



ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
σε συνεργασία με
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

"ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΜΕΤΑΙΧΜΙΟ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΘΑΝΑΤΟΥ"

υπό

ΓΚΕΡΜΠΕΣΙΩΤΗ ΘΕΟΔΩΡΑ

Νοσηλεύτρια

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των
απαιτήσεων για την απόκτηση του
Διπλώματος Μεταπτυχιακών Σπουδών
«Δεοντολογία και Ηθική στις Βιοιατρικές Επιστήμες»

Λάρισα, 2023

Επιβλέπων Τέγος Θωμάς Καθηγητής Νευρολογίας Α.Π.Θ

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

1. *Θωμάς Τέγος, Αναπληρωτής Καθηγητής Νευρολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.*
2. Κωνσταντίνος Θεολόγου, Αν.Καθηγητής Ιστορίας και Φιλοσοφίας του Πολιτισμού, Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο
3. Δημοσθένης Μακρής, Καθηγητής Εντατικής Θεραπείας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

“Euthanasia limb of life and death “

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<i>Εισαγωγή</i>	7
<i>Κεφάλαιο 1 :Η ευθανασία και η εφαρμογή της μέσα στο πέρασμα των ετών</i>	9
1.1 Αρχαιοελληνική περίοδος	9
1.2 Μεσαιωνική περίοδος	11
1.3 Νεότερη περίοδος	11
1.4 Γερμανία και περίοδος ναζί	13
1.5 Δεύτερος Παγκόσμιος Πόλεμος	17
<i>Κεφάλαιο 2:Μεθοδολογία της έρευνας</i>	19
<i>Κεφάλαιο 3:Αποτελέσματα από βιβλιογραφική έρευνα</i>	20
3.1 Η σημασία της ευθανασίας	20
3.1.1 Τα χαρακτηριστικά της Ευθανασίας	20
3.1.2 Εκούσια και μη ευθανασία	21
3.1.4 Ενεργητική και Παθητική ευθανασία	23
3.1.5 Ηθελημένη Ευθανασία για λόγους ψυχιατρικούς ή ιατρικούς	24
3.1.6 Ευθανασία Living Will	25
3.1.7 Δυσθανασία και Ορθοθανασία	26
3.1.8 Ευγονική ευθανασία	27
3.1.9 Ιατρικά υποβοηθούμενη ευθανασία ή αυτοκτονία	27
3.2 Η Ευθανασία από νομικής πλευράς	28
3.2.1 Ευθανασία και δικαιοσύνη	28
3.2.2 Σύμβαση του Οβιέδο (1997)	28
3.2.3 Προστασία των ανθρωπίνων Δικαιωμάτων	29
3.2.4 Η νομική προσέγγιση της ευθανασίας διεθνώς	29
3.2.4.1 Αγγλικό και Γαλλικό Δίκαιο	29
3.2.4.2 Γερμανικό και Ιταλικό Δίκαιο	30
3.2.4.3 Ολλανδικό και Βελγικό Δίκαιο	31
3.2.4.4 Νομοθεσία του Λουξεμβούργου και Ελβετικό Δίκαιο	32
3.2.4.5 Η νομοθεσία των ΗΠΑ και της Αυστραλίας	32
3.3 Ελληνικό δίκαιο της Ευθανασίας	33
3.4 Ευθανασία και θρησκεία	33
3.4.1 Χριστιανισμός και Ευθανασία	33
3.4.2 Ψυχοκοινωνικές απόψεις της ευθανασίας	34
3.4.3 Η ευθανασία ως ιατρική πράξη	35
3.4.4 Ινδουισμός και Ισλάμ	36
3.4.5 Ιουδαϊσμός και Βουδισμός	37
3.4.6 Σιντοϊσμός –Βουδισμός στην Ιαπωνία	39
3.4.7 Κομφουκισμός – Ταοϊσμός στην Κίνα	40
<i>Κεφάλαιο 4: Συζήτηση</i>	42
<i>Βιβλιογραφία</i>	43

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον καθηγητή μου και επιβλέποντα την παρούσα διπλωματική εργασία Κ. Θωμά Τέγο Καθηγητή Νευρολογίας του Α.Π.Θ για τη πολύτιμη βοήθειά του και την οικογένειά μου, για τη συμπαράσταση και την υπομονή τους.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα μελέτη ασχολήθηκε με την ευθανασία η οποία ως όρος χρησιμοποιείται διαφορετικά από τους περισσότερους ανθρώπους. Το ερώτημα για τους περισσότερους ανθρώπους είναι αν η ευθανασία μπορεί να δικαιολογηθεί ηθικά. Πολλοί άνθρωποι θεωρούν ότι αυτή η πρακτική είναι ενάντια σε κάθε ηθική. Αυτό συμβαίνει παρά το αν η συμπόνια ήταν το κίνητρο ή όχι. Υπάρχουν πολλές δυναμικές που εμπλέκονται όταν ένα άτομο το απαιτεί για να ανακουφίσει τον ακραίο πόνο ή μια κατάσταση που θεωρείται βασανιστήριο προς το άτομο που το βιώνει. Είναι ανάγκη η πράξη της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας να είναι ηθικά δικαιολογημένη για να γίνει ηθική. Ωστόσο, το κύριο ερώτημα είναι σε ποιον προορίζεται η πράξη να δικαιολογήσει την ηθική. Κάθε περίπτωση που απαιτεί ευθανασία θα πρέπει να εξετάζεται διαφορετικά με τις δικές της αρχές. Η χρήση της ευθανασίας είναι ηθικά δικαιολογημένη και ως εκ τούτου είναι ηθικά αποδεκτή, καθώς η χρήση απαιτεί τη γνώμη των ιατρών.

Λέξεις κλειδιά: Ευθανασία, ιατρική, αυτοκτονία, θάνατος, ασθένειες, ηθική

ABSTRACT

The present study dealt with euthanasia which as a term is used differently by most people. The question for most people is whether euthanasia can be morally justified. Many people consider this practice to be against all morality. This is regardless of whether compassion was the motive or not. There are many dynamics involved when a person requires it to relieve extreme pain or a situation that is considered torture to the person experiencing it. It is necessary for the act of assisted suicide to be morally justified in order to become moral. However, the main question is to whom the act is intended to justify morality. Each case requiring euthanasia should be considered differently on its own merits. The use of euthanasia is morally justified and therefore morally acceptable, as the use requires the opinion of physicians.

Key words: Euthanasia, medicine, suicide, death, diseases, ethics

Εισαγωγή

Η φροντίδα στο τέλος της ζωής είναι ένα όλο και πιο σχετικό θέμα λόγω της προόδου στη βιοϊατρική έρευνα και της καθιέρωσης νέων κλάδων στην ιατρική και τη βιοηθική που βασίζεται σε στοιχεία. Η ευθανασία και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι δύο όροι που συζητούνται ευρέως στην ιατρική, οι οποίοι προκαλούν δυσαρέσκεια σε πολλές περιπτώσεις και προκαλούν ανακούφιση σε άλλους. Η εξέλιξη αυτών των όρων και τα γεγονότα που σχετίζονται με τη μελέτη τους επέτρεψαν την αξιολόγηση περιπτώσεων που έχουν θεσπίσει χρήσιμους ορισμούς για τη νομική ρύθμιση της παρηγορητικής φροντίδας και τις δημόσιες πολιτικές στα διάφορα συστήματα υγείας. Ωστόσο, υπάρχουν ακόμη πολλές πτυχές που πρέπει να διευκρινιστούν και να καθοριστούν (Dragona-Monachou, 2018).

Ο θάνατος απασχόλησε την ανθρωπότητα πριν από την αυγή του πολιτισμού. Ως πολυδιάστατο και ηθικό πρόβλημα, το τέλος της ζωής αφορούσε διαφορετικούς πολιτισμούς και διαφορετικές προσεγγίσεις για την ευθανασία ή τον «καλό θάνατο». Στην Ελλάδα, υπάρχει μακρά καταγραφή της εξελισσόμενης στάσης του πολιτισμού απέναντι στον θάνατο και την ευθανασία. Μια πιο διαδεδομένη γνώση των απόψεων και των παραδόσεων γύρω από την πράξη της ευθανασίας μπορεί να συμβάλει στην καλύτερη κατανόηση των αντιπαραθέσεων γύρω από τις σύγχρονες συμπεριφορές και πρακτικές (Rochlani, 2020).

Η ευθανασία έχει μια πολύ παλιά ιστορία και αυτό το θέμα έχει αντιταχθεί και υπερασπιστεί από τα αρχαία χρόνια. Όμως οι άνθρωποι έχουν και κάποιες αξίες όσον αφορά τη δημιουργία του ανθρώπου και ορισμένα χαρακτηριστικά λόγω της θέσης του καθενός στην κοινωνία. Οι νομικοί κανόνες υπερασπίζονται όλες αυτές τις αξίες. Τα χαρακτηριστικά σε σχέση με την ανθρώπινη υγεία είναι πολύ σημαντικά. Έτσι, οι Ποινικοί Κώδικες και οι Αστικοί Νόμοι διαφόρων χωρών επικρίνουν την ευθανασία (Lai, 2021).

Όμως η ιατρική αναπτύσσεται συνεχώς και για το λόγο αυτό άτομα που υπερασπίστηκαν αυτό το θέμα έχουν επικριθεί. Επιπλέον, οι παραδόσεις έχουν επικρίνει αυτήν την κατάσταση.

Η έννοια της ευθανασίας ανάγεται στα ομηρικά έπη. Ο θάνατος, ως μοναδικό χαρακτηριστικό, αλλά και αδιαχώριστο από την ανθρώπινη φύση, αποτελεί τη δεύτερη δύναμη του αρχαίου ελληνικού πολιτισμού. Η πρώτη δύναμη είναι η γέννηση. Η ευθανασία, που σημαίνει καλός ή ανώδυνος θάνατος (από τα ελληνικά *eu*, «καλός» και *thanatos*, «θάνατος»), άρχισε να χρησιμοποιείται την τελευταία δεκαετία του 20ου αιώνα για να σημαίνει έναν θάνατο που διαπράττεται ή επιταχύνεται με τη βοήθεια της ιατρικής (Koloze, 2020).

Έχουν διατυπωθεί πολλοί ορισμοί της ευθανασίας. Εθελούσια ευθανασία είναι αυτή που ζητείται ή συμφωνείται από το άτομο. Η ακούσια ευθανασία εφαρμόζεται όταν μπορούσε να επιτευχθεί η συμφωνία του ατόμου αλλά δεν έγινε. Η μη εθελοντική ευθανασία είναι αυτή κατά την οποία δεν μπορεί να επιτευχθεί η συμφωνία του ατόμου λόγω της σωματικής ή ψυχικής του κατάστασης. Η ενεργητική ευθανασία είναι όπου ο θάνατος προκαλείται σκόπιμα και ενεργητικά, ενώ η παθητική ευθανασία είναι όπου ο θάνατος προκαλείται σκόπιμα με την παρακράτηση ή την απόσυρση των συνήθων μέσων διατροφής ή τη θεραπεία της κατάστασης του ατόμου.

Κεφάλαιο 1: Η ευθανασία και η εφαρμογή της μέσα στο πέρασμα των ετών

1.1 Αρχαιοελληνική περίοδος

Αν και έχουν περάσει περισσότερα από 3000 χρόνια, το δίλημμα που τίθεται για την ευθανασία εξακολουθεί να διχάζει γενικά την κοινωνία - ένα επίπονο ερώτημα που έχει συζητηθεί στην ιατρική, νομική, φιλοσοφική και θεολογική βιβλιογραφία. Στην αρχαιότητα, η ενεργητική ευθανασία και η αυτοκτονία ήταν θέματα ανησυχίας. Η ενεργητική ευθανασία απορρίφθηκε από την πλειονότητα τόσο των φιλοσόφων όσο και των δραματουργών επειδή θεωρήθηκε παραβίαση της αυτονομίας του ατόμου και ενέργεια ενάντια στη θέληση των θεών. (Kumaretal 2021)

Η παθητική ευθανασία ήταν πιο αποδεκτή, είτε λόγω σωματικού πόνου είτε λόγω βαθύ σεβασμού για τη φύση της ανθρώπινης ζωής και για το τι της φέρνει η μοίρα. Παρόλο που οι καινοτομίες στην παρηγορητική ιατρική μπορούν να προσφέρουν την καλύτερη δυνατή ποιότητα ζωής, εξακολουθεί να υπάρχει μια μειοψηφία ασθενών που υποφέρουν από βασανιστικό πόνο, είτε είναι σωματικός είτε ψυχικός. Για αυτούς τους ασθενείς, είναι πρωταρχικό καθήκον του ιατρού να ανακουφίσει τον πόνο, υπό την προϋπόθεση ότι ο γιατρός δεν παίζει κανένα ρόλο στην έναρξη της πορείας του θανάτου, τουλάχιστον σε χώρες όπου η ενεργητική ευθανασία δεν επιτρέπεται νομικά (Beos, etal 2021).

Οι ενέργειες του εύκολου θανάτου έχουν εφαρμοστεί για απελπισμένους ασθενείς που υποφέρουν από ακραίους πόνους από τα αρχαία χρόνια. Ωστόσο, αυτή η κατάσταση επικρίθηκε γενικά και ένας ασθενής που υπέφερε από έντονους πόνους και ο οποίος είχε μια ανίατη τελική ασθένεια θα έπρεπε να λάβει θεραπεία. Οι ενέργειες αυτές κατά καιρούς απαγορεύονταν (Kumar, etal 2021).

«Στην αρχαία Ελλάδα και τη Ρώμη, πριν από τον ερχομό του Χριστιανισμού, οι στάσεις απέναντι στη βρεφοκτονία, την ενεργό ευθανασία και την αυτοκτονία έτειναν να είναι ανεκτικές. Πολλοί αρχαίοι Έλληνες και Ρωμαίοι δεν είχαν πειστικά καθορισμένη πίστη στην εγγενή αξία της ατομικής ανθρώπινης ζωής και οι ειδωλολάτρες γιατροί πιθανότατα έκαναν συχνές αμβλώσεις καθώς και εκούσιες και ακούσιες δολοφονίες ελέους. Μολονότι ο όρκος του Ιπποκράτη απαγόρευε στους

γιατρούς να δίνουν οποιοδήποτε θανατηφόρο φάρμακο σε κανέναν, ούτε αν τους ζητηθεί, ή να προτείνουν μια τέτοια πορεία δράσης, λίγοι αρχαίοι Έλληνες ή Ρωμαίοι γιατροί ακολούθησαν πιστά τον όρκο. Σε όλη την κλασική αρχαιότητα, υπήρχε ευρεία υποστήριξη για τον εκούσιο θάνατο σε αντίθεση με την παρατεταμένη αγωνία, και οι γιατροί συμμορφώνονταν δίνοντας συχνά στους ασθενείς τους τα δηλητήρια που ζητούσαν (Florijn, 2018).

Στην αρχαία Ελλάδα, η αυτοκτονία του ασθενούς που υπέφερε από έντονους πόνους και είχε μια ανίατη επάρατη νόσο ήταν εύκολη και γι' αυτό ο γιατρός του έδινε φάρμακα. Όπως λέει ο Πλάτων: «Οι ψυχικά και σωματικά άρρωστοι πρέπει να αφήνονται στο θάνατο· δεν έχουν δικαίωμα να ζήσουν». Η πρώτη ένσταση για την ευθανασία προήλθε από τον όρκο του Ιπποκράτη που λέει «Δεν θα χορηγήσω δηλητήριο σε κανέναν όταν μου ζητηθεί, ούτε θα προτείνω τέτοια πορεία». Στην αρχαία Ρώμη, η ευθανασία ήταν έγκλημα και αυτή η ενέργεια γινόταν αποδεκτή ως θάνατος κάποιου επίτηδες (εσκεμμένα). (Miller, et al 2019).

Οι ηθικοί προβληματισμοί σχετικά με την ευθανασία είναι τόσο παλιοί όσο και η πολιτισμένη κοινωνία. Δεδομένου ότι το δικαίωμα στη ζωή είναι ένα θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα, τέτοιοι προβληματισμοί έχουν παραμείνει στην πρώτη γραμμή του ιατρικού, θεολογικού και νομικού διαλόγου.

Είναι προφανές ότι οι περισσότεροι από τους δραματουργούς και τους φιλοσόφους στην αρχαιότητα ήταν κατά της ενεργητικής ευθανασίας. Αυτό είναι σύμφωνο με τις φιλοσοφικές και θεολογικές αρχές ότι η ζωή είναι ιερή, δίνεται από τους θεούς και κανείς δεν μπορεί να την παραβιάσει. Ωστόσο, ενόψει του βαθύ σεβασμού των κανόνων της φύσης, η παθητική ευθανασία φαίνεται να γίνεται αποδεκτή για ανθρωπιστικούς λόγους (Manginoetal 2020)

Υπάρχει η τάση να αναγνωρίζεται ότι η αναστολή της θεραπείας μπορεί να είναι μια λογική και ανθρώπινη απόφαση, λαμβανομένου υπόψη ότι ο Ιπποκράτης δήλωσε ότι σε βαριά άρρωστους ασθενείς, η ιατρική είναι αδύναμη να βοηθήσει. Είναι αλήθεια ότι οι απόψεις σχετικά με την ιατρική δεοντολογία έχουν εξελιχθεί με το πέρασμα του χρόνου. Οι κλινικοί γιατροί, οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής και οι νομοθέτες πρέπει να γνωρίζουν τις προηγούμενες έννοιες και τις τρέχουσες απόψεις προτού καταλήξουν σε τελικές αποφάσεις που πρέπει να είναι

εντός των ορίων της ηθικής πρακτικής που επιβάλλει ο νόμος (Spehar, & Wolf, 2020).

1.2 Μεσαιωνική περίοδος

Κατά τον Μεσαίωνα, οι Χριστιανοί τείνουν να αντιτίθενται στην Ευθανασία, λόγω των πεποιθήσεών τους. Η χριστιανική πίστη δηλώνει ότι ο Θεός αποφασίζει ποιος ζει και ποιος πεθαίνει, καθώς είναι αυτός που τους δημιούργησε. Όσοι αφαιρούν τη ζωή τους ή τις ζωές άλλων, δεν ήταν «θεοπρεπείς» άνθρωποι και τιμωρήθηκαν αυστηρά για αυτό. Η μεσαιωνική ηθική ήταν ασυμβίβαστη με κάθε τύπο αυτοκτονίας (Hamarat et al 2022).

Οι χριστιανοί στοχαστές του Μεσαίωνα τόνισαν την ακόλουθη ιδέα: Ο Θεός δίνει πόνο για να ξεπληρώσει τις αμαρτίες των ατόμων και όσο περισσότερο υποφέρει ένας άνθρωπος τόσο περισσότερο συγχωρούνται οι αμαρτίες του. Για το λόγο αυτό, δεν είναι σκόπιμο να παρεμβαίνουμε στο θέλημα του Θεού.

1.3 Νεότερη περίοδος

Το Ισλάμ εστίασε πολύ ξεκάθαρα στο θέμα του θανάτου. Υπάρχουν πολλές αναφορές στο Κοράνι για τον θάνατο. Όπως και στην Παλαιά και στην Καινή Διαθήκη, το Κοράνι αναφέρει ότι ο Θεός είναι ο μόνος που δημιουργεί και ο μόνος που αφαιρεί τη ζωή. Όπως φαίνεται, τόσο ο χριστιανικός όσο και ο ισλαμικός κόσμος επέκριναν την ευθανασία και έτσι τα λόγια του Ιπποκράτη για αυτό το θέμα έγιναν οι κύριες αρχές (Huemer, et al 2021).

Η πρώτη σύσταση για ευθανασία ήρθε τον 16ο αιώνα από τον Thomas Morus. Είπε "όταν δεν υπάρχει θεραπεία και αν ένας ασθενής υποφέρει πάρα πολύ, ο ασθενής πρέπει να πειστεί ότι θα πεθάνει. Ο ασθενής πρέπει να συνειδητοποιήσει ότι η ασθένειά του είναι ανίατη, είναι βάρος για τους άλλους και η ταλαιπωρία του προκαλεί οίκτο στους ανθρώπους γύρω του". (Balynskaetal 2019)

Επιπλέον, ο διάσημος Γάλλος χειρουργός Ambroise Pare ήταν ένας από τους πρωτοπόρους της Αναγέννησης τον 16ο αιώνα. Σύμφωνα με αυτόν «Κάθε άτομο έχει το δικαίωμα να ζει· μόνο ο Θεός δημιουργεί τους ανθρώπους και ο θάνατος είναι επιθυμία του Θεού».

Στη συνέχεια, ο Άγγλος φιλόσοφος Φράνσις Μπέικον (1561-1621) είχε κάποιες ιδέες για αυτό το θέμα και υπερασπίστηκε την ευθανασία τον 17ο αιώνα. Η πρώτη νομική πηγή που μείωσε την τιμωρία ενός ατόμου που σκότωσε τον ασθενή με μια ανίατη ασθένεια, εμφανίστηκε στην Πρωσία τον XVIII αιώνα. Αρχικά ένας νόμος ψηφίστηκε την 1η Ιουνίου 1794, και με βάση τον οποίο ένα άτομο που σκότωνε έναν ασθενή με μια ανίατη επάρατη ασθένεια με καλή πρόθεση, τιμωρούνταν ως ένοχος.

Ο γιατρός Paradys τόνισε τα χαρακτηριστικά της ευθανασίας τον ίδιο αιώνα. Στη συνέχεια, ακαδημαϊκοί όπως ο Reil, ο Marx και ο Ruhlfs περιέγραψαν την ευθανασία ως τη γέννηση της ψυχής και εξήγησαν ότι αυτό το θέμα πρέπει να διερευνηθεί ως ανεξάρτητος επιστημονικός κλάδος, σε αντίθεση με τις ιδέες ορισμένων συγγραφέων. Η ευθανασία επικρίθηκε και υπερασπίστηκε τον 20ό αιώνα. Οι προσπάθειες νομιμοποίησης της ευθανασίας ξεκίνησαν στις ΗΠΑ στα πρώτα χρόνια του 20ού αιώνα (Sand et al 2021)

Ο Ιατρικός Σύλλογος της Πολιτείας της Νέας Υόρκης συνέστησε ήπιο και εύκολο θάνατο. Ακόμη πιο ενεργές προτάσεις ευθανασίας ήρθαν στα νομοθετικά σώματα του Οχάιο το 1906 και το 1907. Όμως, η κυβέρνηση δεν αποδέχθηκε αυτές τις προτάσεις. Όμως, σύμφωνα με ένα ερωτηματολόγιο το 1937, το 53% των Αμερικανών γιατρών υπερασπίστηκε την ευθανασία. Περίπου 2000 γιατροί και περισσότεροι από 50 θρησκευτικοί λειτουργοί ήταν παρόντες μεταξύ των μελών της Αμερικανικής Εταιρείας Ευθανασίας (Sand et al 2021)

Εκείνη την εποχή, η πλειοψηφία των γιατρών σε ορισμένες αμερικανικές αναφορές υπερασπίστηκε αυτό το θέμα. Η American Euthanasia Society προσέφερε πρόταση νόμου στην αμερικανική κυβέρνηση την ίδια χρονιά. Όμως, αποτέλεσμα δεν μπόρεσε να επιτευχθεί. Σύμφωνα με αυτή την πρόταση, εάν ένας ασθενής με ανίατη ασθένεια ήταν 21 ετών και συναινούσε ελεύθερα σε αυτήν την κατάσταση, με μια επιτροπή τριών ατόμων θα έκανε κάποιες προετοιμασίες. Δύο από αυτούς θα ήταν

γιατροί και θα ερευνούσαν την ιατρική πτυχή αυτού του θέματος (Horbachova, etal 2020).

Το τρίτο άτομο θα ήταν δικηγόρος. Η επιτροπή θα ρωτούσε τον ασθενή αν δέχεται ενδοφλέβια ένεση μορφίνης. Εκείνη την εποχή, το Κογκρέσο των ΗΠΑ απέρριψε την ενεργητική ευθανασία. Σήμερα, η ευθανασία δεν γίνεται αποδεκτή ως νομική ενέργεια στις ΗΠΑ.

1.4 Γερμανία και περίοδος ναζί

Η «ευθανασία», που κυριολεκτικά σημαίνει «καλός θάνατος», είναι συνήθως κατανοητή σήμερα ως η επαγωγή ενός ελεήμονα θανάτου για τους μη αναστρέψιμα άρρωστους που πονούν και υποφέρουν. Πολλοί ασθενείς φοβούνται επίσης την απώλεια της αυτονομίας και επιθυμούν να μην είναι βάρος. Σε ένα ιατρικό πλαίσιο, η εθελοντική ευθανασία νοείται ως η απόφαση του ασθενούς να τερματίσει τη ζωή του. Αλλά στο Τρίτο Ράιχ, η «ευθανασία» ήταν ένα πρόγραμμα ιατροποιημένης μαζικής δολοφονίας υπό την αιγίδα του κράτους. Το πρόγραμμα της ναζιστικής «ευθανασίας» ήταν μέρος του ισχυρισμού των ναζί ότι ο μόνος τρόπος για να εξαγνιστούν ήταν με την εξάλειψη του «ακατάλληλου». Για να εξαγνιστεί ο Άριος Γερμανικός πληθυσμός, 200.000 με 300.000 άνθρωποι δολοφονήθηκαν με το πρόσχημα της «δολοφονίας ελεημοσύνης», συμπεριλαμβανομένων πολλών ψυχικά ασθενών, αναπήρων, και άλλων που θεωρήθηκαν «ακατάλληλοι» Όπως και το κίνημα της ευγονίας, η υπεράσπιση ενός μεγάλης κλίμακας προγράμματος ευθανασίας υπό την αιγίδα του κράτους είχε πρωτεύοντα ρόλο στο Τρίτο Ράιχ. (Fulbrook, 2018).

Μέσα από κείμενα της εποχής εισήχθη η ιδέα του lebensunwertes leben («ζωή ανάξια ζωής») και η νομιμοποίηση του «δολοφονία ελέους» τέτοιων πληθυσμών. Βασιζόμενοι στην ευγονία και τον κοινωνικό δαρβινισμό, υποστήριξαν ότι η επιβάρυνση της κοινωνίας από τη φροντίδα αυτών των ατόμων ήταν πολύ υψηλή και η ανθρώπινη υπόσταση τους πολύ χαμηλή, ότι η κατάλληλη λύση ήταν η θανάτωση αυτών των πληθυσμών. Αν και δεν έγιναν αποδεκτές από την πλειονότητα των Γερμανών γιατρών εκείνη την εποχή, πολλές από τις διαδικασίες που

προτάθηκαν, συμπεριλαμβανομένης της επιτροπής 3 ατόμων που αποφασίζει εάν ένας ασθενής πρέπει να θανατωθεί, υιοθετήθηκαν στο ναζιστικό πρόγραμμα «ευθανασίας». (Dafinger, 2019).

Μια κομβική περίπτωση «ευθανασίας» που χορηγήθηκε από το κράτος συνέβη το φθινόπωρο του 1938 και χορηγήθηκε προσωπικά από τον Χίτλερ. Ο πατέρας ενός βρέφους που γεννήθηκε τυφλό, με κακοσχηματισμένο εγκέφαλο και με 1 χέρι και μέρος από 1 πόδι να λείπει, ζήτησε από τον Χίτλερ το δικαίωμα σε έναν «ελεήμον θάνατο» για τον γιο του. Ο Καρλ Μπράντ, ο προσωπικός γιατρός του Χίτλερ τότε, στάλθηκε από τον Χίτλερ, εκεί όπου νοσηλευόταν το μωρό, για να συμβουλευτεί τους υπεύθυνους γιατρούς. Στη Δίκη των Γιατρών, ο Μπράντ περιέγραψε τις εντολές που του έδωσε ο Χίτλερ: «Εάν τα γεγονότα που έδωσε ο πατέρας ήταν σωστά, θα ενημέρωνα τους γιατρούς στο όνομα του Χίτλερ ότι μπορούσαν να κάνουν ευθανασία», μια εντολή που ακολούθησε ο Μπράντ.

Ο Brandt προσπάθησε να υπερασπιστεί την απόφασή του στη Δίκη καταθέτοντας ότι η απόφαση να σκοτωθεί το βρέφος δεν ήταν καθόλου μοναδική και σύμφωνη με μια διαδικασία που είχε ήδη ακολουθηθεί σε πολλά γερμανικά νοσοκομεία. «Σε μαιευτήρια, σε ορισμένες περιπτώσεις, ήταν απολύτως φυσιολογικό για τους ίδιους τους γιατρούς να κάνουν ευθανασία σε μια τέτοια περίπτωση χωρίς να ειπωθεί τίποτα περαιτέρω σχετικά», δήλωσε ο Brandt στη Δίκη των Γιατρών. Όταν επέστρεψε στο Βερολίνο, ο Μπράντ έλαβε εντολή από τον Χίτλερ να προχωρήσει με παρόμοιο τρόπο με άλλα ανίατα άρρωστα παιδιά, μια εντολή που ξεκίνησε τη δημιουργία μιας επίσημης δομής για το πρόγραμμα «ευθανασίας». Ένα συστηματικό πρόγραμμα «ευθανασίας» των «ακατάλληλων» παιδιών και ενηλίκων έγινε επίσημη πολιτική στη Γερμανία το 1939, όταν ο Χίτλερ εξέδωσε διάταγμα που ανέθεσε στους γιατρούς να κάνουν «δολοφονίες ελέους» σε όσους κρίθηκαν «αθεράπευτα άρρωστοι από ιατρική εξέταση». Θεωρήθηκε ότι η θανάτωση πολύ μικρών, νεογνών και παιδιών ηλικίας έως 3 ή 4 ετών, θα θεωρούνταν η πιο «φυσική» ή αποδεκτή, και έτσι το πρόγραμμα «ευθανασίας» ξεκίνησε με τη θανάτωση παιδιών. Αυτοί οι πρώτοι «θάνatoi ελέους» αφορούσαν 5.000 παιδιά που θανατώθηκαν από την πείνα, την έκθεση σε μη θερμαινόμενους θαλάμους ή τη χορήγηση κυανίου, παραγόντων χημικού πολέμου ή άλλων δηλητηρίων. Στη συνέχεια, το πρόγραμμα επεκτάθηκε για να συμπεριλάβει ενήλικες σε ψυχιατρεία σύμφωνα με το διάταγμα που εξέδωσε ο

Χίτλερ τον Οκτώβριο του 1939 και χρονολογείται από την 1η Σεπτεμβρίου για να συμπίπτει με την έναρξη του πολέμου. Η δολοφονία ενηλίκων χρησιμοποιήθηκε περαιτέρω ως μέσο απελευθέρωσης χώρου στα νοσοκομεία για στρατιώτες που τραυματίστηκαν στη μάχη. Ο Χίτλερ επέλεξε τον Brandt και τον Philipp Bouhler, αρχηγό της Καγκελαρίας του Χίτλερ, για να ηγηθούν και να διαχειριστούν το πρόγραμμα. Ο Brandt διαβεβαίωσε τους γιατρούς που χειρίζονταν το πρόγραμμα ότι το διάταγμα του Χίτλερ είχε ισχύ νόμου και ότι δεν θα διώκονταν για τη συμμετοχή τους. Το συνολικό πρόγραμμα για τη θανάτωση ενηλίκων έλαβε την κωδική ονομασία Aktion T4 και μετά Tiergartenstrasse από τη διεύθυνση που στεγάζονταν τα γραφεία του προγράμματος στο Βερολίνο (Dafinger, 2019).

Οι γιατροί και οι διαχειριστές που ήταν υπεύθυνοι για την εκτέλεση του προγράμματος δημιούργησαν μια ιατροποιημένη δομή για κάθε βήμα της διαδικασίας θανάτωσης. Οι μαίες και οι γιατροί έλαβαν εντολή να αναφέρουν όλες τις περιπτώσεις παιδιών με σοβαρές κληρονομικές ασθένειες στο Υπουργείο Υγείας του Ράιχ. Ομοίως, οι γιατροί έπρεπε να αναφέρουν ενήλικες ασθενείς με ορισμένες ασθένειες, ασθενείς που κρίθηκαν ψυχικά άρρωστοι ή ασθενείς που είχαν νοσηλευτεί για τουλάχιστον 5 χρόνια. Αυτές οι αναφορές έμοιαζαν με ένα τυπικό ιατρικό ερωτηματολόγιο και οδήγησαν ορισμένους γιατρούς να πιστέψουν ότι αυτές οι αναφορές χρησιμοποιούνταν απλώς για περαιτέρω επιστημονική έρευνα. Στη συνέχεια, αποκλειστικά με βάση αυτά τα ερωτηματολόγια, ζητήθηκε από μια ομάδα 3 «ιατρικών εμπειρογνομόνων» να κρίνει εάν ο ασθενής χρειαζόταν «θεραπεία» - δολοφονία - ή εάν ήταν κατάλληλη «αναβολή» ή «παρατήρηση». Η 3μελής επιτροπή αποτελούνταν από εκπροσώπους της ηγεσίας του T4, συνήθως τον Μπραντ ή τον Χέρμπερτ Λίντεν του Υπουργείου Εσωτερικών, μαζί με «εξωτερικούς συμβούλους» όπως ο Βέρνερ Κάτελ ή ο Χανς Χάιντς, οι οποίοι ήταν υπεύθυνοι για το επεμβάσεις ευθανασίας σε πολλά νοσοκομεία. Η όλη διαδικασία ενθάρρυνε τους 3 «ειδικούς» να εκδίδουν αποφάσεις για φόνο. Η θανάτωση γινόταν συνήθως από τον επιβλέποντα γιατρό και συχνά γινόταν με επαναλαμβανόμενες δόσεις ισχυρών ηρεμιστικών ή μορφίνης. Στη συνέχεια εκδόθηκαν πλαστά πιστοποιητικά θανάτου όπου η αιτία θανάτου αναφέρονταν συνήθως μια συνηθισμένη ασθένεια.

Στην περίπτωση της μεγαλύτερης επιχείρησης δολοφονίας ενηλίκων και παιδιών, εκδόθηκαν «λίστες μεταφοράς» για όσους διατάχθηκαν να μεταφερθούν και

να δολοφονηθούν σε ένα από τα κέντρα δολοφονίας με λεωφορεία που χειρίζονταν αξιωματικοί του Schutzstaffel (SS) ντυμένοι με λευκές ιατρικές στολές οι οποίοι μετέφεραν ασθενείς στα κέντρα δολοφονίας. Ο προορισμός των λεωφορείων κρατήθηκε μυστικός από το προσωπικό των περισσότερων νοσοκομείων και από τους ίδιους τους ασθενείς. Έτσι, από την αναφορά κληρονομικά άρρωστων παιδιών και ενηλίκων μέχρι την ίδια την επιχείρηση δολοφονίας, ολόκληρο το πρόγραμμα «ευθανασίας» ήταν μια ιατρική διαδικασία που διεξήχθη από ιατρικό προσωπικό (Kaufman, 2020).

Έξι τοποθεσίες επιλέχθηκαν ως «κέντρα ευθανασίας» —Βρανδεμβούργο, Bernburg, Hartheim, Grafeneck, Sonnenstein και Hadamar.

Οι 6 τοποθεσίες επιλέχθηκαν για τις απομονωμένες θέσεις τους. Οι τοποθεσίες αυτές ήταν ψυχιατρικά νοσοκομεία, γηροκομεία ή φυλακές πριν μετατραπούν σε κέντρα δολοφονίας. Στην αρχή, η θανάτωση γινόταν με θανατηφόρα ένεση και αργότερα έγινε μέσω μονοξειδίου του άνθρακα σε θαλάμους αερίων που έμοιαζαν με ντους. Αφού οι χημικοί των SS είχαν «τελειοποιήσει» την επιχείρηση εκτόξευσης αερίων, ο Μπραντ επέμεινε ότι μόνο οι γιατροί έπρεπε να πραγματοποιούν τις εκτοξεύσεις αερίων. Τα πτώματα απορρίφθηκαν σε κρεματόρια και οι στάχτες στάλθηκαν σε τεφροδόχους στις οικογένειες μαζί με πλαστά πιστοποιητικά θανάτου που εκδόθηκαν με ψεύτικο όνομα από το «Τμήμα Συλλυπητηρίων Επιστολών».

Η γνώση για την αληθινή φύση του προγράμματος «ευθανασίας» ήταν κρυμμένη από το γερμανικό κοινό για χρόνια. Το πρόγραμμα -σαν πράξη- έγινε ολοένα και πιο κοινό στη Γερμανία το 1940 και το 1941. Μετά από ευρεία αντίθεση στη Γερμανία από πολλούς φορείς όπως επίσκοπος του Münster Clemens von Galen, το πρόγραμμα φαινόταν να τελειώνει όταν ο Χίτλερ διέταξε τον τερματισμό του τον Αύγουστο του 1941. Αλλά η επίσημη διαταγή για το τέλος του προγράμματος «ευθανασίας» έγινε ακριβώς τη στιγμή που άρχισαν οι δολοφονίες στα στρατόπεδα συγκέντρωσης και μια αποκεντρωμένη εκστρατεία δολοφονίας συνεχίστηκε στα νοσοκομεία. Η περαιτέρω δολοφονία των «ακατάλληλων» ξεκίνησε σε στρατόπεδα συγκέντρωσης στη Γερμανία μετά τον Αύγουστο του 1941, όπου ένα νέο πρόγραμμα με τίτλο 14F13 συνεχίστηκε ως τρόπος δολοφονίας μεγάλου αριθμού

κρατουμένων. Συνολικά, μεταξύ 200.000 και 300.000 άνθρωποι σκοτώθηκαν στο πλαίσιο των προγραμμάτων T4, 14F13 και άλλων σχετικών προγραμμάτων «ευθανασίας» (Kaufman, 2020).

Οι ναζί γιατροί προχώρησαν σταδιακά από την ευγονική στείρωση στην «ευθανασία» παιδιών και ενηλίκων και τελικά σε φόνο και γενοκτονία. Πλαισιωμένοι με ιατρικούς όρους όπως «θεραπευτική εργασία» και «βοήθεια θανάτου», οι Γερμανοί ιατροί διέπραξαν τη δολοφονία χιλιάδων «ακατάλληλων». Εβδομήντα χρόνια μετά τη Νυρεμβέργη, είναι σημαντικό να γίνει απολογισμός στα διδάγματα που αντλούνται από την ιστορία του Τρίτου Ράιχ και να εξεταστεί ο ρόλος της σύγχρονης ευγονικής και της ευθανασίας στην ιατρική σήμερα.

1.5 Δεύτερος Παγκόσμιος Πόλεμος

Το πρόγραμμα «ευθανασίας» στόχευε, στην συστηματική θανάτωση, ασθενών με νοητικές και σωματικές αναπηρίες που ζούσαν σε ιδρύματα στη Γερμανία και σε περιοχές που προσαρτήθηκαν από τη Γερμανία. Οι ιστορικοί εκτιμούν ότι το πρόγραμμα στοίχισε τη ζωή σε 250.000 άνδρες, γυναίκες και παιδιά (McLaine, 2021).

Πολεμώντας για το "καθαρό" γερμανικό έθνος κατά τη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, οι Ναζί χρησιμοποιούσαν την ευθανασία για να σκοτώνουν ψυχικά ασθενείς και άτομα με αναπηρία - η δράση που είναι γνωστή με το κρυπτονόμα T-4. Σε όλη την Πολωνία υπό τη γερμανική κατοχή, κατά τη διάρκεια της δράσης ευθανασίας, οι Ναζί σκότωσαν πολλούς ασθενείς ψυχιατρικών νοσοκομείων. Η ευθανασία στα στρατόπεδα συγκέντρωσης -η δράση της δολοφονίας ασθενών κρατουμένων- ονομαζόταν 14f13. Στο στρατόπεδο συγκέντρωσης του Άουσβιτς χιλιάδες δολοφονήθηκαν σε θαλάμους αερίων. Οι Ναζί στόχευαν να απαλλαγούν από άτομα με ειδικές ανάγκες και ψυχικά ασθενείς. Η ευθανασία επρόκειτο να υπηρετήσει τη ναζιστική ιδεολογία.

Στη ναζιστική χρήση, η «ευθανασία» αναφερόταν στη συστηματική δολοφονία εκείνων των Γερμανών που οι Ναζί έκριναν «ανάξιους ζωής» λόγω υποτιθέμενων γενετικών ασθενειών ή ελαττωμάτων. Αφού η δημόσια οργή ανάγκασε

τον τερματισμό των κεντρικών δολοφονιών, οι γιατροί αντ' αυτού χορηγούσαν θανατηφόρες ενέσεις σε όσους είχαν επιλεγεί για «ευθανασία» σε κλινικές και νοσοκομεία σε όλη τη Γερμανία. Με αυτόν τον τρόπο το πρόγραμμα «ευθανασίας» συνεχίστηκε και επεκτάθηκε μέχρι το τέλος του Β' Παγκοσμίου Πολέμου.

Κεφάλαιο 2: Μεθοδολογία της έρευνας

Η παρούσα έρευνα πρόκειται να είναι βιβλιογραφική. Η βιβλιογραφική έρευνα ή τεκμηρίωση συνίσταται στην θεώρηση υπάρχοντος βιβλιογραφικού υλικού σε σχέση με το προς μελέτη θέμα. Είναι ένα από τα κύρια βήματα για κάθε έρευνα και περιλαμβάνει την επιλογή πηγών πληροφοριών.

Θεωρείται ουσιαστικό βήμα γιατί περιλαμβάνει ένα σύνολο φάσεων που περιλαμβάνουν παρατήρηση, έρευνα, ερμηνεία, προβληματισμό και ανάλυση για να αποκτηθούν οι απαραίτητες βάσεις για την ανάπτυξη οποιασδήποτε μελέτης.

Σε γενικές γραμμές, υπάρχουν δύο τύποι βιβλιογραφικής ή τεκμηριωμένης έρευνας:

Επιχειρηματικός ή διερευνητικός τύπος

Ο κύριος στόχος του ερευνητή-τριας είναι να λάβει θέση σε ένα συγκεκριμένο θέμα για να ελέγξει εάν αυτό το στοιχείο που θα μελετήσει είναι σωστό ή λάθος

Ενημερωτικό ή εκθετικού τύπου

Σε αντίθεση με το προηγούμενο, δεν επιδιώκει να αντιταχθεί σε ένα θέμα αλλά να αναδημιουργήσει το θεωρητικό πλαίσιο της έρευνας. Για αυτό χρησιμοποιεί αξιόπιστες πηγές και την επιλογή και ανάλυση του εν λόγω υλικού.

Η παρούσα μελέτη πρόκειται να είναι μεθοδολογικά ενημερωτικού τύπου. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι είναι ζωτικής σημασίας για τον ερευνητή-τρια να βασιστεί στην ικανότητά του-της για ανάλυση και σύνθεση ιδεών για να παρουσιάσει μια ρευστή και συνεκτική εργασία (Κυριαζόπουλος ,και Σαμαντά, 2011).

Κεφάλαιο 3: Αποτελέσματα από βιβλιογραφική έρευνα

3.1 Η σημασία της ευθανασίας

3.1.1 Τα χαρακτηριστικά της Ευθανασίας

Η λέξη «ευθανασία» προέρχεται από την ελληνική λέξη *ευθανάτος* που σημαίνει «εύκολος θάνατος». Γενικά χρησιμοποιείται για να περιγράψει τη διαδικασία του σκόπιμου τερματισμού της ζωής ενός ατόμου για τη μείωση του πόνου του. Η ευθανασία δεν επιδιώκεται μόνο από όσους υποφέρουν από βασανιστικό πόνο, αλλά και για άλλους λόγους, όπως αλλαγές στην ποιότητα ζωής που προκύπτουν από καταστροφικούς σωματικούς τραυματισμούς και ψυχολογικούς παράγοντες που σχετίζονται με ανίατες ασθένειες. (Verhofstadt, etal 2021).

Η τρέχουσα συζήτηση για την ευθανασία βρίσκεται σε ένα κοινωνικό πλαίσιο σε κατάσταση ροής. Η σύγχρονη ιατρική τεχνολογία έχει οδηγήσει σε αυξανόμενες εξελίξεις και μεγαλύτερη διαθεσιμότητα τεχνητών μέτρων για την παράταση της ζωής. Ταυτόχρονα, υπήρξε σημαντική αύξηση της γήρανσης του πληθυσμού διεθνώς και μείωση της επιρροής της οργανωμένης θρησκείας σε μεγάλο μέρος του ανεπτυγμένου κόσμου.

Η «ευθανασία» συχνά χαρακτηρίζεται λανθασμένα ότι αντιπροσωπεύει ένα συγκεκριμένο είδος πρακτικής. Ωστόσο, κατανοείται με μεγαλύτερη ακρίβεια ως ένας γενικός όρος που καλύπτει ένα ευρύ φάσμα πρακτικών που μπορούν να περιγραφούν ως διαφορετικές μορφές ευθανασίας. Αυτά περιλαμβάνουν:

- *Παθητική εθελοντική ευθανασία* – όταν η ιατρική θεραπεία αποσύρεται ή αναστέλλεται από έναν ασθενή, κατόπιν αιτήματος του ασθενούς, προκειμένου να τερματιστεί η ζωή του ασθενούς.
- *Ενεργητική εθελοντική ευθανασία* – όταν λαμβάνει χώρα ιατρική παρέμβαση, κατόπιν αιτήματος του ασθενούς, προκειμένου να τερματιστεί η ζωή του ασθενούς.
- *Παθητική ακούσια ευθανασία* – όταν η ιατρική θεραπεία αποσύρεται ή αναστέλλεται από έναν ασθενή, όχι κατόπιν αιτήματος του ασθενούς, προκειμένου να τερματιστεί η ζωή του ασθενούς.

- *Ενεργητική ακούσια ευθανασία* – όταν λαμβάνει χώρα ιατρική παρέμβαση, όχι κατόπιν αιτήματος του ασθενούς, προκειμένου να τερματιστεί η ζωή του ασθενούς.

Παρά την αναπόφευκτη επικάλυψη μεταξύ αυτών των όρων, οι παράμετροι αυτής της εργασίας είναι η εξέταση των όρων «παθητική» και «ενεργητική» *εκούσια* ευθανασία. (Verhofstadt, etal 2021).

3.1.2 Εκούσια και μη ευθανασία

Η συζήτηση για την ηθική και τη νομιμότητα της εκούσιας ευθανασίας ήταν, ως επί το πλείστον, ένα φαινόμενο του δεύτερου μισού του εικοστού αιώνα και των αρχών του εικοστού πρώτου αιώνα. Ασφαλώς, οι αρχαίοι Έλληνες και οι Ρωμαίοι δεν πίστευαν ότι η ζωή έπρεπε να διατηρηθεί με οποιοδήποτε κόστος και, κατά συνέπεια, ήταν ανεκτικοί στην αυτοκτονία όταν δεν μπορούσε να προσφερθεί ανακούφιση σε έναν ετοιμοθάνατο. Τον δέκατο έκτο αιώνα, ο Thomas More, περιγράφοντας μια ουτοπική κοινότητα, οραματίστηκε μια τέτοια κοινότητα ως κοινότητα που θα διευκόλυνε τον θάνατο εκείνων των οποίων η ζωή είχε γίνει επαχθής ως αποτέλεσμα του «βασανιστικού και παρατεταμένου πόνου» (Euthanasia, etal 2019).

Όμως, μόνο τα τελευταία εκατό χρόνια έχουν γίνει συντονισμένες προσπάθειες για να υπάρξει νομική πρόβλεψη για εκούσια ευθανασία. Μέχρι πολύ πρόσφατα, δεν υπήρξε επιτυχία στην απόκτηση τέτοιας νομικής διάταξης (αν και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία, συμπεριλαμβανομένης, ενδεικτικά, της υποβοηθούμενης από ιατρό αυτοκτονίας, ήταν νομικά ανεκτή στην Ελβετία για αρκετές δεκαετίες). Ωστόσο, η προοπτική άλλαξε δραματικά τις δεκαετίες του 1970 και του 1980 λόγω μιας σειράς δικαστικών υποθέσεων στην Ολλανδία που κατέληξαν σε συμφωνία μεταξύ των νομικών και ιατρικών αρχών για να εξασφαλιστεί ότι κανένας γιατρός δεν θα διωκόταν επειδή βοήθησε έναν ασθενή να πεθάνει για όσο διάστημα τηρήθηκαν αυστηρά οι οδηγίες. Εν συντομία, οι κατευθυντήριες γραμμές θεσπίστηκαν για να επιτρέψουν στους γιατρούς να ασκούν εθελοντική ευθανασία σε εκείνες τις περιπτώσεις στις οποίες ένας ασθενής είχε υποβάλει εθελοντικά με ενημερωμένο αίτημα να τον βοηθήσουν να πεθάνει (Euthanasia, etal 2019).

Η μη εθελοντική ευθανασία είναι η ευθανασία που διεξάγεται όταν δεν είναι διαθέσιμη η ρητή συγκατάθεση του ενδιαφερόμενου ατόμου , όπως όταν το άτομο βρίσκεται σε μόνιμη φυτική κατάσταση ή στην περίπτωση μικρών παιδιών . Έρχεται σε αντίθεση με την *ακούσια* ευθανασία , όταν η ευθανασία εκτελείται *ενάντια* στη θέληση του ασθενούς. Οι διαφορετικές πιθανές καταστάσεις που θεωρούνται μη εθελοντική ευθανασία είναι όταν η απόφαση να τερματιστεί η ζωή του ασθενούς βασίζεται 1) σε αυτό που θα ήθελε το άτομο με ανικανότητα εάν μπορούσε να του ζητηθεί, 2) με βάση αυτό που θα ήθελε ο υπεύθυνος λήψης αποφάσεων εάν ή βρισκόταν στη θέση του ασθενούς και 3) με βάση αυτό που αποφασίζεται από γιατρό με βάση τα δικά του κριτήρια και σκεπτικό.

Η μη εθελοντική ευθανασία μπορεί να χωριστεί σε παθητικές ή ενεργητικές παραλλαγές. Η παθητική ευθανασία συνεπάγεται την αναστολή κοινών θεραπειών, (όπως τα αντιβιοτικά), που είναι απαραίτητες για τη συνέχιση της ζωής. Η ενεργή ευθανασία συνεπάγεται τη χρήση θανατηφόρων ουσιών, όπως η χορήγηση θανατηφόρας ένεσης , και είναι το πιο αμφιλεγόμενο μέσο. Ορισμένοι συγγραφείς θεωρούν αυτούς τους όρους παραπλανητικούς και μη χρήσιμους.

Η ενεργή μη εθελοντική ευθανασία είναι παράνομη σε όλες τις χώρες του κόσμου, αν και στην Ολλανδία εφαρμόζεται σε βρέφη βάσει συμφωνίας μεταξύ γιατρών και εισαγγελέων της περιοχής.

Η παθητική μη εθελοντική ευθανασία (παρακράτηση υποστήριξης ζωής) είναι νόμιμη σε διάφορες χώρες, όπως η Ινδία, η Αλβανία και πολλά μέρη των Ηνωμένων Πολιτειών και εφαρμόζεται σε αγγλικά νοσοκομεία (Zahorec, etal 2022).

Η μη εθελοντική ευθανασία έχει συζητηθεί έντονα. Για παράδειγμα, ο Len Doyal , καθηγητής ιατρικής δεοντολογίας και πρώην μέλος της επιτροπής δεοντολογίας του Βρετανικού Ιατρικού Συλλόγου , υποστήριξε τη νομιμοποίηση, λέγοντας το 2006 ότι «οι υποστηρικτές της εθελοντικής ευθανασίας θα πρέπει να υποστηρίζουν τη μη εθελοντική ευθανασία υπό κατάλληλες συνθήκες και με σωστή ρύθμιση». Επιχειρηματολογώντας κατά της νομιμοποίησης, ο Peter Saunders, διευθυντής εκστρατείας για το Care Not Killing , μια συμμαχία χριστιανών και ομάδες αναπήρων, χαρακτήρισαν τις προτάσεις του Doyal "τη χειρότερη μορφή ιατρικού πατερναλισμού σύμφωνα με την οποία οι γιατροί

μπορούν να βάλουν τέλος στις ζωές ασθενών αφού κρίνουν ότι η ζωή τους δεν έχει αξία και ισχυρίζονται ότι απλώς ενεργούν προς το συμφέρον των ασθενών τους" (Zahorec, et al 2022).

3.1.3 Ηθελημένη/μη εκούσια ευθανασία

Η ακούσια ευθανασία συμβαίνει όταν η ευθανασία εκτελείται σε ένα άτομο που θα μπορούσε να παράσχει ενημερωμένη συγκατάθεση, αλλά δεν το κάνει, είτε επειδή δεν θέλει να πεθάνει είτε επειδή δεν του ζητήθηκε. Η ακούσια ευθανασία έρχεται σε αντίθεση με την εκούσια ευθανασία (ευθανασία που πραγματοποιείται με τη συγκατάθεση του ασθενούς) και τη μη εθελοντική ευθανασία (όταν ο ασθενής δεν μπορεί να δώσει ενημερωμένη συγκατάθεση, για παράδειγμα όταν ένας ασθενής είναι σε κώμα ή είναι παιδί). Η ακούσια ευθανασία είναι ευρέως αντίθετη και θεωρείται έγκλημα σε όλες τις νόμιμες δικαιοδοσίες, αν και ήταν νόμιμη στο παρελθόν. Η αναφορά σε αυτήν ή ο φόβος γι' αυτήν χρησιμοποιείται μερικές φορές ως λόγος για να μην αλλάξουν οι νόμοι που σχετίζονται με την εθελοντική ευθανασία (Zahorec, et al 2022).

3.1.4 Ενεργητική και Παθητική ευθανασία

Η αποδοχή της πρακτικής της παθητικής εθελοντικής ευθανασίας, όσο και αν ορίζεται, έρχεται σε πλήρη αντίθεση με την πρακτική της «ενεργητικής» εθελοντικής ευθανασίας. Η ενεργητική εθελοντική ευθανασία μπορεί να λεχθεί ότι συμβαίνει όταν λαμβάνει χώρα ιατρική παρέμβαση, κατόπιν αιτήματος του ασθενούς, προκειμένου να τερματιστεί η ζωή του. Σε αντίθεση με την παθητική εθελοντική ευθανασία, η οποία περιλαμβάνει μια «παράλειψη» βημάτων ή θεραπείας, η ενεργητική εθελοντική ευθανασία αφορά ένα άτομο που κάνει θετικά βήματα για να τερματίσει μια ζωή. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει τη χορήγηση υψηλών δόσεων παυσίπων που επιταχύνουν τον θάνατο μέσα από παροχή ένεσης μιας θανατηφόρου ουσίας ή δόσης για τον τερματισμό της ζωής. Έτσι, σε αντίθεση με την παθητική ευθανασία, στην οποία η αιτία θανάτου είναι η υποκείμενη ασθένεια ή πάθηση, με την ενεργητική

εθελοντική ευθανασία ο θάνατος προκύπτει από τη δράση ενός επαγγελματία γιατρού ή άλλου μέρους (Green, 2021).

Παραδείγματα περιλαμβάνουν τη μη ανάνηψη ατόμου σε καρδιακή ανακοπή, την απενεργοποίηση ενός μηχανήματος υποστήριξης ζωής ή την παρακράτηση ή την απόσυρση άλλης ιατρικής φροντίδας που θα παρατείνει τη ζωή (Jones, 2021).

3.1.5 Ηθελημένη Ευθανασία για λόγους ψυχιατρικούς ή ιατρικούς

Με βάση τη λιγοστή δημοσιευμένη βιβλιογραφία, υπάρχουν σοβαρές ανησυχίες σχετικά με την πρακτική που εμφανίζεται σε έναν αυξανόμενο αριθμό χωρών για τη διευκόλυνση της ευθανασίας για άτομα με διαταραχές προσωπικότητας ή ιατρική ανάγκη. Αυτό φαίνεται να βασίζεται σε λανθασμένες υποθέσεις σχετικά με την υποκείμενη ψυχοπαθολογία και σε έλλειψη ευαισθητοποίησης σχετικά με τη σύγχρονη βιβλιογραφία θεραπείας, ιδιαίτερα για την οριακή διαταραχή προσωπικότητας. Πρώτον, οι επιθυμίες για θάνατο ή αυτοκτονία, ακόμη και όταν διατυπώνονται ξεκάθαρα από τον ασθενή σε γιατρούς ή συγγενείς, και ακόμη κι αν αντιπροσωπεύουν την αληθινή βούληση εκείνη τη στιγμή, αυτή η επιθυμία ή για θάνατο πιθανότατα θα αλλάξει. Σε πολλές από αυτές τις περιπτώσεις.

Μια τέτοια διατυπωμένη επιθυμία θανάτου, μπορεί να είναι σύμπτωμα της διαταραχής και μπορεί στην πραγματικότητα να μεταφέρει πολλά άλλα πιθανά μηνύματα, που έχουν να κάνουν περισσότερο με τον ασθενή που αισθάνεται εγκαταλελειμμένος, απογοητευμένος ή θυμωμένος. Μπορεί επίσης να εκφράζει μια επιθυμία για βοήθεια για να ζήσει παρά μια επιθυμία για βοήθεια για να πεθάνει. Δεύτερον, η έννοια των διαταραχών προσωπικότητας ως «μη θεραπεύσιμες» καταστάσεις και «χωρίς προοπτικές βελτίωσης» βασίζεται σε ξεπερασμένες γνώσεις σχετικά με την κατάσταση της θεραπείας αυτών των ασθενειών. Σήμερα, μια σειρά αποτελεσματικών ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων είναι διαθέσιμη για άτομα με διαταραχές προσωπικότητας στις περισσότερες από τις χώρες που έχουν νομιμοποιήσει μέχρι στιγμής την ευθανασία. Το ότι αυτό φαινομενικά διέφυγε της προσοχής τόσο των νομοθετών όσο και των ειδικών ιατρικών κοινοτήτων είναι βαθιά ανησυχητικό. Ίσως η τρέχουσα έλλειψη αποτελεσματικών ψυχοτρόπων φαρμάκων για τη θεραπεία των διαταραχών της προσωπικότητας θα μπορούσε να έχει κάνει

πολλούς γιατρούς και ψυχιάτρους που δεν ειδικεύονται σε θεραπευτικά σχήματα λιγότερο αισιόδοξους για την πρόγνωση σε άτομα με ψυχιατρικά προβλήματα και τις προοπτικές λήψης αποτελεσματικής θεραπείας γενικά. Θα πρέπει επείγοντως να γίνει αναθεώρηση της ισχύουσας νομοθεσίας για άτομα με διαταραχές προσωπικότητας, η οποία βασίζεται επί του παρόντος στην ανεπαρκή κατανόηση των αναγκών αυτών των ανθρώπων και των δυνατοτήτων τους για μια ζωή που αξίζει να ζήσουν. Δεδομένης της μεγάλης πιθανότητας αλλαγής στην παρουσίαση οποιασδήποτε ψυχικής διαταραχής σε ανηλίκους, η ευθανασία δεν θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη με βάση οποιαδήποτε εγκατεστημένη ή αναδυόμενη ψυχική διαταραχή για άτομα κάτω των 18 ετών (Castillo, & Castillo, 2018).

3.1.6 Ευθανασία LivingWill

Η διαθήκη διαβίωσης είναι ένα έγγραφο που καθορίζει τις επιθυμίες ενός ασθενούς σχετικά με την υγειονομική περίθαλψη και τον τρόπο με τον οποίο θέλει να αντιμετωπίζεται εάν αρρωστήσει σοβαρά και δεν είναι σε θέση να κάνει ή να επικοινωνήσει τις δικές του επιλογές. Οι διαθήκες διαβίωσης ονομάζονται επίσης *ενεργές δηλώσεις* (Sareen, 2019).

Ένα τέτοιο έγγραφο μπορεί να είναι χρήσιμο στους συγγενείς και στους επαγγελματίες του ιατρικού τομέα στην περίπτωση ενός σοβαρά άρρωστου και ανίκανου ασθενούς.

Οι διαθήκες διαβίωσης αποτελούν μέρος του σχεδιασμού του τι πρέπει να κάνετε σε περίπτωση σοβαρής ασθένειας ή αναπηρίας. Η φράση έχει χρησιμοποιηθεί ως εύχρηστη ετικέτα πολυμέσων σε τέτοιο βαθμό που πολλοί άνθρωποι εστιάζουν στο ίδιο το έγγραφο και όχι στην πραγματική διαδικασία του εκ των προτέρων σχεδιασμού φροντίδας.

Για να γίνει λογική χρήση μιας ζωντανής βούλησης πρέπει να υποθεθεί ότι οι επιθυμίες του ατόμου θα ήταν οι ίδιες όταν γίνει *ανίκανο* όπως όταν κάνει τη διαθήκη. Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι είναι πολύ πιο δύσκολο να προβλέψει κανείς την ψυχική του κατάσταση όταν πεθαίνει (ή όταν λαμβάνει σημαντική ιατρική περίθαλψη) από ότι είχε σκεφτεί, και εξίσου δύσκολο, αν όχι αδύνατο, να προβλέψει ποια θα είναι

η ψυχική του κατάσταση (αν υπάρχει) να είναι όταν κάποιος είναι σε κώμα. Η διαθήκη διαβίωσης επιτρέπει σε ένα άτομο να εκχωρήσει σε κάποιον άλλον την εξουσία να λαμβάνει ιατρικές αποφάσεις για λογαριασμό του, εάν δεν μπορεί να λάβει ή να κοινοποιήσει τέτοιες αποφάσεις (Selter, etal 2022).

3.1.7 Δυσθανασία και Ορθοθανασία

Η δυσθανασία είναι ο όρος για τη μάταιη θεραπεία, η οποία δεν ωφελεί έναν τελικό ασθενή είναι μια διαδικασία μέσω της οποίας κάποιος απλώς επεκτείνει τη διαδικασία του θανάτου και όχι τη ζωή αυτή καθεαυτή. Κατά συνέπεια, οι ασθενείς έχουν έναν παρατεταμένο και αργό θάνατο, που συχνά συνοδεύεται από ταλαιπωρία, πόνο και αγωνία. Όταν κάποιος επενδύει στη θεραπεία ενός ασθενούς που δεν έχει καμία πιθανότητα θεραπείας, στην πραγματικότητα υπονομεύει την αξιοπρέπεια του ατόμου. Τα προηγμένα μέτρα και τα όριά τους θα πρέπει να αξιολογούνται για να ωφελούν τον ασθενή και όχι να θεωρούν την επιστήμη ως αυτοσκοπό (Canpo, etal2020).

Η ορθοθανασία αναφέρεται στην τέχνη της προώθησης ενός ανθρώπινου και ορθού θανάτου, χωρίς να υποβάλλονται οι ασθενείς σε μισθανασία (θάνατος λόγω μη παροχής κατάλληλης ιατρικής φροντίδας) ή δυσθανασία. Η μεγάλη του πρόκληση είναι να επιτρέψει στους ετοιμοθάνατους ασθενείς να διατηρήσουν την αξιοπρέπεια τους, όπου υπάρχει δέσμευση για την ευημερία των ασθενών στην τελική φάση μιας νόσου. Οι θεμελιώδεις αρχές της επαγγελματικής πρακτικής βασίζονται σε τέσσερις βιοηθικές αρχές του βασικού μοντέλου και επιβεβαιώνουν την προαγωγή της ευημερίας για τα άτομα που βρίσκονται στη διαδικασία του θανάτου: αυτονομία, δικαιοσύνη, ευεργεσία και μη κακοήθεια, και θα πρέπει να καθοδηγούν τις πρακτικές, τους προβληματισμούς και τις στάσεις των επαγγελματιών. Η προαγωγή της υγείας και η βιοηθική συνδυάζονται για την υπεράσπιση της ζωής και έχουν κοινό στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και τον σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Το να πεθάνει κάποιος με αξιοπρέπεια είναι συνέπεια του να ζει με αξιοπρέπεια και όχι μόνο να επιβιώνει με πόνο. Από αυτή την άποψη, οι νοσηλευτές είναι το κλειδί για τη διατήρηση της αξιοπρέπειας των ασθενών (Niespodzinski, et al 2022).

3.1.8 Ευγονική ευθανασία

Η ευγονική ευθανασία ήταν ένα ισχυρό φιλοσοφικό κίνημα των αρχών του εικοστού αιώνα, του οποίου ο κύριος στόχος ήταν η βελτίωση του «ανθρώπινου αποθέματος» με τη μείωση του αριθμού των ανθρώπων που θεωρούνται κληρονομικά «ακατάλληλα». Μία από τις ακραίες συνέπειες της ευγονικής ιδεολογίας ήταν η ευθανασία σε παιδιά και ενήλικες που δεν ταίριαζε με τα κληρονομικά πρότυπα. Αρκετές χώρες, φορείς, διανοούμενοι και λαϊκοί αγκάλιασαν την ευγονική κατά το πρώτο μισό του εικοστού αιώνα και υποστήριξαν μέτρα όπως η αναγκαστική στείρωση για τη μείωση της αναπαραγωγής του κληρονομικού ακατάλληλου. Στη Γερμανία, το πολιτικό κλίμα ευνόησε ακόμη πιο ριζοσπαστικά μέτρα από τη στείρωση στοχευμένων ομάδων όπως τα άτομα με αναπηρία. Το Τρίτο Ράιχ ξεκίνησε επιχειρήσεις μεγάλης κλίμακας για να καθαρίσει τη χώρα από τη «ζωή που δεν αξίζει να ζεις» (Grodin, et al 2018).

3.1.9 Ιατρικά υποβοηθούμενη ευθανασία ή αυτοκτονία

Η ευθανασία πραγματοποιείται από τον θεράποντα ιατρό που χορηγεί στον ασθενή μια θανατηφόρα δόση κατάλληλου φαρμάκου κατόπιν ρητής αίτησής του. Η σχετική ολλανδική νομοθεσία καλύπτει επίσης την υποβοηθούμενη από ιατρό αυτοκτονία (όπου ο γιατρός προμηθεύει το φάρμακο αλλά ο ασθενής το χορηγεί). Η ανακουφιστική καταστολή δεν είναι μια μορφή ευθανασίας: ο ασθενής απλώς χάνει τις αισθήσεις του με φάρμακα που μειώνουν τον πόνο και τελικά πεθαίνει από φυσικά αίτια (Gale, & Barak, 2020).

Η ευθανασία και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι νόμιμες μόνο εάν τηρούνται πλήρως τα κριτήρια που ορίζονται στον ολλανδικό νόμο περί τερματισμού της ζωής κατόπιν αιτήματος και υποβοηθούμενης αυτοκτονίας (διαδικασίες επανεξέτασης). Μόνο τότε ο ενδιαφερόμενος γιατρός έχει ασυλία από ποινική δίωξη. Τα αιτήματα για ευθανασία προέρχονται συχνά από ασθενείς που βιώνουν αφόρητη ταλαιπωρία χωρίς προοπτική βελτίωσης. Το αίτημά τους πρέπει να γίνει σοβαρά και με πλήρη πεποίθηση. Βλέπουν την ευθανασία ως τη μόνη διαφυγή από την κατάσταση. Ωστόσο, οι ασθενείς δεν έχουν απόλυτο δικαίωμα στην ευθανασία και οι γιατροί δεν έχουν απόλυτο καθήκον να την πραγματοποιήσουν (Calati, et al 2021).

3.2 Η Ευθανασία από νομικής πλευράς

3.2.1 Ευθανασία και δικαιοσύνη

Η δικαιοσύνη περιγράφει τι δικαιούνται νόμιμα τα άτομα, αλλά η ατομική δικαιοσύνη μπορεί να συντομευθεί από το ωφελμιστικό μοντέλο δικαιοσύνης για την κοινωνία συνολικά (Baksheev, et al 2018). Οι περισσότερες πολιτείες στέλνουν διαφορούμενα μηνύματα σχετικά με το νομικό καθεστώς της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Αν και πολλές πολιτείες ποινικοποιούν την υποβοηθούμενη αυτοκτονία, η κρατική δίωξη της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας δεν είναι συνηθισμένη. Επιπλέον, πολλά δικαστήρια έχουν κρίνει τους κατηγορούμενους για φόνο ή ανθρωποκτονία σε αυτές τις περιπτώσεις «αθώους».

3.2.2 Σύμβαση του Οβιέδο (1997)

Η Σύμβαση για την Προστασία των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και της Αξιοπρέπειας του Ανθρώπου σε σχέση με την Εφαρμογή της Βιολογίας και της Ιατρικής, αλλιώς γνωστή ως Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τη Βιοηθική ή Ευρωπαϊκή Σύμβαση Βιοηθικής, είναι ένα διεθνές όργανο που αποσκοπεί στην απαγόρευση της κατάχρησης καινοτομιών στη βιοϊατρική και για τη προστασία της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Η Σύμβαση άνοιξε για υπογραφή στις 4 Απριλίου 1997 στο Οβιέδο της Ισπανίας και, επομένως, είναι αλλιώς γνωστή ως Σύμβαση του Οβιέδο. Η Διεθνής Συνθήκη αποτελεί εκδήλωση της προσπάθειας του Συμβουλίου της Ευρώπης να συμβαδίζει με τις εξελίξεις στον τομέα της βιοϊατρικής. Πρόκειται κυρίως για το πρώτο πολυμερές δεσμευτικό μέσο. Η σύμβαση τέθηκε σε ισχύ την 1η Δεκεμβρίου 1999 και αναφέρεται μόνο σε συνδυασμό με διαδικασίες που κινούνται σε σχέση με παραβίαση της Ευρωπαϊκής Σύμβασης Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων. Η απουσία οποιωνδήποτε διατάξεων για δικαστική διαδικασία από τη σύμβαση θεωρείται σημαντική αδυναμία της Σύμβασης του Οβιέδο (Dragona-Monachou, 2019).

3.2.3 Προστασία των ανθρωπίνων Δικαιωμάτων

Ο όρος «ανθρώπινα δικαιώματα» αναφέρθηκε επτά φορές στον ιδρυτικό Χάρτη του ΟΗΕ, καθιστώντας την προώθηση και την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων βασικό σκοπό και κατευθυντήρια αρχή του Οργανισμού.

Το 1948, η Οικουμενική Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων καθόρισε τις αρχές που έφεραν τα ανθρώπινα δικαιώματα στη σφαίρα του διεθνούς δικαίου. Έκτοτε, ο Οργανισμός προστατεύει επιμελώς τα ανθρώπινα δικαιώματα μέσω νομικών μέσων και επιτόπιων δραστηριοτήτων. Η Οικουμενική Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων (1948) ήταν το πρώτο νομικό έγγραφο που προστατεύει τα παγκόσμια ανθρώπινα δικαιώματα. Είναι γενικά αποδεκτό ότι αποτελεί το θεμέλιο του διεθνούς δικαίου των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Μαζί με το Διεθνές Σύμφωνο για τα Ατομικά και Πολιτικά Δικαιώματα και το Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα, τα τρία μέσα αποτελούν τη λεγόμενη Διεθνή Διακήρυξη Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων. Η δημοκρατία, που βασίζεται στο κράτος δικαίου, είναι τελικά ένα μέσο για την επίτευξη διεθνούς ειρήνης και ασφάλειας, οικονομικής και κοινωνικής προόδου και ανάπτυξης και σεβασμού των ανθρωπίνων δικαιωμάτων – οι τρεις πυλώνες της αποστολής των Ηνωμένων Εθνών όπως ορίζονται στον Χάρτη των Ηνωμένων Εθνών.

3.2.4 Η νομική προσέγγιση της ευθανασίας διεθνώς

3.2.4.1 Αγγλικό και Γαλλικό Δίκαιο

Τον Ιούλιο του 2018, το Ανώτατο Δικαστήριο του Ηνωμένου Βασιλείου έκρινε στην υπόθεση *An NHS Trust and other (Respondents) κατά Υ* (από τον φίλο του στη δικαστική διαμάχη, τον Επίσημο Δικηγόρο) και έναν άλλον (Εφέτες) ότι δεν απαιτείται νομική άδεια για την απόσυρση της θεραπείας από ασθενείς σε μόνιμη φυτική κατάσταση. Στη συνέχεια, τον Δεκέμβριο του 2018, η Βρετανική Ιατρική Ένωση και το Βασιλικό Κολλέγιο Ιατρών δημοσίευσαν από κοινού οδηγίες σχετικά με το πότε επιτρέπεται στους γιατρούς να επιτρέπουν στους ασθενείς να πεθάνουν. Ο πρόεδρος της επιτροπής δεοντολογίας στο BMA, John Chisholm, δήλωσε ότι «Ο στόχος της ιατρικής θεραπείας δεν είναι απλώς η παράταση της ζωής με κάθε κόστος» Ενώ η ευθανασία παραμένει παράνομη στο Ηνωμένο Βασίλειο, δεν είναι

ασυνήθιστο ο θάνατος ενός ασθενούς να επισπεύδεται και να μην υπάρχουν νομικές επιπτώσεις στον ιατρό που προκάλεσε το θάνατο. Πράγματι, ο Λόρδος Γκοφ αποφάνθηκε στο Airedale NHS Trust v Bland ότι οι γιατροί που σκόπιμα κάνουν ότι είναι απαραίτητο και κατάλληλο για να ανακουφίσουν τον πόνο και την ταλαιπωρία ενός ασθενούς, ακόμη και με την πρόβλεψη πιθανών καταληκτικών συνεπειών, θεωρούνται νομικά προστατευμένοι όταν επισπεύδεται ο θάνατος (Bellon, étal 2022).

Ο ισχύων νόμος του 2016 στη Γαλλία προβλέπει ότι οι γιατροί μπορούν να κρατούν τους ασθενείς σε καταστολή με ναρκωτικά μέχρι να έρθει ο θάνατος, αλλά δεν νομιμοποιούν την υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Ο Μακρόν ανέφερε σε γραπτή δήλωση ότι ένα σώμα που θα αποτελείται από πολίτες θα εργαστεί για το θέμα τους επόμενους μήνες σε συντονισμό με τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας, ενώ πρόκειται να οργανωθούν τοπικές συζητήσεις σε γαλλικές περιοχές. Η κυβέρνηση θα έχει παράλληλα συζητήσεις με βουλευτές όλων των πολιτικών κομμάτων προκειμένου να επιτευχθεί η ευρύτερη συναίνεση. Ο Μακρόν κατά τη διάρκεια της εκστρατείας του για επανεκλογή νωρίτερα αυτό το έτος είχε υποσχεθεί να ανοίξει τη συζήτηση, υπονοώντας ότι ήταν προσωπικά υπέρ της νομιμοποίησης της αυτοκτονίας με τη βοήθεια ιατρού.

Ορισμένοι Γάλλοι ασθενείς ταξιδεύουν αυτήν τη στιγμή σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες για να αναζητήσουν περαιτέρω επιλογές. Η ευθανασία είναι επί του παρόντος νόμιμη στην Ολλανδία, το Βέλγιο, το Λουξεμβούργο και την Ισπανία υπό ορισμένες προϋποθέσεις. Στην Ελβετία, επιτρέπεται η υποβοηθούμενη αυτοκτονία όπου ο ασθενής παίρνει ο ίδιος μια θανατηφόρα δόση φαρμάκων. Οι γαλλικές δημοσκοπήσεις τα τελευταία χρόνια δείχνουν σταθερά ότι η ευρεία πλειοψηφία των ανθρώπων είναι υπέρ της νομιμοποίησης της ευθανασίας. Ο ισχύων νόμος επιτρέπει στους ασθενείς να ζητούν «βαθιά, συνεχή καταστολή που αλλάζει τη συνείδηση μέχρι θανάτου», αλλά μόνο όταν η κατάστασή τους είναι πιθανό να οδηγήσει σε γρήγορο θάνατο. Οι γιατροί επιτρέπεται να σταματήσουν τις θεραπείες που διατηρούν τη ζωή, συμπεριλαμβανομένης της τεχνητής ενυδάτωσης και της διατροφής. Η καταστολή και τα παυσίπονα επιτρέπονται «ακόμα και αν μπορεί να συντομεύσουν τη ζωή του ατόμου» (Crusat-Abelló, & Fernández-Ortega, 2021).

3.2.4.2 Γερμανικό και Ιταλικό Δίκαιο

Ένας νόμος πέντε ετών που απαγορεύει την επαγγελματικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία απορρίφθηκε ως αντισυνταγματικός από το ανώτατο δικαστήριο της Γερμανίας.

Το δικαστήριο υποστήριξε τις καταγγελίες μιας ομάδας ανίατων ασθενών και γιατρών που αμφισβήτησαν τον νόμο που καθιστούσε την «εμπορική προώθηση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας» ποινικό αδίκημα. Ο επικεφαλής του συνταγματικού δικαστηρίου της Γερμανίας, Andreas Vosskuhle, δήλωσε την Τετάρτη ότι ενώ το κοινοβούλιο μπορεί να ψηφίσει νόμους για την πρόληψη της αυτοκτονίας και την αύξηση της παρηγορητικής φροντίδας, δεν δικαιούται να επηρεάσει την ατιμωρησία της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Ωστόσο, δεν υπάρχει νόμιμο δικαίωμα στην ευθανασία και οι γιατροί δεν μπορούν να υποχρεωθούν παρά τη θέλησή τους να βοηθήσουν στην παροχή υποβοηθούμενης αυτοκτονίας (Ciliberti, etal 2018).

Όταν ο νόμος άλλαξε το 2015, οι νομοθέτες προσπάθησαν να αποτρέψουν το να γίνει κοινωνικά αποδεκτός ο υποβοηθούμενος θάνατος. Η ευθανασία στη Γερμανία εξακολουθεί να τιμωρείται με φυλάκιση έως και πέντε ετών. Τα ζητήματα που αφορούν τον υποβοηθούμενο θάνατο και την ευθανασία είναι ιδιαίτερα ευαίσθητα στη Γερμανία λόγω της ναζιστικής εκστρατείας δολοφονίας 300.000 ατόμων με νοητικές και σωματικές αναπηρίες

3.2.4.3 Ολλανδικό και Βελγικό Δίκαιο

Η νομική συζήτηση σχετικά με την ευθανασία στην Ολλανδία ξεκίνησε με την «υπόθεση Postma» το 1973, σχετικά με μια γιατρό που είχε διευκολύνει τον θάνατο της μητέρας της μετά από επανειλημμένα ρητά αιτήματα για ευθανασία. Ενώ ο γιατρός καταδικάστηκε, η απόφαση του δικαστηρίου έθεσε κριτήρια όταν ένας γιατρός δεν θα ήταν υποχρεωμένος να κρατήσει έναν ασθενή στη ζωή παρά τη θέλησή του. Αυτό το σύνολο κριτηρίων επισημοποιήθηκε κατά τη διάρκεια μιας σειράς δικαστικών υποθέσεων κατά τη δεκαετία του 1980.

Ο νόμος περί τερματισμού της ζωής κατόπιν αιτήματος και υποβοηθούμενης αυτοκτονίας (διαδικασίες επανεξέτασης) ψηφίστηκε τον Απρίλιο του 2001 και τέθηκε σε ισχύ την 1η Απριλίου 2002. Νομιμοποιεί την ευθανασία και την υποβοηθούμενη από ιατρό αυτοκτονία σε πολύ συγκεκριμένες περιπτώσεις, υπό πολύ συγκεκριμένες

συνθήκες. Ο νόμος προτάθηκε από τον Els Borst. Οι διαδικασίες που κωδικοποιήθηκαν στο νόμο ήταν μια σύμβαση της ολλανδικής ιατρικής κοινότητας για περισσότερα από είκοσι χρόνια. Η ευθανασία παραμένει ποινικό αδίκημα σε περιπτώσεις που δεν πληρούν τις ειδικές προϋποθέσεις του νόμου, με εξαίρεση αρκετές περιπτώσεις που δεν υπόκεινται καθόλου στους περιορισμούς του νόμου, επειδή δεν θεωρούνται ευθανασία αλλά συνήθης ιατρική πρακτική (Bollen, etal 2019).

Σύμφωνα με τη βελγική νομοθεσία, οι ασθενείς πληρούν τις προϋποθέσεις για ευθανασία μόνο εάν έχουν μια ανίατη ασθένεια και βιώνουν συνεχή, αφόρητη σωματική ή ψυχική ταλαιπωρία που δεν μπορεί να ανακουφιστεί. Πρέπει επίσης να επαναλάβουν ρητό αίτημα για υποβοηθούμενο θάνατο, το οποίο πρέπει να αποδειχθεί προσεκτικά και να μην υπόκειται σε καμία εξωτερική πίεση.

3.2.4.4 Νομοθεσία του Λουξεμβούργου και Ελβετικό Δίκαιο

Στο Λουξεμβούργο, η ευθανασία και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία ρυθμίζονται με νόμο από το 2009. Ένας γιατρός πρέπει να ακολουθεί αυστηρές προϋποθέσεις. π.χ. θα πρέπει να υπάρχει συναίνεση από δύο γιατρούς και μια ομάδα εμπειρογνομόνων. Όταν ένας ασθενής δεν μπορεί να θεραπευτεί, η ανακουφιστική φροντίδα θεωρείται καλή ιατρική πρακτική. Στο άρθρο 2 του νόμου αυτού αναφέρονται τα κριτήρια δέουσας μέριμνας για νόμιμη ευθανασία και υποβοηθούμενη αυτοκτονία (Hanson, etal 2020).

Υπάρχουν αρκετοί σημαντικοί παράγοντες που πλαισιώνουν τον υποβοηθούμενο θάνατο στην Ελβετία.

1. Ο ελβετικός ποινικός κώδικας επιτρέπει την υποβοηθούμενη αυτοκτονία, εφόσον το κίνητρο αυτών που βοηθούν δεν είναι εγωιστικό.
2. Εκείνοι που βοηθούν το άτομο να πεθάνει δεν χρειάζεται να είναι γιατροί. Ο καθένας μπορεί να βοηθήσει, εφόσον το κίνητρό του είναι αλtruιστικό.

3.2.4.5 Η νομοθεσία των ΗΠΑ και της Αυστραλίας

Η ευθανασία είναι επί του παρόντος παράνομη και στις 50 πολιτείες των Ηνωμένων Πολιτειών. Η υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι νόμιμη σε 10 πολιτείες των ΗΠΑ. Η ευθανασία αμφισβητείται στη Μοντάνα, αν και επί του παρόντος εγκρίνεται σύμφωνα με την απόφαση του Ανώτατου Δικαστηρίου της Μοντάνα στο *Baxter κατά Μοντάνα* ότι «τίποτα στο προηγούμενο του Ανώτατου Δικαστηρίου της Μοντάνα ή στα καταστατικά της Μοντάνα [υποδεικνύει] ότι η βοήθεια γιατρού στον θάνατο είναι ενάντια στη δημόσια τάξη». Η ευθανασία ήταν νόμιμη για μια περίοδο μεταξύ 1996 και 1997 στη Βόρεια Επικράτεια, έως ότου εγκρίθηκε ένας ομοσπονδιακός νόμος που ανατρέπει τον εδαφικό νόμο (και καταργεί το δικαίωμα των εδαφών να νομοθετούν για την ευθανασία).

Σε όλη την Αυστραλία ένας ασθενής μπορεί να επιλέξει να μην λάβει καμία θεραπεία για μια ανίατη ασθένεια και μπορεί επίσης να επιλέξει να απενεργοποιήσει την υποστήριξη ζωής του. Ο εκ των προτέρων προγραμματισμός φροντίδας είναι επίσης διαθέσιμος σε όλη την Αυστραλία (Richardson 2022).

3.3 Ελληνικό δίκαιο της Ευθανασίας

Η σύγχρονη ελληνική κοινωνία φαίνεται να είναι διχασμένη ως προς τη νομιμοποίηση της ευθανασίας. Η Ελληνική Ορθόδοξη Εκκλησία διατηρεί αρνητική στάση. Έρευνες δείχνουν ότι ορισμένες μορφές ευθανασίας πραγματοποιούνται «πίσω από κλειστές πόρτες». Δεν υπάρχει συγκεκριμένη νομοθετική διάταξη. Η κυβέρνηση αποφεύγει να επωμιστεί το πολιτικό κόστος της ρύθμισης αυτού του οριακού ζητήματος. Σύμφωνα με την κυρίαρχη άποψη των νομικών του Ποινικού Δικαίου, ορισμένες μορφές ευθανασίας θεωρούνται επιτρεπτές υπό ορισμένες προϋποθέσεις. Η ασφάλεια της συνδρομής αυτών των προϋποθέσεων, η διασφάλιση της αποδοχής των εντύπων που θεωρούνται επιτρεπτά και –κυρίως– η ανάγκη ρύθμισης των απαγορευμένων εντύπων σε εξαιρετικές περιπτώσεις, όλα αναγκάζουν τους νομοθέτες να καλύψουν έγκαιρα τυχόν νομικά κενά (Sandu, etal 2020).

3.4 Ευθανασία και θρησκεία

3.4.1 Χριστιανισμός και Ευθανασία

Η Ευθανασία από χριστιανικής άποψης είναι τόσο αντίθετη με αυτό που γενικά εκπροσωπεί η χριστιανική πίστη. Η βιοηθική ως μια ενοποιητική κατεύθυνση της σύγχρονης γνώσης υπερβαίνει τη διεπιστημονικότητα, διότι ασχολείται με την ενσωμάτωση επιστημονικών (ορθολογικών) και αξιακών-κανονιστικών προσεγγίσεων που δεν αποτελούν μόνο μέρος της φιλοσοφίας και της ηθικής, αλλά και μέρος άλλων μορφών πνευματικής κουλτούρας, ιδίως της θρησκείας. Η θέση της χριστιανικής ηθικής σε θέματα βιοηθικής που σχετίζονται με την αρχή και το τέλος της ανθρώπινης ζωής είναι διαφορετική από τις προσεγγίσεις της κοσμικής βιοηθικής (Anthony & Sterkens, 2019).

Η χριστιανική πνευματική παράδοση τεκμηριώνει τη μοναδικότητα της ανθρώπινης αξιοπρέπειας ως του μοναδικού όντος στον κόσμο που δημιούργησε ο Θεός κατ' εικόνα και καθ' ομοίωσή Του και την απόλυτη αξία της από τη σύλληψη του ανθρώπου έως τον φυσικό θάνατο. Η ιδέα της θεμελιώδους υπόστασης της ανθρώπινης αξιοπρέπειας είναι εγγενής σε όλες τις χριστιανικές ομολογίες. Η αρχή της ανθρώπινης ακεραιότητας συνδέεται οργανικά με την αρχή της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Έχει ιδιαίτερη σημασία στη χριστιανική πνευματική παράδοση. Το ανθρώπινο σώμα δεν διαχωρίζεται από το "εγώ" του. Ο Πάπας Ιωάννης Παύλος Β' μίλησε για ένα "πνευματικό σώμα" και ένα "ενσώματο πνεύμα". Όλα τα κύτταρα του σώματος που ενυπάρχουν από πνευματική ενέργεια και τη ζωή από το πνεύμα.

3.4.2 Ψυχοκοινωνικές απόψεις της ευθανασίας

Η ανακουφιστική φροντίδα και τα θέματα ποιότητας ζωής σε ασθενείς με ανίατες ασθένειες έχουν καταστεί σημαντικός τομέας κλινικής φροντίδας και έρευνας. Σημαντική πρόοδος έχει σημειωθεί στην επέκταση της ερευνητικής ατζέντας για την παρηγορητική φροντίδα/ποιότητα ζωής στα κλινικά προβλήματα των ασθενών, συμπεριλαμβανομένων των προσπαθειών που επικεντρώνονται σε θέματα που σχετίζονται με την ψυχική υγεία, όπως τα νευροψυχιατρικά σύνδρομα και τα ψυχολογικά συμπτώματα σε ασθενείς. Ωστόσο, ίσως τα πιο συναρπαστικά και κλινικά σημαντικά θέματα ψυχικής υγείας στην παρηγορητική φροντίδα σήμερα αφορούν την επιθυμία για θάνατο και την αυτοκτονία με τη βοήθεια γιατρού και τη σχέση τους με την κατάθλιψη (Rodriguez Davila et al, 2010).

Η επιθυμία για θάνατο έχει υποστηριχθεί ως μια κατασκευή που είναι κεντρική σε μια σειρά από συναφή ζητήματα ή φαινόμενα, συμπεριλαμβανομένης της αυτοκτονίας και του αυτοκτονικού ιδεασμού, του ενδιαφέροντος για ευθανασία και των αιτημάτων για ευθανασία. Αυτή η κατασκευή εστιάζει στο βαθμό στον οποίο ένα άτομο επιθυμεί να τελειώσει η ζωή του νωρίτερα παρά αργότερα. Τα άκρα αυτού του υποθετικού συνεχούς, επομένως, αντανακλούν την οξεία αυτοκτονική πρόθεση (δηλαδή την επιθυμία να τερματίσει κάποιος τη ζωή του αμέσως) και την πλήρη απουσία οποιασδήποτε επιθυμίας να πεθάνει.

Τα άτομα που πάσχουν από χρόνιες ιατρικές ασθένειες επιλέγουν την αυτοκτονία ως μέσο ελέγχου της πορείας της ασθένειάς του και των συνθηκών του θανάτου του. Οι υποστηρικτές που ζητούν αυτονομία για τους ασθενείς όσον αφορά τον τρόπο και τον χρόνο θανάτου τους έχουν γίνει όλο και πιο έντονοι τα τελευταία χρόνια και επικεντρώνονται στη δυσχερή θέση των ετοιμοθάνατων ασθενών με ανίατες ασθένειες. Ωστόσο, αυτό που έχει συχνά παραβλεφθεί, στις πολιτικές και νομικές μηχανορραφίες, είναι η σημασία των ιατρικών, κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων (π.χ. κατάθλιψη) που μπορεί να συμβάλλουν στον αυτοκτονικό ιδεασμό, στην επιθυμία για επίσπευση του θανάτου ή στα αιτήματα για ευθανασία από ασθενείς σε τελικό στάδιο (Tomlinson et al, 2015).

3.4.3 Η ευθανασία ως ιατρική πράξη

Οι ιατρικές αποφάσεις για το τέλος της ζωής, συμπεριλαμβανομένου του ιατρικά υποβοηθούμενου θανάτου, είναι γνωστό ότι λαμβάνονται σε αρκετές χώρες . Η παρατήρηση αυτή εγείρει ερωτήματα σχετικά με το κατά πόσον η ευθανασία (δηλ. ο σκόπιμος τερματισμός της ζωής ενός ατόμου με τη χορήγηση φαρμάκων κατόπιν ρητής αίτησης του ατόμου αυτού) και η υποβοηθούμενη από ιατρό αυτοκτονία (δηλ. η σκόπιμη υποβοήθηση της αυτοκτονίας ενός άλλου ατόμου ή η παροχή σε ένα άλλο άτομο των μέσων για να αυτοκτονήσει) μπορούν να αποτελέσουν μέρος της ορθής ιατρικής πρακτικής για το τέλος της ζωής. Επί του παρόντος, μία από τις κύριες αντιρρήσεις που προβάλλονται κατά της ρύθμισης της ευθανασίας και της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας είναι το λεγόμενο επιχείρημα της ολισθηρής πλαγιάς: εάν νομιμοποιηθεί η ευθανασία δεν μπορεί να παρακολουθηθεί και να ελεγχθεί αποτελεσματικά και θα οδηγήσει σε σφάλματα, καταχρήσεις και παραβίαση των δικαιωμάτων των ευάλωτων ασθενών.

Στις Κάτω Χώρες η ευθανασία ρυθμίστηκε επίσημα μόλις το 2002, αλλά οι χώρες είχαν ήδη αναπτύξει μια σταδιακή νομική ανοχή της ευθανασίας υπό αυστηρές συνθήκες και σύμφωνα με τις απαιτήσεις δέουσας φροντίδας που είχαν αναπτυχθεί από το ίδιο το ιατρικό σώμα. Για περισσότερο από δύο δεκαετίες οι Ολλανδοί είχαν επίσης λάβει πρακτικά μέτρα για να θέσουν την ευθανασία και την αυτοκτονία με τη βοήθεια γιατρού υπό καθεστώς αποτελεσματικού ελέγχου. Από τις αρχές της δεκαετίας του '90 οι διαδικασίες για την κοινοποίηση και τον έλεγχο της ευθανασίας είχαν αναπτυχθεί, αξιολογηθεί και αναθεωρηθεί αρκετές φορές κατόπιν αιτήματος της κυβέρνησης για την τελειοποίησή τους προκειμένου να αυξηθεί η προθυμία των ιατρών να κοινοποιούν τις περιπτώσεις τους και να ενισχυθεί ο κοινωνικός έλεγχος.

Για να διασφαλιστεί ότι η ευθανασία θα εκτελείται υπό τις αυστηρές απαιτήσεις της δέουσας επιμέλειας, ο νομικός και κοινωνικός έλεγχος ενσωματώθηκε ρητά και στους δύο νόμους περί ευθανασίας μέσω της ρυθμιζόμενης κοινοποίησης της ευθανασίας από τους ιατρούς, του ελέγχου από διεπιστημονική επιτροπή και της αξιολόγησης από το Κοινοβούλιο. Τα ερωτήματα σχετικά με τη δυνατότητα αποτελεσματικού κοινωνικού ελέγχου της ευθανασίας και ο τρόπος διασφάλισης της επιμέλειας της πρακτικής αυτής βρίσκονται στο επίκεντρο των συζητήσεων για την ευθανασία που διεξάγονται σήμερα σε διάφορες χώρες (Smets et al, 2009).

3.4.4 Ινδουισμός και Ισλάμ

Ενώ δεν υπάρχει επίσημη ινδουιστική διδασκαλία για την υποβοηθούμενη αυτοκτονία ή την ευθανασία, υπάρχει μια γενική ανησυχία στον ινδουισμό ότι ο πρόωρος τερματισμός της ζωής ενός ατόμου θα μπορούσε να επηρεάσει αρνητικά το κάρμα του. Η έννοια του κάρμα επικεντρώνεται γύρω από την πεποίθηση ότι τα καλά και τα κακά συμβάντα στη ζωή κάποιου προκαλούνται από ενέργειες που έγιναν σε προηγούμενες ζωές, καθώς οι Ινδουιστές πιστεύουν στη μετενσάρκωση. Πιστεύουν ότι όποια δυστυχία βιώνεις τώρα οφείλεται σε κάτι που έκανες στο παρελθόν. Στην πραγματικότητα η πράξη της καθυστέρησης του πόνου μπορεί να αυξήσει περαιτέρω το κακό κάρμα στην επόμενη ζωή. Ταυτόχρονα, ορισμένοι ινδουιστές πιστεύουν ότι υπάρχουν περιστάσεις που θα μπορούσαν να δικαιολογήσουν την επίσπευση του θανάτου.

Η ευθανασία μπορεί επίσης να είναι αποδεκτή εάν χρησιμοποιείται για ανιδιοτελή κίνητρα. Από την άλλη πλευρά, βοηθώντας το άτομο να τερματίσει μια ζωή, ακόμη και μια ζωή γεμάτη πόνο, διαταράσσει το χρονοδιάγραμμα του κύκλου του θανάτου και της αναγέννησης. Αυτό είναι κακό πράγμα και όσοι εμπλέκονται στην ευθανασία θα αναλάβουν το υπόλοιπο κάρμα του ασθενούς. Ο θάνατος είναι μια φυσική διαδικασία και θα έρθει με τον καιρό (Koodamara et al, 2018).

Οι Μουσουλμάνοι είναι κατά της ευθανασίας. Πιστεύουν ότι η ζωή όλων των ανθρώπων είναι ιερή, επειδή είναι δοσμένη από τον Θεό, και ότι ο Θεός επιλέγει πόσο θα ζήσει ο κάθε άνθρωπος. Οι άνθρωποι δεν πρέπει να παρεμβαίνουν σε αυτό. Απαγορεύεται σε έναν μουσουλμάνο να σχεδιάζει ή να γνωρίζει με την αυτοθέλησή του εκ των προτέρων τον χρόνο του θανάτου του. Οι ισλαμικές διδασκαλίες αντιτίθενται στην αυτοκτονία με τη βοήθεια γιατρού και την ευθανασία.

Το Ισλάμ διδάσκει επίσης ότι μόνο ο Θεός αποφασίζει πόσο θα ζήσει κάποιος και πότε θα πεθάνει. Υπάρχει η απροθυμία να ληφθούν οποιουδήποτε είδους αποφάσεις που θα τερμάτιζαν πρόωρα τη ζωή, επειδή πιστεύεται ότι βρίσκονται αποκλειστικά στα χέρια του Θεού. Οι απόψεις του Ισλάμ για θέματα όπως η υποβοηθούμενη αυτοκτονία και η ευθανασία επηρεάζονται επίσης από την πεποίθηση ότι ο πόνος και άλλες δυσκολίες μπορεί να είναι ωφέλιμες. Ενώ οι ισλαμιστές στοχαστές αντιτίθενται στην επίσπευση του θανάτου, πιστεύουν επίσης γενικά ότι οι ασθενείς σε τελικό στάδιο δεν χρειάζεται να χρησιμοποιούν έκτακτα μέσα και τεχνολογίες για να καθυστερήσουν τον θάνατο (Brockopp, 2008).

3.4.5 Ιουδαϊσμός και Βουδισμός

Σύμφωνα με τον εβραϊκό νόμο, η οδηγία για τη διατήρηση της ανθρώπινης ζωής γενικά υπερισχύει άλλων εκτιμήσεων, συμπεριλαμβανομένης της επιθυμίας ανακούφισης του πόνου και της ταλαιπωρίας. Ο Ιουδαϊσμός διδάσκει ότι η ζωή είναι ένα πολύτιμο δώρο του Θεού. Η ζωή ενός ανθρώπου ανήκει στον Θεό, λέει, και επομένως η απόφαση για το πότε θα τελειώσει πρέπει να αφεθεί στον Θεό. Και τα τρία μεγάλα εβραϊκά κινήματα, το ορθόδοξο, το συντηρητικό και το μεταρρυθμιστικό, απαγορεύουν την αυτοκτονία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία, ακόμη και σε περιπτώσεις επώδυνων, ανίατων ασθενειών. Υπάρχουν κάποιες μειοψηφικές απόψεις - ότι η αυτοκτονία μπορεί να είναι επιτρεπτή σε σπάνιες, ορισμένες περιστάσεις - αλλά η άποψη της πλειοψηφίας μεταξύ όλων των κινήματων

είναι ότι δεν επιτρέπεται να αφαιρέσει κανείς τη ζωή του υπό οποιεσδήποτε συνθήκες.

Ταυτόχρονα, οι εβραϊκές διδασκαλίες επιτρέπουν σε ένα άτομο να παραιτηθεί από την ιατρική θεραπεία, εάν η ζωή αυτού του ατόμου πρόκειται να τελειώσει και εάν υποφέρει. Οι Εβραίοι στοχαστές είναι αρκετά ενωμένοι στο να πιστεύουν ότι ένα άτομο που βρίσκεται κοντά στο τέλος της ζωής μπορεί να σταματήσει τη θεραπεία. Εάν αυτή η θεραπεία πρόκειται απλώς να δώσει έναν ή δύο μήνες ζωής ακόμα, και εάν αυτός ο χρόνος πρόκειται απλώς να φέρει περισσότερο πόνο, οι περισσότεροι Εβραίοι ραβίνοι και φιλόσοφοι θα έλεγαν ότι κανείς δεν είναι υποχρεωμένος να το υπομείνει αυτό.

Οι γιατροί και οι φροντιστές δεν πρέπει να κάνουν τίποτα για να επισπεύσουν τον θάνατο και γενικά πρέπει να εργάζονται για να κρατήσουν τους ανθρώπους στη ζωή όσο το δυνατόν περισσότερο. Έτσι, για παράδειγμα, οι περισσότεροι Εβραίοι θρησκευτικοί και ηθικοί στοχαστές θα συμφωνούσαν ότι ο Ιουδαϊσμός θα επέτρεπε τη διακοπή της θεραπείας που παρατείνει τη ζωή στην περίπτωση ενός ετοιμοθάνατου ατόμου που βρίσκεται σε κώμα. (Gesundheit et al, 2006).

Σύμφωνα με τη θρησκεία του Βουδισμού, οι Βουδιστές αντιτίθενται στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία και την ευθανασία. Ο Βουδισμός διδάσκει ότι είναι ηθικά λάθος να καταστρέφει κανείς την ανθρώπινη ζωή, συμπεριλαμβανομένης της δικής του, λέει, ακόμη και αν η πρόθεση είναι να τερματιστεί ο πόνος. Οι βουδιστές διδάσκονται να έχουν μεγάλο σεβασμό για τη ζωή, ακόμη και αν αυτή η ζωή δεν ζει με τη βέλτιστη σωματική και ψυχική υγεία. Ωστόσο, οι Βουδιστές πιστεύουν επίσης ότι η ζωή δεν χρειάζεται να διατηρείται με κάθε κόστος και ότι δεν χρειάζεται να καταβάλει κανείς εξαιρετικές προσπάθειες για να διατηρήσει τη ζωή ενός ετοιμοθάνατου. Αυτό σημαίνει, για παράδειγμα, ότι ενώ ένα άτομο που βρίσκεται σε τελικό στάδιο δεν πρέπει να αρνείται τη βασική φροντίδα, μπορεί να αρνηθεί τη θεραπεία που μπορεί να αποδειχθεί μάταιη ή αδικαιολόγητα επαχθής. Η ουσία είναι ότι εφόσον δεν υπάρχει πρόθεση αφαίρεσης της ζωής, δεν προκύπτει κανένα ηθικό πρόβλημα (Becker, 2017).

3.4.6 Σιντοϊσμός –Βουδισμός στην Ιαπωνία

Ο Σιντοϊσμός έχει ένα πιο περίπλοκο σύστημα αρχών και προοπτικών. Δεδομένου ότι η θρησκεία αυτή είναι ανατολικής καταγωγής, έχει πολλές διαφορές από τις ευρωπαϊκές πεποιθήσεις. Για παράδειγμα, ο χριστιανισμός έχει αυστηρά καθορισμένες έννοιες του σωστού και του λάθους, οι οποίες δεν καθορίζονται στο Σίντο. Κάθε άτομο πρέπει να αποφασίσει αν κάνει καλά ή κακά πράγματα για τον εαυτό του.

Σύμφωνα με τις διδασκαλίες του Σίντο, η πρωταρχική πραγματικότητα είναι ένας κύκλος, στον οποίο τα πάντα (ζωντανά ή μη) έχουν ψυχή (κάμι). Ακόμη και αν ένα αντικείμενο θεωρείται παραδοσιακά ως μη ζωντανό (για παράδειγμα, μια πέτρα ή ένα φτερό), στο Σίντο πιστεύεται ότι διαθέτει ψυχή παρόμοια με αυτή κάθε ζωντανού οργανισμού. Αυτές οι ψυχές είναι διαρκώς μεταβαλλόμενες, ξαναγεννιούνται και ξαναζωντανεύουν - κάθε φορά με διαφορετικές μορφές. Το κάμι ενός σκύλου μπορεί να ξαναγεννηθεί σε άνθρωπο ή σε δέντρο. Έτσι, η φύση του κόσμου στις διδασκαλίες του Σίντο είναι ρευστή, τα πάντα σε αυτόν τελειώνουν και τίποτα δεν είναι για πάντα, ούτε καν ο ίδιος ο κόσμος. Ως εκ τούτου, ο άνθρωπος δεν θεωρείται ως κυρίαρχο είδος- μάλλον, οι άνθρωποι είναι απλώς φορείς των κάμι, όπως όλα όσα τους περιβάλλουν. Κάθε άνθρωπος καθορίζει αν είναι καλός ή κακός σύμφωνα με τα ήθη και τα έθιμα της εποχής και του πολιτισμού του.

Αφού ένας άνθρωπος πεθάνει, το κάμι του εγκαταλείπει το σώμα σε αναζήτηση άλλης υλικής μορφής. Η πραγματικότητα και η γνώση διατηρούνται στα κάμι και, ως εκ τούτου, εξελίσσονται και προοδεύουν. Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο οι άνθρωποι μπορούν να μάθουν από το περιβάλλον τους. Το νόημα της ύπαρξης και της ιστορίας της ανθρωπότητας είναι να ζει σε συμφωνία με το είδος της και τον κόσμο που την περιβάλλει (Tanida, 2004).

Οι βουδιστές στοχαστές, οι βουδιστικοί θεσμοί και τα κείμενα στην Ιαπωνία απαντούν στα σύγχρονα ζητήματα σχετικά με τον θάνατο έχουν ενδιαφέρον για τέσσερις λόγους. Πρώτον, στην Ιαπωνία, ο βουδισμός συνδεόταν πάντα με τελετουργίες θανάτου, καθώς απαιτούσε από όλους τους πολίτες να ενταχθούν σε έναν τοπικό βουδιστικό ναό μέσω του οικογενειακού τάφου. Αυτή η σύνδεση των οικογενειών με τους βουδιστικούς ναούς ενσωματώθηκε τόσο βαθιά στη θρησκευτική και κοινωνική υποδομή της Ιαπωνίας, ώστε παρέμεινε το κυρίαρχο χαρακτηριστικό

του βουδισμού στην Ιαπωνία. Στην Ιαπωνία, οι άνθρωποι "γεννιούνται Σίντο" και "πεθαίνουν βουδιστές". Δεύτερον, από την αρχή της σύλληψής της η βουδιστική διδασκαλία και πρακτική επικεντρώθηκε στην ανακούφιση της οδύνης, που προσδιορίζεται από τα τρία πρώτα από τα τέσσερα θεάματα που είδε ο νεαρός Βούδας ως ασθένεια, γήρας και θάνατος. Τρίτον, τα τελευταία χρόνια, τα βουδιστικά ιδρύματα στην Ιαπωνία βρίσκονται σε μια κρίσιμη στιγμή, καθώς αντιμετωπίζουν τη γήρανση του πληθυσμού καθώς και την ολοένα και μειούμενη ταύτιση κυρίως των νέων ανθρώπων με τους βουδιστικούς θεσμούς, τις πεποιθήσεις και τις πρακτικές. Το φαινόμενο αυτό αποκαλείται συνήθως "φυγή από τους βουδιστικούς ναούς". Τέλος, η καταστροφή που προκάλεσε στην Ιαπωνία το τσουνάμι της 11ης Μαρτίου 2011 επηρέασε βαθιά τους περισσότερους ανθρώπους στην Ιαπωνία, ωθώντας πολλούς Ιάπωνες να αναζητήσουν νόημα και να αναμετρηθούν εκ νέου με το πανάρχαιο ερώτημα του Ζεν σχετικά με το "μεγάλο ζήτημα της ζωής και του θανάτου" (Becker, 2017).

3.4.7 Κομφουκισμός – Ταοϊσμός στην Κίνα

Τα δύο μεγάλα φιλοσοφικά συστήματα της Κίνας, ο Κομφουκιανισμός και ο Ταοϊσμός, έχουν τις δικές τους αντιλήψεις για τον άνθρωπο, την κοινωνία και τον κόσμο στο πλαίσιο της συμπαντικής τάξης. Ο Κομφουκιανισμός, σε εξαιρετικά σπάνιες περιπτώσεις, επιτρέπει την ευθανασία ως "αξιοπρεπή θάνατο" προκειμένου να αποφευχθεί η πολιτική βία και η ατίμωση.

Για τον Ταοϊσμό, ο στόχος είναι η αθανασία του σώματος. Για να επιτευχθεί αυτό, ο λαϊκός ή λαϊκός ταοϊσμός χρησιμοποιεί ελιξίρια που πιστεύεται ότι παρατείνουν τη ζωή και οδηγούν στην αθανασία. Η ευθανασία είναι επομένως το αντίστροφο αυτής της αναζήτησης. Ο Ταοϊστής επιδιώκει επίμονα να θεραπεύσει τους ανθρώπους και να παρατείνει τη ζωή τους όσο το δυνατόν περισσότερο. Το ζήτημα, ωστόσο, θολώνει όταν η εξωτερική ιατρική -κυρίως η τεχνητή υποστήριξη της ζωής παρεμβαίνει. Οι Ταοϊστές δέχονται μόνο μικρές ιατρικές θεραπείες και μόνο αν το σώμα του ασθενούς θα είναι σε θέση να ανακάμψει και να επιστρέψει στην αρχική φυσική του κατάσταση, κάτι που συνάδει με τη φυσική ροή του Τάο, της αιώνιας αρχής του σύμπαντος που υπερβαίνει την πραγματικότητα. Αν όμως η ιατρική παρέμβαση είναι μάταιη και ο άνθρωπος βρίσκεται κοντά στο θάνατο, τότε οι

Ταοϊστές θεωρούν ότι να αφεθεί στη θέληση του Τάο. Πρόκειται έτσι για ένα είδος παθητικής ευθανασίας, εφόσον δεν αποδέχονται την τεχνητή υποστήριξη της ζωής (Ziaka, 2015).

Στον Κομφουκιανισμό, η αυτοκτονία θεωρείται αποδεκτός τρόπος για την προστασία της αξιοπρέπειας και της αρετής του ατόμου: στην ύστερη αυτοκρατορική Κίνα, η αυτοκτονία ήταν υποχρεωτική για τους διανοούμενους που είχαν επιζήσει από τον αυτοκράτορά τους και για τις γυναίκες που είχαν βιαστεί. Παρ' όλα αυτά, οι περισσότεροι κομφουκιανοί διανοούμενοι δεν θεωρούν την αυτοκτονία ως την καλύτερη επιλογή για την επιδίωξη της ανθρώπινης αρετής. Παρόλο που ο Κου Γιουάν ο μεγάλος ποιητής και υπεύθυνος για την πιο διάσημη αυτοκτονία στην κινεζική ιστορία- συχνά επαινείται για την αφοσίωση και τις αρετές του, επικρίνεται επίσης για στενόμυαλη συμπεριφορά. Σύμφωνα με τις ταοϊστικές διδασκαλίες του Ζουάνγκζι, δεν πρέπει κανείς να ανησυχεί υπερβολικά για τις κοσμικές υποθέσεις, συμπεριλαμβανομένης της ζωής και του θανάτου. Η εξέταση των ιδεών για τη ζωή και τον θάνατο που συναντάμε στον Κομφουκιανισμό και τον Ταοϊσμό παρέχει μια βαθύτερη πολιτισμική κατανόηση των πιθανών υποκείμενων κινήτρων για την αυτοκτονία. Αυτή η γνώση μπορεί να συμβάλει στην αποτελεσματικότερη πρόληψη των αυτοκτονιών (Ping-Cheung, 2010).

Κεφάλαιο 4: Συζήτηση

Ολοκληρώνοντας μπορεί να αναφερθεί ότι ενώ τα περισσότερα άτομα είναι σωματικά ικανά να αφαιρέσουν τη ζωή τους όταν το θέλουν, ορισμένα άτομα είναι τόσο ανάπηρα που δεν μπορούν να το κάνουν χωρίς βοήθεια. Ωστόσο, οι νόμοι σχεδόν σε όλες τις δικαιοδοσίες προσπαθούν να αποτρέψουν μια τέτοια βοήθεια.

Οι γιατροί είναι τα καταλληλότερα άτομα για να βοηθήσουν τους ασθενείς και άλλους που θέλουν να βάλουν τέλος στη ζωή τους. Ωστόσο, ο όρκος του Ιπποκράτη, η παράδοση και η ιατρική εκπαίδευση συνεχίζουν να οδηγούν πολλούς γιατρούς να πιστεύουν ότι πρέπει να κρατούν τους ασθενείς ζωντανούς με κάθε κόστος, ανεξάρτητα από τις επιθυμίες τους.

Η κυβέρνηση δεν έχει αποδεδειγμένο συμφέρον να εξαναγκάσει άτομα που δεν θέλουν να ζήσουν, αλλά μπορεί να έχει συμφέρον να εμποδίσει τα άτομα να αναλάβουν κινδύνους που μπορούν να αποφευχθούν. Συζητείται ο ρόλος της ψυχικής ασθένειας και το ζήτημα των κωματωδών ή ανίκανων ατόμων στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία και ευθανασία, καθώς και η πιθανότητα κατάχρησης της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας.

Βιβλιογραφία

- Agarwal, R., &Balyan, B. (2019). Euthanasia: An Indian Perspective. *ZENITH International Journal of Multidisciplinary Research*, 9(6), 367-373.
- Anthony, F. V., &Sterkens, C. (2019). Religion and the right to (dispose of) life: A study of the attitude of Christian, Muslim and **Hindu** students in India concerning death penalty, euthanasia and abortion. In *Euthanasia, Abortion, Death Penalty and Religion-The Right to Life and its Limitations* (pp. 13-63). Springer, Cham.
- Baksheev, A. I., Turchina, Z. E., Mineev, V. V., Maksimov, S. V., Rakhinsky, D. V., &Aisner, L. Y. (2018). Euthanasia in modern society: the topicality, practicability, and medical aspect of the problem. *Journal of pharmaceutical sciences and research*, 10(6), 1360-1363.
- Balynska, O. M., Blahuta, R. I., & Sereda, V. V. (2019). Euthanasia or palliative care: legal principles of the implementation in the context of the realization of human rights to life (Scopus).
- Becker, C. B. (2017). Buddhist views of suicide and euthanasia. In *Applied Ethics* (pp. 490-499). Routledge.
- Bellon, F., Mateos, J. T., Pastells-Peiró, R., Espigares-Tribó, G., Gea-Sánchez, M., &Rubinat-Arnaldo, E. (2022). The Role of Nurses in Euthanasia: A Scoping Review. *International Journal of Nursing Studies*, 104286.
- Beos, D. C., de Graaf, E., de Graeff, A., &Teunissen, S. C. (2021). Determinants of unbearable suffering in hospice patients who died due to Euthanasia: A retrospective cohort study. *Death Studies*, 45(6), 451-458.
- Bollen, J. A., Ten Hoopen, R., van der Hoeven, M. A., Shaw, D., Brierley, J., Ysebaert, D., ... & van Mook, W. N. (2019). Organ donation after euthanasia in children: Belgian and Dutch perspectives. *Archives of disease in childhood*, 104(9), 827-830.

- Brockopp, J. E. (2008). Islam and bioethics: Beyond abortion and euthanasia. *Journal of Religious Ethics*, 36(1), 3-12.
- Calati, R., Olie, E., Dassa, D., Gramaglia, C., Guillaume, S., Madeddu, F., & Courtet, P. (2021). Euthanasia and assisted suicide in psychiatric patients: A systematic review of the literature. *Journal of Psychiatric Research*, 135, 153-173.
- Cano, C. W. D. A., Silva, A. L. C. D., Barboza, A. F., Bazzo, B. F., Martins, C. P., Iandoli Júnior, D., ... & Nantes, R. D. S. G. (2020). End of life: conceptual understanding of euthanasia, dysthanasia and orthothanasia. *Revista Bioética*, 28, 376-383.
- Castillo, A. G., & Castillo, J. G. (2018). Active and passive euthanasia: current opinion of Mexican medical students. *Cureus*, 10(7).
- Ciliberti, R., Gorini, I., Gazzaniga, V., De Stefano, F., & Gulino, M. (2018). The Italian law on informed consent and advance directives: New rules of conduct for the autonomy of doctors and patients in end-of-life care. *Journal of critical care*, 48, 178-182.
- Crusat-Abelló, E., & Fernández-Ortega, P. (2021). Nurses knowledge and attitudes about euthanasia at national and international level: A review of the literature. *Enfermería Clínica (English Edition)*, 31(5), 268-282.
- Dafinger, J. (2019). Treason? What treason? German–foreign friendship societies and transnational relations between right-wing intellectuals during the Nazi period. In *Intellectual Collaboration with the Third Reich* (pp. 55-66). Routledge.
- Dragona-Monachou, M. (2018). In Search of a Minimal Consensus on Euthanasia. In *Proceedings of the XXIII World Congress of Philosophy* (Vol. 3, pp. 21-27).
- Dragona-Monachou, M. (2019). The “Oviedo Convention on Human Rights and Biomedicine”(1997/1999) and the UNESCO “Universal Declaration on Bioethics and Human Rights”(2005). *Bio-JuriaBio-Noμικά*, 1(1), 19-22.
- Euthanasia, N. V., Drew, J., & Grant, B. (2019). Applied Ethics in the Fractured State.
- Florijn, B. W. (2018). Extending 'euthanasia' to those 'tired of living' in the Netherlands could jeopardize a well-functioning practice of physicians' assessment of a patient's request for death. *Health Policy*, 122(3), 315-319.

- Fulbrook, M. (2018). *Reckonings: Legacies of Nazi persecution and the quest for justice*. Oxford University Press.
- Gale, C., & Barak, Y. (2020). Euthanasia, medically assisted dying or assisted suicide: time for psychiatrists to say no. *Australasian psychiatry*, 28(2), 160-163.
- Gesundheit, B., Steinberg, A., Glick, S., Or, R., & Jotkovitz, A. (2006). Euthanasia: An overview and the Jewish perspective. *Cancer Investigation*, 24(6), 621-629.
- Green, G. (2021). Examining the religiosity of nursing caregivers and their attitudes toward voluntary and involuntary euthanasia. *International Journal of Palliative Nursing*, 27(6), 317-325.
- Grodin, M. A., Miller, E. L., & Kelly, J. I. (2018). The Nazi physicians as leaders in eugenics and “euthanasia”: Lessons for today. *American journal of public health*, 108(1), 53-57.
- Hamarat, N., Pillonel, A., Berthod, M. A., Castelli Dransart, D. A., & Lebeer, G. (2022). Exploring contemporary forms of aid in dying: an ethnography of euthanasia in Belgium and assisted suicide in Switzerland. *Death studies*, 46(7), 1593-1607.
- Hanson, R. K., Mautz Jr, R. D., Betts, J., & Ramsey, U. (2020). Physician-Assisted Suicide and Euthanasia: Contrasting the American and European Approaches. *Journal of Leadership, Accountability and Ethics*, 17(5), 36-41.
- Horbachova, K., Dudaryov, V., Zarosylo, V., Baranenko, D., & Us, O. (2020). THE RIGHT ON EUTHANASIA: THE EXPERIENCE OF THE WORLDS DEVELOPED COUNTRIES AND THE PROSPECTS OF ITS IMPLEMENTATION IN UKRAINE. *Journal of Legal, Ethical and Regulatory Issues*, 23(1), 1-6.
- Huemer, M., Jahn-Kuch, D., Hofmann, G., Andritsch, E., Farkas, C., Schaupp, W., ... & Pichler, M. (2021). Trends and patterns in the public awareness of palliative care, euthanasia, and end-of-life decisions in 3 central European countries using big data analysis from google: retrospective analysis. *Journal of medical Internet research*, 23(9), e28635.
- Jones, D. A. (2021). Defining the Terms of the Debate: Euthanasia and Euphemism.

- Kaufman, D. (2020). The Nazi legacy: Coming to terms with the past. In *Modern Germany* (pp. 124-140). Routledge.
- Kaufman, D. (2020). The Nazi legacy: Coming to terms with the past. In *Modern Germany* (pp. 124-140). Routledge.
- Koloze, J. J. (2020). Making Abortion, Infanticide, and Euthanasia Funny: Determining Whether Five Principles of Comedy Derived from Ancient Writers Apply to Attempts at Humor by Contemporary Comedians.
- Koodamara, N. K., Prabhu, N., Thomas, B., & Afza, N. (2018). Euthanasia: India's major religious points of views. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, 9(10), 962-965.
- Kumar, A., Mehra, A., & Avasthi, A. (2021). Euthanasia: A Debate—For and Against. *Journal of Postgraduate Medicine, Education and Research*, 55(2), 91-96.
- Lai, M. (2021). Public Opinion of Euthanasia and its Legalization in Taiwan: Basic Human Rights or Murder.
- Mangino, D. R., Nicolini, M. E., De Vries, R. G., & Kim, S. Y. (2020). Euthanasia and assisted suicide of persons with dementia in the Netherlands. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(4), 466-477.
- McLaine, I. (2021). *Ministry of morale: Home front morale and the Ministry of Information in World War II*. Routledge.
- Miller, D. G., Dresser, R., & Kim, S. Y. (2019). Advance euthanasia directives: a controversial case and its ethical implications. *Journal of medical ethics*, 45(2), 84-89.
- Montaguti, E., Jox, R. J., Zwick, E., & Picozzi, M. (2018). From the concept of “good death” in the ancient world to the modern concept of euthanasia. *Medicina Historica*, 2(2).
- Niespodzinski, A. P., Simplicio, P. A., Ribeiro, P. V. Z., Pfuetzenreiter, F., Koenig, Á., & Pereira, E. M. (2022). Estimated economic impact of implementing

- exclusive palliative care in an intensive care unit Impactoeconómicoestimado da implementação de cuidadospaliativosexclusivosnumaunidade de cuidadosintensivos. *Brazilian Journal of Development*, 8(5), 37778-37790.
- Ping-Cheung, L. (2010). Euthanasia and assisted suicide from Confucian moral perspectives. *Dao*, 9(1), 53-77.
- Richardson, S. (2022). An international expansion in voluntary euthanasia/assisted dying: The implications for nursing. *International Nursing Review*.
- Rochlani, V. (2020). The social, legal and religious perspective of Indian Society on Euthanasia. *IAHRW International Journal of Social Sciences Review*, 8(7-9), 352-354.
- Rodriguez Davila, S. L., Vidal, E., Stewart, J. T., & Caserta, M. T. (2010). Management of a request for physician-assisted suicide. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 27(1), 63-65.
- Sand, T. R. V., Pastor, P. P., Moreno-Milán, B., Hanlon, L. F. M., & Herreros, B. (2021). Spanish regulation of euthanasia and physician-assisted suicide. *Journal of Medical Ethics*.
- Sandu, A., Frunza, A., & Huidu, A. (2020). Bioethical acceptability of Euthanasia in the Greek orthodox religious context. *Journal for the Study of Religions and Ideologies*, 19(56), 150-165.
- Sareen, R. (2019). India decides on euthanasia: is the debate over. *Health Care Current Reviews*, 7(3), 1-3.
- Selter, F., Persson, K., & Neitzke, G. (2022). Moral distress and euthanasia: what, if anything, can doctors learn from veterinarians?. *British Journal of General Practice*, 72(719), 280-281.
- Singh, R., Kumar, A., & Karmakar, A. (2021). A Critical Review on Euthanasia. *Webology*, 18(1).
- Smets, T., Bilsen, J., Cohen, J., Rurup, M. L., De Keyser, E., & Deliens, L. (2009). The medical practice of euthanasia in Belgium and The Netherlands: legal notification, control and evaluation procedures. *Health policy*, 90(2-3), 181-187.

- Spehar, D.D., & Wolf, P. J. (2020). The impact of return-to-field and targeted trap-neuter-return on feline intake and euthanasia at a municipal animal shelter in jefferson county, Kentucky. *Animals*, 10(8), 1395.
- Stevens Jr, K. R. (2006). Emotional and psychological effects of physician-assisted suicide and euthanasia on participating physicians. *The Linacre Quarterly*, 73(3), 203-216.
- Tanida, N. (2004). Implications of Japanese Religions in the Genomic Age: A Survey on Attitudes Towards Life and Death Within Shinto, Buddhist and Christian Groups.
- Tomlinson, E., Spector, A., Nurock, S., & Stott, J. (2015). Euthanasia and physician-assisted suicide in dementia: a qualitative study of the views of former dementia carers. *Palliative medicine*, 29(8), 720-726.
- Verhofstadt, M., Audenaert, K., Van den Broeck, K., Deliens, L., Mortier, F., Titeca, K., ... & Chambaere, K. (2021). Euthanasia in adults with psychiatric conditions: A descriptive study of the experiences of Belgian psychiatrists. *Science Progress*, 104(3), 00368504211029775.
- Verhofstadt, M., Audenaert, K., Van den Broeck, K., Deliens, L., Mortier, F., Titeca, K., ... & Chambaere, K. (2021). Euthanasia in adults with psychiatric conditions: A descriptive study of the experiences of Belgian psychiatrists. *Science Progress*, 104(3), 00368504211029775.
- Zahorec, M., Bishop, R., Hansen, N., Schwenkler, J., & Sytsma, J. (2022). Linguistic corpora and ordinary language: on the dispute between Ryle and Austin about the use of 'voluntary', 'involuntary', 'voluntarily', and 'involuntarily'.
- Ziaka, A. (2015). Euthanasia in the Major World Religions. *Revelatory Ethics*, 5(2), 109-120.
- Κυριαζόπουλος, Π. και Σαμαντά, Ε. (2011). *Μεθοδολογία έρευνας εκπόνησης διπλωματικών εργασιών*. Αθήνα: Σύγχρονη εκδοτική