

[1] Ε. Παναγοπούλου, «Ευθανασία. Ορισμός και ιστορική εξέλιξη. Αρχές ιατρικής ηθικής – Όρκος του Ιπποκράτη», στο Το πρόβλημα της ευθανασίας, Αθήνα, 2003, εκδόσεις Αποστολικής Διακονίας, σελ.: 38

[2] Δίκτυο Υγείας & Βιοηθικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σχολή Επιστημών Ανθρώπινης Κίνησης & Ποιότητας Ζωής, στο διαδικτυακό τόπο [http://bioethikiup.blogspot.gr/2013/05/blog-post\\_2954.html](http://bioethikiup.blogspot.gr/2013/05/blog-post_2954.html), ανακτήθηκε 15/11/14

[3] Δ. Μπουτζί, Α. Δρόσου, «Ευθανασία: φιλεμπλαχνίας ή φόβος», Εισήγηση στο 4<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Γηριατρικής – Γeronτολογίας, στο περιοδικό Αγ. Νικήτας 1996, σελ.:45

[4] π. Εμμ. Αντωνακακης , Βιοηθική Ζητήματα κλινικής Ηθικής . Οι θέσεις της Εκκλησίας σε σχέση με το Νομικό Πλαίσιο στην Ελλάδα, εκδόσεις Γρηγόρη, Αθήνα 2009, σελ.:88

Τελικά πότε πεθαίνει ο άνθρωπος; Οι επιστήμονες διαφωνούν... 7 Ιουλίου 2016

Αρχικά τον εγκεφαλικό θάνατο τον αμφισβητεί ο Επίκουρος Καθηγητής Νευρολογίας, Dr Robert Taylor, μιας και ο ορισμός θανάτου γι' αυτόν ο θάνατος ορίζεται μεταξύ της διαδικασίας του «θνήσκειν» και της διαδικασίας της «αποσύνθεσης». Κάτω από αυτό το πρίσμα και με δεδομένη τη μη αποσύνθεση των σωμάτων των εγκεφαλικά νεκρών, υποστηρίζει ότι «ο πληρέστερος ορισμός του θανάτου είναι η οριστική παύση της κυκλοφορίας του αίματος». Όμως γνωρίζει τη δημιουργία προβλημάτων νομικής και πολιτικής φύσης και έτσι προτείνει την «ταύτιση του εγκεφαλικού θανάτου, με το νομικό θάνατο και την παράλληλα σαφή του διάκριση από τον βιολογικό».

Σαν ορισμός ευσταθεί, αλλά η διαδικασία της αποσύνθεσης στους εγκεφαλικά νεκρούς, έχει ξεκινήσει, αρχικά με την αυτόλυση του εγκεφάλου & σταδιακά με μια αργή παύση λειτουργιών των υπόλοιπων ζωτικών οργάνων, που δεν μπορούν να μεταμοσχευθούν όσο ο χρόνος περνάει.

Ο Dr Robert Truog από το Πανεπιστήμιο του Harvard, θεωρεί ότι ο εγκεφαλικός θάνατος είναι σαν έννοια αναχρονιστική και ότι τα κριτήρια την εποχή που ορίστηκαν δεν ήταν επαρκή για να μπορούν να ορίσουν ή όχι τον εγκεφαλικό θάνατο και τότε είναι η ορθή στιγμή της διακοπής της μηχανικής υποστήριξης. Όσον αφορά την δωρεά οργάνων ο ίδιος πιστεύει ότι πρέπει τα κριτήρια της γης να αφαιρεθούν τα βασίζονται σε κριτήρια όπως αυτό της απώλειας της συνείδησης και της σύμφωνης γνώμης των συγγενών.

Ο Dr Alan Shewmon του UCLA, υποστηρίζει ότι «ο θάνατος επέρχεται μόνο μετά ανεπιστρεψιμη παύση της καρδιακής λειτουργίας». Η άποψη του βασίζεται στο ότι «ο νωτιαίος μυελός επιτελεί ολοκληρωτικές και ρυθμιστικές λειτουργίες», άρα οι λειτουργίες του οργανισμού συνεχίζονται, παρ' όλο που ο εγκέφαλος είναι νεκρός.

Οι νευρολόγοι παραθέτουν, από την άλλη πλευρά, ότι οι ολοκληρωτικές ρυθμιστικές λειτουργίες, προερχόμενες από τον νωτιαίο μυελό, δεν επαρκούν για να υποστηρίξουν την λειτουργία της καρδιάς και του αναπνευστικού, ούτε τη συνείδηση του ανθρώπου. Αυτό συνεπάγεται ότι ένας οργανισμός για να ζήσει ολοκληρωτικά απαιτείται και η συνεισφορά του εγκεφάλου.

Όσον αφορά τα περιστατικά με τον χρόνιο εγκεφαλικό θάνατο οι Wijdsicks και Bernat, αμφισβητούν για το ποιοι είναι οι εγκεφαλικά νεκροί. Αναφέρονται σε μελέτες που έχουν γίνει, όπως για παράδειγμα σε εγκεφαλικά νεκρή γυναίκα, η οποία κuoφόρησε, μιας και σε αυτές τις μελέτες δεν έχει δοκιμαστεί η άπνοια. Θεωρούν δε ότι οι άνθρωποι συντηρούνται στη ζωή εξ αιτίας της τεχνολογικής ανάπτυξης ή εξ αιτίας κάποιων νοσητών αντανakaλκιστών ή κάποιων υπολειπόμενων ηλεκτρικών δραστηριοτήτων και όχι διότι στην πραγματικότητα ζύνε [\[1\]](#).

Όσες και αν είναι οι αμφισβητήσεις οι μεταμοσχεύσεις σήμερα θεωρούνται ένα επίτευγμα της ιατρικής και είναι η μοναδική ευκαιρία για την συνέχιση της ζωής πολλών συνανθρώπων μας.

Το σημαντικό όμως θέμα συζήτησης είναι από την πλευρά της Ηθικής, σε σχέση με το αν τηρούνται τα ακριβή κριτήρια για την διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου ή εάν γίνονται υπερβάσεις στους χαρακτηρισμούς των ασθενών ως εγκεφαλικά νεκρούς.

[1] Δίκτυο Υγείας & Βιοηθικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σχολή Επιστημών Ανθρώπινης Κίνησης & Ποιότητας Ζωής, στο διαδικτυακό τόπο [http://bioethikiup.blogspot.gr/2013/05/blog-post\\_2954.html](http://bioethikiup.blogspot.gr/2013/05/blog-post_2954.html), ανακτήθηκε 15/11/14

**Παρατήρηση:** το κείμενο αποτελεί τμήμα της Διπλωματικής Εργασίας “Βιοηθικά προβλήματα στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας” που εκπόνησε ο κ. Αγγελος Αλεξόπουλος, στο πλαίσιο του προγράμματος “Σπουδές στην Ορθόδοξη Θεολογία” της Σχολής Ανθρωπιστικών Σπουδών του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου (ΕΑΠ), με επιβλέποντα καθηγητή τον κ. Νικόλαο Χόλι και την οποία η Πεμπτοσύνη δημοσιεύει με τη μορφή σειράς άρθρων.



Για το μήνα **ΝΟΕΜΒΡΙΟ 2018** προγραμματίστηκαν:

|            |      |                                        |                 |        |
|------------|------|----------------------------------------|-----------------|--------|
| 1/11/2018  | ΠΕΜ. | Κοσμά και Δαμιανοῦ ταῶν Ἀναργύρων      | <b>Ἁγιασμός</b> | 7 π.μ. |
| 4/11/2018  | ΚΥΡ. | Ὁσίου Ἰωννικίου τοῦ Μεγάλου            | Θεία Λειτουργία | 7 π.μ. |
| 11/11/2018 | ΚΥΡ. | Βίκτωρος, Βικεντίου Μηνᾶ ταῶν διακόνων | Θεία Λειτουργία | 7 π.μ. |
| 18/11/2018 | ΚΥΡ. | Πλάτωνος μεγάλου. Ἀναστασίας νεομ.     | Θεία Λειτουργία | 7 π.μ. |
| 25/11/2018 | ΚΥΡ. | Μεγαλομ. Αἰκατερίνης καὶ Μερκουρίου    | Θεία Λειτουργία | 7 π.μ. |

**Ο ΕΣΠΕΡΙΝΟΣ** για όλη τη χειμερινή περίοδο **θα γίνεται στις 5 μ.μ.**

## ΙΕΡΑ ΕΞΟΜΟΛΟΓΗΣΗ

**Έξομολόγηση** γίνεται: Μόνο όταν μετά από τηλεφωνική συνεννόηση με τόν εφημέριο καθοριστέι συγκεκριμένη μέρα και ώρα. τηλ. **6934603304**

## Καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση:

τι γίνεται όταν η θεραπεία είναι ανώφελη

Από το [pemptousia.gr](http://pemptousia.gr) 13 Μαΐου 2016

Άγγελος Αλεκόπουλος

Η περίπτωση των «οδηγιών μη ανάνηψης – αναζωογόνησης» σύμφωνα με σύσταση της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής έχει δύο ιδιαιτερότητες: ότι αφορά κατάσταση επείγουσας ιατρικής επέμβασης (κατά την οποία η αυτονομία του ασθενούς είναι, εκ των πραγμάτων, περιορισμένη) και ότι αποτελεί ακραία μορφή άρνησης θεραπείας, κατά το ότι οδηγεί με βεβαιότητα στον θάνατο.

Η Επιτροπή κρίνει, εν προκειμένω, ότι η θεσμική τους αναγνώριση ενέχει ορισμένους σοβαρούς κινδύνους. Πέρα από τις προφανείς τεχνικές δυσκολίες εντοπισμού των εν λόγω οδηγιών στον ελάχιστο χρόνο του συγκεκριμένου επείγοντος (όπου ο ιατρός ή, πιθανόν, ένας απλός φροντιστής του ασθενούς πρέπει να δράσουν σε λίγα λεπτά της ώρας, συχνά χωρίς δυνατότητα άμεσης επικοινωνίας), το ενδεχόμενο μεταβολής της στάσης του ίδιου του ανίκανου να εκφρασθεί ασθενούς είναι εδώ πολύ εντονότερο, εν όψει της βέβαιης επέλευσης του θανάτου.<sup>[1]</sup>

1 Συμπερασματικά, η Επιτροπή έκρινε ότι η σημασία των «οδηγιών μη ανάνηψης» έχει νόημα μόνον όταν ο θεράπων κρίνει ότι η αναζωογόνηση δεν θα έχει μονιμότερο αποτέλεσμα, θα είναι δηλαδή «ανώφελη» θεραπεία. Μόνον στην τελευταία αυτή περίπτωση, ο ιατρός –ενεργώντας, ούτως ή άλλως, χωρίς την ανάγκη συναίνεσης τρίτων, σε συνθήκες επείγοντος- εάν είναι σε θέση να γνωρίζει με βεβαιότητα την ύπαρξη τέτοιας οδηγίας του ασθενούς, πρέπει να δεσμεύεται και να μην προχωρήσει στην επαναφορά της καρδιακής λειτουργίας. Σε κάθε άλλη περίπτωση η επιτροπή έκρινε ότι οι οδηγίες δεν πρέπει να επηρεάζουν την απόφαση του Ιατρού.[2]

Σύμφωνα με τον κ.Γ. Κρανιδιώτη, όταν η καρδιοαναπνευστική ανακοπή αποτελεί το τελικό συμβάν μιας μη αναστρέψιμης παθολογικής διαδικασίας, η ΚΑΡΠΑ πρέπει να αναστέλλεται. Παλαιότερα, η απόφαση λαμβανόταν αποκλειστικά από τον ιατρό και η εντολή μη αναζωογόνησης μεταβιβάζονταν προφορικά από τη μια βάρδια στην επόμενη ή κρυπτογραφείτο στο φάκελο του ασθενούς. Σήμερα, η εντολή είναι προϊόν συναπόφασης της θεραπευτικής ομάδας και του ασθενούς (ή των οικείων του) και καταγράφεται με σαφήνεια στο διάγραμμα. Σε περίπτωση διαφωνίας μεταξύ του ιατρού και του ασθενούς (ή των οικείων), σύμφωνα με τις οδηγίες του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου Αναζωογόνησης (European Resuscitation Council), υπερισχύει η κρίση του ιατρού.[3]

Η καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ) συνιστά μια ολοκληρωμένη θεραπευτική παρέμβαση που ακολουθεί ορισμένο αλγόριθμο. Περιλαμβάνει δέσμη ενεργειών που δεν μπορούν να αποσυνδεθούν η μια από την άλλη. Επομένως, πρέπει να αναστέλλεται εντελώς και όχι να παραλείπονται επιμέρους μόνο βήματά της. Η μερική εκτέλεσή της (π.χ. μόνο φάρμακα και όχι απινίωση) είναι ιατρικά και ηθικά αδόκιμη.<sup>[4]</sup>

Μελέτη του κ. Γ Κρανιδιώτη η οποία αφορούσε,<sup>[5]</sup> το 1/3 των κλινών των ελληνικών Μ.Ε.Θ. έδειξε ότι η μη-κλιμάκωση της υποστηρικτικής της ζωής αγωγής αποτελεί συχνό φαινόμενο στις ελληνικές Μ.Ε.Θ. Ωστόσο, στη συντριπτική πλειονότητα των περιπτώσεων, το μόνο μέτρο που αναστέλλεται είναι η ΚΑΡΠΑ, ενώ εξαντλείται η χρήση όλων των υπολοίπων διαθεσίμων μέσων.

Στην παραπάνω μελέτη το ποσοστό καταχώρησης της απόφασης μη-εφαρμογής ΚΑΡΠΑ (DNR order) στο φάκελο του ασθενούς ήταν εξαιρετικά χαμηλό, ενώ η μη-κλιμάκωση / διακοπή της αγωγής καταγράφει στο διάγραμμα στις μισές μόνον περιπτώσεις.

Ιδανικά, το διάγραμμα κάθε αρρώστου θα έπρεπε να περιέχει λεπτομερή περιγραφή της προτελευταίας πρακτικής. Η καταγραφή της αποφασισθείσας τακτικής, εκτός του ότι επιτάσσεται από τη δεοντολογία, εξασφαλίζει τη συνέχεια στο χειρισμό του ασθενούς από τις εναλλασσόμενες, κατά τη διάρκεια του εικοσιτετράωρου, ιατρονοσηλευτικές ομάδες.<sup>[6]</sup>

Η οδηγία ΜΕΑ έχει αποτελέσει επίμαχο σημείο του νομικού πλαισίου καθώς και των ηθικό-δεοντολογικών κανόνων που διέπουν την εφαρμογή της καρδιοαναπνευστικής ανάνηψης.<sup>[7]</sup>

#### Σημειώσεις

[1] Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, Σύσταση επί του θέματος «Η Δεσμευτικότητα των οδηγιών μη ανάνηψης», Αθήνα 2013, στον διαδικτυακό τόπο : <http://www.bioethics.gr/>, ημερομηνία ανάκτησης 05/08/2015

[2] Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, Σύσταση για το θέμα «Η Δεσμευτικότητα των οδηγιών μη ανάνηψης», Αθήνα 2013, στον διαδικτυακό τόπο : <http://www.bioethics.gr/>, ημερομηνία ανάκτησης 05/08/2015

[3] Γ. Κρανιδιώτης, Β. Γεροβασίλης, κ.α.: «Προτελευταία διλήμματα στη μονάδα εντατικής θεραπείας Μη κλιμάκωση και απόσυρση της υποστηρικτικής της ζωής αγωγής», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2010, 27(1), σελ. 18-36

[4] Γ. Κρανιδιώτης, Β. Γεροβασίλης, κ.α.: «Προτελευταία διλήμματα στη μονάδα εντατικής θεραπείας Μη κλιμάκωση και απόσυρση της υποστηρικτικής της ζωής αγωγής», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2010, 27(1), σελ. 18-36

[5] Γ. Κρανιδιώτης, Διδακτορική Διατριβή, με θέμα «Πρακτικές που αφορούν στο τέλος της ζωής στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας», κατατέθηκε στην Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα 2010, σελ.:144

[6] Γ. Κρανιδιώτης, Διδακτορική Διατριβή, με θέμα «Πρακτικές που αφορούν στο τέλος της ζωής στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας», κατατέθηκε στην Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα 2010, σελ.:144

[7] Μ. Λεπίδου, Όλγα Καδόβα, Γ. Αργυρίου, «Διερευνώντας τις απόψεις ιατρών και νοσηλευτών σχετικά με την απόφαση μη εφαρμογής αναζωογόνησης (ΜΕΑ) σε ασθενείς της Μ.Ε.Θ. Μια συστηματική ανασκόπηση», Το Βήμα του Ασκληπιού, 11<sup>ος</sup> Τόμος, Τεύχος Ιούλιος -Σεπτέμβριος 2012

## Πότε πεθαίνει ένα ανθρώπινο πλάσμα;

2 Ιουνίου 2016

Οι εξελίξεις στον χώρο της ιατρικής τεχνολογίας είχαν σαν αποτέλεσμα την αλλαγή των αντιλήψεων για τον θάνατο. Έτσι διατυπώθηκε προέκυψε ο όρος «εγκεφαλικός θάνατος» που προσδιορίστηκε ως η ανεπανόρθωτη απώλεια της ικανότητας για συνείδηση σε συνδυασμό με την ανεπανόρθωτη απώλεια ικανότητας της ικανότητας για αυτόματη αναπνοή.

Η σύνδεση μεταξύ ιατρικής και της υψηλής τεχνολογίας φαίνεται, εκτός του άλλων, και στις περιπτώσεις εκείνες που ο άνθρωπος σε κρίσιμες καταστάσεις εισάγεται στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Από την δεκαετία του 1960 στην Αμερική και σε άλλες Δυτικές χώρες, η ανάπτυξη των Μ.Ε.Θ. και γενικότερα της ιατρικής τεχνολογίας, είχαν ως αποτέλεσμα την μακροχρόνια και επιτυχή καρδιοαναπνευστική υποστήριξη ατόμων με βαριές και ανεπανόρθωτες κρανιοεγκεφαλικές βλάβες. Άτομα που σε διάστημα λεπτών, ωρών ή λίγων 24ώρων θα έπαυαν να αναπνέουν σήμερα με τη βοήθεια των τεχνιτών μέσων (αναπνευστήρας κ.λπ.) μπορούν να έχουν κανονική κυκλοφορία αίματος και αναπνοής και επομένως κανονική λειτουργία των ζωτικών οργάνων.

Σε αυτές τις περιπτώσεις ενώ δεν επανέρχεται η νοητική, συναισθηματική και συνειδησιακή δραστηριότητα του εγκεφάλου, η καρδιά κτυπά και ο μεταβολισμός και η πέψη μπορεί να συνεχίζονται κανονικά. Αυτό συμβαίνει έως ότου αποφασιστεί η διακοπή της μηχανικής υποστήριξης του ασθενούς.

Οι εξελίξεις αυτές, όπως ήταν επόμενο, μετατόπισαν την αντίληψη για το θάνατο, αρχικά των γιατρών και των νοσηλευτών και αργότερα του νομικού κόσμου και της κοινής γνώμης, από

την παύση της καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας στην παύση της εγκεφαλικής. Οι Αμερικάνοι ιατροί που από πολύ παλιά πειραματιζόταν στις μεταμοσχεύσεις συμπαγών πτωματικών οργάνων είδαν από την πρώτη στιγμή αυτή τη «νέα τάξη νεκρών ασθενών» ως ιδανικούς δότες οργάνων. Αυτός είναι και ο λόγος που πρωτοστατήσαν στην αμφισβήτηση της ακρίβειας του ισχύοντος ορισμού θανάτου (αναστολή της καρδιάς και της αναπνοής) και στη διατύπωση ενός νέου ορισμού του λεγόμενου «εγκεφαλικού θανάτου», «της Ανεπανόρθωτης απώλειας της ικανότητας για συνείδηση σε συνδυασμό με την ανεπανόρθωτη απώλεια ικανότητας της ικανότητας για αυτόματη αναπνοή»<sup>[1]</sup> της νέκρωσης δηλαδή του εγκεφαλικού στελέχους από το οποίο ξεκινούν οι λειτουργίες της αναπνοής και κυκλοφορίας και μέσω του οποίου ολοκληρώνεται η δραστηριότητα των εγκεφαλικών ημисφαιρίων.

3 Ήδη από το 1959 οι Γάλλοι Mollaret et Goulon προσπάθησαν για πρώτη φορά να καθορίσουν τα κριτήρια για τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου.<sup>[2]</sup> Η πρώτη παρουσίαση του ορισμού του εγκεφαλικού θανάτου έγινε στο ιατρικό περιοδικό New England Journal of Medicine της 5ης Αυγούστου του 1968, από την ορισθείσα εξειδικευμένη επιτροπή της Ιατρικής Σχολής του Χάρβαρντ, η σύσταση της επιτροπής ήταν: δέκα γιατροί, ένας νομικός, ένας ιστορικός και ένας θεολόγος, η επιτροπή παρουσίασε ως κριτήριο του εγκεφαλικού θανάτου τη μόνιμη απώλεια του συνόλου της εγκεφαλικής λειτουργίας, δηλαδή του μη αναστρέψιμου κόματος. Η επιτροπή θεώρησε ότι με την τεχνολογική πρόοδο στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας ο παλιός ορισμός του θανάτου επέφερε σύγχυση και ότι ο επαναπροσδιορισμός του θα ανακούφιζε τους ασθενείς, τις οικογένειες τους, το Νοσοκομείο και από την άλλη μεριά θα διευκόλυνε τη διενέργεια μεταμοσχεύσεων.<sup>[3]</sup>

Από εκεί και πέρα υπήρξαν και άλλες επιτροπές που ασχολήθηκαν με το θέμα του εγκεφαλικού θανάτου με κυριότερες: την επιτροπή των Ιατρικών Κολλεγίων της Αγγλίας (1976), την ομάδα της Μινεσότα (1978) και την επιτροπή που ορίστηκε από τον πρόεδρο των ΗΠΑ (1981) της οποίας τα κριτήρια εφαρμόζονται μέχρι σήμερα με ελάχιστες προσθήκες.<sup>[4]</sup>

Η έννοια του εγκεφαλικού θανάτου ανέτρεψε πολλά στην παραδοσιακή ηθική και στην κοινή λογική για τον θάνατο. Ο τρόπος προσέγγισης άλλαξε σε τρία κρίσιμα σημεία : α) πότε πεθαίνει ένα ανθρώπινο πλάσμα, άρα β) πότε είναι επιτρεπτό να μην διατηρούν οι γιατροί τον ασθενή στην ζωή και γ) πότε είναι επιτρεπτή η αφαίρεση οργάνων για μεταμόσχευση.<sup>[5]</sup>

Επιπροσθέτως, ένα ακόμα ερώτημα που ανέκυψε αμέσως ήταν εάν «θα πρέπει να παρατείνονται οι ζωτικές λειτουργίες μετά τον εγκεφαλικό θάνατο», (όπως για παράδειγμα περίπτωση εγκύου γυναίκας με εγκεφαλικό θάνατο, που κρατείται εν ζωή έως ότου γεννηθεί το μωρό της –και μετά τι.) και εάν αυτό δεν πρέπει να γίνεται τότε «με ποιο τρόπο είναι δυνατόν να διαγνωσθεί ο εγκεφαλικός θάνατος, χωρίς να υπάρχει αμφιβολία για τη μη ύπαρξή του». Σήμερα στις περισσότερες δυτικές χώρες όπου γίνονται μεταμοσχεύσεις, ειδικοί νόμοι και ιατρικοί κώδικες αναγνωρίζουν ότι ο εγκεφαλικός θάνατος ταυτίζεται με το θάνατο του ατόμου.<sup>[6]</sup>

#### Σημειώσεις

[1] Μαρία Γιαννάκου- Πεφτουλίδου, «Η Περίπτωση του εγκεφαλικού θανάτου», στο περιοδικό Θέματα Ανασθησιολογίας και Εντατικής Ιατρικής, Δεκέμβριος 2010, τεύχος 20.41, σελ.:19

[2] Μαρία Γιαννάκου- Πεφτουλίδου, «Η Περίπτωση του εγκεφαλικού θανάτου», στο περιοδικό Θέματα Ανασθησιολογίας και Εντατικής Ιατρικής, Δεκέμβριος 2010, τεύχος 20.41, σελ.:19

[3] Μανώλης Γαλανάκης, «Σημαντικοί σταθμοί στην Ιατρική ηθική», στο συλλογικό τόμο, Θέματα Βιοηθικής, Ηράκλειο 2013, Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης, σελ.:61-62

[4] Μαρία Γιαννάκου- Πεφτουλίδου, «Η Περίπτωση του εγκεφαλικού θανάτου», στο περιοδικό Θέματα Ανασθησιολογίας και Εντατικής Ιατρικής, Δεκέμβριος 2010, τεύχος 20.41, σελ.:19

[5] Μανώλης Γαλανάκης, «Σημαντικοί σταθμοί στην Ιατρική ηθική», στο συλλογικό τόμο, Θέματα Βιοηθικής, Ηράκλειο 2013, Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης, σελ.:62

[6] Ελένη Παπαγαρούφαλη, «Εγκεφαλικός Θάνατος: Η πολιτική Οικονομία της Ψυχής. Μια Ανθρωπολογική Προσέγγιση» στο διαδικτυακό τόπο, <http://pandemos.panteion.gr/index.php?op=record&pid=iid:1189&lang=el>, ανακτήθηκε 05/12/014.

## Τι είναι ο εγκεφαλικός θάνατος;

19 Ιουνίου 2016

Στην χώρα μας η ισχύουσα νομοθεσία για την διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου προϋποθέτει την αυστηρή τήρηση ιατρικών κανόνων και της υποχρεωτικής συμμετοχής τριών εξει-





**δικευμένων ιατρών. Ο ορισμός του εγκεφαλικού θανάτου δεν είναι αυθαίρετος, αλλά στηρίζεται σε συγκεκριμένες και σαφώς προσδιορισμένες κλινικές διαδικασίες.**

Η κλινική νευρολογική εξέταση για την διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου σε ενήλικους και παιδιά περιλαμβάνει γενικά:

- α) την επιβεβαίωση του κόματος
- β) την απουσία των αντανακλαστικών του εγκεφαλικού στελέχους
- γ) την δοκιμασία άπνοιας.

Πρόσφατα εκδόθηκε Ευρωπαϊκή Οδηγία που καθορίζει και επιβάλλει ως απαραίτητες τις παρακάτω κλινικές δοκιμασίες (tests) για την επιβεβαίωση της διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου:

- Εξέταση των κορών των οφθαλμών. Μυδρίαση και απώλεια φωτοκινητικών αντανακλαστικών ακόμα και αν υποσημαίνεται ανισοκορία.
- Έλλειψη αντανακλαστικών κερατοειδούς και απουσία κάθε κίνησης των βολβών.
- Παντελής έλλειψη κινήσεων προσώπου.
- Πλήρης απουσία μυϊκών συσπάσεων ή κινήσεων των άκρων.
- Απουσία οφθαλμο-αιθουσαίου αντανακλαστικού.
- Κατάργηση οφθαλμοκεφαλικού αντανακλαστικού.
- Έλλειψη αντανακλαστικών φάρυγγα και λάρυγγα.
- Απουσία βήχα.
- Δοκιμασία Ατροπίνης: 0.04mg/Kgr BΣ iv, αύξηση καρδιακής συχνότητας <10% της αρχικής τιμής.

- Δοκιμασία άπνοιας: Χορήγηση O<sub>2</sub> 100% για 20min, αποσύνδεση από τον αναπνευστήρα, τελική τιμή CO<sub>2</sub>>60mmHg η αύξηση PaCO<sub>2</sub> > 2-3 mmHg / min.

Σε μεμονωμένες περιπτώσεις (υποθερμία, λήψη φαρμακευτικών ουσιών, παρουσία ανεξήγητων κινήσεων – σημείο του Λαζάρου) η επιβεβαίωση του εγκεφαλικού απαιτείται η επανάληψη των παραπάνω κλινικών δοκιμασιών. Παρακλινικές εξετάσεις που δύναται να επιβεβαιώσουν τον κλινικά διαπιστωμένο εγκεφαλικό θάνατο είναι:

- Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (EEG).
- Προκλητά δυναμικά (Multi-mode evoked potentials).
- Έγχρωμη διακρανιακή υπερηχοτομογραφία (TCD)
- Αρτηριογραφία αγγείων εγκεφάλου.
- Ραδιοϊσοτοπικές τεχνικές.[1]

Μέσα από τον ορισμό και την υιοθέτηση των κριτηρίων από τον Ιατρικό κόσμο του Εγκεφαλικού θανάτου άνοιξε ο δρόμος για τις μεταμοσχεύσεις. Το γεγονός αυτό όμως προκάλεσε και προκαλεί πολλές εντάσεις και διαμάχες.

#### Σημειώσεις

[1] Ανδρέας Καραμπίνης, «Εγκεφαλικός Θάνατος, Ηθικοδεοντολογικοί προβληματισμοί στην Μ.Ε.Θ.», στο διαδικτυακό τόπο: <http://www.pemptousia.gr/2011/05/eqkefalikos-thanatos/>, ανακτήθηκε 15/11/2014

## Μεταμοσχεύσεις: σώζουν ζωές, γεννούν ερωτήματα 25 Ιουνίου 2016

Μεταμόσχευση ονομάζεται «η μεταφορά με εγχείρηση οργάνου ή ιστού από ένα σημείο του σώματος σε άλλο του ίδιου οργανισμού ή από το σώμα ενός ατόμου ή ζώου στο σώμα άλλου».[1] Η μεταμόσχευση ιστών και οργάνων θεωρείται ένα από τα μεγαλύτερα θαύματα της σύγχρονης ιατρικής. Κι αυτό γιατί δημιουργεί αισιοδοξία για την υγεία και την παράταση της ζωής του ανθρώπου.

Είναι βέβαιο ότι «στις μέρες μας οι μεταμοσχεύσεις αποτελούν πλέον καθημερινή χειρουργική πρακτική, πάνω στην οποία στηρίζουν τις ελπίδες τους χιλιάδες άνθρωποι σε όλον τον κόσμο».[2] Οι μεταμοσχεύσεις αναφέρονται και σε παλαιότερους χρόνους, όπως για παράδειγμα μεταμοσχεύσεις δέρματος έκαναν οι αρχαίοι Αιγύπτιοι. Οι μεταμοσχεύσεις οργάνων στην εποχή

μας έχουν πλέον ιστορία μισού αιώνα. Το 1954 μεταμοσχεύθηκε ο πρώτος νεφρός. Ακολούθησαν άλλες μεταμοσχεύσεις, όπως το 1967 εντέρου και επίσης το 1967 καρδιάς. Σήμερα γίνονται μεταμοσχεύσεις πολλαπλών οργάνων.[3] «Οι μεταμοσχεύσεις διαδόθηκαν ευρύτατα και προκάλεσαν ενθουσιασμό σε παγκόσμια κλίμακα. Ο ενθουσιασμός αυτός οφείλεται ασφαλώς στο μέγεθος του κατορθώματος, αλλά ίσως και στην επιθυμία του σύγχρονου ανθρώπου για κάποια επίγεια αθανασία»[4]

Αν και οι μεταμοσχεύσεις έγιναν μέρος της καθημερινής ιατρικής πρακτικής τα ερωτήματα: α γύρω από το αν γίνονται καταχρήσεις και κατοδολιεύσεις, που θέτουν σε κίνδυνο την ίδια την υπόσταση του ανθρώπου έρχονται όλο και περισσότερο στο προσκήνιο και ζητούν[5] επιτακτικά απαντήσεις. Η αδυναμία της ιατρικής επιστήμης να προσδιορίσει με ακρίβεια τη στιγμή του θανάτου, όσο και η συνακόλουθη σύγχυση και πολυγνωμία μεταξύ των γιατρών, δημιουργούν τις κύριες δυσκολίες στην αντιμετώπιση του θέματος αυτού. Η πιθανή σύγχυση μεταξύ εγκεφαλικού θανάτου και του κόματος ή της χρόνιας φυτικής κατάστασης δημιουργούν μεγάλη ανασφάλεια γύρω από τις μεταμοσχεύσεις και υπάρχει η πεποίθηση ότι στην καθημερινή πρακτική οι καρδιοχειρουργοί των Μεταμοσχευτικών Κέντρων (ΜΚ), ασκούν πίεση στους καρδιολόγους των Μ.Ε.Θ. για να προσδιορίσουν χωρίς χρονοτριβή τους εγκεφαλικά νεκρούς και να αποσπάσουν τη συναίνεση των συγγενών για τη λεγόμενη δωρεά οργάνων.

5 Η αντικατάσταση κατεστραμμένων οργάνων με άλλα υγιή υπήρξε ανέκαθεν ένα ανθρώπινο αίτημα και μια μεγάλη προσδοκία, και μια μεγάλη προσδοκία, και αυτό όχι μόνο για εξασφάλιση μακροζωίας αλλά πρωτίστως για μια καλύτερη ποιότητα ζωής. Η πρόοδος και η αποτελεσματικότητα στις μέρες μας έχει ξεπεράσει κάθε προσδοκία.[6]

Οι μεταμοσχεύσεις διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες: (α) αυτοπλαστικές όταν ο δωρητής και ο λήπτης είναι ένα και το αυτό πρόσωπο, (β) ομοιοπλαστικές όταν ο δωρητής και ο λήπτης είναι μεν ξεχωριστά πρόσωπα, αλλά δεν διαφέρουν προς τη φύση τους, δηλαδή είναι και οι δύο άνθρωποι και (γ) ετεροπλαστικές όταν ο δωρητής και ο λήπτης διαφέρουν ως προς τη φύση τους, όπως ο άνθρωπος και το ζώο. Η κατηγορία των ομοιοπλαστικών μεταμοσχεύσεων, διαιρείται σε δύο κατηγορίες μεταμοσχεύσεων: (α) inter vivos, από σώμα ζώντος δωρητή και (β) inter cadavera, από σώμα νεκρού δωρητή.[7]

Όμως από την άλλη πλευρά δεν αμφισβητείται πια ότι με την καθιέρωση των μεταμοσχεύσεων ως θεραπευτικής μεθόδου οι κλασικές αρχές της ιατρικής ηθικής άρχισαν πολλές φορές να παραβιάζονται. Τα ηθικά προβλήματα που προκύπτουν είναι πολλά και ζητούν λύση. Η μεταμόσχευση οργάνων παρά τις ευεργετικές συνέπειες για τους λήπτες, δεν μπορεί να αποτελεί απολύτως επιδίωξη αποτελέσματος και αυτοσκοπό.

Εξαιτίας της πρακτικής που παρατηρείται σε πολλές περιπτώσεις μεταμοσχεύσεων, όλο και περισσότεροι γιατροί αλλά και άνθρωποι προβληματίζονται σχετικά: α) Με το σύστημα διαθέσεων και τα ισχύοντα κριτήρια κατανομής των μοσχευμάτων στους αναμένοντες μεταμοσχευση ασθενείς (τα κριτήρια της λίστας είναι αμιγώς ιατρικά ή υγειονομικά ή άλλοι παράγοντες όπως οικονομικά κριτήρια, κριτήρια έθνους, μετανάστες κ.λπ.). β) Με τη μάλιστα διακινήσεως και εμπορίας μοσχευμάτων σε διάφορα μέρη του κόσμου και ιδιαίτερα στις λεγόμενες τριτοκοσμικές χώρες. γ) Με την ιερότητα του σώματος του νεκρού και την αντιμετώπιση του όταν δεν έχει προηγηθεί εκπεφρασμένη γνώμη πριν το θάνατο του δ) Με το πότε πεθαίνει ο άνθρωπος και τι σημαίνει ο λεγόμενος «εγκεφαλικός θάνατος».[8]

Στην περίπτωση του εγκεφαλικού θανάτου το Ηθικό πρόβλημα έγκειται στον σεβασμό του επιθυμητού θανάτου, πράγμα που αφ ενός μεν συνηγορεί στο να μην ταλαιπωρούμε περαιτέρω τον «νεκρό» άνθρωπο με το ζωντανό σώμα, αφ ετέρου δε μας αποτρέπει από το να προσδιορίσουμε εμείς τη στιγμή του βιολογικού θανάτου με κριτήρια επιδεκτικά αμφισβήτησης, αφού είναι διαφορετικά από αυτά που συναντούμε στην ελεύθερη από τεχνολογικές παρεμβάσεις φυσιολογική ζωή.

Τέλος όσον αφορά στις μεταμοσχεύσεις κρίνεται απαραίτητη η καθιέρωση νόμων, από την πλευρά του νομοθέτη, οι οποίοι θα διασφαλίζουν τα παράνομα φαινόμενα που διασαλεύουν την ομαλή κοινωνική συμβίωση και συνύπαρξη. Με τον νομοθέτη «διασφαλίζεται η δικαιοπρακτική ικανότητα του δότη, η ελεύθερη γραπτή συγκατάθεση του, η ακεραιότητα της σωματικής ζωής του δότη κατά την αφαίρεση των ιστών, ο τρόπος της αφαιρέσεως ιστών και οργάνων που πρέπει να είναι θεραπευτι-



κός και επιστημονικός και όχι εμπειρικός, η επιβεβαίωση ότι ο δότης έχει υποστεί τον λεγόμενο εγκεφαλικό θάνατο κ.λπ»<sup>[9]</sup>

#### Σημειώσεις

- [1] Γ. Μπαμπινιώτη, Λεξικό της Νέας Ελληνικής γλώσσας, Αθήνα 1998, σελ.:1090
- [2] Μητροπολίτου Μεσσηνίας και Λαυρεωτικής Νικολάου, Αλλήλων Μέλη- Οι Μεταμοσχεύσεις στο φώς της ορθόδοξης θεολογικής ζωής, Αθήνα, Κέντρο Βιοϊατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας, 2005 σελ.:23
- [3] Μητροπολίτου Ναυπάκτου και Αγίου Βλάσιου Ιερόθεου, Βιοηθική και Βιοτεχνολογία, εκδόσεις Ιερά μονή Γενεθλίου της Θεοτόκου 2010, σελ.:166
- [4] Μητροπολίτου Ναυπάκτου και Αγίου Βλάσιου Ιερόθεου, Βιοηθική και Βιοτεχνολογία, εκδόσεις Ιερά μονή Γενεθλίου της Θεοτόκου 2010, σελ.:166
- [5] Ανέστης Γ., Κασελόπουλος, «Προσεγγίζοντας της μεταμοσχεύσεις» στο Βιοτεχνολογία και Βιοηθική, Περιοδικό Ινδικτός, τεύχος 14, Ιούνιος 2001, σελ.:157
- [6] Μητροπολίτης Μεσσηνίας & Λαυρεωτικής Νικόλαος Χατζηνικολάου, «Η μεταμοσχευτική πραγματικότητα διεθνώς και στην Ελλάδα – Ηθικοί προβληματισμοί», στο Εκκλησία και Μεταμοσχεύσεις, Αθήνα 2001, σελ.:40
- [7] Κ. Αγώρας, «Ηθική και Βιοηθική» στο συλλογικό τόμο Πίστη και βίωμα της Ορθοδοξίας, Πάτρα 2002, ΕΑΠ, σελ.:354
- [8] Ανέστη Κασελόπουλου, «Προσεγγίζοντας της μεταμοσχεύσεις» στο Βιοτεχνολογία και Βιοηθική, Περιοδικό Ινδικτός, τεύχος 14, Ιούνιος 2001, σελ.:157
- [9] Μητροπολίτου Ναυπάκτου και Αγίου Βλάσιου Ιερόθεου, «Η Θέση της Εκκλησίας για της μεταμοσχεύσεις», στο Εκκλησία και Μεταμοσχεύσεις, Αθήνα 2001, σελ.: 338

## Ευθανασία: ένα «δώρο» κατά την αρχαιότητα

29 Ιουνίου 2016

Η ευθανασία είναι ένα από τα πιο δύσκολα Βιοηθικά θέματα. Με τον όρο ευθανασία προσδιορίζεται «η πράξη που επιλέγει και προσφέρει το θάνατο ως την καλύτερη λύση στο δράμα μιας επώδυνης ζωής. Στην υποκειμενική της διάσταση εκτιμάται ως λύτρωση και επιλέγεται για να απαλλάξει την ανθρώπινη ζωή από την οδύνη μιας ασθένειας μιας καταστάσεως που δεν μπορεί να λέγεται ζωή».<sup>[1]</sup>

Η ευθανασία ως όρος, έννοια, αλλά και στάση ζωής δεν είναι κάτι καινούργιο. Ως λέξη που προέρχεται από το «ευ θνήσκειν» απαντάται στην αρχαία ελληνική γραμματεία περισσότερο με την έννοια του ένδοξου, του ωραίου, του ήσυχου και του φυσικού θανάτου. Η περίπτωση του Διαγόρα, που πέθανε μέσα στις επευφημίες του πλήθους για τους τρεις ολυμπιονίκες γιους του, αποτελεί κλασσικό παράδειγμα φυσικής ευθανασίας, δηλαδή ένδοξου γαλήνιου θανάτου.

Παρότι η ίδια η σημασία του όρου είναι προβληματική, αφού η έννοια του θανάτου δεν μπορεί να συνδυαστεί με ευχαρίστηση η ευθανασία αυτού του τύπου κινούνταν στα όρια της φυσικής ισορροπίας της ανθρώπινης ζωής. Δεν μπορεί όμως να ισχυριστεί κανείς ότι απουσίαζε ως φιλοσοφία αλλά και πράξη αφού καταβαλλόταν προσπάθεια να τεθεί τέλος στη ζωή των ανθρώπων, προκειμένου να απαλλαγούν από ανίατες αρρώστιες και δυσβάστακτους σωματικούς πόνους.

Κείμενα της αρχαίας ελληνικής περιόδου μαρτυρούν ότι η ευθανασία υπήρχε ως δημοφιλής λογική και «αντίδοτο» στα γηρατειά και το σωματικό πόνο.<sup>[2]</sup> Την ελληνική λέξη ευθανασία που σήμαινε τον ήρεμο και ευχάριστο θάνατο, δανείστηκε αυτούσια η αγγλική γλώσσα μεταλλάσσοντας όμως και τη σημασία της. Έτσι η αγγλική εκδοχή της «euthanasia» έχει ως σημασία την επίσπευση του θανάτου, προκειμένου να αναβιβαστεί η ποιότητα ζωής στο τελευταίο στάδιο του ασθενούς και να μετριαστεί ο σωματικός πόνος. Όμως σταδιακά από τον 19° και κυρίως το 20° αιώνα, η ευθανασία δεν σημαίνει απλώς την ποιότητα των τελευταίων ωρών αλλά τη συγκεκριμένη ενέργεια, με την οποία τερματίζεται αποφασιστικά η ζωή του πάσχοντα.<sup>[3]</sup>

Με βάση τους σύγχρονους ιατρικούς ορισμούς η ευθανασία διακρίνεται σε διάφορες κατηγορίες οι οποίες καταγράφονται αναλυτικά σε σχετικό παράρτημα στο τέλος της εργασίας.

#### Σημειώσεις

- [1] Β. Γιούλτση, «Ευθανασία – κοινωνικές, ηθικές και μεταφυσικές συνέπειες» στο περιοδικό Παύλειος Λόγος, 1997, σελ.:5
- [2] Α. Γ. Κεσελόπουλου, Εκ του Θανάτου εις την Ζωήν, Θεολογική Προσέγγιση στις προκλήσεις της Βιοηθικής, εκδόσεις Πουρνάρα, Θεσσαλονίκη 2009, σελ.:166

<sup>[3]</sup> Α. Γ. Κασελόπουλου, Εκ του Θανάτου εις την Ζωήν, Θεολογική Προσέγγιση στις προκλήσεις της Βιοηθικής, εκδόσεις Πουρνάρα, Θεσσαλονίκη 2009, σελ.:167

## Οι έντονες αντιπαράθεσεις για την ευθανασία

3 Ιουλίου 2016

Η εφαρμογή της μεθόδου της ευθανασίας προκάλεσε και προκαλεί έντονες συζητήσεις και αντιπαράθεσεις. Ο όρκος του Ιπποκράτη περιλαμβάνει και την υπόσχεση του ιατρού προς τον ασθενή: «Ού δώσω δε, ουδέ συμβουλὴν τοιγόνδε...» δηλαδή, «δεν θα χορηγήσω θανατηφόρα φάρμακα σε κανέναν, έστω κι αν μου ζητηθεί, αλλά ούτε θα δώσω τέτοια συμβουλή» Αντίθετη άποψη έχει ο στωικός φιλόσοφος Σενέκας, ο οποίος υποστήριζε, ότι όπως θα διάλεγε το πλοίο με το οποίο θα ταξίδευε, έτσι θα επέλεγε και τον τρόπο με τον οποίο έθετε τέρμα στη ζωή του.<sup>[1]</sup>

Είναι ένα θέμα του οποίου η δυσκολία δεν είναι αρχικά ευδιάκριτη, εξ αιτίας της χρησιμότητας της άποψης που διακατέχει τις σύγχρονες κοινωνίες. Υπάρχει μια τάση για την αποδοχή, αλλά και την νομιμοποίηση της ευθανασίας, η οποία και συνδέει την ευθανασία με τις μεταμοσχεύσεις, ασθενείς, οι οποίοι θα ήθελαν να τύχουν ευθανασίας και παράλληλα είναι υποστηρικτές της δωρεάς οργάνων, να καταστούν εγκεφαλικά νεκροί. Στην περίπτωση αυτή και από την στιγμή που έχουμε την ρητή και εκφρασμένη συναίνεσή τους, τα νομικά εμπόδια ξεπερνιούνται με ευκολία. Μάλιστα εκ πρώτης όψεως αυτή η «επιλογή» στον σύγχρονο κόσμο γίνεται αποδεκτή με ευκολία ακόμη και σε επίπεδο Ηθικής.

Το επιχείρημα που χρησιμοποιείται από τους υποστηρικτές της ευθανασίας λέει απλά ότι ο άνθρωπος που επιλέγει την ευθανασία, σαν μια τελευταία καλή πράξη προς την κοινωνία, να προβεί και σε δωρεά των οργάνων του, στους συνανθρώπους του. Έτσι ο θάνατος του ενός θα ανακουφίσει και άλλους, χαρίζοντας τους τη ζωή.



Σε αυτή την περίπτωση αυτό που υποστηρίζεται είναι η βούληση του δότη στην ποιότητα της ζωής του. Αυτή είναι η προϋπόθεση και όχι η κατά παράδοση διάγνωση θανάτου του δότη, από τον οποίο θα αφαιρεθούν όργανα (πτωματικές μεταμοσχεύσεις). Δηλαδή τα όργανα θα αφαιρεθούν όταν ο δότης αποφασίσει και κρίνει για την ποιότητα της ζωής του και προβεί αρχικά σε δωρεά οργάνων και κατόπιν σε ευθανασία. Υπέρμαχος αυτής της τάσης είναι ο Dr Robert Truog, ο οποίος ναι μεν δεν αποδέχεται τον εγκεφαλικό θάνατο, αλλά υπεραμύνεται των μεταμοσχεύσεων από βρέφη και από βαριά ασθενείς.<sup>[2]</sup>

Επίσης από τους υποστηρικτές της ευθανασίας προβάλλεται ως επιχείρημα το δικαίωμα στην ελευθερία και την αυτονομία του ανθρώπου, ο άνθρωπος έχει κάθε δικαίωμα να αποφασίσει ελεύθερα για τον τρόπο με τον οποίο θα τερματίζει την ζωή του. Σύμφωνα με τον John Coullie είναι «δικαίωμα του ασθενούς να κάνει μια επιλογή για τον εαυτό του σχετικά με το πεπρωμένο του στηριζόμενος στην αλήθεια».<sup>[3]</sup> Από άλλους προβάλλεται έντονα η έννοια της αξιοπρέπειας του ασθενούς, ο πόνος και η γεμάτη αγωνία ζωή αποτελούν στοιχεία που προσβάλουν την ανθρώπινη αξιοπρέπεια. Κατά την άποψη πολλών υποστηρικτών της ευθανασίας επιβάλλεται η ύπαρξη σχετικού νομικού πλαισίου το οποίο θα νομιμοποιεί την ευθανασία.

Αντίθετα πολλοί είναι εκείνοι που τάσσονται κατά τις ευθανασίας, θεωρώντας την ως φόνο ή αυτοκτονία. Τα επιχειρήματα τους υποστηρίζονται από τους βασικούς όρους όπως είναι, ο σεβασμός στην ανθρώπινη ζωή, η ιατρική υποστήριξη της παράτασης της ζωής και όχι της επίσπευσης του θανάτου, η αξία της ζωής, η αξία και η συμβολή του πόνου στην πνευματική καταξίωση του ανθρώπου.<sup>[4]</sup>