερότητα αυτής, σε σχέση με τις μορφές ευθανασίας που, ήδη, αναφέρθηκαν παραπάνω. Συχνά, τα όρια ανάμεσα στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία και την εκούσια ενεργητική ευθανασία, είναι δυσδιάκριτα ή συγχέονται. Και οι δύο αυτές περιπτώσεις, περιλαμβάνουν κάποια μορφή βοήθειας για να επέλθει ο θάνατος, απαιτείται δηλαδή η παρέμβαση τρίτου/ων. Καθώς όμως, στην προκειμένη περίπτωση, το αποτέλεσμα του θανάτου προκαλείται από τον ίδιο τον πάσχοντα, δεν μπορεί να γίνει λόγος για ευθανασία, παρότι στην ουσία σχετίζεται άμεσα με αυτή και κατ'αυτό τον τρόπο απαλλάσσει τους συμμετέχοντες από οποιαδήποτε ευθύνη.

Ωστόσο, παρατηρείται ότι σε πολλές περιπτώσεις υποβοηθούμενης ιατρικά αυτοκτονίας δεν είναι απαραίτητη προϋπόθεση το άτομο που επιθυμεί το τέλος της ζωής του να υποφέρει από αφόρητους πόνους ή μία τέτοια κατάσταση να αποτελεί το λόγο για την πράξη της αυτοκτονίας ή της υποβοήθησης αυτής της πράξης. Επίσης, δεν τίθεται ως προϋπόθεση το επιλεγόμενο μέσο, να είναι όσο το δυνατό πιο ανώδυνο.

<sup>68</sup> Περισσότερα παρακάτω, Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup> - Ε. Γιατροί του ελέους ή γιατροί του θανάτου;

<sup>69</sup> Ευάγγελος Π. Πρωτοπαπαδάκης, «Η ευθανασία απέναντι στη σύγχρονη Βιοηθική», όπ.π.σελ.58.

<sup>70</sup> Συμεωνίδου-Καστανίδου Ελ., «Η ευθανασία στο ποινικό δίκαιο» Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2007, σελ.145, Καίσαρης Π. «Περί ευθανασίας», Αχαϊκές Εκδόσεις, Πάτρα 1999, σελ.20, Κατρούγκαλος Γ., «Το δικαίωμα στη ζωή και το θάνατο», Εδόσεις Αντ. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή, 1993, σελ.104.

Αξιοσημείωτη πάντως είναι και η παρατήρηση, ότι ο σημαντικότερος, ίσως, παράγοντας για τον χαρακτηρισμό μιας ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας ως τέτοιας, είναι ο «συνδυασμός» της πρόθεσης του γιατρού (στις περισσότερες περιπτώσεις) ή τρίτου και του ασθενούς<sup>71</sup> ή καλύτερα η ταύτιση των προθέσεών τους.

Στις Η.Π.Α. είναι νόμιμη η ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία<sup>72</sup> στις Πολιτείες του Όρεγκον (πρωτοπόρος στην θεμελίωση του δικαιώματος στον αξιοπρεπή θάνατο (Death with Dignity), ήδη από το 1994), της Μοντάνα,<sup>73</sup> της Ουάσινγκτον, του Βερμόντ, του Κολοράντο, της Καλιφόρνια, της Κολούμπια και της Χαβάη (από το 2019).<sup>74</sup>

Σε Ευρωπαϊκό επίπεδο, όσον αφορά την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία, αυτή επιτρέπεται, με προϋποθέσεις, στην Ελβετία, στην Ολλανδία, στο Βέλγιο, στο Λουξεμβούργο και πρόσφατα στην Ισπανία. Οι διαφορές των τελευταίων χωρών

---

<sup>71</sup> Ευάγγελος Π. Πρωτοπαπαδάκης, ο.π. σελ.59, όπου χαρακτηριστικά αναφέρονται τα παρακάτω παραδείγματα: «Εάν ο γιατρός, για παράδειγμα, χορηγήσει μία μεγάλη δόση αναλγητικών για να ελέγξει τον έντονο πόνο του ασθενούς, αλλά η αγωγή αυτή επιφέρει το θάνατο, η πράξη δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Επίσης, εάν ο ασθενής ζητήσει μια φαρμακευτική αγωγή προφασιζόμενος έντονο πόνο, αλλά την χρησιμοποιήσει για να θέσει τέλος στη ζωή του, πάλι πρέπει να κάνουμε λόγο για απλή αυτοκτονία.»

<sup>72</sup> Φοίβος Λαζαράτος, « Αξιοπρεπής θάνατος και ιατρική υποβοήθηση σε αυτοχειρισμό», Νοέμβριος 2018 σε <https://theartofcrime.gr>.

<sup>73</sup> Αξιοσημείωτη είναι η περίπτωση της πολιτείας της Μοντάνα, όπου εκδόθηκε μία απόφαση-σταθμός για την αναγνώριση ενός συνταγματικού δικαιώματος στον αξιοπρεπή θάνατο. Πρόκειται για την υπόθεση *Baxter v. Montana*, στην οποία εξετάστηκε το ερώτημα κατά πόσο το αμερικανικό Σύνταγμα εγγυάται σε ασθενείς με θανατηφόρα αρρώστια το δικαίωμα να λαμβάνουν συνταγογραφούμενα από τους ιατρούς τους φάρμακα που επιφέρουν τον θάνατο. Το Ανώτατο Δικαστήριο της Μοντάνα απεφάνθη ότι το δικαίωμα σε ιατρική υποβοήθηση στον αυτοχειρισμό συμπεριλαμβάνεται στο απαραβίαστο δικαίωμα της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Απέρριψε μεν οποιαδήποτε περίπτωση ευθανασίας, δέχτηκε όμως ότι επί τη βάση του δικαιώματος στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια μπορεί να γίνει δεκτή η ιατρική υποβοήθηση στην αυτοκτονία του πάσχοντος που θέλει να θέσει ένα αξιοπρεπές τέλος στην ζωή του. Σημειώνεται βέβαια ότι η αναγνώριση του δικαιώματος αυτού στην ως άνω πολιτεία περιορίζεται σε νομολογιακό επίπεδο, καθότι δεν έχει θεσπιστεί σχετική νομοθετική ρύθμιση.

<sup>74</sup> Φοίβος Λαζαράτος, ό.π... «Αν και οι επιμέρους πολιτείες έχουν ρυθμίσει με δικό τους νόμο το ζήτημα, γενικώς οι προϋποθέσεις του δικαιώματος στον αξιοπρεπή θάνατο αποκρυσταλλώνονται, με ελάχιστες αποκλίσεις, στις ακόλουθες: α) ο ασθενής πρέπει να είναι ενήλικο άτομο, β) πρέπει να έχει την ικανότητα να λαμβάνει αποφάσεις και να μπορεί να προβεί ο ίδιος σε πράξη αυτοχειρισμού, γ) πρέπει να έχει διαγνωστεί από ιατρό ότι πάσχει από ανίατη αρρώστια, η οποία ως μη αναστρέψιμη, οδηγεί στον θάνατο, δ) πρέπει να έχει προβεί σε δύο τουλάχιστον προφορικές δηλώσεις ενώπιον του ιατρού ότι επιθυμεί να θέσει τέλος στην ζωή του, ενώ πρέπει επίσης να υποβάλει γραπτό αίτημα υπογεγραμμένο παρουσία δύο μαρτύρων, ε) ο ιατρός που συνταγογραφεί το φάρμακο πρέπει να διαπιστώσει επιπλέον τόσο το ανίατο της ασθένειας, όσο και την ικανότητα του ασθενούς για λήψη αποφάσεων, ενώ αντίθετα, αν θεωρήσει ότι υπάρχει κάποια αδυναμία ή ψυχολογική διαταραχή του ασθενούς, οφείλει να τον παραπέμψει σε ψυχιατρική εξέταση, στ) ο ίδιος ιατρός πρέπει να πληροφορήσει τον ασθενή για τις υφιστάμενες εναλλακτικές λύσεις, ζ) ο ιατρός πρέπει περαιτέρω να ζητήσει να ενημερώσει ο ασθενής τον κοντινότερο συγγενή του (αν υπάρχει) σχετικά με την απόφασή του να θέσει τέλος στην ζωή του, και τέλος, η) οποιαδήποτε υποβοήθηση στον αυτοχειρισμό πρέπει να γίνει μόνο με φάρμακα, τα οποία συνταγογραφούνται από τον αρμόδιο ιατρό.»

από την Ελβετία έγκεινται, πρώτον στο ότι έχουν νομιμοποιήσει και την ευθανασία, δεύτερον στο ότι η υποβοήθηση πρέπει να παρέχεται μόνον από γιατρό και τρίτον στο ότι η υποβοήθηση αυτή είναι επιτρεπτή, μόνο στην περίπτωση που ο ασθενής πάσχει από πόνους ανίατης ασθένειας.

Ιδιαιτερότητα για το εν λόγω θέμα παρουσιάζει η Γερμανία, όπου το έτος 2015 εισήχθη στον γερμανικό ποινικό κώδικα μία νέα διάταξη ( άρθρο 217 γερμ.Π.Κ.) με την οποία κατέστη αξιόποινη η υποστήριξη του αυτοχειριασμού στο πλαίσιο *επιχειρηματικής δραστηριότητας*. Όπως υποστηρίχτηκε στην αιτιολογική έκθεση της νέας διάταξης, λόγω της υπερβολικής προσφοράς «ευκαιριών για αυτοκτονία» από τους γιατρούς, οι περιπτώσεις των αυτοχείρων αυξήθηκαν. Έτσι, με την νέα διάταξη κατέστη αξιόποινη τόσο η κερδοσκοπική (από επαγγελματίες ιατρούς) όσο και η οργανωμένη εθελοντική (από κλινικές ή από εθελοντικούς οργανισμούς) υποστήριξη στην αυτοκτονία κάποιου. Αντίθετα, κάθε άλλη υποβοήθηση σε αυτοχειριασμό μένει ατιμώρητη. Παρακάτω, στο Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup>, παρουσιάζεται πρόσφατη απόφαση του Ομοσπονδιακού Συνταγματικού Δικαστηρίου, η οποία επικυρώνει τη νομιμότητα της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας.<sup>75</sup> Συγκεκριμένα κρίθηκε αντισυνταγματικός ο νόμος που απαγόρευε την αυτοκτονία με επαγγελματική βοήθεια, καθώς κρίθηκε ότι τελικά, στερούσε από τους ασθενείς «το δικαίωμα σε αυτοκαθορισμένο θάνατο». Πρόσφατα, κατατέθηκε νομοθεσία στο γερμανικό κοινοβούλιο, η οποία θα επιτρέπει την υποβοηθούμενη αυτοκτονία σε πάσχοντες ενήλικες, αφού πρώτα περάσουν από μια διαδικασία συμβουλευτικής.<sup>76</sup> Πρόσφατα, επίσης, στον Καναδά,<sup>77</sup> η Βουλή των Κοινοτήτων έχει εγκρίνει ένα αναθεωρημένο νομοσχέδιο που επεκτείνει την πρόσβαση στην ευθανασία, συμπεριλαμβανομένων των ατόμων που πάσχουν αποκλειστικά από ψυχικές ασθένειες. Το νομοσχέδιο έχει σκοπό να τροποποιήσει τον ισχύοντα νόμο έτσι ώστε να συμμορφώνεται με μια απόφαση του Ανώτατου Δικαστηρίου του Κεμπέκ του 2019, η οποία καταργεί μια διάταξη που επιτρέπει τον υποβοηθούμενο θάνατο μόνο στα άτομα που υποφέρουν αόρητα, των οποίων ο φυσικός θάνατος είναι «εύλογα προβλέψιμος». Η αναθεωρημένη έκδοση του νόμου C-7 πέρασε με ψηφοφορία 180-149 και το νομοσχέδιο επιστρέφει στη Γερουσία για έγκριση. Το αποτέλεσμα της ψηφοφορίας καθιστά τον Καναδά ένα βήμα πιο κοντά στην ευθανασία για άτομα που πάσχουν από ψυχική ασθένεια και όχι από σωματικό

---

<sup>75</sup> Άρθρο με τίτλο «Γερμανία: Ανώτατο Δικαστήριο επικυρώνει το δικαίωμα της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας», στην ιστοσελίδα της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής <http://www.bioethics.gr/index.php/el/anakoinosis/2671-26-03-2020>.

<sup>76</sup> Άρθρο με τίτλο «[02-03-2021] Κόσμος: Τι ισχύει για την ευθανασία στη Γερμανία, τη Πορτογαλία και την Αυστραλία», στην ιστοσελίδα της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής <http://www.bioethics.gr/index.php/el/anakoinosis/2933-02-03-2021>.

<sup>77</sup> Άρθρο με τίτλο «[10-5-21] Ο Καναδάς στα πρόθυρα για να επιτραπεί η ευθανασία για ψυχικές ασθένειες», στην ιστοσελίδα της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής <http://www.bioethics.gr/index.php/el/anakoinosis/2989-10-05-2021>.

πόνος. Ο αναθεωρημένος νόμος έχει πυροδοτήσει συζητήσεις επειδή αγνοεί τα επιχειρήματα των υπέρμαχων της αναπηρίας.

Επίσης, η Κολομβία είναι η μοναδική χώρα της Λατινικής Αμερικής, όπου η ευθανασία και η ιατρικά επιβοηθούμενη αυτοκτονία δεν θεωρούνται αξιόποινες πράξεις. Τέλος, η Βικτώρια είναι η πρώτη πολιτεία της Αυστραλίας που νομιμοποίησε τον υποβοηθούμενο εκούσιο θάνατο (Voluntary Assisted Dying) από τον Ιανουάριο του 2019.

## **Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup>: «Συνάντηση» της ευθανασίας στο χώρο του δικαίου.**

### **4.1. Εκκινώντας από τα θεμελιώδη. Το κατοχυρωμένο και οικουμενικό δικαίωμα στη ζωή ακολουθείται από ένα «δικαίωμα» στη διακοπή της ζωής; (αντικρουόμενες απόψεις, α) ελληνικό Σύνταγμα και β) διεθνή κείμενα).**

Ο ειδικότερος προβληματισμός που αναπτύχθηκε στο νομικό κόσμο στη χώρα μας, αναφορικά με την ευθανασία, έγκειται στον αν, καταρχήν, μπορεί να γίνεται λόγος για ένα «δικαίωμα» στο θάνατο ή στη διακοπή της ζωής, που να μπορεί να συναχθεί από το ελληνικό Σύνταγμα και, κατά προέκταση, αν, τελικά, είναι εφικτή μια νομοθετική πρόβλεψη με έρεισμα στα ατομικά συνταγματικά δικαιώματα, είτε στο άρθρο 5 του Σ.<sup>78</sup> (ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας, δικαίωμα στη ζωή, προσωπική ελευθερία) είτε στο άρθρο 2 παρ.1 του Σ.<sup>79</sup> και την αρχή της ανθρωπίνης αξίας. Στη νομική θεωρία, όπως είναι αναμενόμενο, δεν υπάρχει ομοφωνία.

---

<sup>78</sup> Άρθρο 5: 1. Καθένας έχει δικαίωμα να αναπτύσσει ελεύθερα την προσωπικότητά του και να συμμετέχει στην κοινωνική, οικονομική και πολιτική ζωή της Χώρας, εφόσον δεν προσβάλλει τα δικαιώματα των άλλων και δεν παραβιάζει το Σύνταγμα ή τα χρηστά ήθη.

2. Όλοι όσοι βρίσκονται στην Ελληνική Επικράτεια απολαμβάνουν την απόλυτη προστασία της ζωής, της τιμής και της ελευθερίας τους, χωρίς διάκριση εθνικότητας, φυλής, γλώσσας και θρησκευτικών ή πολιτικών πεποιθήσεων. Εξαιρέσεις επιτρέπονται στις περιπτώσεις που προβλέπει το διεθνές δίκαιο. Απαγορεύεται η έκδοση αλλοδαπού που διώκεται για τη δράση του υπέρ της ελευθερίας.

3. Η προσωπική ελευθερία είναι απαραβίαστη. Κανένας δεν καταδιώκεται ούτε συλλαμβάνεται ούτε φυλακίζεται ούτε με οποιονδήποτε άλλο τρόπο περιορίζεται, παρά μόνο όταν και όπως ορίζει ο νόμος.

\*\*4. Απαγορεύονται ατομικά διοικητικά μέτρα που περιορίζουν σε οποιονδήποτε Έλληνα την ελεύθερη κίνηση ή εγκατάσταση στη Χώρα, καθώς και την ελεύθερη έξοδο και είσοδο σ' αυτήν. Τέτοιου περιεχομένου περιοριστικά μέτρα είναι δυνατόν να επιβληθούν μόνο ως παρεπόμενη ποινή με απόφαση ποινικού δικαστηρίου, σε εξαιρετικές περιπτώσεις ανάγκης και μόνο για την πρόληψη αξιόποινων πράξεων, όπως νόμος ορίζει.

\*\*5. Καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας. Νόμος ορίζει τα σχετικά με την προστασία κάθε προσώπου έναντι των βιοϊατρικών παρεμβάσεων.

---

\*Ερμηνευτική δήλωση: Στην απαγόρευση της παραγράφου 4 δεν περιλαμβάνεται η απαγόρευση της εξόδου με πράξη του εισαγγελέα, εξαιτίας ποινικής δίωξης, ούτε η λήψη μέτρων που επιβάλλονται για την προστασία της δημόσιας υγείας ή της υγείας ασθενών, όπως νόμος ορίζει.

<sup>79</sup> Άρθρο 2: (Πρωταρχικές υποχρεώσεις της πολιτείας)

Χαρακτηριστική και κατηγορηματική είναι η άποψη του Ι. Μανωλεδάκη, ότι η ευθανασία δεν μπορεί να αποτελέσει καν αντικείμενο ρύθμισης του θετικού δικαίου, αλλά συνιστά μία υπαρξιακή κατάσταση που εκφεύγει του κανονιστικού δικαίου και αποτελεί αντικείμενο μιας ηθικής ή πολιτικής συζήτησης.

Ο Ι. Μανωλεδάκης,<sup>80</sup> εκκινώντας και αναλύοντας την έννοια του δικαιώματος ως «η παρεχόμενη από την έννομη τάξη στο πρόσωπο εξουσία για την πραγμάτωση βιοτικού συμφέροντος» ή, κατ'ελαφρώς αποκλίνουσα διατύπωση, «για την ικανοποίηση εννόμων συμφερόντων του», προχωρά στον προσδιορισμό του «δικαιώματος στη ζωή», η οποία (ζωή) συνιστά ανώτερο αγαθό σε σχέση με την προσωπική ελευθερία από νομική άποψη (θετικού δικαίου) και θέτει το κρίσιμο ερώτημα, αν, πέρα από το δικαίωμα στη ζωή, υπάρχει και «δικαίωμα στο θάνατο». Αν η αυτοδιάθεση μπορεί να φτάσει μέχρι την αυτοπροσβολή της ζωής.

Ο ίδιος υποστηρίζει ότι «η διαφορά μιας φιλελεύθερης από μια ολοκληρωτική έννομη τάξη δεν βρίσκεται στην αναγνώριση από την πρώτη ενός απόλυτου δικαιώματος στη ζωή για κάθε άνθρωπο, με αντίστοιχο «δικαίωμα» παραίτησης, με αντίστοιχο, δηλαδή, «δικαίωμα θανάτου» (αυτοκαταστροφής). Αυτό θα συνεπαγόταν «αυτοκτονία» (και) για την ίδια την έννομη τάξη, αφού θα παραιτούνταν έτσι από την αυτοπροστασία της, και θα αποτελούσε νομικό παράδοξο. (*absurdum*). Η διαφορά βρίσκεται στην αναγνώριση από την φιλελεύθερη έννομη τάξη στο κάθε πρόσωπο ελευθερίας να διαμορφώνει το περιεχόμενο (τον τρόπο) της ζωής του, αλλά όχι να την καταλύσει! Θα ήταν παράλογο να παρέχει η έννομη τάξη «δικαίωμα στο θάνατο». Ή με άλλα λόγια ένα «δικαίωμα» στο θάνατο δεν θα είχε πάντως ως πηγή του την έννομη τάξη!»

Σε αντίθετο κλίμα κινούνται απόψεις που υποστηρίζουν ότι, για την συνταγματική δικαιολόγηση της ευθανασίας, θα πρέπει να προταχθούν οι περιπτώσεις της «ειδικής μορφής αρνητικού αιτήματος» για διακοπή μιας ανώφελης θεραπείας<sup>81</sup> καθώς και το «θετικό αίτημα» για λήψη θανατηφόρου φαρμάκου. Έτσι, η επιλογή του θανάτου, εδράζεται στην αυτοδιάθεση, είναι μορφή αυτοπροσδιορισμού και χρωματίζει «το θετικό δικαίωμα του ασθενούς στον καθορισμό του ευ ζην, με τον προσδιορισμό του τέλους της ζωής, με την επιλογή του τρόπου και χρόνου θανάτου», θέτοντας εκ ποδών την ταύτιση του νομικού με το βιολογικό στοιχείο του ατόμου.

Πιο συγκεκριμένα, υποστηρίζεται ότι, η παθητική ευθανασία είναι εφικτό να θεμελιωθεί συνταγματικά, ως μορφή άρνησης θεραπείας, στο άρθρο 5 παρ.1 (δικαίωμα αυτοδιάθεσης) ενώ η ενεργητική ευθανασία θεμελιώνεται στην

---

1. Ο σεβασμός και η προστασία της αξίας του ανθρώπου αποτελούν την πρωταρχική υποχρέωση της Πολιτείας.

<sup>80</sup> Ιωάννης Μανωλεδάκης, «υπάρχει δικαίωμα στο θάνατο;», από την ομιλία κατά την επίσημη υποδοχή του συγγραφέα ως αντεπιστέλλοντος μέλους στην Ακαδημία Αθηνών την 20<sup>η</sup> Απριλίου 2004, άρθρο στα Ποινικά Χρονικά, ΝΔ/2004, σελ.577-585.

<sup>81</sup> Τσαϊτουρίδης Χ., «Η ευθανασία ως συνταγματικό δικαίωμα του ασθενούς», ΤοΣ 3/2002, σελ.378.

ελευθερία ανάπτυξης της προσωπικότητας και όχι τόσο στην προσωπική, φυσική ελευθερία του άρθρου 5 παρ.3 και επικουρικά στα άρθρα 2 παρ.1 και 7 παρ.2<sup>82</sup> Σ.<sup>83</sup> Ενδιαφέρον παρουσιάζει και η άποψη<sup>84</sup> ότι το δικαίωμα διακοπής της ζωής, η ελευθερία του ατόμου να αποφασίσει τη διακοπή της ζωής του, απορρέει από το ίδιο το δικαίωμα στη ζωή (άρθρο 5 παρ.2 Σ) και όχι από το δικαίωμα της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας (άρθρο 5 παρ.1 Σ), δεδομένου ότι το δικαίωμα στη ζωή είναι ειδικότερο από το δικαίωμα της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας. Η εν λόγω άποψη εκκινεί από τη φύση του ατομικού δικαιώματος προστασίας της ανθρώπινης ζωής ως αμυντικού δικαιώματος, από το οποίο δεν θα μπορούσε να συναχθεί μια υποχρέωση του ατόμου να ζει.

Ειδικότερα, υποστηρίζεται ότι προστατευόμενο αγαθό του ατομικού αμυντικού δικαιώματος στη ζωή, είναι η προστασία της ζωής από κρατικές προσβολές και ακούσιες επεμβάσεις. Το κράτος πρέπει να αναγνωρίζει στον ιδιώτη, στον τομέα της ζωής του ένα πεδίο ελευθερίας, το οποίο ο ίδιος δικαιούται να αυτοκαθορίσει. Η απόφαση τέλους της ζωής συνιστά έκφανση της αυτοδιάθεσης του ατόμου. Το άτομο αμύνεται και έχει δικαίωμα να αρνηθεί σωτήριες για τη ζωή του ιατρικές επεμβάσεις, όταν δεν συμφωνεί με αυτές. Υπό την έννοια αυτή, το άτομο δικαιούται να αρνηθεί τη συνέχιση της ζωής του ή ακόμα και να θέσει με τη βούλησή του τέλος σε αυτή.

Υποστηρίζεται επίσης, ότι η αναγνώριση ενός δικαιώματος στο θάνατο, ως άλλη όψη του δικαιώματος στη ζωή, δεν θα μπορούσε να οδηγήσει σε ένα απεριόριστο δικαίωμα ενεργητικής ευθανασίας. Μόνο με πολύ αυστηρά οριζόμενες, νομοθετικά, προϋποθέσεις και με γνώμονα την προστασία του ιδίου συμφέροντος του ασθενούς, η ενεργητική ευθανασία θα μπορούσε να θεωρηθεί συνταγματικά επιτρεπτή.

## **β. Ανασκόπηση διεθνούς δικαίου.**

Στον ευρωπαϊκό χώρο, η Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την Προστασία των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και των Θεμελιωδών Ελευθεριών (ΕΣΔΑ) στο άρθρο 2<sup>85</sup> κατοχυρώνει το δικαίωμα στην ζωή, ως το ύψιστο και πιο σημαντικό δικαίωμα. Διαφαίνεται ότι θωρακίζεται αποκλειστικά ένα δικαίωμα στη ζωή, ως απόρροια του δικαιώματος της προσωπικότητας. Το άτομο δρώντας ως πρόσωπο έχει δικαίωμα στην προστασία της σωματικής του ακεραιότητας, γεγονός που του εξασφαλίζει την ζωή,

<sup>82</sup> Άρθρο 7 παρ 2 Σ.: Τα βασανιστήρια, οποιαδήποτε σωματική κάκωση, βλάβη υγείας, ή άσκηση ψυχολογικής βίας, καθώς και κάθε άλλη προσβολή της ανθρώπινης αξιοπρέπειας απαγορεύονται και τιμωρούνται, όπως νόμος ορίζει.

<sup>83</sup> Όπως παραπάνω, σελ.396.

<sup>84</sup> Φερενίκη Παναγοπούλου-Κουτνατζή, «Σκέψεις αναφορικά με το δικαίωμα διακοπής της ανθρώπινης ζωής» ΕφημΔΔ-1/2010, σελ.122-127.

<sup>85</sup> «ΤΙΤΛΟΣ Ι ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΕΣ

Άρθρο 2

Το δικαίωμα στη ζωή

1. Το δικαίωμα εκάστου προσώπου εις την ζωή προστατεύεται υπό του νόμου.»

χωρίς όμως κάτι τέτοιο να εξασφαλίζει και την δυνατότητα σε αυτό να απεμπολήσει το σύμφυτο με τη ζωή δικαίωμα, αντιστρέφοντάς το σε ένα δικαίωμα επιλογής του τέλους της ζωής.

Επίσης στον Χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2000/C 364/01), στο Κεφάλαιο Ι με τίτλο «αξιοπρέπεια», κατοχυρώνονται το δικαίωμα στην ζωή<sup>86</sup> και την ακεραιότητα του προσώπου.<sup>87</sup> Από το κείμενο του Χάρτη γίνεται σαφές ότι το δικαίωμα στη ζωή είναι απαραβίαστο, ενώ προστατεύεται με απόλυτο τρόπο η ακεραιότητα του προσώπου. Και στο Χάρτη επίσης, δεν συνάγεται, μέσω επιχειρήματος εξ αντιδιαστολής, ότι το δικαίωμα στη ζωή κατοχυρώνει και ένα αντίστοιχο δικαίωμα στο θάνατο.

Περαιτέρω, σε διεθνές επίπεδο στη «Σύμβαση για την Προστασία των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και της Αξιοπρέπειας του Ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της Βιολογίας και της Ιατρικής- Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και την Βιοιατρική (Σύμβαση του Ονιέδο)»<sup>88</sup>, δεν υπάρχουν σαφείς ρυθμίσεις που να αφορούν στην ευθανασία, έμμεσα όμως υπάρχουν σημεία της σύμβασης τα οποία σχετίζονται με την θεματική της. Καταρχήν, κατοχυρώνεται ότι τα συμφέροντα και τα δικαιώματα του ατόμου θα πρέπει να προηγούνται των δικαιωμάτων του κοινωνικού συνόλου (άρθρο 2 της Σύμβασης)<sup>89</sup> και άρα αποδίδεται ένας παρακολουθηματικός χαρακτήρας στο γενικό συμφέρον σε σχέση με την ελευθερία του ατόμου.

Κομβικό στοιχείο αποτελεί ότι η Σύμβαση επιβάλλει την αποδοχή της αυτονομίας του ατόμου, έναντι οιασδήποτε μορφής επέμβασης και την συνδέει άμεσα με την έννοια της συγκατάθεσης και της συναίνεσης εκ μέρους του ασθενούς (άρθρο 5).<sup>90</sup>

<sup>91</sup>Παράλληλα, προβλέπει και εξαιρέσεις στις περιπτώσεις που το άτομο, λόγω φυσικής αδυναμίας, δεν δύναται να εκφράσει εγκύρως την βούληση και την συναίνεσή του. Επιπλέον, ορίζεται ρητά ότι ο ιατρός λαμβάνει υπόψη του τις

---

<sup>86</sup> Άρθρο 2: «1. Κάθε πρόσωπο έχει δικαίωμα στη ζωή»

<sup>87</sup> Άρθρο 3: «1. Κάθε πρόσωπο έχει δικαίωμα στη σωματική στη σωματική και διανοητική ακεραιότητα. 2. Στο πεδίο της ιατρικής και της βιολογίας πρέπει να τηρούνται τα εξής: α) η ελεύθερη και εν επιγνώσει συναίνεση του ενδιαφερομένου, σύμφωνα με τις λεπτομερέστερες διατάξεις που ορίζονται από το νόμο, β) η απαγόρευση των ευγονικών πρακτικών, ιδίως όσων αποσκοπούν στην επιλογή των προσώπων, γ) η απαγόρευση της μετατροπής του ανθρωπίνου σώματος και αυτών των ιδίων των μερών του σε πηγή κέρδους, δ) η απαγόρευση της αναπαραγωγικής κλωνοποίησης των ανθρωπίνων όντων.»

<sup>88</sup> Η Σύμβαση υπογράφηκε στο Οβιέδο της Ισπανίας στις 4/4/1996 από τα κράτη μέλη του Συμβουλίου της Ευρώπης. Η Ελλάδα έχει κυρώσει τη Σύμβαση με τον ν.2619/15-6-1998 και ισχύει ως εσωτερικό δίκαιο υπερνομοθετικής ισχύος (άρθρο 28 παρ.1 Σ) από 1-12-1999.

<sup>89</sup> Άρθρο 2: «Τα συμφέροντα και η ευημερία του ανθρωπίνου όντος θα υπερισχύουν έναντι μόνου του κοινωνικού συμφέροντος ή της επιστήμης.»

<sup>90</sup> Άρθρο 5: «Επέμβαση σε θέματα υγείας μπορεί να υπάρξει μόνον αφού το ενδιαφερόμενο πρόσωπο δώσει την ελεύθερη συναίνεσή του, κατόπιν προηγούμενης σχετικής ενημέρωσής του. Το πρόσωπο αυτό θα ενημερώνεται εκ των προτέρων καταλλήλως ως προς το σκοπό και τη φύση της επέμβασης, καθώς και ως προς τα επακόλουθα και κινδύνους που αυτή συνεπάγεται.»

<sup>91</sup> ήδη έχει γίνει αναφορά στο Κεφάλαιο 2ο-2.3.



επιθυμίες που εξέφρασε ο ασθενής σε χρονικό σημείο πρότερο της επέμβασης (άρθρο 9)<sup>92</sup>, τονίζοντας το στοιχείο της βούλησης του ασθενή.<sup>93</sup> Συνακόλουθα, από το συνδυασμό των παραπάνω ρυθμίσεων, θα μπορούσε να συναχθεί ότι η παθητική ευθανασία δεν βρίσκεται εκτός του «πνεύματος» της Σύμβασης.

#### **4.2. Ελληνικός Ποινικός Κώδικας (Π.Κ.) (ν.4619/2019)**

Στον ελληνικό Ποινικό Κώδικα (ν.4619/2019) δεν γίνεται λόγος για την ευθανασία. Ανάλογα, όμως, με την κάθε περίπτωση-πρακτική ευθανασίας, αυτή μπορεί να υπαχθεί σε διατάξεις του Π.Κ, χωρίς ωστόσο καμία από αυτές να μπορεί να θεωρηθεί ότι ρυθμίζει εξ ολοκλήρου τις μορφές της. Συγκεκριμένα, ο Ποινικός Κώδικας στο 15ο κεφάλαιο, με τίτλο «εγκλήματα κατά της ζωής», καθορίζει τις ένομες συνέπειες των πράξεων που οδηγούν στην θανάτωση άλλου προσώπου στα άρθρα 299, 300 και 301. Ειδικότερα ορίζονται:

*Άρθρο 299 Π.Κ.- Ανθρωποκτονία με δόλο «1. Όποιος σκότωσε άλλον, τιμωρείται με ισόβια κάθειρξη. 2. Αν η πράξη αποφασίστηκε και εκτελέστηκε σε βρασμό ψυχικής ορμής, επιβάλλεται κάθειρξη.»*

*Άρθρο 300 Π.Κ.- Ανθρωποκτονία κατ'απαίτηση «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».*

*Άρθρο 301 Π.Κ.- Συμμετοχή σε αυτοκτονία «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.»*

Η ανθρωποκτονία με συναίνεση, κατ' άλλους από οίκτο, όπως περιγράφεται στο παραπάνω άρθρο 300 Π.Κ, είναι συναφής μεν διάταξη, όχι όμως και ταυτόσημη με την ευθανασία. Κατά μία άποψη, το άρθρο 300 τυποποιεί εκείνες τις συμπεριφορές ευθανασίας, που προϋποθέτουν την απόφαση του θύματος που έχει σχηματιστεί με βάση την αυτόνομη βούλησή του. Δεν υπάγεται, επομένως, η περίπτωση κατά την οποία ο ασθενής δεν είναι σε θέση να εκφράσει ελεύθερα αυτή τη βούληση, ούτε η περίπτωση που η ανθρωποκτονία αφορά σε άτομο το οποίο πεθαίνει και μάλιστα με επώδυνο τρόπο. Το επώδυνο (ως εννοιολογικό στοιχείο και προϋπόθεση του

<sup>92</sup> Άρθρο 9: «Οι προγενέστερα εκφρασθείσες επιθυμίες του ασθενούς σχετικά με ιατρική επέμβαση θα λαμβάνονται υπόψη, προκειμένου για ασθενή, ο οποίος, κατά το χρόνο της επέμβασης, δεν είναι σε θέση να εκφράσει τις επιθυμίες του.»

<sup>93</sup> Κριάρη- Κατράνη Ισμ., «Ευθανασία και ατομικά δικαιώματα- η προσέγγιση από πλευράς διεθνούς και συγκριτικού δικαίου» ΕλλΔικ/43(2002), σελ.1550: «αυτή η προσεκτική διατύπωση οφείλεται στον γενικό προβληματισμό σχετικά με την δυνατότητα του ατόμου να αποφασίζει εκ των προτέρων για θέματα, για τα οποία δεν είναι δυνατόν να έχει σαφή και ασφαλή αντίληψη κατά τον επίμαχο χρόνο»

“ευ-θανάτου”),<sup>94</sup> δημιουργεί εύλογα ερωτηματικά εάν έστω και έμμεσα, δύναται να υπαχθεί η ευθανασία στο άρθρο 300 Π.Κ.

Περαιτέρω, από τους όρους της αντικειμενικής υπόστασης του εν λόγω άρθρου, συγκαθορίζεται και το μειωμένο άδικο, όσον αφορά την προσβολή αλλά και την μειωμένη επικινδυνότητα του δράστη, την ηπιότερη μεταχείριση του από την ανθρωποκτονία του άρθρου 299 Π.Κ.

Η συμμετοχή σε αυτοκτονία, όπως προβλέπεται στο άρθρο 301 Π.Κ, συνδέεται τουλάχιστον θεωρητικά με την ευθανασία, δεδομένου ότι η πρώτη κρίνεται ως μορφή ευθείας ενεργητικής ευθανασίας. Ήδη στο Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>-3.4. αναφερθήκαμε αναλυτικότερα.

Συνοψίζοντας, στο ελληνικό δίκαιο αποτελούν άδικες πράξεις: <sup>95</sup>α) Η ευθεία ενεργητική ευθανασία, που περιλαμβάνει και την αποσύνδεση από μηχάνημα τεχνητής διατήρησης στη ζωή β) Η παθητική ευθανασία παρά την αντίθετη βούληση του ασθενή, γ) Η παθητική ευθανασία, όταν ο ασθενής δεν μπορεί να εκφράσει έγκυρη βούληση και η παράταση της φυσικής – βιολογικής λειτουργίας του οργανισμού φαίνεται ακόμη εφικτή δ) Η θανάτωση, με πράξη ή παράλειψη, νεογέννητου που έχει σοβαρές επιβαρύνσεις, χωρίς όμως αυτές να αποκλείουν τη συνέχιση της φυσικής –βιολογικής λειτουργίας του οργανισμού του.

Δεν είναι, ούτε καν αρχικά, άδικες πράξεις: α) Η γνήσια ή κυρίως ευθανασία, β) Η παθητική ευθανασία που γίνεται με τη σύμφωνη γνώμη του ασθενή και γ) Η αποχή του γιατρού από τη λήψη μέτρων που συνεπάγονται μόνο την τεχνητή παράταση της ζωής, όταν το άτομο δεν έχει εκφράσει διαφορετική βούληση. Δεν είναι τελικά άδικη πράξη η έμμεση ενεργητική ευθανασία, όταν γίνεται στα πλαίσια εφαρμογής μιας ιατρικά αναγνωρισμένης μεθόδου.

### **4.3. Αναφορά στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (ΚΙΔ)- ν.3418/2005.**

Ο ν.3418/2005 (ΦΕΚ287/Α/2005)- ΚΙΔ, μεταξύ άλλων, προέβλεψε σημαντικές ρυθμίσεις σχετικά με τις ιατρικές αποφάσεις κοντά στο τέλος της ζωής, υιοθετώντας σύγχρονους προβληματισμούς και με φανερές επιρροές από την Σύμβαση του Οβιέδο για τα ανθρώπινα δικαιώματα, που είχε προηγηθεί. Με τον τρόπο αυτό, επιχειρήθηκε μια αλλαγή στη σχέση που συνδέει τον ασθενή με τον ιατρό, μια προσπάθεια απομάκρυνσης από τον κλασικό πατερναλιστικό ρόλο του γιατρού.

Ειδικότερα, όπως ήδη παραπάνω έχει αναφερθεί στο Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>-3.1., στο άρθρο 29 με τίτλο «ιατρικές αποφάσεις στο τέλος της ζωής», ορίζεται:

<sup>94</sup> Βιδάλης Τ., «Ευθανασία», Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2007, σελ.135.

<sup>95</sup> αναλυτικότερα σε Ε. Συμεωνίδου-Καστανίδου, « Το πρόβλημα της ευθανασίας ... ο.π., σ. 439 – 440 και σε Βούλτσος Π./Τσούγκας Μ., Ευθανασία: ένα νομοθετικά ακάλυπτο, πολύπτυχο και οριακό ζήτημα, Ιατρικό βήμα, τευχ. Οκτώβριος –Νοέμβριος 2008, σ. 76 -78, (σ. 78).

*«1.Ο ιατρός, σε περίπτωση ανίατης ασθένειας που βρίσκεται στο τελικό της στάδιο, ακόμη και αν εξαντληθούν όλα τα ιατρικά θεραπευτικά περιθώρια, οφείλει να φροντίζει για την ανακούφιση των ψυχοσωματικών πόνων του ασθενή. Του προσφέρει παρηγορητική αγωγή και συνεργάζεται με τους οικείους του ασθενή προς αυτήν την κατεύθυνση. Σε κάθε περίπτωση, συμπαρίσταται στον ασθενή μέχρι το τέλος της ζωής του και φροντίζει ώστε να διατηρεί την αξιοπρέπειά του μέχρι το σημείο αυτό.*

*2. Ο ιατρός λαμβάνει υπόψη τις επιθυμίες που είχε εκφράσει ο ασθενής, ακόμη και αν, κατά το χρόνο της επέμβασης, ο ασθενής δεν είναι σε θέση να τις επαναλάβει.*

*3. Ο ιατρός οφείλει να γνωρίζει ότι η επιθυμία ενός ασθενή να πεθάνει, όταν αυτός βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο, δεν συνιστά νομική δικαιολόγηση για τη διενέργεια πράξεων οι οποίες στοχεύουν στην επίσπευση του θανάτου.»*

Προβλέπεται δηλαδή, στην παρ.1 του άρθρου 29, ένας κανόνας που δεσμεύει τον γιατρό να ακολουθήσει μία παρηγορητική αγωγή<sup>96</sup>. Αναγνωρίζεται από τον νομοθέτη η «ανώφελη αγωγή», όταν καμία ιατρική θεραπεία δεν μπορεί να ωφελήσει τον ασθενή, οπότε τότε ο γιατρός οφείλει να εστιαστεί στην ανακούφιση των ψυχοσωματικών πόνων του ασθενή. Έχει υποστηριχθεί ότι με αυτόν τον τρόπο ο έλληνας νομοθέτης φαίνεται να νομιμοποιεί την παθητική ευθανασία.

Επιπρόσθετα, η παρ.2 του άρθρου 29 προβλέπει την υποχρεωτική λήψη υπόψη, από τον γιατρό, των επιθυμιών του ασθενή που εκφράστηκαν, ακόμη και σε πρότερο μιας ιατρικής επέμβασης, χρόνο. Με τη διάταξη αυτή, αναγνωρίζεται μια έμμεση δεσμευτικότητα των λεγόμενων προγενέστερων οδηγιών ή διαθηκών ζωής, που μπορεί να συντάξει ο ασθενής, εκφράζοντας τη βούλησή του σχετικά με τους ιατρικούς τρόπους αντιμετώπισης της ασθένειάς του. Αυτές, λαμβάνονται υπόψη από τον γιατρό, ο οποίος οφείλει να δικαιολογήσει μια ενδεχόμενη απόκλιση του ή να ενεργοποιήσει τυχόν, την ένσταση συνείδησής του.<sup>97</sup>

Στη συνέχεια όμως με την παρ.3 του ίδιου άρθρου τίθεται μια γενική απαγόρευση της ενεργητικής ευθανασίας. Ο γιατρός δεν πρέπει να διενεργήσει «πράξη», δεν πρέπει να επιδιώξει την επίσπευση του θανάτου. Έτσι, ακόμη και προγενέστερες «οδηγίες» που αποσκοπούν σε αυτό το στόχο, βρίσκονται σε ευθεία αντίθεση με το πνεύμα και το γράμμα του νόμου.

Επιπρόσθετα, στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, σε σχέση πάντα με το θέμα της ευθανασίας, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το άρθρο 8<sup>98</sup>, που αναφέρεται στις

<sup>96</sup> Βιδάλης Τ., όπ.π., σελ.129 «καλύτερα: ανακουφιστική αγωγή (palliative care)».

<sup>97</sup> Άρθρο 2 παρ.5 ΚΙΔ «5. Ο ιατρός, επικαλούμενος λόγους συνείδησης, έχει δικαίωμα να μη μετέχει σε νόμιμες ιατρικές επεμβάσεις στις οποίες αντιτίθεται συνειδησιακά, εκτός από επείγουσες περιπτώσεις.».

<sup>98</sup> «1. Η συμπεριφορά του ιατρού προς τον ασθενή του πρέπει να είναι αυτή που προσήκει και αρμόζει στην επιστήμη του και την αποστολή του λειτουργήματός του.2. Ο ιατρός φροντίζει για την ανάπτυξη σχέσεων αμοιβαίας εμπιστοσύνης και σεβασμού μεταξύ αυτού και του χρήστη - ασθενή. Ακούει τους ασθενείς του, τους συμπεριφέρεται με σεβασμό και κατανόηση και σέβεται τις απόψεις,

σχέσεις γιατρού και ασθενή, ειδικότερα στην υποχρέωση του γιατρού να φροντίζει να αναπτύσσει σχέσεις αμοιβαίας εμπιστοσύνης και σεβασμού μεταξύ αυτού και του ασθενή, καθώς και να ακούει τους ασθενείς του, να τους συμπεριφέρεται με σεβασμό και κατανόηση και να σέβεται τις απόψεις, την ιδιωτικότητα και την αξιοπρέπειά τους. Αξιοσημείωτες κρίνονται επίσης, και οι διατάξεις του άρθρου 11<sup>99</sup>, όπου αναβαθμίζεται ο ρόλος της ενημέρωσης του ασθενή ώστε να μπορεί να σχηματίζει πλήρη και αληθή εικόνα της κατάστασής του και συνακόλουθα για να λαμβάνει τις αποφάσεις του, καθώς και του άρθρου 12<sup>100</sup> που αναφέρονται στο κομβικό ζήτημα της συναίνεσης του ασθενή.

---

την ιδιωτικότητα και την αξιοπρέπειά τους.3. Ο ιατρός δεν παρεμβαίνει στην προσωπική και οικογενειακή ζωή του ασθενή, παρά μόνο στο μέτρο, στο βαθμό και στην έκταση που είναι αναγκαίο και αρκετό για την αποτελεσματική προσφορά των ιατρικών υπηρεσιών του εφόσον αυτό του έχει επιτραπεί.4. Ο ιατρός, κατά την παροχή των ιατρικών υπηρεσιών, σέβεται τις θρησκευτικές, φιλοσοφικές, ηθικές ή πολιτικές απόψεις και αντιλήψεις του ασθενή. Οι απόψεις του ιατρού σχετικά με τον τρόπο ζωής του ασθενή, τις πεποιθήσεις και την κοινωνική ή οικονομική κατάσταση του τελευταίου δεν επιτρέπεται να επηρεάζουν τη φροντίδα ή τη θεραπευτική αντιμετώπιση που παρέχεται. 5.....»

<sup>99</sup> «1. Ο ιατρός έχει καθήκον αληθείας προς τον ασθενή. Οφείλει να ενημερώνει πλήρως και κατανοητά τον ασθενή για την πραγματική κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις συνέπειες και τους ενδεχόμενους κινδύνους ή επιπλοκές από την εκτέλεσή της, τις εναλλακτικές προτάσεις, καθώς και για τον πιθανό χρόνο αποκατάστασης, έτσι ώστε ο ασθενής να μπορεί να σχηματίζει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων και συνεπειών της κατάστασής του και να προχωρεί, ανάλογα, στη λήψη αποφάσεων.2. Ο ιατρός σέβεται την επιθυμία των ατόμων τα οποία επιλέγουν να μην ενημερωθούν. Στις περιπτώσεις αυτές, ο ασθενής έχει δικαίωμα να ζητήσει από τον ιατρό να ενημερώσει αποκλειστικά άλλο ή άλλα πρόσωπα, που ο ίδιος θα υποδείξει, για την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις συνέπειες ή και τους κινδύνους από την εκτέλεσή της, καθώς και για το βαθμό πιθανολόγησής τους.3. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να καταβάλλεται κατά την ενημέρωση που αφορά σε ειδικές επεμβάσεις, όπως μεταμοσχεύσεις, μεθόδους ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, επεμβάσεις αλλαγής ή αποκαταστάσεως φύλου, αισθητικές ή κοσμητικές επεμβάσεις.4. Αν τα πρόσωπα δεν έχουν την ικανότητα να συναινέσουν για την εκτέλεση ιατρικής πράξης, ο ιατρός τα ενημερώνει στο βαθμό που αυτό είναι εφικτό. Ενημερώνει, επίσης, τα τρίτα πρόσωπα, που έχουν την εξουσία να συναινέσουν για την εκτέλεση της πράξης αυτής, κατά τις διακρίσεις του επόμενου άρθρου.»

<sup>100</sup> « 1. Ο ιατρός δεν επιτρέπεται να προβεί στην εκτέλεση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης χωρίς την προηγούμενη συναίνεση του ασθενή.2. Προϋποθέσεις της έγκυρης συναίνεσης του ασθενή είναι οι ακόλουθες: α) Να παρέχεται μετά από πλήρη, σαφή και κατανοητή ενημέρωση, σύμφωνα με το προηγούμενο άρθρο. β) Ο ασθενής να έχει ικανότητα για συναίνεση. αα) Αν ο ασθενής είναι ανήλικος, η συναίνεση δίδεται από αυτούς που ασκούν τη γονική μέριμνα ή έχουν την επιμέλειά του. Λαμβάνεται, όμως, υπόψη και η γνώμη του, εφόσον ο ανήλικος, κατά την κρίση του ιατρού, έχει την ηλικιακή, πνευματική και συναισθηματική ωριμότητα να κατανοήσει την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο της ιατρικής πράξης και τις συνέπειες ή τα αποτελέσματα ή τους κινδύνους της πράξης αυτής. Στην περίπτωση της παραγράφου 3 του άρθρου 11 απαιτείται πάντοτε η συναίνεση των προσώπων που ασκούν τη γονική μέριμνα του ανηλίκου. ββ) Αν ο ασθενής δεν διαθέτει ικανότητα συναίνεσης, η συναίνεση για την εκτέλεση ιατρικής πράξης δίδεται από τον δικαστικό συμπαραστάτη, εφόσον αυτός έχει οριστεί. Αν δεν υπάρχει δικαστικός συμπαραστάτης, η συναίνεση δίδεται από τους οικείους του ασθενή. Σε κάθε περίπτωση, ο ιατρός πρέπει να προσπαθήσει να εξασφαλίσει την εκούσια συμμετοχή, σύμπραξη και συνεργασία του ασθενή, και ιδίως εκείνου του ασθενή που κατανοεί την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο της ιατρικής πράξης, τους κινδύνους, τις συνέπειες και τα αποτελέσματα της πράξης αυτής. γ) Η συναίνεση να μην είναι αποτέλεσμα πλάνης, απάτης ή απειλής και να μην έρχεται σε σύγκρουση με τα χρηστά ήθη.δ) Η

## Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup>: Η πλευρά της Ηθικής-Βιοηθικής

Η ευθανασία πέρα από νομικό-δικαιϊκό, ιατρικό, κοινωνικό, φιλοσοφικό ζήτημα, είναι κατεξοχήν ηθικό. Ο προβληματισμός για την ευθανασία έχει, κατά κύριο λόγο, αναπτυχθεί λόγω της υπαρκτής, πλέον, δυνατότητας για παρέμβαση στην ανθρώπινη ζωή, για την παράταση αυτής ή για την παράταση της διαδικασίας θανάτου που παρέχει η, όλο και αυξανόμενη, πρόοδος της τεχνολογίας και της εφαρμογής της στη σύγχρονη ιατρική. Έτσι, το θέμα απασχολεί και την ηθική σκέψη, κλονίζει τις ηθικές παραδοχές χρόνων, θέτει πραγματικά και βασανιστικά διλήμματα. Η ανθρώπινη κοινωνία για να αποδεχθεί την ευθανασία αναζητά, έχει ανάγκη, την ηθική της δικαιολόγηση. Μπορούμε να αναγνωρίσουμε σε κάποιον το ηθικό δικαίωμα να επιλέξει έναν πρόωρο θάνατο; Οι απόψεις, όπως είναι αναμενόμενο, κινούνται μεταξύ κατάφασης και άρνησης και αναμφισβήτητα δημιουργούν προβληματισμούς, ανοίγουν πεδία κριτικής σκέψης και αναστοχασμού. Πολλές φορές δε, όπως θα περιγραφεί παρακάτω, η ίδια ηθική θεωρία μπορεί να οδηγήσει τόσο στην αποδοχή όσο και στην απόρριψη της ευθανασίας.

### **5.1. Η πλευρά του «ναι» στην ευθανασία.**

Η «ορθότητα» της ευθανασίας, ακόμα και στη σύγχρονη βιοηθική, εξετάζεται-ανάγεται, συνήθως, σε επιχειρήματα φιλοσόφων του 18<sup>ου</sup> και 19<sup>ου</sup> αιώνα, είτε των ωφελμιστών είτε των δεοντολόγων, παράλληλα με την επίκληση αρχών, όπως η αξιοπρέπεια του ατόμου και η αυτονομία του.

#### **Το ηθικό ρεύμα του ωφελιμισμού ή της συνεπειοκρατίας**

Οι υποστηρικτές του εν λόγω ρεύματος, καθώς προάγουν σε καθοριστικό κριτήριο για την ορθότητα της πράξης, τις συνέπειες που απορρέουν από την διενέργειά της, υποστηρίζουν ότι ο άνθρωπος πρέπει να πράττει εκείνο, που προκαλεί το μεγαλύτερο καλό στο μέγιστο αριθμό ατόμων ή στην αρνητική του διατύπωση, εκείνο που προξενεί όσο το δυνατό λιγότερη δυστυχία, για όσο το δυνατό λιγότερους ανθρώπους.<sup>101</sup> Είναι χαρακτηριστικό δε, ότι ο Άγγλος φιλόσοφος Τζέρεμι Μπένθαμ (Jeremy Bentham) (1748-1832), καθιέρωσε ένα σύστημα μαθηματικού υπολογισμού των θετικών και αρνητικών συνεπειών μιας πράξης ώστε το αποτέλεσμα των υπολογισμών αυτών να καθορίσει και την ορθότητα της πράξης.

---

*συναίνεση να καλύπτει πλήρως την ιατρική πράξη και κατά το συγκεκριμένο περιεχόμενο της και κατά το χρόνο της εκτέλεσής της.3. Κατ' εξαίρεση δεν απαιτείται συναίνεση: α) στις επείγουσες περιπτώσεις, κατά τις οποίες δεν μπορεί να ληφθεί κατάλληλη συναίνεση και συντρέχει άμεση, απόλυτη και κατεπείγουσα ανάγκη παροχής ιατρικής φροντίδας,β) στην περίπτωση απόπειρας αυτοκτονίας ή γ) αν οι γονείς ανήλικου ασθενή ή οι συγγενείς ασθενή που δεν μπορεί για οποιονδήποτε λόγο να συναινέσει ή άλλοι τρίτοι, που έχουν την εξουσία συναίνεσης για τον ασθενή, αρνούνται να δώσουν την αναγκαία συναίνεση και υπάρχει ανάγκη άμεσης παρέμβασης, προκειμένου να αποτραπεί ο κίνδυνος για τη ζωή ή την υγεία του ασθενή.»*

<sup>101</sup> Π. Πέρρος, «Η ευθανασία ως ηθικό πρόβλημα» σε [www.perros.com](http://www.perros.com)>article.

Ειδικότερα, βάσει αυτής της θεωρίας, το γεγονός της ευθανασίας δεν περιέχει εκ των προτέρων κάποια ηθική αξία, αλλά πρέπει να υπολογιστούν οι πιθανές αρνητικές και θετικές συνέπειες που θα έχει η πράξη αυτή. Η ηθική δικαιολόγηση της ευθανασίας ελέγχεται από την ωφέλεια που η διενέργειά της προσφέρει. Ωφέλεια όχι μόνο για την κοινωνία, αλλά και για τον ίδιο τον ασθενή.

Έτσι, υποστηρίζεται ότι η κατάσταση που δημιουργείται από μία ανίατη ασθένεια, που οδηγεί σε ένα αργό και βασανιστικό θάνατο, δημιουργεί μεγάλο βάρος, πέρα από τον ίδιο τον πάσχοντα και στην οικογένειά του που υποφέρει μαζί του. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις, που οι ζωές των οικείων του αρρώστου αναστέλλονται για όσο χρονικό διάστημα διαρκεί η ασθένεια, καθώς εγκαταλείπουν ή παραμελούν τις οικογένειές τους, τις επαγγελματικές και κοινωνικές τους υποχρεώσεις και γενικά τον εαυτό τους, λόγω της φροντίδας του ασθενή, αλλά κυρίως, λόγω της ψυχοφθόρας αυτής διαδικασίας στην οποία νιώθουν να εγκλωβίζονται, ενώ δεν πρέπει να παραβλέπεται και το οικονομικό κόστος που συνήθως έχει μία τέτοια μακρόχρονη κατάσταση.

Μπροστά σε μια τέτοια κατάσταση, οι ωφελιμιστές, τοποθετώντας, θα λέγαμε σχηματικά, τα πράγματα σε μία ζυγαριά, έχουν από τη μία μεριά το αβάσταχτο πόνο ενός ανθρώπου ή την περιέλευσή του σε κατάσταση φυτού, που είναι βέβαιο πως θα πεθάνει και απλά διατηρείται στη ζωή λόγω των τεχνητών μέσων που προσφέρονται από την εξέλιξη της ιατρικής και από την άλλη την καταδυναστευση και τη φθορά των οικείων του ασθενούς. Η ζυγαριά, σύμφωνα με τους ωφελιμιστές, κλίνει προς τη μεριά του τερματισμού της ζωής, αφού αυτή θα θεωρείται ηθικά ορθή λόγω του ότι θα ωφελήσει όχι μόνο τον άνθρωπο που υποφέρει από την ασθένεια και ο οποίος επιθυμεί να απαλλαγεί από την επώδυνη αυτή ζωή, αλλά και των οικείων του που ταλαιπωρούνται. Ηθικά δικαιώνεται και η επιλογή του ίδιου του πάσχοντος.

Επιπλέον, προβάλλονται και άλλα επιχειρήματα όπως, ότι η στάση ενός ανθρώπου που επιμένει να μένει στη ζωή, χωρίς καμία ελπίδα για βελτίωση και με δυσανάλογα μεγάλο ψυχολογικό αλλά και οικονομικό κόστος, υποδηλώνει εγωισμό και περαιτέρω ότι επιλέγοντας την «ευθανασία» θα μπορούσε να ωφελήσει όχι μόνο τον εαυτό του, αλλά επιπλέον και κάποιους ασθενείς που χρήζουν μεταμόσχευσης κάποιου οργάνου, που θα μπορούσε ο ίδιος ο ευθανατούμενος να προσφέρει.

Υπό το πρίσμα του ωφελιμισμού, τονίζεται επίσης το μεγάλο κόστος και ο αριθμός των κονδυλίων που απορροφούνται για την υγεία, ειδικά δε, για την ύπαρξη των μονάδων που διατηρούν τεχνητά ανθρώπους στη ζωή όταν αυτοί βρίσκονται σε φυτική κατάσταση χωρίς ελπίδα ανάνηψης.

Ο υπολογισμός των επιπτώσεων κάποιας ενέργειας στην ευημερία των πολλών, αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην ηθική αξιολόγηση μιας πράξης. Ο τρόπος όμως, με τον οποίον προσεγγίζεται η ορθότητα ή μη μιας πράξης από τους

ωφελιμιστές, με αποτίμηση δηλαδή βάσει λογιστικών όρων κόστους, οφέλους και ζημίας, αποδεικνύεται ανεπαρκής ως ηθική μέθοδος. Στα ζητήματα της ευθανασίας που αφορούν το τέλος της ζωής του ανθρώπου, την πιο «προσωπική» του εμπειρία, που σχετίζονται με την αξία της ίδιας του της ζωής, δεν χωρούν προσπάθειες μαθηματικοποίησης.<sup>102</sup>

### **Δεοντολογικές απόψεις – καντιανή κατηγορική προσταγή**

Στον αντίποδα των απόψεων του ωφελιμισμού, βρίσκονται οι δεοντοκρατικές απόψεις, που υποστηρίζουν ότι πρέπει να θέτουμε, εκ των προτέρων, κάποιες ηθικές αξίες (a priori αρχές) απέναντι στις οποίες οφείλουμε να είμαστε συνεπείς. Μια πράξη είναι ορθή, εφόσον την υπαγορεύει κάποιος γενικός κανόνας ή αρχή, ανεξάρτητα από τα αποτελέσματα και τις συνέπειες που αυτή μπορεί να έχει.

Οι δεοντοκρατικές θεωρίες, συνήθως απορρέουν από την ηθική φιλοσοφία του εμπληματικού Γερμανού φιλοσόφου Ιμάνουελ Καντ (I. Kant), (1724-1804), ο οποίος θεωρεί ως ύψιστη, την έννοια του καθήκοντος. Από την γνωστή κατηγορική προσταγή του («*Πράττε μόνο σύμφωνα με έναν τέτοιο γνώμονα, μέσω του οποίου μπορείς συνάμα να θέλεις αυτός ο γνώμονας να γίνει καθολικός νόμος*».)<sup>103</sup>, απορρέει και η αρχή ότι πρέπει να αντιμετωπίζουμε τον συνάνθρωπό μας ως σκοπό και ποτέ ως μέσο. Η στάση μας απέναντι στους ανθρώπους δικαιώνεται ηθικά, όταν δεν αποτελεί μοχλό επίτευξης προσωπικών επιδιώξεων ανεξάρτητων από την συμπαθητική στάση απέναντί τους. Η αντιμετώπιση και μόνο ενός ανθρώπου ως μέσου και ευκαιρίας επίτευξης στόχων συνιστά ηθικά επιλήψιμη πράξη.<sup>104</sup>

Στην περίπτωση της ευθανασίας, σύμφωνα με τους υποστηρικτές της, το να αντιμετωπίζεται ο πάσχων ασθενής ως σκοπός, σημαίνει να διαμορφώνεται η στάση του ιατρικού και συγγενικού του περιβάλλοντος, επί τη βάσει των αρχών της συμπάθειας και της διερμηνεύσης των βέλτιστων συμφερόντων του. Η συμπάθεια δηλώνει τη δυνατότητα να κρίνουμε τι θα νοιώθαμε ή τι θα επιθυμούσαμε οι ίδιοι, αν βιώναμε την ίδια κατάσταση με αυτόν, να μπούμε στη θέση του.<sup>105</sup> Το κάθε αίτημα για ευθανασία επιβάλλεται να εξετάζεται ξεχωριστά, κατά περίπτωση, εξατομικευμένα. Με αυτού του τύπου την ενεργητική συμμετοχή, με ενσυναίσθηση, ο διενεργών την ευθανασία θα μπορεί να κρίνει αν η συνέχιση της ζωής θα είναι προς όφελος ή σε βάρος των συμφερόντων του ασθενή. Κάθε φορά λοιπόν, που προσπαθώντας να βρούμε τη ηθική δικαίωση της ευθανασίας, παρεισφρέουν στη σκέψη μας έννοιες ξένες προς τον άνθρωπο που την ζητά, διαπράττουμε το εξής ηθικό σφάλμα: αντιμετωπίζουμε έναν άνθρωπο όχι ως σκοπό αλλά ως μέσο για να γίνει ή να μην γίνει κάτι. Με αυτόν τον τρόπο όμως το πραγματικό συμφέρον του ασθενή δεν προσεγγίζεται, αφού η εστίαση γίνεται σε άλλους στόχους.

<sup>102</sup> Βλ. όπ .π .Π. Πέρρος, σελ.2.

<sup>103</sup> Ι. Καντ, «Τα Θεμέλια της Μεταφυσικής των ηθών», Εισαγωγή - μετάφραση - σχόλια Γ. Τζαβάρα, Εκδόσεις Δωδώνη, Αθήνα - Γιάννινα (1984), σ. 71.

<sup>104</sup> Ευ. Πρωτοπαπαδάκης, ό.π.,σελ.98.

<sup>105</sup> Ο.π.,σελ.99 και 101.

### **Αξιοπρέπεια του ατόμου**

Η εννοιολογική αποσαφήνιση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας δεν είναι εύκολη, δεν αναδεικνύεται εν κενώ αλλά μέσα από την ανθρώπινη πράξη. Κατά τον Ι.Μανωλεδάκη, ως ανθρώπινη αξιοπρέπεια νοείται « η απόδοση στον άνθρωπο της αξίας που του πρέπει ως υποκειμένου της Ιστορίας και η μη χρησιμοποίησή του ως απλού αντικειμένου, για την εξυπηρέτηση οποιασδήποτε σκοπιμότητας»<sup>106</sup>.

Η αξία του ανθρώπου χρήζει πάντοτε προστασίας, είναι απόλυτη αλλά έχει διαφορετική σημασία σε διαφορετικές φάσεις και περιπτώσεις της ανθρώπινης ζωής. Η αξία είναι υποκειμενική για τον καθένα και για τον λόγο αυτό καθένας έχει την ελευθερία να ορίσει μόνος του ποιες πράξεις είναι συμβατές με τη δική του αξία και ποιες όχι.<sup>107</sup>

Σύμφωνα με τους υπέρμαχους της ευθανασίας, η ιδιότητα της ζωής αν και χρονικά και λογικά πρότερη οποιασδήποτε άλλης, κάποιες φορές αποτελεί το ανυπέρβλητο εμπόδιο που τελικά, στερεί από τον άνθρωπο το υψηλό αγαθό της αξιοπρέπειας.

Συγκεκριμένα, ένας ασθενής που βρίσκεται σε τελικό στάδιο ανίατης ασθένειας, αντιμέτωπος με τη βεβαιότητα του θανάτου, ενός θανάτου επώδυνου και συχνά όχι τόσο σύντομου, 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, νοιώθει αξιοπρεπής;

Η δυνατότητα αυτοδιάθεσης και αυτοκαθορισμού διαμορφώνει την έννοια της αξιοπρέπειας. Πόσο, τελικά, μπορεί να γίνεται λόγος για αυτοέλεγχο και αυτοκαθορισμό, στις περιπτώσεις ασθενών που βιώνουν αβάσταχτους πόνους, που βρίσκονται σε καταστολή ή σε μονάδες εντατικής θεραπείας, ή για συνειδητότητα σε ασθενείς σε «φυτική» κατάσταση; Στην κατάσταση αυτή, ο πάσχων δεν είναι πλέον «πρόσωπο», «συνειδητό και έλλογο όν» που μπορεί «να αποφασίζει από μόνο του για τη στάση του απέναντι στη ζωή».

Οι υποστηρικτές της ευθανασίας ισχυρίζονται ότι, πολλές φορές, 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. Παράλληλα, η αδυναμία επαφής με το περιβάλλον, η έλλειψη συνειδητότητας, εκμηδενίζουν την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και, πολλές φορές, αυτές είναι οι καταστάσεις που οι ασθενείς φοβούνται

<sup>106</sup> Ι.Μανωλεδάκης, «Ανθρώπινη αξιοπρέπεια»: έννομο αγαθό ή απόλυτο όριο στην άσκηση εξουσίας, σε Η Ποινική προστασίας της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, Ελληνογερμανικό Συμπόσιο, επιμ. Έκδοσης: Ι. Μανωλεδάκης/С. Prittwitz, εκδόσεις Σάκκουλας, Θεσσαλονίκη(1997), σ. 9-19.

<sup>107</sup> Φερενίκη Παναγοπούλου-Κουτνατζή, «Περί της αξίας της ανθρώπινης αξίας», ΕφημΔΔ-5/2010, σελ.744.



περισσότερο και δεν θέλουν να βιώσουν. 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.<sup>108</sup>

Αυτό όμως που, κατά τους υποστηρικτές της ευθανασίας, βάνουσα θίγει την ανθρώπινη αξιοπρέπεια, είναι η επίγνωση της αδυναμίας να πραγματοποιήσει ο ασθενής τη θέλησή του σε ότι έχει να κάνει, όχι με κάτι έξω και πέρα από αυτόν, αλλά με την ίδια του τη ζωή. Πόσο αναξιοπρεπής αισθάνεται ο ασθενής, όταν απεγνωσμένα αποζητά τον θάνατο, έναν θάνατο που –αν μπορούσε- θα τον προσέφερε ο ίδιος στον εαυτό του. Πρέπει λοιπόν ο άνθρωπος όταν απογυμνώνεται από τις δυνάμεις του να στερείται και της δυνατότητας αυτοκαθορισμού του;

Η απόφαση για ζωή ή θάνατο αποτελεί την κρισιμότερη υπαρξιακά απόφαση του ανθρώπου. Κάθε άνθρωπος έχει δικαίωμα να επιλέγει, σύμφωνα πάντα με τους υπέρμαχους της ευθανασίας, 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.

Και προχωρώντας ένα βήμα παραπέρα, υποστηρίζεται, ότι το τέλος της ζωής κάθε ανθρώπου, πολλές φορές, αντιμετωπίζεται από τον ίδιο σαν επίλογος, ο οποίος θα ολοκληρώσει αρμονικά μια ζωή, εναρμονισμένος με τις ιδέες και τις αξίες που πρέσβευε, την αυτονομία, την αποφυγή του οίκτου, το δυναμισμό. Επιζητά την ευθανασία, λοιπόν, 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 αξιοπρεπεία 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 απαιτήσει ευθανασία για λόγους προσωπικής αξιοπρέπειας, ακόμη και όταν η απαίτησή του αυτή δεν φαίνεται να βασίζεται απόλυτα στην ιατρική του κατάσταση.

### ***Η αυτονομία***

Σε συνέχεια των παραπάνω, συνάγεται ότι το ζήτημα της ευθανασίας συναρτάται άμεσα και με την αρχή της αυτονομίας.

Ετυμολογικά, ο όρος αυτονομία σημαίνει τη δυνατότητα του «εαυτόν νέμειν», δηλαδή, τη δυνατότητα ενός ανθρώπου να μπορεί να διαθέτει τον εαυτό του, όπως ο ίδιος θέλει. Η αυτονομία, κατά συνέπεια, φέρει ειδικό βάρος για θέματα ευθανασίας, για τα ζητήματα δηλαδή που έχουν άμεσο αντίκτυπο και άπτονται του υπαρξιακού πυρήνα του ατόμου.

---

<sup>108</sup> Ευ.Πρωτοπαπαδάκης, όπ.π., σελ.73.

Επίσης, το επιχείρημα της αυτονομίας βρίσκει έρεισμα και στον Γερμανό φιλόσοφο Ιμμάνουελ Καντ<sup>109</sup> (I. Kant), (1724-1804). Κατά τον Καντ, η αυτονομία αποτελεί το θεμέλιο της ηθικότητας, ενώ η ετερονομία χαρακτηρίζεται ως πηγή κίβδηλων 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 γίνεσθαι και να διαφοροποιηθεί, με τον τρόπο αυτό, από τα υπόλοιπα έμβια όντα που υπακούουν τυφλά στους φυσικούς νόμους και την αιτιότητα. Ο ίδιος αναφέρει, ότι ο ηθικός βίος αυτονομείται, όταν το αυτόνομο άτομο αποφασίζει να ενεργήσει και, την ίδια στιγμή, διαθέτει πλήρη συνείδηση όλων των εσωτερικών και εξωτερικών παραγόντων που επιδρούν κατά τη διαδικασία λήψης αποφάσεων και σχηματισμού επιθυμιών ή πεποιθήσεων. Αυτό προσδίδει ηθική αξία και βάρος και ταυτόχρονα, καθιστά την αυτονομία της έλλογης βούλησης ως υπέρτατη αρχή της ηθικότητας. «Ένα ον αυτού του είδους λέγεται αυτονομούμενο, όταν η πηγή και η δικαίωση των πράξεων του βρίσκεται μέσα του». Η ηθική ελευθερία αποτελεί το διαφορετικό όνομα για την αυτονομία, υφίσταται εκεί όπου υπάρχει αυτονομία και αποκαλύπτεται ως αναγκαίος όρος της ηθικότητας. Πραγματικά ελεύθερος, λοιπόν, θα πρέπει, κατά τον Καντ, να θεωρείται μόνο ο άνθρωπος εκείνος που δεν βρίσκεται υπό την επιρροή καμιάς ψυχολογικής αιτίας, παθών, εξαρτήσεων και ροπών είτε εσωτερικών είτε εξωτερικών. Ο Καντ, σύμφωνα με την κατηγορηματική προσταγή του<sup>110</sup> τονίζει ότι αν θέλεις να ζεις σε έναν κόσμο ελεύθερα, τότε «πράττε έτσι ώστε η ρυθμιστική αρχή της βούλησής σου να μπορεί, συγχρόνως, να καταστεί καθολικός νόμος».<sup>111</sup>

Η αυτονομία, αναμφισβήτητα, αποτελεί βασικό γνώρισμα του ανθρώπου, που δίνει ουσία στην ύπαρξή του και τον καθιστά ιστορικό και ηθικό ον. Χωρίς την ικανοποίηση της απαίτησης για αυτόνομη βούληση, κάθε πράξη χάνει την ηθική της ποιότητα. Γιατί ένας άνθρωπος που δεν πράττει με αυτόνομη βούληση, αλλά αναγκάζεται σε μία πράξη, δεν μπορεί να είναι υπεύθυνος για αυτήν.<sup>112</sup> Η αποδοκιμασία ή επιδοκιμασία μίας πράξης γίνεται μόνο για τις αυτοκαθοριζόμενες ελεύθερες ενέργειές μας, δηλαδή για την ηθική αξία της επιλογής μας για αυτές. Δίχως τη δυνατότητα αυτής της επιλογής η πράξη χάνει την ηθική της αξία.

---

<sup>109</sup> Ι.Καντ, «Τα θεμέλια της Μεταφυσικής των ηθών», Εισαγωγή - μετάφραση - σχόλια Γ. Τζαβάρα, Εκδόσεις Δωδώνη, Αθήνα - Γιάννινα (1984), σ. 104 και σ. 97 επ. όπου «Αυτονομία της θέλησης είναι η ιδιότητα της θέλησης να είναι η ίδια νόμος για τον εαυτό της (ανεξάρτητα από όλα τα χαρακτηριστικά των αντικειμένων της». Το αξίωμα λοιπόν της αυτονομίας είναι το εξής: να μην εκλέγω άλλους γνώμονες, από εκείνους οι οποίοι μπορούν ταυτόχρονα να ισχύσουν μέσα στη θέλησή μου ως καθολικός νόμος».

<sup>110</sup> Όμοια με παραπάνω υποσημ.32.

<sup>111</sup> Περισσότερα βλ. Ευ.Πρωτοπαπαδάκης «Η ευθανασία και το διακύβευμα της αυτονομίας» Βιοηθικοί Προβληματισμοί II, επιμέλεια Μαρία Κανελλοπούλου-Μπότη και Φερενίκη Παναγοπούλου-Κουντατζή, 115-135 (Αθήνα: Παπαζήσης, 2015) και στον ιστότοπο [www.protopapadakis.gr](http://www.protopapadakis.gr)

<sup>112</sup> Ευ.Πρωτοπαπαδάκης, «Η ευθανασία απέναντι στη σύγχρονη Βιοηθική», ό.π., σελ.84.

Αυτονόητες προϋποθέσεις όμως, για να είναι μια απόφαση για το τέλος της ζωής αυτόνομη, αποτελούν αφενός η *πνευματική ενάργεια* του ατόμου-ασθενή, να έχει δηλαδή επαφή με το περιβάλλον, να μπορεί να εκφράσει έμπρακτα τη βούλησή του και αφετέρου η *επίγνωση*, τόσο των δεδομένων του παρόντος, της παρούσας κατάστασής του, όσο και των μελλοντικών προοπτικών. Εδώ υπεισέρχεται ο παράγοντας της όσο το δυνατόν πληρέστερης και σαφέστερης «*ενημέρωσης*» του ασθενή από τον γιατρό και η σημασία που αυτή υπέχει για την αυτόνομη λήψη της συναίνεσής του ή οποιασδήποτε άλλης απόφασής του για το τέλος της ζωής.

Είναι γεγονός ότι ο φόβος της εξάρτησης, της πλήρους απώλειας της αυτονομίας του ωθεί τον ασθενή να ζητήσει ευθανασία. Το αίτημα της ευθανασίας υποδηλώνει τελικά, την επιθυμία για αυτονομία, την συνειδητή επιλογή του ασθενή να προασπίσει τη δυνατότητά του να κάνει ο ίδιος τις επιλογές του. Όταν αυτό δεν γίνεται δεκτό, κατά τους υποστηρικτές της ευθανασίας, προσβάλλεται ευθέως ο άνθρωπος στον υπαρξιακό του πυρήνα, στην προσωπικότητά του.

Επίσης όμως υποστηρίζεται <sup>113</sup> ότι «*περιπτώσεις όπως αυτή του E. Brongersma*, <sup>114</sup> αποδεικνύουν ότι η αξίωση του ατομικού δικαιώματος προλαμβάνει σε πολλές περιπτώσεις τις θεσμικές αποφάσεις της κοινωνίας, οδηγώντας σε καταστάσεις οι οποίες εξ απόψεως ηθικής αλλά και νομικής προσλαμβάνουν τον χαρακτήρα *bricolage*, όπως οι περιπτώσεις εκείνες όπου η υποβοηθούμενη αυτοκτονία αναγνωρίζεται μεν ως έγκλημα αλλά ως μη διωκόμενο χάριν της αυτονομίας του επιθυμούντος τον θάνατό του ασθενούς. Οι R. Huxtable και M. Möller, μελετώντας την περίπτωση Brongersma υπό το πρίσμα της θεωρίας της *Pure Autonomy View* του J. De Haan θεωρούν ότι δεν μπορούν να υπάρξουν «*ηθικά όρια*» σε αιτήματα ευθανασίας, όπως αρχικά ζήτησε ο δημόσιος κατήγορος, διότι έτσι προσβάλλεται το δικαίωμα της αυτονομίας του ανθρώπου. Εφόσον επομένως, η ευθανασία είναι πριν από όλα προϊόν της αυτονομίας του ασθενούς υπό την έννοια αυτοδιάθεσής του και υπό ερμηνευτικές προϋποθέσεις της καντιανής *self-legislation*, ακόμα και η αρχή της ευεργεσίας μπορεί να ερμηνευτεί ως άρνηση θεραπείας, σύμφωνα με τις επιθυμίες του ασθενούς.»

## **5.2. Η πλευρά του «όχι στην ευθανασία».**

Το ερώτημα λοιπόν παραμένει: ποια ηθική συλλογιστική θα μπορούσε να καταστήσει τα ηθικά όντα, όλους εμάς, τόσο απάνθρωπους και σκληρούς, ώστε να

---

<sup>113</sup> Κωνσταντίνος Κορναράκης, άρθρο με τίτλο «*Ευθανασία: Ηθικά διλήμματα πολιτισμικής αυτοσυνειδησίας*», Βιοηθικά 3(2) Σεπτέμβριος 2017,σελ.84,85

<sup>114</sup> Ο Edward Brongersma, Ολλανδός πολιτικός και νομικός, το 1998, σε ηλικία 87 ετών, ζήτησε από γιατρό βοήθεια για να τερματίσει τη ζωή του, λόγω «*ψυχολογικής εξαντλήσεως από τη ζωή*», βλ. αναλυτικά παρακάτω Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup>- Β. Υποθέσεις ευθανασίας και εθνικές νομολογίες εντός Ε.Ε.

κωφεύουμε στις εκκλήσεις του ανθρώπινου πόνου και να ανεχόμαστε την επώδυνη, αναξιοπρεπή και ανώφελη παράταση του τέλους ενός συνανθρώπου μας, και, μάλιστα, αντίθετα στις επιθυμίες του ίδιου; Αυτό που απαγορεύει, προς το παρόν τουλάχιστον, στην ηθική σκέψη να αποδεχθεί την πρακτική της ευθανασίας, δεν είναι άλλο από την δυνητική επικινδυνότητα της επιλογής.

### **Επιχείρημα της ολισθηρής πλαγιάς (the slippery slope argument)**

Το συχνότερο και ισχυρότερο επιχείρημα που συναντάται σε εκείνους που αντιτίθενται στην ευθανασία, παράλληλα όμως προβληματίζει και τους υποστηρικτές της, είναι το επιχείρημα της δυνητικής επικινδυνότητας.

Το επιχείρημα αυτό, ή όπως αλλιώς είναι γνωστό, της ολισθηρής πλαγιάς ή ατραπού (the slippery slope argument), αναπτύχθηκε στα πλαίσια των απόψεων του ωφελιμισμού-συνεπειοκρατίας, στην πορεία όμως πέτυχε να «αυτονομηθεί», ώστε τελικά να είναι δύσκολη η σύνδεσή του με τις αρχές του τελευταίου. Η ουσία του είναι, ότι μία ηθική επιλογή μπορεί και πρέπει να λάβει ηθική αξία ανάλογη με τις συνέπειες που θα προκύψουν από αυτήν (κεντρική ιδέα του ωφελιμισμού). Ανάμεσα στις συνέπειες, όμως, εκτός από τις βέβαιες, θα πρέπει να εξετασθούν και οι ενδεχόμενες αλλά και πιθανές. 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 απαξιώσουμε την εν λόγω επιλογή και να προβούμε στην αντίθετη.<sup>115</sup>

Βάσει λοιπόν του επιχειρήματος της ολισθηρής ατραπού, η ευθανασία θα πρέπει να αποτελεί μη ηθική επιλογή, ακριβώς λόγω των επιπτώσεων και των ανυπολόγιστων αρνητικών επιπτώσεων που μπορεί να έχει. Το βασικό επιχείρημα αντλείται από το, σχετικά πρόσφατο, παράδειγμα της ευγονικής γενοκτονίας από τους Ναζί. Ενώ η διενέργεια της ευθανασίας, στην περίπτωση αυτή, αρχικά αφορούσε περιπτώσεις που ίσως θα μπορούσαν να γίνουν ηθικά αποδεκτές, όπως υποστηρίζουν, στη συνέχεια όμως, επεκτάθηκε με τέτοια ένταση και ευκολία, ώστε να αποτελεί ένα μελανό σημείο στην ανθρώπινη ιστορία με τραγικές συνέπειες.

Επομένως, ακόμη και αν γίνει δεκτό ότι η ευθανασία, σε ορισμένες περιπτώσεις, αποτελεί ηθικά παραδεκτή πράξη, δεν θα πρέπει να οδηγηθούμε στην ηθικοποίηση ή τη νομιμοποίησή της, διότι υπάρχει ο κίνδυνος να επεκταθεί εκ νέου, σε περιπτώσεις ή ομάδες ανθρώπων για τις οποίες δεν προορίζεται. Κατά συνέπεια, η συγκεκριμένη ωφέλεια που θα προκύψει για κάποιους από την υιοθέτησή της, θα επιφέρει μία δυνητικά απεριόριστη επικινδυνότητα, δηλαδή την υπόσκαψη της κοινωνικής σημασίας της ανθρώπινης ζωής ως προστατευτέας αξίας.

Όπως παρατηρεί ειδικότερα, ο Ευ. Πρωτοπαπαδάκης,<sup>116</sup> η δυναμική επικινδυνότητα της ευθανασίας αναπτύσσεται κυρίως σε τρεις βασικούς άξονες: Αρχικά στο

<sup>115</sup> Ευ. Πρωτοπαπαδάκης, «Η Ολισθηρή Πλαγιά Αντιμέτωπη με τον Εαυτό της», σε [www.protopapadakis.gr](http://www.protopapadakis.gr), άρθρα.

<sup>116</sup> Ευ.Πρωτοπαπαδάκης, «Η ευθανασία απέναντι στη σύγχρονη Βιοηθική», ό.π., σελ.123 επ.

σεβασμό στη ζωή και στις επιπτώσεις που συνεπάγεται για τον άνθρωπο η καθιέρωση της ευθανασίας. Στη συνέχεια, στη δυνατότητα παγίδευσης του ασθενούς, όταν δηλαδή η ευθανασία δεν του παρέχεται ως δυνατότητα αλλά επιβάλλεται ως αναγκαιότητα και τρίτον, στην αδυναμία αυθεντικής γνώσης, αν δηλαδή η διενέργεια της ευθανασίας αποτελεί πραγματική επιθυμία του πάσχοντος. Επιπλέον, ο ηθικός προβληματισμός για τη δυναμική επικινδυνότητα της ευθανασίας εκτείνεται στην απειλή εξάπλωσής της σε ανίσχυρες κοινωνικά ή ηλικιακά ομάδες ή ευαίσθητες και στον επηρεασμό τους.

Είναι αδιαμφισβήτητο ότι ο σεβασμός στη ζωή είναι ένα από τα θεμέλια της σύγχρονης Ηθικής. Η άρνηση της ζωής από το φορέα της μπορεί να γίνει κατανοητή μόνο υπό το πρίσμα εξαιρετικών συγκυριών αλλά και πάλι δεν μπορεί να γίνει απόλυτα ηθικά αποδεκτή. Ωστόσο όταν η ευθανασία εμφανίζεται και ως γενικευμένη πρακτική και απαιτεί ως τέτοια την ηθική αποδοχή, υποκρύπτεται μια αποδοχή που κλονίζει την καθιερωμένη ηθική: ότι υπάρχει ζωή, η οποία σε κάποιες μορφές της δεν είναι αξία να βιωθεί και επιπλέον απαιτεί και τη συμμετοχή ενός άλλου προσώπου στη διακοπή αυτής της ζωής. Από τη στιγμή που η περίπτωση αυτή γίνεται αποδεκτή, η αποδοχή του τερματισμού της μη αξίας να βιωθεί ζωής, θα επεκταθεί και σ' άλλες περιπτώσεις. Και αυτός ακριβώς ο κίνδυνος αποτελεί την αποκαλούμενη «ολισθηρή πλαγιά».

Η δεύτερη παράμετρος που οριοθετεί την δυναμική επικινδυνότητα της ευθανασίας, αφορά, προβάλλει, την προστασία του ασθενούς. Η ευθανασία μπορεί να αποτελέσει ένα εν δυνάμει κίνδυνο, ειδικά σε μια εποχή εμπορευματοποίησης ακόμα και των ανθρώπινων οργάνων και, σε μεγάλο βαθμό, ιδιωτικοποιημένης ιατρικής περίθαλψης και νοσηλείας, με υψηλό κόστος διατήρησης στη ζωή και της καταπράυνσης του πόνου για ασθενείς σε τελικό στάδιο. Τι θα ωθήσει την έρευνα στην περαιτέρω ενασχόλησή της με την ανακούφιση του πόνου, εάν υπάρχει μια ευχερέστερη και αρκετά πιο συμφέρουσα επιλογή; Η ηθική επικράτηση της ευθανασίας είναι πολύ πιθανό λοιπόν, να οδηγήσει σε ανάσχεση και, τελικά, σε κατάργηση της προσπάθειας ανακούφισης του πόνου. Στην περίπτωση αυτή, ο ασθενής που δεν επιλέγει την ευθανασία θα εγκαταλείπεται αβοήθητος στο κρεβάτι του πόνου ή, σε μια ακόμη τρομακτικότερη εκδοχή, θα του επιβάλλεται η ευθανασία χωρίς την θέλησή του.

Ακριβώς εδώ, υπεισέρχεται ο τρίτος σημαντικός παράγοντας, που περικλείει δυναμική επικινδυνότητα: το αποφασιστικό στοιχείο της συναίνεσης του ασθενούς. Οι ασθενείς στους οποίους διενεργείται ευθανασία, συχνά βρίσκονται σε κατάσταση που δεν τους επιτρέπει να εκφράσουν με σαφήνεια την βούλησή τους και τις σκέψεις τους ή δεν μπορούν καν να επικοινωνήσουν. Ο φόβος ότι είναι δυνατόν να διενεργηθεί ευθανασία σε κάποιον πάσχοντα ενάντια στη θέλησή του, όταν αυτή του η επιθυμία δεν έχει εκφραστεί από τον ίδιο άμεσα ή γραπτά, ασφαλώς και ελλοχεύει.

Τέλος, δεν κρύβεται η ανησυχία πως η νομιμοποίηση της ευθανασίας ακόμη και για τους ασθενείς σε τελικό στάδιο που συναινούν, θα απειλούσε άμεσα τη ζωή ενός διαρκώς αυξανόμενου αριθμού ευαίσθητων ομάδων, όπως οι ηλικιωμένοι, οι σωματικά ασθενείς, οι πνευματικά διαταραγμένοι, οι φτωχοί αλλά και εκείνοι των οποίων η αιτία βασανισμού μπορεί να είναι μόνο προσωρινή.

Το αντεπιχείρημα στο επιχείρημα της ολισθηρής πλαγιάς, προέρχεται από τους κόλπους του ίδιου του επιχειρήματος, όπως αναφέρει και ο Ευάγγ. Πρωτοπαπαδάκης.<sup>117</sup> Αυτό που θέτει το επιχείρημα της δυνητικής επικινδυνότητας υπόψη μας, είναι ότι η υιοθέτηση της ευθανασίας και η ηθική αποδοχή της μπορεί να επιφέρουν ανεπανόρθωτη βλάβη στην αξία του αγαθού της ζωής, ωστόσο σε αυτό ενδέχεται να έχει τόσο δίκαιο όσο και άδικο, διότι πρόκειται απλώς για μία εικασία, όπου κάθε ενδεχόμενο είναι ανοικτό, τόσο η ωφέλεια όσο και η επικινδυνότητα. Γιατί εξίσου πιθανή είναι, ασχέτως αν κανείς την αποδέχεται ή την απορρίπτει, και η πιθανότητα ότι μία ενδεχόμενη οικειοθελής διακοπή της ζωής, όταν αυτή γίνει επαχθής, μπορεί να αναδεικνυε την ηθική αξία της ζωής και μάλιστα της «ποιοτικής». Εάν ήταν δυνατό να ζητούν οι ασθενείς τον τερματισμό της ζωής όταν η κατάσταση απέβαινε ανυπόφορη για αυτούς, τότε η επιστήμη και η διανοήση πιθανόν να ασχολούνταν με την αξία της ποιότητας της ανθρώπινης ζωής και να μην προσηλώνονταν στην αξία της ίδιας της ζωής.

### **Η ζωή υπέρ πάντων**

Αυτονόητο επιχείρημα των αντιτιθέμενων στην ευθανασία είναι η επίκληση της απόλυτης αξίας της ζωής. Το ύψιστο αγαθό ενός ανθρώπου είναι η ίδια του η ζωή και ως τέτοιο προστατεύεται και από τον νόμο. Η ζωή είναι λογικά, χρονικά και οντολογικά, προγενέστερη όλων των άλλων αξιών και αγαθών. Όλοι όσοι προβάλλουν τη ζωή ως υπέρτατη αξία, αντιμετωπίζουν την ευθανασία σαν στέρηση του θεμελιώδους αυτού αγαθού. Θεωρούν την ευθανασία ως στέρηση της ίδιας της ουσίας, της ανθρώπινης ύπαρξης.

Πολλά έχουν ειπωθεί από νομικούς, φιλοσόφους, κοινωνιολόγους, στοχαστές για ένα πιθανό «δικαίωμα στο θάνατο», ήδη έχουμε αναφερθεί σχετικά στο κεφάλαιο 4<sup>ο</sup>-4.1. από την πλευρά του δικαίου, καθώς και στο παρόν κεφάλαιο, με αφορμή την αναφορά στην επίκληση της αξιοπρέπειας από τους υποστηρικτές της ευθανασίας.

Πάντως, από τους επικριτές της ευθανασίας, έχει υποστηριχτεί ότι η επιλογή του θανάτου δεν αποτελεί δικαίωμα του ανθρώπου, από τη στιγμή που ούτως ή άλλως είναι αναγκασμένος να πεθάνει. Αν στην ευθανασία φαίνεται ότι ο άνθρωπος επιλέγει τον τρόπο και τη στιγμή του θανάτου του, αυτό συνιστά απλή επίφαση. Ο χρόνος αναχώρησής του από τη ζωή, δεν είναι πάντοτε επιλογή του ασθενή, αλλά επιβάλλεται από την κατάστασή του, από τον ιατρό ή πολλές φορές από τους

---

<sup>117</sup>Ευ.Πρωτοπαπαδάκης, «Η Ολισθηρή Πλαγιά Αντιμέτωπη με τον Εαυτό της», σε [www.protopapadakis.gr](http://www.protopapadakis.gr), άρθρα.

οικείους του, όταν δεν επικοινωνεί με το περιβάλλον για να εκφράσει τις επιθυμίες του.

Επίσης, υποστηρίζεται, ότι αυτός που ζητά την ευθανασία διατυπώνει την κρίση πως η τωρινή του κατάσταση δεν είναι προτιμότερη από αυτή της ανυπαρξίας, συγκρίνοντας τις δυο καταστάσεις, με τα δικά του κριτήρια. Η σύγκριση, όμως, και η αξιολόγηση είναι αδύνατες, διότι το ένα από τα δύο μέρη δεν είναι γνωστό στον ασθενή. Άρα, η απόφαση για ευθανασία δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι έχει προκύψει έπειτα από λογική εξέταση των δεδομένων, αλλά σαν προϊόν έντονης συναισθηματικής φόρτισης, αγωνίας, πόνου που βιώνει.

Περαιτέρω προβληματισμούς θέτει και η συνδρομή ενός άλλου προσώπου, η αναγκαία παρέμβαση του γιατρού ή των οικείων του ασθενή, για τη διενέργεια της ευθανασίας. Έτσι, εκείνος, ο οποίος θα συνδράμει τον ασθενή, υιοθετεί την άποψη ότι η ζωή, όπως πλέον έχει διαμορφωθεί από την συγκυρία, δεν είναι άξια περαιτέρω βίωσης κι αυτό γίνεται περισσότερο φανερό στις περιπτώσεις ακούσιας ευθανασίας, όταν ο ασθενής δεν μπορεί να συναινέσει. Η εκτίμηση, όμως, της ποιότητας της ζωής ενός άλλου ανθρώπου, πέραν της ευθύνης που συνεπάγεται, μπορεί συμπτωματικά μόνο να ταυτίζεται, καθόσον είναι αδιαμφισβήτητο ότι η ζωή όπως και ο θάνατος, αποτελούν προσωπική υπόθεση για τον καθένα.

### ***Η ιατρική δράση επ'ωφελεία του ασθενή- primum non nocere***

Μεταξύ των επιχειρημάτων που προβάλλουν οι «αντιρρησίες» της ευθανασίας περιλαμβάνεται και η επίκληση του όρκου του Ιπποκράτη. Αναμφισβήτητα, ο όρκος του Ιπποκράτη, από τότε που διατυπώθηκε ως σήμερα, σχεδόν δύο χιλιετίες, δεν έπαψε ποτέ να αποτελεί τον άξονα γύρω από τον οποίο αναπτύσσεται η ιατρική ηθική και πρακτική.

Αν και πολλές από τις προβλέψεις του όρκου μπορεί, πλέον, να θεωρηθούν αναχρονιστικές, αυτό που συνεχίζει ακλόνητα να ισχύει είναι το «πνεύμα» του όρκου που συνοψίζεται στη φράση: *primum non nocere* (πρωτίστως μην βλάπτεις). Θετική υποχρέωση, λοιπόν, είναι η παροχή βοήθειας στον ασθενή και αρνητικό του καθήκον η μη αφαίρεση της ζωής του. Όμως, τα καθήκοντα αυτά πολλές φορές συγκρούονται καθώς η πραγματική ανακούφιση κάποιου που υποφέρει μπορεί να επέλθει μόνο με το θάνατο του. Σε αυτή την περίπτωση, οι αντιτιθέμενοι στην ευθανασία υποστηρίζουν πως τα αρνητικά καθήκοντα υπερισχύουν, γιατί σε αντίθετη περίπτωση, ο ιατρός θα περιπέσει στον ωφελμισμό, την επιλογή δηλαδή της πρακτικής που θα ωφελήσει περισσότερο και θα βλάψει λιγότερο.<sup>118</sup> Ο ωφελμισμός όμως, δεν μπορεί να λειτουργεί ως κριτήριο ηθικής πράξης για έναν γιατρό, όταν αποστολή και πρωταρχικό καθήκον του είναι να αντιμετωπίζει τον ασθενή αποκλειστικά ως σκοπό.

Σύμφωνα με την παραπάνω αποδοχή, η ευθανασία δε συνάδει με την ηθική στάση που περιγράφει ο όρκος του Ιπποκράτη. Οι ενάντιοι στην ευθανασία, περαιτέρω

<sup>118</sup> Ευ.Πρωτοπαπαδάκης, «Η ευθανασία απέναντι στη σύγχρονη Βιοηθική», ό.π., σελ.145.

υποστηρίζουν, ότι αντί της εύκολης λύσης της ευθανασίας ο γιατρός, ο οποίος σήμερα είναι εφοδιασμένος με πληθώρα μέσων, οφείλει να βελτιώσει την επαγγελματική του ικανότητα και να σκύψει πάνω στον ασθενή επιδιώκοντας να καταστήσει το τέλος του, όσο το δυνατόν, ανώδυνο, αξιοπρεπές και ανθρώπινο. Η ευθανασία, κατά συνέπεια, δεν μπορεί σε καμία περίπτωση να αποτελεί αδιέξοδο μπροστά στην αποτυχία διατήρησης της ζωής.<sup>119</sup>

### **5.3. Αναφορά στην άποψη της Ορθόδοξης Ελληνικής Εκκλησίας**

Πέρα από τις απόψεις των διαφόρων εκπροσώπων του επιστημονικού κόσμου για το θέμα της ευθανασίας πρέπει να προστεθεί και η θέση της Ελληνικής Εκκλησίας, καθόσον επηρεάζει ένα μεγάλο κομμάτι της κοινωνίας και κατ'έπекταση διαμορφώνει τη γενικότερη κοινωνική αποδοχή ή μη.

Η Ορθόδοξη Ελληνική Εκκλησία απορρίπτει και καταδικάζει την τεχνητή ευθανασία ως "ύβριν" κατά του Θεού. Διακηρύσσει τη μοναδικότητα της ζωής, η οποία αποτελεί υπέρτατο δώρο του Θεού, η αρχή και το τέλος του οποίου βρίσκονται στα χέρια Του και μόνο.

Παρατίθενται χαρακτηριστικά αποσπάσματα από την επίσημη θέση της Εκκλησίας, όπως διατυπώθηκε στις 14 Δεκεμβρίου του έτους 2000, σε ανακοίνωση της Ιεράς Συνόδου.<sup>120</sup>

«Η Διαρκής Ιερά Σύνοδος δηλώνει:

Η ζωή μας αποτελεί υπέρτατο Δώρο του Θεού, η αρχή και το τέλος του οποίου βρίσκονται στα χέρια Του και μόνο ( Ιώβ ιβ' 10). Αποτελεί τον χώρο μέσα στον οποίο βρίσκει την έκφραση του το αυτεξούσιο, συναντάται η χάρις του Θεού με την ελεύθερη βούληση του ανθρώπου και επιτελείται η σωτηρία του.

Οι στιγμές της ζωής μας πού συνδέονται με την αρχή και το τέλος της, όπως και αυτές της αδυναμίας, του πόνου και των δοκιμασιών μας, εγκύπτουν μία μοναδική ιερότητα και περιποιούν μυστήριο πού απαιτεί ιδιάζοντα σεβασμό εκ μέρους των συγγενών, των ιατρών, των νοσηλευτών και της κοινωνίας ολόκληρης. Οι στιγμές αυτές διευκολύνουν την ταπείνωση, διανοίγουν την οδό της θεϊκής αναζήτησης και προκαλούν το θαύμα και το σημείο της θεϊκής χάριτος και παρουσίας.

Η ευθανασία, ενώ δικαιολογείται κοσμικώς ως "αξιοπρεπής θάνατος", στην πραγματικότητα αποτελεί υποβοηθούμενη αυτοκτονία, δηλαδή συνδυασμό φόνου και αυτοχειρίας.

---

<sup>119</sup> Παράλληλα, υποστηρίζεται ότι η ευθανασία παραβιάζει και μία άλλη, ξεκάθαρη πρόβλεψη του όρκου, την άρνηση προσφοράς θανατηφόρου σκευάσματος από τον γιατρό, ακόμα και αν του ζητηθεί. «Ου δώσω δε ουδέ φάρμακον ουδενί αιτηθείς θανάσιμον, ουδέ υφηγήσομαι συμβουλήν οιήνδε. Ομοίως δε ουδέ γυναικί πεσόν φθόριον δώσω». Για το θέμα, βλ. άρθρο Ευ.Πρωτοπαπαδάκη «Η ευθανασία και το θανάσιμον φάρμακον: ξαναδιαβάζοντας τον Όρκο του Ιπποκράτους.» σε [www.protopapadakis.gr](http://www.protopapadakis.gr).

<sup>120</sup> "Η θέσις της Εκκλησίας επί του θέματος της Ευθανασίας" Εισήγησις του Σεβ. Μητροπολίτου Φθιώτιδος κ.κ. Νικολάου, στον ιστότοπο [www.ecclesia.gr](http://www.ecclesia.gr).



Το λεγόμενο "δικαίωμα στον θάνατο", πού αποτελεί την νομική κατοχύρωση της ευθανασίας, θα μπορούσε να εξελιχθεί σε απειλή της ζωής των ασθενών πού αδυνατούν να ανταποκριθούν οικονομικά στις απαιτήσεις θεραπείας και νοσηλείας τους.

Για τούς λόγους αυτούς, η Εκκλησία μας πού πιστεύει στην αθανασία της ψυχής, στην ανάσταση του σώματος, στην αιώνια προοπτική και πραγματικότητα, στους πόνους ως "στίγματα του Κυρίου Ιησού εν τω σώματι ημών" (Γαλ. στ' 17), στις δοκιμασίες ως αφορμές και ευκαιρίες σωτηρίας, στην δυνατότητα ανάπτυξης κοινωνίας αγάπης και συμπαραστάσεως μεταξύ των ανθρώπων, κάθε θάνατο πού αποτελεί αποτέλεσμα ανθρωπίνων αποφάσεων και επιλογών - όσο "καλός" και αν ονομάζεται - τον απορρίπτει ως "υβριν" κατά του Θεού. Κάθε δε ιατρική πράξη πού δεν συντελεί στην παράταση της ζωής, ως ο όρκος του Ιπποκράτη ορίζει, αλλά προκαλεί επίσπευση της στιγμής του θανάτου, την καταδικάζει ως αντιδεοντολογική και προσβλητική του ιατρικού λειτουργήματος.....

Η Ορθόδοξη Εκκλησία πιστεύει στην ευθανασία υπό την γνήσια έννοια της και πάντοτε εύχεται υπέρ ειρηνικού και ευλογημένου τέλους από τον Θεό και όχι από τον άνθρωπο. Απορρίπτει και καταδικάζει την τεχνητή ευθανασία ως "υβριν" κατά του Θεού και απειλή κατά της ελευθερίας του προσώπου και της μοναδικότητας της ζωής. Εμπνέει τούς πιστούς νά καρτερούν και νά υπομένουν σε κάθε δοκιμασία προσωπική η συνανθρώπων τους και παρακαλεί τον ιατρό των ψυχών και των σωμάτων νάπραΰνει τον πόνο και την δοκιμασία κάθε ανθρώπου. Υποδεικνύει τον τρόπο υπερβάσεως του θανάτου με την εν Χριστώ ζωή και χειραγωγεί τούς πιστούς προς ένα χριστιανικό τέλος με το όνομα του Αναστάντος Χριστού στην τελευταία πνοή τους.».

## **Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup>: Ευθανασία στην πράξη. Περιπτώσεις και νομολογιακά περιστατικά.**

Στο παρόν κεφάλαιο καταγράφονται, ενδεικτικά, υποθέσεις σχετικές με τη θεματική της ευθανασίας, οι οποίες παρουσιάζουν αυξημένο ενδιαφέρον τόσο λόγω αντικειμένου, όσο και για τους δικανικούς συλλογισμούς που περιέλαβαν. Επιπρόσθετα όμως, απασχόλησαν έντονα την κοινή γνώμη και ανακίνησαν προβληματισμούς και αντιπαραθέσεις για το θέμα της ευθανασίας.

### ***A. Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (ΕΔΔΑ).***

Καταρχάς, θα αναφερθεί,, αναλυτικότερα, η υπόθεση Diane Pretty κατά Ηνωμένου Βασιλείου, καθόσον το ΕΔΔΑ, το έτος 2002, κλήθηκε να εξετάσει πολύπλευρα το θέμα της ευθανασίας και να ερμηνεύσει την Ευρωπαϊκή Σύμβαση Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (ΕΣΔΑ), με μια πιο σύγχρονη οπτική, εγείροντας ποικίλους σχολιασμούς και γόνιμους προβληματισμούς, που μέχρι τότε δεν είχαν τεθεί.

**1.Υπόθεση Diane Pretty κατά Ηνωμένου Βασιλείου** (αρ. προσφυγής 2346/02, απόφαση της 29/04/2002).

Η Βρετανίδα υπήκοος Diane Pretty έπασχε από μια ασθένεια του κεντρικού νευρικού συστήματος και ήταν παράλυτη από το λαιμό και κάτω. Λόγω της προοδευτικής καταστροφής όλων των νεύρων και των μυών της, θα βίωνε ένα βασανιστικό θάνατο δια πνιγμού, τον οποίο και τελικά βίωσε. Αν και η προσδοκία της ζωής της ήταν μικρή και τα τελευταία στάδια της ασθένειας πολύ οδυνηρά, η ίδια είχε την πνευματική διαύγεια και ικανότητα να λαμβάνει αποφάσεις, χωρίς όμως να μπορεί από μόνη της να θέσει τέρμα στη ζωή της χωρίς τη σύμπραξη άλλου ατόμου. Για τον λόγο αυτό, αιτήθηκε προς την Βρετανική Εισαγγελία να διασφαλίσει εκ των προτέρων την μη άσκηση ποινικής δίωξης κατά του συζύγου της, ο οποίος, κατόπιν δικής της επιθυμίας, θα τη βοηθούσε να τερματίσει τη ζωή της.

Οι βρετανικές αρχές απάντησαν αρνητικά στο αίτημά της και έτσι η ασθενής προσέφυγε στο ΕΔΔΑ, προβάλλοντας τον ισχυρισμό ότι κάτι τέτοιο έρχεται σε αντίθεση με την Ευρωπαϊκή Σύμβαση Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (ΕΣΔΑ) και ειδικότερα ότι αντιτίθεται στο άρθρο 2 (το δικαίωμα στη ζωή), στο άρθρο 3 (απαγόρευση απάνθρωπης ή μειωτικής συμπεριφοράς ή τιμωρίας), στο άρθρο 8 (προστασία της ιδιωτικής ζωής), στο άρθρο 9 (ελευθερία της συνειδήσεως) και στο άρθρο 14 (απαγόρευση της διαφοροποιημένης μεταχείρισεως).

Το δικαστήριο δεν έκανε δεκτούς τους ισχυρισμούς της: <sup>121</sup>Ως προς το άρθρο 2 το Δικαστήριο νομολόγησε ότι το άρθρο αυτό καλύπτει όχι μόνο τον εκ προθέσεως φόνο αλλά και περιπτώσεις όπου η επιτρεπόμενη χρήση βίας θα ήταν δυνατόν να καταλήξει σε στέρηση της ζωής, ως μη επιδιωκόμενο αποτέλεσμα.

Το Δικαστήριο έκρινε ότι από την ερμηνεία του δικαιώματος στη ζωή δεν είναι δυνατόν να συναχθεί, χωρίς διαστρέβλωση της γλώσσας, το διαμετρικά αντίθετο δικαίωμα, δηλαδή το δικαίωμα στο θάνατο. Ούτε θα ήταν δυνατόν να διαπλασθεί το δικαίωμα αυτοκαθορισμού, υπό την έννοια ότι το άτομο θα έχει την εξουσία να επιλέξει τον θάνατο αντί της ζωής. Το Δικαστήριο συνεπώς θεώρησε ότι από το άρθρο 2 δεν είναι δυνατόν να συναχθεί ένα δικαίωμα στο θάνατο, είτε μέσω τρίτου προσώπου είτε με βοήθεια από μια δημόσια αρχή.

Ως προς το άρθρο 3, το Δικαστήριο έκρινε ότι η άποψη σύμφωνα με την οποία η ποινική δίωξη στην περίπτωση της αρωγής σε αυτοκτονία συνιστά απάνθρωπη και μειωτική συμπεριφορά, για την οποία είναι υπεύθυνο το κράτος, αποτελεί μια νέα και ιδιαίτερος ευρεία ερμηνεία της έννοιας "μεταχείριση". Το Δικαστήριο υιοθέτησε μια δυναμική και ευέλικτη προσέγγιση σχετικά με την ερμηνεία της

---

<sup>121</sup> Ισμήνη Κριάρη " Ευθανασία και ατομικά δικαιώματα - Η προσέγγιση από πλευράς διεθνούς και συγκριτικού δικαίου", Ελλ Δικ 43 (2002), σελ.1547-1557.

Συμβάσεως. Το άρθρο 3 πρέπει να ερμηνευθεί εν αρμονία με το άρθρο 2. Το άρθρο 2 απαγορεύει πρωτευόντως οιαδήποτε συμπεριφορά μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο ενός ατόμου και δεν χορηγεί στο άτομο καμία αξίωση να ζητήσει από το κράτος να επιτρέψει ή να διευκολύνει το θάνατό του.

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

Το Δικαστήριο έκρινε ότι η γενική απαγόρευση της βοήθειας σε αυτοκτονία δεν ήταν δυσανάλογη. Ο νόμος δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι περιέχει αυθαίρετες προβλέψεις εκ του γεγονότος ότι, εν όψει της σημασίας της προστασίας της ζωής, απαγορεύει τη βοήθεια σε αυτοκτονία. Αντιθέτως ο νόμος εμπεριέχει ένα σύστημα διατάξεων που επιτρέπει να ληφθούν υπόψη οι συγκεκριμένες περιστάσεις, εντός του πλαισίου του δημοσίου συμφέροντος, τόσο κατά την άσκηση της διώξεως όσο και κατά την επιβολή και την επιμέτρηση της ποινής.

Ως προς το άρθρο 9 το Δικαστήριο θεώρησε ότι οι απόψεις της κας Π. δεν αποτελούν έκφραση συγκεκριμένης θρησκείας ή θεωρίας και συνεπώς δεν εμπίπτουν στο πεδίο προστασίας του άρθρου 9.

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

Η νομολογία του Δικαστηρίου Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων είναι σημαντική γιατί <sup>122</sup>αναγνωρίζει ότι δεν επιτρέπεται παραίτηση από το δικαίωμα στη ζωή ("..το άτομο δεν έχει την εξουσία να επιλέξει το θάνατο αντί της ζωής είτε μέσω τρίτου προσώπου είτε με βοήθεια από μια δημόσια αρχή"). Επίσης δηλώνεται ρητά και αιτιολογείται η έλλειψη οποιασδήποτε υποχρέωσης των κρατών για βοήθεια σε αυτοκτονία και περαιτέρω, συμβάλλει στη διαμόρφωση της ευρωπαϊκής δημοσίας τάξης στο χώρο της υγείας, δηλαδή σε ένα τομέα κρατικής δραστηριότητας, ο οποίος είναι ιδιαιτέρα εύθραυστος και σημαντικός.

**2. Υπόθεση Haas κατά Ελβετίας** <sup>123</sup> (αρ.προσφυγής 31322/07, απόφαση της 20/01/2011)

---

<sup>122</sup> Ισμήνη Κριάρη ο.π.

<sup>123</sup> <http://www.bioethics.gr/index.php/el/dikaio/nomologia/153-euthanasia>.

Ο αιτών, εν προκειμένω, έπασχε από μια σοβαρή ψυχική νόσο (διπολική διαταραχή) εξαιτίας της οποίας δεν ήταν πλέον σε θέση να βιώνει μια αξιοπρεπή ζωή. Αφού επιχείρησε αποτυχημένα, δύο φορές, να θέσει τέλος στη ζωή του, αποφάσισε να πραγματοποιήσει νέα προσπάθεια, με τη χρήση θανατηφόρου ουσίας, μέθοδος που, κατά τους ισχυρισμούς του, θα του επέτρεπε να επιτύχει τον σκοπό του με ασφαλή και αξιοπρεπή τρόπο. Η ουσία αυτή, κατά το ελβετικό δίκαιο, μπορούσε να χορηγηθεί μόνο με ιατρική συνταγή, και έτσι προσέγγισε αρκετούς ψυχιάτρους, απευθύνθηκε στις τοπικές και ομοσπονδιακές υγειονομικές αρχές, προσέφυγε στο δικαστήριο της Ζυρίχης αλλά και στο ομοσπονδιακό δικαστήριο, χωρίς όμως θετική για εκείνον εξέλιξη. Το αιτιολογικό του ομοσπονδιακού δικαστηρίου ήταν ότι δεν συνάγεται υποχρέωση των εθνικών αρχών, να προσφέρουν κρατική υποβοήθηση προκειμένου κάποιος να θέσει τέλος στη ζωή του, αν και ποτέ δεν αμφισβητήθηκε το καθ' εαυτό δικαίωμα κάποιου να αυτοκτονήσει. Στη συνέχεια, ο αιτών προσέφυγε στο ΕΔΔΑ παραπονούμενος για παραβίαση του άρθρου 8 της ΕΣΔΑ, περί δικαιώματος σεβασμού της ιδιωτικής και οικογενειακής ζωής.

Ο προσφεύγων θεμελίωσε τον ισχυρισμό του στο ότι η άρνηση των ελβετικών αρχών είχε ως αποτέλεσμα να στερείται από την ελεύθερη επιλογή του τρόπου και χρόνου επιλογής του θανάτου του, ενώ η ιδιάζουσα περίπτωση του επέβαλε στις τοπικές αρχές να του εξασφαλίσουν πρόσβαση στα απαραίτητα ιατρικά φάρμακα για την πραγμάτωση της αυτοκτονίας. Επιπλέον, τόνισε ότι με τις ενέργειες αυτές αφενός δεν προστατεύεται η ζωή του, αφετέρου δεν παρέχεται ασφάλεια, υπό την έννοια της δημόσιας υγείας.

Το δικαστήριο εξ αρχής τόνισε ότι η απόφαση ενός ατόμου να κρίνει, να αποφασίζει και να προβαίνει σε μια πράξη αυτοκτονίας εμπίπτει και προστατεύεται από το κατοχυρωμένο δικαίωμα του άρθρου 8 της ΕΣΔΑ. Επιπλέον, η παρούσα υπόθεση δεν μπορεί να παρουσιάσει όμοια νομική βάση με την κριθείσα υπόθεση Pretty, καθότι ο προσφεύγων δεν λογίζεται ως ασθενής ευρισκόμενος στο τελικό στάδιο ασθένειας που θα τον εμπόδιζε συνακόλουθα να πράξει ό,τι αυτός θεωρεί ικανό να τον οδηγήσει στο θάνατο.

Εν τέλει, το δικαστήριο αποφάνθηκε ότι η άρνηση των ελβετικών αρχών δεν έρχεται σε αντίθεση με το άρθρο 8, ούτε σε καμία θετική υποχρέωση, εκπορευόμενη από την ΕΣΔΑ, του κράτους να προσφέρει στον αιτούντα τα αναγκαία εργαλεία προκειμένου να επιτύχει τον σκοπό του.

Η συγκεκριμένη υπόθεση παρουσιάζει ενδιαφέρον από την οπτική γωνία ότι αφορά στο ζήτημα της υποβοήθησης σε αυτοκτονία. Το δικαστήριο, αν και ουσιαστικά δέχτηκε ότι το δικαίωμα στην αυτοκτονία προστατεύεται, εντούτοις δεν έφτασε στο σημείο να επιβάλλει στο συμβαλλόμενο κράτος μια υποχρέωση που θα συνίστατο στην προσφορά αρωγής στον επιδιώκοντα την αυτοκτονία. Το περιθώριο εκτίμησης αποτέλεσε για άλλη μια φορά το εργαλείο βάσει του οποίου το ΕΔΔΑ «αθώωσε»

την ελβετική κυβέρνηση, ενώ η πραγματική κατάσταση του προσφεύγοντος (μη λογιζόμενος ως ασθενής στα τελευταία στάδια ανίατης ασθένειας) ενίσχυσε την απόφαση περί απαλλαγής του κράτους. Έκρινε ότι το δικαίωμα επιλογής χρόνου και τρόπου αυτοκτονίας οφείλει να διωλίζεται μέσα από λοιπά δικαιώματα που αφορούν όχι μεμονωμένα σε ένα άτομο, αλλά την κοινωνία συνολικά ή με άλλα λόγια ότι τα κοινωνικά δικαιώματα, όπως αυτό της δημόσιας ασφάλειας και της υγείας, λειτουργούν ως μοχλοί οριοθέτησης του ατομικού δικαιώματος περί αυτοκτονίας.

**3.Υπόθεση Lambert and others κατά Γαλλίας.** ( αρ. προσφυγής 46043/14, απόφαση της 5-6-2015.)<sup>124</sup>

Πρόκειται για μία υπόθεση η οποία έφερε, για άλλη μια φορά, στο προσκήνιο τα ζητήματα της ευθανασίας και προκάλεσε πολλές αντιδράσεις στην κοινή γνώμη της Γαλλίας, με μεγάλη προβολή από τα ΜΜΕ και με ανάμειξη ακόμη και της Καθολικής Εκκλησίας.

Στις 29 Σεπτεμβρίου 2008, ο Βίνσεντ Λάμπερτ (Vincent Lambert), νοσοκόμος, εμπλέκεται σε τροχαίο ατύχημα, υφίσταται βαρύτατο τραυματισμό στο κεφάλι, με αποτέλεσμα να μείνει τετραπληγικός και να περιέλθει σε κώμα, από το οποίο δεν ανακτά ποτέ τις αισθήσεις του. Η ιατρική ομάδα του πανεπιστημιακού νοσοκομείου στην πόλη Reims καταβάλλει συνεχείς αγώνες για τη βελτίωση της κατάστασής του, χωρίς αποτέλεσμα. Το 2013, ο επικεφαλής θεράπων γιατρός, αποφασίζει, λαμβάνοντας υπόψη και την πλευρά της συζύγου του Lambert, τη σταδιακή παύση σίτισης και νερού, θεωρώντας πως με βάση την προβλεπόμενη διαδικασία στο νόμο,<sup>125</sup> η συνέχισή τους συνιστά «παράλογη επιμονή» (obstination déraisonnable) και συνεπώς δικαιολογείται. Από το σημείο αυτό κι έπειτα, αρχίζουν αλλεπάλληλοι δικαστικοί αγώνες που διχάζουν, πέρα από την οικογένεια του ασθενούς και το σύνολο της γαλλικής κοινότητας.

Οι καθολικοί γονείς του μαζί με δύο αδέρφια του, προσφεύγουν στο διοικητικό δικαστήριο της Chalons-en-Champagne. Αυτό, ενόψει του επείγοντος χαρακτήρα του αιτήματος, διατάζει τη συνέχιση της σίτισης, μέχρι την οριστική λήψη της απόφασης. Μετά και την οριστικοποίηση της απόφασης, ξεκινά νέα διαδικασία, με επικεφαλής τον ιατρό Dr. Kariger, ο οποίος βάσει του νόμου Leonetti και όσα προβλέπονται από αυτόν, συγκροτεί ειδική ομάδα έξι (6) γιατρών, διεξάγει συναντήσεις με το σύνολο των μελών της οικογένειας του ασθενούς και συλλέγει τις

<sup>124</sup> <http://www.bioethics.gr/index.php/el/dikaio/nomologia/153-euthanasia>, άρθρο Γ.Αρχοντή στην ιστοσελίδα [www.powerpolitics.eu/ηθικά-διλήμματα-κατά-την-απόφαση-περί/](http://www.powerpolitics.eu/ηθικά-διλήμματα-κατά-την-απόφαση-περί/) του τέλους της ζωής .

<sup>125</sup> Στη Γαλλία ισχύει ο νόμος Leonetti από 22-4-2005, σύμφωνα με τον οποίο είναι δυνατός ο περιορισμός της θεραπευτικής υποστήριξης όταν δεν εξυπηρετεί κάποιον λόγο και επιτρέπει στους γιατρούς να αρνούνται την παροχή φροντίδας όταν αυτή δεν έχει άλλο αποτέλεσμα, πέρα από την τεχνητή διατήρηση του ασθενή στη ζωή.

πληροφορίες για τη μέχρι τότε κατάσταση της υγείας του Lambert. Καταλήγει στο συμπέρασμα, ότι η εγκεφαλική βλάβη που έχει υποστεί είναι μη αναστρέψιμη και για το λόγο αυτό ξεκινά εκ νέου η διαδικασία της διακοπής σίτισης. Η απόφαση αυτή, ωστόσο, θα ακυρωθεί μετά από νέα προσφυγή των γονέων στο διοικητικό δικαστήριο.

Το Φεβρουάριο του 2014, η σύζυγος και ο ανιψιός του Lambert, καταφεύγουν μαζί με τη διοίκηση του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου στο Ανώτατο Δικαστήριο της Γαλλίας στο Conseil d'État, το οποίο, λαμβάνοντας υπόψη την πολυπλοκότητα της υπόθεσης, διατάσσει νέα ιατρική γνωμάτευση, με ειδικούς επιστήμονες, από την Εθνική Ιατρική Ακαδημία, από την Επιτροπή Βιοηθικής, τον ίδιο τον εισηγητή του ισχύοντος νόμου Jean Leonetti και άλλους. Εν τέλει, το Ανώτατο Δικαστήριο, στις 24-6-2014, καταλήγει ότι η σίτιση του ασθενούς δεν ωφελεί παρά μόνο στην τεχνητή διατήρησή του στη ζωή και κρίνει νόμιμη την απόφαση του γιατρού περί παύσης της σίτισης και νερού.

Στη συνέχεια, οι γονείς του Lambert αποφασίζουν, μαζί με δύο αδέρφια του, να προσφύγουν ενώπιον του ΕΔΔΑ, αναφέροντας ότι η απόφαση περί διακοπής της σίτισης παραβιάζει τις υποχρεώσεις της Γαλλίας, όπως προβλέπονται από το άρθρο 2 της Ευρωπαϊκής Σύμβασης Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (ΕΣΔΑ), που θεμελιώνει το δικαίωμα στη ζωή. Επιπλέον, υποστήριξαν ότι η ενέργεια αυτή συνιστά παράνομη και εξευτελιστική μεταχείριση που ισοδυναμεί με βασανισμό (παραβίαση άρθρου 3 της ΕΣΔΑ) ενώ παραβιάζει τη σωματική ακεραιότητα του ασθενούς.

Το Δικαστήριο ως προς την ενεργητική νομιμοποίηση των αιτούντων, διαπίστωσε πως τα δύο τελευταία αιτήματα δεν μπορούν να εγερθούν από τους συγγενείς του Lambert, αιτιολογώντας ότι η εκπροσώπηση αυτού του είδους θα ήταν επιτρεπτή μόνο στην περίπτωση που διαπιστωνόταν σύγκλιση των συμφερόντων των αιτούντων και του ασθενούς – γεγονός που δεν αποδείχθηκε. Συνεπώς, έκρινε για το σκέλος αυτό ότι οι προσφεύγοντες δεν είχαν έννομο συμφέρον να εκπροσωπήσουν τον Lambert.

Προχωρώντας στην ανάλυση της παραβίασης του άρθρου 2, το Δικαστήριο διαπίστωσε πως η επίμαχη περίπτωση δεν επρόκειτο για ζήτημα ευθανασίας, αλλά για απόσυρση της τεχνικής υποστήριξης. Επιπλέον, υποστήριξε πως στο συγκεκριμένο ζήτημα δεν υπάρχει συμφωνία των κρατών-μελών και, για το λόγο αυτό, εναπόκειται στο περιθώριο εκτίμησης του κάθε κράτους να ρυθμίσει τα εν λόγω ζητήματα, και να μεριμνήσει για τη διατήρηση της ισορροπίας ανάμεσα στην προστασία των δικαιωμάτων του ασθενούς, αλλά και στη διατήρηση της ιδιωτικής του αυτονομίας. Τέλος, αξιολογώντας την απόφαση του Conseil d'État, κατέληξε στο συμπέρασμα πως, μολονότι το υπάρχον νομικό πλαίσιο παρουσίαζε κενά αναφορικά με την επίμαχη περίπτωση, η κρίση του ανώτατου δικαστηρίου ήταν επαρκώς αιτιολογημένη, και προχώρησε σε εις βάθος ανάλυση, δεδομένου ότι,

προτού λάβει την απόφασή του, ζήτησε νέα λεπτομερή ιατρική γνωμάτευση από ειδικούς.

Η απόφαση, ωστόσο, περιελάμβανε και μία αποκλίνουσα άποψη πέντε δικαστών, σύμφωνα με την οποία, με την απόφαση του αυτή το Δικαστήριο απώλεσε τον τίτλο της «ευρωπαϊκής συνείδησης» που του είχε αποδοθεί για την ιστορία των πενήντα χρόνων του. Συγκεκριμένα, οι δικαστές υποστήριξαν πως, σε υπόθεση που αφορούσε παρόμοιο ζήτημα, είχε γίνει δεκτή η εκπροσώπηση προσώπου από μη κυβερνητική οργάνωση, συνεπώς θα μπορούσε αντίστοιχα να θεωρηθεί ότι οι γονείς του Lambert είχαν έννομο συμφέρον να τον εκπροσωπήσουν. Επιπλέον, επισήμαναν πως ο ασθενής δεν είναι εγκεφαλικά νεκρός, ενώ η τεχνητή μέθοδος σίτισης δεν του προκαλεί πόνο. Ως εκ τούτου, δεν προκύπτει κάποιος επιτακτικός λόγος, προκειμένου να παύσει η τεχνική υποστήριξη.

Τελικά, η μηχανική υποστήριξη και η παροχή σίτισης διακόπηκε τον Μάιο του 2019 και δύο μήνες μετά, τον Ιούλιο, ύστερα από 11 χρόνια, ο Lambert εξέπνευσε. Ήταν 42 ετών.

## ***B. Υποθέσεις ευθανασίας και εθνικές νομολογίες εντός E.E.***

### ***ΓΑΛΛΙΑ***

#### ***Υπόθεση Vincent Humbert<sup>126</sup>***

Το 2003, αίσθηση προκάλεσε στη γαλλική κοινωνία, αλλά και την παγκόσμια καθώς το θέμα δημοσιοποιήθηκε ευρέως, η περίπτωση του νεαρού, τετραπληγικού Βενσάν Ιμπέρ. Ο Βενσάν, είχε μείνει, ύστερα από τροχαίο δυστύχημα τον Σεπτέμβριο του 2000, παράλυτος, χωρίς όραση ούτε ακοή και μπορούσε να επικοινωνήσει μόνο πατώντας ένα πλήκτρο ενός ειδικά σχεδιασμένου υπολογιστή. Ο ίδιος ζητούσε απεγνωσμένα, ακόμη και με προσωπική επιστολή του προς τον, τότε, Πρόεδρο της Γαλλικής Δημοκρατίας Ζακ Σιράκ, να του δοθεί «δικαίωμα στο θάνατο». Η προσπάθεια της μητέρας του να τον λυτρώσει με τη χορήγηση βαρβιτουρικών απέτυχε και ο Βενσάν έπεσε σε κώμα και κατέληξε τρεις μέρες μετά. Η μητέρα, Μαρί Ιμπέρ, κατηγορήθηκε για τη δολοφονία του γιου της, μέχρι που ο γιατρός-επικεφαλής της εντατικής μονάδας όπου νοσηλευόταν ο Βενσάν, ανέλαβε την ευθύνη για τον θάνατο του νεαρού. Η απόφαση να αποσυνδεθεί ο ασθενής από τις συσκευές τεχνητής υποστήριξης ελήφθη σε συνεννόηση με όλους τους γιατρούς του νοσοκομείου που παρακολουθούσαν τον Βενσάν. Όπως, χαρακτηριστικά, πρόσθεσε ο γιατρός «θα μπορούσαμε να πούμε ότι ο ασθενής παρουσίασε επιπλοκές. Θα μπορούσαμε να πούμε ψέματα, αλλά αντί γι' αυτό προτιμήσαμε να πούμε την αλήθεια και να τελειώνουμε με την παραδοσιακή υποκρισία γύρω από αυτό το θέμα».

---

<sup>126</sup> <https://www.kathimerini.gr/164113/article/epikairothta/kosmos/h-tragikh-istoria-toy-vensan-imper>.

Ο μακροχρόνιος προσωπικός αγώνας του νεαρού 22χρονου, Βενσάν Ιμπέρ, για το δικαίωμα στο θάνατο, καταγράφηκε και στο βιβλίο-διαθήκη που με τη βοήθεια δημοσιογράφου έγραψε και κυκλοφόρησε, με τον τίτλο «Σας ζητώ το δικαίωμα να πεθάνω».

### **Υπόθεση Chantal Sebire**

Άλλη μία υπόθεση που απασχόλησε την κοινή γνώμη και την πολιτική ηγεσία της Γαλλίας, είναι η περίπτωση της Γαλλίδας δασκάλας Σαντάλ Σεμπίρ, η οποία έπασχε από μία εξαιρετικά σπάνια μορφή καρκίνου στην ρινική κοιλότητα, γνωστή και ως αισθησιονευροβλάστωμα. Από το 2002 ο όγκος είχε εξαπλωθεί μέσα στα ιγμόριά της, διογκώνοντας τη μύτη της και ωθώντας το ένα μάτι της έξω από την κόγχη του. Οι πόνοι που της προκαλούσε ήταν αφόρητοι. Σε μία έκκλησή της στη Γαλλική τηλεόραση για το δικαίωμά της να πεθάνει, η Σεμπίρ είχε δηλώσει πως δεν μπορούσε πια να δει, να γευτεί και να μυρίσει, ενώ περιέγραψε πώς τα παιδιά στον δρόμο έτρεχαν μακριά της από φόβο. «Ούτε ζώο δεν θα ήθελε να περνάει αυτό που περνάω εγώ» είχε δηλώσει.

Η υπόθεση προκάλεσε και δηλώσεις της τότε πολιτικής ηγεσίας, της Υπουργού Υγείας, του Πρωθυπουργού και του ίδιου του Προέδρου Νικολά Σαρκοζί, προς τον οποίο είχε απευθύνει επιστολή η Σαντάλ Σεμπίρ, ζητώντας του να αλλάξει η νομοθεσία για την ευθανασία.

Το δικαστήριο της Ντιζόν είχε αποφανθεί τότε, πως ακόμα και αν ο σωματικός εκφυλισμός της κυρίας Σεμπίρ προκαλεί συμπόνια, το αίτημά της για ευθανασία δεν μπορεί να γίνει αποδεκτό από τον Γαλλικό Νόμο. Τελικά, αφού έχασε τον δικαστικό αγώνα, δύο μέρες μετά, τον Μάρτιο του 2008, η Σαντάλ Σεμπίρ απεβίωσε σε ηλικία 52 ετών στο σπίτι της, από άγνωστα αίτια.<sup>127</sup>

## **ΙΤΑΛΙΑ**

### **Υπόθεση Ελουάνα Ενγκλάρο**

Αναφέρεται μία περίπτωση ευθανασίας που απασχόλησε έντονα την Ιταλική γνώμη, αλλά και τη πολιτική ζωή της χώρας. Πρόκειται για την Ελουάνα Ενγκλάρο, η οποία βρισκόταν σε κωματώδη κατάσταση από το 1991, όταν υπέστη σοβαρό τροχαίο ατύχημα και διατηρούνταν στη ζωή με ιατρικά μηχανήματα για 17 χρόνια, χωρίς να υπάρχει αποδεδειγμένα καμία πιθανότητα ανάκαμψης. Ο πατέρας της είχε ξεκινήσει πριν αρκετά χρόνια δικαστικό αγώνα για το δικαίωμα της κόρης του σε ένα «θάνατο με αξιοπρέπεια», ζητώντας από τα ιταλικά δικαστήρια να επιτραπεί η αποσύνδεσή της από τα ιατρικά μηχανήματα. Ο μακροχρόνιος αγώνας του κατέληξε στην πρωτοποριακή απόφαση του Ανωτάτου Δικαστηρίου (τον Νοέμβριο του 2008),

---

<sup>127</sup> <https://www.in.gr/2008/03/21/world/pethane-i-gallida-stin-opoia-i-dikaiosyni-arnithike-tin-eythanasia/>.



που για πρώτη φορά στην Ιταλία αναγνώρισε το «δικαίωμα στο θάνατο» και επέτρεψε την αποσύνδεση.

Η απόφαση, ωστόσο, συνάντησε την έντονη αντίδραση της Καθολικής Εκκλησίας. Ο Πάπας και οι αρμόδιοι Καρδινάλιοι επιστράτευσαν όλα τα μέσα, από δημόσιες διακηρύξεις μέχρι και πολιτική επιρροή, ώστε να ασκηθεί «βέτο» στη συγκεκριμένη απόφαση με τη σύμπραξη της Ιταλικής κυβέρνησης (μέσω της έκδοσης μίας εγκυκλίου του Υπουργείου Υγείας που απαγόρευε τη διακοπή της σίτισης σε όσους ασθενείς υποστηρίζονταν από μηχανήματα). Ωστόσο, ο πατέρας της Εγγκλάρου προχώρησε στη διακοπή της σίτισης της και η ίδια απεβίωσε το Φεβρουάριο του 2009, σε ηλικία 38 ετών.<sup>128</sup>

### **ΓΕΡΜΑΝΙΑ**

Σε απόφασή του, της 13/9/1994, το Ομοσπονδιακό Γερμανικό Ακυρωτικό<sup>129</sup> καταδίκασε την πράξη του γιατρού και του γιού μιας 70χρονης γυναίκας που έπασχε από αλτσχάιμερ (alzheimer) και είχε υποστεί και έμφραγμα καίρια βλαπτικό της λειτουργίας του εγκεφάλου της, να δώσουν εντολή στο νοσηλευτικό προσωπικό για διακοπή της παροχής τροφής μέσω καθετήρα και παροχή αντί αυτής μόνο τσαγιού, ώστε να επέλθει ο θάνατός της, εντός μιας-δύο εβδομάδων.

Η παθητική αυτή ευθανασία θεωρήθηκε απαράδεκτη, κυρίως για τον λόγο ότι δεν πληρείται η προϋπόθεση της επικείμενης έλευσης του θανάτου, αλλά προσέκρουε και στην αρχή ότι η ευθανασία, και όταν ακόμα θεωρείται επιτρεπτή, πρέπει να γίνεται με τρόπο που να σέβεται την αξία του ανθρώπου. Η κατηγορία παρέμεινε στο στάδιο της απόπειρας ανθρωποκτονίας, καθώς το νοσηλευτικό προσωπικό αρνήθηκε να εκτελέσει την επίμαχη εντολή.

Το Δικαστήριο αποφάνθηκε πως είναι επιτρεπτή η παθητική ευθανασία σε ασθενή που υποφέρει από νόσο ανίατη και ο θάνατος επίκειται. Αν δεν συντρέχουν αυτές οι προϋποθέσεις, έκρινε πως είναι κρίσιμη η εικαζόμενη βούληση του ασθενούς, η οποία θα εκτιμηθεί βάσει των αντιλήψεων του, της έντασης του πόνου του και της προσδοκώμενης διάρκειας ζωής του. Ωστόσο, τόνισε πως επιτρέπεται στο γιατρό να διακόψει τα τεχνητά μέσα που κρατούν στη ζωή τον ασθενή, μόνο αν πληρούνται οι ως άνω προϋποθέσεις και κυρίως η εγγύτητα του θανάτου.

### **ΠΡΟΣΦΑΤΗ ΑΠΟΦΑΣΗ**

Αξιομνημόνευτη είναι, η πρόσφατα εκδοθείσα και από μακρού αναμενόμενη απόφαση του Ομοσπονδιακού Συνταγματικού Δικαστηρίου της Γερμανίας που επικυρώνει τη νομιμότητα της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας<sup>130</sup>, καθόσον εγείρει

<sup>128</sup> <https://www.in.gr/2009/02/09/world/pethane-i-eloyana-engklaro-se-kwma-apo-to-1992/> .

<sup>129</sup> Ομοσπονδιακό Γερμανικό Ακυρωτικό της 13/9/1994-1StR 357/94, NstZ 1995,80, Ποιν. Χρον.ΜΕ, σελ. 247 επ.

<sup>130</sup> Άρθρο με τίτλο «Γερμανία: Ανώτατο Δικαστήριο επικυρώνει το δικαίωμα της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας», στην ιστοσελίδα της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής <http://www.bioethics.gr/index.php/el/anakoinosis/2671-26-03-2020> .

συζητήσεις και προβληματισμούς για τους ρηξικέλευθους συλλογισμούς της, περαιτέρω δε και επιφυλάξεις για την ενδεχόμενη δημιουργία νέας βιομηχανίας θανάτων.

Εν προκειμένω, το Δικαστήριο έκρινε ότι ο νόμος που απαγόρευε την αυτοκτονία με επαγγελματική βοήθεια ήταν αντισυνταγματικός, καθώς στερούσε τελικά από τους ασθενείς «το δικαίωμα σε αυτοκαθορισμένο θάνατο». Δεδομένου δε, ότι επί του παρόντος, δεν υπάρχει συναίνεση στην Ευρώπη για το θέμα αυτό, η εν λόγω απόφαση του Ανώτατου Δικαστηρίου (Bundesverfassungsgericht) ενδεχόμενα θα έχει ισχυρή επιρροή στη δικαιοσύνη και σε άλλες χώρες.

Ο ισχύων νόμος, άρθρο 217 του Ποινικού Κώδικα της Γερμανίας, εγκρίθηκε το 2015<sup>131</sup> για να εμποδίσει το είδος της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας που είναι νόμιμο στη γειτονική Ελβετία, είτε αμείβεται είτε όχι. Επιτρεπόταν ακόμη η υποβοηθούμενη αυτοκτονία για «αλτρουιστικά κίνητρα».

Το δικαστήριο παραδέχθηκε ότι ορισμένοι περιορισμοί εξακολουθούν να είναι εφικτοί, όσο «παραμένει επαρκής χώρος για το άτομο να ασκήσει το δικαίωμά του σε αυτοπεριορισμένο θάνατο και να επιδιώξει και να εκτελέσει την απόφαση να τερματίσει τη ζωή του με τους δικούς του όρους».

Και αυτός ο συλλογισμός είναι ακόμη πιο ριζοσπαστικός από ότι στις Κάτω Χώρες και το Βέλγιο, όπου η ευθανασία ήταν νόμιμη από το 2001 και το 2002 αντίστοιχα. Όπως συνόψισε ένας παρατηρητής, στη Γερμανία τώρα «όλοι έχουν δικαίωμα αυτοκτονίας, ανεξάρτητα από την ηλικία και την ασθένεια».

Το Ανώτατο Δικαστήριο, που όχι μόνο απαγόρευε την αυτοκτονία, με την απόφαση αυτή χαρακτηρίζει την αυτοκτονία ως θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα. Η απόφαση, όπως περιγράφεται στο επίσημο δελτίο τύπου του δικαστηρίου, είναι ένα εκπληκτικό σύνολο ακραίας ελευθεριαρχίας. Η αυτοκτονία «πρέπει καταρχήν να γίνεται σεβαστή από το κράτος και την κοινωνία ως πράξη αυτόνομης επιλογής». Σημαντικό είναι ότι δεν αντιμετωπίζεται, εν προκειμένω, η αυτοκτονία ως έσχατη λύση για αφόρητο πόνο και ως μέσο ...παρηγορητικής φροντίδας. Το Δικαστήριο αποφαινεται ότι η παρηγορητική φροντίδα δεν κάνει την αυτοκτονία περιττή, επειδή η αυτοκτονία είναι δικαίωμα. «Το δικαίωμα σε αυτοπεριορισμένο θάνατο δεν περιορίζεται σε καταστάσεις που καθορίζονται από εξωτερικές αιτίες όπως σοβαρές ή ανίατες ασθένειες, ούτε ισχύει μόνο σε ορισμένα στάδια ζωής ή ασθένειας. Αντίθετα, αυτό το δικαίωμα είναι εγγυημένο σε όλα τα στάδια της ύπαρξης ενός ατόμου». Η κυβέρνηση, από την πλευρά της, αναφέρει ότι πρέπει να μελετήσει την απόφαση πριν τροποποιήσει τη νομοθεσία.

Οι προβληματισμοί που εγείρονται είναι δικαιολογημένοι. Κατ'επέκταση οι ασθενείς με κατάθλιψη, οι ασθενείς με ψυχικές ασθένειες, οι φυλακισμένοι που εκτίουν ποινή ισόβιας κάθειρξης, οι άνθρωποι στη μέση ρομαντικών αναταραχών,

---

<sup>131</sup> Βλ. παραπάνω, Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>-3.3. Ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία.

οι έφηβοι που έχουν αποτύχει στις εξετάσεις, οι γιαγιάδες που δεν θέλουν να επιβαρύνουν τις οικογένειές τους, οι μοναχικοί χωρίς οικογένειες - όλοι τους είναι επιλέξιμοι; Πόσοι Γερμανοί θα καταλήξουν να πεθαίνουν κάθε χρόνο;

Άλλος χαρακτηριστικός συλλογισμός που περιέχεται στην εν λόγω απόφαση αφορά την αυτονομία. «...Αντίθετα, η αυτοπεριορισμένη πράξη της λήξης της ζωής είναι μια άμεση, αν και τελική, έκφραση της επιδίωξης της προσωπικής αυτονομίας που είναι εγγενής στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια». Η αυτονομία, με άλλα λόγια, είναι πιο σημαντική από την ίδια τη ζωή. «Όταν η προστασία της ζωής αντιβαίνει στην προστασία της αυτονομίας, αντιβαίνει στην κεντρική κατανόηση μιας κοινότητας που θέτει την ανθρώπινη αξιοπρέπεια στον πυρήνα της τάξης των αξιών της και έτσι δεσμεύεται να σέβεται και να προστατεύει την ελευθερία της ανθρώπινης προσωπικότητας ως την υψηλότερη αξία του Συντάγματός της».

Περαιτέρω, στην εν λόγω απόφαση αναφέρεται ότι κανείς δεν μπορεί να αναγκαστεί να βοηθήσει κάποιον να αυτοκτονήσει. Και επειδή οι περισσότεροι Γερμανοί γιατροί αντιτίθενται, υπάρχει προφανώς μια νόμιμη ανάγκη για εμπορικές υπηρεσίες αυτοκτονίας. Η κυβέρνηση έχει το δικαίωμα να δημιουργήσει κανονισμούς για να εξασφαλίσει την αυτονομία των ανθρώπων που θέλουν να πεθάνουν από αυτοκτονία αλλά αυτό δεν περιλαμβάνει «την ανάγκη διάγνωσης ανίατων ασθενειών». Αυτό είναι ακόμη πιο ριζοσπαστικό από τη νομοθεσία στο Βέλγιο και τις Κάτω Χώρες, όπου οι ασθενείς υποτίθεται ότι είναι τελικού σταδίου. Στη Γερμανία, οποιοσδήποτε λόγος θα είναι επαρκής: ο φόβος της ασθένειας ή το γήρας, οι ρομαντικές απογοητεύσεις, η επαγγελματική αποτυχία ή απλώς η αίσθηση ότι η ζωή δεν είναι πλέον ενδιαφέρουσα.<sup>132</sup> Τελικά, μήπως η απόφαση ανοίγει την πόρτα για μια ξαφνική νέα βιομηχανία του θανάτου;

## **ΒΕΛΓΙΟ**

Τρεις Βέλγοι γιατροί που είχαν κατηγορηθεί για μη νόμιμη ευθανασία στην 38χρονη Tyne Nys, τον Απρίλιο του 2010, αθωώθηκαν στις 31 Ιανουαρίου 2020.<sup>133</sup>

Πρόκειται για τους πρώτους γιατρούς που δικάστηκαν με αυτή την κατηγορία, καθόσον η ευθανασία είναι νόμιμη στο Βέλγιο από το 2002.

Οι αδελφές της Tyne Nys, οι οποίες αρχικά δεν αντιτάχθηκαν στην ευθανασία, υπέβαλαν μετά καταγγελία. Υποστήριξαν ότι η κατάσταση της αδελφής τους δεν ήταν ανίατη, που αποτελεί προϋπόθεση για μία νόμιμη ευθανασία, αλλά απλώς ότι η Tyne ήταν καταθλιπτική εξαιτίας μιας αποτυχημένης σχέσης. Είχε επίσης

---

<sup>132</sup> Πηγή: BioEdge, Δημήτριος Λυγνός - Stagiaire EEB, Άρθρο με τίτλο «Γερμανία: Ανώτατο Δικαστήριο επικυρώνει το δικαίωμα της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας», στην ιστοσελίδα της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής <http://www.bioethics.gr/index.php/el/anakoinesis/2671-26-03-2020>.

<sup>133</sup> σχετικό άρθρο με τίτλο «Η δίκη των Βέλγων γιατρών για την υπόθεση ευθανασίας της Tyne Nys ολοκληρώνεται με την αθώωσή τους», στην ιστοσελίδα της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής <http://www.bioethics.gr/index.php/el/anakoinesis/2622-07-02-2020-tyne-nys>.

διαγνωστεί πρόσφατα με αυτισμό. Το σώμα των ενόρκων αποφάνθηκε ότι η ψυχίατρος δεν έσφαλε με την πρόταση της για ευθανασία, για το λόγο ότι η κατάσταση της Τ. ήταν πραγματικά ανίατη. Επιπλέον, δέχτηκαν ότι ο οικογενειακός γιατρός δεν υπέγραψε για το θάνατο της καθώς επίσης και ότι υπήρχαν εύλογες αμφιβολίες για τις δράσεις του άλλου γιατρού που χορήγησε τη θανατηφόρα ένεση. Η υπεράσπιση υπογράμμισε, ότι οι γιατροί είχαν ως κίνητρο την ανακούφιση της ασθενούς και ότι απλώς είχαν σφάλμα στα έγγραφα τους. Η Εισαγγελία επέμεινε στο ότι οι γιατροί θα πρέπει να συμμορφώνονται με το νόμο και ότι η Τίνε δεν ήταν σοβαρά άρρωστη. Ο δικηγόρος της οικογένειας, επέκρινε τις συνέπειες της ετυμηγορίας, υποστηρίζοντας ότι δεν υπάρχει έλεγχος από την Επιτροπή ευθανασίας ούτε πλέον δικαστικός έλεγχος, ότι η ευθανασία έχει γίνει, στην πραγματικότητα, ένα γενικευμένο δικαίωμα στην αυτοκτονία και η βούληση του ατόμου γίνεται ο μόνος νόμος.

#### ***Υπόθεση Μαρίκε Βερβόορτ (2019)***<sup>134</sup>

Η πιο πρόσφατη υπόθεση είναι της Βελγίδας παραολυμπιονίκη του Λονδίνου 2012 και του Ρίο 2016, Μαρίκε Βερβόορτ, η οποία έδωσε τέλος στη ζωή της με ευθανασία, στις 22 Οκτωβρίου 2019.

Η ίδια είχε δηλώσει πως είχε υπογράψει την ευθανασία της στους Παραολυμπιακούς Αγώνες του Ρίο του 2016, καθώς, όπως είχε πει, υπέφερε από τα 21 χρόνια της, όλο και περισσότερο από τους πόνους μίας σπάνιας και ανίατης αρρώστιας του νωτιαίου μυελού.

Η αθλήτρια έβαλε τέλος στη ζωή της στα 40 της χρόνια στο Βέλγιο, όπου η ευθανασία είναι νόμιμη.

Η δυνατότητα επιλογής στην τελευταία πράξη της ζωής ήταν για εκείνη πάντα προτεραιότητα. «Η δυνατότητα να επιλέξεις την υποβοηθούμενη αυτοκτονία κάνει τον κόσμο να ζει περισσότερο» είχε πει στη συνέντευξη Τύπου μετά την κατάκτηση του δεύτερου μεταλλίου της και είχε έκλεισε λέγοντας: «Θέλω ο κόσμος να με θυμάται σαν την κυρία που χαμογελούσε μέχρι και το τέλος της».

## **ΟΛΛΑΝΔΙΑ**

### ***Υπόθεση Edward Brongersma***

Στην Ολλανδία, το 2002, το Ανώτατο Δικαστήριο της Ολλανδίας έκρινε ένοχο για υπέρβαση των νομικών ορίων της ευθανασίας, χωρίς να επιβάλλει όμως ποινή, γιατρό ο οποίος βοήθησε 86χρονο ασθενή του να πεθάνει, διότι ο τελευταίος δήλωνε «ψυχολογική εξάντληση από τη ζωή». Ο 86χρονος Έντουαρντ Μπρόνγκερσμα, πρώην γεροϋσιαστής και νομικός, δεν είχε διαγνωσθεί να πάσχει

<sup>134</sup> <https://www.in.gr/2019/10/23/plus/features/marika-vervoort-xrysi-paraolympionikis-pou-eswise-meta-apo-eythanasia/>

από κάποια ασθένεια, αλλά ήθελε να πεθάνει γιατί είχε βαρεθεί να ζει. Σύμφωνα με την ολλανδική, πρόσφατη τότε μάλιστα, νομοθεσία, η ευθανασία επιτρέπεται όταν μεταξύ άλλων ο ασθενής έχει διατυπώσει σαφή επιθυμία να θέσει τέρμα στη ζωή του και εφόσον υποφέρει από ανίατη ασθένεια και ανυπόφορο πόνο χωρίς προοπτική βελτίωσης. Το δικαστήριο, απέρριψε, προφανώς ορθά, την ερμηνεία ότι «ανυπόφορος πόνος» μπορεί να θεωρηθεί η κόπωση από τη ζωή. Στην υπόθεση αυτή προβλήθηκε για άλλη μια φορά το επιχείρημα της αυτονομίας του προσώπου, ως νομιμοποιητικό παράγοντα για την ευθανασία-υποβοηθούμενη αυτοκτονία.<sup>135</sup>

Σημειώνεται επίσης, ότι στην Ολλανδία διεξάγεται έρευνα για περιστατικά ευθανασίας.<sup>136</sup> Τα αμφιλεγόμενα αίτια θανάτου μιας 17χρονης κοπέλας, που έπασχε από νευρική ανορεξία και είχε πέσει θύμα βιασμού, γεγονός που δεν μπόρεσε να ξεπεράσει ποτέ, ήταν η αφορμή για να ξεκινήσει από τις ολλανδικές αρχές έρευνα για τρία περιστατικά ευθανασίας, σε γυναίκες που έπασχαν από ψυχικές ασθένειες και άνοια. Για το παραπάνω περιστατικό, της 17χρονης, όπως έγινε γνωστό στη συνέχεια, οι γιατροί και η οικογένεια «την άφησαν να φύγει» από τη ζωή, καθώς δεν την πίεσαν να φάει και να πει.

Σύμφωνα με τον Observer, οι Ολλανδοί εισαγγελείς διεξάγουν έρευνα για τους βεβαιωμένους θανάτους των τριών αυτών προσώπων το 2017 και 2018, καθώς υπάρχουν υπόνοιες ότι δεν τηρήθηκαν οι αυστηροί κανόνες της νομοθεσίας που επιτρέπουν σε έναν ασθενή το δικαίωμα να ζητήσει βοήθεια για να θέσει τέλος στη ζωή του.

Ήδη, δίδεται ένας γιατρός για υπόθεση που αφορά τον θάνατο από ευθανασία μιας γυναίκας με άνοια, το 2016. Η οικογένειά της κατήγγειλε τον γιατρό για «αστοχίες», καθώς δόθηκαν στη γυναίκα ηρεμιστικά ενώ κάποιοι την κρατούσαν διότι αντιστεκόταν και αντιδρούσε όταν επιχειρήσαν να της κάνουν τη θανάσιμη ένεση.

Τα περιστατικά που ερευνώνται, με την κατηγορία της έλλειψης της δέουσας επιμέλειας από τους γιατρούς, αφορούν μια γυναίκα με κατάθλιψη, η οποία το 2018, έπειτα από χειρουργείο στην κοιλιακή χώρα, διαπιστώθηκε ότι πάσχει από καρκίνο του πνεύμονα. Με το επιχείρημα ότι βιώνει αφόρητο ψυχολογικό πόνο, ζήτησε από τον γιατρό της να προχωρήσει σε ευθανασία. Συνεργάτης του γιατρού ανέλαβε να υλοποιήσει την επιθυμία της, ωστόσο δεν ζήτησε δεύτερη ιατρική γνωμάτευση πριν προχωρήσει σε ευθανασία.

Τα άλλα δύο περιστατικά είναι του 2017. Το ένα αφορά 60χρονη γυναίκα που έπασχε από Αλτσχάιμερ και ανεξάρτητος γιατρός διέγνωσε ότι το πρόβλημα δεν

---

<sup>135</sup> Βλ. παραπάνω Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup>-5.1. Η πλευρά του «ναι στην ευθανασία» (απόψεις επιχειρήματα)-αυτονομία.

<sup>136</sup> Άρθρο στην «Εφημερίδα των συντακτών», <https://www.efsyn.gr/node/200838> (26-3-2019).

ήταν τόσο σοβαρό ώστε να γίνει ευθανασία και το δεύτερο μια 80χρονη με οστεοπόρωση και άλλα προβλήματα, που δεν επιδέχονταν θεραπεία.

Η εισαγγελική έρευνα έχει προκαλέσει ανησυχία, τόσο στις τάξεις όσων τάσσονται υπέρ του μέτρου, για ανθρώπους των οποίων η ζωή έχει καταστεί αφόρητη λόγω του πόνου και των προβλημάτων αλλά και από την πλευρά όσων ανησυχούν ότι αν η ευθανασία γίνει κάτι εύκολο, τότε άνθρωποι με αδυναμία κρίσης θα θανατώνονται χωρίς λόγο.

Τα περιστατικά ευθανασίας σε πρόσωπα με άνοια ή ψυχολογικά προβλήματα είναι ελάχιστα στην Ολλανδία, μόλις 1% και 2,6% αντίστοιχα σε σύνολο 6.126 υποθέσεων. Τα δύο τρίτα αφορούν ανθρώπους με καρκίνο σε τελικό στάδιο. Η διαμάχη για την ευθανασία αναμένεται να γίνει πολύ σκληρή, ειδικά για περιστατικά ψυχολογικών προβλημάτων, καθώς οι υποστηρικτές της πρακτικής δηλώνουν ότι αυτά είναι εξίσου ισχυρά και έγκυρα με αυτά των σωματικών ασθενειών.

## **ΕΛΛΑΔΑ**

Στην Ελλάδα, ελάχιστες είναι οι περιπτώσεις ευθανασίας που αναδύονται στην επιφάνεια της κοινωνικής ζωής και της δικαστικής πρακτικής. Από Έλληνες γιατρούς έχει δηλωθεί ότι διαπιστωμένα περιστατικά ευθανασίας στην Ελλάδα, δεν έχουν καταγραφεί.

Η πιο πρόσφατη υπόθεση, που αναζωπύρωσε τη συζήτηση για την ευθανασία στην Ελλάδα, είναι του δημοσιογράφου Αλέξανδρου Βέλιου,<sup>137</sup> ο οποίος έγραψε και σχετικό βιβλίο με τίτλο «Εγώ και ο θάνατός μου. Το δικαίωμα στην ευθανασία».

Τον Σεπτέμβριο του 2015, διαγνώστηκε με καρκινικό όγκο στο πάγκρεας σε προχωρημένη μορφή, γεγονός που δημοσιοποίησε σε τηλεοπτική εκπομπή, τον Ιούνιο του 2016, ανακοινώνοντας πως έχει μερικούς μήνες ζωής. Ταυτόχρονα ανακοίνωσε ότι έχει πάρει την απόφαση να προβεί σε ευθανασία, πριν φτάσει στο σημείο να καθηλωθεί στο κρεβάτι, αντιτασσόμενος στην απαγόρευσή της από την ελληνική νομοθεσία. Χαρακτηριστικά δήλωνε: «Δεν είμαι υπέρ της ευθανασίας. Είμαι υπέρ του δικαιώματος να μπορεί κανείς να επιλέξει πώς και πότε θα πεθάνει».

Πέθανε στις 4 Σεπτεμβρίου 2016 στο σπίτι του, ενόσω ο καρκίνος ήταν σε τελικό στάδιο, καταφεύγοντας στη λύση της «μη υποβοηθούμενης ευθανασίας», καταναλώνοντας υπερβολική δόση ισχυρών ηρεμιστικών και παυσίπων σκευασμάτων. Λίγο πριν το θάνατό του, συνέταξε δύο ιδιόχειρες επιστολές, τις οποίες ανάγνωσε και ανήρτησε ο ίδιος στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης.

---

137

[https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%91%CE%BB%CE%AD%CE%BE%CE%B1%CE%BD%CE%B4%CF%81%CE%BF%CF%82\\_%CE%92%CE%AD%CE%BB%CE%B9%CE%BF%CF%82](https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%91%CE%BB%CE%AD%CE%BE%CE%B1%CE%BD%CE%B4%CF%81%CE%BF%CF%82_%CE%92%CE%AD%CE%BB%CE%B9%CE%BF%CF%82).

Η εισαγγελική έρευνα, που διενεργήθηκε για τον θάνατό του, αρχειοθετήθηκε, καθόσον δεν προέκυψε ότι κάποιος γιατρός ή άνθρωποι του περιβάλλοντός του, τον βοήθησαν να φύγει από τη ζωή.

Παλαιότερη υπόθεση που σχετίστηκε με το ζήτημα της ευθανασίας στην Ελλάδα, χωρίς την εμπλοκή όμως κάποιου γιατρού ή κάποιου ανίατα ασθενή, που οδεύει στο θάνατο, ήταν αυτή της αφαίρεσης της ζωής της οδοντιάτρου Γιόλας Βαγενά από τον παρκαδόρο Ματθαίο Μονσελά<sup>138</sup>, τον Ιανουάριο του 1994. Το θύμα δεν έπασχε ούτε από ανίατη θανατηφόρα ασθένεια, ούτε από κάποια σοβαρή διαπιστωμένη ψυχοπάθεια, αλλά ένοιωθε βαθειά θλίψη, εξαιτίας προβλημάτων στην προσωπική της ζωή. Στη δίκη που ακολούθησε, το υπερασπιστικό αίτημα να θεωρηθεί η πράξη ως ανθρωποκτονία κατ' απαίτηση, δεν έγινε δεκτό και έτσι υπήρξε καταδίκη για κοινή ανθρωποκτονία με πολλά ωστόσο ελαφρυντικά. Ο Μονσελάς καταδικάστηκε σε δωδεκαετή κάθειρξη και αφέθηκε ελεύθερος αφού εξέτισε τα τέσσερα από αυτά.

### **Γ. ΗΝΩΜΕΝΕΣ ΠΟΛΙΤΕΙΕΣ ΑΜΕΡΙΚΗΣ.**

#### ***Υπόθεση Karen Ann Quinlan (1976)***

Μία από τις σημαντικότερες αποφάσεις στην αμερικανική νομολογία είναι εκείνη της Κάρεν Αν Κουίνλαν (Karen Ann Quinlan) καθόσον μέχρι την έκδοσή της, το έτος 1976, δεν είχε προηγηθεί στον αμερικανικό νομικό κόσμο καμία απόφαση για ευθανασία, την οποία να έχει αιτηθεί πρόσωπο έτερο του πάσχοντος. Αναλυτικότερα, η Karen Ann Quinlan, 21 ετών, μεταφέρθηκε το 1975 μετά από τροχαίο ατύχημα σε κωματώδη κατάσταση σε νοσοκομείο του New Jersey, όπου και παρέμενε για πολλούς μήνες στη ζωή, συνδεδεμένη με συσκευή οξυγόνου, χωρίς να υπάρχει σύμφωνα με γνωματεύσεις γιατρών καμία ελπίδα ανάνηψης στο μέλλον. Ο πατέρας της υπέβαλε αίτηση στο δικαστήριο του New Jersey προκειμένου να διορισθεί επίτροπος, ώστε να προχωρήσει, ως αντιπρόσωπος πλέον της κόρης του, στη διακοπή της αναπνευστικής της λειτουργίας με την αποσύνδεση του αναπνευστικού σωλήνα. Ωστόσο, σύμφωνα με την απόφαση του Superior Court του New Jersey, η παραπάνω αίτηση απερρίφθη με την αιτιολογία ότι η κρίση για την αποσύνδεση ή μη του ασθενούς από το αναπνευστικό μηχανήμα, ανήκει στον ιατρικό κι όχι στο νομικό κόσμο.

Στη συνέχεια, κατά της απόφασης ασκήθηκε έφεση από τον πατέρα, η οποία τελικά έγινε δεκτή από το Supreme Court του New Jersey, αναγνωρίζοντας τον τελευταίο, επίτροπο κι ως εκ τούτου νόμιμο αντιπρόσωπο της κόρης του. Σύμφωνα με την απόφαση του Supreme Court, αναγνωριζόταν ταυτόχρονα το δικαίωμα στον πατέρα της Karen να ζητήσει επίσημα πλέον, την αποσύνδεση της κόρης του από το

---

<sup>138</sup> <https://www.mixanitouxronou.gr/mattheos-monselas-o-parkadoros-pou-egine-kata-parangelia-dolofonos-skotose-tin-odontiatro-giola-vagena-pou-ipefere-meta-to-chorismo-me-ton-antra-tis/>.



αναπνευστικό μηχάνημα, με την προϋπόθεση ότι οι επιβλέποντες γιατροί, κατόπιν σύσκεψης και με την επιτροπή δεοντολογίας του αρμοδίου νοσοκομείου, συνηγορούσαν στο ότι δεν υπάρχει καμία απολύτως ελπίδα ανάνηψης της ασθενούς από την κωματώδη κατάσταση, στην οποία είχε περιέλθει.

#### **Υπόθεση Elizabeth Bouvia (1986)**

Δεν έλειψαν ωστόσο και αποφάσεις στο παρελθόν, που έκαναν δεκτό το αίτημα του ασθενούς για ευθανασία, με το αιτιολογικό ότι πρέπει να του παρέχεται η δυνατότητα του «αξιοπρεπούς θανάτου», προκειμένου ο ίδιος να γλιτώσει από μια μαρτυρική, γεμάτη ανυπόφορους πόνους ζωή.

Αναφέρουμε χαρακτηριστικά την περίπτωση της 26χρονης Ελίζαμπεθ Μπούβια (Elizabeth Bouvia), η οποία, το 1983, ζήτησε αυτοπροσώπως από το ιατρικό προσωπικό δημόσιου νοσοκομείου, στο οποίο νοσηλευόταν λόγω σωματικής αναπηρίας, να αποσυνδέσουν τον σωλήνα, μέσω του οποίου τρεφόταν και διατηρούνταν εξαναγκαστικά στη ζωή, χωρίς η ίδια να συναινεί. Η συγκεκριμένη υπόθεση έφτασε το 1986 μέχρι το Εφετείο της Καλιφόρνια, όπου, αφού κρίθηκε ότι η ασθενής είναι απόλυτα πνευματικά υγιής, το δικαστήριο έλαβε την απόφαση ότι το δικαίωμα στην ιδιωτικότητα (privacy) υποδεικνύει πως δεν χρειάζεται κάποιος να βρίσκεται σε κώμα ή πολύ κοντά στον θάνατο για να αρνηθεί την τροφή, ούτε απαιτείται να εξετάζονται τα εκάστοτε κίνητρα, παρά πρέπει να δίνεται στον ασθενή η δυνατότητα του «αξιοπρεπούς θανάτου». Γενικότερα, σε καμία περίπτωση το ενδιαφέρον της Πολιτείας για τη διατήρηση στη ζωή του ασθενούς δεν μπορεί να υποσκελίσει το δικαίωμα του τελευταίου να αρνηθεί τη θεραπεία, ώστε να έχει τον «αξιοπρεπή θάνατο» που επιθυμεί. Σύμφωνα με το παραπάνω σκεπτικό, το Εφετείο της Καλιφόρνια έκρινε ότι η συγκεκριμένη ασθενής έχει κάθε δικαίωμα να αρνηθεί τη θεραπεία, εφόσον είναι αυτό που επιθυμεί.

#### **Υπόθεση Claire Conroy**

Παρόμοια με την υπόθεση Βουβία υπήρξε κι εκείνη της κατάκοιτης Κλαιρ Κόνβου (Claire Conroy), 84 ετών, η οποία έπασχε από γεροντική άνοια και τρεφόταν με τη βοήθεια ειδικού σωλήνα. Η επαφή της με το περιβάλλον ήταν αμυδρή και πάρα πολύ σπάνια. Ο ανιψιός της, ο οποίος και τη φρόντιζε, ζήτησε, το 1985, να αποσυρθεί ο σωλήνας που επέτρεπε τη διατροφή της ώστε να επέλθει ο θάνατος, υποστηρίζοντας πως αυτό θα ήταν το πιο αξιοπρεπές για τη θεία του, θα σταματούσε τον πόνο και θα ήταν σίγουρα και δική της επιλογή, εάν μπορούσε να συνειδητοποιήσει την κατάστασή της και να εκφραστεί. Πριν ολοκληρωθεί η διαδικασία, η Conroy πέθανε από φυσικά αίτια.

Το δικαστήριο έκρινε πως το δικαίωμα κάποιου να αρνηθεί την ιατρική θεραπεία δεν πρέπει να του στερείται επειδή απλώς δεν είναι ικανός να το απαιτήσει. Επιχείρημά του ήταν πως η έννοια του αυτοκαθορισμού μπορεί να προεκταθεί και



σε έναν αναπληρωτή, εάν υπάρχουν «σαφείς αποδείξεις» ότι το άτομο θα επέλεγε αυτή.

#### ***Υπόθεση Cruzan versus Missouri Department of Health (1990)***

Άλλη μία εξίσου σημαντική απόφαση για τη νομική αντιμετώπιση της ευθανασίας στις Η.Π.Α. είναι κι εκείνη της Νάνσυ Κρούζαν (Nancy Cruzan) το 1990, η οποία ουσιαστικά έρχεται σε πλήρη αντίθεση με την παραπάνω, υπόθεση Κουίνλαν. Η αντίθεση αυτή έγκειται στο γεγονός ότι η απόφαση δεν δέχεται, λόγω του δεδικασμένου που δημιούργησε η υπόθεση Quinlan, να εκδίδουν τα δικαστήρια με τόση ευκολία αποφάσεις αποδοχής της ευθανασίας σε ασθενείς, οι οποίοι δεν μπορούν να εκφράσουν τη γνώμη τους.

Σύμφωνα με το ιστορικό της υπόθεσης, η Nancy Beth Cruzan, 25 ετών, ύστερα από σοβαρό αυτοκινητικό ατύχημα, ζούσε για χρόνια σε μόνιμη φυτική κατάσταση. Με την πεποίθηση, ότι δεν είχε ουσιαστικά καμία πιθανότητα επανάκτησης των διανοητικών της ικανοτήτων, οι γονείς της επεδίωξαν την έκδοση δικαστικής διαταγής προκειμένου να προχωρήσουν στη διακοπή της σίτισης και ενυδάτωσης με τεχνητά μέσα. Το Ανώτατο Δικαστήριο του Μισούρι έκρινε ότι η επιθυμία της προσφεύγουσας να διακοπεί κάτω από αυτές τις περιστάσεις η σίτιση και η ενυδάτωσή της, δεν είχε αποδειχθεί κατά τρόπο σαφή και πειστικό, με αποτέλεσμα οι γονείς της να στερούνται της απαιτούμενης εξουσίας, προκειμένου να υλοποιήσουν την επιθυμία της ασθενούς.

Το Ανώτατο Δικαστήριο που κλήθηκε να αποφασίσει για το σύννομο αυτής της δικαστικής άρνησης, δεν αμφισβήτησε το δικαίωμα του ικανού για συναίνεση προσώπου, να αρνηθεί την οποιαδήποτε ιατρική θεραπεία. Τόνισε όμως, ότι στις περιπτώσεις που το άτομο δεν διαθέτει την ικανότητα συναίνεσης, ορθά το δίκαιο της πολιτείας του Μισούρι απαιτεί επιπρόσθετες διαδικαστικές εγγυήσεις που θα έχουν ως κύριο σκοπό, τη διασφάλιση έκφρασης, κατά το δυνατόν, μιας γνήσιας βούλησης του ασθενούς. Αυτές οι δικλίδες ασφαλείας αφορούν στην απόδειξη με τρόπο σαφή και πειστικό της αληθινής και όχι της εικαζόμενης βούλησης του ασθενούς. Το κυριότερο ζήτημα στο οποίο κλήθηκε να απαντήσει το Ανώτατο Δικαστήριο αφορούσε στο εάν στην προκειμένη περίπτωση τα πραγματικά περιστατικά οδηγούσαν στην αποδοχή ή μη του ισχυρισμού ότι η ασθενής είχε εκδηλώσει την επιθυμία της να πεθάνει με τρόπο σαφή και πειστικό. Πράγματι, το αποδεικτικό υλικό αφορούσε σε δηλώσεις της ασθενούς σε συγκάτοικό της όσο ήταν υγιής, σύμφωνα με τις οποίες δεν θα ήθελε να ζήσει αν έπρεπε να ζήσει ως «φυτό», χωρίς όμως να αναφερθεί συγκεκριμένα σε άρνηση τροφής και ενυδάτωσης. Το «περιεχόμενο» αυτής της δήλωσης βούλησης κρίθηκε από το δικαστήριο ότι δεν στοιχειοθετούσε την απαιτούμενη σαφή και πειστική απόδειξη καθότι τούτο δεν διασφαλιζόταν από το ότι συγγενικά πρόσωπα διαβεβαίωναν για τη θέληση της ασθενούς να διακόψει τη θεραπεία της. Σε αυτό συνηγορούσε η θέση ότι δεν υπάρχει καμιά αυτόματη διασφάλιση ότι η θέση των στενών

συγγενικών προσώπων θα συνέπιπτε με αυτήν της ασθενούς, εάν είχε αντιμετωπίσει την προοπτική αυτή όσο ήταν ικανή για συναίνεση. Τελικά, τον Δεκέμβριο του 1990, ύστερα από την κατάθεση φίλων και συνεργατών της Cruzan σχετικά με τις απόψεις της για τη ζωή και για σχετικούς με την ευθανασία διαλόγους, το δικαστήριο επέτρεψε την απομάκρυνση του σωλήνα διατροφής.

#### **Υπόθεση Terri Schiavo**<sup>139</sup>(2005)

Στις 25 Φεβρουαρίου 1990, σε ηλικία 26 ετών, η Τέρυ Σκιάβο (Terri Schiavo) υπέστη καρδιακή ανακοπή στο σπίτι της στη Φλόριντα. Με επιτυχία αναζωογονήθηκε όμως η έλλειψη οξυγόνου στον εγκέφαλό της, προκάλεσε μαζική εγκεφαλική βλάβη και έμεινε σε κώμα. Μετά από δυόμισι μήνες χωρίς βελτίωση, η διάγνωσή της άλλαξε σε διαρκή «φυτική» κατάσταση. Για τα επόμενα δύο χρόνια, οι γιατροί επιχείρησαν με κάθε μέσο, επαγγελματική θεραπεία, λογοθεραπεία, φυσιοθεραπεία και άλλες πειραματικές θεραπείες, την αναστροφή της κατάστασής της, χωρίς όμως επιτυχία. Το 1998, ο σύζυγος της Schiavo, , ζήτησε από το 6ο Circuit Court της Φλώριδας να αφαιρέσει το σωλήνα σίτισης, σύμφωνα με το νόμο της Φλόριντα, ενώ αντίθετοι τάχθηκαν οι γονείς της Terri, Robert και Mary Schindler. Το δικαστήριο διαπίστωσε ότι η Schiavo δεν επιθυμούσε να συνεχίσει τη λήψη μέτρων για την παράταση της διάρκειας ζωής και στις 24 Απριλίου 2001, ο σωλήνας σίτισης αφαιρέθηκε για πρώτη φορά, μόνο για να επανενταχθεί αρκετές ημέρες αργότερα. Στις 25 Φεβρουαρίου 2005, ένας δικαστής διέταξε και πάλι την αφαίρεση του σωλήνα τροφοδοσίας της Terri Schiavo. Ακολούθησαν αρκετές εφέσεις και παρέμβαση της ομοσπονδιακής κυβέρνησης, η οποία συμπεριέλαβε και τον Πρόεδρο των ΗΠΑ Τζορτζ Μπους, ο οποίος και υπέγραψε νομοσχέδιο που να επιτρέπει την εκδίκαση της υπόθεσης στα ομοσπονδιακά δικαστήρια. Μετά από έφεση μέσω του Ομοσπονδιακού Δικαστηρίου, που επιβεβαίωσε την αρχική απόφαση για την αφαίρεση του σωλήνα σίτισης, τελικά αποσυνδέθηκε αυτός στις 18 Μαρτίου 2005 και η Schiavo πέθανε στις 31 Μαρτίου 2005.

Η υπόθεση Schiavo περιλάμβανε 14 προσφυγές και πολυάριθμες αγωγές, αιτήσεις και ακροάσεις στα δικαστήρια της Φλόριντα, πέντε αγωγές στο ομοσπονδιακό περιφερειακό δικαστήριο, εκτεταμένη πολιτική παρέμβαση στα επίπεδα της νομοθετικής εξουσίας της Φλόριντα, του κυβερνήτη Τζεμπ Μπους, του Κογκρέσου των ΗΠΑ και του Προέδρου Τζορτζ Μπους, και τέσσερις απορρίψεις αιτήσεων επανεξέτασης από το Ανώτατο Δικαστήριο των Ηνωμένων Πολιτειών.<sup>140</sup>

<sup>139</sup> [https://en.wikipedia.org/wiki/Terri\\_Schiavo\\_case](https://en.wikipedia.org/wiki/Terri_Schiavo_case) , με αναλυτική καταγραφή όλου του ιατρικού και δικαστικού ιστορικού.

<sup>140</sup> Πολλές πληροφορίες καθώς και άρθρα για την αντιμετώπιση της ευθανασίας στις Η.Π.Α. βλ. δικτυακό τόπο <http://www.euthanasia.com/page4.html> .

## **Δ.ΚΑΝΑΔΑΣ**

### **Υπόθεση Tracy Latimer<sup>141</sup>**

Στον Καναδά ιδιαίτερα γνωστή, με βαρύνουσα σημασία ως προς το ζήτημα της ευθανασίας και τα δικαιώματα των ανθρώπων με αναπηρίες, αποτελεί η υπόθεση Latimer. Σύμφωνα με τα πραγματικά περιστατικά, ο αγρότης Ρόμπερτ Λάτιμερ θανάτωσε το 1993 την τετραπληγική και παράλυτη εγκεφαλικά κόρη του, Tracy, 13 ετών, χορηγώντας της, σύμφωνα με τα στοιχεία της διενεργηθείσας νεκροψίας, διοξειδίο του άνθρακα, όταν τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας βρίσκονταν στην εκκλησία.

Κίνητρο αυτής της πράξης, όπως υποστήριξε ο R.Latimer, υπήρξε ο «οίκτος» του για την κόρη του, η οποία λόγω των σοβαρών της αναπηριών αδυνατούσε να φροντίσει τον εαυτό της και να μετακινηθεί στο ελάχιστο και υπέφερε από αφόρητους πόνους λόγω σοβαρών μυοσκελετικών προβλημάτων.

Ο R.Latimer, αφού ομολόγησε την ενοχή του, κρίθηκε το 1994 ένοχος για ανθρωποκτονία β' βαθμού, από το Ορκωτό Δικαστήριο. Του επιβλήθηκε η υποχρεωτική ποινή της ισόβιας κάθειρξης χωρίς δυνατότητα υφ' όρον απόλυσης πριν συμπληρωθούν δέκα (10) έτη από την έναρξη της ποινής. Η έφεση του κατηγορουμένου απορρίφθηκε το 1995. Ωστόσο, σε δίκη που ακολούθησε μετά από άσκηση αναίρεσης στο Ανώτατο Ακυρωτικό Δικαστήριο του Καναδά το 1997, ο επικεφαλής του Ακυρωτικού, δικαστής Lamer, αν και δηλώνει στην αρχή της απόφασής του ότι δε σκοπεύει να υπεισέλθει στην ουσία της υπόθεσης της ευθανασίας κι ότι θα περιοριστεί στην κρίση των νομικών ζητημάτων, σε όλη την έκταση της απόφασης που εξέδωσε, το ερώτημα που θέτει σε σχέση με την ευθανασία είναι, εάν για τη συγκεκριμένη ενέργεια του δράστη, ανεξάρτητα από το εάν αυτή θεωρηθεί ή όχι εγκληματική, η ποινή που του επεβλήθη είναι δυσανάλογα μεγάλη σε σύγκριση με την «ηθική» ενοχή του δράστη. Σύμφωνα πάντα με την κρίση του Lamer, η πράξη αυτή δε θα μπορούσε σε καμία περίπτωση να εξομοιωθεί με μία εν ψυχρώ δολοφονία κατά τη διάρκεια μιας ληστείας, ενώ ταυτόχρονα επισημαίνει ότι ο δράστης μιας παιδοκτονίας στον Καναδά, τιμωρείται με πολύ μικρότερη ποινή, καθώς η πενταετής φυλάκιση αποτελεί και τη μέγιστη ποινή. Κατά τον Lamer, η ψυχική κατάσταση του πατέρα, στην προκειμένη περίπτωση, έχει την ίδια ένταση με εκείνη της μητέρας που διαπράττει παιδοκτονία.

Αν και στο κύριο σώμα της απόφασης δε τίγεται το ζήτημα της ευθανασίας, ωστόσο το ζήτημα αυτό επανέρχεται στο προσκήνιο, καθόσον ο Καναδός νομοθέτης εξακολουθεί να θεωρεί τις περιπτώσεις ευθανασίας ανθρωποκτονίες με πρόθεση, ενώ καμία συναίνεση του θύματος στον δικό του θάνατο δεν μπορούσε να επιδράσει στην ευθύνη εκείνου που τον προκάλεσε.

---

<sup>141</sup> <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/robert-latimer-case> .

Το 2001 από το Ανώτατο Ακυρωτικό Δικαστήριο του Καναδά απορρίφθηκε και νέα άσκηση αναίρεσης του Λάτιμερ, με βάση το άρθρο 12 του Χάρτη Δικαιωμάτων και Ελευθεριών του Καναδά (δικαίωμα έναντι σε ποινή ή μεταχείριση σκληρή και αήθη) και τελικά τον Δεκέμβριο του 2010 αποφυλακίστηκε.

#### **Υπόθεση Carter κατά Καναδά**<sup>142</sup>

Πρόκειται για απόφαση-ορόσημο του Ανώτατου Ακυρωτικού Δικαστηρίου του Καναδά, όπου η απαγόρευση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας αμφισβητήθηκε, ως αντίθετη προς τον Καναδικό Χάρτη Δικαιωμάτων και Ελευθεριών (" Χάρτη ") από πολλά μέρη, συμπεριλαμβανομένης της οικογένειας της Καίη Κάρτερ (Kay Carter), που έπασχε από εκφυλιστική στένωση της σπονδυλικής στήλης και της Γκλόρια Τέιλορ (Gloria Taylor) που υπέφερε από αμυοτροφική πλευρική σκλήρυνση ("ALS"). Με ομόφωνη απόφαση, στις 6 Φεβρουαρίου 2015, το Δικαστήριο απέρριψε τη διάταξη του άρθρου 241β του Ποινικού Κώδικα<sup>143</sup>, παρέχοντας έτσι στους Καναδούς ενήλικες που είναι διανοητικά ικανοί και υφίστανται πόνο αφόρητο και διαρκή, το δικαίωμα σε ιατρική βοήθεια για το θάνατο. Η απόφαση αυτή ανέτρεψε την απόφαση του Ανώτατου Δικαστηρίου του 1993, στην υπόθεση Sue Rodriguez κατά της Βρετανικής Κολομβίας (AG)<sup>144</sup>, όπου το ίδιο Δικαστήριο, είχε αρνηθεί το δικαίωμα της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας.

Το δικαστήριο ανέστειλε την ισχύ της απόφασής του για 12 μήνες, ώστε να δώσει στην ομοσπονδιακή κυβέρνηση αρκετό χρόνο για να τροποποιήσει τους νόμους της. Τον Ιανουάριο του 2016, το δικαστήριο χορήγησε πρόσθετη παράταση, τεσσάρων μηνών στην απόφαση αναστολής, ώστε να δοθεί, εκ νέου, χρόνος στη νεοεκλεγείσα ομοσπονδιακή φιλελεύθερη κυβέρνηση, να διαβουλευθεί με τους Καναδούς για την εκπόνηση νόμου, σε συμμόρφωση με την απόφαση. Ως προσωρινό μέτρο, έκρινε επίσης, ότι τα επαρχιακά δικαστήρια θα μπορούσαν πλέον, να κάνουν δεκτές αιτήσεις για ευθανασία, μέχρι να ψηφιστεί ο νέος νόμος. Σημειωτέον ότι ο σχετικός νόμος ψηφίστηκε στις 17 Ιουνίου 2016.<sup>145</sup> Η πλειοψηφία συμφώνησε με την περιοριστική διατύπωση που κατέθεσε η Βουλή των Κοινοτήτων ότι «μόνο οι ασθενείς που πάσχουν από ανίατη ασθένεια, των οποίων ο φυσικός θάνατος είναι «εύλογα προβλέψιμος», είναι επιλέξιμοι για ιατρικώς υποβοηθούμενο θάνατο». Οι επικριτές του νομοσχεδίου υποστήριξαν ότι η απόφαση Carter ήταν ευρύτερη, συμπεριλαμβανομένων και των απελπιστικά άρρωστων ατόμων και όχι μόνο εκείνων σε τελικό στάδιο, κοντά στον θάνατο. Η Βουλή των Κοινοτήτων δέχθηκε

<sup>142</sup> [http://www.bioethics.gr/images/pdf/BIODIKAIO/NOMOLOGIA/EUTHANASIA/carter\\_v\\_canada-summary.pdf](http://www.bioethics.gr/images/pdf/BIODIKAIO/NOMOLOGIA/EUTHANASIA/carter_v_canada-summary.pdf)

<sup>143</sup> Το εν λόγω άρθρο 241β του καναδικού Ποινικού Κώδικα, αναφερόταν στο αξιόποινο της υποβοήθησης σε αυτοκτονία.

<sup>144</sup> Αναλυτικά για την υπόθεση, βλ. Αντώνης Δ. Μαγγανάς, άρθρο «Αδυναμία του δικαιοκτικού μηχανισμού να επιλύσει προβλήματα ευθανασίας ή ποιος θα αναλάβει την ευθύνη της απόφασης. Υπόθεση Rodriguez», σε Ελληνική Επιθεώρηση Εγκληματολογίας, 11-16/1993-1995.

<sup>145</sup> [https://en.wikipedia.org/wiki/Carter\\_v\\_Canada\\_\(AG\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Carter_v_Canada_(AG)).

μερικές τροπολογίες της Γερουσίας, όπως η απαίτηση ότι οι ασθενείς θα πρέπει να συμβουλευόμαστε για εναλλακτικές λύσεις, συμπεριλαμβανομένης της παρηγορητικής φροντίδας και να εμποδίζουν τους δικαιούχους να ενεργούν ευθανασία.

### ***E. Γιατροί του ελέους ή γιατροί του θανάτου;***

Κλείνοντας αυτό το κεφάλαιο, δεν μπορεί να μη γίνει λόγος και για τους περίφημους «γιατρούς του θανάτου» που κατά καιρούς έδρασαν και δρουν, ανά τον κόσμο. Εν προκειμένω θα αναφερθούν δύο πολύ συζητημένες περιπτώσεις.

Η γνωστότερη περίπτωση, είναι του γιατρού-παθολόγου Τζακ Κεβορκιάν (**Jack Kevorkian**),<sup>146</sup> του αποκαλούμενου Dr death, που έδρασε στις ΗΠΑ. Ο Κεβορκιάν, παρείχε στον ασθενή που επιθυμούσε να βάλει τέρμα στη ζωή του, μια συσκευή που είχε ο ίδιος επινοήσει, την «μηχανή του ελέους», μέσω της οποίας διοχετεύονταν τοξικές ουσίες, που προκαλούσαν άμεσο και ανώδυνο θάνατο. Τη συσκευή αυτή, την ενεργοποιούσε ο ίδιος ο ασθενής, κατά το δοκούν και με αυτό τον τρόπο, παρείχε, στην ουσία, ιατρική βοήθεια σε αυτοκτονίες. Παρότι παραπέμφθηκε αρκετές φορές στην αμερικανική δικαιοσύνη, απαλλασσόταν των κατηγοριών του. Ο ίδιος ανέφερε ότι κατά το διάστημα 1990 έως 1998 είχε βοηθήσει 130 άτομα να θέσουν τέλος στη ζωή τους.

Θέλοντας να θέσει ευθέως το ζήτημα της ευθανασίας, στις 17-9-1998 εισήγαγε ο ίδιος θανατηφόρο μείγμα φαρμάκων με ένεση στον οργανισμό ενός ασθενή, του Thomas Youk, προκαλώντας το θάνατό του. Την πράξη του αυτή, τη βιντεοσκόπησε και την απέστειλε στην ευρείας ακροαματικότητας εκπομπή του τηλεοπτικού καναλιού CBS News60minutes, με εμβέλεια σε όλη την Αμερική, η οποία προβλήθηκε στις 22-11-1998.

Μετά από αυτό, του απαγγέλθηκε κατηγορία ανθρωποκτονίας, στις 26-03-1999 καταδικάστηκε για «φόνο β' βαθμού» και του επιβλήθηκε ποινή κάθειρξης 10-20 ετών. Τον Δεκέμβριο του 2005 δεν έγινε δεκτό αίτημα αποφυλάκισής του, ο ίδιος ισχυρίστηκε ότι όταν αποφυλακιζόταν δε θα επαναλάμβανε πράξεις ευθανασίας, όπως έπραττε πριν φυλακιστεί. Όντως άρρωστος από ηπατίτιδα C σε τελικό στάδιο, αποφυλακίστηκε το 2007 και πέθανε στις 3-6-2011 σε ηλικία 83 ετών. Το βέβαιο είναι, ότι τόσο η δράση όσο και η στάση του γιατρού Κεβορκιάν, στο ζήτημα της ευθανασίας, έγραψε κεφάλαιο που προκάλεσε μεγάλη αίσθηση.

### ***Philip Nitschke***

Μια ακόμα, αλλά η πλέον σύγχρονη και «ενεργή» περίπτωση, είναι αυτή του Αυστραλού συγγραφέα, ακτιβιστή, πρώην γιατρού, του Δόκτωρα Φίλιπ Νίτσκε (dr Philip Nitschke),<sup>147</sup> ιδρυτή και διευθυντή του ομίλου Pro-thanasia Exit International .

<sup>146</sup> [https://en.wikipedia.org/wiki/Jack\\_Kevorkian](https://en.wikipedia.org/wiki/Jack_Kevorkian).

<sup>147</sup> [https://en.wikipedia.org/wiki/Philip\\_Nitschke](https://en.wikipedia.org/wiki/Philip_Nitschke), και <https://exitinternational.net/about-exit/dr-philip-nitschke/>.

Ο ίδιος, πρωτοστάτησε στην εκστρατεία για τη θέσπιση νόμου ευθανασίας που ψηφίστηκε μεν στη Βόρεια Επικράτεια της Αυστραλίας βοηθώντας και τέσσερις ανθρώπους να τερματίσουν τη ζωή τους, ανατράπηκε όμως, στη συνέχεια, από την Κυβέρνηση της Αυστραλίας. Ο Nitschke ήταν ο πρώτος γιατρός στον κόσμο που χορήγησε νόμιμη, εθελοντική, θανατηφόρα ένεση, την οποία ο ασθενής ενεργοποιεί, χρησιμοποιώντας υπολογιστή. Αναφέρεται ποικιλοτρόπως στα μέσα μαζικής ενημέρωσης, ως "Dr Death" ή ο «Elon Musk της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας».

Μετά την ακύρωση του ανωτέρω νόμου, ο Nitschke άρχισε να παρέχει συμβουλές σε άλλους για το πώς μπορούν να τερματίσουν τη ζωή τους, οδηγώντας το 1997 στη δημιουργία του κινήματος, ομίλου πλέον, Exit International. (Περισσότερα και κατατοπιστικότερα στη σχετική ιστοσελίδα <https://exitinternational.net/about-exit/dr-philip-nitschke/>).

Ο ίδιος εμφανίστηκε σε πρωτοσέλιδα στη Νέα Ζηλανδία, όταν ανακοίνωσε σχέδια να συνοδεύσει οκτώ Νεοζηλανδούς στο Μεξικό όπου το φάρμακο Nembutal, ικανό να προκαλέσει θανατηφόρα υπερβολική δόση, μπορεί να αγοραστεί νόμιμα. Έγινε επίσης πρωτοσέλιδο, όταν παρουσίασε το σχέδιό του να ξεκινήσει ένα «πλοίο θανάτου» που θα του επέτρεπε να παρακάμπτει τους εθνικούς νόμους, διενεργώντας ευθανασία ανθρώπων από όλο τον κόσμο, στα διεθνή ύδατα.

Το 2009, βοήθησε να προωθήσει το Dignified Departure, ένα 13ωρο πρόγραμμα συνδρομητικής τηλεόρασης για αυτοκτονία με τη βοήθεια ιατρού στο Χονγκ Κονγκ και την ηπειρωτική Κίνα. Το πρόγραμμα προβλήθηκε τον Οκτώβριο στην Κίνα στο κανάλι Family Health, το οποίο διαχειρίζεται το επίσημο China National Radio.

Από το 2014 ήρθε σε σφοδρή σύγκρουση με το Ιατρικό Συμβούλιο της Αυστραλίας, το οποίο καταρχήν ανέστειλε την άδεια άσκησης του, αργότερα του επέβαλε ένα κατάλογο με 25 συνθήκες κάτω από τις οποίες θα μπορούσε να συνεχίσει να ασκεί το επάγγελμά του όπως απαγορεύσεις παροχής συμβουλών ή πληροφοριών στο κοινό ή των ασθενών σχετικά με την ευθανασία ή το Nembutal ή την αυτοκτονία, την ανάκληση της έγκρισης του βιβλίου του «Peaceful Pill» και σχετικών βίντεο. Ως συνέπεια των περιορισμών και των αποτελεσμάτων της έρευνας μελών του Οργανισμού, ο Nitschke έκαψε δημοσίως το πιστοποιητικό ιατρικής εξάσκησης και ανακοίνωσε το τέλος της ιατρικής του σταδιοδρομίας, δεσμεύοντας να συνεχίσει να προωθεί την ευθανασία.

Δήλωσε ότι θα παραμείνει γιατρός, θα χρησιμοποιεί νόμιμα τον τίτλο «Δόκτωρ» (είναι κάτοχος PhD) και θα συνεχίσει να βλέπει ασθενείς και μέλη της Οργάνωσής του EXIT σε κλινικές που διατηρεί στην Αυστραλία και σε άλλες χώρες. Από το 2015 η Οργάνωση και ο ίδιος έχουν μεταφερθεί στο πιο φιλελεύθερο πολιτικο-νομικό περιβάλλον της Ολλανδίας.

Όπως είναι αναμενόμενο, οργανισμοί που αντιτίθενται στην ευθανασία αλλά και ακόμα και ορισμένοι υποστηρικτικές της ευθανασίας, στέκονται επικριτικά απέναντι στον Nitschke και τις μεθόδους του.

### **Περίπτωση Ντέιβιντ Γκούντολ (David Goodall) 2018<sup>148</sup>**

Χαρακτηριστικά αναφέρουμε την περίπτωση του γηραιότερου επιστήμονα της Αυστραλίας Ντέιβιντ Γκούντολ (David Goodall), 104 ετών, που ταξίδεψε στην Ελβετία για να βάλει τέλος στη ζωή του, μέσω της οργάνωσης Exit International του Νίτσκε. Ο επιστήμονας, ειδικευμένος σε θέματα οικολογίας καθηγητής πανεπιστημίου, δεν έπασχε από κάποια ασθένεια σε καταληκτικό στάδιο, αλλά η ποιότητα της ζωής του είχε επιδεινωθεί. Αιτήθηκε και πήρε ραντεβού στη Βασιλεία και στις 10 Μαΐου 2018 πέθανε γαλήνια, έπειτα από ένεση Nembutal, όπως έγραψε στο Twitter ο δρ. Φίλιπ Νίτσκε.

Ο καθηγητής Γκούντολ, επίτιμος ερευνητής καθηγητής στο Πανεπιστήμιο Edith Cowan του Περθ, βρέθηκε στις πρώτες σελίδες των εφημερίδων το 2016, όταν το πανεπιστημιακό ίδρυμα του ζήτησε να αποχωρήσει από τη θέση του με τη δικαιολογία του κινδύνου που οι μετακινήσεις του αντιπροσώπευαν για τον ίδιο. Αναθεώρησε την απόφασή του μπροστά στην αντίδραση της επιστημονικής κοινότητας, τόσο στην Αυστραλία, όσο και διεθνώς.

«Λυπάμαι πολύ που έφθασα σε αυτήν την ηλικία. Δεν είμαι ευτυχισμένος», είχε δηλώσει στις αρχές του Απριλίου στο τηλεοπτικό δίκτυο ABC. «Θέλω να πεθάνω. Και αυτό δεν είναι ιδιαίτερα λυπηρό». «Το λυπηρό είναι να εμποδίζομαι να πεθάνω. Πιστεύω ότι ένας ηλικιωμένος άνθρωπος σαν εμένα θα πρέπει να έχει τα πλήρη δικαιώματα του πολίτη, συμπεριλαμβανομένου του δικαιώματος της συνδρομής στην αυτοκτονία».

### **ΕΠΙΛΟΓΟΣ (συμπεράσματα –προσωπικές εκτιμήσεις)**

Με την παρούσα εργασία, επιχειρήθηκε μια «περιήγηση» στο ταραχώδες και πολύπλευρο πεδίο της ευθανασίας. Έγινε μια προσπάθεια «σφαιρικής» παρουσίασης του ζητήματος της ευθανασίας με τους αναδυόμενους βασικούς νομικούς, φιλοσοφικούς, ηθικούς και κοινωνικούς προβληματισμούς που αυτό προκαλεί. Αναφέρθηκαν η δικαιοσύνη αντιμετώπιση των περιπτώσεων ευθανασίας και νομολογιακά περιστατικά από διαφορετικές χώρες και νομικά συστήματα καθώς και πραγματικές υποθέσεις ευθανασίας, παλαιότερες και πρόσφατες, που τάραξαν κοινωνίες και πολιτείες. Καθόσον η ευθανασία σχετίζεται με τα ζητήματα του τέλους της ζωής, δεν παύει ποτέ να είναι επίκαιρη και, διαχρονικά, από τον ευθανάτο της αρχαιότητας που χαρακτήριζε το εύκολο, ήρεμο, γαλήνιο τέλος της ζωής

---

<sup>148</sup> <http://www.docmed.gr/pethane-efthanasia-o-gireoteros-afstralos-epistimonas-nteivint-gkountol/>



έως τη σημερινή έννοια της, απασχόλησε τις κοινωνίες και κατ'επέκταση και τις συντεταγμένες πολιτείες.

Φτάνοντας στο τέλος της παρούσας, κρίθηκε χρήσιμη μια συνοπτική αποτύπωση ορισμένων βασικών σημείων, εν είδει ανακεφαλαίωσης και η παράθεση κάποιων προσωπικών εκτιμήσεων.

Η ευθανασία, κατά τη σύγχρονη της έννοια, αφορά αποφάσεις που αποσκοπούν στην ηθελημένη διακοπή, στο τέλος της ζωής ενός ανθρώπου και προϋποθέτει την ύπαρξη και συνδρομή δεύτερου (άλλου από τον ενδιαφερόμενο) εμπλεκόμενου προσώπου. Χαρακτηρίζει κατά κύριο λόγο, τις περιπτώσεις πνευματικά διαυγούς, θνήσκοντος με επώδυνο τρόπο, ανθρώπου που βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο ανίατης ασθένειας ή βαρύτατου τραυματισμού, με δηλωμένη την επιθυμία του για τερματισμό της ζωής του. Παράλληλα όμως, στον ευρύτερο χώρο της ευθανασίας συναντώνται και άλλες περιπτώσεις με βασικότερη και συχνότερη την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Η τελευταία έγκειται στη χορήγηση των απαραίτητων μέσων για να επέλθει το τέλος, με τρόπο ανώδυνο, το δε αποτέλεσμα του θανάτου δεν επέρχεται από τρίτο πρόσωπο – γιατρό ή μη – αλλά από τον ίδιο τον πάσχοντα.

Ειδικότερα, ανάλογα με τον τρόπο διενέργειάς της η ευθανασία, όπως έχει επικρατήσει, διακρίνεται σε *ενεργητική*, όταν το τέλος της ζωής του ασθενούς, κατόπιν επιθυμίας του, επέρχεται μέσω ενέργειας-πράξης και *παθητική* όταν ο ασθενής αφήνεται να πεθάνει χωρίς να επιχειρείται ή να παρατείνεται μια ιατρική πράξη ή θεραπευτική αγωγή που θα συνέβαλε στη διατήρησή του στη ζωή.

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με το κριτήριο της *βούλησης του ασθενή* διακρίνεται α) η *εκούσια* ευθανασία (με τη βούληση του ασθενή- με την εκπεφρασμένη συναίνεση αυτού) που αποτελεί και την πιο «καθαρή» μορφή ευθανασίας β) η *μη εκούσια* (χωρίς τη βούληση του ασθενή- χωρίς την εκπεφρασμένη συναίνεση αυτού), από την οποία απορρέουν πολλά διλήμματα και δύσκολες αποφάσεις και γ) η *ακούσια* (ενάντια στη βούληση- παρά την εκπεφρασμένη συναίνεση αυτού) που προσβάλλει ανεπίτρεπτα το δικαίωμα στη ζωή και την υγεία.

Είναι γεγονός ότι στις περιπτώσεις της μη εκπεφρασμένης συναίνεσης, της εικαζόμενης συναίνεσης, προκύπτουν πολλαπλά διλήμματα και ποικίλοι νομικοί και ηθικοί προβληματισμοί.

Εν προκειμένω, θεωρούμε ότι η νομική κατοχύρωση των προγενέστερων οδηγιών οι οποίες αποτελούν ένα μέσο έκφρασης της συναίνεσης του ασθενή ή άρνησης αυτής, όταν είναι σαφείς και ανεπιφύλακτα συντεταγμένες (ενώπιον συμβολαιογράφου ή δικαστή) και με ρητές προϋποθέσεις, δεν πρέπει να αποκλειστεί. Επίσης, σε οριακές περιπτώσεις, όπου κάποιος βρίσκεται για σημαντικό χρονικό διάστημα σε μη αναστρέψιμη, πλήρη έκπτωση των ζωτικών του λειτουργιών και σε κατάσταση παντελούς έλλειψης συνείδησης και ο ίδιος δεν έχει δηλώσει την επιθυμία του για ευθανασία, αυτή μπορεί να γίνει αποδεκτή.



Οι προαναφερόμενες διακρίσεις της ευθανασίας, πέραν του θεωρητικού τους υπόβαθρου, έχουν σημασία στην πράξη καθόσον διαφοροποιούνται οι έννομες συνέπειές τους. Όπως αναλυτικά έχει αναφερθεί (Κεφάλαιο 1.5), στις περισσότερες χώρες απαγορεύεται η ενεργητική ευθανασία χαρακτηριζόμενη ως ανθρωποκτονία ενώ η παθητική τυγχάνει ευρύτερης αποδοχής, δικαιολόγησης και κάποτε νομιμοποίησης. Ειδικότερα, στον Ευρωπαϊκό χώρο, μόνο τέσσερις χώρες, η Ολλανδία, το Βέλγιο, το Λουξεμβούργο από το 2000 και πρόσφατα η Ισπανία έχουν προχωρήσει σε νομιμοποίηση της ευθανασίας, υπό αυστηρούς όρους.

Δεδομένου όμως, ότι και οι δύο περιπτώσεις έχουν το ίδιο αποτέλεσμα (το τέλος της ζωής του ασθενή), ο σκοπός και τα κίνητρα του δράστη (οίκτος, συμπάθεια, ανθρωπιστικά αισθήματα) είναι ταυτόσημα, η δε μόνη διαφορά έγκειται στον τρόπο (ενέργεια ή παράλειψη) που θα ακολουθηθεί, χρήζει αναθεώρησης η στεγανή αυτή διάκριση και η δικαιοσύνη της αντιμετώπισης.

Περαιτέρω, εισερχόμενοι στο χώρο του Δικαίου, στο ερώτημα αν, καταρχήν, μπορεί να γίνεται λόγος για ένα «δικαίωμα» στο θάνατο ή στη διακοπή της ζωής, που να μπορεί να συναχθεί από το ελληνικό Σύνταγμα και, κατά προέκταση, αν, τελικά, είναι εφικτή μια νομοθετική πρόβλεψη για την ενεργητική ευθανασία με έρεισμα στα ατομικά συνταγματικά δικαιώματα, η απάντηση είναι καταφατική. Σε κάθε περίπτωση όμως, είτε αποδεχόμενοι την αναγνώριση ενός δικαιώματος στο θάνατο απορρέον από το δικαίωμα στην ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας είτε ως άλλη όψη του δικαιώματος στη ζωή, δεν οδηγούμαστε σε ένα απεριόριστο δικαίωμα ενεργητικής ευθανασίας. Απαιτούνται αυστηρά οριζόμενες νομοθετικά, προϋποθέσεις, για τις οποίες πολύ χρήσιμη είναι η μελέτη των αντίστοιχων ρυθμίσεων άλλων χωρών και με γνώμονα πάντα την προστασία του ίδιου συμφέροντος του εκάστοτε ασθενούς.

Επιπρόσθετα, όταν γίνεται λόγος για δικαίωμα στην επιλογή τερματισμού της ζωής, αυτό δεν σημαίνει και ότι κάποιος άλλος (γιατρός, συγγενής, τρίτος) έχει σύστοιχη υποχρέωση να αφαιρέσει την ζωή. Η Πολιτεία είναι εκείνη που μπορεί εκ των πραγμάτων να προσφέρει στον επιθυμούντα τον τερματισμό της ζωής του, την δυνατότητα ενεργητικής αρωγής του, ως προς αυτό.

Στη συνέχεια αναφερθήκαμε ιδιαίτερα, στις αντίθετες απόψεις του «ναι» και του «όχι» στην ευθανασία που εκφράζονται στο πεδίο της Βιοηθικής, εμπλεκόμενου με το χώρο του Δικαίου, όπως συμπυκνώνονται στη σύγκρουση αφενός του δικαιώματος του ανθρώπου να αυτοπροσδιορίζεται, να αποφασίζει με ποιον τρόπο επιθυμεί να ζει ή να μη ζει πια αφετέρου του συμφέροντος ή/και της υποχρέωσης του κοινωνικού συνόλου να προστατεύει το ύψιστο αγαθό της ζωής, απέναντι σε όποιον επιχειρεί να το επιβουλεύει ή να το καταργήσει.

Η υιοθέτηση της μίας ή της άλλης άποψης δεν είναι εύκολη, καθώς και οι δύο πλευρές προβάλλουν αρκετά πειστικά, στην πλειοψηφία τους, επιχειρήματα. Είναι αναμφισβήτητο ότι κάθε περίπτωση ανθρώπου που έρχεται αντιμέτωπος με

διλήμματα του τέλους της ζωής είτε της δικής του είτε για κάποιον άλλο, είναι μοναδική και ως τέτοια πρέπει να αντιμετωπίζεται. Η συνδρομή –βοήθεια σε έναν άνθρωπο που υποφέρει με ανυπόφορους πόνους, που βρίσκεται σε τελικό στάδιο, που ο ίδιος, με πλήρη συνείδηση, αποφασίζει ότι όταν σε κάποιο μελλοντικό χρόνο φτάσει σε κατάσταση μη συνειδητότητας και πλήρους εξάρτησης από μηχανήματα επιθυμεί το τέλος του, δεν πρέπει να αγνοείται. Επίσης, τα ερωτήματα του πόσο θεμιτό είναι να μπορεί κάποιος να πάρει μία απόφαση που αφορά το τέλος της ζωής ενός άλλου, να αξιολογήσει την ποιότητα της ζωής κάποιου άλλου, να αποφασίσει αντ' αυτού, εξακολουθούν να προξενούν εντάσεις, οι δε απαντήσεις μόνο εύκολες και βιαστικές δεν μπορούν να είναι. Οι κίνδυνοι, ο περιβόητος «ολισθηρός κατήφορος» είναι πραγματικοί.

Βέβαιο είναι ότι η ευθανασία δεν αποτελεί απλά ένα θεωρητικό ζήτημα. Είναι μια πραγματική κατάσταση, μια πρακτική που συμβαίνει είτε νόμιμα σε κάποιες χώρες είτε εκτός νόμου.

Το ελληνικό θετικό δίκαιο απέχει, προς το παρόν, από τη ρύθμιση των θεμάτων της ευθανασίας και σύμφωνα με τις διατάξεις του Ποινικού Κώδικα (Π.Κ.), οποιαδήποτε ιατρική πράξη επισπεύδει τον θάνατο ενός ασθενούς τελικού σταδίου (ενεργητική ευθανασία) είναι παράνομη και διώκεται, ακόμη και αν ο ασθενής ζητά επίμονα τον τερματισμό της ζωής του, με την επιφύλαξη του άρθρου 300 Π.Κ., όπου η πράξη του γιατρού αντιμετωπίζεται επιεικέστερα, ως ανθρωποκτονία εξ οίκτου. Παρόλα αυτά, ο ελληνικός Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (ΚΙΔ – ν. 3418/2005) καθιέρωσε τον κανόνα που δεσμεύει τον γιατρό να ακολουθεί «παρηγορητική» (ανακουφιστική) αγωγή, όταν «εξαντληθούν όλα τα ιατρικά θεραπευτικά περιθώρια», να συμπαρίσταται στον ασθενή μέχρι το τέλος του, με σεβασμό στην αξιοπρέπειά του. Με τη διάταξη αυτή, το κοινό μας δίκαιο φαίνεται ότι υποδέχθηκε την παθητική ευθανασία, το να «αφήνεις κάποιον να πεθάνει», όταν ό,τι και να κάνεις είναι μάταιο.

Η «απροθυμία» αυτή της ελληνικής έννομης τάξης να ρυθμίσει ειδικά και συγκεκριμένα τα ζητήματα της ευθανασίας, αποτυπώνει την αντίστοιχη διστακτικότητα της ελληνικής κοινωνίας να λάβει σαφή θέση, να αποφασίσει για τον τρόπο επίλυσης αυτών. Δεν προβάλλεται κάποια ισχυρή συλλογική «ηθική δικαιολόγηση». Στην Ελλάδα, οι οικογενειακοί δεσμοί είναι ακόμα ισχυροί, οι οικογένειες εξακολουθούν να φροντίζουν τους ασθενείς τους, ισχυρές ομάδες πίεσης υπέρ της νομιμοποίησης της ευθανασίας δεν υπάρχουν ο δε, σχετικός προβληματισμός επανέρχεται εντονότερος με αφορμή περιστατικά που αποκτούν δημοσιότητα. Από την άλλη, η Εκκλησία, με τις διακηρυγμένες θέσεις της κατά της ευθανασίας, ασκεί επιρροή σε μεγάλο κομμάτι της κοινωνίας η δε, ελληνική νομολογία είναι πολύ φτωχή, κυρίως γιατί οι υποθέσεις ευθανασίας παραμένουν μυστικές.

Το Δίκαιο στηρίζεται μεν στις ηθικές αντιλήψεις παράλληλα όμως οφείλει να μην αγνοεί αλλά να ρυθμίζει πραγματικές καταστάσεις, όπως αυτές των περιστατικών ευθανασίας. Η θεσμοθέτηση της ευθανασίας αποτελεί ένα δύσκολο και τολμηρό εγχείρημα που χρήζει ειδικής και προσεκτικής μελέτης. Επιβάλλεται η πρόβλεψη ασφαλιστικών δικλίδων και σαφών προϋποθέσεων, μετά από ad hoc στάθμιση των συμφερόντων του κάθε αρρώστου, με σκοπό τελικά την προστασία της ανθρώπινης αξίας του.

Προς το παρόν, πάντως, διαφαίνεται ότι δεν είναι ώριμες οι συνθήκες στη χώρα μας που θα οδηγήσουν σύντομα σε νομιμοποίηση της ευθανασίας. Από την άλλη, είναι απολύτως ώριμη η ανάγκη για ενεργή ενίσχυση της ανακουφιστικής ή παρηγορητικής θεραπείας για την υποστήριξη του ασθενή και των οικείων του. Ενδεχόμενα, μια σοβαρή και έμπρακτη προσπάθεια ενδυνάμωσης της παρηγορητικής αρωγής να αποτελεί ένα τρόπο μείωσης των περιστατικών που συζητούνται υπό το πρίσμα της ευθανασίας ενώ ακόμα και αν δεν θεωρηθεί ως εναλλακτική λύση της ευθανασίας, το βέβαιο είναι ότι προσφέρει αξιοπρέπεια και ανακούφιση στις τελευταίες στιγμές του ανθρώπου.

Κλείνοντας αυτή τη... « Συνάντηση με τον «καλό» θάνατο», όπως είναι ο τίτλος της Διπλωματικής εργασίας, αναλογίζομαι ότι, ίσως, η ελευθερία μας ως άνθρωποι να βιώνεται πραγματικά, όταν αποδεχτούμε ότι ζούμε υπό τη σκιά του θανάτου, όταν εγνωσμένα αντιληφθούμε ότι οι ζωές μας διαμορφώνονται από την αναπόδραστη και αναπόφευκτη έλευση του τέλους. Ίσως έτσι πραγματικά απολαύσουμε και χαρούμε περισσότερο τη ζωή σε κάθε μικρή της στιγμή καθώς ...

*«Ο βίος βραχύς, η δε τέχνη μακρή, ο δε καιρός οξύς, η δε πείρα σφαλερή, η δε κρίσις χαλεπή».*

( μετάφραση: Ο βίος είναι βραχύς, η δε τέχνη μακρά, η ευκαιρία φευγαλέα, η πείρα απατηλή υποκείμενη σε σφάλματα, η δε ορθή κρίση των πραγμάτων δύσκολη.

ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ

(Πρώτο Παράγγελμα από τους Αφορισμούς)

## ΠΗΓΕΣ-ΒΟΗΘΗΜΑΤΑ

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Δάγλα Μαρία, Διδακτορική Διατριβή με θέμα «Βιοηθικές αποφάσεις που αφορούν τη φροντίδα νεογνών κατά την περιγεννητική περίοδο: απόψεις επαγγελματιών υγείας στη χώρα μας», 2015, Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών.
- Ian Dowbiggin "A consise history of euthanasia" Life, Death, God and Medicine, Rowman and Littlefield Publishers, inc, 2007.
- Albin ESER «Ιατρικό καθήκον διατήρησης της ζωής και διακοπή θεραπείας», Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα Αθήνα - Κομοτηνή, 1985.
- A.Giddens- Άντονι Γκίντενς «Κοινωνιολογία», εκδόσεις Γκούτεμπεργκ, 2009.
- Ι.Καντ, «Τα θεμέλια της Μεταφυσικής των ηθών», Εισαγωγή - μετάφραση - σχόλια Γ. Τζαβάρα, Εκδόσεις Δωδώνη, Αθήνα - Γιάννινα (1984), σ. 71.
- Πλάτωνας, Πολιτεία III, 407 ά, 408β - 4103, σε μετάφραση Ι. Γρυπάρη, Βιβλιοθήκη Αρχαίων συγγραφέων, επιμ. εκδ. Παπανούτσος, Εκδόσεις Ι. Ζαχαρόπουλος.
- Ευάγγελος Δ. Πρωτοπαπαδάκης «Η Ευθανασία απέναντι στη σύγχρονη Βιοηθική» Εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλας.
- Συμεωνίδου-Καστανίδου Ελ. «Η ευθανασία στο ποινικό δίκαιο», συλλογικό έργο «Ευθανασία», εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2007.
- Συμεωνίδου-Καστανίδου Ελ., «Εγκλήματα κατά της ζωής», εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2001.
- Τσαϊτουρίδης Χ., «Η ευθανασία ως συνταγματικό δικαίωμα του ασθενούς», Το Σ 3/2002.

### ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ

- Αφροδίτη Αβαγιανού, «Ευθάνατος θάνατος»: Το «καλώς θανείν» στην αρχαία Ελλάδα, Εκδόσεις Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών «ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ η σημαντική του «καλού θανάτου».
- Τάκης Κ. Βιδάλης άρθρο με τίτλο «Η «εικαζόμενη» συναίνεση», Επιθεώρηση Βιοηθικής, Τόμος Ι, Τεύχος Ι, Φθινόπωρο 2007/Χειμώνας 2008.
- Τάκης Κ. Βιδάλης , «Ευθανασία», Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2007, σελ.135.
- Βούλτσος Π./Τσούγκας Μ., Ευθανασία: ένα νομοθετικά ακάλυπτο, πολύπτυχο και οριακό ζήτημα, Ιατρικό βήμα, τευχ. Οκτώβριος –Νοέμβριος 2008, σ. 76 -78, (σ. 78).
- Δραγώνα-Μονάχου Μ. (άρθρο σύνταξης) /Βιοηθικά 4 (2) Σεπτέμβριος 2018.

- Κατσανούλας Κ., Ηθικά διλήμματα, προτελεύτιες αποφάσεις και αποκλιμάκωση θεραπείας στη Μ.Ε.Θ., Ελληνικό Περιοδικό Περιεγχειρητικής Ιατρικής 2009, <http://oaji.net/articles/2015/1592-1421593690.pdf>
- "Η θέση της Εκκλησίας επί του θέματος της Ευθανασίας" Εισηγήσεις του Σεβ. Μητροπολίτου Φθιώτιδος κ.κ. Νικολάου, στον ιστότοπο [www.ecclesia.gr](http://www.ecclesia.gr)
- Αλεξάνδρα Κοζαμάνη «Ευθανασία: πρακτικές που εφαρμόζουν οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης».
- Κωνσταντίνος Κορναράκης, «Ευθανασία: Ηθικά διλήμματα πολιτισμικής αυτοσυνειδησίας», Βιοηθικά 3(2) Σεπτέμβριος 2017,σελ.84,85
- Κριάρη- Κατράνη Ισμήνη «Ευθανασία και ατομικά δικαιώματα- η προσέγγιση από πλευράς διεθνούς και συγκριτικού δικαίου» ΕΛΛΔικ/43(2002), σελ.1550.
- Φοίβος Λαζαράτος, « Αξιοπρέπης θάνατος και ιατρική υποβοήθηση σε αυτοχειριασμό», Νοέμβριος 2018 σε <https://theartofcrime.gr>
- Αντώνης Δ.Μαγγανάς, «Αδυναμία του δικαιοκτικού μηχανισμού να επιλύσει προβλήματα ευθανασίας ή ποιος θα αναλάβει την ευθύνη της απόφασης. Υπόθεση Rodriguez», σε Ελληνική Επιθεώρηση Εγκληματολογίας, 11-16/1993-1995.
- Ιωάννης Μανωλεδάκης, «Ανθρώπινη αξιοπρέπεια»: έννομο αγαθό ή απόλυτο όριο στην άσκηση εξουσίας, σε Η Ποινική προστασίας της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, Ελληνογερμανικό Συμπόσιο, επιμ. Έκδοσης: Ι. Μανωλεδάκης/С.Prittwitz, εκδόσεις Σάκκουλας, Θεσσαλονίκη(1997), σ. 9-19.
- Φερενίκη Παναγοπούλου-Κουτνατζή, «Σκέψεις αναφορικά με το δικαίωμα διακοπής της ανθρώπινης ζωής», ΕφημΔΔ-1/2010.
- Φερενίκη Παναγοπούλου-Κουτνατζή, «Περί της αξίας της ανθρώπινης αξίας», ΕφημΔΔ-5/2010, σελ.744.
- Αγγελική Πετροπούλου, «Αρχαίες πρακτικές Ευθανασίας: Κέα και Μασσαλία», Εκδόσεις Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών , «ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ η σημαντική του «καλού θανάτου»,2000.
- Π. Πέρρος, «Η ευθανασία ως ηθικό πρόβλημα» σε [www.perros.com>article](http://www.perros.com>article)
- Ευάγγελος Πρωτοπαπαδάκης, «Ενεργητική και παθητική ευθανασία: Υπάρχει ηθική διαφοροποίηση;» Φιλοσοφία και Παιδεία, Μάιος-Αύγουστος 2008.
- Ευ. Πρωτοπαπαδάκης, «Η ευθανασία και το διακύβευμα της αυτονομίας» Βιοηθικοί Προβληματισμοί II, επιμέλεια Μαρία Κανελλοπούλου-Μπότη και Φερενίκη Παναγοπούλου-Κουτνατζή, 115-135 (Αθήνα: Παπαζήσης, 2015).
- Ευ. Πρωτοπαπαδάκης, «Η Ολισθηρή Πλαγιά Αντιμέτωπη με τον Εαυτό της», σε [www.protopapadakis.gr](http://www.protopapadakis.gr), άρθρα.
- Ευ. Πρωτοπαπαδάκη, «Ηευθανασία και το θανάσιμον φάρμακον: ξαναδιαβάζοντας τον Όρκο του Ιπποκράτους.», σε [www.protopapadakis.gr](http://www.protopapadakis.gr), άρθρα

- Ελένη Ρεθυμιωτάκη, Ευθανασία και διαθήκες ζωής, Εισήγηση στην Ημερίδα που οργανώθηκε από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής για τα 10 χρόνια Λειτουργίας της (1999-2009) με θέμα: Ευθανασία, στις 2/12/09. Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, "Ευθανασία. Αφιέρωμα στον πρώτο Πρόεδρο της Επιτροπής Γεώργιο Κουμάντο", Δρακοπούλου, Μ.(επιμ), Εκδόσεις Θέμις, Ν.Α.Σάκκουλας & Σία ΟΕ", Αθήνα, 2012.
- «Ιατρικές αποφάσεις στο τέλος της ζωής σοβαρά πασχόντων νεογνών: Ποιά η στάση των νεογνολόγων;», Περιγεννητική Ιατρική & Νεογνολογία Τομ. 12, Τευχ. 3, σελ. 01-06, 2017.
- Χρ.Ράμμος «Ευθανασία- πορίσματα νομολογίας και συνταγματική οπτική», στον διαδικτυακό τόπο [ejournals.lib.auth.gr](http://ejournals.lib.auth.gr) > [projustitia](http://projustitia) > [article](http://article) > [download](http://download), σελ..36
- <https://www.news.gr/kosmos/article/2521361/i-ispantia-nomimopiise-tin-efthanasia.html>

#### ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

<http://www.euthanasia.com>

[https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%95%CF%85%CE%B3%CE%CE%BD%CE%B9%CE%BF%CF%82\\_%CE%92%CE%BF%CF%8D%CADE%BB%CE%B3%CE%B1%CF%81%CE%B7%CF%82](https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%95%CF%85%CE%B3%CE%CE%BD%CE%B9%CE%BF%CF%82_%CE%92%CE%BF%CF%8D%CADE%BB%CE%B3%CE%B1%CF%81%CE%B7%CF%82) (Ευγένιος Βούλγαρης)

[https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A0%CF%81%CF%8C%CE%B3%CF%81%CE%B1%CE%BC%CE%BC%CE%B1\\_%CE%95%CF%85%CE%B8%CE%B1%CE%BD%CE%B1%CF%83%CE%AF%CE%B1%CF%82\\_T-4](https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A0%CF%81%CF%8C%CE%B3%CF%81%CE%B1%CE%BC%CE%BC%CE%B1_%CE%95%CF%85%CE%B8%CE%B1%CE%BD%CE%B1%CF%83%CE%AF%CE%B1%CF%82_T-4)

<https://doi.org/10.12681/bioeth.20837>

<http://www.bioethics.gr/index.php/el/anakoinosis/2687-10-04-2020-2600-2019>  
<https://exit-romandie.ch/>

<http://www.dignitas.ch/?lang=en>

<https://worldpopulationreview.com/states/death-with-dignity-states/>

<https://phdtheses.ekt.gr/eadd/handle/10442/36588>

<https://theartofcrime.gr>

[www.protopapadakis.gr](http://www.protopapadakis.gr)

[www.ecclesia.gr](http://www.ecclesia.gr)

<http://www.bioethics.gr/index.php/el/dikaio/nomologia/153-euthanasia>

<https://www.kathimerini.gr/164113/article/epikairothta/kosmos/h-tragikh-istoria-toy-vensan-imper>

<https://www.in.gr/2008/03/21/world/pethane-i-gallida-stin-opoia-i-dikaiosyni-arnithike-tin-eythanasia/>

<http://www.bioethics.gr/index.php/el/anakoinosis/2671-26-03-2020>

<https://www.efsyn.gr/node/200838> (26-3-2019)

<https://www.in.gr/2019/10/23/plus/features/marika-vervoort-xrysi-paraolympionikis-pou-esvise-meta-apo-eythanasia/>

[https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%91%CE%BB%CE%AD%CE%BE%CE%B1%CE%BD%CE%B4%CF%81%CE%BF%CF%82\\_%CE%92%CE%AD%CE%BB%CE%B9%CE%BF%CF%82](https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%91%CE%BB%CE%AD%CE%BE%CE%B1%CE%BD%CE%B4%CF%81%CE%BF%CF%82_%CE%92%CE%AD%CE%BB%CE%B9%CE%BF%CF%82)

<https://www.mixanitouxronou.gr/mattheos-monselas-o-parkadoros-pou-egine-kata-parangelia-dolofonos-skotose-tin-odontiatro-giola-vagena-pou-ipefere-meta-to-chorismo-me-ton-antra-tis/>

[https://en.wikipedia.org/wiki/Terri\\_Schiavo\\_case](https://en.wikipedia.org/wiki/Terri_Schiavo_case)

<https://www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/robert-latimer-case>

[https://en.wikipedia.org/wiki/Carter\\_v\\_Canada\\_\(AG\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Carter_v_Canada_(AG))

[https://en.wikipedia.org/wiki/Jack\\_Kevorkian](https://en.wikipedia.org/wiki/Jack_Kevorkian)

[https://en.wikipedia.org/wiki/Philip\\_Nitschke](https://en.wikipedia.org/wiki/Philip_Nitschke)

<https://exitinternational.net/about-exit/dr-philip-nitschke/>

<http://www.docmed.gr/pethane-efthanasia-o-gireoteros-afstralos-epistimonas-nteivint-gkountol/>