

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΝ ΚΡΗΤΗΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**  
**ΤΟΜΕΑΣ ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑΣ**

ΘΕΜΑ

**Η ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΗ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ**

**ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ**

**ΤΟΥ ΤΖΩΡΑΚΗ ΓΕΩΡΓΙΟΥ**  
**ΔΙΚΗΓΟΡΟΥ**

**ΗΡΑΚΛΕΙΟΝ ΚΡΗΤΗΣ 2006**

**«Το θέμα δεν είναι να πεθάνεις νωρίτερα ή αργότερα,  
αλλά να πεθάνεις καλά ή άρρωστος;  
και να πεθάνεις καλά σημαίνει,  
να διαφύγεις τον κίνδυνο να ζήσεις άρρωστος».**

**(Σενέκας 4 π.Χ. – 65 μ.Χ.).**

## **Μέλη Επιτροπών.**

### **Μέλη Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής:**

- κ. Μιχαλοδημητράκης Εμμανουήλ, (ως επιβλέπων). Αναπληρωτής Καθηγητής.
- κ. Δημόπουλος Λάμπης, (ως μέλος). Αναπληρωτής Καθηγητής.
- κ. Φιλαλήθης Αναστάσιος, (ως μέλος). Αναπληρωτής Καθηγητής.

### **Μέλη Επταμελούς Εξεταστικής Επιτροπής:**

(Με αλφαβητική σειρά)

- κ. Δημόπουλος Λάμπης, (ως μέλος). Αναπληρωτής Καθηγητής.
- κ. Κουμαντάκης Ευγένιος. Καθηγητής.
- κ. Μιχαλοδημητράκης Εμμανουήλ, (ως επιβλέπων). Αναπληρωτής Καθηγητής.
- κ. Πυργιωτάκης Ιωάννης. Καθηγητής.
- κ. Σιατίτσας Ιωάννης. Αναπληρωτής Καθηγητής.
- κ. Φιλαλήθης Αναστάσιος, (ως μέλος). Αναπληρωτής Καθηγητής.
- κ. Χελιδόνης Εμμανουήλ. Καθηγητής.

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

	Μέλη Επιτροπών	2
	Πίνακας Περιεχομένων	3-4
	<b>ΑΦΙΕΡΩΣΗ.</b>	<b>5</b>
	<b>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.</b>	<b>6-7</b>
1.	<b>ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ.</b>	<b>8-10</b>
2.	<b>ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ.</b>	<b>11-15</b>
2.1.	Ενεργητική Ευθανασία.	11
2.1.1.	Εκούσια Ευθανασία.	11
2.1.2.	Ακούσια Ευθανασία.	12
2.2.	Παθητική Ευθανασία.	12
2.3.	Άλλες παραλλαγές της Ευθανασίας.	13
2.3.1.	Ηθελημένη Ευθανασία για ψυχολογικούς ή ψυχιατρικούς λόγους.	13
2.3.2.	Ευθανασία του τύπου Living Will.	13
2.3.3.	Δυσθανασία.	14
2.3.4.	Ορθοθανασία.	14
2.3.5.	Επιταχυθανασία.	14
2.3.6.	Ευγονική Ευθανασία.	15
3.	<b>ΣΚΟΠΟΣ.</b>	<b>16</b>
4.	<b>ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.</b>	<b>17</b>
5.	<b>ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.</b>	<b>18-22</b>
6.	<b>ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΗ.</b>	<b>23-42</b>
7.	<b>ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΗ ΗΘΙΚΗ.</b>	<b>43-59</b>
8.	<b>ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΙΑ.</b>	<b>60-68</b>
8.1.	Χριστιανισμός.	60
8.2.	Καθολικισμός.	65
8.3.	Ιουδαϊσμός.	66
8.4.	Άλλες θρησκείες.	68
9.	<b>ΠΟΙΝΙΚΗ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ.</b>	<b>69-115</b>
9.1.	Ελλάδα.	69
9.1.1	Η προστασία της ζωής.	69
9.1.2	Η συνταγματική προστασία του εννόμου αγαθού της ζωής	70
9.1.3	Η ποινική προστασία του εννόμου αγαθού της ζωής.	71
9.1.4	Η αυτοδιάθεση του εννόμου αγαθού της ζωής.	106
9.1.5	Η αυτοπροσβολή της ζωής.	106
9.1.6	Συναίνεση σε πράξη ετεροπροσβολής.	108
9.2.	Η.Π.Α.	109
9.3.	Γερμανία.	122

9.4.	Κάτω Χώρες.	125
9.4.1.	Ολλανδία.	126
9.4.2.	Βέλγιο.	136
9.5.	Αγγλία.	140
9.6.	Ελβετία.	142
9.7.	Γαλλία.	144
9.8.	Δανία.	149
9.9.	Σουηδία.	150
9.10.	Ιταλία	150
9.11.	Ουρουγουάη.	151
9.12.	Κολομβία.	152
9.13.	Ιαπωνία.	152
9.14.	Αυστραλία.	152
9.15.	Καναδάς.	153
9.16.	Φιλανδία.	154
9.17.	Ευρωπαϊκή Ένωση.	155
9.18.	Νότια Αφρική.	155
10.	<b>ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ.</b>	<b>156-159</b>
11.	<b>ΣΥΖΗΤΗΣΗ.</b>	<b>160-172</b>
11.1	Υποστηρικτές και μη υποστηρικτές της Ευθανασίας.	160
11.1.1.	Οι υποστηρικτές της Ευθανασίας.	160
11.1.2.	Οι μη υποστηρικτές της Ευθανασίας.	168
12.	<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.</b>	<b>173</b>
13.	<b>ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.</b>	<b>174</b>
14.	<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ.</b>	<b>182-190</b>
15.	<b>ABSTRACT.</b>	<b>191-198</b>
16.	<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.</b>	<b>199-214</b>

## ΑΦΙΕΡΩΣΗ

Την προσπάθεια μου αυτή την αφιερώνω,

Στα αγαπημένα μου παιδιά,  
Ιωαννίκη και Εμμανουήλ Τζωράκη.

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η Διδακτορική Διατριβή αυτή, εκπονήθηκε στο Πανεπιστήμιο Κρήτης, στη Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Τομέας Μορφολογίας.

Η συγκεκριμένη μεταπτυχιακή εκπαίδευση ήταν για μένα μία πολύ σημαντική εμπειρία.

Επιθυμώ να εκφράσω τις θερμές ευχαριστίες μου στον επιβλέποντα καθηγητή μου, κ. Εμμανουήλ Μιχαλοδημητράκη, Αναπληρωτή καθηγητή του Πανεπιστημίου Κρήτης, για την αμέριστη συμπαράσταση και καθοδήγησή του καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης αυτής της Διδακτορικής Διατριβής έως και την τελική φάση της παρουσίασης της.

Οφείλω επίσης να ευχαριστήσω θερμά, για όλες τις χρήσιμες και πολύτιμες συμβουλές που μου έδωσαν, τους συνεπιβλέποντες καθηγητές μου κ. Αναστάσιο Φιλαλήθη και κ. Λάμπη Δημόπουλο, καθώς επίσης και τα υπόλοιπα μέλη της επταμελούς εξεταστικής επιτροπής μου, καθηγητές του Πανεπιστημίου Κρήτης (με αλφαβητική σειρά), κ.κ. Ευγένειο Κουμαντάκη, Ιωάννη Πυργιωτάκη, Ιωάννη Σιατίτσα και Εμμανουήλ Χελιδόνη.

Εκτός από τους καθηγητές μου εκφράζω τις θερμές ευχαριστίες μου στην κ. Χρύσα Τζάνου για τη βοήθεια της ως φιλόλογου, στην κ. Κική Διβινή και στην κ. Βέρα Λαδοπούλου, καθηγήτριες Αγγλικής γλώσσας του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης, στην κ. Έλλη Βαρεταίου, καθηγήτρια Αγγλικής Φιλολογίας, στην κ. Ροζ- Μαρί Μαρκουλάκη, καθηγήτρια Γαλλικής Φιλολογίας, στην κ. Εριφύλλη

Χατζηανέστη, καθηγήτρια Γερμανικής Φιλολογίας, και στην κ. Άννα Καγιαμπάκη, μεταπτυχιακή φοιτήτρια, για τη βοήθειά τους στις μεταφράσεις όλης της ξενόγλωσσης βιβλιογραφίας.

Τέλος, ευχαριστώ πολύ την κ. Γεωργία Καρχιλάκη για τη δακτυλογράφιση των κειμένων της παρούσας Διδακτορικής Διατριβής.



## 1. ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ.

Η λέξη «Ευθανασία» προέρχεται από το ρήμα «ευθανατώ» το οποίο είναι σύνθετο και αποτελείται από το ελληνικό πρόθεμα «ευ» που σημαίνει «καλώς» και τη λέξη «θάνατος».

«Ευθανασία» λοιπόν, σημαίνει «καλός θάνατος». Καλός δε θάνατος, σημαίνει ο εύκολος, ο ήρεμος, ο αιφνίδιος, ο ανώδυνος θάνατος.

Με άλλη έκφραση, λέγοντας «Ευθανασία» εννοείται η πρόκληση ανώδυνου θανάτου σε πάσχοντα άτομα με σκοπό τη λύτρωσή τους, μετά από προσωπική τους επιθυμία ή όχι, την οποία διατυπώνουν κατά το τελευταίο στάδιο της ανίατης ασθένειας τους, ή είχαν διατυπώσει πριν περιπέσουν σε κατάσταση «φυτού» ή πριν τον πολύ βαρύ τραυματισμό τους, χωρίς να υπάρχει ελπίδα θεραπείας τους.

«Ευθανασία είναι η μέθοδος προκλήσεως του θανάτου άνευ οδυνηρών συμπτωμάτων, προς συντόμευση της αγωνίας μίας λίαν οδυνηράς και μοιραίας εκβάσεως νόσου». (Γενική εγκυκλοπαίδεια, Πάπυρος - Λαρούς).

Κίνητρα για την εφαρμογή της Ευθανασίας, θεωρούνται ο οίκτος, η αγάπη και ο σεβασμός της αξιοπρέπειας του ανθρώπου.

Ο Richard Smith (2003), ισχυρίζεται ότι «Ο θάνατος δίνει νόημα στη ζωή μας. Αν δεν υπήρχε ο θάνατος, κάθε γέννηση θα ήταν μία τραγωδία».

Ποιός, όμως, είναι ο καλός θάνατος;

Για το ερώτημα αυτό δεν υπάρχει μόνο μία απάντηση.

Όλοι μας είμαστε τόσο διαφορετικοί στο θάνατο, όσο είμαστε και στη ζωή μας.

Άλλοι θα προτιμούσαν έναν ακαριαίο θάνατο, άλλοι έναν πιο αργό. Μερικοί προτιμούν να πεθάνουν ήσυχα, με ελάχιστη ιατρική παρέμβαση. Άλλοι θα ήθελαν να παλέψουν έως το τέλος για να γευτούν και την τελευταία σταγόνα ζωής.

Εάν όμως, θεωρηθεί ότι ένας καλός θάνατος είναι το μεσουράνημα μίας καλής ζωής, τότε η εξασφάλισή του, όταν έρθει η ώρα του, πρέπει να είναι προτεραιότητα όλων μας. (Μπατιστάτου Α. 2003).

Σε ποιόν, όμως, κατά τον Κατρούγκαλο Γ.(1993), ανήκει το δικαίωμα και η απόφαση για τη ζωή και το θάνατο ενός ατόμου;

#### **A) Στην Πολιτεία :**

Όπου σύμφωνα με τον Πλάτωνα,:

«Σε όλες τις καλά κυβερνούμενες Πολιτείες έχει ορισθεί στον καθένα από μία εργασία, που είναι ανάγκη να την κάνει και κανείς δεν έχει καιρό να είναι ασθενής και να νοσηλεύεται για ολόκληρη τη ζωή του». (Πλάτωνας, Πολιτεία Γ', 406 C,407, Μτφ. Γρυπάρη).

#### **B) Στον Ιατρό του:**

Όπου σύμφωνα με τον όρκο του Ιπποκράτη:

«Ου δώσω δε ουδέ φάρμακον ουδενί αιτηθείς θανάσιμον, ουδέ υφηγήσομαι συμβουλήν ην τοιήνδε».

**Γ) Στην Αγορά;**

Όπου σύμφωνα με τον B. Lemennicier (1991), πρόεδρο Ένωσης σχετικής με την εμπορευματοποίηση της ανθρώπινης ζωής,

«Κάποιοι φτωχοί, για να κερδίσουν ορισμένα χρήματα θα πουλούν το νεφρό τους, κάποιοι άλλοι το αίμα τους και άλλοι θα διακινδυνεύουν στα ορυχεία ή σε άλλα πολύ επικίνδυνα επαγγέλματα για να έχουν ένα καλύτερο εισόδημα».

**Δ) Στον ίδιο τον άνθρωπο;**

## **2. ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ.**

Η έννοια της Ευθανασίας διακρίνεται σε δύο βασικές μορφές:

**α- Την Ενεργητική Ευθανασία και**

**β- Την Παθητική Ευθανασία .**

### **2.1. Ενεργητική Ευθανασία.**

Ενεργητική Ευθανασία, καλείται η εσκεμμένη ενέργεια για τον τερματισμό της ζωής ενός ατόμου.

Η Ενεργητική Ευθανασία διαχωρίζεται σε «Εκούσια» και σε «Ακούσια».

#### **2.1.1. Εκούσια Ευθανασία.**

«Εκούσια Ευθανασία» είναι αυτή, η οποία εφαρμόζεται σε ένα άτομο, το οποίο επιθυμεί να τερματίσει τη ζωή του.

Η Εκούσια Ευθανασία πραγματοποιείται με θανατηφόρα δόση μίας ουσίας, την οποία λαμβάνει το ίδιο το άτομο. (Αβραμίδης Α. 1995).

Η περίπτωση αυτή, σύμφωνα με το άρθρο 301 του Ελληνικού Ποινικού Κώδικα, είναι πράξη συμμετοχής σε αυτοκτονία και τιμωρείται αυστηρά.

### **2.1.2. Ακούσια Ευθανασία.**

«Ακούσια Ευθανασία» είναι αυτή, η οποία δίνεται από συγγενή ή φίλο ή ιατρό, με σκοπό να δοθεί τέλος στο μαρτύριο ενός ατόμου που υποφέρει ή είναι σε κατάσταση «φυτού» χωρίς να υπάρχει ελπίδα αποκατάστασής του. (Αβραμίδης Α.1995).

Στην περίπτωση, όμως, που δεν λαμβάνεται ή δεν μπορεί να ληφθεί η σύμφωνη γνώμη του ασθενή, πρόκειται «για ανθρωποκτονία από πρόθεση» και τιμωρείται με την ποινή του θανάτου ή της ισόβιας κάθειρξης, σύμφωνα με το άρθρο 299 του Ποινικού Κώδικα.

## **2.2. Παθητική Ευθανασία.**

Παθητική Ευθανασία, ονομάζεται εκείνη, η οποία πραγματοποιείται είτε :

- α) Με παραλείψεις χρησιμοποίησης θεραπευτικών προσπαθειών ή**
- β) Με την απόσυρση των θεραπευτικών προσπαθειών, π.χ της λειτουργίας ενός μηχανήματος.**

## **2.3. Άλλες παραλλαγές της Ευθανασίας.**

### **2.3.1. Ηθελημένη Ευθανασία για ψυχολογικούς ή ψυχιατρικούς λόγους.**

Εκτός από την «Εκούσια» και την «Ακούσια Ευθανασία», στο άρθρο 16, του Νομοσχεδίου «Death With Dignity Act.» της Πολιτείας του Όρεγκον των Η.Π.Α, το οποίο ενέκρινε η τοπική Βουλή, αρνήθηκε, όμως, να επικυρώσει το Ομοσπονδιακό Δικαστήριο των Η.Π.Α, γίνεται αναφορά για την ηθελημένη για ψυχολογικούς ή ψυχιατρικούς λόγους Ευθανασία, σε άτομα ακόμα και για κατάθλιψη. (Αβραμίδης Α.1995).

### **2.3.2. Ευθανασία του τύπου Living Will. (Εθελοντική Ευθανασία).**

Την εφαρμογή της Εθελοντικής Ευθανασίας, ζητούν τα μέλη της Εταιρείας Εθελοντικής Ευθανασίας, ή Κοινότητα «Η Έξοδος» για την Αγγλία, ή Κοινότητα «Για τον ανώδυνο θάνατο» για τη Γερμανία, με την υπογραφή τους, ενώπιον μαρτύρων και υπό τις προϋποθέσεις και τους όρους που περιλαμβάνονται σε σχετικό έγγραφο.

Σύμφωνα με το έγγραφο αυτό, εκχωρούν το δικαίωμα να διακοπεί η θεραπεία τους και επομένως η διατήρηση της ζωή τους. Οι όροι αυτής της εκούσιας Παθητικής Ευθανασίας, καθορίζονται με συμβολαιογραφική πράξη, η οποία ονομάζεται «Συμβόλαιο ή Διαθήκη θανάτου». (Αβραμίδης Α. 1995).

### **2.3.3. Δυσθανασία.**

«Δυσθανασία», ονομάζεται η παράταση της ζωής ενός ασθενή με δύσκολες και δαπανηρές ιατρικές φροντίδες, δυσανάλογα αποδοτικές με το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα. Σε αυτή την περίπτωση ο ιατρός νομιμοποιείται να σταματήσει τις φροντίδες του, μόνο εάν ο ίδιος ο ασθενής το επιθυμεί και του το ζητήσει. Θα πρέπει, όμως, να υπάρχουν σαφείς και πειστικές αποδείξεις για τη βούληση του ασθενή. (Αβραμίδης Α. 1995).

### **2.3.4. Ορθοθανασία.**

«Ορθοθανασία», ονομάζεται η μη προσφορά υπερβολικών φροντίδων, μεγαλύτερης έκτασης από εκείνης η οποία είναι συμβατή με την κατάσταση του ατόμου που πάσχει από ανίατη ασθένεια. Αυτό θα έχει ως συνέπεια το άτομο αυτό να πεθάνει από την επέλευση του φυσικού θανάτου, εφ' όσον ο ίδιος ο ασθενής το επιθυμεί. (Αβραμίδης Α. 1995).

### **2.3.5. Επιταχυθανασία.**

«Επιταχυθανασία», ονομάζεται η σκόπιμη επιτάχυνση των βιολογικών διαδικασιών του θανάτου σε περίπτωση όπου είναι αναπόφευκτη η επέλευσή του.

Επισύρει ποινές σύμφωνα με το άρθρο 299, του Ελληνικού Ποινικού Κώδικα. (Αβραμίδης Α. 1995).

Οι εισηγητές της υποστηρίζουν ότι είναι υποχρέωση του ιατρού να την εφαρμόσει για να απαλλάξει τον ασθενή από την τραγική επιθανάτια κατάστασή του. (Ταμπάογλου Δ. 1985).

### **2.3.6. Ευγονική Ευθανασία.**

Η εφαρμογή της «Ευγονικής Ευθανασίας», αναφέρεται σε περιπτώσεις παιδιών που γεννιούνται με ατέλειες ή σωματικές αναπηρίες, όπως με σύνδρομο Down, δισχιδή ράχη ή άλλες σωματικές δυσπλασίες.

Ορισμένα παιδιά από τις ανωτέρω περιπτώσεις μπορεί μιν να επιζήσουν, θα έχουν όμως ανάγκη, από βαριές επαναληπτικές διορθωτικές χειρουργικές επεμβάσεις. (Αβραμίδης Α. 1995).

Στα πλαίσια της Ευγονικής Ευθανασίας, εντάσσονται και οι αμβλώσεις, όταν οι ιατροί προβλέπουν ότι το κύημα θα είναι ανάπηρο.

Οι αμβλώσεις αυτές κατοχυρώθηκαν νομοθετικά στην Ελλάδα το 1978 με το Νόμο 821.

Τα επιχειρήματα που προβάλλουν οι υποστηρικτές της Ευγονικής Ευθανασίας, είναι ότι:

**α)** Οι πάσχοντες από ανίατες ασθένειες έχουν δυσβάστακτη ζωή, χωρίς νόημα και

**β)** Η γέννηση και η διατήρηση στη ζωή παθολογικών ανθρώπων, φθείρει οικονομικά και ψυχολογικά τις οικογένειες των ασθενών και κατ' επέκταση την Κοινωνία. (Ευαγγέλου Ι. 1999).



### **3. ΣΚΟΠΟΣ.**

Σκοπός αυτής της Διδακτορικής Διατριβής, είναι η μελέτη σε εθνικό και διεθνές επίπεδο, του σοβαρού θέματος της εφαρμογής ή μη της Ευθανασίας σε ανθρώπους, η ποινική αντιμετώπιση από την Ελληνική Ποινική Νομοθεσία και η κατάθεση ενός νέου προβληματισμού για τα Ελληνικά δεδομένα.

## 4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.

Στην παρούσα Διδακτορική Διατριβή, γίνεται μία ιστορική αναδρομή σε ελληνικό, αλλά και σε διεθνές επίπεδο, για τον τρόπο εφαρμογής ή μη της Ευθανασίας και της γενικής αντιμετώπισής της ανά τους αιώνες έως και σήμερα.

Στη συνέχεια καταγράφεται σε ελληνικό, αλλά και σε διεθνές επίπεδο:

Η σχέση της Ιατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας, με την έννοια της Ευθανασίας.

Η σχέση διαφόρων Θρησκειών με την έννοια της Ευθανασίας και

Η σχέση της Οικονομίας με την έννοια της Ευθανασίας.

Επίσης αναπτύσσεται σε ελληνικό επίπεδο, η ποινική πλευρά του θέματος.

Στο κεφάλαιο της Συζήτησης, αναφέρονται τα επιχειρήματα αυτών που είναι υπέρ και αυτών που είναι κατά, της εφαρμογής της Ευθανασίας στον άνθρωπο, καθώς επίσης και αυτών που αποδέχονται την εφαρμογή της Ευθανασίας, αλλά με προϋποθέσεις.

## 5. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.

Η Ευθανασία είναι γνωστή από τα πολύ παλιά έτη.

Το πρόβλημα της Ευθανασίας είναι Ιατρικό, Κοινωνικό, Θεολογικό και Φιλοσοφικό.

Στην Αρχαία Ελλάδα, για λόγους ευγονίας αλλά και οίκτου προς τους πάσχοντες, η Ευθανασία ήταν συχνή και επιβεβλημένη από την Πολιτεία.

Βρέφη, παιδιά, ενήλικες και γέροι με χρόνια, ανίατα νοσήματα, δεν είχαν θέση στην οικογένεια.

Ο θάνατος ήταν συχνά η λύση του δράματος.

Από τον 4<sup>ο</sup> αιώνα π.Χ, χρονολογούνται οι μαρτυρίες που αναφέρονται στο έθιμο που επικρατούσε στη νήσο Κέα, γνωστό και ως Νόμο της Ιουλίδας. Οι γέροντες, που ξεπερνούσαν το 60<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας τους ήταν υποχρεωμένοι, σύμφωνα με τις μαρτυρίες του Στράβωνα, να αυτοκτονήσουν πίνοντας κώνιο. (Δημόπουλος 1997).

Στα χωρία 407, 410 στο Γ' βιβλίο της Πολιτείας του Πλάτωνα, αναφέρεται, πως όσοι πολίτες δεν έχουν υγιή σώματα και υγιείς ψυχές πρέπει να αφήνονται να πεθαίνουν, γιατί αυτό είναι καλό και για τους ίδιους αλλά και για την πόλη. «...τα δ' είσω δια παντός νενοσηκότα σώματα ουκ επιχειρείν διαίταις κατά σμικρόν απαντλούντα και επιχέοντα μικρόν και κακόν βίου ανθρώπω ποιείν και έκγονα αυτόν, ως το εικός, έτερα τοιαύτα φυτεύειν, αλλά των μη δυνάμενον εν τη καθεστηκυία περιόδω ζην μη οίεσθαι δειν θεραπεύειν, ως ούτε αυτώ τούτε πόλει λυσιτελή». (Πλάτωνα Πολιτεία, βιβλίο Γ' 407 d.). (Ευαγγέλου Ι. 2001).

«Ουκούν και ιατρικήν οίαν είπομεν, μετά της τοιαύτης δικαστικής κατά πόλιν νομοθετήσεις, αι των πολιτών σοι τους μεν ευφυείς τα σώματα και τας ψυχάς θεραπεύσουσι, τους δε μη, όσοι μεν κατά σώμα τοιούτοι αποθνήσκειν εάσουσιν, τους δε κατά την ψυχήν κακοφυείς και ανιάτους αυτοί αποκτενούσιν. Το γουν άριστον, έφη, αυτοίς τε τοις πάσχουσιν και τη πόλει ούτω πέφανται». (Πλάτωνα Πολιτεία, βιβλίο Γ'410 a ). (Ευαγγέλου Ι. 2001).

Ο Πλάτωνας, στον Κρίτωνα, δίνει την εικόνα μίας συγκέντρωσης, για πνευματική Ευθανασία, που θα επέτρεπε στο Σωκράτη να αποδεχτεί το αναπόφευκτο ευκολότερα. Αυτή την πνευματική Ευθανασία, έχουμε χρέος να την εξασφαλίσουμε στον ασθενή που πεθαίνει και αυτό το χρέος βαραίνει τον σύγχρονο ιατρό. (Πεντόγαλος, 1983).

Στη Σπάρτη υπήρχε σε εφαρμογή νόμος, που υπαγόρευε ένα είδος κοινωνικής ή ευγονικής Ευθανασίας, ο γνωστός Καιάδας.

Σύμφωνα με τον Στράβωνα, Καιάδας εκαλείτο, «το παρά Λακεδαιμονίοις δεσμωτήριον και σπήλαιον».

Ο Πausανίας, το περιγράφει ως βαθύ βάραθρο.

Η βρεφοκτονία των αναπήρων βρεφών, θεωρείτο κοινωνική υποχρέωση, αλλά ήταν και ένας τρόπος, για την καταπολέμηση του κακού. Ως κοινωνική πράξη αποσκοπούσε στο συμφέρον των άτυχων βρεφών, των οικογενειών τους και της Πολιτείας.

Ο Πλούταρχος μας πληροφορεί ότι, το νεογέννητο το έφερνε ο πατέρας του, στους πρεσβύτερους της φυλής, οι οποίοι το εξέταζαν και εάν το εύρισκαν υγιές και δυνατό, έδιναν εντολή να το αναθρέψουν οι γονείς, στους οποίους χορηγούσαν κλήρο γής, εάν όμως το εύρισκαν δυσπλαστικό και ασθενές, το έστελναν σε ένα βάραθρο του Ταυγέτου, που ονομάζετο «αποθέτης». (Ευαγγέλου Ι. 2001).

Τον 4<sup>ο</sup>ν αιώνα π.Χ, φαίνεται ότι το πρόβλημα υπάρχει έτσι ώστε να χρειαστεί να τεθεί ως μία από τις ουσιαστικές απαγορεύσεις στον Όρκο της Ιπποκρατικής συλλογής. (Πεντόγαλος 1983).

Οι Ρωμαίοι είχαν την Ευθανασία, ως διέξοδο από την προβληματική και ασθενική ζωή. (Παγκρήτιο Θεολογικό Συνέδριο, Χανιά 1997).

Σύμφωνα με μαρτυρία του Βαλέριου Μαξίμου, στη Μασσαλία, το κώνειο φυλάγεται σε κρατικές αποθήκες. Όποιος ήθελε να θέσει τέρμα στη ζωή του, προσείρχετο στη Βουλή των εξακοσίων, τεκμηρίωνε την άποψή του και αναλόγως του έδιναν ή όχι την απαιτούμενη δόση κωνείου. (Δημόπουλος 1997).

Σε πρωτόγονες κοινωνίες, συναντάται η «Δοκιμασία του Κοκκοφοίνικα». Αναγκάζουν τους ηλικιωμένους να ανεβούν σε έναν κοκκοφοίνικα και οι άλλοι από κάτω τον κουνούν με δύναμη. Εάν ο ηλικιωμένος μπορέσει και κρατηθεί, του επιτρέπουν να εξακολουθήσει να ζει, θεωρώντας τον χρήσιμο για την Κοινωνία. Εάν όμως πέσει και σκοτωθεί, δεν έχουν τύψεις, γιατί θεωρούν ότι ήταν ανίκανος να ζει. (Δημόπουλος 1997).

Στους Μεσαιωνικούς χρόνους, στην Ευρώπη, η Ευθανασία αντιμετοπίζετο ως βαρύ αμάρτημα και η απόπειρα αυτοκτονίας επιμωρείτο. Σε αυτό συνέτεινε η Χριστιανική διδασκαλία για το ιερό και απαραβίαστο της ανθρώπινης ζωής και για την παιδαγωγική και σωτήρια αποστολή του πόνου για την ψυχή, που απαιτούσε υπομονή, καρτερία και μετάνοια. (Δημόπουλος 1997).

Η έννοια «Ευθανασία», όπως έχει σήμερα, επισημάνθηκε από τον Φραγκίσκο Βάκωνα, ο οποίος είπε ότι: «Έργο της ιατρικής είναι η αποκατάσταση της υγείας και η καταπράυνση του πόνου, όχι μόνο όταν η καταπράυνση μπορεί να οδηγήσει στη θεραπεία, αλλά και όταν

μπορεί να εξασφαλίσει έναν εύκολο και γαλήνιο θάνατο». (Δημόπουλος 1997).

Στις αρχές του 16<sup>ου</sup> αιώνα, ο φιλόσοφος More Thomas (1516), στο βιβλίο του «Ουτοπία», υπερασπίζεται την Ευθανασία, λέγοντας ότι εάν η ασθένεια είναι ανυπόφορη και βασανιστική χωρίς ανάπαυλα, τότε οι ιερείς και οι δημόσιοι λειτουργοί, οφείλουν να προτρέπουν τον ασθενή να ελευθερωθεί από αυτή την ανυπόφορη ζωή, ή αλλιώς να επιτρέψει με τη θέληση του ο ασθενής σε άλλους να τον λυτρώσουν. (Πεντόγαλος 1983).

Σε μελέτη γραμμένη από τον Marx C. το 1826, με τίτλο, «Προπαρασκευαστική για την ιατρική Ευθανασία», υπάρχει η αντίληψη της συμπαράστασης στον ασθενή που πεθαίνει. Το σημαντικό σε αυτή την εργασία, είναι η προτροπή να μην τον βασανίζουν με άσκοπες φαρμακευτικές ή άλλες αγωγές, αλλά να εφαρμόζουν μόνο καταστολή του πόνου με παυσίπονα ή αναισθητικά. (Πεντόγαλος 1983).

Στα τέλη του 18<sup>ου</sup> αιώνα, οι Άγγλοι ανακαλύπτοντας την Αυστραλία, συνάντησαν εκεί ένα πρωτόγονο και βάρβαρο έθιμο.

Μία φυλή ιθαγενών, κάθε χρόνο την Άνοιξη έκανε μία τελετή, όπου ο πρωτότοκος υιός κάθε οικογένειας, σκότωνε τον ανήμπορο ηλικιωμένο πατέρα του, με ρόπαλο, έπειτα από δική του απαίτηση, για να τον απαλλάξει από τα βάσανα των γηρατειών. Ήταν μία πρωτόγονη μορφή Ευθανασίας, η οποία με την επικράτηση του Χριστιανικού πολιτισμού, εξαφανίστηκε. (Καίσαρης 1999).

Στο τέλος του 19<sup>ου</sup> αιώνα, ο S.D Williams στο έργο του με τίτλο «Ευθανασία», φέρνει το θέμα της Ενεργητικής Ευθανασίας προς εξέταση.

Στο κείμενο αυτό αναφέρεται ότι: «Σε όλες τις περιπτώσεις μίας απαίσιας και οδυνηρής ασθένειας αναγνωρίζεται το καθήκον του ιατρού όταν ο ασθενής εκφράζει την επιθυμία, να οδηγήσει ανώδυνα αυτόν

που υποφέρει σε γρήγορο και ανώδυνο θάνατο. Υιοθετούνται όλες οι απαραίτητες προφυλάξεις για να αποτρέψουν πιθανή κατάχρηση ενός τέτοιου καθήκοντος και λαμβάνονται μέτρα για να είναι αποδεκτή η θέση πέρα από κάθε πιθανότητα αμφιβολίας ή ερωτηματικών ότι τα φάρμακα χρησιμοποιήθηκαν σύμφωνα με την επιθυμία που είχε εκφράσει ο ασθενής». (Πεντόγαλος 1983).

Στη Γαλλία, από το 1979, ιδρύθηκε η «Association pour le droit a mourir dans la dignité », η οποία αριθμεί 24.000 περίπου άτομα, με σκοπό την νομιμοποίηση της Ευθανασίας. Το 1989 δημοσίευσε ένα κείμενο, με το οποίο, κήρυττε εθνική σταυροφορία για την επιτυχία του σκοπού της, συγκεντρώνοντας περίπου 140.000 υπογραφές. (Δημόπουλος 1997).

Η θεωρία του «καθαρού γένους των Αρείων», που οδήγησε στις γενοκτονίες των Εβραίων και των Τσιγγάνων από τους Ναζί, δίνει μία ιδέα για το πού μπορεί να οδηγήσει η εκμετάλλευση επιστημονικών θεωριών. (Πεντόγαλος Γ. 1983).

Ο Portes I.(1951), σε δημοσίευμα του, αναρωτιέται: «Πώς θα απαγορευτεί στον ιατρό να ακολουθήσει τους επικίνδυνους δρόμους που οδηγούν από την «Ευθανασία του ετοιμοθάνατου», στην «Ευθανασία του ανίατου» και έπειτα από την «Μεμονωμένη Ευθανασία» στη «Συλλογική Ευθανασία»;. Πως ύστερα δεν θα καταλήγαμε στην «Ποινική Ευθανασία» που θα περιοριζετο στην αρχή στους μεγάλους εγκληματίες για να επεκταθεί έπειτα στο πλήθος των κακοποιών και πώς τέλος να μην φοβάται κανείς ως ακραία συνέπεια την Ευθανασία που θα εφαρμόζετο σε κάποια φυλετική κοινότητα;». (Πεντόγαλος Γ. 1983).

## 6. ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΗ.

«Ο θάνατος ανήκει στη ζωή, όπως η γέννηση».

P. Ταγκόρ.

Ο θάνατος είναι το βιολογικό συμπλήρωμα της ζωής.

Μπορεί να συμβεί οποτεδήποτε και σε οποιονδήποτε.

Μπορεί να είναι ένα στιγμιαίο γεγονός ή μία διαδικασία ακαθόριστης χρονικής διάρκειας.

Ο ιατρός, όπως και κάθε άνθρωπος, κατά τον Weisman (1980), μπορεί να αντιληφθεί το θάνατο σε τρία διαφορετικά επίπεδα, αυτά είναι:

- α) Το απρόσωπο. Εγώ και ο θάνατος, αόριστα.
- β) Το διαπροσωπικό. Εγώ και ο θάνατος του άλλου.
- γ) Το ενδοπροσωπικό. Εγώ και ο δικός μου θάνατος.

Ο Σολδάτος (1982), υποστηρίζει, ότι η αντίληψη του θανάτου στην ιατρική πράξη πρέπει να βιώνεται στο διαπροσωπικό επίπεδο.

Η στάση του ετοιμοθάνατου ασθενή, έχει μελετηθεί από την Kubler-Ross (1969) και έχει τυποποιηθεί σε πέντε στάδια:

1. Το στάδιο της άρνησης της πραγματικότητας.
2. Το στάδιο με χαρακτηριστική την οργή ή την εξέγερση.
3. Το στάδιο του «παζαρέματος» για λίγη παραπάνω ζωή.
4. Το στάδιο της κατάθλιψης.
5. Το στάδιο της αποδοχής της αλήθειας. (Ρηγάτος 1985).



Κατά την Kubler-Ross (1969), ο θάνατος στην εποχή μας είναι πιο τρομακτικός, γιατί είναι πιο μοναχικός, πιο μηχανικός και πιο απάνθρωπος.

Εξ' αιτίας της δεδομένης διάρθρωσης των Νοσοκομείων και των Υγειονομικών Υπηρεσιών, πεθαίνει κανείς μόνος, απρόσωπα, σε ένα ξένο περιβάλλον, χωρίς ίσως τη δυνατότητα να ακουστούν οι απόψεις του.

Συχνά ασθενείς που είναι στο τελικό στάδιο, μεταφέρονται σε θαλάμους απομόνωσης, όχι για λόγους ιατρικούς, αλλά για λόγους κοινωνικούς και συγκεκριμένα για να μην επηρεάζονται με το θάνατο του ενός, οι άλλοι νοσηλευόμενοι του θαλάμου. Αυτή όμως η ενέργεια σε έναν ασθενή που διατηρεί ακέραιες τις αισθήσεις του και τη λογική του, σημαίνει καταδικαστική απόφαση σε θάνατο. (Ρηγάτος Γ. 1985).

Στην άσκηση της ιατρικής επιστήμης, πολλές φορές ο ιατρός, ευρίσκεται μπροστά στο δίλημμα, να διατηρήσει ένα άτομο στη ζωή που πάσχει από ανίατη επώδυνη ασθένεια ή είναι σε κατάσταση «φυτού» και χωρίς την υποστήριξη του από πλήθος μηχανημάτων δεν δύναται να ζήσει, ή να διακόψει μία επώδυνη ζωή χωρίς ελπίδα με Ευθανασία;.

Από ιατρικής πλευράς, πρέπει να διευκρινιστεί ο χρόνος θανάτου ενός ατόμου.

Μέχρι πρότινος, τα κριτήρια για τη διαπίστωση, τη διάγνωση και την πιστοποίηση του θανάτου ήταν παραδεκτά από όλους.

Ο Αμερικανικός Δικηγορικός Σύλλογος, στην απόφασή του, η οποία ψηφίστηκε και εγκρίθηκε από τη Βουλή των Αντιπροσώπων στις 24/2/1975, αποδέχθηκε ως ορισμό του εγκεφαλικού θανάτου, τη μη αναστρέψιμη διακοπή ολόκληρης της εγκεφαλικής λειτουργίας.

Με την πάροδο των ετών και την πρόοδο της ιατρικής επιστήμης και τα κριτήρια της επιτροπής του Harvard, άρχισαν να θεωρούνται ανεπαρκή.

Για τον λόγο αυτό, συστάθηκε μία νέα επιτροπή στις Η.Π.Α, η οποία ονομάστηκε: «Ιατρικοί Σύμβουλοι Διάγνωσης του θανάτου».

Η επιτροπή αυτή έδωσε έναν ορισμό θανάτου, που λέει ότι: «Για όλους τους νόμιμους σκοπούς, ένα ανθρώπινο σώμα με μη αναστρέψιμη παύση της ολικής εγκεφαλικής λειτουργίας, σύμφωνα με τα συνήθη μέτρα της ιατρικής πρακτικής θα θεωρείται νεκρό». (Dennis J. Horan 1978).

Σύμφωνα με τον ορισμό αυτό, ένα άτομο είναι νεκρό εάν υποστεί είτε:

- 1) Μη αναστρέψιμη παύση της κυκλοφορικής και αναπνευστικής λειτουργίας ή
- 2) Μη αναστρέψιμη παύση όλων των λειτουργιών του εγκεφάλου συμπεριλαμβανομένου και του εγκεφαλικού στελέχους. (Αβραμίδης Α. 1995).

Το εγκεφαλικό στέλεχος, είναι το τμήμα του εγκεφάλου που ευρίσκεται μεταξύ του κυρίως εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού και στο οποίο, μεταξύ των άλλων, έχει την έδρα του και το κέντρο της αναπνοής.

Η ανεπανόρθωτη βλάβη και η νέκρωση του εγκεφαλικού στελέχους σημαίνει:

- α) Την απώλεια της ικανότητας για αυτόνομη αναπνοή και
- β) Την απώλεια της ολοκλήρωσης της δραστηριότητας των εγκεφαλικών ημισφαιρίων, με συνέπεια να μην είναι δυνατή η γνωστική ή συναισθηματική ζωή.

Επομένως, το άτομο του οποίου ο εγκέφαλος έχει χάσει την δυνατότητα αυτών των λειτουργιών είναι νεκρό. (Ευαγγέλου Ι. 1999).

Από το Υπουργείο Υγείας της Ελλάδας, διατυπώθηκαν το 1985, κριτήρια διάγνωσης του θανάτου του εγκεφάλου, βασισμένα σε κώδικες άλλων χωρών.

Θα πρέπει, επίσης, να επισημανθεί, ότι ο χειρουργικός θάνατος, δεν συμπίπτει με τον κυτταρικό θάνατο.

Όταν δηλαδή σταματήσει η καρδιά, τα νύχια και οι τρίχες μεγαλώνουν.

Είκοσι τέσσερις ώρες μετά το σταμάτημα της καρδιάς, μπορεί να ληφθεί οστικό μόσχευμα και εβδομήντα δύο ώρες μετά, αρτηριακό μόσχευμα. (Ευαγγέλου Ι. 1999).

Με δεδομένο, κατά τον Gillet G. (1986), (συνεργάτη του Βασιλικού Αυστραλιανού Κολεγίου Χειρουργών και ερευνητή στο κέντρο Ian Ramsey της Οξφόρδης), ότι η διάγνωση του «εγκεφαλικού θανάτου», είναι ένα αδιαμφισβήτητο κριτήριο, ότι η ανθρώπινη ζωή έχει τελειώσει, συνιστάται η αναβολή των προσπαθειών για τη διατήρηση της ζωής ενός ασθενή, ο οποίος είναι σε κατάσταση «φυτού» και η λειτουργία του ως ανθρώπινου όντος έχει παύσει να υπάρχει πλέον.

Είναι ένας ασθενής του οποίου το νευρικό σύστημα δεν θα ξαναλειτουργήσει ποτέ, ούτε θα μπορέσει να ανακτήσει τις παλαιές του δραστηριότητες, ούτε θα μπορέσει να εκφράσει αυτό που θέλει.

Είναι ένας ασθενής, απλώς σε ένα σώμα και επομένως η διακοπή της ενεργητικής ιατρικής παρέμβασης θεωρείται δικαιολογημένη. Εάν όμως, ο ασθενής έχει μεν σοβαρή εγκεφαλική βλάβη, όμως δεν έχει επέλθει ακόμα ο εγκεφαλικός θάνατος, τότε επειδή υπάρχουν ακόμα ελπίδες ανάνηψης, θα πρέπει να συνεχιστούν οι προσπάθειες για τη διατήρηση της ζωής του. (Gillet G. 1986- Journal of Medical Ethics 1986).

Κατά τον Ευαγγέλου Ι.(1999), η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου, οφείλεται να γίνεται από τρεις ιατρούς, οι οποίοι δεν πρέπει να ανήκουν σε μεταμοσχευτική ομάδα. Αυτοί θα πρέπει να είναι :

- α) Ο θεράπων ιατρός του ασθενή.
- β) Ένας νευρολόγος ή νευροχειρουργός και
- γ) Ένας αναισθησιολόγος.

Η διάγνωση περιλαμβάνει 2 σκέλη:

- 1) Πρέπει να εξετάζονται οι συνθήκες κάτω από τις οποίες γίνεται η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου και
- 2) Τα διαγνωστικά τεστ για την επιβεβαίωση του εγκεφαλικού θανάτου και του χρόνου κατά τον οποίο τούτος επήλθε, στις περιπτώσεις όπου, οι ζωτικές λειτουργίες συντηρούνται τεχνητά.

Με τον τρόπο αυτό, έχουμε έναν οδηγό για τον τερματισμό ή μη της ζωής σε ασθενείς που ευρίσκονται σε κωματώδη κατάσταση. (Δρακοπούλου Σ-Δοξιάδης 1988).

Ο Sheff D. Olinger, Δ/ντής του τομέα Νευρολογίας, του τομέα ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος και της μονάδας των εγκεφαλικών της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Baylor στο Dallas, δήλωσε, ότι θα πρέπει να γίνεται διάκριση του όρου, θάνατος του κυρίου τμήματος του εγκεφάλου από τον όρο, εγκεφαλικός θάνατος. ( Dennis J. Hogan 1978).

Ο εγκέφαλος αποτελείται από διάφορα τμήματα, συμπεριλαμβανομένων του προμήκη μυελού, της παρεγκεφαλίδας, του μεσεγκεφάλου και του κυρίως εγκεφάλου. Το τμήμα που ενδιαφέρει είναι ο κυρίως εγκέφαλος. Τα άλλα τμήματα του εγκεφάλου μπορεί να λειτουργήσουν για να παράγουν αυθόρμητη κυκλοφορία και αναπνοή χωρίς την παρουσία-συμμετοχή του κυρίως εγκεφάλου. Όταν όλος ο εγκέφαλος έχει χάσει την λειτουργία του, δεν υπάρχει αυτόματη αναπνοή και συνήθως ούτε αποτελεσματική κυκλοφορία. Ο θάνατος του κυρίως εγκεφάλου και ο θάνατος ολόκληρου του εγκεφάλου είναι διαφορετικά πράγματα και ο όρος «θάνατος του κυρίως εγκεφάλου»

εκφράζει την ιατρική έννοια, η οποία εξισώνεται με το θάνατο του ατόμου. (Dennis J. Horan 1978)

Ο θάνατος όμως μόνο του κυρίως τμήματος του εγκεφάλου, δεν είναι αποδεκτός ως πραγματικός θάνατος στη δική μας κοινωνία. (Dennis J. Horan 1978).

Υπάρχουν Κράτη που δέχονται ως οριστικό θάνατο, τον θάνατο του εγκεφαλικού στελέχους μαζί με την τέλεια ασυστολία της καρδιάς, υπάρχουν όμως και άλλα Κράτη που διαφοροποιούνται ως εξής:

**1)** Στην Αργεντινή, Αυστραλία, Γαλλία, Η.Π.Α, Ιταλία, Ισπανία, Καναδά, Μεξικό, Νορβηγία, Πουέρτο Ρίκο, Τσεχοσλοβακία, υπάρχει νομική αναγνώριση, ότι ο «εγκεφαλικός θάνατος» είναι και ο οριστικός θάνατος, έστω και εάν δεν υπάρχει τέλεια ασυστολία.

**2)** Στο Βέλγιο, Μ. Βρετανία, Βολιβία, Βραζιλία, Βενεζουέλα, Κορέα, Κολομβία, Ινδία, Ιρλανδία, Ν. Ζηλανδία, Ν. Αφρική, Ολλανδία, Ουρουγουάη, Περού, Ταϊλάνδη, Τουρκία, Γερμανία, Ελβετία, ο «εγκεφαλικός θάνατος» είναι ιατρικά αποδεκτός, δεν έχουν όμως σχετική νομοθεσία.

**3)** Στη Δανία, Ισραήλ, Ιαπωνία, Πολωνία, Σουηδία, Ελλάδα, ο εγκεφαλικός θάνατος δεν αναγνωρίζεται ως ο οριστικός θάνατος αλλά πρέπει να σταματήσει και η καρδιά. (Ευαγγέλου Ι. 1999).

Στο σημείο αυτό πρέπει να γίνει η ερμηνεία της έννοιας «φυτό» στην ιατρική.

Η επιμένουσα κατάσταση «φυτού», είναι τύπος μόνιμου κώματος, που οφείλεται σε αναπώτρεπτες κακώσεις του μέσου εγκεφάλου και των δύο εγκεφαλικών ημισφαιρίων που μπορεί να οδηγήσει σε μόνιμη απώλεια της στεφανιαίας λειτουργίας. (Ladanyi M. 1984).

Η επιμένουσα κατάσταση «φυτού», μπορεί να γίνει αντιληπτή, είτε ως η χαμηλότερη λειτουργική φάση της ζωής, είτε ως η υψηλότερη λειτουργική φάση του θανάτου. (Daniel Wikler 1988).

Μερικοί επιστήμονες πιστεύουν, ότι η προχωρημένη άνοια μπορεί να συγκριθεί με την κατάσταση «φυτού», όσον αφορά την εγκεφαλική δυσλειτουργία, όμως μία τέτοια τοποθέτηση θα έκανε εκατομμύρια πρόσωπα που έχουν άνοια, να θεωρούνται επιστημονικώς εγκεφαλικά νεκροί. (Ladanyi M. 1984).

Σε ασθενείς που είναι σε επιμένουσα κατάσταση «φυτού», ενώ το σώμα τους με την αναπνοή αποδεικνύει ότι υπάρχει ζωή, η έλλειψη συναίσθησης του τί γίνεται γύρω τους υποδηλώνει υποκειμενικά θάνατο. Αυτοί μπορεί να είναι εκτός από την νευρολογική και την ψυχολογική πλευρά, αρκετά υγιείς, ικανοί να παραμείνουν σε αυτή την κατάσταση για πολλά έτη με ελάχιστη φροντίδα. Σε αυτές τις περιπτώσεις, τίθεται ο προβληματισμός σχετικά με το εάν πρέπει να σταματήσει η θεραπεία τους και να αφήνονται να πεθάνουν με αξιοπρέπεια ή όχι. (Daniel Wikler 1988).

Οι ασθενείς, οι οποίοι εξαρτώνται από ιατρικά μηχανήματα, θα μπορούσαν να αφηθούν να πεθάνουν, αν κάποιος απομάκρυνε τα συστήματα υποστήριξης της ζωής τους.

Ένα ακόμα βήμα στην εξέλιξη των μέσων για τον τερματισμό της ζωής ασθενή είναι η παράλειψη της διατροφής του, εάν αυτή γίνεται με ειδικό σωλήνα ή απλά από το στόμα. Τότε όμως, τα μέτρα που χρησιμοποιούνται για τον τερματισμό της ζωής, παύουν να έχουν ιατρικό χαρακτήρα. (Daniel Wikler 1988).

Μία εναλλακτική προσέγγιση, η οποία θα μπορούσε να έλυne τα διλήμματα της θεραπείας της επιμένουσας κατάστασης «φυτού», θα ήταν ένας νέος ορισμός του θανάτου, ο οποίος θα περιελάμβανε την μόνιμη απώλεια των αισθήσεων. Με έναν τέτοιο ορισμό, η περαιτέρω θεραπεία των ασθενών που ευρίσκονται σε κατάσταση «φυτού», δεν θα απαιτείτο από κανένα ιατρό και όλοι οι μηχανισμοί υποστήριξης της ζωής, συμπεριλαμβανομένων και της τροφής και του νερού θα

αποσύρονταν. Ένας τέτοιος ορισμός μπορεί να φαίνεται σωστός από θεωρητική πλευρά, δεν είναι όμως πρακτικός και επιθυμητός. (Daniel Wikler 1988).

Κατά τον Joseph G. Zimring (1982), είναι ηθικά λάθος να συντηρεί κάποιος ένα άτομο με σύστημα υποστήριξης χωρίς λόγο και να προσθέτει οικονομικό και συναισθηματικό βάρος στην οικογένεια του ασθενή και στην κοινωνία. Από ηθικής πλευράς πρόσωπα που έχουν χάσει όλη την πνευματική τους λειτουργία και που συμπεριφέρονται ως νεκροί, πρέπει να τυγχάνουν ανάλογης μεταχείρισης. (Joseph G. Zimring 1982).

Οι ιατροί, σήμερα, με τη βοήθεια της ιατρικής τεχνολογικής προόδου, δεν αφήνουν να πεθάνει κάποιος ασθενής τους με τον άλλοτε θεωρούμενο ως φυσικό θάνατο.

Πολλά άτομα νοσηλεύονται σήμερα σε μονάδες εντατικής ή σε θαλάμους Νοσοκομείων, ενώ ευρίσκονται σε κώμα και επιτρέπεται σε αυτούς να πεθάνουν μόνο αφού έχουν εξαντληθεί όλα τα διαθέσιμα μέσα που τους χαρίζουν έστω και μία ανάσα ζωής.

Η ιατρική, σήμερα, μπορεί να παρατείνει τη ζωή, όμως δεν μπορεί να διατηρήσει την ποιότητα της ζωής.

Σε έρευνα που έγινε σε 15 Μονάδες Εντατικής Θεραπείας στην Ελλάδα:

(11 στην Αθήνα, 2 στη Θεσσαλονίκη, 1 στην Πάτρα και 1 στην Αλεξανδρούπολη) με θέμα:

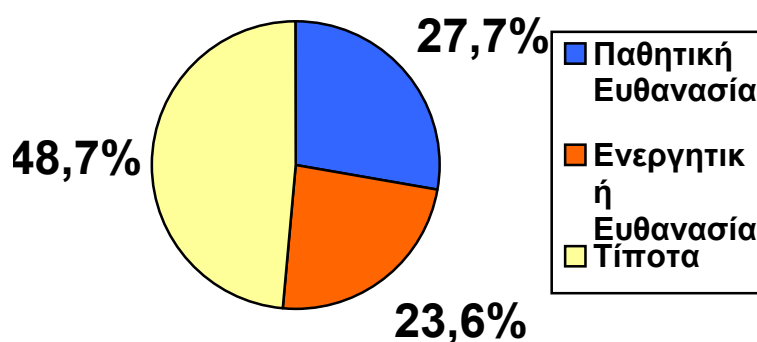
«Εντατική θεραπεία, ηθικοί προβληματισμοί στο θέμα της Ευθανασίας» και την οποία εκπόνησαν:

Το Τμήμα Δημόσιας και Διοικητικής Υγιεινής της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών, το Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών και η Μονάδα Εντατικής

θεραπείας του Νοσοκομείου Παίδων «Π.κ.Α Κυριακού», (Τ. Γκαράνη - Παπαδάτου, Π. Δάλλα-Βοργιά, Ι. Παπαδάτος, Τ. Κρεμαστινού):

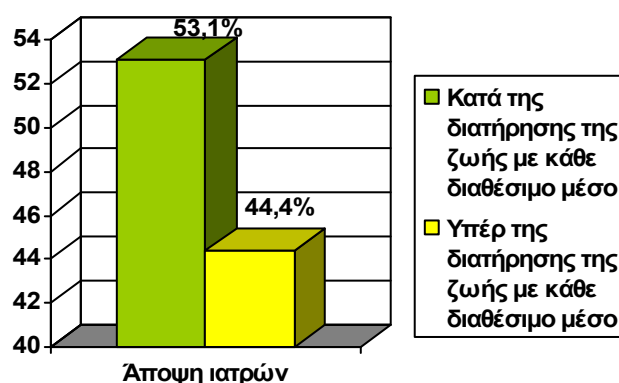
Το 62,7% των ερωτηθέντων ιατρών και το 66,4% των νοσηλευτών, δεν έχουν διαβάσει ποτέ τον επαγγελματικό τους Κώδικα Δεοντολογίας.

Το 23,6% των ιατρών της έρευνας αυτής έχουν αντιληφθεί συγκεκριμένες περιπτώσεις Ενεργητικής Ευθανασίας και το 27,7% Παθητικής Ευθανασίας.



Οι 8 στους 10 ιατρούς πιστεύουν ότι η υψηλή τεχνολογία εμποδίζει τον αξιοπρεπή θάνατο.

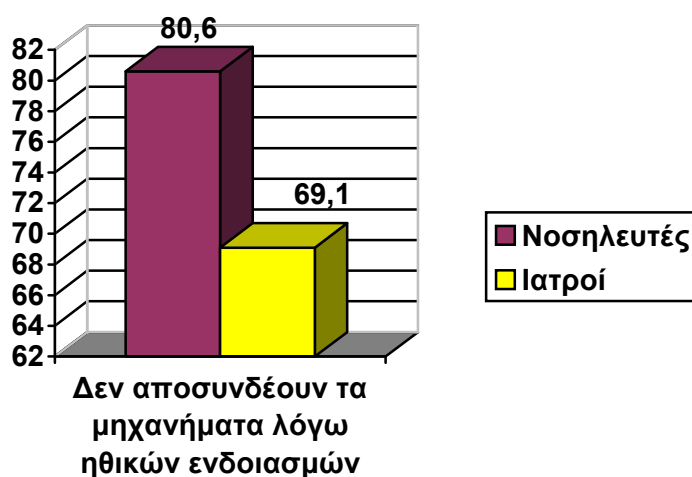
Το 53,1% των ιατρών της έρευνας αυτής, είναι κατά της διατήρησης της ζωής με κάθε διαθέσιμο μέσο, ενώ υπέρ αυτής της άποψης είναι το 44,4%.



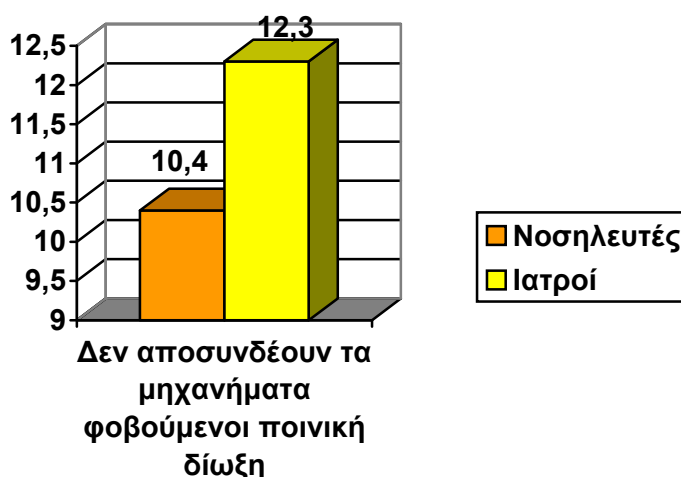


Το θέμα της Ευθανασίας αν και δεν συζητείται ανοικτά υπάρχει, προβληματίζει και διχάζει. Η Παθητική Ευθανασία, αντιμετωπίζεται θετικότερα από την Ενεργητική, σχολίασαν οι ανωτέρω ερευνητές.

Το 69,1% των ιατρών και το 80,6% των νοσηλευτών, είναι απρόθυμοι να αποσυνδέσουν τα μηχανήματα υποστήριξης της ζωής ακόμα και μετά την διαπίστωση του εγκεφαλικού θανάτου, λόγω ηθικών ενδοιασμών.



Το 12,3% των ιατρών και το 10,4% των νοσηλευτών, δήλωσαν ότι δεν αποσυνδέουν τα μηχανήματα, γιατί φοβούνται ποινική δίωξη.

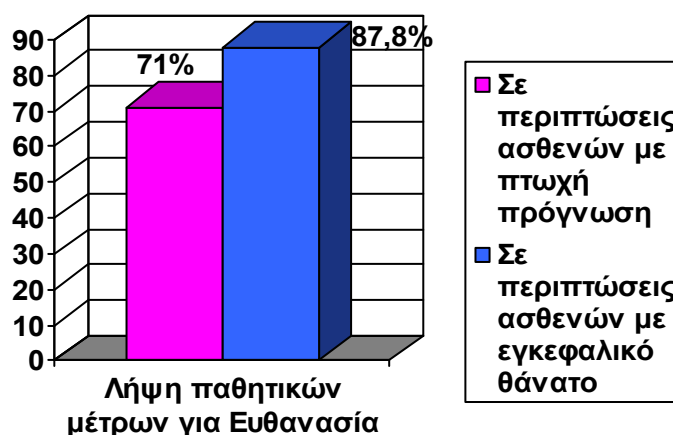


Μόνο το 53,8% των ιατρών κάνουν διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου με τον έλεγχο όλων των αντανακλαστικών.

Το 71,8% των ιατρών δεν κάνουν ηλεκτροεγκεφαλογράφημα ή αγγειογραφία για την επιβεβαίωση του εγκεφαλικού θανάτου. (Εφημερίδα «ΤΑ ΝΕΑ» 1994).

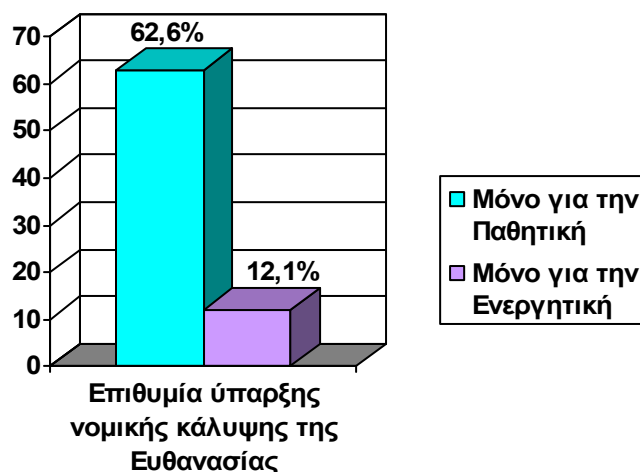
Σε έρευνα, την οποία εκπόνησαν επιστήμονες της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας του Νοσοκομείου «Αγίου Σάββα», σε συνεργασία με το Τμήμα Κοινωνιολογίας του Παντείου Πανεπιστημίου Αθηνών, διαπιστώθηκε ότι από τους 107 ιατρούς που ερωτήθηκαν ανώνυμα, στην έρευνα αυτή, το 80,4 % είχαν πάρει κάποια μέτρα με σκοπό να βραχύνουν τη ζωή ατόμων, σε περιπτώσεις χωρίς ελπίδα.

Σε περιπτώσεις με πολύ πτωχή πρόγνωση για επιβίωση το 71% των ιατρών έλαβαν παθητικά μέτρα, ενώ σε περιπτώσεις ασθενών, με εγκεφαλικό θάνατο έλαβαν παρόμοια μέτρα το 87,8% των ιατρών αυτών.



Ερωτηθέντες απάντησαν, ότι το 6,5 % των ιατρών θα εφαρμόζαν Ενεργητική Ευθανασία σε μη επιβιώσιμες περιπτώσεις εγκεφαλικού θανάτου.

Το 67,3 % των ιατρών των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας της έρευνας αυτής εύχεται να υπάρξει νομική κάλυψη της Ευθανασίας, ενώ το 62,6 % πιστεύουν ότι αυτό θα έπρεπε να γίνει μόνο για την Παθητική Ευθανασία, το δε 12,1% μόνο για την Ενεργητική Ευθανασία.



Το 39,2% των ιατρών που ερωτήθηκαν, πιστεύουν ότι η εφαρμογή της Ευθανασίας πρέπει να αποφασίζεται με κοινή συζήτηση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, το 10,3% πιστεύουν ότι είναι ευθύνη του ιατρού και το 11,2% θα περιελάμβανε τους συγγενείς του ασθενή σε μία τέτοια απόφαση.

Η προαναφερθείσα έρευνα έχει τίτλο «Ηθική στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας στην Ελλάδα». (Γ. Μιχαλούδης, Α Μελισσάκη, Γ. Αλεξιάς, Γ. Γκογκάλη, Γ. Κριμπένη, Α. Κολοτούρα, Φ. Παμούκτσογλου και Ν. Φίλιας). (Ευαγγέλου Ι. 1999 ).

Σύμφωνα με τον όρκο του Ιπποκράτη, καθήκον των ιατρών είναι να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους προς τους ασθενείς τους προς διάσωσή τους και ανακούφιση του πόνου τους.

Η ευ-θανάτωση σύμφωνα με την ανωτέρω τοποθέτηση, δεν συμπεριλαμβάνεται στις υποχρεώσεις του ιατρού.

Σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, μετά από σημαντική εμπειρία, όσον αφορά τα αποτελέσματα των προσπαθειών για αποκατάσταση βαρέως πασχόντων, έχει διαμορφωθεί κατάλογος περιπτώσεων και πίνακες οδηγιών για διάφορες περιπτώσεις για τις οποίες κρίνεται άσκοπη η οποιαδήποτε προσπάθεια ανάνηψης, (Do not Resuscitate Orders-D.N.R.O.), σε περίπτωση καρδιοαναπνευστικής ανακοπής. (Αβραμίδης 1995).

Στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας νεογέννητων και παιδών:

- Στις Η.Π.Α και στον Καναδά, ακολουθείται η τακτική του περιορισμού ή της αφαίρεσης των υποστηρικτικών μέσων της ζωής, όπου τα δεδομένα αποκλείουν βιώσιμη αποκατάσταση.

- Στην Ολλανδία, ακολουθείται η μείωση ή η αφαίρεση της θεραπευτικής υποστήριξης σε νεογέννητα που πάσχουν από βαριές συγγενείς χειρουργικές ανωμαλίες, μόνες ή συνοδευόμενες από χρωματοσωματικές ανωμαλίες, χορηγώντας επιπλέον φάρμακα όπως κατασταλτικά ή αναλγητικά, για να πεθάνουν με ανθρώπινο τρόπο. (Αβραμίδης 1995).

Οι νέες ιατρικές τεχνικές και η πολύ προηγμένη γνώση, δημιουργούν δίλημμα στις περιπτώσεις που η ζωή των νεογνών μπορεί να παραταθεί, αλλά η ποιότητα της ζωής τους έχει καταστραφεί σε πολύ μεγάλο βαθμό. Το δίλημμα αυτό το έχουν και οι θεράποντες ιατροί αλλά και οι γονείς των νηπίων. Οι γονείς αισθάνονται απογοήτευση, ενοχές, θλίψη που δεν έκαναν ένα φυσιολογικό υγιές παιδί και εάν το παιδί αυτό επιζήσει, έχουν μπροστά τους πολλά έτη που θα πρέπει να το υπηρετούν πραγματικά, ηθικά και οικονομικά για να το αποζημιώσουν για τα μειονεκτήματά του. (Harbin R. 1976).

Όμως τελικώς ποιός αποφασίζει για την μη συνέχιση της περίθαλψης των νηπίων; Είναι οι γονείς που έχουν το δικαίωμα να δώσουν την συγκατάθεση τους για την μη συνέχιση της περίθαλψης ή

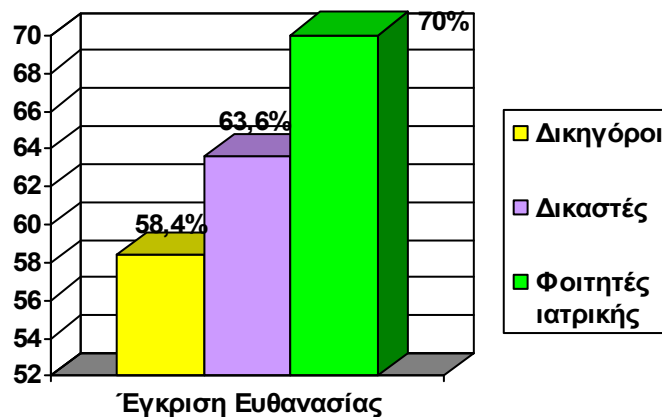
είναι το Κράτος που δίνοντας την δικαιοδοσία του στους γονείς να παρέχουν ή μη την συγκατάθεση τους για ιατρική περίθαλψη του παιδιού τους, κρατάει την εξουσία «parents patriae», ελέγχοντας έτσι εάν οι γονείς εξασκούν την δικαιοδοσία αυτή προς το συμφέρον του παιδιού τους. (Harbin R. 1976).

Εάν όμως δεχθούμε ότι η κοινωνία είναι αυτή, που θα επέμβει και θα επηρεάσει την απόφαση που πρέπει να πάρουν οι γονείς προς την κατεύθυνση της σωτηρίας μίας ανθρώπινης ζωής, τότε είναι η κοινωνία που πρέπει να επωμιστεί το βάρος μίας τέτοιας απόφασης. Η κοινωνία οφείλει να παρέχει τα απαραίτητα οικονομικά μέσα και τις οποιεσδήποτε άλλες ευκολίες στους γονείς για την περίθαλψη προβληματικών παιδιών από άποψη υγείας. (Harbin R. 1976).

Όσον αφορά, τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας ενηλίκων, στις Η.Π.Α, το 98% των ιατρών εφαρμόζουν την τακτική της μείωσης των προσπαθειών σε περίπτωση αναμενόμενου θανάτου. Ένα όμως μέρος ιατρών συνεχίζουν τη θεραπεία υποστήριξης της ζωής, παρά την εκφρασθείσα εκ των προτέρων επιθυμία του ασθενή ή του επιτρόπου του για τη διακοπή της, σταθμίζοντας αυτά τα αιτήματα και με ένα σύνολο άλλων παραγόντων. (Αβραμίδης Α. 1995).

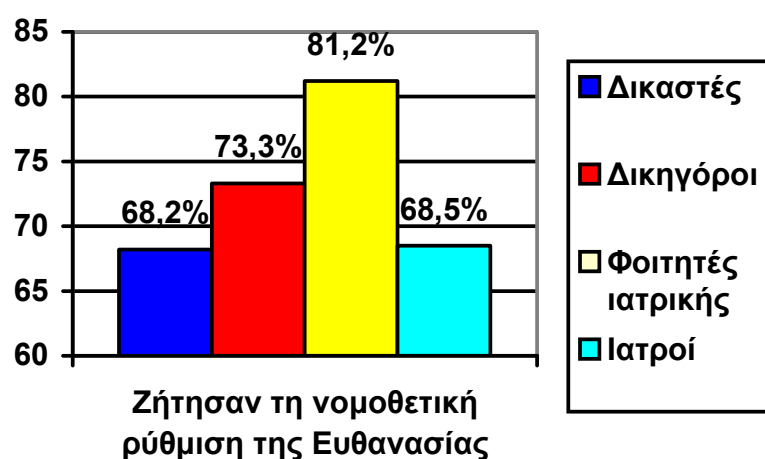
Σε έρευνα που έγινε στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πάτρας το 1997, από ιατρούς της Νευρολογικής Κλινικής, σε μικρό δείγμα μελών του Ιατρικού Συλλόγου Πατρών (300 μέλη), του Δικηγορικού Συλλόγου Πατρών (100 μέλη), σε (34) Δικαστικούς της Περιφέρειας του Εφετείου Πατρών και σε (100) τελειόφοιτους φοιτητές του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Πατρών, οι οποίοι απάντησαν ανώνυμα, δόθηκαν απαντήσεις, ενδεικτικές των πεπιοθήσεων που επικρατούν στο θέμα της Ευθανασίας.

- α) Το 62,4% των ιατρών εγκρίνει την Ευθανασία. Εξ' αυτών το 52% θα συνέπραττε σε Ευθανασία ασθενή και το 50% σε Ευθανασία συγγενή του.
- β) Το 24,3% των ιατρών απάντησε ότι έχει ήδη συμπράξει σε Παθητική Ευθανασία.
- γ) Την Ευθανασία εγκρίνουν οι Δικηγόροι σε ποσοστό 58,4%, οι Δικαστές σε ποσοστό 63,6%, οι φοιτητές της Ιατρικής σε ποσοστό 70%.



- δ) Από του Δικαστές και τους Δικηγόρους, περίπου το 1/3 θεωρεί ότι η Ευθανασία, πρέπει να αποτελεί λόγο ο οποίος αίρει τον άδικο χαρακτήρα της πράξης και ένας στους τρεις δέχεται ότι πρέπει να καταργηθεί το αξιόποιο της πράξης στην Υποβοηθούμενη Αυτοκτονία.

ε) Την νομοθετική ρύθμιση των θεμάτων περί της Ευθανασίας ζήτησε το 81,2% των φοιτητών της Ιατρικής, το 73,3% των Δικηγόρων, το 68,5% των ιατρών και το 68,2% των Δικαστών.



Οι 5 νευρολόγοι ερευνητές, Παπαπετρόπουλος Θ., Πατρινός Α., Πλεκούδας Β., Βγενόπουλος Α. και Πασχάλης Χ., δίνουν τα εξής συμπεράσματα:

Οι απόψεις των ομάδων πληθυσμού της μελέτης δεν μπορούν να θεωρηθούν αντιπροσωπευτικές της κοινής γνώμης της χώρας μας, αλλά δείχνουν πως στην Ελλάδα εξακολουθούν να υπάρχουν ισχυροί δεσμοί ενδοοικογενειακοί, το δε αγαθό της ζωής τείνει να διατηρεί την απόλυτη αξία του. Αντίθετα, σε αρκετές εκβιομηχανοποιημένες κοινωνίες με τις χαλαρές ενδοοικογενειακές σχέσεις, ο ανώδυνος θάνατος προβάλλεται ως ανθρώπινο δικαίωμα.

Στην Ελλάδα, που δεν ασκούνται ισχυρές πιέσεις για το θέμα της Ευθανασίας, εστιάζονται οι προσπάθειες στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του πόνου των ατόμων που ευρίσκονται στα τελικά

στάδια βασανιστικών ασθενειών, ώστε να τους διασφαλιστεί όσο το δυνατόν ανώδυνο τέλος ζωής. (Κομνηνού Ν. 1997).

Σε άλλη έρευνα που έγινε στο Νοσοκομείο «Ευαγγελισμός» το (1998), από ομάδα ιατρών αποτελούμενη από τους κ. Τρυποδιανάκη Γ. Επιμελητή της Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής του Ευαγγελισμού, κ. Μεταξάτο Γ. Επιμελητή της Β΄ Νεφρολογικής Κλινικής του Ευαγγελισμού και κ. Ιστίκογλου Χ. Ειδικευόμενο Ψυχίατρο, απάντησαν σε ανώνυμο ερωτηματολόγιο 96 ιατροί, (72 άνδρες, 24 γυναίκες) και προέκυψαν τα εξής συμπεράσματα:

1. Οι 51 από τους 96 δήλωσαν ότι τους είχε ζητηθεί από ασθενή τους να προβούν σε Ενεργητική ή Παθητική Ευθανασία.
2. Οι 40 στους 96 απάντησαν θετικά στο ερώτημα εάν θα συμφωνούσαν να διακοπεί η θεραπεία σε έναν καταληκτικά ασθενή, ενώ οι 23 δήλωσαν αναποφάσιστοι.
3. Οι 45 στους 96 δήλωσαν ότι συμφωνούν να υπάρξει και στη χώρα μας νομοθετική ρύθμιση για τη μη δίωξη σε περίπτωση εφαρμογής Ενεργητικής Ευθανασίας, ενώ 20 ιατροί δήλωσαν αναποφάσιστοι.
4. Οι 41 στους 96 ιατρούς συμφώνησαν, ενώ οι 20 στους 96 δήλωσαν αναποφάσιστοι στο ερώτημα, εάν θα επιτάχυναν τον θάνατο ασθενή τους, που θα τους το ζητούσε ο ίδιος, εάν ο νόμος τους το επέτρεπε.
5. Το 71% των ιατρών της έρευνας αυτής δήλωσε, ότι πρέπει η Ευθανασία και οι δεοντολογικές προεκτάσεις της, να διδάσκονται στις Ιατρικές Σχολές, καθώς και ο προβληματισμός για τις εξαιρετικά σημαντικές, ηθικές, νομικές και δεοντολογικές προεκτάσεις των νέων ιατρικών θεραπειών, όπως μεταμοσχεύσεις, τεχνητή γονιμοποίηση κ.λ.π. (Καίσαρης Π. 1999).

Ο Βρετανός ιατρός Μάικλ Ιρβάιν, (πρώην στέλεχος των Υπηρεσιών Υγείας του Ο.Η.Ε), σε συνέντευξή του στην Εφημερίδα



«Sunday Times» στις 20/7/1997 δήλωσε, ότι βοήθησε περίπου 50 πάσχοντες από ανίατες ασθένειες να τερματίσουν τη ζωή τους, με τη μέθοδο της Ευθανασίας. «Ήθελαν να πεθάνουν και τους έδωσα τη βοήθειά μου» τόνισε ο Ιρβάν, λέγοντας ότι έχει τη συνείδησή του ήσυχη. Ο ιατρός αυτός είναι αντιμέτωπος με το βρετανικό νόμο, ο οποίος τιμωρεί την Ευθανασία ως αδίκημα με 14 έτη φυλάκιση. (Δημόπουλος Β. 1997).

Κατά τα έτη 1980-1989, στο εξωτερικό έγιναν 26 δημοσκοπήσεις του κοινού σε 14 χώρες, (7 στις Η.Π.Α, 3 στη Δ. Γερμανία, 3 στη Γαλλία, 2 στην Αυστραλία, 2 στον Καναδά και από μία στις χώρες Κίνα, Ν. Ζηλανδία, Μ. Βρετανία, Δανία, Κάτω χώρες (Βέλγιο, Ολλανδία), Λουξεμβούργο, Ελβετία και Ισπανία).

Σε όλες τις ανωτέρω δημοσκοπήσεις, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων σε ποσοστό από 56% έως 84% τάχθηκε υπέρ της Ενεργητικής Ευθανασίας υπό προϋποθέσεις όμως.

Στην Ευρώπη ειδικότερα, το ποσοστό υπέρ της Ενεργητικής Ευθανασίας κυμάνθηκε από 60% έως 83%, ενώ το ποσοστό των ερωτηθέντων κατά της Ευθανασίας προσέγγισε το 13% έως 31% και ένα μικρό ποσοστό ερωτηθέντων αρνήθηκε να απαντήσει. (Καίσαρης Π. 1999).

Στην εφημερίδα, «The New England Journal of Medicine» στις 23 Μαΐου 1996, αναφέρεται ότι σε μελέτη που έγινε στις Η.Π.Α, δίνονται συστάσεις προς το νοσηλευτικό προσωπικό και γίνεται εκπαίδευση των νοσηλευτών για να διαχειρίζονται τον πόνο, να ελέγχουν τα συμπτώματα και γενικώς να μπορούν να φροντίζουν τους ετοιμοθάνατους ασθενείς με την ανάπτυξη αποτελεσματικών επαγγελματικών μηχανισμών που θα βοηθούν στην απάλειψη των αντιθέσεων και στην προαγωγή ηθικών πρακτικών. (Collen Scanlon 1996).

Η ενημέρωση των ιατρών, των νοσηλευτών και του κοινού και η αποσαφήνιση ορισμένων ιατρικών, νομικών και ηθικών θεμάτων στον χώρο αυτό των διλημάτων και των κρίσιμων επιλογών, είναι κατά τους ερευνητές απόλυτα αναγκαίες, ώστε να αποφεύγονται οι αυθαιρεσίες και να προστατεύονται τα δικαιώματα όλων των μερών. (Εφημερίδα «ΤΑ ΝΕΑ» 1994).

Σε δημοσίευμα της εφημερίδας «ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ» στις 22/6/1998, αναφέρεται, ότι διεθνής ιατρική ομάδα, ετοιμάζετο να διοχετεύσει στην αγορά χάπι Ευθανασίας, το οποίο μάλιστα θα διετίθετο και μέσω του Ίντερνετ. Το χάπι αυτό θα επέτρεπε σε άτομα που ευρίσκονται στο τελευταίο στάδιο ανίατων νοσημάτων να θέτουν ανώδυνα τέρμα στη ζωή τους.

Ο υπέρμαχος της Ευθανασίας στην Αυστραλία, Φίλιπ Νίσκε, δήλωσε, ότι «το χάπι αυτό παρασκευάζεται για να αποτελέσει εναλλακτική λύση στη νομιμοποίηση της Ευθανασίας, μετά την απόρριψη πρότασης για τη νομοθετική ρύθμιση του θέματος σε Ομοσπονδιακό επίπεδο το 1996».

Ο Φ. Νίσκε, που έχει παραστεί σε τέσσερις περιπτώσεις Ευθανασίας ασθενών, όταν η διαδικασία αυτή ήταν νόμιμη σε Πολιτεία της Βόρειας Αυστραλίας, δεν αποκάλυψε τα συστατικά στοιχεία του χαπιού, αρκέστηκε όμως να δηλώσει, ότι αυτό δεν περιέχει τοξίνες, όπως το αρσενικό ή το κυάνιο. Αντίθετα, είπε ότι περιέχει ουσίες που ευρίσκονται μέσα σε κάθε σπίτι και αυτό που κάνει είναι η πρόκληση της απώλειας των αισθήσεων του ασθενή σκοτώνοντάς τον ανώδυνα.

Από την πλευρά του ο Ιατρικός Σύλλογος της Αυστραλίας, εξέφρασε την ανησυχία του για το θέμα αυτό, τονίζοντας, ότι θα είναι σχεδόν αδύνατο να υπάρξουν επαρκείς εγγυήσεις για ένα προϊόν που

θα πωλείται μέσω του Ίντερνετ. Το χάπι αυτό κατά τον Ιατρικό Σύλλογο της Αυστραλίας, θα μπορούσε να αποδειχθεί ολέθριο για νεαρά άτομα που βιώνουν ένα παροδικό στάδιο κατάθλιψης.(Εφημερίδα «ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ» 22/6/1998).

Το 1973 το Συμβούλιο του Ιατρικού Συνδέσμου στη Νέα Υόρκη και ο Αμερικανικός Ιατρικός Σύλλογος, κατέληξαν ότι η εφαρμογή της Ευθανασίας δεν είναι στη δικαιοδοσία του ιατρού. (Zimring G. Joseph 1982).

## 7. ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΗ ΗΘΙΚΗ.

Η Δεοντολογία της Ευθανασίας, έχει πολλές διαστάσεις που άπτονται φιλοσοφικών, κοινωνικών, θρησκευτικών και ιδεολογικών τοποθετήσεων του κάθε ανθρώπου.

Στην Αγγλία, ιδρύθηκε από ομάδα φοιτητών της Ιατρικής Σχολής του Λονδίνου το 1963 το Ινστιτούτο Ιατρικής Ηθικής ή Δεοντολογίας. Το Ινστιτούτο αυτό είναι μία οργάνωση που ασχολείται με την έρευνα, την εκπαίδευση και την πληροφόρηση στους χώρους της Ιατρικής Δεοντολογίας για την Υγεία.

Θέματα που άπτονται της Ιατρικής Ηθικής, έχουν ερευνηθεί από διάφορους επιστήμονες, όπως τον Ian Thompson «Διλήμματα του ανθρώπου που πεθαίνει», τον Kenneth Boyd «Δεοντολογία στη χορήγηση πόρων στην Υγεία», τον Brendan Callaghan «Η ζωή πριν την γέννηση-έκτρωση-θεραπεία στειρότητας» και τον Edward Shotter «Η Διδασκαλία της Ιατρικής Δεοντολογίας». (Journal of Medical Ethics 1992).

Σύμφωνα με την διακήρυξη των θέσεων της Επιτροπής «American Medical Association», επί των ηθικών και δικαστικών υποθέσεων, η Ενεργητική Ευθανασία είναι ένας ευφημισμός για την από πρόθεση θανάτωση ενός προσώπου και ως εκ τούτου, δεν αποτελεί μέρος της άσκησης της ιατρικής, είτε με τη συγκατάθεση, είτε χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενή. Ο από πρόθεση τερματισμός της ζωής μίας ανθρώπινης ύπαρξης, από κάποιον άλλο από οίκτο, είναι αντίθετη με την ιατρική παράδοση και τους θεμελιώδεις κανόνες για την ανθρώπινη αξία. (Αβραμίδης Α. 1995).

Σε επανέκδοση του Εγχειριδίου Ηθικής, του American College of Physician, αναφέρεται, ότι ο ιατρός δεν πρέπει ποτέ από πρόθεση και ευθέως να προκαλέσει το θάνατο ή να βοηθήσει ένα ασθενή να αυτοκτονήσει. (Αβραμίδης Α. 1995).

Η Διακήρυξη της Λισσαβώνας του 1981, για τα δικαιώματα του ασθενή αναφέρει, ότι ο ασθενής έχει το δικαίωμα να πεθάνει με αξιοπρέπεια, έχει επίσης το δικαίωμα να δέχεται ή να αρνείται θεραπεία μετά τη λήψη κατάλληλων πληροφοριών. (Αβραμίδης 1995).

Διεθνώς αναζητείται, ένας κώδικας ηθικής ιατρικής συμπεριφοράς που να είναι γενικά αποδεκτός. Ο άνθρωπος στην εποχή μας, κινδυνεύει να υποταχτεί στην πρόοδο της ιατρικής τεχνολογίας. Για τον λόγο αυτό, πρέπει να θεσπιστεί μία ενιαία Ηθική Ιατρική Δεοντολογία και να ευρεθεί ο φορέας που θα ασχολείται με την ορθή εφαρμογή της. (Δημόπουλος Β. 1997).

Στην Ελλάδα η Επιτροπή Μελέτης Προβλημάτων Ιατρικής Ηθικής, συνέταξε κείμενο, το οποίο υπέγραψαν περισσότεροι από 700 ιατροί, οι οποίοι εκφράζουν τις αρνητικές τους θέσεις, ως προς το θέμα της Ευθανασίας, ακόμα και εάν νομιμοποιηθεί στην Ελλάδα. (Δημόπουλος Β. 1997).

Ο σεβασμός προς την ανθρώπινη ζωή, είναι η αιτία, για να αποφευχθεί κάθε μέσο που επιταχύνει το θάνατο του βαριά ασθενή.

Εάν, όμως, οι βιοιατρικές ενέργειες επιμήκυνσης της ζωής καταλήγουν να είναι ενέργειες επιμήκυνσης του θανάτου, ίσως αναγκάζονται μερικοί ασθενείς να βιώνουν ζωντανοί το θάνατό τους και με αυτό τον τρόπο παραβιάζεται ο ηθικός κώδικας που έχει ως σκοπό τη διατήρηση της ζωής και την επίδειξη οίκτου. Η Ιατρική θεραπεία αξίζει, είναι ηθική και ενδείκνυται μόνο όταν βοηθάει τον ασθενή.

Ο θάνατος είναι αναπόσπαστο και αναπόφευκτο μέρος της ζωής. (Meyers D. 1990).

Σήμερα η ιατρική τεχνολογία, έχει προχωρήσει πολύ και πρέπει να προχωρήσει και η ιατρική δεοντολογία.

Η παραδοσιακή δεοντολογία, βασίζεται στην ιερότητα της ζωής, οφείλει, όμως, τώρα να δώσει τη θέση της σε ένα κώδικα δεοντολογίας της ποιότητας της ζωής. Σε κάθε άνθρωπο, η προσωπική λειτουργία, οφείλει να είναι πάνω από την βιολογική λειτουργία, δηλαδή το να είναι κανείς άνθρωπος είναι πολυτιμότερο από το να είναι απλά ζωντανός. (Harbin R. 1976).

Σε συνέδριο που έγινε στη Βοστώνη των Η.Π.Α, το 1995 με τίτλο: «Η φροντίδα κοντά στο τέλος της ζωής», από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Harvard, αναφέρθηκε, ότι σε δημοσκόπηση που έγινε στις Η.Π.Α, μόνο το 40% των ιατρών που ερωτήθηκαν θα βοηθούσαν έναν ασθενή τους να πεθάνει. (Conferences from Congress 1995).

Σε άρθρο της εφημερίδας «American Medical Association», τον Απρίλιο του 1994 με τίτλο: «Όχι στην Υποβοηθούμενη Αυτοκτονία», η Αμερικανική Ιατρική Ένωση, επαναβεβαίωσε τη δήλωση της, του 1993, κατά την οποία η βοήθεια στην αυτοκτονία είναι αντιφατική με τον επαγγελματικό ρόλο του ιατρού. Είναι παράλογο, κατά την εφημερίδα, να θεωρείται η συμμετοχή των ιατρών στην Υποβοηθούμενη Αυτοκτονία, ή Ευθανασία, ως η φυσική επέκταση της ιατρικής εργασίας τους, διότι η Ευθανασία δεν είναι θεραπεία, ούτε είναι ηθική προσέγγιση το να προκαλείς σκόπιμα το θάνατο λέγοντας ότι βοηθάς έναν ασθενή που υποφέρει πολύ. (Conferences from Congress 1995).

Στην εφημερίδα, «Αμερικανικά Ιατρικά Νέα» 14/2/1994, το Συμβούλιο της Αμερικανικής Ιατρικής Ένωσης και ο Πρόεδρος του, Lonnie Briston, ανέφεραν, ότι το να γράψει ένας ιατρός ένα φάρμακο στον ασθενή του και να τον πληροφορήσει για τη θανατηφόρα δοσολογία ώστε ο ασθενής να σχεδιάσει την αυτοκτονία του, είναι μία ανήθικη συμπεριφορά και εάν το κράτος των Η.Π.Α, καθιερώσει έναν

νόμο για να νομιμοποιήσει μία τέτοια συμπεριφορά, δεν σημαίνει ότι καθίσταται και ηθική μία τέτοια ενέργεια. (Conferences from Congress 1995).

Η απώλεια του ελέγχου της ζωής ενός ανθρώπου και η παραβίαση της αξιοπρέπειας ενός ανθρώπου είναι δύο θέματα που ενδιαφέρουν πιο πολύ τον κόσμο.

Ο φόβος ενός αναξιοπρεπούς θανάτου, σε καταστάσεις έξω από τον έλεγχό μας, είναι κυρίως αυτό που έχει αυξήσει την εθελοντική κίνηση Ευθανασίας.

Οι αποφάσεις για θεραπεία που αναφέρονται στη διατήρηση της ζωής με τεχνητά μέσα θα πρέπει να κατευθύνονται από τη φωνή του ασθενή. Όταν, όμως, ο ασθενής δεν μπορεί να μιλήσει και δεν έχει καταγράψει πουθενά τη θέλησή του, τότε η ευθύνη για να βρει τον ηθικό προσανατολισμό της η Ιατρική, επιρρίπτεται στις Επιτροπές Δεοντολογίας, οι οποίες πρέπει κατά τον Bruce Jennings (1989), να ερευνήσουν κατά πόσο η απόφαση ενός εκπροσώπου του ασθενή που δεν μπορεί ο ίδιος να αποφασίσει για τον εαυτό του, είναι ηθική και σωστή προς όφελος του ασθενή και είναι εντός των πλαισίων της αυτονομίας του ατόμου και της αυτοδιάθεσης του.

Αυτό που πρέπει να αποφεύγεται, είναι η επιβολή της υποκειμενικής έννοιας του καλού ενός ατόμου (του αναπληρωτή), πάνω σε ένα άλλο άτομο (τον ασθενή). Όμως, οι ιατρικοηθικές αποφάσεις του αναπληρωτή, όπως όλες οι ανθρώπινες αποφάσεις, λαμβάνονται με ατελή αντικειμενικότητα.

Η κοινωνία δεν μπορεί να ορίσει τι είναι «ένας καλός θάνατος», διότι ο προσδιορισμός εξαρτάται από τον καθένα μας, ως μία τελευταία πράξη σε μία ζωή με νόημα. (Bruce Jennings 1989).

Όσον αφορά τη φροντίδα των ετοιμοθάνατων ασθενών, στη Δύση και ειδικά στις Η.Π.Α, η μελέτη ηθικών προβλημάτων σχετικών με τη

φροντίδα των ετοιμοθάνατων αποτελεί πλέον μέρος του προγράμματος σπουδών πολλών Ιατρικών Σχολών.

Στο 1ον Διεθνές Συνέδριο Εργασίας που έγινε στο Appleton το 1987, συζητήθηκαν θέματα σχετικά με αποφάσεις παύσης θεραπείας παράτασης της ζωής. (Συνέδριο Appleton 1992-Journal of Medical Ethics 1992).

Την Ανοιξη του 1988, πραγματοποιήθηκε το 2ον Συνέδριο Εργασίας στο Appleton. Οι σύνεδροι προσπάθησαν να παράγουν μία πρότυπη σειρά οδηγιών προς συζήτηση στις ηθικο-ιατρικές διεθνείς κοινότητες ώστε να ληφθούν αποφάσεις σχετικά με την παραίτηση από θεραπεία συμπεριλαμβανομένης και της θεραπείας παράτασης της ζωής.

Αυτή η σειρά οδηγιών δημοσιεύτηκε ως «Η Συμφωνία του Appleton». Αυτές οι διεθνείς οδηγίες για αποφάσεις σχετικές με την παραίτηση από ιατρική θεραπεία δημοσιεύτηκαν στο Journal of the Danish Medical Ethics το 1989 καθώς και σε άλλα ιατρικά περιοδικά. (Συνέδριο Appleton 1992-Journal of Medical Ethics 1992).

Το 1990, μία έκδοση αυτών των οδηγιών μοιράστηκε σε 152 ομάδες από 15 χώρες (οι 94 ομάδες προέρχονταν από 23 πολιτείες των Η.Π.Α και οι 58 ομάδες από 14 άλλες χώρες, όπως Δανία, Σκοτία, Ισραήλ, Σουηδία, Αυστραλία, Μαλαισία, Γουινέα, Κάτω Χώρες, Αγγλία, Νορβηγία, Καναδά, Ινδία, Κολομβία και Νέα Ζηλανδία), για συστηματική μελέτη και σχολιασμό.

Αυτές οι ομάδες περιελάμβαναν επιτροπές ηθικής σε νοσοκομεία, ομάδες κλινικών, ομάδες οικονομολόγων νοσηλευτικών ιδρυμάτων και πολλές ομάδες ιατρικού προσωπικού, όπως νοσοκόμες, κοινωνικούς λειτουργούς, διοικητικούς, ιατρούς και ιερείς νοσοκομείων.

Κάθε ομάδα έστειλε μία αναφορά με τις προτάσεις της για τις οδηγίες.



Επιπλέον, στάλθηκαν και 749 ατομικές αναφορές συμμετεχόντων. Αυτές οι αποκρίσεις συνοψίστηκαν στο 3<sup>ο</sup> Συνέδριο Εργασίας στο Appleton, για την ανάπτυξη οδηγιών για αποφάσεις σχετικά με την παραίτηση από θεραπεία παράτασης ζωής, το οποίο συγκλήθηκε το Μάιο του 1991.

Οι συμμετέχοντες σε αυτό το 3<sup>ο</sup> συνέδριο, συζήτησαν τα σχόλια των ομάδων, ανταποκρινόμενοι στις προτάσεις και τις κριτικές και αναθεώρησαν το αρχικό έγγραφο.

Στο νέο έγγραφο που συντάχθηκε αναφέρετο ότι, οι ιατροί και οι άλλοι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας, σαν άτομα και σαν αντιπρόσωποι των επαγγελματιών τους θα πρέπει να λειτουργούν με σεβασμό προς την ανθρώπινη ζωή και με ακεραιότητα στην παροχή ιατρικής περίθαλψης μέσα σε συγκεκριμένες φόρμες.

Παρά τις πολύ διαφορετικές, εθνικές, πολιτιστικές, θρησκευτικές και πολιτικές παραδόσεις, τέσσερις κύριες ηθικές αρχές συνοψίζονται σε αυτές τις φόρμες:

**1) Η αρχή της αυτονομίας:**

Όλα τα άτομα έχουν κύρια ηθική υποχρέωση να σέβονται την αυτονομία του καθ'ενός, εφ'όσον είναι συμβατή με το σεβασμό των επιθυμιών του ασθενή, σε σχέση με τις αρχές του και τα θρησκευτικά του πιστεύω.

Για να πραγματοποιηθεί αυτός ο σεβασμός, είναι ευθύνη του προσωπικού υγείας να μοιράζεται πλήρως και ειλικρινώς τις πληροφορίες με τους ασθενείς, ώστε να μπορούν να συνεργάζονται στον καθορισμό της πορείας της θεραπείας και να διατηρούν την εμπιστοσύνη του ασθενή.

Ο σεβασμός της αυτονομίας του προσωπικού υγείας δεν είναι λιγότερο σημαντικός, ούτε περισσότερο σημαντικός από τον σεβασμό της αυτονομίας των ασθενών.

## **2) Η αρχή της μη κακοποίησης:**

Όλα τα άτομα έχουν ηθική υποχρέωση να μην κάνουν κακό ο ένας στον άλλο.

## **3) Η αρχή του οφέλους:**

Όλα τα άτομα έχουν ηθική υποχρέωση να κάνουν καλό στους άλλους, ιδιαίτερα σε ασθενείς που το χρειάζονται περισσότερο. Το προσωπικό υγείας έχει υποχρέωση να βοηθά τους ασθενείς.

## **4) Η αρχή της δικαιοσύνης:**

Όλα τα άτομα έχουν ηθική υποχρέωση να δρουν δίκαια προς τους άλλους. Όλες οι κοινωνίες έχουν την υποχρέωση, να προάγουν το γενικό καλό των πολιτών τους μέσω κοινωνικών θεσμών και πολιτικών.

Οι τέσσερις αυτές αρχές αξιολογούνται διαφορετικά από τους διάφορους πολιτισμούς. Η αναγνώριση αυτών των αρχών δίνει μία διαπολιτισμική βάση για ιατρικοηθική ανάλυση, συζήτηση και λήψη αποφάσεων.

Όλες οι ανωτέρω αρχές αντανακλούν το σεβασμό προς την αξιοπρέπεια της ανθρώπινης ζωής.

Οι ανωτέρω τέσσερις αρχές, αν και κάθε μία πανάρχαια, αναφέρονται στην βιοηθική βιβλιογραφία στα τέλη του 1970 από τους φιλοσόφους Thomas Beauchamp και James Childreos στο «Αρχές της βιοϊατρικής ηθικής (Principles of biomedical ethics)» (Oxford University Press.1978). Εφαρμόστηκαν σε αποφάσεις και συζητήθηκαν από τον Ranan Gillon στο «Φιλοσοφική ιατρική ηθική» (Philosophical Medical Ethics 1986).(Συνέδριο Appleton 1992-Journal of Medical Ethics 1992).

Οι ιατροί έχουν υποχρέωση να σέβονται τα αιτήματα των ασθενών για θεραπεία παράτασης της ζωής τους. Όμως, κάποιοι όροι είναι σχετικοί, όπως:

**α)** Οι ιατροί δεν είναι υποχρεωμένοι να παρέχουν ψυχολογικά μάταιες θεραπείες. Όπου ο ιατρός κρίνει ότι μία θεραπεία παράτασης ζωής δεν είναι ψυχολογικά μάταιη, αλλά είναι εντούτοις μάταιη για άλλους λόγους, είτε λόγω της μικρής πιθανότητας επιτυχίας, είτε λόγω της χαμηλής ποιότητας ζωής που θα παρέχει, τότε πρέπει να λαμβάνονται αποφάσεις παραίτησης ή αναστολής μετά από λεπτομερή και ευθεία συζήτηση της φύσης και του μεγέθους της ματαιότητας της θεραπείας με τον ασθενή ή με τον εκπρόσωπό του.

**β)** Εάν η απαιτούμενη θεραπεία ενέχει, σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής πρακτικής, απώλεια λειτουργίας, ακρωτηριασμό ή δυσανάλογο με το όφελος πόνο, ο ιατρός δεν υποχρεούται να την παρέχει.

**γ)** Εάν ένας ιατρός έχει συνειδησιακές ενστάσεις σε μία αιτούμενη θεραπεία, αυτός ο ιατρός δεν υποχρεούται να την παρέχει. Ο ιατρός οφείλει να εξηγήσει όλες τις επιλογές θεραπείας και την άποψή του γι' αυτές. Εάν ο ασθενής επιθυμεί την αλλαγή του θεράποντα ιατρού, τότε ο ιατρός που μέχρι αυτή τη στιγμή τον θεράπευε, οφείλει να κανονίσει μία ομαλή μετάβαση σε άλλο ιατρό που θα επιλέξει ο ασθενής.

**δ)** Η έλλειψη πόρων μπορεί κάποιες φορές να απαιτήσει την υπέρβαση της επιθυμίας του ασθενή για παράταση ζωής. (Συνέδριο Appleton 1992-Journal of Medical Ethics 1992).

Το ζήτημα της μεταφοράς ασθενών από ένα ίδρυμα σε ένα άλλο όταν αρνούνται θεραπεία παράτασης της ζωής τους, γίνεται μείζον θέμα προς συζήτηση στις Η.Π.Α.

Μία άποψη είναι ότι ένας ασθενής δεν θα πρέπει να χρειάζεται να μεταφερθεί από ένα ίδρυμα σε ένα άλλο για να γίνουν σεβαστά τα βασικά δικαιώματά του ιδιαίτερα όταν τίθεται θέμα ταλαιπωρίας του ασθενή.

Η βασική αρχή του δικαιώματος του ασθενή ή του αντιπροσώπου του να αρνηθεί θεραπεία παράτασης της ζωής συμπεριλαμβανομένης της διατροφής και της ενυδάτωσης, έχει γίνει ευρέως αποδεκτή από τους νόμους και την ηθική των Η.Π.Α.

Δικαστές στις Η.Π.Α, αποφάσισαν ότι οι μεταφορές ασθενών σε τέτοιες περιπτώσεις είναι ανάρμοστες.

Αυτό που δεν έχει ελεγχθεί ακόμα είναι το δικαίωμα ενός Ιδρύματος να ανακοινώνει εκ των προτέρων ότι κάποιες αρνήσεις θεραπείας δεν θα γίνονται αποδεκτές στο Ιδρυμα για λόγους ηθικής. (Συνέδριο Appleton 1992-Journal of Medical Ethics 1992).

Μία άλλη άποψη είναι, ότι οι μεταφορές ασθενών μεταξύ Ιδρυμάτων ενδείκνυνται, επειδή τα διάφορα Ιδρύματα παρέχουν διαφορετικά είδη και μορφές αγωγής σε παρόμοιες διαγνώσεις και συνθήκες. (Συνέδριο Appleton 1992- Journal of Medical Ethics 1992).

Μερικοί ιατροί επισκέπτονται τους ετοιμοθάνατους ασθενείς τους, με σύντομες επισκέψεις και με ψυχρό και επαγγελματικό τρόπο. Αυτή η σχέση του ιατρού με τους ετοιμοθάνατους ασθενείς του, δείχνει την άρνηση των ίδιων των ιατρών στο θάνατο.

Πολλές φορές προτιμούν να αποκρύπτουν την αλήθεια, ακόμα και αν ο ασθενής επιθυμεί να είναι ενήμερος. Ο λόγος για τη στάση αυτή των ιατρών κατά μία εκδοχή, είναι ότι θα προκαλέσει στον ασθενή έντονο άγχος εάν του αποκαλύψουν την αλήθεια για την κατάσταση του. Ενώ, κατά άλλη εκδοχή, είναι ότι η απόκρυψη της αλήθειας προστατεύει τους ιατρούς από όλες τις δυσκολίες που εμφανίζονται στην αντιμετώπιση του ασθενή που γνωρίζει ότι πεθαίνει. (Δρακοπούλου Σ.- Δοξιάδης Σ.1988).

Για τον ιατρό η λήψη της απόφασης για Ευθανασία, είναι στιγμή έντονης συναισθηματικής φόρτισης. Ο ιατρός ευρίσκεται στο ηθικό

δίλημμα, «ζωή ή θάνατος», που στην περίπτωση ενός ανίατου ασθενή που υποφέρει πολύ, φαίνεται «ζωή ή λύτρωση». (Καίσαρης Π. 1999).

Ο καθηγητής Ιατρικής κ. Κουτσελίνης Α., επισημαίνει ότι: «Αν ο ασθενής πάρει την απόφαση να τερματίσει τη ζωή του, με αξιοπρεπή θάνατο, είναι θέμα δικό του που αφορά τον ίδιο και όχι τον ιατρό. Θα μετατρέψει όμως τον ιατρό σε δήμιο, προκειμένου να ικανοποιήσει την απαίτηση του αυτή; Δεν μπορεί να οπλίσει το χέρι του ιατρού, για να κάνει μία τέτοια πράξη. Εγώ σαν ιατρός είμαι υποχρεωμένος να του προσφέρω μέχρι τέλος όποια βοήθεια μπορώ ή να του διαμορφώσω τις καλύτερες συνθήκες ζωής». (Καίσαρης Π. 1999).

Επίσης, ο καθηγητής Ιατρικής κ. Μπεχράκης Π., αναφέρει τα εξής: «Σκεφθείτε τι τεράστια αναστάτωση θα προκύψει στην ηθική διασύνδεση μεταξύ ιατρού-ασθενή και νοσηλευτή-ασθενή, εάν στα μάτια του ιατρού ή στα μάτια του νοσηλευτή ο ασθενής, δεν βλέπει την πιθανότητα να τον βοηθήσουν, αλλά φαντάζεται τον πιθανό εκτελεστή». (Καίσαρης Π. 1999).

Ο Mozziconacci P. (1984), ισχυρίζεται ότι με την έννοια της Ευθανασίας, ορισμένοι ταυτίζουν το θάνατο που προκαλείται για λόγους αρχής, όπως η εξαφάνιση των άχρηστων γερόντων, η εξάλειψη ενοχλητικών ανθρώπων με ειδικές ανάγκες, ή η φυλετική εξολόθρευση.

Το να ονομάζει κανείς όλα τα ανωτέρω εγκλήματα, ως Ευθανασία, είναι παραλογισμός. Το ίδιο όμως παραλογισμός είναι να ονομάζεται Ευθανασία, ο θάνατος που δίνεται ως φιλανθρωπία, για να δοθεί τέλος σε μία επίπονη αγωνία ή για να βοηθηθεί η αυτοκτονία αυτών που θέλουν να δώσουν τέλος στη ζωή τους.

Επίσης ο Mozziconacci P. (1984), υποστηρίζει την Παθητική Ευθανασία, ως έναν τρόπο, με τον οποίο αφήνουμε τη φύση να πάρει το δρόμο της και αναφέρει διάφορα ιατρικά περιστατικά, όπως την περίπτωση μίας πολύ βαριά ψυχικά ασθενούς που ζούσε σε ένα

Ψυχιατρικό Άσυλο, χωρίς να επικοινωνεί, βγάζοντας μόνο κάποιους ήχους και περνώντας τη ζωή της πάνω σε μία καρέκλα. Η ασθενής αυτή, έπασχε από περιτονίτιδα και το ερώτημα που βασάνιζε τον ιατρό ήταν εάν έπρεπε να τη χειρουργήσουν ή όχι. Στην αρχή ο ιατρός δίστασε, τελικώς όμως αποφάσισε να μην καλέσει τον χειρουργό.

Ο Mozziconacci P.(1984), θεωρεί την Ηθική, ως επιστήμη και όπως κάθε επιστήμη, έτσι και αυτή, πρέπει να στηρίζεται στη λογική και να δίνει σε ανάλογες περιπτώσεις, παρόμοιες προτάσεις.

Όμως, τελείως διαφορετική είναι η προσωπική ηθική, ως γνώση του καλού και του κακού και απορρέει από τις πεποιθήσεις και τη συνείδηση του καθ'ενός.

Στο πρόβλημα της Ευθανασίας, η θέση του ιατρού οφείλει να βασίζεται στην προσωπική του ηθική και όχι στην ηθική που καθορίζεται από την κοινωνία. Όλος ο κόσμος δεν έχει το ίδιο επίπεδο σκέψης. Στον ιατρό μένει να εκτιμά σε σχέση με τον ασθενή και την ασθένειά του ποιά απόφαση πρέπει να πάρει μέσα στη μοναξιά της υπευθυνότητάς του.

Το Εκπαιδευτικό Συμβούλιο Ευθανασίας στις Η.Π.Α, συνέταξε ένα έγγραφο, που είναι μία δήλωση της επιθυμίας του ασθενή για Παθητική Ευθανασία και το οποίο εάν θέλει υπογράφει ο ασθενής. Το έγγραφο αυτό αναφέρει τα εξής:

«Ο θάνατος είναι μία πραγματικότητα, όπως η γέννηση, η ανάπτυξη, η ωριμότητα, το γήρας.

Όταν ο καιρός έρθει, όταν πια δεν μπορώ να πάρω ο ίδιος τις αποφάσεις για το δικό μου μέλλον, αφήστε αυτή τη δήλωση να υπάρχει ως μία έκφραση των επιθυμιών μου, όταν ακόμη ήμουν υγιής.

Εάν η κατάσταση μου επιδεινωθεί και δεν υπάρχει καμία λογική προσδοκία ανάρρωσης μου, είτε από φυσική είτε από πνευματική

ανικανότητα, ζητώ να μου επιτραπεί να πεθάνω και όχι να συντηρούμαι στη ζωή με τεχνητά μέσα.

Δεν φοβάμαι το θάνατο αλλά περισσότερο φοβάμαι τη μη αξιοπρέπεια της εξάρτησης και του αφόρητου πόνου. Γι' αυτό, ζητώ η θεραπευτική αγωγή να χορηγηθεί φιλεύσπλαχνα σε μένα και να ανακουφίσει τον πόνο μου, ακόμα και αν αυτό επιταχύνει τη στιγμή του θανάτου μου.

Αυτή η παράκληση γίνεται ύστερα από προσεκτική θεώρηση.

Ελπίζω ότι όποιος θα με φροντίσει, θα αισθανθεί ηθικά υποχρεωμένος να ακολουθήσει αυτή την εντολή.

Αναγνωρίζω ότι αυτό φαίνεται να είναι μία βαριά υπευθυνότητα επάνω σας, αλλά έχει την πρόθεση να απαλλαγείτε εσείς από την ευθύνη και να επιρριφθεί αυτή στον εαυτό μου, λαμβάνοντας υπ' όψη ότι αυτή η δήλωση έχει γίνει σύμφωνα με τη δική μου επιθυμία». (Jaretzki A. 1976).

Ενίοτε μπορεί οι επιθυμίες του ασθενή να ευρίσκονται σε σύγκρουση με αυτές της οικογένειας. Εάν όμως είναι λογικές και ρεαλιστικές, ο ιατρός υποχρεούται να ακολουθήσει τις επιθυμίες του ασθενή. (Jaretzki A. 1976).

Υπάρχουν οδηγίες που αφορούν ασθενείς που δεν έχουν και δεν είχαν ποτέ τη δυνατότητα λήψης αποφάσεων για τον εαυτό τους σε σχέση με την ιατρική περίθαλψη και την παράταση ζωής.

Είναι ασθενείς για τους οποίους δεν είναι γνωστές οι τωρινές ή οι παρελθούσες επιθυμίες τους.

Σε αυτή την ομάδα είναι χρήσιμες δύο διακρίσεις:

**1)** Μεταξύ αυτών οι οποίοι, λόγω ανωμαλίας, ασθένειας ή τραυματισμού, δε θα αναπτύξουν ποτέ δυνατότητα λήψης αποφάσεων στο μέλλον και σε αυτούς που εάν επιζήσουν θα μπορούν να αναπτύξουν ικανότητα λήψης αποφάσεων σε διάφορες διαβαθμίσεις και

**2)** Μεταξύ αυτών που έχουν ένα φυσικό ή συμφωνημένο πληρεξούσιο για την λήψη αποφάσεων (π.χ γονείς ή κηδεμόνες) και αυτούς που δεν έχουν τέτοιο πληρεξούσιο.

Ο σεβασμός της αξίας της ζωής δεν σημαίνει ότι είναι καθήκον να χρησιμοποιείται πάντα η θεραπεία παρατάσης της ζωής για ασθενείς σε αυτή την κατηγορία. Στον καθορισμό λογικών ορίων για μία τέτοια θεραπεία, οι κρίσεις των τρίτων σχετικά με την ποιότητα ζωής πρέπει να γίνονται υπό το πρίσμα ενός, ευρισκομένου στην κατάσταση του ασθενή και να καθορίζουν τι θα ήταν το καλύτερο λογικά σαν ποιότητα ζωής για τους περισσότερους τέτοιους ασθενείς.

Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής για τέτοιους ασθενείς όσον αφορά μία ιατρική απόφαση περιλαμβάνει το ισοζύγισμα των οφελών έναντι των επιβαρύνσεων.

Οι περισσότερες αποφάσεις για ασθενείς αυτής της κατηγορίας μπορούν να διακριθούν σε πέντε ομάδες συμφέροντος:

**α)** Του ασθενή.

**β)** Του πληρεξουσίου ή της οικογένειας.

**γ)** Του ιατρού και του υγειονομικού προσωπικού.

**δ)** Του Υγειονομικού Ιδρύματος, όπου η συνέχιση ή η άρνηση της αγωγής μπορεί να έχει θρησκευτικές, οικονομικές και νομικές επιπλοκές ή μπορεί να εκθέσει το Ιδρυμα στην τοπική ή εθνική γνώμη.

**ε)** Της κοινωνίας, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης οικονομικών πόρων και της αναγκαιότητας για έρευνα ώστε να βοηθηθούν μελλοντικοί ασθενείς. (Συνέδριο Appleton 1992-Journal of Medical Ethics 1992).

Το συμφέρον του ασθενή πρέπει να θεωρείται υπέρτατον. Όμως, προκύπτουν ηθικά διλήμματα όταν το συμφέρον του ασθενή είναι αντικρουόμενο με άλλα συμφέροντα.



Οι κοινωνίες διαφέρουν ως προς την προτίμησή τους στους μηχανισμούς επίλυσης διαφωνιών σε τέτοιες δύσκολες περιπτώσεις.

Συχνά, τα συμφέροντα του ίδιου του ασθενή είναι συνυφασμένα με τα συμφέροντα της κοινωνίας και της οικογενείας. Ο ιατρός πρέπει να σταθμίσει τα συμφέροντα και να προσπαθήσει να επιλύσει τις φαινομενικά ασυμβίβαστες διαφωνίες. (Συνέδριο Appleton 1992-Journal of Medical Ethics 1992).

Όταν ο ασθενής έχει πληρεξούσιο, το καθήκον του ιατρού προς τον ασθενή απαιτεί κάποιες υποχρεώσεις προς τον πληρεξούσιο. Αυτές περιλαμβάνουν:

α) Παροχή σωστών πληροφοριών σχετικά με τα ειδικά κλινικά προβλήματα του ασθενή.

β) Ειλικρίνεια.

γ) Προσπάθεια αποτελεσματικής επικοινωνίας.

δ) Προθυμία για την απάντηση οποιασδήποτε ερώτησης.

ε) Γνώση των ευρύτερων κοινωνικών και ηθικών προβλημάτων.

Η συμπεριφορά του ιατρού σε τρόπο ώστε να αναγνωρίζονται οι υποχρεώσεις προς τον πληρεξούσιο, είναι άξια της εμπιστοσύνης που ο πληρεξούσιος έχει εναποθέσει στον ιατρό, έτσι ώστε να εδραιωθεί μία αμοιβαία και κοινή πολιτική λήψης αποφάσεων. (Συνέδριο Appleton 1992-Journal of Medical Ethics 1992).

Με τον όρο «Διαθήκη ζωής», όπως και ανωτέρω έχει αναφερθεί, εννοούνται οδηγίες που δίνονται εκ των προτέρων από ασθενείς με πνευματική διαύγεια, στους ιατρούς τους, και ζητούν να διακόπτεται η παροχή προς αυτούς νερού και τροφής σε περίπτωση που περιπέσουν στο στάδιο αθεράπευτης ασθένειας. Υπάρχει, όμως, ο κίνδυνος σε αυτούς τους ασθενείς που έχουν υπογράψει το έγγραφο «Διαθήκη ζωής», να δοθεί χαμηλού επιπέδου βοήθεια.

Οι διαθήκες αυτές περιορίζουν υπερβολικά τον ιατρό να ασκήσει την ιατρική με τον καλύτερο τρόπο που αυτός γνωρίζει. Απαιτούν ο ιατρός να δεχτεί τυφλά την απόφαση του ασθενή, ακόμα και όταν ο ασθενής είναι ιατρικά ανίδεος.

Αντί να δεχόμαστε τυφλά τις «Διαθήκες ζωής», θα ήταν καλύτερα να εδραιωνόταν μία σχέση ιατρού-ασθενή, που θα επέτρεπε στον ιατρό να χρησιμοποιήσει την ιατρική του κρίση, για να προσδιορίσει την θεραπεία, σε περίπτωση βαριάς ασθένειας και πνευματικής ανικανότητας του ασθενή. ( Cancellaro L.- Father Barry R.- Benjamin B. 1987).

Στη διακήρυξη της Γενεύης, η οποία ψηφίστηκε ομόφωνα από την ολομέλεια του Παγκόσμιου Ιατρικού Συλλόγου, τον Σεπτέμβριο του 1948, υπάρχει άρθρο όπου αναφέρεται: «θα διατηρήσω τον υπέρτατο σεβασμό προς την ανθρώπινη ζωή από τη στιγμή της σύλληψης». (Δέγλερης Ν. 1988).

Σύμφωνα με το άρθρο 9 του Κανονισμού Ιατρικής Δεοντολογίας, «Ο ιατρός οφείλει απεριόριστο μέριμνα για τη διατήρηση και διάσωση της ανθρώπινης ζωής. Υποχρεούται να αποφεύγει επιμελώς κάθε επέμβαση δυναμένη να έχει ως αποτέλεσμα την παρεμπόδιση της αναπαραγωγής ή τη διακύβευση της ζωής, εξαιρουμένων μόνον των περιπτώσεων αποδεδειγμένης και αναπόφευκτης θεραπευτικής ανάγκης». (Δέγλερης Ν. 1988).

Τα βιοηθικά προβλήματα που σχετίζονται με το θάνατο και τη διαδικασία να πεθάνει κανείς είναι πολύπλοκα και δεν μπορούν να απαντηθούν με τη λέξη ΣΩΣΤΟ ή ΛΑΘΟΣ. Εάν ο ιατρός δεν μπορεί πάντοτε να παρέχει ίαση, οφείλει οι αποφάσεις του που αφορούν ετοιμοθάνατο ασθενή του, να λαμβάνονται σε πνεύμα, συμπόνιας, συμπάθειας και σοφίας, αναλογιζόμενος πάντα αυτό που κάνει αν είναι ηθικά σωστό. (D'Orsay, D'Bryard 1986).

Η βασική επαγγελματική υποχρέωση ενός ιατρού δεν είναι μόνο να θεραπεύει, αλλά οφείλει να βοηθάει και να προσφέρει συντροφιά σε αυτούς που πεθαίνουν, μία υποχρέωση που υπάρχει ακόμα και όταν ο ιατρός δεν μπορεί να θεραπεύσει. Βασική ηθική αρχή υποστηρίζει ότι η ζωή είναι ένα βασικό αγαθό, γιατί μπορεί ο άνθρωπος με αυτή να αποκτήσει όλα τα άλλα αγαθά και δεν πρέπει να καταστρέφεται από παραλείψεις ή διαπράξεις ενεργειών. (Cancellaro L.-Father Barry R.-Benjamin B. 1987).

Συχνά υπάρχει σύγκρουση ανάμεσα στο καθήκον του ιατρού να θεραπεύει όσο γίνεται καλύτερα και στο δικαίωμα του ασθενή να του επιτραπεί να πεθάνει ήσυχα.

Τα θεραπευτικά μέτρα μπορεί να δημιουργήσουν δυσφορία, όταν συνεχίζονται πέρα από το σημείο όπου υπάρχει οποιοδήποτε κέρδος για τον ασθενή.

Η ιδέα ότι η ζωή ενός ανθρώπου δεν είναι τελείως δική του, αλλά ανήκει στο θεό, έχει για πολλούς σήμερα λίγο νόημα, η δε καλή επιχειρηματολογία της ηθικής, μπορεί να προκαλέσει το νόμο να ορίσει καλύτερες λύσεις που ταιριάζουν στο σύγχρονο άνθρωπο. (Higgs Roger 1985).

Στην εποχή του Ιπποκράτη, ο ιατρός δεν ενθαρρύνετο θεραπευτικά ή τεχνολογικά να επέμβει στο χρόνο του θανάτου.

Με τις μοντέρνες τεχνικές που προεκτείνουν τη ζωή, έχει μετατοπισθεί ο θάνατος. Έχει γίνει περισσότερο χρονικό και χειραφτημένο φαινόμενο. (Kenneth L. Vaux 1988).

Η Διακήρυξη του Ελσίνκι του 1964, που συμπληρώθηκε το 1975, και το 1983, προβλέπει ότι η θεραπευτική αγωγή ενός ασθενή πρέπει να βασίζεται σε επιστημονικά δεδομένα και έρευνες που έχουν προηγηθεί σε εργαστήριο και σε ζώα, για να μην τεθεί σε κίνδυνο η ζωή

του ασθενή και για να μην χρησιμοποιηθεί αυτός ως πειραματόζωο. (Παρασκευαΐδης Χ. 1986).

Η απόφαση του 1981 της Λισσαβώνας, απαγορεύει στους ιατρούς να συμμετέχουν στη διαδικασία της θανατικής εκτέλεσης καταδίκων, ως αντίθετη προς την ιατρική ηθική. Διευκρινίζεται όμως, ότι η βεβαίωση του θανάτου δεν αποτελεί παραβίαση αυτής της αρχής. (Παρασκευαΐδης Χ. 1986).

## **8. ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΙΑ.**

Ο άνθρωπος από τα πολύ παλιά έτη έως και σήμερα, αισθάνεται την ανάγκη της ύπαρξης ενός ανώτερου όντος, ενός «Θεού».

Ο άνθρωπος μη μπορώντας να εξηγήσει πολλές φορές όλα όσα συμβαίνουν γύρω του, καθώς επίσης τη δημιουργία του Σύμπαντος, έχοντας δε πολλές φορές την ανάγκη να στηριχτεί και να ζητήσει τη βοήθεια ενός ανώτερου του, δημιούργησε την έννοια του Θεού.

Στον κόσμο μας, υπάρχουν πολλά είδη θρησκειών που οι πιστοί τους, πιστεύουν και παρακαλούν το δικό τους Θεό.

Όσον αφορά το θέμα της Ευθανασίας, αυτή αντιμετωπίζεται από τις κυριότερες θρησκείες ως εξής:

### **8.1. Χριστιανισμός.**

Η Χριστιανική Βίβλος, τοποθετείται στην έννοια του θανάτου με δύο λέξεις: «Μη φοβού», θέλοντας να τονίσει ότι ο θάνατος είναι απλώς μία αλλαγή κατοικίας από αυτό τον κόσμο στους ουρανούς.

Αντικρούει τη φράση, «όταν πεθάνει κάποιος φεύγει» και αναγνωρίζει ότι ο φόβος για το θάνατο είναι η μεγαλύτερη σκλαβιά του ανθρώπου.

Η Καινή Διαθήκη αφηγείται τη Ζωή, το Θάνατο, την Ανάσταση και την Ανάληψη του Χριστού.

Ο Ευαγγελιστής Ιωάννης στο 5<sup>ο</sup> κεφάλαιο του Ευαγγελίου του, αποκαλύπτει διάφορα στοιχεία σχετικά με τη ζωή του ανθρώπου μετά το θάνατο. (D' Orsay D. Bryant 1986).

Σύμφωνα με τους Χριστιανούς, σε όλη την ανθρωπότητα, ο Θάνατος και η Ανάσταση του Κυρίου Ημών Ιησού Χριστού, ήταν ο θάνατος του θανάτου. Σύμφωνα με τη Χριστιανική Θρησκεία, ο Θεός είναι παντοδύναμος, αυτός δημιούργησε το σύμπαν και τον άνθρωπο και κανείς άνθρωπος δεν μπορεί να αφαιρέσει μία ζωή, εφ' όσον δεν μπορεί να δώσει μία ζωή. (D'Orsay, D. Bryant 1986).

Η έννοια της Ευθανασίας στη Χριστιανική Θρησκεία δεν έχει θέση.

Κανείς άνθρωπος, δεν μπορεί να αποφασίσει πότε η ζωή ενός συνανθρώπου του θα πρέπει να τελειώσει. Αυτό το αποφασίζει μόνο ο Θεός. Ακόμα και σε ανίατες ασθένειες που ο ασθενής υποφέρει, ο Θεός είναι εκείνος που αποφασίζει για το θάνατο.

Όσοι όμως υποστηρίζουν την Ευθανασία, ισχυρίζονται ότι εάν μόνο ο Θεός μπορεί να αποφασίσει πότε μία ζωή θα πρέπει να σταματήσει να υπάρχει, τότε όλη η φιλοσοφία της ιατρικής επιστήμης, είναι εσφαλμένη, εφ' όσον σκοπός της ιατρικής είναι η με κάθε μέσο παράταση της ζωής του ανθρώπου. Καθυστερώντας, όμως, το θάνατο οι ιατροί επεμβαίνουν στις βουλές του Θεού.

Ο ασθενής ο οποίος ζητά να βγει από το αδιέξοδο στο οποίο έχει περιέλθει, στην πραγματικότητα ζητά να τελειώσει τη ζωή του νωρίτερα. Αυτό όμως, θεωρείται αδίκημα με τη μορφή της αυτοκτονίας και για τον Χριστιανισμό και για τον Ιουδαϊσμό. (Rosner Fred 1974).

Η αναμονή του θανάτου δημιουργεί φόβο στους ανθρώπους.

Υπάρχουν άνθρωποι που βλέπουν το θάνατο ως το φυσιολογικό και βιολογικό τέρμα της ζωής. Κάθε αρχή γι' αυτούς έχει και τέλος. Αυτή όμως η άποψη του θανάτου, αδικεί τον άνθρωπο τον οποίο εμφανίζει

ως απλή βιολογική μονάδα χωρίς την προοπτική της αθανασίας. (Παρασκευαΐδης 1994).

Για τον Χριστιανισμό, ο θάνατος δεν είναι το τέρμα μίας πορείας, είναι το τέρμα μίας επίγειας πορείας και παράλληλα η αφετηρία μίας άλλης σε διαφορετική διάσταση.

Σύμφωνα με την άποψη της χριστιανικής ηθικής, το δικαίωμα στον αξιοπρεπή θάνατο δεν μπορεί να περιλαμβάνει τη δυνατότητα επιλογής από μέρος του ανθρώπου της χρονικής στιγμής του θανάτου αυτού ή άλλου.

Η Ευθανασία είναι για την Χριστιανική θρησκεία μία δολοφονία με τη συναίνεση του θύματος.

Κατά την Χριστιανική θρησκεία, οι ασθενείς που ζητούν για τον εαυτό τους την Ευθανασία, αισθάνονται εγκαταλελειμμένοι και μόνοι σε έναν άνισο αγώνα, μη έχοντας την παρηγοριά των συγγενών τους και την ανθρώπινη συμπεριφορά του περιβάλλοντός τους. (Παρασκευαΐδης Χρ. 1994).

Η Χριστιανική Εκκλησία, όσον αφορά την προβληματική της έναντι της Ευθανασίας, διατυπώνει 10 προτάσεις που είναι οι εξής:

**1)** Η Χριστιανική Εκκλησία δεν θεωρεί το θάνατο ως εφιάλτη. Τον θεωρεί ως ευεργεσία, «ίνα μη το κακόν αθάνατον γένηται». Τον θεωρεί συνέπεια της αμαρτίας, που απαλείφεται μετά το θάνατο και την Ανάσταση του Χριστού.

**2)** Κατά τους Πατέρες της Χριστιανικής Εκκλησίας, η νόσος είναι μερικές φορές ανώτερη της υγείας, διότι συνεργεί στη σωτηρία των ανθρώπων.

Ο πόνος έχει λυτρωτικό περιεχόμενο και πολλές φορές γίνεται το όχημα για τη σωτηρία του πάσχοντα.

**3)** Ο άνθρωπος είναι μοναδική και ανεπανάληπτη προσωπικότητα, με πνευματική αξία, που δεν μειώνεται ή επικαλύπτεται ούτε από τον

πόνου ούτε από τη χαρά. Παραμένει αυτός που είναι, διότι είναι δημιούργημα της θείας ενέργειας, πλασμένος «κατ' εικόνα και ομοίωσιν του Θεού».

Διαθέτει τη λογική και το αυτεξούσιο, δηλαδή την ελευθερία δράσης, που αποτελούν ιδιότητες θείες, που έχουν δοθεί μόνο στον άνθρωπο.

Όσο ζει ο άνθρωπος, δικαιούται να απολαμβάνει τα ανθρώπινα δικαιώματά του, αλλά και όταν πεθαίνει, δικαιούται ενός αξιοπρεπή θανάτου.

**4)** Η προσέγγιση του θανάτου από άποψης πρακτικής, οδηγεί στην οργάνωση των λεγόμενων «τελευταίων φροντίδων για τους θνήσκοντες».

Οι φροντίδες αυτές συνίστανται σε μεθόδους αγωγής προς τον θνήσκοντα ασθενή, αποβλέποντας στην ανακούφισή του από τους πόνους, δίνοντας στον ασθενή την ικανότητα να ζει μέχρι το τέλος με αξιοπρέπεια.

Η προσφορά των υπηρεσιών αυτών πραγματοποιείται από ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό με ιατρικές, αλλά και ηθικές γνώσεις.

**5)** Το αναμενόμενο τέλος της ζωής, προξενεί στους ανθρώπους και στο περιβάλλον τους ηθικά τραύματα.

**6)** Οι ιατροί και οι ερευνητές που ανακάλυψαν νέα αναλγητικά για την ανακούφιση του πόνου είναι ευεργέτες της ανθρωπότητας.

Η Ρωμαιοκαθολική Εκκλησία απέκρουε την χορήγηση αναλγητικών στον ετοιμοθάνατο, που συνεπέφεραν απώλεια της συνείδησης.

Η Γαλλική Ιεραρχία όμως, με δήλωσή της στις 25/9/1991, υιοθέτησε τη χρησιμοποίηση από τους ιατρούς της μεθόδου της τεχνητής ύπνωσης, για ασθενείς βαρέων περιστατικών που καταρρέουν



μπροστά στον αβάστακτο φυσικό ή ψυχικό πόνο και που εκδηλώνουν την επιθυμία να κοιμηθούν.

**7)** Η με οποιονδήποτε τρόπο επίσπευση της επέλευσης του μοιραίου δεν είναι συμβατή με τις τελευταίες φροντίδες.

Η Χριστιανική παράδοση, αποκρούει κάθε μέθοδο που ισοδυναμεί με φόνο, όπως μπορεί να χαρακτηριστεί η Ευθανασία.

Σε ορισμένες περιπτώσεις η Ευθανασία μπορεί να θεωρηθεί ως πράξη οίκτου προς τους πάσχοντες ασθενείς. Όμως, ο οίκτος μεταφράζεται σε αγάπη και η αγάπη σύμφωνα με τον Χριστιανισμό δε θανατώνεται.

**8)** Η επίκληση της ιατρικής συνείδησης, δεν αρκεί για να καλύψει τη μέθοδο της Ευθανασίας.

Σύμφωνα με τη Χριστιανική θρησκεία, η πρακτική των Η.Π.Α της «Living Will», δηλαδή της δυνατότητας να δηλώνει γραπτώς κάποιος τη θέληση του να μη διατηρηθεί στη ζωή με τεχνητά μέσα, ευρίσκεται έξω από τα πλαίσια της ηθικής, διότι δεν μπορεί να διευκρινιστεί από ποιά στιγμή και μετά θα πρέπει να σταματήσουν οι προσπάθειες της επιστήμης για τη διατήρηση της ζωής.

**9)** Η αυτοκτονία δεν είναι λύση.

Η Χριστιανική ηθική δεν αναγνωρίζει το δικαίωμα στον άνθρωπο να αποφασίσει αυτός για τη στιγμή του θανάτου του.

**10)** Οι «τελευταίες φροντίδες» είναι ανάγκη να βασίζονται πάνω στην αλήθεια όσο τραγική και αν είναι για τον ετοιμοθάνατο ασθενή.

Η αξίωση του ασθενή να γνωρίζει κάθε λεπτομέρεια της κατάστασης του είναι απόλυτη και πρέπει να είναι σεβαστή. (Παρασκευαΐδης Χ. 1994).

Το δικαίωμα στο θάνατο κατά τη Χριστιανική αντίληψη, δεν είναι το δικαίωμα να προκαλέσει κανείς ή να ζητήσει από τους άλλους το θάνατό του, αλλά το δικαίωμα να πεθάνει με ηρεμία, ειρήνη και

αξιοπρέπεια, απολαμβάνοντας την αγάπη των ανθρώπων μέχρι την τελευταία πνοή του. Ένα τέτοιο δικαίωμα είναι ιερό και σεβαστό. (Παρασκευαΐδης Χ. 1986).

## 8.2. Καθολικισμός.

Το επίσημο κείμενο της Ιεράς Συνόδου, της Ρωμαιοκαθολικής Εκκλησίας, «Περί Ευθανασίας», που δημοσιεύτηκε στις 26/6/1980, τονίζει την αξία της ανθρώπινης ζωής, τον ιερό της χαρακτήρα και το απαραβίαστό της.

Ο θεληματικός θάνατος ή η αυτοκτονία είναι το ίδιο απαράδεκτος όσο και η ανθρωποκτονία. Μία τέτοια πράξη εκ μέρους του ανθρώπου αποτελεί άρνηση της κυριαρχίας του Θεού και του σχεδίου της αγάπης του. (Παρασκευαΐδης Χ.1986).

Η Ρωμαιοκαθολική Εκκλησία δε δέχεται ότι η άρνηση του ασθενή να δεχτεί τη χρησιμοποίηση εκτάκτων ιατρικών μέσων, αρνούμενος τα κλασικά μέσα που υπάρχουν, μπορεί να θεωρηθεί ένα είδος Παθητικής Ευθανασίας. Μία τέτοια άρνηση δεν ισοδυναμεί με αυτοκτονία. Σημαίνει απλή παραδοχή της ανθρώπινης καταστάσης ή ενός ιατρικού μηχανισμού δυσανάλογου προς τα αποτελέσματα που θα μπορούσε να ελπίζει κανείς ή επίσης τη θέληση να μην επιβάλει κανείς υπερβολικά βάρη στην οικογένεια ή την κοινότητα. (Παρασκευαΐδης, 1986).

Σχετικά με την «Παθητική Ευθανασία», η Καθολική Εκκλησία, διαχωρίζει τα συνηθισμένα και μη συνηθισμένα μέτρα και ο Πάπας Πίος XII, εξέδωσε μία εγκύκλιο που ζητούσε από τους ιατρούς να μη χρησιμοποιούν μη συνηθισμένα μέτρα για τη διατήρηση της ζωής σε

συνθήκες όπου ο θάνατος μπορεί να είναι επιθυμητός. (Zimring G. Joseph 1982).

Τον Ιούνιο του 1981, η Ρωμαιοκαθολική Εκκλησία επιβεβαίωσε την τοποθέτησή της, για την Ευθανασία ως «φόνο ελέους», δηλώνοντας, ότι οι άνθρωποι σε ορισμένες περιπτώσεις έχουν το δικαίωμα να αποσύρουν τα πέρα από τα συνηθισμένα συστήματα υποστήριξης της ζωής, από τους ασθενείς που πεθαίνουν, με την προϋπόθεση όμως ότι δεν διακόπτεται η κανονική φροντίδα στον ασθενή. (Zimring G. Joseph 1982).

### **8.3. Ιουδαϊσμός.**

Σύμφωνα με τον Ιουδαϊσμό, δεν υιοθετείται η άποψη ότι η ζωή αξίζει να την προστατεύεις και να τη διατηρείς, μόνο, εάν είναι παραγωγική, νεαρή και πολλά υποσχόμενη.

Η εβραϊκή άποψη υποστηρίζει, ότι όσο γεροντότερος είναι ένας άνθρωπος, τόσο πιο πολύτιμη είναι η ζωή του, γιατί η ζωή είναι η ψυχή και η ψυχή σύμφωνα με την άποψή τους είναι η συσσώρευση εμπειριών, μάθησης, αναμνήσεων και σχέσεων. (D' Orsay, D. Bryant 1986).

Η Ιουδαϊκή θέση, υποστηρίζει την έννοια του πνευματικού θανάτου, ο οποίος γίνεται αποδεκτός, μόνο με την καταστροφή ολοκλήρου του εγκεφάλου και μόνον αυτού. Αυτό είναι σύμφωνο με τις βιβλικές προτροπές, του τι αποτελεί έναν αποδεκτό ορισμό του θανάτου. (Zimring G. Joseph 1982).

Οι εβραίοι πιστεύουν στην ιερότητα της ζωής του ασθενή, η οποία πρέπει να προστατεύεται, ανεξάρτητα από τον έντονο πόνο και την

αγωνία που συχνά συνοδεύει μία θανατηφόρο ασθένεια. Κατά τον ραβίνο Feldman, «η ζωή με πόνο είναι πολυτιμότερη, από τη μη ζωή». (D' Orsay, D. Bryant 1986).

Σύμφωνα με το Ταλμούδ, κανείς δεν μπορεί να επιταχύνει το θάνατο, ακόμα και το κλείσιμο των ματιών ενός ασθενή, είναι μία πράξη επιτάχυνσης του θανάτου, που ισοδυναμεί με δολοφονία.

Η απομάκρυνση όμως, των συσκευών ζωής από τους ασθενείς που ευρίσκονται σε πολύ βαριά κατάσταση χωρίς καμία ελπίδα βελίωσης, είναι απόλυτα σύμφωνη με τον εβραϊκό νόμο. ( Zimring G. Joseph 1982).

Οι εβραϊκές ιατρικές συνήθειες, δηλώνουν ότι ο ιατρός, δεν μπορεί να μικρύνει τη ζωή ασθενή, ούτε κατά ένα δευτερόλεπτο. Όμως, όταν ο ιατρός θεωρεί ότι ο ασθενής δεν ανταποκρίνεται στις δικές του προσπάθειες, τότε πρέπει να αποσύρεται από αυτόν τον ασθενή κάθε επιπλέον βοήθεια. (Zimring G. Joseph 1982).

Ο Χριστιανισμός, ο Καθολικισμός και ο Ιουδαϊσμός, πιστεύουν ότι κανένας άνθρωπος δεν επιτρέπεται να θέσει τέλος σε μία ζωή, ακόμα και να τερματίσει πολύχρονο βάσανο ή ανέλπιδη ασθένεια.

Η ολοκληρωμένη και μόνιμη απουσία οποιασδήποτε σωματικής λειτουργίας που σχετίζεται με τον εγκέφαλο, αναγνωρίζεται ως θάνατος από τους Εβραίους, Ρωμαιοκαθολικούς και Προτεστάντες διανοούμενους, ακόμα και εάν διαφωνούν μεταξύ τους για τις ακριβείς θεωρητικές βάσεις της κρίσης τους. Ο ορισμός του θανάτου στα σχετικά με τον εγκέφαλο κριτήρια, είναι σύμφωνος με την τρέχουσα φιλοσοφία και τις θρησκευτικές θεωρήσεις των Θρησκειών των Ιουδαίων-Εβραίων, Ρωμαιοκαθολικών και Προτεσταντών. (Zimring G. Joseph 1982).

#### **8.4. Άλλες θρησκείες.**

Τις παραδοσιακές κοινωνίες του λεγόμενου τρίτου κόσμου, Ασίας και Αφρικής, δεν έχουν απασχολήσει περιπτώσεις Ευθανασίας, ίσως επειδή η έννοια του θανάτου που αποφασίζεται από άλλους, θεωρείται ως πράξη επαίσχυντη.

Το ίδιο ισχύει και για το Ισλάμ και για το Βουδισμό, ιδιαίτερα εκεί όπου υπάρχει αυξημένη θρησκευτικότητα. (Δημόπουλος Β. 1997).

## **9. ΠΟΙΝΙΚΗ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ.**

### **9.1. Ελλάδα.**

#### **9.1.1 Η προστασία της ζωής.**

Στη νομική επιστήμη διατυπώνεται από πολλούς, η άποψη ότι η ποινική προστασία που προσφέρει ο νομοθέτης στο έννομο αγαθό της ζωής είναι «απόλυτη».

Ο Ανδρουλάκης Ν.(1974), ισχυρίζεται ότι «δεν είναι νοητή η ύπαρξις συνθηκών υφ' άς ή θανάτωσις ετέρου τινός ανθρώπου παρίσταται ως δικαιολογημένη».

Το έννομο αγαθό της προστασίας της ζωής, δεν πρέπει να συγχέεται με το φυσικό δικαίωμα κάθε προσώπου στη ζωή.

Προσβολές της ζωής δικαιολογούνται όταν γίνονται για την προάσπιση της κρατικής αυθεντίας ή την εύρυθμη λειτουργία της κοινωνικής ζωής, ενώ η προστασία της ζωής οριοθετείται ταυτόχρονα και από την προστασία των εννόμων αγαθών και των δικαιωμάτων άλλων προσώπων.

Η προσβολή της ζωής θεωρείτο από το Σύνταγμα, μέχρι το 2001, επιτρεπτή, όταν εγίνετο σε εκτέλεση θανατικής ποινής.

Επίσης θεωρείται επιτρεπτή στη διάρκεια πολέμου, εφ'όσον γίνεται σύμφωνα με τους κανόνες του Διεθνούς Δικαίου, αλλά και σε περίοδο ειρήνης, όταν είναι επιβεβλημένη για την προστασία του ατόμου από άδικες πράξεις βίας σε βάρος του.

Επίσης θεωρούνται επιτρεπτές, προσβολές της ζωής για την καταστολή στάσης ή εσχάτης προδοσίας.

Όμως, εάν η ποινική προστασία της ανθρώπινης ζωής ήταν απόλυτη, θα έπρεπε να απαγορεύεται και να τιμωρείται οποιαδήποτε δραστηριότητα που μπορεί να θέτει όρους κινδύνου ή να βλάπτει το έννομο αγαθό. Αυτό όμως δεν ισχύει.

Η κοινωνική ζωή ή το Κράτος για τον εαυτό του, ανεξάρτητα από τις υφιστάμενες κοινωνικές ανάγκες, αναγνωρίζει χώρους επιτρεπόμενης επικίνδυνης δράσης για την ανθρώπινη ζωή όπως την λειτουργία πυρηνικών εργοστασίων, τις επιπτώσεις στο περιβάλλον από την ανάπτυξη της βιομηχανίας και την κίνηση των οχημάτων, κ.λ.π.

Η συνταγματικά κατοχυρωμένη αξίωση για σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας οριοθετεί την προστασία της ζωής. (Συμεωνίδου - Καστανίδου Ε. 2001).

### **9.1.2 Η συνταγματική προστασία του εννόμου αγαθού της ζωής.**

Το έννομο αγαθό της ζωής προστατεύεται στο άρθρο 5 παρ. 2 του Συντάγματος, σύμφωνα με το οποίο, «όλοι όσοι ευρίσκονται στην Ελληνική επικράτεια απολαμβάνουν την απόλυτη προστασία της ζωής...χωρίς διάκριση εθνικότητας, φυλής γλώσσας και θρησκευμάτων ή πολιτικών πεποιθήσεων».

Κατά τον Μάνεση Α.(1982), η διάταξη αυτή θεσπίστηκε για πρώτη φορά, στο Σύνταγμα του 1927 (άρθρο 7), μεταφέρθηκε στο Σύνταγμα του 1952 (άρθρο 13) και τέλος στο άρθρο 5 του Συντάγματος του έτους 1975.

Διατάξεις προστασίας της ζωής, υπάρχουν στο άρθρο 3 της Οικουμενικής Διακήρυξης των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, που ψηφίστηκε από τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών το 1948 και

προβλέπει ότι «κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα στη ζωή, στην ελευθερία και στην ασφάλεια του προσώπου του».

Επίσης στο άρθρο 2 της από 4/11/1950 Σύμβασης της Ρώμης, «περί προστασίας των δικαιωμάτων του ανθρώπου και των θεμελιωδών ελευθεριών», που κυρώθηκε από την Ελλάδα με το νόμο 2329/1953 και προβλέπεται, ότι «το δικαίωμα εκάστου προσώπου εις την ζωήν προστατεύεται υπό του νόμου».

Ανάλογη διάταξη συναντάται στο Διεθνές Σύμφωνο των Ηνωμένων Εθνών του 1966 για τα ατομικά και πολιτικά δικαιώματα (άρθρο 6 παρ. 1), όπου ορίζεται ότι «κάθε ανθρώπινο ον έχει το φυσικό δικαίωμα στη ζωή. Το δικαίωμα αυτό πρέπει να προστατεύεται από το νόμο. Κανένας δεν μπορεί να στερηθεί αυθαίρετα τη ζωή του».

Επίσης στο άρθρο 2 του Χάρτη των θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, που ψηφίστηκε στις 7/12/2000 ορίζεται, ότι «κάθε πρόσωπο έχει δικαίωμα στη ζωή». (Συμεωνίδου - Καστανίδου Ε. 2001).

### **9.1.3 Η ποινική προστασία του εννόμου αγαθού της ζωής.**

Στους κύκλους των Πυθαγορείων, η αφαίρεση της ζωής με όποιο τρόπο και εάν εγίνετο, δεν ήταν αποδεκτή, για τον λόγο αυτό οι Πυθαγόρειοι ιατροί απεύφευγαν τις εγχειρήσεις.

Ο όρκος του Ιπποκράτη, κατά τον Edelstein, είναι έργο Πυθαγορείου ιατρού, κατά το δεύτερο μισό του 4<sup>ου</sup> αιώνα π.Χ. και υπήρξε επί αιώνες το μοναδικό πρότυπο ιατρικής επαγγελματικής ηθικής. (Λυπουρλής Δ. 1991).

Πολύ συχνά στην αρχαιότητα, ο ασθενής όταν οι πόνοι του γίνοντο αβάσταχτοι και είχε τη βεβαιότητα πως δεν μπορούσε πλέον



να περιμένει καμμία θεραπεία, κατεύφευγε στην αυτοκτονία, συνήθως με δηλητήριο.

Οι αρχαίοι δεν καταδίκάζαν έναν τέτοιο εκούσιο θάνατο.

Ο ιατρός με τις γνώσεις που είχε για τα δηλητήρια, ήταν ο πιο αρμόδιος να υποδείξει το δηλητήριο που θα έφερνε το θάνατο με τους λιγότερους πόνους. Σ' αυτόν, λοιπόν, απευθύνετο ο ασθενής, ζητώντας βοήθεια. Ο ιατρός εάν ήταν βέβαιος ότι η κατάσταση του ασθενή ήταν απελπιστική, δεν δίσταζε να του δώσει άμεσα ή έμμεσα τη συμβουλή να αυτοκτονήσει.

Ο Διεθνής Κώδικας Ιατρικής Ηθικής που ψηφίστηκε το 1949 και τροποποιήθηκε το 1968 και το 1983 προβλέπει ότι:

«Ο ιατρός οφείλει πάντοτε να έχει κατά νου τη φροντίδα να διατηρεί την ανθρώπινη ζωή». (Παρασκευαΐδης Χ. 1986).

Η Διακήρυξη της Βενετίας του 1983 περί της τελικής φάσης της ασθένειας αναφέρει:

**α)** Ο ιατρός έχει ως αποστολή να θεραπεύει και στο μέτρο του δυνατού να ανακουφίζει τους πόνους, προτάσσοντας πάντοτε το συμφέρον του ασθενή.

**β)** Η αρχή αυτή δεν επιδέχεται εξαίρεση ούτε σε περίπτωση ανίατης ασθένειας ή επιδείνωσης της κατάστασης. (Παρασκευαΐδης Χ. 1986).

Στη μελέτη της έννοιας της Ευθανασίας αναφέρονται τρία θέματα:

**1-** Το δικαίωμα του ατόμου να αφαιρεί τη ζωή του.

**2-** Το δικαίωμα της κοινωνίας να διατηρεί τη ζωή με νόμο, ενάντια στη θέληση του εν λόγω ατόμου και

**3-** Η πιθανή κατάχρηση από την κοινωνία του δικαιώματος για Παθητική Ευθανασία. (Harbin R. 1976).

Στην Ελλάδα υπάρχει διάσταση απόψεων, αλλά και διστακτικότητα ως προς τη νομοθετική καθιέρωση της Ευθανασίας.

Ένας από τους βασικούς λόγους είναι οι υπόνοιες κατάχρησης της δυνατότητας Ευθανασίας από συγγενείς, ιδίως κληρονόμους ή από το προσωπικό περίθαλψης.

Η πρώτη επίσημη απόπειρα προσέγγισης του θέματος στην Ελλάδα έγινε από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, όπου με μία εισήγηση της προτείνει ένα ηθικό και νομικό πλαίσιο λήψης αποφάσεων για τη συνέχιση ή τη διακοπή της τεχνικής παράτασης της ζωής ενός ανθρώπου.

Ο καθηγητής του Πανεπιστημίου Αθηνών, Κουμάντος Γ.(2006), επισημαίνει ότι ξεκίνησαν στην επιτροπή, συζητώντας γενικά περί Ευθανασίας, αλλά επειδή το θέμα είναι πολύ ακανθώδες με μεταφυσικές διαστάσεις, έκριναν ότι θα είχε μεγαλύτερη πρακτική σημασία να περιορισθεί το θέμα, στο πόσο πρέπει να συντηρούνται μέθοδοι μηχανικής υποστήριξης και να διατηρείται τεχνητά η ζωή. (Μπουμπούκα Α., «ΚΥΡΙΑΚΑΤΙΚΗ ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ» 30/4/2006).

Από την εισήγηση της ανωτέρω επιτροπής προκύπτουν τα εξής:

**1)** Η Επιτροπή προσδιορίζει ως κρίσιμο σημείο αποφάσεων μία «γκρίζα» περιοχή που δεν καλύπτεται από τις επιταγές της Ιατρικής Δεοντολογίας. Πρόκειται για το στάδιο που οι βιολογικές λειτουργίες μπορούν να παραταθούν τεχνητά, αλλά δεν προσδοκάται θεραπευτικό όφελος, ούτε εξασφαλίζουν στον ασθενή αποδεκτή ποιότητα ζωής.

Σ' αυτές τις περιπτώσεις που γίνεται λόγος για μη αναστρέψιμο στάδιο, η Επιτροπή αναγνωρίζει, ότι η ευθύνη του ιατρού, επικεντρώνεται στην ενημέρωση και στήριξη του ασθενή, ενώ οι αποφάσεις λαμβάνονται από τον ίδιο ή από συγγενείς του, εάν εκείνος δεν είναι σε θέση να εκφράσει άποψη.

**2)** Όταν υπάρχουν αντικειμενικά δεδομένα περί του μη αναστρέψιμου της κατάστασης του ασθενή και διαπίστωση ότι

ευρίσκεται σε τελικό στάδιο, ο ιατρός ενημερώνει ότι κάθε περαιτέρω αγωγή εμπίπτει στην κατηγορία του ιατρικώς ματαίου.

Σ'αυτή τη φάση ο ιατρός οφείλει και πάλι να προσπαθεί να ανακουφίσει τον ασθενή από τους πόνους.

3) Όταν ο ασθενής είναι «σε τελικό στάδιο», δηλαδή δεν υπάρχει ελπίδα ίασης αλλά αργή επιδείνωση που μπορεί να παραταθεί, επισημαίνεται από την Επιτροπή Βιοηθικής, ότι ενδέχεται να συνιστά βλάβη η παράταση του πόνου και της προθανάτιας αγωνίας ή η έλλειψη σεβασμού στην αυτονομία του. Τότε ο θεράπων ιατρός είναι υποχρεωμένος να προτείνει εναλλακτική επιλογή της προς ανακούφιση αγωγής.

4) Σχετικά με το ποιός μπορεί να λάβει την απόφαση για συνέχιση ή διακοπή της τεχνητής παράτασης της ζωής, η Επιτροπή προτείνει υιοθέτηση συγκεκριμένων διαδικασιών. Εάν ο ασθενής είναι σε θέση να εκφράσει άποψη, έχει πάντοτε τον τελικό λόγο. Εάν ο ιατρός διαφωνεί μαζί του, δεν έχει δικαίωμα να τον εγκαταλείψει χωρίς να του βρεί αντικαταστάτη ιατρό.

5) Σε περίπτωση που ο ασθενής δεν μπορεί να εκφραστεί, τον κύριο λόγο έχουν οι οικείοι του. Εάν εκείνοι διαφωνήσουν με τον ιατρό ή και μεταξύ τους, προτείνεται η αναζήτηση δεύτερης ιατρικής γνωμάτευσης άλλου ιατρού και η μεσολάβηση κοινωνικών λειτουργών, ανάλογα και με το αν η διαφωνία οφείλεται σε μη αποδοχή της ιατρικής γνωμάτευσης ή σε ψυχολογική άρνηση ή διαφορετικές αξίες που υιοθετούν τα δύο μέρη.

Ειδικά για την περίπτωση διαφωνίας μεταξύ των οικείων, προτείνεται η θεσμοθέτηση μίας εξουσιοδότησης, με την οποία ο ασθενής θα ορίζει σε κατάλληλο χρόνο, ειδικό αντιπρόσωπό του στα συγκεκριμένα θέματα.

Όταν δεν θα έχει οριστεί ειδικός αντιπρόσωπος και οι συγγενείς διαφωνούν μεταξύ τους, η απόφαση πρέπει να είναι υπέρ της τεχνητής παράτασης της ζωής.

Στις ανωτέρω βασικές αρχές συμφώνησαν τα οκτώ από τα εννέα μέλη της Επιτροπής, μειοψήφισε ο καθηγητής κ. Μανιάτης Γ., ο οποίος πιστεύει ότι όταν κάποιος είναι σε ανάλογο δίλημμα δεν μπορεί να βοηθηθεί από γενικές κατευθυντήριες γραμμές όπως αυτές που περιλαμβάνονται στην εισήγηση της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής.

Επίσης επισημαίνει ότι είναι ασαφείς οι όροι, «τελικό στάδιο» και «συμφέρον του ασθενή», αφού ερμηνεύονται κάθε φορά ανάλογα με την κατάσταση του και την ποιότητα ζωής που ο ίδιος θα ήθελε ή θα μπορούσε να έχει.

Ο καθηγητής κ. Μανιάτης Γ. συμφώνησε με την πρόταση της Επιτροπής για νομοθετική θέσπιση αντιπροσώπου του ασθενή, για δε τα υπόλοιπα ζητήματα, πιστεύει ότι παρέχεται ικανοποιητικό νομικό πλαίσιο στον πρόσφατο Νόμο 3418/2005 περί Ιατρικής Δεοντολογίας. (Μπουμπούκα Α., «ΚΥΡΙΑΚΑΤΙΚΗ ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ» 30/4/2006).

Ο νέος Νόμος 3418/28-11-2005, του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, στο κεφάλαιο Θ' στα ειδικά θέματα, στο άρθρο 29, αναφέρει τα εξής:

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

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

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

Η εξουσία των ιατρών πάνω στην υγεία και στη ζωή των πολιτών μίας κοινωνίας, είναι πολύ πιο άμεση από αυτή των πολιτικών ηγετών.

Είναι ευκολότερο να διαφωνήσει κάποιος με τις αποφάσεις των πολιτικών ηγετών, που επηρεάζουν έμμεσα, την ελευθερία και τη ζωή του, από το να αμφισβητήσει επιστημονικές εντολές ιατρού, που επηρεάζουν άμεσα την υγεία και τη ζωή του. (Μόνος Δ.1993).

Σε περιπτώσεις, όπου ένα νεογέννητο έχει σοβαρό ελάττωμα και αντιμετωπίζει άμεσο θάνατο, δεν υπάρχει σύγκρουση από άποψη δεοντολογίας και ιατρικής ανάμεσα στον ιατρό και στους γονείς του.

Τίθεται όμως προβληματισμός, στις περιπτώσεις όπου το ελαττωματικό νεογέννητο μπορεί να σωθεί.

Στην παιδιατρική, ανακύπτουν δύο ερωτήματα κατά τον Harbin R. (1976).

**α)** Ποιός αποφασίζει για ένα παιδί, ότι η ζωή του δεν έχει αξία και δεν αξίζει να τη ζήσει; και

**β)** Θα ήταν ποτέ σωστό να διακόψει κανείς τη ζωή ενός παιδιού;

Οι νέες ιατρικές τεχνικές, δημιουργούν δίλημμα στις περιπτώσεις που η ζωή μπορεί να παραταθεί, όμως η ποιότητα της ζωής έχει σε μεγάλο βαθμό καταστραφεί.

Ένα άλλο δίλημμα είναι, ότι εφ'όσον επιτρέπεται η έκτρωση, όταν υπάρχει στο έμβρυο ένδειξη γενετικής ασθένειας και επιτρέπεται ο θάνατος του εμβρύου στις 24 εβδομάδες κύησης, γιατί να μην

επιτρέπεται η θανάτωση ενός ελαττωματικού γενετικά εμβρύου στις 40 εβδομάδες της κύησης. (Harbin R. 1976).

Αναπτύχθηκε μία νομική αντίληψη, αυτή της «Άδικης ζωής», στην οποία βασίστηκαν νομικές αγωγές εξ' αιτίας της ζημίας της συνεχιζόμενης ύπαρξης. Επειδή όμως, η ιατρική τεχνολογία μπορεί να παρατείνει τη ζωή έως και του σημείου της περιθωριακής ύπαρξης, πρέπει να γίνεται επικέντρωση στην ποιότητα της παρατεινόμενης ζωής και να θεσπιστούν κοινωνικοί κανόνες που να επιτρέπουν έναν αξιοπρεπή θάνατο για όσους η μόνη δυνατότητα είναι μία παρατεταμένη και επώδυνη διαδικασία θανάτου. (Harbin R. 1976).

Αν και η Ευθανασία συχνά εξισώνεται με τη βοήθεια σε αυτοκτονία, είναι στην πραγματικότητα κάτι πολύ διαφορετικό. Η νομιμοποίηση της, εξετάζεται πάντα από τη σκοπιά ότι ο ιατρός θα είναι αυτός που θα βοηθήσει στο φόνο. Η νομιμοποίηση της ενέχει τον κίνδυνο να καταστήσει το θάνατο μία επιλογή ή μία θεραπεία επιλογής σε ορισμένες περιπτώσεις. (Dennis J. Horran 1978).

Το θέμα της Ευθανασίας, έχει απασχολήσει επανειλημμένα τους έλληνες ιατρούς, νομικούς και θεολόγους, στο πλαίσιο συζητήσεων σε Συνέδρια.

Τον Μάρτιο του 1999, ο Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών διοργάνωσε συζήτηση με τη συμμετοχή ως εισηγητών, ιατρών, νομικών, δημοσιογράφων, φιλοσόφων και θεολόγων.

Ο νομικός εισηγητής πρότεινε την τροποποίηση του Ποινικού Κώδικα, ώστε να αρθεί ο αδικοπρακτικός χαρακτήρας της πράξης ενός υγειονομικού, που προέβη σε Ενεργητική ή Παθητική Ευθανασία.

Ο θεολόγος εισηγητής, αναφέρθηκε στην πολυπλοκότητα του θέματος και αρνήθηκε τη νομοθετική ρύθμιση που θα επέβαλε ως υποχρέωση του ιατρού την Ευθανασία. (Ρηγάτος Γ. 2001).

Στην Ελλάδα, η νομοθεσία, απαγορεύει κάθε μορφή Ευθανασίας, στηριζόμενη στην αυστηρή γραμματική διατύπωση του άρθρου 301 του Ποινικού Κώδικα, όπου δε γίνεται δεκτό ότι συντρέχει για τον ιατρό λόγος άρσης του άδικου χαρακτήρα της Ευθανασίας. (Καίσαρης 1999).

Αν ο ιατρός παράσχει στον ασθενή τα προς την επιτάχυνση του θανάτου του μέσα, θα διωχθεί ποινικά ως συμμετοχος σε ανθρωποκτονία, ενώ αν την πράξη που έχει ως αποτέλεσμα την συντόμευση της ζωής του ασθενή, επιχειρήσει αμέτοχος τρίτος, τότε ο τρίτος θα κριθεί ως υπαίτιος ανθρωποκτονίας. (Καίσαρης 1999).

Προς το παρόν η εφαρμογή της Ευθανασίας, λόγω οίκτου, σε ανίατο ασθενή με αφόρητους πόνους και επίμονο και σταθερό αίτημα, αντιμετωπίζεται ως ιδιώνυμο αδίκημα, ανθρωποκτονία εν συναινέσει και όχι ως ανθρωποκτονία (αρ. 300 του Π.Κ).

Η ελληνική νομοθεσία, θεωρεί ότι επήλθε ο θάνατος με την παύση της καρδιακής λειτουργίας (Ισοηλεκτρική γραμμή στο Η.Κ.Γ) και όχι με την παύση της λειτουργίας των εγκεφαλικών κυττάρων (Ισοηλεκτρική γραμμή Η.Ε.Γ). (Δέγλερης Ν. 1988).

Στην Ελλάδα, η σχετική νομοθεσία, εξουσιοδοτεί τον ιατρό να αποσυνδέσει τον ασθενή από τον αναπνευστήρα μόλις τεκμηριωθεί ο θάνατος. Στην πράξη, όμως, το τι θα πράξει ο κάθε ιατρός επαφίεται στην ατομική του συνείδηση και θεώρηση των πραγμάτων.

Στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου, η τακτική που ακολουθείται, είναι η διατήρηση του αναπνευστήρα και η παροχή των ελάχιστων απαιτούμενων για τη διατήρηση της ζωής, όπως οξυγόνο, παρεντερική διατροφή, αναπλήρωση υγρών κλπ.

Από το άρθρο 5 παρ. 2 του Συντάγματος όπως και ανωτέρω έχει αναφερθεί, προκύπτει η υποχρέωση της Πολιτείας να προστατεύει τη ζωή όλων των ατόμων που ευρίσκονται στην Ελληνική επικράτεια, καθ'

όλη τη διάρκεια της. Ως εκ τούτου, δεν μπορεί να αφεθεί το έννομο αγαθό, έστω και για ένα μικρό χρονικό διάστημα πριν από το θάνατο, στη διακριτική ευχέρεια των ιατρών. Αυτό θα ήταν αντίθετο προς το Σύνταγμα.

Το δίκαιο οφείλει με σαφήνεια να προσδιορίζει τα δικαιώματα των ασθενών, όπως και τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των ιατρών στο χώρο αυτό. (Συμεωνίδου - Καστανίδου Ε. 2001).

Ο καθηγητής Χωραφάς Ν. (1978), παρατηρεί ότι «οσονδήποτε και αν κρίνει τις ηθικώς δικαιολογημένην την απαλλαγήν από ποινικής ευθύνης του πράττοντος, πάντως δεν δύναται να αρνηθεί, ότι η Ευθανασία είναι θανάτωσις ανθρώπου και επομένως πράξις πραγματούσα την αντικειμενικήν υπόστασιν της κοινής ανθρωποκτονίας (άρθρο 299 Π.Κ.) ή του εγκλήματος της κατ' απαίτησιν ανθρωποκτονίας (άρθρο 300 Π.Κ.).» (Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε. 2001).

Επίσης, ο Χωραφάς Ν., υποστηρίζει, ως υποστηρικτής της Ευθανασίας, ότι ο άδικος χαρακτήρας της Ευθανασίας αποκλείεται, γιατί η προσβολή με αυτή του εννόμου αγαθού της ζωής εξυπηρετεί "in concerto" το αληθές συμφέρον του φορέα του. (Καίσαρης 1999).

Σύμφωνα με τα δεδομένα που ισχύουν σήμερα στην Ελλάδα, το δικαίωμα του ανθρώπου να εκφράζει ελεύθερα την προσωπικότητα του δεν εκτείνεται και στον τρόπο και στο χρόνο του θανάτου του. Σ' αυτό το δικαίωμα, δεν συμπεριλαμβάνεται ούτε η θέλησή του να έρθει στη ζωή, ούτε να φύγει από τη ζωή. (Καίσαρης 1999).

Ο άνθρωπος ενδιαφέρει το Δίκαιο, για τον λόγο αυτό, υπάρχουν στο Ποινικό Δίκαιο, διατάξεις που ρυθμίζουν θέματα που αφορούν:

- Την ανθρώπινη ζωή στη γέννησή της, όπως οι διατάξεις για την άμβλωση, (άρθρο 304) και για τη διαφήμιση των μέσων άμβλωσης (άρθρο 305).



- Τον ζώντα άνθρωπο, όπως οι διατάξεις που προστατεύουν την ανθρώπινη ζωή και είναι το άρθρο 299 «περί ανθρωποκτονίας εκ προθέσεως», το άρθρο 302 «περί ανθρωποκτονίας εξ αμελείας», το άρθρο 303 «περί παιδοκτονίας», το άρθρο 306 «περί εκθέσεως», το άρθρο 307 «περί παραλήψεως λυτρώσεως εκ κινδύνου ζωής».

Η ανθρώπινη ζωή προστατεύεται επίσης:

- Στις διατάξεις του ΙΖ' κεφαλαίου του Ειδικού Μέρους, άρθρα 316 έως 321.

- Στις διατάξεις του ΙΓ' κεφαλαίου του Ειδικού Μέρους του Ποινικού Κώδικα, όπου τυποποιούνται τα κοινώς επικίνδυνα εγκλήματα, άρθρα 264 έως 289 Π.Κ. όπως εμπρησμός, έκρηξη, ναυάγιο κ.λ.π.

- Στα άρθρα 134 και 135 α, του Ποινικού Κώδικα, που είναι ενταγμένα στο Α' κεφάλαιο του Ποινικού Κώδικα, (προσβολές του πολιτεύματος). Αυτές είναι ειδικές διατάξεις που παρέχουν αυξημένη ποινική προστασία σε συγκεκριμένα πολιτικά πρόσωπα, όπως στον Πρόεδρο της Δημοκρατίας, στον Πρωθυπουργό, στους Αρχηγούς πολιτικών κομμάτων κ.λ.π.

- Σε διατάξεις του Ποινικού Κώδικα όπου τυποποιούνται εκ του αποτελέσματος εγκλήματα. Στις διατάξεις αυτές προστατεύονται κυρίως άλλα έννομα αγαθά, προστατεύεται όμως και η ανθρώπινη ζωή.

Εδώ ανήκουν οι περιπτώσεις των βασανιστηρίων, άρθρο 137 Β παρ. 3 Π.Κ., της πρόκλησης ναυαγίου άρθρο 277 περ. γ. Π.Κ., του βιασμού άρθρο 336 - 340 Π.Κ., της πρόκλησης κοινής επικίνδυνης βλάβης άρθρο 273 περ.γ Π.Κ, της διακοπής της κύησης άρθρο 304 παρ. 2 περ. β Π.Κ, της πρόκλησης θανατηφόρας σωματικής βλάβης άρθρο 311 Π.Κ κ.α.

Στις διατάξεις που προστατεύουν την ανθρώπινη ζωή ανήκουν εκείνες στις οποίες η ποινική κύρωση επαυξάνεται όταν η βασική πράξη τελείται με τέτοιο τρόπο, ώστε να δημιουργεί κίνδυνο για τη ζωή (ή και

για τη ζωή) του ανθρώπου. Εδώ εντάσσεται η διάταξη του άρθρου 167 παρ. 2 Π.Κ. (κίνδυνος από αντίσταση), όπου η ποινική κύρωση επαυξάνεται όταν το πρόσωπο κατά του οποίου στράφηκε η πράξη της αντίστασης διέτρεξε σοβαρό προσωπικό κίνδυνο, καθώς και οι διατάξεις των άρθρων 324 παρ.1 εδ. β. Π.Κ. (αρπαγή ανηλίκου), 309 Π.Κ. και 310 Π.Κ. (βαριά σωματική βλάβη με πρόκληση κινδύνου ζωής) και 313 Π.Κ. (συμμετοχή σε συμπλοκή ή επίθεση, με αποτέλεσμα την πρόκληση θανάτου ή βαριάς σωματικής βλάβης).

Η ανθρώπινη ζωή προστατεύεται επίσης και σε πολλούς ειδικούς ποινικούς νόμους, όπως ο νόμος 495/1976 «περί όπλων, εκρηκτικών υλών και εκρηκτικών μηχανημάτων» που αντικαταστάθηκε από το νόμο 2168/1993, ο νόμος 1646/1986 «μέτρα πρόληψης και καταστολής της βίας στους αθλητικούς χώρους», ο νόμος 1650/1986 «για την προστασία του περιβάλλοντος».

Κατά την Συμεωνίδου - Καστανίδου Ε. (2001), τα εγκλήματα κατά της ζωής στο ΙΕ' κεφάλαιο του Ειδικού Μέρους του Ποινικού Κώδικα διακρίνονται:

A) **Στα εγκλήματα βλάβης** του εννόμου αγαθού, άρθρα 299 έως 303 του Ποινικού Κώδικα και

B) **Στα εγκλήματα διακινδύνευσης** της ζωής, άρθρα 306, 307 του Ποινικού Κώδικα.

**Στα εγκλήματα βλάβης διακρίνονται δύο βασικά εγκλήματα:**

- Η ανθρωποκτονία με δόλο (άρθρο 299 Π.Κ.) και
- Η ανθρωποκτονία από αμέλεια (άρθρο 302 Π.Κ.)

και

**Δύο προνομιούχες μορφές ανθρωποκτονίας με δόλο:**

- Η ανθρωποκτονία με συναίνεση (άρθρο 300 Π.Κ.) και
- Η παιδοκτονία (άρθρο 303 Π.Κ.).

**Στα εγκλήματα διακινδύνευσης διακρίνονται επίσης δύο**

**βασικά εγκλήματα:**

- Το πρώτο τυποποιείται στο άρθρο 306 παρ. 1 Π.Κ. και είναι η έκθεση και
- Το δεύτερο είναι ένα έγκλημα παράλειψης λύτρωσης από κίνδυνο ζωής, άρθρο 307 Π.Κ.

Σύμφωνα με το Ποινικό Δίκαιο, ο άνθρωπος είναι «ζών», από την στιγμή έναρξης του τοκετού, δεδομένου ότι σύμφωνα με το άρθρο 303 του Ποινικού Κώδικα, περί παιδοκτονίας, αυτή τελείται «κατά τον τοκετό».

Σύμφωνα με την κοινή αντίληψη και το Αστικό Δίκαιο, ο άνθρωπος, αρχίζει να υπάρχει, «άμα ως ετέχθη ζών» άρθρο 35 Α.Κ.

Επομένως, από την έναρξη του τοκετού μπορούμε να έχουμε ανθρωποκτονία ή σωματική βλάβη, που τιμωρούνται τόσο από πρόθεση, όσο και από αμέλεια, ενώ η άμβλωση τιμωρείται μόνο όταν τελείται από πρόθεση.

Η μορφή της ανθρώπινης ζωής δεν επηρεάζει την έννοιά της, εκτός από την περίπτωση κατά την οποία ο ζων οργανισμός δεν φέρει ανθρώπινη μορφή.

Η Ευθανασία, σύμφωνα με τον Κοτσιάνο Σ. (1977), δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι συνιστά λόγο αποκλεισμού του αδίκου. Κάτι τέτοιο θα ήταν πολύ επικίνδυνο και κοινωνικώς απαράδεκτο. Ο ιατρός, ο οποίος για να λυτρώσει από τα βάσανα τον ετοιμοθάνατο ή τον πάσχοντα από ανίατο νόσημα επισπεύσει ή προκαλέσει το θάνατό του, υπέχει αστική και ποινική ευθύνη και όταν ακόμα ενεργήσει μετά από ρητή και επίμονη αξιώση του ασθενή.

Ο Καρανίκας Δ, σύμφωνα με την Ποινική Δικονομία, Ειδικό μέρος, εκφράζει τη γνώμη, ότι «δεχόμενοι την άποψη αυτή θα ευρισκόμεθα προ του περιέργου και απαραδέκτου λογικώς, ηθικώς και νομικώς φαινομένου, ο αφαιρών τη ζωή επί Ευθανασίας να μην τιμωρείται, ενώ αντιθέτως να τιμωρείται δια ποινής φυλακίσεως, η ηπιότερα περίπτωση της ανθρωποκτονίας κατόπιν σπουδαίας και επιμόνου απαιτήσεως του ανιάτως πάσχοντος».

Κατά τον Ανδρουλάκη Ν, κάθε πράξη του ιατρού που έχει ως αποτέλεσμα την επίσπευση του θανάτου, ανάμεσα στις οποίες και η αποσύνδεση του ασθενή από μηχανήματα τεχνητής διατήρησης του στη ζωή, αποτελεί άδικη πράξη και τιμωρείται με βάση τα άρθρα 299 και 300 Π.Κ.

Σύμφωνα με τον Κοτσιάνο Σ. (1977), στην περίπτωση που ο ιατρός δεν επιταχύνει το μοιραίον, όμως ο επερχόμενος θάνατος δεν παρεμποδίζεται, τότε ο ιατρός δεν προβαίνει σε πράξη κολάσιμη.

Επίσης, εάν ο επικείμενος θάνατος θα μπορούσε προς στιγμή να παρεμποδιστεί, αλλά η πάθηση του πάσχοντα είναι ανίατη και πολύ οδυνηρή, ώστε να μην ενδείκνυται και η πλέον ολιγόχρονη επιβίωσή του, τότε η πράξη του ιατρού να παραλείψει τη λήψη αποτρεπτικών του θανάτου μέτρων δεν μπορεί να θεωρηθεί αξιόποινη, διότι ο ιατρός δεν έχει δικαίωμα προς σύντμηση της ζωής του πάσχοντα, δεν έχει όμως και υποχρέωση προς παράταση της ζωής του.

Σύμφωνα με τον Χαρτοφυλακίδη Γ.(1993), υπάρχει σαφής διαφορά μεταξύ του να αφήνει κανείς το θάνατο να επέλθει, όταν η έλευσή του είναι αναπόφευκτη από το να προκαλεί το θάνατο άμεσα ή έμμεσα.

Ο Εισαγγελέας Εφετών, Καράμπελας Λ. (1994), ισχυρίζεται ότι η προστασία της ανθρώπινης ζωής σύμφωνα με το Σύνταγμα του 1994, θα μπορούσε να γίνει αντικείμενο συζήτησης, για να εξακριβωθεί εάν

είναι σκόπιμο και σύμφωνο με το περί δικαίου αίσθημα του λαού, στο όνομα και για λογαριασμό του οποίου απονέμεται η Δικαιοσύνη, να γίνει προσθήκη δευτέρου εδαφίου στο άρθρο 300 του Ποινικού Κώδικα, στο οποίο να ορίζεται ότι:

«Το Δικαστήριο μπορεί να απαλλάξει τον υπαίτιο από την ποινή, στην περίπτωση που το θύμα δεν μπορούσε να προκαλέσει από φυσική αδυναμία το θάνατό του, που επιθυμούσε, εκτιμώντας τις ιδιαίτερες συνθήκες υπό τις οποίες ενήργησε, και εφ'όσον γνωμάτευσαν πριν την πράξη του, τρεις ιατροί Δημόσιου Νοσοκομείου, ομόφωνα ότι:

- α) Η τλαιπωρία του ψυχορραγούντος θύματος θα συνεχιζόταν.
- β) Ο θάνατος του θα επακολουθούσε οπωσδήποτε στα επόμενα 24 ώρα.
- γ) Δεν υπήρχε άλλη δυνατότητα αποτελεσματικής παυσίπονης αγωγής.

Κατά τον Καίσαρη Π.(1999), όσον αφορά τη συναίνεση του ασθενή για Ευθανασία, αυτή πρέπει να λαμβάνεται υπόψη από τον ιατρό μόνο για την μη παράταση της ζωής του με τεχνητά μέσα, όταν δεν αναμένεται η διάσωση της ζωής του και η βελτίωση της υγείας του και πρέπει να απορρίπτεται όταν αποβλέπει στη διακοπή της θεραπείας του ασθενή μόνο επειδή το θέλει ο ίδιος, γιατί το τελευταίο θα εξομοιωνόταν με συμμετοχή σε αυτοκτονία.

Αν όμως η αγωγή τεχνητής αναπνοής ή καρδιακών παλμών λόγω της κατάστασης της υγείας του ασθενή, μπορούν να επιδράσουν στην ανάνηψή του, τότε πρόκειται για θεραπευτική αγωγή και η οποιαδήποτε δοθείσα συναίνεση Ευθανασίας από τον ασθενή για διακοπή της θεραπείας, δεν είναι ισχυρή και δεν αίρει τον χαρακτήρα της παράνομης και αυθαίρετης ιατρικής πράξης.

Σύμφωνα με τον Καραγεώργα (1996), εάν ο ασθενής έχει εκφράσει τη συναίνεσή του, ο ιατρός οφείλει να απέχει από τη συνέχιση

της τεχνητής παρατάσης της ζωής, διότι η παράβαση της υποχρέωσης αυτής αποτελεί προσβολή της προσωπικότητας του ασθενή και αυθαίρετη ιατρική πράξη. (Καίσαρης Π.1999).

Ο Βουγιούκας Κ. (1991), από πλευράς ισχύοντος δικαίου δέχεται τον άδικο χαρακτήρα της Ευθανασίας, προτείνει όμως την αποποινικοποίηση της σχετικής πρακτικής στο σύνολο της, με τις εξής προϋποθέσεις:

α) Να υπάρχει ασθένεια ανίατη και παρατεταμένη.

β) Ο ασθενής να απαιτεί επίμονα και σοβαρά το θάνατο του εξαιτίας των πόνων από τους οποίους υποφέρει.

γ) Να αποφασιστεί η «καταδύρωση» της Ευθανασίας ομόφωνα, από Συμβούλιο, το οποίο να αποτελείται από τον θεράποντα ιατρό, έναν ιατροδικαστή, έναν καθηγητή ιατρικής, με ειδικότητα σχετική με την ασθένεια, τον Εισαγγελέα Εφετών της περιφέρειας της κατοικίας ή διαμονής του ασθενή και το στενότερο συγγενή του.

Η δήλωση για τη «Συναίνεση Ευθανασίας», που δίνεται από τον ασθενή, δεν μπορεί να δοθεί από ανηλίκους, ούτε από άτομα που στερούνται τη χρήση του λογικού και επειδή πρόκειται για αυστηρά προσωπική δήλωση, είναι αμφίβολο εάν οι συγγενείς του ετοιμοθάνατου ασθενή, έχουν το δικαίωμα να ζητήσουν από τον ιατρό του να σταματήσει την τεχνητή παράταση της ζωής του ασθενή, αν ο ασθενής δεν είχε ζητήσει ή δεν μπορεί να ζητήσει κάτι τέτοιο από τον ιατρό.

Ειδικότερα σύμφωνα με τα άρθρα:

## **Άρθρο 299 του Ποινικού Κώδικα.**

### **Ανθρωποκτονία με πρόθεση.**

- 1. Όποιος με πρόθεση σκότωσε άλλον τιμωρείται με την ποινή του θανάτου ή με ισόβια κάθειρξη.*
- 2. Αν η πράξη αποφασίστηκε και εκτελέστηκε σε βρασμό ψυχικής ορμής, επιβάλλεται η ποινή της πρόσκαιρης κάθειρξης.*

Σύμφωνα με τον Ελληνικό Ποινικό Κώδικα, στο άρθρο 299, αναφέρεται ανθρωποκτονία με πρόθεση.

Η συναίνεση του ατόμου στην κατάλυση της ζωής του, δεν ασκεί κάποια επίδραση στη θεμελίωση του εγκλήματος, μειώνοντας απλώς τη βαρύτητα της πράξης στην ιδιόμορφη περίπτωση του άρθρου 300 του Ποινικού Κώδικα.

Κατά τον Δέδε Χ. (1975), η Ευθανασία, στις περιπτώσεις θανάτωσης με σύντμηση της ζωής, παραμορφωμένων βρεφών, ατόμων ψυχικώς ή πνευματικώς πασχόντων ή ατόμων που ευρίσκονται σε επιθανάτια αγωνία, συνιστά προσβολή της ανθρώπινης ζωής και τιμωρείται ανεξάρτητα από την ηλικία και την κατάσταση του ατόμου του οποίου συντομεύεται η ζωή. Συνεχίζοντας, θέτει το ερώτημα: «Μήπως η Ευθανασία θνήσκοντος δεν τιμωρείται ή μπορεί να μην τιμωρηθεί, χαρακτηριζόμενη, ως λόγος αίρων το αξιόποινον υπό την μορφή λόγου άρσεως του αδίκου (του καταλογισμού ή αξιοποίησης);».

Κατά μία άποψη, η πράξη με την οποία συντέμνεται η ζωή του θνήσκοντος και επιχειρείται για το αληθινό συμφέρον του, ενέργεια που συνιστά λόγο δικαιολόγησης του αδίκου σε περιπτώσεις άλλων εγκλημάτων, μπορεί να αποτελέσει και στην προκειμένη περίπτωση λόγο, ο οποίος αίρει τον άδικο χαρακτήρα της συντόμευσης της ζωής του θνήσκοντος. Κατά μία άλλη άποψη, υποστηρίζεται, ότι η Ευθανασία

δεν συνιστά λόγον, άρσης του αδίκου, δεδομένου ότι η προστασία του εννόμου αγαθού της ανθρώπινης ζωής είναι απόλυτη. (Δέδες Χ. 1975).

Σε περίπτωση, που φοβάται κανείς να δεχτεί την Ευθανασία ως λόγο άρσης του αδίκου, το Ποινικό Δίκαιο, μπορεί με άλλο τρόπο, να οδηγήσει στη μη επιβολή ποινής σε περιπτώσεις οι οποίες κατά γενική αντίληψη δεν είναι αξιόποινες:

**α)** Ορισμένες περιπτώσεις μπορούν να ιδωθούν με τη μορφή της σύγκρουσης καθηκόντων, με την οποία αίρεται η δυνατότητα αποδοκίμασίας του δράστη, μη κηρυσσομένου τελικώς ενόχου.

**β)** Άλλες περιπτώσεις μπορούν να αφήνονται στην κρίση του Δικαστή, ο οποίος μπορεί να απέχει από την επιβολή ποινής στη συγκεκριμένη περίπτωση.

**γ)** Επίσης υπάρχει η ανάθεση της ευχέρειας στον Εισαγγελέα όπως απόσχει της δίωξης της πράξης.

Σε χώρες όπου δεν προβλέπεται ευνοϊκή μεταχείριση των ως άνω περιπτώσεων, γίνεται προσπάθεια αντιμετώπισης αυτών, με τον αποχωρισμό ορισμένων κατηγοριών από την περιοχή του αξιποίνου. (Δέδες Χ. 1975).

Πολλοί επιστήμονες, αποκρούουν την ευθεία σύντμηση της ζωής, δηλαδή την Ενεργητική Ευθανασία, ενώ η έμμεσος σύντμηση της ζωής, δηλαδή η Παθητική Ευθανασία δεν συναντά τόση κατηγορηματική αντίδραση. Τέτοια περίπτωση έχουμε με την χορήγηση φαρμάκων που είναι επιτρεπόμενα, π.χ παυσίπονα ή ναρκωτικές ουσίες, με τη χρήση των οποίων πέρα από την καταπράυνση των πόνων μπορεί να επέλθει και συντόμευση της ζωής. (Δέδες Χ. 1975).

Η συντόμευση της ζωής ενός ανθρώπου που είναι παρεπόμενο αποτέλεσμα, μπορεί να θεμελιώσει ανθρωποκτονία, η οποία τελέστηκε με ενδεχόμενο δόλο ή ανθρωποκτονία από αμέλεια.



Η πλειοψηφία της επιστήμης, δέχεται ότι δεν στοιχειοθετείται έγκλημα, λόγω επιείκειας ή από την άποψη ότι η χορήγηση παυσιπόνων συνιστά επιβαλλομένη θεραπευτική μεταχείριση.

Η άποψη αυτή ευρίσκει σύμφωνους, πολλούς θεολόγους, ιατρούς και νομικούς, με την αντίληψη, ότι η μη ανακούφιση του ασθενή θα αποτελούσε απάνθρωπη συμπεριφορά που συνιστά άρνηση παροχής ιατρικής βοήθειας. (Δέδες Χ. 1975).

### **Άρθρο 300 του Ποινικού Κώδικα.**

#### **Ανθρωποκτονία με συναίνεση.**

*«Όποιος αποφάσισε και εκτέλεσε ανθρωποκτονία ύστερα από σπουδαία και επίμονη απαίτηση του θύματος και από οίκτο για αυτόν που έπασχε από ανίατη ασθένεια τιμωρείται με φυλάκιση.»*

#### **Χαρακτηριστικά αυτού του άρθρου είναι τα εξής:**

- 1) Να απαιτήσει ο πάσχων σπουδαίως και επιμόνως τη θανάτωση. Η απαίτηση πρέπει να είναι συνειδητή, σπουδαία επίμονη και έντονη.
- 2) Ο δράστης έπραξε ως έπραξε, μετά από απαίτηση του πάσχοντα και από οίκτο προς αυτόν.
- 3) Να πάσχει το θύμα από ανίατη ασθένεια, να μην υπάρχει πιθανότητα ίασης και η ζωή του πάσχοντος να είναι αφόρητη.

Σύμφωνα με το άρθρο 300 του Ποινικού Κώδικα, τιμωρείται ο δράστης με την ποινή της φυλάκισης, από 10 ημέρες εως 5 έτη. (άρθρο 53 Π.Κ).

Σε ανάλυση του Ανδρουλάκη Ν. (1974), αναφέρονται τα εξής:

**α)** «Επί τη σπουδαία και επιμόνω απαιτήσει του παθόντος».

Η «απαίτηση» είναι κάτι περισσότερο από την απλή «συναίνεση» του παθόντα. Επομένως, ο τίτλος «Ανθρωποκτονία εν συναινέσει» είναι ανακριβής.

Υπάρχει εννοιολογική διαφορά, διότι με την «απαίτηση», ο παθών απαιτεί το θάνατό του, πράγμα που δεν συμβαίνει με την έννοια της «συναίνεσης», δηλαδή η λέξη «απαίτηση», αποτελεί ένα είδος «επαυξημένης συναίνεσης».

Η έκφραση «επί τη...απαιτήσει» του παθόντος σημαίνει ότι μεταξύ της απόφασης και της εκτέλεσης, αφ' ενός και της απαίτησης αφ' ετέρου, οφείλει να υπάρχει αντικειμενικός αιτιώδης σύνδεσμος.

Η απαίτηση προκαλεί τη θανάτωση.

Εάν, επομένως, ο δράστης ούτως ή άλλως θα εφόνευε τον παθόντα (*alias vel ommimodo facturus*), το άρθρο 300, δεν μπορεί να εφαρμοστεί.

Αντιθέτως, η απλή συναίνεση του παθόντος δεν απαιτείται καθόλου, έχοντας προκαλέσει αιτιωδώς την εγκληματική πράξη.

Η θανάτωση πρέπει να αντιστοιχεί κατά τα ουσιώδη προς την απαίτηση, όσον αφορά στον τρόπο και το χρόνο. Αν π.χ ο δράστης χρησιμοποιεί μέσον ουσιωδώς οδυνηρότερο του αιτηθέντος, η πράξη του δεν καλύπτεται από το άρθρο 300.

**β)** «Σπουδαία» είναι η απαίτηση, όταν ανταποκρίνεται στην αληθινή βούληση του παρέχοντα αυτή. Εκδηλώνεται δε, με την πλήρη συνείδηση των συνεπειών της.

Ο απαιτών, πρέπει να έχει την ικανότητα να αντιληφθεί την αξία της ζωής του και το νόημα της καταστροφής της.

Ο πάσχων από νοσηρά διατάραξη των πνευματικών λειτουργιών του, με τις συνέπειες του άρθρου 34, όπως και ο ανήλικος, δεν είναι ανίκανοι όπως «απαιτήσουν», με την έννοια του άρθρου 300, αλλά είναι ερευνητέο κατά πόσον είχαν συνείδηση του νοήματος και των συνεπειών της ενέργειάς τους.

Ο Ελληνικός Ποινικός Κώδικας, δεν αρκείται στο σπουδαίο της απαίτησης, αλλά αξιώνει και το «επίμονο» αυτής.

Ο παθών, μη υπάρχων, δεν μπορεί πλέον να αντειπεί ότι απαίτησε τη θανάτωσή του. Για τον λόγο αυτό ο νόμος, θέλοντας η επίκληση του άρθρου 300 να μην αποβεί πρόχειρο βοήθημα κάθε δολοφόνου, επίδοξου κληρονόμου ή για άλλον λόγο επιβουλευόμενου τη ζωή του ανίατου ασθενή, περιορίζει το έδαφος της διάταξης, θέτοντας ως όρο και το «επίμονο» της απαίτησης.

Είναι δε αυτή «επίμονος» όταν είναι «ρητή» και «σταθερά επαναλαμβανόμενη» και μάλιστα και μετά την παρέλευση της ψυχικής κατάστασης που προκαλείται από τις οδύνες και που ευνοεί την εκδήλωση μίας τέτοιας απαίτησης.

«Εξ οίκτου προς αυτόν ανιάτως πάσχοντα». Σε αντίθεση με άλλους Κώδικες (Γερμανικός Π.Κ αρ 114 και Ελβετικός Π.Κ), οι οποίοι θεωρούν ότι αρκεί μόνο η απαίτηση του παθόντα για να δικαιολογήσει την ηπιότερη τιμωρία, ο δικός μας Κώδικας ακολουθώντας τον Νορβηγικό Π.Κ του 1901 (§ 235 εδάφιο 2), θέτει ως προϋπόθεση τη συνδρομή και άλλων στοιχείων.

«Ανίατος πάθηση», δεν είναι η οποιαδήποτε πάθηση που δεν μπορεί να θεραπευτεί, αλλά είναι η πάθηση που δικαιολογεί οίκτο για τη συνέχιση της ζωής του πάσχοντος και καθιστά, για τον λόγο αυτό, κατανοητή την απαίτηση του θανάτου.

Η «εξ οίκτου» θανάτωση δεν είναι αμιγές υποκειμενικό στοιχείο, αλλά στοιχείο μικτής φύσης, συντιθέμενο από δύο συστατικά, ένα

αντικειμενικό, την δικαιολογούσα τον οίκτο κατάσταση και ένα υποκειμενικό, το συναίσθημα του οίκτου ως κίνητρό της.

Αυτονόητο είναι, ότι ο δράστης πρέπει να γνωρίζει την ύπαρξη της ανίατης πάθησης.

Εάν ο δράστης κατανόησε πεπλανημένα ότι συνέτρεχαν οι προϋποθέσεις του άρθρου 300, ενώ πράγματι δεν συνέτρεχαν, πρόκειται κατ' ουσία πλάνη περί τη συνδρομή περιστατικών των της κοινής ανθρωποκτονίας από πρόθεση, που επαυξάνουν σύμφωνα με το νόμο το αξιόποινο της πράξης. Θα τιμωρηθεί ο δράστης για ανθρωποκτονία εξ οίκτου, με την ποινή του άρθρου 300.

Σύμφωνα με τον Κατσαντώνη Α.(1957), ο ιατρός, όταν του ζητηθεί Ευθανασία οφείλει να αντιδράσει και να διαχωρίσει τη θέση του, διότι μία πρόωρη θανάτωση μπορεί:

**α)** Να αφαιρέσει από τον ασθενή το δικαίωμα μίας δικαιοπραξίας με ανυπολόγιστες αστικές προεκτάσεις.

Η σύνταξη ή ανασύνταξη μίας διαθήκης, η τέλεση ενός γάμου, η πραγματοποίηση μίας υιοθεσίας, η αναγνώριση ενός εκτός γάμου τέκνου κ.λ.π, έχουν όπως είναι φανερό, σοβαρές επιπτώσεις.

**β)** Να συγκαλύψει μία εγκληματική ενέργεια. Μία τέτοια υιοθέτηση, μπορεί να δώσει αφορμή σε καταχρήσεις και να θέσει σε σπουδαίο κίνδυνο τη ζωή οποιουδήποτε ασθενή εξαρτώμενη πλέον άμεσα από τα συμφέροντα και τις διαθέσεις των ανθρώπων που τον περιστοιχίζουν.

**γ)** Να αποτελέσει τη βάση για να κατηγορηθεί ο ιατρός ότι συνήργησε σε ανθρωποκτονία από πρόθεση. Αυτό μπορεί να συμβεί όταν ο ιατρός κατηγορηθεί ότι πολιορκηθείς κατάλληλα από συγγενείς του ασθενή που είχαν άμεσα και μεγάλα συμφέροντα ή ότι δωροκηθείς από αυτούς πείστηκε να προκαλέσει το θάνατο αυτού. (Κατσαντώνης Α. 1957).

Τόσο στην Ευθανασία όσο και στην «ανθρωποκτονία εν συναινεσει» ο ιατρός έχει τις περισσότερες πιθανότητες να εμπλακεί και να κατηγορηθεί λόγω της θέσης του, δίπλα στον ανίατα πάσχοντα που μπορεί να του απευθύνει σπουδαία και επίμονη απαίτηση για θανάτωσή του. Όμως και στις δύο περιπτώσεις η θέση του ιατρού σύμφωνα με τον όρκο που έχει δώσει θα πρέπει να είναι η άρνηση. Μία άρνηση με βάση όχι μόνο το φόβο των νομικών συνεπειών, αλλά κυρίως τη βαθειά συναίσθηση του καθήκοντος και της υψηλής αποστολής που τάχθηκε να υπηρετεί και να αγωνίζεται ως το τέλος. (Κουτσελίνης Α.-Μιχαλοδημητράκης Εμμ. 1984).

Κατά τον Χωραφά Ν., η Ευθανασία με τη μορφή της επίσπευσης από τρίτο του βεβαίου θανάτου, λόγω οίκτου για το πρόσωπο που πάσχει από ανίατη ασθένεια, είναι πράξη που μπορεί να κριθεί επιτρεπόμενη βάσει της αρχής της εξυπηρέτησης του αληθινού συμφέροντος του θανατουμένου. Δηλαδή, μπορεί να αρθεί ο άδικος χαρακτήρας της πράξης αυτής.

Η Ευθανασία, με την ανωτέρω μορφή ακόμα και εάν δεν χαρακτηριστεί άδικη πράξη, όταν η ψυχική πίεση η οποία ασκεί το συναίσθημα του οίκτου είναι πάρα πολύ έντονη, μπορεί να χαρακτηριστεί ότι είναι ακαταλόγιστη πράξη, αφού ουσιαστικά, η πράξη αυτή, σε τέτοιες περιπτώσεις, επιβάλλεται από το συναίσθημα του οίκτου και δεν την επιλέγει ο δράστης.

### **Άρθρο 301 του Ποινικού Κώδικα.**

#### **Συμμετοχή σε αυτοκτονία.**

*«Όποιος με πρόθεση κατέπεισε άλλον να αυτοκτονήσει, αν τελέσθηκε η αυτοκτονία ή έγινε απόπειρά της, καθώς και όποιος έδωσε βοήθεια κατ' αυτήν τιμωρείται με φυλάκιση».*

Το άρθρο αυτό, δεν συνδέεται άμεσα με την έννοια της Ευθανασίας, αλλά έμμεσα, δηλαδή, εάν θεωρήσουμε ότι ο αυτοκτονών λόγω του ότι πάσχει από βαριά ανίατη ασθένεια, αποφασίζει να εφαρμόσει Ευθανασία στον εαυτό του, κάτι όμως που δεν θα έκανε εάν δεν τον είχε με πρόθεση πείσει κάποιος άλλος, του οποίου όμως τα κίνητρα μπορεί να μην είναι αγαθά, π.χ θα μπορούσε να επιβουλεύεται την περιουσία του ασθενή.

Για να πληρωθεί η υποκειμενική υπόσταση του εγκλήματος απαιτείται δόλος, ο οποίος πρέπει να καλύπτει τόσο την πειθώ ή την παροχή βοήθειας, όσο και την τέλεση της αυτοκτονίας.

Ο δράστης πρέπει να γνωρίζει ότι καταπαίθει ή βοηθάει άλλον να αυτοκτονήσει και πρέπει να επιδιώκει ή να αποδέχεται τόσο την ενέργεια όσο και το αποτέλεσμα της.

Ο δόλος του άρθρου 301 Π.Κ. είναι δόλος βλάβης και όχι διακινδύνευσης της ζωής.

Αν η συμμετοχή σε αυτοκτονία γίνεται από αμέλεια, είναι προφανές ότι δεν πληρούται η υποκειμενική υπόσταση του εγκλήματος κατά το άρθρο 301 Π.Κ.

Κατά τον Δέδε (1975), η απόπειρα αυτοκτονίας δεν είναι ποινικά κολάσιμη γι' αυτόν που αποπειράθηκε να θέσει τέρμα στη ζωή του.

Η συμμετοχή, όμως, άλλων προσώπων στην απόπειρα αυτοκτονίας τιμωρείται από το άρθρο 301 Π.Κ με φυλακή, ενώ η ανθρωποκτονία εν συναιέσει και εξ οίκτου προς τον ανίατα πάσχοντα, τιμωρείται όπως και ανωτέρω έχει αναφερθεί με φυλάκιση από 10 ημέρες έως 5 έτη, αντί της κάθειρξης, που προβλέπεται για τη συνήθη ανθρωποκτονία από πρόθεση.

## **Άρθρο 302 του Ποινικού Κώδικα.**

### **Ανθρωποκτονία εξ αμελείας.**

*«1. Όποιος επιφέρει από αμέλεια το θάνατο άλλου, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών.*

*2. Αν το θύμα της πράξης, η οποία αναφέρεται στην προηγούμενη παράγραφο είναι οικείος του υπαίτιου, το Δικαστήριο μπορεί να απαλλάξει τον υπαίτιο από κάθε ποινή, εάν πεισθεί ότι λόγω της ψυχικής οδύνης που έχει υποστεί από τις συνέπειες της πράξης του δεν χρειάζεται να υποβληθεί περαιτέρω σε ποινή.»*

*(Η παράγραφος 2, προστέθηκε με το άρθρο 15 του Ν. 1419/1984).*

Το άρθρο αυτό έμμεσα μπορεί να έχει εφαρμογή στην περίπτωση της Παθητικής Ευθανασίας, δηλαδή σε περίπτωση που ο θεράπων ιατρός αμελήσει να προσφέρει ιατρική βοήθεια σε βαριά πάσχοντα ασθενή του, παραλείποντας τη χρησιμοποίηση θεραπευτικών προσπαθειών.

Η ανθρωποκτονία από αμέλεια αποτελεί βασικό έγκλημα βλάβης της ζωής.

Η πράξη που προκάλεσε την αμέλεια είναι πρόσφορη να προκαλέσει το αποτέλεσμα όταν αυτό ευρίσκεται στα πλαίσια της «κοινής πείρας της ζωής». Εφ'όσον ο κανόνας επιμέλειας αποσκοπεί στην αποφυγή του εγκληματικού αποτελέσματος, δεσμεύει μόνον όταν η τήρηση του καθιστά δυνατή την αποφυγή του αποτελέσματος.

Το αποτέλεσμα πρέπει να οφείλεται στην πλημμέλεια της συμπεριφοράς, πρέπει να συνιστά πραγμάτωση εκείνου ακριβώς του

κινδύνου που δεν θα είχε δημιουργηθεί εάν ο δράστης είχε φερθεί με επιμέλεια.

Σύμφωνα με το άρθρο 441 του Ποινικού Κώδικα, *ιατροί που χωρίς δικαιολογημένο κώλυμα αρνούνται την εκτέλεση των έργων τους, ή που αναφορικά με αυτήν γίνονται υπαίτιοι οποιασδήποτε αμέλειας από την οποία μπορεί να προκύψει κίνδυνος για άλλον, τιμωρούνται με πρόστιμο ή κράτηση μέχρι τριών μηνών, αν η πράξη δεν τιμωρείται βαρύτερα από άλλη διάταξη.*

Πρόκειται για εγκλήματα δυνητικής διακινδύνευσης της ζωής ή της σωματικής ακεραιότητας.

Σε περίπτωση που από τη συγκεκριμένη αμελή συμπεριφορά των ιατρών επέρχεται, ο θάνατος προσώπου, η διάταξη του άρθρου 441 Π.Κ. απωθείται με βάση τη ρήτρα σχετικής επικουρικότητας που περιέχει και εφαρμόζεται μόνο το άρθρο 302 του Π.Κ.

### **Άρθρο 303 του Ποινικού Κώδικα.**

#### **Παιδοκτονία.**

*«Μητέρα που με πρόθεση σκότωσε το παιδί της κατά τον τοκετό ή μετά τον τοκετό, αλλά ενώ εξακολουθούσε ακόμα η διατάραξη του οργανισμού της από τον τοκετό, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 έτη».*

Στο άρθρο αυτό, θα είχε θέση η Ενεργητική Ευθανασία στην περίπτωση κατά την οποία το νεογνό είχε βαριές ανωμαλίες π.χ. τερατογέννεση και ως εκ του λόγου αυτού η μητέρα από πρόθεση το ευθανάτωσε.

Το έγκλημα της παιδοκτονίας μπορεί επομένως να τελεστεί καθ' όλο το χρονικό διάστημα, κατά το οποίο η διαδικασία του τοκετού



επηρεάζει τον ψυχικό και πνευματικό κόσμο της δράστιδας, προκαλεί δηλαδή σ' αυτήν μία διατάραξη της συνείδησης.

Η ένταση της διατάραξης είναι αδιάφορη στο άρθρο 303 του Π.Κ.

Για τη χρονική διάρκεια της διατάραξης δεν υπάρχει ένα χρονικό όριο. Ο προσδιορισμός του χρόνου είναι ζήτημα πραγματικό, για τη διαπίστωση του οποίου το Δικαστήριο πρέπει κατά κανόνα να ζητά τη συνδρομή ιατρικής πραγματογνωμοσύνης.

Σήμερα, ο Ποινικός Κώδικας, δεν ορίζει συγκεκριμένα χρονικά πλαίσια για την τέλεση του εγκλήματος, ακολουθώντας στο σημείο αυτό και τις περισσότερες σύγχρονες νομοθεσίες.

Σε κάθε περίπτωση, για την εφαρμογή του άρθρου 303 του Π.Κ. σημαντικό είναι να έχει γίνει η μυϊκή ενέργεια ή παράλειψη όσο διαρκεί ακόμα η διατάραξη του οργανισμού από τον τοκετό. Το αποτέλεσμα του θανάτου μπορεί να επέλθει και μετά από το χρονικό αυτό όριο.

Για την πλήρωση της υποκειμενικής υπόστασης του εγκλήματος απαιτείται δόλος οποιουδήποτε βαθμού.

Η θανάτωση νεογέννητου από αμέλεια της μητέρας υπάγεται στη βασική μορφή της ανθρωποκτονίας από αμέλεια (άρθρο 302 Π.Κ.).

### **Άρθρο 304 του Ποινικού Κώδικα.**

#### **Τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης.**

*«1) Όποιος, χωρίς τη συναίνεση της εγκύου, διακόπτει την εγκυμοσύνη της, τιμωρείται με κάθειρξη.*

*2)α) Όποιος με τη συναίνεση της εγκύου, διακόπτει ανεπίτρεπτα την εγκυμοσύνη της, ή προμηθεύει σε αυτή μέσα, για τη διακοπή της εγκυμοσύνης, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον έξι μηνών και εάν*

ενεργεί κατά συνήθεια τις πράξεις αυτές, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον δύο ετών.

**2)β)** Εάν από την πράξη της προηγούμενης διάταξης, προκληθεί βαριά πάθηση του σώματος ή της διάνοιας της εγκύου, επιβάλλεται φυλάκιση τουλάχιστον δύο ετών και εάν προκλήθηκε ο θάνατός της, επιβάλλεται κάθειρξη μέχρι δέκα έτη.

**3)** Έγκυος που διακόπτει ανεπίτρεπτα την εγκυμοσύνη της, ή επιτρέπει σε άλλον να τη διακόψει, τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι ένα έτος.

**4)** Δεν είναι άδικη πράξη η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης που ενεργείται με τη συναίνεση της εγκύου από ιατρό μαιευτήρα-γυναικολόγο με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου, σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα, εάν συντρέχει μία από τις ακόλουθες περιπτώσεις:

**α)** Δεν έχουν συμπληρωθεί δώδεκα εβδομάδες εγκυμοσύνης.

**β)** Έχουν διαπιστωθεί με τα σύγχρονα μέσα προγενετικής διάγνωσης, ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου, που επάγονται τη γέννηση παθολογικού νεογνού και η εγκυμοσύνη δεν έχει διάρκεια περισσότερο από είκοσι τέσσερις εβδομάδες.

**γ)** Υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου, ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της σωματικής ή ψυχικής υγείας της. Στην περίπτωση αυτή, απαιτείται σχετική βεβαίωση του κατά περίπτωση αρμόδιου ιατρού.

**δ)** Η εγκυμοσύνη να είναι αποτέλεσμα βιασμού, αποπλάνησης ανήλικης, αιμομιξίας ή κατάχρησης γυναίκας ανίκανης να αντισταθεί και εφόσον δεν έχουν συμπληρωθεί δεκαεννέα εβδομάδες εγκυμοσύνης.

*5) Εάν η έγκυος είναι ανήλικη, απαιτείται και η συναίνεση ενός από τους γονείς της ή αυτού που έχει την επιμέλεια του προσώπου της ανήλικης.»*

(Το άρθρο 304 τίθεται όπως τροποποιήθηκε και αντικαταστάθηκε από τα άρθρα 2,3, του Ν. 1609/1986).

Αντικειμενική υπόσταση του εγκλήματος κατά το άρθρο 304 παρ. 1 του Π.Κ., είναι «όποιος χωρίς τη συναίνεση της εγκύου, διακόπτει την εγκυμοσύνη της».

Αντικειμενική υπόσταση του εγκλήματος κατά το άρθρο 304 παρ. 3 του Π.Κ. πραγματώνει η έγκυος όταν:

- α) Διακόπτει την εγκυμοσύνη της ή
- β) Επιτρέπει σε άλλον να τη διακόψει.

Υποκείμενο τέλεσης του εγκλήματος μπορεί να είναι οποιοσδήποτε τρίτος, εκτός από την έγκυο.

Δράστης μπορεί να είναι και ιατρός εφ'όσον δρα χωρίς να έχει εξασφαλίσει τη σύμφωνη γνώμη της γυναίκας.

Αντικείμενο προσβολής είναι το ζωντανό έμβρυο, ως ιδιότητα του σώματος της εγκύου.

Αποτέλεσμα του εγκλήματος είναι η θανάτωση του εμβρύου και η διακοπή με τον τρόπο αυτό της κύησης.

Η διακοπή της κύησης που γίνεται χωρίς τη συναίνεση της εγκύου είναι κατά βάση μία άδικη μορφή συμπεριφοράς.

Το άδικο μπορεί να αρθεί όταν συντρέχουν οι όροι της άμυνας ή της κατάστασης ανάγκης.

Εκτός της ειδικής διάταξης του άρθρου 300 του Π.Κ και της διάταξης του άρθρου 304/A του Π.Κ, όπως αντικαταστάθηκε με το άρθρο 2 του Ν. 1609/1986, που αφορά ειδικά τα έμβρυα, οι διατάξεις

των άρθρων 20, 25, 32, 34, 36, του Π.Κ, όπως επίσης των άρθρων 83 και 79 του Π.Κ, δίνουν λύσεις σε πολλά ειδικότερα προβλήματα όσον αφορά την προστασία της ζωής που έχει γεννηθεί.

Η ανωτέρω νομοθεσία δεν είναι κατά ένα μέρος σωστή, αφού επιτρέπει την καταστροφή της ανθρώπινης ζωής που δεν έχει γεννηθεί, χωρίς να υπάρχει κίνδυνος σε μία εγκυμοσύνη για τη ζωή ή την υγεία της εγκύου, απλώς και μόνο γιατί το επιθυμεί η έγκυος, όταν δεν έχουν συμπληρωθεί δώδεκα εβδομάδες εγκυμοσύνης και για λόγους ευγονικούς, ακούσια ευθανασία, όταν η εγκυμοσύνη δεν έχει διάρκεια περισσότερη από είκοσι τέσσερις εβδομάδες.

Με τον Ν. 821/1978, για πρώτη φορά, επιτράπηκε άμβλωση για λόγους ευγονικούς, μέχρι και την 20ή εβδομάδα εγκυμοσύνης, δηλαδή ακούσια Ευθανασία εμβρύου για λόγους ευγονικούς.

### **Άρθρο 304/ Α. του Ποινικού Κώδικα.**

#### **Σωματική βλάβη εμβρύου ή νεογνού.**

*«Όποιος επενεργεί παράνομα στην έγκυο, με αποτέλεσμα να προκληθεί βαριά βλάβη στο έμβρυο, ή να εμφανίσει το νεογνό βαριά πάθηση του σώματος ή της διάνοιας, τιμωρείται κατά τις διατάξεις του άρθρου 310.»*

*(Το άρθρο 304/ Α προσετέθη με το άρθρο 4 του ν. 1609/1986).*

Η διάταξη του άρθρου 304/Α τέθηκε για πρώτη φορά στον Ποινικό Κώδικα με το νόμο 1609/1986.

Σύμφωνα με την εισηγητική έκθεση του νόμου αυτού, «νομοθετικό κίνητρο είναι η αντιμετώπιση της ιδιαίτερης κοινωνικοηθικής απαξίας ενός όχι ασυνήθιστου φαινομένου, της βιαιοπραγίας κατά εγκύων γυναικών».

Η σωματική βλάβη της ίδιας της εγκύου καλύπτεται από τις διατάξεις του άρθρου 308 του Ποινικού Κώδικα και επομένων άρθρων.

Το έγκλημα διώκεται, εκ προθέσεως, (απαιτεί δόλο) και τιμωρείται σύμφωνα με το άρθρο 310 του Ποινικού Κώδικα, δηλαδή με φυλάκιση τουλάχιστον δύο ετών, εάν ο δράστης είχε δόλο μόνο ως προς την παράνομη επενέργεια στην έγκυο ή στο έμβρυο και αμέλεια ως προς το βαρύτερο αποτέλεσμα ή με κάθειρξη μέχρι δέκα έτη, εάν σκόπευε το βαρύτερο αποτέλεσμα.

Εάν από τη βασική πράξη προκληθεί διακοπή της κύησης, τότε προφανώς εφαρμόζεται το άρθρο 311 του Ποινικού Κώδικα.

Στη συγκεκριμένη περίπτωση έχουμε ένα κοινό έγκλημα που υποκείμενο του είναι οποιοσδήποτε τρίτος εκτός από την έγκυο επάνω στην οποία γίνεται η ενέργεια, ενώ αντικείμενο του εγκλήματος είναι το έμβρυο από τη στιγμή της εμφύτευσης του στη γυναικεία μήτρα μέχρις ότου εμφανιστεί στον εξωτερικό κόσμο ο άνθρωπος. Το έγκλημα τελείται με βιαιοπραγία, (επίθεση με χρησιμοποίηση σωματικής δύναμης), ενώ αποτέλεσμα του εγκλήματος είναι η πρόκληση βαριάς βλάβης στο έμβρυο ή η πάθηση του σώματος ή της διάνοιας στο νεογνό.

**Άρθρο 305 του Ποινικού Κώδικα.*****Διαφήμιση μέσω τεχνητής διακοπής της εγκυμοσύνης.***

*«1) Όποιος δημόσια ή με την κυκλοφορία εγγράφων, εικόνων ή παραστάσεων αναγγέλλει ή διαφημίζει, έστω και συγκεκαλυμμένα, φάρμακα ή άλλα αντικείμενα ή τρόπους ως κατάλληλους να προκαλέσουν τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης ή προσφέρει με τον ίδιο τρόπο υπηρεσίες δικές του ή άλλου για την εκτέλεση ή την υποβοήθηση διακοπής της εγκυμοσύνης, τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι δύο έτη.*

*2) Δεν είναι άδικη πράξη η ενημέρωση ή η υγειονομική διαφώτιση σχετικά με την τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης που γίνεται από κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού, καθώς και η ενημέρωση ιατρών ή προσώπων που νόμιμα διακινούν μέσα τεχνητής διακοπής της εγκυμοσύνης και οι σχετικές δημοσιεύσεις σε ειδικά ιατρικά ή φαρμακευτικά περιοδικά.»*

(Το άρθρο 305 τίθεται όπως αντικαταστάθηκε από το άρθρο 5 του Ν. 1609/1986).

Η θέσπιση του ως άνω εγκλήματος ξεκίνησε από το σχέδιο του Ποινικού Κώδικα των ετών 1929/1933.

Η αναθεωρητική επιτροπή του σχεδίου του Ποινικού Κώδικα στις 26/11/1949 διέγραψε τη διαζευτική απειλή της χρηματικής ποινής και έτσι η πράξη παρέμεινε πλημέλημα που απειλείτο με ποινή φυλάκισης.

Η διάταξη άλλαξε το έτος 1986 με το άρθρο 5 του νόμου 1609/1986 παίρνοντας τη σημερινή της μορφή.

Στην εισηγητική έκθεση του νόμου σημειώνεται: «Η πρώτη παράγραφος ουσιαστικά αποτελεί επανάληψη της παλαιάς ρύθμισης του άρθρου 305 του Ποινικού Κώδικα. Με την δεύτερη παράγραφο εισάγεται λόγος άρσης του αδίκου για πράξεις που αφορούν σε ενημέρωση, διαφώτιση, κλπ.». Εντούτοις, αυξάνεται ταυτόχρονα και η απειλούμενη για το έγκλημα ποινή από φυλάκιση το πολύ ενός έτους σε φυλάκιση μέχρι δύο ετών, χωρίς να αναφέρονται στην εισηγητική έκθεση οι λόγοι που οδήγησαν στην αύξηση της ποινής.

Για την πλήρωση της υποκειμενικής υπόστασης του εγκλήματος απαιτείται δόλος, ο οποίος εφ'όσον δεν ορίζεται διαφορετικά, μπορεί να είναι οποιουδήποτε βαθμού.

Ο δόλος πρέπει να καλύπτει τα στοιχεία της δημόσιας, ή με κυκλοφορία εγγράφων, εικόνων ή παραστάσεων, αγγελίας ή διαφήμισης, μέσων ή τρόπων κατάλληλων για την διακοπή της κύησης ή της προσφοράς υπηρεσιών με τους ίδιους τρόπους και για τον ίδιο σκοπό.

Ο υπαίτιος χρειάζεται επίσης να γνωρίζει ότι τα μέσα που διαφημίζει είναι πρόσφορα για την τέλεση αμβλώσεων, αφού το στοιχείο αυτό, είναι στοιχείο της αντικειμενικής υπόστασης και πρέπει να αποδέχεται το ενδεχόμενο αξιοποίησής τους για την τέλεση της πράξης, εφ'όσον γι' αυτόν άλλωστε τον σκοπό γίνεται η διαφήμιση.

Σκοπός περιουσιακού ωφέλους, δεν είναι αναγκαίος, για να θεμελιωθεί, όπως απαιτεί το Γερμανικό Ποινικό Δίκαιο.

## **Άρθρο 306 του Ποινικού Κώδικα.**

### **Έκθεση.**

*«1) Όποιος εκθέτει άλλον και έτσι τον καθιστά αβοήθητο, καθώς και όποιος με πρόθεση αφήνει αβοήθητο ένα πρόσωπο που το έχει στην προστασία του ή που έχει υποχρέωση να το διαθρέφει και να το περιθάλλει ή να το μεταφέρει, ή ένα πρόσωπο που ο ίδιος το τραυμάτισε υπαίτια, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον έξι μηνών.*

*2) Αν η πράξη προκάλεσε στον παθόντα:*

*α) Βαριά βλάβη στην υγεία του, επιβάλλεται κάθειρξη μέχρι δέκα ετών.*

*β) Το θάνατό του, επιβάλλεται κάθειρξη τουλάχιστον έξι ετών.»*

Η Έκθεση, συνδέθηκε κατά την αρχαιότητα με πράξεις που στρέφοντο εναντίον ανεπιθύμητων παιδιών.

Μόνο όμως από τις αρχές του 19<sup>ου</sup> αιώνα, η Έκθεση αρχίζει να αντιμετωπίζεται ευρύτερα ως έγκλημα διακινδύνευσης της ζωής.

Ο Βαυαρικός Ποινικός Κώδικας του 1813, τυποποιεί την Έκθεση ως έγκλημα, που μπορεί να τελείται όχι μόνο από τη μητέρα, αλλά και από οποιοδήποτε πρόσωπο που έχει υποχρέωση προστασίας και μπορεί να στρέφεται όχι μόνον εναντίον του παιδιού, αλλά και ασθενών και αναπήρων.

Η ρύθμιση αυτή επηρέασε και τον ποινικό νόμο του 1834, με τον οποίον η Έκθεση εντάχθηκε για πρώτη φορά στο Ελληνικό Ποινικό Δίκαιο ως αυτοτελές έγκλημα, διαφορετικό από τα εγκλήματα βλάβης της ζωής.



Χαρακτηριστικό του εγκλήματος της Έκθεσης ήταν, ότι η ποινή διαφοροποιείτο ανάλογα, με την ένταση του κινδύνου που προκαλούσε η πράξη.

Η Έκθεση δεν αποτελούσε ακόμα έγκλημα συγκεκριμένης διακινδύνευσης, όπως στον ισχύοντα Ποινικό Κώδικα.

Στον Ποινικό Κώδικα του 1950, η μορφή του εγκλήματος της Έκθεσης αλλάζει σε σημαντικό βαθμό. Η Έκθεση διατυπώνεται πλέον ως έγκλημα συγκεκριμένης διακινδύνευσης και ταυτόχρονα διευρύνεται ο κύκλος των υποκειμένων τέλεσης της.

Όταν η Έκθεση τελείται με ενέργεια, δράστης μπορεί να είναι οποιοδήποτε πρόσωπο.

Όταν τελείται με παράλειψη, δράστης μπορεί να είναι κάθε ένας που έχει υποχρέωση διατροφής, περίθαλψης ή μεταφοράς.

Η Έκθεση είναι έγκλημα αποτελέσματος. Το αποτέλεσμα της όμως συνίσταται όχι σε βλάβη, αλλά σε διακινδύνευση του εννόμου αγαθού της ζωής.

### **Άρθρο 307 του Ποινικού Κώδικα.**

#### **Παράλειψη λύτρωσης από κίνδυνο ζωής.**

*« Όποιος με πρόθεση παραλείπει να σώσει άλλον από κίνδυνο ζωής αν και μπορεί να το πράξει χωρίς κίνδυνο της δικής του ζωής ή υγείας, τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι ενός έτους.»*

Η ορθή ιατρική κρίση, μπορεί να είναι η βάση για τη λήξη μίας θεραπείας, όταν αυτή δεν είναι πλέον προς όφελος του ασθενή.

Από την πλευρά του ο ασθενής, μπορεί να απορρίψει τη θεραπεία.

Η απόρριψη της θεραπείας από κάποιο ικανό ενήλικα, δεν θεωρήθηκε ποτέ ως αυτοκτονία ή βοήθεια σε αυτοκτονία, είτε από ιατρική είτε από νομική είτε από ηθική πλευρά.

Στα τέλη του 1947, μετά από πρόταση του Χωραφά Ν, γίνεται η παράλειψη λύτρωσης από κίνδυνο ζωής πλημμέλημα και τοποθετείται στο κεφάλαιο των εγκλημάτων κατά της ζωής.

Προστατευόμενο έννομο αγαθό της διάταξης του άρθρου 307 Π.Κ. είναι η μεταξύ των ανθρώπων κοινωνική αλληλεγγύη που από ηθική ανάγεται σε νομική υποχρέωση.

Η παράλειψη λύτρωσης από κίνδυνο ζωής είναι έγκλημα γνήσιας παράλειψης, αφού είναι η ανάσχεση των μυϊκών ενεργειών του δράστη όπως τυποποιείται ως έγκλημα στο άρθρο 307 Π.Κ.

Στην αντικειμενική υπόσταση του εγκλήματος διακρίνονται τρία στοιχεία:

- α) Ο κίνδυνος ζωής ενός ατόμου.
- β) Η παράλειψη «σωτηρίας» και
- γ) Η ανυπαρξία κινδύνου για τη ζωή ή την υγεία εκείνου που παραλείπει.

Για την πλήρωση της υποκειμενικής υπόστασης του εγκλήματος απαιτείται, σύμφωνα με το άρθρο 307 Π.Κ. ο δόλος.

Ο δράστης πρέπει να γνωρίζει, ότι ένα άτομο ευρίσκεται σε κίνδυνο ζωής, ότι μπορεί να το σώσει χωρίς να κινδυνεύει η δική του ζωή ή υγεία και ότι παραλείπει να προσφέρει την αναγκαία για την ανακοπή του κινδύνου βοήθεια, με αποτέλεσμα να εξελίσσεται ο κίνδυνος προς τη βλάβη της ζωής.

Πρέπει επίσης να επιδιώκει ή να αποδέχεται το αποτέλεσμα αυτό.

Γνώση ως προς την ταυτότητα του προσώπου που κινδυνεύει δεν είναι αναγκαία.

#### **9.1.4 Η αυτοδιάθεση του εννόμου αγαθού της ζωής.**

Σύμφωνα με τον Μανωλεδάκη Ι.(1980), έκφραση της σχετικότητας του βασικότερου ατομικού εννόμου αγαθού, της ζωής, αποτελεί η ελευθερία διάθεσης που αναγνωρίζεται στο φορέα του ατομικού εννόμου αγαθού σε συγκεκριμένη περίπτωση.

Η ελεύθερη διάθεση ενός ατομικού εννόμου αγαθού εκφράζει τη στάθμιση του συμφέροντος που έχει ο φορέας του για τη διατήρηση του αγαθού στη συγκεκριμένη περίπτωση, ενόψει ενός άλλου συμφέροντος του ίδιου για το ίδιο ή άλλο αγαθό.

Η διάθεση, είναι έννοια ευρύτερη. Περιλαμβάνει εννοιολογικά τόσο τη συναίνεση στην προσβολή του εννόμου αγαθού από τρίτο (συναίνεση σε πράξη ετεροπροσβολής) όσο και την προσβολή του εννόμου αγαθού από τον ίδιο τον φορέα του. (Πράξη αυτοπροσβολής). (Συμεωνίδου- Καστανίδου Ε. 2001).

Κατά τον Φιλιππίδη Τ.(1951), το ζήτημα της «διάθεσης του εννόμου αγαθού» αντιμετωπίζεται συχνά στην ποινική επιστήμη ως «συναίνεση του παθόντος». Η ταύτιση αυτή δεν θεωρείται ορθή. Με τον όρο «συναίνεση» στην προσβολή καλύπτονται οι περιπτώσεις που ο φορέας του αγαθού ζητά ή συμφωνεί να προσβληθεί από κάποιον τρίτο ένα ατομικό του έννομο αγαθό. (Συμεωνίδου - Καστανίδου Ε. 2001).

#### **9.1.5 Η αυτοπροσβολή της ζωής.**

Στον Ποινικό Κώδικα της Ελλάδας σήμερα, όπως και σε νομοθεσίες Ευρωπαϊκών χωρών, δεν τυποποιείται ως έγκλημα η απόπειρα αυτοκτονίας.

Στην αιτιολογική έκθεση του Ελληνικού Ποινικού Κώδικα διατυπώνεται η άποψη ότι, «η αυτοκτονία δεν αναγράφεται υπό των νεωτέρων νομοθεσιών μεταξύ των τιμωρητέων πράξεων, θεωρηθέντος ότι δικαιούται έκαστος να διαθέτη την ιδίαν αυτού ζωήν».

Η άποψη αυτή κατά τον Ανδρουλάκη Ν. (1974) είναι εσφαλμένη.

Η μη επιβολή ποινής για την απόπειρα αυτοκτονίας δεν οφείλεται στην έλλειψη αδίκου, αλλά στην εκτίμηση ότι η ποινή είναι στη συγκεκριμένη περίπτωση άσκοπη και αδικαιολόγητη, αφού ούτε εκείνον που έχει αποπειραθεί να αυτοκτονήσει μπορεί να αποτρέψει από του να επαναλάβει την πράξη του, ούτε οποιονδήποτε τρίτο έχει τη δύναμη να αποθαρρύνει. (Συμεωνίδου - Καστανίδου Ε. 2001).

Από το άρθρο 5 παρ. 1 του Συντάγματος προκύπτει ότι το Κράτος μπορεί να περιορίζει την ελευθερία της δράσης του κάθε ατόμου, όταν η συμπεριφορά του θίγει τα δικαιώματα των άλλων, τη συνταγματική τάξη ή ευρίσκεται σε αντίθεση με τα χρηστά ήθη.

Σύμφωνα με τους Μπακατσούλα Μ. (1965), Πανούση Γ. (1978), Παρασκευόπουλο Ν. (1991), η αυτοκτονία, εφ'όσον δεν θίγει τα έννομα αγαθά οποιουδήποτε τρίτου προσώπου, αποτελεί μία ενέργεια του ατόμου που περιορίζεται στη σφαίρα της ιδιωτικής του ζωής και στο μέτρο αυτό είναι συμπεριφορά που από τη φύση της δεν μπορεί να ενδιαφέρει το Ποινικό Δίκαιο. (Συμεωνίδου - Καστανίδου Ε. 2001).

Κατά τον Μπιτζιλέκη Ν. (1990), αυτοπροσβολή και άδικη πράξη δεν συμβιβάζονται.

### 9.1.6 Συναίνεση σε πράξη ετεροπροβολής.

Σε αντίθεση με την πράξη της αυτοκτονίας, η συναίνεση του παθόντος δεν αίρει τον άδικο χαρακτήρα των προσβολών της ζωής, όταν γίνονται από τρίτα πρόσωπα.

Όπως έχει αναφερθεί και ανωτέρω, από το άρθρο 300 του Ποινικού Κώδικα, προκύπτει, ότι ακόμα και εάν το θύμα που πάσχει από ανίατη ασθένεια απαιτεί τη θανάτωση του επίμονα και σοβαρά και ο δράστης αποφασίζει και εκτελεί το έγκλημα από οίκτο προς το θύμα εξαιτίας της απαίτησης του, η πράξη παραμένει άδικη και απειλείται γι' αυτήν απλώς μικρότερη ποινή.

Η διαφορετική αυτή μεταχείριση της αυτοπροβολής του εννόμου αγαθού της ζωής και της συναίνεσης του παθόντος σε πράξη ετεροπροβολής του, συνάντησε αντιρρήσεις.

Οι Arth Kaufmann, M. Marx και R. Shmitt, υποστήριξαν το ατιμώρητο της πράξης της ανθρωποκτονίας με τη συναίνεση του παθόντος.

Ο νομοθέτης διατηρώντας τον άδικο χαρακτήρα της ανθρωποκτονίας με συναίνεση, δεν επιχειρεί να «θωρακίσει» το έννομο αγαθό της ζωής, διευρύνοντας το χώρο του αδίκου, όπως συμβαίνει με την αναγνώριση αδίκου στην πράξη της αυτοκτονίας, αλλά διατηρεί τον άδικο χαρακτήρα μίας τυποποιημένης ήδη συμπεριφοράς, πετυχαίνοντας ή επιδιώκοντας έτσι να διατηρήσει τις αναστολές που δημιουργεί κάθε κυρωτικός κανόνας στην υιοθέτηση της. (Συμεωνίδου - Καστανίδου Ε. 2001).

Η ανθρωποκτονία με τη συναίνεση του θύματος είναι πράξη που απευθύνεται σε άλλον και θίγει ένα έννομο αγαθό, είναι συμπεριφορά

που περιέχει ουσιαστικό άδικο, κάτι το οποίο αποτελεί αναγκαία προϋπόθεση για τη δικαιολόγηση της ύπαρξης κάθε κυρωτικού κανόνα.

Απαγορεύοντας την ανθρωποκτονία με συναίνεση, ο νομοθέτης δεν απευθύνεται προς το φορέα του εννόμου αγαθού. Αυτός μπορεί ελεύθερα να ζητά τη θανάτωση του ακόμα και εάν ο τρίτος πεισθεί να κάνει την πράξη, ο φορέας του εννόμου αγαθού δεν έχει καμία ποινική ευθύνη.

Απαγορεύοντας την ανθρωποκτονία με συναίνεση ο νομοθέτης, απευθύνεται προς το δράστη της προσβολής και περιορίζει τη δική του ελευθερία, περιορισμός που είναι συνταγματικός, στο μέτρο που το ίδιο το Σύνταγμα αναγνωρίζει ως όριο της ελευθερίας τα δικαιώματα των άλλων.

Πράξεις αυτοπροσβολής του εννόμου αγαθού της ζωής δεν μπορούν να τυποποιηθούν από το νομοθέτη.

Πράξεις όμως ετεροπροσβολής μπορούν να παραμένουν άδικες, ακόμη και όταν γίνονται με τη συναίνεση του θύματος. (Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε. 2001).

## **9.2. Η.Π.Α.**

Η Ευθανασία, για το νόμο στις Η.Π.Α, θεωρείται ως ανθρωποκτονία.

Ο νόμος, την χαρακτηρίζει ως φόνο, ανεξάρτητα από το ποιό ήταν το κίνητρο του κατηγορουμένου.

Εάν τα γεγονότα δείχνουν ότι ο φόνος έγινε εκ προμελέτης και ως αποτέλεσμα κάποιας σκέψης, ακόμα και όταν η ανθρωποκτονία διαπράττεται μετά από παράκληση του αποθανόντα και τότε αυτή

θεωρείται ανθρωποκτονία, διότι ο φόνος δεν θεωρείται λιγότερο φόνος επειδή έγινε με τη θέληση του θύματος.

Σε μερικές χώρες, όπως είναι η Γερμανία και η Νορβηγία, η ανθρωποκτονία μετά από παράκληση, ως κίνητρο συμπόνιας, βοηθά στη μείωση της ποινής, αλλά το έγκλημα παραμένει το ίδιο.

Το Ποινικό Δίκαιο των Η.Π.Α, δείχνει τον ίδιο σεβασμό προς τους γέροντες, όπως και προς τους νέους. Η ανθρωποκτονία δεν είναι λιγότερο ανθρωποκτονία επειδή το θύμα είναι ηλικιωμένο, σε βαθιά γεράματα ή κοντά στο θάνατο. (Dennis J. Horran 1978).

Στις Η.Π.Α, αν και η Ευθανασία δεν έχει νομιμοποιηθεί και ούτε υπάρχει ενιαία νομολογία σε όλες τις Πολιτείες, είναι σε θέση, όταν παρουσιαστεί ζήτημα Ευθανασίας με κάποια αιτιολογικά, να την δικαιολογήσουν. Έτσι, η πολιτεία του Michigan δικαίωσε τον «Mr. Θάνατο», τον ιατρό Kenorkian, που δικάστηκε για τουλάχιστον 20 περιπτώσεις Ευθανασίας, με το αιτιολογικό ότι διευκόλυνε τα θύματα του να εξέλθουν από μία επώδυνη κατάσταση. (Δημόπουλος Β. 1997).

Τα ικανά ενήλικα άτομα, μπορούν εκ των πρότερων να καθορίζουν τις κατευθύνσεις για την περίθαλψη τους και τον πληρεξούσιο τους, για να μπορούν να χρησιμοποιηθούν οι κατευθύνσεις αυτές σε περιπτώσεις απώλειας της ικανότητας λήψης αποφάσεων από τα ίδια τα άτομα.

Η Νέα Υόρκη είναι Πολιτεία που δεν επιτρέπει τη διακοπή της θεραπείας για την παράταση της ζωής σε άτομα που δεν έχουν υπογράψει για πληρεξούσιο τους ή δεν έχουν δώσει σαφείς οδηγίες για τις επιθυμίες τους όσον αφορά στη συνέχιση ή μη της περίθαλψής τους. (The New York State Task Force on life and the law 1994).

Το δικαίωμα του συζύγου ή των οικείων του ασθενή να αποφασίζουν αντί αυτού για συνέχιση ή διακοπή της θεραπείας του, δεν έχει εδραιωθεί στη νομοθεσία των Η.Π.Α. (Meyers D. 1990).

Σε μία υπόθεση για διακοπή των μέτρων υποστήριξης της ζωής μίας ασθενούς, που ευρίσκετο σε κώμα, η αναπνοή της συντηρείτο με τεχνητά μέσα και υπήρχε ελάχιστη ελπίδα σημαντικής νευρολογικής ανάρρωσης της, οι γονείς της ζήτησαν από τον ιατρό να διακόψει την παροχή της αναπνευστικής βοήθειας. Επειδή όμως ο ιατρός αρνήθηκε, οι γονείς προσέφυγαν στο Δικαστήριο του New Jersey των Η.Π.Α, επικαλούμενοι νομικά επιχειρήματα, όπως την ελεύθερη άσκηση θρησκευτικών πιστεύω, την ιδιωτική ζωή, τον αυτοκαθορισμό και την προστασία από σκληρή και ασυνήθιστη τιμωρία της ασθενούς.

Ισχυρίζοντο, ότι θα έπρεπε να τους επιτραπεί να στηρίξουν το δικαίωμα του να πεθάνει, της ανίκανης νομικά να υπερασπιστεί τον εαυτό της, κόρης τους.

Ισχυρίζοντο επίσης, ότι το Δικαστήριο θα έπρεπε να επιτρέψει σε αυτή να πεθάνει με ένα φυσικό θάνατο, από τη στιγμή μάλιστα που είχε εκφράσει κάποτε την επιθυμία να μη διατηρηθεί στη ζωή, εάν έφτανε σε κρίσιμο τελικό στάδιο, χωρίς ελπίδα ανάρρωσης.

Το Δικαστήριο όμως, απέρριψε το αίτημα αυτό, με το αιτιολογικό ότι η ασθενής δεν παρουσίαζε το κριτήριο του Harvard, περί εγκεφαλικού θανάτου.

Το συγκεκριμένο Δικαστήριο δέχτηκε, ότι δεν υπάρχει θεσμοθετημένο δικαίωμα να πεθάνει κανείς.

Το Δικαστήριο είδε το ρόλο του ως προστάτη ζωής και απέρριψε την άποψη ότι η ασθενής είχε δηλώσει από πριν ότι δεν επιθυμούσε να ζήσει με μηχανική υποστήριξη εάν ευρίσκετο σε τελικό κρίσιμο στάδιο χωρίς ελπίδα ανάρρωσης.

Η απόφαση αυτή του Δικαστηρίου είχε σχολιαστεί και επικριθεί για υπερβολικό συντηρητισμό. (New York Times, 11/11/1975).

Τον Μάρτιο του 1985, ο Κυβερνήτης Mario M. Cuomo, της Νέας Υόρκης, ίδρυσε την «Ομάδα για τη ζωή», με σκοπό να κάνει αυτή



προτάσεις σε σχέση με τη δημόσια πολιτική στη Νέα Υόρκη, όσον αφορά σε θέματα που προκύπτουν από τις ιατρικές ανακαλύψεις, συμπεριλαμβανομένου του θεσμού του θανάτου, την απομάκρυνση ή την συνέχιση των μηχανημάτων διατήρησης της ζωής, την μεταμόσχευση οργάνων, την μεταχείριση των αναπήρων νεογνών και τις νέες τεχνολογίες και πρακτικές υποβοήθησης της αναπαραγωγής.

Οι νομοθετικές προτάσεις της ομάδας αυτής, αντανakλούν τον σεβασμό στην αυτονομία του ατόμου, καθώς και την ανησυχία για το καλό των ατόμων που προσεγγίζουν το θάνατο.

Οι προτάσεις για την νομιμοποίηση της Υποβοηθούμενης Αυτοκτονίας και της Ευθανασίας, θα μετέτρεπαν το δικαίωμα της απόφασης για την ιατρική περίθαλψη, σε δικαίωμα απόφασης του χρόνου και του τρόπου θανάτου.

Μετά από μακροχρόνιες έρευνες, η ανωτέρω ομάδα έφθασε στο συμπέρασμα, ότι ο κίνδυνος μίας τέτοιας νομιμοποίησης, υπερβαίνει τις πιθανές ωφέλειες.

Η Νέα Υόρκη, όπως και οι περισσότερες Πολιτείες στις Η.Π.Α, απαγορεύουν την Υποβοηθούμενη Αυτοκτονία.

Η βοήθεια σε αυτοκτονία γενικά, αποτελεί ανθρωποκτονία σύμφωνα με το νόμο της Νέας Υόρκης.

Στην πολιτεία του Τέξας όμως, αυτός που προσφέρει τα μέσα για διάπραξη αυτοκτονίας δεν είναι ένοχος αδικήματος. (Curran J. William and Shapiro E. Donald 1970).

Ενώ λοιπόν η Ευθανασία απαγορεύεται με νόμο στις Η.Π.Α και εμπίπτει στην κατηγορία φόνου, η χορήγηση αναλγητικών είναι νομικά αποδεκτή, ακόμη και εάν έτσι επιταχυνθεί ο θάνατος του ασθενή, με το σκεπτικό ότι το αναλγητικό έχει στόχο την ανακούφιση του πόνου και όχι την πρόκληση θανάτου όταν δίνεται σύμφωνα με τα ιατρικά πρότυπα.

Το Σύνταγμα των Η.Π.Α, δεν δίνει το δικαίωμα στα άτομα να βοηθήσουν σε αυτοκτονία ή σε Ευθανασία.

Το δικαίωμα όμως της άρνησης για την παράταση της ζωής, είναι συνταγματικά προστατευμένο.

Τα Δικαστήρια διακρίνουν την άρνηση θεραπείας από το δικαίωμα αυτοκτονίας. (The New York State Task Force on Life and the Law 1994).

Στις Η.Π.Α υπάρχουν:

**1)** Το δικαίωμα της σωματικής ακεραιότητας, που σημαίνει ότι κάθε ενήλικας που έχει σώας τας φρένας μπορεί να αποφασίσει για το τι θα γίνει με το σώμα του.

**2)** Το δικαίωμα στην ατομικότητα, κατά το οποίο, ο ασθενής έχει το δικαίωμα να αρνηθεί μία θεραπεία που του υποστηρίζει τη ζωή, χωρίς πραγματικά να τον θεραπεύει, αλλά επιμηκύνοντας μόνο το χρόνο που θα επέλθει ο θάνατός του.

**3)** Η ύπαρξη σκοπιμότητας μίας θεραπευτικής αγωγής, κατά πόσο δηλαδή αυτή υπόσχεται θεραπεία και διάσωση της ζωής του ασθενή.

Υπάρχουν όμως λόγοι που περιορίζουν την αυτονομία του ασθενή, αυτοί είναι:

**α)** Η υποχρέωση της διατήρησης της ζωής ενός ασθενή από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

**β)** Η πρόληψη μίας αυτοκτονίας.

**γ)** Η προστασία εξηρημένων προσώπων.

**δ)** Η προώθηση της ιατρικής ηθικής. (Meyers D. 1990).

Ορισμένοι ισχυρίζονται ότι είναι σωστό για έναν ιατρό να αφήσει έναν ασθενή να πεθάνει όταν:

**α)** Αυτός με επιχειρήματα αρνείται την περαιτέρω θεραπεία.

**β)** Η περαιτέρω θεραπεία είναι μάταιη.

**γ)** Δεν ενδείκνυται θεραπεία πλέον ιατρικά.

Όμως δεν είναι σωστό για έναν ιατρό να κάνει ηθελημένα και ενεργά βήματα για να διακόψει την ζωή ενός ασθενή του. (Meyers D. 1990).

Σύμφωνα με τον Dr. R. Reresford, επικεφαλή του Τμήματος Νευρολογίας στο North Shore Hospital Manhasset, της Νέας Υόρκης, η Παθητική Ευθανασία είναι ήδη ένα στοιχείο υπάρχουσας ιατρικής πρακτικής, όπου οι οικογένειες και οι ιατροί συμπράττουν.

Ως θέμα νομικό όμως, οι νομοθέτες πρέπει να προσπαθήσουν να καθορίσουν την κατηγορία της κάθε περίπτωσης, να καθορίσουν τα στάδια που πρέπει να ακολουθηθούν, να δηλώσουν τι είδους νομικές προστασίες πρέπει να έχουν οι ιατροί και τα Νοσοκομεία. (Dr. Reresford Richard 1976).

Σύμφωνα με τον όρκο του Ιπποκράτη, όλοι οι ιατροί υπόσχονται να μη δώσουν θανατηφόρο φάρμακο σε κανένα αν τους ζητηθεί, ούτε να προτείνουν τέτοια συμβουλή, όμως ενίοτε ορισμένοι ιατροί εφαρμόζουν Ευθανασία με διάφορους τρόπους.

Μία περίπτωση είναι αυτή του Dr. Hermann N. Sander, όπου ο θεράπων ιατρός Dr. Sander σε ένα βαριά ασθενή με καρκίνο, εισήγαγε αέρα στην κυκλοφορία του ασθενή με σκοπό, όπως στη συνέχεια παραδέχθηκε, να τερματίσει τη ζωή του ασθενή του, που υπέφερε από αφόρητους πόνους. Ο ασθενής πέθανε.

Στη δίκη που έγινε, ο ιατροδικαστής από τη Βοστώνη, κατέθεσε ότι δεν μπορούσε να καθορίσει την αιτία θανάτου με βεβαιότητα και έτσι το Δικαστήριο αθώωσε τον εναγόμενο. (Curran J. William and Shapiro E. Donald 1970).

Το 1996, το Περιφερειακό Εφετείο της Νέας Υόρκης, έκρινε αντισυνταγματικά δύο ψηφίσματα που απαγορεύουν τη βοήθεια σε αυτοκτονία και τη βοήθεια σε προσπάθεια αυτοκτονίας. (JAETF Update 1996).

Το ίδιο έτος, το ένατο Περιφερειακό Εφετείο του Σαν Φραντζίσκο, αποφάνθηκε ότι ο νόμος της Νέας Υόρκης, εναντίον της Υποβοηθούμενης Αυτοκτονίας, είναι αντισυνταγματικός. (JAETF Update 1996).

Το Δευτεροβάθμιο Εφετείο το 1996, αποφάνθηκε ότι οι νόμοι της Νέας Υόρκης που ποινικοποιούν την Υποβοηθούμενη Αυτοκτονία, παραβιάζουν το νόμο για ίση προστασία (Equal Protection Clause). Με αυτή την απόφαση ανατρέπεται η απόφαση του 1994 από τον Ομοσπονδιακό Δικαστή, Thomas P. Griesa, που θεώρησε ότι τα ψηφίσματα είναι συνταγματικά. (JAETF Update 1996).

Το Δευτεροβάθμιο Εφετείο, ισχυρίστηκε, ότι τα ψηφίσματα της Νέας Υόρκης, δεν μεταχειρίζονται με ισοτιμία όλους τους ασθενείς που είναι στα τελευταία στάδια κάποιας μοιραίας ασθένειας και επιθυμούν να επιταχύνουν την έλευση του θανάτου τους.

Οι ετοιμοθάνατοι ασθενείς που κρατούνται στη ζωή, με μηχανήματα, έχουν το νόμιμο δικαίωμα να επιταχύνουν το θάνατο τους, με τη λήψη φαρμάκων και την άρνηση υποστήριξης της ζωής τους μηχανικά.

Όμως οι ετοιμοθάνατοι που δεν υποστηρίζονται μηχανικά στη ζωή απαγορεύεται από τους νόμους να επιταχύνουν το θάνατό τους με υπερβολική λήψη φαρμάκων.

Σύμφωνα με το Δικαστήριο, είναι εμφανές ότι η Νέα Υόρκη δεν μεταχειρίζεται ισότιμα τους ασθενείς.

Ο Δικαστή Miner επεσήμανε: «τι συμφέρον μπορεί να έχει ένα Κράτος με την παράταση μίας ζωής που είναι σχεδόν ληγμένη;». Παρόμοια τοποθέτηση έκανε και ο Δικαστής Stephen Reinhardt στο 9<sup>ο</sup> Εφετείο, λέγοντας ότι, το κρατικό συμφέρον μειώνεται δραματικά όταν το άτομο που επιζητεί να προστατέψει, είναι ετοιμοθάνατος ή σε

μόνιμη κωματώδη κατάσταση και έχει εκφράσει την επιθυμία να του επιτραπεί να πεθάνει. (JAETF Update 1996).

Η ιδέα όμως, ενός ζώντα ασθενή χωρίς «βιώσιμη ζωή», για τον οποίο το Κράτος έχει μικρό συμφέρον για να τον προστατέψει, είναι ανησυχητική. Διότι εάν το Κράτος έχει μειωμένο συμφέρον να προστατέψει κάποιους ασθενείς, τότε αυτοί οι ασθενείς έχουν περιορισμένα δικαιώματα προστασίας ως πολίτες του Κράτους αυτού. (JAETF Update 1996).

Τον Νοέμβριο του 1994, με δημοψήφισμα, οι κάτοικοι του Όρεγκον στις Η.Π.Α, υιοθέτησαν με ποσοστό 52%, την Ευθανασία με τη βοήθεια ιατρού, για τους πάσχοντες από ανίατες ασθένειες.

Ο νόμος «θάνατος με αξιοπρέπεια», δίνει την δυνατότητα στους κατοίκους του Όρεγκον, να μπορούν να παίρνουν νόμιμα, με συνταγή του ιατρού τους, τα φάρμακα που θα τους επιτρέψουν να τερματίσουν τη ζωή τους σε περίπτωση που πάσχουν από ανίατη ασθένεια.

#### Υπάρχουν όμως αυστηρές προϋποθέσεις όπως:

1) Θα πρέπει να μην απομένουν περισσότεροι από έξι μήνες ζωής στον ασθενή, σύμφωνα με τη διάγνωση του ιατρού του, η οποία πρέπει να επιβεβαιώνεται και από έναν ακόμα ιατρό.

Εάν ένας εκ των δύο ιατρών κρίνει ότι ο ασθενής πάσχει από κατάθλιψη ή αντιμετωπίζει λόγω της ασθένειας του ψυχολογικά προβλήματα που μπορεί να επηρεάσουν την κρίση του, τότε απαιτείται και η γνώμη ενός ψυχιάτρου.

2) Ο ασθενής πρέπει να έχει εκφράσει τρεις φορές την επιθυμία του να τερματίσει τη ζωή του. Την τρίτη φορά γραπτώς, παρουσία δύο μαρτύρων, από τους οποίους ο ένας, δεν πρέπει να είναι ούτε κληρονόμος του, ούτε μέλος της οικογένειας του.

3) Για να αποτραπεί το ενδεχόμενο να μετατραπεί το Όρεγκον σε Πολιτεία θανάτου, τόσο ο ασθενής, όσο και οι ιατροί, πρέπει να κατοικούν και να ασκούν εκεί το επάγγελμα τους.

Εφ' όσον πληρούνται οι ανωτέρω προϋποθέσεις, ο ιατρός και το παραϊατρικό προσωπικό που εμπλέκονται στην αυτοκτονία του ασθενή δεν διώκονται, αλλά αντίθετα προστατεύονται από το νόμο.

Όμως παρόμοιος νόμος είχε απορριφθεί από τους κατοίκους της πολιτείας της Ουάσιγκτον το 1991 και της Καλιφόρνιας το 1992. (ΤΑ ΝΕΑ 15/11/1994).

Ο νόμος περί Ευθανασίας του Όρεγκον, απέχει πολύ από την «αυτοκτονία κατά παραγγελία» του Τζάκ Κεβορκιάν στο Ντιτρόιτ.

Η ουσιαστική διαφορά όπως λέει η Μάρμπαρα Κούμε Λι, πρόεδρος της Οργάνωσης του Όρεγκον, «Δικαίωμα στο θάνατο», έγκειται στο ότι, με το νόμο του Όρεγκον, ο ασθενής παίρνει ο ίδιος τα φάρμακα και δεν του τα χορηγεί ο ιατρός του. Ενώ ο Κεβορκιάν βοήθησε πάσχοντες από ανίατες ασθένειες να πεθάνουν, τοποθετώντας τους μία μάσκα συνδεδεμένη με φιάλη μονοξειδίου του άνθρακα. (ΤΑ ΝΕΑ 15/11/1994).

Το «δικαίωμα να πεθάνεις» έχει γίνει εθνική ανησυχία στις Η.Π.Α, όχι μόνο για αυτούς τους ανθρώπους που επιζητούν να χρησιμοποιήσουν διαθέσιμους τρόπους για αυτοεξολόθρευση, αλλά και για τα Δικαστήρια, τους Νομοθέτες και για τους Επαγγελματίες Υγείας που φροντίζουν για την καλή υγεία.

Για να διατηρηθεί η ακεραιότητα του ιατρικού επαγγέλματος, τα Δικαστήρια και οι Νομοθέτες, έχουν αναγνωρίσει το νομικό δικαίωμα των Επαγγελματιών Υγείας που φροντίζουν για την υγεία, να αρνούνται να κάνουν πράξεις που θεωρούνται μη πρέπεισες ιατρικώς. (David B., Clarke J. 1986).

Σε μία περίπτωση ασθενή που νοσηλεύετο στο «Brophy New England Sinai» Νοσοκομείο, όταν η σύζυγος του ασθενή, ο οποίος ευρίσκετο σε διαρκή φυτοζωούσα κατάσταση, ζήτησε από το Νοσοκομείο να διακόψει την τεχνική υποστήριξη σε τροφή και ύδωρ, του συζύγου της, το Νοσοκομείο αρνήθηκε και το Δικαστήριο της Μασσαχουσέτης δήλωσε, ότι θα ήταν άπρεπτο να πιέσει κανείς το Νοσοκομείο, το οποίο είναι πρόθυμο να παρευρίσκεται κοντά στον ασθενή, να λάβει μέτρα για να διακόψει τη διατροφή και την υδάτωση του ασθενή του. Το δικαίωμα του ασθενή να αρνηθεί ιατρική θεραπεία, κατά το Δικαστήριο δεν δικαιολογεί τέτοια παραβίαση. (David B., Clarke J. 1986).

Σε περιπτώσεις όπου ο ασθενής δεν είναι σε θέση να αποφασίζει ο ίδιος για τον εαυτό του, τότε το Δικαστήριο, ορίζει άτομο για να αποφασίζει αντί για τον ασθενή. Ο αναπληρωτής του ασθενή, μπορεί να στηριχτεί σε πληροφορίες, ιδέες ή επιθυμίες του ασθενή, πριν ο ασθενής φθάσει στο σημείο που να μην μπορεί να αποφασίζει μόνος του για τον εαυτό του. (David B. Clarke J. 1986).

Μία εθελοντική Οργάνωση για την Ευθανασία στο Λ. Άντζελες, δημοσίευσε βιβλίο με τίτλο: «Άφησέ με να πεθάνω πριν ξυπνήσω», το οποίο θεωρείται, ως ο μοναδικός οδηγός για τα άτομα που πεθαίνουν. (David B. Clarke J. 1986).

Στις Η.Π.Α, ένας ασθενής είχε ζητήσει από φίλο του, εάν ασθενούσε βαριά, να αποκλείονταν οποιαδήποτε τεχνητά μέσα που θα τον κρατούσαν ζωντανό. Τον Οκτώβριο του 1979, ασθένησε βαριά και ενημερώθηκε το Νοσοκομείο γι' αυτή την επιθυμία του ασθενή από τον φίλο του, ο οποίος ζήτησε να του απομακρύνουν τον αναπνευστήρα. Το Νοσοκομείο αρνήθηκε και ο φίλος του προσέφυγε στο Δικαστήριο, για να δοθεί άδεια να αφαιρεθεί ο αναπνευστήρας.

Το Δικαστήριο συμφώνησε, αλλά ο Εισαγγελέας άσκησε έφεση.

Το Εφετείο, ενέκρινε την απομάκρυνση του αναπνευστήρα. Όμως ο Εισαγγελέας άσκησε ξανά ένσταση.

Κατά τη διάρκεια της δικαστικής διαδικασίας ο ασθενής απεβίωσε (Ιανουάριος 1980).

Τον Αύγουστο του 1980, η Ιατρική Ένωση της πολιτείας της Νέας Υόρκης για την περίπτωση αυτή, στο Εφετείο της Νέας Υόρκης έκανε την εξής δήλωση: «Ένας ιατρός πρέπει να έχει το δικαίωμα να ασκήσει τη δική του επαγγελματική κρίση και να λάβει απόφαση να συνεχίσει ή να σταματήσει τη διατήρηση της ζωής ετοιμοθάνατων ασθενών, την τελική όμως απόφαση σε όλες τις περιπτώσεις, πρέπει να τη λαμβάνει ο επίτροπος ή η οικογένεια με τη συγκατάθεση του ιατρού».

Δύο Δικαστές συμφώνησαν πως δεν πρέπει να ζητείται δικαστική έγκριση, για τη μη συνέχιση της διαδικασίας διατήρησης της ζωής, σε περιπτώσεις όπως η ανωτέρω και δεν υφίσταται ούτε αστική ευθύνη, ούτε αδίκημα λόγω απουσίας δικαστικής εξουσιοδότησης. (Zimring G. Joseph 1982).

Το Δικαστήριο της Φλόριντα των Η.Π.Α, αναγνώρισε το δικαίωμα σε ενήλικα ασθενή, ο οποίος ήταν σε θέση να εκφράσει την άποψή του, να μη δεχτεί για θρησκευτικούς λόγους μετάγγιση αίματος, αν και αυτό θα είχε ως συνέπεια τον άμεσο θάνατο του. Εν τούτοις, οι ιατροί αγνόησαν την επιθυμία του συγκεκριμένου ασθενή και του έκαναν μετάγγιση αίματος για να σώσουν τη ζωή του. Το Δικαστήριο θεώρησε ότι τα ατομικά δικαιώματα περί προσωπικής και θρησκευτικής ελευθερίας του ασθενή είχαν μεγαλύτερη βαρύτητα από το ενδιαφέρον των ιατρών να σώσουν τη ζωή του, εφόσον μπορούσαν να το πράξουν. (Meyers D. 1990).

Ορισμένοι θεράποντες ιατροί και μέλη οικογενειών ασθενών, θεωρούν, ότι αποδεχόμενοι την άρνηση του ασθενή να δεχτεί τη



θεραπεία, συμβάλλουν και συνεργούν στην αυτοκτονία του, κάτι που απαγορεύεται από τη νομοθεσία στην Αγγλία και στις Η.Π.Α.

Στην περίπτωση της 41χρονης «Τέρι Σκιάβο», η οποία ευρίσκετο σε άγρυπνο κώμα από το 1990 ο σύζυγος και οι γονείς της αντιδικούσαν στα Δικαστήρια για πολλά έτη.

Συνολικά 19 Δικαστές ασχολήθηκαν με την υπόθεση αυτή, λαμβάνοντας στην πλειονότητα τους αποφάσεις υπέρ του συζύγου της που επιθυμούσε την Ευθανασία.

Η δικαίωση του, άνοιξε το δρόμο για τη διακοπή της μηχανικής υποστήριξης της ζωής της Σκιάβο, και στις 18/3/2005 απομάκρυναν οι ιατροί τον σωλήνα με τον οποίο σιτίζετο η ασθενής.

Όμως προκλήθηκε θόρυβος μεταξύ των πολέμιων της Ευθανασίας στις Η.Π.Α και μάλιστα από Θρησκευτικές Οργανώσεις.

Το Κογκρέσο επικύρωσε νομοσχέδιο, που θα επανέφερε την υπόθεση στο Ομοσπονδιακό Δικαστήριο, παρατείνοντας τη ζωή της Σκιάβο.

Ο Τζώρτζ Μπούς, Πρόεδρος των Η.Π.Α, προσυπέγραψε το κείμενο μέσα σε λίγες ώρες.

Η εξέλιξη αυτή, πέρα από τις κοινωνικές και πολιτικές συνέπειες περιέπλεξε την κατάσταση και νομικά.

Το Αμερικανικό Ομοσπονδιακό Κράτος και οι επιμέρους Πολιτείες διαθέτουν θεσμούς με διακριτά όρια εξουσιών μεταξύ της Νομοθετικής, της Εκτελεστικής και της Δικαστικής εξουσίας.

Οι Ομοσπονδιακοί Νομοθέτες, διαμορφώνουν νόμους, που τα Περιφερειακά Δικαστήρια έχουν το δικαίωμα να ερμηνεύσουν με το δικό τους τρόπο.

Στην υπόθεση «Σκιάβο», το Κογκρέσο παρενέβη στο έργο της Δικαιοσύνης, ανέτρεψε απόφαση Περιφερειακού Δικαστηρίου και οδήγησε εκ νέου στο Ομοσπονδιακό Δικαστήριο την υπόθεση,

δημιουργώντας ένα πολιτικό και νομικό προηγούμενο με μακροπρόθεσμες συνέπειες, που πιθανώς να ξεφεύγουν ακόμα και από το ίδιο το θέμα της Ευθανασίας.

Αυτός ήταν ο λόγος, για τον οποίο, ο Ομοσπονδιακός Δικαστής, στον οποίο επέστρεψε η υπόθεση αυτή, αρνήθηκε να αλλάξει την απόφαση του Πολιτειακού Δικαστηρίου.

Στις 23/3/2005, το θέμα αυτό πήγε στο Ανώτατο Δικαστήριο των Η.Π.Α για να αποφανθεί.

Με γραπτό μήνυμα του ο Τζώρτζ Μπούς, για την υπόθεση «Τέρι Σκιάβο» εξήγησε ότι: «Σε περιπτώσεις όπως αυτή, όπου υπάρχουν σοβαρά ερωτήματα και ουσιαστικές αμφιβολίες, η Κοινωνία, οι Νόμοι και τα Δικαστήρια των Η.Π.Α, θα πρέπει να λαμβάνουν θέση υπέρ της προάσπισης της ανθρώπινης ζωής».

Η Τέρι Σκιάβο, δεν άφησε διαθήκη, ούτε καμία γραπτή εντολή. Επαθε το 1990 καρδιακή προσβολή και υπέστη εγκεφαλικές βλάβες που την άφησαν «φυτό», χωρίς ελπίδα ανάρρωσης.

Μπορεί να ανέπνεε χωρίς μηχανική βοήθεια, όμως ελάμβανε τροφή και νερό με ειδικά σωληνάκια.

Ο σύζυγός της Μάικλ Σκιάβο, υποστήριζε, ότι η γυναίκα του δεν θα ήθελε να ζει ως «φυτό» και ότι είχε το δικαίωμα για έναν αξιοπρεπή θάνατο.

Οι γονείς της όμως, έδιναν για πολλά έτη νομικό αγώνα, ισχυριζόμενοι ότι η κόρη τους, αντιλαμβάνεται τι συμβαίνει και δεν επιθυμεί να πεθάνει.

Ο Dr. Τζέιμς Μπέρναντ, πρώην Πρόεδρος της Ακαδημίας Νευρολογίας, σημειώνει, ότι οι συγγενείς ασθενών που ευρίσκονται σε «άγρυπνο κώμα», μπορεί να ξεγελαστούν, από ανακλαστικές κινήσεις που δημιουργούν αυτόν τον ειρωνικό συνδυασμό αγρυπνίας, χωρίς συνείδηση. Αυτό συμβαίνει διότι στο άγρυπνο κώμα, τα κέντρα του

εγκεφάλου που ελέγχουν τον ύπνο λειτουργούν, αλλά εκείνα που επιτρέπουν τη συνείδηση του εαυτού και του περιβάλλοντος έχουν προσβληθεί ή καταστραφεί.

Οι ασθενείς σε άγρυπνο κώμα, κλείνουν τα μάτια για να κοιμηθούν και τα ανοίγουν όταν ξυπνούν. Κάνουν περιορισμένες κινήσεις με τα μάτια και βήχουν εάν κάτι τους ενοχλείσει στον λαιμό. Αντιθέτως, οι ασθενείς σε κώμα, έχουν συνεχώς κλειστά τα μάτια τους, ενώ δεν είναι ούτε ξύπνιοι ούτε κοιμούνται.

Όλοι οι ιατροί που εξέτασαν την Τέρι Σκιάβο, είπαν ότι δεν είχε καμία ελπίδα ανάρρωσης.

Περιπτώσεις άγρυπνου κώματος, όπως της Τέρι Σκιάβο, που προκλήθηκε από έλλειψη αιμάτωσης ή οξυγόνωσης του εγκεφάλου και συνεχίζετο για περισσότερο από πέντε έτη είναι μη αναστρέψιμες.

Τελικώς, η ασθενής Τέρι Σκιάβο λίγες ημέρες μετά τη διακοπή της μηχανικής υποστήριξης της ζωής της, που έγινε στις 18/3/2005, απεβίωσε. (Βήμα 25/3/2005).

### **9.3. Γερμανία.**

Στη Γερμανία υπάρχει προβληματισμός και διάσταση απόψεων ανάμεσα στην Επιστήμη και τη Νομολογία.

Στη Γερμανία δεν υπάρχει συνταγματικά κατοχυρωμένη αξίωση Ευθανασίας. Ο Γερμανικός Ποινικός Κώδικας της Ομοσπονδιακής Δημοκρατίας της Γερμανίας δεν περιλαμβάνει στις διατάξεις του τον όρο Ευθανασία.

Οι προσπάθειες να οριστεί ή να χαλαρώσει η απαγόρευση της θανάτωσης τρίτου, συναντούν συνταγματικές αντιρρήσεις, διότι με τον τρόπο αυτό, περιορίζεται η προστασία της ανθρώπινης ζωής.

Στη Γερμανία το θέμα της Ευθανασίας θεωρείται ως «ταμπού» από την εποχή του Ναζισμού.

Βάσει των εμπειριών του Γ' Ράιχ, με τη λέξη αυτή στη Γερμανία, νοείται η θανάτωση πνευματικών και σωματικών αναπήρων και ανιάτων ασθενών, βάσει σχετικής εντολής. Αυτό όμως, δεν είναι δυνατό στη σημερινή Γερμανία.

Αντίθετα επιτρέπεται και υπό ορισμένες περιστάσεις επιβάλλεται:

**α) Η έμμεση Ευθανασία** (*indirecte Sterdehife*), όταν δηλαδή δεν μπορεί να αποκλειστεί ότι η ιατρικά επιβαλλόμενη φαρμακευτική αγωγή, η οποία έχει ως σκοπό τη μείωση των πόνων και την καταστολή της συνείδησης σε ετοιμοθάνατους ασθενείς, θα επιταχύνει ίσως την επέλευση του θανάτου, ως μη σκοπούμενη αλλά ως αναπόφευκτη συνέπεια.

**β) Η Παθητική Ευθανασία** (*passive Sterdehife*).

Πρόκειται για περιπτώσεις κατά τις οποίες διακόπτεται ή δεν αρχίζει η ιατρική αγωγή ενός ετοιμοθάνατου ασθενή, του οποίου η βασική πάθηση σύμφωνα με βεβαία πρόγνωση έχει πάρει μη αναστρέψιμη πορεία.

Σχετικά με την Παθητική Ευθανασία, η από τις 13/9/1994 απόφαση του Ομοσπονδιακού Γερμανικού Ακυρωτικού (1Str 357/94, Nst2 1995,80) έκρινε ως εξής:

«Η Παθητική Ευθανασία επιτρέπεται μόνον εφ'όσον πρόκειται για ανίατη νόσο και η επέλευση του θανάτου είναι εγγύς κειμένη.»

Όταν δεν συντρέχουν οι προϋποθέσεις της Ευθανασίας αποφασιστική είναι η εικαζόμενη βούληση του ασθενή.

Για τη διάγνωση της εικαζόμενης βούλησης, αποφασιστικές είναι οι προσωπικές αντιλήψεις του ίδιου του ασθενή σε συνδυασμό με την προσδοκώμενη διάρκεια ζωής και την ένταση του πόνου.

Είναι δυνατή η έμμεση αυτοουργία και όταν το όργανο τελεί σε νομική πλάνη. Η απόπειρα στην έμμεση αυτοουργία αρχίζει με την ολοκλήρωση της επίδρασης στο όργανο. Στα μη γνήσια εγκλήματα παράλειψης, η απόπειρα αρχίζει με την έναρξη της αδράνειας.

Σε περίπτωση μίας ασθενούς, η οποία έπασχε από εγκεφαλική πάθηση, οι κατηγορούμενοι, ιατρός και υιός της, τέλεσαν ως έμμεσοι αυτοурγοί απόπειρα ανθρωποκτονίας με παράλειψη, συναποφασίζοντας να θέσουν τέρμα στη ζωή της ασθενούς με την διακοπή της χορηγούμενης σε αυτή μέσω καθετήρα τροφής, δίνοντας σχετική εντολή στο νοσηλευτικό προσωπικό. Πρόκειται όμως, για απρόσφορη απόπειρα, διότι το νοσηλευτικό προσωπικό δεν υπάκουσε στην εντολή και προσέφυγε στο Δικαστήριο, το οποίο απαγόρευσε την διακοπή της τροφοδοσίας της ασθενούς.

#### γ) Ενεργητική Ευθανασία.

Όσον αφορά την Ενεργητική Ευθανασία, δηλαδή τη θανάτωση ενός ασθενή προκειμένου αυτός να λυτρωθεί από τη ζωή του που φαίνεται πως έχασε πια το νόημα της και κατάντησε ανυπόφορη, εφ' όσον η Ενεργητική Ευθανασία τελείται χωρίς την γνώση και την θέληση του ασθενή, τότε πληρούται η αντικειμενική υπόσταση του άρθρου 211 του Γερμανικού Ποινικού Κώδικα, (Ειδεχθής Ανθρωποκτονία).

Εάν αντίθετα, η πράξη τελέστηκε μετά την δεδηλωμένη και επίμονη παράκληση του ασθενή, τότε γίνεται δεκτή η προνομιούχος ανθρωποκτονία ύστερα από απαίτηση, του άρθρου 216 του Γερμανικού Ποινικού Κώδικα. (Klaus Kutzer-Γερμανός Δικαστής-Τα ποινικά όρια της Ευθανασίας, 1994).

Στη Γερμανική Ποινική Νομοθεσία, υπάρχει ο όρος που ονομάζεται «Βοήθεια αποβίωσης» (Sterbehilfe), δηλαδή η διακοπή της θεραπείας ενός ανίατου ασθενή, μετά από δική του παράκληση ή μετά από παράκληση των συγγενών του, όμως και αυτή η θανάτωση, μετά

από παρακλήσεις δηλαδή, διώκεται ποινικά, βάσει του Ποινικού Κώδικα άρθρο 216 και τιμωρείται με στέρηση της ελευθερίας από 6 μήνες έως και 5 έτη.

Από το έτος 1994 γίνεται στη Γερμανία, δημόσια συζήτηση, κατά πόσο η «Βοήθεια αποβίωσης», θα πρέπει για ανθρωπιστικούς λόγους και υπό ορισμένες προϋποθέσεις να μη διώκεται ποινικά, χωρίς όμως να υπάρχει κάποιο αποτέλεσμα επί του θέματος. (Reinhard 1994).

Γερμανοί ιατροί ισχυρίζονται ότι η δραστηριότητα του στελέχους του εγκεφάλου, μπορεί να παράγει κάποια πρωτόγονη ψυχική δραστηριότητα. Επομένως, μόνο η παντελής και η μη αναστρέψιμη παύση ολόκληρης της εγκεφαλικής λειτουργίας εγγυάται ότι όλες οι αισθήσεις έχουν παντελώς και ανεπιστρεπτή παύσει και ότι το άτομο είναι ιατρικά και νομικά νεκρό. (Dennis j. Horan 1978).

Η άποψη του Dennis J. Horan (1978), όσον αφορά στο χρόνο παύσης μίας θεραπείας σε περίπτωση τελικού σταδίου πριν το θάνατο είναι, ότι ο ιατρός είναι εξουσιοδοτημένος βάσει των μέτρων της ιατρικής πρακτικής να διακόψει μία μορφή θεραπείας, η οποία κατά τη δική του ιατρική κρίση είναι άχρηστη. Δεν είναι ο ιατρός υποχρεωμένος από τον νόμο να παρέχει άχρηστη θεραπεία, ούτε το επίπεδο της ιατρικής περίθαλψης απαιτεί άχρηστη θεραπεία. Κάτω από αυτές τις συνθήκες αν οι θεράποντες ιατροί έχουν αποφασίσει ότι η συνέχιση της χρήσης ενός αναπνευστήρα είναι άσκοπη, τότε μπορούν να αποφασίσουν την διακοπή του, χωρίς τον φόβο της αστικής ή ποινικής ευθύνης.

#### **9.4 Κάτω Χώρες.**

Πολλοί άνθρωποι επιθυμούν να πεθάνουν με αξιοπρέπεια όταν οι ίδιοι νομίζουν ότι ήρθε η ώρα τους.

Το γεγονός αυτό δημιουργεί το αίτημα η εκούσια Ευθανασία να είναι από νομικής πλευράς δυνατή.

Στις Κάτω Χώρες, η λέξη Ευθανασία, με κοινή συμφωνία, χρησιμοποιείται μόνον εάν υπάρχει παράλειψη ή διακοπή θεραπείας που διατηρεί τον ασθενή στη ζωή. Επίσης, κάποιος ασθενής θα μπορούσε να πετύχει Ευθανασία για τον εαυτό του με το να αρνείται τη θεραπεία του. ( Dennis J. Horran 1978).

#### **9.4.1. Ολλανδία.**

Ο Ολλανδικός ορισμός της Ευθανασίας έχει ως εξής:

«Η Ευθανασία ορίζεται ως πράξη με σκοπό την αφαίρεση της ζωής κάποιου μετά από εκφρασμένη επιθυμία του τελευταίου. Αφορά σε μία πράξη όπου ο θάνατος είναι ο σκοπός και το αποτέλεσμα».

Ο Ποινικός Κώδικας της Ολλανδίας, στα άρθρα 293 και 294 καθόριζε ότι η Ευθανασία και η Υποβοηθούμενη Αυτοκτονία είναι παράνομες.

Παρ' όλα αυτά, λόγω της πίεσης που υπήρχε, το Δικαστήριο του Ρότερνταμ το 1981, καθόρισε Κανονισμό με βάση τον οποίο η Ευθανασία είναι δικαιολογημένη.

#### Αυτός ο κανονισμός έχει ως εξής:

- 1- Ο ασθενής πρέπει να υποφέρει από αβάστακτους πόνους.
- 2- Ο ασθενής πρέπει να έχει τις αισθήσεις του.
- 3- Η αίτηση θανάτου πρέπει να είναι οικειοθελής.
- 4- Θα πρέπει να δίνονται στον ασθενή εναλλακτικές λύσεις, καθώς και χρόνος για να σκεφτεί.

- 5- Δεν θα πρέπει να υπάρχουν άλλες εμφανείς λύσεις.
- 6- Ο θάνατος του ασθενή δεν θα πρέπει να προκαλεί πόνο σε άλλους.
- 7- Η απόφαση της Ευθανασίας δεν θα λαμβάνεται μόνο από έναν ιατρό.
- 8- Μόνο ο θεράπων ιατρός του ασθενή μπορεί να κάνει Ευθανασία σε αυτόν.
- 9- Η απόφαση του θανάτου θα πρέπει να λαμβάνεται με περίσκεψη.

Από το 1981 και μετά οι οδηγίες αυτές συνεχώς διευρύνονται.

Το Εφετείο της Χάγης, το 1986, αποφάνθηκε ότι η οδηγία πόνου δεν περιοριζέτο μόνο στον φυσικό πόνο, αλλά περιελάμβανε και τον ψυχικό πόνο ή την πιθανή αλλοίωση της προσωπικότητας.

Στις 10 Σεπτεμβρίου 1991, παρουσιάστηκε από τον Γενικό Εισαγγελέα του Αρείου Πάγου της Ολλανδίας, που ηγήθηκε της πρώτης επίσημης κρατικής μελέτης για την Ευθανασία, μία αναφορά που ονομάστηκε από το όνομα του Εισαγγελέα, Remmelink, η οποία επισημαίνει ότι:

2.300 άνθρωποι, το 1990, θανατώθηκαν από τους ιατρούς τους, μετά από απαίτηση τους. (Ενεργή, οικειοθελής Ευθανασία).

400 άνθρωποι πέθαναν, επειδή οι ιατροί τους έδωσαν τα μέσα για να αυτοκτονήσουν. (Υποβοηθούμενη Αυτοκτονία από ιατρό).

1.040 άνθρωποι θανατώθηκαν από Ακούσια Ευθανασία, δηλαδή οι ιατροί θανάτωσαν αυτούς τους ασθενείς, χωρίς να το γνωρίζουν οι ασθενείς ή χωρίς να έχουν συγκατατεθεί.

72% δεν είχαν δώσει σημεία ότι ήθελαν να τερματίσουν τη ζωή τους και

Σε 8% των περιπτώσεων, οι ιατροί προχώρησαν σε Ευθανασία αν και πίστευαν ότι υπήρχαν εναλλακτικές λύσεις.

8.100 άνθρωποι πέθαναν ως αποτέλεσμα υπερβολικής δόσης αναλγητικών, όχι για θεραπευτικούς λόγους, αλλά για επίσπευση του



θανάτου του ασθενή. Το 61% των ασθενών αυτών (4.941) δεν είχε δώσει τη συγκατάθεσή του.

Σύμφωνα με την αναφορά αυτή, οι Ολλανδοί ιατροί τερμάτισαν τη ζωή 11.840 ανθρώπων, δηλαδή το 9,1% του ετήσιου ποσοστού θανάτων της Ολλανδίας.

Στην αναφορά αυτή δεν προσμετρήθηκαν οι περιπτώσεις όπου αποσύρθηκαν οι συσκευές διατήρησης της ζωής χωρίς την έγκριση του ασθενή, ούτε η θανάτωση νεογνών με ειδικές ανάγκες ή ψυχιατρικών ασθενών.

Οι κύριες δικαιολογίες για τον τερματισμό της ζωής των ασθενών ήταν:

α- Η χαμηλή ποιότητα ζωής τους.

β- Η παντελής έλλειψη πιθανότητας βελτίωσης τους.

γ- Η οικογένεια δεν άντεχε άλλο.

Στο 45% των περιπτώσεων Ακούσιας Ευθανασίας, αναφέρεται ότι οι οικογένειες δεν το γνώριζαν.

Στην πλειοψηφία τους οι Ολλανδοί ιατροί, για να αποφύγουν την οποιαδήποτε δίωξή τους, στα πιστοποιητικά θανάτου, δήλωναν θάνατο από φυσικά αίτια. (International Anti-Euthanasia Task Force 1992).

Το 1985, μεγάλος αριθμός Ολλανδών ασθενών, έπεισαν τους ιατρούς τους, να τους βοηθήσουν, να πραγματοποιήσουν την επιθυμία τους να πεθάνουν νωρίτερα. Αρκετοί ιατροί είχαν προβλήματα με τα Δικαστήρια γράφοντας στα πιστοποιητικά θανάτου, ότι ο θάνατος δεν προήλθε από φυσικές αιτίες. Ορισμένοι, μάλιστα, ανέφεραν Ενεργητική Ευθανασία, ως αιτία θανάτου. Από τότε ξεκίνησαν προσπάθειες στο Ολλανδικό Κοινοβούλιο για μία αναθεώρηση του Ποινικού Κώδικα. (Dawson Jane 1986).

Το 1992, η Ολλανδική Παιδιατρική Εταιρεία, εξέδωσε επίσημες οδηγίες για τη θανάτωση νεογνών με σοβαρές αναπηρίες.

Ο πρόεδρος της Εταιρείας, Dr. Zier Versluys, δήλωσε ότι: «Ο πρώιμος θάνατος είναι καλύτερος και για τα παιδιά αυτά, αλλά και για τους γονείς τους». (International Anti-Euthanasia Task Force 1992).

Κατά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, οι Ολλανδοί ιατροί αρνήθηκαν να συμμετάσχουν σε πειράματα Ευθανασίας των Γερμανών. (International Anti-Euthanasia Task Force 1992).

Με την εφαρμογή όμως τώρα της Ευθανασίας στην Ολλανδία τίθενται ορισμένα θέματα όπως:

- Το δικαίωμα να πεθάνει κανείς, τίθεται συχνά ως θέμα άποψης.
- Η Ολλανδική εμπειρία δείχνει ότι μεγάλος αριθμός ασθενών θανατώνεται χωρίς να έχει καθόλου επιλογή.
- Αν και η Ευθανασία παραμένει δικαίωμα, σε όσους δεν έχουν άλλη επιλογή, εν τούτοις υπάρχει μία μεγάλη ομάδα ασθενών (χρόνιοι ασθενείς, καταθλιπτικοί, κ.τ.λ.), που ενώ έχουν το δικαίωμα αυτό δεν το ζητούν.
- Η Ευθανασία από τη φύση της, είναι η απόλυτη εγκατάλειψη του ασθενή.
- Πρακτικά, η Ευθανασία δίνει στους ιατρούς μεγάλη δύναμη. Όμως, μόλις εδραιωθεί αυτή η εξουσία του ιατρού, αρχίζει η δυσπιστία του ασθενή, εάν δηλαδή θα είναι ο ιατρός του, ο θεραπευτής του ή ο εκτελεστής του.
- Αν νομιμοποιηθεί η Ευθανασία, υπάρχει ο φόβος να δημιουργείται κοινωνική πίεση στον ασθενή για να τελετήσει τον βίο του, χωρίς όμως ο ίδιος να το επιθυμεί ή χωρίς να είναι η ύστατη λύση. (International Anti-Euthanasia Task Force 1992).

Σε χώρες όπως οι Η.Π.Α, όπου η υγειονομική περίθαλψη δεν παρέχεται δωρεάν για τις φτωχές μάζες των ανθρώπων εκείνων

δηλαδή που στερούνται χρημάτων, η νομιμοποίηση της Ευθανασίας φαίνεται να είναι η μόνη λύση που θα μπορούσαν να έχουν.

Στις 1/4/2002 στην Ολλανδία ψηφίστηκε νόμος, ο οποίος επιτρέπει την Ευθανασία κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις. (Εφημερίδα Πατρίς 2002).

**Στην Ολλανδία, μετά την νομιμοποίηση της Ευθανασίας, οι ιατροί δεν διώκονται ποινικά, εφ' όσον τηρήσουν τις εξής προϋποθέσεις:**

1) Η ενέργειά τους αυτή, πρέπει να πληρεί ορισμένα κριτήρια καθήκοντος, τα οποία αναφέρονται στο άρθρο 293 §2 του Ποινικού Κώδικα της Ολλανδίας και είναι τα εξής:

α) Να είναι σίγουρος ο ιατρός, ότι το αίτημα του ασθενή είναι οικειοθελές και ότι το έχει σκεφτεί πολύ καλά. Για τον λόγο αυτό πρέπει η Ευθανασία να γίνεται μόνο από τον θεράποντα ιατρό του ασθενή, ο οποίος γνωρίζει πολύ καλά και για πολύ καιρό τον ασθενή του.

β) Να είναι πεπεισμένος ο ιατρός, ότι οι οδύνες του ασθενή είναι αφόρητες και δεν υπάρχει καμία προοπτική βελτίωσης.

γ) Να ενημερώνει ο ιατρός τον ασθενή του για την κατάσταση του και την περαιτέρω πρόγνωση.

δ) Να συζητά ο ιατρός για την κρισιμότητα της κατάστασης με τον ασθενή του και να καταλήγουν από κοινού στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχει άλλη λογική λύση.

ε) Να συμβουλευέται ο θεράπων ιατρός τουλάχιστον άλλον έναν ιατρό, που δεν σχετίζεται με την υπόθεση, ο οποίος όμως, πρέπει, αφού εξετάσει τον ασθενή και συζητήσει μαζί του, να δηλώσει γραπτώς ότι ο θεράπων ιατρός ικανοποίησε τα κριτήρια καθήκοντος που αναφέρθηκαν ανωτέρω.

**στ)** Να ασκήσει ο ιατρός την απαραίτητη ιατρική φροντίδα και προσοχή κατά τον τερματισμό της ζωής του ασθενή ή στη βοήθεια προς αυτοκτονία του ασθενή.

**2)** Ο θεράπων ιατρός, οφείλει να ενημερώσει τις τοπικές αρμόδιες Αρχές για την Ευθανασία, δηλαδή για τις μη φυσικές αιτίες ενός θανάτου.

### **Οι Αρχές που συντονίζουν τέτοιες ενέργειες είναι:**

**α)** Το Υπουργείο Δικαιοσύνης της Ολλανδίας και

**β)** Το Υπουργείο Υγείας, Ευημερίας και Αθλητισμού.

Ο συντονισμός επικεντρώνεται στις ιατρικές διαδικασίες και στις διαδικασίες με τις οποίες ο ιατρός αποφάσισε να προχωρήσει στην Ευθανασία.

Εφ' όσον οι υπηρεσίες των ανωτέρω αναφερομένων Υπουργείων, κρίνουν από την αναφορά του ιατρού ότι καλώς έπραξε, με βάση τα καθήκοντα του και τα κριτήρια που έχουν οριστεί, τότε τα Ποινικά Δικαστήρια δεν χρειάζεται να ενημερωθούν και δεν γίνεται καμία άλλη ενέργεια.

Σε αντίθετη όμως περίπτωση, ενημερώνεται η Επιθεώρηση Υγείας και αυτή κρίνει, εάν πρέπει να τιμωρηθεί δικαστικώς ο ιατρός ή όχι.

### **Διαδικασία που ακολουθεί ένας ιατρός για να ενημερώσει το Κράτος για περιστατικό Ευθανασίας στην Ολλανδία.**

**1)** Θεωρείται υποχρέωση του ιατρού, η ενημέρωση του κρατικού παθολόγου για κάθε θάνατο από μη φυσικά αίτια. Ειδικότερα για Ευθανασία ο ιατρός συντάσσει μία αναφορά.

2) Ο κρατικός παθολόγος, στην συνέχεια, συντάσσει επίσης μία αναφορά για θάνατο από μη φυσικά αίτια, την οποία στέλνει στον κρατικό Δικαστή, ο οποίος δίνει τη σύμφωνη γνώμη του για την ταφή.

3) Η τοπική αρμόδια Αρχή για την Ευθανασία, λαμβάνει αυτές τις δύο αναφορές μαζί με την έκθεση του ανεξάρτητου ιατρού, τον οποίο συμβουλευτήκε ο θεράπων ιατρός, καθώς και τις τυχόν υπάρχουσες γραπτές οδηγίες-επιθυμίες του αποθανόντα.

4) Εάν δεν έπραξε ο ιατρός σύμφωνα με τα κριτήρια, παραπέμπεται στα τοπικά Δικαστήρια και στον τοπικό Επιθεωρητή Υγείας.

Η νομική αυτή ρύθμιση βοηθά στο να διασφαλιστεί, ότι οι ιατροί δεν θα αισθάνονται πλέον ως εγκληματίες, αλλά θα μπορούν να ενεργούν φανερά και έντιμα σε αιτήματα Ευθανασίας, με τον όρο να τηρούν τα συγκεκριμένα κριτήρια.

Παρ' όλα αυτά, τα 2/3 των ιατρών στην Ολλανδία αρνούνται να προχωρήσουν στην Ευθανασία και δεν είναι υποχρεωμένοι να την πράξουν όταν τους ζητηθεί.

### **Οι λόγοι για τους οποίους ένας ασθενής, μπορεί να ζητήσει Ευθανασία είναι:**

- 1) Να υποφέρει από αφόρητους πόνους.
- 2) Να έχει εξασθένηση του οργανισμού του.
- 3) Να επιθυμεί έναν αξιοπρεπή θάνατο.

Τόσο η γραπτή, όσο και η προφορική επιθυμία για Ευθανασία ενός ασθενή, αναγνωρίζονται ισότιμες.

Ειδικότερα, όταν ο ασθενής δεν είναι πλέον σε θέση να εκφραστεί, είναι πολύ χρήσιμη η γραπτή, αρκεί όταν υπέγραψε την επιθυμία του αυτή να είχε σώας τας φρένας.

Για όσους δεν έχουν σώας τας φρένας, οι απόψεις δίστανται εάν πρέπει να εφαρμόζεται Ευθανασία σε αυτούς ή όχι.

- 1) Η μία άποψη ισχυρίζεται, ότι δεν πρέπει να εφαρμόζεται Ευθανασία σε αυτούς.
- 2) Η άλλη άποψη ισχυρίζεται, ότι η ποιότητα ζωής τους είναι τόσο απαράδεκτη που επιτρέπει την Ευθανασία.

Ειδικότερα το Υπουργείο Υγείας, Ευημερίας και Αθλητισμού της Ολλανδίας πιστεύει, ότι η απώλεια λογικής δύναται να καταστήσει την ποιότητα ζωής ενός ασθενή απαράδεκτη.

Σε τέτοιες περιπτώσεις ασθενών, ο ίδιος ο ιατρός πρέπει να αποφασίσει εάν οι οδύνες του ασθενή είναι αφόρητες και καθιστούν την ποιότητα ζωής του απαράδεκτη και χωρίς προοπτική βελτίωσης, υπό το πρίσμα της κυρίαρχης ιατρικής άποψης.

Πολίτες μη Ολλανδοί, δεν επιτρέπεται να έρθουν στην Ολλανδία για να ζητήσουν Ευθανασία, λόγω του ότι πρέπει να προϋπάρχει στενή σχέση του θεράποντα ιατρού και του ασθενή και να γνωρίζονται πολύ καλά για πολύ χρόνο.

Ο νόμος στην Ολλανδία, επιτρέπει σε ανήλικους ηλικίας από 12-15 ετών να ζητούν Ευθανασία, αλλά σε αυτές τις περιπτώσεις απαιτείται να συμφωνούν και οι γονείς τους.

Αντιθέτως, άτομα ηλικίας από 16-17 ετών, μπορούν να αποφασίσουν για τους εαυτούς τους όσον αφορά το θέμα Ευθανασία, αν και προβλέπει ο νόμος, ότι οι γονείς τους πρέπει να εμπλέκονται σε συζητήσεις για το θέμα αυτό.

Οι περισσότερες περιπτώσεις Ευθανασίας, αφορούν καρκίνο σε τελικό στάδιο και όπως και στους ενήλικες, έτσι και στους ανήλικους πρέπει να δίνεται η δυνατότητα της Ευθανασίας, τηρουμένων όμως των γνωστών κριτηρίων.

Γονείς, ασθενής και ιατρός πρέπει να συζητούν το θέμα εκτενώς.

Η Ολλανδική Κυβέρνηση, δεν πιστεύει ότι ο νέος νόμος για την Ευθανασία είναι αντίθετος προς τις υποχρεώσεις της, που απορρέουν από Διεθνείς Κανονισμούς, για την προάσπιση του δικαιώματος των πολιτών στη ζωή.

Οι υποχρεώσεις αυτές απορρέουν από το άρθρο 6 της Διεθνούς Συνθήκης των Ηνωμένων Εθνών, για τα αστικά και πολιτικά δικαιώματα και από το άρθρο 2 της Ευρωπαϊκής Συνθήκης για τα ανθρώπινα δικαιώματα.

**Σε 5 γεωγραφικές περιφέρειες της Ολλανδίας, υπάρχουν ειδικές κρατικές επιτροπές του Υπουργείου Υγείας για εξέταση περιπτώσεων Ευθανασίας. Αυτές είναι οι εξής:**

- 1) Groningen, Friesland and Drenthe.
- 2) Overijssel, Gelderland, Utrecht and Flevoland.
- 3) North Holland.
- 4) South Holland and Zeeland.
- 5) North Brabant and Limburg.

Θα πρέπει στο σημείο αυτό να αναφερθεί ότι οι ασθενείς δεν ανησυχούν για το κόστος της θεραπείας τους, γιατί αυτό καλύπτεται πλήρως από το κοινωνικό σύστημα περίθαλψης της Ολλανδίας.

**Στόχοι αυτής της Πολιτικής για την Ευθανασία είναι:**

- 1) Να δημοσιοποιούνται τέτοιες περιπτώσεις.
- 2) Να εφαρμόζονται όμοια κριτήρια σε ανάλογες περιπτώσεις.
- 3) Να διασφαλίζεται η μέγιστη φροντίδα που απαιτείται για τους ασθενείς αυτούς.

**Λόγοι για τους οποίους πιστεύεται ότι πρέπει να εφαρμόζεται συχνότερα τώρα η Ευθανασία είναι οι εξής:**

- 1) Η μεγάλη γήρανση του πληθυσμού.
- 2) Η σημαντική τεχνολογική και ιατρική πρόοδος που βοηθά στο να επιμηκύνεται με τεχνητά μέσα η ζωή, αλλά χωρίς, όμως, ποιότητα.
- 3) Η μεγάλη αύξηση των θυμάτων του καρκίνου.

**Οι επιπτώσεις της ακολουθούμενης πολιτικής για την Ευθανασία φαίνονται σε διάφορους τομείς, όπως:**

- Πολλοί Ολλανδοί ιατροί παρέχουν προγράμματα αυτοβοήθειας για τον τερματισμό της ζωής σε εφήβους, ασθενείς με διαβήτη, με ρευματισμούς, με πολλαπλή σκλήρυνση, με AIDS και σε ασθενείς σοβαρών αυτοκινητιστικών ατυχημάτων.

- Η Ευθανασία διδάσκεται στις Σχολές Υγείας.
- Η Ευθανασία ενδιαφέρει το Κράτος για λόγους οικονομίας.
- Το 1990, η Οργάνωση Ολλανδών ασθενών, δημιούργησε κάρτα τσέπης, όπου δηλώνεται ότι ο κάτοχός της δεν επιθυμεί να υποστεί Ευθανασία.

Ο Ολλανδός Πρέσβης, Πόλ Μπράουερ, είπε ότι δεν θα χαρακτήριζε την κοινωνία της χώρας του ως προοδευτική, αλλά μάλλον ως υπεύθυνη. Το θέμα της Ευθανασίας, εξετάστηκε από κάθε άποψη στην Ολλανδία και σταδιακά επήλθε κοινωνική συναίνεση, η οποία είναι πολύ σημαντική για την κοινωνία και τον πολιτισμό της. (Εφημερίδα «ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ» 2002).



### 9.4.2. Βέλγιο.

Στο Βέλγιο τον Μάιο του 2002, ψηφίστηκε ένα νομοσχέδιο από το Βελγικό Κοινοβούλιο έπειτα από σειρά προσφυγών στο Ευρωπαϊκό Δικαστήριο των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων.

Ο σχετικός νόμος για την Ευθανασία, ψηφίστηκε στις 28/5/2002 και δημοσιεύτηκε στις 26/6/2002.

Με τον τρόπο αυτό, δημιουργήθηκε το κατάλληλο νομικό πλαίσιο για την Ευθανασία, η οποία επιτρέπεται υπό ορισμένες προϋποθέσεις.

Το σχέδιο νόμου που είχε κατατεθεί από την πλειοψηφία, αποποινικοποιούσε την Ευθανασία.

Σύμφωνα με αυτό δεν υπάρχει έγκλημα όταν ο ιατρός με την Ευθανασία, θέσει τέλος σε έναν πόνο ανυπόφορο ή ανταποκρίνεται στην επιθυμία ενός ασθενή που δεν υπάρχει ελπίδα θεραπείας του, με την προϋπόθεση όμως να γίνουν σεβαστές και να τηρηθούν όλες οι προβλεπόμενες από τον σχετικό νόμο διαδικασίες.

**Ο ιατρός που κάνει Ευθανασία, δεν παραβιάζει το νόμο, εάν προσέξει να διασφαλίζονται τα εξής:**

1) Ο ασθενής να είναι ανήλικος ή ενήλικος, όμως ικανός και να έχει συνείδηση τη στιγμή που ζητά την Ευθανασία.

2) Το αίτημα για Ευθανασία να διατυπώνεται από τον ασθενή με εθελούσιο τρόπο, να το έχει σκεφτεί επαρκώς και να το έχει ζητήσει και στο παρελθόν.

3) Ο ασθενής να ευρίσκεται σε μία αδιέξοδο ιατρική κατάσταση.

**4)** Ο ασθενής να είναι σε μία κατάσταση ανυπόφορου, διαρκούς ψυχικού και σωματικού πόνου, χωρίς να μπορεί κανείς να τον κατευνάσει.

**5)** Ο ιατρός πριν επέμβει, εφαρμόζοντας την Ευθανασία, πρέπει προηγουμένως να έχει ενημερώσει τον ασθενή για την κατάσταση της υγείας του και τις ελπίδες ζωής που έχει.

Επίσης, πρέπει να επικεντρωθεί με τον ασθενή πάνω στο αίτημά του για Ευθανασία και να συζητήσει μαζί του τις θεραπευτικές δυνατότητες που υπάρχουν ακόμα. Οφείλει δε να καταλήξει μαζί με τον ασθενή στην πεποίθηση ότι δεν υπάρχει καμία άλλη λογική λύση για την κατάσταση του.

**6)** Ο θεράπων ιατρός πρέπει να συμβουλευτεί και έναν ακόμα ιατρό, συνάδελφό του, όσον αφορά τον αθεράπευτο χαρακτήρα της ασθένειας. Ο δεύτερος αυτός ιατρός οφείλει να εξετάσει τον ασθενή, να διαβάσει τον ιατρικό του φάκελο, να διαπιστώσει τον αθεράπευτο και ανυπόφορο διαρκή πόνο και να συντάξει μία αναφορά με τις διαπιστώσεις του.

Ο δεύτερος αυτός ιατρός πρέπει να είναι ανεξάρτητος ως προς τον ασθενή και ως προς τον ιατρό που τον κάλεσε και γνώστης της συγκεκριμένης πάθησης του ασθενή.

**7)** Ο θεράπων ιατρός πληροφορεί τον ασθενή σχετικά με τα αποτελέσματα της 2<sup>ης</sup> γνώμης. Πρέπει να διασφαλιστεί ότι ο ασθενής είχε την ευκαιρία να συζητήσει το αίτημά του με τα πρόσωπα που αυτός ζήτησε, όπως τα οικεία του πρόσωπα.

**8)** Το αίτημα του ασθενή πρέπει να είναι γραπτό.

Συντάσσεται, αναγράφεται η ημερομηνία και υπογράφεται από τον ίδιο τον ασθενή.

Εάν ο ασθενής δεν είναι σε θέση να πράξει αυτό, το αίτημα γίνεται εγγράφως από ένα ενήλικο άτομο της επιλογής του ασθενή που δεν έχει κανένα υλικό συμφέρον από το θάνατο του ασθενή.

Στο έγγραφο αυτό θα αναφέρονται και οι λόγοι για τους οποίους δεν μπόρεσε ο ίδιος ο ασθενής να το κάνει μόνος του.

Εάν το έγγραφο αίτημα του ασθενή χαθεί από τον ιατρικό του φάκελο, μπορεί ο ασθενής να το επαναλάβει.

**9)** Ο ιατρός πρέπει να αφήσει να περάσει τουλάχιστον ένας μήνας από το γραπτό αίτημα του ασθενή για Ευθανασία.

Το σύνολο των αιτημάτων που έχουν διατυπωθεί από τον ασθενή, καθώς και όλες οι ενέργειες του θεράποντα ιατρού και τα αποτελέσματά τους, συμπεριλαμβανομένων της αναφοράς ή των αναφορών του ιατρού που έχει δώσει την 2<sup>η</sup> γνώμη, φυλάσσονται μέσα στον ιατρικό φάκελο του ασθενή.

Ο ασθενής μπορεί να πάρει πίσω, την αίτησή του για Ευθανασία οποιαδήποτε στιγμή μετανιώσει.

Το έγγραφο αίτημα για την Ευθανασία δεν λαμβάνεται υπ' όψη, εάν έχει γίνει πέραν της 5ετίας, πριν από την αρχή της ανικανότητας.

**10)** Ο θεράπων ιατρός, που εκτέλεσε την Ευθανασία, πρέπει εντός τεσσάρων εργασίμων ημερών, να δώσει αναφορά στην Ομοσπονδιακή Επιτροπή Ελέγχου και Αξιολόγησης, η οποία αποτελείται από δεκαέξι (16) μέλη.

Οκτώ (8) μέλη είναι ιατροί, εκ των οποίων τέσσερις είναι καθηγητές Ιατρικής σε Βελγικό Πανεπιστήμιο, τέσσερα μέλη είναι καθηγητές Νομικής σε Βελγικό Πανεπιστήμιο ή Δικηγόροι και τέσσερα μέλη προέρχονται από μία Επιτροπή που είναι επιφορτισμένη με την προβληματική των ασθενών που φθάνουν σε σημείο ανίατης ασθένειας.

Η Επιτροπή αυτή ελέγχει ένα έγγραφο που συμπληρώνεται από τον ιατρό που έκανε την Ευθανασία και περιλαμβάνει:

-Τα προσωπικά στοιχεία του ασθενή και το αίτημα για Ευθανασία του ασθενή, εάν αυτό προϋπήρχε.

-Τον τρόπο και τα μέσα που χρησιμοποιήθηκαν για την Ευθανασία.

-Τις αναφορές όλων των ιατρών και τις εκτιμήσεις τους όσον αφορά στον υπολογισμό του χρόνου έλευσης του θανάτου, εάν δηλαδή αυτός ήταν σύντομα αναμενόμενος, λόγω της ασθένειας.

Η αρμόδια Επιτροπή, από αυτό το έγγραφο του ιατρού, δύναται να επαληθεύσει εάν ακολουθήθηκαν οι προβλεπόμενες διαδικασίες βάσει του νόμου για την Ευθανασία.

Εάν παρατηρήσει η Επιτροπή ότι δεν τηρήθηκαν τα νόμιμα, μπορεί κατά πλειοψηφία να άρει την ανωνυμία του θεράποντα ιατρού και να ζητήσει όλα τα στοιχεία του ιατρικού φακέλου του ασθενή, τα οποία στέλνει στο αρμόδιο γραφείο του Βασιλέα.

Κανένα άλλο άτομο δεν καλείται να συμμετάσχει στην Ευθανασία, παρά μόνον ο ασθενής και ο θεράπων ιατρός.

Το άτομο που πεθαίνει μετά από Ευθανασία, λέγεται ότι πεθαίνει με φυσικό θάνατο.

Το Βέλγιο είναι η δεύτερη χώρα μετά την Ολλανδία που νομιμοποίησε την Ευθανασία, πιστεύοντας ότι η ιατρική ηθική, δεν ζητά να αφήνονται να υποφέρουν άσκοπα άνθρωποι που ευρίσκονται στο τέλος της ζωής τους. Η καλή ιατρική αποβλέπει σε έναν αξιοπρεπή θάνατο.

Οι Επίσκοποι του Βελγίου, κατέγγειλαν αυτό το νομοσχέδιο που εγκρίθηκε από το Κοινοβούλιο της χώρας τους, εκφράζοντας την ανησυχία τους, ότι πιθανόν οι ασθενείς να υφίστανται πιέσεις από τους οικείους τους ή από το νοσηλευτικό προσωπικό προκειμένου να ζητήσουν Ευθανασία.

Επίσης, ζήτησαν να πληροφορηθούν εάν ο ιατρός θα μπορεί να απορρίπτει ένα αίτημα για εφαρμογή Ευθανασίας και εάν θα μένουν ανενόχλητα τα Νοσοκομεία που θα αρνηθούν να εφαρμόσουν αυτή την πρακτική. (Εφημερίδα «Χώρα της Κυριακής» 2003).

### **9.5. Αγγλία.**

Στην Αγγλία στη Βουλή των Λόρδων, υπάρχουν δύο τρόποι για να έρθει προς συζήτηση ένα θέμα.

Ο πρώτος τρόπος είναι προωθώντας ένα νόμο και ο δεύτερος τρόπος φέρνοντας ένα θέμα προς συζήτηση, χωρίς άμεση απόπειρα θέσπισης νόμου.

Στη Βουλή των Λόρδων, το θέμα της Ευθανασίας συζητήθηκε σε διάρκεια 33 ετών και με τους δύο τρόπους.

Όμως, παρ' όλες τις συζητήσεις στη Βρετανία, η Ευθανασία καθώς και η Υποβοηθούμενη Αυτοκτονία, αντιμετωπίζονται από το νόμο ως φόνοι.

Η ηθελημένη συντόμευση της ζωής, θεωρείται έγκλημα. (Meyers D.,1990).

Στην Αγγλία εάν το θέλει ο ασθενής, μπορεί να διακοπεί μία θεραπεία που επιμηκύνει τη ζωή του, χωρίς να του προσφέρει βελτίωση, οπότε και δεν υπάρχει λόγος να συνεχίζεται αυτή.

Οι αποφάσεις για τη διακοπή ή τη συνέχιση της θεραπείας ενός βαριά πάσχοντα, λαμβάνονται από κοινού από τον θεράποντα ιατρό, τον ασθενή και την οικογένεια του. Το Δικαστήριο δεν επεμβαίνει, παρά μόνον εάν εκφρασθούν παράπονα από κάποιο από αυτά τα μέλη.

Όταν ο ασθενής είναι ενήλικας, αλλά δεν μπορεί να αποφασίσει τη συγκεκριμένη στιγμή αυτός για τον εαυτό του, τις τελικές αποφάσεις για

τη συνέχιση ή τη διακοπή της θεραπείας του, λαμβάνουν ο θεράπων ιατρός, σε συνεργασία με τους οικείους του ασθενή. Πρέπει, όμως, να λαμβάνονται υπ' όψη προηγούμενες, προφορικές ή γραπτές επιθυμίες του ασθενή.

Όταν ο ασθενής είναι παιδί, τότε τις τελικές αποφάσεις λαμβάνουν οι γονείς του. Το Δικαστήριο όμως, διατηρεί το δικαίωμα να επιτρέψει ή να απορρίψει αποφάσεις αυτών, προκειμένου να προστατέψει τα δικαιώματα του παιδιού. (Meyers D., 1990).

Η Βρετανική Ιατρική Ένωση, (British Medical Association), ισχυρίζεται, ότι οι ιατροί πρέπει να σέβονται την απόφαση του ασθενή να διακοπεί η θεραπεία του. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να απορρίψει μία θεραπεία, αλλά δεν έχει το δικαίωμα να απαιτήσει μία θεραπεία, την οποία ο ιατρός δεν μπορεί να του παράσχει ενσυνείδητα. Μία τέτοια «θεραπεία», είναι η ενεργή παρέμβαση ενός ιατρού για να διακοπεί η ζωή ενός βαριά πάσχοντα ασθενή. (Meyers D., 1990).

Ο ιατρός, Stephen Lodwig, κατηγορήθηκε για δολοφονία ενός ασθενή του, ο οποίος ευρίσκετο στο τελευταίο στάδιο της ζωής του. Η Εισαγγελία, μην έχοντας καμία απόδειξη, δέχτηκε ότι ο ιατρός έπραξε έτσι για να ανακουφίσει από τους πόνους τον ασθενή του και προς όφελος του ασθενή. ( The Sunday Times 1990).

Στο Leeds, η Karen Taylor, κατηγορήθηκε ότι βοήθησε και συνήργησε στην αυτοκτονία του συζύγου της, ο οποίος υπέφερε από σκλήρυνση κατά πλάκας και την ikέτεψε να τον βοηθήσει. Ομολόγησε η ίδια ένοχη, όμως ο Δικαστής έκρινε ότι δε θα έπρεπε να επιβάλει μεγάλη ποινή και την έθεσε μόνο σε περιορισμό ενός έτους. (The Sunday Times 1990).

Τον Ιούλιο του 1988, ο Anthony Cocker, καταδικάστηκε σε ισόβια για τη δολοφονία της συζύγου του στο Μάντσεστερ. Η σύζυγος του έπασχε από βαριά ασθένεια και ήθελε να πεθάνει. Ο Δικαστής

αρνήθηκε να δεχτεί αίτηση για μικρότερη ποινή. Αυτή η περίπτωση θεωρείται στους νομικούς κύκλους ως τραγική περίπτωση παρεξήγησης και θεμελιώδους αδικίας. (The Sunday Times 1990).

Στην Αγγλία, για πάρα πολλά έτη, ο εκκλησιαστικός νόμος, θεωρούσε την αυτοκτονία ως κακούργημα. Ο νόμος αυτός, καταργήθηκε το 1961. (The Sunday Times 1990).

Η Ευθανασία και ο θάνατος από οίκτο δεν έχουν θέση στον Αγγλικό νόμο.

## 9.6. Ελβετία.

Στην Ελβετία ο νόμος, διαχωρίζει την Ευθανασία από την Υποβοηθούμενη Αυτοκτονία.

Η ενεργητική Ευθανασία απαγορεύεται, ενώ η Υποβοηθούμενη Αυτοκτονία γίνεται αποδεκτή. (Εφημερίδα «Χώρα της Κυριακής» 2003).

Η Ευθανασία, (ενεργητική Ευθανασία), θεωρείται ποινικά κολάσιμη, όμως ο Ποινικός Κώδικας της χώρας από το 1918, αποποινικοποιεί την αυτοκτονία με την βοήθεια άλλου ατόμου, δημιουργώντας την μέθοδο της Υποβοηθούμενης Αυτοκτονίας. (Γκοτσίνας Γ. 2004).

Η Παθητική Ευθανασία, θεωρείται επιτρεπτή. Δεν έχει όμως ακόμα αποφασιστεί εάν θα πρέπει να ρυθμιστεί με νόμο. (Swiss Federal Office of Justice 2004).

Η Ευθανασία σχετίζεται με τη ζωή, που είναι το ύψιστο νόμιμο δικαίωμα του ανθρώπου. Γι' αυτό, δεν είναι η ιατρική επιστήμη, αλλά ο δημοκρατικά καθορισμένος νομοθέτης, αυτός που πρέπει να καθορίζει τη διαχωριστική γραμμή ανάμεσα στην επιτρεπτή και την μη επιτρεπτή θανάτωση. (Swiss Federal Office of Justice 2004).

Η Ελβετική μέθοδος της Υποβοηθούμενης Αυτοκτονίας και το νομικό πλαίσιο της χώρας αυτής, έχει προσφέρει έδαφος σε κλινικές-επιχειρήσεις, όπως η «Dignitas», να προσφέρουν υπηρεσίες νόμιμης Ευθανασίας σε ασθενείς από ολόκληρο τον κόσμο. (Γκοτσίνας Γ. 2004).

Στην Ελβετία, δραστηριοποιούνται ειδικές οργανώσεις που προσφέρουν στα μέλη τους Υποβοηθούμενη Αυτοκτονία.

Τα μέλη αυτών των Οργανώσεων είναι ασθενείς που ευρίσκονται στο τελικό στάδιο ανίατης νόσου και επιλέγουν την αυτοκτονία από τον μαρτυρικό θάνατο. Οι ενδιαφερόμενοι ασθενείς πληρώνουν, ένα ποσό ως συνδρομή στις Οργανώσεις αυτές. (Εφημερίδα, “Χώρα της Κυριακής” 2003).

Η διαφορά ανάμεσα στην Ευθανασία που επιτρέπεται στην Ολλανδία και στο Βέλγιο και στην Υποβοηθούμενη Αυτοκτονία που επιτρέπεται στην Ελβετία, είναι ότι στην Υποβοηθούμενη Αυτοκτονία, ο ίδιος ο ασθενής καθορίζει τη δόση του θανατηφόρου φαρμάκου που θα πάρει με δική του πρωτοβουλία και όχι ο ιατρός. (Εφημερίδα, “Χώρα της Κυριακής” 2003).

Οι δυνατότητες που προσφέρονται από την ιατρική για την καταπράυνση και την φροντίδα, πρέπει να εξαντλούνται, ώστε να απαλύνουν την οδύνη ασθενών που ευρίσκονται στο τελευταίο στάδιο της ζωής τους. (Swiss Federal Office of Justice 2004).

Το Ομοσπονδιακό Συμβούλιο, συζήτησε την πρόταση για την Ευθανασία και την καταπραϋντική ιατρική, που προωθήθηκε από το Κοινοβούλιο.

Στις 17/6/2003, υιοθέτησε την πρόταση για την Ευθανασία και την καταπραϋντική ιατρική και όρισε ότι η πρόταση αυτή πρέπει να τεθεί υπό νομοθετική ρύθμιση και να ληφθούν μέτρα για να προωθηθεί η καταπραϋντική ιατρική.



Στις 4/7/2003, επιφορτίστηκε η Εθνική Επιτροπή για την ηθική, να εξετάσει συνολικά την προβληματική του υποβοηθούμενου θανάτου, από ηθική και νομική πλευρά και να συντάξει μία έκθεση νομοθετικής ρύθμισης.

Όμως, στις 5/2/2004, επειδή η ανωτέρω Επιτροπή δεν είχε τους κατάλληλους ανθρώπινους και οικονομικούς πόρους για να επιτύχει τον ανωτέρω στόχο, διέκοψε τις εργασίες της για το προαναφερθέν θέμα.

Στις 10/3/2004, έγινε Συνέδριο όπου προσπάθησαν να ελέγξουν και να διευκρινίσουν μέσα σε ποια πλαίσια, είναι αναγκαίος ένας κανονισμός της Ενεργητικής και Παθητικής Ευθανασίας.

Επίσης έδωσαν προσοχή στο πρόβλημα του «Τουρισμού-Ευθανασία». (Swiss Federal Office of Justice 2004).

## **9.7. Γαλλία.**

Στο νέο κώδικα Δημόσιας Υγείας της Γαλλίας, αρ. R.4127-38, ο ιατρός πρέπει να διασφαλίσει μία καλή ποιότητα ζωής στον ασθενή μέχρι το τέλος του και δεν έχει το δικαίωμα να προκαλέσει το θάνατο.

### **Ποινικός Γαλλικός Κώδικας.**

Σύμφωνα με το άρθρο 221-1, το να προκαλέσει το θάνατο κανείς σε κάποιον είναι αδίκημα (δολοφονία) και η ποινή είναι 30 έτη φυλάκισης.

Σύμφωνα με το άρθρο 221-2, θεωρείται αδίκημα το να βοηθήσει κανείς για να τελευτήσει τον βίο του κάποιος.

Σύμφωνα με το άρθρο 221-3, ο θάνατος που έχει οργανωθεί από πριν, αποτελεί μία δολοφονία.

Σύμφωνα με τον νόμο 2004-204, 9/3/2004, αρ. 6 (Journal Officiel 10/3/2004), τιμωρείται κανείς με ισόβια κάθειρξη, όταν προκαλεί το θάνατο σε άτομα προχωρημένης ηλικίας, σε πολύ βαριά ασθενείς και σε άτομα με ψυχικά προβλήματα ή σε γυναίκες που ευρίσκονται σε περίοδο εγκυμοσύνης.

Σύμφωνα με το άρθρο 221-5-1, ποινικό αδίκημα θεωρείται και κάθε πράξη δηλητηρίασης άλλου ανθρώπου, τιμωρείται δε με 30 έτη φυλάκισης.

Σύμφωνα με το άρθρο 221-5-3, τιμωρείται με 20 έτη φυλάκισης, όποιος προτίθετο να δηλητηριάσει κάποιον, είχε όμως προειδοποιήσει τις Δικαστικές Αρχές και με τον τρόπο αυτόν αποφεύχθηκε ο θάνατος του θύματος. Υπέδειξε δε και τους άλλους συνεργούς.

Σύμφωνα με το άρθρο 223-5, τιμωρείται με 7 έτη φυλάκισης και 100.000 ευρώ πρόστιμο, το γεγονός να εμποδίσει κάποιος την άφιξη της βοήθειας που προορίζεται για έναν ασθενή που ευρίσκεται σε πολύ κρίσιμη κατάσταση, όπως ένας ετοιμοθάνατος.

Σύμφωνα με το άρθρο 223-6, τιμωρείται με 5 έτη φυλάκισης και 75.000 ευρώ πρόστιμο, όποιος θα μπορούσε να εμποδίσει ένα έγκλημα χωρίς κίνδυνο γι' αυτόν ή για τρίτους όσον αφορά στη σωματική τους ακεραιότητα και απείχε εθελούσια από το να πράξει αυτό.

Σύμφωνα με το άρθρο 223-7, όποιος απέχει εθελούσια από το να λάβει ή να προκαλέσει τη λήψη μέτρων που θα επιτρέπουν χωρίς κίνδυνο γι' αυτόν ή για τρίτους να πολεμήσει οτιδήποτε μπορεί να δημιουργήσει κίνδυνο ως προς την ασφάλεια της ζωής των ανθρώπων, τιμωρείται με δύο έτη φυλάκισης και 30.000 ευρώ πρόστιμο. (Le service publique de la diffusion du droit. Ambassade de France en Grèce 2005).

Στη Γαλλία, μέχρι πρόσφατα, τόσο η Ενεργητική, όσο και ο Παθητική Ευθανασία απαγορεύοντο αυστηρά.

Στη Γαλλία, παρά τις μεγάλες πιέσεις από το 1980 για την εφαρμογή μίας πιο ελαστικής νομοθεσίας για την Ευθανασία, κυριαρχούσε ένα είδος συναίνεσης για να μην αλλάξει ο Ποινικός Κώδικας. Ο λόγος είναι ότι η Ευθανασία, προκαλεί πολυάριθμα ηθικά ερωτήματα, ενώ υφίσταται και ο κίνδυνος να γενικευθεί ως σύστημα για ορισμένες αδικημένες κατηγορίες ασθενών, όπως ηλικιωμένα και ανάπηρα άτομα. (Εφημερίδα «ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ» 1998).

Σε δημοσίευμα της εφημερίδας «ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ», στις 28/7/1998, αναφέρεται ότι στη Γαλλία μία νοσοκόμα η Κριστίν Μαλέβρ, σε Νοσοκομείο στα περίχωρα του Παρισιού, ομολόγησε στο Δικαστήριο ότι πραγματοποίησε ύστερα από αίτημα, είτε των ίδιων των ασθενών, είτε των συγγενών τους, είτε με δική της πρωτοβουλία 30 Ευθανασίες, μέσα σε διάστημα 18 μηνών.

Στο Δικαστήριο, εστάλη με την κατηγορία για «δολοφονίες από πρόθεση». Δικάστηκε, όμως αφέθηκε ελεύθερη υπό αυστηρή δικαστική επίβλεψη και νοσηλεύτηκε σε ψυχιατρική κλινική.

Στη δίκη, το περιβάλλον του Νοσοκομείου ισχυρίστηκε ότι δεν ήταν κατάλληλη για ένα τέτοιο επάγγελμα, γιατί ήταν υπερευαίσθητη και όχι αρκετά δυνατή για να αντέξει την αγωνία των ασθενών.

Από τις οικογένειες των θυμάτων εκφράστηκε συμπάθεια προς τη νοσοκόμα, η οποία συντόμευσε τη δοκιμασία των ασθενών, οδηγώντας τους με αξιοπρέπεια στο θάνατο.

Ο τότε Υφυπουργός Υγείας της Γαλλίας, Μπερνάρ Κουονέρ, στήριξε ηθικά τη νοσοκόμα, δηλώνοντας ότι «δεν πρέπει να παρασυρθούμε από βιαστική κρίση. Δεν θα πρέπει να αισθανθεί μόνη της η νοσοκόμα». (Φελουκατζή Η. 1998-Εφημερίδα ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ).

Η Ευθανασία είχε αναχθεί σε εθνικό ζήτημα στη Γαλλία, όταν ο 22χρονος Βινσέντ Ιμπέρ, ο οποίος είχε τραυματιστεί σοβαρότατα σε τροχαίο δυστύχημα, με συνέπεια να παραμείνει καθηλωμένος με πλήρη

ακινησία, τυφλός, άλλαλος και με συνεχείς πόνους, παρακάλεσε με επιστολή του τον Πρόεδρο Ζακ Σιράκ να του επιτραπεί να δώσει τέρμα στη ζωή του.

Η μητέρα του προσπάθησε να τον αποσυνδέσει από τα μηχανήματα που τον κρατούσαν στη ζωή, αλλά απέτυχε.

Τον Ιμπέρ, βοήθησε τελικώς να πεθάνει ο θεράπων ιατρός του, ο οποίος όμως ελλείπει τότε νομοθετικού πλαισίου το οποίο θα νομιμοποιούσε την ενέργειά του, ευρέθηκε ενώπιον της Δικαιοσύνης. (Φελουκατζή Η. 1998).

Μετά από μία έντονη δημόσια συζήτηση, που διήρκησε σχεδόν μία δεκαετία, το Γαλλικό Κοινοβούλιο υπερψήφισε τελικώς το νόμο, βάσει του οποίου επιτρέπεται σε ασθενείς που πάσχουν από ανίατα νοσήματα να θέσουν τέρμα στη ζωή τους και να μην υποβληθούν σε περαιτέρω θεραπεία.

Η Γερουσία υιοθέτησε το κείμενο που είχε ήδη εγκριθεί από την Κάτω Βουλή και το οποίο επιτρέπει στους ιατρούς να σταματήσουν την παροχή φαρμακευτικής αγωγής, όταν αυτό φαίνεται να είναι ατελέσφορο, δυσανάλογο ή δεν έχει άλλο αποτέλεσμα από το να διατηρεί κάποιον στη ζωή αποκλειστικά με τεχνητά μέσα.

Το νομοσχέδιο αναφέρει επιπλέον, ότι οι ασθενείς δικαιούνται να ζητήσουν από τους θεράποντες ιατρούς να σταματήσουν να τους χορηγούν φάρμακα, ακόμα και εάν αυτό θα τους οδηγήσει με βεβαιότητα στο θάνατο.

Οι ιατροί οφείλουν να υπακούουν στην επιθυμία του ασθενή, αφού όμως εξασφαλιστεί ότι οι ελπίδες επιβίωσης του τελευταίου είναι μηδενικές.

Οι συντάκτες του κειμένου, δήλωναν ότι ο επίμαχος νόμος, ο οποίος υποστηρίζετο από την Κυβέρνηση, την Αντιπολίτευση και από την Ρωμαιοκαθολική Εκκλησία, δεν «αντιγράφει» την εθελοντική

Ευθανασία που είναι νόμιμη στο Βέλγιο και στην Ολλανδία αφού δεν επιτρέπει στον ιατρό να ενεργήσει αυτοβούλως. (Φελουκατζή Η. 1998).

Από το 2004 λοιπόν, στη Γαλλία με την ψήφιση νόμου, επιτρέπεται ο τερματισμός της ζωής ενός ασθενή από τον ίδιο υπό προϋποθέσεις εάν έχει συναίσθηση της κατάστασής του, ή από άλλο άτομο, εάν ο ασθενής έχει εκφράσει τέτοια επιθυμία σε περίπτωση που θα χάσει την επαφή του με το περιβάλλον. (Γκοτσίνας Γ. 2004).

Η Γαλλία, μετά την Ολλανδία, το Βέλγιο και την Ελβετία, γίνεται η 4<sup>η</sup> Ευρωπαϊκή χώρα που επιτρέπει σε ασθενείς με ανίατες ασθένειες και υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις, να θέτουν τέρμα στη ζωή τους.

Η Γαλλική αυτή νομοθετική πρωτοβουλία, γκρεμίζει έναν ηθικό φραγμό που για δεκαετίες προβλημάτιζε τη Γαλλική νομική κοινότητα και έχει ιδιαίτερη σημασία, καθώς υποδεικνύει και σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες τον δρόμο για την υιοθέτηση ενός ενιαίου νομικού πλαισίου για την Ευθανασία.

Λίγο πριν τη ψηφοφορία στο Γαλλικό Κοινοβούλιο, ο Υπουργός Υγείας της Γαλλίας, Φιλίπ Ντούστ-Μπλαζί, δήλωσε, ότι με το νόμο αυτό το τέλος της ζωής στη Γαλλία, αποκτά ένα άλλο πρόσωπο, θα είναι πλέον μία στιγμή επιλογής και όχι μία στιγμή υποταγής, συμπληρώνοντας ότι καλούνται να νομοθετήσουν για το σεβασμό της ζωής και την αποδοχή του θανάτου. (Γκοτσίνας Γ. 2004).

Ο νόμος αυτός αποτελεί προϊόν των εργασιών της Αρμόδιας Διακομματικής Επιτροπής, που από την 1<sup>η</sup> Οκτωβρίου 2003 συνέταξε το νομοθετικό κείμενο. Στο κείμενο αυτό, περιγράφονται με λεπτομέρεια οι περιπτώσεις στις οποίες επιτρέπεται ένας ασθενής να δώσει τέλος στη ζωή του.

Επίσης, προβλέπεται και ευνοϊκότερο νομικό πλαίσιο για τους χειρισμούς των ιατρών, που βάσει της προηγούμενης υπάρχουσας

νομοθεσίας, συχνά κατηγορούντο για ανθρωποκτονία σε τέτοιες περιπτώσεις.

Ο Πρόεδρος της αρμόδιας Κοινοβουλευτικής Επιτροπής, Ζαν Λεονετί, δήλωσε ότι, ο νόμος αυτός ανταποκρίνεται σε μία ισορροπία μεταξύ του σεβασμού της ανθρώπινης ζωής και του σεβασμού της ελευθερίας του ατόμου. (Γκοσίνας Γ.2004).

Στη Γαλλία υπάρχουν επίσης, ειδικά κέντρα φροντίδας ασθενών, που οδεύουν προς το θάνατο, όταν έχει χαθεί κάθε ελπίδα.

Οι φροντίδες που παρέχουν, συνίστανται σε ψυχολογική υποστήριξη και περιποίηση των ασθενών με συντροφιά και συνοδεία μέχρι το θάνατο. (Φελουκατζή Η. 1998).

### **9.8. Δανία.**

Στη Δανία νομιμοποιούνται οι διαδικασίες, οι οποίες πρέπει να τηρηθούν επακριβώς, όπως η συμπλήρωση ερωτηματολογίων από τους ιατρούς, που έχουν σχέση με την κατάσταση του ασθενή και η υποβολή τους στον Ιατροδικαστή.

Υπάρχει ένα σώμα, η Ιατρική Δικαιοσύνη, η οποία αποφαινεται εάν πρέπει ή όχι, να επιβληθεί η Ευθανασία.

Υπάρχει, όμως, κάποια επιφύλαξη για την επιβολή της Ευθανασίας, παρ' όλο που τις πιο πολλές φορές, τα τελευταία έτη, η διαδικασία τηρείται εκ των υστέρων και έχει ως σκοπό την νομιμοποίηση της Ευθανασίας. (Δημόπουλος Β. 1997).

### 9.9. Σουηδία.

Στο Σουηδικό νόμο, η Ευθανασία είναι ένα έγκλημα (ανθρωποκτονία από αμελεία).

Όμως, το Δικαστήριο εξετάζει με λεπτομέρεια τις συνθήκες τελέσης ενός τέτοιου εγκλήματος και επιβάλλει ανάλογη ποινή, περισσότερο ή λιγότερο αυστηρή, με το σκεπτικό εάν το έγκλημα αυτό έγινε από λόγους οίκτου ή μετά από συναίνεση-συγκατάθεση του παθόντος.

Εκτιμά, δηλαδή, το Δικαστήριο την ποινική αξία και βαρύτητα του αδικήματος και ανάλογα τιμωρεί.

Ειδικότερα, ο Σουηδικός νόμος, στον Ποινικό Κώδικά του, στο κεφάλαιο 3 (Έγκλημα εναντίον της ζωής και της Υγείας), §1, αναφέρει ότι το άτομο που αφαιρεί τη ζωή από ένα άλλο άτομο, καταδικάζεται για φόνο με φυλάκιση 10 ετών.

Στη §2, αναφέρει ότι εάν ο δράστης καθοδηγηθεί στην πράξη του φόνου από άλλη αιτία, όπως από οίκτο, τότε η ποινή φυλάκισης είναι από 6-10 έτη. (Ministry of Justice, Stockholm, Sweden-Ambasaden Athen 2005).

Στη Σουηδία, δεν διατηρείται στη ζωή ένας εγκεφαλικά νεκρός ασθενής, επειδή πιστεύουν ότι με τον τρόπο αυτό του στερούν το δικαίωμα να πεθάνει ήρεμα και με αξιοπρέπεια και ταυτόχρονα δίνουν ψεύτικες ελπίδες στους συγγενείς. (Dennis J. Horan 1978).

### 9.10. Ιταλία.

Στον Ποινικό Κώδικα της Ιταλίας, υπάρχουν δύο άρθρα, που ορίζουν τις συμπεριφορές που μπορούν να υπαχθούν στον γενικό ορισμό της Ευθανασίας.

Αυτά είναι: το άρθρο 579 και το άρθρο 580.

Σύμφωνα με το άρθρο 579:

*«Όποιοσδήποτε προκαλεί το θάνατο ανθρώπου με την συναίνεση του ίδιου, τιμωρείται με ποινή φυλάκισης από 6-15 έτη».*

Η ίδια ποινή προβλέπεται για την παροχή βοήθειας σε αυτοκτονία, ήτοι, εάν δώσει κάποιος, σε έναν ασθενή ένα δηλητήριο που ο ασθενής στη συνέχεια παίρνει μόνος του, διαπράττει το αδίκημα της δολοφονίας του συναινούντα.

Το άρθρο 580, τιμωρεί όποιον παρακινεί προς αυτοκτονία, προβλέποντας ότι:

*«Όποιος ωθεί άλλους σε αυτοκτονία ή στηρίζει την πρόθεση αυτοκτονίας ή διευκολύνει με οποιονδήποτε τρόπο την εκτέλεσή της, τιμωρείται αν η αυτοκτονία λάβει χώρα, με ποινή από 5-12 έτη. Αν η αυτοκτονία δεν γίνει, αλλά από την απόπειρα αυτοκτονίας προέλθει σοβαρή ή πολύ σοβαρή σωματική βλάβη, τιμωρείται με ποινή φυλάκισης από 1-5 έτη».*

### **9.11. Ουρουγουάη.**

Σύμφωνα με το άρθρο 139 του Ποινικού κώδικα της χώρας αυτής η ανθρωποκτονία από οίκτο δεν αποτελεί κολάσιμη πράξη. (Γραφάκου Ο., Σπυράκη Χ., Στεφανοπούλου Κ. 2006).

Στην Ουρουγουάη θεωρείται καθήκον των ιατρών να απαλλάξουν τους συγγενείς από το βάρος της απόφασης.

Για τον λόγο αυτόν, 24 ώρες μετά από την πιστοποίηση εγκεφαλικού θανάτου, ο ιατρός αποσυνδέει τον αναπνευστήρα και ανακοινώνει στην οικογένεια του ασθενή ότι κατέληξε από καρδιακή ανακοπή. (Dennis J. Horan 1978).



### **9.12. Κολομβία.**

Στην Κολομβία, κυριαρχούσε για πολλά έτη η άποψη της διατήρησης του ασθενή στη ζωή με κάθε τρόπο.

Όμως, τώρα έχει αρχίσει να αλλάζει η στάση του ιατρικού κόσμου και της πολιτικής ηγεσίας της χώρας. (Dennis J. Horan 1978).

### **9.13. Ιαπωνία.**

Στην Ιαπωνία, η Ευθανασία απαγορεύετο και το 1995 το Ανώτατο Δικαστήριο, καταδίκασε ιατρό σε ποινή φυλάκισης δύο ετών, γιατί βοήθησε καρκινοπαθή, που είχε ελάχιστες ημέρες ζωής, να πεθάνει.

Σήμερα επιτρέπεται η Ευθανασία, όμως, κάτω από αυστηρές προϋποθέσεις. (Καίσαρης 1999).

### **9.14. Αυστραλία.**

Στην Αυστραλία υπό αυστηρές προϋποθέσεις, αναγνωρίστηκε μεν η Ευθανασία στις Βόρειες επαρχίες της, από τις 25/5/1995, η δε εφαρμογή του νόμου γίνεται από τον Ιούλιο του 1996.

Κάθε ασθενής, άνω των 18 ετών, μπορεί να αποφασίσει το θάνατό του, εφ' όσον είναι σε θέση, έχει δηλαδή νοητική και σωματική ικανότητα.

**Τα βασικά σημεία, προς τέλεση εθελοντικής Ευθανασίας στην Αυστραλία είναι τα εξής:**

α) Ο ιατρός που ειδικεύεται στη συγκεκριμένη ασθένεια πρέπει να έχει δώσει την έγκριση του.

β) Ένας ψυχολόγος πρέπει να δηλώσει ότι ο ασθενής είναι ψυχολογικά ισορροπημένος.

γ) Να μεσολαβήσει μία περίοδος εννέα ημερών χωρίς καμία ενέργεια.

δ) Γίνεται ένεση στον ασθενή, η οποία κατευθύνεται από έναν Η/Υ.

ε) Το πρόγραμμα στον Η/Υ κάνει μία σειρά ερωτήσεων στον ασθενή, ώστε να διασφαλίσει ότι ο ασθενής έχει «σώας τας φρένας».

στ) Με ένα «ναι» ή ένα «όχι» ο ασθενής δίνει την τελική εντολή.

ζ) Με την τελευταία απάντηση ο Η/Υ δίνει στον ασθενή μία μεγάλη δόση βαρβιτουρικών για ύπνωση.

η) Στο τελευταίο στάδιο, ο Η/Υ χορηγεί στον ασθενή, που ήδη κοιμάται, μία δόση ισχυρού μυοχαλαρωτικού, το οποίο σταματά σταδιακά τη λειτουργία της καρδιάς. (Καίσαρης 1999).

### **9.15. Καναδάς.**

Στον Καναδά, διώκονται ποινικώς οι ιατροί που προσφέρουν την βοήθεια τους σε ασθενείς που πάσχουν από ανίατες ασθένειες και επιθυμούν να θέσουν τέρμα στη ζωή τους.

Αν και πολλές υποθέσεις Ευθανασίας εκκρεμούν στα Δικαστήρια του Καναδά, το θέμα δεν έχει ρυθμιστεί νομοθετικά. (Καίσαρης 1999).

### 9.16. Φιλλανδία.

Στη Φιλλανδία, ο νόμος 39/1889 με τις τροποποιήσεις του έως το νόμο 650/2003 και ο Ποινικός Κώδικας της χώρας αυτής, κεφάλαιο 21 (Ανθρωποκτονία και σωματικές βλάβες 578/1995), §1, αναφέρει ότι ένα άτομο που σκοτώνει ένα άλλο, καταδικάζεται για δολοφονία σε φυλάκιση τουλάχιστον 8 ετών. Η απόπειρα δολοφονίας τιμωρείται.

Στη §2, (578/1995), αναφέρει ότι θεωρείται φόνος ένα έγκλημα, αν η δολοφονία είναι:

α) Από πρόθεση.

β) Διαπράττεται με ιδιαίτερα βίαιο ή σκληρό τρόπο.

γ) Διαπράττεται προκαλώντας σοβαρό κίνδυνο για το κοινό.

δ) Διαπράττεται με δολοφονία δημόσιου λειτουργού, που ευρίσκεται σε ώρα καθήκοντος για τη διατήρηση της ειρήνης ή της δημόσιας ασφάλειας ή σε επίσημη αποστολή και η παράβαση είναι συνολικά επιβαρυντική, ο δε παραβάτης καταδικάζεται για φόνο με ισόβια φυλάκιση. Η απόπειρα φόνου τιμωρείται.

Στη §3 (578/1995), αναφέρει για τη θανάτωση τα εξής:

Αν η δολοφονία διαπράττεται συνολικά υπό το πρίσμα εξαιρετικών συνθηκών και ιδιαίτερων κινήτρων του παραβάτη, πρέπει να θεωρείται ότι διαπράχτηκε κάτω από ελαφρυντικές καταστάσεις και ο παραβάτης πρέπει να καταδικάζεται σε φυλάκιση για θανάτωση για 4-10 έτη. Η απόπειρα για θανάτωση τιμωρείται. (Embassy of Finland, Athens 2005).

### **9.17. Ευρωπαϊκή Ένωση.**

Η θέση της Ευρωπαϊκής Ένωσης στο θέμα της Ευθανασίας είναι ότι η Commission δεν πρέπει να συμπεριλάβει στο άρθρο 2/Right to Life, τη συγκατάθεση κάποιου που θέλει να δώσει τέρμα στη ζωή του.

Εδώ υπάρχει διαφορά ανάμεσα στο να δώσει κάποιος χάρη θανατηφόρα σε ασθενείς που ο θάνατος τους είναι σίγουρος και στο να προκαλέσει, ή να βοηθήσει κάποιον να πεθάνει μετά από τις παρακλήσεις του. (Δημόπουλος 1997).

Στις 27/4/1991, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο έλαβε απόφαση, μετά από πρόταση του καθηγητή Leoh Schwartzenberg, να συμπεριληφθεί μεταξύ των φροντίδων για τους θνήσκοντες και το δικαίωμα της Ευθανασίας.

Το Συμβούλιο της Ευρώπης, (N<sup>ο</sup> 1418), τον Ιούνιο του 1999, καταδίκασε την ενέργεια να τίθεται τέλος στη ζωή ασθενών που δεν θεραπεύονται.

Το δικαίωμα της ζωής αναφέρεται στο άρθρο 2 του Ευρωπαϊκού Συντάγματος σχετικά με τα δικαιώματα του ανθρώπου και αναφέρει, ότι κανένας άνθρωπος δεν πρέπει να σκοτωθεί και επιπλέον η επιθυμία να πεθάνει, που έχει εκφραστεί από έναν ασθενή, δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί ποτέ ως δικαστική βάση, όταν σε αυτόν εφαρμοστεί Ευθανασία.

### **9.18 Νότια Αφρική**

Τρέχον νομοσχέδιο προωθεί την Ενεργητική Ευθανασία και ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία κατά τα Ολλανδικά πρότυπα. (Γραφάκου Ο., Σπυράκη Χ., Στεφανοπούλου Κ. 2006).

## 10. ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ.

Ο ορισμός της παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, το 1947, ανέφερε την υγεία, ως μία κατάσταση, πλήρους φυσικής, διανοητικής και κοινωνικής ευημερίας και όχι απλά μία κατάσταση που χαρακτηρίζεται από απουσία νόσου.

Ο ορισμός αυτός έχει επικριθεί ότι διευρύνει την έννοια της υγείας, ώστε να συμπεριλάβει όλα τα πολιτικά και κοινωνικά προβλήματα, συμπεριλαμβανομένης της παγκόσμιας ειρήνης, κάτω από ένα βιοιατρικό μοντέλο.

Υποστηρίζεται ότι εάν λάβουμε στα σοβαρά μία τέτοια άποψη, τότε δεν θα μπορούν να τεθούν όρια στα ποσά που πρέπει να διατεθούν για την υγεία.

Ο Dr. Nakazima, Γενικός Γραμματέας της Διεθνούς Οργάνωσης Υγείας, κατά το έτος 1989, εξέφρασε την άποψη ότι την υγεία, δεν πρέπει ποτέ να την βλέπουμε ως μία επιβάρυνση κόστους στην Οικονομία ενός Έθνους.

Αντιθέτως, η καλή υγεία είναι απαραίτητη για την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη.

Υποστήριξε επίσης, ότι πρέπει να αγωνισθούμε για τη βελτίωση της υγείας και της κοινωνικής ευημερίας των ηλικιωμένων.

Το δικαίωμα για μακροζωία είναι ένα βασικό ανθρώπινο δικαίωμα για κάθε άτομο.

Οι δαπάνες για την υγεία, αποσβαίνονται τελικά, σε σχέση με τα οφέλη που απορρέουν από αυτήν. Όσα πιο πολλά ξοδεύουν οι κοινωνίες τώρα για την υγεία, τόσο περισσότερους ανθρώπους θα σώσουν μακροπρόθεσμα. (Hastings Center Report 1989).

Υπάρχει όμως και η άλλη άποψη, η οποία, ισχυρίζεται, ότι υπάρχει ένα όριο στα χρηματικά ποσά που μπορούμε να ξοδέψουμε σαν κοινωνία για την ιατρική περίθαλψη και επομένως με το να διατηρούνται ορισμένοι βαριά ασθενείς στη ζωή, κάποιοι άλλοι αφήνονται να πεθάνουν.

Ο θάνατος κοστίζει λίγο στην κοινωνία, ενώ η ζωή κοστίζει όχι μόνο χρήμα, αλλά και την παραχώρηση πολύτιμων ιατρικών, νοσηλευτικών, κοινωνικών και εκπαιδευτικών υπηρεσιών. (Harbin R.1976).

Οι στρατηγικές του περιορισμού του κόστους της υγείας, ανεξάρτητα από το πόσο αναγκαίες είναι για τη συγκράτηση του συνεχώς ανερχόμενου ιατρικού κόστους, δεν αφήνουν κανένα συμμετέχοντα στο σύστημα της περίθαλψης ανεπηρέαστο, ούτε τα Νοσοκομεία, ούτε τα άλλα Ιδρύματα περίθαλψης, ούτε τους ιατρούς, ούτε τις νοσοκόμες, ούτε τους κοινωνικούς λειτουργούς, ούτε όλους τους άλλους εργαζόμενους στο χώρο της υγείας, αλλά ούτε τους ασθενείς και τις οικογένειες τους. (Hastings Center Report 1989).

Οι ιατρικές μέθοδοι υψηλής τεχνολογίας και ο αριθμός ασθενών που θα μπορούσαν να επωφεληθούν, πολλαπλασιάζονται πολύ πιο γρήγορα από ότι θα μπορούσε η κοινωνία να εφαρμόσει ή να αντέξει οικονομικά αυτές τις μεθόδους.

Οι εφαρμογές όλων των ιατρικών μεθόδων υψηλής τεχνολογίας απαιτούν εξειδικευμένο προσωπικό, είναι πολυδάπανες και έχουν αριθμητικούς και τοπικούς περιορισμούς, ακόμα και σε πλούσιες χώρες, όπως οι Η.Π.Α και η Σουηδία.

Το βασικό ηθικό ερώτημα που τίθεται είναι:

Πώς θα γίνεται η επιλογή των ασθενών για μηχανική υποστήριξη ζωής. Πώς θα επιλεγεί ποιος θα ζήσει και ποιος θα πεθάνει;

Ένα παράδειγμα ασθενή που είναι ταυτόχρονα συνδεδεμένος με έναν τεχνητό νεφρό, έναν αναπνευστήρα, μία μεμβράνη οξυγόνωσης και λαμβάνει επίσης καρδιαγγειακή και φαρμακολογική υποστήριξη, δημιουργεί ασάφεια για το χρόνο του θανάτου, διότι ο εγκεφαλικός θάνατος, δεν αποτελεί απόλυτο κριτήριο.

Ο συγκεκριμένος ασθενής όμως, δεν μπορεί να πεθάνει, ούτε από ουραιμία, ούτε από καρδιακή προσβολή, ούτε από αναπνευστική ανεπάρκεια, ή εγκεφαλική ανεπάρκεια. Πως τελικά θα όριζε κανείς τον θάνατο του;

Εδώ έχουμε ένα παράδειγμα της ιατρικής επιτυχίας, όπου μερικές φορές τα μηχανήματα και η πρόοδος της ιατρικής τεχνολογίας, παρατείνουν την επιθανάτια διαδικασία σ' ένα απάνθρωπο θέαμα που κανένας ισορροπημένος άνθρωπος δεν θα ήθελε να είναι ο συγκεκριμένος ασθενής-θύμα.

Τα μηχανήματα δεν είναι ζωντανά, άρα δεν πεθαίνουν ποτέ. Τίθεται λοιπόν το ερώτημα:

Πότε πρέπει να αποσύρει κανείς την τεχνητή υποστήριξη της ζωής;

Αυτό το ερώτημα σχετίζεται κατά τον (Kjellstrand C.1988), με τρεις αρχές:

- Της φιλανθρωπίας-φιλεσπλαχνίας,
- Της μη ζημίας και
- Της αυτονομίας.

Μερικά θελεμελιώδη ερωτήματα που τίθενται από πλευράς κυρίως Οικονομίας και πρέπει να απαντηθούν από τους αρμόδιους, είναι τα εξής :

-Ποιός ασθενής θα λάβει τις ιατρικές υπηρεσίες που από τη φύση τους είναι πεπερασμένες και ποιός όχι;

-Για πόσο χρονικό διάστημα θα τις λαμβάνει ο συγκεκριμένος ασθενής;

-Ποιός θα πληρώσει το οποιοδήποτε κόστος περίθαλψης που θα προκύψει;

-Πόσο θα πληρώσει και με ποιές παραμέτρους θα προκύψει αυτό το ποσό;

-Ποιός θα ζήσει και

-Ποιος θα αφεθεί τελικά να πεθάνει;

-Με ποια κριτήρια και

-Πότε;

Όλα αυτά και πολλά άλλα ερωτήματα, είναι θέματα που πρέπει να μελετηθούν στα πλαίσια μίας υγιούς Οικονομίας, αλλά και μίας υγιούς Κοινωνίας.



## 11. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.

### 11.1. Υποστηρικτές και μη υποστηρικτές της Ευθανασίας.

#### 11.1.1. Οι υποστηρικτές της Ευθανασίας.

Οι Υποστηρικτές της εκούσιας Ευθανασίας, ισχυρίζονται ότι ο άνθρωπος έχει το δικαίωμα να ελέγχει το πεπρωμένο του και να μπορεί να πεθάνει με αξιοπρέπεια.

Έχουν διατυπωθεί τέσσερα επιχειρήματα υπέρ της Εκούσιας Ευθανασίας:

- α) Τα άτομα έχουν το δικαίωμα να αποφασίζουν για το θάνατο τους.
- β) Η ιατρική τεχνολογία έχει υπερσκελήσει την ηθικότητα της κοινωνίας, σφετεριζόμενη με τον τρόπο αυτό, το δικαίωμα του ατόμου να επιλέξει το θάνατό του.
- γ) Η Ευθανασία είναι μία πράξη συμπόνιας, για να λήξει είτε η διανοητική εκφύλιση, είτε η φυσική εκφύλιση, είτε ο παρατεταμένος πόνος και η εξάρτηση των ετοιμοθάνατων ασθενών.
- δ) Η απαγόρευση της Ευθανασίας συνεπάγεται, ότι κάθε ζωή ανεξάρτητα από τη ποιότητα της είναι υποχρεωτικό να τη ζεί κανείς. Όμως, η μόνη ζωή που αξίζει να ζεί κανείς, είναι η καλή ζωή.
- ε) Οι ασθενείς θα πρέπει να μπορούν να ζητήσουν να πεθάνουν με Ευθανασία εάν επέλθει σε αυτούς, μη αναστρέψιμη εγκεφαλική βλάβη. (D'Orsay, D. Bryant 1986).

Οι υποστηρικτές της Ευθανασίας χρησιμοποιούν πολλές φορές λέξεις, οι οποίες απανθρωπίζουν τους ετοιμοθάνατους ασθενείς όπως: «απελπισμένος», «φυτό», «ζωντανή μούμια», «ζωντανό πτώμα» και άλλες. (D' Orsay, D. Bryant 1986).

Υπάρχουν πολλοί υποστηρικτές της Ενεργητικής Ευθανασίας από την εποχή του Πλάτωνα μέχρι και σήμερα.

Ο Τζόζεφ Φλέτσερ, πίεσε για τη νομιμοποίηση της, με βάση το γεγονός ότι:

**α)** Το να υποφέρει κάποιος είναι άσκοπο, ανήθικο και υποβαθμισμένο.

**β)** Η ανθρώπινη προσωπικότητα έχει μεγαλύτερη αξία από αυτή καθ' αυτή τη ζωή και

**γ)** Η φράση, «ευλογημένοι όσοι δείχνουν έλεος, γιατί θα πάρουν έλεος» είναι τόσο σημαντική, όσο και το «ου φονεύσεις». (Zimring G. Joseph 1982).

Το 1642, στο «Religio Medici», ο Sir Thomas Browne έγραψε: «Δεν φοβάμαι το θάνατο, αλλά ντρέπομαι γι' αυτόν. Είναι αυτή ακριβώς η ντροπή και η καταισχύνη της φύσης μας, που σε μία στιγμή μπορούν να μας παραμορφώσουν τόσο, ώστε οι στενοί συγγενείς μας και φίλοι μας να στέκουν φοβισμένοι και να ξαφνιάζονται κοιτάζοντας μας». (D' Orsay D. Bryant 1986).

Οι υποστηρικτές της Ευθανασίας ισχυρίζονται ότι εάν ο άνθρωπος δεν έχει το δικαίωμα να τερματίσει τη ζωή του και μόνο ο Θεός μπορεί να τερματίσει μία ζωή, τότε όλη η επιστήμη της ιατρικής σφάλει, εφόσον ο κύριος σκοπός της ιατρικής είναι η παράταση της ζωής.

Επίσης, υποστηρίζουν ότι όλοι μας πρέπει να σεβόμαστε την επιθυμία του κάθε ατόμου να πεθάνει με γαλήνη και αξιοπρέπεια, όταν το φυσικό τέλος είναι αναπόφευκτο χωρίς ταλαιπωρίες, πόνους και εξευτελισμούς.

Το δικαίωμα του αξιοπρεπούς θανάτου είναι αναφαίρετο. (Δέγλερης Ν. 1988).

Άλλος ισχυρισμός για την εφαρμογή της Ευθανασίας που επισημαίνουν οι υποστηρικτές της, είναι η ανακούφιση του κοινωνικού και του οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενή.

Ο Moris Maeterling, Βέλγος νομπελίστας, λογοτέχνης (1862-1949), στο βιβλίο του «Ο θάνατος», γράφει: «Εύχομαι να έλθει σύντομα η ημέρα που ο ιατρός θα πάψει να θεωρεί καθήκον του να παρατείνει όσο το δυνατόν το χρόνο της απελπιστικής αγωνίας του μελοθάνατου. Να επαναστατήσει η επιστήμη κατά της πλάνης αυτής και να την θεωρούν οι άνθρωποι που θα έλθουν ως μία βάρβαρη πρόληψη που ευτυχώς πέρασε». (Ευαγγέλου Ι. 2001-Εφημερίδα «ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ» 2001).

Οι υποστηρικτές της Ευθανασίας επίσης, επισημαίνουν οικονομικά επιχειρήματα, ισχυριζόμενοι, ότι κάθε λογικά σκεπτόμενος άνθρωπος δεν θα προτιμήσει να διατηρείται στη ζωή ένα άτομο σε κατάσταση «φυτού» για πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα, όταν είναι στατιστικά και οικονομικά αποδεδειγμένο, ότι με τα ίδια χρήματα θα μπορούσε να οργανωθεί μία πλήρης ιατρική μονάδα, π.χ αντιφυματικού αγώνα, η οποία θα κάλυπτε τις ανάγκες ενός ολόκληρου διαμερίσματος μίας χώρας.

Η Διακήρυξη της Ανεξαρτησίας των Η.Π.Α., εγγυάται το δικαίωμα στη ζωή, στην ελευθερία και στην επιδίωξη της ευτυχίας, ορίζοντας ότι οι Κυβερνήσεις καθιδρύνονται για να εξασφαλίσουν όλα αυτά στους πολίτες τους.

Εάν λοιπόν κάποιος δεχτεί τα ανωτέρω, τότε συνεπάγεται ότι η ζωή του κάθε ανθρώπου, ανήκει μόνο στον ίδιο και έχει την ελευθερία να διαλέξει πώς θα ζήσει και πώς θα εξασφαλίσει την προσωπική του ευτυχία.

Είναι ελεύθερος μέσα σε μία ελεύθερη κοινωνία και δεν ανήκει σε κανένα, ούτε στο Κράτος ούτε στην Κοινωνία.

Η ηθική αναφέρεται στο τι πρέπει κανείς να κάνει και προϋποθέτει την ελεύθερη επιλογή του ανθρώπου.

Η δε κοινωνική ελευθερία, προϋποθέτει το δικαίωμα της επιλογής.

Χωρίς επιλογή δεν υπάρχει ελευθερία και ηθική.

Ο William E. Stephens (1986), ισχυρίζεται ότι ο θάνατος είναι μέρος της ζωής και όπως κάποιος έχει δικαίωμα να ζήσει, έχει δικαίωμα και να πεθάνει. Το να αντιτίθεται κανείς σε αυτό το δικαίωμα, παραβιάζει το δικαίωμα της ελεύθερης δράσης, με αποτέλεσμα να μειώνονται οι επιλογές του ατόμου.

Ενας ενήλικας μπορεί να κάνει κατάχρηση στα τσιγάρα, στο αλκοόλ, μπορεί να ασχοληθεί με επικίνδυνα σπορ, θέτοντας σε κίνδυνο τόσο τη ζωή του, όσο και τη ζωή αυτών που θα τον διασώσουν. Αυτές και πολλές άλλες παράλογες ενέργειες επιτρέπονται στις ελεύθερες κοινωνίες μας, ενώ εάν ένας ασθενής επιθυμεί την Ευθανασία του ευρισκόμενος κάτω από τραγικές συνθήκες, μη επιθυμώντας να εξαρτάται από άλλους, αυτό το δικαίωμα το αρνούνται αυτοί οι οποίοι παραβλέπουν τη θυσία των ανθρώπων στους πολέμους. (William E. Stephens 1986).

Η Hellen B. Tausing, πιέζοντας την πολιτεία του Μέριλαντ να ψηφίσει ένα νόμο για το δικαίωμα του θανάτου, είπε: «Πολλοί από εμάς δεν φοβόμαστε το θάνατο, φοβόμαστε να κρατηθούμε ζωντανοί, όταν η ίδια η ζωή έχει χάσει τη σημασία της και η κοινωνία δεν μας επιτρέπει να πεθάνουμε». (Zimring G. Joseph 1982).

Ένας από τους φανατικότερους υποστηρικτές της Ευθανασίας είναι ο Jack Kevoorkian. Συνταξιούχος ανατόμος, ο οποίος βοήθησε ανθρώπους να τερματίσουν τη ζωή τους.

Το 1987 έβαλε αγγελία σε εφημερίδα και τύπωσε επαγγελματικές κάρτες με λογότυπο: «Jack Kevorkian, Bioethics and Obiatiy...Special Death Counseling. By Apointment Only», «Τζάκ Κεβορκιάν, Βιοηθική και σύντομη νεκρολογία... Επαγγελματικός προσανατολισμός ειδικού θανάτου μόνο με προσδιορισμό».

Το 1989, ένα ιατρικό περιοδικό και ο τοπικός τύπος στο Detroit των Η.Π.Α., αρνήθηκαν να βάλουν αγγελίες του, δημιουργώντας έτσι θόρυβο γύρω από το όνομά του.

Μία γυναίκα με σκλήρυνση κατά πλάκας, ήταν η πρώτη που ζήτησε να πεθάνει με τη μηχανή θανάτου (Mercitron) του Kevorkian. Όμως, αυτός την απέρριψε ως ακατάλληλη για την πρώτη χρήση του Mercitron.

Τον Μάρτιο του 1990, σε εφημερίδα του Detroit εμφανίστηκε το κατωτέρω κείμενο: «Γίνονται δεκτές αιτήσεις. Βασανίζεστε από μία θανατηφόρα ασθένεια, σοβαρή αναπηρία, αναπηρική δυσμορφία; Γράψτε στο T.Θ 261 Royal Oak, Michigan, 48068-0261. Παρουσιάστε σοβαρά ιατρικά δεδομένα που σας υποχρεώνουν να πεθάνετε και ο Dr. Jack Kevorkian θα σας βοηθήσει να αυτοκτονήσετε χωρίς οικονομική επιβάρυνση σας».

Στις 4 Ιουνίου 1990, δοκίμασε για πρώτη φορά τη μηχανή θανάτου σε μία 54χρονη ασθενή, που ήταν από το Όρεγκον.

Όταν ερωτήθηκε ο Kevorkian για την ιατρική του σταδιοδρομία, είπε ότι δεν τα πήγαινε πολύ καλά, γιατί θεωρούσαν οι άλλοι τις μεθόδους του ριζοσπαστικές.

Η επαγγελματική του εμπειρία ήταν στην ανατομία, δηλαδή σε νεκρά σώματα.

Μόνο όταν υπηρέτησε τη στρατιωτική του θητεία είχε εμπειρία σε ζώντες ασθενείς.

Δεν είχε καμία εκπαίδευση στη διάγνωση και θεραπεία της κατάθλιψης ή σε θέματα παθολογίας, γηριατρικής, ψυχιατρικής ή νευρολογίας.

Δεν εξάσκησε ιατρική ως αγροτικός ιατρός.

Υπάρχουν αντιφατικά στοιχεία για τον τρόπο με τον οποίο έφυγε από τη θέση του, από το Γενικό Νοσοκομείο του Pontiac και δεν τα πήγε καλά ούτε στο Γενικό Νοσοκομείο του Wyandotte, όπου δούλεψε για πέντε μήνες συγκρουόμενος με τους άλλους ιατρούς.

Το 1970, άλλαξε ακόμα τέσσερα Νοσοκομεία και στη συνέχεια πήρε άδεια για 2,5 έτη.

Αποκαλεί τον εαυτό του συνταξιούχο ανατόμο, αλλά ποτέ δεν δούλεψε επί σειρά ετών.

Στην πραγματικότητα δεν έχει άδεια άσκησης επαγγέλματος, αφού το 1991 ανακλήθηκε η άδειά του στο Michigan και το 1993 στην California.

Σύμφωνα δε με την Εισαγγελία της California, ο Kevorkian είναι ακατάλληλος για την εξάσκηση της Ιατρικής.

Ισχυρίζεται ότι ο απώτερος στόχος του δεν είναι απλώς να βοηθήσει να αυτοκτονήσουν όσα άτομα υποφέρουν, αλλά αυτό που τον ικανοποιεί περισσότερο είναι η προοπτική της διεξαγωγής πολύτιμων πειραμάτων και άλλων ιατρικών πράξεων.

Εχει περιγράψει μία διαδικασία κατά την οποία τα «υποκείμενα», στα οποία συμπεριλαμβάνονται νεογνά, παιδιά και διανοητικά καθυστερημένοι θα χρησιμοποιούνται για πειράματα κάθε είδους ή πολυπλοκότητας. Νεογνά, παιδιά και άλλα άτομα ανίκανα να δώσουν άμεση συγκατάθεση είναι ανάμεσα στους πιθανούς υποψηφίους για Ευθανασία.

Ο ίδιος αποκαλεί την διαδικασία, «αυτοκτονία κατά προσέγγιση».

Έχει εκφράσει την επιθυμία του να παραστεί σε θανάτους 20χρονων ή 30χρονων που δεν είναι ασθενείς, αλλά «απλά δεν θέλουν να ζήσουν άλλο».

Θα ήθελε να δημιουργήσει «οίκους θανάτου», όπου ακόμα και ένας 18χρονος θα μπορεί εκεί να πεθάνει.

Πρότεινε επίσης και δημοπρασία για τα διαθέσιμα όργανα που θα λαμβάνονται από τα υποκείμενα. Τμήμα των χρημάτων της δημοπρασίας, κατ'αυτόν, θα πηγαίνει στους συγγενείς, των οποίων τα οικονομικά θα διευκολύνονται και θα προάγεται το βιοτικό τους επίπεδο.

Από τους 25 ασθενείς του Kevorkian που πέθαναν από τον Ιούνιο του 1990 έως τον Αύγουστο του 1995, οι δύο πέθαναν με θανατηφόρα ενδοφλέβια δόση φαρμάκου, οι δε υπόλοιποι 23, με εισπνοή μονοξειδίου του άνθρακα.

Ο Kevorkian και ο Δικηγόρος, του αποκαλούν τη μηχανή θανάτου, «Μηχανή που σκοτώνει», «Μηχανή αυτοεκτέλεσης», «Μηχανή ελέους», «Θάνατρο», ή «Μέρσιτρο». (International Anti-Euthanasia Task Force 1995).

Ετοιμοθάνατος, όπως ορίζεται στις περισσότερες προτάσεις που νομιμοποιούν την Ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία, εννοείται ο άνθρωπος με αναμενόμενο υπόλοιπο χρόνο ζωής 6 μηνών ή λιγότερο. Όμως, η πλειοψηφία των ασθενών του Kevorkian δεν εμπίπτει σ' αυτή την κατηγορία.

Σύμφωνα με τον Kevorkian, ο θάνατος των ασθενών και των ανικάνων ατόμων θα ήταν ευεργετικός για την κοινωνία.

Ο John Pridonoff, πρώην διευθυντής της Hemlock Society USA, υποστήριξε δημόσια τις προσπάθειες του Kevorkian, με σκοπό το ξεκίνημα εκστρατείας στο Michigan, για την νομιμοποίηση της Ευθανασίας και της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. (International Anti-Euthanasia Task Force 1995).

Ο Sidney Rosoff, διευθυντής της Hemlock Society USA, και πρώην πρόεδρος της Οργάνωσης, «Για το δικαίωμα να πεθάνεις», είπε ότι «Ο Dr. Kevorkian αξίζει τιμές, επειδή κάνει αυτό που δεν κάνουν οι άλλοι ιατροί, ή τουλάχιστον δεν κάνουν φανερά». (International Anti-Euthanasia Task Force 1995).

Πολλοί όμως άνθρωποι, αντιτίθενται στη λύση του Kevorkian, μεταξύ αυτών είναι ο Steven Miles, ιατρός, ο οποίος ισχυρίζεται, ότι ο Kevorkian λειτουργεί σαν ένας καθρέπτης του μίσους, προς την ανικανότητα και την ιδέα ότι τα σώματά μας πρέπει να είναι τέλεια. (International Anti-Euthanasia Task Force 1995).

Ο Ronald Seigel, πρόεδρος της «Δημοκρατικής Επιτροπής Αναπήρων» του Michigan, είπε ότι αν υπερισχύσουν οι απόψεις του Kevorkian θα είναι εποχή κυνηγιού των αναπήρων. (International Anti-Euthanasia Task Force 1995).

Σε οδηγό προς ιατρούς που έχουν σχέση με ασθενείς που πεθαίνουν, αναφέρει στο άρθρο του ο Alfred Jaretzki (1976), ότι η Παθητική Ευθανασία θα πρέπει να θεωρείται επιτρεπτή, ως συνυφασμένη με την ιδέα ότι επιτρέπεται στον ασθενή να πεθαίνει όσο το δυνατόν με πιο φυσικό τρόπο και με αξιοπρέπεια, όταν το τέλος είναι αναπόφευκτο. Επισημαίνει βέβαια, ότι αν η ιδέα της Παθητικής Ευθανασίας υποτεθεί ότι γίνεται δεκτή, ο ιατρός έρχεται αντιμέτωπος με το πολύ δύσκολο πρόβλημα να καθορίσει πότε η ελπίδα πρέπει να εγκαταλειφθεί και οι θεραπευτικές προσπάθειες πρέπει να σταματήσουν.

Στη Γαλλική εφημερίδα «France Soir» (12/1/1999), δημοσιεύτηκε διακήρυξη υπέρ του δικαιώματος του ατόμου για την επιλογή της ώρας του θανάτου του, με τίτλο, «Ο θάνατος μας, μας ανήκει».

Αυτή τη διακήρυξη, υπέγραψαν 100 διανοούμενοι της Γαλλίας, όπως ο κοινωνιολόγος Πιέρ Μπουρντιέ, ο πρώην υπουργός Ανρί



Καγιαβέ, ο Νομπελίστας Φυσικός Πιέρ-Ζήλ Ντέ Ζέν, η δημοσιογράφος Φρανσουάζ Ζιρού, ο καθηγητής βιολογίας Άλμπερτ Ζακάρ, ο αστροφυσικός Ιμπέρ Ρέβ και πολλοί άλλοι, που τονίζουν ότι θεωρούν την ελευθερία της επιλογής της ώρας του θανάτου τους, ως ένα από τα αναφαίρετα δικαιώματα του ατόμου, συμφυή προς τη διακήρυξη των δικαιωμάτων του ανθρώπου, διότι είναι απόλυτα δικαιολογημένο το δικαίωμα τούτο να παρέχεται σε ανίατους ασθενείς ή σε όσους υποφέρουν από αβάστακτους σωματικούς πόνους, που μόνο εκείνοι είναι σε θέση να κρίνουν πόσο αφόρητοι είναι. (Καίσαρης Π. 1999).

### **11.1.2. Οι μη υποστηρικτές της Ευθανασίας.**

Οι μη Υποστηρικτές της Εκούσιας Ευθανασίας ισχυρίζονται ότι η επιστήμη κάνει συνεχώς προόδους και νέες ανακαλύψεις. Ετσι ένας ασθενής ο οποίος πέθανε το 1938 από βακτηριδιακή λοίμωξη εάν υποθέσουμε ότι είχε τότε ζητήσει Ευθανασία, θα είχε διαφορετική γνώμη το 1939, που απομονώθηκε στην Οξφόρδη η ενεργός πενικιλίνη. (D' Orsay D. Bryant 1986).

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος της Ελλάδας, είναι αντίθετος σε οποιαδήποτε μορφή πρακτικής της Ευθανασίας και για οποιοδήποτε λόγο, υποστηρίζοντας ότι η πρακτική της Ευθανασίας οδηγεί τον ιατρό από εγγυητή και θεματοφύλακα της ανθρώπινης ζωής σε κριτή και δήμιο και πρεσβεύει ότι η παροχή βοήθειας σε κάποιον που πεθαίνει είναι καθήκον του ιατρού και δεν δέχεται τη «Διαθήκη θανάτου». (Αβραμίδης Α. 1995).

Η Debra Saunders, του «San Francisco Chronicle», παρατηρεί ότι ο ιατρός που αποδέχεται την Ευθανασία, υπάρχει κίνδυνος να δράξει την ευκαιρία της συλλογής ανθρωπίνων μελών και τον πλειστηριασμό

τους και με τον τρόπο αυτό, η κίνηση της Ευθανασίας μπορεί εύκολα να μετατραπεί σε μία εν ψυχρώ δολοφονική μηχανή. (International Anti-Euthanasia Task Force 1995).

«Ο Ευρωπαϊκός Οδηγός Ιατρικής Ηθικής», που ψηφίστηκε ομόφωνα από όλες τις χώρες της ΕΟΚ, στο σχετικό άρθρο για την Ευθανασία, χωρίς να αναφέρει πουθενά τη λέξη Ευθανασία, αλλά την έκφραση «βοήθεια στον ετοιμοθάνατο», τονίζει, ότι η ιατρική σε όλες τις περιστάσεις υπηρετεί το σεβασμό της ζωής, της αυτονομίας και της επιλογής του ασθενή. (Αβραμίδης Α. 1995).

Στο Άρθρο 12, του Ευρωπαϊκού Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, αναφέρεται, ότι ο ιατρός σε περίπτωση αθεράπευτης ασθένειας, περιορίζεται στην απάλυνση του πόνου, δίνοντας στον ασθενή κατάλληλες θεραπείες, εξασφαλίζοντάς του μία ποιότητα στη ζωή που σβήνει, διατηρώντας την αξιοπρέπεια του ασθενή. (Αβραμίδης Α. 1995).

Οι μη υποστηρικτές της Ευθανασίας ως δεοντολογικό επιχείρημα αναφέρουν το «φυλετικό κριτήριο» με την ευρεία έννοια. Αλίμονο στα κράτη που θα εφαρμόσουν την Ευθανασία μαζικής κλίμακας σε βάρος μειονεκτικών ομάδων του πληθυσμού, όπως σε ψυχικά πάσχοντες, σε διανοητικά καθυστερημένους ή σε σωματικά ανάπηρους.

Ένα ακόμα βασικό σημείο όπου εστιάζουν την άρνησή τους στην εφαρμογή της Ευθανασίας ή μη υποστηρικτές της, είναι ότι, η επίμονη απαίτηση του ασθενή για Ευθανασία είναι επισφαλής, γιατί αυτή η απαίτηση δεν είναι πάντοτε προϊόν υγιούς λογικής σκέψης και ελεύθερης απόφασης. Η ανίατη και επώδυνη ασθένεια μπορεί να επιδράσει στην πνευματική λειτουργία του ασθενή. Επομένως ο ασθενής αυτός δεν έχει τη διαύγεια της σκέψης και την ορθή κρίση την οποία είχε προτού ασθενήσει. Ο ιατρός σε μία τέτοια περίπτωση δεν υποχρεούται να συμμορφωθεί με την απαίτηση του ασθενή αλλά με την επιταγή της ζωής. (Αβραμίδης Α. 1996).

Η Διεθνής Ομάδα ενάντια στην Ευθανασία, (International Anti Euthanasia Task Force), που εδρεύει στο Οχάιο των Η.Π.Α., δίνει οδηγίες σ' αυτούς που υπογράφουν το κείμενο προστασίας ιατρικών αποφάσεων. (Protective Medical Decisions Document).

Αυτό το κείμενο είναι απλό και δεν αποτελεί διαθήκη. Καθορίζει κάποιον εκπρόσωπο, τον οποίο ο ενδιαφερόμενος, γνωρίζει και εμπιστεύεται, ώστε να παίρνει αποφάσεις σε ιατρικές πράξεις στην περίπτωση που ο υπογράφων το κείμενο, δεν θα μπορεί να πάρει αποφάσεις ο ίδιος. Αυτό το κείμενο προστατεύει τους εκπροσώπους που δρουν σύμφωνα με τις οδηγίες αλλά, όχι κάθε ιατρό ή νοσοκόμο που μπορεί να δρα κακόπιστα ή με αμέλεια.

Το κείμενο προστασίας των ιατρικών αποφάσεων, δεν δίνει το δικαίωμα στον εκπρόσωπο να επιχειρήσει ή να ζητήσει τον άμεσο τερματισμό της ζωής του ασθενή. Δεν επιτρέπει να κάνει θανατηφόρα ένεση ή να στερήσει την τροφή ή το νερό από τον ασθενή.

Το κείμενο εκδίδεται σε τρία αντίγραφα, το ένα το έχει ο εκπρόσωπος, το δεύτερο ένας αναπληρωτής του, το τρίτο, με την πρωτότυπη υπογραφή του ασθενή, ο ιατρός ή το Νοσοκομείο.

Το κείμενο αυτό θα πρέπει να αναθεωρείται τακτικά και στις περιπτώσεις που θα αλλάξει, πρέπει να ειδοποιούνται όλοι όσοι έχουν αντίγραφο του.

Την 1/12/1991, τέθηκε σε ισχύ στις Η.Π.Α., ο Ομοσπονδιακός Νόμος του 1990, περί «Αυτοδιάθεσης», (PSDA=Patient Self-Determination Act.of 1990).

Ο νόμος αυτός υποχρεώνει τα Νοσοκομεία, τις Κλινικές και τα Άσυλα, να παρέχουν πληροφορίες σχετικές με τις διαθήκες, το νομικό καθεστώς των Νοσοκομείων κ.λ.π.

Η Διεθνής Ομάδα εναντία στην Ευθανασία, από την αρχή, τόνισε τα κλινικά, νομικά, οικονομικά και ηθικά προβλήματα του νόμου. (International Anti-Euthanasia Task Force 1992).

Πολλοί μη υποστηρικτές της Ευθανασίας ισχυρίζονται ότι δεν υπάρχει απόλυτα αποδεκτή μεθοδολογία πιστοποίησης του εγκεφαλικού θανάτου.

Το γεγονός της ύπαρξης πολλών και διαφορετικών αποδεκτών κριτηρίων για τον εγκεφαλικό θάνατο από χώρα σε χώρα, δημιουργεί ηθικούς ενδοιασμούς στον ιατρό που πρέπει να αποφασίσει για την αποσύνδεση ή όχι κάποιου βαριά ασθενή.

Επίσης, οι συγγενείς αντιτίθενται στη διακοπή της μηχανικής υποστήριξης του ασθενή, με το σκεπτικό, ότι αφού αναπνέει, δεν έχει πεθάνει και διατηρούν μέχρι το τέλος τις ελπίδες τους για ένα θαύμα που θα σώσει τον αγαπημένο τους άνθρωπο. (International Anti-Euthanasia Task Force 1992).

Εκτός από ηθικούς και φιλοσοφικούς προβληματισμούς, υπάρχουν και κάποια πρακτικά ζητήματα, που σχετίζονται με την περίπτωση που ο εγκεφαλικά νεκρός ασθενής είναι έγκυος γυναίκα, που είναι σημαντικό να τη διατηρήσουμε στη ζωή, προκειμένου να πάρουμε το κύημα, διότι έχει διαπιστωθεί ότι το κύημα μπορεί να επιβιώσει στη μήτρα εγκεφαλικά νεκρής ασθενούς που είναι υπό μηχανική υποστήριξη.

Αυτή η περίπτωση, δημιουργεί έναν πρόσθετο προβληματισμό για το πώς μπορεί να θεωρηθεί νεκρός ένας άνθρωπος που μπορεί να δώσει με τη διαδικασία της γέννησης μία καινούργια ζωή. (International Anti-Euthanasia Task Force 1992 ).

Επίσης, οι μη υποστηρικτές της Ευθανασίας, ισχυρίζονται ότι συμβαίνει ενίοτε ασθενείς που πάσχουν από θανατηφόρες ασθένειες να

αναρρώνουν ως εκ «θαύματος». Τέτοιες περιπτώσεις αναφέρονται και στην Καινή Διαθήκη.

Για τους μη υποστηρικτές της Ευθανασίας, η ζωή είναι πολύτιμη και μόνο ο Θεός μπορεί να αποφασίσει πότε πρέπει να επέλθει ο θάνατος.

## 12. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.

Μετά από όλη την ανωτέρω εκτενή παρουσίαση και μελέτη τόσο σε Ελληνικό, όσο και σε Διεθνές επίπεδο, σχετικά με την εφαρμογή ή μη της Ευθανασίας στον άνθρωπο, το θέμα παραμένει λεπτό και αμφιλεγόμενο.

Όμως, διαπιστώνεται, ότι δειλά, δειλά, το ένα κράτος μετά το άλλο, όπως η Ολλανδία, το Βέλγιο, η Ελβετία, η Γαλλία, η Αυστραλία, η Ιαπωνία, και η Πολιτεία του Όρεγκον στις Η.Π.Α., με την υποχρεωτική τήρηση ορισμένων προϋποθέσεων, αρχίζουν να ψηφίζουν νόμους υπέρ της εφαρμογής της Ευθανασίας.

Για τον λόγο αυτό πρέπει και το Ελληνικό Κράτος να επανεξετάσει το θέμα «Ευθανασία» και να νομοθετήσει σχετικά.

### 13. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.

Μετά την προηγηθείσα λεπτομερή καταγραφή των τοποθετήσεων, της Κοινωνίας, της Ιατρικής και Νομικής κοινότητας καθώς και των διαφόρων Θρησκειών, όσον αφορά το θέμα της εφαρμογής της Ευθανασίας στον άνθρωπο, γίνεται αντιληπτό, ότι όλο και περισσότερο το θέμα «Ευθανασία», γίνεται αποδεκτό υπό προϋποθέσεις από τις κοινωνίες.

Τόσο η Ιατρική, όσο και η Νομική κοινότητα προβληματίζονται έντονα και τείνουν προς την αποδοχή της εφαρμογής της Ευθανασίας, πάντοτε όμως με την αυστηρή τήρηση προϋποθέσεων.

Σήμερα διαπιστώνεται Διεθνώς, μία κάμψη του αρχικού αρνητικού κλήματος και διαφαίνεται η πρόθεση όλο και περισσότερων κοινωνιών, για σύμπλευση υπό όρους και προϋποθέσεις με τα Κράτη της Ευρώπης, όπου ήδη έχουν υιοθετήσει την εφαρμογή της Ευθανασίας.

Προτείνεται και στην Ελλάδα, να γίνει μία προσπάθεια, από νομικούς και ιατρικούς κύκλους, αναθεώρησης της ισχύουσας νομοθεσίας και θέσπισης νέων νόμων που θα εναρμονίζονται με την πραγματικότητα.

Οι νέοι αυτοί νόμοι να αντιμετωπίζουν το θέμα με ρεαλισμό, θεσπίζοντας παράλληλα την τήρηση αυστηρών προϋποθέσεων και όρων, ώστε να διασφαλίζεται όσο το δυνατόν καλύτερα η προστασία της ανθρώπινης ζωής αποφεύγοντας κάθε εκμετάλλευση του ανθρώπου.

Θα πρέπει οι νέοι αυτοί νόμοι, να προστατεύσουν την ανθρώπινη αξιοπρέπεια, να σεβαστούν την ελευθερία βούλησης του κάθε ενημερωμένου ασθενή και να σχηματισθούν σε τρόπο ώστε να είναι ανεξάρτητοι και ανεπηρέαστοι από πολιτικές επιρροές και πλειοψηφίες,

να αποτυπώνουν και να απεικονίζουν τη σαφή θέση που διατυπώνει η κοινωνία μας την συγκεκριμένη χρονική στιγμή.

Παράλληλα, με τη θέσπιση αυτών των νόμων, το Ελληνικό Κράτος, θα πρέπει να συστήσει ειδικές επιτροπές, αλλά και ειδικούς κρατικούς μηχανισμούς, που θα ασκούν πολύ αυστηρό έλεγχο για τη σωστή εφαρμογή και τήρηση των νόμων αυτών.

Αναλυτικότερα προτείνεται:

**1) Όσον αφορά την εφαρμογή της Ενεργητικής Ευθανασίας.**

Με την έννοια της εσκεμμένης ενέργειας για τον τερματισμό της ζωής κάποιου ατόμου,

***Αυτή θα πρέπει να θεωρείται, ως ενέργεια που συγκεντρώνει την αποδοκimasία της έννομης τάξης και του νομοθέτη.***

***Δεν προτείνεται λοιπόν η εφαρμογή της, με καμία από τις μορφές που αυτή εμφανίζεται, είτε δηλαδή την Εκούσια Ενεργητική Ευθανασία, είτε την Ακούσια Ενεργητική Ευθανασία, διότι όσο καλές και εάν είναι οι προϋποθέσεις που θα τεθούν από τον Νομοθέτη, οι οποίες θα πρέπει να τηρούνται για να εφαρμόζεται η Ενεργητική Ευθανασία, πάντοτε θα υπάρχει ο κίνδυνος να εκτελείται αυτή και σε περιπτώσεις ασθενών που δεν θα έπρεπε.***



Ειδικότερα:

α) Όσον αφορά την **Εκούσια Ενεργητική Ευθανασία**, μπορεί το άτομο που θα θελήσει να την εφαρμόσει να μην έχει φτάσει σ' αυτό το έσχατο σημείο, λόγω βαριάς ανίατης ασθένειας, με αφόρητους πόνους, αλλά λόγω ψυχολογικών προβλημάτων που έχει, όπως κατάθλιψη, απογοήτευση κ.λ.π. Στην περίπτωση αυτή ο τερματισμός της ζωής του ατόμου αυτού θα είναι μία λάθος ενέργεια.

Το άτομο αυτό έχει ανάγκη μίας άλλης μορφής ιατρικής περίθαλψης και όχι την ανάγκη της χορήγησης σ' αυτό, θανατηφόρας ουσίας την οποία θα λάβει μόνο του για να τερματίσει τη ζωή του.

β) Όσον αφορά την εφαρμογή της **Ακούσιας Ενεργητικής Ευθανασίας**, πάντοτε θα ελλοχεύει ο κίνδυνος της λάθος εκτίμησης της κατάστασης ενός ασθενή από το ιατρικό προσωπικό και της υστερόβουλης ενέργειας συγγενικού ή φιλικού προσώπου του ασθενή, εάν αυτό το πρόσωπο πρόκειται να ωφεληθεί οικονομικά ή με οιονδήποτε άλλο τρόπο, από τη θανάτωση του ασθενή με την εφαρμογή της Ακούσιας Ενεργητικής Ευθανασίας.

## 2) Όσον αφορά την εφαρμογή της Παθητικής Ευθανασίας.

α) Με την έννοια των παραλήψεων χρησιμοποίησης θεραπευτικών προσπαθειών.

**Θα πρέπει να θεωρείται ως απαράδεκτη ενέργεια**, διότι βάσει του όρκου που έχει δώσει κάθε ιατρός, αλλά και βάσει της ανθρωπιάς που πρέπει να διακρίνει όλους μας, ως προς τη συμπεριφορά μας προς

τους συνανθρώπους μας, δεν πρέπει ο ιατρός να παραλείψει εσκεμμένα τη χρησιμοποίηση θεραπευτικών προσπαθειών, εάν αυτές υπάρχουν και μπορούν να βοηθήσουν αποτελεσματικά έναν βαριά πάσχοντα συνάνθρωπο μας.

**β) Με την έννοια της απόσυρσης των θεραπευτικών προσπαθειών.**

***Προτείνεται να εφαρμόζεται αυτής της μορφής η Παθητική Ευθανασία***, όταν έχουν ήδη προσφερθεί στον ασθενή όλα τα μέχρι σήμερα γνωστά θεραπευτικά σχήματα, εκ μέρους των θεραπόντων ιατρών και εν τούτοις ο ασθενής:

-Είτε συνεχίζει να ευρίσκεται σε κατάσταση «φυτού», χωρίς καμία ελπίδα ανάκαμψης αυτής της κατάστασης και οριστικής θεραπείας του.

-Είτε ευρίσκεται στο τελευταίο στάδιο βαριάς ανίατης ασθένειας, χωρίς καμία ελπίδα θεραπείας ή ανακούφισης από τους αφόρητους πόνους, με τα μέσα που διαθέτει η σύγχρονη ιατρική επιστήμη και ο οποίος τη ζητά επίμονα.

-Είτε ευρίσκεται σε πολύ βαριά κατάσταση υποστηριζόμενος μηχανικά, χωρίς καμία ελπίδα ανάρρωσης.

Στην πρώτη και τρίτη περίπτωση ο θεράπων ιατρός και οι οικείοι του ασθενή, φέρνουν το βάρος της ευθύνης για τη λήψη της απόφασης για την εφαρμογή αυτής της μορφής της Παθητικής Ευθανασίας.

Θα πρέπει βέβαια πριν την εφαρμογή αυτής της Παθητικής Ευθανασίας, να συνεκτιμηθεί εάν ο ασθενής είχε εκφράσει μία τέτοια επιθυμία πριν περιέλθει στην κατάσταση «φυτού» και φυσικά θα πρέπει ο θεράπων ιατρός να ακολουθήσει ορισμένους κανόνες και διαδικασίες που θα έχει θεσπίσει το Ελληνικό Κράτος για την εφαρμογή αυτής της μορφής της Παθητικής Ευθανασίας.

Στην δεύτερη περίπτωση, το βάρος της ευθύνης φέρνει ο ίδιος ο ασθενής, του οποίου η επιθυμία για απόσυρση των θεραπευτικών προσπαθειών, θα πρέπει να γίνει σεβαστή από τους θεράποντες ιατρούς.

**Οι κανόνες που ο θεράπων ιατρός θα πρέπει να ακολουθήσει προτείνεται να είναι οι εξής:**

- 1) Ο ασθενής θα πρέπει να ευρίσκεται στο τελικό στάδιο ανίατης ασθένειας και να υποφέρει από αβάστακτους σωματικούς πόνους, ή να είναι σε μακροχρόνια κατάσταση «φυτού», χωρίς καμία προοπτική βελτίωσης.
- 2) Ο θεράπων ιατρός θα πρέπει να ενημερώνει συνεχώς για την πορεία της υγείας του, τον ασθενή, εάν αυτός είναι σε θέση να επικοινωνεί με τον ιατρό του και να καταλήγουν από κοινού στο συμπέρασμα, ότι δεν υπάρχει άλλη λογική λύση.
- 3) Θα πρέπει να έχουν εξαντληθεί όλες οι δυνατές εναλλακτικές λύσεις ιατρικής περίθαλψης.
- 4) Το αίτημα της εφαρμογής, της Παθητικής Ευθανασίας με την απόσυρση των θεραπευτικών προσπαθειών, θα πρέπει να έχει εκφράσει ο ασθενής οικιοθελώς προφορικά ή γραπτά.
- 5) Η απόφαση της σοβαρότητας της κατάστασης ενός ασθενή, εξ αιτίας της οποίας θα μπορούσε να εφαρμοσθεί Παθητική Ευθανασία με απόσυρση των θεραπευτικών προσπαθειών, δεν θα πρέπει να εκτιμάται μόνο από έναν ιατρό. Θα πρέπει να ζητείται η εξέταση του ασθενή και από άλλους ιατρούς, εκτός του θεράποντος ιατρού και προτείνεται αυτοί να είναι ένας παθολόγος και ένας ψυχίατρος.

- 6) Θα πρέπει να δίνεται αρκετός χρόνος για να σκεφτεί καλά ο ασθενής την απόφασή του αυτή, εάν είναι φυσικά σε θέση να σκέφτεται και να λαμβάνει αποφάσεις.
- 7) Μόνο ο θεράπων ιατρός του ασθενή θα πρέπει να είναι αυτός, ο οποίος θα μπορεί να εφαρμόσει Παθητική Ευθανασία με απόσυρση των θεραπευτικών προσπαθειών, στον ασθενή του, τηρώντας όμως πάντοτε τους κανονισμούς και τους σχετικούς με την Ευθανασία νόμους τους οποίους θα έχει θεσπίσει το Ελληνικό Κράτος.

Το Ελληνικό Κράτος, θα πρέπει να ορίσει Ειδικές Επιτροπές, ανά Νομαρχία, ή ανά Περιφέρεια, για τον έλεγχο της τήρησης των νόμων και των ανωτέρω ή και άλλων κριτηρίων που θα έχουν θεσπισθεί για την Ευθανασία, να εδρεύουν δε, εντός των Νομαρχιακών Νοσοκομείων της έδρας του κάθε Νομού.

Η ανώτατη Αρχή του Κράτους που θα εποπτεύει τις ειδικές κρατικές υπηρεσίες ανά Νομαρχία, θα πρέπει να είναι το Υπουργείο Υγείας.

Η σύνθεση των ειδικών αυτών επιτροπών, θα πρέπει να αποτελείται από εκπροσώπους της Ιατρικής, της Δικαστικής και της Νομικής κοινότητας του κάθε Νομού, καθώς και της κοινωνίας, (ένα είδος συμβουλίου), που θα επιλέγονται από το σύνολο των ενηλίκων πολιτών του κάθε Νομού με τυχαία κλήρωση, σε τρόπο ώστε να είναι το δείγμα των εκπροσώπων της κοινωνίας όσο γίνεται περισσότερο αντιπροσωπευτικό.

Όσον αφορά τους εκπροσώπους της Ιατρικής και της Νομικής κοινότητας, η επιλογή τους θα πρέπει να γίνεται με κλήρωση μέσα από το σύνολο των εγγεγραμμένων μελών στα Μητρώα των Ιατρικών και Νομικών Σωμάτων του κάθε Νομού, ώστε να υπάρχει αμεροληψία και αντιπροσωπευτικότητα.

Ο θεράπων ιατρός, ο οποίος θα εφαρμόσει Παθητική Ευθανασία με απόσυρση των θεραπευτικών προσπαθειών, θα πρέπει αφού πρώτα τηρήσει όλα τα κριτήρια, τα προβλεπόμενα από τους σχετικούς νόμους που θα έχει ορίσει το Ελληνικό Κράτος, να συντάσσει μία αναφορά, την οποία θα απευθύνει προς τις ειδικές προς τούτο κρατικές υπηρεσίες ανά Νομαρχία.

Εάν οι αρμόδιες κρατικές υπηρεσίες, διαπιστώσουν, ότι ο θεράπων ιατρός έπραξε νόμιμα, θα δίνουν την σύμφωνη γνώμη τους για τα περαιτέρω.

Εάν όμως διαπιστώσουν, ότι ο θεράπων ιατρός δεν έπραξε σύμφωνα με το νόμο, τότε θα παραπέμπουν τον ιατρό στα τοπικά Δικαστήρια για απόδοση ή μη ευθυνών.

Επειδή όμως σήμερα στην Ελλάδα δεν έχει θεσμοθετηθεί ακόμα νομοθετικά η εφαρμογή της Ευθανασίας και έως ότου θελήσει το Ελληνικό Κράτος να νομοθετήσει για το θέμα αυτό, είτε σύμφωνα με τις ανωτέρω προτάσεις, είτε με την υιοθέτηση άλλων συναφών κριτηρίων, είναι αναγκαίο να δοθεί απάντηση σε όλους εκείνους τους ιατρούς που αντιμετωπίζουν το πρόβλημα και ανά πάσα στιγμή ένεκα του υπάρχοντος κενού στην Ελληνική νομοθεσία, διατυπώνουν το ερώτημα: «Τι θα κάνω εγώ τώρα στην κλινική μου;».

Απάντηση στο ανωτέρω ερώτημα, θα δώσει η εφαρμογή της Νομοθεσίας και της Ιατρικής Δεοντολογίας, που έχουν θεσπισθεί και ισχύουν σήμερα για το θέμα αυτό.

Εάν όμως, παρά ταύτα, σε σπάνιες κρίσιμες περιπτώσεις δεν καλύπτεται ο προβληματισμός τους αυτός, στις περιπτώσεις αυτές, η απάντηση θα πρέπει να αναζητηθεί στην τακτική Ελληνική Δικαιοσύνη, προσφεύγοντας σε αυτήν, ο ίδιος ο ασθενής, οι οικείοι του, η ακόμα και ο ίδιος ο θεράπων ιατρός του, ακόμα και δια μέσου της Εισαγγελικής Αρχής, με διαδικασία ταχεία, όπως αυτή της «Εκούσιας Δικαιοδοσίας»,

όπου το Δικαστήριο με σαφήνεια και πληρότητα, θα κρίνει την περίπτωση του συγκεκριμένου ασθενή.

Θα την κρίνει αδέκαστα, με βάση τους ισχύοντες κανόνες Δικαίου, τα πραγματικά περιστατικά, τις απόψεις των ειδικών, την κοινωνική και ηθική τάξη και τον σεβασμό με τον οποίο η Δικαιοσύνη αντιμετωπίζει την ανθρώπινη ζωή και αξιοπρέπεια.

Η διαδικασία αυτή, είναι σημαντική, δεδομένου ότι, εκτός από τις διαπιστώσεις που θα κάνει το Δικαστήριο το ίδιο μπορεί να διατάξει κάθε μέτρο πρόσφορο για την εξακρίβωση των πραγματικών γεγονότων που συντελούν στην προστασία των ενδιαφερομένων ή της έννομης σχέσης ή του γενικότερου κοινωνικού συμφέροντος και η απόφαση που θα εκδοθεί θα έχει κύρος και θα περιέχει αυθεντική αδιαμφισβήτητη δικαστική κρίση.

Επειδή όμως, οι μέχρι σήμερα ισχύουσες διατάξεις του κεφαλαίου της Έκουσας Δικαιοδοσίας, του Κώδικα Πολιτικής Δικονομίας, δεν συμπεριλαμβάνουν και την επίλυση του προβλήματος της Ευθανασίας, δεν υπάρχει δηλαδή διάταξη στο κεφάλαιο της Έκουσας Δικαιοδοσίας που να αποφαινεται ότι τα τακτικά Πολιτικά Δικαστήρια θα επιλύουν το πρόβλημα με την εφαρμογή των συγκεκριμένων διατάξεων, αναγκαίο είναι ένεκα τούτου, να θεσπισθεί με ειδικό νομοθέτημα, η επίλυση του προβλήματος αυτού με την εκτεθείσα διαδικασία, συμπληρώνοντας με τον τρόπο αυτό τον Κώδικα Πολιτικής Δικονομίας στις συγκεκριμένες διατάξεις του, πράγμα που ήδη έχει συμβεί και στη ρύθμιση άλλων περιπτώσεων, όπως στην περίπτωση της τροποποίησης της παρ. 3 του άρθρου 740 του Κ.Πολ.Δικ. (Διαδικασία Έκουσας Δικαιοδοσίας), που συμπεριέλαβε ρυθμίσεις για την ακούσια νοσηλεία ασθενή (άρθρο 39 του Ν. 2447/1996).

## 14. ΠΕΡΙΛΗΨΗ.

### «Η προβληματική της Ευθανασίας»

«Ευθανασία είναι η μέθοδος προκλήσεως του θανάτου άνευ οδυνηρών συμπτωμάτων, προς συντόμευση της αγωνίας μίας λίαν οδυνηράς και μοιραίας εκβάσεως νόσου».

Κίνητρα για την εφαρμογή της Ευθανασίας, θεωρούνται ο οίκτος, η αγάπη και ο σεβασμός της αξιοπρέπειας του ανθρώπου.

Η έννοια της Ευθανασίας διακρίνεται σε δύο βασικές μορφές:

#### **A) Την Ενεργητική Ευθανασία.**

Που είναι η εσκεμμένη ενέργεια για τον τερματισμό της ζωής ενός ατόμου και διαχωρίζεται σε «Εκούσια» και σε «Ακούσια» και

#### **B) Την Παθητική Ευθανασία.**

Που είναι εκείνη, που πραγματοποιείται είτε :

- α) Με παραλείψεις χρησιμοποίησης θεραπευτικών προσπαθειών ή
- β) Με την απόσυρση των θεραπευτικών προσπαθειών.

**Σκοπός** αυτής της Διδακτορικής Διατριβής, είναι η μελέτη σε εθνικό και διεθνές επίπεδο, του σοβαρού θέματος της εφαρμογής ή μη της Ευθανασίας σε ανθρώπους, η ποινική αντιμετώπιση από την Ελληνική Ποινική Νομοθεσία και η κατάθεση ενός νέου προβληματισμού για τα Ελληνικά δεδομένα.

Η Ευθανασία είναι γνωστή από τα πολύ παλιά έτη.

Το πρόβλημα της Ευθανασίας είναι Ιατρικό, Κοινωνικό, Θεολογικό και Φιλοσοφικό.

Στην άσκηση της ιατρικής επιστήμης, πολλές φορές ο ιατρός, ευρίσκεται μπροστά στο δίλημμα, να διατηρήσει ένα άτομο στη ζωή που πάσχει από ανίατη επώδυνη ασθένεια ή είναι σε κατάσταση «φυτού» και χωρίς την υποστήριξη του από πλήθος μηχανημάτων δεν δύναται να ζήσει, ή να διακόψει μία επώδυνη ζωή χωρίς ελπίδα με Ευθανασία;.

Το έννομο αγαθό της ζωής προστατεύεται στο άρθρο 5 παρ. 2 του Ελληνικού Συντάγματος.

Στον Ελληνικό Ποινικό Κώδικα υπάρχουν πολλά άρθρα που αναφέρονται στην προστασία της ανθρώπινης ζωής.

Στην Ελλάδα, η νομοθεσία, απαγορεύει κάθε μορφή Ευθανασίας και εξουσιοδοτεί τον ιατρό να αποσυνδέσει τον ασθενή από τον αναπνευστήρα μόλις τεκμηριωθεί ο θάνατος.

Οι νομοθεσίες των περισσότερών κρατών δεν επιτρέπουν την εφαρμογή της Ευθανασίας, πλην των κρατών της Ολλανδίας, του Βελγίου, της Ελβετίας, της Γαλλίας, της Αυστραλίας, της Ιαπωνίας και της Πολιτείας του Όρεγκον των Η.Π.Α, που δέχονται την εφαρμογή της Ευθανασίας αφού όμως τηρηθούν ορισμένες προϋποθέσεις που έχουν θέσει.

Στην Ελλάδα, θα πρέπει να γίνει μία προσπάθεια, από νομικούς και ιατρικούς κύκλους, αναθεώρησης της ισχύουσας νομοθεσίας και θέσπισης νέων νόμων που θα εναρμονίζονται με την πραγματικότητα.

Οι νέοι αυτοί νόμοι να αντιμετωπίζουν το θέμα με ρεαλισμό, θεσπίζοντας παράλληλα την τήρηση αυστηρών προϋποθέσεων και όρων, ώστε να διασφαλίζεται όσο το δυνατόν καλύτερα η προστασία της ανθρώπινης ζωής αποφεύγοντας κάθε εκμετάλλευση του ανθρώπου.

Παράλληλα, με τη θέσπιση αυτών των νόμων, το Ελληνικό Κράτος, θα πρέπει να συστήσει ειδικές επιτροπές, αλλά και ειδικούς



κρατικούς μηχανισμούς, που θα ασκούν πολύ αυστηρό έλεγχο για τη σωστή εφαρμογή και τήρηση των νόμων αυτών.

Αναλυτικότερα προτείνεται:

**1) Όσον αφορά την εφαρμογή της Ενεργητικής Ευθανασίας.**

Με την έννοια της εσκεμμένης ενέργειας για τον τερματισμό της ζωής κάποιου ατόμου,

*Αυτή θα πρέπει να θεωρείται, ως ενέργεια που συγκεντρώνει την αποδοκιμασία της έννομης τάξης και του νομοθέτη.*

*Δεν προτείνεται λοιπόν η εφαρμογή της, με καμία από τις μορφές που αυτή εμφανίζεται, είτε δηλαδή την **Εκούσια Ενεργητική Ευθανασία**, είτε την **Ακούσια Ενεργητική Ευθανασία**, διότι όσο καλές και εάν είναι οι προϋποθέσεις που θα τεθούν από τον Νομοθέτη, οι οποίες θα πρέπει να τηρούνται για να εφαρμόζεται η Ενεργητική Ευθανασία, πάντοτε θα υπάρχει ο κίνδυνος να εκτελείται αυτή και σε περιπτώσεις ασθενών που δεν θα έπρεπε.*

Ειδικότερα:

**α)** Όσον αφορά την **Εκούσια Ενεργητική Ευθανασία**, μπορεί το άτομο που θα θελήσει να την εφαρμόσει να μην έχει φτάσει σ' αυτό το έσχατο σημείο, λόγω βαριάς ανίατης ασθένειας, με αφόρητους πόνους, αλλά λόγω ψυχολογικών προβλημάτων που έχει, όπως κατάθλιψη,

απογοήτευση κ.λ.π. Στην περίπτωση αυτή ο τερματισμός της ζωής του ατόμου αυτού θα είναι μία λάθος ενέργεια.

Το άτομο αυτό έχει ανάγκη μίας άλλης μορφής ιατρικής περίθαλψης και όχι την ανάγκη της χορήγησης σ' αυτό, θανατηφόρας ουσίας την οποία θα λάβει μόνο του για να τερματίσει τη ζωή του.

**β)** Όσον αφορά την εφαρμογή της **Ακούσιας Ενεργητικής Ευθανασίας**, πάντοτε θα ελλοχεύει ο κίνδυνος της λάθος εκτίμησης της κατάστασης ενός ασθενή από το ιατρικό προσωπικό και της υστερόβουλης ενέργειας συγγενικού ή φιλικού προσώπου του ασθενή, εάν αυτό το πρόσωπο πρόκειται να ωφεληθεί οικονομικά ή με οιονδήποτε άλλο τρόπο, από τη θανάτωση του ασθενή με την εφαρμογή της Ακούσιας Ενεργητικής Ευθανασίας.

## **2) Όσον αφορά την εφαρμογή της Παθητικής Ευθανασίας.**

**α) Με την έννοια των παραλήψεων χρησιμοποίησης θεραπευτικών προσπαθειών.**

**Θα πρέπει να θεωρείται ως απαράδεκτη ενέργεια**, διότι βάσει του όρκου που έχει δώσει κάθε ιατρός, αλλά και βάσει της ανθρωπιάς που πρέπει να διακρίνει όλους μας, ως προς τη συμπεριφορά μας προς τους συνανθρώπους μας, δεν πρέπει ο ιατρός να παραλείψει εσκεμμένα τη χρησιμοποίηση θεραπευτικών προσπαθειών, εάν αυτές υπάρχουν και μπορούν να βοηθήσουν αποτελεσματικά έναν βαριά πάσχοντα συνάνθρωπο μας.

β) Με την έννοια της απόσυρσης των θεραπευτικών προσπαθειών.

**Προτείνεται να εφαρμόζεται αυτής της μορφής η Παθητική Ευθανασία**, όταν έχουν ήδη προσφερθεί στον ασθενή όλα τα μέχρι σήμερα γνωστά θεραπευτικά σχήματα, εκ μέρους των θεράποντων ιατρών και εν τούτοις ο ασθενής:

-Είτε συνεχίζει να ευρίσκεται σε κατάσταση «φυτού», χωρίς καμία ελπίδα ανάκαμψης αυτής της κατάστασης και οριστικής θεραπείας του.

-Είτε ευρίσκεται στο τελευταίο στάδιο βαριάς ανίατης ασθένειας, χωρίς καμία ελπίδα θεραπείας ή ανακούφισης από τους αφόρητους πόνους, με τα μέσα που διαθέτει η σύγχρονη ιατρική επιστήμη και ο οποίος τη ζητά επίμονα.

-Είτε ευρίσκεται σε πολύ βαριά κατάσταση υποστηριζόμενος μηχανικά, χωρίς καμία ελπίδα ανάρρωσης.

Στην πρώτη και τρίτη περίπτωση ο θεράπων ιατρός και οι οικείοι του ασθενή, φέρνουν το βάρος της ευθύνης για τη λήψη της απόφασης για την εφαρμογή αυτής της μορφής της Παθητικής Ευθανασίας.

Θα πρέπει βέβαια πριν την εφαρμογή αυτής της Παθητικής Ευθανασίας, να συνεκτιμηθεί εάν ο ασθενής είχε εκφράσει μία τέτοια επιθυμία πριν περιέλθει στην κατάσταση «φυτού» και φυσικά θα πρέπει ο θεράπων ιατρός να ακολουθήσει ορισμένους κανόνες και διαδικασίες που θα έχει θεσπίσει το Ελληνικό Κράτος για την εφαρμογή αυτής της μορφής της Παθητικής Ευθανασίας.

Στην δεύτερη περίπτωση, το βάρος της ευθύνης φέρνει ο ίδιος ο ασθενής, του οποίου η επιθυμία για απόσυρση των θεραπευτικών προσπαθειών, θα πρέπει να γίνει σεβαστή από τους θεράποντες ιατρούς.

**Οι κανόνες που ο θεράπων ιατρός θα πρέπει να ακολουθήσει προτείνεται να είναι οι εξής:**

- 1) Ο ασθενής θα πρέπει να ευρίσκεται στο τελικό στάδιο ανίατης ασθένειας και να υποφέρει από αβάστακτους σωματικούς πόνους, ή να είναι σε μακροχρόνια κατάσταση «φυτού», χωρίς καμία προοπτική βελτίωσης.
- 2) Ο θεράπων ιατρός θα πρέπει να ενημερώνει συνεχώς για την πορεία της υγείας του, τον ασθενή, εάν αυτός είναι σε θέση να επικοινωνεί με τον ιατρό του και να καταλήγουν από κοινού στο συμπέρασμα, ότι δεν υπάρχει άλλη λογική λύση.
- 3) Θα πρέπει να έχουν εξαντληθεί όλες οι δυνατές εναλλακτικές λύσεις ιατρικής περίθαλψης.
- 4) Το αίτημα της εφαρμογής, της Παθητικής Ευθανασίας με την απόσυρση των θεραπευτικών προσπαθειών, θα πρέπει να έχει εκφράσει ο ασθενής οικιοθελώς προφορικά ή γραπτά.
- 5) Η απόφαση της σοβαρότητας της κατάστασης ενός ασθενή, εξ αιτίας της οποίας θα μπορούσε να εφαρμοσθεί Παθητική Ευθανασία με απόσυρση των θεραπευτικών προσπαθειών, δεν θα πρέπει να εκτιμάται μόνο από έναν ιατρό. Θα πρέπει να ζητείται η εξέταση του ασθενή και από άλλους ιατρούς, εκτός του θεράποντος ιατρού και προτείνεται αυτοί να είναι ένας παθολόγος και ένας ψυχίατρος.
- 6) Θα πρέπει να δίνεται αρκετός χρόνος για να σκεφτεί καλά ο ασθενής την απόφασή του αυτή, εάν είναι φυσικά σε θέση να σκέφτεται και να λαμβάνει αποφάσεις.
- 7) Μόνο ο θεράπων ιατρός του ασθενή θα πρέπει να είναι αυτός, ο οποίος θα μπορεί να εφαρμόσει Παθητική Ευθανασία με

απόσυρση των θεραπευτικών προσπαθειών, στον ασθενή του, τηρώντας όμως πάντοτε τους κανονισμούς και τους σχετικούς με την Ευθανασία νόμους τους οποίους θα έχει θεσπίσει το Ελληνικό Κράτος.

Το Ελληνικό Κράτος, θα πρέπει να ορίσει Ειδικές Επιτροπές, ανά Νομαρχία, ή ανά Περιφέρεια, για τον έλεγχο της τήρησης των νόμων και των ανωτέρω ή και άλλων κριτηρίων που θα έχουν θεσπισθεί για την Ευθανασία, να εδρεύουν δε, εντός των Νομαρχιακών Νοσοκομείων της έδρας του κάθε Νομού.

Η ανώτατη Αρχή του Κράτους που θα εποπτεύει τις ειδικές κρατικές υπηρεσίες ανά Νομαρχία, θα πρέπει να είναι το Υπουργείο Υγείας.

Η σύνθεση των ειδικών αυτών επιτροπών, θα πρέπει να αποτελείται από εκπροσώπους της Ιατρικής, της Δικαστικής και της Νομικής κοινότητας του κάθε Νομού, καθώς και της κοινωνίας, (ένα είδος συμβουλίου), που θα επιλέγονται από το σύνολο των ενηλίκων πολιτών του κάθε Νομού με τυχαία κλήρωση σε τρόπο ώστε να είναι το δείγμα των εκπροσώπων της κοινωνίας όσο γίνεται περισσότερο αντιπροσωπευτικό.

Όσον αφορά τους εκπροσώπους της Ιατρικής και της Νομικής κοινότητας, η επιλογή τους θα πρέπει να γίνεται με κλήρωση μέσα από το σύνολο των εγγεγραμμένων μελών στα Μητρώα των Ιατρικών και Νομικών Σωμάτων του κάθε Νομού, ώστε να υπάρχει αμεροληψία και αντιπροσωπευτικότητα.

Ο θεράπων ιατρός, ο οποίος θα εφαρμόσει Παθητική Ευθανασία με απόσυρση των θεραπευτικών προσπαθειών, θα πρέπει αφού πρώτα τηρήσει όλα τα κριτήρια, τα προβλεπόμενα από τους σχετικούς νόμους που θα έχει ορίσει το Ελληνικό Κράτος, να συντάσσει μία

αναφορά, την οποία θα απευθύνει προς τις ειδικές προς τούτο κρατικές υπηρεσίες ανά Νομαρχία.

Εάν οι αρμόδιες κρατικές υπηρεσίες, διαπιστώσουν, ότι ο θεράπων ιατρός έπραξε νόμιμα, θα δίνουν την σύμφωνη γνώμη τους για τα περαιτέρω.

Εάν όμως διαπιστώσουν, ότι ο θεράπων ιατρός δεν έπραξε σύμφωνα με το νόμο, τότε θα παραπέμπουν τον ιατρό στα τοπικά Δικαστήρια για απόδοση ή μη ευθυνών.

Επειδή όμως σήμερα στην Ελλάδα δεν έχει θεσμοθετηθεί ακόμα νομοθετικά η εφαρμογή της Ευθανασίας και έως ότου θελήσει το Ελληνικό Κράτος να νομοθετήσει για το θέμα αυτό, είτε σύμφωνα με τις ανωτέρω προτάσεις, είτε με την υιοθέτηση άλλων συναφών κριτηρίων, είναι αναγκαίο να δοθεί απάντηση σε όλους εκείνους τους ιατρούς που αντιμετωπίζουν το πρόβλημα και ανά πάσα στιγμή ένεκα του υπάρχοντος κενού στην Ελληνική νομοθεσία, διατυπώνουν το ερώτημα: «Τι θα κάνω εγώ τώρα στην κλινική μου;».

Απάντηση στο ανωτέρω ερώτημα, θα δώσει η εφαρμογή της Νομοθεσίας και της Ιατρικής Δεοντολογίας, που έχουν θεσπισθεί και ισχύουν σήμερα για το θέμα αυτό.

Εάν όμως, παρά ταύτα, σε σπάνιες κρίσιμες περιπτώσεις δεν καλύπτεται ο προβληματισμός τους αυτός, στις περιπτώσεις αυτές, η απάντηση θα πρέπει να αναζητηθεί στην τακτική Ελληνική Δικαιοσύνη, προσφεύγοντας σε αυτήν, ο ίδιος ο ασθενής, οι οικείοι του, η ακόμα και ο ίδιος ο θεράπων ιατρός του, ακόμα και δια μέσου της Εισαγγελικής Αρχής, με διαδικασία ταχεία, όπως αυτή της «Εκούσιας Δικαιοδοσίας», όπου το Δικαστήριο με σαφήνεια και πληρότητα, θα κρίνει την περίπτωση του συγκεκριμένου ασθενή.

Θα την κρίνει αδέκαστα, με βάση τους ισχύοντες κανόνες Δικαίου, τα πραγματικά περιστατικά, τις απόψεις των ειδικών, την κοινωνική και

ηθική τάξη και τον σεβασμό με τον οποίο η Δικαιοσύνη αντιμετωπίζει την ανθρώπινη ζωή και αξιοπρέπεια.

Η διαδικασία αυτή, είναι σημαντική, δεδομένου ότι, εκτός από τις διαπιστώσεις που θα κάνει το Δικαστήριο το ίδιο μπορεί να διατάξει κάθε μέτρο πρόσφορο για την εξακρίβωση των πραγματικών γεγονότων που συντελούν στην προστασία των ενδιαφερομένων ή της έννομης σχέσης ή του γενικότερου κοινωνικού συμφέροντος και η απόφαση που θα εκδοθεί θα έχει κύρος και θα περιέχει αυθεντική αδιαμφισβήτητη δικαστική κρίση.

Επειδή όμως, οι μέχρι σήμερα ισχύουσες διατάξεις του κεφαλαίου της Έκουσας Δικαιοδοσίας, του Κώδικα Πολιτικής Δικονομίας, δεν συμπεριλαμβάνουν και την επίλυση του προβλήματος της Ευθανασίας, δεν υπάρχει δηλαδή διάταξη στο κεφάλαιο της Έκουσας Δικαιοδοσίας που να αποφαίνεται ότι τα τακτικά Πολιτικά Δικαστήρια θα επιλύουν το πρόβλημα με την εφαρμογή των συγκεκριμένων διατάξεων, αναγκαίο είναι ένεκα τούτου, να θεσπισθεί με ειδικό νομοθέτημα, η επίλυση του προβλήματος αυτού με την εκτεθείσα διαδικασία, συμπληρώνοντας με τον τρόπο αυτό τον Κώδικα Πολιτικής Δικονομίας στις συγκεκριμένες διατάξεις του, πράγμα που ήδη έχει συμβεί και στη ρύθμιση άλλων περιπτώσεων, όπως στην περίπτωση της τροποποίησης της παρ. 3 του άρθρου 740 του Κ.Πολ.Δικ. (Διαδικασία Έκουσας Δικαιοδοσίας), που συμπεριέλαβε ρυθμίσεις για την ακούσια νοσηλεία ασθενή (άρθρο 39 του Ν. 2447/1996).

## 15. ABSTRACT.

### “Issues involved in Euthanasia”

“Euthanasia is defined as the method of causing death painlessly with the aim of shortening the patient’s agony who is suffering from a painful and terminal disease”.

Compassion, love and respect for human dignity are considered motives for the practice of Euthanasia.

Euthanasia can be distinguished in two basic types:

A) **Active Euthanasia**, which is the deliberate course of action taken for the determination of an individual’s life and can be distinguished into “Voluntary” and “Non-voluntary” and

B) **Passive Euthanasia**, which occurs either

a) by omission or neglect of curative care or treatment or

b) by withdrawal of curative treatment.

The purpose of this Doctorate’s dissertation is the study at a national and international level of the serious issue of practicing or not Euthanasia on human beings, the penal treatment from the Greek Legislation and the presentation of a new speculation in the Greek reality.

People have been familiar with Euthanasia since the ancient times.

The issue of Euthanasia is medical, social, religious and philosophical.

While practicing medicine a physician is often faced with the dilemma of either keeping an individual alive who is suffering from an incurable and poignant disease or is in a state of “plant” not being able to survive without a load of life-support machines or putting an end to a life full of extreme pain and no hope by performing Euthanasia.



The legitimate commodity of life is protected in article 5, paragraph 2 of the Greek Constitution.

In the Greek Penal Law there is a considerable number of articles that refer to the safeguarding of life.

The Greek Legislation forbids any form of Euthanasia and authorizes the physician to remove the respirator from the patient after death has been confirmed.

The legislations of most countries do not permit the practice of Euthanasia except for the Netherlands, Belgium, Switzerland, France, Australia, Japan and the State of Oregon, USA which accept the practice of Euthanasia on condition that certain guidelines that have been laid down are followed.

In Greece there should be taken the initiative by lawmaker's and medical people to attempt a revision of the current legislation and the enactment of new laws which will be attuned to reality.

These new laws will deal with the issue realistically, while laying down the observance of strict guidelines and rules so that the safeguarding of human beings in any way.

Alongside with the institution of these laws the state should set up not only ad hoc committees but also ad hoc state mechanics which will strictly regulate the correct application and observance of these laws.

Below are proposed the following in greater detail:

### **1) Concerning the practice of Active Euthanasia.**

In the sense of intentional action for the termination of an individual's life.

**The above ought to be viewed as an act which is to be condemned by law and order as well as by the legislator.**

Its practice is not to be recommended in either of the forms known, that is, the Voluntary Active Euthanasia or the Non-Voluntary Active Euthanasia, for now matter how right the pro-Active Euthanasia guidelines laid down by the Legislator are, there will always be the danger that Active Euthanasia will be practiced even in cases of patients that is unacceptable.

More specifically:

a) As regards **Voluntary Active Euthanasia**, there is a possibility that the patient who wishes to practice it will not have reached this ultimate point because of severe incurable disease with intolerable pain but due to psychological problems such as depression, disappointment ect. In this case the termination of this individual's life will be a wrongful act.

This patient is in need of another kind of medical treatment and not the administration of a lethal substance which the patient will receive by themselves in order to terminate their lives.

b) As far as the practice of **Non-Voluntary Active Euthanasia** is concerned, there will always be the danger lurking of wrong evaluation of the patient's condition on the part of the medical staff and of action taken by a relative or friend of the patient's who has ulterior motives, in case this person is benefited financially or in any other way with the "killing" of the patient by performing Non-Voluntary Active Euthanasia.

## **2) Concerning the practice of Passive Euthanasia.**

a) In the sense of omission of curative care.

This shall be considered an objectionable act, because on the base of the oath taken by a doctor and on the grounds of humanity or compassion that ought to mark every individual's behaviour towards our fellow people, the physician's may not intentionally omit any kinds of

remedial treatment if there are any and can help a severely diseased fellow man effectually.

b) In the sense of withdrawing curative care.

This type of passive Euthanasia is recommended to be practiced when every known-to-this-day remedy has been administered to the patient by the physicians, and yet:

- Either the patient continues to be in a state of “plant” with no hope of improvement or definite cure.
- Or they are in the last stage of an incurable disease without any hope of cure or relief from intolerable pain with the means that modern medicine commands and they explicitly and persistently demand it.
- Or they are in a grave condition supported by machines with no hope of recovery.

In the first and the third cases the attendant doctor and patient’s family will assume responsibility for deciding to perform Passive Euthanasia.

It goes without saying that before performing Passive Euthanasia, it must also be taken into consideration if the patient had expressed such a wish before he lapsed into the state of “plant”. Moreover the attendant doctor shall follow certain rules and procedures as laid down by the Greek State regarding the practice of this form of Passive Euthanasia.

In the second case the patient themselves bears the responsibility and their wish for withdrawal of remedial care must be respected by the attendant doctors.

The rules that the attendant doctor should abide by could be:

- 1) The patient should be in the final stage of an incurable disease and suffer from intolerable physical pain or be in a long-drawn-out state of “plant” without any prospect of improvement.
- 2) The attendant doctor should keep the patient latter informed of the progress of the patient’s disease-if he/she is able to communicate with his/her doctor- and jointly reach the conclusion that there is no other reasonable solution.
- 3) All possible alternative solutions of remedial care should have run out.
- 4) The request for performing Passive Euthanasia with the withdrawal of remedial care will have to be expressed by the patient of their own free will verbally or in writing.
- 5) The resolution for the seriousness of the patient’s condition, due to which Passive Euthanasia could be performed by withdrawing remedial care should not be made by only one doctor. The patient’s examination by other doctors should be demanded. These doctors are recommended to be a general practitioner and a psychiatrist.
- 6) There should be given plenty of time to the patient to reflect their decision in case the patient is able to think and make logical decisions.
- 7) Only the patient’s attendant doctor should have the responsibility for practicing Passive Euthanasia on his patient by withdrawing remedial care, on condition that they follow the rules and the laws governing Euthanasia and laid down by the Greek State.

The Greek State ought to designate ad hoc Committees to each Prefecture or district to regulate the observance of the law and the

above and/or further criteria for Euthanasia which will have been laid down; the above committees are to have their seats within the District Hospitals in each Prefecture.

The Ministry of Health should be the Supreme Authority which will supervise these qualified state services in each prefecture.

These ad hoc committees should be made up of delegates of the Medical, Judicial and Legal community in each prefecture as well as of the local society-that is they will be in the form of a council.

These delegates will be elected randomly by the adult citizens of each Prefecture as a body in such a way that the sample of the delegates of the society will be the representative as possible.

As regards the delegates of the Judicial and Legal community they should be chosen by draw from the registered members in the rolls of the Medical Profession and Legal Body of each Prefecture so that there is impartiality and representativeness.

The attendant doctor, who will perform Passive Euthanasia by withdrawing remedial care, will have to draw up a report addressed to the ad hoc State Services in each Prefecture after he has observed all the Greek State.

If the qualified state services ascertain that the attendant doctor acted lawfully they will assent to the remaining procedures.

But if they ascertain that the attendant doctor did not observe the law, subsequently they will indict them to the Local Court to be or not to be held culpable.

On the other hand, because up to this day in Greece the practice of Euthanasia has not been enacted-and by the time the Greek State decides to enact laws on it, either in accordance with the above propositions or by the adoption of other relevant criteria –it is vital that the answer be given to all doctors who are faces with the problem and

at any time, due to existing gap in Greek Legislation they put the forward question: "What am I going to do in my clinic now?".

A reply to the above question will be given by the enforcement of the Legislation and Medical Etiquette that have been enacted and are in effect concerning this issue today.

However, in the event of some rare critical cases if their questioning is not dealt with, the answer should be sought in the regular Greek Justice, and this can be done if either the patient themselves or their relatives or their attendant doctor themselves appeals to it; even via the Public Prosecutor by means of summary procedure such as this of "Voluntary Jurisdiction" whereby the Court will judge the case of a specific patient clearly and fully.

The court will judge it impartially, according to the rules of law in force, the actual incidents, the specialist's views, the social and moral order and the respect with which justice regards human life and dignity.

This procedure is important on the grounds that, in addition to the findings that the Court itself will come up with, it can order any measure to be taken appropriate for the real facts which lead to the protection of the parts interested or the legitimate relation or the general social interest; and, the decision made will have validity and will contain authoritative judgement.

However, the provisions in effect of the Chapter about Voluntary Jurisdiction, of the Code of Civil Procedure do not include the resolve to the problem of Euthanasia, that is, there is not provision in the chapter about Voluntary Jurisdiction declaring that the regular Civil Courts will resolve the problem by implementing the specific provisions, because of the above it is necessary that the resolution to this problem be specifically legislated, thus supplementing the Code of Civil Procedure concerning the provisions specified, which has already occurred to this

settlement of other cases such as the case of the amendment of paragraph 3 of the 740 article of the Code of Civil Procedure (“Voluntary Jurisdiction”) which included settlements for the involuntary medical attendance of a patient (article 39 of the 2447/1996 Act).

## 16. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.

- Αβραμίδης Α. (1995):** «Ευθανασία», εκδόσεις «Ακρίτας», σελ.13, 7,18,1,23, ,25, 26, 28-30,33,39, 47-52, 76-83.
- Αβραμίδης Α. (1996):** «Ευθανασία», εκδόσεις «Πειραιϊκή Εκκλησία» αρ. φύλλου 58 σελ. 47,48.
- Ανδρουλάκης Ν. (1974):** «Ποινικόν Δίκαιον - Ειδικό μέρος Τεύχος Α΄», εκδόσεις «Σάκκουλα» Αθήνα - Θεσ/νίκη 1974, σελ. 18, 55-60.
- Ανδρουλάκης Ν. (1985):** «Ποινικόν Δίκαιον – Γενικό μέρος Τεύχος Β΄», εκδόσεις «Σάκκουλα» Αθήνα - Θεσ/νίκη 1985.
- Ανδρουλιδάκη Ισμ.- Δημητριάδη (1993):** «Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς», 1993, σελ. 327.
- Ανδρούτσος Χ. (1956):** «Δογματική της Ορθοδόξου Ανατολικής Εκκλησίας», Αθήνα 1956.
- Βαζαίου Ειρ. (1998):** «Καθημερινά ιατρικά προβλήματα», εκδόσεις Σάκκουλας, Αθήνα 1998.
- Βάκαρος Δ. (1996):** «Από τη συναγωγή στην Εκκλησία», Ιερά Μητρόπολη Θεσ/νίκης 1996.
- Βασιλειάδης Ν. (1980):** «Το μυστήριο του θανάτου», Αθήνα 1980.
- Βουγιούκας Κ. (1991):** «Ευθανασία και ανθρωποκτονία εν συναινέσει», «Αφιέρωμα εις τον κ. Βαβούσκον» Δ΄, Αθήνα 1991, σελ. 68.
- Γαγάνης Α. (1989):** «Ο ετοιμοθάνατος, ο γιατρός, ο φόβος του θανάτου». ΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ, Μάιος 1989.
- Γενική εγκυκλοπαίδεια:** «Πάπυρος Λαρούς», Τόμος 6<sup>ος</sup> σελ.932.
- Γεωργόπουλος Ν. (1975):** «Αυτοκτονία και ενοχή», Αθήνα 1975.



- Γκίκας Σ. (1994):** «Κοινωνικά προβλήματα», εκδόσεις Σαββάλας, Αθήνα 1994.
- Γκίκας Σ. (1995):** «Πρακτική φιλοσοφία», εκδόσεις Σαββάλας, Αθήνα 1995.
- Γκότσινας Γ. (2004):** «Ανοίγει ο δρόμος για την νομιμοποίηση της Ευθανασίας». Εφημερίδα «ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ», «Διεθνή» σελ. 38 Αθήνα 2004.
- Γκούρλας Π.- Λαμπαδάκης Ι.- Αποστολίδης Ι.-Τζώρτζη Α. (1994):** «Γεροντοκτονία στην Κέα και αλλού». Ανακοίνωση στο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, 17-21 Μαΐου 1994.
- Γραφάκου Ο, Σπυράκη Χ., Στεφανοπούλου Κ. (2006):** «Ευθανασία-Υποβοηθούμενη Αυτοκτονία», περιοδικό «Επιθεώρηση Υγείας», Τόμος 17, Τεύχος 101, Ιούλιος- Αύγουστος 2006, σελ.53.
- Γρηγοριάδης Κ. (1982):** «Χριστιανική ηθική», Αθήνα 1982.
- Δαΐκος Γ. (1991):** «Η ποιότητα της ιατρικής και η ποιότητα της ζωής» . ΑΚΤΙΝΕΣ, Ιούνιος 1991.
- Δημητρόπουλος Π. (1970):** «Ορθόδοξος Χριστιανική Ηθική», Αθήνα 1970.
- Δέγλερης Ν. (1988):** «Ευθανασία και Ιατρική Δεοντολογία», Ιατρική Επιθεώρηση Ινστιτούτου «Ο Εγκέφαλος», σελ. 1,2.
- Δέδες Χ. (1975):** «Ανθρώπινη ζωή, ιατρική και ποινικόν δίκαιον» Minerva Medica Greca, Τόμος 3, τεύχος 5, σελ. 529-535.
- Δημόπουλος Β. (1997):** «Ευθανασία, Λύτρωση ή Δολοφονία;» εκδόσεις Ιερού Ναού Αγίου Γεωργίου Μελισσουργού. Θεσσαλονίκη σελ. 13, 14, 26-29, 36-38.
- Δοξιάδης Σπ. (1989):** «Ιατρική Ηθική», συνέντευξη στην εφημερίδα «ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ» 5/2/1989.
- Δρακοπούλου Σ. (1992):** «Ευθανασία», εκδόσεις ΠΕΙΡΑΙΚΗ ΕΚΚΛΗΣΙΑ, Οκτώβριος 1992, σελ. 30.

- Δρακοπούλου Σ. (1993):** «Εγκεφαλικός Θάνατος», εκδόσεις ΠΕΙΡΑΙΚΗ ΕΚΚΛΗΣΙΑ, Νοέμβριος 1993, σελ. 43.
- «ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΤΥΠΟΣ» (1991):** «Σάλος για τη μηχανή αυτοκτονίας-Τζάκ Κεβορκιάν» Εφημερίδα «ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΤΥΠΟΣ», 25/10/1991
- «ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ» (1998):** «Χάπι ανώδυνης ευθανασίας μέσω Ίντερνετ», εφημερίδα «ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ» 22/6/98 σελ. 14, Αθήνα.
- «ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ» (2002):** «Το πείραμα της Ολλανδίας», εφημερίδα «ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ» 3/4/2002 σελ. 16 Αθήνα.
- Επιβατιανός Π. (1986):** «Δίκαιο - Δεοντολογία και Προβληματική». Ανακοίνωση σε Συνέδριο για την Ευθανασία. Ζάππειο Μέγαρο , Αθήνα 16/5/1986.
- «Επίκαιρα» (1988):** «Ο δραματικός θάνατος της Ίνγκριντ Φρανκ», περιοδικό ΕΠΙΚΑΙΡΑ, 11/3/1988.
- Ευαγγέλου Ι. (1996):** «Ανθρωπιστική Ηθική», εκδόσεις Σαββάλας, Αθήνα 1996.
- Ευαγγέλου Ι. (1999):** «Το πρόβλημα της Ευθανασίας», εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή, σελ. 11, 27, 64-66, 71-73.
- Ευαγγέλου Ι. (2001):** «Η Ευθανασία στην Αρχαία Ελλάδα ήταν ως και επιβεβλημένη». (Εφημερίδα «ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ» 16/1/2001 σελ. 4-5).
- Ζακόπουλος Α. (1987):** «Η ευθανασία σήμερα και η θέση της εκκλησίας». Αθήναι 1987, 12<sup>ο</sup> ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, στο Ζάππειο Μέγαρο στις 16/5/1987.
- Ζώρας Κ. (1978):** «Το Σύνταγμα», Τριμηνιαία Επιθεώρησις, Συνταγματικής θεωρίας και πράξεως. Τεύχος 1<sup>ο</sup>, έτος Δ' Ιανουάριος-Μάρτιος 1978, σελ 1,21.
- Ηλιάδης Π. (1957):** «Ευθανασία και συμμετοχή εις αυτοκτονίαν», Παιραιάς 1957.

**«Η ΧΩΡΑ ΤΗΣ ΚΥΡΙΑΚΗΣ» (2005):** «Ρήγμα στο Δημοκρατικό κόμμα- υπόθεση Τέρι Σκιάβο», Εφημερίδα «Η ΧΩΡΑ ΤΗΣ ΚΥΡΙΑΚΗΣ» 27/3/05, Αθήνα

**Θεοδωρίδης Δ. (1956):** «Η καύσις των νεκρών», Αθήνα 1956.

**«ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ» (1989):** «Ο φόβος της Ευθανασίας», Εφημερίδα «ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ» 13/12/1989.

**«ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ» (1990):** «Συσκευή για αυτοκτονία- Τζάκ Κεβορκιάν» Εφημερίδα «ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ», 23/6/1990

**«ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ» (1993):** «Ο άνθρωπος που αντικατέστησε το θεό- Τζάκ Κεβορκιάν», Εφημερίδα «ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ», 1/8/1993

**«ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ» (1994):** «Έπεισε το δικαστήριο- Τζάκ Κεβορκιάν», Εφημερίδα «ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ», 22/5/1994

**«ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ» (1995):** «Εθελοντική Ευθανασία στη Βόρεια Πολιτεία της Αυστραλίας», εφημερίδα, «ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ», 26/5/1995.

**Καίσαρης Π. (1999):** «Περί της Ευθανασίας», εκδόσεις «Αχαϊκές» σελ. 15-17, 23 - 24, 37-40, 43 - 47, 53, 55, 60, 62, 65, 67, 71, 72, 93, 94.

**Κανάτσιος Γ. (1955):** «Η κατ' απαίτησιν ανθρωποκτονία», Θεσ/νίκη 1955, σελ.11.

**Καράμπελας Λ. (1987):** «Η ευθανασία και το δικαίωμα στη ζωή και στο θάνατο», Εκδοτική ΕΣΤΙΑ Αθήναι 1987.

**Καράμπελας Λ. (2001):** «Πώς η νομοθεσία θα γίνει φιλόανθρωπη», εφημερίδα «ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ» 16/1/2001.

**Καρανίκας Δ. (1954):** «Εγχειρίδιον Ποινικού Δικαίου», τ.Β', Αθήνα 1954.

**Καρμίρης Ι. (1967):** «Χριστιανική Ηθική», Αθήνα 1967.

**Κατρούγκαλος Γ. (1993):** «Το δικαίωμα στη ζωή και στο θάνατο», εκδόσεις Σάκκουλα Ν. Αθήνα-Κομοτηνή 1993. σελ. 102-111,125.

- Κατσανοπούλου Μ. (1994):** «Η Ευθανασία καθημερινή πρακτική στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας». (Έρευνα των Τ. Γκαράνη-Παπαδάτου κλπ.). Εφημερίδα «ΤΑ ΝΕΑ» 29/10/94, σελ. 12-13, Αθήνα.
- Κατσαντώνης Α. (1957):** «Η συναίνεσις του παθόντος εν τω ποινικώ δικαίω», Αθήνα 1957.
- Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (Κ.Ε.Σ.Υ) (1987):** «Διάγνωση εγκεφαλικού θανάτου». Απόφαση 9, της Ολομέλειας του Κ.Ε.Σ.Υ στις 20/3/1985. Αθήνα 1987.
- Κομνηνού Ν. (1997):** «Ευθανασία από 72 γιατρούς», Εφημερίδα «ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΤΥΠΟΣ» 3/10/1997, σελ. 13.
- Κοτσιάνος Σ. (1977)** «Η ιατρική ευθύνη, αστική ποινική», Β' έκδοση, Θεσ/νίκη 1977, σελ. 249,250.
- Κουτσελίνης Αντ. (1976):** «Ευθανασία. Η ιατροδικαστική άποψη», ΜΑΤ ΜΕΔ ΓΡΑΕCΑ, 4: 385-387, 1976.
- Κουτσελίνης Α.- Μιχαλοδημητράκης Ε. (1984):** «Η ιατρική Ευθύνη», 1984, σελ. 140.
- Κυριαζής Π. (1988):** «Ευθανασία:Δολοφονία ή πράξη ανθρωπισμού;» ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΣ, 12/5/1988.
- Λαϊνοπούλου Χ. (2003):** «Δολοφονία ή ανθρώπινο δικαίωμα η ευθανασία;», εφημερίδα «Η ΧΩΡΑ ΤΗΣ ΚΥΡΙΑΚΗΣ» 5/10/2003 σελ. 88<sup>Α</sup>, 89<sup>Α</sup>, 90<sup>Α</sup> .
- Λαναράς Β. (1977) :** «Ηρωισμός και νοσηλευτική», Αθήνα 1977.
- Λέκκος Ε. (1994):** «Ταφή ή καύση των νεκρών», εκδόσεις Αποστολικής Διακονίας, Αθήνα 1994.
- Λενής Α. (1974) :** «Το πρόβλημα του πόνου», Αθήνα 1974.
- Λεντάκης Α. (1992):** «Ο νόμος της Ιουλίδος. Γεροντοκτονία στην Κέα (Τζιά)». ΤΟ ΒΗΜΑ, 8/12/1992.

- Λεξικόν της Ελληνικής Γλώσσας:** (Σκαρλάτου Δ.), εκδοθέν υπό Ανδρέου Κορομηλά, Αθήναι 1952.
- Λουδοβίκος Ν. (1992):** «Η ευχαριστιακή Οντολογία», εκδόσεις Δόμος, 1992.
- Λούρος Ν. (1985):** «Η συνάντηση του γιατρού με το θάνατο». Άρθρο στην εφημερίδα, ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 3-4 Μαρτίου 1985.
- Λούρος Ν. (1987):** «Το εγώ και το Ε.Σ.Υ.», Ελληνική Εταιρεία Ιστορίας, Κοινωνιολογίας και Φιλοσοφίας των Ιατρικών Επιστημών, Αθήνα (1987), σελ. 200-210.
- «ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ» (1995):** «Πιθανή νομιμοποίηση της ευθανασίας στην Αυστραλία», εφημερίδα, ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ, 27/5/1995.
- Μάνεσης Α. (1982):** «Συνταγματικά δικαιώματα Α΄» Έκδοση δ΄, Αθήνα 1982, σελ.120.
- Μαντζουνέας Ε. (1985):** «Αί μεταμοσχεύσεις εις την Ελλαδικήν Ορθόδοξον Εκκλησίαν εξ΄ απόψεως κοινού και εκκλησιαστικού δικαίου». Αθήναι, 1985.
- Μανωλεδάκης Ι. (1980):** «Η σχετικότητα της ποινικής προστασίας» Αθήνα 1980, σελ.24-25, 36-37.
- Μανωλεδάκης Ι. (1981):** «Γενική θεωρία του Ποινικού Δικαίου γ΄» Αθήνα 1981.
- Ματσανιώτης Ν. (1987):** «Η δυνατότητα της επιστήμης να παρατείνει άσκοπα την ζωή ενός ανθρώπου», εφημερίδα «ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ», 4/10/1987.
- Μητσόπουλος Ε. (1980):** «Η λεγόμενη ευθανασία». Αθήναι, 1980.
- Μινκόφσκι Αλεξ. (1988):** «Η ευθανασία στην κρίση των γιατρών», εφημερίδα «ΑΚΡΟΠΟΛΙΣ», 3/1/1988.
- Μίχος Α. (1965):** «Το πρόβλημα της ευθανασίας», ΑΡΧΕΙΟ ΝΟΜΟΛΟΓΙΑΣ. Έτος ΙΣΤ΄, Μάιος (1965), σελ. 249.

- Μόνος Δ. (1993):** «Ο ιατρός ενώπιον του Δικαστηρίου. Ο ιατρός σαν εχθρός του λαού. Μια κοινωνιολογική προσέγγιση». Περιοδικό «Ιπποκράτειο» (1993), Τεύχος 7, σελ. 10.
- Μπακατούλα Μ. (1965):** «Τα αίτια της αυτοκτονίας», Αθήνα 1965.
- Μπατιστάτου Α. (2003):** «Ποίος είναι ο καλός θάνατος;», Εφημερίδα «ΤΟ ΒΗΜΑ», 26/10/2003, σελ. 7.
- Μπιτζιλέκης Ν. (1990):** «Η συμμετοχική πράξη», Αθήνα 1990, σελ. 213.
- Μπουμπούκα Α. (2006):** «Πληρεξούσιο ζωής ή θανάτου», Εφημερίδα «ΚΥΡΙΑΚΑΤΙΚΗ ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ» 30/4/2006, σελ. 48
- Μπούρα Δ.(1996):**«Η ευθανασία έγινε πράξη», Εφημερίδα «ΕΠΕΝΔΥΤΗΣ», 5-6/10/1996.
- Νόμος 1383/83:** «Αφαιρέσεις και μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων ιστών και οργάνων». Φ.Ε.Κ Α΄, αριθμ. φύλ. 106, 1983.
- Παγκρήτιο Θεολογικό Συνέδριο Χανιά (1997):**«Χριστιανισμός και Ευρώπη», εκδόσεις «ΤΕΡΤΙΟΣ» Θεσσαλονίκη, σελ. 152,153,155.
- Παναγόπουλος Εμ. (1994):** «Ο εγκεφαλικός Θάνατος. Η άλλη όψη», εκδόσεις ΠΕΙΡΑΪΚΗ ΕΚΚΛΗΣΙΑ, Μάιος 1994 .
- Πανούσης Γ. (1978):** «Η έννοια του θανάτου στο Ποινικό Δίκαιο Ν<sup>ο</sup> Β», Αθήνα 1978, σελ. 83.
- Πάπας Ιωάννης Παύλος. (1990):** «Η στιγμή του θανάτου», Επιστημονικό συμπόσιο. ΚΑΘΟΛΙΚΗ 6/2/1990.
- Παπαδημητρίου Ι. (1989):** «Ηθικά και δεοντολογικά προβλήματα των μεταμοσχεύσεων». ΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ, Μάιος 1989, σελ.60.
- Παπανούτσος Ε. (1949):** «Ηθική», Αθήνα 1949.
- Παππάς Β. (1997):** «Ο γιατρός δεν έχει υποχρέωση να προστατεύει τεχνητά την ζωή», Εφημερίδα «Καθημερινή» 2/7/1997 Αθήνα.
- Παρασκευαΐδης Χ. (1986):** «Νεώτερες όψεις του προβλήματος της Ευθανασίας». (Ομιλία Μητροπολίτη), σελ. 8,9,17,18,19.

- Παρασκευαΐδης Χ. (1992):** «Εγκεφαλικός ή καρδιακός θάνατος». Αθήναι 1992. Ομιλία προς τον Ιατρικό Κόσμο του Νομού Μαγνησίας, στις 18.10.1992.
- Παρασκευαΐδης Χ. (1994):** «Το δικαίωμα σε έναν αξιοπρεπή θάνατο», σελ. 12,13,16-24.
- Παρασκευαΐδης Χ. (1994):** «Βασικά σημεία ηθικής ιατρικής δεοντολογίας» Αθήναι 1994.
- Παρασκευόπουλος Ν.(1991):**«Ποινική ευθύνη από αυτοκαταστροφικές πράξεις», Αθήνα 1991, σελ.67.
- Παρασκευόπουλος Ν. (1991):** «Η καταστολή της χρήσης ναρκωτικών στην Ελλάδα», Αθήνα 1991, σελ.30,31.
- Πατρίς (2002):** «Ευθανασία ναι ή όχι», εφημερίδα, «Πατρίς» 4/4/2002 σελ.12. Ηράκλειο Κρήτης.
- Πεντόγαλος Γ. (1983):** «Εισαγωγή στην Ιστορία της Ιατρικής» σελ. 270-274. Αθήνα.
- Πλάτωνος Πολιτεία III:** Μετάφραση Ι.Ν Γρυπάρη, σελ. 120-125.
- Ποινικός Κώδικας (2005) :** «Ειδικό Μέρος», σελ. 601,602,603.
- Ρηγάτος Γ. (1985):** «Εισαγωγή στην ψυχοκοινωνική ογκολογία» Αθήνα 1985 , σελ. 142-155.
- Ρηγάτος Γ. (2001):** «Ευθανασία, γιατροί και κοινωνικό σώμα», εφημερίδα «ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ» 16/1/2001, τεύχ. 95, σελ. 9.
- Σοφουλάκης Λ. (1994):** «Η προστασία της ανθρώπινης ζωής κατά το Σύνταγμα».
- Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε. (2001):** «Εγκλήματα κατά της ζωής», Εκδόσεις «Σάκκουλα» Αθήνα-Θεσ/νίκη- Β΄ έκδοση, 2001, σελ.133-146,150,151,162-164,165,177,178,183-186.
- «ΤΑ ΝΕΑ» (1994):** «Ευθανασία στο Όρεγκον», εφημερίδα «ΤΑ ΝΕΑ» 15/11/1994, σελ. 25, Αθήνα.

- «ΤΑ ΝΕΑ» (2004):** «Τρεις στους δέκα Έλληνες γιατρούς έχουν κάνει ευθανασία» Εφημερίδα «ΤΑ ΝΕΑ», 19-20/6/2004, σελ. 24-25, (Αθανασίου Α. -Τσουλέα Ρ.), Αθήνα.
- Ταμπάογλου Δ.(1985):**« Η έννοια της Ευθανασίας», εφημερίδα «ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ»,16/10/1985 Αθήνα.
- «ΤΟ ΒΗΜΑ» (1986):** «Ευθανασία για τον Γεώργιο τον Ε΄», εφημερίδα «ΤΟ ΒΗΜΑ», 14/21986.
- «ΤΟ ΒΗΜΑ» (2005)** «Μια υπόθεση Ευθανασίας διχάζει τις ΗΠΑ», εφημερίδα «ΤΟ ΒΗΜΑ» 25/3/2005, σελ. Διεθνή Α.27.
- Τσαούσης Δ.(1991):** «Η Κοινωνία του ανθρώπου», εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα 1991.
- Τσαρπάλα Α.(1976):** «Η ποινική εκτίμηση των θεραπευτικών επεμβάσεων», 1976, σελ. 24.
- Τσιριντάνης Α.(1993):** «Ο ανθρωπισμός», συζήτηση, Αθήνα 1993.
- «ΤΥΠΟΣ ΚΥΡΙΑΚΗΣ» (1994):** «Το Όρεγκον λέει ναι στην Ευθανασία», Εφημερίδα «ΤΥΠΟΣ ΤΗΣ ΚΥΡΙΑΚΗΣ», 20/11/1994.
- «ΤΥΠΟΣ ΚΥΡΙΑΚΗΣ» (1992):** «Στο σκαμνί ο Δόκτορ...θάνατος- Τζάκ Κεβορκιάν», Εφημερίδα «ΤΥΠΟΣ ΤΗΣ ΚΥΡΙΑΚΗΣ», 9/2/1992
- Φασουλοπούλου Μ.(2005):** «Ο θάνατος της Ευθανασίας» Εφημερίδα «Ο κόσμος του Επενδυτή», (25-27 Μαρτίου 2005) σελ. Διεθνή Α27.
- Φελουκατζή Η. (1998):** «Διχάζει η Ευθανασία την Γαλλία», εφημερίδα «ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ» 28/7/98, σελ. 12, Αθήνα.
- Φελουκατζή Η. (2003):** «Δικαίωμα στο θάνατο», Εφημερίδα «ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ» 2/10/2003, σελ. 14, Αθήνα.
- Φιλιππίδης Τ. (1951):** « Η συναίνεσις του παθόντος», Θεσ/νίκη 1951.
- Χαρτοφυλακίδης Γ. (1993):** «Ο ιατρός ενώπιον του δικαστηρίου για θέματα Ευθανασίας». Περιοδικό «Ιπποκράτειο» (1993), Τεύχος 7, σελ. 13.



- Χατζόπουλος Χ.(1969):** «Το πρόβλημα της αυτοχειρίας», Αθήνα 1969.
- Χριστοδουλίδης Κ.(1995):** «Μεταμοσχεύσεις: Λύση ή Πρόβλημα», εκδόσεις «Υπακοή», Αθήνα 1995.
- Χρονόπουλος Ν. (1980):** «Το πρόβλημα της ευθανασίας», Αθήνα 1980.
- Asch D.A., Hansen - Flaschen j., Lancken P.N.(1995):** «Decisions to limit or continue life sustaining treatment by critical care physicians in the United States. Conflicts between physician's practices and patients Wishes». AMERICAN JOURNAL OF RESPIRATORY AND CRITICAL CARE MEDICINE 11 (2 pt 1) 288-92 (1995 Feb).
- Beecher A. (1968):** «A definition of irreversible coma». Report of the hoc committee of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death. J.A.M.A. 205:337, 1968.
- Beresford Richard (1976):** «Who should Decide to Withhold Care in Chronic Coma» Medicolegal Commentary Arch Neurol - Vol 33, May 1976, page 371.
- Beresford Richard (1976):** «The Quinlan decision: problems and legislative Alternatives. Ann Neurol 2:74-81. 1977.»
- Brahams D.(1990):** «Euthanasia in the Netherlands». LANCET 335: 591, (1990).
- Bruce Jennings (1989):** «ETHICS COMMITTEES» Hastings Center Report, January / February 1989, pages 19-22.
- Cancellaro L. et Father Barry R. - Benjamin B.(1987):** «Symposium of Death and Dying», Southern Medical, Journal Dec. 1987 Vol. 80 No 12, pages 1475- 1479.
- Christakis N.A., Asch D.A. (1995):** «Physician characteristics associated with decisions to withdraw life support». AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 85(3) 367-72 (1995 Mar).

- Clark F.I.(1994):** «Intensive care treatment decisions. The roots of our confusion». PEDIATRICS 94 (1) 98-101 (1994).
- Cook D. J., Guyatt G.K., Jaeschke R., Reeve J., Spanier A., King D., Molloy D.W Willian , A., Streiner D.L.(1995):** «Determinants in Canadian Health care workers of the decision to withdraw life support From the critically ill». Canadian Care Trials Group J.A.M.A, 273 (9) 703-8 (1995 Mar).
- Collen Scalon: (1996):** «Euthanasia and nursing practice right question, wrong answer». The New England Journal of Medicine (23/5/1996) Massachusetts Medical Society. Pages 1401-1402.
- Conferences from Congress (1995):** «The 6<sup>th</sup> International Congress in New York» ( 24/10/1995) and Royal Society of Medicine in London (26/10/1995).
- Curran J. William and Shapito E. Donald (1970):** « Law, Medicine, and Forensic Science». Little Brown and Company Boston-Toronto, pages 827- 833.
- Daikos G. (1990):** « The Terminal Quality of life, and passive or active euthanasia».QUALITY ASSURANCE IN HEALTH CARE , Vol . 2, No 3 / 4, pages 375-386, 1990.
- David B. Clarke Jr (1986)** «Euthanasia and the Law Medical Ethics» Chapter 19, pages 217- 233.
- Dawson Jane (1986):** «Easeful death», British Medical Journal, Vol. 293, 1986, pages 1187,188.
- Dennis J. Horran (1978):**«Euthanasia and Brain Death: Ethical and legal considerations», Nov. 1978, Vol. 315, pages 363-375.
- Diemer Al. (1977) :** «Ο θάνατος ως επιστημονικό πρόβλημα», Αθήνα 1977.
- D' Orsay D. Bryant (1986):** «The doctor and Death», Journal National Medicine Assoc. (1986) VOL. 78, part 3 pages 227-235.

- Doyal L., Wilsher D.(1994):** «Towards guidelines for withholdings and withdrawal of life prolonging treatment in neonatal medicine» ARCHIVES OF DISEASE IN CHILD HOOD, FETAL AND NEONATAL EDITION, 70 (1), F 66-7 (1994).
- Drakopoulou Suzy and Doxiadis Spyros (1988):** «Care of the Dying in Greece, Lament for the Dead, Denial for the Dying», Hastings Center Report. Aug. 1998, pages. 15-24.
- Ficher J. (1968):** «Euthanasie Leute?», Munchen 1968. Giddens Ant. (1989): «Εισαγωγή στην Κοινωνιολογία», εκδόσεις Οδυσσέας, Αθήνα 1989.
- Foo K.B.(1994):** «Medico- Legal and ethical problems associated with treatment of children born with congenital malformations». SINGAPORE MEDICAL JOURNAL, 35 (2) 194-9 (1994).
- Gillet G. (1986):** «Why let people die?» Journal of Medical Ethics, Vol 12, pages 83-86.
- Hanson L., Danis M. Murtan E., Keenan N. (1994):** « Impact of patient incompetence on decisions to use or withhold life - sustaining treatment». A.M J.OF MED.1994: 97, 235-41.
- Harbin Richard (1976):**«Death euthanasia and parental consent» Hawley Army Hospital For Harrison, Indiana, Pediatric Nursing, Volume 2, part 4, pages 26-28.
- Hastings Center Report (1989):** «Medical Experts and Failed Philosophers», page 4.(Ιατρικό βήμα 1988).
- Hasting Center Report (1989):** «Setting No Limits», page 4.
- Hazebroek F.W., Tibboel D., Mourik M., Bos A.P., Molnaar J.C.(1993):** «Withholding and Withdrawal of life support from surgical neonates with life - threatening congenital anomalies». JOURNAL OF PEDIATRIC SURGERY. 28 (9) 1093-7 (1993).

- Higgs Roger (1985):** «Dying well: moral challenges in terminal care». The practitioner December 1983, Symposium Vol. 229, pages 1073-1077.
- IAETF Update (1996):** «Second Circuit Court of Appeals rules NY assisted - suicide laws unconstitutional» Volume 10, Number 2, April 1996, pages 1,2,3.
- International Anti-Euthanasia Task Force (1992):** «Notice to signers of the protective medical decision document»
- International Anti-Euthanasia Task Force (1995):** «Fact Sheet: The real Jack Kevorkian.»
- Jaretzki Alfred (1976):** «Death with Dignity - Passive Euthanasia», Guide to physician dealing with dying patients, New York State Journal Medicine, April 1976, pages 539-541.
- Journal of Medical Ethics (1992):** «Institut of Medical Ethics». March 1992, Vol. 18 Number 1.
- Journal of Medical Ethics (1992):**«The Appleton International Conference», Lawrence University Appleton Wisconsin, USA pages 3-23.
- Kelly N.P., Rowley S.R Hardind J. E.(1994):** «Death in neonatal intensive care». JOURNAL OF PEDIATRICS AND CHILD HEALTH, 30 (5) 419-22 (1994).
- Kenneth L. Vaux (1988) :** «Debbie's Dying: Mercy Killing and the Good Death». Jama, 8/4/1988, Vol 259, No 14 pages 2140, 2141.
- Kinura Rahito (1991):** «Japan's Dilemma with the definition of Death». KENNEDY INSTITUTE OF ETHICS JOURNAL, June 1991: 1/2:123-131 No 42.
- Kjellstrand C. ( 1988) :** «Giving Life - Giving Death. Ethical problems of high technology medicine». Acta Med Scand, Suppl 725, pages 9,11,13,14.

- Klaus Kutzer (1994):** Απόφαση Ομοσπονδιακού Γερμανικού Ακυρωτικού Δικαστηρίου (Γερμανικό Δικαστήριο α'). Επιμέλεια: Τζαννετής Α.13/9/94 (1Str 357/94, NstZ 1995,80), σελ. 247.
- Klaus Kutzer (1994) :** (Γερμανικό Δικαστήριο β'). «Τα ποινικά όρια της Ευθανασίας» Επιμέλεια: Λίβος Ν. (1994) (NstZ) σελ. 110-115.
- Landanyi M. (1984):** «Residual sentience and cognitive death: ethical issues in brain death and the persistent vegetative state». Can. Med. Assoc. J. Vol 131, 15/9/1984, 632-636.
- Leaf A. (1984):** « The Doctor's dilemma and society's too», New Engl.j.Med. 310: 718-721.
- Lee D.K., Swinburne A.J., Fedullo A.J., Wahl G.W. (1994):** «Withdrawing care Experience in a medical intensive care unit». J.A.M.A 271 (17) 1358-6,(1994 May).
- Levasseur (1957):** «Suicide et euthanasie» Rev. Lumière et Vie, Avr. 1957, page 39.
- Levin B.W.(1995):** «Physician's attitudes and decision making regarding the withdrawal of life support». AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 85(3) 367-72, (1995 Mar).
- Meyers W. David (1990):** «The Human Body and the Law», Second edition, Edinburgh University press, pages 276-329.
- Mozziconacci P. (1984):** «Euthanasie et pouvoir médical», Annales de Pédiatries V. 31, part 11. Pages 883,884.
- Pius XII (1958):** «The Prolongation of life», pope speaks 4: 393-398 (No 4), 1958.
- Raffin T.A.(1995):** «Withdrawing life support. How is the decision made?» (Editorial) J.A.M.A 273 (9) : 738-9 (1995 Mar.1).
- Rateau, (1964):** «L'euthanasie et la réglementation pénale», Rev. crim.1964-65, σελ.38.

- Reinhard (1994):** «Αλληλογραφία Πρεσβείας της Ομοσπονδιακής Δημοκρατίας της Γερμανίας 12/7/1994.
- Robert J. (1974):** «Rapport sur le corps humain et la liberté individuelle en droit français, Colloque de Besançon», janvier 1974, σελ. 469.
- Rosner F. (1974):** «Prolonging Life or Prolonging Dying», Jama 1/7/1974, Vol. 229, No 1, page 25.
- Rosner F. (1993):** «Ethics in cardiovascular medicine. Why nutrition and Hydration should not be withheld form patients». CHEST 104. Dec. 6, 1993, p.1892-6.
- Scherer, (1965):** «Réflexions d'un philosophe sur l' euthanasie», Rev.int. d. p 1965, σελ. 53.
- Sherrard Ph. (1994):** «Ο βιασμός του ανθρώπου και της φύσεως», Εκδόσεις Δόμος, Αθήνα 1994.
- Task Force (1992):** International Anti-Euthanasia (1992).
- Teres D. (1993):** «Trends from the United States end of life decisions in the intensive care unit» INTENSIVE CARE MEDICINE, 19 (6) 316-22 (1993).
- The Sunday Times (1990):** «Euthanasia: whose death is it anyway?», Journal "The Sunday Times" 25/3/1990, page 9.
- The New York State Task Force on life and the Law (1994):** When death is Sought. Assisted Suicide and Euthanasia in the Medical Context May 1994, 89<sup>A</sup>, 90<sup>A</sup>
- Vernon D.D., Deam J.M., Timmons D.D., Banner W. Jr., Allen -Webb E.M.(1993):** «Modes of death in the pediatric intensive care unit. Withdrawal and limination of supportive care». CRITICAL CARE MEDICINE, 21 (11) 1798-802 (1993).
- Wikler Daniel (1988):** «Not dead, not dying? Ethical Categories and Persistent Vegetative State», Hastings Center Report, February, March 1988, pages 41-47.

**William E. Stehbens (1986):** «Euthanasia», Medical Ethics New Zealand Medical Journal, pages 190-193.

**Wolstenholme G.E.W (1970):** «Euthanasia» library (Scientific Research) Section 1970, Volume 63, July 1970, page 659.

**Youngner S.J., Lewandowski W. Mc Clish D.K., Juknialis B.W., Coulton C. and Bartlett E.T.(1985):** «Do not resuscitate orders» J.A.M.A. 253: 54,1985.

**Zimring G. Joseph (1982):** «Euthanasia and the Right to die», New York State Journal of Medicine, pages 1261-1263.