



ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΑΛΓΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ/ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ»
ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ: ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΕΛΕΝΗ Μ. ΑΡΝΑΟΥΤΟΓΛΟΥ



Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

"ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΟ ΘΑΝΑΤΟ"

υπό

ΣΟΦΙΑ ΜΟΥΤΑΦΙΔΟΥ

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των
απαιτήσεων για την απόκτηση του
Διπλώματος Μεταπτυχιακών Σπουδών
«Αλγολογία και Ανακουφιστική/Παρηγορική Φροντίδα»

Λάρισα, 2024

Επιβλέπουσα: Άννα Μαυροφόρου, Καθηγήτρια Δεοντολογίας και Βιοηθικής,
Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

1. Α. Μαυροφόρου
2. Ε. Αρναούτογλου
3. Μ. Γκούβα

Αναπληρωματικό μέλος: Μ. Μπαρέκα

Τίτλος εργασίας στα Αγγλικά: Right to die

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα της διπλωματικής μου εργασίας κ. Άννα Μαυροφόρου, Καθηγήτρια Δεοντολογίας και Βιοηθικής για τη βοήθεια και την επιστημονική καθοδήγησή της κατά τη διάρκεια της εκπόνησης αυτής της εργασίας.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για τη στήριξή τους κατά τη συγγραφή της διπλωματικής μου εργασίας.

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	5
Abstract	7
Κεφάλαιο 1 Εισαγωγή.....	9
1.1 Περιγραφή του θέματος.....	9
1.2 Μορφές ευθανασίας	12
1.3 Παρόμοιες δημοσιεύσεις που πραγματεύονται το δικαίωμα στο θάνατο	14
Κεφάλαιο 2: Νομικές, ηθικές κοινωνικές και θρησκευτικές προεκτάσεις του δικαιώματος στο θάνατο.....	16
2.1 Νομικές προεκτάσεις.....	16
2.2 Ηθικές και κοινωνικές προεκτάσεις	22
2.3 Θρησκευτικές προεκτάσεις	24
2.4 Η ελληνική πραγματικότητα	26
Κεφάλαιο 3: Η θέση του ασθενούς στο δικαίωμα στο θάνατο	30
3.1 Η αξιοπρέπεια και η αυτονομία του ασθενούς.....	30
3.2 Ο πόνος και η ποιότητα ζωής	31
3.3 Συναισθηματικοί παράγοντες	33
Κεφάλαιο 4: Η θέση των επαγγελματιών υγείας.....	35
4.1 Ηθική ευθύνη.....	35
4.2 Ρόλος των επαγγελματιών υγείας.....	38
4.3 Η στάση των επαγγελματιών υγείας απέναντι στο δικαίωμα στο θάνατο.....	41
Κεφάλαιο 5: Συμπεράσματα.....	43
Βιβλιογραφικές Αναφορές	47

Περίληψη

Το δικαίωμα στο θάνατο είναι ένα ζήτημα που έχει απασχολήσει την ανθρωπότητα σε όλες τις ιστορικές περιόδους. Σήμερα, οι εξελίξεις στην επιστήμη και την τεχνολογία, επιτρέπουν την παράταση της ζωής των ασθενών με ανίατες νόσους, οι οποίοι βιώνουν αβάσταχτο πόνο και «υποφέρουν», καθιστώντας την ανάγκη για συζήτηση του θέματος ακόμα πιο επιτακτική.

Η παρούσα διπλωματική εργασία έχει ως στόχο να παρουσιάσει μία σύγχρονη ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας σχετικά με το δικαίωμα στο θάνατο προκειμένου μέσα από τις επιμέρους ενότητες της να αναδειχθεί η συνταγματική του κατοχύρωση, η θέση του ασθενούς και ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας και κατ'επέκταση να βοηθήσει ιατρούς και νομικούς να κατανοήσουν την πολυδιάστατη φύση του ζητήματος και να διαμορφώσουν τόσο τις προσωπικές τους απόψεις όσο και τις δημόσιες πολιτικές.

Για τη συγγραφή της έγινε αναζήτηση στις εξής βάσεις δεδομένων Pubmed, Cochrane και Google Scholar σχετικής με το θέμα ορολογίας σε διαφορετικούς συνδυασμούς με λήξη της τον Ιούνιο του 2024. Ωστόσο, προστέθηκαν τελικά αναφορές του Νοεμβρίου 2024 λόγω των πρόσφατων εξελίξεων στο Ηνωμένο Βασίλειο με την υπερψήφιση από το Κοινοβούλιο νομοθεσίας για τον υποβοηθούμενο θάνατο.

Το δικαίωμα στο θάνατο αποτελεί ένα πολυδιάστατο ζήτημα με νομικές, ηθικές και θρησκευτικές προεκτάσεις. Η συνταγματική του κατοχύρωση διαφέρει μεταξύ των χωρών και συχνά απαιτεί τροποποιήσεις στους ορισμούς του υποβοηθούμενου θανάτου, καθώς και τη θέσπιση νομοθετικών δικλίδων για την προστασία τόσο του ασθενούς όσο και του επαγγελματία υγείας από ενδεχόμενη κατάχρηση της νομοθεσίας. Παράλληλα, οι ηθικές και θρησκευτικές προεκτάσεις επηρεάζουν τη στάση της κοινωνίας απέναντι σε οποιεσδήποτε μεταρρυθμίσεις.

Η έλλειψη συγκεκριμένης νομοθεσίας στην Ελλάδα συνεπάγεται η διαχείριση τέτοιων περιπτώσεων να γίνεται με τα άρθρα του Ποινικού Κώδικα και με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας. Η αναθεώρηση της ελληνικής νομοθεσίας κρίνεται

επιτακτική, ωστόσο προαπαιτεί την ενημέρωση και την εκπαίδευση των πολιτών για την υπέρβαση των κοινωνικών και θρησκευτικών εμποδίων.

Ο ασθενής, από την πλευρά του βιώνοντας έντονο πόνο λόγω της ανίατης νόσου του είναι ο άμεσα εμπλεκόμενος στην απόφαση για τον υποβοηθούμενο θάνατο. Ωστόσο, οι όποιες μεταρρυθμίσεις δεν μπορούν παρά να σέβονται και να προστατεύουν την αξιοπρέπεια και την αυτονομία του, διασφαλίζοντας το δικαίωμά του να αποφασίσει για την ίδια του τη ζωή και τον θάνατο, υπό όρους πλήρους ενημέρωσης και ελεύθερης βούλησης.

Οι εξελίξεις στην επιστήμη και την τεχνολογία έχουν επηρεάσει σημαντικά τον ρόλο των επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι συμμετέχουν τόσο στη διαδικασία όσο και στη λήψη της απόφασης του ασθενούς. Συνεπώς, είναι κρίσιμη η κατάλληλη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σε θέματα που αφορούν τα ηθικά και νομικά ζητήματα του θανάτου, προκειμένου να εξασφαλίζεται η σωστή υποστήριξη και καθοδήγηση των ασθενών και των οικογενειών τους.

Σήμερα, η υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι νόμιμη σε επτά χώρες και εννέα πολιτείες των ΗΠΑ, ενώ στο Ηνωμένο Βασίλειο, η υπερψήφιση νομοσχεδίου από το Κοινοβούλιο το Νοέμβριο του 2024 προσθέτει τη χώρα στη λίστα των κρατών που επιτρέπουν τη νομιμοποίηση του δικαιώματος στο θάνατο.

Συμπερασματικά, το δικαίωμα στο θάνατο ως ζήτημα ηθικό έχει και άλλες προεκτάσεις πλέον των νομικών. Η ελληνική νομοθεσία χρήζει αναθεώρησης με μεταρρυθμίσεις που θα ξεκινούν από τη βάση της κοινωνίας. Σε κάθε περίπτωση στόχο θα πρέπει να αποτελεί η προστασία του ασθενούς και των επαγγελματιών υγείας.

Λέξεις κλειδιά: δικαίωμα στο θάνατο, ευθανασία, υποβοηθούμενος θάνατος, συνταγματική κατοχύρωση, ασθενής με ανίατη νόσο, επαγγελματίες υγείας

Abstract

The right to die is an issue that has concerned humanity throughout all historical periods. Today, advancements in science and technology allow for the extension of life for patients with incurable diseases, who experience unbearable pain and suffering, making the need for discussion of this topic even more urgent.

This thesis aims to present a contemporary review of the existing literature on the right to die, in order to highlight through its individual sections its constitutional protection, the position of the patient, and the role of healthcare professionals. Ultimately, it seeks to help doctors and lawyers understand the multifaceted nature of the issue and shape both their personal views and public policies.

For the writing of this thesis, a search was conducted in the following databases: PubMed, Cochrane, and Google Scholar, using terminology related to the topic in various combinations, with a cutoff date of June 2024. However, references from November 2024 were ultimately included due to recent developments in the United Kingdom, with the Parliament's approval of legislation for assisted dying.

The right to die is a multifaceted issue with legal, ethical, and religious implications. Its constitutional protection varies between countries and often requires modifications to the definitions of assisted dying, as well as the establishment of legislative safeguards to protect both the patient and the healthcare professional from potential abuse of the law. At the same time, the ethical and religious implications influence society's stance on any reforms.

The lack of specific legislation in Greece means that such cases are managed using the articles of the Penal Code and the Code of Medical Ethics. A revision of Greek legislation is deemed urgent; however, it requires the information and education of citizens to overcome social and religious barriers.

The patient, experiencing intense pain due to their terminal illness, is the one directly involved in the decision for assisted dying. However, any reforms must respect and protect their dignity and autonomy, ensuring their right to decide about their own life and death, under conditions of full information and free will.

Advancements in science and technology have significantly impacted the role of healthcare professionals, who are involved both in the process and in the decision-making of the patient. Therefore, appropriate training for healthcare professionals on the ethical and legal issues surrounding death is crucial in order to ensure proper support and guidance for patients and their families.

Today, assisted suicide is legal in seven countries and nine U.S. states, while in the United Kingdom, the passing of a bill by Parliament in November 2024 adds the country to the list of nations that allow the legalization of the right to die.

In conclusion, the right to die, as an ethical issue, has implications beyond just the legal aspects. Greek legislation requires revision with reforms that should start at the grassroots level of society. In any case, the goal should be to protect both the patient and healthcare professionals.

Key words: Right to die, euthanasia, assisted dying, constitutional protection, patient with a terminal illness, healthcare professionals

Κεφάλαιο 1 Εισαγωγή

1.1 Περιγραφή του θέματος

Το δικαίωμα στο θάνατο είναι ένα ζήτημα που έχει απασχολήσει την ανθρωπότητα εκατοντάδες χρόνια, σε διάφορες ιστορικές περιόδους. Όπως όλα τα δικαιώματα χρήζει αφενός εννοιολογικού καθορισμού, αφετέρου υπεράσπισης. Αποτελεί την έτερη όψη του συνταγματικά κατοχυρωμένου δικαιώματος στη ζωή ή μήπως όχι; Ταυτίζεται το δικαίωμα στον θάνατο με την έννοια της ευθανασίας ή μήπως έχουμε να κάνουμε με συναφείς έννοιες αλλά όχι ταυτόσημες;

Ο όρος ευθανασία είναι σύνθετη λέξη. Προέρχεται από τις λέξεις «ευ» και «θάνατος». Στην αρχαία ελληνική γλώσσα το πρόθεμα «ευ» είχε την έννοια του «καλού», του «μη δυσάρεστου» ή του «εύκολου». Συνεπώς η λέξη ευθανασία χρησιμοποιούνταν προκειμένου να περιγράψει τον ανώδυνο, τον αξιοπρεπή, ίσως και τον ένδοξο και λαμπρό θάνατο ενός προσώπου.¹

Η έννοια της ευθανασίας μοιάζει να προαπαιτεί και να δικαιολογεί την απονομή του δικαιώματος του θανάτου στον άνθρωπο, ιδιαίτερα όταν εκείνος, εξαιτίας μιας ανίατης ασθένειας, έχει κακή ποιότητα και μικρό προσδόκιμο ζωής.

Η συζήτηση σχετικά με το δικαίωμα στο θάνατο και την υπεράσπιση του δικαιώματος στη ζωή έχει βαθιές ρίζες στην αρχαία ελληνική φιλοσοφία και στην ιατρική. Αυτό προκύπτει από τα έργα του Πλάτωνα αλλά και από τον Ιπποκρατικό Όρκο, όπου επιχειρείται άμεση ή έμμεση αναφορά στο δικαίωμα του θανάτου.¹ Ο Πλάτωνας στους διαλόγους του εξετάζει το ζήτημα του θανάτου και της αυτοκτονίας. Στο έργο του «Νόμοι» καταδικάζει την αυτοκτονία θεωρώντας την ως παραβίαση της θεϊκής τάξης προτείνοντας μάλιστα την τιμωρία των ιατρών που χορηγούν φάρμακα τα οποία επιφέρουν το θάνατο στον ασθενή. Ωστόσο, στο έργο του «Δημοκρατία» φαίνεται να τάσσεται υπέρ της παθητικής ευθανασίας καθώς υποστηρίζει ότι όσοι δεν μπορούν να έχουν μια φυσιολογική ζωή επειδή υποφέρουν από τη νόσο τους δεν πρέπει να λαμβάνουν θεραπεία για παράταση της ζωής τους.¹ Ο Επίκουρος (4^{ος} αι. π.Χ.) αναφέρει ότι οι λόγοι που μπορεί να οδηγήσουν κάποιον στην αυτοκτονία είναι το αίσθημα κόπωσης από τη ζωή και ο φόβος για το θάνατο. Στα έργα του

υποστηρίζει ότι η ανθρώπινη ύπαρξη αποτελούνταν από την αποφυγή του πόνου και την επιδίωξη της ηδονής με αποτέλεσμα σε καταστάσεις ύψιστης ταλαιπωρίας του ατόμου λόγω της νόσου του όπου χάνονται η ουσία και η αξιοπρέπειά του να επιλέγει να τερματίσει τη ζωή του.² Στον Ιπποκρατικό Όρκο, ο ιατρός δεσμεύεται να προστατεύει τη ζωή των ασθενών του και να αποφεύγει κάθε πρόκληση βλάβης της υγείας τους. Μεταξύ άλλων υποστηρίζει ότι ο γιατρός οφείλει να δεσμευτεί πως δεν θα δώσει φάρμακο θανάτου σε κανένα ασθενή του, ακόμα κι αν του το ζητήσει, ούτε θα συμβουλευτεί κάποιον από τους ασθενείς του να τερματίσει τη ζωή του. Από αυτό το κομμάτι του όρκου, προκύπτει η δέσμευση των ιατρών στην διαφύλαξη της ζωής των ασθενών τους και στην αποφυγή κάθε πράξης, που θα μπορούσε να οδηγήσει στην επίσπευση του θανάτου τους. Επομένως, φαίνεται ο Ιπποκράτης να συνάδει με τους Πυθαγόρειους ενάντια σε οποιοδήποτε μη φυσικό τερματισμό της ζωής θεωρώντας ότι η ζωή είναι ιερή και να τοποθετείται έτσι κατά της ενεργητικής ευθανασίας.¹ Ωστόσο, στο έργο του «Περί Τέχνης» ο ιατρός έχει το δικαίωμα να αρνηθεί να θεραπεύσει εκείνους που υπερκαταβάλλονται από τη νόσο τους συνειδητοποιώντας ότι σε τέτοιες περιπτώσεις η ιατρική είναι ανίσχυρη. Αυτό αποτελεί ένα είδος αμυντικής ιατρικής με στόχο να προστατεύσει τους ιατρούς από αποτυχίες στη θεραπεία του ασθενούς και να μην πάρουν το ρίσκο να την παρατείνουν για οικονομικούς και επαγγελματικούς λόγους.³

Οι Στωικοί (300π.Χ. -250μ.Χ) θεωρούσαν ότι ο θάνατος δεν αποτελεί ένα τυχαίο ή τραγικό συμβάν, αλλά ουσιαστική λειτουργία της ανθρώπινης φύσης και ενδεχομένως το αποκορύφωμα μιας καλοζωισμένης ζωής. Δεν ενέκριναν την πράξη της ενεργητικής ευθανασίας αλλά αντ'αυτού έκαναν ηθικές διακρίσεις μεταξύ αποδεκτών και μη λόγων για να τερματίσει κάποιος τη ζωή του τονίζοντας τέσσερις βασικούς: χώρα, φίλοι, πόνος και ασθένεια. Οι Έλληνες και οι Ρωμαίοι Στωικοί χρησιμοποίησαν επίσης τον όρο ευθανασία για να διακρίνουν τους ενάρετους θανάτους από τους αδικαιολόγητους φόνους ή τις αυτοκτονίες. Η απόφαση για το χρόνο και τον τρόπο του θανάτου αποτελούσε φυσικό ορόσημο μιας ευδαιμονικής ζωής και δεν ήταν μόνο ηθικά επιτρεπτή, αλλά και εγγενής ανθρώπινη ελευθερία. Ο άνθρωπος θα πρέπει να τερματίζει τη ζωή του όταν παύει να την αντιλαμβάνεται ως ένα καλό, άξιο και πολυπόθητο γεγονός.³

Η Εκκλησία σε όλες τις περιόδους της ιστορίας είχε σημαντική επιρροή στις αντιλήψεις και στις πρακτικές γύρω από τη ζωή και το θάνατο. Στο Μεσαίωνα ο

ρόλος της Καθολικής Εκκλησίας ήταν πρωταρχικός. Ο όρος ευθανασία δεν υφίστατο βέβαια με την έννοια που σήμερα την γνωρίζουμε, και η πρακτική της εσκεμμένης επιτάχυνσης του θανάτου για να ανακουφιστεί ο πόνος, δεν ήταν αποδεκτή. Οι ιερείς θεωρούσαν ότι παραβίαζε τις θρησκευτικές και ηθικές αρχές της Εκκλησίας. Η ζωή ήταν ιερή και οποιαδήποτε πράξη σκόπευε στην πρόκληση θανάτου, αποτελούσε αμαρτία. Η Εκκλησία μάλιστα είχε θεσπίσει κανόνες και ποινές για τις πράξεις που θεωρούσε ότι παραβίαζαν την ιερότητα της ζωής και εναντιώνονταν στον υπάρχοντα εκκλησιαστικό νόμο ή επηρέαζαν με τρόπο καθοριστικό τις υφιστάμενες δομές της κοινωνίας.¹

Στην Αναγέννηση κυριάρχησε ξανά η άνθιση της επιστήμης και της φιλοσοφίας, η οποία έφερε στο επίκεντρο τον άνθρωπο. Ο T. More και ο F. Bacon αναφέρονται στην ευθανασία στα έργα τους με μία διάσταση παρόμοια με αυτή του Πλάτωνα δίνοντας στον όρο σημασία ανάλογη της σημερινής του. Επομένως, στόχο αποτελούσε να βοηθηθεί με όλα τα δυνατά μέσα ο ασθενής τελικού σταδίου προκειμένου να μην υποφέρει, αλλά να έχει έναν αξιοπρεπή θάνατο. Υπήρχαν ωστόσο και αντίθετες με αυτό απόψεις όπως του θεολόγου J. Andreae ο οποίος στο έργο του “Christianopolis” υπερασπίζεται το δικαίωμα των ασθενών τελικού σταδίου στη ζωή παρά τη βαρύτητα της νόσου τους και του «υποφέρειν» που βιώνουν.¹

Κατά τον 20^ο αιώνα η έλλειψη οικονομικών πόρων, ο πόλεμος και η πείνα δημιούργησαν προϋποθέσεις για την προώθηση του ενεργού τερματισμού της ζωής ως κάποια μορφή εξάλειψης όσων κρίνονταν «αδύναμοι» και «ακατάλληλοι». Αυτό με τη σειρά του χρησιμοποιήθηκε στη συνέχεια από τους Ναζιστές, οι οποίοι και εισήγαγαν το δικό τους σχέδιο ευθανασίας το ονομαζόμενο «Aktion T4». Το δόγμα αυτό αντιπροσώπευε τη συστηματική δολοφονία όσων κρίνονταν ανάξιοι να ζουν. Σε αυτούς συμπεριλαμβάνονταν όσοι δεν ήταν υγιείς, όσοι είχαν κάποια νόσο όπως σύφιλη, σχιζοφρένεια ή παράλυση καθώς και οι μη γερμανικής εθνικότητας. Με αυτό το μηχανισμό, η ευθανασία απέκτησε ξανά αρνητική σημασία, η οποία και διατηρήθηκε παρά τις παρεμβάσεις της Εκκλησίας.¹

Το Σεπτέμβριο του 1945 ξεκίνησαν οι δίκες για τα εγκλήματα που διέπραξαν οι Ναζί υποστηρικτές κατά τη διάρκεια των οποίων δημοσιοποιήθηκαν περιπτώσεις πειραμάτων σε ανθρώπους αποκαλύπτοντας το σχέδιο ευθανασίας τους. Ακολούθως, η δίκη της Νυρεμβέργης ανέδειξε τις δέκα βασικές αρχές που αφορούσαν την έρευνα

στον άνθρωπο έτσι ώστε μετά από αυτή την περίοδο κρίσεων να τεθούν νέες βάσεις για την ανάπτυξη της βιοτεχνολογίας. Αυτό με τη σειρά του είχε ως αποτέλεσμα να εμφανισθούν νέες τεχνικές παρέμβασης στον κύκλο υγείας- ασθένειας.¹

Ξεκίνησαν έτσι από το 1960 και έπειτα να υπάρχουν περιστατικά με νόσους τελικού σταδίου των οποίων η κατάσταση κρίνονταν μη αναστρέψιμη. Αυτό οδήγησε στο να προκύψει εκ νέου το ερώτημα περί δικαιώματος στο θάνατο, περί αξιοπρέπειας του ανθρώπου στο τέλος της ζωής του και επιλογής τερματισμού της ζωής μέσω της διακοπής της υποστήριξής της.¹

Σήμερα, ο ορισμός της ευθανασίας και του υποβοηθούμενου θανάτου αποτελεί αντικείμενο αντιπαράθεσης καθώς εμπλέκεται άμεσα με τη νομοθεσία των κρατών, τις αρχές της βιοηθικής και τις προσωπικές πεποιθήσεις του γενικού πληθυσμού. Βασικό στόχο θα πρέπει να αποτελεί η ένταξη του δικαιώματος στο θάνατο σε όλα τα συστήματα υγείας καθώς και η ανάπτυξη ιατρονομικών εργαλείων που θα εγγυώνται την ακεραιότητα, την αξιοπρέπεια και την αυτονομία του ανθρώπου μέχρι και το τέλος της ζωής του.⁴

Τέλος, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι το δικαίωμα στο θάνατο με την έννοια του υποβοηθούμενου θανάτου (ευθανασία και ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία) υφίσταται σήμερα στην Ευρώπη (Βέλγιο, Ολλανδία, Λουξεμβούργο, Ισπανία, Σουηδία, Ελβετία), στον Καναδά, την Αυστραλία και σε ορισμένες πολιτείες των ΗΠΑ (Ουάσιγκτον, Όρεγκον, Μοντάνα).⁴

1.2 Μορφές ευθανασίας

Ο όρος της ευθανασίας επιδέχεται περισσότερων διακρίσεων γεγονός που οφείλεται στο ότι σε αυτόν υπάγονται πολλές πρακτικές και ως έννοια έχει απασχολήσει πλήθος επιστημών. Η αναζήτηση στη βιβλιογραφία ανέδειξε πολλές προτάσεις σχετικά με τον ορισμό της ευθανασίας με αποτέλεσμα η τελική απόδοση του όρου να είναι περιγραφική.⁵ Διακρίνεται έτσι σε δύο επίπεδα: ανάλογα με τη συναίνεση του ασθενούς σε εκούσια ,ακούσια και εξαναγκαστική και ανάλογα με τον τρόπο διενέργειάς της σε ενεργητική και παθητική. Πιο αναλυτικά εκούσια θεωρείται η

ευθανασία όταν υπάρχει έκφραση συγκατάθεσης του ασθενούς ο οποίος είναι πλήρως ενημερωμένος και ικανός να εκφράσει έγκυρη βούληση, ή των νόμιμων αντιπροσώπων του (π.χ. οικείων, δικαστικού συμπαραστάτη) , ακούσια όταν η θανάτωση λαμβάνει χώρα χωρίς την πλήρη ενημέρωση του ικανού να αποφασίζει και να εκφράζεται ασθενούς ή των αντιπροσώπων του και εξαναγκαστική όταν ο θάνατος συμβαίνει παρά την αντίθετη θέση του ασθενούς ή, εν αδυναμία του, όσων αναπληρώνουν τη βούλησή του (συνήθως οικείων). Όσον αφορά τον τρόπο διενέργειας της ενεργητικής είναι εκείνη όπου το άτομο που πρόκειται να λάβει ευθανασία (ο ασθενής) οδηγείται στο θάνατο από το πρόσωπο που του παρέχει την ευθανασία (συνηθέστερα τον ιατρό). Κατά την ενεργητική ευθανασία γίνεται χρήση μέσων (τεχνικών ή φαρμακευτικών) που επισπεύδουν την προσβολή της ζωής, δηλαδή ο θάνατος επέρχεται συνεπεία πράξης/πράξεων. Η ενεργητική ευθανασία διακρίνεται περαιτέρω σε άμεση και έμμεση. Κατά την άμεση ενεργητική ευθανασία ο σκοπός είναι η προσφορά του θανάτου στον ασθενή ύστερα από επανειλημμένη και σταθερή απαίτησή του όντας ικανός να δώσει τη συγκατάθεσή του για την τέλεσή της. Σε αυτή τη διαδικασία εντάσσεται το σύνολο των ενεργειών οι οποίες επιφέρουν το θάνατο είτε αμέσως είτε μειώνοντας για κάποιο χρονικό διάστημα-παροδικά- τον πόνο, έχουν όμως ως βέβαιο αποτέλεσμα την πρόκληση του θανάτου. Κατά την έμμεση ενεργητική ευθανασία ο ασθενής οδηγείται στο θάνατο μετά από μια ιατρική πράξη μολοντί η ιατρική αυτή παρέμβαση είχε ως στόχο όχι το θάνατο, αλλά την ανακούφιση του ασθενούς από τα συμπτώματά του. Κατά την παθητική ο ασθενής οδηγείται στο θάνατο όταν ο ιατρός προβαίνει στην αναστολή ή την απόσυρση μάταιων ή ακατάλληλων θεραπειών που τον διατηρούν στη ζωή.^{6,7}

Η αναζήτηση στη βιβλιογραφία ωστόσο ανέδειξε ανασκοπήσεις όπως αυτή των Radbruch et al ⁸ σύμφωνα με την οποία η διάκριση της ευθανασίας σε εξαναγκαστική και ακούσια δεν είναι αποδεκτή καθώς αντιτίθεται στο γενικότερο νόημα του όρου της ευθανασίας αφενός και αφετέρου θα μπορούσε κανείς να την προσομοιάσει με δολοφονία. Επομένως, αποδεκτός φαίνεται να είναι μόνο ο όρος της εκούσιας ενεργητικής ευθανασίας καθώς η περαιτέρω διάκριση σε ακούσια και εξαναγκαστική υπονοεί ότι υπάρχουν μη εκούσιες μορφές ευθανασίας. Επιπλέον, η συγκεκριμένη ανασκόπηση καταργεί και το διαχωρισμό σε ενεργητική και παθητική καθώς αυτό φαίνεται να είναι οξύμωρο δεδομένου ότι η ευθανασία είναι εξ'ορισμού ενεργητική διαδικασία.

Επιπλέον, θα ήταν ιδιαίτερα σημαντικό να επισημανθούν δύο ακόμη ορισμοί που σχετίζονται με το δικαίωμα στο θάνατο: η υποβοηθούμενη αυτοκτονία και η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Η υποβοηθούμενη αυτοκτονία αναφέρεται στο εξής: ένα άτομο βοηθά ένα άλλο άτομο να τερματίσει τη ζωή του σκόπιμα μετά από επίμονη απαίτησή του. Η διαφορά με την ευθανασία εντοπίζεται στο ότι σε αυτή την περίπτωση η ενέργεια της πράξης αφορά στο άτομο που επιθυμεί να τερματίσει τη ζωή του, ενώ στην ευθανασία τονίζεται το άτομο που παρέχει το μέσο (φάρμακο) για τη διενέργειά της. Η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία ορίζεται ως: ένας επαγγελματίας υγείας βοηθά σκόπιμα ένα άτομο να πεθάνει μετά από σταθερή και επίμονη επιθυμία του μέσω της παροχής φαρμακευτικών ουσιών τις οποίες αυτό τελικά λαμβάνει και ικανοποιείται η επιθυμία του θανάτου του. Σε κάθε περίπτωση θα πρέπει ωστόσο να επισημανθούν τα ακόλουθα που αφορούν τα αιτήματα και την επιθυμία ενός ατόμου για τερματισμό της ζωής του μέσω της διαδικασίας του υποβοηθούμενου θανάτου: η τελική απόφαση είναι αποτέλεσμα της επίδρασης πολλών παραγόντων: προσωπικών, ψυχολογικών, πολιτισμικών, κοινωνικών, οικονομικών και θρησκευτικών που σχετίζονται όχι μόνο με το ίδιο το άτομο, αλλά και με τους οικείους του. Οι απαιτήσεις για ευθανασία και ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία θα πρέπει να ελέγχονται διεξοδικά, απαιτούν σεβασμό και θα πρέπει να εντάσσονται στη γενικότερη κλινική επικοινωνία και σχέση των επαγγελματιών υγείας με τον ασθενή και το περιβάλλον του.^{7,8}

Τέλος είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι οι παραπάνω ορισμοί και οι διακρίσεις της ευθανασίας είναι άμεσα συνδεδεμένες με τις ισχύουσες νομοθεσίες των κρατών και αντίστοιχα με τις εφαρμοζόμενες πρακτικές.⁹

1.3 Παρόμοιες δημοσιεύσεις που πραγματεύονται το δικαίωμα στο θάνατο

Η αναζήτηση στη βιβλιογραφία ανέδειξε τη δημοσίευση αρκετών συστηματικών ανασκοπήσεων που αναφέρονται στο δικαίωμα στο θάνατο. Η αυξανόμενη γήρανση του πληθυσμού συνδέεται με τη χρονιότητα αρκετών ασθενειών οδηγώντας έτσι στην παράταση του «υποφέρειν» φέρνοντας στο επίκεντρο ζητήματα που αφορούν το

τέλος της ζωής. Από τη βιβλιογραφία, προκύπτει ότι τις τελευταίες δύο δεκαετίες οι πρακτικές του υποβοηθούμενου θανάτου, οι οποίες περιλαμβάνουν την ευθανασία και την υποβοηθούμενη ιατρικά αυτοκτονία, έχουν επεκταθεί σημαντικά σε όλο τον κόσμο. Αρκετές χώρες προχωρούν σε συζητήσεις για ένταξη του δικαιώματος στο θάνατο στην υπάρχουσα νομοθεσία τους. Αυτό φαίνεται να επιτυγχάνεται με νομοθετικές μεταρρυθμίσεις και προσαρμογή σε αυτές των ορισμών του υποβοηθούμενου θανάτου.¹⁰ Σκοπός των μεταρρυθμίσεων αυτών είναι η ανάπτυξη δικλείδων ασφαλείας προκειμένου να προστατεύεται ο ασθενής από πιθανές οικονομικές και κοινωνικές διακρίσεις και να καθορίζεται τόσο η εμπλοκή της οικογένειας όσο και ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας στην τελική απόφαση του θανάτου.^{11, 12} Δεν παύει ωστόσο να αποτελεί κοινό χαρακτηριστικό η προστασία της αξιοπρέπειας, του ελέγχου και της αυτονομίας του ασθενούς. Επιπλέον, στη βιβλιογραφία υπάρχουν δημοσιεύσεις όπως η συστηματική ανασκόπηση των Chambaere και Bernheim που θέτει το ερώτημα της συσχέτισης του δικαιώματος στο θάνατο με την ανάπτυξη της παρηγορικής φροντίδας και συγκεκριμένα αν η νομιμοποίησή του αποτελεί τροχοπέδη για την ανάπτυξή της καταλήγοντας ότι αυτή όχι μόνο δεν εμποδίζεται αλλά προωθείται.¹³

Θα ήταν επομένως χρήσιμη μια σύγχρονη συστηματική ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας για το δικαίωμα στο θάνατο, ώστε να αναδειχθεί το κατά πόσο έχει το εν λόγω δικαίωμα συνταγματικά κατοχυρωθεί στις νομοθεσίες των χωρών, ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας στο ζήτημα του θανάτου, η θέση του ασθενούς, τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της επιλογής του υποβοηθούμενου θανάτου. Για το σκοπό αυτό στην παρούσα εργασία πραγματοποιήθηκε μία ανασκόπηση στη βιβλιογραφία με στόχο τη συλλογή πληροφοριών που αφορούν το δικαίωμα στο θάνατο. Η αναζήτηση έγινε στις εξής βάσεις δεδομένων: Pubmed, Cochrane και Google Scholar χρησιμοποιώντας τους εξής όρους: right to die ή right to death ή euthanasia ή assisted dying ή physician assisted suicide ή assisted dying και legislation, ή euthanasia και legislation ή assisted dying και physicians role ή euthanasia και patient σε διαφορετικούς συνδυασμούς και ολοκληρώθηκε τον Ιούνιο του 2024. Οι πρόσφατες εξελίξεις στη Βρετανία με την ψήφιση του νομοσχεδίου για την υποβοηθούμενη αυτοκτονία οδήγησαν στο να προστεθούν στη βιβλιογραφία σχετικές αναφορές που δημοσιεύθηκαν το Νοέμβριο 2024. Λόγω της φύσης του θέματος και της ετερογένειας των πληροφοριών που

συλλέχθηκαν από την αναζήτηση επιλέχθηκε η παρουσίαση των ευρημάτων σε τρεις ενότητες: η πρώτη αναλύει τις νομικές, ηθικές και κοινωνικές προεκτάσεις του δικαιώματος στο θάνατο, η δεύτερη τη θέση του ασθενούς και η τρίτη τη στάση και το ρόλο των επαγγελματιών υγείας στα ζητήματα που αφορούν το τέλος της ζωής του ασθενούς. Επομένως, ιατροί και νομικοί θα είναι σε θέση να κατανοήσουν εις βάθος τις νομικές, ηθικές και κοινωνικές διαστάσεις του ζητήματος, ώστε να έχουν μια πιο ισορροπημένη άποψη και να ενισχύσουν όχι μόνο τις προσωπικές αποφάσεις τους αλλά και τις δημόσιες πολιτικές.

Κεφάλαιο 2: Νομικές, ηθικές, κοινωνικές και θρησκευτικές προεκτάσεις του δικαιώματος στο θάνατο

2.1 Νομικές προεκτάσεις

Το δικαίωμα στο θάνατο και η συνταγματική κατοχύρωσή του στις νομοθεσίες των κρατών ποικίλλει μεταξύ των χωρών και αποτελεί αντικείμενο αντιπαράθεσης. Πιο συγκεκριμένα, οι ορισμοί που αφορούν το δικαίωμα στο θάνατο είναι άμεσα συνδεδεμένοι με τις νομοθετικές τους μεταρρυθμίσεις έτσι ώστε αυτό να είναι πλέον νόμιμο σε επτά χώρες: Ολλανδία, Βέλγιο (2002), Λουξεμβούργο (2009), Κολομβία (2015), Καναδάς (2016) και πιο πρόσφατα στην Αυστραλία (Βικτώρια-2017, Δυτική Αυστραλία-2019). Στις παραπάνω χώρες έρχονται να προστεθούν η Ελβετία, εννέα Πολιτείες των ΗΠΑ (Ορεγκον, Ουάσιγκτον, Μοντάνα, Βερμόντ, Καλιφόρνια, Κολοράντο, Χαβάη, Μέιν, Νιου Τζέρσι και μία περιοχή (Κολούμπια) στις οποίες έχει νομιμοποιηθεί ο ιατρικά υποβοηθούμενος θάνατος (physician assisted dying) χωρίς ωστόσο η νομοθεσία να περιλαμβάνει την ευθανασία. Η Γερμανία ήδη από το 2020 έχει προχωρήσει σε τροποποίηση της νομοθεσίας που απαγόρευε τη συνταγογράφηση και τη χορήγηση θανατηφόρων δόσεων ηρεμιστικών και κατασταλτικών φαρμάκων σε ασθενείς τελικού σταδίου δίνοντάς τους επιπλέον και τη δυνατότητα ενημέρωσης και καθοδήγησης για παροχή υπηρεσιών που αφορούν το νόμιμο υποβοηθούμενο θάνατο σε άλλες χώρες.¹⁰ Στο Ηνωμένο Βασίλειο πρόσφατα ψηφίστηκε αντίστοιχη νομοθεσία υπέρ της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας.¹⁴

Η συνταγματική κατοχύρωση του δικαιώματος στο θάνατο και οι νομοθετικές μεταρρυθμίσεις που αυτή συνεπάγεται οδήγησε πέρα από την τροποποίηση των ορισμών του υποβοηθούμενου θανάτου και στην ανάπτυξη δικλείδων ασφαλείας μέσα από την εφαρμογή συγκεκριμένων περιορισμών. Ο πιο σημαντικός από αυτούς τους περιορισμούς και ταυτόχρονα αυτός που είναι κοινός μεταξύ των κρατών φαίνεται να είναι η ηλικία. Στις περισσότερες χώρες ο ασθενής θα πρέπει να είναι άνω των 18 ετών προκειμένου να έχει πρόσβαση στον υποβοηθούμενο θάνατο. Εξαιρέση αποτελεί η Ολλανδία όπου το ηλικιακό όριο κατεβαίνει στα 12 έτη ενώ δεν υπάρχει σαφής περιορισμός στην Ελβετία και το Βέλγιο.¹⁵

Η ευρωπαϊκή νομοθεσία στο σύνολό της έχει αρκετά κοινά χαρακτηριστικά με αυτή του Καναδά ενώ είναι πιο συνοπτική σε σχέση με της δυτικής Αυστραλίας σχετικά με τις προϋποθέσεις εφαρμογής του υποβοηθούμενου θανάτου. Παρά τις διαφορές που εντοπίζονται μεταξύ τους υπάρχουν ωστόσο κάποια κοινά χαρακτηριστικά που αφορούν τα κριτήρια που πρέπει να πληρούνται από την πλευρά του ασθενούς και τις προϋποθέσεις σχετικά με τη διαδικασία της ευθανασίας και του υποβοηθούμενου θανάτου.¹⁵ Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά τον ασθενή το αίτημά του για ευθανασία/υποβοηθούμενο θάνατο θα πρέπει να είναι εκούσιο, να έχει εξεταστεί διεξοδικά καθώς και να παραμένει σταθερό ή να επαναλαμβάνεται με την πάροδο του χρόνου. Ο ασθενής θα πρέπει επίσης να πάσχει από μία σοβαρή και ανίατη νόσο συμπεριλαμβανομένων των ατυχημάτων ενώ στις ΗΠΑ, την Κολομβία και τη Βικτώρια θα πρέπει το άτομο να αναμένεται να πεθάνει άμεσα. Επιπλέον, θα πρέπει να υποφέρει από πόνο σωματικό ή ψυχολογικό που δεν μπορεί να ανακουφιστεί με κάποια θεραπεία, ενώ ο γιατρός με τη σειρά του θα πρέπει να ενημερώσει πλήρως τον ασθενή για την κατάστασή του, τις διαθέσιμες ιατρικές επιλογές και να καταλήξουν από κοινού ότι δεν μπορεί να υπάρξει πιθανότητα βελτίωσης παρά τις διαθέσιμες θεραπείες. Σχετικά με τις διαδικαστικές απαιτήσεις, πριν την πραγματοποίηση της ευθανασίας ο ασθενής θα πρέπει να εξεταστεί από ένα δεύτερο ιατρό εκτός του θεράποντα, ενώ στο Βέλγιο απαιτείται και εκτίμηση από τρίτο ιατρό στις μη τελικού σταδίου περιπτώσεις ασθενών. Στις ΗΠΑ και τον Καναδά απαιτείται η ύπαρξη μεσοδιαστήματος μεταξύ της απόφασης και της εφαρμογής του υποβοηθούμενου θανάτου. Η διαδικασία της ευθανασίας στο σύνολό της θα πρέπει να αναφέρεται από το θεράποντα ιατρό ακολουθώντας μία διαδικασία ελέγχου από μία διεπιστημονική

επιτροπή αξιολόγησης. Αξίζει να σημειωθεί ότι στην Κολομβία η διαδικασία αυτή προηγείται της διεξαγωγής της ευθανασίας¹⁰

Από την άλλη πλευρά, πέρα από τα κοινά χαρακτηριστικά μεταξύ των ευρωπαϊκών νομοθεσιών που προαναφέρθηκαν υπάρχουν και διαφορές ανάμεσά τους. Πιο συγκεκριμένα, θα αναλυθούν τρία νομοθετικά μοντέλα σχετικά με τον υποβοηθούμενο θάνατο: το ισχύον σε Βέλγιο, Ολλανδία, Λουξεμβούργο (Belgium, Netherlands, Luxembourg- BENELUX), της Ελβετίας και αυτό της Αυστρίας-Γερμανίας. Η νομοθεσία του BENELUX η οποία είναι σε ισχύ από το 2002 και το 2009 αντίστοιχα προβλέπει τη δυνατότητα ευθανασίας/ υποβοηθούμενου θανάτου σε ασθενείς που βιώνουν το υποφέρειν είτε σωματικό είτε ψυχολογικό λόγω μιας νόσου τελικού σταδίου. Η νόσος αυτή τους προκαλεί αφόρητη και διαρκή ταλαιπωρία και παρά τις όποιες θεραπευτικές παρεμβάσεις ακόμα και στο πλαίσιο της παρηγορικής φροντίδας δεν υπάρχει ανακούφιση των συμπτωμάτων τους. Ο ιατρός μπορεί νόμιμα να παρέχει την ευθανασία στο BENELUX σε ασθενείς αναισθητους, με μειωμένο επίπεδο συνείδησης αρκεί εκείνοι να έχουν εκφράσει γραπτά την επιθυμία τους όσο ακόμα ήταν ικανοί να το δηλώσουν. Σε ασθενείς που έχουν συνείδηση, απαιτείται η συμμετοχή ενός επιπλέον ιατρού εκτός του θεράποντος στην αξιολόγησή του, ενώ αν πρόκειται για ασθενείς με ψυχιατρική νόσο ή άνοια συστήνεται η συμμετοχή οπωσδήποτε ψυχιάτρου προκειμένου να επιβεβαιώνεται η εκούσια επιθυμία του ασθενούς και η ύπαρξη επίμονου και αφόρητου υποφέρειν. Από τις χώρες του BENELUX η Ολλανδία δεν είναι μόνο η χώρα η οποία ενέκρινε τη νομοθετική ρύθμιση του υποβοηθούμενου θανάτου, αλλά και η χώρα με την πιο μακρά ιστορία σε αυτό το πεδίο. Η νομοθεσία της Ολλανδίας στηρίζεται στη σύγκρουση μεταξύ του καθήκοντος του ιατρού να προστατεύει τη ζωή του ασθενούς και στην υποχρέωση του να ανακουφίζει το υποφέρειν του. Στο πλαίσιο αυτό, σε συνθήκες πίεσης και ανωτέρας βίας ο ιατρός μπορεί να αναγκαστεί να οδηγηθεί στην επιλογή του υποβοηθούμενου θανάτου για τον ασθενή του. Λόγω αυτής της διαφοροποίησής του, το ολλανδικό μοντέλο ευθανασίας χρήζει περαιτέρω ανάλυσης.^{16,17} Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η διαφορά στην περίπτωση της Ολλανδίας έγκειται στο γεγονός ότι η ευθανασία και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία θεωρούνται αξιόποινες πράξεις (Άρθρο 293, 294 του Ποινικού Κώδικα), εκτός όταν πραγματοποιούνται από ιατρό που πληροί τις απαιτήσεις που καθορίζονται στο Νόμο για τον Τερματισμό της Ζωής κατόπιν Αιτήματος και την Υποβοηθούμενη Αυτοκτονία (Διαδικασία

Επανεξέτασης) του 2002 και όταν ο ιατρός παρέχει γνωστοποίηση της διαδικασίας. Ο Νόμος για τον Τερματισμό της Ζωής κατόπιν Αιτήματος και την Υποβοηθούμενη Αυτοκτονία (Διαδικασία Επανεξέτασης) ψηφίστηκε από το Ολλανδικό Κοινοβούλιο το 2001 και τέθηκε σε ισχύ την 1η Απριλίου 2002. Ουσιαστικά, ο Νόμος απαλλάσσει τους ιατρούς από ποινική ευθύνη, εφόσον έχουν τηρήσει τις προϋποθέσεις που περιγράφονται στην § 1 του Άρθρου 2 και έχουν ενημερώσει τον αντίστοιχο κοινοτικό παθολογοανατόμο, σύμφωνα με τον Νόμο για τις Ταφές και την Κηδεία.

Ένα ακόμη σημαντικό κριτήριο της ολλανδικής νομοθεσίας είναι η ανάγκη ύπαρξης μακροχρόνιας σχέσης μεταξύ ιατρού και ασθενούς, ώστε ο ιατρός να είναι σε θέση να αξιολογήσει εάν ο ασθενής πληροί τα τρία πρώτα κριτήρια που περιγράφονται στον Πίνακα 1. Η εκτίμηση από ανεξάρτητο ιατρό εκτός του θεράποντος και οι διαδικασίες αναθεώρησης λειτουργούν ως δικλείδες ασφαλείας, ειδικά σε περιπτώσεις ασθενών που ζητούν επίμονα και οικειοθελώς την ευθανασία ή την υποβοηθούμενη αυτοκτονία λόγω συνθηκών αφόρητης σωματικής ή ψυχικής ταλαιπωρίας από τη νόσο τους, χωρίς προοπτική βελτίωσης αυτής.

Επιπλέον, υπάρχει περαιτέρω έλεγχος της διαδικασίας σε δύο ακόμα επίπεδα, μέσω της ίδρυσης τοπικών επιτροπών αναθεώρησης και της αλληλεπίδρασής τους με την Εισαγγελία, η οποία μπορεί να προχωρήσει σε έλεγχο της διαδικασίας οποτεδήποτε κριθεί απαραίτητο. Με αυτό το μηχανισμό, ελέγχεται η δράση των ιατρών και αποτρέπονται οι περιπτώσεις όπου η διαδικασία δεν ακολουθεί τη νομοθεσία.^{15,18}

(1) να είναι πεπεισμένος ότι υπάρχει εθελοντικό και καλά σκεπτόμενο αίτημα από τον ασθενή και
(2) να είναι πεπεισμένος ότι ο ασθενής υποφέρει αφόρητα χωρίς προοπτική βελτίωσης και
(3) να έχει ενημερώσει τον ασθενή για την τρέχουσα κατάσταση και τις προοπτικές του και
(4) να έχει καταλήξει, μαζί με τον ασθενή, στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχει λογική εναλλακτική λύση για να ανακουφιστεί ο πόνος του ασθενούς και
(5) να έχει συμβουλευτεί τουλάχιστον έναν ανεξάρτητο ιατρό, ο οποίος επισκέφτηκε προσωπικά τον ασθενή και έδωσε γραπτή εκτίμηση των κριτηρίων προσοχής και
(6) να έχει εκτελέσει την ευθανασία ή την υποβοηθούμενη αυτοκτονία με τη δέουσα ιατρική φροντίδα και προσοχή.

Πίνακας 1: Οι απαιτήσεις της κατάλληλης φροντίδας που ορίζονται στην παράγραφο 1 του Άρθρου 2 του Νόμου για την Τερματισμό της Ζωής κατόπιν Αίτησης και την Υποβοηθούμενη Αυτοκτονία (Διαδικασία Αναθεώρησης).

Στο Βέλγιο και το Λουξεμβούργο η νομοθεσία τροποποιήθηκε βασιζόμενη στα δικαιώματα και αμφισβητήθηκε σημαντικά από τους ιατρούς. Παρά τις αμφισβητήσεις, ο βελγικός Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας άλλαξε και ενσωμάτωσε τις νομοθετικές μεταρρυθμίσεις του 2002, ενώ ο αντίστοιχος του Λουξεμβούργου δεν τροποποιήθηκε ανάλογα.

Η ελβετική νομοθεσία από την πλευρά της διαφέρει ωστόσο από τις προαναφερόμενες. Στην Ελβετία ο επαγγελματίας υγείας δεν είναι άμεσα εμπλεκόμενος στον υποβοηθούμενο θάνατο. Πιο συγκεκριμένα, ο ιατρός είναι εκείνος που αξιολογεί την ικανότητα του ασθενούς για λήψη μιας τέτοιας απόφασης, συνταγογραφεί και το χορηγούμενο φάρμακο, αλλά δεν εμπλέκεται άμεσα στη διαδικασία του υποβοηθούμενου θανάτου καθώς αυτή μπορεί να διεκπεραιωθεί και από μη επαγγελματίες υγείας οι οποίοι είναι απλά μέλη αντίστοιχων οργανώσεων. Ο ασθενής από την πλευρά του δεν είναι απαραίτητο να πάσχει από μια νόσο τελικού σταδίου, αλλά μπορεί να προχωρήσει στην επιλογή του θανάτου νιώθοντας απλά κουρασμένος από τη ζωή, ωστόσο ως επιλογή είναι νόμιμη μόνο όταν η επιθυμία του έχει εκφραστεί ρητά όσο είναι ικανός για λήψη τέτοιων αποφάσεων. Η ελβετική

νομοθεσία δε φαίνεται να είναι αποτέλεσμα μιας σκόπιμης πολιτικής, αλλά περισσότερο ενός κενού στην αρχική το οποίο ήδη από το 1937 έδινε τη δυνατότητα του θανάτου για μη ιατρικούς λόγους. Έτσι, εξαιτίας της μη ύπαρξης σαφούς και αυστηρής νομοθεσίας, οι κατευθυντήριες γραμμές στην Ελβετία χαράζονται από οργανώσεις, τοπικές συμφωνίες μεταξύ των κρατιδίων καθώς και από την Ακαδημία Ιατρικών Επιστημών που από το 2004 παρέχει οδηγίες διαχείρισης των ασθενών τελικού σταδίου. Τέλος, στην Αυστρία ο Ποινικός Κώδικας απαγορεύει ρητά την υποβοηθούμενη αυτοκτονία, ενώ η παροχή βοήθειας στην αυτοκτονία δε ρυθμίζεται ειδικά από το γερμανικό Ποινικό Κώδικα, μολονότι οι ιατροί δεν μπορούν να υποβοηθήσουν στην αυτοκτονία βάσει των κανονισμών που έχουν θεσπίσει οι γερμανικοί ιατρικοί σύλλογοι υπό την εποπτεία των υγειονομικών αρχών.^{4,15,19,20, 21}

Το βρετανικό κοινοβούλιο πρόσφατα-Νοέμβριος 2024- ψήφισε με 330 υπέρ έναντι 275 κατά το νομοσχέδιο υπέρ της νομιμοποίησης του υποβοηθούμενου θανάτου και αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες σε πληθυσμό χώρες που νομιμοποιείται οι πάσχοντες από ανίατη νόσο να τερματίσουν τη ζωή τους. Αν και το εν λόγω νομοσχέδιο εκκρεμεί να περάσει από τη Βουλή των Λόρδων και τις κοινοβουλευτικές επιτροπές, η υπερψήφισή του στο Κοινοβούλιο ήταν το πρώτο και μεγαλύτερο εμπόδιο που έπρεπε να ξεπεραστεί. Έτσι, οι ασθενείς άνω των 18 ετών με νόσο τελικού σταδίου με προσδόκιμο μικρότερο των 6 μηνών όντας ικανοί να αποφασίσουν έχουν τη δυνατότητα να τερματίσουν τη ζωή τους με λήψη μιας φαρμακευτικής ουσίας. Για τη διεκπεραίωση του συγκεκριμένου αιτήματος είναι απαραίτητη η εξέτασή του από δύο ιατρούς και ένα δικαστή του Ανώτατου Δικαστηρίου.²²

Η συζήτηση για ψήφιση ενός τέτοιου νομοσχεδίου στο Ηνωμένο Βασίλειο είχε ήδη ξεκινήσει από το 2015²³, ωστόσο αναζωπυρώθηκε τον περασμένο Δεκέμβριο όταν η δημοσιογράφος Esther Rantzen με τελικού σταδίου καρκίνο πνεύμονα υποστήριξε ότι για τους ασθενείς με ανίατες νόσους οι επιλογές τους στη Βρετανία είναι τρεις: να υποφέρουν από τη νόσο τους, να αυτοκτονήσουν ή να ταξιδέψουν στο εξωτερικό για να προχωρήσουν με τη διαδικασία του υποβοηθούμενου θανάτου με τον πρωθυπουργό Keir Starmer να της υπόσχεται ότι εάν το κόμμα του κέρδιζε τις εκλογές του Ιουλίου θα έφερνε συζήτηση και ψηφοφορία στη Βουλή για την υποβοηθούμενη αυτοκτονία.

Οι βουλευτές που υπερψήφισαν το νομοσχέδιο υποστήριξαν ότι η υποβοηθούμενη αυτοκτονία εξασφαλίζει την αυτονομία και την αξιοπρέπεια των ασθενών που υποφέρουν από ανίατες νόσους, μειώνει την ταλαιπωρία τους λόγω της επιδείνωσης των συμπτωμάτων τους και αποσυμπιέζονται κατά κάποιο τρόπο και οι υπηρεσίες παρηγορικής φροντίδας. Οι δημοσκοπήσεις από την πλευρά τους αναδεικνύουν τη γενικότερη τάση του πληθυσμού υπέρ του υποβοηθούμενου θανάτου.²¹

Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν αντιθέσεις, καθώς τονίζεται ότι πριν την εφαρμογή του συγκεκριμένου νόμου, είναι απαραίτητη η ενίσχυση και η οργάνωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Βρετανίας, προκειμένου να βελτιστοποιηθούν οι παρεχόμενες υπηρεσίες παρηγορητικής φροντίδας. Παράλληλα, υποστηρίζεται ότι η επιμονή υπέρ της υπερψήφησης του νομοσχεδίου αγνοεί την ανάγκη για άμεση αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκαλούνται από την υποχρηματοδότηση των υπηρεσιών παρηγορικής φροντίδας, και επισημαίνεται ότι πρέπει να προηγηθεί η επίλυση αυτών των προβλημάτων πριν ληφθούν περαιτέρω αποφάσεις.^{14,21,22}

Η διαφορά στην προσέγγιση των χωρών αυτών αναδεικνύει την πολυπλοκότητα του ζητήματος, καθώς η νομική ρύθμιση του δικαιώματος στο θάνατο συνδέεται άμεσα με τις κοινωνικές, ηθικές και πολιτικές αξίες κάθε χώρας. Επομένως, το ζήτημα του δικαιώματος στο θάνατο απαιτεί λεπτομερή και προσεκτική νομική εξέταση, προκειμένου να εξισορροπηθούν οι ατομικές ελευθερίες με τις κοινωνικές ευθύνες και την προστασία των ευάλωτων ατόμων.

2.2 Ηθικές και κοινωνικές προεκτάσεις

Η νομιμοποίηση του δικαιώματος στο θάνατο αποτελεί σύγχρονο αντικείμενο αντιπαράθεσης μεταξύ των κρατών. Εκτός από τις νομοθετικές μεταρρυθμίσεις που αναλύθηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο, υπάρχουν ηθικές προεκτάσεις οι οποίες με τη σειρά τους επηρεάζουν τις αντιλήψεις των λαών σχετικά με το δικαίωμα στο θάνατο καθορίζοντας σε σημαντικό βαθμό τη συνολική τους στάση απέναντι στο συγκεκριμένο ζήτημα.

Ο υποβοηθούμενος θάνατος αποτελεί σε αρκετές περιπτώσεις τη λύση για την αντιμετώπιση του «υποφέρειν» του ανθρώπου ειδικά όταν τα συμπτώματα της νόσου του είτε σωματικά είτε ψυχικά δεν μπορούν πλέον να ανακουφισθούν με κανένα μέσο. Ο άνθρωπος βιώνοντας αυτές τις καταστάσεις νιώθει μόνος, συχνά αβοήθητος, χάνει σταδιακά την αυτονομία και την αξιοπρέπεια του καθώς αισθάνεται ότι εξαρτάται άμεσα από τρίτους για τους οποίους πιθανώς να θεωρεί ότι η φροντίδα του αποτελεί βάρος. Σε αυτές τις συνθήκες η κατοχύρωση του δικαιώματος στο θάνατο δίνει στον ασθενή την επιλογή ενός αξιοπρεπούς θανάτου σε ενδεχομένως σωστό και κατάλληλο χρόνο πριν προλάβει να επιβαρυνθεί από τη νόσο του.^{7,26,27}

Στο πλαίσιο αυτό προκύπτουν ωστόσο ζητήματα που σχετίζονται με την κατάχρηση της νομιμοποίησης του υποβοηθούμενου θανάτου. Ένα από αυτά αποτελεί το αν τελικά η νομοθεσία θα οδηγήσει σε εξαναγκασμό στο θάνατο φαινόμενο το οποίο περιγράφεται ως *slippery slope*. Πιο συγκεκριμένα, η αποδοχή ενός είδους υποβοηθούμενου θανάτου ως νόμιμο θα οδηγήσει με τη σειρά της στην αποδοχή και την εφαρμογή και άλλων μορφών ευθανασίας που μέχρι τώρα δεν προβλέπονταν από τις νομοθετικές τροποποιήσεις. Επιπλέον, ως δεύτερο επιχείρημα προβάλλεται το γεγονός ότι ο υποβοηθούμενος θάνατος δε θα αποτελεί πλέον την τελευταία επιλογή για την ανακούφιση του ασθενούς σε συγκεκριμένες καταστάσεις, αλλά θα αναζητιέται και θα προτείνεται πιο γρήγορα ως αντιμετώπιση του «υποφέρειν» του ενώ με την πάροδο του χρόνου μπορεί υπό προϋποθέσεις να γίνει και πρώτη επιλογή. Πέρα όμως από τη συναισθηματική πίεση, σε τρεις μελέτες που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση των Henry et al, οι ασθενείς υποστηρίζουν ότι συχνά βρίσκονται αντιμέτωποι με οικονομική πίεση. Το υψηλό και αβάσταχτο κόστος της περίθαλψής τους αποτελεί αφορμή να εξετάσουν συχνά το ενδεχόμενο του υποβοηθούμενου θανάτου, ενώ άτομα που ανήκουν σε ευάλωτους πληθυσμούς αντιμετωπίζουν τον εαυτό τους ως οικονομικό βάρος στους φροντιστές τους και μετατοπίζουν την στάση τους προς την επιλογή του θανάτου. Δε φαίνεται ωστόσο από την ανασκόπηση, να επηρεάζονται από οικονομικές παραμέτρους στην τελική τους επιλογή σχετικά με τον υποβοηθούμενο θάνατο πληθυσμοί όπως οι ευάλωτες γυναίκες.^{4,11,27}

Έτσι, η ανάπτυξη μέτρων κατοχύρωσης των δικαιωμάτων των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων και η προστασία αυτών από πιθανές διακρίσεις κρίνεται επιβεβλημένη. Σε αυτές τις ασφαλιστικές δικλίδες πρέπει τέλος να συμπεριληφθεί και ο ρόλος των τρίτων προσώπων είτε πρόκειται για το οικογενειακό-φιλικό

περιβάλλον του ασθενούς είτε για τους επαγγελματίες υγείας στην τελική απόφαση του θανάτου. Στο επίπεδο της οικογένειας φαίνεται ότι η υποστήριξη που παρέχει στον ασθενή επηρεάζει σημαντικά την επιλογή και την κατεύθυνσή του προς τον υποβοηθούμενο θάνατο ενώ όσον αφορά τους επαγγελματίες υγείας αναδεικνύεται η ανάγκη ευαισθητοποίησης και εκπαίδευσης τους στα ζητήματα του υποβοηθούμενου θανάτου. Σε αρκετές περιπτώσεις μοιάζει να διαταράσσεται η ισορροπία στη σχέση ιατρού- ασθενούς όπως αυτή καθορίζεται από τον Ιπποκρατικό Όρκο, ενώ ο ιατρός είτε δεν εξαντλεί όλες τις δυνατότητες της παρηγορικής φροντίδας στην ανακούφιση των συμπτωμάτων του ασθενούς, είτε δεν μπορεί να διαχειριστεί στο σύνολο τη διαδικασία του υποβοηθούμενου θανάτου με τελικό αποτέλεσμα τη μη προσφορά της μέγιστης φροντίδας του ασθενούς στο τέλος της ζωής του.²⁸

2.3 Θρησκευτικές προεκτάσεις

Η στάση του ατόμου απέναντι στο δικαίωμα στο θάνατο και τη νομιμοποίηση του υποβοηθούμενου θανάτου είναι άμεσα συνδεδεμένη με τις θρησκευτικές πεποιθήσεις του. Οι συζητήσεις που αφορούν την επίδραση της θρησκείας στα ζητήματα του θανάτου έχουν μακρά ιστορία και με την πρόοδο της επιστήμης και της τεχνολογίας γίνονται ολοένα και περισσότερο πολύπλοκες. Έτσι, προκειμένου να γίνει κατανοητό το πώς η θρησκεία επηρεάζει τις αντιλήψεις του ατόμου απέναντι στο θάνατο θα πρέπει να την αντιμετωπίσουμε ως πολυδιάστατη κατασκευή και να την αναλύσουμε σε τέσσερις επιμέρους παραμέτρους: θρησκευτικότητα, πνευματικότητα, πεποιθήσεις που αφορούν τη μετά θάνατον ζωή και θρησκευτικά δόγματα.^{26,29}

Τα θρησκευτικά πιστεύω του ανθρώπου ήταν σχεδόν πάντοτε υπεύθυνα για την αντίθεσή του στο δικαίωμα στο θάνατο. Η θρησκεία προάγει την ιερότητα της ζωής, επισημαίνοντας ότι είναι δώρο του Θεού και μόνο Εκείνος μπορεί να αποφασίσει για το θάνατο, ενώ ο υποβοηθούμενος θάνατος αποτελεί ουσιαστικά μια παρέμβαση στο θέλημα του Θεού και αντιμετωπίζεται ως ένα είδος αυτοκτονίας. Από την άλλη πλευρά ωστόσο, οι υποστηρικτές της ευθανασίας επισημαίνουν ότι ο Θεός αγαπάει τον άνθρωπο, δεν θα τον άφηνε να υποφέρει από τη νόσο του όταν εκείνη δεν μπορεί

να θεραπευθεί και θα φροντίσει να μη χάσει την αξιοπρέπειά του σε συνθήκες αβάσταχτου υποφέρειν.

Η θρησκεία είναι επομένως ένα σύνθετο σύνολο ιδεών με διαφορετικές πτυχές οι οποίες μπορεί να έρχονται σε αντίθεση μεταξύ τους. Η ανάγκη αντιμετώπισης της θρησκείας ως πολυδιάστατη φάνηκε ήδη από τους περιορισμούς που προέκυψαν από την ανάλυση δεδομένων παλαιότερων μελετών: σήμερα μεγάλο μέρος του πληθυσμού δηλώνει ότι δεν ταυτίζεται με καμία θρησκεία και προσδιορίζονται ως άθεοι, ενώ μελέτες του παρελθόντος αξιολογούν τρεις παραμέτρους που αντιτίθενται στην ευθανασία: πίστη στη μεταθανάτια ζωή, την κόλαση και τον παράδεισο καθώς και συντηρητικά δόγματα.²⁹

Η θρησκευτικότητα ορίζεται ως το μέτρο της θρησκείας που επηρεάζει τη νοοτροπία των ανθρώπων μέσα από τη σύνδεση τους με μία αμοιβαία ιερή ταυτότητα. Πιο συγκεκριμένα περιλαμβάνει τις πρακτικές και τις δραστηριότητες που αυτοπροσδιορίζουν το άτομο ως θρησκευτικό ον όπως το να συμμετέχει στα μυστήρια της Εκκλησίας. Επομένως, υψηλά επίπεδα εκδήλωσης της θρησκευτικότητας συνδέονται με αντίθεση στη διαδικασία του υποβοηθούμενου θανάτου.

Η πνευματικότητα ορίζεται ως η προσωπική σχέση του ατόμου με το Θεό και συνήθως περιλαμβάνει την εικόνα ενός Θεού που συγχωρεί και αγαπάει τον άνθρωπο. Με βάση τα νεότερα δεδομένα των τελευταίων δεκαετιών, η πνευματικότητα φαίνεται να επαναπροσδιορίζει τη σχέση του ανθρώπου με το Θεό και οι άνθρωποι να δηλώνουν πλέον όντα πνευματικά παρά θρησκευτικά. Λαμβάνοντας υπόψη αυτό τον ορισμό θα ήταν αναμενόμενο η πνευματικότητα να σχετίζεται με μικρότερη αντίθεση στη νομιμοποίηση του υποβοηθούμενου θανάτου, ωστόσο αυτό δεν επαληθεύθηκε ως υπόθεση στα δεδομένα της ανασκόπησης των Sabriseilabi και Williams.²⁹

Οι πεποιθήσεις του ατόμου σχετικά με τη μετά θάνατον ζωή καθώς και αυτές που σχετίζονται με την ύπαρξη της κόλασης και του παραδείσου καθορίζουν σε κάποιο βαθμό τη στάση του απέναντι στο θάνατο. Η πίστη στη μεταθανάτια ζωή και η ύπαρξη του παραδείσου συνδέονται με την εικόνα ενός αγαπητικού Θεού και με την έναρξη μίας νέας ζωής μετά το θάνατο τα οποία με τη σειρά τους βοηθούν τον άνθρωπο να αποδεχθεί πιο εύκολα την ιδέα του θανάτου και να υποστηρίξει τον

υποβοηθούμενο θάνατο. Κάτι τέτοιο ωστόσο δε φαίνεται να ισχύει στις περιπτώσεις που κυριαρχεί η εικόνα ενός Θεού τιμωρού με την ψυχή να καταλήγει στην κόλαση μετά το θάνατο.

Τέλος, τα θρησκευτικά δόγματα ενώνουν τους ανθρώπους δημιουργώντας μικρότερες ή μεγαλύτερες κοινωνικές ομάδες. Έτσι, από τα αποτελέσματα των μελετών προκύπτει ότι για παράδειγμα οι Προτεστάντες είναι περισσότερο υπέρ του υποβοηθούμενου θανάτου σε σχέση με τους Ευαγγελιστές και τους Καθολικούς. Οι τελευταίοι καθ'όλη τη διάρκεια της ιστορίας χαρακτηρίζονται ως περισσότερο συντηρητικοί γεγονός που καθιστά αναμενόμενη την αντίθεσή τους σε ζητήματα που σχετίζονται με παρεμβάσεις στη ζωή και το θάνατο.²⁹

2.4 Η ελληνική πραγματικότητα

Στην περίπτωση της Ελλάδας, στο Ποινικό Δίκαιο η ευθανασία ορίζεται ως η παροχή ανώδυνου θανάτου στον ασθενή που πεθαίνει λόγω ασθένειας, τραυματισμού ή γήρατος. Το γεγονός αυτό προϋποθέτει την ύπαρξη τριών παραμέτρων: τον ασθενή με τελικού σταδίου νόσο, την αναξιοπρεπή ή επώδυνη κατάστασή του και τον ιατρό η συμπεριφορά του οποίου μπορεί να είναι είτε εφαρμογή κάποιας παρέμβασης είτε αδυναμία του να ενεργήσει. Το Ελληνικό Ποινικό Δίκαιο δεν περιέχει ειδικές διατάξεις που να δικαιολογούν ή να επιτρέπουν οποιαδήποτε πράξη ευθανασίας. Ωστόσο, στον Ποινικό Κώδικα ορίζεται το αξιόποιο της ευθανασίας ως ανθρωποκτονία εκ προθέσεως (Άρθρο 299 του Ποινικού Κώδικα), ανθρωποκτονία κατ' απαίτηση (Άρθρο 300 του Ποινικού Κώδικα), συμμετοχή σε αυτοκτονία (Άρθρο 301 του Ποινικού Κώδικα). Το Άρθρο 299 του Ποινικού Κώδικα ορίζει την ανθρωποκτονία εκ προθέσεως: «όποιος με πρόθεση επιφέρει το θάνατο άλλου τιμωρείται με ισόβια κάθειρξη» ενώ το Άρθρο 301 του Ποινικού Κώδικα τη συμμετοχή στην αυτοκτονία: «Όποιος με πρόθεση κατέπεισε άλλον να αυτοκτονήσει, αν τελέστηκε η αυτοκτονία ή έγινε απόπειρά της, καθώς και όποιος έδωσε βοήθεια κατ' αυτήν, τιμωρείται με φυλάκιση».

Επομένως, λόγω της έλλειψης συγκεκριμένης νομοθεσίας σχετικά με την ευθανασία, χρησιμοποιείται κατά κύριο λόγο το Άρθρο 300 του Ποινικού Κώδικα (Νόμος

4619/2019) σύμφωνα με το οποίο: «όποιος αποφάσισε και εκτέλεσε ανθρωποκτονία ύστερα από σπουδαία και επίμονη απαίτηση του θύματος και από οίκτο γι αυτόν που έπασχε από ανίατη ασθένεια τιμωρείται με φυλάκιση». Από αυτή τη διατύπωση του νόμου προκύπτουν τα βασικά στοιχεία του σύμφωνα με τα οποία απαιτείται σοβαρή και επίμονη απαίτηση του θύματος- η απαίτηση θα πρέπει να είναι σαφής και επαναλαμβανόμενη, να εκδηλώνεται ρητά, σταθερά, είτε προφορικά, είτε γραπτά, είτε ακόμα και με νοήματα και να προέρχεται από το ίδιο το θύμα το οποίο με τη σειρά του θα πρέπει να έχει την ικανότητα να αντιληφθεί την αξία της ζωής και το νόημα της καταστροφής της. Ο οίκτος προς το θύμα που πάσχει από μία ανίατη νόσο αποτελεί το κίνητρο εκτέλεσης μίας τέτοιας πράξης, ενώ ως ανίατη νόσος θεωρείται μια μη ιατή ψυχική ή σωματική πάθηση χωρίς ωστόσο να είναι απαραίτητο να επίκειται θάνατος. Τα ελληνικά δικαστήρια αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα σχολαστικά και με προσοχή τις περιπτώσεις ανθρωποκτονίας με συναίνεση του παθόντος εξετάζοντας αν τελικά η πράξη ήταν αποτέλεσμα ελεύθερης βούλησης του θύματος, χωρίς εξαναγκασμό ή ψυχολογική πίεση από τρίτους και αν το θύμα ήταν πράγματι σε τέτοια κατάσταση που να δικαιολογεί την απαίτησή του. Η εφαρμογή του Άρθρου 300 του Ποινικού Κώδικα απαιτεί προσεκτική εξέταση των συνθηκών ανά περίπτωση ενώ η προβλεπόμενη ποινή ορίζει φυλάκιση έως και πέντε έτη.

Εκτός από τα Άρθρα του Ποινικού Κώδικα με τα οποία εξετάζονται οι περιπτώσεις ευθανασίας, ο Νόμος 3418/2005 (Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας) δηλώνει ρητά στο Άρθρο 29 §3 ότι ακόμα και στην περίπτωση που ο ασθενής εκφράζει την επιθυμία να πεθάνει και ο θάνατός του αναμένεται να επέλθει σύντομα αυτό δεν αποτελεί λόγο για να δικαιολογηθεί οποιαδήποτε πράξη ενδέχεται να προκαλέσει το θάνατό του.

Οι ακόλουθες πράξεις είναι μη νόμιμες στην Ελλάδα:

- Άμεση ενεργητική ευθανασία
- Παθητική ευθανασία: όταν ο ασθενής βρίσκεται σε μόνιμη κατάσταση αδυναμίας να εκφράσει τη βούλησή του, αλλά είναι δυνατή η διατήρηση της βιολογικής λειτουργίας του οργανισμού
- Η παροχή σημαντικής ιατρικής βοήθειας στον ασθενή που υποφέρει και επιθυμεί να αυτοκτονήσει, να διαπράξει αυτοκτονία. Το ίδιο ισχύει και για τον ιατρό που πείθει τον ασθενή να αυτοκτονήσει.

Στην Ελλάδα η ανάγκη ρύθμισης τέτοιων θεμάτων κρίνεται πιο επιτακτική από ποτέ λόγω της ταχύτερης προόδου των επιστημών και της Ιατρικής. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό αφενός να καλυφθεί το νομικό κενό σχετικά με την ευθανασία αφετέρου να καθοριστούν σαφείς όροι και προϋποθέσεις για το ποιες τελικά μορφές ευθανασίας θα θεωρηθούν νόμιμες προκειμένου να εξασφαλιστεί η ασφάλεια και η διαφάνεια. Σε κάθε περίπτωση, όσον αφορά την ποινική ευθύνη του ιατρού πρέπει να γίνει σεβαστή η αρχή «nullum crimen nulla poena sine lege - κανένα έγκλημα, καμία ποινή χωρίς υφιστάμενο νόμο» με βάση την οποία δεν μπορεί να στοιχειοθετηθεί έγκλημα ή ποινή επ' αυτού χωρίς προηγουμένως να υφίσταται νόμος που να προσδιορίζει τόσο τη συγκεκριμένη πράξη ως έγκλημα όσο και την επαπειλούμενη σε αυτό ποινή, η οποία αρχή προστατεύεται από το Σύνταγμα.²⁵

Ο ελληνικός πληθυσμός είναι διχασμένος όσον αφορά την αποδοχή των αλλαγών στο θέμα της ευθανασίας, και αυτή η διαφοροποίηση εξηγείται από τις έντονες κοινωνικές, θρησκευτικές και φιλοσοφικές, εκτός από τις νομικές, προεκτάσεις του ζητήματος του θανάτου ως ηθικού προβλήματος. Σύμφωνα με τα δεδομένα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, το 95% του πληθυσμού στην Ελλάδα δηλώνει ότι ακολουθεί τον Ορθόδοξο Χριστιανισμό, ενώ το υπόλοιπο 5% διακρίνεται σε άλλες θρησκείες, την αθεΐα, τον αγνωστικισμό και σε όσους δεν απάντησαν στις έρευνες.³⁰ Το γεγονός ότι η πλειονότητα των Ελλήνων είναι Χριστιανοί συνδέεται άμεσα με τη στάση της κοινωνίας απέναντι στο δικαίωμα στο θάνατο. Για τους Χριστιανούς, η ζωή θεωρείται δώρο από τον Θεό, και ο θάνατος και ο τρόπος του καθορίζονται από Εκείνον. Ως εκ τούτου, η αφαίρεση της ζωής μέσω του υποβοηθούμενου θανάτου θεωρείται ως πράξη δολοφονίας. Ο Χριστιανός καλείται να θεραπεύσει την ψυχή του από την υπερηφάνεια και την αγάπη για τον εαυτό του, με στόχο την αιώνια σωτηρία, όπως δίδαξε ο Χριστός με τον δικό Του θάνατο και την Ανάσταση. Κατά συνέπεια, η περίθαλψη του σώματος και η διασφάλιση της σωματικής και ψυχικής υγείας είναι αποδεκτές, αλλά οι αποφάσεις και ενέργειες που στοχεύουν στον τερματισμό της ζωής απορρίπτονται.

Η στάση αυτή διαμορφώνει τη νοοτροπία των Ελλήνων, οι οποίοι σε μεγάλο βαθμό καθορίζονται από την πολιτισμική τους κληρονομιά, τη θρησκεία και την ηθική τους. Ως εκ τούτου, για να αντιμετωπιστεί το θέμα της ευθανασίας, είναι απαραίτητο να διατηρηθεί η ισορροπία μεταξύ σεβασμού στην αυτονομία, την αξιοπρέπεια και την

αυτοδιάθεση των ατόμων, ενώ παράλληλα να τηρηθούν οι διδασκαλίες του Χριστιανισμού που αποτελούν τη βάση της ελληνικής κοινωνίας. Οι κυβερνήσεις, ωστόσο, συχνά διστάζουν να προχωρήσουν σε νομοθετικές αλλαγές, καθώς η εφαρμογή του δικαιώματος στον αυτοκαθορισμό έρχεται σε αντίθεση με την απόλυτη προστασία της ζωής, που αποτελεί προτεραιότητα σε πολλές κοινωνικές και πολιτικές συζητήσεις. Προκειμένου να προχωρήσει η νομοθέτηση της ευθανασίας, απαιτείται ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των πολιτών σχετικά με την έννοια και τις συνέπειες του υποβοηθούμενου θανάτου.^{2,31,32} Η κοινωνία φαίνεται να εξοικειώνεται περισσότερο με τα ζητήματα ευθανασίας όσο περισσότερη πληροφόρηση και συζήτηση γίνονται γύρω από το θέμα, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε μεγαλύτερη αποδοχή και τελικά στην αποδοχή των νομοθετικών μεταρρυθμίσεων που θα ακολουθήσουν.³³

Συμπερασματικά, η υπάρχουσα νομοθεσία στην Ελλάδα, παρά την προοδευτική συζήτηση για την ευθανασία, παραμένει αυστηρά περιοριστική, καθώς το νομικό πλαίσιο εξακολουθεί να προστατεύει τη ζωή σε απόλυτο βαθμό, χωρίς να αναγνωρίζει το δικαίωμα στον υποβοηθούμενο θάνατο. Η ελληνική κοινωνία, επηρεασμένη σε μεγάλο βαθμό από τη θρησκευτική πίστη του Ορθόδοξου Χριστιανισμού και τις ηθικές αρχές που αυτή πρεσβεύει, παραμένει σκεπτική και διχασμένη απέναντι σε τέτοιες νομοθετικές προτάσεις. Η θρησκευτική διδασκαλία θεωρεί τη ζωή ως δώρο του Θεού και, ως εκ τούτου, απαγορεύει την αφαίρεση της, ακόμα και αν αυτή γίνεται με τη θέληση του ατόμου. Ωστόσο, η αλλαγή στην κοινωνική συνείδηση, μέσω ενημέρωσης και διαλόγου, μπορεί να οδηγήσει σε μια μελλοντική αναθεώρηση της νομοθεσίας, ώστε να επιτραπεί η επιλογή του υποβοηθούμενου θανάτου, εφόσον προηγηθεί η εξοικείωση της κοινωνίας με το θέμα και η μείωση των ηθικών και θρησκευτικών αντιστάσεων. Μέχρι τότε, η νομοθεσία θα παραμείνει προσηλωμένη στην υπεράσπιση της ζωής, με τις όποιες προκλήσεις από την κοινωνική και ηθική διάσταση του ζητήματος να απαιτούν προσεκτική και υπεύθυνη προσέγγιση.

Κεφάλαιο 3: Η θέση του ασθενούς στο δικαίωμα στο θάνατο

3.1 Η αξιοπρέπεια και η αυτονομία του ασθενούς

Ο ασθενής, ως το άτομο που πλήττεται άμεσα, βρίσκεται στο κέντρο της απόφασης για τον υποβοηθούμενο θάνατο. Ωστόσο, η διαδικασία αυτή επηρεάζεται από την συναισθηματική του κατάσταση, τη σχέση αυτής με την ασθένεια και το «υποφέρειν» που βιώνει, ενώ παράλληλα αναδύεται το κρίσιμο ζήτημα της στάσης του απέναντι στο δικαίωμα στον θάνατο.³⁴ Η έρευνα ανέδειξε την αξία της αξιοπρέπειας του ασθενούς, ιδιαίτερα για τους ασθενείς τελικού σταδίου, ως έναν καθοριστικό παράγοντα στην απόφασή τους για το τέλος της ζωής τους. Η αξιοπρέπεια του ασθενούς εξετάστηκε σε τρεις βασικούς άξονες: ως συνδυασμός με την απώλεια της λειτουργικότητας, ως αναπόσπαστο κομμάτι της ταυτότητας του ατόμου και ως θεμελιώδης διάσταση της αυτονομίας του, αναγνωρίζοντας τη σημασία της σε κάθε βήμα της διαδικασίας του υποβοηθούμενου θανάτου.³¹

Το αίσθημα της αξιοπρέπειας του ασθενούς κλονίζεται σταδιακά όταν χάνει τη λειτουργικότητά του. Η απώλεια του ελέγχου των καθημερινών αναγκών και σωματικών λειτουργιών (όπως ακράτεια, κινητικότητα και γνωσιακές δυσκολίες) συνδέεται άμεσα με την υπονόμευση της αξιοπρέπειάς του και, κατ' επέκταση, της ποιότητας ζωής του.³²

Σύμφωνα με ορισμένες μελέτες που περιλαμβάνονται στην ανασκόπηση των A. Rodriguez et al.,³¹ η αξιοπρέπεια θεωρείται αναπόσπαστο στοιχείο της ταυτότητας του ατόμου. Η εξάρτηση από τρίτους λόγω της ασθένειας και η συναισθηματική ευθραυστότητα που προκαλεί, εντείνουν την αίσθηση απώλειας αξιοπρέπειας. Αυτή η διαδικασία εκδηλώνεται σε δύο βασικούς άξονες: πρώτον, στον τρόπο με τον οποίο το άτομο βλέπει τον εαυτό του και δεύτερον, στον τρόπο που πιστεύει ότι τον αντιλαμβάνονται οι άλλοι. Καθώς η νόσος εξελίσσεται, προκαλεί σημαντικές αλλαγές στο σώμα και στη συμπεριφορά του ασθενούς, δημιουργώντας την αίσθηση ότι χάνει τον προηγούμενο εαυτό του. Η διαταραχή της εικόνας που έχουν οι άλλοι για αυτόν, έχει ως αποτέλεσμα να επηρεάζεται αρνητικά η συμπεριφορά των άλλων προς αυτόν. Κατά συνέπεια, ο ασθενής συχνά επιλέγει να απομακρύνεται από τις κοινωνικές του

συναναστροφές, περιορίζοντας πρώτα τη σχέση του με το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον και στη συνέχεια με τους οικείους του.

Η τρίτη παράμετρος που συνδέεται με την αξιοπρέπεια του ασθενούς είναι η αυτονομία του. Η απώλεια της λειτουργικότητας και της ικανότητας για αυτοεξυπηρέτηση, όπως αναφέρθηκε, οφείλεται στην εξέλιξη της νόσου, στη συμπτωματολογία της και κυρίως στον έντονο πόνο που αυτή προκαλεί. Το αίσθημα του «υποφέρειν» γεμίζει τον ασθενή με φόβο, αβεβαιότητα και ανασφάλεια για το μέλλον, δημιουργώντας έτσι μια ψυχική και σωματική πίεση που επηρεάζει την αντίληψή του για τη ζωή και το θάνατο. Σε αυτό το πλαίσιο, ο ασθενής προσπαθεί να διατηρήσει την αυτονομία του και να έχει κάποιον έλεγχο στη διαδικασία του θανάτου του, προκειμένου να ξεπεράσει τον φόβο του θανάτου. Η επιθυμία του να διατηρήσει την εξουσία να αποφασίζει για τη ζωή του συνδέεται ιδιαίτερα με κατηγορίες ασθενών για τους οποίους το δικαίωμα επιλογής και λήψης αποφάσεων είναι θεμελιώδες, πόσο μάλλον όταν αφορά τον έλεγχο της διαδικασίας του θανάτου τους.³³

Λαμβάνοντας υπόψη τις παραμέτρους που αναλύθηκαν παραπάνω, προκύπτει ότι, αν και δεν είναι πλήρως κατανοητό ποιοι παράγοντες τελικά επηρεάζουν τη στάση του ασθενούς απέναντι στο ζήτημα του θανάτου, όταν αυτός βρεθεί σε συνθήκες όπου έχει χάσει την αξιοπρέπεια και την αυτονομία του, ενώ ταυτόχρονα βιώνει αβάσταχτο πόνο, είναι πολύ πιθανό να επιλέξει την διαδικασία του υποβοηθούμενου θανάτου.

3.2 Ο πόνος και η ποιότητα ζωής

Ο πόνος είναι συχνά η κύρια εκδήλωση μιας χρόνιας νόσου, που επηρεάζει την καθημερινότητα του ασθενούς σε όλα τα επίπεδα. Είτε πρόκειται για σωματικό είτε για ψυχικό πόνο, η εμπειρία του είναι αβάσταχτη και δεν ανακουφίζεται πλήρως με τις σύγχρονες θεραπείες, προκαλώντας αίσθημα αβοηθητότητας και απόγνωσης. Η συνεχής και έντονη οδύνη επηρεάζει την κινητικότητα, τη λειτουργικότητα και τις κοινωνικές σχέσεις του ατόμου, επιδεινώνοντας την ποιότητα ζωής του.³²

Η αίσθηση της αποτυχίας στην ανακούφιση του πόνου μπορεί να προκαλέσει σοβαρές ψυχικές συνέπειες. Άτομα που υποφέρουν από χρόνια πόνο συχνά εκδηλώνουν επιθετικότητα και απόσυρση από κοινωνικές δραστηριότητες, επηρεάζοντας τις σχέσεις τους με τους φροντιστές και την οικογένεια. Η έντονη απομόνωση και η αίσθηση ότι επιβαρύνουν τους άλλους δημιουργούν ένα φαύλο κύκλο που οδηγεί σε συναισθηματική εξάντληση.

Με την πρόοδο της νόσου, ο ασθενής μπορεί να καταστεί εξαρτημένος από τρίτους για τις καθημερινές του ανάγκες. Η αναπηρία που αναπτύσσεται όχι μόνο επιδεινώνει την ποιότητα ζωής του, αλλά εντείνει και τα συναισθήματα ενοχής και αβοηθητότητας. Η αίσθηση του βάρους που νιώθει ο ασθενής προς τους άλλους, σε συνδυασμό με την αδυναμία ανακούφισης του πόνου, συχνά οδηγεί σε μια αναπόφευκτη απογοήτευση.^{30,34}

Η επιλογή του υποβοηθούμενου θανάτου προσφέρει στον ασθενή την ευκαιρία να αποφασίσει για τον τελικό του προορισμό, ελέγχοντας τουλάχιστον τον τρόπο με τον οποίο θα τερματιστεί ο πόνος και η ταλαιπωρία του. Ο υποβοηθούμενος θάνατος δεν προσφέρει μόνο ανακούφιση από τον πόνο, αλλά και την αξιοπρέπεια στο θάνατο, επιτρέποντας την αποφυγή των αχρείαστων και άκαρπων θεραπειών.³⁵

Σύμφωνα με την ανασκόπηση των Henry et al., πολλοί φροντιστές και συγγενείς υπογραμμίζουν τη σημασία του δικαιώματος του ασθενούς να επιλέξει τον τρόπο θανάτου του, θεωρώντας την επιλογή του υποβοηθούμενου θανάτου ως μια πράξη ανακούφισης και αξιοπρέπειας. Η διαδικασία αυτή εξασφαλίζει την απελευθέρωση από τον αβάσταχτο πόνο και την αίσθηση της εξάρτησης, ενώ προσφέρει στον ασθενή μια «αξιοπρεπή» έξοδο από τη ζωή.¹¹

Η σύνδεση του πόνου με την επιλογή του υποβοηθούμενου θανάτου είναι αναπόφευκτη όταν οι θεραπείες αποτυγχάνουν να ανακουφίσουν πλήρως τον ασθενή. Ο πόνος καταστρέφει την ποιότητα ζωής του ασθενούς, οδηγώντας τον σε επιλογές που προσφέρουν έστω και προσωρινή ανακούφιση, ενώ ενισχύει την αξία της αυτοδιάθεσης και της αξιοπρέπειας στο θάνατο.³⁶

Αυτό το πλαίσιο θα μπορούσε να αναδεικνύει τον πόνο ως βασικό παράγοντα που ωθεί τον ασθενή σε αυτήν την επιλογή, υπογραμμίζοντας τις ψυχολογικές και κοινωνικές συνέπειες που τον συνοδεύουν.³³

3.3 Συναισθηματικοί παράγοντες

Ο φόβος του θανάτου αποτελεί κεντρικό στοιχείο στη συναισθηματική κατάσταση του ασθενούς, ιδιαίτερα όταν η ασθένεια του προκαλεί έντονο πόνο και ταλαιπωρία, είτε σωματική είτε ψυχική. Η αίσθηση του αναπόφευκτου του θανάτου εντείνει αυτόν τον φόβο, ο οποίος επηρεάζει άμεσα την στάση του απέναντι στο δικαίωμα του θανάτου και τις επιλογές του σχετικά με την υποβοηθούμενη ευθανασία. Ο φόβος αυτός δεν περιορίζεται μόνο στην προσωπική του αναμέτρηση με το θάνατο, αλλά επεκτείνεται και στη διαδικασία του θανάτου και την απώλεια αγαπημένων προσώπων. Το αίσθημα αβεβαιότητας και η αγωνία για το τι ακολουθεί μετά το τέλος της ζωής συχνά αναδεικνύεται ως το κεντρικό στοιχείο στον φόβο του θανάτου, επηρεάζοντας τόσο την ψυχολογική όσο και την σωματική του κατάσταση.

Τα αποτελέσματα της ανασκόπησης των Fortuin et al. ανέδειξαν τη συσχέτιση του φόβου του θανάτου με τη θρησκευτική πίστη του ατόμου. Οι πιστοί εκφράζουν πιο έντονα το συναίσθημα του φόβου για το θάνατο σε σύγκριση με εκείνους που δηλώνουν άθεοι ή δεν έχουν ισχυρή πίστη. Οι άνθρωποι που πιστεύουν στη μεταθανάτια ζωή φαίνεται να αντιμετωπίζουν καλύτερα το φόβο τους, καθώς θεωρούν το θάνατο ως την αρχή μιας νέας ζωής, ενισχυμένης από την πίστη τους.³⁷

Στην περίπτωση των ασθενών, η κατοχύρωση του δικαιώματος στο θάνατο μπορεί να λειτουργήσει ως μέσο για τον έλεγχο και τη διαχείριση της διαδικασίας του θανάτου, μειώνοντας σε κάποιο βαθμό τα συναισθήματα φόβου και αγωνίας, ιδιαίτερα όταν ο ασθενής βρίσκεται σε ευάλωτη κατάσταση λόγω του πόνου και της ασθένειάς του. Ωστόσο, η αποδοχή της επιλογής του υποβοηθούμενου θανάτου εξαρτάται από το κατά πόσο ο ασθενής μπορεί να την αποδεχτεί προσωπικά, καθώς και από τον θρησκευτικό του προσανατολισμό. Στην Ευρώπη, η αποδοχή της ευθανασίας αυξήθηκε στη Δυτική Ευρώπη, γεγονός που συσχετίζεται με την απομάκρυνση από τη θρησκεία. Αντίθετα, στην Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη, επικράτησε πιο αρνητική στάση απέναντι στον υποβοηθούμενο θάνατο, πιθανώς λόγω του έντονου θρησκευτικού συναισθήματος που επικράτησε στην περιοχή μετά τη μετακομμουνιστική εποχή. Στη Βελγική νομοθεσία, η ευθανασία, που νομιμοποιήθηκε το 2002, απέκτησε περισσότερους υποστηρικτές, ενώ στην Ολλανδία παρατηρήθηκε μικρή μείωση της τάσης προς την υποστήριξη του υποβοηθούμενου θανάτου.⁸

Ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει τη στάση του ασθενούς απέναντι στον θάνατο είναι οι προσωπικές του εμπειρίες με τον θάνατο αγαπημένων προσώπων. Σύμφωνα με την ανασκόπηση των Hendry et al., τα βιώματα των συμμετεχόντων σχετικά με τη διαδικασία του θανάτου φαίνεται να έχουν καθοριστική επίδραση στις απόψεις τους για τον υποβοηθούμενο θάνατο. Όσοι έχουν δει δικούς τους ανθρώπους να υποφέρουν είτε από την ασθένεια είτε από την εφαρμογή παρατεταμένων, μάταιων θεραπειών, συχνά τάσσονται υπέρ της επιλογής του υποβοηθούμενου θανάτου. Για αυτούς, η ευθανασία δεν είναι μόνο ένας τρόπος ανακούφισης του πόνου, αλλά και ένα μέσο για την προστασία της αξιοπρέπειας του ασθενούς. Ειδικότερα, σε μελέτες που περιλάμβαναν ασθενείς με HIV/AIDS, οι οποίοι είχαν χάσει δικούς τους ανθρώπους από τη νόσο, η προσωπική τους εμπειρία διαμόρφωσε τις απόψεις τους και την επιθυμία τους για ευθανασία, θεωρώντας την ως μια επιλογή που μπορεί να προσφέρει ανακούφιση και αξιοπρέπεια στις τελευταίες τους στιγμές.¹¹

Η κατοχύρωση του δικαιώματος στο θάνατο μπορεί να προσφέρει σημαντική ελπίδα και ανακούφιση για τον ασθενή που υποφέρει, ειδικά όταν η ασθένειά του προκαλεί ανυπόφορο πόνο και μειώνει την ποιότητα ζωής του. Η δυνατότητα επιλογής του υποβοηθούμενου θανάτου επιτρέπει στον ασθενή να επαναφέρει τον έλεγχο στη διαδικασία του θανάτου του, προσφέροντάς του μια αίσθηση αυτονομίας και αξιοπρέπειας. Η αίσθηση ότι μπορεί να επιλέξει τον τρόπο και τον χρόνο του θανάτου του, αντί να υποστεί τον πόνο μιας αβέβαιης και εξαντλητικής πορείας, μπορεί να μειώσει τον φόβο του θανάτου και την αγωνία του για το μέλλον.

Η στάση του ασθενούς απέναντι στο δικαίωμα στο θάνατο επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, όπως η θρησκευτική του πίστη, οι προσωπικές του εμπειρίες με τον θάνατο αγαπημένων προσώπων και η συναισθηματική του κατάσταση. Για παράδειγμα, όσοι πιστεύουν στη μεταθανάτια ζωή μπορεί να έχουν λιγότερο φόβο για τον θάνατο, ενώ εκείνοι που έχουν βιώσει την ταλαιπωρία ή την αδικία της ασθένειας στους αγαπημένους τους μπορεί να θεωρούν την ευθανασία ως μια αναγκαία επιλογή για την ανακούφιση και την προστασία της αξιοπρέπειας του ασθενούς.¹¹

Επιπλέον, η αποδοχή του δικαιώματος στο θάνατο ενδέχεται να διαφοροποιείται ανάλογα με την κοινωνική και πολιτισμική συγκυρία, όπως φαίνεται από τις διαφοροποιήσεις στην αποδοχή της ευθανασίας σε διάφορες χώρες της Ευρώπης. Παρά τις αντιφάσεις που μπορεί να προκύψουν λόγω των προσωπικών πεποιθήσεων,

η κατοχύρωση του δικαιώματος στο θάνατο μπορεί να λειτουργήσει ως μια ουσιαστική ανακούφιση για τον ασθενή, προσφέροντας του όχι μόνο μια επιλογή, αλλά και μια αίσθηση ηρεμίας και ελέγχου, ακόμα και μπροστά στον πόνο και τον φόβο του θανάτου.

Κεφάλαιο 4: Η θέση των επαγγελματιών υγείας

4.1 Ηθική ευθύνη

Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας έχει αλλάξει σημαντικά τα τελευταία χρόνια, γεγονός που συνδέεται άμεσα με την εξέλιξη της επιστήμης και της τεχνολογίας στον τομέα της υγείας. Ωστόσο, παρά τις όποιες αλλαγές, το καθήκον τους να παρέχουν φροντίδα στον ασθενή με στόχο την ανακούφιση των συμπτωμάτων της νόσου και την επιβίωσή του παραμένει αδιαμφισβήτητο.³⁸

Ο Ιπποκρατικός Όρκος ορίζει τη σχέση ιατρού-ασθενούς, και οι δεσμεύσεις του όρκου λειτουργούν ως κατευθυντήριες γραμμές για την αντιμετώπιση οποιουδήποτε ηθικού διλήμματος. Παράλληλα, οριοθετούν όχι μόνο τη σχέση ιατρού-ασθενούς, αλλά και τη σχέση του ιατρού με την οικογένεια του ασθενούς, με αποτέλεσμα να αποφεύγονται, σε κάποιο βαθμό, οι συγκρούσεις μεταξύ τους.³⁹

Η αρχή του «ωφελέειν, μη βλάπτειν», η οποία περιλαμβάνεται στον Ιπποκρατικό Όρκο, αποτελεί εδώ και αιώνες θεμελιώδη λίθο της Ιατρικής επιστήμης. Η αρχή του «ωφελέειν» εξασφαλίζει ότι ο ιατρός, έχοντας ως κίνητρο την ανιδιοτελή αγάπη του για τον ασθενή, θα πράξει το καλύτερο για εκείνον, ενώ παράλληλα θα διασφαλίσει ότι δεν θα του προκαλέσει κακό.²⁸

Στο πλαίσιο αυτό προκύπτουν θέματα αμφισβήτησης για το αν τελικά ο Όρκος, στον οποίο στηρίζεται η σχέση ιατρού-ασθενούς, μπορεί να συμπεριλάβει ζητήματα που αφορούν το θάνατο. Εδώ τίθεται το ερώτημα τροποποίησης και προσαρμογής του Όρκου στη σύγχρονη εποχή, ώστε να λαμβάνονται υπόψη τα σύγχρονα ηθικά διλήμματα που αφορούν τη ζωή και τον θάνατο.

Το ηθικό δίλημμα σχετικά με το δικαίωμα στον θάνατο και οι ευθύνες του ιατρού απέναντι στον ασθενή και την οικογένειά του ενδέχεται να συγκρούονται με τις δεσμεύσεις του Ιπποκρατικού Όρκου, ο οποίος τονίζει την ανάγκη για την προστασία της ζωής του ασθενούς. Ο ιατρός καλείται να ισορροπήσει μεταξύ της υποχρέωσης να προσφέρει την καλύτερη δυνατή θεραπεία και της ανάγκης να σεβαστεί τις επιθυμίες του ασθενούς και της οικογένειάς του, πάντα μέσα από το πρίσμα της ηθικής και της επαγγελματικής δεοντολογίας.^{30,40}

Σήμερα, η νομοθεσία κάθε χώρας έχει διαμορφωθεί έτσι ώστε να επιτρέπει ή να απαγορεύει τον υποβοηθούμενο θάνατο. Οι νομοθετικές τροποποιήσεις που έχουν γίνει καθιστούν σαφές εάν και σε ποιο βαθμό εντάσσεται το δικαίωμα στο θάνατο στο νομοθετικό πλαίσιο κάθε χώρας. Παρά τις νομικές εξελίξεις, οι ηθικές διαστάσεις του ζητήματος, οι οποίες συνδέονται με τον ρόλο και τη θέση των επαγγελματιών υγείας, παραμένουν αμφιλεγόμενες.³⁵

Οι επαγγελματίες υγείας, και ειδικότερα οι ιατροί, είναι οι επικεφαλής στην φροντίδα του ασθενούς. Ωστόσο, με την πάροδο των ετών, η θέση τους έχει αναθεωρηθεί σε μεγάλο βαθμό, καθώς ο ασθενής πλέον δεν αποδέχεται παθητικά τις θεραπευτικές επιλογές που του προσφέρονται, αλλά αναλαμβάνει ενεργό ρόλο στη λήψη αποφάσεων που αφορούν τη θεραπεία του.⁴¹ Οι θεραπείες που παρέχονται θα πρέπει να εξασφαλίζουν την ανακούφιση των συμπτωμάτων του ασθενούς και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του. Παράλληλα, ο ιατρός πρέπει να προστατεύει την αυτονομία και την αξιοπρέπεια του ασθενούς, ειδικά σε περιπτώσεις όπου η θεραπεία δεν βελτιώνει την κατάσταση του ασθενούς, ούτε παρατείνει την επιβίωσή του, αλλά αντίθετα του προκαλεί επιπλέον βάρος, πόνο και παράταση του «υποφέρειν» του.

Σε αυτές τις περιπτώσεις, θα μπορούσε κανείς να υποστηρίξει ότι η επιλογή του υποβοηθούμενου θανάτου από τον ασθενή, καθώς και ο σεβασμός αυτής της επιλογής και η εφαρμογή της διαδικασίας από τον ιατρό, αποτελούν το τελευταίο στάδιο της παρηγορικής φροντίδας. Αν και αυτό μπορεί να φαίνεται οξύμωρο, δεδομένου ότι η παρηγορική φροντίδα αποσκοπεί στην ανακούφιση των συμπτωμάτων και όχι στον τερματισμό της ζωής, το δικαίωμα στο θάνατο διασφαλίζει τον έλεγχο της διαδικασίας από τον ασθενή, με τους επαγγελματίες υγείας να παίζουν δευτερεύοντα ρόλο, σύμφωνα με συγκεκριμένα πρωτόκολλα και ηθικούς κανόνες. Έτσι, ο ιατρός καλείται να εξασφαλίσει την αυτονομία του

ασθενούς και να προστατεύσει την αξιοπρέπειά του, ακόμη και όταν η παρέμβαση δεν έχει θεραπευτικό αποτέλεσμα, αλλά αποσκοπεί στην ανακούφιση του υποφέρειν και την εξασφάλιση μιας αξιοπρεπούς εξόδου από τη ζωή.

Θα πρέπει ωστόσο να επισημανθεί ότι η υποστήριξη του δικαιώματος στο θάνατο από τους επαγγελματίες υγείας είναι εύκολα αμφισβητήσιμη από την κοινωνία, λόγω της θέσης και του ρόλου τους να παρέχουν θεραπευτικές λύσεις και να υποστηρίζουν τον ασθενή έως το τέλος της ζωής του. Η κοινωνία συχνά αντιλαμβάνεται τον ιατρό ως προστάτη της ζωής, γεγονός που καθιστά το δικαίωμα στο θάνατο ένα ευαίσθητο και αμφιλεγόμενο ζήτημα.⁴²

Κρίνεται επομένως επιτακτική η ανάγκη ύπαρξης αυστηρών δικλείδων ασφαλείας, οι οποίες θα προστατεύουν τόσο τον ασθενή όσο και τον ιατρό. Αυτές οι δικλείδες θα πρέπει να διασφαλίζουν ότι η απόφαση για υποβοηθούμενο θάνατο λαμβάνεται υπό προϋποθέσεις που διασφαλίζουν την πλήρη ενημέρωση και τη συναίνεση του ασθενούς, καθώς και την αποδοχή της από τον ίδιο, χωρίς εξωτερικές πιέσεις. Επιπλέον, οι δικλείδες ασφαλείας πρέπει να εξασφαλίζουν την προστασία του ιατρού από ενδεχόμενες νομικές και ηθικές συνέπειες, διασφαλίζοντας ότι η απόφαση ελήφθη σύμφωνα με τα καθορισμένα πρωτόκολλα και εντός του νομικού πλαισίου της χώρας. Με αυτόν τον τρόπο, όχι μόνο προστατεύεται η αυτονομία και η αξιοπρέπεια του ασθενούς, αλλά και η επαγγελματική ακεραιότητα του ιατρού, ενώ διατηρείται η ισορροπία στην ευαίσθητη σχέση τους.²⁸

Συμπερασματικά, το δικαίωμα στο θάνατο αποτελεί ένα εξαιρετικά αμφιλεγόμενο ζήτημα, το οποίο εντάσσεται στο σύγχρονο ιατρικό και νομικό πλαίσιο, δημιουργώντας ηθικά διλήμματα για τους επαγγελματίες υγείας. Η υποστήριξή του από τους ιατρούς, αν και θεμελιώδης για την προστασία της αυτονομίας και αξιοπρέπειας του ασθενούς, έρχεται σε σύγκρουση με τις παραδοσιακές αρχές του Ιπποκρατικού Όρκου, ο οποίος επικεντρώνεται στην προστασία της ζωής. Για να εξασφαλιστεί μια ηθικά και νομικά σωστή προσέγγιση, κρίνεται αναγκαία η ύπαρξη αυστηρών δικλείδων ασφαλείας που θα προστατεύουν τόσο τον ιατρό όσο και τον ασθενή, διασφαλίζοντας την πλήρη ενημέρωση, την εθελοντική συναίνεση και την τήρηση των νομικών διαδικασιών. Έτσι, το δικαίωμα στο θάνατο μπορεί να ενσωματωθεί με υπευθυνότητα στο σύστημα υγείας, με σεβασμό στην αυτονομία του

ασθενούς και χωρίς να θέτει σε κίνδυνο την ηθική και επαγγελματική ακεραιότητα του ιατρού.^{40,43}

4.2 Ρόλος των επαγγελματιών υγείας

Η εκπαίδευση των ιατρών σε θέματα βιοηθικής, και κυρίως σε ζητήματα που αφορούν τον υποβοηθούμενο θάνατο, καθίσταται εξαιρετικά κρίσιμη καθώς οι επαγγελματίες υγείας διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο τόσο στη λήψη απόφασης του ασθενούς όσο και στην εκτέλεση της διαδικασίας αυτής. Οι συνεχείς εξελίξεις στο πεδίο της υγειονομικής περίθαλψης και οι νομοθετικές αλλαγές γύρω από το δικαίωμα στο θάνατο καθιστούν επιτακτική την ανάγκη για συνεχή εκπαίδευση και εξειδίκευση των ιατρών σε θέματα βιοηθικής. Στο επίκεντρο αυτής της εκπαίδευσης πρέπει να βρίσκεται η προστασία της αξιοπρέπειας και της αυτονομίας του ασθενούς, αρχές θεμελιώδεις για την ιατρική πράξη, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για ασθενείς με μη αναστρέψιμες ασθένειες στο τέλος της ζωής τους. Η διαρκής ανανέωση και προσαρμογή της εκπαίδευσης στις σύγχρονες ανάγκες είναι απαραίτητη, προκειμένου οι ιατροί να είναι πλήρως ενημερωμένοι για τις διαθέσιμες επιλογές, όπως η παρηγορική φροντίδα ή η διαδικασία του υποβοηθούμενου θανάτου. Για να επιτευχθεί αυτό, κρίνεται αναγκαία η δημιουργία δικτύων εκπαίδευσης που θα ενισχύουν την εξοικείωση των επαγγελματιών υγείας με τα ηθικά και νομικά ζητήματα του τέλους της ζωής, εξασφαλίζοντας ταυτόχρονα την πλήρη και ξεκάθαρη ενημέρωση των ασθενών.^{38,44}

Η συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας στη διαδικασία του υποβοηθούμενου θανάτου είναι καθοριστική και πολυδιάστατη. Οι επαγγελματίες υγείας δεν περιορίζονται μόνο στη διευκόλυνση της απόφασης του ασθενούς για υποβοηθούμενο θάνατο, αλλά είναι άμεσα εμπλεκόμενοι στην εκτέλεση αυτής της διαδικασίας.⁴² Ο ρόλος των νοσηλευτών, ιδίως όσον αφορά τη χορήγηση των φαρμάκων για την ευθανασία, παραμένει αμφιλεγόμενος και διαφοροποιείται ανάλογα με τη νομοθεσία κάθε χώρας.⁴⁵ Στις περισσότερες χώρες, εκτός από την Ελβετία, η συμμετοχή τους δεν προβλέπεται νομικά, και η διαδικασία εκτελείται αποκλειστικά από ιατρούς.⁴⁶ Η συμμετοχή των ιατρών είναι καθοριστική, ξεκινώντας

από την αρχική εκτίμηση του ασθενούς που επιθυμεί τον υποβοηθούμενο θάνατο. Εκτός από τον θεράποντα ιατρό, απαιτείται η κρίση ενός ακόμη ιατρού για να εξασφαλιστεί η συμμόρφωση με τις νομικές και ηθικές προϋποθέσεις. Στην περίπτωση του Βελγίου, η διαδικασία ενδέχεται να περιλαμβάνει και τρίτο ιατρό, όταν πρόκειται για ασθενείς με μη τελικού σταδίου νόσο, ενισχύοντας τη διασφάλιση του σωστού και δίκαιου χειρισμού της διαδικασίας.²⁸

Κατά τη διάρκεια της πανδημίας του COVID-19, αναλύθηκαν εκτεταμένα οι προϋποθέσεις ενός «καλού» θανάτου, με ιδιαίτερη έμφαση στον ρόλο των ιατρών στη διαδικασία αυτή. Ο ιατρός έχει την ευθύνη να διασφαλίσει ότι ο ασθενής θα ζήσει τις τελευταίες του στιγμές με όσο το δυνατόν λιγότερο πόνο και άγχη. Η συμμετοχή του ιατρού περιλαμβάνει την ανακούφιση από τον πόνο και τα υπόλοιπα συμπτώματα, την αποφυγή θεραπειών που παρατείνουν άσκοπα την ταλαιπωρία του ασθενούς και, όπου νομοθετικά και πολιτισμικά επιτρέπεται, την πρόταση του τερματισμού της ζωής μέσω της διαδικασίας του υποβοηθούμενου θανάτου. Στην ουσία, ο ιατρός διαδραματίζει θεμελιώδη ρόλο στο να επιτρέπει στον ασθενή να βιώσει τον θάνατο με αξιοπρέπεια, εξασφαλίζοντας την ελαχιστοποίηση της ταλαιπωρίας του και παρέχοντας υποστήριξη σε μια τόσο ευαίσθητη και προσωπική στιγμή της ζωής του.⁴⁷

Η εμπλοκή των επαγγελματιών υγείας στην προετοιμασία και τη χορήγηση των απαιτούμενων φαρμάκων για την ευθανασία αποτελεί ένα συναισθηματικό βάρος για τους ίδιους, με την πίεση να είναι το κυριότερο συναίσθημα που αντιμετωπίζουν. Από την έρευνα των Evenblij et al, με τη χρήση ερωτηματολογίων, φάνηκε ότι οι ιατροί που συμμετέχουν στη διαδικασία του υποβοηθούμενου θανάτου βιώνουν ανάμεικτα συναισθήματα, με την πίεση να είναι κυρίαρχη. Συγκεκριμένα, το 44,4% των ιατρών δήλωσε ότι αισθάνεται πίεση από την κοινωνία για να ικανοποιήσει τα αιτήματα των ασθενών για ευθανασία, ενώ το 40,8% δήλωσε ότι δεν αισθάνθηκε αντίστοιχη πίεση και το 14,8% απάντησε ουδέτερα. Εντυπωσιακό είναι ότι από εκείνους που αρνήθηκαν το αίτημα, το 60,3% δήλωσε ότι πείστηκε από τον ίδιο τον ασθενή να το ικανοποιήσει, σε αντίθεση με το 13,2% που ανέφερε ότι τελικά έγινε αποδεκτό. Επιπλέον, το 31,7% των ιατρών που αρνήθηκαν το αίτημα ανέφεραν ότι αισθάνθηκαν έντονη πίεση από τους συγγενείς του ασθενούς για να γίνει δεκτό το αίτημα, ενώ

υπήρξαν πιέσεις τόσο από τον ασθενή όσο και από το οικογενειακό περιβάλλον για την ταχεία ικανοποίηση του αιτήματος.^{17,26,27}

Εκτός από την πίεση που αισθάνονται κατά τη διάρκεια της διαδικασίας, οι ιατροί βιώνουν και έντονα συναισθήματα μετά την ολοκλήρωσή της. Από τα αποτελέσματα της μελέτης προέκυψε ότι οι επαγγελματίες υγείας έχουν τόσο θετικά όσο και αρνητικά συναισθήματα. Αν και τα θετικά συναισθήματα περιλαμβάνουν κυρίως αίσθημα ικανοποίησης από την ολοκλήρωση της διαδικασίας, τα αρνητικά συναισθήματα που κυριαρχούν είναι εκείνα που σχετίζονται με το αίσθημα του βάρους, της μεγάλης ευθύνης και της συναισθηματικής φόρτισης. Παρά την ψυχική επιβάρυνση, η πλειοψηφία των ιατρών δεν αισθάνθηκε την ανάγκη για περαιτέρω υποστήριξη πέρα από την υποστήριξη των οικείων τους και των συναδέλφων τους, γεγονός που αποκαλύπτει τις ψυχικές και επαγγελματικές πιέσεις που συνεπάγεται η συμμετοχή τους σε αυτήν τη διαδικασία.⁵²

Η εκπαίδευση των ιατρών σε θέματα βιοηθικής είναι εξαιρετικά σημαντική, καθώς τους προετοιμάζει να αντιμετωπίσουν τα ηθικά και συναισθηματικά διλήμματα που προκύπτουν κατά τη διάρκεια της διαδικασίας του υποβοηθούμενου θανάτου. Η συμμετοχή τους στην ευθανασία δεν περιορίζεται μόνο στην εκτέλεση της διαδικασίας, αλλά περιλαμβάνει και την υποστήριξη του ασθενούς και της οικογένειάς του, σεβόμενοι την αξιοπρέπεια και την αυτονομία του ασθενούς. Ωστόσο, η συμμετοχή τους σε αυτή τη διαδικασία συνοδεύεται από έντονα συναισθήματα πίεσης, τόσο από την κοινωνία και τους συγγενείς του ασθενούς, όσο και από την ευθύνη που φέρουν για την απόφαση. Οι ιατροί, αν και βιώνουν ανάμεικτα συναισθήματα, όπως αίσθημα ικανοποίησης αλλά και έντονης συναισθηματικής φόρτισης, χρειάζονται υποστήριξη και κατάλληλη εκπαίδευση για να αντιμετωπίσουν αυτές τις πιέσεις και να διασφαλίσουν ότι οι αποφάσεις τους στηρίζονται σε ηθικά θεμέλια. Με τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και την ανάπτυξη ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος, οι ιατροί θα είναι καλύτερα εξοπλισμένοι για να ανταποκριθούν στις ηθικές και συναισθηματικές προκλήσεις του υποβοηθούμενου θανάτου, προάγοντας τη φροντίδα που σέβεται τον ασθενή και την ανθρώπινη αξιοπρέπεια.

4.3 Η στάση των επαγγελματιών υγείας απέναντι στο δικαίωμα στο θάνατο

Η στάση των επαγγελματιών υγείας απέναντι στο δικαίωμα στο θάνατο πέρα από τη συμμετοχή τους στη λήψη της απόφασης του ασθενούς και τη διαδικασία του υποβοηθούμενου θανάτου σχετίζεται άμεσα με την τάση του γενικού πληθυσμού και τις απόψεις του απέναντι στα ζητήματα του θανάτου.

Διάφορες μελέτες σε τοπικό επίπεδο έχουν αναδείξει τα εξής κριτήρια που τελικά διαμορφώνουν τη στάση των επαγγελματιών υγείας: ηλικία, θρησκεία και πνευματικότητα, εθνότητα, ιατρική ειδικότητα για τους ιατρούς. Οι νέοι και καλύτερα εκπαιδευμένοι επαγγελματίες υγείας συνήθως εμφανίζονται πιο ανοιχτοί στο θέμα της ευθανασίας, καθώς είναι πιο εξοικειωμένοι με τις σύγχρονες συζητήσεις γύρω από το τέλος της ζωής και τα δικαιώματα των ασθενών. Ωστόσο, ακόμα και αυτοί συχνά αναγνωρίζουν τη σοβαρότητα των αποφάσεων που συνδέονται με τη ζωή και τον θάνατο, κάτι που τους καθιστά διστακτικούς στην εφαρμογή του υποβοηθούμενου θανάτου.

Σε επίπεδο θρησκείας, οι θρησκευτικές αντιλήψεις δεν μπορούν παρά να μην επηρεάσουν τους επαγγελματίες υγείας με τρόπο ανάλογο με το γενικό πληθυσμό. Πιο συγκριμένα, οι χριστιανοί είναι περισσότερο αντίθετοι με την κατοχύρωση του δικαιώματος στο θάνατο γεγονός που οφείλεται στην αντίληψη της θρησκείας για τη ζωή και το Θεό ως Εκείνον που ελέγχει το χρόνο και τη διαδικασία του θανάτου. Η πίστη δεν μπορεί παρά να αντικατοπτρίζεται στη σχέση ιατρού ασθενούς.

Εκτός από τα παραπάνω κριτήρια υπάρχουν και γενικότεροι προβληματισμοί που μπορούν να κατευθύνουν την αντίληψη των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τον υποβοηθούμενο θάνατο. Σε αυτούς εντάσσονται γενικότερα διλήμματα που αφορούν την απόσυρση ή την αναστολή θεραπειών με ανάλογες συνέπειες στην εξέλιξη της νόσου του ασθενούς, φιλοσοφικές απαγορεύσεις που σχετίζονται με τις ισορροπίες που διέπει ο Ιπποκρατικός Όρκος στη σχέση ιατρού-ασθενούς καθώς και προβλήματα που προκύπτουν από τη νομική ευθύνη και τις ανάλογες συνέπειες που υφίσταται ο επαγγελματίας υγείας όταν συμμετέχει σε διαδικασίες ευθανασίας. Εγείρονται επιπλέον προβληματισμοί σχετικά με το κατά πόσο η ανάπτυξη ενός καλύτερου συστήματος υγείας και η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας θα οδηγούσε

σε πιο αποτελεσματική ανακούφιση των συμπτωμάτων των ασθενών με νόσο τελικού σταδίου και παράλληλα θα μπορούσε να αναχαιτίσει την τάση προς τον υποβοηθούμενο θάνατο για την αντιμετώπιση του «υποφέρειν» του.

Σε έρευνα που διενεργήθηκε με χρήση ερωτηματολογίων μεταξύ των ιατρών σχετικά με τη διερεύνηση των αιτιών του γιατί τελικά οι ιατροί δεν προβαίνουν στην πρακτική της ευθανασίας ακόμα και αν αυτή προβλέπεται από τη νομοθεσία της χώρας τους το 47% των ερωτηθέντων ανέδειξε την ελλιπή εκπαίδευση και την έλλειψη εξειδίκευσης λόγω μη ένταξης στη γενικότερη πρακτική τους ως κύρια υπεύθυνη γι αυτό. Ακολουθώς το 11% υποστήριξε ότι αυτή του η συμπεριφορά καθορίζεται από θρησκευτικές και πνευματικές αντιλήψεις, το 8% ότι καθοδηγείται από την επιλογή και την απόφαση του ασθενούς, το 7% ότι φοβάται ενδεχόμενες συνέπειες ως απόρροια νομοθετικών κενών στην εκάστοτε νομοθεσία και τέλος το 5% ότι αν και νόμιμος ο υποβοηθούμενος θάνατος, οι ηθικές του αντιλήψεις δεν του επιτρέπουν να εφαρμόσει αντίστοιχη πρακτική.⁵⁴

Η έρευνα των Hetzler et al.⁵⁴ υποδεικνύει ότι μόνο το 9% των επαγγελματιών υγείας θα προχωρούσε χωρίς αμφιβολία στην πρακτική του υποβοηθούμενου θανάτου, εφόσον αυτός ήταν νομικά κατοχυρωμένος. Αυτό καταδεικνύει τη διαφορά μεταξύ των θεωρητικών πεποιθήσεων και της πραγματικής ιατρικής πρακτικής, όπου οι ηθικές, θρησκευτικές και νομικές ανησυχίες παίζουν καθοριστικό ρόλο στη στάση των επαγγελματιών υγείας απέναντι στο δικαίωμα στο θάνατο.

Η στάση των επαγγελματιών υγείας απέναντι στην ευθανασία αντικατοπτρίζει την πολύπλοκη αλληλεπίδραση μεταξύ της προσωπικής ηθικής, των θρησκευτικών πεποιθήσεων, της εκπαίδευσης και των νομικών και κοινωνικών πλαισίων. Οι προβληματισμοί αυτοί συχνά οδηγούν σε διστακτικότητα και επιφυλακτικότητα στην εφαρμογή της, ενώ η κοινωνική αποδοχή και η νομική κατοχύρωση της ευθανασίας παραμένουν αβέβαιες και ποικίλλουν ανάλογα με τη χώρα και τον πολιτιστικό και θρησκευτικό της υπόβαθρο.⁵⁵

Κεφάλαιο 5: Συμπεράσματα

Το δικαίωμα στο θάνατο όντας άμεσα συνδεδεμένο με το δικαίωμα στη ζωή είναι ένα ζήτημα που απασχολεί την ανθρωπότητα σε όλη τη διάρκεια της ιστορίας. Συχνά, υπάρχει επιπλέον σύνδεση ή ακόμα και ταύτισή του με τον όρο της ευθανασίας. Η ευθανασία, όπως φαίνεται και από τα συνθετικά της λέξης, αντικατοπτρίζει τον καλό και αξιοπρεπή θάνατο τον οποίο επιζητά ο άνθρωπος όταν βρίσκεται αντιμέτωπος με βαρείες και ανίατες νόσους που του προκαλούν αβάσταχτο υποφέρειν και αισθάνεται αφενός ότι χάνει την αυτονομία και την αξιοπρέπειά του αφετέρου ότι αποτελεί βάρος για την οικογένεια και τους φροντιστές του και το κοινωνικό σύνολο γενικότερα.

Το δικαίωμα στο θάνατο εμφανίζεται στην ιστορία ήδη από την αρχαία ελληνική φιλοσοφία και αποτελεί αντικείμενο προβληματισμού στα έργα του Πλάτωνα. Ο Ιπποκρατικός Όρκος που ακόμα και σήμερα ορίζει και οριοθετεί σε κάποιο βαθμό τη σχέση ιατρού-ασθενούς υποχρεώνει τον ιατρό να προστατεύει τη ζωή του ασθενούς του και να μην προχωρήσει σε κάποια θεραπεία ή παρέμβαση που θα του προκαλέσει βλάβη ή σε χορήγηση φαρμάκου που θα επιφέρει το θάνατο ακόμα και αν υπάρχει ανάλογη απαίτηση από τον ασθενή.

Η Εκκλησία από την πλευρά της αναγνωρίζει τη ζωή ως δώρο του Θεού και η πρόκληση θανάτου με οποιοδήποτε μέσο αποτελεί εναντίωση στο θέλημά Του και αμαρτωλή πράξη.^{1,3}

Ωστόσο, με την πάροδο των ετών και την εξέλιξη της επιστήμης και της τεχνολογίας ανακαλύφθηκαν νέες θεραπείες και υποστηρικτικά μέσα που άλλαξαν την ισορροπία της υγείας-ασθένειας. Προέκυψε έτσι εκ νέου ο προβληματισμός σχετικά με τα ζητήματα του θανάτου. Η ευθανασία και ο υποβοηθούμενος θάνατος αποτέλεσαν αντικείμενο αντιπαράθεσης μιας και πλέον υπάρχει άμεση εμπλοκή τους με τις νομοθεσίες των κρατών, τις αρχές της βιοηθικής και τα προσωπικά πιστεύω του γενικού πληθυσμού.¹⁰

Η ανάγκη ένταξης του δικαιώματος στο θάνατο στις νομοθεσίες των κρατών είχε ως αποτέλεσμα να προχωρήσουν σε μεταρρυθμίσεις και σε τροποποιήσεις των ορισμών του υποβοηθούμενου θανάτου έτσι ώστε το δικαίωμα να κατοχυρωθεί συνταγματικά.

Κρίθηκε επιπλέον η ανάγκη ανάπτυξης δικλείδων ασφαλείας και η εφαρμογή συγκεκριμένων περιορισμών έτσι ώστε να εξασφαλισθεί η μη κατάχρηση του και να προστατευθεί η αξιοπρέπεια και η αυτονομία του ασθενούς.

Σήμερα, εννέα πολιτείες των ΗΠΑ, περιοχές της Αυστραλίας και αρκετές ευρωπαϊκές χώρες έχουν προχωρήσει στην ένταξη του δικαιώματος στο θάνατο στη νομοθεσία τους. Παρόλο που υπάρχουν διαφοροποιήσεις μεταξύ των νομοθετικών μοντέλων, εντοπίζονται και αρκετά κοινά χαρακτηριστικά, ενώ κυρίαρχος στόχος της εφαρμογής της όποιας νομοθεσίας είναι η προστασία του ασθενούς μέσα από την εξασφάλιση ενός αξιοπρεπούς θανάτου με μια διαδικασία που θα σέβεται πρωτίστως την αξιοπρέπεια και την αυτονομία του.¹⁰

Πρόσφατα, το Ηνωμένο Βασίλειο ανέδειξε εκ νέου το ζήτημα του δικαιώματος στο θάνατο μέσα από την υπερψήφιση από το βρετανικό κοινοβούλιο του νομοσχεδίου για τη νομιμοποίηση του υποβοηθούμενου θανάτου ανοίγοντας ενδεχομένως το δρόμο για αντίστοιχες συζητήσεις σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες μιας και είναι μία από τις μεγαλύτερες σε πληθυσμό χώρες που δίνουν το δικαίωμα τερματισμού της ζωής σε ασθενείς που πάσχουν από ανίατη νόσο.^{22,24}

Στην Ελλάδα, η μη ύπαρξη αντίστοιχης συγκεκριμένης νομοθεσίας δημιουργεί προβλήματα στη διαχείριση των ζητημάτων σχετικά με το δικαίωμα στο θάνατο. Η ελληνική κοινωνία είναι διχασμένη όσον αφορά τέτοιες συζητήσεις γεγονός που φαίνεται να σχετίζεται άμεσα με τις θρησκευτικές πεποιθήσεις του μεγαλύτερου μέρους του πληθυσμού. Η εξοικείωση του κοινωνικού συνόλου με τα ζητήματα της ευθανασίας και του υποβοηθούμενου θανάτου είναι προαπαιτούμενη για να καμφθούν οι όποιες αντιθέσεις προκύπτουν όχι μόνο από τις νομικές προεκτάσεις, αλλά και από τις θρησκευτικές, τις ηθικές και τις κοινωνικές προεκτάσεις του δικαιώματος στο θάνατο.³³

Η απόφαση για τον υποβοηθούμενο θάνατο και οι όποιες μεταρρυθμίσεις δε θα πρέπει σε καμία περίπτωση να παρακάμπουν το κεντρικό και άμεσα εμπλεκόμενο πρόσωπο, τον ασθενή. Η επιλογή του ασθενούς να προχωρήσει στη διαδικασία του υποβοηθούμενου θανάτου είναι τις περισσότερες φορές αποτέλεσμα του βαρύτατου υποφέρειν του λόγω μιας αθεράπευτης νόσου. Το αίσθημα ελέγχου της διαδικασίας του θανάτου του ανακουφίζει τον ασθενή από τη σωματική και ψυχική ταλαιπωρία

που βιώνει και παράλληλα τον καθησυχάζει ότι δε θα παραταθεί με ενδεχομένως μάταιες θεραπευτικές παρεμβάσεις.³⁴

Εκτός όμως από τον ασθενή, οι επαγγελματίες υγείας είναι οι αμέσως επόμενοι εμπλεκόμενοι στα ζητήματα της ευθανασίας και του υποβοηθούμενου θανάτου καθώς συμμετέχουν με διαφορετικό τρόπο ανάλογο της θέσης τους στα στάδια της διαδικασίας από τη λήψη έως και την εφαρμογή της απόφασης. Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας δεν είναι εύκολος καθώς συχνά έρχονται αντιμέτωποι με τις δεσμεύσεις του Ιπποκρατικού Όρκου για προστασία της ζωής του ασθενούς ενώ καλούνται να σηκώσουν το βάρος της συμμετοχής τόσο στην απόφαση του ασθενούς όσο και στην εκτέλεση της διαδικασίας. Επιπλέον, η συνολική τους στάση απέναντι στο δικαίωμα στο θάνατο δεν μπορεί να είναι απαλλαγμένη από τις προσωπικές τους θρησκευτικές και ηθικές αντιλήψεις οι οποίες συνάδουν με το γενικό πληθυσμό.⁵⁵

Το δικαίωμα στο θάνατο παραμένει ένα ζήτημα αντιπαράθεσης και συνεχούς αμφισβήτησης. Η νομοθετική του κατοχύρωση καθίσταται επιτακτική, καθώς απαιτούνται μεταρρυθμίσεις που θα επιτρέψουν την υλοποίηση αυτού του δικαιώματος με τρόπο που να εξασφαλίζει την προστασία των θεμελιωδών αξιών. Οι μεταρρυθμίσεις αυτές, όμως, δεν περιορίζονται μόνο στη νομοθεσία· απαιτείται παράλληλα και η προετοιμασία της κοινωνίας μέσω εκπαίδευσης και ευαισθητοποίησης, ώστε να γίνει αποδεκτό και να αντιμετωπιστεί με υπευθυνότητα.

Η συμμετοχή του ασθενούς στη διαδικασία του υποβοηθούμενου θανάτου είναι ουσιαστική, καθώς αυτός είναι ο υπεύθυνος για τη λήψη μίας τέτοιας απόφασης, αλλά η όλη διαδικασία πρέπει να διασφαλίζει την πλήρη διατήρηση της αυτονομίας και αξιοπρέπειάς του. Παράλληλα, ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας είναι καθοριστικός, καθώς η συμμετοχή τους δεν αφορά μόνο την εκτέλεση του νόμου, αλλά και την ηθική και ιατρική υποστήριξη του ασθενούς στη διάρκεια αυτής της διαδικασίας.

Για να δημιουργηθεί ένα ασφαλές και αποτελεσματικό πλαίσιο για την εφαρμογή του δικαιώματος στο θάνατο, απαιτούνται συνολικές μεταρρυθμίσεις που θα διασφαλίζουν την πλήρη προστασία τόσο του ασθενούς όσο και του επαγγελματία υγείας. Αυτές οι μεταρρυθμίσεις, για να είναι βιώσιμες, ενδεχομένως να πρέπει να ξεκινήσουν από τη βάση της κοινωνίας, όπου η συζήτηση και η κατανόηση του

θέματος είναι το κλειδί για τη διαμόρφωση ενός υγιούς κοινωνικού και νομικού πλαισίου.^{10,34,55}

Βιβλιογραφικές Αναφορές

1. Picón-Jaimes YA, Lozada-Martinez ID, Orozco-Chinome JE, Montaña-Gómez LM, Bolaño-Romero MP, Moscote-Salazar LR, et al. Euthanasia and assisted suicide: An in-depth review of relevant historical aspects. *Ann Med Surg* [Internet]. 2022 Mar [cited 2024 Dec 2];75. Available from: <https://journals.lww.com/10.1016/j.amsu.2022.103380>
2. Mystakidou K, Parpa E, Tsilika E, Katsouda E, Vlahos L. The Evolution of Euthanasia and Its Perceptions in Greek Culture and Civilization. *Perspect Biol Med*. 2005 Dec;48(1):95–104.
3. Papadimitriou JD, Skiadas P, Mavrantonis CS, Polimeropoulos V, Papadimitriou DJ, Papacostas KJ. Euthanasia and suicide in antiquity: viewpoint of the dramatists and philosophers. *J R Soc Med*. 2007 Jan;100(1):25–8.
4. 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 Oct;51(10):938–44.
5. Varkey B. Defining Euthanasia and the Need to be Circumspect in the Usage of the Term. *Med Princ Pract*. 2020;29(5):499–500.
6. Abohaimed S, Matar B, Al-Shimali H, Al-Thalji K, Al-Othman O, Zurba Y, et al. Attitudes of Physicians towards Different Types of Euthanasia in Kuwait. *Med Princ Pract Int J Kuwait Univ Health Sci Cent*. 2019;28(3):199–207.
7. Manu CD. Assisted suicide. *J Med Life*. 2010;3(1):52–9.
8. Radbruch L, Leget C, Bahr P, Müller-Busch C, Ellershaw J, De Conno F, et al. Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care. *Palliat Med*. 2016 Feb;30(2):104–16.
9. 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 Jul 5;316(1):79.

10. Mroz S, Dierickx S, Deliens L, Cohen J, Chambaere K. Assisted dying around the world: a status quaestionis. *Ann Palliat Med*. 2021 Mar;10(3):3540–53.
11. Hendry M, Pasterfield D, Lewis R, Carter B, Hodgson D, Wilkinson C. Why do we want the right to die? A systematic review of the international literature on the views of patients, carers and the public on assisted dying. *Palliat Med*. 2013 Jan;27(1):13–26.
12. Fraser SI, Walters JW. Death--whose decision? Physician-assisted dying and the terminally ill. *West J Med*. 2002 Mar;176(2):120–3.
13. Chambaere K, Bernheim JL. Does legal physician-assisted dying impede development of palliative care? The Belgian and Benelux experience. *J Med Ethics*. 2015 Aug;41(8):657–60.
14. B. Picheta. UK Lawmakers vote in support of assisted dying. *CNN World*. 2024 Nov 29;
15. Grosse C, Grosse A. Assisted suicide: Models of legal regulation in selected European countries and the case law of the European Court of Human Rights. *Med Sci Law*. 2015 Oct;55(4):246–58.
16. Legemaate J. The Dutch Euthanasia Act and related issues. *J Law Med*. 2004 Feb;11(3):312–23.
17. van der Heide A, van Delden JJM, Onwuteaka-Philipsen BD. End-of-Life Decisions in the Netherlands over 25 Years. *N Engl J Med*. 2017 Aug 3;377(5):492–4.
18. Kouwenhoven PSC, van Thiel GJMW, van der Heide A, Rietjens JAC, van Delden JJM. Developments in euthanasia practice in the Netherlands: Balancing professional responsibility and the patient's autonomy. *Eur J Gen Pract*. 2019 Jan;25(1):44–8.
19. Twycross R. Assisted dying: principles, possibilities, and practicalities. An English physician's perspective. *BMC Palliat Care*. 2024 Apr 13;23(1):99.

20. Lewis P, Black I. Adherence to the Request Criterion in Jurisdictions Where Assisted Dying is Lawful? A Review of the Criteria and Evidence in the Netherlands, Belgium, Oregon, and Switzerland. *J Law Med Ethics*. 2013;41(4):885–98.
21. Colombo AD, Dalla-Zuanna G. Data and Trends in Assisted Suicide and Euthanasia, and Some Related Demographic Issues. *Popul Dev Rev*. 2024 Mar;50(1):233–57.
22. B. Morton. MPs back proposals to legalise assisted dying. 2024 Nov;
23. Delamothe T, Snow R, Godlee F. Why the Assisted Dying Bill should become law in England and Wales. *BMJ*. 2014 Jul 2;349:g4349.
24. A. Smout, S. Young and A. Macaskill. British lawmakers give initial support to assisted dying bill. *Reuters*. 2024 Nov;
25. Harris D, Richard B, Khanna P. Assisted dying: the ongoing debate. *Postgrad Med J*. 2006 Aug;82(970):479–82.
26. Lee MA. Ethical Issue of Physician-Assisted Suicide and Euthanasia. *J Hosp Palliat Care*. 2023 Jun 1;26(2):95–100.
27. Fontalis A, Prousalis E, Kulkarni K. Euthanasia and assisted dying: what is the current position and what are the key arguments informing the debate? *J R Soc Med*. 2018 Nov;111(11):407–13.
28. Sabriseilabi S, Williams J. Dimensions of religion and attitudes toward euthanasia. *Death Stud*. 2022 May 28;46(5):1149–56.
29. Voultos P, Njau SN, Vlachou M. The issue of euthanasia in Greece from a legal viewpoint. *J Forensic Leg Med*. 2010 Apr;17(3):131–6.
30. European Commission, Directorate-General for Communication. 2021.
31. Hatzinikolaou N. Prolonging Life or Hindering Death? An Orthodox Perspective on Death, Dying and Euthanasia. *Christ Bioeth*. 2003 Jan 1;9(2–3):187–201.

32. Patelarou E, Vardavas CI, Fioraki I, Alegakis T, Dafermou M, Ntzilepi P. Euthanasia in Greece: Greek nurses' involvement and beliefs. *Int J Palliat Nurs*. 2009 May;15(5):242–8.
33. Triantafyllou T, Giakis N, Polychronopoulou E, Demosthenous M, Karatzas S, Stergiopoulos S, et al. Conception of family and friends on euthanasia in intensive care unit in Greece. *J Compassionate Health Care*. 2017 Dec;4(1):10.
34. Dugdale LS, Lerner BH, Callahan D. Pros and Cons of Physician Aid in Dying. *Yale J Biol Med*. 2019 Dec;92(4):747–50.
35. Rodríguez-Prat A, Monforte-Royo C, Porta-Sales J, Escribano X, Balaguer A. Patient Perspectives of Dignity, Autonomy and Control at the End of Life: Systematic Review and Meta-Ethnography. Moretti C, editor. *PLOS ONE*. 2016 Mar 24;11(3):e0151435.
36. Meier EA, Gallegos JV, Thomas LPM, Depp CA, Irwin SA, Jeste DV. Defining a Good Death (Successful Dying): Literature Review and a Call for Research and Public Dialogue. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2016 Apr;24(4):261–71.
37. Ahlzen R. Suffering, authenticity, and physician assisted suicide. *Med Health Care Philos*. 2020 Sep;23(3):353–9.
38. Jakhar J, Ambreen S, Prasad S. Right to Life or Right to Die in Advanced Dementia: Physician-Assisted Dying. *Front Psychiatry*. 2021 Jan 21;11:622446.
39. Tsrachev II, Mileva B, Goshev M, Timonov P, Spasov S, Alexandrov A. The Moral Dilemma of Euthanasia Through the Eyes of the Medical Society in Bulgaria. *Cureus*. 2023 Nov;15(11):e49615.
40. Engström J, Bruno E, Holm B, Hellzén O. Palliative sedation at end of life—A systematic literature review. *Eur J Oncol Nurs*. 2007 Feb;11(1):26–35.
41. Rezapour M. The Interactive Factors Contributing to Fear of Death. *Front Psychol*. 2022 Jun 7;13:905594.

42. Berghs M, Dierckx de Casterlé B, Gastmans C. The complexity of nurses' attitudes toward euthanasia: a review of the literature. *J Med Ethics*. 2005 Aug;31(8):441–6.
43. Hajar R. The Physician's Oath: Historical Perspectives. *Heart Views Off J Gulf Heart Assoc*. 2017;18(4):154–9.
44. MacLeod RD, Wilson DM, Malpas P. Assisted or Hastened Death: The Healthcare Practitioner's Dilemma. *Glob J Health Sci*. 2012 Aug 30;4(6):p87.
45. Richards T, Montori VM, Godlee F, Lapsley P, Paul D. Let the patient revolution begin. *BMJ*. 2013 May 14;346(may14 1):f2614–f2614.
46. Van Der Heide A. Assisted suicide and euthanasia. In: *Handbook of Clinical Neurology* [Internet]. Elsevier; 2013 [cited 2024 Dec 9]. p. 181–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780444535016000159>
47. Kranidiotis G, Ropa J, Mprianas J, Kyprianou T, Nanas S. Attitudes towards euthanasia among Greek intensive care unit physicians and nurses. *Heart Lung*. 2015 May;44(3):260–3.
48. Güth U, McMillan S, Battegay E. Medical Aid in Dying: Europe's Urgent Medico-Ethical Challenge. *Int J Public Health*. 2023;68:1606538.
49. Demedts D, Roelands M, Libbrecht J, Bilsen J. The attitudes, role & knowledge of mental health nurses towards euthanasia because of unbearable mental suffering in Belgium: A pilot study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2018 Sep;25(7):400–10.
50. Pereira J. Legalizing euthanasia or assisted suicide: the illusion of safeguards and controls. *Curr Oncol Tor Ont*. 2011 Apr;18(2):e38-45.
51. Zaman M, Espinal-Arango S, Mohapatra A, Jadad AR. What would it take to die well? A systematic review of systematic reviews on the conditions for a good death. *Lancet Healthy Longev*. 2021 Sep;2(9):e593–600.
52. Evenblij K, Pasman HRW, Van Delden JJM, Van Der Heide A, Van De Vathorst S, Willems DL, et al. Physicians' experiences with euthanasia: a cross-sectional

survey amongst a random sample of Dutch physicians to explore their concerns, feelings and pressure. *BMC Fam Pract.* 2019 Dec;20(1):177.

53. Cottrell L, Duggleby W. The “good death”: An integrative literature review. *Palliat Support Care.* 2016 Dec;14(6):686–712.
54. Hetzler PT, Nie J, Zhou A, Dugdale LS. A Report of Physicians’ Beliefs about Physician-Assisted Suicide: A National Study. *Yale J Biol Med.* 2019 Dec;92(4):575–85.
55. Curlin FA, Nwodin C, Vance JL, Chin MH, Lantos JD. To die, to sleep: US physicians’ religious and other objections to physician-assisted suicide, terminal sedation, and withdrawal of life support. *Am J Hosp Palliat Care.* 2008;25(2):112–20.