

ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ SPECIAL ARTICLE

Ηθικά ζητήματα στην ευθανασία και στην ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία

Σε πολλές περιπτώσεις η ιατρική επιστήμη, παρά την πρόοδο που έχει σημειώσει τις τελευταίες δεκαετίες, δεν μπορεί να προσφέρει αρκετά σε ασθενείς τελικού σταδίου. Η ευθανασία και η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία παρέχουν τη δυνατότητα σε αυτούς τους ασθενείς να επισπεύσουν τη διαδικασία του επικείμενου θανάτου και να ανακουφιστούν από τον δυσβάσταχτο πόνο που βιώνουν. Εν τούτοις, η ευθανασία και η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία εγείρουν ποικίλα ηθικά ζητήματα, τα οποία οδηγούν σε αντιπαραθέσεις μεταξύ νομικών, επαγγελματιών υγείας, του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου και θεολόγων. Πιο συγκεκριμένα, τα ηθικά ζητήματα που εγείρονται αφορούν στη νομιμοποίηση της ευθανασίας και της ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας σε ορισμένες χώρες, καθώς και τη συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων έπειτα από την πλήρη πληροφόρησή τους. Επί πλέον, ο Όρκος του Ιπποκράτη προτρέπει τους ιατρούς να μην παρέχουν βοήθεια στους ασθενείς προκειμένου να πεθάνουν, γεγονός που έρχεται σε αντίθεση με τις θεμελιώδεις αρχές της ευθανασίας και της ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Υπάρχουν άτομα που τίθενται υπέρ της ευθανασίας και της ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, εξ αιτίας του αντίκτυπου που έχουν οι πράξεις αυτές στους ίδιους τους ασθενείς, στις οικογένειές τους, στην οικονομία και στο σύστημα υγείας, ενώ άλλοι απορρίπτουν τις εν λόγω ενέργειες. Η Ορθόδοξη Εκκλησία δεν αποδέχεται την ευθανασία και την ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Συμπερασματικά, τα ηθικά ζητήματα δεν σχετίζονται μόνο με τους ασθενείς, αλλά αφορούν και στους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι έρχονται αντιμέτωποι με τις πράξεις ή τις παραλείψεις τους. Θα πρέπει να θεσπιστεί ένα νομοθετικό πλαίσιο με σεβασμό στην αυτονομία και στα δικαιώματα των ασθενών, με στόχο την ελαχιστοποίηση των διαφωνιών και των αντιπαραθέσεων.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι αντιλήψεις που επικρατούν για την ευθανασία και την ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία εγείρουν ποικίλα ηθικά ζητήματα στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, με νομικές, ιατρικές και θρησκευτικές προεκτάσεις. Με τον όρο ευθανασία (ευ+θάνατος) νοείται ο καλός, ανώδυνος και ευτυχής θάνατος.¹ Ο πυρήνας της ευθανασίας αναφέρεται στην επιλογή της στιγμής του θανάτου, με απώτερο σκοπό τη λύτρωση του ασθενούς από τον πόνο και τη διατήρηση της αξιοπρέπειάς του καθώς οδεύει προς το τέλος της ζωής του. Η ευθανασία αναφέρεται στην πράξη που προβαίνει κάποιος και έχει ως αποτέλεσμα το τέλος της ζωής ενός ικανού και πλήρως πληροφορημένου ατόμου, που πάσχει από μια ανίατη ασθένεια και το οποίο έχει εκφράσει την επιθυμία του να πεθάνει. Η ιατρικά υποβοηθούμενη αυ-

τοκτονία αφορά στην περίπτωση στην οποία ένα άτομο συνειδητά παρέχει πληροφορίες ή παρέχει τα μέσα σε κάποιον ασθενή που πάσχει από ανίατη ασθένεια και έπειτα από επιθυμία του ίδιου, να προβεί στην πράξη της αυτοκτονίας. Η παροχή πληροφοριών μπορεί να αφορά, για παράδειγμα, στη θανατηφόρα δόση ενός φάρμακου, ενώ η παροχή μέσων αναφέρεται στη συνταγογράφηση ή στην προμήθεια του ασθενούς με κάποιο φάρμακο ικανό να τον οδηγήσει στον θάνατο. Η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία, δηλαδή, αναφέρεται στην περίπτωση όπου ο ασθενής εφαρμόζει μόνος του τη θανατηφόρο μέθοδο την οποία έχει υποδείξει και προετοιμάσει γι' αυτόν ο ιατρός.² Οι επαγγελματίες υγείας είναι είτε άμεσα είτε έμμεσα υπεύθυνοι για την έμπρακτη εκδήλωση της ευθανασίας και της ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας.

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2018, 35(6):834-841
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2018, 35(6):834-841

Δ. Φράγκου,
Π. Γαλάνης

Τμήμα Νοσηλευτικής, Εργαστήριο
Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών
Υγείας, Εθνικό και Καποδιστριακό
Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Ethical issues related to euthanasia
and physician assisted suicide

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Επαγγελματίες υγείας
Ευθανασία
Ηθικά ζητήματα
Ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία

Υποβλήθηκε 8.1.2018

Εγκρίθηκε 14.1.2018

Η ευθανασία διακρίνεται σε ενεργητική και σε παθητική. Η ενεργητική ευθανασία αναφέρεται στην περίπτωση στην οποία ο ιατρός, κατόπιν επιθυμίας του ασθενούς, προβαίνει σε ιατρική πράξη που οδηγεί τον ασθενή στον θάνατο και σηματοδοτεί έτσι το τέλος της ζωής του. Αντίθετα, η παθητική ευθανασία αναφέρεται στην περίπτωση στην οποία δεν επιχειρείται ή δεν παρατείνεται μια ιατρική πράξη που θα συνέβαλε στη διατήρηση της ζωής του ασθενούς. Η παθητική ευθανασία διακρίνεται στις εξής υποκατηγορίες: (α) στην παράλειψη ή στη διακοπή της θεραπείας του ασθενούς με τη βούλησή του έπειτα από διεξοδική ενημέρωσή του, (β) στην παράλειψη ή στη διακοπή της θεραπείας του ασθενούς παρά τη βούλησή του, όταν οι διαθέσιμοι πόροι δεν επαρκούν για την κάλυψη όλων των αναγκών και (γ) στην παράλειψη ή στη διακοπή της θεραπείας του ασθενούς χωρίς τη βούλησή του, καθώς η κατάσταση στην οποία βρίσκεται δεν του επιτρέπει να εκφράσει την άποψή του. Η τελευταία αυτή περίπτωση παθητικής ευθανασίας είναι και η πλέον περίπλοκη και δύσκολη, καθώς θα πρέπει να αναζητηθεί η υποτιθέμενη βούληση του ασθενούς, σύμφωνα με την οποία θα πράξει ο ιατρός.^{1,3,4}

2. ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

Στο διεθνές δίκαιο, η ευθανασία δεν έχει νομιμοποιηθεί, καθώς ορίζει ότι ο εθνικός νόμος θα πρέπει να τείνει να εξασφαλίσει τη ζωή και όχι τη διευκόλυνση του θανάτου ενός ατόμου.⁵ Παρ' όλα αυτά, στο Βέλγιο, στην Ολλανδία, στο Λουξεμβούργο, στην Κολομβία και στον Καναδά η ευθανασία και η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία έχουν νομιμοποιηθεί, ενώ σε ορισμένες πολιτείες των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής (ΗΠΑ) (Washington, Montana Vermont, California), στην Ελβετία και στη Σουηδία έχει αποποινικοποιηθεί μόνο η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία.⁶⁻¹⁰ Στη δυτική Ευρώπη, η κοινή γνώμη υποστηρίζει όλο και πιο πολύ την ευθανασία και την ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία, ενώ στην κεντρική και στην ανατολική Ευρώπη η τάση αυτή φθίνει. Στις ΗΠΑ, το 47–69% της κοινής γνώμης τίθεται υπέρ της ευθανασίας και της ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, ήδη από το 1990.⁶

Στην Ελλάδα, η ευθανασία και η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία δεν έχουν νομιμοποιηθεί, παρά το γεγονός ότι με τη σύγχρονη Ιατρική και τα μέσα που αυτή διαθέτει ο θάνατος μπορεί να γίνει μια δαπανηρή, χρονοβόρα και επώδυνη διαδικασία. Επομένως, ο ιατρός έχει την υποχρέωση σε θετικές πράξεις ή και παραλείψεις που θα συντηρήσουν τον ασθενή τελικού σταδίου στη ζωή, ακόμη και στην περίπτωση όπου κάθε μορφής περίθαλψη ή φροντίδα αποδεικνύεται αναποτελεσματική, καθώς ο ασθενής, αντικειμενικά, δεν μπορεί να ανακάμψει. Η έκταση της ευθύνης του ιατρού

και η συμμετοχή του ή όχι στην ευθανασία ή στην ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία εξ αιτίας ιατρικών πράξεων ή παραλείψεων που οδήγησαν στον θάνατο του ασθενούς καθορίζεται από τα άρθρα 299–302 του Ποινικού Κώδικα, τα οποία αναφέρονται σε εγκλήματα κατά της ζωής.^{5,8,11,12} Επί πλέον, σύμφωνα με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, ο ιατρός, σε περίπτωση ανίατης ασθένειας που βρίσκεται στο τελικό στάδιο, ακόμη και αν εξαντληθούν όλα τα ιατρικά θεραπευτικά περιθώρια, οφείλει να φροντίζει για την ανακούφιση των ψυχοσωματικών πόνων του ασθενούς, να του προσφέρει παρηγορητική αγωγή και να συνεργάζεται με τους οικείους του προς αυτή την κατεύθυνση. Ο ιατρός συμπαρίσταται στον ασθενή, φροντίζει για τη διατήρηση της αξιοπρέπειάς του έως το τέλος της ζωής του και λαμβάνει πάντοτε υπ' όψη τις επιθυμίες του ασθενούς, ακόμη και όταν αυτός δεν είναι σε θέση να τις επαναλάβει. Ο ιατρός οφείλει να γνωρίζει ότι η επιθυμία ενός ασθενούς να πεθάνει, όταν αυτός βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο, δεν συνιστά νομική δικαιολόγηση για τη διενέργεια πράξεων που στοχεύουν στην επίσπευση του θανάτου.^{8,12}

3. ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ

Υπάρχουν κάποιες ηθικές αρχές που διέπουν την ευθανασία και την ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία, οι οποίες όμως, σε καμιά περίπτωση, δεν μπορούν να καθορίσουν εάν και πότε μπορεί να επιτραπεί είτε η ευθανασία, είτε η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία.^{2,13,14} Οι εν λόγω βασικές αρχές περιλαμβάνουν: (α) Την ευημερία του ασθενούς ο οποίος βρίσκεται στο τελικό στάδιο μιας νόσου ή του ατόμου που λόγω της ασθένειάς του αναγκάζεται να βιώνει μια επώδυνη και δίχως νόημα ζωή. Η ευημερία του ασθενούς θα πρέπει να αποτελεί πρωταρχικό στόχο των επαγγελματιών υγείας. (β) Την παροχή της κατάλληλης φροντίδας στον ασθενή, ακόμη και στην περίπτωση που η θεραπεία δεν είναι πλέον εφικτή, όπως η παροχή ανακουφιστικής φροντίδας και η ψυχολογική υποστήριξη. Πρωταρχικός στόχος του ιατρού θα πρέπει να είναι η θεραπεία της νόσου, η διάσωση του ασθενούς από τους κινδύνους και η ελάφρυνση της ψυχικής και της σωματικής ταλαιπωρίας. (γ) Τον σεβασμό στην αυτονομία και στην υπεράσπιση των δικαιωμάτων του κάθε ασθενούς μέσω της πλήρους πληροφόρησης για την κατάσταση της υγείας του και τη θεραπεία η οποία μπορεί να εφαρμοστεί, ώστε ο ίδιος να είναι σε θέση να λάβει μια απόφαση για την ιατρική περίθαλψη και τη θεραπεία, καθώς και την παροχή απαντήσεων σε ερωτήσεις που πιθανόν να θέσει ο ασθενής, στο πλαίσιο των ικανοτήτων και των γνώσεων τις οποίες διαθέτει ο κάθε επαγγελματίας υγείας. Η αρχή της αυτονομίας εφαρμόζεται κυρίως μέσω της ελεύθερης και πληροφορημένης συγκατάθεσης. (δ) Τον σεβασμό στο

δικαίωμα του ασθενούς να αποδεχθεί ή να απορρίψει τη θεραπεία που του προτείνουν οι ιατροί. (ε) Την αναγνώριση, όπου αυτό είναι δυνατό, της επιθυμίας του ασθενούς σχετικά με τη συνέχιση ή τη διακοπή της θεραπείας, η οποία τον κρατά στη ζωή. (στ) Την αναγνώριση της ευθύνης που έχουν οι επαγγελματίες υγείας ως προς την κοινωνία, σε θέματα τα οποία σχετίζονται με τη νομοθεσία που αφορά στο επίπεδο υγείας και ευεξίας του κοινωνικού συνόλου. (ζ) Την πληροφόρηση του ασθενούς από τους επαγγελματίες υγείας, σχετικά με τις προσωπικές τους αξίες, οι οποίες θα μπορούσαν να επηρεάσουν τη θεραπευτική μέθοδο που χρειάζεται ή επιθυμεί ο ασθενής.

Οι παραπάνω αρχές σχετίζονται με τα ηθικά θέματα που εγείρονται από την ευθανασία και την ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία και πιο συγκεκριμένα οι πέντε πρώτες δίνουν έμφαση στην αυτονομία και στην ευεξία του ασθενούς, η έκτη αναφέρεται στην ισορροπία η οποία πρέπει να υπάρχει μεταξύ της αυτονομίας του ασθενούς και της κοινωνίας και η τελευταία καθορίζει ουσιαστικά την αυτονομία των ιατρών ανάλογα με τις πεποιθήσεις τους, η οποία καθορίζεται ουσιαστικά από τη νομοθεσία.²

4. ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΗ ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ

Αρκετοί υποφέρουν από ανίατες παθήσεις, οι οποίες μειώνουν δραματικά την ποιότητα στη ζωή τους. Επί πλέον, ορισμένοι πάσχουν από παθήσεις με μικρό προσδόκιμο ζωής, το οποίο μπορεί να είναι και επώδυνο. Στις περιπτώσεις αυτές, τίθεται το ηθικό ζήτημα εάν ο ασθενής έχει το δικαίωμα να αποφασίσει ο ίδιος για τη συνέχιση της ζωής του, για την παροχή ανακουφιστικής φροντίδας ή για την επίσπευση του θανάτου.¹⁵ Πολλοί είναι αυτοί που πιστεύουν ότι η επιλογή του θανάτου δεν είναι μια απόφαση που λαμβάνει κάποιος εθελοντικά, καθώς η επιλογή ενός ασθενούς να πεθάνει, όταν η ζωή του έχει γίνει ανυπόφορη λόγω της ασθένειάς του, αποτελεί ουσιαστικά τη μοναδική λύση. Υπάρχουν όμως και εκείνοι οι οποίοι πιστεύουν ότι η επιλογή του θανάτου είναι μια εθελοντική απόφαση και ότι από τη στιγμή που υπάρχουν μόνο δύο επιλογές, η ζωή και ο θάνατος, εάν η επιλογή του να πεθάνει αργότερα περιλαμβάνει περισσότερο πόνο, τότε η επιλογή του ασθενούς να πεθάνει τώρα είναι αποδεκτή και όχι μοναδική.¹⁶

Παρά όλα αυτά, υπάρχουν και ασθένειες στις οποίες ο ασθενής δεν μπορεί να αποφασίσει από μόνος του για τη συνέχιση ή όχι της ζωής του, καθώς η ασθένεια του έχει στερήσει την αυτονομία του. Χαρακτηριστικό παράδειγμα μιας τέτοιας ασθένειας είναι η άνοια, η οποία καθώς εξελίσσεται, οδηγεί τον ασθενή στην απώλεια της αυτονομίας

του όχι μόνο ως προς τη λήψη αποφάσεων, αλλά και ως προς την αυτοσυντήρησή του, γεγονός που δυσχεραίνει τη ζωή του και τη ζωή των ανθρώπων γύρω του. Σε τέτοιες περιπτώσεις τίθεται το ερώτημα, κατά πόσο το άτομο έχει το δικαίωμα να αποφασίσει να πεθάνει όταν η ασθένεια βρίσκεται σε αρχικό στάδιο και πριν ακόμη χάσει την αυτονομία του. Θα πρέπει να αναλογιστούμε και κατά πόσο η σχετική απόφαση ενός ατόμου το οποίο πάσχει από άνοια αποτελεί ελεύθερη επιλογή ή απορρέει από τυχόν έμμεσες πιέσεις που δέχεται από την κοινωνία ή την οικογένεια, πιστεύοντας ότι θα αποτελεί βάρος εξ αιτίας της εξέλιξης της ασθένειας.¹⁶

Η πρόοδος στη φροντίδα υγείας και στα νέα ιατρικά επιτεύγματα παρέχουν πλέον τη δυνατότητα παράτασης της ζωής ενός ατόμου που μπορεί να πάσχει από ανίατη ασθένεια, καθώς και αύξηση της προοπτικής επιβίωσης. Επομένως, οξείες ασθένειες μπορούν πλέον να μετατραπούν σε χρόνια ή βραδείας εξέλιξης νοσήματα, γεγονός που οδηγεί σε πολύπλοκες καταστάσεις και θέτει ξανά το ζήτημα της επιλογής ανάμεσα στη ζωή και στον θάνατο. Στο πλαίσιο λοιπόν στο οποίο λαμβάνονται οι αποφάσεις σε καταστάσεις απειλητικές για τη ζωή, τίθεται το αμφιλεγόμενο ζήτημα της επιλογής ανάμεσα στην ευθανασία ή στην ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία και στον φυσικό θάνατο. Πολλοί είναι αυτοί που πιστεύουν ότι η έλλειψη ποιότητας ζωής, εξ αιτίας μιας ασθένειας, και η φθίνουσα πορεία μέχρι τον θάνατο αποτελούν μια ωραιοποιημένη εκδοχή της διαδικασίας του θανάτου. Ο κάθε άνθρωπος ψάχνει να βρει το νόημα και να δώσει μια εξήγηση σε κάθε επώδυνη διαδικασία και στην έννοια του θανάτου. Η εξήγηση αυτή δεν θα πρέπει να υπαγορεύεται από την τεχνολογία και από το τι πρεσβεύει η θρησκεία. Επομένως, πολλοί συμφωνούν ότι η απόφαση ενός ατόμου να δώσει τέλος στη ζωή του μέσω της ευθανασίας ή της ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας πρέπει να είναι τουλάχιστον ηθικά αποδεκτή και η επιθυμία του να σταματήσει ή να μην αρχίσει μια θεραπευτική αγωγή πρέπει να είναι απόλυτα σεβαστή, καθώς είναι μια απόφαση που ο ίδιος ο ασθενής λαμβάνει με βάση το συμφέρον του. Εξ άλλου, το δικαίωμα του ασθενούς στη λήψη αποφάσεων αποτελεί αναφαίρετο δικαίωμά του, σε συνδυασμό με τα δικαιώματα που έχει για ποιοτική παροχή ιατρικής φροντίδας, για πλήρη πληροφόρηση της κατάστασης της υγείας του, για εμπιστευτικότητα μεταξύ του ίδιου και του ιατρού, για τη διατήρηση της αξιοπρέπειάς του και για πνευματική βοήθεια.¹⁴

5. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η ηθική και η δεοντολογία την οποία θα πρέπει να ακολουθούν οι ιατροί βασίζεται στο καθήκον που έχουν για τη

διατήρηση του ασθενούς στη ζωή, για την αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς, για την παροχή ανακουφιστικής φροντίδας, για τον σεβασμό τον οποίο πρέπει να επιδείξουν στο δικαίωμα που έχει ο ασθενής για λήψη απόφασης η οποία να αφορά στην υγεία του και στη ζωή του γενικότερα και, τέλος, για την παροχή βοήθειας στον ασθενή που βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ζωής του, ώστε να πεθάνει με αξιοπρέπεια.^{9,17}

Ο Όρκος του Ιπποκράτη, ο οποίος αναφέρει ότι οι ιατροί δεν θα δώσουν θανατηφόρο φάρμακο σε κάποιον που θα τους το ζητήσει, ούτε θα του κάνουν μια τέτοια υπόδειξη, εγείρει ηθικά ζητήματα σε περιπτώσεις ευθανασίας και ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, καθώς είναι σαφώς κατά των μεθόδων αυτών που οδηγούν ένα άτομο στο τέλος της ζωής του. Για τον λόγο αυτόν, μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο έγιναν κάποιες προσπάθειες από επιστημονικούς οργανισμούς προκειμένου να προσαρμοστεί ο νόμος του Ιπποκράτη με τις εξελίξεις της Ιατρικής και την πρόοδο της κοινωνίας, καθώς και με τα ηθικά διλήμματα που προκύπτουν από τις εν λόγω εξελίξεις.¹⁸ Η Διακήρυξη της Γενεύης (1948) και ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (2005) αποτελούν ένα σύστημα από ηθικές αρχές που διέπουν την καθημερινή ιατρική πράξη και την επιστημονική έρευνα και τις οποίες οι ιατροί μπορούν να επικαλεστούν σε περιπτώσεις σύγκρουσης ή διαμάχης.^{18,19} Είναι οι αρχές αυτές που επιτρέπουν στους επαγγελματίες υγείας και τους συγγενείς να δημιουργήσουν ένα κοινό θεραπευτικό σχέδιο δράσης για τον ασθενή, χωρίς να υπάρχουν διαμάχες.

Στην περίπτωση της ευθανασίας και της ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας το καθήκον του ιατρού έρχεται σε σύγκρουση με την επιθυμία του ασθενούς. Ο ιατρός οφείλει να σεβαστεί την αυτονομία και την αξιοπρέπεια του κάθε ασθενούς και επί πλέον οφείλει να τον ενημερώσει πλήρως για την κατάσταση της υγείας του, τη θεραπεία που μπορεί να εφαρμοστεί, καθώς και για τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα κάθε θεραπευτικής μεθόδου. Η δυσκολία έγκειται στην περίπτωση κατά την οποία ο ασθενής αρνηθεί να εφαρμόσει κάποια θεραπευτική αγωγή ή στο άκουσμα της εξέλιξης της ασθένειας ζητήσει από τον ιατρό να τον βοηθήσει να επισπεύσει τη διαδικασία του θανάτου. Αρκετοί πιστεύουν ότι δεν θα πρέπει να επιτρέπεται σε κανέναν να στερήσει από έναν ασθενή το δικαίωμα σε έναν αξιοπρεπή θάνατο. Αυτή η άποψη όμως, σε πολλές περιπτώσεις, έρχεται σε σύγκρουση με τις ηθικές αξίες και τις κοινωνικές και θρησκευτικές αρχές που μπορεί να έχει ο ιατρός και επομένως, ακόμη κι αν ο νόμος κατοχυρώνει νομικά τον ιατρό να προβεί υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις στην ευθανασία ή στην ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία, τίθεται το ζήτημα της σύγκρουσης μεταξύ των προσωπικών και των επαγγελματικών αξιών που ο ίδιος πρεσβεύει και

της επιθυμίας του ασθενούς.³ Η αρχή της αυτονομίας του ατόμου αποτελεί υπέρτατη αρχή, η οποία όμως δεν θα πρέπει να θεωρείται η απόλυτη αρχή, καθώς υπάρχει και η αρχή της δικαιοσύνης, σύμφωνα με την οποία κανένας άνθρωπος και καμιά αρχή δεν μπορεί να υποχρεώσει τον ιατρό να ενεργήσει αντίθετα από την ηθική και την επαγγελματική συνείδησή του.

Επί πλέον, υπάρχουν και οι περιπτώσεις στις οποίες ο ασθενής, λόγω της φύσης της ασθένειας ή εξ αιτίας του σταδίου στο οποίο βρίσκεται η ασθένεια, έχει απολέσει την αυτονομία του και τη δυνατότητα επικοινωνίας, ενώ το οικογενειακό περιβάλλον ζητά από τον ιατρό να επισπεύσει τη διαδικασία του θανάτου, εκφράζοντας έμμεσα την επιθυμία του ασθενούς. Σε αυτές τις περιπτώσεις, ο ιατρός δεν μπορεί να είναι βέβαιος εάν πράττει σύμφωνα με την επιθυμία του ασθενούς, ειδικά όταν δεν υπάρχει κάποιο χειρόγραφο σημείωμα, ή πράττει σύμφωνα με την επιθυμία των συγγενών, οι οποίοι μπορεί να έχουν οφέλη από τον θάνατο του ασθενούς. Τίθεται λοιπόν το ηθικό ερώτημα, εάν πρέπει να επισπεύσει τη διαδικασία του θανάτου του ασθενούς, ικανοποιώντας ουσιαστικά την επιθυμία του ίδιου του ασθενούς, ή με την πράξη του αυτή ικανοποιεί ουσιαστικά την επιθυμία των συγγενών που μπορεί να λαμβάνουν αποφάσεις κάτω από έντονη συναισθηματική φόρτιση ή με γνώμονα το συμφέρον τους και όχι σύμφωνα με την επιθυμία του ίδιου του ασθενούς.²⁰ Ένα ακόμη αμφιλεγόμενο θέμα που εγείρει ηθικά ζητήματα είναι η συνέχιση ή όχι από τους ιατρούς της τεχνητής ενυδάτωσης και τροφής. Πολλοί είναι αυτοί που πιστεύουν ότι η ενυδάτωση και η τροφή αποτελούν βασικά στοιχεία της φροντίδας ενός ασθενούς, τα οποία και δεν πρέπει κάποιος να στερείται.²¹ Τα ηθικά ζητήματα που αφορούν στην τεχνητή λήψη τροφής και νερού αναδύονται από περιπτώσεις στις οποίες ο ασθενής ζει για χρόνια εξ αιτίας της εν λόγω παρέμβασης, στερούμενος όμως την ποιότητα στη ζωή του. Επισημαίνεται ότι η λήψη τροφής και η ενυδάτωση μέσω μηχανημάτων δεν αντικαθιστούν τις φυσιολογικές λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού.²⁰

Σημειώνεται ότι ο Κώδικας Δεοντολογίας για το νοσηλευτικό προσωπικό είναι εξαιρετικά συγκεκριμένος σε θέματα ευθανασίας και ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, αναφέροντας ότι οι νοσηλευτές απαγορεύεται να ενεργούν με γνώμονα την επιθυμία του ασθενούς να θέσει σε τέρμα τη ζωή του και ότι υποχρέωση των νοσηλευτών είναι να προστατεύουν την ανθρώπινη ζωή και αξιοπρέπεια, περιλαμβανομένου του δικαιώματος του κάθε ατόμου στη ζωή και στην ασφάλεια, ενώ ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας δεν είναι τόσο σαφής και ξεκάθαρος σε θέματα που αφορούν στην ευθανασία και στην ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία.^{18,22}

Σε κάθε περίπτωση και πριν προβεί ο ιατρός σε οποιαδήποτε πράξη ή παράλειψη, θα πρέπει να αξιολογήσει την ικανότητα του ασθενούς να λάβει την οποιαδήποτε απόφαση με βάση κάποια κριτήρια. Τα κριτήρια αυτά αφορούν στην επαρκή επικοινωνία με το περιβάλλον ώστε να είναι σε θέση ο ασθενής να εξωτερικεύσει την άποψή του, την ικανότητα του ασθενούς να κατανοήσει τις παρεχόμενες πληροφορίες, τη δυνατότητα να εκτιμήσει τις συνέπειες της κάθε θεραπευτικής μεθόδου και, τέλος, τη δυνατότητα να τεκμηριώσει με λογικά επιχειρήματα την απόφασή του.²³

6. ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΑ ΥΠΕΡ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΑ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Η πρόοδος της ιατρικής επιστήμης και της τεχνολογίας μπορεί να αποτελέσει εργαλείο για την παράταση της διαδικασίας του θανάτου, προσφέροντας όμως συνήθως χαμηλής ποιότητας ζωή.²² Επί πλέον, η παράταση της ζωής σε ασθενείς τελικού σταδίου γεννά ζητήματα που αφορούν στην κατανομή των περιορισμένων διαθέσιμων πόρων, όπως είναι οι κλίνες στις μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ). Η αυτονομία του κάθε ατόμου και το δικαίωμα στη λήψη αποφάσεων πρέπει να γίνονται σεβαστά σε κάθε φάση της ζωής του ανθρώπου, από την έναρξη της ζωής του μέχρι και το τέλος. Οι υπέρμαχοι της ευθανασίας και της ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας χρησιμοποιούν τα παραπάνω επιχειρήματα για να τεκμηριώσουν την άποψή τους. Επί πλέον, πιστεύουν ότι ο ανυπόφορος και μη αντιμετώπισιμος πόνος που βιώνει κάποιος ασθενής, καθώς και το δικαίωμα της αυτοδιάθεσης του κάθε ανθρώπου, πρέπει να αντιμετωπίζονται με ανθρωπιά και σεβασμό, γεγονός που οδηγεί στην αποδοχή της επιθυμίας του ασθενούς σε έναν αξιοπρεπή θάνατο.⁸

7. ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΑ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Στις περιπτώσεις στις οποίες ο ασθενής αδυνατεί να αποφασίσει για τη συνέχιση της θεραπείας, για την παροχή ανακουφιστικής φροντίδας ή για την επίσπευση του θανάτου, τον ρόλο αυτόν τον επωμίζονται συνήθως οι συγγενείς του ασθενούς, που μπορεί να λάβουν κάποια απόφαση η οποία να αντανάκλα ουσιαστικά οικονομικές ή άλλης φύσης διαφορές ή ακόμη και διαταραγμένες ενδοοικογενειακές σχέσεις. Επί πλέον, ενδέχεται οι συγγενείς να μην έχουν το υπόβαθρο να κατανοήσουν τις ιατρικές πληροφορίες ή να μην είναι σε θέση να αντιληφθούν τη σοβαρότητα της κατάστασης ή εξ αιτίας θρησκευτικών αντιλήψεων ή αδυναμίας αποδοχής του επικείμενου θανάτου του αγαπη-

μένου τους προσώπου, να μη λάβουν μια απόφαση προς όφελος του ασθενούς.¹³

Αρκετοί εκφράζουν φόβους ότι η νομιμοποίηση της ευθανασίας και της ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας μπορεί να οδηγήσει σε καταχρήσεις, όπως παράνομες μεταμοσχεύσεις και «χρήση» των συγκεκριμένων ασθενών για επιστημονικούς λόγους. Επί πλέον, ενδέχεται να οδηγήσει σε κατάχρηση εξουσίας από τους ιατρούς, οι οποίοι με πράξεις ή παραλείψεις μπορεί να προκαλούν τον θάνατο σε υπερήλικες, ανήμπορα άτομα, ανάπηρους, άτομα με νοητικά προβλήματα και άτομα που μπορεί να βρίσκονται στο τελικό στάδιο μιας ανίατης ασθένειας, στο όνομα της ανθρωπιάς προς τον συνάνθρωπο ή ακόμη και σε άτομα τα οποία ελλείπει οικονομικών μέσων δεν έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης στο σύστημα υγείας.¹²

Τέλος, η πρόοδος της ιατρικής επιστήμης η οποία γεννά ελπίδες στους ασθενείς και στους συγγενείς τους, η πιθανότητα μιας λανθασμένης διάγνωσης και η ιερότητα της ζωής αποτελούν επιχειρήματα των ανθρώπων που τάσσονται κατά της ευθανασίας.

8. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ

Η οικονομική διάσταση και η ανάλυση κόστους-οφέλους από την ευθανασία και την ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία εγείρουν ηθικά ζητήματα και διχάζουν την κοινωνία. Η κατανομή των ιατρικών πόρων, η έλλειψη κλινών στις ΜΕΘ και στα νοσοκομεία γενικότερα, καθώς και η έλλειψη ιατρονοσηλευτικού προσωπικού μπορεί να οδηγήσουν ολοένα και περισσότερα άτομα στην υιοθέτηση της άποψης ότι η επίσπευση ενός επικείμενου θανάτου αποτελεί μια λύση για την αποταμίευση ιατρικών πόρων. Σε κοινωνικό επίπεδο, επομένως, τα κονδύλια για υγειονομική περίθαλψη επηρεάζουν τη στάση του κοινωνικού συνόλου απέναντι στα ζητήματα που προκύπτουν από την ευθανασία και την ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Σε επίπεδο οικογένειας, το οικονομικό επίπεδο και η ασφαλιστική κάλυψη μπορούν να επηρεάσουν την απόφαση για την επίσπευση του επικείμενου θανάτου προς όφελος των μελών της οικογένειας του ασθενούς.

Το κόστος νοσηλείας των ασθενών που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους είναι μεγάλο, καθώς σχετίζεται με την αυξημένη φροντίδα η οποία παρέχεται στα νοσοκομεία, με εξωνοσοκομειακούς παράγοντες, όπως η αμοιβή του ιατρού και η παραμονή σε κάποια κλινική για την παροχή φροντίδας, με την παροχή των υπηρεσιών των εργαστηρίων, με το κόστος των φαρμάκων που χρειάζεται ο ασθενής και των συσκευών τις οποίες χρησιμοποιεί και, τέλος, με τη συνεχόμενη και μακροχρόνια παροχή

φροντίδας.²⁴ Όμως, το όφελος από τη νομιμοποίηση της ευθανασίας και της ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας εξαρτάται από (α) τον αριθμό των πασχόντων που θα επιδιώξουν την επίσπευση του θανάτου μέσω της ευθανασίας ή της ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, (β) την αναλογία των ιατρικών εξόδων τα οποία θα αποταμιευτούν σε σχέση με τη μείωση του χρόνου ζωής του ασθενούς και (γ) το συνολικό ποσό που θα δαπανηθεί για την επίσπευση του επικείμενου θανάτου.^{24,25} Επομένως, στην ανάλυση κόστους-οφέλους για την ευθανασία και την ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία θα πρέπει να συνυπολογιστούν πολλοί παράγοντες προκειμένου να εξαχθεί ένα ασφαλές συμπέρασμα.

9. ΘΕΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Ο όρος «ευθανασία» σημαίνει την πρόκληση ενός ανώδυνου θανάτου, με σκοπό τον τερματισμό της οδύνης ενός ατόμου που πάσχει από οποιασδήποτε μορφής ασθένεια και το οποίο ικετεύει τους πάντες για τον τερματισμό των δεινών του. Η όποια βοήθεια για την επίσπευση του θανάτου ενός ασθενούς τελικού σταδίου γίνεται με κίνητρο την αγάπη και την ευσπλαχνία. Η Εκκλησία, εκτός από την ενεργητική και την παθητική ευθανασία και την ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία, αναγνωρίζει και την προληπτική ευγονική ευθανασία ως μορφή επίσπευσης του θανάτου, η οποία εφαρμόζεται κυρίως σε αγέννητα παιδιά που διαγιγνώσκονται με κάποια μορφή γενετικής ανωμαλίας κατά τον προγεννητικό έλεγχο.

Σύμφωνα με την Εκκλησία, μόνο ο Θεός γνωρίζει την κατάλληλη στιγμή της εκδημίας του ανθρώπου και η οποιαδήποτε παρέμβαση του ανθρώπου στην κατάρρηση της ζωής αποτελεί σφετερισμό του θείου δικαιώματος και καταπάτηση της εντολής «ου φονεύσεις». Η αντίληψη της Εκκλησίας είναι ότι η ζωή αποτελεί ένα υπέρτατο δώρο του Θεού, όπου η αρχή και το τέλος της βρίσκονται στα χέρια Του. Η ζωή δεν είναι κάτι δικό μας, κάτι που το δημιουργήσαμε εμείς και επομένως δεν έχουμε το δικαίωμα να τη διαχειριζόμαστε όπως εμείς θέλουμε. Με θεολογικά κριτήρια τίποτα δεν μπορεί να αυτονομηθεί, καθώς τίποτα δεν έχει ύπαρξη μόνο του, έξω από τον Θεό. Η ευθανασία και η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία στη σημερινή κοινωνία αποτελούν συνώνυμο του «αξιοπρεπούς θανάτου», ενώ για την Εκκλησία αποτελούν έναν συνδυασμό φόνου και αυτοχειρίας.^{10,21,26}

10. ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η ευθανασία και η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι σύνθετα ζητήματα και εγείρουν πολλά ηθικά ερωτή-

ματα, τα οποία και θα πρέπει να απαντηθούν. Αποτελούν έναν από τους σοβαρότερους ηθικούς και δεοντολογικούς προβληματισμούς στην ιατρική επιστήμη και εκφράζουν θεμελιακές αξίες που η τήρησή τους σε μια ανθρωπιστική επιστήμη όπως η Ιατρική αποτελεί βασική προϋπόθεση. Τα αναδυόμενα ερωτήματα σχετίζονται με το εάν νομιμοποιούμαστε να αφαιρέσουμε ανθρώπινη ζωή και κάτω από ποιες συνθήκες, ή εάν είμαστε υποχρεωμένοι να διατηρήσουμε τη ζωή ενός ασθενούς, ακόμη κι εάν αυτός βιώνει τις τελευταίες επώδυνες στιγμές του ή εάν η επιστήμη δεν του δίνει κάποια ελπίδα και η ζωή του επιμηκύνεται εξ αιτίας της μηχανικής υποστήριξης. Τελικά, η ευθανασία και η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία αφορούν σε μια εγκληματική ενέργεια, έναν φόνο, μια αυτοχειρία ή αφορούν σε μια πράξη λύτρωσης, μια πράξη αγάπης και φιλευσπλαχνίας, με σεβασμό στην αξιοπρέπεια του ατόμου που υποφέρει; Υπάρχει ηθική διάκριση μεταξύ ενεργητικής και παθητικής ευθανασίας;²⁷ Η διαχείριση των εν λόγω προβληματισμών και το πώς αντιλαμβάνεται κάποιος τα ζητήματα που προκύπτουν από την ευθανασία και την ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το μορφωτικό επίπεδο, τις θρησκευτικές πεποιθήσεις, το οικογενειακό υπόβαθρο, την ηλικία και τυχόν προηγούμενη εμπειρία.²²

Τα κίνητρα των ασθενών που τους οδηγούν στην απόφαση επίσπευσης του επερχόμενου θανάτου σχετίζονται με φυσικούς, ψυχολογικούς, συναισθηματικούς και κοινωνικούς παράγοντες και αφορούν κυρίως στον φυσικό πόνο που βιώνουν ή τον οποίο πρόκειται να βιώσουν και την έννοια του υποφέρειν γενικότερα, την απογοήτευση και τη μελαγχολία που νιώθουν εξ αιτίας της εξασθένησης των σωματικών και των ψυχικών τους δυνάμεων, με αποτέλεσμα την αδυναμία αυτοσυντήρησης και, τέλος, τον φόβο ότι αποτελούν βάρος για τους οικείους σε ψυχοκοινωνικό και σε οικονομικό επίπεδο.^{14,28} Θα πρέπει να αναρωτηθούμε ποιος μπορεί να επέμβει στην επιλογή ενός ασθενούς να πεθάνει, δεδομένου ότι η πράξη στην οποία πρόκειται να προβεί, δηλαδή ο θάνατος, είναι αναπόφευκτος για όλα τα έμβια όντα και όταν το σώμα του δεν μπορεί να υποστηρίξει άλλο τη ζωή, προσφέροντάς του χαμηλή ποιότητα ζωής στον χρόνο που του έχει απομείνει.²⁹

Η αλματώδης πρόοδος της Ιατρικής και της τεχνολογίας, η ταχύτερη και ευρύτερη πληροφόρηση του κοινού σε διάφορα θέματα, καθώς και η ραγδαία μεταβολή των κοινωνικών και των πολιτιστικών δομών οδήγησαν σε μια όξυνση των ηθικών και δεοντολογικών ζητημάτων σε θέματα όπως η ευθανασία και η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία, τα οποία θα πρέπει να επιλυθούν όχι μόνο σε εθνικό, αλλά και σε διεθνές επίπεδο, με τη συνεργασία ατόμων από διάφορα κοινωνικά στρώματα. Το δίκαιο καλείται να ρυθμίσει τα θέματα τα οποία προκύπτουν και που αφορούν

στον θνήσκοντα άνθρωπο, καθώς η ζωή και η υγεία του ανθρώπου προστατεύονται από το Σύνταγμα. Οι κανόνες δικαίου, οι οποίοι αντανακλούν ουσιαστικά τα χρηστά ήθη και αφορούν στο πότε πρέπει να πεθαίνουμε και εάν κάποιος τρίτος μπορεί να συμβάλλει στην επίσπευση του θανάτου, θα πρέπει να αποτελούν συγκερασμό των κοινωνικών, των πολιτικών, των φιλοσοφικών, των ανθρωπολογικών, των θρησκευτικών και των επιστημονικών ιδεών.¹² Η πολιτεία,

επομένως, οφείλει να διαμορφώσει ένα νομοθετικό πλαίσιο το οποίο, εκτός από τον συγκερασμό των ανωτέρω ιδεών, θα πρέπει να λαμβάνει υπ' όψη τις αδυναμίες και τις ιδιαιτερότητες των ασθενών τελικού σταδίου, με γνώμονα τον σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια, όπως την ορίζουν οι ασθενείς και πάντα στο πλαίσιο της επίλυσης των ηθικών και των δεοντολογικών ζητημάτων που προκύπτουν από την ευθανασία και την ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία.

ABSTRACT

Ethical issues related to euthanasia and physician assisted suicide

D. FRAGKOU, P. GALANIS

Department of Nursing, Center for Health Services Management and Evaluation, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2018, 35(6):834–841

In spite of the impressive developments in many scientific areas over the recent decades, in many instances, medicine still does not have much to offer to patients with terminal illness. Euthanasia and physician assisted suicide offer these patients the possibility to precipitate the process of death and relieve their endless pain. The question of euthanasia and physician assisted suicide raises a variety of ethical issues, leading to controversies among legal advisers, healthcare professionals, theologians and society as a whole. In particular, such ethical issues include the legalization of euthanasia and physician assisted suicide in some countries, and the participation of informed patients in decision making about the mode of their death. The Hippocratic Oath urges physicians to not help patients to die, which is contrary to the fundamental principles of euthanasia and physician assisted suicide. Many groups and individuals support euthanasia and physician assisted suicide because of the impact of prolongation of terminal illness on the sufferers themselves and their families, on healthcare system and on the economy, while many others disapprove of, and actively oppose these actions. The Orthodox Church does not accept either euthanasia or physician assisted suicide. In conclusion, the ethical issues raised by euthanasia and physician assisted suicide concern not only patients, but also the healthcare professionals who have to deal with actions or omissions. A legal framework with respect to patient autonomy and rights in this area should be established in order to minimize disagreement and inconvenience.

Key words: Ethical issues, Euthanasia, Healthcare professionals, Physician assisted suicide

Βιβλιογραφία

1. ΒΑΛΑΣΗ-ΑΔΑΜ Ε. *Ηθική δεοντολογία της υγείας*. Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Αθήνα, 2012
2. CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION. Euthanasia and assisted death. CMA Policy, Ottawa, ON, 2014. Available at: <https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/en/advocacy/EOL/cma-policy-euthanasia-assisted-death-updated-2014-e.pdf>
3. TAMAYO-VELÁZQUEZ MI, SIMÓN-LORDA P, CRUZ-PIQUERAS M. Euthanasia and physician-assisted suicide: Knowledge, attitudes and experiences of nurses in Andalusia (Spain). *Nurs Ethics* 2012, 19:677–691
4. ΒΟΥΛΤΣΟΣ Π, ΤΣΟΥΓΚΑΣ Μ. Ευθανασία: Ένα νομοθετικά ακάλυπτο, πολύπτυχο και οριακό ζήτημα. *Ιατρικό Βήμα* 2008, 115:76–78
5. ΚΡΕΜΑΛΗΣ Κ. *Δίκαιο της υγείας – Τόμος Ι: Γενικές αρχές κοινωνικών υπηρεσιών υγείας*. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2011
6. EMANUEL EJ, ONWUTEAKA-PHILIPSEN BD, URWIN JW, COHEN J. Attitudes and practices of euthanasia and physician-assisted suicide in the United States, Canada, and Europe. *JAMA* 2016, 316:79–90
7. STECK N, EGGER M, MAESSEN M, REISCH T, ZWAHLEN M. Euthanasia and assisted suicide in selected European countries and US States: Systematic literature review. *Med Care* 2013, 51:938–944
8. ΝΤΑΒΩΝΗ Γ, ΜΠΑΓΙΑΤΗ-ΛΕΒΑΚΟΥ Μ, ΔΑΝΤΣΙΟΥ Μ. Ηθικοί προβληματισμοί για τον περιορισμό της θεραπείας και αποφάσεις στο τέλος της ζωής. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης* 2013, 6:5–14
9. ODUNCU FS, SAHM S. Doctor-cared dying instead of physician-

- assisted suicide: A perspective from Germany. *Med Health Care Philos* 2010, 13:371–381
10. ΓΕΡΟΥΛΑΝΟΣ ΣΙ. Η απάντηση των αιώνων. Στην ιστορία, το εκκρεμές της ευθανασίας ταλαντώνεται μεταξύ των δύο άκρων. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2016, 33(Συμπλ 1):39–46
 11. ΑΝΩΝΥΜΟΣ. *Ποινικός κώδικας*. Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα, 2012
 12. ΜΑΡΑΓΚΑΚΗ Ε. Η απάντηση των νόμων. Ο γιατρός μπροστά στο θάνατο του ασθενούς: Η νομική πλευρά του πότε. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2016, 33(Συμπλ 1):35–38
 13. ΚΡΑΝΙΔΙΩΤΗΣ Γ, ΓΕΡΟΒΑΣΙΛΗΣ Β, ΤΑΣΟΥΛΗΣ Α, ΝΑΝΑΣ Σ. Προτελευταία διλήμματα στη μονάδα εντατικής θεραπείας: Μη κλιμάκωση και απόσυρση της υποστηρικτικής της ζωής αγωγής. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2010, 27:18–36
 14. DAHER M. Ethical issues in the geriatric patient with advanced cancer “living to the end”. *Ann Oncol* 2013, 24(Suppl 7):vii55–vii58
 15. CAMPBELL CS, BLACK MA. Dignity, death, and dilemmas: A study of Washington hospices and physician-assisted death. *J Pain Symptom Manage* 2014, 47:137–153
 16. DE BEAUFORT ID, VAN DE VATHORST S. Dementia and assisted suicide and euthanasia. *J Neurol* 2016, 263:1463–1467
 17. ΝΟΜΟΣ 3418/2005. Κώδικας ιατρικής δεοντολογίας. ΦΕΚ 287/Α/28.11.2005
 18. PELLEGRINO ED. Physician-assisted suicide and euthanasia: Rebuttals of rebuttals – the moral prohibition remains. *J Med Philos* 2001, 26:93–100
 19. ANDERSON JG, CADDELL DP. Attitudes of medical professionals toward euthanasia. *Soc Sci Med* 1993, 37:105–114
 20. LIM RB. End-of-life care in patients with advanced lung cancer. *Ther Adv Respir Dis* 2016, 10:455–467
 21. CHERRY MJ. How should Christians make judgments at the edge of life and death? *Christ Bioeth* 2006, 12:1–10
 22. TERKAMO-MOISIO A, KVIST T, KANGASNIEMI M, LAITILA T, RYNNÄNEN OP, PIETILÄ AM. Nurses’ attitudes towards euthanasia in conflict with professional ethical guidelines. *Nurs Ethics* 2016, 24:70–86
 23. APPELBAUM PS. Clinical practice. Assessment of patients’ competence to consent to treatment. *N Engl J Med* 2007, 357:1834–1840
 24. TRACHTENBERG AJ, MANNS B. Cost analysis of medical assistance in dying in Canada. *CMAJ* 2017, 189:E101–E105
 25. EMANUEL EJ, BATTIN MP. What are the potential cost savings from legalizing physician-assisted suicide? *N Engl J Med* 1998, 339:167–172
 26. ΜΗΤΡΟΠΟΛΙΤΗΣ ΚΥΚΚΟΥ ΝΙΚΗΦΟΡΟΣ. Ευθανασία: Ιατρική, νομική και θεολογική προσέγγιση. *Περιοδικό «Απόστολος Βαρνάβας»* 2011, 1-2:3–8
 27. ΠΡΩΤΟΠΑΠΑΔΑΚΗΣ Ε. Ευθανασία και Βιοηθική. Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο Νοσηλευτικής και Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα, 2006
 28. RODRÍGUEZ-PRAT A, BALAGUER A, BOOTH A, MONFORTE-ROYO C. Understanding patients’ experiences of the wish to hasten death: An updated and expanded systematic review and meta-ethnography. *BMJ Open* 2017, 7:e016659
 29. ΚΕΡΑΣΙΔΟΥ Α. Η απάντηση των φιλοσόφων. Τέσσερις πιθανές απαντήσεις: όταν· έρθει η ώρα· δεν θέλει να ζήσει άλλο· η ζωή δεν αξίζει· το σώμα δεν μπορεί. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2016, 33(Συμπλ 1):30–34
- Corresponding author:*
- P. Galanis, 67 Mikras Asias street, 115 27 Athens, Greece
e-mail: pegalan@nurs.uoa.gr