



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, ΛΑΡΙΣΑΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ  
ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»**



**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ  
«Στάσεις και Αντιλήψεις των νοσηλευτών για το Θάνατο, την  
Ευθανασία και την Υποβοηθούμενη Αυτοκτονία»**

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια: Δήμητρα Παπαράντζα  
Νοσηλεύτρια

**ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Δρ ΛΑΧΑΝΑ ΕΛΕΝΗ, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια,  
Πρόγραμμα Σπουδών Νοσηλευτικής Λάρισας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Μέλος Τριμελούς Επιτροπής: Δρ ΣΑΡΑΦΗΣ ΠΑΥΛΟΣ, Αναπληρωτής  
Καθηγητής, Πρόγραμμα Σπουδών Νοσηλευτικής Λαμίας, Πανεπιστήμιο  
Θεσσαλίας

Μέλος Τριμελούς Επιτροπής: Δρ ΜΑΛΛΙΑΡΟΥ ΜΑΡΙΑ, Αναπληρώτρια  
Καθηγήτρια, Πρόγραμμα Σπουδών Νοσηλευτικής Λάρισας, Πανεπιστήμιο  
Θεσσαλίας

**ΛΑΡΙΣΑ, 2019**



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**  
**ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, ΛΑΡΙΣΑΣ**  
**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ**  
**ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»**



**«Attitudes and perceptions of nurses on  
Death, Euthanasia and Assisted Suicide**

Η παρούσα εργασία πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος «Ψυχική Υγεία». Θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου Δρ. Λαχανά Ελένη για τη καθοδήγηση και τις πολύτιμες οδηγίες που μου προσέφερε, καθώς και για την παρότρυνσή της να επιλέξω το συγκεκριμένο θέμα. Επίσης, ευχαριστώ την οικογένειά μου και ιδιαίτερα τον σύζυγό μου, για την υποστήριξή του κατά τη διάρκεια της εκπόνησης της εργασίας.

## **Περίληψη**

**Εισαγωγή:** Η πρόοδος της τεχνολογίας και της ιατρικής επιστήμης έχει συμβάλλει σημαντικά στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και στην παράταση της ζωής με τεχνητά μέσα. Ωστόσο, οι ασθενείς οι οποίοι υποφέρουν από ανίατα νοσήματα, συχνά εκφράζουν αιτήματα διακοπής της θεραπείας τους και ζητούν πρόσβαση σε έναν αξιοπρεπή θάνατο.

**Σκοπός:** Η παρούσα διπλωματική εργασία έχει ως σκοπό τη διερεύνηση της στάσης των νοσηλευτών απέναντι στο θάνατο, την ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία, καθώς και τη διερεύνηση των μεταβλητών εκείνων, που επηρεάζουν τη διαμόρφωση των στάσεων τους.

**Υλικό και Μέθοδος:** Στην έρευνα συμμετείχαν 120 νοσηλευτές οι οποίοι εργάζονται στο Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο, στο ΑΧΕΠΑ και στο 424 Γ.Σ.Ν.Ε. Η συλλογή των δεδομένων για τη καταγραφή των αντιλήψεων των νοσηλευτών για το θάνατο έγινε με το ερωτηματολόγιο Death Attitude Profile-Revised (DAP-R), ενώ για τη διερεύνηση των στάσεων απέναντι στην ευθανασία, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα στάσης απέναντι στην ευθανασία Euthanasia Attitude Scale EAS. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το IBM SPSS 20.0 (t-test, ανάλυση διασποράς, Pearson's and Spearman's correlation coefficient, πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση). Η στατιστική σημαντικότητα ορίστηκε στο 0,05 ( $p < 0,05$ ).

**Αποτελέσματα:** Σύμφωνα με τα αποτελέσματα οι νοσηλευτές έχουν μια θετική στάση για την ευθανασία, υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις, η οποία είναι ανεξάρτητη του φύλου ( $p = 0,189$ ) και της ηλικίας τους ( $p = 0,305$ ), ενώ επηρεάζεται από το πόσο κοντά αισθάνονται στο Θεό ( $p = 0,028$ ). Η αύξηση της βαθμολογίας της διάστασης «Ουδέτερη αποδοχή» σχετίζεται με την αύξηση της συνολικής βαθμολογίας της Κλίμακας Στάσης απέναντι στην Ευθανασία ( $p = 0,015$ ). Η θρησκευτικότητα παρουσιάζει αρνητική συσχέτιση με τις απόψεις τους απέναντι στην ευθανασία ( $p < 0,001$ ). Η αποφυγή του θανάτου επηρεάζεται από τα έτη προϋπηρεσίας ( $p = 0,038$ ), τη θρησκευτικότητα ( $p = 0,027$ ) και από την αύξηση του αριθμού των τέκνων ( $p = 0,007$ ). Όσον αφορά τις απόψεις τους απέναντι στην ευθανασία το 30% του συνόλου των νοσηλευτών έχει συνολικά αρνητική στάση ενώ το 70% των νοσηλευτών έχει θετική στάση στη παθητική και έμμεση ευθανασία.

**Συμπεράσματα:** Από την έρευνα διαπιστώθηκε ότι οι συμμετέχοντες σε αυτή νοσηλευτές, δεν υποστηρίζουν τη συνέχιση της ζωής με κάθε τρόπο, σε ασθενείς τελικού σταδίου. Οι νοσηλευτές, ως επαγγελματίες υγείας έρχονται αρκετές φορές αντιμέτωποι με το θάνατο στο νοσοκομειακό περιβάλλον, είναι εξοικειωμένοι με την ιδέα του και τον αντιμετωπίζουν ως ένα φυσιολογικό γεγονός, ωστόσο η ιδέα του δικού τους θανάτου, τους δημιουργεί άγχος. Όσον αφορά την ευθανασία, διαπιστώνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων, τάσσεται υπέρ της ευθανασίας, υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις και χωρίς να απαιτείται η δική τους συμμετοχή στη διαδικασία.

**Λέξεις κλειδιά:** ευθανασία, νοσηλευτές, στάσεις, υποβοηθούμενη αυτοκτονία.

## **Abstract**

**Background:** Advances in technology and medical science have made a significant contribution to increasing life expectancy and prolonging life by artificial means. However, patients suffering from incurable diseases often express discontinuation of their treatment and request access to a decent death.

**Aim:** The purpose of this thesis is to investigate the attitudes of nurses towards death, euthanasia, and assisted suicide, as well as to investigate those variables that influence their attitudes.

**Material and Method:** The study involved 120 nurses, working in the General Hospital of Ippokrateio, AHEPA and 424 General Military Hospital. Data on nurses' perceptions of death were collected using the Death Attitude Profile-Revised (DAP-R) questionnaire, while the Euthanasia Attitude Scale EAS was used to investigate attitudes toward euthanasia. Data analysis was performed with IBM SPSS 20.0 (t-test, analysis of variance, Pearson's and Spearman's correlation coefficient, multiple linear regression). Statistical significance was set at 0.05 ( $p < 0.05$ ).

**Results:** According to the results nurses have a positive attitude about euthanasia, under certain conditions, which is independent of gender ( $p = 0.189$ ) and their age ( $p = 0.305$ ), and is influenced by their feeling of proximity to God ( $p = 0.028$ ). The increase in the score of the "Neutral Acceptance" dimension was associated with an increase in the overall Scale of Attitude towards Euthanasia ( $p = 0.015$ ). Religiosity has a negative correlation with their views on euthanasia ( $p < 0.001$ ). Avoidance of death was influenced by years of service ( $p = 0.038$ ), religiosity ( $p = 0.027$ ) and increase in the number of children ( $p = 0.007$ ). Concerning their views on euthanasia, 30% of all nurses have a completely negative attitude while 70% of nurses have a positive attitude towards passive and indirect euthanasia.

**Conclusions:** The study revealed that the nurses participating in this study did not support continuing life in any way, in end-stage patients. Nurses, as healthcare professionals, are often confronted with death in the hospital environment, are familiar with the idea of death and treat it as a normal consequence, however the idea of their own death annoys them. As far as euthanasia is concerned, it is found that the majority of respondents are in favour of euthanasia, under certain conditions and without requiring their own participation in the process.

**Keywords:** euthanasia, nurses, attitudes, assisted suicide.

## **ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ**

ΣΕΛΙΔΑ

Ευχαριστίες .....	3
<a href="#"><u>Περίληψη.....</u></a>	<a href="#"><u>4</u></a>
<a href="#"><u>Abstract .....</u></a>	<a href="#"><u>5</u></a>
Περιεχόμενα .....	6
<a href="#"><u>ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....</u></a>	<a href="#"><u>10</u></a>
<a href="#"><u>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....</u></a>	<a href="#"><u>12</u></a>
<a href="#"><u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1° - ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ .....</u></a>	<a href="#"><u>12</u></a>
1.1 Ορισμός της ευθανασίας .....	12
1.2 Μορφές ευθανασίας .....	12
1.3 Ενεργητική ευθανασία (Active Euthanasia).....	13
1.4 Παθητική ευθανασία (Passive Euthanasia) .....	13
1.5 Ευγονική ευθανασία (Eugenicseuthanasia).....	13
1.5.1 Εκούσια ενεργός ευθανασία (Voluntary euthanasia) .....	14
1.5.2 Ακούσια ενεργός ευθανασία (Involuntary euthanasia) .....	14
1.5.3 Μη εθελοντική ενεργός ευθανασία .....	14
1.5.4 Έμμεση ευθανασία .....	14
1.6 Το δίλημμα της ευθανασίας .....	14
1.7 Υποβοηθούμενη Αυτοκτονία (Physician Assisted Suicide).....	15
<a href="#"><u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2° - ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ .....</u></a>	<a href="#"><u>16</u></a>
2.1 Αρχαία Ελλάδα.....	16

2.2 Μεσαίωναs .....	17
2.3 Αναγέννηση.....	18
2.4 Νεότερα Χρόνια .....	18
2.5 20ος αιώνας.....	19
<b><u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3° - ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ .....</u></b>	<b><u>20</u></b>
3.1 Βασικές αρχές Βιοηθικής .....	20
3.2 Ευρωπαϊκό δικαστήριο ανθρωπίνων δικαιωμάτων .....	21
3.3 Ευθανασία και διεθνές δίκαιο .....	22
3.4 Δικαιώματα ασθενών στη λήψη αποφάσεων στο τέλος της ζωής.....	22
3.5 Διαθήκη ζωής (living will).....	24
3.6 Νομοθετική ρύθμιση στην Ελλάδα .....	24
<b><u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4° - ΘΕΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ .....</u></b>	<b><u>26</u></b>
4.1 Η πορεία προς το θάνατο σωματικό και πνευματικό .....	26
4.2 Το δικαίωμα στη ζωή ως υπέρτατη αξία .....	27
4.3 Η ψυχή του ανθρώπου μετά τον θάνατο .....	27
<b><u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5° - ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΥΠΕΡ Η ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ .....</u></b>	<b><u>28</u></b>
5.1 Η έννοια της αξιοπρέπειας .....	28
5.2 Οικονομική διάσταση της ευθανασίας.....	30

5.3 Φόβοι νομιμοποίησης της Ευθανασίας .....	31
5.4 Ο κίνδυνος της λανθασμένης διάγνωσης .....	31
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup> - ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....</u>	<u>32</u>
6.1 Εγκεφαλικός Θάνατος (ΕΘ) και τεστ εγκεφαλικού θανάτου .....	32
6.2 Ανακουφιστική φροντίδα .....	33
6.3 Η παρηγορητική φροντίδα ως βασική υποχρέωση του ιατρού .....	35
6.4 Ψυχοκοινωνικές Διαστάσεις.....	36
<u>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....</u>	<u>38</u>
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup> - ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .....</u>	<u>38</u>
7.1 Σκοπός της έρευνας.....	38
7.2 Πληθυσμός υπό μελέτη .....	39
7.3 Ερωτηματολόγια και μεταβλητές υπό μελέτη-ερευνητικές υποθέσεις .....	39
7.4 Στατιστική ανάλυση .....	41
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup> - : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....</u>	<u>42</u>
8.1 Δημογραφικά και Προσωπικά στοιχεία .....	42
8.2 Προφίλ συμπεριφοράς θανάτου (DAP-R).....	45
8.2.1 Μέσο διαφυγής (escape acceptance) .....	45
8.2.2 Αποφυγή θανάτου (death avoidance) .....	48
8.2.3 Αποδοχή θανάτου (approach acceptance) .....	50
8.2.4 Φόβος θανάτου (fear of death) .....	52
8.2.5 Ουδέτερη αποδοχή (neutral acceptance) .....	54
8.3 Κλίμακα Στάσης Απέναντι στην Ευθανασία (EAS) .....	56



8.4 Συσχετίσεις.....	63
8.4.1 Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία της διάστασης «Μέσο διαφυγής» (escape acceptance) .....	63
8.4.2 Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία της διάστασης «Αποφυγή θανάτου» .....	65
8.4.3 Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία της διάστασης «Αποδοχή θανάτου» .....	68
8.4.4 Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία της διάστασης «Φόβος θανάτου» .....	70
8.4.5 Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία της διάστασης «Ουδέτερη αποδοχή» .....	73
8.4.6 Εξαρτημένη μεταβλητή: Συνολική βαθμολογία της Κλίμακας EAS .....	76
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9<sup>ο</sup> - ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....</u>	<u>79</u>
9.1 Σύγκριση των αποτελεσμάτων της έρευνας με άλλες μελέτες.....	79
9.2 Περιορισμοί έρευνας.....	82
9.3 Προτάσεις πολιτικής υγείας και μελλοντικής έρευνας.....	83
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10<sup>ο</sup> - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....</u>	<u>84</u>
Συμπεράσματα.....	84
<u>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....</u>	<u>88</u>
11.1 Η Ευθανασία σε διάφορες χώρες του κόσμου.....	88
11.2 Κώδικας Δεοντολογίας Νοσηλευτών .....	93
11.3 Ερωτηματολόγιο Έρευνας.....	97
<u>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</u>	<u>106</u>
Ελληνόγλωσση .....	106
Ξενόγλωσση .....	108
Διαδίκτυο.....	111

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Ο θάνατος αποτελεί αναπόφευκτο και βέβαιο γεγονός για κάθε άνθρωπο, απόδειξη της θνητότητάς του και της φυσιολογικής εξελικτικής διαδρομής όλων των έμβιων όντων. Πέρα από τον σωματικό θάνατο, που σηματοδοτεί το τέλος της βιολογικής ζωής, υπάρχουν καταστάσεις κατά τις οποίες, η υγεία ενός ανθρώπου εξασθενεί τόσο, ώστε να μην είναι δυνατή η ανεξάρτητη διαβίωση ή ο έλεγχος της συνείδησής του. Είναι αρκετά διαδεδομένη πλέον η άποψη, ότι το να παραμένει κανείς ζωντανός, χωρίς όμως τη δυνατότητα να λειτουργεί ως ανεξάρτητο ανθρώπινο ον, αποτελεί μια κατάσταση στερούμενη αξιοπρέπειας, η οποία πρέπει να ορίζεται ως θάνατος (Biggs, 2001).

Η ευθανασία και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία αφορούν περιπτώσεις ασθενών, οι οποίοι υποφέρουν από κάποια ανίατη ή εκφυλιστική νόσο και επιθυμούν να επισπεύσουν το τέλος και να λυτρωθούν από τον πόνο και την αγωνία. Ο όρος ευθανασία προέρχεται από τις λέξεις «ευ» και «θάνατος» και σημαίνει καλός, ανώδυνος θάνατος. Ο ορισμός αυτός δημιουργήθηκε από τον Άγγλο φιλόσοφο Francis Bacon τον 17ο αιώνα, ο οποίος έγραψε ότι «έργο της ιατρικής είναι η αποκατάσταση της υγείας και η καταπράυνση των πόνων, όχι μόνο όταν η καταπράυνση αυτή μπορεί να οδηγήσει στη θεραπεία, αλλά και όταν μπορεί να εξασφαλίσει έναν εύκολο και γαλήνιο θάνατο».

Μέσα από τη μελέτη της βιβλιογραφίας για την εκπόνηση της εργασίας, διαπιστώθηκε ότι στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες, οι έρευνες και οι επιστημονικές συζητήσεις γύρω από την ευθανασία, επικεντρώνονται κατά κύριο λόγο στις πρακτικές των γιατρών, ενώ αντίθετα, μικρότερη βιβλιογραφία υπάρχει σχετικά με την ανάδειξη των στάσεων των νοσηλευτών, απέναντι στην ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία.

Η φροντίδα των ασθενών στο τέλος του κύκλου της ζωής είναι μια μοναδική διάσταση του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Οι νοσηλευτές αναπτύσσουν ιδιαίτερες σχέσεις με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, κατά τη παροχή ολιστικής νοσηλευτικής φροντίδας. Αυτές οι σχέσεις διαμορφώνονται στο γενικό πλαίσιο, μέσα στο οποίο παράγονται σημαντικές γνώσεις, σχετικά με τη λήψη δεοντολογικών αποφάσεων (Bergum 2013, Doane & Varcoe 2007, Nortvedt 2001, Wright & Brajtman 2011).

Σύμφωνα με έρευνα των Dierckx de Casterlé et al. (2005), ο ρόλος των νοσηλευτών δεν περιορίζεται στη παρουσία τους και τη παροχή βοήθειας από μέρους τους στον ιατρό, κατά τη χορήγηση θανατηφόρων φαρμάκων. Ο ρόλος τους ξεκινά, όταν ένας ασθενής διατυπώνει αίτημα ευθανασίας και είναι πολύ σημαντικός, καθώς η επαγγελματική τους στάση, μπορεί να συμβάλλει στο να αποσύρει ένας ασθενής το αίτημά του. Η ψυχολογική υποστήριξη της οικογένειας του ασθενή, μετά την ευθανασία, αποτελεί μέρος της εκπαίδευσής τους, καθώς η απόφαση αυτή μπορεί να οδηγήσει σε αισθήματα ενοχής, μετά την ολοκλήρωσή της.

Σε μια ποιοτική έρευνα των Jacopo et al. (2009), οι ογκολογικοί νοσηλευτές που εμπλέκονται στην φροντίδα ασθενών στο τέλος της ζωής, έρχονται συχνά αντιμέτωποι με αιτήματα ευθανασίας. Ενώ στη διεθνή βιβλιογραφία μόνο οι ιατροί μπορούν να συνταγογραφήσουν (υποβοηθούμενη αυτοκτονία), αλλά και να χορηγήσουν θανατηφόρα φάρμακα, ο Καναδάς είναι η μοναδική χώρα στο κόσμο, στην οποία οι επαγγελματίες νοσηλευτές μπορούν να λειτουργούν ανεξάρτητα από τους ιατρούς και να συνταγογραφήσουν ή να χορηγήσουν φάρμακα τερματισμού της ζωής (κυβέρνηση του Καναδά, 2016). Οι νοσηλευτές, εξαιτίας των δεξιοτήτων που διαθέτουν, είναι απαραίτητοι στην αξιολόγηση ενός αιτήματος ασθενή που αιτείται ιατρική υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Στη μελέτη αυτή συμμετείχαν 11 νοσηλευτές, οι οποίοι επιλέχτηκαν με κριτήριο το αν υπηρετούν σε τμήμα παρηγορητικής φροντίδας, με σκοπό να αναδειχθούν οι στάσεις των νοσηλευτών που διέθεταν ή όχι γνώσεις στη παρηγορητική φροντίδα.

Οι μελέτες από τις οποίες αντληθήκαν στοιχεία και συμπεράσματα, έχουν διεξαχθεί σε χώρες στις οποίες η διαδικασία της ευθανασίας ή της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας έχουν νομιμοποιηθεί και υπάρχει ένας σαφής ορισμός της ευθανασίας. Αντίθετα σε χώρες όπως η Ελλάδα, στις οποίες διερευνώνται οι στάσεις, γίνεται μια προσπάθεια να ερευνηθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν τις συμπεριφορές των νοσηλευτών και όχι πραγματικές πρακτικές λόγω των νομικών περιορισμών.

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας, είναι να μελετηθούν οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας και συγκεκριμένα των νοσηλευτών ως προς τον θάνατο, την ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία, τόσο μέσω της θεωρητικής προσέγγισης, που θα παρατεθεί στο γενικό μέρος, όσο και μέσω στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων, η οποία θα παρουσιαστεί στο ειδικό μέρος της έρευνας. Παράλληλα, θα γίνει προσπάθεια να αναδειχθούν τα νομικά και τα ηθικά διλήμματα που ανακύπτουν, η θρησκευτική πλευρά του ζητήματος, καθώς και οι παράγοντες εκείνοι που επηρεάζουν τους νοσηλευτές, στη διαμόρφωση των στάσεων τους απέναντι στο εν λόγω θέμα. Εκτός όμως από τις νομικές και ηθικές διαστάσεις, θα επιχειρηθεί η εμβάθυνση του θέματος σε κλινικό επίπεδο και η εξέταση των ψυχοκοινωνικών παραμέτρων, οι οποίες οδηγούν ένα ολοκληρωτικά πληροφορημένο άτομο να υποβάλλει αίτημα ευθανασίας.

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο - ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

#### 1.1 Ορισμός της ευθανασίας

Η λέξη «ευθανασία» ετυμολογικά προέρχεται από τα συνθετικά «ευ» και «θάνατος» και σημαίνει, καλός, ήρεμος και ανώδυνος θάνατος. Ο ορισμός αυτός δημιουργήθηκε από τον Άγγλο φιλόσοφο Francis Bacon τον 17ο αιώνα ο οποίος έγραψε ότι «έργο της ιατρικής είναι η αποκατάσταση της υγείας και η καταπράυνση των πόνων, όχι μόνο όταν η καταπράυνση αυτή μπορεί να οδηγήσει στη θεραπεία, αλλά και όταν μπορεί να εξασφαλίσει έναν ήρεμο και γαλήνιο θάνατο». Σύμφωνα με το αγγλικό λεξικό της Οξφόρδης η ευθανασία έχει τρεις σημασίες: α) ήσυχος και εύκολος θάνατος β) τα μέσα για την εξασφάλιση αυτού και γ) την πράξη πρόκλησης ενός ήσυχου και εύκολου θανάτου. (Oxford Advance Learner's Dictionary, 2015).

Στη σύγχρονη εποχή ευθανασία είναι ο σκόπιμος τερματισμός της ζωής ενός πνευματικά διαυγούς και επώδυνος θνήσκοντας ανθρώπου ύστερα από δική του επίμονη και σπουδαία απαίτηση, με πρόθεση να επισπευστεί ο βέβαιος και μαρτυρικός του θάνατος. (Πρωτοπαπαδάκης, 2002). Στις χώρες στις οποίες έχει νομιμοποιηθεί η ευθανασία και εφαρμόζεται κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις τα ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα τα οποία προκύπτουν είναι πολλά ενώ στις χώρες στις οποίες δεν υπάρχει το αντίστοιχο νομοθετικό πλαίσιο δημιουργείται μια έντονη δημόσια συζήτηση και αντιπαράθεση γύρω από το εν λόγω θέμα. Η χρονική στιγμή επιλογής του θανάτου δημιουργεί συγκρούσεις και εντάσεις στις ανθρώπινες σχέσεις. Ο ασθενής έχοντας πλήρη επίγνωση της κατάστασης της υγείας του ζητά ο ίδιος, με τη βοήθεια τρίτου προσώπου να επισπευστεί ο θάνατος του προκειμένου να λυτρωθεί από το πόνο και να διατηρήσει την αξιοπρέπεια του.

#### 1.2 Μορφές ευθανασίας

Ανάλογα με τις συνθήκες κάτω από τις οποίες διενεργείται διακρίνεται σε Ενεργητική και Παθητική. Η διάκριση των μορφών της ευθανασίας είναι σημαντική στο πεδίο της ηθικής. Οι δυο αυτοί τρόποι διενέργειας αξιολογούνται διαφορετικά, τόσο νομικά όσο και ηθικά. (Πρωτοπαπαδάκης 2008). Η πρώτη μορφή πρόκειται για μια σκόπιμη ιατρική πράξη, ενώ η δεύτερη εφαρμόζεται με αποκλιμάκωση ή απόσυρση της θεραπείας (Annadurai et al. 2014). Υποκατηγορίες της Ενεργητικής, λαμβανομένης υπόψη τη συναίνεσης του ασθενούς, είναι η Εκούσια ενεργός ευθανασία, η Ακούσια ενεργός ευθανασία, η Μη εθελοντική ενεργός ευθανασία και Έμμεση ευθανασία. (Κουντουράς et al. 2003). Μια άλλη μορφή ευθανασίας είναι η Ευγονική, κατά την οποία με ανθρώπινη παρέμβαση επιδιώκεται επιλογή ή αποφυγή αναπαραγωγής, ατόμων με συγκεκριμένα επιθυμητά χαρακτηριστικά. (Παπαδοπούλου 2015). Τέλος υπάρχει και η Υποβοηθούμενη Αυτοκτονία, η οποία είναι διαφορετική από την ευθανασία. Η ευθανασία αποτελεί μια ιατρική πράξη που εκτελείται από τον ιατρό ενώ στην

υποβοηθούμενη αυτοκτονία ο ιατρός διευκολύνει τον ασθενή να τερματίσει τη ζωή του, παρέχοντάς του τα μέσα για να αυτοκτονήσει: συνταγογράφηση φαρμάκων ή πληροφόρηση για θανατηφόρα δόση φαρμάκων. (Khan et al. 2013)

### **1.3 Ενεργητική ευθανασία (Active Euthanasia)**

Στην ενεργητική ευθανασία σκοπός είναι η επίσπευση του θανάτου. Κατά το νομικό Ανδρουλάκη Νικόλαο είναι «Η σύντμηση της επιθανάτιου αγωνίας ενός επώδυνος θνήσκοντας». (Ανδρουλάκης Ν. 1974 Ποινικόν Δίκαιον-Ειδικόν Μέρος). Στην ενεργητική ευθανασία ένα άτομο απευθείας και σκόπιμα προκαλεί το θάνατο του ασθενή, ενώ στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία, ο ασθενής που θέλει να πεθάνει, ζητάει βοήθεια για να θανατώσει τον εαυτό του και τη λαμβάνει. (Sarafis et al. 2012). Η ενεργητική ευθανασία αποτελεί εσκεμμένη πράξη ενός τρίτου προσώπου, συνήθως του γιατρού, μέσω της χορήγησης θανατηφόρου δόσης φαρμάκου. Η διαφοροποίηση μεταξύ ενεργητικής και παθητικής ευθανασίας είναι σημαντική στο πεδίο της ηθικής. Στη παθητική ευθανασία μπορεί να μη προσφέρεται στον ασθενή κάτι επιπλέον από τη βασική φροντίδα με συνέπεια η απουσία μιας ενέργειας, δηλαδή η παράλειψη μιας πράξης να οδηγεί στο θάνατο, ενώ στην ενεργητική ευθανασία πρόκειται για μια σκόπιμη ενέργεια η οποία έχει ως αποτέλεσμα το θάνατο.

### **1.4 Παθητική ευθανασία (Passive Euthanasia)**

Η παθητική ευθανασία συνιστά μη παρέμβαση, ώστε να διατηρηθεί ο ασθενής στη ζωή, οποία θα συνέβαλε θετικά στη επιμήκυνση της ζωής του ασθενούς. Ο γιατρός αποφεύγει να λάβει τα απαραίτητα μέτρα, ώστε να διατηρηθεί στη ζωή ο ασθενής. Αφορά περιπτώσεις ασθενών των οποίων η θεραπεία χαρακτηρίζεται μάταιη, και ως εκ τούτου μη ικανή να ωφελήσει τον ασθενή. Στις περιπτώσεις αυτές θεωρείται, πως ο ασθενής αφήνεται στη φυσική πορεία της κατάστασης του και πεθαίνει από τη πάθησή του και όχι εξαιτίας των ενεργειών του ιατρού. (Πρωτοπαπαδάκης, 2003)

### **1.5 Ευγονική ευθανασία (Eugenicseuthanasia)**

Η βελτίωση του ανθρώπινου είδους μπορεί να επιτευχθεί μέσω της αναπαραγωγής ατόμων με επιθυμητά χαρακτηριστικά και της αποφυγής αναπαραγωγής ατόμων με μη επιθυμητά χαρακτηριστικά. (Galton, 1883). Σκοπός είναι ο πολλαπλασιασμός των θετικών χαρακτηριστικών και η ενίσχυση των φυσικών δυνατοτήτων του ατόμου. Έτσι πέρα από το ίδιο το άτομο επωφελείται και η κοινωνία. Σύμφωνα με την ευγονική, τα ανθρώπινα χαρακτηριστικά είναι γενετικά προκαθορισμένα και μεταβιβάζονται στις επόμενες γενιές μέσω των νόμων της κληρονομικότητας του Mendel. (Cooke, 1998). Από την άλλη πλευρά η αρνητική ευγονική αποσκοπεί στο να μειώσει τον αριθμό ατόμων με νοητική υστέρηση ή σωματικές αναπηρίες καθώς και στο περιορισμό των γενετικών ανωμαλιών (προγεννητικός έλεγχος).

### **1.5.1 Εκούσια ενεργός ευθανασία (Voluntary euthanasia)**

Πρόκειται για σκόπιμη πράξη τερματισμού της ζωής, ενός καλά πληροφορημένου ατόμου που πάσχει από ανίατο νόσημα μετά από ρητή και γραπτή συγκατάθεση του. Εφαρμόζεται συνήθως από τον γιατρό με χορήγηση φαρμακευτικών ουσιών ή άλλων ιατρικών πράξεων που οδηγούν στο θάνατο. Εκτός από την εκούσια ενεργητική υπάρχει και η εκούσια παθητική ευθανασία και μπορεί να περιγραφεί ως η κατάσταση κατά την οποία ο ασθενής επιφέρει το θάνατό του, με τη βοήθεια του γιατρού. Ο όρος υποβοηθούμενη αυτοκτονία μπορεί να χρησιμοποιηθεί αντ' αυτού. (Sarafis et al. 2012).

### **1.5.2 Ακούσια ενεργός ευθανασία (Involuntary euthanasia)**

Εφαρμόζεται όπως η εκούσια με τη χορήγηση φαρμακευτικών ουσιών ή άλλων ιατρικών πράξεων που οδηγούν στο θάνατο με τη διάφορα όμως ότι ο ασθενής ενώ είναι διανοητικά ικανός δεν έχει εκφράσει επίμονα αίτημα για ευθανασία ούτε υπάρχει η πλήρης συγκατάθεση του. (Κούντουρας, Χατζόπουλος, Ζαβός, 2003).

### **1.5.3 Μη εθελοντική ενεργός ευθανασία**

Περιλαμβάνει ιατρικές πράξεις ή παρεμβάσεις που οδηγούν στο θάνατο διαφέρει όμως ως προς τη διανοητική κατάσταση του ασθενούς ο οποίος μπορεί να βρίσκεται σε ασυνειδησία και κατά συνέπεια η κατάσταση του δεν του επιτρέπει να εκφράσει αίτημα για ευθανασία.

### **1.5.4 Έμμεση ευθανασία**

Εφαρμόζεται με τη χορήγηση φαρμακευτικών παραγόντων για την ανακούφιση των συμπτωμάτων του πόνου, που έχουν ως έμμεσο επακόλουθο τη καταστολή του αναπνευστικού συστήματος του ασθενούς και τελικά το θάνατο του.

## **1.6 Το δίλημμα της ευθανασίας**

Η νοσηλευτική επιστήμη, μέσα σε έναν κόσμο που τον διακρίνει μια ποικιλία ηθικών αρχών και αξιών, ζει έντονα την μετατροπή των ηθικών επιλογών σε ηθικά διλήμματα, σε δύσκολες δηλαδή αποφάσεις μεταξύ δυο εξίσου μη ικανοποιητικών λύσεων. Η ευθανασία αποτελεί ένα σύγχρονο ηθικό δίλημμα, το οποίο εγείρεται από την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης καθώς και την υποστήριξη της ζωής με τεχνητά μέσα ακόμη και σε περιπτώσεις όπου η θεραπεία είναι μάταιη. Κάθε δίλημμα εμπεριέχει μια επιλογή ανάμεσα σε δυο εξίσου επώδυνες λύσεις. Το συγκεκριμένο θέμα ακροβατεί ανάμεσα σε ένα δίπολο τη ζωή και το θάνατο, στο οποίο από τη μια πλευρά υπάρχει το δικαίωμα της αυτονομίας του ατόμου να αποφασίσει για τη ζωή και το θάνατο του ενώ από την άλλη πλευρά βρίσκεται η υποχρέωση της έννομης τάξης να προστατεύσει το υπέρτατο αγαθό της ανθρώπινης ζωής.

Ηθικά δилήμματα φαίνεται όμως ότι απασχολούσαν από την αρχαιότητα. Ένα παράδειγμα είναι το δилήμμα του Ευθύφρονα για το Θεό και την ηθική. Ο Πλάτωνας μέσα από το χαρακτήρα του Σωκράτη υποβάλει στον Ευθύφρονα το εξής ηθικό δилήμμα: Οι Θεοί αγαπούν το όσιο επειδή είναι όσιο ή μήπως το γεγονός ότι το αγαπούν οι Θεοί κάνει κάτι όσιο; Υπάρχει δηλαδή αντικειμενική δυσκολία στο να ορίσουμε τι είναι πραγματικά δίκαιο ειδικά σε περίπλοκες ηθικές καταστάσεις.

Σύμφωνα με προηγούμενες έρευνες οι επαγγελματίες που εργάζονται στο χώρο της υγείας μπορεί αργά ή γρήγορα να έρθουν αντιμέτωποι με ένα αίτημα για ευθανασία. Στην καθημερινή άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος οι νοσηλευτές φροντίζουν σε εικοσιτετράωρη βάση ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο μιας νόσου, επομένως είναι δυνατό να γίνουν άμεσοι αποδέκτες αιτημάτων. Ένα αίτημα συχνά οφείλεται στην άγνοια, το φόβο, τον πόνο που είναι αδύνατον να τεθεί σε έλεγχο, την απώλεια κοινωνικού ρόλου ή την επιθυμία για καλύτερη νοσηλευτική φροντίδα.

Κάθε ηθική απόφαση εμπεριέχει και μια συνέπεια. Οι νοσηλευτές ως επαγγελματίες υγείας έχουν ένα συγκεκριμένο κώδικα δεοντολογίας και οφείλουν να εξισορροπούν τα επαγγελματικά τους καθήκοντα με τα δικαιώματα των ασθενών (Λεμονίδου, 2014). Σύμφωνα με τον φιλόσοφο Hare όταν ένα άτομο προβαίνει σε μια ηθική κρίση θα πρέπει να βάζει τον εαυτό του στη θέση αυτών, που θα επηρεαστούν από αυτήν. Κατά συνέπεια το ορθό ή λανθασμένο των ενεργειών μας εξαρτάται από το αν οι ενέργειες μας έχουν επιπτώσεις στους άλλους.

Για τους υποστηρικτές της ευθανασίας οι λόγοι που οδηγούν ένα καλά πληροφορημένο άτομο να επιδιώκει τη πρακτική αυτή ως μοναδική λύση αποτελούν μια πράξη συμπόνιας προς τον συνάνθρωπο που υποφέρει και ταλαιπωρείται. Ο ανυπόφορος πόνος, ο φόβος της απώλειας του εαυτού, η έλλειψη αυτονομίας, η αξιοπρέπεια και το αίσθημα επιβάρυνσης στους συγγενείς αποτελούν μερικούς από τους πιο σημαντικούς παράγοντες λήψης μιας τέτοιας απόφασης.

Ενώ η ευθανασία προβάλλεται ως προϊόν ελεύθερης βούλησης το δικαίωμα στη ζωή αποτελεί μια εξουσία που παρέχεται στο άτομο ακριβώς επειδή η ζωή του αξιολογείται ως αυτονόητα χρήσιμη για τον ίδιο αλλά και για αυτήν που παρέχει το σχετικό δικαίωμα, δηλαδή για την ίδια την έννομη τάξη (Γιαρένη, 2016). Στενά συνυφασμένα με τη νοσηλευτική είναι: ο σεβασμός στην ανθρώπινη ζωή και τα δικαιώματα των ασθενών, η διατήρηση της αξιοπρέπειας καθώς και η ανακούφιση του πόνου.

## **1.7 Υποβοηθούμενη Αυτοκτονία (Physician Assisted Suicide)**

Το ζήτημα της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας δεν είναι σύγχρονο. Ο πατέρας της ιατρικής Ιπποκράτης τον 5ο αιώνα π.Χ. ανέφερε στον όρκο του «Ούτε θα δώσω θανατηφόρο φάρμακο σε κάποιον που θα μου το ζητήσει ούτε θα του κάνω μια τέτοια υπόδειξη προς αυτή τη κατεύθυνση». Την τελευταία εικοσιπενταετία νέες και ακριβές θεραπείες επιμηκύνουν τη διάρκεια της ζωής. Οι τεχνολογικές αυτές εξελίξεις πολλές φορές παράλληλα επιμηκύνουν και τη διαδικασία του θανάτου

δημιουργώντας διλήμματα σχετικά με το αν οι ασθενείς πρέπει να βιώνουν επιπλέον πόνο ενώ δεν υπάρχει ελπίδα θεραπείας. Υποβοηθούμενη αυτοκτονία ορίζεται ως η εξασφάλιση βοήθειας στην απόκτηση των κατάλληλων φαρμακευτικών σκευασμάτων, προκειμένου ένα άτομο, το οποίο έχει αποφασίσει να θέσει τέλος στη ζωή του, να το πράξει. Ο γιατρός συνταγογραφεί στον ασθενή τα φάρμακα γνωρίζοντας ότι θα τα χρησιμοποιήσει ως μέσο για να αυτοκτονήσει. Ένας άλλος τρόπος υποβοηθούμενης αυτοκτονίας είναι και η παροχή πληροφοριών για τη διεξαγωγή της συγκεκριμένης ενέργειας, όπως για παράδειγμα η ενημέρωση για τη θανατηφόρα δόση φαρμάκων. Από τη στιγμή που το άτομο αποκτά τα απαραίτητα για το τέλος της ζωής του σκευάσματα, είναι πλέον δική του επιλογή, αν και τότε θα τα χρησιμοποιήσει. Επειδή στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία, εξαρτάται από τον ασθενή η απόφαση να ολοκληρώσει την πράξη θεωρείται περισσότερο αυτόνομη ενέργεια σε σχέση με την ευθανασία. Στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία ο ασθενής βρίσκεται σε διανοητική κατάσταση, η οποία του επιτρέπει να έχει τον πλήρη έλεγχο της πράξης και η βοήθεια του τρίτου προσώπου δηλαδή του γιατρού περιορίζεται στο να παρέχει τις πληροφορίες ή το φάρμακο για να καταστεί δυνατή η αυτοκτονία. Στη χώρα μας είναι παράνομη ως πράξη και σύμφωνα με το άρθρο 301 του Ποινικού Κώδικα. «Όποιος με πρόθεση κατέπεισε άλλον να αυτοκτονήσει, αν τελέστηκε η αυτοκτονία ή έγινε απόπειρα της, καθώς και όποιος έδωσε βοήθεια κατ' αυτήν, τιμωρείται με φυλάκιση».

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο - ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ**

### **2.1 Αρχαία Ελλάδα**

Ο θάνατος αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της ανθρώπινης φύσης και ως πράξη έχοντας την ίδια ισχύ με τη ζωή θεμελιώνει τις βάσεις του πολιτισμού στην αρχαιότητα. Η ευθανασία στην αρχαία Ελλάδα είχε την έννοια του «ευ θνήσκειν» δηλαδή του καλού, ανώδυνου, αξιοπρεπούς ή ηρωικού θανάτου στο πεδίο της μάχης με την έννοια της προστασίας των ιδεών της πατρίδας.

Η λέξη ευθανασία εμφανίζεται για πρώτη φορά κατά την Ελληνιστική εποχή σε κωμωδία του ποιητή Ποσειδίππου 3ος αιώνας π. Χ. «"Ὡν τοις θεοῦς ἄνθρωπος εὐχεται τυχεῖν τῆς ευθανασίας κρείττον ουδέν εὐχεται». Από αυτά δηλαδή που ο άνθρωπος εύχεται στους Θεούς να του τύχουν τίποτα δεν εύχεται καλύτερο από την ευθανασία.

Στην αρχαία Ελλάδα για τους θνητούς ο θάνατος, ήταν ένα από τα υπέρτατα αγαθά και ιδεώδη. Ο θάνατος του ατόμου αποτελούσε μέρος της κοινωνικής ζωής και ένας ένδοξος θάνατος, με την υστεροφημία που θα εξασφάλιζε ήταν προτιμότερος από το θάνατο της ταπείνωσης εξαιτίας του γήρατος ή της ασθένειας. Στην Οδύσσεια οι κάτοικοι ενός ουτοπικού νησιού το οποίο λεγόταν Συρή πέθαιναν με φυσιολογική φθορά από γηρατειά και όχι λόγω ασθένειας. Σύμφωνα με το μύθο όταν



γεράσουν οι κάτοικοι καταφθάνει στο νησί η Άρτεμις με τον Απόλλωνα, ο οποίος αργυρότοξος τους θανατώνει με τα βέλη του (Ομήρου Οδύσσεια 15.409-411). Κατά τον Πλάτωνα (Τίμαιος) ο θάνατος λόγω του γήρατος εκλαμβάνεται περισσότερο ως ευχάριστο παρά ως δυσάρεστο συμβάν. Η παράταση της ζωής στους μη υγιείς στο σώμα και το μυαλό είναι εις βάρος των υγιών και επηρεάζει την ευημερία του κοινωνικού συνόλου, αφού οι μη υγιείς δεν μπορούν να προσφέρουν προς όφελος της πατρίδας.

Ο Πλάτων γράφει ότι «ο Ασκληπιός δεν επιχειρούσε να θεραπεύει τα σώματα, τα οποία νοσούσαν ολοκληρωτικά για να μην επιμηκύνει τη βασανιστική ζωή τους». (Πλάτωνας Πολιτεία 407d). Μια άλλη μορφή ευγονικής ευθανασίας εφαρμοζόταν στην αρχαία Σπάρτη κατά την οποία τα βρέφη με αναπηρίες ή δυσμορφίες ρίχνονταν στον Καιάδα. Στη κλασσική εποχή στο νησί της Κέας οι κάτοικοι απολάμβαναν την μακροζωία και πριν υποστούν κάποια ασθένεια ή αναπηρία αυτοκτονούσαν με κώνειο. Η ευθανασία είχε μορφή συμποσίου.

Κατά τη φιλοσοφική σχολή των Στωικών η ευθανασία χαρακτηρίζεται ως «η εύλογος εξαγωγή», δηλαδή η εκπλήρωση της ζωής που σημαίνει η τύχη του να έχει κανείς έναν αξιοπρεπή θάνατο. Ο πατέρας της ιατρικής Ιπποκράτης στον Όρκο του «Ού δώσω δε ουδέ φάρμακον ούδενί αιτηθείς θανάσιμον ουδέ ύφηγήσομαι ξυμβουλίην τοιήνδε» Μετάφραση: Δεν θα δώσω σε κανέναν θανάσιμο φάρμακο, όταν το ζητήσει ούτε θα συμβουλευσω κάτι τέτοιο. Στους στίχους αυτούς προκαλεί αμφιβολίες στην κοινή γνώμη σχετικά με το αν οι στίχοι αυτοί αναφέρονται σε αυτοκτονία ή ευθανασία.

Οι σύγχρονες ερμηνείες αντανakλούν δυο απόψεις: Από τη μια πλευρά υπάρχει η άποψη ότι ο Ιπποκρατικός Όρκος αναφέρεται πιθανή συμμετοχή του γιατρού σε αυτοκτονία ή την παροχή πληροφοριών για την εξασφάλιση της συγκεκριμένης ενέργειας ενώ από την άλλη πλευρά ότι ο γιατρός δε θα χορηγούσε φάρμακο το οποίο θα επιτάχυνε το θάνατο, καθώς έργο του ιατρού είναι να θεραπεύει και όχι να βλάπτει τον ασθενή.

## **2.2 Μεσαίωνας**

Ο Μεσαίωνας αφορά τη χρονική περίοδο από τον 5ο μέχρι και τον 15ο αιώνα μ. Χ. Αποτελεί τη μεσαία από της τρεις περιόδους της Δυτικής Ιστορίας. Η φιλοσοφική θεώρηση κατά το Μεσαίωνα βρέθηκε εγκλωβισμένη στην αυστηρότατη οργανωμένη εγκόσμια εξουσία της Ρωμαιοκαθολικής εκκλησίας. Κυρίαρχο χαρακτηριστικό της περιόδου αυτής είναι ο έντονος θρησκευτικός φανατισμός και η πάλι Ανατολής και Δύσης με σκοπό την επέκταση νέων κρατών για την εξάπλωση των ιδεών τους. Σε μια εποχή που η ανθρώπινη ζωή αντιμετωπίζεται ως απόλυτο Θείο δώρο, καμία θέση δεν υπάρχει για ιδέες περί καθορισμού του τέλους της ζωής, της οποίας ο άνθρωπος δεν είναι ο δημιουργός της, αλλά ο αποδέκτης. Η ευθανασία αντιμετωπιζόταν ως βαρύτατο αμάρτημα και στην απόπειρα αυτοκτονίας επιβαλλόταν ποινή. Όταν στην αυτοκτονία επερχόταν το επιθυμητό

αποτέλεσμα του θανάτου η ποινή επιβαλλόταν στο σώμα του αυτόχειρα. (Μαθιουδάκης Γ. Θεματολόγιο Πνευμονολογίας. Ευθανασία Η διαχείριση της ζωής και του θανάτου- Η ευθανασία στην Ιστορική διαδρομή της ανθρώπινης κοινωνίας).

### **2.3 Αναγέννηση**

Το πέρασμα από το Μεσαίωνα στην Αναγέννηση σηματοδότησε μια διαφορετική οπτική για τον άνθρωπο, τη ζωή και το θάνατο. Στις αρχές του 17ου αιώνα αναπτύσσεται μια αποδοχή της έννοιας της ευθανασίας και νοσηματοδότηση παρόμοια με τη σημερινή. Ο Άγγλος φιλόσοφος Francis Bacon, υπέρμαχος της ευθανασίας έγραψε ότι «Έργο της ιατρικής είναι η αποκατάσταση της υγείας και η καταπράυνση των πόνων, όχι μόνο όταν η καταπράυνση αυτή μπορεί να οδηγήσει στη θεραπεία, αλλά και όταν μπορεί να εξασφαλίσει και έναν ήρεμο και γαλήνιο θάνατο».

Η ευθανασία φαίνεται ότι σε αυτή τη περίοδο αρχίζει να αποκτά μια ανθρωπιστική σημασία και προσωπική επιλογή του ατόμου που υποφέρει από ανίατη νόσο. Στη δυτική ιστορία, το πρώτο κείμενο υπέρ της ευθανασίας είναι η «Ουτοπία» του Thomas More (1516). Στο βιβλίο του More στα νοσηλευτικά ιδρύματα της εποχής, μπορούσε να εφαρμοστεί, με τη συγκατάθεση του ασθενούς, η υποβοηθούμενη αυτοκτονία.

Η πρακτική αυτή αποτελούσε έναν τρόπο λύτρωσης από το μαρτυρικό θάνατο και ήταν αποδεκτή ως «τιμημένος θάνατος», με την παρότρυνση της συγκατάθεσης των ιερέων και των αρχόντων, στους οποίους έκανε έκκληση ο More, να παρακινούν τους ανίατα ασθενείς να τερματίσουν μόνοι τους τη ζωή τους, αφού είναι άχρηστη, οδυνηρή και βαρετή στους ίδιους και τους τρίτους.

### **2.4 Νεότερα Χρόνια**

Στα νεότερα χρόνια με το ζήτημα της ευθανασίας ασχολήθηκαν σπουδαίοι άνθρωποι του πνεύματος και της επιστήμης, οι οποίοι διατύπωσαν διάφορες θεωρίες, κυρίως για το αν είναι ηθικά και επιστημονικά θεμιτή. Παράδειγμα αποτελεί

Από τα τέλη του 18ου αιώνα, η ευθανασία αποτέλεσε πεδίο έρευνας και μελέτης, κάτω από το πρίσμα νέων ανθρωπιστικών και επιστημονικών αντιλήψεων. Οι απόψεις για την κοινωνική και την ευγονική σκοπιμότητα της ευθανασίας, εγκαταλείφθηκαν σχεδόν οριστικά. Στη νέα πραγματικότητα που διαμορφώθηκε, ο προβληματισμός επικεντρώθηκε στις περιπτώσεις σοβαρών ή ανίατων ασθενειών, κατά τις οποίες η θανάτωση των βαρέως πασχόντων, με ή χωρίς τη θέλησή τους, σήμαινε αρκετές φορές λύτρωση. Έτσι, νέες έντονες πολλές φορές διαφωνίες, εκδηλώθηκαν στο χώρο του πνεύματος και της επιστήμης.

Ο 19ος αιώνας σηματοδοτείται από τα γεγονότα της Ναζιστικής Γερμανίας το 1939 κατά τη διάρκεια έναρξης του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου. Σκοπός του προγράμματος ήταν οι μαζικές

εκτελέσεις ευπαθών ομάδων του πληθυσμού, οι οποίες δεν ανταποκρίνονταν στα ιδανικά της Άριας Φυλής. Άτομα με αναπηρίες, ψυχικές ασθένειες, νοητική υστέρηση κυρίως Εβραίοι και Ρομά , ομοφυλόφιλοι στοχοποιήθηκαν στο πρόγραμμα ευγονικής ευθανασίας της Ναζιστικής Γερμανίας. Το πρόγραμμα τέθηκε σε λειτουργία με απόφαση του Αδόλφου Χίτλερ και έφερε την ονομασία T-4. Υπολογίζεται ότι πάνω από 200.000 άνθρωποι εκτελέστηκαν.

Σύμφωνα με ρεπορτάζ της Daily Mail, Γερμανίδες νοσοκόμες συμμετείχαν στα προγράμματα ευθανασίας σε μικρά παιδιά, τα οποία είχαν νοητική υστέρηση ή δεν είχαν τα επιθυμητά χαρακτηριστικά.

## **2.5 20ος αιώνας**

Η αλματώδης πρόοδος στο τομέα της τεχνολογίας και της ιατρικής επιστήμης εκτός από την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και τη θεραπεία ασθενειών, επέφερε πληθώρα ηθικών διλημμάτων, για το στάδιο που προηγείται του θανάτου. Στη σύγχρονη εποχή αποτελεί ένα αντικείμενο προβληματισμού σχετικά με τη στάση των ανθρώπων απέναντι στο θάνατο. Οι νομικές και δημόσιες συζητήσεις γύρω από τα δικαιώματα των ασθενών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων και η δυνατότητα τους να επιλέγουν οι ίδιοι τη χρονική στιγμή του θανάτου δημιουργούν αντικρουόμενες απόψεις τόσο στους επαγγελματίες υγείας όσο και στο ευρύτερο κοινό.

Ο 20ος αιώνας αποτελείται από μια βασική αρχή της αυτονομίας του ατόμου. Τέλη 19ου αιώνα προς αρχές του 20ου η ευθανασία αρχίζει να αποκτά τη σημερινή ερμηνεία, σύμφωνα με την οποία είναι η διαδικασία επίσπευσης του θανάτου με ιατρική παρέμβαση, ενός ασθενή που πάσχει από ανίατη και βασανιστική νόσο, μετά από αίτημα του ίδιου του ασθενή με σκοπό τη λύτρωση του από το πόνο και τη ταλαιπωρία. Σε ένα κατεξοχήν ηθικό ζήτημα, ένα νέο επιστημονικό πεδίο, η Βιοηθική, επιχειρεί να δώσει απαντήσεις σε ηθικά ζητήματα, με σκοπό την ευημερία και τη διασφάλιση των δικαιωμάτων του ανθρώπου.

Σύμφωνα με τον ιστορικό Philippe Aries «η δυτική κοινωνία έχει τη τάση να απωθεί το θάνατο» ο οποίος αποτελεί μια αυστηρά προσωπική υπόθεση του ατόμου. Με την πρόοδο της τεχνολογίας και την επιμήκυνση του μέσου όρου ζωής ο θάνατος δεν θεωρείται ως φυσιολογική εξέλιξη της ζωής αλλά ως αποτυχία της σύγχρονης βιοϊατρικής. Ο θάνατος περιθωριοποιείται όλο και περισσότερο στα νοσοκομεία και οι ΜΕΘ αποτελούν το σύγχρονο περιβάλλον για το τέλος της ζωής. Μελέτες στις Η.Π.Α. δείχνουν ότι έως 22% όλων των θανάτων του πληθυσμού συμβαίνουν κατά τη διάρκεια ή αμέσως μετά την εισαγωγή σε Μ.Ε.Θ. Το 90% των ασθενών τελικού σταδίου θα χρειαστούν κάποια μορφή αποκλιμάκωσης της αγωγής είτε με τη μορφή της «άρσης της θεραπείας» είτε με τη μορφή «συγκράτησης της θεραπείας» (Κατσανούλας, 2009).

Με την ιατροκοποίηση της υγείας ο θάνατος παύει να υφίσταται ως φυσιολογική πορεία της ζωής και του γήρατος. Η ανάγκη αποφυγής της ταλαιπωρίας, όταν η θεραπεία είναι μάταιη, οδηγεί στις τεχνικές της μη κλιμάκωσης ή απόσυρσης της αγωγής. (Κρανιδιώτης, 2010). Ασθενείς οι οποίοι δεν ανταποκρίνονται στη θεραπευτική αγωγή συντηρούνται στη ζωή χωρίς να έχουν επαφή με το περιβάλλον επιμηκύνοντας τη διαδικασία του θανάτου.

Οι άνθρωποι δε πεθαίνουν πλέον στο σπίτι, κοντά στα αγαπημένα τους πρόσωπα, νοσηματοδοτώντας τη ζωή που έζησαν στο παρελθόν, αλλά το σύνηθες πλέον είναι να καταλήγουν στο χώρο του νοσοκομείου λαμβάνοντας τη φροντίδα από τους επαγγελματίες υγείας (ιατροκοποίηση του θανάτου).

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>- ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ**

#### **3.1 Βασικές αρχές Βιοηθικής**

Η Βιοηθική αποτελεί ένα διεπιστημονικό πεδίο της εφαρμοσμένης ηθικής. Επιχειρεί να δώσει απαντήσεις σε διαχρονικά ζητήματα που απασχολούν τις επιστήμες υγείας: για παράδειγμα είναι ηθικά αποδεκτό να δεχτούμε την απαίτηση ενός ασθενή τελικού σταδίου να τερματίσει τη ζωή του με ευθανασία; Επιπλέον προσπαθεί να δώσει λύσεις σε ηθικά διλήμματα που προκύπτουν από τη ραγδαία εξέλιξη της τεχνολογίας. Έργο της Βιοηθικής είναι να καθορίσει αν μια ιατρική πράξη ή ένα επιστημονικό επίτευγμα υπηρετεί τον άνθρωπο ή θέτει σε κίνδυνο τα δικαιώματά του.

Η λέξη Βιοηθική ετυμολογικά προέρχεται από την αρχαία ελληνική λέξη βίος που σημαίνει ζωή αντιπροσωπεύοντας ταυτόχρονα την επιστήμη και τη γνώση, ενώ το δεύτερο συνθετικό προέρχεται από τη λέξη ηθική, η οποία αντιπροσωπεύει κάτι πνευματικό και φιλοσοφικό ταυτόχρονα. Ο αγγλικός όρος Bioethics χρησιμοποιήθηκε πρώτη φορά το 1971 από τον ογκολόγο Van Rensselaer Potter στο έργο του «Bioethics Bridge to the future». Μέσα από το βιβλίο του τόνιζε την ανάγκη δημιουργίας μια ηθικής η οποία θα σηματοδοτούσε όχι μόνο τη συμπεριφορά που οφείλουμε στους συνανθρώπους μας αλλά και τη σχέση μας με το περιβάλλον.

Οι σημερινές κοινωνίες λόγω των ραγδαίων τεχνολογικών ανακαλύψεων έχουν την ανάγκη δημιουργίας ηθικών ορίων. Αυτό πολλές φορές είναι εξαιρετικά δύσκολο καθώς η ηθική μιας κοινωνίας μπορεί να διαφέρει σημαντικά από την ηθική μιας άλλης κοινωνίας, επιπλέον η ηθική είναι προσωπική υπόθεση του ατόμου και μπορεί να διαφέρει από την ηθική ενός άλλου ατόμου.

Οι Βασικές αρχές της Βιοηθικής είναι:

**Η αρχή της αυτονομίας:** Αναφέρεται στο δικαίωμα κάθε ανθρώπου να μπορεί να παίρνει ο ίδιος ελεύθερα αποφάσεις για τους προσωπικούς του στόχους που αφορούν τη ζωή του και την υγεία του, όπως για παράδειγμα σε ποιες ιατρικές πράξεις θα υποβληθεί, το χρονικό διάστημα θεραπείας ή το περιεχόμενο των πράξεων αυτών. Η αυτονομία ως χαρακτηριστικό δεν αποτελεί κάτι έμφυτο. Το

άτομο αποφασίζει με βάση το προσωπικό του κώδικα αξιών, χωρίς εμπόδια στην υλοποίηση των στόχων του. Η Ευρωπαϊκή Ένωση με τη σύμβαση του Oviedo (1997), για τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη Βιοηθική, διασώζει την αρχή της αυτονομίας και καθιερώνει με αυτό τον τρόπο την αυτονομία του ασθενούς και την υποχρέωση για πληροφορημένη συγκατάθεση.

**Η αρχή της μη πρόκλησης βλάβης:** Είναι μη αποδεκτή οποιοδήποτε μορφή βλάβης, ηθική και σωματική. Την αρχή αυτή συναντάμε στον Όρκο του Ιπποκράτη. Στόχος της ιατρικής είναι η θεραπεία και αν δεν είναι εφικτή η ανακούφιση από το πόνο και η παροχή ολιστικής φροντίδας. Η διατήρηση της αξιοπρέπειας αποτελεί μέρος της αρχής αυτής.

**Η αρχή της αγαθοεργίας ή της ωφέλειας:** Με αυτήν επιδιώκεται η βελτίωση της ποιότητας ζωής και η ευημερία του ατόμου. Στόχος του θεραπευτή αποτελεί να εξετάσει τα αποτελέσματα μιας ενέργειας, τα οποία να αποτελούν το μέγιστο συμφέρον του ασθενή σε συνδυασμό με τη πρόληψη πρόκλησης βλάβης.

**Η αρχή της δικαιοσύνης:** Κάθε ανθρώπινη οντότητα δικαιούται ίση μερίδα φορτίου και οφέλους (Κατσανούλας, 2009). Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και η διανομή των αγαθών πρέπει να γίνεται με βάση τις προσωπικές του ανάγκες και αξίες. Πρέπει να εφαρμόζεται δίκαιη κατανομή των αγαθών Φυλετικές, κοινωνικές, πολιτικές, θρησκευτικές διακρίσεις παραβιάζουν την αρχή της δικαιοσύνης.

### **3.2 Ευρωπαϊκό δικαστήριο ανθρωπίνων δικαιωμάτων**

Το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων (ΕΔΑΔ), ιδρύθηκε με σκοπό να συστηματοποιήσει την εξέταση προσφυγών που αφορούν τα ανθρώπινα δικαιώματα κατά των κρατών μελών βάσει της Ευρωπαϊκής Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου, η οποία ιδρύθηκε από το Συμβούλιο της Ευρώπης το 1950. (πηγή Wikipedia). Το ΕΔΑΔ, εδρεύει στο Στρασβούργο. Πρόκειται για τον πρώτο σε Διεθνές επίπεδο δικαστικό μηχανισμό προστασίας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Η Κοινοβουλευτική Συνέλευση του Συμβουλίου της Ευρώπης εκλέγει τους δικαστές του ΕΔΑΔ, παρέχοντας τους δημοκρατική νομιμότητα. Οι δικαστές πρέπει να είναι υψηλού ηθικού χαρακτήρα και να διαθέτουν τα προσόντα που απαιτούνται για το διορισμό σε ανώτατο δικαστικό αξίωμα ή να είναι αναγνωρισμένοι νομικοί. Η Ολομέλεια του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου Δικαιωμάτων του Ανθρώπου εξέλεξε την 1/4/19, ως νέο Πρόεδρο του Δικαστηρίου, τον Έλληνα δικαστή Λίνο-Αλέξανδρο Σισιλιάνο.

Από το 1998 το Δικαστήριο συνεδριάζει μόνιμα και κάθε πολίτης έχει δυνατότητα άμεσης προσφυγής. Οι αποφάσεις που έχει εκδώσει είναι δεσμευτικές για τα κράτη και έχουν οδηγήσει κυβερνήσεις σε τροποποιήσεις της νομοθεσίας και της διοικητικής πρακτικής σε ποικίλους τομείς. Η νομολογία του Δικαστηρίου καθιστά τη Σύμβαση ένα ισχυρό και δυναμικό εργαλείο για την

αντιμετώπιση νέων προκλήσεων και την εδραίωση του κράτους δικαίου και της δικαιοσύνης στην Ευρώπη.

Η Σύμβαση εγγυάται κυρίως: Το δικαίωμα στη ζωή, το δικαίωμα σε δίκαιη δίκη, το δικαίωμα στον σεβασμό της ιδιωτικής και οικογενειακής ζωής, την ελευθερία της έκφρασης, την ελευθερία σκέψης, συνείδησης, θρησκείας και την προστασία της ιδιοκτησίας. Αντίθετα απαγορεύει: Τα βασανιστήρια και την απάνθρωπη ή ταπεινωτική μεταχείριση ή ποινή, τη δουλεία και τη καταναγκαστική εργασία, τη θανατική ποινή, την αυθαίρετη και παράνομη κράτηση και τις διακρίσεις στην απόλαυση δικαιωμάτων και ελευθεριών που αναγνωρίζει η Σύμβαση. Στη Σύμβαση δεν υπάρχουν ειδικές διατάξεις για το ακανθώδες θέμα της ευθανασίας.

Η νομολογία του Δικαστηρίου ανθρωπίνων δικαιωμάτων είναι σημαντική διότι αναγνωρίζει ότι δεν επιτρέπεται παραίτηση από το δικαίωμα στη ζωή, το οποίο κατοχυρώνεται στο άρθρο 5 παρ 2 του Συντάγματος «Το δικαίωμα εκάστου προσώπου εις την ζωήν προστατεύεται υπό του νόμου. Εις ουδένα δύναται να επιβληθή εκ προθέσεως θάνατος, ειμή εις εκτελέσιν θανατικής ποινής εκδιδομένης υπό δικαστηρίου εν περιπτώσει αδικήματος τιμωρούμενου υπό του νόμου δια της ποινής ταύτης».

Επιπλέον εκφράζει με σαφήνεια και πληρότητα την άρνηση του Δικαστηρίου σχετικά με την ύπαρξη οποιασδήποτε υποχρεώσεως εκ μέρους των κρατών εν σχέση προς τη βοήθεια για αυτοκτονία. Συμβάλλει στη διαμόρφωση της Ευρωπαϊκής δημοσίας τάξης σε έναν τομέα τόσο εύθραυστο όπως αυτό της υγείας.

### **3.3 Ευθανασία και διεθνές δίκαιο**

«Το διεθνές δίκαιο είναι ένα σώμα κανόνων που αναγνωρίζονται από τα κράτη ή τα έθνη ως δεσμευτικοί για τις μεταξύ τους σχέσεις, συμπεριλαμβανομένων των σχέσεων τους με τους διεθνείς οργανισμούς. Το διεθνές δίκαιο ενσωματώνεται συνήθως στις συμφωνίες μεταξύ των κυριάρχων κρατών».

Σε ορισμένες χώρες έχει γίνει νομιμοποίηση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, όταν, μολονότι απαγορεύεται στο υγειονομικό προσωπικό να χορηγήσει φαρμακευτική αγωγή στον ασθενή με σκοπό να επέλθει ο θάνατος, ωστόσο επιτρέπεται να προετοιμάσει τη θανατηφόρα δόση, αφήνοντας τον ασθενή να την καταναλώσει μόνος του ή με τη βοήθεια των οικείων του.

Στο παράρτημα, αναφέρονται τα ισχύοντα σε διάφορες χώρες του κόσμου, σχετικά με την ευθανασία

### **3.4 Δικαιώματα ασθενών στη λήψη αποφάσεων στο τέλος της ζωής**

Τις τελευταίες δεκαετίες τα ηθικά ζητήματα που ανακύπτουν από τη φροντίδα ασθενών στο τέλος του κύκλου της ζωής είναι πολλά και απασχολούν έντονα την επιστημονική κοινότητα. Οξείες

καταστάσεις που δεν μπορούσαν να αντιμετωπιστούν στο παρελθόν έχουν μετατραπεί σε χρονιές αυξάνοντας το φορτίο του σωματικού και ψυχικού πόνου καθώς και την αγωνία του επικείμενου θανάτου. Συχνά οι γιατροί καλούνται να πάρουν αποφάσεις για την αποκλιμάκωση ή μη της θεραπείας σε ασθενείς που βασανίζονται από ανίατες ασθένειες. Το ενδιαφέρον εστιάζεται στο δικαίωμα των ανωτέρω ασθενών να παίρνουν οι ίδιοι αποφάσεις που αφορούν τη διακοπή ή συνέχιση της θεραπείας. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις ασθενών που εκφράζουν την επιθυμία τερματισμού της ζωής τους με τη βοήθεια ιατρικών μέσων.

«Δικαίωμα είναι η παρεχόμενη από την έννομη τάξη στο πρόσωπο εξουσία για τη πραγμάτωση πράξεων ζωτικού συμφέροντος». (Μπαλής, 1961). Τα ατομικά δικαιώματα παρέχονται στους πολίτες από την έννομη τάξη και προστατεύονται από το σύνταγμα.

Σύμφωνα με τη δυτικό τρόπο σκέψης η ζωή είναι το υπέρτατο αγαθό και η αξία της ανεκτίμητη. Τι γίνεται όμως σε περιπτώσεις στις οποίες η ποιότητα ζωής μειώνεται δραματικά και η θεραπεία είναι αναποτελεσματική; Τα δικαιώματα των ασθενών στη λήψη αποφάσεων αφορούν τη συναίνεση ή την άρνηση τους να υποβληθούν σε ιατρικές πράξεις μετά από πληροφορημένη συγκατάθεση τους.

Ο σεβασμός της αυτονομίας του ασθενούς είναι απαραίτητος για να διασφαλιστεί η αξιοπρέπεια του. Αυτό ισχύει και για τους πάσχοντες που η ασθένεια τους στερεί την αυτονομία τους. Το δικαίωμα στο θάνατο, αφορά περιπτώσεις ασθενών με προχωρημένη νόσο, των οποίων η θεραπεία είναι μάταιη, ο θάνατος αναπόφευκτος και επιθυμούν οι ίδιοι να επιλέξουν τη χρονική στιγμή και τον τρόπο θανάτου τους. Οι αποφάσεις στο τέλος της ζωής αφορούν:

- Τις προγενέστερες επιθυμίες του ασθενούς: Περιλαμβάνουν οδηγίες οι οποίες αποτελούν έκφραση της συναίνεσης ή άρνησης του ασθενούς να υποβληθεί σε ιατρικές παρεμβάσεις ή θεραπείες όταν η κατάσταση της υγείας του δεν του επιτρέπει να εκφράσει ο ίδιος τη βούληση του.
- Τη μη διενέργεια καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης (DNACPR): Όταν ο ασθενής δεν επιθυμεί τη διενέργεια ΚΑΡΠΑ. Μια άλλη περίπτωση είναι όταν ο ασθενής πάσχει από ανίατο νόσημα και η πιθανότητα επιβίωσης μετά από τη ΚΑΡΠΑ είναι εξαιρετικά μικρή.
- Το δόγμα του διπλού αποτελέσματος: Μια πράξη είναι ηθικά αποδεκτή, όταν το αποτέλεσμα που επιφέρει είναι ένα θετικό και ένα αρνητικό. Αυτό συμβαίνει στις εξής περιπτώσεις: Η ίδια η πράξη είναι καλή ή ηθικά ουδέτερη. Το κακό αποτέλεσμα μπορεί να προβλέπεται αλλά δεν είναι αυτοσκοπός. Σκοπός της διενέργειας της πράξης είναι το θετικό και όχι το αρνητικό αποτέλεσμα. Το καλό αποτέλεσμα δε επιτυγχάνεται μέσω του κάκου αποτελέσματος. Υπάρχει μια αναλογική ή ευνοϊκή ισορροπία του κάλου έναντι του κάκου. (Επιτροπάκης et al. 2004). Τα κατασταλτικά χορηγούνται για την ανακούφιση του πόνου. Η επίδραση όμως των φαρμάκων στο αναπνευστικό

κέντρο έχει αρνητικές επιπτώσεις και μπορεί να οδηγήσει σε συντόμευση της ζωής, χωρίς να υπάρχει πρόθεση.

### **3.5 Διαθήκη ζωής (living will)**

«Ο όρος διαθήκη ζωής περιγράφει μια δήλωση βούλησης με την οποία ένα πρόσωπο εκφράζει τη συναίνεση ή την άρνηση του να υποβληθεί σε ορισμένες θεραπείες για τη περίπτωση που σε μεταγενέστερο χρόνο καταστεί φυσικά ανίκανο να αντιληφθεί ή να εκτιμήσει τη κατάσταση της υγείας του και να εκφράσει τη βούληση του» (Ρεθυμιωτάκη, 2012). Πρόκειται για οδηγίες που αφορούν την εκ των πρότερων αποδοχή ή άρνηση του ασθενή σε μελλοντικές ιατρικές πράξεις. Μπορεί όμως και να αφορά την εξουσιοδότηση ενός τρίτου προσώπου, το οποίο θα λαμβάνει αποφάσεις για τον ασθενή σε περιπτώσεις που η ασθένεια στερήσει την αυτονομία.

Ένα παράδειγμα διαθήκης ζωής είναι του αναπληρωτή καθηγητή ιατρικής Γιάννη Δημολιάτη, η όποια συντάχθηκε από τον ίδιο, το 2016. Ακολουθεί ένα απόσπασμα από τη διαθήκη, (Δημολιάτης, 2016). Η απάντηση μου τότε πρέπει να πεθάνω Εγώ: Στην ώρα μου, ούτε πρόωρα, ούτε μετάωρα. Αρχεία ελληνικής ιατρικής)

«Αν οποτεδήποτε στο εξής δεν μπορώ να συμμετάσχω σε αποφάσεις για τον εαυτό μου ή/και δεν μπορώ να αυτοεξυπηρετηθώ από οποιαδήποτε αιτία επί το πολύ έξι μήνες, τότε έχει έρθει η ώρα μου για ωραίο ώριμο θάνατο. Δεν θα υποβληθώ σε καμία ιατρική παρέμβαση για παράταση της διάρκειας τής με αρνητική ποιότητα ζωής μου, και θα επιτραπεί στην πρώτη επόμενη κλήση του πεπρωμένου μου να ανακυκλώσει το σώμα μου. Η διαθήκη μου αυτή προς οποιονδήποτε θα έχει τότε τη φροντίδα μου να υπερισχύσει οποιασδήποτε αντίθετης άποψης ή νομικής ρύθμισης. Τυχόν παραβίαση της διαθήκης ετούτης συνιστά αξιόποινη κατάλυση του αυτεξούσιου του προσώπου μου, και εντέλλονται τα παιδιά μου ή όποιοι θα έχουν τότε τη φροντίδα μου να ασκήσουν δίωξη κατά παντός υπευθύνου.»

### **3.6 Νομοθετική ρύθμιση στην Ελλάδα**

Στην Ελλάδα εν αντιθέσει με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες δεν υπάρχει ξεκάθαρη νομοθεσία, που να αφορά άμεσα το ζήτημα της ευθανασίας. Για να γίνει επομένως κατανοητή η τοποθέτηση της ευθανασίας σε νομοθετικό πλαίσιο, απαιτείται μία εννοιολογική προσέγγιση και η εξέταση μιας επιμέρους περιπτωσιολογίας, που να ανταποκρίνεται στις περαιτέρω διακρίσεις που επιδέχεται η ευθανασία ως όρος. (Συμεωνίδου, 2006)

Κατ' αρχήν μία διακρινόμενη περίπτωση ευθανασίας για την οποία γίνεται λόγος, είναι η κατά κυριολεξία ευθανασία, υπό την έννοια της επιθανάτιας αρωγής. Κατά την επιθανάτια αρωγή δεν προκαλείται ο θάνατος από ενέργεια ή παράλειψη του συμμετέχοντος στη διαδικασία, αντιθέτως λαμβάνεται μέριμνα, ώστε ο ασθενής που βιώνει μια κατάσταση επιθανάτιας αγωνίας, να υποφέρει



λιγότερο από τον πόνο, με τη χρήση επί παραδείγματι αναισθητικών ή ναρκωτικών φαρμάκων. Η περίπτωση αυτή δεν φέρει καν αξιόποινο χαρακτήρα, καθώς αφενός δεν πραγματώνει νομοτυπική μορφή εγκλήματος, αφετέρου εναπόκειται στα καθήκοντα του θεράποντος ιατρού.

Σε αντίθεση με την παραπάνω περίπτωση συναντάται και η περίπτωση της ενεργητικής ευθανασίας, η οποία επίσης χωρίζεται στη συνέχεια, σε ευθεία και σε έμμεση. Η ευθεία ενεργητική ευθανασία απαιτεί ενέργεια (πράξη), ώστε ενώ ο ασθενής βρίσκεται και πάλι σε κατάσταση επιθανάτιας αγωνίας, να μη γίνεται προσπάθεια να απαλυνθούν απλά οι πόνοι, αλλά να προκαλείται επίσπευση του θανάτου του. Η πράξη αυτή φέρει τα χαρακτηριστικά της αξιόποινης πράξης και εντάσσεται άλλοτε στο πραγματικό της διάταξης του 300ΠΚ (ανθρωποκτονία κατ' απαίτηση), και άλλοτε σε αυτό της 299ΠΚ (ανθρωποκτονία με πρόθεση) αναλόγως των προϋποθέσεων της αντικειμενικής και υποκειμενικής υπόστασης του εγκλήματος.

Η έμμεση ενεργητική ευθανασία υφίσταται στην περίπτωση που χορηγείται αγωγή από τον θεράποντα αλλά με την επιφύλαξη ότι μία από τις πιθανές παρενέργειες της ιατρικής πράξης είναι και ο θάνατος του ασθενούς. Εφόσον επέλθει ο θάνατος, η πράξη είναι αρχικά άδικη και πληροί και πάλι την αντικειμενική υπόσταση της ανθρωποκτονίας. Ωστόσο εδώ ο τελικά άδικος χαρακτήρας της πράξης μπορεί να αρθεί αν και εφόσον τηρηθούν οι όροι την επιτρεπόμενης κινδυνώδους δράσης, ήτοι: α) η θεραπεία κριθεί ως ιατρικά και επιστημονικά ενδεδειγμένη, β) υπάρχει πλήρης ενημέρωση του ασθενούς αναφορικά με τις παρενέργειες, γ) ο ασθενής συναινεί και τέλος δ) η αγωγή έχει εφαρμοστεί σύμφωνα με τις υποδείξεις της επιστήμης (*lege artis*).

Εκτός από την ενεργητική ευθανασία ιδιαίτερη μνεία πρέπει να γίνει και για την παθητική ευθανασία, κατά την οποία προϋποτίθεται παράλειψη και όχι πράξη του θεράποντος, δηλαδή αποχή από την εφαρμογή ή τη συνέχιση της θεραπευτικής αγωγής. Και εδώ ωστόσο πρέπει να γίνουν κάποιες διακρίσεις αναλόγως με την επιθυμία του ασθενούς να δεχτεί ή όχι την αγωγή. Έτσι, εφόσον ο ασθενής αρνείται τη θεραπεία και τη βοήθεια του γιατρού, παύει πλέον ο τελευταίος να φέρει την ιδιαίτερη νομική υποχρέωση που περιγράφεται στο άρθρο 15 του ΠΚ και άρα δεν υπάρχει παράλειψη κατά τους νομικούς όρους με αποτέλεσμα να μην υπάρχει καν αρχικό άδικο. Επισημαίνεται βέβαια ότι σε μια τέτοια περίπτωση και πάλι ο ασθενής πρέπει να έχει συνείδηση της πράξης του αλλά και να είναι πλήρως ενήμερος για την κατάσταση του. Εάν αντίθετα, ο ασθενής ζητάει τη θεραπεία ή ακόμα δεν είναι σε θέση να τη ζητήσει (λόγω αδυναμίας απόφασης ή έγκυρης έκφρασης της βούλησής του), ο θεράπων οφείλει να του παρέχει κάθε δυνατή ιατρική βοήθεια, ώστε αν παραλείψει τούτο να ευθύνεται για ανθρωποκτονία με πρόθεση από παράλειψη (299 σε συνδυασμό με το 15 του ΠΚ).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει η περίπτωση της αποσύνδεσης ασθενούς από τη μηχανική υποστήριξη. Υπάρχει μια γενικότερη αμφισβήτηση στο νομικό θεωρητικό κόσμο, για το αν η περίπτωση αυτή αποτελεί πράξη ή παράλειψη διάσωσης του ασθενούς. Ο χαρακτηρισμός της

συγκεκριμένης υποπερίπτωσης δεν είναι εύκολος και αυτονόητος για νομικούς λόγους και εξακολουθεί να επιδέχεται ιδιαίτερη νομοθετική ρύθμιση.

Τέλος μια τελευταία περίπτωση ευθανασίας με την ευρεία έννοια, είναι η υποβοήθηση σε αυτοκτονία του 301ΠΚ. Η νομοτυπική μορφή του άρθρου 301 του ΠΚ αφορά δύο τρόπους συμμετοχής σε αυτοκτονία: α) την καταπίεση, ώστε ο μελλοντικός αυτόχειρας ή μελλοντικός αποπειραθείς αυτόχειρας να προβεί στην πράξη ή β) την υποβοήθηση.

Η υποβοήθηση που είναι και το κύριο ζητούμενο εδώ, απαιτεί βαθμό ποινικής απαξίας ίσης με την άμεση συνέργεια, ήτοι ο συμμετέχων πρέπει να συμβάλλει στη διάθεση του εννόμου αγαθού, ούτως ώστε να έχει την ευχέρεια να το προσβάλλει ο φυσικός αυτουργός (εδώ καταχρηστικά ο αυτόχειρας καθόσον πρόκειται για αυτοπροσβολή). Ο συμμετέχων έτσι πρέπει να παρέχει τα μέσα για την διευκόλυνση της πράξης, τη στιγμή όμως που πραγματοποιείται η πράξη και όχι σε προπαρασκευαστικό στάδιο. Το έγκλημα τούτο, όπως γίνεται αντιληπτό, διαφέρει αρκετά με την υπό στενή νοούμενη έννοια της ευθανασίας, καθώς ο ίδιος ο παθών θέτει τέλος στη ζωή του. Άλλο το ζήτημα της υποβοήθησης, που ωστόσο σε επίπεδο ευθανασίας, όπως περιεγράφηκε παραπάνω, δεν αποτελεί καθοριστικό κριτήριο για την τέλεση της. (Συμεωνίδου, 2006).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4° - ΘΕΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ**

### **4.1 Η πορεία προς το θάνατο σωματικό και πνευματικό**

Ο θάνατος σε αντίθεση με τη ζωή που τη χαρακτηρίζει η ενότητα και η ομοιομορφία σηματοδοτεί την αμορφία, την παγίωση των πραγμάτων, τη μη σχέση, τον χωρισμό. Ο άνθρωπος είναι το μοναδικό έμβιο ον που γνωρίζει τη θνητότητα του, επομένως αντιλαμβάνεται τον θάνατο ως απειλή, ως κάτι ξένο και εχθρικό με το οποίο ο ίδιος και τα αγαπημένα του πρόσωπα θα έρθουν αντιμέτωποι, χωρίς όμως να έχει τη δυνατότητα να γνωρίζει τη χρονική στιγμή που θα επέλθει. Θάνατος στην ιατρική ορίζεται ως η παύση όλων των βιολογικών λειτουργιών του οργανισμού. Σύμφωνα με την Ορθόδοξη Ελληνική Εκκλησία «ο θάνατος σηματοδοτεί το τέλος της βιολογικής ζωής του ανθρώπου και την έναρξη της μετάβασης στην αιώνια ζωή.»

Ο σωματικός θάνατος είναι η διαδικασία κατά την οποία το σώμα διαχωρίζεται προσωρινά από τη ψυχή, για τη μετάβαση του προσώπου σε έναν άλλο τρόπο ύπαρξης. Η διάκριση του είναι: φυσιολογικός θάνατος λόγω γήρατος, αιφνίδιος λόγω ατυχήματος, ανακοπής ή φόνου και σε αναμενόμενο που οφείλεται σε ανίατη ασθένεια. Στην τρίτη περίπτωση ο ασθενής χαρακτηρίζεται ως θνήσκων και σκοπός είναι η διατήρηση της ελπίδας και η εστίαση στο γεγονός ότι η παρούσα ζωή είναι προσωρινή επομένως ο πόνος και η ταλαιπωρία συμβάλλουν στο να κερδίσει την αιώνια ζωή

κοντά στο Θεό. Με αυτό το τρόπο δίνεται η δυνατότητα να καταπολεμήσει ο θνήσκων ασθενής το φόβο του για το θάνατο.

Για τους Χριστιανούς ο θάνατος είναι ύπνος ισοδυναμεί δηλαδή με κοίμηση αφού οι ψυχές κατά τη Δευτέρα παρουσία θα ενωθούν πάλι με το σώμα τους και θα εναρμονιστούν στον οίκο του Θεού. Εκτός από το σωματικό θάνατο υπάρχει και ο πνευματικός ή διαφορετικά ο θάνατος της ψυχής ο οποίος συμβαίνει με την απώλεια του Αγίου Πνεύματος όταν ο άνθρωπος απομακρύνεται από το Θεό. Όσο ο άνθρωπος παραμένει στη ζωή υπάρχει η δυνατότητα να μετανοήσει και να έρθει με τη Κοινωνία πάλι κοντά στο Θεό, διαφορετικά ο πνευματικός θάνατος είναι οριστικός.

#### **4.2 Το δικαίωμα στη ζωή ως υπέρτατη αξία σύμφωνα με τη Θεολογική προσέγγιση**

Η ζωή είναι το πολυτιμότερο δώρο του Θεού στον άνθρωπο. Κάθε ανθρώπινη ύπαρξη είναι μοναδική και αναντικατάστατη και κανείς δεν έχει δικαίωμα να αφαιρέσει τη δική του ζωή (αυτοκτονία) ή να αφαιρέσει τη ζωή κάποιου άλλου ατόμου (φόνος). Επομένως η ζωή δεν μας ανήκει, είναι δημιούργημα του Θεού, για τον λόγο αυτό, κάθε ανθρώπινη παρέμβαση στο φαινόμενο της ζωής, στην αρχή ή στο τέλος της συνιστά αναστολή στο έργο του Θεού. Η ευθανασία ανήκει στην ίδια κατηγορία περιπτώσεων (αυτοκτονία, έκτρωση) που υπάρχει παραβίαση της ανθρώπινης ζωής.

Η θέση της Ορθόδοξης Ελληνικής Εκκλησίας είναι αντίθετη με οποιαδήποτε πρακτική της ευθανασίας, τονίζοντας ότι είναι μια μορφή υποβοηθούμενης αυτοκτονίας η οποία βρίσκεται μεταξύ αυτοχειρίας και φόνου. Σε χώρες στις οποίες νομιμοποιήθηκε η ευθανασία υπήρξαν έντονες αντιπαραθέσεις ανάμεσα σε θρησκευτικούς και πολιτικούς θεσμούς. Ο ασθενής που υποφέρει από μια βασανιστική ασθένεια μπορεί να θεωρεί την ευθανασία ως την έσχατη λύση προκειμένου να λυτρωθεί από το πόνο. Η σωτηρία της ψυχής, επέρχεται μέσω της ταπείνωσης και της αντιμετώπισης της ασθένειας με καρτερικότητα και ελπίδα.

Η έννοια της ευθανασίας είναι παραπλανητική, καθώς ξεκινάει με το συνθετικό ευ επομένως μας προδιαθέτει σε κάτι θετικό ενώ το δεύτερο συνθετικό ο θάνατος είναι ένα δυσάρεστο συμβάν το οποίο δε μπορεί να συνδυαστεί με την ευχαρίστηση. Ο πατέρας της ιατρικής Ιπποκράτης στον Όρκο του «Οὐ δώσω δὲ οὐδὲ φάρμακον οὐδενὶ αἰτηθεὶς θανάσιμον, οὐδὲ ὑφηγήσομαι ξυμβουλίην τοιήνδε». Οι γιατροί είναι υποχρεωμένοι να τηρούν τον επαγγελματικό τους όρκο και να είναι κοντά στον άνθρωπο που υποφέρει. Με τη νομιμοποίηση της ευθανασίας υπάρχει ο κίνδυνος εμπορευματοποίησης της ανθρώπινης ζωής και εξυπηρέτησης οικονομικών συμφερόντων.

#### **4.3 Η ψυχή του ανθρώπου μετά τον θάνατο**

Στη συνέχιση της ζωής μετά τον θάνατο, μέσω της ψυχής που ζει αιώνια, βασίζεται ολόκληρη η Χριστιανική Ορθόδοξη διδασκαλία. Ιδιαίτερη θέση στα όσα διδάσκει η Ορθοδοξία, κατέχουν οι

απόψεις του πατρός Σεραφεΐμ Ρόουζ, ο οποίος έγραψε το γνωστό βιβλίο «Η ψυχή μετά τον θάνατο». Το βιβλίο είναι βασισμένο σε μαρτυρίες ανθρώπων με μεταθανάτιες εμπειρίες, που διηγήθηκαν όταν ανένησαν μετά από μια πολύ μικρή χρονική περίοδο «κλινικού θανάτου». Αυτές μπορούν συνήθως να χαρακτηριστούν ως απόκρυφες «εκτός σώματος» καταστάσεις, παρά ως αληθινή εμπειρία παραδείσου.

Άλλωστε, γνωστοί ιατροί όπως η ειδική σε θέματα που σχετίζονται με τον θάνατο και την επιθανάτια αγωνία, ψυχίατρος Elisabeth Kübler-Ross, δήλωνε ότι οι «μεταθανάτιες εμπειρίες θα διαφωτίσουν πολλούς ανθρώπους και θα επιβεβαιώσουν αυτό που έχουμε διδαχθεί εδώ και δυο χιλιάδες χρόνια, ότι δηλαδή υπάρχει ζωή μετά τον θάνατο» (Kübler-Ross, 1991).

Ο π. Ρόουζ διέκρινε τις εμπειρίες αυτές, σε περιπλανήσεις και σε στιγμές πρόγερσης του παραδείσου. Στην αληθινή εμπειρία του παραδείσου «η ψυχή κατευθύνεται πάντα προς τον ουρανό από έναν άγγελο ή αγγέλους, και δεν περιπλανιέται ποτέ σε αυτόν, ούτε πηγαίνει με τη θέλησή της όπου θέλει, ούτε έχει κάποια δική της ικανότητα για κίνηση. Στις σύγχρονες εμπειρίες, στην ψυχή προσφέρεται πολύ συχνά μια επιλογή να παραμείνει στον παράδεισο ή να επιστρέψει πίσω στη γη, ενώ η γνήσια εμπειρία του παραδείσου, εμφανίζεται όχι από επιλογή του ανθρώπου, αλλά μόνο με την εντολή του Θεού, που εκπληρώνεται από τους αγγέλους Του» (Seraphim Rose, 1980).

Σε κάθε πάντως περίπτωση, ο π. Ρόουζ, όπως και πολλοί προγενέστεροι αυτού πατέρες της Εκκλησίας, προσπάθησε να αποδείξει, ότι η ψυχή χωρίζεται μεν από το ανθρώπινο σώμα, συνεχίζει να υπάρχει όμως, βιώνοντας καταστάσεις ενδεικτικές αυτής της συνέχειας.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup> – ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΥΠΕΡ Η ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ**

### **5.1 Η έννοια της αξιοπρέπειας**

Ο σεβασμός της ανθρώπινης αξιοπρέπειας αποτελεί τη κυρίαρχη έννοια σε πολλά εθνικά και διεθνή κείμενα όπως η διακήρυξη των ανθρωπίνων δικαιωμάτων το 1948, ο χάρτης των θεμελιωδών δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η διακήρυξη του Ελσίνκι το 1964 και το άρθρο 7 του Ελληνικού συντάγματος. Από τα ανωτέρω φαίνεται ότι υπάρχει μια διεπιστημονική σύγκλιση απόψεων ως προς τον σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και ως προς τη υποχρέωση των επαγγελματιών υγείας να διασφαλίζουν την αξιοπρέπεια των ασθενών. Η διατήρηση της αυτονομίας και της αξιοπρέπειας σε ευάλωτες καταστάσεις όπως είναι η φροντίδα των ασθενών στο τέλος του κύκλου της ζωής αποτελεί μια πρόκληση για τους νοσηλευτές στα νοσοκομεία. (Παπασταύρου, 2012).

Οι νοσηλευτές, ως επαγγελματίες υγείας έρχονται καθημερινά αντιμέτωποι με τον θάνατο στα νοσοκομεία και υπάρχουν περιπτώσεις όπου ο θάνατος στο τέλος δεν θεωρήθηκε αξιοπρεπής (παρουσία ανυπόφορου πόνου) αλλά ως αποτυχία της βιοϊατρικής. Για τους επαγγελματίες υγείας η

έννοια της αξιοπρέπειας ταυτίζεται με τις θεμελιώδεις αξίες της καλής περίθαλψης. Το τελευταίο διάστημα στις χώρες όπου η ευθανασία έχει νομιμοποιηθεί εμφανίζεται όλο και περισσότερο ο όρος θάνατος με αξιοπρέπεια. Μπορεί να υπάρξει αξιοπρέπεια μέσα σε μια κατάσταση όπως ο θάνατος; Πως προσδιορίζεται το νόημα της αξιοπρέπειας σε αυτή τη περίπτωση;

Σύμφωνα με το νομικό Μανωλεδάκη: «Η ανθρώπινη αξιοπρέπεια ως έννοια του δικαίου στο σύνολο του, επιβάλλει ήδη στα πλαίσια της μετά-φιλελεύθερης δικαιοκτικής τάξης, αυτό που δε μπόρεσαν να κάνουν με τη σχετικότητα τους το έννομο αγαθό και τα ατομικά δικαιώματα: Να επικρατεί ο σεβασμός του ανθρώπου στην άσκηση της οποιασδήποτε εξουσίας και όταν ακόμα από το ίδιο το δίκαιο επιτρέπεται η προσβολή κάποιου έννομου αγαθού ή παραβίαση κάποιου ατομικού δικαιώματος».

Για τους υπέρμαχους της ευθανασίας η έννοια της «αξιοπρέπειας στο θάνατο» αποτελεί έναν από τα σημαντικότερα επιχειρήματα. Ο πόνος, η αγωνία, η ιδέα του βασανιστικού θανάτου, φέρνουν τις περισσότερες φορές στον παθόντα τη σκέψη για ευθανασία. Νιώθοντας πως πλέον δεν έχει κάτι άλλο να χάσει, ότι το τέλος του είναι προδιαγεγραμμένο λόγω της ασθένειας, ο εύκολος θάνατος είναι μονόδρομος. (Μπομπότα, 2002)

Η αυτονομία και η ατομική ελευθερία του πάσχοντος ανθρώπου αποτελεί το σκληρό πυρήνα της επιχειρηματολογίας υπέρ της νομιμοποίησης της ευθανασίας. Υποστηρίζεται ότι σε αυτές τις περιπτώσεις, της οδυνηρής και αποδεδειγμένα ανίατης πάθησης, η ζωή παύει να αποτελεί αγαθό και καθίσταται αβάσταχτο και ψυχικό και σωματικό μαρτύριο, όποτε η ευθανασία είναι λύτρωση και πράξη ανθρωπιστική. (Ανευλαβής, 2001)

Η επιλογή του δημοσιογράφου Α. Βέλιου, ο οποίος έπασχε από μεταστατικό καρκίνο του ήπατος, να τερματίσει τη ζωή του με τη μέθοδο της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, αποτελεί ένα παράδειγμα ασθενή που επέλεξε τη μέθοδο της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας σε κλινική της Ζυρίχης με σκοπό έναν αξιοπρεπή θάνατο. Ακολουθεί ένα απόσπασμα από το βιβλίο του Εγώ και ο θάνατος μου το δικαίωμα στην ευθανασία «..Ο χρόνος, το πέρασμα του χρόνου, έλεγε η Simone Weil, είναι η χειρότερη τραγωδία του ανθρώπου, και πρωταρχική αιτία κάθε μορφής σκλαβιάς. Αρνούμαι να εγκλωβιστώ στις μνήμες μου, να παγιδευτώ στη φυλακή του παρελθόντος, αρνούμαι να υποκύνω στο σπαραγμό ενός μέλλοντος που δεν έχω πια. Για πρώτη φορά, προσπαθώ συνειδητά να ζω στο παρόν μου. Τον λίγο καιρό που μου απομένει, κάθε καινούργια μέρα που μετρώ, εκείνο που με διακατέχει πιο επιτακτικά είναι η επιθυμία ο θάνατός μου να ‘ναι συνεπής με το ατομικό credo της ζωής μου. Η επιβεβαίωση αυτή είναι η ύστατη ματαιοδοξία μου. Θέλω (αλλά θα προλάβω;) να μετατρέψω συνειδητά το θάνατό μου σε μια πράξη καθαρής ελευθερίας!’».

Η έννοια της αξιοπρέπειας ταυτίζεται με τις αρχές της δικαιοσύνης, του σεβασμού και του αυτοσεβασμού. Στην προσπάθεια να δοθεί ένας σαφής ορισμός της αξιοπρέπειας, διαχωρίζεται το

περιεχόμενο της σε τέσσερα είδη α) Η αξιοπρέπεια της αξιοπιστίας εξαρτάται από την κοινωνική κατάταξη και θέση, αυτού του είδους η αξιοπρέπεια είναι άνισα κατανομημένη β) Η αξιοπρέπεια του ηθικού ή υπαρξιακού αναστήματος είναι η αξιοπρέπεια των ηθικών πράξεων, είναι εύκολο όμως να χαθεί μέσω μη ηθικών επιλογών και ανήθικων πράξεων. Συνδέεται με την έννοια της αξιοπρέπειας ως αρετή γ) Η αξιοπρέπεια της ταυτότητας συνδέεται με την ακεραιότητα του σώματος και του νου του ατόμου και σε πολλές περιπτώσεις εξαρτάται από την εικόνα του υποκειμένου για τον εαυτό του. και δ) Η καθολική ανθρώπινη αξιοπρέπεια, ανήκει σε όλους τους ανθρώπους στον ίδιο βαθμό και δε μπορεί να χαθεί όσο υπάρχουν άτομα. (Nordenfelt, 2004).

Στις περιπτώσεις που ο ασθενής ο οποίος πάσχει από ανίατο νόσημα, επιθυμεί να έχει πρόσβαση σε έναν αξιοπρεπή θάνατο, το θεωρεί προς το συμφέρον του καθώς υποφέρει από πόνο ή ταλαιπωρία ή επειδή η ζωή του είναι εξαρτημένη σε τέτοιο βαθμό από τους άλλους που δεν τη θεωρεί αξιοβίωτη. Η σύγκρουση εδώ δεν είναι μόνο ζωής και αυτονομίας αλλά και μεταξύ ζωής και ανθρώπινης αξίας. (Παπαδοπούλου, 2012)

## **5.2 Οικονομική διάσταση της ευθανασίας**

Υπολογίζεται ότι το 20% των δαπανών για την υγεία στις χώρες της Ευρώπης κατανέμεται στην φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου. Η ραγδαία ανάπτυξη της τεχνολογίας και η μετατροπή οξέων νοσημάτων σε χρόνια, οδήγησε σε αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης συχνά εις βάρος της ποιότητας ζωής. Επιπλέον δαπανηρές θεραπείες, οι οποίες καλύπτονται σε μικρό ποσοστό από τον ασφαλιστικό φορέα, συχνές επανεισαγωγές, εξειδικευμένες εξετάσεις και η χρήση ακριβού υγειονομικού υλικού έχουν ως αποτέλεσμα τη μεγαλύτερη κατανάλωση υπηρεσιών υγείας και την αύξηση των ενδονοσοκομειακών δαπανών.

Οι ΜΕΘ διαθέτουν εξειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και σύγχρονο εξοπλισμό για την εντατική παρακολούθηση ασθενών με απειλητικά για τη ζωή νοσήματα, που χρειάζονται μηχανική υποστήριξη της αναπνοής. Η νοσηλεία ασθενών τελικού σταδίου, χωρίς θεραπευτικό στόχο οδηγεί σε μια διαδικασία επιμήκυνσης του θανάτου εγείροντας διάφορα ηθικά ζητήματα. Η έλλειψη κλινών στις ΜΕΘ αποτελεί συχνό φαινόμενο και μπορεί να οδηγήσει στην άποψη ότι οι ασθενείς που νοσηλεύονται για να καταλήξουν, δεσμεύουν τις κλίνες της ΜΕΘ από την εισαγωγή ενός ασθενή ο οποίος έχει προοπτικές ανάκαμψης.

Επιπλέον οι δαπάνες που χρησιμοποιούνται στο τέλος της ζωής είναι οι υψηλότερες, μπορεί κανείς να οδηγηθεί στο ερώτημα αν η επίσπευση ενός επικείμενου θανάτου μπορεί να οδηγήσει σε εξοικονόμηση πόρων για την υγεία. (Φράγκου et al. 2018). Το κόστος νοσηλείας είναι πολύ υψηλό σε σχέση με το αναμενόμενο όφελος προς τον ασθενή. Η μείωση του χρόνου νοσηλείας και η άμεση έναρξη της ανακουφιστικής φροντίδας, οδηγεί σε μείωση του κόστους νοσηλείας και στην απελευθέρωση κλινών.

Ο προβληματισμός για την οικονομική βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας συνοδεύεται από την ανάγκη αντιμετώπισης των προκλήσεων, σχετικά με τη φροντίδα των ασθενών τελικού σταδίου.

### **5.3 Φόβοι νομιμοποίησης της Ευθανασίας**

Κατά της ευθανασίας προβάλλονται ενστάσεις, οι οποίες σχετίζονται με την ανησυχία πως σε περίπτωση νομιμοποίησής της, είναι πολύ πιθανό να οδηγηθούμε σε αθέμιτες πρακτικές. Η επικινδυνότητα και η κακή χρήση της, αποτελούν τον πυρήνα αυτού του επιχειρήματος, που προβληματίζει ακόμη και όσους τάσσονται υπέρ της ευθανασίας. Σύμφωνα με την επιχειρηματολογία αυτή, όταν μια πράξη επιφέρει άμεσα και αναγκαστικά ανεπιθύμητες συνέπειες, ιδιαίτερα επιζήμιες και μη αντιμετωπίσιμες στο μέλλον, που μπορούν να επιφέρουν με τη σειρά τους και άλλες αρνητικές συνέπειες, τότε πρέπει κανείς να μην προβεί στην πράξη αυτή (Βάντσος, 2003).

Τρεις είναι οι βασικοί άξονες ανάπτυξης της δυναμικής επικινδυνότητας της ευθανασίας: α) Ο σεβασμός στη ζωή και οι επιπτώσεις που συνεπάγεται για τον άνθρωπο η καθιέρωση της ευθανασίας, β) η πιθανότητα να παγιδευτεί ο ασθενής, όταν η ευθανασία του επιβάλλεται αναγκαστικά και γ) η αδυναμία να εξακριβωθεί το αν η διενέργεια ευθανασίας αποτελεί πραγματική επιθυμία του ασθενή (Πρωτοπαπαδάκης, 2008). Εξάλλου, ο ηθικός προβληματισμός για τη δυναμική επικινδυνότητα της ευθανασίας δύναται να επεκταθεί σε ανίσχυρες κοινωνικά ή ηλιακά ομάδες και στον επηρεασμό τους.

Ο σεβασμός στην ανθρώπινη ζωή αποτελεί ένα από τα θεμέλια της σύγχρονης ηθικής και η άρνησή της δύσκολα μπορεί να γίνει κατανοητή, ίσως μόνο υπό ιδιαίτερες συνθήκες, χωρίς να μπορεί και πάλι να γίνει απόλυτα ηθικά αποδεκτή μια τέτοια άρνηση. Η επικρατούσα δε ηθική άποψη, μπορεί να κλονιστεί, όταν σε κάποιες μορφές της, η ζωή δεν αξίζει να βιωθεί πλέον. Αφότου γίνει αποδεκτή μια τέτοια περίπτωση, η αποδοχή του τερματισμού της μη ανάξιας προς βίωση ζωής, κινδυνεύει να επεκταθεί και σε άλλες περιπτώσεις.

Το ενδεχόμενο της παγίδευσης των βαρέως πασχόντων ασθενών σε καταστάσεις, στις οποίες δεν τους επιτρέπεται να εκφράσουν σαφώς τη βούλησή τους για τη συνέχιση της ζωής τους, δεν αποκλείει δυστυχώς, την πιθανότητα κακής εφαρμογής της πρακτικής της ευθανασίας, λόγω σκοτεινών κινήτρων. Τότε, αφενός μπορεί να τους επιβληθεί αναγκαστικά η ευθανασία ή αφετέρου, να μην μπορεί να εξακριβωθεί, αν αποτελεί επιθυμία τους ή όχι.

Τέλος, η νομιμοποίηση της ευθανασίας, ακόμη και για ασθενείς τελικού σταδίου που δίνουν τη συγκατάθεσή τους, θα μπορούσε να αποτελέσει άμεση απειλή για τη ζωή ευπαθών ομάδων, ηλικιωμένων, σωματικά και πνευματικά ασθενών, πτωχών κλπ.

### **5.4 Ο κίνδυνος της λανθασμένης διάγνωσης**

Οι λανθασμένες διαγνώσεις είναι ένα σοβαρό ζήτημα που απασχολεί τόσο τους ασθενείς, όσο και την ιατρική κοινότητα, καθώς σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να στοιχίσουν ακόμα και ζωές. Και

δυστυχώς δεν είναι σπάνιες. Έτσι, σύμφωνα με αμερικανική μελέτη του 2013, η οποία δημοσιεύτηκε στην επιθεώρηση JAMA, οι ανακριβείς ή λανθασμένες διαγνώσεις αποτελούν συνήθη φαινόμενα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και μπορεί να θέσουν ορισμένους ασθενείς σε κίνδυνο σοβαρών επιπλοκών. Το φαινόμενο αυτό είναι ιδιαίτερα συχνό σε συγκεκριμένες καταστάσεις, οι οποίες μπορεί να «ξεγελάσουν» ακόμα και έμπειρους ειδικούς.

Βέβαια η λάθος διάγνωση μπορεί να μην είναι τόσο επιζήμια σε όλες τις περιπτώσεις, πέρα από τις ψυχολογικές επιπτώσεις που αναμφισβήτητα θα προκαλέσει στον ασθενή. Ενδεικτικά αναφέρεται, σύμφωνα με το Cancer Safety Council, ότι ένας στους πέντε καρκινοπαθείς λαμβάνει λάθος διάγνωση. Αμερικανική έρευνα από 400 ειδικούς στον καρκίνο, διαπίστωσε ότι πρώτο στη λίστα των λανθασμένων διαγνώσεων είναι το λέμφωμα και ακολουθούν ο καρκίνος του μαστού, τα σαρκώματα και το μελάνωμα. Οι αιτίες της λανθασμένης διάγνωσης περιλαμβάνουν αποσπασματικές ή ελλιπείς πληροφορίες, ανεπαρκή χρόνο για την αξιολόγηση του ασθενούς και ελλιπές ιατρικό ιστορικό.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο - ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

### **6.1 Εγκεφαλικός Θάνατος (ΕΘ) και τεστ εγκεφαλικού θανάτου.**

Ο θάνατος αποτελεί τον οριστικό λόγο τερματισμού της ανθρώπινης προσωπικότητας, διότι από τη στιγμή της επέλευσης του παύει η βιολογική οντότητα του ανθρώπου, που συνιστά στη λειτουργική αυτοδυναμία των οργάνων του και την ικανότητα για συνείδηση. Ο προσδιορισμός της έννοιας του εγκεφαλικού θανάτου εκτός από ιατρικές έχει και νομικές διαστάσεις. Για τη νομική επιστήμη ο θάνατος ήταν ένα βιολογικό γεγονός που έπρεπε αλλά και αρκούσε να διαπιστωθεί ιατρικά. Η αλματώδης όμως πρόοδος της ιατρικής τεχνολογίας, που επέτρεψε τη δυνατότητα καρδιοαναπνευστικής υποστήριξης με μηχανικά μέσα στις ΜΕΘ, ανθρώπων των οποίων οι εγκεφαλικές λειτουργίες έχουν πάψει οριστικά, έδωσε νέα διάσταση στην έννοια του θανάτου και επέβαλε νέα κριτήρια για τη διαπίστωση του. (Βάρκα-Αδάμη).

Εγκεφαλικός θάνατος (ΕΘ) ορίζεται ως η «Ανεπανόρθωτη απώλεια της ικανότητας για συνείδηση σε συνδυασμό με την ανεπανόρθωτη απώλεια της ικανότητας για αυτόματη αναπνοή», απόφαση του ΚΕΣΥ αρ.9/20-03-1985 Τα βασικά χαρακτηριστικά του εγκεφαλικού θανάτου είναι: το κώμα, η απουσία αντανακλαστικών του στελέχους και η άπνοια. Σύμφωνα με τον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων «εγκεφαλικός θάνατος (ΕΘ), είναι η κατάσταση της μη αναστρέψιμης βλάβης του εγκεφάλου, με απώλεια όλων των λειτουργιών του εγκεφαλικού στελέχους».

Για τη διάγνωση του ΕΘ απαιτείται η συμμετοχή από ιατρούς τριών διαφορετικών ειδικοτήτων. Ο πρώτος είναι ο θεράπων ιατρός, ο δεύτερος είναι νευρολόγος ή νευροχειρουργός και ο



τρίτος είναι ο αναισθησιολόγος. Για την αποφυγή λάθους οι κλινικές δοκιμασίες για τη διάγνωση του ΕΘ επαναλαμβάνονται δυο φορές σε διάστημα έξι ωρών.

Διαφορές ΕΘ και μόνιμης φυτικής κατάστασης:

- Στον ΕΘ δεν υπάρχει καμία λειτουργία του εγκεφαλικού στελέχους, με απουσία αναπνοής.
- Στη μόνιμη φυτική κατάσταση υπάρχει αυτόματη αναπνοή και διατήρηση της κυκλοφορίας με απουσία ορισμένων από τα αντανακλαστικά του στελέχους χωρίς όμως καμία λειτουργία του φλοιού.

Ο όρος εγκεφαλικός θάνατος χρησιμοποιήθηκε πρώτη φορά το 1959 από τους Mollaret και Goulon για να περιγράψει τη κατάσταση του μη αναστρέψιμου κώματος. Το 1968 η ιατρική σχολή του Harvard καθιέρωσε τα ουσιώδη διαγνωστικά κριτήρια και τις δοκιμασίες τις οποίες διενεργεί ο ιατρός προκειμένου να διαπιστώσει τον εγκεφαλικό θάνατο. Το ΚΕΣΥ, το 1985 με την απόφαση 9 της 21 ολομέλειας γνωμοδότησε για τα κριτήρια διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου, σύμφωνα με την οποία η διάγνωση του ΕΘ απαιτεί δύο προϋποθέσεις: α) Την ύπαρξη βασικών συνθηκών. Διαπίστωση ότι ο ασθενής βρίσκεται σε άποικο κώμα. Καθορισμός της αιτίας του κώματος, για τη διαπίστωση δυνητικά αναστρέψιμων βλαβών. β) Την εκτέλεση κλινικών δοκιμασιών για τον έλεγχο της λειτουργικότητας του εγκεφαλικού στελέχους.

Το πρώτο βήμα για τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου συνίσταται στον προσδιορισμό μιας μη αναστρέψιμης αιτίας, υπεύθυνης για την ολική καταστροφή του εγκεφάλου καθώς και στον αποκλεισμό μη αναστρέψιμων παραγόντων που μπορεί να συνυπάρχουν. Η νευρολογική εξέταση αποβαίνει θετική για τη διάγνωση ΕΘ όταν τεκμηριώνεται η ύπαρξη κώματος, απουσία αντίδρασης δηλαδή σε επώδυνα ερεθίσματα και όταν τεκμηριώνεται η απουσία αντανακλαστικών του εγκεφαλικού στελέχους. (Κυριακοπούλου et al. 2015).

Κλινικά κριτήρια του εγκεφαλικού θανάτου (Καραμπίνης, 2011)

- Κώμα.
- Απουσία αντανακλαστικών του στελέχους.
- Απουσία αντίδρασης κορών στο φως.
- Απουσία αντανακλαστικών κερατοειδούς.
- Απουσία αντίδρασης στο ψυχρό.
- Απουσία φαρυγγικών αντανακλαστικών.
- Απουσία βήχα σε ενδοτραχειακή αναρρόφηση.
- Δοκιμασία άπνοιας θετική.

## 6.2 Ανακουφιστική φροντίδα

Η σχετιζόμενη με την φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν ορολογία που αναδεικνύεται μέσα από τη διεθνή βιβλιογραφία είναι: φροντίδα ξενώνα (hospice care), τελική φροντίδα (terminal care), συνεχιζόμενη φροντίδα (continuing care), φροντίδα ατόμων που πεθαίνουν (care of the dying), ανακουφιστική φροντίδα (palliative care), φροντίδα στο τέλος της ζωής (end-of-life care) και υποστηρικτική φροντίδα (supportive care).

Η Ανακουφιστική Φροντίδα (ΑΦ) αρχίζει με τη διάγνωση της ασθένειας και την έναρξη της θεραπευτικής αγωγής. Αποτελεί δηλαδή συμπληρωματική θεραπεία και όσο πιο έγκαιρα ξεκινήσει τόσο πιο αποτελεσματικός είναι ο έλεγχος των συμπτωμάτων, η διαχείριση του πόνου και η αντιμετώπιση επιπλοκών. Όταν όμως η νόσος υποτροπιάζει και οι επιλογές της θεραπευτικής αντιμετώπισης περιορίζονται, η ανακουφιστική φροντίδα αυξάνεται και έχει ως στόχο την αξιοποίηση του χρονικού διαστήματος ζωής που απομένει το καλύτερο δυνατό και την εξασφάλιση μιας ομαλής πορείας προς το θάνατο.

Σύμφωνα με το Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2002), ως Ανακουφιστική Φροντίδα (ΑΦ) ορίζεται η ολιστική προσέγγιση, που στοχεύει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, που αντιμετωπίζουν απειλητικές για τη ζωή ασθένειες, καθώς και των οικογενειών τους, μέσω της πρόληψης και ανακούφισης του αισθήματος του «υποφέρειν». Ο σκοπός αυτός επιτυγχάνεται με την πρόωπη αναγνώριση, τη σωστή αξιολόγηση και την θεραπεία του πόνου και άλλων σωματικών, ψυχοκοινωνικών και πνευματικών προβλημάτων.

Η ΑΦ δημιουργήθηκε με σεβασμό της αξίας κάθε ασθενή ως μοναδικού ατόμου που έχει τη δική του ιστορία ζωής, διαπροσωπικές σχέσεις και πολιτισμικό υπόβαθρο και δικαιούται ισότιμης πρόσβασης στις καλύτερες διαθέσιμες υπηρεσίες που θα του προσφέρουν τις καλύτερες δυνατές ευκαιρίες για την διαχείριση του πολύτιμου χρόνου του, όταν η νόσος δεν ανταποκρίνεται στη ριζική θεραπευτική αγωγή.

Η χρήση της αφήγησης ως εργαλείου έχει ιδιαίτερη σημασία στην ΑΦ, παρέχοντας την ευκαιρία κατανόησης των γεγονότων που συμβαίνουν στον ασθενή και στον φροντιστή, με σκοπό την ανάπτυξη μεγαλύτερης αυτογνωσίας και μείωση της συναισθηματικής δυσφορίας. Η ΑΦ αποσκοπεί στην επιβεβαίωση της ζωής και στη θεώρηση του θανάτου περισσότερο ως μια φυσιολογική παρά ως βιοιατρική διαδικασία, η οποία δεν οδηγεί ούτε στην επίσπευση ούτε στην αναβολή του θανάτου. Παρέχεται βοήθεια στους ασθενείς στο να αποδεχτούν το δικό τους θάνατο όσο καλύτερα και εποικοδομητικότερα μπορούν καθώς και βοήθεια στο υποστηρικτικό περιβάλλον κατά τη διάρκεια της νόσου και κατά τη διάρκεια του θρήνου. (Βγενοπούλου et al. 2016).

Στην Ελλάδα ο πρώτος ξενώνας είναι η μονάδα ανακουφιστικής φροντίδας Γαλιλαία. Πρόκειται για το πρώτο hospice που ξεκίνησε να λειτουργεί το 2018.

Βασική ανακουφιστική φροντίδα είναι η φροντίδα που παρέχεται από όλους τους επαγγελματίες υγείας, στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας, μεταξύ των άλλων φυσιολογικών καθηκόντων σε καταληκτικούς ασθενείς.

Εξειδικευμένη ανακουφιστική φροντίδα είναι η υψηλού επιπέδου νοσηλευτική φροντίδα, που παρέχεται σε επίπεδο εξειδίκευσης από εκπαιδευμένη διεπιστημονική ομάδα επιστημόνων που πρέπει συνεχώς να ανανεώνουν τις γνώσεις και δεξιότητες τους με στόχο τη διαχείριση δύσκολων σύνθετων συμπτωμάτων που επιμένουν. Η δομή και η λειτουργία της διεπιστημονικής ομάδας εξαρτάται από τα απαιτούμενα ποικίλα καθήκοντα φροντίδας του συγκεκριμένου ασθενή. Κάθε ασθενής με απειλητική για τη ζωή νόσο ως μοναδική και αδιαίρετη ολότητα βιώνει εξατομικευμένες ανάγκες σε οργανικό, ψυχολογικό, κοινωνικό και πνευματικό επίπεδο.

### **6.3 Η παρηγορητική φροντίδα ως βασική υποχρέωση του ιατρού**

Ο ελληνικός κώδικας ιατρικής δεοντολογίας προβλέπει σεβασμό των επιθυμιών του ασθενή, αλλά και απαγόρευση της ευθανασίας. Επίσης ο γιατρός, ακόμη και αν εξαντληθούν όλα τα ιατρικά και θεραπευτικά περιθώρια, οφείλει να φροντίζει για την ανακούφιση των ψυχοσωματικών πόνων του πάσχοντα.

Στο ελληνικό δίκαιο, οι προγενέστερες οδηγίες μνημονεύονται μόνον στο άρθρο 9 της Σύμβασης του Οβιέδο (ν.2619/1998), κατά το οποίο «Οι προγενέστερα εκφρασθείσες επιθυμίες του ασθενούς σχετικά με ιατρική επέμβαση πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, προκειμένου για ασθενή ο οποίος κατά το χρόνο της επέμβασης, δεν είναι σε θέση να εκφράσει τις επιθυμίες του». Η διατύπωση παραπάνω δημιουργεί ασάφεια ως προς τη δεσμευτικότητά τους, για τον ιατρό και για τους συγγενείς, επομένως καθιερώνει μια ατελή αναγνώριση των οδηγιών. Επίσης από το εν λόγω άρθρο φαίνεται να προκύπτει ότι η Σύμβαση του Οβιέδο προτρέπει τον κοινό νομοθέτη να προσδιορίσει συγκεκριμένα τον όρο «λαμβάνονται υπόψη», συνεπώς θα χρειαστεί να θεσπίσει ειδική νομοθεσία.

Επιπροσθέτως ο ελληνικός Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας κατοχυρώνει τον σεβασμό της αυτονομίας του ασθενούς και προβλέπει την αντιπροσώπευση από τους οικείους του, στην περίπτωση που ο άρρωστος απολέσει την ικανότητα συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων. Συγκεκριμένα, «ο ιατρός δεν επιτρέπεται να προβεί στην εκτέλεση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης, χωρίς την προηγούμενη συναίνεση του ασθενή».

Επίσης, «αν ο ασθενής δεν διαθέτει ικανότητα συναίνεσης, η συναίνεση για την εκτέλεση ιατρικής πράξης δίδεται από τον δικαστικό συμπαραστάτη, εφόσον αυτός έχει ορισθεί. Αν δεν υπάρχει δικαστικός συμπαραστάτης, η συναίνεση δίδεται από τους οικείους του ασθενή». Επίσης ο

Κώδικας ορίζει ότι οι προγενέστερα εκφρασθείσες επιθυμίες του ασθενούς πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, κατά το σχεδιασμό της θεραπευτικής τακτικής: «ο ιατρός λαμβάνει υπόψη τις επιθυμίες που είχε εκφράσει ο ασθενής, ακόμη και αν, κατά το χρόνο της επέμβασης, ο ασθενής δεν είναι σε θέση να τις επαναλάβει». Παράλληλα, απαγορεύει την ευθανασία, εφόσον: «ο ιατρός οφείλει να γνωρίζει ότι η επιθυμία ενός ασθενή να πεθάνει, όταν αυτός βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο, δεν συνιστά νομική δικαιολόγηση για τη διενέργεια πράξεων οι οποίες στοχεύουν στην επίσπευση του θανάτου».

Τέλος, θέτει ως βασική υποχρέωση του ιατρού την προσφορά παρηγορητικής φροντίδας: «ο ιατρός, σε περίπτωση ανίατης ασθένειας που βρίσκεται στο τελικό της στάδιο, ακόμη και αν εξαντληθούν όλα τα ιατρικά – θεραπευτικά περιθώρια, οφείλει να φροντίζει για την ανακούφιση των ψυχοσωματικών πόνων του ασθενή. Τού προσφέρει παρηγορητική αγωγή, συμπαρίσταται στον ασθενή μέχρι το τέλος της ζωής του και φροντίζει ώστε να διατηρεί την αξιοπρέπεια του».

Οι σχετικές με τη συναίνεση, την αντιπροσώπευση και τις εκ των προτέρων εκφρασθείσες επιθυμίες διατάξεις του Κώδικα ευθυγραμμίζονται πλήρως με τη Σύμβαση του Οβιέδο για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική, η οποία έχει κυρωθεί από την ελληνική Βουλή και ισχύει ως εσωτερικό δίκαιο».

Κατά τα παραπάνω, όταν αντιμετωπίζεται περιστατικό καρδιοαναπνευστικής ανακοπής, για το οποίο ενδείκνυται η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, κατ' αρχήν ο ιατρός δεν χρειάζεται τη συναίνεση των οικείων, λόγω του ότι συντρέχει η προϋπόθεση του επείγοντος. Επί πλέον, δεν μπορεί να «λάβει υπ' όψη» τυχόν υπάρχουσα «οδηγία μη ανάνηψης» του ασθενούς, παρά μόνον στην περίπτωση που κρίνει ότι η ανάνηψη ισοδυναμεί με «ανώφελη θεραπεία». Αν, αντίθετα, η ανάνηψη έχει μόνιμο θεραπευτικό όφελος για τον ασθενή, η συμμόρφωση του γιατρού με την προγενέστερη επιθυμία του πρώτου, θα παραβίαζε το θεμελιώδες καθήκον προστασίας της ζωής του ασθενούς, σύμφωνα πάντοτε με το ισχύον δίκαιο. Επομένως, το ερώτημα που τίθεται, περαιτέρω, είναι αν αυτή η περιορισμένη σημασία των οδηγιών συμβιβάζεται από ηθικο-κοινωνική πλέον άποψη με την αυτονομία του προσώπου σε θέματα υγείας. Εφόσον η απάντηση είναι αρνητική, τότε όπως προαναφέρθηκε, θα χρειασθεί η αναγνώριση των οδηγιών να προβλεφθεί ειδικά από τον νομοθέτη.

#### **6.4 Ψυχοκοινωνικές Διαστάσεις**

Οι νομικές και ηθικές διαστάσεις του ζητήματος της ευθανασίας έχουν προκαλέσει αντιπαραθέσεις ανάμεσα σε επαγγελματίες υγείας, νομικούς, ακαδημαϊκούς και πολιτικούς. Εξίσου σημαντική όμως είναι η ανάλυση του θέματος σε ψυχολογικό και κλινικό επίπεδο. Αυτό που ίσως θα έπρεπε να προβληματίσει περισσότερο είναι γιατί ενώ η τεχνολογία έχει σημειώσει τέτοια πρόοδο και η παρηγορητική φροντίδα παρουσιάζεται ως εναλλακτική λύση τα αιτήματα για ευθανασία διαρκώς αυξάνονται; Για να δοθεί μια απάντηση σε κλινικό επίπεδο είναι απαραίτητη η εξέταση του αιτήματος για ευθανασία στα πλαίσια μια θεραπευτικής σχέσης και η νοηματοδότησή του, όπως εκφράζεται από

τον ίδιο τον ασθενή, ο οποίος έχει πλήρης συνείδηση της κατάστασης του. (Δαμίγος 2000). Οι ασθενείς τελικού σταδίου πρέπει να μάθουν να διαχειριστούν έναν καινούργιο κοινωνικό ρόλο ο οποίος συμπίπτει με το τραγικό γεγονός του θανάτου (Πιπερόπουλος, 2010). Το άγχος του επικείμενου θανάτου φαίνεται ότι παίρνει τρεις μορφές:

α) Η πρώτη μορφή είναι η αλλοτρίωση. Χαρακτηρίζεται από συναισθήματα απομόνωσης, εγκατάλειψης και την αίσθηση ότι η αντικειμενική πραγματικότητα αποσυντίθεται δραματικά.

β) Ο εκμηδενισμός αφορά το άγχος της ανυπαρξίας, καθώς με το θάνατο το άτομο παύει να υπάρχει, ανάγεται στο τίποτα. Ο κόσμος, τα πρόσωπα, τα αντικείμενα που στην ολότητά τους συνθέτουν την αντικειμενική πραγματικότητα, θα συνεχίσουν να υπάρχουν, όταν ο ασθενής τελικού σταδίου σταματήσει να υπάρχει.

γ) Η αίσθηση της επικινδυνότητας, συνδυάζει τα συναισθήματα φόβου και θυμού στην υποκειμενική διαπίστωση του ατόμου, πως μολονότι η ζωή του παραμένει σε άμεσο κίνδυνο, το ίδιο παραμένει ευάλωτο.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πρώτης έρευνας (Yvonne Yi Wood Mak et al. 2005) με απαντήσεις ασθενών τελικού σταδίου καθώς η πορεία της νόσου εξελίσσεται οι ασθενείς έχουν επίγνωση ότι ο θάνατος είναι αναπόφευκτος, ενώ το γεγονός ότι η ασθένεια είναι ανίατη προκαλεί απόγνωση. Δεν είναι πλέον τα άτομα που συνήθιζαν να είναι κάποτε, έχουν έρθει αντιμέτωποι με την απώλεια ρόλων, συνηθειών, κινητικότητας και αυτονομίας, ονείρων και στόχων.

Οι ασθενείς έχουν ανεπαρκή γνώση για την εξέλιξη της ασθένειας και την αναμονή ενός μέλλοντος αφηγούμενο από τις αντιλήψεις άλλων ασθενών το οποίο περιλαμβάνει αφόρητο πόνο, αισθήματα απόγνωσης και έλλειψη αξιοπρέπειας.

Η επιθυμία τους εστιάζεται στην παροχή μια καλής ποιότητας φροντίδας στο τέλος της ζωής. Αυτό επιτυγχάνεται στη πράξη μέσω της ολιστικής φροντίδας, τον έλεγχο του πόνου και των συμπτωμάτων, την αύξηση των λειτουργικών δυνατοτήτων, τη ψυχολογική υποστήριξη και τον περιορισμό του αισθήματος βάρους των συγγενών.

Συνεπώς η επιθυμία για ευθανασία δε μπορεί να ερμηνευτεί ως προσωπική αξία του ατόμου. Το νόημα της δε περιορίζεται στη φυσική απώλεια ικανοτήτων ή ταλαιπωρία αλλά περιλαμβάνει φόβους και υπαρξιακές ανησυχίες με επιθυμίες για σύνδεση, φροντίδα, σεβασμό και κατανόηση στο πλαίσιο των ασθενών που ζουν αυτή την εμπειρία. (Yvonne Yi Wood Mak et al. 2005).

## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup> - ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

#### 7.1 Σκοπός της έρευνας

Στην Ελλάδα το ζήτημα της ευθανασίας και της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας διχάζει τους επαγγελματίες υγείας και την ευρύτερη κοινή γνώμη. Η νομιμοποίηση της ευθανασίας σε διάφορες χώρες και συμμετοχή των νοσηλευτών στη διαδικασία της ευθανασίας δημιουργεί ηθικά διλήμματα και προβληματισμούς πάνω στο συγκεκριμένο θέμα. Επιπλέον η συμμετοχή των ασθενών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων που αφορούν το τέλος της ζωής τους, προκαλεί αντιδράσεις σχετικά με τα ανθρώπινα δικαιώματα.

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνηθούν οι στάσεις των νοσηλευτών απέναντι στο θάνατο, την ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία και οι παράγοντες εκείνοι που επηρεάζουν τη διαμόρφωση των συγκεκριμένων στάσεων. Τα συμπεράσματα τα οποία θα διεξαχθούν από τη συγκεκριμένη μελέτη, μπορεί να συμβάλλουν στην επίλυση δύσκολων ηθικών διλημάτων που προκύπτουν κατά την άσκηση της νοσηλευτικής στην κλινική πράξη.

Επιπλέον στόχοι της μελέτης είναι:

- Η διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο, οι νοσηλευτές που εργάζονται σε νοσοκομειακό περιβάλλον, αντιλαμβάνονται το θάνατο.
- Αν και κατά πόσο τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση), επηρεάζουν τη διαμόρφωση των στάσεων απέναντι στο θάνατο, την ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία.
- Αν υπάρχει συσχέτιση, μεταξύ των θρησκευτικών πεποιθήσεων και των στάσεων απέναντι στην ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία.
- Αν οι νοσηλευτές γνωρίζουν τον ορισμό του εγκεφαλικού θανάτου.
- Αν το άγχος του επικείμενου θανάτου μπορεί να επηρεάσει τους νοσηλευτές στη παροχή φροντίδας.
- Να διερευνηθούν οι απόψεις των νοσηλευτών σχετικά με τα δικαιώματα των ασθενών στη λήψη αποφάσεων που αφορούν το τέλος της ζωής.
- Να μελετηθούν οι γνώσεις τους στη παρηγορητική φροντίδα.

## 7.2 Πληθυσμός υπό μελέτη

Το ερωτηματολόγιο μοιράστηκαν σε 150 νοσηλευτές, στους χώρους εργασίας, από τις οποίες επιστράφηκαν 120, συμπληρωμένα με σαφήνεια και συνέπεια. Το ποσοστό απόκρισης 80% θεωρείται υψηλό. Κατά τον σχεδιασμό της παρούσας έρευνας επιδιώχθηκε οι πληροφορίες, που θα συλλέγονταν από τα υποκείμενα του δείγματος, να είναι γενικεύσιμες, δηλαδή να επιτρέπουν την εξαγωγή έγκυρων και αξιόπιστων συμπερασμάτων για τον πληθυσμό του νοσηλευτικού προσωπικού τριών μεγάλων δημόσιων νοσοκομείων τα Θεσσαλονίκης.

Συγκεκριμένα μοιράστηκαν:

- 75 ερωτηματολόγια στο ΓΝΘ Ιπποκράτειο, όπου συνολικά υπηρετούν 570 νοσηλευτές. Επιστράφηκαν συμπληρωμένα τα 60.
- 40 ερωτηματολόγια στο ΑΧΕΠΑ, όπου συνολικά υπηρετούν 380 νοσηλευτές. Επιστράφηκαν συμπληρωμένα τα 30.
- 35 ερωτηματολόγια στο 424 ΓΣΝΕ, όπου συνολικά υπηρετούν 250 νοσηλευτές. Επιστράφηκαν συμπληρωμένα τα 30.

Μέσα σε κάθε κλινική διανεμήθηκαν και συμπληρώθηκαν από το νοσηλευτικό προσωπικό, ερωτηματολόγια αναλογικά ως προς το φύλο και το εκπαιδευτικό επίπεδο. Η πληροφόρηση προήλθε μέσα από επανειλημμένες επισκέψεις, στον εργασιακό χώρο του επιλεγέντος προσωπικού.

Το τελικό δείγμα περιλαμβάνει 120 Νοσηλευτές από το συνολικό πληθυσμό αναφοράς (1200 υπηρετούντες στα 3 νοσοκομεία της έρευνας), ποσοστό που ικανοποιεί το κριτήριο του 10%, η δε στρωματοποίηση στα επιμέρους τμήματα/κλινικές υπήρξε αναλογική. Η μόνη παραβίασης της αναλογικότητας (προς τα άνω) εστιάζεται σε επιλογή περισσότερων νοσηλευτών από τις ΜΕΘ (ποσοστό 27,5% του συνολικού δείγματος), που αντιμετωπίζουν κατά κανόνα περισσότερα περιστατικά ασθενών τελικού σταδίου.

## 7.3 Ερωτηματολόγια και μεταβλητές υπό μελέτη-ερευνητικές υποθέσεις

Για την υλοποίηση του σκοπού και των στόχων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ένα (1) γραπτό ερωτηματολόγιο με εβδομήντα δύο (72) συνολικά ερωτήματα (βλ. Παράρτημα). Στο σημείο αυτό θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι η επιλογή των υπό διερεύνηση μεταβλητών καθώς και η κατασκευή του ερωτηματολογίου βασίστηκε σε θέματα του θεωρητικού (γενικού) μέρους, που παρουσιάστηκαν παραπάνω, καθώς και στη βιβλιογραφική επισκόπηση προηγούμενων παρόμοιων ερευνών.

Μετά τον σχεδιασμό του ερωτηματολογίου ξεκίνησε και η φάση της κωδικοποίησης και κωδικογράφησης των δεδομένων, με βάση τα όρια των μεταβλητών με τους αντίστοιχους κωδικούς που δημιουργούνται από τις απαιτήσεις του ερωτηματολογίου. Πρέπει να τονιστεί ότι η επεξεργασία των δεδομένων δεν αρχίζει από τη στιγμή που ολοκληρώνεται η συγκέντρωσή τους, αλλά από τη

φάση σχεδιασμού της έρευνας, δηλαδή από τη στιγμή του καθορισμού της μεθοδολογίας της. Έτσι, από τη φάση του σχεδιασμού και του καθορισμού της ερευνητικής μεθοδολογίας και κατά τη διάρκεια της συλλογής των δεδομένων παρακολουθούνταν οι πληροφορίες, ώστε να προληφθούν πιθανά σφάλματα.

Συγκεκριμένα, στο πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου, από την 1 έως και την 10 οι ερωτήσεις αναφέρονταν στα προσωπικά στοιχεία των υποκειμένων της έρευνας (δηλαδή το φύλο, την ηλικία, την ειδικότητα, τα χρόνια υπηρεσίας τους, τις σπουδές και την οικογενειακή τους κατάσταση, το βαθμό που θρησκεύουν και τη συχνότητα εκκλησιασμού κ.λπ.).

Στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου οι τριάντα δύο (32) ερωτήσεις αποσκοπούσαν στη διερεύνηση της στάσης του νοσηλευτικού προσωπικού, τριών μεγάλων νοσοκομείων του δημοσίου, στη Θεσσαλονίκη, απέναντι στο Θάνατο. Οι μονάδες του δείγματος (νοσηλευτές), έπρεπε να υποδείξουν την άποψή τους σε μια συνεχόμενη τακτική κλίμακα (σημείωση ) από το 1 (κατώτερη τιμή) έως το 7 (ανώτερη τιμή) για το πόσο η κάθε πρόταση τους αντιπροσωπεύει. Η κλίμακα είχε ως εξής: «1» Διαφωνώ Απόλυτα, «2» Διαφωνώ Μέτρια, «3» Διαφωνώ, «4» Αναποφάσιστος, «5» Συμφωνώ Μέτρια, «6» Συμφωνώ και «7» Συμφωνώ Απόλυτα.

Οι επόμενες τριάντα (30) ερωτήσεις αποσκοπούσαν στη διερεύνηση της στάσης του ίδιου προσωπικού απέναντι στο θέμα της Ευθανασίας. Οι νοσηλευτές έπρεπε να υποδείξουν την άποψή τους σε μια συνεχόμενη τακτική κλίμακα (σημείωση ) από το 1 (κατώτερη τιμή) έως το 4 (ανώτερη τιμή) για το πόσο η κάθε πρόταση τους αντιπροσωπεύει. Η κλίμακα είχε ως εξής: «1» Διαφωνώ Απόλυτα, «2» Διαφωνώ, «3» Συμφωνώ και «4» Συμφωνώ Απόλυτα.

Το ερωτηματολόγιο **Death Attitude Profile-Revised (DAP-R)** χρησιμοποιήθηκε για τη καταγραφή των αντιλήψεων των Νοσηλευτών για το θάνατο «Μέσο διαφυγής» (escape acceptance)

Η **κλίμακα Στάσης Απέναντι στην Ευθανασία (Euthanasia Attitude Scale, EAS)** χρησιμοποιήθηκε για τη διερεύνηση της στάσης των Νοσηλευτών απέναντι στην ευθανασία.

Μελετηθήκαν οι εξαρτημένες μεταβλητές:

- «Μέσο διαφυγής» (escape acceptance)
- «Αποφυγή θανάτου» (death avoidance).
- «Αποδοχή θανάτου» (approach acceptance).
- «Φόβος θανάτου» (fear of death).
- «Ουδέτερη αποδοχή» (neutral acceptance).
- Κλίμακα Στάσης Απέναντι στην Ευθανασία (EAS)

Η χορήγηση των ερωτηματολογίων άρχισε στις 5 Φεβρουαρίου 2019 και ολοκληρώθηκε στις 10 Ιουλίου 2019.



#### 7.4 Στατιστική ανάλυση

Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) ή ως διάμεσος (εύρος). Ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών.

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής που ακολουθούσε την κανονική κατανομή και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t (student's t-test). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας κατηγορικής μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διασποράς (analysis of variance). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο ποσοτικών μεταβλητών που ακολουθούσαν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (Pearson's correlation coefficient). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διατάξιμης μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (Spearman's correlation coefficient).

Στην περίπτωση που η εξαρτημένη μεταβλητή ήταν ποσοτική μεταβλητή και  $>2$  ανεξάρτητες μεταβλητές προέκυψαν σημαντικές στο επίπεδο του 0,2 ( $p < 0,2$ ) στη διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (multivariate linear regression). Στην περίπτωση αυτή, εφαρμόστηκε η μέθοδος της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise linear regression). Αναφορικά με την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, παρουσιάζονται οι συντελεστές b (coefficients' beta), τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης και οι τιμές p.

Το ερωτηματολόγιο **Death Attitude Profile-Revised (DAP-R)** χρησιμοποιήθηκε για τη καταγραφή των αντιλήψεων των Νοσηλευτών για το θάνατο. Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha για τα στοιχεία που αφορούν τη διάσταση «Μέσο διαφυγής» (escape acceptance) ήταν 0,75, για τα στοιχεία που αφορούν τη διάσταση «Αποφυγή θανάτου» (death avoidance) ήταν 0,85, για τα στοιχεία που αφορούν τη διάσταση «Αποδοχή θανάτου» (approach acceptance) ήταν 0,84, για τα στοιχεία που αφορούν τη διάσταση «Φόβος θανάτου (fear of death)» ήταν 0,84 και για τα στοιχεία που αφορούν τη διάσταση «Ουδέτερη αποδοχή» (neutral acceptance) ήταν 0,70, γεγονός που δηλώνει αποδεκτή εσωτερική συνέπεια του ερωτηματολογίου. Η **κλίμακα Στάσης Απέναντι στην Ευθανασία (Euthanasia Attitude Scale, EAS)** χρησιμοποιήθηκε για τη διερεύνηση της στάσης των Νοσηλευτών απέναντι στην ευθανασία. Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha για τα στοιχεία που αφορούν τη κλίμακα Στάσης Απέναντι στην Ευθανασία (Euthanasia Attitude Scale, EAS) ήταν 0,92 γεγονός που δηλώνει **εξαιρετική εσωτερική συνέπεια** του ερωτηματολογίου.

Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το IBM SPSS 20.0 (Statistical Package for Social Sciences).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8ο - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

### **8.1 Δημογραφικά και προσωπικά στοιχεία**

Ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελούνταν από **120** Νοσηλεύτές. Στους Πίνακες 1α και 1β παρουσιάζονται τα δημογραφικά και προσωπικά στοιχεία των συμμετεχόντων Νοσηλευτών στη μελέτη.

**Πίνακας 1α:** Δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων Νοσηλευτών στη μελέτη

<b>Χαρακτηριστικό</b>	<b>N (%)</b>
<b>Νοσοκομείο</b>	
424 ΓΣΝΕ	30 (25,0)
ΑΧΕΠΑ	30 (25,0)
Ιπποκράτειο	60 (50,0)
<b>Φύλο</b>	
Ανδρας	30 (25,0)
Γυναίκα	90 (75,0)
<b>Ηλικία</b>	
18-27	2 (1,7)
28-37	26 (21,7)
38-47	46 (38,3)
48-57	46 (38,3)
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	
Άγαμος/η	21 (17,5)
Έγγαμος/η	89 (74,2)
Διαζευγμένος/η	8 (6,7)
Χήρος/α	2 (1,7)
<b>Αριθμός παιδιών</b>	
Κανένα	30 (25,0)
Ένα	21 (17,5)
Δύο	55 (45,8)
Τρία και άνω	14 (11,7)
<b>Ποιος είναι ο ανώτερος εκπαιδευτικός τίτλος που έχετε αποκτήσει;</b>	
ΔΕ Νοσηλευτικής	26 (21,7)
ΤΕ Νοσηλευτικής	43 (35,8)
ΠΕ Νοσηλευτικής	21 (17,5)

Μεταπτυχιακό (MSc)	22 (18,3)
Διδακτορικό (PhD)	3 (2,5)
Άλλο	5 (4,2)
<b>Ετη προϋπηρεσίας</b>	
Λιγότερο από 10 χρόνια	13 (10,8)
10 έως 20 χρόνια	54 (45,0)
21 έως 30 χρόνια	48 (40,0)
31 έως 40 χρόνια	5 (4,2)
<b>Σε ποιο τμήμα εργάζεστε;</b>	
Α' Παθολογική	4 (3,3)
Αιμοδυναμικό	8 (6,7)
Αιμοκάθαρση	2 (1,7)
Αναισθησιολογικό	1 (0,8)
Αποστείρωση	9 (7,5)
ΔΑ	11 (9,2)
Εξωτερικά Ιατρεία	1 (0,8)
Καρδιολογική	2 (1,7)
ΜΕΘ Ενηλίκων	12 (10,0)
ΜΕΘ Παιδών	21 (17,5)
MTN	3 (2,5)
Νεογνολογική	1 (0,8)
Ορθοπαιδική	8 (6,7)
Παιδιατρική	11 (9,2)
Παιδοχειρουργική	5 (4,2)
ΠΡΧ	3 (2,5)
Στεφανιαία	6 (5,0)
Χειρουργική	8 (6,7)
ΧΟΠ	4 (3,3)

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη συχνότητα N και σχετική συχνότητα (%)

Το 75% των συμμετεχόντων Νοσηλευτών στη μελέτη ήταν γυναίκες. Το 1,7% ήταν ηλικίας από 18 έως 27 ετών, το 21,7% ήταν ηλικίας από 28 έως 37 ετών, το 38,3% ήταν ηλικίας από 38 έως 47 ετών και το 38,3 % ήταν ηλικίας από 48 έως 57 ετών. Το 74.2% ήταν έγγαμοι/-ες, το 17,5% άγαμοι/-ες, το 6,7% διαζευγμένοι/-ες και το 1,7% χήροι/-ες. Το 75% είχε παιδιά και το 11,7% είχε από τρία παιδιά και πάνω.

Το 21,7% ήταν απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (ΔΕ Νοσηλευτικής), το 35,8% ήταν απόφοιτοι τεχνολογικής εκπαίδευσης (ΤΕ Νοσηλευτικής), το 17,5% ήταν απόφοιτοι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (ΠΕ Νοσηλευτικής), το 18,3% ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος ειδίκευσης και το 2,5% ήταν κάτοχοι διδακτορικού διπλώματος.

Το 50% εργάζονταν στο Ιπποκράτειο, το 25% στο 424 ΓΣΝΕ και το 25% στο ΑΧΕΠΑ. Το 10,8% είχε λιγότερα από 10 έτη προϋπηρεσίας, το 45% από 10 έως 20 έτη, το 40% από 21 έως 30 έτη και το 4,2% από 31 έως 40 χρόνια.

**Πίνακας 1β:** Προσωπικά στοιχεία των συμμετεχόντων Νοσηλευτών στη μελέτη

Χαρακτηριστικό	N (%)
<b>Θρήσκευμα</b>	
Χριστιανός Ορθόδοξος	120 (100,0)
Άθεος	0 (0,0)
Άλλο	0 (0,0)
<b>Πόσο συχνά πηγαίνετε στην εκκλησία;</b>	
Σχεδόν ποτέ	1 (0,8)
Μια φορά το χρόνο	3 (2,5)
Μόνο σε ειδικές ημέρες (Χριστούγεννα- Πάσχα)	63 (52,5)
Μία φορά το μήνα	34 (28,3)
Μία φορά την εβδομάδα	18 (15,0)
Πάνω από μια φορά την εβδομάδα	1 (0,8)
<b>Ανεξάρτητα αν πηγαίνετε στην εκκλησία ή όχι, πόσο θρήσκος είστε;</b>	
Καθόλου θρήσκος	3 (2,5)
Λίγο θρήσκος	17 (14,2)
Αρκετά θρήσκος	70 (58,3)
Πολύ θρήσκος	15 (12,5)
Δεν ξέρω/δεν απαντώ	15 (12,5)
<b>Γενικά πόσο κοντά αισθάνεστε στο Θεό;</b>	
Καθόλου	4 (3,3)
Κάπως κοντά	47 (39,2)
Πολύ κοντά	62 (51,7)
Όσο πιο κοντά γίνεται	7 (5,8)

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη συχνότητα N και σχετική συχνότητα (%)

Όλοι οι συμμετέχοντες στη μελέτη Νοσηλευτές ήταν χριστιανοί ορθόδοξοι. Το 52,5% εκκλησιάζονταν μόνο σε ειδικές ημέρες (Χριστούγεννα- Πάσχα), το 28,3% μία φορά το μήνα, το 15% μία φορά την εβδομάδα, το 2,5% μια φορά το χρόνο, το 0,8% πάνω από μια φορά την εβδομάδα και το υπόλοιπο 0,8% σχεδόν ποτέ.

Ανεξάρτητα από το αν πήγαιναν στην εκκλησία ή όχι, το 12,5% ανέφεραν ότι ήταν πολύ θρήσκοι, το 58,3% αρκετά, το 14,2% λίγο και το 2,5% καθόλου. Τέλος, το 51,7% ανέφεραν ότι αισθάνονται πολύ κοντά στο Θεό, το 39,2% κάπως κοντά, το 5,8% όσο πιο κοντά γίνεται και το 3,3% καθόλου κοντά.

## 8.2 Προφίλ συμπεριφοράς θανάτου (Death Attitude Profile-Revised, DAP-R)

Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι απαντήσεις των Νοσηλευτών αναφορικά με τις πέντε (5) συνιστώσες / διαστάσεις της κλίμακας **Death Attitude Profile-Revised (DAP-R)** για τις στάσεις και τις αντιλήψεις τους σχετικά με το θάνατο:

1. **Μέσο διαφυγής** (escape acceptance) – ερωτήσεις 4, 5, 8, 9, 11, 13, 16, 23, 29, 31
2. **Αποφυγή θανάτου** (death avoidance) – ερωτήσεις 3, 10, 12, 19, 26
3. **Αποδοχή θανάτου** (approach acceptance) – ερωτήσεις 15, 22, 25, 27, 28
4. **Φόβος θανάτου** (fear of death) – ερωτήσεις 1, 2, 7, 18, 20, 21, 32
5. **Ουδέτερη αποδοχή** (neutral acceptance) – ερωτήσεις 6, 14, 17, 24, 30

### 8.2.1 Μέσο διαφυγής (escape acceptance)

Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων Νοσηλευτών στην μελέτη αναφορικά με τη διάσταση Μέσο διαφυγής (escape acceptance).

**Πίνακας 2:** Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων Νοσηλευτών στην μελέτη αναφορικά με τη διάσταση Μέσο διαφυγής (escape acceptance)

Στοιχείο	Απαντήσεις						
	Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Διαφωνώ Μέτρια	Αναποφά- σιστος /-η	Συμφωνώ Μέτρια	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
4. Πιστεύω ότι θα είμαι στο παράδεισο μετά από το θάνατό μου	15 (12,5)	8 (6,7)	5 (4,2)	46 (38,3)	14 (11,7)	24 (20,0)	8 (6,7)
5. Ο θάνατος θα είναι ένα τέλος για όλα μου τα προβλήματα.	30 (25,0)	33 (27,5)	10 (8,3)	9 (7,5)	8 (6,7)	18 (15,0)	12 (10,0)
8. Ο θάνατος είναι η είσοδος σε ένα μέρος απόλυτης ικανοποίησης.	16 (13,3)	36 (30,0)	9 (7,5)	41 (34,2)	8 (6,7)	10 (8,3)	0 (0,0)

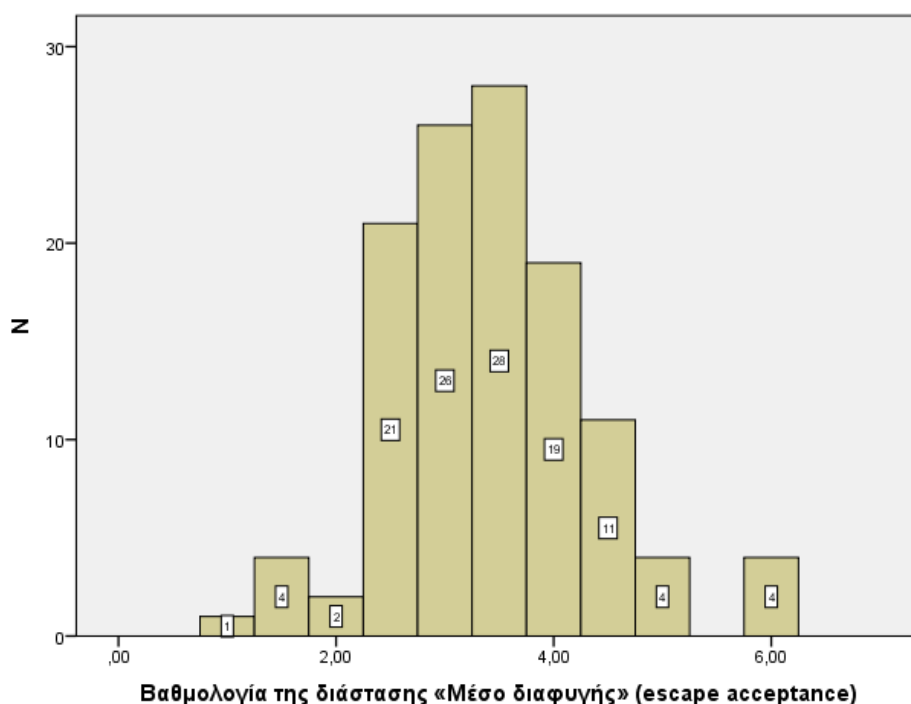
<b>9. Ο θάνατος προσφέρει μια διαφυγή από τον απάισιο κόσμο.</b>	41 (34,2)	46 (38,3)	5 (4,2)	6 (5,0)	13 (10,8)	5 (4,2)	4 (3,3)
<b>11. Ο θάνατος είναι απελευθέρωση από το πόνο και τα βάσανα.</b>	15 (12,5)	28 (23,3)	10 (8,3)	18 (15,0)	25 (20,8)	15 (12,5)	9 (7,5)
<b>13. Πιστεύω ότι ο παράδεισος θα είναι ένα καλύτερο μέρος από αυτόν τον κόσμο.</b>	4 (3,3)	13 (10,8)	7 (5,8)	37 (30,8)	12 (10,0)	33 (27,5)	14 (11,7)
<b>16. Ο θάνατος αποτελεί μια υπόσχεση για μια καλύτερη ζωή.</b>	6 (5,0)	36 (30,0)	9 (7,5)	38 (31,7)	15 (12,5)	14 (11,7)	2 (1,7)
<b>23. Βλέπω το θάνατο ως ανακούφιση από τα εγκόσμια βάσανα.</b>	10 (8,3)	43 (35,8)	15 (12,5)	16 (13,3)	24 (20,0)	9 (7,5)	3 (2,5)
<b>29. Βλέπω το θάνατο ως ανακούφιση από τα βάρη αυτής της ζωής.</b>	11 (9,2)	43 (35,8)	18 (15,0)	17 (14,2)	18 (15,0)	10 (8,3)	3 (2,5)
<b>31. Ανυπομονώ για τη ζωή μετά το θάνατο.</b>	32 (26,7)	48 (40,0)	7 (5,8)	21 (17,5)	4 (3,3)	6 (5,0)	2 (1,7)

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη συχνότητα N και σχετική συχνότητα (%)

- Το 38,4% συμφωνούσε μέτρια / συμφωνούσε / συμφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Πιστεύω ότι θα είμαι στο παράδεισο μετά από το θάνατό μου».
- Το 31,7% συμφωνούσε μέτρια / συμφωνούσε / συμφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Ο θάνατος θα είναι ένα τέλος για όλα μου τα προβλήματα.».
- Το 15% συμφωνούσε μέτρια / συμφωνούσε / συμφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Ο θάνατος είναι η είσοδος σε ένα μέρος απόλυτης ικανοποίησης.».
- Το 18,3% συμφωνούσε μέτρια / συμφωνούσε / συμφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Ο θάνατος προσφέρει μια διαφυγή από τον απάισιο κόσμο.».
- Το 40,8% συμφωνούσε μέτρια / συμφωνούσε / συμφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Ο θάνατος είναι απελευθέρωση από το πόνο και τα βάσανα.».
- Το 49,2% συμφωνούσε μέτρια / συμφωνούσε / συμφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Πιστεύω ότι ο παράδεισος θα είναι ένα καλύτερο μέρος από αυτόν τον κόσμο.».
- Το 25,9% συμφωνούσε μέτρια / συμφωνούσε / συμφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Ο θάνατος αποτελεί μια υπόσχεση για μια καλύτερη ζωή.».
- Το 30% συμφωνούσε μέτρια / συμφωνούσε / συμφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Βλέπω το θάνατο ως ανακούφιση από τα εγκόσμια βάσανα.».

- Το 25,8% συμφωνούσε μέτρια / συμφωνούσε / συμφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Βλέπω το θάνατο ως ανακούφιση από τα βάρη αυτής της ζωής.».
- Το 10% συμφωνούσε μέτρια / συμφωνούσε / συμφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Ανυπομονώ για τη ζωή μετά το θάνατο.».

Η μέση βαθμολογία της διάστασης «Μέσο διαφυγής» (escape acceptance) ήταν 3,4 η τυπική απόκλιση ήταν 0,9, η διάμεσος ήταν 3,4, η ελάχιστη τιμή ήταν 1,0 και η μέγιστη τιμή ήταν 6,2 (Γράφημα 1).



**Γράφημα 1:** Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της συνολικής βαθμολογίας της διάστασης Μέσο διαφυγής (escape acceptance)

## 8.2.2 Αποφυγή θανάτου (death avoidance)

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων Νοσηλευτών στην μελέτη αναφορικά με τη διάσταση Αποφυγή θανάτου (death avoidance).

**Πίνακας 3:** Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων Νοσηλευτών στην μελέτη αναφορικά με τη διάσταση Αποφυγή θανάτου (death avoidance)

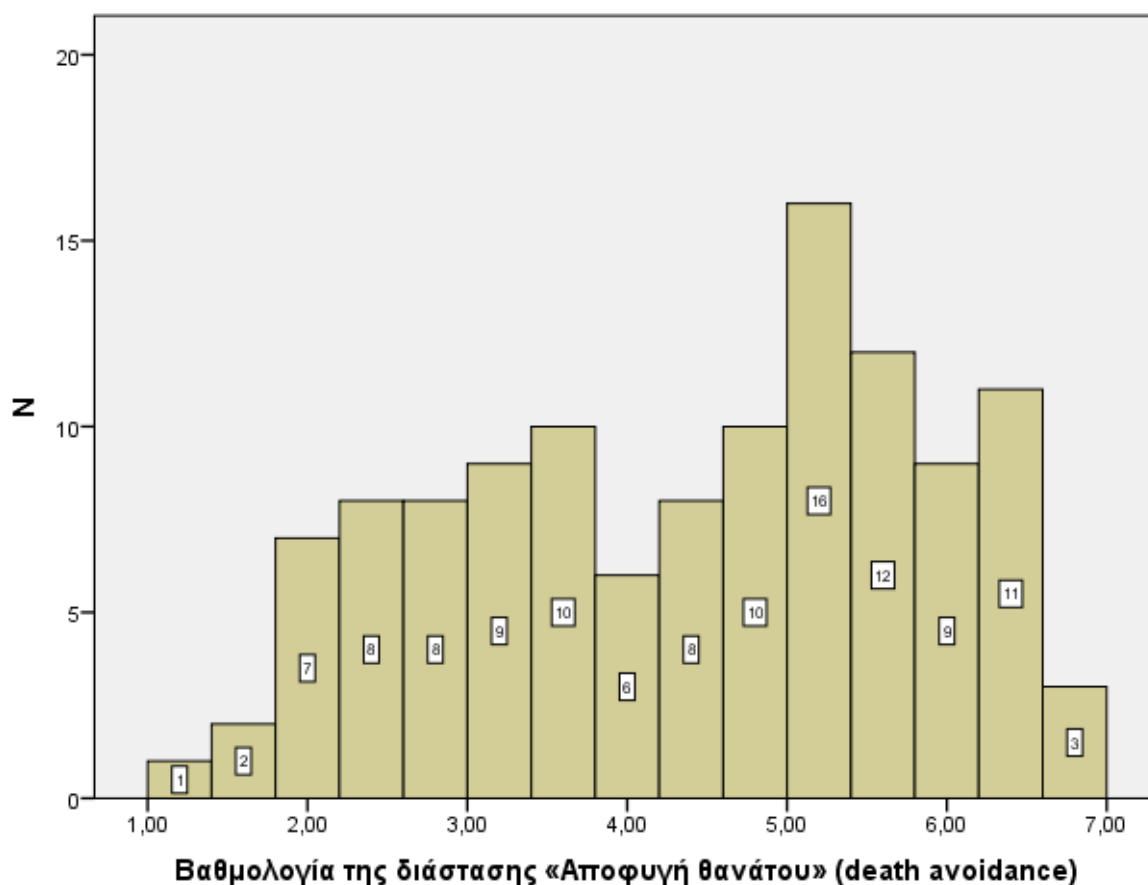
Στοιχείο	Απαντήσεις						
	Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Διαφωνώ Μέτρια	Αναποφά- σιστος /-η	Συμφωνώ Μέτρια	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
<b>3. Αποφεύγω τις σκέψεις θανάτου με κάθε κόστος.</b>	6 (5,0)	30 (25,0)	15 (12,5)	6 (5,0)	17 (14,2)	38 (31,7)	8 (6,7)
<b>10. Όποτε η σκέψη του θανάτου έρχεται στο μυαλό μου, προσπαθώ να τη διώξω μακριά.</b>	5 (4,2)	20 (16,7)	12 (10,0)	9 (7,5)	13 (10,8)	53 (44,2)	8 (6,7)
<b>12. Προσπαθώ πάντα να μη σκέφτομαι το θάνατο.</b>	4 (3,3)	27 (22,5)	9 (7,5)	3 (2,5)	24 (20,0)	42 (35,0)	11 (9,2)
<b>19. Αποφεύγω να σκέφτομαι το θάνατο από κάθε άποψη.</b>	6 (5,0)	29 (24,2)	15 (12,5)	5 (4,2)	27 (22,5)	28 (23,3)	10 (8,3)
<b>26. Προσπαθώ να μην έχω τίποτα να κάνω με το θέμα του θανάτου.</b>	2 (1,7)	33 (27,5)	17 (14,2)	21 (17,5)	20 (16,7)	22 (18,3)	5 (4,2)

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη συχνότητα N και σχετική συχνότητα (%)

- Το 52,6% συμφωνούσε μέτρια / συμφωνούσε / συμφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Αποφεύγω τις σκέψεις θανάτου με κάθε κόστος.».
- Το 61,7% συμφωνούσε μέτρια / συμφωνούσε / συμφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Όποτε η σκέψη του θανάτου έρχεται στο μυαλό μου, προσπαθώ να τη διώξω μακριά.».
- Το 64,2% συμφωνούσε μέτρια / συμφωνούσε / συμφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Προσπαθώ πάντα να μη σκέφτομαι το θάνατο.».
- Το 54,1% συμφωνούσε μέτρια / συμφωνούσε / συμφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Αποφεύγω να σκέφτομαι το θάνατο από κάθε άποψη.».
- Το 39,2% συμφωνούσε μέτρια / συμφωνούσε / συμφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Προσπαθώ να μην έχω τίποτα να κάνω με το θέμα του θανάτου.».



Η μέση βαθμολογία της διάστασης «Αποφυγή θανάτου» (death avoidance) ήταν 4,3 η τυπική απόκλιση ήταν 1,4, η διάμεσος ήταν 4,6, η ελάχιστη τιμή ήταν 1,2 και η μέγιστη τιμή ήταν 6,8 (Γράφημα 2).



**Γράφημα 2:** Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της συνολικής βαθμολογίας της διάστασης Αποφυγή θανάτου (death avoidance)

### 8.2.3 Αποδοχή θανάτου (approach acceptance)

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων Νοσηλευτών στην μελέτη αναφορικά με τη διάσταση Αποδοχή θανάτου (approach acceptance).

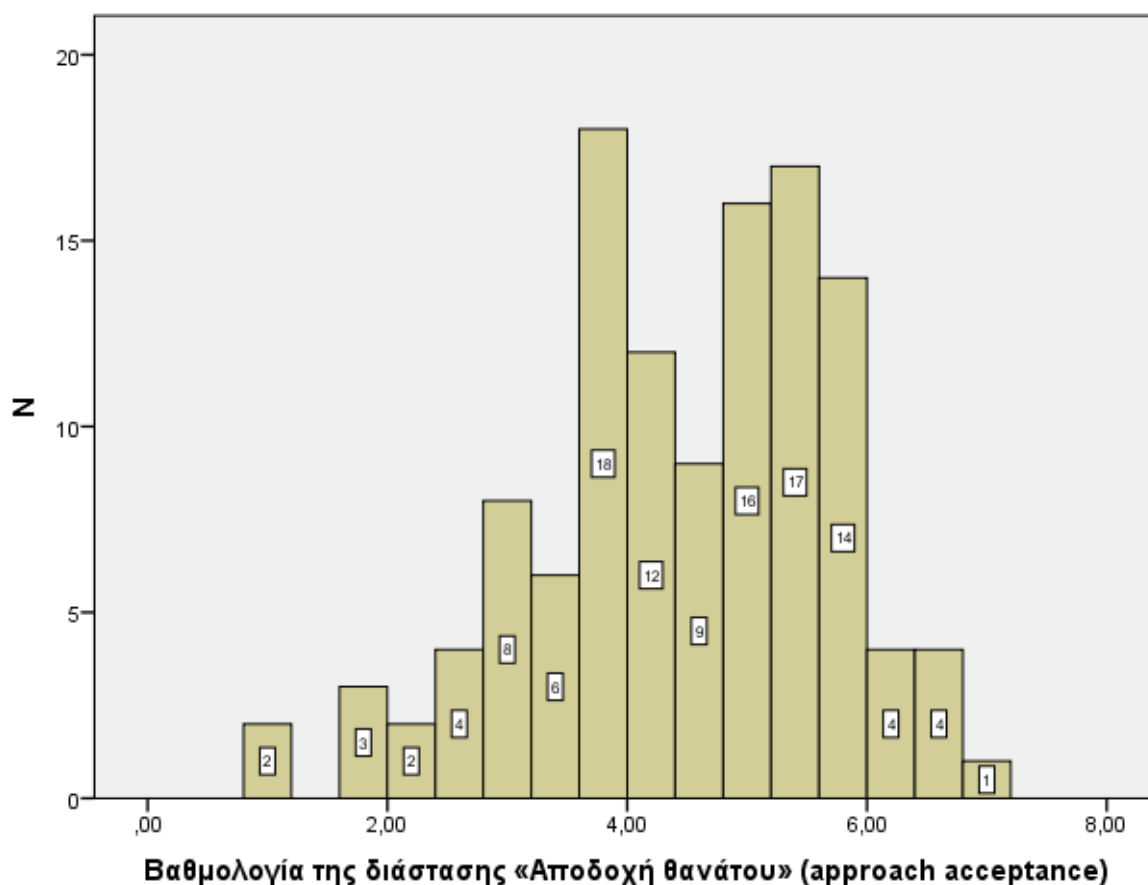
**Πίνακας 4:** Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων Νοσηλευτών στην μελέτη αναφορικά με τη διάσταση Αποδοχή θανάτου (approach acceptance)

Στοιχείο	Απαντήσεις						
	Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Διαφωνώ Μέτρια	Αναποφά- σιστος /-η	Συμφωνώ Μέτρια	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
15. Ο θάνατος είναι ένωση με το Θεό και αιώνια ευδαιμονία.	4 (3,3)	13 (10,8)	5 (4,2)	38 (31,7)	14 (11,7)	38 (31,7)	8 (6,7)
22. Προσβλέπω σε μια επανένωση με τους αγαπημένους μου μετά το θάνατό μου	7 (5,8)	6 (5,0)	6 (5,0)	22 (18,3)	18 (15,0)	44 (36,7)	17 (14,2)
25. Βλέπω το θάνατο ως το πέρας σε ένα αιώνιο και ευλογημένο τόπο.	6 (5,0)	16 (13,3)	8 (6,7)	36 (30,0)	20 (16,7)	29 (24,2)	5 (4,2)
27. Ο θάνατος προσφέρει μια υπέροχη ανακούφιση της ψυχής.	9 (7,5)	31 (25,8)	9 (7,5)	38 (31,7)	23 (19,2)	7 (5,8)	3 (2,5)
28. Ένα πράγμα που μου δίνει άνεση στο να αντιμετωπίσω το θάνατο είναι η πίστη μου στη μετά θάνατο ζωή.	8 (6,7)	13 (10,8)	3 (2,5)	33 (27,5)	24 (20,0)	35 (29,2)	4 (3,3)

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη συχνότητα N και σχετική συχνότητα (%)

- Το 50,1% συμφωνούσε μέτρια / συμφωνούσε / συμφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Ο θάνατος είναι ένωση με το Θεό και αιώνια ευδαιμονία.».
- Το 65,9% συμφωνούσε μέτρια / συμφωνούσε / συμφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Προσβλέπω σε μια επανένωση με τους αγαπημένους μου μετά το θάνατό μου».
- Το 45,1% συμφωνούσε μέτρια / συμφωνούσε / συμφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Βλέπω το θάνατο ως το πέρας σε ένα αιώνιο και ευλογημένο τόπο.».
- Το 27,5% συμφωνούσε μέτρια / συμφωνούσε / συμφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Ο θάνατος προσφέρει μια υπέροχη ανακούφιση της ψυχής.».
- Το 52,5% συμφωνούσε μέτρια / συμφωνούσε / συμφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Ένα πράγμα που μου δίνει άνεση στο να αντιμετωπίσω το θάνατο είναι η πίστη μου στη μετά θάνατο ζωή.».

Η μέση βαθμολογία της διάστασης «Αποδοχή θανάτου» (approach acceptance) ήταν 4,4 η τυπική απόκλιση ήταν 1,2, η διάμεσος ήταν 4,6, η ελάχιστη τιμή ήταν 1,0 και η μέγιστη τιμή ήταν 6,8 (Γράφημα 3).



**Γράφημα 3:** Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της συνολικής βαθμολογίας της διάστασης Αποδοχή θανάτου (approach acceptance)

### 8.2.4 Φόβος θανάτου (fear of death)

Στον Πίνακα 5 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων Νοσηλευτών στην μελέτη αναφορικά με τη διάσταση Φόβος θανάτου (fear of death).

Στοιχείο	Απαντήσεις						
	Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Διαφωνώ Μέτρια	Αναποφά σιστος /- η	Συμφωνώ Μέτρια	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
1. Ο θάνατος είναι χωρίς αμφιβολία μια μακάβρια εμπειρία.	5 (4,2)	3 (2,5)	2 (1,7)	2 (1,7)	11 (9,2)	49 (40,8)	48 (40,0)
2. Η προοπτική του δικού μου θανάτου μου δημιουργεί άγχος.	4 (3,3)	11 (9,2)	7 (5,8)	7 (5,8)	15 (12,5)	37 (30,8)	39 (32,5)
7. Ενοχλούμαι από την οριστικότητα του θανάτου.	7 (5,8)	16 (13,3)	10 (8,3)	13 (10,8)	7 (5,8)	41 (34,2)	26 (21,7)
18. Έχω έντονο φόβο για το θάνατο.	9 (7,5)	34 (28,3)	18 (15,0)	9 (7,5)	20 (16,7)	11 (9,2)	19 (15,8)
20. Το θέμα της ζωής μετά το θάνατο με προβληματίζει έντονα.	5 (4,2)	34 (28,3)	5 (4,2)	24 (20,0)	17 (14,2)	22 (18,3)	13 (10,8)
21. Το γεγονός ότι ο θάνατος σημαίνει το τέλος όλων των πραγμάτων όπως τα γνωρίζω με φοβίζει.	3 (2,5)	21 (17,5)	9 (7,5)	8 (6,7)	23 (19,2)	39 (32,5)	17 (14,2)
32. Η αβεβαιότητα του τι συμβαίνει μετά το θάνατο με ανησυχεί.	8 (6,7)	18 (15,0)	2 (1,7)	21 (17,5)	22 (18,3)	30 (25,0)	19 (15,8)

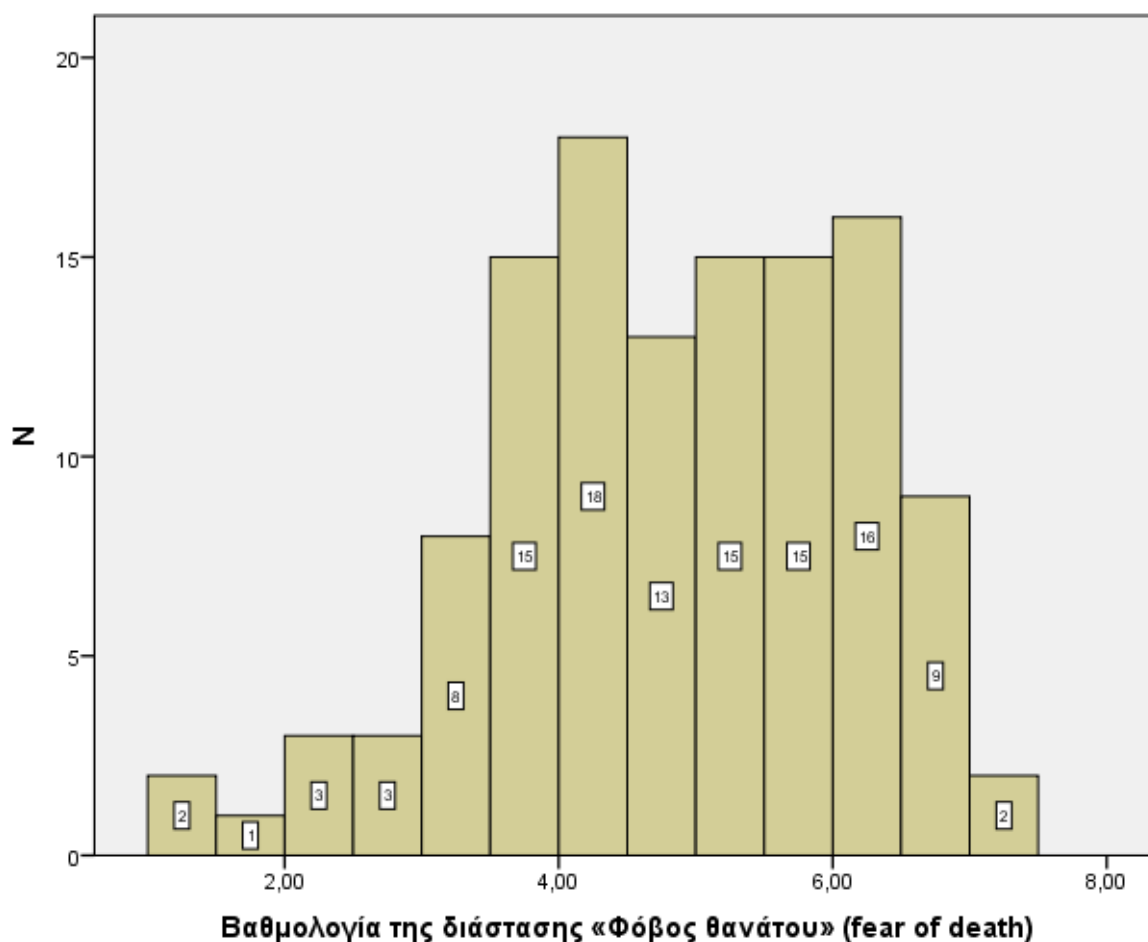
**Πίνακας 5:** Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων Νοσηλευτών στην μελέτη αναφορικά με τη διάσταση Φόβος θανάτου (fear of death)

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη συχνότητα N και σχετική συχνότητα (%)

- Το 90% συμφωνούσε μέτρια / συμφωνούσε / συμφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Ο θάνατος είναι χωρίς αμφιβολία μια μακάβρια εμπειρία.».
- Το 75,8% συμφωνούσε μέτρια / συμφωνούσε / συμφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Η προοπτική του δικού μου θανάτου μου δημιουργεί άγχος.».
- Το 61,7% συμφωνούσε μέτρια / συμφωνούσε / συμφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Ενοχλούμαι από την οριστικότητα του θανάτου.».
- Το 41,7% συμφωνούσε μέτρια / συμφωνούσε / συμφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Έχω έντονο φόβο για το θάνατο.».

- Το 43,3% συμφωνούσε μέτρια / συμφωνούσε / συμφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Το θέμα της ζωής μετά το θάνατο με προβληματίζει έντονα.».
- Το 65,9% συμφωνούσε μέτρια / συμφωνούσε / συμφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Το γεγονός ότι ο θάνατος σημαίνει το τέλος όλων των πραγμάτων όπως τα γνωρίζω με φοβίζει.».
- Το 59,1% συμφωνούσε μέτρια / συμφωνούσε / συμφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Η αβεβαιότητα του τι συμβαίνει μετά το θάνατο με ανησυχεί.».

Η μέση βαθμολογία της διάστασης «Φόβος θανάτου» (fear of death) ήταν 4,8 η τυπική απόκλιση ήταν 1,3, η διάμεσος ήταν 4,9, η ελάχιστη τιμή ήταν 1,1 και η μέγιστη τιμή ήταν 7,0 (Γράφημα 4).



**Γράφημα 4:** Ιστογράμμο απόλυτων συχνοτήτων της συνολικής βαθμολογίας της διάστασης Φόβος θανάτου (fear of death)

### 8.2.5. Ουδέτερη αποδοχή (neutral acceptance)

Στον Πίνακα 6 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων Νοσηλευτών στην μελέτη αναφορικά με τη διάσταση Ουδέτερη αποδοχή (neutral acceptance).

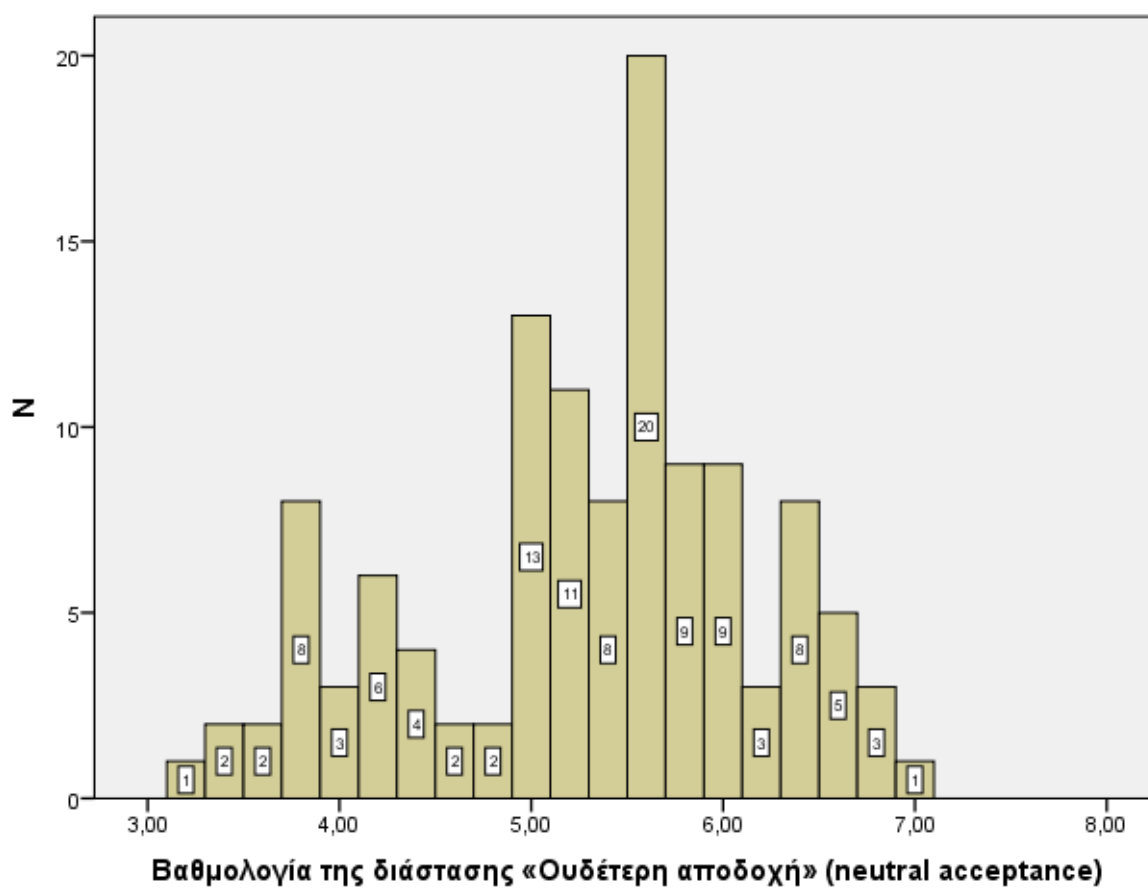
**Πίνακας 6:** Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων Νοσηλευτών στην μελέτη αναφορικά με τη διάσταση Ουδέτερη αποδοχή (neutral acceptance)

Στοιχείο	Απαντήσεις						
	Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Διαφωνώ Μέτρια	Αναποφά- σιστος /-η	Συμφωνώ Μέτρια	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
<b>6. Ο θάνατος θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν κάτι φυσιολογικό, αναμφισβήτητο και αναπόφευκτο γεγονός.</b>	2 (1,7)	9 (7,5)	1 (0,8)	7 (5,8)	15 (12,5)	51 (42,5)	35 (29,2)
<b>14. Ο θάνατος είναι φυσική διάσταση της ζωής.</b>	2 (1,7)	5 (4,2)	2 (1,7)	8 (6,7)	12 (10,0)	61 (50,8)	30 (25,0)
<b>17. Ούτε φοβάμαι ούτε καλωσορίζω το θάνατο.</b>	5 (4,2)	18 (15,0)	6 (5,0)	10 (8,3)	21 (17,5)	46 (38,3)	14 (11,7)
<b>30. Ο θάνατος δεν είναι ούτε καλός ούτε κακός.</b>	3 (2,5)	11 (9,2)	10 (8,3)	31 (25,8)	23 (19,2)	33 (27,5)	9 (7,5)

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη συχνότητα N και σχετική συχνότητα (%)

- Το 84,2% συμφωνούσε μέτρια / συμφωνούσε / συμφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Ο θάνατος θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν κάτι φυσιολογικό, αναμφισβήτητο και αναπόφευκτο γεγονός.».
- Το 85,8% συμφωνούσε μέτρια / συμφωνούσε / συμφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Ο θάνατος είναι φυσική διάσταση της ζωής.».
- Το 67,5% συμφωνούσε μέτρια / συμφωνούσε / συμφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Ούτε φοβάμαι ούτε καλωσορίζω το θάνατο.».
- Το 54,2% συμφωνούσε μέτρια / συμφωνούσε / συμφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Ο θάνατος δεν είναι ούτε καλός ούτε κακός.».

Η μέση βαθμολογία της διάστασης «Ουδέτερη αποδοχή» (neutral acceptance) ήταν 5,3 η τυπική απόκλιση ήταν 0,9, η διάμεσος ήταν 5,4, η ελάχιστη τιμή ήταν 3,2 και η μέγιστη τιμή ήταν 7,0 (Γράφημα 5).



**Γράφημα 5:** Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της συνολικής βαθμολογίας της διάστασης Ουδέτερη αποδοχή (neutral acceptance)

### 8.3 Κλίμακα Στάσης Απέναντι στην Ευθανασία (Euthanasia Attitude Scale, EAS)

Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι απαντήσεις των Νοσηλευτών αναφορικά με τις στάσεις τους απέναντι στην Ευθανασία όπως διερευνάται μέσω της **Κλίμακας Στάσης Απέναντι στην Ευθανασία (Euthanasia Attitude Scale, EAS)** (ελληνική εκδοχή - Μαλλιαρού Μαρία και συν.) (Πίνακας 7α).

**Πίνακας 7α:** Οι απαντήσεις των Νοσηλευτών αναφορικά με την Κλίμακα Στάσης Απέναντι στην Ευθανασία (Euthanasia Attitude Scale-EAS)

Στοιχείο	Απαντήσεις			
	Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
1. Ακόμη και αν ένας ασθενής τελικού σταδίου εκφράζει με σαφήνεια τη προτίμησή του να πεθάνει έναντι της επέκτασης της ζωής του, δε πρέπει να εκτελείται καμία πράξη που να επιφέρει το θάνατο του ασθενή.	9 (7,5)	51 (42,5)	46 (38,3)	14 (11,7)
2. Υπό οποιοσδήποτε συνθήκες, θεωρώ ότι οι γιατροί θα πρέπει να προσπαθούν να παρατείνουν τη ζωή των ασθενών τους.	13 (10,8)	62 (51,7)	40 (33,3)	5 (4,2)
3. Για μένα δεν υπάρχει ποτέ αιτιολόγηση για τον τερματισμό της ζωής ενός ατόμου ακόμη κι αν πάσχει από νόσο τελικού σταδίου.	8 (6,7)	58 (48,3)	41 (34,2)	13 (10,8)
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 του. Αυτή η πρακτική πρέπει να απαγορευτεί.	23 (19,2)	82 (68,3)	13 (10,8)	2 (1,7)
5. Πιστεύω ότι είναι πιο ανθρώπινο να αφαιρείται η ζωή ενός ατόμου που πάσχει από νόσο τελικού σταδίου, και βιώνει έντονο πόνο, παρά το να αφήνεται να υποφέρει.	4 (3,3)	59 (49,2)	45 (37,5)	12 (10,0)
6. Ένα άτομο που είναι εγκεφαλικά νεκρό θα πρέπει να διατηρείται στη ζωή με την κατάλληλη ιατρική φροντίδα.	27 (22,5)	71 (59,2)	21 (17,5)	1 (0,8)
7. Πιστεύω ότι ένα άτομο που πάσχει από επώδυνη νόσο	4 (3,3)	29 (24,2)	60 (50,0)	27 (22,5)



τελικού σταδίου πρέπει να έχει το δικαίωμα να αρνείται αγωγή που επεκτείνει τη ζωή του.				
8. Δεν αισθάνομαι αρνητικά απέναντι σε ένα άτομο που επισπεύδει το θάνατο αγαπημένου του προσώπου ώστε να το απαλλάξει από επιπλέον αφόρητο πόνο.	3 (2,5)	46 (38,3)	61 (50,8)	10 (8,3)
9. Πιστεύω ότι θα έπρεπε να υπάρχουν νόμιμοι τρόποι με τους οποίους ένα άτομο θα μπορούσε να προεγκρίνει το θάνατό του σε περίπτωση που ανακλύσουν ανυπόφορες νόσοι.	5 (4,2)	25 (20,8)	70 (58,3)	20 (16,7)
10. Δε μπορώ να αναλογιστώ καμία ιατρική περίπτωση στην οποία ο τερματισμός της ζωής θα αποτελούσε πράξη ελέους.	10 (8,3)	62 (51,7)	39 (32,5)	9 (7,5)
11. Θα υποστήριζα την απόφαση απόρριψης πρόσθετης θεραπείας αν σε έναν ασθενή που πεθαίνει ανακλύσει δευτερογενής νόσος που είναι βέβαιο ότι θα προκαλέσει γρήγορο και ανώδυνο θάνατο.	4 (3,3)	39 (32,5)	73 (60,8)	4 (3,3)
12. Δε θα υποστήριζα την απόφαση ενός γιατρού να αρνηθεί τη λήψη μέτρων πέρα από τα συνήθη αν ο ασθενής δεν έχει καμία πιθανότητα επιβίωσης.	5 (4,2)	68 (56,7)	43 (35,8)	4 (3,3)
13. Υποστηρίζω την απόφαση να παρέχεται μόνο ανακουφιστική φροντίδα αν ένας ασθενής τελικού σταδίου πεθαίνει και δεν έχει παρά μόνο λίγες ώρες ζωής.	3 (2,5)	12 (10,0)	72 (60,0)	33 (27,5)
14. Αν ήμουν αντιμέτωπος/η με την προοπτική ότι ένα αγαπημένο πρόσωπο υποφέρει έναν αργό και επώδυνο θάνατο θα υποστήριζα την απόφαση του/της να αρνηθεί ιατρική αγωγή για τη διατήρηση της ζωής.	2 (1,7)	35 (29,2)	69 (57,5)	14 (11,7)
15. Θεωρώ ότι η απενεργοποίηση των μηχανημάτων υποστήριξης της ζωής είναι πράξη ελέους προς ένα άτομο που είναι εγκεφαλικά νεκρό.	4 (3,3)	42 (35,0)	65 (54,2)	9 (7,5)
16. Εάν ήμουν αντιμέτωπος/η 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.	3 (2,5)	24 (20,0)	68 (56,7)	25 (20,8)
17. Είναι σκληρό να παρατείνεται η έντονη οδύνη για κάποιον που είναι πολύ βαριά ασθενής και επιθυμεί να	0 (0,0)	19 (15,8)	81 (67,5)	20 (16,7)

πεθάνει.				
18. Κανένας συμπεριλαμβανομένων των ιατρών, δεν επιτρέπεται να αποφασίζει τον τερματισμό της ζωής ενός ατόμου που υποφέρει.	6 (5,0)	52 (43,3)	54 (45,0)	8 (6,7)
19. Θεωρώ ότι οποιοσδήποτε βοηθά έναν ασθενή τελικού σταδίου που υποφέρει να πεθάνει δεν είναι παρά ένας κοινός εγκληματίας.	26 (21,7)	70 (58,3)	19 (15,8)	5 (4,2)
20. Ένας ασθενής τελικού σταδίου που βιώνει έντονο πόνο έχει το δικαίωμα να τερματίσει τη ζωή του/της με τον πιο εύκολο τρόπο.	6 (5,0)	42 (35,0)	62 (51,7)	10 (8,3)
21. Εάν ένας φίλος/η μου που 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 τη παράκλησή του/της.	5 (4,2)	70 (58,3)	37 (30,8)	8 (6,7)
22. Η ένεση θανατηφόρου δόσης φαρμάκου σε ένα άτομο προκειμένου να αποτραπεί ο ανυπόφορος επώδυνος θάνατός του, είναι ανήθικη πράξη.	7 (5,8)	57 (47,5)	47 (39,2)	9 (7,5)
23. Ανεξάρτητα από το πόσο μπορεί να ικετεύει ένα άτομο να πεθάνει για να αποφύγει τον ανυπόφορο πόνο, κανένας δε θα έπρεπε να βοηθήσει αυτό το άτομο να εκπληρώσει την επιθυμία του.	11 (9,2)	55 (45,8)	52 (43,3)	2 (1,7)
24. Η πρόκληση θανάτου για λόγους ελέους είναι αποδεκτή.	8 (6,7)	59 (49,2)	49 (40,8)	4 (3,3)
25. Ασθενείς τελικού σταδίου που προσπαθούν να πεθάνουν από ασιτία για να αποφύγουν τον αφόρητο πόνο θα πρέπει να σιτίζονται ενδοφλεβίως δια της βίας.	6 (5,0)	73 (60,8)	38 (31,7)	3 (2,5)
26. Θεωρώ ότι είναι ανήθικο να επιτρέπεται ο τερματισμός της ανθρώπινης ζωής όταν η ιατρική τεχνολογία είναι ικανή να τη διατηρήσει.	8 (6,7)	58 (48,3)	44 (36,7)	10 (8,3)
27. Ο τερματισμός της ανθρώπινης ζωής, ως πράξη ελέους, είναι απαράδεκτος για εμένα.	13 (10,8)	61 (50,8)	42 (35,0)	4 (3,3)
28. Η υποβοήθηση ενός ατόμου που αντιμετωπίζει μια μελλοντική ζωή με αφόρητο πόνο να τερματίσει τη ζωή του/της είναι δολοφονία όπως το βλέπω.	16 (13,3)	54 (45,0)	43 (35,8)	7 (5,8)
29. Ένα άτομο θα πρέπει να έχει το δικαίωμα να επιλέξει	1 (0,8)	30 (25,0)	68 (56,7)	21 (17,5)

να πεθάνει αν είναι ασθενής τελικού σταδίου και υποφέρει.				
<b>30. Θα πρέπει να επιτρέπεται σε έναν ασθενή τελικού σταδίου να απορρίπτει συστήματα υποστήριξης της ζωής.</b>	1 (0,8)	26 (21,7)	75 (62,5)	18 (15,0)

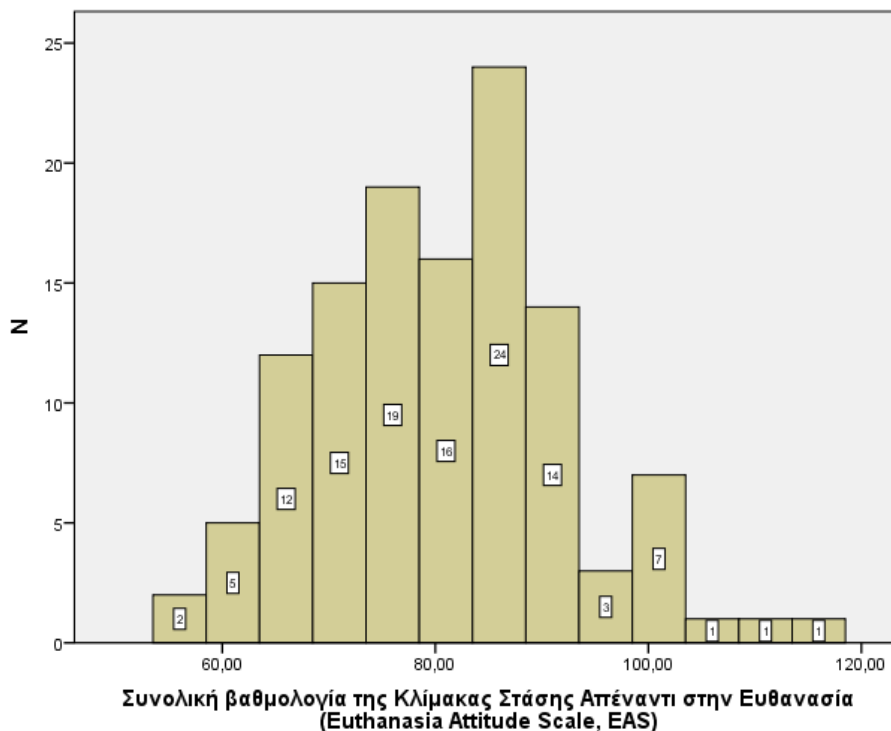
Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη συχνότητα N και σχετική συχνότητα (%).

- Το 47,5% συμφωνούσε / συμφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Πιστεύω ότι είναι πιο ανθρώπινο να αφαιρείται η ζωή ενός ατόμου που πάσχει από νόσο τελικού σταδίου, και βιώνει έντονο πόνο, παρά το να αφήνεται να υποφέρει.».
- Το 72,5% συμφωνούσε / συμφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Πιστεύω ότι ένα άτομο που πάσχει από επώδυνη νόσο τελικού σταδίου πρέπει να έχει το δικαίωμα να αρνείται αγωγή που επεκτείνει τη ζωή του.».
- Το 59,1% συμφωνούσε / συμφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Δεν αισθάνομαι αρνητικά απέναντι σε ένα άτομο που επισπεύδει το θάνατο αγαπημένου του προσώπου ώστε να το απαλλάξει από επιπλέον αφόρητο πόνο.».
- Το 75% συμφωνούσε / συμφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Πιστεύω ότι θα έπρεπε να υπάρχουν νόμιμοι τρόποι με τους οποίους ένα άτομο θα μπορούσε να προεγκρίνει το θάνατό του σε περίπτωση που ανακλύσουν ανυπόφορες νόσοι.».
- Το 64,1% συμφωνούσε / συμφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Θα υποστήριζα την απόφαση απόρριψης πρόσθετης θεραπείας αν σε έναν ασθενή που πεθαίνει ανακλύσει δευτερογενής νόσος που είναι βέβαιο ότι θα προκαλέσει γρήγορο και ανώδυνο θάνατο.».
- Το 69,2% συμφωνούσε / συμφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Αν ήμουν αντιμέτωπος/η με την προοπτική ότι ένα αγαπημένο πρόσωπο υποφέρει έναν αργό και επώδυνο θάνατο θα υποστήριζα την απόφαση του/της να αρνηθεί ιατρική αγωγή για τη διατήρηση της ζωής.».
- Το 61,7% συμφωνούσε / συμφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Θεωρώ ότι η απενεργοποίηση των μηχανημάτων υποστήριξης της ζωής είναι πράξη ελέους προς ένα άτομο που είναι εγκεφαλικά νεκρό.».
- Το 77,5% συμφωνούσε / συμφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Εάν ήμουν αντιμέτωπος/η 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.».
- Το 84,2% συμφωνούσε / συμφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Είναι σκληρό να παρατείνεται η έντονη οδύνη για κάποιον που είναι πολύ βαριά ασθενής και επιθυμεί να πεθάνει.».
- Το 60% συμφωνούσε / συμφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Ένας ασθενής τελικού σταδίου που βιώνει έντονο πόνο έχει το δικαίωμα να τερματίσει τη ζωή του/της με τον πιο εύκολο τρόπο.».

- Το 46,7% συμφωνούσε / συμφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Η ένεση θανατηφόρου δόσης φαρμάκου σε ένα άτομο προκειμένου να αποτραπεί ο ανυπόφορος επώδυνος θάνατός του, είναι ανήθικη πράξη.».
- Το 44,1% συμφωνούσε / συμφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Η πρόκληση θανάτου για λόγους ελέους είναι αποδεκτή.».
- Το 74,2% συμφωνούσε / συμφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Ένα άτομο θα πρέπει να έχει το δικαίωμα να επιλέξει να πεθάνει αν είναι ασθενής τελικού σταδίου και υποφέρει.».
- Το 77,5% συμφωνούσε / συμφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Θα πρέπει να επιτρέπεται σε έναν ασθενή τελικού σταδίου να απορρίπτει συστήματα υποστήριξης της ζωής.».
- Το 50% διαφωνούσε /διαφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Ακόμη και αν ένας ασθενής τελικού σταδίου εκφράζει με σαφήνεια τη προτίμησή του να πεθάνει έναντι της επέκτασης της ζωής του, δε πρέπει να εκτελείται καμία πράξη που να επιφέρει το θάνατο του ασθενή.».
- Το 62,5% διαφωνούσε /διαφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Υπό οποιεσδήποτε συνθήκες, θεωρώ ότι οι γιατροί θα πρέπει να προσπαθούν να παρατείνουν τη ζωή των ασθενών τους.».
- Το 55% διαφωνούσε /διαφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Για μένα δεν υπάρχει ποτέ αιτιολόγηση για τον τερματισμό της ζωής ενός ατόμου ακόμη κι αν πάσχει από νόσο τελικού σταδίου.».
- Το 87,5% διαφωνούσε /διαφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Ορισμένοι ασθενείς λαμβάνουν αποκλειστικά ανακουφιστική φροντίδα (για παράδειγμα αναλγητικά φάρμακα) και αφήνονται να πεθάνουν ειρηνικά χωρίς περαιτέρω αγωγή που αποσκοπεί στην επέκταση της ζωής του. Αυτή η πρακτική πρέπει να απαγορευτεί.».
- Το 81,7% διαφωνούσε /διαφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Ένα άτομο που είναι εγκεφαλικά νεκρό θα πρέπει να διατηρείται στη ζωή με την κατάλληλη ιατρική φροντίδα.».
- Το 60% διαφωνούσε /διαφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Δε μπορώ να αναλογιστώ καμία ιατρική περίπτωση στην οποία ο τερματισμός της ζωής θα αποτελούσε πράξη ελέους.».
- Το 60,9% διαφωνούσε /διαφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Δε θα υποστήριζα την απόφαση ενός γιατρού να αρνηθεί τη λήψη μέτρων πέρα από τα συνήθη αν ο ασθενής δεν έχει καμία πιθανότητα επιβίωσης.».
- Το 12,5% διαφωνούσε /διαφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Υποστηρίζω την απόφαση να παρέχεται μόνο ανακουφιστική φροντίδα αν ένας ασθενής τελικού σταδίου πεθαίνει και δεν έχει παρά μόνο λίγες ώρες ζωής.».
- Το 48,3% διαφωνούσε /διαφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Κανένας συμπεριλαμβανομένων των ιατρών, δεν επιτρέπεται να αποφασίζει τον τερματισμό της ζωής ενός ατόμου που υποφέρει.».
- Το 80% διαφωνούσε /διαφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Θεωρώ ότι οποιοσδήποτε βοηθά έναν ασθενή τελικού σταδίου που υποφέρει να πεθάνει δεν είναι παρά ένας κοινός εγκληματίας.».

- Το 62,5% διαφωνούσε /διαφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Εάν ένας φίλος/η μου που 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 τη παράκλησή του/της.».
- Το 55% διαφωνούσε /διαφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Ανεξάρτητα από το πόσο μπορεί να ικετεύει ένα άτομο να πεθάνει για να αποφύγει τον ανυπόφορο πόνο, κανένας δε θα έπρεπε να βοηθήσει αυτό το άτομο να εκπληρώσει την επιθυμία του.».
- Το 65,8% διαφωνούσε /διαφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Ασθενείς τελικού σταδίου που προσπαθούν να πεθάνουν από ασιτία για να αποφύγουν τον αφόρητο πόνο θα πρέπει να σιτίζονται ενδοφλεβίως δια της βίας.».
- Το 55% διαφωνούσε /διαφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Θεωρώ ότι είναι ανήθικο να επιτρέπεται ο τερματισμός της ανθρώπινης ζωής όταν η ιατρική τεχνολογία είναι ικανή να τη διατηρήσει.».
- Το 61,6% διαφωνούσε /διαφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Ο τερματισμός της ανθρώπινης ζωής, ως πράξη ελέους, είναι απαράδεκτος για εμένα.».
- Το 58,3% διαφωνούσε /διαφωνούσε απόλυτα με τη δήλωση «Η υποβοήθηση ενός ατόμου που αντιμετωπίζει μια μελλοντική ζωή με αφόρητο πόνο να τερματίσει τη ζωή του/της είναι δολοφονία όπως το βλέπω.».

Η μέση συνολική βαθμολογία της Κλίμακας Στάσης Απέναντι στην Ευθανασία (Euthanasia Attitude Scale, EAS) ήταν 80,5, η τυπική απόκλιση ήταν 11,5, η διάμεσος ήταν 81,0, η ελάχιστη τιμή ήταν 56,0 και η μέγιστη τιμή ήταν 114,0 (Γράφημα 6).



**Γράφημα 6:** Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της συνολικής βαθμολογίας της Κλίμακας Στάσης Απέναντι στην Ευθανασία (Euthanasia Attitude Scale, EAS)

Στον Πίνακα 7β παρουσιάζονται η κατανομή της βαθμολογίας της Κλίμακας Στάσης Απέναντι στην Ευθανασία (Euthanasia Attitude Scale, EAS).

**Πίνακας 7β:** κατανομή της βαθμολογίας της Κλίμακας Στάσης Απέναντι στην Ευθανασία (Euthanasia Attitude Scale, EAS)

Τιμές βαθμολογίας της Κλίμακας Στάσης Απέναντι στην Ευθανασία (Euthanasia Attitude Scale, EAS)	N (%)
<75	36 (30,0)
75-120	84 (70,0)

Αναφορικά με τη στάση απέναντι στην ευθανασία, το 30% των νοσηλευτών είχε αρνητική συνολικά στάση, ενώ το 70% είχε επιδοκιμαστικές απόψεις.

## 8.4 Συσχετίσεις

### 8.4.1. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία της διάστασης «Μέσο διαφυγής» (escape acceptance)

Στον Πίνακα 8 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία της διάστασης «Μέσο διαφυγής» (escape acceptance).

**Πίνακας 8:** Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία της διάστασης «Μέσο διαφυγής» (escape acceptance)

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία της διάστασης «Μέσο διαφυγής» (escape acceptance) (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
<b>Νοσοκομείο</b>		<b>0,123<sup>α</sup></b>
424 ΓΣΝΕ	3,1 (1,1)	
ΑΧΕΠΑ	3,6 (0,8)	
Ιπποκράτειο	3,5 (0,9)	
<b>Φύλο</b>		<b>0,378<sup>β</sup></b>
Ανδρας	3,3 (0,8)	
Γυναίκα	3,5 (1,0)	
<b>Ηλικία<sup>γ</sup></b>	-0,020	0,830
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>		<b>0,599<sup>β</sup></b>
Άγαμος/η - Διαζευγμένος/η - Χήρος/α	3,3 (1,0)	
Έγγαμος/η	3,4 (0,9)	
<b>Αριθμός παιδιών<sup>γ</sup></b>	0,154	<b>0,092</b>
<b>Ποιος είναι ο ανώτερος εκπαιδευτικός τίτλος που έχετε αποκτήσει;<sup>γ</sup></b>	-0,063	0,506
<b>Έτη προϋπηρεσία<sup>γ</sup></b>	-0,007	0,941
<b>Πόσο συχνά πηγαίνετε στην εκκλησία;<sup>γ</sup></b>	0,037	0,692
<b>Ανεξάρτητα αν πηγαίνετε στην εκκλησία ή όχι, πόσο θρήσκος είστε;<sup>γ</sup></b>	0,404	<b>&lt;0,001</b>
<b>Γενικά πόσο κοντά αισθάνεστε στο Θεό;<sup>γ</sup></b>	0,060	0,515
<b>Βαθμολογία της διάστασης «Αποφυγή θανάτου» (death avoidance)<sup>δ</sup></b>	0,098	0,288
<b>Βαθμολογία της διάστασης «Αποδοχή θανάτου» (approach acceptance)<sup>δ</sup></b>	0,590	<b>&lt;0,001</b>

<b>Βαθμολογία της διάστασης «Φόβος θανάτου» (fear of death)<sup>δ</sup></b>	0,227	<b>0,013</b>
<b>Βαθμολογία της διάστασης «Ουδέτερη αποδοχή» (neutral acceptance)<sup>δ</sup></b>	0,043	0,642
<b>Συνολική βαθμολογία της Κλίμακας Στάσης Απέναντι στην Ευθανασία (Euthanasia Attitude Scale, EAS)<sup>δ</sup></b>	-0,095	0,302

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

<sup>α</sup> Ανάλυση διασποράς

<sup>β</sup> Έλεγχος t

<sup>γ</sup> Συντελεστής συσχέτισης του Spearman

<sup>δ</sup> Συντελεστής συσχέτισης του Pearson

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ( $p < 0,20$ ) μεταξύ της βαθμολογίας της διάστασης «Μέσο διαφυγής» (escape acceptance) και 5 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 9.

**Πίνακας 9:** Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία της διάστασης «Μέσο διαφυγής» (escape acceptance)

	<b>Συντελεστής b</b>	<b>95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b</b>	<b>Τιμή p</b>
<b>Θρήσκος</b>	0,297	0,047 έως 0,547	<b>0,020</b>
<b>Βαθμολογία της διάστασης «Αποδοχή θανάτου» (approach acceptance)</b>	0,366	0,237 έως 0,495	<b>&lt;0,001</b>

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Οι περισσότεροι θρήσκοι νοσηλευτές είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία της διάστασης «Μέσο διαφυγής» (escape acceptance) σε σχέση με λιγότερο θρήσκους ( $p = 0,020$ ).
- Η αύξηση της βαθμολογίας της διάστασης «Αποδοχή θανάτου» (approach acceptance) σχετιζόταν με αύξηση της βαθμολογίας της διάστασης «Μέσο διαφυγής» (escape acceptance) ( $p < 0,001$ ).



Το παραπάνω υπόδειγμα ερμηνεύει το **35,1%** της μεταβλητότητας της βαθμολογίας της διάστασης «Μέσο διαφυγής» (escape acceptance).

#### 8.4.2 Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία της διάστασης «Αποφυγή θανάτου» (death avoidance)

Στον Πίνακα 10 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία της διάστασης «Αποφυγή θανάτου» (death avoidance).

**Πίνακας 10:** Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία της διάστασης «Αποφυγή θανάτου» (death avoidance)

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία της διάστασης «Αποφυγή θανάτου» (death avoidance) (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
<b>Νοσοκομείο</b>		0,493 <sup>α</sup>
424 ΓΣΝΕ	4,1 (1,6)	
ΑΧΕΠΑ	4,2 (1,4)	
Ιπποκράτειο	4,5 (1,3)	
<b>Φύλο</b>		0,529 <sup>β</sup>
Ανδρας	4,2 (1,4)	
Γυναίκα	4,3 (1,4)	
<b>Ηλικία<sup>γ</sup></b>	0,088	0,341
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>		0,326 <sup>β</sup>
Άγαμος/η - Διαζευγμένος/η - Χήρος/α	4,1 (1,6)	
Έγγαμος/η	4,4 (1,4)	
<b>Αριθμός παιδιών<sup>γ</sup></b>	0,120	<b>0,191</b>
<b>Ποιος είναι ο ανώτερος εκπαιδευτικός τίτλος που έχετε αποκτήσει;<sup>γ</sup></b>	-0,179	<b>0,056</b>
<b>Έτη προϋπηρεσία<sup>γ</sup></b>	0,190	<b>0,038</b>
<b>Πόσο συχνά πηγαίνετε στην εκκλησία;<sup>γ</sup></b>	-0,098	0,289
<b>Ανεξάρτητα αν πηγαίνετε στην εκκλησία ή όχι, πόσο θρήσκος είστε;<sup>γ</sup></b>	0,216	<b>0,027</b>
<b>Γενικά πόσο κοντά αισθάνεστε στο Θεό;<sup>γ</sup></b>	0,122	0,183
<b>Βαθμολογία της διάστασης «Μέσο διαφυγής» (escape acceptance)<sup>δ</sup></b>	0,098	0,288

<b>Βαθμολογία της διάστασης «Αποδοχή θανάτου» (approach acceptance)<sup>δ</sup></b>	0,192	<b>0,036</b>
<b>Βαθμολογία της διάστασης «Φόβος θανάτου» (fear of death)<sup>δ</sup></b>	0,404	<b>&lt;0,001</b>
<b>Βαθμολογία της διάστασης «Ουδέτερη αποδοχή» (neutral acceptance)<sup>δ</sup></b>	-0,100	0,276
<b>Συνολική βαθμολογία της Κλίμακας Στάσης Απέναντι στην Ευθανασία (Euthanasia Attitude Scale, EAS)<sup>δ</sup></b>	0,121	<b>0,187</b>

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

<sup>α</sup> Ανάλυση διασποράς

<sup>β</sup> Έλεγχος t

<sup>γ</sup> Συντελεστής συσχέτισης του Spearman

<sup>δ</sup> Συντελεστής συσχέτισης του Pearson

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ( $p < 0,20$ ) μεταξύ της βαθμολογίας της διάστασης «Αποφυγή θανάτου» (death avoidance) και 7 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 11.

**Πίνακας 11: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία της διάστασης «Αποφυγή θανάτου» (death avoidance)**

	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
<b>Αριθμός τέκνων</b>	0,355	0,101 έως 0,609	<b>0,007</b>
<b>Βαθμολογία της διάστασης «Φόβος θανάτου» (fear of death)</b>	0,401	0,215 έως 0,587	<b>&lt;0,001</b>

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Η αύξηση του αριθμού των τέκνων που έχουν οι νοσηλευτές σχετιζόταν με αύξηση της βαθμολογίας της διάστασης «Αποφυγή θανάτου» (death avoidance) ( $p=0,007$ ).
- Η αύξηση της βαθμολογίας της διάστασης «Φόβος θανάτου» (fear of death) σχετιζόταν με αύξηση της βαθμολογίας της διάστασης «Αποφυγή θανάτου» (death avoidance) ( $p<0,001$ ).

Το παραπάνω υπόδειγμα ερμηνεύει το **22,2%** της μεταβλητότητας της βαθμολογίας της διάστασης «Αποφυγή θανάτου» (death avoidance).

#### 8.4.3. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία της διάστασης «Αποδοχή θανάτου» (approach acceptance)

Στον Πίνακα 12 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία της διάστασης «Αποδοχή θανάτου» (approach acceptance).

**Πίνακας 12:** Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία της διάστασης «Αποδοχή θανάτου» (approach acceptance)

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία της διάστασης «Αποδοχή θανάτου» (approach acceptance) (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
<b>Νοσοκομείο</b>		0,290 <sup>α</sup>
424 ΓΣΝΕ	4,1 (1,5)	
ΑΧΕΠΑ	4,4 (1,0)	
Ιπποκράτειο	4,5 (1,1)	
<b>Φύλο</b>		<b>0,017</b> <sup>β</sup>
Ανδρας	3,9 (1,3)	
Γυναίκα	4,5 (1,2)	
<b>Ηλικία</b> <sup>γ</sup>	0,099	0,282
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>		0,274 <sup>β</sup>
Άγαμος/η - Διαζευγμένος/η - Χήρος/α	4,6 (1,3)	
Έγγαμος/η	4,3 (1,2)	
<b>Αριθμός παιδιών</b> <sup>γ</sup>	0,212	<b>0,020</b>
<b>Ποιος είναι ο ανώτερος εκπαιδευτικός τίτλος που έχετε αποκτήσει;</b> <sup>γ</sup>	-0,167	<b>0,074</b>
<b>Έτη προϋπηρεσία</b> <sup>γ</sup>	-0,040	0,663
<b>Πόσο συχνά πηγαίνετε στην εκκλησία;</b> <sup>γ</sup>	0,359	<b>&lt;0,001</b>
<b>Ανεξάρτητα αν πηγαίνετε στην εκκλησία ή όχι, πόσο θρήσκος είστε;</b> <sup>γ</sup>	0,401	<b>&lt;0,001</b>
<b>Γενικά πόσο κοντά αισθάνεστε στο Θεό;</b> <sup>γ</sup>	0,297	<b>0,001</b>
<b>Βαθμολογία της διάστασης «Μέσο διαφυγής» (escape acceptance)<sup>δ</sup></b>	0,590	<b>&lt;0,001</b>

<b>Βαθμολογία της διάστασης «Αποφυγή θανάτου» (death avoidance)<sup>δ</sup></b>	0,192	<b>0,036</b>
<b>Βαθμολογία της διάστασης «Φόβος θανάτου» (fear of death)<sup>δ</sup></b>	0,213	<b>0,020</b>
<b>Βαθμολογία της διάστασης «Ουδέτερη αποδοχή» (neutral acceptance)<sup>δ</sup></b>	0,085	0,357
<b>Συνολική βαθμολογία της Κλίμακας Στάσης Απέναντι στην Ευθανασία (Euthanasia Attitude Scale, EAS)<sup>δ</sup></b>	-0,218	<b>0,017</b>

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

<sup>α</sup> Ανάλυση διασποράς

<sup>β</sup> Έλεγχος t

<sup>γ</sup> Συντελεστής συσχέτισης του Spearman

<sup>δ</sup> Συντελεστής συσχέτισης του Pearson

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ( $p < 0,20$ ) μεταξύ της βαθμολογίας της διάστασης «Αποδοχή θανάτου» (approach acceptance) και 10 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 13.

**Πίνακας 13:** Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία της διάστασης «Αποδοχή θανάτου» (approach acceptance) υγείας

	<b>Συντελεστής b</b>	<b>95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b</b>	<b>Τιμή p</b>
<b>Εκκλησιασμός</b>	0,450	0,227 έως 0,673	<b>&lt;0,001</b>
<b>Εγγύτητα</b>	0,415	0,095 έως 0,734	<b>0,012</b>
<b>Βαθμολογία της διάστασης «Μέσο διαφυγής» (escape acceptance)</b>	0,742	0,550 έως 0,934	<b>&lt;0,001</b>
<b>Βαθμολογία της διάστασης «Αποφυγή θανάτου» (death avoidance)</b>	0,138	0,009 έως 0,268	<b>0,036</b>

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Η αύξηση της συχνότητας του εκκλησιασμού σχετιζόταν με αύξηση της βαθμολογίας της διάστασης «Αποδοχή θανάτου» (approach acceptance) ( $p<0,001$ ).
- Η αύξηση της αίσθησης της εγγύτητας στο Θεό σχετιζόταν με αύξηση της βαθμολογίας της διάστασης «Αποδοχή θανάτου» (approach acceptance) ( $p=0,012$ ).
- Η αύξηση της βαθμολογίας της διάστασης «Μέσο διαφυγής» (escape acceptance) σχετιζόταν με αύξηση της βαθμολογίας της διάστασης «Αποδοχή θανάτου» (approach acceptance) ( $p<0,001$ ).
- Η αύξηση της βαθμολογίας της διάστασης «Αποφυγή θανάτου» (death avoidance) σχετιζόταν με αύξηση της βαθμολογίας της διάστασης «Αποδοχή θανάτου» (approach acceptance) ( $p=0,036$ ).

Το παραπάνω υπόδειγμα ερμηνεύει το **48,5%** της μεταβλητότητας της βαθμολογίας της διάστασης «Αποδοχή θανάτου» (approach acceptance).

#### 8.4.4 Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία της διάστασης «Φόβος θανάτου» (fear of death)

Στον Πίνακα 14 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία της διάστασης «Φόβος θανάτου» (fear of death).

**Πίνακας 14:** Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία της διάστασης «Φόβος θανάτου» (fear of death)

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία της διάστασης «Φόβος θανάτου» (fear of death) (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
<b>Νοσοκομείο</b>		0,451 <sup>a</sup>
424 ΓΣΝΕ	4,5 (1,3)	
ΑΧΕΠΑ	4,9 (1,3)	
Ιπποκράτειο	4,9 (1,3)	
<b>Φύλο</b>		0,653 <sup>β</sup>
Ανδρας	4,7 (1,1)	
Γυναίκα	4,8 (1,4)	
<b>Ηλικία<sup>γ</sup></b>	0,045	0,622
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>		0,605 <sup>β</sup>
Άγαμος/η - Διαζευγμένος/η - Χήρος/α	4,9 (1,3)	

Έγγαμος/η	4,8 (1,3)	
Αριθμός παιδιών <sup>γ</sup>	-0,083	0,370
Ποιος είναι ο ανώτερος εκπαιδευτικός τίτλος που έχετε αποκτήσει; <sup>γ</sup>	-0,236	<b>0,011</b>
Έτη προϋπηρεσία <sup>γ</sup>	0,039	0,675
Πόσο συχνά πηγαίνετε στην εκκλησία; <sup>γ</sup>	-0,182	<b>0,047</b>
Ανεξάρτητα αν πηγαίνετε στην εκκλησία ή όχι, πόσο θρήσκος είστε; <sup>γ</sup>	0,420	<b>&lt;0,001</b>
Γενικά πόσο κοντά αισθάνεστε στο Θεό; <sup>γ</sup>	0,238	<b>0,009</b>
Βαθμολογία της διάστασης «Μέσο διαφυγής» (escape acceptance) <sup>δ</sup>	0,227	<b>0,013</b>
Βαθμολογία της διάστασης «Αποφυγή θανάτου» (death avoidance) <sup>δ</sup>	0,404	<b>&lt;0,001</b>
Βαθμολογία της διάστασης «Αποδοχή θανάτου» (approach acceptance) <sup>δ</sup>	0,213	<b>0,020</b>
Βαθμολογία της διάστασης «Ουδέτερη αποδοχή» (neutral acceptance) <sup>δ</sup>	-0,318	<b>&lt;0,001</b>
Συνολική βαθμολογία της Κλίμακας Στάσης Απέναντι στην Ευθανασία (Euthanasia Attitude Scale, EAS) <sup>δ</sup>	-0,015	0,872

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

<sup>α</sup> Ανάλυση διασποράς

<sup>β</sup> Έλεγχος t

<sup>γ</sup> Συντελεστής συσχέτισης του Spearman

<sup>δ</sup> Συντελεστής συσχέτισης του Pearson

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ( $p < 0,20$ ) μεταξύ της βαθμολογίας της διάστασης «Φόβος θανάτου» (fear of death) και 8 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 15.

**Πίνακας 15:** Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία της διάστασης «Φόβος θανάτου» (fear of death)

	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
<b>Εκκλησιασμός</b>	<b>-0,479</b>	-0,747 έως -0,211	<b>0,001</b>
<b>Θρήσκος</b>	<b>0,511</b>	0,151 έως 0,871	<b>0,006</b>
<b>Βαθμολογία της διάστασης «Αποφυγή θανάτου» (death avoidance)</b>	<b>0,244</b>	0,094 έως 0,394	<b>0,002</b>
<b>Βαθμολογία της διάστασης «Αποδοχή θανάτου» (approach acceptance)</b>	<b>0,220</b>	0,027 έως 0,414	<b>0,026</b>
<b>Βαθμολογία της διάστασης «Ουδέτερη αποδοχή» (neutral acceptance)</b>	<b>-0,499</b>	-0,737 έως -0,262	<b>&lt;0,001</b>

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Η αύξηση της συχνότητας του εκκλησιασμού σχετιζόταν με μείωση της βαθμολογίας της διάστασης «Φόβος θανάτου» (fear of death) ( $p=0,001$ ).
- Οι περισσότεροι θρήσκοι νοσηλευτές είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία της διάστασης «Φόβος θανάτου» (fear of death) σε σχέση με λιγότερους θρήσκους ( $p=0,006$ ).
- Η αύξηση της βαθμολογίας της διάστασης «Αποφυγή θανάτου» (death avoidance) σχετιζόταν με αύξηση της βαθμολογίας της διάστασης «Φόβος θανάτου» (fear of death) ( $p=0,002$ ).
- Η αύξηση της βαθμολογίας της διάστασης «Αποδοχή θανάτου» (approach acceptance) σχετιζόταν με αύξηση της βαθμολογίας της διάστασης «Φόβος θανάτου» (fear of death) ( $p=0,026$ ).
- Η αύξηση της βαθμολογίας της διάστασης «Ουδέτερη αποδοχή» (neutral acceptance) σχετιζόταν με μείωση της βαθμολογίας της διάστασης «Φόβος θανάτου» (fear of death) ( $p<0,001$ ).

Το παραπάνω υπόδειγμα ερμηνεύει το **41%** της μεταβλητότητας της βαθμολογίας της διάστασης «Φόβος θανάτου» (fear of death).



#### 8.4.5 Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία της διάστασης «Ουδέτερη αποδοχή» (neutral acceptance)

Στον Πίνακα 16 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία της διάστασης «Ουδέτερη αποδοχή» (neutral acceptance).

**Πίνακας 16:** Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία της διάστασης «Ουδέτερη αποδοχή» (neutral acceptance)

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία της διάστασης «Ουδέτερη αποδοχή» (neutral acceptance) (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
<b>Νοσοκομείο</b>		<b>0,189<sup>α</sup></b>
424 ΓΣΝΕ	5,4 (0,9)	
ΑΧΕΠΑ	5,0 (0,9)	
Ιπποκράτειο	5,4 (0,8)	
<b>Φύλο</b>		<b>0,026<sup>β</sup></b>
Ανδρας	5,6 (0,9)	
Γυναίκα	5,2 (0,9)	
<b>Ηλικία<sup>γ</sup></b>	-0,073	0,426
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>		0,802 <sup>β</sup>
Άγαμος/η - Διαζευγμένος/η - Χήρος/α	5,3 (0,8)	
Έγγαμος/η	5,3 (0,9)	
<b>Αριθμός παιδιών<sup>γ</sup></b>	0,052	0,570
<b>Ποιος είναι ο ανώτερος εκπαιδευτικός τίτλος που έχετε αποκτήσει;<sup>γ</sup></b>	0,132	<b>0,159</b>
Έτη προϋπηρεσία <sup>γ</sup>	-0,091	0,324
<b>Πόσο συχνά πηγαίνετε στην εκκλησία;<sup>γ</sup></b>	0,054	0,560
<b>Ανεξάρτητα αν πηγαίνετε στην εκκλησία ή όχι, πόσο θρήσκος είστε;<sup>γ</sup></b>	-0,158	<b>0,108</b>
<b>Γενικά πόσο κοντά αισθάνεστε στο Θεό;<sup>γ</sup></b>	-0,046	0,616
<b>Βαθμολογία της διάστασης «Μέσο διαφυγής» (escape acceptance)<sup>δ</sup></b>	0,043	0,642
<b>Βαθμολογία της διάστασης «Αποφυγή θανάτου» (death avoidance)<sup>δ</sup></b>	-0,100	0,276

<b>Βαθμολογία της διάστασης «Αποδοχή θανάτου» (approach acceptance)<sup>δ</sup></b>	0,085	0,357
<b>Βαθμολογία της διάστασης «Φόβος θανάτου» (fear of death)<sup>δ</sup></b>	-0,318	<b>&lt;0,001</b>
<b>Συνολική βαθμολογία της Κλίμακας Στάσης Απέναντι στην Ευθανασία (Euthanasia Attitude Scale, EAS)<sup>δ</sup></b>	0,196	<b>0,032</b>

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

<sup>α</sup> Ανάλυση διασποράς

<sup>β</sup> Έλεγχος t

<sup>γ</sup> Συντελεστής συσχέτισης του Spearman

<sup>δ</sup> Συντελεστής συσχέτισης του Pearson

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ( $p < 0,20$ ) μεταξύ της βαθμολογίας της διάστασης «Ουδέτερη αποδοχή» (neutral acceptance) και 6 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 17.

**Πίνακας 17:** Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία της διάστασης «Ουδέτερη αποδοχή» (neutral acceptance)

	<b>Συντελεστής b</b>	<b>95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b</b>	<b>Τιμή p</b>
<b>Φύλο</b>	-0,419	-0,814 έως -0,024	<b>0,038</b>
<b>Βαθμολογία της διάστασης «Φόβος θανάτου» (fear of death)</b>	-0,242	-0,362 έως -0,122	<b>&lt;0,001</b>
<b>Συνολική βαθμολογία της Κλίμακας Στάσης Απέναντι στην Ευθανασία (Euthanasia Attitude Scale, EAS)</b>	0,015	0,001 έως 0,029	<b>0,039</b>

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Οι γυναίκες είχαν μικρότερη βαθμολογία της διάστασης «Ουδέτερη αποδοχή» (neutral acceptance) σε σχέση με τους άνδρες ( $p=0,038$ ).
- Η αύξηση της βαθμολογίας της διάστασης «Φόβος θανάτου» (fear of death) σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας της διάστασης «Ουδέτερη αποδοχή» (neutral acceptance) ( $p<0,001$ ).
- Η αύξηση της συνολικής βαθμολογίας της Κλίμακας Στάσης Απέναντι στην Ευθανασία (Euthanasia Attitude Scale, EAS) σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας της διάστασης «Ουδέτερη αποδοχή» (neutral acceptance) ( $p=0,039$ ).

Το παραπάνω υπόδειγμα ερμηνεύει το **19%** της μεταβλητότητας της βαθμολογίας της διάστασης «Ουδέτερη αποδοχή» (neutral acceptance).

#### 8.4.6 Εξαρτημένη μεταβλητή: Συνολική βαθμολογία της Κλίμακας Στάσης Απέναντι στην Ευθανασία (Euthanasia Attitude Scale, EAS)

Στον Πίνακα 18 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη συνολική βαθμολογία της Κλίμακας Στάσης Απέναντι στην Ευθανασία (Euthanasia Attitude Scale, EAS).

**Πίνακας 18:** Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη συνολική βαθμολογία της Κλίμακας Στάσης Απέναντι στην Ευθανασία (Euthanasia Attitude Scale, EAS)

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση συνολική βαθμολογία της Κλίμακας Στάσης Απέναντι στην Ευθανασία (Euthanasia Attitude Scale, EAS) (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
<b>Νοσοκομείο</b>		0,984 <sup>α</sup>
424 ΓΣΝΕ	80,2 (13,4)	
ΑΧΕΠΑ	80,3 (9,5)	
Ιπποκράτειο	80,7 (11,5)	
<b>Φύλο</b>		<b>0,189<sup>β</sup></b>
Ανδρας	82,5 (8,4)	
Γυναίκα	79,8 (12,3)	
<b>Ηλικία<sup>γ</sup></b>	-0,094	0,305
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>		0,654 <sup>β</sup>
Άγαμος/η - Διαζευγμένος/η - Χήρος/α	81,5 (10,2)	
Έγγαμος/η	80,4 (12,1)	
<b>Αριθμός παιδιών<sup>γ</sup></b>	0,011	0,904
<b>Ποιος είναι ο ανώτερος εκπαιδευτικός τίτλος που έχετε αποκτήσει;<sup>γ</sup></b>	0,096	0,309
<b>Έτη προϋπηρεσία<sup>γ</sup></b>	0,082	0,374
<b>Πόσο συχνά πηγαίνετε στην εκκλησία;<sup>γ</sup></b>	-0,374	<b>&lt;0,001</b>
<b>Ανεξάρτητα αν πηγαίνετε στην εκκλησία ή όχι, πόσο θρήσκος είστε;<sup>γ</sup></b>	-0,015	0,879
<b>Γενικά πόσο κοντά αισθάνεστε στο Θεό;<sup>γ</sup></b>	-0,201	<b>0,028</b>

Βαθμολογία της διάστασης «Μέσο διαφυγής» (escape acceptance) <sup>δ</sup>	-0,095	0,302
Βαθμολογία της διάστασης «Αποφυγή θανάτου» (death avoidance) <sup>δ</sup>	0,121	<b>0,187</b>
Βαθμολογία της διάστασης «Αποδοχή θανάτου» (approach acceptance) <sup>δ</sup>	-0,218	<b>0,017</b>
Βαθμολογία της διάστασης «Φόβος θανάτου» (fear of death) <sup>δ</sup>	-0,015	0,872
Βαθμολογία της διάστασης «Ουδέτερη αποδοχή» (neutral acceptance) <sup>δ</sup>	0,196	<b>0,032</b>

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

<sup>α</sup> Ανάλυση διασποράς

<sup>β</sup> Έλεγχος t

<sup>γ</sup> Συντελεστής συσχέτισης του Spearman

<sup>δ</sup> Συντελεστής συσχέτισης του Pearson

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ( $p < 0,20$ ) μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας της Κλίμακας Στάσης Απέναντι στην Ευθανασία (Euthanasia Attitude Scale, EAS) και 6 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 19.

**Πίνακας 19:** Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία της Κλίμακας Στάσης Απέναντι στην Ευθανασία (Euthanasia Attitude Scale, EAS)

	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Εκκλησιασμός	-5,451	-7,698 έως -3,203	<b>&lt;0,001</b>
Βαθμολογία της διάστασης «Ουδέτερη αποδοχή» (neutral acceptance)	2,662	0,527 έως 4,797	<b>0,015</b>

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Η αύξηση της συχνότητας του εκκλησιασμού σχετιζόταν με μείωση της συνολικής βαθμολογίας της Κλίμακας Στάσης Απέναντι στην Ευθανασία (Euthanasia Attitude Scale, EAS) (fear of death) ( $p < 0,001$ ).
- Η αύξηση της βαθμολογίας της διάστασης «Ουδέτερη αποδοχή» (neutral acceptance) σχετιζόταν με αύξηση της συνολικής βαθμολογίας της Κλίμακας Στάσης Απέναντι στην Ευθανασία (Euthanasia Attitude Scale, EAS) ( $p = 0,015$ ).

Το παραπάνω υπόδειγμα ερμηνεύει το **18,3%** της μεταβλητότητας της συνολικής βαθμολογίας της Κλίμακας Στάσης Απέναντι στην Ευθανασία (Euthanasia Attitude Scale, EAS).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9<sup>ο</sup> - ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

### **9.1 Σύγκριση των αποτελεσμάτων της έρευνας με άλλες μελέτες από τη διεθνή βιβλιογραφία**

Τα αποτελέσματα της έρευνας φαίνεται να συμφωνούν, αν και χρησιμοποιήθηκε διαφορετικό δείγμα και ερωτηματολόγιο, με αντίστοιχη του 2014 (Πάππα, 2014 - Ευθανασία και επαγγελματίες υγείας, ηθικές διαστάσεις και ζητήματα). Σε εκείνη την έρευνα φάνηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας είναι θετικότερα προσκείμενοι στην εθελοντική ευθανασία και αρνητικότερα στην ακούσια, παρουσιάζοντας ωστόσο μικρή προθυμία συμμετοχής σε αντίστοιχες ιατρικές πράξεις. Οι επαγγελματίες υγείας στην Ελλάδα, φαίνεται να θεωρούν την εθελοντική ευθανασία ως μία ηθικά αποδεκτή πράξη, φοβούμενοι ωστόσο τον κίνδυνο κατάχρησης.

Σε μερικά ευρήματα, η παρούσα έρευνα συμφωνεί με αντίστοιχη του 2015, διαφορετικού δείγματος και ερωτηματολογίου (Πάρπα, 2015 - Η στάση των λειτουργών υγείας συγγενών με ασθενείς τελικού σταδίου, και κοινού απέναντι στην ευθανασία), κατά την οποία αρκετοί από τους συμμετέχοντες τάχθηκαν υπέρ της καταστολής αλλά ενάντια στην ευθανασία και στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Ωστόσο η πλειονότητα των συμμετεχόντων, θα προτιμούσαν την νομιμοποίηση της επίσπευσης του θανάτου, ασθενών με καρκίνο τελικού σταδίου.

Σε έρευνα του 2011 (Νεοκλέους, 2011 - Διερεύνηση της στάσης των Νοσηλευτών για την Ευθανασία) προέκυψε ότι οι νοσηλευτές, θεωρούν ότι είναι δύσκολο να κατασταλάξουν σε μια κατηγορηματική άποψη για την ευθανασία. Το ποσοστό των νοσηλευτών που σκέφτονται την ευθανασία ως ηθικά αποδεκτή, είναι αξιοσημείωτα πιο υψηλό από το ποσοστό που είναι πρόθυμο να βοηθήσει στη διαδικασία της ευθανασίας. Προφανώς, υπάρχει μια διαφορετικότητα μεταξύ της δεοντολογικής συμφιλώσης με την πρακτική και της συμμετοχής ενεργά σε αυτήν και δεν αποτελεί έκπληξη, καθώς η ηθική αποδοχή της ευθανασίας είναι διαφορετική από τη ενεργή εκτέλεση της.

Σε μελέτη των Hasheesh et al. (2013), τα χρόνια εμπειρίας των νοσηλευτών και η ηλικία αποτελούν καλούς δείκτες πρόγνωσης της θετικής στάσης απέναντι στη φροντίδα των ασθενών που πεθαίνουν. Αντίστοιχο είναι το εύρημα των Lange et al.(2008), οι οποίοι χρησιμοποιώντας μια μεγάλη ομάδα νοσηλευτών που εργάζονταν σε ένα ογκολογικό κέντρο στην New York, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι νοσηλευτές με περισσότερη επαγγελματική εμπειρία έτειναν να έχουν πιο θετική στάση προς το θάνατο και τη φροντίδα για τους ασθενείς που πεθαίνουν. Στην παρούσα έρευνα προέκυψε όμως, ότι οι νοσηλευτές με περισσότερα έτη υπηρεσίας έχουν λιγότερο θετική στάση ως προς τις ερωτήσεις που αφορούν το θάνατο.

Οι Khader et al. (2010) αναφέρουν ότι η ηλικία και η πρόσφατη εμπειρία του θανάτου σχετίζονται σημαντικά με τη στάση των νοσηλευτών απέναντι φροντίδα του θανάτου. Επίσης, η μελέτη αυτή υποστηρίζει τις διαπιστώσεις του Dunn et al. (2005) κατά την οποία η αντιμετώπιση του

θανάτου από μια προοπτική ουδετερότητας ή διαφυγής σχετίζεται με περισσότερο θετική στάση απέναντι στους θνήσκοντες ασθενείς και τις οικογένειές τους. Επειδή οι νοσηλευτές που εκτίθενται σε ασθενείς που πεθαίνουν υιοθετούν τελικά περισσότερο θετική στάση απέναντι στο θάνατο. Στη μελέτη των Hasheesh et al. (2013), φάνηκε ότι οι νεότεροι νοσηλευτές τείνουν να δηλώνουν υψηλότερα επίπεδα φόβου σε σχέση με τους ομολόγους τους μεγαλύτερης ηλικίας. Όσο μεγαλύτερη είναι η έκθεση των νοσηλευτών στην εμπειρία του θανάτου, τόσο μεγαλύτερη και η επίγνωση των συναισθημάτων τους. Στην ίδια μελέτη διαπιστώθηκε ότι στην υποκλίμακα «φόβος θανάτου» οι νοσηλεύτριες εμφάνισαν στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με τους άντρες συναδέλφους τους, γεγονός που έχει διαπιστωθεί και σε άλλες μελέτες και έχει αποδοθεί στην υψηλότερη επίπτωση αγχωδών διαταραχών στις γυναίκες, συνεπώς και του φόβου του θανάτου. Πράγματι και στην παρούσα έρευνα, προέκυψε ότι οι γυναίκες εμφανίζουν θετικότερη στάση στις συμπεριφορές προς το θάνατο, από τους άνδρες συναδέλφους τους

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε πριν 15 χρόνια περίπου (Dunn, 2005), διερευνήθηκαν οι στάσεις και οι αντιλήψεις νοσηλευτών προς τον θάνατο και η συμπεριφορά τους προς τον ετοιμοθάνατο ασθενή. Συγκεκριμένα οι νοσηλευτές με μεγαλύτερη εμπειρία και επαφή με ασθενείς τελικού σταδίου, ανέφεραν ότι είχαν καλύτερη συμπεριφορά στους ετοιμοθάνατους ασθενείς. Αντίστοιχα ήταν τα ευρήματα και άλλων μελετών. Η έρευνα έδειξε πως η στάση προς τον θάνατο και η παροχή φροντίδας σε ασθενείς τελικού σταδίου, μπορούν να επηρεάσουν την συμπεριφορά των νοσηλευτών. Συγκεκριμένα όσο μεγαλύτερη είναι η αποφυγή προς τον θάνατο, τόσο χειρότερη είναι και η συμπεριφορά τους στους ασθενείς που πεθαίνουν. Αυτό πιθανόν να μπορεί να αποδοθεί στις «άμυνες» που χρησιμοποιούν μερικοί νοσηλευτές προκειμένου να αντιμετωπίσουν τις δικές τους προσωπικές φοβίες σχετικά με τον θάνατο.

Σε μελέτη των Ntantana et al. (2017) που διεξήχθη σε ΜΕΘ στην Ελλάδα, το 64,1% των νοσηλευτών συμφώνησε, ότι δεν θα πρέπει να εφαρμόζονται θεραπείες διατήρησης της ζωής στους βαριά πάσχοντες, που βρίσκονται στο τέλος της ζωής τους, ξεκινώντας από τις πιο επεμβατικές και δαπανηρές θεραπείες, αποτέλεσμα σύμφωνο και με την παρούσα μελέτη.

Σε μία μελέτη, οι Inghelbrecht et al. (2009) εξέτασαν τη στάση των νοσηλευτών στο Βέλγιο για τις αποφάσεις στο τέλος της ζωής και βρήκαν ότι το 92% των νοσηλευτών συμφωνούσαν με την πρακτική της ευθανασίας. Σε άλλη μελέτη, οι Bendiane et al. (2007) στη Γαλλία ανέφεραν ότι το 65% των νοσηλευτών ευνόησαν τη νομιμοποίηση της ευθανασίας, ενώ εκείνοι που εργάζονταν σε τμήματα, που νοσήλευαν ασθενείς στο τέλος της ζωής τους, ήταν περισσότερο υπέρ της νομιμοποίησης της ευθανασίας. Στους περισσότερους συμμετέχοντες (72,6%) δε ζητήθηκε ποτέ από ασθενείς κατά τη διάρκεια της καριέρας τους να επισπεύσουν το θάνατό τους, σε αντίθεση με το 27,4% που τους ζητήθηκε είτε να μην παρέχουν βοήθεια ή να σταματήσουν τη θεραπεία ή να κάνουν



κάποια φαρμακευτική ή άλλη παρέμβαση. Στους περισσότερες συμμετέχοντες (68,5%) δε ζητήθηκε ποτέ από συγγενείς κατά τη διάρκεια της καριέρας τους να επισπεύσουν το θάνατο των ασθενών τους, σε αντίθεση με το 31,5% που τους ζητήθηκε είτε να μην παρέχουν βοήθεια ή να σταματήσουν τη θεραπεία ή να κάνουν κάποια φαρμακευτική ή άλλη παρέμβαση.

Το 93,9% των ιατρών και το 83,7% των νοσηλευτών των ΜΕΘ σε μία μελέτη που διεξήχθη στην Ελλάδα, ανέφεραν ότι είχαν προηγούμενη εμπειρία στη λήψη αποφάσεων στο τέλος της ζωής ασθενών, κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής τους σταδιοδρομίας και ότι η προηγούμενη εμπειρία τους με ασθενείς που πεθαίνουν, είχαν επηρεάσει τη στάση τους απέναντι στην ευθανασία, 67,1% και 47,3% αντίστοιχα. (Ntantana et al., 2017)

Οι Έλληνες νοσηλευτές που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα είναι όλοι τους Χριστιανοί Ορθόδοξοι. Η θρησκευτικότητα δεν φάνηκε να επηρεάζει τη στάση τους. Έχει προκύψει εντούτοις από μελέτες, ότι οι Ελληνορθόδοξοι προτιμούν να διατηρούν τη θεραπεία αντί να την αποσύρουν, σε σύγκριση με τις προτιμήσεις των Καθολικών και των Προτεσταντών (Sprung et al., 2003, 2007).

Σε μελέτη του 2018 (Μπούζα 2018, Η επίδραση της θρησκευτικότητας στη διαμόρφωση των στάσεων του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με το θέμα της ευθανασίας), βρέθηκε ότι όσο πιο πιστοί είναι οι νοσηλευτές, τόσο απρόθυμοι είναι να διακόψουν τη θεραπεία. Επίσης, οι συμμετέχοντες με μικρή θρησκευτικότητα στην Ελλάδα, θα συναινούσαν ή θα έπαιρναν μια απόφαση για επίσπευση θανάτου ασθενούς σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με εκείνους που είχαν μεγάλη θρησκευτικότητα. Όλα αυτά έδειξαν λοιπόν, ότι ο βαθμός της θρησκευτικότητας επηρεάζει τις στάσεις και τις απόψεις των νοσηλευτών για την ευθανασία. Κάτι αντίστοιχο δεν φάνηκε να προκύπτει στην παρούσα έρευνα, καθώς δεν ανιχνεύθηκαν, στατιστικά, σημαντικές διαφορές με κριτήριο τον παράγοντα «Θρήσκος».

Στη μελέτη των Naseh et al. (2015), αν και η μέση βαθμολογία των στάσεων απέναντι στην ευθανασία ήταν υψηλότερη σε νοσηλευτές με μέτριο επίπεδο θρησκευτικών πεποιθήσεων, η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Οι Gielen et al. (2009) βρήκαν μια σχέση μεταξύ των θρησκευτικών πεποιθήσεων του νοσηλευτικού προσωπικού και των αρνητικών στάσεων όσον αφορά την ευθανασία.

Η ανασκόπηση των Verpoort et al. (2004) επεσήμανε την επιρροή της θρησκείας, εκτός από άλλες επιρροές του περιβάλλοντος: νοσηλευτικό προσωπικό με ισχυρή θρησκευτική πίστη, οι μεγαλύτερης ηλικίας και πιο έμπειροι νοσηλευτές και εκείνοι με πολλές επαφές με ασθενείς τελικού σταδίου φαίνεται, ότι είναι πιο πιθανό να αντιταχθούν στην ευθανασία.

Μία πιο πρόσφατη ανασκόπηση, αυτή των Vézina-Im et al. (2014), ωστόσο, δε βρήκε καμία σημαντική σχέση μεταξύ των θρησκευτικών πεποιθήσεων και των στάσεων σχετικά με την

ευθανασία, σε περισσότερες από τις μισές μελέτες που συμπεριέλαβαν στην ανασκόπησή τους, εύρημα που συμβαδίζει με την παρούσα έρευνα.

Σύμφωνα, τέλος, με έρευνα του 2010 (Το ηθικό δίλημμα της ευθανασίας: Διερεύνηση της άποψης των νοσηλευτών έναντι του διλήμματος - Λιακόπουλος Ι, Κακάμπουρας Ι, Κολοβός Η, Χριστοπούλου Ι. 2010), η ευθανασία αποτελεί ίσως το πιο συχνό και σκληρό δίλημμα για τους Έλληνες νοσηλευτές. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, το 50,9% (108) του πληθυσμού της μελέτης θεωρούσε, ότι πρέπει να υφίσταται το δικαίωμα στο θάνατο, ενώ τάσσονταν ενάντια στο δικαίωμα στην αυτοκτονία σε ποσοστό 79,7% (169). Στο κρίσιμο ερώτημα για το αν εγκρίνουν την ευθανασία, ως γενικό όρο, οι Έλληνες νοσηλευτές τάσσονταν κατά, σε ποσοστό (65,1%), ποσοστά που δεν φαίνεται να συμφωνούν με την παρούσα έρευνα.

## **9.2 Περιορισμοί έρευνας**

Βασικός περιορισμός της έρευνας ήταν η χρησιμοποίηση ερωτηματολογίου ως εργαλείο συλλογής των δεδομένων. Τα ερωτηματολόγια ως εργαλεία συλλογής δεδομένων υπόκεινται σε σφάλματα αναφοράς και σφάλματα ανάκλησης.

Ένα βασικό μειονέκτημα της χρήσης ερωτηματολογίου είναι οι μη ειλικρινείς απαντήσεις που δίνουν μερικές φορές οι ερωτώμενοι. Οι απαντήσεις, δηλαδή, των συμμετεχόντων στην έρευνα, δεν είναι πάντοτε πηγαίες και αυθόρμητες, αφού μπορούν να διαβάζουν το σύνολο των ερωτήσεων πριν αρχίσουν να απαντούν. Ένα ακόμη αρνητικό είναι ότι κατά την κατασκευή του ερωτηματολογίου ελλοχεύει ο κίνδυνος να χρησιμοποιηθούν ερωτήματα, που οδηγούν σε κατευθυνόμενες επιθυμητές απαντήσεις, οι οποίες να εξυπηρετούν συγκεκριμένους σκοπούς. Επομένως, οι ερευνητές οφείλουν να εργάζονται προσεκτικά και αντικειμενικά πάνω στο θέμα που τους ανατέθηκε.

Έναν ακόμη περιορισμό συνιστά και το γεγονός ότι τον πληθυσμό της μελέτης αποτελούσαν μόνο 120 νοσηλευτές που εργάζονταν σε 3 Νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης (ΑΧΕΠΑ, Ιπποκράτειο, 424 ΓΣΝΕ), οι οποίοι δεν συνιστούν αποδεδειγμένα αντιπροσωπευτικό δείγμα του νοσηλευτικού προσωπικού, που εργάζεται στη χώρα. Κατά συνέπεια, τα αποτελέσματα της μελέτης δεν μπορούν να γενικευτούν.

Πρέπει επίσης να διευκρινιστεί ότι η χρήση διαφορετικών κλιμάκων μεταξύ ερευνών που προηγήθηκαν για το ίδιο θέμα, καθιστά δύσκολη τη σύγκριση των αποτελεσμάτων τους, σχετικά με τη στάση απέναντι στην ευθανασία. Στην πραγματικότητα, πολλοί αμφισβητούν την εγκυρότητα των ευρημάτων των διαφόρων μελετών, που αποσκοπούν στην εκτίμηση της στάσης απέναντι στην ευθανασία, καθώς διαφορετικές μελέτες έχουν καταλήξει σε διαφορετικά αποτελέσματα, με βάση τις ακριβείς διατυπώσεις και τους ορισμούς που χρησιμοποιούνται, στο εκάστοτε χρησιμοποιούμενο

ερωτηματολόγιο τους (Parkinson et al. 2005 – Elliot et al. 2008). Για παράδειγμα, ορισμένες κλίμακες περιγράφουν περιπτώσεις ευθανασίας, χωρίς να αναφέρεται ρητά ο όρος "ευθανασία".

### **9.3 Προτάσεις πολιτικής υγείας και μελλοντικής έρευνας**

Τα θέματα ζωής και θανάτου πάντα βρίσκονται στο επίκεντρο συζητήσεων και αντιπαραθέσεων. Εκτός από τους επαγγελματίες υγείας, το θέμα θα πρέπει να προβληματίσει και την πολιτεία, ώστε να διαμορφωθεί ένα κατάλληλο και ρεαλιστικό νομοθετικό πλαίσιο, με σεβασμό στα άτομα που υποφέρουν από μια βασανιστική νόσο, λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαιτερότητες της συγκεκριμένης ομάδας ασθενών αλλά και το κώδικα δεοντολογίας των επαγγελματιών υγείας.

Μια ενδεχόμενη νομιμοποίηση της ευθανασίας στη χώρα μας, ενδεχομένως να επιφέρει κοινωνικά μεγαλύτερους κινδύνους στις σχέσεις επαγγελματιών υγείας και ασθενών. Η δημιουργία επιτροπών βιοηθικής στα νοσοκομεία και η βιοηθική διαμεσολάβηση, εξετάζοντας τη κάθε περίπτωση *ad hoc*, με γνώμονα το συμφέρον του ασθενή, την αξιοποίηση των σύγχρονων μέσων και με απώτερο στόχο, την ομαλότερη δυνατή πορεία προς το τέλος. Αυτό ίσως αποτελέσει και τη λύση, ως προς τον καθορισμό μιας σαφέστερης στάσης των νοσηλευτών, στα κρίσιμα ζητήματα που εξετάστηκαν, μέσω της παρούσας εργασίας.

Οι νοσηλευτές ως μέλη της διεπιστημονικής ομάδας θα πρέπει να αποκτήσουν εξειδικευμένες γνώσεις στην ανακουφιστική φροντίδα και να εξετάσουν το ζήτημα, στο πλαίσιο μιας θεραπευτικής σχέσης, σαν ένα μέσο έκφρασης επιθυμίας από τον ασθενή που βρίσκεται στο τέλος του κύκλου της ζωής του, για καλύτερη φροντίδα και αντιμετώπιση.

Στην πράξη, οι νοσηλευτές συχνά εμπλέκονται στη λήψη αποφάσεων, έστω και άτυπα, σε θέματα που σχετίζονται με την ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Με βάση τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, προτείνεται η δημιουργία κατευθυντήριων οδηγιών για το ρόλο του νοσηλευτή στη φροντίδα του ασθενούς, που ζητάει ευθανασία, ώστε να αντιμετωπίσει αυτές τις καταστάσεις εντός επαγγελματικών ορίων.

Η δια βίου μάθηση και εκπαίδευση των νοσηλευτών, η ενημέρωση και επαγρύπνηση σε θέματα σχετικά με τον εγκεφαλικό θάνατο, την δωρεά οργάνων, την ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία, επί ζητημάτων δηλαδή που ξεφεύγουν από την παραδοσιακή εκπαίδευση των σχολών και ιδρυμάτων νοσηλευτικής, θα συντελέσει στη δημιουργία περισσότερο επαγγελματικού και ευαισθητοποιημένου νοσηλευτικού προσωπικού.

Συστηματικότερες και συχνότερες μελλοντικές έρευνες, απευθυνόμενες σε αντιπροσωπευτικότερα δείγματα νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού, που εργάζονται στα ελληνικά νοσοκομεία, θα αποσαφηνίσουν τη στάση τους απέναντι στα κρίσιμα ζητήματα που εξετάστηκαν.

Μετά την υλοποίηση των παραπάνω, η συνειδητοποιημένη στάση απέναντι σε ασθενείς τελικού σταδίου που ζητούν τη λύτρωση από την ανίατη ασθένεια που τους ταλανίζει, δεν θα αποτελεί ένδειξη ανθρωπισμού μόνο, αλλά και επαγγελματική συνέπεια, στην εκπλήρωση του πανανθρώπινου λειτουργήματος του νοσηλευτή.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10<sup>ο</sup> - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Όλα τα επί μέρους ευρήματα που προέκυψαν από τις απαντήσεις των νοσηλευτών, την στατιστική ανάλυση και τις συσχετίσεις των υπό διερεύνηση μεταβλητών, αναφέρονται αναλυτικά στο 8ο κεφάλαιο. Χωρίς πρόθεση να παραλειφθεί κάποιο από αυτά, αφού θα καθιστούσε περιττή την υποβολή του αντιστοίχου ερωτήματος της έρευνας, ελλιπές το ερωτηματολόγιο και επιπλέον θα διακινδύνευε την εξαγωγή πληρέστερων συμπερασμάτων, στο παρόν κεφαλαίο αναφέρονται τα σημαντικότερα μόνο εξ αυτών, σε μια προσπάθεια να αποκωδικοποιηθεί ο σκοπός της έρευνας, σχετικά με τη στάση και τις αντιλήψεις των νοσηλευτών, απέναντι στο Θάνατο, την Ευθανασία και την Υποβοηθούμενη Αυτοκτονία.

Το δείγμα των ερωτηθέντων νοσηλευτών προήλθε από τρία μεγάλα νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης, με τυχαιότητα, σε ικανό ποσοστό και θεωρείται εξαιρετικά ομοιογενές, ως προς το θρήσκευμά του. Η συχνότητα άσκησης των λατρευτικών του καθηκόντων είναι ανάλογη της γενικότερης στην ελληνική κοινωνία. Καλύπτει όλες τις ηλικιακές, ομάδες, στο σύνολο των κατηγοριών εργασιακής εμπειρίας και εκπαιδευτικών βαθμίδων.

Ειδικότερα προέκυψε ότι το 75% ήταν γυναίκες, το 74,2% ήταν έγγαμοι/ες, το 45,8% έχει αποκτήσει δυο τέκνα και το 75% έχει ανώτατες ακαδημαϊκές σπουδές. Το 50% των όσων απάντησαν, εργάζεται στο Ιπποκράτειο, το 25% στο 424 ΓΣΝΕ και το 25% στο ΑΧΕΠΑ. Το 85% του δείγματος έχει από 10 έως 30 έτη προϋπηρεσίας, γεγονός που σημαίνει ότι πρόκειται για αρκετά πεπειραμένο νοσηλευτικό προσωπικό. Ποσοστό 27,5% υπηρετεί σε ΜΕΘ, το οποίο λόγω φύσης της αποστολής του, είναι εξοικειωμένο με περιστατικά που είναι εγγύτερα των άλλων, προς τον θάνατο.

Ως προς τις **θρησκευτικές πεποιθήσεις** του δείγματος, προέκυψε ότι όλοι οι νοσηλευτές ήταν Χριστιανοί Ορθόδοξοι, με το 58,3% αυτών να δηλώνουν αρκετά θρήσκοι και με το 52,5% να εκκλησιάζεται μόνο σε ειδικές μέρες (Χριστούγεννα και Πάσχα). Ελάχιστο (3,3%) ποσοστό αισθάνεται απομακρυσμένο από το Θεό. Αντίθετα ένας στους δύο αισθάνεται πολύ κοντά.

Στις ερωτήσεις σχετικά με το θάνατο ως **μέσο διαφυγής** (escape acceptance), το 31,7% συμφωνούσε ότι ο θάνατος θα είναι ένα τέλος για όλα του τα προβλήματα, ενώ το 40,8% συμφωνούσε ότι ο θάνατος είναι απελευθέρωση από τον πόνο και τα βάσανα. Το 49,2% συμφωνούσε ότι ο παράδεισος θα είναι ένα καλύτερο μέρος από αυτόν τον κόσμο.

Στις ερωτήσεις σχετικά με την **αποφυγή θανάτου** (death avoidance) ποσοστό 61,7% απάντησε ότι αποφεύγει συστηματικά τη σκέψη του θανάτου, ενώ το 64,2% συμφωνούσε ότι προσπαθεί πάντα να μη σκέφτεται το θάνατο.

Στις ερωτήσεις σχετικά με την **αποδοχή θανάτου** (approach acceptance) ποσοστό 50,1% συμφωνούσε ότι ο θάνατος είναι ένωση με το Θεό και αιώνια ευδαιμονία και το 65,9% προσβλέπει σε επανένωση με τους αγαπημένους του, μετά το θάνατο. Το 52,5% συμφωνούσε ότι του δίνει άνεση στην αντιμετώπιση του θανάτου, η πίστη του στη μετά θάνατο ζωή.

Στις ερωτήσεις σχετικά με τον **φόβο θανάτου** (fear of death) το 90% συμφωνούσε ότι ο θάνατος είναι χωρίς αμφιβολία μια μακάβρια εμπειρία. Το 75,8% συμφωνούσε ότι η προοπτική του δικού του θανάτου του δημιουργεί άγχος. Αισθήματα φόβου για το τέλος της επίγειας πραγματικότητας αντιμετωπίζει το 65,9% των ερωτηθέντων νοσηλευτών.

Στις ερωτήσεις σχετικά με την **ουδέτερη αποδοχή** (neutral acceptance) το 84,2% συμφωνούσε ότι ο θάνατος θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν κάτι φυσιολογικό, αναμφισβήτητο και αναπόφευκτο γεγονός. Σχεδόν εννέα στους 10 (85,8%) συμφωνούσαν ότι ο θάνατος είναι φυσική διάσταση της ζωής.

Όσο αφορά τις απόψεις σχετικά με τη **συμμετοχή των ασθενών σε αποφάσεις** που αφορούν το τέλος της ζωής, το 72,5% συμφωνούσε ότι ένα άτομο που πάσχει από επώδυνη νόσο τελικού σταδίου, πρέπει να έχει το δικαίωμα να αρνείται αγωγή, που επεκτείνει τη ζωή του. Τρεις στους τέσσερεις συμφωνούσαν με τη θεσμοθέτηση (νομιμοποίηση) της δυνατότητας των ατόμων, να έχουν τα ίδια προεγκρίνει το θάνατό τους, σε περίπτωση που ανακύνουν ανυπόφορες νόσοι, ενώ το 69,2% συμφωνούσε ότι αν ήταν αντιμετώπος/η με την προοπτική ότι ένα αγαπημένο πρόσωπο υποφέρει έναν αργό και επώδυνο θάνατο, θα υποστήριζε την απόφαση του/της, να αρνηθεί ιατρική αγωγή για τη διατήρηση της ζωής.

Αν ο ίδιος ο νοσηλευτής βρισκόταν μπροστά σε αργό και βασανιστικό θάνατο, θα ήθελε να έχει την επιλογή εύκολου και γρήγορου θανάτου, σε περίπου οκτώ στις δέκα περιπτώσεις (77,5%). Εξάλλου, περίπου 85% όσων απάντησαν, θεωρεί σκληρή την παράταση της οδύνης σε βαρέως πάσχοντα άτομα, που τα ίδια επιθυμούν το θάνατο, ενώ εντύπωση προκαλεί η απουσία επιλογής της απόλυτης διαφωνίας, στο συγκεκριμένο ερώτημα. Επίσης, το 74,2% συμφωνούσε ότι ένα άτομο θα πρέπει να έχει το δικαίωμα να επιλέξει να πεθάνει, αν είναι ασθενής τελικού σταδίου και υποφέρει.

Το 87,5% διαφωνούσε στην απαγόρευση της πρακτικής, ορισμένοι ασθενείς να λαμβάνουν αποκλειστικά ανακουφιστική φροντίδα (για παράδειγμα αναλγητικά φάρμακα) και να αφήνονται να πεθάνουν ειρηνικά, χωρίς περαιτέρω αγωγή, που αποσκοπεί στην επέκταση της ζωής του.

Η διατήρηση στη ζωή, με ιατρική φροντίδα, βρήκε αντίθετο το 81,7% των νοσηλευτών που απάντησαν. Το 61,6% διαφωνούσε στο ότι ο τερματισμός της ανθρώπινης ζωής, ως πράξη ελέους, είναι απαράδεκτος.

Όσο αφορά την **ενεργητική ευθανασία** το 46,7% θεωρεί ότι είναι ανήθικη πράξη. Ως προς την ευθανασία, γενικά παρατηρείται σταθερά θετική στάση προς την αποδοχή, παρά προς την άρνηση, καθώς το 30% του συνόλου των νοσηλευτών έχει συνολικά αρνητική στάση απέναντι της, ενώ το 70% των νοσηλευτών έχει θετική.

Ο τρόπος αποδοχής περιγράφεται μέσα από τα τεθέντα ερωτήματα, περισσότερο με τη μη σκοπιμότητα παράτασης ασθενών τελικού σταδίου, με χρήση σχετικής αγωγής ή μηχανικής υποστήριξης. Αντίθετα η διευκόλυνση με μείωση του πόνου, βρίσκει σχεδόν απόλυτα σύμφωνους τους ερωτηθέντες, οι οποίοι αναγνωρίζουν το δικαίωμα απόφασης τερματισμού της ζωής μόνο στον ίδιο τον ασθενή, χωρίς όμως να αδιαφορούν για τις τυχόν παρακλήσεις του, για υποβοήθηση στη λύτρωσή του από τον αφόρητο πόνο. Συμφωνία, σχεδόν απόλυτη, προκύπτει για τη μη διατήρηση στη ζωή των εγκεφαλικά νεκρών ατόμων.

Από τις **διμεταβλητές συσχετίσεις** ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τις βαθμολογίες των εξεταζόμενων διαστάσεων, προέκυψε ότι η αύξηση της συχνότητας του εκκλησιασμού σχετιζόταν με αύξηση της βαθμολογίας της διάστασης «αποδοχή θανάτου», όπως και η αύξηση της αίσθησης της εγγύτητας στο Θεό, σχετιζόταν με αύξηση της βαθμολογίας της παραπάνω διάστασης. Η αύξηση της συχνότητας του εκκλησιασμού σχετιζόταν, επίσης, με μείωση της βαθμολογίας της διάστασης «φόβος θανάτου», ενώ οι περισσότεροι θρήσκοι νοσηλευτές, είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία της ίδιας διάστασης («φόβος θανάτου»), σε σχέση με τους λιγότερο θρήσκους. Η αύξηση της συχνότητας του εκκλησιασμού σχετιζόταν εξάλλου, με μείωση της συνολικής βαθμολογίας της Κλίμακας Στάσης Απέναντι στην Ευθανασία.

Επίσης, προέκυψε ότι η αύξηση του αριθμού των τέκνων που απέκτησαν οι νοσηλευτές, σχετιζόταν με αύξηση της βαθμολογίας της διάστασης «αποφυγή θανάτου» και ότι οι γυναίκες είχαν μικρότερη βαθμολογία της διάστασης «ουδέτερη αποδοχή», σε σχέση με τους άνδρες. Γενικότερα οι γυναίκες εμφανίζουν θετικότερη στάση στις συμπεριφορές προς το θάνατο από τους άνδρες συναδέλφους τους.

Οι ερωτηθέντες του Ιπποκράτειου παρουσιάζουν θετικότερη στάση στις συμπεριφορές προς το θάνατο, έναντι των νοσηλευτών των άλλων δυο νοσοκομείων. Οι νοσηλευτές με περισσότερα έτη υπηρεσίας, έχουν λιγότερο θετική στάση, ως προς τις ερωτήσεις που αφορούν το θάνατο. Ως προς την ευθανασία δεν ανιχνεύθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές με κριτήριο τον παράγοντα «Θρήσκος», ούτε ως προς τον παράγοντα «οικογενειακή κατάσταση».

Η νοσηλευτική επιστήμη, μέσα σε έναν κόσμο που τον διακρίνει μια ποικιλία ηθικών αρχών και αξιών, ζει έντονα την μετατροπή των ηθικών επιλογών σε ηθικά διλήμματα, σε δύσκολες δηλαδή αποφάσεις, μεταξύ δυο εξίσου μη ικανοποιητικών λύσεων. Η ευθανασία αποτελεί ένα σύγχρονο ηθικό δίλημμα, το οποίο εγείρεται από την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης καθώς και την υποστήριξη της ζωής με τεχνητά μέσα, ακόμη και σε περιπτώσεις όπου η θεραπεία είναι μάταιη. Κάθε δίλημμα εμπεριέχει μια επιλογή ανάμεσα σε δυο εξίσου επώδυνες λύσεις. Το συγκεκριμένο θέμα ακροβατεί ανάμεσα σε ένα δίπολο τη ζωή και το θάνατο, όπου από τη μια πλευρά υπάρχει το δικαίωμα της αυτονομίας του ατόμου να αποφασίσει για τη ζωή και το θάνατό του, ενώ από την άλλη πλευρά βρίσκεται η υποχρέωση της έννομης τάξης, να προστατεύσει το υπέρτατο αγαθό της ανθρώπινης ζωής

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

### 11.1 Η Ευθανασία σε διάφορες χώρες του κόσμου

- **Αυστρία:** Απαγορεύονται η ενεργητική ευθανασία και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Επιτρέπεται η παθητική μορφή ευθανασίας, μετά από αίτημα του ασθενή που πάσχει από ανίατο νόσημα. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να αρνηθεί τη θεραπεία, μετά από πλήρη και εμπειριστατωμένη ενημέρωση του θεράποντα ιατρού και γραπτό αίτημα και συγκατάθεσή του. Η ενεργητική και παθητική ευθανασία αποτελούν εγκληματικές πράξεις και τιμωρούνται από το νόμο. Αντιθέτως, δεν επιτρέπεται η απόσυρση των παροχών φροντίδας στον ασθενή.

- **Βέλγιο:** Η ευθανασία έχει νομιμοποιηθεί από το 2002. Εφαρμόζεται με τη βοήθεια τρίτου προσώπου υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις, κάτω από τις οποίες είναι νόμιμη η διαδικασία. Οι προϋποθέσεις αυτές είναι κατάσταση της υγείας του ασθενούς να είναι μη αναστρέψιμη και να οφείλεται σε νόσο ή ατύχημα. Ο ασθενής υποβάλλει εγγράφως το αίτημα για ευθανασία, ενώ έχει δικαίωμα να αποσύρει το αίτημα οποιαδήποτε στιγμή επιθυμεί. Ο γιατρός που θα αναλάβει την ευθανασία πρέπει να επιβεβαιώσει ότι ο ασθενής πάσχει από σοβαρή και μη αναστρέψιμη βλάβη, που έχει προκληθεί από ασθένεια ή ατύχημα. Εξάιρεση αποτελούν τα επείγοντα περιστατικά, όπου ο ασθενής έχει χάσει τις αισθήσεις του και ο ιατρός δεν έχει χρόνο για να επαληθεύσει μια πρότερη άρνηση, ως επακόλουθο υπερτερεί το καθήκον παροχής βοήθειας. Το Βέλγιο αποτελεί τη πρώτη χώρα στο κόσμο η οποία δεν έχει ηλικιακό περιορισμό στην ευθανασία εκτός από την Ολλανδία που έχει νομιμοποιήσει την ευθανασία σε παιδιά ηλικίας άνω των 12 ετών. Το 2014 η νομιμοποίηση της ευθανασίας επεκτάθηκε και σε ανηλίκους. Αξίες όπως η συμπόνια και η ανθρωπιά, προβάλλονταν ως επιχειρήματα για να υποστηρίξουν την επέκταση της ευθανασίας στα παιδιά. Οι συνθήκες που έχουν οριστεί είναι: Το παιδί να υποφέρει από ανίατη αρρώστια, που οδηγεί στο θάνατο σύντομα και να αντιμετωπίζει ένα αφόρητο σωματικό πόνο, η ικανότητα του να αξιολογείται από ψυχολόγο ή ψυχίατρο, οι δυο γονείς να δώσουν τη συγκατάθεση τους και δυο ανεξάρτητοι γιατροί πρέπει να αξιολογήσουν ότι όλα τα κριτήρια είναι πλήρη (Friedel et al. 2018).

- **Βουλγαρία:** Απαγορεύεται οποιαδήποτε μορφή ευθανασίας, θεωρούμενη έγκλημα ανθρωποκτονίας.

- **Γαλλία:** Το Φεβρουάριο του 2016 ενέκρινε νομοθεσία που τροποποιεί και ενισχύει νέα δικαιώματα στη φροντίδα των ασθενών που βρίσκονται στο τέλος του κύκλου της ζωής. Η ευθανασία και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία απαγορεύονται ενώ από το 2005 ο νόμος είναι πιο ελαστικός στη παθητική ευθανασία υπό προϋποθέσεις. Ο νόμος εισάγει το δικαίωμα της βαθιάς καταστολής, η οποία ενδέχεται να επιφέρει το θάνατο σε τρεις περιπτώσεις: α) κατόπιν αιτήματος του ασθενή, όταν η πρόγνωση είναι ο θάνατος και η βαθιά καταστολή αποτελεί το μοναδικό τρόπο ανακούφισης του



αρρώστου από το πόνο. β) κατόπιν αιτήματος του ασθενή που υποφέρει από ταλαιπωρία, να αποσυρθεί η τεχνητή θεραπεία που τον διατηρεί στη ζωή. γ) όταν ο ασθενής δεν είναι σε θέση να εκφράσει τις επιθυμίες του και η απόφαση των θεραπόντων ιατρών και είναι να αποσύρουν την επιθετική θεραπεία που τον διατηρεί στη ζωή (Aubry 2016).

- **Γερμανία:** Στη Γερμανία το θέμα της ευθανασίας εξακολουθεί να διχάζει, προκαλώντας αντιπαραθέσεις και επαναφορά δυσάρεστων ιστορικών διασυνδέσεων όπως οι περιπτώσεις ευθανασίας της ναζιστικής Γερμανίας. Η ενεργητική ευθανασία αποτελεί εγκληματική πράξη, επομένως τιμωρείται ποινικά. Η παθητική ευθανασία επιτρέπεται, με την αποδοχή του πρόωρου θανάτου μέσω ιατρικής θεραπείας που αποσκοπεί στην ανακούφιση του πόνου. Από το 2015 επιτρέπεται η υποβοηθούμενη αυτοκτονία σε μεμονωμένους ασθενείς, με αλτρουιστικά κίνητρα.

- **Δανία:** Η ευθανασία και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία απαγορεύονται, ενώ η παθητική ευθανασία επιτρέπεται, όταν ο ασθενής δηλώσει ότι δεν θέλει να ταλαιπωρείται και ότι επιθυμεί να εφαρμοστεί σε αυτόν παθητική ευθανασία, οπότε ο γιατρός οφείλει συμμόρφωση. Η ενεργητική ευθανασία τέθηκε σε δημόσια διαβούλευση δημιουργώντας διχασμό απόψεων στην κοινωνία.

- **Εσθονία:** Η ευθανασία και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία απαγορεύονται. Εντούτοις, αναγνωρίζεται το δικαίωμα στην άρνηση της θεραπείας από ασθενείς τελικού σταδίου.

- **Ηνωμένο Βασίλειο:** Η ευθανασία και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία αποτελούν εγκλήματα ανθρωποκτονίας, ενώ η παθητική ευθανασία επιτρέπεται σε ορισμένες περιπτώσεις. Αναγνωρίζεται το δικαίωμα άρνησης στη θεραπεία από ασθενείς με ανίατη νόσο, επομένως ο ιατρός οφείλει να σεβαστεί την απόφαση του ασθενούς στη μη λήψη ή διακοπή της θεραπείας. Σε περιπτώσεις ανίατης ασθένειας και εφόσον δεν υπάρχει πρόθεση να προκληθεί θάνατος, αλλά ανακούφιση των συμπτωμάτων, μπορεί να χορηγηθεί νόμιμα θεραπεία που να συντομεύει τη ζωή. Κατά το αγγλικό δίκαιο η αφαίρεση της ζωής αποτελεί εγκληματική πράξη, ανεξάρτητα από τα κίνητρα του δράστη. Δεν ισχύει όμως δίωξη στην έμμεση ευθανασία σε περιπτώσεις όπου ο ιατρός χορηγεί φαρμακευτική αγωγή, η οποία έχει ως κύριο στόχο να ανακουφίσει του πόνους του ασθενούς αλλά σαν αποτέλεσμα ενδέχεται να επιφέρει το θάνατο (Νταβώνη et al. 2013).

- **Ιρλανδία:** Απαγορεύεται η ευθανασία και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία, ωστόσο αναγνωρίζεται το δικαίωμα του ασθενούς στην άρνηση της θεραπείας. Επομένως, απαγορεύεται στον ιατρό να συμβάλει ενεργά στο θάνατο κάποιου, ενώ δεν είναι παράνομο να σταματήσει τη θεραπευτική αγωγή σε ασθενή με ανίατη νόσο, κατόπιν επιθυμίας του τελευταίου.

- **Ισπανία:** Δε διαθέτει ειδική νομοθεσία σχετικά με την ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Ο ισπανικός ποινικός κώδικας ποινικοποιεί την ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία, καθώς και οι δύο περιπτώσεις θεωρούνται ως εγκλήματα κατά της ζωής, με ελαφρυντικά.

Η παθητική ευθανασία δεν απαγορεύεται και υπάρχει, από το 2002, νόμος που τη ρυθμίζει. Ο ασθενής, σε περίπτωση ανίατης ασθένειας, διαθέτει την επιλογή να καταγράψει τις καταστάσεις στις οποίες δεν επιθυμεί να παραταθεί τεχνητά η ζωή του.

- **Ιταλία:** Η ενεργητική ευθανασία και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία απαγορεύονται από τον ιταλικό ποινικό και αστικό κώδικα, ενώ η παθητική ευθανασία αποτελεί πολύπλοκη κατάσταση. Σύμφωνα με τον ιταλικό ποινικό κώδικα, «ο επαγγελματίας υγείας έχει την υποχρέωση να προβεί σε οποιαδήποτε πράξη προκειμένου να σώσει τη ζωή του ασθενούς. Σε αντίθετη περίπτωση, η συμπεριφορά του καθίσταται ίση με ενεργό δολοφονία», επομένως η παθητική ευθανασία τυπικά απαγορεύεται. Στην περίπτωση που ο ασθενής αρνείται να λάβει τη θεραπεία, ο γιατρός δεν μπορεί να τον αναγκάσει, χρησιμοποιώντας βία και εξαναγκασμό. Αν ο ιατρός δεν μπόρεσε να κρατήσει στη ζωή ασθενή λόγω άρνησης ιατρικής θεραπείας, δε θεωρείται ένοχος από το νόμο. Η παθητική ευθανασία των ανίκανων ασθενών απαγορεύεται πάντοτε. Στο κοινοβούλιο της χώρας έχει τεθεί νομοθετική πρόταση με σκοπό τη νομιμοποίηση της ευθανασίας.

- **Ολλανδία:** Η ευθανασία και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία επιτρέπονται σε άτομα άνω των 18 ετών από το 2002, ενώ το 2014 επετράπη και σε παιδιά άνω των 12 ετών. Πρόκειται για την πρώτη ευρωπαϊκή χώρα που προέβη στη νομιμοποίηση, καταγράφοντας και τα κριτήρια που θα πρέπει να ισχύουν ώστε ο γιατρός να βοηθήσει τον ασθενή να πεθάνει. Δε γίνεται χρήση των όρων «ενεργητική» και «παθητική» ευθανασία, διότι θεωρήθηκαν πολύ συγκεχυμένες. Σύμφωνα με τη νομοθεσία, ευθανασία νοείται η χορήγηση θανατηφόρας δόσης από το ιατρικό προσωπικό στον ασθενή, κατόπιν ρητού αιτήματος του τελευταίου. Για την εφαρμογή της ευθανασίας πρέπει να συντρέχουν σωρευτικά κάποιες βασικές προϋποθέσεις: ύπαρξη ανίατης νόσου για την οποία να μην υφίσταται θεραπεία, η νόσος να προκαλεί αφόρητους πόνους, η βούληση του ασθενούς να είναι συνεχής και επίμονη και ο ασθενής να έχει συνείδηση των λεγομένων του. Περίπου 15 χρόνια μετά τη νομιμοποίηση της ευθανασίας και της ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, πάνω από 25% των θανάτων συμβαίνουν με αυτόν τον τρόπο, σύμφωνα με στατιστικές του 2017.

- **Κροατία:** Η ευθανασία και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία απαγορεύονται. Ωστόσο, αναγνωρίζεται το δικαίωμα του ασθενούς στην άρνηση της θεραπείας, κατόπιν υπογραφής από τον ίδιον τον ασθενή, επομένως η δήλωση επιθυμίας για διακοπή ή μη λήψη της θεραπείας γίνονται αποδεκτές σε ασθενείς με ανίατη νόσο.

- **Κύπρος:** Η ευθανασία και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία απαγορεύονται, όπως και η παθητική ευθανασία. Αναμένεται συζήτηση στο κοινοβούλιο για την ευθανασία.

- **Λετονία:** Δεν υφίσταται νομοθετικό πλαίσιο για ευθανασία ή υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Το ποινικό δίκαιο τις αντιμετωπίζει ως εγκλήματα κατά της ζωής, ωστόσο αναγνωρίζεται το δικαίωμα στην άρνηση της θεραπείας σε ασθενείς με ανίατη νόσο.

- **Λιθουανία:** Απαγορεύεται οποιαδήποτε μορφή ευθανασίας. Τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα τονίζονται διαρκώς στις συζητήσεις σχετικών νομοσχεδίων, αλλά μέχρι σήμερα δεν έχει ληφθεί καμία απόφαση.

- **Λουξεμβούργο:** Τόσο η ευθανασία όσο και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία επιτρέπονται από το 2009 σε άτομα με ανίατη ασθένεια. Οι ασθενείς μπορούν να επιλέξουν τον τρόπο και το χρόνο που θα τελειώσει η ζωή τους και οι γιατροί που αναλαμβάνουν να ικανοποιήσουν το αίτημά τους για ευθανασία ή υποβοηθούμενη αυτοκτονία προστατεύονται από τη δίωξη. Υπάρχουν αυστηροί νομικοί όροι για τη διασφάλιση της διαφάνειας και του ελέγχου των ιατρικών διαδικασιών για τον οικειοθελή τερματισμό της ζωής. Πριν από τη διενέργεια της ευθανασίας ή της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας επιβάλλεται ο ιατρός να διεξάγει αρκετές συνεντεύξεις με τον ασθενή, ώστε να επιβεβαιωθεί ότι η απόφαση για ευθανασία καθίσταται αμετάκλητη. Οι αιτήσεις για ευθανασία ή υποβοηθούμενη αυτοκτονία μπορεί να κατατεθούν από οποιονδήποτε έχει μια ανίατη ασθένεια και η αιτία της ανίατης κατάστασης είναι αδιάφορη. Ο ασθενής πρέπει να έχει συναινέσει εγγράφως τόσο για την ευθανασία όσο και για την υποβοηθούμενη αυτοκτονία, και για να θεωρηθεί νόμιμο το αίτημά του, πρέπει να έχει πλήρη συνείδηση κατά τη στιγμή της αίτησης, την κατάλληλη ηλικία και τη νομική ικανότητα να λαμβάνει τις δικές του αποφάσεις, να έχει λάβει την απόφαση χωρίς εξωτερική πίεση και να πάσχει από ανίατη ιατρική κατάσταση, χωρίς προοπτική βελτίωσης.

- **Μάλτα:** Η ενεργητική ευθανασία, καθώς και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία, απαγορεύονται από το νόμο. Αντιθέτως, επιτρέπεται η παθητική ευθανασία, που έγκειται στο δικαίωμα του ασθενούς στην άρνηση της θεραπείας.

- **Ουγγαρία:** Η ενεργητική ευθανασία, καθώς και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία, απαγορεύονται από το νόμο. Αντιθέτως, επιτρέπεται η παθητική ευθανασία, με αυστηρά μέτρα. Ο ασθενής μπορεί να αρνηθεί μια θεραπεία εξ ολοκλήρου ή ακόμη και να καθορίσει τις θεραπευτικές παρεμβάσεις που επιθυμεί, αλλά χρειάζεται να υπάρχουν γνωματεύσεις ψυχιατρικών εμπειρογνομώνων.

- **Πολωνία:** Όλες οι μορφές ευθανασίας και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι παράνομες. Η χώρα αντιτίθεται σε οποιαδήποτε πρόταση επί του θέματος.

- **Πορτογαλία:** Η ενεργητική ευθανασία και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία απαγορεύονται από το νόμο, ενώ επιτρέπεται η παθητική ευθανασία (μη χρήση ή διακοπή των θεραπευτικών ή

υποστηρικτικών μέσων που θα παρατείνουν τη ζωή του ασθενούς). Στο κοινοβούλιο αναμένεται συζήτηση για τη νομιμοποίηση της ευθανασίας.

- **Ρουμανία:** Απαγορεύεται οποιαδήποτε μορφή ευθανασίας και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία.
- **Σλοβακία:** Απαγορεύεται η ενεργητική ευθανασία και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία από τη νομοθεσία και από τους κώδικες δεοντολογίας των επαγγελματιών υγείας. Η παθητική ευθανασία επιτρέπεται, όταν το ιατρικό προσωπικό θεωρεί μάταιη μια θεραπεία και αφού πραγματοποιηθεί ιατρικό συμβούλιο για τη διακοπή της. Αναγνωρίζεται το δικαίωμα του ασθενούς με ανίατη νόσο στην άρνηση της θεραπείας.
- **Σλοβενία:** Απαγορεύεται οποιαδήποτε μορφή ευθανασίας και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία.
- **Σουηδία:** Η βοήθεια ενός ατόμου για τη χορήγηση θανατηφόρων ουσιών παραμένει παράνομη, ωστόσο η υποβοηθούμενη αυτοκτονία, χωρίς προσωπικά συμφέροντα, είναι γενικά απαλλαγμένη από ποινή. Η παθητική ευθανασία επιτρέπεται, έτσι οποιοσδήποτε ασθενής επιθυμεί να διακόψει τη θεραπεία του έχει δικαίωμα να το πράξει.
- **Τσεχία:** Απαγορεύεται οποιαδήποτε μορφή ευθανασίας και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Ωστόσο, οι βουλευτές ετοιμάζονται να υποβάλουν νομοσχέδιο, εμπνευσμένο από το Βέλγιο, που θα νομιμοποιεί την ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Στο παρελθόν ορισμένοι πολιτικοί είχαν προσπαθήσει αρκετές φορές να περάσουν παρόμοιο νομοσχέδιο χωρίς επιτυχία.
- **Φινλανδία:** Η ευθανασία είναι παράνομη, ωστόσο η παθητική ευθανασία αποτελεί συνήθη πρακτική από τους γιατρούς, σε συνδυασμό με το δικαίωμα της άρνησης της θεραπείας από τον ίδιον τον ασθενή. Η υποβοηθούμενη αυτοκτονία δεν περιλαμβάνεται στις απαγορευτικές διατάξεις του ποινικού κώδικα, κατά συνέπεια επιτρέπεται η εφαρμογή της. Στο κοινοβούλιο της χώρας έχει υποβληθεί νομοθετική πρόταση, με σκοπό τη νομιμοποίηση της ευθανασίας.
- **Αυστραλία:** Αίτημα για ευθανασία θα μπορούν να υποβάλουν οι πολίτες της Βικτόρια της Αυστραλίας, η οποία είναι η πρώτη πολιτεία της χώρας, που πρόκειται να νομιμοποιήσει την ευθανασία υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις: να είναι άνω των 18 ετών, πολίτες της Βικτόρια και να έχουν λιγότερο από έξι μήνες ζωής ή 1 χρόνο εάν πάσχουν από νευρολογική νόσο τελικού σταδίου. Από τον Ιούνιο του 2019 τέθηκε σε ισχύ το σχετικό νομοθέτημα για την ευθανασία.
- **Η.Π.Α.:** Ενώ σε επίπεδο κράτους η υποβοηθούμενη αυτοκτονία απαγορεύεται, η ευθανασία δεν είναι παράνομη σε κάποιες πολιτείες. Η αυτοκτονία με τη βοήθεια ιατρών νομιμοποιήθηκε στην Καλιφόρνια τον Οκτώβριο του 2015, όταν ο κυβερνήτης της πολιτείας Τζέρι Μπράουν υπέγραψε σχέδιο νόμου, παρά τη σφοδρή αντίδραση μερικών θρησκευτικών οργανώσεων και άλλων ομάδων, σχετικών με τα δικαιώματα ατόμων με ειδικές ανάγκες. Ο νόμος βασίστηκε σε παρόμοια νομοθεσία

με αυτήν του Όρεγκον και επέτρεψε σε γιατρούς να συνταγογραφούν φάρμακα που θα θέτουν τέλος στη ζωή ασθενών τους, υπό τον όρο ότι δύο γιατροί συνυπογράφουν ότι σε ένα άτομο απομένουν μόνο έξι μήνες ζωής και ότι ο ασθενής διαθέτει πνευματική διαύγεια. Με το νόμο αυτόν «Oregon Death with Dignity Act», θεσμοθετήθηκε ουσιαστικά ο «θάνατος με αξιοπρέπεια». Εκτός του Όρεγκον και της Καλιφόρνια (δυτικές πολιτείες), η ευθανασία επιτρέπεται στην Ουάσιγκτον (δυτική πολιτεία), στη Χαβάη, στη Μοντάνα και στο Κολοράντο (κεντρικές πολιτείες), στο Βερμόντ, στο Νιου Τζέρσεϋ, στο Μέϊν και στην Ουάσιγκτον Περιφέρεια της Κολούμπια (ανατολική πολιτεία).

- **Ιαπωνία:** Η ευθανασία είναι νόμιμη από το 1962. Θα πρέπει όμως να αποδεικνύεται ότι ο ασθενής πονάει και υποφέρει αβάσταχτα, και ότι η κατάστασή του είναι μη αναστρέψιμη. Επίσης ο νόμος αναφέρει ρητά ότι η ευθανασία πρέπει να γίνεται μόνο από γιατρό και με «ηθικά σωστό τρόπο»

## 11.2 Κώδικας Δεοντολογίας Νοσηλευτών

Η νοσηλευτική ως επιστήμη είναι πλούσια σε αξίες και έχει ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα. Οι νοσηλευτές-τριες στο χώρο του νοσοκομείου απασχολούνται κατά κύριο λόγο σε κυλιόμενο ωράριο, το οποίο αποτελείται από βάρδιες και καλύπτει όλο το 24ωρο. Επομένως έρχονται σε στενή επαφή με τους ασθενείς, οι οποίοι είναι μερικώς ή πλήρως εξαρτημένοι από τη φροντίδα τους. Οι ανάγκες αυτές εκτός από σωματικές μπορεί να περιλαμβάνουν μια ποικιλία θεμάτων υγείας όπως: ψυχοκοινωνικές, και οι ανικανοποίητες ανάγκες και προκύπτουν όταν υπάρχει αναντιστοιχία μεταξύ των αντιλήψεων των ασθενών για τις ανάγκες τους και της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας με αποτέλεσμα να μην επιτυγχάνεται η ευεξία. (Κωνσταντινίδης et al. 2014)

Η δεοντολογία ορίζεται ως το σύστημα των ηθικών αρχών, οι οποίες εφαρμόζονται με τη μορφή συγκεκριμένων κανόνων και συμπεριφορών κατά την άσκηση κάποιου επαγγέλματος. Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας στοχεύει αφενός στη διαφύλαξη της ασφάλειας και στη προστασία των ατόμων που είναι αποδέκτες φροντίδας, αφετέρου στη προστασία του νοσηλευτικού επαγγέλματος ρυθμίζοντας τη σχέση των νοσηλευτών μεταξύ τους αλλά και με τους άλλους επαγγελματίες υγείας.

Η νοσηλευτική δεοντολογία αποτελεί το εννοιολογικό πλαίσιο για τη διαμόρφωση συγκεκριμένων συμπεριφορών αλλά και στάσεων απέναντι σε διάφορα θέματα που άπτονται της φροντίδας. Θεμελιώδεις αρχές νοσηλευτικής δεοντολογίας είναι:

- Ο σεβασμός στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια
- Η αρχή της αυτονομίας του ατόμου
- Η αρχή του ωφελιμισμού
- Η μη πρόκληση βλάβης
- Η αρχή της δικαιοσύνης

- Η προστασία και εμπιστευτικότητα ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων
- Η πληροφορημένη συγκατάθεση
- Η αρχή της ισοτιμίας

### **Άρθρα του κώδικα νοσηλευτικής δεοντολογίας**

Άρθρο 1. Ο Νοσηλευτής οφείλει να αποτελεί υπόδειγμα εντίμου και άμεμπτου ατόμου σε όλες τις εκδηλώσεις της ζωής του και να προστατεύει την αξιοπρέπεια του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Οφείλει γενικά να πράττει καθετί που επιβάλλει το καθήκον του, σύμφωνα με τα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα, τις αρχές της ηθικής και της δεοντολογίας, τις διατάξεις του παρόντος κώδικα και τις διατάξεις που αφορούν την άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

Άρθρο 2. Πρωταρχική μέριμνα του νοσηλευτή κατά την παροχή των υπηρεσιών του είναι η κάλυψη των αναγκών του ανθρώπου ως βιοψυχοκοινωνικής και πνευματικής οντότητας. Με αποκλειστικό γνώμονα το συμφέρον του ασθενή, στα πλαίσια της πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, αποκατάστασης και ανακούφισης από τον πόνο, οφείλει ο νοσηλευτής να χρησιμοποιεί το σύνολο των επιστημονικών και επαγγελματικών του γνώσεων και δεξιοτήτων και την εμπειρία του, διατηρώντας σε κάθε περίπτωση την επιστημονική και επαγγελματική του ανεξαρτησία.

Άρθρο 3. Ιδιαίτερο καθήκον του νοσηλευτή αποτελεί η φροντίδα του ασθενή, με τη δημιουργία του κατάλληλου θεραπευτικού περιβάλλοντος ώστε ο ασθενής να απολαμβάνει τη μέγιστη δυνατή σωματική, ψυχική και πνευματική υγεία.

Άρθρο 4. Ο Νοσηλευτής πρέπει κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του να απέχει από κάθε πράξη ή παράλειψη που είναι δυνατόν να δημιουργήσει την υπόνοια ότι καταφεύγει σε παραπλάνηση ή εξαπάτηση των ασθενών, προσέλκυση πελατείας, προσωπική διαφήμιση, συνεταιρισμό με άτομα που δεν ασκούν το επάγγελμα, συγκάλυψη ατόμων που ασκούν μη νόμιμα το επάγγελμα ή αθέμιτο ανταγωνισμό συναδέλφων.

Άρθρο 5. Ο Νοσηλευτής οφείλει απόλυτο σεβασμό στη προσωπικότητα, την αξιοπρέπεια και την τιμή του ασθενή. Οφείλει να λαμβάνει κάθε μέτρο που προάγει, αλλά και να απέχει από κάθε ενέργεια που είναι δυνατό να θίξει το αίσθημα της προσωπικής ελευθερίας και την ελεύθερη βούληση του ασθενή.

Άρθρο 6. Ο Νοσηλευτής οφείλει να προσφέρει ισότιμα προς όλους τους ασθενείς την ίδια φροντίδα, επιμέλεια και αφοσίωση, ανεξάρτητα από τις θρησκευτικές, ιδεολογικές ή άλλες πεποιθήσεις τους, την κοινωνική και την οικονομική τους κατάσταση ή τη βαρύτητα της νόσου.

Άρθρο 7. Ο Νοσηλευτής οφείλει απεριόριστο σεβασμό στην αξία της ανθρώπινης ζωής, λαμβάνει κάθε μέτρο για τη διάσωση ή τη διατήρηση της και απέχει από κάθε ενέργεια που είναι δυνατό να τη θέσει σε κίνδυνο.

Άρθρο 8. Ο Νοσηλευτής οφείλει να παρέχει τις υπηρεσίες του με αποκλειστικό γνώμονα το συμφέρον του ασθενή, στα πλαίσια και όρια των καθηκόντων του, σύμφωνα με τα δεδομένα της νοσηλευτικής επιστήμης και τις διατάξεις που αφορούν την άσκηση του επαγγέλματος αποφεύγοντας οποιαδήποτε μη ενδεδειγμένη ή πειραματική ή διαγνωστική ή θεραπευτική μέθοδο. Για το σκοπό αυτό, ο Νοσηλευτής οφείλει να ενημερώνεται και να βελτιώνει τις δεξιότητες του στα πλαίσια της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.

Άρθρο 9. Ο Νοσηλευτής οφείλει να παρέχει τη συνδρομή του στον ασθενή με κάθε θεμιτό μέσο και να τον προστατεύει από οποιαδήποτε βλάβη ή κίνδυνο στο χώρο παροχής των υπηρεσιών του, δημιουργώντας ένα ασφαλές περιβάλλον. Οφείλει επίσης να διαφυλάττει τα ατομικά δικαιώματα του ασθενή και να αποτρέπει με κάθε δυνατό μέσο οποιαδήποτε μορφή παραβίασης τους.

Άρθρο 10. Ο Νοσηλευτής, σεβόμενος την προσωπικότητα του ασθενή, πρέπει να παρέχει τη συνδρομή του για την ορθή ενημέρωση του ασθενή αναφορικά με την πρόγνωση, τη διάγνωση, τη θεραπεία, τους ενδεχόμενους κινδύνους και τα οφέλη, πριν από τη διενέργεια κάθε νοσηλευτικής ή ιατρικής πράξης.

Άρθρο 11. Ο Νοσηλευτής οφείλει απεριόριστο σεβασμό στην ιδιωτική ζωή του ασθενή και απέχει από κάθε πράξη ή παράλειψη που είναι δυνατό να βλάψει τον απόρρητο χαρακτήρα των κάθε είδους πληροφοριών των οποίων λαμβάνει γνώση κατά την άσκηση των καθηκόντων του.

Άρθρο 12. Ο Νοσηλευτής οφείλει να διατηρεί άριστες σχέσεις με τους συναδέλφους Νοσηλευτές, τους ιατρούς και το λοιπό προσωπικό κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του, παραμερίζοντας κάθε διαφορά με γνώμονα το συμφέρον του ασθενή και την εύρυθμη λειτουργία του φορέα παροχής υπηρεσιών. Οφείλει να σέβεται και να τιμά τους συναδέλφους Νοσηλευτές κάθε βαθμίδος, εκπαίδευσης ή ειδίκευσης τηρώντας την ιεραρχία

Άρθρο 13. Ο Νοσηλευτής οφείλει να σέβεται και να συνεργάζεται αρμονικά με τους ιατρούς, ακολουθώντας με ακρίβεια τις ιατρικές οδηγίες, διατηρώντας συγχρόνως την επιστημονική του ανεξαρτησία και την ιδιότητα του ως ισότιμου μέλους της θεραπευτικής ομάδας.

Άρθρο 14. Απαγορεύεται στο Νοσηλευτή να προβαίνει σε επικρίσεις ή αποδοκιμασίες του έργου των συναδέλφων του, των ιατρών και του λοιπού προσωπικού.

Άρθρο 15. Ο Νοσηλευτής οφείλει να παρέχει τις υπηρεσίες του και τη συνδρομή του στις δημόσιες αρχές για την προαγωγή και διαφύλαξη της δημόσιας υγείας, τόσο στα πλαίσια της κοινοτικής νοσηλευτικής όσο και κατά την παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών γενικότερα, σύμφωνα με τους κανόνες της επιστήμης και τις κείμενες διατάξεις.

Άρθρο 16. Ο Νοσηλευτής που ασχολείται με την έρευνα οφείλει να τηρεί τις γενικές αρχές ηθικής και δεοντολογίας κατά τη διενέργεια κάθε επιδημιολογικής, κλινικής ή άλλης έρευνας, όπως

αυτές ορίζονται στους διεθνείς κώδικες και διατυπώνονται ειδικότερα από την αρμόδια επιτροπή ηθικής και δεοντολογίας. Επίσης οφείλει να λαμβάνει ιδιαίτερη μέριμνα για το σεβασμό των ατομικών δικαιωμάτων των ατόμων που συμμετέχουν με τη συναίνεση τους σε επιστημονική έρευνα, για την επιστημονική ακρίβεια των αποτελεσμάτων της έρευνας και για την τήρηση του νοσηλευτικού απορρήτου.

Άρθρο 17. Ο Νοσηλευτής δεν μπορεί να συνδυάζει την έρευνα με τις νοσηλευτικές φροντίδες, εκτός της περίπτωσης που αυτή η έρευνα μπορεί να προσφέρει διαγνωστικά ή θεραπευτικά στον ασθενή.

Άρθρο 18. Η παροχή νοσηλευτικών φροντίδων απαιτεί, σε όλες τις περιστάσεις, το σεβασμό της ζωής, της αξιοπρέπειας και της ελεύθερης επιλογής του ασθενή. Σε περίπτωση ανίατης ασθένειας που βρίσκεται στο τελικό στάδιο μπορεί η νοσηλευτική φροντίδα να περιοριστεί στην ανακούφιση του φυσικού και ηθικού πόνου του ασθενή, παρέχοντας του την κατάλληλη υποστήριξη και διατηρώντας κατά το δυνατό τη ποιότητα της ζωής του. Αποτελεί υπέρτατο χρέος του νοσηλευτή να συμπαρίσταται στον ασθενή μέχρι το τέλος και να δρα με τρόπο, ώστε να του επιτρέπει τη διατήρηση της αξιοπρέπειας του.

Άρθρο 19. Ο Νοσηλευτής που μετέχει στη διαδικασία πιστοποίησης του θανάτου, κατά τα οριζόμενα στο άρθρο 12 του Ν. 2737/1999 (Α'174), παρέχει τη συνδρομή του στο ιατρικό έργο και λαμβάνει κάθε απαραίτητο μετρώ προκειμένου να διαπιστωθεί ότι τηρηθήκαν οι κείμενες διατάξεις.

Άρθρο 20. Ο Νοσηλευτής οφείλει να παρέχει στον ασθενή, μετά από αίτηση του, κάθε χρήσιμη πληροφορία στα θέματα της αναπαραγωγής στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων του. Σύμφωνα με τη νοσηλευτική ηθική, ο νοσηλευτής εξαιτίας των προσωπικών του πεποιθήσεων έχει τη δυνατότητα αποχής από τη διαδικασία αναπαραγωγής ή διακοπής της κύησης.

Άρθρο 21. Υποχρεώσεις στα πλαίσια της Παιδιατρικής Νοσηλευτικής: Η προσωπικότητα και η βούληση του παιδιού-ασθενή πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας και να επιδιώκεται η λήψη της συναίνεσης, ιδιαίτερα των έφηβων.

Άρθρο 22. Υποχρεώσεις στα πλαίσια της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής: Ο Νοσηλευτής οφείλει τον απαραίτητο σεβασμό στην προσωπικότητα του ψυχιατρικού ασθενή ή λαμβάνοντας υπόψη τη βούληση του στις περιπτώσεις εκείνες που είναι σε θέση να την εκφράσει.

Άρθρο 23. Υποχρεώσεις στα πλαίσια της Κοινοτικής Νοσηλευτικής: Ο Νοσηλευτής οφείλει στα πλαίσια της Κοινοτικής Νοσηλευτικής να παρέχει τις διαγνωστικές, θεραπευτικές, και υποστηρικτικές νοσηλευτικές υπηρεσίες του σε στενή συνεργασία με την ομάδα υγείας, το φορέα στα πλαίσια του οποίου γίνεται η παροχή, καθώς και τις δημοσιές αρχές για τη προστασία της δημόσιας υγείας.



### 11.3 Ερωτηματολόγιο Έρευνας

Αξιότιμε κύριε/κυρία,

Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί μέρος της έρευνάς μου, στα πλαίσια της μεταπτυχιακής μου διατριβής, για την απόκτηση του μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών στην Ψυχική Υγεία. Σκοπός της έρευνας είναι να ερευνηθούν οι στάσεις και οι αντιλήψεις των νοσηλευτών, για το Θάνατο, την Ευθανασία και την Υποβοηθούμενη Αυτοκτονία.

Οι απαντήσεις σας είναι εμπιστευτικές και οι πληροφορίες που παρέχετε θα χρησιμοποιηθούν για τη στατιστική ανάλυση και την εξαγωγή συμπερασμάτων, στη παρούσα έρευνα. Κανένας άλλος εκτός από εμένα, δεν θα έχει πρόσβαση στις πληροφορίες που περιέχονται, στα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια.

Αν δεν είστε απόλυτα βέβαιος/βέβαιη για την απάντησή σας, παρακαλώ να δώσετε την απάντηση που νομίζετε ότι ταιριάζει περισσότερο στις απόψεις σας.

Σε περίπτωση που έχετε κάποια απορία ή επιθυμείτε να ενημερωθείτε για τα αποτελέσματα της έρευνας, μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μου στη παρακάτω ηλεκτρονική διεύθυνση: [dimitrapaparantza@gmail.com](mailto:dimitrapaparantza@gmail.com)

Το ερωτηματολόγιο αποτελεί το κύριο μέσο άντλησης πληροφοριών και για το λόγο αυτό, η συμβολή σας είναι ιδιαίτερα σημαντική. Η συμμετοχή σας είναι απολύτως εθελοντική.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συμβολή σας στην ολοκλήρωση της έρευνάς μου.

*Με εκτίμηση,  
Παπαράντζα Δήμητρα  
Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια  
Νοσηλεύτρια ΤΕ  
ΜΕΘ Παίδων-ΓΝΘ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ*

Παρακαλώ επιλέξτε (με ✓) το αντίστοιχα κουτάκι στις ερωτήσεις που ακολουθούν.

Επιθυμώ να συμμετάσχω στην έρευνα:

ΝΑΙ: ☐

ΟΧΙ: ☐

## **ΜΕΡΟΣ Α**

### **Δημογραφικά και Προσωπικά Στοιχεία**

- ☐ Άνδρας
- ☐ Γυναίκα

#### **1) Ηλικία**

- ☐ 18-27
- ☐ 28-37
- ☐ 38-47
- ☐ 48-57
- ☐ 57 και άνω

#### **2) Οικογενειακή κατάσταση**

- ☐ Άγαμος/η
- ☐ Έγγαμος/η
- ☐ Διαζευγμένος/η
- ☐ Χήρος/α

#### **3) Αριθμός παιδιών**

- ☐ Κανένα
- ☐ Ένα
- ☐ Δύο
- ☐ Τρία και άνω

#### **4) Ποιος είναι ο ανώτερος εκπαιδευτικός τίτλος που έχετε αποκτήσει;**

- ☐ ΠΕ Νοσηλευτικής
- ☐ ΤΕ Νοσηλευτικής
- ☐ ΔΕ Νοσηλευτικής
- ☐ Μεταπτυχιακό (MSc)
- ☐ Διδακτορικό (PhD)
- ☐ Άλλο

#### **5) Έτη προϋπηρεσίας**

- ☐ Λιγότερο από 10 χρόνια
- ☐ 10 έως 20 χρόνια
- ☐ 21 έως 30 χρόνια
- ☐ 31 έως 40 χρόνια

#### **5) Σε ποιο τμήμα εργάζεστε;.....**

#### **6) Θρήσκευμα**

- ☐ Χριστιανός Ορθόδοξος
- ☐ Άθεος
- ☐ Άλλο

**7)Πόσο συχνά πηγαίνετε στην εκκλησία;**

- ☐ Πάνω από μια φορά την εβδομάδα
- ☐ Μία φορά την εβδομάδα
- ☐ Μία φορά το μήνα
- ☐ Μόνο σε ειδικές ημέρες (Χριστούγεννα- Πάσχα)
- ☐ Μια φορά το χρόνο
- ☐ Σχεδόν ποτέ

**8)Ανεξάρτητα αν πηγαίνετε στην εκκλησία ή όχι, πόσο θρήσκος είστε;**

- ☐ Πολύ θρήσκος
- ☐ Αρκετά θρήσκος
- ☐ Λίγο θρήσκος
- ☐ Καθόλου θρήσκος
- ☐ Δεν ξέρω/δεν απαντώ

**9)Γενικά πόσο κοντά αισθάνεστε στο Θεό;**

- ☐ Καθόλου
- ☐ Κάπως κοντά
- ☐ Πολύ κοντά
- ☐ Όσο πιο κοντά γίνεται

## ΜΕΡΟΣ Β

### ΠΡΟΦΙΛ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΘΑΝΑΤΟΥ DAP-R

Αυτό το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει έναν αριθμό από προτάσεις σχετικά με διαφορετικές συμπεριφορές προς το Θάνατο. Διαβάστε τη κάθε πρόταση προσεκτικά και μετά αποφασίστε το πόσο διαφωνείτε ή συμφωνείτε. Για παράδειγμα μπορεί σε ένα σημείο να διαβάσετε: «Ο θάνατος είναι φίλος». Καθορίστε πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε και κυκλώστε ένα από τα ακόλουθα:

**ΣΑ** = Συμφωνώ Απόλυτα

**Σ** = Συμφωνώ

**ΣΜ** = Συμφωνώ Μέτρια

**Α** = Αναποφάσιστος/-η

**ΔΜ** = Διαφωνώ Μέτρια

**Δ** = Διαφωνώ **ΔΑ** = Διαφωνώ Απόλυτα

Σημειώστε ότι οι επιλογές εναλλάσσονται μεταξύ απόλυτης συμφωνίας σε απόλυτη διαφωνία και ξανά από απόλυτης διαφωνίας σε απόλυτη συμφωνία. Εάν συμφωνείτε απόλυτα με τη πρόταση θα πρέπει να κυκλώσετε ΣΑ. Εάν διαφωνείτε απόλυτα θα πρέπει να κυκλώσετε ΔΑ. Εάν είστε αναποφάσιστος κυκλώστε Α. Ωστόσο προσπαθήστε να χρησιμοποιήσετε με φειδώ τη κατηγορία επιλογών αναποφάσιστος.

Είναι σημαντικό να δώσετε απάντηση σε κάθε πρόταση. Κάποιες από τις προτάσεις πιθανό να σας φανούν όμοιες, αλλά είναι αναγκαίο όλες να αναδείξουν τις μικρές αλλαγές στη συμπεριφορά.

Παρακαλώ επιλέξτε (με √) το αντίστοιχο κουτάκι του παρακάτω πίνακα:

	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
1.Ο θάνατος είναι χωρίς αμφιβολία μια μακάβρια εμπειρία.							
2.Η προοπτική του δικού μου θανάτου μου δημιουργεί άγχος.							
3.Αποφεύγω τις σκέψεις θανάτου με κάθε κόστος.							
4.Πιστεύω ότι θα είμαι στο παράδεισο μετά από το θάνατό μου							
5.Ο θάνατος θα είναι ένα τέλος για όλα μου τα προβλήματα.							
6.Ο θάνατος θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν κάτι φυσιολογικό, αναμφισβήτητο και αναπόφευκτο							
7.Ενοχλούμαι από την οριστικότητα του θανάτου.							
8.Ο θάνατος είναι η είσοδος σε ένα μέρος απόλυτης ικανοποίησης.							

	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
9.Ο θάνατος προσφέρει μια διαφυγή από τον απαίσιο κόσμο.							
10.Όποτε η σκέψη του θανάτου έρχεται στο μυαλό μου, προσπαθώ να τη διώξω μακριά.							
11.Ο θάνατος είναι απελευθέρωση από το πόνο και τα βάσανα.							
12.Προσπαθώ πάντα να μη σκέφτομαι το θάνατο.							
13.Πιστεύω ότι ο παράδεισος θα είναι ένα καλύτερο μέρος από αυτόν τον κόσμο.							
14.Ο θάνατος είναι φυσική διάσταση της ζωής.							
15.Ο θάνατος είναι ένωση με το Θεό και αιώνια ευδαιμονία.							
16.Ο θάνατος αποτελεί μια υπόσχεση για μια καλύτερη ζωή.							
17.Ούτε φοβάμαι ούτε καλωσορίζω το θάνατο.							
18.Έχω έντονο φόβο για το θάνατο.							
19.Αποφεύγω να σκέφτομαι το θάνατο από κάθε άποψη.							
20.Το θέμα της ζωής μετά το θάνατο με προβληματίζει έντονα.							
21.Το γεγονός ότι ο θάνατος σημαίνει το τέλος όλων των πραγμάτων όπως τα γνωρίζω με φοβίζει.							
22.Προσβλέπω σε μια επανένωση με τους αγαπημένους μου μετά το θάνατό μου							
23.Βλέπω το θάνατο ως ανακούφιση από τα εγκόσμια βάσανα.							
24.Ο θάνατος είναι απλά ένα τμήμα της διαδικασίας της ζωής.							
25.Βλέπω το θάνατο ως το πέραςμα σε ένα αιώνιο και ευλογημένο τόπο.							

	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
26.Προσπαθώ να μην έχω τίποτα να κάνω με το θέμα του θανάτου.							
27.Ο θάνατος προσφέρει μια υπέροχη ανακούφιση της ψυχής.							
28.Ένα πράγμα που μου δίνει άνεση στο να αντιμετωπίσω το θάνατο είναι η πίστη μου στη μετά							
29.Βλέπω το θάνατο ως ανακούφιση από τα βάρη αυτής της ζωής.							
30.Ο θάνατος δεν είναι ούτε καλός ούτε κακός.							
31.Ανυπομονώ για τη ζωή μετά το θάνατο.							
32.Η αβεβαιότητα του τι συμβαίνει μετά το θάνατο με ανησυχεί.							

## II) ΚΛΙΜΑΚΑ ΣΤΑΣΗΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

Τα ακόλουθα ερωτήματα έχουν σχεδιαστεί για τη μέτρηση της στάσης των ατόμων απέναντι στην ευθανασία. Διαβάστε κάθε δήλωση προσεκτικά και επιλέξτε μια από τις τέσσερις απαντήσεις (συμφωνώ απόλυτα έως διαφωνώ απόλυτα) ανάλογα με τι αντιπροσωπεύει περισσότερο τη δική σας στάση απέναντι στη κάθε δήλωση.

Κλίμακα στάσης απέναντι στην ευθανασία	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα	Διαφώνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
1.Ακόμη και αν ένας ασθενής τελικού σταδίου εκφράζει με σαφήνεια τη προτίμησή του να πεθάνει έναντι της επέκτασης της ζωής του, δε πρέπει να εκτελείται καμία πράξη που να επιφέρει το θάνατο του ασθενή.				
2.Υπό οποιεσδήποτε συνθήκες, θεωρώ ότι οι γιατροί θα πρέπει να προσπαθούν να παρατείνουν τη ζωή των ασθενών τους.				
3.Για μένα δεν υπάρχει ποτέ αιτιολόγηση για τον τερματισμό της ζωής ενός ατόμου ακόμη κι αν πάσχει από νόσο τελικού σταδίου.				
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				

του. Αυτή η πρακτική πρέπει να απαγορευτεί.				
5.Πιστεύω ότι είναι πιο ανθρώπινο να αφαιρείται η ζωή ενός ατόμου που πάσχει από νόσο τελικού σταδίου, και βιώνει έντονο πόνο, παρά το να αφήνεται να υποφέρει.				
6.Ένα άτομο που είναι εγκεφαλικά νεκρό θα πρέπει να διατηρείται στη ζωή με την κατάλληλη ιατρική φροντίδα.				
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.				
8.Δεν αισθάνομαι αρνητικά απέναντι σε ένα άτομο που επισπεύδει το θάνατο αγαπημένου του προσώπου ώστε να το απαλλάξει από επιπλέον αφόρητο πόνο.				
9. Πιστεύω ότι θα έπρεπε να υπάρχουν νόμιμοι τρόποι με τους οποίους ένα άτομο θα μπορούσε να προεγκρίνει το θάνατό του σε περίπτωση που ανακύνουν ανυπόφορες νόσοι.				
10.Δε μπορώ να αναλογιστώ καμία ιατρική περίπτωση στην οποία ο τερματισμός της ζωής θα αποτελούσε πράξη ελέους.				
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.				
12.Δε θα υποστήριζα την απόφαση ενός γιατρού να αρνηθεί τη λήψη μέτρων πέρα από τα συνήθη αν ο ασθενής δεν έχει καμία πιθανότητα επιβίωσης.				
13.Υποστηρίζω την απόφαση να παρέχεται μόνο ανακουφιστική φροντίδα αν ένας ασθενής τελικού σταδίου πεθαίνει και δεν έχει παρά μόνο λίγες ώρες ζωής.				
14.Αν ήμουν αντιμέτωπος/η με την προοπτική ότι ένα αγαπημένο πρόσωπο υποφέρει έναν αργό και επώδυνο θάνατο θα υποστήριζα την απόφαση του/της να αρνηθεί ιατρική αγωγή για τη διατήρηση της ζωής.				

15.Θεωρώ ότι η απενεργοποίηση των μηχανημάτων υποστήριξης της ζωής είναι πράξη ελέους προς ένα άτομο που είναι εγκεφαλικά νεκρό.				
16.Εάν ήμουν αντιμέτωπος/η 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.				
17.Είναι σκληρό να παρατείνεται η έντονη οδύνη για κάποιον που είναι πολύ βαριά ασθενής και επιθυμεί να πεθάνει.				
18.Κανένας συμπεριλαμβανομένων των ιατρών, δεν επιτρέπεται να αποφασίζει τον τερματισμό της ζωής ενός ατόμου που υποφέρει.				
19.Θεωρώ ότι οποιοσδήποτε βοηθά έναν ασθενή τελικού σταδίου που υποφέρει να πεθάνει δεν είναι παρά ένας κοινός εγκληματίας.				
20.Ένας ασθενής τελικού σταδίου που βιώνει έντονο πόνο έχει το δικαίωμα να τερματίσει τη ζωή του/της με τον πιο εύκολο τρόπο.				
21.Εάν ένας φίλος/η μου που 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 τη παράκλησή του/της.				
22.Η ένεση θανατηφόρου δόσης φαρμάκου σε ένα άτομο προκειμένου να αποτραπεί ο ανυπόφορος επώδυνος θάνατός του, είναι ανήθικη πράξη.				
23.Ανεξάρτητα από το πόσο μπορεί να ικετεύει ένα άτομο να πεθάνει για να αποφύγει τον ανυπόφορο πόνο, κανένας δε θα έπρεπε να βοηθήσει αυτό το άτομο να εκπληρώσει την επιθυμία του.				
24.Η πρόκληση θανάτου για λόγους ελέους είναι αποδεκτή.				
25.Ασθενείς τελικού σταδίου που προσπαθούν να πεθάνουν από ασιτία για να αποφύγουν τον αφόρητο πόνο θα πρέπει να σιτίζονται ενδοφλεβίως δια της βίας.				
26.Θεωρώ ότι είναι ανήθικο να επιτρέπεται ο τερματισμός της				



ανθρώπινης ζωής όταν η ιατρική τεχνολογία είναι ικανή να τη διατηρήσει.				
27.Ο τερματισμός της ανθρώπινης ζωής, ως πράξη ελέους, είναι απαράδεκτος για εμένα.				
28.Η υποβοήθηση ενός ατόμου που αντιμετωπίζει μια μελλοντική ζωή με αφόρητο πόνο να τερματίσει τη ζωή του/της είναι δολοφονία όπως το βλέπω.				
29.Ένα άτομο θα πρέπει να έχει το δικαίωμα να επιλέξει να πεθάνει αν είναι ασθενής τελικού σταδίου και υποφέρει.				
30.Θα πρέπει να επιτρέπεται σε έναν ασθενή τελικού σταδίου να απορρίπτει συστήματα υποστήριξης της ζωής.				

**Σας ευχαριστώ θερμά που διαθέσατε το χρόνο σας για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.**

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **Ελληνόγλωσση**

- Ανδρουλάκης Ν (1974). Ποινικόν Δίκαιον, Ειδικό Μέρος, Αθήναι 1974.
- Ανευβλαβής Ε. (2001). Η ελεήμων θανάτωση (mercy killing) ή ευθανασία. Μια αποκλειστική διάζευξη. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18(6).
- Βάντσος Μ. (2003). Η ιερότητα της ζωής, οι θέσεις της ρωμαιοκαθολικής εκκλησίας σε θέματα βιοηθικής, Πόλις, Αθήνα.
- Βγενοπούλου Ι., Πρεζεράκος Π., Τζαβέλλα Φ., (2016), Θεραπευτική αφήγηση στην ανακουφιστική φροντίδα, μια μέθοδος για την ανάπτυξη της ενσυναίσθησης, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2017, 34(3):411-419.
- Βέλιος Α. (2016). Εγώ και ο θάνατός μου. Το δικαίωμα στην ευθανασία. Εκδόσεις Ροές.
- Βούλτσος Π., Τσούγκας Μ. (2008). Ευθανασία: Ένα νομοθετικά ακάλυπτο, πολύπτυχο και οριακό ζήτημα. Ιατρικό Βήμα σελ. 76-78.
- Γαλανάκης, Ε. (1996). Η Λυτρωτική Θανάτωση στην Αρχαία Ελληνική Γραμματεία. Ιωάννινα.
- Γεωργιάδης. Το δικαίωμα στο θάνατο. Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας.
- Γιαρένη Γ(2005). Το δικαίωμα στο θάνατο και το ιατρικό καθήκον διατήρησης της ζωής . Το Βήμα του Ασκληπιού. 4(3) 138
- Γιούρντα Α. Τουλιά Γ. (2015). Ανάγκες συγγενών νοσηλευόμενων ασθενών σε μονάδα εντατικής θεραπείας. Το Βήμα του Ασκληπιού, τόμος 14, τεύχος 1.
- Γρινιεζάκης Μ., Μαυροφόρου Α. Βιοηθικοί Προβληματισμοί στην Ιατρική Δεοντολογία. Εκδόσεις Παν/μίου Θεσσαλίας, 2009.
- Δαγτόγλου Π. (2012) Συνταγματικό Δίκαιο. Ατομικά Δικαιώματα 4η έκδοση. Εκδόσεις Σάκκουλα.
- Δαμίγος Δ. (2000). Οι ψυχολογικές και κοινωνικές διαστάσεις της ευθανασίας.
- Δημολιάτης Γ. (2016) Η απάντηση μου πότε πρέπει να πεθάνω εγώ: Στην ώρα μου, ούτε πρόωρα, ούτε μετάωρα. Η διαθήκη μου. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, τεύχος 33, 54-56
- Δημολιάτης Γ. (2016). Ένα ερώτημα πλανιέται πάνω από τη δυτική κοινωνία: Πότε πρέπει να πεθαίνουν τα μέλη της. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 33: 7-12.
- Επιτροπάκης Π., Φώτος Ν.Β. (2004) Ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα στη νοσηλευτική. Το Βήμα του Ασκληπιού, 3:113-117
- Κατσανούλας Κ (2009). Ηθικά διλήμματα, προτελευταίες αποφάσεις και αποκλιμάκωση θεραπείας στις ΜΕΘ. Ελληνικό Περιοδικό Περιεγχειρητικής Ιατρικής, 54-66.
- Κατσιμίγκας Γ., Βασιλοπούλου Γ. (2010). Βασικές αρχές Βιοηθικής και Ορθόδοξης ηθικής. Το Βήμα του Ασκληπιού, τεύχος 9.

- Κούντουρας Δ., Χατζόπουλος Χ., Ζαβός Α. (2003). Ειδικό άρθρο Ευθανασία, Βήμα Κλινικής Ογκολογίας 2003, 149
- Κρανιδιώτης (2018). Ευθανασία Ιστορική ανασκόπηση σημασιών, ιδεών και πρακτικών. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 35(4)527-534.
- Κυριακοπούλου, Μ., Κυριακούδη, Α. (2015). Εγκεφαλικός Θάνατος και Μεταμοσχευση Οργάνων. Βασικές αρχές εντατικής θεραπείας.
- Κωνσταντινίδης Θ., Φιλαληθής Α. (2014) Εκτίμηση αναγκών υγείας ογκολογικών ασθενών με προχωρημένη νόσο. Η νοσηλευτική προσέγγιση. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 31 (4) 412-422
- Κωστόπουλος Κ. Αρχιμανδρίτης (2011). Ευθανασία: Η Σφραγίδα της Αποτυχίας του Σύγχρονου Πολιτισμού. Αχαϊκή Ιατρική , τόμος 30, τεύχος 1.
- Λεμονίδου Χ. (2014). Νομοθεσία και δεοντολογία στο χώρο της υγείας. Γ' ενότητα.
- Λεπίδου Μ. Καδδά Ο. Αργυρίου Γ, Νέστωρ Α, Μαρβάκη Α, Χασιώτη Γ, Νανάς Σ. (2012). Τα ηθικά διλήμματα ως πηγή άγχους στους ιατρούς και στους νοσηλευτές της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας. Νοσηλευτική:51(2):187-194.
- Διακόπουλος Ι., Κακάμπουρας Μ., Κολοβός Η., Χριστοπούλου Γ., (2010). Το ηθικό δίλημμα της ευθανασίας: Διερεύνηση της άποψης των νοσηλευτών έναντι του διλήμματος. Το Βήμα του Ασκληπιού . Τόμος 9 τεύχος 2
- Μαθιουδάκης Γ. Ευθανασία-Η διαχείριση της ζωής και του θανάτου. Η ευθανασία στην ιστορική διαδρομή της ανθρώπινης κοινωνίας.
- Μανωλεδάκη Ι., Prittwitz C. (επιμ.), Η ποινική προστασία της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, Ελληνογερμανικό συμπόσιο, Θεσσαλονίκη: εκδ. Σάκκουλα 1997, σ. 9επ. (16).
- Μανωλεδάκη Ι., Ανθρώπινη αξιοπρέπεια: Έννομο αγαθό ή απόλυτο όριο στην άσκηση εξουσίας;
- Μπαλής (1961). Γενικά Αρχαί του Αστικού Δικαίου, εκδόσεις Σάκκουλα
- Μπομπότα Ε. Ευθανασία αξιοπρεπής θάνατος ή έγκλημα; Ιατρικό Δίκαιο, σελ.103.
- Μπούζα (2018). Η επίδραση της θρησκευτικότητας στη διαμόρφωση των στάσεων του νοσηλευτικού προσωπικού του Γ. Ν. Καλαμάτας σχετικά με το θέμα της ευθανασίας.
- Νταβώνη Γ., Μπαγιάτη-Λεβάκου Μ. Δάντσιου Μ. (2013). Ηθικοί προβληματισμοί για τον περιορισμό της θεραπείας και αποφάσεις στο τέλος της ζωής. Βραβείο καλύτερης βιβλιογραφικής ανασκόπησης Πανελλήνιο Συνέδριο ΕΝΕ.
- Παπαγεωργίου Κ. (2016). Ιατρικές αποφάσεις στο τέλος της ζωής. Ιατρικό Δίκαιο Βιοηθική εκδόσεις Σακκουλα, τεύχος 33.
- Παπαδοπούλου Δ. (2015). Ειδικά Θέματα Βιοηθικής Ελληνικά Ακαδημαϊκά και Ηλεκτρονικά Συγγράμματα και Βοηθήματα.

- Παπαδοπούλου Λ.(2012) Υπάρχει δικαίωμα στο θάνατο; Μια συζήτηση με τον Καθηγητή Ιωάννη Μανωλεδάκη. Πρακτικά Συνεδρίου στη μνήμη του Γιαννη Μανωλεδάκη. Εκδόσεις Σάκκουλα.
- Παπασταύρου Ε. (2012). Η έννοια της αξιοπρέπειας: Μια σταθερή αλλά ξεχασμένη αξία της νοσηλευτικής. Το Βήμα του Ασκληπιού. Τεύχος 3, τόμος 11.
- Πάππα, 2014 - Ευθανασία και επαγγελματίες υγείας, ηθικές διαστάσεις και ζητήματα.
- Πάρπα (2015). Η στάση των λειτουργών υγείας συγγενών με ασθενείς τελικού σταδίου, και κοινού απέναντι στην ευθανασία.
- Πιπερόπουλος Γ. (2010). Καρκινοπαθείς τελικού σταδίου. Οι ψυχοκοινωνικές διαστάσεις ενός τραγικού ρόλου. Τεύχος 31.
- Πρωτοπαπαδάκης Ε. (2008). Ενεργητική και παθητική ευθανασία: Υπάρχει ηθική διαφοροποίηση; Φιλοσοφία και παιδεία σελ.23 -26.
- Πρωτοπαπαδάκης Ε. (2003). Η Ευθανασία απέναντι στη Σύγχρονη Βιοηθική εκδ. Σάκκουλας.
- Ρεθυμιωτάκη Ε. (2012). Ευθανασία και διαθήκες ζωής. Εισήγηση στην ημερίδα που οργανώθηκε από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής για τα 10 χρόνια λειτουργίας της. Εκδόσεις Σάκκουλας, σελ. 153-194.
- Συμεωνίδου Ε. (2006), Εγκλήματα κατά προσωπικών αγαθών, Νομική Βιβλιοθήκη, σελ. 19-22.
- Φράγκου Δ, Γαλάνης Π. (2018). Ηθικά ζητήματα στην ευθανασία και στην ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 35(6):834-841.

### **Ξενόγλωσση**

- Allmark P. (2002). Death with dignity J Med Ethics 28:255-257.
- Annadurai K, Danasekaran R, Mani G.(2014 ) Euthanasia :right to die with dignity Journal of family medicine and primary care 3(4) 477-478.
- Aubry R (2016) End-of –life euthanasia, and assisted suicide: An update on the situation on France. Rev Neurol 172 (12):719-724.
- Bacon F. (2002) The Major Works. Great Britain: Oxford University Press.
- Bendiane, M.K., Galinier, A., Favre, R., Ribiere, C., Lapiana, J.-M., Obadia, Y. & PerettiWatel, P. (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.
- Bergum, 2013, Doane et Varcoe, 2007, Nortvedt, 2001, Wright et Brajtman, 2011, Relational and embodied knowing: Nursing ethics within the interprofessional team, Article in Nursing Ethics 18(1):20-30.
- Biggs H. (2001) Euthanasia, Death with Dignity and the Law. UK:Hart Publishing.

- Cooke, K. J. (1998). The Limits of Heredity: Nature and Nurture in American Eugenics before 1915. *Journal of the History of Biology*, 31, 263-278.
- Dierckx de Casterlé B, Berghs M, Gastmans C. (2005), The complexity of nurses' attitudes toward euthanasia: a review of the literature, *J Med Ethics*. 2005 Aug;31(8):441-6.
- Dierckx de Casterlé B., Verpoort C., De Bal N. & Gastmans C. (2006). Nurses' views on their involvement in euthanasia: a qualitative study in Flanders (Belgium). *Journal of Medical Ethics* 32: 187-192.
- Dunn, K.S., Otten, C., & Stephens, E. (2005). Nursing experience and the care of dying patients. *Oncol Nurs Forum*, 32, 97–104.
- Elliott J, Olver I. Dying cancer patients talk about euthanasia. *Soc Sci Med*. 2008;67:647–56.
- Euthanasia and Assisted Suicide (2007), Association Medicale Canadienne
- Friedel M., Terwangne B., Brichard B., Ruysseveldt I., Renard M., (2018). The Belgian Euthanasia law and its impact on the practices of Belgian pediatric palliative care teams. *International Journal of Palliative Nursing*, volume 24, issue 7.
- Gorman L. & Sultan D. (2008). *Psychological nursing for general patient care* (3th eds) Philadelphia: FA Davis.
- Griffiths J., Weyers H. (2008). *Euthanasia and law in Europe*. Hart publishing.
- Hasheesh A., Al-Sayed, AboZeid, Sohier Goda El-Said, Abdullah D., Alhujai (2013). Nurses' characteristics and their Attitudes toward Death and Caring for Dying Patients in a Public Hospital in Jordan.
- Inghelbrecht, E., Bilsen, J., Mortier, F., Deliens, L. (2009). Nurses' attitudes towards end-of-life decisions in medical practice: a nationwide study in Flanders, Belgium. *Palliative Medicine*, 237, 649–58.
- Jacono B., Cable-Williams B., Foster C., Mitchell M. G., Lavoie M., Richardson H., Jewers H., Young L. (2009). *The Principles and Practice of Palliative Care Nursing and Palliative Care Competencies for Canadian Nurse*.
- Jasmeet Soara , Jerry P. Nolanb C., Bernd W. Böttigerd, Gavin D. Perkinse F., Carsten Lottg, Pierr Carlih, Tommaso Pellisi , Claudio Sandronij , Markus B. Skrifvarsk, Gary B. Smithl, Kjetil Sundem N, Charles D. Deakin, (2015). Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Αναζωογόνησης , Κατευθυντήριες Οδηγίες για την Αναζωογόνηση, 2015. Κεφάλαιο 3. Εξειδικευμένη υποστήριξη της ζωής. Θέματα Αναισθησιολογίας και Εντατικής Ιατρικής.
- JM van Delden (2012) *Euthanasia (Physician Assisted Suicide)*
- Khader, K.A., Jarrah, S.S. & Alasad, J. (2010). Influence of nurses' characteristics and education on their attitudes towards death and dying: A review of literature. *Journal of Nursing and Midwifery*.

- Khan F, Tadros G (2013) Physician-assisted suicide and euthanasia in Indian context: Sooner or later the need to ponder! Indian journal of psychological Medicine 35(1)Q 101-105.
- Kübler-Ross E. (1991), On Life After Death, Celestial Arts.
- Lipscombe S, Colthart G, (2012), Assisted Suicide, Library House of Commons
- McMillen Re. (2008). End of life decisions: nurses perceptions, feelings and experiences. Intensive and Critical Care Nursing.24:251-259.
- More T., Hythloday R, Giles P., Cardinal J. Utopia, Utopia setting, Antwerp (Belgium), Published May 2003 by Penguin Classics (first published 1516).
- Naseh, L., Rafiei, H. & Heidari, M. 2015. Nurses' attitudes towards euthanasia: A cross-sectional study in Iran. International Journal of Palliative Nursing 21, 43-48.
- Nordenfelt L. (2004) The Varieties of dignity. Health Care Analysis 12(2) 69-81
- Ntantana, A., Matamis, D., Savvidou, S., Marmanidou, K., Giannakou, M., Gouva, M., Nakos, G. & Koulouras, V. (2017). The impact of healthcare professionals' personality and religious beliefs on the decisions to forego life sustaining treatments: an observational, multicentre, cross-sectional study in Greek intensive care units. BMJ Open, 71, 1-12.
- Onwuteaka-Philipsen B, Deliens L. (2018) Euthanasia and public health page 519
- Orfali R. (2011). Death with Dignity Mill City Press.
- Parkinson L, Rainbird K, Kerridge I, et al. Cancer patients' attitudes towards euthanasia and physician assisted suicide: the influence of question wording and patients' own definitions of euthanasia. J Bioeth Inq. 2005;2(2):82-9.
- Ramabele, T. (2004). Attitudes of the elderly towards euthanasia: A cross cultural study. Bloemfontein, South Africa: University of the Free State.
- Rodriguez-Prat A., Balaguer A., Booth A. & Monforte-Royo C. (2017). Understanding patients experiences of the wish to hasten death: an updated and expanded systematic review and meta-ethnography. BMJ Open.7:e01659.
- Rose Seraphim (1980), «Η ψυχή μετά τον θάνατο», (Seraphim Rose, 1980), St. Herman of Alaska Brotherhood.
- Sarafis P, Tsounis A, Malliarou M. (2012). Euthanasia an active area of research in contemporary bioethics Challenges for the society and the professionals of healthcare. Volume 5, issue 1
- Simon Marina-Perez (2014) Establishing an international policy on euthanasia. Human Rights Council.
- Sprung, C.L., Cohen, S.L., Sjøkvist, P., et al. (2003). End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study. JAMA, 290, 790-7.

- Sprung, C.L., Maia, P., Bulow, H.H., et al. (2007). The importance of religious affiliation and culture on end-of-life decisions in European intensive care units. *Intensive Care Medicine*, 33, 1732–9.
- Terkamo-Moisio A., Kvist T., Kangasniemi M., Laitila T., Ryynänen O. & Pietilä M. (2017). Nurses' attitudes towards euthanasia in conflict with professional ethical guidelines. *Nursing Ethics* 24:70-86
- Van Rensselaer Potter (1971). *Bioethics: Bridge to the future*. Englewood Cliffs, N. J. Prentice-Hall, 1971, N. E. Bingham.
- Vernon S, Briss P., Tiro J., Warnecke R. Some methodologic lessons learned from cancer screening research. *Cancer*, 2004, 101(Suppl 5):1131–1145.
- Verpoort C., Gastmans C., De Bal N., Dierckx de Casterlé B. (2004). Nurses' attitudes to euthanasia: a review of the literature. *Nurs Ethics*. 2004;11(4):349-65.
- Vézina-Im L-A, Lavoie M., Pawel Krol & Olivier-D'Avignon M. (2014). Motivations of physicians and nurses to practice voluntary euthanasia: a systematic review
- Wood Mak Y, Elwyn G (2005). Voices of the terminally ill uncovering the meaning of desire for euthanasia. *Palliative Medicine* 19 343-350
- Wright D., Chirchikova M., Daniel V., Bitzas V., Elmore J. & Fortin M. (2017). Engaging with patients who desire death: Interpretation, presence, and constraint. *Canadian Oncology Nursing Journal* 27: 56-64.

### Λιαδίκτυο

- Boudreau JD., Somerville M. (2014). Euthanasia and assisted suicide: a physician's and ethicist's perspectives, Available at: <https://www.dovepress.com/euthanasia-and-assisted-suicide-a-physicians-and-ethicists-peer-reviewed-fulltext-article-MB>, (Accessed 17 July 2019).
- Davis N. (2019). Euthanasia and assisted dying rates are soaring. But where are they legal? Available at: <https://www.theguardian.com/news/2019/jul/15/euthanasia-and-assisted-dying-rates-are-soaring-but-where-are-they-legal>, (Accessed: 18 July 2019).
- Galton F. (1883), Available at: <http://galton.org/books/human-faculty/text/galton-1883-human-faculty-v4.pdf>, (Accessed: 11 Aug 2019).
- Jenkins S. (2019). Deciding how to end one's life should be the ultimate human right, Available at: <https://www.theguardian.com/commentisfree/2019/mar/22/death-human-right-assisted-dying>, (Accessed: 16 July 2019).
- States with Legal Physician-Assisted Suicide, Available at: <https://euthanasia.procon.org/view.resource.php?resourceID=000132>, (Accessed: 13 Aug 2019).
- Αλεκόπουλος Α. (2016). Βιοηθικά προβλήματα στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Available at: <https://www.pemptousia.gr/2016/04/vasiki-ipochreosi-tou-iatrou-i-parigoritiki-frontida/>, (Accessed: 13 Aug 2019).

- Βαρκα – Αδαμη Α., Ο Προσδιορισμός του Θανάτου στην Ελληνική Νομοθεσία και η Υποχρέωση Ιατρικής Πιστοποίησής του, Θεματα Αναισθησιολογίας και Εντατικής Ιατρικής, Available at: [https://anesthesia.gr/download/TOMOS\\_8/tefhos\\_17/13.pdf](https://anesthesia.gr/download/TOMOS_8/tefhos_17/13.pdf), (Accessed: 13 Aug 2019).
- ΗΠΑ: Η Καλιφόρνια γίνεται η 5η πολιτεία που νομιμοποιεί την ευθανασία, iefimerida.gr - Available at: <https://www.iefimerida.gr/news/229438/ipa-i-kalifornia-ginetai-i-5i-politeia-poy-nomimopoei-tin-eythanasia>, (Accessed: 13 Aug 2019).
- Καραμπίνης Α., Εγκεφαλικός θάνατος Available at: <https://www.pemptousia.gr/2011/05/egkefalikos-thanatos/>, (Accessed: 17 Aug 2019).
- Παντελίδου Κ. (2004). Ευθανασία και ζητήματα ιατρικής ευθύνης. Available at: [http://www.bioethics.org.gr/03\\_dPantelidou.html](http://www.bioethics.org.gr/03_dPantelidou.html), (Accessed: 13 Aug 2019).