EUTANASIA ȘI ALEGERI ALE SFÂRȘITULUI VIEȚII

EUTHANASIA AND END-OF-LIFE CHOICES

CZU: 159.947.23:616-036.88:303.4 **https://doi.org/10.59295/spd2024s.55**

Tatiana ROȘCA,
ORCID: 000-0003-4318-6610
e-mail: tatianarosca37@gmail.com
Universitatea Liberă Internațională din Moldova
Camelia DEPUTOVICI,
e-mail: deputovici20@gmail.com
Universitatea Liberă Internațională din Moldova

Summary. *In recent decades, the topic of euthanasia has engaged intellectuals and scholars, as well as professionals in the fields of humanities, such as ethics, medicine, religion, philosophy, and bioethics. However, the concept of a "good death" remains vague and is incapable of encompassing the various manifestations of the phenomenon. This concept is not a recent custom born from scientific progress and dependent on a lifespan that has increased in recent decades, causing the fatigue of living – for millennia, human beings have aspired to die without suffering. Nonetheless, we must consider that with the advent of Christian doctrine, humans tend to act according to religious principles, which is why any form of voluntary life suppression is considered a grave sin. It offends God by depriving oneself of the greatest gift given to us by Him.*

Keywords*: God, pain, death, suffering, voluntary life suppression.*

INTRODUCERE

Eutanasia este definită ca fiind o acțiune sau omisiune care, prin natura sau intenția sa, provoacă moartea, cu scopul de a elimina orice durere. Prin urmare, eutanasia se situează la nivelul intențiilor și metodelor utilizate.

Actul de eutanasie poate avea, așadar, un caracter comisiv sau omisiv, iar ceea ce îl deosebește de alte practici, sunt intențiile. Altfel spus, eutanasia corespunde uciderii intenționate a unei ființe umane și, ca atare, intră sub incidența normei morale „nu ucide”. Cu totul diferit este cazul altor acte care ar putea duce la moartea pacientului, dar care posedă proprietăți astfel încât nu pot fi configurate ca întreruperi intenționate ale vieții umane.

De exemplu, atunci când moartea devine inevitabilă, este permisă suspendarea tratamentelor care au ca rezultat doar o „prelungire precară și dureroasă a vieții”, iar medicul în acest caz nu va trebui să se simtă responsabil pentru că nu a acordat asistență unei persoane în pericol. Aceasta înseamnă că medicul nu va trebui să se simtă vinovat din punct de vedere moral de un fel de omisiune de asistență, deoarece este perfect îndreptățit să decidă în acest fel prin distincția dintre mijloace proporționale și disproporționate.

În mod similar, utilizarea intensivă a analgezicelor pentru a elimina durerea la sfârșitul vieții este legală, chiar dacă acestea vor grăbi moartea pacientului. Din nou, acesta este un act licit deoarece moartea nu este în niciun fel intenționată sau căutată, deși există un risc de moarte pentru o cauză rezonabilă: se urmărește pur și simplu ameliorarea eficientă a durerii, folosind în acest scop acele analgezice de care medicina dispune [2].

De fapt, este permisă administrarea de medicamente analgezice care posedă două efecte, unul de ameliorare a durerii, iar celălalt de grăbire a sfârșitului vieții, cu condiția ca primul efect să fie intenționat (ameliorarea durerii), iar cel de-al doilea (moartea pacientului) să nu fie intenționat sau urmărit, chiar dacă există o cauză rezonabilă pentru aceasta. Cauza rezonabilă în cauză este însăși eliminarea durerii, adică trebuie să existe un motiv proporțional pentru ca actul în ansamblu, să fie legal și pentru ca producerea efectului negativ de către medic să fie justificată.

De fapt, doctrina dublului efect a fost folosită pentru a discuta o mare varietate de dileme morale și are o lungă istorie în teologia morală. În general, identificăm prima formulare a acestei doctrine în discuția despre permisibilitatea uciderii unui agresor în legitimă apărare de către Toma de Aquino în *Summa Theologiae.* În acest pasaj, de Aquino [1] argumentează că nimic nu interzice ca un singur act să aibă două efecte, dintre care primul este doar intenționat, iar celălalt este în afara intenției. Actele morale își primesc natura în funcție de ceea ce este intenționat și nu de ceea ce este în afara intenției, deoarece se întâmplă prin accident (per accidens). Din actul de legitimă apărare poate urma un dublu efect, primul fiind conservarea propriei vieți și al doilea - uciderea agresorului. Prin urmare, un astfel de act, în măsura în care este destinat păstrării propriei vieți, nu este ilicit, fiind firesc pentru orice ființă să își păstreze propria ființă pe cât de posibil. Cu toate acestea, un act care pornește dintr-o intenție bună poate deveni ilicit dacă nu este proporțional cu scopul urmărit.

Încă din secolul al XVII-lea, s-a dezbătut abordarea doctrinei dublului efect. Dincolo de întrebările exegetice și de paternitatea reală a formulării doctrinei, nu există nicio îndoială că aceasta are o istorie îndelungată și constituie o piatră de temelie a moralității, dar odată cu apariția eticii aplicate, chiar și filosofi morali de formație laică au folosit-o pentru a discuta dileme morale în domeniile eticii războiului, contracepției și eticii medicale. Tocmai din etica medicală provin aplicațiile tipice ale doctrinei dublului efect, folosite din când în când pentru a arăta cum doctrina este coerentă din punct de vedere teoretic și eficientă din punct de vedere practic sau cum generează paradoxuri, inconsecvențe logico-argumentative și consecințe inacceptabile din punct de vedere moral la nivel aplicativ.

O problemă aparte în acest sens, o reprezintă sedarea în faza terminală a vieții sau sedarea paliativă. Sedarea, prin definiție, este un mijloc de a atinge obiectivul de a atenua durerea, altfel incontrolabilă, și nu un efect secundar al administrării de analgezice.

Totuși, dacă luăm în considerare o sedare continuă, care se prelungește până la decesul individului și nu este urmată de o decizie de întrerupere a tratamentului de pre-

lungire a vieții, cum ar fi nutriția și hidratarea artificială, din punctul de vedere al pacientului, „dezactivarea” permanentă a conștiinței, până la apariția morții clinice, poate să nu fie atât de diferită de un act de eutanasie directă. Perioada de timp în care conștiința pacientului este abolită, fără perspectiva de reactivare a acesteia, poate fi percepută ca fiind echivalentă cu moartea *tout court.* De aceea, judecățile diferite privind relația dintre moarte și sedare, depind în mod clar de premisele evaluative, care investesc convingerile metafizice și morale ale pacienților individuali cu privire la propria moarte. Aceasta nu înseamnă că controversele privind sedarea au vreo influență asupra dezbaterii de lungă durată privind moartea cerebrală.

Prin moarte se înțelege o schimbare completă a statutului de entitate vie, caracterizată prin pierderea ireversibilă a acelor caracteristici care sunt în mod esențial semnificative pentru acest statut. Și în afară de paradoxul de a considera un „cadavru” ca fiind ‚încă viu” - cuvinte ale lui Barilan [3], indică faptul că unii oameni pot considera continuarea vieții biologice a corpului ca fiind o formă de supraviețuire. Pentru aceștia, sedarea nu poate, prin urmare, să echivaleze cu eutanasia, deoarece pacientul continuă să trăiască chiar și într-o stare în care conștiința este absentă.

Prin urmare, se poate spune din aceste considerente că sedarea poate fi percepută ca o formă de eutanasie de către unii pacienți, dar nu și de către alții. Acest lucru nu implică în mod automat faptul că sedarea continuă și profundă este în mod absolut o formă de eutanasie deghizată, dar indică cel puțin două elemente care trebuie luate în considerare pentru ceea ce urmează. În primul rând, sedarea continuă și profundă trebuie să fie întotdeauna practicată cu consimțământul pacientului, eventual chiar în avans sub forma unei directive prealabile. În al doilea rând, faptul că astfel de decizii de sfârșit de viață depind enorm de judecăți de valoare cu privire la tipul de viață care va rezulta în urma unor intervenții specifice, judecăți pe care pacientul are dreptul să le facă.

În acest sens, există două „principii” pentru a justifica distincția dintre sinuciderea asistată și refuzul tratamentului. Principiul cauzalității se bazează pe recunoașterea structurii cauzale diferite, care distinge sinuciderea asistată (dar și eutanasia activă) de refuzul tratamentului medical; în timp ce în primul caz moartea pacientului este cauzată direct de medicamentele letale prescrise sau administrate de medic, în cel de-al doilea caz moartea este cauzată de patologia sau insuficiența fizică de care suferă pacientul, unde medicul nu face decât să înlăture obstacolul (terapia sau tratamentul medical) care „blochează” evoluția normală a bolii.

Principiul intenției, pe de altă parte, se bazează pe dispozițiile subiective, care constituie motivele pentru care medicul acționează. În timp ce în cazul sinuciderii asistate și al eutanasiei, medicul intenționează să provoace moartea pacientului, în cazul retragerii tratamentului, acesta intenționează pur și simplu să respecte preferințele pacientului, care a cerut întreruperea unei anumite terapii. Principiul intenției se bazează pe recunoașterea autodeterminării pacientului competent, al cărui refuz de a continua o terapie este considerat ca fiind obligatoriu din punct de vedere moral, deontologic și juridic pentru acțiunea medicului. Nu este pe deplin clar dacă principiul intenției poate

fi aplicat și în cazul întreruperii unui tratament considerat inutil sau disproporționat în cazurile în care pacientul nu-și mai poate exprima refuzul/consimțământul [4].

Așadar, medicul poate în mod legitim să suspende sau să nu înceapă un tratament medical, fie pentru că există un refuz explicit din partea pacientului, fie pentru că, în imposibilitatea de a afla voința pacientului care a devenit incompetent, continuarea sau începerea tratamentului este considerată inutilă sau disproporționată (dacă nu degradantă), adică se consideră că pacientul nu va obține niciun beneficiu din utilizarea acestuia. Punctul cheie este că, în conformitate cu principiul intenției, medicul în acest caz nu intenționează să ucidă pacientul.

Totodată, dincolo de dificultățile legate de distincția morală dintre consecințele intenționate și cele urmărite, această subdiviziune a principiului pune problema definirii termenilor „disproporționat" și „inutil". Acest lucru se datorează faptului că, dacă un tratament este proporțional sau inutil, medicul nu poate în mod legitim să îl suspende sau să nu îl inițieze: dacă ar face acest lucru, intenția sa ar fi de a dăuna pacientului prin privarea acestuia de un tratament proporțional sau inutil.

Distincția morală între sedarea în fază terminală (înțeleasă ca un întreg) și încetarea activă a vieții unui pacient, se bazează, prin urmare pe aceste două puncte:

- suspendarea hrănirii și hidratării artificiale este permisă din punct de vedere moral, deoarece pacientul moare ca urmare a incapacității de a se hrăni și de a se hidrata singur, și nu ca urmare a acțiunii medicului (natura își urmează cursul);
- suspendarea alimentației și hidratării artificiale este permisă din punct de vedere moral, deoarece medicul intenționează să suspende un mijloc disproporționat sau inutil, iar moartea este doar un efect secundar așteptat al suspendării.

Aceste două argumente sunt esențiale pentru a face o distincție între formele active și intenționate de ucidere a pacientului (eutanasia și sinuciderea asistată) și practici precum sedarea în fază terminală.

Ar trebui remarcat faptul că, chiar dacă cineva este de acord cu faptul că, în general, este posibil să se suspende mijloacele medicale disproporționate, se poate argumenta că hidratarea și alimentația nu pot fi considerate mijloace medicale sau terapeutice. În cazul în care se argumentează acest lucru, acestea sunt forme de asistență care trebuie întotdeauna să fie considerate proporționale sau inutile [4]. Prin urmare, examinarea acestor argumente, conduce la judecata morală privind sedarea în fază terminală și anume dacă este într-adevăr o practică distinctă de eutanasie și de sinuciderea asistată sau o formă mascată de ucidere activă și intenționată.

În acest context, sedarea terminală este o practică care a suscitat și continuă să suscite dezbateri etico-juridice și judecăți destul de contradictorii. Este surprinzător faptul că un mod de comportament, judecat de unii ca fiind o formă de eutanasie, poate fi prezentat de alții ca o alternativă la eutanasie, adică ca un posibil compromis între cei care resping eutanasia voluntară la nivel moral și juridic și cei care, în schimb, pledează pentru politici publice și reglementări în favoarea acesteia.

Aceste două judecăți se află la extremele unei dezbateri articulate, care include și poziții intermediare.

Ideea că sedarea în fază terminală poate fi o soluție de compromis acceptabilă, atât pentru cei care consideră că eutanasia este licită din punct de vedere moral și permisă din punct de vedere legal, cât și pentru cei care o neagă, a fost avansată cu deosebită convingere de filosoful suedez Torbjörn Tännsjö [5].

Tännsjö [5] începe cu o reconstrucție a ceea ce el numește „gândirea morală și juridică standard”. Gândirea standard susține că distincția dintre activ și pasiv are o rațiune proprie, recunoscând în același timp că, în unele cazuri, anumite tipuri de acțiuni pot face obiectul unor descrieri diferite. Potrivit lui Tännsjö, „a ajuta pe cineva” este un astfel de caz: se poate ajuta o persoană în mod activ, dar se poate ajuta și în mod pasiv. „Uciderea” se comportă în același mod: poți ucide pe cineva în mod activ, dar și pasiv. Aceste distincții au o bază intuitivă, deoarece nu pot fi formulate criterii și, mai mult, susține Tännsjö [5], nu sunt necesare criterii.

Astfel, sedarea terminală se încadrează în această imagine, ca o practică ce poate fi împărțită în două faze distincte. Practica sedării, în cazul în care are ca efect secundar grăbirea morții pacientului, este un exemplu de ucidere activă neintenționată și, prin urmare, este tolerată din punct de vedere moral de gândirea morală și juridică standard. Retragerea hidratării și alimentației artificiale are ca scop explicit grăbirea morții pacientului, dar, întrucât are loc într-o manieră pasivă, nu este interzisă de gândirea standard.

În acest sens, pentru Tännsjö [5], sedarea terminală poate fi o alternativă validă la eutanasie. Cei care susțin că uciderea activă intenționată a unui pacient nu este, la prima vedere, problematică din punct de vedere moral, vor fi dispuși să accepte sedarea terminală; cei care se opun, pe de altă parte, nu vor avea nicio problemă deosebită în a considera ca fiind permisă din punct de vedere moral o practică care nu poate fi interpretată ca ucidere activă neintenționată sau ucidere pasivă intenționată.

MATERIALE ȘI METODE

Prin acest studiu, ne-am propus să investigăm percepția asistenților medicali cu referire la persistența terapeutică și eutanazie. Ca metodă de cercetare a fost utilizat chestionarul semistructurat. Eșantionul de cercetare a fost constituit din 110 de subiecți – asistenți medicali din diferite secții și diferite instituții medicale.

REZULTATE ȘI DISCUȚII

În urma prelucrării rezultatelor, s-au reliefat următoarele date:

Dintre cele 110 asistente care alcătuiesc eșantionul, 95 sunt femei (86%) și 15 sunt bărbați (14%). Vârsta medie a intervievaților este în jur de 43 de ani având în vedere o categorie de vârstă de la 25 la 66 de ani; 93% dintre aceștia au declarat că sunt de religie ortodoxă, 4% că sunt atei și 3% nu au dat un răspuns.

Distribuția pe de ani de serviciu este: <1 este 1%, de la 1-5 este de 6%, de la 6-10

este de 22% și > 10 este de 71%. Totodată, 16% lucrează în Pneumologie, 10% în Chirurgie, 11% în Medicina generală Bărbați, 10% în Medicina generală Femei, 11% în Nefrologie, 7% în Oncologie, 9% în Hematologie, 11% în Cardiologie și 15% în Terapie Intensivă.

Dintre cei intervievați, aproximativ 88% au declarat că au pregătire de bază (diplomă de asistent medical).

Rezultate cu referire la cunoștințele asistentelor cu privire la definițiile tratamentului agresiv și al eutanasiei

Rezultatele arată că 49 de intervievați (45%) definesc persistența terapeutică ca fiind insistența asupra măsurilor medicale chirurgicale care nu modifică semnificativ evoluția naturală și ireversibilă a bolii, înrăutățind uneori calitatea vieții pacientului, 33 de intervievați (30%) o definesc ca folosirea unor tratamente excesive inadecvate, care au unicul efect de a prelungi agonia pacientului și/sau de a provoca suferințe suplimentare și/sau riscuri mari, 18 dintre aceștia (16%) o asociază cu furnizarea de tratamente care prelungesc viața unui pacient fără speranță de recuperare și în final, 10 persoane (9%) o definesc ca fiind acele tratamente care sunt disproporționate față de rezultatele așteptate.

Pe baza răspunsurilor date referitoare la tratamentele care pot fi configurate ca terapii agresive, 3 persoane (3%) indică nutriție și hidratare artificială, 4 persoane (4%) - utilizarea unui respirator dacă este necesar la pacientul incurabil, 28 dintre ei (25%) - investigații diagnostice invazive la pacienții cu speranță de viață scurtă/incurabili, 34 persoane (31%) indică resuscitarea cardio-pulmonară în caz de agravare la pacienții terminali sau incurabili, doar 8 persoane (7%) - ca terapie importantă pentru patologiile cronice cu prognostic prost, 31 de persoane (28%) o indică ca fiind acele intervenții chirurgicale de mare impact la pacienții cu o speranță de viață scurtă și doar 2 persoane (2%) consideră că persistența terapeutică nu face parte din tratamentele enumerate.

În ceea ce privește definiția eutanaziei, rezultatele scot în evidență faptul că 52 de asistente (47%) o definesc ca fiind utilizarea de tratamente care vizează provocarea decesului pacientului, 16 asistente (15%) ca întreruperea îngrijirii pacientului aflat în comă ireversibilă, 18 dintre aceștia (16%) o înțeleg ca suspendarea sau limitarea unui tratament care ar avea singurul efect de a prelungi viața pacientului fără speranță de recuperare, 20 de asistente (18%) - ca omiterea unui tratament eficient a cărui privare ar provoca moartea pacientului incurabil sau terminal și în final 4 asistente (4%) indică niciun răspuns.

Pentru intervențiile considerate ca eutanasie, 45 de respondenți (41%) indică întreruperea ventilației asistate, 10 respondenți (9%) indică întreruperea nutriției enterale la un pacient în stare vegetativă, 4 persoane (4%) indică sedare la un pacient în faza terminală, 38 de persoane (35%) indică întreruperea tratamentelor de susținere a vieții, 9 persoane (8%) să nu întreprindă resuscitare cardiopulmonară la un pacient incurabil sau terminal și 4 persoane (4%) consideră că intervențiile considerate eutanasie sunt neincluse în cele enumerate.

Rezultate referitoare la opinia personală cu privire la situațiile terminale

Asistenții medicali au fost rugați să-și exprime părerea cu privire la comportamentele de adoptat și alegerile terapeutice care trebuie întreprinse în diferite situații terminale.

Astfel, rezultatele reliefează faptul că 68 de asistente (62%) au înțeles că toate intervențiile medicale sunt proporționale cu alegerile terapeutice care, atunci când sunt implementate, trebuie justificate de bunătatea și calitatea vieții pacientului, 38 de asistente (34%) susțin că, intervențiile efectuate de medici trebuie să aibă un raport cost-beneficiu adecvat și 4 asistenți (4%) au indicat că proporționalitatea alegerilor terapeutice nu a fost inclusă în lista indicată.

În acest sens, alegerile terapeutice în eutanazie sunt extrem de controversate și ridică o serie de probleme etice, morale, religioase și legale. Persoanele care susțin eutanasia argumentează că acestea oferă o opțiune de control asupra sfârșitului vieții pentru cei care suferă de boli terminale sau afecțiuni dureroase și incurabile. În schimb, criticii susțin că eutanazia poate duce la abuzuri, poate submina încrederea în sistemul medical și poate deschide uși către alte practici discutabile.

Într-o situație terminală, 95 de intervievați (87%) au declarat că cel mai bun comportament de adoptat este acela de a însoți persoana la o moarte liniștită, 7 intervievați (6%) să pună capăt vieții persoanei pentru a pune capăt suferinței acesteia și ultimii 8 (7%) au indicat că pun capăt vieții unei persoane doar dacă o solicită.

În continuare, a fost pusă o întrebare asistentelor, luând ca exemplu un diagnostic de glioblastom cu speranță de viață foarte scurtă, unde, în opinia lor, ar fi *acceptabil* sau *nu* să se prescrie și să se efectueze tratamente invazive. Rezultatele arată că 1 persoană (1%) nu a dat un răspuns, 4 persoane (4%) au indicat că este întotdeauna acceptabil, 7 persoane (6%) au indicat că nu este niciodată acceptabil și 98 de persoane (88%) - doar în unele situații/conjuncturi.

Dintre aceste ultime 98 de persoane, 42% l-au considerat acceptabil doar în scop paliativ sau dacă îmbunătățește calitatea vieții, 4% doar atunci când rudele sau membrii familiei o solicită, 25% doar dacă există dorințe exprimate anterior de pacient, 15% au indicat că depinde de starea clinică a pacientului, 2% că depinde de vârsta pacientului, 1% au indicat altele și 11% nu au dat niciun răspuns.

La întrebarea dacă un adult are întotdeauna dreptul de a decide sau de a cere să-și anticipeze sfârșitul vieții, 43 de asistente (39%) au răspuns „Da, întotdeauna”, 51 de asistente (46%) au indicat că aceasta depinde de condițiile clinice ale persoanei și 16 asistente (15%) au răspuns „Niciodată”.

O solicitare a unui pacient de a nu implementa sau întrerupe tratamente vitale este întotdeauna acceptabilă pentru 30 de asistente (27%), nu este niciodată acceptabilă pentru 7 asistente (7%) și pentru 73 de asistente (66%) depinde de condițiile clinice ale pacientul și speranța lui de viață.

Folosind cele mai bune dovezi științifice pentru 20 de asistente (18%) este întotdeauna posibil să se evite intervențiile disproporționate și dimpotrivă, 5 asistenți (5%)

indică că nu sunt necesare resurse științifice în aceste cazuri, în timp ce 85 de asistente (77%) indică că depinde de caz la caz.

Rezultate referitoare la experiențele și sentimentele resimțite spre sfârșitul vieții

În contextul în care lucrează, 31 de asistente (28%) au declarat că problemele etice privind sfârşitul vieţii nu sunt niciodată abordate, 79 de asistente (72%) au indicat contrariul.

Dintre acestea, 23 (21%) au indicat discuții organizate în funcție de nevoile individului pe parcursul zilei de lucru în care sunt abordate probleme etice legate de sfârșitul vieții, 5 (5%) declară că întotdeauna se duc discuții la nivel de secție, 28 de asistente (25%) - implică în discuții și membrii familiei pacientului, 12 (11%) implică doar pacienții, 7 (6%) prin consultanță specifică, 4 asistente (4%) au indicat altele și restul de 31 (28%) nu au raspuns.

În raport cu frecvența cu care asistentele intră în contact cu procesul de moarte în munca lor, aproximativ 34 (34%) vin în contact cu aceasta în fiecare zi, 38 (35%) au indicat cel puțin o dată pe săptămână, 34 (31%) cel puțin o dată pe lună, 2 (2%) cel puțin o dată pe an și în final doar 2 persoane (2%) au indicat că nu intră niciodată în contact cu aceasta.

Cu referire la cererea pentru anticiparea morții, aproximativ 76 de asistente (69%), la întrebarea dată au spus „da”, 34 de asistente (31%) au răspuns „nu”.

Cei care au dat un răspuns pozitiv au indicat că 31% au simțit tristețe, 38% frustrare, 12% furie, 9% aprobare/înțelegere și 10% altele. Aceștia din urmă, pe baza experienței lor, 25% cred că cererea pacientului de a anticipa sfârșitul vieții sale a apărut din suferința fizică trăită de el însuși, 26% din suferința psihologică, 18% cred că se datorează disconfortului rezultat din neînțelegeri și /sau dificultăți cu profesioniștii sau membrii familiei sau din cauza credinței de a fi o povară pentru familie, restul de 31% nu au dat niciun răspuns.

Așadar, pe baza educației persoanelor intervievate, doar 4 persoane (3%) se simt complet pregătite să răspundă cererilor de asistență din partea unui muribund, majoritatea, 56 de persoane (51%) se simt suficient de pregătite și 14 persoane (13%) ar face-o, dar nu se simt pregătite pentru nimic.

Întrebați ce poate face moartea mai demnă, rezultatele arată că majoritatea, adică 42 de asistente (38%) au indicat să pună la dispoziție pacientului și membrilor familiei spații adecvate pentru rămas bun, minoritatea, 1 persoană (1%) a indicat să faciliteze externarea sau transferul la domiciliu.

Rezultate referitoare la opinia personală cu privire la legalizarea eutanasiei

Ultima parte a chestionarului a avut ca scop investigarea opiniilor asistenților medicali cu privire la deciziile privind sfârșitul vieții.

În prezența unui pacient cu leziuni cerebrale care este împiedicat să-și exprime voința deoarece este dependent de un aparat, în opinia a 46 de asistente (42%) decizia de a nu administra sau suspenda tratamentele de susținere a vieții ar fi de la pacientul însuși care și-a exprimat primele dorințe printr-un testament de viață, conform a 43 de asistente

(39%) ar fi în schimb cei mai apropiați membri ai familiei sale în drept să decidă, pentru 4 asistenți (4%), medicul și personalul medical care îl tratează, celelalte 9 asistente (8 %) indică că ar trebui să revină fie unei comisii de etică, fie unui tutore legal, judecător sau magistrat, iar restul de 7% indică în schimb că tratamentele de susținere a vieții nu ar trebui să fie niciodată suspendate.

În ceea ce privește noul cadru de reglementare privind dispozițiile de tratament anticipat, rezultatele studiului au arătat că 57 de asistente (52%) sunt în favoarea posibilității ca pacientul să poată decide ce tratamente să urmeze sau dacă să le întrerupă și doar 5 asistente (5%) nu sunt absolut în favoarea acestui lucru.

În acest context menționăm că Republica Moldova nu are o legislație specifică care să reglementeze eutanazia. Eutanazia este ilegală în țară, iar practicile care implică punerea intenționată a sfârșitului vieții unui individ prin acțiunea unui terț sunt considerate crime conform legii moldovenești.

Este important să menționăm că orice modificare a legislației privind eutanazia în Republica Moldova ar necesita o dezbatere publică amplă și o reformă legislativă adecvată. În absența unei legi specifice, îngrijirea paliativă este o opțiune recunoscută și disponibilă pentru pacienții aflați în stadiile finale ale bolii, cu scopul de a le oferi confort și suport medical și emoțional în timpul sfârșitului vieții lor.

În cele din urmă, asistentele au fost întrebate dacă sunt sau nu în favoarea legalizării eutanasiei în Republica Moldova. Rezultatele au arătat că majoritatea, adică 51 de asistente (46%) au bifat căsuța spunând: „Absolut da” și doar 11 asistente (10%) au bifat căsuța spunând „Absolut nu”. La mijloc sunt 35 de asistente (32%) care au indicat că probabil sunt în favoarea acestui tratament, iar ultimele 13 asistente (12%) au indicat că probabil nu sunt în favoarea acestei acțiuni medicale.

CONCLUZII

Problemele legate de sfârșitul vieții reprezintă un subiect de actualitate în țara noastră care este mult dezbătut datorită opiniilor și punctelor de vedere diferite ale populației.

Prezenta investigație și-a propus să cerceteze percepțiile și cunoștințele asistentelor cu privire la sfârșitul vieții, în special despre persistența terapeutică și eutanasie.

Din rezultate reiese că cunoștințele asistenților medicali despre persistența terapeutică și intervențiile care pot fi configurate ca atare sunt destul de compatibile cu sensul real al termenului. Această conștientizare îi determină pe înșiși asistenții medicali să poată distinge ce intervenții ar trebui efectuate, deoarece sunt considerate proporționale pentru binele pacientului și care nu.

În ceea ce privește definiția eutanasiei, majoritatea asistentelor o asociază doar cu utilizarea tratamentelor care vizează decesul pacientului, deci eutanasierea activă, în timp ce omisiunea sau limitarea tratamentelor (eutanasie pasivă) nu este mult luată în considerare.

Pentru intervențiile care pot fi considerate o formă de eutanasie, majoritatea asistentelor au indicat întreruperea ventilației asistate și a tratamentelor de susținere a vieții.

Proporționalitatea alegerilor terapeutice în faza terminală a unei persoane au fost înțelese de majoritatea asistentelor intervievate ca acele intervenții care trebuie efectuate doar pentru binele și calitatea vieții pacientului.

În fața unui diagnostic de glioblastom cu o speranță de viață foarte scurtă, de la 14 la 38 de săptămâni, asistentele au indicat mai mult că este acceptabil să se prescrie sau să efectueze tratamente invazive doar în anumite circumstanțe. Dintre circumstanțele indicate, cea mai populară a fost în scop paliativ și dacă îmbunătățește calitatea vieții pacientului.

În plus, reiese că asistentele acordă puțină atenție celor mai bune dovezi științifice ca mijloc de a evita sau de a reduce intervențiile disproporționate la pacienții cu boli terminale, deoarece utilizarea lor nu este întotdeauna considerată utilă.

La întrebarea dacă un adult are întotdeauna dreptul de a decide să-și anticipeze sfârșitul vieții, asistentele s-au arătat puțin nesigure cu privire la poziția de luat.

În contextul lor de lucru, profesioniștii au declarat că problemele etice privind sfârșitul vieții sunt adesea abordate prin implicarea pacientului sau a membrilor familiei și, într-o măsură mai mică, prin discuții de departament/secție organizate în funcție de nevoile individului.

Este necesar să subliniem frecvența foarte mare cu care asistentele intră în contact cu procesul de moarte în timpul muncii lor. Aproape în fiecare zi, cel puțin o dată pe săptămână sau pe lună, acest lucru sugerând câți pacienți mor în spital în fiecare zi și câți profesioniști sunt mereu alături de ei.

Majoritatea asistentelor au exprimat că au primit o cerere de la un pacient pentru a-și anticipa sfârșitul vieții și că, în acel moment, sentimentele pe care le-au trăit cel mai mult au fost tristețe, frustrare și furie.

Potrivit majorității profesioniștilor, orice decizie de a nu administra sau suspenda tratamente în prezența unui pacient care suferă de o boală cerebrală care îl împiedică să-și exprime dorințele ar reveni pacientului care și-a exprimat dorințele inițiale printr-un testament viu sau celor mai apropiați membri ai familiei. In cazul în care pacientul nu are testament de viață, decizia ar reveni in continuare celor mai apropiati membri ai familiei.

REFERINȚE

1. AQUINO, T. *Summa Theologiae.* Boston: Little Brown, 1858.
2. BARCARO, R. *Eutanasia. Un problema paradigmatico della bioetica.* Milano: Franco Angeli, 1998. ISBN 8846407725.
3. BARILAN, Y. M. Terminal Sedation, Terminal Elation, and Medical Parsimony. In: *Ethics and medicine*, nr. 20(3), p. 151-165. New York: Published, 2004.
4. CALLAHAN, D. Terminal Sedation and the Artefactual Fallacy. In: KASPER, R. *Continuous sedation at the end of life.* Cambridge: Cambridge University Press, 2013. ISBN 9789070831035.
5. TÄNNSJÖ, T. *Terminal Sedation Terminal Sedation. Euthanasia in Disguise?* New York: Columbia University Press 2004. ISBN 978-90-481-6594-0.