



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Στάσεις και αντιλήψεις φοιτητών και αποφοίτων του ΠΜΣ
«Ψυχική Υγεία» για το θάνατο, την ευθανασία και την
υποβοηθούμενη αυτοκτονία**

Βασίλειος Μπούτλας

Ιατρός Ειδικευόμενος Ψυχιατρικής

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Παύλος Σαράφης, Επίκουρος Καθηγητής

Επιβλέπων Καθηγητής

Ελένη Λαχανά, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Μαρία Μαλλιάρου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2020



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»



Attitudes and perceptions of postgraduate course “Mental Health” students and graduates towards death, euthanasia and assisted suicide

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	7
ABSTRACT.....	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ.....	12
1.1 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ.....	12
1.2 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ.....	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΤΟ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ.....	17
2.1 Η ΣΥΜΒΑΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ.....	17
2.2 Η ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΣΤΟ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΔΙΚΑΙΟ.....	19
2.3 Η ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΔΙΚΑΙΟ.....	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΩΝ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΩΝ.....	23
3.1 Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΠΟΨΕΩΝ/ ΣΤΑΣΕΩΝ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ, ΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ.....	23
3.1.1 Η ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΚΑΙ ΤΑ ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ.....	23
3.1.2 ΟΙ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ.....	25
3.2 Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΕΠΑΦΗΣ ΜΕ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΤΗΝ ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΖΗΤΗΜΑ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ.....	28
3.2.1 ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	28
3.2.2 Η ΕΠΙΡΡΟΗ ΤΗΣ ΕΠΑΦΗΣ ΜΕ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΗ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΑΝΤΙΛΗΨΕΩΝ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	31

3.3 Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΘΡΗΣΚΕΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ.....	32
3.4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΩΝ.....	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	39
4.1 ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ.....	39
4.2 ΤΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΟΙ ΑΞΟΝΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ.....	40
4.3 Ο ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΚΑΙ ΤΟ ΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	41
4.3.1 ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΠΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ.....	41
4.4 ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	41
4.5 ΤΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	42
4.6 ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ.....	44
4.7 ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ.....	44
4.8 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	46
5.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	46
5.2 ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΤΩΝ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ.....	48
5.3 ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ/ΑΠΟΦΟΙΤΩΝ ΤΟΥ ΠΙΜΣ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ» ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ.....	49
5.4 ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ/ΑΠΟΦΟΙΤΩΝ ΤΟΥ ΠΙΜΣ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ» ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ.....	52
5.5 ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ (DSES).....	57

5.6 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΚΛΙΜΑΚΩΝ ΜΕ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΟΥΣ.....	59
5.6.1 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΚΛΙΜΑΚΩΝ ΜΕ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	59
5.6.2 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΤΟΥΣ.....	62
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ.....	79
6.1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ.....	79
6.2 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ.....	81
6.3 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ.....	83
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	84

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΩΝ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1.....	89
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2.....	99
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3.....	101
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4.....	102
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5.....	105
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 6.....	108
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 7.....	110
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 8.....	113
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 9.....	118

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Τις τελευταίες δεκαετίες η αύξηση του αριθμού των ατόμων που νοσούν από επίπονες ασθένειες με επώδυνη μέθοδο θεραπείας και η αδυναμία αντιμετώπισης ορισμένων νόσων οδήγησαν στην έκφραση αιτημάτων για τη νομιμοποίηση της ευθανασίας και της υποβοηθούμενης από ιατρό αυτοκτονίας. Ως συνέπεια, δημιουργήθηκε ένα πλήθος ερωτημάτων και ηθικών διλημάτων, αναφορικά με τα παραπάνω ζητήματα που έχουν όλο και πιο συχνά θέση στο δημόσιο διάλογο.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να καταγραφούν οι απόψεις ατόμων που ασχολούνται με τον τομέα της ψυχικής υγείας κι έχουν εργαστεί δίπλα σε ανθρώπους που αντιμετώπιζαν τέτοιου είδους προβλήματα.

Υλικό- Μέθοδος: Η μελέτη είναι ποσοτική και έλαβαν μέρος οι απόφοιτοι και οι νυν φοιτητές του μεταπτυχιακού προγράμματος «Ψυχική Υγεία» του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Συμμετείχαν συνολικά 106 άτομα, 86 γυναίκες και 20 άνδρες. Για την μελέτη χρησιμοποιήθηκαν 3 ερωτηματολόγια. Το πρώτο, διερευνά το προφίλ συμπεριφοράς θανάτου (Death Attitude Profile-Revised). Οι στάσεις και οι αντιλήψεις για την ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία αξιολογήθηκαν με την Κλίμακα Στάσης απέναντι στην ευθανασία (Euthanasia Attitude Scale- EAS). Και τέλος, η θρησκευτικότητα αξιολογήθηκε με την κλίμακα μέτρησης της ημερήσιας πνευματικότητας (The Daily Spiritual Experience Scale- DSES).

Αποτελέσματα: Όσον αφορά την ευθανασία η έρευνα έδειξε ότι το 74,5% συμφωνεί στο πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου, το 52,8% στο δεύτερο και στο τρίτο μέρος διαφωνεί σε ποσοστό 90,6%. Στις αντιλήψεις για τον θάνατο παρουσιάζεται προφίλ φόβου για τον θάνατο στο 50% των συμμετεχόντων, προφίλ ουδέτερης στάσης απέναντι στο θάνατο (68,9%) ενώ η πλειοψηφία εναντιώνεται στην αποδοχή (75,6%), την αποφυγή (62,3%) και την διαφυγή μέσω του θανάτου (78,3%). Επιπλέον, παρουσιάστηκε υψηλή θρησκευτικότητα με ποσοστό 50,9% και πνευματικότητα 57,5%.

Συμπεράσματα: Η έρευνα ανέδειξε ότι υπάρχει συσχέτιση της ηλικίας του ατόμου με τις αντιλήψεις του για τον θάνατο, την ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Επιπλέον, εμφανίστηκε συσχέτιση μεταξύ των αντιλήψεων για τον θάνατο και της ευθανασίας. Τέλος,

παρουσιάστηκε συσχέτιση μεταξύ της πνευματικότητας και των αντιλήψεων για τον θάνατο, αλλά όχι για την ευθανασία, όπως αναμενόταν να αποδειχθεί.

Λέξεις- Κλειδιά: Ευθανασία, ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία, απόψεις επαγγελματιών υγείας.

ABSTRACT

Background: During the last decades the increase in the number of patients who are suffering from painful diseases, which have arduous treatment methods and the inability to cope with some illnesses led to the expression of requests for the legalization of euthanasia and physician-assisted suicide. As a result, a multitude of questions and ethical dilemmas was created, regarding the above issues, which are increasingly popular in the public discussion.

Aim: The aim of the research is to write down the opinion of people who work in the mental health field, near patients who deal with these particular problems.

Material-Methods: This research is quantitative. Students and graduates from the postgraduate program of the University of Thessaly «Mental Health» participated in this research. 106 people participated in total, 86 of them were women and 20 of them were men. For this research 3 questionnaires have been used. The first one investigates the profile of death behaviour (Death Attitude Profile-Revised). The second one investigates the opinions on euthanasia and physician-assisted suicide (Euthanasia Attitude Scale- EAS). Finally, the spirituality was evaluated with the Daily Spiritual Experience Scale- DSES.

Results: As for euthanasia, the survey showed that 74.5% agreed with the first part of the questionnaire, 52.8% in the second part and 90.6% disagreed with the final part. Death perceptions show that 50% exhibit fear of death profile, 68.9% had a neutral profile of death and the majority rejected acceptance (75.6%), avoidance (62.3%) and escape through death (78.3%) profiles. In addition, high religiosity was observed with 50.9% and spirituality 57.5%.

Conclusions: Research has shown that there is a correlation between one's age and perceptions of death, euthanasia, and assisted suicide. Furthermore, there was a correlation between perceptions of death and euthanasia. Finally, there was a correlation between spirituality and perceptions of death, but not euthanasia, as expected.

Keywords: Euthanasia, physician-assisted suicide, health professionals attitudes

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σε ολόκληρη την ιστορία του ανθρώπινου είδους έχουν διατυπωθεί πολλές φιλοσοφικές και θρησκευτικές προσεγγίσεις σχετικά με το ζήτημα του θανάτου. Η ευθανασία και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι ζητήματα που έχουν απασχολήσει πολύ επιστήμονες διαφορετικών ειδικοτήτων (γιατρούς, νοσηλευτές, κοινωνιολόγους, ψυχολόγους), αλλά και την κοινή γνώμη, καθώς έχουν ταυτιστεί με την διεκδίκηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων κι έχουν συνδεθεί με ένα πλήθος νομικών, θρησκευτικών και ηθικών διαστάσεων.

Τις τελευταίες δεκαετίες έχουν πραγματοποιηθεί πολλές έρευνες για να δοθεί μία λύση σ' αυτό το «ευαίσθητο» ζήτημα που έχει διχάσει την κοινή γνώμη και απασχολεί αρκετά μεγάλο μέρος του πληθυσμού που πάσχει από χρόνιες, δυσίατες και επίπονες παθήσεις, όπως είναι ο καρκίνος, αλλά και τους επιστήμονες που έρχονται σε επαφή με αυτούς τους ανθρώπους. Οι μελέτες των ερευνητών παρουσίασαν κάποια ευρήματα, τα οποία διαφέρουν ανάλογα με την χώρα, λαμβάνοντας υπόψη νομικές, πολιτιστικές και θρησκευτικές πτυχές. Σύμφωνα με τα ευρήματα, οι ασθενείς, οι οικείοι τους και η κοινή γνώμη τάσσεται σε μεγαλύτερο βαθμό υπέρ της ευθανασίας, σε αντίθεση με τους ειδικούς επιστήμονες που είναι στο μεγαλύτερο μέρος τους αρνητικά προσκείμενοι και στην ευθανασία και στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία.

Παρ' όλα αυτά, στις μέρες μας υπάρχουν παράγοντες που δημιουργούν νέα διλήμματα και κάνουν απαραίτητη την ύπαρξη νέων προσεγγίσεων μπροστά σε τόσο αμφιλεγόμενα ζητήματα. Ειδικότερα, η αύξηση του μέσου όρου ηλικίας μέσω φαρμακευτικής αγωγής, η συχνότερη παρουσία ασθενειών που προκαλούν αφόρητους πόνους και δεν επιδέχονται θεραπεία (τουλάχιστον μέχρι τώρα), η ύπαρξη μηχανημάτων που κρατάνε ένα σώμα στη ζωή (εννοώντας ότι υποβοηθούν την καρδιά να συνεχίσει να χτυπάει) ενώ ουσιαστικά έχει επέλθει εγκεφαλικός θάνατος και ο άνθρωπος είναι ουσιαστικά νεκρός χωρίς πιθανότητα να επανέλθει και να ζήσει φυσιολογικά έχουν καταστήσει απαραίτητη μία πιο ουσιαστική έρευνα πάνω στο ζήτημα από ειδικούς που ασχολούνται με τέτοιου είδους καταστάσεις. Αυτό συμβαίνει, διότι άνθρωποι που δοκιμάζονται από τέτοιες περιπτώσεις, καθώς επίσης και οι οικείοι τους, που τους βλέπουν να υποφέρουν και να βασανίζονται χωρίς να υπάρχει πιθανότητα να ανακάμψουν, διατυπώνουν αντίθετες απόψεις από τις επικρατούσες, τονίζοντας την ανάγκη του δικαιώματος ενός ανθρώπου στην ευθανασία ή την υποβοηθούμενη αυτοκτονία υπό συγκεκριμένες συνθήκες. Είναι αξιοσημείωτο, πως δεν είναι λίγες οι φορές που άνθρωποι με οικονομική άνεση επιλέγουν

να μεταφερθούν σε κλινικές χώρων στις οποίες επιτρέπεται η ευθανασία, ώστε να πεθάνουν με αξιοπρέπεια από την στιγμή που δεν υπάρχει περίπτωση να θεραπευτούν.

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να καταγραφούν οι απόψεις ατόμων που ασχολούνται με τον τομέα της ψυχικής υγείας κι έχουν εργαστεί δίπλα σε ανθρώπους που αντιμετώπιζαν τέτοιου είδους προβλήματα. Πιο συγκεκριμένα, στην έρευνα έλαβαν μέρος οι φοιτητές και απόφοιτοι του μεταπτυχιακού προγράμματος «Ψυχική Υγεία» του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Τα ερευνητικά ερωτήματα που απασχολούν την συγκεκριμένη μελέτη αφορούν, κατά πρώτον, το αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δημογραφικών παραγόντων, των απόψεων και των στάσεων των φοιτητών και αποφοίτων του ΠΜΣ «Ψυχική Υγεία», αναφορικά με τον θάνατο, την ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Κατά δεύτερον, ερευνάται η ύπαρξη συσχέτισης ή μη μεταξύ της συχνότητας επαφής των μεταπτυχιακών σπουδαστών με ασθενείς που τελικά πεθαίνουν ή με τον αριθμό αυτών που φροντίζουν και τελικά αποβιώνουν τους τελευταίους δώδεκα μήνες με τις απόψεις και τις στάσεις τους σχετικά με τον θάνατο, την ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Τέλος, εξετάζεται το αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των θρησκευτικών- πνευματικών πεποιθήσεων των μεταπτυχιακών φοιτητών/αποφοίτων με τις απόψεις και τις στάσεις τους για τον θάνατο, την ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία.

Με βάση τις έρευνες που έχουν ήδη πραγματοποιηθεί, στην παρούσα μελέτη αναμένεται να αναδειχθεί ότι οι περισσότεροι μεταπτυχιακοί φοιτητές/απόφοιτοι είναι αντίθετοι με την πιθανή συμμετοχή τους στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία και την ενεργητική ευθανασία. Ενδεχομένως, να την αποδέχονται σε πολύ ειδικές περιπτώσεις υπό αυστηρές προϋποθέσεις και ασφαλιστικές δικλείδες. Αντίθετα, είναι περισσότερο δεκτικοί σε καταστάσεις παθητικής ευθανασίας, όπως η δήλωση «μη ανάνηψης». Ταυτόχρονα, προσδοκάται να διαφανεί και το αν υπάρχει σχέση ανάμεσα στις απόψεις τους και την ηλικία, το φύλο, τα έτη κλινικής εμπειρίας, την οικογενειακή κατάσταση και την θρησκευτικότητά τους. Με δεδομένη την ύπαρξη σειράς μαθημάτων στο Α εξάμηνο που επιχειρούν να «φωτίσουν» αυτά τα ζητήματα, είναι πιθανή μία πιο ευνοϊκή στάση του εξεταζόμενου δείγματος απέναντι στην ευθανασία. Καταλήγοντας, είναι σημαντικό πως τα αποτελέσματα της έρευνας θα διευρύνουν τη γνώση σχετικά με την επίδραση του προγράμματος ΠΜΣ «Ψυχική Υγεία» στην εκπαίδευση των φοιτητών και θα εξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα για την πιθανή τροποποίησή του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ

1.1 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ

Η λέξη «θάνατος» ορίζεται ως η οριστική παύση όλων των ζωτικών λειτουργιών μεταξύ των οποίων είναι η καρδιά, οι πνεύμονες και ο εγκέφαλος και αποτελεί ένα ξεχωριστό χαρακτηριστικό, αλλά αδιαχώριστο από την ανθρώπινη φύση. Ένα επιτάφιο επίγραμμα από την Αυτοκρατορική Εποχή αναφέρει πως ο θάνατος για τους θνητούς όχι μόνο δεν είναι κάτι κακό, αλλά αντίθετα είναι καλό. Ο άνθρωπος από την φύση του είναι κοινωνικό ον και για τον λόγο αυτό δεν μπορεί να επιβιώσει μόνος του, παρά μόνο μέσα σε μία κοινωνική ομάδα. Συνεπώς, ο θάνατος είναι αναπόσπαστο μέρος της κοινωνικής ζωής (Αβαγιανού, 2000).

Ο κανονικός θάνατος προκαλείται είτε από φυσικές αιτίες (αρρώστιες, γηρατειά), είτε από δολοφονία και δεν μπορεί να ανατραπεί. Ένα παράδοξο είδος θανάτου είναι η αυτοκτονία, που θεωρείται τραγικός θάνατος και κρίνεται ότι οφείλεται σε αβάσταχτο ψυχικό πόνο και δυστυχία που δεν αφήνει στον αυτόχειρα να δει τρόπο διαφυγής από το τέλμα στο οποίο έχει πέσει. Παρά το γεγονός ότι ο θάνατος δεν μπορεί να ανατραπεί ούτε να ελεγχθεί, ο αυτόχειρας έχει την δυνατότητα να επιλέξει την χρονική στιγμή και να καθορίσει τον τρόπο που θα πεθάνει. Σε κάθε περίπτωση, ο θάνατος σαν γεγονός, παρά το ότι είναι αναπόσπαστο κομμάτι της ζωής προκαλεί φόβο στους ανθρώπους και θλίψη στους οικείους των θανόντων.

Είναι αδιαφιλονίκητο γεγονός πως η κατάσταση του θανάτου έχει απασχολήσει πολύ τους ανθρώπους σε ολόκληρη την ιστορία της ανθρωπότητας. Η αγάπη για την ζωή και η συνειδητοποίηση της αξίας της οδήγησαν από τα αρχαία ακόμα χρόνια, στην ανάπτυξη φιλοσοφικών θεωριών σχετικά με το τι συμβαίνει μετά τον θάνατο και εάν υπάρχει ακόμα ζωή με κάποιο τρόπο. Στο πλαίσιο αυτό, αναπτύχθηκαν και οι ιδεολογίες θρησκειών που έδωσαν τις δικές τους ερμηνείες στην αναζήτηση αυτή αναφορικά με την μετά θάνατον ζωή. Από την άλλη πλευρά, σύγχρονοι φιλόσοφοι και επιστήμονες κυρίως θετικών επιστημών επεσήμαναν μία διαφορετική προσέγγιση, σύμφωνα με την οποία η ζωή του ανθρώπου τερματίζεται με τον θάνατο και δεν υφίσταται με κανένα τρόπο σε κάποια άλλη διάσταση (Bukert, Walter, 2015).

Από την μία πλευρά λοιπόν, είναι χαρακτηριστική στην συνείδηση των ανθρώπων η άρνηση για τον θάνατο. Από την προϊστορική ακόμα περίοδο στις ταφές παρατηρείται η ύπαρξη

προσωπικών αντικειμένων των θανόντων (τα λεγόμενα κτερίσματα), καθώς οι οικείοι τους θεωρούσαν πως θα τους χρησιμεύσουν στην μετά θάνατον ζωή τους. Η εμφάνιση κτερισμάτων συνεχίστηκε για χιλιετίες μέχρι την επικράτηση του Χριστιανισμού. Επίσης, η ταφή ενός νεκρού ήταν απαραίτητη την μετάβασή του στην άλλη διάσταση, στη ζωή μετά τον θάνατο. Για τον λόγο αυτό, ήταν προσβολή να μείνει άταφος ένας νεκρός, ενώ χρησιμοποιούσαν αυτή την τακτική ως τιμωρία για κάποιες κατηγορίες ανθρώπων, όπως ήταν για παράδειγμα οι προδότες της πόλης. Επισημαίνεται, η αντίδραση της Αντιγόνης στο έργο του Σοφοκλή που επαναστάτησε κατά της ηγεσίας της πόλης, (γεγονός που στην συνέχεια οδήγησε στον θάνατό της) προκειμένου να θάψει το σώμα του νεκρού αδερφού της που βρισκόταν άταφο έξω από τα τείχη της πόλης (Bukert, Walter, 2015).

Η μη αποδοχή του θανάτου οδήγησε στην ανάπτυξη πολλών φιλοσοφικών θεωριών. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα του Πλάτωνα, ο οποίος στα έργα του «Απολογία», «Φαίδων», «Φαίδρος» και «Πολιτεία» εκφράζει την άποψή του για τον διαχωρισμό ψυχής και σώματος. Αναφέρεται στην φύση της ψυχής, αλλά και στην μεταθανάτια ύπαρξή της. Για τον Πλάτωνα η ψυχή ταυτίζεται με την προσωπικότητα και υφίσταται ακόμα και μετά τον θάνατο, αλλά η τύχη της εξαρτάται από τον ηθικό βίο του κάθε ανθρώπου. Ο Αριστοτέλης στο έργο του «Περί Ψυχής» διαχωρίζει την θέση του από τον Πλάτωνα ως προς την αυτοκινησία της ψυχής, καθώς θεωρεί πως η ψυχή είναι ασώματη, άυλη και δίνει ζωή στο σώμα που έχει την δυνατότητα της κίνησης.

Από την άλλη πλευρά, σύγχρονοι επιστήμονες έχουν απορρίψει τέτοιου είδους φιλοσοφικές προσεγγίσεις και στρέφονται στον ουμανισμό, δηλαδή σε μία ορθολογική προσέγγιση του κόσμου και της εξέλιξής του. Ο βιολόγος Richard Dawkins στα βιβλία του «Το εγωιστικό γονίδιο» και «Η περί Θεού αυταπάτη» χαρακτηρίζει την θρησκευτική πίστη και τη μεταφυσική ως μία ψευδαίσθηση και μία εμμονή που στερείται επιστημονικής τεκμηρίωσης. Ομοίως, ο φυσικός και κοσμολόγος Stephen Hawking στόχευε σε μία ορθολογική ερμηνεία της δημιουργίας του σύμπαντος, θεωρώντας πως οι φιλόσοφοι δεν συμβαδίζουν με τις σύγχρονες εξελίξεις και τις επιστήμες. Μάλιστα, τόνιζε πως δεν υπάρχει ζωή μετά τον θάνατο και πως τέτοιες αντιλήψεις εκφράζονται από ανθρώπους που φοβούνται τον θάνατο. Στις μέρες μας, οι στάσεις και οι αντιλήψεις μπροστά στο ζήτημα του θανάτου διαφέρουν ανάλογα με τις θρησκευτικές πεποιθήσεις του καθενός, το επάγγελμά, τις εμπειρίες και την προσωπικότητά του.

1.2 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Όπως αναφέρθηκε ήδη, ο άνθρωπος αντιλαμβανόταν ανέκαθεν την μεγάλη αξία και την ιερότητα της ζωής. Παρ' όλα αυτά, από την αρχαιότητα ακόμα καταγράφηκαν περιπτώσεις όπου οι αρχαίοι Έλληνες θεωρούσαν τον γρήγορο θάνατο ευεργετικό. Η ευθανασία ετυμολογικά σημαίνει «ωραίος θάνατος», «θάνατος για την αρετή», «θάνατος γενναίος». Στις μέρες μας η ευθανασία ορίζεται ως η σκόπιμη παύση από γιατρό ή άλλο πρόσωπο της ζωής ενός ανθρώπου με την χορήγηση φαρμάκων μετά από απαίτηση αυτού του ατόμου. Εις ό, τι αφορά την υποβοηθούμενη από ιατρό αυτοκτονία, πρόκειται για την σκόπιμη αρωγή που προσφέρει ένας γιατρός σε έναν ασθενή με αυτο-χορήγηση φαρμάκων μετά από παράκλησή του για να τερματίσει την ζωή του όταν είναι πλέον βέβαιο ότι η κατάστασή του δεν επιδέχεται καμία θεραπεία.

Σύμφωνα με το αρχαίο ελληνικό ιδεώδες το να πεθάνει κάποιος γρήγορα, χωρίς πόνο, υπερασπιζόμενος τις αξίες του και την πατρίδα του θεωρούνταν αξιοζήλευτο. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η περίπτωση του Ηρακλή στη μυθολογία, ο οποίος ζήτησε να του ανάψουν φωτιά, προκειμένου να απαλλαγεί από τον πόνο. Επιπλέον, ένα σημαντικό παράδειγμα είναι και η μάχη των Θερμοπυλών με τους 300 Σπαρτιάτες και τους 700 Θεσπείς, που γνωρίζοντας ότι θα πεθάνουν, όρμησαν στη μάχη για να υπερασπιστούν την πατρίδα τους (Αβαγιανού, 2000).

Στην αρχαιότητα όπως και σε όλες τις περιόδους της ιστορίας διατυπώνονταν διαφορετικές αντιλήψεις για ζητήματα ηθικής και αξιών. Έτσι, ταυτόχρονα με τις στάσεις για τα θετικά αποτελέσματα της ευθανασίας καταγράφηκαν και αντίθετες απόψεις. Για παράδειγμα, οι περισσότεροι ιατροί της εποχής ήταν αντίθετοι με την ευθανασία και με την υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Στον όρκο του Ιπποκράτη τονίζεται η αρνητική στάση που είναι αναγκαίο να έχουν οι ιατροί προς οποιαδήποτε μορφή ευθανασίας, πολλώ δεν μάλλον αν αυτή περιλαμβάνει και την δική τους συμμετοχή. Πάνω σ' αυτό το ζήτημα όμως διατυπώθηκαν δύο προσεγγίσεις. Η πρώτη προσέγγιση θέλει τους αρχαίους Έλληνες να έχουν μία ευνοϊκή στάση απέναντι στην ευθανασία και τους γιατρούς να δίνουν φάρμακα στους ασθενείς προκειμένου να ανακουφιστούν από επίπονη ασθένεια που θα επιφέρει σίγουρο θάνατο, αλλά χωρίς να προκαλούν αυτοί τον θάνατο και χωρίς να συντομεύουν την έλευσή του. Αντίθετα, η δεύτερη προσέγγιση επισημαίνει την βοήθεια του γιατρού στην αυτοκτονία του αρρώστου που δεν

μπορεί να υπομένει τους πόνους μέχρι τον θάνατό του, κάτι με το οποίο οι περισσότεροι γιατροί διαφωνούσαν. Ο Rotthoff καταγράφει τρία είδη ευθανασίας στην αρχαία ελληνική και ρωμαϊκή κοινωνία: α) την ενεργητική, όπου ο γιατρός χορηγούσε δηλητήριο για να ανακουφίσει τους ασθενείς, β) την παθητική, όταν ο γιατρός γνώριζε πως ο ασθενής θα πεθάνει σύντομα και δεν προσπαθούσε να τον κρατήσει στη ζωή και γ) όταν ο ασθενής δεν άντεχε να υποφέρει άλλο ή δεν ήθελε να υποστεί κάποιον ατιμωτικό θάνατο και αυτοκτονούσε (αυτο-ευθανασία).

Με την επικράτηση του Χριστιανισμού τόσο στη Βυζαντινή Αυτοκρατορία, όσο και στη Μεσαιωνική Δύση οι αντιλήψεις και οι στάσεις για την ευθανασία άλλαξαν. Αναφέρθηκε πριν, πως από τα προϊστορικά ακόμα χρόνια ο άνθρωπος έδινε μεγάλη σημασία στην αξία της ζωής. Για τον λόγο αυτό, μια επικρατούσα θρησκεία, ο Χριστιανισμός, θεωρεί μεγάλη αμαρτία το να αφαιρέσει ο άνθρωπος μία ζωή είτε κάποιου άλλου ανθρώπου είτε την δικιά του. Ο θεσμός της εκκλησίας είχε άμεση επιρροή σε όλα τα ζητήματα του κράτους και πρέσβευε πως από την στιγμή που ο Δημιουργός έδωσε ζωή στον άνθρωπο είναι ο μοναδικός που μπορεί να την πάρει πίσω. Συνεπώς, οι ιερείς θεωρούσαν απαράδεκτο το να προβεί κάποιος σε μία τέτοια πράξη όποια κι αν ήταν η κατάσταση της υγείας του, πολλώ δε μάλλον το να οδηγήσει ένας ιατρός κάποιον ασθενή στο θάνατο.

Παρά τις αντιλήψεις που επικρατούσαν υπήρχαν κάποιοι ιερείς και φιλόσοφοι που θεωρούσαν ελεημοσύνη το να λυτρωθεί κάποιος ασθενής από μία επίπονη και ανίατη ασθένεια. Για παράδειγμα, ο Francis Bacon (1561-1626) θεωρούσε πως υπάρχουν δυο μορφές ευθανασίας: η εσωτερική και η εξωτερική. Ως εσωτερική όριζε την ψυχική ετοιμότητα για τον θάνατο και ως εξωτερική την ιατρική βοήθεια για την λύτρωση ενός ασθενή από τον πόνο (Emanuel, 1994). Με την πάροδο του χρόνου και φτάνοντας προς τον Διαφωτισμό, οι απόψεις περί των θετικών επιδράσεων της ευθανασίας σε περιπτώσεις βέβαιου θανάτου άρχισαν να κερδίζουν περισσότερο έδαφος. Πιο συγκεκριμένα, ο Νίτσε (1844-1900), ένας από τους μεγαλύτερους στοχαστές και φιλοσόφους των νεώτερων χρόνων τόνισε πως ένας άνθρωπος πρέπει να πεθαίνει περήφανος, κάτι που δεν συμβαίνει σε περιπτώσεις που ο ασθενής βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο μιας αρρώστιας.

Από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα έχουν γίνει πάρα πολλές προσπάθειες για να κατοχυρωθεί το δικαίωμα κάποιου ασθενή στην ευθανασία ή την υποβοηθούμενη από γιατρό αυτοκτονία. Παρ'όλα αυτά ακόμα και στις μέρες μας δεν υπάρχει ένα θεσμοθετημένο νομικό πλαίσιο με παγκόσμια ισχύ που να επιτρέπει την ευθανασία. Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά τις

ευρωπαϊκές χώρες μόνο στο Βέλγιο, την Ολλανδία και το Λουξεμβούργο έχει νομιμοποιηθεί το δικαίωμα στην ευθανασία με πολύ αυστηρούς νόμους και σε πολύ ειδικές περιπτώσεις. Στην Ελλάδα θρησκευτικοί και κοινωνικοί παράγοντες δεν επιτρέπουν τη νομιμοποίησή της. Στον τομέα της θρησκείας θεωρείται το μεγαλύτερο αμάρτημα, καθώς σύμφωνα με την επίσημη θρησκεία του κράτους, τον Ορθόδοξο Χριστιανισμό, ο Θεός έδωσε ζωή στους ανθρώπους και μόνο Αυτός μπορεί να τους την πάρει με όποιον τρόπο επιθυμεί. Μάλιστα, όποιος διαπράξει αυτοχειρία απαγορεύεται να ταφεί με θρησκευτική κηδεία. Κοινωνικά, η ευθανασία θεωρείται εγκληματική πράξη και μη αποδεκτή από το μεγαλύτερο μέρος της κοινωνίας.

Οι υποστηρικτές της νομιμοποίησης επιχειρηματολογούν σχετικά με τον σεβασμό που είναι αναγκαίο να υπάρχει στην ανθρώπινη ύπαρξη. Θεωρούν πως είναι αναυθαίρετο δικαίωμα του καθενός να αποφασίζει αν επιθυμεί να ζήσει ή να βάλει τέλος στη ζωή του, εφόσον ο θάνατός του είναι αναπόφευκτος και βασανίζεται καθημερινά από πόνους. Επιπλέον, τονίζουν πως μία κοινωνία που σέβεται τον άνθρωπο, πρέπει να σέβεται και την επιθυμία του να τερματίσει την ζωή του με αξιοπρέπεια και όχι να ζει υποφέροντας μέχρι να επέλθει ο θάνατος. Τέλος, επισημαίνουν πως σε ορισμένες περιπτώσεις η ευθανασία ή η υποβοηθούμενη από γιατρό αυτοκτονία είναι η μόνη λύση να απαλλαγούν οι ασθενείς από φριχτούς πόνους.

Από την άλλη πλευρά, όσοι είναι αντίθετοι με τη νομική κατοχύρωση της ευθανασίας, τεκμηριώνουν τις θέσεις τους με βάση ηθικούς και αξιακούς κανόνες. Επιπρόσθετα, επισημαίνουν πως σε μία τέτοια περίπτωση οι ασθενείς ενδεχομένως να χάσουν την εμπιστοσύνη τους στους ιατρούς, αφού οι δεύτεροι είναι πιθανό να οδηγούν στην ευθανασία ασθενείς κατά το δοκούν χωρίς την θέλησή τους. Κάποιοι άλλοι τάσσονται υπέρ της ευθανασίας και της υποβοηθούμενης από γιατρό αυτοκτονίας, αλλά δεν υποστηρίζουν την νομοθετική κατοχύρωση. Καταλήγοντας, οι απόψεις που έχουν διατυπωθεί είναι πολλές και το συγκεκριμένο ζήτημα αποτελεί ένα πεδίο για ενδελεχή έρευνα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΤΟ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

2.1 Η ΣΥΜΒΑΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ

Το 1953 η Ευρωπαϊκή Σύμβαση Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων επεσήμανε το αναφαίρετο δικαίωμα του κάθε ανθρώπου στη ζωή. Πιο νωρίς, το 1949 είχε θεσπιστεί ο Διεθνής Κώδικας Ιατρικής Ηθικής, στον οποίο έγινε τροποποίηση από τις Γενικές Συνελεύσεις της Παγκόσμιας Ιατρικής Εταιρείας (WMA). Ο προαναφερθέν κώδικας τόνισε την υποχρέωση κάθε ιατρού να παρέχει την απαραίτητη φροντίδα στον ασθενή του μέχρι να πεθάνει από φυσικά αίτια, απαγορεύοντας ρητά την επίσπευση του θανάτου. Στην συνέχεια, ακολούθησαν κι άλλες διακηρύξεις, όπως αυτή στο Ελσίνκι το 1964 όπου απαγορεύθηκε η χρήση του αρρώστου ως πειραματόζωο, το 1970 στο Όσλο σχετικά με την διακοπή της κηλίσεως σε εξαιρετικές περιπτώσεις, το 1981 στη Λισαβόνα αναφορικά με την θανατική ποινή των κατάδικων (Ρομπογιαννάκη, 2006).

Στη Διακήρυξη της Βενετίας το 1983 τέθηκε το ζήτημα της ευθανασίας, μιας μεθόδου η οποία απαγορεύθηκε και τονίστηκε πως το έργο των ιατρών είναι να διατηρούν τον άνθρωπο στη ζωή με κάθε τρόπο, να φροντίζουν για το συμφέρον των ασθενών και να μην προβούν σε καμία ενέργεια που θα επισπεύσει τον θάνατό τους ακόμα κι αν βρίσκονται στο τελικό στάδιο (Κουτσελίνης, 2006). Τις τελευταίες δεκαετίες το ζήτημα της ευθανασίας ή της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας έχει κάνει την εμφάνισή του ανάμεσα στα ερευνητικά ερωτήματα που απασχολούν μεγάλο μέρος της επιστημονικής κοινότητας. Ο πρώτος λόγος αφορά σε πρώτο πλαίσιο την αναζήτηση της ιατρικής ευθύνης, ενώ ιδιαίτερα πολλές μελέτες έχουν γίνει και για τα δικαιώματα των ασθενών (Κριάρη, 2006) .

Η Ελλάδα υπέγραψε το 1997 την Ευρωπαϊκή Σύμβαση που σχετίζεται με ζητήματα βιοϊατρικής και ανθρωπίνων δικαιωμάτων, αλλά δεν υπάρχει καμία αναφορά στα ζητήματα της ευθανασίας ή τις ιατρικώς βοηθούμενης αυτοκτονίας. Παρ' όλα αυτά, κάποια άρθρα σχετίζονται με τα δικαιώματα του ασθενή και είναι αξιοσημείωτα. Το άρθρο 5 επισημαίνει πως για να πραγματοποιηθεί μία επέμβαση είναι αναγκαίο να υπάρχει η σύμφωνη γνώμη του ασθενή. Ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται για την διαδικασία της επέμβασης, για τον σκοπό της, καθώς επίσης και για εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας. Το άρθρο αυτό στόχευε στο να

περιορίσει τις αυθαιρεσίες των ιατρών και να ενισχύσει την αυτονομία των ασθενών (Council of Europe, 1996).

Το άρθρο 9 αναφέρεται στις περιπτώσεις που ο ασθενής δεν είναι σε θέση να εκφέρει κάποια άποψη λόγω της κατάστασής του, αλλά έχει εκφράσει εγγράφως την επιθυμία του για κάτι πριν περιέλθει σε αυτή την κατάσταση (π.χ να γίνει δωρητής οργάνων). Ο γιατρός είναι απαραίτητο να λάβει υπόψη του και να επεξεργαστεί το αίτημα του ασθενή του, αλλά ταυτόχρονα δεν είναι υποχρεωμένος να πραγματοποιήσει την επιθυμία του για πολλούς λόγους. Αρχικά, ένα άτομο είναι αδύνατο να αποφασίζει εκ των προτέρων για κάτι διότι μία ασθένεια είναι δυνατό να αλλάξει τον τρόπο που σκέφτεται. Επιπλέον, δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που βρίσκονται νέες μέθοδοι θεραπείας, αφού δημοσιοποιηθεί η επιθυμία του ασθενή. Τέλος, είναι απαραίτητο να υπάρχει ένα νομοθετικό πλαίσιο το οποίο θα υπογραμμίζει τους όρους σύμφωνα με τους οποίους πρέπει να δημοσιοποιηθεί μία τέτοια επιθυμία (Herman, 1997).

Μέσα από την συγκεκριμένη σύμβαση εξάγονται κάποια συμπεράσματα για τα δικαιώματα του ασθενή: Πρώτον, έχει το δικαίωμα να αποφασίσει αν θέλει να κάνει μία επέμβαση και δεύτερον έχει την δυνατότητα να εκφράσει εκ των προτέρων κάποιες επιθυμίες του. Στην συνέχεια όμως, υπάρχουν κάποια άρθρα που περιορίζουν τα δικαιώματά του σε ειδικές συνθήκες. Σύμφωνα με το άρθρο 26, υπάρχει η δυνατότητα να μην ληφθούν υπόψη για λόγους εξυπηρέτησης συλλογικών αγαθών (π.χ δημόσια υγεία και ασφάλεια). Ακόμα, το άρθρο 1 αναφέρει ότι σε καταστάσεις που είναι αναγκαία μία επέμβαση και ο ασθενής αδυνατεί να συναινέσει απαιτείται η έγκριση ενός αρμόδιου ατόμου ή οργάνου (π.χ άτομα με ψυχικές διαταραχές). Τέλος, σύμφωνα με το άρθρο 2 απαγορεύτηκε η διακοπή θεραπείας για οποιονδήποτε λόγο (π.χ επιβάρυνση οικονομικού κόστους). Καταλήγοντας, τονίζεται πως κάθε ζωή έχει αξία και ο γιατρός πρέπει να δρα για το συμφέρον του ασθενή (Ρομπογιαννάκη, 2006).

2.2 Η ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΣΤΟ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΔΙΚΑΙΟ

Η ρύθμιση των ζητημάτων της ευθανασίας και της ιατρικώς βοηθούμενης αυτοκτονίας καθορίζονται από το νομοθετικό πλαίσιο κάθε χώρας ανάλογα με τις ηθικές αξίες, την θρησκεία και τον πολιτισμό του λαού της. Γενικά, ο βασικός κανόνας είναι ο σεβασμός στη ζωή και στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια, οπότε κάθε τρόπος επίσπευσης του θανάτου είναι κατακριτέος. Σε ορισμένες περιπτώσεις όμως, υπάρχει θετική στάση απέναντι στην παθητική ευθανασία, με την παύση χορήγησης θεραπείας όταν ο ασθενής βρίσκεται στο τελικό στάδιο μιας ανίατης ασθένειας. Τότε ο γιατρός σέβεται την επιθυμία του ασθενή και φροντίζει για το συμφέρον του, το οποίο στην προκειμένη περίπτωση είναι να πεθάνει ώστε να τελειώσουν οι πόνοι και τα βάσανά του. Ακόμα, σε συνθήκες που ο ασθενής βρίσκεται για μεγάλο διάστημα σε κωματώδη κατάσταση με την σύμφωνη γνώμη των συγγενών ο γιατρός σταματάει την παροχή τροφής και ενυδάτωσης μέσω των μηχανημάτων. Σε τέτοιου είδους συνθήκες πρόκειται για το δικαίωμα στον αξιοπρεπή θάνατο (Ρομπογιαννάκη, 2006).

Παρ' όλα αυτά, η θεσμοθέτηση δηλώσεων των ασθενών που προτιμούν τη μέθοδο της ευθανασίας έχει προκαλέσει πολλές αντιδράσεις. Αρχικά, οι ασθενείς βρίσκονται σε μία ευάλωτη κατάσταση, οπότε είναι δυνατό να επηρεαστούν από οποιοδήποτε μέσο πίεσης για να υπογράψουν μία τέτοια δήλωση. Για παράδειγμα, ενδεχομένως να πιέζονται από τους συγγενείς που αδυνατούν να ανταπεξέλθουν στα έξοδα της νοσηλείας και της θεραπείας ή να επηρεάζονται από την γνώμη των γιατρών αναφορικά με το χρονικό περιθώριο που προσδοκάται να ζήσουν. Ταυτόχρονα, υπάρχει από την κοινωνία αρνητική στάση απέναντι στην ενεργητική ευθανασία κατά την οποία ο γιατρός χορηγεί φάρμακο στον ασθενή για να επισπεύσει τον θάνατό του και την ιατρικώς βοηθούμενη αυτοκτονία όπου ο γιατρός δίνει το φάρμακο στον ασθενή και το χορηγεί ο ίδιος στον εαυτό του. Ο λόγος σχετίζεται με τα αποτελέσματα που θα φέρει στην κοινωνία μία τέτοια νομιμοποίηση, καθώς θα αυξήσει τις αυθαιρεσίες των γιατρών και θα βρεθούν στο στόχαστρο άνθρωποι από κατώτερες κοινωνικές και οικονομικές τάξεις και άτομα ευάλωτα, όπως είναι οι ηλικιωμένοι, τα βρέφη και αυτοί που πάσχουν από κατάθλιψη. Μία τέτοια ρύθμιση είναι γεγονός πως θα ταύτιζε την βοήθεια στην αυτοκτονία με το δικαίωμα στον θάνατο, ενώ ηθικά η αξία της ανθρώπινης ζωής είναι ανώτερη όλων (Guillod, 1997).

Πιο ειδικά, στο Ηνωμένο Βασίλειο, την Ιρλανδία και την Γαλλία η νομοθεσία απαγορεύει ρητά την οποιαδήποτε ιατρική βοήθεια στην επίσπευση του θανάτου ενός ασθενή. Η αρωγή σε

μία τέτοια πράξη έχει την ίδια βαρύτητα με μία δολοφονία, καθώς η σημασία της ζωής έχει τη μεγαλύτερη αξία. Συνεπώς, οποιαδήποτε άμεση ή έμμεση μέθοδος βοήθειας στην αυτοκτονία κάποιου συνιστά ποινικό αδίκημα (Grubb, 2001). Σε περίπτωση όμως που ο γιατρός χορηγήσει μία παυσίπονη αγωγή στον ασθενή κι αυτή επιφέρει θάνατο ο γιατρός δεν θα υποστεί κάποια ποινή εφόσον αποδείξει πως στόχος του ήταν να ανακουφίσει και να φροντίσει τον ασθενή κι όχι να τον οδηγήσει στον θάνατο. Παρά την μεγάλη αξία που έχει η ανθρώπινη ζωή στο αγγλικό δίκαιο, δίνεται το δικαίωμα στον ασθενή να αποφασίσει αν θα ακολουθήσει μία θεραπεία ή όχι ακόμα κι αν η αρνητική του απάντηση πρόκειται να οδηγήσει στο θάνατό του, ενώ στην Ιρλανδία επιτρέπεται η απομάκρυνση μέσω υποστήριξης σε ασθενείς τελικού σταδίου εφόσον ζητηθεί από τους οικείους του (Morris, 1996).

Στην Ολλανδία οι αντιλήψεις και η νομοθεσία είναι πολύ διαφορετικά. Σύμφωνα με νόμο που ψηφίστηκε το 2002 ο ιατρός δεν διώκεται για ποινικό αδίκημα εάν υπάρχουν συγκεκριμένες προϋποθέσεις. Πρώτα από όλα, δίνεται μεγάλη σημασία στη βούληση του ασθενή, οπότε εάν αιτηθεί την ευθανασία ή την αρωγή του γιατρού στην αυτοκτονία του ο γιατρός δεν αντιμετωπίζει καμία κατηγορία. Επίσης, εάν ο ασθενής υποφέρει από δυσβάσταχτους πόνους και δεν υπάρχει πιθανότητα ανάκαμψης, έχει το δικαίωμα να αιτηθεί να του γίνει ευθανασία. Επιπλέον, εάν ο ιατρός ενημερώσει τον ασθενή για τις πιθανότητες που υπάρχουν να επιζήσει και για την προοπτική μιας θεραπείας, είναι δυνατό να αποφασίσουν μαζί εάν υπάρχει νόημα να προβούν σε μία θεραπεία ή αν είναι προτιμότερο να γίνει ευθανασία. Ακόμα, είναι αναγκαίο ο ιατρός να έχει την σύμφωνη γνώμη ενός ακόμα συναδέλφου του που θα εξετάσει τον ασθενή και θα αποφανθούν και οι δύο πως δεν υπάρχει πιθανότητα επιβίωσης. Τέλος, η ευθανασία ή η ιατρικώς βοηθούμενη αυτοκτονία είναι απαραίτητο να γίνει με τη μέγιστη φροντίδα, χωρίς να υποφέρει ο ασθενής (Verhagen & Sauer, 2005).

Σε περιπτώσεις που ο ασθενής είναι ανήλικος λαμβάνεται υπόψη η γνώμη η δική του κι όχι των γονέων του. Τα συγγενικά πρόσωπα εκφέρουν την άποψή τους μόνο σε περίπτωση που ο άνθρωπος τους αδυνατεί λόγω της κατάστασής του να λάβει κάποια απόφαση και δεν έχει εκφράσει την επιθυμία του. Είναι αξιοσημείωτο πως υπάρχει μία αρμόδια επιτροπή που ελέγχει αν ο ιατρός έχει προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες πριν χορηγήσει στον ασθενή φάρμακο που θα επισπεύσει τον θάνατό του. Ακόμα, κάθε χρόνο υποβάλλονται στον αρμόδιο υπουργό εκθέσεις με τις περιπτώσεις που χρειάστηκε να γίνει ευθανασία (Verhagen & Sauer, 2005).

Παρά την φαινομενική άρτια εξέταση των περιπτώσεων πριν προβούν σε ευθανασία, η νομοθεσία της Ολλανδίας εγείρει κάποια ζητήματα προς συζήτηση, καθώς υπάρχουν κάποια «κενά». Πρώτα από όλα, ο νόμος αναφέρεται σε μία αόριστη κατάσταση που θα μπορούσε να είναι και ψυχική, κάτι που με φαρμακευτική αγωγή θεραπεύεται και είναι λάθος ο ασθενής ουσιαστικά να τερματίσει την ζωή του ενώ υπάρχουν προϋποθέσεις να ζήσει. Ακόμα, ο νόμος δεν προβλέπει με ποιον τρόπο θα επιβεβαιώνεται η συναίνεση του ασθενή, καθώς αυτό μπορεί να οδηγήσει σε ιατρικές αυθαιρεσίες. Επιπλέον, θεωρείται λάθος να επιλέγει ένα παιδί ηλικίας 12-16 εάν επιθυμεί ή όχι να ζήσει, διότι είναι εύκολα μεταβλητός ο ψυχισμός του και δεν είναι ικανό σε μία τόσο νεαρή ηλικία να πάρει μία τόσο σοβαρή και υπεύθυνη απόφαση που αφορά την ζωή του. Τέλος, η επιτροπή ελέγχει τις περιπτώσεις ευθανασίας εκ των υστέρων, κάτι που ουσιαστικά δεν έχει καμία σημασία άμα ο ασθενής έχει ήδη πεθάνει και παρουσιαστεί αυθαιρεσία των γιατρών κατά την εξέταση του ζητήματος (Ρομπογιαννάκη, 2006).

Άλλες χώρες στις οποίες επιτρέπεται η ευθανασία είναι το Βέλγιο και το Λουξεμβούργο. Το Βέλγιο νομιμοποίησε την ευθανασία λίγους μήνες μετά την Ολλανδία. Η νομοθεσία σχετικά με αυτό το ζήτημα είναι ίδια με την διαφορά ότι η επιτροπή συγκαλείται πριν γίνει ευθανασία στον ασθενή. Επιπλέον, είναι αξιοσημείωτο πως μόλις το 2014 επιτράπηκε στους ασθενείς με ηλικία μικρότερη των 18 χρόνων να αποφασίζουν για την ζωή τους κι αφορά αποκλειστικά περιπτώσεις ασθενών που βρίσκονται στο τελικό στάδιο ανίατης αρρώστιας (Adams & Nys, 2014). Το 2009 το Λουξεμβούργο νομιμοποίησε την ευθανασία με κάποιες προϋποθέσεις. Είναι αναγκαίο να υπάρχει συναίνεση της ιατρικής ομάδας που παρακολουθεί την ασθένεια του ασθενή, να υπάρχει επίσης η σύμφωνη γνώμη ενός ανεξάρτητου γιατρού, ενός ατόμου που χαίρει της εμπιστοσύνης του ασθενή και να εγκριθεί εκ των προτέρων από την αρμόδια επιτροπή (Dyer et al, 2015).

Η Ελβετία και η Γερμανία δεν επιτρέπουν την ευθανασία, αλλά έχουν θετική στάση απέναντι στην ιατρικώς βοηθούμενη αυτοκτονία ασθενών τελικού σταδίου. Μάλιστα, στην Ελβετία έχουν δημιουργηθεί μη κερδοσκοπικές οργανώσεις- κλινικές που αναλαμβάνουν περιπτώσεις ανθρώπων που πάσχουν από ασθένειες που δεν θεραπεύονται, ώστε να τερματίσουν την ζωή τους. Είναι αξιοσημείωτο ότι σύμφωνα με την ελβετική νομοθεσία στις κλινικές αυτές δεν είναι ευπρόσδεκτοι μόνο Ελβετοί πολίτες, αλλά ασθενείς από όλο τον κόσμο έχουν τη δυνατότητα να μεταβούν εκεί προκειμένου να σταματήσουν την ζωή τους (Burkhardt et al, 2006).

2.3 Η ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΔΙΚΑΙΟ

Με βάση το ελληνικό Σύνταγμα ο άνθρωπος έχει δικαίωμα να αναπτύσσει την προσωπικότητά του και να διατηρήσει την αξιοπρέπειά του. Το Κράτος είναι υποχρεωμένο να απέχει από ενέργειες οι οποίες θα εμποδίσουν αυτή την ανάπτυξη και να λαμβάνει νέα μέτρα που θα την διευκολύνουν. Στο σημείο αυτό τίθεται το ερώτημα αν ο άνθρωπος στα πλαίσια της ελεύθερης έκφρασης της προσωπικότητάς του και της διατήρησης της αξιοπρέπειάς του έχει το δικαίωμα να αρνηθεί την συνέχιση μιας θεραπείας ή να αποφασίσει να σταματήσει τη ζωή του με την χορήγηση φαρμάκων (Πουλής, 2004) .

Στο ελληνικό Δίκαιο δεν υπάρχουν ρυθμίσεις που να καθορίζουν την στάση των γιατρών απέναντι στην ευθανασία, αλλά με βάση τις διατάξεις της Σύμβασης σχετικά με την βιοϊατρική -όπως αναφέρθηκε παραπάνω- ο άνθρωπος έχει το δικαίωμα να επιλέξει αν επιθυμεί να πραγματοποιήσει μία θεραπεία ή όχι. Παρ' όλα αυτά, ο γιατρός είναι υποχρεωμένος βάσει το κώδικα ιατρικής Δεοντολογίας να παρέχει την απαιτούμενη φροντίδα στον ασθενή, να προσπαθήσει μέχρι το τέλος να θεραπεύσει τις σωματικές και τις ψυχικές του ασθένειες και να μην πραγματοποιήσει καμία ενέργεια που θα επισπεύσει τον θάνατό του (Βουρδάμη, 2018) .

Στην Ελλάδα η ενεργητική ευθανασία συνιστά ανθρωποκτονία με δόλο και ο ιατρός που θα προβεί σε αυτή την πράξη διώκεται ποινικά, ακόμα κι αν με επιμονή εκφράστηκε αίτημα του θύματος ή αν ο γιατρός οδηγήθηκε σε αυτή την πράξη από ελεημοσύνη προς τον πάσχοντα. Εις ό, τι αφορά την έμμεση ευθανασία οι απόψεις ποικίλουν. Παρά το ότι απαγορεύεται από τη νομοθεσία και φυσικά τη νομιμοποίησή της αποτρέπουν και θρησκευτικοί λόγοι, εάν υπάρχουν αβάσταχτοι πόνοι στον ασθενή δίνεται μεγαλύτερη βάση στην αξιοπρέπειά του έναντι στη διατήρηση ζωής για μικρό χρονικό διάστημα (Κατράς, 2005) .

Το πιο σημαντικό πεδίο όμως στην Ελλάδα είναι αυτό της παθητικής ευθανασίας στα νοσοκομεία. Προκειμένου να μην τιμωρηθεί ο ιατρός για ανθρωποκτονία θα πρέπει να υπάρχουν κάποιες προϋποθέσεις. Αρχικά, είναι αναγκαίο ο ασθενής να πάσχει από θανατηφόρα ασθένεια και να είναι βέβαιο ότι ο θάνατος θα επέλθει πολύ σύντομα. Επίσης, είναι σημαντική η βούληση του ασθενή αφού θα πρέπει να έχει δηλώσει αν επιθυμεί την παράταση της ζωής του ή όχι. Τέλος, είναι σημαντικό ο γιατρός να έχει προβεί σε αυτή την πράξη μετά από επίμονη απαίτηση του ασθενή θέλοντας να δείξει ελεημοσύνη (Κατράς, 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΩΝ

3.1 Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΠΟΨΕΩΝ/ ΣΤΑΣΕΩΝ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ, ΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

3.1.1 Η ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΚΑΙ ΤΑ ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ

Έχουν διατυπωθεί πολλές ερμηνείες και προσεγγίσεις σχετικά με την στάση που είναι απαραίτητο να έχουν όσοι ασχολούνται με τον χώρο της υγείας. Οι υποστηρικτές της ευθανασίας τονίζουν πως οι επαγγελματίες υγείας είναι σημαντικό να σέβονται την επιθυμία των ασθενών τους που βρίσκονται στο τελικό στάδιο μιας ανίατης αρρώστιας, διότι με τον τρόπο αυτό δείχνουν σεβασμό και στην αυτονομία τους. Συνεπώς πρέπει να προχωρήσουν σε αυτή την πράξη ανεξάρτητα με τις προσωπικές τους πεποιθήσεις (Farsides, 1997). Ακόμα, αναφέρουν ότι η φροντίδα των ασθενών που είναι το κύριο μέλημα των επαγγελματιών υγείας επιτυγχάνεται καλύτερα όταν σέβονται την αυτοδιάθεσή τους (Willard, 1997). Ομοίως, επισημάνθηκε πως οι επαγγελματίες υγείας δεν πρέπει να αντιμετωπίζουν τον θάνατο με βάση την παραδοσιακή ηθική δεοντολογία, καθώς η καλύτερη μορφή θανάτου είναι ο αυτόνομος θάνατος.

Αντίθετα, αρκετοί επαγγελματίες υγείας τάσσονται ενάντια στην ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία, καθώς απαγορεύεται από την δεοντολογία τους η πρόκληση βλαβών στους ασθενείς. Ο θάνατος είναι μία κατάσταση που δεν ανατρέπεται και δεν έχει επιστροφή. Συνεπώς, το να βοηθήσει κάποιος γιατρός ή νοσηλευτής σε μία τέτοια βλάβη αντίκειται στην ηθική δεοντολογία (McInerney & Seibold, 1995). Επιπλέον, καταγράφονται δύο διαστάσεις στην αρχή μη πρόκλησης βλαβών. Πρώτα από όλα, τονίζεται η ιερότητα της ζωής στις θρησκείες που είναι διαδεδομένες ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας, οπότε δεν είναι εφικτό η ευθανασία να θεωρηθεί μία ηθική πράκτική. Επίσης, η γήρανση του πληθυσμού σε συνδυασμό με τις μεγάλες δαπάνες στον τομέα της υγείας έχει ως αποτέλεσμα να μην μπορεί να θεωρηθεί ηθική καμία τέτοια πρακτική (Quagnebeur et al, 2009).

Η αρχή της ευεργεσίας εγείρει μία σημαντική υποχρέωση στον γιατρό, η οποία είναι να προστατεύσει τα νόμιμα συμφέροντα των ασθενών του. Στο σημείο αυτό παρουσιάζεται

αμφίσημη η ερμηνεία. Πρώτα από όλα, έχει τονιστεί πως η αξιοπρέπεια της ζωής έχει μεγαλύτερη σημασία από την διάρκεια ζωής του ασθενούς (Ellis, 1991). Επιπλέον, έχει αναφερθεί πως μία επώδυνη θεραπεία έχει άμεση σχέση με την ποιότητα ζωής του ασθενούς (Zimbelman, 1994). Αντίθετα, έχει υποστηριχθεί αφ' ενός πως ο ασθενής δεν μπορεί να γνωρίζει τι είναι από ιατρικής άποψης καλό γι' αυτόν (Davis et al, 1997), κι αφ' ετέρου πως ο γιατρός δεν είναι σωστό να συμμετέχει σε πρακτικές ευθανασίας ή υποβοηθούμενης αυτοκτονίας ακόμα κι αν αισθάνεται συμπόνια για τον ασθενή και επιθυμεί να τον λυτρώσει (Goodman, 1996). Συνεπώς, δεν είναι δυνατό να τεκμηριωθεί με απόλυτη ακρίβεια τί είναι προς το συμφέρον του ασθενή και τι πρακτικές είναι ικανές να βοηθήσουν στην κατάστασή του.

Ένα ακόμα ηθικό δίλημμα είναι η αρχή της δικαιοσύνης σύμφωνα με την οποία η ιατρική φροντίδα είναι αναγκαίο να ταυτίζεται με την ηθική και την δικαιοσύνη. Φυσικά και ως προς αυτό το ζήτημα έχουν υποστηριχθεί αντικρουόμενες απόψεις. Από την μία πλευρά, έχει υποστηριχθεί πως σε περιπτώσεις που ο ασθενής βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο μιας επίπονης ασθένειας είναι δίκαιο να μην βασανίζεται και οι ιατροί να συνδράμουν στην φροντίδα του μέσω της ευθανασίας ή της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας (Kushe, 1997). Ακόμα, έχει αναφερθεί πως είναι άδικο ο γιατρός να μην σεβαστεί το αίτημα του ασθενή όταν όλα τα συμπτώματα δείχνουν πως δεν υπάρχει καμία πιθανότητα επιβίωσης και πως υποφέρει από φριχτούς πόνους μην έχοντας καμία ποιότητα στη ζωή του και περιμένοντας να πεθάνει αργά και βασανιστικά (Allmark, 1993).

Τέλος, έχει επισημανθεί η επαγγελματική ακεραιότητα των γιατρών και των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με την ηθική της ευθανασίας. Η επαγγελματική ακεραιότητα έχει ταυτιστεί με την ευθύνη των γιατρών απέναντι στα συμφέροντα των ασθενών τους και αποτελεί σημαντικό επιχείρημα υπέρ της ευθανασίας (White, 1999). Αντίθετα, έχει υποστηριχθεί πως δεν προάγεται ούτε η φροντίδα ούτε η ποιότητα ζωής με την ευθανασία στους ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο και οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να έχουν μία πιο αντικειμενική στάση και να μην ταυτίζονται με τους ασθενείς (Beech, 1995). Καταλήγοντας, τα ηθικά διλήμματα που απασχολούν τους επαγγελματίες υγείας είναι αρκετά και αυτός είναι ο λόγος που πολύ συχνά παρουσιάζονται αρνητικά διακείμενοι απέναντι στην ευθανασία και στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία σε σχέση με τους υπόλοιπους πολίτες.

3.1.2 ΟΙ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

Είναι γεγονός πως η αποδοχή της ευθανασίας και της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας αυξάνεται με την πάροδο των χρόνων στις ευρωπαϊκές χώρες και τις Η.Π.Α, ενώ αντίθετα στα κράτη της ανατολικής Ευρώπης εμφανίζεται μεγαλύτερη αντίσταση σχετικά με τη νομιμοποίηση αυτής της πρακτικής. Είναι αξιοσημείωτο πως υπάρχει ένα πλήθος δημογραφικών παραγόντων, το οποίο ασκεί επιρροή στις στάσεις και τις αντιλήψεις των ατόμων που ασχολούνται με τον χώρο της υγείας απέναντι στο θάνατο, την ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Πιο συγκεκριμένα, το φύλο, η ηλικία, η κοινωνική τάξη, το οικονομικό εισόδημα και η εκπαιδευτική κατάρτιση έχουν άμεση σχέση με τις αντιλήψεις που διαμορφώνονται.

Εις ό, τι αφορά το φύλο θα μπορούσε να θεωρηθεί πως υπάρχουν διαφορές στις στάσεις και τις αντιλήψεις απέναντι στην ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία λόγω κάποιων γενικών χαρακτηριστικών των φύλων. Οι γυναίκες είναι από την φύση τους πιο ευαίσθητες και συναισθηματικές. Αυτό τεκμηριώνεται μέσα από έρευνες που αποδεικνύουν πως από μικρή ηλικία εκφράζουν τα συναισθήματά τους και χρησιμοποιούν πλήθος λέξεων για να τα μεταδώσουν στους οικείους τους. Από την άλλη πλευρά, οι άντρες είναι κατά κύριο λόγο πιο ορθολογιστές και δεν ενεργούν με γνώμονα το συναίσθημα γι' αυτό και παρουσιάζονται πιο αντικειμενικοί στην κρίση τους σε σχέση με τις γυναίκες. Με βάση αυτές τις σταθερές θα μπορούσαμε να υποθέσουμε πως οι γυναίκες θα αντιμετώπιζαν μεγαλύτερη δυσκολία στο να αποφασίσουν αν θα συμμετείχαν σε κάτι τέτοιο ή όχι. Ο λόγος είναι ότι από την μία πλευρά, θα αισθάνονταν θλίψη για τα βάσανα που υπομένουν οι άνθρωποι που βρίσκονται στο τελικό στάδιο μιας ασθένειας και θα επιθυμούσαν να τους απαλλάξουν από μία επώδυνη θεραπεία που δεν θα έφερε κανένα αποτέλεσμα. Από την άλλη πλευρά, η ευαισθησία τους δεν θα τις άφηνε να αφαιρέσουν την ζωή ενός ανθρώπου. Αντίθετα, οι άντρες που δρουν πιο αντικειμενικά θα είχαν μια πιο ξεκάθαρη άποψη με βάση τα προσωπικά τους πιστεύω χωρίς να επηρεάζονται από συναισθηματισμούς. Παρόλα αυτά, δεν έχει παρατηρηθεί κάποια ουσιαστική διαφορά στα δύο φύλα σε σχέση με την στάση τους και τις αντιλήψεις τους για την ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία (Periyakoil, 2018).

Ένας άλλος παράγοντας που είναι δυνατό να επηρεάσει τους επαγγελματίες υγείας στις αντιλήψεις τους είναι η ηλικία. Θα μπορούσε να θεωρηθεί πως οι μεγαλύτεροι ηλικιακά έχουν

πιο παγιωμένες αντιλήψεις σε σχέση με τέτοιου είδους ηθικά διλήμματα φανερά επηρεασμένοι από πολιτισμικούς και θρησκευτικούς παράγοντες. Ως αποτέλεσμα υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα να ταχθούν κατά της νομιμοποίησης της ευθανασίας και της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Αντιθέτως, οι νέοι έχουν την τάση να είναι πιο αντισυμβατικοί και ρεαλιστές, να αμφισβητούν την παραδοσιακή τάξη πραγμάτων, να διαμορφώνουν αντιλήψεις αντίθετες με τα στερεότυπα της εποχής και να εκφράζουν νέες απόψεις υπό νέο πρίσμα, θέλοντας να κάνουν αλλαγές που θα βοηθήσουν στην εξέλιξη και σε καλύτερες συνθήκες διαβίωσης των ανθρώπων. Υπό αυτές τις συνθήκες είναι πιο πιθανό να υποστηρίξουν τη νομιμοποίηση της ευθανασίας υπό αυστηρές προϋποθέσεις, προκειμένου να ανακουφιστούν όσοι άνθρωποι υποφέρουν και δεν έχουν πιθανότητες ανάκαμψης. Παρ'όλα αυτά, κάποιες έρευνες έχουν αναδείξει ότι δεν υφίσταται κάποια σημαντική διαφορά (Worthen & Yeatts, 2001). Σε αντίθεση με την παραπάνω θεωρία και με την έρευνα των Worthen & Yeatts, καταγράφηκε πως οι άνθρωποι μεγαλύτερης ηλικίας είναι πιο υποστηρικτικοί απέναντι στο ζήτημα της ευθανασίας και της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας σε σχέση με τους νέους (Periyakoil, 2018).

Επιπλέον, η κοινωνική τάξη και το οικονομικό εισόδημα φαίνεται να αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν τις αντιλήψεις και την στάση απέναντι στο ζήτημα της ευθανασίας και της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Εκ πρώτης όψεως θα προέκυπτε πως οι άνθρωποι που ανήκουν σε υψηλή κοινωνική τάξη κι έχουν μεγάλο εισόδημα θα τάσσονταν υπέρ της ευθανασίας, διότι αν υπέφεραν από μία αρρώστια στο τελικό στάδιο αφ' ενός θα μπορούσαν να καλύψουν τα έξοδα μιας τέτοιας πράξης και αφ' ετέρου θα είχαν μάθει να ζουν με υψηλή ποιότητα, οπότε οι δυσκολίες και ο πόνος θα ήταν ακόμα πιο δύσκολο να γίνουν υποφερτά από αυτούς. Η υπόθεση αυτή επιβεβαιώθηκε έπειτα από έρευνα στην Κίνα όπου αναδείχθηκε πως οι άνθρωποι με υψηλό οικογενειακό εισόδημα αντιμετωπίζουν θετικά τη νομιμοποίηση της ευθανασίας (Chong & Fok, 2009).

Τέλος, αξιoσημείωτος είναι ο παράγοντας της μόρφωσης και της εκπαιδευτικής κατάρτισης των επαγγελματιών υγείας. Από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα που ξεκίνησε να ερευνάται πιο συστηματικά και να γίνεται προσπάθεια να νομιμοποιηθεί η ευθανασία και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία έχει διατυπωθεί η άποψη ότι αυτοί που υποστήριζαν εξ αρχής τη νομιμοποίησή τους ήταν οι πιο μορφωμένοι άνθρωποι που αντιλαμβάνονταν τις ευεργετικές συνέπειες της ευθανασίας (Caddell & Newton, 1995). Το μορφωτικό επίπεδο έχει άμεση επίδραση και στις αντιλήψεις για ζητήματα που αφορούν τα ανθρώπινα δικαιώματα, την αυτοδιάθεση και την

προσωπική αίσθηση αυτονομίας. Συνεπώς, ήταν λογικό να διαπιστωθεί πως οι άνθρωποι με υψηλό μορφωτικό επίπεδο ήταν υπέρ της ευθανασίας και της υποβοηθούμενης από γιατρό αυτοκτονίας. Η μόρφωση σε συνδυασμό με την εμπιστοσύνη σε ένα σύστημα υγείας που δεν θα επέτρεπε αυθαιρεσίες αλλά θα έκρινε αυστηρά τις περιπτώσεις των ασθενών που αιτούνταν ευθανασία ώθησε πολλούς επιστήμονες να έχουν θετική στάση απέναντί της (Koneke, 2014).

Όσον αφορά την επαγγελματική κατάρτιση είναι σημαντικό να αναφερθεί ο τομέας της ειδικότητας που οδηγεί σε διαφοροποιήσεις σχετικά με την στάση των επαγγελματιών υγείας. Θεωρητικά, θα ήταν λογικό να υποθέσουμε πως οι γιατροί, οι νοσηλευτές, οι ψυχίατροι και οι ψυχολόγοι που εργάζονται σε περιβάλλοντα με ασθενείς που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο ανίατων ασθενειών είναι πιο πιθανό να ταχθούν υπέρ της νομιμοποίησης της ευθανασίας και της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Αφ' ενός, γιατί παρακολουθούν καθημερινά τους πόνους που βιώνουν, αντιλαμβάνονται την απελπισία και την ανάγκη τους να απαλλαγούν από την κατάσταση που βρίσκονται. Παρ' όλα αυτά οι έρευνες έδειξαν τα αντίθετα αποτελέσματα. Πιο συγκεκριμένα, έχει καταγραφεί πως οι γιατροί που εργάζονται σε κλινικές με περιπτώσεις ασθενών που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο της αρρώστιας (π.χ ογκολογικές κλινικές) είναι τις περισσότερες φορές αντίθετοι απέναντι σε μεθόδους και πρακτικές που επισπεύδουν τον θάνατο (Parker, 2008). Σε μελέτη αναφορικά με τις αντιλήψεις των ψυχολόγων διαπιστώθηκε πως η στάση τους σχετίζεται με την ικανότητα των ασθενών να αντιληφθούν την πραγματική διάσταση του αιτήματός τους για ευθανασία (Johnson, 2015).

Συμπεραίνοντας, είναι αρκετοί οι παράγοντες που επηρεάζουν τις αντιλήψεις και την στάση των επαγγελματιών υγείας στα ζητήματα της ευθανασίας και της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Οι έρευνες οδηγούν σε αξιοσημείωτα συμπεράσματα, καθώς πολλές φορές αποδεικνύουν πως στη πράξη ισχύει κάτι αντίθετο με την επικρατούσα άποψη και χρησιμεύουν στην εξέλιξη διάφορων επιστημονικών κλάδων και στην καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων, όπως είναι η επαφή με ανθρώπους που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο μιας ανίατης αρρώστιας.

3.2 Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΕΠΑΦΗΣ ΜΕ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΤΗΝ ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΖΗΤΗΜΑ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

3.2.1 ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Είναι γεγονός πως όταν αναφερόμαστε στο ζήτημα της ευθανασίας δεν προκύπτει από τον ορισμό της ότι η βοήθεια σε μία τέτοια ενέργεια θα είναι οπωσδήποτε από τον γιατρό. Σε κάθε περίπτωση όμως, είναι ο απόλυτα αρμόδιος να εκτιμήσει την κατάσταση του ασθενή, την έλλειψη κάθε ελπίδας για ανάκαμψη και την αναποτελεσματικότητα της θεραπείας που ακολουθεί. Καθώς οποιοσδήποτε άλλος δεν είναι εφικτό να έχει μία τεκμηριωμένη γνώμη, είναι αναγκαίο -ακόμα κι αν οι συγγενείς του ασθενή συμφωνούν με την ευθανασία- ο γιατρός να είναι ο φυσικός αυτουργός, αυτός δηλαδή που θα προβεί στην ενέργεια της ευθανασίας.

Είναι απαραίτητο να τονιστεί πως από τον ορισμό της ευθανασίας προκύπτει άμεσα η πρόκληση θανάτου σε ασθενή που πάσχει από ανίατη ασθένεια και υποφέρει χωρίς να υπάρχει κάποια μέθοδος θεραπείας ικανή για να βοηθήσει στην επιβίωσή του. Η πρόκληση του θανάτου σύμφωνα με τον ορισμό δεν απαιτεί την αίτηση του ασθενή. Σε περιπτώσεις που ο ασθενής επίμονα επιζητά να του γίνει ευθανασία η αντιμετώπισή της από τον νόμο είναι διαφορετική. Συνεπώς, η ευθανασία και οι προβληματισμοί που προκαλεί δεν αφορούν μόνο την κατάσταση του ασθενή, αλλά και την βούλησή του. Επιπλέον, η ευθανασία δεν αφορά μόνο ασθενείς που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο μιας ασθένειας, αλλά και ανθρώπους που είτε έχουν γεννηθεί με κάποιες γενετικές ανωμαλίες και δεν υπάρχει μέθοδος θεραπείας ούτε δυνατότητα καλύτερευσης είτε ανθρώπους που δεν είναι αρτιμελείς και δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν (Αβραμίδης, 2005).

Οι απόψεις των ειδικών διαφοροποιούνται στα ζητήματα της ευθανασίας και της ιατρικώς βοηθούμενης αυτοκτονίας. Πιο συγκεκριμένα, όσοι τάσσονται υπέρ τονίζουν το πόσο δυσβάσταχτο είναι να ζει κάποιος με μία ανίατη ασθένεια. Υποστηρίζεται, πως όσοι πάσχουν από μία ασθένεια στην οποία δεν υπάρχει δυνατότητα θεραπείας ή δεν είναι αρτιμελείς, δεν μπορούν να ζήσουν όπως οι υπόλοιποι και κατ' επέκτασιν στερούνται πολλές απολαύσεις της ζωής και κυρίως την ικανότητα της δράσης. Σαν συνέπεια, συνήθως επιβαρύνουν τους συγγενείς τους οι οποίοι φροντίζουν για την κάλυψη των αναγκών τους. Επιπρόσθετα, παρατίθενται λόγοι ευγονικής, οι οποίοι αφορούν τις αρνητικές επιπτώσεις που έχει στην κοινωνία η διατήρηση στη ζωή ανθρώπων που δεν είναι υγιείς και αρτιμελείς και τα οικονομικά

βάρη με τα οποία επιβαρύνονται. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η γέννηση παιδιών με Σύνδρομο Down (Μητσόπουλος, 1980).

Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν επαγγελματίες που ασχολούνται με τον χώρο της υγείας και τονίζουν την αντίθεσή τους προς τέτοιες πρακτικές, πολλώ δε μάλλον τη νομιμοποίησή τους. Υποστηρίζουν πως οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στη ζωή τους αυτοί οι άνθρωποι είναι δυνατό να καταπολεμηθούν με ψυχική τόνωση και παροχή κατάλληλων οργάνων για την απάμβλυνση των σωματικών ελλείψεων ή βλαβών. Η συμπαράσταση της κοινωνίας είναι σημαντική στο έργο αυτό, ώστε τα άτομα αυτά να έχουν θάρρος να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες στη ζωή τους (Πέρρος, 2006). Ακόμα, υπάρχουν επαγγελματίες που τάσσονται κατά της νομιμοποίησης, αλλά υπέρ της ευθανασίας σε συγκεκριμένες περιπτώσεις που στον ασθενή δεν υπάρχει πιθανότητα επιβίωσης και καθημερινά έχει να υποστεί πόνους.

Στους επαγγελματίες υγείας υπάρχουν δυο ηθικές προσεγγίσεις της ευθανασίας: η συνεπειοκρατία και η δεοντολογία. Οι συνεπειοκράτες είναι επηρεασμένοι από διάφορα φιλοσοφικά ρεύματα και ταυτίζονται σε μεγάλο βαθμό με τον ωφελιμισμό. Ειδικότερα, θεωρούν πως ο άνθρωπος πρέπει να κάνει πάντα οτιδήποτε θα ωφελήσει τον μεγαλύτερο αριθμό ατόμων. Μάλιστα, ένας Άγγλος φιλόσοφος, ο Jeremy Bentham, εισήγαγε ένα σύστημα μαθηματικού υπολογισμού των θετικών και των αρνητικών συνεπειών. Στην περίπτωση της ευθανασίας είναι σημαντικό με βάση αυτή την προσέγγιση να οριστούν τα θετικά και τα αρνητικά αποτελέσματα αυτής της πράξης. Παρ' όλα αυτά δεν είναι εφικτό ο άνθρωπος να γνωρίζει εκ των προτέρων τις συνέπειες των πράξεών του και η λογική αυτή χαρακτηρίζεται επισφαλής και ανεπαρκής ως προς την ηθική της. Το μοναδικό θετικό αποτέλεσμα είναι ότι ο άνθρωπος μπορεί να γνωρίζει τις συνέπειες των πράξεών του και να μάθει από αυτές αλλά εκ των υστέρων. Συνεπώς, πρακτικά ως προς την ηθική της ευθανασίας η προσέγγιση αυτή δεν έχει καμία χρησιμότητα (Ρομπογιαννάκη, 2006).

Η δεύτερη προσέγγιση είναι αυτή της Δεοντολογίας που τονίζει πως για κάθε πράξη πρέπει εκ των προτέρων να έχουν τεθεί κάποιες ηθικές αξίες. Εκπρόσωπος της Δεοντολογίας είναι ο Emmanuel Kant, ο οποίος επεσήμανε την ύψιστη σημασία του καθήκοντος. Ο άνθρωπος που χαρακτηρίζεται από ηθική και αξίες θεωρεί ως ύψιστο αγαθό την ζωή και είναι υποχρεωμένος να την προστατεύσει πέρα από την οποιαδήποτε διάκριση και ειδική περίπτωση. Συνεπώς, ο άνθρωπος που υποστηρίζει την Δεοντολογία πρέπει να πράττει με γνώμονα την αξία της ζωής και να μην επικροτεί οποιαδήποτε πρακτική στοχεύει στην αφαίρεσή της (Kant, 1980). Η

Δεοντολογία χαρακτηρίζεται πιο ασφαλής μέθοδος, καθώς δεν σχετίζεται με υποθέσεις, αλλά με βασικούς κανόνες. Παρ' όλα αυτά, οι φιλόσοφοι Hume και Moore επεσήμαναν μία σύγχυση που υπάρχει στις σχολές Δεοντολογίας μεταξύ του «είναι» και του «πρέπει», οδηγώντας σε αυθαίρετα συμπεράσματα. Είναι αξιοσημείωτο πως η θεώρηση μιας έννοιας στην ύψιστη κλίμακα της ηθικής – στην περίπτωσή μας η ζωή- προϋποθέτει και τη γνώση και την κατανόηση του εννοιολογικού περιεχομένου της, κάτι που στην περίπτωση αυτή δεν είναι δυνατό να πραγματοποιηθεί (Ρομπογιαννάκη, 2006).

Οι δημοσκοπήσεις που έχουν λάβει χώρα παγκοσμίως τις τελευταίες δεκαετίες παρουσιάζουν διαφορετικά αποτελέσματα μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Όσον αφορά τους γιατρούς το 1990 σε έρευνα που πραγματοποίησε η Ιαπωνική Ιατρική Ένωση το 75% των γιατρών συμφώνησε πως θα σεβόταν την επιθυμία των ασθενών που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο μιας ανίατης ασθένειας. Το 1994 στην Ολλανδία σε μελέτη του Van der Wall το 44% των γιατρών τάχθηκε υπέρ της νομιμοποίησης της ευθανασίας. Την ίδια χρονιά το British Medical Journal δημοσίευσε έρευνα σύμφωνα με την οποία το 91% των γιατρών συμφώνησαν με την παθητική ευθανασία, το 12% δήλωσε πως έχει εφαρμόσει ενεργητική ευθανασία και το 46% ότι ήταν πρόθυμο να εφαρμόσει ενεργητική ευθανασία αν το υπαγόρευαν οι νόμοι. Τον Ιούνιο του 1994 δημοσιοποιήθηκε μία έρευνα στο New England Journal Medicine η οποία ανέδειξε πως το 54% των γιατρών ανεξαρτήτως ειδικότητας θεωρεί πως η ευθανασία είναι αναγκαίο να νομιμοποιηθεί.

Το 2001 ο Βρετανικός Ιατρικός Σύνδεσμος δημοσίευσε στο περιοδικό Journal of Medical Ethics μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ιαπωνικά νοσοκομεία. Το 54% του ιατρικού και το 53% του παραϊατρικού προσωπικού παραδέχτηκε ότι ασθενείς τους έχουν ζητήσει να προβούν σε ευθανασία. Από αυτούς το 5% των γιατρών και το 0% του παραϊατρικού προχώρησε στην μέθοδο της ενεργητικής ευθανασίας. Το 88% των ιατρών και το 83% των ατόμων που ασχολούνται με τα παραϊατρικά θεωρούν πως είναι αναμενόμενο ορισμένοι ασθενείς να κάνουν αίτηση για ευθανασία, αφού το 33% των πρώτων και το 23% των δεύτερων πιστεύουν πως από ηθικής άποψης είναι ορθό.

Στην Ελλάδα τον Οκτώβριο του 1994 στην εφημερίδα «ΤΑ ΝΕΑ» δημοσιεύτηκε μία έρευνα της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών σε μονάδες εντατικής θεραπείας. Το 53,1% των γιατρών πήρε αρνητική θέση απέναντι στην αφαίρεση ζωής με οποιονδήποτε τρόπο, ενώ το 23,6% είχε αντιληφθεί περιπτώσεις ενεργητικής και το 27,7% παθητικής ευθανασίας. Το 1995 το

Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων διεξήγαγε έρευνα για ζητήματα ιατρικής ηθικής μέσω των φοιτητών της ιατρικής. Το 77,5% απέρριψε την μη αντιμετώπιση λοιμώξεων και το 79,7% την μη χορήγηση διατροφής ως τρόπους να για επισπευθεί ο θάνατος σε ασθενείς τελευταίου σταδίου, ενώ το 53,4% των ιδίων δέχεται την παθητική ευθανασία. Εις ό, τι αφορά την ενεργητική ευθανασία απορρίφθηκε από το 57%.

Τα νούμερα που αναδεικνύουν οι έρευνες είναι σε κάθε περίπτωση διαφορετικά, καθώς – όπως έχει ήδη αναφερθεί- συντελούν πολλοί παράγοντες στη διαμόρφωση των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας. Καταλήγοντας, η απαγόρευση της νομιμοποίησης της ευθανασίας ωθεί πολλούς επιστήμονες να προβάλλουν αρνητική στάση προς τη νομιμοποίησή της.

3.2.2 Η ΕΠΙΡΡΟΗ ΤΗΣ ΕΠΑΦΗΣ ΜΕ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΗ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΑΝΤΙΛΗΨΕΩΝ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Είναι γεγονός πως βαρύνουσα σημασία στην στάση των επαγγελματιών έχει ο χρόνος που περνάνε δίπλα τους φροντίζοντας για τις ανάγκες τους. Ειδικότερα, όσοι βρίσκονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας ή σε κλινικές με ανίατες ασθένειες (πχ ογκολογικές κλινικές) έρχονται συνέχεια σε επαφή με ανθρώπους που επιθυμούν να τους γίνει ευθανασία, προκειμένου να μην υποφέρουν άλλο και να μην ταλαιπωρούν τους οικείους τους. Στις περιπτώσεις αυτές τα αιτήματα των ασθενών για ευθανασία ή ιατρικώς βοηθούμενη αυτοκτονία είναι πιο συχνά, καθώς οι ασθενείς που αντιμετωπίζουν τέτοιου είδους ασθένειες συνήθως πέφτουν σε κατάθλιψη και επιζητούν τον θάνατο για να λυτρωθούν. Ταυτόχρονα, υπάρχουν ασθενείς που όντες πλήρως συνειδητοποιημένοι και σε καλή ψυχολογική κατάσταση γνωρίζοντας πως η θεραπεία τους δεν θα φέρει κανένα θετικό αποτέλεσμα και θα υποφέρουν προτιμούν την μέθοδο της ευθανασίας.

Το περιβάλλον εργασίας λοιπόν, είναι πολύ σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την στάση των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την ευθανασία και την ιατρικώς βοηθούμενη αυτοκτονία. Πιο ειδικά, στη Γαλλία πραγματοποιήθηκε μία μελέτη που αφορούσε νοσηλευτές που εργάζονταν σε κέντρα παρηγορητικής φροντίδας, οι οποίοι ήταν λίγοτερο θετικοί απέναντι σε μεθόδους που επισπευδουν τον θάνατο. Αντίθετα, αυτοί που εργάζονταν σε κλινικές με μεγαλύτερο αριθμό νοσηλευτών και δεν επιδοτούνταν από φιλανθρωπικές ή θρησκευτικές οργανώσεις ήταν πιο θετικοί στις παραπάνω πρακτικές (Bendiane, 2007). Επιπλέον, έχει

αποδειχθεί πως οι νοσηλευτές που έχουν μεταπτυχιακό δίπλωμα είναι πιο πιθανό να είναι θετικοί στο να χορηγήσουν θανατηφόρο φάρμακο σε ασθενείς που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο μιας ασθένειας και δεν έχουν καμία πιθανότητα να επιβιώσουν (Evans, 2015).

Η εκπαίδευση των ειδικών σε κέντρα παρηγορητικής φροντίδας επηρεάζει πολύ τις αντιλήψεις τους αναφορικά με την ευθανασία. Στο Βέλγιο που η ευθανασία είναι νόμιμη αποδείχθηκε πως όσοι εργαζόνταν δίπλα σε ασθενείς που βρίσκονταν στο τελευταίο στάδιο ήταν πιο θετικοί απέναντι στην ευθανασία. Η φροντίδα των αρρώστων τους έφερνε σε επαφή με τον πόνο που αντιμετώπιζαν καθημερινά, με αποτέλεσμα η εμπλοκή τους στην ευθανασία να είναι πιο πιθανή. Ακόμα, αποδείχθηκε πως ο αριθμός των ασθενών τελικού σταδίου που νοσηλεύτηκαν τους τελευταίους δώδεκα μήνες είχε άμεση σχέση με την στάση των ειδικών απέναντι στις μεθόδους της ευθανασίας και της ιατρικώς βοηθούμενης αυτοκτονίας (Smets, 2011).

Η παρουσία του πόνου στους ασθενείς επηρεάζει τις αντιλήψεις των ειδικών σχετικά με τη μέθοδο της ευθανασίας. Πιο συγκεκριμένα, άτομα που υποστηρίζουν την ευθανασία δεν τάσσονται υπέρ της σε περιπτώσεις που ο ασθενής δεν βιώνει πόνο. Για παράδειγμα, υπάρχουν περιπτώσεις ασθενών που έχουν μικρό προσδόκιμο ζωής και γνωρίζοντάς το πέφτουν σε κατάθλιψη και επιζητούν ευθανασία ή ιατρικώς βοηθούμενη αυτοκτονία. Επιπλέον, κάποιοι ασθενείς μεγαλύτερης κυρίως ηλικίας δεν έχουν την ικανότητα να αυτοεξυπηρετηθούν και πολύ συχνά δηλώνουν την πρόθεσή τους για ευθανασία, χωρίς όμως να νιώθουν πόνο. Χαρακτηριστική είναι και η πρόθεση των συγγενών των ασθενών να προχωρήσουν σε μία τέτοια μέθοδο. Σε τέτοιου είδους καταστάσεις οι πιθανότητες να συμφωνήσει κάποιος ειδικός με τις μεθόδους της ευθανασίας και της βοηθούμενης απο γιατρό αυτοκτονίας είναι ελάχιστες (Worthen & Yeatts, 2001).

3.3 Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΘΡΗΣΚΕΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Η θρησκεία είναι ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν άμεσα τις αντιλήψεις και την στάση των ανθρώπων σε ηθικά διλήμματα, όπως είναι η ευθανασία και η ιατρικώς βοηθούμενη αυτοκτονία. Πολύ συχνά, η θρησκευτικότητα ταυτίζεται με την πνευματικότητα, κάτι που είναι λάθος καθώς διαφέρουν ως προς το εννοιολογικό τους

περιεχόμενο. Πιο ειδικά, όσον αφορά την θρησκευτικότητα πρόκειται για ένα σύνολο απόψεων και πρακτικών που καθιστούν πιο εύκολη την εγγύτητα με μία ανώτερη δύναμη, ενώ απαραίτητη προϋπόθεση είναι η ένταξη σε μία κοινότητα με ομόθρησκα μέλη. Αντίθετα, η πνευματικότητα περιλαμβάνει αντιλήψεις ενός ατόμου, τις οποίες απέκτησε μετά από προσπάθεια να ερμηνεύσει εσωτερικές πνευματικές αναζητήσεις και να βρει το νόημα της ζωής. Οι απόψεις αυτές αφορούν το συγκεκριμένο άτομο το οποίο δεν είναι αναγκαίο να τάσσεται υπέρ μιας θρησκείας ούτε να αποτελεί μέλος μιας ομάδας με παρόμοιες απαντήσεις.

Η σημασία της πνευματικότητας και της θρησκευτικότητας σε πολλές έρευνες ανέδειξε την ανάγκη για ποσοτική μέτρησή τους. Έτσι, δημιουργήθηκαν περισσότερα από 300 ερευνητικά εργαλεία, με στόχο να αποκαλύψουν τις συνέπειες ενός φαινομένου. Συνεπώς, στην περίπτωση αυτή τίθενται ερωτήσεις που αφορούν το ίδιο το άτομο, τις σχέσεις του με τους άλλους, με το περιβάλλον και με το υπερβατικό (Fisher, 2015). Οι ερευνητές δείχνουν ιδιαίτερη προτίμηση σε εργαλεία πολυδιάστατης μέτρησης που δίνουν πιο αντιπροσωπευτικές απαντήσεις. Τα κριτήρια που χρησιμοποιεί κάποιος ώστε να επιλέξει την πιο ορθή κλίμακα για την έρευνά του είναι: α) η δυνατότητα να εντοπίζει τις διαφορές ομάδων μία συγκεκριμένη χρονική στιγμή, β) να αντιλαμβάνεται τις αλλαγές που επιφέρει ο χρόνος, γ) τα ερωτήματά του να έχουν άμεση σχέση με τα ερωτήματα της έρευνάς του, δ) να μην εμφανίζει φαινόμενα οροφής, ε) να αναδεικνύει το μέγεθος της αλλαγής, άρα και την σημασία της μεταβολής.

Μεταξύ των εργαλείων έχει καταγραφεί η Κλίμακα Ημερήσιας Πνευματικής Εμπειρίας (Daily Spiritual Experience Scale- DSES). Σχεδιάστηκε το 2002 από τις Underwood και Teresi και διακρίνεται για την εγκυρότητά της. Αποτελείται από 16 υποκειμενικές ερωτήσεις οι οποίες δεν έχουν αποκλειστικά θρησκευτικό περιεχόμενο, οπότε είναι κατάλληλες για την μέτρηση και της θρησκευτικότητας και της πνευματικότητας. Στην πραγματικότητα, καταγράφει την συχνότητα κατά την διάρκεια της ημέρας που βιώνει το άτομο εμπειρικά και συναισθηματικά την σχέση του με το υπερβατικό, όπως επίσης και την έκταση των πνευματικών εμπειριών. Για τις απαντήσεις χρησιμοποιείται μία 6-βαθμη κλίμακα Likert και τα αποτελέσματα αθροίζονται. Το τελικό σύνολο είναι αντιπροσωπευτικό της πνευματικότητας του κάθε ατόμου και οι υψηλές τιμές αναδεικνύουν πολλές πνευματικές εμπειρίες ημερησίως. Η κλίμακα DSES θεωρείται απολύτως αξιόπιστη και ασφαλής μέθοδος και για τον λόγο αυτό χρησιμοποιείται σε μελέτες υγείας (Koenig et al, 2004).

Όπως αναφέρθηκε και πριν οι θρησκευτικές πεποιθήσεις είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας και για αυτό τον λόγο έχει μελετηθεί περισσότερο ως αίτιο της στάσης και των αντιλήψεων απέναντι στην ευθανασία και την ιατρικώς βοηθούμενη αυτοκτονία. Η πλειοψηφία των θρησκειών υποστηρίζουν την ιερότητα της ζωής και είναι αρνητικές προς οποιαδήποτε πρακτική επισπεύσει τον θάνατο. Μάλιστα, οι μονοθεϊστικές θρησκείες πιστεύουν πως η ευθανασία είναι φόνος και έγκλημα. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα του Χριστιανισμού που θεωρείται η επικρατέστερη θρησκεία που τονίζει πως κανένας άνθρωπος δεν έχει το δικαίωμα να αφαιρέσει μία ζωή, καθώς ο Θεός έδωσε την ζωή στον άνθρωπο και μόνο αυτός είναι ικανός να την πάρει πίσω. Η θρησκεία, η πίστη και το αίσθημα θρησκευτικότητας ασκούν άμεση επίδραση στην κοσμοθεωρία των ανθρώπων κι έχουν επιπτώσεις στις εκφάνσεις του καθημερινού βίου. Έτσι, όσο μεγαλύτερος είναι αριθμός της θρησκευτικότητας σε έναν άνθρωπο τόσο πιο αρνητική είναι η στάση του απέναντι στην ευθανασία.

Ειδικότερα, εξετάζοντας τις πιο διαδεδομένες θρησκείες παγκοσμίως παρατηρείται μηδενική ανοχή προς τέτοιες πρακτικές που στοχεύουν στην επίσπευση του θανάτου, ακόμα κι αν πραγματοποιούνται από ελεημοσύνη κι όχι δόλο. Η Ορθόδοξη Εκκλησία θεωρεί την ζωή ως το ύψιστο αγαθό που προσέφερε ο Θεός στον άνθρωπο και ταυτίζει την ευθανασία με την αυτοκτονία, θεωρώντας συνεργό σε δολοφονία οποιονδήποτε προβεί σε τέτοια μέθοδο. Στη Βίβλο η ζωή του ανθρώπου παρουσιάζεται να έχει σωτηριολογική σημασία, αφού η ζωή νίκησε τον θάνατο κι αυτό αποδείχθηκε μέσα από την Ανάσταση του Χριστού. Συνεπώς, από την στιγμή που η σωματική και ψυχική ανάσταση θεωρείται βεβαιότητα, η ευθανασία δεν έχει καμία θέση στα πιστεύω των Ορθόδοξων Χριστιανών (Ζακόπουλος, 1987).

Η Ρωμαιοκαθολική Εκκλησία διαφέρει σε αυτό το ζήτημα από την Ορθόδοξη, αφού δέχεται τον φυσικό νόμο και κρίνει κάθε πράξη μέσα από τις συνέπειές της. Από την μία πλευρά, εκφράζεται σθεναρή αντίθεση στις μεθόδους της ευθανασίας και της βοηθούμενης από γιατρό αυτοκτονίας, καθώς η ζωή θεωρείται δώρο από τον Θεό κι έτσι δεν πρέπει να μειώνεται. Καθολικοί φιλόσοφοι και στοχαστές, όπως για παράδειγμα ο Di Camillo, υποστηρίζουν πως οι άνθρωποι που επιλέγουν τέτοιες πρακτικές δεν μπορούν να διαχειριστούν τον πόνο και την απελπισία τους. Παρ' όλα αυτά, αντιλαμβάνονται από ηθικής άποψης το δικαίωμα αυτό όταν βρίσκεται πολύ κοντά στον θάνατο. Ο πάπας Πίος XII ουσιαστικά τάχθηκε υπέρ της παθητικής ευθανασίας. Επεσήμανε όλους τους τρόπους με τους οποίους μπορεί να παραταθεί η ζωή και έδωσε το δικαίωμα στους γιατρούς να μην χρησιμοποιούν δύσκολες τεχνικές και με υψηλό

κόστος για να παρατείνουν την ζωή κάποιου, θέτοντας όρια στην προσπάθεια των γιατρών για να μείνει κάποιος στη ζωή (Russel, 1977).

Στον Προτεσταντισμό οι αντιλήψεις διαφέρουν μεταξύ των πιστών, καθώς δεν αποτελούν μία ενιαία θρησκευτική ομάδα. Οι πιστοί που είναι πιο συντηρητικοί καταδικάζουν αυτές τις μεθόδους ως πρακτικές και θεωρούν πως είναι αντίθετες με την συνείδηση των Χριστιανών. Από την άλλη μεριά, οι πιο φιλελεύθεροι πιστοί θεωρούν πως είναι αναυθαίρετο δικαίωμα των ανθρώπων να αποφασίζουν πόσο θέλουν να ζήσουν. Επίσης, κάποιες άλλες θρησκευτικές ομάδες όπως είναι οι Αγγλικανοί και οι Λουθηρανοί, είναι θετικοί απέναντι στην βοηθούμενη αυτοκτονία υπό αυστηρούς όρους, ενώ οι Ευαγγελιστές είναι δεκτικοί στην ευθανασία σε περιπτώσεις που ο ασθενής υποφέρει, προσβάλλεται η αξιοπρέπειά του και δεν υπάρχει πιθανότητα να επιβιώσει (Schirmacher, 2003).

Η θρησκεία του Βουδισμού βασίζεται στις αρχές της μη βίας, της αγάπης, της ευγένειας και της ευσπλαχνίας. Επιπλέον, η βούληση θεωρείται ένα βασικό στοιχείο που πρέπει να υπάρχει στη ζωή του ανθρώπου. Με βάση αυτές τις προϋποθέσεις θα φαινόταν αποδεκτές οι μέθοδοι της ευθανασίας και της ιατρικώς βοηθούμενης αυτοκτονίας. Παρ' όλα αυτά, στα επίσημα κείμενα της θρησκείας δεν παρουσιάζεται μία τέτοια εκδοχή. Ο Βούδας έχοντας υπόψιν του τις περιπτώσεις μοναχών που αυτοκτονούσαν ή ζητούσαν βοήθεια από άλλους για να πεθάνουν, προσπάθησε να μειώσει αυτά τα κρούσματα και απαγόρευσε την ευθανασία και την βοηθούμενη αυτοκτονία. Στην συγκεκριμένη περίπτωση, η αξία της ζωής φαίνεται να έχει πιο σημαντικό ρόλο στη θρησκεία του Βουδισμού από ότι η βούληση και η αφαίρεσή της είναι πράξη ανήθικη (Keown, 1995).

Σε αντίθεση με τις υπόλοιπες θρησκείες στον Ινδουισμό η ευθανασία έχει θετική αντιμετώπιση. Ειδικότερα, το Atman μέρος φυλακίζεται στο σώμα με την ύπαρξη και ο θάνατος θεωρείται ξεκίνημα μιας νέας ζωής μέσω της μετανσάρκωσης. Λύτρωση θεωρείται το σπάσιμο της αλυσίδας των γεννήσεων. Ταυτόχρονα, καταγράφεται πως αυτό είναι δυνατό να συμβεί και σε μία μόνο ζωή, γι' αυτό η θρησκεία είναι αντίθετη στην αυτοκτονία. Σε περιπτώσεις όμως ανίατης ασθένειας που ο άνθρωπος υποφέρει τάσσονται υπέρ της ευθανασίας με πρακτικές yoga ή με την άνοδό του πάνω σε ιερή φωτιά. Ακόμα, η θρησκεία του Ινδουισμού είναι αντίθετη στις εκτρώσεις και τις αποδέχεται μόνο σε περίπτωση που κινδυνεύσει η ζωή της μητέρας. Ο άνθρωπος είναι σημαντικό να ζει κάθε στιγμή της ζωής του

και σύμφωνα με τον Ινδουισμό ο γιατρός είναι υποχρεωμένος να προσφέρει την φροντίδα του ακόμα κι όταν είναι ανώφελο (Mishra, 1978).

Στον Ισλαμισμό δεν υπάρχει διδασκαλία για το ζήτημα της ευθανασίας, καθώς δεν είχε τεθεί ποτέ ως προβληματισμός. Η ισλαμική θρησκεία είναι τελείως αντίθετη προς την αφαίρεση ζωής με οποιονδήποτε τρόπο και γι' αυτό σαν έννοιες η ευθανασία και η ιατρικώς βοηθούμενη αυτοκτονία δεν υπάρχουν καν στο Κοράνι. Η ζωή θεωρείται ύψιστο αγαθό που δίνεται από τον Αλλάχ και δεν έχει κανείς δικαίωμα να την αφαιρέσει. Το Ισλάμ θεωρεί δολοφονία την ευθανασία, αλλά ταυτόχρονα φαίνεται να υπάρχει ανοχή σε περιπτώσεις που ένας ασθενής βρίσκεται σε κωματώδη κατάσταση και είναι αναγκαίο να αφαιρεθεί από τα μηχανήματα για να σωθεί κάποιος άλλος. Συνεπώς, στην θρησκεία αυτή φαίνεται πως το κοινό καλό εκμηδενίζει το ατομικό συμφέρον (Naiman, 1978).

Στον Ιουδαϊσμό το έργο των γιατρών καθορίζεται από τον νόμο Halakah που σημαίνει στην εβραϊκή γλώσσα «περπατώ». Η ζωή για τον άνθρωπο είναι δώρο του Θεού και δεν αποφασίζει ο ίδιος για την αφαίρεσή της. Μάλιστα, πρόκειται να λογοδοτήσει στον Θεό για τις πράξεις του και για το πώς την διαχειρίστηκε. Έτσι, από την στιγμή που η ζωή ανήκει στον Θεό απαγορεύεται κανένας θνητός, ούτε καν ο γιατρός δεν μπορεί να αφαιρέσει μία ζωή. Με βάση την ισλαμική θρησκεία οι γιατροί απαλλάσσονται από δύσκολες αποφάσεις. Ο θάνατος έρχεται μόνο όταν σταματάει η καρδιά και η αναπνοή. Ο γιατρός έχει το δικαίωμα να σταματήσει την θεραπεία σε έναν ετοιμοθάνατο που είναι θέμα ημερών να πεθάνει, αλλά είναι υποχρεωμένος να του παρέχει τροφή, υγρά και παυσίπονη αγωγή. Σε καμία περίπτωση όμως η ευθανασία δεν είναι αποδεκτή, καθώς και τα πάθη του ανθρώπου κρίνονται από τον Δημιουργό και θα τον οδηγήσουν στη ζωή μετά τον θάνατο (Jakobovits, 1967).

Η σημασία του θρησκευόμενου στις αντιλήψεις για την ευθανασία και την ιατρικώς βοηθούμενη αυτοκτονία έχει γίνει φανερό σε πολλές μελέτες. Πιο συγκεκριμένα, οι Προτεστάντες που διέμεναν στην Ευρώπη είχαν πιο θετική στάση απέναντι στην ευθανασία από ότι οι Καθολικοί παρ'όλο που στην περίπτωση αυτή οι απόψεις τους φαίνεται να συγκλίνουν (Verbakel & Jaspers, 2010). Ακόμα, αναδείχθηκε πως όσοι ασπάζονται το Ισλάμ είναι αντίθετη στην ευθανασία σε περίπτωση που ένα παιδί γεννηθεί με γενετικές ανωμαλίες και παραμορφωμένο, ενώ ο Ινδουισμός την αποδέχεται, καθώς είναι μία από τις ελάχιστες περιστάσεις που την θεωρεί επιτρεπτή (Kambel et al, 2014). Επιπρόσθετα, τονίστηκε πως οι θρησκευτικές αντιλήψεις είναι αυτές που ωθούν τους Βέλγους γιατρούς στην αρνητική

αντιμετώπιση της ευθανασίας και στην χορήγηση κατασταλτικών φαρμάκων στους ασθενείς (Smetts et al, 2011). Επιπρόσθετα, σημαντικά αποτελέσματα έφερε μία έρευνα στο Ηνωμένο Βασίλειο, η οποία ανέδειξε πως την περίοδο 1983-2012 η στάση των ανθρώπων απέναντι στην ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία από γιατρό έγινε πιο θετική, ταυτόχρονα με την μείωση της προσήλωσης πάνω σε θρησκείες (Danyliv & O' Neill, 2015). Τέλος, σε έρευνα που συμμετείχαν 33 χώρες τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η στάση των επαγγελματιών υγείας και των υπόλοιπων ανθρώπων αναφορικά με την ευθανασία έχει άμεση σχέση με την θρησκεία, καθώς πολίτες με μειωμένη θρησκευτικότητα ήταν περισσότερο δεκτικοί σε ζητήματα ευθανασίας (Cohen, 2006).

Καταλήγοντας, είναι αξιοσημείωτο πως η ευθανασία και η ιατρικώς βοηθούμενη αυτοκτονία είναι δύο ηθικά διλήμματα, στα οποία δεν είναι εύκολο να δοθεί μία ακριβής απάντηση σχετικά με το αν είναι ηθικά ορθά ή όχι. Η ηθική στις περισσότερες περιπτώσεις ταυτίζεται με την θρησκευτικότητα και ακολουθεί τους κανόνες της. Με τις επικρατούσες θρησκείες να απορρίπτουν την ευθανασία θεωρώντας την αυτοκτονία ή δολοφονία οι αντιλήψεις των ανθρώπων τείνουν στο να αντιμετωπίζουν αρνητικά την ευθανασία ως πρακτική, πολλώ δε μάλλον τη νομιμοποίησή της. Συνεπώς, η θρησκεία ταυτίζεται άμεσα με την στάση και τις αντιλήψεις απέναντι στην ευθανασία και στην ιατρικώς βοηθούμενη αυτοκτονία, αφού κατά γενικό κανόνα τα άτομα που έχουν ισχυρή προσήλωση στη θρησκεία τους έχουν αρνητικές απόψεις, ενώ όσο μειώνεται η προσήλωσή τους έχουν μία πιο ευνοϊκή στάση απέναντι σε αυτές τις μεθόδους.

3.4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΩΝ

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση των ερευνητικών ερωτημάτων οδήγησε στην ανάδειξη κάποιων συμπερασμάτων. Πιο συγκεκριμένα εις ό, τι αφορά το πρώτο ερευνητικό ερώτημα που αφορά την συσχέτιση δημογραφικών παραγόντων με τις αντιλήψεις για το θάνατο και την ευθανασία επισημάνθηκαν τα εξής συμπεράσματα:

- Το φύλο δεν επηρεάζει ουσιαστικά τη στάση στα συγκεκριμένα θέματα
- Η ηλικία σχετίζεται με τις αντιλήψεις για το θάνατο και την ευθανασία, καθώς όσο περισσότερο μεγαλώνει ο άνθρωπος αποκτά πιο θετική στάση απέναντι στην ευθανασία και είναι πιο συνειδητοποιημένος με το θέμα του θανάτου

- Η κοινωνική τάξη επηρεάζει τις απόψεις για την ευθανασία, με έρευνες να επισημαίνουν τη θετική στάση των κοινωνικά υψηλότερων τάξεων απέναντι στην ευθανασία

Στο δεύτερο ερευνητικό ερώτημα που αφορά τη συσχέτιση της επαφής των επαγγελματιών υγείας με τους ασθενείς του τελευταίου σταδίου και τις αντιλήψεις τους για το θάνατο και την ευθανασία παρουσιάστηκαν τα εξής αποτελέσματα:

- Η ειδικότητα του ιατρού έχει σημαντικό ρόλο, καθώς όσοι που εργάζονται σε κλινικές με ασθενείς τελικού σταδίου είναι συνήθως αρνητικοί στην επίσπευση του θανάτου
- Ο παράγοντας του πόνου των ασθενών είναι πολύ σημαντικός για τη διαμόρφωση αντιλήψεων σχετικά με την ευθανασία
- Η επαφή με τους ασθενείς σε κέντρα παρηγορητικής φροντίδας μπορεί να επηρεάσει τη στάση των ειδικών

Τέλος, όσον αφορά το τρίτο ερευνητικό ερώτημα είναι αξιοσημείωτο πως παρουσιάστηκε συσχέτιση ανάμεσα στην θρησκευτικότητα και στις αντιλήψεις για τον θάνατο και την ευθανασία. Όσο μεγαλύτερη είναι η πνευματικότητα του ατόμου τόσο πιο αρνητική είναι η στάση του απέναντι στις παραπάνω μεθόδους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1 ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε τον Νοέμβριο και τον Δεκέμβριο του 2019 στο Πανεπιστήμιο της Θεσσαλίας που βρίσκεται στη Λάρισα. Αρχικά, ο ερευνητής επικοινωνήσε με τους καθηγητές της σχολής, ζήτησε και έλαβε έγκριση για την διεξαγωγή της από την επιτροπή της σχολής του, καθώς άδεια χρήσης των ερωτηματολογίων από τους δημιουργούς τους.

Ο ερευνητής ενημέρωσε όσους συμμετείχαν στη μελέτη με προσωπική επιστολή για τον σκοπό, τους στόχους, τον τρόπο διεξαγωγής και τη χρήση των αποτελεσμάτων της έρευνας. Ακόμα, οι συμμετέχοντες έλαβαν διαβεβαίωση για την τήρηση της ανωνυμίας τόσο των ευαίσθητων προσωπικών τους δεδομένων όσο και των ατομικών τους απαντήσεων στο πλαίσιο της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων. Επιπλέον, συναίνεσαν για την συμμετοχή τους στην έρευνα πριν τη χορήγηση και την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Στην έρευνα συμμετείχαν φοιτητές και απόφοιτοι του ΠΜΣ «Ψυχική Υγεία» και μετά από γόνιμο διάλογο και πολύ καλή συνεργασία απάντησαν σε όλες τις ερωτήσεις. Είναι σημαντικό να επισημανθεί πως οι ερωτήσεις ήταν σαφείς, δεν υπήρχαν απορίες, οπότε δεν χρειάστηκε να αλλάξουν οι αρχικές ερωτήσεις που είχαν καταγραφεί στο ερωτηματολόγιο.

Η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε στα πλαίσια της παρούσας εργασίας είναι ποσοτική. Προτιμήθηκε η συγκεκριμένη μέθοδος, διότι η έρευνα αποσκοπεί στην επιβεβαίωση κάποιων θεωριών που επισημάνθηκαν στη βιβλιογραφική ανασκόπηση και όχι στην ανάδειξη νέων. Επιπλέον, οι μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν χαρακτηρίζονται μετρήσιμες και το είδος της έρευνας που εφαρμόστηκε είναι αυτό της εμπειρικής έρευνας. Ο ερευνητής δίνει απαντήσεις στα παραπάνω ερευνητικά ερωτήματα, βασιζόμενος σε νέα, πρωτογενή δεδομένα, τα οποία συλλέχθηκαν από τον ίδιο προσωπικά για τις ανάγκες της συγκεκριμένης έρευνας.

4.2 ΤΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΟΙ ΑΞΟΝΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Τα τελευταία χρόνια, τόσο η ευθανασία όσο και η υποβοηθούμενη από γιατρούς αυτοκτονία απασχολούν έντονα την επιστημονική κοινότητα. Μάλιστα, από το 2006 η ευθανασία από κοινού με την παράταση της ζωής διεκδικούν την θέση του πιο ενεργού τομέα έρευνας στη σύγχρονη βιοηθική (Borryetal, 2006). Ταυτόχρονα, πληθαίνουν σε διεθνή τομέα οι κινήσεις για τη νομική κατοχύρωσή τους, καθώς στις περισσότερες έννομες τάξεις είτε δεν υπάρχουν αντίστοιχες διατάξεις, είτε όπου υφίστανται εκτείνονται σε περιορισμένο φάσμα, για πολύ ιδιαίτερες περιπτώσεις και κάτω από ορισμένες συνθήκες. Στην Ελλάδα η ευθανασία θεωρείται ποινικό αδίκημα το οποίο τιμωρείται αναλόγως. Το ίδιο ισχύει και για άτομα τα οποία συνωμοτούν στη διάπραξη του κακούργηματος, είτε με πρακτικές μεθόδους είτε σε προφορικό επίπεδο. Στην Ελλάδα, όπως και στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης, το θέμα της ευθανασίας θεωρείται απαγορευμένο και απασχολεί σπάνια και μονοδιάστατα την κοινή γνώμη και το νομοθετικό σώμα.

Με δεδομένο ότι οι επαγγελματίες υγείας έχουν στενότερη επαφή με ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο μιας ανίατης ασθένειας, σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να καταγραφεί η στάση και οι αντιλήψεις τους απέναντι στα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα:

- 1) Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δημογραφικών παραγόντων και των απόψεων και στάσεων των φοιτητών και αποφοίτων του ΠΜΣ «Ψυχική Υγεία» επί του θανάτου, της ευθανασίας και της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας;
- 2) Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της συχνότητας επαφής των μεταπτυχιακών σπουδαστών με ασθενείς που τελικά πεθαίνουν ή του αριθμού που φροντίζουν και τελικά αποβιώνουν τους τελευταίους 12 μήνες με τις απόψεις και την στάση τους πάνω στο ζήτημα του θανάτου, της ευθανασίας και της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας;
- 3) Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των θρησκευτικών-πνευματικών πεποιθήσεων των μεταπτυχιακών σπουδαστών και των αντιλήψεών τους αναφορικά με τον θάνατο, την ευθανασία και την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία;

4.3 Ο ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΚΑΙ ΤΟ ΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Για την παρούσα έρευνα στάλθηκαν προσωπικές επιστολές (e-mail) σε 281 φοιτητές και απόφοιτους του ΠΜΣ «Ψυχική Υγεία», δηλαδή σε 6 εκπαιδευτικές σειρές του συγκεκριμένου μεταπτυχιακού προγράμματος αρχής γενομένης από το 2012, έπειτα από άδεια του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Παρ' όλα αυτά, συμμετείχαν συνολικά 106 φοιτητές και απόφοιτοι του ΠΜΣ «Ψυχική Υγεία». Πιο συγκεκριμένα, ο αριθμός των γυναικών ανέρχεται στα 86 άτομα, ενώ των ανδρών στα 20.

4.3.1 ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΠΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ

Είναι γεγονός πως για την επιλογή του συγκεκριμένου δείγματος δεν χρησιμοποιήθηκε κάποια ειδική δειγματοληπτική μέθοδος. Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η λεγόμενη βολική δειγματοληψία (Creswell, 2011). Αυτό σημαίνει πως η έρευνα έχει την δυνατότητα να επιβεβαιώσει τις θεωρίες που αναλύθηκαν στη βιβλιογραφική επισκόπηση, αλλά όχι να οδηγήσει στη γενίκευση κάποιων συμπερασμάτων. Συνεπώς, υφίσταται ένας σημαντικός περιορισμός.

4.4 ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Στο πρώτο στάδιο ο ερευνητής, προβληματισμένος από τα ερευνητικά ερωτήματα που κατέγραψε, μελέτησε μεγάλο αριθμό ερευνών, επιστημονικών άρθρων και βιβλίων αναφορικά με τα ζητήματα του θανάτου, της ευθανασίας και της ιατρκώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Μελέτησε βιβλία που εξετάζουν την εννοιολογική και την ιστορική προσέγγιση των παραπάνω θεμάτων. Στη συνέχεια, μελέτησε ελληνική και ξενόγλωσση βιβλιογραφία σχετικά με το νομοθετικό πλαίσιο που υπάρχει στην Ελλάδα και τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες αναφορικά με την ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Επιπρόσθετα, εξέτασε τις αντιλήψεις που διαμορφώνονται σε σχέση με τα παραπάνω θέματα από τις πιο διαδεδομένες θρησκείες παγκοσμίως, καθώς επίσης την στάση των επαγγελματιών υγείας απέναντι σε τέτοια ζητήματα και τους παράγοντες που την επηρεάζουν. Επίσης, μελέτησε επιστημονικά άρθρα από προηγούμενες έρευνες σχετικά με τα ερευνητικά ερωτήματα που απασχολούν και τον ίδιο. Στη συνέχεια, έφτιαξε ένα ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από ερωτήσεις που σχετίζονται με τα ερευνητικά του ερωτήματα και θα δώσουν χρήσιμα αποτελέσματα στην έρευνά του και το

παρέδωσε ηλεκτρονικά στους συμμετέχοντες της έρευνας. Ακολούθησε στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων με τη βοήθεια του στατιστικού προγράμματος Statistical Package for Social Sciences (SPSS)v. 21.0.

4.5 ΤΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Ο ερευνητής χρησιμοποίησε για την έρευνά του το ερωτηματολόγιο, ένα ερευνητικό εργαλείο που ενδείκνυται για συλλογή δεδομένων, ανώνυμα από μεγάλο αριθμό συμμετεχόντων. Συνεπώς, για την συλλογή των δεδομένων χορηγήθηκε στους φοιτητές και απόφοιτους του ΠΜΣ «Ψυχική Υγεία» το ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, που εκτός από τη δυνατότητα που έχει να συγκεντρώνει μεγάλο αριθμό πληροφοριών, παρουσιάζει και χαμηλότερο κόστος (Cohen, Manion & Morrisson, 2008). Οι ερωτήσεις αφορούσαν δημογραφικούς παράγοντες (φύλο, ηλικία, επιστημονικό κλάδο σπουδών), καθώς επίσης και το αν τους έχει ζητηθεί ποτέ να κάνουν ευθανασία ή να συμμετέχουν σε υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Επιπλέον, ρωτήθηκαν αν θα συμμετείχαν σε τέτοιες μεθόδους σε περίπτωση που το επέτρεπε η νομοθεσία. Στη συνέχεια, χώρισε το ερωτηματολόγιο του σε τρία μέρη ανάλογα με τα ερωτήματα που έθεσε στην έρευνά του.

Αναφορικά με το ζήτημα του θανάτου για την καταγραφή των αντιλήψεων χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα DAP-R. Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο που διερευνά το προφίλ συμπεριφοράς θανάτου (Death Attitude Profile-Revised) και χρησιμοποιήθηκε έπειτα από άδεια της ελληνικής εκδοχής του εργαλείου από την κα. Μαλλιαρού. Το πρωτότυπο ερωτηματολόγιο DAP-R δημιουργήθηκε από τους Wong, P.T.P., Parker, G.T. και Gesser, G, το 1964. Το παρόν ερωτηματολόγιο περιέχει 32 ερωτήσεις και χωρίζεται σε 5 υποκλίμακες που οι ερωτηθέντες απαντούν σε μία επταβάθμια κλίμακα τύπου Likert (0= δεν συμφωνώ καθόλου, 6= συμφωνώ απόλυτα).

Εις ό, τι αφορά τις υποκλίμακες αυτές είναι:

- Fear of death- Φόβος του θανάτου: 1, 2, 7, 18, 20, 21, 32
- Death avoidance- Αποφυγή του θανάτου: 3, 10, 12, 19, 26
- Neutral acceptance- Ουδέτερη στάση: 6, 14, 24, 17, 30
- Approach acceptance- Αποδοχή: 4, 8, 13, 15, 16, 22, 25, 27, 28, 31

- Escape acceptance- Διαφυγή: 5, 9, 11, 23, 29

Οι στάσεις και οι αντιλήψεις για την ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία αξιολογήθηκαν με την Κλίμακα Στάσης απέναντι στην ευθανασία (Euthanasia Attitude Scale-EAS). Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αποτελείται από συνολικά 30 γραπτές προτάσεις (16 θετικά και 14 αρνητικά δομημένες), αναφορικά με την συναίνεση σε ενεργητική ή παθητική ευθανασία, τα δικαιώματα των ασθενών που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο μιας ασθένειας και δεν υπάρχει καμία πιθανότητα να θεραπευτούν, τη θέση των σύγχρονων μηχανημάτων στη διατήρηση της ζωής, τον ρόλο ενός επαγγελματία υγείας στη τελευταία φάση του ασθενή κι άλλα ζητήματα που αφορούν τη νομοθεσία και την ηθική της ευθανασίας. Οι απαντήσεις δίνονται σε μία τετράβαθμη κλίμακα Likert, ώστε να ποσοτικοποιηθούν τα αποτελέσματα. Σε θετικές προτάσεις από το 4 ως το 1 και αντιστρόφως όταν πρόκειται για αρνητικές. Έπειτα αθροίζονται οι αριθμοί για τις 30 προτάσεις και η βαθμολογία κυμαίνεται από το 30 έως το 120. Οι τιμές <75 δείχνουν αρνητική στάση, ενώ >75 επιδοκιμάζουν αυτές τις μεθόδους. Είναι σημαντικό να τονιστεί πως και για το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο δόθηκε η σχετική έγκριση για την ελληνική εκδοχή του από την κα. Μαλλιαρού.

Όπως αναφέρθηκε και στη βιβλιογραφική ανασκόπηση η θρησκευτικότητα επηρεάζει σημαντικά την στάση και τις αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Η θρησκευτικότητα αξιολογείται με την κλίμακα μέτρησης της ημερήσιας πνευματικότητας (The Daily Spiritual Experience Scale- DSES) της Underwood, από την οποία δόθηκε άδεια για την χρήση του ερωτηματολογίου στην ελληνική εκδοχή. Η κλίμακα DSES αποτελείται από 16 υποκειμενικές ερωτήσεις οι οποίες δεν είναι αποκλειστικά θρησκευτικού περιεχομένου και επιτρέπουν τη μέτρηση της πνευματικότητας και της θρησκευτικότητας. Οι απαντήσεις σε αυτά τα ερωτήματα δίνονται σε μία τροποποιημένη εξάβαθμη κλίμακα Likert, με εξαίρεση την τελευταία ερώτηση στην οποία η κλίμακα είναι τετράβαθμη. Το άθροισμα των απαντήσεων στοχεύει στην αξιολόγηση της πνευματικότητας του ατόμου. Συνεπώς, οι υψηλές τιμές είναι ενδεικτικές των πνευματικών εμπειριών που έχει το άτομο μέσα στην ημέρα.

4.6 ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Το καθήκον του ερευνητή είναι να αντιληφθεί τη σημασία της προσφοράς του στον ερευνητικό τομέα και να παραθέσει τα αποτελέσματα της έρευνάς του με ειλικρίνεια και αντικειμενικότητα, χωρίς να είναι επηρεασμένος από προσωπικές αντιλήψεις και στάσεις απέναντι στα ζητήματα που εξετάζει. Επιπλέον, είναι σημαντικό να πάρει άδεια από το Ακαδημαϊκό Ίδρυμα που σπουδάζει για την χρήση ερευνητικών εργαλείων, δείχνοντας σεβασμό στα πνευματικά δικαιώματα των ατόμων που τα δημιούργησαν. Ακόμα, είναι αναγκαίο να σέβεται τα άτομα που θα αποτελέσουν τον πληθυσμό και το δείγμα για την έρευνά του. Θα πρέπει να φροντίσει για την ανωνυμία τους, σεβόμενος την αυτονομία και τα προσωπικά τους δεδομένα (Κουτής, Μπαμπατσίκου, Λυκούδης, 2016).

Στην παρούσα έρευνα, ο ερευνητής έφερε εις πέρας όλα τα καθήκοντά του. Αρχικά, επικοινωνήσε με την κυρία Μαρία Μαλλιαρού, ώστε να πάρει άδεια για την χρήση των ερωτηματολογίων. Έπειτα, σε συνεργασία με την γραμματεία του τμήματός του, απέκτησε πρόσβαση στα ονόματα των αποφοίτων του ΠΜΣ «Ψυχική Υγεία» από το 2012 και μετά, προκειμένου να τους ενημερώσει για τους στόχους της έρευνας και να εξασφαλίσει την αρωγή τους. Το ίδιο έκανε και με τους συμφοιτητές του. Στη συνέχεια, φρόντισε για την επίτευξη της ανωνυμίας τους και έστειλε τα ερωτηματολόγια στη διεύθυνση του ηλεκτρονικού τους ταχυδρομείου. Τέλος, κατέγραψε με αντικειμενικότητα και χωρίς παρεμβάσεις τα αποτελέσματα της έρευνας στην παρούσα εργασία.

4.7 ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ

Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία μιας έρευνας είναι αναγκαίο να υπάρχει σε όλα τα στάδια της εργασίας. Πέρα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση που είναι σημαντικό να περιέχει τεκμηριωμένες απόψεις έγκυρων ερευνητών κι επιστημόνων, είναι σημαντικό να υπάρχει η ίδια εγκυρότητα και στα στάδια σχεδιασμού της έρευνας, συλλογής και ανάλυσης δεδομένων. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν έχουν χρησιμοποιηθεί σε πολλές έρευνες διεθνώς και φημίζονται για την αξιοπιστία και την εγκυρότητά τους. Πιο συγκεκριμένα, τα ερωτηματολόγια που διερευνούν το προφίλ του θανάτου (DAP-R), τις στάσεις και τις αντιλήψεις απέναντι στην ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία (EAS) και την

πνευματικότητα του ατόμου (DSES) έχουν αποδεκτό δείκτη εσωτερικής συνοχής Cronbach's alpha ($\alpha > 0,70$).

4.8 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Παρά την αξιοπιστία και την εγκυρότητα των ερωτηματολογίων υπάρχουν κάποιοι περιορισμοί. Ειδικότερα, λόγω έλλειψης διαθέσιμου χρόνου δεν υπήρχε συγκεκριμένη δειγματοληπτική μέθοδος. Για τον λόγο αυτό, προτιμήθηκε η βολική δειγματοληψία που έγινε με έναν περιορισμένο αριθμό επαγγελματιών υγείας, ο οποίος δεν μπορεί να είναι αντιπροσωπευτικός. Συνεπώς, η έρευνα έχει την δυνατότητα να επιβεβαιώσει τις θεωρίες σχετικά με τα ερευνητικά ερωτήματα που αναπτύχθηκαν στη βιβλιογραφική ανασκόπηση, αλλά όχι να γενικεύσει τα αποτελέσματά της (Creswell, 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Το δείγμα αποτελούσαν συνολικά 106 φοιτητές και απόφοιτοι του μεταπτυχιακού προγράμματος «Ψυχική Υγεία» του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Τα δημογραφικά τους στοιχεία, παρουσιάζονται στον πίνακα 1, όπου το ποσοστό αποτελούσαν κυρίως γυναίκες σε αριθμό 86 (81,1%) και 20 (18,9%) άντρες. Στον παρακάτω πίνακα, όπου 0= γυναίκες και 1=άντρες.

Πίνακας 1 Φύλο (N=106)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	86	81,1	81,1	81,1
	1	20	18,9	18,9	100,0
	Total	106	100,0	100,0	100,0

Ο μέσος όρος ηλικίας συμμετεχόντων ανήλθε στα 38,63 έτη, καθώς επίσης και η εμπειρία τους στον χώρο εργασίας στα 10,65 χρόνια . Τα δεδομένα περιγράφονται αναλυτικά στον πίνακα 2.

Πίνακας 2 Ηλικία, έτη υπηρεσίας

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Ηλικία	101	24	59	38,63	8,533
Έτη Υπηρεσίας(στην παρούσα εργασία)	105	0	31	10,65	8,550

Valid N (listwise)

100

Εις ό, τι αφορά τις σπουδές τους, αυτές παρουσιάζονται στους πίνακες 3,4 και διακρίνονται σε απόφοιτους κοινωνικών επιστημών (ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, εκπαιδευτικοί) και επιστημών υγείας (νοσηλεύτες, γιατροί). Στη συνέχεια, στον πίνακα 5 διακρίνονται ανάλογα με τον χώρο εργασίας τους.

Πίνακας 3 Βασική σχολή

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	67	63,2	63,2	63,2
	1	7	6,6	6,6	69,8
	2	9	8,5	8,5	78,3
	3	23	21,7	21,7	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

Πίνακας 4 0 κοινωνικές επιστήμες 1 υγείας

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	36	34,0	35,0	35,0
	1	67	63,2	65,0	100,0
	Total	103	97,2	100,0	
Missing	System	3	2,8		
Total		106	100,0		

Πίνακας 5 0 υγεία 1 εκπαίδευση 2 άλλο

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	56	52,8	52,8	52,8

1	41	38,7	38,7	91,5
2	9	8,5	8,5	100,0
Total	106	100,0	100,0	

5.2 ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΤΩΝ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ

Μελετήθηκε η αξιοπιστία των εργαλείων με το δείκτη εσωτερικής συνοχής Cronbach's alpha και τα αποτελέσματα για το κάθε εργαλείο διακρίνονται στον Πίνακα 6. Όλα τα εργαλεία είχαν αποδεκτό δείκτη εσωτερικής συνοχής ($\alpha > 0,70$).

Πίνακας 6. Δείκτης εσωτερικής συνοχής Cronbach's alpha για τα εργαλεία της μελέτης

	Αριθμός δηλώσεων	Cronbach's alpha
Καθημερινές πνευματικές εμπειρίες (DSES)	16	0,95
Στάση απέναντι στην ευθανασία (EAS)	30	0,90
Προφίλ συμπεριφοράς θανάτου (DAP -R)		0,89
Φόβος θανάτου (DAP - R)	7	0,85
Αποφυγή θανάτου (DAP- R)	5	0,77
Ουδέτερη στάση (DAP- R)	5	0,74
Αποδοχή θανάτου (DAP- R)	5	0,89
Θάνατος ως διαφυγή (DAP-R)	10	0,85

5.3 ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ/ΑΠΟΦΟΙΤΩΝ ΤΟΥ ΠΜΣ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ» ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Με το ερωτηματολόγιο που διερευνά τις στάσεις και τις απόψεις απέναντι στην ευθανασία (Euthanasia Attitude Scale-EAS) αξιολογήθηκαν οι απαντήσεις των φοιτητών και των αποφοίτων του μεταπτυχιακού προγράμματος «Ψυχική Υγεία» του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελείται από τρία μέρη. Πιο συγκεκριμένα, το πρώτο μέρος περιλαμβάνει 30 ερωτήσεις στις οποίες το μεγαλύτερο ποσοστό των επαγγελματιών ψυχικής υγείας έδειξε θετική στάση απέναντι στην ευθανασία, όπως αποδεικνύεται και στον πίνακα 7. Παρ' όλα αυτά, είναι αξιοσημείωτο πως στην ερώτηση «Θα πρέπει να επιτρέπεται σε έναν ασθενή τελικού σταδίου να απορρίπτει συστήματα υποστήριξης της ζωής;» το 36% απάντησε πως συμφωνεί απόλυτα και το 43,3% πως συμφωνεί. Ακόμα, στην ερώτηση αν έχει το δικαίωμα να αποφασίσει ο ασθενής που βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο και υποφέρει αν θα ζήσει ή αν θα τερματίσει την ζωή του το 39,6% τόνισε πως συμφωνεί απόλυτα και το 37,7% πως συμφωνεί. Επιπρόσθετα, είναι σημαντικό πως στην περίπτωση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας το 45,5% διαφώνησε και το 15,1% διαφώνησε απόλυτα στο ότι μία τέτοια ενέργεια συνιστά δολοφονία αν ο ασθενής βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο μιας ασθένειας. Στην τοποθέτηση «ο τερματισμός της ανθρώπινης ζωής ως πράξη ελέους είναι απαράδεκτο για μένα» το 36,8% απάντησε πως διαφωνεί και το 18,9% πως διαφωνεί απόλυτα. Ακόμα, στην άποψη πως είναι ανήθικο να επιτρέπεται ο τερματισμός της ανθρώπινης ζωής όταν υπάρχουν ιατρικά μηχανήματα ικανά να τον διατηρήσουν στη ζωή το 46,2% δήλωσε πως διαφωνεί και το 14,2% πως διαφωνεί απόλυτα. Αρνητική αποδείχθηκε και η στάση τους απέναντι στην τοποθέτηση που θέλει την ενδοφλέβια χορήγηση τροφής σε ασθενείς τελικού σταδίου που υποφέρουν από πόνους και προσπαθούν να πεθάνουν από ασιτία.

Στην συνέχεια, απέναντι στην τοποθέτηση ότι η χορήγηση δηλητηριώδους φάρμακου σε ένα άτομο προκειμένου να αποτραπεί ο ανυπόφορος κι επώδυνος θάνατος θεωρείται ανήθικη πράξη το 49,1% διαφώνησε και το 11,3% διαφώνησε εντελώς. Αξιοσημείωτη είναι η απάντηση που δόθηκε αναφορικά με το αν θα αγνοούσαν την επιθυμία ενός φίλου τους, ο οποίος υπέφερε απο πόνους να τερματίσει τη ζωή του πείθοντας τον γιατρό να του κάνει ευθανασία. Το 57,5% και το 13,2% διαφώνησαν με το να αγνοήσουν μία τέτοια παράκληση. Όσον αφορά το αν θα έπρεπε να αποφασίζει μόνο ο γιατρός για το αν έχει δικαίωμα ο ασθενής να τερματίσει την

ζωή του το 61,3% διαφωνεί, θεωρώντας προφανώς πως έχει και ο ασθενής το δικαίωμα στην αυτονομία του. Στην υποθετική περίπτωση που έπασχαν από μία ανίατη ασθένεια που είχε ως αποτέλεσμα έναν αργό και επώδυνο θάνατο το 73,6 συμφώνησε πως θα προτιμούσε έναν εύκολο και γρήγορο θάνατο.

Επιπλέον, το 52,8% διαφώνησε με την τοποθέτηση «υποστηρίζω την απόφαση να παρέχεται μόνο ανακουφιστική φροντίδα εάν ένας ασθενής τελικού σταδίου πεθαίνει και δεν έχει παρά λίγες μόνο ώρες ζωής». Το 75.5% συμφωνεί με την άποψη «πιστεύω ότι θα έπρεπε να υπάρχουν νόμιμοι τρόποι με τους οποίους ένα άτομο θα μπορούσε να προεγκρίνει τον θάνατό του σε περίπτωση που ανακλύσουν ανυπόφορες νόσοι». Επιπρόσθετα, το 71,1% συμφωνεί με την εκδοχή «δεν αισθάνομαι αρνητικά απέναντι σε ένα άτομο που επισπεύδει τον θάνατο αγαπημένου του προσώπου ώστε να το απαλλάξει από επιπλέον αφόρητο πόνο». Αρνητική παρουσιάστηκε η στάση των συμμετεχόντων στην έρευνα απέναντι στην άποψη «ένα άτομο που είναι εγκεφαλικά νεκρό θα πρέπει να διατηρείται στη ζωή με την κατάλληλη ιατρική φροντίδα». Τέλος, το 68,9% διαφώνησε με την τοποθέτηση «υπό οποιεσδήποτε συνθήκες θεωρώ ότι οι γιατροί θα πρέπει να προσπαθούν να παρατείνουν τη ζωή των ασθενών τους».

Αυτές κι άλλες αρκετές ήταν οι ερωτήσεις τις πρώτης υποκατηγορίας του ερωτηματολογίου που σχετίζεται με τις στάσεις και τις αντιλήψεις για το ζήτημα της ευθανασίας, το οποίο γίνεται όλο και πιο έντονα αντικείμενο μελέτης των ερευνητών. Ειδικότερα, το 74,5% διακρίνεται να έχει θετικές απόψεις για την ευθανασία και την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία, όπως παρουσιάζεται στον πίνακα 7. Αναλυτικότερη στατιστική ανάλυση για κάθε ερώτηση της πρώτης υποκατηγορίας του ερωτηματολογίου (EuthanasiaAttitudeScale-EAS) επισημαίνεται στο παράρτημα 1.

Πίνακας 7 Αποτελέσματα ευθανασίας 1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	27	25,5	25,5	25,5
	1	79	74,5	74,5	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

Τα αποτελέσματα της δεύτερης υποκατηγορίας διακρίνονται συνολικά στον πίνακα 8, ενώ είναι δυνατό να αναζητηθούν και αναλυτικά στο παράρτημα 2. Πιο συγκεκριμένα, το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 4 ερωτήσεις και παρουσιάζεται μία τάση προς την αύξηση των ποσοστών των θετικών αντιλήψεων αναφορικά με την ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Στην ερώτηση «ποια είναι η στάση σας απέναντι στην ευθανασία;» το 48,1% δήλωσε ότι συμφωνεί, ενώ το 29,2% παρουσίασε ουδέτερη στάση σχετικά με το ζήτημα. Στην συνέχεια, στην ερώτηση «πρέπει να νομιμοποιηθεί η ευθανασία στην Ελλάδα;» το 52,8% δήλωσε πως συμφωνεί και το 24,5% πως έχει ουδέτερη γνώμη. Στην επόμενη ερώτηση που αφορούσε το αν είναι έτοιμη η κοινωνία να αποδεχθεί την ευθανασία το 68,9 απάντησε πως διαφωνεί. Τέλος, στην τέταρτη τοποθέτηση «Η ευθανασία είναι προσωπικό ζήτημα του καθενός. Δεν πρέπει να έχουν γνώμη οι συγγενείς» το 45,3% δήλωσε πως συμφωνεί και το 33% έφερε ουδέτερη στάση. Στον παρακάτω πίνακα, τεκμηριώνεται πως σε αυτή την ενότητα του ερωτηματολογίου η θετική στάση απέναντι στην ευθανασία υπολογίζεται στο 52,8%.

Πίνακας 8 Αποτελέσματα ευθανασίας 2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	50	47,2	47,2	47,2
	1	56	52,8	52,8	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

Η τρίτη υποκατηγορία του ερωτηματολογίου για την ευθανασία αποτελείται από 3 ερωτήσεις και τα συγκεντρωτικά αποτελέσματά παρατίθενται στον πίνακα 9, ενώ τα αναλυτικά ποσοστά σε κάθε ερώτηση στο παράρτημα 3. Η πρώτη ερώτηση «Αν ήταν νόμιμο θα βοηθούσατε έναν ασθενή να τερματίσει τη ζωή του εάν το επιθυμούσε;» παρουσίασε αρνητική στάση απέναντι στην ενέργεια αυτή, συγκεντρώνοντας το ποσοστό του 39,6%, ενώ το 34% δήλωσε πως δεν γνωρίζει αν θα προέβαινε σε μία τέτοια πράξη. Στη δεύτερη ερώτηση «Ασθενής ή συνοδός έχει συζητήσει ποτέ μαζί σας την επιθυμία να ζητήσει με οποιονδήποτε τρόπο παθητική ευθανασία;» επισημάνθηκε αρνητική απάντηση με ποσοστό 74,5%. Τέλος, στην Τρίτη

ερώτηση «Έχετε συμβάλει σε έμμεση ευθανασία ασθενούς, μη χορηγώντας θεραπεία ή αποσυνδέοντας τον ασθενή από μηχανήμα υποστήριξης;» συγκέντρωσε επίσης αρνητική απάντηση με ποσοστό 89,6%. Η τελευταία υποερώτηση του ερωτηματολογίου ανέδειξε αρνητική στάση απέναντι στην ευθανασία με ποσοστό 90,6%.

Πίνακας 9 Αποτελέσματα ευθανασίας 3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	96	90,6	90,6	90,6
	1	10	9,4	9,4	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

5.4 ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ/ΑΠΟΦΟΙΤΩΝ ΤΟΥ ΠΜΣ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ» ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ

Οι στάσεις και οι αντιλήψεις των συμμετεχόντων στη έρευνα αξιολογήθηκαν με το ερωτηματολόγιο Dar-R που αξιολογεί το προφίλ τους μέσα από 5 διαστάσεις, οι οποίες καταγράφονται παρακάτω:

- Fear of death – Φόβος του θανάτου: 1, 2, 7, 18, 20, 21, 32
- Death avoidance –Αποφυγή: 3, 10, 12, 19, 26
- Neutral acceptance – Ουδέτερη στάση: 6, 14, 24, 17, 30
- Approach acceptance –Αποδοχή: 4, 8, 13, 15, 16, 22,25, 27, 28, 31
- Escape acceptance –Διαφυγή: 5, 9,11, 23, 29

Τα αποτελέσματα των απόψεων για τον φόβο του θανάτου καταγράφονται στον πίνακα 10, ενώ αναλυτικά επισημαίνονται στο παράρτημα 4. Πιο συγκεκριμένα, στις ερωτήσεις 1, 2 ,7 ,18 ,20 ,21 , 32 υπάρχει ισοψηφία με τα αποτελέσματα να είναι 50-50. Στην τοποθέτηση «Ο θάνατος είναι χωρίς αμφιβολία μία μακάβρια εμπειρία» το μεγαλύτερο ποσοστό φαίνεται να συμφωνεί, όπως επίσης και στην άποψη «Η προοπτική του δικού μου θανάτου μου δημιουργεί άγχος». Στη συνέχεια, στη δήλωση «Ενοχλούμαι από την οριστικότητα του θανάτου», το μεγαλύτερο ποσοστό επίσης απάντησε ότι συμφωνεί. Αντίθετα, στην τοποθέτηση «Έχω έντονο

φόβο για το θάνατο» μειώθηκε η διαφορά των ποσοστών με τους περισσότερους να συμφωνούν, αλλά ταυτόχρονα ένα σημαντικά μεγάλο μέρος να διαφωνεί. Στη δήλωση «Το θέμα της ζωής μετά το θάνατο με προβληματίζει έντονα» οι περισσότεροι διαφώνησαν. Αντίθετα, συμφώνησαν με την τοποθέτηση «Το γεγονός ότι ο θάνατος σημαίνει το τέλος όλων των πραγμάτων που γνωρίζω με φοβίζει». Τέλος, στην τοποθέτηση «Η αβεβαιότητα του τί συμβαίνει με το θάνατο με ανησυχεί» οι απαντήσεις στις δυο πλευρές ήταν περίπου ίσες. Συνεπώς, το αποτέλεσμα παρουσίασε τους μισούς να έχουν θετική απάντηση στο θέμα του φόβου θανάτου και οι υπόλοιποι αρνητικοί (πίνακας 10).

Πίνακας 10 προφίλ φόβου θανάτου

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	53	50,0	50,0	50,0
	1	53	50,0	50,0	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

Η δεύτερη διάσταση αφορά το προφίλ αποφυγής θανάτου και αποτελείται από τις ερωτήσεις 3, 10, 12, 19, 26. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται συνολικά στον πίνακα 11 και οι κάθε απάντηση αναλυτικά στο παράρτημα 5. Αρχικά, στη δήλωση «Αποφεύγω τις σκέψεις του θανάτου με κάθε κόστος» το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε πως συμφωνεί, αλλά με μικρή διαφορά από το αντίστοιχο όσων διαφωνούν. Στη συνέχεια, στην τοποθέτηση «Όποτε η σκέψη του θανάτου έρχεται στο μυαλό μου προσπαθώ να την διώξω» το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε πως διαφωνεί με ελάχιστη διαφορά από τους υπόλοιπους. Επίσης, στην άποψη «Προσπαθώ πάντα να μην σκέφτομαι τον θάνατο» το μεγαλύτερο μέρος των συμμετεχόντων συμφώνησε και πάλι με ελάχιστη διαφορά από όσους διαφώνησαν. Ακόμα, στην τοποθέτηση «Αποφεύγω να σκέφτομαι τον θάνατο από κάθε άποψη» οι περισσότεροι διαφώνησαν με μικρή διαφορά σε ποσοστό από όσους συμφώνησαν. Τέλος, στη δήλωση «Προσπαθώ να μην έχω τίποτα να κάνω με το θέμα του θανάτου» το μεγαλύτερο ποσοστό διαφώνησε με μικρή διαφορά

από όσους συμφώνησαν. Συνεπώς, επισημαίνεται ότι οι περισσότεροι ερωτηθέντες δεν προσπαθούν να αποφύγουν ζητήματα που σχετίζονται με το θάνατο.

Πίνακας 11 προφίλ αποφυγής θανάτου

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	66	62,3	62,3	62,3
	1	40	37,7	37,7	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

Η τρίτη διάσταση σχετίζεται με το προφίλ ουδέτερης στάσης απέναντι στο θάνατο και αποτελείται από τις ερωτήσεις 6, 14, 17, 24, 30. Τα συγκεντρωτικά αποτελέσματα επισημαίνονται στον πίνακα 12 και τα αναλυτικά ποσοστά σε κάθε ερώτηση στο παράρτημα 6. Αρχικά, στη δήλωση «Ο θάνατος θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν κάτι φυσιολογικό, αναμφισβήτητο και αναπόφευκτο γεγονός» η συντριπτική πλειοψηφία συμφώνησε. Επιπλέον, στην τοποθέτηση «Ο θάνατος είναι φυσική διάσταση της ζωής» το μεγαλύτερο ποσοστό συμφώνησε με μεγάλη διαφορά από όσους διαφώνησαν. Στην συνέχεια, στη δήλωση «Ούτε φοβάμαι ούτε καλωσορίζω το θάνατο» επίσης η πλειοψηφία απάντησε ότι συμφωνεί. Ακόμα, στη τοποθέτηση «Ο θάνατος είναι απλά ένα τμήμα της διαδικασίας της ζωής» οι περισσότεροι συμμετέχοντες έδειξαν ότι συμφωνούν. Τέλος, στη προσέγγιση «Ο θάνατος δεν είναι ούτε καλός ούτε κακός» οι περισσότεροι διαφώνησαν με μικρή διαφορά από όσους συμφώνησαν. Σαν αποτέλεσμα διακρίνεται ξεκάθαρα η θετική στάση των ερωτηθέντων απέναντι στη σκοπιά της ουδετερότητας του θανάτου.

Πίνακας 12 προφίλ ουδέτερης στάσης

Cumulative

		Frequency	Percent	Valid Percent	Percent
Valid	0	33	31,1	31,1	31,1
	1	73	68,9	68,9	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

Όσον αφορά την τέταρτη διάσταση πρόκειται για το προφίλ διαφυγής μέσα από τον θάνατο που παρουσιάζεται στις ερωτήσεις 5, 9, 11, 23, 29. Τα συγκεντρωτικά αποτελέσματα βρίσκονται στον πίνακα 13 και πιο αναλυτικά στο παράρτημα 7. Ειδικότερα, στην πεποίθηση «Ο θάνατος θα είναι ένα τέλος για όλα μου τα προβλήματα» η συντριπτική πλειοψηφία δήλωσε ότι διαφωνεί. Στη συνέχεια, στην τοποθέτηση «Ο θάνατος προσφέρει μία διαφυγή από τον απαίσιο κόσμο» το μεγαλύτερο μέρος των συμμετεχόντων απάντησε ότι διαφωνεί με ελάχιστους συμμετέχοντες να έχουν αντίθετη γνώμη. Ακόμα, στη δήλωση «Ο θάνατος είναι απελευθέρωση από τον πόνο και τα βάσανα» οι πιο πολλοί συμφώνησαν με ελάχιστη διαφορά όμως από όσους διαφώνησαν. Τέλος, στην τοποθέτηση «Βλέπω τον θάνατο ως ανακούφιση από τα εγκόσμια βάσανα» η πλειοψηφία των ερωτηθέντων διαφώνησε. Σαν συνέπεια, αναδεικνύεται πως η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα είναι αρνητικοί απέναντι στο προφίλ διαφυγής μέσα από τον θάνατο.

Πίνακας 13 προφίλ διαφυγής μέσα από το θάνατο

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	83	78,3	78,3	78,3
	1	23	21,7	21,7	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

Η τελευταία διάσταση αφορά το προφίλ αποδοχής του θανάτου, το οποίο επισημαίνεται μέσα από τις ερωτήσεις 4, 8, 13, 15, 16, 22, 25, 27, 28, 31. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται συγκεντρωτικά στον πίνακα 14, ενώ σε μεγαλύτερη ανάλυση υπάρχουν στο παράρτημα 8. Αρχικά, στη δήλωση «Πιστεύω ότι θα είμαι στον παράδεισο μετά το θάνατό μου» το

μεγαλύτερο μέρος των συμμετεχόντων συμφώνησε. Στη συνέχεια, στην πεποίθηση «Ο θάνατος είναι η είσοδος σε ένα μέρος απόλυτης ικανοποίησης» οι ερωτηθέντες δήλωσαν ότι συμφωνούν χωρίς ωστόσο να υφίσταται σημαντική διαφορά με όσους διαφωνούν. Ακόμα, στην τοποθέτηση «Πιστεύω ότι ο παράδεισος θα είναι ένα καλύτερο μέρος από αυτό τον κόσμο» σημειώνεται κυρίως ουδέτερη στάση των ερωτηθέντων. Επιπλέον, με την πεποίθηση «Ο θάνατος είναι η ένωση με τον Θεό και η αιώνια ευδαιμονία» το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων είχε ουδετερότητα. Ωστόσο με τη δήλωση «Ο θάνατος αποτελεί υπόσχεση για μία καλύτερη ζωή» το μεγαλύτερο ποσοστό φάνηκε να διαφωνεί. Στην προσέγγιση «Προσβλέπω σε μία επανένωση με τους αγαπημένους μου μετά το θάνατό μου» οι περισσότεροι συμφώνησαν κι έδειξαν θετική στάση. Επιπρόσθετα, διαφώνησαν με τις τοποθετήσεις «Βλέπω το θάνατο ως ένα πέρασμα σε έναν αιώνιο και ευλογημένο τόπο» και «Ο θάνατος προσφέρει μία υπέροχη ανακούφιση της ψυχής». Αντίθετα, στην πεποίθηση «Ένα πράγμα που μου δίνει άνεση στο να αντιμετωπίσω τον θάνατο είναι η πίστη μου στη μετά θάνατον ζωή» συμφώνησαν οι περισσότεροι, ενώ σημαντικό ποσοστό κράτησε ουδέτερη στάση. Τέλος, στην τοποθέτηση «Ανυπομονώ για την ζωή μετά το θάνατο» η συντριπτική πλειοψηφία διαφώνησε. Συνεπώς, παρατηρείται πως το μεγαλύτερο ποσοστό έχει αρνητική στάση απέναντι στην αποδοχή του θανάτου.

Πίνακας 14 προφίλ αποδοχής θανάτου

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	31	29,2	75,6	75,6
	1	10	9,4	24,4	100,0
	Total	41	38,7	100,0	
Missing	System	65	61,3		
Total		106	100,0		

5.5 ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ (DSES)

Σε προηγούμενο κεφάλαιο τονίστηκε η διαφορά μεταξύ θρησκευτικότητας και πνευματικότητας. Πιο ειδικά, εις ό,τι αφορά την θρησκευτικότητα οι απόψεις των ερωτηθέντων αναδείχθηκαν μέσα από δύο ερωτήσεις με δεδομένο ότι όλοι οι ερωτηθέντες δήλωσαν πως είναι Χριστιανοί Ορθόδοξοι. Η πρώτη ερώτηση αφορά την σχέση τους με τον χώρο της εκκλησίας και το μεγαλύτερο ποσοστό παρουσιάστηκε να πηγαίνει λίγες φορές τον χρόνο, όπως διακρίνεται στον πίνακα 14.

Πίνακας 14 Πόσο συχνά πηγαίνετε στην εκκλησία;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	8	7,5	7,5	7,5
	1	4	3,8	3,8	11,3
	2	59	55,7	55,7	67,0
	3	21	19,8	19,8	86,8
	4	14	13,2	13,2	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

Η δεύτερη ερώτηση σχετίζεται με το πόσο πιστεύουν στη θρησκεία τους και η πλειοψηφία απάντησε πως αισθάνονται αρκετά κοντά στη θρησκεία, γεγονός που παρουσιάζεται στον πίνακα 15.

Πίνακας 15 Ανεξάρτητα αν πηγαίνετε στην εκκλησία ή όχι, πόσο θρήσκος είστε;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
--	--	-----------	---------	---------------	-----------------------

Valid	0	3	2,8	2,8	2,8
	1	11	10,4	10,4	13,2
	2	57	53,8	53,8	67,0
	3	25	23,6	23,6	90,6
	4	10	9,4	9,4	100,0
Total		106	100,0	100,0	

Συγκεντρωτικά, το ποσοστό της θρησκευτικότητας χαρακτηρίζεται υψηλό και διακρίνεται στον πίνακα 16 (0= χαμηλή θρησκευτικότητα, 1= υψηλή θρησκευτικότητα).

Πίνακας 16 Θρησκευτικότητα

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	52	49,1	49,1	49,1
	1	54	50,9	50,9	100,0
Total		106	100,0	100,0	

Εις ό, τι αφορά την πνευματικότητα χαρακτηρίστηκε υψηλή και αποδεικνύεται συγκεντρωτικά στον πίνακα 17. Πιο συγκεκριμένα, το ερωτηματολόγιο της πνευματικότητας αποτελείται συνολικά από 16 ερωτήσεις τα αποτελέσματα των οποίων βρίσκονται αναλυτικά στο παράρτημα 9. Αρχικά, στις τοποθετήσεις «Αισθάνομαι την παρουσία του Θεού» και «Βιώνω μία σύνδεση όλη μου τη ζωή» το μεγαλύτερο ποσοστό φαίνεται να διαφώνησε. Αντίθετα, σε δηλώσεις όπως «Παίρνω δύναμη από τη θρησκεία ή την πνευματικότητα» και «Βρίσκω παρηγοριά στη θρησκεία ή την πνευματικότητα» το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων συμφώνησε. Ακόμα, στις δηλώσεις «Αισθάνομαι βαθιά εσωτερική ειρήνη και αρμονία» και «Ζητώ τη βοήθεια του Θεού κατά τη διάρκεια των καθημερινών μου δραστηριοτήτων» οι περισσότεροι συμμετέχοντες συμφώνησαν. Στην πεποίθηση «Αισθάνομαι

καθοδηγούμενος από το Θεό στη διάρκεια των καθημερινών μου δραστηριοτήτων» οι περισσότεροι ερωτηθέντες διαφώνησαν. Ομοίως και στις δηλώσεις «Αισθάνομαι άμεσα την αγάπη του Θεού προς εμένα» και «Αισθάνομαι την αγάπη του Θεού προς εμένα μέσω άλλων». Είναι αξιοσημείωτο πως οι πιο πολλοί ερωτηθέντες απάντησαν θετικά στις τοποθετήσεις «Η ομορφιά της πλάσης με συγκινεί πνευματικά», «Αισθάνομαι ευγνώμων για τα αγαθά μου», «Αισθάνομαι ένα ανιδιοτελές ενδιαφέρον για τους άλλους» και «Δέχομαι τους άλλους ακόμα κι όταν κάνουν πράγματα που είναι λάθος». Σημαντική είναι και η θετική απάντηση στην ερώτηση «Γενικά πόσο κοντά αισθάνεστε στο Θεό;».

Πίνακας 17 Πνευματικότητα

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	45	42,5	42,5	42,5
	1	61	57,5	57,5	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

5.6 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΚΛΙΜΑΚΩΝ ΜΕ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΟΥΣ

5.6.1 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΚΛΙΜΑΚΩΝ ΜΕ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Όπως είδαμε και στη βιβλιογραφική ανασκόπηση, ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν τις στάσεις και τις αντιλήψεις των ανθρώπων απέναντι στον θάνατο και την ευθανασία είναι η ηλικία. Στην παρούσα έρευνα παρουσιάστηκε συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας των αντιλήψεων για τον θάνατο. Πιο συγκεκριμένα, αναδείχθηκε πως όσο μεγαλώνει ένας άνθρωπος τόσο περισσότερο αποδέχεται τον θάνατο και ταυτόχρονα μειώνεται η αποφυγή του, όπως φαίνεται στον πίνακα 18.

Όσον αφορά την ευθανασία υπήρξε πάλι θετική συσχέτιση αναφορικά με την ηλικία. Σημειώθηκε πως η μεγαλύτερη ηλικία συνδέεται με την πιο ευνοϊκή στάση απέναντι στην ευθανασία (πίνακας 19). Αντίθετα, σε ό, τι αφορά την ηλικία και την πνευματικότητα δεν παρουσιάστηκε καμία συσχέτιση (πίνακας 20).

Ακόμα ένας σημαντικός δημογραφικός παράγοντας είναι το φύλο. Στην παρούσα εργασία όμως δεν φάνηκε να επηρεάζει τις στάσεις και τις αντιλήψεις των συμμετεχόντων. Το ίδιο συνέβη και με το επάγγελμά τους όπου δεν υφίσταται κάποια συσχέτιση των αντιλήψεών τους για τον θάνατο με τον επιστημονικό τομέα που σπούδασαν (κοινωνικές επιστήμες- επιστήμες υγείας).

Πίνακας 18

		Correlations					
		Ηλικία	προφίλ φόβου θανάτου (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ: 1,2,7,18, 20,21,32)	προφίλ αποφυγής θανάτου (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ: 3,10,12,19,26)	προφίλ ουδέτερης στάσης(ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ:6 ,14,17,24,30)	προφίλ διαφυγής μέσα από το θάνατο (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ: 5,9,11,23,29)	προφίλ αποδοχής θανάτου (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ :4,8,13,15,16, 22,25,27,28,31)
Ηλικία	Correlation Coefficient	1,000	,073	-,261**	,055	-,074	,395*
	Sig. (2-tailed)	.	,467	,009	,584	,459	,011
	N	101	101	101	101	101	41
προφίλ φόβου θανάτου (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ:1,2,7, 18,20,21,32)	Correlation Coefficient	,073	1,000	,350**	-,102	,023	,327*
	Sig. (2-tailed)	,467	.	,000	,299	,816	,037
	N	101	106	106	106	106	41
προφίλ αποφυγής θανάτου (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ: 3,10,12,19,26)	Correlation Coefficient	-,261**	,350**	1,000	-,065	,157	,158
	Sig. (2-tailed)	,009	,000	.	,508	,108	,323

	N	101	106	106	106	106	41
προφίλ ουδέτερης	Correlation Coefficient	,055	-,102	-,065	1,000	,107	,196
στάσης(ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	Sig. (2-tailed)	,584	,299	,508	.	,276	,220
:6,14,17,24,30)	N	101	106	106	106	106	41
προφίλ διαφυγής	Correlation Coefficient	-,074	,023	,157	,107	1,000	,297
μέσα από το θάνατο	Sig. (2-tailed)	,459	,816	,108	,276	.	,059
(ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ:	N	101	106	106	106	106	41
5,9,11,23,29)							
προφίλ αποδοχής	Correlation Coefficient	,395*	,327*	,158	,196	,297	1,000
θανάτου	Sig. (2-tailed)	,011	,037	,323	,220	,059	.
(ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ:4,8,13	N	41	41	41	41	41	41
,15,16,22,25,27,28,3							
1)							

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Πίνακας 19

Correlations

		Ηλικία	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜ ΑΤΑΕΥΘΑΝΑ ΣΙΑ1
Spearman's rho	Ηλικία	Correlation Coefficient	1,000
		Sig. (2-tailed)	.
		N	101
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑΕΥΘΑ ΝΑΣΙΑ1	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑΕΥΘΑ	Correlation Coefficient	,253*
		Sig. (2-tailed)	,011
		N	101

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Θετική συσχέτιση. Όσο μεγαλώνει ηλικία είναι πιθανότερο να αποδέχονται ευθανασία με $p=0,011$

Πίνακας 20

Correlations

		Ηλικία		Αποτέλεσμα 0 χαμηλη πνευματικότητα 1 υψηλη
Spearman's rho	Ηλικία	Correlation Coefficient	1,000	-,110
		Sig. (2-tailed)	.	,273
		N	101	101
Αποτέλεσμα 0 χαμηλη πνευματικότητα 1 υψηλη		Correlation Coefficient	-,110	1,000
		Sig. (2-tailed)	,273	.
		N	101	106

Όχι συσχέτιση

5.6.2 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΤΟΥΣ

Παρατηρήθηκε συσχέτιση μεταξύ των αντιλήψεων για τον θάνατο και την ευθανασία. Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά το προφίλ φόβου θανάτου δεν υπάρχει σημαντική συσχέτιση, όπως διακρίνεται στους πίνακες 20, 21. Αντίστοιχα, δεν υφίσταται συσχέτιση μεταξύ του προφίλ ουδέτερης στάσης για το θάνατο και της ευθανασίας, όπως αναδεικνύεται στον πίνακα 22, 23. Αντίθετα, επισημαίνεται πως το προφίλ αποφυγής θανάτου με τις αντιλήψεις για την ευθανασία σχετίζονται σημαντικά και αυτό παρατηρείται στον πίνακα 24, 25. Επιπρόσθετα, φαίνεται να σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό το προφίλ διαφυγής μέσα από τον θάνατο με την ευθανασία, όπως πληροφορεί ο πίνακας 26, 27. Τέλος είναι πολύ σημαντικό πως δεν παρουσιάστηκε συσχέτιση μεταξύ της αποδοχής του θανάτου και της ευθανασίας, όπως περιγράφεται στους πίνακες 28, 29.

Πίνακας 20

προφίλ φόβου θανάτου (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ:1,2,7,18,20,21,32) * ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑΕΥΘΑΝΑΣΙΑ1 Crosstabulation

		ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑΕΥΘΑΝΑΣΙΑ		
		Α1		Total
		0	1	
προφίλ φόβου θανάτου 0 (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ:1,2,7,18,20,21,32)	Count	12	41	53
	% within προφίλ φόβου θανάτου (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ:1,2,7,18,20,21,32)	22,6%	77,4%	100,0%
	% within ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑΕΥΘΑΝΑΣΙΑ1	44,4%	51,9%	50,0%
	% of Total	11,3%	38,7%	50,0%
	1	Count	15	38
1	% within προφίλ φόβου θανάτου (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ:1,2,7,18,20,21,32)	28,3%	71,7%	100,0%
	% within ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑΕΥΘΑΝΑΣΙΑ1	55,6%	48,1%	50,0%
	% of Total	14,2%	35,8%	50,0%
	Total	Count	27	79
Total	% within προφίλ φόβου θανάτου (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ:1,2,7,18,20,21,32)	25,5%	74,5%	100,0%
	% within ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑΕΥΘΑΝΑΣΙΑ1	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	25,5%	74,5%	100,0%

Πίνακας 21

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	,447 ^a	1	,504		
Continuity Correction ^b	,199	1	,656		
Likelihood Ratio	,448	1	,503		
Fisher's Exact Test				,656	,328
Linear-by-Linear Association	,443	1	,506		
N of Valid Cases	106				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13,50.

b. Computed only for a 2x2 table

Δεν συσχετίζονται σημαντικά. Το ρόπως πριν.

Πίνακας 22

προφίλ ουδέτερης στάσης(ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ:6,14,17,24,30) * ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑΕΥΘΑΝΑΣΙΑ1 Crosstabulation

		ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑΕΥΘΑΝΑΣΙΑ			
		Α1		Total	
		0	1		
προφίλ ουδέτερης στάσης(ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ:6,14,1 7,24,30)	0	Count	10	23	33
		% within προφίλ ουδέτερης στάσης(ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ:6,14,1 7,24,30)	30,3%	69,7%	100,0%
		% within ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑΕΥΘΑΝ ΑΣΙΑ1	37,0%	29,1%	31,1%
		% of Total	9,4%	21,7%	31,1%
		1	Count	17	56
		% within προφίλ ουδέτερης στάσης(ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ:6,14,1 7,24,30)	23,3%	76,7%	100,0%
		% within ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑΕΥΘΑΝ ΑΣΙΑ1	63,0%	70,9%	68,9%
		% of Total	16,0%	52,8%	68,9%

Total	Count	27	79	106
	% within προφίλ ουδέτερης στάσης(ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ:6,14,17,24,30)	25,5%	74,5%	100,0%
	% within ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑΕΥΘΑΝΑΣΙΑ1	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	25,5%	74,5%	100,0%

Πίνακας 23

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,589 ^a	1	,443		
Continuity Correction ^b	,278	1	,598		
Likelihood Ratio	,578	1	,447		
Fisher's Exact Test				,476	,296
Linear-by-Linear Association	,584	1	,445		
N of Valid Cases	106				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,41.

b. Computed only for a 2x2 table

Δεν συσχετίζονται σημαντικά. Το p όπως πριν.

Πίνακας 24

προφίλ αποφυγής θανάτου (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ: 3,10,12,19,26) * ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑΕΥΘΑΝΑΣΙΑ1

Crosstabulation

		ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑΕΥΘΑΝΑΣΙΑ1			
		A1		Total	
		0	1		
προφίλ αποφυγής θανάτου (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ: 3,10,12,19,26)	0	Count	8	58	66
		% within προφίλ αποφυγής θανάτου (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ: 3,10,12,19,26)	12,1%	87,9%	100,0%

	% within ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑΕΥΘΑΝ ΑΣΙΑ1	29,6%	73,4%	62,3%
	% of Total	7,5%	54,7%	62,3%
1	Count	19	21	40
	% within προφίλ αποφυγής θανάτου (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ: 3,10,12,19,26)	47,5%	52,5%	100,0%
	% within ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑΕΥΘΑΝ ΑΣΙΑ1	70,4%	26,6%	37,7%
	% of Total	17,9%	19,8%	37,7%
Total	Count	27	79	106
	% within προφίλ αποφυγής θανάτου (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ: 3,10,12,19,26)	25,5%	74,5%	100,0%
	% within ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑΕΥΘΑΝΑΣ ΙΑ1	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	25,5%	74,5%	100,0%

Πίνακας 25

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	16,421 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	14,610	1	,000		
Likelihood Ratio	16,197	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	16,266	1	,000		
N of Valid Cases	106				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,19.

b. Computed only for a 2x2 table

Συσχετίζονται σημαντικά. Το $p < 0,001$

προφίλ διαφυγής μέσα από το θάνατο (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ: 5,9,11,23,29) * ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑΕΥΘΑΝΑΣΙΑ1

Crosstabulation

		ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑΕΥΘΑΝΑΣΙΑ1			
		A1		Total	
		0	1		
προφίλ διαφυγής μέσα από το θάνατο (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ: 5,9,11,23,29)	0	Count	12	71	83
		% within προφίλ διαφυγής μέσα από το θάνατο (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ: 5,9,11,23,29)	14,5%	85,5%	100,0%
		% within ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑΕΥΘΑΝΑΣΙΑ1	44,4%	89,9%	78,3%
		% of Total	11,3%	67,0%	78,3%
	1	Count	15	8	23
		% within προφίλ διαφυγής μέσα από το θάνατο (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ: 5,9,11,23,29)	65,2%	34,8%	100,0%
		% within ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑΕΥΘΑΝΑΣΙΑ1	55,6%	10,1%	21,7%
		% of Total	14,2%	7,5%	21,7%
	Total	Count	27	79	106
		% within προφίλ διαφυγής μέσα από το θάνατο (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ: 5,9,11,23,29)	25,5%	74,5%	100,0%
	% within ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑΕΥΘΑΝΑΣΙΑ1	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	25,5%	74,5%	100,0%	

Chi-Square Tests

Value	Df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)

Pearson Chi-Square	24,443 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	21,842	1	,000		
Likelihood Ratio	21,992	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	24,213	1	,000		
N of Valid Cases	106				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,86.

b. Computed only for a 2x2 table

Συσχετίζονται σημαντικά. Το $p < 0.001$

Πίνακας 28

προφίλ αποδοχής θανάτου (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ:4,8,13,15,16,22,25,27,28,31) * ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑΕΥΘΑΝΑΣΙΑ1

Crosstabulation

		ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑΕΥΘΑΝΑΣΙΑ1		Total	
		0	1		
προφίλ αποδοχής θανάτου (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ:4,8,13,15,16,2 2,25,27,28,31)	0	Count	8	23	31
		% within προφίλ αποδοχής θανάτου (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ:4,8,13,15,16,2 2,25,27,28,31)	25,8%	74,2%	100,0%
		% within ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑΕΥΘΑΝΑΣΙΑ1	61,5%	82,1%	75,6%
		% of Total	19,5%	56,1%	75,6%
1	Count	5	5	10	
		% within προφίλ αποδοχής θανάτου (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ:4,8,13,15,16,2 2,25,27,28,31)	50,0%	50,0%	100,0%
		% within ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑΕΥΘΑΝΑΣΙΑ1	38,5%	17,9%	24,4%
		% of Total	12,2%	12,2%	24,4%
Total		Count	13	28	41

% within προφίλ αποδοχής θανάτου (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ:4,8,13,15,16,22,25,27,28,31)	31,7%	68,3%	100,0%
% within ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑΕΥΘΑΝΑΣΙΑ1	100,0%	100,0%	100,0%
% of Total	31,7%	68,3%	100,0%

Πίνακας 29

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,044 ^a	1	,153		
Continuity Correction ^b	1,079	1	,299		
Likelihood Ratio	1,954	1	,162		
Fisher's Exact Test				,241	,150
Linear-by-Linear Association	1,994	1	,158		
N of Valid Cases	41				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,17.

b. Computed only for a 2x2 table

Δεν υπάρχει σχέση μεταξύ τους. Έγινε test χ^2 και σημειώνεται το «p».

Είναι αξιοσημείωτο ότι παρατηρήθηκε συσχέτιση μεταξύ πνευματικότητας και αντιλήψεων για τον θάνατο. Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά τον φόβο θανάτου σχετίζεται σημαντικά με την πνευματικότητα, όπως περιγράφεται στους πίνακες 30,31. Ομοίως, το προφίλ της διαφυγής μέσα από τον θάνατο σχετίζεται με την πνευματικότητα, όπως παρουσιάζεται στους πίνακες 32,33. Από την άλλη πλευρά αναδείχθηκε μέσω της έρευνας ότι η αποδοχή του θανάτου (πίνακες 34, 35), η ουδέτερη στάση απέναντι στον θάνατο (πίνακες 36, 37) και η αποφυγή του θανάτου (πίνακες 38, 39) δεν σχετίζονται με την πνευματικότητα του ατόμου.

Πίνακας 30

προφίλ φόβου θανάτου (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ:1,2,7,18,20,21,32) * Αποτέλεσμα 0 χαμηλη πνευματικότητα 1 υψηλη

Crosstabulation

			Αποτέλεσμα 0 χαμηλη πνευματικότητα 1 υψηλη		Total
			0	1	
προφίλ φόβου θανάτου (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ:1,2,7,18,20,21,32)	0	Count	28	25	53
		% within προφίλ φόβου θανάτου (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ:1,2,7,18,20,21,32)	52,8%	47,2%	100,0%
		% within Αποτέλεσμα 0 χαμηλη πνευματικότητα 1 υψηλη	62,2%	41,0%	50,0%
		% of Total	26,4%	23,6%	50,0%
	1	Count	17	36	53
		% within προφίλ φόβου θανάτου (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ:1,2,7,18,20,21,32)	32,1%	67,9%	100,0%
		% within Αποτέλεσμα 0 χαμηλη πνευματικότητα 1 υψηλη	37,8%	59,0%	50,0%
		% of Total	16,0%	34,0%	50,0%
	Total	Count	45	61	106
		% within προφίλ φόβου θανάτου (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ:1,2,7,18,20,21,32)	42,5%	57,5%	100,0%
	% within Αποτέλεσμα 0 χαμηλη πνευματικότητα 1 υψηλη	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	42,5%	57,5%	100,0%	

Πίνακας 31

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	4,672 ^a	1	,031		
Continuity Correction ^b	3,862	1	,049		
Likelihood Ratio	4,711	1	,030		
Fisher's Exact Test				,049	,024
Linear-by-Linear Association	4,628	1	,031		
N of Valid Cases	106				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 22,50.

b. Computed only for a 2x2 table

Συσχετίζονται σημαντικά. Το $p=0,024$

Πίνακας 32

προφίλ διαφυγής μέσα από το θάνατο (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ: 5,9,11,23,29) * Αποτέλεσμα 0 χαμηλη πνευματικότητα 1 υψηλη Crosstabulation

		Αποτέλεσμα 0 πνευματικότητα χαμηλη	1 υψηλη	Total	
προφίλ διαφυγής μέσα από το θάνατο (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ: 5,9,11,23,29)	0	Count	43	40	83
		% within προφίλ διαφυγής μέσα από το θάνατο (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ: 5,9,11,23,29)	51,8%	48,2%	100,0%
		% within Αποτέλεσμα 0 χαμηλη πνευματικότητα 1 υψηλη	95,6%	65,6%	78,3%
		% of Total	40,6%	37,7%	78,3%
	1	Count	2	21	23
	% within προφίλ διαφυγής μέσα από το θάνατο (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ: 5,9,11,23,29)	8,7%	91,3%	100,0%	
	% within Αποτέλεσμα 0 χαμηλη πνευματικότητα 1 υψηλη	4,4%	34,4%	21,7%	

	% of Total	1,9%	19,8%	21,7%
Total	Count	45	61	106
	% within προφίλ διαφυγής μέσα από το θάνατο (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ: 5,9,11,23,29)	42,5%	57,5%	100,0%
	% within Αποτέλεσμα 0 χαμηλη πνευματικότητα 1 υψηλη	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	42,5%	57,5%	100,0%

Πίνακας 33

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	13,701 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	11,993	1	,001		
Likelihood Ratio	15,979	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	13,572	1	,000		
N of Valid Cases	106				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,76.

b. Computed only for a 2x2 table

Συσχετίζονται σημαντικά. Το $p < 0,001$

Πίνακας 34

προφίλ αποδοχής θανάτου (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ:4,8,13,15,16,22,25,27,28,31) * Αποτέλεσμα 0 χαμηλη πνευματικότητα 1 υψηλη Crosstabulation

		Αποτέλεσμα 0 χαμηλη πνευματικότητα 1 υψηλη		Total
		0	1	
0	Count	15	16	31

προφίλ αποδοχής θανάτου (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ:4,8,13,15,16,2 2,25,27,28,31)	% within προφίλ αποδοχής θανάτου (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ:4,8,13,15,16,2 2,25,27,28,31)	48,4%	51,6%	100,0%
	% within Αποτέλεσμα 0 χαμηλη πνευματικότητα 1 υψηλη	78,9%	72,7%	75,6%
	% of Total	36,6%	39,0%	75,6%
	1 Count	4	6	10
	% within προφίλ αποδοχής θανάτου (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ:4,8,13,15,16,2 2,25,27,28,31)	40,0%	60,0%	100,0%
	% within Αποτέλεσμα 0 χαμηλη πνευματικότητα 1 υψηλη	21,1%	27,3%	24,4%
	% of Total	9,8%	14,6%	24,4%
Total	Count	19	22	41
	% within προφίλ αποδοχής θανάτου (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ:4,8,13,15,16,2 2,25,27,28,31)	46,3%	53,7%	100,0%
	% within Αποτέλεσμα 0 χαμηλη πνευματικότητα 1 υψηλη	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	46,3%	53,7%	100,0%

Πίνακας 35

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	,214 ^a	1	,644		
Continuity Correction ^b	,010	1	,922		
Likelihood Ratio	,215	1	,643		
Fisher's Exact Test				,727	,463

Linear-by-Linear Association	,209	1	,648		
N of Valid Cases	41				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,63.

b. Computed only for a 2x2 table

Πίνακας 36

προφίλ ουδέτερης στάσης(ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ:6,14,17,24,30) * Αποτέλεσμα 0 χαμηλη πνευματικότητα 1 υψηλη

Crosstabulation

		Αποτέλεσμα 0 χαμηλη πνευματικότητα 1 υψηλη		Total	
		0	1		
προφίλ ουδέτερης στάσης(ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ:6,14,17,24,30)	0	Count	16	17	33
		% within προφίλ ουδέτερης στάσης(ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ:6,14,17,24,30)	48,5%	51,5%	100,0%
		% within Αποτέλεσμα 0 χαμηλη πνευματικότητα 1 υψηλη	35,6%	27,9%	31,1%
		% of Total	15,1%	16,0%	31,1%
1	0	Count	29	44	73
		% within προφίλ ουδέτερης στάσης(ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ:6,14,17,24,30)	39,7%	60,3%	100,0%
		% within Αποτέλεσμα 0 χαμηλη πνευματικότητα 1 υψηλη	64,4%	72,1%	68,9%
		% of Total	27,4%	41,5%	68,9%
Total	0	Count	45	61	106
		% within προφίλ ουδέτερης στάσης(ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ:6,14,17,24,30)	42,5%	57,5%	100,0%
		% within Αποτέλεσμα 0 χαμηλη πνευματικότητα 1 υψηλη	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	42,5%	57,5%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	,714 ^a	1	,398		
Continuity Correction ^b	,400	1	,527		
Likelihood Ratio	,710	1	,399		
Fisher's Exact Test				,406	,263
Linear-by-Linear Association	,707	1	,400		
N of Valid Cases	106				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14,01.

b. Computed only for a 2x2 table

Δεν συσχετίζονται σημαντικά. Το p όπως πριν.

προφίλ αποφυγής θανάτου (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ: 3,10,12,19,26) * Αποτέλεσμα 0 χαμηλη πνευματικότητα 1 υψηλη

Crosstabulation

		Αποτέλεσμα 0 χαμηλη πνευματικότητα 1 υψηλη		Total	
		0	1		
προφίλ αποφυγής θανάτου (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ: 3,10,12,19,26)	0	Count	32	34	66
		% within προφίλ αποφυγής θανάτου (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ: 3,10,12,19,26)	48,5%	51,5%	100,0%
		% within Αποτέλεσμα 0 χαμηλη πνευματικότητα 1 υψηλη	71,1%	55,7%	62,3%
		% of Total	30,2%	32,1%	62,3%
	1	Count	13	27	40
		% within προφίλ αποφυγής θανάτου (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ: 3,10,12,19,26)	32,5%	67,5%	100,0%

	% within Αποτέλεσμα 0 χαμηλη πνευματικότητα 1 υψηλη	28,9%	44,3%	37,7%
	% of Total	12,3%	25,5%	37,7%
Total	Count	45	61	106
	% within προφύλ αποφυγής θανάτου (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ: 3,10,12,19,26)	42,5%	57,5%	100,0%
	% within Αποτέλεσμα 0 χαμηλη πνευματικότητα 1 υψηλη	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	42,5%	57,5%	100,0%

Πίνακας 39

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	2,605 ^a	1	,107		
Continuity Correction ^b	1,992	1	,158		
Likelihood Ratio	2,642	1	,104		
Fisher's Exact Test				,156	,079
Linear-by-Linear Association	2,580	1	,108		
N of Valid Cases	106				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16,98.

b. Computed only for a 2x2 table

Δεν συσχετίζονται σημαντικά. Το p όπως πριν.

Είναι σημαντικό ότι στην παρούσα έρευνα δεν αποδεικνύεται συσχέτιση μεταξύ της πνευματικότητας του ατόμου και των αντιλήψεών του για την ευθανασία. Τα αποτελέσματα παρατίθενται πιο αναλυτικά στους πίνακες 40, 41.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ1 * Αποτέλεσμα 0 χαμηλή πνευματικότητα 1 υψηλή Crosstabulation

		Αποτέλεσμα 0 χαμηλή πνευματικότητα 1 υψηλή		Total	
		0	1		
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΥΘΑΝ ΑΣΙΑ1	Count	8	19	27	
	% within ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΥΘΑΝ ΑΣΙΑ1	29,6%	70,4%	100,0%	
	% within Αποτέλεσμα 0 χαμηλή πνευματικότητα 1 υψηλή	17,8%	31,1%	25,5%	
	% of Total	7,5%	17,9%	25,5%	
	1	Count	37	42	79
1	% within ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΥΘΑΝ ΑΣΙΑ1	46,8%	53,2%	100,0%	
	% within Αποτέλεσμα 0 χαμηλή πνευματικότητα 1 υψηλή	82,2%	68,9%	74,5%	
	% of Total	34,9%	39,6%	74,5%	
	Total	Count	45	61	106
	% within ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΥΘΑΝ ΑΣΙΑ1	42,5%	57,5%	100,0%	
Total	% within Αποτέλεσμα 0 χαμηλή πνευματικότητα 1 υψηλή	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	42,5%	57,5%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	2,438 ^a	1	,118		
Continuity Correction ^b	1,785	1	,182		
Likelihood Ratio	2,507	1	,113		
Fisher's Exact Test				,175	,090
Linear-by-Linear Association	2,415	1	,120		
N of Valid Cases	106				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,46.

b. Computed only for a 2x2 table

Δεν υπάρχει σχέση μεταξύ τους. Έγινε test x2 και σημειώνεται το «p».

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

6.1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

Η ευθανασία και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία δεν αποτελούν πλέον ένα τόσο «απαγορευμένο» θέμα συζήτησης, καθώς η εφαρμογή τους έχει γίνει νόμιμη σε κάποιες χώρες κι έχουν εναρμονιστεί με την κοινωνική κουλτούρα και τον πολιτισμό αυτών των χωρών. Έχει ήδη αναφερθεί πως γίνεται λόγος για την Ολλανδία, το Λουξεμβούργο και την Ελβετία, στις οποίες δεν θεωρείται παράνομη η επίσπευση του θανάτου υπό ορισμένες συνθήκες και προϋποθέσεις. Ωστόσο, στην Ελλάδα οι μέθοδοι της ευθανασίας και της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας συνεχίζουν να αποτελούν θέματα έντονου προβληματισμού και να προκαλούν το ενδιαφέρον των ερευνητών, των επιστημόνων, της Ορθόδοξης Εκκλησίας και της κοινής γνώμης.

Στην παρούσα μεταπτυχιακή εργασία έγινε προσπάθεια να αναδειχθούν οι απόψεις και οι αντιλήψεις που κυριαρχούν στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Για τον λόγο αυτό το δείγμα αποτελούνταν από φοιτητές και απόφοιτους του μεταπτυχιακού προγράμματος «Ψυχική Υγεία» του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Στα αποτελέσματα της έρευνας παρουσιάστηκε η θετική στάση τους απέναντι στην ευθανασία με ποσοστό 74,5% στις ερωτήσεις της πρώτης υποκατηγορίας του ερωτηματολογίου Euthanasia Attitude Scale (EAS) και με 52,8% στις δεύτερης. Αντίθετα, στο τρίτο μέρος που οι ερωτήσεις αφορούσαν κυρίως το αν τους έχει ζητηθεί από ασθενείς να προχωρήσουν σε μία τέτοια μέθοδο και αν θα μπορούσαν αυτοί να χορηγήσουν το φάρμακο στους ασθενείς το 90,6% έδειξε αρνητική στάση.

Πιο ειδικά, στην πρώτη υποενότητα του ερωτηματολογίου για την ευθανασία αρκετά μεγάλο ποσοστό συμφώνησε με την πεποίθηση ότι αν κάποιος άνθρωπος βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο μιας ανίατης ασθένειας και υποφέρει έχει κάθε δικαίωμα να αποφασίσει αυτός αν επιθυμεί να τερματίσει τη ζωή του. Επιπλέον, είναι χαρακτηριστικό πως στην περίπτωση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες διαφώνησαν με την άποψη ότι μια τέτοια πρακτική θεωρείται δολοφονία, όπως επίσης και με την τοποθέτηση ότι δεν συνιστά πράξη ελεημοσύνης το να επισπευθεί ο θάνατος ενός ανθρώπου που υποφέρει και δεν υπάρχει καμία πιθανότητα να ανακάμψει. Ακόμα, είναι αξιοσημείωτο πως διαφώνησαν με τις δηλώσεις που θέλουν να διατηρείται ένας άνθρωπος στη ζωή με μηχανήματα, χωρίς να

υπάρχει πιθανότητα επιβίωσης αν αποσυνδεθούν από αυτά. Επιπρόσθετα, τοποθετήθηκαν υπέρ των αντιλήψεων που δεν θεωρούν την ευθανασία δολοφονία, δεν πιστεύουν πως αποκλειστικά και μόνο ο γιατρός πρέπει να αποφασίζει για το μέλλον ενός ασθενή και δήλωσαν πως σε περίπτωση που βρίσκονταν και οι ίδιοι σε μία μη αναστρέψιμη κατάσταση που θα επέφερε φριχτούς πόνους θα προτιμούσαν την ευθανασία, όπως το ίδιο θα προτιμούσαν και για τα οικεία τους πρόσωπα. Καταλήγοντας, με βάση τις παραπάνω τοποθετήσεις τους και πολλές ακόμα στα ερωτήματα του πρώτου μέρους του ερωτηματολογίου η στάση τους απέναντι στην ευθανασία είναι θετική σε περιπτώσεις που ο ασθενής δεν παρουσιάζει σημάδια βελτίωσης και υποφέρει.

Στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου οι ερωτήσεις ήταν πιο ξεκάθαρες για τις αντιλήψεις τους αναφορικά με το ζήτημα της ευθανασίας. Το ποσοστό αποδοχής της είναι και πάλι υψηλό με δείκτη 52,8%. Το μεγαλύτερο ποσοστό δήλωσε πως συμφωνεί με την ευθανασία, ενώ αρκετοί ήταν και όσοι περιέγραψαν πως έχουν ουδέτερη στάση απέναντί της και ουσιαστικά ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν με αυτή την συγκεκριμένη μέθοδο. Ταυτόχρονα όμως, οι πιο πολλοί ερωτηθέντες δήλωσαν πως δεν θεωρούν ότι η ελληνική κοινωνία είναι έτοιμη να αποδεχθεί τη νομιμοποίηση της ευθανασίας. Τέλος, στο τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου οι περισσότεροι συμμετέχοντες στην έρευνα δήλωσαν πως ακόμα κι αν ήταν νόμιμο δεν θα βοηθούσαν κάποιον να επισπεύσει τον θάνατό του, ενώ υπογράμμισαν πως δεν τους έχει ζητηθεί να βοηθήσουν κάποιον να τερματίσει τη ζωή του.

Στη βιβλιογραφική ανασκόπηση έγινε λόγος για τον δημογραφικό παράγοντα που επηρεάζει τις αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στην ευθανασία. Εις ό, τι αφορά το φύλο δεν υπήρξε κάποια συσχέτιση σύμφωνα με τις έρευνες που έχουν λάβει χώρα παγκοσμίως. Πιο συγκεκριμένα, επισημάνθηκε η άποψη του Periyakoil η οποία ανέφερε πως δεν υπάρχει κάποια ουσιαστική διαφορά ανάμεσα στα φύλα που να επηρεάζει την στάση τους (Periyakoil, 2018). Ακόμα, όσον αφορά την ηλικία, ο ίδιος ερευνητής επεσήμανε πως όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία κάποιου τόσο μεγαλύτερη πιθανότητα υπάρχει να αποκτήσει θετική στάση απέναντι στην ευθανασία. Τέλος, τον τομέα του επαγγέλματος έδειξαν πως οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας που έχουν επαφή με ασθενείς τελευταίου σταδίου είναι αντίθετοι με την ευθανασία (Johnson, 2015).

Στην παρούσα έρευνα επιβεβαιώθηκαν τα στοιχεία της βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Στο ερώτημα αν υφίσταται διάκριση ανάμεσα στα φύλα όσον αφορά της απόψεις τους για την

ευθανασία, η απάντηση που δόθηκε είναι πως δεν υπάρχει καμία συσχέτιση μεταξύ του φύλου και της στάσης απέναντι στην ευθανασία. Ακόμα, αναφορικά με την ηλικία επισημάνθηκε η συσχέτιση που υπάρχει, επιβεβαιώνοντας και πάλι τις θεωρίες της βιβλιογραφίας. Πιο συγκεκριμένα, καταγράφηκε πως όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία ενός ατόμου τόσο πιο θετική είναι η άποψή του για τη μέθοδο της ευθανασίας. Τέλος, στο ζήτημα της σχέσης του εργασιακού χώρου και της επαφής με τους ασθενείς με την στάση απέναντι στην ευθανασία, στην συγκεκριμένη έρευνα δεν εντοπίζεται κάποια συσχέτιση.

6.2 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ

Οι απόψεις των συμμετεχόντων επαγγελματιών ψυχικής υγείας αναφορικά με τον θάνατο αξιολογήθηκαν με το ερωτηματολόγιο DAP-R, το οποίο περιέχει πέντε διαστάσεις στον τρόπο προσέγγισης του θανάτου: 1) τον φόβο απέναντι στον θάνατο, 2) την αποφυγή του θανάτου, 3) την ουδέτερη στάση, 4) την αποδοχή και 5) την διαφυγή μέσω του θανάτου.

Όσον αφορά τον φόβο απέναντι στον θάνατο, δεν υπήρξε κάποια θετική ή αρνητική στάση που να υπερέχει σε ποσοστό, αφού το 50% ουσιαστικά δήλωσε πως φοβάται τον θάνατο και το υπόλοιπο 50% πως δεν φοβάται. Είναι σημαντικό πως στη δήλωση «Η προοπτική του δικού μου θανάτου μου δημιουργεί άγχος» το μεγαλύτερο ποσοστό συμφώνησε, αποδεικνύοντας πως ακόμα και όσοι δεν εκφράζουν έντονο προβληματισμό απέναντι στον θάνατο, τον σκέφτονται συχνά. Ταυτόχρονα, διαφώνησαν με την τοποθέτηση «Το θέμα της ζωής μετά το θάνατο με προβληματίζει έντονα», αποδεικνύοντας πως ενδεχομένως το άγχος τους σχετίζεται με τον τρόπο και την αναμονή του θανάτου κι όχι με το τί θα συμβεί αφού πεθάνουν.

Στη δεύτερη διάσταση που αφορά την αποφυγή του θανάτου παρουσιάστηκε αρνητική στάση των συμμετεχόντων με ποσοστό 62,3%. Είναι αξιοσημείωτο ότι στην τοποθέτηση «Αποφεύγω να σκέφτομαι τον θάνατο από κάθε άποψη» το μεγαλύτερο ποσοστό δήλωσε ότι διαφωνεί όπως επίσης και με τη δήλωση «Προσπαθώ να μην έχω τίποτα να κάνω με το θέμα του θανάτου», αποδεικνύοντας πως είναι συνειδητοποιημένοι με το ζήτημα του θανάτου. Στη συνέχεια, στη τρίτη διάσταση που σχετίζεται με την ουδετερότητα απέναντι στον θάνατο οι περισσότεροι ερωτηθέντες συμφώνησαν με ποσοστό 68,9%. Πιο συγκεκριμένα, σε τοποθετήσεις όπως «Ο θάνατος είναι απλά ένα τμήμα της διαδικασίας της ζωής» και «Ο θάνατος θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν κάτι φυσιολογικό, αναμφισβήτητο και αναπόφευκτο γεγονός» η

συντριπτική πλειοψηφία συμφώνησε, αποδεικνύοντας για ακόμα μία φορά ότι ουσιαστικά έχουν «απομυθοποιήσει» το θάνατο.

Επιπλέον, στην αποδοχή του θανάτου το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων έδειξε αρνητική στάση με δείκτη 75,6%. Πιο ειδικά, σε δηλώσεις όπως «Ανυπομονώ για την ζωή μετά το θάνατο» και «Ο θάνατος αποτελεί υπόσχεση για μία καλύτερη ζωή» η πλειοψηφία των ερωτηθέντων διαφώνησε, αναδεικνύοντας την επιθυμία για ζωή. Τέλος, στο προφίλ της διαφυγής μέσω του θανάτου οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες έδειξαν αρνητική στάση με ποσοστό 78,3%. Συγκεκριμένα έδειξαν την αντίθεσή τους προς πεποιθήσεις όπως «Ο θάνατος προσφέρει μία διαφυγή από τον απάισιο κόσμο» και «Βλέπω τον θάνατο ως ανακούφιση από τα εγκόσμια βάσανα», αναδεικνύοντας ακόμα μία φορά την θετική στάση τους προς τη ζωή και όχι τον θάνατο. Τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου μας προσφέρουν σημαντικές πληροφορίες, καθώς διακρίνεται πως οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας προφανώς δείχνουν τον απαραίτητο σεβασμό στη ζωή ενός ανθρώπου, αλλά ταυτόχρονα είναι συνειδητοποιημένοι με την έννοια του θανάτου και σε περιπτώσεις ασθενών με ανίατη ασθένεια.

Όσον αφορά τους δημογραφικούς παράγοντες παρουσιάζεται κάποια συσχέτιση. Πιο συγκεκριμένα, ο παράγοντας του φύλου και πάλι δεν διακρίνεται να έχει κάποια σχέση με τις αντιλήψεις και τις στάσεις των συμμετεχόντων απέναντι στο θάνατο. Ομοίως, δεν παρατηρήθηκε κάποια συσχέτιση του χώρου εργασίας με τις αντιλήψεις για το θάνατο. Αντίθετα, η ηλικία φαίνεται να σχετίζεται με την αύξηση της αποδοχής του θανάτου και με την μείωση της αποφυγής του, καθώς όπως παρουσιάστηκε στον πίνακα 18, όσο μεγαλώνει ο άνθρωπος τόσο αποδέχεται την κατάσταση του θανάτου και δεν προσπαθεί να τον αποφύγει, συνειδητοποιώντας πως είναι μία αναπόφευκτη κατάσταση.

Αξιοσημείωτη είναι και η συσχέτιση των αντιλήψεων για τον θάνατο με την ευθανασία. Ειδικότερα, παρατηρήθηκε συσχέτιση μεταξύ του προφίλ αποφυγής θανάτου και της ευθανασίας. Επίσης, διακρίθηκε η συσχέτιση μεταξύ της διαφυγής μέσα από τον θάνατο και της ευθανασίας. Αντίθετα, τα υπόλοιπα προφίλ αντιλήψεων για τον θάνατο (προφίλ ουδέτερης στάσης, φόβου και αποδοχής) δεν παρουσίασαν κάποια αντίστοιχη συσχέτιση.

6.3 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Στη βιβλιογραφική ανασκόπηση παρατηρήθηκε πως η θρησκευτικότητα και η πνευματικότητα επηρεάζουν σημαντικά τις αντιλήψεις για τον θάνατο και την ευθανασία. Αυτό συμβαίνει εξαιτίας της σημαντικής θέσης που κατέχει η ανθρώπινη ζωή στις πιο διαδεδομένες θρησκείες παγκοσμίως. Επιπλέον, έγινε διάκριση ανάμεσα στη θρησκευτικότητα και την πνευματικότητα, αναδεικνύοντας τις διαφορετικές έννοιες μεταξύ τους. Με δεδομένο ότι στην Ελλάδα η συντριπτική πλειοψηφία είναι Χριστιανοί Ορθόδοξοι, δεν έχει νομιμοποιηθεί η ευθανασία, αφού οι κοινωνικές αξίες και η θρησκεία το απαγορεύουν. Οι πιστοί της Ορθοδοξίας πιστεύουν αυτό που η θρησκεία πρεσβεύει, δηλαδή ότι η ευθανασία είναι δολοφονία και κανείς δεν έχει το δικαίωμα να στερήσει τη ζωή από κάποιον άλλον άνθρωπο.

Στην παρούσα εργασία οι συμμετέχοντες δήλωσαν όλοι Χριστιανοί Ορθόδοξοι και όντως ο δείκτης της θρησκευτικότητας ήταν υψηλός. Παρά ο γεγονός ότι απάντησαν πως πηγαίνουν συχνά στην εκκλησία, αλλά όχι συνέχεια, επεσήμαναν ότι νιώθουν μέσα τους πιστοί στη θρησκεία. Στην πνευματικότητα επίσης ανέφεραν ότι διαφωνούν στο μεγαλύτερο ποσοστό τους με απόψεις όπως «Αισθάνομαι την παρουσία του Θεού» και «Βιώνω μία σύνδεση όλη μου τη ζωή», αλλά συμφωνούν με την τοποθέτηση «Βρίσκω παρηγοριά στη θρησκεία ή την πνευματικότητα». Καταλήγοντας παρουσιάστηκε συσχέτιση μεταξύ της πνευματικότητας και ορισμένων αντιλήψεων για τον θάνατο. Ειδικότερα, στο προφίλ του φόβου για τον θάνατο και στο προφίλ διαφυγής μέσα από τον θάνατο παρουσιάστηκε μεγάλος βαθμός συσχέτισης. Αντίθετα, παρά τις θεωρίες που διατυπώθηκαν στη βιβλιογραφία, η θρησκευτικότητα δεν φάνηκε να σχετίζεται με την ευθανασία, αφού αν και πιστοί στο δόγμα της Ορθοδοξίας δήλωσαν πως συμφωνούν με τις μεθόδους της ευθανασίας και της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1) Ελληνόγλωσσα βιβλία και άρθρα

- Αβαγιανού Α., *Ευθάνατος Θάνατος* στο συλλογικό έργο *Ευθανασία*, Αθήνα (2000)
- Αβραμίδης Αθανάσιος, *Ευθανασία*, Αθήνα (1995)
- Βουρδάμη Κ., *Στάσεις και Αντιλήψεις των ιατρών για την ευθανασία και της ιατρικός υποβοηθούμενη αυτοκτονία*, Πάτρα (2018)
- Burkert, Walter, *Αρχαία Ελληνική Θρησκεία* , Αθήνα (2015)
- Γαλανάκης Ε., *Η λυτρωτική θανάτωση στην αρχαία ελληνική γραμματεία: Αυτοκτονία, Ευθανασία, Βρεφοκτονία*, Ιωάννινα (1996)
- Ζακόπουλος Αθηναγόρας, *Η ευθανασία σήμερα και η θέση της εκκλησίας*, Αθήνα (1987)
- Kant I., *Τα θεμέλια της μεταφυσικής των ηθών*, Αθήνα, (1984)
- Κατράς Ιωάννης, Εξάβιβλος, *Ποινικός κώδικας*, Αθήνα, (2005)
- Κριάρη Ισμήνη, *Ευθανασία και ατομικά δικαιώματα - Η προσέγγιση από πλευράς διεθνούς και συγκριτικού δικαίου*, <http://www.bioethics.org.gr>, 21-1-2006
- Κουτσελίνης Α., *Ευθανασία: Έννοιες - Ορισμοί*, <http://www.bioethics.org.gr>, 21-1-2006
- Κουτής Χ., Μπαμπατσίκου Φ.,Λυκούδης Ζ., *Θεμελιώδεις Αρχές της Μεθοδολογίας της έρευνας στις Επιστήμες Υγείας*, Αθήνα (2016)
- Μητσόπουλος Νικόλαος, *Η λεγόμενη ευθανασία*, Αθήνα (1980)
- Παππά Μ., *Ευθανασία και επαγγελματίες υγείας: Ηθικές διαστάσεις και ζητήματα*, Κόρινθος (2014)
- Πέρρος Παναγιώτης , *Μπορούμε να αναγνωρίσουμε σε κάποιον το ηθικό δικαίωμα να επιλέξει έναν πρόωρο θάνατο; Ποιος είναι ο ηθικά υπεύθυνος για μια τέτοια πράξη; Υπάρχει σχέση μεταξύ ευθανασίας και φόνου;* από το <http://filosofia.gr/thematafilosofias.php>, 22-1-2006

--Πουλής Παναγιώτης, *Εγχειρίδιο Συνταγματικού Δικαίου και θεσμών*, Αθήνα, Θεσσαλονίκη, (2004)

-Χαραλάμπους Β., *Γνώσεις, στάσεις και αντιλήψεις της προηγμένης πρακτικής νοσηλευτών της Κύπρου για τον εγκεφαλικό θάνατο, το θάνατο, την ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία*, Λεμεσός (2018)

2) Ξενόγλωσσα βιβλία και άρθρα

-Adams, M., & Nys, H. (2003). Comparative reflections on the Belgian Euthanasia Act 2002. *Medical Law Review*, 11(3), 353-376

-Allmark, P. (1993). Euthanasia, dying well and the slippery slope. *J Adv Nurs*, 18, 1178-1182

-Beech, I. (1995). Suicide and voluntary active euthanasia: why the difference in attitude? *Nurs Ethics*, 2, 161-170

-Bendiane, M., et al. (2007). French district nurses' opinions towards euthanasia, involvement in end-of-life care and nurse-patient relationship: a national phone survey. *Journal of Medical Ethics*, 33, 708-711

-Burkhardt, S., et al. (2006). Euthanasia and assisted suicide: comparison of legal aspects in Switzerland and other countries. *Medicine, Science and the Law*, 46(4), 287-294

-Caddell, D., & Newton, R. (1995). Euthanasia: American attitudes toward the physician's role. *Social Science & Medicine*, 40(12), 1671-1681.

-Cohen, J., et al. (2014). Public acceptance of euthanasia in Europe: a survey study in 47 countries. *International Journal of Public Health*, 59(1), 143-156.

-Council of Europe, Draft explanatory report to the draft Convention on human rights and biomedicine, Dir/Jur (96) 11, Strasbourg 1996, sections 33, 34

-Davis, A. (1994). Selected issues in nursing ethics: clinical, philosophical, political. *Bioethics Forum*, 10(1), 10-14

- Davis, A., Liaschenko, J., Aroskar, M., & Drought, T. (1997). *Ethical dilemmas and nursing practice*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall
- Danyliv, A., & O'Neill, C. (2015). Attitudes towards legalising physician provided euthanasia in Britain: The role of religion over time. *Social Science & Medicine*, 128, 52-56.
- Dyer, O., White, C., & Rada, AG. (2015). Assisted dying: law and practice around the world. *British Medical Journal*, 351:h4481
- Ellis, P. (1991). Euthanasia: the way to a peaceful end? *Prof Nurse*, 7, 157-160.
- Emanuel, E. (1994). The history of euthanasia debates in the United States and Britain. *Annals of Internal Medicine*, 121(10), 793–802
- Evans, L. (2015). Nurses' attitudes to assisted suicide: sociodemographic factors. *British Journal of Nursing*, 24(12), 629-632
- Farsides, C. (1996). Euthanasia: failure of autonomy? *Int J Palliat Nurs*, 2, 102-105.
- Fisher, J. (2015). A critique of quantitative measures for assessing spirituality and spiritual well-being. In Roberts, E (Ed.). *Spirituality, global practices, societal attitudes and effects on health* (pp. 91-131). New York: Nova Science Publishers Inc
- Goodman, M. (1996). Is there a place for euthanasia in palliative care? *Int J Palliat Nurs*, 2, 163-167
- Grubb Andrew : Euthanasia in England - A Law Lacking Compassion? *European Journal of Health Law*, 2001
- Guillod Olivier: Book Review in: *European Journal of Health Law*, 1997
- Jakobovits I., *Jewish Medical Ethics*, Block Publishing Co, New York, 1967
- Johnson, M., et al. (2007). Measuring spiritual quality of life in cancer patients. *The Journal of Supportive Oncology*, 5(9), 437-442.
- Johnson, S., Cramer, R., Gardner, B., & Nobles, M. (2015). What patient and psychologist characteristics are important in competency for physician-assisted suicide evaluations? *Psychology, Public Policy, and Law*, 21(4), 420-431.

- Keown D., *Buddhism and bioethics*, Macmillan, London, 1995
- Koenig, H., et al. (2004A). Religion, spirituality, and acute care hospitalization and long-term care by older patients. *Archives of Internal Medicine*, 164(14), 1579-1585.
- Koenig, H., et al. (2004B). Religion, spirituality and health in medically ill hospitalized older patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(4), 554-562.
- Köneke, V. (2014). Trust increases euthanasia acceptance: a multilevel analysis using the European Values Study. *BMC Medical Ethics*, 15, 86.
- Kuhse, H. (1997). *Caring: nurses, women and ethics*. Oxford: Blackwell
- McInerney, F., & Seibold, C. (1995). Nurses' definitions of and attitudes towards euthanasia. *J Adv Nurs*, 22, 171-182
- Mishra TP, *A viewpoint in Euthanasia*, Oxford, 1978
- Morris, Anne : *Life and Death Decisions: "Die, my dear doctor? That's the last thing I shall do!"*, *European Journal of Health Law*, 1996
- Nalman S.S., *An Islamic viewpoint in Euthanasia*, Oxford, 1978
- Nys, Herman: *Emerging legislation in Europe on the legal statutes of advance directives and medical decision - making with respect to an incompetent patient("living - wills'/) in: European Journal of Health Law*, 1997
- Periyakoil, V., Kraemer, H., & Neri, E. (2016). Multi-ethnic attitudes toward physician-assisted death in California and Hawaii. *Journal of Palliative Medicine*, 19(10), 1060-1065
- Potthoff Th., *Euthanasie in der Antike, Μίστηρ* (1982)
- Quaghebeur, T., Dierckx de Casterlé, B., & Gastmans, C. (2009). Nursing and Euthanasia: a Review of Argument-Based Ethics Literature. *Nurs Ethics*, 16, 466-486
- Russel OR., *Freedom to die*, New York, 1977
- Schirmacher, T. (2003). Medical killing - An Evangelical perspective. *Christian Bioethics*, 9(2), 227-244.

- Smets, T., Cohen, J., Bilsen, J., Van Mesemael, Y., Rurup, M., & Deliens, L. (2011). Attitudes and experiences of Belgian physicians regarding euthanasia practice and the euthanasia law. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(3), 580-593
- Verhagen, E., & Sauer, P. (2005). The Groningen Protocol - Euthanasia in severely ill newborns. *New England Journal of Medicine*, 352(10), 959-962.
- Verbakel, E., & Jaspers, E. (2010). A comparative study on permissiveness toward euthanasia: Religiosity, slippery slope, autonomy, and death with dignity. *Public Opinion Quarterly*, 74(1), 109-139.
- White, B. (1999). Assisted suicide and nursing: possibly compatible? *J Prof Nurs*, 15, 151-159.
- Willard, C. (1997). Killing and caring: is euthanasia incompatible with care? *Eur J Cancer Care*, 6, 40-44.
- Worthen, L., & Yeatts, D. (2001). Assisted suicide: Factors affecting public attitudes. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 42(2), 115-135.
- Zimelman, J. (1994). Good life, good death, and the right to die: ethical considerations for decisions at the end of life. *J Prof Nurs*, 10, 22-37.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα 1

- 1) Ακόμα κι αν ένας ασθενής τελικού σταδίου εκφράζει με σαφήνεια την προτίμησή του να πεθάνει έναντι της επέκτασης της ζωής του δεν πρέπει να εκτελείται καμία πράξη που επιφέρει το θάνατο του ασθενή.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	18	17,0	17,0	17,0
	1	20	18,9	18,9	35,8
	2	46	43,4	43,4	79,2
	3	22	20,8	20,8	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

- 2) Υπό οποιοσδήποτε συνθήκες, θεωρώ ότι οι γιατροί θα πρέπει να προσπαθούν να παρατείνουν τη ζωή των ασθενών τους

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	10	9,4	9,4	9,4
	1	23	21,7	21,7	31,1
	2	62	58,5	58,5	89,6
	3	11	10,4	10,4	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

- 3) Για μένα δεν υπάρχει ποτέ αιτιολόγηση για τον τερματισμό της ζωής ενός ατόμου ακόμα κι αν πάσχει από νόσο τελικού σταδίου

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	8	7,5	7,5	7,5
	1	30	28,3	28,3	35,8
	2	53	50,0	50,0	85,8
	3	15	14,2	14,2	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

- 4) Ορισμένοι ασθενείς λαμβάνουν «αποκλειστικά ανακουφιστική φροντίδα» (για παράδειγμα αναλγητικά φάρμακα) και αφήνονται να πεθάνουν ειρηνικά χωρίς περαιτέρω αγωγή που αποσκοπεί στην επέκταση της ζωής τους. Αυτή η πρακτική πρέπει να απαγορευτεί

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	11	10,4	10,4	10,4
	1	14	13,2	13,2	23,6
	2	55	51,9	51,9	75,5
	3	26	24,5	24,5	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

- 5) Πιστεύω ότι είναι πιο ανθρωπινό το να αφαιρείται η ζωή ενός ατόμου που πάσχει από νόσο τελικού σταδίου και βιώνει έντονο πόνο, παρά το να αφήνεται να υποφέρει

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	24	22,6	22,6	22,6
	1	45	42,5	42,5	65,1
	2	25	23,6	23,6	88,7
	3	12	11,3	11,3	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

- 6) Ένα άτομο που είναι «εγκεφαλικά νεκρό» θα πρέπει να διατηρείται στη ζωή με την κατάλληλη ιατρική φροντίδα

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	7	6,6	6,6	6,6
	1	27	25,5	25,5	32,1
	2	39	36,8	36,8	68,9
	3	33	31,1	31,1	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

- 7) Πιστεύω ότι ένα άτομο που πάσχει από επώδυνη νόσο τελικού σταδίου πρέπει να έχει το δικαίωμα να αρνείται αγωγή που επεκτείνει τη ζωή του

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	40	37,7	37,7	37,7
	1	40	37,7	37,7	75,5
	2	16	15,1	15,1	90,6
	3	10	9,4	9,4	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

- 8) Δεν αισθάνομαι αρνητικά απέναντι σε ένα άτομο που επισπεύδει το θάνατο αγαπημένου του προσώπου ώστε να το απαλλάξει από επιπλέον αφόρητο πόνο

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	33	31,1	31,1	31,1
	1	43	40,6	40,6	71,7
	2	23	21,7	21,7	93,4
	3	7	6,6	6,6	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

- 9) Πιστεύω ότι θα έπρεπε να υπάρχουν νόμιμοι τρόποι με τους οποίους ένα άτομο θα μπορούσε να προεγκρίνει το θάνατό του σε περίπτωση που ανακύψουν ανυπόφορες νόσοι

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	39	36,8	36,8	36,8
	1	41	38,7	38,7	75,5
	2	11	10,4	10,4	85,8
	3	15	14,2	14,2	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

10) Δεν μπορώ να αναλογιστώ καμία ιατρική περίπτωση στην οποία ο τερματισμός της ζωής θα αποτελούσε πράξη ελέους

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	6	5,7	5,7	5,7
	1	34	32,1	32,1	37,7
	2	45	42,5	42,5	80,2
	3	21	19,8	19,8	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

11) Θα υποστήριζα την απόφαση απόρριψης πρόσθετης θεραπείας αν σε έναν ασθενή που πεθαίνει ανακύνει δευτερογενής νόσος που είναι βέβαιο ότι θα προκαλέσει γρήγορο και ανώδυνο θάνατο

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	19	17,9	17,9	17,9
	1	55	51,9	51,9	69,8
	2	23	21,7	21,7	91,5
	3	9	8,5	8,5	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

12) Δεν θα υποστήριζα την απόφαση ενός γιατρού να αρνηθεί τη λήψη μέτρων πέρα από τα συνήθη αν ο ασθενής δεν έχει καμία πιθανότητα επιβίωσης

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	9	8,5	8,5	8,5
	1	41	38,7	38,7	47,2
	2	33	31,1	31,1	78,3
	3	23	21,7	21,7	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

13) Υποστηρίζω την απόφαση να παρέχεται «μόνο ανακουφιστική φροντίδα» εάν ένας ασθενής τελικού σταδίου πεθαίνει και δεν έχει παρά λίγες μόνο ώρες ζωής

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	39	36,8	36,8	36,8
	1	51	48,1	48,1	84,9
	2	9	8,5	8,5	93,4
	3	7	6,6	6,6	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

14) Αν ήμουν αντιμετώπος με την προοπτική ένα αγαπημένο πρόσωπο να υποφέρει ένα αργό και επώδυνο θάνατο θα υποστήριζα την απόφαση του/της να αρνηθεί ιατρική αγωγή για την διατήρηση του/της ζωή

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	32	30,2	30,2	30,2
	1	53	50,0	50,0	80,2
	2	11	10,4	10,4	90,6
	3	10	9,4	9,4	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

15) Θεωρώ ότι η απενεργοποίηση των μηχανημάτων υποστήριξης της ζωής είναι πράξη ελέους προς ένα άτομο που είναι εγκεφαλικά νεκρό

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	18	17,0	17,0	17,0
	1	54	50,9	50,9	67,9
	2	26	24,5	24,5	92,5
	3	8	7,5	7,5	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

16) Εάν ήμουν αντιμέτωπος με μια κατάσταση αργού και επώδυνου θανάτου θα έπρεπε να έχω το δικαίωμα επιλογής τερματισμού της ζωής μου με τον πιο εύκολο και γρήγορο τρόπο

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	41	38,7	38,7	38,7
	1	37	34,9	34,9	73,6
	2	16	15,1	15,1	88,7
	3	12	11,3	11,3	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

17) Είναι σκληρό να παρατείνεται η έντονη οδύνη για κάποιον που είναι πολύ βαριά ασθενής και επιθυμεί να πεθάνει

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	34	32,1	32,1	32,1
	1	47	44,3	44,3	76,4
	2	10	9,4	9,4	85,8
	3	15	14,2	14,2	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

18) Κανένας, συμπεριλαμβανόμενων των ιατρών, δεν επιτρέπεται να αποφασίζει τον τερματισμό της ζωής ενός ατόμου που υποφέρει

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	17	16,0	16,0	16,0
	1	24	22,6	22,6	38,7
	2	41	38,7	38,7	77,4
	3	24	22,6	22,6	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

19) Θεωρώ ότι οποιοσδήποτε βοηθά έναν ασθενή τελικού σταδίου που υποφέρει να πεθάνει δεν είναι παρά ένας κοινός εγκληματίας

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	13	12,3	12,3	12,3
	1	20	18,9	18,9	31,1
	2	46	43,4	43,4	74,5
	3	27	25,5	25,5	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

20) Ένας ασθενής τελικού σταδίου που βιώνει έντονο πόνο έχει το δικαίωμα να τερματίσει τη ζωή του/της με τον πιο εύκολο τρόπο

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	26	24,5	24,5	24,5
	1	43	40,6	40,6	65,1
	2	21	19,8	19,8	84,9
	3	16	15,1	15,1	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

21) Εάν ένας φίλος μου υπέφερε από σοβαρό πόνο, λίγο πριν το θάνατο και με παρακαλούσε να προσπαθήσω να πείσω τους γιατρούς να τερματίσουν τη ζωή του/της,θα αγνοούσα την παράκλησή του

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	11	10,4	10,4	10,4
	1	20	18,9	18,9	29,2
	2	61	57,5	57,5	86,8
	3	14	13,2	13,2	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

22) Η ένεση θανατηφόρου δόσης φαρμάκου σε ένα άτομο προκειμένου να αποτραπεί ο ανυπόφορος επώδυνος θάνατός του είναι ανήθικη πράξη

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	20	18,9	18,9	18,9
	1	22	20,8	20,8	39,6
	2	52	49,1	49,1	88,7
	3	12	11,3	11,3	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

23) Ανεξάρτητα από το πόσο μπορεί να κτερεύει ένα άτομο να πεθάνει για να αποφύγει τον ανυπόφορο πόνο, κανένας δεν θα έπρεπε να βοηθήσει αυτό το άτομο να εκπληρώσει την επιθυμία του

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	9	8,5	8,5	8,5
	1	27	25,5	25,5	34,0
	2	44	41,5	41,5	75,5
	3	26	24,5	24,5	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

24) Η πρόκληση θανάτου για λόγους ελέους είναι αποδεκτή

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	17	16,0	16,0	16,0
	1	43	40,6	40,6	56,6
	2	33	31,1	31,1	87,7
	3	13	12,3	12,3	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

25) Ασθενείς τελικού σταδίου που προσπαθούν να πεθάνουν από ασιτία για να αποφύγουν τον αφόρητο πόνο θα πρέπει να σιτίζονται ενδοφλεβίως δια της βίας

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	12	11,3	11,3	11,3
	1	27	25,5	25,5	36,8
	2	49	46,2	46,2	83,0
	3	18	17,0	17,0	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

26) Θεωρώ ότι είναι ανήθικο να επιτρέπεται ο τερματισμός της ανθρώπινης ζωής όταν η ιατρική τεχνολογία είναι ικανή να τη διατηρήσει

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	21	19,8	19,8	19,8
	1	21	19,8	19,8	39,6
	2	49	46,2	46,2	85,8
	3	15	14,2	14,2	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

27) Ο τερματισμός της ανθρώπινης ζωής ως πράξη ελέους είναι απαράδεκτος για εμένα

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	18	17,0	17,0	17,0
	1	29	27,4	27,4	44,3
	2	39	36,8	36,8	81,1
	3	20	18,9	18,9	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

28) Η υποβοήθηση ενός ατόμου που αντιμετωπίζει μια μελλοντική ζωή με αφόρητο πόνο να τερματίσει τη ζωή του/της είναι δολοφονία όπως το βλέπω

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	12	11,3	11,3	11,3
	1	30	28,3	28,3	39,6
	2	48	45,3	45,3	84,9
	3	16	15,1	15,1	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

29) Ένα άτομο θα πρέπει να έχει το δικαίωμα να επιλέξει να πεθάνει εάν είναι ασθενής τελικού σταδίου και υποφέρει

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	42	39,6	39,6	39,6
	1	40	37,7	37,7	77,4
	2	13	12,3	12,3	89,6
	3	11	10,4	10,4	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

30) Θα πρέπει να επιτρέπεται σε έναν ασθενή τελικού σταδίου να απορρίπτει συστήματα υποστήριξης της ζωής

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	36	34,0	34,0	34,0
	1	47	44,3	44,3	78,3
	2	14	13,2	13,2	91,5
	3	9	8,5	8,5	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

Παράρτημα 2

1) Ποια είναι η στάση σας απέναντι στην ευθανασία

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	12	11,3	11,3	11,3
	1	12	11,3	11,3	22,6
	2	31	29,2	29,2	51,9
	3	41	38,7	38,7	90,6
	4	10	9,4	9,4	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

2) Πρέπει να νομιμοποιηθεί η ευθανασία στην Ελλάδα

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	15	14,2	14,2	14,2
	1	9	8,5	8,5	22,6
	2	26	24,5	24,5	47,2
	3	42	39,6	39,6	86,8
	4	14	13,2	13,2	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

3) Η ελληνική κοινωνία είναι έτοιμη να δεχθεί την ευθανασία

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	27	25,5	25,5	25,5
	1	46	43,4	43,4	68,9
	2	25	23,6	23,6	92,5
	3	6	5,7	5,7	98,1
	4	2	1,9	1,9	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

4) Η ευθανασία είναι προσωπικό ζήτημα του καθενός. Δεν πρέπει να έχουν γνώμη οι συγγενείς

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	5	4,7	4,7	4,7
	1	18	17,0	17,0	21,7
	2	35	33,0	33,0	54,7
	3	27	25,5	25,5	80,2
	4	21	19,8	19,8	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

Παράρτημα 3

1) Αν ήταν νόμιμο θα βοηθούσατε έναν ασθενή να τερματίσει τη ζωή του εάν το επιθυμούσε;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	42	39,6	39,6	39,6
	1	28	26,4	26,4	66,0
	2	36	34,0	34,0	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

2) Ασθενής ή συνοδός έχει συζητήσει μαζί σας ποτέ την επιθυμία να ζητήσει με οποιονδήποτε τρόπο παθητική ευθανασία

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	79	74,5	74,5	74,5
	1	17	16,0	16,0	90,6
	2	10	9,4	9,4	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

3) Έχετε συμβάλει σε «έμμεση» ευθανασία ασθενούς, μη χορηγώντας θεραπεία ή αποσυνδέοντας τον ασθενή από μηχανήμα υποστήριξης;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	95	89,6	89,6	89,6
	1	2	1,9	1,9	91,5
	2	9	8,5	8,5	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

Παράρτημα 4

1) Ο θάνατος είναι χωρίς αμφιβολία μία μακάβρια εμπειρία

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	38	35,8	35,8	35,8
	1	32	30,2	30,2	66,0
	2	14	13,2	13,2	79,2
	3	7	6,6	6,6	85,8
	4	7	6,6	6,6	92,5
	5	7	6,6	6,6	99,1
	6	1	,9	,9	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

2) Η προοπτική του δικού μου θανάτου μου δημιουργεί άγχος

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	26	24,5	24,5	24,5
	1	36	34,0	34,0	58,5
	2	19	17,9	17,9	76,4
	3	6	5,7	5,7	82,1
	4	4	3,8	3,8	85,8
	5	10	9,4	9,4	95,3
	6	5	4,7	4,7	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

7) Ενοχλούμαι από την οριστικότητα του θανάτου

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	23	21,7	21,9	21,9
	1	27	25,5	25,7	47,6
	2	12	11,3	11,4	59,0
	3	15	14,2	14,3	73,3
	4	1	,9	1,0	74,3
	5	19	17,9	18,1	92,4
	6	8	7,5	7,6	100,0
	Total	105	99,1	100,0	
Missing	System	1	,9		
Total		106	100,0		

18) Έχω έντονο φόβο για το θάνατο

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	8	7,5	7,7	7,7
	1	27	25,5	26,0	33,7
	2	16	15,1	15,4	49,0
	3	9	8,5	8,7	57,7
	4	10	9,4	9,6	67,3
	5	18	17,0	17,3	84,6
	6	16	15,1	15,4	100,0
	Total	104	98,1	100,0	
Missing	System	2	1,9		
Total		106	100,0		

20) Το θέμα της ζωής μετά το θάνατο με προβληματίζει έντονα

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	15	14,2	14,2	14,2
	1	18	17,0	17,0	31,1
	2	14	13,2	13,2	44,3
	3	18	17,0	17,0	61,3
	4	3	2,8	2,8	64,2
	5	24	22,6	22,6	86,8
	6	14	13,2	13,2	100,0
Total		106	100,0	100,0	

21) Το γεγονός ότι ο θάνατος σημαίνει το τέλος όλων των πραγμάτων όπως τα γνωρίζω με φοβίζει

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	16	15,1	15,1	15,1
	1	29	27,4	27,4	42,5
	2	14	13,2	13,2	55,7
	3	12	11,3	11,3	67,0
	4	4	3,8	3,8	70,8
	5	21	19,8	19,8	90,6
	6	10	9,4	9,4	100,0
Total		106	100,0	100,0	

32) Η αβεβαιότητα του τι συμβαίνει μετά το θάνατο με ανησυχεί

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	8	7,5	7,5	7,5
	1	27	25,5	25,5	33,0
	2	11	10,4	10,4	43,4
	3	17	16,0	16,0	59,4
	4	18	17,0	17,0	76,4
	5	13	12,3	12,3	88,7
	6	12	11,3	11,3	100,0
Total		106	100,0	100,0	

Παράρτημα 5

3) Αποφεύγω τις σκέψεις θανάτου με κάθε κόστος

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	14	13,2	13,5	13,5
	1	20	18,9	19,2	32,7
	2	15	14,2	14,4	47,1
	3	10	9,4	9,6	56,7
	4	11	10,4	10,6	67,3
	5	27	25,5	26,0	93,3
	6	7	6,6	6,7	100,0
	Total	104	98,1	100,0	
Missing	System	2	1,9		
Total		106	100,0		

10) . Όποτε η σκέψη του θανάτου έρχεται στο μυαλό μου, προσπαθώ να τη διώξω μακριά

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	19	17,9	17,9	17,9
	1	19	17,9	17,9	35,8
	2	14	13,2	13,2	49,1
	3	13	12,3	12,3	61,3
	4	11	10,4	10,4	71,7
	5	19	17,9	17,9	89,6
	6	11	10,4	10,4	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

12) Προσπαθώ πάντα να μην σκέφτομαι το θάνατο

		Frequency	Percent	Valid Percent	Percent
Valid	0	8	7,5	7,5	7,5
	1	21	19,8	19,8	27,4
	2	22	20,8	20,8	48,1
	3	16	15,1	15,1	63,2
	4	6	5,7	5,7	68,9
	5	23	21,7	21,7	90,6
	6	10	9,4	9,4	100,0
Total		106	100,0	100,0	

19) Αποφεύγω να σκέφτομαι το θάνατο από κάθε άποψη

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	15	14,2	14,4	14,4
	1	25	23,6	24,0	38,5
	2	9	8,5	8,7	47,1
	3	10	9,4	9,6	56,7
	4	10	9,4	9,6	66,3
	5	26	24,5	25,0	91,3
	6	9	8,5	8,7	100,0
Total		104	98,1	100,0	
Missing	System	2	1,9		
Total		106	100,0		

26) Προσπαθώ να μην έχω τίποτα να κάνω με το θέμα του θανάτου

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	3	2,8	3,0	3,0
	1	22	20,8	21,8	24,8
	2	21	19,8	20,8	45,5
	3	13	12,3	12,9	58,4
	4	6	5,7	5,9	64,4
	5	26	24,5	25,7	90,1
	6	10	9,4	9,9	100,0
	Total	101	95,3	100,0	
Missing	System	5	4,7		
Total		106	100,0		

Παράρτημα 6

6) Ο θάνατος θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν κάτι φυσιολογικό, αναμφισβήτητο και αναπόφευκτο γεγονός

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	54	50,9	50,9	50,9
	1	32	30,2	30,2	81,1
	2	8	7,5	7,5	88,7
	3	5	4,7	4,7	93,4
	5	6	5,7	5,7	99,1
	6	1	,9	,9	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

14) Ο θάνατος είναι φυσική διάσταση της ζωής

		Frequency	Percent	Valid Percent	Percent
Valid	0	50	47,2	49,0	49,0
	1	35	33,0	34,3	83,3
	2	3	2,8	2,9	86,3
	3	7	6,6	6,9	93,1
	5	2	1,9	2,0	95,1
	6	5	4,7	4,9	100,0
	Total	102	96,2	100,0	
Missing	System	4	3,8		
Total		106	100,0		

17) Ούτε φοβάμαι ούτε καλωσορίζω το θάνατο

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	11	10,4	10,5	10,5
	1	42	39,6	40,0	50,5
	2	9	8,5	8,6	59,0
	3	14	13,2	13,3	72,4
	4	20	18,9	19,0	91,4
	5	2	1,9	1,9	93,3
	6	7	6,6	6,7	100,0
	Total	105	99,1	100,0	
Missing	System	1	,9		
Total		106	100,0		

24) Ο θάνατος είναι απλά ένα τμήμα της διαδικασίας της ζωής

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	32	30,2	31,1	31,1
	1	37	34,9	35,9	67,0
	2	11	10,4	10,7	77,7
	3	6	5,7	5,8	83,5
	4	4	3,8	3,9	87,4
	5	7	6,6	6,8	94,2
	6	6	5,7	5,8	100,0
	Total	103	97,2	100,0	
Missing	System	3	2,8		
Total		106	100,0		

30) Ο θάνατος δεν είναι ούτε καλός ούτε κακός

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	8	7,5	7,5	7,5
	1	32	30,2	30,2	37,7
	2	11	10,4	10,4	48,1
	3	16	15,1	15,1	63,2
	4	17	16,0	16,0	79,2
	5	13	12,3	12,3	91,5
	6	9	8,5	8,5	100,0
Total		106	100,0	100,0	

Παράρτημα 7

5) Ο θάνατος θα είναι ένα τέλος για όλα μου τα προβλήματα

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	6	5,7	5,7	5,7
	1	6	5,7	5,7	11,3
	2	5	4,7	4,7	16,0
	3	13	12,3	12,3	28,3
	4	2	1,9	1,9	30,2
	5	33	31,1	31,1	61,3
	6	41	38,7	38,7	100,0
Total		106	100,0	100,0	

9) Ο θάνατος προσφέρει μία διαφυγή από τον απαίσιο κόσμο

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	2	1,9	1,9	1,9
	1	7	6,6	6,7	8,6
	2	4	3,8	3,8	12,4
	3	10	9,4	9,5	21,9
	4	9	8,5	8,6	30,5
	5	24	22,6	22,9	53,3
	6	49	46,2	46,7	100,0
Total		105	99,1	100,0	
Missing	System	1	,9		
Total		106	100,0		

11) Ο θάνατος είναι απελευθέρωση από τον πόνο και τα βάσανα

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	9	8,5	8,5	8,5
	1	20	18,9	18,9	27,4
	2	13	12,3	12,3	39,6
	3	13	12,3	12,3	51,9
	4	4	3,8	3,8	55,7
	5	23	21,7	21,7	77,4
	6	24	22,6	22,6	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

23) Βλέπω το θάνατο ως ανακούφιση από τα εγκόσμια βάσανα

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	4	3,8	3,8	3,8
	1	20	18,9	18,9	22,6
	2	10	9,4	9,4	32,1
	3	3	2,8	2,8	34,9
	4	5	4,7	4,7	39,6
	5	36	34,0	34,0	73,6
	6	28	26,4	26,4	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

29) Βλέπω το θάνατο ως ανακούφιση από τα βάρη αυτής της ζωής

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	9	8,5	8,7	8,7
	1	12	11,3	11,5	20,2
	2	6	5,7	5,8	26,0
	3	8	7,5	7,7	33,7
	4	5	4,7	4,8	38,5
	5	33	31,1	31,7	70,2
	6	31	29,2	29,8	100,0
	Total	104	98,1	100,0	
Missing	System	2	1,9		
Total		106	100,0		

Παράρτημα 8

4) Πιστεύω ότι θα είμαι στον παράδεισο μετά από το θάνατό μου

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	13	12,3	12,3	12,3
	2	12	11,3	11,3	23,6
	3	36	34,0	34,0	57,5
	4	6	5,7	5,7	63,2
	5	23	21,7	21,7	84,9
	6	16	15,1	15,1	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

8) Ο θάνατος είναι η είσοδος σε ένα μέρος απόλυτης ικανοποίησης

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	21	19,8	19,8	19,8
	2	7	6,6	6,6	26,4
	3	34	32,1	32,1	58,5
	4	2	1,9	1,9	60,4
	5	13	12,3	12,3	72,6
	6	29	27,4	27,4	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

13) Πιστεύω ότι ο παράδεισος θα είναι ένα καλύτερο μέρος από αυτό τον κόσμο

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	11	10,4	10,4	10,4
	1	20	18,9	18,9	29,2
	2	8	7,5	7,5	36,8
	3	27	25,5	25,5	62,3
	4	7	6,6	6,6	68,9
	5	16	15,1	15,1	84,0
	6	17	16,0	16,0	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

15) Ο θάνατος είναι ένωση με το θεό και αιώνια ευδαιμονία

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	12	11,3	11,8	11,8
	1	17	16,0	16,7	28,4
	2	14	13,2	13,7	42,2
	3	30	28,3	29,4	71,6
	4	7	6,6	6,9	78,4
	5	9	8,5	8,8	87,3
	6	13	12,3	12,7	100,0
	Total	102	96,2	100,0	
Missing	System	4	3,8		
Total		106	100,0		

16) Ο θάνατος αποτελεί υπόσχεση για μια καλύτερη ζωή

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	10	9,4	9,4	9,4
	1	15	14,2	14,2	23,6
	2	3	2,8	2,8	26,4
	3	23	21,7	21,7	48,1
	4	9	8,5	8,5	56,6
	5	20	18,9	18,9	75,5
	6	26	24,5	24,5	100,0
Total		106	100,0	100,0	

22) Προσβλέπω σε μια επανένωση με τους αγαπημένους μου μετά το θάνατό μου

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	11	10,4	10,7	10,7
	1	22	20,8	21,4	32,0
	2	13	12,3	12,6	44,7
	3	28	26,4	27,2	71,8
	4	4	3,8	3,9	75,7
	5	19	17,9	18,4	94,2
	6	6	5,7	5,8	100,0
	Total	103	97,2	100,0	
Missing	System	3	2,8		
Total		106	100,0		

25) Βλέπω το θάνατο ως το πέρασμα σε ένα αιώνιο και ευλογημένο τόπο

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	13	12,3	12,3	12,3
	1	17	16,0	16,0	28,3
	2	12	11,3	11,3	39,6
	3	29	27,4	27,4	67,0
	4	3	2,8	2,8	69,8
	5	21	19,8	19,8	89,6
	6	11	10,4	10,4	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

27) Ο θάνατος προσφέρει μία υπέροχη ανακούφιση της ψυχής

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	4	3,8	3,8	3,8
	1	12	11,3	11,3	15,1
	2	14	13,2	13,2	28,3
	3	27	25,5	25,5	53,8
	4	17	16,0	16,0	69,8
	5	18	17,0	17,0	86,8
	6	14	13,2	13,2	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

28) Ένα πράγμα που μου δίνει άνεση στο να αντιμετωπίσω το θάνατο είναι η πίστη μου στην μεταθανάτο ζωή

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	12	11,3	11,3	11,3
	1	20	18,9	18,9	30,2
	2	17	16,0	16,0	46,2
	3	17	16,0	16,0	62,3
	4	9	8,5	8,5	70,8
	5	17	16,0	16,0	86,8
	6	14	13,2	13,2	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

31) Ανυπομονώ για τη ζωή μετά το θάνατο

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	12	11,3	11,4	11,4
	2	3	2,8	2,9	14,3
	3	17	16,0	16,2	30,5
	4	9	8,5	8,6	39,0
	5	28	26,4	26,7	65,7
	6	36	34,0	34,3	100,0
	Total	105	99,1	100,0	
Missing	System	1	,9		
Total		106	100,0		

Παράρτημα 9

1) Αισθάνομαι την παρουσία του Θεού

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	14	13,2	13,3	13,3
	1	21	19,8	20,0	33,3
	2	23	21,7	21,9	55,2
	3	14	13,2	13,3	68,6
	4	19	17,9	18,1	86,7
	5	14	13,2	13,3	100,0
	Total		105	99,1	100,0
Missing	System	1	,9		
Total		106	100,0		

2) Βιώνω μία σύνδεση με όλη τη ζωή

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	32	30,2	33,0	33,0
	1	13	12,3	13,4	46,4
	2	13	12,3	13,4	59,8
	3	14	13,2	14,4	74,2
	4	13	12,3	13,4	87,6
	5	12	11,3	12,4	100,0
	Total		97	91,5	100,0
Missing	System	9	8,5		
Total		106	100,0		

3) Κατά τη διάρκεια της λατρείας, ή σε άλλες στιγμές όταν έρχομαι σε επαφή με το Θεό, αισθάνομαι χαρά που με «βγάζει έξω» από τις καθημερινές μου έννοιες

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	22	20,8	21,0	21,0
	1	13	12,3	12,4	33,3
	2	34	32,1	32,4	65,7
	3	17	16,0	16,2	81,9
	4	10	9,4	9,5	91,4
	5	9	8,5	8,6	100,0
	Total	105	99,1	100,0	
Missing	System	1	,9		
Total		106	100,0		

4) Παίρνω δύναμη από τη θρησκεία ή την πνευματικότητα

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	8	7,5	7,6	7,6
	1	20	18,9	19,0	26,7
	2	15	14,2	14,3	41,0
	3	16	15,1	15,2	56,2
	4	23	21,7	21,9	78,1
	5	23	21,7	21,9	100,0
	Total	105	99,1	100,0	
Missing	System	1	,9		
Total		106	100,0		

5) Βρίσκω παρηγοριά στη θρησκεία ή στην πνευματικότητα

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	12	11,3	11,4	11,4
	1	24	22,6	22,9	34,3
	2	11	10,4	10,5	44,8
	3	14	13,2	13,3	58,1
	4	22	20,8	21,0	79,0
	5	22	20,8	21,0	100,0
	Total		105	99,1	100,0
Missing	System	1	,9		
Total		106	100,0		

6) Αισθάνομαι βαθιά εσωτερική ειρήνη και αρμονία

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	11	10,4	10,5	10,5
	1	12	11,3	11,4	21,9
	2	29	27,4	27,6	49,5
	3	27	25,5	25,7	75,2
	4	13	12,3	12,4	87,6
	5	13	12,3	12,4	100,0
	Total		105	99,1	100,0
Missing	System	1	,9		
Total		106	100,0		

7) Ζητώ τη βοήθεια του Θεού κατά τη διάρκεια των καθημερινών μου δραστηριοτήτων

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	8	7,5	7,6	7,6
	1	17	16,0	16,2	23,8
	2	20	18,9	19,0	42,9
	3	15	14,2	14,3	57,1
	4	19	17,9	18,1	75,2
	5	26	24,5	24,8	100,0
	Total	105	99,1	100,0	
Missing	System	1	,9		
Total		106	100,0		

8) Αισθάνομαι καθοδηγούμενος από τον Θεό στη διάρκεια των καθημερινών μου δραστηριοτήτων

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	22	20,8	21,0	21,0
	1	23	21,7	21,9	42,9
	2	18	17,0	17,1	60,0
	3	14	13,2	13,3	73,3
	4	15	14,2	14,3	87,6
	5	13	12,3	12,4	100,0
	Total	105	99,1	100,0	
Missing	System	1	,9		
Total		106	100,0		

9) Αισθάνομαι άμεσα την αγάπη του Θεού προς εμένα

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	14	13,2	13,9	13,9
	1	23	21,7	22,8	36,6
	2	16	15,1	15,8	52,5
	3	14	13,2	13,9	66,3
	4	22	20,8	21,8	88,1
	5	12	11,3	11,9	100,0
	Total	101	95,3	100,0	
Missing	System	5	4,7		
Total		106	100,0		

10) Αισθάνομαι την αγάπη του Θεού προς εμένα, μέσω άλλων

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	23	21,7	21,9	21,9
	1	19	17,9	18,1	40,0
	2	16	15,1	15,2	55,2
	3	22	20,8	21,0	76,2
	4	11	10,4	10,5	86,7
	5	14	13,2	13,3	100,0
	Total	105	99,1	100,0	
Missing	System	1	,9		
Total		106	100,0		

11) Η ομορφιά της πλάσης με συγκινεί πνευματικά

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	9	8,5	8,6	8,6
	1	14	13,2	13,3	21,9
	2	21	19,8	20,0	41,9
	3	14	13,2	13,3	55,2
	4	27	25,5	25,7	81,0
	5	20	18,9	19,0	100,0
	Total	105	99,1	100,0	
Missing	System	1	,9		
Total		106	100,0		

12) Αισθάνομαι ευγνώμων για τα αγαθά μου

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	4	3,8	3,8	3,8
	1	6	5,7	5,7	9,5
	2	10	9,4	9,5	19,0
	3	21	19,8	20,0	39,0
	4	29	27,4	27,6	66,7
	5	35	33,0	33,3	100,0
	Total	105	99,1	100,0	
Missing	System	1	,9		
Total		106	100,0		

13) Αισθάνομαι ένα ανιδιοτελές ενδιαφέρον για τους άλλους

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	2	1,9	1,9	1,9
	1	5	4,7	4,8	6,7
	2	15	14,2	14,3	21,0
	3	27	25,5	25,7	46,7
	4	31	29,2	29,5	76,2
	5	25	23,6	23,8	100,0
	Total	105	99,1	100,0	
Missing	System	1	,9		
Total		106	100,0		

14) Δέχομαι τους άλλους ακόμα και όταν κάνουν πράγματα που είναι λάθος

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	2	1,9	1,9	1,9
	1	14	13,2	13,3	15,2
	2	20	18,9	19,0	34,3
	3	14	13,2	13,3	47,6
	4	35	33,0	33,3	81,0
	5	20	18,9	19,0	100,0
	Total	105	99,1	100,0	
Missing	System	1	,9		
Total		106	100,0		

15) Επιθυμώ να είμαι πιο κοντά στο Θεό ή σε ένωση με τα θεία

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	16	15,1	15,4	15,4
	1	22	20,8	21,2	36,5
	2	13	12,3	12,5	49,0
	3	9	8,5	8,7	57,7
	4	24	22,6	23,1	80,8
	5	20	18,9	19,2	100,0
	Total	104	98,1	100,0	
Missing	System	2	1,9		
Total		106	100,0		

16) Γενικά πόσο κοντά αισθάνεστε στο Θεό;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	6	5,7	5,7	5,7
	1	25	23,6	23,6	29,2
	2	44	41,5	41,5	70,8
	3	31	29,2	29,2	100,0
	Total	106	100,0	100,0	