

Overview of International Practices and Approaches to Euthanasia Regulation: Attitudes of Society and the Medical Community, Potential for Assertiveness

Stanislav Stashenko

Educational and Research Institute of Mental Health,
Bogomolets National Medical University

Relevance. In the modern world, the issue of euthanasia remains one of the most complex and controversial topics in the field of medical ethics, palliative care, as well as psychosocial and legal aspects. The question of euthanasia touches not only on human rights but also on the deep moral and philosophical principles of society, which form the foundation of humanity, support, and the perception of the value of human life, sparking heated debates among doctors, lawmakers, religious leaders, and ordinary citizens. On the one hand, euthanasia can be viewed as an expression of humanism, allowing individuals to avoid unbearable pain and end their lives with dignity; on the other hand, there are serious risks of abuse and violations of the rights of the most vulnerable groups, such as the elderly, patients with incurable, terminal, chronic diseases, and those with mental disorders. Approaches to the regulation of euthanasia vary significantly across different countries, which calls for deep analysis, comparison of practices, and understanding of the social, psychological, and legal aspects of this complex phenomenon. In light of new global trends emphasizing individual rights, technological innovations, and social changes, the study of euthanasia has become extremely relevant and necessary to find balanced solutions.

Aim. Conduct a comprehensive analysis of the practices and attitudes towards euthanasia in various countries around the world, focusing on the legislative, social, psychological, and ethical aspects. Examine the current approaches to euthanasia regulation and assess the impact of these approaches on vulnerable population groups, the medical community, and society as a whole. Outline global trends and future perspectives in this area, taking into account technological innovations and the ethical challenges humanity may face in the future.

Materials and methods. Scientific publications, legislative acts, international agreements, public opinion surveys, and sociological studies related to the existing legal norms in countries where euthanasia is legalized, as well as in those where it remains prohibited. Research methods include a comparative analysis of legislative systems, quantitative analysis of survey and sociological data, and qualitative analysis of scientific and journalistic literature that addresses various aspects of euthanasia.

Conclusions. Euthanasia remains an extremely complex and multifaceted issue, as it is intertwined with ethical, legal, social, and psychological aspects, deeply connected to the cultural and religious traditions of societies. The analysis of practices in different countries shows that the legalization of euthanasia can help ensure the right to a dignified death, particularly for patients with incurable diseases. However, significant risks related to potential abuses and pressures on vulnerable groups, such as the elderly, patients with incurable, terminal, chronic illnesses, and those with mental disorders, remain serious obstacles to achieving a global consensus.

Social attitudes and the views of the medical community vary greatly—from support for personal autonomy to concerns about the moral responsibility of healthcare professionals.

Moreover, the rise of technological advancements, particularly the development of artificial intelligence and life-support systems, poses new challenges for regulating euthanasia, requiring legislative frameworks to adapt to new realities. In the future, debates on euthanasia are likely to intensify in the face of global changes, and further research and analysis will be necessary to find a fair and balanced approach to this issue.

Актуальність

Евтаназія — це практика припинення життя людини з метою полегшення її страждань, зазвичай у випадках важкої хвороби або невиліковного стану. Евтаназія, як медична та етична практика, є предметом складних і контраверсійних дискусій у всьому світі. Однак, значення цього терміну набагато глибше, оскільки торкається найчутливіших аспектів людського існування — життя і смерті, болю і страждань, свободи вибору та моральної відповідальності. Евтаназія викликає жваві дискусії не лише серед медиків, але й серед філософів, юристів, релігійних діячів та широких верств суспільства, адже вона ставить під сумнів багато фундаментальних принципів, таких як право людини на життя та можливість вибору моменту своєї смерті. Зважаючи на це, ми розглядаємо наступні типи евтаназії: (McDougall, J. F., & Gorman M., 2007)

Активна евтаназія — це активні дії лікаря або іншої особи, спрямовані на прискорення смерті пацієнта, наприклад, введення смертельної дози препарату.

Пасивна евтаназія — це припинення підтримки життя, наприклад, відключення від апаратів штучного життєзабезпечення або припинення лікування, яке продовжує життя пацієнта.

Добровільна евтаназія - це евтаназія, на яку пацієнт дає свою згоду. Пацієнт свідомо та добровільно просить про припинення життя через хворобу або невиліковний стан.

Недобровільна евтаназія - це евтаназія, коли рішення про припинення життя приймається без згоди пацієнта (через неможливість отримати згоду, наприклад, якщо пацієнт перебуває в комі). Таке втручання є дуже спірним і в більшості країн вважається незаконним.

Асистоване самогубство (асистована евтаназія) - це коли лікар надає пацієнтові засоби для самогубства (наприклад, прописує ліки), але пацієнт самостійно приймає рішення та виконує дії для припинення свого життя. Асистоване самогубство є дозволеним в деяких країнах і штатах США.

Ортоназія - це явище, коли лікар не докладає особливих зусиль для рятування хворого і не вводить препарати, які продовжують його життя, а обмежується лише здійсненням заходів, спрямованих на полегшення його стану.

Дистаназія - це явище, що виникає, коли біологічне життя людини, яка вмирає, продовжується за допомогою технологічних засобів, незважаючи на якість життя.

У сучасному суспільстві, де досягнення медицини дозволяють підтримувати життя навіть у критичних станах, питання евтаназії стає дедалі актуальнішою через протиріччя в інноваційних підходах, можливостях підтримки життєдіяльності та волею пацієнта. З розвитком технологій у XXI столітті, медична наука дозволяє робити неймовірні речі, що ще декілька десятиліть тому, здавалося, були неможливі, продовжуючи життя пацієнтів з важкими та невиліковними хворобами, послаблюючи їх страждання, але водночас це породжує нові етичні, психологічні та соціальні дилеми. Чи має людина право на добровільний відхід з життя, коли її страждання стають нестерпними? Яка роль лікаря в цьому процесі — чи

є вона лише технічним виконанням волі пацієнта, чи медичний працівник має моральне право відмовитися від участі в евтаназії? Ці питання не мають однозначних відповідей і вимагають глибокого аналізу з огляду на юридичні, етичні та релігійні контексти. (Warden, J., 1992)

Легалізація евтаназії в Нідерландах, Бельгії, Канаді, Швейцарії, Німеччині та деяких штатів США дозволила відкрити нові горизонти для дискусій, оскільки дана практика стала законною під суворим контролем, з чітко визначеними критеріями, які регулюють, коли та за яких обставин вона може бути проведена. Зокрема, більшість країн Азії, Африки та Латинської Америки, повністю забороняють такі практики, апелюючи до традиційних моральних, релігійних та культурних норм. Це створює значні відмінності в підходах до питання, і саме цей контраст між різними культурами та правовими системами є предметом багатьох досліджень, не знімаючи напруги в суспільних дискусіях.

Суперечливість евтаназії зумовлена також впливом релігійних переконань, які відіграють ключову роль у формуванні ставлення до цього питання. Релігії, такі як християнство, іслам і юдаїзм, переважно виступають проти евтаназії, аргументуючи, що життя є «даром від Бога» і тільки він має право вирішувати, коли воно має завершитися. Водночас, секуляризована частина суспільства та окремі групи суспільства, які відстоюють право на особистий вибір, наполягають на тому, що людина повинна мати право на гідний кінець життя, якщо страждання стають нестерпними.

У світлі цих питань варто зосередитись на огляді законодавчих, етичних та соціальних аспектів евтаназії в різних країнах світу, аналізуючи міжнародний досвід, ми можемо побачити, як різні країни вирішують це складне питання з урахуванням власних культурних, правових та соціальних контекстів. Такий підхід допоможе сформулювати ширше розуміння глобальних тенденцій щодо евтаназії та показати, як законодавство та суспільні цінності впливають на практику евтаназії в різних регіонах.

Історичний контекст

Ідея евтаназії, хоч і є складним етичним питанням сьогодення, має свої історичні корені, що сягають античності. Вже у стародавніх культурах, таких як грецька та римська, питання про гідну смерть та допомогу у її настанні набувало обговорення. Деякі античні мислителі, зокрема грецькі філософи, як-от Платон та Арістотель, мали неоднозначні погляди на тему евтаназії, хоча загалом життя сприймалося як цінність, і вбивство, навіть за згодою, розглядалося як неетичне та недопустиме. Водночас у Спарті, де фізична слабкість не толерувалася, практика залишення немовлят з вадами на смерть була поширеною формою евтаназії, хоча й не названа так безпосередньо (Marker, R.L. та ін., 1991).

У римській культурі деякі стоїчні філософи, такі як Сенека, розглядали самогубство як прийнятний вибір для тих, хто страждає від невиліковних хвороб або тяжких життєвих обставин, що дозволяє висвітлити ранні концепції добровільного відходу з життя як можливого вихід зі страждань.

З приходом християнства у Європі почалася серйозна зміна у ставленні до смерті та евтаназії. Церква однозначно заперечувала будь-яку форму евтаназії чи самогубства, вважаючи життя «даром від Бога», який не можна передчасно припиняти з власної волі. Цей підхід вплинув на середньовічну Європу та практично всі християнські країни, формуючи тривале неприйняття евтаназії аж до сучасних часів.

Революція у медицині в XIX та XX століттях змінила підхід до страждань і смерті, оскільки інтенсивний розвиток науки дозволив продовжувати життя навіть у найтяжчих випадках, що відповідно спровокувало виникнення нових етичних дилем. Однак, з пропозицією припинення страждань у невиліковно хворих пацієнтів, у 1870 році британським філософом Самуелем Вільямсом вперше було запропоновано термін «евтаназія» для опису «легкої смерті» через

введення хлороформу, що було першим формулюванням концепції, яка більше наближалася до сучасного розуміння активної евтаназії.

Однак перші спроби легалізації евтаназії з'явилися лише в ХХ столітті, у 1906 році в штаті Огайо (США), де було вперше винесено законопроект про легалізацію евтаназії, який в подальшому був відхилений. Після цього, питання евтаназії, час від часу піднімалося на рівні різних країн, набуваючи серйозного юридичного статусу. Нідерланди стали першою країною, яка офіційно легалізувала евтаназію в 2002 році після десятиліть дебатів та юридичних баталій. Невдовзі після цього евтаназію було легалізовано в Бельгії та частково у Швейцарії.

Законодавча ситуація в різних країнах

Сьогодні багато країн світу розглядають законодавчі ініціативи щодо евтаназії або її певних форм, таких як допомога у самогубстві. Цей процес залишається предметом дискусій на стику права, медицини та етики, формуючи різні підходи до цього питання в залежності від культурних та релігійних контекстів.

Законодавчий статус евтаназії значно відрізняється в різних країнах і залишається предметом гострих дискусій. Деякі держави прийняли закони, що дозволяють евтаназію в певних умовах, інші ж категорично її забороняють.

Країни, що легалізували евтаназію:

1. Нідерланди були першою країною, яка офіційно легалізувала евтаназію у 2002 році, хоча практика фактично існувала ще з 1970-х років. Згідно з законом, евтаназія дозволена за умови, що пацієнт є при здоровому глузді, страждає від нестерпних болів і не має надії на одужання. Лікарі повинні дотримуватися чітких процедур, і рішення про евтаназію підлягає ретельній перевірці спеціальних комісій.
2. Бельгія легалізувала евтаназію у 2002 році, слідом за Нідерландами. Законодавство країни дуже схоже на нідерландське, але з кількома відмінностями. Наприклад, у 2014 році Бельгія стала першою країною, яка дозволила евтаназію для неповнолітніх без вікових обмежень, за умови, що дитина страждає від невиліковної хвороби та дає згоду на евтаназію разом з батьками.
3. У Канаді евтаназію було легалізовано у 2016 році під назвою «Медична допомога у вмиранні» (MAiD). Закон дозволяє евтаназію для дорослих пацієнтів, які страждають від серйозної та невиліковної хвороби, що спричиняє нестерпні страждання. У 2021 році Канадський парламент розширив закон, дозволивши доступ до MAiD для пацієнтів з хронічними психічними захворюваннями.
4. У 2020 році в Новій Зеландії було проведено референдум, на якому більшість громадян проголосували за легалізацію евтаназії. Закон набув чинності у 2021 році і дозволяє пацієнтам з невиліковними хворобами скористатися евтаназією або допомогою у самогубстві.

Країни, що забороняють евтаназію:

1. У США евтаназія є забороненою на федеральному рівні, але окремі штати дозволяють допомогу в самогубстві, що є менш радикальною формою підтримки у смерті. Самогубство за допомогою лікаря (PAS), або ж асистоване самогубство так як і евтаназія є предметом обговорень і суперечок у Сполучених Штатах. При PAS пацієнт приймає препарат, призначений лікарем, з метою настання смерті, внаслідок нестерпності симптомів захворювання та вкрай низької якості життя. В даний час Каліфорнія, Колорадо, Гаваї, Мен, Орегон, Вермонт, Вашингтон і округ Колумбія легалізували PAS. Верховний суд штату Монтана постановив, що PAS не суперечить державній політиці Монтани. Інші штати США забороняють PAS і карають за це на

законному рівні (Barsness, J. G. та ін., 2020).

2. У Великобританії евтаназія є незаконною, і її регулює низка правових актів, зокрема Закон про самогубство 1961 року, який чітко забороняє допомогу в самогубстві та передбачає кримінальну відповідальність за будь-яку участь у цьому процесі, цей закон стосується як активної евтаназії, так і асистованого самогубства.
3. В Німеччині активна евтаназія залишається незаконною і вважається вбивством навіть за згодою пацієнта. Водночас у 2020 році Конституційний суд країни дозволив допомогу в самогубстві, або ж асистоване самогубство для тих, хто страждає від невиліковних хвороб, аргументуючи це правом на особисту автономію. Проте будь-яке пряме втручання лікаря в процес припинення життя залишається під заборонаю.
4. У Японії евтаназія не легалізована, хоча питання про право на смерть стає все більш актуальним через старіння населення. Пасивна евтаназія — відключення апаратів життєзабезпечення — можлива за згодою пацієнта або його родичів, але активне втручання у процес смерті суворо заборонене. Евтаназія залишається темою для серйозних етичних дебатів у японському суспільстві.

Атитюд суспільства та медичної спільноти до евтаназії (е тико-психологічні та релігійні аспекти)

Ставлення суспільства та медичної спільноти до евтаназії різняться в залежності від країни, культурних, релігійних та етичних норм, а також від медичних традицій та законодавства. Це питання продовжує викликати палкі дискусії на стику права, моралі та медицини. Ось детальніший огляд основних тенденцій та прикладів суспільного й медичного ставлення до евтаназії.

Евтаназію широко схвалює широка громадськість Нідерландів і лікарі. У 2015 році 67% населення вважали, що кожна людина повинна мати право на евтаназію, якщо вона хоче (Onwuteaka-Philipsen B. та ін., 2017). Дослідження показують, що від 50% до 60% голландських лікарів коли-небудь проводили евтаназію, а від 25% до 35% голландських лікарів вважають це можливим, тобто вони можуть розглянути можливість проведення евтаназії самостійно (Onwuteaka-Philipsen B. та ін., 2017). Проте виконання евтаназії у пацієнтів з деменцією, особливо у пацієнтів із пізньою стадією деменції, які вже не є дієздатними, є суперечливим (de Beaufort ID, van de Vathorst S., 2016).

У Нідерландах дозволені евтаназія та самогубство за допомогою лікаря, якщо лікарі дотримуються правових критеріїв належної обережності. Евтаназія визначається як введення лікарем смертельних препаратів з явним наміром покінчити з життям пацієнта на його чітке прохання. При суїциді за допомогою лікаря пацієнт сам приймає ліки, які навмисно призначив лікар. Критерії належної обережності описані в Законі про припинення життя на вимогу та допомогу в самогубстві (процедури перегляду), який набув чинності в 2002 році. Ці критерії вимагають, щоб лікар був переконаний, що:

- 1) Прохання пацієнта є добровільним і добре обдуманим;
- 2) Пацієнт страждає нестерпно, не маючи можливості полегшення;
- 3) Пацієнта інформують про його ситуацію та перспективи;
- 4) Відсутні розумні альтернативи для полегшення страждань;
- 5) Необхідно проконсультуватися принаймні з одним незалежним лікарем і надати письмову заяву, що містить їхнє судження щодо чотирьох попередніх вимог;
- 6) Евтаназія або самогубство за допомогою лікаря виконується з належною медичною

допомогою та уваги. Закон не передбачає законного права на евтаназію.

Він також не містить обмежень щодо очікуваної тривалості життя пацієнта. Лікарі зобов'язані повідомити про евтаназію в одну з п'яти регіональних комісії. Згодом ці комісії оцінюють, чи діяв лікар відповідно до критеріїв належної обережності.

Закон не згадує про обмеження щодо причини страждань. Він також не розрізняє психологічні та інші типи страждань. Однак більшість пацієнтів, які піддаються евтаназії, страждають від таких соматичних захворювань, як рак. Лише невелика частка пацієнтів, які звернулися з проханням про евтаназію, мають психіатричні розлади (11%), накопичення проблем зі здоров'ям (8%) або ранню стадію деменції (2%). Кількість пацієнтів із деменцією, які отримували евтаназію, поступово зростає з 12 пацієнтів у 2009 році до 146 пацієнтів у 2018 році. Майже у всіх випадках це стосувалося пацієнтів із ранньою стадією деменції, яка визначається як фаза деменції, на якій пацієнти все ще мають уявлення про симптоми своєї хвороби, такі як втрата орієнтації та особистості. Пацієнти вважалися компетентними щодо свого запиту, оскільки вони все ще могли спостерігати за наслідками свого запиту.

Загалом 60% населення погодилися з тим, що люди з пізньою стадією деменції повинні мати право на евтаназію, 24% були нейтральними, а 27% повністю не погодилися. Коли респондентам представили віньєтку про пацієнта з пізньою стадією деменції з попередньою вказівкою щодо евтаназії, а лікар проводить евтаназію, 83% респондентів погодилися з діями лікаря, а 57% самі заповнили б попередню вказівку щодо евтаназії, якби вони були в така сама ситуація. Близько половини лікарів загальної практики та лікарів будинків для людей похилого віку вважали евтаназію можливою для дієздатних осіб із ранньою стадією деменції. Ймовірність проведення евтаназії у пацієнтів із прогресуючою деменцією на основі попередньої письмової вказівки за відсутності важких супутніх захворювань була найнижчою: 24% для лікарів загальної практики, 23% для лікарів-спеціалістів і 8% для лікарів будинків престарілих (Brinkman-Stoppelenburg A. та ін., 2020).

Згідно з опитуванням 2020 року, проведеним в Канаді, близько 80% канадців підтримують право на медичну допомогу в смерті (MAiD). Висока підтримка пов'язана з особистими історіями людей, які стикнулися з невиліковними хворобами та бажають завершити своє життя гідно. Канада демонструє позитивне ставлення як серед громадян, так і серед значної частини медичних працівників. Канадська провінція Квебек у 2014 році легалізувала медичну допомогу при смерті (MAiD) для дієздатних пацієнтів, які задовольняють строго визначеним критеріям. Провінція розглядає можливість поширити практику на недієздатних пацієнтів. Дослідження порівняло ставлення чотирьох груп зацікавлених сторін до поширення практики MAiD на недієздатних пацієнтів із деменцією.

Рівень відповіді коливався від 25% для лікарів до 69% для неформальних опікунів. У всіх чотирьох групах частка респондентів, які вважали прийнятним поширювати MAiD на недієздатного пацієнта з деменцією, була найвищою, коли пацієнт був на термінальній стадії, демонстрував ознаки дистресу та написав запит MAiD до втрати працездатності. За тих обставин ця частка коливалася від 71% серед лікарів, та до 91% серед неофіційних опікунів (Bravo G. та ін., 2019).

Медична допомога при смерті (MAiD) у Канаді набула чинності в 2016 році після прийняття законопроекту С-14. Оскільки зацікавленість пацієнтів і запити на MAiD у Канаді продовжують розвиватися, важливо розуміти ставлення майбутніх постачальників і фактори, які можуть вплинути на їх участь. Мешканці Канади не знають ставлення до прискороної смерті за допомогою лікаря (PHD) загалом і до конкретних положень MAiD (наприклад, спричинення смерті смертельним рецептом або ін'єкцією).

Загалом у дослідженні взяли участь 247 мешканців 6 навчальних програм із сімейної медицини в Канаді (рівень відповідей 27%). У той час як жителі найбільше охоче брали участь у відміні

лікування (52%), активна участь у PHD (41%) та MAID шляхом призначення летального препарату (31%) та смертельної ін'єкції (24%) були менш прийнятними. Логістичні регресії визначили релігію як постійний і значний фактор, що впливає на бажання мешканців брати участь у PHD та MAID. Резиденти, які не сповідували суто релігію, частіше були готові взяти участь у PHD (OR = 17,38, $p < 0,001$) і MAID (летальний препарат OR = 10,55, $p < 0,01$, летальна ін'єкція OR = 8,54, $p < 0,05$). Підвищений клінічний вплив смерті та смерті грубо корелював із збільшенням готовності брати участь у PHD та MAID, але при дослідженні в багатофакторних моделях лише кілька видів діяльності (наприклад, оголошення смерті, заповнення свідоцтва про смерть) мали статистично значущий зв'язок. Інші важливі фактори включали стать мешканців та місце навчання (Wong A. та ін., 2019).

У Швейцарії діє організація «Dignitas», яка надає допомогу людям, що прагнуть завершити своє життя. Швейцарське законодавство дозволяє допомогу у самогубстві, і суспільство загалом підтримує це право. Дослідження 2019 року показало, що близько 70% швейцарців позитивно ставляться до можливості вибору у випадках невиліковної хвороби.

Дослідження базується на даних 2015 року, зібраних у рамках шостої хвили опитування SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) у Швейцарії. З яких, 81.7% респондентів підтримали легальність асистованого самогубства, як це зараз регулюється у Швейцарії. Звернення до асистованого самогубства для себе за певних обставин розглянуло 60.9% опитуваних. У 28.2% респондентів зазначили, що вони або вже є членами організації «право на смерть», або ймовірно стануть її членами в майбутньому. Та 4.9% респондентів вже були членами такої організації на момент опитування. Ці дані стосуються населення Швейцарії віком від 55 років і старше. Відсотки, що стосуються лікарів, не наводяться в цьому дослідженні, оскільки воно зосереджене на загальному населенні (Vilpert S. та ін., 2020).

Згідно з дослідженням в США у 2020 році, де було проведено аналіз позицій загальних медичних та хірургічних професійних товариств США щодо суїциду з допомогою лікаря (PAS) та евтаназії. Методологія пошуку виявила загалом 150 окремих світських медичних та хірургічних професійних товариств США. З них лише 12 (8%) висловили свою позицію щодо PAS та евтаназії. Одинадцять товариств (7%) мали заяви про PAS. З них 5 (45%) мали позиції проти PAS; 4 (36%), позиції досліджуваного нейтралітету; та 2 (18%), визнає існування PAS практики, але не займає чіткої позиції щодо її підтримки або протидії. У жодному з товариств не було відкритої заяви на підтримку PAS. Щодо евтаназії 9 товариств (6%) висловили позицію: 6 (67%) позиції проти евтаназії; 2 (22%), позиції досліджуваного нейтралітету; і 1 (11%), визнає існування практики евтаназії, але не займає чіткої позиції щодо її підтримки або протидії. Жодне товариство не озвучило заяв, які б відкрито підтримували евтаназію. Три товариства опублікували свою позицію в рецензованих журналах (Американська академія неврології, Американський коледж акушерів і гінекологів і Американський коледж лікарів) (Barsness J. G. та ін., 2020).

Згідно з дослідженням, проведеним у 2020 році серед населення США, близько 54.4% підтримали легалізацію евтаназії за попереднім запитом (AR-EAS) для людей з деменцією. Однак після ознайомлення з етичними та практичними сценаріями лише 20.7% - 39.1% вважали AR-EAS прийнятним. Підтримка легалізації зменшилась до 36.5% - 49.3%. Це вказує на важливість інформування громадськості про складність AR-EAS, та залежність ставлення від конкретних умов та сценаріїв (Mangino D. R. та ін., 2021).

У багатьох азійських країнах евтаназія залишається табуованою темою. В Японії, хоча пасивна евтаназія (відключення від апаратів життєзабезпечення) можлива, більшість населення виступає проти активної евтаназії. Згідно з опитуванням 2017 року, лише 30% японців вважають, що евтаназія повинна бути дозволена, що може бути свідченням того, що більшість населення не підтримують евтаназію через культурні та релігійні переконання, що зберігають цінність життя аж до природного завершення. У випадках, коли пацієнт мав попередні вказівки щодо відмови від штучної вентиляції легень, 77% лікарів і 68% громадян

обрали припинення лікування. У випадках, коли була наявна попередня інструкція, але сім'я пацієнта просила лікування, 55% лікарів і 45% громадян вирішили не застосовувати ШВЛ. Коли сім'я просила припинити вентиляцію, але побажання пацієнта були невідомі, 19% лікарів і 48% громадян обрали припинення вентиляції. Однак, коли пацієнт також вказав свої побажання у письмовій формі, 49% лікарів і 66% громадян вирішили припинити лікування. Більше лікарів були готові припинити діаліз (84%) і штучне харчування (81%) на прохання пацієнта, ніж штучну вентиляцію легень (49%). Значна частина японських лікарів і громадян була не схильна припинити або відмовлятися від життєвоважливого лікування, навіть у випадках, коли пацієнт висловлював свої побажання письмово. Японські лікарі приділяли значну увагу думці сім'ї щодо лікування, проте були менш схильні припинити лікування, ніж громадяни, що може бути потенційним джерелом конфліктів у клінічних умовах (Takimoto Y., & Nabeshima, T., 2024).

Згідно з дослідженням, проведеним у 2022 році в Хорватії 38,1% респондентів згодні з тим, щоб задовольнити бажання вмираючих людей, які відчувають надзвичайні та нестерпні страждання і відмовитися від продовження підтримання життя, а 37,8% згодні з повагою до бажання таких людей і скасуванням продовженого лікування. 77% респондентів вважають, що процедури, пов'язані з пасивною чи активною евтаназією повинні регулюватися законом через побоювання зловживань. Думки щодо практики та регулювання евтаназії розділилися. Більш відкриті до евтаназії люди молодшого та середнього віку, з вищим рівнем освіти, які живуть у великих містах і мають більш ліберальний світогляд. Допомога в самогубстві не вважається прийнятною практикою, з цим погоджуються лише 18,6% респондентів. Однак 40,1% вважають, що суїцид за допомогою лікаря потрібно легалізувати, 51,6% підтримали б самостійне рішення вмираючої людини щодо процедур завершення життя (Vogovecki A. та ін., 2022).

Згідно з Корейським дослідженням 2018 року, серед корейських пацієнтів хворих на рак, опікунів, лікарів і населення, у дослідженні порівнювали ставлення до п'яти ключових втручань у померлих (EOL): активний контроль болю, припинення безрезультатного лікування, що підтримує життя (LST), пасивна евтаназія, активна евтаназія та самогубство за допомогою лікаря (PAS). Усі чотири опитані групи (хворі на рак, особи, які доглядають за ними, лікарі та загальне населення) рішуче схвалювали активний контроль болю та припинення марного лікування, що підтримує життя (LST). Лікарі (98,9%) продемонстрували найбільше схвалення пасивної евтаназії, тоді як загальне населення та особи, які доглядають, мали більш змішане ставлення. Активна евтаназія та самогубство за допомогою лікаря (PAS) отримали низьку підтримку в усіх групах. Вища освіта та досвід опікунів асоціювалися з позитивним ставленням до активного контролю болю та відміни марної LST. Дохід і ставлення до смерті як до кінця життя або до того, що вона не є тягарем для сім'ї, були позитивно пов'язані з підтримкою активної евтаназії та PAS. Учасники, які вважали смерть болісною справою і страхом, з більшою ймовірністю підтримували всі п'ять втручань. Віра в те, що про них пам'ятають після смерті, і в те, що життя має сенс, асоціювалася з уподобаннями до відміни LST і пасивної евтаназії. Ті, хто вважав відсутність тягаря для сім'ї критичним аспектом доброї смерті, швидше за все підтримували активну евтаназію та PAS. Звільнення від болю негативно асоціювалося з уподобаннями до пасивної евтаназії, підкреслюючи роль лікування болю в догляді наприкінці життя. Дослідження показало, що ставлення до втручання наприкінці життя суттєво відрізнялося між групами, при цьому лікарі більше підтримували пасивну евтаназію. У всіх групах активна евтаназія та PAS отримали найменшу підтримку, що відображає консервативні погляди на догляд за померлими в Кореї. Отримані дані свідчать про те, що ставлення суспільства, особливо щодо лікування болю та самостійності, узгоджується з поточною політикою щодо догляду за померлими в Кореї (Yun Y. H. та ін., 2018).

Статистичний аналіз проведення евтаназії в країнах, де вона легалізована

Дослідження вказують, що біль зазвичай не є основною причиною запиту на евтаназію або лікарське асистоване самогубство; недостатній контроль болю спостерігається менш ніж у 33% пацієнтів. Втрата автономії, знижена якість життя та втрата гідності — це фактори, які найчастіше асоціюються з запитами на асистовану смерть. Втрата гідності визначена як основна причина запитів у 61% випадків у Нідерландах і 52% у Бельгії. Пацієнти, які просять евтаназію або асистоване самогубство, найчастіше помирають від раку (60–100% випадків), хоча в Швейцарії цей відсоток є нижчим (38–47%). Інші захворювання, пов'язані із запитами, включають аміотрофічний бічний склероз (ALS), розсіяний склероз, серцево-судинні захворювання та синдром імунodefіциту. Хоча існують деякі варіації залежно від країни, дослідження вказують, що типовий пацієнт, який отримує евтаназію або лікарське асистоване самогубство, є білим, висококваліфікованим та чоловіком віком від 60 до 85 років. У країнах, де як евтаназія, так і лікарське асистоване самогубство є законними варіантами, евтаназія запитується значно частіше. Одне дослідження в Нідерландах показало, що в 75% випадків було надано перевагу евтаназії (Mroz, S. та ін., 2020).

Частота практик евтаназії, порівнюючи з показником смертності

Інформація про частоту евтаназії та допомоги при смерті отримується шляхом обов'язкового звітування, що є частиною процедурної вимоги закону (Emanuel EJ. та ін., 2016). Повторні дослідження смертності серед лікуючих лікарів з використанням випадкової вибірки свідцтва про смерть були розроблені в Нідерландах і також використовувалися для дослідження поширеності та характеристик евтаназії та самогубств за допомогою лікаря в інших країнах (van der Heide A. та ін., 2003). Згідно з офіційними даними, у перші роки після легалізації в Нідерландах у 2002 році кількість випадків евтаназії стала стабільною на рівні трохи менше 2000 випадків на рік. Поступове збільшення, починаючи з 2007 року, призвело до збільшення кількості випадків до 6585 випадків у 2017 році, що становить 4,38% від загальної кількості смертей (Heins M., 2019.). Показник 2015 року згідно з голландським повторним дослідженням смертності становив 4,6% (van der Heide A. та ін., 2017).

Дані федеральної звітності Бельгії свідчать про 2655 випадків, зареєстрованих у 2019 році (приблизно 2,4%), що є збільшенням порівняно з 2357 випадками, зареєстрованими у 2018 році, тобто 2,1% усіх смертей. Однак повідомлення про застосування евтаназії серед голландсько-мовних бельгійців становлять більшість випадків (76%), причому набагато менше випадків повідомлено серед франкомовних бельгійців (24%) (EUTHANASIE – Cijfers voor het jaar 2019). Подальше опитування у регіоні Фландрії в Бельгії, яке містить ширше визначення евтаназії, ніж федеральна система звітності, показало, що частота евтаназії та самогубств, які допомагають, становила 4,6% усіх смертей у 2013 році (Chambaere K., Cohen J., 2017; Dierickx S. та ін., 2013).

Важливо відзначити, що дослідження в Бельгії та Нідерландах показали, що не всі випадки евтаназії та допомоги при смерті реєструються, тому ці цифри, ймовірно, є недооцінкою фактичного масштабу практики (Emanuel EJ. та ін., 2016). Деякі лікарі, які вводять опіати з наміром покінчити з життям людини на її прохання, не визнають свої дії евтаназією, а в інших випадках лікарі не хочуть дотримуватися призначених процедур із застосуванням рекомендованих ліків, оскільки їхній пацієнт не задовольняє всім необхідним умовам. або тому, що вони вважають процедуру надто громіздкою (Dierickx S. та ін., 2013).

У 2017 році в Люксембурзі було 11 випадків евтаназії, що становило 0,26% усіх смертей (CN de C et d'Evaluation, 2019). У Канаді смерть від евтаназії становила близько 1,12% усіх смертей у період з січня по жовтень 2018 року (Health Canada, 2018). У Швейцарії з 2000 року спостерігається постійне зростання випадків допомоги в самогубстві серед жителів Швейцарії та жителів інших країн (насамперед Німеччини) (Bartsch C. та ін., 2019). Приблизно 150–200 людей з інших країн щороку приїжджають до Швейцарії, щоб отримати доступ до суїциду за

допомогою лікаря, практики, відомої як «суїцидальний туризм» (Gauthier S. та ін., 2015). Щорічна кількість випадків допомоги в самогубстві серед жителів Швейцарії майже подвоїлася з 500 випадків у 2012 році до майже 1000 випадків у 2016 році, що дорівнює приблизно 1,5% усіх смертей (Bartsch C. та ін., 2019). Дослідження смертності, проведене в 2013 році, показало, що 1,0% усіх смертей були пов'язані з допомогою в самогубстві в німецькомовній частині Швейцарії (Dierickx S. та ін., 2020).

У американському штаті Орегон, який мав найдовший період легалізації самогубств за допомогою лікаря, з 1998 по червень 2017 року, 1857 людей отримали рецепти на ліки, що закінчують життя, і 1179 (64%) померли від їх прийому (Hedberg K., 2017). Дані з Орегону за 1998–2015 роки в поєднанні з семирічними записами з Вашингтону [2009–2015] показують, що самогубства за допомогою лікаря становлять менше 0,4% усіх смертей, і майже всі роки спостерігалось збільшення запитів. В Орегоні фактичний рівень смертей через звернення коливався між 47,7% і 81,8% (Emanuel EJ. та ін., 2016).

Соціальні та психологічні аспекти

Соціальні та психологічні аспекти евтаназії є важливим елементом обговорення цієї теми, оскільки рішення про евтаназію впливає не тільки на пацієнта, але й на його родину, медичних працівників та суспільство в цілому. Визначення та підтримка таких рішень потребують врахування різних психологічних ефектів, а також ризиків зловживань, особливо серед вразливих груп населення.

Психологічні ефекти на пацієнтів та їхні родини .

Психологічні наслідки для пацієнтів. Для пацієнтів, які розглядають евтаназію як можливість припинити страждання, рішення про евтаназію може стати способом відновлення контролю над власним життям. Для них це може бути емоційно складним, але в багатьох випадках це дозволяє уникнути постійних болів і зберегти гідність. Водночас для деяких пацієнтів такий вибір може бути сповнений почуттям тривоги, депресії та сумнівів, що можуть виникнути через відчуття втрати надії чи зневіри в майбутньому.

У країнах, де евтаназія легалізована, особливо важливим є психологічний супровід пацієнтів, оскільки без належної підтримки вони можуть бути схильні до прийняття рішення в умовах емоційного або психічного виснаження, що може вплинути на їхній вибір.

Психологічний ефект для родин. Для родичів пацієнта процес евтаназії може бути надзвичайно болючим, тому що вони змушені переживати ситуацію, в якій їхня близька людина свідомо вирішує завершити своє життя. Це може бути джерелом глибокого стресу, переживань і навіть почуттів провини чи безсилля, особливо коли родина не підтримує рішення пацієнта чи має інші моральні або релігійні переконання. Однак, в деяких випадках родичі можуть відчувати полегшення від того, що їхня близька людина більше не страждає, що, в свою чергу, може створювати суперечливі емоції.

Родини також можуть відчувати психологічні труднощі, якщо після завершення життя пацієнта виникають питання щодо правильності прийнятого рішення або якщо в процесі евтаназії вони були змушені брати участь у прийнятті рішення або навіть погоджуватися на евтаназію.

Евтаназія та вразливі групи: люди похилого віку, пацієнти з хронічними захворюваннями , люди з психічними розладами .

Однією з найбільш вразливих груп для обговорення евтаназії є літні люди. Їхнє фізичне та психічне здоров'я часто схильне до серйозних проблем, і багато хто з них може відчувати себе

непотрібним або залежним від інших. Однак існують ризики того, що старі люди, що перебувають у стані депресії або втрачають надію через хронічні хвороби, можуть бути під впливом соціального тиску або економічних факторів і врешті-решт вирішити скористатися евтаназією як способом "полегшення" для своїх родин. Суспільство може сприймати старих людей як тягар, що призводить до ризику для старших пацієнтів: вони можуть відчути, що їхнє життя має меншу цінність або бути об'єктом соціального тиску, що може призвести до хибного вибору на користь евтаназії.

Для людей з хронічними захворюваннями, особливо коли стан важкий або нестерпний, евтаназія може стати шляхом зняття болю та страждань. Проте важливо враховувати, що інколи таке рішення може бути обумовлене не тільки фізичним болем, але й психічними труднощами, такими як тривога, депресія або відчуття безнадії. Психологічна підтримка таких пацієнтів повинна бути на першому плані, щоб допомогти їм зробити обґрунтоване рішення, яке буде відповідати їхнім реальним бажанням, а не тимчасовим емоційним станам. Психічні захворювання, такі як депресія, залежності та важкі психічні розлади, можуть суттєво впливати на здатність пацієнта приймати обґрунтовані рішення. Для таких пацієнтів можливість евтаназії стає ризикованою, оскільки психічні стани можуть змінювати їхнє ставлення до життя та болю. У таких випадках слід ретельно оцінювати психічний стан пацієнта і забезпечити йому належну психологічну підтримку та лікування, оскільки в стані депресії чи іншого психічного розладу вони можуть прийняти рішення, яке не відповідає їхній реальній волі.

Проблема зловживань і ризиків у суспільствах, де евтаназія дозволена .

У країнах, де евтаназія легалізована, питання зловживань залишається серйозним. Хоча закони передбачають чіткі критерії для того, щоб евтаназія була здійснена за законними умовами, існує ризик того, що вразливі люди можуть потрапити під тиск і погодитися на евтаназію під зовнішнім впливом.

Зловживання. Зловживання евтаназією може мати місце в ситуаціях, коли пацієнти не мають можливості висловити свою думку чи перебувають під тиском родини або медичних працівників. Ризики виникають і через економічний тиск (наприклад, для родин, які не можуть дозволити собі довготривале лікування), або в контексті культурних стереотипів, де певні групи населення (наприклад, літні люди або люди з обмеженими можливостями) можуть бути сприйняті як тягар.

Надмірний тиск на медичних працівників. Медичні працівники також можуть опинитися під психологічним тиском у випадках, коли пацієнт чи родина наполягають на евтаназії. Зловживання можуть виникати в ситуаціях, коли лікар не має достатньої підтримки для прийняття етичних рішень або якщо відсутня належна наглядова система, яка перевіряє кожен випадок евтаназії.

Тому важливо, щоб в країнах, де евтаназія дозволена, були запроваджені чіткі механізми нагляду, які забезпечать пацієнтам справедливу оцінку їхніх станів, а також ретельний процес консультацій і погоджень.

Майбутні перспективи

Сучасні глобальні тенденції

Сучасні глобальні тенденції, що змінюють ставлення до евтаназії, а також потенційні зміни в законодавствах різних країн, відкривають нові можливості та виклики для розвитку цього питання в майбутньому. Технологічні інновації, зміни в соціальних і культурних установках, а

також етичні дилеми, пов'язані з впровадженням нових медичних і технологічних досягнень, відіграють важливу роль у формуванні ставлення до евтаназії в глобальному контексті. Зміни в суспільних поглядах і глобальних тенденціях, таких як підвищена увага до прав людини, індивідуальних свобод і прав на автономію, мають значний вплив на атитюд до евтаназії. Сучасні тенденції, що зумовлюють це ставлення, включають:

1. Підвищення обізнаності про права людини та автономію особистості. В останні десятиліття відзначається зростання обізнаності щодо важливості автономії пацієнта та його права на вибір. Це відображає загальний тренд до захисту прав людей та їхньої свободи вибору. Люди все більше сприймають евтаназію як вираження особистої свободи, яка включає право на гідну смерть без надмірних страждань. Така зміна ставлення особливо очевидна в західних країнах, де багато законодавств вже дозволяють евтаназію за певних умов.
2. Технічні досягнення та медичні інновації. Технологічний прогрес у галузі медицини, зокрема в лікуванні хронічних захворювань, знижує рівень необхідності для евтаназії. Проте водночас нові медичні технології, які можуть підтримувати життя, ставлять нові етичні питання про те, коли саме слід припинити медичні втручання, щоб не продовжувати страждання. В цьому контексті евтаназія стає питанням не тільки етичним, а й технологічним.
3. Зростання підтримки серед молодих поколінь. Молодші покоління в цілому підтримують право на евтаназію більше, ніж старші. Оскільки сучасні молоді люди більш орієнтовані на індивідуальні права і свободи, вони більш схильні до підтримки концепції евтаназії, особливо у випадках, коли це питання стосується важких хвороб або безперспективних станів.

Потенційні зміни в законодавствах різних країн

Зміни в законодавствах щодо евтаназії будуть залежати від ряду факторів, включаючи культурні та релігійні традиції, а також економічні і політичні умови в кожній країні. Тенденція до легалізації евтаназії в деяких країнах вже спостерігається, і це, ймовірно, продовжуватиметься в майбутньому. Однак є також країни, де питання легалізації евтаназії все ще викликає жорстке суспільне обговорення і опір.

1. Легалізація в нових країнах. Однією з можливих тенденцій є розширення кількості країн, де евтаназія буде легалізована або частково дозволена. Вірогідно, це відбудеться в тих країнах, де домінує ліберальне мислення і поширені погляди на індивідуальні права. Відповідно до соціальних змін, які впливають на суспільні погляди, ми можемо побачити прогрес у напрямку легалізації евтаназії у країнах, де зараз існує лише законодавчий статус допомоги в самогубстві, або де евтаназія залишається забороненою.
2. Посилення регулювання у країнах, де евтаназія дозволена. У країнах, де евтаназія вже легалізована, з часом може відбуватись посилення контролю і додаткові регулювання для запобігання можливим зловживанням. Це може включати покращення стандартів медичного оцінювання, суворіші вимоги до підтвердження добровільної та свідомої згоди пацієнта, а також велику увагу до психологічного та морального стану пацієнтів.
3. Роль міжнародних організацій. Міжнародні організації, такі як ООН, також можуть відігравати роль у формуванні глобальних стандартів щодо евтаназії. Зокрема, це стосується питання прав людини та їх захисту, що зумовлює необхідність знаходити компроміси між індивідуальними правами і громадськими інтересами.

Етичні виклики майбутнього: штучний інтелект, автономні системи підтримки життя та евтаназія

Штучний інтелект (ШІ) має потенціал змінити підходи до діагностики, лікування та ухвалення рішень про евтаназію. З розвитком технологій ШІ, медичні працівники зможуть точніше оцінювати перспективи лікування і прогнозувати результати. Проте, одна з етичних проблем полягає в тому, хто буде нести відповідальність за рішення, яке прийматиме система ШІ — сам пацієнт, лікар чи програма? Це викликає питання про автономію пацієнта і роль технологій у процесах ухвалення важливих рішень.

З розвитком автономних систем підтримки життя, що дозволяють продовжувати функціонування організму навіть у випадку клінічної смерті, питання евтаназії стає ще складнішим. З одного боку, розвиток технологій підтримки життя може продовжувати життя в критичних ситуаціях, з іншого — це може стати приводом для нових етичних дебатів про те, коли саме варто припинити ці системи, особливо у випадках, коли пацієнт не може висловити свою волю.

Чим більша кількість країн легалізує евтаназію, тим більш актуальними стають питання соціальних та моральних норм. Це пов'язано з можливістю виникнення нових етичних проблем, таких як зловживання цією практикою або тиск на пацієнтів з боку родичів чи медичних працівників. У майбутньому це може призвести до посилення етичних і юридичних стандартів, щоб забезпечити, що рішення про евтаназію є добровільними і вільними від зовнішнього тиску. З розвитком медичних технологій, змін у соціальних поглядах і появою нових етичних питань, майбутнє евтаназії залишатиметься предметом активних дискусій, що вимагатимуть балансування між індивідуальними правами, медичними досягненнями та етичними стандартами.

Висновки

Евтаназія, як етичне, юридичне та соціальне питання, залишатиметься актуальною темою для обговорення в найближчі десятиліття. Протягом історії від античних часів до сучасності зміни в поглядах на евтаназію відображали еволюцію суспільних цінностей, медичних досягнень і культурних традицій. У багатьох країнах зростає підтримка права на гідну смерть для пацієнтів, що страждають від невиліковних захворювань або нестерпного болю. Однак, навіть у контексті глобальних тенденцій до лібералізації законодавства, евтаназія викликає глибокі етичні та психологічні питання.

З одного боку, евтаназія може стати актом милосердя, що дозволяє пацієнту уникнути страждань і зберегти гідність у кінці життя. З іншого боку, це питання пов'язане з численними ризиками, такими як зловживання, тиск на вразливі групи населення та психологічні наслідки як для пацієнтів, так і для їхніх родин. Особливу увагу слід приділити підтримці старших людей, хронічно хворих, а також осіб із психічними розладами, оскільки ці категорії пацієнтів можуть бути особливо вразливими до неправильного або примусового використання евтаназії.

Не менш важливим є розвиток медичних технологій і їхній вплив на практику евтаназії. Штучний інтелект та автономні системи підтримки життя змінюють не лише можливості для лікування, а й етичні рамки для прийняття рішень щодо припинення життя. В умовах таких технологій постає новий виклик — як збалансувати інноваційний прогрес і етичні принципи, що захищають права індивіда.

Розвиток законодавства щодо евтаназії в різних країнах відображає культурні, релігійні та соціальні фактори, які визначають ставлення суспільства до цього питання. В той час, як деякі країни йдуть шляхом легалізації евтаназії, в інших це питання залишається забороненим або регулюється дуже суворо. Однак можна очікувати, що з розвитком міжнародних стандартів і підвищенням обізнаності щодо прав людини, кількість країн, які легалізують евтаназію, буде зростати.

У підсумку, майбутнє евтаназії, ймовірно, буде визначатися не лише технологічними досягненнями, а й здатністю суспільств прийняти складні етичні рішення. Це питання вимагає особливої уваги до прав пацієнтів, захисту вразливих груп і створення надійних механізмів контролю, щоб забезпечити справедливість і прозорість у кожному випадку евтаназії. Глобальні тенденції, що підвищують увагу до прав людини та індивідуальної автономії, вказують на те, що евтаназія може стати частиною більш широкої дискусії про права людини, гідність і вибір наприкінці життя.

References

1. McDougall, J. F., & Gorman, M. (2007). *Euthanasia: A reference handbook*. Bloomsbury Publishing USA.
2. Warden, J. (1992). Euthanasia around the world. *BMJ (Clinical Research ed.)*, 304(6818), 7-10. <https://doi.org/10.1136/bmj.304.6818.7>
3. Marker, R. L., Stranton, J. R., Recznik, M. E., & Fournier, K. A. (1991). Euthanasia: a historical overview. *Md. J. Contemp. Legal Issues*, 2, 257.
4. Van der Wal, G., & Dillmann, R. J. (1994). Euthanasia in the Netherlands. *BMJ*, 308(6940), 1346-1349. <https://doi.org/10.1136/bmj.308.6940.1346>
5. Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. <https://wetten.overheid.nl/jci1.3:c:BWBR0012410&z=2014-02-15&g=2014-02-15>
6. Mroz, S., Dierickx, S., Deliens, L., Cohen, J., & Chambaere, K. (2020). Assisted dying around the world: a status quaestionis. *Annals Of Palliative Medicine*, 10(3), 3540-3553. <http://doi.org/10.21037/apm-20-637>
7. Emanuel, E. J., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Urwin, J. W., & Cohen, J. (2016). Attitudes and practices of euthanasia and physician-assisted suicide in the United States, Canada, and Europe. *Jama*, 316(1), 79-90. <http://doi.org/10.1001/jama.2016.8499>
8. Van der Heide, A., Deliens, L., Faisst, K., Nilstun, T., Norup, M., Paci, E., ... & Van der Maas, P. J. (2003). End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study. *The Lancet*, 362(9381), 345-350. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)14019-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14019-6)
9. Heins M, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Utrecht). Ontwikkelingen in het aantal euthanasiegevallen en achterliggende factoren. Utrecht: NIVEL; 2019. Available online: <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/ontwikkelingen-het-aantal-euthanasiegevallen-en-achterliggende-factoren>
10. Van der Heide, A., Van Delden, J. J., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2017). End-of-life decisions in the Netherlands over 25 years. *New England Journal of Medicine*, 377(5), 492-494. <https://doi.org/10.1056/NEJMc1705630>
11. EUTHANASIE - Cijfers voor het jaar 2019 | Volksgezondheid. [cited 2020 Mar 10]; Available online: <https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/documenten/euthanasie-cijfers-voor-het-jaar-2019>
12. Chambaere K, Cohen J. Euthanasia and Public Health. In: *International Encyclopedia of Public Health* [Internet]. Available online: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780128036785001491>
13. Dierickx, S., Deliens, L., Cohen, J., & Chambaere, K. (2015). Comparison of the expression and granting of requests for euthanasia in Belgium in 2007 vs 2013. *JAMA Internal Medicine*, 175(10), 1703-1706. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.3982>
14. Dierickx, S., Cohen, J., Vander Stichele, R., Deliens, L., & Chambaere, K. (2018). Drugs used for euthanasia: a repeated population-based mortality follow-back study in Flanders, Belgium, 1998-2013. *Journal of pain and symptom management*, 56(4), 551-559. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.06.015>
15. Suicide CN de C et d'Evaluation de la loi du mars sur l'euthanasie et l'assistance au. Cinquième rapport de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide (années 2017 et 2018). [cited 2020 Mar 10]. Available online: <http://www.sante.public.lu/fr/publications/r/rapport-loi-euthanasie-2017-2018/index.html>
16. Canada, Health Canada. Third interim report on medical assistance in dying in Canada. [Internet]. 2018 [cited 2020 May 25]. Available online:

- <https://www.deslibris.ca/ID/10097256>
17. Bartsch, C., Landolt, K., Ristic, A., Reisch, T., & Ajdacic-Gross, V. (2019). Assisted suicide in Switzerland: An analysis of death records from Swiss institutes of forensic medicine. *Deutsches Ärzteblatt International*, 116(33-34), 545. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0545>
 18. Gauthier, S., Mausbach, J., Reisch, T., & Bartsch, C. (2015). Suicide tourism: a pilot study on the Swiss phenomenon. *Journal of medical ethics*, 41(8), 611-617. <https://doi.org/10.1136/medethics-2014-102091>
 19. Dierickx, S., Onwuteaka-Philipsen, B., Penders, Y., Cohen, J., van der Heide, A., Puhan, M. A., ... & Chambaere, K. (2020). Commonalities and differences in legal euthanasia and physician-assisted suicide in three countries: a population-level comparison. *International journal of public health*, 65, 65-73. <https://doi.org/10.1007/s00038-019-01281-6>
 20. Hedberg, K., & New, C. (2017). Oregon's Death With Dignity Act: 20 years of experience to inform the debate. *Annals of Internal Medicine*, 167(8), 579-583. <https://doi.org/10.7326/M17-2300>
 21. Barsness, J. G., Regnier, C. R., Hook, C. C., & Mueller, P. S. (2020). US medical and surgical society position statements on physician-assisted suicide and euthanasia: a review. *BMC medical ethics*, 21, 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12910-020-00556-5>
 22. Onwuteaka-Philipsen, B. D., van der Heide, A., van Delden, J. J. M., Pasman, H. R. W., Rietjens, J. A. C., Rurup, M. L., ... & Prins, C. J. M. (2007). Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Den Haag: ZONMW.
 23. De Beaufort, I. D., & van de Vathorst, S. (2016). Dementia and assisted suicide and euthanasia. *Journal of Neurology*, 263, 1463-1467. <https://doi.org/10.1007/s00415-016-8095-2>
 24. Brinkman-Stoppelenburg, A., Evenblij, K., Pasman, H. R. W., van Delden, J. J., Onwuteaka-Philipsen, B. D., & van der Heide, A. (2020). Physicians' and public attitudes toward euthanasia in people with advanced dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(10), 2319-2328. <https://doi.org/10.1111/jgs.16692>
 25. Bravo, G., Trottier, L., Rodrigue, C., Arcand, M., Downie, J., Dubois, M. F., ... & Van den Block, L. (2019). Comparing the attitudes of four groups of stakeholders from Quebec, Canada, toward extending medical aid in dying to incompetent patients with dementia. *International journal of geriatric psychiatry*, 34(7), 1078-1086. <https://doi.org/10.1002/gps.5115>
 26. Wong, A., Hsu, A.T. & Tanuseputro, P. Assessing attitudes towards medical assisted dying in Canadian family medicine residents: a cross-sectional study. *BMC Med Ethics* 20, 103 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12910-019-0440-4>
 27. Vilpert, S., Bolliger, E., Borrat-Besson, C., Borasio, G. D., & Maurer, J. (2020). Social, cultural and experiential patterning of attitudes and behaviour towards assisted suicide in Switzerland: evidence from a national population-based study. *Swiss Medical Weekly*, 150(2526), w20275-w20275. <https://doi.org/10.4414/smw.2020.20275>
 28. Mangino, D. R., Bernhard, T., Wakim, P., & Kim, S. Y. (2021). Assessing public's attitudes towards euthanasia and assisted suicide of persons with dementia based on their advance request: an experimental survey of US public. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(4), 384-394. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.07.013>
 29. Takimoto, Y., & Nabeshima, T. (2024). The Gap in Attitudes Toward Withholding and Withdrawing Life-Sustaining Treatment Between Japanese Physicians and Citizens. *AJOB Empirical Bioethics*, 1-11. <https://doi.org/10.1080/23294515.2024.2336907>
 30. Borovecki, A., Curkovic, M., Nikodem, K., Oreskovic, S., Novak, M., Rubic, F., ... & Gastmans, C. (2022). Attitudes about withholding or withdrawing life-prolonging treatment, euthanasia, assisted suicide, and physician assisted suicide: a cross-sectional survey among the general public in Croatia. *BMC Medical Ethics*, 23(1), 13. <https://doi.org/10.1186/s12910-022-00751-6>
 31. Yun, Y. H., Kim, K. N., Sim, J. A., Yoo, S. H., Kim, M., Kim, Y. A., ... & Jung, K. H. (2018). Comparison of attitudes towards five end-of-life care interventions (active pain control, withdrawal of futile life-sustaining treatment, passive euthanasia, active euthanasia and



physician-assisted suicide): a multicentred cross-sectional survey of Korean patients with cancer, their family caregivers, physicians and the general Korean population. *BMJ open*, 8(9), e020519. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020519>