

## ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΑΘΗΤΙΚΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ: ΥΠΑΡΧΕΙ ΗΘΙΚΗ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΗ;

Του ΕΥΑΓΓΕΛΟΥ ΠΡΩΤΟΠΑΠΑΔΑΚΗ

δρ. Φιλοσοφίας Πανεπιστημίου Αθηνών

**Η** ευθανασία αποτελεί, ίσως, το πλέον φλέγον, πολυδιάστατο και απαιτητικό αντικείμενο της Ιατρικής Ηθικής. Και τούτο διότι κατά την εξέτασή της αναδεικνύονται παράλληλα ζητήματα – πολλές φορές μη αναμενόμενα από τον επιστήμονα – τα οποία, όμως, πρέπει να επιλυθούν ώστε να εξελιχθεί απρόσκοπτα η οποία συζήτηση περί της ευθανασίας ως ηθικής επιλογής. Ο διανοητής που εγκύπτει στο ηθικό πρόβλημα της ευθανασίας πρέπει να είναι έτοιμος να κινηθεί εντός ενός πυκνού πλέγματος ηθικών διλημάτων, συγκρούσεως ηθικών αξιών και αντιθέσεως αρχών. Τα βασικά περί την ευθανασία ηθικά ερωτήματα, στα οποία η σύγχρονη Εφαρμοσμένη Ηθική επιχειρεί να δώσει απαντήσεις, είναι δύο: **Είναι η διενέργεια της ευθανασίας ηθικώς αποδεκτή πρακτική; Και αν ναι, με ποιο τρόπο πρέπει αυτή να διενεργείται;**

Θα μπορούσε να υποθέσει κάποιος πως το δεύτερο ερώτημα απασχολεί τη σκέψη όσων θεωρούν πως η ευθανασία γενικώς – ή, έστω, σε κάποιες περιπτώσεις – δύναται να αποτελέσει προσήκουσα ηθική επιλογή. Στην πραγματικότητα, όμως, τα δυο ερωτήματα αλληλοπεριχωρούνται με τέτοιον τρόπο, ώστε τα μεταξύ τους όρια να είναι ιδιαίτερα δυσδιάκριτα. Και τούτο διότι, όπως ισχυρίζονται πολλοί, η ευθανασία δεν αποτελεί ενιαία πρακτική που δύναται να λάβει διαφορετικές μορφές, αλλά, αντίθετα, υπάρχουν πολλές – ριζικά διαφορετικές ως προς την ουσία τους – πρακτικές, τις οποίες εμείς κατά σύμβαση εντάσσουμε στη γενικότερη κατηγορία της ευθανασίας. Η θανάτωση, επί παραδείγματι, ενός πάσχοντος ο οποίος, έχοντας συνείδηση της κατάστασης και του αιτήματός του, ζητά ο ίδιος επίμονα να δοθεί τέλος στον ανώφελο και ανέλπιδο βασανισμό του, δεν έχει καμία αντιστοιχία με την αποσύνδεση από τις υποστηρικτικές συσκευές ενός ασθενούς που βρίσκεται σε κώμα, και ο οποίος ουδέποτε εξέφρασε τη βούλησή του ως προς τον τερματισμό της ζωής του. Παρόλα αυτά, και για τις δύο αυτές περιπτώσεις χρησιμοποιούμε τον όρο «ευθανασία». Στο πλαίσιο αυτό δεν είναι λίγοι εκείνοι που θεωρούν πως η ενεργητική ευθανασία διαφοροποιείται ως προς την ουσία της από την παθητική, και, συνακόλουθα, αποδέχονται ηθικώς τη μια εκ των δυο και απορρίπτουν την άλλη.

Η ευθανασία διενεργείται τόσο στην Ελλάδα όσο και στις περισσότερες χώρες του κόσμου. Όπου το νο-

μικό σύστημα το απαγορεύει, όπως στη χώρα μας, διενεργείται συγκαλυμμένα ή εν κρυπτώ. Οι στατιστικές ανά τον κόσμο αποδεικνύουν του λόγου το αληθές<sup>1</sup>. Η ιατρική συνείδηση φαίνεται πως, κατά το μάλλον ή ήττον, έχει καταλήξει στα εξής: όταν κάποιος ασθενής πάσχει από ανίατη νόσο, βρίσκεται σε τελικό στάδιο και η καταπραϊντική φροντίδα δεν μπορεί πλέον να τον ανακουφίσει από τους πόνους και, ως εκ τούτου, βιώνει έναν αργό και βασανιστικό θάνατο, τότε είναι μάλλον απάνθρωπο να μην εισακουσθεί η κραυγή του για λύτρωση<sup>2</sup>. Υπάρχουν, πράγματι, περιπτώσεις κατά τις οποίες τόσο το ιατρικό καθήκον, όσο και η συλλογική κοινωνική συνείδηση επικροτούν τη διενέργεια της ευθανασίας, ακόμη και όταν ο νομοθέτης και οι αρμόδιοι ιατρικοί σύλλογοι δεν έχουν με σαφήνεια αποφανθεί<sup>3</sup>. Σε όλες, όμως, τις περιπτώσεις παραμένει το δίλημμα περί του τρόπου με τον οποίο η ευθανασία θα διενεργηθεί.

Ο ασθενής μπορεί να θανατωθεί – κατ' απαίτησή του – με δύο τρόπους: είτε ενεργητικά είτε παθητικά. Στην πρώτη περίπτωση ο γιατρός ενεργεί για να επιφέρει το τέλος του ασθενούς· στη δεύτερη, αντίθετα, δεν λαμβάνει τα προβλεπόμενα ή προσήκοντα μέτρα ώστε να το αποτρέψει<sup>4</sup>. Η ενεργητική ευθανασία συνήθως διενεργείται με τη χορήγηση κάποιου θανατηφόρου σκευάσματος. Η παθητική, αντίθετα, συνίσταται στη μη προσφυγή στα μέσα εκείνα τα οποία θα μπορούσαν να διατηρήσουν τον ασθενή στη ζωή. Η παύση χορήγησης τροφής και νερού, η διακοπή της λειτουργίας του αναπνευστήρα, η αποσύνδεση από την καρδιακή υποστήριξη, όλα τα παραπάνω αποτελούν τα μέσα που έχει στη διάθεσή του ο γιατρός ώστε να διενεργήσει παθητική ευθανασία<sup>5</sup>.

**Ο**ι δύο αυτοί τρόποι διενέργειας της ευθανασίας αξιολογούνται διαφορετικά, τόσο ηθικά όσο και νομικά. Η ενεργητική ευθανασία θεωρείται φόνος, αφού ο γιατρός θέτει ο ίδιος τέλος στη ζωή του ασθενούς του. Αντίθετα, στην περίπτωση της παθητικής ευθανασίας θεωρείται πως ο ασθενής καταλήγει με φυσικό τρόπο<sup>6</sup>. Κατά την πρώτη μέθοδο, αυτός που προκαλεί τον θάνατο του ασθενούς είναι ο γιατρός. Κατά τη δεύτερη, ο θάνατος επέρχεται ως αποτέλεσμα της ίδιας της ασθένειας ή της κατάστασης του πάσχοντος<sup>7</sup>. Ως εκ τούτου, πολλοί γιατροί αισθάνονται ανα-

στολή και συχνά αρνούνται τη διενέργεια ενεργητικής ευθανασίας ενώ, αντίθετα, ευκολότερα συναινούν, για παράδειγμα, στην απόσυρση του αναπνευστήρα ή στη διακοπή χορήγησης τροφής. Στην πρώτη περίπτωση αισθάνονται πως διαπράττουν κάτι ηθικώς επιλήψιμο, ενώ στη δεύτερη πως απλώς απέχουν από μία περιττή, ανώφελη και επιβαρυντική για τον ασθενή διαδικασία, η οποία θα είχε ως αποτέλεσμα την τεχνητή παράταση της ζωής του<sup>8</sup>.

**Η** διαφορά ως προς τη μεθοδολογία που ακολουθείται κατά την ευθανασία ενέχει και διαφορετικές νομικές συνέπειες. Στην περίπτωση της ενεργητικής ευθανασίας ο νόμος συνήθως τιμωρεί την πράξη, ακόμη και αν κατά την ακροαματική διαδικασία αποδειχθεί πως τα κίνητρα του γιατρού υπήρξαν φιλάνθρωπα και αλτρουιστικά. Αντίθετα, η διενέργεια παθητικής ευθανασίας σπάνια στοιχειοθετείται. Ο γιατρός εύκολα μπορεί να επικαλεσθεί την ιατρική του κρίση, η οποία δεν μπορεί να οδηγηθεί στο εδώλιο<sup>9</sup>. Επιπλέον, δεδομένου του γεγονότος πως η ευθανασία συντελείται με τη σύμφωνη γνώμη τόσο του πάσχοντος όσο και των συγγενών του – ενώ, παράλληλα και το υπόλοιπο εμπλεκόμενο ιατρικό προσωπικό συμμερίζεται τα φιλάνθρωπα αισθήματα που υφούν στη διενέργειά της –, δεν υπάρχει σοβαρός κίνδυνος αποκάλυψης της πράξης. Αυτός είναι ένας ακόμη λόγος για τον οποίο η παθητική ευθανασία κατά κανόνα επιλέγεται έναντι της ενεργητικής. Συνοψίζοντας θα μπορούσαμε να πούμε πως η παθητική ευθανασία αντιμετωπίζεται ως μη διατήρηση του ασθενούς στη ζωή και ως διακοπή του άσκοπου και ανέλπιου βασανισμού του πάσχοντος και, βέβαια, δεν επιφέρει κυρώσεις, ενώ, αντίθετα, η ενεργητική ευθανασία θεωρείται ευθεία παρέμβαση στην πορεία της ζωής του ασθενούς, εκλαμβάνεται ως άμεση θανάτωση αυτού και, επιπλέον, αποτελεί πράξη ποινικά κολάσιμη<sup>10</sup>. Όλα τα παραπάνω έχουν οδηγήσει στην ηθική απαξίωση της ενεργητικής ευθανασίας – άρα και στην αρνητική στάση του ιατρικού κόσμου απέναντί της – και, συνακόλουθα, στην παράλληλη σιωπηρή αποδοχή – ή, έστω, ανοχή – της παθητικής ευθανασίας. Υφίσταται, όμως, πράγματι ουσιώδης ηθική διαφοροποίηση ανάμεσα στις δύο μορφές της ευθανασίας:

Για να μπορούσαμε να απαντήσουμε με μεγαλύτερη πιθανότητα επιτυχίας στο ερώτημα που τίθεται, ας το απλοποιήσουμε χρησιμοποιώντας δύο υποθέσεις εργασίας – ας τις ονομάσουμε Α και Β –, οι οποίες θα διαθέτουν δυο εκδοχές έκαστη, ήτοι Α<sup>1</sup> και Α<sup>2</sup>, Β<sup>1</sup> και Β<sup>2</sup>.

**Α<sup>1</sup>:** κάποιος ασθενής προσφεύγει στο γιατρό του και ζητά να του διενεργηθεί ευθανασία. Βρίσκεται στο τελικό στάδιο ανίατης νόσου και βιώνει αφόρητους πόνο. Ο ίδιος δεν μπορεί να θέσει τέλος στη ζωή του

διότι η σωματική του κατάσταση δεν του το επιτρέπει – δεν διατηρεί, ας πούμε, τον έλεγχο των άκρων του. Ο γιατρός, κατανοώντας την κατάσταση και κινούμενος από οίκτο για τον ασθενή του και φιλάνθρωπα αισθήματα αποφασίζει να του χορηγήσει κάποιο θανάσιμο σκεύασμα, ώστε να τον απαλλάξει από το άσκοπο μαρτύριό του. Στην περίπτωση αυτή έχει διαπραχθεί ενεργητική ευθανασία, η οποία – όπως έχουμε ήδη αναφέρει – αποτελεί πράξη ηθικώς επιλήψιμη και ποινικώς κολάσιμη.

**Α<sup>2</sup>:** κάποιος ασθενής που βρίσκεται στην ίδια κατάσταση και για τους ίδιους λόγους ζητά από τον γιατρό να τον λυτρώσει. Ο γιατρός συναινεί, όμως δεν επιλέγει να δράσει ο ίδιος άμεσα. Απλά παύει να χορηγεί στον πάσχοντα τα σκευάσματα – ή να προσφέρει τις υπηρεσίες – που τον διατηρούν στη ζωή. Κάνει την επιλογή αυτή είτε επειδή τη θεωρεί καταλληλότερη και αποτελεσματικότερη για τον συγκεκριμένο ασθενή, είτε διότι έχει τις μικρότερες πιθανές συνέπειες για τον ίδιο. Στην περίπτωση αυτή έχει διενεργηθεί παθητική ευθανασία. Ηθικώς δεν είναι επιλήψιμη, αφού ο γιατρός δεν προέβη σε κάποια πράξη και, ως εκ τούτου, δεν κινδυνεύει από το νόμο. Η μόνη κατηγορία που θα μπορούσε να του προσαφθεί είναι αυτή της παράλειψης, όμως η ιατρική κρίση αποτελεί ισχυρό επιχείρημα απέναντι σε μομφές τέτοιου είδους.

**Β<sup>1</sup>:** Ας υποθέσουμε, στη πρώτη περίπτωση, πως ο Χ για δικούς του λόγους επιθυμεί να δολοφονήσει τον Ψ. Με τον σκοπό αυτό, λοιπόν, τοποθετεί έναν εκρηκτικό μηχανισμό στο σπίτι του εχθρού του, ο οποίος εκρήγνυται και σκοτώνει τον Ψ.

**Β<sup>2</sup>:** Ο Χ, κινούμενος από τα ίδια ελατήρια, φθάνει στο σπίτι του Ψ αλλά, πριν τοποθετήσει τον εκρηκτικό μηχανισμό, διαπιστώνει πως κάποιος άλλος το έχει ήδη κάνει και πως ο μηχανισμός θα εκραγεί σε σύντομο χρονικό διάστημα. Ο χρόνος που υπολείπεται εξασφαλίζει πως το υποψήφιο θύμα θα υποστεί τις συνέπειες της έκρηξης, επιτρέπει όμως στον Χ να το ειδοποιήσει και να το σώσει. Αν δεν το πράξει είναι βέβαιο πως ο Ψ θα σκοτωθεί από την έκρηξη. Ο Χ, όμως, επιθυμώντας τον θάνατο του Ψ δεν τον ειδοποιεί – αν και θα του ήταν πολύ εύκολο – με αποτέλεσμα να γίνει τελικώς έκρηξη και ο Ψ να σκοτωθεί.

**Κ**αι στις δυο υποπεριπτώσεις της πρώτης υπόθεσης εργασίας (Α<sup>1</sup> και Α<sup>2</sup>) ο σκοπός του γιατρού είναι κοινός: ο τερματισμός της ζωής του ασθενούς. Το κίνητρο της πράξης είναι, επίσης, κοινό: η λύτρωση ενός ανθρώπου από τον πόνο. Στις δυο υποπεριπτώσεις της δεύτερης υπόθεσης εργασίας, ο σκοπός του (επίδοξου) δολοφόνου είναι ο ίδιος: η θανάτωση ενός άλλου ανθρώπου. Κίνητρό του, σε κάθε περίπτωση, η δόλια επιβουλή κατά της ζωής του θύματος. Εκείνο που διαφοροποιείται και στις δυο υποθέσεις εργα-

σίας, είναι η επιλογή του μέσου και του τρόπου δράσης. Αυτός θα είναι είτε άμεσος, θα συνιστά, δηλαδή, ευθεία παρέμβαση στη ζωή ενός άλλου ανθρώπου, είτε έμμεσος, θα συνιστάται, δηλαδή, στην αποχή από ενέργειες που θα ήταν όχι μόνο επιζήμιες, αλλά και ιδιαίτερα εύκολο να γίνουν. Θα μπορούσε να πει κανείς πως, στην περίπτωση B<sup>2</sup> ο X δεν σκότωσε τον Ψ, αφού το έπραξε κάποιος άλλος στη θέση του. Δεν είναι, όμως, υπεύθυνος για το θάνατό του, αφού σκόπιμα δεν τον ειδοποίησε, αν και θα μπορούσε να το πράξει; Η παράλειψη υπήρξε απλώς το μέσο που επέλεξε ώστε να επιτύχει το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα. Με άλλα λόγια, αποτελεί επιλογή στρατηγικής στο πλαίσιο της δεδομένης συγκυρίας, ακριβώς όπως η πράξη του δράστη στην περίπτωση B<sup>1</sup>. Αντίστοιχα, δεν είναι ο γιατρός που διακόπτει τη λειτουργία του αναπνευστήρα (A<sup>2</sup>) υπεύθυνος για τον θάνατο του πάσχοντος εξίσου με εκείνον που επέλεξε να του χορηγήσει κάποιο θανασιμω σκεύασμα (A<sup>1</sup>); Μπορεί να μην είναι ο αυτουργός, φέρει, όμως, ευθύνη για το αποτέλεσμα, ακριβώς διότι αποσκοπούσε σε αυτό, μπορούσε να το αποτρέψει και εσκεμμένα δεν ενήργησε ώστε να το πράξει<sup>11</sup>. Η παθητική ευθανασία δεν συνιστά αμέλεια. Δεν είναι η περίπτωση εκείνη κατά την οποία ο γιατρός αξιολογεί εσφαλμένα την κατάσταση του ασθενούς, ή παραβλέπει ένα από τα μέσα που θα μπορούσαν να τον κρατήσουν στη ζωή. Είναι βέβαιος πως ο θάνατος θα επέλθει ως αποτέλεσμα της επιλογής του, και όμως αποσύρει το μηχανήμα που κρατά τον ασθενή στη ζωή. Ηθικώς είναι εξίσου υπεύθυνος με εκείνον που ενεργητικά διακόπτει τη ζωή του πάσχοντος<sup>12</sup>.

Η ενεργητική ευθανασία ταυτίζεται με την παθητική τόσο σε ό,τι αφορά στον σκοπό εκείνου που τη διενεργεί, όσο και στο αποτέλεσμα. Εκτός αυτού, κοινά είναι τα ελατήρια και το κίνητρο. Που βρίσκεται η διαφορά λοιπόν; Απλώς στη μεθοδολογία που θα ακολουθηθεί, στη στρατηγική που θα επιλεγεί ώστε να επέλθει το προσδοκώμενο αποτέλεσμα. Είναι, βεβαίως, δύσκολο να ισχυρισθεί κανείς πως η επιλογή των μέσων δεν είναι επιδεκτική ηθικής αξιολόγησης. Είναι, όμως, προφανές πως πρωτίστως αξιολογείται ο σκοπός και τα ελατήρια μιας πράξης – αφού, άλλωστε, προηγούνται χρονικώς της επιλογής των μέσων – και στη συνέχεια η μεθοδολογία που χρησιμοποιείται, εάν, βέβαια, η επιλογή της μεθοδολογίας δύναται να επιφέρει ουσιώδη διαφοροποίηση όσον αφορά στην ηθική αξιολόγηση της πράξης. Στην περίπτωση της ευθανασίας δεν μπορούμε να ισχυρισθούμε πως συμβαίνει κάτι τέτοιο. Και τούτο διότι η χρήση ενός μέσου για τον τερματισμό της ζωής δεν είναι περισσότερο ανήθικη από ό,τι η παράλειψη – ή η αποφυγή – χρήσης ενός μέσου που θα διατηρήσει τον ασθενή στη ζωή. Όπως θα δούμε στη συνέχεια, η παθητική ευθανασία θα μπορούσε τις περισσότερες φορές να ενέχει μεγαλύτερη ηθική απαξία από

την ενεργητική. Αυτό που έχει, όμως, σημασία, είναι πως – αναφορικά και με τους δυο τρόπους διενέργειας της ευθανασίας – ο σκοπός, τα ελατήρια αλλά και το αποτέλεσμα είναι ταυτόσημα.

Συχνά λέγεται πως η απόσυρση ενός μηχανισμού που υποστηρίζει τη ζωή του ασθενούς δεν συνιστά θανάτωση. Και τούτο διότι εάν η συσκευή αυτή δεν είχε εφευρεθεί, ο ασθενής θα είχε καταλήξει με τρόπο φυσικό<sup>13</sup>. Άρα η κατάληξη του ασθενούς θεωρείται φυσικό γεγονός, ενώ αφύσικη είναι η παράταση της ζωής του. Με άλλα λόγια, ο γιατρός που αποσυνδέει τον αναπνευστήρα από τον πάσχοντα, ουσιαστικά δεν τον θανατώνει. Προ της επινόησης του αναπνευστήρα ο ασθενής θα είχε ήδη προ πολλού καταλήξει. Ως εκ τούτου, ο γιατρός – εάν συνεχίσει να χρησιμοποιεί την εν λόγω συσκευή – στην πραγματικότητα δεν πράττει άλλο από το να διατηρεί με τεχνητό τρόπο στη ζωή τον ασθενή του. Δεν θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί, θα λέγαμε, απλοϊκότερο αλλά και περισσότερο επικίνδυνο επιχείρημα. Και βέβαια, ο αναπνευστήρας προτού εφευρεθεί δεν υπήρχε. Το ίδιο ισχύει και για το μηχανήμα της αιμοκάθαρσης, για την πενικιλίνη και για τον κλίβανο, στον οποίο αποστειρώνονται τα χειρουργικά εργαλεία. Θα μπορούσαμε, λοιπόν, να ισχυρισθούμε πως ο γιατρός που δεν κάνει χρήση των μέσων που αναφέρθηκαν – ώστε να σώσει την ζωή του ασθενούς του – δεν διαπράττει κάποιο ηθικό σφάλμα, αφού αυτά προ της εφεύρεσής τους δεν υπήρχαν, άρα ο ασθενής θα πέθαινε ούτως ή άλλως; Γενικώς, το απλουστευτικό και άνευ νοήματος αυτό επιχείρημα αφαιρεί πλήρως την ηθική ευθύνη για κάθε πράξη, πλην εκείνων που συνέβαιναν ανέκαθεν. Αν αποδεχόμασταν το επιχείρημα αυτό, ο άνθρωπος θα ήταν ηθικά υπεύθυνος μόνο για την αναπνοή, τη διατροφή του, την αναπαραγωγή και τον θηλασμό. Κάθε τι προτού επινοηθεί δεν υπήρχε· από τη στιγμή, όμως, που εμφανίζεται, εντάσσεται στις πρακτικές και ηθικές μας επιλογές. Τόσο η χρήση του όσο και η μη χρήση του συνιστούν ηθική επιλογή. Κρινόμαστε δυνάμει τόσο των πράξεων, όσο και των παραλείψεών μας.

Προσπαθήσαμε, έως αυτό το σημείο, να αποδείξουμε πως η ενεργητική ευθανασία δεν δύναται ηθικώς να αξιολογείται διαφορετικά σε σχέση με την παθητική και, κατά συνέπεια, πως η αποδοχή – ή η ανοχή – που η δεύτερη απολαμβάνει δεν δικαιολογείται. Μήπως, όμως, η παθητική ευθανασία υπολείπεται ηθικώς της ενεργητικής;

Η μέθοδος που θα ακολουθηθεί κατά τη διενέργεια της ευθανασίας – υπό ιδανικές συνθήκες – αποτελεί επιλογή που επαφίεται στην ιατρική κρίση. Με άλλα λόγια, ο γιατρός υπολογίζει ποια τεχνική θα επέφερε το πλέον ανώδυνο, ανθρώπινο και αξιοπρεπές τέλος στον ασθενή του και επιλέγει αναλόγως. Εάν όντως

συμφέρει κάτι τέτοιο, είναι προφανές πως κατά την επιλογή του ο γιατρός λαμβάνει υπ' όψιν του τα βέλτιστα συμφέροντα του πάσχοντος και με βάση αυτά επιλέγει τον τρόπο με τον οποίο θα ενεργήσει. Είδαμε προηγουμένως, όμως, πως η επιλογή της παθητικής ευθανασίας συνήθως δεν ενέχει νομικούς κινδύνους για τον γιατρό. Αντίθετα, η ενεργητική ευθανασία σχεδόν πάντοτε στοχοποιείται από τον νόμο και συνεπάγεται τις αντίστοιχες κυρώσεις. Ως εκ τούτου πολλές φορές ο γιατρός επιλέγει την παθητική ευθανασία παρότι αυτή δεν συνιστά την πλέον κατάλληλη μέθοδο για τον τερματισμό της ζωής του πάσχοντος· το πράττει ακριβώς επειδή φοβάται για το προσωπικό του μέλλον. Η παθητική ευθανασία σπανίως επιφέρει ανώδυνο και ανθρῶπινο θάνατο. Και αυτό καθίσταται προφανές εάν αναλογισθούμε τους τρόπους με τους οποίους αυτή διενεργείται: είτε με διακοπή της τροφής και του νερού, οπότε ο θάνατος επέρχεται από αιτία και αφυδάτωση, είτε με την απόσυρση του αναπνευστήρα, οπότε ο θάνατος προκαλείται από ασφυξία. Αντίθετα, η ενεργητική ευθανασία συνήθως διενεργείται με τη χορήγηση κάποιου θανατηφόρου οκευάσματος και, ως εκ τούτου, στις περισσότερες των περιπτώσεων λυτρώνει τον πάσχοντα ανώδυνα και αξιοπρεπώς. Αν συνυπολογίσουμε όλα τα παραπάνω, δεν μπορούμε παρά να προσδώσουμε θετική ηθική τιμή στην επιλογή του γιατρού εκείνου που, παρότι γνωρίζει τις ενδεχόμενες δυσμενείς για τον ίδιο επιπτώσεις, επιλέγει να διενεργήσει ενεργητική ευθανασία στον ασθενή του σκεπτόμενος αποκλειστικά και μόνο το συμφέρον του πάσχοντος και αδιαφορώντας για το ιδιωτικό του. Παράλληλα, θα πρέπει να απαξιώσουμε τη στάση του γιατρού εκείνου ο οποίος – φοβούμενος τις συνέπειες της πράξης του – διενεργεί στον ασθενή του παθητική ευθανασία, παρότι γνωρίζει πως αυτή θα τον οδηγήσει σε τέλος επώδυνο και απάνθρωπο. Η πράξη του πρώτου είναι σαφώς γενναία και αλτρουιστική, ενώ του δεύτερου πράξη δειλίας και επιλογή που εξυπηρετεί τον ίδιο και όχι τον πάσχοντα. Εάν λάβουμε υπόψη μας τον τρόπο με τον οποίο επέρχεται ο θάνατος τόσο κατά την ενεργητική όσο και κατά την παθητική ευθανασία, δεν μπορούμε παρά να δεχθούμε πως η επιλογή της πρώτης λαμβάνει θετικό ηθικό πρόσημο, ενώ η προσφυγή στην παθητική ευθανασία απαξιούται.

Είναι προφανές από τα παραπάνω – άλλωστε, η κατάδειξη αυτού υπήρξε εξ αρχής ο στόχος – πως, σε ηθικό επίπεδο, δεν υπάρχουν δύο είδη ευθανασίας: η ενεργητική, η οποία είναι ηθικώς αποδεκτή, και η παθητική που ηθικώς απαξιούται. Η ευθανασία αποτελεί ενιαία πρακτική, με κοινούς σκοπούς, ελατήρια, καθορίζεται από τα ίδια ηθικά συναισθήματα. Η διάκρισή της σε ενεργητική και παθητική έχει, ενδεχομένως, κάποια αξία για την ιατρική πρακτική. Ηθικώς, όμως, είναι παντελώς αδιάφορη. Η ηθική, εάν επιθυμεί να

αξιολογήσει την ευθανασία, οφείλει να την αντιμετωπίσει ως ενιαία πρακτική, εστιάζοντας περισσότερο στην ουσία της ως ηθικής επιλογής και λιγότερο στην ακολουθούμενη μεθοδολογία.

### ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

1. Baume P., O'Malley E., Bauman A., "Professed religious affiliation and the practice of euthanasia", *Journal of Medical Ethics* 21, 1995, σσ. 49-55.
2. Smith G., "Reviving the Swan, Extending the Curse of Methuselah, or Adhering to the Kevorkian Ethic?", *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 2, 1993, σ. 50.
3. Bix B., "Physician Assisted Suicide and the United States Constitution", *Modern Law Review* 3, 1995, σ. 408.
4. Prado, C. G. και S. J. Taylor, *Assisted Suicide: Theory and practice in elective death*, New York, Humanity Books, 1999, σ. 11.
5. Stuart G., Curter W., Demy T., *Suicide and Euthanasia*, Grand Rapids: Kregel Publications, 1998, σ. 23.
6. Baird R. και St. Baum, *Euthanasia: The moral issues*, New York, Prometheus Books, 1989, σ. 12.
7. "Το καίριο ερώτημα είναι εάν ο θάνατος είναι άμεσα το αποτέλεσμα ανθρώπινης παρέμβασης (ενεργητική ευθανασία), ή αποτέλεσμα φυσικών αιτιών που αφήνονται να ακολουθήσουν την φυσική τους πορεία (παθητική ευθανασία)" Baird R. και St. Baum, *Euthanasia: The moral issues*, New York, Prometheus Books, 1989, σ. 12.
8. Beauchamp T. και J. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, 4th ed., Oxford: Oxford University Press, 1994, σ. 220.
9. Battin M., *The Least Worse Death*, Hastings Center Report, Απρίλιος 1983, σσ. 13-16.
10. Baird R. και St. Baum, *Euthanasia: The moral issues*, New York, Prometheus Books, 1989, σ. 12.
11. Beauchamp, T. και J. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, 4th ed., Oxford: Oxford University Press, 1994, σ. 220.
12. Doyal L., "Withholding Cardiopulmonary Resuscitation", *British Medical Journal*, 12 Ιουνίου 1993, σσ.1593-1596.
13. Callahan D., "Pursuing a Peaceful Death", *Hastings Center Report*, Ιούλιος - Αύγουστος 1993, σ. 34.

