

ΠΜΣ ΒΙΟΗΘΙΚΗ

Διπλωματική εργασία

Ο τερματισμός μιας επώδυνης ζωής: ηθικοί προβληματισμοί



(The Sick Child 1907, Edvard Munch)

Μαρλένα Ζέρβα (ΑΜ 205)

Επόπτες: Γεώργιος Σαμώνης

Μαρία Βενιέρη

Κωνσταντίνος Κουκουζέλης

Ρέθυμνο 2018

Περιεχόμενα

Εισαγωγή.....	3
I. Τι είναι πόνος;.....	4
Τι είναι πόνος; Μια φιλοσοφική προσέγγιση της έννοιας.....	4
Οι δυο διαστάσεις του πόνου	8
Ταξινόμηση Πόνου.....	10
Αντιμετωπίζεται ο χρόνιος πόνος;.....	11
Φυσικός (σωματικός) και ψυχολογικός πόνος.....	13
II. Ευθανασία.....	14
Ιστορικά ορόσημα της έννοιας της ευθανασίας.....	14
Διάκριση μεταξύ ευθανασίας και υποβοηθούμενης αυτοκτονίας.....	17
Πρόκληση θανάτου: Άρνηση θεραπείας – Απόσυρση αναπνευστήρα.....	19
To kill or to let die?.....	20
Ποιότητα ζωής – Αξιολόγηση από τον ίδιο τον ασθενή.....	23
Ποιές μορφές λαμβάνει η ευθανασία;.....	27
Ποιά τα είδη της ευθανασίας;.....	27
Το δόγμα του διπλού αποτελέσματος.....	28
«Ιερότητα και προσωπικό συμφέρον».....	31
Σχολιασμός της άποψης του Dworkin.....	36
Η λήψη μιας απόφασης κοντά στο τέλος της ζωής.....	43
Αιτιολογημένη θανάτωση	45
Σχεδιασμός προγενέστερης φροντίδας.....	48
Περιπτώσεις χρόνιων ασθενών.....	50
Ορισμένοι προβληματισμοί:.....	53
Περίπτωση ασθενών με καρκίνο - αναστολή και άρση θεραπείας.....	53
Άρση – Αναστολή θεραπείας και ενεργητική ευθανασία	56
Συμπέρασμα	59
Περίληψη.....	62
Summary.....	63
Βιβλιογραφία.....	65
I. Τι είναι πόνος.....	65
II. Ευθανασία.....	65

Εισαγωγή

Μια από τις σπουδαιότερες απαγορεύσεις στην ιατρική πράξη, αλλά και στην ιατρική ηθική, είναι η απαγόρευση της θανάτωσης των ασθενών. Τα τελευταία χρόνια, υπάρχει μια τάση προς την αποδοχή του υποβοηθούμενου θανάτου, όταν κυρίως πρόκειται για ασθενείς που νοσούν από κάποιο σοβαρό νόσημα ή ασθενείς που βρίσκονται σε τελικό στάδιο της ασθένειας. Σε αρκετές πολιτείες των ΗΠΑ γίνονται προσπάθειες για τη νομιμοποίηση της ευθανασίας με ενεργητικά μέσα, αλλά και της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, ενώ οι προσπάθειες αυτές γίνονται ακόμη πιο έντονες στο πεδίο της ιατρικής ηθικής εφόσον τα εμπόδια εκεί είναι περισσότερα, καθώς θα πρέπει να μεταβληθούν ολόκληρα αξιακά συστήματα, παραδόσεις και αντιλήψεις που μετράνε χρόνια. Ορισμένοι από τους ηθικούς, αλλά και καθαρά πρακτικούς προβληματισμούς που θα αποτελέσουν αντικείμενο διερεύνησης στην παρούσα εργασία, είναι οι εξής: Τι σημαίνει επώδυνη ζωή; Υπάρχει διάκριση μεταξύ του να αφήνουμε έναν ασθενή να πεθάνει ή να τον θανατώνουμε; Υπάρχει δικαιολογημένη θανάτωση; Και το κυρίαρχο ερώτημα, το οποίο διατρέχει ολόκληρη την εργασία: Ο πόνος αποτελεί ισχυρό κίνητρο για έναν ασθενή να αιτηθεί τη θανάτωσή του από τον ιατρό;

Στόχος μου στην παρούσα εργασία είναι αρχικά να γίνει μια προσπάθεια ανάλυσης του πόνου. Έπειτα θα παρουσιάσω το θεωρητικό πλαίσιο γύρω από την έννοια της ευθανασίας, κάποιες απόψεις πάνω στο ζήτημα, προκειμένου να μπουν τα θεμέλια για το τρίτο μέρος της εργασίας. Το τρίτο μέρος της εργασίας θα περιλαμβάνει σχόλια που θα οδηγήσουν τελικά στο συμπέρασμα σχετικά με το αν είναι ηθικά επιτρεπτός ο τερματισμός μιας επώδυνης ζωής. Αυτό που επιθυμώ να αναδείξω είναι ότι ο ισχυρός και ακατανίκητος πόνος μπορεί να είναι ισχυρό κίνητρο για έναν ασθενή να αιτηθεί και να γίνει αποδεκτό το αίτημά του για την ιατρική υποβοήθηση στο θάνατο.

I. Τι είναι πόνος;

Τι είναι πόνος; Μια φιλοσοφική προσέγγιση της έννοιας.

Θεωρείται ότι ο πόνος αποτελεί ένα σωματικό φαινόμενο, όμως μπορεί να προέρχεται από ένα ψυχολογικό αίτιο και να μην υπάρχει σωματικό υπόβαθρο. Επομένως δεν είναι απαραίτητη η ύπαρξη κάποιας φανεράς ένδειξης για να συνεπάγεται πόνος. Ο πόνος μπορεί να συγκεντρώνει και υποκειμενικά στοιχεία, τα οποία είναι σημαντικά για την κατανόησή του. Στόχος μου στο παρόν κεφάλαιο είναι να αναδείξω τα μη φυσικά στοιχεία του πόνου.

Ο πόνος αποτελεί μια δυσάρεστη αίσθηση και συναισθηματική εμπειρία που συνδέεται με μια ενδεχόμενη ή βεβαία φθορά ιστού¹. Καθένας μας μαθαίνει την εφαρμογή της λέξης μέσω της εμπειρίας που σχετίζεται με κάποιο τραύμα σε νεαρή ηλικία². Οι εμπειρίες που παράγουν ένα δυσάρεστο αίσθημα (αδιαθεσία), δεν πρέπει ταυτίζονται με τον πόνο, μπορούν να συνδέονται με αυτόν, αλλά όχι απαραίτητα. Οι εμπειρίες αυτές, δε διαθέτουν τις συνήθεις αισθητικές ποιότητες του πόνου. Αρκετοί άνθρωποι αναφέρουν την ύπαρξη πόνου δίχως να υπάρχει φθορά ιστού ή κάποιο άλλο παθολογικό αίτιο· κάτι τέτοιο συνήθως οφείλεται σε ψυχολογικά αίτια. Στην πραγματικότητα δεν υπάρχει κάποιος ενδεδειγμένος τρόπος, ο οποίος να βοηθά στη διάκριση των εμπειριών πέρα από το προφανές που είναι η βλάβη σε κάποιον ιστό. Πρέπει να λαμβάνεται υπόψη επομένως, η υποκειμενική αναφορά από μέρους του ανθρώπου που κάνει λόγο για πόνο. Όταν ένας άνθρωπος αναφέρει ότι πονάει δίχως να υπάρχει φανερά εκδορά σε κάποιο σημείο του σώματός του, ενδεχομένως να υπάρχει δυσκολία στον προσδιορισμό της αίσθησης που βιώνει ως πόνο³. Πρόκειται για πόνο δηλαδή ή για κάτι άλλο; Η ύπαρξη ενός ορισμού για τον πόνο που τον ταυτίζει με τη φθορά ιστού παραβλέπει την ύπαρξη μιας ψυχολογικής αιτίας⁴. Παρόλα αυτά οφείλει κανείς να παραδεχτεί ότι ο πόνος, είναι συνδεδεμένος άμεσα τις περισσότερες φορές με κάποιο σωματικό αίτιο.

Μια πρώτη παραδοχή αντιμετωπίζει τον πόνο ως κάτι που εδράζεται αποκλειστικά στο σώμα ή εν γένει ως κάτι που συγκεντρώνει ορισμένα

¹ Ορισμός του πόνου που δόθηκε το 1979 από την IASP (International Association for the Study of Pain).

² A.C. Williams, K.D. Craig, 'Updating the definition of pain', *Pain*, Vol. 157, Issue 11 (November 2016): 2420-2423.

³ D.M. Armstrong (1968). *Bodily Sensations*, Routledge and Kegan Paul, London.

⁴ A.C. Williams, K.D. Craig, 'Updating the definition of pain', *Pain*, Vol. 157, Issue 11 (2016): 2420-2423.

χαρακτηριστικά σε ένα χρονικό και τοπικό σημείο. Το χρονικό σημείο είναι η στιγμή που βιώνει κανείς τον πόνο και το τοπικό, είναι το σημείο του σώματος στο οποίο τον βιώνει. Ορισμένα επιπλέον χαρακτηριστικά είναι ο όγκος και η ένταση. Συχνά χρησιμοποιούνται τα ρήματα ‘βιώνω’ ή ‘αισθάνομαι’ για να περιγράψουν τη γνώση εκ μέρους του υποκειμένου που υφίσταται τον πόνο των μερών του σώματος που φέρουν τραύμα (για παράδειγμα, νιώθω έναν οξύ πόνο στο δεξί μου χέρι, ενώ βλέπω μια μελανή κηλίδα να δημιουργείται στο χέρι μου). Σε μια τέτοια περίπτωση που το παραπάνω παράδειγμα αληθεύει, η ύπαρξη της μελανής κηλίδας στο δεξί χέρι συνδέεται άμεσα με τον πόνο που εντοπίζεται στο σημείο αυτό.⁵ Όταν νιώθει κανείς πόνο σε ένα ορισμένο σημείο του σώματος εστιάζει στο σημείο αυτό με στόχο να καταπολεμήσει το αίσθημα που βιώνει.⁶ Συχνή είναι η περίπτωση κατηγοριοποίησης ενός γεγονότος ως εξωτερικού, όταν αυτό παρακινείται από την εξωτερική αντίληψη της εμπειρίας.

Κάποιος που έχει γνώση της υποκειμενικής διάστασης του πόνου δεν αντιμετωπίζει καμία δυσκολία στο να κατανοήσει πως μπορεί να αναφέρεται ο πόνος σε ένα σημείο που δεν εμφανίζει καμία ένδειξη ότι κάτι δεν πάει καλά. Κάτι τέτοιο συμβαίνει συχνά σε περιπτώσεις με το σύνδρομο χρόνιου πόνου⁷.

Σύμφωνα με την παραπάνω θέση, όταν κάποιος αισθάνεται πόνο σε σημεία του σώματος, αντιλαμβάνεται ότι κάτι συμβαίνει σε συγκεκριμένα μέλη του. Σε ένα επόμενο στάδιο αναφέρει ότι βιώνει πόνο. Η παραδοχή αυτή καταγράφεται ως μια πρόταση που συνδέεται με την *αισθητηριακή αντίληψη*⁸. Ο πόνος αναγνωρίζεται μέσω χαρακτηριστικών που έχουν άμεσο αντίκρισμα στο σώμα μας, είτε μέσω της φθοράς του ιστού, είτε ενός τραύματος. Είναι γεγονός ότι, όταν αναφέρεται κανείς σε πόνο,

⁵ Λαμβάνεται υπόψη ότι αυτός ο άνθρωπος δεν πάσχει από ψευδαισθήσεις, καθώς σε αυτήν την περίπτωση η ύπαρξη της μελανής κηλίδας στο χέρι θα ήταν εσφαλμένη.

⁶ F. Dretske, ‘The epistemology of pain’, M. Aydede (ed.), *Pain: New essays on its nature and the methodology of its study*, MIT Press, Cambridge Mass., 2006.

⁷ Ο χρόνιος πόνος δεν εξυπηρετεί καμία προστατευτική βιολογική λειτουργία, όπως συμβαίνει στις περιπτώσεις του οξέος πόνου. Ο χρόνιος πόνος δεν αποτελεί σύμπτωμα της εξέλιξης μιας νόσου, αλλά ο ίδιος αποτελεί την εξέλιξη μιας νόσου. Σε αυτήν την περίπτωση ο χρόνιος πόνος δεν υποχωρεί και δεν αυτοπεριορίζεται. Η ιατρική κοινότητα αναγνωρίζει δυο μεγάλες κατηγορίες πόνου, τον οξύ και τον χρόνιο πόνο.

⁸ Θα μπορούσε να γίνει πιο κατανοητό μέσω της σύγκρισης με την εξω-αντίληψη (exteroception), δηλαδή την ευαισθησία που έχει ο άνθρωπος σε ερεθίσματα έξω από το σώμα του, για παράδειγμα το κρύωμα που τον ταλαιπωρεί έχει ως συνέπεια να χάσει την ικανότητα να γεύεται τις τροφές.

αποδίδει κάτι αρνητικό σε ένα σημείο του σώματος. Ο επιστημονικός ορισμός⁹ του πόνου συμφωνεί με την άποψη περί υποκειμενικότητας, εφόσον αναφέρεται σε αίσθηση και σε συναισθηματική εμπειρία.

Όλων των ειδών οι πόνοι δίνουν την αίσθηση ενός υποκειμενικού φαινομένου, που συμβαίνει στο άνθρωπο που τους βιώνει. Αντίθετα αυτό το ίδιο μήλο που βλέπω στο τραπέζι μπορεί να το δει και άλλος με τον ίδιο ακριβώς τρόπο που το βλέπω και εγώ και υπό αυτήν την έννοια δεν αποτελεί κάτι το ιδιωτικό. Όταν κάποιος μιλάει για πόνο που δεν είναι σωματικά φανερός, μπορεί να ισχυριστεί ότι υφίσταται ένα παράδοξο, ενώ πολλά ερωτήματα εγείρονται σε αυτό το σημείο. Μήπως ισχύει η ακόλουθη διατύπωση; Όταν κάποιος δε βιώνει πόνο, ο πόνος αυτός δεν υπάρχει. Σε αυτό το σημείο πρέπει να υπάρξει μια σύγκριση της υποκειμενικότητας του πόνου με την αντικειμενικότητα των πραγμάτων που αντιλαμβανόμαστε στον κόσμο, των οποίων η ύπαρξη διαπιστώνεται διυποκειμενικά (και εσύ το βλέπεις και ο άλλος το βλέπει). Αν συγκρίνει κανείς την υποκειμενικότητα του πόνου με την καθαρή αντικειμενικότητα του εκάστοτε αντικειμένου που προέρχεται από τον έξω κόσμο, θα καταλάβει ότι το μήλο, για παράδειγμα, υπάρχει ανεξάρτητα από την αντίληψη μας, ο πόνος από την άλλη όχι.

Η αναφορά σε έναν ορισμένο αίσθημα, η οποία εντυπώνεται ως μια εμπειρία της εσωτερικής αντίληψης, ονομάζεται ενδοσκόπηση.¹⁰ Ως ένα μέσο να προσεγγίσει κανείς το αίσθημα του πόνου που βιώνει, η ενδοσκόπηση, σχετίζεται με την πρόσβαση που έχει καθένας μας σε μια εσωτερική/νοητική δραστηριότητα. Η συζήτηση σε αυτό το σημείο στρέφεται σε έννοιες, όπως υποκειμενικότητα, ιδιωτικότητα. Η ενδοσκόπηση αποτελεί μια διαδικασία, η οποία στοχεύει στη δημιουργία πεποιθήσεων, κρίσεων και γνώσης που αναφέρονται σε νοητικά συμβάντα. Η ενδοσκόπηση αποτελεί μια διαδικασία που σχετίζεται με το πρώτο πρόσωπο και αφορά νοητικές καταστάσεις, όπως αντιλήψεις, πεποιθήσεις και κρίσεις του ίδιου του προσώπου και κανενός άλλου. Για παράδειγμα, κάποιος έχει την αίσθηση ότι έχει σταυρωμένα χέρια και την ίδια στιγμή αισθάνεται ένα τσίμπημα στο δάχτυλό του, το οποίο του προκαλεί πόνο.

⁹ Βλέπε υποσημείωση 1.

¹⁰ C. Klein, "An imperative theory of pain", *Journal of Philosophy*, 2007, 104(10): 517-532.

Μια παραδοχή του κοινού νου, θα μπορούσε να οδηγήσει σε μια θέση, όπως η ακόλουθη: Λαμβάνεται ως δεδομένο ότι δεν υπάρχει κανενός είδους φυσική/σωματική φθορά στο χέρι, για παράδειγμα, ούτε υφίσταται κάποια νοητική εμπειρία. Παρόλα αυτά, όταν ο άνθρωπος παρατηρεί το χέρι του, αδιαμφισβήτητα αισθάνεται ότι υπάρχει κάτι που τον κάνει να βιώνει πόνο. Μέσω της ενδοσκόπησης¹¹ μπορεί κανείς να εξετάσει διαφορετικές ποιότητες μιας κατάστασης, όπως είναι η ένταση, η δυσaréσκεια, η οξύτητα, η αίσθηση καψίματος κ.ο.κ.

Καθένας από εμάς είναι σε θέση να παρακολουθεί εκ των έσω την κατάσταση, τις αλλαγές που επιτελούνται, την ακολουθία των αισθήσεων. Μέσω της ενδοσκόπησης μπορεί κανείς να εξετάσει με σαφήνεια και διακριτότητα σε «αληθινό χρόνο» την κατάσταση στην οποία βρίσκεται το χέρι του για παράδειγμα. Επιπλέον μπορεί να αναφέρει το πλήθος των ποιοτικών αλλαγών που επιτελούνται. Πρόκειται επομένως για την παρακολούθηση ενός αντικειμένου της εσωτερικής μας προσοχής (inner attention) που εδράζει εν προκειμένω στο χέρι. Η παραπάνω διεργασία είναι εξ ολοκλήρου ιδιωτική, υποκειμενική, κατά συνέπεια αλάθητη. Το αντικείμενο της εσωτερικής μας προσοχής βρίσκεται την ίδια στιγμή σε ένα δημόσιο χώρο, αλλά συνάμα σε έναν ιδιωτικό. Αυτό σημαίνει ότι μπορεί κανείς να έχει συνολική πρόσβαση σε αυτό, παρά την προσωρινότητά του στο χώρο που εντοπίζεται. Επιπλέον η ύπαρξη του αντικειμένου αυτού εξαρτάται από την προσβασιμότητα που έχει ο καθένας σε αυτό, εφόσον φαίνεται το αντικείμενο να εξαφανίζεται, όταν παύει κάποιος να το αισθάνεται. Αν αυτό το αντικείμενο δεν είναι σωματικό, τότε τι μπορεί να είναι; Ένα νοητικό άυλο αντικείμενο, το οποίο μπορεί να γίνει αντιληπτό ενδοσκοπικά.

Η ένταση αλλά και το μέγεθος του πόνου ποικίλει και αυτό έχει δημιουργήσει την ανάγκη ύπαρξης μιας κλίμακας έκφρασης του πόνου, η οποία διευκολύνει κυρίως τους ειδικούς σε θέματα υγείας. Εντούτοις εξαιτίας της υποκειμενικότητας του πόνου, η οποία αποτελεί έννοια κλειδί σε τούτη την εργασία, γίνεται προσπάθεια να αναδειχθεί η αδυναμία ενός εξωτερικού παρατηρητή να αντιληφθεί τον πόνο ενός άλλου ανθρώπου. «Δεν μπορείς να καταλάβεις εσύ τον πόνο το δικό μου». Υπάρχει αδυναμία κατά συνέπεια να γνωρίζει κάποιος τον πόνο του Χ ή του Ψ υποκειμένου.

¹¹ Ο ορισμός της ενδοσκόπησης έχει αντληθεί από την Stanford Encyclopedia (searching under introspection).

Στην περίπτωση του πόνου οι άνθρωποι έχουν μια μοναδική πρόσβαση¹² στον πόνο που βιώνουν, επομένως δεν μπορούν να κάνουν λάθος ως προς το αίσθημα που τους διακατέχει, αλλά και την ένταση με την οποία τον εκφράζουν. Όταν πιστεύω ότι πονάω, τότε πονάω, αισθάνομαι πόνο, τότε ξέρω ότι πονάω. Οι παραπάνω περιπτώσεις είναι πραγματικές αποδείξεις πόνου που συμβαίνουν στον καθένα μας. Επομένως η κατανόηση του πόνου ενός άλλου ανθρώπου είναι ιδιαίτερος δύσκολη ακόμη και με τη χρήση επιστημονικών μέσων. Ο πόνος που βιώνει αυτός ο άνθρωπος μπορεί να προσεγγιστεί, αλλά όχι να κατανοηθεί πλήρως.

Οι δυο διαστάσεις του πόνου

Ως προς τη φύση του πόνου, ο πόνος παρουσιάζει δυο διαστάσεις, από τη μια είναι αντικειμενικός παρουσιάζεται ως φυσικό φαινόμενο (σωματικό), όπως φαίνεται και από τον ορισμό που δόθηκε στην αρχή της ενότητας για τον πόνο. Από την άλλη, ο πόνος παρουσιάζει και μια υποκειμενική διάσταση, η οποία έχει τη μορφή ψυχικού φαινομένου. Η προσπάθεια ορισμού του πόνου έχει προκαλέσει το ενδιαφέρον και της φιλοσοφίας, η οποία διχάζεται μεταξύ των δυο διαστάσεων. Η διαμάχη που προκύπτει είναι μεταξύ δυο μεγάλων θεωρητικών τάσεων του φυσικαλισμού και του δυϊσμού. Σύμφωνα με τη θεωρία του φυσικαλισμού,¹³ τα πάντα ανάγονται σε φυσικά φαινόμενα, επομένως ο πόνος θεωρείται ως ένα φυσικό συμβάν¹⁴.

Από την άλλη, η θεωρία του δυϊσμού¹⁵ προχωρά σε μια διμερή διάκριση ανάμεσα στο νοητό και το φυσικό, στη διάκριση νου και σώματος ή ακόμη νου και εγκεφάλου. Ο πόνος από την πλευρά του δυϊσμού, δεν είναι ένα φυσικό φαινόμενο, δηλαδή ένα αντικειμενικό απόλυτα εξηγήσιμο με εμπειρικούς όρους γεγονός, αλλά αποτελεί ένα μη φυσικό φαινόμενο, το οποίο είναι υποκειμενικό, ιδιωτικό και δεν

¹² Μοναδική είναι η πρόσβαση, καθώς βασίζεται στην ενδοσκόπηση κυρίως, η οποία αποτελεί μια εσωτερική διαδικασία, καθαρά υποκειμενική, που δεν μπορεί να λάβει αντικειμενική υπόσταση. Ο καθένας είναι σε θέση να έχει πρόσβαση μόνο σε αυτά που αισθάνεται ο ίδιος, στον πόνο που βιώνει ο ίδιος, ενώ δεν μπορεί να αντιλαμβάνεται το μέγεθος του πόνου που μπορεί να αισθάνεται κάποιος άλλος.

¹³ Ο ορισμός της θεωρίας του φυσικαλισμού, έχει αντληθεί από την *Stanford encyclopedia of philosophy* (physicalism).

¹⁴ Οι περισσότεροι υπέρμαχοι του φυσικαλισμού συμμερίζονται την άποψη ότι οι αισθήσεις μας βρίσκονται στον εγκέφαλο και στο κεντρικό νευρικό σύστημα.

¹⁵ Ο ορισμός της θεωρίας του δυϊσμού, έχει αντληθεί από την *Stanford encyclopedia of philosophy* (dualism).

μπορεί να καταστεί σαφές σε κάποιον εξωτερικό παρατηρητή, καθώς κανείς δεν είναι σε θέση να γνωρίζει και να βιώνει τον πόνο του άλλου.

Ένας ιδιαίτερα σημαντικός για τη φιλοσοφία του νου φιλόσοφος, ο Saul Kripke, συμερίζεται τη θέση της θεωρίας του δυϊσμού σχετικά με την υποκειμενικότητα του πόνου. Ο Kripke περιγράφει γλαφυρά ότι το να πονάς, αποτελεί την ίδια κατάσταση με το να περιγράφει κάποιος μια κατάσταση στην οποία πονάει. Ο πόνος για τον Kripke δεν προσδιορίζεται από τις τυχαίες ιδιότητές του, αλλά προσδιορίζεται ως ένα φαινόμενο, το οποίο ονομάζεται πόνος¹⁶. Εάν δεν εντυπώνεται κάποια εμφανής διάκριση στον υφιστάμενο πόνο, τότε είναι φανερό ότι κάποιος δεν μπορεί να κάνει λάθος για τον πόνο που επικαλείται ότι βιώνει.¹⁷ Ο πόνος δεν ταυτίζεται με την ενεργοποίηση των ινών C, καθώς ο ερεθισμός των ινών C δεν είναι αναγκαίο χαρακτηριστικό του πόνου, διότι ο πόνος θα μπορούσε να συνδέεται με την ενεργοποίηση άλλων σημείων του εγκεφάλου, άρα, αν κάτι συνδέεται ενδεχομενικά με την έννοια του πόνου, δεν μπορεί να ανήκει στον ορισμό αυτό. Αντίθετα το αίσθημα του πόνου ανήκει στον ορισμό του πόνου, γιατί δεν μπορούμε να φανταστούμε πόνο χωρίς αυτό το χαρακτηριστικό. Άρα ο πόνος ορίζεται ως ένα φυσικό φαινόμενο, όπως η ενεργοποίηση των ινών. Ο Kripke, συνεχίζει λέγοντας ότι, αν κάτι είναι ενδεχομενικό, δεν μπορεί να ταυτιστεί και με ένα φυσικό φαινόμενο.¹⁸ Το αίσθημα του πόνου αποτελεί άκαμπτο δηλωτή, όχι οι ίνες C, γιατί δεν αναφέρονται σε όλους τους δυνατούς κόσμους, επομένως ο πόνος δεν ταυτίζεται με μια σωματική εκδήλωση.

Ο πόνος μπορεί να είναι ενδεχομενικός, επομένως δεν μπορούμε να κάνουμε λόγο για κάτι ταυτόσημο. Κάποιος μπορεί να ισχυριστεί ότι αισθάνεται πόνο, αλλά η αίσθηση αυτή, το ψυχοφυσικό αυτό φαινόμενο, δεν μπορεί να ταυτιστεί με ένα φυσικό φαινόμενο, όπως είναι για παράδειγμα το νερό. Με αυτόν τον τρόπο ο Kripke αφήνει ανοιχτό το ενδεχόμενο να υφίσταται η καρτεσιανή σκέψη περί της μη ύπαρξης του πόνου στην πραγματικότητα, αλλά μόνο της αίσθησης του πόνου. Μια άποψη στην οποία δεν επιθυμώ να εμβαθύνω, καθώς δεν αποτελεί και αντικείμενο αυτής της εργασίας.

¹⁶ S.A. Kripke (1980), *Naming and Necessity*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press: 152–53

¹⁷Kripke (1980).

¹⁸ Kripke, (1980).

Συνοψίζοντας, ο πόνος αποτελεί αίσθημα που δεν μπορεί να ταυτισθεί με ένα φυσικό φαινόμενο, κατά συνέπεια ο πόνος είναι υποκειμενικός και όχι αντικειμενικός, είναι ιδιωτικός από τη στιγμή που μπορεί να κατανοηθεί πλήρως από αυτόν που το βιώνει. Κανείς άλλος δεν είναι σε θέση να γνωρίσει τον πόνο κάποιου, όπως συμβαίνει με αυτόν που τον βιώνει, ακόμη και αν χρησιμοποιήσει επιστημονικά μέσα. Μπορεί να ισχυριστεί κανείς ότι αυτός που πονάει είναι αλάθητος για τον πόνο που αισθάνεται.

Στην παρούσα εργασία εξετάζεται ο πόνος που βιώνουν οι τερματικοί ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο και βρίσκονται στο έσχατο σημείο. Αυτό που συγκεντρώνει την προσοχή δεν είναι ο πόνος ως σωματικό φαινόμενο ή ο πόνος ως μη σωματικό φαινόμενο, δηλαδή ο πόνος ως βίωμα, που έχει νιώσει καθένας από εμάς, αλλά η επώδυνη ζωή που βιώνει ο τερματικός ασθενής. Εδώ γίνεται λόγος για τον ακατανίκητο, χρόνιο τις περισσότερες φορές, αλλά και αχρείαστο πόνο, καθώς δεν υπάρχει η προοπτική της ανάκαμψης. Συνεπώς το ζήτημα της ιατρικής υποβοήθησης στο θάνατο, που θα τεθεί στη συνέχεια, αφορά την επώδυνη ζωή που βιώνουν οι τερματικοί ασθενείς που πάσχουν από νεοπλασίες και όχι οποιαδήποτε επώδυνη ζωή που ενδεχομένως έχει κάποιος ασθενής.

Ταξινόμηση Πόνου

Ο πόνος μπορεί να λάβει διαφορετικές διαστάσεις και βάσει της μορφής που λαμβάνει κατηγοριοποιείται στις ακόλουθες κατηγορίες¹⁹:

- Αλγαισθητικός: Σωματικός και σπλαχνικός
- Νευροπαθητικός: Κεντρικός και περιφερικός
- Ιδιοπαθής
- Ψυχογενής

Ο οξύς πόνος αναφέρεται ως επί το πλείστο στον πόνο που βιώνουν οι ασθενείς μετεγχειρητικά, από την άλλη ο χρόνιος πόνος μπορεί να διακριθεί σε καλοήγη και κακοήγη πόνο. Χρόνιος πόνος λογίζεται κάθε πόνος που ξεπερνά σε διάρκεια τους 2 με 6 μήνες, ενώ για την αντιμετώπισή του έχουν ιδρυθεί ειδικά κέντρα πόνου και παρηγορητικής αγωγής σύμφωνα με τις απαιτήσεις της Παγκόσμιας Οργάνωσης

¹⁹ Η ταξινόμηση αυτή δίνεται και από την Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία.

Υγείας (Π.Ο.Υ). Η επιστημονική ομάδα που βρίσκεται κοντά στους ανθρώπους που χρήζουν παρηγορητικής φροντίδας είναι: Ογκολόγοι, αναισθησιολόγοι, ακτινοθεραπευτές, χειρουργοί, νευροχειρουργοί, νοσηλευτές, ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, φυσιοθεραπευτές, ιερείς και εθελοντές.

Αντιμετωπίζεται ο χρόνιος πόνος;

Σε ολόκληρο τον κόσμο περίπου 4,3 εκατομμύρια ανθρώπων πεθαίνουν ετησίως από καρκίνο, διαφορετικά, 1 στους 10 θανάτους οφείλεται στη νόσο. Πολλοί από αυτούς που διαγιγνώσκονται με καρκίνο βρίσκονται ήδη σε σημείο που δεν μπορεί να επέλθει θεραπεία σύμφωνα πάντα με στοιχεία της Π.Ο.Υ. Μια μεγάλη μερίδα των ασθενών που υποφέρουν από καρκίνο βιώνουν καθημερινά πόνο, ο οποίος πολλές φορές δεν αντιμετωπίζεται με ορθό τρόπο με αποτέλεσμα ο ασθενής να συνεχίσει να υπομένει τον πόνο. Σε άλλες περιπτώσεις, ο πόνος δε λαμβάνει καμία αντιμετώπιση. Τα συνήθη αίτια για τη μη αντιμετώπιση ή την κακή αντιμετώπιση του ασθενούς προέρχονται από την οικογένειά του ή το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Η μη σωστή ενημέρωση για τη λήψη αναλγητικών φαρμάκων, η κακή επικοινωνία μεταξύ του ιατρού του ασθενούς, αλλά και της οικογένειας του ασθενούς, έχουν ως αποτέλεσμα τη λανθασμένη αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου.

Η αντιμετώπιση και θεραπεία του πόνου, η παρηγορητική θεραπεία δηλαδή, αποτελούν σπουδαία κεφάλαια για την εξασφάλιση ποιότητας ζωής στους καρκινοπαθείς ασθενείς τελικού σταδίου, οι οποίοι υποφέρουν τις περισσότερες φορές από την ανεπαρκή αντιμετώπιση του πόνου από τους επαγγελματίες υγείας. Η ελλιπής εκπαίδευση των ιατρών σε θέματα παρηγορητικής φροντίδας και θεραπείας πόνου μπορεί να οδηγήσει στη χορήγηση ανεπαρκών αναλγητικών. Ακόμη και στη λανθασμένη εφαρμογή παρεμβατικών μεθόδων θεραπείας που θα έχουν ως συνέπεια τη συνέχιση του πόνου και τη διαιώνιση της άποψης ότι ο πόνος συμβαδίζει αναπόφευκτα με τον καρκίνο. Η ψυχοκοινωνική υποστήριξη του αρρώστου, αλλά και της οικογένειάς του αποτελεί έναν επιπλέον παράγοντα, ο οποίος συνηγορεί στην αντιμετώπιση του πόνου που βιώνει ο καρκινοπαθής. Συλλήβδην η άποψη που επικρατεί στη μεγαλύτερη μερίδα του κοινού θέλει τον καρκίνο να είναι συνώνυμος του χρόνιου και ακατανίκητου πόνου. Η ύπαρξη πόνου είναι αναμφισβήτητη, η αντιμετώπισή του παρόλα αυτά είναι εφικτή, αν υπάρξει η κατάλληλη συνεργασία μεταξύ της οικογένειας του πάσχοντος και του ιατρού, του ιατρού και του αρρώστου.

Όλα αυτά με σκοπό την ελάφρυνση του ασθενή, την εξασφάλιση καλύτερης ποιότητας ζωής, αλλά και ενός ανάλγητου τέλους. Στόχος του ιατρού ή του κέντρου παρηγορητικής φροντίδας πρέπει να είναι το ήρεμο τέλος του αρρώστου, μακριά από επιθετικές μορφές θεραπείας που μοναδικό αποτέλεσμα θα έχουν την περαιτέρω εξάντλησή του.

Η διαχείριση του πόνου και η φροντίδα που απαιτείται να παρέχεται σε έναν τερματικό ασθενή, αλλά και η φροντίδα που αυτός χρειάζεται θα αποτελέσουν μια άλλη θεματική της εργασίας αυτής. Οι χρόνιοι πόνοι, οι δυσκολίες και η πνευματική, αλλά και η σωματική εξάντληση των ανθρώπων αυτών τους φέρνει αντιμέτωπους με διλήμματα γύρω από τη ζωή και το θάνατο. Εξαιτίας της σπουδαιότητας της κατάστασης της υγείας του ασθενούς, αυτός επισκέπτεται το θεράποντα ιατρό του με τη συνοδεία προσώπων από το οικογενειακό ή φιλικό του περιβάλλον. Ο ρόλος του ιατρού σε αυτό το σημείο είναι βαρύνουσας σημασίας, καθώς οφείλει να ενημερώσει και να κατατοπίσει πλήρως τον ασθενή με τρόπο άμεσο και κατανοητό. Το παραπάνω μπορεί να επιτευχθεί, όταν ο ιατρός λάβει υπόψη του τις ιδιαιτερότητες του ασθενούς του, το πολιτισμικό του κεφάλαιο, το πνευματικό του επίπεδο, τις θρησκευτικές, πνευματικές και ατομικές του επιλογές. Οι ιδιαιτερότητες του ασθενούς πρέπει να λαμβάνονται υπόψη από τον ιατρό καθ' όλη τη διάρκεια της ενημέρωσης, της θεραπείας του αρρώστου, αλλά και πολλές φορές οι ατομικές ιδιαιτερότητες να κατευθύνουν, να απορρίπτουν ή να ενθαρρύνουν την προσέγγιση που θα ακολουθηθεί.

Η επικοινωνία μεταξύ του ασθενούς και του ιατρού πρέπει να είναι άμεση δίχως να ωραιοποιείται η πραγματικότητα ή να συσκοτίζεται η αλήθεια. Σε περίπτωση που η νόσος είναι ιάσιμη αυτό θα πρέπει να επισημαίνεται, αν πάλι η νόσος είναι ανίατη, αυτό θα πρέπει να διατυπώνεται με σεβασμό και σαφήνεια. Ο σεβασμός στο πρόσωπο του ασθενούς πρέπει να αποτελεί βασική ηθική αρχή από πλευράς του ιατρού. Στον πυρήνα της σχέσης που αναπτύσσεται βρίσκεται ο ασθενής, ενώ ο ιατρός είναι αυτός που φροντίζει για το συντονισμό των διαδικασιών της θεραπείας, αυτός φροντίζει για το 'well-being' του ασθενούς. Όσοι επιθυμούν να ασχοληθούν με την ογκολογία οφείλουν να γνωρίζουν ότι η τελική φροντίδα αποτελεί χρέος τους. Η άσκηση της ογκολογίας δεν περιορίζεται στη θεραπεία του ασθενούς, όταν αυτός βρίσκεται σε στάδιο που επιτρέπεται να υποβληθεί σε επιθετικές μεθόδους θεραπείας ή ακόμη να εισαχθεί σε κάποια κλινική έρευνα. Το χρέος του

ογκολόγου προς τον άρρωστο επεκτείνεται και περί το τέλος της ζωής, γι' αυτό και τα νοσοκομεία επιβάλλεται να συνεργάζονται με μονάδες τελικής φροντίδας, οι οποίες την κατάλληλη στιγμή θα φροντίζουν τον ασθενή προσφέροντάς του τη δέουσα φροντίδα και στήριξη. Ο ρόλος του ιατρού επομένως απέναντι σε έναν άρρωστο με νεοπλασίες που διανύει το τελικό στάδιο της ασθένειάς του περιγράφεται με τον ακόλουθο τρόπο: ο ιατρός είναι αυτός που 'βοηθά τα άλογα να περάσουν τον Αχέροντα, δεν τα σκοτώνει, επειδή έχουν γεράσει'²⁰.

Το δυσάρεστο στις περιπτώσεις αυτών των ασθενών είναι ότι πολλές φορές αντιμετωπίζονται με απαξία από τα ερευνητικά κέντρα, καθώς δεν είναι σε θέση να ενισχύσουν την έρευνα και κατά συνέπεια την προαγωγή της επιστήμης. Λαμβάνοντας υπόψη ότι το νόμιμο δεν είναι πάντα ηθικό, αξίζει να αναρωτηθεί κανείς αν το νόμιμο είναι εξίσου ηθικό, όταν συντρέχουν συγκεκριμένες συνθήκες στην πορεία ενός ασθενή.

Φυσικός (σωματικός) και ψυχολογικός πόνος.

Ο πόνος έχει δυο διαστάσεις. Από τη μια αποτελεί φυσικό (σωματικό) φαινόμενο, από την άλλη, είναι μια ψυχολογική εκδήλωση. Ο Eric Cassell δίνει έναν ορισμό για το άτομο που υποφέρει και βρίσκεται σε 'κατάσταση σοβαρής ψυχικής δυσφορίας συνδεδεμένης με συμβάντα του απειλούν την ακεραιότητα του ατόμου'. Συνεχίζει λέγοντας ότι 'η ανακούφιση του ατόμου που υποφέρει θεωρείται ένας από τους πρωταρχικούς στόχους της ιατρικής τόσο από τους ασθενείς, όσο και από το γενικό κοινό, όχι όμως από τους εκπροσώπους του ιατρικού επαγγέλματος'²¹.

Ο ασθενής που υποφέρει και βρίσκεται σε μεγάλο βαθμό εγκλωβισμένος σε ένα καθεστώς πόνου και φυσικής δυσφορίας (κάποιος χωρίς φυσικό πόνο ακόμα και χωρίς 'συμπτώματα' μπορεί να υποφέρει) μπορεί να υποφέρει εξαιτίας όσων έχει 'χάσει' από τον εαυτό του. Αυτό συμβαίνει λόγω της ακεραιότητας, της συνοχής και της αρτιότητάς των ατόμων ως πρόσωπων και προέρχεται όχι μόνο από την ακεραιότητα του σώματος, αλλά και την πληρότητα του δικτύου των σχέσεων με τον εαυτό μας και τους άλλους²².

²⁰ Γ. Σαμώνη (2013), 'Ηθικά προβλήματα κατά την άσκηση της ογκολογίας' στο *Θέματα βιοηθικής*, Ηράκλειο: Πανεπιστημιακές εκδόσεις Κρήτης: 143.

²¹ R.E. Cranford (2007), 'Ο ρόλος του γιατρού στη θανάτωση και τη σκόπιμη απόσυρση της θεραπείας', *Ευθανασία*, Αθήνα: Αρχιπέλαγος: 220-221.

²² Cranford 2007: 221.

Ο Cassell για να μπορέσει να προσδιορίσει σε ακόμη μεγαλύτερο βαθμό τον ψυχολογικό πόνο με τον οποίο μπορεί να έρθει αντιμέτωπος ένας τερματικός ασθενής, παραθέτει ένα παράδειγμα. Μια 35χρονη ασθενής, η οποία νοσεί από εκτεταμένης μορφής καρκίνο του μαστού, έχει υποβληθεί σε αρκετές επιθετικές μορφές ιατρικής θεραπείας. Η γυναίκα παραμένει στο σπίτι της καθηλωμένη. Ενώ την ίδια στιγμή αδυνατεί να εξυπηρετηθεί, η όψη του προσώπου της έχει αλλοιωθεί εξαιτίας των στεροειδών που λαμβάνει, ο ένας της μαστός έχει παραμορφωθεί και παρουσιάζει ουλές. Εξαιτίας της ορμονικής θεραπείας στην οποία υποβάλλεται, έχει χάσει τη θηλυκή της όψη, ενώ έχει χάσει σχεδόν όλα της τα μαλλιά. Η ασθενής αυτή υποφέρει σε μεγάλο βαθμό από σωματικό, αλλά και ψυχολογικό πόνο, ενώ η βλάβη που έχει υποστεί καθορίζει σε μεγάλο βαθμό το νόημα που προσδίδει η ίδια στη ζωή της.

Επειδή οι αμερικανοί γιατροί φαίνεται να δυσκολεύονται με τη διαχείριση του πόνου, ενδεχομένως αυτό να αποτελέσει και τη θρυαλλίδα για το όποιο κίνημα υπέρ της ευθανασίας: ‘είναι ειρωνικό το γεγονός ότι η καταδίκη της ευθανασίας είναι σχεδόν καθολική, αλλά όχι οι στρατηγικές θεραπείας που κυριολεκτικά διασφαλίζουν ότι οι ασθενείς θα υποφέρουν άσκοπα’²³. Ένα μεγάλο μέρος ασθενών, οι οποίοι υποφέρουν από κάποιας μορφής καρκίνο στις ΗΠΑ, ζουν το τελευταίο διάστημα της ζωής τους σε κατάσταση ισχυρού πόνου, ενώ ο πόνος αυτός δεν αντιμετωπίζεται με την ανάλογη φροντίδα ώστε να περιοριστεί όσο το δυνατόν. Η απίστευτη τεχνολογία και κατάρτιση που υπάρχει σχετικά με την ανακούφιση και το μετριασμό του πόνου στο πλαίσιο της υγείας δε χρησιμοποιείται στο βαθμό που είναι θεμιτό να χρησιμοποιηθεί με στόχο την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της επίπονης κατάστασης στην οποία βρίσκονται οι ασθενείς²⁴.

II. Ευθανασία.

Ιστορικά ορόσημα της έννοιας της ευθανασίας

Η σημασία του όρου προέρχεται από το ρήμα ‘εϋθανάτω/εϋθανατώ’ (‘εϋθάνατος’ = ‘εϋ’ + ‘θάνατος’) πρόκειται για έναν καλό θάνατο.

²³ D.K. Stevenson, W.E. Benitz, W.D Rhine et al., ‘Point-counterpoint: Physicians’ refusal of requested treatment’, *Journal Perinatology* 10; 1990: 408-409.

²⁴ Cranford 2007: 222.

Στις μέρες μας η λέξη χρησιμοποιείται για να υποδηλώσει ένα ανώδυνο τέλος που δίνεται στη ζωή ενός ασθενή από τον ιατρό, ενός ασθενή που υποφέρει από κάποια ασθένεια σε τελικό στάδιο. Ο ασθενής δηλώνει ρητά την επιθυμία του να τερματίσει τη ζωή του, ενώ ο ιατρός προκαλεί το θάνατο²⁵. Οι υποστηρικτές της πρακτικής αυτής συχνά την καλούν ευπλαχνικό θάνατο. Η σύγχρονη χρήση του όρου αποτελεί και το δεύτερο τρόπο με τον οποίο χρησιμοποιήθηκε στη δυτική ιστορία. Ο όρος αρχικά χρησιμοποιήθηκε με στόχο να δηλώσει έναν ήρεμο θάνατο που έχει προκληθεί από κάποιον άλλον. Ο Ρωμαίος ιστορικός Σουητώνιος (69–135 μ.Χ.), περιγράφει πως ο Οκταβιανός Αύγουστος ευλογήθηκε με το να έχει έναν εύκολο θάνατο, όταν έσβησε στην ηλικία των εβδομήντα πέντε ‘όταν ακούς ότι κάποιος έχει πεθάνει γρήγορα και δίχως να πονάει, ο Αύγουστος προσευχήθηκε ότι και ο ίδιος θα έχει έναν καλό θάνατο’²⁶.

Ο Φράνσις Μπέικον (1561–1626) φαίνεται να είναι ο πρώτος στοχαστής, ο οποίος διατύπωσε ότι η ιατρική πράξη πρέπει να περιλαμβάνει αρχικά γνώση και πρακτική ικανότητα. Τα στοιχεία αυτά δίνουν τη δυνατότητα στους ιατρούς να θανατώνουν έναν ασθενή εύκολα και φυσικά. Ο Μπέικον εγκαινίασε μια νέα διάσταση για την εποχή της ιατρικής, η οποία ουσιαστικά ήταν μια *εξωτερικά* προερχόμενη ευθανασία, διαχωρίζοντάς την από την *εκ των έσω* ευθανασία, η οποία ήταν η εσωτερική διαδικασία στην οποία βρίσκεται καθένας, όταν προετοιμάζει τον εαυτόν του (τη ψυχή του εδώ) για το θάνατο. Η διαδικασία της «εσωτερικής ευθανασίας» σχετίζεται με την πίστη του εκάστοτε ανθρώπου, με την πνευματική διαδικασία στην οποία υποβάλει ο ίδιος ο άνθρωπος τον εαυτόν του λίγο πριν πεθάνει²⁷. Η συμμετοχή του ιατρού, σύμφωνα με τον Μπέικον, θα πρέπει να είναι βοηθητική προς τους ασθενείς διευκολύνοντας τους να μεταβούν σε ένα άλλο στάδιο μακριά από την εγκόσμια ζωή. Πιο συγκεκριμένα αυτό που είχε ως παράδειγμα ο Μπέικον ήταν ο θάνατος του Οκταβιανού Αυγούστου ή ακόμη το θάνατο του Αντώνιου του Ευσεβούς, ο οποίος πέθανε, όπως διατυπώνεται, βιώνοντας ένα αίσθημα παρόμοιο με αυτό που έχει κανείς πριν κοιμηθεί²⁸. Η μετάβαση που πραγματοποιήθηκε από τη σημασία της έννοιας της ευθανασίας σε αυτό που νοούμε σήμερα ως ευθανασία έγινε μεταξύ του 1870 και της δεκαετίας του 1920. Τη δεκαετία

²⁵ *Oxford English Dictionary*.

²⁶ Σουητώνιος; 281.

²⁷ Bacon; 124–125; Beaty.

²⁸ Bacon; Bryant.

του 1870 υπήρξε μια προσπάθεια από τον Samuel D. Williams να διατυπώσει την *ευθανασία* ως το γαλήνιο θάνατο, ο οποίος προέρχεται από την ενέργεια ενός ιατρού. Η συζήτηση στις ΗΠΑ και τη Μεγάλη Βρετανία σχετικά με την παγίωση μιας θέσης έγινε πιο έντονη έπειτα από την τοποθέτηση του Williams το 1872²⁹. Παρόλα αυτά η συζήτηση συνεχίζεται και στις μέρες μας με διάφορες απόψεις να διατυπώνονται όχι πλέον σε εθνικό επίπεδο, όπως προηγουμένως.

Ερχόμενοι στο σήμερα μετά τη νομιμοποίηση της ιατρικής υποβοήθησης στο θάνατο στον Καναδά τον Ιούνιο του 2016, η τελευταία έκθεση της Health Canada αναφέρει 1.982 θανάτους ύστερα από ιατρική υποβοήθηση. Σύμφωνα με την παραπάνω έκθεση το μεγαλύτερο ποσοστό υποβοηθούμενων θανάτων σχετίζεται με ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο. Το ποσοστό σε αυτές τις περιπτώσεις ανέρχεται στο 63%. Όμως πέρα από τον καρκίνο υπάρχουν και άλλες μορφές ασθενειών, όπως είναι οι νευροεκφυλιστικές διαταραχές και οι βλάβες του αναπνευστικού και κυκλοφορικού συστήματος. Οι ασθενείς που νοσούν από τις παραπάνω ασθένειες επιλέγουν και αυτοί τον ιατρικώς υποβοηθούμενο θάνατο. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η ηλικία των ατόμων που επέλεξαν να προσφύγουν σε αυτήν την μέθοδο: η πλειοψηφία τους ήταν άτομα ηλικίας 56-85 ετών.

Αυτό που παρατηρήθηκε ήταν η αύξηση του αριθμού των υποβοηθούμενων θανάτων εκτός του νοσοκομειακού πλαισίου. Μόνο πέντε από τις προαναφερθείσες περιπτώσεις ήταν αποτέλεσμα ενεργειών που προκλήθηκαν από τους ίδιους τους αρρώστους και είχαν ως συνέπεια το θάνατο. Η παραπάνω διαδικασία είναι γνωστή ως υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Ένα κενό που δημιουργείται και ως εκ τούτου είναι επόμενο να επηρεάζει τα αριθμητικά αποτελέσματα σχετίζεται με τις επαρχιακές πόλεις του Καναδά, οι οποίες δεν περιλαμβάνονται στον αριθμό των αιτημάτων για τον ιατρικώς υποβοηθούμενο θάνατο. Κατά συνέπεια είναι δύσκολο αν όχι ανέφικτο να μετρηθούν με ακρίβεια τα αιτήματα για υποβοηθούμενο θάνατο και να συγκριθούν με τον αριθμό των περιστατικών που εν τέλει εγκρίθηκαν. Μια ενδιαφέρουσα παράμετρος, η οποία αξίζει να σημειωθεί, σχετίζεται με τους ασθενείς που αποκλείονται από την παραπάνω διαδικασία. Τέτοιοι ασθενείς είναι όσοι έχουν απώλεια πνευματικής ικανότητας ή ακόμη περιπτώσεις ασθενών, των οποίων ο θάνατός δεν είναι προβλέψιμος, δηλαδή δεν αποτελεί βέβαιο ιατρικό γεγονός. Αυτές οι περιπτώσεις αποτελούν κορυφαίες περιπτώσεις άρνησης εφαρμογής της

²⁹ Williams, 1872; Vanderpool, 1997.

διαδικασίας. Η Διευθύνουσα Σύμβουλος της *Dying with dignity Canada*, Shanaaz Gokkol έκανε την ακόλουθη δήλωση σχετικά με τον υποβοηθούμενο θάνατο: ‘ο περιορισμός της βοήθειας σε εκείνους των οποίων ο θάνατος είναι προβλέψιμος είναι αντισυνταγματικός και προκαλεί περισσότερη ταλαιπωρία για τους ανθρώπους που πρέπει να τύχουν ιατρικής βοήθειας’. Επιπλέον έκανε λόγο για μια ανησυχία που έχει, η οποία σχετίζεται με όσους ανθρώπους έχουν νικηθεί από τις ασθένειές τους περιμένοντας τον υποβοηθούμενο θάνατο³⁰.

Διάκριση μεταξύ ευθανασίας και υποβοηθούμενης αυτοκτονίας

Σύμφωνα με τη στενή ερμηνεία του όρου ευθανασία, ευθανασία σημαίνει η πράξη ή η εσκεμμένη πρακτική, που έχει ως στόχο την ανώδυνη πρόκληση θανάτου υποκινημένη από τον οίκτο στο πρόσωπο κάποιου ασθενή που πάσχει από ανίατο νόσημα, σοβαρό τραυματισμό ή ανεπάρκεια στο σύστημα του οργανισμού³¹. Σύμφωνα με αυτόν τον ορισμό η έμφαση δίνεται στην πράξη/πρακτική και όχι στην παράλειψη της πράξης, πράγμα που σημαίνει ότι αυτός ο ορισμός προσεγγίζει την ενεργητική ευθανασία - θανάτωση του ασθενή και όχι την παράλειψη κάποιας ενέργειας. Σε εγκυκλοπαίδεια του 1975³² στον ορισμό της ευθανασίας το βάρος δίνεται στην ανώδυνη πρόκληση του θανάτου και τη μη πρόκληση του θανάτου από φυσικά αίτια σε περιπτώσεις ασθένειας τελικού σταδίου. Με αυτόν τον τρόπο περιλαμβάνονται εντός του ορισμού και μορφές παράλειψης μιας πράξης.

Στην παρούσα εργασία ένας θάνατος θεωρείται ευθανασία, σε περίπτωση που πληρούνται οι ακόλουθες προϋποθέσεις: το μέσο, το οποίο χρησιμοποιείται για να καταλήξει ο ασθενής, πρέπει να είναι όσο το δυνατό πιο ανώδυνο ή πρέπει να υπάρχει επαρκής ηθική αιτιολόγηση από τον ιατρό για τη χρήση μιας επώδυνης μεθόδου. Η ύπαρξη ενός επιπλέον ατόμου (ιατρού) εκτός από τον ασθενή είναι απαραίτητη. Η συμμετοχή του επιπλέον ιατρού πρέπει να είναι ενεργή και να συμβάλλει αιτιολογικά στο θάνατο του ασθενή. Τέλος, η υγεία του ασθενή πρέπει να έχει κριθεί μη

³⁰ X, Νιοκαστρίτη, *Εθνική επιτροπή Βιοηθικής* ‘Καναδάς: Θάνατος με ιατρική υποβοήθηση για περίπου 2000 Καναδούς’ (Δημοσίευση: 20/10/2017).

³¹ T.L. Beauchamp (2007), «Εισαγωγή», *Ευθανασία*, Αθήνα, Αρχιπέλαγος, 15.

³² W.H. Harris, J.S. Levey (eds) (1975), *New Columbia Encyclopedia*. New York: Columbia University Press, 904.

αναστρέψιμη³³, να βρίσκεται ενδεχομένως σε κώμα και τα συμπτώματα της νόσου να έχουν προχωρήσει σε έσχατο σημείο.

Η ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία λαμβάνεται υπόψη πολλές φορές ως μορφή ενεργητικής ευθανασίας. Ο θάνατος του ασθενή μοιάζει με αυτοκτονία, αλλά, υποστηρίζεται από το γιατρό. Οι απόψεις παρόλα αυτά δίστανται. Υπάρχουν δικαστήρια, τα οποία κρίνουν πως οι πράξεις απόσυρσης θεραπείας ή μη χορήγησης θεραπείας αποτελούν μορφή υποβοηθούμενης αυτοκτονίας ή αυτοκτονίας. Από την άλλη, υπάρχουν ορισμένοι, οι οποίοι δεν εντοπίζουν την ύπαρξη πρόθεσης αυτοκτονίας σε αυτές τις περιπτώσεις. Ενώ άλλοι αποφεύγουν τέτοιου είδους προσεγγίσεις και εστιάζουν τη συζήτηση στο δικαίωμα της επιλογής του θανάτου ή στο δικαίωμα άρνησης της θεραπείας από την πλευρά του ασθενή. Ο δικαστής του ανώτατου δικαστηρίου των ΗΠΑ Antonio Scalia στην υπόθεση Cruzan, υποστήριξε ότι η μη χορήγηση ή η απόσυρση της θεραπείας αποτελεί μερικές φορές αυτοκτονία³⁴. Ο ισχυρισμός του δικαστηρίου ήταν ότι μπορεί να διευθετηθεί με έναν τρόπο η χρήση όσων μέσων επιφέρουν το θάνατο με σκοπό τη θανάτωση καθεαυτή.

Το παραπάνω συμβαίνει ακόμη και όταν υπάρχει φυσικό αίτιο θανάτου ή όταν ο ασθενής βρίσκεται σε τελικό στάδιο κάποιας ασθένειας. Επομένως η διακοπή της λειτουργίας του αναπνευστήρα δεν είναι εκ του αποτελέσματος διαφορετική από τον αυτοπυροβολισμό, αν είναι όμοια η πρόθεση τερματισμού της ζωής. Υπό το πρίσμα αυτό η πρόθεση της αυτοκτονίας θα υπήρχε σε οποιαδήποτε περίπτωση σκόπιμης άρνησης θεραπείας με στόχο τη σωτηρία της ζωής, ομοίως, όπως συμβαίνει και με τις συνηθισμένες αυτοκτονίες, όταν οι ασθενείς επιλέγουν να βάλουν τέλος στη ζωή τους εξαιτίας των δυσοίωνων μελλοντικών προοπτικών. Ο θάνατος επέρχεται είτε μέσω της απομάκρυνση του αναπνευστήρα, είτε με τη χρήση κάποιου θανατηφόρου φαρμάκου, παρόλα αυτά οι περισσότερες δικαστικές αποφάσεις κρίνουν ότι η άρνηση της θεραπείας δεν αποτελεί αυτοκτονία. Με αυτόν τον τρόπο τα δικαστήρια διευκολύνουν όσους ασθενείς επιλέξουν τη μη χορήγηση της θεραπείας.

Η φράση ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία δε χρησιμοποιείται ευρέως. Ο όρος αυτός περιλαμβάνει ένα πλήθος πρακτικών που υπάγονται σε αυτήν τη γενική κατηγορία. Η ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία, αλλά και η εκούσια ενεργητική ευθανασία, περιλαμβάνουν κάποιας μορφής συμμετοχή για να επέλθει ο θάνατος του

³³ T.L. Beauchamp (2007), «Εισαγωγή», *Ευθανασία*, Αθήνα, Αρχιπέλαγος, 15-16.

³⁴ Υπόθεση Cruzan v. Director, *Missouri Department of Health*, 110 S. Ct. 2481 (1990): 2859-2863.

προσώπου. Στην ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία, το άτομο που πεθαίνει πρέπει να αποτελεί τον τελευταίο κρίκο της αιτιολογικής αλυσίδας που οδηγεί στο θάνατο, ενώ στην εκούσια ενεργητική ευθανασία η τελική αιτία του θανάτου είναι η πράξη ενός άλλου προσώπου και όχι του ασθενή. Όταν γίνεται λόγος για υποβοηθούμενη αυτοκτονία, δεν υπάρχει απαραίτητα η προϋπόθεση το άτομο που πεθαίνει να υποφέρει από αφόρητους πόνους. Όταν οι γιατροί υποβοηθούν το θάνατο ενός ασθενή τους ή ακόμη όταν τον προκαλούν οι ίδιοι, οι προθέσεις τους, αλλά και οι αιτίες που συνηγορούν έχουν πολύ μεγάλη σημασία για να κατηγοριοποιηθεί κανείς, αλλά και να αξιολογήσει τις πράξεις τους. Ένα ερώτημα που προκύπτει είναι το ακόλουθο: Ποιές είναι εντέλει οι αληθινές προϋποθέσεις για να υποβοηθήσει κανείς κάποιον να πεθάνει και ποιες είναι οι σχετιζόμενες αιτίες του θανάτου;

Πρόκληση θανάτου: Άρνηση θεραπείας – Απόσυρση αναπνευστήρα

Σε περιπτώσεις που οι ιατροί έπειτα από αίτημα των ασθενών αποσύρουν ή δεν παρέχουν εξ αρχής αναπνευστική υποστήριξη, σταματούν την παροχή τροφής και υγρών, δεν τοποθετούν ή αφαιρούν τα σωληνάκια, αλλά και οποιοδήποτε μέσο συντήρησης του ασθενή, επενεργούν θετικά, όπως είναι επόμενο, στην έλευση του θανάτου του ασθενή τη δεδομένη στιγμή. Άρα, σύμφωνα με τα παραπάνω, οι ιατροί προκαλούν το θάνατο των ασθενών; Αναμφισβήτητα μπορεί κανείς να διατυπώσει ότι οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό αφαιρούν τη ζωή του ασθενή, συνεπώς, μπορούν να κριθούν υπεύθυνοι από το νόμο, όταν αποσύρουν ή δε χορηγούν μια θεραπεία σε έναν ασθενή. Αντίστοιχα, ένας ασθενής μπορεί να θεωρήσει ότι αυτοκτονεί, όταν ζητά να του διακοπεί η θεραπεία ή πολύ περισσότερο, όταν αρνείται τη θεραπεία; Σε περίπτωση που ισχύει το παραπάνω, ο ιατρός και το νοσηλευτικό προσωπικό υποβοηθούν την αυτοκτονία των ασθενών;

Πιο συχνά παραδείγματα τέτοιων περιπτώσεων αποτελούν οι ασθενείς τελικού σταδίου ή ορισμένοι ασθενείς που έχουν υποστεί κάποιο θανάσιμο τραυματισμό και αρνούνται τη θεραπεία που θα τους επιμηκύνει τη ζωή για ένα χρονικό διάστημα. Οι πράξεις παραίτησης από τη θεραπεία έχουν χαρακτηριστεί στο παρελθόν ως ενέργειες κατά τις οποίες οι πράττοντες αφήνουν τους ασθενείς να πεθάνουν και όχι ως πράξεις πρόκλησης θανάτου. Τα δικαστήρια έχουν καταλήξει σε ενδιαφέροντες λόγους για τις περιπτώσεις ατόμων που επιλέγουν να εγκαταλείψουν τη θεραπεία διατήρησης της ζωής. Ο θάνατος σε αυτές τις περιπτώσεις δε θεωρείται ανθρωποκτονία ούτε

αυτοκτονία³⁵. Η αιτία του θανάτου στις πράξεις απόσυρσης της θεραπείας είναι η επικείμενη νόσος, δηλαδή η συστηματική ανεπάρκεια του οργανισμού ή ένας θανάσιμος τραυματισμός.

Η χρήση της ιατρικής τεχνολογίας επιτρέπει την αναστολή της φυσικής ακολουθίας της υγείας του ασθενούς. Όταν παύει η χρήση της τεχνολογίας, επέρχεται ο φυσικός θάνατος, καθώς η ασθένεια συνεχίζει την προδιαγεγραμμένη πορεία της δίχως τη χρήση της τεχνολογίας. Σε περίπτωση που η νόσος του ασθενούς γίνει και η κυρίαρχη αιτία του θανάτου (και όχι κάποια πράξη του ίδιου του ασθενούς ή του ιατρού) δεν μπορεί να γίνει λόγος για υποβοηθούμενη αυτοκτονία ή ανθρωποκτονία. Η προσέγγιση αυτή από την πλευρά της νομικής προστατεύει τους επαγγελματίες της υγείας, καθώς τους απαλλάσσει από τη νομική ευθύνη, παρόλα αυτά δεν είναι σίγουρο ότι η προσέγγιση αυτή συμφωνεί απόλυτα με την ιατρική δεοντολογία. Υπάρχουν περιπτώσεις σύμφωνα με τις οποίες ο θάνατος του ασθενούς δεν επέρχεται μόνο από φυσικά αίτια, αλλά και από σκόπιμη ενέργεια ενός ιατρού, του ασθενούς ή και των δυο. Ο θάνατος αποτελεί τη συνέπεια της απόφασης του ασθενούς και της ενέργειας του ιατρού, οι οποίοι επιτελούν σημαντικό αιτιολογικό ρόλο στην έκφανση της κατάστασης. Οι ενέργειες του ιατρού, αλλά και του ασθενούς αποτελούν τις περισσότερες φορές αναγκαίες προϋποθέσεις για το θάνατο του ασθενούς τη χρονική στιγμή που αυτός συμβαίνει.

Η απουσία χορήγησης τροφής, αλλά και υγρών με σκοπό να καταλήξει ο ασθενής, αποτελούν επαρκή και αναγκαία προϋπόθεση θανάτου από αστία τη χρονική στιγμή που συμβαίνει. Σε περίπτωση που ο ασθενής πάσχει από κάποιας μορφής καρκίνο ή έχει σοβαρή εγκεφαλική βλάβη, η άρνηση της θεραπείας δεν αποτελεί επαρκή ή αναγκαία αιτία θανάτου, η ίδια η ασθένεια είναι αυτή που εντέλει θα επενεργήσει.

To kill or to let die?

Υπάρχει εννοιολογική διαφορά μεταξύ του να *θανατώνεις κάποιον* (killing) και να *αφήνεις κάποιον να πεθαίνει* (letting die); Θανατώνω σημαίνει σκοτώνω, φονεύω κάποιον. Ο όρος συνεπάγεται το τέλος, την καταστροφή της ζωικής ή φυτικής ζωής³⁶. Από την ερμηνεία των δυο εννοιών, δε συνεπάγεται πουθενά η ύπαρξη άδικης πράξης

³⁵ T.L. Beauchamp (2007), «Εισαγωγή», *Ευθανασία*, Αθήνα, Αρχιπέλαγος, 2007, 20.

³⁶ Beauchamp (2007), 23.

ή η ύπαρξη πρόθεσης στην ενέργεια, το βάρος δίνεται αποκλειστικά στην πρόκληση του θανάτου.³⁷ Από την άλλη, το να αφήνω κάποιον να πεθάνει συνεπάγεται τη σκόπιμη αποφυγή της παρέμβασης, έτσι ώστε η νόσος για παράδειγμα να επενεργήσει και να προκληθεί ο θάνατος. Η παραπάνω διάκριση δεν είναι απόλυτη ούτε επαρκής. Για παράδειγμα, μπορεί κάποιος να σκοτώσει κάποιον αφήνοντάς τον σκόπιμα να πεθάνει, όπως μπορεί να συμβεί και με έναν ασθενή όταν δεν του παρέχεται η κατάλληλη θεραπεία και σκοπίμως οδηγείται στο θάνατο.

Κάποιος μπορεί να θεωρήσει ότι η μη χορήγηση θεραπείας με σκοπό να επέλθει ο θάνατος δε διαφέρει από τη λήψη ενεργών μέτρων για τον τερματισμό της ζωής από τη στιγμή που οι προθέσεις και τα κίνητρα είναι ίδια. Και στις δυο περιπτώσεις, ο θάνατος επέρχεται από πρόθεση και στις δυο περιπτώσεις τα κίνητρα όσων ενήργησαν ενδεχομένως είναι η συμπόνια που ένιωθαν για τους ασθενείς. Η χρήση του όρου της θανάτωσης θα μπορούσε να χρησιμοποιείται για περιπτώσεις στις οποίες κάποιος έχει πρόθεση. Στον όρο 'θανάτωση' μπορεί να συμπεριλάβει κανείς και την θανάτωση από ευσπλαχνία, το γνωστό *mercy killing*³⁸. Αυτό που πρέπει να καταστεί σαφές είναι ότι ένας ασθενής δεν αυτοκτονεί, όταν επιλέξει να απέχει από τη θεραπεία, και ένας ιατρός δε σκοτώνει τον ασθενή, όταν αποσύρει κάποιον από τη θεραπεία διατήρησης της ζωής σύμφωνα πάντα με την επιθυμία του ασθενούς. Από την άλλη, σε περίπτωση που ένας ιατρός παραλείψει αδικαιολόγητα την απαραίτητη θεραπεία ενός ασθενούς, τότε συμβάλει στο θάνατό του. Επομένως είναι εφικτό να χρησιμοποιείται ο όρος θανατώνω και από την άλλη αφήνω κάποιον να πεθάνει χωρίς να υπάρχει και η ανάλογη ηθική, αλλά και εννοιολογική σύγχυση;

Υπάρχει άραγε ηθική διάκριση μεταξύ του να θανατώνεται κάποιος και να αφήνεται να πεθάνει; Ενδεχομένως κάποιος να ήταν σε θέση να δώσει έναν σαφή, επαρκή και αποδεκτό συνολικά ορισμό για τους δυο αυτούς όρους. Παρόλα αυτά η συζήτηση εξακολουθεί να υπάρχει γύρω από την ηθική σημασία της διάκρισης των δυο εννοιών. Μια άποψη είναι η ακόλουθη: σε περίπτωση που είναι ηθικά αποδεκτή η πρόθεση του θανάτου ενός ασθενούς, ο τερματισμός της ζωής του με τη χρήση ενός ενεργητικού μέσου είναι αιτιολογημένος, όταν φέρει λιγότερο πόνο στον ασθενή απ' ό,τι θα βίωνε, αν τον αφήναν να πεθάνει³⁹. Η αντίθετη άποψη υποστηρίζει ότι δεν

³⁷ Beauchamp (2007), 23.

³⁸ Beauchamp (2007), 23.

³⁹ O J. Rachels έχει διατυπώσει ένα πολύ γνωστό επιχείρημα 'Active and passive euthanasia', *New England Journal of Medicine* 292, No.2 January 9, 1975:78-80. Παρόμοια επιχειρηματολογία έχει ο

υπάρχει επαρκής αιτιολόγηση, όταν πρόκειται για την ενεργητική θανάτωση. Ακόμη και αν ο ασθενής υποφέρει λιγότερο με την χρήση της, αυτό συμβαίνει, καθώς η θανάτωση είναι λάθος σε κάθε περίπτωση, ακόμη και αν ο ασθενής πάψει να πονάει. Επιπλέον η αποδοχή της ενεργητικής θανάτωσης θα μπορούσε να επιφέρει συνέπειες, καθώς η διάκριση μεταξύ του αφήνω κάποιον να πεθάνει και του θανατώνω θα ήταν αποδεκτή στην κοινωνία ως ηθικά άσχετη⁴⁰.

Το αν κρίνεται ηθική ή όχι η πράξη της θανάτωσης ή η πράξη του να αφήνεις κάποιον να πεθάνει εξαρτάται από την αιτιολόγηση της πράξης ή από τον τύπο της πράξης. Υπό αυτήν την έννοια το να αφήνουμε κάποιον να πεθάνει ή να τον θανατώνουμε δεν είναι κατακριτέο από μόνο του. Παρόλα αυτά πρέπει να υπάρξει διάκριση των δυο παραπάνω ενεργειών από την δολοφονία, η οποία κρίνεται παράνομη και άδικη σε κάθε περίπτωση. Δεν είναι θεμιτό να θεωρούνται αδικαιολόγητες όλες οι πράξεις θανάτωσης, ούτε από την άλλη να θεωρούνται ηθικά δικαιολογημένες όλες εκείνες οι περιπτώσεις που κάποιος αφήνει κάποιον άλλον να πεθάνει. Σημαντικό στοιχείο σε αυτές τις περιπτώσεις για να μπορέσει να αξιολογηθεί μια πράξη ως αδικαιολόγητη ή δικαιολογημένη, αποτελεί ο λόγος του πράττοντος, το αίτημα του ασθενή, αλλά και η συνέπεια στις πράξεις, οι οποίες σχετίζονται με την αιτιολόγηση της ενέργειας.

Οι παράγοντες αυτοί παρέχουν τη δυνατότητα ύπαρξης ενός κανονιστικού πλαισίου ικανού να οριοθετεί το πεδίο της δράσης. Επομένως κατά την αξιολόγηση των δυο ενεργειών (θανατώνω και αφήνω κάποιον να πεθάνει) συνηγορούν σε ένα σύνολο διαφορετικών και ανεξάρτητων κριτηρίων, όπως είναι για παράδειγμα ο εντοπισμός των ωφελειών και των επιβαρύνσεων στην υγεία ενός ασθενούς, με στόχο να φανεί το κατά πόσο αυτά μπορούν να γίνουν αποδεχτά. Τα παραπάνω ισχύουν, αν κάποιος συμφωνήσει με την ηθικά ουδέτερη υφή των δυο ενεργειών. Αν πάλι κάποιος θεωρεί ότι η πράξη της θανάτωσης συνεπάγεται την αναιτιολόγητη ανθρωποκτονία, τότε η θανάτωση κρίνεται ως μια άδικη πράξη. Ένα συμπέρασμα που θα μπορούσε να εξαχθεί θα υποστήριζε ότι υπάρχει ηθική διαφορά μεταξύ του να αφήνω κάποιον να πεθάνει και του να θανατώνω (από τη μια έχουμε τη μη χορήγηση ή την απόσυρση

Rachels και στο έργο του *The end of life: Euthanasia and morality* (Oxford: Oxford University Press, 1986).

⁴⁰ Ενδιαφέρουσα θέση σχετικά διατυπώνει ο E.D. Pellegrino στο 'Doctors must not kill', *The Journal of Clinical Ethics* 3, 1992: 95-102, αλλά και στο 'The place of intention in the moral assessment of assisted suicide and active euthanasia', το οποίο περιλαμβάνεται στο *The ethics of assisted suicide and euthanasia* (Pearson Education, 1996), 233-259.

θεραπείας και από την άλλη τη χορήγηση θανατηφόρας ουσίας). Η διάκριση αυτή οφείλεται στο διαχωρισμό μεταξύ της αιτίας και της απαραίτητης προϋπόθεσης. Η υφιστάμενη αυτή διάκριση δε διευθετεί αυτομάτως και το ζήτημα που υπάρχει σχετικά με την ενεργητική ευθανασία και τη νομιμότητά της.

Ως προς τα θέματα τα σχετιζόμενα με τη ζωή και το θάνατο, η πρόθεση και η αποβλεπτικότητα αποτελούν ιδιαιτέρως σημαντικά στοιχεία της εκτίμησης των ηθικών συμβάντων. Ζητήματα πρόθεσης υποβόσκουν σε κάθε ηθική θεωρία, καθώς οι προθέσεις δεν είναι δυνατό να εκτιμώνται μεμονωμένα από τα υπόλοιπα συστατικά στοιχεία που υπάρχουν στα ηθικά συμβάντα. Οι προθέσεις συνεκτιμώνται με τη φύση της εξεταζόμενης πράξης, αλλά και με τις συνθήκες που συντρέχουν κατά την εκτέλεσή της και τέλος τις συνέπειες που αυτή φέρει. Οι συνδεόμενες σχέσεις έχουν ιδιαίτερα μεγάλη σημασία στην εκτίμηση της ηθικής κατάστασης που εμφανίζεται στις περιπτώσεις της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, της ενεργητικής ευθανασίας, αλλά και της φύσης των αποφάσεων σχετικά με τη μη χορήγηση ή την απόσυρση της θεραπείας των ασθενών⁴¹.

Ποιότητα ζωής – Αξιολόγηση από τον ίδιο τον ασθενή

Η αντίληψη για την ποιότητα της ζωής παραδοσιακά έχει συσταθεί και χρησιμοποιηθεί για να προσδιορίσει τις περιβαλλοντικές συνθήκες. Αρχικός στόχος υπήρξε η αναβάθμιση της ποιότητας της ζωής μέσω της βελτίωσης των συνθηκών υγείας, εργασίας, εκπαίδευσης κ.ο.κ. Σύγχρονα κινήματα μετέβαλλαν την ορολογία αυτή ρίχνοντας το βάρος σε παράγοντες που δε σχετίζονται αμιγώς με περιβαλλοντικούς παράγοντες που επηρεάζουν το βιοτικό επίπεδο. Ο όρος κατά συνέπεια περιγράφει ή καλύτερα αξιολογεί τη ζωή ενός ανθρώπου. Η ποιότητα της ζωής σχετίζεται με τον τρόπο διαβίωσης και το εργασιακό περιβάλλον. Σύμφωνα με τον Maslow⁴², η έννοια σχετίζεται με την ασφάλεια και τις φυσικές ανάγκες που έχει ένας άνθρωπος. Η ίδια η έννοια της ποιότητας της ζωής αποτελεί μια περιγραφική έννοια με κανονιστικό περιεχόμενο, ενώ την ίδια στιγμή διαθέτει μια αξιολογική σημασία, εφόσον γίνεται λόγος για ‘καλή’ ή ‘κακή’ ποιότητα.

⁴¹ E.D. Pellegrino (1996), ‘The place of intention in the moral assessment of assisted suicide and active euthanasia’, *Intended death: The ethics of assisted suicide and euthanasia*, Pearson Education, 256.

⁴² Φ. Παιονίδη (2007), ‘Η ποιότητα ζωής ως φιλοσοφικά ενδιαφέρουσα έννοια’, *Υπέρ του δέοντος*, Αθήνα, Εκκρεμές, 109.

Ο όρος *ποιότητα ζωής* είναι ιδιαίτερα δύσκολο να αποσαφηνιστεί και συνάμα να δοθεί ένας ορισμός κοινά αποδεκτός. Παρόλα αυτά η *ποιότητα της ζωής* αποτελεί εξέχον θέμα συζήτησης και διερεύνησης από πολλούς επιστημονικούς κλάδους και γνωστικά πεδία.

Η έννοια της *ποιότητας της ζωής* δεν προέρχεται από τη φιλοσοφία, αλλά από την ιατρική και τις κοινωνικές επιστήμες. Η προσέγγιση της έννοιας από την πλευρά της φιλοσοφίας πρέπει να γίνεται στη βάση μιας εννοιολογικής ανάλυσης, η οποία θα σέβεται την πρακτική εφαρμογή της έννοιας⁴³. Σε επίπεδο ηθικής αποτίμησης η εξασφάλιση μιας ικανοποιητικής *ποιότητας ζωής* αποτελεί ένα ζήτημα που αφορά τον καθένα από εμάς.

Επομένως, όταν κάποιος προσπαθεί να προσεγγίσει την έννοια, πρέπει πρώτα να στραφεί στους επιστημονικούς κλάδους που αναφέρθηκαν παραπάνω. Η σημασία της *ποιότητας της ζωής* άρχισε να μας απασχολεί ιδιαίτερα από τη δεκαετία του '60 και έπειτα. Τα προηγούμενα χρόνια η άποψη που επικρατούσε ήθελε την *ποιότητα* σε μια ζωή να έρχεται ως επακόλουθο της αποκατάστασης της δημοκρατίας και της ύπαρξης μιας ορισμένης οικονομικής ευημερίας. Σε ένα πρώτο επίπεδο υπήρξε μια ανησυχία για το σύστημα αξιολόγησης της *ποιότητας της ζωής*, για παράδειγμα ως προς την αξιολόγηση της υγείας από τον ίδιο τον ασθενή. Η ιατρική κοινότητα δεν ήταν σε θέση να ορίσει ένα συγκεκριμένο σύστημα αξιολόγησης, καθώς ο τελικός αποδέκτης (ασθενής) είναι διαφορετικός και αυτό σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να αγνοηθεί.

Από την πλευρά της η φιλοσοφία τείνει να ταυτίζει την έννοια της *ποιότητας της ζωής* με την ευτυχία. Η ταύτιση αυτή είναι εσφαλμένη, θα λέγαμε, καθώς πρακτικά δεν μπορεί να προκύψει αυτή η ταύτιση. Αν κάποιος δηλώνει ότι έχει *ποιότητα* στη ζωή του είναι ευτυχισμένος; Αυτό δεν μπορεί να απαντηθεί με βεβαιότητα. Η συζήτηση μεταφέρεται σε αυτό το σημείο στην έννοια της *ευδαιμονίας*, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τον Αριστοτέλη, 'ευδαιμονία ως δραστηριότητα της ψυχής, σύμφωνα με την αρετή'⁴⁴. Η *ευδαιμονία* επομένως σχετίζεται εκτός από την ευζωία και με την ευπραξία, έχει να κάνει με έναν ενάρετο και ηθικό τρόπο διαβίωσης. Σε περίπτωση που το παραπάνω συνέβαινε, οι ειδικοί σε

⁴³ Παιονίδη (2007), 97.

⁴⁴ Παιονίδη (2007), 103.

θέματα υγείας θα αναλάμβαναν και έναν ηθικοπλαστικό ρόλο. Η ποιότητα της ζωής συνεπώς αποτελεί μια αναγκαία συνθήκη για την επίτευξη της ευτυχίας χωρίς όμως αυτό να έχει καθολική ισχύ.

Η βασική ιδέα σχετικά με τον προσδιορισμό της έννοιας, *ποιότητα της ζωής*, βασίζεται στα χαρακτηριστικά στοιχεία που απαρτίζουν την προσωπικότητα ενός ανθρώπου και το περιβάλλον του, όπως ειπώθηκε και παραπάνω. Αυτά τα στοιχεία τον καθιστούν καλύτερο σύμφωνα με μια υποκειμενική κρίση, ενώ είναι αυτά που του επιτρέπουν να 'ανθίσει'. Από τη σκοπιά της ιατρικής, η ποιότητα της ζωής σχετίζεται με την ικανότητα ενός ασθενή να απολαμβάνει μια καθημερινότητα που περιλαμβάνει συνηθισμένες δραστηριότητες, όπως είναι η αυτοεξυπηρέτηση. Κατά συνέπεια, ένας άνθρωπος που αδυνατεί να ζήσει, όπως ζούσε πριν νοσήσει (από μια ασθένεια, όπως είναι ο καρκίνος που εξετάζεται εδώ), χρειάζεται να ζει σε προστατευμένο περιβάλλον. Αν αδυνατεί να πηγαίνει στην εργασία του και να φέρει εις πέρας τις καθημερινές του υποχρεώσεις, η ποιότητα της ζωής αυτού του ανθρώπου έχει πληγεί. Στην ιατρική φροντίδα η ποιότητα της ζωής αποτελεί κυρίαρχη έννοια, αρκεί μόνο να αναλογιστεί κανείς ότι πολλές φορές επιλέγονται μορφές θεραπείας με στόχο τη βελτίωση ή διατήρηση της ποιότητας της ζωής ενός ασθενούς.

Η ποιότητα ζωής, προσδιορίζεται συχνά από τον ίδιο τον ασθενή, ο οποίος βασίζεται στις αξίες, τις αντιλήψεις και τις πεποιθήσεις που έχει διαμορφώσει στο πέρασμα του χρόνου. Υπό αυτήν την έννοια, όταν αναρωτηθούμε τι θα ήταν καλύτερο για έναν ασθενή, θα αξιολογήσουμε το μέλλον του λαμβάνοντας υπόψη το παρελθόν του. Επομένως, όταν κάποιος ανησυχεί για τον αντίκτυπο του τελευταίου σταδίου της ζωής, ανησυχεί για τον αντίκτυπο που θα έχει στο περιεχόμενο του βίου ως όλου.

Ορισμένοι φιλόσοφοι, όπως ο J. Harris, ο P. Singer και πολλοί άλλοι, κάνουν μια διάκριση μεταξύ του 'having a life' και του 'having a worthwhile life'. Σε περιπτώσεις ασθενών, όπου ο πόνος και η ταλαιπωρία⁴⁵ περιγράφονται με ασάφεια και ασυνέπεια από τον ασθενή που αυτοαξιολογείται με στόχο να προσδιορίσει την κατάσταση στην οποία βρίσκεται, δε θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη ως εν δυνάμει ασθενείς που θα επέλεγαν να τερματίσουν τη ζωή τους. Από την άλλη, όταν ο πόνος

⁴⁵ Ταλαιπωρία εδώ νοείται ως η συνέπεια του υποφέρω από μια χρόνια ασθένεια.

και τα αποτελέσματα της ασθένειας χαρακτηρίζονται ως σπουδαία από τον αυτοαξιολογούμενο, ενδεχομένως να έχουν ως συνέπεια τη λήψη μιας απόφασης σχετικά με τον τερματισμό της ζωής τους.

Θεμιτό θα ήταν ο κάθε άνθρωπος να είναι ελεύθερος να αποφασίζει για τη ζωή του βασιζόμενος στην αξιολόγηση της κατάστασης στην οποία βρίσκεται. Μια τέτοια κατάσταση μπορεί να είναι ο χρόνιος πόνος που είναι δεδομένο ότι θα έχει ως επακόλουθο το θάνατο ή μια τερματική νόσος που και αυτή θα έχει ως βέβαιη συνέχεια το θάνατο. Ορισμένοι θα ισχυρίζονταν ότι σε αυτές τις περιπτώσεις η εκούσια ευθανασία ακόμη και ο ιατρικώς υποβοηθούμενος θάνατος θα ήταν δικαιολογημένη επιλογή. Παρόλα αυτά η λήψη μιας τέτοιας απόφασης δεν μπορεί να λαμβάνεται άκριτα ή επιπόλαια, αλλά κατόπιν ώριμης σκέψης, όταν συντρέχουν όλοι οι ιατρικοί λόγοι και η απόφαση αυτή προστατεύεται από το υπάρχον νομικό πλαίσιο.

Λαμβάνοντας υπόψη το πλήθος των επιλογών και των μεθόδων που υπάρχουν, δημιουργείται μια πλουραλιστική αντίληψη για το *τι είναι καλό* και οι ασθενείς καλούνται σε πολλές περιπτώσεις να αποφασίσουν τον τρόπο με τον οποίο θα συνεχίσουν ή όχι τη θεραπεία τους, πάντα έπειτα από συνεννόηση με τους θεράποντες ιατρούς που τους παρακολουθούν. Παρόλα αυτά υφίσταται ένα ευρύ πλαίσιο γεμάτο από 'ηθικές προϋποθέσεις', οι οποίες είναι επιτακτική ανάγκη να ληφθούν υπόψη από όσους προβληματίζονται με ζητήματα γύρω από τη ζωή και το θάνατο, τη συνέχιση μιας επιθετικής θεραπείας ή την παύση της. Η παύση της επιθετικής θεραπείας ενδεχομένως φέρει άλλες μορφές θεραπείας, όπως είναι η παρηγορητική θεραπεία ή η λήψη της έσχατης απόφασης που είναι η απόσυρση της θεραπείας και κατά συνέπεια ο πρόωρος θάνατος.

Μια σχετική άποψη, ακραία κατά τη γνώμη μου, διατυπώνεται από τον C. Paters στο *Assisted suicide and euthanasia*. Σύμφωνα με την άποψη αυτή, καλή δε θεωρείται η ζωή εκείνη που πασχίζει με εμμονή να παραμείνει ζωντανή, ανεξάρτητα δηλαδή από τα στοιχεία εκείνα που υποδεικνύουν ότι μόνο καλή δεν είναι. Τη στιγμή που ο ασθενής αναλογίζεται τα θετικά και τα αρνητικά που συνεπάγονται από τη συνέχιση της θεραπείας ή την απόσυρσή της, έχει υποχρέωση να δείξει το δέοντα σεβασμό στο πρόσωπό του με το να μην οδηγηθεί στην καταστροφή της ίδιας του της ζωής μην προσφέροντας στον εαυτόν του τα δέοντα.

Ποιές μορφές λαμβάνει η ευθανασία;

Η ευθανασία μπορεί να λάβει αρκετές μορφές. Ανάλογα με την εκάστοτε μορφή που λαμβάνει μπορεί να σχολιαστεί άλλοτε με θετικό και άλλοτε με αρνητικό πρόσημο.

Ενεργητική και Παθητική Ευθανασία:

Κατά την ενεργητική ευθανασία ένα πρόσωπο δρα με σκοπό να προκαλέσει άμεσα το θάνατο ενός ασθενούς, ενώ στην παθητική ευθανασία δεν επιτελείται κάποια συγκεκριμένη ενέργεια που φέρει το θάνατο, αλλά ο θάνατος επέρχεται ως επακόλουθο. Η παραπάνω αποτελεί μια ανεπαρκή ηθική διάκριση, καθώς από τη μια απουσιάζει κάποια ορισμένη ενέργεια που επιφέρει το θάνατο, από την άλλη είναι γνωστό ότι η αδράνεια από μέρους των ιατρών θα έχει ως συνέπεια το θάνατο του ασθενούς. Η ενεργητική ευθανασία διαπράττεται, όταν ο θάνατος είναι αποτέλεσμα κάποιας ενέργειας, για παράδειγμα, όταν ένα πρόσωπο καταλήξει μετά από υπερβολική δόση παυσίπνου που θα του χορηγηθεί. Η παθητική ευθανασία διαπράττεται, όταν ο θάνατος είναι αποτέλεσμα παράλειψης ή αμέλειας. Αυτό μπορεί να συμβεί με την αναστολή (withholding) ή άρση (withdrawing) της θεραπείας. Για παράδειγμα αναστολή θεραπείας υφίσταται, όταν δεν πραγματοποιείται ένα χειρουργείο που θα ήταν βέβαιο ότι θα επιμηκύνει τη ζωή ενός ασθενή για σύντομο χρονικό διάστημα. Ένα παράδειγμα άρσης θεραπείας είναι το ακόλουθο: η σταδιακή αφαίρεση της φαρμακευτικής αγωγής που χρησιμοποιείται στον ασθενή που θα έχει ως συνέπεια την κατάληξή του.

Οι παραπάνω μορφές ευθανασίας έχουν προκαλέσει και συνεχίζουν να προκαλούν αρκετές συζητήσεις σχετικά με το κατά πόσον είναι ηθικά αποδεκτή η εφαρμογή μιας από τις παραπάνω διαδικασίες. Ορισμένοι υποστηρίζουν ότι η παθητική ευθανασία είναι λιγότερο αρνητικά φορτισμένη από την ενεργητική μορφή, άλλοι πάλι θεωρούν ότι η ενεργητική μορφή αποτελεί την καλύτερη εκδοχή της ευθανασίας, καθώς είναι άμεση, φανερή και καθόλου λανθάνουσα, κεκαλυμμένη.

Ποιά τα είδη της ευθανασίας;

Η εκούσια ενεργητική ευθανασία (voluntary euthanasia) επέρχεται ύστερα από αίτημα του προσώπου, το οποίο επιθυμεί να πεθάνει. Για την πράξη αυτή απαιτείται ρητή απαίτηση και πλήρη θετική συγκατάθεση του ασθενούς.

Η μη εθελοντική ενεργητική (non-voluntary euthanasia) μορφή που μπορεί να λάβει η ευθανασία σχετίζεται με περιπτώσεις ανθρώπων που δεν έχουν τις αισθήσεις τους ή δεν είναι σε θέση να λάβουν μια απόφαση για την εξέλιξη, την τροπή της κατάστασης λόγω νοητικής έκπτωσης ή εξαιτίας του νεαρού της ηλικίας τους, καθώς βρίσκονται σε βρεφική ηλικία για παράδειγμα, και ένα άλλο πρόσωπο λαμβάνει τις αποφάσεις στο όνομά τους. Επιπλέον η μη εθελοντική ευθανασία περιλαμβάνει περιπτώσεις ανθρώπων, που βρίσκονται σε θέση να λάβουν αποφάσεις για τη ζωή τους, καθώς έχουν την ψυχολογική και συναισθηματική ωριμότητα, αλλά ο νόμος δεν τους το επιτρέπει. Σε αυτές τις περιπτώσεις ορίζεται ένα άλλο πρόσωπο, το οποίο λαμβάνει τις αποφάσεις.

Η ακούσια ενεργητική ευθανασία (involuntary euthanasia) περιλαμβάνει τη σκόπιμη χορήγηση από το γιατρό φαρμάκων ή ακόμη την εφαρμογή άλλων ιατρικών πράξεων που θα οδηγήσουν τον ασθενή σε θάνατο. Σε αυτήν την περίπτωση πρόκειται για έναν ασθενή διανοητικά ικανό, αλλά που δεν έχει αξιώσει με ρητή απαίτηση και πλήρη συγκατάθεση το θάνατό του. Ο ασθενής δε ερωτήθηκε αν θέλει να τερματίσει τη ζωή του ή ακόμη ερωτήθηκε, αλλά προτίμησε να συνεχίσει να ζει. Σε αυτήν την περίπτωση ο θάνατος του ασθενούς είναι προς όφελος ενός άλλου προσώπου.

Έμμεση θα μπορούσε να χαρακτηριστεί η μορφή της ευθανασίας σύμφωνα με την οποία χορηγούνται στον ασθενή φαρμακευτικές ουσίες με στόχο την ανακούφιση της συμπτωματολογίας του, για παράδειγμα την καταστολή του πόνου, που έχει ως επακόλουθο -έμμεσο επακόλουθο- τη βαθμιαία πρόκληση σοβαρού βαθμού καταστολής του αναπνευστικού συστήματος του ασθενούς και κατά συνέπεια το θάνατό του. Τέλος στον ιατρικώς υποβοηθούμενο θάνατο ο ιατρός προβαίνει σε παρεμβατικές μεθόδους, όπως είναι η χορήγηση φαρμακευτικών ουσιών στον ασθενή γνωρίζοντας πως οι ενέργειές του θα έχουν ως συνέπεια την κατάληξη του ασθενούς. Σε αυτήν την περίπτωση ο ιατρός ενεργεί πολλές φορές έπειτα από αίτημα του ασθενούς, ο οποίος δεν επιθυμεί να συνεχίσει τη ζωή του.

Το δόγμα του διπλού αποτελέσματος

Το δόγμα του διπλού αποτελέσματος (The doctrine of double effect ή 'DDE'), ή αλλιώς η αρχή του διπλού αποτελέσματος, στηρίζεται εν πολλοίς στη βασική διάκριση μεταξύ των σκοπούμενων αποτελεσμάτων και των προβλεπόμενων

αποτελεσμάτων. Το δόγμα του διπλού αποτελέσματος στοχεύει στην αιτιολόγηση του ισχυρισμού ότι μια μεμονωμένη πράξη που έχει δυο προβλεπόμενα αποτελέσματα ή συνέπειες, ένα θετικό, για παράδειγμα η διάσωση μιας ζωής, και ένα αρνητικό, για παράδειγμα ο θάνατος, δεν είναι πάντα ηθικά απαγορευμένα⁴⁶.

Πιο συγκεκριμένα το δόγμα του διπλού αποτελέσματος αναπτύχθηκε ως μέθοδος επίλυσης καταστάσεων στις οποίες ένα μέλος αποσκοπεί σε κάτι καλό, αλλά δεν μπορεί να το πράξει δίχως να προκαλέσει βλάβη. Το δόγμα του διπλού αποτελέσματος στοχεύει στο να λύσει το πρόβλημα διατυπώνοντας ότι είναι ορισμένες φορές επιτρεπτό να προκαλείς βλάβη, όταν είναι αναπόφευκτη συνέπεια του καλού τέλους. Εστιάζοντας στο πρόβλημα που έχει εισαχθεί από την απαγόρευση του να αφαιρείς τη ζωή ενός ανθρώπου ο Bica⁴⁷ περιγράφει τη λειτουργικότητα του δόγματος. Το δόγμα του διπλού αποτελέσματος σε αυτήν την περίπτωση επαναπροσδιορίζει το πεδίο δράσης της εφαρμογής της απόλυτης απαγόρευσης –η απαγόρευση ενάντια στη δολοφονία των ανθρώπινων όντων. Αυτό προκύπτει, εάν κανείς εστιάζει στην ηθική σημασία που έχει η πρόθεση και στη σχέση που έχει με την ηθική υπευθυνότητα. Δημιουργείται μια ηθική διάκριση μεταξύ του φόνου που είναι αποτέλεσμα ατυχήματος και της δολοφονίας, υποστηρίζοντας ότι το τελευταίο είναι απολύτως απαγορευτικό. Συνεπώς, όταν κάποιος προσπαθεί να προβάλλει μια θέση με σκοπό να διαφυλάξει την απόλυτη φύση της απαγόρευσης, με την εφαρμογή του δόγματος (DDE) μερικές φορές είναι επιτρεπτό να σκοτώσει σκόπιμα ανθρώπινα όντα⁴⁸. Διαφωνίες σχετικά με τη σημασία και λειτουργία του δόγματος έχουν ως συνέπεια ποικίλες διατυπώσεις του δόγματος.

Καθώς δεν είναι στόχος της εργασίας να συζητηθεί η εγκυρότητα του δόγματος του διπλού αποτελέσματος, θα χρησιμοποιηθεί σε αυτό το σημείο η διατύπωση του J. Mangan, μια διατύπωση με μεγάλη επιρροή στην ιατρική ηθική. Σύμφωνα με αυτήν την διατύπωση, για να είναι επιτρεπτή μια ενέργεια, η οποία έχει τουλάχιστον μια θετική και μια αρνητική συνέπεια, πρέπει να συνηγορούν ορισμένες προϋποθέσεις για να την καθιστούν σαφή:

⁴⁶ Beauchamp (2007), 29.

⁴⁷ C.C. Bica (1999), *Another perspective on the doctrine of double effect*. *Public Affairs Quarterly*, 13: 131-139.

⁴⁸ Bica (1999): 131-139, 131.

- 1) Η πράξη πρέπει να είναι από μόνη της θετική ή τουλάχιστον αδιάφορη για το αντικείμενο.
- 2) Η θετική συνέπεια πρέπει να επιδιώκεται και όχι η αρνητική συνέπεια.
- 3) Η θετική συνέπεια δεν πρέπει να παράγεται από σημεία της αρνητικής συνέπειας.

Θα υπάρχει αναλογικά ένας αρνητικός λόγος, ο οποίος θα επιτρέπει την αρνητική συνέπεια⁴⁹.

Να σημειωθεί ότι οι ενέργειες, οι οποίες εξυπηρετούν όλες τις συνθήκες είναι 'απλά' επιτρεπτές: το δόγμα του διπλού αποτελέσματος δεν υπαγορεύει τις ηθικές υποχρεώσεις, πως δηλαδή πρέπει να εκτελείς αυτές τις ενέργειες. Το δόγμα οδηγεί σε μια υποχρέωση, όταν σχετίζεται με ενέργειες, οι οποίες δε συναντώνται τουλάχιστον με τις άνωθι συνθήκες.

Οι πολέμιοι του DDE ισχυρίζονται ότι είναι σχεδόν αδύνατο να αποδειχθεί μέσω των προϋποθέσεων του δόγματος μια ηθικά σημαντική διαφορά, όπως είναι για παράδειγμα η χορήγηση ενός πρόσθετου αναλγητικού σε έναν ασθενή και η χορήγηση φαρμάκου ικανού να αφαιρέσει τη ζωή ενός ασθενούς, αν παρασχεθεί σε υπερβολική δόση. Το πρόσωπο που ενεργεί δεν επιθυμεί το θάνατο του ασθενούς σε καμία από τις δυο περιπτώσεις, ενώ μεταξύ των δυο πράξεων δεν εντοπίζεται κάποια σημαντική ηθική διαφορά. Αν χορηγηθεί υπερβολική δόση στον ασθενή, παρόλο που η πράξη δεν ήταν σκοπούμενη να τον οδηγήσει στο θάνατο, οι πολέμιοι του DDE θεωρούν ότι σε αυτήν την περίπτωση υπάρχει θανάτωση και όχι παροχή αναλγητικού με σκοπό τη μετρίαση του πόνου που βιώνει ο ασθενής. Η πράξη χορήγησης της υπερβολικής δόσης δεν περιέχει πρόθεση θανάτου, αλλά πρόβλεψη.

Όσοι υποστηρίζουν το DDE οφείλουν να βρουν τον τρόπο διάκρισης του σκοπούμενου από το απλώς προβλεπόμενο ή την ύπαρξη υπερασπιστικών ηθικών διαχωριστικών γραμμών μεταξύ πολλών διαφορετικών πιθανών περιστάσεων. Επομένως είναι απαραίτητη η διάκριση βάσει ηθικών κριτηρίων μεταξύ της πρόκλησης του θανάτου ενός ασθενούς έπειτα από υπερβολική δόση και τη σκόπιμη χρήση ασυνήθιστα μεγάλης δόσης ενός αναλγητικού φαρμάκου, παρενέργεια του οποίου είναι η πρόκληση του θανάτου του ασθενούς. Η πρόθεση και στις δυο πράξεις είναι η ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο με τη γνώση ότι είναι πιθανό να

⁴⁹ J. Mangan (1949). *An historical analysis of the principle of double effect*. Theological Studies, 43.

χάσει τη ζωή του. Η αποδοχή του DDE ενδεχομένως φέρει την ύπαρξη μεθόδων τερματισμού της ανθρώπινης ζωής, οι οποίες κρίνονται ιδιαιτέρως σκληρές. Για παράδειγμα κάποιος πολέμιος του δόγματος, ο οποίος τάσσεται υπέρ μιας συνεπειοκρατικής ηθικής θεωρίας, θα μπορούσε να διατυπώσει το ακόλουθο: 'Η πρόκληση θανάτου μέσω χορήγησης φαρμάκων που μειώνουν τον πόνο μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα ημέρες ή εβδομάδες πόνου κατά τις οποίες ο ασθενής θα ήθελε να μη ζει, ενώ μια μεγαλύτερη και θανατηφόρα δόση του ίδιου αναλγητικού θα τερμάτιζε τη ζωή του ασθενή με λιγότερο πόνο'⁵⁰. Οι υποστηρικτές του δόγματος θεωρούν ότι μια τέτοια παρόρμηση, όπως το παράδειγμα που αναφέρθηκε παραπάνω, φέρει ως συνέπεια την παρανόηση της ηθικής πράξης που συγκεντρώνει συνολικά η ερμηνεία του δόγματος.

Το δόγμα του διπλού αποτελέσματος, ακόμη και αν το δεχτεί κανείς, δεν είναι σίγουρο ότι θα μπορούσε να επιλύσει προβλήματα που σχετίζονται με την πρόκληση βλάβης, με τη θανάτωση και την πράξη του να αφήνεις κάποιον να πεθάνει. Η χρηστικότητα του DDE ενδεχομένως περιορίζεται σε περιστάσεις που το αποτέλεσμα της πράξης μπορεί να είναι κακό ή καλό, το ερώτημα όμως παραμένει: ο θάνατος είναι καλό ή κακό γεγονός; Στο δόγμα του διπλού αποτελέσματος δεν υπάρχει το στοιχείο εκείνο που κρίνει αυτό το ζητούμενο (ενδεχομένως η πρώτη από τις τέσσερις προϋποθέσεις που αναφέρθηκαν παραπάνω). Αν κάποιος δεν μπορεί να καταλήξει μέσω του δόγματος για τις διάφορες μορφές που λαμβάνει η ευθανασία και το αν επιφέρουν ένα καλό ή κακό αποτέλεσμα, το ζήτημα αυτό θα πρέπει να προσεγγιστεί με άλλον τρόπο εκτός του δόγματος.

«Ιερότητα και προσωπικό συμφέρον»

(Παρουσίαση της θέσης του)⁵¹

Για τον Dworkin, η ευθανασία, η ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία, η άρνηση της ιατρικής αγωγής, η διακοπή της υποστήριξης της ζωής -τοποθετεί και την αυτοκτονία στην ίδια εξίσωση- θεωρούνται ανεπίτρεπτες, ακόμη και αν είναι προς το αληθές συμφέρον του ασθενή. Ο Dworkin, συγκροτεί μια άκρως συντηρητική άποψη –συντηρητική σύμφωνα με τον ίδιο– για την άμβλωση. Σύμφωνα με αυτή τη θέση ο

⁵⁰ Beauchamp (2007), 31.

⁵¹ Τον τίτλο αυτόν τον μεταφέρω αυτούσιο από το βιβλίο του R. Dworkin *Η επικράτεια της ζωής*, καθώς στην ενότητα αυτή αναπτύσσω την άποψή του σχετικά με την εγγενή αξία της ζωής και στη συνέχεια θα τοποθετηθώ σε σχέση πάντα με τους ηθικούς προβληματισμούς που παρουσιάζονται στην επιλογή του τερματισμού μιας επώδυνης ζωής.

ίδιος υπερασπίζεται μια συγκεκριμένη ερμηνεία της ιερότητας της ζωής. Πιο συγκεκριμένα, από τη στιγμή που θα ξεκινήσει η ζωή, αν στη συνέχεια κατασπαταληθούν οι όποιες επενδύσεις έχουν πραγματοποιηθεί σε αυτήν, με αυτόν τον τρόπο κατασπαταλείται και η ίδια. Το τελευταίο αποτελεί ένα εγγενές κακό συμβάν.

Ο Dworkin προχωρά σε μια διάκριση την οποία κάνει μεταξύ δυο διαφορετικών πραγμάτων στη βάση τους, των διαστάσεων και των επενδύσεων στην ανθρώπινη ζωή, τις οποίες ενδέχεται να κατασπαταλήσουν οι επιλογές γύρω από το θάνατο. Χρησιμοποιεί λοιπόν αυτήν τη διάκριση για να οικοδομήσει μια φανερά συντηρητική θέση ως προς τις αμβλώσεις, σύμφωνα με την οποία οι φυσικές επενδύσεις στην ανθρώπινη ζωή είναι πολύ πιο σημαντικές από τις ανθρώπινες. Η επιλογή ενός πρόωρου θανάτου συνεπώς αποτελεί τη μεγαλύτερη δυνατή προσβολή της ιερής αξίας της ζωής. Σπεύδει εν συνεχεία ο Dworkin να χρησιμοποιήσει την ίδια διάκριση για την ανασυγκρότηση μιας άλλης άποψης για την ευθανασία αυτήν την φορά.

Σύμφωνα με την οπτική πολλών θρησκευτικών παραδόσεων, οι επενδύσεις της φύσης στην ανθρώπινη ζωή ματαιώνονται κάθε φορά που κάποιος πεθαίνει, ενώ θα μπορούσε να κρατηθεί στη ζωή με τεχνητά μέσα για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Σύμφωνα με την παραπάνω θέση, η χορήγηση ενός θανατηφόρου φαρμάκου –η ανθρώπινη επέμβαση δηλαδή– σε κάποιον που πεθαίνει από μια μορφή καρκίνου και βιώνει πόνο ή ακόμη η διακοπή της υποστήριξης της ζωής κάποιου που βρίσκεται σε φυτική κατάσταση αντιτίθεται στη φύση. Οι φυσικές επενδύσεις διέπουν την ιερότητα της ζωής. Σε αυτήν την περίπτωση η ευθανασία σε κάθε περίπτωση προσβάλλει την αξία της ζωής. Το παραπάνω επιχείρημα αποτελεί για τον Dworkin μια άκρως ισχυρή, συντηρητική και άκαμπτη θέση, η οποία αντιτίθεται σε κάθε μορφή ευθανασίας. Συνεχίζει λέγοντας ότι οι άνθρωποι ενδεχομένως ανησυχούν και για τις πρακτικές προεκτάσεις που λαμβάνει η απόφαση της θανάτωσης κάποιου που θα μπορούσε ενδεχομένως να επανακάμψει και να επιτρέψει σε μια κανονική ζωή. Οι άνθρωποι γεμίζουν με φόβο και ανησυχία μήπως λάβουν μια απόφαση εις βάρος ενός άλλου προσώπου, απόφαση που θα μετανιώσουν στη συνέχεια. Επομένως ανησυχεί για την υποστήριξη μιας διαισθητικής ιδέας από την πλευρά των συγγενών και των ιατρών σύμφωνα με την οποία η σκόπιμη θανάτωση θα έχει ως συνέπεια μια βαριάς μορφής προσβολή της εγγενούς αξίας της ζωής, ακόμη και όταν η θανάτωση αυτή είναι προς το συμφέρον του ασθενή. Η παραπάνω διαισθητική ιδέα όπως

χαρακτηρίζεται από τον Dworkin αποτελεί βάση πολλών θρησκευτικών παραδόσεων. Με μια απλούστερη μορφή που σχετίζεται περισσότερο με την επίκληση στην ιερότητα της ζωής, η ζωή ενός προσώπου δεν ανήκει στο ίδιο το πρόσωπο, αλλά στο Θεό.

Όμως η θέση αυτή δημιουργεί ένα ορισμένο εννοιολογικό ζήτημα, το οποίο συμμερίζεται και ο Dworkin. Το ερώτημα που ανακύπτει είναι το ακόλουθο: σε ποια περίπτωση η διατήρηση κάποιου προσώπου στη ζωή αποτελεί αγαθό για τον ίδιο και πότε αποτελεί αγαθό, επειδή σέβεται την αξία που ο ίδιος ενσωματώνει; Παρόλα αυτά υπάρχουν ορισμένοι, οι οποίοι δέχονται την προτεραιότητα των φυσικών επενδύσεων στη ζωή. Οι άνθρωποι που δέχονται αυτήν την άποψη εκφράζουν συντηρητικές απόψεις για το ζήτημα της άμβλωσης. Όμως ως προς τα ζητήματα της άμβλωσης και της ευθανασίας θεωρούν ότι η επιμήκυνση της ζωής ενός ασθενούς που υποφέρει από μια ασθένεια και οδεύει αργά προς το θάνατο δεν πρόκειται να εκπληρώσει κάποιο φυσικό θαύμα, καθώς οι σκοποί που υπάρχουν στη φύση δεν εκπληρώνονται, όταν ο άνθρωπος διατηρείται στη ζωή εξ ολοκλήρου με τα μέσα που του παρέχει η επιστήμη, εφόσον σε άλλη περίπτωση η φύση θα είχε επιδράσει με συνέπεια τη θάνατο του ανθρώπου.

Μια ακόμη άποψη που θα μπορούσε να διατυπωθεί είναι ότι η ανθρώπινη συμβολή είναι εξίσου σημαντική με τη φυσική συμβολή. Η τελευταία δεν έχει προτεραιότητα. Σε αυτήν την περίπτωση δημιουργούνται και ισχυροί λόγοι για να αρνηθεί κανείς ότι η ευθανασία προσβάλλει πάντοτε την ιερότητα της ζωής. Η ευθανασία τότε υποστηρίζει την ιερότητα της ζωής –που δεν είναι άλλο από αξία– σε ορισμένες περιπτώσεις. Για να γίνει κατανοητό το παραπάνω πρέπει να διατυπωθεί και μια διάκριση του ερωτήματος, το οποίο επιστρέφει συνεχώς στο βιβλίο του Dworkin. Η διάκριση είναι η ακόλουθη: ποιές είναι αυτές οι πράξεις ή τα συμβάντα, τα οποία σέβονται την ιερότητα της ζωής ενός πλάσματος και ποιές είναι οι πράξεις ή τα συμβάντα που αποβλέπουν προς το συμφέρον του πλάσματος αυτού; Η πίστη στην εγγενή αξία της ανθρώπινης ζωής έχει ως συνέπεια κάποιος να θεωρεί ότι από τη στιγμή που η ζωή έχει αρχίσει έχει και εγγενή σημασία να ευοδωθούν οι επενδύσεις που την ακολουθούν, να μη ματαιωθούν, αλλά αντιθέτως να πραγματοποιηθούν. Κάποιος εύστοχα θα αναρωτιόταν τι σημαίνει να ευοδώνεται η ζωή κάποιου; Για να απαντηθεί το παραπάνω ερώτημα πρέπει να γίνει και ο συσχετισμός με τις

πεποιθήσεις που έχει ένα πρόσωπο ως προς τα κριτικά συμφέροντα⁵². Επομένως οι πεποιθήσεις αυτές εύκολα μπορούν να γίνουν αντιληπτές ως μια κατηγορία γενικών δεσμεύσεων του ανθρώπου στην ιερότητα της ζωής.

Κάθε άνθρωπος οφείλει να αντιμετωπίζει τη ζωή ως κάτι που πρέπει να προφυλάξει, όχι ως κάτι που απολαμβάνει απλά, αλλά ως κάτι για το οποίο φέρει ευθύνη. Είναι επομένως ευθύνη του να ζήσει έναν *αγαθό βίο*. Ο άνθρωπος που θα ισχυριζόταν ότι ο ίδιος ο θάνατός του αποτελεί τρόπο έκφρασης σεβασμού στο απαραβίαστο της ανθρώπινης ζωής θα έφτανε στο συμπέρασμα μέσω μιας επιχειρηματολογίας, η οποία θα κατέληγε σε ένα αποτέλεσμα με λήψη του ζητουμένου. Πιο συγκεκριμένα, κάποιος ενδεχομένως να θεωρεί ότι η ζωή του θα ήταν χειρότερη αν παρέμενε σε φυτική κατάσταση ή συνδεδεμένος με υποστηρικτικά μηχανήματα (η τεχνολογική υποστήριξη έχει ως επακόλουθο και τη βιολογική του ύπαρξη). Αυτός ο άνθρωπος έχει την πεποίθηση ότι θα επιδείκνυε μεγαλύτερο σεβασμό στην ανθρώπινη ζωή του, αν προνοούσε προχωρώντας στη διευθέτηση ορισμένων ζητημάτων, προκειμένου να μη βρεθεί μελλοντικά σε τέτοια κατάσταση που δε θα του επιτρέπει να δράσει.

Οι άνθρωποι δείχνουν μεγαλύτερο σεβασμό προς τη ζωή τους, όταν προνοούν και την προστατεύουν. Δεν είναι δυνατό να επιχειρηματολογήσει κανείς με εύλογο τρόπο υπέρ του ότι πρέπει να θυσιάζονται τα συμφέροντα του καθενός από σεβασμό προς το απαραβίαστο της ανθρώπινης ζωής. Επομένως η επίκληση της ιερότητας της ζωής επιφέρει και στο ζήτημα της ευθανασίας εξίσου σοβαρούς και κρίσιμους πολιτικούς προβληματισμούς, αλλά και συνταγματικά ζητήματα όμοια με αυτά που περιβάλλουν το ζήτημα της άμβλωσης. Το κείμενο ερώτημα που ανακύπτει σχετίζεται με το κατά πόσο μια κοινωνία επιλέγει την 'ευθύνη' ή τον 'εξαναγκασμό', αν δηλαδή θα επιτρέψει και θα ζητάει από τους πολίτες να προσχωρήσουν οι ίδιοι στις πιο θεμελιακές αξιολογήσεις της ίδιας τους της ζωής ή αν θα επιβάλλει σε όλους ανεξαιρέτως μια συλλογική αξιολόγηση σε ζητήματα βαθιάς πνευματικής φύσης. Ο Dworkin συνεχίζει τη συλλογιστική του λέγοντας ότι δεν έχει διατυπώσει την άποψή

⁵² Δεν πρόκειται απλώς για απόψεις που αφορούν το πώς να διεξάγεις έναν ευδαίμονα ή απολαυστικό βίο, πρόκειται για συμφέροντα η ικανοποίηση των οποίων καθιστά τη ζωή καλύτερη, ενώ η μη αναγνώριση των συμφερόντων αυτών αποτελεί σφάλμα. Αναπαριστούν κριτικές αξιολογήσεις, όχι μόνο απλή προτίμηση εμπειριών, π.χ., η φιλία αποτελεί αγαθό, οι άνθρωποι πρέπει να την επιζητούν. Τα κριτικά συμφέροντα διακρίνονται από τα βιωματικά, τα οποία τα κατέχουν όλοι, καθώς όλοι προβαίνουμε σε ενέργειες, οι οποίες μας ευχαριστούν, π.χ. παρακολουθούμε ποδόσφαιρο. Η αξία αυτών των εμπειριών εξαρτάται από το γεγονός ότι τις βρίσκουμε συναρπαστικές.

του υπέρ κάποιου νομικού πλαισίου, το οποίο θα εκφράζει με λεπτομέρεια το χρονικό πλαίσιο, στο οποίο οι γιατροί θα επιτρέπεται να επιταχύνουν το θάνατο ενός εκ των ασθενών τους, οι οποίοι επιθυμούν τη θανάτωση, ή ακόμη και των ασθενών που δεν είναι σε θέση να το επιλέξουν, καθώς δε διαθέτουν ικανή διανοητική ικανότητα.

Η πρώτη παρανόηση που εντοπίζει ο Dworkin αφορά σε ζητήματα κοινωνικής και προσωπικής ηθικής. Επομένως η πρώτη παρανόηση σχετίζεται με έναν συσχετισμό μεταξύ του χαρακτήρα των συμφερόντων ως προς το πότε και το πώς πεθαίνει κανείς. Υπάρχουν πολλά επιχειρήματα κατά της ευθανασίας που λαμβάνουν ως προϋπόθεση ότι οι ασθενείς που δεν υποφέρουν από έναν ισχυρό πόνο, αλλά και όσοι ασθενείς δε βρίσκονται σε ικανή νοητική κατάσταση δε θα υποστούν μεγαλύτερη βλάβη, αν παραμείνουν στη ζωή. Αυτή η παραδοχή στηρίζεται στον ακόλουθο ισχυρισμό, σύμφωνα με το οποίο οι συγγενείς του ασθενούς που βρίσκεται σε κατάσταση ασυναισθησίας και επιθυμεί να πεθάνει, πρέπει να αποδείξουν με τρόπο ρητό αυτήν του την επιθυμία. Έχοντας λάβει υπόψη το επιχείρημα του ‘ολισθηρού κατήφορου’⁵³, ο νόμος δεν πρέπει να επιτρέπει την ευθανασία, καθώς είναι πιθανό αυτή η επιπλέον ελευθερία να εισαγάγει νέες θεματικές ως προς το τι είναι επιτρεπτό και τι όχι, όσον αφορά τη θανάτωση κάποιου ανθρώπου;

Μια ακόμη παρανόηση έχει να κάνει με την αξία γύρω από την ‘ιερότητα της ζωής’. Με την ενεργητική ευθανασία, σύμφωνα με την οποία ο ιατρός χορηγεί στον ασθενή του κατόπιν παράκλησης του τελευταίου τη θανατηφόρα ένεση, προσβάλλεται η αξία της ιερότητας της ζωής και αυτός άλλωστε είναι και ο λόγος για τον οποίο πρέπει να απαγορεύεται. Βέβαια το ερώτημα που προκύπτει από την ευθανασία δεν έχει σχέση με την ιερότητα της ζωής και το αν πρέπει να υπερκαλύπτεται από κάποια άλλη αξία, όπως είναι η ανθρωπιά, αλλά το πως η αξία αυτή πρέπει να γίνεται αρχικά κατανοητή και έπειτα σεβαστή. Τα σπουδαία ηθικά ζητήματα της ευθανασίας και των αμβλώσεων μοιράζονται συναφή δομή ως προς την ανάλυση της επιχειρηματολογίας, γεφυρώνουν όμως και σπουδαίες πτυχές της ανθρώπινης ζωής.

Καθένα από τα παραπάνω θέματα επιφέρει μια σειρά από ερωτήματα και πολλές αποφάσεις, που δε σχετίζονται εξ ολοκλήρου με δικαιώματα και συμφέροντα μεμονωμένων ατόμων, αλλά σχετίζονται με την εγγενή αξία της ανθρώπινης ζωής

⁵³ Στη ξένη βιβλιογραφία αναφέρεται ως *slippery slope*.

καθ' εαυτή. Πολλές απόψεις διατυπώνονται, απόψεις που συγκρούονται μεταξύ τους, παρά ταύτα κανείς δε δύναται να υποτιμήσει τις αξίες που κάποιος άλλος τιμά και έχει ως πυρήνα στη ζωή του. Κανείς λοιπόν δεν είναι σε θέση να υποδείξει σε κανέναν τον τρόπο με τον οποίο θα αποφασίσει για το βίο του καθώς κάτι τέτοιο θα ήταν μια μορφή τυραννίας.

Σχολιασμός της άποψης του Dworkin

Η οπτική του Dworkin γύρω από τα ζητήματα της άμβλωσης και της ευθανασίας μπορεί να χαρακτηριστεί κατά την άποψή μου ως ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα. Πραγματεύεται έννοιες, όπως η ιερότητα της ζωής, η αξία της ζωής, έννοιες με ιδιαίτερο περιεχόμενο και βάρος, ενώ διατυπώνει την άποψη ότι η επιλογή ενός πρόωρου θανάτου αποτελεί τη μεγαλύτερη δυνατή προσβολή της ιερής αξίας της ανθρώπινης ζωής. Το επιχείρημα αυτό δεν μπορεί να αμφισβητηθεί από κανέναν, είναι σε κάθε περίπτωση ισχυρό. Επίσης γνωρίζουμε ότι κάθε φορά που κάποιος πεθαίνει αντιτίθεται στη φύση, άρα η ευθανασία –δεν εξετάζεται η περίπτωση της άμβλωσης εδώ- προσβάλλει και την αξία της ζωής.

Όμως τι συμβαίνει με τις περιπτώσεις ασθενών που πάσχουν από μια χρόνια νόσο και βιώνουν ακατανίκητο πόνο, ενώ γνωρίζουν ότι το τέλος της ζωής τους είναι προδιαγεγραμμένο σε σύντομο χρονικό διάστημα; Σε αυτές τις περιπτώσεις η ευθανασία βλάπτει την εγγενή αξία της ανθρώπινης ζωής; Και αν ναι πως ακριβώς λαμβάνεται υπόψη η 'αξία' σε αυτές τις περιπτώσεις, καθώς οι ασθενείς αυτοί βρίσκονται σε μια δυσμενή θέση και επιβιώνουν με την υποστήριξη φαρμάκων και επεμβατικών θεραπειών. Επομένως κάποιος θα μπορούσε να ισχυριστεί ότι η αξία της ζωής αυτών των ανθρώπων έχει υποβιβαστεί από την ίδια την ασθένεια από την οποία νοσούν. Συνεπώς γίνεται λόγος για απλή επιβίωση, για ζωή με την έννοια της βιολογικής ύπαρξης και όχι του βίου, δηλαδή μιας ζωής με ποιοτικά χαρακτηριστικά.

Η έννοια της ζωής δεν έχει εργαλειακή αξία για τον Dworkin, έχει εγγενή αξία είναι ιερή και απαραβίαστη και η θέση αυτή είναι καθόλα ορθή. Παρόλα αυτά ερωτήματα εγείρονται στις περιπτώσεις που η ζωή χάνει την πρωτεύουσα αξία της, χάνει δηλαδή τα ποιοτικά χαρακτηριστικά⁵⁴ που της αποδίδονται, όπως θα έλεγε κανείς ότι συμβαίνει στην περίπτωση ενός ανθρώπου που πάσχει από καρκίνο και βρίσκεται σε τελικό στάδιο της ασθένειας, ενώ την ίδια στιγμή βιώνει χρόνια και

⁵⁴ Σε προηγούμενο κεφάλαιο αναλύεται διεξοδικά το ζήτημα της ποιότητας της ζωής.

ακατανίκητο πόνο. Αναμφισβήτητα κάθε ζωή αξιώνει το σεβασμό και την προστασία, κάθε ζωή είναι μοναδική και πολύτιμη, τα παραπάνω δεν μπορούν να αμφισβητηθούν ούτε εμπίπτουν κριτικής. Όμως μια ζωή που πλέον έχει χάσει θεμελιώδη χαρακτηριστικά της, εξαιτίας μιας ασθένειας, η οποία εξαναγκάζει τον άνθρωπο να βασίζεται αποκλειστικά σε φαρμακευτικά σκευάσματα και σε επεμβατικές μεθόδους, οι οποίες τον κρατούν ουσιαστικά στη ζωή και του εξασφαλίζουν την επιβίωση συνεπάγονται μια ζωή που δεν εξυπηρετεί τη βαθύτερη έννοια του βίου. Σε αυτό το σημείο κρίνεται σκόπιμο να γίνει μια διάκριση μεταξύ δυο εννοιών, της *ζωής* και του *βίου*.

Η πρώτη έννοια, η *ζωή*, αναφέρεται στην επιβίωση, στο ζην, τη βιολογικά προκαθορισμένη χρονική διάρκεια ύπαρξης, επομένως λόγος γίνεται για τα μέσα που την καθορίζουν ως βιολογικό φαινόμενο. Από την άλλη, η έννοια του *βίου* αναφέρεται στον τρόπο ζωής που αποβλέπει στο ευ ζην, ενώ αποδίδεται μόνο στους ανθρώπους και όχι στα έξω-ανθρώπινα όντα όπως συμβαίνει με την έννοια της *ζωής*.

Όταν κάποιος ανησυχεί για τον αντίκτυπο που θα έχει το τελευταίο στάδιο της ζωής ενός ανθρώπου, ανησυχεί για τον αντίκτυπο που θα έχει στο περιεχόμενο του βίου *ως όλου*. Πρόκειται δηλαδή για μια εξ υποκειμένου αξιολόγηση της ζωής. Σύμφωνα με αυτήν τη μορφή αξιολόγησης ο άνθρωπος εξετάζει τη ζωή του *ως όλου* για να καταλήξει σε μια απόφαση σχετικά με τη συνέχιση ή όχι μιας θεραπείας. Ενδεχομένως ένα δύσκολο και βασανιστικό τέλος να καταστρέφει τον πρότερο βίο του ανθρώπου. Υπό αυτήν την έννοια, η ευθανασία αποτελεί ζήτημα προσωπικής επιλογής και κανείς δεν μπορεί να επιβάλλει τη θέλησή του σε κάποιον, καθώς του προκαλεί βλάβη με αυτόν τον τρόπο.

Πιο συγκεκριμένα πρόκειται για την ύπαρξη μιας προσωποπαγούς διάκρισης, καθώς άλλο τέλος ταιριάζει στον Α και άλλο τέλος στον Β. Στην περίπτωση της ευθανασίας συγκρούεται ο πρότερος βίος που έχει ήδη διεξάγει κάποιος κατά το παρελθόν με τη ύστερη κατάσταση της ασθένειάς του, στην οποία δε νοείται πλέον καμία επένδυση σε βίο. Όμως από την άλλη υπάρχει και η εξ αντικειμένου αξιολόγηση της ζωής. Σε αυτήν την περίπτωση επισημαίνεται η εγγενής αξία που έχει μια ανθρώπινη ζωή, αξία ιερή και απαραβίαστη που κατά συνέπεια δεν μπορεί να αμφισβητηθεί.

Ο Dworkin αφήνει περιθώρια για τις περιπτώσεις ασθενών που βιώνουν αβάσταχτο πόνο και το τέλος τους μοιάζει προδιαγεγραμμένο, όπως είναι οι περιπτώσεις ασθενών που εξετάζονται στην παρούσα εργασία. Ισχυρίζεται ότι ‘οι ασθενείς που δεν υποφέρουν από έναν ισχυρό πόνο, αλλά και όσοι ασθενείς δε βρίσκονται σε ικανή νοητική κατάσταση δεν είναι σε θέση να υποστούν μεγαλύτερη βλάβη αν παραμείνουν στη ζωή’⁵⁵. Όμως τι συμβαίνει με τους ασθενείς που υποφέρουν από ισχυρό και χρόνιο πόνο και το τέλος τους είναι προδιαγεγραμμένο;

Τα ποιοτικά χαρακτηριστικά του βίου αυτών των ανθρώπων έχουν χαθεί, έχουν εκλείψει για το λόγο ότι ο ασθενής επιβιώνει πλέον με τη βοήθεια υποστηρικτικών μηχανημάτων και φαρμακευτικών σκευασμάτων. Η εγγενής αξία, αλλά και η ιερότητα της ζωής αποτελούν έννοιες που δεν μπορούν να αμφισβητηθούν, παρόλα αυτά ο χαρακτηρισμός μιας ζωής ως ιερής μπορεί να υποστεί κριτική από τον ίδιο τον ασθενή που νοσεί. Στα ζητήματα που σχετίζονται με τη ζωή και το θάνατο, όπως είναι η ευθανασία που εξετάζεται εδώ, πολλοί είναι αυτοί που θεωρούν ότι είναι ανεπίτρεπτη σε κάθε περίπτωση. Αυτή η συνολική απαγόρευση σχετίζεται με τη διάκριση που υφίσταται μεταξύ της εγγενούς αξίας της ανθρώπινης ζωής και της προσωπικής αξίας της ζωής. Όσοι είναι υπέρ της απαγόρευσης θεωρούν ότι καθένας πρέπει να υπομείνει τον πόνο, αν διατηρεί τη διανοητική του ικανότητα, ενώ, αν βρίσκεται σε κατάσταση ασυναισθησίας, να δεχτεί τη φροντίδα μέχρι να τύχει ο φυσικός θάνατος.

Στο παραπάνω φαίνεται η απαγόρευση που υπάρχει ως προς τον τερματισμό της ζωής με ανθρώπινη παρέμβαση, εφόσον ο εκ προθέσεως τερματισμός της ανθρώπινης ζωής αντίκειται στην έμφυτη συμπαντική της αξία⁵⁶. Από την άλλη, η προσωπική αξία της ζωής έχει ως σημείο εκκίνησης και τερματισμού τον καθένα χωριστά, σχετίζεται, όπως φάνηκε και παραπάνω, με μια υποκειμενική κρίση, η οποία βασίζεται στον τρόπο με τον οποίο έχει ζήσει κάποιος στον πρότερο βίο του, αλλά και σε αυτό που αποβλέπει.

Ο καθένας από εμάς προσδιορίζει και αντιλαμβάνεται διαφορετικά τη σημασία της ιερότητας της ζωής, έτσι και ο ασθενής για τον οποίο γίνεται λόγος στην παρούσα εργασία υποβάλλει τον εαυτόν του σε μια υποκειμενική κρίση. Συνεπώς ο ίδιος είναι

⁵⁵ R. Dworkin (2013), *Η Επικράτεια της ζωής: αμβλώσεις, ευθανασία και ατομική ελευθερία*, απόδοση Φ.Κ. Βασιλόγιαννη, εκδόσεις Αρσενίδη, 310.

⁵⁶ Dworkin (2013), 281.

σε θέση να προσδιορίσει την εγγενή αξία της ζωής, καθώς η ιερότητα μιας ζωής απορρέει από τον προσδιορισμό και την ερμηνεία που αποδίδει καθένας στην ύπαρξή του. Κανείς δεν μπορεί να εξαναγκάσει τον ασθενή, για τον οποίο γίνεται λόγος, να αντιληφθεί την ύπαρξη του ως *βίο*, όταν ο ίδιος την προσδιορίζει ως μια απλή επιβίωση, η οποία στηρίζεται εξ ολοκλήρου σε υποστηρικτικά μέσα. Σύμφωνα με το παραπάνω, κανείς δεν μπορεί να εξαναγκάσει το συγκεκριμένο ασθενή να παραμείνει στην κατάσταση στην οποία βρίσκεται στηριζόμενος στην άποψη περί *ιερότητας της ανθρώπινης ζωής* από τη στιγμή που ο ίδιος δεν το επιθυμεί.

Ζούμε υπό τη σκιά του θανάτου. Εν όψει του θανάτου μας ο βίος κρίνεται ως όλον, ο θάνατός μας αξιολογείται ανάστροφα ως προς το παρελθόν του βίου μας. Ο θάνατος είναι ο δικαστής, όχι ο διαιτητής του βίου μας⁵⁷ και αυτό γιατί δεν αποτελεί απλά την αρχή του τίποτα, αλλά και το τέλος των πάντων. Ο χρόνος του θανάτου δεν έχει να κάνει με το μέλλον μιας ανθρώπινης ζωής, αλλά σχετίζεται με το παρελθόν του βίου του ανθρώπου. Ο τρόπος που αναλογίζεται κανείς και εκφράζεται για το θάνατο δείχνει το πόσο σημαντικό είναι να περατώνεται προσηκόντως ο βίος⁵⁸, δηλαδή να παραμείνει ταιριαστός ο τρόπος του θανάτου με τον τρόπο που ήθελε κανείς να ζήσει. Συνεπώς σχετίζεται με έναν αναδρομικό στοχασμό⁵⁹ ως προς το τι καθιστά μια ζωή άξια να τη βιώσει κανείς. Σύμφωνα με αυτόν τον στοχασμό διαφαίνονται διαφορετικές αντιλήψεις του ίδιου του αληθούς συμφέροντος του ίδιου του ασθενή. Η ηθική σημασία του τρόπου του θανάτου αποτελεί απόρροια του τρόπου του βίου του ασθενή, συνεπώς η επιλογή της αυτοκτονίας, της αθανασίας, αλλά και του θανάτου δεν αποτελούν κάποια μορφή λύσης στο ζήτημα του βίου.

Επομένως επιστρέφουμε στην *πρώτη παρανόηση* που εντόπισε ο Dworkin εντός της επιχειρηματολογίας του, η οποία προκύπτει από το συσχετισμό μεταξύ του χαρακτήρα των συμφερόντων ως προς το πότε και το πώς πεθαίνει κανείς. Πότε είναι η κατάλληλη στιγμή και ποιός το ορίζει αυτό; Είναι ικανός ένας ασθενής με κάποια μορφή νεοπλασίας, με χρόνιο πόνο και προδιαγεγραμμένο τέλος να αποφασίσει για τη ζωή του, σε συνεργασία πάντα με τον ιατρό που τον παρακολουθεί; Ή η λήψη της απόφασης πρέπει να βαρύνει τρίτους, όπως είναι η οικογένεια του ασθενή; Μερικά από αυτά τα ερωτήματα θα προσπαθήσω να απαντήσω στη συνέχεια της εργασίας.

⁵⁷ Φ.Κ. Βασιλόγιαννη, *Ευθανασία: Dworkin, Δίκαιο, ηθική και βιοηθική*, σημειώσεις μαθήματος ΔΙΚ101 σελ. 211.

⁵⁸ Dworkin, 2013, 286.

⁵⁹ Το περίφημο Σωκρατικό ερώτημα. Ο Σωκράτης υπήρξε ο πρώτος φιλόσοφος που ανέδειξε την προτεραιότητα του ερωτήματος περί του ευ ζην.

Ο Dworkin επισημαίνει ότι τις περισσότερες ιδέες σχετικά με το ευ ζην τις έχουμε από προδιάθεση, αλλά και από την ανατροφή μας, ενώ δεν τις αμφισβητούμε, εκτός και αν βρεθούμε αντιμέτωποι με κρίσιμα γεγονότα. Οι ιδέες αυτές είναι που μας οδηγούν σε αποφάσεις και επιλογές, επομένως είναι πάντα παρούσες στη ζωή μας. Αυτές οι κρίσεις, πεποιθήσεις έχουν χαρακτήρα κριτικό, δηλαδή αναφέρονται σε κάτι που καθιστά έναν βίο επιτυχημένο και όχι αποτυχημένο (όταν κάποιος απλά αναλώνει τη ζωή του και δεν έχει επιτύχει κάτι). Καταλαβαίνουμε ότι δεν πρόκειται μόνο για γνώμες, για το πώς να διαγάγουμε έναν απολαυστικό βίο. Όλοι οι άνθρωποι έχουν τα απλώς βιωματικά συμφέροντα (ή απλώς κατά προαίρεση), δηλαδή ενεργούν αποβλέποντας στην ευχαρίστησή τους (για παράδειγμα, παρακολουθούν ποδόσφαιρο ή κινηματογράφο). Οι απολαύσεις διαδραματίζουν σπουδαίο ρόλο στο ευ ζην, εφόσον χωρίς αυτές η ζωή θα ήταν ελλιπής. Η αξία των παραπάνω εμπειριών εξαρτάται από εμάς, εξαρτάται από το πόσο ευχάριστες τις βρίσκουμε εμείς καθαρά ως εμπειρίες.

Αν κάποιος άνθρωπος δε συμφωνεί μαζί μου σχετικά με τις εμπειρίες που βρίσκω ευχάριστες, η ζωή του ανθρώπου αυτού δε γίνεται χειρότερη, επειδή απλώς δε συμμερίζεται τις προτιμήσεις μου, δε διαπράττει κάποιο σφάλμα. Ορισμένοι θεωρούν ότι διαθέτουν αξιολογικής τάξεως συμφέροντα που η ικανοποίησή τους καθιστά τη ζωή καλύτερη και ότι αυτά τα συμφέροντα, αν δεν αναγνωριστούν, θα συμβάλλουν αρνητικά στις ζωές των ανθρώπων. Δε σχετίζονται με απλές προτιμήσεις που ενδεχομένως έχει ένας άνθρωπος, αλλά αναπαριστούν κριτικές αξιολογήσεις. Για παράδειγμα, ορισμένοι επιθυμούν να έχουν φίλους, καθώς θεωρούν ότι η φιλία αποτελεί ένα αγαθό, το οποίο πρέπει να αναζητούν.

Κάθε άνθρωπος θεωρεί ότι έχει άποψη για το τι είναι αγαθό για τον ίδιο. Για παράδειγμα, θεωρώ σημαντικό να έχω καλή σχέση με τα παιδιά μου, θεωρώ πως η ζωή μου θα ήταν πράγματι χειρότερη, αν δεν κατανοούσα γιατί πρέπει να βρίσκομαι κοντά στα παιδιά μου. Η επιθυμία μου να παραμείνω κοντά τους δεν είναι σημαντική, διότι απλώς το επιθυμώ, αλλά θεωρώ ότι μια ζωή χωρίς την επιθυμία αυτή θα ήταν κατά πολύ χειρότερη⁶⁰. Ο διαχωρισμός των συμφερόντων σε απλώς βιωματικά και σε κριτικά συμφέροντα σχετίζεται με την προσπάθεια σύλληψης των εκλεκτών βλέψεων εντός του βίου των ανθρώπων. Ο διαχωρισμός επομένως δεν αποσκοπεί στην ανάδειξη μιας υπεροχής ορισμένων ανθρώπων που ακολουθούν μια ζωή αξιολογικά

⁶⁰ Dworkin, 2013, 290.

καλύτερη από αυτούς που επιλέγουν να μην αναστοχάζονται συνολικά την πορεία της ζωής τους και συνεχίζουν να ζουν δεχόμενοι τα όσα έρχονται, διάγοντας ένα στερούμενο αξίας βίο. Η διάκριση των συμφερόντων στοχεύει στην κατανόηση των πεποιθήσεων, οι οποίες σχετίζονται με το πως πρέπει να αντιμετωπίζονται τα άτομα. Μια διανοητική εξήγηση των κριτικών συμφερόντων θα επέτρεπε να κατανοηθούν αυτές οι ιδέες εκ των έσω. Μέσω της ενδοσκόπησης θα μπορούσε να προσεγγιστεί ο τρόπος που αυτές συνδέονται με άλλες σημαντικές πεποιθήσεις που έχουμε σε σχέση με τη ζωή και το θάνατο, αλλά και γιατί η ζωή έχει εγγενή αξία⁶¹.

Τα κριτικά συμφέροντα δεν είναι απλώς υποκειμενικά, δηλαδή δεν είναι ζητήματα απλής γνώμης, ενώ δεν ταυτίζονται σε όλους του ανθρώπους, κάτι που θα σήμαινε ότι υπάρχει ένας μόνο αληθής τρόπος ζωής για όλους⁶². Οφείλουμε να ζητήσουμε από τον ίδιο μας τον εαυτό να αξιολογήσει τον βίο ως ορθό. Ο βίος εκφράζει πεποιθήσεις, δεσμεύσεις, όχι απλώς επιλογές του παρελθόντος. Ο βίος αντανακλά και επενδύσεις, αποβλέπει στην ιδέα ότι η αξία της ζωής έγκειται ως ένα βαθμό στην ακεραιότητά της και με αυτόν τον τρόπο στοχεύει στην πραγμάτωση της ιδέας ενός συγκεκριμένου είδους βίου. Τα βιωματικά συμφέροντα σχετίζονται με τις επιθυμίες ή τις εμπειρίες μας, δεν τίθεται ζήτημα ηθικού σφάλματος, επομένως πρόκειται για απολαύσεις, αν είμαστε τυχεροί. Στην περίπτωση των κριτικών συμφερόντων η μη ικανοποίησή τους αποτελεί ηθικό σφάλμα, τα κριτικά συμφέροντα καθιστούν το βίο μας καλύτερο, όπως φάνηκε και προηγουμένως με τα αγαθά της φιλίας και των συγγενικών σχέσεων. Τα κριτικά συμφέροντά μας είναι αναμφισβήτως περισσότερο σημαντικά⁶³. Η προσέγγιση ενός αγαθού βίου και η κατάκτηση της ευδαιμονίας με την αρχαιοελληνική σημασία του όρου σχετίζεται με τα κριτικά συμφέροντα και όχι απλώς η ικανοποίηση προτιμήσεών μας.

Αξίζει να αναρωτηθούμε εντέλει, αν ο χρόνιος, ακατανίκητος και αχρειαστος πόνος αποτελεί ισχυρό κίνητρο -για το πρότυπο του ασθενή που περιγράφεται στην εργασία- να επιλέξει μια μορφή ιατρικής υποβοήθησης στο θάνατο. Η σχετική άποψή μου θα αναπτυχθεί διεξοδικά στο τρίτο μέρος της εργασίας, παρόλα αυτά οφείλουμε να παραδεχτούμε ότι ο πόνος αποτελεί αναμφισβήτητα σπουδαία παράμετρο για τη λήψη μιας τέτοιας απόφασης, αποτελεί, όπως φαίνεται, κίνητρο και μάλιστα ισχυρό. Ο καθένας θα συμφωνούσε με το ότι η αξία της ανθρώπινης ζωής έχει ιδιαίτερο ηθικό

⁶¹ Dworkin, 2013, 294.

⁶² Dworkin, 2013, 296.

⁶³ Βασιλόγιαννη, 212.

βάρος και νόημα στον ανθρώπινο βίο ως μια δύσβατη και διαρκή πορεία αυτόνομης αξιακής διαμόρφωσης του εαυτού μας. Το παραπάνω θα μπορούσε να στηρίζει επιχειρήματα υπέρ της συνέχισης μιας ζωής και ακόμη να στηρίζει επιχειρήματα υπέρ της διακοπής της ζωής που δεν μπορεί να ανακτήσει κανένα στοιχείο αξίας ως *βίου*, ούτε έστω της προσμονής με την έννοια της καρτερίας –αυτό θα μπορούσε να είναι και το νόημα που διαφοροποιεί την αξία του ανθρώπινου *βίου* έναντι της *ζωής* που έχουν τα ζώα. Όταν προστατεύουμε μια ζωή, προστατεύουμε όχι απλά μια ζωή, όταν μιλάμε για ανθρώπους, αλλά υπάρχει και μια σημαντική προοπτική βίου που ξεπερνά τη ζωή ως ζωή και έχει τη δυνατότητα να εξελιχθεί σε βίο. Η αρχική διατύπωση παρόλα αυτά σχετίζεται με την ανθρώπινη ζωή, με την ιδιαίτερη αξία που έχει όχι μόνο ως *ζωή*, αλλά και ως *βίος*.

Στη συνέχεια ο Dworkin διατυπώνει χαρακτηριστικά ότι δεν έχει συνηγορήσει υπέρ κάποιου νομοθετήματος ως προς την εφαρμογή της ευθανασίας και των μορφών που λαμβάνει, όπως είναι η ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία, η άρνηση της ιατρικής αγωγής, η διακοπή της υποστήριξης της ζωής, γιατί θεωρεί ότι δεν πρέπει να υπάρχει ένα γενικευμένο πλαίσιο για τους ασθενείς που επιθυμούν να προσφύγουν σε μια τέτοια μέθοδο, αλλά οφείλουμε να εξετάζουμε μεμονωμένα αυτές τις περιπτώσεις. Επομένως πρέπει κατά περίπτωση να λαμβάνονται αυτές οι αποφάσεις εφόσον μια καθολική απόφαση σχετικά με την ευθανασία ενδεχομένως να ήταν επικίνδυνη για την κοινωνία στο σύνολό της. Κανείς δε θα μπορούσε να ισχυριστεί ότι εφαρμογή κάποιου είδους ευθανασίας, όπως αυτές που διατυπώθηκαν παραπάνω, πρέπει να αποτελούν γενικευμένο κανόνα, ο οποίος θα εφαρμόζεται άκριτα και ανεξάρτητα σε όλους τους ασθενείς που πάσχουν από μια ασθένεια της μορφής που λαμβάνει ο καρκίνος ή κάποια άλλη ασθένεια που συνοδεύεται από προδιαγεγραμμένο θάνατο, ισχυρούς και χρόνιους πόνους. Η δυνατότητα ύπαρξης της επιλογής παρόλα αυτά βοηθά σε μεγάλο βαθμό, καθώς επιτρέπει στους ασθενείς να επιλέξουν τον τρόπο με τον οποίο επιθυμούν να φύγουν από τη ζωή. Σε αυτό το σημείο κρίνω πως πρέπει να προχωρήσω σε ορισμένες διευκρινήσεις. Αρχικά, λόγος γίνεται για τους συγκεκριμένους ασθενείς, που βρίσκονται κάτω από τις συγκεκριμένες προϋποθέσεις, όχι για κάθε ασθενή που πάσχει από οποιαδήποτε νόσο. Δεν πρόκειται επομένως για μια γενικευμένη αποδοχή της ευθανασίας. Η θέση αυτή που εκφράζεται εντός της εργασίας, εστιάζει μονάχα σε ασθενείς που πάσχουν από τη συγκεκριμένη νόσο.

Δεύτερον, ο ασθενής σε καμία περίπτωση δεν αποφασίζει μόνος του, πάντα βρίσκεται υπό την καθοδήγηση του ιατρού που τον παρακολουθεί. Οι ιατρικές αποφάσεις δεν μπορούν να ληφθούν από τον ασθενή, ακόμη και αν ο ίδιος έχει μια άποψη, η οποία αντιβαίνει στην επιστημονική άποψη του ιατρού. Ο ασθενής δεν είναι σε θέση να λαμβάνει τέτοιου είδους αποφάσεις μόνος του, καθώς δεν έχει την απαιτούμενη επιστημονική κατάρτιση. Μια άλλη παράμετρος που πρέπει να ληφθεί υπόψη είναι ότι ο ασθενής πρέπει να αποφασίζει βασιζόμενος πάντα στη δική του θέληση και όχι σκεπτόμενος την επιθυμία της οικογένειάς του. Είναι ιδιαιτέρως σημαντικό ο άρρωστος να λαμβάνει υπόψη αρχικά τη δική του επιθυμία, εφόσον αυτός είναι που βιώνει τον πόνο, δέχεται τις θεραπείες, καταπονείται σωματικά και ψυχικά. Η οικογένεια του ασθενούς βρίσκεται και αυτή αντιμέτωπη με πλήθος συναισθηματικών μεταπτώσεων, παρόλα αυτά δεν είναι αυτή που νοσεί, δεν είναι αυτή που βρίσκεται αντιμέτωπη με το θάνατο. Επομένως είναι προτιμότερο να αποφασίζει ο ίδιος, σκεπτόμενος αν μπορεί να συνεχίσει να ανταποκρίνεται στις θεραπείες και όχι αν θα ήθελε η οικογένειά του να συνεχίσει. Πολλές φορές η οικογένεια και το περιβάλλον επηρεάζει τον ασθενή να κινηθεί προς μια κατεύθυνση, είτε να συνεχίσει με τις παρεμβατικές θεραπείες, είτε να στραφεί προς μια άλλη μορφή θεραπείας, όπως είναι η παρηγορητική, είτε τέλος να επιλέξει τον ιατρικώς υποβοηθούμενο θάνατο.

Η λήψη μιας απόφασης κοντά στο τέλος της ζωής

Στη βιβλιογραφία καταγράφονται ορισμένες κατηγορίες, οι οποίες περιλαμβάνουν από κλινικής άποψης τέσσερες διακριτές κατηγορίες ενεργειών/πρακτικών που μπορεί να ακολουθήσει ένας ασθενής, όταν βρίσκεται στο τέλος της ζωής του⁶⁴.

1. Ευθανασία
2. Παρηγορητική φροντίδα
3. Άρση θεραπείας που οδηγεί στο θάνατο του ασθενή
4. Ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία

⁶⁴R.E. Cranford, 'The physician's role in killing and the intentional withdrawal of treatment', *Intended death: The ethics of assisted suicide and euthanasia*, Pearson Education, 1996, 215.

Οι παραπάνω κατηγορίες είναι διευρυμένες, τα όριά τους δεν είναι στενά τοποθετημένα και ενδεχομένως γι' αυτόν το λόγο να εμφανίζουν σημεία δυσνόητα/δυσπρόσιτα. Υπάρχουν πολλά διακριτά σημεία, τα οποία καθιστούν ικανή τη διάκριση, αλλά και την εδραίωση των κατηγοριών αυτών.

Οι ασθενείς δικαιούνται να γνωρίζουν επακριβώς όλες τις πληροφορίες που σχετίζονται με την ασθένειά τους. Επιπλέον οφείλουν να γνωρίζουν τον τρόπο με τον οποίο θα μεταβληθεί η ζωή τους, έχουν παρόλα αυτά τη δυνατότητα να αποκρύψουν από τρίτους πληροφορίες, οι οποίες σχετίζονται με την πορεία της υγείας τους. Οι ασθενείς οφείλουν να είναι ενημερωμένοι για τις διαδικασίες και τις θεραπείες που πρόκειται να ακολουθηθούν, τα οφέλη, τους κινδύνους, τις εναλλακτικές που ενδεχομένως υπάρχουν. Οι ασθενείς οφείλουν να συναινούν με τη θεραπεία που θα τους εφαρμοστεί, ακόμη μπορούν να αρνηθούν την ιατρική φροντίδα. Αυτές οι αποφάσεις ενδεχομένως που θα λάβει ο ασθενής είναι πολύ πιθανό να μεταβληθούν στην πορεία της θεραπείας και του χρόνου που θα παρέλθει. Ορισμένοι ασθενείς ενδεχομένως επιθυμούν να δοκιμάσουν οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή απομένει με την ελπίδα ότι κάποια εξ αυτών θα είναι αποτελεσματική, από την άλλη υπάρχουν ορισμένοι που επιλέγουν να απέχουν από κάθε αγωγή.

Η εφαρμογή της μεθόδου της παρηγορητικής φροντίδας δε σχετίζεται αποκλειστικά με τα στενά πλαίσια της φροντίδας στο τέλος της ζωής. Όσον αφορά το τέλος της ζωής, ο ασθενής μπορεί να ζητήσει παρηγορητική φροντίδα στο πλαίσιο της έντονης θεραπείας, όπως για παράδειγμα στα επείγοντα ή σε μονάδα εντατικής θεραπείας⁶⁵. Σε όποια φάση και αν χρησιμοποιηθεί η παρηγορητική φροντίδα, βασίζεται στην κατανόηση αρχικά των στόχων που θέτει μια ολοκληρωμένη φροντίδα και την ίδια στιγμή λαμβάνεται υπόψη η επιθυμία του ασθενούς και της οικογένειάς του. Σε συνεργασία με το ειδικό προσωπικό γίνεται η προσπάθεια προσέγγισης των κοινών στόχων που έχουν τεθεί.

Η παρηγορητική φροντίδα ενδιαφέρει σε πολύ μεγάλο βαθμό τη φιλοσοφία της μέριμνας. Συνάμα οργανώνει ένα σύνθετο σύστημα, το οποίο προσφέρει φροντίδα σε ανθρώπους που έχουν ανάγκη από ιατρική φροντίδα ή πάσχουν από τερματικές ασθένειες. Η παρηγορητική φροντίδα δεν αφορά την προσπάθεια συντόμευσης της ζωής, ούτε της επιμήκυνσης του χρόνου μέχρι να επέλθει ο θάνατος. Αποτελεί ένα

⁶⁵ L. Synder, *ACP Ethics Manual*. Sixth Edition, January 2012.

είδος φροντίδας που κέντρο έχει τον ασθενή και την οικογένεια του ασθενούς, η οποία εστιάζει σε επιθετικές μορφές διαχείρισης του πόνου και άλλων λυπηρών και επιβαρυντικών συμπτωμάτων, ενώ ενσωματώνει ψυχολογικά και πνευματικά τη φροντίδα σύμφωνα με τις ανάγκες του ασθενούς και της οικογένειας του ασθενούς, τις αξίες, τις πεποιθήσεις και την κουλτούρα του. Ο στόχος της παρηγορητικής φροντίδας είναι να προλαμβάνει και να ελαφρύνει τον πόνο και το μόχθο και στηρίζει την καλύτερη δυνατή ποιότητα της ζωής για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, δίχως να λαμβάνεται υπόψη το στάδιο της ασθένειας και η ανάγκη για επιπλέον θεραπείες. Η παρηγορητική φροντίδα μπορεί να λειτουργήσει ταυτόχρονα με άλλες θεραπείες επιμήκυνση της ζωής ή ακόμη μπορεί να αποτελέσει και πρωταρχική μορφή φροντίδας⁶⁶.

Αιτιολογημένη θανάτωση

Η αιτιολογημένη θανάτωση μπορεί να δικαιολογηθεί σε ατομικό επίπεδο, όταν ο ιατρός δρα με βάση την ηθική υποχρέωση που έχει να ανακουφίσει τον ασθενή του κατόπιν αιτήματος του τελευταίου. Ο ιατρός σεβόμενος σε κάθε περίπτωση την ελευθερία του ασθενούς επιλέγει να ‘υπερβεί’ το καθήκον του που είναι ταυτισμένο με τη διατήρηση της ζωής και την καλύτερευση της υγείας του ασθενούς, όταν βλέπει ως μονόδρομο ανακούφισης τη θανάτωση του ασθενούς.

Ενδιαφέρουσα είναι η συζήτηση που προκύπτει σχετικά με το να αφήνεις έναν ασθενή να πεθάνει, όπως για παράδειγμα αυτό που μπορεί να γίνει με τη διακοπή της θεραπείας. Για να συνεχιστεί η συζήτηση είναι σημαντικό ως ένα βαθμό να υπάρξουν διευκρινήσεις για τις έννοιες *πάσχων από χρόνια νόσο* (chronic ill), αλλά και *ασθενής τελικού σταδίου* (terminally ill). Σε σχέση με τις δυο παραπάνω έννοιες δίνονται κάποιοι ορισμοί στην προσπάθεια να γίνει μια πρώτη πιο πρακτικής μορφής προσέγγιση, παρόλα αυτά δεν υπάρχει παγιωμένη και ευρέως αποδεκτή άποψη για την ακριβή ερμηνεία των εννοιών. Σε αυτό το σημείο θα υπάρξει μια προσπάθεια προσέγγισης των εννοιών, όπως αυτές γίνονται αντιληπτές από ορισμένους αναλυτές. Όταν λέγεται ότι ένας ασθενής πάσχει από μια χρόνια νόσο, αυτό σημαίνει ότι πάσχει από μια σημαντική νευρολογική ή ιατρικής φύσης πάθηση, η οποία έχει ως συνέπεια την υποβάθμιση σε μεγάλο βαθμό της ποιότητας της ζωής, αλλά ο ασθενής αυτός δεν εξαρτάται από ιατρικά συστήματα υποστήριξης για να διατηρηθεί στη ζωή. Η μορφή

⁶⁶ NCCN Practice Guidelines in Oncology-v.2.2011.

της πάθησης αυτής έχει χαρακτηριστεί από το κέντρο Hastings⁶⁷ ως *σοβαρή και μη αναστρέψιμη πάθηση, πάθηση που συνεπάγεται αναπηρία*⁶⁸. Ο ασθενής τελικού σταδίου επιφορτίζεται με μια άλλη βαρύτητα, καθώς η νόσος έχει προχωρήσει τόσο ώστε ο θάνατος να βρίσκεται πολύ κοντά, ενδεχομένως μερικούς μήνες ή και βδομάδες⁶⁹. Ένας ασθενής που πάσχει από μια μορφή καρκίνου, η οποία έχει κάνει μεταστάσεις στα τελευταία του στάδια, λαμβάνεται υπόψη ως ασθενής με νόσο τελικού σταδίου εφόσον πρόκειται να καταλήξει σε σύντομο χρονικό διάστημα ακόμη και αν η θεραπεία που ακολουθείται συνεχιστεί κανονικά με τον ίδιο ρυθμό. Ενδεχομένως σε αυτήν την κατηγορία να ενταχθούν και οι ασθενείς που βρίσκονται σε μόνιμη φυτική κατάσταση, οι οποίοι θα κατέληγαν άμεσα, εάν σταματούσε η παροχή της θεραπείας που ακολουθούσαν, όπως είναι η τεχνητή παροχή υγρών, αλλά και τροφής. Οι ασθενείς αυτοί, εάν συνέχιζαν με την υφιστάμενη θεραπεία, θα μπορούσαν να ζήσουν για κάποια χρόνια. Ηθικά σκεπτόμενοι μπορεί να έχει σημασία η διαφορά μεταξύ του ασθενούς που πάσχει από χρόνια νόσο και ενός άλλου ασθενούς που βρίσκεται σε τερματικό στάδιο, αλλά και πρακτικά η διάκριση είναι σημαντική για την κοινωνία.

Η αιτιολόγηση για τη θανάτωση των ασθενών στις περιπτώσεις που αναφέρονται παραπάνω είναι ιδιαιτέρως σημαντική, καθώς είναι διαφορετική κατά τη γνώμη μου η θανάτωση ενός ασθενούς με χρόνια πάθηση, ο οποίος μπορεί να κρατηθεί στη ζωή, εφόσον το επιθυμεί μέσω της θεραπείας που του παρέχεται. Σε αυτήν την περίπτωση ο ασθενής προσαρμόζει την καθημερινότητά του στη νόσο από την οποία πάσχει. Στην άλλη περίπτωση του ασθενούς που βρίσκεται σε τερματικό στάδιο η νόσος έχει εξελιχθεί με έναν τρόπο που η ίδια η θεραπεία δεν έχει πρωτεύοντα ρόλο, καθώς το τέλος φαντάζει σύντομο. Μια διαφορετική άποψη θα υποστήριζε ότι η θανάτωση στην περίπτωση του χρόνιου ασθενούς θα είχε μεγαλύτερη αξία ως πράξη, καθώς θα ερχόταν ως λύτρωση για τον ασθενή που υποφέρει για τόσα χρόνια, ενώ στην άλλη περίπτωση το τέλος του τερματικού ασθενή είναι ήδη προδιαγεγραμμένο και βέβαιο, επομένως η εφαρμογή του ιατρικώς υποβοηθούμενου θανάτου δε θα ήταν και στην πραγματικότητα επιτακτική. Όμως η ένταση του πόνου, η έντονη αλλαγή της μέχρι τότε πραγματικότητας, η δραματική

⁶⁷ G.J. Annas (1991), 'Killing machines'. *Hastings Center Report*. 1991 Mar-Apr; 21(2): 33-35.

⁶⁸ R.E. Cranford (1996), 'The physician's role in killing and the intentional withdrawal of treatment', *Intending death: The ethics assisted suicide and euthanasia*, Pearson Education, 217.

⁶⁹ Cranford (1996), 217.

εξέλιξη, μπορεί να είναι πιο επιβαρυντική και συνάμα να δικαιολογεί την επιθυμία ενός ασθενούς για θανάτωση περισσότερο από τη συνολική άθροιση του χρόνου κατά τον οποίο υποφέρει ο χρόνιος ασθενής, ο οποίος ζητά να θανατωθεί. Δεν επιθυμώ να δικαιολογήσω το αίτημα του ενός ασθενούς έναντι του άλλου, ούτε να το αιτιολογήσω ως λογικό ή ηθικό έναντι του άλλου. Η πρόθεσή μου είναι σε αυτό το σημείο να γίνει μια προσπάθεια προσέγγισης των δυο εννοιών χρόνιος ασθενής και τερματικός ασθενής μέσα από τη σύγκριση.

Για να μπορέσει να αιτιολογηθεί η πράξη της θανάτωσης πρέπει να συνηγορούν ορισμένοι προϋποθέσεις αρχικά από την πλευρά του ασθενούς. Ο ασθενής επιβάλλεται να είναι διανοητικά ικανός να λαμβάνει αποφάσεις και να είναι σαφής με τη μεγαλύτερη δυνατή ακρίβεια η επιθυμία του ασθενούς (ενήμερη συγκατάθεση και πληροφόρηση). Ο ασθενής πρέπει να υποφέρει από ακατανίκητους πόνους, ενώ όλες οι μορφές ανακούφισης και περιορισμού του πόνου να μην επιφέρουν πλέον καρπούς, ώστε η θανάτωση να φαντάζει ως η μόνη δυνατή επιλογή. Ο πόνος και η δυσφορία την οποία βιώνει ο ασθενής θα πρέπει να είναι σε τέτοιο σημείο που να υπερκαλύπτουν οποιαδήποτε άλλη θετική, ευχάριστη πτυχή της ζωής του ασθενούς, ενώ το ευ ζην του ασθενούς θα πρέπει να πλήττεται απεριόριστα. Ο ασθενής δεν είναι απαραίτητο να βρίσκεται σε τελικό στάδιο με τη στενή έννοια, ούτε να επίκειται ο θάνατος άμεσα. Παρόλα αυτά, αν ο ασθενής πάσχει από νόσο, η οποία βρίσκεται σε τελικό στάδιο, η ζωή του σε αυτό το σημείο εξαρτάται εξ ολοκλήρου από συστήματα υποστήριξης, η απόφαση σχετικά με τη διακοπή της ιατρικής φροντίδας είναι περισσότερο απλή και λιγότερο αμφιλεγόμενη. Σε αυτό το σημείο ο ασθενής μπορεί να επιλέξει μια επιθετικής μορφής παρηγορητική φροντίδα⁷⁰ και να αφεθεί στην επίδραση του χρόνου που θα τον οδηγήσει το θάνατο ή να αιτηθεί το θάνατό του.

Το παράδειγμα της Ολλανδίας που αναφέρεται πάντα στις συζητήσεις γύρω από την ευθανασία περιλαμβάνει τις εξής προϋποθέσεις για να εφαρμοστεί η ενεργητική ευθανασία. Αρχικά ο ασθενής πρέπει να υποφέρει από αφόρητους πόνους, να μην υπάρχει εναλλακτική λύση για την καταπολέμηση των πόνων από τους οποίους υποφέρει και η ενεργητική ευθανασία να φαντάζει ως η μόνη υπαρκτή λύση. Ο ασθενής πρέπει να βρίσκεται σε πλήρη διανοητική ικανότητα για να προτείνει αρχικά και να αποφασίσει εντέλει τη θανάτωση του και επιπλέον θα πρέπει να διατυπώνει το

⁷⁰ Μια επιθετικής μορφής παρηγορητική φροντίδα περιλαμβάνει τη χορήγηση στον ασθενή υπνωτικών ή κατασταλτικών φαρμάκων, σε ποσότητα τέτοια για να προκληθεί κώμα, αν αυτό κριθεί απαραίτητο.

αίτημά του για μεγάλο χρονικό διάστημα κατ' επανάληψη. Τέλος, ο ιατρός που τον παρακολουθεί θα πρέπει να συναινέσει με αυτήν την απόφαση, αλλά και να υπάρξει και η συμφωνία ενός επιπλέον ιατρού. Η απόφαση των ιατρών της Ολλανδίας δίνει μεγάλη έμφαση στον πόνο, τον οποίο προσδιορίζει ως φυσικό, δηλαδή σωματικό, αλλά και ως ψυχολογικό⁷¹. Θα μπορούσε κάποιος να ισχυριστεί ότι στο παράδειγμα της Ολλανδίας –λαμβάνοντας υπόψη και τις προϋποθέσεις– η ενεργητική ευθανασία αιτιολογείται περισσότερο ψυχολογικά παρά σωματικά.

Σχεδιασμός προγενέστερης φροντίδας

Ερχόμενοι αντιμέτωποι με το τέλος της ζωής τους πολλοί ασθενείς βρίσκονται ενώπιον ηθικών, αλλά και πρακτικών ζητημάτων, τα οποία σχετίζονται με την ποιότητα της ιατρικής φροντίδας και τις αποφάσεις σε σχέση με την εξέλιξη της φροντίδας που τους παρέχεται. Τα διλήμματα αυτά προκύπτουν μια χρονική περίοδο, όπου ο ασθενής υποφέρει από σημαντικό πόνο, αλλά και ψυχολογικό άλγος. Μια κεντρικής σημασίας ανησυχία που εκδηλώνουν οι ασθενείς σχετίζεται με την απώλεια του ελέγχου πάνω στις αποφάσεις που τους αφορούν και οι οποίες μπορούν να βάλουν τέλος στον πόνο που αυτοί βιώνουν ή να παρατείνουν από την άλλη τη ζωή τους με τη βοήθεια φαρμακευτικών σκευασμάτων. Η απώλεια του ελέγχου αποτελεί επομένως έναν κυρίαρχο φόβο για τον οποίο κάνουν λόγο οι τερματικοί ασθενείς. Ο φόβος αυτός σχετίζεται με την προσβολή της ανθρώπινης ιδιότητας, αλλά και σε πρακτικό επίπεδο με τις οικονομικές επιβαρύνσεις με τις οποίες αυτοί και οι οικογένειές τους επιφορτίζονται. Αυτοί φαίνεται να αποτελούν τους βασικούς πυλώνες για τις αποφάσεις υπέρ της ευθανασίας⁷².

Η καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση του πόνου και ο μετριασμός του από πλευράς των ιατρών μέσω της ορθότερης χρήσης και κατανομής των μεθόδων που παρέχονται απλόχερα από την σύγχρονη ιατρική επιστήμη θα πρέπει να αποτελεί πρωταρχικό μέλημα των ιατρών. Επιπλέον θα πρέπει να προσεγγίζουν τον ψυχολογικό πόνο, τον οποίο υφίστανται οι ασθενείς και με αυτόν τον τρόπο να μειώσουν σημαντικά τα αιτήματα των ασθενών για ιατρικώς υποβοηθούμενο θάνατο και εν γένει της θανάτωσης με ιατρική συμμετοχή.

⁷¹ Σελίδα 13 της εργασίας κεφάλαιο 'Φυσικός (σωματικός) και ψυχολογικός πόνος'.

⁷² J.M. Freeman και E.D. Pellegrino (2007), 'Αντιμετώπιση των ατόμων που βρίσκονται κοντά στο τέλος της ζωής τους', *Ευθανασία*, Αθήνα, Αρχιπέλαγος, 263.

Η ύπαρξη σχεδίων προγενέστερης φροντίδας είναι απαραίτητη, καθώς επιτρέπει σε ένα πρόσωπο με ικανότητα λήψης αποφάσεων να αναπτύξει και να αναδείξει προτιμήσεις σχετικά με τη φροντίδα που θα του παρασχεθεί και επιπλέον μπορεί να επιλέξει έναν εκπρόσωπο, ο οποίος θα αποφασίζει εκ μέρους του ασθενούς. Αυτό θα συμβαίνει σε περιπτώσεις που ο ασθενής δε θα βρίσκεται πλέον στη θέση να αποφασίζει για τη συνέχιση της φροντίδας που θα του παρασχεθεί. Με αυτόν τον τρόπο δίνεται η δυνατότητα στον ασθενή να εκφράσει τις πεποιθήσεις και τις επιθυμίες του δια μέσω ενός άλλου προσώπου, ακόμη και όταν θα βρίσκεται σε κατάσταση που δε θα του επιτρέπει να εκφράζει ο ίδιος το θέλημά του. Ο ασθενής μπορεί να οργανώσει ως ένα βαθμό την πορεία της φροντίδας που θα του παρασχεθεί και να αποφευχθούν όσο το δυνατό παρεκκλίσεις από το πλάνο. Είναι θεμιτό από πλευράς των ιατρών να προτείνουν στους ενήλικες ασθενείς τη διαμόρφωση ενός έγκαιρου σχεδιασμού⁷³ που θα περιλαμβάνει τη λήψη αποφάσεων από πλευράς των ασθενών που έχουν αντιληπτική ικανότητα. Συνάμα να τους ενθαρρύνουν μέσω του πλάνου αυτού να εκφράσουν μέσω του εκπροσώπου τους τις επιθυμίες και τις πεποιθήσεις για τη φροντίδα που μελλοντικά θα τους παρασχεθεί. Η διαμόρφωση αυτού του πλάνου πρέπει να υπάρξει πριν ο ασθενής νοσηλευθεί και πριν ‘ξεσπάσει η κρίση’. Ιδιαίτερως σημαντική είναι και η συζήτηση μεταξύ του ιατρού και του ασθενούς. Ο τελευταίος θα πρέπει να εκφράσει στον ιατρό τις πεποιθήσεις και τις επιθυμίες ώστε να είναι σε θέση ο τελευταίος να γνωρίζει πέρα από το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς και τον πρότερο βίο του. Ο ιατρός από την άλλη οφείλει να καθησυχάσει τον ασθενή και να συζητήσει όλες τις ευαίσθητες πτυχές της κατάστασης της υγείας του, αλλά και να σεβαστεί τις επιλογές του. Οι γραπτές οδηγίες σχετικά με την προγενέστερη φροντίδα περιλαμβάνουν ‘living wills’ και την ισχύ που προσφέρει ένας νομικός συμπαραστάτης, ο οποίος θα αποφασίζει εκ μέρους του ασθενούς, όταν αυτός δε θα βρίσκεται σε θέση να λαμβάνει τις αποφάσεις που σχετίζονται με την υγεία του⁷⁴.

Οι προγενέστερες οδηγίες σχετικά με την κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής τη δεδομένη στιγμή πρέπει να είναι προσβάσιμες από τους επαγγελματίες υγείας ανά πάσα στιγμή ανεξάρτητα από το σημείο που βρίσκεται η θεραπεία. Σε περιπτώσεις που δεν υπάρχουν προγενέστερες οδηγίες και την ίδια στιγμή είναι

⁷³ Αυτό που αποδίδεται εδώ ως προγενέστερο πλάνο ή έγκαιρο σχεδιασμό στη ξένη βιβλιογραφία αναφέρεται ως advance planning.

⁷⁴ M. Robertson (2012), ‘Living wills or advanced directives?’.

άγνωστες ή ασαφείς οι αξίες, οι πεποιθήσεις ή οι προτιμήσεις στις οποίες θα στήριζε ενδεχομένως τις αποφάσεις του ο ασθενής, οι αποφάσεις θα πρέπει να λαμβάνονται από κάποιο μέλος της οικογένειας ή κάποιο πρόσωπο με ευγενή αισθήματα για τον ασθενή έχοντας ως γνώμονα το μεγαλύτερο δυνατό όφελος που θα μπορούσε να έχει ο ασθενής. Σε περίπτωση που ληφθεί η απόφαση αποχής από τη θεραπεία, η απόφαση αυτή βασίζεται τις περισσότερες φορές στο μη αναστρέψιμο της υγείας, στην τροπή που έχει λάβει η θεραπεία, στην αδυναμία της επικοινωνίας και διαλόγου από πλευράς του ασθενούς ή στο θάνατο που πλησιάζει. Τα μέλη της οικογένειας και οι ιατροί του ασθενούς πρέπει να αποφεύγουν να προτάσσουν τις δικές τους προσωπικές αξίες, απόψεις και στάσεις γύρω από την ποιότητα της ζωής των ανήμπορων ασθενών⁷⁵. Ως προς τις αποφάσεις που λαμβάνουν οι δικαστικοί συμπαραστάτες πρέπει να βασίζονται στις πρότερες επιλογές και στάσεις του ασθενούς και να αποβλέπουν στο μεγαλύτερο δυνατό όφελος του ασθενούς.

Περιπτώσεις χρόνιων ασθενών

Οι περιπτώσεις που σχετίζονται με το τέλος της ζωής είναι ανάμεσα στις πιο σπουδαίες θεματικές που αμφισβητούνται στη σύγχρονη βιοηθική⁷⁶. Στις μέρες μας ελάχιστες χώρες έχουν επιλέξει να ακολουθήσουν μια εκ θεμελίων προσέγγιση αποδοχής του άμεσου τερματισμού της ζωής από κάποιον ιατρό. Οι περισσότερες χώρες παραμένουν προσκολλημένες στις παραδοσιακές διακρίσεις της εκούσιας ενεργητικής ευθανασίας. Αυτό καθιστά πολύ πιθανό η διαφωνία να συνεχίσει να επικεντρώνεται σε άλλες πρακτικές, όπως είναι η αναστολή και η άρση της (withholding and withdrawing) ιατρικής φροντίδας με συγκεκριμένες αναφορές στις θεραπείες διατήρησης της ζωής (life-sustaining treatments)⁷⁷.

Η αναστολή ή η άρση της θεραπείας αποτελούν ορισμένες μορφές πρακτικής, οι οποίες στην πραγματικότητα αποτελούν τις απλούστερες μορφές υπεράσπισης και προστασίας των ασθενών από πιθανά ανεπιθύμητες συνέπειες της παράτασης της

⁷⁵ J. Karlawish (1999), 'What is the quality of the reporting of research ethics in publications of nursing home research?'

⁷⁶ Στο παρόν κεφάλαιο θα χρησιμοποιηθούν δυο παραδείγματα των Piergiorgio Welby και Eluana Englaro από το A. Santosuosso, V. Sellaroli, *Salute e società. Informed consent in medicine: ethical and juridical aspects*. ed. K.Faralli, 2013: 170-173.

⁷⁷ British Medical Association, *Withholding and withdrawing life-prolonging medical treatment: Guidance for decision-making*, Oxford: Blackwell Publishing, 2007.

ζωής με τη χρήση της ιατρικής τεχνογνωσίας, ιδιαίτερα όταν η ποιότητα της ζωής του ασθενή μειώνεται δραματικά. Οι ΗΠΑ μεταξύ άλλων έχουν εγκαθιδρύσει μια παράδοση από νομικά δεδικασμένα με περιπτώσεις στις οποίες το ιατρικό προσωπικό βρίσκεται αντιμέτωπο με τη λήψη αποφάσεων ζωής και θανάτου. Τα επιτρεπτά κριτήρια είναι καθορισμένα με ευκρίνεια και ευρέως αποδεκτά ομοίως για ασθενείς, οι οποίοι είναι ικανοί να αποφασίσουν, και για άλλους που δεν είναι σε θέση να αποφασίσουν⁷⁸. Στην Ιταλία αντίθετα για πολλούς λόγους που σχετίζονται με την κουλτούρα και τις θρησκευτικές πεποιθήσεις του λαού, η εφαρμογή των παραπάνω πρακτικών δεν έχει τεθεί σε ισχύ. Αυτές οι αποφάσεις που ξεπερνούν υπό μια έννοια τα στενά ιατρικά πλαίσια, δηλαδή τη θεραπεία ενός ασθενή, δε λαμβάνονται στις εντατικές των νοσοκομείων της Ιταλίας, εφόσον δεν υπάρχει ένα γνωστό πλαίσιο, αποδεχτό από το ευρύ κοινό, το οποίο να προβλέπει τέτοιου είδους αποφάσεις. Στις περιπτώσεις που χρειάστηκε να ληφθεί μια απόφαση και δεν υπήρχε σύμπνοια, η απόκλιση αυτή σχετιζόταν και με τη δημοσιότητα που είχαν λάβει δυο περιπτώσεις ασθενών μέσα στα χρόνια και οι δυο σχετιζόνταν με πρακτικές, όπως είναι η άρση και η αναστολή της θεραπείας σε ασθενείς που βρισκόταν σε τελικό στάδιο.

Η πρώτη περίπτωση ήταν του Piergiorgio Welby και η δεύτερη της Eluana Englaro. Στην πρώτη περίπτωση η αναπνευστική υποστήριξη αφαιρέθηκε από τον ασθενή, ο οποίος έπασχε από αμυοτροφική πλευρική σκλήρυνση (LAS). Στη δεύτερη περίπτωση, αυτή της Englaro, η αναπνευστική υποστήριξη και ο ορός (ANH) αποσύρθηκαν από μια γυναίκα, η οποία βρισκόταν καθηλωμένη στο κρεβάτι σε φυτική κατάσταση για περισσότερο από 17 χρόνια. Οι περιπτώσεις των ασθενών δημοσιοποιήθηκαν και είχαν ως επακόλουθο μια σειρά από δημόσιες συζητήσεις και επικρίσεις με πυρήνα τους ιατρούς που συνηγόρησαν υπέρ αυτών των αποφάσεων.

Η δημόσια συζήτηση σχετικά με τη δεύτερη περίπτωση, αυτή της Englaro, επισκιάστηκε υπό μίαν έννοια από μια ιδιαίτερη ερώτηση, η οποία σχετιζόταν με το αν το ANH πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ως μορφή θεραπείας. Πιο συγκεκριμένα τα δικαστήρια επανειλημμένα είχαν αρνηθεί να καταλήξουν σε μια απόφαση σχετικά με την αφαίρεση του ANH. Επέμεναν ότι είναι σε θέση να βγάλουν μια απόφαση για τις ιατρικές μεθόδους, οι οποίες λαμβάνονται υπόψη ως θεραπευτικές. Σε αυτές τις μεθόδους μπορεί να υπάρξει θετική κρίση ή από την άλλη να απορριφθούν από έναν ασθενή, ο οποίος είναι ικανός να αποφασίζει για τον εαυτό του (ή με δικαστικό

⁷⁸ American Medical Association, *Decisions near the end of life*, JAMA1992, 267: 2229–2233.

συμπαραστάτη σε περιπτώσεις ασθενών που δεν είναι ικανοί να αποφασίσουν μόνοι τους). Η τελική απόφαση του Ανώτατου δικαστηρίου ήταν υπέρ της αφαίρεσης του ANH. Υπό μια έννοια το επιχείρημα διατυπώνεται με συγκεκριμένο τρόπο, καθώς δίνεται η εντύπωση πως η απόφαση που ήταν να ληφθεί δεν ήταν μια απόφαση σχετικά με το ποια είναι η καταλληλότερη χρήση της ιατρικής γνώσης και τεχνολογίας, αλλά στην πραγματικότητα ήταν μια απόφαση σχετικά με την παροχή τροφής και νερού σε έναν ανήμπορο άνθρωπο. Η υπόθεση Welby δεν ήταν τόσο σύνθετη και γεμάτη δυσπόστατες έννοιες. Σχετιζόταν καθαρά με περιπτώσεις επιμήκυνσης της ζωής μέσω ιατρικών πρακτικών και τα όρια της ορθής τους χρήσης μαζί με το ρόλο που οφείλουν να διαδραματίζουν σχετικά με έκφραση αυτονομίας του ασθενούς κατά τη λήψη της απόφασης. Ο ασθενής υπέφερε από σύνδρομο LAS σχεδόν πενήντα χρόνια και ήταν τετραπληγικός από τα είκοσι πέντε του χρόνια· ήταν ικανός, ικανοποιητικά ενημερωμένος και με σθένος υποστήριζε ότι πρέπει να εισακουστεί η θέλησή του. Ο ιατρός, ο οποίος απέσυρε τον αναπνευστήρα, κρίθηκε από το δικαστήριο ότι κινήθηκε σύμφωνα με τον ιατρικό κώδικα και όσα προβλέπονται από νομικό πλαίσιο.

Παρόλα αυτά επικριτές της πράξης αυτής υποδεικνυαν ότι η αποκλειστική πρόθεση του ασθενούς να τερματίσει τη ζωή του είχε ως αποτέλεσμα να ταυτιστεί ενδεχομένως με την αυτοκτονία, ενώ η προθυμία από πλευράς του ιατρού να συνεργαστεί με τον ασθενή εκφράζοντας επί του πρακτέου την απόλυτη επιθυμία του να αφαιρέσει τη ζωή του ενδεχομένως να χαρακτηριζόταν ως μια περίπτωση εκούσιας ενεργητικής ευθανασίας. Η περίπτωση επομένως προσφέρει την απαιτούμενη συνθήκη για γόνιμη συζήτηση για τη σημασία και το πλαίσιο, στο οποίο δικαιολογείται η διάκριση μεταξύ της ενεργητικής μορφής τερματισμού της ζωής του ασθενούς και των προγενέστερων ιατρικών θεραπειών που είχαν εφαρμοστεί, όπως και με τη διάκριση μεταξύ της αναστολής και της άρσης της θεραπείας. Επιπλέον όσον αφορά ασθένειες, όπως είναι η LAS, η οποία ανήκει στις εκφυλιστικές ασθένειες, τα ερωτήματα που ανακύπτουν σχετίζονται με τα πιθανά όρια των καθηκόντων σχετικά με την επέκταση της ζωής ενός ασθενούς, η ασθένεια του οποίου προχωρά ταχύτατα με αποτέλεσμα να μειώνεται η ποιότητα της ζωής του.

Υπάρχουν αρκετοί λόγοι για να επιδοκιμαστεί η ερμηνεία σχετικά με τις ηθικές και νομικές αρχές, οι οποίες ρυθμίζουν την εφαρμογή των θεραπειών παράτασης της ζωής που καθιερώθηκαν υπό μια έννοια από τις περιπτώσεις που αναφέρθηκαν και

παραπάνω, αυτές των Welby και της Englaro. Στις περιπτώσεις αυτές προσέφεραν στους ασθενείς μια ευκαιρία να αναστείλουν και να άρουν κάθε είδους ιατρικής θεραπείας. Η ευκαιρία αυτή τους παρείχε μια σημαντική εγγύηση ενάντια στις ανεπιθύμητες συνέπειες της ιατρικής τεχνολογίας, οι οποίες μπορούσαν να αποδυναμώσουν τις υπάρχουσες δικλίδες και συνάμα να οδηγήσουν σε μια νέα λανθασμένη επιλογή αλλαγής των θεσμοθετημένων κανονισμών, οι οποίοι αφορούν την άμεση αφαίρεση της ζωής ενός ασθενή.

Ορισμένοι προβληματισμοί:

Περίπτωση ασθενών με καρκίνο - αναστολή και άρση θεραπείας

Υπάρχει κάποια ηθική αιτιολόγηση, η οποία να εμποδίζει έναν άνθρωπο να πράξει το οτιδήποτε είναι τεχνολογικά δυνατό να γίνει, όταν είναι κοντά το τέλος της ζωής του; Η πιο γενικευμένη και συνάμα τετριμμένη απάντηση θα ήταν η ακόλουθη: δε σημαίνει ότι όλα όσα μπορούν να γίνουν χάρη στους βιοϊατρικούς πόρους που αφθονούν στις μέρες μας προωθούν σε κάθε περίπτωση το συμφέρον του ασθενή. Η απάντηση σε αυτό, όπως είναι επόμενο, πρέπει να γίνει πιο συγκεκριμένη και αυτό μπορεί να συμβεί με το να εισαχθεί ένας ορισμός για το ποιο είναι το καλό του ασθενούς και ποιο είναι το συμφέρον του. Πώς γίνεται αυτές οι ιδέες να διατυπωθούν και ποιος είναι αρμόδιος να τις ορίσει; Οι έννοιες αυτές είναι κατά γενική ομολογία σύνθετα προβλήματα. Οποιαδήποτε και αν είναι η απάντηση σε αυτά τα ερωτήματα, ένα πράγμα είναι ξεκάθαρο, ότι το ‘καλό του ασθενούς’ αποτελεί μια πολύ σύνθετη έννοια, η οποία δεν μπορεί να αποτυπωθεί σε έναν ορισμό.

Υπάρχουν αρκετές περιπτώσεις σε πολλά είδη καρκίνων, στα οποία ο ασθενής μετά την αποτυχία της πρώτης σειράς θεραπειών έρχεται αντιμέτωπος με διαφορετικές προοπτικές και είτε ξεκινά μια νέα σειρά ή ακόμη και τρίτη σειρά χημειοθεραπείας, με ενδεχομένως λιγότερες πιθανότητες πραγματικού οφέλους, είτε ο ασθενής αποδέχεται ότι τίποτα περισσότερο δεν μπορεί να γίνει μέσω των συμβατικών μορφών θεραπείας. Τότε επέρχεται και η αλλαγή σε άλλη μορφή θεραπείας, όπως είναι η παρηγορητική.

Η ηθική αιτιολόγηση αυτής της κοινά αποδεκτής στρατηγικής είναι ότι κανείς δεν μπορεί να σε εξαναγκάσει να αποδεχτείς οτιδήποτε μπορεί να επιφέρει ιατρικό όφελος. Η λήψη της απόφασης παρόλα αυτά επαφίεται στον ασθενή, ο οποίος θα αποφασίσει σε συνεργασία με τον ιατρό του και τους οικείους του, αν προτιμά να

συνεχίσει να μάχεται ως αγωνιστής μέχρι το τέλος ή αν θα επιλέξει να ζήσει ήσυχα στο σπίτι του ή σε κάποιο κέντρο παρηγορητικής θεραπείας (hospice) όσο χρόνο του απομένει. Αυτή η επιλογή αναπόφευκτα σχετίζεται με αρκετούς υποκειμενικούς παράγοντες, όπως είναι οι αξίες πάνω στις οποίες έχει δομηθεί η ζωή του ασθενούς έως εκείνη τη στιγμή, ο τρόπος με τον οποίο έχει ζήσει, η προσωπικότητα του ασθενούς και η γενικότερη στάση του απέναντι στη ζωή και τις δυσκολίες που ανακύπτουν σε αυτήν.

Ένας άλλος παράγοντας σχετίζεται με την ποιότητα της φροντίδας που απολαμβάνει ο ασθενής, με το αν και κατά πόσο είναι ενθαρρυντικό και υποστηρικτικό το περιβάλλον ή ακόμη, αν υπάρχουν οικογενειακοί ή προσωπικοί λόγοι, οι οποίοι τον αναγκάζουν να υπομείνει όσο το δυνατό περισσότερο. Με το να αποδέχεται ο ιατρός την απόφαση του ασθενούς σε αυτήν την περίπτωση σημαίνει ότι σέβεται τη δυνατότητα επιλογής που έχει ο ασθενής να αποφασίσει ποιος θα είναι ο τρόπος με τον οποίο θα ολοκληρωθεί η ζωή του. Η θέση του γιατρού δεν είναι να επιβάλλει μια προδιαγεγραμμένη οπτική ενός ‘καλού θανάτου’ και να αναφέρει την πληθώρα ιατρικών συμβάντων, τα οποία είναι συνυφασμένα με το τέλος της ζωής του ασθενούς. Σε περιπτώσεις σαν αυτή δεν υπάρχει λόγος να επιφορτίζεται η παρούσα κατάσταση με περαιτέρω αναλύσεις και διευκρινήσεις σχετικά με το ηθικό βάρος που περιλαμβάνεται στις πρακτικές της αναστολής ή της απόσυρσης της ιατρικής φροντίδας. Αρκεί να αναλογιστεί κανείς δυο περιπτώσεις. Στην πρώτη ο ασθενής απλά αρνείται να υποβληθεί σε μια ακόμη σειρά χημειοθεραπειών και επιλέγει να μεταπηδήσει σε παρηγορητική φροντίδα. Το παραπάνω είναι απολύτως αποδεχτό. Η επιλογή αυτή σχετίζεται με τη θέση που διατυπώθηκε σχετικά με την απαγόρευση γύρω από την επιβολή μιας επιθετικής μορφής θεραπείας από τον θεράποντα ιατρό στον ασθενή από τη στιγμή που ήδη έχει υποβληθεί σε μια ή και παραπάνω σειρές θεραπειών που όμως δεν έφεραν αρκετά θετικά αποτελέσματα. Σε κάθε περίπτωση η επιβολή από πλευράς του ιατρού θα ερχόταν σε αντίθεση με το αληθές συμφέρον του ασθενούς να επιλέγει τη μορφή που θα λάβει η πορεία προς την ολοκλήρωση της ζωής του. Στη δεύτερη περίπτωση ο ασθενής δέχεται να υποβληθεί σε μια νέα σειρά χημειοθεραπειών, καθώς θεωρεί ότι έχει επαρκή αποθέματα δύναμης για να αντέξει τη θεραπεία και ενδεχομένως είναι γοητευμένος με την ιδέα ότι θα συνεισφέρει στην επιστήμη μέσω των ευρημάτων που θα προσφέρει σε περίπτωση που συμπεριληφθεί σε κάποιο ερευνητικό πρωτόκολλο.

Παρόλα αυτά τα έως εκείνη τη στιγμή αποτελέσματα κάνουν τον ασθενή να χάνει σταδιακά την πυγμή του, όταν επιλέγει τη συνέχεια της θεραπείας του. Οι παρενέργειες από τη θεραπευτική αγωγή είναι επαχθείς σε βαθμό που η θέλησή του έχει αρχίσει να εκλείπει. Σε εκείνο το σημείο επιλέγει να σταματήσει την πειραματική δοκιμή, στην οποία συμμετείχε και να μεταπηδήσει σε μια άλλη λιγότερο επιθετική μορφή θεραπείας, όπως είναι η παρηγορητική. Η ίδια αιτιολόγηση μπορεί να διατυπωθεί και σε αυτήν την περίπτωση σχετικά με την αναστολή της χημειοθεραπείας εφόσον είναι εξολοκλήρου έγκυρη, καθώς ο ασθενής προσπάθησε, αλλά η θεραπεία δεν επενέργησε προς το όφελος της πορείας της υγείας του. Ενδεχομένως επιβάρυναν θα έλεγε κανείς την προϋπάρχουσα κατάσταση.

Έπειτα από την εμπειρία της εφαρμογής της θεραπείας κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το συμφέρον του θα ήταν να εγκαταλείψει την προσπάθεια που κατάβαλε με τις επεμβατικές μορφές θεραπειών και συνάμα άρχισε να εξετάζει την περίπτωση άλλων λιγότερο επεμβατικών μεθόδων. Αυτό είναι ηθικά αποδεκτό, καθώς η μοναδική εναλλακτική θα ήταν να βρεθεί ο ασθενής στη δύσκολη θέση να επιλέξει ανάμεσα από τη μη αποδοχή της θεραπείας που του παρέτεινε τη ζωή με τη σιωπηρή δέσμευση να μην επιλέξει σε καμία περίπτωση την άρση της συμμετοχής στη θεραπευτική διαδικασία. Δε θα μπορούσε να υποστηριχθεί αυτό, καθώς θα στερούσε από πολλούς ασθενείς τα μελλοντικά οφέλη από τις συγκεκριμένες θεραπείες, έστω και για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα.

Είναι φανερό ότι, όταν ένας ασθενής αποσύρεται από μια θεραπεία, η οποία μπορεί να του παρατείνει τη ζωή για ορισμένο χρονικό διάστημα, αποδέχεται σε εκείνο το σημείο ότι η ζωή του θα είναι η πιο σύντομη που θα μπορούσε να είναι. Για να είναι πιο σαφές ποιο είναι εντέλει το καλό του ασθενούς, πρέπει να υπάρξει κάποια συμφωνία μεταξύ διαφορετικών σκεπτικών, συμπεριλαμβανομένων αυτών που σχετίζονται με την ποιότητα και την ποσότητα του εναπομείναντα χρόνου ζωής του ασθενούς. Είναι απολύτως αποδεκτό να δοθεί ορισμένος χρόνος σε κάποιον με σκοπό να αποκτήσει περισσότερο ποιοτικό χρόνο για να συμφιλιωθεί με την ιδέα του θανάτου, ούτως ώστε το τέλος του να είναι όσο το δυνατό πιο γαλήνιο. Είναι επόμενο ότι η συνέχιση μιας διαφορετικής μορφής θεραπείας αποτελεί μια διαφορετική έκφραση από αυτήν που προβλέπει η άμεση ενεργητική ευθανασία (VAE).

Η αιτιολόγηση επομένως για την αποδοχή της VAE αποτελεί μια ηθική επιλογή, σύμφωνα με την οποία ο ασθενής έχει τη δυνατότητα να αποφασίσει πότε θα

τερματίσει τη ζωή του και επιπλέον έχει τη δυνατότητα να συσχεφθεί με τον ιατρό του με σκοπό να εφαρμόσει ο τελευταίος την άμεση μορφή ευθανασίας. Η αιτιολόγηση επομένως για την αποδοχή της άρσης και της αναστολής της θεραπείας από την άλλη αποτελεί μια ηθική επιλογή σύμφωνα με το ότι ο ασθενής έχει τη δυνατότητα να αποφασίσει για τις θεραπείες που επιθυμεί να του εφαρμοστούν και γι' αυτές που δε θα επιθυμούσε.

Άρση – Αναστολή θεραπείας και ενεργητική ευθανασία

Αυτή η γενικότερη συζήτηση γύρω από την άρση και την αναστολή της φαρμακευτικής θεραπείας στους καρκινοπαθείς αφορά επίσης και τις θεραπείες διατήρησης της ζωής, οι οποίες σχετίζονται με την ιατρική τεχνολογία, όπως δηλαδή συμβαίνει και με τον αναπνευστήρα σε περιπτώσεις ασθενών, οι οποίοι είναι ανίκανοι να αναπνεύσουν από μόνοι τους. Μπορεί να υποστηριχτεί ότι η άρση της χημειοθεραπείας είναι αποδεκτή, καθώς δεν προϋποθέτει τον άμεσο θάνατο του ασθενούς, ενώ η απόσυρση του αναπνευστήρα είναι απαγορευμένη, εφόσον παραπέμπει σε εκούσια ενεργητική ευθανασία (VAE).

Σύμφωνα με την άποψη αυτή, η ηθική διάκριση που υφίσταται μεταξύ της αναστολής και της άρσης της θεραπείας παύει να υπάρχει σε αυτήν την περίπτωση, καθώς η παρέμβαση του ιατρού έχει ως επακόλουθο το θάνατο του ασθενούς, όπως συνέβη και κατά την πράξη αποσύνδεσης του αναπνευστήρα, η οποία ήταν και η έσχατη επιλογή για το τερματισμό της ζωής του ασθενή. Η αιτιολόγηση αυτή παρόλα αυτά απέχει πολύ από το να είναι πειστική, αντιθέτως σχετίζεται σε μεγαλύτερο βαθμό με τη διάκριση ανάμεσα σε πράξεις και παραλείψεις πράξεων.

Η σύγχρονη συζήτηση παρόλα αυτά έχει φέρει στο προσκήνιο ορισμένες περιπτώσεις, στις οποίες ένας ασθενής αφήνεται να πεθάνει. Αυτές οι περιπτώσεις είναι εξίσου ηθικά προβληματικές όσο άλλες περιπτώσεις άμεσης θανάτωσης. Για παράδειγμα, όταν μια επέμβαση καρδιάς πραγματοποιείται σε ένα νεογνό με σύνδρομο Down, το οποίο ανεπιτυχώς είχε διαγνωστεί κατά το υπερηχογράφημα, είναι φανερό ότι η επέμβαση στην καρδιά είναι θεμιτή. Αντίθετα η παράλειψη θα είχε ως άμεσο αποτέλεσμα και το τερματισμό της ζωής του νεογνού. Η εξ αρχής απουσία της αναπνευστικής υποστήριξης δε διαφέρει από την αναστολή της χρήσης της υποστήριξης, εφόσον ο ασθενής δεν είναι σε θέση να αναπνεύσει μόνος του και ο αναπνευστήρας αποτελεί το μόνο μέσο που επεκτείνει τη ζωή του ασθενούς. Ο ιατρός, ο οποίος δέχεται την προγενέστερη οδηγία του ασθενούς ή την μεταγενέστερη

άρνησή του, δεν τοποθετεί την αναπνευστική υποστήριξη και με αυτόν τον τρόπο καθορίζει την απώλεια του ασθενούς, καθώς ο θάνατος του τελευταίου προδιαγράφεται σύντομος. Αυτό που δικαιολογεί την απόφαση δεν είναι η απραξία του ιατρού, αλλά το γεγονός ότι ο ασθενής και ο ιατρός έχουν συμφωνήσει ότι τα οφέλη που θα αποκομισθούν με την επιμονή στη θεραπεία δεν δικαιολογούν το φορτίο που προσδίδεται στον ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη την κατάσταση στην οποία βρίσκεται και την ποιότητα της ζωής του. Σε περίπτωση που αυτό αποτελεί έγκυρη αιτιολόγηση για την αναστολή της χρήσης της αναπνευστικής υποστήριξης, σε ορισμένες περιπτώσεις είναι έγκυρη εξίσου και η άρση της. Πιο συγκεκριμένα, ασθενής και ιατρός μπορεί να συμφωνούν ότι η θεραπεία δεν προσδίδει περισσότερα οφέλη στον ασθενή. Επιπλέον μετά από ένα εύλογο χρονικό διάστημα που έχει παρέλθει και ο ασθενής έχει υπομείνει την ασθένεια ενδεχομένως να είναι και η ώρα να ενδώσει σε αυτήν. Στην προκειμένη περίπτωση η παράταση της ζωής δεν είναι προς όφελος του ασθενούς.

Δεν ισχύει ότι, επειδή ένας ασθενής επιθυμεί να τερματίσει τη ζωή του, ο ιατρός δικαιολογείται να αφαιρέσει τη ζωή του ασθενούς. Όσοι ισχυρίζονται ότι δεν υπάρχει ηθική διαφοροποίηση μεταξύ του να σκοτώνεις και να αφήνεις κάποιον να πεθάνει αποτυγχάνουν στο να δουν ότι η αρχή που συγκροτεί την πράξη της απόσυρσης της αναπνευστικής υποστήριξης είναι ο σεβασμός της επιθυμίας του ασθενούς, όσον αφορά την ιατρική θεραπεία, όχι την έμπρακτη δήλωση συναίνεσης στην επιλογή του ασθενούς να τερματίσει τη ζωή του.

Αυτή η πολύ λεπτή διάκριση ήταν και το ζητούμενο στις υποθέσεις Englaro και Welby⁷⁹ σε σχέση με την επιθυμία των ασθενών να ζητήσουν την εφαρμογή της εκούσιας ενεργητικής ευθανασίας (VAE). Ο ιατρός, ο οποίος απομάκρυνε τη μηχανική υποστήριξη ισχυρίστηκε ότι η ενέργειά του αποτέλεσε μια πράξη σύμφωνη με την ηθική αρχή που του υπαγόρευε να μην επιβάλλει ανεπιθύμητες θεραπείες στους ασθενείς και να αρνείται την εφαρμογή της ευθανασίας. Τέτοιου είδους περιορισμοί σχετικά με την επιβολή ιατρικής θεραπείας σε ασθενείς που δεν την επιθυμούν αποτελούν και μια συνταγματική αρχή, την οποία οι νομικοί σύμβουλοι των ιατρών παρουσιάζουν στα δικαστήρια. Μια πιθανή αντίρρηση σε αυτήν την αιτιολόγηση θα μπορούσε να είναι η ακόλουθη: λαμβάνοντας υπόψη μια ενδεχόμενη νομιμοποίηση της VAE δεν είναι επιθυμητό να επιτρέπεται η άρση και η αναστολή

⁷⁹ Αναφέρθηκαν σε προηγούμενο κεφάλαιο.

της θεραπείας, η οποία θα έφερε ως αποτέλεσμα την παράταση της ζωής, καθώς μπορούν πολύ εύκολα να αποτελέσουν έναν ολισθηρό κατήφορο (slippery slope) και τελικά να οδηγήσουν σε μια αποδοχή της ιατρικής υποβοήθησης στο θάνατο.

Τα επιχειρήματα του ολισθηρού κατήφορου είναι γνωστά για τη δυσκολία που παρουσιάζουν ως προς την αποτίμησή τους και τις συνέπειες που έχουν σε βάθος χρόνου. Επιπλέον είναι ιδιαιτέρως θεωρητικά και συνδέονται αιτιωδώς μεταξύ τους, ενώ δύσκολα μπορούν να καθιερωθούν. Εντούτοις τα επιχειρήματα αυτά έχουν κάποιο βάρος, γι' αυτό οφείλουμε να λαμβάνουμε αποφάσεις έχοντας ως αρχή την ενήμερη συγκατάθεση και πληροφόρηση, αλλά και την απόλυτη σύνεση του ασθενούς, κυρίως όταν πρόκειται για αποφάσεις που σχετίζονται με το τέλος της ζωής. Παρόλα αυτά είναι ζωτικής σημασίας να ληφθούν υπόψη όλες οι συνέπειες από τα διαφορετικά ενδεχόμενα. Η ανησυχία θα ενταθεί όταν έρθει το πλήρωμα του χρόνου και οι θεραπείες παράτασης της ζωής θα γίνουν επιτακτικές, ενώ η δύναμη της τεχνητής διατήρησης της ζωής θα γίνει ενός είδους 'τεχνολογική φυλακή', από την οποία δε θα μπορούν να ξεφύγουν οι ασθενείς. Πιο συγκεκριμένα τα αποτελέσματα θα ήταν η μετατροπή των τεχνολογικών ευκαιριών σε άνευ όρων δεσμεύσεις ηθικών προσταγών, οι οποίες μερικές φορές δε θα ήταν καθόλου επιθυμητές. Αν κάποιος εύχεται να αποφύγει την 'τεχνολογική φυλακή', υπάρχουν σοβαροί λόγοι για να δεχτεί τη διαφορά μεταξύ της απόσυρσης μιας θεραπείας παράτασης της ζωής και της ενεργητικής συμμετοχής στην αφαίρεση της ζωής ενός ασθενούς. Κάποιος θα μπορούσε να προσθέσει ότι συνηγορούν και άλλες συνθήκες εξίσου δυσάρεστες, οι οποίες δεν εξαρτώνται από την τεχνολογική υποστήριξη για την παράταση μιας ζωής. Για παράδειγμα, αν ένας ασθενής πάσχει από κάποια μορφή καρκίνου και βρίσκεται σε τελικό στάδιο και δε χρειάζεται αναπνευστική υποστήριξη, παρόλα αυτά η επιθυμία του να ελευθερωθεί από την κατάσταση αυτή πρέπει να γίνει δεχτή; Μια σχετική απάντηση σε αυτήν την ερώτηση δεν προκύπτει από μια γενικευμένη αντίληψη ενάντια στην επιβολή ανεπιθύμητων θεραπειών.

Η απόφαση για την εφαρμογή μιας θεραπείας ή την αποχή από αυτήν θα προκύψει έπειτα από τη συζήτηση του ασθενούς με τον ιατρό του, ενώ η τελική απόφαση θα σχετίζεται εν πολλοίς με τη σχέση που θα έχει αναπτυχθεί μεταξύ του ιατρού και του ασθενούς. Δεν είναι απίθανη η μετατόπιση από μια απόφαση σε μια άλλη εντελώς διαφορετική από μια αρχική απόφαση. Το μόνο σίγουρο είναι ότι δεν υφίσταται σε καμία περίπτωση κάποια άμεση σύνδεση μεταξύ της αποδοχής της

άρσης και της αναστολή της θεραπείας, αλλά και της αποδοχής της VAE. Οι δυο ενέργειες - α) η άρση και η αναστολή της θεραπείας και β) η VAE – αποτελούν δυο διακριτές ‘ομάδες’ ανθρώπινης πρακτικής και οφείλουν να αιτιολογηθούν και αποσαφηνιστούν ενδεχομένως κάνοντας χρήση διαφορετικών ηθικών προσεγγίσεων, ενώ είναι σημαντικό να παραμείνουν διακριτές και να αποφευχθεί οποιαδήποτε μετατόπιση από τη μια ομάδα εφαρμογής στην άλλη. Η παραπάνω διάκριση πρέπει επομένως να είναι ξεκάθαρη στους ιατρούς, αλλά και στους ασθενείς. Καθώς η εφαρμογή της απόσυρσης της θεραπείας για παράδειγμα διαφέρει κατά πολύ από την εφαρμογή της VAE, οι ενέργειες αυτές δε θα πρέπει να συγχέονται ούτε να ταυτίζονται, ενώ η επιλογή της εκάστοτε πρακτικής πρέπει να είναι συνειδητή και όχι κατόπιν επιβολής.

Συμπέρασμα

Το ζήτημα της θανάτωσης από πρόθεση αποτελεί ένα ζήτημα που έχει απασχολήσει αρκετά στο παρελθόν μέχρι και τις μέρες μας. Προβληματίζει και γεννά ενδιαφέρουσες επιχειρηματολογίες και συζητήσεις.

Ας δούμε την ακόλουθη υπόθεση. Έχουμε ένα διανοητικά ικανό ασθενή, ο οποίος μπορεί να λαμβάνει αποφάσεις για την εξέλιξη της θεραπείας του και ο οποίος πάσχει από μια πάθηση τελικού σταδίου. Ο πόνος που βιώνει είναι αβάσταχτος σε βαθμό που δεν μπορεί να ανακουφιστεί επαρκώς με κανένα μέσο. Ο ιατρός σε αυτήν την περίπτωση μπορεί να συμμετάσχει στην έλευση του θανάτου του ασθενή κατόπιν αιτήματος του τελευταίου. Η πολιτεία της Καλιφόρνια και της Ουάσινγκτον προσέγγισαν το ζήτημα της έλευσης του θανάτου με τη θεσμοθέτηση οδηγιών που φέρουν την ονομασία ‘Aid in dying’⁸⁰. Οι οδηγίες αυτές διευκολύνουν το διανοητικά ικανό ασθενή που βρίσκεται σε τελικό στάδιο να ζητήσει από τον ιατρό του να τον βοηθήσει στην πιο ομαλή έλευση του θανάτου. Το Ολλανδικό παράδειγμα προσθέτει στην κατάσταση του τελικού σταδίου τον ακατανίκητο και επίμονο πόνο που βιώνει ο ασθενής.

⁸⁰ Η απόδοση της έννοιας αυτής στα ελληνικά θα μπορούσε να είναι *βοήθεια στην έλευση του θανάτου*. A.R. Jonsen (1996), ‘Criteria that make intentional killing unjustified: morally unjustified acts of killing that have sometimes been declared justified’. *Intending death: The ethics of assisted suicide and euthanasia*, Pearson Education, 82.

Οι υποστηρικτές της ευθανασίας φαίνεται να είναι περισσότερο θετικά διακείμενοι στις θέσεις, οι οποίες θέλουν ένα ιατρό (ο ρόλος που διαδραματίζει ο ιατρός ως το πρόσωπο που πράττει δε θα μπορεί να αντικατασταθεί από κάποιο άλλο πρόσωπο) να θανατώνει έναν ικανό διανοητικά ασθενή που πάσχει από κάποια νόσο τελικού σταδίου, ο οποίος υποφέρει από αβάσταχτο πόνο και ζητά από τον ιατρό να τον απαλλάξει. Τα εμπειρικά στοιχεία που προσφέρει ο ιατρός βασιζόμενος στην επαγγελματική του κατάρτιση συνυπολογίζονται στο αρχικό αίτημα πέρα από την ικανότητα αυτοπροσδιορισμού⁸¹ του ίδιου του ασθενούς για τη λήψη μιας απόφασης.

Οι προτάσεις που διατυπώνονται τα τελευταία χρόνια σχετικά με τον ιατρικώς υποβοηθούμενο θάνατο αποτελούν προτάσεις για την ύπαρξη μιας νέας κοινωνικής πραγματικότητας. Το ζήτημα του πόνου αποτελεί αδιαμφισβήτητα ένα ισχυρό κίνητρο για τη θεμελίωση των πρακτικών θανάτωσης, κίνητρο ικανό για την ελάφρυνση του υφιστάμενου πόνου από τον οποίο υποφέρουν οι ασθενείς. Παρόλα αυτά η πρόθεση δε θα είναι η παύση του ακατανίκητου πόνου, όπως θα όφειλε, αλλά η σύνθεση μιας νέας πρακτικής γύρω από την ιατρική φροντίδα, η οποία θα είναι λιγότερο ανθρώπινη και περισσότερο τεχνολογική, επιστημονική. Το μέχρι τώρα κοινωνικό δικαίωμα και ηθικό αγαθό της υγείας θα επιφορτίζεται με ένα επιπλέον χαρακτηριστικό, όσον αφορά το ρόλο των ιατρών, οι οποίοι θα επωμιστούν με μια ευθύνη που προηγουμένως δεν είχαν. Η ευθύνη αυτή θα είναι η προσθήκη της ιατρικής θανάτωσης ως ένα αναπόσπαστου μέρους της άσκησης της ιατρικής⁸².

Η δυνατότητα της επιλογής από πλευράς των ασθενών της ενεργητικής ευθανασίας ως μέσου σε μεμονωμένες περιπτώσεις⁸³ είναι θεμιτή για πολλούς. Παρόλα αυτά αν η αλόγιστη εφαρμογή της μεθόδου θα μπορούσε να προταθεί ως μέσο κοινωνικής πολιτικής, αυτό αναμφισβήτητα θα ήταν ιδιαίτερος επικίνδυνος. Η

⁸¹ Ο Jonsen στο 'Κριτήρια που καθιστούν τη θανάτωση από πρόθεση ανατιολόγητη: Ηθικά ανατιολόγητες πράξεις θανάτωσης που κατά καιρούς έχουν κηρυχθεί αιτιολογημένες' στο *Ευθανασία*, 2007: 83, κάνει λόγο για δικαίωμα αυτοδιάθεσης του ασθενούς. Εδώ δεν επιλέγω τον όρο αυτοδιάθεση, αλλά αυτοπροσδιορισμός, καθώς η αυτοδιάθεση σχετίζεται με το δικαίωμα κάθε λαού να ρυθμίζει ελεύθερα το πολιτικό του μέλλον, όπως αναφέρεται και στο λεξικό της Κοινής Νεοελληνικής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, σελ.237. Ο αυτοπροσδιορισμός σχετίζεται με την ικανότητα χαρακτηρισμού του ίδιου μας του εαυτού.

⁸² Παρόμοιες προτάσεις γύρω από την έννοια της θανάτωσης διατυπώθηκαν κατά το παρελθόν. Για παράδειγμα η θανάτωση σε συνθήκες άμυνας, η οποία έγινε δεκτή σταδιακά μέσα στα χρόνια, ή ακόμη η θανάτωση για ζητήματα τιμής έγινε αποδεκτή σε μια πρώτη φάση και στη συνέχεια έπαψε να ισχύει. Με τον ίδιο τρόπο η μέχρι τώρα υπόθεση περί ιατρικοποίησης της υγείας μπορεί να τεθεί σε ισχύ και να αποτελέσει πραγματικότητα τα επόμενα χρόνια.

⁸³ α) Ασθενείς με καρκίνο του στόματος, αυχένα και κεφαλιού. β) Ασθενείς με βαριάς μορφής νευρολογική πάθηση. γ) Ασθενείς που σε βάθος χρόνου επιλέγουν την εφαρμογή της ενεργητικής ευθανασίας με μια εύλογη αιτιολόγηση, είναι αυτοί που πάσχουν από AIDS.

ανάγκη των ασθενών πολλές φορές να έχουν τον έλεγχο της πορείας της υγείας τους, αλλά και της ζωής τους δε θα πρέπει να αποτελέσει και κανόνα που θα διευκολύνει την κατάχρηση της μεθόδου αυτής και σε άλλες περιστάσεις.

Η ευθανασία (με τις επιμέρους εκφάνσεις της) είναι σε θέση να βάλει τέλος στην ταλαιπωρία, στον παρατεταμένο σωματικό πόνο και ψυχικό άλγος που βιώνουν σε κάποιες περιπτώσεις οι ασθενείς. Η ρητή απαγόρευση σχετικά με τη θανάτωση από πρόθεση δεν ταυτίζεται με τη θανάτωση ενός ασθενούς (σε συγκεκριμένες περιπτώσεις) με σκοπό τη λύτρωση του τελευταίου και την παύση του βασανισμού του. Η πράξη του να αφήνουμε κάποιον να πεθάνει ενδέχεται στην πραγματικότητα να μη διαφέρει στην πράξη από την εφαρμογή της ενεργητικής ευθανασίας. Έστω ότι συμφωνούμε ότι ο θάνατος δεν είναι σε κάθε περίπτωση αρνητικό συμβάν, αλλά επιθυμητό αγαθό. Σε αυτήν την περίπτωση, το ζητούμενο που προκύπτει είναι ο καθορισμός αρχών που θα υπαγορεύουν το πότε ο θάνατος αποτελεί πράξη ευσπλαχνίας και λύτρωσης. Συνεπώς θα επιτρέπεται και θα ορίζεται το πότε θα αποτελεί δείγμα κατάχρησης της όποιας ελευθερίας. Κατά συνέπεια η πράξη του ιατρού να θανατώσει έναν ασθενή δε θα πρέπει να αποτελεί έκφραση των δικών του προσωπικών πεποιθήσεων ή των δικών του προθέσεων, αλλά θα πρέπει να στοχεύει αποκλειστικά στην ανακούφιση του ασθενούς κατόπιν έκφρασης της επιθυμίας του τελευταίου.

Περίληψη

Μια από τις σπουδαιότερες απαγορεύσεις στην ιατρική πράξη αλλά και στην ιατρική ηθική αποτελεί η απαγόρευση της θανάτωσης των ασθενών. Τα τελευταία χρόνια έχει εμφανιστεί μια τάση αποδοχής της υποβοήθησης του θανάτου όταν πρόκειται για ασθενείς που νοσούν από κάποιο σοβαρό νόσημα και βρίσκονται σε τελικό στάδιο της ασθένειάς τους. Στο πρώτο μέρος της εργασίας γίνεται προσπάθεια ορισμού της έννοιας του πόνου. Ο πόνος αποτελεί μια σπουδαία παράμετρος γι' αυτούς τους ασθενείς. Ο πόνος, συγκεντρώνει μια σειρά από σωματικά στοιχεία δηλαδή, αντικειμενικά, αλλά και ορισμένα υποκειμενικά στοιχεία τα οποία είναι σημαντικά για την κατανόησή του. Τις περισσότερες φορές είναι συνδεδεμένος άμεσα με κάποιο σωματικό αίτιο. Όταν κάποιος αναφέρει ότι βιώνει πόνο, αυτή η παραδοχή καταγράφεται ως μια πρόταση της αισθητηριακής αντίληψης. Ο πόνος διακρίνεται μέσω χαρακτηριστικών που έχουν άμεσο αντίκρισμα στο σώμα μας, ενώ, λαμβάνουν την αίσθηση ενός υποκειμενικού φαινομένου. Η υποκειμενικότητα του πόνου είναι αυτή που δυσκολεύει έναν εξωτερικό παρατηρητή να αντιληφθεί τον πόνο ενός άλλου ανθρώπου 'δεν μπορείς εσύ να καταλάβεις τον πόνο το δικό μου'.

Στο δεύτερο μέρος η συζήτηση μετατίθεται στους τερματικούς ασθενείς και στο αίτημα που μπορούν να αξιώσουν για την υποβοήθηση στο θάνατο. Η ποιότητα της ζωής, από τη σκοπιά της ιατρικής σχετίζεται με την ικανότητα του ασθενή να πραγματοποιεί τις συνηθισμένες γι' αυτόν δραστηριότητες και να αυτοεξυπηρετείται. Όταν ένας ασθενής βρεθεί στη θέση να πρέπει να αξιολογήσει το μέλλον του οφείλει να λάβει υπόψη και το παρελθόν του, για να μπορέσει να εξετάσει συνολικά το βίο του ως όλον. Το πλήθος των επιλογών και των μεθόδων που υπάρχουν, δημιουργείται μια πλουραλιστική αντίληψη για το τι είναι καλό για τους ασθενείς. Οι ασθενείς καλούνται σε πολλές περιπτώσεις να αποφασίσουν τον τρόπο με τον οποίο θα συνεχίσουν ή όχι τη θεραπεία τους, πάντα έπειτα από συνεννόηση με τους θεράποντες ιατρούς που τους παρακολουθούν, αν θα συνεχίσουν με την ίδια επιθετική μέθοδο, αν θα ακολουθήσουν παρηγορητική φροντίδα ή αν τέλος θα επιλέξουν έναν υποβοηθούμενο θάνατο. Η υποβοήθηση στο θάνατο θα πρέπει να αποτελεί ενδεχόμενη επιλογή για τους ασθενείς που βρίσκονται κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις. Αυτοί οι ασθενείς θα πρέπει να είναι ικανοί να συναινέσουν στη λήψη μιας απόφασης αλλά και να έχουν την πλήρη στήριξη του

ιατρικού προσωπικού το οποίο θα χρησιμοποιεί την γνώση και την κατάρτισή του, ως εργαλεία για τη συμμετοχή σε μια τέτοια απόφαση.

Συμπερασματικά στο οποίο καταλήγει η παρούσα εργασία σχετίζεται με την ύπαρξη μιας νέας κοινωνικής πραγματικότητας η οποία έχει τις βάσεις της στις προτάσεις που γίνονται τα τελευταία χρόνια γύρω από την ιατρική υποβοήθηση στο θάνατο. Η αλόγιστη χρήση των μεθόδων υποβοήθησης στο θάνατο θα μπορούσε να αποτελέσει ένα μέσο κοινωνικής πολιτικής και αυτό αναμφισβήτητα θα ήταν ιδιαίτερος επικίνδυνος. Έστω ότι ο θάνατος δεν αποτελεί ένα αρνητικό συμβάν, αλλά ένα επιθυμητό αγαθό, σε αυτήν την περίπτωση αυτό που κρίνεται απαραίτητο να υπάρξει είναι αρχές που θα υπαγορεύουν το πότε ο θάνατος αποτελεί μια πράξη ευσπλαχνίας, λύτρωσης και πότε μια ανήθικη πράξη.

Summary

One of the greatest forbiddances in the medical practice and medical ethics constitutes the forbiddance of killing a patient. The last few years a new affinity accepts physicians to assist in a patient's death, if only a patient is in a state of terminal illness. When a patient is facing the terminal stage of his illness, the pain that comes with it is significant. Pain as a state puts together a variety of physical factors that can be called objective factors. There are also some subjective factors which are extremely important for the understanding of the pain. Moreover, in most cases pain is immediately connected with a physically/bodily cause. When a person says that he is feeling pain, that admission is taken into consideration as a sentence which is based on a sensory conception. Pain as a feeling is understood in some factors that are connected to our body, but, in the same time those factors appear as subjective phenomena. The subjectivity of the pain is the main factor that complicates an observer to understand the pain of another person (you can't understand the pain that I'm feeling).

If someone tries to explain the meaning of the phrase quality in a person's life, he should evaluate the quality of the life the patients had before his illness, if he is able to self-serve and have the same daily routine as he had before. When a patient comes into a certain point that has to evaluate the quality of his life, he should think about his future, but first evaluate his past, then, he will be able to examine his life as a total, as an entirety. There are so many different methods and choices that

can be made by a patient. This is why most of the patients think that there is a pluralistic perception of what is good for them. The patient is asked by their doctor to consider a new treatment or a different approach. At that time, the patient can decide if he wants to continue with the same radical treatment, change into a palliative one, or at last, decide to proceed with a physician-assisted dying. The latter can stand as a potential for those who are legally and mentally capable to make their own decisions. Those patients should fulfill specific conditions and they must have their doctor's consent.

To conclude with, the past few years the medical treatment has change radically, the physician's assistance in dying is becoming a new reality of our society. The abnormal use of the assisted death may become a tool for a new social policy, and this indisputably will be extremely dangerous. If someone considers a death to be a not always negative event, but a desirable state of our entity, in this case, it is a necessity to have a set of ethical principles that will impose when a death is consider to be an act of redemption, comparison and when must be consider as an act of immorality.

Βιβλιογραφία.

I. Τι είναι πόνος.

- Armstrong, D.M. (1968), *Bodily sensations*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Anwesh, P. (2015), *Neurobiology Pain BPT class*.
<https://www.slideshare.net/AnweshPradhan/neurobiology-of-pain>.
- Broad, C.D. (1959). *Scientific thoughts*. Paterson, NJ: Littlefield Adams.
- Bushnell, M.C, Ceko, M., Low, L.A. (2013). ‘Cognitive and emotional control of pain and its disruption in chronic pain’. *PMC US National Library of Medicine National Institutes of Health*,
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4465351/>
- Dretske, F. (2006). ‘The epistemology of pain’. M. Aydede (ed.), *Pain: New essays on its nature and the methodology of its study*. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Klein, C. (2007). ‘An imperative theory of pain’, *Journal of philosophy*, 104(10):517-532.
- Kripke, S. (1980). *Naming and necessity*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Perkins, M. (2006). ‘An indirectly realistic, representational account of pain perception’. M. Aydede (ed.), *Pain: New essays on its nature and the methodology of its study*. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Price, H.H. (1950). *Perception*, London: Methuen.
- Stanford encyclopedia of philosophy*, web: <https://plato.stanford.edu/>.
- Williams, A.C., Craig, K.D. (2016). ‘Updating the definition of Pain’, *Pain, The journal of the International Association for the Study of Pain*, vol.157 -Issue 11- (November 2016),
http://journals.lww.com/pain/Citation/2016/11000/Updating_the_definition_of_pain.6.aspx

II. Ευθανασία.

- Βασιλόγιαννη, Φ.Κ., *Ευθανασία: Dworkin*, Δίκαιο, Ηθική και βιοηθική, σημειώσεις μαθήματος ΔΙΚ 101 ΠΜΣ Βιοηθική.
- Beauchamp, T.L. (2007). *Ευθανασία*. Μετάφραση: Β. Κάντζολα-Σαμπατάκου, επιμέλεια Μ. Πιτσιλίδη, Αρχιπέλαγος.
- Dworkin, R.M. (2013). *Η επικράτεια της ζωής: αμβλώσεις ευθανασία και ατομική ελευθερία*. Απόδοση-εισαγωγή: Φ.Κ. Βασιλόγιαννη, Αθήνα: Αρσενίδης.

- Rachels, J., Rachels, S. (2012). *Στοιχεία ηθικής φιλοσοφίας*. Μετάφραση: Ξ. Μπαμιατζόγλου, Εκδόσεις Οκτώ.
- Νιοκαστρίτη, Χ.,. «Καναδάς: Θάνατος με ιατρική υποβοήθηση για περίπου 2000 Καναδούς». *Ελληνική Δημοκρατία Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής*, <http://www.bioethics.gr/index.php/el/anakoynosis/1775-20-10-2017-2000>.
- Παιονίδη, Φ. (2007). 'Η ποιότητα ζωής ως φιλοσοφικά ενδιαφέρουσα έννοια', *Υπέρ του δέοντος*, Αθήνα: εκδόσεις Εκκρεμές: 95-113.
- Σαμώνη, Γ. (2013). 'Ηθικά προβλήματα κατά τη άσκηση της ογκολογίας' στο Σ. Τσινόρεμα, Κ. Λούη (επιμ.), *Θέματα βιοηθικής*, Πανεπιστημιακές εκδόσεις Κρήτης.
- Λεξικό της Κοινής Νεοελληνικής*. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ινστιτούτο Νεοελληνικών Σπουδών, 2006.
- Abu-Saad, H.H. (2001). 'Assessment of pain cognitions in cancer patients with chronic pain', *Journal of pain and symptom management*, Vol. 22, No. 5 November 2001, 911-918.
- Admiraal, P.V. (1990). 'Euthanasia in the Netherlands: Justifiable euthanasia'. *Issues in law & medicine*. 1998 ; 3(4): 361-370; *The Euthanasia Review*. 1990 Fall-Winter; 3(2): 107-118.
- Alanazi, M. R., Alanzi, M.M. (2015). 'Is there a moral difference between killing and letting die in healthcare?', *International Journal of Research in Medical Sciences*. Vol.3 No.1, 2015. Print ISSN 2320-6071.
- American Medical Association: 'Decisions near the end of life'. *JAMA* 1992, 267: 2229-2233.
- Annas, G.J. (1991). 'Killing machines', *Hastings Center Report*. 1991 Mar-Apr; 21(2): 33-35.
- Beauchamp, T.L. (1996). *Intending death: The ethics of assisted suicide and euthanasia*, Pearson Education, Inc, publishing as Prentice Hall.
- British Medical Association: *Withholding and withdrawing life-prolonging medical treatment: Guidance for decision-making*. Oxford: Blackwell Publishing, 2007.
- Capitaine, L., Devolder, K., Pennings, G. (2013). 'Lifespan extension and the doctrine of double effect', *Theoretical medicine and bioethics*. June 2013, Volume 34, Issue 3, 207-226.
- Cranford, R.E. (2007). 'Ο ρόλος του γιατρού στη θανάτωση και τη σκόπιμη απόσυρση της θεραπείας', *Ευθανασία*, μετάφραση Β. Κάντζολα-Σαμπατάκου, Αθήνα: Αρχιπέλαγος: 215-232.

- Davis, N. (1984). 'The doctrine of double effect: Problems of interpretation', *Pacific Philosophical Quarterly*, 1984, 65:107-123.
- Freeman, J.M., Pellegrino, E.D. (2007). 'Αντιμετώπιση των ατόμων που βρίσκονται κοντά στο τέλος της ζωής: Διάλογος σχετικά με το σκοπούμενο θάνατο', *Ευθανασία*, μετάφραση Β. Κάντζολα-Σαμπατάκου, Αθήνα: Αρχιπέλαγος: 261-265.
- Gillon, R. (1986). 'Acts and omissions, killing and letting die'. *British Medical Journal*. 1986 Jan 11; 292(6513): 126- 127.
- Harris W.H, Levey, J.S. (eds) (1975). *New Columbia Encyclopedia*. New York: Columbia University Press, 1975.
- Humphrie, J., 'Is the distinction between active and passive euthanasia morally significant?', Uploaded by M. Janikovicova στο Academia, 2074760J.
- Jonsen, A.R. (1996). 'Criteria that make intentional killing unjustified: morally unjustified acts of killing that have sometimes been declared justified', *Intending death: The ethics of assisted suicide and euthanasia*, T.L. Beauchamp (ed.), Pearson Education: 71-85.
- Karlawish, J. (1999). 'What is the quality of the reporting of research ethics in publications of nursing home research?', NCBI, PubMed 1999.
- Manalo, M.F.C. (2011). 'Withholding and withdrawing life-sustaining treatment: Euthanasia or acceptable medical practice?', *FEU-NRMF Medical Journal*, Vol. 17 No. 2 December, 2011: 68-78.
- Pellegrino, E.D. (1992). 'Doctors must not kill, *The Journal of Clinical Ethics*. 1992; 3 (2):95-102.
- Pellegrino, E.D. (1996). 'The place of intention in the moral assessment of assisted suicide and active euthanasia', *Intending death: The ethics of assisted suicide and euthanasia*, T.L. Beauchamp (ed.), Pearson Education, 1996: 233-260.
- Rachels, J. (1975). 'Active and passive euthanasia', uploaded by Nathaly Dulanto στο Academia. *The New England Journal of Medicine*, Vol. 292, January 9, 1975: 78-80.
- Reichlin, M. (2014). 'On the ethics of withholding and withdrawing medical treatment', *Multidisciplinary Respiratory Medicine*, 2014, <http://www.mrmjournal.com/content/9/1/39>.
- Santosuosso, A., Sellaroli, V. (2013). *Salute e Società. Informed consent in medicine: ethical and juridical aspects*, K. Faralli (ed.), Franco Angeli: 170-173.

- Vanderpool, H.Y., 'Life-sustaining treatment and euthanasia: II'. Historical Aspects, *Encyclopedia.com*, web: <http://www.encyclopedia.com/science/encyclopedias-almanacs-transcripts-and-maps/life-sustaining-treatment-and-euthanasia-ii-historical-aspects>.
- Wilkinson, D.J, Savulescu, J. (2014). 'A costly separation between withdrawing and withholding treatment in intensive care', *Bioethics* ISSN 0269-9702 (print); 1467-8519 (online), Vol. 28 No. 3 2014, 127–137.
- Willmott, L. (1991). 'Withholding and withdrawing life-sustaining therapy', *American Thoracic Society Medical Section of the American Lung Association*. Reprinted of the American Review of Respiratory Disease. Vol.144, No.3, 1991: 726-731.