



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Η επίδραση της θρησκευτικότητας στη διαμόρφωση των στάσεων του νοσηλευτικού προσωπικού του Γ.Ν. Καλαμάτας σχετικά με το θέμα της ευθανασίας»

Μπούζα Σταυρούλα

Νοσηλεύτρια ΤΕ

Μάρτιος 2018

ΣΠΑΡΤΗ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ

ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Η επίδραση της θρησκευτικότητας στη διαμόρφωση των στάσεων του νοσηλευτικού προσωπικού του Γ. Ν. Καλαμάτας σχετικά με το θέμα της ευθανασίας»

Μπούζα Σταυρούλα

Νοσηλεύτρια, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια

Μέλη Συμβουλευτικής Επιτροπής

Επιβλέπων: Σοφία Ζυγά, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Μέλος: Παναγιώτης Ανδριόπουλος, Επίκουρος Καθηγητής

Μέλος: Φωτεινή Τζαβέλλα, Επίκουρος Καθηγήτρια

Μάρτιος 2018

ΣΠΑΡΤΗ

Copyright © Μπούζα Σταυρούλα, 2018

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του Τμήματος Νοσηλευτικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά και όπου απαιτείται έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή: Μπούζα Σταυρούλα.

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

Σοφία Ζυγά

Παναγιώτης Ανδριόπουλος

Φωτεινή Τζαβέλλα

Περιεχόμενα

Περίληψη	8
Abstract.....	10
Εισαγωγή	12
1. Ευθανασία	14
1.1 Ορισμός.....	14
1.2 Νομικό καθεστώς και πρακτική της ευθανασίας.....	20
1.3 Επίπτωση και επικράτηση	22
1.4 Νομιμοποίηση και ευάλωτες ομάδες	26
1.5 Ο ρόλος των νοσηλευτών στη διαδικασία της ευθανασίας	29
1.6 Παράγοντες που σχετίζονται με τις στάσεις που σχετίζονται με την ευθανασία	31
1.7 Ηθικά επιχειρήματα υπέρ και κατά της ευθανασίας.....	33
2. Στάσεις επαγγελματιών υγείας απέναντι στην ευθανασία	36
2.1 Ηλικία και φύλο	42
2.2 Η επιρροή της θρησκείας.....	42
2.3 Οικογενειακοί παράγοντες και εισόδημα	43
2.4 Παράγοντες που σχετίζονται με την εργασία και την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας	43
2.5 Αναπαραστάσεις ενός καλού θανάτου.....	44
2.6 Μέσα ενημέρωσης	46
3. Σκοπός	48
4. Μεθοδολογία	49
5. Αποτελέσματα	52
6. Συζήτηση	70
Συμπεράσματα.....	74
Βιβλιογραφία	75

Ευχαριστίες

Πριν την παρουσίαση της διπλωματικής μου εργασίας αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω ορισμένους από τους ανθρώπους που συνεργάστηκα και έπαιξαν σπουδαίο ρόλο στην εκπόνηση της παρούσας εργασίας.

Πρώτα θέλω να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια της παρούσας εργασίας κα Ζυγά Σοφία , Αναπληρώτρια Καθηγήτρια για της πολύτιμες συμβουλές της, την καθοδήγηση και εμπιστοσύνη που μου έδειξε, για το χρόνο που διέθεσε απλόχερα, και το άριστο κλίμα που χαρακτήρισε την συνεργασία μας.

Επίσης να ευχαριστήσω τους καθηγητές μέλη της εξεταστικής επιτροπής τον κ. Ανδριόπουλο Παναγιώτη, Λέκτορα και την κα Τζαβέλλα Φωτεινή Επίκουρο Καθηγήτρια καθώς επίσης όλο το διδακτικό και διοικητικό προσωπικό του μεταπτυχιακού προγράμματος «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων».

Τέλος αισθάνομαι την ανάγκη, να ευχαριστήσω την οικογένεια μου, το σύζυγο μου Νίκο και τα παιδιά μου Παναγιώτη και Ανδριάνα για την υπομονή και την ηθική κυρίως συμπαράσταση, που συνέβαλλαν ουσιαστικά στην πραγματοποίηση των στόχων μου.

Περίληψη

«Η επίδραση της θρησκευτικότητας στη διαμόρφωση των στάσεων του νοσηλευτικού προσωπικού του Γ. Ν. Καλαμάτας σχετικά με το θέμα της ευθανασίας»

Εισαγωγή: Το θέμα της ευθανασίας έχει συζητηθεί κυρίως από πολιτικές, θεολογικές και ιατρικές προοπτικές. Ωστόσο, οι νοσηλευτές συνήθως δεν συμμετέχουν σε τέτοιες συζητήσεις, κυρίως λόγω της έλλειψης γνώσεων σχετικά με τη στάση των επαγγελματιών υγείας και του γενικού πληθυσμού για την ευθανασία.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση του βαθμού της επίδρασης της θρησκευτικότητας στη διαμόρφωση στάσεων του νοσηλευτικού προσωπικού στο θέμα της ευθανασίας.

Μεθοδολογία: Πρόκειται για μία προοπτική συγχρονική μελέτη. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 197 νοσηλευτές. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο των Γιάκης και συν (2005), μετά τη λήψη της σχετικής άδειας και ο δείκτης αξιοπιστίας του βρέθηκε Cronbach $\alpha=0,649$ το οποίο αποτελείται από τρία μέρη. Το πρώτο περιελάμβανε τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, το δεύτερο τις γνώσεις και στάσεις σχετικά με το ζήτημα της ευθανασίας (21 ερωτήσεις) και το τρίτο μέρος περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικά με τη θρησκευτικότητα (9 ερωτήσεις).

Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμμετείχαν 197 νοσηλευτές ηλικίας $43,9\pm 7,7$ έτη, με 19 έτη υπηρεσίας. Το 38,1% γνώριζε μέτρια για την ευθανασία, το 34% πολλά, το 17,8% λίγα, το 5,6% πολύ λίγα και το 4,6% πάρα πολλά. Το 33,5% των συμμετεχόντων ήταν μέτρια ενημερωμένοι για τη νομοθεσία περί ευθανασίας στην Ελλάδα, το 26,9% πολύ ενημερωμένοι, το 22,3% λίγο ενημερωμένοι, το 13,7% καθόλου ενημερωμένοι και το 3,6% πάρα πολύ ενημερωμένοι. Το ένα τρίτο των συμμετεχόντων συμφώνησε να σταματήσει ή να μην αρχίσει θεραπεία σε ένα πολύ βαριά ασθενή, εφόσον υπήρχε προηγούμενο αίτημά του και υπήρχε η σχετική νομοθεσία. Το 51,7% των ερωτηθέντων συμφώνησε να νομοθετηθεί η ευθανασία στην Ελλάδα κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις. Στους περισσότερους συμμετέχοντες (72,6%) δε ζητήθηκε ποτέ από ασθενείς κατά τη διάρκεια της καριέρας τους να επισπεύσουν το θάνατό τους. Το σύνολο σχεδόν των συμμετεχόντων (90,9%) δεν έχουν συναινέσει ποτέ με άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας να επισπεύσουν το θάνατο ασθενή. Οι μισοί περίπου συμμετέχοντες είχαν μικρή θρησκευτικότητα (45,2%), 35% μεγάλη θρησκευτικότητα και 19,8% μεσαία θρησκευτικότητα. Όσο αυξάνεται το μορφωτικό επίπεδο

και μειώνεται η ηλικία των συμμετεχόντων, τόσο μειώνεται η θρησκευτικότητά τους. Οι συμμετέχοντες με μικρή θρησκευτικότητα ήταν σημαντικά πιο θετικοί να σταματήσουν ή να μην αρχίσουν θεραπεία σε ένα πολύ βαριά ασθενή και ήταν σημαντικά πιο θετικοί να νομοθετηθεί η ευθανασία στην Ελλάδα. 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.

Συμπεράσματα: Οι νοσηλευτές είναι ενημερωμένοι για την ευθανασία, σε διαφορετικό όμως βαθμό. Οι μισοί περίπου συμμετέχοντες είχαν μικρή θρησκευτικότητα και οι υπόλοιποι μέτρια και υψηλή. Όσο πιο πιστοί είναι οι νοσηλευτές τόσο απρόθυμοι είναι να διακόψουν τη θεραπεία και να συμβάλλουν στην ευθανασία. Το υψηλό μορφωτικό επίπεδο και η μικρή ηλικία των νοσηλευτών σχετίστηκε με μειωμένη θρησκευτικότητα.

Λέξεις κλειδιά: ευθανασία, νοσηλευτές, θρησκευτικότητα, γνώσεις, στάσεις

Abstract

«The influence of religiosity on the attitudes of the nursing staff of general hospital of Kalamata about euthanasia»

Introduction: The issue of euthanasia has been discussed mainly by political, theological and medical perspectives. However, nurses usually do not participate in such discussions, mainly due to the lack of knowledge about attitudes of health professionals and the general population to euthanasia.

Aim: The aim of this study was to investigate the extent of the impact of religiosity on the attitudes of nursing staff on euthanasia.

Methodology: This is a prospective cross-sectional study. The sample size of the study consisted of 197 nurses. A questionnaire was used consisting of three parts. The first one included the demographic and professional characteristics of the participants; the second part included the knowledge and attitudes about the issue of euthanasia (21 items) and the third part included questions about religiosity (9 items). The questionnaire of Giakis et al (2005) was used after obtaining the relevant license (Cronbach $\alpha = 0.649$).

Results: The study included 197 nurses aged 43.9 ± 7.7 years with 19 years of experience. 38.1% of them had moderate levels of knowledge about euthanasia, 34% advanced, 17.8% few, 5.6% very few, and 4.6% very advanced. 33.5% of respondents were moderately informed about euthanasia legislation in Greece, 26.9% were very well informed, 22.3% were little informed, 13.7% were not informed at all and 3.6% were too much informed. One-third of the participants agreed to interrupt or not start a treatment for a very heavy patient if there was a previous request and the relevant legislation was in place. 51.7% of the respondents agreed to legislate euthanasia in Greece under certain conditions. Most participants (72.6%) have never been asked by patients during their careers to speed up their deaths. Nearly all participants (90.9%) have never agreed with other members of the treatment group to speed up the death of a patient. About half of the participants had low religiosity (45.2%), 35% high religiousness and 19.8% medium religiousness. As the educational level increases and the age of the participants decreases, their religiosity is reduced. Participants with low religiosity were significantly more positive to stop or not start treatment in a very heavy patient and it was significantly more positive to legislate euthanasia in Greece. Also, participants with little religiosity in Greece would agree or make a decision to accelerate patient death to a much greater extent than those who were highly religious.

Conclusions: Nurses are aware of euthanasia, but to a different extent. About half of the participants had little religiosity and the others were moderate and high. The more faithful the nurses are so reluctant to stop treatment and contribute to euthanasia. The high educational level and the young age of the nurses were associated with reduced religiosity.

Keywords: euthanasia, nurses, religiosity, knowledge, attitudes

Εισαγωγή

Ο θάνατος προκαλεί πολλές, ενίοτε αντιφατικές, σκέψεις και συναισθήματα σε κάθε άτομο, επηρεάζοντας τον τρόπο με τον οποίο ασχολείται με τη ζωή. Για παράδειγμα, η αγάπη και άλλες δεσμεύσεις μπορεί να απορριφθούν για να αποφευχθεί ο αναπόφευκτος πόνος του χωρισμού, που προκαλείται από το θάνατο (Wong & Tomer 2011). Οι θετικές ή αρνητικές προθέσεις ενός ατόμου για το θάνατο μπορεί να θεωρηθούν ως μέρος ενός συνόλου διαρκών χαρακτηριστικών ή συμπεριφορών που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την κατανόηση ή την πρόβλεψη της ανθρώπινης συμπεριφοράς (Petersetal., 2013b, Riemeretal., 2014). Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη φροντίδα στο τέλος του κύκλου ζωής τους, όπως τονίζεται σε διάφορες μελέτες (Peters et al., 2013b). Ωστόσο, η στάση των νοσηλευτών απέναντι στον θάνατο έχει σημαντικό αντίκτυπο στην επιθυμία τους να συμμετέχουν στη φροντίδα στο τέλος της ζωής των ανθρώπων, στην ποιότητα της περίθαλψης που παρέχουν και στην επαγγελματική τους ευημερία (Khaderetal., 2010, Petersetal., 2013b). Αν και ο θάνατος σχετίζεται συνήθως με αρνητικές συμπεριφορές, ο θάνατος που αντιπροσωπεύει το τέλος του πόνου ή μίας πολύ άσχημης κατάστασης μπορεί να θεωρηθεί θετικός (Hinderer 2012, Mak 2012).

Η ευθανασία, που ορίζεται ως μια σκόπιμη πράξη που αποσκοπεί να τερματίσει τη ζωή ενός ατόμου μετά από δικό του αίτημα, αποτέλεσε θέμα συνεχούς συζήτησης σε διάφορες χώρες της Ευρώπης. Η Φινλανδική Εθνική Συμβουλευτική Επιτροπή για την Κοινωνική Πρόνοια και Δεοντολογία της Υγείας(ETENE) ανέφερε το 2012 ότι σε μερικές περιστασιακές περιπτώσεις η πιθανή χρήση της ευθανασίας μπορεί να μην αποκλειστεί πλήρως για ηθικούς λόγους (ETENE, 2012). Το θέμα έχει συζητηθεί κυρίως από πολιτικές, θεολογικές και ιατρικές προοπτικές(Ailasmaa, 2014). Ωστόσο, οι νοσηλευτές συνήθως δεν συμμετέχουν σε τέτοιες συζητήσεις. Αυτό μπορεί εν μέρει να οφείλεται στην έλλειψη των σημερινών γνώσεων σχετικά με τη στάση των επαγγελματιών υγείας και του γενικού πληθυσμού για την ευθανασία.

Έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες να εξηγηθούν οι στάσεις των ατόμων απέναντι στο θάνατο και στην ευθανασία όσον αφορά διάφορους παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, η έκθεση στο θάνατο, οι ηθικές πτυχές και η θρησκευτικότητα. Ωστόσο, προηγούμενες μελέτες ανέφεραν αντικρουόμενα αποτελέσματα, τα οποία αποδίδονται στις διαφορές στους ορισμούς της ευθανασίας, στις πολιτισμικές πτυχές και στη διατύπωση των ερωτήσεων (Gamliel, 2013, Holt, 2008). Επιπλέον, οι προηγούμενες μελέτες έχουν επικριθεί για τις αδυναμίες τους όσον

αφορά τη θρησκευτικότητα (Gielenetal., 2009a) και τις στατιστικές μεθόδους που χρησιμοποιήθηκαν (Vézina-Im et al., 2014).

1. Ευθανασία

Η ευθανασία είναι ένα αμφιλεγόμενο φαινόμενο που είναι επιφορτισμένο με ισχυρές, εν μέρει αντιφατικές, αντιδράσεις και συναισθήματα (Verbakel & Jaspers, 2010, Holt, 2008, Ryyänänen et al., 2002). Μερικές από τις αντιπαραθέσεις μπορούν να αποδοθούν σε γεγονότα που συνέβησαν κατά το Β Παγκόσμιο Πόλεμο (Holt, 2008). Ωστόσο, η ευθανασία προήλθε από τους κλασικούς χρόνους και η λέξη κυριολεκτικά σημαίνει «καλός θάνατος» (ευ – θάνατος) μια έννοια που είχε διάφορες έννοιες σε διαφορετικές εποχές (Holt, 2008, Walters, 2004).

Η οργανωμένη υπεράσπιση της νομιμοποίησης της ευθανασίας στο Βέλγιο τη δεκαετία του 1980 ξεκίνησε μία εντατικοποιημένη και συνεχιζόμενη συζήτηση σχετικά με το ζήτημα της ευθανασίας στην Ευρώπη (Cohen-Almagor 2009) και στη συνέχεια, σε πολλά άλλα μέρη του κόσμου, όπως η Αυστραλία και η Μέση Ανατολή (Danyliv&O'Neill, 2015, Aghababaei, 2014, Mulletetal., 2014, Stroneggeretal., 2013, Tamayo-Velazquezetal., 2012, Sikora&Lewins, 2007).

1.1 Ορισμός

Η ευθανασία ορίζεται ως σκόπιμη πράξη που αποσκοπεί να τερματίσει τη ζωή ενός ατόμου μετά από δικό του ενυπόγραφο αίτημα. Αυτός ο ορισμός είναι σύμφωνος με τους ορισμούς των κανονισμών ή των νόμων στην Ολλανδία, στο Βέλγιο και στο Λουξεμβούργο (Berghsetal., 2005, VanBruchem-Vanet al., 2008c, Nys, 2002, Regionale ToetsingcommissiesEuthanasie, 2016, The Grand Duchy of Luxembourg, 2015).

Ωστόσο, υπάρχουν διάφοροι ορισμοί και κατηγορίες ευθανασίας. Αυτή η ποικιλία ορισμών και κατηγοριών που χρησιμοποιήθηκαν σε προηγούμενες μελέτες περιπλέκει την ερμηνεία και τη σύγκριση των ευρημάτων τους (Holt, 2008, Johansenetal., 2005, Hagelinetal., 2004).

Μία μορφή κατηγοριοποίησης αναγνωρίζει την εθελοντική, ακούσια και μη προαιρετική ευθανασία. Αυτοί οι όροι αναφέρονται αντιστοίχως σε περιπτώσεις όπου το άτομο έχει ζητήσει ευθανασία, δεν έχει ζητήσει, και δεν είναι σε θέση να εκφράσει τη θέλησή του λόγω της ιατρικής του κατάστασης (Broeckertetal., 2010, Parpaetal., 2010, Holt, 2008, Tanidaetal., 2002). Έχει επίσης υποστηριχθεί ότι η ευθανασία δεν πρέπει απαραίτητα να περιλαμβάνει τη συγκατάθεση ενός ατόμου (Gesundheit et al., 2006) και σε μερικές

μελέτες, το ρητό αίτημα ενός ατόμου δεν περιλαμβάνεται στον ορισμό της ευθανασίας (Cohenetal., 2013, Mousavietal., 2011, Cohen et al., 2006).

Η περαιτέρω κατηγοριοποίηση της ευθανασίας βασίστηκε στη φύση της πράξης: τερματισμός της ζωής ενός ασθενούς με σκόπιμη πράξη και με απόσυρση ή «παρακράτηση» της θεραπείας ονομάζεται ενεργητική και παθητική ευθανασία, αντίστοιχα (Aghababaei, 2014, Yousuf & Mohammed Fauzi, 2012, Holt, 2008). Η έννοια της ενεργητικής ευθανασίας εφαρμόζεται, επίσης, σε μια πράξη που συντομεύει τη ζωή ενός ατόμου (Gamliel 2013).

Μια τρίτη μορφή κατηγοριοποίησης βασίζεται στο πρόσωπο που εκτελεί την πράξη. Συγκεκριμένα, η αυτοκτονία υποβοηθούμενη από ιατρό έχει ταξινομηθεί μερικές φορές ως τύπος ευθανασίας (Stolz et al., 2015). Ωστόσο, στην αυτοκτονία υποβοηθούμενη από ιατρό ένα άτομο διαπράττει αυτοκτονία, συνήθως με τη λήψη φαρμάκων που του δίνει ή του συνταγογραφεί ο ιατρός για αυτό το σκοπό (Tomlinson & Stott, 2015, Hendry et al., 2013). Έτσι, η πράξη εκτελείται από το άτομο που επιθυμεί να πεθάνει και όχι από κάποιον άλλον. Επομένως, η αυτοκτονία υποβοηθούμενη από ιατρό έχει ταξινομηθεί με διάφορους τρόπους. Σε μερικές μελέτες έχει συμπεριληφθεί στον όρο ευθανασία (Boudreau & Somerville, 2013, Sikora & Lewins, 2007), σε άλλες αντιμετωπίζεται ως παράλληλη έννοια (Johansen et al., 2005) και σε άλλες θεωρείται ως ένας τύπος έννοιας που περιλαμβάνει και τα δύο (Tomlinson & Stott, 2015, DeKeyserGanz&Musgrave, 2006).

Υπάρχει, λοιπόν, μια μυριάδα όρων μέσα στη βιβλιογραφία για να εξηγήσει το φαινόμενο της ευθανασίας. Για παράδειγμα, υπάρχει η παθητική και ενεργητική ευθανασία, η εθελοντική, μη εθελοντική και ακούσια ευθανασία και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι κάθε όρος έχει διαφορετικό αντίκτυπο στον άνθρωπο, επηρεάζοντας διαφορετικά τη στάση του απέναντι στην ευθανασία.

Η ευθανασία είναι ίσως ο πιο συνηθισμένος όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει τη διακοπή της ζωής ενός ατόμου για να σταματήσει την ανυπόφορη ταλαιπωρία. Σήμερα είναι συνήθως αποδεκτή είτε ως η χορήγηση μιας ουσίας για να προκαλέσει το θάνατο ενός ατόμου, που αναφέρεται ως ενεργητική ευθανασία ή η απόσυρση ή η μη έναρξη θεραπείας διατήρησης της ζωής που καλείται παθητική ευθανασία (Rosenfeld, 2004). Ο Allen (1998) αναφέρει ότι η απενεργοποίηση των συστημάτων υποστήριξης της ζωής είναι τόσο ευρέως διαδεδομένα και αποδεκτά που πολλοί ιατροί αρνούνται να το κατηγοριοποιήσουν ως ευθανασία. Ακόμη μια άλλη κατηγορία συμπεριφοράς για τη διακοπή της ζωής είναι η «αυτόματη ευθανασία» στην Ολλανδία από τον Chabot (2007). Αυτό περιγράφεται ως ένας τύπος αυτοκτονίας που συνήθως εκτελείται για ιατρικούς λόγους και σε συνεννόηση με

άλλους, αλλά χωρίς τη βοήθεια ή την έγκριση ενός ιατρού. Συνήθως λαμβάνει τη μορφή διακοπής της διατροφής ή λήψης μιας θανατηφόρου δόσης φαρμάκων.

Η χορήγηση φαρμάκων για τον πόνο σε μεγάλες δόσεις με σκοπό την ανακούφιση του πόνου, παρόλο που οι βλαβερές παρενέργειες μπορεί να επιταχύνουν το θάνατο, δεν εμπίπτουν στην «καθιερωμένη» ομπρέλα της ευθανασίας, είτε με ηθική ή νομική έννοια. Μια τέτοια κατάσταση ονομάζεται «διπλή επίδραση», διότι αν και η πρόθεση είναι να βελτιωθεί ο πόνος, αναγνωρίζεται ότι μπορεί να έχει και θανατηφόρες συνέπειες. Αυτό, ωστόσο, γίνεται αποδεκτό από πολλές παραδοσιακές θρησκείες. Πράγματι η καθολική ηθική θεολογία υποστηρίζει ότι υπό αυτές τις συνθήκες δικαιολογείται η πρόκληση κακού στην αναζήτηση του καλού. Η εστίαση στην πρόθεση της πράξης είναι επίσης το κρίσιμο ζήτημα σε ποινικές υποθέσεις (Kelleher et al., 1998). Έτσι, αν η πρόθεση είναι να ανακουφίσει τον πόνο και τη δυσχέρεια παρά να προκαλέσει θάνατο, δεν θεωρείται παράνομη πράξη. Ωστόσο, υπάρχουν άλλοι που θα υποστήριζαν ότι η συνήθως χρησιμοποιούμενη στάγδην μορφίνης είναι ευθανασία αλλά με άλλο όνομα (Humphrey & Clement, 1998). Η ισχυρή αντίσταση στην κατηγοριοποίηση αυτής της ιατρικής διαδικασίας ως ευθανασία, υποστηριζόμενη από το πλήρες βάρος της ηθικής εξουσίας της Καθολικής Εκκλησίας και του νομικού συστήματος, είναι πολύ ενδεικτική των έντονων αγώνων που εμπλέκονται στη συζήτηση που υπάρχει για την ορολογία.

Ανάλογη με τη στάγδην μορφίνη, αντίστοιχα, θεωρείται και το προκλητό κόμα με τη χρήση καταστολής με βαρβιτουρικά και τη διακοπή της τεχνητής διατροφής και ενυδάτωσης οδηγώντας σε θάνατο με λιμοκτονία και αφυδάτωση. Οι υποστηρικτές της σωστής νομοθεσίας έχουν γελοιοποιήσει την κατάσταση όπου, αν και το αποτέλεσμα της διακοπής της καταστολής είναι ο θάνατος, δεν πληροί τον νομικό ορισμό της δολοφονίας. Υπήρξαν επίσης ανησυχίες σχετικά με την προβληματική φύση των προσπαθειών του Αμερικανικού Ιατρικού Συνδέσμου να διαφοροποιήσει τη διακοπή της καταστολής από την ευθανασία στις ΗΠΑ (Battin, 2005). Οι Griffiths et al. (2008) υποστήριζαν ότι πρέπει να γίνει μια διάκριση μεταξύ της διακοπής της καταστολής όπου η ίδια η πρακτική προκαλεί γρήγορο θάνατο και αυτό που ονομάζεται «παρηγορητική καταστολή» όπου η πρόθεση είναι η πρόκληση βαθύ ύπνου μέχρι το θάνατο. Και πάλι, η έννοια της πρόθεσης είναι εκείνη που χρησιμοποιείται στην προσπάθεια να γίνει διάκριση μεταξύ αυτών των πράξεων. Οι Raus et al. (2011) αναφέρουν ότι ένας ακόμα όρος, η «συνεχής καταστολή», είναι πιο περιγραφικός και καταργεί τη συζήτηση γύρω από την πρόθεση και τη σχετική χρήση αυτών των διαφορετικών ετικετών για καταστολή στο τέλος της ζωής.

Διακρίνεται επίσης η εθελοντική ευθανασία, η μη εθελοντική ευθανασία και η ακούσια ευθανασία. Ο όρος εθελοντική ευθανασία αναφέρεται στον ορισμό ότι πολλοί άνθρωποι θα ήθελαν να περιοριστεί η έννοια του ορισμού, δηλαδή να δοθεί μια θανατηφόρος ουσία για να τερματίσει τη ζωή με συμφωνία και κατόπιν συγκεκριμένου αιτήματος του ασθενούς. Ωστόσο, όπως τονίστηκε προηγουμένως (Kelleher, 1998), η γλώσσα είναι ένα ζωντανό πράγμα που δεν μπορεί να περιοριστεί ή να υποταχθεί με τέτοιο τρόπο. Ως εκ τούτου, παρά την επιθυμία να ταξινομηθεί η ευθανασία με έναν ορισμένο τρόπο, οι συνεχιζόμενες διενέξεις σχετικά με τους ορισμούς και την ορολογία είναι αναπόφευκτες.

Η μη εθελοντική ευθανασία είναι η διακοπή της ζωής όταν το άτομο είναι ανίκανο και δεν μπορεί να δώσει συναίνεση. Αυτό αναφέρεται επίσης και ως LAWER (life-terminating-acts-without-the-person's -explicit-request) και συχνά υποκινείται από την οικογένεια ή τον ιατρό για λογαριασμό του ασθενούς και στο «βέλτιστο ενδιαφέρον» τους. Η διάκριση μεταξύ εθελοντικής και μη εθελοντικής ευθανασίας μπορεί επίσης να περιλαμβάνει ένα στοιχείο χρόνου (Kelleher et al., 1998). Μπορεί να είναι ότι ένα άτομο έχει δείξει επιθυμία για ευθανασία σε πρώιμο στάδιο ασθένειας, ενώ εξακολουθεί να είναι ικανό, αλλά λόγω της εξέλιξης της ασθένειας μπορεί να καταστεί ανίκανο να επιβεβαιώσει με ικανοποιητικό τρόπο αυτό το αίτημα.

Η ακούσια ευθανασία, από την άλλη πλευρά, προκαλεί το θάνατο ενός ατόμου από κάποιον άλλο, αλλά χωρίς τη συγκατάθεσή του. Αν και νομικά θεωρείται δολοφονία, η θεμελιώδης διαφορά μεταξύ δολοφονίας και ακούσιας ευθανασίας βρίσκεται στο κίνητρο. Δεν υπάρχει κακία στην ακούσια ευθανασία, αλλά μάλλον η πρόθεση να κάνει κανείς καλό και να ωφελήσει το άτομο, μια αρχή της υγειονομικής περίθαλψης που είναι γνωστή ως «ευεργεσία» (Rosenfeld, 2004). Με παρόμοιο τρόπο, πιο συνηθισμένο στη βιβλιογραφία της νομολογίας, ο θάνατος του ελεύους είναι ένας όρος που περιλαμβάνει την εθελοντική, μη εθελοντική και ακούσια ευθανασία και ενώ τονίζει ότι ένα άτομο σκοτώνεται, τονίζει τη συμπόνια που συνεπάγεται μια τέτοια δολοφονία.

Η υποβοηθούμενη αυτοκτονία περιλαμβάνει ένα άτομο που τερματίζει τη ζωή του με τη βοήθεια μίας θανατηφόρου ουσίας ή συσκευής με οδηγίες για τη σωστή χρήση της. Ωστόσο, η ουσία ή οι άλλες μέθοδοι τερματισμού πρέπει να χορηγείται από το ίδιο το άτομο. Σε πολλές περιπτώσεις η βοήθεια προέρχεται από έναν ιατρό (αυτοκτονία με τη βοήθεια του γιατρού, PAS) και αυτός ο συγκεκριμένος τρόπος διακοπής της ζωής είναι που αποτέλεσε το επίκεντρο των προσπαθειών νομιμοποίησης στις Ηνωμένες Πολιτείες. Ο γενικότερος όρος «εκλεκτικός θάνατος» περιλαμβάνει την απόφαση για διακοπή της θεραπείας που υποστηρίζει τη ζωή (παθητική ευθανασία), καθώς και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία και

την εθελοντική ευθανασία. Τείνει να τονίσει την προαιρετική φύση της επιλογής να πεθάνει. Με παρόμοιο τρόπο, ο «γρήγορος θάνατος» μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να περιγράψει όλες τις πτυχές του τερματισμού της ζωής πρόωρα, αλλά υπονοεί ότι το άτομο ήδη πεθαίνει. Ένας άλλος γενικός όρος που χρησιμοποιείται για την κάλυψη όλων των παραπάνω, ο οποίος τονίζει επίσης την ιατροποίηση του θανάτου, είναι οι ιατρικές συμπεριφορές που δυνητικά συντομεύουν τη ζωή (MBPSL).

Η αναγνώριση και η εξέταση της σχέσης μεταξύ αυτοκτονίας και σύγχρονης ευθανασίας είναι σημαντική για τη διευκρίνιση της διάκρισης μεταξύ όρων που συχνά περιλαμβάνουν εννοιολογική επικάλυψη. Για παράδειγμα, οι Kelleher et al. (1998) επισημαίνουν ότι η αυτοκτονία, η PAS και η εθελοντική ευθανασία όλα συνεπάγονται την ατομική επιλογή να φέρει το θάνατό τους προς τα εμπρός στο χρόνο. Ωστόσο, κάνουν διάκριση όσον αφορά την αυτοκτονία, με το σκεπτικό ότι όχι μόνο η μέθοδος είναι συχνά πιο οδυνηρή και δυσάρεστη, αλλά συνήθως εκτελείται μόνη της, σε αντίθεση με το αποτέλεσμα της εφαρμογής μιας συμφωνίας μεταξύ τουλάχιστον δύο ατόμων. Ο Canetto (2008) επισημαίνει επίσης τη μεταβλητότητα στον ορισμό και την καταγραφή της συμπεριφοράς αυτοκτονίας, ιδιαίτερα σε διαφορετικές κουλτούρες. Για παράδειγμα, σε ορισμένες χώρες, ένας θάνατος που δεν προκαλείται αυτοβούλως ή ακόμη και εθελοντικά μπορεί να θεωρηθεί ως αυτοκτονία, όπως η τελετουργική δολοφονία χήρων σε μέρη της Παπούα Νέας Γουινέας και η πρακτική της sati στην Ινδία. Αντίθετα, άλλες συμπεριφορές που στον δυτικό κόσμο θα ονομάζονταν αυτοκτονία ή ακόμη και δολοφονία μπορούν να αναφέρονται ως ατυχήματα, όπως για παράδειγμα τα συχνά θανατηφόρα «ατυχήματα» νεαρών παντρεμένων γυναικών μετά από διαφορές σχετικά με την προίκα.

Η γλώσσα που χρησιμοποιείται για την αυτοκτονία έχει επίσης αλλάξει με την πάροδο του χρόνου. Η λέξη «αυτοκτονία» δεν υπήρχε μέχρι τα μέσα του 17ου αιώνα. Οι αρχαίοι Έλληνες και Ρωμαίοι χρησιμοποίησαν μια ποικιλία ρημάτων για να περιγράψουν τη σκόπιμη πράξη της ανάληψης μιας ζωής, με τον ελληνικό όρο *autocheir* (να δράσει με το δικό του χέρι) να χρησιμοποιείται για να καλύψει μια σειρά πράξεων. Ο Szasz (1999) υποστηρίζει ότι αυτός ο όρος σήμαινε μια εθελοντική επιλογή και ο γλωσσικός μετασχηματισμός στην αυτοκτονία ουσιαστικά ήταν μια μεταγενέστερη δυτικοευρωπαϊκή εφεύρεση. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να αποφευχθεί ο στιγματισμός των αναφορών σε δολοφονίες, αν και αυτοκτονία, αλλά είχε επίσης ως συνέπεια τη μετατόπιση της ευθύνης από έναν άνθρωπο ο οποίος μπορεί να μην ήταν σε θέση να πράξει. Αυτό άνοιξε το δρόμο για να συσχετισθεί η αυτοκτονία με την ψυχική ασθένεια.

Ο Émile Durkheim, ένας Γάλλος κοινωνικός φιλόσοφος, δημοσίευσε την πρώτη επιστημονική μελέτη για την αυτοκτονία το 1897 αναλύοντας στατιστικά στοιχεία για τα ποσοστά αυτοκτονιών (Evans & Farberow, 2003). Έχει αναπτύξει τέσσερις κατηγορίες - τυπολογίες αυτοκτονίας που σχετίζονται με τη σχέση ενός ατόμου με την κοινωνία. Σύμφωνα με τον Durkheim, ο πιο συνηθισμένος τύπος αυτοκτονίας είναι ο εγωιστικός, ο οποίος απορρέει από την αποσύνδεση και την αποξένωση από την κοινωνία. Η κοινωνική αυτοκτονία προκαλείται από σημαντικές αλλαγές στην κοινωνία στις οποίες ένα άτομο δεν μπορεί να προσαρμοστεί, ενώ η μοιρολατρική αυτοκτονία είναι συνέπεια της υπερβολικής ρύθμισης όπως αυτή που βιώνουν οι φυλακισμένοι ή οι δούλοι. Τέλος, οι αλτρουιστικές αυτοκτονίες είναι πράξεις αυτοθυσίας όπου η ένταξη ενός ατόμου στην κοινωνία είναι τόσο πλήρης, είναι έτοιμοι να εγκαταλείψουν τη ζωή τους προς όφελος της ευρύτερης ομάδας.

Είναι σημαντικό να διευκρινιστούν οι πιθανές επιπτώσεις που μπορεί να έχουν αυτές οι κατηγορίες αυτοκτονίας στις αποφάσεις λήξης της ζωής. Ο Norwood (2009), για παράδειγμα, αξιολόγησε αν οι αδυναμίες στη σχέση μεταξύ ατόμου και κοινωνίας, όπως πρότεινε ο Durkheim, θα μπορούσαν να συμβάλουν στην επιθυμία και την πρακτική της ευθανασίας στην Ολλανδία. Συγκεκριμένα εξέτασε κατά πόσο η ευθανασία ήταν μια μορφή αλτρουιστικής αυτοκτονίας, ενώ οι Ολλανδοί ενσωματώθηκαν υπερβολικά στην κοινωνία τους σε τέτοιο βαθμό που επέλεξαν πρόωρο θάνατο ως απάντηση σε μια τερματική πρόγνωση για τα οφέλη της ευρύτερης κοινότητας.

Ένα άλλο ζήτημα που εξετάστηκε από τον Norwood (2009) ήταν η δυνατότητα άλλων τύπων αυτοκτονιών να χρησιμοποιήσουν τους νόμιμους διαύλους ευθανασίας για να συγκαλύψουν μια μη νομική πράξη. Ωστόσο, υποστηρίζει ότι στην Ολλανδία η ευθανασία και η υποβοηθούμενη θανάτωση δεν αποτελούν έκφραση επιθυμίας θανάτου, αλλά μάλλον την παροχή «ασφαλιστικής πολιτικής για μελλοντικό πόνο» (σ.76). Επιπλέον, προτείνει ότι τα ποσοτικά στοιχεία υποστηρίζουν αυτή την άποψη, καθώς μόνο ένα μικρό ποσοστό εκείνων που αιτούνται ευθανασία ή υποβοηθούμενη αυτοκτονία τόσο στην Ολλανδία όσο και στο Όρεγκον πεθάνουν με αυτόν τον τρόπο. Ωστόσο, ο Hendin (1995) υποστηρίζει ότι δεν υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ ενός αυτοκτονικού ατόμου και ενός σοβαρά ασθενή ή ασθενή τελικού σταδίου που ζητά ευθανασία και σε χώρες όπου η ευθανασία και η PAS έχουν νομιμοποιηθεί υπάρχει η τάση να συγχέονται οι δύο ομάδες. Επισημαίνει τη μείωση των ποσοστών αυτοκτονίας για τους άνω των 50 ετών ανθρώπων στην Ολλανδία, καθώς συμπίπτει με τη νομιμοποίηση αυτών των επιλογών στο τέλος του κύκλου ζωής τους. Ο Norwood (2009) αναγνωρίζει επίσης αυτή την ανησυχία στο γεγονός ότι τα δεδομένα εξαρτώνται από την αυτό-αναφορά των ιατρών και έτσι μπορεί να συγκαλύψουν ορισμένες

προβληματικές καταστάσεις που θα μπορούσαν ενδεχομένως να κατηγοριοποιηθούν ως αυτοκτονία.

Η διαδικασία εξεύρεσης ομοιοτήτων και διαφορών στις συμπεριφορές που σχετίζονται με αποφάσεις λήξης ζωής μπορεί να θεωρηθεί ως μια προσπάθεια να ανακαλυφθούν προϋπάρχουσες κατηγορίες σε κάποια «αντικειμενική πραγματικότητα». Αυτή η διαδικασία σήμανσης είναι μια διδακτική δραστηριότητα και η συγκεκριμένη κατηγοριοποίηση που θα αποφασιστεί θα έχει σημαντικές ηθικές συνέπειες (O'Connor, 1997). Επιπλέον, οι διάφορες έννοιες που κατασκευάζονται θα παρέχουν ένα πλαίσιο για την κατανόηση της ευθανασίας που θα έχει επιπτώσεις στην εξουσία. Δεν είναι λοιπόν έκπληξη το γεγονός ότι, όπως τόνισε ο Rosenfeld (2000), οι διαφορές μεταξύ των όρων είναι αρκετά σημαντικές ώστε να οδηγούν σε ποικίλους βαθμούς αποδοχής από την κοινωνία. Πολλοί από τους ορισμούς αμφισβητούνται έντονα και είναι σημαντικό να εξεταστεί το πώς μπορούν να λειτουργήσουν οι έννοιες και τι επιτυγχάνουν όταν χρησιμοποιούνται σε συγκεκριμένα πλαίσια.

1.2 Νομικό καθεστώς και πρακτική της ευθανασίας

Σε όλες τις χώρες παγκοσμίως, εκτός από την Κολομβία, το Βέλγιο, το Λουξεμβούργο και την Ολλανδία, η ευθανασία είναι παράνομη πράξη (Regionale Toetsingcommissies Euthanasie, 2016, Dyeretal., 2015, The Grand Duchy of Luxembourg, 2015, ETENE, 2012, Nys, 2002). Ωστόσο, η νομιμοποίησή της έχει συζητηθεί σε πολλά άλλα έθνη, π.χ. Αυστραλία, Γαλλία, Ισπανία και Φινλανδία (ETENE, 2012).

Οι νόμοι για την ευθανασία τέθηκαν σε ισχύ το 2002 στην Ολλανδία και το Βέλγιο, το 2009 στο Λουξεμβούργο και το 2015 στην Κολομβία (Regionale Toetsingcommissies Euthanasie, 2016, Dyer et al., 2015, The Grand Duchy of Luxembourg, 2015, ETENE, 2012, Nys, 2002). Σε κάθε χώρα όπου έχει νομιμοποιηθεί η ευθανασία, πρέπει να εκτελείται από ιατρό (Regionale Toetsingcommissies Euthanasie, 2016, Dyeretal., 2015, Nys 2002). Μία ακόμη απαίτηση στις ευρωπαϊκές χώρες είναι μια στενή σχέση ιατρού-ασθενούς, στην οποία ο ιατρός μπορεί να αξιολογήσει το προφορικό αίτημα της ευθανασίας. Ως εκ τούτου, ο δυνητικός υποψήφιος πρέπει να έχει μόνιμη κατοικία στη χώρα στην οποία υποβάλλεται το αίτημα (Cohen-Almagor, 2009, Dyeretal., 2015, Regionale Toetsingcommissies Euthanasie 2016). Σύμφωνα με τη νομοθεσία της Ολλανδίας, ένα άτομο ηλικίας 12 ετών και άνω μπορεί να δηλώσει αίτημα για ευθανασία. Η συναίνεση των γονέων ή κηδεμόνων για την αίτηση είναι απαραίτητη σε άτομα ηλικίας 12-15 ετών. Οι ανήλικοι 15 – 18 ετών δεν χρειάζονται την άδεια των γονέων τους για να υποβάλουν αίτημα, αλλά πρέπει να συμμετάσχουν στις

συζητήσεις σχετικά με την ευθανασία (Regionale Toetsingcommissies Euthanasie, 2016, Nys, 2002.) Αντιθέτως, ο νόμος περί ευθανασίας στο Βέλγιο αναφέρει ότι ο αιτών πρέπει να είναι τουλάχιστον 18 ετών (Cohen-Almagor, 2009, Nys, 2002). Το 2014 ο περιορισμός ηλικίας αποσύρθηκε από τη βελγικό νόμο περί ευθανασίας, με αποτέλεσμα το Βέλγιο να γίνει η μόνη χώρα στον κόσμο όπου η ευθανασία έχει νομιμοποιηθεί για άτομα όλων των ηλικιών, αν πληρούνται όλα τα άλλα κριτήρια (Raus, 2016, Dyeretal., 2015). Ωστόσο, το 2016 άλλαξε ξανά η νομοθεσία στο Βέλγιο και είναι απαραίτητη πλέον η συγκατάθεση των γονέων ή των νόμιμων εκπροσώπων των ενηλίκων προκειμένου να υποβληθεί αίτημα για ευθανασία (Raus, 2016). Στο Λουξεμβούργο, μόνο οι ψυχικά ικανοί ενήλικες μπορούν να υποβάλλουν αίτημα ευθανασίας (Dyeretal., 2015, Ministry of Health & Ministry of Social Security, 2010).

Σε όλες τις χώρες όπου η ευθανασία είναι νόμιμη, το αίτημα μπορεί να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή. Στο Βέλγιο και στο Λουξεμβούργο το αίτημα πρέπει να είναι γραπτό. Εάν ο ασθενής δεν μπορεί να γράψει το αίτημα, μπορεί να γραφτεί από έναν ενήλικα που έχει επιλέξει ο ασθενής και ο οποίος δεν έχει κανένα οικονομικό όφελος από το θάνατο του αιτούντος (Ministry of Health & Ministry of Social Security 2010, Cohen-Almagor, 2009, Nys, 2002.) Αντίθετα, στην Ολλανδία μπορεί να γίνει αίτηση είτε προφορικά ή γραπτά (Regionale Toetsingcommissies Euthanasie, 2016). Το αίτημα για ευθανασία στο Βέλγιο υπό τη μορφή αυτή ισχύει για πέντε έτη και στο Λουξεμβούργο η αίτηση πρέπει να επιβεβαιώνεται κάθε πέντε χρόνια (Ministry of Health & Ministry of Social Security, 2010, Nys 2002). Δεν υπάρχει χρονοδιάγραμμα για την εγκυρότητά του στην Ολλανδία (Regionale Toetsingcommissies Euthanasie, 2016). Σε όλες τις προαναφερθείσες χώρες, οι αιτήσεις πρέπει να επαναληφθούν, να γίνουν εθελοντικά και να εξεταστούν. Στην Ολλανδία, για να κάνει ένα άτομο αίτηση πρέπει να είναι καλά ενημερωμένο, μια απαίτηση που δεν περιλαμβάνεται στο Βελγικό νόμο (Regionale Toetsingcommissies Euthanasie, 2016, Ministry of Health & Ministry of Social Security, 2010, Cohen-Almagor, 2009, Nys, 2002)

Μια προϋπόθεση για την ευθανασία σε όλες τις χώρες που είναι νόμιμη, είναι η αφόρητη ταλαιπωρία που δεν μπορεί να μετριαστεί. Μια επιπλέον πρόβλεψη είναι η έλλειψη προοπτικής για βελτίωση της κατάστασης (Regionale Toetsingcommissies Euthanasie, 2016, Dyeretal., 2015, Ministry of Health & Ministry of Social Security, 2010, Nys, 2002). Η ταλαιπωρία μπορεί να είναι σωματική ή διανοητική και να οφείλεται σε ανίατη ασθένεια ή ατύχημα. Η «αφόρητη» ταλαιπωρία εκτιμάται από τον αιτούντα, ενώ οι προοπτικές βελτίωσης της κατάστασης αξιολογούνται από τον ιατρό με βάση τις τρέχουσες ιατρικές γνώσεις. Μια περαιτέρω αξιολόγηση από τουλάχιστον έναν ιατρό, ο οποίος είναι αμερόληπτος έναντι τόσο του ασθενούς όσο και του θεράποντος ιατρού, είναι μια περαιτέρω

απαίτηση για την επιτρεπόμενη ευθανασία (Regionale Toetsingcommissies Euthanasie, 2016, Ministry of Health & Ministry of Social Security, 2010, Nys, 2002). Οποιαδήποτε πραγματοποιηθείσα ευθανασία πρέπει να τεκμηριώνεται και να αναφέρεται σε μια συγκεκριμένη επιτροπή, η οποία αξιολογεί τη συμμόρφωση της διαδικασίας με το νόμο (Regionale Toetsingcommissies Euthanasie, 2016, Ministry of Health & Ministry of Social Security, 2010, Cohen-Almagor 2009).

1.3 Επίπτωση και επικράτηση

Οι προσπάθειες για την εκτίμηση της επίπτωσης και της επικράτησης της ευθανασίας ενέχουν δυσκολίες που συνδέονται με τη συνεχιζόμενη διαπραγμάτευση των ορισμών και της ορολογίας. Ο Rosenfeld (2000) αναφέρει ότι πολλές μελέτες που έχουν σχεδιαστεί για να παρέχουν εμπειρικά δεδομένα σχετικά με τις πρακτικές ευθανασίας έχουν περιοριστεί από μια σειρά διαδικαστικών θεμάτων. Κρίσιμα για αυτές τις ανησυχίες είναι τα προβλήματα που προκύπτουν από τη λειτουργία της εξαρτημένης μεταβλητής. Εάν οι ιατροί έχουν διαφορετικές εννοιολογικές σκέψεις και κατανοήσεις της ευθανασίας, τότε η μέτρηση της εμφάνισής τους είναι πιθανό να είναι πολύ μεταβλητή. Πράγματι, ο Emanuel (2002) σε μια ανασκόπηση των δεδομένων για τη συχνότητα της ευθανασίας και του PAS στις Ηνωμένες Πολιτείες βρήκε ποσοστά που ποικίλουν περισσότερο από 6 φορές μεταξύ μερικών μελετών.

Διάφοροι ερευνητές έχουν υιοθετήσει μια μεθοδολογία έρευνας για τη διερεύνηση των επιπτώσεων που, παρά την πιο προσεκτική διατύπωση, είναι ανοικτές σε διαφορετικές ερμηνείες. Για παράδειγμα, Οι Emanuel et al. (1998) επισημαίνουν ότι ορισμένοι ιατροί θα κατηγοριοποιήσουν την απόσυρση της θεραπείας που υποστηρίζει τη ζωή ως ευθανασία παρά τις προσπάθειες των ερευνητών να την απομακρύνουν από τον ορισμό τους. Θα υπάρξουν επίσης διακυμάνσεις στις αναφερθείσες συχνότητες ανάλογα με το εάν η έρευνα αποστέλλεται ταχυδρομικώς ή πραγματοποιείται μέσω τηλεφώνου όπου αυτές οι διαφορές στην ερμηνεία είναι πιθανώς ευκολότερες στον έλεγχο. Επιπλέον, η ημερομηνία διεξαγωγής των ερευνών θα επηρεάσει επίσης τα αναφερόμενα ποσοστά περιστατικών της ευθανασίας, καθώς με την πάροδο του χρόνου έχει γίνει πιο αποδεκτό για τους ιατρούς να αναγνωρίσουν αυτές τις πρακτικές (Emanuel, 2002).

Παρά τις αντικρουόμενες αποδείξεις σχετικά με τα ποσοστά επίπτωσης και τις μεθοδολογικές ανησυχίες που συζητήθηκαν προηγουμένως, ορισμένες μελέτες δείχνουν ότι, αν και σπάνιες, ορισμένοι ιατροί πραγματοποίησαν ευθανασία ή PAS στις Ηνωμένες Πολιτείες παρά την έλλειψη νομιμότητάς τους στα περισσότερα κράτη (Emanuel, 2002). Με

παρόμοιο τρόπο, τα αποτελέσματα μιας ταχυδρομικής έρευνας από τους ασκούμενους στην Αυστραλία (Kuhse et al., 1997) έδειξε ότι παρά την έλλειψη νομοθεσίας, το 1,8% των θανάτων αφορούσε ευθανασία ή PAS και το 30% όλων των θανάτων από ιατρική απόφαση που είχε ρητή πρόθεση να επιταχύνει το θάνατο. Σύμφωνα με τους συγγραφείς, τα ευρήματα αυτά δείχνουν πολύ υψηλότερο ποσοστό επιταχυνόμενου θανάτου στην Αυστραλία από ότι έχει καταγραφεί στην Ολλανδία, όπου τέτοιες πρακτικές είναι νόμιμες.

Αντίθετα, μια εθνική ταχυδρομική έρευνα των ιατρών για τη λήψη αποφάσεων στο τέλος του κύκλου ζωής τους στο Ηνωμένο Βασίλειο (Seale, 2006) χρησιμοποιώντας το ίδιο μεταφρασμένο ολλανδικό ερωτηματολόγιο με τις παραπάνω μελέτες έδειξε μια εντελώς διαφορετική εικόνα. Παρόλο που υπήρχαν κάποιες ενδείξεις εθελοντικής και ακούσιας ευθανασίας και PAS, το ποσοστό αυτών των θανάτων υποβοηθούμενων από ιατρό ήταν εξαιρετικά χαμηλό. Αντί αυτού, φάνηκε να υπάρχει υψηλός αριθμός αποφάσεων μη θεραπείας που ο ερευνητής απέδωσε στην ισχυρή κουλτούρα της παρηγορητικής φροντίδας που βρέθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο. Προτάθηκε επίσης ότι ο χαμηλός ρυθμός, ιδιαίτερα μεταξύ των γενικών ιατρών, μπορεί να αντικατοπτρίζει τον αντίκτυπο του περίφημου ιατρού του Ηνωμένου Βασιλείου Harold Shipman στο ιατρικό επάγγελμα και την καταδίκη του για τη δολοφονία ασθενών με θανατηφόρο ένεση (Harold Shipman, nd).

Μια δυσκολία που εντοπίστηκε από τους ερευνητές της Νέας Ζηλανδίας (Mitchell & Owens, 2004a) στην ανάλυση προηγούμενων επιδημιολογικών μελετών ήταν ότι το πλαίσιο δεν είχε διαθέσιμα στοιχεία για την παρηγορητική φροντίδα. Αυτό είναι σίγουρα ένα σημαντικό ζήτημα, ειδικά ο Seale (2006) ισχυρίστηκε ότι το ισχυρό παρηγορητικό περιβάλλον στο Ηνωμένο Βασίλειο σήμαινε ότι λίγοι ιατροί χρειάστηκαν να καταφύγουν στην ευθανασία ή στο PAS. Οι Mitchell και Owens (2004a) χρησιμοποίησαν τον τελευταίο θάνατο που παρακολούθησαν τους προηγούμενους 12 μήνες ως σημείο αναφοράς σε μια εθνική έρευνα για τους γενικούς ιατρούς της Νέας Ζηλανδίας χρησιμοποιώντας ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο. Αν και αυτό μπορεί να έχει πρόσβαση μόνο στα ποσοστά συχνότητας εμφάνισης έμμεσα και μπορεί να υποτιμήσει τις πρακτικές, εξασφάλισε ότι υπήρχε συνέπεια με τις προηγούμενες μελέτες που συζητήθηκαν. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι παρά την απουσία νομοθεσίας για την ευθανασία, εμφανίστηκαν ούτως ή άλλως κάποιες μορφές επιτάχυνσης του θανάτου. Συγκεκριμένα, το 5,6% των 1255 γενικών ιατρών που απάντησαν έδειξαν ότι είχαν πραγματοποιήσει ενέργειες που ήταν συνώνυμες με την ευθανασία ή την PAS και ήταν προφανές ότι αυτό δε σχετίζεται με την έλλειψη πρόσβασης στην παρηγορητική φροντίδα. Επιπλέον, υπήρξε κατά καιρούς έλλειψη διαβούλευσης με τον ασθενή πριν από τη λήξη της ζωής του. Ενώ θεωρούνταν από ορισμένους ως πολύ

«απειλητικό» και αμφιλεγόμενο, οι συγγραφείς προσέφεραν μια σειρά από πιο ευχάριστους λόγους για τα δεδομένα. Αυτές περιλάμβαναν την εξαιρετική εγγύτητα των ασθενών με το θάνατο που τους οδήγησε να ερμηνεύσουν τις ενέργειες ως «συντομεύοντας το θάνατο αντί να συντομεύσουν τη ζωή» (σελ.6).

Αν και αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι οι συγκεκριμένες πρακτικές ευθανασίας και PAS διεξάγονται τόσο στη Νέα Ζηλανδία όσο και σε άλλες χώρες χωρίς νομική κύρωση, είναι σημαντικό οι μελέτες αυτές να εξεταστούν με κάποια επιφύλαξη. Όπως συζητήθηκε προηγουμένως, είναι πολύ δύσκολο να εξακριβωθούν τα απόλυτα ποσοστά περιστατικών με αυτόν τον τύπο μεθοδολογίας, λόγω των πολλών περιορισμών, αλλά ακόμη πιο θεμελιώδες είναι το πώς ερμηνεύονται αυτά τα ευρήματα. Για παράδειγμα, οι Mitchell και Owens (2004a) υποδηλώνουν ότι τα δεδομένα τους σχετικά με το ποσοστό ευθανασίας και PAS στη Νέα Ζηλανδία μπορούν να ερμηνευτούν με διάφορους τρόπους. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να αντικατοπτρίζει την έλλειψη παρηγορητικής γνώσης εκ μέρους των χειρουργών σχετικά με τον τρόπο επίτευξης του πόνου χωρίς να προκαλείται θάνατος. Εναλλακτικά, προτείνουν ότι οι συμμετέχοντες μπορεί στην πραγματικότητα να έχουν χορηγήσει νόμιμη τελική καταστολή, αλλά «ανακριβώς» ανέφεραν την πράξη ως ευθανασία επειδή είχε επιταχύνει το θάνατο. Μια ακόμη πιθανότητα ήταν ότι το χρονικό διάστημα μεταξύ του τελευταίου θανάτου και της έρευνας μπορεί να έχει επιτρέψει κάποιον εξορθολογισμό των ενεργειών, έτσι ώστε η απάντηση να μην «ταιριάζει» σωστά με την «πραγματικότητα».

Ο Searle (2006) υποστηρίζει ότι είναι σημαντικό να υπάρχουν εμπειρικά δεδομένα σχετικά με την επίπτωση αυτών των πρακτικών υπό το φως της τρέχουσας συζήτησης γύρω από τη νομιμοποίηση της ευθανασίας και του PAS σε πολλές χώρες. Όπως σχολιάζουν οι Mitchell και Owens (2004a): «Η προσπάθεια πρόσβασης σε εμπειρικά δεδομένα σχετικά με μια τόσο περίπλοκη και δυνητικά ευαίσθητη δραστηριότητα όπως η λήψη ιατρικών αποφάσεων στο τέλος της ζωής είναι εξαιρετικά δύσκολη. Ένα ερωτηματολόγιο δεν μπορεί να δικαιολογήσει την πολυπλοκότητα αυτής της λήψης αποφάσεων» (σελ.8). Πρέπει επίσης να αναγνωριστεί η δυσκολία λήψης αξιόπιστων δεδομένων σε χώρες όπου οι πρακτικές αυτές είναι παράνομες. Παραδείγματος χάριν, παρά την εξασφάλιση της ανωνυμίας των απαντήσεων, η αυτοαποδοχή των παράνομων ενεργειών πιθανόν να υποτιμηθεί (Searle, 2006) και πιθανόν να συμβάλει σε ένα χαμηλό ποσοστό απάντησης στα ερωτηματολόγια (Mitchell & Owens, 2004a).

Ως εκ τούτου, η διαθεσιμότητα δεδομένων από πολλές εθνικές μελέτες μεγάλης κλίμακας που έχουν διεξαχθεί στην Ολλανδία από τη δεκαετία του 1990 θεωρήθηκε

ανεκτίμητη. Αυτές οι μελέτες έχουν καταφέρει να εντοπίσουν τη συχνότητα και τα χαρακτηριστικά της ευθανασίας και του PAS σε ένα περιβάλλον όπου τέτοιες πρακτικές έχουν καταστρατηγηθεί από το 1984 και νομιμοποιούνται από το 2002. Ωστόσο, παρά τους μηχανισμούς κοινωνικού ελέγχου αυτών των αποφάσεων στο τέλος του κύκλου ζωής τους, εξακολουθεί να είναι τόσο ευαίσθητη στο πρωτόκολλό της μέτρησης που πρέπει επίσης να μελετηθεί με εξαιρετική προσοχή. Μια μελέτη το 1990 με τη χρήση συνεντεύξεων και ερωτηματολογίων με βάση πιστοποιητικά θανάτου έδειξε ότι η ευθανασία αντιστοιχούσε στο 1,7% όλων των θανάτων και το PAS στο 0,2% (van der Maas et al., 1991). Ωστόσο, αυτά τα δεδομένα εξαρτώνται από το ρυθμό αναφοράς για τέτοιες πρακτικές που σύμφωνα με τους Smets et al. (2010) ήταν μόλις 18%. Η εισαγωγή μιας νέας, αυστηρότερης διαδικασίας υποβολής εκθέσεων μετά το 1990 είχε ως αποτέλεσμα την τριπλασιασμό των αναφερόμενων περιπτώσεων. Όταν αξιολογήθηκαν σε μια πανομοιότυπη μελέτη το 1995 (van der Maas et al., 1996) η συχνότητα της ευθανασίας είχε αυξηθεί στο 2,4%, αλλά υπήρξε μικρή αλλαγή στον ρυθμό της PAS. Το 2001 η κατάσταση φάνηκε να σταθεροποιείται με μια ελαφρά αύξηση της ευθανασίας στο 2,6% και η PAS να παραμένει σταθερή (Onwuteaka-Philipsen et al., 2003).

Ωστόσο, οι van der Heide et al. (2007) διαπίστωσαν σημαντική ανατροπή αυτών των τάσεων σε μια επακόλουθη έρευνα το 2005 για να αξιολογήσουν τις επιπτώσεις του νόμου περί ευθανασίας που είχε νομιμοποιήσει την ήδη υφιστάμενη πρακτική. Τα ευρήματα έδειξαν ότι το 1,7% των θανάτων οφειλόταν στην ευθανασία και το 0,1% ήταν το αποτέλεσμα της PAS, υποδεικνύοντας σημαντική μείωση των παρεμβάσεων αυτών μετά τη θέσπιση του νόμου ευθανασίας. Ωστόσο, οι συγγραφείς υποδεικνύουν ότι αυτό μπορεί να οφείλεται σε αύξηση της χρήσης άλλων διαδικασιών πρόωγου θανάτου, όπως η τερματική καταστολή. Πράγματι, η Sheldon (2007) ανέφερε ανησυχία στην Ολλανδία σχετικά με αυτή την αυξανόμενη τάση για τερματική καταστολή που αφαιρεί μεγάλο μέρος της «γραφειοκρατίας» που συνδέεται με την ευθανασία και την PAS. Μία πιο πρόσφατη μελέτη το 2010 (Onwuteaka-Phillipsen et al., 2012) έδειξε ότι η συχνότητα της ευθανασίας είχε αυξηθεί και πάλι από το 2005 σε ποσοστό 2,8% που ήταν συγκρίσιμο με τα ποσοστά πριν από τη νομιμοποίηση της πρακτικής. Ο ρυθμός της PAS παρέμεινε σε χαμηλό επίπεδο ενώ οι καταστάσεις της τελικής καταστολής συνέχισαν να αυξάνονται.

Οι Onwuteaka-Phillipsen et al. (2012) ισχυρίζονται ότι η ισχύς της μελέτης τους, και μάλιστα και των άλλων εθνικών μελετών μεγάλης κλίμακας στην Ολλανδία, έγκειται στο μεγάλο αντιπροσωπευτικό δείγμα, το υψηλό ποσοστό ανταπόκρισης και τη διαθεσιμότητα δεδομένων από τα τελευταία 20 χρόνια. Ωστόσο, αναγνωρίζουν επίσης ότι αυτό που μπορεί

να θεωρηθεί ως ένας σημαντικός περιορισμός είναι οι πληροφορίες που τελικά εξαρτώνται από την ερμηνεία του ιατρού. Εάν δεν υπάρχει συναίνεση ως προς την έννοια των διαφόρων όρων για τη δομή που μελετάται, τότε η μέτρηση θα είναι ριζικά λανθασμένη.

1.4 Νομιμοποίηση και ευάλωτες ομάδες

Οι επικριτές της ευθανασίας συχνά αναφέρουν το επιχείρημα ότι η νομιμοποίηση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας και ευθανασίας θα οδηγήσει αναπόφευκτα στην αποδοχή των ασθενών που βοηθούν να πεθάνουν στο τέλος της ζωής τους, ενάντια στην επιθυμία τους, ειδικά στις ευάλωτες ομάδες. Οι Norwoodetal. (2009) εξέτασαν αυτό που είναι γνωστό μεταφορικά ως το επιχείρημα «τρύπα στο ανάχωμα» στην Ολλανδία. Τα συμπεράσματά τους από μια εντατική ποιοτική μελέτη για διάστημα 15 μηνών, η οποία επικεντρώθηκε κυρίως στους ευάλωτους ασθενείς στο τέλος της ζωής τους, δεν έδειξε κανένα στοιχείο αυτού του είδους της κατάχρησης. Για αυτό τα συμπεράσματα βασίστηκαν στην παρατήρηση ότι η ευθανασία στην Ολλανδία αφορά περισσότερο τη διαδικασία της ομιλίας και όχι την πράξη.

Ωστόσο, υποστηρίχθηκε ότι ακόμη και οι υποστηρικτές της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας και ευθανασίας στην Ολλανδία δεν υποστηρίζουν ένα παρόμοιο σύστημα νομιμοποίησης στις Ηνωμένες Πολιτείες λόγω του διαφορετικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης στη χώρα εκείνη που πιστεύουν ότι έχει τη δυνατότητα να συμβάλει σε αυτή την «επικίνδυνη διαδικασία» (Hendin, 1997, Humphry&Clement, 1998). Επισημαίνουν την άδικη κατανομή της ιατρικής περίθαλψης, καθώς αυξάνουν σημαντικά τους κινδύνους του θανάτου για το κέρδος, ιδιαίτερα για τις ευάλωτες ομάδες. Η γνώμη αυτή αντικατοπτρίζεται στην συχνά αναφερόμενη έκθεση της TaskForce της Νέας Υόρκης για τη Ζωή και το Νόμο (1994): «Ο κίνδυνος βλάβης είναι μεγαλύτερος για πολλά άτομα στην κοινωνία των οποίων η αυτονομία και η ευημερία είναι ήδη εκτεθειμένα στη φτώχεια, στην έλλειψη πρόσβασης σε καλή ιατρική περίθαλψη, στην προχωρημένη ηλικία ή στην ένταξη σε μια στιγματισμένη κοινωνική ομάδα. Οι κίνδυνοι νομιμοποίησης της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας και της ευθανασίας για αυτά τα άτομα, σε ένα σύστημα υγείας και στην κοινωνία που δεν μπορούν να προστατεύσουν αποτελεσματικά από τον αντίκτυπο ανεπαρκών πόρων και βαθιών κοινωνικών μειονεκτημάτων, θα ήταν εξωπραγματικό».

Ωστόσο, ο Szasz (1999) πιστεύει ότι η ιδέα ότι η καθολική υγειονομική περίθαλψη μπορεί να προστατεύσει από τις καταχρήσεις είναι μια ψευδαίσθηση. Παρόλο που ένας ασθενής δεν χρειάζεται να πληρώσει για την ευθανασία στην Ολλανδία, υποστηρίζει ότι η

χρηματοδότηση θα έχει ακόμα ισχυρό αντίκτυπο στην υγειονομική περίθαλψη. Εάν οι ιατρικές υπηρεσίες πληρώνονται από ιδιώτες, ασφαλιστές ή την κυβέρνηση, είναι σαφές ότι η σχέση κόστους / αποτελεσματικότητας της ευθανασίας και του PAS τόσο για τον ασθενή όσο και για την κοινωνία αποτελεί ισχυρό κίνητρο για να δεχτεί αυτή την επιλογή.

Είναι σημαντικό τότε να λαμβάνεται υπόψη το κοινωνικό πλαίσιο και οι επιπτώσεις του στις αποφάσεις για το τέλος της ζωής του. Ο Wolf (1996) εξέφρασε την ανησυχία του ότι αυτό λείπει ιδιαίτερα στον τομέα του φύλου. Μερικές μελέτες υποδεικνύουν ότι υπάρχει μια ορισμένη τάση φύλου στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία και στη θανατηφόρα δολοφονία που δείχνει ότι οι γυναίκες αντιπροσωπεύουν ένα πολύ υψηλότερο ποσοστό των θανάτων. Αν και οι νομικοί περιορισμοί στην Αμερική, η απαγόρευση τέτοιων πρακτικών κατέστησε δύσκολη την απόκτηση πληροφοριών σχετικά με αυτές τις περιπτώσεις, διατέθηκε ένα μοναδικό σύνολο δεδομένων με τις αυτοκτονίες υψηλού προφίλ με τη βοήθεια του Dr. Jack Kevoorkian, συνταξιούχου παθολόγου στο Μίσιγκαν. Οι Canetto και Hollenshead (1999-2000) πραγματοποίησαν ανάλυση εβδομήντα πέντε αυτοκτονιών που εντόπισε ο Kevoorkian βοηθώντας μεταξύ 1990 και 1997. Διαπίστωσαν ότι η σημαντική πλειοψηφία (72%) ήταν γυναίκες, οι οποίες ισχυρίστηκαν ότι ήταν ιδιαίτερα ενδιαφέρουσες περιπτώσεις όταν εξετάστηκαν υπό το φως των εθνικών στατιστικών για περιπτώσεις αυτοκτονίας όπου οι γυναίκες αποτελούν μειονότητα (Canetto 1995). Αυτό θα υποστήριζε την ιδέα ότι «η ψυχολογία των φύλων της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας είναι διαφορετική από την ψυχολογία του φύλου του αυτοεπιβαλλόμενου θανάτου» (Canetto & Hollenshead, 1999-2000, σελ. 182) και δικαιολογεί περαιτέρω διερεύνηση.

Παρά το γεγονός ότι αναγνωρίζουν ότι αυτά τα ευρήματα μπορεί να μην είναι τυπικά ή αντιπροσωπευτικά όλων των αυτοκτονικών υποκλοπών, οι Canetto και Hollenshead (1999-2000) συζητούν διάφορες πιθανές εξηγήσεις για αυτή την ανησυχητική τάση φύλου. Οι γυναίκες ζουν περισσότερο από τους άνδρες και είναι πιο πιθανό να υποφέρουν από χρόνιες ασθένειες, αλλά έχουν λιγότερους οικονομικούς και κοινωνικούς πόρους. Οι επιλογές τους για περίθαλψη περιορίζονται από αυτά τα μειονεκτήματα και ως εκ τούτου η αυτοκαταστροφή μπορεί να θεωρηθεί από αυτούς και από άλλους ως απολύτως κατάλληλη. Αυτή η αντίληψη μπορεί να ενισχυθεί από μια πολιτισμική προκατάληψη προς την υποτίμηση της ζωής των γυναικών και μια κοινωνική προσδοκία της αυτοθυσίας των γυναικών με μειωμένη αίσθηση δικαιώματος. Οι Canetto και Hollenshead (2002) αναφέρουν ότι εάν οι γυναίκες παρουσιάζονται μόνο με περιορισμένες επιλογές, τότε αν και η απόφαση για την επιτάχυνση του θανάτου μπορεί πράγματι να είναι λογική, δεν αποτελεί πραγματική «επιλογή» και μπορεί πράγματι να καταστεί περισσότερο καθήκον.

Από την άλλη πλευρά, η ανησυχία αυτή δεν υποστηρίχθηκε από έρευνες σχετικά με τις ευάλωτες ομάδες είτε στην Ολλανδία είτε στο Όρεγκον, όπου υπήρξε νομιμοποίηση της ευθανασίας και της PAS (Battin et al., 2007). Σε μια ευρεία μελέτη που συνέκρινε τα στατιστικά στοιχεία για το PAS στο Όρεγκον από το 1998-2006 και το PAS και την ευθανασία στην Ολλανδία το 1990, το 1995, το 2001 και το 2005, δεν βρέθηκαν στοιχεία για υψηλότερα ποσοστά γυναικών. Τα ευρήματα έδειξαν ότι, καθώς δεν υπήρχε αυξημένος κίνδυνος αυτοκτονίας ή ευθανασίας στις γυναίκες, δεν υπήρξε επίσης καμία ένδειξη αυξημένου κινδύνου σε οικονομικά ή κοινωνικά μειονεκτούσες ή άλλες μειονοτικές ομάδες. Ωστόσο, υπό το πρίσμα των ενδείξεων του Norwood (2009) για τον αποκλεισμό ορισμένων μελών της κοινωνίας στην Ολλανδία από τον λόγο της ευθανασίας, φαίνεται σκόπιμο να αναρωτηθεί κανείς εάν αυτά τα ευρήματα αντικατοπτρίζουν περισσότερο αυτή την ανισότητα πρόσβασης και όχι την ένδειξη έλλειψης καταχρήσεων των ευάλωτων ομάδων.

Ακόμη και αν υπάρχουν στοιχεία που υποδεικνύουν ότι οι γυναίκες δεν υπέρ - εκπροσωπούνται στις στατιστικές εκείνων που τερματίζουν τη ζωή τους με ευθανασία ή υποβοηθούμενη αυτοκτονία, η Wolf (1996) παρουσιάζει μια ισχυρή περίπτωση για μια διεξοδική ανάλυση του ρόλου του φύλου στην επιτάχυνση του θανάτου. Επισημαίνει την προβολή στα μέσα μαζικής ενημέρωσης των περιπτώσεων που αφορούν τις γυναίκες που επιθυμούν να πεθάνουν, εναντίον ενός ιστορικού και πολιτιστικού υπόβαθρου που επικυρώνει την ανιδιοτέλεια των γυναικών, δημιουργώντας μια εικόνα λογικής και ικανότητας για τους θανάτους των γυναικών που πρέπει να χτυπήσουν κουδούνια συναγερμού. Εκτός από αυτό το περιβάλλον είναι η ανησυχία ότι οι γυναίκες μπορούν να αναζητήσουν υποβοηθούμενη αυτοκτονία ή ευθανασία λόγω περιορισμένης πρόσβασης σε ποιοτική υγειονομική περίθαλψη που οδηγεί σε ανεπαρκή ανακούφιση από τον πόνο και σε μεγαλύτερο βαθμό κατάθλιψης. Αυτό μπορεί να επιδεινωθεί περαιτέρω λόγω ανεπαρκούς οικονομικής και κοινωνικής στήριξης. Τα κίνητρά τους, επομένως, μπορεί να μην είναι ο ίδιος ο θάνατος, αλλά να ξεφύγουν από μια αδύναμη κατάσταση. Αυτή η ιδέα βρίσκει στήριξη στις τάσεις των φύλων στις προσπάθειες αυτοκτονίας. Η απόφαση ενός ιατρού να υποστηρίξει έναν ταχύτερο θάνατο μπορεί επίσης να αποτελέσει αντικείμενο μεροληψίας λόγω φύλου.

Ο Fitzgerald (1999) ζητά επίσης μια ευρύτερη ανάλυση της συζήτησης για την ευθανασία και ένα πλαίσιο που ενσωματώνει την αναγνώριση του ευρύτερου κοινωνικού πλαισίου που θα έχει αναπόφευκτα αντίκτυπο στις αποφάσεις της ευθανασίας. Η ανησυχία του είναι ότι η προοπτική πολλών περιθωριοποιημένων ομάδων, ιδιαίτερα των ατόμων με αναπηρίες, απουσιάζει από τη συζήτηση. Ως εκ τούτου, είναι απαραίτητο να δημιουργηθεί

μια εικόνα για τις καθημερινές εμπειρίες των ανθρώπων με αναπηρίες που μπορεί να προκαλέσουν πιθανότητες αυτονομίας και την εννοιοποίηση των «ζωών που δεν αξίζει να ζουν». Ο Fitzgerald υποστηρίζει επίσης ότι τα κοινωνικά στερεότυπα της αναπηρίας ενθαρρύνουν τα άτομα με αναπηρία και τις οικογένειές τους να αναζητούν την ευθανασία ως λύση και για τους ιατρούς να είναι πιο πιθανό να δεχτούν το αίτημα ως μια ορθολογική επιλογή. Η ιστορική απεικόνιση της αναπηρίας και ο παραδοσιακός ρόλος που παίζει η ιατρική και ο νόμος για τον έλεγχο της ζωής των ατόμων με αναπηρίες έχει τη δυνατότητα, όπως προειδοποιεί, να εκφραστεί στην ευθανασία.

Ο πολιτιστικός διακριτικός χαρακτήρας του θανάτου πρέπει επίσης να διερευνηθεί περαιτέρω σε σχέση με την ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Για παράδειγμα, στις Ηνωμένες Πολιτείες έχει προταθεί ότι ο λόγος του δικαιώματος προς το θάνατο μπορεί να μην είναι τόσο διαδεδομένος στις μη ευρωπαϊκές / αμερικανικές ομάδες (Canetto & Hollenshead, 2002). Η ανάλυση της εθνικότητας εκείνων που επέλεξαν να πεθάνουν με υποβοηθούμενη αυτοκτονία στο Όρεγκον έδειξε ότι το 97% ήταν λευκοί. Ομοίως, το 96% των ατόμων που βοηθήθηκαν να πεθάνουν από τον Δρ Jack Kevoorkian στο Μίσιγκαν ήταν επίσης λευκοί (Canetto & Hollenshead, 1999-2000). Αυτό αντανακλάται στην Hemlock Society, μία εθνική οργάνωση για το δικαίωμα στο θάνατο στις Ηνωμένες Πολιτείες, όπου το 95% ήταν λευκοί (Kamakahi et al., 2001). Φαίνεται εύλογο να υποθεθεί ότι δεν υπάρχουν μόνο διαφορετικές αντιλήψεις για το θάνατο ανάμεσα σε διάφορες ομάδες μέσα σε έναν πολιτισμό, αλλά και μεταξύ διαφορετικών εθνοτήτων, ομάδων και κοινωνιών.

1.5 Ο ρόλος των νοσηλευτών στη διαδικασία της ευθανασίας

Οι νοσηλευτές έχουν σημαντικό, πολύπλευρο ρόλο να διαδραματίσουν στις διαδικασίες της ευθανασίας, όπως αναφέρεται σε ένα μεγάλο σώμα βιβλιογραφίας (Francke et al., 2015, Dierckx de Casterlé et al., 2010, Inghelbrecht et al., 2009a, De Baet al., 2008, De Beer et al., 2004). Ανεξάρτητα από το νομικό καθεστώς της ευθανασίας, οι νοσηλευτές λαμβάνουν αιτήματα ασθενών σχετικά με αυτό. Πράγματι το πρώτο άτομο που βρίσκεται στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης στους οποίους ένας ασθενής εκφράζει την επιθυμία για ευθανασία είναι συχνά ο νοσηλευτής (Kranidiotis et al., 2015, De Baet al., 2008, Van Bruchem-Van De Scheur et al., 2008b, Tanida et al., 2002). Εκτός από τη νομοθεσία που αφορά την ευθανασία, οι νοσηλευτές είναι πολλές φορές οι αποδέκτες των αιτημάτων. Αυτό αποδίδεται στην εμπιστευτική σχέση μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών. Οι ασθενείς, όμως, επιθυμούν να διευκρινίσουν θέματα που σχετίζονται με την ευθανασία (Dierckx de Casterlé et al., 2010,

VanBruchem-VanDeScheuretal., 2008b). Αν και οι νοσηλευτές δεν ερμηνεύουν πάντα ένα αίτημα ευθανασίας, όπως προτίθεται ο ασθενής (De Beeretal., 2004), κάθε αίτημα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη. Σε αυτό το στάδιο οι νοσηλευτές προσπαθούν να καταλάβουν το σκεπτικό στο αίτημα με συνεχή επικοινωνία με τον ασθενή. Ένας άλλος στόχος αυτής της επικοινωνία είναι να βεβαιωθούν ότι η ευθανασία είναι αυτό που ο ασθενής πραγματικά επιθυμεί (Denieret al., 2010, Dierckx de Casterlé et al., 2010.) Η επικοινωνία μπορεί να έχει διάφορες μορφές, με την ενεργή ακρόαση να θεωρείται η πιο σημαντική (Denier et al., 2010). Επιπλέον, οι νοσηλευτές παρέχουν στον ασθενή και στους συγγενείς πληροφορίες και μεταφέρουν το εκφρασμένο αίτημα σε άλλα μέλη της ομάδας φροντίδας (Denier et al., 2010, Dierckx de Casterlé et al., 2010).

Στο Βέλγιο και στην Ολλανδία, οι νοσηλευτές, ανάλογα με το πλαίσιο, μπορούν ή όχι να συμπεριληφθούν στις συζητήσεις για τη διαδικασία λήψης αποφάσεων σχετικά με το αίτημα ευθανασίας ενός ασθενούς (Bilsen et al., 2014, Dierckx de Casterlé et al., 2010, Inghelbrecht et al., 2010, VanBruchem-VanDeScheuretal., 2008c, De Beer et al., 2004). Σε αντίθεση με το Βέλγιο, στην Ολλανδία, η συμμετοχή των νοσηλευτών στη λήψη αποφάσεων δεν προβλέπεται στην ευθανασία (Inghelbrecht et al., 2010, VanBruchem-VanDeScheuretal., 2008a). Οι νοσηλευτές μπορεί επίσης να αποκλειστούν από τη λήψη αποφάσεων με βάση τις επιθυμίες του ασθενούς ή όταν ο ιατρός θεωρήσει ότι η διαβούλευση είναι περιττή. Ένας άλλος λόγος για τον αποκλεισμό των νοσηλευτών είναι η εξέταση της ευθανασίας ως σχέσης μεταξύ ιατρού και ασθενή (Van Bruchem-Van De Scheur et al., 2008a). Ωστόσο, η συμμετοχή των νοσηλευτών στη λήψη αποφάσεων θεωρείται σημαντική λόγω των βασικών πληροφοριών που μπορούν να παρέχουν σχετικά με τον ασθενή (Francke et al., 2015, Dierckx de Casterlé et al., 2010, De Bal et al., 2008, VanBruchem-VanDeScheuretal., 2008c). Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας λήψης αποφάσεων οι νοσηλευτές είναι οι πληροφοριοδότες για τον ασθενή και τους συγγενείς, παρέχοντας απαντήσεις για ανοικτές ερωτήσεις και συζητήσεις σχετικά με θέματα που αφορούν την ευθανασία. Μπορούν επίσης να υποστηρίξουν την επικοινωνία με τον ασθενή και τους συγγενείς (Denieretal., 2010, Dierckx de Casterlé et al., 2010.)

Μόλις ληφθεί μια καταφατική απόφαση ο ρόλος των νοσηλευτών γίνεται πιο υποστηρικτικός. Εκτός από την καλύτερη δυνατή παρηγορητική φροντίδα, η πραγματοποίηση των τελευταίων επιθυμιών του ασθενούς είναι κεντρικό στοιχείο της περίθαλψης. Επιπλέον, η επικοινωνία εντός της ομάδας φροντίδας είναι ζωτικής σημασίας για τη συναισθηματική και την ψυχολογική προετοιμασία για την επικείμενη απόδοση της ευθανασίας (Dierckx de Casterlé et al., 2010).

Εάν οι νοσηλευτές είναι παρόντες τη στιγμή που πραγματοποιείται η ευθανασία, ο πρωταρχικός τους ρόλος είναι η υποστήριξη του ασθενούς και των συγγενών (Dierckx de Casterlé et al., 2010, De Bal et al., 2008, VanBruchem-VanDeScheuretal., 2008b). Οι περισσότερες νοσηλευτές δεν κάνουν προπαρασκευαστική δραστηριότητα, π.χ. εισαγωγή μίας βελόνας έγχυσης ή προετοιμασία των φαρμάκων ευθανασίας, ως μέρος των επαγγελματικών του καθηκόντων (Francke et al., 2015, VanBruchem-VanDeScheuretal., 2008c). Ωστόσο, μερικές φορές τα καθήκοντα αυτά εκτελούνται από νοσηλευτές, κυρίως στις περιπτώσεις που ο ιατρός είναι άπειρος (Van Bruchem-Van De Scheur De Bal et al., 2008b, DeBeeretal., 2004). Παρόλο που η υπάρχουσα νομοθεσία δηλώνει αδιαμφισβήτητα ότι η ευθανασία αποτελεί καθήκον του ιατρού, πολλές περιπτώσεις ευθανασίας διαχειρίζονται από νοσηλευτές, με ή χωρίς τη συμμετοχή ιατρού (Inghelbrechtetal., 2010, De Bal et al., 2008, VanBruchem-VanDeScheuret al., 2008a, DeBeeretal., 2004). Με αυτόν τον τρόπο, οι νοσηλευτές κινδυνεύουν με ποινική δίωξη καθώς και πειθαρχικά μέτρα (Francke et al., 2015, Van Bruchem-VanDeScheuretal., 2008b).

Αφού ο ασθενής πεθάνει, οι νοσηλευτές υποστηρίζουν την οικογένεια και τους παρέχουν φροντίδα (Dierckx de Casterlé et al., 2010). Περαιτέρω επαφή με την οικογένεια του νεκρού μετά από ένα ορισμένο χρονικό διάστημα θεωρείται ως ένα σημαντικό μέρος της φροντίδας τους. Εκτός από τους συγγενείς, ο ιατρός που έχει εκτελέσει την ευθανασία και τα μέλη της νοσηλευτικής ομάδας μπορεί επίσης να χρειάζονται υποστήριξη (Dierckx de Casterlé et al., 2010).

1.6 Παράγοντες που σχετίζονται με τις στάσεις που σχετίζονται με την ευθανασία

Οι στάσεις των ατόμων απέναντι στην ευθανασία συνδέονται με πολλούς παράγοντες, όπως η ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, τις πτυχές της οικογένειας, τη θρησκεία και (για τους νοσηλευτές) τη νοσηλευτική ειδικότητα (Danyliv & O'Neill, 2015, Cox et al., 2013, Cohenetal., 2006, Berghs et al., 2005). Έχει βρεθεί θετική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και της άρνησης για ευθανασία τόσο στο ευρύ κοινό όσο και στους νοσηλευτές (Cohenetal., 2014, Köneke, 2014, Holt, 2008, Cohenetal., 2006, Berghs et al., 2005, Verpoortetal., 2004). Αυτό σχετίζεται με τη διαδικασία γήρανσης, αλλά μπορεί επίσης να συνδέεται με πολιτισμικές επιρροές. Οι σημερινές νέες γενιές μεγάλωσαν σε πιο φιλελεύθερες κοινωνίες, κάτι που μπορεί να έχει επηρεάσει τη στάση τους απέναντι στην ευθανασία (Cohen et al., 2006).

Οι άνδρες έχουν πιο ανεκτική στάση απέναντι στην ευθανασία σε σχέση με τις γυναίκες (Poma et al., 2015, Stolz et al., 2015, Cohen et al., 2006), αν και μία μελέτη δεν το υποστήριξε (Köneke, 2014). Η νοσηλευτική είναι ένα γυναικείο επάγγελμα, με αποτέλεσμα το φαινόμενο του φύλου να έχει σπάνια μελετηθεί (Holt, 2008). Ωστόσο, οι άνδρες επαγγελματίες υγείας είναι πιο πρόθυμοι να ασκήσουν ευθανασία σε σχέση με τις γυναίκες νοσηλεύτριες (Vézina-Imet et al., 2014).

Έχει βρεθεί, επίσης, θετική συσχέτιση μεταξύ της αποδοχής της ευθανασίας και του επιπέδου εκπαίδευσης (Köneke, 2014, Cohen et al., 2006), αν και έχουν αναφερθεί και αντίθετα ευρήματα (Stronegger et al., 2013), πιθανώς επειδή τα υψηλά μορφωμένα άτομα εκτιμούν προσωπικά την αυτονομία και τον ατομικισμό (Verbakel & Jaspers, 2010, Cohen et al., 2006). Αντίθετα, μία μη σημαντική σχέση μεταξύ εκπαιδευτικού επιπέδου και στάσεων που σχετίζονται με την ευθανασία βρέθηκαν στους νοσηλευτές (Verpoort et al., 2004), αν και το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης σχετίστηκε με μεγαλύτερη ετοιμότητα των νοσηλευτών να χορηγούν φάρμακα σε περιπτώσεις ευθανασίας (Vézina-Im et al., 2014, Inghelbrecht et al., 2009b).

Η μη ύπαρξη συντρόφου ή συζύγου είναι ενδεικτική της υποστήριξης της ευθανασίας (Stronegger et al., 2013, Televantos et al., 2013, Rietjens et al., 2005), πιθανώς επειδή τα άτομα που ζουν μόνα τους φοβούνται τη μοναξιά και τον ανεξέλεγκτο θάνατο, το οποίο θα μπορούσε να αποφευχθεί από την ευθανασία (Stronegger et al., 2013). Επιπλέον, έχει προταθεί ότι οι ισχυροί οικογενειακοί δεσμοί επηρεάζουν τις στάσεις των ατόμων, αυξάνοντας την αξιολόγηση της διάρκειας της ζωής (Televantos et al., 2013, Rietjens et al., 2005). Αυτή η υπόθεση υποστηρίζεται από μία αναφερόμενη τάση απόρριψης της ευθανασίας από ανθρώπους που ζουν σε οικογένειες με δύο ή περισσότερα παιδιά (Stronegger et al., 2013).

Ωστόσο, έχει αναφερθεί ότι η θρησκεία είναι ο ισχυρότερος προγνωστικός παράγοντας της στάσης των ατόμων προς την ευθανασία (Danyliv & O'Neill, 2015) και ένα μεγάλο μέρος της βιβλιογραφίας δείχνει ότι υπάρχει μια ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των θρησκευτικών απόψεων ενός ατόμου και της απόρριψης της ευθανασίας (Stolz et al., 2015, Cox et al., 2013, Gielen et al., 2011, Verbakel & Jaspers, 2010, Inghelbrecht et al., 2009b, Holt 2008, Berghs et al., 2005, Cohen et al., 2006, Verpoort et al., 2004). Η θρησκευτικότητα των ατόμων έχει μετρηθεί με διάφορους τρόπους. Μερικοί είναι υπερβολικά απλοϊκοί ή ασαφείς για να καταγράψουν την πολυπλοκότητα της θρησκείας (Vézina-Im et al., 2014, Gielen et al., 2009a). Μια μέθοδος μέτρησης είναι απλά να ζητήσει από τους συμμετέχοντες να δηλώσουν σε ποια θρησκεία ανήκουν ή να εκτιμήσουν τη δύναμη της θρησκευτικότητάς τους (Vezina-

Imetal., 2014, Gielenet al., 2009a). Η ισχύς αυτών των μέτρων μπορούν να αμφισβητηθούν λόγω της ασάφειας των κριτηρίων αξιολόγησης των απαντήσεων (Huber & Huber, 2012, Gielenet al., 2009a). Εξαιτίας των διαφορών στις μετρήσεις τα ευρήματα δεν είναι πλήρως συγκρίσιμα, γεγονός που μπορεί εν μέρει να εξηγήσει γιατί σε μερικές μελέτες δεν εντοπίστηκε καμία σχέση μεταξύ της θρησκείας και της συμπεριφοράς που σχετίζεται με την ευθανασία (Naseh et al., 2015, Vézina-Im et al., 2014, Gielenetal., 2009b, Karadenizetal., 2008).

Η συχνή επαφή με ασθενείς με νόσο τελικού σταδίου μειώνει την αποδοχή των νοσηλευτών για την ευθανασία. Συνεπώς, οι νοσηλευτές που εργάζονται σε ογκολογικά ή παρηγορητικά κέντρα φροντίδας είναι πιθανότερο να απορρίψουν την ευθανασία (Verpoort et al., 2004, Holt 2008, Berghs et al., 2005) Παρόμοια συσχέτιση έχει αναφερθεί και μεταξύ των ανθρώπων οι οποίοι έχουν υποστεί βλάβη στο προσωπικό τους περιβάλλον ή έχουν εμπειρία φροντίδας ατόμων που πεθαίνουν (Stolz et al., 2015, Verbakel & Jaspers, 2010).

Η αποδοχή της ευθανασίας συνδέεται επίσης με τη φύση της κατάστασης και ταλαιπωρίας του αιτούντος. Υποστηρίχθηκε ότι η ευθανασία απορρίπτεται συχνότερα για άτομα με ψυχολογικές καταστάσεις και ψυχική δυστυχία, παρά για άτομα με ανίατες και φυσικές ασθένειες (Vézina-Imetal., 2014, Cox et al., 2013, Rietjens et al., 2005, Ryyänänen et al., 2002). Αυτό μπορεί να σχετίζεται με την ελπίδα ότι εάν η ψυχική ταλαιπωρία είναι ένα σύμπτωμα ψυχιατρικής ασθένειας μπορεί να υπάρξει μια αποτελεσματική θεραπεία ή η διάθεση του ασθενούς μπορεί απλά να βελτιωθεί με το χρόνο (De Hert et al., 2015). Έχει περαιτέρω υποστηριχθεί σε χώρες που έχουν νομιμοποιήσει την ευθανασία ότι η φύση του πόνου είναι άσχετη με τις στάσεις των νοσηλευτών και άλλων ανθρώπων (DeHertetal., 2015, Vézina-Imetal., 2014). Ωστόσο, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η ευθανασία με βάση τη ψυχιατρική διαταραχή είναι γενικά σπάνια, για παράδειγμα αντιπροσώπευε λιγότερο από το 1% του συνόλου των εγκεκριμένων περιπτώσεων στην Ολλανδία το 2014 (Kimetal., 2016).

1.7 Ηθικά επιχειρήματα υπέρ και κατά της ευθανασίας

Κατά τον εξορθολογισμό της στάσης τους απέναντι στην ευθανασία, τα άτομα συχνά αναφέρονται στις τέσσερις αρχές ιατρικής δεοντολογίας: σεβασμός της αυτονομίας, μη κακοποίηση, ευεργεσίας και δικαιοσύνης (Beauchamp & Childress, 2012, Verbakel & Jaspers, 2010, Quaghebeuretal., 2009, Berghsetal., 2005). Οι υποστηρικτές της ευθανασίας τονίζουν το σεβασμό της αυτονομίας των ατόμων, δηλώνοντας ότι οι άνθρωποι πρέπει να έχουν το δικαίωμα να αποφασίσουν για τη δική τους ζωή (Kranidiotis et al., 2015, Hendry et al., 2013,

Verbakeel&Jaspers, 2010, Quaghebeur et al., 2009, White et al., 2008). Επιπλέον, ο σεβασμός για την αυτονομία του ασθενούς επηρεάζει την αξιολόγηση της αποδοχής του τερματισμού της ζωής του/της. Για παράδειγμα, οι Mullet et al., (2014) διαπίστωσαν ότι ακόμη και παράνομες πράξεις μπορούν να θεωρηθούν αποδεκτές καταστάσεις στις οποίες τηρείται η αυτονομία των ασθενών.

Επιπλέον, ο σεβασμός της αυτονομίας συνδέεται με τον ατομικισμό και τη δυτική κουλτούρα(Cohenetal., 2014, Sikora&Lewins, 2007). Ωστόσο, έχει υποστηριχθεί ότι ο σεβασμός για αυτονομία δεν πρέπει να είναι υπερβολικά ατομικιστικός ούτε να δίνεται ηθική προτεραιότητα σε σχέση με άλλες αρχές (Beauchamp & Childress, 2012). Έτσι, η αιτιολόγηση της ευθανασίας για αυτούς τους λόγους έχει επικριθεί και θεωρείται ότι έχει ελάχιστο σεβασμό στην αυτονομία των άλλων. Ειδικότερα, η αυτονομία των επαγγελματιών υγείας μπορεί να παραβιαστεί από την εκτέλεση της ευθανασίας βασισμένη στην αυτονομία του ασθενούς (Quaghebeuretal., 2009).

Η διαφωνία στην ευθανασία δικαιολογείται συνήθως από την αρχή της μη κακοποίησης, η οποία υποχρεώνει τη σκόπιμη αποφυγή πράξεων που προκαλούν βλάβη (Beauchamp & Childress, 2012,Quaghebeuretal., 2009), καθώς η ευθανασία μπορεί να θεωρηθεί ότι προκαλεί ανεπανόρθωτη βλάβη στην αξία της ζωής (Quaghebeuret al., 2009).Επιπλέον, η ευθανασία παραβιάζει τον πρώτο κανόνα της μη κακοποίησης: «Μη σκοτώνετε» (Beauchamp& Childress, 2012). Έχει επίσης υποστηριχθεί ότι η ευθανασία μπορεί να βλάψει σοβαρά την ακεραιότητα και την αμοιβαία εμπιστοσύνη μεταξύ του ασθενούς και των επαγγελματιών υγείας. Όμως, για να μπορεί να κριθεί μια ενέργεια σε τέτοιες περιπτώσεις, απαιτούνται πρόσθετες πληροφορίες όσον αφορά το πλαίσιο, τα κίνητρα των συμμετεχόντων και τις προτιμήσεις του ασθενή (Beauchamp&Childress, 2012, Quaghebeuretal., 2009).

Μια άλλη διαφωνία σε οποιαδήποτε μορφή ευθανασίας είναι ότι θα μπορούσε να σηματοδοτήσει την αρχή της «ολισθηρής κλίσης», δηλαδή τη διεύρυνση της άδειας για ευθανασία από ασθενείς με αφόρητη ταλαιπωρία σε ανίκανους ή εύλωτους ανθρώπους (Köneke, 2014,Verbakeel&Jaspers, 2010, Ryynänen et al., 2002). Αυτό το επιχείρημα ενισχύει τη διαφωνία με την ευθανασία, λόγω της αρχής της προφύλαξης (Köneke, 2014,Hendryetal., 2013,Beauchamp & Childress, 2012). Σε προσπάθειες αποφυγής πιθανή κατάχρηση της ευθανασίας, χώρες που έχουν νομιμοποιήσει την ευθανασία έχουν επίσης θεσπίσει διάφορες δικλίδες ασφαλείας, όπως αξιολόγηση από ανεξάρτητο ιατρό και υποχρέωση αναφοράς σε επιτροπή ευθανασίας (Regionale Toetsingcommissies Euthanasie, 2016, Köneke, 2014,Ministry of Health & Ministry of Social Security, 2010).

Η αρχή της ευεργεσίας υποχρεώνει τα άτομα να προστατεύουν και να υπερασπίζονται τα δικαιώματα των άλλων, να αποφεύγουν την πρόκληση βλάβης και να αφαιρεθούν εκείνα τα αντικείμενα ή πράξεις που προκαλούν βλάβη στους άλλους. Η ωφέλεια έχει παρατηρηθεί ως σιωπηρή παραδοχή σε όλα τα επαγγέλματα υγειονομικής περίθαλψης (Beauchamp&Childress, 2012). Είναι σαφές ότι θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι η ευθανασία παραβιάζει αυτή την αρχή (Quaghebeuret al., 2009). Ωστόσο, υποστηρικτές της ευθανασίας υποστηρίζουν ότι η αξιοπρέπεια και η ποιότητα ζωής των ανθρώπων αξίζουν περισσότερο από τη διάρκειά της (Verbakel & Jaspers, 2010, Quaghebeuret al., 2009). Έχει επίσης υποστηριχθεί ότι οι εμπειρίες του πόνου και ο δύσκολος θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου θα επηρεάσουν τις στάσεις των ατόμων απέναντι στην ευθανασία (Hendryetal., 2013). Από την άλλη μεριά μπορεί να αμφισβητηθεί εάν εξυπηρετούνται τα συμφέροντα ενός ανθρώπου προκαλώντας το θάνατό του (Quaghebeuret al., 2009).

Γενικά, η αρχή της δικαιοσύνης αναφέρει ότι τα άτομα σε παρόμοιες καταστάσεις πρέπει να αντιμετωπίζονται εξίσου (Beauchamp&Childress, 2012). Στο πλαίσιο της ευθανασίας, αυτό συνεπάγεται ότι η φροντίδα πρέπει να προσαρμόζεται ώστε να ανταποκρίνεται στις ανάγκες και τις δυνατότητες των μεμονωμένων ασθενών, αλλά υπάρχει η δικαιολογία ότι η ευθανασία μπορεί να προσαρμοστεί για να ταιριάζει στους άλλους παρά στους ασθενείς(Quaghebeuret al., 2009).

Διάφοροι εθνικοί και διεθνείς οργανισμοί δημοσιεύουν κατευθυντήριες οδηγίες σχετικά με την επαγγελματική ηθική των νοσηλευτών (International Council of Nurses, 2012, American Nurses Association, 2011). Οι κατευθυντήριες οδηγίες διαφέρουν σε κάποιο βαθμό (εν μέρει οφείλονται σε παραλλαγές των εθνικών νόμων), αλλά είναι σε μεγάλο βαθμό συνεπείς. Όλες υποστηρίζουν τις αρχές της ευημερίας και τον σεβασμό της αυτονομίας, καθώς και τις ευθύνες των νοσηλευτών όσον αφορά την ευθανασία. Μεταξύ άλλων, οι νοσηλευτές πρέπει να σέβονται κάθε ασθενή ως άτομο, ανεξάρτητα από το αν δεν συμφωνούν με τις επιλογές του (International Council of Nurses, 2012, American Nurses Association, 2011, Berghset al., 2005). Οι υποστηρικτές της ευθανασίας αναφέρονται στο καθήκον των νοσηλευτών (τονίζεται στις κατευθυντήριες οδηγίες) για την ανακούφιση του πόνου, όσον αφορά την ευθανασία ως ακραία θεραπεία. Από την άλλη μεριά, εκείνοι που διαφωνούν τονίζουν την υποχρέωση των νοσηλευτών να προστατεύουν την ανθρώπινη ζωή και τα ανθρώπινα δικαιώματα και μεταξύ άλλων τα ατομικά δικαιώματα στη ζωή και την ασφάλεια του ατόμου (International Council of Nurses, 2012, American Nurses Association, 2011). Συνεπώς, η Αμερικάνικη Ένωση Νοσηλευτών καταδικάζει απερίφραστα οποιαδήποτε πρόθεση να τερματίσει τη ζωή ενός ασθενούς, ακόμα και όταν υποκινείται από σεβασμό για

αυτονομία, συμπόνια ή σκέψεις σχετικά με την ποιότητα της ζωής του ασθενή (AmericanNursesAssociation, 2011). Ωστόσο, οι προσωπικές αξίες των νοσηλευτών μπορούν να επηρεάζουν τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την ευθανασία πιο έντονα από τους επαγγελματικούς κώδικες δεοντολογίας (Brzosteketal., 2008).

2. Στάσεις επαγγελματιών υγείας απέναντι στην ευθανασία

Οι μελέτες που διεξάγονται σε χώρες όπου η ευθανασία και η PAS δεν έχουν νομιμοποιηθεί συνήθως περιλαμβάνουν προσπάθειες μέτρησης της στάσης απέναντι σε αυτές τις αποφάσεις λήξης της ζωής (Onwuteaka-Phillipsen et al., 2012). Οι σκέψεις, τα συναισθήματα, η συμπεριφορά και οι εμπειρίες ενός ατόμου είναι μια αντανάκλαση κάποιων εσωτερικών, μοναδικών, καθορισμένων ποιοτικών δεδομένων (ιδεαλισμός) που μπορούν να καταγραφούν με κάποιο τρόπο (Burk, 2005). Συνήθως αυτές οι μελέτες βασίζονται σε απαντήσεις σε ένα περιορισμένο σύνολο ερωτήσεων που αναζητούν τη γνώμη του ευρέος κοινού, των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών.

Αν και η μεταβλητή ποιότητα τέτοιων μελετών έχει οδηγήσει σε ευρύ φάσμα αποτελεσμάτων, μπορούν να εντοπιστούν ορισμένες γενικές τάσεις. Μια ανασκόπηση των ερευνών της κοινής γνώμης σχετικά με την ευθανασία και την PAS στην Αμερική (Emanuel, 2002) οδήγησε τον συγγραφέα να συστήσει τη χρήση του «Κανόνα των Τρίτων», προκειμένου να υπάρξει μια αίσθηση δημόσιας στάσης. Οι μελέτες έδειξαν ότι περίπου το ένα τρίτο των Αμερικανών υποστήριξε την ευθανασία και το PAS, το ένα τρίτο αντιτίθεται σε αυτές τις πρακτικές, αλλά το τελευταίο τρίτο επηρεάστηκε από τις περιστάσεις. Ως εκ τούτου, αναφορές της πλειοψηφίας των δύο τρίτων υπέρ της ευθανασίας και της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας είναι κάπως παραπλανητικές, σύμφωνα με τον Emanuel. Οι τάσεις ανέφεραν επίσης ότι η αύξηση της υποστήριξης αυτών των παρεμβάσεων πραγματοποιήθηκε στα μέσα της δεκαετίας του 1970 και παρέμεινε σχετικά σταθερή από τότε, η οποία είναι συγκρίσιμη με την κατάσταση στην Ολλανδία. Μελέτες της κοινής γνώμης στο Ηνωμένο Βασίλειο και την Αυστραλία έχουν επίσης προτείνει σταθερά ότι η πλειονότητα των επαγγελματιών υγείας ευνοούν την ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία (Searle, 2009, Sikora & Lewins, 2007).

Σε μελέτες στη Νέα Ζηλανδία, οι έρευνες αποσκοπούν να δείξουν ότι η πλειοψηφία του ευρύτερου κοινού υποστηρίζει την αλλαγή του νόμου για να επιτρέψει το «δικαίωμα θανάτου» υπό ορισμένες συνθήκες. Για παράδειγμα, μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε από

έναν ερευνητή του Πανεπιστημίου Massey το 2009 (Gendall, 2010) διαπίστωσε ότι η υποστήριξη για ευθανασία ή υποβοηθούμενη αυτοκτονία εξαρτάται από το ζήτημα της διαχείρισης του πόνου. Στην περίπτωση μιας οδυνηρής, ανίατης ασθένειας, το 69% συμφώνησε με το να επιτρέπεται στον ιατρό να τερματίσει τη ζωή του ασθενούς εάν του ζητηθεί. Ωστόσο, αν ο πόνος μπορούσε να θεραπευτεί, το ποσοστό της ενισχυμένης αυτοκτονίας ή ευθανασίας μειώθηκε στο 45%, ενώ εκείνοι που διαφωνούσαν αυξήθηκαν από 19% σε 39%. Ομοίως, στην περίπτωση πλήρους φυσικής εξάρτησης από άλλους, χωρίς πόνο ή νόσο τελικού σταδίου, το 44% συμφώνησε με το δικαίωμα του ατόμου για τερματισμό της ζωής και το 39% διαφώνησε. Παρόλο που η αντιμετώπιση του πόνου είναι ένας σημαντικός παράγοντας στη στάση των ανθρώπων απέναντι στην ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία, ο ερευνητής υπογράμμισε ότι πρέπει επίσης να αναγνωριστεί ότι υπάρχουν σημαντικές ομάδες του πληθυσμού που είτε υποστηρίζουν είτε αντιτίθενται ανεξάρτητα από τις περιστάσεις.

Ωστόσο, τα ευρήματα της έρευνας σχετικά με τη στάση υφίστανται παρόμοιους περιορισμούς με τις μελέτες της επικράτησης και πρέπει να δίνεται μεγάλη προσοχή κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων αυτών των μελετών, καθώς υπάρχουν ορισμένα θέματα σχετικά με τη συγκρισιμότητα τους (McCormack et al., 2012). Οι διαφορές στη διατύπωση των ορισμών της ευθανασίας και της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, καθώς και η αντίληψη των συμμετεχόντων για τους διάφορους όρους που χρησιμοποιούνται, θα έχουν αναμφίβολα αντίκτυπο στις απαντήσεις των συμμετεχόντων. Επιπλέον, η μεταβλητότητα στην πραγματική διατύπωση ερωτήσεων θα επηρεάσει επίσης τα αποτελέσματα. Πράγματι, μια μελέτη του Gamliel (2012) έδειξε ότι οι συμμετέχοντες ήταν πιο πρόθυμοι να υποστηρίξουν την ευθανασία εάν παρουσιάστηκαν σε ένα θετικό πλαίσιο «μη παρατεταμένης ζωής» αντί του πιο αρνητικά πλαισιωμένου «τέλους ζωής» παρά το γεγονός ότι ήταν ένα όμοιο σενάριο. Επομένως, σχετικά μικρές αλλαγές στη διατύπωση των ερωτήσεων σε μια έρευνα ή μια συνέντευξη μπορούν να έχουν εντελώς διαφορετικό αποτέλεσμα.

Σε αντίθεση με το ευρύ κοινό, οι διεθνείς συγκριτικές μελέτες έχουν δείξει ότι οι στάσεις των ιατρών για ευθανασία και PAS είναι λιγότερο ευνοϊκές (McCormack et al, 2011, Searle, 2009, Neil et al, 2007, Mitchell & Owens, 2004b, Emanuel, 2002). Ωστόσο, παρά τα ευρήματα αυτά φαίνεται να υπάρχει κάποια ασάφεια. Για παράδειγμα, αν και μια έρευνα από τον Searle (2009) διαπίστωσε ότι η πλειονότητα των ιατρών του Ηνωμένου Βασιλείου αντιτάχθηκε στη νομιμοποίηση αυτών των πρακτικών, η κατάσταση στο πλαίσιο της βρετανικής ιατρικής ένωσης ήταν μάλλον αβέβαιη. Το 2005, η Ένωση απέσυρε την αντίθεσή

της στη νομοθεσία για βοήθεια στην ευθανασία, αλλά την επανέφερε το 2006 μετά από περαιτέρω διαβουλεύσεις με τα μέλη της.

Η Ιατρική Ένωση της Νέας Ζηλανδίας αντιτάσσεται επίσης στην ευθανασία και την PAS, αλλά μια μελέτη στη Νέα Ζηλανδία (Mitchell & Owens, 2004a) έδειξε εντούτοις σημαντική υποστήριξη αυτών των πρακτικών από την ιατρική αδελφότητα. Ομοίως, σε μια μελέτη των αποφάσεων λήξης ζωής των ιατρών στην πολιτεία της Βικτώριας, στην Αυστραλία (Neil et al., 2007), υπήρχαν επίσης αποδείξεις για μια πολύ πολωμένη άποψη στο ιατρικό επάγγελμα. Όπως τονίζει ο Searle (2009), αυτή η ασάφεια σχετικά με την ευθανασία είναι θέμα ανησυχίας όταν εξετάζεται η σημαντική επίδραση που έχει η υποστήριξη ή η ουδετερότητα του ιατρικού επαγγέλματος στη νομιμοποίηση της ευθανασίας και του PAS σε ορισμένες χώρες. Είναι ενδιαφέρον ότι τα αποτελέσματα από αυτές τις μελέτες δείχνουν επίσης ότι οι ιατροί που έχουν μεγαλύτερη εμπειρία στη θεραπεία ασθενών με νόσο τελικού σταδίου δείχνουν λιγότερη υποστήριξη για αλλαγή νόμου αλλά υπάρχει επίσης σημαντική διαφωνία μεταξύ του ιατρικού επαγγέλματος για τον σχεδιασμό και τον ορισμό του τι συνιστά ευθανασία.

Τα ευρήματα των ερευνών σε αρκετές χώρες έχουν δείξει ότι ορισμένα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά συνδέονται στενά με την υποστήριξη ή την αντίθεση στην ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία τόσο στο ευρύ κοινό όσο και στους επαγγελματίες υγείας (McCormack et al., 2011, Searle, 2009, Emanuel, 2002). Οι θρησκευτικές πεποιθήσεις, ιδιαίτερα ο καθολικισμός, συνδέονται στενά με την αντίθεση σε αυτές τις πρακτικές. Ωστόσο, όπως επεσήμανε η Seale (2009), η έννοια της θρησκευτικότητας είναι κάπως περιοριστική, καθώς μπορεί να μην περιλαμβάνει εκείνους που έχουν ισχυρή πίστη αλλά δεν παρευρίσκονται σε θρησκευτικές υπηρεσίες. Επιπλέον, οι άνθρωποι που είναι μεγαλύτεροι σε ηλικία, εκείνοι με λιγότερα εκπαιδευτικά προσόντα, οι μη λευκοί ή τα άτομα με αναπηρία είναι επίσης πιο πιθανό να αντιταχθούν στην ευθανασία και το PAS. Ορισμένες μελέτες έχουν επίσης δείξει ότι οι γυναίκες έχουν χαμηλότερο ποσοστό υποστήριξης για την επιτάχυνση του θανάτου (Emanuel, 2002, Canetto & Hollenshead, 1999-2000). Ωστόσο, το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με τις μελέτες επιπτώσεων που δείχνουν ότι μπορεί να υπάρχει υψηλότερο ποσοστό γυναικών που αναζητούν ευκαιρίες για αυτή την επιλογή (Canetto & Hollenshead, 1999-2000, 2000-2001) και ότι οι γυναίκες αντιπροσωπεύουν σημαντική πλειοψηφία των μελών της Εθελοντικής Εταιρείας Ευθανασίας (Kamakahi et al., 2001).

Πολλές από τις μελέτες που επιχειρήσαν να μετρήσουν τη στάση των ανθρώπων απέναντι στην ευθανασία, χρησιμοποίησαν απλές υποθετικές ερωτήσεις ή εικονίδια. Ωστόσο,

ο Rosenfeld (2004) επισημαίνει ότι η ερώτηση αν κάποιος μπορεί να θεωρήσει μια τέτοια απόφαση λήξης της ζωής σε κάποιο σημείο στο μέλλον περιορίζεται από μια σειρά ελλείψεων. Ενώ αυτό το είδος έρευνας μπορεί να προσφέρει μια γενική εικόνα του ευρύ κοινού, τίθεται θέμα αξιοπιστίας (σταθερότητα αυτής της στάσης με την πάροδο του χρόνου) και εγκυρότητας (πώς η στάση συμμορφώνεται με μια πραγματική απόφαση). Στην πραγματικότητα, αρκετές μελέτες έχουν δείξει μεγάλη διαφορά μεταξύ της υποθετικής στάσης του ασθενούς έναντι της ευθανασίας ή της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας σε θεωρητικό έναντι πρακτικού επιπέδου. Για παράδειγμα, σε μια μελέτη 988 ασθενών με νόσο τελικού σταδίου, οι Emanuel et al. (2000) διαπίστωσαν ότι αν και το 60% εξέφρασε την υποστήριξη της ευθανασίας και της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας σε μια υποθετική ερώτηση, μόνο το 11% απάντησε ότι θα συναινέσει για τον εαυτό του.

Ο Rosenfeld (2004) προτείνει ότι η ασυνέπεια μεταξύ της υποθετικής υποστήριξης της ευθανασίας και της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας και της πραγματικής επιθυμίας να επιταχυνθεί ο θάνατός του μπορεί να αποδοθεί στην αυξανόμενη ανεκτικότητα του ασθενούς στην ταλαιπωρία που συνδέεται με την ασθένειά του. Αυτό υποστηρίζεται από μια μελέτη των στάσεων της ευθανασίας και της PAS που διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς με ογκολογικά προβλήματα που πραγματικά έπασχαν από πόνο ήταν λιγότερο πιθανό από τους άλλους ογκολογικούς ασθενείς και το κοινό να υποστηρίξουν αυτές τις πρακτικές (Emanuel et al., 1996). Αυτές οι αποκλίσεις είναι επίσης κάπως ανησυχητικές όταν εξετάζονται οι κατευθυντήριες οδηγίες που είναι νόμιμες στις περισσότερες χώρες. Μια μελέτη από τους Lee et al. (1998) διαπίστωσε ότι οι αποφάσεις θεραπείας των ασθενών συχνά δεν ταιριάζουν με τις προτιμήσεις που είχαν δηλώσει νωρίτερα. Περίπου το ένα τρίτο των ασθενών στη μελέτη τους άλλαξε την προηγούμενη απόφαση τους σχετικά με τις ιατρικές θεραπείες που διατηρούσαν τη ζωή τους όταν ήταν πραγματικά άρρωστοι, συνήθως δεχόμενοι ιατρικές παρεμβάσεις που προηγουμένως αναμενόταν να απορρίψουν.

Ένα άλλο ζήτημα είναι η αλλαγή στη στάση των ασθενών προς την ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία που μπορεί να προκύψει με παρεμβάσεις θεραπείας. Μια μελέτη από τους Breitbart et al. (2010) με ασθενείς που πάσχουν από προηγμένο AIDS διαπίστωσαν ότι η επιτυχής αντιμετώπιση της κατάθλιψης αντιστοιχούσε με σημαντική μείωση της επιθυμίας για ταχύτερο θάνατο. Ομοίως, μια μελέτη στο Oregon (Ganzini et al., 2000) με τους ασθενείς που ζήτησαν συνταγή για θανατηφόρο φάρμακο σύμφωνα με το νόμο Death with Dignity Act έδειξε ότι το 46% των ασθενών άλλαξε γνώμη μετά από ουσιαστικές παρηγορητικές παρεμβάσεις. Ωστόσο, ορισμένοι ασθενείς παρέμειναν σταθεροί στην

επιθυμία τους για υποβοηθούμενη αυτοκτονία παρά τις εντατικές παρηγορητικές παρεμβάσεις.

Ορισμένες μελέτες έχουν διερευνήσει ένα ευρύ φάσμα παραγόντων που επηρεάζουν την απόφαση για επιτάχυνση του θανάτου. Πολλές από αυτές τις μελέτες έχουν χρησιμοποιήσει μέτρα επιθυμίας για ταχύτερο θάνατο σε μια προσπάθεια να ξεπεραστούν ζητήματα σχετικότητας που σχετίζονται με τη χρήση υποθετικών ερωτήσεων. Ωστόσο, όπως σχολιάζει ο Rosenfeld (2004), εξακολουθεί να είναι αμφισβητήσιμο εάν τέτοια μέτρα θα ισοδυναμούν με την πραγματική συμπεριφορά στην αναζήτηση ευθανασίας ή υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Οι Chochinov et al. (1995) ανέπτυξαν μία κλίμακα αξιολόγησης της επιθυμίας για θάνατο (DDRS) που χορηγήθηκε σε 200 ασθενείς με καρκίνο τελικού σταδίου. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η κατάθλιψη ήταν ο ισχυρότερος παράγοντας που επηρέασε την επιθυμία για ταχύτερο θάνατο. Μια κλίμακα αυστηρότερης αυτοαναφοράς, η Schedule of Attitudes toward Hastened Death (SAHD) αναπτύχθηκε αργότερα από τον Rosenfeld και τους συναδέλφους του (Rosenfeld, 2004). Με αυτό το εργαλείο, οι Breitbart et al. (2000) διαπίστωσαν ότι τόσο η απελπισία όσο και η κατάθλιψη ήταν ισχυροί παράγοντες πρόβλεψης της επιθυμίας για ταχύτερο θάνατο μεταξύ καρκινοπαθών τελικού σταδίου. Ομοίως, Οι Rosenfeld et al. (2006) σε μελέτη μεγαλύτερης κλίμακας με ασθενείς με προχωρημένο AIDS που χρησιμοποίησαν τόσο κλινικά όσο και αυτοαναφερόμενα μέτρα, διαπίστωσαν ότι η κατάθλιψη και η απελπισία αντιστοιχούσαν σημαντικά στην επιθυμία για ταχύτερο θάνατο.

Ομοίως, οι ψυχολογικές δυσκολίες και οι υψηλές ανάγκες περίθαλψης έχουν αποδειχθεί ότι είναι πιο σημαντικές για τους ασθενείς από τα σωματικά συμπτώματα στην επιθυμία τους για ταχύτερο θάνατο (Emanuel et al., 2000). Η επίδραση της κοινωνικής στήριξης επισημάνθηκε επίσης σε μια μελέτη του Schroepfer (2008) που διερεύνησε το ρόλο των κοινωνικών σχέσεων στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων σε 96 ασθενείς τελικού σταδίου που σκέφτονται να επιταχύνουν το θάνατό τους. Τα ευρήματα έδειξαν ότι η έλλειψη καλής ποιότητας κοινωνικής στήριξης αποτέλεσε σημαντικό παράγοντα στην απόφαση να επιταχυνθεί ο θάνατος. Επιπλέον, οι Hendry et al. (2013) σε μια ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας ανέφεραν τα ψυχοκοινωνικά ζητήματα ως έναν από τους σημαντικότερους λόγους για την εξέταση του υποβοηθούμενου θανάτου. Αυτά τα ευρήματα, όμως, είναι αντίθετα με τις παραδοσιακές ιδέες σχετικά με το ρόλο του πόνου στις αποφάσεις για την επιτάχυνση του θανάτου. Αυτοί είναι επίσης οι λόγοι που οι περισσότεροι άνθρωποι υποστηρίζουν την ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Όπως σχολιάζει ο

Emanuel (2002), «η δημόσια στήριξη έρχεται σε σύγκρουση με τα πραγματικά γεγονότα σχετικά με το ενδιαφέρον των ασθενών για ευθανασία και PAS» (σελ. 149).

Οι περισσότερες μελέτες για τη στάση των επαγγελματιών υγείας απέναντι στην ευθανασία έχουν διεξαχθεί στο Βέλγιο και στην Τουρκία, αλλά συνολικά οι μελέτες έχουν διεξαχθεί σε 18 χώρες. Στην Ευρώπη, οι Cohenetal. (2014) διαπίστωσαν ότι η αποδοχή της ευθανασίας ήταν υψηλότερη (το 2008)στη Δανία, στο Βέλγιο, στη Γαλλία και στην Ολλανδία και λιγότερο αποδεκτή στο Κοσσυφοπέδιο, στην Κύπρο και στην Τουρκία. Βρήκαν επίσης αύξηση της υποστηρικτικής στάσης απέναντι στην ευθανασία από το 1999 με μεγαλύτερη τάση να έχει η Ισπανία, η Πορτογαλία, η Μεγάλη Βρετανία και η Γερμανία, ενώ οι αλλαγές στις στάσεις προς την αντίθετη κατεύθυνση ήταν ισχυρότερες στη Ρωσική Ομοσπονδία, την Ουκρανία και την Ελλάδα (Cohenetal., 2014).

Τα ποσοστά συμμετεχόντων οι οποίοι αποδέχτηκαν την ευθανασία κυμαίνονται από 23% (Asai et al., 2001) έως 92% (Inghelbrecht et al., 2009a) μεταξύ επαγγελματιών υγείας και από 23% (Televantos et al., 2013) έως 96% (Roelands et al., 2015) στο ευρύ κοινό. Η αναφερθείσα υποστήριξη για την ευθανασία ήταν ισχυρότερη στο Βέλγιο και στις δύο ομάδες (Roelands et al., 2015, Inghelbrecht et al., 2009a), ενώ είναι ασθενέστερη στους νοσηλευτές στην Ιαπωνία (Asai et al., 2001) και το ευρύ κοινό στην Κύπρο (Televantosetal., 2013). Αρκετές μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι το ευρύ κοινό τείνει να έχει πιο θετική στάση απέναντι στην ευθανασία από τους επαγγελματίες υγείας (Mickiewiczetal., 2012, Ryyänenetal., 2002, Kuuppelomäki, 2000).

Τα ποσοστά των επαγγελματιών υγείας που σύμφωνα με πληροφορίες έχουν αποδεχθεί τη νομιμοποίηση της ευθανασίας κυμαίνονται από 18% (Kumasetal., 2007) έως 65% (Bendianeetal., 2007). Αντίστοιχα, τα ποσοστά για το ευρύ κοινό κυμαίνονται από 26 έως 62%,ανάλογα με τους ρόλους τους (Mickiewiczetal., 2012).

Μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, 6% (Turlaetal., 2006) έως 53%(Asai et al., 2001) έδειξαν ότι είχαν λάβει αίτημα για επιτάχυνση του θανάτου από έναν ασθενή ή τους συγγενείς τους. Τα αιτήματα των ασθενών θεωρήθηκαν μερικές φορές λογικά από το 85% των επαγγελματιών υγείας (Karadenizetal., 2008, Asai et al., 2001). Ωστόσο, μια μειοψηφία(10%-21%) ανέφεραν ότι θα ασκούσαν ή θα ήταν πρόθυμοι να βοηθήσουν στην ευθανασία, αν ήταν νόμιμο (Kranidiotis et al., 2015, Tamayo-Velazquez et al., 2012,Karadenizetal., 2008, Turlaet al., 2006, Asai et al., 2001). Ωστόσο, κατ 'εξαιρέση, το 66% των νοσηλευτών στην Πολωνία (Mickiewiczetal., 2012) και το 54% στην Ισπανία

(Tamayo-Velazquezetal., 2012) εξέφρασαν την έγκρισή τους για συμμετοχή στη διαδικασία ευθανασίας.

2.1 Ηλικία και φύλο

Η αποδοχή της ευθανασίας και η νομιμοποίησή της μειώνεται με την αύξηση της ηλικίας των ατόμων, ιδιαίτερα μεταξύ των ατόμων ηλικίας 50 ετών και άνω (Cohen et al., 2014, Mickiewicz et al., 2012, Bendianeetal., 2009, Bendiane et al., 2007, Ryynänenetal., 2002). Οι μεγαλύτεροι ηλικιακά επαγγελματίες υγείας τείνουν επίσης να πιστεύουν ότι η καλή παρηγορητική φροντίδα μπορεί να προλάβει την ανάγκη για ευθανασία πιο έντονα σε σχέση με τους νεότερους συναδέλφους (Inghelbrechtetal., 2009a). Ωστόσο, σε πολλές μελέτες η συσχέτιση που βρέθηκε μεταξύ της ηλικίας των ατόμων και των σχετικών με την ευθανασία στάσεων δεν ήταν στατιστικά σημαντική (Naseh et al., 2015, Stronegger et al., 2013, Televantos et al., 2013, Gielenetal., 2009, Carter et al., 2007, Kumaset al., 2007), ενώ δεν αναφέρθηκε η φύση της σχέσης (Poreddietal., 2013). Επιπλέον, σε μια έρευνα στο ευρύ κοινό στην Κίνα οι μεγαλύτερης ηλικίας συμμετέχοντες εξέφρασαν μεγαλύτερη συμφωνία για την ευθανασία σε σχέση με τους νεότερους συμμετέχοντες (Chong&Fok, 2009).

Γενικά, οι άνδρες θεωρούνται ότι έχουν πιο θετική στάση απέναντι στην ευθανασία και τη νομιμοποίησή της σε σχέση με τις γυναίκες (Cohen et al., 2014, Televantos et al., 2013, Bendianeetal., 2009, Bendiane et al., 2007, Turlaetal., 2006, Ryynänen et al., 2002,). Δεν υπάρχουν μελέτες που να δείχνουν ότι οι γυναίκες υποστηρίζουν περισσότερο την ευθανασία από ότι οι άνδρες. Ωστόσο, σε μερικές μελέτες δε βρέθηκαν στατιστικές σημαντικές σχέσεις μεταξύ του φύλου και των στάσεων που σχετίζονται με την ευθανασία (Naseh et al., 2015, Roelands et al., 2015, Stronegger et al., 2013, Gielenetal., 2009, Aslan & Cavlak 2007, Carter et al., 2007, Rietjensetal., 2005).

2.2 Η επιρροή της θρησκείας

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της θρησκείας και των στάσεων που σχετίζονται με την ευθανασία (Naseh et al., 2015, Karadenizetal., 2008). Ωστόσο, η θρησκεία θεωρείται ως ένας από τους κύριους παράγοντες που επηρεάζουν τις στάσεις των ατόμων απέναντι στην ευθανασία και τη νομιμοποίησή της. Σύμφωνα με διάφορες μελέτες, οι άνθρωποι χωρίς θρησκευτικές πεποιθήσεις έχουν πιο θετική στάση απέναντι στην ευθανασία (Kranidiotisetal., 2015, Rietjensetal., 2005, Ryynänenetal., 2002). Επιπλέον, προηγούμενα

ευρήματα δείχνουν αρνητική συσχέτιση μεταξύ της θρησκείας και των στάσεων που σχετίζονται με την ευθανασία, ιδίως μεταξύ της θρησκευτικότητας και της αποδοχής της ευθανασίας (Cohen et al., 2014, Televantos et al., 2013, Bendianeetal., 2009, Chong & Fok 2009, Inghelbrecht et al., 2009a, Carteretal., 2007). Ακόμα και μελέτες, που δεν ανέφεραν κάτι σχετικό με την τάση αυτής της σχέσης, τόνισαν τη θρησκεία του ατόμου ή τη φιλοσοφία της ζωής ως σημαντικό παράγοντα υποβάθμισης της στάσης του ατόμου απέναντι στην ευθανασία και τη νομιμοποίησή της (Roelands et al., 2015, Poreddietal., 2013, Kumas et al., 2007).

2.3 Οικογενειακοί παράγοντες και εισόδημα

Μερικές μελέτες δεν έχουν βρει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και των στάσεων των ατόμων προς την ευθανασία (Naseh et al., 2015, Carteretal., 2007), ενώ άλλες έχουν βρει περισσότερη υποστήριξη για αυτό μεταξύ άγαμων και ελεύθερων ατόμων (Stronegger et al., 2013, Televantos et al., 2013, Rietjensetal., 2005). Επιπλέον, ο αριθμός των παιδιών βρέθηκε να σχετίζεται αρνητικά με την αποδοχή της ευθανασίας, δηλαδή οι γονείς με πολλά παιδιά είναι λιγότερο επιρρεπείς στην υποστήριξη της ευθανασίας ή τη νομιμοποίησή της (Stroneggeretal., 2013). Έχουν επίσης βρεθεί θετικές συσχετίσεις μεταξύ της αποδοχής της ευθανασίας και του επιπέδου εκπαίδευσης της μητέρας (Aslan&Cavlak, 2007) και του εισοδήματος των ατόμων (Cohenetal., 2014, Stroneggeretal., 2013, Carter et al., 2007).

2.4 Παράγοντες που σχετίζονται με την εργασία και την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας

Υπάρχουν αλληλοσυγκρουόμενες ενδείξεις των σχέσεων μεταξύ της εκπαίδευσης και της στάσης απέναντι στην ευθανασία και τη νομιμοποίησή της μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και του ευρύτερου κοινού. Μια θετική συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων εκπαίδευσης και των υποστηρικτικών στάσεων έχει βρεθεί σε μερικές μελέτες (Cohenetal., 2014, Televantosetal., 2013), ενώ άλλες δεν έχουν βρει στατιστική σημαντική σχέση (Roelands et al., 2015, Kumasetal., 2007) ή έχουν βρει αντίθετα αποτελέσματα (Stroneggeretal., 2013, Rietjens et al., 2005).

Μεταξύ του ευρέος κοινού συσχετίστηκε η εμπειρία των μελών της οικογένειας στη φροντίδα σχετίστηκε με αυξήσεις στην τάση να συμφωνούν με την ευθανασία

(Kuuppelomäki, 2000, Chong&Fok, 2009). Ωστόσο, δεν υπάρχουν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της στάσης απέναντι στην ευθανασία και των εμπειριών φροντίδας στο τέλος της ζωής των ανθρώπων ή με τις γνώσεις των ενεργειών για τη φροντίδα στο τέλος της ζωής στο ευρύ κοινό (Roelandsetal., 2015, Stroneggeretal., 2013).

Αντίθετα, η εκπαίδευση και η ικανότητα των νοσηλευτών στην παρηγορητική φροντίδα ή τη διαχείριση του πόνου σχετίζονται αρνητικά με την αποδοχή της ευθανασίας και τη νομιμοποίησή της σύμφωνα με μερικές μελέτες (Zenzetal., 2015, Bendiane et al., 2009), αλλά όχι με όλες (Bendianeetal., 2007). Υψηλότερη από τη μέση αποδοχή της ευθανασίας έχει βρεθεί επίσης μεταξύ των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται νυχτερινές βάρδιες ή σε χώρους παροχής οξείας φροντίδας (DeHertetal., 2015, Bendiane et al., 2009). Επιπλέον, ορισμένες μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας προς την ευθανασία και τη νομιμοποίησή της σχετίζεται θετικά με το ιατρικό τους επάγγελμα (Kumasetal., 2007) και την εργασιακή τους εμπειρία (Gielenetal., 2009), ενώ άλλες δεν βρήκαν αποδεικτικά στοιχεία που να επιβεβαιώνουν αυτή τη συσχέτιση (Nasehetal., 2015, Poreddietal., 2013).

2.5 Αναπαραστάσεις ενός καλού θανάτου

Στην προσπάθεια κατανόησης των αποφάσεων για το τέλος της ζωής, πρέπει να εξεταστούν οι τρόποι με τον οποίο απεικονίζεται ο ίδιος ο θάνατος. Σε προηγούμενες έρευνες έχει συχνά αναφερθεί ο «καλός θάνατος» σε αντίθεση με τον «κακό θάνατο». Ο Bradbury (1999) αποκάλυψε μια σειρά συχνά αντιφατικών παραστάσεων καλών θανάτων που ταξινομήθηκαν σε τρεις τύπους: τον αρχαίο ιερό καλό θάνατο που με την πάροδο του χρόνου έχει αλλάξει σε ένα σύγχρονο ιατρικό καλό θάνατο και τον πιο πρόσφατο φυσικό καλό θάνατο.

Ο ιερός καλός θάνατος επικεντρώνεται στη ζωή μετά το θάνατο και οι περιγραφές υπογραμμίζουν την κοινωνική φύση του γεγονότος και τη σκηνή του θανάτου, με αποχαιρετισμό στους αγαπημένους, ως βασικό στοιχείο. Η ιατροποίηση του θανάτου και η μεγαλύτερη εκκοσμίκευση της κοινωνίας έχουν δει αναπαραστάσεις μιας καλής αλλαγής του θανάτου σε ένα ιατρικό μοντέλο. Η εστίαση έχει μετατοπιστεί στην ιατρική φροντίδα που έλαβε και τον προσεκτικό έλεγχο του θανάτου από έναν ιατρό με ασθενή κατά προτίμηση χωρίς πόνο ή συνείδηση. Ο Bradbury (1999) επισημαίνει ότι τόσο στον ιερό καλό θάνατο όσο και στον ιατρικό καλό θάνατο το καθοριστικό ζήτημα είναι ο έλεγχος. Ωστόσο, ο έλεγχος έχει μετατοπιστεί από το άτομο που πεθαίνει και την πίστη του στον έλεγχο του ιατρού για τα σωματικά συμπτώματα της διαδικασίας του θανάτου.

Η σύγχρονη ιατρική εκπροσώπηση ενός καλού θανάτου αμφισβητείται τώρα από τον πιο πρόσφατο φυσικό καλό θάνατο που δίνει έμφαση στην ανάκτηση του ελέγχου για το θάνατο από το ιατρικό επάγγελμα. Ωστόσο, οι διάφοροι ορισμοί του «φυσικού» βασίζονται στη δική τους προοπτική και επομένως συχνά αλλάζουν και έρχονται σε σύγκρουση μεταξύ τους. Πράγματι, αυτή η διαφωνία σχετικά με το τι συνιστά «φυσικότητα» είναι συχνά αντικείμενο διαμάχης στη συζήτηση γύρω από την ευθανασία. Ο Bradbury (1999) ανέφερε ότι αυτές οι θεωρητικές κατηγορίες θα πρέπει να θεωρηθούν ως μια ιστορική γραμμική πρόοδος καθώς και οι τρεις εξακολουθούν να αξιοποιούνται σήμερα για να κατασκευαστεί μια εξιδανικευμένη περιγραφή ενός καλού θανάτου.

Ο Walter (1994) πρότεινε επίσης μια κατηγορία θανάτου που ονομάζεται νέο-σύγχρονη ή μεταμοντέρνα, η οποία αναγνωρίζει το είδος του εκτεταμένου θανάτου που είναι πιο πιθανό να αναγνωρισθεί στη σύγχρονη εποχή. Έτσι, εναπόκειται στο άτομο να πάρει τον έλεγχο για να μπορεί να ζει καλά ενώ πεθαίνει. Αυτός ο έλεγχος του θανάτου από το άτομο που πεθαίνει και η απόρριψη του παθητικού ρόλου του ασθενούς στον φυσικό καλό θάνατο και τον νέο-σύγχρονο θάνατο αντανακλάται στη φιλοσοφία του φυσικού κινήματος του θανάτου που είναι επίσης ευθυγραμμισμένο με την πολιτική του νοσοκομείου. Η φιλοσοφία και η παρηγορητική φροντίδα βασίζονται στην πεποίθηση ότι ο θάνατος είναι ένα «φυσιολογικό» μέρος της ζωής και περιστρέφονται γύρω από την κατασκευή ενός καλού θανάτου. Παίρνει μια μεταμοντέρνα προσέγγιση που αγκαλιάζει μια πληθώρα απόψεων σε αυτό που αποτελεί τον καλό θάνατο και υπονομεύει τη σιωπή που την περιβάλλει που ήταν χαρακτηριστικό της σύγχρονης ιατρικής κατηγορίας του θανάτου. Υπογραμμίζει αυτό που περιγράφει ο Walter (1994) ως «αναβίωση του θανάτου» και συνδέεται στενά με τη δυτική έννοια της ατομικότητας και της αυτονομίας.

Ωστόσο, ο Bradbury (1999) αναφέρει ότι η αυτονομία του ατόμου που πεθαίνει μπορεί να είναι απλώς πολιτικά ορθή ρητορική και ότι πολλές σύγχρονες αναπαραστάσεις ενός καλού θανάτου είναι πολύ επιτακτικές και ως εκ τούτου δρουν για να νομιμοποιήσουν περαιτέρω το ιατρικό μοντέλο. Ο McNamara (2001) επισημαίνει επίσης ότι η ηθική της επιλογής του ατόμου και η πραγματικότητα του «να γίνει με τον τρόπο μου» μπορεί μερικές φορές να θέσει σε κίνδυνο τον ιδανικό καλό θάνατο και να οδηγήσει σε μια ανακατασκευασμένη αντίληψη ενός «αρκετά καλού θανάτου» από τους επαγγελματίες υγείας. Επιπλέον, η ιδεολογία ενός καλού θανάτου στο πλαίσιο των εγκαταστάσεων παρηγορητικής φροντίδας / νοσοκομείων μπορεί να δημιουργήσει κανόνες που, παράλληλα με την παροχή κάποιας σταθερότητας στο ίδρυμα, μπορούν να λειτουργήσουν ως ένα είδος

κοινωνικού ελέγχου που αποκλείει ορισμένους ανθρώπους καθώς και εξομάλυνση του θανάτου με συγκεκριμένο τρόπο.

2.6 Μέσα ενημέρωσης

Ο τρόπος με τον οποίο αντιλαμβάνεται κανείς το θάνατο, την ευθανασία ή την αυτοκαταστροφή μπορεί να θεωρηθεί κοινωνικά κατασκευασμένος και ως εκ τούτου θα διαφέρει μεταξύ των πολιτισμών με την πάροδο του χρόνου. Η σημασία που αποδίδεται σε αυτές τις έννοιες θα επηρεαστεί επίσης από το ρόλο που διαδραματίζουν τα μέσα ενημέρωσης. Οι συζητήσεις που επικρατούν στα μέσα ενημέρωσης κυριαρχούν μεταξύ των τρόπων με τους οποίους αντιλαμβάνονται αυτά τα φαινόμενα και συνδέονται με την εξουσία και τη γνώση. Επομένως, είναι σημαντικό να εξεταστούν προσεκτικά μερικά παραδείγματα για τον τρόπο με τον οποίο διαμορφώνονται ο θάνατος και η ευθανασία.

Μια ανάλυση της απεικόνισης του θανάτου σε περιοδικά στον Καναδά από τον Clarke (2006), που περιελάμβανε θέματα ευθανασίας, αυτοκτονίας και του «σωστού κινήματος», διαπίστωσε ότι η επικρατούσα κατασκευή ήταν αυτή του ελέγχου του θανάτου. Έτσι ο χρόνος του θανάτου θεωρήθηκε ως «αποτέλεσμα προσωπικής προτίμησης» και «ατομικής ελευθερίας» και ως εκ τούτου «υπό έλεγχο» (σελ.162). Τα άρθρα θεωρήθηκαν ότι υποστηρίζουν τις κυρίαρχες συζητήσεις για την ιατροποίηση του θανάτου και την εστίαση στον ατομικισμό και τα δικαιώματα του ατόμου στον πολιτισμό της Βόρειας Αμερικής. Ωστόσο, ο Clarke υποστηρίζει ότι αυτές οι ηγεμονικές ομιλίες λειτουργούν για να περιοριστούν οι ανησυχίες για το ρόλο του ιατρικού επαγγέλματος και το δικαίωμα του ατόμου να επιλέξει το θάνατο, καλύπτοντας ταυτόχρονα τα πιο σημαντικά ζητήματα της αδικίας, των ανισοτήτων και της έλλειψης ελέγχου στις εμπειρίες του θανάτου σε κοινωνικό επίπεδο. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για εκείνες τις ομάδες που συζητήθηκαν προηγουμένως και οι οποίες βρίσκονται σε μειονεκτική θέση λόγω φύλου, αναπηρίας, φυλής ή/και οικονομικών δυσχερειών.

Ομοίως, η έρευνα του Hausmann (2004) σχετικά με τη βρετανική κάλυψη της ευθανασίας από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης διαπίστωσε ότι τα δημοσιεύματα στον τύπο υποστήριζαν την ευθανασία. Ο λόγος της «εθελοντικής ευθανασίας» οργανώθηκε γύρω από τη θετική έννοια της επιλογής του ατόμου σε αντίθεση με τον αρνητικό κοινωνικό εξαναγκασμό. Ωστόσο, ο κυρίαρχος λόγος ήταν αυτός της «νόσου τελικού σταδίου», οπότε η ύπαρξη μιας τέτοιας ασθένειας μόνο παρείχε την αιτιολόγηση της ευθανασίας. Η ευθύνη που παρέχεται σε ένα άτομο για τη ζωή σε αυτές τις συνθήκες μειώθηκε αντιπροσωπεύοντας την

ως «τραγική». Αντίθετα, σε περιπτώσεις όπου δεν υπήρχε νόσος τελικού σταδίου, επικαλείται η ιδέα της «εγκληματικότητας». Έτσι, ο λόγος της ασθένειας τελικού σταδίου θεωρήθηκε πιο σημαντικός από την επιλογή. Ο συγγραφέας κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η ευθανασία ήταν ιδιαίτερα νομιμοποιημένη όταν και οι δύο αυτές συζητήσεις ήρθαν μαζί, δηλαδή όταν ένα άτομο είχε ασθένεια τελικού σταδίου και είχε κάνει την επιλογή να επιταχύνει το θάνατο.

Τέλος, μια έρευνα σχετικά με τη σχέση μεταξύ των απεικονίσεων των μέσων μαζικής ενημέρωσης και της υποστήριξης της ευθανασίας εξέφρασε επίσης ορισμένες ανησυχίες ότι οι απεικονίσεις του τύπου θα μπορούσαν να έχουν περιοριστικό αντίκτυπο στη συζήτηση για την ευθανασία (Banerjee & Birenbaum-Carmeli, 2007). Μια ανάλυση των άρθρων σχετικά με την αυτοκτονία που βασίζεται στην οικογένεια πραγματοποιήθηκε βάσει του έργου του Heidegger, ο οποίος πίστευε ότι ο κόσμος θα μπορούσε να εκπροσωπείται είτε ως «τάξη» που επιτρέπει τεχνικές απαντήσεις είτε ως «ποιητική» που αναγνώρισε τον κόσμο ως πολύπλοκη και χαοτική και ως εκ τούτου απαιτεί πιο διανοητικές απαντήσεις. Το εύρημα έδειξε ότι η πλειοψηφία των δημοσιεύσεων του Τύπου κατασκεύασε την ταλαιπωρία που εμπλέκεται στην αυτοκτονία που βασίζεται στην οικογένεια ως κανονική, ανοίγοντας έτσι το δρόμο για μια τεχνική λύση όπως η ιατρική παρέμβαση και η νομιμοποίηση της ευθανασίας.

Η διάχυτη επιρροή των μέσων ενημέρωσης σε όλες τις πτυχές της ζωής των ανθρώπων δεν μπορεί να υποτιμηθεί. Έχει αναφερθεί ότι η κοινωνία χαρακτηρίζεται από μια αρνητική στάση για το θάνατο, όπου ο θάνατος αποκρύπτεται από την καθημερινή εμπειρία και θεωρείται κοινωνικό θέμα ταμπού (Lavi, 2005). Επομένως, για πολλούς ανθρώπους ο τρόπος με τον οποίο καταλαβαίνουν και ενημερώνονται για το θάνατο και την ευθανασία είναι μέσω των μέσων ενημέρωσης. Ωστόσο, όπως σχολιάζει ο Clarke (2006), οι γνώσεις που μεταφέρονται θα είναι πάντοτε από μια συγκεκριμένη προοπτική που θα προσφέρει μονομερή πληροφόρηση, υποστηρίζοντας παράλληλα το status quo στην εδραιωμένη δομή και τάξη της κοινωνίας. Είναι σημαντικό να υπάρχει επίγνωση του πώς οι λόγοι που εντοπίζονται σε αυτές τις επιλεγμένες μελέτες μπορεί να διαμορφώνουν την ερμηνεία στην ευθανασία.

3. Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση του βαθμού της επίδρασης της θρησκευτικότητας στη διαμόρφωση των στάσεων του νοσηλευτικού προσωπικού στο θέμα της ευθανασίας.

Επιμέρους στόχος της μελέτης ήταν η διερεύνηση των γνώσεων και στάσεων του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με το ζήτημα της ευθανασίας.

Ερευνητικά ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα που κλήθηκε να απαντήσει η παρούσα μελέτη ήταν τα εξής:

1. Έχουν οι νοσηλευτές επαρκείς γνώσεις για την ευθανασία;
2. Ποια η στάση των νοσηλευτών για την ευθανασία;
3. Πώς η θρησκευτικότητα επηρεάζει τη στάση των νοσηλευτών στην ευθανασία;

4. Μεθοδολογία

Πρόκειται για μία προοπτική συγχρονική μελέτη.

Δείγμα

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 197 νοσηλευτές, που εργάζονται στο Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας.

Κριτήρια ένταξης

Στη μελέτη συμπεριλήφθηκε το νοσηλευτικό προσωπικό που:

- Εργάζεται στο Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας
- Δέχθηκε και συναίνεσε με τους σκοπούς της μελέτης

Κριτήρια αποκλεισμού

Από τη μελέτη αποκλείστηκαν όσοι από το νοσηλευτικό προσωπικό αρνήθηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη.

Συλλογή δεδομένων

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελείται από τα εξής μέρη:

Μέρος I: Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

Μέρος II: Ερωτήσεις σχετικά με το ζήτημα της ευθανασίας. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο των Γιάκης και συν (2005), μετά τη λήψη της σχετικής άδειας. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αποτελείται από δύο μέρη. Στο πρώτο μέρος αναφέρονται τα δημογραφικά στοιχεία των νοσηλευτών. Στο δεύτερο μέρος υπάρχουν τρεις ερωτήσεις που αξιολογούν τις γνώσεις τους σε σχέση με την ευθανασία και βαθμολογούνται με μία κλίμακα πέντε σημείων τύπου Likert από «καθόλου =1 έως πάρα πολλά=5», επτά ερωτήσεις που αναφέρονται στη στάση τους απέναντι σε ενδεχόμενη ευθανασία που βαθμολογούνται με κλίμακα τύπου Likert από «διαφωνώ απόλυτα=1 έως συμφωνώ απόλυτα=5», μία ερώτηση

που αξιολογεί τη σημερινή τους στάση σε σχέση με το παρελθόν (Ναι-Όχι) και μία ερώτηση με 11 υποερωτήματα που αξιολογεί τους παράγοντες που επηρεάζουν την απόφασή τους αν αυτή ήταν θετική χρησιμοποιώντας την κλίμακα Likert (καθόλου σημαντική=1 έως πάρα πολύ σημαντική=5).

Ο δείκτης αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου βρέθηκε Cronbach $\alpha = 0,649$.

Μέρος III: Ερωτήσεις σχετικά με τη θρησκευτικότητα.

Η θρησκευτικότητα του νοσηλευτικού προσωπικού εκτιμήθηκε με ένα ερωτηματολόγιο 9 ερωτήσεων – προτάσεων του κυρίου Γιάκη. Βαθμολογείται στη κλίμακα 0 – 9 σύμφωνα με τις απαντήσεις που δίνονται στα 9 ερωτήματα. Οι ομάδες που σχηματίζονται είναι :

- 1 Μικρή θρησκευτικότητα 0-3
- 2 Μεσαία θρησκευτικότητα 4-6
- 3 Μεγάλη θρησκευτικότητα 7-9

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη για τη συλλογή δεδομένων παρατίθεται στο παράρτημα.

Στατιστική Ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS για Windows version 21. Σε όλες τις αναλύσεις χρησιμοποιήθηκε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ίσο με 0,05. Έτσι όλες οι τιμές που ήταν μικρότερες ή ίσες με 0.05 ($P \leq 0.05$) θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές.

Το πρώτο μέρος της ανάλυσης περιλάμβανε τα περιγραφικά αποτελέσματα, όπου υπολογίστηκαν τα ποσοστά σε κάθε κατηγορία, που αντιστοιχούσαν σε ποιοτική μεταβλητή. Επίσης, υπολογίστηκαν οι μέσοι και οι τυπικές αποκλίσεις για τα χαρακτηριστικά εκείνα που αντιστοιχούσαν σε ποσοτικές μεταβλητές (mean±standard deviation), όπως είναι η ηλικία. Στη συνέχεια υπολογίστηκαν τα ποσοστά των δοθεισών απαντήσεων σε κάθε ερώτηση.

Το δεύτερο μέρος της ανάλυσης περιλάμβανε τα αποτελέσματα των απλών συσχετίσεων (διμεταβλητή ανάλυση). Μεταξύ δύο μεταβλητών που ακολουθούσαν κανονική κατανομή έγινε t-test, ενώ αν δύο συνεχείς μεταβλητές δεν ακολουθούσαν κανονική κατανομή γινόταν Man Whitney test. Όταν επρόκειτο να συγκριθούν περισσότερες από δύο μεταβλητές, εάν ακολουθούσαν κανονική κατανομή, γινόταν ANOVA ανάλυση και, εάν οι

συνεχείς μεταβλητές δεν ακολουθούσαν κανονική κατανομή, γινόταν έλεγχος Kruskal Wallis. Επίσης, έγινε ανάλυση X^2 . Ο έλεγχος κανονικότητας έγινε με τη στατιστική δοκιμασία Kolmogorov-Smirnov.

Ηθικά θέματα

Για τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης τηρήθηκαν όλοι οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας.

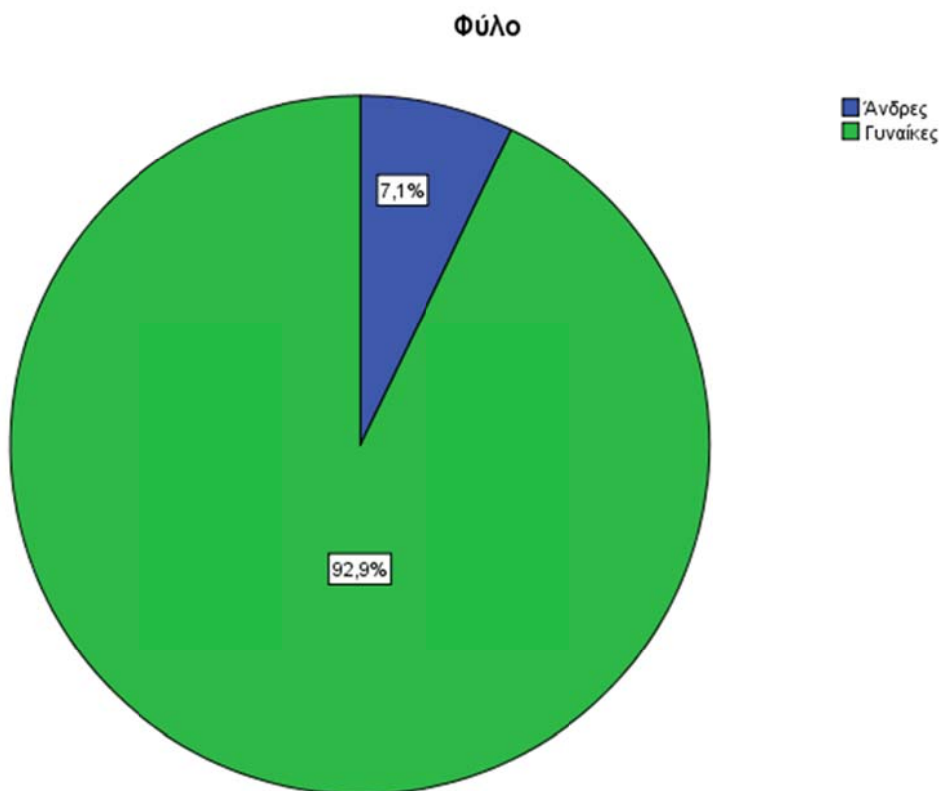
Συντάχθηκε ερευνητικό πρωτόκολλο, το οποίο κατατέθηκε στα αρμόδια όργανα του νοσοκομείου και ελήφθη η απαραίτητη άδεια (παρατίθεται στο παράρτημα). Αφού χορηγήθηκε η σχετική άδεια έγινε η διανομή των ερωτηματολογίων, η οποία έγινε από την ίδια τη ερευνήτρια.

Δεν καταγράφηκαν τα ονοματεπώνυμα των συμμετεχόντων, ο αριθμός μητρώου τους ή οποιοδήποτε άλλο στοιχείο, το οποίο θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για την αναγνώρισή τους, προκειμένου να τηρηθεί η ανωνυμία και να διασφαλιστεί η αρχή των προσωπικών δεδομένων.

Ο φορέας που εκπονήθηκε η μελέτη δεν επιβαρύνθηκε οικονομικά.

5. Αποτελέσματα

Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν 197 νοσηλευτές ηλικίας $43,9 \pm 7,7$ έτη, εκ των οποίων 14 (7,1%) άνδρες ηλικίας $41,2 \pm 4,9$ έτη και 183 (92,9%) γυναίκες ηλικίας $44,2 \pm 7,9$ έτη (σχήμα 1).

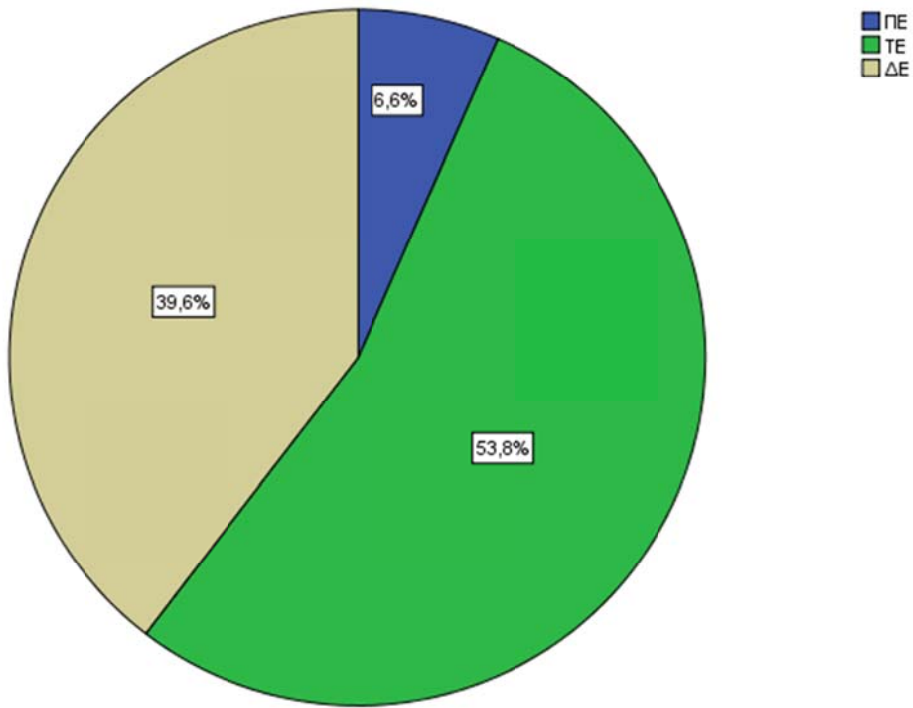


Σχήμα 1. Φύλο συμμετεχόντων.

Από το σύνολο του δείγματος, 106 (53,8%) ήταν ΤΕ νοσηλευτές, 78 (39,6%) ΔΕ βοηθοί νοσηλευτών και 13 (6,6%) ΠΕ νοσηλευτές (σχήμα 2).

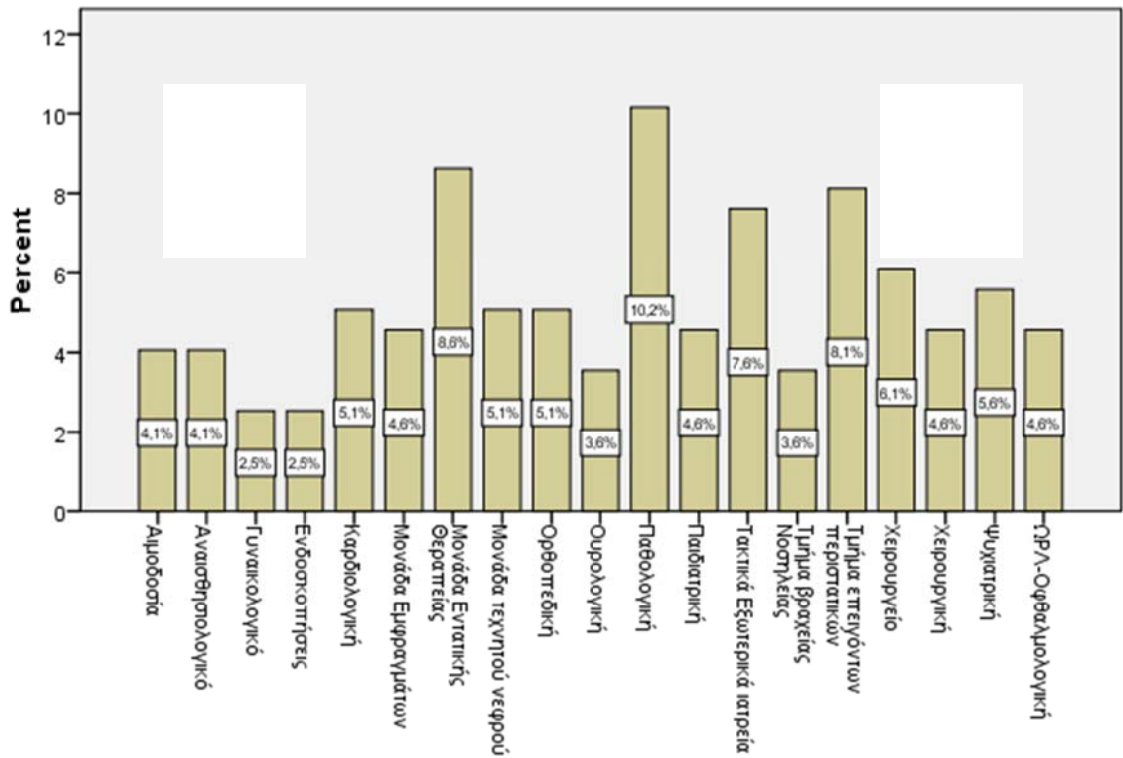
Συνολικά, 20 (10,2%) νοσηλευτές εργάζονταν σε παθολογική κλινική, 17 (8,6%) στη μονάδα εντατικής θεραπείας, 16 (8,1%) στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, 15 (7,6%) στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία, 12 (6,1%) στο χειρουργείο, 11 (5,6%) στην ψυχιατρική κλινική, 10 (5,1%) στην καρδιολογική κλινική, 10 (5,1%) στην μονάδα τεχνητού νεφρού, 10 (5,1%) στην ορθοπαιδική κλινική, 9 (4,6%) στην παιδιατρική κλινική, 9 (4,6%) στη χειρουργική κλινική, 9 (4,6%) στην ΩΡΛ – Οφθαλμολογική κλινική, 9 (4,6%) στη μονάδα εμφραγμάτων, 8 (4,1%) στην αιμοδοσία, 8 (4,1%) στο αναισθησιολογικό τμήμα, 7 (3,6%) στο τμήμα βραχείας νοσηλείας, 7 (3,6%) στην ουρολογική κλινική, 5 (2,5%) στη γυναικολογική κλινική και 5 (2,5%) στο τμήμα ενδοσκοπήσεων (σχήμα 3).

Κατηγορία προσωπικού



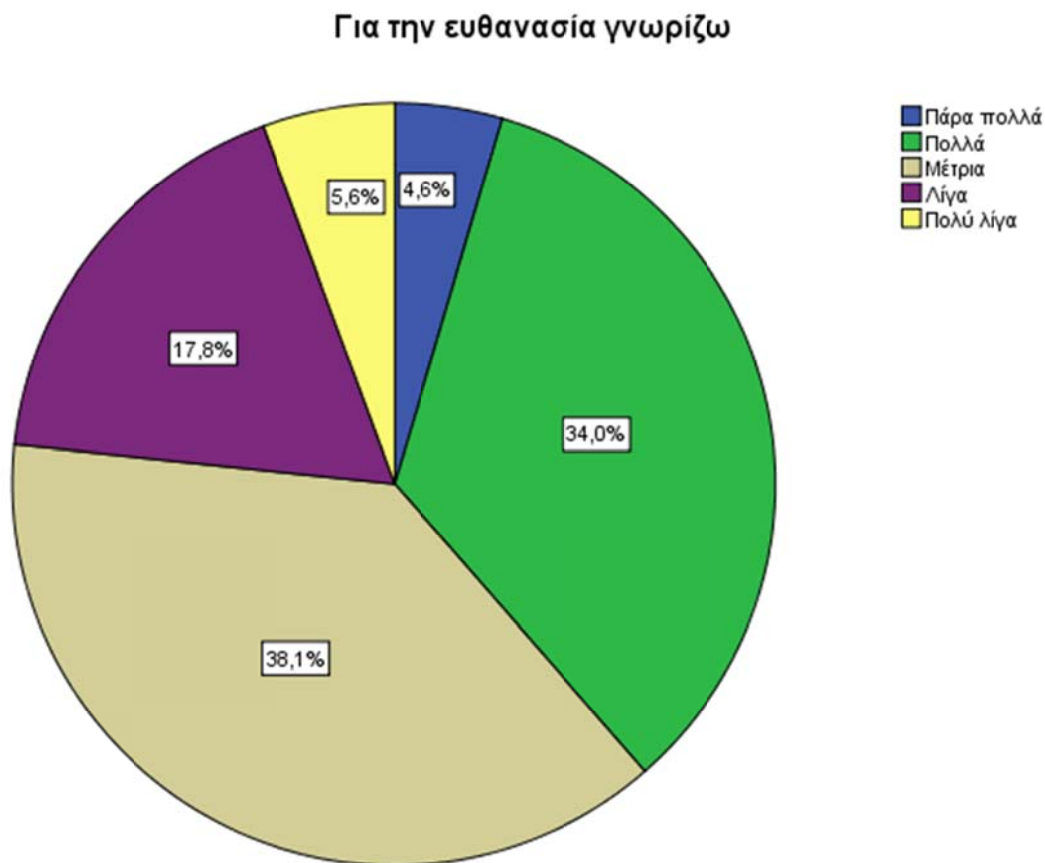
Σχήμα 2. Κατηγορία νοσηλευτών.

Τμήμα



Σχήμα 3. Τμήμα που εργάζονταν οι συμμετέχοντες.

Οι συμμετέχοντες στη μελέτη είχαν $18,9 \pm 8,5$ έτη υπηρεσίας, με ελάχιστο 1 έτος και μέγιστο 40 έτη υπηρεσίας. Από όλους τους ερωτηθέντες, 75 (38,1%) απάντησαν ότι γνωρίζουν μέτρια για την ευθανασία, 67 (34%) πολλά, 35 (17,8%) λίγα, 11 (5,6%) πολύ λίγα και 9 (4,6%) πάρα πολλά (σχήμα 4).

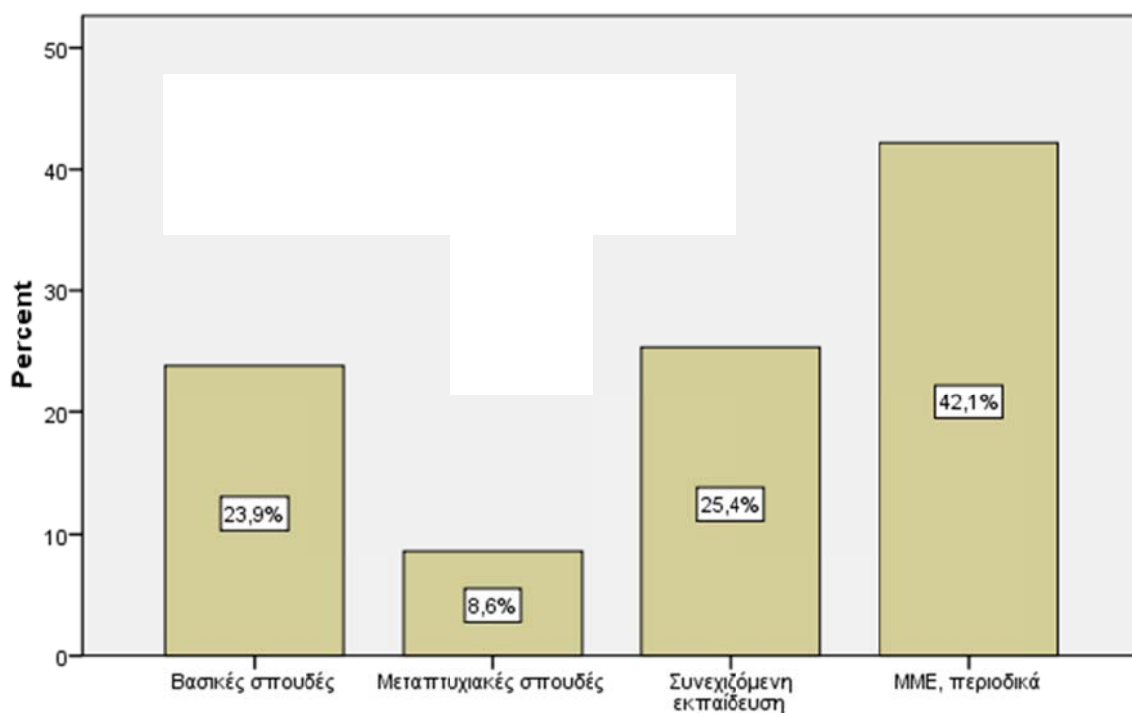


Σχήμα 4. Επίπεδο γνώσεων συμμετεχόντων για την ευθανασία.

Αναφορικά με τις πηγές πληροφόρησης, 83 (42,1%) συμμετέχοντες απάντησαν από ΜΜΕ και περιοδικά, 50 (25,4%) από συνεχιζόμενη εκπαίδευση, 47 (23,9%) από βασικές σπουδές και 17 (8,6%) από μεταπτυχιακές σπουδές (σχήμα 5).

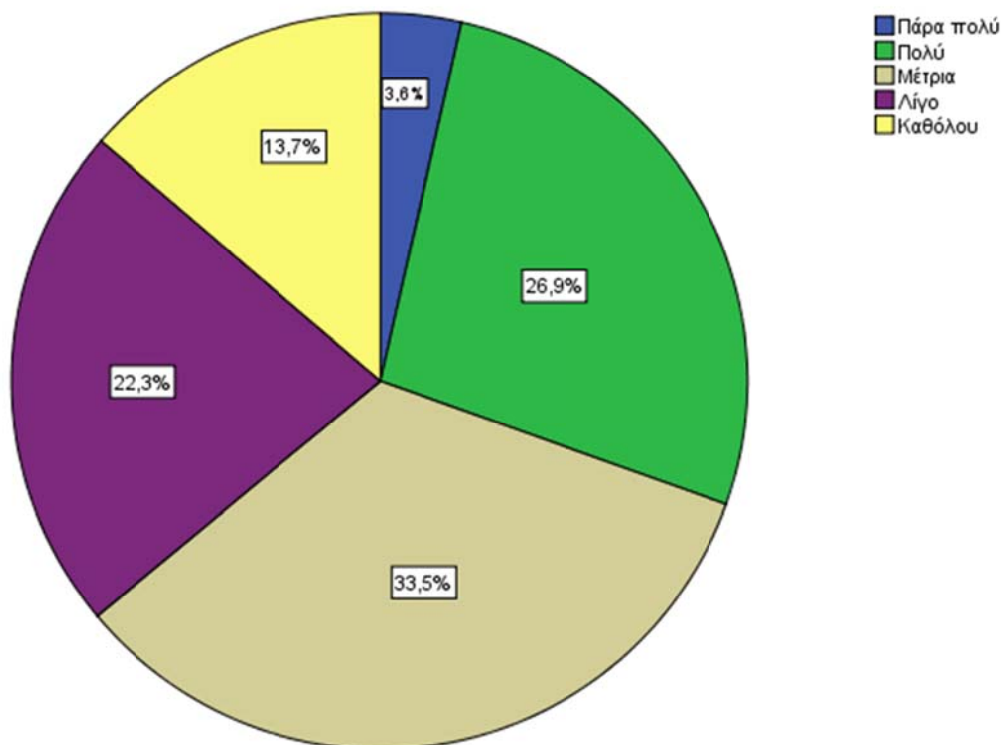
Όσον αφορά τους νόμους περί επίστευσης θανάτου στην Ελλάδα, 66 (33,5%) συμμετέχοντες ήταν μέτρια ενημερωμένοι, 53 (26,9%) πολύ ενημερωμένοι, 44 (22,3%) λίγο ενημερωμένοι, 27 (13,7%) καθόλου ενημερωμένοι και 7 (3,6%) πάρα πολύ ενημερωμένοι (σχήμα 6).

Τις γνώσεις αυτές τις απέκτησα κύρια από



Σχήμα 5. Πηγές ενημέρωσης συμμετεχόντων για την ευθανασία.

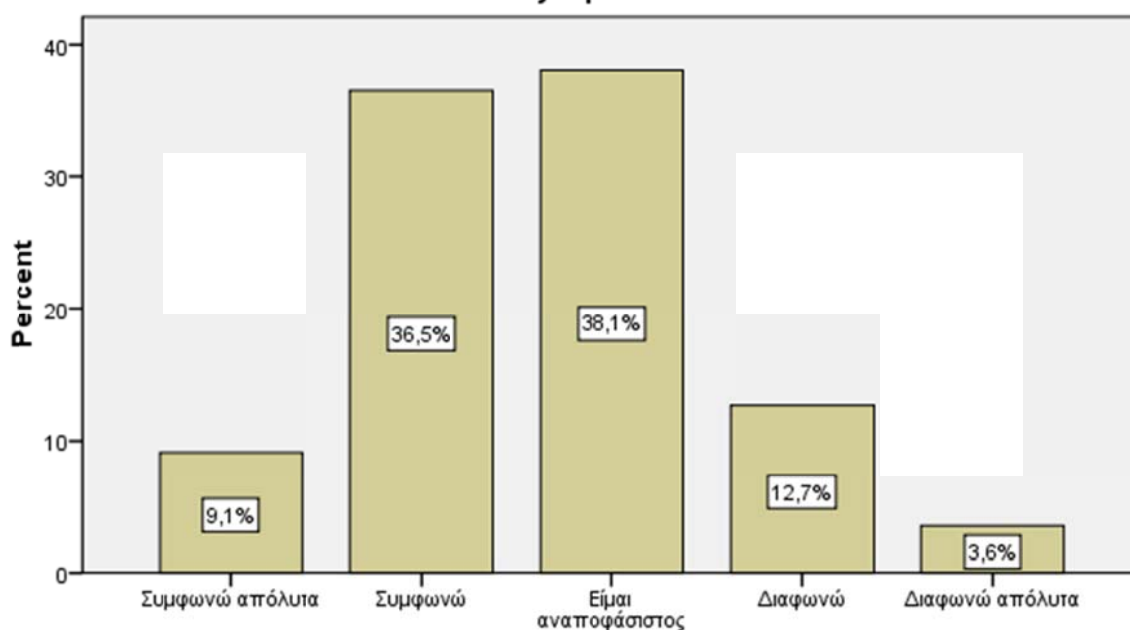
Πόσο ενήμερος είσαστε για τους νόμους περί επίσπευσης του θανάτου στην Ελλάδα



Σχήμα 6. Επίπεδο γνώσεων συμμετεχόντων για τους νόμους περί επίσπευσης θανάτου στην Ελλάδα.

Στην ερώτηση «Σε κάποιες περιπτώσεις ύστερα από αίτημα του ασθενούς και αν το επέτρεπε ο νόμος θα συμφωνούσατε να σταματήσετε ή να μην αρχίσετε θεραπεία σε ένα πολύ βαριά ασθενή, αν και ξέρατε ότι αυτή θα του παράτεινε για λίγο τη ζωή», 75 (38,1%) απάντησαν ότι ήταν αναποφάσιστοι, 72 (36,5%) συμφώνησαν, 25 (12,7%) διαφώνησαν, 18 (9,1%) συμφώνησαν απόλυτα και 7 (3,6%) διαφώνησαν απόλυτα (σχήμα 7).

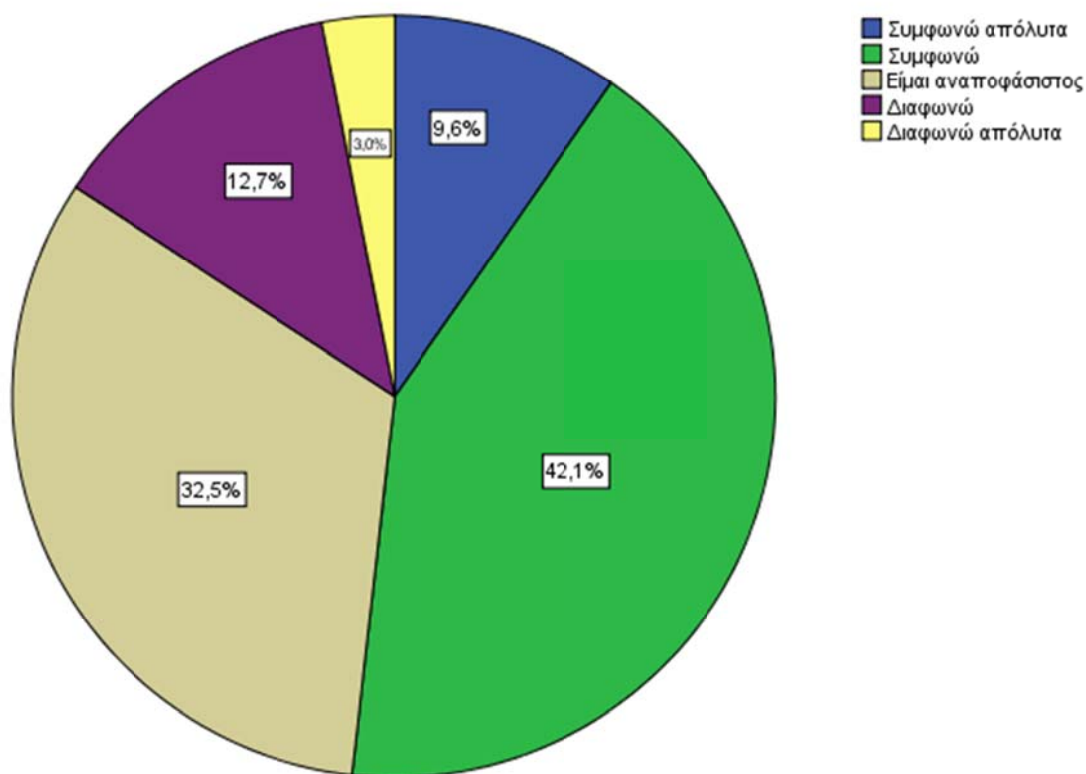
Σε κάποιες περιπτώσεις ύστερα από αίτημα του ασθενούς και αν το επέτρεπε ο νόμος θα συμφωνούσατε να σταματήσετε ή να μην αρχίσετε θεραπεία σε ένα πολύ βαριά ασθενή, αν και ξέρατε ότι αυτή θα του παράτεινε για λίγο τη ζωή



Σχήμα 7. Απαντήσεις συμμετεχόντων στην ερώτηση: «Σε κάποιες περιπτώσεις ύστερα από αίτημα του ασθενούς και αν το επέτρεπε ο νόμος θα συμφωνούσατε να σταματήσετε ή να μην αρχίσετε θεραπεία σε ένα πολύ βαριά ασθενή, αν και ξέρατε ότι αυτή θα του παράτεινε για λίγο τη ζωή;»

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων, 83 (42,1%) συμφωνούν να νομοθετηθεί η ευθανασία στην Ελλάδα κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις, 64 (32,5%) ήταν αναποφάσιστοι, 25 (12,7%) διαφωνούν, 19 (9,6%) συμφωνούν απόλυτα και 6 (3%) διαφωνούν απόλυτα (σχήμα 8).

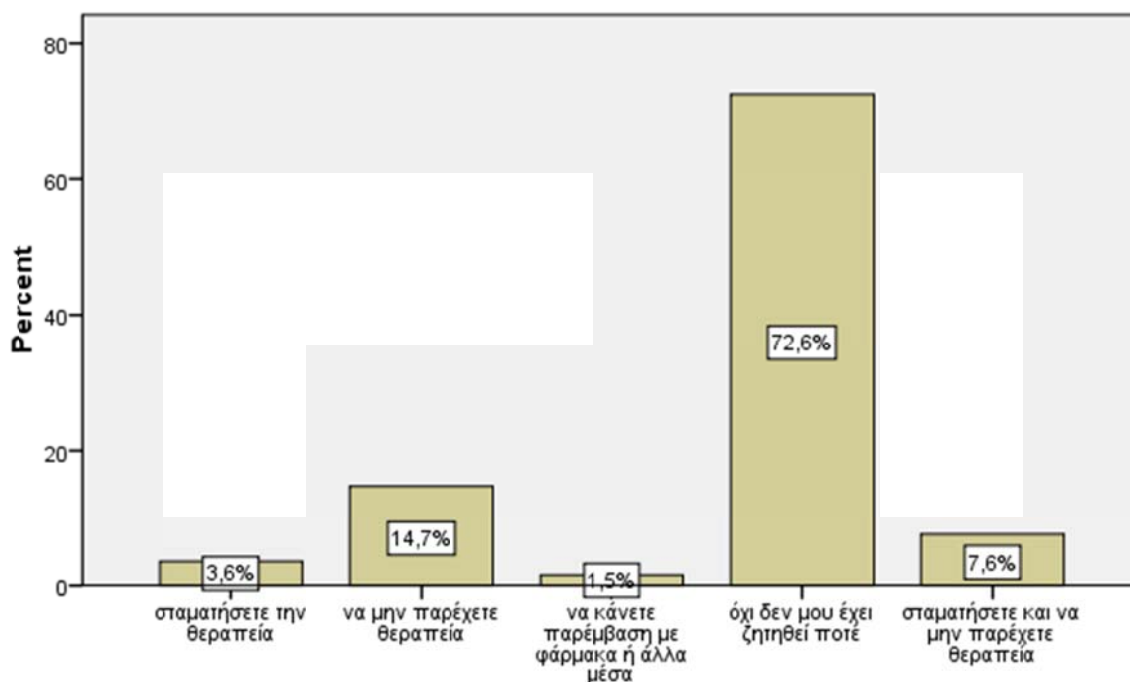
Θα συμφωνούσατε κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις να νομοθετηθεί η
ευθανασία στη χώρα μας



Σχήμα 8. Απαντήσεις συμμετεχόντων στην ερώτηση «Θα συμφωνούσατε κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις να νομοθετηθεί η ευθανασία στη χώρα μας»

Κατά τη διάρκεια άσκησης του επαγγέλματος, σε 143 (72,6%) συμμετέχοντες δεν τους έχει ζητηθεί ποτέ από ασθενείς να επισπεύσουν το θάνατό τους, σε 29 (14,7%) νοσηλευτές τους ζητήθηκε να μην παρέχουν βοήθεια, σε 15 (7,6%) να σταματήσουν και να μην παρέχουν θεραπεία, σε 7 (3,6%) να σταματήσουν τη θεραπεία και σε 3 (1,5%) να κάνουν κάποια φαρμακευτική ή άλλη παρέμβαση (σχήμα 9).

Στη διάρκεια της άσκησης του επαγγέλματός σας, σας έχει ζητηθεί από ασθενείς να επισπεύσετε το θάνατό του με το να:

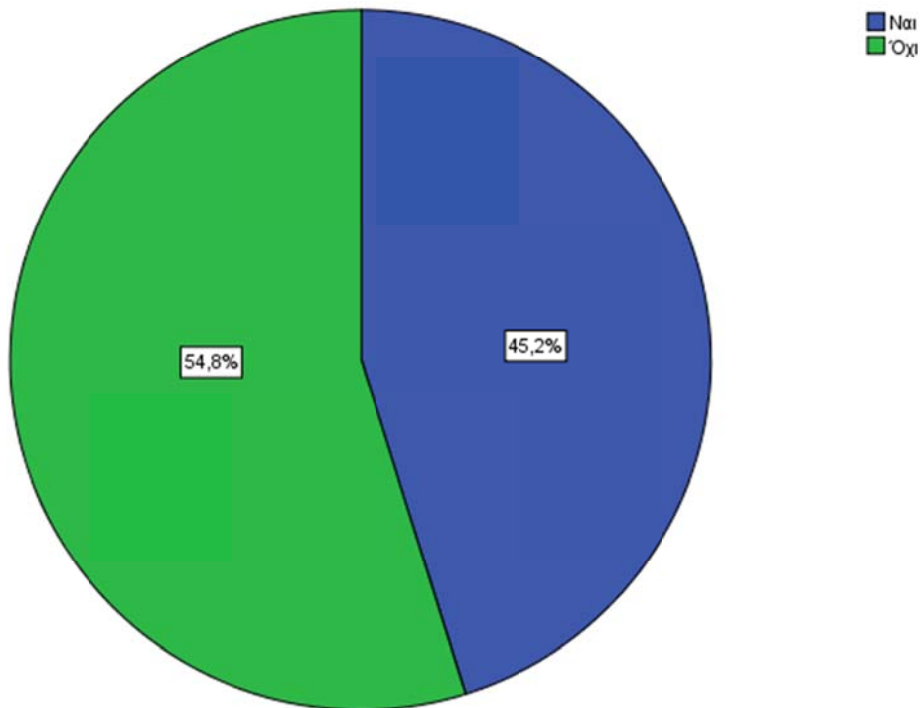


Σχήμα 9. Απαντήσεις συμμετεχόντων στην ερώτηση «Στη διάρκεια της άσκησης του επαγγέλματός σας, σας έχει ζητηθεί από ασθενείς να επισπεύσετε το θάνατό του με το να:»

Σε 108 (54,8%) συμμετέχοντες η σημερινή τους στάση και άποψη για την ευθανασία δεν έχει αλλάξει σε σχέση με την αρχική στάση και άποψη που είχαν κατά την διάρκεια της βασικής τους εκπαίδευσης (σχήμα 10).

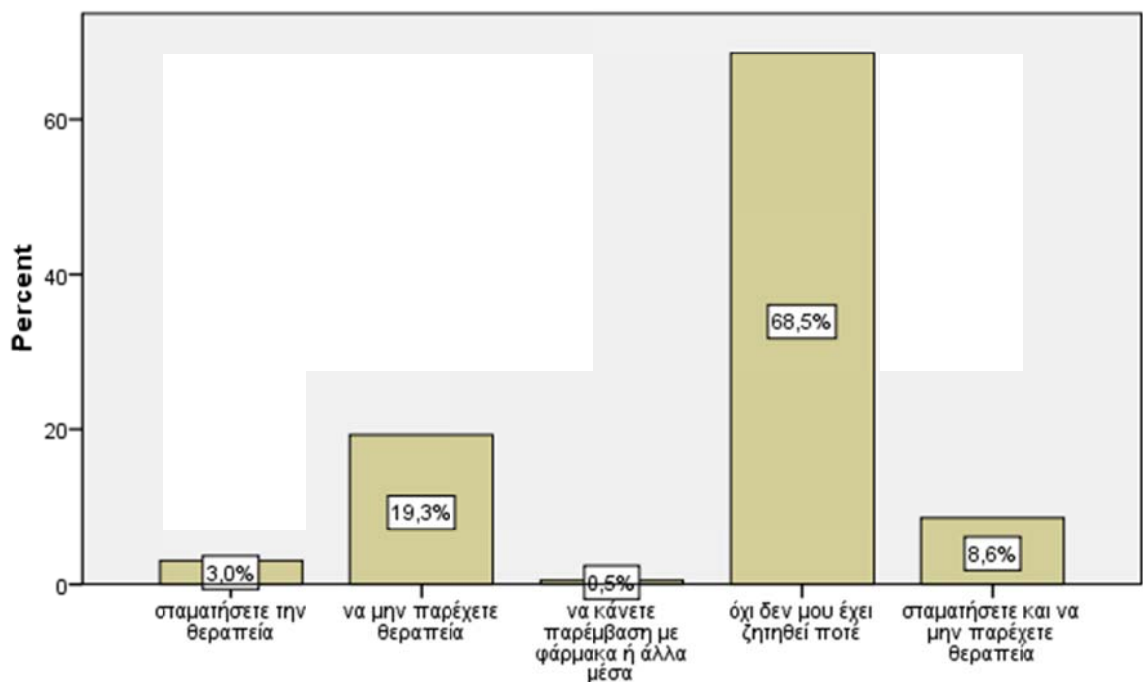
Κατά τη διάρκεια άσκησης του επαγγέλματος, σε 135 (68,5%) συμμετέχοντες δεν τους έχει ζητηθεί ποτέ από συγγενείς να επισπεύσουν το θάνατο ασθενών, σε 38 (19,3%) νοσηλευτές τους ζητήθηκε να μην παρέχουν βοήθεια, σε 17 (8,6%) να σταματήσουν και να μην παρέχουν θεραπεία, σε 6 (3%) να σταματήσουν τη θεραπεία και σε 1 (0,5%) να κάνει κάποια φαρμακευτική ή άλλη παρέμβαση (σχήμα 11).

Η σημερινή σας στάση και άποψη για την ευθανασία έχει αλλάξει σε σχέση με την αρχική στάση και άποψη που είχατε κατά την διάρκεια της βασικής εκπαίδευσής σας



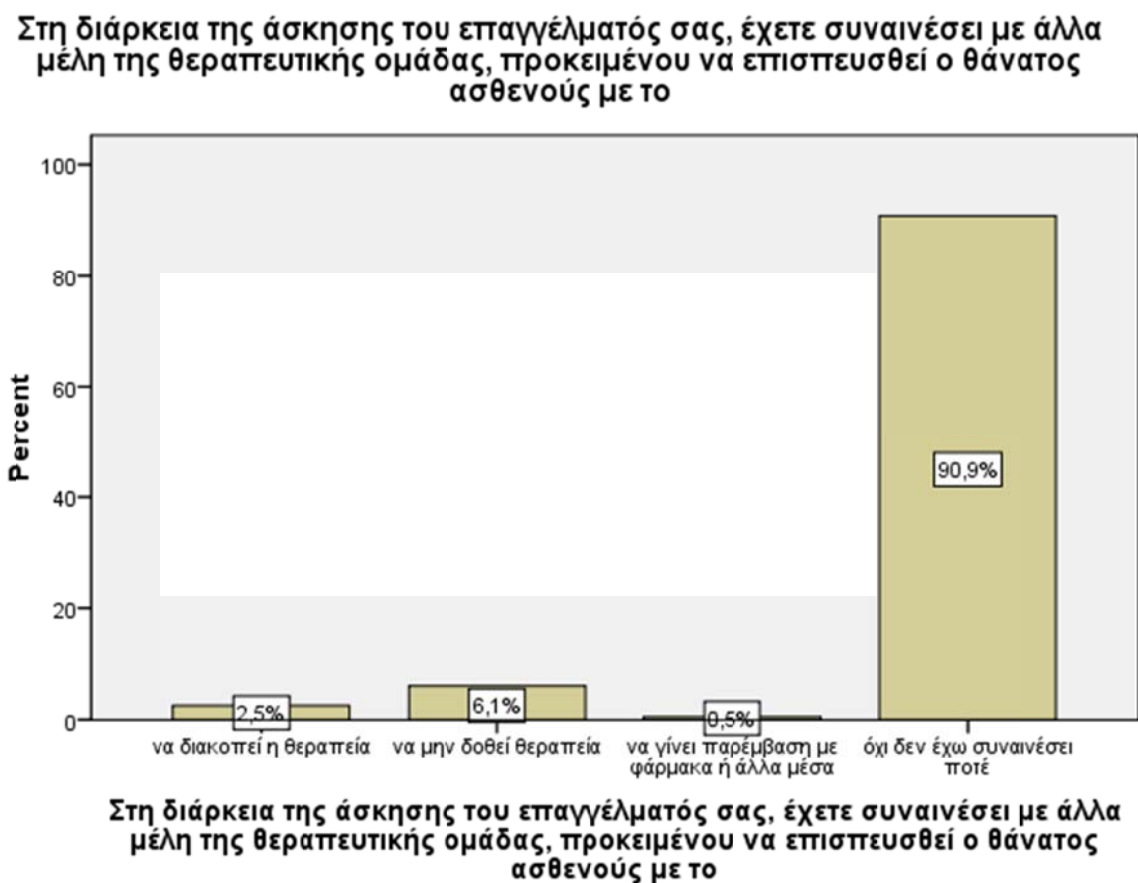
Σχήμα 10. Απαντήσεις συμμετεχόντων στην ερώτηση «Η σημερινή σας στάση και άποψη για την ευθανασία έχει αλλάξει σε σχέση με την αρχική στάση και άποψη που είχατε κατά την διάρκεια της βασικής εκπαίδευσής σας;»

Στη διάρκεια της άσκησης του επαγγέλματός σας, σας έχει ζητηθεί από συγγενείς να επισπεύσετε το θάνατό του με το να



Σχήμα 11. Απαντήσεις συμμετεχόντων στην ερώτηση: «Στη διάρκεια της άσκησης του επαγγέλματός σας, σας έχει ζητηθεί από συγγενείς να επισπεύσετε το θάνατό του με το να»

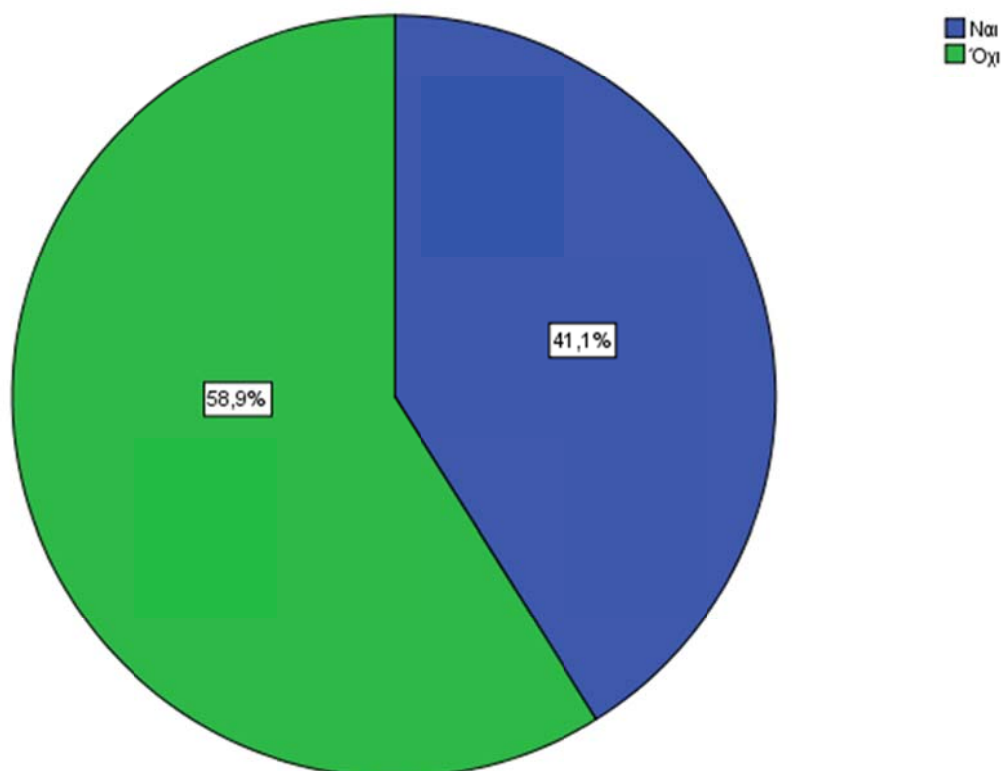
Συνολικά, 179 (90,9%) συμμετέχοντες δεν έχουν συναινέσει ποτέ με άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας να επισπεύσουν το θάνατο ασθενή, 12 (6,1%) συναίνεσαν στο να μη δοθεί θεραπεία, 5 (2,5%) να διακοπεί η θεραπεία και 1 (0,5%) να γίνει παρέμβαση με φάρμακα ή άλλα μέσα (σχήμα 12).



Σχήμα 12. Απαντήσεις συμμετεχόντων στην ερώτηση: «Στη διάρκεια της άσκησης του επαγγέλματός σας, έχετε συναινέσει με άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, προκειμένου να επισπευσθεί ο θάνατος ασθενούς με το»

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες δεν θα συναινούσαν και δεν θα έπαιρναν κάποια απόφαση για επίσπευση θανάτου ασθενή (σχήμα 13).

Σε κάποιες περιπτώσεις και κάτω από προϋποθέσεις, θα συναινέσετε ή θα παίρνατε μια απόφαση για επίσπευση θανάτου ασθενούς



Σχήμα 13. Ποσοστό συμμετεχόντων σε κάποιες περιπτώσεις και κάτω από προϋποθέσεις που θα συναινέσε ή θα έπαιρνε μια απόφαση για επίσπευση θανάτου ασθενούς.

Προκειμένου να συναινέσουν ή να πάρουν μια απόφαση για να επισπευσθεί ο θάνατος βαριά ασθενούς, οι συμμετέχοντες θεωρούν σημαντική προϋπόθεση την ενεργό συμμετοχή του προσωπικού (9,9%), όταν στην απόφαση συμμετέχουν περισσότεροι του ενός ιατροί (25,9%), μετά από επίμονο αίτημα της οικογένειας (13,6%), την ηλικία του ασθενούς (37%), όταν συνυπάρχει ψυχιατρική εξέταση (59,3%), όταν έχει επέλθει εγκεφαλικός θάνατος (58%), όταν υπάρχει πλήρης ενημέρωση του ασθενούς και της οικογένειας (45,7%), μετά από επίμονο αίτημα του ασθενούς (48,1%), όταν ο ασθενής υποφέρει από ανυπόφορους πόνους (75,3%), όταν ο ασθενής πάσχει από ανίατη νόσο (79%), όταν ο ασθενής είναι καταληκτικός (86,4%). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στους πίνακες 1 και 2.

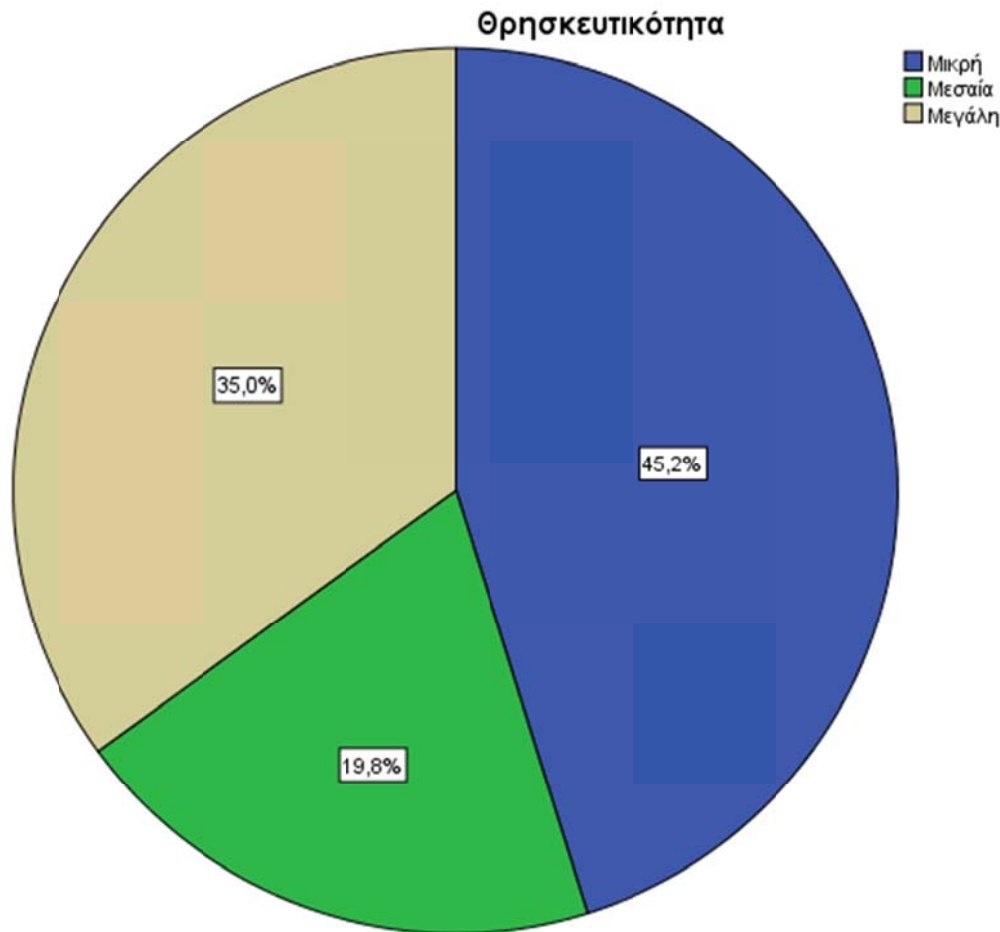
Πίνακας 1. Απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση: Προκειμένου να συναινέσετε ή να πάρετε μια απόφαση για να επισπευσθεί ο θάνατος βαριά ασθενούς πόσο σημαντικές θα θεωρούσατε τις παρακάτω προϋποθέσεις; (Συχνότητα και ποσοστό)

	Καθόλου Σημαντική	Λίγο Σημαντική	Σημαντική	Πολύ Σημαντική	Πάρα πολύ Σημαντική
Την ηλικία του ασθενούς	2 (2,5%)	10 (12,3%)	22 (27,2%)	17 (21%)	30 (37%)
Όταν ο ασθενής πάσχει από ανίατη νόσο	1 (1,2%)	1 (1,2%)	4 (4,9%)	11 (13,6%)	64 (79%)
Όταν ο ασθενής είναι καταληκτικός (π.χ. ασθενείς με Ca τελικού σταδίου, AIDS σε τελικό στάδιο κ.λ.π.)	1 (1,2%)	-	2 (2,5%)	8 (9,9%)	70 (86,4%)
Όταν ο ασθενής υποφέρει από ανυπόφορους πόνους	1 (1,2%)	1 (1,2%)	5 (6,2%)	13 (16%)	61 (75,3%)
Όταν έχει επέλθει εγκεφαλικός θάνατος	1 (1,2%)	6 (7,4%)	13 (16%)	14 (17,3%)	47 (58%)
Όταν υπάρχει πλήρης ενημέρωση του ασθενούς και της οικογένειας	-	2 (2,5%)	16 (19,8%)	26 (32,1%)	37 (45,7%)
Μετά από επίμονο αίτημα του ασθενούς	2 (2,5%)	3 (3,7%)	13 (16%)	24 (29,6%)	39 (48,1%)
Μετά από επίμονο αίτημα της οικογένειας	7 (8,6%)	8 (9,9%)	24 (29,6%)	31 (38,3%)	11 (13,6%)
Την ενεργό συμμετοχή του προσωπικού	8 (9,9%)	20 (24,7%)	30 (37%)	15 (18,5%)	8 (9,9%)
Όταν συνυπάρχει ψυχιατρική εξέταση	1 (1,2%)	10 (12,3%)	10 (12,3%)	12 (14,8%)	48 (59,3%)
Όταν στην απόφαση συμμετέχουν περισσότεροι του ενός ιατροί	5 (6,2%)	18 (22,2%)	23 (28,4%)	14 (17,3%)	21 (25,9%)

Πίνακας 2. Απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση: Προκειμένου να συναινέσετε ή να πάρετε μια απόφαση για να επισπευθεί ο θάνατος βαριά ασθενούς πόσο σημαντικές θα θεωρούσατε τις παρακάτω προϋποθέσεις; (Μέσος±ΤΑ).

Προϋπόθεση	Μέσος±ΤΑ
Όταν ο ασθενής είναι καταληκτικός (π.χ. ασθενείς με Ca τελικού σταδίου, AIDS σε τελικό στάδιο κ.λ.π.)	4,8±0,6
Όταν ο ασθενής πάσχει από ανίατη νόσο	4,7±0,7
Όταν ο ασθενής υποφέρει από ανυπόφορους πόνους	4,6±0,8
Όταν έχει επέλθει εγκεφαλικός θάνατος	4,2±1,1
Όταν συνυπάρχει ψυχιατρική εξέταση	4,2±1,1
Μετά από επίμονο αίτημα του ασθενούς	4,2±1
Όταν υπάρχει πλήρης ενημέρωση του ασθενούς και της οικογένειας	4,2±0,8
Την ενεργό συμμετοχή του προσωπικού	3,4±1,3
Όταν στην απόφαση συμμετέχουν περισσότεροι του ενός ιατροί	3,4±1,3
Μετά από επίμονο αίτημα της οικογένειας	3,4±1,1
Την ηλικία του ασθενούς	3,4±1,1

Σύμφωνα με την κλίμακα θρησκευτικότητας, 89 (45,2%) συμμετέχοντες είχαν μικρή θρησκευτικότητα, 69 (35%) μεγάλη θρησκευτικότητα και 39 (19,8%) μεσαία θρησκευτικότητα (σχήμα 14).



Σχήμα 14. Θρησκευτικότητα συμμετεχόντων.

Συσχετίσεις

Οι γνώσεις των συμμετεχόντων για την ευθανασία παρουσίασαν θετική ισχυρή γραμμική συσχέτιση με τη γνώση των νόμων περί επίσπευσης του θανάτου στην Ελλάδα ($r=0,727$), θετική μέτρια γραμμική συσχέτιση με το αν θα έπρεπε οι νοσηλευτές να σταματήσουν ή να μην αρχίσουν θεραπεία σε έναν πολύ βαριά ασθενή μετά από αίτημα του ασθενούς και εάν το επέτρεπε ο νόμος ($r=0,201$), με το αν πρέπει να νομοθετηθεί η ευθανασία στην Ελλάδα κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις ($r= 0,200$), με το αν τους έχει ζητηθεί από ασθενείς να επισπεύσουν το θάνατο τους ($r=0,213$), με το αν η σημερινή στάση και άποψη για την ευθανασία έχει αλλάξει σε σχέση με την αρχική στάση και άποψη που είχαν κατά τη διάρκεια της βασικής τους εκπαίδευσης ($r=0,261$), με το αν τους έχει ζητηθεί από συγγενείς να επισπεύσουν το θάνατο ασθενή ($r=0,188$), με το αν έχουν συναινέσει με άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας να επισπευσθεί ο θάνατος ασθενούς ($r=0,237$), με το αν θα συναινούσαν ή θα έπαιρναν μία απόφαση για επίσπευση του θανάτου ασθενούς ($r=0,190$).

Οι γνώσεις των συμμετεχόντων για τη νομοθεσία περί επίσπευσης του θανάτου στην Ελλάδα εμφάνισε θετική μέτρια γραμμική συσχέτιση με το αν θα έπρεπε οι νοσηλευτές να σταματήσουν ή να μην αρχίσουν θεραπεία σε έναν πολύ βαριά ασθενή μετά από αίτημα του ασθενούς και εάν το επέτρεπε ο νόμος ($r=0,211$), με το αν πρέπει να νομοθετηθεί η ευθανασία στην Ελλάδα κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις ($r= 0,178$), με το αν η σημερινή στάση και άποψη για την ευθανασία έχει αλλάξει σε σχέση με την αρχική στάση και άποψη που είχαν κατά τη διάρκεια της βασικής τους εκπαίδευσης ($r=0,341$), με το αν τους έχει ζητηθεί από συγγενείς να επισπεύσουν το θάνατο ασθενή ($r=0,187$), με το αν έχουν συναινέσει με άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας να επισπευσθεί ο θάνατος ασθενούς ($r=0,202$), με το αν θα συναινούσαν ή θα έπαιρναν μία απόφαση για επίσπευση του θανάτου ασθενούς ($r=0,208$).

Αν οι νοσηλευτές θα έπρεπε να σταματήσουν ή να μην αρχίσουν θεραπεία σε έναν πολύ βαριά ασθενή μετά από αίτημα του ασθενούς και εάν το επέτρεπε ο νόμος εμφάνισε θετική ισχυρή γραμμική συσχέτιση με το αν πρέπει να νομοθετηθεί η ευθανασία στην Ελλάδα κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις ($r= 0,769$) και θετική μέτρια γραμμική συσχέτιση με το αν η σημερινή στάση και άποψη για την ευθανασία έχει αλλάξει σε σχέση με την αρχική στάση και άποψη που είχαν κατά τη διάρκεια της βασικής τους εκπαίδευσης ($r=0,259$) και με το αν θα συναινούσαν ή θα έπαιρναν μία απόφαση για επίσπευση του θανάτου ασθενούς ($r=0,503$).

Η νομοθέτηση της ευθανασίας στην Ελλάδα εμφάνισε θετική ισχυρή γραμμική συσχέτιση με το αν τους έχει ζητηθεί από συγγενείς να επισπεύσουν το θάνατο ασθενή ($r=0,619$) και θετική μέτρια γραμμική συσχέτιση με το αν έχουν συναινέσει με άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας να επισπευσθεί ο θάνατος ασθενούς ($r=0,240$).

Η αλλαγή της σημερινής στάσης και άποψης των συμμετεχόντων για την ευθανασία σε σχέση με εκείνης της βασικής εκπαίδευσης εμφάνισε θετική μέτρια γραμμική συσχέτιση με το αν θα συναινούσαν ή θα έπαιρναν μία απόφαση για επίσπευση του θανάτου ασθενούς ($r=0,464$).

Η ζήτηση από συγγενείς για επίσπευση του θανάτου ασθενή εμφάνισε θετική μέτρια γραμμική συσχέτιση με το αν έχουν συναινέσει με άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας να επισπευσθεί ο θάνατος ασθενούς ($r=0,390$). Τα αποτελέσματα των συσχετίσεων παρουσιάζονται στον πίνακα 3.

Πίνακας 3. Συσχέτιση με τις γνώσεις και στάσεις των νοσηλευτών για την ευθανασία.

		Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10
Q1	r	0,727	0,201	0,200	0,213	0,261	0,188	0,237	0,190
	p	0,000	0,005	0,005	0,003	0,000	0,008	0,001	0,008
Q3	r		0,211	0,178	0,063	0,341	0,187	0,202	0,208
	p		0,003	0,012	0,380	0,000	0,008	0,004	0,003
Q4	r			0,769	0,107	0,259	0,135	0,107	0,503
	p			0,000	0,135	0,000	0,058	0,136	0,000
Q5	r				0,078	0,306	0,092	0,164	0,535
	p				0,279	0,000	0,199	0,021	0,000
Q6	r					0,073	0,619	0,240	-0,050
	p					0,308	0,000	0,001	0,486
Q7	r						0,121	0,122	0,464
	p						0,090	0,086	0,000
Q8	r							0,390	0,041
	p							0,000	0,568
Q9	r								0,118
	p								0,099

Οι συμμετέχοντες με μικρή θρησκευτικότητα ήταν σημαντικά πιο πιθανό να είναι ΠΕ ($p<0,05$), ήταν σημαντικά μικρότερης ηλικίας, συμφωνούσαν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό με την πρόταση «Σε κάποιες περιπτώσεις ύστερα από αίτημα του ασθενούς και αν το επέτρεπε ο νόμος θα συμφωνούσατε να σταματήσετε ή να μην αρχίσετε θεραπεία σε ένα πολύ βαριά ασθενή, αν και ξέρατε ότι αυτή θα του παράτεινε για λίγο τη ζωή» ($p<0,05$), συμφωνούσαν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό με την πρόταση «Θα συμφωνούσατε κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις να νομοθετηθεί η ευθανασία στη χώρα μας;» ($p<0,05$) και θα συναινούσαν ή θα έπαιρναν μια απόφαση για επίσπευση θανάτου ασθενούς ($p<0,05$).

Οι συμμετέχοντες με μεγάλη θρησκευτικότητα ήταν σημαντικά μεγαλύτερης ηλικίας ($p<0,05$), είχαν σημαντικά μεγαλύτερα έτη υπηρεσίας ($p<0,05$), διαφωνούσαν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό με την πρόταση «Σε κάποιες περιπτώσεις ύστερα από αίτημα του ασθενούς και αν το επέτρεπε ο νόμος θα συμφωνούσατε να σταματήσετε ή να μην αρχίσετε θεραπεία σε ένα πολύ βαριά ασθενή, αν και ξέρατε ότι αυτή θα του παράτεινε για λίγο τη ζωή» ($p<0,05$), διαφωνούσαν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό με την πρόταση «Θα

συμφωνούσατε κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις να νομοθετηθεί η ευθανασία στη χώρα μας;» ($p < 0,05$) και δεν θα συναινούσαν ή δεν θα έπαιρναν μια απόφαση για επίσπευση θανάτου ασθενούς ($p < 0,05$). Τα αποτελέσματα των συσχετίσεων με τη θρησκευτικότητα παρουσιάζονται στον πίνακα 4.

Πίνακας 4. Συσχετίσεις με τη θρησκευτικότητα

	Μικρή	Μεσαία	Μεγάλη	p
Κατηγορία προσωπικού (1=ΠΕ, 3=ΔΕ)	2,1±0,6	2,5±0,6	2,5±0,5	0,000
Ηλικία, έτη	42,8±8,4	43,1±8,1	46,9±6,2	0,028
Έτη υπηρεσίας	17,9±7,9	16,9±9,5	21,3±8,2	0,011
Σε κάποιες περιπτώσεις ύστερα από αίτημα του ασθενούς και αν το επέτρεπε ο νόμος θα συμφωνούσατε να σταματήσετε ή να μην αρχίσετε θεραπεία σε ένα πολύ βαριά ασθενή, αν και ξέρατε ότι αυτή θα του παράτεινε για λίγο τη ζωή; (1=Συμφωνώ απόλυτα, 5=Διαφωνώ απόλυτα)	2,3±0,8	2,7±1,1	3±0,9	0,000
Θα συμφωνούσατε κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις να νομοθετηθεί η ευθανασία στη χώρα μας; (1=Συμφωνώ απόλυτα, 5=Διαφωνώ απόλυτα)	2,2±0,7	2,6±1,1	3±0,9	0,000
Σε κάποιες περιπτώσεις και κάτω από προϋποθέσεις, θα συναινούσατε ή θα παίρνατε μια απόφαση για επίσπευση θανάτου ασθενούς (1=Ναι, 2=Όχι)	1,3±0,5	1,8±0,4	1,9±0,4	0,000

Φύλο

Δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των δύο φύλων, αν και οι γυναίκες είχαν περισσότερες γνώσεις (4,6±0,8 έναντι 5±0,1, $p=0,397$), υποστήριζαν περισσότερο από τους άνδρες ότι σε κάποιες περιπτώσεις ύστερα από αίτημα του ασθενούς και αν το επέτρεπε ο νόμος θα συμφωνούσατε να σταματήσετε ή να μην αρχίσετε θεραπεία σε ένα πολύ βαριά ασθενή, αν και ξέρατε ότι αυτή θα του παράτεινε για λίγο τη ζωή (2,6±0,9 έναντι 2,9±1,1, $p=0,393$) και συμφωνούν περισσότερο από τους άνδρες ότι κάτω από κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις πρέπει να νομοθετηθεί η ευθανασία στη χώρα μας (2,6±0,9 έναντι 2,8±1,1, $p=0,381$).

Επίπεδο εκπαίδευσης

Οι συμμετέχοντες που ήταν πανεπιστημιακής εκπαίδευσης γνώριζαν πάρα πολλά για την ευθανασία σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό ($p<0,05$), ήταν σημαντικά περισσότερο ενήμεροι για τους νόμους περί επίσπευσης του θανάτου στην Ελλάδα ($p<0,05$), συμφωνούσαν σημαντικά περισσότερο με τις προτάσεις «Σε κάποιες περιπτώσεις ύστερα από αίτημα του ασθενούς και αν το επέτρεπε ο νόμος θα συμφωνούσατε να σταματήσετε ή να μην αρχίσετε θεραπεία σε ένα πολύ βαριά ασθενή, αν και ξέρατε ότι αυτή θα του παράτεινε για λίγο τη ζωή» ($p<0,05$) και «Θα συμφωνούσατε κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις να νομοθετηθεί η ευθανασία στη χώρα μας» ($p<0,05$), η σημερινή τους στάση και άποψη για την ευθανασία έχει αλλάξει σημαντικά περισσότερο σε σχέση με την αρχική στάση και άποψη που είχαν κατά την διάρκεια της βασικής τους εκπαίδευσης($p<0,05$). Επίσης, προκειμένου να συναινέσουν ή να πάρουν μια απόφαση για να επισπευσθεί ο θάνατος βαριά ασθενούς, οι συμμετέχοντες που ήταν πανεπιστημιακής εκπαίδευσης θεωρούν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό την ηλικία του ασθενή($p<0,05$) και να έχει επέλθει εγκεφαλικός θάνατος($p<0,05$). Ακόμη, η θρησκευτικότητα μειωνόταν με την αύξηση του μορφωτικού επιπέδου των συμμετεχόντων. Τα αποτελέσματα των συσχετίσεων παρουσιάζονται στον πίνακα 5.

Πίνακας 5. Συσχετίσεις αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης.

	ΠΕ	ΤΕ	ΔΕ	P
Για την ευθανασία γνωρίζω πάρα πολλά	2 (15,4%)	6 (5,7%)	1 (1,3%)	0,001
Πόσο ενήμερος είσαστε για τους νόμους περί επίσπευσης του θανάτου στην Ελλάδα (πολύ)	9 (69,3%)	41 (38,7%)	20 (12,8%)	0,001
Σε κάποιες περιπτώσεις ύστερα από αίτημα του ασθενούς και αν το επέτρεπε ο νόμος θα συμφωνούσατε να σταματήσετε ή να μην αρχίσετε θεραπεία σε ένα πολύ βαριά ασθενή, αν και ξέρατε ότι αυτή θα του παράτεινε για λίγο τη ζωή (Συμφωνώ)	7 (53,8%)	42 (39,6%)	23 (29,5%)	0,013
Θα συμφωνούσατε κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις να νομοθετηθεί η ευθανασία στη χώρα μας	8 (61,5%)	53 (50%)	22 (28,2%)	0,005

(Συμφωνώ)				
	ΠΕ	ΤΕ	ΔΕ	P
Η σημερινή σας στάση και άποψη για την ευθανασία έχει αλλάξει σε σχέση με την αρχική στάση και άποψη που είχατε κατά την διάρκεια της βασικής εκπαίδευσής σας	8 (61,5%)	59 (55,7%)	22 (28,2%)	0,001
Προκειμένου να συναινέσετε ή να πάρετε μια απόφαση για να επισπευσθεί ο θάνατος βαριά ασθενούς θεωρείτε σημαντική την ηλικία του ασθενή;	7 (77,7%)	24 (43,6%)	3 (17,7%)	0,004
Προκειμένου να συναινέσετε ή να πάρετε μια απόφαση για να επισπευσθεί ο θάνατος βαριά ασθενούς θεωρείτε σημαντικό να έχει επέλθει εγκεφαλικός θάνατος	5 (55,5%)	14 (25,5%)	1 (5,9%)	0,028
Θρησκευτικότητα	1,4±0,7	1,8±0,9	2,2±0,8	0,001

6. Συζήτηση

Το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτέλεσαν 197 νοσηλευτές ηλικίας 44 έτη, εκ των οποίων 39,6% ήταν βοηθοί νοσηλευτές και 60,4% νοσηλευτές με μέση προϋπηρεσία 19 έτη. Συνολικά, το 38,6% των συμμετεχόντων απάντησε, ότι γνωρίζει πολλά για την ευθανασία, το 38,1% μέτρια και 10% λίγα. Αναφορικά με τη νομοθεσία περί επίσπευσης θανάτου στην Ελλάδα, το 28,5% των συμμετεχόντων ήταν πολύ ενημερωμένοι, το 33,5% μέτρια ενημερωμένοι, το 22,3% λίγο ενημερωμένοι και το 13,7% καθόλου ενημερωμένοι.

Το ένα τρίτο των συμμετεχόντων συμφώνησε να σταματήσει ή να μην αρχίσει θεραπεία σε ένα πολύ βαριά ασθενή, εφόσον υπήρχε προηγούμενο αίτημά του και υπήρχε η σχετική νομοθεσία. Στη 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 με την παρούσα μελέτη, αν και σε διπλάσιο ποσοστό. Παρόμοια με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, το 47,5% των νοσηλευτών υποστήριξε τη διακοπή της ανάνηψης (Mickiewicz et al., 2012).

Άλλωστε, το 51,7% των ερωτηθέντων συμφώνησε να νομοθετηθεί η ευθανασία στην Ελλάδα κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις. Σε παρόμοια αποτελέσματα έχει καταλήξει η μελέτη των Ntantana et al. (2017), οι οποίοι βρήκαν ότι το 37,2% του νοσηλευτικού προσωπικού χαρακτήρισε χρήσιμη τη συζήτηση για την ευθανασία και το 65% θεώρησε ότι ήταν απαραίτητη. Μόνο το 7,5% των νοσηλευτών θεωρούσε τις συζητήσεις και τις αποφάσεις για το τέλος της ζωής επικίνδυνες, εγκληματικές ή παράνομες. Αυτό σημαίνει ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται στις ΜΕΘ στην Ελλάδα είναι υπέρ της ευθανασίας και στις αποφάσεις του τέλους της ζωής. Μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί σε χώρες στην Ευρώπη σχετικά με τη στάση των νοσηλευτών απέναντι στην ευθανασία έχουν δείξει διαφορετικά αποτελέσματα. 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 ενόησαν τη νομιμοποίηση της ευθανασίας, ενώ εκείνοι που εργάζονταν σε τμήματα, που νοσήλευαν ασθενείς στο τέλος του κύκλου 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 την επαγγελματική τους σταδιοδρομία 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). Η μεγάλη αυτή διαφορά μεταξύ των δύο μελετών, που πραγματοποιήθηκαν και οι δύο στην Ελλάδα, οφείλεται πιθανώς στο γεγονός ότι τον πληθυσμό της δεύτερης μελέτης αποτέλεσαν νοσηλευτές οι οποίοι εργάζονταν αποκλειστικά σε ΜΕΘ, οπότε λόγω της φύσης και της βαρύτητας των ασθενών έρχονται πιο συχνά σε επαφή με τέτοιου είδους αποφάσεις.

Οι άνθρωποι έχουν το δικαίωμα να αρνηθούν ιατρική περίθαλψη και σε πολλές χώρες τα ενήλικα άτομα μπορεί να λάβουν απόφαση ή να έχουν ήδη δώσει γραπτά τη βούλησή τους για διακοπή της ζωής τους σε περιπτώσεις ανίατης νόσου ή σε καταστάσεις που αφορούν το τέλος της ζωής τους. Άλλωστε, πολλά κράτη έχουν νομοθετήσει και αναγνωρίζουν το δικαίωμα του ασθενή να μην διατηρηθούν εν ζωή με τεχνητά μέσα, όταν δεν υπάρχει ελπίδα του δικαιώματος, να πεθάνει με αξιοπρέπεια (Pillay, 2010). Ωστόσο, οι αποφάσεις για το τέλος της ζωής θέτουν τους νοσηλευτές στο επίκεντρο του διλήμματος για το αν πρέπει ή όχι να ενεργήσουν προς αυτή την κατεύθυνση (Smith-Stoner, 2011). Οι αποφάσεις που λαμβάνονται από τους νοσηλευτές επηρεάζονται από την ηθική της εργασίας, τον κώδικα συμπεριφοράς των νοσηλευτών και από το διαφορετικό υπόβαθρο των θρησκευτικών και κοινωνικών προσδοκιών. Αυτοί οι παράγοντες επηρεάζουν τη στάση των νοσηλευτών, ειδικά σε σχέση με αμφιλεγόμενα θέματα, όπως η ευθανασία ή η υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Στην παρούσα μελέτη, το σύνολο σχεδόν των συμμετεχόντων (90,9%) δεν έχουν συναινέσει ποτέ με άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας να επισπεύσουν το θάνατο ασθενή.

Μελέτες έχουν δείξει ότι οι νοσηλευτές εμπλέκονται στη διαδικασία περίθαλψης, που περιλαμβάνει την ευθανασία, δηλαδή τη χορήγηση θανατηφόρων φαρμάκων με πρόθεση να τερματιστεί η ζωή ενός ασθενούς κατόπιν ρητού αιτήματος του ασθενούς (Bilsenetal., 2004, DeBeeretal., 2004. Verpoortetal., 2004).Επιπλέον, οι νοσηλευτές είναι τα πρώτα άτομα στα οποία ο ασθενής συζητά το αίτημά του(Bruchem-vandeScheuretal., 2008). Για το λόγο αυτό, οι νοσηλευτές πρέπει να είναι προετοιμασμένοι για την αντιμετώπιση πολλών σύνθετων

ζητημάτων, όπως η ευθανασία ή η υποβοηθούμενη αυτοκτονία (Daviesetal., 2010). Η αντίδραση των νοσηλευτών στο αίτημα της ευθανασίας αφορούσε αισθήματα αδυναμίας και απογοήτευσης (De Baletal., 2006). Ωστόσο, οι νοσηλευτές δείχνουν διάφορες στάσεις προς την ευθανασία (Berghs et al., 2005). Μερικοί εκτελούν ευθανασία και στα νοσοκομειακά ιδρύματα και στα σπίτια των ασθενών, μερικές φορές ακόμη και χωρίς το ρητό αίτημα του ασθενούς (Bilsen et al., 2004).

Οι παράγοντες που επηρέασαν την απόφαση των συμμετεχόντων για τη συμμετοχή τους σε πράξη ευθανασίας ήταν η ενεργός συμμετοχή του προσωπικού (9,9%), η συμμετοχή περισσότερων του ενός ιατρού στη λήψη απόφασης (25,9%), το επίμονο αίτημα της οικογένειας (13,6%), η ηλικία του ασθενούς (37%), η ύπαρξη ψυχιατρικής εξέτασης (59,3%), η ύπαρξη εγκεφαλικού θανάτου (58%), η πλήρης ενημέρωση του ασθενούς και της οικογένειας (45,7%), το επίμονο αίτημα του ασθενούς (48,1%) και αν ο ασθενής υποφέρει από ανυπόφορους πόνους (75,3%), πάσχει από ανίατη νόσο (79%) ή είναι καταληκτικός (86,4%).

Οι μισοί περίπου συμμετέχοντες είχαν μικρή θρησκευτικότητα(45,2%), 35% μεγάλη θρησκευτικότητα και 19,8% μεσαία θρησκευτικότητα. Άθεοι δεν υπήρχαν μεταξύ των ερωτηθέντων. Στη μελέτη της Gracia Arnillas (2005), το 75,3% των ιατρών και των νοσηλευτών ανέφεραν ότι είναι θρησκευτικοί πιστοί έναντι του 24,7% που δηλώνουν ότι είναι αγνωστικοί ή άθεοι και από την ομάδα των πιστών το 22,5% δηλώνουν επίσης ότι εφαρμόζουν τις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις. Αντίστοιχα, στη μελέτη των Nasehetal. (2015) οι νοσηλευτές που συμμετείχαν στη μελέτη ήταν όλοι μουσουλμάνοι. Το 75,3% θεωρεί τους εαυτούς τους ως πολύ θρησκευόμενους και οι υπόλοιποι ανέφεραν ότι έχουν μέτριο επίπεδο θρησκευτικών πεποιθήσεων.

Οι Έλληνες είναι αποκλειστικά Χριστιανοί Ορθόδοξοι, όπως και οι νοσηλευτές που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη. Είναι ήδη γνωστό ότι οι άνθρωποι της ελληνικής ορθόδοξης πίστης προτιμούν να διατηρούν τη θεραπεία αντί να την αποσύρουν, σε σύγκριση με τις προτιμήσεις των Καθολικών και των Προτεσταντών (Sprungetal., 2003, 2007). Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι, όσο πιο πιστοί είναι οι νοσηλευτές, τόσο απρόθυμοι είναι να διακόψουν τη θεραπεία. Μια ισχυρή αρνητική στάση μεταξύ της εγγενούς θρησκείας και της διακοπής της θεραπείας βρέθηκε επίσης χρησιμοποιώντας ένα διαφορετικό ερωτηματολόγιο θρησκευτικότητας σε Ιρανούς φοιτητές της μουσουλμανικής πίστης (Aghababaei & Wasserman, 2013).

Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι, όσο αυξάνεται το μορφωτικό επίπεδο και μειώνεται η ηλικία των συμμετεχόντων, τόσο μειώνεται η θρησκευτικότητά τους. Οι συμμετέχοντες με

μικρή θρησκευτικότητα ήταν σημαντικά πιο θετικοί να σταματήσουν ή να μην αρχίσουν θεραπεία σε ένα πολύ βαριά ασθενή, ουσιαστικά να συμμετέχουν σε ευθανασία και ήταν σημαντικά πιο θετικοί να νομοθετηθεί η ευθανασία στην Ελλάδα. 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 δείχνουν, λοιπόν, ότι ο βαθμός της θρησκευτικότητας επηρεάζει τις στάσεις και τις απόψεις των νοσηλευτών για την ευθανασία. Σε αντίθεση με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, έχει παρατηρηθεί ότι οι θρησκευτικές πεποιθήσεις δεν έχουν σημαντική συσχέτιση με την ευθανασία (Ramabele, 2004). Παρόλα αυτά, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις βρέθηκαν να είναι η πιο σημαντική μεταβλητή πρόβλεψης των συμπεριφορών προς την ευθανασία, με τους νοσηλευτές που έχουν ισχυρότερες θρησκευτικές πεποιθήσεις να αποδοκιμάζουν την ευθανασία (Ryynanen et al., 2002). Στην ανασκόπηση των Vézina-Im et al. (2014) υπήρχε και μία μελέτη που διεξήχθη στην Ελλάδα, σύμφωνα με την οποία οι θρησκευτικές πεποιθήσεις δεν σχετίζονταν σημαντικά με τις στάσεις των νοσηλευτών σχετικά με την ευθανασία. 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, 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) επίσης 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 ανασκόπηση τους, γεγονός που έρχεται σε αντίθεση με τις ανασκοπήσεις των Gielen et al. (2009) και Verpoort et al. (2004).

Περιορισμοί της μελέτης

Η παρούσα μελέτη έχει επίσης ορισμένους περιορισμούς όπως μικρό μέγεθος δείγματος και το γεγονός ότι περιορίστηκε σε ένα κέντρο δευτεροβάθμιας φροντίδας. Η μελλοντική έρευνα θα πρέπει να επικεντρωθεί σε μεγαλύτερο μέγεθος δείγματος και σε ποιοτικές μελέτες που θα

χρησιμεύσουν στην εις βάθος κατανόηση ενός από τα πιο αμφιλεγόμενα θέματα στον τομέα της υγείας, την ευθανασία.

Συμπεράσματα

Οι νοσηλευτές είναι ενημερωμένοι για την ευθανασία σε διαφορετικό όμως βαθμό. Οι περισσότεροι είναι γνώστες και της σχετικής νομοθεσίας. Οι περισσότεροι αντιτίθενται στην ευθανασία, ενώ οι μισοί επιθυμούν να νομοθετηθεί η ευθανασία στην Ελλάδα. Πιθανόν, αυτό θα αλλάξει και τη στάση τους. Στους περισσότερους νοσηλευτές δεν έχει ζητηθεί ποτέ κατά τη διάρκεια της καριέρας τους να διενεργήσουν ευθανασία, ούτε από ασθενείς αλλά ούτε και από συγγενείς. Το σύνολο σχεδόν των συμμετεχόντων δεν έχει συναινέσει ποτέ με άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας να επισπεύσει το θάνατο ασθενή.

Οι παράγοντες που επηρέασαν την απόφαση των συμμετεχόντων για τη συμμετοχή τους σε πράξη ευθανασίας ήταν: η ενεργός συμμετοχή του προσωπικού, η συμμετοχή περισσότερων του ενός ιατρού στη λήψη απόφασης, το επίμονο αίτημα της οικογένειας, η ηλικία του ασθενούς, η ύπαρξη ψυχιατρικής εξέτασης, η ύπαρξη εγκεφαλικού θανάτου, η πλήρης ενημέρωση του ασθενούς και της οικογένειας, το επίμονο αίτημα του ασθενούς και αν ο ασθενής υποφέρει από ανυπόφορους πόνους, πάσχει από ανίατη νόσο ή είναι καταληκτικός.

Οι μισοί περίπου συμμετέχοντες είχαν μικρή θρησκευτικότητα και οι υπόλοιποι μέτρια και υψηλή. Όσο πιο πιστοί είναι οι νοσηλευτές, τόσο απρόθυμοι είναι να διακόψουν τη θεραπεία και να συμβάλλουν στην ευθανασία. Το υψηλό μορφωτικό επίπεδο και η μικρή ηλικία των νοσηλευτών σχετίστηκε με μειωμένη θρησκευτικότητα. Το νοσηλευτικό προσωπικό που έχει ισχυρές θρησκευτικές πεποιθήσεις αντιτίθεται στις αποφάσεις λήξης ζωής. Στην πράξη, οι νοσηλευτές συχνά εμπλέκονται στη λήψη αποφάσεων, έστω και άτυπα.

Με βάση τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, 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.

Βιβλιογραφία

Aghababaei, N. & Wasserman, J.A. 2013. Attitude toward euthanasia scale: psychometric properties and relations with religious orientation, personality and life satisfaction. *Am J Hospice Palliative Medicine*, 30, 781–5.

Aghababaei, N. 2014. Attitudes towards euthanasia in Iran: The role of altruism. *Journal of Medical Ethics* 40, 173-176.

Ailasmaa, R. 2014. Health care and social welfare personnel 2011. Official Statistics of Finland. National Institute for Health and Welfare, Helsinki.

Allen, F. C. L. 1998. Euthanasia: Why torture dying people when we have sick animals put down? *Australian Psychologist* 33, 12-15.

American Nurses Association. 2011. Code of Ethics. Διαθέσιμο από: <http://www.nursingworld.org/Mobile/Code-of-Ethics>.

Asai, A., Ohnishi, M., Nagata, S.K., Tanida, N. & Yamazaki, Y. 2001. Doctors' and nurses' attitudes towards and experiences of voluntary euthanasia: survey of members of the Japanese Association of Palliative Medicine. *Journal of Medical Ethics* 27, 324-330.

Aslan, U.B. & Cavlak, U. 2007. Attitudes towards euthanasia among university students: A sample based on Turkish population. *Journal of Medical Sciences* 7, 396-401.

Banerjee, A., & Birenbaum-Carmeli, D. 2007. Ordering suicide: Media reporting of family assisted suicide in Britain. *Journal of Medical Ethics* 33, 639-642.

Battin, M. P., van der Heide, A., Ganzini, L., van der Wal, G., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. 2007. Legal physician-assisted dying in Oregon and the Netherlands: evidence concerning the impact on patients in "vulnerable" groups. *Journal of Medical Ethics*, 33, 591-597.

Battin, M.P. 2005. *Ending life. Ethics and the way we die*. New York: Oxford University Press.

Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. 2012. *Principles of Biomedical Ethics*, 7th ed., Oxford University Press, New York.

Belgium. *International Journal of Nursing Studies* 46, 1209-1218. Inghelbrecht, E., Bilsen, J., Mortier, F. & Deliens, L. 2009b. Nurses' attitudes towards end-of-life decisions in medical practice: a nationwide study in Flanders, Belgium. *Palliative Medicine* 23, 649-658.

- Bendiane, M.K., Bouhnik, A.-D., Galinier, A., Favre, R., Obadia, Y. & Peretti-Watel, P. 2009. French hospital nurses' opinion about euthanasia and physician-assisted suicide: a national phone survey. *Journal of Medical Ethics* 35, 238-244.
- Bendiane, M.K., Galinier, A., Favre, R., Ribiere, C., Lapiana, J.-M., Obadia, Y. & Peretti-Watel, 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.
- Berghs, M., Dierckx de Casterle, B., & Gastmans, C. 2005. The complexity of nurses' attitudes toward euthanasia: A review of the literature. *Journal of Medical Ethics*, 31, 441–446.
- Bilsen, J., Robijn, L., Chambaere, K., Cohen, J. & Deliens, L. 2014. Nurses' involvement in physician-assisted dying under the euthanasia law in Belgium. *International Journal of Nursing Studies* 51, 1696-1697.
- Bilsen, J.J., Vander Stichele, R.H., Mortier, F., & Deliens, Luc. 2004. Involvement of nurses in physician assisted dying. *Journal of Advanced Nursing*, 47, 583–591.
- Boudreau, D.J. & Somerville, M.A. 2013. Euthanasia is not medical treatment. *British Medical Bulletin* 106, 45-66.
- Bradbury, M. 1999. *Representations of death. A social psychological perspective*. London: Routledge.
- Breitbart, W. B., Rosenfeld, B., Gibson, C., Kramer, M., Li, I., Tomarken, A., et al. 2010. Impact of treatment for depression on desire for hastened death in patients with advanced AIDS. *Psychosomatics*, 51, 98-105.
- Broeckeaert, B., Gielen, J., Van Iersel, T. & Van den Branden, S. 2010. Euthanasia and Palliative Care in Belgium: The Attitudes of Flemish Palliative Care Nurses and Physicians Toward Euthanasia. *AJOB Primary Research* 1, 31-44.
- Bruchem-van de Scheur, A., van der Arend, A., van Wijmen, F., Abu-Saad, H. H., & terMeulen, R. 2008. Dutch nurses' attitudes towards euthanasia and physician-assisted suicide. *Nursing Ethics*, 15, 186–198.
- Brzostek, T., Dekkers, W., Zalewski, Z., Januszewska, A. & Górkiewicz, M. 2008. Perception of Palliative Care and Euthanasia among Recently Graduated and Experienced Nurses. *Nursing Ethics* 15, 761-776.

- Burr, V. 2005. *Social constructionism*. London: Routledge.
- Canetto, S. S. 1995. Elderly women and suicidal behaviour. In S. S. Canetto & D. Lester Eds., *Women and suicidal behaviour*. New York: Springer Publishing Company.
- Canetto, S. S. 2008. Women and suicidal behaviour: A cultural analysis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 782, 259-266.
- Canetto, S. S., & Hollenshead, J. D. 1999-2000. Gender and physician-assisted suicide: An analysis of the Kevorkian cases, 1990-1997. *Omega: Journal of Death and Dying*, 401, 165-208.
- Canetto, S. S., & Hollenshead, J. D. 2002. Men's mercy killing of women: Mercy for whom? Choice for whom? *Omega: Journal of Death and Dying*, 453, 291-296.
- Carter, G.L., Clover, K.A., Parkinson, L., Rainbird, K., Kerridge, I., Ravenscroft, P., Cavenagh, J. & McPhee, J. 2007. Mental health and other clinical correlates of euthanasia attitudes in an Australian outpatient cancer population. *Psycho-Oncology* 16, 295-303.
- Chochinov, H. M., Wilson, K. G., Enns, M., Mowchun, N., Lander, S., Levitt, M., et al. 1995. Desire for death in the terminally ill. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1185-1191.
- Chong, A.M.-L. & Fok, S.-Y. 2009. Attitudes toward Euthanasia: Implications for social work practice. *Social Work in Health Care* 48, 119-133.
- Clarke, J. N. 2006. Death under control: The portrayal of death in mass print English language magazines in Canada. *Omega: Journal of Death and Dying*, 522, 153-167.
- Cohen, J., Marcoux, I., Bilsen, J., Deboosere, P., van der Wal, G. & Deliens, L. 2006. European public acceptance of euthanasia: Socio-demographic and cultural factors associated with the acceptance of euthanasia in 33 European countries. *Social Science and Medicine* 63, 743-756.
- Cohen, J., Van Landeghem, P., Carpentier, N. & Deliens, L. 2013. Different trends in euthanasia acceptance across Europe. A study of 13 western and 10 central and eastern European countries, 1981–2008. *European Journal of Public Health* 23, 378-380.
- Cohen, J., Van Landeghem, P., Carpentier, N. & Deliens, L. 2014. Public acceptance of euthanasia in Europe: a survey study in 47 countries. *International Journal of Public Health* 59, 143-156.

- Cohen-Almagor, R. 2009. Euthanasia policy and practice in Belgium: Critical observations and suggestions for improvement. *Issues in Law and Medicine* 24, 187-218.
- Cox, K., Bird, L., Arthur, A., Kennedy, S., Pollock, K., Kumar, A., Stanton, W. & Seymour, J. 2013. Public attitudes to death and dying in the UK: a review of published literature. *BMJ Supportive & Palliative care* 3, 37-45.
- Danyliv, A. & O'Neill, C. 2015. Attitudes towards legalising physician provided euthanasia in Britain: The role of religion over time. *Social Science and Medicine* 128, 52-56.
- Davies, B., Contro, N., Larson, J., & Widger, K. 2010. Culturally-sensitive information sharing in pediatric palliative care. *Pediatrics*, 125, 859–865.
- De Bal, N., Dierckx de Casterle', B., De Beer, T., & Gastmans, C. 2006. Involvement of nurses in caring for patients requesting euthanasia in Flanders Belgium: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 589–599.
- De Bal, N., Gastmans, C. & Dierckx de Casterlè, B. 2008. Nurses' involvement in the care of patients requesting euthanasia: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies* 45, 626-644.
- De Beer, T., Gastmans, C., & Dierckx de Casterle', B. 2004. Involvement of nurses in euthanasia: A review of the literature. *Journal of Medical Ethics*, 30, 494–498.
- De Hert, M., Van Bos, L., Sweers, K., Wampers, M., De Lepeleire, J. & Correll, C.U. 2015. Attitudes of Psychiatric Nurses about the Request for Euthanasia on the Basis of Unbearable Mental Suffering (UMS). *PloS ONE* 10, e0144749.
- DeKeyser Ganz, F. & Musgrave, C.F. 2006. Israeli critical care nurses' attitudes toward physician-assisted dying. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 35, 412-422.
- Denier, Y., Gastmans, C., De Bal, N. & Dierckx De Casterlé, B. 2010. Communication in nursing care for patients requesting euthanasia: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing* 19, 3372-3380.
- Dierckx de Casterlé, B., Denier, Y., De Bal, N. & Gastmans, C. 2010. Nursing care for patients requesting euthanasia in general hospitals in Flanders, Belgium. *Journal of Advanced Nursing* 66, 2410-2420.
- Dyer, O., White, C. & García Rada, A. 2015. Assisted dying: law and practice around the world. *BMJ* 351.

- Emanuel, E. J. 2002. Euthanasia and physician-assisted suicide. A review of the empirical data from the United States. *Archives of Internal Medicine*, 162, 142-152.
- Emanuel, E. J., Daniels, E. R., Fairclough, D. L., & Clarridge, B. R. 1996. Euthanasia and physician-assisted suicide: attitudes and experiences of oncology patients, oncologists, and the public. *The Lancet*, 3479018, 1805-1810.
- Emanuel, E. J., Daniels, E. R., Fairclough, D. L., & Clarridge, B. R. 1998. The practice of euthanasia and physician-assisted suicide in the United States: adherence to proposed safeguards and effects on physicians. *Journal of the American Medical Association*, 2806, 507-513.
- Emanuel, E. J., Fairclough, D. L., & Emanuel, L. L. 2000. Attitudes and desires related to euthanasia and physician-assisted suicide among terminally ill patients and their caregivers. *The Journal of the American Medical Association*, 28419, 2460-2468.
- ETENE. 2012. Human Dignity, Hospice Care and Euthanasia. The National Advisory Board on Social Welfare and Health Care Ethics (ETENE), Helsinki.
- Evans, G., & Farberow, N. L. 2003. *The encyclopaedia of suicide* 2nd ed. New York: Facts on File.
- Fitzgerald, J. 1999. Bioethics, disability and death: Uncovering cultural bias in the euthanasia debate. Διαθέσιμο από: <http://www.metafuture.org/>
- Francke, A.L., Albers, G., Bilsen, J., de Veer, A.J. & Onwuteaka-Philipsen, B.D. 2015, Nursing staff and euthanasia in the Netherlands. A nation-wide survey on attitudes and involvement in decision making and the performance of euthanasia. *Patient Education and Counseling* 99, 783-789.
- Gamliel, E. 2012. To end life or not to prolong life: The effect of message framing on attitudes toward euthanasia. *Journal of Health Psychology*, 185. 693-703.
- Gamliel, E. 2013. To end life or not to prolong life: The effect of message framing on attitudes toward euthanasia. *Journal of Health Psychology* 18, 693-703.
- Ganzini, L., Nelson, H. D., Schmidt, T. A., Kraemer, D. F., Delorit, M. A., & Lee, M. A. 2000. Physicians' experiences with the Oregon Death with Dignity Act. *The New England Journal of Medicine*, 3428, 557-563.
- Gendall, P. J. 2010. *Social inequality in New Zealand: International Social Survey Programme*. Palmerston North, New Zealand: Massey University.

- Gesundheit, B., Steinberg, A., Glick, S., Or, R. & Jotkovitz, A. 2006. Euthanasia: An overview and the Jewish perspective. *Cancer Investigation* 24, 621-629.
- Gielen, J., Van den Branden, S. & Broeckaert, B. 2009a. The operationalisation of religion and world view in surveys of nurses' attitudes toward euthanasia and assisted suicide. *Medicine, Health Care, and Philosophy* 12, 423-431.
- Gielen, J., Van den Branden, S. & Broeckaert, B. 2009b. Religion and Nurses' Attitudes to Euthanasia and Physician Assisted Suicide. *Nursing Ethics* 16, 303-318.
- Gielen, J., Van den Branden, S., van Iersel, T. & Broeckaert, B. 2009. Flemish palliative care nurses' attitudes toward euthanasia: a quantitative study. *International Journal of Palliative Nursing* 15, 488-497.
- Gielen, J., Van, d.B., Van Iersel, T. & Broeckaert, B. 2011. The Diverse Influence of Religion and World View on Palliative-Care Nurses' Attitudes towards Euthanasia. *Journal of Empirical Theology* 24, 36-56.
- Gracia Arnillas, R.M. 2005. Current state of health conscientious objection in the eastern half of the province of Huesca. Dissertation, Repository of Zaragoza's University, Zaragoza. Διαθέσιμο από: <http://zaguan.unizar.es>
- Griffiths, J., Weyers, H., & Adams, M. 2008. *Euthanasia and law in Europe*. Oxford: Hart Publishing.
- Hagelin, J., Nilstun, T., Hau, J. & Carlsson, H.-E. 2004. Surveys on attitudes towards legalisation of euthanasia: Importance of question phrasing. *Journal of Medical Ethics* 30, 521-523.
- Hausmann, E. 2004. How press discourse justifies euthanasia. *Mortality*, 93, 206-222.
- Hendin, H. 1995. Suicide, assisted suicide, and euthanasia. *Crisis*, 172.
- Hendin, H. 1997. *Seduced by death. Doctors, patients, and the Dutch cure*. New York: W.W. Norton & Company.
- Hendry, M., Pasterfield, D., Lewis, R., Carter, B., Hodgson, D. & Wilkinson, C. 2013. Why do we want the right to die? A systematic review of the international literature on the views of patients, carers and the public on assisted dying. *Palliative Medicine* 27, 13-26.
- Hinderer, K.A. 2012. Reactions to patient death: The lived experience of critical care nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing* 31, 252-259.

- Holt, J. 2008. Nurses' attitudes to euthanasia: the influence of empirical studies and methodological concerns on nursing practice. *Nursing Philosophy* 9, 257-272.
- Huber, S. & Huber, O.W. 2012. The Centrality of Religiosity Scale (CRS). *Religions* 3, 710-724.
- Humphry, D., & Clement, M. 1998. *Freedom to die. People, politics, and the right-to-die movement.* New York: St. Martin's Press.
- Inghelbrecht, E., Bilsen, J., Mortier, F. & Deliens, L. 2009a. Attitudes of nurses toward euthanasia and towards their role in euthanasia: a nationwide study in Flanders,
- Inghelbrecht, E., Bilsen, J., Mortier, F. & Deliens, L. 2010. The role of nurses in physician-assisted deaths in Belgium. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal* 182, 905-910.
- 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.
- International Council of Nurses. 2012. The ICN code of ethics for nurses. Διαθέσιμο από: http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf
- Johansen, S., Hølen, J.C., Kaasa, S., Loge, J.H. & Masterstvedt, L.J. 2005. Attitudes towards, and wishes for, euthanasia in advanced cancer patients at a palliative medicine unit. *Palliative Medicine* 19, 454-460.
- Kamakahi, J. J., Cossman, J. S., & Fox, E. 2001. The right to die movement: Extrapolating from the national Hemlock Society USA membership survey. *Omega: Journal of Death and Dying*, 43, 7-23.
- Karadeniz, G., Yanikkerem, E., Pirincci, E., Erdem, R., Esen, A. & Kitapcioglu, G. 2008. Turkish health professional's attitude toward euthanasia. *Omega: Journal of Death & Dying* 57, 93-112.
- Kelleher, M. J. 1998. Humpty Dumpty and the language of euthanasia. *Crisis*, 193, 100-101.
- Kelleher, M. J., Chambers, D., Corcoran, P., Keeley, H. S., & Williamson, E. 1998. Euthanasia and related practices worldwide. *Crisis*, 193.

- 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* 2, 1-9.
- Kim S.Y.H., De Vries R.G. & Peteet J.R. 2016. Euthanasia and assisted suicide of patients with psychiatric disorders in the Netherlands 2011 to 2014. *JAMA Psychiatry* 73, E1-E7.
- Köneke, V. 2014. Trust increases euthanasia acceptance: A multilevel analysis using the European Values Study. *BMC Medical Ethics* 15.
- Kranidiotis, G., Ropa, J., Mprianas, J., Kyprianou, T. & Nanas, S. 2015. Attitudes toward euthanasia among Greek intensive care unit physicians and nurses. *Heart and Lung: Journal of Acute and Critical Care* 44, 260-263.
- Kuhse, H., Singer, P. A., Baume, P., Clark, M., & Rickard, M. 1997. End-of-life decisions in Australian medical practice. *Medical Journal of Australia*, 1664, 191-196.
- Kumas, G., Oztunc, G. & Nazan Alparslan, Z. 2007. Intensive care unit nurses' opinions about euthanasia. *Nursing Ethics* 14, 637-650.
- Kuuppelomäki, M. 2000. Attitudes of cancer patients, their family members and health professionals toward active euthanasia. *European Journal of Cancer Care* 9, 16-21.
- Lavi, S. J. 2005. *The modern art of dying. A history of euthanasia in the United States.* Princeton: Princeton University Press.
- Lee, M. A., Smith, D. M., Fenn, D. S., & Ganzini, L. 1998. Do patients' treatment decisions match advance statements of their preferences? *The Journal of Clinical Ethics*, 93, 258-262.
- Mak, M.H.J. 2010. Quality insights of university students on dying, death, and death education—a preliminary study in Hong Kong. *Omega: Journal of Death and Dying* 62, 387-405.
- Mak, M.J. 2012. Quality Insights of University Teachers on Dying, Death, and Death Education. *Omega: Journal of Death & Dying* 66, 173-194.
- McCormack, R., Clifford, M., & Conroy, M. 2012. Attitudes of UK doctors towards euthanasia and physician assisted suicide: a systematic literature review *Palliative Medicine*, 261, 23-33.

McNamara, B. 2001. *Fragile lives. Death, dying and care.* Crows Nest, NSW, Australia: Allen & Unwin.

Mickiewicz, I., Krajewska-Kulak, E., Kulak, W. & Lewko, J. 2012. Attitudes toward euthanasia among health workers, students and family members of patients in hospice in north-eastern Poland. *Progress in Health Sciences* 2, 81-88.

Ministry of Health & Ministry of Social Security. 2010. Euthanasia and assisted suicide: 25 questions, 25 answers. Διαθέσιμο από: <http://www.sante.public.lu/fr/publications/e/euthanasie-assistance-suicide-questionsreponses-fr-de-pt-en/euthanasie-assistance-suicide-questions-en.pdf>.

Mitchell, K., & Owens, G. 2004a. End of life decision-making by New Zealand general practitioners: a national survey. *The New Zealand Medical Journal*, 117, 19-26.

Mitchell, K., & Owens, R. G. 2004b. Judgements of laypersons and general practitioners on justifiability and legality of providing assistance to die to a terminally ill patient: a view from New Zealand. *Patient Education and Counseling*, 54, 15-20.

Mousavi, S.M., Akbari, A., Lotfi Kashani, F., Akbari, M.E. & Najd Sepas, H. 2011. Euthanasia in cancer patients, Islamic point of view. *Iranian Journal of Cancer Prevention* 4, 78-81.

Mullet, E., Neto, F., Pinto, C., Raich, R.M., Sastre, M.T.M. & Sorum, P.C. 2014. The Acceptability of Ending a Patient's Life: A France-Portugal-Spain Comparison. *Death Studies* 38, 28-35.

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.

Neil, D. A., Coady, C. A. J., Thompson, J., & Kuhse, H. 2007. End-of-life decisions in medical practice: a survey of doctors in Victoria Australia. *Journal of Medical Ethics*, 33, 721-725.

Norwood, F. 2009. *The maintenance of life. Preventing social death through euthanasia talk and end-of-life care - lessons from the Netherlands.* Durham, North Carolina: Carolina Academic Press.

Norwood, F., Kimsma, G., & Battin, M. P. 2009. Vulnerability and the 'slippery slope' at the end-of-life: a qualitative study of euthanasia, general practice and home death in The Netherlands. *Family Practice*, 266, 472-480.

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.

Nys, H. 2002. Euthanasia in the low countries: a comparative analysis of the law regarding euthanasia in Belgium and the Netherlands. *Ethical perspectives / Catholic University of Leuven. European Centre for Christian Ethics* 9, 73-85.

O'Connor, K. 1997. Talking about anger Unpublished doctoral dissertation. Massey University, Palmerston North, New Zealand.

Onwuteaka-Philipsen, B. D., Brinkman-Stoppelenburg, A., Penning, C., de Jong-Krul, G. J. F., van Delden, J. J. M., & van der Heide, A. 2012. Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: a repeated cross-sectional survey. *Lancet*, 380, 908-915.

Onwuteaka-Philipsen, B. D., van der Heide, A., Koper, D., Keij-Deerenberg, I., Rietjens, J., Rurup, M. L., et al. 2003. Euthanasia and other end-of-life decisions in the Netherlands in 1990, 1995, and 2001. *The Lancet*, 3629381, 395-399.

Parpa, E., Mystakidou, K., Tsilika, E., Sakkas, P., Patiraki, E., Pistevou-Gombaki, K., Govina, O., Panagiotou, I., Galanos, A. & Gouliamos, A. 2010. Attitudes of health care professionals, relatives of advanced cancer patients and public towards euthanasia and physician assisted suicide. *Health Policy* 97, 160-165.

Peters, L., Cant, R., Payne, S., O'Connor, M., McDermott, F., Hood, K., Morphet, J. & Shimoinaba, K. 2013b. How death anxiety impacts nurses' caring for patients at the end of life: A review of literature. *Open Nursing Journal* 7, 14-21.

Pillay, V. V. 2010. Text-book of forensic medicine & toxicology 15th ed., pp. 47-52. New Delhi: Paras Publishers.

Poma, S.Z., Vicentini, S., Siviero, F., Grossi, A., Toniolo, E., Baldo, V. & Leo, D.D. 2015., The Opinions of GP's Patients about Suicide, Assisted Suicide, Euthanasia, and Suicide Prevention: An Italian Survey. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 45, 391-398.

Poreddi, V., Nagarajaiah, Konduru, R. & Math, S.B. 2013. Euthanasia: the perceptions of nurses in India. *International Journal of Palliative Nursing* 19, 187-193.

- Quaghebeur, T., Dierckx de Casterlé, B. & Gastmans, C. 2009. Nursing and Euthanasia: a Review of Argument-Based Ethics Literature. *Nursing Ethics* 16, 466-486.
- Ramabele, T. 2004. Attitudes of the elderly towards euthanasia: A cross cultural study. Bloemfontein, South Africa: University of the Free State.
- Raus, K. 2016. The Extension of Belgium's Euthanasia Law to Include Competent Minors. *Journal of Bioethical Inquiry*. Published online 2/3/2016, pp. 1-11.
- Raus, K., Sterckx, S., & Mortier, F. 2011. Is continuous sedation at the end of life an ethically preferable alternative to physician-assisted suicide? *The American Journal of Bioethics*, 116.
- Regionale Toetsingcommissies Euthanasie. 2016. Euthanasia: Q and A. The Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act in practice. Regionale Toetsingcommissies Euthanasie. The Netherlands.
- Riemer, H., Shavitt, S., Koo, M. & Markus, H.R. 2014. Preferences don't have to be personal: Expanding attitude theorizing with a cross-cultural perspective. *Psychological Review* 121, 619-648.
- Rietjens, J.A.C., Van Der Heide, A., Onwuteaka-Philipsen, B.D., Van Der Maas, P.J. & Van Der Wal, G. 2005. A comparison of attitudes towards end-of-life decisions: Survey among the Dutch general public and physicians. *Social Science and Medicine* 61, 1723-1732.
- Roelands, M., Van den Block, L., Geurts, S., Deliens, L. & Cohen, J. 2015. Attitudes of Belgian students of medicine, philosophy, and law toward euthanasia and the conditions for its acceptance. *Death Studies* 39, 139-150.
- Rosenfeld, B. 2000. Methodological issues in assisted suicide and euthanasia research. *Psychology, Public Policy, and Law*, 62.
- Rosenfeld, B. 2004. Assisted suicide and the right to die - The interface of social science, public policy, and medical ethics. Washington, DC: American Psychological Association.
- Rosenfeld, B., Breitbart, W. B., Gibson, C., Kramer, M., Tomarken, A., Nelson, C., et al. 2006. Desire for hastened death among patients with advanced AIDS. *Psychosomatics*, 476, 504-512.
- Ryynänen, O., Myllykangas, M., Viren, M. & Heino, H. 2002. Attitudes towards euthanasia among physicians, nurses and the general public in Finland. *Public Health* 116, 322-331.

- Ryynänen, O. P., Myllykangas, M., Viren, M., & Heino, H. 2002. Attitudes toward euthanasia among physicians, nurses, and the general public in Finland. *Public Health*, 116, 322–331.
- Schroepfer, T. A. 2008. Social relationships and their role in the consideration to hasten death. *The Gerontologist*, 48, 612-621.
- Seale, C. 2006. National survey of end-of-life decisions made by UK medical practitioners. *Palliative Medicine*, 20, 3-10.
- Seale, C. 2009. Legalisation of euthanasia or physician-assisted suicide: survey of doctors' attitudes. *Palliative Medicine*, 23, 205-212.
- Sheldon, T. 2007. Incidence of euthanasia in the Netherlands falls as that of palliative sedation rises. *British Medical Journal*, 334.
- Sikora, J. & Lewins, F. 2007. Attitudes concerning euthanasia: Australia at the turn of the 21st Century. *Health Sociology Review* 16, 68-78.
- Sikora, J., & Lewins, F. 2007. Attitudes concerning euthanasia: Australia at the turn of the 21st century. *Health Sociology Review*, 16, 68-78.
- Smets, T., Bilsen, J., Cohen, J., Rurup, M. L., Mortier, F., & Deliens, L. 2010. Reporting of euthanasia in medical practice in Flanders, Belgium: cross sectional analysis of reported and unreported cases. *British Medical Journal*, 341.
- Smith-Stoner, M. 2011. Teaching patient-centered care during the silver hour. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16, 6-12
- 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.
- Stolz, E., Burkert, N., Großschädl, F., Rásky, É, Stronegger, W.J. & Freidl, W. 2015. Determinants of public attitudes towards euthanasia in adults and physician-assisted death in neonates in Austria: A national survey. *PLoS ONE* 10.

- Stronegger, W.J., Burkert, N.T., Grossschädl, F. & Freidl, W. 2013. Factors associated with the rejection of active euthanasia: A survey among the general public in Austria. *BMC Medical Ethics* 14, 1-8.
- Szasz, T. 1999. *Fatal freedom. The ethics and politics of suicide*. Westport, Connecticut: Praeger.
- Tamayo-Velazquez, M.I., Simon-Lorda, P. & Cruz-Piqueras, M. 2012. Euthanasia and physician-assisted suicide: knowledge, attitudes and experiences of nurses in Andalusia (Spain). *Nursing Ethics* 19, 677-691.
- Tanida, N., Asai, A., Ohnishi, M., Nagata, S.K., Fukui, T., Yamazaki, Y. & Kuhse, H. 2002. Voluntary Active Euthanasia and the Nurse: a Comparison of Japanese and Australian Nurses. *Nursing Ethics* 9, 313-322.
- Televantos, A., Talias, M.A., Charalambous, M. & Soteriades, E.S. 2013. Attitudes toward euthanasia in severely ill and dementia patients and cremation in Cyprus: A population-based survey. *BMC Public Health* 13.
- The Grand Duchy of Luxembourg. 2015. Euthanasia and palliative care. Διαθέσιμο από: <http://www.luxembourg.public.lu/en/vivre/famille/finvie/euthanasiesoinspalliatifs/>
- Tomlinson, E. & Stott, J. 2015. Assisted dying in dementia: A systematic review of the international literature on the attitudes of health professionals, patients, carers and the public, and the factors associated with these. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 30, 10-20.
- Turla, A., Özkara, E., Özkanlı, Ç & Alkan, N. 2006. Health Professionals' Attitude Toward Euthanasia: A Cross-Sectional Study from Turkey, *Omega: Journal of Death & Dying* 54, 135-145.
- Van Bruchem-Van De Scheur, G.G., Van Der Arend, A.J., Huijjer Abu-Saad, H., Van Wijmen, F.C., Spreeuwenberg, C. & Ter Meulen, R.H. 2008a. Euthanasia and assisted suicide in Dutch hospitals: The role of nurses. *Journal of Clinical Nursing* 17, 1618-1626.
- van der Heide, A., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Rurup, M. L., Buiting, H. M., van Delden, J. J. M., & Hanssen-de Wolf, J. E. 2007. End-of-life practices in the Netherlands under the Euthanasia Act. *The New England Journal of Medicine*, 35, 1957-1965.
- van der Maas, P. J., van Delden, J. J. M., Pijnenborg, L., & Looman, C. W. N. 1991. Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. *The Lancet*, 338, 669-674.

- van der Maas, P. J., van der Wal, G., Haverkate, I., de Graaff, C. L. M., Kester, J. G. C., Onwuteaka-Philipsen, B. D., et al. 1996. Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, 1990-1995. *The New England Journal of Medicine*, 33, 1699-1705.
- Verbakel, E. & Jaspers, E. 2010. A Comparative Study on Permissiveness Toward Euthanasia. *Public Opinion Quarterly* 74, 109-139.
- Verpoort, C., Gastmans, C., & Dierckx de Casterle', B. 2004. The views of palliative care nurses on euthanasia: A qualitative study in Flanders, Belgium. *Journal of Advanced Nursing*, 47, 592-600.
- Verpoort, C., Gastmans, C., De Bal, N. & Dierckx de Casterlé, B. 2004. Nurses' attitudes to euthanasia: a review of the literature. *Nursing Ethics*, 11, 349-365.
- Vézina-Im, L., Lavoie, M., Krol, P. & Olivier-D'Avignon, M. 2014. Motivations of physicians and nurses to practice voluntary euthanasia: a systematic review. *BMC Palliative Care* 13, 1-31.
- Walter, T. 1994. *The revival of death*. London: Routledge.
- Walters, G. 2004. Is there such a thing as a good death? *Palliative Medicine* 18, 404-408.
- White, K.M., Wise, S.E., Young, R.M. & Hyde, M.K. 2008. Exploring the Beliefs Underlying Attitudes to Active Voluntary Euthanasia in a Sample of Australian Medical Practitioners and Nurses: A Qualitative Analysis. *Omega: Journal of Death & Dying* 58, 19-39.
- Wolf, S. M. 1996. Gender, feminism, and death: Physician-assisted suicide and euthanasia. In S. M. Wolf Ed., *Feminism & bioethics. Beyond reproduction*. New York: Oxford University Press.
- Wong, P.T.P. & Tomer, A. 2011. Beyond Terror and Denial: The Positive Psychology of Death Acceptance. *Death Studies* 35, 99-106.
- Yousuf, R.M. & Mohammed Fauzi, A.R. 2012. Euthanasia and physician-assisted suicide: A review from Islamic point of view. *International Medical Journal Malaysia* 11, 63-68.
- Zenz, J., Tryba, M. & Zenz, M. 2015. Euthanasia and physician-assisted suicide: Attitudes of physicians and nurses. *Schmerz* 29, 211-216.

Γιάκης, Ν., Μερκούρης, Α., Πολυχρονοπούλου, Ε.& Αδαλή, Ε. 2005. Εντατική Θεραπεία: Η στάση του νοσηλευτικού προσωπικού στην ευθανασία. Νοσηλευτική, 44, 84–91.

Γκίκα Μ, Το Δίλημμα της Ευθανασίας στην Καθημερινή Νοσηλευτική Πράξη, (Διδακτορική Εργασία), Αθήνα, Νοσηλευτική Σχολή ΕΚΠΑ, 1998.

Παράρτημα

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Κατ' αρχήν θα θέλαμε να σας ευχαριστήσουμε για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου που έχετε στα χέρια σας. Αφορά ένα πολύ σημαντικό θέμα, που βιώνουν καθημερινά οι νοσηλευτές κατά την διάρκεια της εργασίας τους: το δίλημμα που αφορά τη διακοπή ή την επίσπευση του θανάτου καταληκτικού ασθενή.

Ο σκοπός της έρευνας είναι διερευνητικός και τα αποτελέσματα θα βοηθήσουν στην καταγραφή και κατανόηση της στάσης και των απόψεων του νοσηλευτικού προσωπικού.

Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο

- Νοσοκομείο:
- Κατηγορία Προσωπικού: ΠΕ () ΤΕ () ΔΕ ()
- Έτη προϋπηρεσίας: ()
- Φύλο: Άρρεν () Θήλυ ()
- Ηλικία (σε έτη): ()

1. Για την ευθανασία γνωρίζω (μπορείτε να σημειώσετε μόνο ένα)

- Πάρα πολλά
- Πολλά
- Μέτρια
- Λίγα
- Πολύ λίγα

2. Τις γνώσεις αυτές τις απέκτησα κύρια από (μπορείτε να σημειώσετε μόνο ένα)

- Βασικές σπουδές
- Μεταπτυχιακές σπουδές
- Συνεχιζόμενη εκπαίδευση
- ΜΜΕ, περιοδικά

3. Πόσο **ενήμερος** είσαστε για τους νόμους περί επίσπευσης του θανάτου στην Ελλάδα:
(μπορείτε να σημειώσετε μόνο ένα)
- Πάρα πολύ
 - Πολύ
 - Μέτρια
 - Λίγα
 - Καθόλου
4. Σε κάποιες περιπτώσεις **ύστερα από αίτημα του ασθενούς και αν το επέτρεπε ο νόμος** θα συμφωνούσατε να σταματήσετε ή να μην αρχίσετε θεραπεία σε ένα πολύ βαριά ασθενή, αν και ξέρατε ότι αυτή θα του παράτεινε για λίγο τη ζωή (μπορείτε να σημειώσετε μόνο ένα)
- Συμφωνώ απόλυτα
 - Συμφωνώ
 - Είμαι αναποφάσιστος
 - Διαφωνώ
 - Διαφωνώ απόλυτα
5. Θα συμφωνούσατε **κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις** να νομοθετηθεί η ευθανασία στη χώρα μας: (μπορείτε να σημειώσετε μόνο ένα)
- Συμφωνώ απόλυτα
 - Συμφωνώ
 - Είμαι αναποφάσιστος
 - Διαφωνώ
 - Διαφωνώ απόλυτα
6. Στη διάρκεια της άσκησης του επαγγέλματός σας, σας έχει ζητηθεί **από ασθενείς** να επισπεύσετε το θάνατό του με το να: (μπορείτε να σημειώσετε περισσότερα από ένα)
- σταματήσετε την θεραπεία
 - να μην παρέχετε θεραπεία
 - να κάνετε παρέμβαση με φάρμακα ή άλλα μέσα
 - όχι δεν μου έχει ζητηθεί ποτέ

7. Η σημερινή σας στάση και άποψη για την ευθανασία έχει αλλάξει σε σχέση με την αρχική στάση και άποψη που είχατε κατά την διάρκεια της βασικής εκπαίδευσής σας:

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

8. Στη διάρκεια της άσκησης του επαγγέλματός σας, σας έχει ζητηθεί **από συγγενείς** να επισπεύσετε το θάνατό του με το να: (μπορείτε να σημειώσετε περισσότερα από ένα)

- σταματήσετε την θεραπεία
- να μην παρέχετε θεραπεία
- να κάνετε παρέμβαση με φάρμακα ή άλλα μέσα
- όχι δεν μου έχει ζητηθεί ποτέ

9. Στη διάρκεια της άσκησης του επαγγέλματός σας, έχετε συναινέσει **με άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας**, προκειμένου να επισπευσθεί ο θάνατος ασθενούς με το: (μπορείτε να σημειώσετε περισσότερα από ένα)

- να διακοπεί η θεραπεία
- να μην δοθεί θεραπεία
- να γίνει παρέμβαση με φάρμακα ή άλλα μέσα
- όχι δεν έχω συναινέσει ποτέ

10. Σε **κάποιες περιπτώσεις και κάτω από προϋποθέσεις**, θα συναινέσετε ή θα παίρνατε μια απόφαση για επίσπευση θανάτου ασθενούς:

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

Εάν στην προηγούμενη ερώτηση απαντήσατε ΝΑΙ τότε προχωρήστε στην επόμενη και τελευταία ερώτηση.

11. Προκειμένου να συναινέσετε ή να πάρετε μια απόφαση για να επισπευσθεί ο θάνατος βαριά ασθενούς πόσο σημαντικές θα θεωρούσατε τις παρακάτω προϋποθέσεις (να τις βαθμολογήσετε όλες)

	Πάρα πολύ Σημαντική	Πολύ Σημαντική	Σημαντική	Λίγο Σημαντική	Καθόλου Σημαντική
1. Την ηλικία του ασθενούς	5	4	3	2	1
2. Όταν ο ασθενής πάσχει από ανίατη νόσο	5	4	3	2	1
3. Όταν ο ασθενής είναι καταληκτικός (π.χ. ασθενείς με Ca τελικού σταδίου, AIDS σε τελικό στάδιο κ.λ.π.)	5	4	3	2	1
4. Όταν ο ασθενής υποφέρει από ανυπόφορους πόνους	5	4	3	2	1
5. Όταν έχει επέλθει εγκεφαλικός θάνατος	5	4	3	2	1
6. Όταν υπάρχει πλήρης ενημέρωση του ασθενούς και της οικογένειας	5	4	3	2	1
7. Μετά από επίμονο αίτημα του ασθενούς	5	4	3	2	1
8. Μετά από επίμονο αίτημα της οικογένειας	5	4	3	2	1
9. Την ενεργό συμμετοχή του προσωπικού	5	4	3	2	1
10. Όταν συνυπάρχει ψυχιατρική εξέταση	5	4	3	2	1
11. Όταν στην απόφαση συμμετέχουν περισσότεροι του ενός ιατροί	5	4	3	2	1

12. Απαντήστε σε όσα από τα παρακάτω σας αντιπροσωπεύουν:

Η θρησκευτικότητα βαθμολογείται στην κλίμακα 0 – 9 σύμφωνα με τις απαντήσεις που δίνονται στα 9 ερωτήματα.

- α. Πιστεύω στις βασικές διδασκαλίες της εκκλησίας μου και παρακολουθώ τα κηρύγματά της τακτικά. ()
- β. Πιστεύω σταθερά στις διδασκαλίες της εκκλησίας μου. ()
- γ. Δεν αμφιβάλω ποτέ για τις διδασκαλίες της εκκλησίας μου. ()
- δ. Πιστεύω πως η πίστη είναι καλύτερη από την λογική για να λύσεις τα μεγάλα προβλήματα της ζωής. ()
- ε. Πιστεύω ότι η μοίρα μας στη μεταθανάτια ζωή εξαρτάται από το πώς ζήσαμε στη γη. ()
- στ. Πιστεύω πως ο θεός ελέγχει καθετί που γίνεται στον κόσμο. ()
- ζ. Πιστεύω ότι ο θεός ξέρει κάθε σκέψη μας και κάθε κίνησή μας. ()
- η. Νομίζω πως οι προσευχές μου εισακούονται:
- | | |
|-----------|-------------------|
| Πάντα () | Κάποιες φορές () |
|-----------|-------------------|
- θ. Πηγαίνω στην εκκλησία:
- | |
|---------------------------------------|
| Μια φορά την εβδομάδα ή συχνότερα () |
| Μια φορά τον μήνα ή συχνότερα () |

Σας ευχαριστούμε για την συνεργασία σας

ΑΔΕΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ.

Γιάκης Νικόλαος <giakisnikos@gmail.com>

Προς

STAUROUYLA BOUZA

Αύγ 6 τις 3:52 μ.μ.

Καλησπέρα

Κα Μπούζα σε συνέχεια της προφορικής μας επικοινωνίας και σε απάντηση του email, σας επισυνάπτω το ερωτηματολόγιο που μου ζητήσατε.

Η έρευνα μου στηρίχθηκε σε νοσηλευτές ΜΕΘ.

Στα πλαίσια της διδακτορικής διατριβής μου, που διαπραγματεύεται και πάλι την ευθανασία, έδινα ερωτηματολόγια σε συγγενείς ασθενών που νοσηλεύονταν στην ΜΕΘ . Μεταξύ των άλλων διερευνούσα τον βαθμό θρησκευτικότητας και εάν αυτή επηρεάζει την στάση τους απέναντι στην ευθανασία. Θα σας ενδιέφερε να διερευνήσετε την θρησκευτικότητα των επαγγελματιών υγείας και εάν αυτή επηρεάζει την στάση τους;

Όλο το ερωτηματολόγιο της διατριβής μου δεν μπορώ να σας το δώσω γιατί δεν την έχω παρουσιάσει ακόμη, όμως το συγκεκριμένο κομμάτι θα μπορούσα να σας το δώσω γιατί υπάρχει δημοσιευμένο από παλιότερα.

Το μόνο που θα ήθελα από εσάς είναι να αναφέρετε στην βιβλιογραφία την πηγή του ερωτηματολογίου.

Σας εύχομαι ολόψυχα καλή επιτυχία και είμαι στην διάθεση σας για κάθε διευκρίνιση.

Εμφάνιση πρωτότυπου μηνύματος

ΑΔΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Αρ. 27^η/31-10-2017

ΘΕΜΑ: 11° «Επί της με αριθμ. πρωτ. 20965/18-10-2017 αίτησης της κ. Μπούζα Σταυρούλας ΤΕ Νοσηλευτριών του ΤΕΠ»

Σχετικά με το θέμα αυτό η Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου κ. Αποστολοπούλου Νικολέτα, θέτει υπόψη των μελών την με αριθμ. πρωτ. 20965/18-10-2017 αίτηση της κ. Μπούζα Σταυρούλας ΤΕ Νοσηλευτριών του ΤΕΠ της Νοσηλευτικής Μονάδας Καλαμάτας με θέμα : «Αίτηση άδειας διεξαγωγής έρευνας στα πλαίσια Διπλωματικής εργασίας» και η οποία έχει ως εξής:

«Η Νοσηλεύτρια Μπούζα Σταυρούλα, υπάλληλος του Γ. Ν. Μεσσηνίας στο τμήμα Επειγόντων Περιστατικών και φοιτήτρια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων», εκπονώ αυτό το διάστημα ερευνητική εργασία με θέμα «Η επίδραση της θρησκευτικότητας στη διαμόρφωση των στάσεων του νοσηλευτικού προσωπικού του Γ. Ν. Καλαμάτας σχετικά με το θέμα της ευθανασίας» υπό την επίβλεψη της κυρίας Ζυγά Σοφίας, Αναπληρώτριας Καθηγήτριας και μέλος ΔΕΠ του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Η συγκεκριμένη έρευνα απευθύνεται σε εργαζόμενους του Νοσοκομείου ευθύνης σας. Θα διεξαχθεί μέσω δομημένου ερωτηματολογίου και απαιτείται ολιγόλεπτη συμμετοχή τους.

Για τη διαδικασία διεξαγωγής υπεύθυνη θα είναι αποκλειστικά η ίδια η ερευνήτρια.

Της παρούσης αίτησης επισυνάπτεται το ερευνητικό πρωτόκολλο και το ερωτηματολόγιο» Το Επιστημονικό Συμβούλιο αφού έλαβε υπόψη του τα ανωτέρω

ΓΝΩΜΟΔΟΤΕΙ ΟΜΟΦΩΝΑ

Συμφωνεί για την έγκριση άδειας στην κ. Μπούζα Σταυρούλα ΤΕ Νοσηλευτριών του ΤΕΠ της Νοσηλευτικής Μονάδας Καλαμάτας, για την διανομή ερωτηματολογίου σε εργαζόμενους του Νοσοκομείου, προκειμένου να εκπονήσει την Διπλωματική της εργασία με θέμα «Η επίδραση της θρησκευτικότητας στη διαμόρφωση των στάσεων του νοσηλευτικού προσωπικού τού Γ. Ν. Καλαμάτας σχετικά με το θέμα της ευθανασίας»

Επίσης με το πέρας της εργασίας, θα πρέπει να καταθέσει αντίγραφο στο Επιστημονικό Συμβούλιο, στο οποίο να αναγράφεται ότι πραγματοποιήθηκε στη Νοσηλευτική Μονάδα Καλαμάτας και να εκφράζει τις ευχαριστίες προς

αυτή.

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
Αρ. 27^η/ 31-10-2017

Μετά τη λήψη της απόφασης η κ. Πρόεδρος, κλείνει το πρακτικό αυτό, επικυρώνεται αυθημερόν και υπογράφεται ως ακολούθως:

Η ΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΥ ΝΙΚΟΛΕΤΤΑ

ΤΑ ΜΕΛΗ

ΕΞΕΡΤΖΟΓΛΟΥ ΕΛΕΝΗ

ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΚΟΥΤΕΛΑ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ

Καλαμάτα, 31-10-2017
Η Γραμματέας



ΝΙΚΟΛΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ