

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας

ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΛΑΘΟΣ ΣΤΗΝ ΠΑΘΗΤΙΚΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ
ΑΝΗΛΙΚΩΝ ΚΑΙ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Μεταπτυχιακός Φοιτητής: Γεώργιος Στυλιανός Α. Παναγάκος

ΑΜ: 03201314

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:

Ξενοφών Παπαρρηγόπουλος, Αναπληρωτής Καθηγητής, επιβλέπων

Μιχάλης Φεφές, Επίκουρος Καθηγητής, Μέλος

Ηλέκτρα Κουτσούκου, Διδάκτορας, Μέλος

Copyright © 2016 (Γεώργιος Στυλιανός Α. Παναγάκος)

Με την επιφύλαξη παντός δικαιώματος.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας έκδοσης, εξολοκλήρου ή τμήματος αυτής για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση των μελετών για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τους συγγραφείς. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα των κειμένων εκφράζουν τον συγγραφέα και μόνο.

Στον Πατέρα μου,

Πίνακας Περιεχομένων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Συντομογραφίες.....σελ. 7-8

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....9-11

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....12-14

Γενικό μέρος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ

1.1: Το αγαθό της Ζωής..... 15-16

1.2: Το αγαθό της Υγείας..... 17-18

1.3: Η έννοια της τριτενέργειας των ατομικών

και κοινωνικών δικαιωμάτων.....19-20

1.4: Ο ορισμός της υγείας κατά τον Παγκόσμιο Οργανισμό της Υγείας.....20-21

1.5: Διάκριση Ανήλικος με Ενήλικο Ασθενή.....21-22

1.6: Ικανότητα για δικαιοπραξία Ανηλίκου.....22-23

1.7: Ικανότητα για δικαιοπραξία Ενηλίκου.....23-24

1.8: Έννοια της δικαστικής συμπαράστασης.....24-25

1.8.1:Στερητική Δικαστική Συμπαράσταση.....25

1.8.2: Επικουρική Δικαστική Συμπαράσταση.....25

1.9: Έννοια της συγκατάθεσης.....26

1.10: Έννοια της συναίνεσης.....26

1.11: Διάκριση μεταξύ συναίνεσης και συγκατάθεσης.....28

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

2.1: Έννοια της ευθανασίας29-30

2.2: Διακρίσεις της ευθανασίας.....30-31

2.3: Ενεργητική Ευθανασία.....31

2.3.1: Άμεση Ενεργητική Ευθανασία.....	32
2.3.1.1: Εθελοντική ή εκούσια ενεργητική ευθανασία.....	32
2.3.1.2: Μη εθελοντική ή κατά παραγγελία ευθανασία.....	32
2.3.2: Έμμεση Ενεργητική Ευθανασία.....	33
2.4: Παθητική ευθανασία.....	34-35
2.4.1: Ευθανασία του τύπου Living Will, ή Εθελοντική με «Συμβόλαιο ή Διαθήκη Θανάτου».....	35
2.4.2: Η εφαρμοζόμενη ευθανασία στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας.....	35
2.4.3: Υποβοηθούμενη αυτοκτονία.....	36
2.5: Άλλοι τύποι ευθανασίας.....	36
2.5.1: Ευγονική Ευθανασία.....	36-37
2.5.2: Δυσθανασία.....	38
2.5.3: Ορθοθανασία.....	38
2.6: Νομολογία- Δικαστικές Αποφάσεις στην Ελλάδα.....	38-40

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

3.1: Το Δικαίωμα στη ζωή ή το δικαίωμα στον Θάνατο;.....	41
3.2: Επιχειρήματα υπέρ της ευθανασίας.....	42
3.2.1: Η αυτονομία του Ανθρώπου- το δικαίωμα στο θάνατο.....	42-43
3.2.2: Η αξιοπρέπεια του Ανθρώπου.....	43-44
3.2.3: Το καθήκον το ιατρού να απαλύνει το πόνο.....	44-45
3.3: Επιχειρήματα κατά της ευθανασίας.....	
3.3.1: Ο απόλυτος χαρακτήρας της προστασίας της ανθρώπινης ζωής.....	44-47

3.3.2: Η δυναμική επικινδυνότητα της Ευθανασίας.....	47-48
3.3.3: Ιατρικό καθήκον η διατήρηση του ασθενούς στη ζωή. Όρκος του Ιπποκράτη.....	49-50

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΘΕΣΜΟΘΕΤΗΣΗ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ

4.1: Νομικό καθεστώς Ιατρικού Δικαίου στην Ελλάδα.....	51-55
4.1.1: Δικαιώματα ασθενών:.....	55-59
4.1.2: Δικαιώματα και υποχρεώσεις των Επαγγελματιών Υγείας.....	59-66
4.2: Έννοια του αντικειμενικού σφάλματος.....	67-68
4.2.1: Έννοια του Ιατρικού Σφάλματος.....	68-69
4.2.1.1: Ενδεικτική επισκόπηση των ιατρικών λαθών στην πράξη.....	70-71
4.3: Νομολογία- Δικαστικές αποφάσεις στην Ελλάδα.....	71-74

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΤΟ ΝΟΜΙΚΟ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ ΣΕ ΑΛΛΕΣ ΧΩΡΕΣ

5.1: Ολλανδία.....	75-77
5.2: Βέλγιο.....	77
5.3: Ηνωμένο Βασίλειο	
5.3.1: Αγγλία.....	78
5.3.2: Σκωτία.....	79
5.4: Γαλλία.....	80
5.5: Σουηδία.....	81
5.6: Γερμανία.....	82
5.7: Λιθουανία.....	82
5.8: ΗΠΑ.....	83
5.9: Καναδάς.....	84
5.10: Ινδία.....	84-85

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΚΟΠΟΣ- Επίταση της ευθύνης του Ιατρού σε ιατρικό σφάλμα σε περιπτώσεις παθητική ευθανασίας.

6.1: Σε ανήλικο Ασθενή.....	86-88
6.2: Σε ενήλικο Ασθενή.....	88-92
6.3: Ασθενής με έλλειψη της δικαιοπρακτικής ικανότητας.....	92-93
6.4: Είναι τελικά ευδιάκριτο το ιατρικό σφάλμα στις περιπτώσεις παθητικής ευθανασίας;.....	94-98

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ- Ποιοτική μέθοδος έρευνας- Ερωτηματολόγιο σχετικά με το περιεχόμενο των συναισθημάτων, το είδος των ηθικών διλημμάτων αναφορικά με τους επαγγελματίες υγείας, όταν έρχονται σε αντιμετώπιση με περιστατικά που είναι κοντά στον θάνατο και αν είναι ευδιάκριτο από τους επαγγελματίες Υγείας ένα ιατρικό λάθος σε περιπτώσεις Παθητικής Ευθανασίας.....

99-101

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: 8.1:ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ- σύνολο απαντήσαντων....102-148

8.2: Συζήτηση.....148-155

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΕΠΙΛΟΓΟΣ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....156-159

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: ΠΕΡΙΛΗΨΗ-ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ.....160-161

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11: ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

11.1 : ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....162-166

11.2: ΛΙΣΤΑ ΠΙΝΑΚΩΝ-ΚΥΚΛΙΚΩΝ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ.....167-171

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....172-174

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΑΠ:	Άρειος Πάγος
ΑΠΔ:	Αρχή Προστασίας Δεδομένων
α.:	Άρθρο
Α.Κ.:	Αστικός Κώδικας
ΔΣΑ:	Δικηγορικός Σύλλογος Αθηνών
ΔΣΑΠΔ:	Διεθνές Σύμφωνο για τα Ατομικά και Πολιτικά Δικαιώματα
ΔΣΔΠ:	Διεθνές Σύμφωνο δικαιωμάτων του παιδιού
Ε.Ε.:	Ευρωπαϊκή Ένωση
Ε.Κ.Α.Χ.:	Ευρωπαϊκή Κοινότητα Άνθρακος Χάλυβος
ΕΝΕ:	Ένωση Νοσηλευτών και Νοσηλευτριών Ελλάδος
Ε.Ο.Κ.:	Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα
Ε.Σ.Δ.Α:	Ευρωπαϊκή Σύμβαση των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου
Ε.Σ.Υ:	Εθνικό Σύστημα Υγείας
Η.Π.Α:	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
ΙΣΑ:	Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών
ΚΙΔ:	Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας
Μ.Ε.Θ.:	Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
ΜονΠλημΦλ:	Μονομελές Πλημμελειοδικείο Φλώρινας
ΝοΒ:	Νομικό Βήμα
Ν. :	Νόμος
ΟΗΕ:	Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών
Ο.Ι.Σ:	Ολλανδικός Ιατρικός Σύλλογος
Ο.Π.Κ:	Ολλανδικός Ποινικός Κώδικας
παρ.:	Παράγραφος
ΠΙΣ:	Περιφερειακός Ιατρικός Σύλλογος

Π.Κ.: Ποινικός Κώδικας

ΠΠρΘεσ/νίκης: Πολυμελές Πρωτοδικείο Θεσσαλονίκης

ΣΥΝΤ: Σύνταγμα

ΤΝΠ: Τράπεζα Νομικών Πληροφοριών

ΤρΔΠρΑθ: Τριμελές Διοικητικό Πρωτοδικείο Αθήνας

ΦΕΚ: Φύλλο Εφημερίδας της Κυβερνήσεως

ΩΡΛ: Ωτορινολαρυγγολόγος

Μ.Β.Α. : Medical British Association

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα διπλωματική διατριβή αποτέλεσε αφορμή για την εκπόνηση της, λόγω της συναναστροφής μου με επαγγελματίες υγείας και των ερεθισμάτων που έλαβα από την παρακολούθησή μου στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα του Πανεπιστημίου της Πελοποννήσου, του Τμήματος της Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής στην Κόρινθο, <<ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ>> αλλά και του γεγονότος ότι είμαι απόφοιτος δύο θεωρητικών σχολών, των Πολιτικών Επιστημών και της Δημόσιας Διοίκησης του Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών και της Νομικής Σχολής του Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης. Ο θεσμός της υγείας σε πολιτικό, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο από αρχαιοτάτων χρόνων έως και την σημερινή εποχή, με την εξέλιξη της τεχνολογίας, έχει υποστεί τεράστιες παρεμβάσεις, αλλαγές, άλλοτε θετικές άλλοτε αρνητικές και χρήζει απόλυτης προστασίας, όχι μόνο από τον άνθρωπο αλλά και από τους υπόλοιπους θεσμούς της κοινωνίας που απαρτίζονται από τους πολίτες κάθε κράτους.

Σε επίπεδο ιατρικής επιστήμης, ανά τους αιώνες, απόλυτο καθήκον κάθε επαγγελματία υγείας ήταν η καλύτερευση, ίαση, θεραπεία των ασθενών από τις ασθένειες της κάθε εποχής που μάστιζαν τις κοινωνίες (λ.χ. πανούκλα στον 15^ο

και 16^{ov} αιώνα) ώστε οι τελευταίοι να επανενταχθούν στους κόλπους της κοινωνίας και να επαναπροσαρμοστούν στις παλαιές τους συνήθειες. Παρόλα αυτά και παρά την εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης και της τεχνολογίας, κατά την διάρκεια ιατροχειρουργικών επεμβάσεων και περιπτώσεων ανιάτων ασθενειών, παρά τις υπεράνθρωπες προσπάθειες των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού, επέρχονταν το αναπόφευκτο, δηλαδή ο τερματισμός της ανθρώπινης ζωής κάποιου ασθενούς. Το συγκεκριμένο γεγονός συγκλόνιζε όχι μόνο την οικογένεια του θύματος αλλά και την ιατρική κοινότητα και μπορούσε να αποδοθεί σε πολλούς παράγοντες, όπως ανθρώπινο λάθος, εσφαλμένη θεραπεία, εσφαλμένη διάγνωση, ανίατη ασθένεια, ασθενής που μόλις ψυχοραγούσε, κ.λ.π.

Συνδεδειγμένος κρίκος και θεμέλιος λίθος επίλυσης των ανωτέρων προβλημάτων αποτέλεσε το δίκαιο. Από την αρχή της ύπαρξης του ανθρώπου, και την δημιουργία των πρώτων κοινωνιών, αποτέλεσε επιτακτική ανάγκη η διαμόρφωση ενός πλαισίου κανόνων, ώστε οι άνθρωποι να πειθαρχούν μεταξύ τους, να τηρούν μια ορισμένη συμπεριφορά σε οποιοδήποτε τομέα της κοινωνικής ζωής και σε περίπτωση παραβατικής συμπεριφοράς, ήτοι ενέργειας ή παράλειψης που αποδοκιμάζει η κάθε έννομη τάξη, να επέρχονται κάποιες δυσβάσταχτες συνέπειες σε βάρος του παραβάτη. Παραδείγματα τέτοιων κανόνων που θεσπίστηκαν σε ένα πλαίσιο κειμένου σε κάθε κοινωνία, ανά τους αιώνες είναι λ.χ. α) οι δέκα εντολές που δόθηκαν από τον Θεό στον Μωυσή β) ο κώδικας του Χαμουραμί, γ) κατά την διάρκεια της Γαλλικής Επανάστασης <<το κοινωνικό συμβόλαιο>> από τους διαφωτιστές Τζον Λοκ και Μοντεσκιέ και πολλά άλλα.

Με βάση τα ανωτέρω, στην Ελληνική Πολιτεία, το ιατρικό δίκαιο δεν είχε οργανωθεί σε ένα ενιαίο κείμενο, ώστε να καθορίζονται τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις των επαγγελματιών υγείας, μέχρι και το έτος 2005, όπου η ελληνική Πολιτεία, διαμέσω της Κυβέρνησης με την αρωγή της Βουλευτικής εξουσίας, εξέδωσε τον νόμο 3418, ο οποίος αποτελεί ένα πλαίσιο κανόνων για την τήρηση ορισμένης συμπεριφοράς από τους φορείς της παροχής των ιατρικών υπηρεσιών. Δεν πρέπει να παραβλέπουμε ότι σε περίπτωση επέλευσης κάποιου λάθους είτε κατά την εισαγωγή ασθενούς στο νοσηλευτικό ίδρυμα, είτε κατά την διάρκεια της ιατροχειρουργικής επέμβασης, είτε κατά την θεραπεία του, σε άλλα νομοθετήματα τόσο στο εσωτερικό της χώρας (Ποινικός Κώδικας, Αστικός Κώδικας, Σύνταγμα), όσο σε Ευρωπαϊκό Επίπεδο (Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης) και σε Διεθνές Επίπεδο (Διεθνές Σύμφωνο των Πολιτικών Δικαιωμάτων του Ανθρώπου), προβλέπονται κυρώσεις δηλαδή ο επαγγελματίας υγείας, ευθύνεται ποινικά και αστικά και η ευθύνη ελέγχεται σε εγχώριο επίπεδο από τα ελληνικά δικαστήρια σε διεθνές επίπεδο από το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και από το Πρωτοδικείο των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων. Στην τελευταία περίπτωση δύναται να προσφύγει κάποιος, για την παροχή δικαστικής προστασίας, είτε αν εκκρεμεί η ένδικη διαφορά του σε ελληνικό δικαστήριο, και πριν την έκδοση της απόφασης, δια της υποβολής προδικαστικού ερωτήματος περί μίας αδιευκρίνιστης αόριστης νομικής έννοιας,

είτε αν στα εγγώρια δικαστήρια έχει εξαντλήσει όλα ένδικα βοηθήματα- μέσα, το αίτημα του δεν έγινε αποδεκτό και εξαντλεί το δικαίωμα περί προσφυγής του στον φυσικό του δικαστή στα δικαστήρια των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, όπου διάδικος πλέον είναι το ελληνικό Κράτος.

Αποτελεί χρέος όλων των θεματοφυλάκων της δικαιοσύνης, της ιατρικής κοινότητας καθώς και της Ελληνικής Κυβέρνησης να προασπίσει και να διαφυλάξει τους κανόνες του ιατρικού δικαίου, ώστε να τηρούνται κατά το ακέραιο, και επιτακτική καθίσταται η ανάγκη εξέλιξή τους, ώστε να επιτυχθεί στο σύνολο του πληθυσμού της χώρας ένα άριστο επίπεδο υγείας, διότι θα συντελέσει στην ανάπτυξη της οικονομίας και οι συνθήκες διαβίωσης θα είναι σε τέτοιο βέλτιστο επίπεδο, ώστε τα νοσηλευτικά ιδρύματα θα ελαχιστοποιήσουν το κόστος τους και θα μεγιστοποιήσουν την παροχή και την ποιότητα των ιατρικών υπηρεσιών.

Δεν θα επακταθώ περαιτέρω σε θεωρητικές αναζητήσεις και σε επεξήγηση αόριστων νομικών εννοιών, διότι θα γίνει στα επόμενα κεφάλαια και θα γίνω κουραστικός στον αναγνώστη, αλλά μέσω της παρούσας μελέτης μου οφείλω να ευχαριστήσω την οικογενειά μου που με στήριξε σε όλες τις στιγμές της ζωής μου σε πολλά επίπεδα, και ειδικά τον Πατέρα μου που με τις σημαντικές του συμβουλές και την ευθύτητά του με καθόρισε ως άνθρωπο για να προσφέρω στην κοινωνία.

Γεώργιος-Στυλιανός Παναγάκος

Κόρινθος, Μάιος 2016

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Το κύριο ερώτημα της παρούσας διπλωματικής διατριβής είναι εάν υφίσταται η όχι το ιατρικό σφάλμα σε περιπτώσεις παθητικής ευθανασίας σε ανήλικους και ενήλικους ασθενείς και πηγές της ερευνητικής μου προσέγγισης αποτέλεσαν τα νομικά εγχειρίδια, το διαδίκτυο, όπου αποτελεί την σπουδαιότερη ανακάλυψη του 20ου αιώνα κατά την προσωπική μου άποψη, η νομολογία των δικαστηρίων, τόσο των εγχώριων όσο και των αλλοδαπών, τα νομοθετήματα και οι απόψεις από τους επαγγελματίες υγείας.

Το αγαθό της υγείας και της ζωής είναι τα ύψιστα αγαθά και χρήζουν προστασίας σε ένα ευνομούμενο κράτος πρόνοιας. Σε περίπτωση σύγκρουσής τους με άλλα δικαιώματα υπερισχύουν, διότι η ζωή από αρχαιοτάτων χρόνων, κατά την εξέλιξη του ανθρώπου, και πριν τη θέσπιση κανόνων δικαίου, με βάση το φυσικό δίκαιο ήταν στο υπέρτατο σκαλοπάτι της ιεραρχίας των κοινωνικών και ηθικών αντιλήψεων της κάθε εποχής και βάσει εθιμοτυπίας, λόγω τήρησης ορισμένης συμπεριφοράς, καθώς και λόγω θέσπισης ως κανόνα δικαίου έχρηζε απόλυτης διασφάλισης και διατήρησής της.

Η ευθανασία, κατά την εξέλιξη του ανθρώπου και των κοινωνιών, απασχολεί ως και σήμερα τους κλάδους της ιατρικής κοινότητας για τον εάν αποτελεί λύση για την ανακούφιση των επώδυνων πόνων του ασθενούς, που ευρίσκεται στο τελικό στάδιο πριν την επέλευση του θανάτου, διότι συγκρούονται δύο αναφαίρετα δικαιώματα, η ζωή και η αξιοπρέπεια, είτε αποτελεί αδίκημα που βάσει των υπερισχυουσών κοινωνικών αντιλήψεων αποδοκιμάζεται από την έννομη τάξη και τυποποιείται από το νομοθέτη των εθνικών και διεθνών νομοθετημάτων ως αποκλίνουσα συμπεριφορά, με την επελευση της οποίας επισύρονται κυρώσεις σε βάρος του θύτη. Με βάση την εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης και της τεχνολογίας η ευθανασία, όπως αναλυθεί κατωτέρω, έχει πολλές μορφές που χρήζουν διαφορετικής ανάλυσης η κάθε μία.

Τελικά το δικαίωμα στο θάνατο που θεωρείται ότι έχει θεσπισθεί ως άτυπος κανόνας συμπεριφοράς μεταξύ των ανθρώπων, διότι συνδέεται άρρηκτα με την αξιοπρέπεια του ασθενούς ή το δικαίωμα στην ζωή που είναι τυπικά νομοθετημένο υπερισχύει στην διατυπωμένη δήλωση βουλήσεως ενός ασθενούς για να ακολουθηθεί η ενδεδειγμένη θεραπεία από τον επαγγελματία υγείας;

Το Ιατρικό λάθος εδράζεται στη θεωρία του αντικειμενικού σφάλματος στον Ποινικό μας Κώδικα, και πιο συγκεκριμένα στα αδικήματα εξ' αμελείας τα οποία διαπράττονται όταν ο δράστης, στην προκειμένη περίπτωση, ο επαγγελματίας υγείας, δεν ακολούθησε του ενδεδειγμένου κανόνες της ιατρικής επιστήμης, με βάση έναν μέσο συνετό επαγγελματία υγείας που εκτελεί τα <<αυτονόητα>> με

βάση την επιστημονική του κατάρτιση, και επήλθε το συγκεκριμένο ζημιογόνο αποτέλεσμα, ήτοι η θανάτωση του ασθενούς. Ο συγκεκριμένος έλεγχος για την επέλευση του ανωτέρου λάθους ανήκει στην δικαιοδοτική αρμοδιότητα των ελληνικών δικαστηρίων καθώς και στους ιατρικούς συλλόγους για την επιβολή πειθαρχικών κυρώσεων. Κάθε περίπτωση είναι ξεχωριστή. Δεν αποκλείεται το γεγονός το σφάλμα να επήλθε όχι από αμελή συμπεριφορά του επαγγελματία υγείας, αλλά από δόλο, δηλαδή γνώριζε ότι με την ενεργειά του θα επερχόταν το συγκεκριμένο αποτέλεσμα και το επεδίωκε. Σε αυτήν την περίπτωση ομιλούμε για ανθρωποκτονία εκ προθέσεως και το συγκεκριμένο αδίκημα τυποποιείται στον Ελληνικό Ποινικό μας Κώδικα, όπως τροποποιήθηκε με τον νόμο 3904/2010, κατά άρθρο 299.

Αναφορικά με την Ελληνική Πολιτεία όπου το ζήτημα της ευθανασίας αποτελεί, υπό προϋποθέσεις, αδίκημα και επέρχονται στο παραβάτη πειθαρχικές, αστικές και ποινικές ευθύνες, σε άλλα κράτη, όπως αναλυθεί κατωτέρω η παθητική ευθανασία θεωρείται, υπό προϋποθέσεις, ως νόμιμη συμπεριφορά του επαγγελματία υγείας, διότι αποσκοπεί στην προστασία εμμέσως της αξιοπρέπειας του ασθενούς.

Η ικανότητα δικαίου ενυπάρχει από την στιγμή της γέννησης του ανθρώπου κατά το άρθρο 35 του Αστικού Κώδικα, αλλά με βάση τη νομολογία και τον συνταγματικό μας νομόθετη, δικαιώματα επάγονται και στο κυοφορούμενο κατά άρθρο 36 του Αστικού Κώδικα. Για τον λόγο αυτό και με σκοπό την προστασία και μόνο των κυοφορούμενων η ΑΚ 36 προβλέπει ότι <<ως προς τα δικαιώματα που του επάγονται το κυοφορούμενο θεωρείται γεννημένο, αν γεννηθεί ζωντανό>>. ¹ Καθιερώνεται ένα πλάσμα δικαίου όπου προϋποθέσεις εφαρμογής είναι: α) Να υπάρχει κυοφορούμενο κατά το χρονικό διάστημα της σύλληψης και β) κατά την στιγμή της γέννησης να είναι ζωντανό. ² Κανόνες που καθιερώνουν πλάσμα δικαίου, είναι αυτοί που (συνήθως με την έκφραση <<λογίζεται>> ή <<θεωρείται>>) δέχονται ότι συντρέχει κάτι που στην πραγματικότητα δεν συμβαίνει ή και αντιστρόφως. ³ Η ικανότητα για δικαιοπραξία επέρχεται κατά την ενηλικίωση ενός ανθρώπου, όπως ορίζεται βάσει του άρθρου 127 του Αστικού Κώδικα.

-
1. Γεωργιάδης Σ. Α. (2007) ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ Αστικού Δικαίου ΣΥΝΤΕΤΜΗΜΕΝΗ ΕΚΔΟΣΗ ΠΡΟΣ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ, 3^η έκδοση Αθήνα, ΑΝΤ.Ν. ΣΑΚΟΥΛΑ. Επομένως, η διάταξη καθιερώνει ένα πλάσμα δικαίου, δεδομένου ότι δικαιώματα που προϋποθέτουν την ύπαρξη φυσικής προσωπικότητας απονέμονται σε οντότητες που ο νόμος εξομειώνει με φυσικά πρόσωπα, μολονότι δεν έχει λάβει χώρα το γεγονός της γέννησης- και μάλιστα ζωντανού- του φορέα αυτών των δικαιωμάτων. (σελίδα 74)
 2. Γεωργιάδης Σ. Α. (2007) ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ Αστικού Δικαίου ΣΥΝΤΕΤΜΗΜΕΝΗ ΕΚΔΟΣΗ ΠΡΟΣ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ, 3^η έκδοση Αθήνα, ΑΝΤ.Ν. ΣΑΚΟΥΛΑ.

Αυτή η προϋπόθεση αποτελεί νομική αίρεση (condition juris) με αποτέλεσμα, η κτήση των δικαιωμάτων από τον κυοφορούμενο να είναι προσωρινή και μετέωρη μέχρι την πλήρωση ή την οριστική ματαίωση της αίρεσης. (σελίδα 74)

3. Παναγόπουλος Δ. Κ. (1999) ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΑΣΤΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ Εισαγωγή στο δίκαιο και στο αστικό δίκαιο, 2^η έκδοση Αθήνα, Π.Ν. ΣΑΚΚΟΥΛΑΣ.

Θα ακολουθήσει ανάλυση και επεξεργασία νομικών εννοιών ώστε ο αναγνώστης να αντιληφθεί την διάκριση ενός ανηλίκου από έναν ενήλικο ασθενή, πέρα από την βασική διάκριση, την ηλικιακή, αναφορικά με την ικανότητα δικαιοπραξίας και κατά πόσο η πνευματική ωριμότητα και η συνείδηση των πραττομένων επηρεάζουν την δήλωση βουλήσεως στον αποδέκτη του μηνύματος που προσφέρει τις ιατρικές υπηρεσίες, τον επαγγελματία υγείας και θα επακολουθήσει αποσαφήνιση ιδιαίζουσων νομικών εννοιών, όπως συγκατάθεση, συναίνεση και δικαστική συμπαράσταση που εισήχθη με τον νόμο 2247/1996.

Μεγάλη πηγή του δικαίου, με βάση το αγγλοσαξωνικό δίκαιο, αποτελεί και η νομολογία, οι δικαστικές αποφάσεις των ελληνικών δικαστηρίων, όπου θα γίνει αναφορά στην παρούσα έρευνα για την μελέτη του συγκεκριμένου θέματος. Η εύρεση δικαστικών αποφάσεων αλλοδαπών δικαστηρίων αποτέλεσε εμπόδιο στην έρευνα μας, διότι τα διαδικτυο ελάχιστα εισέφερε στην αντιμετώπιση του εν λόγω προβλήματος, παρόλα αυτά έγινε μια σημαντική προσπάθεια μέσω άρθρων από το εξωτερικό για την αλλοδαπή δικαστηριακή πρακτική στο συγκεκριμένο ζήτημα.

Σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας είναι να ερευνηθεί η επίταση της ευθύνης των επαγγελματιών υγείας όταν ασθενείς ευρίσκονται <<στο κατώφλι του θανάτου>> και λόγω παράλειψης επέρχεται το μοιραίο. Ερευνώνται αν τα όρια της νομιμότητας παραβιάζονται και η συγκεκριμένη συμπεριφορά θεωρείται αποκλίνουσα με συνέπεια την επέλευση της παραβατικότητας.

Δύο από τα εργαλεία της παρούσας μελέτης μας είναι η νομολογία των δικαστηρίων και η έρευνα μας ολοκληρώνεται μέσω ενός ερωτηματολογίου, με ερωτήσεις ανοικτού και εν συνεχεία κλειστού τύπου που δίδονται στους επαγγελματίες υγείας για την εύρεση των συναισθημάτων και των ηθικών διλημμάτων όταν έρχονται αντιμέτωποι με τέτοια περιστατικά και αν και κατά πόσο είναι ευδιάκριτο ένα ιατρικό λάθος.

Τα ευρήματα ήταν σημαντικά και χρήζουν ιδιαίτερης αξιολόγησης και επεξεργασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ

1.1: Το αγαθό της Ζωής

Το αγαθό της ζωής στο Καταστατικό μας Χάρτη (Συντ.) καθιερώνεται στο άρθρο 5 παρ. 2 το οποίο συνδέεται με την τιμή και την ελευθερία για όλους όσους ζουν και διαβιώνουν εντός της Ελληνικής Επικράτειας⁴. Από την γραμματική ερμηνεία του εν λόγω άρθρου συνάγεται το συμπέρασμα ότι το συγκεκριμένο δικαίωμα ευρίσκεται στην ανώτερη βαθμίδα προστασίας έναντι των υπολοίπων ατομικών δικαιωμάτων και αναπτύσσει αμυντικό χαρακτήρα, λόγω της απολυτότητάς του, ώστε το σύνολο των φυσικών και νομικών προσώπων, ακόμη και το κράτος να παραλείπουν με την συμπεριφορά τους την προσβολή του.

Σε Ευρωπαϊκό επίπεδο το ανωτέρω αγαθό προστατεύεται με βάση το άρθρο 2 παρ. 1 της Ε.Σ.Δ.Α. Το δικαίωμα της ζωής κατοχυρώθηκε μετά τον πόλεμο και σε διάφορα συντάγματα, όπως και στο ισχύον Σύνταγμα της χώρας, αν και στο κέντρο της σχετικής διατάξεως (άρθρο 5 παρ. 2), βρίσκεται όχι τόσο η εγγύηση του (αυτονόητου) διακαιώματος της ζωής καθ'εαυτής, όσο η κατοχύρωση του πανανθρώπινου χαρακτήρα του και η ίση προστασία ημεδαπών και αλλοδαπών, ομογενών, ομοφύλων και αλλοφύλων, ομόγλωσσων και αλλόγλωσσων, ομόθρησκων και αλλόθρησκων, ομοφρονούντων και αντιφρονούντων: << Πάντες οι ευρισκόμενοι εντός της ελληνικής επικράτειας απολαύουν απολύτου προστασίας της ζωής... αδιακρίτως εθνικότητας, φυλής ή γλώσσας και θρησκευτικών ή πολιτικών πεποιθητήσεων. Εξαιρέσεις επιτρέπονται εις τα περιπτώσεις τας προβλεπόμενας υπό του διεθνούς δικαίου>>. ⁵

Αλλά και στην ουσία του το έννομο αγαθό της ζωής εμφανίζεται ως απαραίτητη προϋπόθεση όλων των άλλων ατομικών, προσωποπαγών εννόμων αγαθών. Η υγεία, η τιμή, η προσωπική ελευθερία κ.λ.π δεν είναι δυνατόν να νοηθούν, αν δεν υπάρχει ζωντανός άνθρωπος ως φορέας τους.⁶

4. Δαγτόγλου Π. Δ. (2005) ΣΥΝΤΑΓΜΑΤΙΚΟ ΔΙΚΑΙΟ ΑΤΟΜΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ Α' ΤΟΜΟΣ, 2^η έκδοση Αθήνα, ΑΝΤ. Ν. ΣΑΚΚΟΥΛΑ.

Επειδή η διάταξη του άρθρου 5 παρ.2 κατοχυρώνει το δικαίωμα διατηρήσεως, αλλά όχι περατώσεως της ζωής, δεν αντίκειται στην αστυνομική επέμβαση προς παρακώλυση της αυτοκτονίας ή στην αναγκαστική διατροφή απεργών πείνας, όταν απειλείται άμεσα η ζωής τους.

5. Δαγτόγλου Π. Δ. (2005) ΣΥΝΤΑΓΜΑΤΙΚΟ ΔΙΚΑΙΟ ΑΤΟΜΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ Α' ΤΟΜΟΣ, 2^η έκδοση Αθήνα, ΑΝΤ. Ν. ΣΑΚΚΟΥΛΑ.

Η διάταξη αυτή δεν υπόκειται σε αναστολή κατά το άρθρο 48 παρ. 1 του Συντάγματος

6. Μπέκας Γ. (2004) Η ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΠΟΙΝΙΚΟ ΚΩΔΙΚΑ, 1^η έκδοση, Αθήνα, Π. Ν. ΣΑΚΚΟΥΛΑΣ

Αναφορικά με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της, η ζωή δεν διαβαθμίζεται αλλά υπάρχει ή δεν υπάρχει. Συνεπώς η προσβολή της με βλάβη μπορεί να συντελεστεί με θάνατο.

Συνδέεται άρρηκτα με το άρθρο 2 παρ. 1 του Συντ. , ήτοι με την προστασία της αξίας του ανθρώπου. Ο ΑΚ περιέλαβε διάταξη (ΑΚ 57), με την οποία προστατεύει την προσωπικότητα του προσώπου από κάθε παράνομη προσβολή.⁷

Το συγκεκριμένο άρθρο 5 παρ. 2 του Συντάγματος προστατεύει μόνο φυσικά πρόσωπα.

Το δικαίωμα αφαίρεσης της ζωής δικαιολογείται σε καταστάσεις άμυνας, όταν επιδιώκεται η προστασία ζωής άλλου προσώπου, με βάση το άρθρο 2 παρ. 2 περίπτωση (α) της ΕΣΔΑ όπου προσαρμόστηκε το άρθρο 22 παρ. 3 του ΠΚ, σε εμπόλεμη κατάσταση και δεν αντίκειται στο Σύνταγμα μας για την καταστολή στάσεων, εξεγέρσεων, συλλήψεων από τα αστυνομικά όργανα σε βάρος των πολιτών. Θεσμοθετείται η άσκηση κρατικής βίας μέσα στα πλαίσια της νομιμότητας με βάση την αρχή της αναλογικότητας άρθρο 25 παρ. 1 του Συντ.⁸ Να μην παραβλέπουμε και το άρθρο 11 παρ. 2 εδάφιο β' του Συντ όπου αναφέρεται το εξής: << Οι υπαίθριες συναθροίσεις μπορούν να απαγορευτούν με αιτιολογημένη απόφαση της αστυνομικής αρχής, γενικά, αν εξαιτίας τους επίκειται σοβαρός κίνδυνος για τη δημόσια ασφάλεια, σε ορισμένη δε περιοχή, αν απειλείται σοβαρή διατάραξη της κοινωνικοοικονομικής ζωής, όπως ο νόμος ορίζει.>>

Με το νόμο 2462/1997 κυρώθηκε το ΔΣΑΠΔ όπου στο τρίτο μέρος άρθρο 6 παρ.1 το δικαίωμα στη ζωή προστατεύεται από το νόμο και κανένας δεν μπορεί να την αφαιρέσει.

Στο Ποινικό μας Κώδικα η προστασία της ζωής κατοχυρώνεται στα άρθρα 299-306 όπου στα συγκεκριμένα άρθρα ο Νομοθέτης τυποποιεί αποκλίνουσα συμπεριφορά, την οποία αποδοκιμάζει η έννομη τάξη και διακρίνεται η ανθρωποκτονία σε διάφορες παραλλαγές, προνομιούχες ή μη.

7. Γεωργιάδης Σ. Α. (2007) ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ Αστικού Δικαίου ΣΥΝΤΕΤΜΗΜΕΝΗ ΕΚΔΟΣΗ ΠΡΟΣ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ, 3η έκδοση Αθήνα , ΑΝΤ.Ν. ΣΑΚΟΥΛΑ.
Συγκεκριμενοποίηση αυτής της επιταγής αποτελούν η ΑΚ 57, άλλες ειδικότερες διατάξεις του ΑΚ(ΑΚ 68, 60, 932), καθώς και οι κανόνες του ποινικού δικαίου (ΠΚ 299 επ., 361 επ. κλπ). Η διαφορά της ΑΚ 57 από τις τελευταίες είναι ότι με αυτή καθιερώνεται σφαιρική προστασία της προσωπικότητας.

8. Δαγτόγλου Π. Δ. (2005) ΣΥΝΤΑΓΜΑΤΙΚΟ ΔΙΚΑΙΟ ΑΤΟΜΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ Α' ΤΟΜΟΣ, 2η έκδοση Αθήνα, ΑΝΤ. Ν. ΣΑΚΚΟΥΛΑ.

Ο νόμος 3163/2003 ρύθμισε την οπλοφορία και τη χρήση όπλων από την αστυνομία.

1.2: Το αγαθό της Υγείας

Το δικαίωμα στην υγεία αποτελεί συνέχεια του δικαιώματος στην ζωή, εφόσον ο κάθε άνθρωπος είναι ζωντανός. Έχει διττό χαρακτήρα, έχει ταυτόχρονα αμυντική και κοινωνική φύση. Η προστασία της υγείας κατοχυρώνεται αφενός ως κοινωνικό (21 παρ. 3 του Συντ) δικαίωμα που διασφαλίζει την υποχρέωση του κράτους να λαμβάνει μέτρα για την διατήρηση και την αποκατάσταση της υγείας των πολιτών, αφετέρου δε, ως ατομικό δικαίωμα που υποχρεώνει τα κρατικά όργανα και κάθε άλλο δημόσιο ή ιδιωτικό υποκείμενο να απέχουν από ενέργειες που προσβάλλουν την υγεία των πολιτών.⁹

Το συγκεκριμένο δικαίωμα συνδέεται άρρηκτα με το άρθρο 5 παράγραφος 5 διότι κάθε πρόσωπο έχει απαίτηση από την πολιτεία ώστε να προστατεύεται η υγεία του και η γενετική του ταυτότητα από τις βιοϊατρικές παρεμβάσεις. Το συγκεκριμένο άρθρο προστέθηκε με την αναθεώρηση του Συντάγματος του 2001 λόγω Πρόσθετου Πρωτοκόλλου για την απαγόρευση της κλωνοποίησης των ανθρωπίνων όντων, που προστέθηκε στη Σύμβαση του Οβιέδο το 1998, στο οποίο ρητά συμφωνείται ότι απαγορεύεται <<κάθε παρέμβαση που έχει ως σκοπό τη δημιουργία ενός ανθρωπίνου όντος που είναι γενετικώς όμοιο με ένα άλλο ανθρώπινο ον, ζωντανό ή νεκρό>>¹⁰.

Το δικαίωμα στην Υγεία κατοχυρώνει την ψυχική και σωματική ακεραιότητα συνδεδεμένο με το άρθρο 7 παρ. 2 του Συντ., με το οποίο απαγορεύονται ρητώς τα βασανιστήρια. Η σημασία των απαγορεύσεων του άρθρου 7 παρ. 2 φαίνεται και από το γεγονός ότι δεν υπόκεινται σε αναστολή κατά το άρθρο 48 παρ. 1 του Συντ.¹¹ Στην ΕΣΔΑ και πιο συγκεκριμένα στο άρθρο 3 απαγορεύονται κάθε είδους βασανιστήρια.

Η ενδιάμεση, συνδυαστική θέση της νομολογίας του Αρείου Πάγου, αντιμετωπίζει την σωματική ακεραιότητα με την στενή της έννοια ότι προσβάλλεται δηλαδή με εξωτερική επενέργεια στο σώμα, την δε υγεία, ως το σύνολο των εσωτερικών λειτουργιών, υποστηρίζει δε ότι και τα δύο είναι προστατευόμενα έννομα αγαθά.¹²

9. Τσαντίλας Π. (2008), ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΑΙ ΕΘΝΙΚΟ ΔΙΚΑΙΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, 10^η ΈΚΔΟΣΗ, Αθήνα, ΑΝΤ.Ν. ΣΑΚΚΟΥΛΑ

10. Κοντιάδης Ξ.- Σουλιώτης Κ. (2010), ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ, 1^η ΕΚΔΟΣΗ, Κόρινθος, ΠΑΠΑΖΗΣΗ (ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Κρεμαλής Δ.)

11. Δαγτόγλου Π. Δ. (2005) ΣΥΝΤΑΓΜΑΤΙΚΟ ΔΙΚΑΙΟ ΑΤΟΜΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ Α' ΤΟΜΟΣ, 2η έκδοση Αθήνα, ΑΝΤ. Ν. ΣΑΚΚΟΥΛΑ.

Κατά τον νομοθετικό ορισμό, <<βασανιστήρια συνιστούν κάθε μεθοδευμένη πρόκληση έντονου σωματικού πόνου ή σωματικής εξάντλησης επικίνδυνης για την υγεία ή ψυχικού πόνου ικανού να επιφέρει σοβαρή ψυχική βλάβη, καθώς και κάθε παράνομη χρησιμοποίηση χημικών, ναρκωτικών ή άλλων φυσικών ή τεχνικών μέσων με σκοπό να κάμψουν τη βούληση του θύματος.>>

12. Μπέκας Γ. (2004) Η ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΠΟΙΝΙΚΟ ΚΩΔΙΚΑ, 1η έκδοση, Αθήνα, Π. Ν. ΣΑΚΚΟΥΛΑΣ

Ο Πλάτων είχε ομιλήσει πρώτος περί την ψυχήν. Οτι είναι ο τόπος όπου συγκρούονται, αλλά και συνενώνονται οι αντινομικές δυνάμεις που συγκροτούν τη ζωή μας. Η ψυχή ακτινοβολεί προς όλα τα στοιχεία και προς όλες τις κατευθύνσεις του κόσμου. Η ψυχή αποτελείται από το επιθυμητικό, λογικό και θυμοειδές. (Τσάτσος Κ. 2000, Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ ΤΩΝ ΑΡΧΑΙΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ, 6^η έκδοση, Αθήνα, Ι.Δ. ΚΟΛΛΑΡΟΥ & ΣΙΑΣ Α.Ε.)

Φορείς του δικαιώματος της σωματικής και ψυχικής ακεραιότητας είναι μόνο φυσικά πρόσωπα, χωρίς άλλες διακρίσεις η απαγόρευση διακρίσεων του άρθρου 5 παρ. 2 είναι εφαρμοστέα και εδώ.¹³

Το έννομο αγαθό της υγείας σε σχέση με εκείνο της ζωής, προστατεύεται σχετικώς διότι είναι αδύνατο να υπάρξει απόλυτη υγεία ενός ανθρώπου, θεωρείται ουτοπία.

Από το άρθρο 21 παρ. 3 του Συντ. απορρέει ένα υγειονομικό κεκτημένο, σχετικό πάντως, υπό την έννοια ότι δεν επιτρέπεται η κατάργηση των θεσμών μέσω των οποίων υλοποιείται η κρατική μέριμνα για την υγεία, όπως ιδίως το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ν. 1397/1983)¹⁴

Η υγεία διεθνώς είναι κατοχυρωμένη ως δικαίωμα σε αρκετά κείμενα. Παραθέτουμε ενδεικτικά ορισμένα:

A) Σύμβαση 102 της Δ.Ο.Ε (1952)

B) Καταστατικός Χάρτης της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (1946)

Γ) Σύμβαση για τα δικαιώματα του ανθρώπου και τις θεμελιώδεις ελευθερίες (1950).

Πλούσια είναι η νομολογία του ΕΔΔΑ και του ΔΕΚ. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η νομολογία του ΔΕΚ με τις υποθέσεις Kohl και Decker και άλλων που ακολούθησαν, που επέβαλε στους εθνικούς φορείς να καλύπτουν τις δαπάνες που ένας ασθενής πραγματοποίησε σε άλλο κράτος μέλος. Παρ' ότι, δύο μεταγενέστερες αποφάσεις του ΔΕΚ στις υποθέσεις Smits και Peerbooms (2001) δέχτηκαν τον όρο της προηγούμενης έγκρισης της ιατρικής δαπάνης από τον αρμόδιο φορέα του κράτους προέλευσης, τούτο έγινε δεκτό υπό την προϋπόθεση ότι τέτοια απαίτηση του φορέα δικαιολογείται βάσει της αρχής της αναλογικότητας και λαμβάνοντας υπόψη το παρεχόμενο επίπεδο υγειονομικής φροντίδας και την πρόοδο της επιστήμης.¹⁵

-
13. Δαγτόγλου Π. Δ. (2005) ΣΥΝΤΑΓΜΑΤΙΚΟ ΔΙΚΑΙΟ ΑΤΟΜΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ Α' ΤΟΜΟΣ, 2η έκδοση Αθήνα, ΑΝΤ. Ν. ΣΑΚΚΟΥΛΑ
Προστατεύονται μόνο ζωντανοί οργανισμοί. Η κάκωση του νεκρού ή η αφαίρεση μελών ή οργάνων από πτόμα μπορεί να αποτελεί αξιόποινη πράξη ή και προσβολή της αξίας του ανθρώπου, αλλά δεν συγκροτεί <<σωματική κάκωση>> κατά την έννοια του άρθρου 7 παρ.2.
14. Χρυσόγονος Χ.Κ. (2002), ΑΤΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ, 2^η έκδοση, Θεσσαλονίκη, ΑΝΤ. Ν. ΣΑΚΚΟΥΛΑ
Ωστόσο από και πέρα η ειδικότερη οργανωτική μορφή του Ε.Σ.Υ., π.χ. η επάνδρωση του με γιατρούς πλήρους (μόνο) ή και μερικής απασχόλησης, το ύψος των διατεθειμένων πόρων κ.λ.π. είναι ζήτημα πολιτικής επιλογής, εφόσον βέβαια δεν αλλοιώνεται η ratio της συνταγματικής αναγνώρισης του κοινωνικού δικαιώματος στην υγεία (Βλ. Χ. ΑΝΘΟΠΟΥΛΟΥ, Η προστασία της υγείας ως θεμελιώδες κοινωνικό δικαίωμα, ΤοΣ 1993, 781 επ.)
15. Τσαντίλας Π. (2008), ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΑΙ ΕΘΝΙΚΟ ΔΙΚΑΙΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, 10η ΈΚΔΟΣΗ, Αθήνα, ΑΝΤ.Ν. ΣΑΚΚΟΥΛΑ
Αποφάσεις ΔΕΚ Σταματελάκης (2007), Watts (2006), Muller- Faure (2003)

1.3: Η έννοια της τριτενέργειας των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων

Τα δικαιώματα του ανθρώπου τελούν, με βάση το άρθρο 25 παρ. 1 του Συντ. υπό την προστασία του Κράτους και των κρατικών οργάνων, τα οποία εγγυώνται την ανεμπόδιστη και αποτελεσματική άσκηση τους. Με βάση το άρθρο 25 παρ. 3 του Συντ. σε συνδυασμό με το άρθρο 281 του ΑΚ, η άσκηση ενός δικαιώματος περιορίζεται από τον Συνταγματικό μας Νομοθέτη και πρέπει να γίνεται εντός των ορίων της, ώστε να μην προκαλεί εμπόδια στην άσκηση των δικαιωμάτων των υπόλοιπων φορέων, ήτοι Νομικά Πρόσωπα και Φυσικά Πρόσωπα.

Δηλαδή, με βάση τα ανωτέρω συνάγεται το συμπέρασμα ότι ναι μεν το Κράτος και τα κρατικά όργανα εγγυώνται την ελεύθερη και ανεμπόδιστη χρήση και άσκηση των ατομικών δικαιωμάτων, αλλά θα πρέπει τα ατομικά δικαιώματα να διατίθενται από τους φορείς του με φειδώ, να υπόκεινται σε όρια.

Γενικά στην πράξη συμβαίνει το εξής: ανακύπτει κάποια <<σύγκρουση>> ανάμεσα στις συνταγματικά κατοχυρωμένες ατομικές ελευθερίες και τις αρμοδιότητες του δημοκρατικά νομιμοποιημένου νομοθέτη, παρόλο που ορισμένες φορές η άσκηση της αρμοδιότητας είναι απαραίτητη της ελευθερίας.¹⁶ Τι γίνεται σε αυτήν την περίπτωση;

Τα ατομικά δικαιώματα μπορούν να περιοριστούν όχι μόνο από φορείς της δημόσιας εξουσίας αλλά και της αντίστοιχης ιδιωτικής. Ερωτάται, αν τα ατομικά δικαιώματα που προστατεύουν τον ιδιώτη έναντι των φορέων δημόσιας εξουσίας, τους οποίους και δεσμεύουν (<<κάθετη ενέργεια>>), ισχύουν και στις σχέσεις μεταξύ των ιδιωτών (<<οριζόντια ενέργεια>>), δεσμεύοντας όχι μόνο κρατικά όργανα, αλλά τους πάντες (απόλυτη ενέργεια) και προστατεύοντας των ιδιώτη όχι μόνο έναντι του κράτους, αλλά και έναντι <<τρίτων>> (τριτενέργεια)¹⁷;

Ιστορικά τα ατομικά δικαιώματα είχαν αναπτύξει αμυντικό χαρακτήρα έναντι του κράτους, αλλά στις σχέσεις μεταξύ ιδιωτών, σε περίπτωση διατάραξής τους, ρυθμιζόνταν από άλλα νομοθετήματα (λ.χ. Αστικός Κώδικας, Ποινικός Κώδικας). Οπότε η έννοια της τριτενέργειας εμφανίζεται άνευ αντικειμένου.

Η τριτενέργεια, εμμέσως ισχύει και στην ΕΣΔΑ, διαμέσω της ελευθερίας κίνησης προσώπων, χωρίς διακρίσεις φύλου, φυλής, χρώματος, θρησκείας, κ.λ.π. με βάση το άρθρο 14. Η τριτενέργεια γίνεται δεκτή και στην νομολογία του ΔΕΚ.¹⁸

16. Χρυσόγονος Χ.Κ. (2002), ΑΤΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ, 2η έκδοση, Θεσσαλονίκη, ΑΝΤ. Ν. ΣΑΚΚΟΥΛΑ
Οποιαδήποτε προσπάθεια επίλυσης του προβλήματος οφείλει να έχει ως αφετηρία τη θεμελιώδη παραδοχή της << τυπικής ισοδυναμίας όλων των διατάξεων, οι οποίες περιλαμβάνονται στο Σύνταγμα>>.

17. Δαγτόγλου Π. Δ. (2005) ΣΥΝΤΑΓΜΑΤΙΚΟ ΔΙΚΑΙΟ ΑΤΟΜΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ Α' ΤΟΜΟΣ, 2η έκδοση Αθήνα, ΑΝΤ. Ν. ΣΑΚΚΟΥΛΑ
Τρίτο με την έννοια όλων αυτών οι οποίοι δεν είναι φορείς του ατομικού δικαιώματος ούτε φορείς δημόσιας εξουσίας.

18. Η ελευθερία κίνησης προσώπων και παροχής υπηρεσιών χωρίς διακρίσεις λόγω ιθαγένειας ισχύει και έναντι μιας (ιδιωτικής) αθλητικής ομοσπονδίας, γιατί κατά το Δικαστήριο, οι Στόχοι της Συνθήκης θα διακινδυνεύονταν, αν η κατάργηση των φραγμών της ιθαγένειας μπορούσε πάλι να αρθεί με την έγερση τέτοιων φραγμών από νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου βάσει της αυτονομίας τους.

Το δικαίωμα ζωής δεν αναπτύσσει τριτενέργεια. Η επίκληση και εφαρμογή του από ιδιώτη έναντι ιδιώτη δεν είναι ορθή, αλλά ούτε αναγκαία, αρκεί η επίκληση και εφαρμογή των κανόνων του ποινικού και ιδιωτικού δικαίου. Το κράτος όμως (του οποίου τα όργανα υποχρεούνται, κατά το άρθρο 25 παρ. 1, να διασφαλίζουν την ανεμπόδιστη και αποτελεσματική άσκηση των δικαιωμάτων του ανθρώπου) οφείλει να λαμβάνει όλα τα αναγκαία νομοθετικά και διοικητικά μέτρα για την διασφάλιση της ζωής από ιδιωτικές προσβολές.¹⁹

Με βάση ό,τι αναπτύχθηκε για την ζωή, ισχύει και για το δικαίωμα της υγείας, δηλαδή δεν αναπτύσσεται τριτενέργεια και η σωματική και ψυχική ακεραιότητα είναι υποσύνολα της υγείας και αποτελεί πρωταρχική υποχρέωση της φορέων της κρατικής εξουσίας, κατά άρθρο 2 παρ. 1 του Συντ. να προστατεύει από τις προσβολές τους από τρίτους όταν απειλείται η ύπαρξή τους.

1.4: Ο ορισμός της υγείας κατά τον Παγκόσμιο Οργανισμό της Υγείας

Με βάση τον ορισμό που διατυπώθηκε το 1985 κατά τον WHO: << Η υγεία δεν είναι απλά η απουσία ασθένειας αλλά είναι η κατάσταση πλήρους σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας.>> σε συνδυασμό με τα ανωτέρω που προηγήθηκαν συνάγεται το εξής, ότι το Κράτος είναι ο συνδεδεμένος κρίκος μεταξύ των δικαιωμάτων (ζωής και υγείας) και των φορέων τους, διότι υποχρεώνεται στην διασφάλισή τους, στην προστασία τους και στην εφαρμογή Πολιτικών Υγείας με σκοπό τη διατήρησή τους ώστε το σύνολο των πολιτών να αισθάνεται ασφάλεια, κοινωνική δικαιοσύνη και εμπιστοσύνη.

Ως πολιτική Υγείας ορίζεται: << το σύνολο των κανόνων και των μέτρων που ρυθμίζουν σε μία χώρα την παροχή, διανομή και κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας, με σκοπό τη διασφάλιση και τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.²⁰

Το αγαθό της υγείας συνδέεται άρρηκτα, κατά άρθρο 21 του Συντ., με το δικαίωμα της Κοινωνικής Ασφάλισης-Προστασία. Στην Διεθνή Βιβλιογραφία ισχύουν τρία μοντέλα κοινωνικής ασφάλισης: α) Bismark (Γαλλία, Γερμανία), β) Beveridge (Αγγλία) και γ) Ιδιωτικό (Η.Π.Α)²¹.

Το ελληνικό σύστημα κοινωνικής Προστασίας χαρακτηρίζεται από στοιχεία του συστήματος Bismark, και με την θεσμοθέτησή του Ε.Σ.Υ. το 1983,

19. Δαγτόγλου Π. Δ. (2005) ΣΥΝΤΑΓΜΑΤΙΚΟ ΔΙΚΑΙΟ ΑΤΟΜΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ Α' ΤΟΜΟΣ, 2η έκδοση Αθήνα, ANT. Ν. ΣΑΚΚΟΥΛΑ

20. Τσιομλεξή Δ. Σύγχρονες Πολιτικές Υγείας Πτυχιούχος Κοινωνικής Πολιτικής και Διοίκησης Δ.Π.Θ MSc << Οργάνωση και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας>> Ε.Κ.Π.Α>>

21. Τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης ή προστασίας έχουν ως στόχο την προστασία του πληθυσμού από γεγονότα που οδηγούν στην μείωση των εισοδημάτων του, στην προληπτική ή επανορθωτική προστασία της υγείας, στην εξασφάλιση απασχόλησης και τη διατήρηση της ικανότητας για εργασία με την εγγύηση ενός αξιοπρεπούς επιπέδου διαβίωσης και στη διασφάλιση της δυνατότητας κάθε ατόμου να συμμετέχει ενεργητικά στην οικονομική και κοινωνική ζωή. [Κοντιάδης Ι. Ξ. (2010) ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ κεφάλαιο 1^ο, Κόρινθος,, Παπαζήση]

προσανατολίσθηκε προς τα στοιχεία του συστήματος Beveridge, το οποίο αποτέλεσε ορόσημο για την Χώρα μας.

1.5: : Διάκριση Ανήλικος με Ενήλικο Ασθενή

Η ηλικία αποτελεί τον πιο καθοριστικό παράγοντα, όχι μόνο αναφορικά με την κατάρτιση μιας δικαιοπραξίας²² ενός φυσικού προσώπου (δικαιοπρακτική ικανότητα) αλλά και με την επιβολή κυρώσεων από τον Συνταγματικό μας Νομοθέτη σε περίπτωση επέλευσης μιας παραβατικής συμπεριφοράς (αδικοπρακτική ικανότητα)²³. Με βάση το άρθρο 127 του ΑΚ το ηλικιακό όριο ενηλικίωσης του ανθρώπου είναι το δέκατο όγδοο (18) έτος της ηλικίας του και αποτελεί το κομβικό σημείο με το οποίο, από την χρονική στιγμή, κατά την οποία ξεπερνάται το ανωτέρω όριο πέρα από δικαιώματα, τα οποία του είχαν απονεμηθεί, γεννώνται και υποχρεώσεις.

Ο ενήλικος είναι ικανός προς την κατάρτιση όλων των δικαιοπραξιών και το δικαίωμα της αυτοδιάθεσης των περιουσιακών και προσωπικών του δικαιωμάτων του δεν υπόκεινται σε όρια και εμπόδια παρά μόνο στην περίπτωση που λόγω έλλειψης της πνευματικής ωριμότητάς του και διαύγειας, είτε λόγω της απώλειας της συνείδησής του, αδυνατεί να αντιληφθεί τις συνέπειες των πράξεών του. Ο ανήλικος δεν μπορεί να καταρτίσει το σύνολο των δικαιοπραξιών παρά μόνο στην περίπτωση, που θα αναλυθεί κατωτέρω, ένα περιορισμένο εύρος δικαιοπραξιών δηλαδή, με βάση την ηλικία του, διότι ο συνταγματικός μας Νομοθέτης καθόρισε ποιες δικαιοπραξίες μπορεί να συνάψει.

22. Χριστοφίλοπουλος Γ. Δ. (1998) Εισαγωγή στο δίκαιο-ΒΑΣΙΚΟΙ ΘΕΣΜΟΙ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ, Αθήνα, Π.Ν. ΣΑΚΚΟΥΛΑΣ Α.Ε.Ε.Ε.

Τα στοιχεία μιας δικαιοπραξίας είναι: α) Πράξη, β) βούληση, γ) δήλωση. Α) Ως **πράξη** εννοούμε τη συνειδητή ανθρώπινη ενέργεια που επιφέρει μεταβολή στον εξωτερικό τρόπο που ενδεχομένως είτε να τελείται άλλοτε με πράξη άλλοτε με παράλειψη. Β) Ως **βούληση** εννοούμε την επιθυμία του ανθρώπου, ελεύθερη ελαττωμάτων, κατά τρόπο υγιή, ώρμιο και με πνευματική διαύγεια ώστε κατευθύνεται στην επίτευξη ενός συγκεκριμένου αποτελέσματος-εσωτερικό στοιχείο- και Γ) Ως **δήλωση** αποτελεί η εξωτερική του εσωτερικού στοιχείου, ήτοι της βουλήσεως, με την οποία θα επέλθει μεταβολή στον εξωτερικό κόσμο, με την παραγωγή ενός ή πολλών έννομων αποτελεσμάτων με σκοπό την επέλευση έννομων συνεπειών.

23. Σταθόπουλος Π. Μ. (2004) ΕΠΙΤΟΜΗ ΓΕΝΙΚΟΥ ΕΝΟΧΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ, 4^η έκδοση, Αθήνα, ΣΑΚΚΟΥΛΑΣ Α.Ε. (ΑΘΗΝΑ-ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ)

Οι προϋποθέσεις της αδικοπρακτικής ευθύνης προς αποζημίωση είναι κατ' αρχήν οι τρεις γενικές προϋποθέσεις κάθε ευθύνης προς αποζημίωση, δηλαδή ο νόμιμος λόγος ευθύνης, η ζημία και ο αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ τους. Η παρανομία προϋποθέτει ανθρώπινη πράξη, σημαίνει δηλαδή παράνομη πράξη, η δε υπαιτιότητα προϋποθέτει και ικανότητα προς καταλογισμό που ειδικά ρυθμίζεται στις ΑΚ 915-917. Έτσι οι προϋποθέσεις της ευθύνης προς αποζημίωση κατά την ΑΚ 914 μπορούν να αναλυθούν τελικά στις ακόλουθες έξι: α) Ανθρώπινη πράξη, β) Παρανομία, γ) Ικανότητα προς καταλογισμό, δ) Υπαιτιότητα, ε) Ζημία και στ) Αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ νομίμου λόγου ευθύνης (δηλαδή της παράνομης και υπαίτιας πράξης ενός ικανού προς καταλογισμό προσώπου-προϋποθέσεις α-δ) και της ζημίας. Η αδικοπρακτική ικανότητα συνδέεται με την αδικοπρακτική ευθύνη είναι υποκειμενική αφού στηρίζεται στην αρχή της υπαιτιότητας διότι ανάμεσα στις προϋποθέσεις της ευθύνης η τελευταία (δόλος ή αμέλεια). Ορολογικά γίνεται από την κρατούσα γνώμη διάκριση ανάμεσα στην αδικοπραξία και το αδίκημα. Η πρώτη είναι η άδικη (παράνομη) πράξη, ανεξάρτητα από πράξη υπαιτιότητας, το δεύτερο είναι η παράνομη και υπαίτια πράξη. Δηλαδή αδίκημα είναι η αδικοπραξία που οφείλεται σε υπαιτιότητα του δράστη.

Ο ενήλικος μπορεί, όπως αναλύθηκε ανωτέρω, με την σύναψη των δικαιοπραξιών, εκτός του γεγονότος ότι είναι υποκείμενο δικαιωμάτων, να αναλάβει και υποχρεώσεις. Σε αντίθεση με τον ανήλικο, διότι ο τελευταίος, λόγω του γεγονότος της πνευματικής του ανωριμότητας ώστε να αντιληφθεί τις συνέπειες των πράξεών του, το δίκαιό μας του απονέμει μόνο δικαιώματα.

1.6: Ικανότητα για δικαιοπραξία Ανηλίκου

Κατά άρθρο 128 του ΑΚ απολύτως ανίκανος για δικαιοπραξία είναι ο ανήλικος που δεν έχει συμπληρώσει το δέκατο (10) έτος της ηλικίας του (νήπιος). Σε αντίθεση με το ποινικό μας δίκαιο, κατά άρθρο 121 ΠΚ. τους ανήλικους που δεν έχουν ακόμη συμπληρώσει τα 8 έτη της ηλικίας τους, των οποίων οι συμπεριφορές, όπως ήδη αναφέρθηκε, (δεν θεωρούνται πράξεις), συνεπώς δεν τίθεται καν ζήτημα καταλογισμού²⁴.

Περιορισμένως ικανός για δικαιοπραξία είναι σύμφωνα με την ΑΚ 129 ο ανήλικος που έχει συμπληρώσει το δέκατο (10) έτος της ηλικίας του, δηλαδή μπορεί να καταρτίζει δικαιοπραξίες από τις οποίες αποκτά απλώς και μόνο έννομο όφελος, ήτοι του προσπορίζει δικαίωμα είτε τον απαλλάσσει από υποχρέωση²⁵.

Ο ανήλικος που συμπλήρωσε το δέκατο τέταρτο (14) έτος της ηλικίας του είναι επιπλέον ικανός, σύμφωνα με την ΑΚ 135, να διαθέτει ελεύθερα κάθε τι που κερδίζει από την προσωπική του εργασία ή που του δόθηκε για να το χρησιμοποιεί ή να το διαθέτει ελεύθερα²⁶.

Ο ανήλικος που συμπλήρωσε το δέκατο πέμπτο (15) έτος της ηλικίας του είναι σύμφωνα με την ΑΚ 136, ικανός, να συνάπτει, με την γενική συναίνεση των γόνεων του, που ασκούν το δικαίωμα της γονικής μέριμνας²⁷, σύμβαση εργασίας ως εργαζόμενος.

24. Μπέκας Γ. (2005) ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΠΟΙΝΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ (Ασκήσεις-Σχεδιαγράμματα- Βασικές Έννοιες) Α. Γενικό μέρος, 1η έκδοση, Αθήνα, Π. Ν. ΣΑΚΚΟΥΛΑΣ

25. Γεωργιάδης Σ. Α. (2007) ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ Αστικού Δικαίου ΣΥΝΤΕΤΜΗΜΕΝΗ ΕΚΔΟΣΗ ΠΡΟΣ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ, 3η έκδοση Αθήνα, ΑΝΤ.Ν. ΣΑΚΟΥΛΑ.

Κρίνεται πάντα με κριτήρια νομικά και όχι με βάση το οικονομικό αποτέλεσμα της δικαιοπραξίας που μπορεί να είναι θετικό για τον ανήλικο. Επομένως με τη δικαιοπραξία θα πρέπει ο ανήλικος να μην αναλαμβάνει υποχρέωση ούτε να διαθέτει δικαίωμα.

26. Ωστόσο, στο πλαίσιο της ΑΚ 135 η ικανότητα του ανήλικου να διαθέτει ελεύθερα ό, τι του δόθηκε υφίσταται μόνο υπό την έννοια ότι μπορεί να προβαίνει σε έγκυρη καταβολή με αυτό που δόθηκε σε αυτόν. Προϋπόθεση δηλαδή της ικανότητας αυτής είναι να έχει πράγματι λάβει αυτό που πρόκειται να διαθέσει και να το διαθέτει. (Γεωργιάδης Σ. Α. (2007) ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ Αστικού Δικαίου ΣΥΝΤΕΤΜΗΜΕΝΗ ΕΚΔΟΣΗ ΠΡΟΣ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ, 3η έκδοση Αθήνα, ΑΝΤ.Ν. ΣΑΚΟΥΛΑ).

27. Το δικαίωμα της γονικής μέριμνας, κατά άρθρο 1510 του ΑΚ, ανήκει στους γονείς του ανήλικου τέκνου, αποτελεί καθήκον και υποχρέωση με ταυτόχρονη άσκηση από κοινού, και περιεχόμενό του είναι η επιμέλεια του προσώπου, η διοίκηση της περιουσίας του και την εκπροσώπηση του τέκνου σε κάθε υπόθεση ή δικαιοπραξία ή δίκη που αφορούν το πρόσωπο του ή την περιουσία του. Θεωρείται διαπλαστικό δικαίωμα, του Οικογενειακού δικαίου, μη αυτοτελές, δηλαδή υφίσταται λόγω προϋπαρξής υφιστάμενης έννομης σχέσης, ύπαρξης έγκυρου γάμου με την επέλευση γέννησης τέκνου.

Η συναίνεση των γονέων μπορεί να αφορά συγκεκριμένο είδος εργασίας και σε περίπτωση άρνησης των γονέων του, μπορεί ο ανήλικος να καταφύγει, δια της δικαστικής οδού, ώστε να του χορηγηθεί άδεια για σύναψη της σύμβασης.

Τέλος, σύμφωνα με την ΑΚ 137, ο έγγαμος ανήλικος είναι ικανός για κάθε δικαιοπραξία απαραίτητη για την συντήρηση ή βελτίωση της περιουσίας του ή την αντιμετώπιση των αναγκών της προσωπικής του συντήρησης και εκπαίδευσης, καθώς και για τις τρέχουσες ανάγκες της οικογένειάς του.

Οι ανήλικοι που έχουν συμπληρώσει τα 8, αλλά όχι τα 13 έτη της ηλικίας τους, κατά άρθρο 126 παρ. 1 του ΠΚ, πράττουν αξιόποινη πράξη με βάση το βιολογικό κριτήριο, αλλά κατά αμάχητο τεκμήριο κατά το αξιολογικό κριτήριο θεωρούνται ανίκανοι για καταλογοισμό σε αντίθεση με τους ανήλικους που έχουν συμπληρώσει το 13^ο έτος της ηλικίας τους αλλά όχι το 18^ο, κατά άρθρο 127 του ΠΚ, όπου σε σχέση με το βιολογικό κριτήριο απαραίτητο ρόλο για την κατάφαση της ποινικής ευθύνης τους αποτελεί και η ανάπτυξη της προσωπικότητας του κάθε ανηλίκου²⁸.

Πλέον, στην εποχή της παγκοσμιοποίησης για το δικαίωμα της προστασίας του παιδιού κρίθηκε ως επιτακτική ανάγκη η θεσμοθέτησή του, σε ένα αναδιαμορφούμενο και διαρκώς μεταβαλλόμενο διεθνές περιβάλλον, που βασίστηκε στο σύστημα που καθιέρωσε η ΔΣΔΠ, η οποία υιοθετήθηκε από την Γενική Συνέλευση του ΟΗΕ το 1989 και κυρώθηκε στην Ελλάδα με τον Ν. 2101/1992²⁹.

1.7: Ικανότητα για δικαιοπραξία Ενηλίκου

Μια από τις αρχές που διέπουν το ιδιωτικό δίκαιο, η σημαντικότερη ίσως, είναι η αρχή της αυτονομίας της ιδιωτικής βουλήσεως, που αποτελεί έκφραση της

28. Μπέκας Γ. (2005) ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΠΟΙΝΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ (Ασκήσεις-Σχεδιαγράμματα- Βασικές Έννοιες) Α. Γενικό μέρος, 1η έκδοση, Αθήνα, Π. Ν. ΣΑΚΚΟΥΛΑΣ

Στη περίπτωση που ο ανίκανος για καταλογοισμό δράστης (στον οποίο φυσικά δεν μπορεί να επιβληθεί ποινή, αφού η πράξη του δεν συνιστά έγκλημα κατά το α. 14 ΠΚ) είναι επικίνδυνος ή χρειάζεται ειδική αντιμετώπιση (λ.χ. είναι ανήλικος) το δικαστήριο μπορεί να επιβάλει μέτρα ασφαλείας.

29. Κουτσούκου Ι. Η. (2013) Η νομική προστασία του παιδιού στην Ελλάδα, 1^η έκδοση, Κόρινθος, Νομική Βιβλιοθήκη.

Στα Διακηρυκτικά Κείμενα του 1924 και του 1959 το παιδί οντολογικά αναγνωρίζεται πλέον ως άνθρωπος, θέση που δεν είναι αυτονόητη μέχρι και τις αρχές του 19^{ου} αιώνα. Η εν λόγω αναγνώριση όμως δεν συνεπάγεται αυτόματα και την αναγνώριση του ως φορέα δικαιωμάτων, καθώς κυριαρχεί στα διακηρυκτικά κείμενα του 1924 και του 1959 η αντίληψη πως το παιδί αποτελεί κατεξοχήν αντικείμενο προστασίας.

οικονομικής ελευθερίας του προσώπου, ως ειδικότερη εκδήλωση του συνταγματικά κατοχυρωμένου δικαιώματος για ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας³⁰.

Ο κάθε άνθρωπος, από την στιγμή της γέννησής του, αποκτά την ικανότητα του δικαίου με λογικό επακόλουθο από την χρονική στιγμή της ενηλικίωσής του, να είναι υποκείμενο εννόμων σχέσεων και κυρίως δικαιωμάτων και υποχρεώσεων. Ένα υγιές ενήλικο άτομο, με πνευματική ωριμότητα, διαύγεια και έχοντας την συνείδηση των πραττομένων του, συνάπτει δικαιοπραξίες, συμβάσεις³¹, επιφέρει μεταβολή των προσωπικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων και είναι ικανός να αντιληφθεί τις συνέπειες των πράξεών του.

Εξ' αυτού του λόγου, ο νόμος θέτει δύο αντικειμενικά κριτήρια την ηλικία και την υγεία (σωματική και πνευματική).

1.8: Έννοια της δικαστικής συμπαράστασης

Με τον νόμο 2447/1996 εισήχθησαν σημαντικές τροποποιήσεις σε πολλούς θεσμούς του Οικογενειακού μας Δικαίου, όπως η υιοθεσία, η επιτροπεία και εισήχθησαν νέοι θεσμοί όπως η αναδοχή και η δικαστική συμπαράσταση.

Εάν ένα άτομο, λόγω διαφόρων γενετικών προβλημάτων υγείας, ένεκα τροχαίου ατυχήματος, απώλεσε εν όλω ή εν μέρει την ικανότητά του για σύναψη δικαιοπραξιών, τότε είτε οι οικείοι του με αίτησή τους, είτε με αίτηση του ίδιου του ατόμου, στο Μονομελές Πρωτοδικείο του τόπου κατοικίας, άλλως συνήθους διαμονής του (υπάρχει περίπτωση να νοσηλεύεται σε νοσηλευτικό ή ψυχιατρικό κατάστημα), η οποία εκδικάζεται με την διαδικασία της εκουσίας δικαιοδοσίας, κατά άρθρα 801- 805 του ΚΠολΔ, ζητούν να τεθεί υπό δικαστική συμπαράσταση (1666-1688 ΑΚ). Δηλαδή η δήλωση βουλήσεως του αντικαθίσταται από εκείνη του δικαστικού συμπαραστάτη, είτε για το σύνολο των δικαιοπραξιών είτε για ορισμένες. Σε άλλες περιπτώσεις, για την σύναψη

30. Άρθρο 5 παρ. 1 του Συντ.

Παναγόπουλος Δ. Κ. (1999) ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΑΣΤΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ Εισαγωγή στο δίκαιο και στο αστικό δίκαιο, 2^η έκδοση Αθήνα, Π.Ν. ΣΑΚΚΟΥΛΑΣ.

Σ' αυτή τη νομοθετική διάταξη γίνεται λοιπόν λόγος για τη δικαιοπραξία, που κατά τη λειτουργία της συνιστά το κυριότερο μέσο των συναλλαγών και παραστατικότητα χαρακτηρίστηκε ως μηχανισμός αυτοκαθορισμού του προσώπου ή <<εργαλείο>> για την πραγμάτωση της αρχής της ιδιωτικής αυτονομίας.

31. Γεωργιάδης Σ. Α. (2007) ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ Αστικού Δικαίου ΣΥΝΤΕΤΜΗΜΕΝΗ ΕΚΔΟΣΗ ΠΡΟΣ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ, 3η έκδοση Αθήνα, ΑΝΤ.Ν. ΣΑΚΟΥΛΑ.

Σύμβαση είναι η πολυμερής δικαιοπραξία που περιέχει τις δηλώσεις βουλήσεως δύο ή περισσότερων προσώπων, οι οποίες είναι μεταξύ τους ενάντιες, συμπίπτουν όμως ως προς το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα. Η αντίθετη κατεύθυνση των δηλώσεων βουλήσεως, εκφράζει συνήθως και την αντίθεση συμφερόντων των συμβαλλομένων.

δικαιοπραξιών, απαιτείται να προηγηθεί συναίνεση του δικαστικού συμπαραστάτη, ώστε να θεωρούνται ισχυρές και να επέρχονται τα έννομα αποτελέσματα τους³².

Ο θεσμός της δικαστικής συμπαράστασης αντικατέστησε τον θεσμό της δικαστικής αντίληψης, δικαστικής απαγόρευσης, απαρχαιωμένη νομική έννοια. Καινοτόμος πρωτοποριακή διάταξη τέθηκε με το νέο νόμο, με την κατάργηση της νόμιμης απαγόρευσης ώστε εάν ένα άτομο εκτίει ποινή στερητική της ελευθερίας του να υποβάλλει αίτηση ώστε να υπαχθεί σε δικαστική συμπαράσταση (1688 ΑΚ). Η δικαστική συμπαράσταση έχει δύο μορφές: Την στερητική και την επικουρική.

1.8.1:Στερητική Δικαστική Συμπαράσταση

Είναι η κατάσταση στην οποία τίθεται ένα άτομο, με δικαστική απόφαση που κατά την διάρκειά της είναι ανίκανο για μερικές δικαιοπραξίες (μερική στερητική δικαστική συμπαράσταση) είτε για όλες τις δικαιοπραξίες (πλήρης στερητική συμπαράσταση) (ΑΚ 1676 παρ. 1). Ο ανίκανος συμπαραστατούμενος δεν έχει την δικαιοπρακτική του ικανότητα και εκπροσωπείται από τον δικαστικό συμπαραστάτη του.

1.8.2: Επικουρική Δικαστική Συμπαράσταση

Είναι η κατάσταση στην οποία τίθεται ένα άτομο, με δικαστική απόφαση που κατά την διάρκειά της δεν μπορεί να συμβληθεί στην κατάρτιση είτε ορισμένων δικαιοπραξιών (μερική επικουρική δικαστική συμπαράσταση) είτε για το σύνολο των δικαιοπραξιών χωρίς την προηγούμενη συναίνεση του δικαστικού συμπαραστάτη (ΑΚ 1676 αρ.2, 1678)

32. Η προηγούμενη συναίνεση του δικαστικού συμπαραστάτη, αποτελεί νομική αίρεση, δηλαδή απαιτείται η επέλευση ενός γεγονότος, να συντρέξει ένα άλλο στοιχείο, που τάσσει ο νόμος, ώστε η δικαιοπραξία να αναπτύξει τα έννομα αποτελέσματά της. Θεωρείται ατελής ή ανενεργή ή ελλιπής και το κύρος της είναι μετέωρο, μέχρι πλήρωσης αυτού του γεγονότος με αποτέλεσμα να θεωρείται εξ' υπαρχής έγκυρη. Σε περίπτωση που δεν επέλθει αυτό το γεγονός τότε θεωρείται άκυρη. [Γεωργιάδης Σ. Α. (2007) ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ Αστικού Δικαίου ΣΥΝΤΕΤΜΗΜΕΝΗ ΕΚΔΟΣΗ ΠΡΟΣ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ, 3η έκδοση Αθήνα , ANT.N. ΣΑΚΟΥΛΑ.]

1.9: Έννοια της συγκατάθεσης

Ως συγκατάθεση εννοείται η δήλωση επιδοκιμασίας μίας δικαιοπραξίας ενός προσώπου από κάποιο άλλο πρόσωπο, η οποία (δήλωση) απαιτείται από το νόμο για να αναπτύξει η δικαιοπραξία τα αποτελέσματά της. Η συγκατάθεση παρέχεται από τρίτο πρόσωπο, δηλαδή πρόσωπο άλλο από τα υποκείμενα της σχέσης, η οποία ισχυροποιείται με την παρεχόμενη συγκατάθεση³³.

Ο τύπος που ακολουθείται είναι ότι η δήλωση βουλήσεως, η οποία αποτελεί μονομερή δικαιοπραξία, απευθύνεται σε ένα από τα μέρη της δικαιοπραξίας και δεν επηρεάζεται από το κύρος της τελευταίας. Είναι μονομερής, απευθυντέα, αφηρημένη δικαιοπραξία και με βάση το άρθρο ΑΚ 236 μπορεί αναλόγως των περιστάσεων να δοθεί είτε γραπτώς είτε σιωπηρώς. Ισχύουν οι διατάξεις για την αντιπροσώπευση άρθρο 211 ΑΚ επ.

Με βάση το Ποινικό μας Δίκαιο, συγκατάθεση είναι η σύμφωνη βούληση του φορέα του εννόμου αγαθού, σε περιπτώσεις εγκλημάτων, στον οποίων την αντικειμενική υπόσταση τυποποιείται, ρητά ή εννοούμενα, η ύπαρξη αντίθετης βούλησης του φορέα, δηλαδή προϋποθέτουν την τέλεση της πράξης ενάντια στην βούληση του φορέα του προστατευόμενου αγαθού³⁴.

Με βάση τα ανωτέρω, όπως εκτέθηκαν απαραίτητο στοιχείο της δικαιοπραξίας ώστε να επέλθουν οι έννομες συνέπειές της είναι η γνώση από όλα τα μέρη που θα συμβληθούν μεταξύ τους και συνδέεται άρρηκτα με το άρθρο 11 του Ν. 3418/2005 (κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας).

1.10: Έννοια της συναίνεσης

Συναίνεση είναι η συγκατάθεση για την επιχείρηση μιας δικαιοπραξίας, η

33. Γεωργιάδης Σ. Α. (2007) ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ Αστικού Δικαίου ΣΥΝΤΕΤΜΗΜΕΝΗ ΕΚΔΟΣΗ ΠΡΟΣ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ, 3η έκδοση Αθήνα, ΑΝΤ.Ν. ΣΑΚΟΥΛΑ.

Η συγκατάθεση με βάση τα ανωτέρω αποτελεί όρο του ενεργού της δικαιοπραξίας αλλά μέχρι να οριστικοποιηθεί αν αυτή δοθεί ή όχι, η δικαιοπραξία είναι μετέωρη. Αν δοθεί η συγκατάθεση, η δικαιοπραξία καθίσταται ενεργός ενώ αν υπάρξει βεβαιότητα ότι η συγκατάθεση δεν θα δοθεί, η δικαιοπραξία είναι οριστικώς άκυρη. Είναι νομική αίρεση δικαίου.

34. Μπέκας Γ. (2005) ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΠΟΙΝΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ (Ασκήσεις-Σχεδιαγράμματα- Βασικές Έννοιες) Α. Γενικό μέρος, 1η έκδοση, Αθήνα, Π. Ν. ΣΑΚΚΟΥΛΑΣ

Αν συνεπώς ο φορέας του εννόμου αγαθού συμφωνεί με την τέλεση της πράξης, ο δράστης δεν πληρεί καν την αντικειμενική υπόσταση του εγκλήματος, άρα δεν τελεί καν καταρχήν άδικη πράξη και συνακόλουθα δεν τίθεται θέμα άρσης του αδικού.

οποία (συγκατάθεση) παρέχεται είτε πριν είτε κατά την επιχείρηση της δικαιοπραξίας (ΑΚ 23, 237). Για την φύση, τον τρόπο με τον οποίο παρέχεται και τον τύπο της συναίνεσης ισχύουν όσα αναφέρθηκαν παραπάνω για την συγκατάθεση³⁵. Το έγγραφο συναίνεσης ζητά συνήθως ο γιατρός από τον ασθενή να το υπογράψει, μετά από ενημέρωση για τους κινδύνους μιας νόσου, τις επιπλοκές της, την αναγκαιότητα της επέμβασης, τις πιθανές επιπλοκές, τις πιθανές εναλλακτικές λύσεις αν δεν γίνει η επέμβαση κ.ο.κ³⁶.

Σύμφωνα με το άρθρο 237 εδ. α' του ΑΚ επιτρέπεται ανάκληση της συναίνεσης μέχρι να επιχειρηθεί η δικαιοπραξία³⁷.

Απαραίτητο στοιχείο της συναίνεσης είναι η προηγούμενη γνώση του φορέα του προστατευόμενου αγαθού, και όπως και στην συγκατάθεση, απαραίτητος δεσμός αποτελεί και η σύνδεσή της με τα άρθρα 11 και 12 του Ν. (3418/2005).

Κατά το Ποινικό μας Κώδικα οι προϋποθέσεις άρσης του αδίκου λόγω συναίνεσης του παθόντος είναι: α) η ύπαρξη σύμφωνης βούλησης του φορέα του έννομου αγαθού και β) προσβολή δεκτική συναίνεσης. Κατά το χρόνο τέλεσης της κατά αρχήν άδικης πράξης υπάρχει η, εξωτερικευμένη και απαλλαγμένη ελαττωμάτων, σύμφωνη βούληση του φορέα του προσβαλλόμενου αγαθού, ο οποίος είναι ικανός να συναινέσει³⁸ (άρθρο 308 παρ. 2 του Π.Κ.). Υπόθεση εργασίας αποτελεί όταν ασθενής μεταφέρεται στο νοσηλευτικό ίδρυμα λόγω κρυσταλλών στα πόδια και κατόπιν πλήρους ενημέρωσης από τον θεράποντα ιατρό, για να μην απωλεσθεί η ζωή του, θα πρέπει να επακολουθήσει επέμβαση, η πιο ενδεδειγμένη, στην δεδομένη χρονική στιγμή, ακρωτηριασμού είτε των δακτύλων είτε ενός εκ των κάτω άκρων.

35. Γεωργιάδης Σ. Α. (2007) ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ Αστικού Δικαίου ΣΥΝΤΕΤΜΗΜΕΝΗ ΕΚΔΟΣΗ ΠΡΟΣ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ, 3η έκδοση Αθήνα, ΑΝΤ.Ν. ΣΑΚΟΥΛΑ.

36. Πολίτης Χ., δικηγόρου ΑΠ, ΣτΕ, Δρος Ιατρ. Π.Α., Επισκέπτη Καθηγητή Ιατρικού Δικαίου Ευρωπαϊκού Πανεπιστημίου Κύπρου. (ΑΡΧΕΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ, ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ) <http://www.isathens.gr/nomika-themata/arxes-iatrikou-dikaiou.html>

Σε αυτό το έγγραφο θα πρέπει να γίνει μια διάκριση. Ο ασθενής πρώτον ασκεί το δικαίωμά του της αυτονομίας της βούλησης, της αυτοδιάθεσής του. Δεύτερον αποδέχεται τους κινδύνους, τις επιπλοκές που είναι σύμφυτοι με την επέμβαση και δεν οφείλονται σε υπαιτιότητα του γιατρού. Αν υπάρχει αμέλεια του γιατρού, αυτή θα καταλογισθεί στο γιατρό. Στην περίπτωση αυτή το έγγραφο αυτό δεν παίζει κανένα ρόλο. Στη χώρα μας, δεν υπάρχει νόμος κατά ο οποίο προβλέπεται η υπογραφή ενός τέτοιου εγγράφου αλλά στην πράξη λίγοι ιατροί δίνουν ένα τέτοιο έγγραφο να υπογράψει ο ασθενής.

37. Το δικαίωμα της ανάκλησης είναι διαπλαστικό και ασκείται με μονομερή απευθυντέα δήλωση βουλήσεως προς εκείνο από τα μέρη, προς το οποίο είχε δοθεί συναίνεση. Δεν απαιτείται τύπος, εκτός αν η συναίνεση δόθηκε υπό ορισμένο τύπο και υπάρχουν περιπτώσεις, στις οποίες επιβάλλονται σε δικαιοπραξίες η τήρηση ορισμένου τύπου (1033 ΑΚ). Η διάταξη περί ανάκλησης είναι ενδοτικού δικαίου και τα μέρη μπορούν ανεπιφύλακτα να παραιτηθούν του δικαιώματός τους.

38. Μπέκας Γ. (2005) ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΠΟΙΝΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ (Ασκήσεις-Σχεδιαγράμματα- Βασικές Έννοιες) Α. Γενικό μέρος, 1η έκδοση, Αθήνα, Π. Ν. ΣΑΚΚΟΥΛΑΣ

Προσβολή δεκτικής συναίνεσης υπάρχει, όταν πρόκειται για αδίκημα που προσβάλλει διαθέσιμο από τον φορέα του έννομο αγαθό (υγεία για προσβολή μέχρι την απλή σωματική βλάβη, τιμή και περιουσιακά έννομα αγαθά) και η συγκεκριμένη προσβολή δεν προσκρούει στα χρηστά ήθη.

1.11: Διάκριση μεταξύ συναίνεσης και συγκατάθεσης

Η συγκατάθεση θεωρείται πιο ευρεία έννοια σε σχέση με την συναίνεση και περιλαμβάνει και μία άλλη νομική έννοια την έγκριση³⁹.

Δίδεται και από τρίτο πρόσωπο σε αντίθεση με την συναίνεση, η οποία παρέχεται από το ίδιο το φυσικό πρόσωπο, το φορέα του προστατευόμενου έννομου αγαθού.

Η συναίνεση προηγείται ως προς την επιχείρηση μιας δικαιοπραξίας ή μπορεί να τελεστεί ταυτόχρονα κατά την διάρκεια της δικαιοπραξίας, σε αντίθεση με την συγκατάθεση, η οποία επέρχεται κατά την ολοκλήρωση της δικαιοπραξίας.

Η συγκατάθεση αποτελεί νομική αίρεση δικαίου, δηλαδή ισχυροποιεί μια ανενεργό δικαιοπραξία, σε αντίθεση με την συναίνεση, η οποία αποτελεί απαραίτητο συστατικό στοιχείο για την επιχείρηση της δικαιοπραξίας.

Η συναίνεση μπορεί να ανακληθεί, ενώ η συγκατάθεση δεν ανακαλείται. Απλώς, σε ορισμένες περιπτώσεις, δεν δίδεται ώστε να παραχθούν τα έννομα αποτελέσματα της δικαιοπραξίας, με αποτελέσματα να θεωρείται άκυρη.

Η συναίνεση καθιερώνεται στον Ν. 3418/2005, πιο συγκεκριμένα στο άρθρο 12, καθώς επίσης στον Π.Κ. στο άρθρο 308 παρ.2, ενώ η συγκατάθεση δεν τυποποιείται σε κάποιο νομοθέτημα, νόμο, προεδρικό διάταγμα και υπουργική απόφαση.

Η συναίνεση αποτελεί λόγο άρσης του αδίκου, δηλαδή η πράξη που έχει προηγηθεί είναι καταρχήν άδικη αλλά αίρεται ο άδικος χαρακτήρας της, ενώ με την συγκατάθεση δεν υφίσταται αρχικώς η αντικειμενική υπόσταση του αδικήματος ώστε να τίθεται θέμα άρσης του αδίκου.

Οι τρεις ομοιότητες των δύο εννοιών είναι α) είναι μονομερείς, απευθυντές, αφηρημένες δικαιοπραξίες, β) δεν απαιτείται ορισμένος τύπος, το οποίο κρίνεται κατά περίπτωση και γ) απαραίτητο στοιχείο αποτελεί η γνώση είτε για την επιχείρηση της δικαιοπραξίας είτε για την ολοκλήρωσή της.

39. Έγκριση είναι η συγκατάθεση, η οποία παρέχεται μετά την επιχείρηση μιας δικαιοπραξίας και ισχυροποιεί εκ των υστέρων μία ανενεργή δικαιοπραξία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

2.1: Έννοια της ευθανασίας

Ο τερματισμός της ζωής ενός ανθρώπου επέρχεται με την θανάτωσή του. Υπάρχουν πολλοί τρόποι επέλευσης του θανάτου και ένας από αυτούς τους τρόπους είναι και η ευθανασία.

Η ευθανασία, ως έννοια και ως κατάσταση, αποτέλεσε, αποτελεί και θα αποτελεί το κέντρο πολλών συζητήσεων σε πλείστες επιστημονικές κοινότητες, όχι μόνο ως προς τον τρόπο ποινικής, αστικής, ηθικής αντιμετώπισής της αλλά και ως προς τον τρόπο επέλευσής της καθώς και ως προς τις συνέπειες που αναδύονται από την ολοκληρώσή του συγκεκριμένου γεγονότος, του τερματισμού της ζωής ενός φυσικού προσώπου.

Η σημερινή ερμηνεία του όρου "ευθανασία" σημαίνει την πρόκληση ανώδυνου (σωματικά και ψυχικά) θανάτου από ευσπλαχνία σε ανθρώπους που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο ανίατης ασθένειας ή βαρύτατου τραυματισμού, με σκοπό τη λύτρωση και ύστερα από προσωπική τους επιθυμία ή επιθυμία των συγγενών τους και με κίνητρο πάντα τον οίκτο, την αγάπη, τον σεβασμό και την αξιοπρέπεια.⁴⁰

Συνοπτικά, για να μπορεί να θεωρηθεί μια συμπεριφορά **ως ευθανασία** θα πρέπει να περιέχει τα εξής αντικειμενικά στοιχεία:⁴¹

- Μια (α) **συμπεριφορά θανάτωσης ζωντανού** ανθρώπου
- Ύπαρξη μιας κατάστασης **έλλειψης υγείας**, λόγω ασθένειας, ατυχήματος κ.λ.π
- Η κατάσταση αυτή να είναι **μη αναστρέψιμη**
- Η κατάσταση αυτή να οδηγεί **σύντομα και αναπόδραστα στο θάνατο**
- Η διαδρομή αυτή να είναι **επώδυνη ή αναξιοπρεπής**

40. Η θέση της Εκκλησίας επί του θέματος της Ευθανασίας" Εισήγησις του Σεβ. Μητροπολίτου Φθειώτιδος κ.κ ΝΙΚΟΛΑΟΥ

Ευθανασία (η) { χωρ. Πληθ} 1. Ο όσο το δυνατόν καλύτερος, ευκολότερος και πιο ανώδυνος θάνατος 2. (ειδικότ.) η πρόσκληση ανώδυνου θανάτου ή η επίσπευση αυτού, προκειμένου να συντομευθεί η αγωνία ετοιμοθάνατου ή πάχοντος από ανίατη ασθένεια.

[**ΕΤΥΜ.** Μτγν., αρχική σημ. << ευτυχισμένος ή αξιοπρεπής θάνατος>>, <ευ + θάνατος>. Η σημερινή σημ. είναι αντιδάν. από αγγλ. euthanasia]. Μπαμπινιώτης Δ. Γ (2008) ΛΕΞΙΚΟ ΤΗΣ ΝΕΑΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΓΛΩΣΣΑΣ, 3^η έκδοση, Αθήνα, ΚΕΝΤΡΟ ΛΕΞΙΚΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Π.Ε.

41. Μπέκας Γ. (2004) Η ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΠΟΙΝΙΚΟ ΚΩΔΙΚΑ, 1η έκδοση, Αθήνα, Π. Ν. ΣΑΚΚΟΥΛΑΣ (σελ. 23-24)

- Να υπάρχει σοβαρή και έγκυρη **απαίτηση** του θνήσκοντος για επίσπευση του τέλους ή σε περίπτωση που η πνευματική του κατάσταση δεν επιτρέπει την εκδήλωση της απαίτησης αυτής, **να μην συνάγεται η αντίθεσή** του στην επίσπευση του τέλους.
- Η παραπάνω (α) συμπεριφορά θανάτωσης **να είναι πρόσφορη να ανακουφίσει** το πάσχοντα, παρέχοντάς του έναν πιο ανώδυνο και αξιοπρεπή θάνατο.

Οι ανωτέρω προϋποθέσεις που ήδη αναλύθηκαν, αναφορικά με την ταύτιση μια συμπεριφοράς ενός ατόμου στην έννοια της ευθανασίας τυποποιείται ως αποκλίνουσα συμπεριφορά, από τον Συνταγματικό μας Νομοθέτη, στο άρθρο 300 Π.Κ. όπου εσφαλμένα τιτλοφορείται “ανθρωποκτονία με συναίνεση”, καθώς ο ορθρός τίτλος θα έπρεπε να είναι “ανθρωποκτονία ένεκα οίκτου”. Με την επέλευση της συγκεκριμένης συμπεριφοράς επέρχονται δυσμενείς ποινικές κυρώσεις στον δράστη του εν λόγω αδικήματος, ήτοι φυλάκιση, από δέκα (10) ημέρες έως πέντε (5) έτη κατά άρθρο 53 του Π.Κ. Σε περίπτωση δε, όπου ελλείπει μία από τις ανωτέρω προϋποθέσεις, τότε ομιλούμε για ανθρωποκτονία εκ προθέσεως κατά άρθρο 299 του Π.Κ. και προβλέπεται η ποινή της κάθειρξης, όπου κατά άρθρο 52 παρ. 3 του Π.Κ. ορίζεται το ελάχιστο σε πέντε (5) έτη και το ανώτερο στα είκοσι (20) έτη άλλοτε στα είκοσι πέντε (25) έτη.

2.2: Διακρίσεις της ευθανασίας

Η συμπεριφορά του ανωτέρω δράστη του αδικήματος της ευθανασίας, όπως θα αναλυθεί κατωτέρω, τελείται άλλοτε με ενέργεια και άλλοτε με παράλειψη. Εξ’ αυτού του λόγου, και από το γεγονός της εξέλιξης της τεχνολογίας, λόγω προόδου της νομικής και ιατρικής επιστήμης, οι δύο μεγάλες διακρίσεις της ευθανασίας είναι η **ενεργητική** ευθανασία, όπου διακρίνεται σε άμεση, έμμεση και η **παθητική**. Οι συγκεκριμένες διακρίσεις διαιρούνται σε υπό περιπτώσεις που θα αναλυθούν εκτενώς κατωτέρω στο συγκεκριμένο κεφάλαιο.

Ασφαλώς σημαντικό κριτήριο διαδραματίζει και η συναίνεση του ασθενούς που άλλοτε είναι **εκούσια**, δηλαδή έχει συναίσθηση του περιβάλλοντος, και δίδει εντολή στον θεράποντα ιατρό του να προβεί στον τερματισμό της ζωής του, άλλοτε είναι **ακούσια**, δηλαδή ευρίσκεται σε κώμα και οι οικείοι⁴² του ή ο θεράπων ιατρός του αναλαμβάνουν την θανάτωσή του και τέλος ενώ ευρίσκεται

42. Έννοια όρων του Κώδικα. Στον Κώδικα οι ακόλουθοι όροι χρησιμοποιούνται με την εξής σημασία: Οικείοι: οικείοι είναι οι συγγενείς εξ αίματος και εξ αγχιστείας σε ευθεία γραμμή, οι θετοί γονείς και τα θετά τέκνα, οι σύζυγοι, οι μνηστευόμενοι, οι αδελφοί και οι σύζυγοι και οι μνηστήρες των αδελφών, καθώς και οι επίτροποι ή επιμελητές του υπαίτιου και όσοι βρίσκονται υπό τη επιτροπεία ή επιμέλεια του υπαίτιου. Άρθρο 13 περίπτωση (β) του Ελληνικού Ποινικού Κώδικα

σε κατάσταση πλήρους απώλειας των αισθήσεών του, τεκμαίρεται **προηγούμενη εκπεφρασμένη συναίνεσή** του. Μείζονος σημασίας δεν αποτελεί η συναίνεση καθαυτή του ασθενούς αλλά η έκφρασή της με την οποία δηλώνεται η βούλησή του άλλοτε ρητώς, άλλοτε προφορικώς, άλλοτε σιωπηρώς, που εάν και εφόσον ελλείπει η τελευταία τότε ομιλούμε όχι για ευθανασία αλλά για δολοφονία.

2.3: Ενεργητική Ευθανασία

Η θανάτωση του ασθενούς, ο οποίος πάσχει από αφόρητους και επώδυνους πόνους, οπότε καθίσταται η κατάσταση της υγείας του μη αναστρέψιμη, διότι η καλύτερευση της τελευταίας θεωρείται ουτοπία, επέρχεται με ενέργεια είτε του θεράποντος ιατρού είτε του επάγγελματία υγείας. Περιπτώσεις ενεργητικής ευθανασίας, όπου η ενέργεια σκοπεί ευθέως στον θάνατο, π.χ. με χορήγηση δηλητηρίου, και ενώ ο οργανισμός του πάσχοντος έχει ακόμη αυτοδύναμες λειτουργίες ή η ανάγκη για μηχανική υποστήριξη είναι αναστρέψιμη, αλλά η τελική κατάληξη σε θάνατο είναι επικείμενη και αναπόδραστη όπως π.χ. περιπτώσεις καρκίνου τελικού σταδίου⁴³.

Οι λόγοι για τους οποίους απορρίπτεται η ενεργητική ευθανασία είναι διότι αποτελεί καταχρηστικό γεγονός, επειδή η ζωή πολλών ασθενών και ηλικιωμένων θα έμπαινε σε κίνδυνο ή θα μπορούσε να τους ασκηθεί, από τους θύτες τους, ψυχολογική πίεση προκειμένου να απαιτήσουν τον τερματισμό της ζωής τους και τελικώς η εξακριβωση της ύπαρξης απαίτησης αποτελεί δυσασπώδευτο γεγονός

43. Μπέκας Γ. (2004) Η ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΠΟΙΝΙΚΟ ΚΩΔΙΚΑ, 1η έκδοση, Αθήνα, Π. Ν. ΣΑΚΚΟΥΛΑΣ

Εδώ το καταρχήν άδικο είναι δεδομένο, η δε επίκληση του α. 25 ΠΚ δεν φαίνεται πειστική, δεδομένου ότι η ενέργεια τείνει ευθέως στο θάνατο και ο τελευταίος δεν εμφανίζεται ως <<πράπλευρη ζημία>>- παρενέργεια μιας ενέργειας που τείνει στην ευθεία ελάττωση των πόνων. Συνεπώς οι περιπτώσεις αυτές είναι τελικά άδικες ως ανθρωποκτονίες είτε του άρθρου 299 ΠΚ αν δεν υπάρχει επίμονη απαίτηση του θύματος, είτε του α. 300 ΠΚ, αν υπάρχει τέτοια απαίτηση, μπορεί όμως να αρθεί ο καταλογισμός λόγω εσφαλμένης από την έντονη ψυχική πίεση λύσης της σύγκρουσης καθηκόντων.

2.3.1: Άμεση Ενεργητική Ευθανασία

Η θανάτωση του ασθενούς επέρχεται με την λήψη μέτρων που επισπεύδουν τον θάνατο του ο οποίος πάσχει από αφόρητους πόνους. Σε αυτή τη μορφή ευθανασίας υπάγονται ενέργειες που έχουν ως σκοπό την ανακούφιση των πόνων του ασθενούς με αποτέλεσμα που θεωρείται αποδεκτό από τον δράστη ότι θα επέλθει ο θάνατος του εν γένει <<θύματος>>. Παραδείγματα αποτελούν η χορήγηση κυανίου ή η χορήγηση τέτοιας δόσης ναρκωτικού που οπωσδήποτε θα προκαλέσει το θάνατο.

Θεωρείται άρρηκτα συνδεδεμένη με το άρθρο 299 του ΠΚ, διότι η συγκεκριμένη πράξη δεν διαφέρει από την θανάτωση με άλλο τρόπο (λ.χ. με πυροβολισμό) ενός φυσικού προσώπου, και ως ποινή προβλέπεται ισόβια κάθειριξη ήτοι πέντε (5) έτη έως είκοσι πέντε (25) έτη.

2.3.1.1: Εθελοντική ή εκούσια ενεργητική ευθανασία

Η μορφή αυτή θα μπορούσε να ονομασθεί και "κατά παραγγελία". Στην περίπτωση αυτή ο ασθενής παρακαλεί τον ιατρό η άλλο πρόσωπο να του χορηγήσει κάποιο δηλητήριο η με οποιοδήποτε άλλο τρόπο να του προκαλέσει ευθέως τον θάνατο. Απαραίτητη θεωρείται η ικανότητα του βαρέως πάσχοντος, να δώσει συγκατάθεση με πλήρη επίγνωση και πνευματική διαύγεια⁴⁴. Στην κατηγορία αυτή ανήκει και η μοναδική στα ελληνικά χρονικά υπόθεση της Γεωργίας Κοντέση και του Μουσελά.

Η εθελοντική ενεργητική ευθανασία, ανεξάρτητα από τούς λόγους για τούς οποίους γίνεται, είναι πράξη ανθρωποκτονίας και τιμωρείται αυστηρά κατά το άρθρο 301 του Ποινικού Κώδικα.

2.3.1.2: Μη εθελοντική ή κατά παραγγελία ευθανασία

Η λεγομένη και "ακούσια ευθανασία" προσφέρεται από τον ιατρό η άλλο πρόσωπο σε κάποιον πού υποφέρει χωρίς να υπάρχει καμία ελπίδα αποκατάστασης της υγείας του και χωρίς την συγκατάθεση του ασθενούς, ο οποίος είτε είναι "φυτό" είτε όχι, ούτε καν ερωτάται.

Τέτοια ευθανασία ήταν η περίπτωση του Βασιλέως της Αγγλίας Γεωργίου του Ε', ο οποίος βρισκόταν σε κόμα και με εντολή της Βασίλισσας Μαίρης και του Πρίγκιπα της Ουαλίας Εδουάρδου του Η', του μετέπειτα Βασιλέως της Αγγλίας, ο ιατρός Ντένσον του έκανε δύο θανατηφόρες ενέσεις, μορφίνης και κοκαΐνης, συντομεύοντας έτσι το τέλος του, στις 10 Ιανουαρίου του 1936.

44. Η θέση της Εκκλησίας επί του θέματος της Ευθανασίας" Εισήγησης του Σεβ. Μητροπολίτου Φθιώτιδος κ.κ ΝΙΚΟΛΑΟΥ

Περίπτωση εθελοντικής ενεργητικής ευθανασίας είναι η εξής: Άνδρας 65 ετών προσβάλλεται από καρκίνο του προστάτη. Οι θεραπευτικοί χειρισμοί δεν μπορούν να αποτρέψουν την εμφάνιση οστικών μεταστάσεων. Ο ασθενής υποφέρει από φρικτούς πόνους. Ούτε τα κοινά αναλγητικά, ούτε τα οπιούχα βοηθούν αποφασιστικά. Ο ασθενής αντιλαμβάνεται το πεπερασμένο των ιατρικών προσπαθειών και εκλιπαρεί τον ιατρό να του επιφέρει τον θάνατο για να τον απαλλάξει από το μαρτύριο των πόνων

2.3.2: Έμμεση Ενεργητική Ευθανασία

Η ευθανασία του είδους αυτού γίνεται στα πλαίσια μιας φαρμακευτικής αγωγής, αλλά έμμεσα οδηγεί στην επίσπευση του θανάτου και η διάκριση με την άμεση ενεργητική ευθανασία έγκειται στη γνώση του ιατρού της επιδίωξης του της πρόκλησης του θανάτου, ενώ στην έμμεση γνωρίζει ως ενδεχόμενο ότι μπορεί να επέλθει ο θάνατος και το αποδέχεται ως αναγκαίο κακό, μπορεί όμως και οι πόνοι να ελαττωθούν και η ζωή νά επιμηκυνθεί⁴⁵. Λ.χ. ο ιατρός μπορεί να προβλέψει ότι η χορήγηση υψηλής δόσεως απιοειδών, για την αντιμετώπιση του πόνου ασθενών τελικού σταδίου, είναι δυνατό να ελαφρύνει τους πόνους, αλλά και να προκαλέσει τον θάνατο.

Κοινός παρονομαστής, τόσο για την άμεση όσο και για την έμμεση ενεργητική ευθανασία αποτελεί η μεταβλητή, δια της οποίας επέρχεται η θανάτωση του φυσικού προσώπου, που είναι η ύπαρξη τελέσεως αδίκου ενέργειας.

Αξίζει να σημειωθεί, ότι στην έμμεση ενεργητική ευθανασία έχει προηγηθεί στάθμιση των συμφερόντων του ασθενούς για ανώδυνη έξοδο, με την διακινδύνευση του τελευταίου για μικρή παράταση ζωής του ασθενούς⁴⁶.

Με βάση όσων προηγήθηκαν, αναφορικά με την ενημέρωση του ασθενούς, δημιουργείται ένα νομικό παράδοξο. Δηλαδή, εάν ο ιατρός, εφόσον ο ασθενής ευρίσκεται σε κώμα, και υπάρχει κίνδυνος ταχείας επέλευσης του θανάτου, πριν ενημερώσει τον ασθενή, όσο είχε τις αισθήσεις του, έχει μεριμνήσει και λάβει την συγκατάθεση των οικείων του, για την διενέργεια μιας ιατρικής πράξης που θα οδηγήσει στην ανακούφιση των πόνων του με σκοπό την μικρή παράταση της ζωής του, αποδεχόμενος το ενδεχόμενο του θανάτου, τότε δεν πληροίται η αντικειμενική υπόσταση του οποιουδήποτε αδικήματος. Διότι η συγκατάθεση δίδεται από τρίτο πρόσωπο. Η ύπαρξη της συναίνεσης για την ολοκλήρωση μιας δικαιοπραξίας, πόσω δε μάλλον για την διενέργεια μιας ιατρικής πράξης, αποτελεί στοιχείο που αποδεικνύεται δύσκολα, διότι σε αντίθετη περίπτωση ο θεράπων ιατρός απειλείται με αστικές και ποινικές κυρώσεις και μοναδική κάμψη του τελευταίου κανόνα είναι με βάση το άρθρο 12 παρ. 3 του Ν. 3418/2005, προκειμένου να απαλλαγεί.

45. Μπιτζαράκη Σ., Τσιλιλή Α., Φανταουτσάκη Μ. (2008) ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: << Η στάση των νοσηλευτών απέναντι στην ευθανασία και οι παράγοντες που την επηρεάζουν>>, Ηράκλειο, Επιβλέπων Καθηγητής: Παχούμη Δ.

Η διαφορά από την ενεργητική ευθανασία ευρίσκεται στην υποκειμενική κάλυψη της πράξεως από τον ιατρό. Για την αγωγή θεωρείται απαραίτητη η ενημέρωση του ασθενούς για την συναίνεσή του και τους κινδύνους.

46. Μπέκας Γ. (2004) Η ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΠΟΙΝΙΚΟ ΚΩΔΙΚΑ, 1η έκδοση, Αθήνα, Π. Ν. ΣΑΚΚΟΥΛΑΣ Το πρώτο φαίνεται να είναι σημαντικά ανώτερο από το δεύτερο, άρα και με την προϋπόθεση ότι αν μεν ο πάσχων έχει πνευματική διαύγεια, έχει ενημερωθεί για τον κίνδυνο και συναινεί, αν δε δεν έχει ικανότητα έκφρασης έγκυρης βούλησης δεν συνάγεται από προηγούμενες δηλώσεις του ότι δεν συναινεί, τότε υπάρχει άρση του άδικου χαρακτήρα της πράξης, είτε με ευθεία εφαρμογή του α. 25 ΠΚ, είτε με αναλογική εφαρμογή του εάν δεχθεί κανείς ότι για την ευθεία εφαρμογή του α. 25 ΠΚ απαιτείται διαφοροποίηση των φορέων του σωζόμενου και του θυσιαζόμενου αγαθού.

2.4: Παθητική ευθανασία

Ο όρος <<παθητική ευθανασία>> θεωρείται καινοτόμος στην ιατρική και νομική επιστήμη. Η αλματώδης εξέλιξη της τεχνολογίας έδωσε την δυνατότητα σε ασθενείς, οι οποίοι ευρίσκονταν σε κώμα και ο εγκέφαλος ήταν ήδη κατεστραμένος, λ.χ. σοβαρού τροχαίου ατυχήματος, να παραταθεί η ζωή τους, με την χρήση ιατρικών μηχανημάτων. Η παθητική ευθανασία επέρχεται όχι με πράξη, σε αντίθεση με την ενεργητική ευθανασία, αλλά με παράλειψη, δηλαδή, ορίζεται ως η διακοπή ή η απόσυρση μιας υποστηρικτικής για τη ζωή του ασθενούς θεραπευτικής αγωγής (π.χ. αναπνευστήρας) με αποτέλεσμα το θάνατό του⁴⁷. Είναι ένα φαινόμενο που οι σημερινοί ιατροί καλούνται ν'αντιμετωπίζουν όλο και συχνότερα καθώς τα μέσα της σύγχρονης βιοϊατρικής υποστήριξης μπορούν να συντηρήσουν τεχνητά έναν ασθενή, χρησιμοποιώντας μια εξαντλητική θεραπευτική επιμονή που το μόνο που κάνει είναι να επιτείνει το αναπόφευκτο⁴⁸.

Αξιίζει να σημειωθεί το εξής, ότι δεν αποτελεί ούτε ενεργητική, ούτε παθητική ευθανασία, το γεγονός, κατά το οποίο έχει επέλθει ο εγκεφαλικός θάνατος, αλλά οι λοιπές λειτουργίες διατηρούνται με μηχανήματα. Η αποσύνδεση αυτών των μηχανημάτων, με την οποία έχει επέλθει η παύση όλων των σωματικών λειτουργιών δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ευθανασία⁴⁹.

Πριν την εξέλιξη της τεχνολογίας και την αλματώδη εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης, η παραδοσιακή άποψη θεωρούσε τον άνθρωπο νεκρό, όταν έπαυε η λειτουργία των πνευμόνων και της καρδιάς. Παρόλα αυτά και με την εξέλιξη της ιατρικών μέσων και την εμφάνιση καινοτόμων ιατρικών μηχανημάτων, ξεκίνησε διαμάχη στους κύκλους της ιατρικής κοινότητας, αναφορικά με την επέλευση θανάτου φυσικού προσώπου.

47. Σέχας Μ., Αγγειοχειρουργός, Ομότιμος Καθηγητής Πανεπιστημίου Αθηνών, Επίτιμος Διευθυντής Αγγειοχειρουργικής Κλινικής ΥΓΕΙΑ, mnsechas@yahoo.gr, http://www.hygeia.gr/page.aspx?p_id=1197

Αυτό έπραξε ο Αριστοτέλης Ωνάσης, όταν βλέποντας τον υιό του Αλέξανδρο, νά υποφέρει με τον σωλήνα της τεχνητής αναπνοής, στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του ΚΑΤ, τράβηξε ο ίδιος τον σωλήνα και επήλθε ο θάνατος.Μιχαηλίδης Κ., δημοσιογράφος (2007) <http://e-rooster.gr/02/2007/426>

Αντίθετα ενεργητική ευθανασία καλείται η συνειδητή και νηφάλια απόφαση του ασθενή να ζητήσει και να του αποδοθεί η χορήγηση μιας ουσίας που θα τον θανατώσει

48. Μιχαηλίδης Κ., δημοσιογράφος (2007) <http://e-rooster.gr/02/2007/426>

Αντίθετα ενεργητική ευθανασία καλείται η συνειδητή και νηφάλια απόφαση του ασθενή να ζητήσει και να του αποδοθεί η χορήγηση μιας ουσίας που θα τον θανατώσει

49. Νόμος περί μεταμοσχεύσεων ν. 2737/1999., άρθρο 12 παρ. 6: << ... διαγνώσει νέκρωση του εγκεφαλικού στελέχους και εφόσον οι λειτουργίες ορισμένων οργάνων διατηρούνται με τεχνητά μέσα... υποχρεούται να προβεί... στη σύνταξη σχετικού πιστοποιητικού θανάτου.>>.

Στη διαμάχη αυτή επικράτησαν δύο αντίθετες απόψεις που κωδικοποιούνται ως εξής: Θάνατος επέρχεται α) με τη νέκρωση και αμετάκλητη παύση της λειτουργίας του εγκεφάλου και β) απαιτείται σωρευτικά, τόσο παύση της αυτοδύναμης λειτουργίας στην κυκλοφορία του αίματος και της αναπνοής, όσο και νέκρωση του εγκεφάλου.

Η διαμάχη έληξε με την τοποθέτηση του Έλληνα νομοθέτη, με την έκδοση του νόμου περί μεταμοσχεύσεων (Ν. 2737/1999), κατά το οποίο κρίσιμο χρονικό σημείο και συνακόλουθα ανυπαρξίας υλικού αντικειμένου ανθρωποκτονίας ή σωματικής βλάβης είναι η *αμετάκλητη, πλήρης, βιολογική απονέκρωση όλων των λειτουργικών κυττάρων του εγκεφάλου*⁵⁰.

2.4.1: Ευθανασία του τύπου Living Will, ή Εθελοντική με «Συμβόλαιο ή Διαθήκη Θανάτου»

Με τη διαδικασία που τηρείται σε μια «συμβολαιογραφική πράξη», ενώπιον μαρτύρων και στο συγκεκριμένο έγγραφο αυτό περιγράφονται οι όροι, οι προϋποθέσεις, με τα οποία εκχωρεί το δικαίωμα να διακοπεί η θεραπεία και η μέσω αυτής διατήρησή του στη ζωή, την οποία δεν επιθυμεί, σύμφωνα με τα όσα διαλαμβάνονται στο «συμβόλαιο».

2.4.2: Η εφαρμοζόμενη ευθανασία στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας⁵¹

Στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) υπάρχουν οι εκ της πείρας «οδηγίες» και για το «άκαρπο» της συνεχίσεως των προσπαθειών περαιτέρω στηρίξεως μίας ζωής, οπότε αποσύρονται η μία μετά την άλλη, ή άλλες δεν εφαρμόζονται καν. Όπως όμως αποδεικνύεται από ευρύτατη ανασκόπηση της Παγκόσμιας Βιβλιογραφίας επί του τι τηρείται στις Μ.Ε.Θ., οι περισσότεροι «εντατικοθεραπευτές» αποφασίζουν και πέρα από τις οποιεσδήποτε «επιθυμίες», είτε του ασθενούς που εκφράστηκε από πριν, είτε συγγενών ή φίλων, επιτρόπων ή πληρεξουσίων ή τοποτηρητών, αφού συνεκτιμήσουν μαζί μ' αυτά και πολλά άλλα. Απεδείχθη δε ότι, κάποιες περιπτώσεις από τις θεωρούμενες ως «μοιραίες εκβάσεως», αποκατεστάθησαν πλήρως στη ζωή.

50. Μπέκας Γ. (2004) Η ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΠΟΙΝΙΚΟ ΚΩΔΙΚΑ, 1η έκδοση, Αθήνα, Π. Ν. ΣΑΚΚΟΥΛΑΣ

51. Μπιτζαράκη Σ., Τσιλιλή Α., Φανταουτσάκη Μ. (2008) ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: << Η στάση των νοσηλευτών απέναντι στην ευθανασία και οι παράγοντες που την επηρεάζουν >>, Ηράκλειο, Επιβλέπων Καθηγητής: Παχούμη Δ.

2.4.3: Υποβοηθούμενη αυτοκτονία

Ο θεράπων ιατρός του ασθενούς, ο εν γένει επαγγελματίας υγείας προβαίνει στην παροχή φαρμακευτικών μέσων, στον ασθενή που επιβλέπει, ή σε άλλους ασθενείς, είτε εντός του νοσηλευτικού ιδρύματος είτε στον ιδιωτικό του ιατρείο, τα οποία οδηγούν αναπόδραστα στην επέλευση του μοιραίου, τον Θάνατο.

Στο Όρεγκον των Η.Π.Α. αυτός ο τρόπος ονομάστηκε "αξιοπρεπής θάνατος". Οι υποστηρικτές του τρόπου αυτού ευθανασίας ισχυρίζονται ότι, κάθε άνθρωπος έχει δικαίωμα στο θάνατο και συνεπώς μπορεί και πρέπει ο ίδιος να ρυθμίζει τη ζωή του.

Συνδέεται εμμέσως με το άρθρο 300 ΠΚ και έχει αποτελέσει αφορμή πολλών συζητήσεων και προβληματισμών, στην αμερικάνικη θεωρία και νομολογία, η ιατρική υποβοηθούμενη αυτοκτονία (medical assisted suicide), με την οποία αποτελούσε πρακτική των ιατρών να χορηγούν φάρμακα ή συμβουλές σε ασθενείς, οι οποίοι εκδήλωσαν πρόθεση να αυτοκτονήσουν⁵².

2.5: Άλλοι τύποι ευθανασίας

Λόγω εξέλιξης της τεχνολογίας, των μέσων και των σκοπών της ιατρικής επιστήμης, εντός του κλάδου όχι μόνο της ιατρικής κοινότητας αλλά και στα νοσηλευτικά ιδρύματα εμφανίστηκαν νέοι τύποι ευθανασίας, οι οποίοι θα αναλυθούν κατωτέρω.

2.5.1: Ευγονική Ευθανασία

Αφορά σε παιδιά που γεννήθηκαν ή πρόκειται να γεννηθούν ανάπηρα με σοβαρά προβλήματα και νοσήματα δηλ. ανεγκέφαλα με μογγολοειδή ιδιοτία, δισχιδή ράχη και άλλες σημαντικές δυσπλασίες. Με τα σημερινά μέσα της τεχνολογίας από τη διάρκεια της κησέως μπορούν να διαγνωσθούν ατέλειες και προβλήματα σωματικής αναπηρίας του εμβρύου, το οποίο εάν επιζήσει και γεννηθεί, θα πρέπει να υποστεί βαριές διορθωτικές χειρουργικές επεμβάσεις και αφάνταστες ταλαιπωρίες χωρίς την βεβαιότητα ότι μετά από όλα αυτά θα ζήσει.

52. Κοντιάδης Ξ.- Σουλιώτης Κ. (2010), ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ, 1η ΕΚΔΟΣΗ, Κόρινθος, ΠΑΠΑΖΗΣΗ (ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 Κατρούγκαλος Γ.) Η πλέον διαβόητη προσωπικότητα στο χώρο αυτό, ο dr. Jack Kevonkian, αποκαλούμενος και δόκτωρ- θάνατος, έχει δηλώσει ο ίδιος δημόσια ότι έχει βοηθήσει ο ίδιος δημόσια ενεργά στην αυτοκτονία δεκατριών ασθενών, ορισμένοι από τους οποίους δεν ήταν καν υπό την προσωπική του επίβλεψη. Βλ. Σχετικά << Physician assisted suicide and the right to die with assistance>>, Harvard Law Review, June 1992, σ.2035-2036 και L.W.Foderano, New York will not discipline doctor for his role in Suicide, N.Y. Times, 17/8/1991, A25.

Οι ιατροί συμβουλεύουν τους γονείς , πόσω μάλλον την μέλλουσα μητέρα, εφόσον υπάρχουν βάσιμες ενδείξεις ότι το νεογνό θα γεννηθεί με σοβαρά ιατρικά προβλήματα, να προβούν σε έκτρωση άλλως άμβλωση, δηλαδή διακοπή μιας αδιατάρακτης ενδομητρίου κύησης ενός ή περισσότερων εμβρύων, που διενεργείται σε πρώιμη ηλικία κύησης (< 24 εβδ.) και οδηγεί σε αφαίρεση του εμβρύου από τη μήτρα, με συνέπεια τον θάνατο του κήματος. Η άμβλωση προκαλείται τεχνητά με χημικές, χειρουργικές ή άλλες μεθόδους. Το διεθνές όριο των 24 εβδομάδων καθορίστηκε με βάση την ελάχιστη ηλικία κύησης, που επιτρέπει σε ένα έμβρυο που θα γεννηθεί να είναι βιώσιμο (Σημειώνεται ότι η διάπλαση της καρδιάς ολοκληρώνεται την 23η εβδομάδα)⁵³. [Το πρόβλημα αντιμετωπίστηκε με το ν. 3089/2002 που συμπληρώθηκε με τον ν. 3305/2005, με τον οποίον θεσπίστηκε η δημιουργία Ανεξάρτητης Αρχής Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, ώστε τίθεται το νομοθετικό πλαίσιο για έρευνα σε γαμέτες και γονιμοποιημένα ωάρια, προβλέπεται η δημιουργία ειδικών ιατρικών μονάδων καθώς και για Τράπεζες κρυοσυντήρησης ώστε τα νέα ζευγάρια να αποκτήσουν, εφόσον το επιθυμούν απογόνους.]

Αυτό το είδος της ευθανασίας αναβίωσε στη Γερμανία το 1920, με την έκδοση του συγγράμματος των Hoch και Binding, καθηγητών της ψυχιατρικής και νομικής αντίστοιχα, με τίτλο «Άδεια για καταστροφή της ανώφελης ζωής». Σύμφωνα με τους συγγραφείς αυτούς, ορισμένες κατηγορίες ανθρώπων διανοητικά αναπήρων, με ανίατες ασθένειες ή παραμορφωμένα παιδιά, βιώνουν μια ανώφελη και ανάξια ζωή.

Αυτές οι ανάξιες ζωές, σύμφωνα με τους Hoch και Binding, κοστίζουν στο κράτος οικονομικά, αφαιμάσσουν την κοινωνία και ρυπαίνουν τη δεξαμενή των γονιδίων. Επομένως, ο θάνατος για τις ανθρώπινες αυτές κατηγορίες αποτελεί μια φιλεύσπλαχνη θεραπευτική αγωγή που είναι συμβατή με την ιατρική ηθική. Αυτή η θεωρία έγινε αναπόσπαστο τμήμα της προπαγάνδας των Ναζί για την κάθαρση της Άριας Φυλής και ενθάρρυνε γιατρούς να υιοθετήσουν τη θανάτωση ασθενών με κίνητρο τη φιλευσπλαχνία. Με την τακτική αυτή εκτελέστηκαν συνολικά 8.000 παιδιά και 300.000 ενήλικοι.

53. <https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%88%CE%BA%CF%84%CF%81%CF%89%CF%83%CE%B7>

Στην Ελλάδα η έκτρωση επιτρέπεται υπό ορισμένες προϋποθέσεις. Ο Ποινικός Κώδικας στο άρθρο 304 επιτρέπει την έκτρωση (τεχνητή διακοπή της κύησης) μόνο με τη συναίνεση της εγκύου και μόνο από γιατρό μαιευτήρα - γυναικολόγο με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα στις ακόλουθες περιπτώσεις:

Εντός των πρώτων 12 εβδομάδων της κύησης σε κάθε περίπτωση

Εντός των πρώτων 24 εβδομάδων, αν υπάρχουν ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου που επάγονται τη γέννηση παθολογικού νεογνού

Εντός των πρώτων 19 εβδομάδων, αν η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού, αποπλάνησης ανήλικης, αιμομιξίας ή κατάχρησης γυναικάς ανίκανης να αντισταθεί

Χωρίς χρονικό περιορισμό, αν υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της σωματικής ή ψυχικής υγείας της, βεβαιωμένος από αντίστοιχο ιατρό (στην περίπτωση αυτή ο όρος "έκτρωση" χρησιμοποιείται σε "διακοπή" που επισυμβαίνει πριν την 24η εβδομάδα). Επίσης σε αυτήν την κατηγορία εμπίπτει και η περίπτωση έκτρωσης εμβρύου με αποδεδειγμένα σοβαρές δυσλειτουργίες.

2.5.2: Δυσθανασία

Αποτελεί ένα νέο όρο στην ιατρική κοινότητα, με τον οποίο χαρακτηρίζονται οι προσπάθειες παρατάσεως της ζωής ενός θνήσκοντος ασθενούς με υπερβολικές δυσκολίες και δαπανηρές προσπάθειες δυσανάλογες σε απόδοση με βάση το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα. Δεν αποτελεί αυτοσκοπό το ευ ζην του ασθενούς αλλά το ζην ώστε ο επαγγελματίας υγείας είτε ικανοποιεί την θέληση του ασθενούς είτε των εγγυτέρων συγγενών, ώστε να προλάβουν να τον δουν την ύστατη στιγμή πριν τον αποχαιρετήσουν.

2.5.3: Ορθοθανασία

Χαρακτηρίζεται έτσι η μη προσφορά υπερβολικών φροντίδων, μεγαλύτερας δηλαδή εκτάσεως από εκείνην η οποία είναι συμβατή με την κατάσταση του ατόμου, το οποίο πάσχει από ανίατη ασθένεια. Και αφήνεται να αποβιώσει ήρεμα με τη φυσική επέλευση του θανάτου, εφ' όσον ο ίδιος ο ασθενής το επιθυμεί και εφ' όσον ο θάνατος είναι ένα αναμενόμενο φυσικό γεγονός.

2.6: Νομολογία- Δικαστικές Αποφάσεις στην Ελλάδα

Η ελληνική νομολογία αναφορικά με την ευθανασία άλλως με την ανθρωποκτονία εξ οίκτου δεν είναι πλούσια. Παρατίθενται παρακάτω διάφορες δικαστικές αποφάσεις.

Το Πλημμελειοδικείο Χίου με την υπ' αριθμ. 57/1986⁵⁴ απόφαση εκρίνε ότι δε χωρούσε εφαρμογή του α. 300 ΠΚ, αλλά του α. 299 στην περίπτωση ενός πατέρα που θανάτωσε το γιο του, ενώ αυτός κοιμόταν, πλήττοντάς τον με μαχαίρι στην καρδιά. Με το ίδιο μαχαίρι δοκίμασε έπειτα να αυτοκτονήσει αλλά χωρίς επιτυχία. Ο γιος έπασχε από ψυχική νόσο, εξαιτίας της οποίας είχε νοσηλευτεί πάνω από δέκα φορές στην κλινική των Αθηνών και στο 401 Στρατιωτικό Νοσοκομείο, η δε νόσος του είχε χαρακτηριστεί ως «ανίατη». Το παιδί έβριζε, απειλούσε τον πατέρα του και επίμονα ήθελε να τον «γλιτώσει από τα βάσανά του». Ο πατέρας κατέθεσε στο δικαστήριο ότι από υπερβολική αγάπη και οίκτο για το γιο του και λόγω της επιδείνωσης της κατάστασης του, αποφάσισε να τον Θανατώσει. Το πρωτοβάθμιο Δικαστήριο δεν πείσθηκε ότι ο κατηγορούμενος διέπραξε το φόνο από οίκτο, διότι κατά την προανάκριση είχε αρνηθεί ότι αυτός σκότωσε το γιο του και αργότερα ισχυρίστηκε ότι το έκανε από άμυνα. Άλλωστε, ομόφωνα με το σκεπτικό του δικαστηρίου, δεν υπήρχε σπουδαία και επίμονη απαίτηση του θύματος, διότι κατά το κρίσιμο διάστημα είχε απολέσει την ικανότητα της συνείδησής του και την σημασία των όσων έλεγε. Σημειωτέον το Δικαστήριο χαρακτήρισε την ανθρωποκτονία εν συναιρέσει «έγκλημα ιδιώνυμο». Επίσης διατύπωσε την άποψη ότι δεν είναι αναγκαίο ο πάσχων να είναι ικανός για καταλογισμό.

54. Ποινικά Χρονικά 1987, τομ. ΛΖ', σελ. 244

Η απόφαση αυτή εξαφανίστηκε με την υπ' αριθμ. 6/1986 απόφαση του Εφετείου Αιγαίου⁵⁵, το οποίο εκτίμησε διαφορετικά τις μαρτυρικές καταθέσεις και αποφάσισε ότι συνέδραμε το υποκειμενικό στοιχείο του οίκτου του δράστη προς το θύμα. Άλλωστε η ανίατος πάθησις δεν είναι μόνο σωματική, αλλά μπορεί να είναι και ψυχική, χωρίς να αποκλείεται ο πάσχων από ψυχική νόσο να μπορεί να εκφράσει την αληθινή του βούληση. Κατόπιν τούτων, το Δικαστήριο διέταξε περαιτέρω ανάκριση για να βεβαιωθεί ότι η ασθένεια του θύματος ήταν ανίατη.

Σχετικό είναι και το βούλευμα 796/1993 του Πλημμελειοδικείου Πειραιά⁵⁶, με το οποίο απηλλάγη ο γιατρός που είχε την ευθύνη παρακολούθησης ενός ασθενούς σε νοσηλευτικό ίδρυμα, με την αιτιολογία ότι ο «παθών» προσπαθούσε προφανώς να καταλύσει την ζωή του με οποιονδήποτε τρόπο, αφού ούτε οι οδύνες από τον αυτοτραυματισμό του μπόρεσαν να κάμψουν την απόφαση του αυτή. Το γεγονός εξάλλου ότι η αυτοκτονία έλαβε χώρα το μήνα Αύγουστο, όταν επικρατούσε αφόρητος καύσωνας, δικαιολογεί τη διατήρηση του παραθύρου του δωματίου όπου νοσηλευόταν, ανοικτό, από το οποίο παράθυρο έπεσε στο κενό και απεβίωσε.

Άξια αναφοράς είναι και η περίπτωση του Ματθαίου Μονσελά⁵⁷, η οποία έλαβε διαστάσεις στον ελληνικό τύπο. Ο Μονσελάς πυροβόλησε και σκότωσε την οδοντίατρο Γιόλα Βαγενά, μετά την επίμονη παράκλησις της να τη «λυτρώσει» με αυτό τον τρόπο από την ερωτική απογοήτευση που βίωνε. Η υπερασπιστική του γραμμή απέβλεπε σε υπαγωγή της ανθρωποκτονίας που είχε συντελεστεί στο άρθρο 300 ΠΚ (ανκρωποκτονία με συναίνεση), καταδικάστηκε τελικά για ανκρωποκτονία εκ προθέσεως με πολλά ελαφρυντικά, κυρίως εκείνο του πρότερου εντίμου βίου, σε κάθειρξη 12 ετών.

Για περιστατικό ευθανασίας σύμφωνα με τις πρώτες ενδείξεις έκανε λόγο ο υπουργός Υγείας, Δημήτρης Αβραμόπουλος αναφερόμενος στις σχετικές καταγγελίες για το νοσοκομείο Χανίων και το θάνατο 65χρονης στη Μονάδα Εμφραγμάτων, με ένεση καλλίου που φέρεται να προκάλεσε νοσηλευτής⁵⁸. Πληροφορίες ανέφεραν ότι ο νοσηλευτής είχε παραδεχθεί την πράξη του, διότι αυτός θεώρησε ότι ήταν το καλύτερο για την ασθενή. Η ευθανασία δεν επιτρέπεται, ξεκαθάρισε με τον πλέον κατηγορηματικό τρόπο, ο υπουργός Υγείας. Η ηλικιωμένη γυναίκα απεβίωσε πρόσφατα και ερευνώνται όλες οι εκδοχές.

55. Ποινικά Χρονικά 1987, τομ. ΛΖ', σελ. 241

56. Αρχείο Νομολογίας 1993, τομ. ΜΔ', σελ. 641

57. Τσίγκρης Α., (2001), Πολύκροτες δίκες. Τα εγκλήματα που συγκλόνισαν την Ελλάδα, Αθήνα-Κομοτηνή, εκδ. Α.Ν. Σάκκουλας.

58. <http://www.antenna.gr/news/Society/article/141886/kataggelia-sok-gia-eythanasia-asthenoys>
Κοινωνία /Γενικά Δημοσίευση: 22 Σεπτεμβρίου 2006 11:32

Από τη νεκροψία πάντως που διενεργήθηκε στη σορό του θύματος δεν προέκυψαν στοιχεία που να παραπέμπουν σε πράξη ευθανασίας και όλες οι ενδείξεις συνηγορούν υπέρ του αδικήματος της ανθρωποκτονίας εκ προθέσεως. Στο νοσοκομείο έχει διαταχθεί ήδη Ένορκη Διοικητική Εξέταση και όλα τα στοιχεία έχουν σταλεί στον Εισαγγελέα. Στο μικροσκόπιο είναι και η προηγούμενη δράση του καταγγελλόμενου νοσηλευτή, που εργάζεται 19 χρόνια στο ΕΣΥ. Αξίζει να σημειωθεί πως το περιστατικό κατήγγειλε άλλος νοσηλευτής του νοσοκομείου, ενώ στα Χανιά έφθασε εσπευσμένα ο υφυπουργός Υγείας, Αθανάσιος Γιαννόπουλος, προκειμένου να ενημερωθεί για την υπόθεση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

3.1: Το Δικαίωμα στη ζωή ή το δικαίωμα στον Θάνατο;

Ασφαλώς, το κάθε φυσικό πρόσωπο απολαύει της απολύτου θεσμοθετημένης κατοχύρωσης προστασίας, από τις προσβολές, του δικαιώματος της ζωής και της υγείας, τόσο σε εγχώριο, όσο και σε διεθνές και ευρωπαϊκό επίπεδο. Το δικαίωμα στη ζωή, όπως αναπτύχθηκε ανωτέρω, είναι απόλυτο δικαίωμα, και συνδέεται άρρηκτα με την προσωπικότητα και την αξιοπρέπεια των πολιτών, διότι οι τελευταίοι συγκροτούν τα κράτη, τα οποία οφείλουν να νομοθετούν κατά τέτοιον τρόπο, ώστε να διασφαλίζεται το υπέρτατο αγαθό.

Πλήθος θεωρητικών, ανά τον κόσμο, έχουν θέσει το εξής ερώτημα το οποίο έρχεται σε αντίθεση με το δικαίωμα στη ζωή, το οποίο είναι ήδη θεσμοθετημένο και κατοχυρωμένο. Έχει ο άνθρωπος το δικαίωμα στον Θάνατο;

Δηλαδή, με λίγα λόγια, για να μην κουράζεται και ο αναγνώστης, το δικαίωμα στον Θάνατο, όπως και το δικαίωμα στην Ζωή, είναι θεσμοθετημένο, ώστε στον καθένα μας να δίδεται η δυνατότητα αυτοπροσβολής της υγείας, πολύ περισσότερο σε σχέση την ύπαρξη του. Η Ελληνική Ορθόδοξη Εκκλησία επί αυτού του ζητήματος έχει αντίθετη άποψη⁵⁹ και ως επακόλουθο αυτής, όποιος έχει αφαιρέσει την ζωή του, εφόσον αποδειχθεί, δεν δικαιούται ταφής.

Έχει υποστηριχθεί η άποψη, στην ελληνική βιβλιογραφία ότι το δικαίωμα στον Θάνατο, συνδέεται με το δικαίωμα του ανθρώπου στην αξιοπρέπεια, κατά το άρθρο 2 παρ. 1 του Συντ. Το επιχείρημα αυτής της άποψης συνδέεται με το άρθρο 29 παρ. 1 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, με βάση το οποίο σε περίπτωση δυνατότητα στον Επαγγελματία Υγείας ανίατης ασθένειας, ο Επαγγελματίας Υγείας οφείλει να φροντίζει και να ανακουφίζει από τους ψυχοσωματικούς πόνους τον ασθενή, σε συνεργασία πάντα με τους οικείους του, προσφέροντάς του παρηγορητική αγωγή και μέχρι το τέλος της ζωής του να φροντίζει ώστε να διατηρείται η αξιοπρέπεια του. Θα αναπτυχθούν οι δύο τάσεις που κυριαρχούν στην διεθνή βιβλιογραφία, εκείνες που τάσσονται υπέρ της ευθανασίας και εκείνες που τάσσονται κατά.

59. Η θέση της Εκκλησίας επί του θέματος της Ευθανασίας" Εισήγησης του Σεβ. Μητροπολίτου Φθιώτιδος κ.κ ΝΙΚΟΛΑΟΥ

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

3.2: Επιχειρήματα υπέρ της ευθανασίας

3.2.1: Η αυτονομία του Ανθρώπου- το δικαίωμα στο θάνατο

Το ανθρώπινο ον είναι εντελώς ελεύθερο να διαθέτει με τον οποιοδήποτε τρόπο τα δικαιώματα που του δίδονται από την πολιτεία, με βάση την αρχή της ελευθερίας των συμβάσεων, κατά άρθρο 361 του ΑΚ, να τα ασκεί και να παραιτείται από αυτά, αλλά πάντα με την εξής προϋπόθεση, να μην έρχεται σε σύγκρουση με τα δικαιώματα των υπολοίπων, που με αδιάλειπτη άσκηση τους, η χρήση τους μετατρέπεται σε κατάχρηση. Η άσκηση των δικαιωμάτων πρέπει να γίνεται με φειδώ και ο νομοθέτης έχει θέσει όριο με βάση το άρθρο 281 του ΑΚ σε συνδυασμό με το άρθρο 25 παρ. 3 του Συντ.

Με βάση το άνω επιχείρημα, κατά αναλογία δικαίου, όπως και το δικαίωμα της ζωής, έτσι και το δικαίωμα στο Θάνατο μπορεί να διατίθεται κατά συγκεκριμένο τρόπο από τον φορέα του, αρκεί βέβαια να μην έρχεται σε σύγκρουση με τα δικαιώματα των υπολοίπων.

Καταρχήν η ζωή, δεν είναι απόλυτα προστατευόμενο αγαθό, διότι υποχωρεί σε περιπτώσεις α) θανατικής ποινής, που επιβάλλεται σε κάποιον που έχει διαπράξει ένα ειδικό έγκλημα και έχει κριθεί ένοχος, (κατά συρροή δολοφόνος λ.χ.), β) σε περιπτώσεις εμφύλιας σύρραξης, η εμπόλεμη κατάσταση μεταξύ κρατών σύμφωνα με τους κανόνες διεθνούς δικαίου, γ) οι περιπτώσεις αφαίρεσης της ζωής σε κατάσταση άμυνας, και δ) η αφαίρεση της ζωής σε κατάσταση εσχάτης προδοσίας και καταστολής της στάσης. Τέλος ο απόλυτος χαρακτήρας προστασίας της ζωής υποχωρεί μπροστά σε πράξεις που την προσβάλλουν με διακινδύνευση, εφόσον κρίνονται απαραίτητες για την κοινωνική συμβίωση και ανάπτυξη, όπως είναι η μόλυνση του περιβάλλοντος από την κυκλοφορία των αυτοκινήτων, τη λειτουργία των πυρηνικών εργοστασίων⁶⁰.

Το δικαίωμα στον θάνατο συνδέεται άρρηκτα με το δικαίωμα στην αξιοπρέπεια, το οποίο θα αναλυθεί στην επόμενη παράγραφο, διότι το τελευταίο αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της προσωπικότητας. Φορέας της συνταγματικής κατοχύρωσης είναι πάντοτε το κράτος και όχι το άτομο, το οποίο δεν είναι υποχρεωμένο ‘ να είναι υγιές’ εάν δεν βλάπτει την υγεία των άλλων.⁶¹

Γίνεται κατανοητό το εξής, ότι το Ελληνικό Σύνταγμα κατοχυρώνει το δικαίωμα της αυτοδιάθεσης με άμεση συνέπεια την αυτοκαταστροφή, έτσι ώστε η τελευταία να μην αποτελεί συνταγματικά αποδοκιμαζόμενη πράξη και το κράτος να είναι υποχρεωμένο να σέβεται τις επιλογές των πολιτών του σε σχέση με τον αυτοκαθορισμό του. Από το γενικό αυτό δικαίωμα απορρέει μια διττή αξίωση

60. Μπέκας Γ. (2004) Η ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΠΟΙΝΙΚΟ ΚΩΔΙΚΑ, 1η έκδοση, Αθήνα, Π. Ν. ΣΑΚΚΟΥΛΑΣ

61. Κοντιάδης Ξ.- Σουλιώτης Κ. (2010), ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ, 1η ΕΚΔΟΣΗ, Κόρινθος, ΠΑΠΑΖΗΣΗ (ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 Κατρούγκαλος Γ.) Η αντίθετη άποψη έρχεται σε αντίθεση με την διακήρυξη της Πλατωνικής πολιτείας, της οποίας ύψιστη υποχρέωση αποτελεί η προστασία της υγείας του Πολίτη, διότι ο τελευταίος είναι ωφέλιμος για την Πόλις- Κράτος.

απέναντι στο κράτος, θετικού και αρνητικού περιεχομένου: αξίωση αφ' ενός για αποχή από επεμβάσεις που θα θίγουν την προσωπικότητα και αφ' ετέρου για λήψη θετικών μέτρων για την ανάπτυξή της.⁶²

Ο άνθρωπος είναι ένα αυτόνομο ον που δικαιούται να λαμβάνει επιλογές και να διαθέτει τα δικαιώματά του κατά ακώλυτο τρόπο, αρκεί να μην θίγονται τα δικαιώματα των υπολοίπων, άλλως σε αντίθετη περίπτωση, αν του αφαιρεθεί αυτό δικαίωμα, αυτοαναιρείται και αλλοτριώνεται. *Επιπλέον, ο Eugene Debs, ισχυρίζεται ότι η ζωή είναι ιερή όταν συνεισφέρει στην χαρά και την ευτυχία. Όταν προσφέρει αγωνία, είναι προνόμιο κάθε ανθρώπου να διακόψει την αγωνία και τον πόνο με δική του επιλογή.*

3.2.2: Η αξιοπρέπεια του Ανθρώπου

Η θεμελίωση ενός δικαιώματος στον Θάνατο δεν μπορεί να αναζητηθεί στο άρθρο 5 παρ. 2 του Συντ και λόγω της διατύπωσής του δεν κατοχυρώνει μια αρνητική ελευθερία του δικαιώματος της ζωής με συνέπεια την ρητή επιλογή του θανάτου. Αλλά λόγω της ελλείψεως ειδικής διατάξεως, εφαρμοστέα είναι η γενική διάταξη του άρθρου 5 παρ. 1 του Συντ, η οποία κατοχυρώνει το δικαίωμα αναπτύξεως της προσωπικότητας και έχει επικουρική εφαρμογή.⁶³

Συνδέεται άρρηκτα με το άρθρο 2 παρ. 1 του Συντ. διότι η αξιοπρέπεια του ανθρώπου αποτελεί ύψιστης σημασίας ατομικό και κοινωνικό δικαίωμα, το οποίο προστατεύεται από προσβολές τόσο των ιδιωτών όσο και του κράτους, ήτοι στρέφεται κατά παντός και η πολιτεία λαμβάνει τα απαιτούμενα μέτρα που χρειάζονται κατά περίπτωση, με βάση τις αρχές της αναλογικότητας, ώστε το δικαίωμα αυτό να προστατεύεται σε απολύτο βαθμό σε σχέση με αντίστοιχο της Ζωής, και το τελευταίο τοποθετείται σε δεύτερη μοίρα.

Πρόκειται για αξία που προέρχεται από το φυσικό δίκαιο και αποτυπώνεται στο θετικό και ο σεβασμός της ανθρώπινης αξιοπρέπειας προηγείται της ελευθερίας και συνδέεται με την απαγόρευση των βασανιστηρίων, κατά το άρθρο 7 παρ. 2 του Συντ. διότι τα τελευταία προσβάλλουν την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και τιμωρούνται από ειδικά θεσμοθετημένους νόμους.

Σημαντικά διεθνή κείμενα που αναγνωρίζουν και επιβάλουν τον σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας είναι η Οικουμενική διακήρυξη των δικαιωμάτων του ανθρώπου (1948), η Ιδρυτική διακήρυξη της UNESCO (1946), καθώς και η

62. Κοντιάδης Ξ.- Σουλιώτης Κ. (2010), ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ, 1η ΕΚΔΟΣΗ, Κόρινθος, ΠΑΠΑΖΗΣΗ (ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 Κατρούγκαλος Γ.)

Το αντίστοιχο ατομικό δικαίωμα αφορά όλες τις πλευρές προσωπικής αυτοδιάθεσης, άρα και την απόφαση για την αυτοκαταστροφή, την τελική και πλέον προσωπική απόφαση του καθενός.

63. Κοντιάδης Ξ.- Σουλιώτης Κ. (2010), ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ, 1η ΕΚΔΟΣΗ, Κόρινθος, ΠΑΠΑΖΗΣΗ (ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 Κατρούγκαλος Γ.)

Η συνταγματική προστασία συμπληρώνεται από την αντίστοιχη διάταξη του άρθρου 57 του ΑΚ.

Ευρωπαϊκή Σύμβαση των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (ΕΣΔΑ). Έτσι, η Ευρωπαϊκή Σύμβαση των Ανθρωπίνων δικαιωμάτων και Βιοϊατρικής υπονοεί την υπεροχή της ανθρώπινης αξιοπρέπειας έναντι των συμφερόντων της κοινωνίας και της επιστήμης.⁶⁴

Ο ασθενής έχει ανάγκη, περισσότερο από κάθε άλλον άνθρωπο λόγω της σωματικής και ψυχολογικής ευαισθησίας, να γίνεται σεβαστή η αξιοπρέπειά του.

Επιπλέον, όπως έχει παρατηρηθεί (Berger 1967), ο θάνατος ουσιαστικά αποτελεί το μέλλον της ανθρώπινης υπόστασης, γεγονός που απαιτεί από το σύνολο την κατασκευή νοημάτων, εννοιών, στάσεων και ανιλήψεων που σχετίζονται μαζί του.⁶⁵

3.2.3: Το καθήκον το ιατρού να απαλύνει το πόνο

Ένα τελευταίο επιχείρημα υπέρ της ευθανασίας πηγάζει από την ιατρική ηθική την οποία πρωταρχικά απασχολεί και αφορά. Ευαγγέλιο της Ιατρικής ηθικής συνεχίζει να αποτελεί το περιεχόμενο του αποσπάσματος του Όρκου του Ιπποκράτη <<ου δώσω φάρμακον θανάσιμον αιτηθείς ουδενί>> οπότε για αιώνες αποφαινεται καταδικαστικά στην συμβολή του ιατρού κατά της περίπτωσης της ευθανασίας. Η ουσία του ανωτέρω αποσπάσματος διατυπώνεται στη λατινική φράση << primum non nocere>> που διατυπώνει την αρχή της μη βλάβης και ο ιατρός να μην προκαλεί βλαπτικό αποτέλεσμα εις βάρος του ασθενούς σκόπιμα.

Σύμφωνα, όμως με τους υπέρμαχους της ευθανασίας, το περιεχόμενο του αποσπάσματος, δεν πρέπει να ερμηνεύεται κατά την γραμματική του ερμηνεία αλλά πρέπει να ερμηνεύεται κατά μεταφορική έννοια. Από την ουσία του όρκου του Ιπποκράτη πηγάζει μια ηθική υποχρέωση διττού χαρακτήρα για τον Ιατρό: αφενός υποχρέωση ευεργετικής δράσης και αφετέρου μη βλαπτικής ενέργειας για τον ασθενή. Υπό την έννοια αυτή, η συμβολή του ιατρού στην ευθανασία επιτρέπεται ηθικά και είναι σύμφωνη με το πνεύμα του όρκου, εάν αποκλειστικό της κίνητρο είναι το συμφέρον του ασθενούς και όχι η επιδίωξη προσωπικών ή κοινωνικών αναγκών.

Η απάλυνση των πόνων του ασθενούς, συνδέεται άρρηκτα με το δικαίωμα

64. Τσαντίλας Π. (2008), ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΑΙ ΕΘΝΙΚΟ ΔΙΚΑΙΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, 10η ΈΚΔΟΣΗ, Αθήνα, ΑΝΤ.Ν. ΣΑΚΚΟΥΛΑ

Η <<Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την προστασία των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και της Αξιοπρέπειας του Ανθρώπου σε σχέση με τις Εφαρμογές της Βιολογίας και της Ιατρικής>>, Συμβούλιο της Ευρώπης. Η Σύμβαση κυρώθηκε από την χώρα μας με τον Ν. 2619/1998.

65. Οικονόμου Χ.- Σπυριδάκης Μ. (2012), ΑΝΘΡΩΠΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, Αθήνα, Ι. ΣΙΔΕΡΗΣ (ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12 Μαργρίτης Γ.Δ.)

Το ενδιαφέρον της κοινωνιολογίας επομένως για το θάνατο, εντάσσεται στο ενδιαφέρον για την ανθρώπινη ζωή, υπό το πρίσμα ότι ενώ αποτελεί ένα μοιραίο βιολογικό γεγονός για όλα τα ανθρώπινα όντα, ποικίλει σύμφωνα με τις κατά τόπους κουλτούρες (Mellor, Shilling 1993) όσον αφορά στην κατασκευή της έννοιας αφεαυτής, αλλά και το όλο κοινωνικό περιβάλλον που χωροχρονικά παράγεται και αναπαράγεται μέσω των δικών μας πράξεων και αντιλήψεων (Μαργρίτης 2000)

της ανθρώπινης αξιοπρέπειας του ασθενούς, κατά το άρθρο 2 παρ. 1 του Συντ. όπως αναπτύχθηκε στην προηγούμενη παράγραφο (3.2.2.) και είναι σχέση εμπιστοσύνης. Το στοιχείο αυτό της εμπιστοσύνης που ήδη αναγνωρίζεται και από το ελληνικό (αστικό) δίκαιο (ΑΚ 676), αποτυπώθηκε εύλογα στο άρθρο 8 του ΚΙΔ.⁶⁶ Τα στοιχεία που διαμορφώνονται σε επίπεδο εκτός δικαϊκής ρύθμισης, εξιδικεύονται κυρίως στην διάταξη του άρθρου 8 παρ. 2 εδ. β' του ΚΙΔ και ορίζεται ότι: << ο ιατρός ακούει τους ασθενείς του, τους συμπεριφέρεται με σεβασμό και κατανόηση και σέβεται τις απόψεις, την ιδιωτικότητα και την αξιοπρέπειά τους.>>

Η ανθρώπινη αξιοπρέπεια αποτελεί θεμελιώδη βασική αρχή του δικαίου της υγείας και συνδέεται με την ελευθερία του ασθενούς που αφορά κυρίως την ελεύθερη επιλογή του ιατρού, την ελεύθερη διάθεση του σωματός του και την ελευθερία διαχείρισης των ονομαστικών δεδομένων και αρχείων που αφορούν την υγεία του. Άξιο αναφοράς, σε σχέση και με το συγκεκριμένο επιχείρημα υπέρ της ευθανασίας, αποτελεί και το γεγονός, ότι σε περιπτώσεις ανίατης ασθένειας, ο επαγγελματίας Υγείας, ακόμη και αν έχει εξαντλήσει όλα τα ιατρικά θεραπευτικά περιθώρια, οφείλει να φροντίζει για την ανακούφιση των ψυχοσωματικών πόνων του ασθενούς προσφέροντας μια παρηγορητική αγωγή στον ίδιο, σε συνεργασία πάντα με τους οικείους του, ώστε να διασφαλίζεται η αξιοπρέπειά του σε μέγιστο βαθμό πριν επέλθει το μοιραίο. Το τελευταίο μέρος του συγκεκριμένου επιχειρήματος, νομοθετείται, στο άρθρο 29 στο χωρίο <<ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ>> Κεφάλαιο Θ' του ΚΙΔ.

Από τα παραπάνω, συνάγεται το εξής συμπέρασμα, το οποίο ισχυρά υποστηρίζεται από τους οπαδούς υπέρ της ευθανασίας, ότι το δικαίωμα για την αξιοπρέπεια είναι μείζονος σημασίας και χρήζει απολύτου προστασίας σε μια ευνομούμενη πολιτεία από όλους τους θεσμούς, και το δικαίωμα για την ζωή υποχωρεί στην πιθανότητα επέλευσης του θανάτου διότι κατά αυτό τον τρόπο δεν θα θιγεί η προσωπικότητα του ατόμου.

Ο άνθρωπος έχει το δικαίωμα να αρνηθεί την θεραπεία, διότι επιθυμεί να ελέγξει τον θάνατο του, όπως ακριβώς ήλεγχε την ζωή και ο έλεγχος της επέλευσης του θανάτου του εκφράζει τον χαρακτήρα και την προσωπικότητά του.

66. Τσαντίλας Π. (2008), ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΑΙ ΕΘΝΙΚΟ ΔΙΚΑΙΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, 10η ΈΚΔΟΣΗ, Αθήνα, ΑΝΤ.Ν. ΣΑΚΚΟΥΛΑΚΑτ' ορθή νομική αξιολόγηση, η σχέση ιατρού και ασθενούς δεν είναι μια απλή ενοχική σχέση ή μια σύμβαση παροχής ανεξάρτητων υπηρεσιών ή σύμβαση έργου, λόγω της ύπαρξης εξωνομικών στοιχείων, ιδίως της humanitas, που συνδέει τον ιατρό με τον ασθενή.

3.3: Επιχειρήματα κατά της ευθανασίας

3.3.1: Ο απόλυτος χαρακτήρας της προστασίας της ανθρώπινης ζωής.

Το δικαίωμα στην ζωή, όπως αναπτύχθηκε ανωτέρω στον πρόλογο, αποτελεί το ύψιστο αγαθό ενός φυσικού προσώπου, το οποίο προστατεύεται από την πολιτεία, σε περίπτωση ξένης επέμβασης, άλλης από τον φορέα του. Συνδέεται άρρηκτα με το δικαίωμα της προσωπικότητας, κατά άρθρο 57 του ΑΚ και όπως και η προσωπικότητα έτσι και το αγαθό της ζωής, είναι α) προσωπικό και όχι περυσιακό, β) προσωποπαγές, συνδέεται στενότερα με την οντότητα και ιδιοσυγκρασία του φορέα της, ώστε δεν μπορεί με κανέναν τρόπο να αποτελέσει αντικείμενο κληρονομιάς, ή μεταβίβασης (λ.χ. πώληση) και γ) είναι απόλυτο, δηλαδή σε περίπτωση παρέμβασης ο φορέας της μπορεί να στραφεί κατά παντός.

Η δικαιολογητική βάση του δικαιώματος στην ζωή, το οποίο έρχεται σε αντίθεση με την πράξη της ευθανασίας, θα πρέπει να παρουσιασθεί στον αναγνώστη ώστε το συγκεκριμένο επιχείρημα να γίνει κατανοητό στον τελευταίο.

A) Πηγή του κάθε δικαιώματος αποτελεί η *έννομη τάξη*, δηλαδή όπως γνωρίζουμε όλοι μας, στην χώρα μας ενυπάρχουν τρία (3) είδη εξουσιών, η νομοθετική, η εκτελεστική και η δικαστική. Οι δύο (2) πρώτες αλληλοσυμπληρώνονται και συνεργάζονται κατά τέτοιο τρόπο, με την θεσμοθέτηση τυπικών- ρητών κανόνων (νόμων, προεδρικών διαταγμάτων, υπουργικών αποφάσεων κ.τ.λ.) ώστε στα υποκείμενα, ήτοι τους πολίτες άλλοτε απονέμουν δικαιώματα και άλλοτε καταργούν. Στην συγκεκριμένη περίπτωση η απονομή με την αναγνώριση ενός δικαιώματος, αποτελεί βασική προϋπόθεση κατοχύρωσής του καθώς το ενδυναμώνει θετικά και αποθετικά με άμεση συνέπεια την αξίωση, από πλευράς τρίτων, του σεβασμού του και προστατεύει το φορέα του από κάθε μορφής προσβολές μέσω της δικαστικής εξουσίας. Υπάρχει και η άλλη όψη του νομίσματος και με βάση την διεθνή βιβλιογραφία, ότι τα δικαιώματα κατοχυρώνονται από άγραφους κανόνες και το εθιμικό δίκαιο. Αλλά και πάλι, σε αυτή την περίπτωση, αυτού του είδους τα δικαιώματα που έχουν κατοχυρωθεί κατά αυτόν τον τρόπο, όταν προσβάλλονται, ο πολίτης δικαιούται προστασίας από την έννομη τάξη όπως περιγράφηκε ανωτέρω.

B) Δεύτερο ουσιώδες στοιχείο της έννοιας του δικαιώματος είναι το *πρόσωπο* ως φορέας του. Στην συγκεκριμένη περίπτωση γίνεται αναφορά στην λέξη πρόσωπο αντί για άτομο, διότι η πρώτη έννοια αποτελεί την εξαρτημένη οντότητα από την παρουσία άλλων προσώπων ενώ το άτομο ως έννοια σημαίνει απόλυτα την αυτονομία, την ανεξαρτησία και την αυτοτέλεια ως προς τις επιλογές του. Η έννοια του προσώπου εννοιολογικά είναι η όψη ως προς μια συγκεκριμένη κατεύθυνση έχοντας ως σημείο αναφοράς άλλα πρόσωπα. Κατά αυτόν τον τρόπο, οι κοινωνίες αποτελούνται από πρόσωπα τα οποία διαβιούν μεταξύ τους και η συμβίωση αποτέλεσε αφορμή ώστε να τυποποιηθούν ρητώς κάποιοι κανόνες, ώστε οι τελευταίοι να υποδεικνύουν τον απαιτούμενο τρόπο συμπεριφοράς σε

διάφορες καταστάσεις και σε περίπτωση μη τήρησης συγκεκριμένης στάσης σε κάποιο ζήτημα, να επέρχεται τιμωρία με την επιβολή κυρώσεων εις βάρος του παραβατικού προσώπου.

Γ) *Η εξουσία για την ικανοποίηση των εννόμων συμφερόντων* αποτελεί την βάση ώστε ο φορέας του δικαιώματος να αξιώνει την ικανοποίησή τους, μέσω της χρήσης της δικαστικής εξουσίας, δικονομικό δικαίωμα απονεμημένο από την έννομη τάξη διότι αν εξέλιπε το τελευταίο, ο φορέας του θα απογυμνωνόταν έναντι των προσβολών από άλλα πρόσωπα και το δικαίωμα θα καθίστατο μια θεωρητική κατασκευή δίχως πρακτική αξία.

Δ) *Η πραγματοποίηση του έννομου συμφέροντος*. Τελευταίο στοιχείο του δικαιώματος αποτελεί το έννομο συμφέρον, δηλαδή ο,τιδήποτε ωφελεί και οδηγεί στην κερδοφορία ένα πρόσωπο με την προϋπόθεση βέβαια ότι η δράση περιορίζεται εντός των νόμων και δεν παραβιάζει τα χρηστά ήθη⁶⁷. Σε διαφορετική περίπτωση το δικαίωμα θα ήταν συνώνυμο με την ασυδοσία και θα οδηγούσε στην αποδιοργάνωση της κοινωνίας παρά στην κοινωνική της συνοχή. Το δικαίωμα χωρίς το έννομο συμφέρον υπάρχει αλλά το τελευταίο χωρίς το πρώτο δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί, διότι αν και προστατεύεται από το δίκαιο, παρέχοντας προστασία σε ένα πρόσωπο δεν του παρέχεται η εξουσία να ικανοποιήσει αυτό καθεαυτό το συμφέρον.

3.3.2: Η δυναμική επικινδυνότητα της Ευθανασίας

Η δεύτερη ομάδα επιχειρημάτων κατά της ευθανασίας έχει ως κοινό σημείο αναφοράς τους κινδύνους που ελλοχεύουν από την νομιμοποίηση της ευθανασίας όχι μόνο σε καθαρά ηθικό πλαίσιο αλλά και σε απολύτως κανονιστικό. Η ευθανασία θα καταστεί ένας Δούρειος Ίππος, που θα αποτελεί μία μεταβλητή εκμετάλλευσης της ζωής του ασθενούς από τους επαγγελματίες υγείας.

Καταρχήν η καθιέρωση της ευθανασίας θα οδηγήσει στην αλλαγή αντίληψης αναφορικά με την έννοια της ζωής. Η υιοθέτηση της ευθανασίας υποδηλώνει μία διάκριση μεταξύ, της ζωής <<άξια>> κατά την οποία ένας άνθρωπος απολαμβάνει ιδανικά όλα τα έννομα αγαθά που του προσφέρει η κοινωνία, και μιας ζωής <<ανάξιας>> η οποία είναι δίχως νόημα και προσφέρει οδυρμό, πόνο, θλίψη και στεναχώρια. Ασφαλώς τέτοια αντίληψη δεν πρέπει να γίνεται αποδεκτή. Η ιστορία έχει καταδείξει τέτοιου είδους αντιλήψεις, όπου παραλίγον να γίνουν στάσεις ζωής, και πρόσφατο παράδειγμα αποτελεί το

67. Γεωργιάδης Σ. Α. (2007) ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ Αστικού Δικαίου ΣΥΝΤΕΤΜΗΜΕΝΗ ΕΚΔΟΣΗ ΠΡΟΣ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ, 3η έκδοση Αθήνα, ΑΝΤ.Ν. ΣΑΚΟΥΛΑ. Είναι οι κρατούσες αντιλήψεις του μέσου χρηστού και δίκαιου ανθρώπου για το ποια συμπεριφορά ανταποκρίνεται στις επιταγές της κοινωνικής ηθικής (π.χ. αντίθετη στα χρηστά ήθη είναι η καταγγελία συμβάσεως εργασίας νεαρής υπαλλήλου, γιατί δεν δέχτηκε ανήθικες προτάσεις του εργοδότη της). Την ανθρώπινη συμπεριφορά επηρεάζει και η ηθική. Η κοινωνική ηθική είναι οι αντιλήψεις που επικρατούν εντός των κόλπων μίας κοινωνίας ανθρώπων για το τι είναι αγαθό (καλό) και βλαπτικό (κακό).

κράτος της ναζιστικής Γερμανίας, στο οποίο οι πολίτες του ήταν υπέρμαχοι της ιδέας της Αρείας Φυλής.

Η ζωή είναι πάντα άξια να βιωθεί. Ασφαλώς και η άρνηση της ζωής από την πλευρά του ασθενούς δεν μπορεί ηθικά να γίνει αποδεκτή. Η άρνηση της ζωής συνδεδεμένη με την άρνηση της θεραπείας αποτελεί ένα συνταγματικά κατοχυρωμένο δικαίωμα και σε περίπτωση επιθυμίας του ασθενούς να μην δεχθεί την θεραπευτική αγωγή, θα πρέπει να γίνει δεκτή από τον Επαγγελματία Υγείας⁶⁸. Το τελευταίο νομοθετημένο επιχείρημα δεν μπορεί να υποστηρίξει την άποψη των θιασωτών ότι η ευθανασία μπορεί να αποτελέσει επιλογή που μπορεί να επικρατήσει σε περίπτωση ανίατης ασθένειας. Η παραδοχή αυτή αγγίζει τα άκρα όρια της νομικής και κοινωνικής πραγματικότητας. Ακόμα και εκείνος που δρα με σκοπό την λύτρωση του συνανθρώπου του από τον διηνεκή πόνο της ανίατης ασθένειας, οδηγείται από κίνητρα συμπάθειας και ανθρωπισμού. Παρόλα αυτά η ηθική νομιμοποίηση του αποτελέσματος απώλειας της ζωής, μέσω του άρματος της ευθανασίας, δεν μπορεί να οδηγεί σε πλήρη απαξίωση του αγαθού της ζωής.

Από Θεολογικής πλευράς, είναι γνωστή η αρνητική θέση της Εκκλησίας απέναντι στην ευθανασία, καθώς επίσης στην έκτρωση και στην αυτοκτονία, και αυτό διότι απορρίπτονται λόγω απουσίας θρησκευτικής λογικής. Στην αυτοκτονία σημειώνεται παρέμβαση κατά το τέλος της ζωής του ανθρώπου, ενώ στην έκτρωση η παρέμβαση προβλέπεται κατά την έναρξη της ζωής. Κατά την θεολογική αντίληψη η ζωή αποτελεί θείο δώρο και σύμφωνα με τον Απόστολο Παύλο, ο άνθρωπος είναι δημιούργημα του Θεού και όχι κύριος του Θεού. Το σώμα μας αποτελεί ναό του Θεού και έχουμε υποχρέωση να το φροντίζουμε και να δοξάζουμε το Θεό και εξ' αυτού το λόγου από τη στιγμή που δεν είναι ο άνθρωπος δημιουργός της ζωής, δεν έχει κανένα απολύτως δικαίωμα να παρέμβει και να την διακόψει. Η Διαρκής Ιερά Σύνοδος δηλώνει: << Η ζωή μας αποτελεί υπέρτατο Δώρο του Θεού, η αρχή και το τέλος του οποίου βρίσκονται στα χέρια Του και μόνο (Ιώβ ιβ' 10). Αποτελεί τον χώρο μέσα στον οποίο βρίσκει την έκφραση του το αυτεξούσιο, συναντάται η χάρις του Θεού με την ελεύθερη βούληση του ανθρώπου και επιτελείται η σωτηρία του.>>⁶⁹

Σε περίπτωση νομιμοποίησης του Θεσμού της Ευθανασίας, οι θιασώτες της έχουν αναλογιστεί ποιο πρόσωπο θα αποτελέσει ως επιλογή, από την πολιτεία για να αφαιρέσει μία ανθρώπινη ζωή;

68. Κοντιάδης Ξ.- Σουλιώτης Κ. (2010), ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ, 1η ΕΚΔΟΣΗ, Κόρινθος, ΠΑΠΑΖΗΣΗ (ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 Κατρούγκαλος Γ.).

Τα παραπάνω δεν απορρέουν πλέον απλώς από τις προαναφερθείσες συνταγματικές αρχές και δικαιώματα, αλλά τυποποιούνται με τις ρητές νομοθετικές διατάξεις των άρθρων 47 παρ. 3 Ν 2071/1992 και 5 Ν 2619/1998. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με το άρθρο 47 παρ. 3 του Ν. 2071/1992, <<[ο] ασθενής έχει δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν>>.

69. Η θέση της Εκκλησίας επί του θέματος της Ευθανασίας" Εισήγησις του Σεβ. Μητροπολίτου Φθειώτιδος κ.κ ΝΙΚΟΛΑΟΥ

3.3.3: Ιατρικό καθήκον η διατήρηση του ασθενούς στη ζωή. Όρκος του Ιπποκράτη

Ο Ιατρός έχει ως βασική υποχρέωσή του, να διατηρήσει, να αποκαταστήσει και να καλυτερεύσει τη ζωή και την υγεία του ανθρώπου. Ο θεσμός της ευθανασίας προσβάλλει βάνουσα την αποστολή του Επαγγελματία Υγείας, όχι μόνο διότι παραβιάζει τον όρκο του Ιπποκράτη αναφορικά με την μη προσφορά θανατηφόρου φαρμάκου σε περίπτωση που του ζητηθεί από τον ασθενή του, αλλά και ο Ιατρός οφείλει να ασκεί το Επάγγελμά του ως λειτούργημα αποφεύγοντας ενέργειες ή παραλείψεις που οδηγούν σε κλονισμό της τιμής και της αξιοπρέπειάς του απέναντι στην πίστη του κοινού προς το ιατρικό επάγγελμα⁷⁰.

Όπως προκύπτει από τον όρκο του Ιπποκράτη ο γιατρός έχει μία θετική και αρνητική υποχρέωση: η μεν Θετική υποχρέωση συνίσταται στον παροχή βοήθειας στον ασθενή και στην προσπάθειά του ανακούφισης από τους πόνους, το περιεχόμενο της δε αρνητικής υποχρέωσης είναι η αξίωση του απόλυτου σεβασμού προστασίας της ζωής και αποκλείει οποιαδήποτε σκέψη που θα οδηγούσε στην αφαίρεσή της ακόμη και αν οδηγούσε στην λύτρωση από τους πόνους.

Είναι όμως δυνατόν η ιατρική επιστήμη να δεσμεύεται από ένα κείμενο που γράφηκε αιώνες πριν, όταν οι κοινωνικές συνθήκες αλλά και τα ιατρικά επιστημονικά δεδομένα ήταν εντελώς διαφορετικά; Άλλωστε, όπως παρατηρούν όσοι υποστηρίζουν την ελαστικότερη αντιμετώπιση του όρκου, σε αυτόν περιλαμβάνεται και η δέσμευση του ιατρού να μην λάβει χρήματα για διδασκαλία της ιατρικής και για εγχείρηση, κάτι που πολύ άνετα και χωρίς καθόλου τύψεις έχει η ιατρική οικογένεια σήμερα ξεπεράσει⁷¹.

70. Νόμος 3418/2005 (ΦΕΚ Α' 287/28.11.2005- ΚΩΔΙΚΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ) Κεφάλαιο β' <<ΓΕΝΙΚΟΙ ΚΑΝΟΝΕΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ>> Άρθρο 2 παρ. 1: << Η άσκηση της ιατρικής ως λειτούργημα. 1. Η άσκηση της ιατρικής είναι λειτούργημα που αποσκοπεί στη διατήρηση, βελτίωση και αποκατάσταση της σωματικής, πνευματικής και ψυχικής υγείας του ανθρώπου, καθώς και στην ανακούφισή του από τον πόνο.>> Άρθρο 2 παρ. 2 εδάφιο α': << Ο ιατρός τηρεί τον όρκο του Ιπποκράτη, ασκεί το έργο του σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία και πρέπει, κατά την άσκηση του επαγγέλματός του, να αποφεύγει κάθε πράξη ή παράλειψη η οποία μπορεί να βλάψει την τιμή και την αξιοπρέπειά του ιατρού και να κλονίσει την πίστη του κοινού προς το ιατρικό επάγγελμα.>>

71. Μπιτζαράκη Σ., Τσιλιλή Α., Φανταουτσάκη Μ. (2008) ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:<< Η στάση των νοσηλευτών απέναντι στην ευθανασία και οι παράγοντες που την επηρεάζουν>>, Ηράκλειο, Επιβλέπων Καθηγητής: Παχούμη Δ.

Ένα από τα πρωταρχικά καθήκοντα του γιατρού είναι και ο έλεγχος του πόνου. Όταν ο ασθενής γνωρίζει πως θα πεθάνει δεν ανακουφίζεται από την ιατρική παρουσία για κανέναν άλλο λόγο, παρά μόνο διότι γνωρίζει πως θα πεθάνει κατά το δυνατόν ανώδυνα και ανθρόπινα.

Ο κάθε ευσυνείδητος και πεπαιδευμένος λοιπόν γιατρός ή συγγενής θα πρέπει να θυμάται τις ηθικές ιατρικές αρχές του Ιπποκράτη περί φιλανθρωπίας, φιλευσπλαχνίας και αφοσίωσης στον άρρωστο δρώντας ανάλογα, επιβραδύνοντας ανακουφιστικά τον θάνατο και όχι επιταχύνοντάς τον⁷².

72. Αλαχιώτης Σταμάτης Ν. (Καθηγητής Γενετικής) ΓΝΩΜΗ (ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΤΕΚΜΗΡΙΩΘΕΙ Η ΑΠΟΦΑΣΗ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ;) ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗ: 30/01/2011 05:45

<http://www.tovima.gr/science/article/?aid=381362>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΘΕΣΜΟΘΕΤΗΣΗ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ

4.1: Νομικό καθεστώς Ιατρικού Δικαίου στην Ελλάδα

Το ιατρικό δίκαιο στην Ελλάδα δεν αποτελεί αυτοτελή κλάδο του αστικού δικαίου, όπως το εμπράγματο δίκαιο ή το κληρονομικό δίκαιο, αλλά αποτελεί έναν αυτόνομο θεσμό, ο οποίος δημιουργήθηκε όχι μόνο λόγω των συνθηκών, της πολιτείας, της οικονομίας και της κοινωνικής κατάστασης αλλά και του κλάδου της ιατρικής επιστήμης, ο οποίος δεν δύναται, χωρίς την αλληλοσυμπλήρωση των κανόνων του καταστατικού μας Χάρτη, των διατάξεων του Ποινικού μας Κώδικα και των όρων, των προϋποθέσεων των Αστικών δικαιωμάτων να αναδειχθεί και να γίνει γνωστός στο ευρύ κοινό, στους Επαγγελματίες Υγείας και στους πολίτες.

Το δικαίωμα για την Υγεία, χωρίζεται σε δύο τομείς, οι οποίοι είναι οι εξής: α) Το δίκαιο της Υγείας και το β) Το ιατρικό δίκαιο.

- a) Το δίκαιο της Υγείας ,περιλαμβάνει κανόνες δημοσίου και ιδιωτικού δικαίου που αφορούν γενικότερα τον υγειονομικό τομέα : ιατρικό δίκαιο , δίκαιο δημόσιας υγείας , νοσοκομειακό δίκαιο, φαρμακευτικό, δίκαιο δικαιωμάτων ασθενών
- b) Το ιατρικό δίκαιο είναι το σύνολο των κανόνων που καθορίζουν τόσο τα δικαιώματα , όσο και τις υποχρεώσεις των γιατρών , που είναι ενταγμένοι να υπηρετούν το ιατρικό λειτούργημα, προς όφελος της υγείας του κοινωνικού συνόλου και περιλαμβάνει: α) την ιατρική ευθύνη, β) το ιατρικό απόρρητο, γ) το ιατρικό λάθος, δ) την ιατρική αμέλεια, ε) την ιατρική άρνηση, στ) την συναίνεση του ασθενούς ζ) την ευθανασία, η) την γενετική τεχνολογία και θ) τις μεταμοσχεύσεις.

Στην Ελλάδα, ο νομοθέτης με την δεύτερη αναθεώρησή του Καταστατικού μας Χάρτη το 2001, προβλέψε ρητώς το εξής κατά το άρθρο 21 παρ. 3: << Το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών του και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας , του γήρατος , της αναπηρίας και για την περίθαλψη απόρων>> .Δηλαδή, με λίγα λόγια, θεσπίζεται ένα δικαίωμα, το οποίο είναι ταυτόχρονα τόσο κοινωνικό αλλά εκφράζει το σύνολο των πολιτών, ήτοι διαπνεέται από μία αύρα καθολικότητας, ώστε το κράτος να μεριμνά κατά τρόπο αόριστο χωρίς να προσδιόριζεται το ειδικότερο πλαίσιο προστασίας. Παράλληλα, όμως , εξουσιοδοτεί τον εκάστοτε νομοθέτη να καθορίσει αυτός το κατάλληλο πλαίσιο προστασίας της υγείας των πολιτών.

Ασφαλώς αφορμή αποτέλεσε η θεσμοθέτηση του *Εθνικού συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) το 1983, με τον νόμο 1397/1983*, το οποίο αποτελεί ορόσημο για το ελληνικό σύστημα κοινωνικής προστασίας, διότι πριν την εγκαθίδρυση του ΕΣΥ απουσίαζε ένα δημόσιο σύστημα υπηρεσιών Υγείας για το σύνολο του πληθυσμού και οι παρεμβάσεις του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης στον τομέα της υγείας περιορίζονταν αφενός σε αποσπασματικές πολιτικές και προγράμματα δημόσιας υγείας και, αφ' ετέρου, στις υγειονομικές παροχές που

χορηγούνταν από ασφαλιστικούς φορείς, με κύριο χαρακτηριστικό το χαμηλό επίπεδο και τις σημαντικές ανισότητες μεταξύ των διαφόρων κλάδων κοινωνικής ασφάλισης ασθένειας⁷³. Κατά την παρούσα δεκαετία του '80 ψηφίστηκε ο Νόμος 1609/1986 (ΦΕΚ Α' 86/03.07.1986) με τον οποίο θεσπίζεται η διαδικασία για την τεχνητή διακοπή εγκυμοσύνης και προστασία της γυναίκας και μεταξύ άλλων τυποποιήθηκαν από τον συνταγματικό μας Νομοθέτη οι εξής αποκλινούσες συμπεριφορές από φυσικά πρόσωπα, ως αδικήματα: (1) η τεχνητή διακοπή εγκυμοσύνης χωρίς την συναίνεση εγκύου τιμωρείται κατά το άρθρο 304 του ΠΚ, στις παραγράφους 1, 2 και 3, (2) με βάση το άρθρο 304 Α του ΠΚ προβλέπονται οι ποινικές κυρώσεις του άρθρου 310 του ΠΚ, όποιος επενεργεί παράνομα στην έγκυο με αποτέλεσμα να προκληθεί βλάβη στο έμβρυο και (3) προβλέπονται ποινικές κυρώσεις στον παραβάτη σε περίπτωση διαφήμισης μέσω τεχνητής διακοπής εγκυμοσύνης κατά το άρθρο 305 παρ. 1 του ΠΚ καθώς επίσης και στην επόμενη παράγραφο του ίδιου άρθρου περιγράφονται ρητώς οι προϋποθέσεις, αναφορικά με την ενημέρωση από τους Επαγγελματίες Υγείας, για την τεχνητή διακοπή εγκυμοσύνης.

Κατά την δεκαετία του 90, ψηφίστηκαν οι εξής νόμοι:

Α) Ο Νόμος 2071/1992 (ΦΕΚ Α' 123/16.07.1992) που αφορά τον εκσυγχρονισμό και την Οργάνωση του Συστήματος Υγείας που περιλαμβάνει τις περιφερειακές Υπηρεσίες Υγείας, την Πρωτοβάθμια φροντίδα και αγωγή Υγείας, το ατομικό βιβλιάριο Υγείας, τους Ιατρούς της Υπαίθρου, κατά το άρθρο 26 του Νόμου, ιδρύεται νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου⁷⁴ κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων με έδρα την Αθήνα και επωνυμία <<ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ (Κ.Ε.Ε.Λ.), κατά το άρθρο 27 του Νόμου ιδρύεται νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου με έδρα την Αθήνα και επωνυμία <<ΚΕΝΤΡΟ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ ΑΙΜΑΤΟΣ>> (Κ.Κ.Ν.Α.) με σκοπό την αντιμετώπιση και παρακολούθηση για την πρόληψη της εξάπλωσης των κληρονομικών νοσημάτων του αίματος και τη θεραπευτική αντιμετώπισή τους, θεσπίζεται ο θεσμός της κατ' οίκον νοσηλείας, στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, συνίσταται Επιτροπή Σχεδιασμού Αγωγής Υγείας (Ε.Σ.Α.Υ.), προβλέπεται το θεσμός της Επείγουσας Ιατρικής και της Επείγουσας Προνοσοκομειακής Φροντίδας και συνίσταται το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ).

73. Κοντιάδης Ξ.- Σουλιώτης Κ. (2010), ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ, 1η ΕΚΔΟΣΗ, Κόρινθος, ΠΑΠΑΖΗΣΗ(ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Κοντιάδης Ξ.)

Η καθιέρωση του ΕΣΥ με τον νόμο 1397/1983, ως ενιαίου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, διέπεται από μια σειρά οργανωτικών αρχών που παραπέμπουν ευθέως στον πρότυπο των εθνικών συστημάτων τύπου BEVERIDGE.

74. Είναι τα νομικά πρόσωπα που ιδρύονται από ιδιώτες, επιδιώκουν ιδιωτικούς σκοπούς και διέπονται από το ιδιωτικό δίκαιο. Με βάση τον αστικό Κώδικα τα νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου είναι το σωματείο (ΑΚ 78 επ.), το ίδρυμα (ΑΚ 108 επ.), η επιτροπή εράνων (ΑΚ 122 επ.) και η αστική εταιρεία με νομική προσωπικότητα (ΑΚ 784)

Η χώρα μας, με τον συγκεκριμένο νόμο είναι και τυπικά η πρώτη χώρα στην Ευρώπη, που διακηρύττει και αναγνωρίζει τα δικαιώματα του νοσομειακού Ασθενούς (ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ' με τίτλο Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Περίθαλψη), άρθρο 47 επ.⁷⁵ που θα αναπτυχθούν στην επόμενη παράγραφο, στην 4.1.1., και αποτελεί τεράστιας σημασίας το γεγονός ότι θεσπίζονται οι μονάδες ψυχικής υγείας, καθώς επίσης καθιερώνεται η θεσμοθέτηση του δικαίου της ψυχικής Υγείας, με τους θεσμούς της ακούσιας και εκούσιας νοσηλείας και ποιά είναι η διαδικασία κατά το δικονομικό μας δίκαιο, ώστε το κράτος να προβεί εις τον εγκλεισμό ενός εν δυνάμει ψυχικά ασθενούς (Άρθρα 93- 101). Θεσμοθετούνται τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις των Ιατρών εντός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, και ανάλυση θα γίνει σε επόμενη παράγραφο στην 4.1.2.

Β) Το 1997, ψηφίστηκε ο Νόμος 2519, με τον οποίο καθιερώνονται τα Όργανα Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών και αρχίζει η προώθηση και διάδοση του θεσμού. Σύμφωνα με το Νόμο αυτό, συνιστώνται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας: α) Η Αυτοτελής Υπηρεσία Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών, η οποία υπάγεται απ' ευθείας στο Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου και β) Η Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας Δικαιωμάτων των Ασθενών που έχουν την κεντρική ευθύνη παρακολούθησης και ανάπτυξης του θεσμού.

Γ) Ο Νόμος 2619/1998, (ΦΕΚ Α'132/19.06.1998) με τον οποίο κατοχυρώθηκαν νομοθετικά σε εσωτερικό επίπεδο, η προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής και αφορμή αποτέλεσε η Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και την Βιοϊατρική, που υπογράφηκε στο Οβιέδο το 1997⁷⁶. Ειδικότερα έχει προβλεφθεί στο άρθρο 5 του συγκεκριμένου νόμου ότι απαιτείται συναίνεση του ασθενούς σε περίπτωση επέμβασης για την βελτίωση της υγείας του, εφόσον έχει προηγηθεί σχετική ενημέρωση και το άρθρο 6 προβλέπει την διαδικασία που ακολουθείται σε περίπτωση που ανακύπτει πρόβλημα αδυναμίας συναίνεσης. Το άρθρο 24 της Σύμβασης ορίζει χαρακτηριστικά: << Το πρόσωπο που έχει υποστεί απρόκλητη βλάβη εξαιτίας επέμβασης, έχει δικαίωμα σε αποζημίωση σύμφωνα με τις προϋποθέσεις και τις διαδικασίες που ορίζει ο νόμος>>.

Δ) Ο Νόμος 2716/1999 (ΦΕΚ Α' 96/17.05.1999. Με το συγκεκριμένο νομοθέτημα αναπτύχθηκαν και εκσυγχρονίστηκαν οι υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας, καθώς επίσης προβλέφθηκε η ίδρυση των Μονάδων Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.) κατά το άρθρο 4 του παρόντος.

75. Την ίδια χρονιά απέκτησε σχετικό Νόμο και η Ιρλανδία, αλλά η εφαρμογή του άρχισε ένα χρόνο μετά.

76. Κοντιάδης Ξ.- Σουλιώτης Κ. (2010), ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ, 1η ΕΚΔΟΣΗ, Κόρινθος, ΠΑΠΑΖΗΣΗ (ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Κρεμαλής Δ.)

Σημαντικό είναι επίσης το Πρόσθετο Πρωτόκολλο για την απαγόρευση της κλωνοποίησης των ανθρωπίνων όντων, που προστέθηκε στην Σύμβαση του Οβιέδο το 1998, στο οποίο συμφωνείται ρητά ότι απαγορεύεται <<κάθε παρέμβαση που έχει ως σκοπό τη δημιουργία ενός ανθρωπίνου όντος που είναι γενετικώς όμοιο με ένα άλλο ανθρώπινο ον, ζωντανό ή νεκρό>>.

Ε) Ο Νόμος 2737/1999, (ΦΕΚ Α' 174/27.08.1999) με τον οποίο κατοχυρώθηκε η διαδικασία και οι προϋποθέσεις μεταμοσχεύσεων των ανθρωπίνων ιστών και οργάνων και προβλέφθηκε κατά το άρθρο 15 του συγκεκριμένου νόμου η ίδρυση νομικού προσώπου ιδιωτικού δικαίου με την επωνυμία <<ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ (Ε.Ο.Μ.)>> και έδρα την Αθήνα, το οποίο τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Αξιοσημείωτο είναι, με βάση το άρθρο 2 του παρόντος νομοθετήματος, ότι ο νομοθέτης απαγόρευσε ρητά την οποιαδήποτε είδους συναλλαγή μεταξύ λήπτη και δοτή καθώς επίσης και των οικογενειών τους, όταν προηγείται η αφαίρεση οργάνων και ιστών με σκοπό την μεταμόσχευση, ήτοι να γίνεται χωρίς αντάλλαγμα. Εξαιρεση αποτελεί, η παράγραφος 2 του παρόντος άρθρου με την οποία δεν συνιστά αντάλλαγμα η καταβολή δαπανών που είναι απαραίτητες για την αφαίρεση, συντήρηση και μεταφορά του μοσχεύματος.

Κατά την δεκαετία του 2000, ψηφίστηκαν οι εξής νόμοι:

Α) (α) Ο Νόμος 3089/2002 (ΦΕΚ Α' 327/23.12.2002) συμπληρώθηκε από τον (β) Νόμο 3305/2005 (ΦΕΚ Α' 17/27.01.2005), ο οποίος προσδιορίζει τις αναγκαίες προϋποθέσεις για να επιτευχθεί μια ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, θέτει το πλαίσιο ερευνών σε γαμέτες και γονιμοποιημένα ωάρια, προβλέπει τις προϋποθέσεις για δημιουργία ειδικών ιατρικών μονάδων για ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή καθώς και για τις Τράπεζες κρυοσυντήρησης, προβλέπει την δημιουργία Ανεξάρτητης Αρχής Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, για έλεγχο των νόμων 3089/2002 και 3305/2005, και τέλος επιβάλλει διοικητικές και ποινικές κυρώσεις για τις περιπτώσεις που δεν τηρούνται οι προϋποθέσεις των παραπάνω νόμων⁷⁷.

Β) Και την ίδια χρονιά ψηφίζεται ο Νόμος 3418/2005 (ΦΕΚ Α' 287/28.11.2005) με τίτλο <<ΚΩΔΙΚΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ>> με τον οποίο καθορίζονται οι κανόνες ρύθμισης και τήρησης ορισμένης συμπεριφοράς μεταξύ των επαγγελματιών Υγείας, που διέπουν τόσο το ιατρικό όσο και το οδοντιατρικό λειτούργημα, και καθορίζονται τόσο οι σχέσεις των λειτουργών της υγείας με τους ασθενείς, όσο και οι σχέσεις τους με την κοινωνία. Θεσπίζονται ρητώς τα δικαιώματα των ασθενών κατά την νοσηλεία τους σε κάθε είδους νοσηλευτικό ίδρυμα (δημόσιο και ιδιωτικό τομέα), γίνεται αποκλειστική απαρίθμηση των υποχρεώσεων των Επαγγελματιών της Υγείας και καθιερώνεται για πρώτη φορά κατά το άρθρο 13 του παρόντος Κώδικα, το ιατρικό απόρρητο και κατά το άρθρο 14 η τήρηση του Ιατρικού Αρχείου, με το οποίο σύμφωνα με την παράγραφο 1, εδάφιο β' του παρόντος άρθρου εφαρμόζονται οι διατάξεις του Νόμου 2472/1997 (ΦΕΚ Α' 50/10.04.1997)⁷⁸, περί της προστασίας του ατόμου από την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.

77. Κοντιάδης Ξ.- Σουλιώτης Κ. (2010), ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ, 1η ΕΚΔΟΣΗ, Κόρινθος, ΠΑΠΑΖΗΣΗ (ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 Αγαλλοπούλου Π.)

78. Σύμφωνα με το άρθρο 7 παρ. 1 του Νόμου, απαγορεύεται η συλλογή και η επεξεργασία ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων, όταν τα δεδομένα αφορούν στοιχεία υγείας ατόμου και υπό προϋποθέσεις κάμπτεται αυτή η απαγόρευση σύμφωνα με την παράγραφο 2 του παρόντος άρθρου, ύστερα από άδεια της Αρχής.

Έπρεπε να περάσουν δέκα τρία έτη (13) για την θεσμοθέτηση ενός κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Κ.Ι.Δ.), από την θέσπιση και ψήφιση του *Νόμου 2071/1992 (ΦΕΚ Α' 123/16.07.1992)*, που αφορά τον εκσυγχρονισμό και την Οργάνωση του Συστήματος Υγείας, διότι κατά το άρθρο 62 παρ. 1 του παρόντος νομοθετήματος είχε προβλεφθεί η έκδοση προεδρικού διατάγματος, ύστερα από πρόταση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και μετά από την γνώμη του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου και της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας.

4.1.1: Δικαιώματα ασθενών

Οι ασθενείς, κατά τη διάρκεια νοσηλείας τους, εντός ενός νοσηλευτικού ιδρύματος, είτε στο δημόσιο, είτε στον αντίστοιχο ιδιωτικό τομέα, χρήζουν ιδιαίτερης προστασίας ως προς τα δικαιώματά τους στην ζωή και στην υγεία, λόγω της ιδιαίτερης θέσης που ευρίσκονται και διάφορα νομοθετήματα εκδόθηκαν προκειμένου να προστατεύσουν τα ανωτέρω καθώς επίσης και κάποια άλλα δικαιώματα που γεννιούνται κατά την χρονική στιγμή εισαγωγής τους.

Ασφαλώς, όπως αναφέρθη ανωτέρω, στην προηγούμενη παράγραφο με τον Κ.Ι.Δ. θεσμοθετήθηκαν για πρώτη φορά τα δικαιώματα των Ασθενών σε ένα ενιαίο κείμενο. Αλλά, πρώτη φορά που γίνεται αναφορά για αυτού του είδους τα δικαιώματα, είναι ο *νόμος 2071/1992 (ΦΕΚ Α' 123/16.07.1992)*, ο οποίος ομιλεί για τα δικαιώματα του Νοσοκομειακού Ασθενούς, και ουσιαστικά, κατά την ταπεινή μου άποψη, αποτελεί τον πρόγονο του ισχύοντα Κ.Ι.Δ.

Με βάση το άρθρο 47 του *νόμου 2071/1992 (ΦΕΚ Α' 123/16.07.1992)*, <<Ο ασθενής έχει το δικαίωμα της παροχής φροντίδας σ' αυτόν με τον οφειλόμενο σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια του. Αυτή η φροντίδα περιλαμβάνει όχι μόνο την εν γένει άσκηση της ιατρικής και της νοσηλευτικής, αλλά και τις παραϊατρικές υπηρεσίες, την κατάλληλη διαμονή, την κατάλληλη μεταχείριση και την αποτελεσματική διοικητική και τεχνική εξυπηρέτηση.>>

Επιπρόσθετα, στο ίδιο άρθρο γίνεται αναφορά στο εξής: << Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν. Σε περίπτωση ασθενούς με μερική ή πλήρη διανοητική ανικανότητα, η άσκηση αυτού του δικαιώματος γίνεται από το πρόσωπο που κατά νόμο ενεργεί για λογαριασμό του.>>

Συνάγεται το συμπέρασμα ότι ο Ασθενής, κατά την εισαγωγή του είτε σε ιδιωτικό, είτε σε Νοσηλευτικό Ίδρυμα με την μορφή Νομικού Προσώπου Δημοσίου Δικαίου, έχει κάθε δικαίωμα να απαιτήσει να του παρασχεθεί η βασική ιατρική φροντίδα, με σκοπό την βελτίωση της υγείας του, σε σχέση πάντα με την λήψη των κατάλληλων μέτρων, ώστε να προστατεύεται η αξιοπρέπεια του από τον Επαγγελματία Υγείας, καθώς επίσης να διαμένει σε μέρος κατάλληλο για την

υγεία του και την σωματική του ακεραιότητα και η εξυπηρέτηση να είναι τάχιστα και αποτελεσματική.

Πριν από την λήψη κάποιας θεραπευτικής αγωγής, ο Ασθενής έχει δικαίωμα να ενημερωθεί επαρκώς από τον Επαγγελματία Υγείας, σχετικά με την Υγεία του, το περιεχόμενο της αγωγής, ποιά θα είναι το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα, σε γλώσσα κατανοητή, ώστε να παράσχει τη σύμφωνη γνώμη του, για να επακολουθήσει η λήψη της Θεραπευτικής αγωγής, είτε να αρνηθεί. Σε περίπτωση δε, που ο τελευταίος είναι ανήλικος, τότε δίδουν την συγκατάθεση οι γονείς του, με βάση το δικαίωμα της γονικής μέριμνας (1510 ΑΚ) και αν ευρίσκεται υπό καθεστώς δικαστικής συμπαράστασης, είτε στερητικής, είτε επικουρικής, τότε η συγκατάθεση δίδεται από τον Δικαστικό Συμπαραστάτη, ο οποίος έχει διοριστεί με δικαστική απόφαση.

Έχουν ήδη γεννηθεί δύο δικαιώματα, για έναν Νοσοκομειακό Ασθενή, το δικαίωμα στην Αξιοπρέπεια και το δικαίωμα στην ενημέρωση του. Από το τελευταίο, απορρέει μία θεμελιώδης αξίωση, η αξίωση της συναίνεσης στην λήψη ή μη της Θεραπευτικής Αγωγής.

Τα δικαιώματα των Ασθενών συνδέονται, σε μέγιστο βαθμό, κατά την ταπεινή μου γνώμη ομοιάζουν, με τις Θεμελιώδεις Αρχές του Δικαίου της Υγείας, και χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: α) Οι Βασικές Αρχές του Δικαίου της Υγείας και β) Οι Ειδικότερες Αρχές του Δικαίου της Υγείας.

Α)

1. *Η ανθρώπινη αξιοπρέπεια* του ασθενούς συνδέεται με το άρθρο 2 παρ. 1 του Συντ. στο οποίο αποτελεί υποχρέωση της Πολιτείας να διαφυλάττει με όλα τα μέσα και τους σκοπούς *την αξιοπρέπεια* του ανθρώπου καθώς επίσης με το άρθρο 8 παρ.2 του Κ.Ι.Δ. στο οποίο γίνεται αναφορά στην σχέση που χτίζεται μεταξύ ασθενούς και Επαγγελματία Υγείας και ο τελευταίος οφείλει να συμπεριφέρεται με σεβασμό, κατανόηση στις απόψεις των ασθενών, την ιδιωτικότητα και *την αξιοπρέπειά τους*. Ας μην λησμονήσουμε και το άρθρο 29 παρ. 1 εδάφιο β' του Κ.Ι.Δ. στο οποίο γίνεται αναφορά στο γεγονός, κατά το οποίο, όταν κάποιος Ασθενής, ευρίσκεται πολύ κοντά στον Θάνατο, ο Επαγγελματίας Υγείας φροντίζει κατά τέτοιον τρόπο, ώστε να προσφέρει ανακούφιση των ψυχοσωματικών πόνων του και να διασφαλίζεται έτσι σε μέγιστο βαθμό η Αξιοπρέπεια του.

2. *Η ελευθερία* είναι απαραίτητη για την ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας που παρέχουν οι ιατροί και το λοιπό υγειονομικό προσωπικό. Διακρίνονται τρεις εκφάνσεις του συγκεκριμένου δικαιώματος: (α) η ελεύθερη επιλογή του Ιατρού, (b) η ελεύθερη διάθεση του σώματός του και (c) η ελεύθερη διαχείριση των ονομαστικών του δεδομένων.

Με βάση το άρθρο 4 του Κ.Ι.Δ. ο ιατρός οφείλει να διασφαλίζει στον ασθενή την ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, με την ίση κατανομή όλων των διαθέσιμων πόρων, να συνεργάζεται αρμονικά με όλους τους Επαγγελματίες Υγείας, ώστε να αποφεύγονται τα ιατρικά λάθη και να μεγιστοποιούνται τα αποτελέσματα της ιατρικής φροντίδας.

(α) Η ελεύθερη επιλογή του Ιατρού συνδέεται με τον τρόπο άσκησης του λειτουργήματος της Ιατρικής, πάντα σε σχέση με τον όρκο του Ιπποκράτη, που δίδει κάθε Επαγγελματία Υγείας, προ της ανάληψης των καθηκόντων του, με την ρύθμιση κανόνων, περιορισμών και απαγορεύσεων καθώς επίσης η κάθε ιατρική ειδικότητα συνδέεται με τον τρόπο διαφήμισης, προκειμένου ένας Ιατρός να γίνει γνωστός στο ευρύ << εν δυνάμει >> καταναλωτικό κοινό, που θα νοσήσει. Συνδέεται άρρηκτα με το άρθρο 2 παρ. 3 εδάφιο β' του Κ.Ι.Δ. στο οποίο γίνεται αναφορά για την απαγόρευση διακρίσεων με απόλυτο σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια και ζωή ως προς την παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών από έναν Επαγγελματία Υγείας. Παρόλα αυτά η ελεύθερη επιλογή του Ιατρού κάμπτεται από την βιωσιμότητα των ρυθμίσεων του δικαίου των κοινωνικών ασφαλίσεων, διότι τέτοιοι περιορισμοί είναι απαραίτητοι για την εξασφάλιση ενός ελάχιστου επιπέδου παροχής υγειονομικών υπηρεσιών με τον περιορισμό επιλογής μόνο στους συμβεβλημένους ιατρούς.

(β) Ο ασθενής έχει το δικαίωμα της αυτοδιάθεσης του σώματός του, το οποίο δεν μπορεί να γίνει απεριορίστα, αλλά κάμπτεται υπό το άρθρο 281 του ΑΚ, τις διατάξεις περί της τεχνητής διακοπής της εγκυμοσύνης, η οποία πρέπει να γίνει υπό προϋποθέσεις και κατάλληλες συνθήκες και την περίπτωση του ζητήματος που γεννάται με το υπό πρόσληψη υπαλληλικό προσωπικό να υποβληθεί σε ιατρικές εξετάσεις από τον εργοδότη⁷⁹.

(γ) Ασφαλώς ο κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα να διαχειρίζεται το σύνολο των δεδομένων του, αναφορικά με την κατάσταση της υγείας του, τα οποία είναι συγκεντρωμένα από τον Επαγγελματία Υγείας, διότι ο τελευταίος είναι υποχρεωμένος να κρατά αρχείο με βάση το άρθρο 14 του Κ.Ι.Δ. ώστε ο ασθενής⁸⁰ να έχει την δυνατότητα πρόσβασης στον φάκελό του οποτεδήποτε το επιθυμήσει και αν το θελήσει να δώσει την συγκατάθεσή του, ώστε τα ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα που αφορούν την υγεία του να αποτελέσουν προϊόν έρευνας και επεξεργασίας από φυσικά ή νομικά πρόσωπα, με την προϋπόθεση να έχει προηγηθεί σαφής και εμπειριστατωμένη ενημέρωση του.

79. Τσαντίλας Π. (2008), ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΑΙ ΕΘΝΙΚΟ ΔΙΚΑΙΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, 10η ΈΚΔΟΣΗ, Αθήνα, ΑΝΤ.Ν. ΣΑΚΚΟΥΛΑ

Η πρακτική του γενετικού ελέγχου για την πρόσληψη σε μία εργασία δεν είναι σπάνια στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, αλλά στην Ευρώπη δεν γίνεται κατ' αρχήν δεκτή από το δίκαιο και την δεοντολογία.

80. Κατά την εισαγωγή ασθενούς, εντός Νοσηλευτικού Ιδρύματος, που διέπεται από τις διατάξεις των Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου, ο κάθε ασθενής, θεωρείται διοικούμενος και με βάση το άρθρο 5 παρ. 1 του Νόμου 2690/1999 (κώδικας διοικητικής διαδικασίας) σε συνδυασμό με την παράγραφο 4 εδάφιο γ' του ίδιου Νόμου, έχει πρόσβαση στον ιατρικό του φάκελο για την λήψη γνώσης των διοικητικών εγγράφων του, διότι οι πληροφορίες, είναι ιατρικού περιεχομένου γνωστοποιούνται στον αιτούντα με την αρωγή Ιατρού.

Ασφαλώς, στην τελευταία υπό περίπτωση του δικαιώματος ελευθερίας του Ασθενούς, αναφορικά με την διαχείριση των προσωπικών του δεδομένων, απορρέει κατά το άρθρο 13 του Κ.Ι.Δ. η προστασία του ιατρικού απορρήτου, και σε συνδυασμό με το άρθρο 8 του Κ.Ι.Δ. την ανάπτυξη της εμπιστοσύνης και σεβασμού μεταξύ Ιατρού και Ασθενούς, τα οποία θα αναλυθούν στην επόμενη παράγραφο 4.1.2., γεννάται η πεποίθηση ότι η προστασία των προσωπικών δεδομένων αναφορικά με θέματα υγείας και ζωής, θεωρούνται μείζονος σημασίας και τίθεται υποχρέωση της πολιτείας να τα διαφυλάξουν από ετεροπροσβολές τρίτων, με βάση το άρθρο 5^Α σε συνδυασμό με το άρθρο 9^Α του Καταστατικού μας Χάρτη.

3. *Η αρχή της ισότητας*, είναι ένα απόλυτο δικαίωμα το οποίο απορρέει από το Σύνταγμα με βάση το άρθρο 4. Όλοι οι ασθενείς, ανεξαρτήτου χρώματος, ιδεολογικών, θρησκευτικών πεποιθήσεων, φυλής, φύλου, θρησκείας, απολαύουν την ίση πρόσβαση στην παροχή υπηρεσιών υγείας, στις οποίες θεματοφύλακας είναι ο Επαγγελματίας Υγείας και ο τελευταίος προάγει στην ίση κατανομή των διαθέσιμων πόρων με βάση το άρθρο 4 του Κ.Ι.Δ. Το δίκαιο της Υγείας, λειτουργεί υπό το πρίσμα του συγκερασμού των αντίθετων επιχειρημάτων, μέσω της συμβιβαστικής επίλυσης των αντίρροπων τάσεων ως προς ισότιμη πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες από την μία μεριά και από την άλλη να επιτευχθεί η βιωσιμότητα και η λειτουργία του συστήματος των δημοσίων δαπανών, σε συνδυασμό με το πρόβλημα του δημογραφικού και την αλματώδη εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης. Η παροχή υγειονομικών υπηρεσιών αποτελεί υποχρέωση της Πολιτείας με βάση το άρθρο 21 παρ. 3 του Συντάγματος και κάθε πολίτης δικαιούται να νοσηλευθεί, εφόσον θεωρηθεί ασθενής, με σκοπό την περίθαλψή του, ώστε να βελτιωθεί η υγεία του, παρά την ύπαρξη γεωγραφικών ανισοτήτων, λαμβάνοντας υπόψη τα άρθρα 9 παρ. 2 και 3 του Κ.Ι.Δ. σε συνδυασμό με το άρθρο 7 παρ. 2 και αν υφίσταται σύγκρουση καθηκόντων⁸¹ κατά το άρθρο 15, ο Ιατρός οφείλει να ακολουθεί την συνείδησή του με βάση το άρθρο 2.

B)

Οι ειδικότερες Αρχές του Δικαίου της Υγείας, δεν θεωρούνται υποδυέστερες σε σχέση με τις Βασικές Αρχές, αλλά αλληλοσυμπληρώνονται, αλληλοσυγκρούονται και επικαλύπτονται μεταξύ τους.

1. Η συναίνεση που μπορεί να δώσει ο ασθενής πρέπει να είναι ρητή και τεκμαιρόμενη, πριν την διενέργεια οποιαδήποτε ιατρικής πράξης από την πλευρά

81. Μπέκας Γ. (2005) ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΠΟΙΝΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ (Ασκήσεις- Σχεδιαγράμματα- Βασικές Έννοιες) Α. Γενικό μέρος, 1η έκδοση, Αθήνα, Π. Ν. ΣΑΚΚΟΥΛΑΣ

Εθιμικά αίρεται ο άδικος χαρακτήρας μιας καταχίν άδικης πράξης, όταν αυτή τελέστηκε στα πλαίσια ορθής επίλυσης μίας σύγκρουσης καθηκόντων, όπου η εκπλήρωση του ενός καθήκοντος προϋποθέτει αναγκαστικά την παραβίαση του άλλου. Στην κατάσταση σύγκρουσης καθηκόντων, ο δράστης όπως και αν συμπεριφερθεί, οπωσδήποτε θα τελέσει, είτε με ενέργεια είτε με παράλειψη, κάποια καταρχήν άδικη πράξη που τυποποιείται ως έγκλημα (θα πληρώσει κάποια αντικειμενική υπόσταση), σε αντίθεση με την κατάσταση ανάγκης, όπου έχει την δυνατότητα να αδρανήσει, ανεχόμενος την πιθανή βλάβη του αγαθού που κινδυνεύει, και έτσι να μην τελέσει καμία καταρχήν άδικη πράξη.

του Επαγγελματία Υγείας, και ο ασθενής θα πρέπει να είναι πνευματικά ώριμος⁸² να συμφωνήσει ή να διαφωνήσει με την υποβολή του σε εξετάσεις. Συνήθως ο τύπος της συναίνεσης που επικρατεί είναι ο προφορικός, με βάση την αρχή ελευθερίας των συμβάσεων, κατά άρθρο 361 του ΑΚ, σε παράλληλο άξονα με τον κανόνα του ατύπου των δικαιοπραξιών. Σε ελάχιστες περιπτώσεις επικρατεί ο έγγραφος τύπος⁸³ με βάση το άρθρο 12 του Κ.Ι.Δ. στο οποίο προβλέπονται οι προϋποθέσεις της έγκυρης συναίνεσης, οι περιορισμοί, οι απαγορεύσεις περί της προσβολής του συγκεκριμένου δικαιώματος καθώς επίσης ορίζεται και ο τρόπος κάμψης του κανόνα. Ασφαλώς, σε περιπτώσεις δικαστικής διαμάχης, μεταξύ είτε ασθενούς και Επαγγελματία Υγείας, είτε συγγενών του αποβιώσαντος ασθενούς και Επαγγελματία Υγείας, το τεκμήριο της απόδειξης της ύπαρξης έγκυρης συναίνεσης είναι μαχητό και το βάρος απόδειξης ευρίσκεται από την πλευρά του Επαγγελματία Υγείας, με γεγονότα να καταδείξει ότι προηγήθη της διενέργειας οποιασδήποτε ιατρικής πράξης.

2. Προϋπόθεση της έγκυρης συναίνεσης αποτελεί η προηγούμενη ενημέρωση του Ασθενούς από τον Επαγγελματία Υγείας κατά το άρθρο 11 του Κ.Ι.Δ.. Η συζήτηση και ενημέρωση του ασθενούς γίνεται στο πλαίσιο της σχέσης εμπιστοσύνης που τον συνδέει με τον Ιατρό, με αντικειμενικά κριτήρια, είναι άμεση και προφορική και το σημαντικότερο κριτήριο αποτελεί το ίδιο το συμφέρον του ασθενούς⁸⁴. Εννοείται, όπως προελέχθη ανωτέρω, και στην περίπτωση της ύπαρξης της ενημέρωσης από την πλευρά του Επαγγελματία Υγείας, το βάρος απόδειξης βαρύνει τον τελευταίο.

4.1.2: Δικαιώματα και υποχρεώσεις των Επαγγελματιών Υγείας

Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις όλων των Επαγγελματιών Υγείας, εκτός Ιατρών, θεσμοθετήθηκαν για πρώτη φορά σύμφωνα με το Προεδρικό Διάταγμα 351/1989 (Φ.Ε.Κ.23/26.1.89/τ.Α')⁸⁵, με το οποίο καθορίστηκαν τα επαγγελματικά δικαιώματα πτυχιούχων του τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας & Πρόνοιας (ΣΕΥΠ) των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων (Τ.Ε.Ι), και ορίζονται κατά αποκλειστική απαρίθμηση σε:

82. Γεωργιάδης Σ. Α. (2007) ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ Αστικού Δικαίου ΣΥΝΤΕΤΜΗΜΕΝΗ ΕΚΔΟΣΗ ΠΡΟΣ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ, 3η έκδοση Αθήνα, ΑΝΤ.Ν. ΣΑΚΟΥΛΑ.

Α) Όταν το πρόσωπο κατά το χρόνο που γίνεται η δήλωση βουλήσεως δεν έχει συνείδηση των πραττομένων, δηλαδή αδυνατεί να διαγνώσει την ουσία από το περιεχόμενο της πράξης του. Β) Όταν το πρόσωπο κατά τον ίδιο χρόνο, βρίσκεται σε ψυχική ή διανοητική διαταραχή, η οποία περιορίζει τη λειτουργία της βούλησής του, δηλαδή το πρόσωπο εμποδίζεται να προβεί σε ελεύθερο προσδιορισμό της βουλήσεώς του με λογικούς υπολογισμούς λόγω της διαταραχής (π.χ. σχιζοφρένεια, παράνοια, επιληψία, εγκεφαλική συμφορήση κ.λ.π.), μόνιμης ή παροδικής.

83. Ο έγγραφος τύπος της συναίνεσης επικρατεί σε ιατρικές πράξεις υποβοηθούμενης εγκυμοσύνης.

84. Τσαντίλας Π. (2008), ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΑΙ ΕΘΝΙΚΟ ΔΙΚΑΙΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, 10η ΈΚΔΟΣΗ, Αθήνα, ΑΝΤ.Ν. ΣΑΚΚΟΥΛΑ

Αν ο ασθενής το επιθυμεί στην ενημέρωσή του μπορεί να παρίσταται και κάποιο πρόσωπο της εμπιστοσύνης του.

A) Τα δικαιώματα:

1. Οι νοσηλευτές έχουν δικαίωμα απασχόλησης είτε ως στελέχη νοσηλευτικών μονάδων, στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα, είτε ως αυτοαπασχολούμενοι σε όλο το φάσμα παροχής νοσηλευτικών φροντίδων και ειδικότερα με τα εξής αντικείμενα και δραστηριότητες.
2. Συμμετέχουν σε περίπτωση θεομηνιών και εκτάκτων αναγκών στην κοινή προσπάθεια για την αντιμετώπιση υγειονομικών προβλημάτων.
3. Συμμετέχουν σε όλα τα επίπεδα λήψης αποφάσεων του συστήματος υγείας για τον καθορισμό της πολιτικής της υγείας.
4. Καλύπτουν όλο το φάσμα της διοικητικής ιεραρχίας της σχετικής με τον τομέα της ειδικότητας τους, σύμφωνα με την κάθε φορά ισχύουσα νομοθεσία.
5. Καθορίζουν τα κριτήρια της νοσηλευτικής φροντίδας σε όλα τα πλαίσια της νοσηλευτικής άσκησης.
6. Ασκούν κάθε άλλη επαγγελματική δραστηριότητα που εμφανίζεται στο αντικείμενο της ειδικότητάς τους με την εξέλιξη της τεχνολογίας σύμφωνα με τις ρυθμίσεις της κάθε φορά ισχύουσας νομοθεσίας.
7. Καλύπτουν τομείς νοσηλευτικών ειδικοτήτων, ελλείπει ειδικών νοσηλευτών αφού εκπαιδευτούν με ταχύρρυθμα προγράμματα.

B) Οι Υποχρεώσεις:

Οι Νοσηλευτικές πράξεις που γίνονται με απόφαση και ευθύνη, του συνόλου του νοσηλευτικού προσωπικού ως προς την εκτέλεση αναφορικά με την κάλυψη των αναγκών του ανθρώπου σαν βιοψυχοκοινωνική οντότητα, στους τομείς υγιεινής, του ίδιου και του περιβάλλοντος του, ασφάλειας, άνεσης, υποβοήθησης οργανικών λειτουργιών, διατήρησης ισοζυγίων του.

- Παροχή ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης φροντίδας σε κλινήρεις ασθενείς όλων των ηλικιών, που πάσχουν από διάφορα νοσήματα.
- Λήψη νοσηλευτικών μέτρων και επίβλεψη ανάπαυσης και ύπνου.
- Λήψη μέτρων για πρόληψη και φροντίδα επιπλοκών από μακροχρόνια κατάκλιση.
- Κάλυψη των αδυναμιών αυτοφροντίδας.
- Υποβοήθηση και φροντίδα λειτουργιών απέκκρισης εντέρου και ουροδόχου κύστης.
- Λήψη νοσηλευτικών μέτρων για παραγωγή αναπνευστικής λειτουργίας.
- Στενή παρακολούθηση ασθενών για έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών ή επιπλοκών από τη νόσο, τις διαγνωστικές εξετάσεις και τα θεραπευτικά σχήματα.

85. «Καθορισμός Επαγγελματικών δικαιωμάτων των πτυχιούχων των τμημάτων α) Νοσηλευτικής, β) Μαιευτικής, γ) Επισκεπτών και Επισκεπτριών Υγείας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας και δ) του Τμήματος Διοίκησης μονάδων Υγείας και Πρόνοιας της Σχολής Διοίκησης και Οικονομίας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων»

- Παροχή ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης φροντίδας σε κλινήρεις αρρώστους όλων των ηλικιών, που πάσχουν από διάφορα νοσήματα.
- Λήψη νοσηλευτικών μέτρων και επίβλεψη ανάπαυσης και ύπνου.
- Λήψη μέτρων για πρόληψη και φροντίδα επιπλοκών από μακροχρόνια κατάκλιση.
- Κάλυψη των αδυναμιών αυτοφροντίδας.
- Υποβοήθηση και φροντίδα λειτουργιών απέκκρισης εντέρου και ουροδόχου κύστης.
- Λήψη νοσηλευτικών μέτρων για παραγωγή αναπνευστικής λειτουργίας.
- Στενή παρακολούθηση ασθενών για έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών ή επιπλοκών από τη νόσο, τις διαγνωστικές εξετάσεις και τα θεραπευτικά σχήματα.
- Λήψη μέτρων για πρόληψη ατυχημάτων στο χώρο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας.
- Απομόνωση και δήλωση ασθενούς με λοιμώδες νόσημα.
- Προθανάτια υποστήριξη και φροντίδα του ασθενούς και μεταθανάτια φροντίδα του ασθενούς, στο θάλαμο και υποστήριξη της οικογένειας.
- Σίτιση ασθενούς με όλους τους τρόπους.
- Εφαρμογή φυσικών μέσων για πρόκληση υποθερμίας και επισπαστικών.
- Πληροφόρηση του ασθενούς και των οικείων του σε θέματα που αφορούν. - τη λειτουργία του νοσοκομείου - τη νομοθεσία των υπηρεσιών υγείας - την εφαρμοζόμενη θεραπευτική αγωγή
- Εκπαίδευση και παροχή βοήθειας στον ασθενή με σκοπό την αυτοφροντίδα.
- Εκπαίδευση και παροχή βοήθειας στους οικείους του ασθενούς με σκοπό την συνέχιση της φροντίδας στο σπίτι.
- Φροντίδα και υποστήριξη ασθενούς και περιβάλλοντος όταν υπάρχει χρόνιο ή ανίατο νόσημα.
- Βοήθεια στην επικοινωνία μεταξύ ασθενούς, οικογένειας, γιατρού, προσωπικού του νοσοκομείου και άλλων κοινωνικών και κοινοτικών ιδρυμάτων.
- Διενέργεια γραπτής και προφορικής ενημερωτικής επικοινωνίας με τα μέλη της υγειονομικής ομάδας και άλλους συναφείς Οργανισμούς.
- Συνεργασία στο συντονισμό των ενεργειών για την πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση.

Οι πράξεις που είναι υποχρεωμένοι να εκτελέσουν κατά την απουσία του Ιατρού είναι οι εξής:

- I. Εφαρμογή πρωτοκόλλου επειγουσών ενεργειών σε χώρους ή μονάδες όπου δεν είναι σπάνια προβλεπτά οξέα συμβάντα.
- II. Εφαρμογή πρώτων βοηθειών.

- III. Πράξεις μετά από γνωμάτευση γιατρού και εκτέλεση από τον νοσηλευτή. Ο νοσηλευτής έχει την ικανότητα λόγω σπουδών και πρακτικής εμπειρίας να εκτελεί και τις πιο περίπλοκες πράξεις κατ' εφαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος.
- IV. Μετρήσεις διαφόρων παραμέτρων που εμπίπτουν στις αρμοδιότητες του νοσηλευτή.
- V. Χορήγηση φαρμάκων από όλες τις οδούς.
- VI. Χορήγησης οξυγόνου με όλους τους τρόπους.
- VII. Πλήρης παρεντερική θρέψη.
- VIII. Θεραπευτικά λουτρά.
- IX. Βρογχική παροχέτευση εκκρίσεων.

Οι πτυχιούχοι του αναφερόμενου προεδρικού διατάγματος απασχολούνται στην νοσηλευτική εκπαίδευση σύμφωνα με την κάθε φορά ισχύουσα νομοθεσία έχοντας το δικαίωμα να επισημαίνουν προβλήματα για έρευνα ή μελέτη να τις διεξαγάγουν με σκοπό την προαγωγή της νοσηλευτικής επιστήμης και μεθοδολογίας και να ασκούν το επάγγελμα στο πλαίσιο των παραπάνω επαγγελματικών τους δικαιωμάτων μετά την απόκτηση άδειας άσκησης επαγγέλματος που χορηγείται από τις αρμόδιες υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Κατά το 2011, με απόφαση της Ένωσης Νοσηλευτών και Νοσηλευτριών Ελλάδος (Ε.Ν.Ε.)⁸⁶, οι πράξεις της αιμοδιήθησης, της πλασμαφαίρεσης και της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης δεν περιλαμβάνονται και δεν θα μπορούσαν να περιλαμβάνονται στον συνήθη και θεσμοθετημένο κύκλο υπηρεσιακών καθηκόντων – επαγγελματικών δικαιωμάτων των νοσηλευτών. Συγκεκριμένα, για την αιμοδιήθηση, συνάγεται ότι ο νοσηλευτής δύναται να παρακολουθεί την πορεία και την έκβαση της διαδικασίας, χωρίς να νομιμοποιείται να παρεμβαίνει σε κανένα στάδιο αυτής, παρά μόνο να ειδοποιεί τον υπεύθυνο ιατρό, προκειμένου να παρέμβει.

Σύμφωνα με την υπουργική απόφαση του Υπουργού Υγείας, Μαυρούδη Βορίδη την με αριθμό (Αριθ. Γ4α/Γ.Π. 3567/ Φ.Ε.Κ. 79/19.01.2015/ τ.Β.) κωδικοποιήθηκαν τα καθήκοντα και οι αρμοδιότητες των νοσηλευτών και νοσηλευτριών Ελλάδος, αλλά ισχύει το άρθρο 1 του Π.Δ. 351/1989, στις ισχύουσες μεταβατικές διατάξεις⁸⁷.

86. Αριθμός εγγράφου με πρωτόκολλο 301/05.04.2011 εκδιδόμενο από την Ε.Ν.Ε, το οποίο υπογράφεται από τον πρόεδρο Δημήτριο Σκουτέλη και τον Γενικό Γραμματέα Αριστείδη Δάγλα, απευθυνόμενο προς την διευθύντρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Γενικού Νοσοκομείου Ευαγγελισμός.

Κατά το άρθρο 30 παρ. 1 του δημοσιευμένου κώδικα (Ν. 3528/09.02.2007- Φ.Ε.Κ. 26 τ.Α.), όπως τροποποιήθηκε με τον Ν.3839/29.03.2010- Φ.Ε.Κ. 51 τ.Α.), σύμφωνα με το οποίο ο υπάλληλος εκτελεί τα καθήκοντα του κλάδου του ή της ειδικότητάς του και είναι ανεπίτρεπτη η ανάθεση σε νοσηλευτές της αιμοδιήθησης (πλην της παρακολούθησης της διαδικασίας), της πλασμαφαίρεσης και της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.

87. Σχετικό έγγραφο είναι αναρτημένο στην Διαύγεια (ΑΔΑ: ΩΟΧ3Θ-ΕΓ0) στις 16.01.2015, στο Υπουργείο Υγείας στην Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Υπηρεσιών Υγείας- Διεύθυνση Επαγγελματιών Υγείας Τμήμα Α', (διεύθυνση Αριστοτέλους 17, Αθήνα, Τ.Κ. 101 87), το οποίο αφορά την υπουργική απόφαση του Υπουργού Υγείας.

Να σημειωθεί ότι η Ε.Ν.Ε διαμαρτύρεται έντονα για την απόσυρση της υπουργικής απόφασης που έδινε τη δυνατότητα στους νοσηλευτές να συνταγογραφούν και σε σχετική ανακοίνωση⁸⁸ κάνει λόγο για αφύσικη επιρροή των ιατρικών συλλόγων στην εκάστοτε ηγεσία του υπουργείου Υγείας, στρεφόμενη ευθέως κατά του ιατρικού κλάδου, που είχε απειλήσει πως θα προσφύγει στη δικαιοσύνη αν δεν αποσυρθεί η επίμαχη υπουργική απόφαση του υπουργού Υγείας Μάκη Βορίδη, επισημαίνοντας ότι επιθυμούν «διακαώς τη διαιώνιση των προνομίων τους, που από δεκαετίες είχαν υφαρπάζει απ' τους νοσηλευτές». Και συμπληρώνει: «Επιπλέον, θεωρούμε αναγκαίο να επιστρέψουμε στο ακέραιο στον ΙΣΑ, τον ΠΙΣ και κάθε άλλο συλλογικό ιατρικό σχήμα, τους απαξιωτικούς χαρακτηρισμούς που επί τρεις μέρες εκτοξεύουν κατά του συνόλου των νοσηλευτών της χώρας, αμφισβητώντας ευθέως τις σπουδές, τις γνώσεις και τον επαγγελματικό τους ρόλο, υπενθυμίζοντάς τους ότι όλα τα μέλη τους, διδάχτηκαν από νοσηλευτές, κλινικές πράξεις αυξημένης υπευθυνότητας κατά το στάδιο της δοκιμότητάς τους αλλά και αργότερα ως μόνιμοι ιατροί».

Το παράδοξο είναι ότι η Ε.Ν.Ε. αντέδρασε μετά από την πάροδο τουλάχιστον τεσσάρων ετών (4), ύστερα από την έκδοση απόφασης του ίδιου τους Συλλόγου, το 2011, για την αφαίρεση των πράξεων της αιμοδιήθησης, της πλασμαφαίρεσης και της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, η οποία αποτέλεσε την σταδιακή μείωση των αρμοδιοτήτων τους, και αφορμή αποτέλεσε η δημοσίευση της υπουργικής απόφασης του Υπουργού Υγείας, Μαυρουδή Βορίδη, το έτος 2015.

Αφετηρία για τα δικαιώματα, τις υποχρεώσεις, τον καθορισμό των σχέσεων των Ιατρών μεταξύ τους, τις σχέσεις των Ιατρών με τους Πολίτες και τις σχέσεις των Ιατρών με τους ασθενείς τους, ήταν το έτος 2005, με την ψήφιση του Ν. 3418/2005 (ΦΕΚ Α' 287/28.11.2005) με τίτλο <<ΚΩΔΙΚΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ>>. Ασφαλώς πρόγονο του ανωτέρω νόμου και πρώτη προσπάθεια για την κωδικοποίηση των δικαιωμάτων και των υποχρεώσεων των Ιατρών, ήταν το έτος 1992, με το Νόμο 2071/1992 (ΦΕΚ Α' 123/16.07.1992).

Τα δικαιώματα των Ιατρών είναι τα εξής:

- Ο Ιατρός ασκεί το Λειτουργήμα τη Ιατρικής με σκοπό την διατήρηση, βελτίωση και αποκατάσταση της φυσικής και ψυχικής υγείας του ανθρώπου.
- Ο ιατρός τηρεί τον όρκο του Ιπποκράτη και ασκεί το λειτουργήμα με τους κανόνες της κατρικής επιστήμης.

88. http://www.proslipsis.gr/cmCat_treePrd.php?&cm_catid=68&cm_prdid=22576 δημοσίευμα της διαδικτυακής εφημερίδας proslipsis.gr στις 06/04/2016

- Ο ιατρός για λόγους συνείδησης έχει δικαίωμα να μη μετέχει σε γόνιμες ιατρικές επεμβάσεις, εκτός αν αποτελεί επείγουσα περίπτωση.
- Κάθε Ιατρός απολαύει κατά την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος επιστημονική ελευθερία, ελευθερία συνείδησης.
- Συνταγογραφεί και επιλέγει την μέθοδο θεραπείας που κρίνει ότι θα βελτιώσει, καλυτερεύσει την υγεία του ασθενούς, σε σχέση με κάποια άλλη μέθοδο θεραπευτικής αγωγής.
- Έχει το δικαίωμα να ασκεί άλλο επάγγελμα αρκεί να μην παρεμποδίζεται η ευσυνείδητη άσκηση της ιατρικής και δεν θίγεται η αξιοπρέπειά του.
- Προσφέρει τις ιατρικές του υπηρεσίες στην περιφέρεια του ιατρικού συλλόγου στον οποίο έχει εγγραφεί, και στην διεύθυνση που έχει δηλώσει αλλά κατ' εξαίρεση μπορεί να προσφέρει τις υπηρεσίες του σε άλλη περιφέρεια ύστερα από πρόσκληση άλλου ιατρού για την αντιμετώπιση επείγοντος περιστατικού και αν υπάρχει κίνδυνος ζωής.
- Ύστερα από έγκριση του οικείου τοπικού ιατρικού συλλόγου μπορεί ο ιατρός να προσφέρει τις ιατρικές του υπηρεσίες ή να συγκεντρώσει επιστημονικά στοιχεία για την υλοποίηση προγραμμάτων προληπτικής ιατρικής για κοινωνικό ή φιλανθρωπικό χαρακτήρα.
- Πρέπει να συντρέχει ειδικός λόγος, ώστε ο ιατρός να αρνηθεί να προσφέρει τις υπηρεσίες του που να τις καθίστα αδύνατες ως προς την υλοποίηση είτε να διακόψει την παροχή τους για λόγους επιστημονικούς ή προσωπικούς, εφόσον δεν υπάρχει πρόβλημα ζωής ή υγείας.
- Έχει το δικαίωμα του σεβασμού της προσωπικότητάς του και της ιδιωτικής του ζωής από τον Τύπο και τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης.
- Έχει το δικαίωμα διατήρησης ιστοσελίδας υπό προϋποθέσεις.
- Κατά την συγκρότηση του ιατρικού συμβουλίου, έχει το δικαίωμα να υποδείξει σύμβουλο ιατρό της επιλογής του.
- Δικαιούται της εύλογης αμοιβής, όπως έχει οριστεί στον Ιατρικό Σύλλογο της έδρας του καθώς μπορεί να προσφέρει τις υπηρεσίες του αφίλοκερδώς σε ευπαθείς ομάδες, στους συναδέλφους του και στους φοιτητές ιατρικής.
- Μπορεί να αρνηθεί να εφαρμόσει ή να συμπράξει στην διαδικασία της τεχνητής διακοπής της κύησης για λόγους ηθικής συνείδησης εκτός αν υπάρχει κίνδυνος ζωής της εγκύου ή βλάβης της υγείας της.
- Έχει το δικαίωμα να ασκεί όλα τα νόμιμα μέσα που προβλέπονται για την αποκατάσταση, αποζημίωση και επανόρθωση κάθε οικονομικής ή ηθικής βλάβης ή ζημίας που υπέστη από την εναντίον του άσκηση κάθε είδους αβάσιμης αναφοράς από φυσικά ή νομικά πρόσωπα.

Οι υποχρεώσεις των Ιατρών είναι:

- A. Ο Ιατρός οφείλει να σέβεται την ανθρώπινη ζωή του ασθενούς.
- B. Υποχρεούται να μην χρησιμοποιεί τις γνώσεις του για αφαίρεση της ζωής ή της υγείας και δεν συμμετέχει σε βασανιστήρια ή σε πράξεις που θα θίξουν την ανθρώπινη αξιοπρέπεια του ασθενούς.

- C. Είναι υποχρεωμένος να ασκεί το λειτουργημά του με βάση τους γενικά αποδεκτούς κανόνες ενός μέσου συνετού ιατρού, σύμφωνα με τους όρους και τις διατάξεις της ιατρικής επιστήμης.
- D. Κατά την παροχή ιατρικών υπηρεσιών ο ιατρός πρέπει να προάγει την ισότητα στις υπηρεσίες υγείας, να διασφαλίζει την ισότητα στην κατανομή πόρων και απαγορεύεται να προβαίνει σε διάκριση αναφορικά με το φύλο, την ιθαγένεια, την θρησκεία, το ιδεολογικό υπόβαθρο, το χρώμα, ως προς την προσφορά των ιατρικών υπηρεσιών.
- E. Υποχρεούται ως προς την έκδοση των ιατρικών πιστοποιητικών, ύστερα από αίτηση του ασθενούς, ή τρίτου προσώπου, εφόσον έχει έννομο συμφέρον.
- F. Απαγορεύεται στον Ιατρό να συμμετέχει σε επιχειρήσεις παρασκευής ή διαφήμισης ή προβολής ή σε πράξεις που έχουν ως σκοπό το εμπόριο φαρμάκων και συσκευασμάτων.
- G. Ο ιατρός είναι υποχρεωμένος να καλλιεργεί ένα αίσθημα εμπιστοσύνης στον ασθενή, ώστε ο τελευταίος να τον σέβεται.
- H. Ακούει προσεχτικά τις επιθυμίες των ασθενών και δεν παρεμβαίνει με κανένα τρόπο ή μέτρο ή βαθμό ή και στην έκταση στην προσωπική ή οικογενειακή τους ζωή.
- I. Οφείλει να σέβεται τις θρησκευτικές, ιδεολογικές, πολιτισμικές, πολιτικές, κοινωνικές αντιλήψεις των ασθενών του.
- J. Δεν πρέπει να εκμεταλλεύεται την εμπιστοσύνη των ασθενών, να χρησιμοποιεί την θέση για την σύναψη ανάρμοστων σχέσεων με τους τελευταίους, να ασκεί οικονομικές ή άλλου είδους πιέσεις και να αποκαλύπτει εμπιστευτικές πληροφορίες.
- K. Οφείλει όταν ολοκληρώνει τα καθήκοντά του να εξασφαλίζει με τον πρoσήκοντα τρόπο την διαδικασία παράδοσης του ασθενούς σε άλλον συνάδελφό του και μετά από αποτελεσματική, ακριβή ενημέρωση σχετικά με την κατάσταση, τις ανάγκες του ασθενούς, και τις υπάρχουσες εκκρεμότητες.
- L. Είναι υποχρεωμένος στην συγκρότηση ιατρικού συμβουλίου, εφόσον το ζητήσει είτε ο ασθενής, είτε οι οικείοι του.
- M. Είναι υποχρεωμένος να προσφέρει τις ιατρικές του υπηρεσίες, ασχέτως της ειδικότητάς του, αν υπάρχει κίνδυνος ζωής ή υγείας και να εξαντλήσει όλα τα πιθανά μέσα που έχει στην διάθεσή του, σύμφωνα με τις επιταγές της ιατρικής επιστήμης, με σκοπό την διαφύλαξη τους.
- N. Σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης, πολέμου, μαζικής καταστροφής, είναι υποχρεωμένος να προσφέρει τις υπηρεσίες του χωρίς αμοιβή ή αποζημίωση.
- O. Ο κάθε ιατρός, δια βίου ζωής, είναι υποχρεωμένος να ενημερώνεται και να εκπαιδεύεται σχετικά με τις εξελίξεις της ιατρικής επιστήμης.
- P. Οφείλει να συνεργάζεται αρμονικά με τους συναδέλφους του για την καλύτερευση της ζωής και της υγείας των ασθενών.

- Q. Ο Ιατρός, πριν την διεξαγωγή οποιασδήποτε ιατρικής πράξης οφείλει να ενημερώσει τον ασθενή πλήρως, ρητώς σε γλώσσα που είναι από τον τελευταίο κατανοητή, σχετικά με τα αποτελέσματα, τις ενδεχόμενες επιπλοκές αν προκύψουν, τις εναλλακτικές προτάσεις καθώς και για τον πιθανό χρόνο αποκατάστασης.
- R. Πριν την διεξαγωγή οποιασδήποτε ιατρικής πράξης, θα πρέπει να έχει λάβει την έγκυρη συναίνεση του ασθενούς και σε περίπτωση που ο τελευταίος αδυνατεί να την παράσχει, οφείλει να την έχει από τα πρόσωπα που, με βάση το νόμο, είναι αρμόδια να συμπράξουν ως προς την επιθυμία του και τη δήλωση βουλήσεώς του, αναφορικά με τη διεξαγωγή της ιατρικής ενέργειας.
- S. Οφείλει να τηρεί με απόλυτη εχεμύθεια ιατρικό απόρρητο και το τελευταίο πρέπει να έχει μια συγκεκριμένη μορφή σύμφωνα με το νόμο.
- T. Αν ο Ασθενής του ζητήσει να λάβει γνώση του ιατρικού του φακέλου, ο Ιατρός είναι υποχρεωμένος να του δώσει πρόσβαση
- U. Απαγορεύεται η άνιση μεταχείριση των ασθενών. Ο ιατρός πρέπει να μεριμνά για την προάσπιση της αξιοπρέπειάς τους, παρέχοντας την μέγιστη ποιότητα ως προς την παροχή των ιατρικών του υπηρεσιών.
- V. Ο Ιατρός πρέπει να αποφεύγει οποιαδήποτε πράξη αθεμίτου ανταγωνισμού με τους συναδέλφους του, να σέβεται όχι μόνο τους τελευταίους αλλά και το υπόλοιπο νοσηλευτικό προσωπικό.
- W. Υποχρεούται να δημοσιοποιεί στους κύκλους της ιατρική κοινότητας με το πιο πρόσφορο τρόπο τις ανακαλύψεις και τα συμπεράσματα που επέτυχε από τις επαγγελματικές του μελέτες σε διαγνωστικά ή θεραπευτικά θέματα.
- X. Ο ιατρός, σε περίπτωση ανίατης ασθένειας που βρίσκεται στο τελικό στάδιό της, ακόμη και αν εξαντληθούν όλα τα ιατρικά θεραπευτικά περιθώρια, οφείλει να φροντίζει για την ανακούφιση των ψυχοσωματικών πόνων του ασθενούς, του προσφέρει παρηγορητική αγωγή, συμπαραστέκεται στον ασθενή μέχρι το τέλος της ζωής του με σκοπό την διατήρηση της αξιοπρέπειάς του.
- Y. Οφείλει να λαμβάνει υπόψη πάντα την άποψη του ασθενούς και αν ο τελευταίος επιθυμεί τον θάνατό του, τότε ο ιατρός πρέπει να απέχει από πράξεις που θα οδηγούσαν στην επίσπευσή του θανάτου του.
- Z. Ο Ιατρός είναι υποχρεωμένος να πειθαρχεί στις αποφάσεις του ιατρικού Συλλόγου, στην περιφέρεια του οποίου έχει την εγκατάστασή του και να προσέρχεται ανελλιπώς στις γενικές συνελεύσεις και να συμβάλλει με τις γνώσεις του στην ολοκλήρωση των σκοπών του συλλόγου.

4.2: Έννοια του αντικειμενικού σφάλματος.

Η θεμελιώδης αρχή για το Ελληνικό ουσιαστικό Ποινικό Δίκαιο είναι η αρχή της νομιμότητας των εγκλημάτων και των ποινών, που μας λέει ότι δεν μπορεί να υπάρξει έγκλημα ούτε μπορεί να επιβληθεί ποινή χωρίς νόμο: <<*nullum crimen, nulla poena sine lege*>>.

Ασφαλώς για να υπάρχει αδίκημα, και επομένως θύτης (λ.χ. Ιατρός), ο οποίος θα ενεργήσει κατά τρόπο συγκεκριμένο, ώστε να πλήξει τα έννομα αγαθά ενός φυσικού προσώπου (λ.χ. ασθενής), στην συγκεκριμένη περίπτωση, το δικαίωμά του είτε στη ζωή είτε στην υγεία, απαραίτητη προϋπόθεση είναι να ενυπάρχει ένα εσωτερικό βουλητικό στοιχείο, που λέγεται υπαιτιότητα και η συγκεκριμένη συμπεριφορά αποδοκιμάζεται από την έννομη τάξη, διαμέσω τυποποίησης των συγκεκριμένων πράξεων ως αδικήματα, από τον Συνταγματικό μας Νομοθέτη. Η έννοια της υπαιτιότητας αποδίδει αυτήν ακριβώς την εσωτερική-ψυχική στάση του δράστη απέναντι στην πράξη του, με την οποία προσβάλλει το έννομο αγαθό⁸⁹.

Τα αδικήματα, διακρίνονται σε αδικήματα εκ του δόλου και εξ' αμελείας, σύμφωνα με την έννοια της υπαιτιότητας.

Ο δόλος αποτελεί τη βαρύτερη μορφή της υπαιτιότητας, αφού η ψυχική στάση του δράστη, που χαρακτηρίζεται ως δόλια, μας αποκαλύπτει την εχθρότητά του απέναντι στις αξιολογήσεις και στις προσταγές της έννομης τάξης, ενώ η αμέλεια εκπροσωπεί την άλλη, την ηπιότερη μορφή της υπαιτιότητας, η οποία μπορεί να μην έχει βέβαια την αγριότητα της ενσυνείδητης επιθετικότητας, που περιέχει ο δόλος, δεν παύει όμως να δείχνει κι αυτή μια ψυχικά απαράδεκτη για την έννομη τάξη στάση, που μεταφράζεται σε αδιαφορία του δράστη απέναντι στις αξιολογήσεις και στις προσταγές του νόμου⁹⁰.

Στην συγκεκριμένη ενότητα θα εξετάσουμε την έννοια του αντικειμενικού σφάλματος, αναφορικά για τα αδικήματα εξ' αμελείας, ώστε ο αναγνώστης να κατανοήσει την έννοια του ιατρικού σφάλματος, το οποίο θα αναλυθεί στην επόμενη παράγραφο, στην 4.2.1., διότι οι περισσότερες ιατροχειρουργικές επεμβάσεις είναι αδικήματα που τελούνται από αμέλεια.

Στα αδικήματα εξ' αμελείας, εξετάζουμε δύο στοιχεία α) εκείνα που ανήκουν στην αντικειμενική πλευρά της αμέλειας και β) τα στοιχεία που ανήκουν στην υποκειμενική πλευρά της αμέλειας. Η διάκριση μεταξύ τους είναι για τα μεν πρώτα ότι τυποποιείται ως αποκλίνουσα συμπεριφορά το επερχόμενο αποτέλεσμα, το οποίο συνήθως είναι ζημιογόνο και για τα δε δεύτερα

89. Κωστάρα Π. Α. (2004), ΕΝΝΟΙΕΣ ΚΑΙ ΘΕΣΜΟΙ ΤΟΥ ΠΟΙΝΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ, 2η έκδοση, Αθήνα, ΑΝΤ. Ν. ΣΑΚΚΟΥΛΑ.

90. Κωστάρα Π. Α. (2004), ΕΝΝΟΙΕΣ ΚΑΙ ΘΕΣΜΟΙ ΤΟΥ ΠΟΙΝΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ, 2η έκδοση, Αθήνα, ΑΝΤ. Ν. ΣΑΚΚΟΥΛΑ.

τυποποιείται ως παραβατική πράξη η έλλειψη της οφειλόμενης προσοχής, ή η μη τήρηση των κανόνων σύμφωνα με τους κανόνες δεοντολογίας που διέπουν κάθε επαγγελματική ομάδα, τα οποία εστιάζονται στην μελέτη της έννοιας του ιατρικού σφάλματος, αντικείμενο εξέτασης παρακάτω.

Σύμφωνα με την (α) περίπτωση των στοιχείων της αντικειμενικής πλευράς της αμέλειας, το πρώτο στοιχείο που ξεκινάμε για την αναζήτηση της αμελούς συμπεριφοράς είναι η ύπαρξη ενός αντικειμενικού ή εξωτερικού σφάλματος από την πλευρά του δράστη που μετουσιώνεται σε μια επικίνδυνη ενέργεια ή παράλειψη, και είναι εντελώς αντίθετη με τους γραπτούς ή άγραφους κανόνες της επιμέλειας⁹¹. Το επόμενο στοιχείο που εξετάζεται είναι η επέλευση ενός συγκεκριμένου ζημιογόνου αποτελέσματος που μπορεί να οφείλεται είτε σε ενέργεια είτε σε παράλειψη του δράστη. Και τέλος για να ολοκληρωθεί η αντικειμενική πλευρά της αμέλειας πρέπει να διαπιστωθεί ότι υπάρχει αιτιώδης συνάφεια ανάμεσα στο εξωτερικό σφάλμα του δράστη και στο αποτέλεσμα που επήλθε. Αν δεν υπάρχει ο συγκεκριμένος αιτιώδης σύνδεσμος και ο δράστης ναι μεν υπέπεσε σε εξωτερικό σφάλμα αλλά το αξιόποιο αποτέλεσμα επήλθε από άλλη αιτία, τότε η πράξη δεν καταλογίζεται στον τελευταίο⁹².

4.2.1: Έννοια του Ιατρικού Σφάλματος

Τα αδικήματα εξ αμελείας του κοινού ποινικού δικαίου διαχωρίζονται από τα αδικήματα που τελούνται σε περιπτώσεις ιατροχειρουργικών επεμβάσεων. Και η βασική διάκριση εστιάζεται στο ότι για τα μεν πρώτα επέρχεται ένα συγκεκριμένο ζημιογόνο αποτέλεσμα αλλά για τα μεν δεύτερα πρέπει να ακολουθηθούν συγκεκριμένοι κανόνες, γενικά αποδεκτοί και ισχύοντες σύμφωνα με την ιατρική επιστήμη κατά άρθρο 2 παρ. 3 εδάφιο α' του Ν. 3418/2005, ανεξαρτήτως της εμφάνισης ή μη του ζημιογόνου αποτελέσματος.

Τα αδικήματα που γίνονται κατά την διάρκεια ιατροχειρουργικών επεμβάσεων εμπεριέχουν στοιχεία που ανήκουν στην υποκειμενική πλευρά της αμέλειας και καλούνται ιατρικά σφάλματα και συνίστανται είτε στην παραβίαση των κανόνων της ιατρικής επιστήμης και τέχνης, είτε στην έλλειψη έγκυρης συναίνεσης από την πλευρά του ασθενούς (*lege artis*).

91. Ο οδηγός αυτοκινήτου με το αντικανονικό και επικίνδυνο προσπέρασμα του που κάνει πάνω στη στροφή, περνάει στο αντίθετο ρεύμα και συγκρούεται με διερχόμενο αυτοκίνητο και σκοτώνονται όλοι οι επιβάτες.(αντίθεση της συμπεριφοράς του οδηγού στους κανόνες του Κ.Ο.Κ., που ρυθμίζουν την ασφαλή οδική κυκλοφορία)

92. Θεωρία της πρόσφορης αιτίας (*causa adaequata*) του v. Kries (1866), για να βρούμε σωστά την αιτιώδη συνάφεια, που υπάρχει ανάμεσα σε ορισμένη πράξη και στο επελθόν αποτέλεσμα, δεν αρκεί να αναζητούμε πράξεις- όρους που λογικά συνδέονται με το αποτέλεσμα αυτό, όπως το κάνει η θεωρία του ισοδυνάμου των όρων, αλλά πρέπει από τους πολλούς σχετικούς όρους να διαλέγουμε εκείνον, ο οποίος με βάση την κοινή πείρα κατά τη συνήθη πορεία των πραγμάτων είναι πρόσφορος να επιφέρει το συγκεκριμένο αποτέλεσμα.

Νοσηλεύτρια αντί να χορηγήσει στον ασθενή ένεση που περιέχει αντιβίωση του χορηγεί ένεση με φάρμακο που προκαλεί μερική παράλυση των μυών αλλά ο συγκεκριμένος ασθενής πάσχει από επιληψία και εκείνη την χρονική στιγμή παθαίνει σοκ και από τους σπασμούς θα προκαλέσει κάταγμα εις τον δεξί του βραχίονα, επομένως δεν νοείται σωματική βλάβη από αμέλεια της νοσηλεύτριας διότι το κάταγμα δεν συνδέεται αιτιώδως με την χορήγηση ένεσης αναλγητικού που προκαλεί μερική παράλυση αλλά το επερχόμενο αποτέλεσμα επήλθε από άλλη αιτία.

Σύμφωνα με τις νεότερες τάσεις που επικρατούν στην επιστήμη, η ιατροχειρουργική (εν γένει θεραπευτική) επέμβαση που διενεργήθηκε *lege artis* και απέβη επιτυχής δεν θεωρείται σε καμία περίπτωση σωματική βλάβη, λόγω του ότι τελικός σκοπός προστασίας των σχετικών διατάξεων είναι η ανθρώπινη υγεία προς την οποία προσβλέπει η θεραπευτική επέμβαση με συνέπεια η τελευταία να αποτελεί <<κοινωνικά πρόσφορη>> πράξη⁹³. Δεν θεμελιώνεται ποινική ευθύνη του Ιατρού, όταν αυτός διέγνωσε ορθά τη νόσο και εφάρμοσε μία από τις εξίσου υποστηριζόμενες στην επιστήμη θεραπευτική αγωγή, η οποία απέτυχε (Συμβ. Πλημ. Θεσ. 1156/1998 Υπέρ. 1999, 399, Πλημ. Αγρ. 8/2000 ΝοΒ 48, 860).

Οι συνήθεις λόγοι για τους οποίους καταγιγνώσκεται αμέλεια στον χώρο της ιατρικής και θα αναλυθούν στην επόμενη παράγραφο, 4.2.1.1, είναι: α) παράβλεψη του ασθενούς- παράλειψη του ιατρού να ασχοληθεί με τον ασθενή παρά το γεγονός ότι όφειλε, β) καθυστέρηση στην αντιμετώπιση του περιστατικού, γ) εσφαλμένη διάγνωση, δ) εσφαλμένη θεραπευτική αγωγή, ε) τεχνικό λάθος κατά την διεξαγωγή του εγχειρήματος.

Συνήθως στην ιατρική επιστήμη συμβαίνει το εξής φαινόμενο: ο Ιατρός αναλαμβάνει μεν την διεξαγωγή ιατροχειρουργικής επέμβασης, η οποία παρά το γεγονός ότι διενεργείται πλημμελώς, άνευ *lege artis* διαδικασία, όπως τονίσθηκε προηγουμένως, εκείνος ευρίσκεται κατηγορούμενος, επειδή εσφαλμένα δέχθηκε να προβεί στο εγχείρημα, διότι δεν είχε τις απαιτούμενες γνώσεις. Ονομάζεται αμέλεια του αναλαμβάνειν⁹⁴.

Ενώ Ιατρική Αμέλεια δεν υπάρχει όταν η αντιμετώπιση της συγκεκριμένη παθήσεως απαιτεί εξιδικευμένες γνώσεις ή προηγούμενη υλικοτεχνική υποδομή, η οποία δεν υπάρχει στην διάθεση του Ιατρού, εφόσον αυτός κατά τα λοιπά έπραξε ό, τι ήταν δυνατό για να αντιμετωπίσει το περιστατικό (βλ. ΑΠ 1384/2001, Ποιν. Χρ. ΝΒ', 6500, Εφετ. Αθην. 4549/2000, Ποιν. Δικ. 2002, 130, Πλημ/κείο Σερρών, Ποιν. Χρ. ΜΓ' 1185 με παρατηρ. Λίβου)⁹⁵.

93. Χαραλαμπίκης Ι. Α. (2003), ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΠΟΙΝΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ, 5^η έκδοση, Αθήνα, ΑΝΤ. Ν. ΣΑΚΚΟΥΛΑ.

Ποινική ευθύνη του Ιατρού υπάρχει όταν αυτός παρέβη τους κοινώς αναγνωρισμένους κανόνες της επιστήμης για τους οποίους δεν μπορεί να γεννηθεί αμφισβήτηση και συνίσταται σε δύο πυλώνες οι οποίοι είναι οι εξής: α) Η έλλειψη προσοχής συνίσταται εδώ στην εσφαλμένη διάγνωση ενώ β) το σφάλμα προκύπτει από την πλημμελή διεξαγωγή χειρουργικών επεμβάσεων είτε από την εφαρμογή ακατάλληλων θεραπευτικών μεθόδων.

94. Σε αντιδιαστολή με την αμέλεια του εγχειρήματος.

95. Χαραλαμπίκης Ι. Α. (2003), ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΠΟΙΝΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ, 5^η έκδοση, Αθήνα, ΑΝΤ. Ν. ΣΑΚΚΟΥΛΑ.

4.2.1.1: Ενδεικτική επισκόπηση των ιατρικών λαθών στην πράξη.

Στην κατηγοριοποίηση των κύριων αιτιών που ευθύνονται για την πρόκληση σωματικής βλάβης στον ασθενή, τα ιατρικά σφάλματα αναφέρονται ως μία από τις σοβαρές αιτίες που θα μπορούσαν να προκαλέσουν ζημιά και η προτεινόμενη κατηγοριοποίηση προκύπτει από συνδυασμό των αναφερόμενων στον Ελληνικό Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας και από την ευρύτερα αποδεκτή διεθνή βιβλιογραφία⁹⁶:

- Ευθύνη του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού για όργανα και συσκευές που χρησιμοποιεί
- Οργανωτικά προβλήματα νοσοκομείου
- Νοσοκομειακές λοιμώξεις
- Επιπλοκές και κακή χρήση φαρμάκων
- Παροχή άωφελων ιατρικών πράξεων
- Ιατρικό σφάλμα

Η διάκριση των ιατρικών σφαλμάτων δύναται να γίνει με διάφορα κριτήρια και αυτά είναι τα εξής: α) Με κριτήριο την ιατρική ειδικότητα τα σφάλματα διακρίνονται σε σφάλματα παθολόγου, καρδιολόγου, γυναικολόγου, χειρουργού κ.ο.κ., β) με κριτήριο τον <<επιστημονικό χαρακτήρα>> της ιατρικής πράξης ή παράλειψης τα σφάλματα διακρίνονται σε <<τεχνικά>> (π.χ. επιλογή εσφαλμένης μεθόδου αναισθησίας) και <<κοινά>> (π.χ. παραμέληση εποπτείας ασθενούς), γ) με κριτήριο το στάδιο τέλεσης της ιατρικής πράξης ή παράλειψης τα σφάλματα διακρίνονται σε διαγνωστικά, θεραπευτικά και μεταθεραπευτικά, δ) με κριτήριο το προστατευτέα έννομα αγαθά του ασθενούς τα σφάλματα διακρίνονται σε σφάλματα που πλήττουν πρωτίστως το αγαθό της υγείας (π.χ. εσφαλμένος χειρισμός κατά το χειρουργείο) και σφάλματα που προσβάλλουν στον ίδιο βαθμό ή και μεγαλύτερο την προσωπικότητα του ασθενούς (π.χ. παράλειψη ενημέρωσης του ασθενούς, παραβίαση ιατρικού απορρήτου, καταστροφή γενετικού υλικού), ε) με κριτήριο την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας τα σφάλματα διακρίνονται σε υπερβολική χρήση των υπηρεσιών υγείας (overduse problems), όπου η σχεδιαζόμενη ωφέλεια υπολείπεται των πιθανών παρενεργειών (π.χ. χορήγηση αντιβιοτικών για τη θεραπεία του απλού κρυολογήματος, με αποτέλεσμα την ανάπτυξη ανθεκτικών μικροβιακών στελεχών), σε μειωμένη χρήση των υπηρεσιών υγείας (underuse problems), όπου ο γιατρός αποτυγχάνει να παράσχει αποτελεσματική περίθαλψη σε ένα ασθενή, με αποτέλεσμα να αδυνατεί να του προσφέρει τα επιθυμητά από τον τελευταίο και το σύστημα απότελέσματα (π.χ. παράλειψη προληπτικού εμβολιασμού ενός ηλικιωμένου για

96. Βοζίκης Α., Ρήγα Μ. (2008) ΤΑ ΙΑΤΡΙΚΑ ΣΦΑΛΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΔΙΑΣΤΑΣΗΣ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΔΙΚΑΣΤΗΡΙΩΝ, (Ερευνητικό Άρθρο) Πανεπιστήμιο Πειραιώς (Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, 2:22-44- Society, Economy and Health)

τη γρίπη, παρότι εκείνος επισκέφθηκε τον ιατρό για την αντιυπερτασική αγωγή του), καθώς και σε λανθασμένη χρήση των υπηρεσιών υγείας (misuse problems), όπου παρέχεται η ενδεδειγμένη θεραπεία αλλά χωρίς την απαιτούμενη επάρκεια εξοικείωσης με τη χρησιμοποιούμενη μέθοδο (π.χ. συνταγογράφηση φαρμάκων, με τα οποία ο ιατρός δεν είναι επαρκώς εξοικιωμένος, ανεπαρκής χειρουργική τεχνική σε μία ορθώς κατά άλλα καταστρωμένη επεμβατική στρατηγική κ.α.)⁹⁷.

4.3: Νομολογία- Δικαστικές αποφάσεις στην Ελλάδα

Σφάλμα κατά την διάγνωση (Υπάρχει όταν ο γιατρός παρελείπει διαγνωστική μέθοδο επειδή κατά παράβαση της επιστήμης, είτε την αγνοεί είτε δεν σταθμίζει σωστά την αναγκαιότητά της.):

- *Λανθασμένη διάγνωση λόγω πλημμελούς λήψης ιστορικού: ΑΠ 46/1990 καταδίκη στρατιωτικού Ιατρού για ανθρωποκτονία από αμέλεια, επειδή δεν έλαβε το ιστορικό του ασθενούς, ούτε έδωσε εντολή να γίνουν οι αναγκαίες εξετάσεις παρόλο που διαπίστωσε σε στρατιώτη έντονη ωχρότητα και συπτώματα νεφρικής ανεπάρκειας, με αποτέλεσμα ο ασθενής να πεθάνει από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια.*
- *Λανθασμένη διάγνωση λόγω μη διενέργειας κλινικής εξέτασης ή πλημμελούς κλινικής εξέτασης ασθενούς: ΑΠ 58/2007 ευθύνη για ανθρωποκτονία από αμέλεια όταν περιστατικό ασφυξίας από εισρόφιση ξένου σώματος χαρακτηρίστηκε ως αλλεργική αντίδραση, ενώ ο αρμόδιος Ιατρός δεν εξέτασε τον ασθενή αυτοπροσώπως ώστε να καλέσει ΩΡΛ για εκτέλεση τραχειοτομής.*
- *Λανθασμένη διάγνωση λόγω παράλειψης παραγγελίας των αναγκαίων εργαστηριακών εξετάσεων είτε από λόγους άγνοιας, είτε διότι κρίθηκαν περιττές: ΑΠ 338/2009 καταδίκη για ανθρωποκτονία από αμέλεια ιατρού επιμελητή χειρουργικής κλινικής νοσοκομείου ο οποίος, αν και εξέτασε τον ασθενή που είχε τραυματισθεί σε τροχαίο ατύχημα και η κλινική του εικόνα ενέπνεε ανησυχία, επειδή παρουσίαζε εμετούς, υπνηλία, και διεγρετικότητα, δεν παρήγγειλε αξονική τομογραφία που θα έδειχνε το αιμάτωμα που υπήρχε, για την αφαίρεση του οποίου χρειαζόταν άμεση χειρουργική επέμβαση, με αποτέλεσμα να μην εντοπισθεί η βαρεία καraniοεγκεφαλική κάκωση και ο παθών να πεθάνει εξαιτίας αυτής.*

Σφάλμα κατά την ανάληψη (Είναι η διενέργεια από τον ιατρό ιατρικής πράξης χωρίς αυτός να διαθέτει τις ατομικές ικανότητες και τις αντικειμενικές προϋποθέσεις για την τήρηση του οφειλόμενου αντικειμενικού προτύπου επιμελείας):

97. Τρανταλίδης Ε. Γ (2012), Η ΕΥΘΥΝΗ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΥ ΜΑΙΕΥΤΗΡΑ, 1^η έκδοση, Αθήνα, ΑΝΤ. Ν. ΣΑΚΚΟΥΛΑ.

- ΑΠ 1878/2006, συνιστά παράνομη συμπεριφορά η παροχή λανθασμένων ιατρικών οδηγιών σε ασθενή από πρόσωπο που δεν κατείχε πτυχίο ιατρικής, με αποτέλεσμα να επέλθει ανίατη βλάβη της υγείας του προσώπου.
- ΑΠ 1436/2007, δέχθηκε σφάλμα ανάληψης του αναισθησιολόγου που γνώριζε ότι πιθανότατα θα απαιτείτο η ταυτόχρονη παρουσία του σε δύο χειρουργικές αίθουσες, έκρινε ότι ο αναισθησιολόγος δεν έπρεπε να εγκαταλείψει την ασθενή αβοήθητη για να επιληφθεί του έκτακτου περιστατικού γιατί είχε καταστεί εγγυητής της ζωής και της υγείας της.
- ΜονΠλημΦλ 452/1994 ΠοινΧρ ΜΔ', 105: μαιευτήρας δημοτικού νοσοκομείου, μολονότι είχε λάβει γνώση της κρίσιμης κατάστασης της επιτόκου, δεν παρακολούθησε εκ του σύνεγγυς προσωπικώς την ασθενή, με αποτέλεσμα να μην εφαρμόσει έγκαιρα την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή ούτε να ενεργήσει χειρουργική επέμβαση, οπότε θα σωζόταν η ζωή της παθούσας.

Σφάλμα κατά την παράλειψη θεραπευτικής ενημέρωσης ή ενημέρωση ασφαλείας (Συνιστά η εκδήλωση της γενικής υποχρέωσης επιμέλειας του Ιατρού και αποσκοπεί στην αποφυγή διακινδύνευσης της ζωής ή της υγείας του ασθενούς):

- ΑΠ 181/2011 ΤΝΠ ΔΣΑ: ευθύνη χειρουργού, παράλειψη ενημέρωσης για τους κινδύνους από την χρήση αντισυλληπτικού σκευάσματος μετά από ορθοπεδική επέμβαση, με αποτέλεσμα το θάνατο του ασθενούς λόγω πνευμονικής εμβολής.
- ΕΦΘεσσαλονίκης 1905/2006 όπου κρίθηκε η παράλειψη ενημέρωσης από οφθαλμίατρο και συγκεκριμένα ότι κατά την διενέργεια επέμβασης για την διόρθωση της μυωπίας με χρήση μηχανήματος laser επήλθε βλάβη στον κερατοειδή του οφθαλμού του ασθενούς. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, θεωρήθηκε ιατρικό σφάλμα η εσφαλμένη διαβεβαίωση ότι η βλάβη θα υποχωρήσει με την πάροδο του χρόνου και η όραση του ασθενούς θα αποκατασταθεί, ενώ αυτό δεν ήταν δυνατό να συμβεί με τα δεδομένα της ιατρικής επιστήμης.
- ΕΦΛαρίσης 544/2007, η ιατρική ευθύνη θεμελιώθηκε στην προσβολή προσωπικότητας του ζημιωθέντος (άρθρο 57 ΑΚ και άρθρο 5 του Σ), όπου κρίθηκε η μη διάγνωση μίας ασθένειας σε έμβρυο και συνακόλουθα η γέννηση νεογνού με ανατομικές ανωμαλίες μπορούν να θεωρηθούν ότι προσβάλλουν το δικαίωμα στην προσωπικότητα της γυναίκας και του συζύγου της, εφόσον τους στερούν την νόμιμη επιλογή διακοπής της κύησης. Στην συγκεκριμένη περίπτωση, το ιατρικό σφάλμα δεν συνίσταται στην πρόκληση κάποιας βλάβης, αλλά στην παράλειψη διάγνωσης της ασθένειας και στην παράλειψη έγκαιρης ενημέρωσης των γονέων για αυτήν. Πρέπει να σημειωθεί ότι η συγκεκριμένη αγωγή των

γονέων εναντίον των γιατρών απορρίφθηκε ως μη νόμιμη, με το σκεπτικό ότι παρά την ύπαρξη ιατρικού σφάλματος, δεν υπήρξε τελικά προσβολή της προσωπικότητάς τους. Το δικαστήριο θεώρησε ότι, ακόμα και αν η διάγνωση ήταν επιτυχής, οι ενάγοντες δεν θα είχαν το νόμιμο δικαίωμα διακοπής της εγκυμοσύνης, καθόσον η συγκεκριμένη ανατομική ανωμαλία του νεογνού δεν αποτελεί κατά την κρίση του <<σοβαρή ανωμαλία>> κατά την έννοια του άρθρου 304 παρ. 4 περ. β του ΠΚ.

Σφάλμα κατά την θεραπεία (Η θεραπευτική αγωγή- φαρμακευτική, διαιτητική, εγχειρηματική κ.λ.π- είναι μία ευρεία έννοια και σε αυτή περιλαμβάνονται όλες εκείνες οι ιατρικές πράξεις που κατατείνουν στην αντιμετώπιση και ίαση της ασθένειας είτε με φαρμακευτική αγωγή είτε με χειρουργική επέμβαση είτε με κάποιο άλλο τρόπο ή αλλιώς στη <<διαχείριση του περιστατικού>>⁹⁸):

- ΑΠ 1492/1999, μη αφαίρεση χειρουργικού εργαλείου από την κοιλιά κυοφορούσης, ΑΠ 1074/1988 μη αφαίρεση γάζας.
- ΑΠ 2368/2005, εγκατάλειψη χειρουργικής γάζας στο αριστερό ημιθώρακιο ασθενούς υποβληθέντος σε επέμβαση ανοικτής καρδιάς. Η κατηγορία για σωματική βλάβη εξ αμελείας από υπόχρεο αφορούσε τους διενεργήσαντες την επέμβαση καρδιοχειρουργούς.
- ΑΠ 1659/2003, εγκατάλειψη στην περικαρδιακή κοιλότητα χειρουργικής βελόνας που χρησιμοποιήθηκε κατά την διάρκεια χειρουργικής επέμβασης. Η κατηγορία αφορούσε τόσο τον διενεργήσαντα την επέμβαση χειρουργό θώρακος- καρδιάς όσο και την προϊσταμένη του χειρουργείου, που διαβεβαίωσε σχετικά τον χειρουργό χωρίς να προβεί στην καταμέτρηση εργαλείων πριν την σύγκλειση του ιατρικού τραύματος.
- *Σφάλμα λόγω εσφαλμένης επιλογής θεραπευτικής μεθόδου:* ΑΠ 1250/2003, αφορά παράβαση των γενικά παραδεδεγμένων κανόνων της ιατρικής όταν νευρολόγος του οποίου η σύζυγος διατηρούσε ινστιτούτο αισθητικής εκτελούσε ενέσεις παραφίνης σε κατευθυνόμενες αισθητικές επεμβάσεις σε μαστούς.
- *Σφάλμα λόγω εσφαλμένης εφαρμογής θεραπευτικής μεθόδου:* ΑΠ 880/89, καταδίκη για ανθρωποκτονία από αμέλεια ιατρού χειρουργού, ο οποίος κατά την επέμβαση για την αφαίρεση αποστήματος δεν έκανε βαθεία τομή και καθαρισμό του αποστήματος, με αποτέλεσμα να μείνει ένα μέρος ακαθάριστο, να δημιουργηθεί μόλυνση, η οποία επεκτάθηκε, να συσσωρευτεί πύον στο θώρακα και στον αριστερό νεφρό της ασθενούς και αυτή να αποβιώσει, ΑΠ 1270/2009, ΑΠ 1571/2008, ΑΠ 333/2008, ΑΠ 611/2007.

98. Τρανταλίδης Ε. Γ (2012), Η ΕΥΘΥΝΗ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΥ ΜΑΙΕΥΤΗΡΑ, 1η έκδοση, Αθήνα, ΑΝΤ. Ν. ΣΑΚΚΟΥΛΑ.

ΤρΕφΚρ 102/2007 αδημ., ΠπρΑθ. 4527/2010 αδημ., ΠπρΘες 10553/2009 ΤΝΠ ΔΣΑ., ΠπρΗρακλ 241/2009 αδημ.

Σφάλμα οργάνωσης (είναι το σφάλμα που σχετίζεται με την οργάνωση της παρεχόμενης ιατρικής υπηρεσίας, αφορά δηλαδή Νοσοκομεία, κλινικές και εντάσσεται στην κατηγορία της <<κοινής αμέλειας>> μη σχετιζόμενη με την παράβαση της ιατρικής επιστήμης):

- ΠΠρΘεσσαλονίκης 8413/2005, έκρινε ως σφάλμα οργάνωσης τη συμπεριφορά ιδιωτικής κλινικής να επιτρέπει να διενεργούνται επεμβάσεις πλαστικής χειρουργικής στις εγκαταστάσεις της, ενώ δεν προβλέπονταν η λειτουργία αντίστοιχου τμήματος, καθώς και να επιτρέπει να διενεργούνται τέτοιες επεμβάσεις από άτομο που δεν διαθέτει ανάλογη ειδικότητα.
- ΤρΔΠρΑθ 3043/2005, αναγνώρισε ευθύνη του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς μολονότι είχαν χορηγήσει στον ασθενή κατασταλτικά φάρμακα, δεν είχαν συνεχή παρουσία κοντά του ούτε τοποθέτησαν προστατευτικά κιγκλιδώματα στην εξεταστική τράπεζα κατά το χρόνο απουσία τους. Οι ως άνω παραλείψεις είχαν ως αποτέλεσμα να πέσει ο ασθενής από την εξεταστική τράπεζα και να υποστεί κάκωση κεφαλής.

Σφάλμα συνιστά και η παραβίαση ιατρική εχεμύθειας διότι τα δεδομένα της υγείας του ασθενούς ή του νεογνού προστατεύονται ως ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα, συνταγματικά από τη Σ 9^Α εδ. α', η οποία ορίζει ότι << καθένας έχει δικαίωμα προστασίας από τη συλλογή, επεξεργασία και χρήση, ιδίως με ηλεκτρονικά μέσα, των προσωπικών του δεδομένων, όπως ο νόμος ορίζει>>⁹⁹.

- ΑΠ 2100/2009 (ΝΟΜΟΣ), συνιστά ευαίσθητο προσωπικό δεδομένο το υπερηχογράφημα
- ΑΠΔ 21/2010 (ΤΝΠ ΔΣΑ), στο φάκελο παρακολούθησης της εγκύου και του κυοφορούμενου περιλαμβάνονται τόσο απλά όσο και ευαίσθητα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα.
- ΑΠΔ 17/2010 (ΤΝΠ ΔΣΑ), ΑΠΔ 11/2010 (ΤΝΠ ΔΣΑ), ΑΠΔ 3/2010 (ΤΝΠ ΔΣΑ), ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα συνιστούν και οι πληροφορίες σχετικά με το ποσοστό και την αιτία της αναπηρίας προσώπου.
- ΑΠΔ 80/2009 (ΤΝΠ ΔΣΑ), ευαίσθητα δεδομένα είναι οι συναινέσεις για την τέλεση της ιατρικής πράξης της τεχνητής γονιμοποίησης.

99. Τρανταλίδης Ε. Γ (2012), Η ΕΥΘΥΝΗ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΥ ΜΑΙΕΥΤΗΡΑ, 1η έκδοση, Αθήνα, ΑΝΤ. Ν. ΣΑΚΚΟΥΛΑ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΤΟ ΝΟΜΙΚΟ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ ΣΕ ΑΛΛΕΣ ΧΩΡΕΣ ΚΑΙ ΔΙΚΑΣΤΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ

5.1: Ολλανδία.

Η ευθανασία ορίζεται στον Ολλανδικό Ποινικό Κώδικα από το 1886 ως σκόπιμη πράξη από έναν γιατρό για τον τερματισμό της ζωής ενός ασθενούς κατόπιν αιτήσεως αυτού. Ο ορισμός αυτός ισχύει μέχρι σήμερα.

Η υποβοηθούμενη αυτοκτονία, επίσης, ορίζεται ως η σκόπιμη βοήθεια που παρέχεται σε ένα άτομο για να τερματίσει την ζωή του κατόπιν απαίτησής του. Η θανάτωση όμως έστω και κατόπιν επίμονης και εν συνειδήσει απαίτησης του θύματος, αντιμετωπίζεται ως φόνος. Αδίκημα είναι η παροχή βοήθειας σε αυτόχειρα. Το 1959 ο Βασιλικός Ολλανδικός Ιατρικός Σύλλογος υποστήριξε ότι οι γιατροί δεν θα πρέπει με πράξεις τους να οδηγούν στον τερματισμό ή στην συντόμευση της ζωής. Δεν επιτρέπεται να διακόπτουν την απαραίτητη για την διατήρηση της ζωής φροντίδα. Η κρίση περί της αξίας της ζωής δεν εντάσσεται στα ιατρικά καθήκοντα. Το 1970 η συζήτηση για την ευθανασία μεταφέρθηκε στο Ολλανδικό Κοινοβούλιο και συστάθηκε μια επιτροπή Συμβούλων Υγείας με αποστολή να γνωμοδοτήσει αν είναι επιτρεπτή η παρέμβαση στον τερματισμό της ζωής. Το σημαντικότερο βήμα για την αντιμετώπιση της ευθανασίας με τρόπο παρεμφερή με το σήμερα ισχύοντα έγινε το 1971. Τότε η γιατρός Geertuida Postma παραπέμφθηκε σε δίκη με την κατηγορία ότι επιτάχυνε το θάνατο της μητέρας της με την χορήγηση θανάσιμης δόσης μορφίνης. Η υπόθεση μετατράπηκε σε δημόσια αντιδικία, αφού το ενδιαφέρον που επιδείχθηκε από την κοινή γνώμη ήταν πολύ μεγαλύτερο από την δημοσιότητα που δόθηκε. Δύο χρόνια αργότερα το Κακουργοδικείο της πόλη Leeuwarden καταδίκασε την κατηγορουμένη σε φυλάκιση μίας (1) εβδομάδος με αναστολή και της επέβαλε δικαστική επιμέτρηση ενός (1) έτους. Η απόφαση στηρίχθηκε στο άρθρο 40 του Π.Κ., το οποίο αναφέρεται στην ανωτέρα βία (force majeure) και στην ανάγκη. Θεωρήθηκε δηλαδή, πως ο γιατρός μπορεί να επικαλεσθεί την ανάγκη στην περίπτωση που ενήργησε υπό σαφή απαίτηση του ασθενούς ο οποίος πάσχει από ανίατη ασθένεια ευρισκόμενος στο τελικό στάδιο και είναι δοκιμαζόμενος από αφόρητο και επίπονο πόνο.

Ύστερα από αυτήν την υπόθεση, το ζήτημα της ευθανασίας άρχισε να συζητείται στην Ολλανδία μετά από το 1973 με την έκδοση δύο (2) βιβλίων που άσκησαν μεγάλη επιρροή στο κοινό. Έγιναν και δημοσκοπήσεις, προκειμένου να μετρηθεί η τάση και η πρόθεση των Ολλανδών πολιτών και συγκεκριμένα σε δημοσκόπηση που έλαβε χώρα το 1975 το 52, 6 % τάχθηκε υπέρ της ευθανασίας και το 1995 αυξήθηκε σε 71 % και το 1998 σε 88 %.

Το 1982 συστάθηκε Επιτροπή περί της Ευθανασίας και εξέδωσε το πόρισμα τρία (3) αργότερα. Παρόλο που το πόρισμα δεν έγινε αποδεκτό συντέλεσε στην συνειδητοποίηση του προβλήματος.

Το 1984 ο Ολλανδικός Ιατρικός Σύλλογος εξέδωσε κανόνες δεοντολογίας περί του χειρισμού της ευθανασίας ο σημαντικότερος από αυτούς είναι ότι μπορεί να διενεργηθεί από ιατρό.

- Η απαίτηση για την ευθανασία θα πρέπει να προέρχεται από τον ασθενή και να είναι πλήρως ελεύθερη και οικειοθελής.
- Η απαίτηση του ασθενούς πρέπει να είναι διαρκής και επίμονη, προϊόν ωρίμου σκέψης.
- Ο ασθενής πρέπει να βιώνει αφόρητο (αλλά όχι απαραίτητα σωματικό) βασανισμό, χωρίς να υπάρχει προοπτική βελτίωσης.
- Η ευθανασία πρέπει να αποτελεί την τελευταία λύση, εφόσον οι υπόλοιπες έχουν κριθεί ανεπαρκείς.
- Ο Ιατρός οφείλει να συμβουλευθεί συναδέφλους του.

Οι προϋποθέσεις αυτές ενσωματώθηκαν στον Ολλανδικό δικαιοτικό νομικό σύστημα και αποτελούν βασικό κριτήριο για να κριθεί η συγκεκριμένη συμπεριφορά αποδοκιμαζόμενη από την Ολλανδική κοινωνία και έχει τυποποιηθεί ως αποκλίνουσα από τον Ολλανδό Νομοθέτη με την επιβολή πλήθους κυρώσεων σε αστικό, ποινικό, πειθαρχικό επίπεδο, όταν ένας Ιατρός διενεργεί ή υποβοηθά σε ευθανασία.

Σήμερα πλέον στην Ολλανδία διενεργείται ευθανασία και σε άτομα πάσχοντα με ψυχικές διαταραχές (κατάθλιψη, σχιζοφρένεια) και σε άτομα που πάσχουν μεν από ανίατες ασθένειες αλλά όχι θανατηφόρες. Δύο πρόσφατες υποθέσεις (Νοέμβριος 1995) που δικάστηκαν στον πρώτο βαθμό, αφορούσαν δύο (2) Ιατρούς, αναζωπύρωσαν το νομικό διάλογο, διότι αθωώθηκαν, και οι ασθενείς ήταν βρέφη. Το σκεπτικό της απόφασης στηρίχθηκε στο άρθρο 40 του Ολλανδικού Ποινικού Κώδικα περί ανωτέρας βίας και ανάγκης.

Η προτεινόμενη από τον Ο.Ι.Σ. είναι η χορήγηση μίας ένεσης που επιφέρει κώμα και μία δεύτερη που οδηγεί στην παύση της καρδιάς. Οι ασθενείς ενθαρρύνονται να κάνουν οι ίδιοι την ένεση στον εαυτό τους, εάν είναι αυτό εφικτό.

Η Ολλανδική κοινωνία είναι εξοικιωμένη με το ζήτημα σε βαθμό που από το 1990 το 9 % των ετήσιων θανάτων στην χώρα αφορά εμπλοκή των Ιατρών. Στο ήμισυ των περιπτώσεων χαρακτηρίζονταν ως ενεργητική μη εθελοντική ευθανασία, διότι απουσίαζε η συγκατάθεση του ασθενούς.

Όλα τα ανωτέρω που εκτέθηκαν δεν καθιστούν την ευθανασία στην Ολλανδία μία νόμιμη διαδικασία, αλλά αυτό που αποτελεί δικαστικό προηγούμενο είναι το σύνολο των Ιατρών να αθωώνονται όταν γίνεται επίκληση του άρθρου 40 του Ο.Π.Κ και ακολουθείται η νόμιμη διαδικασία¹⁰⁰.

100. <http://www.protopapadakis.gr/articles/lawstatusgreek.htm> , με ημερομηνία δημοσίευσης στις 10/09/2007

Πρόσφατα ψηφίστηκε νόμος, ο οποίος ισχύει από 01/01/2002, σύμφωνα με τον οποίο η ευθανασία δεν αποτελεί έγκλημα, ως <<αρωγή σε αυτοκτονία>>, και η οποία είναι δυνατόν να συνίσταται σε παροχή κατάλληλων φαρμάκων ή σε κάποια άλλη μέθοδο και οι προϋποθέσεις που πρέπει να συντρέχουν είναι οι εξής¹⁰¹:

- 1) Να υπάρχει σχετική δήλωση του ασθενούς μετά από σοβαρή σκέψη.
- 2) Ο ασθενής να βρίσκεται σε κατάσταση αφόρητης οδύνης ενώ δεν υπάρχει προοπτική βελτίωσης.
- 3) Ο Ιατρός να έχει ενημερώσει τον ασθενή για την κατάσταση και τις προοπτικές του ενώ ο ίδιος να έχει καταλήξει στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχει εναλλακτική πρόταση για την κατάστασή του.
- 4) Ο Ιατρός να έχει συσκεφθεί με έναν άλλο Ιατρό, που πρέπει να έχει δει τον ασθενή και να έχει γνωμοδοτήσει γραπτώς ως προς την εκπλήρωση των προηγούμενων προϋποθέσεων.
- 5) Ο Ιατρός οφείλει να θέσει τέλος στην ζωή του ασθενούς ή να προσφέρει την αντίστοιχη βοήθεια στην αυτοκτονία του με την οφειλόμενη ιατρική φροντίδα και προσοχή.

Ένα κράτος με παράδοση στον κοινωνικό φιλελευθερισμό όπως η Ολλανδία έχει ήδη νομοθετήσει υπέρ της βιολογικής διαθήκης ως μέτρο αντιμετώπισης τέτοιων δύσκολων περιπτώσεων, αναθέτοντας στο νηφάλιο-ενήλικο άτομο την επιλογή για το πλαίσιο αρμοδιότητας και μελλοντικής συμπεριφοράς των ιατρικών λειτουργιών ή συγγενών του ενδιαφερομένου απέναντί του¹⁰².

5.2: Βέλγιο¹⁰³

Έχει νομιμοποιηθεί η ευθανασία, ακόμα θεωρείται ανθρωποκτονία, αλλά δεν διώκεται αν ο γιατρός πληροί ορισμένες νομικές εξαιρέσεις (όπως και στο Λουξεμβούργο). Στη βελγική γερουσία έχει υποβληθεί νομοσχέδιο που επεκτείνει τη νομιμοποίηση της ευθανασίας σε περιπτώσεις παιδιών που βρίσκονται στο τελικό στάδιο ανίατης νόσου και υποφέρουν από αφόρητο πόνο που δεν είναι δυνατόν να καταπραυνθεί. Τα παιδιά αυτά πρέπει να είναι σε θέση να αποφασίσουν για τη ζωή τους. Στο Βέλγιο 1.432 ασθενείς έκαναν χρήση της δυνατότητας να αποφασίσουν για τη ζωή τους το 2012. Εξάλλου, πρόσφατη δημοσκόπηση φέρει τα τρία τέταρτα των πολιτών να συμφωνούν με την προτεινόμενη επέκταση της σχετικής νομοθεσίας.

101. Κόλλια Δ., (2006) (Πανεπιστημιακή Εργασία) <<ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΚΑΙ ΣΥΝΤΑΓΜΑ>>, Ν.Ο.Π.Ε. ΤΜΗΜΑ ΝΟΜΙΚΗΣ (ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ) μάθημα: ΑΤΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ, Επιμέλεια Καθηγητής Δημητρόπουλος Α.

Όλες οι περιπτώσεις θα πρέπει να ανακοινώνονται σε ειδικές τοπικές επιτροπές που θα εξετάζουν αν τηρήθηκαν οι προϋποθέσεις που ορίζει ο νόμος.

102. <http://e-rooster.gr/02/2007/426> του Κωνσταντίνου Μιχαηλίδη ,Δημοσιογράφος, δημοσιευμένο στις 24/02/2007 Με τη λεγόμενη «οδηγία ευθανασίας» ένα υγιές- πνευματικά και σωματικά- άτομο προεπιλέγει τις πιθανές δεσμεύσεις ιατρικής περίθαλψης ή παύσης αυτής σε κάθε περίπτωση αδυναμίας λήψης αυτοδύναμης απόφασης.

5.3: Ηνωμένο Βασίλειο

5.3.1: Αγγλία

Η πρώτη προσπάθεια, για να θεσμοθετηθεί ένα σύνολο κανόνων, εννοιών, διατάξεων, ρυθμίσεων για την ευθανασία, έγινε το έτος 1969 στην Αγγλία, όταν ο Λόρδος Roglan, παρουσίασε ένα σχετικό νομοσχέδιο (Euthanasia Bill) στην Βουλή των Λόρδων. Η προσπάθεια απέτυχε όπως και πολλές άλλες, διότι όλα τα προταθέντα νομοσχέδια είχαν καθοδηγητικό χαρακτήρα παρά υποχρεωτικό, όπως συνέβαινε στην Ολλανδία, γεγονός που εξηγεί την αρνητική αντιμετώπιση που συνάντησαν. Το ιδιόμορφο νομικό σύστημα, με βάση το αγγλοσαξωνικό δίκαιο, που ισχύει στην Αγγλία, (η αυτοκτονία αποτελεί αδίκημα) και οι επιπτώσεις της στην διατήρηση και συντήρηση του νομικού καθεστώτος αποτελούν τους παράγοντες που έχουν συμβάλει στην αρνητική στάση έναντι μιας ιδιαίτερης νομοθετικής αντιμετώπισης της ευθανασίας.

Σημαντικό ρόλο στην νομιμοποίηση της ευθανασίας, όπως και στην Ολλανδία, έχει διαδραματίσει ο Βρετανικός Ιατρικός Σύλλογος (British Medical Association- BMA). Η στάση που μέχρι σήμερα έχει κρατήσει χαρακτηρίζεται διφορούμενη και απέχουσα από τις τρέχουσες εξελίξεις, διότι χαρακτηρίζεται από έντονο συντηρητισμό ακόμη και από τα μέλη του. Η αρχή έγινε το 1988 όταν αρνήθηκε κατηγορηματικά στα μέλη του τη δυνατότητα παρέμβασης στην ζωή του ασθενούς ή την ειδική αντιμετώπιση από το νόμο ιατρού, ο οποίος έλαβε μέρος ή διενήργησε αργότερα ευθανασία. Η άποψη αυτή δεν άλλαξε ούτε αργότερα. Το 1993 με ψήφους 4-1 αρνήθηκε κατηγορηματικά τη θέσπιση ειδικής νομοθεσίας για την ευθανασία.

Διαφορετική είναι η μεταχείριση σε περιπτώσεις έμμεσης ευθανασίας όπου ο γιατρός χορηγεί παυσίπονο για να ανακουφίσει τους πόνους του ασθενούς, αποδεχόμενος το ενδεχόμενο αυτός να πεθάνει. Σ' αυτήν τη περίπτωση ο γιατρός δε διώκεται εφόσον αποδεικνύεται ότι ο σκοπός του ήταν η ανακούφιση των πόνων του ασθενούς¹⁰⁴.

103. Σέχας Μ., Αγγειοχειρουργός, Ομότιμος Καθηγητής Πανεπιστημίου Αθηνών, Επίτιμος Διευθυντής Αγγειοχειρουργικής Κλινικής ΥΓΕΙΑ, mnsechas@yahoo.gr, http://www.hygeia.gr/page.aspx?p_id=1197

104. Κόλλια Δ., (2006) (Πανεπιστημιακή Εργασία) <<ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΚΑΙ ΣΥΝΤΑΓΜΑ>>, Ν.Ο.Π.Ε. ΤΜΗΜΑ ΝΟΜΙΚΗΣ (ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ) μάθημα: ΑΤΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ, Επιμέλεια Καθηγητής Δημητρώπουλος Α.

Τέλος στην περίπτωση της παθητικής ευθανασίας, όπως έχει κριθεί από την αγγλική νομολογία, θεωρείται ότι δεν ενήργησε παράνομα, διότι η διατήρηση του ασθενούς στη ζωή με μηχανική υποστήριξη και χωρίς προοπτική βελτίωσης, δεν είναι σε καμία περίπτωση, προς το συμφέρον του ασθενούς.

Σημαντική ώθηση στις εξελίξεις, όχι στο επίπεδο της νομοθεσίας αλλά σε αυτό της νομολογίας, έδωσε η υπόθεση Anthony Bland¹⁰⁵. Ο ασθενής αυτός περιέπεσε σε κωματώδη κατάσταση, η οποία θεωρήθηκε μη αναστρέψιμη, και από τους συγγενείς του ζητήθηκε η παύση των βοηθητικών μηχανημάτων που τον κρατούσαν στη ζωή. Ο ασθενής είχε σε ανύποπτο χρόνο υπογράψει εν ζωή διαθήκη. Το δικαστήριο έκρινε νόμιμη την παύση της ιατρικής αγωγής και υποστήριξης, συμπεριλαμβανομένης και της παροχής τροφής και νερού. Εφαρμόζοντας την αρχή Bolam, η οποία υποστηρίζει πως η απόφαση για παροχή περίθαλψης πρέπει να στηρίζεται στην ιατρική γνώμη και δεν απαιτείται όταν δεν υπάρχουν ελπίδες, η Βουλή των Λόρδων διακήρυξε πως οι ιατροί μπορούν να ενεργούν με βάση αυτό που πιστεύουν πως ανταποκρίνεται καλύτερα στα συμφέροντα του ασθενούς και έτσι να εφαρμόζουν ή να σταματούν θεραπείες, όταν τις κρίνουν ακατάλληλες. Η ίδια επιτροπή, γνωστή σαν Walton Committee, περιέγραψε την ευθανασία περισσότερο σαν σκόπιμη παρέμβαση παρά σαν σκόπιμη παράλειψη για τον τερματισμό της ζωής. Η διακήρυξη αυτή προσέδωσε κύρος στις «εκ των προτέρων οδηγίες» (Living Wills, Advance Directives), οι οποίες θεωρήθηκε πως εάν είναι διατυπωμένες με σαφήνεια και ανταποκρίνονται στις περιστάσεις, είναι εξίσου δεσμευτικές νομικά με κάθε τρέχουσα απόφαση που λαμβάνεται από έναν πνευματικώς διαυγή ασθενή.

Κατόπιν τούτου ο BMA ενσωμάτωσε στο ετήσιο έντυπό του την επίσημη αποδοχή των εν ζωή διαθηκών, καθώς και κανόνες - προτάσεις σχετικά με αυτές. Παράλληλα πρότεινε αυτές να μην είναι δεσμευτικές νομικά για τους γιατρούς παρά μόνο απαλλακτικές σε περίπτωση διενέργειας ευθανασίας¹⁰⁶.

5.3.2: Σκωτία

Είναι αναμφίβολο πως από τον 13ο αιώνα η αυτοκτονία, τουλάχιστον σε ορισμένες περιπτώσεις, είχε καταστεί έγκλημα υπό τον κοινό Αγγλικό νόμο θεωρούμενη «αδίκημα έναντι του Θεού και των ανθρώπων» και επέφερε δήμευση περιουσίας και ταφή σε μη καθαγιασμένο χώρο. Η αναγνώριση πως ο νόμος περί αυτοκτονίας είχε μικρά ή σχεδόν καθόλου αποτρεπτικά αποτελέσματα, οδήγησε στο Διάταγμα περί Αυτοκτονίας του 1961. Αυτό επέφερε αποποινικοποίηση της αυτοκτονίας, καθώς και της απόπειρας αυτοκτονίας.

Εντούτοις, το άρθρο 2 του Διατάγματος δηλώνει πως η διευκόλυνση της αυτοκτονίας παραμένει αδίκημα, το οποίο επιφέρει ως ανώτατη ποινή την δεκατετραετή κάθειρξη.

105. Μπιτζαράκη Σ., Τσιλίη Α., Φανταουτσάκη Μ. (2008) ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: << Η στάση των νοσηλευτών απέναντι στην ευθανασία και οι παράγοντες που την επηρεάζουν >>, Ηράκλειο, Επιβλέπων Καθηγητής: Παχούμη Δ.

106. <http://www.geocities.com/prptopapadakis/euthanasia.htm>, με ημερομηνία δημοσίευσης στις 20/07/2010

Μια προσπάθεια του Λόρδου Jenkins να εξαιρεθεί η περίπτωση που ο συνεργός «ενήργησε από καλή πρόθεση και υπέρ του θανόντος» καταψηφίστηκε. Η κατηγορία που θα αντιμετωπίσει ο διενεργών την ευθανασία, καθώς και η διαδικασία που θα ακολουθήσει δεν είναι σαφής, εξαρτάται αποκλειστικά από τη γνώμη του Lord Advocate. Θεωρητικά, η κατηγορία μπορεί να είναι ακόμη και ανθρωποκτονία εκ προθέσεως. Το γεγονός αυτό καθιστά τις σχετικές αποφάσεις ιδιαίτερα απρόβλεπτες.

Το 1980 ο Robert Hunter, ηλικίας εβδομήντα οκτώ ετών, ο οποίος έδωσε τέλος στη ζωή της πάσχουσας από γεροντική άνοια γυναίκας του καταδικάστηκε σε φυλάκιση δύο χρόνων. Από την άλλη πλευρά το 1996 αθώθηκαν οι Paul Bradley και David Hainsworth. Ο πρώτος διενήργησε ευθανασία στον άρρωστο αδερφό του ο οποίος ευρισκόταν σε τελικό στάδιο και ο δεύτερος αποπειράθηκε να προκαλέσει ασφυξία στον 82 ετών πατέρα του, ο οποίος ευρισκόταν σε τελικό στάδιο χωρίς να υπάρχουν ελπίδες μεταστροφής. Και οι δύο ομολόγησαν την ενοχή τους. Κατά τους μελετητές η διαφοροποίηση αυτή αποδεικνύει πως οι δικαστές –αλλά και οι ένορκοι–έχουν αρχίσει να βλέπουν τέτοιες υποθέσεις υπό το πρίσμα μεγαλύτερης συμπάθειας¹⁰⁷.

5.4: Γαλλία¹⁰⁸

Δόθηκε το πράσινο φως από το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων (Ε.Δ.Α.Δ.) για την νομιμοποίηση της παθητικής ευθανασίας με την έκδοση της δικαστικής απόφασης η οποία είναι η εξής:

<< Οριστική απόφαση που επιτρέπει τη διακοπή σίτισης του γάλλου Βενσάν Λαμπέρ εξέδωσε το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρώπινων Δικαιωμάτων (ΕΔΑΔ), στην υπόθεση που τα τελευταία χρόνια ανακεφαλαιώνει στη Γαλλία τη δυσκολότατη συζήτηση γύρω από την παθητική ευθανασία. Η σύζυγος του 38χρονου τετραπληγικού Λαμπέρ είχε ζητήσει διακοπή της σίτισης, όμως οι γονείς του είχαν μπλοκάρει δικαστικά την κίνηση. Εδώ και επτά χρόνια, ο Βενσάν βρίσκεται «εγκλωβισμένος» στο σώμα του μετά από σοβαρό τροχαίο ατύχημα στο οποίο υπέστη μη αναστρέψιμη εγκεφαλική βλάβη. Η σύζυγός του είχε αποφασίσει να διακοπεί η σίτισή του, το «παράθυρο» που προβλέπει η γαλλική νομοθεσία σε τέτοιες περιπτώσεις για παθητική ευθανασία. Όμως, οι γονείς και τα αδέρφια του Βενσάν αντέδρασαν και εμπόδισαν δικαστικά την απόφαση της συζύγου. Η υπόθεση πήρε τεράστια έκταση στη Γαλλία, την ώρα που στο οικογενειακό δράμα των Λαμπέρ προστίθετο η πικρή ενδοοικογενειακή διαμάχη.

107. <http://www.geocities.com/prptorapadakis/euthanasia.htm> , με ημερομηνία δημοσίευσης στις 20/07/2010

108. <http://news.in.gr/world/article/?aid=1500002601> Δημοσίευση: 05 Ιουν. 2015, 12:29 | Τελευταία ενημέρωση: 05 Ιουν. 2015, 15:53

Η υπόθεση έφτασε στο ΕΔΑΔ, το οποίο τον περασμένο Ιούνιο είχε καλέσει το Παρίσι να μην προχωρήσει στη διακοπή της σίτισης, μέχρι να εκδοθεί η απόφασή του. Με την απόφασή του την Παρασκευή, το ΕΔΑΔ επικύρωσε την αρχική απόφαση του Γαλλικού Συμβουλίου της Επικρατείας που επέτρεπε τη διακοπή σίτισης.>>

5.5: Σουηδία¹⁰⁹

Τη διακοπή της ιατρικής υποστήριξης της ζωής μετά από αίτημα του ασθενή νομιμοποιεί η Σουηδία. Με την απόφαση αυτή τερματίζεται η περίοδος νομικής αβεβαιότητας και πλέον επιτρέπει σε μια 32χρονη γυναίκα, εντελώς παράλυτη και εξαρτώμενη από έναν αναπνευστήρα από την ηλικία των έξι ετών, να θέσει τέλος στη ζωή της. «Ένας ασθενής που επιθυμεί να διακόψει μια θεραπεία έχει το δικαίωμα να το πράξει. Η μόνη προϋπόθεση είναι να κατανοεί τις πληροφορίες που του ή της παρέχει ο ιατρός και να μετρά τις συνέπειες της απόφασής του», αναφέρει η δήλωση του σουηδικού Εθνικού Γραφείου Υγείας.

Η απόφαση του Εθνικού Γραφείου Υγείας ανταποκρίνεται σε αίτημα της Σουηδικής Ιατρικής Εταιρείας για νομική αποσαφήνιση, καθώς υπάρχουν δύο αντικρουόμενες διατάξεις: η μια διάταξη επιτρέπει στον ασθενή να αποφασίσει να διακόψει τη θεραπεία, ενώ η δεύτερη καθιστά την υποβοηθούμενη αυτοκτονία (για παράδειγμα η αποσύνδεση από τον αναπνευστήρα) πλημμέλημα.

Εντελώς παράλυτη και εξαρτώμενη από έναν αναπνευστήρα από την ηλικία των έξι ετών, μία ασθενής ζήτησε να αποσυνδεθεί ο αναπνευστήρας που την κρατά στη ζωή μέσω επιστολής της που απευθύνεται στο Εθνικό Γραφείο Υγείας και την οποία δημοσιοποίησε ο σουηδικός Τύπος. «Δεν θέλω να υποφέρω ή να σαπίζω άλλο, ο αναπνευστήρας είναι το μόνο πράγμα που με κρατάει ζωντανή. Η επιθυμία μου είναι σαφώς να κλείσει ο αναπνευστήρας κατά τη διάρκεια του ύπνου μου. Κανένας άνθρωπος στον κόσμο δεν μπορεί να πάθει ασφυξία ενώ είναι ξύπνιος χωρίς να πάθει πανικό. Αν θα μπορούσα να το κάνω εγώ, θα το είχα κάνει» γράφει η ασθενής. Μετά την νέα απόφαση του Εθνικού Γραφείου, η γυναίκα αυτή δήλωσε στην εφημερίδα Expressen ότι «είναι πολύ ευτυχής και βρήκε την ειρήνη της ψυχής της».

Η ενεργητική ευθανασία -στην οποία χορηγείται στον ασθενή το ίδιο το φαρμακευτικό μέσο για τον τερματισμό της ζωής του- παραμένει παράνομη στη Σουηδία.

109. <http://tvxs.gr/news/%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1/%CE%BD%CF%8C%CE%BC%>, δημοσιευμένο στις 14:32 | 27 Απρ. 2010 τελευταία ανανέωση 03:00 | 28 Ιουλ. 2011

5.6: Γερμανία¹¹⁰

Ιστορική απόφαση για την παθητική ευθανασία εξέδωσε το Ανώτατο Δικαστήριο της Γερμανίας και συγκεκριμένα αποφάνθηκε ότι η διακοπή της μηχανικής στήριξης ασθενούς δεν αποτελεί έγκλημα εάν αυτή είναι η θέλησή του, γεγονός που ενισχύει το δικαίωμα στην παθητική ευθανασία.

Η απόφαση του Ομοσπονδιακού Δικαστηρίου της Καρλσρούης, αποτελεί το επιστέγασμα πολυετούς δημοσίου διαλόγου για την ευθανασία στη Γερμανία και αθώνει δικηγόρο που είχε καταδικασθεί για απόπειρα δολοφονίας, αφού συμβούλεψε μια γυναίκα να αφαιρέσει τον καθετήρα σίτισης που διατηρούσε τη μητέρα της στη ζωή επί πέντε χρόνια και η οποία είχε ζητήσει, πριν πέσει σε κόμα, να μην διατηρηθεί στη ζωή με τεχνητά μέσα. Η γυναίκα πέθανε δεκαπέντε ημέρες αργότερα "από φυσικά αίτια", σύμφωνα με την νεκροψία, ενώ ο γιος της αυτοκτόνησε. Δίωξη ασκήθηκε εναντίον της κόρης της και του δικηγόρου, και, παρά το γεγονός ότι οι ανακριτικές αρχές είχαν ζητήσει την απαλλαγή του, ο δικηγόρος καταδικάστηκε και στην συνέχεια άσκησε έφεση.

5.7: Λιθουανία¹¹¹

Αποτελεί ΣΟΚ, το γεγονός ότι με βάση τις δηλώσεις της Λιθουανή Υπουργού Υγείας ότι προτείνει να είναι επιτρεπτή η Ευθανασία στους φτωχούς.

«Η ευθανασία θα μπορούσε να αποτελεί μία χρήσιμη εναλλακτική για όσους δεν μπορούν να έχουν πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και πάσχουν από βαριές ασθένειες» δήλωσε η νέα υπουργός Υγείας της Λιθουανίας, Rimantė Šalaševičiūtė, αφήνοντας άπαντες άναυδους. Μάλιστα, προχώρησε ακόμα περισσότερο, θυμίζοντας τον Μέγκελε και τη θεωρία του ευγονισμού, αναφερόμενη και στο ζήτημα της ευθανασίας σε μικρά παιδιά που αντιμετωπίζουν προβλήματα.

Η επιτομή της κυνικότητας – αν και η λέξη κυνικότητα είναι πολύ λίγη – προκάλεσε θύελλα αντιδράσεων στους δημοσιογράφους τοπικών Μέσων που παρευρίσκονταν στη συνέντευξη Τύπου, όπως αναφέρει το bioedge.org. Μετά το σάλο, η ίδια έσπευσε να διευκρινίσει ότι αναφέρεται σε ασθενείς που «δεν θέλουν να ταλαιπωρούν τους συγγενείς τους και να υποφέρουν τόσο αυτοί όσο και οι ίδιοι».

Η Λιθουανή υπουργός Υγείας, η οποία ορκίστηκε μόλις πριν από ένα μήνα, άνοιξε απευθείας μετά την τοποθέτησή της στον υπουργικό θώκο το ζήτημα της νομιμοποίησης της ευθανασίας.

110. <http://www.skai.gr/news/world/article/146529/istoriki-anofasi-gia-tin-nathitiki-euthanasia/> , δημοσιευμένο στις 25/06/2010 - 14:34 Τελευταία ενημέρωση: 25/06/2010 - 14:39

111. Πηγή: Tribune.gr <http://www.athensmagazine.gr/newsnpeople/192795> , δημοσιευμένο στις 14/04/2016

Στην πρόθεσή της αυτή για τη νομιμοποίηση της ευθανασίας, η Λιθουανή αναμένεται να συναντήσει σφοδρές αντιδράσεις τόσο από τον ιατρικό κόσμο της χώρας, όσο και από την καθολική εκκλησία.

5.8: Η.Π.Α.

Η αναφορά στο νομικό καθεστώς των Η.Π.Α., το οποίο σχετίζεται με την ευθανασία, είναι μία ιδιαίτερα δύσκολη εργασία. Αυτό συμβαίνει εξ αιτίας του γεγονότος πως στις Η.Π.Α. η νομοθεσία αποτελεί πολιτειακό προνόμιο και καθήκον, με μόνη δέσμευση τη συμμόρφωση προς το σύνταγμα.

Οι αποφάσεις των ομοσπονδιακών δικαστηρίων για διάφορες περιπτώσεις ευθανασίας είναι αντιφατικές γιατί δεν υπάρχει συγκεκριμένη νομοθετική ρύθμιση για την ευθανασία και οι αποφάσεις τους κρίνονται με βάση τις κείμενες διατάξεις και τα δικαιώματα που απορρέουν από το Σύνταγμα¹¹².

Μοναδικό νομοθέτημα μέχρι στιγμής στις Η.Π.Α. είναι το <<DEATH WITH DIGNITY ACT>> που προσπάθησε να νομιμοποιήσει την ευθανασία και είναι Νόμος για τη μη εκούσια παθητική ευθανασία, ο οποίος ψηφίστηκε το 2009 στην Πολιτεία Ουάσιγκτον των ΗΠΑ και το 1999 στο Όρεγκον και αφορά ασθενείς με προσδόκιμο όριο ζωής μικρότερο των έξι μηνών¹¹³.

Δίνεται η δυνατότητα με αυτό το νομοθέτημα στους κατοίκους της πολιτείας σε νόμιμη ευθανασία αν πάσχουν από ανίατη ασθένεια και τους μένουν έξι (6) μήνες ζωής. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η βεβαίωση από δύο (2) γιατρούς. Άτομα με ψυχικές διαταραχές μπορούν να ζητήσουν ευθανασία, εφόσον γνωμοδοτήσει θετικά ένας ψυχίατρος.

Γνωστή προσωπικότητα στις Η.Π.Α. είναι η περίπτωση του Ιατρού Τζακ Κεβορκιάν, γνωστού και ως Dr. Death, που λόγω της διαβόητης προσωπικότητάς του προκάλεσε τον θάνατο σε εβδομήντα (70) ασθενείς μέσω της ευθανασίας και κατάφερε να μείνει ατιμώρητος λόγω της ασάφειας που επικρατεί στην Αμερικάνικη Νομοθεσία παρά τις αποφάσεις που είχαν ληφθεί εναντίον του από τα Αμερικάνικα Δικαστήρια.

112. Κόλλια Δ., (2006) (Πανεπιστημιακή Εργασία) <<ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΚΑΙ ΣΥΝΤΑΓΜΑ>>, Ν.Ο.Π.Ε. ΤΜΗΜΑ ΝΟΜΙΚΗΣ (ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ)
μάθημα: ΑΤΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ, Επιμέλεια Καθηγητής Δημητρώπουλος Α.

Βάσει το δικαιώματος privacy, αν υπάρχει εκπερασμένη θέληση του πάσχοντος είτε δια ζώσης είτε με << διαθήκη θανάτου>>, είναι δυνατή η ευθανασία.

113. <http://www.tovima.gr/science/article/?aid=381362> (ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΤΕΚΜΗΡΙΩΘΕΙ Η ΑΠΟΦΑΣΗ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ;) Αλαχιώτης Σταμάτης Ν. *καθηγητής Γενετικής*
ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗ: 30/01/2011 05:45

5.9: Καναδάς¹¹⁴

Η νομική αντιμετώπιση που έχει η ευθανασία στον Καναδά είναι αντίστοιχη με αυτή των Η.Π.Α., με τη διαφορά ότι αυτό συμβαίνει ενάντια στην κείμενη νομοθεσία.

Η πρώτη καταδίκη ιατρού που διενήργησε ευθανασία δημοσιεύτηκε το 1996 και αφορούσε στην περίπτωση του Maurice Genaux. Σύμφωνα με τον Καναδικό Ποινικό Κώδικα, όποιος προκαλεί τον θάνατο άλλου για οποιονδήποτε λόγο δια πράξεως ή παράλειψης είναι ένοχος ανθρωποκτονίας. Δεν αποτελεί υπερασπιστικό επιχείρημα η θέληση του θανόντος, αφού κανείς δεν έχει το δικαίωμα να συναινέσει στη θανατώσή του, και τέτοια συναίνεση δεν αίρει τις ποινικές ευθύνες του ατόμου που προκάλεσε τον θάνατο του συναινούντος.

Κατά την δεκαετία του '90, είχαν διατυπωθεί σκέψεις στο Υπουργείο Δικαιοσύνης του Καναδά, μέσω νομικών κύκλων, να αναθεωρηθεί ο Ποινικός Κώδικας από νομοπαρασκευαστική επιτροπή για ευνοϊκότερη αντιμετώπιση τέτοιων περιπτώσεων, προς την κατεύθυνση των γιατρών που διενεργούν σε μεγάλη κλίμακα ευθανασία.

Σημαντική ώθηση στις εξελίξεις έδωσε μια πρόσφατη υπόθεση. Ο Robert Latimer, αγρότης από το Saskatchewan, θανάτωσε το 1994 την παραπληγική δωδεκάχρονη κόρη του Tracy, χορηγώντας της διοξειδίο του άνθρακα.

Τον Οκτώβρη του 1997 κρίθηκε ένοχος από το δικαστήριο δεύτερου βαθμού, αδίκημα που επιφέρει ελάχιστη κάθειρξη δέκα ετών. Η υπόθεση απέσπασε έντονη δημοσιότητα και προκάλεσε την παρέμβαση της Υπουργού Δικαιοσύνης, Ann McLellan, η οποία δήλωσε πως θα έπρεπε πιθανόν να επέλθει μείωση των ποινών για φόνους δευτέρου βαθμού-περιπτώσεις ευθανασίας. Θα χρειαζόταν, ενδεχομένως, να εισαχθεί ένας νέος όρος στον Ποινικό Κώδικα, αυτός της ανθρωποκτονίας από οίκτο, όπως το 1995 είχε προτείνει επιτροπή της Γερουσίας¹¹⁵.

5.10: Ινδία¹¹⁶

Στην Ινδία υπέκυψε Ινδή, μετά από σαράντα δύο χρόνια (42), η οποία ευρισκόταν υπό καθεστώς κόματος, και είχε πέσει θύμα βιασμού με αποτέλεσμα η συγκεκριμένη υπόθεση να ανοίξει την πόρτα στην Ινδική νομοθεσία να θεσπιστεί δικαϊκό πλαίσιο για την νομιμοποίηση της Ευθανασίας.

114. Μπιτζαράκη Σ., Τσιλιλή Α., Φανταουτσάκη Μ. (2008) ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:<< Η στάση των νοσηλευτών απέναντι στην ευθανασία και οι παράγοντες που την επηρεάζουν>>, Ηράκλειο, Επιβλέπων Καθηγητής: Παχούμη Δ.

115. <http://www.geocities.com/prptopapadakis/euthanasia.htm> , με ημερομηνία δημοσίευσης στις 20/07/2010

116. <http://www.pathfinder.gr/news/4359611/ypekypse-meta-apo-42-hronia-se-koma-indh-thyma-biasmoy/> , ημερομηνία δημοσίευσης στις 18/05/2015

Η Ινδή νοσοκόμα Αρούνα Σανμπάγκ, που είχε ανοίξει στη χώρα τη συζήτηση για την ευθανασία, άφησε την τελευταία πνοή μετά από 42 χρόνια σε κωματώδη κατάσταση εξαιτίας του βαρύτερου τραυματισμού της όταν έπεσε θύμα βιασμού. Η Αρούνα είχε πάθει τις τελευταίες ημέρες πνευμονία και βρισκόταν σε μηχανική υποστήριξη στο νοσοκομείο Κινγκ Έντουαρντ Μεμόριαλ στο Μουμπάι, όπου βρισκόταν όλα αυτά τα χρόνια. Το νοσοκομείο ανακοίνωσε το θάνατό της τη Δευτέρα.

Η Αρούνα έκανε το 1973 την πρακτική ως νοσοκόμα στο Κινγκ Έντουαρντ Μεμόριαλ. Νεαρός εργαζόμενος στο νοσοκομείο τη βίασε και την στραγγάλισε, προκαλώντας της ανήκεστο εγκεφαλική βλάβη.

Η υπόθεσή της έφερε στο προσκήνιο τη συζήτηση για το ινδικό νομικό πλαίσιο σχετικά με την ευθανασία μετά από αγώνα φίλου της που είχε διεκδικήσει να σταματήσει να της χορηγείται τροφή. Το Ανώτατο Δικαστήριο της Ινδίας δεν δέχθηκε μεν το αίτημα, αλλά η υπόθεση άνοιξε την πόρτα για να ψηφιστεί νομοθεσία για την παθητική ευθανασία.

Αντίθετες στη διακοπή της ζωής της Αρούνα ήταν οι νοσοκόμες του νοσοκομείου Κινγκ Έντουαρντ Μεμόριαλ, οι οποίοι φρόντιζαν με βάρδιες όλα αυτά τα χρόνια την πρώην συνάδελφό τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΚΟΠΟΣ

Επίταση της ευθύνης του Ιατρού σε ιατρικό σφάλμα σε περιπτώσεις παθητική ευθανασίας.

6.1: Σε ανήλικο Ασθενή

Κατά τις διατάξεις των άρθρων 127, 1510 παρ. 1 και 1518 ΑΚ στη μέριμνα για το ανήλικο τέκνο, δηλαδή γι' αυτό που δεν έχει συμπληρώσει το 18^ο έτος της ηλικίας του, περιλαμβάνεται και η επιμέλεια του προσώπου του από τους ασκούντες την γονική μέριμνα γονείς του, που είναι οι η σπουδαιότερη από τις εκδηλώσεις διότι αποσκοπεί στην ανάπτυξη της προσωπικότητάς του¹¹⁷.

Στην περίπτωση του ανήλικου Ασθενούς οι γονείς του είναι αυτοί που παρέχουν εκ μέρους του την απαιτούμενη συναίνεση για τη διενέργεια της επιβεβλημένης ιατρικής πράξης και σε αυτό το σημείο παρατηρείται μια εντυπωσιακή διαφορά μεταξύ της δυνατότητας παροχής συναίνεσης των γονέων στην <<προσβολή>> της σωματικής ακεραιότητας του ανηλίκου, όταν αυτή λαμβάνει χώρα στο πλαίσιο μίας ιατρικής πράξης, σε σχέση με την κλασσική έννοια της σωματικής βλάβης του άρθρου 308 ΠΚ, τιθέμενο άνευ αμφισβήτησεως ότι ο γονέας σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να υποκαταστήσει τη συναίνεση του παιδιού, του πραγματικού φορέα του εννόμου αγαθού της σωματικής ακεραιότητας με σκοπό την άρση του αδίκου, σύμφωνα με τα οριζόμενα στο άρθρο 308 παρ. 2 ΠΚ¹¹⁸. Οπότε συνάγεται το εξής συμπέρασμα, ότι το ιατρικό σφάλμα εμφανίζεται στην περίπτωση, κατά την οποία, παρά το γεγονός ότι ο ανήλικος ασθενής ευρίσκεται υπό καθεστώς κώματος, για να διενεργηθεί οποιαδήποτε ιατρική πράξη, η οποία θα επιφέρει σωματική βλάβη, σύμφωνα με το ανωτέρω άρθρο, ο Ιατρός παρ' όλα αυτά λάβει υπόψη την σύμφωνη γνώμη των γονέων του χωρίς να λάβει υπόψη την γνώμη του ανηλίκου.

Αντιθέτως, γίνεται δεκτό ότι νομίμως υποκαθιστάται η συναίνεση του ανηλίκου για την υποβολή αυτού σε ιατρική πράξη συνεπαγόμενη την προσβολή της σωματικής του ακεραιότητας από τη συναίνεση των εχόντων την επιμέλειά του, καθώς αυτή η <<προσβολή>> επιβάλλεται αποκλειστικά για χάρη της υγείας του¹¹⁹.

Αναφορικά με την κατάρτιση έγκυρης σύμβασης ιατρικής αγωγής κρίνεται με βάση τις διατάξεις των άρθρων 127, 128, 134-136 ΑΚ ότι και ο κάτω των δέκα (10) ετών ανήλικος είναι ανίκανος να συμβληθεί με τον Ιατρό, οπότε δε δύναται

117.Καλαμπούκα Γιαννοπούλου Π. (2010), Η ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΩΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΗ, Καβάλα, ΝΟΜΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

118.Πραγιάννη Ε., 2014, Επιμέλεια Σπυριδάκης Σ. Ι., Νομικά Μελετήματα, ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΔΙΚΑΙΟΠΡΑΚΤΙΚΑ ΑΝΙΚΑΝΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΕ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ, Αθήνα, ΑΝΤ. ΣΑΚΚΟΥΛΑ

119.Αναφέρεται ότι η σύμφωνη βούληση που εκφράζουν οι γονείς περί της υποβολής του ανηλίκου σε ιατρική πράξη δεν συνεπάγεται την έννοια της συναίνεσης. Αντλώντας επιχείρημα από την διάταξη του άρθρου 1534 ΑΚ, οι γονείς παρέχουν άδεια στον Ιατρό να προβεί στις δέουσες πράξεις, η οποία άδεια κατ' εξαίρεση σε επείγουσες περιπτώσεις μπορεί να υποκατασταθεί από τον Εισαγγελέα Πρωτοδικών

να δώσει τη συναίνεσή του για τη διεξαγωγή οποιασδήποτε ιατρικής πράξης, όπως αναφέρθηκε ανωτέρω οι έχοντες την γονική μέριμνα δίδουν την συναίνεσή τους, και όταν ο ανήλικος είναι, τουλάχιστον, δεκατεσσάρων (14) ετών μπορεί να καταρτίσει σύμβαση ιατρικής αγωγής με τον Ιατρό, αλλά ο τελευταίος θα απαιτήσει την αμοιβή του από το ασφαλιστικό Ταμείο του ανηλίκου, διότι ο ανήλικος μπορεί από μία δικαιοπραξία να προσπορίσει έννομο όφελος, αλλά δεν αναλαμβάνει καμία υποχρέωση. Δύναται ο Ιατρός να απαιτήσει την αμοιβή του από τους γονείς του ανηλίκου ή από το Φυσικό Πρόσωπο (μητέρα, πατέρα, δικαστικός συμπαραστάτης) ή από το Νομικό Πρόσωπο (Ίδρυμα, λόγω του γεγονότος ότι είναι ορφανός) ως έχων την επιμέλεια, το οποίο δεν αποτελεί αντικείμενο έρευνας και μελέτης στην παρούσα διπλωματική διατριβή. Πρέπει να διακριθεί αντίστοιχα εάν και εφόσον ο ανήλικος μπορεί να συναινέσει για την διεξαγωγή μίας ιατρικής πράξης, με βάση την δικαιοπρακτική του ικανότητα. Ο κανόνας ορίζει ότι ο ανήλικος δεν μπορεί να συναινέσει, αλλά κάμπτεται στις περιπτώσεις, κατά τις οποίες η πνευματική του ωριμότητα είναι σε τέτοιο βαθμό, ώστε να μπορεί να αντιληφθεί τις συνέπειες της παρεχόμενης, εκ μέρους του, δήλωσης βουλήσεως απευθυνόμενος προς τον Ιατρό για την διεξαγωγή της ιατρικής πράξης.

Κατά το άρθρο 12 παρ. 2 εδάφιο β' του Κ.Ι.Δ. ο ιατρός οφείλει να λάβει υπόψη του και τη γνώμη του ανηλίκου, στο θέμα της συναίνεσης διενέργειας και υποβολής του σε ιατρική πράξη, εφόσον ο ανήλικος, κατά τη κρίση του Ιατρού, έχει την ηλικιακή, πνευματική και συναισθηματική ωριμότητα να κατανοήσει την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο της ιατρικής πράξης και τις συνέπειες ή τα αποτελέσματα ή τους κινδύνους της πράξης αυτής¹²⁰. Σύμφωνα με τον κανόνα του άρθρου 12 παρ. 2 περ. β υποπερ. αα εδ. α ΚΙΔ το οποίο ορίζει: << *Αν ο ασθενής είναι ανήλικος, η συναίνεση δίδεται από αυτούς που ασκούν την γονική μέριμνα ή έχουν την επιμέλειά του*>>, με δεδομένο ότι συνήθως επί διαζυγίου ή διάστασης των γονέων η επιμέλεια ανατίθεται στον έναν από του δύο, ως ορθότερη διατύπωση της διάταξης προτείνεται η ακόλουθη: <<... *η συναίνεση δίδεται από αυτούς που ασκούν τη γονική μέριμνα (για ανήλικους εντός γάμου) ή εκείνον που έχει την επιμέλεια του (επί διαζυγίου ή διάστασης)*>>.

Στην περίπτωση των ειδικών ιατρικών επεμβάσεων με βάση το άρθρο 11 παρ. 3 του ΚΙΔ έρχεται σε αντίθεση με το άρθρο 304 παρ. 5 του ΠΚ που ορίζει τα σχετικά με τη διακοπή κύησης της ανήλικης εγκύου, μίας εξίσου σοβαρής με αυτές του άρθρου 11 παρ. 3 του ΚΙΔ (αν όχι της σοβαρότερης)

120. Καλαμπούκα Γιαννούλου Π. (2010), Η ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΩΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΗ, Καβάλα, ΝΟΜΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

Επίσης, από τις διατάξεις των άρθρων 914, 932 ΑΚ και το συνδυασμό τους με εκείνες των άρθρων 298, 299 ΑΚ προκύπτει ότι, για την επιδίκαση χρηματικής ικανοποίησης λόγω της ηθικής βλάβης που υπέστη ο παθών είναι αναγκαίος ο σχηματισμός ηθικής προσωπικότητας και ο συναισθηματικός του κόσμος, ώστε να επιδέχεται τις επιδράσεις εκ του εξωτερικού κόσμου και τις ψυχικές συγκινήσεις από την εις βάρος του αδικοπραξία, γεγονός που κρίνεται από το δικαστήριο κατά τους κανόνες της κοινής πείρας με βάση τα πραγματικά περιστατικά που τίθενται υπόψη του. Το δικαστήριο όμως μπορεί να αποκαταστήσει όχι μόνο την ενεστώσα αλλά και την μέλλουσα περυσιακή ζημία (298 ΑΚ) εάν είναι αρκούντων βέβαιο ότι θα επέλθει στο μέλλον η ζημία και μπορεί να καθοριστεί εκ των προτέρων η εκτάσή της.

Ιατρικής πράξης, σύμφωνα με την οποία αρκεί η συναίνεση του ασκούντα την επιμέλεια του τέκνου ή ενός από τους ασκούντες τη γονική μέριμνα και σε όποιο καθεστώς και αν υπάγεται το παιδί, εν όψει της σημασίας της απόφασης για την ανήλικη έγκυο, λόγω του αντίκτυπου που αυτή θα διαδραματίσει μακροπρόθεσμα στην υπόλοιπη ζωή της και βραχυπρόθεσμα στην ψυχολογική της κατάσταση, ο Νομοθέτης θέλησε να εισαγάγει τις ευνοϊκότερες και απλούστερες δυνατές προϋποθέσεις διενέργειας της ιατρικής πράξης της άμβλωσης και στόχος της ρύθμισης, από την μία πλευρά, είναι η απόφαση να είναι αποτέλεσμα συνεργασίας και των δύο (2) γονέων αλλά από την άλλη ίσως ανακλύπει αδικαιολόγητη αντίδραση ενός εκ των γονέων για την εμπόδιση της άμβλωσης¹²¹.

Άρα συνάγεται το συμπέρασμα ότι από την νεώτερη νομοθετική επιλογή του άρθρου 1518 ΑΚ στον σκληρό πυρήνα της γονικής μέριμνας περιλαμβάνονται, λόγω της σοβαρότητάς τους μόνο οι περιπτώσεις του άρθρου 11 παρ. 3 του ΚΙΔ και άλλες ανάλογης βαρύτητας, οπότε απαιτείται η συναίνεση και των δύο (2) γονέων ακόμα και όταν ο ένας ασκεί την επιμέλεια.

Πρέπει να σημειωθεί ότι το πρόσωπο που συνάπτει τη σύμβαση ιατρικής αγωγής υπέρ του ανηλίκου κατά κανόνα είναι και αυτό που παρέχει τη συναίνεσή του στις επεμβατικές πράξεις που αποτελούν το αντικείμενό τους, αλλά ο κανόνας κάμπεται με το άρθρο 10 παρ. 3 εδάφιο 1 του Ν. 2737/1999, που ορίζει ότι για τη λήψη μυελού των οστών από ανήλικο δότη πρέπει να συναινούν και οι δύο (2) γονείς, ακόμη και όταν ο ένας μόνο έχει την επιμέλεια¹²².

Επί αναδοχής ανηλίκων, (άρθρα 1655 ΑΚ επ.) ως θεσμός προσωρινού χαρακτήρα, συμπληρωματικό της γονικής μέριμνας και της επιμέλειας, οι ανάδοχοι γονείς αναλαμβάνουν προσωρινά την προστασία, φροντίδα, ανατροφή, διαπαιδαγώγηση ανηλίκων και με βάση το 1659 του ΑΚ εκπροσωπούν το τέκνο στις πράξεις εκείνες, που είναι τρέχουσες για την κάλυψη των επείγουσών υποθέσεων των ανηλίκων, διότι το δικαίωμα της γονικής μέριμνας ανήκει στους φυσικούς γονείς, οπότε μπορούν να παράσχουν συναίνεση για την διεξαγωγή κάποιας ιατρικής πράξης κατά το άρθρο 12 παρ. 2 περ. β περ. αα εδ. α ΚΙΔ για να τελεστεί μία ιατρική πράξη σε ανήλικο. Στην ουσία ο θεσμός της αναδοχής ανηλίκου αποτελεί μία << ex lege εκχώρηση της άσκησης γονικής μέριμνας >>. ¹²³

6.2: Σε ενήλικο Ασθενή

Πρόσφατα η Ολομέλεια του Αρείου Πάγου με την απόφαση 3/2009¹²⁴

121.Πραγιάννη Ε., (2014), Επιμέλεια Σπυριδάκης Σ. Ι., Νομικά Μελετήματα, ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΔΙΚΑΙΟΠΡΑΚΤΙΚΑ ΑΝΙΚΑΝΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΕ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ, Αθήνα, ΑΝΤ. ΣΑΚΚΟΥΛΑ

122.Φουντεδάκη Κ., (2003), ΑΣΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ, Αθήνα, ΣΑΚΚΟΥΛΑ Α.Ε.

123. Δίδεται ομόφωνα απάντηση από τη θεωρία ότι τόσο η τακτική επίσκεψη σε ιατρό για χρόνια νόσημα που αποτελεί τρέχον θέμα που ανακλύπει κατά τη συνήθη πορεία των πραγμάτων όσο και η κλήση του Ιατρού ή η άμεση εισαγωγή σε Νοσοκομείο (λόγω π.χ. ατυχήματος) ως επείγουσα υπόθεση που πρέπει να αντιμετωπιστεί άμεσα, μπορούν να ενταχθούν στο πλαίσιο αρμοδιοτήτων των ανάδοχων γονέων ως απαραίτητες πράξεις για την τέλεση του λειτουργήματός τους.

δέχθηκε ότι οι Πανεπιστημιακοί Ιατροί ευθύνονται προσωπικά έναντι τρίτων που μπορεί να τους προξενήσουν βλάβη κατά την άσκηση των ιατρικών καθηκόντων και υπηρεσιών τους. Ειδικότερα, αναφέρεται ότι, σύμφωνα με το αρθ. 85 του Υπαλληλικού Κώδικα του 1977, όπως αυτός τροποποιήθηκε και ισχύει μετά το Ν. 3528/2007, ο δημόσιος υπάλληλος ευθύνεται έναντι του δημοσίου για κάθε θετική ζημία που προξένησε σ' αυτό από δόλο ή βαρεία αμέλεια κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του, καθώς επίσης για τις αποζημιώσεις στις οποίες υποβλήθηκε έναντι τρίτων ένεκα παρανόμων πράξεων ή παραλείψεων αυτού που έγιναν από δόλο ή βαρεία αμέλεια. Δεν ευθύνεται όμως ο υπάλληλος έναντι τρίτων για τις πράξεις αυτές ή τις παραλείψεις του και στην έννοια της ζημίας περιλαμβάνεται κατά τα άρθρα 299, 914, 928, 932 ΑΚ η περιουσιακή ζημία και η χρηματική ικανοποίηση λόγω ηθικής βλάβης ή ψυχικής οδύνης. Έτσι, η διάταξη αυτή σε συνδυασμό με το άρθρο 24 παρ. 1 και 2 του Ν. 1397/1983 << περί Εθνικού Συστήματος Υγείας>> καταλαμβάνει και το ιατρικό προσωπικό των νοσοκομείων, ως νπδδ, γιατί οι γιατροί είναι δημόσιοι υπάλληλοι, έχοντας την ιδιότητα του δημόσιου λειτουργού. Αντίθετα, σύμφωνα με το άρθρο 2 παρ. 2 παρ. δ' του ίδιου ως άνω Υπαλληλικού Κώδικα που κωδικοποιήθηκε με το π.δ/γμα 611/1977, δεν υπάγονται στις διατάξεις αυτού οι Καθηγητές των ανωτάτων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων και το λοιπό διδακτικό προσωπικό αυτών.

Στη διάταξη του άρθρου 16 παρ. 6 του Συντάγματος ορίζεται ότι << Οι καθηγητές των ανωτάτων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων είναι δημόσιοι λειτουργοί... Τα σχετικά με την κατάσταση όλων αυτών των προσώπων καθορίζονται από τους οργανισμούς των οικείων Ιδρυμάτων>>, ενώ στην παράγραφο 5 του ίδιου άρθρου ορίζεται ότι <<η ανώτατη εκπαίδευση παρέχεται αποκλειστικά από Ιδρύματα που αποτελούν νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου με πλήρη αυτοδιοίκηση>>. Επίσης από τη διάταξη του άρθρου 13 παρ. 4 του Ν. 1268/1982 για τη <<Δομή και Λειτουργία ΑΕΙ>>, όπως αυτός τροποποιήθηκε και ισχύει, ορίζεται ότι <<Τα μέλη Δ.Ε.Π. είναι δημόσιοι λειτουργοί>>.

Με αυτήν την απόφαση είναι γεγονός ότι δημιουργείται ένα πλαίσιο νομολογιακής κρίσης που προωθεί έμμεσα και προστατεύει τους επιστήμονες με

124. Καλαμπούκα Γιαννοπούλου Π. (2010), Η ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΩΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΗ, Καβάλα, ΝΟΜΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

Σκεπτικό της εν λόγω απόφασης: << κατά το χρόνο διενέργειας κάποιας χειρουργικής επέμβασης σε τρίτο ή ιατρικής παρακολούθησης του η πανεπιστημιακή ιδιότητα που έχει ο θεράπων ιατρός δεν παύει να υφίσταται, δεν κάμπτεται ούτε υποβαθμίζεται από αυτήν του ιατρού, αλλά τότε πρέπει πρόδηλα να αποδεικνύεται ως υπερέχουσα οιασδήποτε άλλης, καθόσον τότε πρέπει να επιβεβαιώνονται οι αυξημένες γνώσεις του (Πανεπιστημιακού Καθηγητή) της επιστήμης ή (και) της τέχνης του που οφείλει να έχει και τις εφαρμόζει στην πράξη και με προσωπική ευθύνη του, χωρίς σφάλματα. Τότε θα υφίστατο άνιση μεταχείριση, εάν μεταξύ των Ιατρών με διαφορετικά προσόντα κάποια ευνοϊκή μεταχείριση ως προς την υπηρεσιακή τους ευθύνη υπήρχε μόνον υπέρ εκείνων που είχαν τα πρόσθετα προσόντα, όπως είναι και η κατοχή της θέσης του πανεπιστημιακού Καθηγητή, και δεν είχε επεκταθεί και στους έχοντες μόνο την ιδιότητα του απλού Ιατρού του Ε.Σ.Υ. Αν αντίθετα επεκτεινόταν η υφιστάμενη ευνοϊκή μόνον υπέρ των Ιατρών του Ε.Σ.Υ. ρύθμιση και στους έχοντες πρόσθετα προσόντα Ιατρούς, χωρίς να συντρέχει κάποιος ιδιαίτερος λόγος, προς συμφέρον μόνο των τελευταίων και σε βάρος των δικαιωμάτων εκείνων που ζημιώθηκαν από παράνομες πράξεις ή παραλείψεις τους, η τιοιαύτη επέκταση της ευνοϊκής ρύθμισης και στην ανώτατη τάξη των δημοσίων λειτουργών-Καθηγητών Πανεπιστημίου, ήτοι σε διαφορετική κατ' ουσίαν κατηγορία προσώπων, θα οδηγούσε στην πραγματικότητα σε ανισότητα νόμου έναντι των πολιτών, που είναι ανεπίτρεπτη από την ίδια ως άνω Συνταγματική διάταξη>>

λιγότερα προσόντα, από αυτά τουλάχιστον των πανεπιστημιακών Ιατρών, θέτοντας τους τελευταίους σε αυστηρότερο καθεστώς ευθύνης σε σχέση με τον απλό δημόσιο υπάλληλο αλλά και με τον γιατρό του ΕΣΥ, σύμφωνα με το παραπάνω σκεπτικό. Ωστόσο, οι πανεπιστημιακοί Ιατροί, κατά την κρίση της Ολομέλειας του ΑΠ ως ανώτατοι δημόσιοι λειτουργοί πρέπει να ευθύνονται έναντι τρίτων για πράξεις ή παραλείψεις τους κατά την άσκηση των καθηκόντων τους.

Εξ' αυτού του λόγου, έγινε άρση της διαφορετικής μεταχείρισης αφού εξεδόθη ο νόμος 3754/2009 σύμφωνα με το άρθρο 1 του οποίου εξισώνει, ο Έλληνας Νομοθέτης, τους Πανεπιστημιακούς Ιατρούς με του Ιατρούς του ΕΣΥ, αναφορικά με την αστική τους ευθύνη, θεσπίζοντας έτσι την έλλειψη αστικής ευθύνης των πανεπιστημιακών γιατρών έναντι τρίτων (ασθενών ή συγγενών αυτών) στα πλαίσια άσκησης των ιατρικών τους καθηκόντων εντός των νοσοκομείων και των πανεπιστημιακών κλινικών όπου υπηρετούν.

Από τις διατάξεις του άρθρου 8 σε συνδυασμό με εκείνες του άρθρου 1 παρ. 3 και 4 του νόμου 2251/1994, που ορίζει ότι οι διατάξεις που προστατεύουν τους καταναλωτές ισχύουν στον ιδιωτικό τομέα και στις επιχειρήσεις του Δημοσίου τομέα και ότι καταναλωτής είναι κάθε φυσικό ή νομικό πρόσωπο για το οποίο προορίζονται οι υπηρεσίες που προσφέρονται στην αγορά ή κάνει χρήση τέτοιων υπηρεσιών, εφόσον αποτελεί τον τελικό τους αποδέκτη, προκύπτει με σαφήνεια ότι η ευθύνη του παρέχοντος τις υπηρεσίες, περιλαμβάνει και τα δημόσια νοσοκομεία, ως τόπος και του εργοδότη του παρέχοντος τις υπηρεσίες Ιατρού και η ευθύνη μπορεί να είναι είτε ενδοσυμβατική¹²⁵ είτε αδικοπρακτική¹²⁶, ανεξάρτητα από την προϋφιστάμενη ενοχική σχέση μεταξύ του παρέχοντος τις υπηρεσίες και του ζημιωθέντος καταναλωτή¹²⁷.

Κατά τη θεωρία και νομολογία του διοικητικού δικαίου, οι προϋποθέσεις εφαρμογής του άρθρου 105 του ΕισΝΑΚ είναι, εκτός από το όργανο και την πράξη ή παράλειψη που έγινε κατά την ενάσκηση της δημόσιας εξουσίας, να υπάρχει και αιτιώδης συνάφεια μεταξύ ζημίας και παράνομης πράξης ή παράλειψης¹²⁸. Δεν αμφισβητείται ότι η ευθύνη του άρθρου 105 του ΕισΝΑΚ είναι αντικειμενική, δηλαδή δεν προϋποθέτει δόλο ή αμέλεια του οργάνου και ο

125. Προέρχεται από κατάρτιση συμβάσεως, με βάση την αρχή της ελευθερίας της ιδιωτικής αυτονομίας κατά το άρθρο 361 ΑΚ, και τη αρχή του ατύπου των δικαιωπραξιών άρθρο 158 ΑΚ και η ευθύνη είναι νόθος αντικειμενική, δηλαδή τεκμαίρεται το πταίσμα του οφειλέτη (εναγόμενος) σε βάρος του δανειστή (ενάγων) και το βάρος απόδειξης ανήκει στον τελευταίο να αποδείξει ότι δεν υπάρχει πταίσμα.

126. Προέρχεται από ενοχή που δημιουργούνται απευθείας από τον νόμο, αν συντρέξουν κάποια στοιχεία που προβλέπονται από αυτόν (άρθρα 914, 904, 730 ΑΚ) και η ευθύνη είναι υποκειμενική, δηλαδή το βάρος απόδειξης ανήκει στον δανειστή της παροχής να αποδείξει αν συνέτρεξαν τα στοιχεία εκείνα για να θεμελιώσουν την ενοχή ενώ ο οφειλέτης απαλλάσσεται από το βάρος απόδειξης.

127. Καλαμπούκα Γιαννούλα Π. (2010), Η ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΩΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΗ, Καβάλα, ΝΟΜΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

128. Φουντεδάκη Κ., (2003), ΑΣΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ, Αθήνα, ΣΑΚΚΟΥΛΑ Α.Ε.

ζημιωθείς δεν οφείλει να επικαλεστεί και να αποδείξει πταίσμα του γιατρού σύμφωνα με τη θεωρία αλλά αντιθέτως με την νομολογία¹²⁹ είναι υποχρεωμένος ο ασθενής να αποδείξει ιατρικό σφάλμα ή παράβαση υποχρεώσεων του Ιατρού, που συνιστά παρανομία.

Επομένως, στην περίπτωση της ιατρικής ευθύνης, η παράλληλη εφαρμογή των άρθρων 105 και 106 του ΕισΝΑΚ και 8 του Ν. 2251/1994 θα σήμαινε ότι ο ασθενής ή γενικότερα ο ζημιωθείς μπορεί να ζητήσει αποζημίωση εφόσον αποδείξει α) την παροχή της υπηρεσίας ιατρικής φύσεως από δημόσιο φορέα β) τη ζημία του και γ) τον αιτιώδη σύνδεσμό του μεταξύ της παροχής και της ζημίας και το Κράτος ή το ΝΠΔΔ, για να απαλλαγεί από την ευθύνη πρέπει να αποδείξει είτε α) ότι δεν υπήρξε παράνομη πράξη του ιατρικού και λοιπού προσωπικού είτε β) ότι η ζημία του ασθενούς δεν συνδέεται αιτιωδώς με την παράνομη πράξη¹³⁰.

Τα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου ενέχονται σε αποζημίωση για παράνομες πράξεις ή παραλείψεις ή υλικές ενέργειες των οργάνων τους κατά την άσκηση δημόσιας εξουσίας που τους είχε ανατεθεί. Παράνομες δε είναι οι πράξεις ή παραλείψεις ή υλικές ενέργειες από τις οποίες, κατά τα άρθρα 297, 298 και 914 του ΑΚ, επήλθε ζημία θετική ή αποθετική σε τρίτο πρόσωπο, δηλαδή εκείνες με τις οποίες παραβιάστηκε ορισμένη διάταξη νόμου που προστατεύει δικαίωμα ή συμφέρον του ζημιωθέντος και συντρέχει συγχρόνως αιτιώδης σύνδεσμος της ζημιολογίας συμπεριφοράς και της επελθούσης ζημίας¹³¹.

Η θεμελίωση της ευθύνης του κύριου ή προστήσαντος δημοσίου νοσοκομείου ή ιδιωτικής κλινικής στηρίζεται στο άρθρο 922 ΑΚ και για την απόδειξη της ευθύνης αρκεί και χαλαρή έστω εξάρτηση του γιατρού από την κλινική ή σχέση εργασίας του με το νοσοκομείο, όπου οι Ιατροί νοσηλεύουν ασθενείς και ασχέτως την σχετική ανεξαρτησία, (π.χ. ελεύθερος επαγγελματίας ιατρός χειρουργεί ή διενεργεί τοκετούς σε ιδιωτική κλινική ή ασκεί μόνο διαγνωστικού χαρακτήρα ιατρικές πράξεις χωρίς να προβαίνει σε χειρουργεία και άλλες επεμβατικές πράξεις) γίνεται δεκτό ότι υπάρχει εξάρτηση κατά την έννοια του άρθρου 922 ΑΚ και συνεπώς ευθύνη και του φυσικού και νομικού προσώπου, αφού η δραστηριότητα του γιατρού εμπίπτει στον επιχειρηματικό ή επαγγελματικό κύκλο δράσης και αποφέρει κέρδος σε αυτό¹³².

129. ΣτΕ 2463/1998, ΕΔΔΔΔ 2000, 617. ΔεφΑθ 160/2001, ΝΟΜΟΣ. Δεφ Πειρ 11048/1994, ΔιΔικ 1994, 906. ΔπρΑθ 9602/1996, ΔιΔικ 1996, 957. ΔπρΑθ 6718/1998, ΕΔΚΑ 1999, 455. ΔπρΑθ 10933/1997, ΕλλΔνη 1998, 1171. ΔπρΘες 2707/1999, ΔιΔικ 2000, 178. ΔπρΠατρ 667/2000, ΔΔίκη 2001, 1078.

130. Φουντεδάκη Κ., (2003), ΑΣΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ, Αθήνα, ΣΑΚΚΟΥΛΑ Α.Ε.

131. ΑΕΔ 5/1995, ΣτΕ 3045/1992, ΣτΕ 740/2001, ΑΠ 1258/1985, ΣτΕ 289/1995, ΣτΕ 2739/2000. Δεν υπάρχει ευθύνη υπδδ σε περίπτωση που η μόλυνση του ασθενούς η οποία οφείλεται στην μετάγγιση συγκεκρμένης φιάλης αίματος δεν ήταν δυνατόν να διαγνωσθεί κατά το χρόνο της αιμοδοσίας γιατί, παρά τον έλεγχο που είχε γίνει, ήταν τεχνικώς αδύνατος ο εντοπισμός του ιού, καθόσον ο δότης διήγε τη σιωπηλή φάση της λοίμωξης (γνωστή ως σιωπηλό παράθυρο), κατά τη διάρκεια της οποίας- λόγω πρόσφατου της μόλυνσης δεν εμφάνιζε αντισώματα. (ΔεφΘες 1228/2998)

132. Καλαμπούκα Γιαννοπούλου Π. (2010), Η ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΩΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΗ, Καβάλα, ΝΟΜΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ (ΑΠ 1270/89, ΕΛΔ 1991)ισώματα. (ΔεφΘες 1228/2998)

Η ευθύνη του Ιατρού σε μία Ιδιωτική κλινική είναι η εξής:

- Ατομική ευθύνη ιατρού.
- Οποιαδήποτε μορφή υπαιτιότητας (δόλος- αμέλεια), κατά το αστικό δίκαιο.
- Ενδοσυμβατική ή/και αδικοπρακτική ευθύνη
- Νόθος Αντικειμενική ή Υποκειμενική Ευθύνη του Νοσηλευτικού Ιδρύματος Ιδιωτικού Δικαίου με την μορφή εταιρείας κατά το Εμπορικό Δίκαιο.
- Εις ολόκληρον ευθύνη με το ιδιωτικό νοσοκομείο.
- Ευθύνεται, κατά το ποινικό δίκαιο, και για δόλο και για αμέλεια.
- Αρμοδιότητα Πολιτικών Δικαστηρίων.

Η ευθύνη του Ιατρού σε ένα νοσηλευτικό ίδρυμα με την μορφή Νομικού Προσώπου Δημοσίου Δικαίου, είναι η εξής:

- Η υπαιτιότητά του είναι από δόλο ή βαρεία αμέλεια.
- Αντικειμενική Ευθύνη του Νοσηλευτικού Ιδρύματος με την μορφή Νομικού Προσώπου Δημοσίου Δικαίου.
- Πράξη, παράλειψη, υλική ενέργεια.
- Όργανο του δημοσίου.
- Στο πλαίσιο των καθηκόντων του.
- Ύπαρξη παρανομίας.
- Μη παράβαση διάταξης κείμενης χάριν του δημοσίου συμφέροντος.
- Πρόκληση ζημίας.
- Αιτιώδης σύνδεσμος.
- Ευθύνεται, κατά το ποινικό δίκαιο, μόνο για δόλο.
- Ευθύνεται εις ολόκληρον με τον Νοσηλευτικό Ίδρυμα Δημοσίου Δικαίου.
- Αρμόδιότητα Διοικητικών Δικαστηρίων.

6.3: Ασθενής με έλλειψη της δικαιοπρακτικής ικανότητας

Ο ασθενής δεν μπορεί να καταρτίσει αυτοπροσώπως έγκυρη σύμβαση ιατρικής αγωγής, όταν έχει υποβληθεί σε καθεστώς πλήρους στερητικής δικαστικής συμπαράστασης, οπότε είναι πλήρως ανίκανος για δικαιοπραξία (ΑΚ 128), ή μερικής στερητικής δικαστικής συμπαράστασης που περιλαμβάνει και την ικανότητά του να συνάπτει σύμβαση ιατρικής αγωγής με οποιοδήποτε αντικείμενο (129, 1676). Σε αυτές τις περιπτώσεις, η σύμβαση συνάπτεται έγκυρα με το δικαστικό συμπαραστάτη, σε αντίθεση εάν ευρίσκεται υπό καθεστώς μερικής δικαστικής συμπαράστασης που δεν του στερεί την ικανότητα σύναψης ιατρικής αγωγής, και συμβάλλεται έγκυρα μόνος του με τον Ιατρό.

Τα ίδια ισχύουν και για τη συναίνεση για την διενέργεια οποιασδήποτε ιατρικής πράξης, αντιστοίχως, είτε τη δίνει ο δικαστικός συμπαραστάτης είτε ο ίδιος ο

ασθενής, εφόσον ευρίσκεται υπό καθεστώς μερικής στερητικής δικαστικής συμπαράστασης.

Υπό καθεστώς πλήρους επικουρικής δικαστικής συμπαράστασης συνάπτεται σύμβαση για ιατρική αγωγή με την συναίνεση του δικαστικού συμπαραστάτη, ενώ υπό καθεστώς μερικούς επικουρικής δικαστικής συμπαράστασης και αν δεν περιλαμβάνεται στις δικαιопραξίες η κατάρτιση της σύναψης ιατρικής αγωγής, ο ασθενής μπορεί να συνάψει σύμβαση με τον Ιατρό χωρίς την συναίνεση του Δικαστικού Συμπαραστάτη. Τα ίδια ισχύουν και για την συναίνεση για την διενέργεια οποιασδήποτε ιατρικής πράξης, αντιστοίχως, είτε την δίνει ο δικαστικός συμπαραστάτης είτε ο ίδιος ο ασθενής, εφόσον ευρίσκεται υπό καθεστώς μερικής επικουρικής δικαστικής συμπαράστασης.

Οι περιπτώσεις της ΑΚ 131 αποκτούν ιδιαίτερη σημασία στην ιατρική ευθύνη, επειδή είναι πιθανό ο ασθενής χωρίς να είναι ανίκανος ή περιορισμένα ικανός για δικαιопραξία λόγω ανηλικότητας ή υποβολής σε δικαστική συμπαράσταση, κατά το χρόνο που συμβάλλεται με τον Ιατρό, είτε να μην έχει συνείδηση των πράξεών του, λόγω ασθένειας ή της λήψης φαρμάκων, είτε να βρίσκεται σε ψυχική ή διανοητική διαταραχή που περιορίζει αποφασιστικά τη βούλησή του. Οι περιπτώσεις αυτές, όπου δεν είναι καταρχήν δυνατή η έγκυρη σύναψη σύμβασης αντιμετωπίζονται κατά τον ίδιο τρόπο όταν ο ασθενής είναι αναισθητός. Όταν ο ασθενής ανακτά τις αισθήσεις του ή παύει η κατάσταση της ΑΚ 131 στην οποία βρισκόταν ή εμφανίζεται το νομιμοποιούμενο για την κατάρτιση σύμβαση πρόσωπο, η σύναψη σύμβασης με το Ιατρό είναι δυνατή και εν αμφιβολία θα μπορεί η βούληση των μερών να ερμηνευθεί έτσι, ώστε να προσδοθεί στο συμβατικό δεσμό αναδρομική ενέργεια, από την αρχή, δηλαδή που ο γιατρός ανέλαβε τον ασθενή¹³³. Αν ο ασθενής δεν εγκρίνει ή απορρίπτει την θεραπεία, δεν υπάρχει σύμβαση με τον Ιατρό. Μία δεύτερη περίπτωση κατάρτισης σύμβασης είναι όταν ένα άλλο πρόσωπο, που δεν είναι νόμιμος αντιπρόσωπος του ασθενούς, καλεί το γιατρό να προσφέρει τις υπηρεσίες του για λογαριασμό του ασθενούς, τότε μπορεί να θεωρηθεί ότι συνάπτει με γιατρό σύμβαση υπέρ τρίτου¹³⁴.

133. Φουντεδάκη Κ., (2003), ΑΣΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ, Αθήνα, ΣΑΚΚΟΥΛΑ Α.Ε.

134. Ξενοδόχος καλεί Ιατρό, όταν βρίσκεται αναισθητο ένα πρόσωπο στους χώρους του ξενοδοχείου, ο θείος του ανηλίκου που τελεί υπό γονική μέριμνα μεταφέρει τον τραυματισμένο ανήλικο στο Ιατρείο. Δεν υπάρχει σύμβαση ιατρικής αγωγής αλλά κατά μία άποψη είναι διοίκηση αλλοτρίων κατά άλλη άποψη μία de facto συμβατική σχέση. Παραλλαγή της τελευταίας άποψης δέχεται την εν τοις πράγμασι συμβατική σχέση μόνον όταν ο ασθενής, ανεξάρτητα από την έλλειψη δικαιопρακτικής ικανότητας, εκούσια ή συνειδητά υποβάλλεται στην ιατρική φροντίδα. (άρθρο 25 Α.Ν. 1565/1939 και άρθρο 13 Β.Δ. 25.5/6.7.1955)

6.4 Είναι τελικά ευδιάκριτο το ιατρικό σφάλμα στις περιπτώσεις παθητικής ευθανασίας;

Για να απαντηθεί αυτό το τόσο σύνθετο ερώτημα, θα πρέπει κατ' αρχάς να ερευνηθεί όλο το φάσμα του σημαντικού ζητήματος που αποκαλούμε «ιατρική ευθύνη – ιατρικό λάθος -συναίνεση ασθενή» με ιδιαίτερη έμφαση στις περιπτώσεις παθητικής ευθανασίας.

Γίνεται σαφές ότι στις περιπτώσεις της παθητικής ευθανασίας δεν μπορεί να γίνεται λόγος για ιατρικό σφάλμα, εφόσον ο ιατρός έχει φροντίσει να λάβει προηγουμένως με τον πιο πρόσφορο και ενδεδειγμένο τρόπο τη συναίνεση του ίδιου του ασθενή για διακοπή σίτισης, διακοπή χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής ή διακοπή μηχανικής υποστήριξης των ζωτικών οργάνων του.

Σε σχέση με τη “συναίνεση” αυτή καθαυτή, έχουν υποστηριχθεί εκ διαμέτρου αντίθετες απόψεις. Η πρώτη, χωρίς να αρνείται την αναγκαιότητα της συναίνεσης για την παροχή ιατρικής θεραπείας και το δικαίωμα για την ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας, υποστηρίζει ότι οι συνταγματικές εγγυήσεις δεν εκτείνονται στην αρχή της ζωής και στον τρόπο και την επέλευση του θανάτου, αλλά μόνον στη διάρκεια της ζωής. Η αντίθετη άποψη, υποστηρίζοντας το αίτημα για αξιοπρεπή θάνατο, δέχεται ότι με ορισμένες προϋποθέσεις η συναίνεση ευθανασίας πρέπει να γίνεται αποδεκτή και ειδικότερα όταν εκφράζει ελεύθερη βούληση και όταν αναφέρεται μόνον στη μη παράταση της ζωής με τεχνητά μέσα, όταν δηλ. η παροχή ιατρικής βοήθειας δεν είναι πλέον θεραπευτική. Εάν ο ιατρός συνεχίσει τη θεραπεία, προβαίνει σε αυθαίρετη θεραπευτική πράξη.

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

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

Φαίνεται λοιπόν ότι η συναίνεση υποχωρεί σε επείγουσες περιπτώσεις, με τη διαφορά ότι η σύμβαση του Οβιέδο δεν απαντά ευθέως στο ερώτημα, τι γίνεται όταν συντρέχει επείγουσα περίπτωση, είναι όμως δυνατόν να ληφθεί η συγκατάθεση, η οποία ενδεχομένως δεν θα χορηγηθεί. Επιχείρημα μπορεί να χρησιμοποιηθεί ακόμη και από το ότι η συναίνεση του παθόντος αναγνωρίζεται μεν στο δίκαιο των αδικοπραξιών ως λόγος άρσεως του παρανόμου χαρακτήρα μιας πράξεως, όχι όμως αν αυτή είναι αντίθετη στο νόμο ή στα χρηστά ήθη .

Εξάλλου η αποδοχή της απόψεως που υποστηρίζει τη διακοπή της θεραπευτικής αγωγής, εάν κάτι τέτοιο απαιτεί ο "ανιάτως" πάσχων ασθενής, οδηγεί σε αδιέξοδο και όταν οι ασθενείς δεν είναι σε θέση για οποιονδήποτε λόγο να παράσχουν τη συναίνεσή τους. Από τη Σύμβαση του Οβιέδο, προβλέπεται βεβαίως αντικατάσταση της συναιδέσεως όσων αδυνατούν να συγκατατεθούν από τη συναίνεση των αντιπροσώπων τους (άρθρο 6). Η αντικατάσταση, όμως, της συναιδέσεως στο δίκαιό μας δεν είναι τόσο απλό ζήτημα. Νόμιμη εκπροσώπηση προβλέπεται στους ανηλίκους ή στη δικαστική συμπαράσταση, δεν θεσπίζεται όμως γενική εκπροσώπηση του ασθενούς από τους συγγενείς ή εκείνους που τον περιθάλπουν¹³⁵ .

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

Στις περιπτώσεις επομένως που δεν έχει ληφθεί από τον ιατρό η απαραίτητη συναίνεση του ασθενούς ή η συγκατάθεση των οικείων του ή, ακόμα και αν η συγκατάθεση έχει ληφθεί, αλλά δεν εμπίπτει στην εκ του νόμου πληρεξουσιότητα που δίδεται στους οικείους του ασθενούς, και επέλθει ο θάνατός του, συνεπεία ενεργειών ή παραλείψεων του θεράποντος ιατρού, τότε ανοίγει το κεφάλαιο του ιατρικού σφάλματος.

Διότι, ο νοσηλευτής - ιατρός που υποχωρεί σε σχετική επιθυμία ασθενούς, μπορεί να υπέχει και αστική ευθύνη, η οποία μπορεί πλέον να στηριχθεί και στην ειδική ευθύνη του παρέχοντος υπηρεσίες (άρθρο 8 § 1 ν. 2251/1994). Πρόκειται για επαγγελματική ευθύνη από το νόμο που καθιερώνεται ανεξάρτητα από προϋφιστάμενο συμβατικό δεσμό και θεσπίζει ευθύνη του παρέχοντος υπηρεσίες για κάθε ζημία που προκάλεσε υπαιτίως κατά την παροχή των υπηρεσιών. Ερωτάται βεβαίως αν συμβιβάζεται η παράλειψη του ιατρού με τη θετική ενέργεια που υποδηλώνει ο ο όρος "παροχή υπηρεσιών" (21). Ορθότερο είναι να δεχθούμε ότι η ζημία μπορεί να προκληθεί και με παράλειψη του

135. Παντελίδου Καλλιρρόη, «Ευθανασία και ζητήματα ιατρικής ευθύνης», Η ΙΕΡΑ ΣΥΝΟΔΟΣ ΤΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ, ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ, www.bioethics.org.gr/03_dPantelidou.html

παρέχοντος υπηρεσίες να συνεχίσει την απαραίτητη θεραπεία, διότι όταν εκδηλωθεί η επιθυμία του ασθενούς, ο ιατρός έχει ήδη αναλάβει την περίθαλψή του, επομένως η παράλειψη που εκδηλώνεται με τη διακοπή της θεραπείας μπορεί να υπαχθεί στο άρθρο 8 § 1 ν. 2251/1994.

Όταν, επομένως, συνεπεία πράξεων ή παραλείψεων του ιατρού που δεν είχε λάβει τη συναίνεση του πάσχοντος ή την συγκατάθεση των οικείων του, ή είχε λάβει τη συγκατάθεση των οικείων του, η οποία όμως δεν τον απαλλάσσει από την ευθύνη, επέλθει ο θάνατος του ανιάτως πάσχοντος, και οι συγγενείς του θανόντος προσφύγουν στη δικαιοσύνη, ο ιατρός φέρει το βάρος αποδείξεως της ελλείψεως υπαιτιότητας, η οποία καταρχήν τεκμαίρεται (άρθρο 8 § 4 ν. 2251/1994).

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

Ο ιατρός, λοιπόν, θα πρέπει να αποδείξει, εάν πράγματι η συνέχιση της σίτισης, της φαρμακευτικής αγωγής ή/και της μηχανικής υποστήριξης της ζωής του ανιάτως πάσχοντος δε θα επέφερε κανένα αποτέλεσμα ως προς την ίαση ή την ανακούφισή του, για να δικαιολογήσει την πράξη ή την παράλειψή του. Επιπλέον, δε θα πρέπει να παραγνωρίζουμε ότι και ο ιατρός είναι άνθρωπος που την προσωπικότητά του συνθέτουν ηθικές αξίες, κοινωνικές και θρησκευτικές αντιλήψεις, οι οποίες συχνά μπορεί να έρχονται σε αντίθεση με το λειτούργημά του και τον όρκο που έχει δώσει στον Ιπποκράτη. Οι αξίες αυτές και οι αντιλήψεις στις περιπτώσεις της παθητικής ευθανασίας ωθούν τον ιατρό σε στάθμιση του δικαιώματος στη ζωή και του δικαιώματος στην αξιοπρέπεια και την ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας του ασθενούς και στην αξιολόγηση ως υπέρτερου του ενός έναντι του άλλου, ερχόμενος έτσι σε σύγκρουση καθηκόντων με τον αξιακό του κώδικα, την οποία και θα πρέπει να αποδείξει προκειμένου να αρθεί ο καταλογισμός εναντίον του.

Η σύγκρουση καθηκόντων, που αποτελεί αντιλεγόμενο σημείο στην επιστημονική θεωρία ως προς τη σύνδεσή της με το άδικο ή τον καταλογισμό, σύμφωνα με την κρατούσα άποψη ανήκει εν μέρει στο χώρο του αδίκου και εν μέρει στο χώρο του καταλογισμού. Στο χώρο του αδίκου ανήκει πάντα η σύγκρουση δύο νομικών καθηκόντων, ενώ στο χώρο του καταλογισμού, όπου εντάσσονται και οι περιπτώσεις ιατρικού σφάλματος στην παθητική ευθανασία,

ανήκει η σύγκρουση ενός νομικού και ενός απλά ηθικού καθήκοντος, που την επιλύει ο ίδιος ο δράστης υπέρ του ηθικού καθήκοντος.

Ακόμα, όμως, και στις περιπτώσεις των μεγάλων ηθικών διλημάτων, που φέρνουν σε σύγκρουση σπουδαία και πολλές φορές ισάξια αγαθά και υποχρεώνουν το δράστη να θυσιάσει το ένα από αυτά για να σώσει το άλλο, ακόμα και σε αυτές τις περιπτώσεις το δίκαιο έχει προδιαγράψει τη σωστή λύση, την οποία οφείλει να ακολουθήσει ο δράστης, αποφεύγοντας να αλλάξει τη φυσική φορά των πραγμάτων και να τους δώσει την κατεύθυνση που επιλέγει ο ίδιος.¹³⁶

Συμπερασματικά, λοιπόν, θα λέγαμε ότι η παθητική ευθανασία δεν έχει παράνομο χαρακτήρα, εάν προηγουμένως ο θεράπων ιατρός έχει φροντίσει να λάβει την έγκυρη συναίνεση του ανιάτως πάσχοντος για την πράξη ή παράλειψη στην οποία θα πρέπει να προβεί ο ιατρός, και η οποία θα οδηγήσει στην παθητική ευθανασία.

Για να είναι έγκυρη η συναίνεση, πέραν του ότι θα πρέπει να είναι έγγραφη, θα πρέπει να έχει προηγηθεί πλήρης και επαρκής ενημέρωση του ασθενή, τέτοια ώστε να του έχει επιτρέψει το σχηματισμό της ελεύθερης βούλησής του.

Αν δεν είναι δυνατή η εξασφάλιση της συναίνεσης του ασθενή, η συγκατάθεση των οικείων του, των συγγενών α' βαθμού δηλαδή, από μόνη της δεν μπορεί να υποκαταστήσει τη βαρύτητα της βούλησης του ιδίου του πάσχοντος, ιδίως σε ό,τι αφορά το αγαθό της ίδιας του της ζωής, καθώς, όπως προαναφέρθηκε, σύμφωνα με το ελληνικό δίκαιο περιπτώσεις που χορηγείται πληρεξουσιότητα σε τρίτον να ενεργήσει για λογαριασμό ασθενούς συναντάμε μόνο στις περιπτώσεις που ο ασθενής είναι ανήλικος, οπότε υπεύθυνοι για τα θέματα της υγείας του είναι οι ασκούντες την επιμέλεια και γονική του μέριμνα, δηλαδή οι γονείς του, και στις περιπτώσεις δικαστικής συμπάρστασης, όπου ο συμπαραστατούμενος ενήλικας λόγω της σωματικής και διανοητικής του κατάστασης ενδέχεται σε κάποιες περιπτώσεις να κωλύεται μόνιμα ή προσωρινά ή να αναιρείται ολικά ή μερικά η πραγματική του δυνατότητα να μεριμνά ο ίδιος για τις υποθέσεις του και να προστατεύει τα έννομα συμφέροντά τους, για τον οποίον ενεργεί ως αντ' αυτού ο δικαστικός συμπαραστάτης.

Επειδή, λοιπόν, σύμφωνα με το δικαικό μας σύστημα, δεν υπάρχει θεσμοθετημένη γενική πληρεξουσιότητα του ασθενούς προς τους οικείους του για λήψη αποφάσεων τόσο βαρύνουσας σημασίας, όπως το δικαίωμα στη ζωή και στην αξιοπρέπεια, θα πρέπει κατ' αρχάς να δεχθούμε ότι η συγκατάθεση των οικείων δεν επαρκεί, και ως εκ τούτου οιαδήποτε πράξη ή παράλειψη του ιατρού, που έγινε χωρίς τη συναίνεση του ιδίου του ασθενούς και οδήγησε στην παθητική ευθανασία του, συνιστά ιατρικό σφάλμα και είναι κατ' αρχάς άδικη πράξη.

136. Κωστάρας Π. Α. (2004), ΕΝΝΟΙΕΣ ΚΑΙ ΘΕΣΜΟΙ ΤΟΥ ΠΟΙΝΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ, 2η έκδοση, Αθήνα, ΑΝΤ. Ν. ΣΑΚΚΟΥΛΑ

Στις περιπτώσεις αυτές από τα δικαστήρια εξετάζεται εάν υπάρχει ιατρική ευθύνη ή όχι, εάν δηλαδή συντρέχει αστική, ποινική και πειθαρχική ευθύνη του ιατρού, η οποία να συνδέεται άρρηκτα με την άσκηση της επαγγελματικής του δραστηριότητας του, εμμένοντας ιδιαίτερα στο κριτήριο εάν ο ιατρός επέδειξε, ως όφειλε, προς τον ασθενή εκείνο το ενδιαφέρον που αναμένει η κοινωνία και η πολιτεία να δείξει ένας μέσος ειδικευμένος ιατρός.

Για να αρθεί ο καταλογισμός της άδικης πράξης εις βάρος του ιατρού, πρέπει να αποδειχθεί ότι ο ίδιος ήλθε σε σύγκρουση καθηκόντων, σύμφωνα με την οποία και με βάση την κατάσταση της υγείας του ασθενούς, τη ραγδαία εξέλιξή της, καθώς και το ότι η συνέχιση χορήγησης της σίτισης, της φαρμακευτικής αγωγής ή/και της μηχανικής υποστήριξης, όχι μόνο δε θα επέφεραν ουδεμία βελτίωση της κατάστασής του, αλλά ούτε καν ανακούφιση, το ηθικό δίλημμα που του επέβαλαν οι ηθικές αξίες του και οι θρησκευτικές και κοινωνικές του αντιλήψεις ήταν τόσο ισχυρό, ώστε στάθμισε ως υπέρτερο το δικαίωμα της αξιοπρέπειας από το δικαίωμα στη ζωή, από τη στιγμή που αυτή δε θα του παρείχε αξιοπρεπή διαβίωση, και ωθήθηκε στην πράξη ή παράλειψη που οδήγησε στην παθητική ευθανασία του ασθενούς. Το βάρος της απόδειξης αυτής το φέρει αποκλειστικά ο ιατρός.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ- Ποιοτική μέθοδος έρευνας-Ερωτηματολόγιο με χρήση ποσοτικοποιημένου εργαλείου.

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής διατριβής, όπως προελέχθηκε ανωτέρω, αποτελεί το γεγονός εάν υφίσταται ή όχι ιατρικό σφάλμα σε περιπτώσεις παθητικής ευθανασίας, από την οπτική γωνία των Επαγγελματιών Υγείας, όταν οι ασθενείς ευρίσκονται για μεγάλο χρονικό διάστημα σε ψυχοσωματική κατάσταση, κατά την οποία απουσιάζουν οι αισθήσεις του, μη αντιλαμβανόμενοι τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος τους.

Διότι, προβληματική αποτελεί ότι ο τρόπος επέλευσης του συγκεκριμένου ζημιογόνου αποτελέσματος, ήτοι η θανάτωση του ασθενούς, με όχημα την παθητική ευθανασία, είναι ότι τελείται δια παραλείψεως, και όχι δια ενέργειας (λ.χ. παράλειψη του θεράποντος ιατρού για χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής, παράλειψη επανέναρξης της λειτουργίας του μηχανήματος για χορήγηση σίτισης, τις απαιτούμενες ώρες, κ.λ.π.) με αποτέλεσμα να καθίσταται η εμφάνιση ενός ιατρικού σφάλματος δυσδιάκριτη, δια γυμνού οφθαλμού. Το τελευταίο αποτελεί ταυτόχρονα θέμα απόδειξης με την δικανική συλλογιστική, όπως αναφέρθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο, και το τεκμήριο της απόδειξης βαρύνει την πλευρά του Επαγγελματία Υγείας εφόσον εναχθεί από τους οικείους του θανόντος (σε αστικό και ποινικό επίπεδο). Η ευθύνη του Επαγγελματία Υγείας είναι νόθως αντικειμενική, και φρονώ ότι είναι νομικά παράλογο να βαρύνεται να αποδείξει ότι δεν έχει τελήσει ιατρικό σφάλμα, ακολουθώντας τους ενδεδειγμένους κανόνες της ιατρικής επιστήμης.

Η σύγκρουση καθηκόντων αποτελεί τον τρίτο πυλώνα της προηγηθείσας δικανικής μας συλλογιστικής, σε περίπτωση επέλευσης θανάτωσης του ασθενούς δια παραλείψεως. Είναι μία ιδιάζουσα μορφή καταστάσεως ανάγκης, διότι δύο καθήκοντα του ίδιου προσώπου έχουν συσχετισθεί με τέτοιο τρόπο, ώστε η εκπλήρωση του ενός να έχει αναγκαία συνέπεια την άμεση προσβολή του άλλου¹³⁷. Υπάρχουν όμως περιπτώσεις, κατά τις οποίες δεν αίρεται ο άδικος χαρακτήρας της πράξης αλλά η εκπλήρωση του ηθικοκοινωνικού καθήκοντος παραβιάζοντας το νομικό, υπό προϋποθέσεις είναι δυνατό να αίρεται ο καταλογισμός.

Ο εσωτερικός αξιακός κώδικας ηθικής και συναισθημάτων του κάθε ανθρώπου αποτελεί τον δεύτερο παράγοντα του υποκειμενικού στοιχείου, ως εσωτερική μεταβλητή της υπαιτιότητας. Αυτό το εσωτερικά υποκειμενικό στοιχείο είναι ο λόγος της βούλησης για κάθε ανθρώπινο ον. Πέρα από το εξωτερικό αντικειμενικό στοιχείο της υπαιτιότητας που έχει τεθεί από τον νομοθέτη, ως προϋπόθεση της πλήρωσής της, σε περίπτωση απουσίας του,

137. Χαράλαμπακης Ι. Α. (2003), ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΠΟΙΝΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ, 5η έκδοση, Αθήνα, ANT. N. ΣΑΚΚΟΥΛΑ.

κρίνεται σκόπιμο να καταδειχθεί αυτό το εσωτερικά υποκειμενικό στοιχείο της υπαιτιότητας.

Για τον λόγο αυτό, απαραίτητη προϋπόθεση, για τον εντοπισμό ή μη του ιατρικού σφάλματος σε περιπτώσεις παθητικής ευθανασίας αποτελεί, σε αρχικό στάδιο, και επιπρόσθετα ο εντοπισμός των εσωτερικών κινήτρων στον ψυχισμό του κάθε Επαγγελματία Υγείας, που καλούνται συναισθήματα και ηθικά διλήμματα, στην λήψη της απόφασης του. Για την εκπλήρωση του σκοπού μας, ώστε να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα για την έρευνα μας, χρησιμοποιήθηκε ως μέσο ένα ερωτηματολόγιο με τις περισσότερες ερωτήσεις κλειστού τύπου και τις τελευταίες ανοικτού τύπου, απευθυνόμενο μόνο σε Επαγγελματίες Υγείας (ιατρούς, νοσηλευτές, επισκέπτες Υγείας) και είχε διευκρινιστεί στους συμμετέχοντες ότι θα διατηρηθεί η ανωνυμία τους, ως προς τις απαντήσεις τους.

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε στις 16 Απριλίου του 2016. Η περίοδος της έρευνας μας διήρκεσε από τις 17 Απριλίου του 2016 έως τις 11 Μαΐου του 2016, μέσω διανομής του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου, είτε διαδικτυακά, είτε μέσω προσωπικής επαφής μου με Επαγγελματίες Υγείας. Η διεξαγωγή της έρευνας μας και η επιλογή του δείγματος έγινε τυχαία, διαμέσω κοινωνικών, διαπροσωπικών μου επαφών σε διάφορα νοσηλευτικά ιδρύματα, ιδιωτικές κλινικές και ιατρεία στην πόλη της Αθήνας, την πόλη της Κορίνθου και την πόλη της Θεσσαλονίκης.

Συνολικά διαμοιράστηκαν εξήντα πέντε (65) ερωτηματολόγια και απαντήθηκαν τα τριάντα δύο (32) και τα ευρήματα της έρευνας μας, τα οποία είναι εξίσου σημαντικά αναλύονται στο επόμενο κεφάλαιο, στο 8.

Η δομή του ερωτηματολογίου, αποτελείται από τρεις (3) άξονες και συνολικά από είκοσι (20) ερωτήσεις.

Ο πρώτος άξονας, (α), περιλαμβάνει πέντε (5) ερωτήσεις με προσωπικά στοιχεία των ερωτηθέντων, όπως το φύλο, την ηλικία, το επίπεδο σπουδών, την ειδικότητα, και τα έτη της εργασιακής εμπειρίας, τα οποία είναι απολύτως ποσοτικά ώστε να είναι ξεκάθαρη η επιλογή του δείγματός μας.

Ο δεύτερος άξονας, (β), περιλαμβάνει έντεκα (11) ερωτήσεις κλειστού τύπου, με κύριο χαρακτηριστικό την εξέρευση των συναισθημάτων και των ηθικών διλημμάτων, με βάση τις αξιακές αντιλήψεις των Επαγγελματιών Υγείας, ως προς την λήψη της απόφασης τους για την διεξαγωγή ή μη μίας ιατρικής πράξης που θα είχε ως ενδεχόμενα δύο οδοί, είτε την διατήρηση του ασθενούς στην ζωή, με όποιο κόστος και συνέπεια αυτό συνεπάγεται (*συνέχιση της σίτισης, χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής*) και η δεύτερη επιλογή είναι η επέλευση της θανάτωσης του δια παραλείψεως (*μη επανέναρξη του μηχανήματος σίτισης, μη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής*).

Ο τρίτος άξονας, (γ), περιλαμβάνει τέσσερις (4) ερωτήσεις ανοικτού τύπου, με κύριο χαρακτηριστικό να βαθμολογήσουν οι Επαγγελματίες Υγείας, τα βασικά δικαιώματα των Ασθενών, να πουν την γνώμη τους για την αναγκαιότητα θεσμοθέτησης νομοθετικού πλαισίου για την διεξαγωγή παθητικής ευθανασίας, υπό προϋποθέσεις και εάν η παρουσία ως πραγματογνώμονα ενός ιατρού στην σύνθεση δικαστηρίου, ποινικών υποθέσεων, θα συνεισέφερε στην λήψη ορθής απόφασης του. Επιπρόσθετα, στην προτελευταία ερώτηση, έχουν τεθεί υποθέσεις εργασίας, σε περιπτώσεις παθητικής ευθανασίας για περιστατικά ασθενών, οι οποίοι ευρίσκονται σε τελικό στάδιο ανίατης ασθένειας και κλήθηκαν οι Επαγγελματίες Υγείας να πουν την γνώμη τους εάν υφίσταται ή όχι Ιατρικό Σφάλμα.

Ως εργαλείο, για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων της έρευνας μας, και συνδεδετικός κρίκος του μέσου που χρησιμοποιήσαμε, του ερωτηματολογίου, είναι το υπολογιστικό φύλλο του *WORD*, το *EXCEL*.

Η συλλογή των ερωτηματολογίων, και τα ευρύματα που εξήχθησαν, ως αποτελέσματα, μέσω της επεξεργασίας των απαντήσεων των ερωτηθέντων, για τον δεύτερο (β) και τρίτο (γ) άξονα είναι αρκετά ενδιαφέροντα και οι απαντήσεις συγκεντρώνουν στοιχεία ποιοτικών χαρακτηριστικών λόγω χρήσης μίας μεθόδου με ποσοτικοποιημένο περιεχόμενο, (*EXCEL*), ως εργαλείο για την εξαγωγή συμπερασμάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ-

8.1:Σύνολο απαντήσαντων (Περιγραφή Δείγματος)

Στην έρευνα συμμετείχαν τριάντα δύο (32) άτομα, Επαγγελματίες Υγείας στο σύνολό τους, δέκα πέντε (15) άντρες και δέκα επτά (17) γυναίκες. Οι ειδικότητες ήταν οι εξής: α) Οι επισκέπτες/ επισκέπτριες Υγείας, β) Οι Ιατροί, γ) Οι Νοσηλευτές/ Νοσηλεύτριες Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης και δ) Οι Νοσηλευτές/ Νοσηλεύτριες Πανεπιστημιακής ή Τεχνολογικής (Τριτοβάθμιας) Εκπαίδευσης.

- a. Από τους Επισκέπτες/ Επισκέπτριες Υγείας συμμετείχαν σύνολο τρία (3) άτομα, εξ αυτών ο ένας (1) άντρας και μία (1) γυναίκα είναι απόφοιτοι Πανεπιστημίου ή Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος και η μία (1) γυναίκα είναι κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου.
- b. Από τους Ιατρούς συμμετείχαν σύνολο δέκα έξι (16) άτομα, εξ αυτών οι τρεις (3) άντρες είναι απόφοιτοι Πανεπιστημίου ή Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος, οι τέσσερις (4) άντρες είναι κάτοχοι διδακτορικού τίτλου, όπως και επίσης και δύο (2) γυναίκες και κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου είναι πέντε (5) άντρες και δύο (2) γυναίκες.
- c. Από τους Νοσηλευτές/ Νοσηλεύτριες Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης συμμετείχαν σύνολο τρία (3) άτομα, εξ αυτών ο ένας (1) άντρας και η μία (1) γυναίκα είναι απόφοιτος Πανεπιστημίου ή Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος και ο ένας (1) άντρας είναι κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου.
- d. Και τέλος από τους Νοσηλευτές/ Νοσηλεύτριες Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης συμμετείχαν δέκα (10) άτομα, εξ αυτών οι τρεις (3) γυναίκες είναι απόφοιτοι Πανεπιστημίου ή Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος και οι επτά (7) γυναίκες είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού Τίτλου.

Το σύνολο των τριάντα δύο (32) ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν από είκοσι πέντε (25) ετών και άνω.

Τα ανωτέρω φαίνονται στο Πίνακα ένα (1) όπως αποτυπώνεται κατωτέρω.

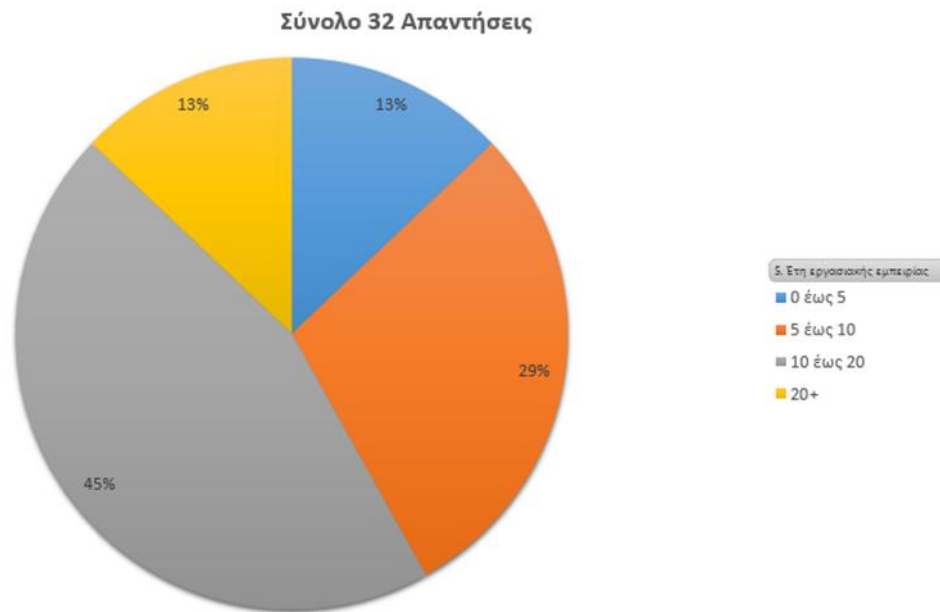
Πίνακας (1)

Ειδικότητα	Επίπεδο σπουδών	Φύλλο	Σύνολο
Επισκέπτης/τρια Υγείας	ΑΕΙ/ΑΤΕΙ	Άρρεν	1
		Θήλυ	1
	ΑΕΙ/ΑΤΕΙ Total		2
	ΠΜΣ	Θήλυ	1
		ΠΜΣ Total	
	Επισκέπτης/τρια Υγείας Total		
Ιατρός	ΑΕΙ/ΑΤΕΙ	Άρρεν	3
		ΑΕΙ/ΑΤΕΙ Total	
	Διδακτορικό	Άρρεν	4
		Θήλυ	2
	Διδακτορικό Total		6
	ΠΜΣ	Άρρεν	5
		Θήλυ	2
	ΠΜΣ Total		7
Ιατρός Total			16
Νοσηλεύτης/τρια ΔΕ	ΑΕΙ/ΑΤΕΙ	Άρρεν	1
		Θήλυ	1
	ΑΕΙ/ΑΤΕΙ Total		2
	ΠΜΣ	Άρρεν	1
		ΠΜΣ Total	
Νοσηλεύτης/τρια ΔΕ Total			3
Νοσηλεύτης/τρια ΤΕ-ΠΕ	ΑΕΙ/ΑΤΕΙ	Θήλυ	3
		ΑΕΙ/ΑΤΕΙ Total	
	ΠΜΣ	Θήλυ	7
		ΠΜΣ Total	
Νοσηλεύτης/τρια ΤΕ-ΠΕ Total			10
Grand Total			32

Επιπρόσθετα, από το σύνολο των τριάντα δύο (32) ατόμων το σαράντα πέντε τοις εκατό (45 %) η εργασιακή του εμπειρία στον Τομέα της Υγείας κυμαίνεται από δέκα (10) έως είκοσι (20) έτη, το είκοσι εννιά τοις εκατό (29 %) έχει εμπειρία πέντε (5) έως δέκα (10) έτη, το δέκα τρία τοις εκατό (13 %) έχει εμπειρία είκοσι έτη (20+) και άνω όπως επίσης το ίδιο ποσοστό ισχύει για τα άτομα που έχουν εμπειρία από μηδέν (0) έως πέντε (5) έτη.

Τα ανωτέρω αποτελέσματα αποτυπώνονται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό δύο (2) όπως φαίνεται κατωτέρω.

Κυκλικό Διάγραμμα (2)

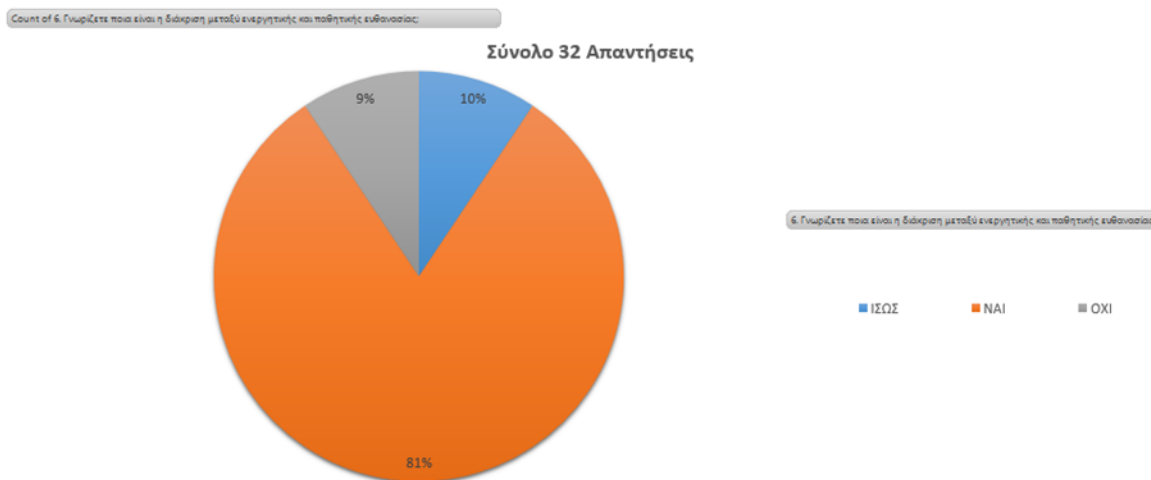


8.2: Σύνολο Απαντήσαντων (Ανάλυση δείγματος)

1. Η υπ. αριθμ. έξι (6) ερώτηση του ερωτηματολογίου μας ήταν η εξής: <<Γνωρίζετε ποια είναι η διάκριση μεταξύ ενεργητικής και παθητικής ευθανασίας;>> Και οι πιθανές απαντήσεις των ερωτηθέντων ήταν **ΝΑΙ, ΟΧΙ ΚΑΙ ΙΣΩΣ**.

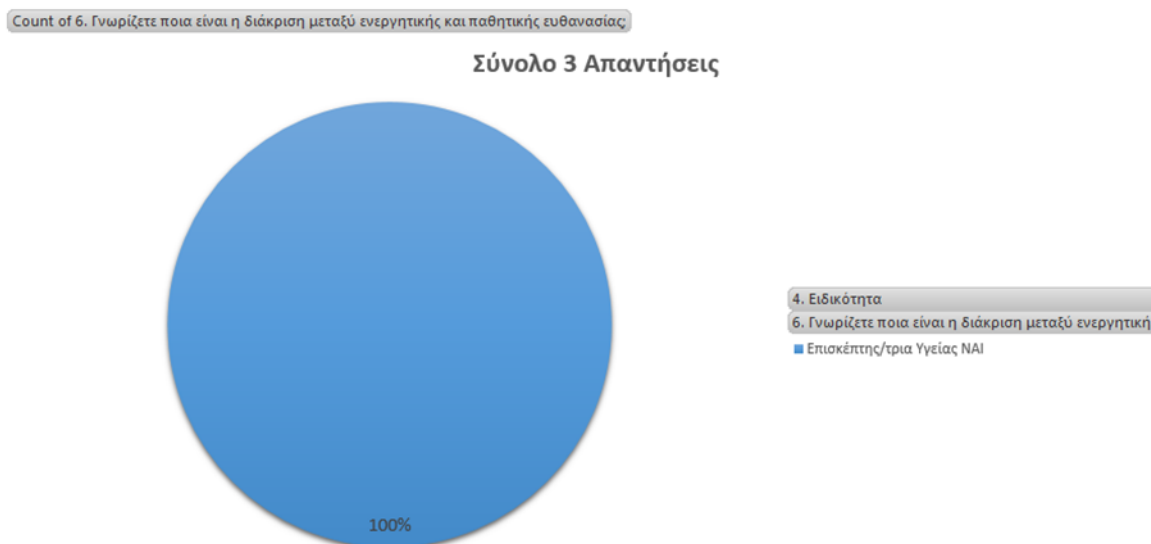
Σε αυτήν την ερώτηση απάντησαν στο σύνολο τριάντα δύο (32) άτομα εξ' αυτών το ογδόντα ένα τοις εκατό (81%) γνώριζαν τη διάκριση μεταξύ ενεργητικής και παθητικής Ευθανασίας, το δέκα τοις εκατό (10%) δεν το γνώριζαν και το εννιά τοις εκατό (9 %) μπορεί να το γνώριζαν ή πιθανόν να είχαν ακούσει κάποια πληροφορία ή και να μην το γνώριζαν. Τα ανωτέρω αποτελέσματα περιγράφονται στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (3) όπως φαίνεται κατωτέρω.

Κυκλικό Διάγραμμα (3)



Σε αυτήν την ερώτηση συμμετείχαν τρεις (3) επισκέπτες/ επισκέπτριες Υγείας και το σύνολο των ατόμων, ήτοι το (100%) απάντησαν θετικά, ότι γνώριζαν την διάκριση μεταξύ ενεργητικής και παθητικής Ευθανασίας. Το ανωτέρω αποτέλεσμα αποτυπώνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό 3.α όπως φαίνεται κατωτέρω.

Κυκλικό Διάγραμμα (3.α)

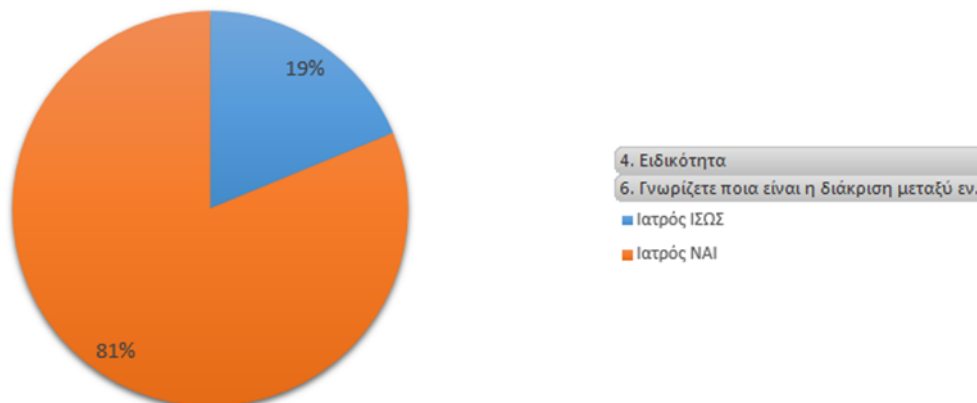


Σε αυτήν την ερώτηση συμμετείχαν δέκα έξι (16) Ιατροι και το ογδόντα ένα τοις εκατό (81 %) γνώριζαν την διάκριση μεταξύ παθητικής και ενεργητικής ευθανασίας ενώ το δέκα εννιά τοις εκατό (19 %) μπορεί να το γνώριζαν ή πιθανόν να είχαν ακούσει κάποια πληροφορία ή και να μην το γνώριζαν. Τα ανωτέρω αποτελέσματα περιγράφονται στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (3.β) όπως φαίνεται κατωτέρω.

Κυκλικό Διάγραμμα (3.β)

Count of 6. Γνωρίζετε ποια είναι η διάκριση μεταξύ ενεργητικής και παθητικής ευθανασίας

Σύνολο 16 Απαντήσεις

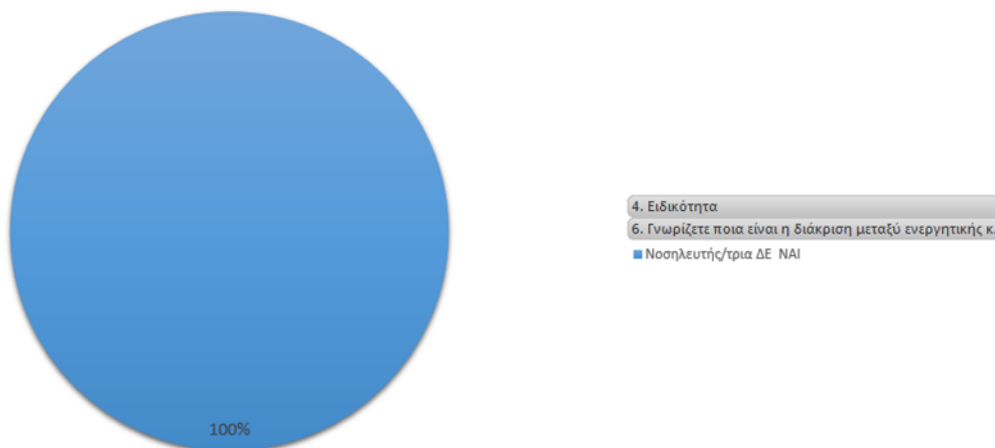


Σε αυτήν την ερώτηση συμμετείχαν τρεις (3) Νοσηλευτές/ Νοσηλεύτριες δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης και το σύνολο των ατόμων, ήτοι το (100%) απάντησαν θετικά, ότι γνώριζαν την διάκριση μεταξύ ενεργητικής και παθητικής Ευθανασίας. Το ανωτέρω αποτέλεσμα αποτυπώνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (3.β) όπως φαίνεται κατωτέρω.

Κυκλικό Διάγραμμα (3.γ)

Count of 6. Γνωρίζετε ποια είναι η διάκριση μεταξύ ενεργητικής και παθητικής ευθανασίας

Σύνολο 3 Απαντήσεις



Σε αυτήν την ερώτηση συμμετείχαν δέκα (10) Νοσηλευτές/ Νοσηλευτριες Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης και το συντριπτικό ποσοστό του εβδομήντα τοις εκατό (70%),

ήτοι οι επτά (7) γνώριζαν την διάκριση μεταξύ ενεργητικής και παθητικής ευθανασίας ενώ το τριάντα τοις εκατό (30%), τα εναπομείναντα τρία (3) άτομα δεν γνώριζαν την διάκριση. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (3.δ), όπως φαίνεται κατωτέρω.

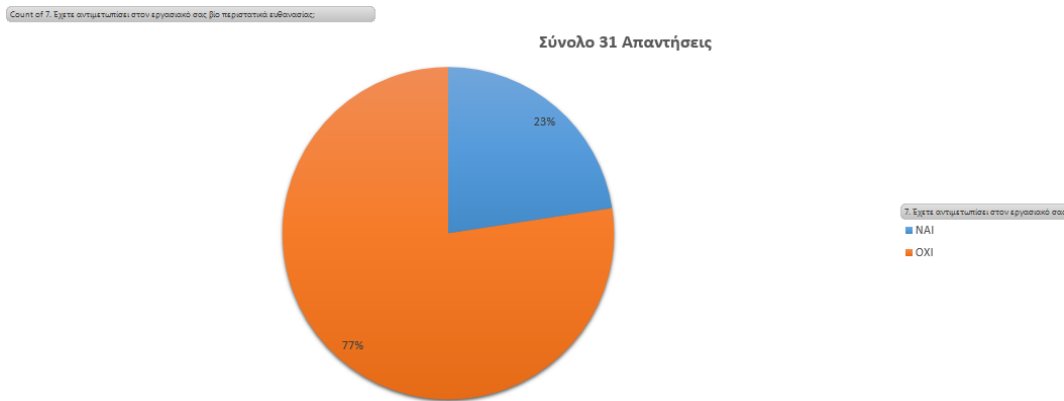
Κυκλικό Διάγραμμα (3.δ)



2. Η υπ.αριθμ. επτά (7) ερώτηση του ερωτηματολογίου ήταν η εξής: <<Έχετε αντιμετωπίσει στον εργασιακό σας βίο περιστατικά ευθανασίας;>> Και οι πιθανές απαντήσεις των ερωτηθέντων ήταν ΝΑΙ ΚΑΙ ΟΧΙ.

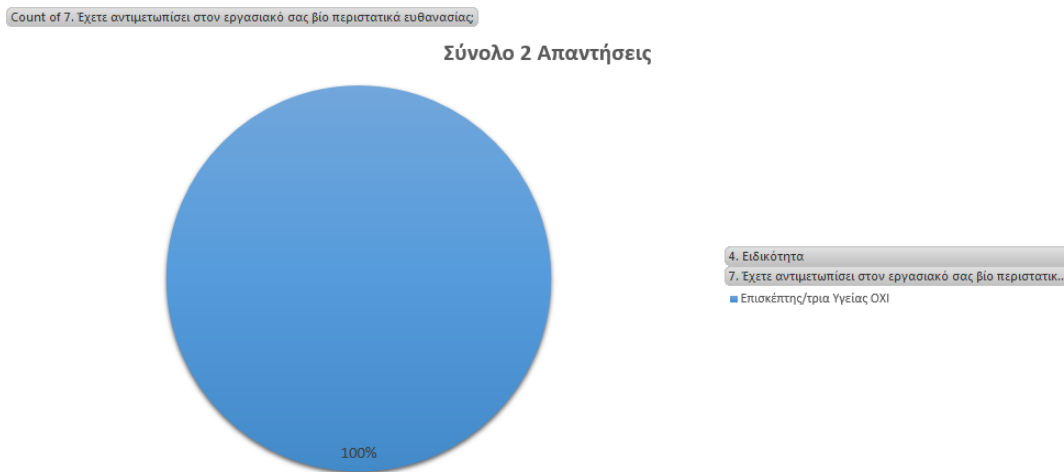
Σε αυτήν την ερώτηση συμμετείχαν τριάντα ένα (31) άτομα και το εβδομήντα επτά τοις εκατό (77%) απάντησε αρνητικά ότι έχει αντιμετωπίσει στον εργασιακό του βίο περιστατικά ευθανασίας ενώ το είκοσι τρία τοις εκατό (23%) απάντησε θετικά. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (4) όπως φαίνεται κατωτέρω.

Κυκλικό Διάγραμμα (4)



Σε αυτήν την ερώτηση συμμετείχαν δύο (2) Επισκέπτες/ Επισκέπτριες Υγείας και το σύνολο των ερωτηθέντων, ήτοι το εκατό τοις εκατό (100%) απάντησαν αρνητικά σχετικά αν έχουν αντιμετωπίσει περιστατικά ευθανασίας. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (4.α) όπως φαίνεται κατωτέρω.

Κυκλικό Διάγραμμα (4.α)

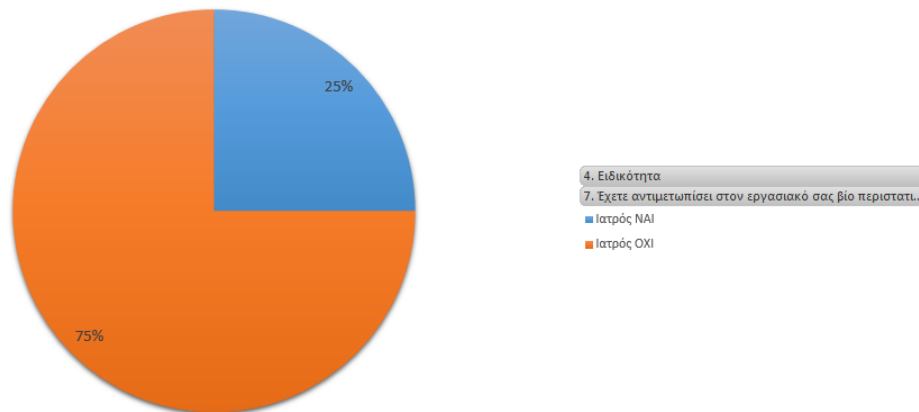


Σε αυτήν την ερώτηση συμμετείχαν δέκα έξι (16) Ιατροί και το συντριπτικό ποσοστό του εβδομήντα πέντε τοις εκατό (75%) απάντησε αρνητικά ενώ το είκοσι πέντε τοις εκατό (25%) απάντησε θετικά. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (4.β) όπως φαίνεται κατωτέρω.

Κυκλικό Διάγραμμα (4.β)

Count of 7. Έχετε αντιμετωπίσει στον εργασιακό σας βίο περιστατικά ευθανασίας;

Σύνολο 16 Απαντήσεις

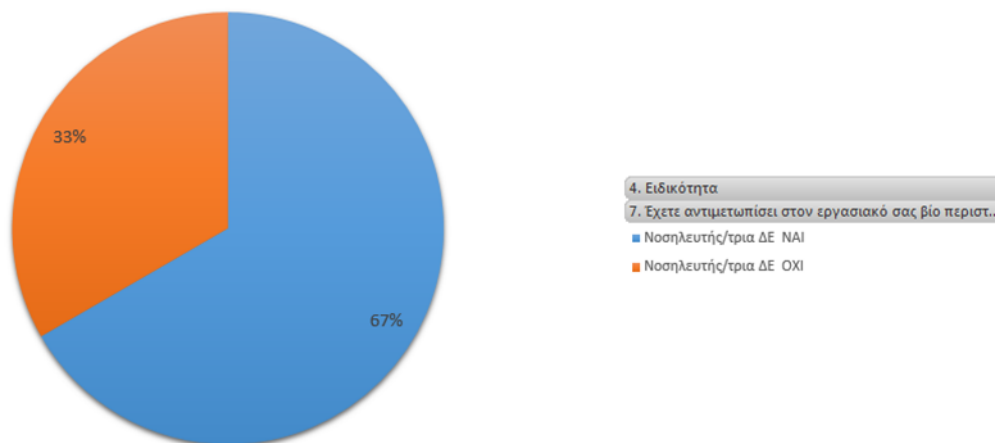


Σε αυτήν την ερώτηση συμμετείχαν τρία (3) άτομα Νοσηλευτές/ Νοσηλεύτριες Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης και το εξήντα επτά τοις εκατό (67%) απάντησαν θετικά, ότι έχουν αντιμετωπίσει στον εργασιακό τους βίο περιστατικά ευθανασίας ενώ το τριάντα τρία τοις εκατό (33%) απάντησε αρνητικά. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (4.γ) όπως φαίνεται κατωτέρω.

Κυκλικό Διάγραμμα (4.γ)

Count of 7. Έχετε αντιμετωπίσει στον εργασιακό σας βίο περιστατικά ευθανασίας;

Σύνολο 3 Απαντήσεις

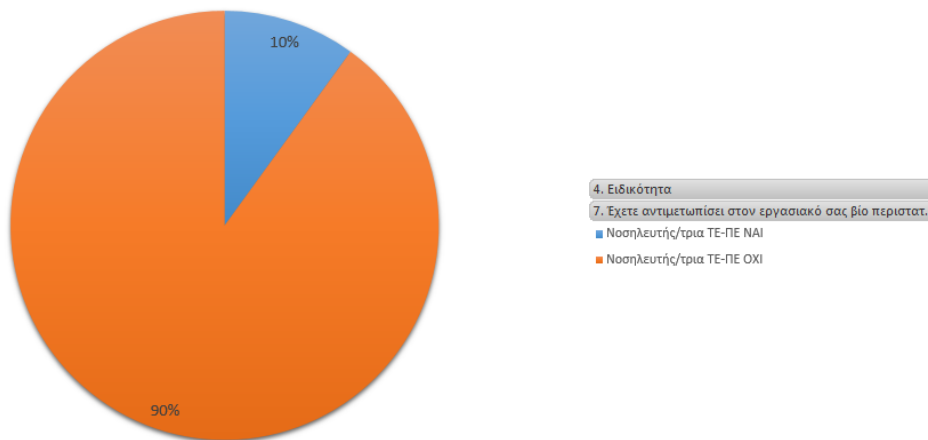


Σε αυτήν την ερώτηση συμμετείχαν δέκα (10) άτομα Νοσηλευτές/ Νοσηλεύτριες Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης και το συντριπτικό ποσοστό του ενενήντα τοις εκατό (90%) απάντησε αρνητικώς, αν έχουν αντιμετωπίσει στον εργασιακό τους βίο περιστατικά Ευθανασίας ενώ το δέκα τοις εκατό (10 %) απάντησαν θετικώς. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (4.δ) όπως φαίνεται κατωτέρω.

Κυκλικό Διάγραμμα (4.δ)

Count of 7. Έχετε αντιμετωπίσει στον εργασιακό σας βίο περιστατικά ευθανασίας;

Σύνολο 10 Απαντήσεις



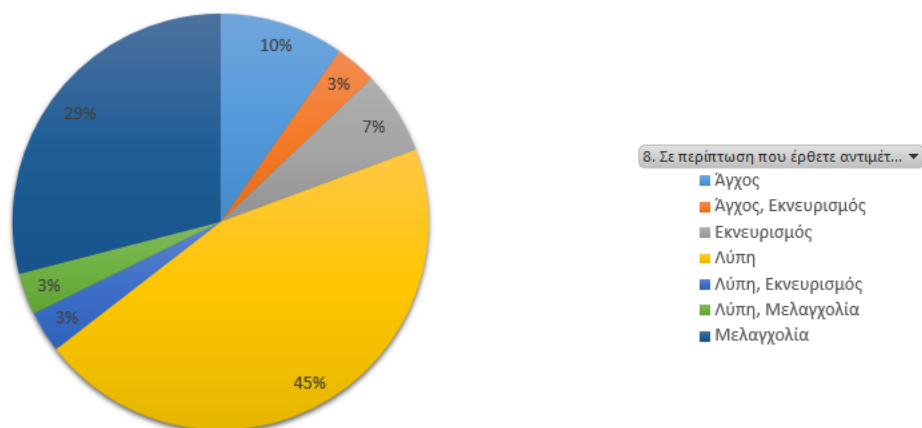
3. Η υπ.αριθμ. οκτώ (8) ερώτηση του ερωτηματολογίου ήταν η εξής: <<Σε περίπτωση που έρθετε αντιμέτωπος/η με περιστατικό που χρήζει ευθανασίας (ανίατη ασθένεια τελικού σταδίου) ποιο θεωρείτε πως θα είναι το πρώτο συναίσθημα που θα βιώσετε;>> Και οι πιθανές απαντήσεις των ερωτηθέντων ήταν ΑΓΧΟΣ, ΛΥΠΗ, ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΑ ΚΑΙ ΕΚΝΕΥΡΙΣΜΟΣ.

Σε αυτήν την ερώτηση συμμετείχαν τριάντα ένα (31) άτομα και το σαράντα πέντε τοις εκατό (45%) απάντησε ότι θα αισθανθεί λύπη, το είκοσι εννιά τοις εκατό (29 %) απάντησε ότι θα αισθανθεί μελαγχολία, το δέκα τοις εκατό (10%) των ερωτηθέντων απάντησε ότι θα αισθανθεί άγχος, το επτά τοις εκατό (7%) απάντησε ότι θα αισθανθεί εκνευρισμό και υπήρχαν ποσοστά του τρία τοις εκατό (3 %) από τρεις φορές (σύνολο εννια τοις εκατό, 9 %) που οι ερωτηθέντες απάντησαν ότι θα αισθανθούν ταυτόχρονα δύο συναισθήματα ήτοι, λύπη και μελαγχολία, λύπη και εκνευρισμό και άγχος και εκνευρισμό. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (5) όπως φαίνεται κατωτέρω

Κυκλικό Διάγραμμα (5)

Count of 8. Σε περίπτωση που έρθετε αντιμέτωπος/η με περιστατικό που χρήζει ευθανασίας (ανίατη ασθένεια τελικού σταδίου) ποιο θεωρείτε πως θα ...

Σύνολο 31 Απαντήσεις

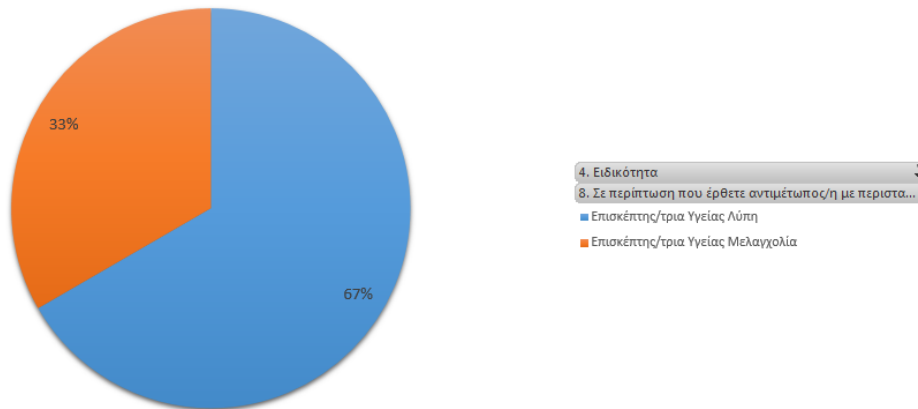


Σε αυτήν την ερώτηση συμμετείχαν τρία (3) άτομα Επισκέπτες/ Επισκέπτριες Υγείας και το εξήντα επτά τοις εκατό (67 %) απάντησαν ότι θα αισθανθούν Λύπη ενώ το τριάντα τρία τοις εκατό (33%) θα αισθανθεί Μελαγχολία. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (5.α) όπως φαίνεται κατωτέρω.

Κυκλικό Διάγραμμα (5.α)

Count of 8. Σε περίπτωση που έρθετε αντιμέτωπος/η με περιστατικό που χρήζει ευθανασίας (ανίατη ασθένεια τελικού σταδίου) ποιο θεωρείτε πως θα είναι το πρώτο συναίσθημα

Σύνολο 3 Απαντήσεις

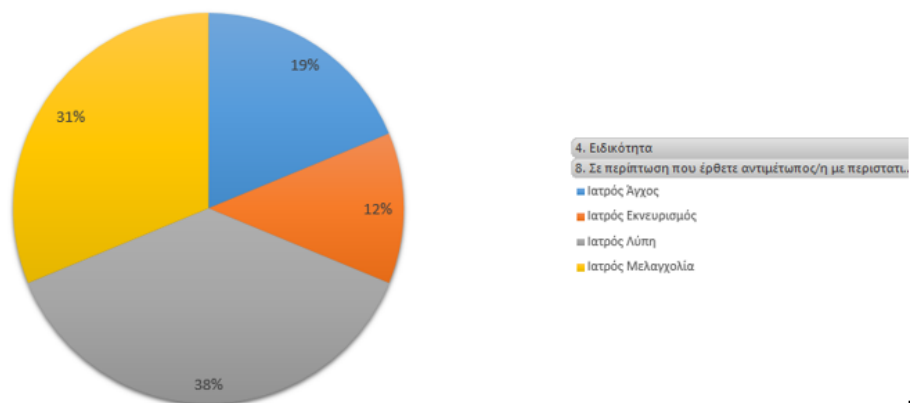


Σε αυτήν την ερώτηση συμμετείχαν δέκα έξι (16) άτομα Ιατροί και το τριάντα οκτώ τοις εκατό (38%) απάντησε ότι θα αισθανθεί Λύπη, το τριάντα ένα τοις εκατό (31%) θα αισθανθεί Μελαγχολία, το δέκα εννιά τοις εκατό (19%) Άγχος και το δώδεκα τοις εκατό (12%) θα αισθανθεί Εκνευρισμό. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (5.β) όπως φαίνεται κατωτέρω.

(Κυκλικό Διάγραμμα 5.β)

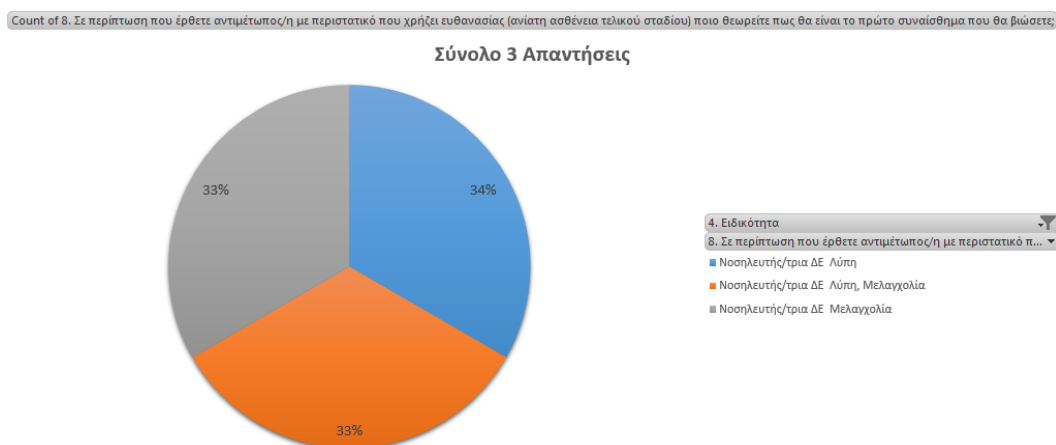
Count of 8. Σε περίπτωση που έρθετε αντιμέτωπος/η με περιστατικό που χρήζει ευθανασίας (ανίατη ασθένεια τελικού σταδίου) ποιο θεωρείτε πως θα είναι το πρώτο συναίσθημα

Σύνολο 16 Απαντήσεις



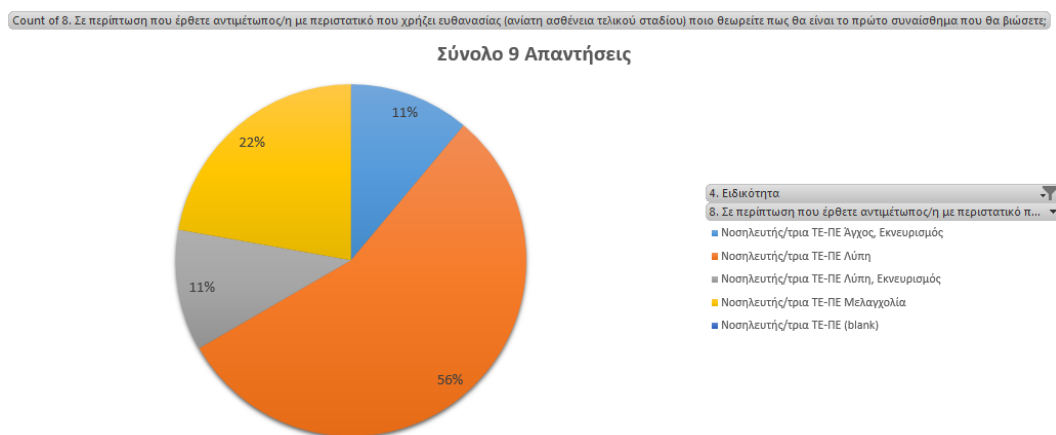
Σε αυτήν την ερώτηση συμμετείχαν τρία (3) άτομα Νοσηλευτές/ Νοσηλεύτριες Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης και το κάθε άτομο, ήτοι το 33,333 % μοιράστηκε εξίσου σε Λύπη, Μελαγχολία και ένα (1) άτομο έδωσε δύο (2) απαντήσεις, ήτοι Λύπη και Μελαγχολία. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (5.γ) όπως φαίνεται κατωτέρω.

Κυκλικό Διάγραμμα (5.γ)



Σε αυτήν την ερώτηση συμμετείχαν εννέα (9) άτομα Νοσηλευτές/ Νοσηλεύτριες Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης και το πενήντα έξι τοις εκατό (56%) απάντησε ότι θα αισθανθεί Λύπη, το είκοσι δύο τοις εκατό (22%) απάντησε ότι θα αισθανθεί Μελαγχολία και από δύο φορές το έντεκα τοις εκατό (11 %) (ήτοι συνολικά το είκοσι δύο τοις εκατό, 22%) υπήρξαν άτομα που απάντησαν ότι θα αισθανθούν δύο συναισθήματα ταυτόχρονα ήτοι Λύπη και Εκνευρισμός και Άγχος και Εκνευρισμός. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (5.δ) όπως φαίνεται κατωτέρω.

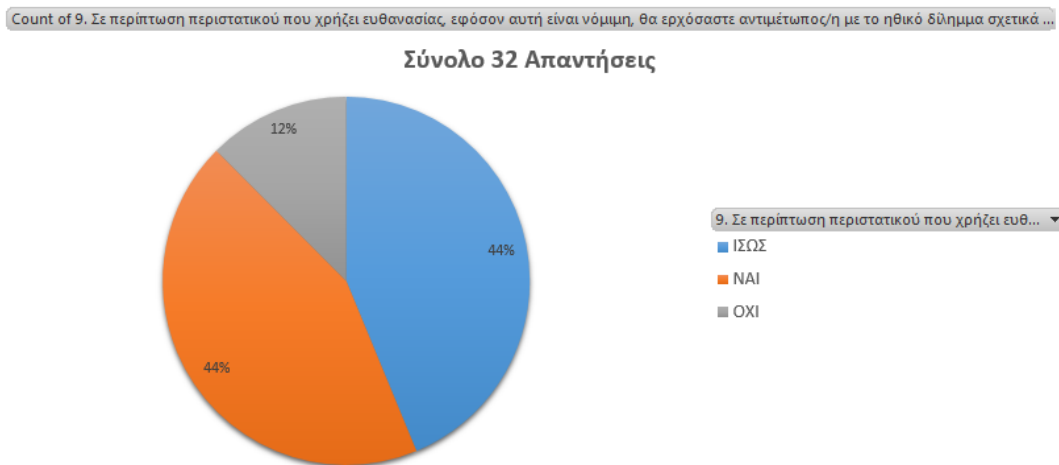
(Κυκλικό Διάγραμμα 5.δ)



4. Η υπ.αριθμ. εννέα (9) ερώτηση του ερωτηματολογίου ήταν η εξής: << Σε περίπτωση περιστατικού που χρήζει ευθανασίας, εφόσον αυτή είναι νόμιμη, θα ερχόσαστε αντιμέτωπος/η με το ηθικό δίλημμα σχετικά με το αν έχετε το δικαίωμα να αφαιρέσετε ανθρώπινη ζωή;>> Και οι πιθανές απαντήσεις των ερωτηθέντων ήταν **ΝΑΙ, ΟΧΙ ΚΑΙ ΙΣΩΣ**.

Σε αυτήν την ερώτηση συμμετείχαν τριάντα δύο (32) άτομα και σε ποσοστό σαράντα τέσσερα τοις εκατό (44%) του συνόλου απαντήθηκε ότι θα ερχόταν κάποιος αντιμέτωπος με το ηθικό δίλημμα σχετικά αν έχει το δικαίωμα να αφαιρέσει ανθρώπινη ζωή, σε περίπτωση περιστατικού που χρήζει ευθανασίας, εφόσον αυτό δικαίωμα ήταν νόμιμο, το ίδιο ποσοστό απαντήθηκε επί του συνόλου, αναφορικά ότι μπορεί και να μπορεί και όχι κάποιος να ερχόταν αντιμέτωπος με αυτού του είδους το ηθικό δίλημμα και προς εκπληξή μας διαπιστώνουμε ότι ένα μικρό ποσοστό της τάξεως του δώδεκα τοις εκατό (12 %) δεν θα είχε ενδιασμούς ως προς την πράξη του, της αφαίρεσεως ανθρώπινης ζωής, εφόσον αυτό δικαίωμα ήταν νόμιμο. Δεν θα ερχόταν αντιμέτωπος με το συγκεκριμένο ηθικό δίλημμα. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (6) όπως φαίνεται κατωτέρω.

Κυκλικό Διάγραμμα (6)

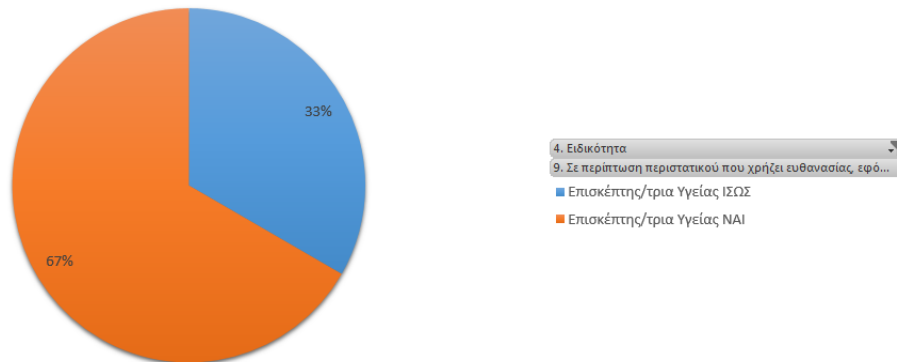


Σε αυτήν την ερώτηση συμμετείχαν τρία (3) άτομα Επισκέπτες/ Επισκέπτριες Υγείας και σε ποσοστό εξήντα επτά τοις εκατό (67%), ήτοι δύο (2) στους τρεις (3), απάντησε ότι θα ερχόταν αντιμέτωπος με το ηθικό δίλημμα σχετικά εάν έχει το δικαίωμα αφαίρεσης ανθρώπινης ζωής, σε περίπτωση περιστατικού που χρήζει ευθανασίας, εφόσον ως δικαίωμα ήταν νόμιμο, και σε ποσοστο τριάντα τρία τοις εκατό (33%), ήτοι ο ένας (1) στους τρεις (3) απάντησε ότι μπορεί και να μπορεί και όχι να ερχόταν αντιμέτωπος με τέτοιου είδους ηθικό δίλημμα. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (6.α) όπως φαίνεται κατωτέρω.

Κυκλικό Διάγραμμα (6.α)

Count of 9. Σε περίπτωση περιστατικού που χρήζει ευθανασίας, εφόσον αυτή είναι νόμιμη, θα ερχόσαστε αντιμέτωπος/η με το ηθικό δίλημμα σχετικά με το αν έχετε το δικαίωμα να αφαιρέ...

Σύνολο 3 Απαντήσεις

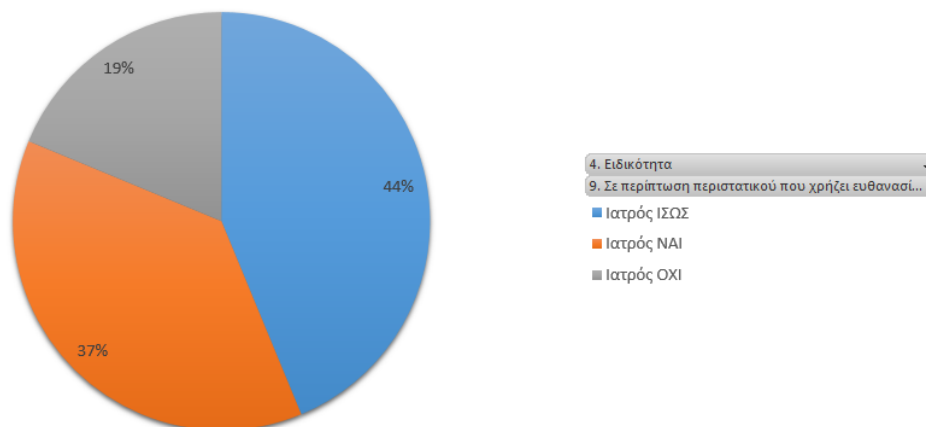


Σε αυτήν την ερώτηση συμμετείχαν δέκα έξι (16) άτομα Ιατροί και σε ποσοστό σαράντα τέσσερα τοις εκατό (44%) επί του συνόλου των Ιατρών, απαντήθηκε ότι πιθανόν ένας Ιατρός να ερχόταν αντιμέτωπος με το ηθικό δίλημμα εάν έχει το δικαίωμα αφαίρεσης ανθρώπινης ζωής, εφόσον αυτό το δικαίωμα ήταν νόμιμο, σε περιστατικό που χρήζει ευθανασίας, σε ποσοστό τριάντα επτά τοις εκατό (37%) επί του συνόλου των Ιατρών ότι ένας Ιατρός θα έρθει αντιμέτωπος με ένα τέτοιου είδους ηθικό δίλημμα ενώ προς έκπληξή μας, ένα ποσοστό δέκα εννιά τοις εκατό (19%) απάντησαν αρνητικά. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (6.β) όπως φαίνεται κατωτέρω.

Κυκλικό Διάγραμμα (6.β)

Count of 9. Σε περίπτωση περιστατικού που χρήζει ευθανασίας, εφόσον αυτή είναι νόμιμη, θα ερχόσαστε αντιμέτωπος/η με το ηθικό δίλημμα σχετικά με το αν έχετε το

Σύνολο 16 Απαντήσεις

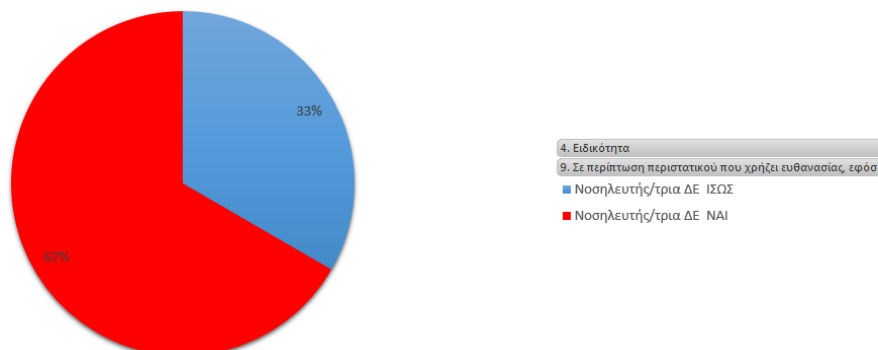


Σε αυτήν την ερώτηση συμμετείχαν τρία (3) άτομα Νοσηλευτές/ Νοσηλεύτριες Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης και σε ποσοστό εξήντα επτά τοις εκατό (67%) απάντησαν, ήτοι οι δύο (2) στους τρεις (3) θα έρχονταν αντιμέτωποι με το ηθικό δίλημμα εάν έχουν το δικαίωμα αφαίρεσης ανθρώπινης ζωής, εφόσον ως δικαίωμα ήταν νόμιμο, σε περιστατικό που χρήζει ευθανασίας ενώ σε ποσοστό τριάντα τρία τοις εκατό (33%), ήτοι ο ένας (1) στους τρεις (3) απάντησε ότι πιθανόν να ερχόταν αντιμέτωπος με τέτοιου είδους ηθικό δίλημμα μπορεί και όχι. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (6.γ) όπως φαίνεται κατωτέρω.

Κυκλικό Διάγραμμα (6.γ)

Count of 9. Σε περίπτωση περιστατικού που χρήζει ευθανασίας, εφόσον αυτή είναι νόμιμη, θα ερχόσαστε αντιμέτωπος/η με το ηθικό δίλημμα σχετικά με το αν έχετε το δικαίωμα να αφαιρέσετε ανθρώ

Σύνολο 3 Απαντήσεις

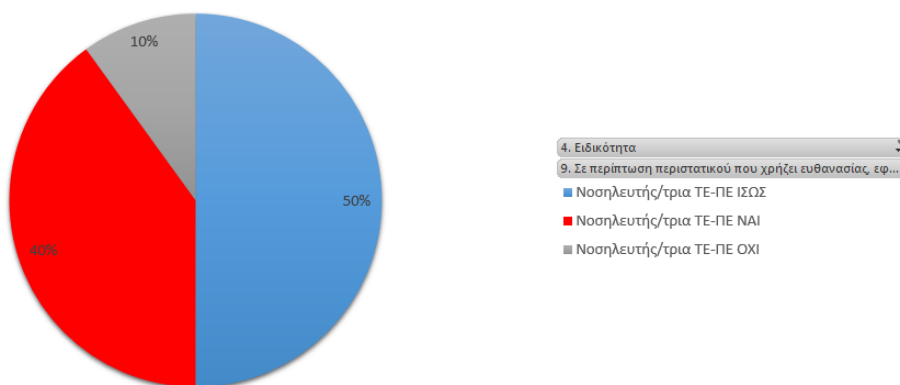


Σε αυτήν την ερώτηση συμμετείχαν εννέα (9) άτομα Νοσηλευτές/ Νοσηλεύτριες Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης και το πενήντα τοις εκατό (50%) απάντησαν ότι πιθανόν να έρχονταν αντιμέτωποι με το ηθικό δίλημμα αφαίρεσης ανθρώπινης ζωής, εφόσον ως δικαίωμα ήταν νόμιμο, σε περιστατικό που χρήζει ευθανασίας, ένα ποσοστό σαράντα τοις εκατό (40%) απάντησε ότι θα έρχονταν αντιμέτωποι με ένα τέτοιου είδους ηθικού διλήμματος ενώ το μόλις δέκα τοις εκατό (10%) απάντησε ότι δεν θα ερχόταν αντιμέτωπος με το συγκεκριμένο ηθικό δίλημμα. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (6.δ) όπως φαίνεται κατωτέρω.

Κυκλικό Διάγραμμα (6.δ)

Count of 9. Σε περίπτωση περιστατικού που χρήζει ευθανασίας, εφόσον αυτή είναι νόμιμη, θα ερχόσαστε αντιμέτωπος/η με το ηθικό δίλημμα σχετικά με το αν έχετε το δικαίωμα να αφ

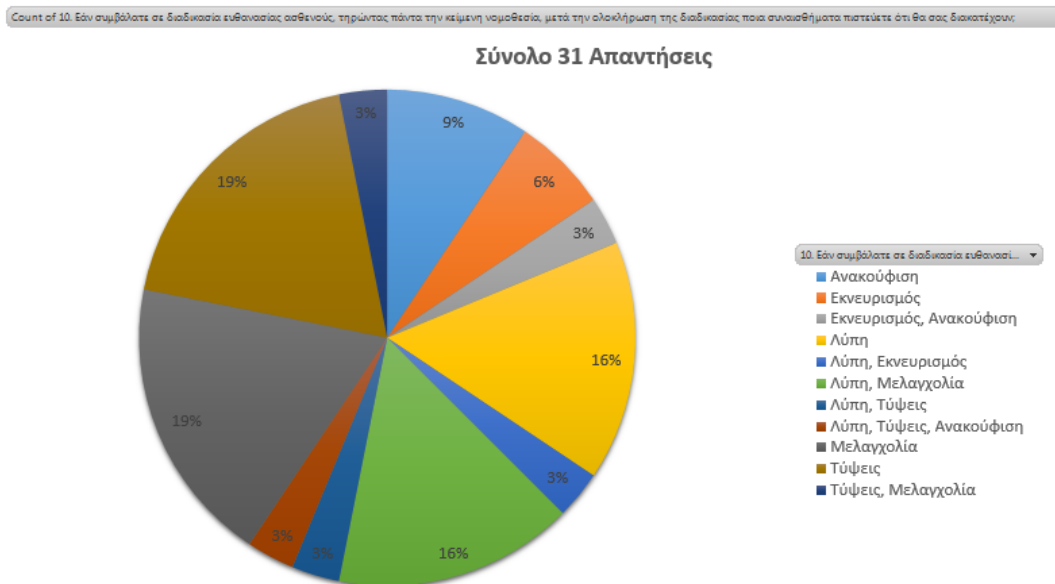
Σύνολο 9 Απαντήσεις



5. Η υπ.αριθμ. δέκα (10) ερώτηση του ερωτηματολογίου ήταν η εξής:<< Εάν συμβάλατε σε διαδικασία ευθανασίας ασθενούς, τηρώντας πάντα την κείμενη νομοθεσία, μετά την ολοκλήρωση της διαδικασίας ποια συναισθήματα πιστεύετε ότι θα σας διακατέχουν;>> Και οι πιθανές ερωτήσεις των ερωτηθέντων ήταν ΛΥΠΗ, ΤΥΨΕΙΣ, ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΑ, ΕΚΝΕΥΡΙΣΜΟΣ, ΜΕΤΑΜΕΛΕΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗ.

Σε αυτήν την ερώτηση συμμετείχαν τριάντα ένα (31) και σε ποσοστό δέκα εννιά τοις εκατό (19%) υπερίσχυσε το συναίσθημα της Μελαγχολίας, όπως και το αντίστοιχο ποσοστό, ήτοι δέκα εννιά τοις εκατό (19%) το συναίσθημα των Τύψεων (συνολικά το τριάντα οκτώ τοις εκατό, 38%), ενώ σε ποσοστό των δέκα έξι τοις εκατό (16%) ήρθαν σε δεύτερη (2) θέση δύο συναισθήματα που θα αισθάνονταν οι συμμετέχοντες, ταυτόχρονα, Λύπη και Μελαγχολία, όπως επίσης και η Λύπη (συνολικά τριάντα δύο τοις εκατό, 32%). Ενώ προς έκπληξη μας, ένα ποσοστό του εννιά τοις εκατό (9%) από το σύνολο των ερωτηθέντων θα αισθάνονταν Ανακούφιση. Σε ποσοστό του μόλις τρία τοις εκατό (3%) επί του συνόλου των ερωτηθέντων απαντήθηκαν ότι θα αισθανθούν ταυτόχρονα κάποιοι εκ των συμμετεχόντων τα εξής δύο (2) συναισθήματα: Εκνευρισμός και Ανακούφιση, Λύπη και Εκνευρισμός, Λύπη και Τύψεις και Τύψεις και Μελαγχολία (συνολικά δώδεκα τοις εκατό, 12%) και σε ποσοστό έξι τοις εκατό (6%) στην προτελευταία θέση έρχεται το συναίσθημα του εκνευρισμού. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (7) όπως φαίνεται κατωτέρω.

Κυκλικό Διάγραμμα (7)

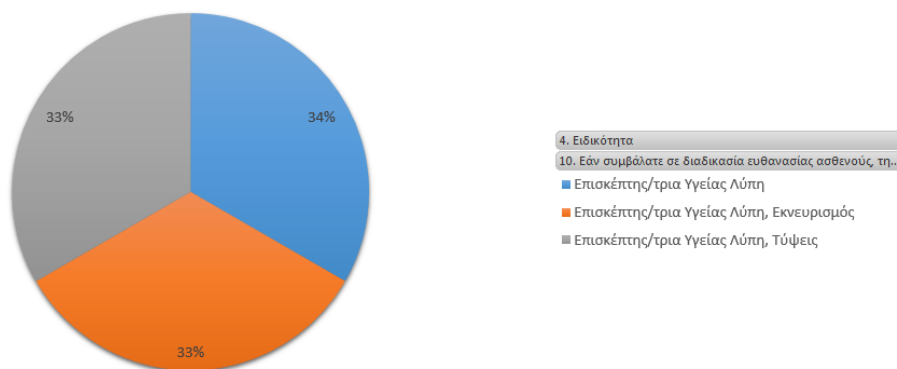


Σε αυτήν την ερώτηση συμμετείχαν τρία (3) άτομα Επισκέπτες/ Επισκέπτριες Υγείας και το κάθε άτομο, ήτοι σε ποσοστό τριάντα τρία τοις εκατό (33,333%) έδωσαν τις εξής απαντήσεις ως προς τα συναισθηματά τους τα οποία είναι Λύπη, και δύο εξ αυτών απάντησαν ότι Ταυτόχρονα θα αισθανθούν Λύπη- Εκνευρισμό και Λύπη- Τύψεις. Το βασικό συναίσθημα που θα διακατείχε τους Επισκέπτες/ Επισκέπτριες Υγείας είναι η Λύπη. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (7.α) όπως φαίνεται κατωτέρω.

Κυκλικό Διάγραμμα (7.α)

Count of 10. Εάν συμβάλате σε διαδικασία ευθανασίας ασθενούς, τηρώντας πάντα την κείμενη νομοθεσία, μετά την ολοκλήρωση της διαδικασίας ποια συναισθήματα πιστεύετε ότι θα σας...

Σύνολο 3 Απαντήσεις

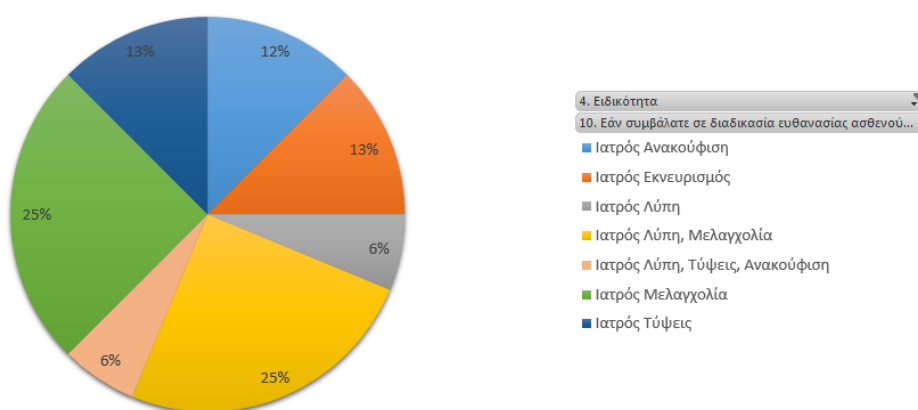


Σε αυτήν την ερώτηση συμμετείχαν δέκα έξι (16) Ιατροί και το είκοσι πέντε τοις εκατό (25%) επί του συνόλου των ερωτηθέντων απάντησαν και έρχεται στην πρώτη (1) θέση η Μελαγχολία και στην ίδια θέση κάποια άτομα θα αισθάνονταν ταυτόχρονα δύο (2) συναισθήματα η Λύπη και η Μελαγχολία. Δηλαδή σε ποσοστό συνολικά πενήντα τοις εκατό (50%) επί του συνόλου των Ιατρών, το κύριο συναίσθημα που θα τους διακατείχε θα ήταν η Μελαγχολία. Ενώ η ανακούφιση, ως συναίσθημα, προς εκπληξή μας, έρχεται στην τρίτη θέση με ποσοστό δώδεκα τοις εκατό (12%), ενώ στην δεύτερη θέση, ως συναισθήματα έρχονται οι Τύψεις και ο Εκνευρισμός με ποσοστό του δέκα τρία τοις εκατό (13%) αντιστοίχως και στην τελευταία θέση η λύπη και ταυτόχρονα τα εξής συναισθήματα λύπη, τύψεις και ανακούφιση με ποσοστό έξι τοις εκατό (6%) αντιστοίχως. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (7.β) όπως φαίνεται κατωτέρω.

(Κυκλικό Διάγραμμα 7.β)

Count of 10. Εάν συμβάλате σε διαδικασία ευθανασίας ασθενούς, τηρώντας πάντα την κείμενη νομοθεσία, μετά την ολοκλήρωση της διαδικασίας ποια συναισθήματα πιστεύετε...

Σύνολο 16 Απαντήσεις



Σε αυτήν την ερώτηση συμμετείχαν τρία (3) άτομα Νοσηλευτές/ Νοσηλεύτριες Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης και σε ποσοστό έκαστος τριάντα τρία τοις εκατό (33,333%)

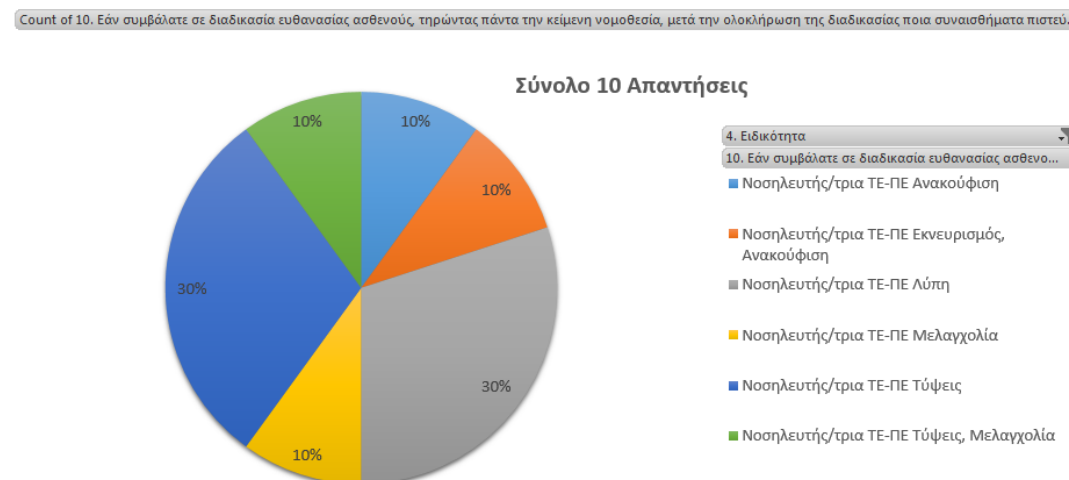
απαντήθηκαν τα εξής συναισθήματα, τύψεις, Μελαγχολία και ταυτόχρονα Τύψεις και Μελαγχολία. Τα βασικά συναισθήματα σε αυτήν την ερώτηση σε αυτή την ομάδα ατόμων είναι οι Τύψεις και η Μελαγχολία. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (7.γ) όπως φαίνεται κατωτέρω.

Κυκλικό Διάγραμμα (7.γ)



Σε αυτήν την ερώτηση συμμετείχαν δέκα (10) άτομα Νοσηλευτές/ Νοσηλεύτριες Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης και την πρώτη θέση κατέλαβαν τα εξής συναισθήματα σε ποσοστό τριάντα τοις εκατό (30 %) έκαστος, το συναίσθημα των τύψεων και το συναίσθημα της λύπης, δηλαδή αθροισζόμενα τα ως άνω ποσοστά ανέρχεται συνολικά στο ποσοστό του εξήντα τοις εκατό (60%). Ένας (1) εκ των νοσηλευτών αυτής της κατηγορίας απάντησε ότι θα αισθανόταν ανακούφιση και τρεις (3) εξ αυτών, σε ποσοστό δέκα τοις εκατό (10%) αντιστοίχως θα αισθανόταν Μελαγχολία και οι δύο (2) εξ αυτών θα αισθάνονταν ταυτόχρονα Εκνευρισμό- Ανακούφιση και Τύψεις- Μελαγχολία. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (7.δ) όπως φαίνεται κατωτέρω

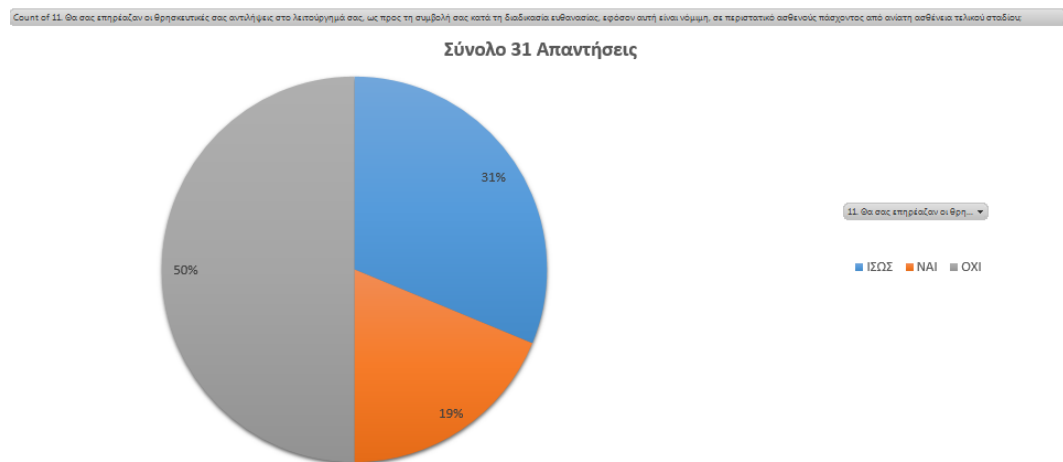
Κυκλικό Διάγραμμα (7.δ)



6. Η υπ.αριθμ. έντεκα (11) ερώτηση του ερωτηματολογίου ήταν η εξής: << Θα σας επηρέαζαν οι θρησκευτικές σας αντιλήψεις στο λειτουργημά σας, ως προς τη συμβολή σας κατά τη διαδικασία ευθανασίας, εφόσον αυτή είναι νόμιμη, σε περιστατικό ασθενούς πάσχοντος από ανίατη ασθένεια τελικού σταδίου;>> Και οι πιθανές απαντήσεις των ερωτηθέντων ήταν ΝΑΙ, ΟΧΙ ΚΑΙ ΙΣΩΣ.

Στην ερώτηση αυτή συμμετείχαν τριάντα ένα (31) άτομα και οι μισοί, ήτοι το πενήντα τοις εκατό (50%) απάντησαν ότι δεν θα τους επηρέαζαν οι θρησκευτικές τους αντιλήψεις στο λειτουργημά τους, το τριάντα ένα τοις εκατό (31%) απάντησαν ότι πολύ πιθανόν να επηρεάζοντουσαν από τις θρησκευτικές τους αντιλήψεις αλλά μπορεί και όχι, και ένα ποσοστό της τάξεως του δέκα εννιά τοις εκατό (19%) απάντησε ότι οι θρησκευτικές αντιλήψεις αποτελεί έναν παράγοντα που τους επηρεάζει στο λειτουργημά τους. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (8) όπως φαίνεται κατωτέρω

Κυκλικό Διάγραμμα (8)

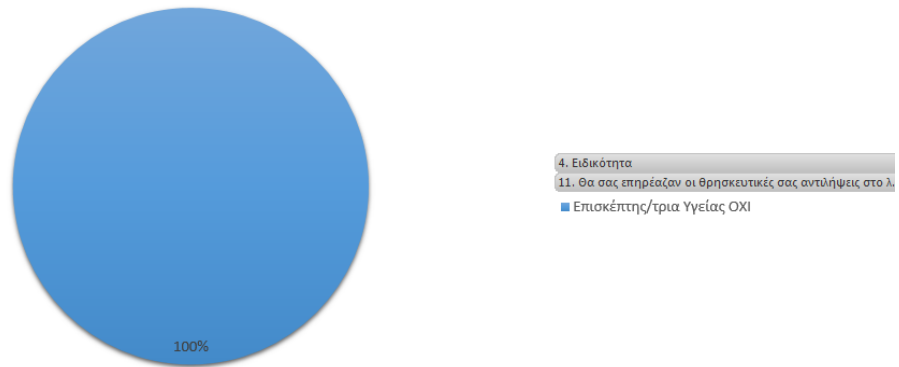


Στην ερώτηση αυτή συμμετείχαν τρία άτομα. Επισκέπτες/ Επισκέπτριες Υγείας και σε απόλυτα, συντριπτικό, ποσοστό της τάξεως του εκατό τοις εκατό (100%) οι θρησκευτικές τους αντιλήψεις δεν θα τους επηρέζαν στο λειτουργημά τους. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (8.α) όπως φαίνεται κατωτέρω

Κυκλικό Διάγραμμα (8.α)

Count of 11. Θα σας επηρέαζαν οι θρησκευτικές σας αντιλήψεις στο λειτουργημά σας, ως προς τη συμβολή σας κατά τη διαδικασία ευθανασίας, εφόσον αυτή είναι νόμιμη, σε περιστατικό

Σύνολο 3 Απαντήσεις

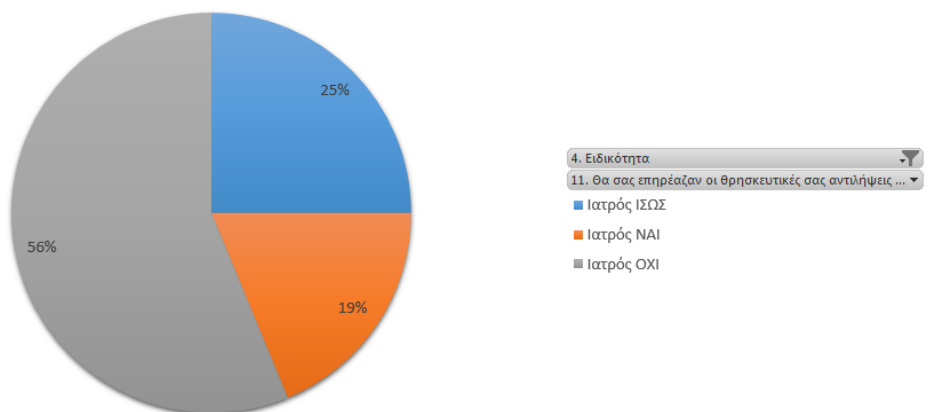


Στην ερώτηση αυτή συμμετείχαν δέκα έξι (16) Ιατροί και σε ποσοστό της τάξεως του πενήντα έξι τοις εκατό (56%) απάντησαν ότι οι θρησκευτικές του αντιλήψεις δεν τους επηρεάζει ως προς το λειτουργημά τους ως προς τη συμβολή σας κατά τη διαδικασία ευθανασίας, εφόσον αυτή είναι νόμιμη, σε περιστατικό ασθενούς πάσχοντος από ανίατη ασθένεια τελικού σταδίου, ενώ σε ποσοστό είκοσι πέντε τοις εκατό (25%) πιθανολογήθηκε ότι οι θρησκευτικές αντιλήψεις θα επηρέαζε το ποσοστό αυτό, στο λειτουργημά του, αλλά μπορεί και όχι και τελικώς σε ποσοστό δέκα εννιά τοις εκατό (19%) οι θρησκευτικές αντιλήψεις αποτελούν παράγοντα επηρεασμού του λειτουργήματος ενός Ιατρού. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (8.β) όπως φαίνεται κατωτέρω

Κυκλικό Διάγραμμα (8.β)

Count of 11. Θα σας επηρέαζαν οι θρησκευτικές σας αντιλήψεις στο λειτουργημά σας, ως προς τη συμβολή σας κατά τη διαδικασία ευθανασίας, εφόσον αυτή είναι νόμιμη, σε...

Σύνολο 16 Απαντήσεις



Στην ερώτηση αυτή συμμετείχαν τρία (3) άτομα Νοσηλευτές/ Νοσηλεύτριες Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης και έκαστος των ατόμων, σε ποσοστό τριάντα τρία τοις εκατό (33,333%) απαντήθηκαν ο ένας θα επηρεαζόταν, ως προς το λειτουργημά του, από τις θρησκευτικές του αντιλήψεις, ο άλλος δεν θα επηρεαζόταν και ο τρίτος πιθανόν ή μη να επηρεαζόταν ως προς τις θρησκευτικές τους αντιλήψεις. Το περιγραφέν αποτέλεσμα

διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (8.γ) όπως φαίνεται κατωτέρω

Κυκλικό Διάγραμμα (8.γ)

Count of 11. Θα σας επηρέαζαν οι θρησκευτικές σας αντιλήψεις στο λειτουργημά σας, ως προς τη συμβολή σας κατά τη διαδικασία ευθανασίας, εφόσον αυτή είναι νόμιμη, σε περιστατικό ασθενούς



Στην συγκεκριμένη ερώτηση συμμετείχαν δέκα (10) άτομα Νοσηλεύτες/Νοσηλεύτριες Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης και τουλάχιστον οι μισοί, ήτοι το πενήντα τοις εκατό (50%), πιθανόν να επηρεάζονταν από τις θρησκευτικές τους αντιλήψεις, μπορεί και όχι, ένα ποσοστό της τάξεως του τριάντα τοις εκατό (30%), δηλαδή, οι τρεις (3) στους δέκα (10) να μην επηρεάζονται από τις θρησκευτικές τους αντιλήψεις ενώ οι δύο (2) στους δέκα (10), ήτοι σε ποσοστό της τάξεως του είκοσι τοις εκατό (20%) οι θρησκευτικές αντιλήψεις να αποτελούσαν παράγοντα επηρεασμού στο λειτουργημά του, ως προς τη συμβολή σας κατά τη διαδικασία ευθανασίας, εφόσον αυτή είναι νόμιμη, σε περιστατικό ασθενούς πάσχοντος από ανίατη ασθένεια τελικού σταδίου. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (8.δ) όπως φαίνεται κατωτέρω.

Κυκλικό Διάγραμμα (8.δ)

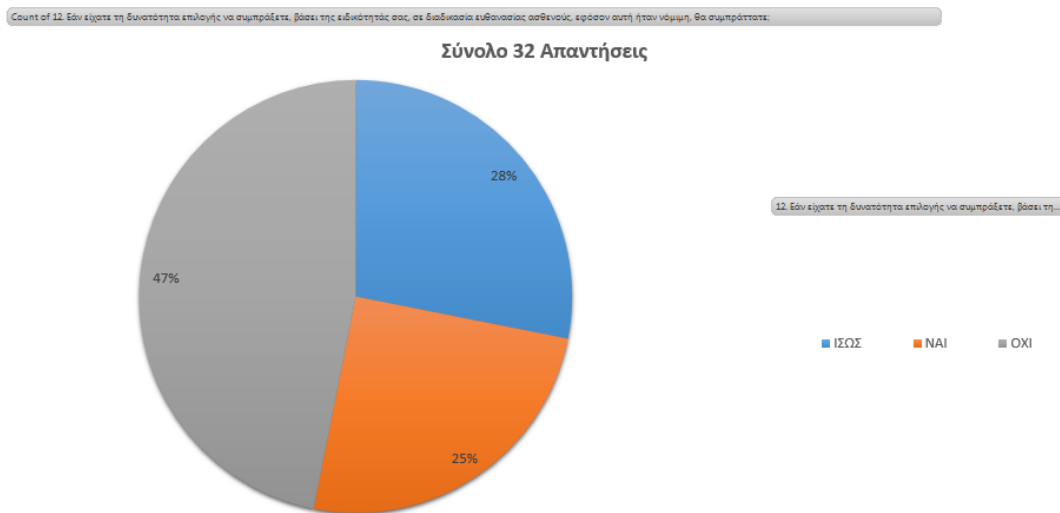
Count of 11. Θα σας επηρέαζαν οι θρησκευτικές σας αντιλήψεις στο λειτουργημά σας, ως προς τη συμβολή σας κατά τη διαδικασία ευθανασίας, εφόσον αυτή είναι νόμιμη...



7. Η υπ. αριθμ. δώδεκα (12) ερώτηση του ερωτηματολογίου ήταν η εξής: << **Εάν είχατε τη δυνατότητα επιλογής να συμπράξετε, βάσει της ειδικότητάς σας, σε διαδικασία ευθανασίας ασθενούς, εφόσον αυτή ήταν νόμιμη, θα συμπράττατε;**>> Και οι πιθανές απαντήσεις των ερωτηθέντων ήταν **ΝΑΙ, ΟΧΙ ΚΑΙ ΙΣΩΣ**

Στην συγκεκριμένη ερώτηση συμμετείχαν τριάντα δύο (32) άτομα και το σαράντα επτά τοις εκατό (47%) απάντησε, σχεδόν οι μισοί, ότι δεν θα συνέπρατταν, εάν είχαν την επιλογή, σε διαδικασία ευθανασίας ασθενούς, εφόσον αυτή ήταν νόμιμη, το είκοσι οκτώ τοις εκατό (28%) απάντησε ότι πολύ πιθανόν να το έπρατταν ενώ προς έκπληξή μας, ένα ποσοστό της τάξεως του είκοσι πέντε τοις εκατό (25%), δηλαδή ένας (1) στους τέσσερις (4) επαγγελματίες Υγείας θα συνέπρατταν σε διαδικασία ευθανασίας ασθενούς. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (9) όπως φαίνεται κατωτέρω.

Κυκλικό Διάγραμμα (9)

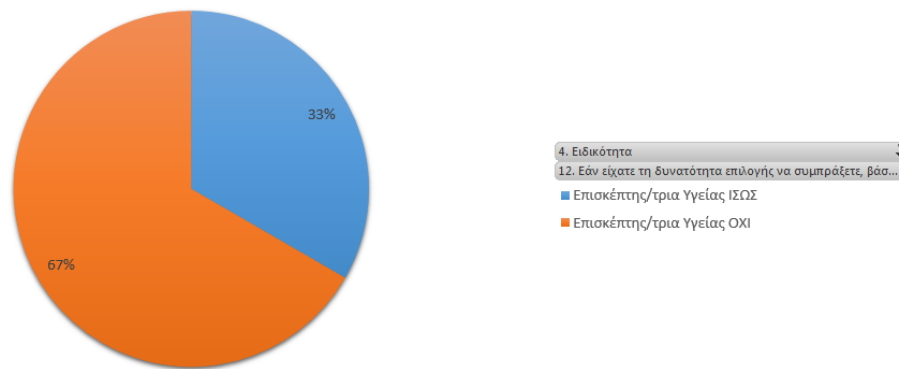


Στην συγκεκριμένη ερώτηση συμμετείχαν τρία (3) άτομα Επισκέπτες/Επισκέπτριες Υγείας και το εξήντα επτά τοις εκατό (67%), ήτοι δύο (2) στους τρεις (3), εάν είχαν την επιλογή δεν θα το έπρατταν, την ευθανασία του ασθενούς, ενώ ένας (1) στους τρεις (3) πιθανόν ή να μην το έπραττε. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (9.α) όπως φαίνεται κατωτέρω.

Κυκλικό Διάγραμμα (9.α)

Count of 12. Εάν είχατε τη δυνατότητα επιλογής να συμπράξετε, βάσει της ειδικότητάς σας, σε διαδικασία ευθανασίας ασθενούς, εφόσον αυτή ήταν νόμιμη, θα συμπράττατε;

Σύνολο 3 Απαντήσεις

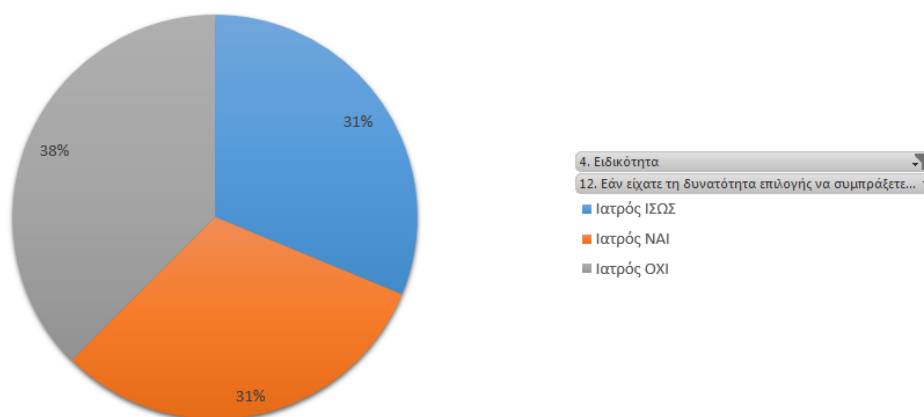


Στην συγκεκριμένη ερώτηση συμμετείχαν δέκα έξι (16) Ιατροί, και ένα ποσοστό της τάξεως του τριάντα οκτώ τοις εκατό (38%) δεν θα συνέπραττε σε διαδικασία ευθανασίας ασθενούς, βάσει της ειδικότητάς του, εάν είχε την επιλογή, ενώ το ποσοστό του τριάντα ένα τοις εκατό (31%) να το έπραττε και το αντίστοιχο ποσοστό πιθανόν ή μη να το έπραττε. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (9.β) όπως φαίνεται κατωτέρω.

Κυκλικό Διάγραμμα (9.β)

Count of 12. Εάν είχατε τη δυνατότητα επιλογής να συμπράξετε, βάσει της ειδικότητάς σας, σε διαδικασία ευθανασίας ασθενούς, εφόσον αυτή ήταν νόμιμη, θα συμπράττατε;

Σύνολο 16 Απαντήσεις

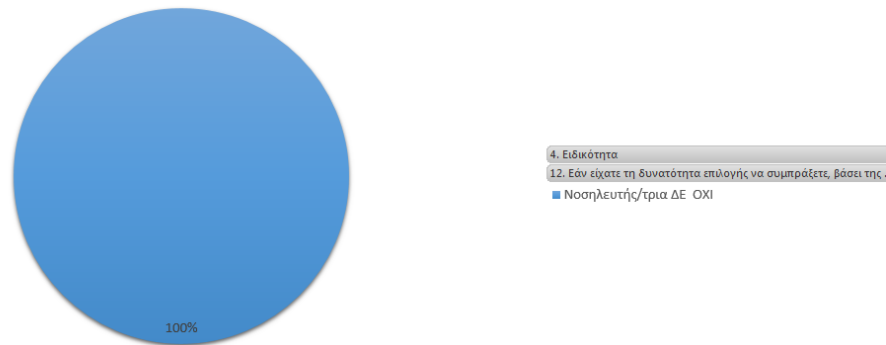


Στην συγκεκριμένη ερώτηση συμμετείχαν τρία (3) άτομα Νοσηλεύτες/Νοσηλεύτριες Υγείας δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης και σε συντριπτικά απόλυτο ποσοστό της τάξεως του εκατό τοις εκατό (100%) απάντησαν ότι δεν θα συνέπρατταν σε διαδικασία ευθανασίας ασθενούς, εφόσον αυτή ήταν νόμιμη, βάσει της ειδικότητάς τους. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (9.γ) όπως φαίνεται κατωτέρω

Κυκλικό Διάγραμμα (9.γ)

Count of 12. Εάν είχατε τη δυνατότητα επιλογής να συμπράξετε, βάσει της ειδικότητάς σας, σε διαδικασία ευθανασίας ασθενούς, εφόσον αυτή ήταν νόμιμη, θα συμπράττατε.

Σύνολο 3 Απαντήσεις

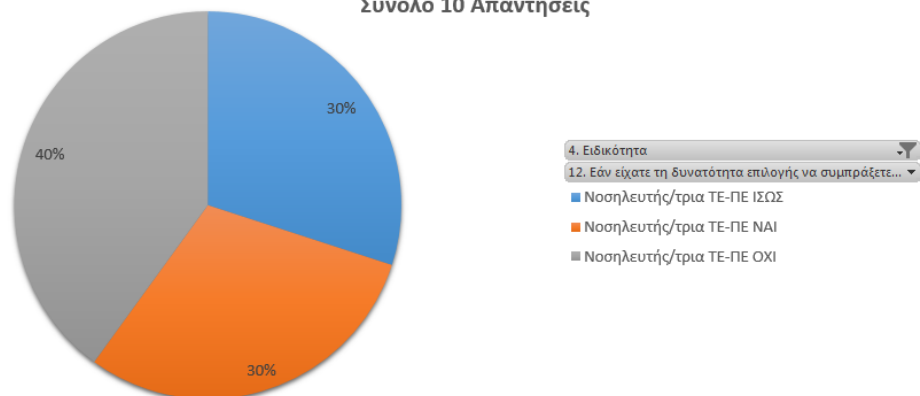


Στην συγκεκριμένη ερώτηση συμμετείχαν δέκα (10) άτομα Νοσηλεύτές/Νοσηλεύτριες Υγείας Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης και το σαράντα τοις εκατό (40%), ήτοι τέσσερις (4) στους δέκα (10) δεν θα συνέπρατταν σε διαδικασία ευθανασίας ασθενούς, βάσει της ειδικότητάς τους, εφόσον αυτή ήταν νόμιμη, εάν είχαν επιλογή, οι τρεις εκ του συνόλου (30%) απάντησαν θετικά και οι υπόλοιποι τρεις απάντησαν ότι μπορεί και να μπορεί και όχι να το έπρατταν. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (9.δ) όπως φαίνεται κατωτέρω

Πιτα (9.δ)

Count of 12. Εάν είχατε τη δυνατότητα επιλογής να συμπράξετε, βάσει της ειδικότητάς σας, σε διαδικασία ευθανασίας ασθενούς, εφόσον αυτή ήταν νόμιμη, θα συμπράττατε.

Σύνολο 10 Απαντήσεις

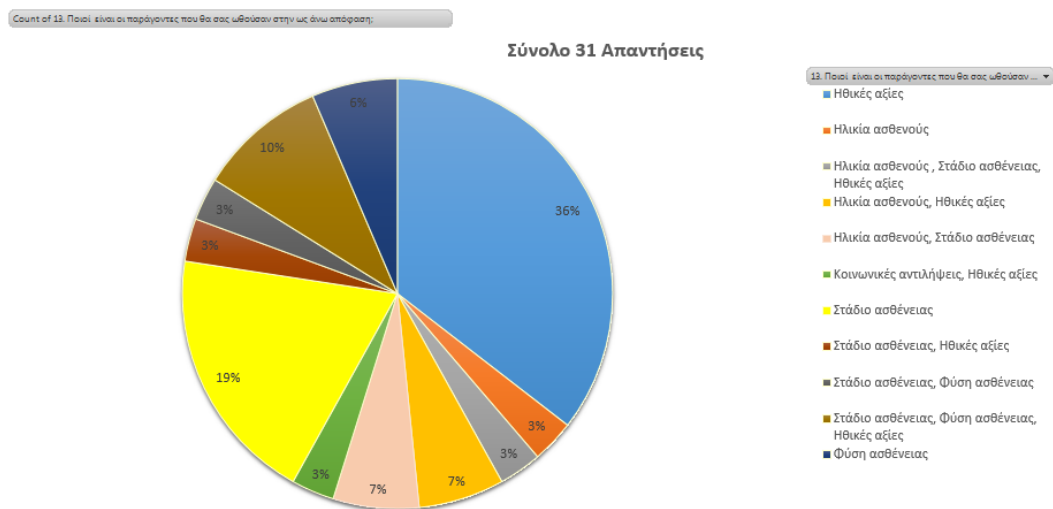


8. Η υπ. αριθμ. δέκατριτη (13) ερώτηση του ερωτηματολογίου ήταν η εξής: << Ποιοί είναι οι παράγοντες που θα σας ωθούσαν στην ως άνω απόφαση;>> Και οι πιθανές απαντήσεις των ερωτηθέντων ήταν ΗΛΙΚΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ, ΣΤΑΔΙΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ, ΦΥΣΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΚΑΙ ΗΘΙΚΕΣ ΑΞΙΕΣ.

Στην συγκεκριμένη ερώτηση συμμετείχαν τριάντα ένα (31) άτομα και ως παράγοντας για την λήψη της απόφασης τους αναφορικά με την σύμπραξη τους ή όχι σε

διαδικασία ευθανασίας ασθενούς, εφόσον αυτή ήταν νόμιμη, υπό την προϋπόθεση αυτήν να ήταν νόμιμη, διαδραματίζουν οι ηθικές αξίες σε ποσοστό τριάντα έξι τοις εκατό (36%). Ο επόμενος παράγοντας που έρχεται στην δεύτερη θέση, σε ποσοστό δέκα εννιά τοις εκατό (19%) είναι το στάδιο της ασθένειας. Και ο επόμενος παράγοντας, ο οποίος έρχεται στην Τρίτη θέση, που επηρεάζει έναν επαγγελματία υγείας ως προς την λήψη της απόφασής του, σε ποσοστό της τάξεως του δέκα τοις εκατό (10%), είναι συνδυασμός τριών (3) μαζί, το στάδιο της ασθένειας, η φύση της ασθένειας και οι ηθικές αξίες. Η ηλικία του ασθενούς-στάδιο της ασθένειας και η ηλικία του ασθενούς-ηθικές αξίες ευρίσκονται στην τέταρτη θέση με ποσοστό επτά τοις εκατό (7%) και στην Πέμπτη θέση, σε ποσοστό έξι τοις εκατό (6%) ευρίσκονται η φύση της ασθένειας. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (10) όπως φαίνεται κατωτέρω.

Κυκλικό Διάγραμμα (10)

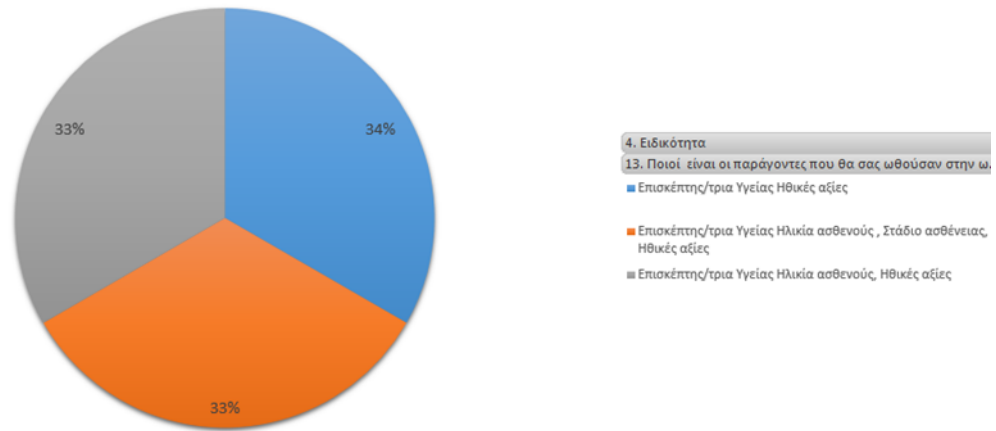


Στην συγκεκριμένη ερώτηση συμμετείχαν τρία (3) άτομα Επισκέπτες/επισκέπτριες Υγείας και σε ποσοστό τριάντα τρία τοις εκατό (33,333%) έκαστος, ο ένας λαμβάνει υπόψη του ως προς την λήψη της απόφασής του, τις ηθικές αξίες, ο άλλος επηρεάζεται από την ηλικία του ασθενούς, τις ηθικές αξίες και το στάδιο της ασθένειας και ο τρίτος επηρεάζεται από την ηλικία του ασθενούς και τις ηθικές αξίες. Κοινός παράγοντας και για τους τρεις Επισκέπτες/ Επισκέπτριες Υγείας είναι οι ηθικές αξίες. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (10.α) όπως φαίνεται κατωτέρω.

Κυκλικό Διάγραμμα (10.α)

Count of 13. Ποιοί είναι οι παράγοντες που θα σας ωθούσαν στην ως άνω απόφαση;

Σύνολο 3 Απαντήσεις

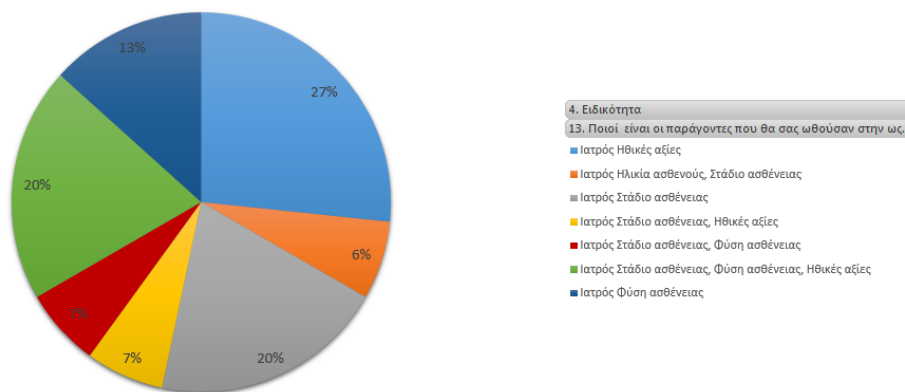


Στην συγκεκριμένη ερώτηση συμμετείχαν δέκα πέντε Ιατροί (15) και ως πρώτος παράγοντας που επηρεάζει έναν Ιατρό ως προς την λήψη της απόφασής του, σε ποσοστό είκοσι επτά τοις εκατό (27%), ως προς την σύμπραξή του ή όχι σε διαδικασία ευθανασίας ασθενούς, εφόσον έχει επιλογή, υπό την προϋπόθεση να είναι νόμιμη, είναι οι ηθικές αξίες και στη δεύτερη θέση έρχεται με ποσοστό είκοσι τοις εκατό (20%), το στάδιο της ασθένειας και ισοβαθμεί με τον συγκερασμό τριών (3) παραγόντων το στάδιο της ασθένειας, την φύση της ασθένειας και τις ηθικές αξίες. Στην τέταρτη θέση ευρίσκεται η φύση της ασθένειας σε ποσοστό δέκα τρία τοις εκατό (13%). Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (10.β) όπως φαίνεται κατωτέρω.

Κυκλικό Διάγραμμα (10.β)

Count of 13. Ποιοί είναι οι παράγοντες που θα σας ωθούσαν στην ως άνω απόφαση;

Σύνολο 15 Απαντήσεις



Στην συγκεκριμένη ερώτηση έλαβαν μέρος τρία (3) άτομα Νοσηλεύτες/Νοσηλεύτριες Υγείας δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης και σε ποσοστό εξήντα επτά τοις εκατό (67%), δηλαδή οι δύο (2) στους τρεις (3), απάντησαν ότι οι ηθικές αξίες τους επηρεάζουν ως προς την λήψη της απόφασής του, στην σύμπραξή τους, σε διαδικασία ευθανασίας ασθενούς, εφόσον αυτή είναι νόμιμη, και με την προϋπόθεση να είχαν επιλογή. Σε ποσοστό τριάντα τρία τοις εκατό (33%) δηλαδή ο ένας (1) στους τρεις (3) απάντησε ότι η ηλικία του ασθενούς και το στάδιο της ασθένειας είναι δυο παράγοντες που τον επηρεάζουν. Το

περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (10.γ) όπως φαίνεται κατωτέρω.

Κυκλικό Διάγραμμα (10.γ)



Στην συγκεκριμένη ερώτηση έλαβαν μέρος δέκα άτομα (10) Νοσηλευτές/Noσηλεύτριες Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης και στην πρώτη θέση, σε ποσοστό σαράντα τοις εκατό (40%), ως προς την λήψη απόφασής τους είναι οι ηθικές αξίες, δηλαδή οι τέσσερις (4) στους δέκα (10) επηρεάζονται από τις ηθικές αξίες και στην αμέσως επόμενη θέση σε ποσοστό τριάντα τοις εκατό (30%), ήτοι οι τρεις (3) στους δέκα (10) είναι το στάδιο της ασθένειας. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (10.δ) όπως φαίνεται κατωτέρω.

Κυκλικό Διάγραμμα (10.δ)

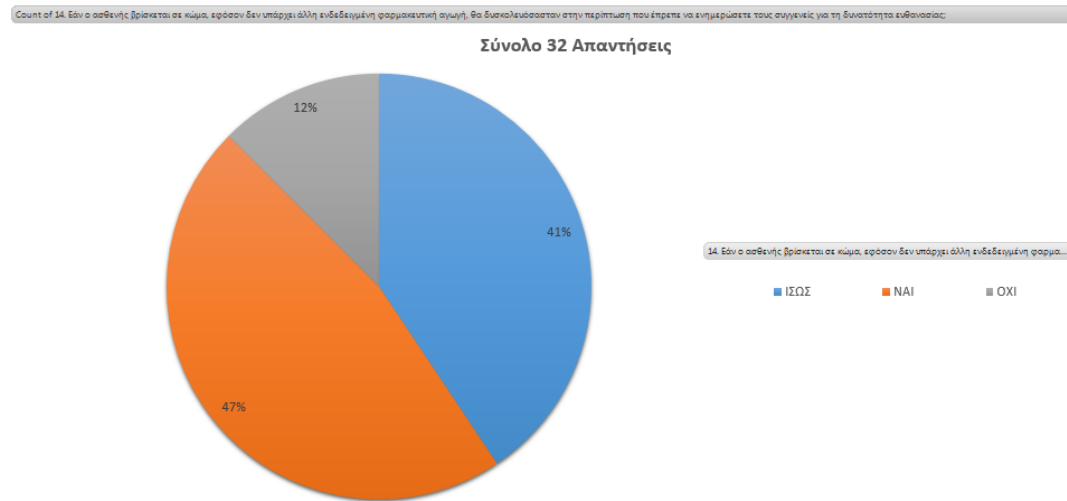


9.Η υπ.αριθμ. δεκατέσσερα (14) ερώτηση του ερωτηματολογίου ήταν η εξής: << Εάν ο ασθενής βρίσκεται σε κώμα, εφόσον δεν υπάρχει άλλη ενδεδειγμένη φαρμακευτική αγωγή, θα δυσκολευόσασταν στην περίπτωση που έπρεπε να ενημερώσετε τους συγγενείς για τη δυνατότητα ευθανασίας;>> Και οι πιθανές απαντήσεις για τους ερωτηθέντες ήταν ΝΑΙ, ΟΧΙ ΚΑΙ ΙΣΩΣ

Στην συγκεκριμένη ερώτηση συμμετείχαν τριάντα δύο (32) άτομα και στην πρώτη θέση, σε ποσοστό σαράντα επτά τοις εκατό (47%), σχεδόν οι μισοί, Επαγγελματίες Υγείας, θα δυσκολεύονταν να ενημέρωσουν τους συγγενείς του ασθενούς για την επιλογή της

ευθανασίας. Στην δεύτερη θέση ευρίσκεται σε ποσοστό σαράντα ένα τοις εκατό (41%), το ΙΣΩΣ, δηλαδή ένας επαγγελματίας Υγείας μπορεί να δυσκολευόταν να το θέσει ως επιλογή αλλά μπορεί και όχι αλλά μας προκαλεί αίσθηση το γεγονός, ότι ένα ποσοστό δώδεκα τοις εκατό (12%) θα ενημέρωνε τους οικείους του ασθενούς για αυτή την επιλογή. (Πάντα με την προϋπόθεση να είχε θεσμοθετηθεί στην Ελλάδα). Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (11) όπως φαίνεται κατωτέρω.

Κυκλικό Διάγραμμα (11)



Στην συγκεκριμένη ερώτηση συμμετείχαν τρία (3) άτομα Επισκέπτες/Επισκέπτριες Υγείας και οι δύο (2) στους (3) απάντησαν ότι θα δυσκολεύονταν να θέσουν ως δυνατότητα την ευθανασία στους οικείους του ασθενούς, ενώ ο ένας (1) στους τρεις (3) απάντησε ότι μπορεί και ναι μπορεί και όχι να το έθετε. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (11.α) όπως φαίνεται κατωτέρω.

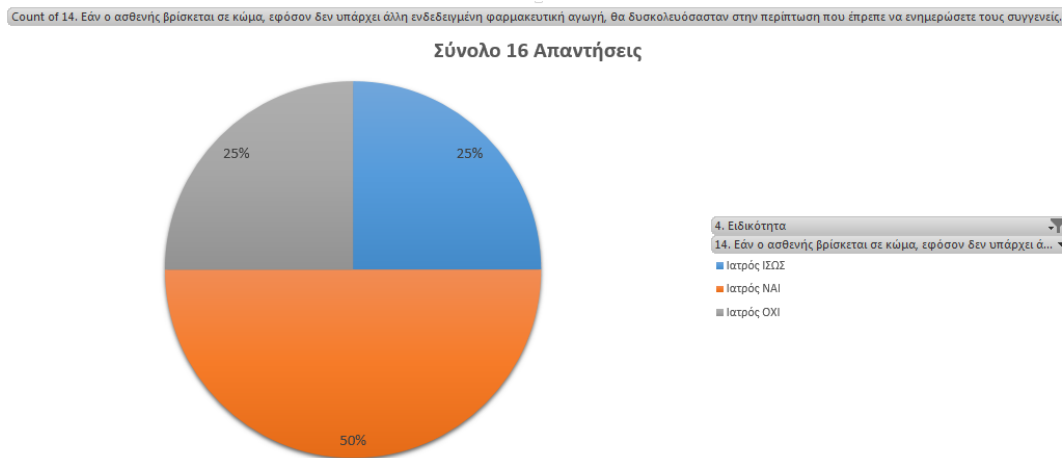
Κυκλικό Διάγραμμα (11.α)



Στην συγκεκριμένη ερώτηση έλαβαν μέρος δέκα έξι (16) Ιατροί και οι μισοί απάντησαν ότι θα δυσκολεύονταν να ενημερώσουν τους οικείους του ασθενούς για την συγκεκριμένη επιλογή, οι τέσσερις (4) απάντησαν ό,τι ίσως και να το έκαναν αλλά μπορεί και όχι και οι υπόλοιποι τέσσερις (4) θα ενημέρωναν. Το περιγραφέν αποτέλεσμα

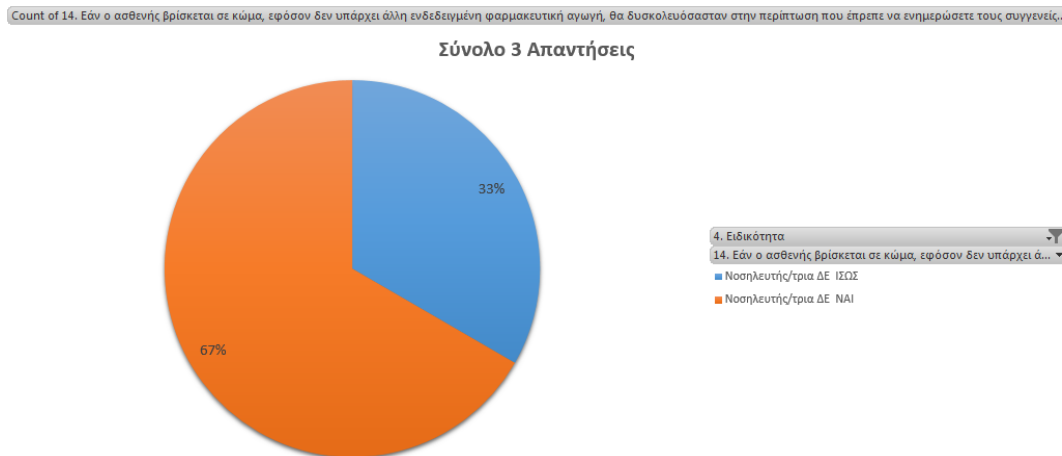
διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (11.β) όπως φαίνεται κατωτέρω.

Κυκλικό Διάγραμμα (11.β)



Στην συγκεκριμένη ερώτηση έλαβαν μέρος τρία άτομα (3) Νοσηλεύτριες Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης και όπως και οι Επισκέπτες/ Επισκέπτριες Υγείας, το ποσοστό είναι το ίδιο, ήτοι οι δύο (2) στους (3) θα δυσκολεύονταν να τους ενημερώσουν και ο ένας (1) στους τρεις (3) ίσως να το έκανε μπορεί και όχι. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (11.γ) όπως φαίνεται κατωτέρω.

Κυκλικό Διάγραμμα (11.γ)

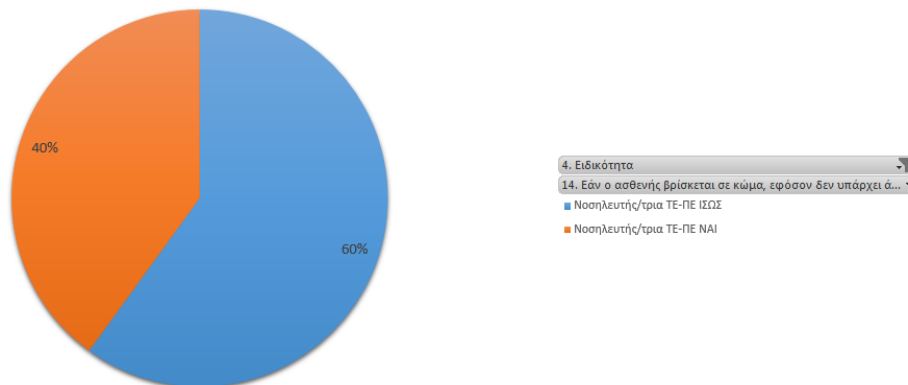


Στην συγκεκριμένη ερώτηση έλαβαν μέρος δέκα (10) άτομα Νοσηλεύτριες Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης και οι έξι (6) στους δέκα (10) απάντησαν ότι θα δυσκολεύονταν να ενημερώσουν τους οικείους του ασθενούς για την δυνατότητα αυτή και οι τέσσερις (4) στους δέκα (10) ίσως να το έπραττε, μπορεί και όχι. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (11.δ) όπως φαίνεται κατωτέρω.

Κυκλικό Διάγραμμα (11.δ)

Count of 14. Εάν ο ασθενής βρίσκεται σε κώμα, εφόσον δεν υπάρχει άλλη ενδεχόμενη φαρμακευτική αγωγή, θα δυσκολευόσασταν στην περίπτωση που έπρεπε να ενημερώσετε τους συγγενείς

Σύνολο 10 Απαντήσεις



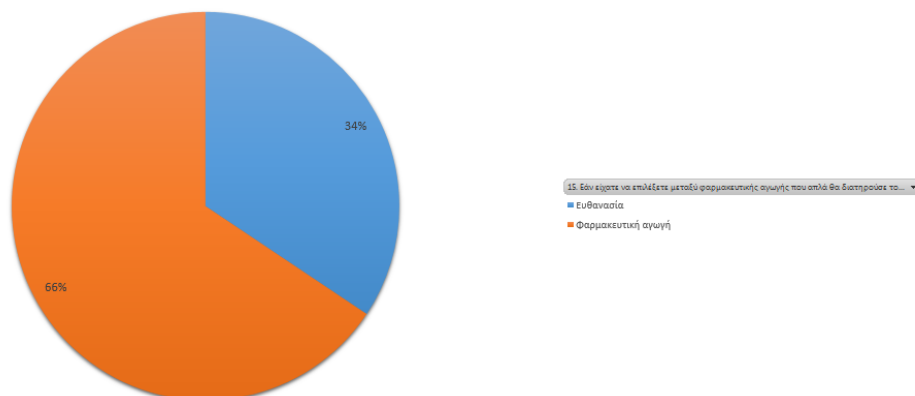
10. Η υπ. αριθμ. δεκαπέντε (15) ερώτηση του ερωτηματολογίου ήταν η εξής: << Εάν είχατε να επιλέξετε μεταξύ φαρμακευτικής αγωγής που απλά θα διατηρούσε τον ασθενή τελικού σταδίου στη ζωή, χωρίς να επιφέρει βελτίωση της κατάστασής του, και της ευθανασίας που θα τον απήλλαζε από την κατάσταση την οποία βιώνει και θα τον ανακουφίζε, τι θα επιλέγατε;>> Και οι πιθανές ερωτήσεις για τους συμμετέχοντες ήταν **ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ.**

Στην συγκεκριμένη ερώτηση συμμετείχαν τριάντα δύο (32) άτομα και σε ποσοστό εξήντα έξι τοις εκατό (66%) απαντήθηκε ότι η πρώτη επιλογή θα ήταν φαρμακευτική αγωγή. Ο τρόπος που είναι διατυπωμένη η ερώτηση μας εκπλήσσει, διότι δεν θα είχε ο ασθενής ποιότητα ζωής αλλά οι περισσότεροι Επαγγελματίες Υγείας, προτάσσουν ως απόλυτο αγαθό την Ζωή του ασθενούς σε σχέση με το τριάντα τέσσερα τοις εκατό (34%), κατά το οποίο ποσοστό συνάγεται ότι προτεραιότητα για τον Ασθενή αποτελεί το δικαίωμα στην Αξιοπρέπεια. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (12) όπως φαίνεται κατωτέρω.

Κυκλικό Διάγραμμα (12)

Count of 15. Εάν είχατε να επιλέξετε μεταξύ φαρμακευτικής αγωγής που απλά θα διατηρούσε τον ασθενή τελικού σταδίου στη ζωή, χωρίς να επιφέρει βελτίωση της κατάστασής του, και της ευθανασίας που θα τον απήλλαζε από την κατάσταση την οποία βιώνει και θα τον αι

Σύνολο 32 Απαντήσεις

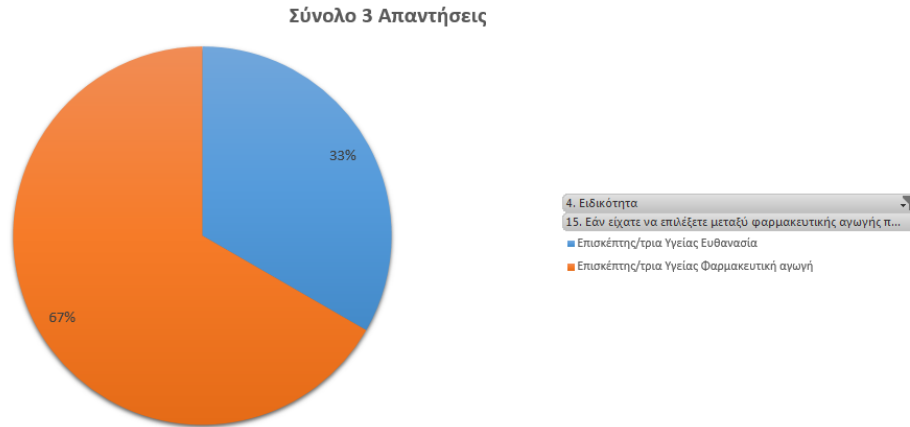


Στην συγκεκριμένη ερώτηση έλαβαν μέρος τρία άτομα Επισκέπτες/ Επισκέπτριες Υγείας και οι δύο (2) στους τρεις (3) απάντησε ότι η φαρμακευτική αγωγή θα ήταν η πρώτη επιλογή (67%) ενώ ο ένας (1) στους τρεις (3) θα επέλεγε την ευθανασία (33%). Το

περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (12.α) όπως φαίνεται κατωτέρω.

Κυκλικό Διάγραμμα (12.α)

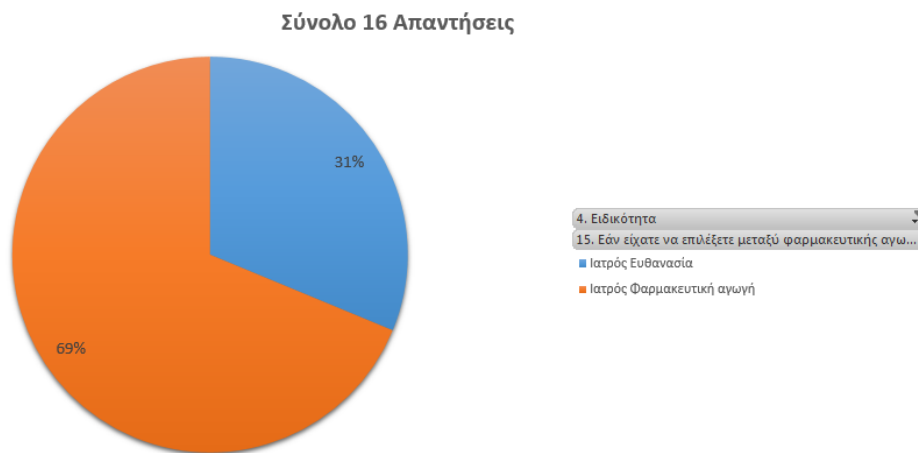
Count of 15. Εάν είχατε να επιλέξετε μεταξύ φαρμακευτικής αγωγής που απλά θα διατηρούσε τον ασθενή τελικού σταδίου στη ζωή, χωρίς να επιφέρει βελτίωση της κατάστασής του, και της ευθ...



Στην συγκεκριμένη ερώτηση έλαβαν μέρος δέκα έξι (16) Ιατροί και με συντριπτικό ποσοστό της τάξεως του εξήντα εννιά τοις εκατό (69%) θα επέλεγαν την φαρμακευτική αγωγή και ένα ποσοστό της τάξεως του τριάντα ένα τοις εκατό (31%) θα επέλεγε την ευθανασία. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (12.β) όπως φαίνεται κατωτέρω.

Κυκλικό Διάγραμμα (12.β)

Count of 15. Εάν είχατε να επιλέξετε μεταξύ φαρμακευτικής αγωγής που απλά θα διατηρούσε τον ασθενή τελικού σταδίου στη ζωή, χωρίς να επιφέρει βελτίωση της κατάστασ...

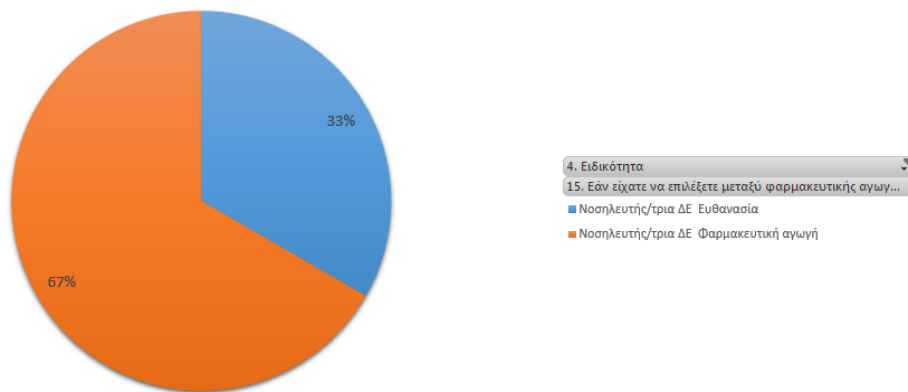


Στην συγκεκριμένη ερώτηση έλαβαν μέρος τρία (3) άτομα Νοσηλεύτές/Νοσηλεύτριες Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης και οι δύο (2) στους τρεις (3), ήτοι σε ποσοστό εξήντα επτά τοις εκατό (67%) απάντησαν ότι θα επέλεγαν την φαρμακευτική αγωγή ενώ ο ένας (1) στους τρεις (3), ήτοι σε ποσοστό τριάντα τρία τοις εκατό (33%) θα επέλεγε την ευθανασία. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (12.γ) όπως φαίνεται κατωτέρω.

Κυκλικό Διάγραμμα (12.γ)

Count of 15. Εάν είχατε να επιλέξετε μεταξύ φαρμακευτικής αγωγής που απλά θα διατηρούσε τον ασθενή τελικού σταδίου στη ζωή, χωρίς να επιφέρει βελτίωση της κατάστασής του,

Σύνολο 3 Απαντήσεις

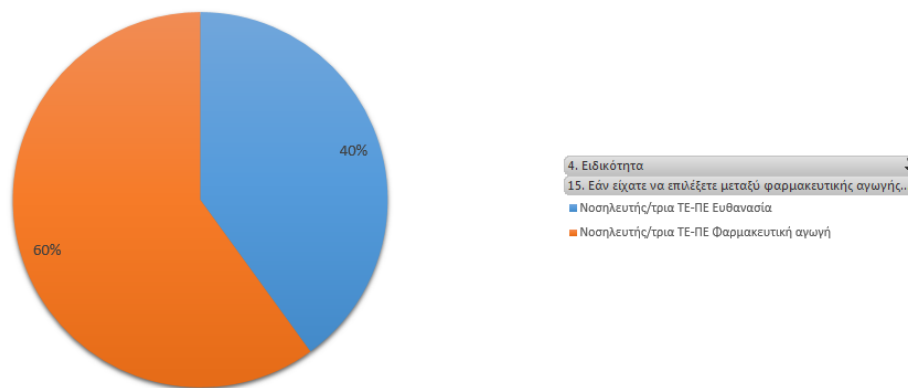


Στην συγκεκριμένη ερώτηση έλαβαν μέρος δέκα (10) άτομα Νοσηλεύτες/Νοσηλέτριες Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης και σε ποσοστό εξήντα τοις εκατό (60%) θα επέλεγαν ως επιλογή την φαρμακευτική αγωγή και σε ποσοστό σαράντα τοις εκατό (40%) θα επέλεγαν την ευθανασία. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (12.δ) όπως φαίνεται κατωτέρω.

Κυκλικό Διάγραμμα (12.δ)

Count of 15. Εάν είχατε να επιλέξετε μεταξύ φαρμακευτικής αγωγής που απλά θα διατηρούσε τον ασθενή τελικού σταδίου στη ζωή, χωρίς να επιφέρει βελτίωση της κατάστασής του, κ

Σύνολο 10 Απαντήσεις

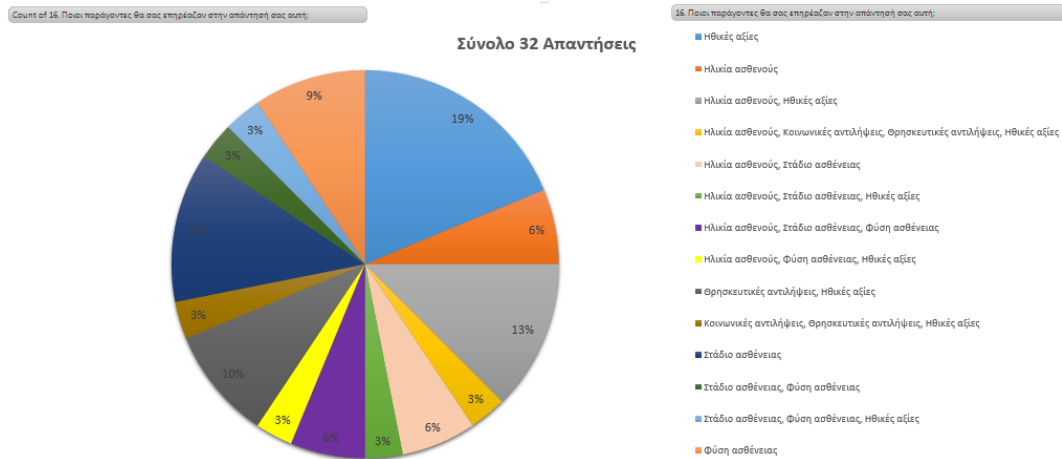


11. Η υπ. αριθμ. δεκαέξι (16) ερώτηση του ερωτηματολογίου ήταν η εξής: << Ποιοι παράγοντες θα σας επηρέαζαν στην απάντησή σας αυτή;>> Και οι πιθανές απαντήσεις για τους ερωτηθέντες ήταν ΗΛΙΚΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ, ΣΤΑΔΙΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ, ΦΥΣΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΚΑΙ ΗΘΙΚΕΣ ΑΞΙΕΣ.

Στην ερώτηση αυτή συμμετείχαν τριάντα δύο άτομα (32) και σε ποσοστό δέκα εννιά τοις εκατό (19%) απάντησα ότι οι ηθικές αξίες είναι ο πρώτος παράγοντας ως προς

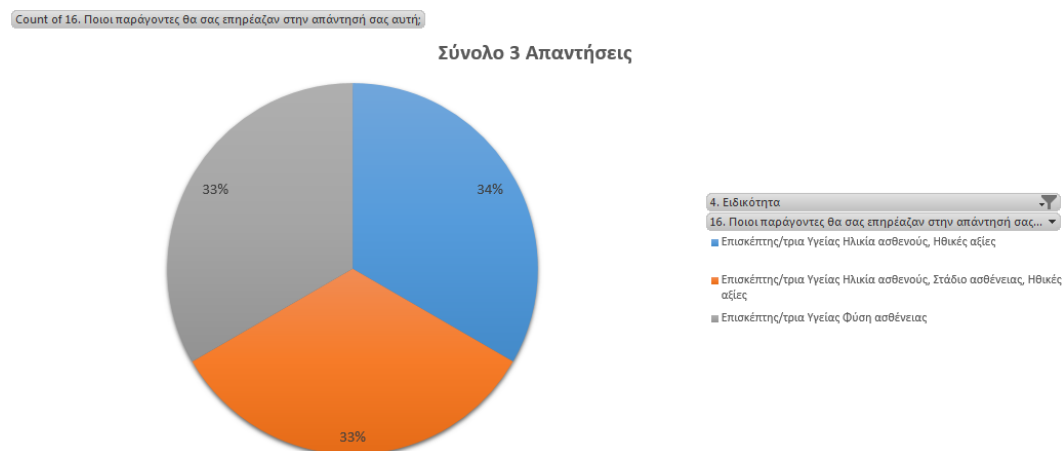
την λήψη απόφασης είτε χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής είτε την επιλογή της ευθανασίας, ενώ στην δεύτερη θέση ισοψήφισαν, σε ποσοστό δέκα τρία τοις εκατό (13%) ο συνδυασμός δύο παραγόντων, στην μία θέση, η ηλικία του ασθενούς και οι ηθικές αξίες και στην άλλη θέση το στάδιο της ασθένειας. Στην Τρίτη θέση με ποσοστό δέκα τοις εκατό (10%) ευρίσκεται ο συνδυασμός δύο παραγόντων το στάδιο της Ασθένειας και η Φύση της Ασθένειας. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (13) όπως φαίνεται κατωτέρω.

Κυκλικό Διάγραμμα (13)



Σε αυτήν την ερώτηση συμμετείχαν τρία άτομα Επισκέπτες/ Επισκέπτριες Υγείας και σε ποσοστό τριάντα τρία τοις εκατό (33,333%) έκαστος δόθηκαν οι εξής απαντήσεις. Ο ένας απάντησε ότι η ηλικία του ασθενούς και οι Ηθικές Αξίες αποτελούν παράγοντες ώστε είτε να αποφασίσει την χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής ή την επιλογή της ευθανασίας, ο άλλος απάντησε ότι η ηλικία του ασθενούς, το στάδιο της ασθένειας και οι Ηθικές αξίες θα τον επηρεάσουν ως προς τον σχηματισμό της βουλήσεώς του και ο τρίτος τόνισε ότι η φύση της ασθένειας θα επηρέαζε την απόφασή του. Κοινός παρονομαστής και για τους δύο είναι οι Ηθικές Αξίες. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (13.α) όπως φαίνεται κατωτέρω.

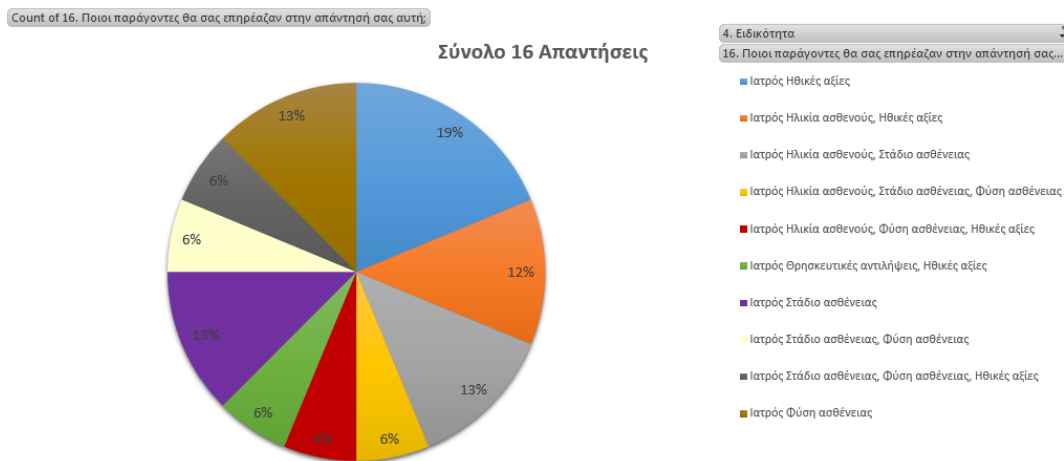
Κυκλικό Διάγραμμα (13.α)



Στην συγκεκριμένη ερώτηση έλαβαν μέρος δέκα έξι (16) Ιατροί και στην πρώτη θέση έρχεται σε ποσοστό δέκα εννιά τοις εκατό (19%) οι Ηθικές Αξίες ως προς την λήψη

απόφασης τους, στην δεύτερη θέση ισοβάθμισαν το στάδιο της ασθένειας και η φύση της ασθένειας, σε ποσοστό δέκα τρία τοις εκατό (13%) και στην Τρίτη θέση, σε ποσοστό δώδεκα τοις εκατό (12%) έρχεται ένας συνδυασμός παραγόντων η ηλικία του ασθενούς και οι Ηθικές Αξίες. Ήτοι συνάγεται ότι πρωταρχικός παράγοντας, για έναν ιατρό ως προς την λήψη της απόφασής του αποτελούν οι Ηθικές Αξίες, εάν προσθέσουμε τα ποσοστά στην πρώτη και στην Τρίτη θέση και αθροιζόμενα το συνολικό ποσοστό ανέρχεται σε τριάντα ένα τοις εκατό (31%), ήτοι τρεις (3) στους δέκα (10). Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (13.β) όπως φαίνεται κατωτέρω.

Κυκλικό Διάγραμμα (13.β)

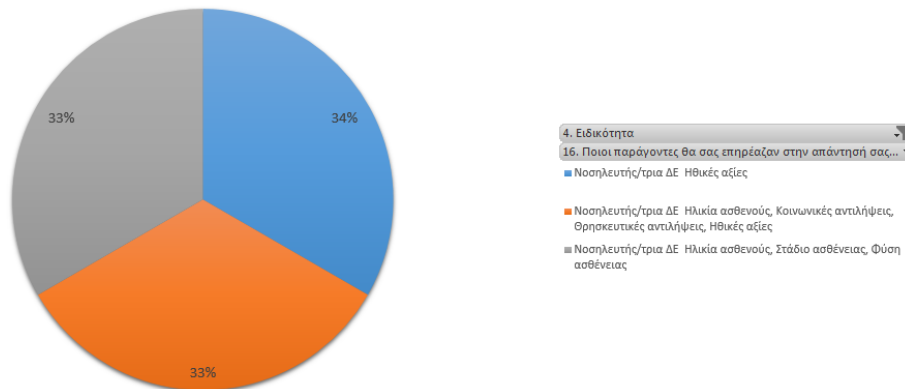


Στην συγκεκριμένη ερώτηση έλαβαν μέρος τρία άτομα (3) Νοσηλεύτες/Νοσηλεύτριες Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης και σε ποσοστό τριάντα τρία τοις εκατό (33,333%) έκαστος δόθηκαν οι εξής απαντήσεις. Ο ένας απάντησε ότι οι ηθικές αξίες τον επηρεάζουν ως προς την απόφαση του, ο άλλος απάντησε ότι είναι συνδυασμός τριών παραγόντων ηλικία ασθενούς, κοινωνικές αντιλήψεις, θρησκευτικές αντιλήψεις και ηθικές αξίες και ο τρίτος απάντησε ότι η ηλικία του ασθενούς, το στάδιο της ασθένειας και η φύση της ασθένειας αποτελούν παράγοντες ως προς την βούλησή του. Και εδώ κοινός παρανομαστής σε ποσοστό εξήντα έξι τοις εκατό (66%) αποτελεί ο παράγοντας ηθικές αξίες. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (13.γ) όπως φαίνεται κατωτέρω.

Κυκλικό Διάγραμμα (13.γ)

Count of 16. Ποιοι παράγοντες θα σας επηρέαζαν στην απάντησή σας αυτή;

Σύνολο 3 Απαντήσεις

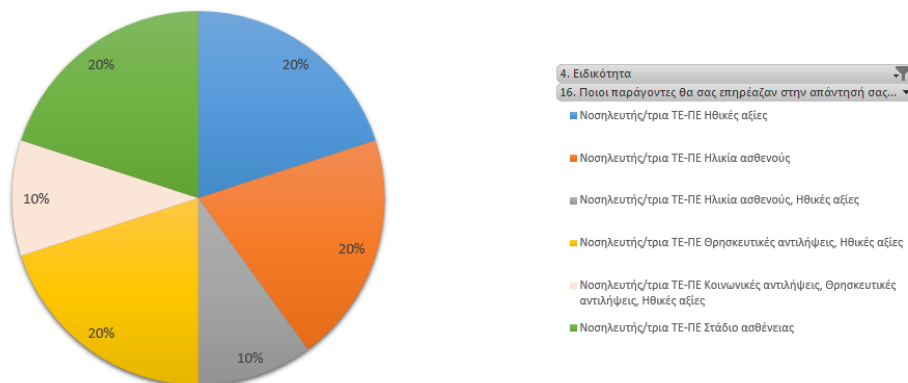


Στην συγκεκριμένη ερώτηση έλαβαν μέρος δέκα (10) άτομα Νοσηλεύτες/Νοσηλεύτριες Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης και αποτελεί αξιοσημείωτο το γεγονός ότι στην πρώτη θέση με ποσοστό είκοσι τοις εκατό (20%) ισοβάθμισαν οι εξής απαντήσεις. Οι ηθικές αξίες απάντησαν δύο άτομα, άλλοι δύο νοσηλεύτες απάντησαν στάδιο ασθένειας, δύο έδωσαν ότι η ηλικία παίζει ρόλο στην απόφασή τους, δόθηκε και ο συνδυασμός δύο παραγόντων οι θρησκευτικές αντιλήψεις και οι ηθικές αξίες. Και ένα άτομο απάντησε συνδυασμό τριών παραγόντων οι κοινωνικές αντιλήψεις, οι θρησκευτικές αντιλήψεις και οι Ηθικές Αξίες και ένας απάντησε το συνδυασμό της ηλικίας και των ηθικών αξιών. Συνάγεται το εξής συμπέρασμα ότι οι έξι (6) στους δέκα (10) Νοσηλεύτες απάντησαν ότι οι Ηθικές αξίες διαδραματίζουν ρόλο στην απόφασή τους και οι τρεις (3) στους δέκα (10) απάντησαν ότι οι θρησκευτικές αντιλήψεις επηρεάζουν την απόφασή τους όπως επίσης και η ηλικία. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (13.δ) όπως φαίνεται κατωτέρω.

Κυκλικό Διάγραμμα (13.δ)

Count of 16. Ποιοι παράγοντες θα σας επηρέαζαν στην απάντησή σας αυτή;

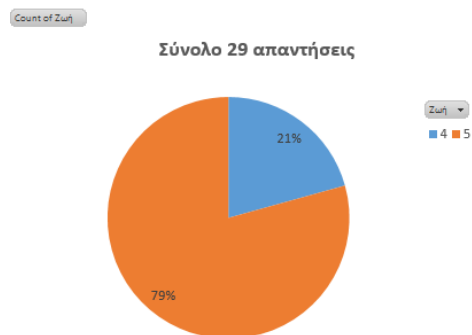
Σύνολο 10 Απαντήσεις



12. Η υπ. αριθμ. δεκαεπτά (17) ερώτηση του ερωτηματολογίου ήταν η εξής: << Με βάση την κλίμακα 1 ως 5 (1=καθόλου σημαντικό, 2= λίγο σημαντικό, 3= σημαντικό, 4= πολύ σημαντικό, 5= πάρα πολύ σημαντικό), πώς θα βαθμολογούσατε τα παρακάτω δικαιώματα του ασθενούς σε σχέση με την ευθανασία; Και οι επιλογές των συμμετεχόντων ως προς την βαθμολογία από το 1 έως και το 5 ΗΤΑΝ ΤΑ ΕΞΗΣ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ, ΖΩΗ, ΥΓΕΙΑ, ΑΞΙΟΠΡΕΠΕΙΑ, ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ

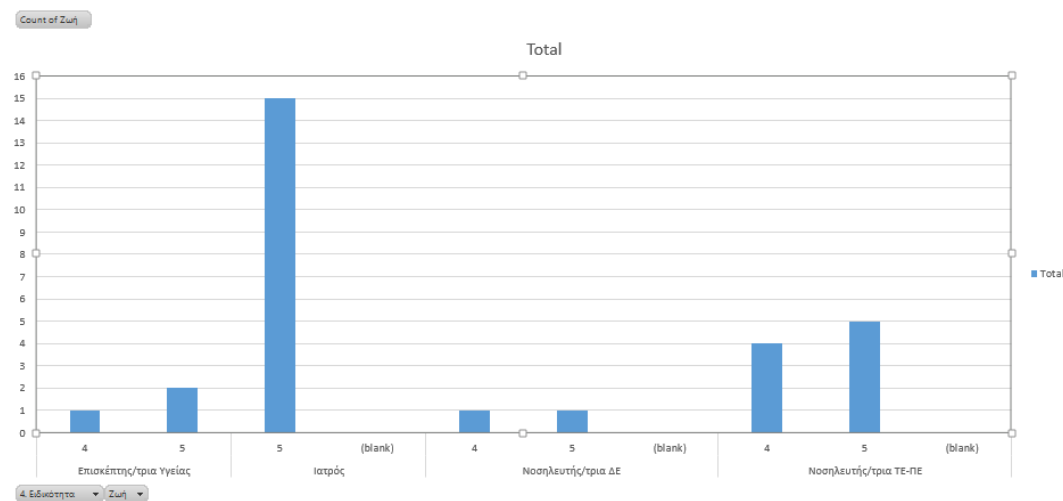
Στην συγκεκριμένη ερώτηση έλαβαν μέρος είκοσι εννιά άτομα (29) και για το δικαίωμα ως προς τη ζωή, το εβδομήντα εννιά τοις εκατό (79%) απάντησε ότι θεωρείται πάρα πολύ σημαντικό και ένα ποσοστό της τάξεως του είκοσι ένα τοις εκατό (21%) απάντησε ότι είναι πολύ σημαντικό. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (14) όπως φαίνεται κατωτέρω.

Κυκλικό Διάγραμμα (14)



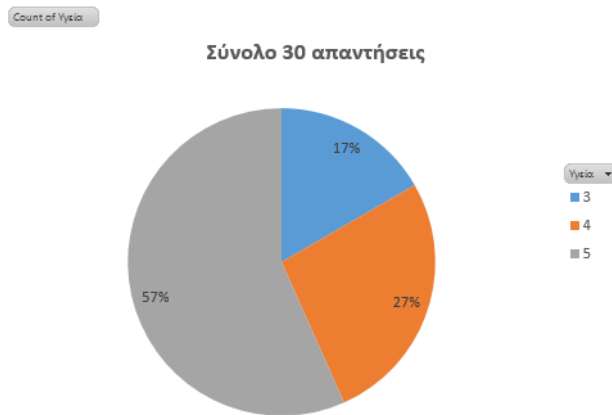
Οι συγκεκριμένες απαντήσεις έχουν απεικονιστεί στο παρακάτω γράφημα με τον αριθμό (14.1), και στον κάθετο άξονα αναγράφεται το πλήθος των ατόμων και στον οριζόντιο άξονα αναγράφεται οι πιθανές απαντήσεις ανά ειδικότητα. (Βλέπε παρακάτω το γράφημα),

Γράφημα (14.1)



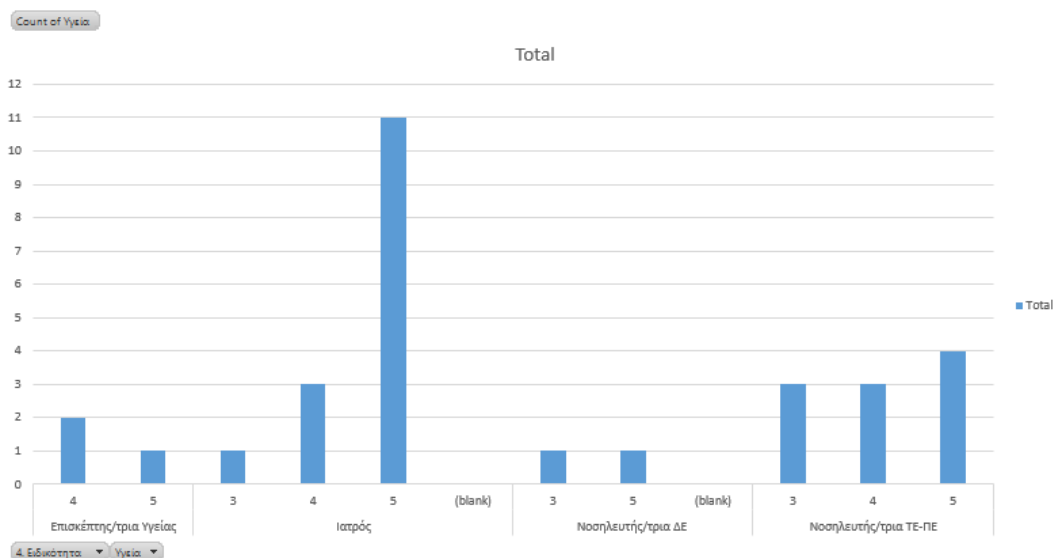
Για το δικαίωμα ως προς την Υγεία, συμμετείχαν τριάντα άτομα (30) και ένα ποσοστό της τάξεως του πενήντα επτά τοις εκατό (57%) απάντησε ότι είναι πάρα πολύ σημαντικό ένα ποσοστό της τάξεως του είκοσι επτά τοις εκατό (27%) απάντησε ότι είναι πολύ σημαντικό και ένα ποσοστό της τάξεως του δέκα επτά τοις εκατό (17%) απάντησε ότι είναι σημαντικό. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (15) όπως φαίνεται κατωτέρω.

Κυκλικό Διάγραμμα (15)



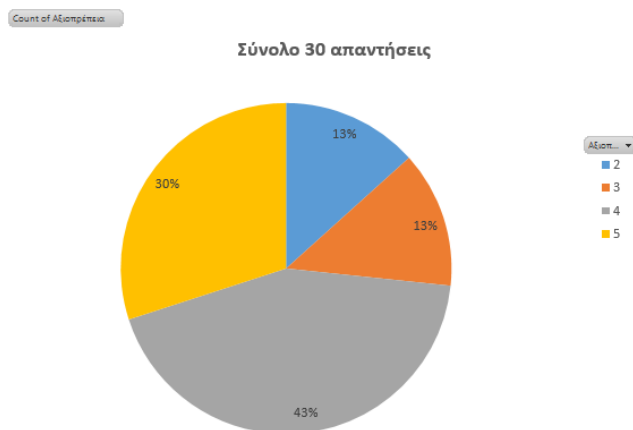
Οι συγκεκριμένες απαντήσεις έχουν απεικονιστεί στο παρακάτω γράφημα με τον αριθμό (15.1), και στον κάθετο άξονα αναγράφεται το πλήθος των ατόμων και στον οριζόντιο άξονα αναγράφεται οι πιθανές απαντήσεις ανά ειδικότητα. (Βλέπε παρακάτω το γράφημα),

Γράφημα (15.1)



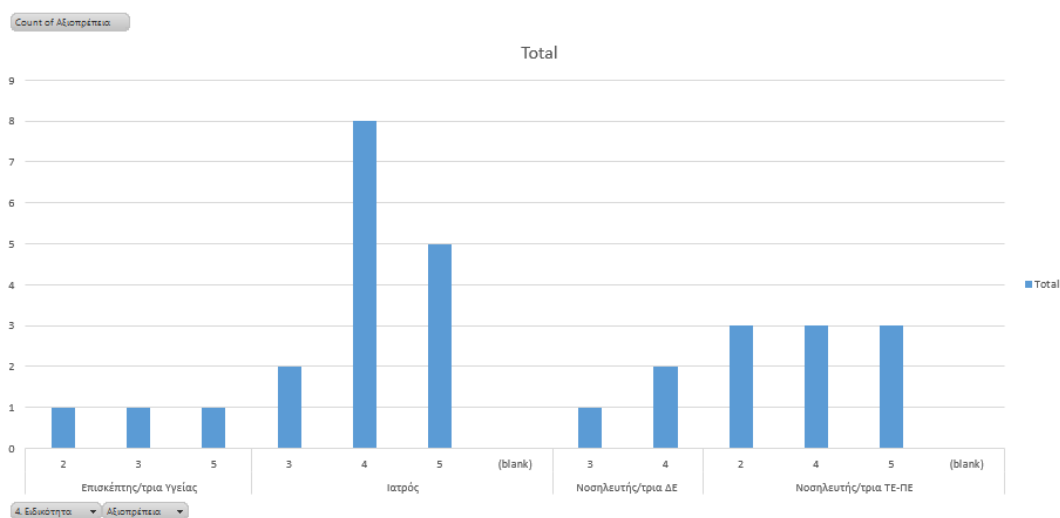
Για το δικαίωμα στην αξιοπρέπεια συμμετείχαν τριάντα άτομα (30) και σε ποσοστό σαράντα τρία τοις εκατό (43%) απάντησαν ότι είναι πολύ σημαντικό, ένα ποσοστό τριάντα τοις εκατό (30%) απάντησε ότι είναι πάρα πολύ σημαντικό, και σε ποσοστό της τάξεως του δέκα τρία τοις εκατό (13%) ισοβάθμισαν οι εξής απαντήσεις λίγο σημαντικό, σημαντικό. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (16) όπως φαίνεται κατωτέρω. Περίπου επτά (7) στους δέκα (10) Επαγγελματίες Υγείας θεωρούν ότι το δικαίωμα στην αξιοπρέπεια είναι πολύ σημαντικό έως πάρα πολύ σημαντικό και συνδέεται άρρηκτά με το δικαίωμα στην ζωή διότι οκτώ (8) στους δέκα (10) το θεωρεί ως υπέρτατο δικαίωμα, το οποίο είναι πάρα πολύ σημαντικό.

Κυκλικό Διάγραμμα (16)



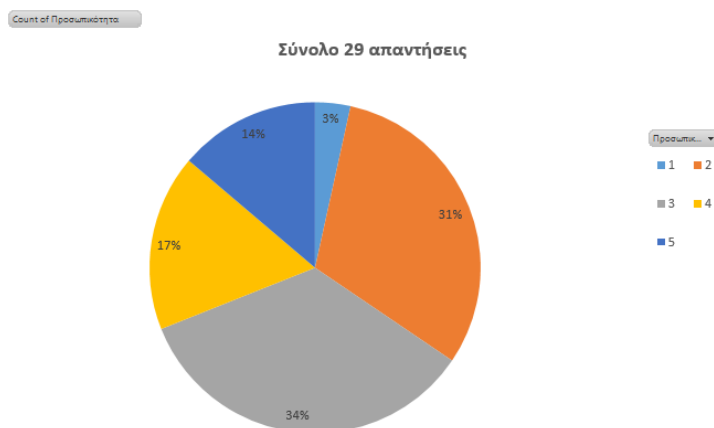
Οι συγκεκριμένες απαντήσεις έχουν απεικονιστεί στο παρακάτω γράφημα με τον αριθμό (16.1), και στον κάθετο άξονα αναγράφεται το πλήθος των ατόμων και στον οριζόντιο άξονα αναγράφεται οι πιθανές απαντήσεις ανά ειδικότητα. (Βλέπε παρακάτω το γράφημα),

Γράφημα (16.1)



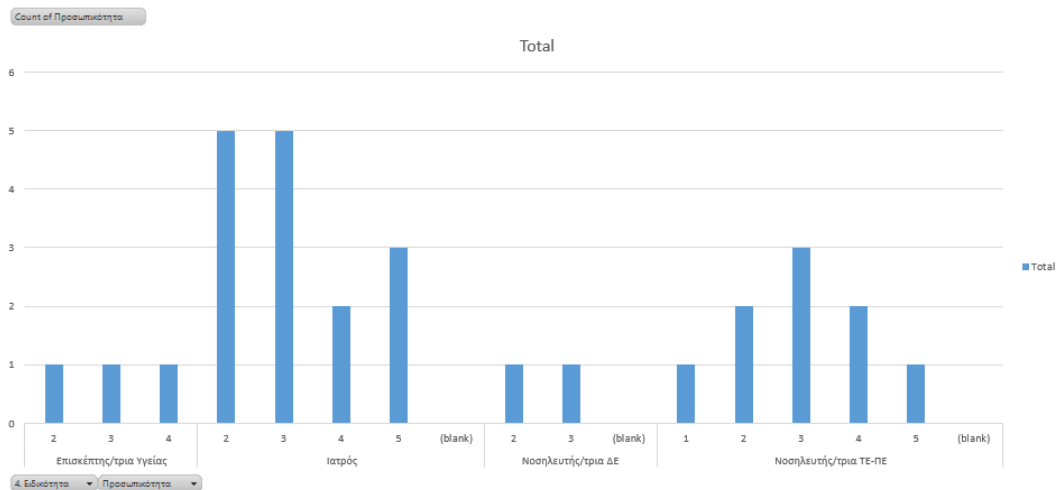
Για το δικαίωμα στην προσωπικότητα συμμετείχαν είκοσι εννιά άτομα (29) και το τριάντα τέσσερα τοις εκατό (34%) απάντησε ότι είναι σημαντικό, το τριάντα ένα τοις εκατό (31%) θεωρεί ότι είναι λίγο σημαντικό, στην Τρίτη θέση αποτυπώνεται ποσοστό της τάξεως του δέκα επτά τοις εκατό (17%), ήτοι θεωρείται πολύ σημαντικό, στην τέταρτη θέση βλέπουμε ποσοστό της τάξεως του δέκα τέσσερα τοις εκατό (14%), ήτοι θεωρείται πάρα πολύ σημαντικό και σε ποσοστό τρία τοις εκατό (3%) θεωρείται καθόλου σημαντικό. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (17) όπως φαίνεται κατωτέρω. Περίπου έξι (6) στους δέκα Επαγγελματίες Υγείας θεωρούν το δικαίωμα στην Προσωπικότητα από λίγο σημαντικό έως σημαντικό και τρεις (3) στους δέκα (10) θεωρούν από πολύ σημαντικό έως πάρα πολύ σημαντικό. Θεωρείται ήσσονος σημασίας σε σχέση με το δικαίωμα στην ζωή, το οποίο κατά ογδόντα τοις εκατό (80%) στο σύνολο των Επαγγελματιών Υγείας θεωρείται ύψιστο αγαθό και το δικαίωμα στην Υγεία υποστηρίζεται από σχεδόν έξι (6) στους δέκα (10) Επαγγελματίες Υγείας.

Κυκλικό Διάγραμμα (17)



Οι συγκεκριμένες απαντήσεις έχουν απεικονιστεί στο παρακάτω γράφημα με τον αριθμό (17.1), και στον κάθετο άξονα αναγράφεται το πλήθος των ατόμων και στον οριζόντιο άξονα αναγράφεται οι πιθανές απαντήσεις ανά ειδικότητα. (Βλέπε παρακάτω το γράφημα),

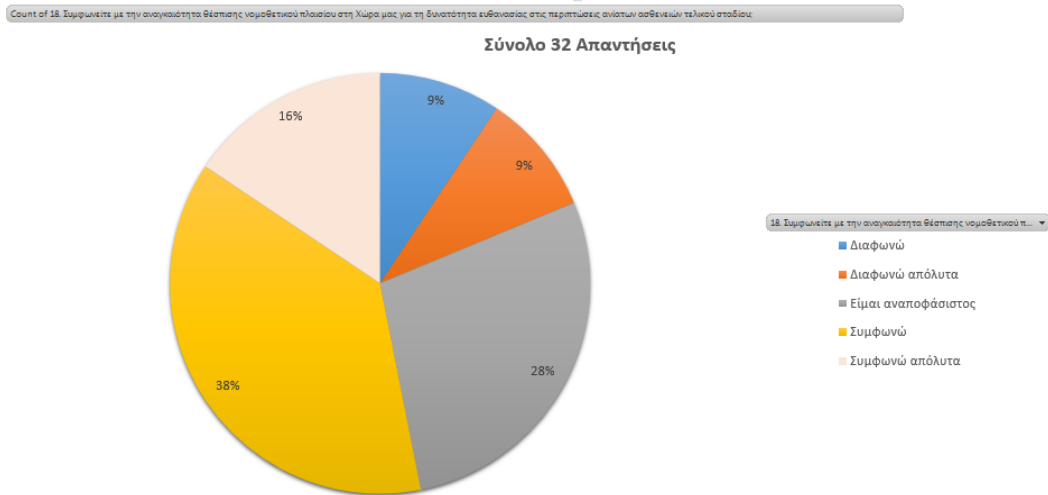
Γράφημα (17.1)



13. Η υπ. αριθμ. δεκαοκτώ (18) ερώτηση του ερωτηματολογίου ήταν η εξής: <<Συμφωνείτε με την αναγκαιότητα θέσπισης νομοθετικού πλαισίου στη Χώρα μας για τη δυνατότητα ευθανασίας στις περιπτώσεις ανίατων ασθενειών τελικού σταδίου;>> Και οι πιθανές απαντήσεις των ερωτηθέντων ήταν ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ, ΔΙΑΦΩΝΩ, ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ, ΣΥΜΦΩΝΩ ΚΑΙ ΕΙΜΑΙ ΑΝΑΠΟΦΑΣΙΣΤΟΣ.

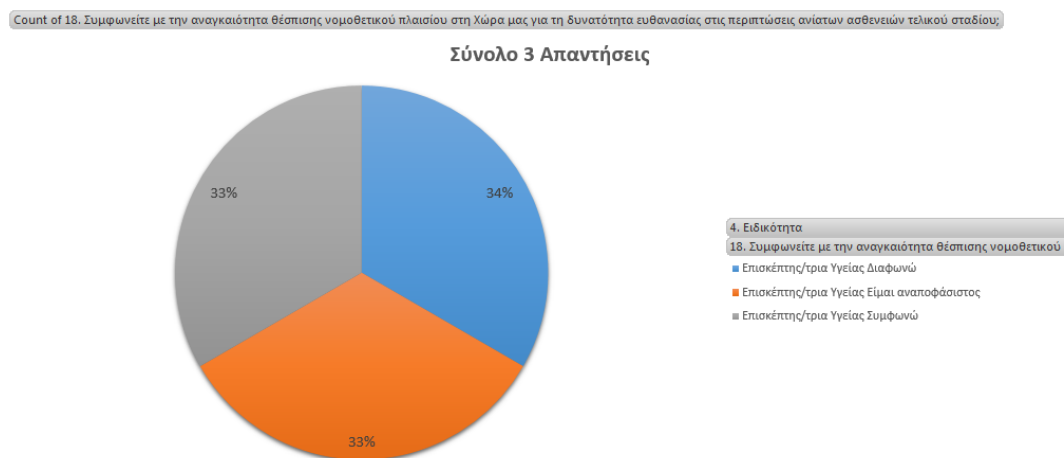
Στην συγκεκριμένη ερώτηση έλαβαν μέρος τριάντα δύο (32) άτομα και σε ποσοστό τριάντα οκτώ τοις εκατό (38%) συμφώνησαν ότι είναι αναγκαία η θεσμοθέτηση νομοθετικού πλαισίου αναφορικά με την δυνατότητα ευθανασίας στις περιπτώσεις ανίατων ασθενειών τελικού σταδίου, το είκοσι οκτώ τοις εκατό (28%) δεν μπορεί να αποφασίσει και ένα ποσοστό της τάξεως του δέκα έξι τοις εκατό (16%) συμφωνεί απόλυτα. Και στην τέταρτη θέση ισοβάθμισαν σε ποσοστό της τάξεως του εννέα τοις εκατό (9%) οι απαντήσεις του διαφωνώ και διαφωνώ απόλυτα. Συνάγεται το συμπέρασμα ότι περίπου οι μισοί εκ των Επαγγελματιών Υγείας είναι αναποφάσιστοι και αρκετοί μάλιστα διαφωνούν ως προς την αναγκαιότητα θεσμοθέτησης νομοθετικού πλαισίου της ευθανασίας στην χώρα μας. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (18) όπως φαίνεται κατωτέρω.

Κυκλικό Διάγραμμα (18)



Στην συγκεκριμένη ερώτηση έλαβαν μέρος τρία (3) άτομα Επισκέπτες/Επισκέπτριες Υγείας και το τριάντα τρία τοις εκατό (33,3333%) κυμάνθηκε έκαστος, μεταξύ των απαντήσεων διαφωνώ, είμαι αναποφάσιστος και συμφωνώ. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (18.α) όπως φαίνεται κατωτέρω.

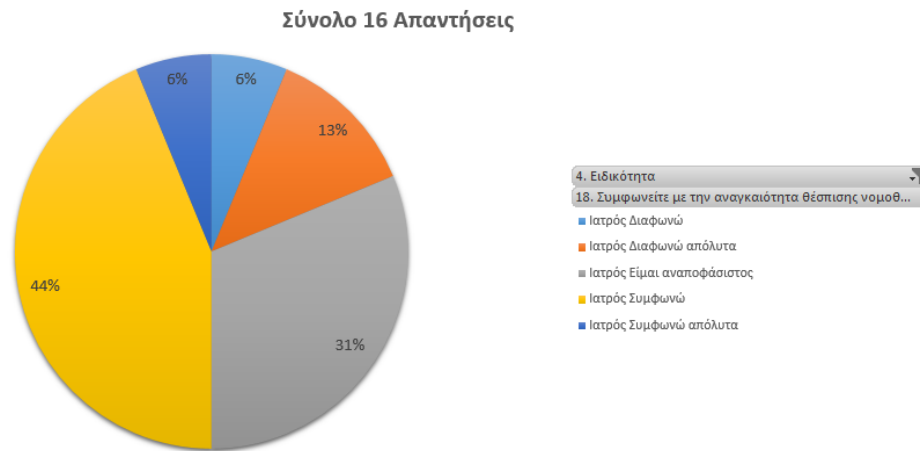
Κυκλικό Διάγραμμα (18.α)



Στην συγκεκριμένη ερώτηση έλαβαν μέρος δέκα έξι (16) Ιατροί, οι οποίοι σε ποσοστό σαράντα τέσσερα τοις εκατό (44%) συμφώνησαν ως προς την αναγκαιότητα θεσμοθέτησης νομοθετικού πλαισίου ευθανασίας, το τριάντα ένα τοις εκατό (31%) είναι αναποφάσιστοι και το δέκα τρία τοις εκατό (13%) διαφωνούν απόλυτα. Στην τελευταία θέση ισοβάθμισαν, με ποσοστό έξι τοις εκατό (6%) οι απαντήσεις διαφωνώ και συμφωνώ απόλυτα. Οι μισοί εκ των Ιατρών είναι αναποφάσιστοι και τείνουν να διαφωνούν έως να διαφωνούς απόλυτα, ήτοι τρεις (3) στους δέκα (10) είναι αναποφάσιστοι, ένας (1) στους δέκα (10) διαφωνεί και άλλος ένας (1) στους δέκα (10) διαφωνεί απόλυτα. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (18.β) όπως φαίνεται κατωτέρω.

Κυκλικό Διάγραμμα (18.β)

Count of 18. Συμφωνείτε με την αναγκαιότητα θέσπισης νομοθετικού πλαισίου στη Χώρα μας για τη δυνατότητα ευθανασίας στις περιπτώσεις ανίατων ασθενειών τελικού στα

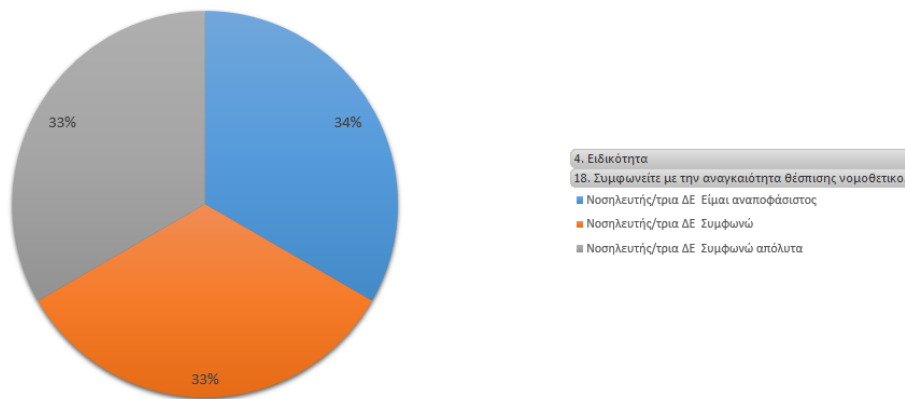


Στην συγκεκριμένη ερώτηση έλαβαν μέρος τρία (3) άτομα Νοσηλεύτριες/Νοσηλεύτριες Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης και έδωσαν έκαστος σε ποσοστό τριάντα τρία τοις εκατό (33,333%) τις εξής απαντήσεις. Ένας (1) στους τρεις (3) συμφώνησε απόλυτα, ο ένας (1) στους τρεις (3) συμφώνησε και ο τρίτος ήταν αναποφάσιστος. Συνάγεται ότι δύο (2) στους τρεις (3) νοσηλεύτριες Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης συμφωνούν να θεσπιστεί νομοθετικό πλαίσιο αναφορικά με την δυνατότητα ευθανασίας. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (18.γ) όπως φαίνεται κατωτέρω.

Κυκλικό Διάγραμμα (18.γ)

Count of 18. Συμφωνείτε με την αναγκαιότητα θέσπισης νομοθετικού πλαισίου στη Χώρα μας για τη δυνατότητα ευθανασίας στις περιπτώσεις ανιάτων ασθενειών τελικού σταδίου.

Σύνολο 3 Απαντήσεις

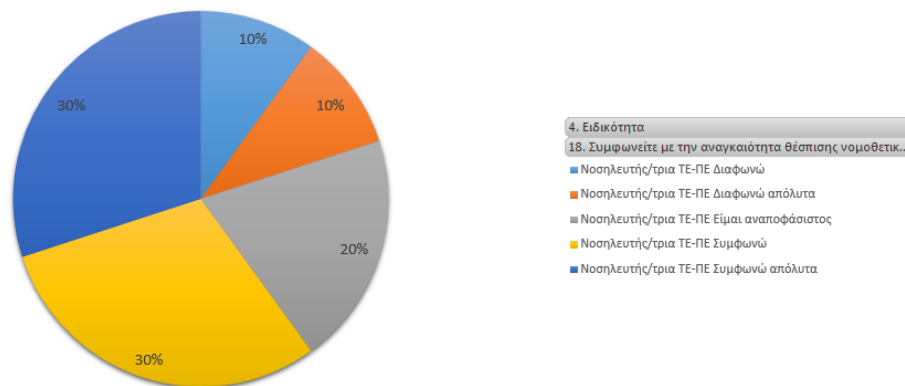


Στην συγκεκριμένη ερώτηση έλαβαν μέρος δέκα (10) Νοσηλευτές/ Νοσηλεύτριες Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης και σε ποσοστό τριάντα τοις εκατό (30%) στην πρώτη θέση ισοβάθμισαν οι εξής απαντήσεις, συμφωνώ απόλυτα και συμφωνώ. Στην δεύτερη θέση, σε ποσοστό είκοσι τοις εκατό (20%) δύο άτομα είναι αναποφάσιστα και στην Τρίτη θέση σε ποσοστό δέκα τοις εκατό (10%) ισοβάθμισαν οι απαντήσεις διαφωνώ και διαφωνώ απόλυτα. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (18.δ) όπως φαίνεται κατωτέρω.

Κυκλικό Διάγραμμα (18.δ)

Count of 18. Συμφωνείτε με την αναγκαιότητα θέσπισης νομοθετικού πλαισίου στη Χώρα μας για τη δυνατότητα ευθανασίας στις περιπτώσεις ανιάτων ασθενειών τελικού σταδίου.

Σύνολο 10 Απαντήσεις

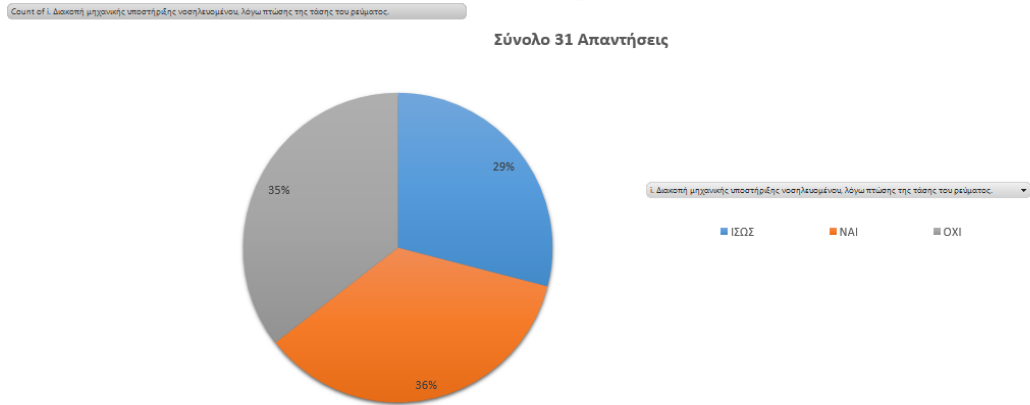


14. Για την υπ.αριθμ. δεκαεννέα (19) ερώτηση του ερωτηματολογίου ήταν η εξής: Ερωτήθηκαν οι συμμετέχοντες αναφορικά ποια είναι η γνώμη τους σε περιπτώσεις παθητικής ευθανασίας ασθενούς ευρισκόμενου σε τελικό στάδιο αναφορικά εάν **ΝΑΙ**, υφίσταται Ιατρικό Σφάλμα, **ΌΧΙ**, δεν υφίσταται Ιατρικό Σφάλμα και **ΎΣΩΣ** υφίσταται Ιατρικό Σφάλμα (μπορεί και ναι μπορεί και όχι)

- Διακοπή μηχανικής υποστήριξης νοσηλευομένου, λόγω πτώσης της τάσης του ρεύματος.

Συμμετείχαν στην συγκεκριμένη ερώτηση τριάντα δύο άτομα (32) και το τριάντα έξι τοις εκατό (36%) έκρινε ότι είναι ιατρικό σφάλμα, το τριάντα πέντε τοις εκατό (35 %) απάντησε ότι δεν είναι ιατρικό σφάλμα και ένα ποσοστό της τάξεως του είκοσι εννιά τοις εκατό (29%) είπε ότι μπορεί και να είναι. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (19) όπως φαίνεται κατωτέρω.

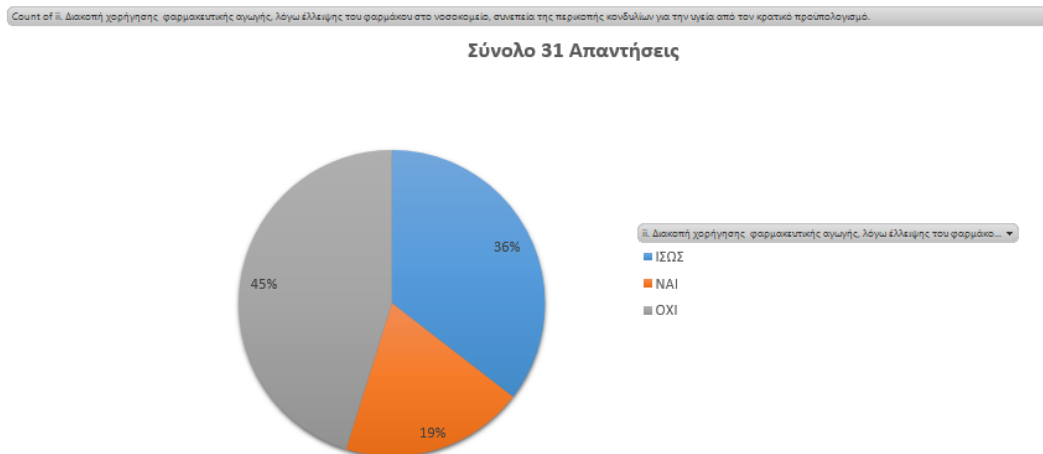
Κυκλικό Διάγραμμα (19)



- Διακοπή χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής, λόγω έλλειψης του φαρμάκου στο νοσοκομείο, συνεπεία της περικοπής κονδυλίων για την υγεία από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Συμμετείχαν στην συγκεκριμένη ερώτηση τριάντα ένα (31) άτομα και το σαράντα πέντε τοις εκατό (45%) απάντησε ότι δεν είναι ιατρικό σφάλμα, ένα τριάντα έξι τοις εκατό (36%) απάντησε ότι μπορεί και να είναι και ένα δέκα εννιά τοις εκατό (19%) απάντησε ότι είναι. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (20) όπως φαίνεται κατωτέρω.

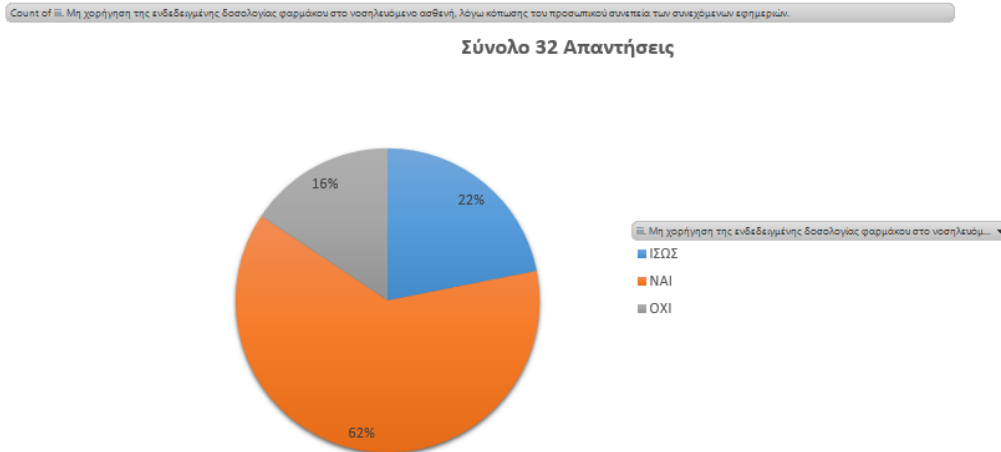
Κυκλικό Διάγραμμα (20)



- Μη χορήγηση της ενδεδειγμένης δοσολογίας φαρμάκου στο νοσηλευόμενο ασθενή, λόγω κόπωσης του προσωπικού συνεπεία των συνεχόμενων εφημεριών.

Συμμετείχαν στην συγκεκριμένη ερώτηση τριάντα δύο (32) άτομα και ένα ποσοστό της τάξεως του εξήντα δύο τοις εκατό (62%) απάντησε ότι είναι Ιατρικό σφάλμα, ένα ποσοστό είκοσι δύο τοις εκατό (22%) απάντησε ότι πιθανόν να είναι και ένα ποσοστό της τάξεως του δέκα έξι τοις εκατό (16%) απάντησε ότι δεν είναι. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (21) όπως φαίνεται κατωτέρω.

Κυκλικό Διάγραμμα (21)



- Ασθενής ευρισκόμενος σε κώμα για μεγάλο χρονικό διάστημα βρίσκει στιγμιαία τις αισθήσεις του και εκλιπαρεί τον ιατρό να μην του χορηγήσει άλλη δόση της φαρμακευτικής αγωγής που παίρνει, κι εκείνος το πράττει με αποτέλεσμα ο ασθενής να αποβιώσει.

Συμμετείχαν στην συγκεκριμένη ερώτηση τριάντα δύο (32) άτομα και ένα ποσοστό της τάξεως του πενήντα έξι τοις εκατό (56%) απάντησε ότι είναι Ιατρικό Σφάλμα, ένα ποσοστό της τάξεως του τριάντα ένα τοις εκατό (31%) απάντησε ότι δεν είναι ιατρικό σφάλμα και ένα ποσοστό της τάξεως του δέκα τρία τοις εκατό (13%) έκρινε ότι πιθανόν να είναι. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (22) όπως φαίνεται κατωτέρω.

Κυκλικό Διάγραμμα (22)



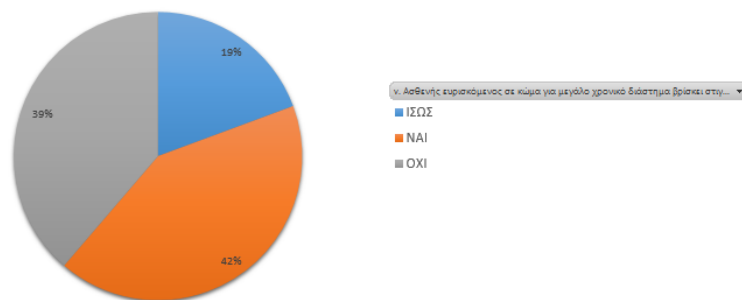
- Ασθενής ευρισκόμενος σε κώμα για μεγάλο χρονικό διάστημα βρίσκει στιγμιαία τις αισθήσεις του και εκλιπαρεί τον ιατρό να μην του χορηγήσει άλλη δόση της φαρμακευτικής αγωγής που παίρνει, εκείνος το πράττει και ο ασθενής αποβιώνει από άλλη αιτία, όμως.

Συμμετείχαν στην συγκεκριμένη ερώτηση τριάντα ένα (31) άτομα και το σαράντα δύο τοις εκατό (42%) έκρινε ότι είναι Ιατρικό Σφάλμα, ένα ποσοστό της τάξεως του τριάντα εννιά τοις εκατό (39%) απάντησε ότι δεν είναι ιατρικό σφάλμα και ένα ποσοστό της τάξεως του δέκα εννιά τοις εκατό (19%) απάντησε ότι πιθανόν να είναι. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (23) όπως φαίνεται κατωτέρω.

Κυκλικό Διάγραμμα (23)

Count of v. Ασθενής ευρισκόμενος σε κώμα για μεγάλο χρονικό διάστημα βρίσκει στιγμιαία τις αισθήσεις του και εκλιπαρεί τον ιατρό να μην του χορηγήσει άλλη δόση της φαρμακευτικής αγωγής που παίρνει, εκείνος το πράττει και ο ασθενής α

Σύνολο 31 Απαντήσεις



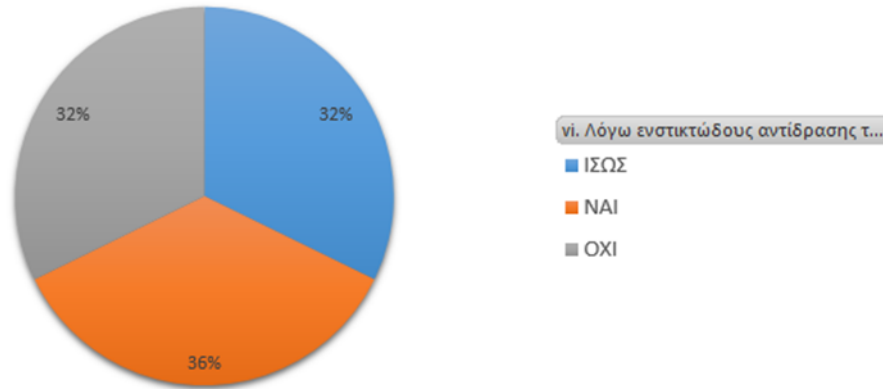
- Λόγω ενστικτώδους αντίδρασης του ασθενούς, αποσυνδέεται το μηχάνημα υποστήριξης της αναπνευστικής του λειτουργίας και πριν προλάβει να το αντιληφθεί το προσωπικό του νοσοκομείου και να επέμβει, εκείνος αποβιώνει.

Συμμετείχαν στην συγκεκριμένη ερώτηση τριάντα δύο (31) άτομα και ένα ποσοστό της τάξεως του τριάντα έξι τοις εκατό (36%) απάντησε ότι είναι ιατρικό σφάλμα, ένα ποσοστό της τάξεως του τριάντα δύο τοις εκατό (32%) απάντησε ότι δεν είναι ιατρικό σφάλμα και ένα ποσοστό της τάξεως του τριάντα δύο τοις εκατό (32%) απάντησε ότι μπορεί να είναι ιατρικό σφάλμα. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (24) όπως φαίνεται κατωτέρω.

Κυκλικό διάγραμμα (24)

Count of vi. Λόγω ενστικτώδους αντίδρασης του ασθενούς, αποσυνδέεται το μηχάνημα υποστήριξης της αναπνευστικής

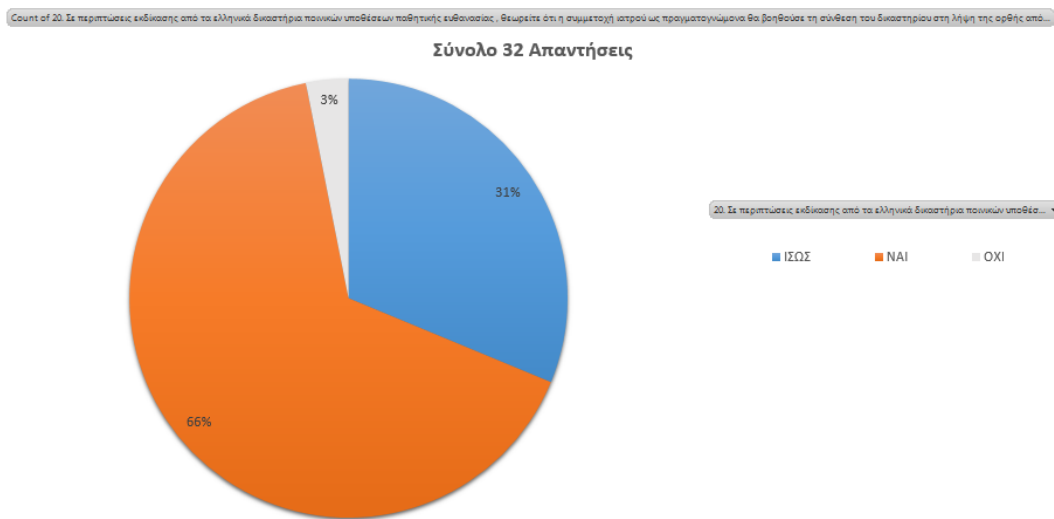
Σύνολο 31 Απαντήσεις



15. Η υπ. αριθμ. εικοστή (20) ερώτηση του ερωτηματολογίου ήταν η εξής: << Σε περιπτώσεις εκδίκασης από τα ελληνικά δικαστήρια ποινικών υποθέσεων παθητικής ευθανασίας, θεωρείτε ότι η συμμετοχή ιατρού ως πραγματογνώμονα θα βοηθούσε τη σύνθεση του δικαστηρίου στη λήψη της ορθής απόφασης;>> Και οι πιθανές απαντήσεις για τους ερωτηθέντες ήταν ΝΑΙ, ΟΧΙ ΚΑΙ ΙΣΩΣ.

Συμμετείχαν στην συγκεκριμένη ερώτηση τριάντα δύο (32) άτομα και ένα συντριπτικό ποσοστό της τάξεως του εξήντα έξι τοις εκατό (66%) απάντησε θετικά, ένα ποσοστό της τάξεως του τριάντα ένα τοις εκατό (31%) και ένα ποσοστό του τρία τοις εκατό (3%) απάντησε αρνητικά. Το περιγραφέν αποτέλεσμα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο Κυκλικό Διάγραμμα με τον αριθμό (25) όπως φαίνεται κατωτέρω.

Κυκλικό Διάγραμμα (25)



8.2: Συζήτηση

Από την ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας προκύπτει ότι η ευθανασία ως θεσμός δεν είναι κατοχυρωμένος νομοθετικά στην Ελλάδα ακόμη, σε αντίθεση με τους εταίρους μας στην Ευρωπαϊκή Ένωση, στους οποίους υπό προϋποθέσεις εφαρμόζεται ο θεσμός της ευθανασίας σε ασθενείς, οι οποίοι πάσχουν από ανίατες ασθένειες και δεν υπάρχει περίπτωση να βελτιωθεί η υγεία τους. Πιο συγκεκριμένα στις χώρες, της Ολλανδίας, του Βελγίου, του Λουξεμβούργου και του Ηνωμένου Βασιλείου, όπως έχει περιγραφεί ανωτέρω στο Πέμπτο Κεφάλαιο, έχει καθιερωθεί από τον αντίστοιχο Ιατρικό Σύλλογο, η διαθήκη θανάτου, ένα ετήσιο έντυπο το οποίο εκδίδεται από τον τελευταίο και έχει υπογραφεί από τον ασθενή και σε περίπτωση ευθανασίας, λειτουργεί ως επιχείρημα που απαλλάσσει τον Ιατρό, σε περίπτωση παραπομπής ενώπιον Δικαστηρίου. Ενώ στην Ελβετία η υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι νόμιμη (*Death and Dying: End-of-Life Controversies, 2010*).

Σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, όπως η Γερμανία, η Γαλλία, αποτέλεσε αφορμή, ώστε, να ξεκινήσουν προσπάθειες και ο θεσμός της Ευθανασίας να κατοχυρωθεί νομοθετικά, από την έκδοση δικαστικών αποφάσεων σε εθνικό και Ευρωπαϊκό επίπεδο. Εν αντιθέσει με την χώρα μας, στην οποία η νομολογία μας είναι φτωχή αναφορικά με αυτό το ζήτημα, το οποίο είναι αμφιλεγόμενης κριτικής και έντονων διαξιφισμών εντός των κύκλων του Ιατρικού Κόσμου και όχι μόνο. Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, μόνο σε δύο πολιτείες (Ορεγκον, Ουάσινγκτον) ισχύει ο θεσμός αυτός υπό προϋποθέσεις και το δικαιοκώ σύστημα σε κάθε πολιτεία είναι διαφορετικό, ανεξαρτήτου του Ομοσπονδιακού τρόπου

νομοθέτησης, ο οποίος είναι ενιαίος, με αποτέλεσμα, σε περίπτωση δίωξης των Επαγγελματιών Υγείας, να εκδίδονται αντιφατικές δικαστικές αποφάσεις και οι τελευταίοι να μένουν ατιμώρητοι. Η περίπτωση του Καναδά είναι διαφορετική από των Η.Π.Α και στο συγκεκριμένο ζήτημα είναι πολύ αυστηροί στην επιβολή κυρώσεων. Ενώ στην Ινδία, ο θεσμός της ευθανασίας, παρά τις έντονες συζητήσεις που ξεκίνησαν, λόγω του περιστατικού της Ινδής νοσοκόμας Αρούνας Σανμπάγκ, άνοιξε ο δρόμος για να κατοχυρωθεί ο θεσμός της ευθανασίας.

Διακρίνουμε ότι η Ευρώπη, η οποία συνασπίστηκε με την ένωση αρχικά κάποιων Κρατών, με σκοπό την παύση των εχθροπραξιών, (Α' και Β' Παγκόσμιος Πόλεμος) Βελγίου, Ολλανδίας, Λουξεμβούργου, Γερμανίας, Ιταλίας, Γαλλίας από τις 9/5/1951 με την διακήρυξη του Robert Schuman, λόγω της ίδρυση της (Ε.Κ.Α.Χ) και την μετέπειτα ίδρυση της Ε.Ο.Κ., που αποτελεί θεματοφύλακα των αρχών της δημοκρατίας, των ελευθεριών και των δικαιωμάτων του ανθρώπου, παρά ταύτα είναι εντελώς αντίθετη στα ζητήματα ζωής και Υγείας των ανθρώπων και αρκετά εκ των κρατών της δρουν εντελώς φιλελεύθερα, εν αντιθέσει με την χώρα μας, διότι η έρευνα που ακολούθησε, με συμμετέχοντες Επαγγελματίες Υγείας ανέδειξε ότι το σημαντικότερο αγαθό του ανθρώπου είναι η ζωή.

Το ιατρικό σφάλμα σε περιπτώσεις παθητικής ευθανασίας, δια γυμνού οφθαλμού, όπως αναφέρθηκε παραπάνω δεν είναι ευδιάκριτο και απαιτείται η συναίνεση του ασθενούς, η οποία σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να αντικατασταθεί από την συγκατάθεση των οικείων του, αλλά η τελευταία αποτελεί βάσιμο λόγο, υπό προϋποθέσεις αναγνώρισης ελαφρυντικών περιστάσεων. Εάν ο Ιατρός, ή οποιοδήποτε μέλος του Ιατρικού και Παραϊατρικού Προσωπικού, προβεί στην διακοπή των υποστηρικτικών μέσων για την διατήρηση της ζωής (Χουντουμάδη-Πατεράκη, 2008), είτε παραλείπει να προβεί στην σίτιση του ασθενούς, είτε αμελήσει στην ενδεδειγμένη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής τότε απαλλάσσεται, εάν επικαλεστεί ότι η αξιοπρέπεια του ασθενούς είναι δικαίωμά του μείζονος σημασίας, σε αντίθεση με την ζωή του. Ασφαλώς έρχεται αντιμέτωπος, ο κάθε Επαγγελματίας Υγείας με τον Όρκο του Ιπποκράτη, που οφείλει να τον τηρεί απαρέγκλιτα, την επιστημονική του κατάρτιση από την μία πλευρά και τα συναισθήματα, τα ηθικά διλήμματα, τις κοινωνικές και ηθικές αντιλήψεις, σχετικά με την ζωή, την υγεία, από την άλλη πλευρά. Πράγματι τα ευρήματα της έρευνας μας έδειξαν ότι οι Επαγγελματίες Υγείας, δεν είναι μόνο επιστήμονες αλλά και άνθρωποι και επηρεάζονται από πολλούς ενδογενείς παράγοντες ταυτόχρονα.

Επίσης δόθηκαν στους συμμετέχοντες κάποιες υποθέσεις εργασίας εάν υφίσταται νομικό σφάλμα σε περιπτώσεις παθητικής ευθανασίας, και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι είναι απόλυτα συνειδητοποιημένοι ως προς την έννοια του Ιατρικού σφάλματος, διότι αναγνώρισαν στις περισσότερες εκ των υποθέσεων εργασίας ότι είναι ιατρικά σφάλματα, και αποδεικνύεται ότι είναι απόλυτα προσηλωμένοι στο λειτούργημά τους, προασπίζοντας το αγαθό της Ζωής, το οποίο θέτουν ως προτεραιότητα για την προστασία του.

Στην συγκεκριμένη έρευνα έλαβαν μέρος τριάντα δύο (32) άτομα, από είκοσι πέντε ετών και άνω, όλοι Επαγγελματίες Υγείας και είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι οι τρεις (3) στους τέσσερις (4), περίπου το εβδομήντα πέντε τοις εκατό (75 %) έχουν εμπειρία στον εργασιακό τους χώρο, από πέντε (5) έως είκοσι (20) έτη, όπως φαίνεται στο κυκλικό διάγραμμα (2) .

Από την έρευνά μας εξήχθη ότι κατά ένα μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων γνώριζαν την διάκριση της παθητικής ευθανασίας με την αντίστοιχη ενεργητική, όπως φαίνεται στο κυκλικό διάγραμμα με τον αριθμό (3), δηλαδή ήτοι οκτώ (8) στους δέκα (10) Επαγγελματίες Υγείας, είχαν ξεκάθαρη εικόνα της συγκεκριμένης διάκρισης και αυτό φαίνεται από το γεγονός ότι η απάντηση ΙΣΩΣ είχε ποσοστό δέκα τοις εκατό (10%), το οποίο αποτυπώνεται στο κυκλικό διάγραμμα με τον αριθμό (3.β), στους Ιατρούς, στο οποίο ένα ποσοστό δέκα εννιά τοις εκατό (19%), πιθανόν να μην έχει ξεκάθαρη εικόνα, εν αντιθέσει με τις υπόλοιπες ειδικότητες, κυκλικά διαγράμματα (3.α), (3.γ), (3.δ). Αξιοσημείωτο παραμένει το γεγονός, και θα πρέπει να αναφερθεί, αναφορικά με την επόμενη ερώτηση, (έβδομη) ότι ένα μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων στην έρευνα δεν είχε αντιμετωπίσει στον εργασιακό του βίο περιστατικά ευθανασίας. Περίπου οκτώ (8) στους δέκα (10), ήτοι σε ποσοστό εβδομήντα επτά τοις εκατό (77%) εκ του συνόλου των Επαγγελματιών Υγείας δεν είχαν αντιμετωπίσει τέτοιου είδους περιστατικά, όπως φαίνεται από το κυκλικό διάγραμμα (4). Το συγκεκριμένο εύρημά μας, σε συνδυασμό με την έκτη (6) ερώτηση δείχνει ότι είναι πλήρως ενημερωμένοι, για την συγκεκριμένη διάκριση των δύο εννοιών, από άλλους παράγοντες, εκτός της εργασιακής τους εμπειρίας. Σε έρευνα που έγινε στον υγειονομικό τομέα της περιοχής του Ηρακλείου της Κρήτης, σε δύο Νοσηλευτικά ιδρύματα (*Το Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΠΕΠΑΓΝΗ το οποίο περιλαμβάνει τις εξής μονάδες: ΜΕΘ ενηλίκων, ΜΕΠΚ, ΜΕΘ παιδών, ΜΕΘ νεογνών και το Βενιζέλειο Νοσοκομείο Ηρακλείου ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ, το οποίο περιλαμβάνει αντίστοιχα, τη ΜΕΘ ενηλίκων και ΜΕΘ νεογνών.*)¹³⁸ το επίπεδο των γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού, τόσο για τη θεωρία όσο και τη νομοθεσία τη σχετική με την ευθανασία, είναι αρκετά ικανοποιητικό, οι περισσότεροι έχουν ως κύρια πηγή τα ΜΜΕ (61,5%). Το ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού που έχει ενημερωθεί από τον ημερήσιο τύπο ανέρχεται στο 47,4%, ενώ από τη βασική τους εκπαίδευση στο 43,6% αντίστοιχα. Στην έρευνά μας, οι Νοσηλευτές/ Νοσηλεύτριες Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης σε ποσοστό εβδομήντα τοις εκατό (70%) γνώριζαν την διάκριση μεταξύ των δύο εννοιών, παρά το γεγονός ότι εννέα (9) στους δέκα (10) δεν έχουν αντιμετωπίσει τέτοιου είδους περιστατικά.

138. Μπιτζαράκη Σ., Τσιλιλή Α., Φανταουτσάκη Μ. (2008) ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:<< Η στάση των νοσηλευτών απέναντι στην ευθανασία και οι παράγοντες που την επηρεάζουν>>, Ηράκλειο, Επιβλέπων Καθηγητής: Παχούμη Δ.

Σύμφωνα με προηγούμενες έρευνες, το ποσοστό γνώσεων από τα ΜΜΕ ήταν αρκετά χαμηλότερο 52,9%, ενώ οι γνώσεις από τις βασικές σπουδές είναι λιγότερες (24,7%) και ακόμη λιγότερες από τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και τις μεταπτυχιακές σπουδές (22,4%).

Τα ευρήματα στην ένατη (9) ερώτηση του ερωτηματολογίου είναι εντυπωσιακά. Οι μισοί περίπου εκ των Επαγγελματιών Υγείας, (44%) κυκλικό διάγραμμα (6) θα έρχονταν αντιμέτωποι με το ηθικό δίλημμα της αφαίρεσης ανθρώπινης ζωής, παρά το γεγονός ότι τέθηκε ως όρος, η υπόθεση εργασίας, <<εφόσον αυτή, (η ευθανασία), είναι νόμιμη>> και σχεδόν οι άλλοι μισοί (44%), απάντησαν ότι πιθανόν να έρχονταν αντιμέτωποι.

Οι Νοσηλεύτές/ Νοσηλεύτριες Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης απάντησαν, σε ποσοστό εξήντα επτά τοις εκατό (67%), ήτοι οι δύο (2) στους τρεις (3) ότι θα έρχονταν αντιμέτωποι με αυτό το ηθικό δίλημμα, όπως φαίνεται στο κυκλικό διάγραμμα (6.γ).

Αναφορικά με τους Νοσηλεύτές/ Νοσηλεύτριες Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης στο κυκλικό διάγραμμα (6.δ), σε ποσοστό σαράντα τοις εκατό (40%) απάντησαν ότι θα έρχονταν αντιμέτωποι με το ηθικό δίλημμα αφαίρεσης ανθρώπινης ζωής και οι μισοί απάντησαν ότι πιθανόν να έρχονταν αντιμέτωποι.

Σε σχετική ερώτηση σε έρευνα που διεξήχθη, στον υγειονομικό τομέα του Ηρακλείου, όπως έχει αναφερθεί παραπάνω, σχετικά με το αν θα διέπρατταν ευθανασία, αν ήταν νόμιμο, η πλειοψηφία του νοσηλευτικού προσωπικού απάντησε ότι θα ήταν δύσκολο έως αδύνατο.

Στο κρίσιμο ερώτημα για το αν εγκρίνουν την ευθανασία, ως γενικό όρο, οι Έλληνες νοσηλευτές τάσσονται κατά, σε ποσοστό 65,1%, σε μελέτη, που συμπεριελήφθησαν 212 νοσηλευτές από τέσσερα 4 Γενικά Νοσοκομεία της Αττικής, Κοργιαλένιο - Μπενάκειο, Ιπποκράτειο, Λαϊκό και Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας - Αγία Όλγα¹³⁹.

Στην παρούσα έρευνα, σε σχετική ερώτησή μας, την δωδέκατη (12) σχετικά: <<εάν υπήρχε η δυνατότητα επιλογής, βάσει της ειδικότητας σας, σε διαδικασίας ευθανασίας ασθενούς, εφόσον αυτήν ήταν νόμιμη θα συμπράττατε;>> το συντριπτικό ποσοστό της τάξεως του σαράντα επτά τοις εκατό (47%) δεν θα προέβαινε σε διαδικασία ευθανασίας, ήτοι σχεδόν οι μισοί εκ των Επαγγελματιών Υγείας. Ένα ποσοστό της τάξεως του είκοσι οκτώ τοις εκατό (28%) πιθανόν να το έπραττε, και ένα ποσοστό της τάξεως του είκοσι πέντε τοις εκατό (25%) να το

139. Κακάμπουρας Μ., Κολοβός Η., Λιακόπουλος Ι., (Νοσηλευτές Τ.Ε.) Χριστοπούλου Ι., (Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Α', Α.Τ.Ε.Ι Αθήνας) (Απρίλιος - Ιούνιος 2010) **ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ** (Τόμος 9ος, Τεύχος 2^ο) **ΕΡΕΥΝΑ (Το ηθικό δίλημμα της ευθανασίας: Διερεύνηση της άποψης των νοσηλευτών έναντι του διλήμματος..)**

έπραττε, όπως φαίνεται στο κυκλικό διάγραμμα (9).

Οι Νοσηλευτές/ Νοσηλεύτριες Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, σε απόλυτο ποσοστό εκατό τοις εκατό (100%) δεν θα προέβαιναν, κυκλικό διάγραμμα (9.γ) και οι Νοσηλευτές/ Νοσηλεύτριες Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης σε ποσοστό σαράντα τοις εκατό (40%) έχουν όμοια στάση, κυκλικό διάγραμμα (9.δ). Δηλαδή, όλοι οι Νοσηλευτές/ Νοσηλεύτριες στην έρευνα μας σε ποσοστό εβδομήντα τοις εκατό (70%) δεν θα διέπρατταν ευθανασία, εφόσον είχαν την επιλογή, με την προϋπόθεση να ήταν νόμιμη. Και το συγκεκριμένο ποσοστό είναι περίπου το ίδιο με το 65,1%, σε μελέτη, που συμπεριελήφθησαν 212 νοσηλευτές από τέσσερα 4 Γενικά Νοσοκομεία της Αττικής, Κοργιαλένειο - Μπενάκειο, Ιπποκράτειο, Λαϊκό και Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας - Αγία Όλγα. Στην ίδια έρευνα αναφορικά με τη στάση των νοσηλευτών έναντι των τριών μορφών της ευθανασίας παρατηρούμε πως τάσσονται κατά αυτών και αναλυτικότερα είναι αρνητικοί στην ενεργητική ευθανασία σε ποσοστό 84,4%, στην παθητική σε ποσοστό 57,5% και στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία σε ποσοστό 84%. Σε παλαιότερη έρευνα της Γκίκα οι νοσηλευτές τάσσονταν υπέρ της παθητικής ευθανασίας σε ποσοστό έντεκα κόμμα οκτώ τοις εκατό (11,8%) και κατά σε ποσοστό της τάξεως του ογδόντα οκτώ κόμμα δύο τοις εκατό (88,2%)¹⁴⁰. Σε έρευνα των Pateralou E., Vardanas C., Fioraki I., το 51% των νοσηλευτών είναι αρνητικό στην παθητική ευθανασία εφόσον θα ήταν νόμιμοι¹⁴¹.

Τα ποσοστά της δωδέκατης (12) ερώτησης αναφορικά για τους Ιατρούς είναι μειωμένα, σε σχέση με τους Νοσηλευτές/ Νοσηλεύτριες στο σύνολο τους, παρά το γεγονός ότι οι Ιατροί ως δείγμα είναι περισσότεροι. Το ποσοστό τους είναι τριάντα οκτώ τοις εκατό (38%), και αφορά ότι δεν θα προέβαιναν σε διαδικασία ευθανασίας, εάν είχαν την συγκεκριμένη επιλογή, εφόσον ήταν νόμιμη. Προκαλεί, ως γεγονός εντύπωση, όπως φαίνεται στο κυκλικό διάγραμμα (9.α), και δείχνει ότι οι Νοσηλευτές/ Νοσηλεύτριες είναι πιο αρνητικοί στην αφαίρεση ζωής, με την διαδικασία ευθανασίας, σε σχέση με τους Ιατρούς, που λόγω της εξιδικευμένης επιστημονικής τους κατάρτιση είναι πιο προοδευτικοί.

Οι παράγοντες, στην δέκατη Τρίτη (13) ερώτηση που θα επηρέαζαν αρνητικά το σαράντα επτά τοις εκατό (47%) εκ των Επαγγελματιών Υγείας, στην διαδικασία Ευθανασίας, εάν την είχαν ως επιλογή και ήταν νόμιμη, είναι οι ηθικές αξίες σε ποσοστό μάλιστα τριάντα έξι τοις εκατό (36%), όπως φαίνεται στο κυκλικό διάγραμμα (10) και όπως επίσης μπορούμε να διακρίνουμε, για την κάθε ειδικότητα στα κυκλικά διαγράμματα (10.α), (10.β), (10.γ) και (10.δ) είναι ο ίδιος παράγοντας που επηρεάζει ώστε να μην συμπράξουν στην διαδικασία ευθανασίας.

140. Γκίκα Μ. (1995) Η ευθανασία και το ηθικό δίλημμα των νοσηλευτών. Διδακτορική διατριβή, Αθήνα

141. Pateralou E., Vardanas C., Fioraki I., Agelakis T., Dafermoy M., Ntzilepi P., Euthanasia in Greece: Greek nurse's involvement and beliefs., International Journal of Palliative Nursing 2009, 15(5):170-175

Σε δύο Νοσηλευτικά ιδρύματα σημαντικότεροι παράγοντες που επηρεάζουν θετικά τη λήψη της απόφασης για ευθανασία είναι ο εγκεφαλικός θάνατος με ποσοστό 58,7% και η συμμετοχή των γιατρών με ποσοστό 57,3%. Τρίτος σε σειρά είναι ο καταληκτικός ασθενής με ποσοστό (49,3%), ενώ παράγοντας με τη λιγότερη συμβολή είναι το επίμονο αίτημα της οικογένειας (24%). Σύμφωνα με προηγούμενες έρευνες σημαντικότεροι παράγοντες που επηρέασαν την απόφαση για ευθανασία ήταν η παρουσία ανίατης νόσου, ενώ λιγότερο σημαντικοί παράγοντες θεωρήθηκαν η πραγματική ψυχιατρική εξέταση και το επίμονο αίτημα της οικογένειας¹⁴².

Αναφορικά με την ενδέκατη (11) ερώτηση, αν οι θρησκευτικές αντιλήψεις επηρεάζουν έναν Επαγγελματία Υγείας, σε διαδικασία ευθανασίας, εφόσον είναι νόμιμη, το πενήντα τοις εκατό (50%) εκ του συνόλου των Επαγγελματιών Υγείας, ήτοι οι μισοί απάντησαν αρνητικά, όπως φαίνεται από το κυκλικό διάγραμμα (8), οι Επισκέπτες/ Επισκέπτριες Υγείας απάντησαν αρνητικά σε απόλυτα συντριπτικό ποσοστό της τάξεως του εκατό τοις εκατό (100%), κυκλικό διάγραμμα (8.α) και οι Ιατροί απάντησαν αρνητικά σε ποσοστό πενήντα έξι τοις εκατό (56%), κυκλικό διάγραμμα (8.β) εν αντιθέσει με τους Νοσηλευτές/ Νοσηλεύτριες στο σύνολό τους, κυκλικά διαγράμματα (8.γ) και (8.δ), οι οποίοι σε ποσοστό περίπου τριάντα δύο τοις εκατό (32%) απάντησαν αρνητικά, το σαράντα δύο τοις εκατό (42%) απάντησε ότι πιθανόν να τους επηρέαζαν και ένα ποσοστό της τάξεως, περίπου, του είκοσι επτά τοις εκατό (27%) θα επηρεάζονταν.

Σε συνδυασμό των ερωτήσεων ενδέκατης (11), δωδέκατης (12) και δέκατης τρίτης (13) και των απαντήσεων των συμμετεχόντων διαπιστώνουμε ότι οι ηθικές αξίες αποτελούν παράγοντα αποτρεπτικό για την διενέργεια ευθανασίας σχεδόν στους μισούς εκ των Επαγγελματιών Υγείας ενώ οι θρησκευτικές αντιλήψεις δείχνει, ως παράγοντας, να μην επηρεάζει τους μισούς εκ των Επαγγελματιών Υγείας στο σύνολό τους σε διαδικασία ευθανασίας ασθενούς, εφόσον είναι νόμιμη, αλλά δείχνει ότι επηρεάζει σχεδόν τρεις (3) στους δέκα (10) Νοσηλευτές/ Νοσηλεύτριες.

Αναφορικά με την δέκατη όγδοη (18) ερώτηση, σχετικά με την αναγκαιότητα θέσπισης νομοθετικού πλαισίου στη Χώρα μας για την δυνατότητα Ευθανασίας το τριάντα οκτώ τοις εκατό (38%), εκ του συνόλου των Επαγγελματιών Υγείας συμφώνησε, το δέκα έξι τοις εκατό (16%) συμφώνησε απόλυτα αλλά υπάρχει και ένα ποσοστό της τάξεως του είκοσι οκτώ τοις εκατό (28%) που είναι αναποφάσιστο, όπως φαίνεται στο κυκλικό διάγραμμα (18). Οι Ιατροί, σε ποσοστό της τάξεως σαράντα τέσσερα τοις εκατό (44%) συμφωνούν στην αναγκαιότητα θέσπισης νομοθετικού πλαισίου και το τριάντα ένα τοις εκατό (31%) είναι αναποφάσιστο, όπως φαίνεται στο κυκλικό διάγραμμα (18.β) .

142. Γιάκης Ν, Μερκούρης Α, Πολυχρονοπούλου Ε, Αδαλή Ε. (Ιανουάριος – Μάρτιος 2005) Εντατική Θεραπεία: Η στάση του νοσηλευτικού προσωπικού στην ευθανασία, Νοσηλευτική,

Μας προξενεί εντύπωση το γεγονός, ότι οι Νοσηλευτές/ Νοσηλεύτριες Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης, σε ποσοστό της τάξεως του τριάντα τοις εκατό (30%) συμφωνούν για την αναγκαιότητα θέσπισης νομοθετικού πλαισίου και ένα ποσοστό της τάξεως του τριάντα τοις εκατό (30%) συμφωνεί απόλυτα, όπως φαίνεται στο κυκλικό διάγραμμα (18.δ). Διακρίνουμε στη την συγκεκριμένη έρευνα που διεξάγαμε και από την μελέτη του συγκεκριμένου δείγματος, ότι το θρησκευτικό συναίσθημα επηρεάζει τους Νοσηλευτές/ Νοσηλεύτριες στο σύνολό τους διότι συμφωνούν κατά τριάντα τρία τοις εκατό (33,33%) για την αναγκαιότητα θέπισης νομοθετικού πλαισίου Ευθανασίας σε σχέση με τους Ιατρούς, οι οποίοι δείχνουν να μην επηρεάζονται από τις θρησκευτικές αντιλήψεις, σε διαδικασία ευθανασίας και τοποθετούνται σε ποσοστό σαράντα τέσσερα τοις εκατό (44%) ότι συμφωνούν για την αναγκαιότητα θέσπισης νομοθετικού πλαισίου στην χώρα μας.

Σε άλλη έρευνα που διεξήχθη στον υγειονομικό τομέα του Ηρακλείου, σε δύο Νοσηλευτικά Ιδρύματα όσον αφορά την αλλαγή νομοθετικού πλαισίου, η πλειοψηφία του δείγματος (58,1%) είναι αναποφάσιστη. Επίσης η υψηλή θρησκευτικότητα (48,7%) φαίνεται να σχετίζεται αρνητικά με τη μη αλλαγή του νομοθετικού πλαισίου. Το ποσοστό αυτό συμπίπτει με τα αποτελέσματα προηγούμενης έρευνας (59,8%). Παράλληλα, μόλις το 27,9% του δείγματος συμφωνεί με την αλλαγή του νομοθετικού πλαισίου στην Ελλάδα, *(το οποίο συμπίπτει με την δική μας έρευνα, ήτοι ένας (1) στους τρεις (3) Νοσηλευτές/ Νοσηλεύτριες συμφωνούν για την αναγκαιότητα θέσπισης νομοθετικού πλαισίου στην Ελλάδα, ήτοι την αλλαγή του υπάρχοντος σε αντίθεση με το ποσοστό του είκοσι τρία τοις εκατό περίπου- 23%- το οποίο είναι αναποφάσιστο και το ποσοστό αναφορικά με την θρησκευτικότητα του δείγματος μας, που ανέρχεται ένας (1) στους τρεις (3) Νοσηλευτές/ Νοσηλεύτριες)*. Το ποσοστό αυτό έρχεται σε αντίθεση με προηγούμενη έρευνα, (Γιάκης Νικόλαος και συν) όπου το ποσοστό που βρέθηκε ήταν 40,2%. Τα παραπάνω αποτελέσματα φανερώνουν την αδυναμία του νοσηλευτικού προσωπικού να κρατήσει μια σταθερή θέση απέναντι στην αλλαγή της νομοθεσίας στην Ελλάδα.

Σε άλλη έρευνα που έγινε σε τέσσερα 4 Γενικά Νοσοκομεία της Αττικής, Κοργιαλένιο - Μπενάκειο, Ιπποκράτειο, Λαϊκό και Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας - Αγία Όλγα σε νοσηλευτικό προσωπικό μόλις το 20,3% του δείγματος τάσσεται υπέρ αυτού του δικαιώματος στην αυτοκτονία. Η διαφορά που παρουσιάζεται στην στάση του νοσηλευτικού προσωπικού, φαίνεται πως σχετίζεται με τον παράγοντα της θρησκείας. Η ελληνική ορθόδοξη εκκλησία απαγορεύει κατά οποιονδήποτε τρόπο την πράξη της αυτοκτονίας. Για τον λόγο αυτό, μόνο όσοι έχουν χαμηλή θρησκευτικότητα τάσσονται υπέρ του δικαιώματος αυτού.

Στην δέκατη πέμπτη (15) ερώτηση του ερωτηματολογίου μας, θέσαμε στους συμμετέχοντες ερώτηση, με την οποία μεταξύ της επιλογής φαρμακευτικής αγωγής, υπό τον όρο ότι δεν θα επέφερε βελτίωση της κατάστασης του ασθενούς

και ευθανασίας, (με χρήση, εσκεμμένα, όρων όπως ‘ανακούφιζε, απήλλασσε, χωρίς να επιφέρει βελτίωση της κατάστασης του’) συνάγεται και το συμπέρασμα ότι ο ασθενής δεν θα είχε ποιότητα ζωής, τα ευρήματά μας ήταν εντυπωσιακά. Στο σύνολο των συμμετεχόντων, το εξήντα έξι τοις εκατό (66%) απάντησε ότι θα επέλεγε την φαρμακευτική αγωγή και μόλις το τριάντα τέσσερα τοις εκατό (34%) θα επέλεγε την ευθανασία. Αυτό φαίνεται ξεκάθαρα στη κυκλικό διάγραμμα (12) καθώς και στις επιμέρους ομάδες Επαγγελματιών Υγείας (Επισκέπτες/ Επισκέπτριες Υγείας, Ιατροί, Νοσηλευτές/ Νοσηλεύτριες Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης και Νοσηλευτές/ Νοσηλεύτριες Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης) υπερίσχυσε σε συντριπτικό ποσοστό η φαρμακευτική αγωγή, όπως φαίνεται στα κυκλικά διαγράμματα (12.α), (12.β), (12.γ) και (12.δ).

Ο παράγοντας που θα επηρέαζε έναν Επαγγελματία Υγείας είτε ως προς την χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής είτε ως προς τη διενέργεια ευθανασίας, σε ασθενή τελικού τόσο στο σύνολο τους, όσο και στις επιμέρους κατηγορίες τους, είναι οι ηθικές αξίες και εδώ και αυτό φαίνεται ξεκάθαρα στα κυκλικά διαγράμματα (13), (13.α), (13.β), (13.γ) και (13.δ), αποτελώντας συνδυασμό της δέκατης πέμπτης (15) και δέκατης έκτης (16) ερώτησης.

Οι επτά (7) στους δέκα (10) Επαγγελματίες Υγείας, περίπου προασπίζουν το αγαθό της ζωής, αποτελεί προτεραιότητα για αυτούς και περίπου οι τέσσερις (4) στους δέκα (10) συμφωνούν με την αναγκαιότητα θέσπισης νομοθετικού πλαισίου ευθανασίας.

Η τελευταία επιχειρηματολογία συνδέεται άρρηκτα με την δέκατη έβδομη ερώτηση (17), διότι στο σύνολο των συμμετεχόντων το δικαίωμα στην Ζωή, θεωρείται πάρα πολύ σημαντικό από το εβδομήντα εννιά τοις εκατό (79%), το δικαίωμα στην Υγεία θεωρείται πάρα πολύ σημαντικό από το πενήντα επτά τοις εκατό (57%), το δικαίωμα στην Αξιοπρέπεια θεωρείται πάρα πολύ σημαντικό από το τριάντα τοις εκατό (30%) και το δικαίωμα στην Προσωπικότητα θεωρείται σημαντικό από ένα ποσοστό της τάξεως μόλις του δέκα τέσσερα τοις εκατό (14%). Τα συγκεκριμένα ευρήματα φαίνονται στα κυκλικά διαγράμματα (14), (15), (16) και (17), τα οποία συνδυάζονται με τα γραφήματα (14.1), (15.1), (16.1) και (17.1).

Σε άλλη έρευνα που διεξήχθη στον υγειονομικό τομέα του Ηρακλείου, σε δύο Νοσηλευτικά Ιδρύματα στο ερώτημα αν έχουν λάβει ενεργό μέρος σε ευθανασία, η πλειοψηφία των νοσηλευτών (97,4%) απάντησε αρνητικά. Μόνο το 1,3% δήλωσε πως έχει λάβει ενεργό συμμετοχή. Αντιθέτως, σε σχετική έρευνα, (Παπαπετρόπουλος Θ. και συν.) το 24,3% των γιατρών δήλωσε ότι ήδη έχει συμπράξει σε παθητική ευθανασία, **(και το συγκεκριμένο ποσοστό συμπίπτει με την δική μας έρευνα διότι το είκοσι πέντε τοις εκατό (25%) του συνόλου των Ιατρών έχει αντιμετωπίσει στον εργασιακό του βίο περιστατικά ευθανασίας, όπως φαίνεται στο κυκλικό διάγραμμα (4.β)).** Μόνο ένας γιατρός δήλωσε ότι συνήργησε σε ενεργητική ευθανασία και άλλος ένας σε υποβοηθούμενη αυτοκτονία, ποσοστό πολύ χαμηλό σε σχέση με τα συμβαίνοντα σε άλλες χώρες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΕΠΙΛΟΓΟΣ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το αγαθό της Ζωής και της Υγείας για το σύνολο των Ελλήνων Πολιτών, αποτελούν δικαιώματα, τόσο ατομικά, όσο κοινωνικά, χρήζουν απολύτου προστασίας από τον Έλληνα Συνταγματικό μας Νομοθέτη (άρθρ. 5 παρ. 2 και 21 παρ. 3 του Συντ) και η ελληνική πολιτεία με του θεσμούς της τα προστατεύει, ώστε να μην προσβάλλονται από τρίτους (φυσικά και Νομικά Πρόσωπα) αλλά και από την ίδια.

Η ευθανασία, ως έννοια, που είτε συνδέεται με την διακοπή των υποστηρικτικών μέσων για την διατήρηση στη ζωή του ασθενούς, ο οποίος πάσχει από μία ανίατη νόσο, είτε από ενέργεια του Ιατρικού ή Παραϊατρικού Προσωπικού, και ο τελευταίος μην έχοντας συναίσθηση του περιβάλλοντος, μη αντοποκρινόμενος στα εξωτερικά ερεθίσματα του περιβάλλοντος, ως θεσμός δεν είναι ακόμη κατοχυρωμένος στην Ελλάδα σε νομοθετικό Επίπεδο.

Αντιθέτως σε κάποια κράτη της Ευρώπης, Σκανδιναβικές και Κάτω Χώρες, ο θεσμός την ευθανασίας, είτε μέσω της διεξαγωγής δημοψηφίσματος μεταξύ του Λαού, ο οποίος απάντησε θετικώς, είτε μέσω των δικαστικών αποφάσεων έχει θεσμοθετηθεί υπό προϋποθέσεις και εφαρμόζεται. Ασφαλώς ο Ιατρικός Κόσμος σε αυτές τις χώρες είναι πιο προοδευτικός σε σχέση με τον αντίστοιχο Ελληνικό.

Η διάκριση μεταξύ ενεργητικής και παθητικής Ευθανασίας είναι ότι η πρώτη επέρχεται με ενέργεια του θύτη (Ιατρικό ή Παραϊατρικό Προσωπικό), με άμεση συνέπεια να επέρχεται το μοιραίο, οπότε ο θύτης διώκεται τόσο σε ποινικό και αστικό επίπεδο, ενδεχομένως για δόλο ή για αμέλεια αντιθέτως, για την δεύτερη έννοια, το ζημιογόνο αποτέλεσμα επέρχεται με παράλειψη, είτε στην μη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, είτε στην μη επανέναρξη του μηχανήματος, που συνδέεται με την σίτιση και τέλος με την διακοπή του μηχανήματος της υποστηρίξης της αναπνευστικής λειτουργίας.

Ασφαλώς, στην διεξαγωγή των ιατροχειρουργικών επεμβάσεων, πλείστες φορές, λόγω πολλών παραγόντων, συμβαίνουν κάποια ατοπήματα όχι μόνο κατά την ανάληψη, την διάγνωση, την θεραπεία αλλά και κατά την διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης σε προεγχειρητικό, σε εγχειρητικό και σε μετεγχειρητικό στάδιο. Ο Επαγγελματίας Υγείας, δεν είναι μόνο επιστήμονας αλλά και άνθρωπος, με συναισθήματα, ηθικές, κοινωνικές αξίες και αρκετές φορές επηρεάζεται από ηθικά διλήμματα ως προς το τί είναι ορθό και τί είναι παράλογο.

Το Ιατρικό Σφάλμα, σε περιπτώσεις ενεργητικής Ευθανασίας είναι πιο ευδιάκριτο, το οποίο τεκμαίρεται σε περίπτωση, που ο Επαγγελματίας Υγείας διωχθεί από του οικείου του Ασθενούς, ώστε το βάρος Απόδειξης βαρύνει τον τελευταίο να αναδείξει ότι εφάρμοσε την επέμβαση με βάση τους κανόνες της Ιατρικής Επιστήμης. Για τις περιπτώσεις αυτές οι πιθανότητες δεν είναι με το μέρος του Επαγγελματία Υγείας. Αντιθέτως, σε περιπτώσεις παθητικής ευθανασίας, το Ιατρικό σφάλμα είναι δυσδιάκριτο δια γυμνού οφθαλμού και ο

Επαγγελματίας Υγείας έχει περισσότερα μέσα άμυνας, κοινώς, <<όπλα στην φαρέτρα του>> για να δικαιολογήσει την θέση του. Για να προβεί στην συγκεκριμένη ενέργεια, θα πρέπει να έχει την συναίνεση του ασθενούς, όταν ο τελευταίος έχει ανακτήσει τις αισθήσεις του, ώστε να μην υπάρχει Ιατρικό σφάλμα. Η συγκατάθεση των οικείων σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να αντικαταστήσει την συναίνεση, η οποία πρέπει να μην είναι προϊόν απάτης, πλάνης, ή απειλής, (παρά μόνο στις περιπτώσεις που αποκλειστικά απαριθμούνται στον νόμο, ανήλικοι ασθενείς από τους γονείς τους και οι συμπαραστατούμενοι εκπροσωπούνται από τους δικαστικούς συμπαραστάτες τους) διότι κάτι τέτοιο δεν προβλέπεται σε οποιαδήποτε διάταξη νόμου, και η επίκλησή της αποτελεί αναγνώριση ελαφρυντικών περιστάσεων και μόνο. Τέλος, για να αρθεί ο άδικος χαρακτήρας της πράξης του Επαγγελματία Υγείας, θα πρέπει να αποδείξει πως θεώρησε ότι πιο σημαντικό αγαθό είναι η αξιοπρέπεια του Ασθενούς, έναντι της ζωής. Σε δεύτερο επίπεδο για να αρθεί ο καταλογισμός του, η πράξη του είναι αρχικώς άδικη, πρέπει να αποδείξει ότι ενήργησε κατά τρόπο που στάθμισε, βάσει των αξιών και των αντιλήψεών του, τι είναι ωφέλιμο για τον ασθενή, ήτοι έχουμε την σύγκρουση ενός έννομο αγαθού με ένα ηθικό κοινωνικό δικαίωμα.

Η σύγκρουση καθηκόντων, η οποία ως άρθρο προβλέπεται στο 15 του Κ.Ι.Δ. αποτέλεσε την αφορμή ώστε να διερευνηθούν, μέσω ενός ερωτηματολογίου, το πλήθος των εσωτερικών ενδογενών παραγόντων, κινήτρων, συναισθημάτων, διλημμάτων που επηρεάζουν έναν Επαγγελματία Υγείας ως προς την λήψη της απόφασής του για διενέργεια Παθητικής Ευθανασίας.

Οι τρεις (3) στους τέσσερις (4) Επαγγελματίες Υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα είχαν εμπειρία από πέντε (5) έως είκοσι (20) έτη και οι οκτώ (8) στους δέκα (10) γνώριζαν την διάκριση μεταξύ ενεργητικής και παθητικής ευθανασίας παρά το γεγονός ότι δεν είχαν αντιμετωπίσει στον εργασιακό τους βίο περιστατικά ευθανασίας.

Η λύπη θα είναι το πρώτο συναίσθημα, που θα επηρεάσει σχεδόν τους μισούς εκ του Συνόλου των Επαγγελματιών Υγείας, όταν έρθουν αντιμέτωποι με περιστατικό ασθενούς, ο οποίος χρήζει ευθανασίας. Το ίδιο συναίσθημα, μαζί με την Μελαγχολία θα αναδύονταν με την ολοκλήρωση της Ευθανασίας. Οι μισοί εκ του συνόλου των Επαγγελματιών Υγείας θα έρχονταν αντιμέτωποι με το ηθικό δίλημμα της αφαίρεσης της ανθρώπινης ζωής, στους οποίους οι επτά (7) στους δέκα (10) είναι Νοσηλευτές/ Νοσηλεύτριες. Οι Ιατροί τέσσερις (4) στους δέκα (10) θα έρχονταν αντιμέτωποι με αυτού του είδους το ηθικό δίλημμα. Οι ηθικές αξίες επηρεάζουν τους μισούς εκ των Επαγγελματιών Υγείας στη μη διενέργεια ευθανασίας, σε αντίθεση με τις θρησκευτικές αντιλήψεις, οι οποίες επηρεάζουν τρεις (3) στους δέκα (10) Νοσηλευτές/ Νοσηλεύτριες. Οι θρησκευτικές αντιλήψεις δεν επηρεάζουν τους μισούς και παραπάνω εκ του συνόλου των Ιατρών, οι οποίοι συμφωνούν με την αναγκαιότητα θεσμοθέτησης νομοθετικού πλαισίου Ευθανασίας σε ποσοστό σαράντα τέσσερα τοις εκατό (44%), εν αντιθέσει με τους Νοσηλευτές/ Νοσηλεύτριες, οι οποίοι επηρεάζονται οι τρεις (3)

στους δέκα (10) από τις θρησκευτικές τους αντιλήψεις και συμφωνούν σε ποσοστό τριάντα τρία τοις εκατό (33,333%) για την αναγκαιότητα θέσπισης νομοθετικού πλαισίου Ευθανασίας.

Επιπρόσθετα, το δικαίωμα στην ζωή είναι το δικαίωμα που θα επέλεγαν οκτώ (8) στους δέκα (10) εκ του συνόλου των Επαγγελματιών Υγείας, ερχόμενο στην δεύτερη θέση το δικαίωμα στην Υγεία, το οποίο θα το επέλεγαν έξι (6) στους δέκα (10), στην Τρίτη θέση έρχεται η αξιοπρέπεια και τελευταίο η Προσωπικότητα. Το εύρημα αυτό συνδέεται με την επιλογή που είχε τεθεί στους Επαγγελματίες Υγείας, που μεταξύ της φαρμακευτικής αγωγής και ευθανασίας, χωρίς ο ασθενής να έχει ποιότητα ζωής, περίπου επτά (7) στους δέκα (10) θα επέλεγαν Φαρμακευτική αγωγή. Οι Ηθικές αξίες είναι και ο πρώτος παράγοντας για την λήψη της συγκεκριμένης απόφασης σε όλες τις κατηγορίες Επαγγελματιών Υγείας.

Το δικαίωμα στην ζωή, αποτελεί προτεραιότητα που χρήζει προστασίας και περίπου επτά (7) στους δέκα (10) Επαγγελματίες Υγείας θα επέλεγαν την φαρμακευτική αγωγή, με τέσσερις (4) στους δέκα (10) να θέτουν ως αναγκαιότητα της θερμοθέτησης νομοθετικού πλαισίου.

Τέλος, με βάση τα όσα εκτέθηκαν, συνάγεται το εξής¹⁴³:

1) Αποτελούν *τελικά άδικες πράξεις* :

A. η ευθεία ενεργητική ευθανασία, που περιλαμβάνει και την αποσύνδεση από μηχανήματα τεχνητής διατήρησης στη ζωή,

B. η παθητική ευθανασία παρά την αντίθετη βούληση του ασθενούς,

Γ.η παθητική ευθανασία (που περιλαμβάνει και τη μη ανανέωση οξυγόνου, ορού ή άλλων μέσων, σε περίπτωση τεχνητής παράτασης της ζωής) όταν ο ασθενής δεν μπορεί να εκφράσει έγκυρη βούληση και η παράταση της φυσικής-βιολογικής λειτουργίας του οργανισμού φαίνεται ακόμα εφικτή,

Δ. η θανάτωση, με πράξη ή παράλειψη, νεογέννητου που έχει σοβαρές επιβαρύνσεις, χωρίς όμως αυτές να αποκλείουν τη συνέχιση της φυσικής-βιολογικής λειτουργίας του οργανισμού του.

Ε. η κατάπειση εκείνου που πεθανίνει με επώδυνο τρόπο να αυτοκτονήσει ή η παροχή ουσιώδους βοήθειας σε αυτόν κατά την τέλεση αυτοκτονίας.

143. Καϊάφα-Γκμπάντι Μ., Κουνουγέρη- Μανωλέδακη Ε., Καστανίδου- Συμεωνίδου Ε., (2007), ΔΗΜΟΣΙΕΥΜΑΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ ΚΑΙ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ-ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ- Αθήνα, ΣΑΚΚΟΥΛΑ

2) Δεν είναι ούτε καν αρχικά άδικες πράξεις:

A. Η γνήσια ή κυρίως ευθανασία, η παροχή δηλαδή βοήθειας κατά το θάνατο χωρίς σύντμηση της ζωής.

B. Η παθητική ευθανασία που γίνεται με τη σύμφωνη γνώμη ή κατ' απαίτηση του ασθενούς.

Γ. Η αποχή του γιατρού από τη λήψη μέτρων που συνεπάγονται μόνο την τεχνητή παράταση της ζωής, όταν το άτομο δεν έχει εκφράσει διαφορετική βούληση.

3) Δεν είναι τελικά άδικη πράξη:

A) Η έμμεση ενεργητική ευθανασία, όταν γίνεται στα πλαίσια εφαρμογής μιας ιατρικά αναγνωρισμένης μεθόδου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ευθανασία, ως θεσμός δεν είναι κατοχυρωμένος νομοθετικά στην Ελλάδα, και ο Συνταγματικός μας Νομοθέτης προασπίζει και θέτει ως προτεραιότητα την προστασία της Ζωής και της Υγείας σε αντίθεση με κάποιων εκ των εταίρων μας στην Ε.Ε. Τα κράτη εκτός της ευρωπαϊκής Ένωσης ακολουθούν μια πιο μετριοπαθή στάση.

Το Ιατρικό σφάλμα σε περιπτώσεις ιατρικών επεμβάσεων αποτελεί μια πιθανότητα ως ενδεχόμενο για την ανώμαλη εξέλιξη τους, και οφείλεται σε πολλούς παράγοντες εξαιτίας των οποίων ο Ιατρός δεν ακολουθεί τους ενδεδειγμένους κανόνες της Ιατρικής Επιστήμης.

Στις περιπτώσεις της ενεργητικής ευθανασίας, επειδή προηγείται ενέργεια του Επαγγελματία Υγείας είναι πιο ευδιάκριτο και τα μέσα υπεράσπισής του είναι ελάχιστα έως μηδαμινά. Σε αντίθεση με τις περιπτώσεις παθητικής ευθανασίας, σύμφωνα με τις οποίες, το σφάλμα τελείται δια παραλείψεως, το ιατρικό σφάλμα είναι δυσδιάκριτο και η θέση του Επαγγελματία Υγείας ως προς την υπεράσπισή του σαφώς καλύτερη με έσχατη ως λύση την χρήση της σύγκρουσης καθηκόντων. Οι Επαγγελματίες Υγείας εκτός από Επιστήμονες είναι και άνθρωποι και επηρεάζονται από συναισθήματα, ηθικά διλήμματα και κοινωνικές –ηθικές αξίες.

Η συναίνεση του ασθενούς είναι το πρώτιστο μέλημα του Επαγγελματία Υγείας, την οποία πρέπει να λάβει από τον Ασθενή για την οποιαδήποτε διεξαγωγή οποιασδήποτε ιατρικής επέμβασης και δεν αντικαθίσταται με οποιαδήποτε γνώμη είτε των οικίων του, είτε τρίτων.

Στην παρούσα έρευνά μας, στο σύνολο των Επαγγελματιών Υγείας που συμμετείχαν, μέσω ενός ερωτηματολογίου, οι περισσότεροι θα προστάτευαν το αγαθό της Ζωής και πάνω από τους μισούς το δικαίωμα στην Υγεία το οποίο αποτέλεσε δεύτερη επιλογή τους. Μεταξύ των επιλογών της φαρμακευτικής αγωγής και ευθανασίας, η φαρμακευτική αγωγή υπερισχύει.

Οι ηθικές αξίες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην λήψη της απόφασής τους είτε πριν είτε μετά την διενέργεια της ευθανασίας και τα συναισθήματα της λύπης και της μελαγχολίας αποτελούν στοιχεία που τους επηρεάζουν. Οι τρεις (3) στους δέκα (10) νοσηλευτές/ Νοσηλεύτριες, λόγω των θρησκευτικών τους αντιλήψεων, συμφωνούν λιγότερο με την αναγκαιότητα θεσμοθέτησης νομοθετικού πλαισίου της ευθανασίας, σε αντίθεση με τους μισούς και παραπάνω εκ των Ιατρών που συμφωνούν περισσότερο σε ποσοστό σαράντα τέσσερα τοις εκατό (44%).

Τελικώς, σχεδόν τέσσερις (4) στους δέκα (10) εκ των Επαγγελματιών Υγείας συμφωνούν στην αναγκαιότητα θεσμοθέτησης νομοθετικού πλαισίου ευθανασίας στην χώρα μας.

Μετάφραση- Translation

Euthanasia as an institution is not safeguarded regulated in Greece, and our Constitutional Legislator defends and prioritizes the protection of Life and Health, in contrast to some of our partners in the EU. Countries outside the European Union adopt a more moderate stance.

Medical error in cases of medical interventions is a chance as possible to the abnormal development, and due to many factors due to which Doctor does not follow the appropriate rules of Medical Science.

In cases of active euthanasia, because it precedes Health Professional's action, medical error is sharper and his defense is minimal to nil. In contrast, the cases of passive euthanasia, according to which, the error committed by omission, medical error is inconspicuous and position of the Healthcare Professional as to the defense, is much better with the ultimate solution to the use of duties conflict. The Health Professionals except from Scientists are people influenced by emotions, ethical dilemmas and social-ethical values.

The patient's consent is the primary concern of health professionals, which must be taken from the Patient for any conduct of any medical intervention and is not replaced by any opinion either of the relatives, or third parties.

In our present study, all the health professionals involved, through a questionnaire, most would protect the possession of life and more than half of the right to health, which was their second choice. Among the options of medication and euthanasia, medication prevails.

Ethical values play an important role in their decision either before or after performing euthanasia and feelings of sadness and depression are factors that affect them. The three (3) to ten (10) nurses because of their religious beliefs agree less on the need to institutionalize the legal framework of euthanasia as opposed to half and more of Physicians most agree on percentage Forty-four percent(44%)

Finally, almost four (4) to ten (10) of the Health Professionals agree on the need to institutionalize legal framework euthanasia in our country.

Λήμματα

- **Παθητική Ευθανασία-Passive Euthanasia**
- **Ενήλικος ασθενής-adult patient**
- **Ανήλικος Ασθενής-minor patient**
- **Συναίνεση-consensus**
- **Ιατρικό Σφάλμα- medical error**
- **Δικαιοπρακτικά Ανίκανος – contractual anable**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11: ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

11.1 (Ερωτηματολόγιο)

(Για τη χρήση των απαντήσεων θα διατηρηθεί η ανωνυμία των συμμετεχόντων)

Στο παρόν ερωτηματολόγιο απασχολεί το περιεχόμενο των συναισθημάτων, το είδος των ηθικών διλημάτων που καλούνται να διαχειριστούν ή και να υπερβούν οι επαγγελματίες υγείας, όταν έρχονται αντιμέτωποι με περιστατικά που είναι κοντά στον θάνατο, καθώς και αν είναι ευδιάκριτο από τους επαγγελματίες Υγείας ένα ιατρικό λάθος σε περιπτώσεις Παθητικής Ευθανασίας. Χρήσιμο είναι να απαντηθούν όλες οι ερωτήσεις, για να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα. Για να απαντήσετε θα πρέπει να σημειώσετε στο τετράγωνο που βρίσκεται στα δεξιά κάθε απάντησης που επιλέγετε.

1. Φύλο:

Άρρεν Θήλυ

2. Ηλικία:

18-25 25-35 35-50 50+

3. Επίπεδο σπουδών:

Δευτεροβάθμια εκπαίδευση ΑΕΙ/ΑΤΕΙ ΠΜΣ
Διδακτορικό

4. Ειδικότητα:

Νοσηλεύτης/τρια ΔΕ Νοσηλεύτης/τρια ΤΕ-ΠΕ
Επισκέπτης/τρια Υγείας Ιατρός

5. Έτη εργασιακής εμπειρίας:

0-5 5-10 10-20 20+

6. Γνωρίζετε ποια είναι η διάκριση μεταξύ ενεργητικής και παθητικής ευθανασίας;

ΝΑΙ ΟΧΙ ΙΣΩΣ

7. Έχετε αντιμετωπίσει στον εργασιακό σας βίο περιστατικά ευθανασίας;

ΝΑΙ ΟΧΙ

8. Σε περίπτωση που έρθετε αντιμέτωπος/η με περιστατικό που χρήζει ευθανασίας (ανίατη ασθένεια τελικού σταδίου) ποιο θεωρείτε πως θα είναι το πρώτο συναίσθημα που θα βιώσετε;

Άγχος Λύπη Μελαγχολία Εκνευρισμός

9. Σε περίπτωση περιστατικού που χρήζει ευθανασίας, εφόσον αυτή είναι νόμιμη, θα ερχόσαστε αντιμέτωπος/η με το ηθικό δίλημμα σχετικά με το αν έχετε το δικαίωμα να αφαιρέσετε ανθρώπινη ζωή;

ΝΑΙ ΟΧΙ ΙΣΩΣ

10. Εάν συμβάλατε σε διαδικασία ευθανασίας ασθενούς, τηρώντας πάντα την κείμενη νομοθεσία, μετά την ολοκλήρωση της διαδικασίας ποια συναισθήματα πιστεύετε ότι θα σας διακατέχουν;

Λύπη Τύψεις Μελαγχολία

Εκνευρισμός Μεταμέλεια Ανακούφιση

11. Θα σας επηρέαζαν οι θρησκευτικές σας αντιλήψεις στο λειτούργημά σας, ως προς τη συμβολή σας κατά τη διαδικασία ευθανασίας, εφόσον αυτή είναι νόμιμη, σε περιστατικό ασθενούς πάσχοντος από ανίατη ασθένεια τελικού σταδίου;

ΝΑΙ ΟΧΙ ΙΣΩΣ

12. Εάν είχατε τη δυνατότητα επιλογής να συμπράξετε, βάσει της ειδικότητάς σας, σε διαδικασία ευθανασίας ασθενούς, εφόσον αυτή ήταν νόμιμη, θα συμπράττατε;

ΝΑΙ ΟΧΙ ΙΣΩΣ

13. Ποιοί είναι οι παράγοντες που θα σας ωθούσαν στην ως άνω απόφαση;

Ηλικία ασθενούς Στάδιο ασθένειας Φύση ασθένειας

Κοινωνικές αντιλήψεις Ηθικές αξίες

14. Εάν ο ασθενής βρίσκεται σε κώμα, εφόσον δεν υπάρχει άλλη ενδεδειγμένη φαρμακευτική αγωγή, θα δυσκολευόσασταν στην περίπτωση που έπρεπε να ενημερώσετε τους συγγενείς για τη δυνατότητα ευθανασίας;

ΝΑΙ ΟΧΙ ΙΣΩΣ

15. Εάν είχατε να επιλέξετε μεταξύ φαρμακευτικής αγωγής που απλά θα διατηρούσε τον ασθενή τελικού σταδίου στη ζωή, χωρίς να επιφέρει βελτίωση της κατάστασής του, και της ευθανασίας που θα τον απήλλαζε από την κατάσταση την οποία βιώνει και θα τον ανακούφιζε, τι θα επιλέγατε;

Φαρμακευτική αγωγή Ευθανασία

16. Ποιοι παράγοντες θα σας επηρέαζαν στην απάντησή σας αυτή;

Ηλικία ασθενούς Στάδιο ασθένειας Φύση ασθένειας

Κοινωνικές αντιλήψεις Θρησκευτικές αντιλήψεις Ηθικές αξίες

17. Με βάση την κλίμακα 1 ως 5 (1=καθόλου σημαντικό, 2= λίγο σημαντικό, 3= σημαντικό, 4= πολύ σημαντικό, 5= πάρα πολύ σημαντικό), πώς θα βαθμολογούσατε τα παρακάτω δικαιώματα του ασθενούς σε σχέση με την ευθανασία;

Ζωή Υγεία Αξιοπρέπεια Προσωπικότητα

18. Συμφωνείτε με την αναγκαιότητα θέσπισης νομοθετικού πλαισίου στη Χώρα μας για τη δυνατότητα ευθανασίας στις περιπτώσεις ανίατων ασθενειών τελικού σταδίου;

Διαφωνώ απόλυτα Διαφωνώ Συμφωνώ απόλυτα

Συμφωνώ Είμαι αναποφάσιτος

19. Από τις παρακάτω περιπτώσεις παθητικής ευθανασίας ασθενούς ευρισκομένου σε τελικό στάδιο, ποια από τα παρακάτω θεωρείτε ιατρικά σφάλματα;

i. Διακοπή μηχανικής υποστήριξης νοσηλευομένου, λόγω πτώσης της τάσης του ρεύματος.

ΝΑΙ ΟΧΙ ΙΣΩΣ

ii. Διακοπή χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής, λόγω έλλειψης του φαρμάκου στο νοσοκομείο, συνεπεία της περικοπής κονδυλίων για την υγεία από τον κρατικό προϋπολογισμό.

ΝΑΙ ΟΧΙ ΙΣΩΣ

iii. Μη χορήγηση της ενδεδειγμένης δοσολογίας φαρμάκου στο νοσηλευόμενο ασθενή, λόγω κόπωσης του προσωπικού συνεπεία των συνεχόμενων εφημεριών.

ΝΑΙ ΟΧΙ ΙΣΩΣ

iv. Ασθενής ευρισκόμενος σε κώμα για μεγάλο χρονικό διάστημα βρίσκει στιγμιαία τις αισθήσεις του και εκλιπαρεί τον ιατρό να μην του χορηγήσει άλλη δόση της φαρμακευτικής αγωγής που παίρνει, κι εκείνος το πράττει με αποτέλεσμα ο ασθενής να αποβιώσει.

ΝΑΙ ΟΧΙ ΙΣΩΣ

v. Ασθενής ευρισκόμενος σε κώμα για μεγάλο χρονικό διάστημα βρίσκει στιγμιαία τις αισθήσεις του και εκλιπαρεί τον ιατρό να μην του χορηγήσει άλλη δόση της φαρμακευτικής αγωγής που παίρνει, εκείνος το πράττει και ο ασθενής αποβιώνει από άλλη αιτία, όμως.

ΝΑΙ ΟΧΙ ΙΣΩΣ

- vi. Λόγω ενστικτώδους αντίδρασης του ασθενούς, αποσυνδέεται το μηχάνημα υποστήριξης της αναπνευστικής του λειτουργίας και πριν προλάβει να το αντιληφθεί το προσωπικό του νοσοκομείου και να επέμβει, εκείνος αποβιώνει.

ΝΑΙ ΟΧΙ ΙΣΩΣ

20. Σε περιπτώσεις εκδίκασης από τα ελληνικά δικαστήρια ποινικών υποθέσεων παθητικής ευθανασίας , θεωρείτε ότι η συμμετοχή ιατρού ως πραγματογνώμονα θα βοηθούσε τη σύνθεση του δικαστηρίου στη λήψη της ορθής απόφασης;

ΝΑΙ ΟΧΙ ΙΣΩΣ

11.2

ΛΙΣΤΑ ΠΙΝΑΚΩΝ-ΚΥΚΛΙΚΩΝ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ....

	Σελ.
1) Πίνακας	
.....	103
2) Κυκλικό	
διάγραμμα.....	104
3) Κυκλικό	
διάγραμμα.....	105
3.α Κυκλικό	
διάγραμμα.....	105
3.β Κυκλικό	
διάγραμμα.....	106
3. γ Κυκλικό	
διάγραμμα.....	106
3.δ Κυκλικό	
διάγραμμα.....	107
4) Κυκλικό	
διάγραμμα.....	108
4.α Κυκλικό	
διάγραμμα.....	108
4.β Κυκλικό	
διάγραμμα.....	109
4.γ Κυκλικό	
διάγραμμα.....	109
4.δ Κυκλικό	
διάγραμμα.....	110
5) Κυκλικό	
διάγραμμα.....	110
5.α Κυκλικό	
διάγραμμα.....	111
5.β Κυκλικό	
διάγραμμα.....	111

5.γ Κυκλικό διάγραμμα.....	112
5.δ Κυκλικό διάγραμμα.....	112
6) Κυκλικό διάγραμμα.....	113
6.α Κυκλικό διάγραμμα.....	114
6.β Κυκλικό διάγραμμα.....	114
6.γ Κυκλικό διάγραμμα.....	115
6.δ Κυκλικό διάγραμμα.....	115
7) Κυκλικό διάγραμμα.....	116
7.α Κυκλικό διάγραμμα.....	117
7.β Κυκλικό διάγραμμα.....	117
7.γ Κυκλικό διάγραμμα.....	118
7.δ Κυκλικό διάγραμμα.....	118
8) Κυκλικό διάγραμμα.....	119
8.α Κυκλικό διάγραμμα.....	120
8.β Κυκλικό διάγραμμα.....	120
8.γ Κυκλικό διάγραμμα.....	121
8.δ Κυκλικό διάγραμμα.....	121

9) Κυκλικό διάγραμμα.....	122
9.α Κυκλικό διάγραμμα.....	123
9.β Κυκλικό διάγραμμα.....	123
9.γ Κυκλικό διάγραμμα.....	124
9.δ Κυκλικό διάγραμμα.....	124
10) Κυκλικό διάγραμμα.....	125
10.α Κυκλικό διάγραμμα.....	126
10.β Κυκλικό διάγραμμα.....	126
10.γ Κυκλικό διάγραμμα.....	127
10.δ Κυκλικό διάγραμμα.....	127
11) Κυκλικό διάγραμμα.....	128
11.α Κυκλικό διάγραμμα.....	128
11.β Κυκλικό διάγραμμα.....	129
11.γ Κυκλικό διάγραμμα.....	129
11.δ Κυκλικό διάγραμμα.....	130
12) Κυκλικό διάγραμμα.....	130
12.α Κυκλικό διάγραμμα.....	131

12.β Κυκλικό διάγραμμα.....	131
12.γ Κυκλικό διάγραμμα.....	132
12.δ Κυκλικό διάγραμμα.....	132
13) Κυκλικό διάγραμμα.....	133
13.α Κυκλικό διάγραμμα.....	133
13.β Κυκλικό διάγραμμα.....	134
13.γ Κυκλικό διάγραμμα.....	135
13.δ Κυκλικό διάγραμμα.....	135
14) Κυκλικό διάγραμμα.....	136
14.1 Γράφημα.....	136
15) Κυκλικό διάγραμμα.....	137
15.1 Γράφημα.....	137
16) Κυκλικό διάγραμμα.....	138
16.1 Γράφημα.....	138
17) Κυκλικό διάγραμμα.....	139
17.1 Γράφημα.....	140
18) Κυκλικό διάγραμμα.....	141

18.α Κυκλικό διάγραμμα.....	141
18.β Κυκλικό διάγραμμα.....	142
18.γ Κυκλικό διάγραμμα.....	143
18.δ Κυκλικό διάγραμμα.....	143
19) Κυκλικό διάγραμμα.....	144
20) Κυκλικό διάγραμμα.....	144
21) Κυκλικό διάγραμμα.....	145
22) Κυκλικό διάγραμμα.....	145
23) Κυκλικό διάγραμμα.....	146
24) Κυκλικό διάγραμμα.....	147
25) Κυκλικό διάγραμμα.....	148

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αλαχιώτης Σταμάτης Ν. (Καθηγητής Γενετικής) ΓΝΩΜΗ (ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΤΕΚΜΗΡΙΩΘΕΙ Η ΑΠΟΦΑΣΗ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ;) <http://www.tovima.gr/science/article/?aid=381362>
2. Αρχείο Νομολογίας 1993, τομ. ΜΔ', σελ. 641
3. Βοζίκης Α., Ρήγα Μ. (2008) ΤΑ ΙΑΤΡΙΚΑ ΣΦΑΛΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΔΙΑΣΤΑΣΗΣ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΔΙΚΑΣΤΗΡΙΩΝ, (Ερευνητικό Άρθρο) Πανεπιστήμιο Πειραιώς (Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, 2:22-44- Society, Economy and Health)
4. Γεωργιάδης Σ. Α. (2007) ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ Αστικού Δικαίου ΣΥΝΤΕΤΜΗΜΕΝΗ ΕΚΔΟΣΗ ΠΡΟΣ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ, 3^η έκδοση Αθήνα , ΑΝΤ.Ν. ΣΑΚΟΥΛΑ.
5. Γιάκης Ν, Μερκούρης Α, Πολυχρονοπούλου Ε, Αδαλή Ε. (Ιανουάριος – Μάρτιος 2005) Εντατική θεραπεία: Η στάση του νοσηλευτικού προσωπικού στην ευθανασία, Νοσηλευτική
6. Γκίκα Μ. (1995) Η ευθανασία και το ηθικό δίλημμα των νοσηλευτών Διδακτορική διατριβή, Αθήνα
7. Δαγτόγλου Π. Δ. (2005) ΣΥΝΤΑΓΜΑΤΙΚΟ ΔΙΚΑΙΟ ΑΤΟΜΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ Α' ΤΟΜΟΣ, 2η έκδοση Αθήνα, ΑΝΤ. Ν. ΣΑΚΚΟΥΛΑ
8. Η θέση της Εκκλησίας επί του θέματος της Ευθανασίας" Εισήγησης του Σεβ. Μητροπολίτου Φθειώτιδος κ.κ ΝΙΚΟΛΑΟΥ
9. Καϊάφα-Γκμπάντι Μ., Κουνουγέρη- Μανωλέδακη Ε., Καστανίδου-Συμεωνίδου Ε., (2007), ΔΗΜΟΣΙΕΥΜΑΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ ΚΑΙ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ-ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ- Αθήνα, ΣΑΚΚΟΥΛΑ
10. Κακάμπουρας Μ., Κολοβός Η., Λιακόπουλος Ι., (Νοσηλευτές Γ.Ε.) Χριστοπούλου Ι.,(Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Α', Α.Τ.Ε.Ι Αθήνας) (Απρίλιος - Ιούνιος 2010) ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ (Τόμος 9ος, Τεύχος 2ο) ΕΡΕΥΝΑ (Το ηθικό δίλημμα της ευθανασίας: Διερεύνηση της άποψης των νοσηλευτών έναντι του διλήμματος,.)
11. Καλαμπούκα Γιανοπούλου Π. (2010), Η ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΩΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΗ, Καβάλα, ΝΟΜΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ
12. Κόλλια Δ., (2006) (Πανεπιστημιακή Εργασία) <<ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΚΑΙ ΣΥΝΤΑΓΜΑ>>, Ν.Ο.Π.Ε. ΤΜΗΜΑ ΝΟΜΙΚΗΣ (ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ) μάθημα: ΑΤΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ, Επιμέλεια Καθηγητής Δημητρόπουλος Α.
13. Κοντιάδης Ξ.- Σουλιώτης Κ. (2010), ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ, 1η ΕΚΔΟΣΗ, Κόρινθος, ΠΑΠΑΖΗΣΗ
14. Κουτσούκου Ι. Η. (2013) Η νομική προστασία του παιδιού στην Ελλάδα, 1η έκδοση, Κόρινθος, Νομική Βιβλιοθήκη.

15. Κωστάρας Π. Α. (2004), ΕΝΝΟΙΕΣ ΚΑΙ ΘΕΣΜΟΙ ΤΟΥ ΠΟΙΝΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ, 2η έκδοση, Αθήνα, ΑΝΤ. Ν. ΣΑΚΚΟΥΛΑ
16. Μιχαηλίδης Κ., δημοσιογράφος (2007) <http://e-rooster.gr/02/2007/426>
17. Μπαμπινιώτης Δ. Γ (2008) ΛΕΞΙΚΟ ΤΗΣ ΝΕΑΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΓΛΩΣΣΑΣ, 3η έκδοση, Αθήνα, ΚΕΝΤΡΟ ΛΕΞΙΚΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Π.Ε.
18. Μπέκας Γ. (2005) ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΠΟΙΝΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ (Ασκήσεις-Σχεδιαγράμματα- Βασικές Έννοιες) Α. Γενικό μέρος, 1η έκδοση, Αθήνα, Π. Ν. ΣΑΚΚΟΥΛΑΣ
19. Μπέκας Γ. (2004) Η ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΠΟΙΝΙΚΟ ΚΩΔΙΚΑ, 1η έκδοση, Αθήνα, Π. Ν. ΣΑΚΚΟΥΛΑΣ
20. Μπιτζαράκη Σ., Τσιλιλή Α., Φανταουτσάκη Μ. (2008) ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: << Η στάση των νοσηλευτών απέναντι στην ευθανασία και οι παράγοντες που την επηρεάζουν >>, Ηράκλειο, Επιβλέπων Καθηγητής: Παχούμη Δ.
21. Οικονόμου Χ.- Σπυριδάκης Μ. (2012), ΑΝΘΡΩΠΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, Αθήνα, Ι. ΣΙΔΕΡΗΣ
22. Παναγόπουλος Δ. Κ. (1999) ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΑΣΤΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ Εισαγωγή στο δίκαιο και στο αστικό δίκαιο, 2^η έκδοση Αθήνα, Π.Ν. ΣΑΚΚΟΥΛΑΣ
23. Παντελίδου Καλλιρόη, «Ευθανασία και ζητήματα ιατρικής ευθύνης», Η ΙΕΡΑ ΣΥΝΟΔΟΣ ΤΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ, ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ, www.bioethics.org.gr/03_dPantelidou.html
24. Ποινικά Χρονικά 1987, τομ. ΛΖ' σελ. 241, 244
25. Πολίτης Χ., δικηγόρου ΑΠ, ΣτΕ, Δρος Ιατρ. Π.Α., Επισκέπτη Καθηγητή Ιατρικού Δικαίου Ευρωπαϊκού Πανεπιστημίου Κύπρου. (ΑΡΧΕΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ, ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ) <http://www.isathens.gr/nomika-themata/arxes-iatrikou-dikaiou.html>
26. Πραγιάννη Ε., 2014, Επιμέλεια Σπυριδάκης Σ. Ι., Νομικά Μελετήματα, ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΔΙΚΑΙΟΠΡΑΚΤΙΚΑ ΑΝΙΚΑΝΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΕ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ, Αθήνα, ΑΝΤ. ΣΑΚΚΟΥΛΑ
27. Σέχας Μ., Αγγειοχειρουργός, Ομότιμος Καθηγητής Πανεπιστημίου Αθηνών, Επίτιμος Διευθυντής Αγγειοχειρουργικής Κλινικής ΥΓΕΙΑ, mnsechas@yahoo.gr, http://www.hygeia.gr/page.aspx?p_id=1197
28. Σταθόπουλος Π. Μ. (2004) ΕΠΙΤΟΜΗ ΓΕΝΙΚΟΥ ΕΝΟΧΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ, 4η έκδοση, Αθήνα, ΣΑΚΚΟΥΛΑ Α.Ε. (ΑΘΗΝΑ-ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ)
29. Τρανταλίδης Ε. Γ (2012), Η ΕΥΘΥΝΗ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΥ ΜΑΙΕΥΤΗΡΑ, 1η έκδοση, Αθήνα, ΑΝΤ. Ν. ΣΑΚΚΟΥΛΑ.
30. Τσαντίλας Π. (2008), ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΑΙ ΕΘΝΙΚΟ ΔΙΚΑΙΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, 10η ΈΚΔΟΣΗ, Αθήνα, ΑΝΤ.Ν. ΣΑΚΚΟΥΛΑ
31. Τσάτσος Κ. 2000, Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ ΤΩΝ ΑΡΧΑΙΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ, 6η έκδοση, Αθήνα, Ι.Δ. ΚΟΛΛΑΡΟΥ & ΣΙΑΣ Α.Ε.

32. Τσίγκρης Α., (2001), Πολύκροτες δίκες. Τα εγκλήματα που συγκλόνισαν την Ελλάδα, Αθήνα-Κομοτηνή, εκδ. Α.Ν. Σάκκουλας.
33. Τσιομλεξή Δ. Σύγχρονες Πολιτικές Υγείας Πτυχιούχος Κοινωνικής Πολιτικής και Διοίκησης Δ.Π.Θ MSc << Οργάνωση και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας>> Ε.Κ.Π.Α>>
34. Φουντεδάκη Κ., (2003), ΑΣΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ, Αθήνα, ΣΑΚΚΟΥΛΑ Α.Ε.
35. Χαραλαμπίδης Ι. Α. (2003), ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΠΟΙΝΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ, 5η έκδοση, Αθήνα, ΑΝΤ. Ν. ΣΑΚΚΟΥΛΑ.
36. Χριστοφιλόπουλος Γ. Δ. (1998) Εισαγωγή στο δίκαιο-ΒΑΣΙΚΟΙ ΘΕΣΜΟΙ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ, Αθήνα, Π.Ν. ΣΑΚΚΟΥΛΑΣ Α.Ε.Ε.Ε.
37. Χρυσόγονος Χ.Κ. (2002), ΑΤΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ, 2η έκδοση, Θεσσαλονίκη, ΑΝΤ. Ν. ΣΑΚΚΟΥΛΑ
38. <https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%88%CE%BA%CF%84%CF%81%CF%89%CF%83%CE%B7>
39. <http://www.antenna.gr/news/Society/article/141886/kataggelia-sok-gia-eythanasia-asthenoys> Κοινωνία /Γενικά
40. http://www.proslipsis.gr/cmCat_treePrd.php?&cm_catid=68&cm_prdid=22576 δημοσίευμα της διαδικτυακής εφημερίδας proslipsis.gr
41. <http://www.protopapadakis.gr/articles/lawstatusgreek.htm>
42. <http://news.in.gr/world/article/?aid=1500002601>
43. <http://tvxs.gr/news/%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1/%CE%BD%CF%8C%CE%BC%>
44. [http://www.skai.gr/news/world/article/146529/istoriki-anofasi-gia-tin-nathitiki-euthanasia-/](http://www.skai.gr/news/world/article/146529/istoriki-anofasi-gia-tin-nathitiki-euthanasia/)
45. Πηγή: Tribune.gr <http://www.athensmagazine.gr/newsnpeople/192795>
46. <http://www.geocities.com/prtopapadakis/euthanasia.htm>
47. <http://www.pathfinder.gr/news/4359611/ypekypse-meta-apo-42-hronia-se-koma-indh-thyma-biasmoy/>
48. [Pateralou E., Vardanas C., Fioraki I., Agelakis T., Dafermoy M., Ntzilepi P., Euthanasia in Greece: Greek nurse' s involvement and beliefs., International Journal of Palliative Nursing 2009, 15\(5\):170-175](#)