

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Ευθανασία: Στάσεις και Απόψεις των Νοσηλευτών
Επαρχιακού Νοσοκομείου

Αντρέας Τίφας

Επιβλέπων Καθηγητής:
Ανδρέας Παυλάκης

Λευκωσία
Ιούλιος 2013

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Ευθανασία: Στάσεις και Απόψεις των Νοσηλευτών
Του Επαρχιακού Νοσοκομείου Λάρνακας

Αντρέας Τίφας

Επιβλέπων Καθηγητής:
Ανδρέας Παυλάκης

Λευκωσία Ιούλιος 2013

*Στη σύζυγό μου Χαρά και στα παιδιά μου Χρίστο, Ιάκωβο και
Ελένη*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	4
Ευχαριστίες.....	9
Περίληψη.....	10
ABSTRACT	12
Κεφάλαιο Πρώτο-Εισαγωγή.....	15
1.1 Ερευνητικά ευρήματα.....	16
1.2 Καταγραφή Προβλήματος.....	16
1.3 Σημασία και αναγκαιότητα μελέτης.....	16
1.4 Σκοποί και στόχοι.....	17
1.5 Διασαφηνίσεις- προσδιορισμός και διατύπωση των κεντρικών εννοιών.....	17
Κεφάλαιο Δεύτερο- Βιβλιογραφική Ανασκόπηση.....	19
1.Εισαγωγή.....	19
2. Ιστορική Διαδρομή της Ευθανασίας.....	20
2.1 Η έννοια της ευθανασίας κατά τα αρχαία χρόνια.....	20
2.1.1 Αρχαία Ελλάδα.....	20
2.1.2 Ρωμαϊκή Εποχή.....	21
2.1.3 Παλαιά και Καινή Διαθήκη.....	22
2.2. Από τον Μεσαίωνα στα Νεώτερα Χρόνια.....	22
2.2.1 Μεσαίωνας.....	22
2.2.2 Νεώτερα Χρόνια.....	23
2.3. Η έννοια της ευθανασίας στη σύγχρονη περίοδο.....	24
2.3.1 Αρχές 20 ^{ου} αιώνα.....	24

2.3.2 Ευθανασία και ευγονική.....	24
2.4 Η έννοια της ευθανασίας από το 1950 μέχρι σήμερα στο «πλανητικό χωριό».....	26
3. Θεωρητικό Πλαίσιο.....	28
3.1 Εννοιολογικές προσεγγίσεις.....	28
3.1.1 Ορισμός της Ευθανασίας.....	28
3.2 Μορφές/ Ειδή Ευθανασίας.....	29
3.2.1 Ενεργητική και παθητική ευθανασία.....	29
3.2.2 Εκούσια, ακούσια και μη εκούσια ευθανασία.....	31
3.2.3 Υποβοηθούμενη ευθανασία.....	31
3.2.4 Διακρίσεις και διαφορές μεταξύ μορφών ευθανασίας.....	32
Α. Διάκριση μεταξύ ενεργητικής και παθητικής ευθανασίας.....	32
Β. Διάκριση μεταξύ εκούσιας, μη εκούσιας και ακούσιας ευθανασίας.....	33
3.2.5 Κλινικές καταστάσεις που θέτουν το ζήτημα της ευθανασίας, ως αναίρεση-αφαίρεση της απαξιωμένης πλέον από την αρρώστια, τον πόνο ανθρώπινης ζωής.....	33
3.2.6 Η θεωρία της ασυμμετρίας.....	34
4. Θεωρητικές προσεγγίσεις του ζητήματος της ευθανασίας.....	36
4.1 Διαθηρσκευιακή προσέγγιση της ευθανασίας.....	36
4.1.1 Χριστιανική Προσέγγιση.....	36
4.1.1.1 Ορθόδοξη εκκλησία και ευθανασία.....	36
4.1.1.2 Καθολική εκκλησία.....	37
4.1.2 Ισλαμισμός και Ευθανασία.....	39
4.1.3 Ιουδαϊσμός και ευθανασία.....	39
4.1.4 Βουδισμός-Ινδουισμός και Ευθανασία.....	40
5. Επιχειρήματα υπέρ και κατά της ευθανασίας.....	42
5.1 Επιχειρήματα υπέρ της ευθανασίας.....	42
5.1.2 Η αυτονομία του ανθρώπου.....	42
5.1.3 Το ωφελμιστικό επιχείρημα.....	42

5.1.4 Κατηγορική προσταγή του Καντ.....	42
5.2 Επιχειρήματα κατά της ευθανασίας.....	43
5.2.1 Ολισθηρός Κατήφορος- «το άνοιγμα του ασκού του Αιόλου».....	43
5.2.2 Διαθήκες ζωής ή βιολογικές διαθήκες.....	43
5.2.3 Επιχειρήματα θεολογικής φύσεως.....	43
6. Βιβλιογραφική Ανασκόπηση.....	44
6.1 Νοσηλευτική και ευθανασία.....	44
6.2 Απόψεις των Νοσηλευτών για την ευθανασία.....	45
6.2.1 Θέσεις υπέρ και κατά της ευθανασίας.....	46
6.2.2. Παράγοντες που επηρεάζουν τις στάσεις και απόψεις των νοσηλευτών.....	47
6.2.2.1 <i>Μορφωτικό Επίπεδο: εκπαίδευση/επιμόρφωση.....</i>	<i>48</i>
6.2.2.2 <i>Ηλικία και το φύλο.....</i>	<i>49</i>
6.2.2.3 <i>Θρησκευτικότητα.....</i>	<i>49</i>
6.2.2.4 <i>Διακοπή θεραπείας ή μη έναρξη θεραπείας.....</i>	<i>50</i>
6.2.2.5 <i>Σχέση ασθενή νοσηλευτή: επηρεάζει ο χώρος εργασίας σε αυτή τη σχέση.....</i>	<i>50</i>
7. Διεθνής Πραγματικότητα.....	52
7.1 Ολλανδία.....	52
7.2 ΗΠΑ.....	53
7.3 Βέλγιο.....	53
7.4 Ελβετία.....	54
7.5 Μεγάλη Βρετανία.....	54
7.6 Γερμανία.....	54
7.7 Γαλλία.....	55

7.8 Καναδάς.....	55
8. Κυπριακή/Ελληνική πραγματικότητα.....	56
8.1 Κυπριακή νομοθεσία περί ευθανασίας.....	56
8.2 Ελληνική πραγματικότητα. Ελληνικό ποινικό δίκαιο.....	57
9. Συμπεράσματα.....	58
Κεφάλαιο Τρίτο- Μεθοδολογία.....	59
3.1 Σκοπός.....	59
3.2 Ερευνητικά ερωτήματα.....	59
3.3 Σχεδιασμός.....	60
3.4 Πληθυσμός –Δείγμα.....	60
3.5 Μέθοδος συλλογής δεδομένων.....	60
3.6 Ποσοτική Μεθοδολογία.....	61
3.6.1 Περιγραφή ερευνητικού εργαλείου.....	61
3.6.1.2 Διαχωρισμός Ερωτημάτων.....	62
3.6.2 Αξιοπιστία και εγκυρότητα	62
3.6.3 Διαδικασία.....	62
3.6.4 Πιλοτική Μελέτη.....	63
3.6.5 Ηθική και Δεοντολογία.....	63
3.6.7 Ανάλυση Αποτελεσμάτων.....	64
Κεφάλαιο Τέταρτο- Αποτελέσματα	65
4.1 Παρουσίαση αποτελεσμάτων.....	65
4.2 Δημογραφικά στοιχεία.....	65
4.3 Ποσοστιαίες κατανομές των ερωτημάτων.....	68
4.4 Σύγκριση παραγόντων.....	73
4.5 Συσχέτιση.....	86

Κεφάλαιο Πέμπτο- Συζήτηση-Συμπεράσματα.....	93
5.1 Συζήτηση.....	93
5.1.1 Συζήτηση και σύγκριση αποτελεσμάτων Διερεύνησης στάσεων και απόψεων των νοσηλευτών για την ευθανασία, με αυτά άλλων μελετών	93
5.2 Περιορισμοί Μελέτης.....	97
5.3 Συμπεράσματα.....	97
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	99
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	107
Παράρτημα I Εξασφάλιση άδειας χρήσης ερωτηματολογίου.....	107
Παράρτημα II Επιστολές έγκρισης για τη διεξαγωγή της μελέτης.....	108
A/ Επιστολή έγκρισης από επιτροπή Βιοηθικής για τη διεξαγωγή της μελέτης που έγινε στο Νοσοκομείο Λάρνακας.....	108
B/ Επιστολή έγκρισης από την επιτροπή προσωπικών δεδομένων.....	109
Γ/ Επιστολή έγκρισης από επιστημονική επιτροπή προώθησης ερευνών του Υπουργείου Υγείας.....	110
Παράρτημα III Ερωτηματολόγιο για τη Διερεύνηση στάσεων και απόψεων των νοσηλευτών για την Ευθανασία στο Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας.....	113

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ το στατιστικολόγο της ερευνητικής μελέτης, κ. Σάββα Ζανέττο, που ανέλαβε την στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των αποτελεσμάτων της μελέτης. Τον ευχαριστώ για το χρόνο που αφιέρωσε για τη στατιστική ανάλυση, καθώς και για την άμεση ανταπόκριση αλλά και τις εισηγήσεις του.

Πάνω από όλα ευχαριστώ τη σύζυγό μου Χαρά για την αμέριστη βοήθεια, στήριξη και υπομονή που έδειξε όλον αυτόν τον καιρό, αλλά και τα παιδιά μου Χρίστο, Ιάκωβο και Ελένη.

Περίληψη

Σκοπός της μελέτης: ο σκοπός της παρούσας μελέτης, είναι η εξέταση του ζητήματος της ευθανασίας από την σκοπιά της βιοηθικής. Η μελέτη θα εξετάσει το ζήτημα της ευθανασίας ως ηθικό πρόβλημα και θα διερευνήσει τις στάσεις και απόψεις Κύπριων νοσοκόμων σχετικά με την ευθανασία.

Υλικό και μέθοδος: Πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 115 νοσηλευτικοί λειτουργοί που εργάζονται στο Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας, από τους οποίους 85 ήταν γυναίκες και οι 35 άνδρες. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε περιλάμβανε πέντε άξονες/παράγοντες: ευθανασία, δικαιώματα, φροντίδα, φαρμακευτική αγωγή και παρηγορητική φροντίδα.

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση στηρίχθηκε στην αναζήτηση μελετών μέσω της ηλεκτρονικής βάσεις δεδομένων ATHENS: MEDLINE, PUBMED, EBSCOhost. Η αρθρογραφία εντοπίστηκε χρησιμοποιώντας τις ακόλουθες λέξεις κλειδιά, *nursing ethics, euthanasia, assisted suicide, end of life care, nurse's opinion*. Η αναζήτηση των άρθρων και ερευνών έγινε και μέσω του τμήματος διατριβών του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και το Google Scholar.

Για τη στατιστική ανάλυση και την επεξεργασία των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα SPSS (έκδοση 20.0).

Αποτελέσματα: Το ποσοστό συμμετοχή στην μελέτη έφτασε στο 95% με τους άνδρες να αποτελούν 26,1% (N= 30) και τις γυναίκες 73.9% (N=85). Το κυρίαρχο προφίλ της παρούσας μελέτης είναι ότι υπερισχύουν οι γυναίκες νοσηλεύτριες 8%, εν αντιθέσει με τους άνδρες 26,1%. Οι συμμετεχόντων στην ερευνητική εργασία παρουσίασαν μέσο όρο ηλικίας τα 37 έτη(M.O 37), με μέγιστη τιμή τα 60 έτη και ελάχιστη τα 23 έτη, ενώ στο ερώτημα για τα έτη εμπειρίας στη νοσηλευτική, παρουσίασαν (M.O 15) με μέγιστη τιμή 20 έτη και ελάχιστη 1 έτος.

Επίσης η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ήταν κάτοχοι πτυχίου 89%, ενώ το ποσοστό των κατόχων μεταπτυχιακού ήταν 10.4%, ενώ επτά στους δέκα ερωτηθέντες ήταν νοσηλευτικοί λειτουργοί (73%) και δυο στους δέκα ήταν Προϊστάμενοι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί (1,8%). Από την δειγματοληπτική έρευνα προκύπτει, ό,τι, σχεδόν όλοι

ερωτηθέντες συμφωνούν ή είναι θετικά προσκείμενοι προς την εφαρμογή της ευθανασίας.

Συμπεράσματα: Το νοσηλευτικό προσωπικό σε ένα μεγάλο ποσοστό είναι θετικά προσκείμενο προς την ευθανασία. η ευθανασία είναι ένα ζήτημα που ξεπερνά την εμβέλεια δράσης και παρέμβασης ενός και μόνο επιστημονικού πεδίου. Αφορά την νομική, την ιατρική και φιλοσοφική επιστήμη, τη θεολογία την κοινωνιολογία και την πολιτική. Με όλο αυτό το φάσμα επιστημών, μήπως χρειάζεται να γίνει ένας επανακαθορισμός της έννοιας της ευθανασίας; Τι είναι τελικά ευθανασία; Ποια είναι τα όρια της ζωής του θανάτου; Μέχρι πού μπορεί να παρέμβει ο άνθρωπος και πως;

ABSTRACT

Aim of the study: The aim of the present study is to examine the issue of euthanasia from the perspective of bioethics. The study will examine the issue of euthanasia as an ethical problem and it will also investigate the attitudes and views of Cypriot nurses about euthanasia.

Material and methods: In this study participated 115 nursing officers working at the Larnaca General Hospital, including 85 women and 35 men. The questionnaire that was employed included 5 axes/factors: euthanasia, rights, care, medication and palliative care.

The literature review was based on the search for relevant studies using the electronic databases ATHENS: MEDLINE, PUBMED and EBSCOhost. The search for articles was carried out with the keywords *nursing ethics*, *euthanasia*, *assisted suicide*, *end of life care*, and *nurse's opinion*. The search for articles and studies was expanded by looking through the department of studies of the Open University of Cyprus, the National Centre for Documentation and Google Scholar.

For the statistical analysis of the data this study employed the SPSS software programme (20.0 version).

Results: The participation percentage in this study reached 95%, out of which 26,1% (N= 30) were men and 73.9% (N=85) were women. The participants were 37 years old on average, with the oldest being 60 and the youngest 23, while their years of service as nurses ranged from 1 to 20, with an average of 15 years.

The majority of participants had a degree in nursing (89%), while 10.4% had a postgraduate degree. 7 out of 10 participants were nursing officers (73%) and 2 out of 10 were Head Nursing Officers (1,8%). From the sample survey shows that, almost all respondents agree or are positive allies group to implement euthanasia.

Conclusions: The majority of the nursing staff who participated in this study are have positive views towards euthanasia. Euthanasia is an issue that goes beyond the

range of action and intervention of only one scientific field. It concerns the legal, medical and philosophical sciences, theology, sociology and politics. Considering this vast range of sciences, is there perhaps a need to redefine the concept of euthanasia? What is euthanasia after all? Which are the limits of life and death? To which extent can man interfere and in what ways?

*«Ταράσσει τους ανθρώπους ου τα πράγματα, αλλά τα περί των πραγμάτων
δόγματα»*

Επίκτητου, Εγχειρίδιον

Κεφάλαιο Πρώτο-Εισαγωγή

«Όταν εκτός από αθεράπευτη η ασθένεια προκαλεί έναν ασταμάτητο και βασανιστικό πόνο, μερικοί ιερωμένοι και αξιωματούχοι επισκέπτονται τον άρρωστο και του λένε τα εξής παρηγορητικά λόγια: Αν δούμε τα πράγματα όπως είναι. Πότε θα μπορέσεις να έχεις μια φυσιολογική ζωή; Προκαλείς μόνο ενόχληση στους γύρω σου και βάρος στον ίδιο σου τον εαυτό. Στην πραγματικότητα ζεις μια μεταθανάτο ζωή. Επ' αυτού, γιατί να συνεχίσεις να τρέφεις το μικρόβιο; Αφού η ζωή σου είναι τόσο βασανιστική, γιατί ποίο λόγο διστάζεις να πεθάνεις; Σε περίπτωση που ο άρρωστος βρει τα επιχειρήματα αυτά πειστικά, είτε οδηγείται στην ασιτία μέχρι θανάτου, είτε του χορηγούνται φάρμακα βάζοντας ένα ανώδυνο τέλος στα βάσανά του».

Thomas More

«Δεν θα δώσω σε κανέναν δηλητήριο θανατηφόρο, ακόμη και αν το ζητήσει»

Ιπποκράτης

Το ζήτημα της ευθανασίας λόγω της υφής του και εκ των πραγμάτων απασχολεί την κοινωνία και τον καθένα ξεχωριστά ανεξάρτητα από κοινωνικό, μορφωτικό και οικονομικό επίπεδο. Το ζήτημα της ευθανασίας δεν μπορούσε να αφήσει ανεπηρέαστους τους λειτουργούς υγείας και δη τους νοσηλευτές, που αναλώνουν αρκετό χρόνο στην παροχή φροντίδας, πολλάκις ατόμων καταληκτικού σταδίου.

Η ευθανασία είναι μια δύσκολη επιλογή που για την εφαρμογή της κρίνεται απαραίτητη η γνώση της γενικότερης φιλοσοφίας και θεωρίας που άπτεται του όλου θέματος. Όπως, συναφώς αναφέρει ο Σωκράτης, η ηθική είναι γνώση, πιο συγκεκριμένα, «αυτός που ενεργεί χωρίς γνώση είναι ανελεύθερος, δηλαδή, δέσμιος της άγνοιάς του».

Οι συνθήκες που έχουν διαμορφωθεί στις χώρες της Δύσης, τα τελευταία 30 χρόνια σε συνδυασμό με την παρουσία ασθενειών όπως το AIDS, τη σκλήρυνση κατά πλάκας, ο καρκίνος, έχουν οδηγήσει τους ανθρώπους στην επιλογή ενός αργού και επώδυνου τέλους. Απότοκο αυτής της αλλαγής, να υπάρχει έντονη δυναμική σχετικά με την ευθανασία (Πρωτοπαπαδάκης, 2005).

Με βάση την άνω παρατήρηση, ο νοσηλευτής χρειάζεται να θωρακισθεί με την απαραίτητη παιδεία, σχετικά με την ευθανασία, αλλά και με μια ολική θεωρητική και πρακτική εκπαίδευση σχετικά μετά ηθικά ζητήματα. Η εκπαίδευση αυτή, θα έχει να κάνει όχι μόνο με την ηθική, αλλά και την νομική, τη θεολογική και την επιστημονική σκοπιά μελέτης του ζητήματος της ευθανασίας. Αυτό θα αποτελείται από το τρίπτυχο γνώση, σκέψη, συμπεριφορά που βάσει αυτού θα οδηγηθεί στην πιο

λογική απόφαση, αλλά και στην ανεύρεση εναλλακτικών μορφών αντιμετώπισης του βασανιστικού τέλους.

1.1 Ερευνητικά ευρήματα

Από έρευνες, που έχουν γίνει σχετικά με τη ευθανασία, προκύπτουν διάφορα συμπεράσματα και πορίσματα, που χρειάζονται προσεκτικής ανάλυσης. Ο λόγος αυτής της ανάλυσης, δεν είναι άλλος από το ότι οι απόψεις και στάσεις των ερωτηθέντων σχετικά με την έννοια της ευθανασίας ποικίλει από χώρα σε χώρα. Δηλαδή, εξαρτάται από παράγοντες όπως **α.** φύλο, **β.** φυλή, (Vidalis et al,1998), **γ.** θρησκευτικό συναίσθημα, (Κουντουριώτης, 1977), **δ.** ηλικία, **ε.** νομικό καθεστώς, **στ.** μορφωτικό επίπεδο, **ζ.** χώρο εργασίας, **η.** κοινωνικοοικονομικές συνθήκες που επικρατούν (Marchette et al. 1993, Kitchener, 1998). Άρα, η όποια μορφή αντιμετώπισης, πρέπει να είναι σφαιρική και να λαμβάνει υπόψη, αυτούς τους παράγοντες.

1.2 Καταγραφή Προβλήματος

Το πρόβλημα, που πραγματεύεται η παρούσα ερευνητική εργασία είναι σχετικά με την έννοια της ευθανασίας. Δηλαδή, πως γίνεται αντιληπτό και συνάμα αποδεκτό από τους λειτουργούς υγείας και δη τους νοσηλευτές, το ζήτημα της ευθανασίας. Πιο συγκεκριμένα, ποια είναι η άποψη και η στάση τους όταν θα παρουσιαστεί ένα τέτοιο ζήτημα, αλλά και ποία η θεωρητική τους κατάρτιση.

1.3 Σημασία και αναγκαιότητα μελέτης

Η αναγκαιότητα της παρούσας ερευνητικής εργασίας έγκειται στο γεγονός, ότι διερευνάται ένα πολύπλοκο και πολυεπίπεδο θέμα, ήγουν, αυτό της ευθανασίας. Με αυτό δεν ασχολείται μόνο η ηθική επιστήμη, αλλά και η νομική, θεολογική και ιατρική επιστήμη.

Ενώ η σπουδαιότητα της μελέτης, εντοπίζεται στο ότι θα διερευνηθούν οι στάσεις και οι απόψεις των νοσηλευτών, ούτως ώστε να εντοπιστεί κάποιο κενό, γνώσης και συμπεριφοράς. Πιο συγκεκριμένα, τα κενά αυτά ίσως να οφείλονται στα προγράμματα διδασκαλίας του πανεπιστημίου, στη θεώρηση της ευθανασίας στην κλινική πρακτική και έτσι να μπορέσει να γίνει επανακαθορισμός της έννοιας της ευθανασίας. Επίσης, θα είναι εφικτός ένας επαναπροσδιορισμός των πρακτικών, των παρεμβάσεων και των συμπεριφορών.

1.4 Σκοποί και στόχοι

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι η εξέταση του ζητήματος της ευθανασίας από τη σκοπιά της βιοηθικής, διερευνώντας τις στάσεις και τις απόψεις των νοσηλευτών σχετικά με την ευθανασία.

Οι στόχοι της παρούσας ερευνητικής εργασίας, είναι μέσα από τα αποτελέσματα να διαπιστωθούν / διατυπωθούν οι παράγοντες ή συνθήκες που επηρεάζουν τις στάσεις και τις απόψεις των νοσηλευτικών λειτουργιών

Τα αναμενόμενα αποτελέσματα της παρούσας ερευνητικής εργασίας θα είναι **α)** η διαπίστωση και η παρουσίαση των στάσεων και απόψεων των νοσηλευτικών λειτουργιών, σχετικά με την ευθανασία, ως επίσης, **β)** μια πρώτη διερεύνηση των στάσεων και απόψεων των νοσηλευτών σχετικά με την ευθανασία, που εργάζονται στο εν λόγω νοσοκομείο.

1.5 Διασαφηνίσεις- προσδιορισμός και διατύπωση των κεντρικών εννοιών

Η παρούσα εργασία ασχολείται με μία θεματική, που τη διατρέχουν διάφορες έννοιες και διάφοροι όροι, που ίσως δύσκολα να γίνουν κατανοητά. Έτσι, παρακάτω γίνεται μια παρουσίαση των βασικότερων εννοιών, που πραγματεύεται η ερευνητική εργασία, όπως του τι είναι ευθανασία και ποία η διαφορά ενεργητικής και παθητικής ευθανασίας, τη θεολογική και νομική θεώρηση της ευθανασίας. Επίσης, μέσα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση, παρουσιάζονται τα πορίσματα των ερευνητών και μελετητών σχετικά με την ευθανασία, συγκρινόμενα με τα πορίσματα της παρούσας ερευνητικής μελέτης.

Η **ευθανασία** είναι η πράξη ή η παράλειψη πράξης, που προκαλεί, για ανθρωπιστικούς λόγους, το θάνατο του αρρώστου που πάσχει από ανίατη επώδυνη ασθένεια. Οι κύριες μορφές ευθανασίας είναι:

- i. Η **ενεργητική ευθανασία** είναι η πρόκληση θανάτου με **α)** τη χρήση θανατηφόρου ενέσεως, **β)** με τη χορήγηση υπερβολικής δόσεως φαρμακευτικών σκευασμάτων και **γ)** με πρόκληση ασφυξίας μετά από νάρκωση,

- ii. η **παθητική ευθανασία**, είναι η πρόκληση θανάτου με τη μη χρήση ή με τη διακοπή των υποστηρικτικών μέσων τα οποία παρατείνουν τη ζωή του πάσχοντος και
- iii. η **ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία** που συμβαίνει όταν κάποιος άλλος παρέχει τα μέσα με τα οποία θέτει τέλος στη ζωή του κάποιος άλλος ή καθιστά εφικτό το θάνατό του εν λόγω ατόμου και ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι όταν ο ιατρός παρέχει τη βοήθεια αυτή (Πρωτοπαπδάκης, 2003, Κουρουπάκης 2010).

Αυτή η ερευνητική εργασία, διαπραγματεύεται και την ανάγκη για μια νέα οπτική του τι είναι ευθανασία και ένα νέο περιεχόμενο του όρου. Επίσης, το δικαίωμα στον θάνατο και τα όρια του, αλλά και ποία η σχέση της ευθανασίας με την παρηγορητική φροντίδα, μιας πρακτικής που βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους.

Κεφάλαιο Δεύτερο- Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

1. Εισαγωγή

Το πρόβλημα, της ευθανασίας είναι και από ότι φαίνεται θα παραμείνει, ένα ζήτημα εξαιρετικά πολυδιάστατο και πολύπλοκο. Κινείται στις παρυφές της ηθικής και της ισχύουσας νομοθεσίας, καθιστώντας έτσι την προσέγγισή του δύσκολη, που να χρειάζεται μεγάλη προσοχή.

Το ζήτημα της ευθανασίας, δεν θα μπορούσε να αφήσει ανεπηρέαστους τους νοσηλευτές, η ομάδα λειτουργών υγείας που έχει ιδιαίτερη σχέση και επαφή με τους ασθενείς. Εκτός από την συμμετοχή των στην φροντίδα των ασθενών είναι πολλές φορές και συνήγοροι των.

Στα πλαίσια, αυτής της ερευνητικής εργασίας σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι η εξέταση το υ ζήτηματος της ευθανασίας από τη σκοπιά της βιοηθικής, αφενός ως ηθικό πρόβλημα και αφετέρου η διερεύνηση των στάσεων και των απόψεων των νοσηλευτών σχετικά με την ευθανασία.

2. Ιστορική Διαδρομή της Ευθανασίας

2.1 Η έννοια της ευθανασίας κατά τα αρχαία χρόνια

Η λέξη ευθανασία, συναντάται λίγες φορές στην αρχαία κλασσική και ελληνιστική γραμματεία. Αναφέρεται με την έννοια του καλού θανάτου, ως απότοκο της φυσικής ροής και κατάληξης της ζωής του ανθρώπου, αλλά και ως δώρο Θεού. Συγκεκριμένα, αναφέρεται από τον Πολύβιο ως «των αγαθών ανδρών τω κλέος» (Πολύβιος *Ιστορία*, Θ 34), ο Φίλων ο Ιουδαίος, παρομοιάζει την ευθανασία με την ευηγία, που εθεωρείτο το μέγιστο αγαθό (Φίλων *Περί γενέσεως*), ο Αίλιος την εντάσσει στα μέγιστα αγαθά μαζί με τη φιλία, την παιδεία και τη δόξα, ενώ ο κωμωδιογράφος Ποσίδιππος, τη θεωρεί, «ως το καλύτερο πράγμα που μπορεί να αποσπάσει ο άνθρωπος από τον Θεό» (Αίλιος *Προγυμνάσματα*, Ποσίδιππος *Αποσπάσματα*)

Η έννοια της ευθανασίας, καθώς και η πρακτική εφαρμογής της δεν είναι κάτι πρωτόγνωρο και πρωτοεμφανίσσιμο. Απαντάται από τα αρχαία χρόνια με διαφοροποιήσεις, ως την έννοια και την αντιμετώπισή της ευθανασίας. Αυτό, είναι απότοκο της κοινωνικής και επιστημονικής αλλαγής και εξέλιξης του ανθρώπου, και της κοινωνίας, από την αρχαιότητα μέχρι σήμερα. Δεν πρέπει να θεωρείται, όμως, αρνητικό η διαχρονική αυτή αλλαγή, αλλά είναι αδήριτη ανάγκη σήμερα να επαναπροσδιοριστεί η έννοια της ευθανασίας, διότι οι συνθήκες έχουν αλλάξει συλλήβδην.

2.1.1 Αρχαία Ελλάδα

Στην αρχαία Σπάρτη, οι Σπαρτιάτες, σύμφωνα με τους νόμους της πόλης, εφάρμοζαν την ευγονική ευθανασία, ως θεσμός της πόλης-κράτους, δηλαδή τα βρέφη έπρεπε να περάσουν από έλεγχο προκειμένου να θεωρηθούν πολίτες της Σπάρτης. Σε περίπτωση, που απορρίπτονταν, τα έριχναν στον Καιάδα ή τα εγκατέλειπαν σε ερημικές περιοχές, που ονομάζονταν *αποθέτες* (Mc Dowel, 1988). Στην Κέα, εφάρμοζαν ένα είδος κοινωνικής ευθανασίας, τη λεγόμενη *γεροντοκτονία*. Στα πλαίσια αυτής τη πρακτικής, όσοι ξεπερνούσαν τα 60 χρόνια, έπρεπε να πιουν το κώνειο για να πεθάνουν, υπακούοντας στην αντίληψη που επικρατούσε, ότι όποιος δεν μπορεί να ζει καλά απολαμβάνει τη ζωή, οφείλει να μην συνεχίσει να ζει (Λεοντάκης, 1992).

Απόψεις και θέσεις της υπέρ της ευθανασίας, με την έννοια της επίστευσης του θανάτου είχα διατυπώσει και ο Πλάτων. Συγκεκριμένα στο έργο του «*Πολιτεία*», επικρίνει αυστηρώς τον Ηρόδικο, διδάσκαλο και γυμναστή, ο οποίος όταν προσεβλήθη από μια θανάσιμη ασθένεια, με το συνδυασμό γυμναστικής και ιατρικής παρέτεινε τη ζωή του μέχρι τα γεράματα (Πλάτων *Πολιτεία*). Από αυτά, διαφαίνεται η αποδοχή από μέρους του Πλάτωνα μια μορφή κοινωνικής ευθανασίας, με το να προκρίνει τη θανάτωση ατόμου ή ατόμων με την πρόφαση, ότι είναι επιβλαβή για την ευημερία της πολιτείας.

Εν αντιθέσει, με τον Πλάτωνα, ο μαθητής του, Αριστοτέλης επικρίνει τις πρακτικές ευθανασίας με τη μορφή της υποβοηθούμενης από το ιατρό αυτοκτονίας. Στο έργο του «*Ηθικά Ευδήμεια*», ο Αριστοτέλης αναφέρει: «*Με κανένα τρόπο δεν θα ονομάσουμε ανδρείους, αυτούς που και δεν είναι καθόλου λίγοι- για να γλιτώσουν από τους πόνους....*» (Λυπουρλής, 2006).

Η Ιπποκρατική σχολή, ήταν αντίθετη με τις πρακτικές ευθανασίας και αυτό διαφαίνεται μέσα από τον Ιπποκρατικό όρκο (Λυπουρλής, 2006), «*ό,τι ο ιατρός, απαγορεύεται να χορηγήσει στον ασθενή του θανατηφόρο φάρμακο ή να τον συμβουλέψει να κάνει χρήση τέτοιου φαρμάκου, ακόμη και ύστερα από επίμονη αίτηση του τελευταίου, προκειμένου αυτός να απαλλαγεί από την ταλαιπωρία*».

Οι Πυθαγόρειοι, θεωρούσαν ως αθέμιτη την πρακτική της ευθανασίας με όποιο τρόπο και αυτή εφαρμοζόταν, ενώ ήταν οι μόνοι που στην αρχαιότητα απαγόρευαν την αυτοκτονία (Admiraal, 1996). Οι στωικοί φιλόσοφοι, όμως, θεωρούσαν την ευθανασία με τη μορφή της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, ως την μόνη εναλλακτική και εφικτή λύση για τον πόνο των ανιάτων ασθενειών (Emanuel, 1994).

2.1.2 Ρωμαϊκή Εποχή

Κατά τους ρωμαϊκούς χρόνους, η ευθανασία αντιμετωπιζόταν ως διέξοδος από την προβληματική και την ασθενική ζωή, αλλά και ως «προληπτική μέριμνα» για κάθε απρόσμενο ενδεχόμενο. Είναι γνωστή η ρήση του Ρωμαίου φιλόσοφου και ποιητή Σενέκα, στο δοκίμιό *De rerum natura*, «*...ακριβώς, όπως, όταν πρόκειται να ταξιδέψω, θα διαλέξω το πλοίο μου όταν πρόκειται να φύγω από τη ζωή...*» (Emanuel, 1994). Στην αρχαία Μασσαλία, η νομοθεσία επέτρεπε στους πολίτες, που δήλωναν ότι επιθυμούσαν να πεθάνουν ήσυχα, να πιούν ένα δηλητηριώδες σκεύασμα, αφού

θεωρούσαν τους εαυτούς τους δυστυχείς στον επίγειο τους βίο. Παρόμοια πρακτική εφαρμόζόταν και στην Κω, σύμφωνα με τον Στράβωνα (Καράμπελας, 1987).

2.1.3 Παλαιά και Καινή Διαθήκη

Σχετικά με την πρακτική της ευθανασίας, δεν γίνεται αυτούσια αναφορά στην Παλαιά Διαθήκη, αλλά παρουσιάζονται διάφορες περιπτώσεις, που από αυτές συμπεραίνεται, ότι ομοιάζουν με εφαρμογές ευθανασίας (Barraclough 1990). Για παράδειγμα, όταν ο βασιλιάς Σαούλ τραυματίζεται πολύ σοβαρά σε μια μάχη εναντίον των Αμαληκιτών, και λόγω του φόβου συλλήψεως του από τους εχθρούς, διέταξε έναν υπηρέτη να τον λυτρώσει από τα βάσανα. Αυτός, όμως, αρνήθηκε με αποτέλεσμα να δώσει τέλος στη ζωή του ο ίδιος.

Ακολούθως, η περίπτωση του Αβιμελέχ που σε μια πολιορκία χτυπήθηκε θανάσιμα στο κεφάλι (Κριταί η'52,53) και φοβούμενος τον πιθανό εξευτελισμό, αφού το ανωτέρω χτύπημα προήλθε από γυναίκα παρεκάλεσε τον υπηρέτη του όπως το ελευθερώσει από την αγωνία, ο οποίος έτσι και έπραξε (Κριταί η',54).

Στην Καινή Διαθήκη, όμως, δε γίνεται πουθενά αναφορά, είτε για αυτοκτονία, είτε για ευθανασία. Η χριστιανική διδασκαλία και θεολογία δεν θεωρεί το θάνατο ως κάτι εφιαλτικό, τουναντίον, ως την πύλη για την αιωνιότητα. Το ανθρώπινο σώμα θεωρείται ο «ναός του Αγίου Πνεύματος» και ο κάθε άνθρωπος έχει χρέος να το περιποιείται και να το σέβεται (Απόστολος Παύλος, *Α' Προς Κορινθίους επιστολή*).

2.2. Από τον Μεσαίωνα στα Νεώτερα Χρόνια

2.2.1 Μεσαίωνας

Στους μεσαιωνικούς χρόνους, στη γηραιά ήπειρο, η έννοια της ευθανασίας αντιμετωπιζόταν ως βαρύ αμάρτημα και η απόπειρα αυτοκτονίας, τιμωρείται. Σε αυτό, συνέτεινε και η χριστιανική διδασκαλία για το ιερό και απαραβίαστο της ανθρώπινης ζωής, για την παιδαγωγική και ψυχοσωτήρια αποστολή του πόνου, που απαιτούσε υπομονή, καρτερία και μετάνοια (Τζάρα, 2006).

Τη εποχή εκείνη, αρκετοί φιλόσοφοι, πνευματικοί άνθρωποι, ιατροί τοποθετούνται υπέρ της ευθανασίας, με την προϋπόθεση, να λαμβάνεται η συγκατάθεση του αρρώστου. Οι συνθήκες αλλά και η μεταβολή στον τρόπο ζωής των ανθρώπων,

διαφοροποίησαν το ενδιαφέρον σχετικά με το τέλος της ζωής, που θεωρήθηκε ως αποκλειστικό έργο του Θεού. (Πρωτοπαπαδάκης, 2003).

2.2.2 Νεώτερα Χρόνια

Στα νεώτερα χρόνια, αλλά και μετά από τις νέες επιστημονικές ανακαλύψεις, εκφράστηκαν και αναπτύχθηκαν νέες αντιλήψεις σχετικά με τη φύση του θανάτου, αλλά και τη σκοποθεσία της ευθανασίας (Yates, 1984).

Προς το τέλος μια τέτοιας εποχής, όπως ο μεσαίωνας, ο όρος ευθανασία, παρουσιάστηκε για πρώτη φορά από τον άγγλο φιλόσοφο και πολιτικό Fransis Bacon στα 1620 περίπου. Σύμφωνα με τον Βάκων, *«σκοπός της ιατρικής, είναι η αποκατάσταση της υγείας και η καταπράυνση των πόνων, όχι μόνο όταν αυτή δύναται να οδηγήσει στην ίαση, αλλά και όταν μπορεί να χρησιμεύσει στην εξασφάλιση ενός γαλήνιου και ανώδυνου θανάτου»* (Καράμπελας 1980, Σκούρτης και άλλοι 2007), ενώ ο Τόμας Μορ, στην «Ουτοπία», κάνει έκκληση σε ιατρούς και ιερείς να παρακινούν τους ανίατα ασθενούντες, να τερματίζουν μόνοι τους τη ζωή των, που έχει καταντήσει άχρηστη και οδυνηρή τόσο για τους ίδιους, όσο και για τους οικείους τους (Παναγόπουλος, 2003).

Την ίδια περίοδο, ο νεοπλατωνικός Φιλόσοφος Γεώργιος Πλήθων Γεμιστός, επηρεαζόμενος από τις αντιλήψεις του Πλάτωνα αναφέρει, *«ότι είναι καλύτερα σε άτομα, που ενέχονται διάφορα αδικήματα, να επιβάλλεται η θανατική ποινή έτσι ώστε να απαλλάσσεται η ψυχή από το σώμα-φορέα αθλιότητας, αλλά και η πολιτεία από το όνειδος»* (Τουρτόγλου, 1989).

Στην εποχή του «νέου ανθρωπισμού», ο θάνατος είναι για πρώτη φορά όχι μόνο ένα φυσιολογικό γεγονός, αλλά και μια οδύνη πολύ προσωπική- η οδύνη της «απόλυτης φθοράς». Η αποφασιστική τροπή που θα πάρει, ωστόσο, η εξατομίκευση του θανάτου, εμφανίζεται στο 18^ο αιώνα, με τον Διαφωτισμό, ήδη από τον 17^ο αιώνα, με την ανάπτυξη και εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης, η φύση του θανάτου αλλάζει έννοια, ορθολογικοποιείται (Κουρουπάκης, 2010). Ο θάνατος, που είναι πάντα ανυπόφορος και βασανιστικός, αρχίζει σε αυτή την χρονική περίοδο, να γίνεται προσπάθεια, να εξηγηθεί, να ερμηνευθεί, να αιτιολογηθεί, αλλά και να αντιμετωπισθεί.

2.3. Η έννοια της ευθανασίας στη σύγχρονη περίοδο

2.3.1 Αρχές 20^{ου} αιώνα

Στη σύγχρονη όμως περίοδο, όμως, συναντάμε μετά το πρώτο μισό του 20^{ου} αιώνα, την άρνηση του θανάτου. Ο θάνατος γίνεται ταμπού ή εκκοσμικεύεται εντελώς. Ο άνθρωπος πλέον δε διαλέγεται μόνο με τη ζωή του, αλλά και με το θάνατό του, ως ένα γεγονός της ζωής. Αυτό σημαίνει, ότι ο ίδιος ο άνθρωπος γνωρίζει τον εαυτό του, ακόμη και κατά την πορεία του προς τον θάνατο. Ο άνθρωπος σε μια κοινότητα ατομικότητων που έχει χάσει την «υπαρξιακή κοινωνικότητα», δηλαδή, έχει χάσει τον τρόπο σύνδεσης με τους γύρω του, να καταλαβαίνει τον εαυτό του μέσα από τους άλλους (Κουρουπάκης 2010).

Ο φιλόσοφος Κίρκεργκωρ,(1999) από το 19^ο αιώνα, αναφέρεται σε μια ενορατική σύλληψη του θανάτου, *«δεν είναι ένα γεγονός το οποίο το πληροφορούμαι, αλλά υπάρχει μέσα μου κυρίως ενορατικά»*. Ενώ, ο Χάιντεγκερ (1978), αναφέρει ότι ο άνθρωπος, είναι ένα *«είναι προς θάνατον»*, δηλαδή πρόκειται να πεθάνει και είναι μια αυθεντική ύπαρξη μόνον όταν σκέφτεται ότι θα πεθάνει. Και πιο πέρα με έναν αυθεντικό θάνατο, είμαι και εγώ αυθεντικός.

2.3.2 Ευθανασία και ευγονική

Όπως, αναφέρθη και προηγούμενος, η έννοια της ευθανασίας διατρέχει την ιστορία του ανθρώπου από τα αρχαία χρόνια. Η συγκεκριμένη συζήτηση, σχετικά με την ευθανασία, δηλαδή η σχέση ευθανασίας και ευγονικής, άρχισε από τα πρώτα χρόνια του προηγούμενου αιώνα. Έτσι, στα 1920, οι καθηγητές Hoche και Binding, παρουσίασαν μια ερευνητική εργασία σχετικά με το τέλος της ζωής του ασθενή, μετά από απαίτηση του ατόμου (Binding and Hoche 1920). Σχετικά, οι εν λόγω καθηγητές αναφέρουν: *«δεν υπάρχει από δικαιοκή, κοινωνική, ηθική και θρησκευτική σκοπιά κανένας δικαιολογητικός λόγος, για να μην θεωρηθεί ελεύθερη η θανάτωση τέτοιων ατόμων, που απαιτούν το θάνατο για λύτρωση. Η ζωή στο στάδιο αυτό έχει χάσει κάθε αξία, τόσο για το φορέα της, όσο και για το κοινωνικό σύνολο. Η πράξη, πρόκλησης του θανάτου δεν αποτελεί και ανθρωποκτονία, αποτελεί αντίθετα εκπλήρωση νομικής υποχρέωσης απέναντι σε εκείνον που πάσχει...»* (Binding and Hoche 1920).

Επίσης, οι Hoche και Binding, ισχυρίζονται, ότι παρόμοια πρακτική πρέπει να ακολουθείται και σε περιπτώσεις ατόμων που πάσχουν από ανίατη πνευματική πάθηση, όπως τα άτομα με κάποια εγκεφαλική βλάβη, διανοητική υστέρηση. Μέσα από αυτές τις εισηγήσεις, είναι εμφανής η προσπάθεια δημιουργίας μια νέας πρακτικής ευγονικής ευθανασίας, των νέων *αποθετών* του 20^{ου} αιώνα, για τον καθαρισμό της κοινωνίας από τα λεγόμενα κοινωνικά «σκουπίδια» (Συμεωνίδου-Καστανίδου, 2001).

Η θεωρία που εισηγήθηκαν οι καθηγητές Hoche και Binding, επηρέασε και τη ναζιστική Γερμανία. Αποτέλεσμα αυτού, να γίνει αποδεκτή από το υπουργείο δικαιοσύνης των Ναζί με αποκορύφωμα το κατ' ευφημισμό, «πρόγραμμα ευθανασία T-4», όπως ήταν το επίσημο όνομα του προγράμματος ευγονικής της Ναζιστικής Γερμανίας. Η διάκριση αυτή σε άτομα άξια και ανάξια του «ζην», αποτέλεσε και το βασικό ιδεολογικό υπόβαθρο του ναζισμού, σχετικά με την καθαρότητα και υπεροχή της άριας φυλής (Collison, 1994). Το «πρόγραμμα ευθανασίας T-4» (Κουρουπάκης, 2010)- με βάση το οποίο εκτελούνταν αναγκαστικά πολίτες, άτομα οδηγούνταν σε μαζικές στείρωσεις- όλα τα «ανεπιθύμητα» στοιχεία του πληθυσμού στη Γερμανία, αλλά και στις κατεχόμενες από τους ναζί περιοχές.

Οι τρόποι, εφαρμογής του προγράμματος, ήταν με τη χρήση αερίων, ενέσεων, δηλητηρίασης, της επιβεβλημένης ασιτίας, και της χορήγησης υπερβολικής δόσης φαρμάκων, της πλέον προτιμώμενης μεθόδου –τα οποία χορηγούνταν, είτε από ιατρούς, είτε από νοσηλευτές (Friedlander 1995). Επίσης, οι Ναζιστές πειραματίστηκαν και με τη διοχέτευση μονοξειδίου του άνθρακα από φορτηγά σε σφραγισμένους θαλάμους.

Υπολογίζεται, ότι μέχρι το τέλος του 1941, ο ένας στους τρεις ασθενείς των ψυχιατρικών ιδρυμάτων της Γερμανίας είχε θανατωθεί από αυτό το πρόγραμμα, είτε μέσω άμεσων μεθόδων, είτε μέσω ασιτίας, απότοκο αυτού ο θάνατος 93 000 επιπλέον ανθρώπων (Aziz, 1977). Χαρακτηριστικά είναι τα λόγια του Δρ. Γιόζεφ Μεγκελετου ονομαζόμενου «*Άγγελου του Θανάτου*» προς του ιατρούς: «*εδώ δεν υπάρχει θέση για αρρώστους. Οι άνθρωποι πρέπει να δουλεύουν ή να πεθαίνουν. Η δική σας θέση ως γιατρών είναι ιδιαίτερα λεπτή. Εσείς θα πρέπει να καθορίζετε ποίοι από τους*

κρατούμενους είναι ικανοί για εργασία και ποίοι είναι άσκοπο να διατηρούνται στη ζωή» (Aziz, 1977)

2.4 Η έννοια της ευθανασίας από το 1950 μέχρι σήμερα στο «πλανητικό χωριό»

Σήμερα, είναι παραδεκτή γενικά η αντίληψη, ότι η ευθανασία σημαίνει, να θέσει ο ιατρός ή κάποιος άλλος τέλος στη ζωή ενός ασθενούς με άμεσο ή έμμεσο τρόπο για λόγους «συμπόνιας», «ανακούφισης από του πόνους» ή για να ικανοποιηθεί η επιθυμία του ασθενούς και να έχει, όπως λέγεται ένα «αξιοπρεπή θάνατο».

Ο 20^{ος} αιώνας, χαρακτηρίζεται από μια επανάσταση στην ιατρική επιστήμη και γενικότερα στις επιστήμες του ανθρώπου. Ασθένειες, που στο παρελθόν οδηγούσαν αναπόδραστα στον πρόωρο θάνατο, όπως η φυματίωση και η πανώλη, άρχισαν να τίθενται υπό έλεγχο (Πρωτοπαπαδάκης, 2003). Τώρα πια ο άνθρωπος έχει περισσότερες επιλογές σε ό,τι αφορά στον τρόπο, που θα τερματίσει τη ζωή (Stuart et al, 1998). Από τη δεκαετία του 1930, η αποδοχή της ευθανασίας γνώρισε την πρώτη, μεγάλη φάση εξάρσεως. Φυσικά, οι διάφορες απόψεις που επικρατούν έχουν να κάνουν, ως επί το πλείστο με την ευγονική, παρά με την ευθανασία, δηλαδή, συνδέουν το γενικότερο «καλό της κοινωνίας», με τη μείωση του ποσοστού των εγκληματιών, των ψυχικά ασθενών, των ατόμων με ειδικές ανάγκες, αλλά και ατόμων που ήθελαν να απαλλαγούν από την παρουσία των, εφαρμόζοντας γι' αυτό το σκοπό τεχνικές ευθανασίας. Μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, όμως, τόσο οι τόνοι των υπερασπιστών της ευθανασίας, όσο και οι εφαρμογή τέτοιων πρακτικών μειώθηκαν εξαιτίας τη ναζιστικής θηριωδίας, που κατέληξε να είναι μια ωμή και απάνθρωπη δολοφονία (Κουρουπάκης, 2010).

Όμως, αυτή η περίοδος ανατράπηκε τα τελευταία 30 χρόνια, που η εφαρμογή πρακτικών ευθανασίας επανεμφανίστηκε, με μια νέα δυναμική, ένα νέο πρόσωπο. Στην εμφάνιση αυτή σημαίνοντα ρόλο απετέλεσαν αφενός, η αποδοχή και νομιμοποίηση των αμβλώσεων στις πλείστες χώρες του Δυτικού κόσμου, αφετέρου δε η τεράστια και ραγδαία εξέλιξη των επιστημών της ζωής, που έδωσαν το έναυσμα υποστήριξης της ζωής και παράτασης τη διαδικασίας του θανάτου. (Stuart et al 1998, Πρωτοπαδάκης, 2003)

Αυτή η αλλαγή στην αντιμετώπιση της ευθανασίας, έδωσε συνάμα το έναυσμα για τη δημιουργία συλλόγων ευθανασίας σε πολλές χώρες του κόσμου, με χιλιάδες μέλη, όπως: «Hemlock Society» στις Η.Π.Α., “Right to Die Society” στον Καναδά, “Voluntary Euthanasia Society” στην Αγγλία , “New South Wales Humanists Society” στην Αυστραλία κλπ. (Κουρουπάκης, 2010).

Δεν θα μπορούσαν να μην αναφερθούν και οι δραστηριότητες του αμερικανού ιατρού Jack Kevoikian, από το Μίσιγκαν, που απασχόλησε την διεθνή επικαιρότητα. Ο εν λόγω παθολόγος, με μια απλή, δικής του επινοήσης συσκευή τη «*Thanatron*», είχε βοηθήσει αρκετά άτομα να τερματίσουν τη ζωή των. Με αυτή την πρακτική απέκτησε τον τίτλο «Δρ Θάνατος» (Κουρουπάκης, 2010).

Μετά, από μια μικρή ιστορική αναφορά σχετικά με τη σημασία που δινόταν στη έννοια και πρακτική της ευθανασίας, είναι φανερό ότι κάθε εποχή είχε τη δική της έννοια, αλλά και πρακτική εφαρμογή της ευθανασίας. Από τα γεγονότα, που επισυνέβησαν κατά τον μεσοπόλεμο και στον Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο, αναφύεται το συμπέρασμα ότι η ανθρωπότητα δεν πρέπει να ξαναπεράσει τέτοιες θηριωδίες και πειραματισμούς από ανθρώπους, σε ανθρώπους. Αν δεν γίνουν οι δέουσες ενέργειες, με την ταχύτητα των εξελίξεων στις επιστήμες του ανθρώπου, τα γεγονότα ίσως επαναληφθούν σε χειρότερο βαθμό από ότι τότε.

Η ευθανασία δεν είναι μόνο ένα ιστορικό γεγονός. Από την ιστορική αποτύπωση προκύπτουν ερωτήματα, όπως: Ποίο είναι όμως το θεωρητικό πλαίσιο; Τι είναι ευθανασία, ποιές οι μορφές της; Υπάρχει καθόλου σύγκρουση εννοιών;

3. Θεωρητικό Πλαίσιο

«Το πιο ανατριχιαστικό από τα κακά, ο θάνατος είναι ένα τίποτα για μας, ακριβώς επειδή όταν υπάρχουμε εμείς αυτός είναι ανύπαρκτος και όταν έρχεται αυτός είμαστε ανύπαρκτοι εμείς»

Επίκουρος, Επιστολή προς Μενοικέαν

«Το θέμα, δεν είναι να πεθάνεις νωρίτερα ή αργότερα, αλλά να πεθάνεις καλά ή άρρωστος, και να πεθάνεις καλά σημαίνει να διαφεύγεις τον κίνδυνο να ζήσεις άρρωστος»

Σενέκας

3.1 Εννοιολογικές προσεγγίσεις

3.1.1 Ορισμός της Ευθανασίας

Η λέξη ευθανασία προέρχεται από τις ελληνικές λέξεις «ευ+ θάνατος», που σημαίνει ευγενώς θνήσκειν (Φιλιππόπουλος, 1984). *«Η Ευθανασία, αποτελεί ένα φλέγον θέμα της εποχής μας, μιας εποχής κατά την οποία ο θάνατος δεν αποτελεί πολλές φορές παρά το ελάχιστο κακό, αφ' στιγμής ο δρόμος που οδηγεί στο τέλος είναι αρκετά συχνά τόσο μακρύς και επώδυνος, ώστε ο θάνατος να φαντάζει ανακουφιστικός...»* (Πρωτοπαπαδάκης, 2008).

Ο όρος ευθανασία, πρωτοχρησιμοποιήθηκε από τον Thomas More στο έργο του Ουτοπία, που στο εν λόγω έργο περιγράφει την ευθανασία, ως ένα θεσμό με μια αυστηρή διάκριση από την αυτοκτονία. Ο More, συγκεκριμένα αναφέρει: *«Εάν ο άρρωστος βρει αυτά τα επιχειρήματα πειστικά, είτε δεν τρώει μέχρι να πεθάνει, είτε του δίνουμε υπνωτικό, βάζοντας ανώδυνο τέλος στα βάσανά του»* (Καραγιάννης, 1984).

Η έννοια της ευθανασίας, δεν είναι για όλους σαφής και η χρησιμοποίηση της συχνά δημιουργεί λανθασμένες εντυπώσεις (Δαμίγος και συν, 1999). Η ευθανασία, σαν έννοια και πράξη, αποτελεί ένα διαχρονικό ζήτημα, που τα τελευταία χρόνια έχει αποκτήσει ιδιαίτερη ιατρική, κοινωνική, πολιτική, οικονομική και ιατρική υπόσταση. Ο ορισμός της ευθανασίας στη σημερινή εποχή, όμως σημαίνει μια πράξη ή παράλειψη πράξης, που προκαλεί, για ανθρωπιστικούς λόγους, το θάνατο του αρρώστου που πάσχει από ανίατη επώδυνη ασθένεια.

Σε ένα νοσοκομειακό οργανισμό, η περίθαλψη των ασθενών αυτών, αλλά και η εφαρμογή της σύγχρονης ιατρικής τεχνολογίας, έχει ως απότοκο την επιμήκυνση της

διαδικασίας του θανάτου, ακόμα και σε κάποιους που έχουν χάσει κάθε ίχνος συνείδησης και λειτουργίας των ζωτικών οργάνων (Engelhardt, 2000).

Σε κοινωνικό, όμως, επίπεδο στο σύγχρονο δυτικό κόσμο η «μόδα», το μοντέλο, που κυριαρχεί έχει ως βάση την ευδαιμονία και την εικόνα ενός σώματος χωρίς μειονεκτήματα και αδυναμίες. Ο πόνος, η ευαλωτότητα, η αρρώστια αλλά και ο θάνατος περνούν σε δεύτερη μοίρα, έχουν περιθωριοποιηθεί σε συγκεκριμένους χώρους όπως τα νοσηλευτικά ιδρύματα. Η πρακτική της ευθανασίας, ως τρόπου ελέγχου της διαδικασίας της ζωής και του θανάτου αποτελεί έκφραση του μοντέλου αυτού (Δαμίγος και συν, 1999).

3.2 Μορφές/ Ειδή Ευθανασίας

3.2.1 Ενεργητική και παθητική ευθανασία

Η πρώτη διάκριση μεταξύ των μορφών της ευθανασίας είναι, σε ενεργητική και παθητική ευθανασία.

Ενεργητική Ευθανασία, είναι η πράξη, σύμφωνα με την οποία αναλαμβάνει κανείς την πρωτοβουλία να λάβει ορισμένα μέτρα, να προβεί σε συγκεκριμένες ενέργειες, που θα επιφέρουν το θάνατο στο πρόσωπο που υποφέρει. Επίσης, ορίζεται ως η επίσπευση του επικείμενου θανάτου με συγκεκριμένες ενέργειες, όπως η χορήγηση φαρμάκων, μετά την απαίτηση του πάσχοντος ή χωρίς αυτή (Παπαπετρόπουλος και άλλοι 1997, Γκίκα 1995, Κουντουράς και άλλοι 2003, Γκαράνη Παπαδάτου και άλλοι 1998).

Η ενεργητική ευθανασία, εφαρμόζεται σε άτομα ενσυνείδητα και λογικά, με κακή πρόγνωση της ασθένειάς τους, που δεν βρίσκονται υποχρεωτικά σε τελικό στάδιο της νόσου (Scofield, 1991). Η πρακτική εφαρμογής της ενεργητικής ευθανασίας, εφαρμόζεται με την χορήγηση θανατηφόρας ένεσης ή με την τοποθέτηση αέρα στην φλέβα (Γκίκα, 1998). Η ενεργητική ευθανασία, όμως, διαφοροποιείται από τις άλλες δυο μορφές ευθανασίας, διότι στηρίζεται στην πράξη, ενώ η μεν παθητική ευθανασία στην παράλειψη και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία, στη παρουσία τρίτου προσώπου κατά την εκτέλεση της πράξης (Dines, 1955, Daikos, 1990).

Κατά την εφαρμογή ενεργητικής ευθανασίας, είναι λογικό να παρουσιάζονται περισσότερα διλήμματα, αλλά και συγκρούσεις σε σχέση με άλλες μορφές

ευθανασίας, και ο λόγος είναι ότι τα όρια από τη εγκληματική πράξη δεν είναι ακόμη απόλυτα σαφή, βρίσκεται δηλαδή στις παρυφές της ηθικής (Γκίκα, 1998). Εδώ, έγκειται ίσως και το μεγάλο δίλημμα να νομιμοποιηθεί ή όχι η εφαρμογή ευθανασίας. Αυτό, είναι απότοκο τόσο των διαφόρων ονομασιών που παρουσιάζονται στην βιβλιογραφία, άλλα και από τις εμπειρίες των λειτουργών υγείας.

Άρα, η επιλογή των ατόμων για ευθανασία, ίσως κρύβει ενδόμυχες ανησυχίες, προβληματισμούς, αλλά και φόβο, που ίσως να μετεξελιχθεί σε πανικό. Αυτό, αποδεικνύεται και από τα λόγια του Sellman (1995), που αναφέρει, *«ό,τι η επιθυμία για ευθανασία, είναι μια απεγνωσμένη κραυγή των κατοίκων των δυτικών κοινωνιών, που νιώθουν φυλακισμένοι μέσα στη σύγχρονη τεχνολογία από τη στιγμή που εισέρχονται στο νοσοκομείο».*

Παθητική ευθανασία, είναι η πράξη σύμφωνα με την οποία η ευθανασία εφαρμόζεται ύστερα από παράκληση ή αίτημα του προσώπου, που υποφέρει ή έστω με την απλή συναίνεση του ή τη σύμφωνη γνώμη του. Ορίζεται, ως η μη παροχή ή η διακοπή της ήδη εφαρμοζόμενης θεραπείας με συνέπεια να επισπεύδεται η κατάληξη του ασθενούς. Ως παθητική ευθανασία, δε θεωρείται η περίπτωση της διακοπής ή της μη έναρξης αγωγής, η οποία εξασφαλίζει τη συμπτωματική ανακούφιση του ασθενούς (Αβραμίδης 1995, Ζηρογιάννης και άλλοι, 1998). Επίσης παθητική ευθανασία, ορίζεται ως η εγκατάλειψη του αρρώστου στη μοίρα του, χωρίς καμία προσπάθεια παρέμβασης. Το άτομο ή τα άτομα, που βρίσκονται σε αυτή τη δύσκολη κατάσταση, που βιώνουν το τέλος της ζωής των, διάγοντας ένα βασανιστικό τέλος, αφήνονται στην εξέλιξη της αρρώστιας του, ενώ άλλες φορές ο θάνατος προέρχεται από την αποστέρηση των αναγκαίων για το άτομο/ασθενή (Γκίκα, 1998). Παρά τις συνθήκες, που εφαρμόζεται ή αφήνεται να εξελιχθεί, η παθητική ευθανασία, είναι η πιο δημοφιλής και αποδεκτή κοινωνικά. Επίσης, η μορφή αυτή της ευθανασίας αφορά κυρίως αρρώστους που βρίσκονται σε τελικό στάδιο, χωρίς επικοινωνία με το οικείο περιβάλλον.

3.2.2 Εκούσια, ακούσια και μη εκούσια ευθανασία

Μια άλλη διάκριση της ευθανασίας, είναι σε **εκούσια και ακούσια ευθανασία**. **Ακούσια ευθανασία**, περιγράφεται ως ο τερματισμός της ζωής ενός ανθρώπου, ενώ αυτός έχει την επιθυμία να συνεχίσει να ζει. Η εφαρμογή αυτής της πρακτικής, γίνεται χωρίς τη συγκατάθεση του προσώπου, που υποφέρει και εξαιτίας της κατάστασής του, δε δύναται να έχει επαφή με την πραγματικότητα. Σε μια τέτοια περίπτωση, την απόφαση για την ευθανασία την αναλαμβάνει κάποιος από τους συγγενείς του προσώπου, που πάσχει (Πελεγρίνης, 2004). Στη διεθνή βιβλιογραφία, δεν γίνεται αποδεκτή ως ορολογία, παρά μόνο από μια μικρή ομάδα ερευνητών. Επίσης, θεωρείται στις πλείστες των περιπτώσεων, να μοιάζει απόλυτα με τη δολοφονία (Πρωτοπαδάκης, 2003).

Η **Εκούσια Ευθανασία**, είναι η λεγόμενη ανθρωποκτονία εν συναίνεση, όπως αναφέρεται στο άρθρο 300 του ελληνικού Ποινικού Κώδικα (Ελληνικός Ποινικός Κώδικας, 2007). Η μορφή αυτή της ευθανασίας διενεργείται μετά από την δεδηλωμένη βούληση, απόφαση του ατόμου, που με αυτό εκφράζει την προτίμησή του εγγράφως, ότι θέλει να πάψει να ζει (AGS Ethics Committee, 1995). Φυσικά, για να εφαρμοστεί αυτή η πρακτική ευθανασία, χρειάζονται κάποιες προϋποθέσεις, δηλαδή, **α)** ο ασθενής να έχει διανοητική διαύγεια (Kottow, 1988), και η απόφασή του να είναι αποτέλεσμα της καθαρής του βούλησης (Τζαβάρας, 1984), **β)** να έχει τύχει πλήρη ενημέρωση για τα δεδομένα που θα δημιουργηθούν - εδώ είναι και η εμφάνιση της λεπτής θέσης των νοσηλευτών, ως συμβούλων και συνηγόρων των ασθενών και **γ)** να γνωρίζει το υπόλοιπο του χρόνου που του απομένει, για να μπορέσει να απολαύσει όσο χρόνο του έχει μείνει (Stuart et al, 1998).

3.2.3 Υποβοηθούμενη ευθανασία

Μετά από την παραπάνω διάκριση, μεταξύ των μορφών ευθανασίας θα αναφερθεί μια άλλη μορφή ευθανασίας, που «πριονίζει» ακόμη περισσότερο τα όρια μεταξύ ευθανασίας και δολοφονίας, κάνει πιο δύσκολη την απάντηση στο ερώτημα τι είναι τελικά ευθανασία. Αυτή η μορφή, είναι η υποβοηθούμενη αυτοκτονία, μια πρακτική, που μοιάζει διαφέροντας από τις άλλες μορφές ευθανασίας. Η ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία, μια έννοια που χρησιμοποιείται ευρέως τα τελευταία χρόνια, εν αντιθέσει με άλλες μορφές ή όρους ευθανασίας. Σε αυτή τη διάκριση

οδήγησαν διάφοροι παράγοντες, όπως η απαλλαγή των συμμετεχόντων από οποιαδήποτε ευθύνη από την επιλογή αυτής της πρακτικής, αφού αυτός που επιφέρει τον θάνατο είναι ο ίδιος ο ασθενής, κάποιος άλλος- ο ιατρός- από το θύμα παρέχει τα απαραίτητα για να προχωρήσει στην πράξη (Stuart et al, 1998).

Έτσι ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία, ορίζεται ως η πράξη κατά την οποία ο ιατρός έχοντας επίγνωση των ενεργειών του παρέχει τα μέσα σε ένα ικανό πνευματικά ασθενή, να δώσει τέλος στη ζωή του, αφού εκουσίως εξέφρασε την επιθυμία του αυτή (Fins et al, 1995). Με την εφαρμογή αυτής της πρακτικής, υποδηλώνεται ότι ο ιατρός παρέχει τη γνώση και τα απαραίτητα μέσα, ενώ ο ασθενής ολοκληρώνει την πράξη (Woodruff, 1999). Οι τρόποι εφαρμογής αυτής της πρακτικής είναι: **α)** με μια ένεση την οποία ο ίδιος ο πάσχων θα κάνει στον εαυτό του, **β)** τη συνταγολόγηση ενός σκευάσματος, **γ)** με το συνδυασμό σκευασμάτων, που θα επιφέρουν τον θάνατο και **δ)** με τη χρήση κάποιου μηχανισμού, τον οποίο χειριζόμενος ο ίδιος ο ασθενής θα επιφέρει το θάνατό του.

Σχετικά, με τον τελευταίο τρόπο εφαρμογής, είναι γνωστή η περίπτωση του ενός παθολόγου από το Μίσιγκαν των ΗΠΑ, του Δρ Κεβόρκιαν, που εφεύρε μια μηχανή τη *Thanatron*. Τη μηχανή αυτή, τη χειριζόταν ο ίδιος ο πάσχων, πατώντας ένα κουμπί και ακολούθως διοξειδίο του άνθρακα χορηγείτο σε αυτόν, με αποτέλεσμα να επέρχεται ο θάνατος (Γκίκα, 1995, Latimer et al 1994, Παπαπετρόπουλος και άλλοι 1997, Πρωτοπαπαδάκης, 2003).

Φυσικά, με την εφαρμογή της ιατρικώς υποβοηθούμενης ευθανασίας, είναι τέτοια η μορφή πρακτικής της, που αριθμό μέσων, τρόπων και εφαρμογών δύναται να χρησιμοποιηθούν, που αρκετοί από τους οποίους να μη γίνουν ποτέ γνωστοί. Απότοκο, αυτού του ασαφούς σκηνικού, είναι οι δημιουργία σκιών, επιφυλάξεων σχετικά με το τι αποτέλεσμα θα φέρει, αφού «*ποτέ δεν θα υπάρξει ένα ηθικά και ιατρικά αποδεκτό πρότυπο σχετικά με την ευθανασίας*» (Quill et al, 1992).

3.2.4 Διακρίσεις και διαφορές μεταξύ μορφών ευθανασίας

A. Διακρίση μεταξύ ενεργητικής και παθητικής ευθανασίας

Μέσα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, αναφέρονται διάφορες μορφές ευθανασίας, αλλά η βασική διάκριση που είναι μεταξύ **ενεργητικής** και **παθητικής ευθανασίας** (Brody, 1976). Συγκεκριμένα η Γκίκα (1998), αναφέρει ότι οι διαφορές μεταξύ των βασικών μορφών της ευθανασίας, είναι ότι στην ενεργητική, δίνεται ο

χαρακτηρισμός της συντόμευσης της ζωής του πάσχοντος προσώπου, ενώ στην παθητική δύναται να ταυτιστεί με την μη παράτασή της. Οι βασικές διαφορές μεταξύ των επικρατέστερων μορφών, είναι ότι η πρακτική της ενεργητική ευθανασία είναι μια πράξη που εφαρμόζεται σε ενσυνείδητα άτομα, σε άτομα που δεν βρίσκονται σε τελικό στάδιο με αίτιο θανάτου την ενέργεια γιατρού ή νοσηλεύτη. Ενώ, η πρακτική της παθητικής ευθανασία είναι πράξη παράλειψης που εφαρμόζεται κυρίως σε άτομα που δεν επικοινωνούν, υποχρεωτικά σε αρρώστους τελικού σταδίου με αιτία θανάτου την εξέλιξη της νόσου.

B. Διάκριση μεταξύ εκούσιας, μη εκούσιας και ακούσιας ευθανασίας

Η εκούσια ευθανασία, συμβαίνει όταν ένας ασθενής ζητά από κάποιον άλλο να του τερματίσει τη ζωή του και η επιθυμία του ικανοποιείται. **Ακούσια ευθανασία**, συμβαίνει όταν ο ασθενής ξεκάθαρα δεν επιθυμεί να θανατωθεί και η επιθυμία του δεν ικανοποιείται. **Μη εκούσια ευθανασία**, συμβαίνει όταν θανατώνεται ο ασθενής από κάποιον ο οποίος δεν γνωρίζει τις επιθυμίες του ασθενούς, είτε επειδή οι επιθυμίες αυτές δεν μπορούν να εκφραστούν, είτε επειδή το άτομο αυτό προτιμά να μην τις μάθει (Stuart et al, 1998).

3.2.5 Κλινικές καταστάσεις που θέτουν το ζήτημα της ευθανασίας, ως αναίρεση-αφαίρεση της απαξιωμένης πλέον από την αρρώστια, τον πόνο ανθρώπινης ζωής

Οι Weismann και Hackett (1961), μελετώντας τι είναι «κατάλληλος θάνατος», αναφέρουν σχετικά: ότι θα πρέπει, α. Το άτομο να είναι ανακουφισμένο από τον πόνο, β. να δρα αποτελεσματικά μέσα στα όρια της ανικανότητάς του, γ. Να αναγνωρίζει και να λύνει διαμάχες, δ. να ικανοποιεί τις εναπομείναντες αρχές; Που συμβαδίζουν με τα προσωπικά του ιδεώδη, ε. να είναι ικανό να ελέγχει άλλους τους οποίους έχει εμπιστοσύνη.

Βάσει των ανωτέρω, αλλά από καθαρά ιατρική άποψη, τουλάχιστον πέντε κλινικές καταστάσεις προσδιορίζουν τις παραμέτρους εφαρμογής της ευθανασίας:

1. Μη διενέργεια επείγουσας καρδιοαναπνευστικής ανάνηψης σε καρδιακή ανακοπή.

2. Μη θεραπεία αναστρέψιμης νόσου, σε αρρώστους με επώδυνη, μη αναστρέψιμη, τελικού σταδίου νόσο ή με διαπιστωμένο εγκεφαλικό θάνατο.
3. Διακοπή της, με μηχανικά μέσα υποστήριξης των ζωτικών λειτουργιών σε αρρώστους με ήδη διαπιστωμένο εγκεφαλικό θάνατο.
4. Παροχή βοήθειας στο άρρωστο για να θέσει ο ίδιος τέλος στη ζωή το
5. Χορήγηση θανατηφόρων σκευασμάτων/φαρμάκων για πρόκληση ευθανασίας (Ανευλαβής, 2001, Κουρουπάκης, 2010)

Οι τρεις πρώτες ενέργειες χαρακτηρίζουν την ονομαζόμενη παθητική ευθανασία, η 4^η την υποβοηθούμενη αυτοκτονία και η 5^η την ενεργητική ευθανασία ή «ελεήμονα θανάτωση».

3.2.6 Η θεωρία της ασυμμετρίας

Παρόλες τις αναφορές και τους διαχωρισμούς σε μορφές και είδη της πρακτικής της ευθανασίας, στη βιβλιογραφία ανευρέθησαν διαφορετικές απόψεις ερευνητών, ως προς το διαχωρισμό των επικρατέστερων μορφών, ήγουν ενεργητική και παθητική. Οι άνω μελετητές και ερευνητές της ευθανασίας, δεν αποδέχονται τη διάκριση μεταξύ ενεργητικής και παθητικής ευθανασίας. Συγκεκριμένα, αναφέρουν ότι δεν εντοπίζουν κάποια διαφορά ανάμεσα στις έννοιες «σκοτώνω» και «αφήνω να πεθάνει». Επί του προκειμένου, ο Default (1985) αναφέρει ότι πρακτικά η διάκριση μεταξύ των δύο μορφών είναι αδύνατη, έωλη, ενώ ο Daikos (1990) χαρακτηρίζει ως ενεργητικά τα περισσότερα βήματα που συνιστούν την παθητική ευθανασία. Ακολούθως, οι Δρακοπούλου (1987) και Ο' Rourke (1989) αναφέρονται αντίστοιχα στο ότι οι μορφές ευθανασίας είναι μια αποτυχία της επιστήμης, αφού η εφαρμογή τέτοιων πρακτικών, αντιτίθενται στο καθήκον του ιατρού και του νοσηλευτή, που είναι η βοήθεια και η θεραπεία του πάσχοντος και ότι από την άποψη της Θεολογικής Επιστήμης, δεν υπάρχει διαφοροποίηση μεταξύ των δυο αφού επιφέρουν το θάνατο στο άρρωστο.

Όμως, παρά τις διαφωνίες επιστημόνων και ερευνητών, η επιστημονική κοινότητα έχει καταλήξει για του εξής λόγους στο διαχωρισμό μεταξύ ενεργητικής και παθητικής ευθανασίας:

- α)** Είναι ο πλέον ικανοποιητικός διαχωρισμός που προκύπτει μέσα από την μελέτη της υπάρχουσας βιβλιογραφίας και,
- β)** έχει προταθεί από πολλά έγκριτα βιοηθικά κείμενα, όπως την διακήρυξη της American Medical Association (AMA) του 1973, αλλά και το σχετικό κείμενο του Βρετανικού Ιατρικού Συνδέσμου (BMA) για την ευθανασία (Byrne, 1990). Εκτός από το θεωρητικό πλαίσιο της ευθανασίας, υπάρχουν και οι διάφορες προσεγγίσεις της έννοια της ευθανασίας, η διαθηρσκειακή προσέγγιση και οι προσεγγίσεις των υποστηρικτών και των διαφωνούντων με την εφαρμογή της ευθανασίας.

4. Θεωρητικές προσεγγίσεις του ζητήματος της ευθανασίας

4.1 Διαθρησκειακή προσέγγιση της ευθανασίας

Η στάση των πέντε μεγάλων θρησκευμάτων, παρουσιάζει διαφορετικές τοποθετήσεις έναντι της προβληματικής της ευθανασίας. Η κάθε θρησκευτική παράδοση και δόγμα έχουν σταθερές, αλλά και διαχρονικά διαφορετικές τοποθετήσεις επί του θέματος της πρακτικής της ευθανασίας, υπάρχουν δε βέβαια σημεία συμφωνίας, αλλά και διαφωνίας.

Η τοποθέτηση στο θέμα της ευθανασίας, από θεολογικής απόψεως, είναι γνωστή και άγνωστη ταυτοχρόνως. Η στάση της εκκλησιαστικής παράδοσης, σχετικά με την πρακτική της ευθανασίας είναι αρνητική, όμως παραμένει άγνωστο ποίο είναι το θεολογικό υπόβαθρο και λογική που διέπει αυτή τη στάση (Κεσελοπουλος, 2003). Οι δυτικές θρησκείες, επίσης πιστεύουν στη δημιουργία μας από το Θεό κατ' εικόνα και καθ' ομοίωση (Dworkin, 1993).

4.1.1 Χριστιανική Προσέγγιση

4.1.1.1 Ορθόδοξη εκκλησία και ευθανασία

Η ορθόδοξη εκκλησία, τηρούσε και τηρεί ακόμη μια αντίθετη στάση απέναντι σε όποια ενέργεια ή προσπάθεια νομιμοποίησης της ευθανασίας, που θα οδηγεί σε αφαίρεση του αγαθού της ζωής, με οποιοδήποτε τρόπο ή μέσο. Επί του συγκεκριμένου στις «Δέκα Εντολές» αναφέρεται η εντολή «Ου φονεύσεις» (Εξοδος 20, Δευτερονόμιο 5).

Σύμφωνα με τη χριστιανική παράδοση η ζωή είναι ιερή. Ο άνθρωπος δεν μπορεί να το παίζει «μικρός Θεός», δηλαδή δεν είναι σχεδιαστής του κόσμου και των ανθρώπων, δεν δικαιούται να αφαιρέσει εκείνο που δεν μπορεί να δημιουργήσει, ήγουν τον άνθρωπο, αφού ο άνθρωπος είναι δημιούργημα κατ' εικόνα και ομοίωση Θεού. Οποιαδήποτε προσπάθεια παρέμβασης σε ανθρώπινο πλάσμα, προσπάθεια επίσπευσης και συντόμευσης του τέλους, αντίκειται στο δεκάλογο, που παρέδωσε ο Δημιουργός στο Μωσή (Ματσόπουλος, 1986).

Ο πόνος, η βασανιστική υπομονή του, ακόμη και η ύπαρξη του κακού είναι μέρος του σχεδίου του Θεού για τον άνθρωπο, δηλαδή με αυτά προσπαθεί να συνετίσει τον άνθρωπο και να τον φέρει στην πορεία δημιουργίας του, την επιστροφή στον «κήπο της Εδέμ». Ο Θεός, όρισε ότι ο άνθρωπος, θα υποφέρει, θα γεννιέται και θα πεθαίνει. Κατά συνέπεια, αν σκοτώσουμε κάποιον με τη δικαιολογία ότι τον «απαλλάσσουμε» από τη μιζέρια του, τότε είναι σαν να επεμβαίνουμε στα σχέδια του Θεού (Rachels, 1986).

Συγκεκριμένα ο Μητροπολίτης Ναυπάκτου Ιερόθεος, αναφέρει ότι, *«η ζωή δεν ανήκει στους ανθρώπους, αλλά στο Θεό γι' αυτό και δεν μπορεί να παρεμβαίνει κανείς σε κάτι που δεν το προσδιόρισε»*. Όπως και μεγάλοι πατέρες της εκκλησίας αναφέρονται περί ζωής, θανάτου και αυτοκτονίας. Ο Ιωάννης ο Χρυσόστομος σε μια ερμηνεία της Προς Γαλάτας Επιστολής υποστηρίζει πως, *«αυτούς (εννοώντας τους αυτόχειρες) και ο Θεός τους κολάζει περισσότερο από τους φονείς, και εμείς οι άνθρωποι τους βδελυσσόμεθα όλοι και ορθώς. Διότι το να φονεύσεις άλλους δεν είναι καλόν πόσο μάλλον τον εαυτό σου»*, εκφράζοντας με αυτή την άποψη την στάση της Εκκλησίας προς τους αυτόχειρες, επίσης ο Απόστολος των εθνών και ιδρυτής της Εκκλησίας Παύλος εξηγεί στην προς Κορινθίους επιστολή, ότι ο Ιησούς κατήργησε τον θάνατο τον οποίο χαρακτηρίζει *«έσχατο εχθρό για τον άνθρωπο»* (Επιστολή Παύλου, Α' προς Κορινθίους) και η εκκλησία προσεύχεται να είναι των πιστών, *«χριστιανά τα τέλη, ανώδυνα, ανεπαίσχυντα ειρηνικά»*. Επίσης στην ίδια επιστολή ο Απόστολος Παύλος, θεωρεί το σώμα ναό του Αγίου Πνεύματος και τη ψυχή πνοή του Θεού.

Επίσης, άποψη της Εκκλησίας, είναι όσοι υποστηρίζουν την ευθανασία επηρεάζονται από την υλιστική αντίληψη για τη ζωή και την πεποίθηση, ότι η ύπαρξη του ανθρώπου πρέπει να αξιολογείται με βάση τη δύναμη και την ικανότητα του στην παραγωγή έργου. Ακόμη ότι, *«το αίτημα κάποιων ασθενών για ευθανασία, στην ουσία αποτελεί ερώτημα της αγάπης μας προς αυτοίς και της επιθυμίας μας να παραμείνω κοντά μας. Σε τέτοιας στιγμές μπορεί κανείς να ζήσει τη χάρη του Θεού και την αγάπη των ανθρώπων»* (Κουρουπάκης, 2010).

Εν κατακλείδι, μέσα από την παρουσίαση των θέσεων της Ορθόδοξης εκκλησίας και θεολογίας που διαφωνούν με την ευθανασία, παρόμοια στάση τηρεί και η καθολική εκκλησία, όπως αναφέρει και ο Rachels (1986), αφού σχεδόν όλοι Ορθόδοξοι και Καθολικοί, πιστεύουν ότι η ευθανασία είναι ανήθικη σύμφωνα με τους Steinbock και Norcross (1994).

4.1.1.2 Καθολική εκκλησία

Παρόμοια θέση με την Ορθόδοξη Εκκλησία, όχι φυσικά στην ολότητα της, έχει και η Ρωμαιοκαθολική Εκκλησία. Αυτό γίνεται αντιληπτό, από την ονομαζόμενη «δήλωση ευθανασίας» που έγινε τον Ιούνιο του 1980, μετά από επίσημη απόφαση της Ιεράς συνόδου για τη διδασκαλία της πίστεως. Συγκεκριμένα, η δήλωση αναφέρει:

«η ζωή είναι δώρο του Θεού, αλλά και ο θάνατος είναι αναπόφευκτος και στην προσέγγιση του, παρόλα τα χρησιμοποιούμενα μέσα, επιτρέπεται στην συνείδηση μας να αποφασίσει την άρνηση θεραπευτικών ενεργειών, που θα προκαλούσαν μόνο ασήμαντη και οδυνηρή παράταση της ζωής- χωρίς όμως να διακόψουμε τις στοιχειώδεις

τακτικές φροντίδες στον άρρωστο» (Shavelson, 1995, Ευαγγέλου, 1999).

Για την ρωμαιοκαθολική Εκκλησία, το ζήτημα της ευθανασίας αποτελεί σοβαρή Παραβίαση των εντολών του Θεού δημιουργού δεδομένου, ό,τι είναι η σκόπιμη και ηθικά Απαράδεκτη θανάτωση ενός ανθρώπου με βάση τα λεγόμενα του Πάπα Ιωάννη Παύλο ΙΙ, (Evangelium Vitae, 1995).

Επίσης, καθολικοί θρησκευτικοί ηγέτες, αλλά και καθηγητές ηθικής, έχουν την πεποίθηση, που εκφράστηκε κατά την διεξαγωγή της Εθνικής Διάσκεψης των Καθολικών Επισκόπων, που έλαβε χώρα στις ΗΠΑ το 1991, *ότι «η ζωή είναι το πιο βασικό χάρισμα της αγάπης του Θεού και θεωρείται ένα δώρο για το οποίο όλοι οι άνθρωποι έχουν ευθύνη», κάτι που σημαίνει ότι ο άνθρωπος δεν είναι ο απόλυτος κυρίαρχος της ζωής του»* (Reese 1992).

Από την άλλη, άλλοι θεολόγοι της καθολικής εκκλησίας, από την εμπειρία τους κατά το ποιμαντικό έργο με ανθρώπους ευρισκόμενους βαριά άρρωστους, υποστηρίζουν ότι, *«η παράκληση για άμεσο θάνατο, που θα λυτρώσει τους ασθενείς από τον πόνο, δηλώνει κατά βάθος την αγωνία και την ανάγκη που έχουν για αγάπη και βοήθεια»* (Βάντσου, 2002).

Σχετικά με την υποβοηθούμενη αυτοκτονία, η θέση της ρωμαιοκαθολικής εκκλησίας είναι αντίθετη, με δεδομένο ότι η αυτοκτονία θεωρείται μια πράξη ηθικά λανθασμένη, είναι όμως και ηθικά λάθος το να βοηθήσει κάποιος ένα συνάνθρωπό του σε εφαρμογή πρακτικής ευθανασίας, όπως αναφέρει και ο Πάπας Ιωάννης ΙΙ σε εγκύκλιό του το 1995 *«Δεν σκοτώνουμε το πρόσωπο του οποίου την ταλαιπωρία δεν μπορούμε να αντιμετωπίσουμε»*.

Όμως από το 1957 η Ρωμαιοκαθολική εκκλησία δεν απορρίπτει την παθητική ευθανασία, που αυτό φαίνεται μέσα από συγκεκριμένη εγκύκλιο «Η παράταση της ζωής», που ο Πάπας Πιους ΙΙ, με αυτή την ανακοίνωση φέρνει την καθολική εκκλησία σε θέση αποδοχής της πρακτικής της παθητικής ευθανασίας. Από τις θέσεις της Ρωμαιοκαθολικής Εκκλησίας, διαπιστώνεται η αντίθεσή της σχετικά με την ευθανασίας. Όμως, διαφέρει ως προς την άποψή της για κάποιες μορφές ευθανασίας, δηλαδή την παθητική ευθανασία, που όπως αναφέρθηκε, τηρεί διαφορετική στάση η καθολική εκκλησία εν αντίθεση με άλλες μορφές. Από αυτό έγκειται, αφενός στην ελαστική στάση του Βατικανού στο ζήτημα αυτό, αφετέρου δε στο ότι κάθε κράτος που ασπάζεται τον καθολικισμό έχει τις δικές του ιδιαιτερότητες.

4.1.2 Ισλαμισμός και Ευθανασία

Οι ισλαμιστές είναι εναντίον της ευθανασίας. Πιστεύουν, ότι η ανθρώπινη ζωή είναι ευλογημένη, διότι δίνεται από τον Αλλάχ, ο οποίος επιλέγει πόσο θα ζήσει κάθε άνθρωπος. Το κοράνι απαγορεύει την αφαίρεση της ζωής ενός ανθρώπου, από άνθρωπο, όπως και την αυτοκτονία, αναφέροντας ότι ο πρώτος φόνος του Άβελ από τον Καΐν είχε την ίδια σημασία που είχαν και εκατοντάδες άλλοι τέτοιοι φόνοι, *«Μην αφαιρέσεις τη ζωή, που έδωσε ο Αλλάχ ως ιερή, διαφορετικά θα δικαστείς για αυτή σου την πράξη»* (Μιλιλή, 1980). Ενώ, ο προφήτης Μωάμεθ αναφέρει την προειδοποίηση, *«εκείνος που αυτοκτονεί με σιδερένιο όπλο, θα το κουβαλά για πάντα στην κόλαση. Όποιος πεθαίνει παίρνοντας δηλητήριο, θα γεύεται πάντα το ίδιο στην κόλαση. Όποιος πηδά από βουνό για να πεθάνει, θα πέφτει πάντα στις αβύσσους μετά το θάνατό του»*. Επίσης στη Σαρία, που είναι ο Ιερός Νόμος για του μουσουλμάνους, παρατίθενται λεπτομερώς τα κριτήρια βάση των οποίων, γίνεται αποδεκτή η προσπάθεια αφαίρεσης της ζωής ενός ανθρώπου, εν καιρώ ειρήνης ή εν καιρώ πολέμου (Κουρουπάκης, 2010).

Όπως έχει αναφερθεί η ισλαμική θρησκεία και παράδοση είναι άκρως αντίθετη, αδιάλλακτη με το δικαίωμα στην αυτοκτονία. Ο άνθρωπος δεν είναι αυτοδημιούργητος, αναφέρεται στην μουσουλμανική ηθική, το σώμα δεν του ανήκει και δεν είναι στη διάθεση κανενός να το διαχειριστεί όπως αυτός κρίνει (Sajoo 2004). Ο ισλαμικός Κώδικας Ιατρικής Ηθικής που δημιουργήθηκε στο πλαίσιο της 1^{ης} Διεθνούς Συνδιάσκεψης Ισλαμικής Ιατρικής (I.O.M.S 1981) περιλαμβάνει: *«η ελεήμων θανάτωση, όπως και η αυτοκτονία δεν επικροτείται παρά μόνο από τον αθεϊστικό τρόπο σκέψης όσων πιστεύουν ότι η ζωή και ο θάνατος μας, καταλήγουν σε ένα μηδέν»*.

4.1.3 Ιουδαϊσμός και ευθανασία

Στον Ιουδαϊσμό, η ευθανασία θεωρείται ως πράξη ενάντια στο θέλημα του θεού και για αυτό απαγορεύεται. Συγκεκριμένα, το Ταλμούδ αναφέρει: *«θα ζητηθεί από κάθε άνθρωπο το αίμα του, για αυτό και κανένας δεν έχει το δικαίωμα να κακοποιήσει το σώμα του, πόσο μάλλον να φτάσει έως το σημείο του θανάτου αφαιρώντας την ζωή που το δόθηκε από τον Θεό»* (Babylonian Talmud).

Για την Ιουδαϊκή θρησκεία, η ευθανασία, με την έννοια της ελεήμονος θανάτωσης ή της επιλεγμένης στιγμής του θανάτου για έναν άνθρωπο, δεν είναι νοητή, εφόσον η ζωή, ψυχική και πνευματική, ανήκει στον Δημιουργό. Όπως και στη χριστιανική παράδοση, έτσι και οι Ιουδαίοι πίστευαν ότι η ζωή είναι δώρο από το Θεό, εξυμνώντας την ιερότητά της, ως επίσης

απαγορευόταν η θανάτωση από τον Ιουδαϊκό νόμο (Steinbock 1994). Όποτε και αν θελήσει Εκείνος, επέρχεται το φυσικό τέλος της ζωής και μόνο τότε. Επίσης η αυτοκτονία, δεν θεωρείται πράξη κατανοητή, ούτε και συγχωρητέα, παρά μόνο αν γίνεται με θεϊκή εντολή και θέληση (Κουρουπάκης, 2010)

Από τα βιβλία της **Παλαιάς Διαθήκης**, δύναται να εντοπιστούν οι βασικές θέσεις της ιουδαϊκής θρησκείας σχετικά με την ευθανασία. Ωστόσο, δεν έχουν να κάνουν με σαφείς περιπτώσεις ευθανασίας, αλλά για περιπτώσεις αυτοθυσίας απέναντι σε κάποιο εχθρό. Αντλώντας παραδείγματα από την Παλαιά Διαθήκη, η Ιουδαϊκή ιστορία παρουσιάζει περιπτώσεις προσώπων, που προτίμησαν να πεθάνουν, παρά να παραδοθούν. Η πράξη των αυτή καθαγιάζεται, διότι γίνεται για την προστασία, ενός υπέρτερου αγαθού και όχι για την προσωπική επιλογή του θανάτου απέναντι σε καταστάσεις πόνου, κινδύνου και φόβου (Παπαγιαννόπουλος, 1999).

4.1.4 Βουδισμός-Ινδουισμός και Ευθανασία

Σε ορισμένα θρησκευόμενα, είναι εμφανής η απομάκρυνση από την πρακτική αφαίρεσης της ζωής. Ο βουδισμός, αποτελεί τη θρησκεία που εμφανίστηκε αρχικά στην Ινδία και έχει άμεση σχέση με τον ινδουισμό, με ιδρυτή τον Σιντάτρα Γκαουτάμα (Βούδα). Ο Βουδισμός έχει την παραδοχή ότι πεθαίνοντας ο άνθρωπος, ή μετεμψυχώνεται κάπου αλλού ή καταλήγει στην απόλυτη φώτιση. Η βουδιστική διδασκαλία περιέχει ορισμένες εντολές που αποτελούν τον κώδικα ηθικής της και δε διαφέρουν πολύ από τις άλλες μεγάλες θρησκείες που φονεύσεις, ου κλέψεις.

Ο Βουδισμός προβάλλει έντονα την άρνηση της ζωής, στην οποία φτάνουν οι βουδιστές με την εσωτερική αταραξία, το «*νιρβάνα*». Σύμφωνα με τον παγκόσμιο νόμο του κάρμα, μια θετική (καλή) ενέργεια οδηγεί τελικά στην ευτυχία, ενώ μια αρνητική (λανθασμένη ή κακή) ενέργεια οδηγεί στον πόνο. Το βασικό ιερό κείμενο του βουδισμού, είναι ο κανόνας «*Pali*», ιδίως στην παράδοση Theravada, όπου δύναται να εντοπιστεί η στάση της θρησκείας αυτής σε σχέση με την πρακτική της ευθανασίας (Keown, 1996). Επίσης, στην βουδιστική παράδοση αναφέρεται μια μορφή τελετουργικής αυτοκτονίας το *seppuku*. Το *seppuku*, σήμαινε αποφυγή της ατίμωσης της αιχμαλωσίας, την επίδειξη πίστης απέναντι στο αφέντη, τη διαμαρτυρία για κάποια ατιμία ή αποτυχία, ακόμη και πράξη ποινής (Κουρουπάκης, 2010).

Ο **ινδουισμός**, είναι μια θρησκεία με απέραντη πολυμορφία θρησκευτικών πεποιθήσεων, που ξεκινούν από ένα απροσδιόριστο μονοθεϊσμό και καταλήγουν σε ένα πληθωρικό

πολυθεϊσμό. Πιστεύουν στις μετενσαρκώσεις, καθώς και στις διάφορες τελετουργίες που περιέχονται στις ιερές γραφές (Κουρουπάκης, 2010) Ο ινδουισμός, δεν περιέχει κάποιες αποδεκτές ηθικές αρχές, όμως σημαντικό παραμένει να διατηρηθούν καθαυτές οι διδασκαλίες της μετενσάρκωσης, του ντάρμα (dharma), που σημαίνει δικαιοσύνη, θρησκεία και καθήκον και του κάρμα (karma), που ορίζεται ως ο νόμος μεταξύ αιτίας και αιτιατού.

Όμως, οι θέσεις της θρησκείας του ινδουισμού σχετικά με την ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία ποικίλουν, αλλά συνδέονται όλες με την μετενσάρκωση, το κάρμα και τη μη-βία την απόλυτη αποχή της ανοχής. Η αυτοκτονία είναι γενικά μη αποδεκτή στον ινδουισμό, στη βάση του ότι διαταράσσει τον κύκλο των γεννήσεων και μετενσαρκώσεων και, συνεπώς συνδέεται με πράξεις κακού κάρμα. Η ανθρώπινη ζωή, είναι πολύτιμη ευκαιρία για να κάνει το καλό, κάτι που είναι ζηλευτό ακόμη και από του θεούς. Εάν ο άνθρωπος αυτοκτονήσει, δεν πηγαίνει ούτε στην κόλαση ούτε στον παράδεισο, αλλά μένει καταδικασμένος, να περιπλανιέται ως πνεύμα με συνείδηση για κάποιο χρόνο, τον χρόνο που κανονικά θα έπρεπε να ζει.

Επίσης, επικρατεί η πεποίθηση ότι κάθε ζωντανή παρουσία, είτε ανθρώπινη είτε όχι, πρέπει να ζει με τον τρόπο που της αρμόζει και για τον λόγο αυτό και ο θάνατος δεν θα πρέπει ποτέ να αποτελεί θέμα υψίστης σημασίας (John Bowker, 2006).

Όμως, μια εξαίρεση στη συνολική θεώρηση της ευθανασίας από τον ινδουισμό, είναι η πρακτική της «*Prayopavesa*», της επίσπευσης δηλαδή του θανάτου. Αυτή η πρακτική δεν θεωρείται αυτοκτονία, είναι μια προοδευτική διαδικασία όπου ο ασθενής σταματάει να λαμβάνει τροφή και υγρά, με απότοκο μια ήρεμη κατάληξη. Είναι όμως αποδεκτή υπό ειδικές περιπτώσεις μη βίας, οικιοθελής άρνηση τροφής και φαρμακευτικής αγωγής. Έμπρακτη εφαρμογή της άνω πρακτικής, είναι η αυτοκτονία του ινδουιστή ηγέτη Sivaya Subramuniyaswami το Νοέμβριο του 2001 (Himalayan Academy, 2003).

5. Επιχειρήματα υπέρ και κατά της ευθανασίας

5.1 Επιχειρήματα υπέρ της ευθανασίας

Τα βασικά επιχειρήματα, των υποστηρικτών της ευθανασίας στηρίζονται στον ισχυρισμό των ό,τι καθώς η ζωή μας ανήκει, ο καθένας δικαιούται, αν η ζωή του δεν πληροί τους στοιχειώδεις όρους διαβίωσης, να μπορεί τη χειριστεί όπως ο ίδιος επιθυμεί (Πελεγρίνης, 2004)

5.1.2 Η αυτονομία του ανθρώπου

Σύμφωνα με τους υποστηρικτές τη ευθανασίας, ο άνθρωπος είναι κατεξοχήν αυτόνομο όν, με την προϋπόθεση ότι έχει απόλυτη επίγνωση και γνώση των συνθηκών και των καταστάσεων (Beauchamp, Chidress, 1994). Αυτονομία, είναι η δυνατότητα του ανθρώπου να διατηρεί τα δικαιώματά του, όσο και τη δυνατότητα να αποφασίζει. Άρα, ο άνθρωπος δύναται να αποφασίζει από μόνος του, για το χρόνο επέλευσης του θανάτου του, αν τη στιγμή εκείνη που αποφασίζει έχει διαύγεια πνεύματος γνωρίζοντας τις συνέπειες της πράξης του (Stuart et al 1998).

5.1.3 Το ωφελμιστικό επιχείρημα

Σύμφωνα με το ωφελμιστικό επιχείρημα, που εντάσσεται στο ηθικό ρεύμα της συνεπειοκρατίας, με εκφραστές τους, Mill και Bentham (Πέρρου, 2005), η δικαιολόγηση της ευθανασίας από ηθική άποψης ελέγχεται από την ωφέλεια, που η εφαρμογή της προσφέρει, τόσο στον ίδιο το άτομο, όσο και στο κοινωνικό σύνολο (Καρανικόλας 2006, Καϊάφα-Γκιμπάντι και άλλοι, 2007). Είναι προφανές, ότι η ασθένεια, κυρίως όταν είναι ανίατη παραπέμποντας σε ένα αργό θάνατο, αποτελεί βάρος για το προσωπικό περίγυρο του ασθενή, έτσι ο πόνος, η αβεβαιότητα του βασανιστικού θανάτου επιβαρύνουν τους οικείους του ασθενή (Hare et al, 1992, Battin, 1992).

5.1.4 Κατηγορική προσταγή του Καντ

Η θεωρία της κατηγορικής προσταγής, προέρχεται από το ρεύμα της Δεοντολογίας. Υποστηρίζει, πως πρέπει να άνθρωπος να θέσει *a priori* τις ηθικές αξίες απέναντι στις οποίες οι άνθρωποι, οφείλουν να είναι συνεπείς (Καρανικόλας, 2006). Κυριότερος εκπρόσωπος της θεωρίας αυτής είναι ο Καντ, που θεωρεί ως ύψιστη την έννοια του καθήκοντος, δηλαδή αυτός που ενεργεί ηθικά αποδώσει ύψιστη αξία στην ανθρώπινη ζωή, οφείλει να είναι συνεπής στην ηθική αρχή και να προστατεύει την ανθρώπινη ζωή ανεξάρτητα από διακρίσεις και περιπτώσιολογίες (Κουρουπάκης 2010). Σχετικά με την πρακτική της ευθανασίας, δύναται να θεωρηθεί ως ορθά ηθική πράξη κάτω υπό ορισμένες

προϋποθέσεις, δηλαδή, εάν γίνει εστίαση στην αξία της πράξης βάση του επιδιωκόμενου σκοπού, αλλά και τα κίνητρα που τον έχουν ορίσει.

Η αφαίρεση της ζωής είναι μέγιστο κακό, όμως εάν εδράζεται σε ένα υψηλό κίνητρο, δηλαδή τη συμπαθητική στάση μας έναντι στον πάσχοντα συνάνθρωπο μας, ίσως τότε δικαιωθεί ηθικά όπως αναφέρουν οι Beauchamp και Chidress (1994).

5.2 Επιχειρήματα κατά της ευθανασίας

Τα επιχειρήματα εναντίον της ευθανασίας είναι, αφενός η πίστη ότι η ζωή είναι δωρεά του Θεού και μόνον εκείνος δύναται να την αφαιρέσει και αφετέρου, ότι ο κίνδυνος σε περίπτωση υιοθέτησης του δικαιώματος της ευθανασίας, δύναται να οδηγήσει σε κατάχρηση του.

5.2.1 Ολισθηρός Κατήφορος, το άνοιγμα του ασκού του Αιόλου

Το επιχείρημα της ολισθηρής πλαγιάς (*Slippery slope argument*), αποτελεί ένα λογικό συλλογισμό, που πολλές των περιπτώσεων εφαρμόζεται σε ηθικές κρίσεις, ούτως ώστε να εκβιαστεί μια τελική συναίνεση (Ανδρουλιδάκης, 1993). Το επιχείρημα αυτό θεωρεί, ότι εάν αλλάξει ο νόμος περί ευθανασίας, εκεί όπου υπάρχει ή παραπλήσιός του, και γίνει αποδεκτή τη συνειδητή απόφαση κάποιου ανθρώπου να τερματίσει τη ζωή του, έστω και υπό ορισμένες προϋποθέσεις, μετά θα είναι αδύνατο να ελεγχθεί η κατάσταση που θα προκύψει (πχ ναζιστικό πρόγραμμα) (Κουρουπάκης, 2010).

5.2.2 Διαθήκες ζωής ή βιολογικές διαθήκες

Οι «διαθήκες ευθανασίας» ή «βιολογικές διαθήκες», είναι γραπτές αποτυπώσεις της βούλησης των διαθετών, σχετικά με τις συνθήκες θανάτου τους, είναι δηλαδή έγγραφα που εκφράζουν τη βούληση τους για το θάνατό τους ή εξουσιοδοτούν τρίτο άτομο αποφασίσει για αυτούς. Έτσι, οι αντίθετοι με την πρακτική της ευθανασίας τονίζουν, ότι με αυτό τον τρόπο απενοχοποιείται το σύστημα φροντίδας υγείας, που με αυτό τον τρόπο εξωθεί τους πολίτες-δυσνητικά ασθενείς, να φροντίσουν για το θάνατό του πριν δημιουργήσουν προβλήματα (Πέρρος, 2005).

5.2.3 Επιχειρήματα θεολογικής φύσεως

Το σημαντικότερο επιχείρημα θεολογικής φύσεως, στηρίζεται στην πίστη και πεποίθηση ότι η ζωή είναι Θείο δώρο. Κατά αυτή την πεποίθηση, ο άνθρωπος είναι δημιούργημα του Θεού και η ζωή δεν ανήκει σε αυτόν, αλλά στα χέρια του δημιουργού που τον έπλασε, «κατ' εικόνα και ομοίωση Θεού» (Stuart et al 1998). Όπως, αναφέρει και ο Θωμάς ο Ακινάτης, η οριοθέτηση της ζωής μας, αλλά και ο καθορισμός του τέλους μας, δεν μπορούν να μας ανήκουν (Prado et al 1999).

6. Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

6.1 Νοσηλευτική και ευθανασία

Οι νοσηλευτές, είναι οι βασικοί και πρωταρχικοί συμπαραστάτες - συνήγοροι των ασθενών και συχνά καλούνται να βρεθούν αντιμέτωποι με το δίλημμα της ευθανασίας, ακόμη δε, να ικανοποιήσουν το αίτημα του ασθενή/συνάνθρωπου για παροχή ευθανασίας. Συχνά, είναι οι σιωπηροί μάρτυρες των ασθενών στο βασανιστικό ταξίδι προς το θάνατο, σε περίπτωση που ο ασθενής βιώνει τα τελικά στάδια μιας ασθένειας. Πολλές φορές καλούνται, να έλθουν σε σύγκρουση με τις ηθικές αρχές και τις αξίες των, με αρχές δεοντολογίας που απαιτούν από τον νοσηλευτικό λειτουργό, να είναι προαγωγός και διασφαλιστής της υγείας και της ευημερίας των πασχόντων. Η στάση και συμπεριφορά των νοσηλευτών, σχετικά με την ευθανασία εντοπίζεται μέσα από την ανασκόπηση, της επιστημονικής βιβλιογραφίας. Αν και η σχετικές δημοσιεύσεις είναι περιορισμένες σε αριθμό εντούτοις τα στοιχεία και πληροφορίες που υπάρχουν παρέχουν σαφείς πληροφορίες σχετικά με το πώς προσεγγίζουν οι νοσηλευτές την έννοια της ευθανασίας. Η υφή της νοσηλευτικής προσέγγισης, εδράζεται στην παρουσία διαφόρων παραγόντων, που ενισχύουν ή αποδυναμώνουν τις στάσεις και τις απόψεις των νοσηλευτών σχετικά με της ευθανασίας, όπως μορφωτικό επίπεδο, θρησκευτικότητα, χώρος εργασίας, ηλικία και φύλο.

Σε ένα σύγχρονο νοσοκομειακό οργανισμό, οι αποφάσεις σχετικά με το δίλημμα της ευθανασίας, αποτελούν ένα από τα σοβαρότερα και δυσκολότερα προς αντιμετώπιση ηθικά διλήμματα. Οι ραγδαίες εξελίξεις στις επιστήμες της υγείας, οδήγησαν στην επιμήκυνση της ζωής των ανθρώπων, αύξησαν το προσδόκιμο επιβίωσης. Όμως, απόρροια αυτής της προόδου ήταν να παρουσιαστούν θέματα που αφορούν την ποιότητα ζωής των ανθρώπων, τα οποία ενέτειναν απόψεις και αντιλήψεις σχετικά με τη διακοπή της ζωής (Behgs et al, 2004).

Η νοσηλευτική, ως επιστήμη της υγείας ασχολούμενη με τον άνθρωπο, δε θα μπορούσε να μην έχει έμπρακτο ρόλο στη διαχείριση της προβληματικής της ευθανασίας (Lanara, 1991). Η νοσηλευτική άσκηση, δημιουργεί ποικιλία ηθικών προβλημάτων, που σχετίζονται με το νοσηλευτικό επάγγελμα ή δημιουργούνται από αυτό. Οι νοσηλευτές, παρουσιάζουν δυσκολίες, ερχόμενοι αντιμέτωποι με διλήμματα στην προσπάθεια τους να πάρουν μια σαφή θέση υπέρ ή κατά της πρακτικής της ευθανασίας. Αυτή η δυσκολία,

έγκειται κυρίως στη πολυπλοκότητα που παρουσιάζει, τόσο ο ορισμός και η κατανόηση του όρου ευθανασία, όσο και οι πολλοί κώδικες και αρχές ηθικής.

Είναι, όμως, απαραίτητο για το κάθε νοσηλευτικό λειτουργό να εκτιμά και να προσδιορίζει τις επιπτώσεις στον άρρωστο, που νοσηλεύει, αν η ενέργειες που προβαίνει πρόκειται να επιφέρουν βλάβη ή αν ο κίνδυνος είναι μεγάλος. Για να μπορέσει ο νοσηλευτής, να αποφασίσει υπεύθυνα χρειάζεται να ενεργήσει κάνοντας την σωστή αξιολόγηση της όλης κατάστασης (Milton, 2005).

Η νοσηλευτική είναι επιστήμη, αλλά και τέχνη, βασίζεται σε σύστημα αξιών με κύριο πυλώνα την ηθική (Sarvimaki, 1988). Οι νοσηλευτικοί λειτουργοί, βρίσκονται κοντά στον πάσχοντα συνάνθρωπο τους, τόσο τοπικά, όσο και χρονικά περισσότερο από τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας υγείας. Έτσι, είναι εμφανές ότι οι αποφάσεις που σχετίζονται με την ευθανασία τους προκαλούν ιδιαίτερο άγχος (Candy, 1991, Ritchardson, 1994). Το νοσηλευτικό προσωπικό, εν αντιθέσει με τους άλλους λειτουργούς υγείας, έχει αμεσότερη επαφή με τους ασθενείς και την οικογένεια τους και είναι καταλληλότερο για να δώσει πληροφορίες για τις πραγματικές τους επιθυμίες, την ψυχολογική των κατάσταση και το ρόλο της οικογένειας (Perkins et al 1990).

Κατά τη λήψη αποφάσεων, σχετικά με θέματα που άπτονται της ηθικής, όπως την προβληματική της ευθανασίας το νοσηλευτικό προσωπικό επηρεάζεται από ποικίλους εξωτερικούς παράγοντες, ήγουν την εκπαίδευση, τις προσωπικές αξίες, το οικονομικό κόστος της διατήρησης ενός ασθενούς σε τελικό στάδιο νόσου, ο φόβος της ποινικής ευθύνης (Perkins et al 1990). Αυτό, βέβαια και να θετικοποιήσει τους αρνητικούς παράγοντες, λόγω της φύσης των ζητημάτων που κινούνται στις παρυφές της ηθικής, η δυσκολία αντιμετώπισης και επίλυσης τέτοιων ζητημάτων θα είναι δύσκολη. Για αυτό πρέπει ο λειτουργός υγείας να είναι κατάλληλα προετοιμασμένος, διότι *«το προλαμβάνειν κάλλιστον του θεραπεύειν»* Ιπποκράτης.

6.2 Απόψεις των Νοσηλευτών για την ευθανασία

Συνολικά επιλέγηκε ένας αριθμός ερευνητικών δεδομένων και ευρημάτων, που έχουν άμεση σχέση με το θέμα που πραγματεύεται η παρούσα εργασία. Οι μελέτες αυτές εκπονήθηκαν τόσο στον ελληνικό χώρο, όσο και στον ευρωπαϊκό και διεθνή χώρο. Μέσα την ανασκόπηση των ερευνητικών μελετών που έχουν γίνει σχετικά με την ευθανασία, παρουσιάζεται πόσο σημαντική είναι αφενός η συμβολή, αφετέρου δε η άποψη των

νοσηλευτών σχετικά με την πρακτική της ευθανασίας. Ακόμη, ποία είναι τα ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα που δύναται να έρθουν αντιμέτωποι, όπως, ποία είναι η προσωπική των ανάμειξη στην εφαρμογή της ευθανασίας. Επίσης, από πορίσματα ερευνών βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές σε παγκόσμια κλίμακα, παρά την εμπλοκή που έχουν με την ευθανασία, λίγα πράγματα είναι γνωστά σχετικά με την κλινική ηθική πραγματικότητα σχετικά με τις απόψεις και στάσεις τους με το ζήτημα της ευθανασίας (Behgs et al 2004).

6.2.1 Θέσεις υπέρ και κατά της ευθανασίας

Το 2010 σε έρευνα των Λιακοπούλου και συν. (2010), που εκπονήθηκε σε 4 γενικά νοσοκομεία της Αττικής με τη χρήση ανώνυμου ερωτηματολογίου. Συμμετείχαν 212 νοσηλευτές η πλειοψηφία (199) των οποίων ήταν γυναίκες.

Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας έδειξαν ότι το 50,9% των συμμετεχόντων θεωρούσε ότι πρέπει να υφίσταται το δικαίωμα στο θάνατο και το 79,7% τασσόταν ενάντια στο δικαίωμα στην ευθανασία. Σε ερώτημα, για το αν εγκρίνουν ή όχι οι έλληνες νοσηλευτές την ευθανασία, ποσοστό 65% τασσόταν εναντίον. Επίσης, στο ερώτημα εάν οι άνθρωποι έχουν το δικαίωμα για τη ζωή και το θάνατο ποσοστό 50.9% απάντησε υπέρ ενώ 49.1% εναντίον. Σε ερώτηση εάν οι άνθρωποι είχαν δικαίωμα στην αυτοκτονία 79,7% απάντησε αρνητικά, ενώ το 20,3% τάχθηκε υπέρ του δικαιώματος και οι παράγοντες που επηρεάζουν, είναι η θρησκεία και το θρησκευτικό συναίσθημα, δηλαδή οι νοσηλευτές επηρεάζονταν από το βαθμό θρησκευτικότητας των. Δηλαδή όσοι δε θρήσκευαν απάντησαν θετικά 88% και οι υπόλοιποι απάντησαν αρνητικά (20,3%). Σε ερώτημα, ποία η στάση των νοσηλευτών σχετικά με τις μορφές ευθανασίας, απάντησαν ενεργητική 84,4%, παθητική 57,5% και στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία 84% (Λιακόπουλος, 2010). Παρατηρήθηκε, ότι στην ερώτηση υπέρ ή κατά της παθητικής ευθανασίας οι νοσηλευτές σε ποσοστό 42,5% απάντησε θετικά Συγκεκριμένα στις ηλικιακές—ομάδες 26-30,36-40,41-45 είναι υπέρ, ενώ οι ηλικίες 20-25 και 31-35 είναι κατά.

Σύμφωνα με την έρευνα των Van Bruchem-van de Scheur et al (2008), που διενεργήθηκε στην Γερμανία, σχετικά με το ρόλο των νοσηλευτών στην ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία, το 45% των ασθενών εξέφρασαν την επιθυμία τους για ευθανασία πρώτα προς στο νοσηλευτικό προσωπικό, που αυτό αποδεικνύει τη σχέση μεταξύ ασθενή- νοσηλευτή και το ρόλο των νοσηλευτών σχετικά με τη λήψη δύσκολων

αποφάσεων. Σε ερώτημα που διερευνούσε την πρόθεση συμμετοχής του νοσηλευτή, ύστερα από αίτημα του ασθενούς και εφόσον το επέτρεπε νόμος να σταματήσει ή όχι τη θεραπεία σε ασθενή τελικού σταδίου το 27,1% τοποθετήθηκε αρνητικά, το 30,6% δεν τοποθετήθηκε και το 42,3% ήταν πρόθυμοι να σταματήσουν τη θεραπεία . Επίσης, το 50,5% τάχθηκε υπέρ της νομικής θεσμοθέτησης της ευθανασίας υπό κάποιες προϋποθέσεις, ενώ ποσοστό 24,4% παραμένει αναποφάσιστο.

Σε έρευνα των Stevens et al. (1994), το 16% των νοσηλευτών τάχθηκε υπέρ της ευθανασίας, αλλά δεν ήθελε να αλλάξει ο νόμος, ώστε να νομοθετηθεί η ευθανασία. Σε έρευνα, επίσης, των Pateralou et al. (2009), το 50% των νοσηλευτών είναι αρνητικό στην παθητική ευθανασία έστω και αν ήταν νομικά κατοχυρωμένοι. Η Γκίκα (1995) αναφέρει ότι οι νοσηλευτές τάσσονται υπέρ της παθητικής ευθανασίας σε ποσοστό 11,8%.

Σε έρευνα των Πριάμη και συν (2001), σχετικά με τις απόψεις νοσηλευτικού προσωπικού για την ευθανασία, στο ερώτημα σχετικά με την πρόθεση του προσωπικού να σταματήσει ή να αρχίσει θεραπευτική αγωγή σε καταληκτικό ασθενή, η πλειοψηφία του δείγματος (59,8%) απάντησε ότι διαφωνεί ή είναι αναποφάσιστο.

Το δείγμα, της εν λόγω μελέτης αποτελείτο από 123 νοσηλευτικούς λειτουργούς εργαζόμενους σε 5 Μ.Ε.Θ και 5 Παθολογικά τμήματα γενικών νοσοκομείων και το ερώτημα ήταν αν θα πρέπει να συναινέσει το προσωπικό σε επιτάχυνση επέλευσης του θανάτου του θανάτου σε βαρέως πάσχοντα με φάρμακα ή άλλως πως. Το 79,2% απάντησε αρνητικά ή ήταν αναποφάσιστο, επίσης στην ίδια έρευνα το 59,8% του δείγματος ήταν αντίθετο στη διακοπή της επιθετικής αγωγής προκειμένου να επισπευτεί ο θάνατος.

6.2.2. Παράγοντες που επηρεάζουν τις στάσεις και απόψεις των νοσηλευτών

Η ερευνητική ανασκόπηση, αναδεικνύει μέσα από τα πορίσματα διαφόρων ερευνών τη διαφορετική άποψη και γνώμη των νοσηλευτικών λειτουργών, που επηρεάζονται από ποικίλους παράγοντες, όπως **μορφωτικό επίπεδο** (Matzo et al. 1997), την **ηλικία και το φύλο** σε έρευνα των Vidalis et al. (1998), η **θρησκευτικότητα** (Κουντουριώτης, 1977), το **εργασιακό περιβάλλον και οι σχέσεις μεταξύ προσωπικού και ασθενών** (Marchette et al. 1993), αφού οι χώροι εργασίας παίζουν σημαντικό ρόλο στην λήψη απόφασης (Kitchener, 1998), δηλαδή διαφορετικά θα απαντήσουν οι νοσηλευτικοί λειτουργοί που εργάζονται σε ογκολογικά τμήματα και διαφορετικά σε άλλα τμήματα (Musgrave et al. 2001). Επίσης η διάθεση του προσωπικού να συμφωνήσει σε διακοπή ή όχι της θεραπείας.

6.2.2.1 Μορφωτικό Επίπεδο: εκπαίδευση/επιμόρφωση

Η Matzo και συν. (1997), διενέργησαν ερευνητική εργασία, που ήταν μια επανάληψη προηγούμενης έρευνας για ιατρούς ογκολογίας. Ως εργαλείο μέτρησης, χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο, που διανεμήθηκε σε 600 νοσηλευτές, μέλη του Oncology Nursing Society σε έξι πόλεις των ΗΠΑ και ανταποκρίθηκαν 441. Από τα αποτελέσματα, διαπιστώθηκε ότι το μορφωτικό επίπεδο παίζει σημαντικό ρόλο με το 44% των ερωτηθέντων να απαντά ότι κατείχε πανεπιστημιακό τίτλο. Ενώ η Γκίκα και συν. (2000), επισημαίνουν ότι σημαντικό λόγο έχει η σχολή αποφοίτησης του νοσηλευτικού προσωπικού.

Οι Fettel και συν (2000), σε μια περιγραφικού τύπου έρευνα που διεξήγαγαν σχετικά με την επιμόρφωση του προσωπικού, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων επιμορφώνονταν μέσω περιοδικών, σεμιναρίων, διαδικτύου και διάφορα εγχειρίδια. Σε ερώτηση εάν η επιμόρφωση του προσωπικού είναι επαρκής στη βασική εκπαίδευση σχετικά με την προετοιμασία τους, οι ερωτώμενοι απάντησαν όχι ιδιαίτερα στους τομείς της αντιμετώπισης πόνου 71%, και στη συμπερίληψη της φροντίδας τελικού σταδίου 62%, αναφέροντας ότι η ανάγκη ενημέρωσης και επιμόρφωσης του προσώπου είναι επιτακτική.

Σε έρευνα των Γιάκης και συν. (2005), που έγινε στην Ελλάδα σε μονάδες Μ.Ε.Θ, διαπιστώθηκε ότι το 27,8% του δείγματος είχε δεχθεί αίτημα ευθανασίας από ασθενείς. Το δείγμα, που χρησιμοποιήθηκε περιελάμβανε 85 μέλη νοσηλευτικού προσωπικού που εργαζόταν στη Μ.Ε.Θ, σε παιδιατρικό, ογκολογικό και ενός γενικού τμήματος. Για τη συλλογή των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο. Το επίπεδο γνώσης των νοσηλευτών, σχετικά με την ευθανασία ήταν αρκετά χαμηλό. Το 44,7% του νοσηλευτικού προσωπικού τάχθηκε υπέρ της ευθανασίας και δήλωσε ότι οι γνώσεις του είναι λίγες ή πολύ λίγες (5,9% και 32,9%, αντίστοιχα). Ως κύρια πηγή πληροφόρησης ήταν τα Μ.Μ.Ε-Περιοδικά 52,9%, από τις βασικές σπουδές 24,7% και από μεταπτυχιακό επίπεδο 22,4%. Σε σχέση με το φύλο, οι άνδρες έχουν περισσότερες θεωρητικές γνώσεις αλλά είναι και πιο θετικοί σχετικά με την νομοθεσία υπέρ της ευθανασίας.

Σε έρευνα των Mystakidou et al. (2008), που διενεργήθηκε σε διάφορα νοσοκομεία της Ελλάδας, σχετικά με την ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία σε ασθενείς με καρκίνο τελικού σταδίου, βρέθηκε ότι 3,6% του δείγματος γνώριζε περιστατικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας στα οποία είτε είχαν συμμετοχή οι ίδιοι οι νοσηλευτές είτε

οι ιατροί, ακόμη ότι ένα 36% των νοσηλευτών είχε συζητήσει το θέμα της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας με ασθενείς.

6.2.2.2 Ηλικία και το φύλο

Στην έρευνα των Λιακοπούλου και συν (2010), διαπιστώθηκε ότι στον παράγοντα φύλο οι άντρες νοσηλευτές τάχθηκαν σε ποσοστό 69,2% υπέρ της ευθανασίας, που ήταν όμως μόνο το 13% του όλου δείγματος, και έτσι χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

Ενώ στην έρευνα των Penn et al. (2009), ένας από τους παράγοντες που αναφέρθηκαν από τους νοσηλευτές ότι έχουν ισχυρή επίδραση στην απόφαση και στη συμπεριφορά τους σχετικά με τη διαδικασία της ευθανασίας είναι και η ηλικία του ασθενούς.

Σε έρευνα των Παπανθίμου και συν (2006), που αναφερόταν στο σύνολο των επαγγελματιών υγείας και χρησιμοποιήθηκε ένα δομημένο ερωτηματολόγιο με προσωπική συνέντευξη και αριθμό ερωτώμενων 100. Βρέθηκε ότι, η πλειοψηφία των ανδρών πιστεύει ότι πρέπει να εφαρμόζεται η ευθανασία και η πλειοψηφία των γυναικών είναι εναντίον της εφαρμογής της ευθανασίας.

6.2.2.3 Θρησκευτικότητα

Η έννοια της θρησκευτικότητας είναι ο παράγων που παρουσιάζει τα θρησκευτικά πιστεύω των νοσηλευτών, τα οποία οριοθετούν τη συμμετοχή ή αποδοχή της πρακτικής της ευθανασίας. Για παράδειγμα, στην Ολλανδία έχουν μια ιδιαίτερη στάση έναντι της ευθανασίας, αφού έχουν και ένα ιδιαίτερο δόγμα είναι αναβαπτιστές, μια ιδιαίτερη προτεσταντική ομολογία που πολεμήθηκε από την καθολική εκκλησία ως αντιβατικανή (Κουντουριώτης, 1977), ενώ στο ελληνικό και κυπριακό χώρο η ορθόδοξη εκκλησία δεν αποδέχεται κανένα τύπο ευθανασίας με την σύγχρονη έννοια της. Η στάση των νοσηλευτών έχει να κάνει με τις διάφορες αξίες και πιστεύω των, με το νομικό καθεστώς που επικρατεί σε μια χώρα.

Στις χώρες που έχει θεσμοθετηθεί επίσημα ευθανασία στην Ολλανδία, Βραζιλία, Ιαπωνία Πολιτεία του Όρεγκον στις ΗΠΑ. Απότοκο αυτού, ένα μεγάλο ποσοστό της κοινής γνώμης των εν λόγω χωρών να συνηγορεί υπέρ της ευθανασίας γεγονός που «συμπαράσύρει» σε ατέρμονες συζητήσεις το νομικό καθεστώς κάθε χώρας (Παπαπετρόπουλος και άλλοι, 1972).

Η Musgrave και συν. (2001), διεξήγαγαν σε ένα πανεπιστημιακό νοσοκομείο του Ισραήλ μια ερευνητική εργασία με θέμα την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Το δείγμα αποτελείτο από 71 νοσηλεύτριες εργαζόμενες σε ογκολογικά και 52 σε μαιευτικά τμήματα. Από τα πορίσματα της έρευνας, διαπιστώθηκε ότι όσο περισσότερο θρήσκες ήταν τόσο λιγότερο αποδέχονταν την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Όμως, παρά την άνω διαπίστωση ποσοστό 48% συμφωνούσε να χορηγηθεί θανατηφόρος ένεση σε περίπτωση βασανιστικού πόνου. Οι Βιδάλης και συν. (1998) σε έρευνα που έκαναν με ένα δείγμα 500 ατόμων, από τους οποίους ζητήθηκε να απαντήσουν ανωνύμως, ποιες είναι οι απόψεις των σχετικά με τις τρεις βασικές μορφές ευθανασίας. Τα αποτελέσματα, έδειξαν ότι οι γυναίκες έχουν πιο έντονο θρησκευτικό συναίσθημα, είναι πιο συντηρητικές σε θέματα που άπτονται παρεμβάσεων στην ανθρώπινη φύση, εν αντίθεση με τους άνδρες, που είναι πιο δεκτικοί σε πιθανές αλλαγές σε αυτό το ζήτημα (Vidalis 1998).

Σε μια έρευνα της Kitchener, (1998), σχετικά με τη θρησκεία και το θρησκευτικό συναίσθημα, που διεξήχθη στην Αυστραλία (Australia Capital Territory) το 1996, που σκοπό είχε τη διερεύνηση των απόψεων των νοσηλευτών για την υποβοηθούμενη εθελοντική ευθανασία. Το εργαλείο μέτρησης της έρευνας, ήταν τυχαίο ερωτηματολόγιο που αποσταλεί ταχυδρομικώς σε 2000 άτομα. Ανταποκρίθηκαν 1218 άτομα, και αποτελέσματα έδειξαν ότι οι νοσηλευτές είτε ήταν χωρίς θρησκευτικό συναίσθημα ή ότι οι πλείστοι υποστηρίζουν την υποβοηθούμενη εθελοντική ευθανασία.

6.2.2.4 Διακοπή Θεραπείας ή μη έναρξη Θεραπείας

Σε έρευνα των Πριάμη και συν. (2001), στο ερώτημα κατά πόσον το προσωπικό είναι διατεθειμένο να μην συνεχίσει επιθετική θεραπευτική αγωγή σε ασθενή τελικού σταδίου, νοουμένου ότι το επέτρεπε ο νόμος και το επιθυμούσε ο ασθενής, έδειξε ότι το 37,7% διαφωνεί, το 22,1% είναι αναποφάσιστοι και το 40,2% συμφωνεί. Ενώ σε έρευνα των Burns et al (2001), στο ερώτημα πόσο ηθικό είναι η απόσυρση ή κατακράτηση υποστηρικτικών μέσων για τη ζωή, έδειξε ότι το 57%, συμφώνησε ότι και τα δύο είναι δεοντολογικά ορθά.

6.2.2.5 Σχέση ασθενή νοσηλευτή: επηρεάζει ο χώρος εργασίας σε αυτή τη σχέση

Η Kichener (1998), στην έρευνά της αναφέρει ότι ίσως το πιο σημαντικό πόρισμα της, είναι η διαφορά αντιμετώπισης της ευθανασίας, η οποία σχετίζεται με την επαφή με καταληκτικούς ασθενείς, αλλά και το χώρο ειδικότητας. Διαπιστώνεται από την έρευνα ότι το προσωπικό που εργαζόταν περισσότερο χρόνο σε τμήματα που έχουν περισσότερη επαφή με ασθενείς τελικού σταδίου, είχαν μικρότερη προτίμηση στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία.

Η Matzo και συνεργάτες (1997), αναφέρουν ότι στα τελευταία στάδια της ζωής κάποιου ατόμου, το νοσηλευτικό προσωπικό είναι αυτό που συνεργάζεται τόσο με τον ασθενή, όσο και την οικογένειά του για αντιμετώπισουν τη όλη κατάσταση. Από αυτή την έρευνα αποδεικνύεται ότι ποσοστό 55,3%, ήταν κατά της ευθανασίας, και το 44,7% εναντίον της ευθανασίας, που ίσως να οφείλεται στην αυξανόμενη τάση στήριξης της ζωής από μηχανήματα στην Μ.Ε.Θ. Παράγοντες που οδήγησαν σε αυτές τις απαντήσεις, ήταν η παρουσία ανίατης νόσου, το επίμονο αίτημα της οικογένειας και η πραγματική ψυχιατρική εξέταση.

Η Asai και συν (2001), διεξήγαγαν έρευνα στην Ιαπωνία που ερευνούσε τις απόψεις ιατρών και νοσοκόμων σχετικά με την εθελοντική ευθανασία και τις συμπεριφορές του επί του θέματος. Αυτοί που συμμετείχαν, εργάζονταν σε μονάδες ανακουφιστικής φροντίδας. Το αποτέλεσμα της έρευνας, ήταν ότι η ηθική σχετικά με την εθελοντική ευθανασία απορρέει σε μεγάλο βαθμό από τις θρησκευτικές απόψεις και πεποιθήσεις των ερωτηθέντων.

7. Διεθνής Πραγματικότητα

Είναι γεγονός, ότι η πρακτική της ευθανασίας, είναι ένα πολυσχιδές και περίπλοκο θέμα. Είναι συνάμα και ένα «μοντέρνο» θέμα, από την άποψη, ότι από τα μέσα του 20^{ου} αιώνα και μετά, άρχισαν με επιφύλαξη να γίνονται οι πρώτες νύξεις σχετικά με την ευθανασία. Είναι ένα ζήτημα εξαιρετικά λεπτό, νευραλγικό, που οι θέσεις υπέρ και κατά είναι τέτοιου βαθμού, που προκαλείται διχασμός στην κοινωνία, για τι είναι το ορθό. Η διάσταση απόψεων ξεκινά από τους ιατρούς και τους νομικούς, μέχρι τους ασθενείς και το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο. Όμως αυτό, που μπορεί να διαπιστώσει κάποιος είναι ότι σε λίγες χώρες υπάρχει ειδική νομοθεσία σχετικά με την ευθανασία. Υπάρχουν περιπτώσεις χωρών, που λόγω έλλειψης νομικού πλαισίου, στρέφονται σε άλλες νομοθεσίες, που υπάρχει κάποια νομική κάλυψη.

7.1 Ολλανδία

Είναι σχεδόν επιβεβλημένο, η αναφορά στο νομικό πλαίσιο που διέπει τα διάφορα κράτη σχετικά με την ευθανασία, να αρχίσει από το μοντέλο που ακολουθείται στην Ολλανδία, αφού είναι η πρώτη χώρα που τέθηκε σε ισχύ νομολογία σχετικά με την αποδοχή της ευθανασίας. Η νομοθεσία στην Ολλανδία, αναγνωρίζει από την 1^η Απριλίου 2002, όταν τέθηκε σε ισχύ ο νόμος περί «τερματισμού της ζωής κατ' απαίτηση του ασθενούς και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία» ο οποίος μετασχημάτισε την προηγούμενη πολιτική ανοχή σε ένα νομικό σύστημα αποδοχής ορισμένων μορφών θεληματικής ενεργητικής ευθανασίας και ιατρικής υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Υπάρχει δε, και οι πεποίθηση πολλών ότι στην χώρα της τουλίπας επικρατεί ένας «πολιτισμός θανάτου» (Werth et al, 2002).

Ο νόμος, που θεσπίστηκε στην Ολλανδία το 2002 προσδιόριζε αρχικά τα αντικειμενικά κριτήρια για την νόμιμη υποβολή του αιτήματος του πάσχοντα, ως προς τον τερματισμό της ζωής του, που την διαπίστωση και τήρησή του αρμόδιος ήταν ο θεράπων ιατρός (Horton, 2001). Τα κριτήρια, που αποτελούν το εν λόγω νόμο είναι: **α)** Το εθελούσιο και ώριμο αίτημα του ασθενούς να πεθάνει, **β)** το ανυπόφορο του βασάνου και η έλλειψη κάθε πιθανότητας βελτίωσης της κατάστασης του, **γ)** η πλήρης ενημέρωση του ασθενή για την κατάστασή του και η περαιτέρω πρόγνωση, **δ)** το κοινό συμπέρασμα του γιατρού και του ασθενούς, ότι δεν υφίσταται άλλη επιλογή ή εναλλακτική λύση και **ε)** η αναγκαία προσφυγή στη γνώμη τρίτου προσώπου/ιατρού, μη σχετιζόμενου με τη συνδρομή των άνω

αναφερομένων κριτηρίων Η εφαρμογή της θα πρέπει να γίνει βάση ενδεδειγμένης ιατρικής φροντίδας και μεθόδου (Κουρουπάκης, 2010).

Το εν λόγω νομοθέτημα, δίνει τη δυνατότητα και σε ασθενή άτομα άνω των 16 ετών να προχωρήσουν σε πρακτικές ευθανασίας, αφού του υποβάλει γραπτή η προφορική δήλωση, (η νομοθεσία αποδέχεται και τα δύο) με την οποία δηλώνει την επιθυμία/απόφασή του. Με αυτή την παραχώρηση, άτομα/ασθενή κάτω των 12 ετών, δύνανται, με την σύμφωνη γνώμη των γονέων τους-στην ηλικία των 16 και άνω αρκεί η δική των γνώμη- με διαπιστωμένα ότι τα κριτήρια συντρέχουν προχωρούν σε πρακτικές ευθανασίας. Επίσης η ανωτέρω νομοθεσία παρέχει τη δυνατότητα και σε πάσχοντες από πνευματικές νόσους, όπως Alzheimer, που όμως απαιτείται μεγάλη επιμέλεια εκ μέρους των θεραπειών ιατρών πριν κάνουν αποδεκτό ένα τέτοιας φύσεως αίτημα (The Netherlands Ministry of Foreign Affairs, 2002).

7.2 ΗΠΑ

Στις ΗΠΑ, σε επίπεδο κράτους δεν έχει γίνει εφαρμογή νομοθεσίας σχετικά με την ευθανασία και δη την υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Όμως, από το 1997 στην πολιτεία του Όρεγκον στις ΗΠΑ οι ψηφοφόροι ενέκριναν, για δεύτερη φορά την πράξη του *Θανάτου με αξιοπρέπεια*, που καθιστούσε την υποβοηθούμενη αυτοκτονία νόμιμη, ενόσω ακολουθούσε κάποιες γραμμές: α) ο ασθενής να ενεργεί με καθαρό μυαλό, β) να του απομένουν λιγότερο από έξι μήνες ζωής, γ) να έχει κάνει παράλληλα γραπτή και προφορική παράκληση δ) να συμφωνούν δυο ιατροί για τις συνθήκες και ε) ο ασθενής δεν έχει κατάθλιψη, αλλά κρίνει ότι πρέπει να πεθάνει (αποκλεισμό αυτοκτονικού ιδεασμού). (Dworkin, 1998).

7.3 Βέλγιο

Το Βέλγιο ακολουθώντας την Ολλανδία, από το Σεπτέμβριο του 2002, ψήφισε το νόμο για την ευθανασία- “The Belgian Act on euthanasia”(Dale 2002), που αφορά στην εκούσια ευθανασία. Οι προσπάθειες για την νομοθετική ρύθμιση της ευθανασίας άρχισαν από την δεκαετία του 1980 (Συμεωνίδου-Καστανίδου 2001). Ο νόμος αυτός είναι συντηρητικότερος από τον Ολλανδικό (Αγγελάκη, 2008). Για να μη διωχθεί ποινικά ο ιατρός που εφαρμόζει ευθανασία, πρέπει να πληρούνται κάποιες προϋποθέσεις, όπως: α) ο ασθενής να είναι ενήλικος, και να είναι με την θέληση του που αποφασίζει, β) ο ιατρός

πρέπει να ενημερώσει πλήρως το άτομο για την κατάστασή του, και γ) ένας δεύτερος ιατρός χωρίς να γνωρίζει τον ασθενή πρέπει να βεβαιώσει το ανίατο της κατάστασής του (Broeckaert, 2001).

7.4 Ελβετία

Στην Ελβετία, νομικά δεν επιτρέπεται η πρακτική της ευθανασίας. Όμως επιτρέπει την τιμωρία κάποιου που *«με εγωιστικά κίνητρα, προκαλέσει ή βοηθήσει την αυτοκτονία άλλου»*, δηλαδή ένα ένας λειτουργός υγείας προβεί σε μια τέτοια ενέργεια δεν θα καταδικαστεί.

Επίσης, η υποβοηθούμενη ευθανασία από ιατρό αυτοκτονία, κατά την οποία ο ιατρός συνταγογραφεί στον ασθενή θανατηφόρο φαρμακευτική δόση, έχει νομιμοποιηθεί από την δεκαετία του 1970 (Συμεωνίδου- Καστανίδου, 2001). Ακόμη στην Ελβετία λειτουργεί η κλινική Ντιγνίτας, η αποκαλούμενη «κλινική ευθανασίας» που αφορά όσους δεν είναι Ελβετοί πολίτες και επιθυμούν να θέσουν τέλος στη ζωή τους (Σπινέλη, 2005).

7.5 Μεγάλη Βρετανία

Η χώρα του Ηνωμένου Βασιλείου, είναι μια από τις ευρωπαϊκές χώρες που υπάρχουν αρκετές και έντονες συζητήσεις σχετικά με το θέμα της ευθανασίας, μαζί με την Γερμανία. Οι συζητήσεις αυτές, σχετίζονται με τη νομιμοποίηση της ευθανασίας, αφού η υποβοηθούμενη ευθανασία, θεωρείται αυτοκτονία. Συγκεκριμένα, νόμος του 1961 (British Suicide Act of, 1961), θεωρούσε ποινικό αδίκημα-καταδίκη μέχρι 14 ετών κάθειρξη, σε περίπτωση που κάποιος συμμετείχε με οιοδήποτε τρόπο στην πρόκληση αυτοκτονίας. Προσπάθειες για την νομιμοποίηση της ευθανασίας, έγιναν από τον Λόρδο Joel Joffe, το νομοσχέδιο αυτό είναι κατατεθειμένο στη βουλή των Λόρδων, και ακόμη δεν έχει εγκριθεί.. Υπήρξαν και δυο περιπτώσεις που πυροδότησαν ακόμη περισσότερο την όλη κατάσταση στην Βρετανία, της Reginal Crew και Dianne Pretty, που σύμφωνα με τον Λόρδο Joel Joffe, δηλούν την ανάγκη να δοθούν περισσότερες επιλογές στους πάσχοντες από ανίατες ασθένειες (Κουρουπάκης, 2010).

7.6 Γερμανία

Από το 1971, δεν υπήρξαν οποιεσδήποτε κυρώσεις για αυτοκτονία ή για υποβοηθούμενη αυτοκτονία, όμως η κατάσταση άλλαξε άρδην πυροδοτώντας έντονες συζητήσεις, όταν η κλινική «Ντιγνίτας» από την Ελβετία αποφάσισε να ιδρύσει παράρτημα στην Γερμανία,

σχετικό με την διαδικασία υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Όπως και στην Βρετανία, έτσι και στην Γερμανία υπάρχουν διαμάχες υπέρ ή κατά της νομιμοποίησης της διαδικασίας της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας (Κουρουπάκης, 2010).

7.7 Γαλλία

Στη Γαλλία, υπάρχει μια έντονη συζήτηση σχετικά με την πιθανή αποδοχή, υπό προϋποθέσεις την διαδικασία ευθανασίας. Όμως, μέχρι στιγμής ισχύουν οι αρχές του Γαλλικού Ποινικού Δικαίου, ήτοι απαγορεύουν την αφαίρεση ζωής και επισύρουν αυστηρές ποινές. Επίσης, ο νόμος τη 19^{ης} Ιουνίου του 1999, αντιμετώπιζε με μια ιδιαίτερη ευαισθησία την περιποίηση/φροντίδα των ατόμων που βίωναν τις τελευταίες των στιγμές. Συγκεκριμένα, ο νόμος είχε ως επιδίωξη τη απάλυνση του πόνου αλλά και την αντιμετώπιση του άλλου πόνου, ήγουν του ψυχικού (Duguet, 2001)

7.8 Καναδάς

Η αντιμετώπιση της διαδικασίας της ευθανασίας στον Καναδά, παρουσιάζει ομοιότητες με τις ΗΠΑ. Σύμφωνα, με τον Καναδικό Ποινικό Κώδικα, σε περίπτωση που κάποιος προκαλέσει το θάνατο άλλου προσώπου, για οποιοδήποτε λόγο, είτε από παράλειψη ή συνειδητή πράξη, θεωρείται ανθρωποκτονία. Η πρώτη καταδίκη λειτουργού υγείας, που διενήργησε ευθανασία ήταν ενός ιατρού το 1996, του Maurice Genaux, ενώ ένα χρόνο αργότερα καταδικάστηκε ένας αγρότης, ο Robert Latimer, που το 1994 θανάτωσε την βαριά παραπληγική κόρη του ηλικίας 12 ετών. Η καταδίκη του ήταν κάθειρξη 10 ετών, για διάπραξη φόνου δευτέρου βαθμού (Καπελιώτης, 2008).

8. Κυπριακή/Ελληνική πραγματικότητα

Στην Κύπρο και την Ελλάδα, δεν υπάρχει ειδική νομοθεσία σχετική με την ευθανασία, ταυτόχρονα όμως, δεν υπάρχουν παρόμοια περιστατικά που παρατηρούνται στην Ευρώπη, την Αμερική.

8.1 Κυπριακή νομοθεσία περί ευθανασίας

Στην Κύπρο το θέμα της ευθανασίας δεν έχει αντιμετωπιστεί από τη νομική σκοπιά, παρά μόνο εμπίπτει σε κάποια άρθρα του ποινικού κώδικα, που ονομάζονται *«Ποινικά αδικήματα εναντίον του προσώπου. Φόνος εκ προμελέτης και ανθρωποκτονία και ποινικά αδικήματα συναφή με το φόνο εκ προμελέτης και αυτοκτονία»* (Κυπριακός Ποινικός Κώδικας 1997).

Στην Κυπριακή νομοθεσία η έννοια της ευθανασίας δεν αναφέρεται σε κανένα νόμο. Στον Ποινικό Κώδικα (άρθρο 203) σχετικά με το φόνο εκ προμελέτης και την ανθρωποκτονία αναφέρεται: κάθε πρόσωπο, το οποίο εκ προμελέτης επιφέρει το θάνατο άλλου προσώπου με παράνομη πράξη ή παράλειψη, είναι ένοχο του κακουργήματος του φόνου εκ προμελέτης. Ενώ στο άρθρο 211, αναφέρει ότι κάποιο πρόσωπο θεωρείται ότι επέφερε θάνατο κάποιου άλλου αν και πράξη του δεν είναι η άμεση ή η μόνη αιτία από την οποία προήλθε ο θάνατος σε οποιοδήποτε από τις ακόλουθες περιπτώσεις:

- i. Αν προξενήσει σε άλλο σωματική βλάβη, η οποία προκαλεί μια χειρουργική ή άλλη θεραπεία που επιφέρει το θάνατο.
- ii. Αν μια πράξη ή παράλειψη επιτάχυνε το θάνατο προσώπου που πάσχει από ασθένεια ή βλάβη ή οποία ανεξάρτητα από τέτοια πράξη ή παράλειψη θα επέφερε το θάνατο (Ποινικός Κώδικας 1997).

Σχετικά με τα ανθρώπινα δικαιώματα το Σύνταγμα της Κυπριακής Δημοκρατίας (Άρθρο 7.2.3), αναφέρει ότι έκαστος έχει το δικαίωμα ζωής και σωματικής ακεραιότητας και ουδείς αποστερείται της ζωής αυτού όπου καταγράφεται *«ποιες περιπτώσεις αποστέρησης της ζωής δε θεωρούνται παράβαση του σχετικού άρθρου»*.

Στην Κύπρο δεν έχει διεξαχθεί ένας διάλογος σχετικά με την ευθανασία, ενός ζητήματος που από τη φύση του είναι πολυσύνθετο και πολυδιάστατο, που επηρεάζει τη νομική, θεολογική, ιατρική και φιλοσοφική επιστήμη. Ο διάλογος αυτός θα αποσκοπεί όχι στην

άμεση επίλυση των προβλημάτων, πράγμα δύσκολο για τα ζητήματα που άπτονται της ηθικής, αλλά στην σωστή και έγκαιρη αντιμετώπισή των.

8.2 Ελληνική πραγματικότητα. Ελληνικό ποινικό δίκαιο

Ο ελληνικός ποινικός κώδικας δεν περιλαμβάνει επακριβώς τον όρο ευθανασία, συγκεκριμένα προβλέπει: *«όποιος αποφάσισε και εκτέλεσε ανθρωποκτονία ύστερα από σπουδαία και επίμονη απαίτηση του θύματος και από οίκτο γι' αυτόν που έπασχε από ανίατη ασθένεια, τιμωρείται με φυλάκιση»* (άρθρο 300 του Ποινικού Κώδικα). Όπως αναφέρθηκε, μπορεί να μην περιλαμβάνεται ο όρος ευθανασία στην ελληνική νομολογία αλλά αντιμετωπίζεται από την πλειοψηφία της ποινικής επιστήμης ως πράξη άδικη. Θεωρείται ως άδικη πράξη αφού με την εφαρμογή της πρακτικής, αποτελεί εγκληματική πράξη (Καράμπελας 1987).

Στον ελληνικό ποινικό κώδικα (Άρθρο 300 ΠΚ), αναφέρονται κάποιες προϋποθέσεις για να αποτελεί ευθανασία μια από τις πράξεις που περιγράφονται στο εν λόγω άρθρο: α) η επίμονη και σοβαρή απαίτηση του παθόντος, β) η ανίατη ασθένεια ή σοβαρή σωματική αναπηρία του παθόντος και γ) ο οίκτος του δράστη προς τον πάσχοντα (Κωνσταντινίδης, 2007). Επίσης ο Ανδρουλιδάκης αναφέρει πως στο ελληνικό ποινικό δίκαιο αναφέρεται ως ευθανασία: *«η σύντμηση της επιθανάτιας αγωνίας ενός επωδύνως θνήσκοντος»* (Ανδρουλιδάκης, 1974).

Η Συμεωνίδου –Καστανίδου (2001) αναφέρει ότι η έννοια της ευθανασίας έχει πάρει ένα ευρύ περιεχόμενο και από ποινική σκοπιά δεν μπορεί να γίνει αξιολόγηση των συμπεριφορών με ένα ενιαίο τρόπο *«Η άποψη ότι η ευθανασία είναι μια τελικά άδική μορφή συμπεριφοράς, ή αντίθετα ότι είναι δικαιολογημένη ή συγνώστη στα πλαίσια του ποινικού δικαίου είναι εσφαλμένη. Με τον όρο ευθανασία καλύπτονται πολλές επιμέρους μορφές συμπεριφοράς στις οποίες αρμόζει διαφορετική ποινική αντιμετώπιση»*.

9. Συμπεράσματα

Η παρούσα μελέτη αποτέλεσε μια προσπάθεια εξέτασης του ζητήματος της ευθανασίας από την σκοπιά της βιοηθικής, αφενός ως ηθικό πρόβλημα και αφετέρου ως διερεύνηση των στάσεων και απόψεων των νοσηλευτών σχετικά με την ευθανασία στο Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας.

Στη μελέτη αυτή χρησιμοποιήθηκε ένα ερευνητικό εργαλείο, που χρησιμοποιήθηκε σε παρόμοια ερευνητική εργασία στην Ελλάδα. Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε σε ένα μέρος του νοσηλευτικού προσωπικού και σύμφωνα με τα αποτελέσματα το νοσηλευτικό προσωπικό σε ένα μεγάλο ποσοστό είναι θετικά προσκείμενο προς την ευθανασία.

Το κυρίαρχο προφίλ της παρούσας μελέτης είναι ότι υπερισχύουν οι γυναίκες νοσηλεύτριες 80%, εν αντιθέσει με τους άνδρες 26,1%. Επίσης η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ήταν κάτοχοι πτυχίου 89%, ενώ το ποσοστό των κατόχων μεταπτυχιακού ήταν 10.4%, ενώ επτά στους δέκα ερωτηθέντες ήταν νοσηλευτικοί λειτουργοί (73%) και δυο στους δέκα ήταν Προϊστάμενοι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί (1,8%).

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, αναφύεται το συμπέρασμα ότι η προβληματική της ευθανασίας είναι ένα ζήτημα, που απασχολεί την ανθρώπινη κοινωνία από τα αρχαία χρόνια. Όμως, τα ηθικά διλήμματα που παρουσιάζονται κατά τον προηγούμενο αιώνα, και ειδικώς στα τέλη και αρχές του 21^{ου} δύσκολα επιλύονται και αντιμετωπίζονται. Είναι τέτοιας υφής, που με την ραγδαία εξέλιξη των επιστημών της ζωής, χρήζουν της δέουσας σοβαρότητας.

Τα κύρια συμπεράσματα που απορρέουν, είναι ότι η ευθανασία είναι ένα ζήτημα που ξεπερνά την εμβέλεια δράσης και παρέμβασης ενός και μόνο επιστημονικού πεδίου. Αφορά την νομική, την ιατρική και φιλοσοφική επιστήμη, τη θεολογία την κοινωνιολογία και την πολιτική. Με όλο αυτό το φάσμα επιστημών, μήπως χρειάζεται να γίνει ένας επανακαθορισμός της έννοιας της ευθανασίας;

Τα αποτελέσματα της μελέτης μπορούν να αποτελέσουν την βάση για περαιτέρω διερεύνηση και εξέταση του ζητήματος της ευθανασίας σε Παγκύπρια κλίμακα. Ακόμη, αυτή η διερεύνηση να γίνει ξεχωριστά και εξειδικευμένα σε ειδικές μονάδες όπως Μ.Ε.Θ και Ογκολογικά τμήματα, αλλά και σε άλλα τμήματα εξετάζοντας συνολικά όλους τους παράγοντες που επηρεάζουν την ευθανασία, διότι «οι καιροί ου μενετοί».

Κεφάλαιο Τρίτο- Μεθοδολογία

3.1 Σκοπός

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι η εξέταση του ζητήματος της ευθανασίας από τη σκοπιά της βιοηθικής, ως ηθικό πρόβλημα. Το πρόβλημα, της ευθανασίας είναι και θα παραμείνει, ένα ζήτημα εξαιρετικά πολυδιάστατο και πολύπλοκο.

Επιπρόσθετα, η εργασία προσδοκεί να εντοπίσει τη συμπεριφορά και τα κενά γνώσεων που επηρεάζουν τη συμπεριφορά του νοσηλευτή, αλλά και την ύπαρξη ηθικών ζητημάτων/διλημμάτων και δη αυτών που σχετίζονται με το τέλος της ζωής. Επίσης οι επί μέρους στόχοι της έρευνας είναι η διερεύνηση:

- i. Των στάσεων και των απόψεων των νοσηλευτικών λειτουργών σχετικά με θέματα που άπτονται της ηθικής και της ευθανασίας,
- ii. των καταστάσεων μέσω των οποίων επηρεάζονται οι νοσηλευτές,
- iii. της ηθικής διαπαιδαγώγησης που διακατέχει τους νοσηλευτικούς λειτουργούς στην αντιμετώπιση ηθικών διλημμάτων και ηθικών συγκρούσεων
- iv. τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των λειτουργών υγείας, δηλαδή πώς αυτά επηρεάζουν τις στάσεις και τις απόψεις των επί του θέματος.

3.2 Ερευνητικά ερωτήματα

Όπως αναφέρθη η ευθανασία είναι ένα πολυδιάστατο και πολυδιάστατο ζήτημα για ιατρική ηθική και τη βιοηθική, τη νομική και θεολογική επιστήμη, αλλά και τη φιλοσοφία. Από αυτή την πολυδιάστατη οπτική προκύπτουν διάφορα ερωτήματα. Τα βασικότερα των οποίων είναι:

- I. Ποία η εμπλοκή του νοσηλευτή στη διενέργεια ευθανασίας και σε ποιο βαθμό φθάνει η αυτονομία του;
- II. Είναι εις γνώση του τι είναι ευθανασία, γνωρίζει τη διαφορά μεταξύ ενεργητικής και παθητικής ευθανασίας;
- III. Υπάρχει εναλλακτική αντιμετώπιση του βασανιστικού θανάτου;

3.3 Σχεδιασμός

Για τη συλλογή και οργάνωση των εμπειρικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η περιγραφική προσέγγιση, που αποσκοπεί, τόσο στην καταγραφή όσο και την περιγραφή φαινομένων. Η έρευνα, πραγματοποιήθηκε τον Μάρτιο του 2013 σε νοσηλευτικούς λειτουργούς του Γενικού Νοσοκομείου Λάρνακας. Περιελάμβανε ένα ερωτηματολόγιο διερεύνησης των στάσεων και απόψεων των νοσηλευτών για την ευθανασία.

3.4 Πληθυσμός –Δείγμα

Ο πληθυσμό-δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν νοσηλευτικοί λειτουργοί που εργάζονται στο Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας κατά την χρονική περίοδο που διεξάγεται η έρευνα (Μάρτιος 2013), όπου δόθηκαν τα ερωτηματολόγια. Ο αριθμός των ερωτηματολογίων που μοιράστηκαν ήταν 120 και επιστράφηκαν 115 συμπληρωμένα ερωτηματολόγια, τα οποία αποτέλεσαν το τελικό δείγμα της έρευνας.

3.5 Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν από το συντονιστή της έρευνας στο νοσηλευτικό προσωπικό των τμημάτων του Γενικού Νοσοκομείου Λάρνακας μέσα σε φάκελο για τη διασφάλιση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων, αφού έλαβαν γνώση η Νοσηλευτική Διεύθυνση του Νοσοκομείου Λάρνακας και οι υπεύθυνοι των τμημάτων σχετικά με το σκοπό της έρευνας. Το ερευνητικό υλικό φυλαγμένο σε φάκελο ασφαλείας τοποθετήθηκε σε χώρο που ήταν ελεγχόμενο από το προσωπικό (γραφείο προσωπικού) ώστε να μπορεί να διασφαλιστεί η ακεραιότητά του. Τα ερωτηματολόγια κατά την επιστροφή τους παραλαμβάνονταν κλειστά στο φάκελο.

Βάσει της διαμόρφωσης του ερωτηματολογίου αλλά και της υφής του υπό μελέτη θέματος, χρειάζονταν κάποιες σημαντικές επεξηγήσεις. Θεωρήθηκε σημαντικό να ενημερωθούν οι ερωτηθέντες σχετικά με την διατήρηση της ανωνυμίας τους, την εμπιστευτικότητα των απαντήσεων και τη χρήση τους μόνο για στατιστικούς σκοπούς καθώς και την προαιρετική συμμετοχή τους.

3.6 Ποσοτική Μεθοδολογία

3.6.1 Περιγραφή ερευνητικού εργαλείου

Η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε είναι η συλλογή στοιχείων από την επίδοση ενός ανώνυμου ερωτηματολογίου, που διερευνά τις στάσεις και τις απόψεις των νοσηλευτών στο Νοσοκομείο Λάρνακας, και απαρτίζεται από τα δημογραφικά στοιχεία και τα ερωτήματα σχετικά με την ευθανασία. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε αποτελείται από 30 δηλώσεις, αποτελεί συνδυασμό των ερωτηματολογίων του Κουρουπάκη (2009) και των Μπιτζαράκη και συν. (2008).

Το ερευνητικό εργαλείο αρχίζει με την καταγραφή κάποιων δημογραφικών χαρακτηριστικών του πληθυσμού που συμμετέχει στην έρευνα όπως: το φύλο, την ηλικία, την επαγγελματική ιδιότητα, την επαγγελματική ιεράρχησή τους, το μορφωτικό επίπεδο, τα συνολικά έτη στην υπηρεσία και τα χρόνια υπηρεσίας στο τμήμα που εργάζονται, τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο, αλλά και την προηγούμενη εμπειρία σχετικά με την πρακτική της ευθανασίας.

Μετά παρατίθενται χρήσιμοι ορισμοί σχετικά με την κατανόηση της έννοιας της ευθανασίας. Ακολούθως, παρατίθεται το ερωτηματολόγιο που αποτελείται από 30 ερωτήματα εκ των οποίων τα πρώτα 29 είναι ερωτήματα που απαντώνται επιλέγοντας μια από τις πέντε επιλογές. Η βαθμολόγηση των πρώτων 29 ερωτημάτων γίνεται στη βάση της κλίμακας Likert με διαβάθμιση από το 1= συμφωνώ απόλυτα έως το 5= διαφωνώ απόλυτα, ενώ του τελευταίου ερωτήματος πάλι με βάση την κλίμακα Likert με διαβάθμιση από το 1= πάρα πολύ σημαντικό έως το 5=καθόλου σημαντικό. Ενώ η βαθμολόγηση του τριακοστού ερωτήματος, γίνεται πάλι με την κλίμακα Likert. Η διαβάθμισή της είναι 1= Καθόλου σημαντικό, 2= Λίγο σημαντικό, 3= Σημαντικό, 4= Πόλυ σημαντικό, 5= Πάρα Πολύ Σημαντικό.

Έχει γίνει pre-test με σκοπό τη διευκρίνιση τυχόν ασαφειών και παραλείψεων στο εν λόγω εργαλείο (μοιράστηκε σε 10 νοσηλευτικούς λειτουργούς, 3 άνδρες και 7 γυναίκες). Απότοκο αυτού ήταν να γίνουν μικρές αλλαγές που δεν διαφοροποιούν την όλη οπτική του ερωτηματολογίου, τουναντίον βοηθούν τους ερωτώμενους. Το ερευνητικό εργαλείο παρατίθεται στα παραρτήματα.

3.6.1.2 Διαχωρισμός ερωτημάτων

Τα πρώτα 29 πρώτα ερωτήματα ομαδοποιήθηκαν σε πέντε άλλα ερωτήματα/μεταβλητές. Αυτή η ομαδοποίηση είναι: 1,2,3,6,19,20,21,22,25,26,28,29 **ευθανασία**, 4,5,10,16,17 με τη **φροντίδα**, 7,8,9,27 με την **παρηγορητική φροντίδα**, 11,12,18 με τα **δικαιώματα** και 13,14,15,23,24 με τη **φαρμακευτική αγωγή**.

3.6.2 Αξιοπιστία και εγκυρότητα

Σημαντικός παράγοντας για κάθε ερευνητικό εργαλείο και την εξασφάλιση έγκυρων αποτελεσμάτων είναι να μπορεί να αποδεικνύει τη στατιστική του αξιοπιστία και εγκυρότητα. Το εν λόγω εργαλείο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε σε έρευνα σχετικά με την ευθανασία, του οποίου η άδεια χρήσης επισυνάπτεται στο παράρτημα. Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου, έχει μετρηθεί και αποδειχτεί από το δημιουργό του ερωτηματολογίου, τόσο με παραγοντική ανάλυση, όσο και με τη μέθοδο «δοκιμασία-επιδοκιμασία» (Κουρουπάκης, 2010).

Στην παρούσα ερευνητική εργασία ο συντελεστής **Cronbach's Alpha** που ανευρέθηκε παρουσιάζεται παρακάτω:

Διάσταση	Cronbach's Alpha
Ευθανασία	0.753
Φροντίδα	0.826
Παρηγορητική Φροντίδα	0.791
Δικαιώματα	0.724
Φαρμακευτική Αγωγή	0.860

3.6.3 Διαδικασία

Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν από το συντονιστή της έρευνας στο νοσηλευτικό προσωπικό των τμημάτων του Γενικού Νοσοκομείου Λάρνακας μέσα σε φάκελο για τη διασφάλιση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων, αφού έλαβαν γνώση η Νοσηλευτική Διεύθυνση του Νοσοκομείου Λάρνακας και οι υπεύθυνοι των τμημάτων σχετικά με το σκοπό της έρευνας. Το ερευνητικό υλικό, φυλαγμένο σε φάκελο ασφαλείας τοποθετήθηκε σε χώρο που ήταν ελεγχόμενο από το προσωπικό

(γραφείο προσωπικού), ώστε να μπορεί να διασφαλιστεί η ακεραιότητά του. Τα ερωτηματολόγια κατά την επιστροφή τους παραλαμβάνονταν κλειστά στο φάκελο.

Βάσει της διαμόρφωσης του ερωτηματολογίου αλλά και της υφής του υπό μελέτη θέματος, χρειάζονταν κάποιες σημαντικές επεξηγήσεις. Θεωρήθηκε σημαντικό να ενημερωθούν οι ερωτηθέντες σχετικά με την διατήρηση της ανωνυμίας τους, την εμπιστευτικότητα των απαντήσεων και τη χρήση τους μόνο για στατιστικούς σκοπούς καθώς και την προαιρετική συμμετοχή τους.

3.6.4 Πιλοτική Μελέτη

Παρότι το ερωτηματολόγιο είχε χρησιμοποιηθεί σε παρόμοια έρευνα στην Ελλάδα Κουρουπάκης (2009), κρίθηκε απαραίτητη η πραγματοποίηση πιλοτικής μελέτης.

Η πιλοτική μελέτη έγινε με τυχαίο δείγμα 10 ατόμων μεταξύ των νοσηλευτών του Γενικού Νοσοκομείου Λάρνακας (Φεβρουάριο 2013) και αποτελείτο από 7 γυναίκες και 3 άνδρες. Οι προτάσεις των συμμετεχόντων στην πιο πάνω διαδικασία ενσωματώθηκαν στην τελική μορφή του ερωτηματολογίου, το οποίο χρησιμοποιήθηκε στην μελέτη

3.6.5 Ηθική και Δεοντολογία

Ιδιαίτερη προσοχή δόθηκε στην τήρηση των αρχών ηθικής και δεοντολογίας, που διέπουν τις κλινικές έρευνες, αλλά και την τήρηση της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας των προσωπικών δεδομένων. Για αυτό το σκοπό, μετά από αίτημα, ζητήθηκε και δόθηκε η αδειοδότηση από το Γραφείο Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού χαρακτήρα. Επιπρόσθετα, η έρευνα εγκρίθηκε από την Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας. Η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου, κατόπιν σχετικής αιτήσεως, γνωμοδότησε ότι η παρούσα ερευνητική εργασία, δεν εμπίπτει στην αρμοδιότητά της. Οι επιστολές έγκρισης της διεξαγωγής της έρευνας παρατίθενται στο χώρο των παραρτημάτων της παρούσας εργασίας (Παράρτημα ΙΙΙ).

3.6.7 Ανάλυση Αποτελεσμάτων

Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων, έγινε κωδικοποίηση όλων των απαντήσεων και στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε η εισαγωγή τους στον ηλεκτρονικό υπολογιστή προκειμένου να επιτευχθεί η στατιστική τους επεξεργασία με τη βοήθεια του στατιστικού προγράμματος SPSS v20.

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας σε περιγραφικό επίπεδο περιλαμβάνει: πίνακες κατανομής συχνοτήτων των απαντήσεων των ερωτηθέντων όταν οι μεταβλητές είναι ονομαστικές και μέσους όρους (τυπική απόκλισης) όταν οι μεταβλητές είναι συνεχείς. Για την ανάλυση παραγόντων του ερωτηματολογίου δημιουργήθηκαν νέες μεταβλητές από την πρόσθεση των επιμέρους ερωτήσεων του κάθε παράγοντα. Επιπλέον, τυχόν διαφορές μελετήθηκαν με παραμετρικά τεστ προκειμένου να ελεγχθεί η ύπαρξη ή μη σχέσεων μεταξύ των διάφορων απαντήσεων των υποκειμένων με βάση τα ατομικά τους χαρακτηριστικά και τα δημογραφικά στοιχεία. Εφαρμόστηκε για ανεξάρτητες μεταβλητές με δύο παραμέτρους το τεστ Κριτήριο t και για ανεξάρτητες μεταβλητές πέραν των δυο παραμέτρων, η Ανάλυση Διασποράς μονής κατεύθυνσης (one-way ANOVA). Στις περιπτώσεις που συγκρίνονταν περισσότερα από δυο ανεξάρτητα δείγματα και αναγνωριζόταν στατιστικά σημαντική επίδραση της ανεξάρτητης τιμής στην εξαρτημένη, εφαρμόστηκαν εκ των υστέρων κατά ζεύγη συγκρίσεις (post hoc).

Σε όλες τις περιπτώσεις των στατιστικών ελέγχων χρησιμοποιήθηκε ως ελάχιστο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας το $\alpha=0.05$, το οποίο έχει καθιερωθεί στο χώρο των ιατρικών και κοινωνικών επιστημών και το p value στρογγυλοποιήθηκε στα 3 δεκαδικά.

Κεφάλαιο Τέταρτο –Αποτελέσματα

4.1 Παρουσίαση αποτελεσμάτων

Ο αριθμός των ερωτηματολογίων της έρευνας είναι 120.Επιστράφηκαν 115 ερωτηματολόγια. Το δείγμα αποτελείται από 30 άνδρες και 85 γυναίκες.

4.2 Δημογραφικά Στοιχεία

Πίνακας 1.

Κατανομή με βάση το φύλο

Μεταβλητή	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Φύλο		
<i>Άνδρας</i>	30	26,1
<i>Γυναίκα</i>	85	73,9

Η πλειοψηφία των νοσηλευτικών λειτουργών, που συμμετείχε στην έρευνα ήταν γυναίκες 73,9%, ενώ οι άνδρες 26,1%.

Πίνακας 2.

Κατανομή με βάση το επίπεδο σπουδών

Επίπεδο σπουδών		
<i>Πτυχίο</i>	102	88,7
<i>Μεταπτυχιακό</i>	12	10,4
<i>Άλλο</i>	1	0,9

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ήταν κάτοχοι πτυχίου 89%, ενώ το ποσοστό των κατόχων μεταπτυχιακού ήταν 10,4%.

Πίνακας 3

Κατανομή με βάση την οικογενειακή κατάσταση

Οικογενειακή Κατάσταση		
Έγγαμος	85	73,9
Άγαμος	17	14,8
Διαζευγμένος/ Χήρος	13	11,3

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα σε ποσοστό 74% ήταν έγγαμοι, ενώ σε ποσοστό 15% ήταν άγαμοι και 11,3% διαζευγμένοι/χήροι.

Πίνακας 4

Κατανομή με βάση το τμήμα εργασίας

Τμήμα που εργάζεστε τώρα		
Μονάδα Εντατικής Θεραπείας	9	7,8
Παθολογικό	13	11,3
Νεφρολογικό	10	8,7
Γρηγόριος	5	4,3
Ορθοπαιδικό	14	12,2
Χειρουργικό	17	14,8
Παιδιατρικό	9	7,8
Μαιευτήριο	7	6,1
Χειρουργείο	5	4,3
Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών	8	7,0
Εξωτερικά Ιατρεία	10	8,7
Νοσηλευτική Διοίκηση	2	1,7
Ανεξάρτητα Τμήματα	3	2,6
Αντιναυμικό	3	2,6

Η πλειοψηφία των νοσηλευτικών λειτουργιών που συμμετείχαν στην έρευνα εργάζονται στα μεγάλα χειρουργικά τμήματα χειρουργικό 15% και ορθοπεδικό

12,2%, ενώ το μικρότερο ποσοστό στη νοσηλευτική διοίκηση και στο αντιαναιμικό και ανεξάρτητα τμήματα 1,7% και 2,6% αντίστοιχα.

Πίνακας 5

Κατανομή με βάση τη θέση που κατέχει ο λειτουργός

Θέση που κατέχει ο Λειτουργός		
<i>Νοσηλευτικός Λειτουργός</i>	84	73,0
<i>Ανώτερος Νοσηλευτικός Λειτουργός</i>	21	18,3
<i>Πρώτος Νοσηλευτικός Λειτουργός</i>	8	7,0
<i>Προϊστάμενη Νοσηλευτική Λειτουργός</i>	2	1,7

Επτά στους δέκα ερωτηθέντες ήταν νοσηλευτικοί λειτουργοί (73%) και δυο στους δέκα ήταν Προϊστάμενοι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί (1,8%).

Πίνακας 6

Κατανομή με βάση την προηγούμενη εμπειρία

Προηγούμενη εμπειρία σε σεμινάρια/μελέτες για την ευθανασία.		
<i>Ναι</i>	39	33,9
<i>Όχι</i>	76	66,1

Δυο στους τρεις νοσηλευτές δεν είχαν προηγούμενη εμπειρία με την ευθανασία.

Πίνακας 7

Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά

Μεταβλητή	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Διάμεσος
<i>Ηλικία</i>	36,77	8,643	36,00
<i>Αριθμός παιδιών</i>	2,11	,945	2,00
<i>Έτη εμπειρίας</i>	14,65	8,648	13,00

στη Νοσηλευτική			
Έτη εμπειρίας στο τμήμα που εργάζεστε	4,82	4,003	3,00
Αν ναι, σε πόσα λάβατε μέρος (Προηγούμενη εμπειρία σε σεμινάρια για την ευθανασία)	1,47	,621	1,00

Οι συμμετεχόντων στην ερευνητική εργασία παρουσίασαν μέσο όρο ηλικίας τα 37 έτη (Μ. Ο 37,) με μέγιστη τιμή τα 60 έτη και ελάχιστη τα 23 έτη, ενώ τα έτη εμπειρίας στη νοσηλευτική παρουσίασαν (Μ.Ο 15) με μέγιστη τιμή 20 έτη και ελάχιστη 1 έτος.

4.3 Ποσοστιαίες κατανομές των ερωτημάτων

Πίνακας 8

Ποσοστιαία κατανομή της διάστασης της ευθανασίας

Ερώτηση	Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Ποσοστό							
1	3.5	16.5	26.1	31.3	22.6	3.53	1.12
2	20.0	38.3	19.1	17.4	5.2	2.50	1.15
3	0.0	13.0	13.0	27.0	47.0	4.08	1.06
6	5.2	33.9	29.6	20.9	10.4	2.97	1.09
19	13.9	37.4	30.4	16.5	1.7	2.55	0.98
20	7.0	22.6	34.8	27.0	8.7	3.08	1.06
21	7.0	27.0	19.1	33.9	13.0	3.19	1.18
22	13.9	53.9	18.3	12.2	1.7	2.34	0.93
25	11.3	31.3	22.6	20.0	14.8	2.96	1.25
26	1.7	4.3	21.7	28.7	43.5	4.08	0.99
28	19.1	53.9	19.1	5.2	2.6	2.18	0.89
29	3.5	37.4	33.9	14.8	10.4	2.91	1.04

Στο **1^ο ερώτημα:** *Η Ευθανασία είναι μια πράξη που πρέπει να επιδιώκει ο άνθρωπος οι απαντήσεις είναι μοιρασμένες μεταξύ του ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ, διαφωνώ και διαφωνώ απόλυτα, που δείχνει ότι οι νοσηλευτές δεν αποδέχονται ότι ο άνθρωπος πρέπει να επιδιώκει την ευθανασία, με την σημερινή της έννοια. Ακολούθως στο **2^ο Ερώτημα:** *Η απόφαση για διενέργεια ευθανασίας σε περίπτωση ανίατης ασθένειας πρέπει να είναι μόνο του ασθενή, η πλειοψηφία των απαντήσεων είναι συμφωνώ απόλυτα 20% και συμφωνώ 38,3%, που δηλώνει την αυτονομία του ασθενή σε τέτοιου βαθμού διλήμματα. Επίσης στο **3^ο Ερώτημα:** *Ο ιατρός μπορεί να εφαρμόσει υπό ορισμένες προϋποθέσεις ευθανασία χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενούς. Η πλειοψηφία των ερωτώμενων διαφωνεί στην εφαρμογή ευθανασίας χωρίς την συγκατάθεση του ασθενή.***

Ενώ στο **6^ο ερώτημα:** *Πρέπει να εφαρμοστεί η απόσυρση των μηχανημάτων υποστήριξης από ανίατες περιπτώσεις βαρύτατα ασθενών και ασθενών τελικού σταδίου (παθητική ευθανασία). Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων συμφωνεί (34%) με την απόσυρση μηχανημάτων, αλλά ένα εξίσου αρκετά μεγάλο ποσοστό (30%) ούτε συμφωνεί, ούτε διαφωνεί. Ακολούθως στο **19^ο ερώτημα:** *Σε κάθε περίπτωση, ο θεράπων γιατρός πρέπει να διατηρεί τον ασθενή του στη ζωή, ακόμα κι αν ο ίδιος ο ασθενής επιθυμεί να επισπεύσει το θάνατό του. Η πλειοψηφία των απαντήσεων είναι συμφωνώ 37,4% και ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ 30,4%. Ακολούθως, στο **20^ο ερώτημα:** *Ο ιατρός που εφαρμόζει ιατρικά υποβοηθούμενη ευθανασία σε περιπτώσεις που οι ασθενείς είναι τελικού σταδίου, πράττει προς το συμφέρον τους. Η πλειοψηφία του προσωπικού δηλώνει ότι ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί (35%) αλλά και ένα σεβαστό ποσοστό διαφωνεί (27%).***

Στο **21^ο ερώτημα:** *Η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία για ασθενείς τελικού σταδίου πρέπει να επιτραπεί στη χώρα μας. Η πλειοψηφία των νοσηλευτικών λειτουργιών διαφωνεί με νομική κατοχύρωση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Ενώ στο **22^ο ερώτημα:** *Ένας ασθενής τελικού σταδίου πρέπει δια νόμου να επιτρέπει στον γιατρό να του χορηγήσει αναλγητικά για την ανακούφιση του από τον πόνο, των οποίων μια πιθανή συνέπεια μπορεί να είναι ο θάνατος του. Η πλειοψηφία σε μεγάλο ποσοστό των ερωτώμενων συμφωνεί με την νομική κατοχύρωση σχετικά με τα φάρμακα σε αρρώστους τελικού σταδίου. Ακολούθως στο **25^ο ερώτημα:** *Αν βρισκόμουν σε κατάσταση που χαρακτηριζόταν από απώλεια των λειτουργικών μου ικανοτήτων, θα ήθελα να έχω την επιλογή της ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων συμφωνεί (31,3%), αλλά, σε ελαφρώς μικρότερα ποσοστά 22,6% ούτε διαφωνούν, ούτε συμφωνούν, ως επίσης διαφωνούν 20% με αυτή την πρακτική.***

Στο **26^ο ερώτημα:** *Αν ένας ασθενής μου ζητούσε εξαιτίας της απώλειας των λειτουργικών του ικανοτήτων να τον βοηθήσω, ως νοσηλεύτης, να θέσει τέλος στη ζωή του, θα το έκανα.* Η μεγάλη πλειοψηφία των νοσηλευτών διαφωνεί απόλυτα. Ενώ στο **28^ο ερώτημα:** *Αν ο ίδιος ήμουν σε κατάσταση που χαρακτηριζόταν από οξύτατο πόνο που δεν μπορούσε να ελεγχθεί διαφορετικά, θα επιθυμούσα τη χορήγηση αναλγητικών ακόμα κι αν υπάρχουν κίνδυνοι για τη ζωή μου.* Η πλειοψηφία των νοσηλευτών συμφωνεί με αυτό το ερώτημα. Τέλος, στο **29^ο ερώτημα:** *Αν ασθενής μου υπέφερε από οξύτατο πόνο, που δεν μπορούσε να ελεγχθεί διαφορετικά, θα του χορηγούσα, ως νοσηλεύτης, αναλγητικά για να τον ανακουφίσω, ακόμα κι αν αυτά θα προκαλούσαν το θάνατό του.* Η πλειοψηφία του δείγματος διαφωνεί σχετικά με την ανακούφιση του πόνου με φάρμακα διπλής δράσης, όταν σχετίζονται με τον ασθενή, με μικρή διαφορά, δηλώνει ότι ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί.

Πίνακας 9

Ποσοστιαία κατανομή της διάστασης της φροντίδας

Ερώτηση	Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
4	2.6	21.7	33.0	26.1	16.5	3.32	1.07
5	14.8	39.1	19.1	24.3	2.6	2.61	1.09
10	13.9	58.3	18.3	7.8	1.7	2.25	0.86
16	20.9	40.9	15.7	16.5	6.1	2.46	1.17
17	5.2	22.6	23.5	28.7	20.0	3.36	1.19

Στο **4^ο ερώτημα :** *Σε περιπτώσεις εγκεφαλικής βλάβης είναι σκόπιμο να αποσυνδεθεί από τα μηχανήματα υποστήριξης ένας ασθενής και να αφηθεί να καταλήξει.* Η πλειοψηφία των απαντήσεων ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί με την αποσύνδεση από τα μηχανήματα, με μοιρασμένες απαντήσεις στο συμφωνώ και διαφωνώ. Ακολούθως στο **5^ο ερώτημα:** *Σε περίπτωση απόφασης για την απόσυρση της ιατρικής υποστήριξης από έναν ασθενή που δεν έχει ελπίδες ανάνηψης, παίζει μεγαλύτερο ρόλο για την απόφαση αυτή το νεαρό της ηλικίας του.* Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων συμφωνεί το σημαντικό ρόλο που παίζει η ηλικία του ασθενή στις διάφορες παρεμβάσεις, που έχουν να κάνουν με το τέλος τη ζωής. Ενώ στο **10^ο ερώτημα:** *Σε περίπτωση άρνησης της ιατρικής υποστήριξης για ασθενείς σε κωματώδη*

κατάσταση, αυξάνονται οι κίνδυνοι για τη ζωή. Η πλειοψηφία του δείγματος συμφωνεί, με τη θέση ότι χωρίς ιατρική υποστήριξη ο κίνδυνος που ελλοχεύει είναι μεγαλύτερος.

Επίσης στο **16^ο ερώτημα:** *Η παροχή βοήθειας από νοσηλεύτη ώστε να προκληθεί θάνατος ασθενούς τελικού σταδίου δε συμβαδίζει με την υποχρέωσή του να φροντίζει τον συγκεκριμένο ασθενή.* Η πλειοψηφία συμφωνεί με τη θέση ότι ο νοσηλευτής δεν πρέπει να συμμετέχει στη προσπάθεια προκλήσεως θανάτου ασθενούς που βρίσκεται σε τελικό στάδιο. Τέλος στο **17^ο ερώτημα:** *Οι νοσηλευτές που συμμετέχουν σε εφαρμογή ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας σε ασθενείς τελικού σταδίου, δεν πρέπει να διώκονται ποινικά.* Η πλειοψηφία, σε μικρό ποσοστό διαφωνεί, με τη μη δίωξη των νοσηλευτών, αλλά μια σχετική ισοβαθμία συμφωνεί και ούτε συμφωνεί, ούτε διαφωνεί με αυτό.

Πίνακας 10

Ποσοστιαία κατανομή της διάστασης της παρηγορητικής φροντίδας

Ερώτηση	Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
7	52.2	44.3	1.7	.9	.9	1.54	.67
8	13.9	45.2	14.8	24.3	1.7	2.55	1.06
9	36.5	57.4	4.3	.9	.9	1.72	.67
27	8.7	50.4	27.8	10.4	2.6	2.48	.89

Στο **7^ο ερώτημα:** *Η παρηγορητική φροντίδα είναι αναγκαία για τους ασθενείς τελικού σταδίου.* Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων συμφωνεί απόλυτα ή συμφωνεί, σχετικά με την παρηγορητική φροντίδα. Ενώ στο **8^ο ερώτημα:** *Η παρηγορητική φροντίδα βαραίνει υπέρμετρα τον προϋπολογισμό μιας νοσηλευτικής μονάδας.* Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων, συμφωνεί ότι η παρηγορητική φροντίδα κοστίζει.

Ακολούθως στο **9^ο ερώτημα :** *Μια τέτοια φροντίδα για τον πόνο θα πρέπει να εμπλέκει και την οικογένεια του ασθενή.* Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων συμφωνεί ή συμφωνεί απόλυτα με την εμπλοκή των συγγενών σε αυτή τη φροντίδα. Ενώ στο **27^ο ερώτημα:** *Αν ο ασθενής βρίσκεται σε τελικό στάδιο και έχει πρόσβαση σε υπηρεσίες υποστηρικτικής και παρηγορητικής φροντίδας, δεν θα υπήρχαν αιτήματα υποβοηθούμενης αυτοκτονίας.* Η πλειοψηφία των νοσηλευτών συμφωνεί με τη συμβολή της υποστηρικτικής και παρηγορητικής φροντίδας.

Πίνακας 11

Ποσοστιαία κατανομή της διάστασης των δικαιωμάτων

Ερώτηση	Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
11	33.9	40.0	14.8	7.8	3.5	2.07	1.06
12	23.5	43.5	20.0	9.6	3.5	2.26	1.04
18	12.2	19.1	33.9	25.2	9.6	3.01	1.15

Στο **11^ο ερώτημα**: Κάθε άτομο έχει το δικαίωμα να καθορίζει τον τρόπο της ζωής και του θανάτου του. Η πλειοψηφία συμφωνεί με το δικαίωμα του ατόμου να αποφασίζει για το τέλος της ζωής του. Ενώ στο **12^ο ερώτημα**: Κάθε άνθρωπος πρέπει να έχει το δικαίωμα να επιλέγει ένα άλλο άτομο της εμπιστοσύνης του για να πάρει αποφάσεις για τη ζωή του στην περίπτωση που ο ίδιος δεν είναι ικανός για κάτι τέτοιο. Η πλειοψηφία συμφωνεί με το δικαίωμα ποιόν να εμπιστευτεί ένα άτομο για το τέλος της ζωής. Ακολουθώντας στο **18^ο ερώτημα**: Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να θέσουν τέλος στη ζωή τους ζητώντας τη βοήθεια του γιατρού τους, όταν οι συνθήκες της ζωής τους είναι αβάσταχτες. Η πλειοψηφία των απαντήσεων των ερωτηθέντων κυμαίνεται μεταξύ του ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ και διαφωνώ.

Πίνακας 12

Ποσοστιαία κατανομή της διάστασης της φαρμακευτικής αγωγής

Ερώτηση	Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
13	6.1	13.9	32.2	23.5	24.3	3.46	1.18
14	1.7	16.5	23.5	33.0	25.2	3.63	1.09
15	3.5	6.1	25.2	43.5	21.7	3.74	0.98
23	17.4	56.5	19.1	4.3	2.6	2.18	0.86
24	7.0	21.7	32.2	33.0	6.1	3.10	1.03

Στο **13^ο ερώτημα 13**: Αν ένας ασθενής ζητάει επίμονα από το γιατρό του να του παράσχει κάποιο φάρμακο για να θέσει τέλος στη ζωή, ο θεράπων ιατρός θα πρέπει να σεβαστεί την επιθυμία του. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων διαφωνεί και διαφωνεί απόλυτα με τη

χορήγηση φαρμάκου στον ασθενή μετά από επίκλησή του. Επίσης στο **14^ο ερώτημα:** *Ο γιατρός νομιμοποιείται βάσει του ρόλου του, να παρέχει φάρμακα σε ασθενή μετά από σαφές και επίμονο αίτημα του ίδιου του ασθενή προκειμένου να δώσει τέλος στη ζωή του.* Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων διαφωνεί ή διαφωνεί απόλυτα στην νομιμοποίηση του ιατρού να παρέχει υποβοήθηση με φάρμακα σε ασθενείς με επίμονο αίτημα για τέλος της ζωής του.

Ακολουθώντας στο **15^ο ερώτημα:** *Ο γιατρός δεν πρέπει βάσει του ρόλου του να χορηγεί αναλγητικά με σκοπό να ανακουφίσει από το πόνο ασθενή τελικού σταδίου, αφού γνωρίζει ότι αυτό μπορεί να προκαλέσει επίσπευση του θανάτου του.* Η πλειοψηφία του δείγματος διαφωνεί ή διαφωνεί απόλυτα σε αυτό το ρόλο του γιατρού. Στο **23^ο ερώτημα:** *Είναι απαραίτητο, ένας ασθενής τελικού σταδίου να πάρει φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση οξύτατου πόνου ακόμα κι αν αυτό περικλείει τον κίνδυνο θανάτου του.* Η πλειοψηφία του δείγματος συμφωνεί απόλυτα ή συμφωνεί με τη λήψη φαρμάκων από τον ίδιο τον ασθενή. Τέλος, στο **24^ο ερώτημα:** *Η επιλογή χορήγησης αναλγητικών από το γιατρό με σκοπό την ανακούφιση από τον πόνο και πιθανή συνέπεια το θάνατο του ασθενούς, χωρίς τη συγκατάθεση του ίδιου, πρέπει να διώκεται ποινικά.* Η πλειοψηφία των απαντήσεων κυμαίνεται μεταξύ του ούτε συμφωνώ, ούτε συμφωνώ και διαφωνώ.

4.4 Σύγκριση παραγόντων

Πίνακας 13

Μέση βαθμολογία των απόψεων περί ευθανασίας σε σχέση με το φύλο

Μεταβλητή	Ευθανασία	
	Μέσος Όρος	Τυπική απόκλιση
Φύλο		
<i>Ανδρας</i>	35,73	6,64
<i>Γυναίκα</i>	36,59	6,67
<i>t</i>	-,604	
<i>p-value</i>	,547	

Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο φύλο και την ευθανασία, πιο συγκεκριμένα, δεν υπάρχει διαφορά στον μέσο όρο ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες ($P=0,547$). Δηλαδή, δεν υπάρχει διαφορά απόψεων μεταξύ ανδρών και

γυναικών νοσηλευτών σχετικά με την ευθανασία. Πιο συγκεκριμένα, ανεξάρτητα του φύλου τάσσονται υπέρ της ευθανασίας.

Πίνακας 14

Μέση βαθμολογία των απόψεων περί ευθανασίας και επιπέδου σπουδών

Μεταβλητή	Ευθανασία	
	Μέσος Όρος	Τυπική απόκλιση
Επίπεδο σπουδών		
<i>Πτυχίο</i>	36,29	6,65
<i>Μεταπτυχιακό</i>	37,75	6,44
<i>t</i>	-,720	
<i>p-value</i>	,473	

Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο επίπεδο σπουδών και την ευθανασία, πιο συγκεκριμένα, δεν υπάρχει διαφορά στον μέσο όρο ανάμεσα του επιπέδου σπουδών ($P=0,473$). Δηλαδή, δεν υπάρχει διαφορά απόψεων μεταξύ των πτυχιούχων και μεταπτυχιακών νοσηλευτών σχετικά με την ευθανασία. Χαρακτηριστικά, ανεξάρτητα αν είναι πτυχιούχος ή μεταπτυχιακός, είναι υπέρ της ευθανασίας.

Πίνακας 15

Μέση βαθμολογία των απόψεων περί ευθανασίας και οικογενειακής κατάστασης

Μεταβλητή	Ευθανασία	
	Μέσος Όρος	Τυπική απόκλιση
Οικογενειακή Κατάσταση		
<i>Έγγαμος</i>	36,26	6,81
<i>Άγγαμος</i>	35,53	5,40
<i>Διαζευγμένος/ Χήρος</i>	38,15	7,14
<i>f</i>	,613	
<i>p-value</i>	,544	

Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση και στις απόψεις των ερωτηθέντων για την ευθανασία, πιο συγκεκριμένα δεν υπάρχει

διαφορά στο μέσο όρο των έγγαμων, άγαμων και των διαζευγμένων ($p=0.544$). Δηλαδή, ανεξάρτητα εάν είναι έγγαμος, άγαμος ή διαζευγμένος είναι υπέρ της ευθανασίας.

Πίνακας 16

Μέση βαθμολογία απόψεων και στάσεων περί θέσης που κατέχει ο λειτουργός και της ευθανασίας

Μεταβλητή	Ευθανασία	
	Μέσος Όρος	Τυπική απόκλιση
Θέση που κατέχει ο Λειτουργός		
<i>Νοσηλευτικός Λειτουργός</i>	36,20	6,46
<i>Ανώτερος Νοσηλευτικός Λειτουργός</i>	38,10	6,73
<i>Πρώτος Νοσηλευτικός Λειτουργός</i>	32,75	7,96
<i>f</i>	1,934	
<i>p-value</i>	,149	

Δεν ανευρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στη θέση που κατέχει ο νοσηλευτικός λειτουργός και την ευθανασία, πιο συγκεκριμένα δεν υπάρχει διαφορά στον μέσο όρο ανάμεσα τους ($p= 0,149$). Δηλαδή, οι νοσηλευτικοί λειτουργοί τάσσονται υπέρ της ευθανασίας ανεξάρτητα αν κατέχουν τη θέση του νοσηλευτικού λειτουργού, ανώτερου νοσηλευτικού λειτουργού ή Πρώτου νοσηλευτικού λειτουργού.

Πίνακας 17

Μέση βαθμολογία απόψεων περί ευθανασίας και προηγούμενη εμπειρία

Μεταβλητή	Ευθανασία	
	Μέσος Όρος	Τυπική απόκλιση
Προηγούμενη εμπειρία σε σεμινάρια/μελέτες για την ευθανασία.		
<i>Ναι</i>	36,46	7,40
<i>Όχι</i>	36,32	6,27

<i>t</i>	,111	
<i>p-value</i>	,912	

Δεν ανευρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα σε ύπαρξη προηγούμενης ή όχι εμπειρίας σχετικά με την ευθανασία, πιο συγκεκριμένα, δεν υπάρχει διαφορά στους μέσους όρους ανάμεσά των ($p=0,912$). Δηλαδή, οι νοσηλευτές τάσσονται υπέρ της ευθανασίας, ανεξάρτητα της παρουσίας προηγούμενης εμπειρίας σχετικά με την ευθανασία.

Πίνακας 18

Μέση βαθμολογία απόψεων περί φύλου και φροντίδας

Μεταβλητή	Φροντίδα	
	Μέσος Όρος	Τυπική απόκλιση
Φύλο		
<i>Άνδρας</i>	13,50	2,90
<i>Γυναίκα</i>	14,18	2,20
<i>t</i>	-1,165	
<i>p-value</i>	,251	

Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο φύλο και τη φροντίδα, χαρακτηριστικά, δεν υπάρχει διαφορά στους μέσους όρους των ανδρών και των γυναικών ($p=0,251$). Δηλαδή, ανεξάρτητα αν είναι άνδρας ή γυναίκα δεν υπάρχει διαφορά απόψεων σχετικά με την φροντίδα.

Πίνακας 19

Μέση βαθμολογία απόψεων περί επιπέδου σπουδών και φροντίδας

Μεταβλητή	Φροντίδα	
	Μέσος Όρος	Τυπική απόκλιση
Επίπεδο σπουδών		
<i>Πτυχίο</i>	14,00	2,53
<i>Μεταπτυχιακό</i>	14,08	1,16
<i>t</i>	-,199	
<i>p-value</i>	,844	

Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ επιπέδου σπουδών και φροντίδας, χαρακτηριστικά, δεν υπάρχει διαφορά στο μέσο όρο των πτυχιούχων και των μεταπτυχιακών ($p=0,844$). Δηλαδή, ανεξάρτητα εάν ο νοσηλευτής είναι πτυχιούχος ή κάτοχος μεταπτυχιακού, δεν υπάρχει διαφορά απόψεων σχετικά με την φροντίδα.

Πίνακας 20

Μέσος όρος απόψεων της οικογενειακής κατάστασης σε σχέση με τη φροντίδα

Μεταβλητή	Φροντίδα	
	Μέσος Όρος	Τυπική απόκλιση
Οικογενειακή Κατάσταση		
Έγγαμος	14,04	2,31
Άγαμος	13,12	2,93
Διαζευγμένος/ Χήρος	14,92	2,06
<i>f</i>	2,145	
<i>p-value</i>	,122	

Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση και τη φροντίδα, πιο συγκεκριμένα, δεν υπάρχει διαφορά στο μέσο όρων των έγγαμων, άγαμων και διαζευγμένων/χήρων ($p=0,122$). Δηλαδή, δεν υπάρχει διαφορά απόψεων έγγαμων, άγαμων και διαζευγμένων/χήρων νοσηλευτών σχετικά με την φροντίδα.

Πίνακας 21

Μέσος όρος απόψεων της θέσης που κατέχει ο λειτουργός σε σχέση με την φροντίδα.

Μεταβλητή	Φροντίδα	
	Μέσος Όρος	Τυπική απόκλιση
Θέση Λειτουργού		
Νοσηλευτικός Λειτουργός	13,77	2,30
Ανώτερος Νοσηλευτικός Λειτουργός	15,00	2,66
Πρώτος Νοσηλευτικός Λειτουργός	13,88	2,64
<i>f</i>	2,213	
<i>p-value</i>	,114	

Δεν ανευρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά, ανάμεσα στη θέση που κατέχει ο νοσηλευτικός λειτουργός και τη φροντίδα, πιο συγκεκριμένα, δεν υπάρχει διαφορά

μεταξύ της θέσης του νοσηλευτικού, ανώτερου και προϊσταμένου νοσηλευτικού λειτουργού με τη φροντίδα ($p=0,114$). Δηλαδή, δεν υπάρχει διαφορά απόψεων μεταξύ νοσηλευτικών λειτουργών, ανεξάρτητα, εάν είναι νοσηλευτικοί λειτουργοί, ανώτεροι νοσηλευτικοί λειτουργοί ή πρώτοι νοσηλευτικοί λειτουργοί.

Πίνακας 22

Μέσος όρος απόψεων προηγούμενης εμπειρίας σε σχέση με τη φροντίδα

Μεταβλητή	Φροντίδα	
	Μέσος Όρος	Τυπική απόκλιση
Προηγούμενη εμπειρία σε σεμινάρια/μελέτες για την ευθανασία		
<i>Ναι</i>	13.77	2.29
<i>Όχι</i>	14.12	2.48
<i>t</i>	-.734	
<i>p-value</i>	.464	

Δεν ανευρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στη φροντίδας και την προηγούμενης εμπειρίας, χαρακτηριστικά, δεν υπάρχει διαφορά στους μέσους όρους μεταξύ ευθανασίας και προηγούμενης εμπειρίας ($p=0,464$). Δηλαδή, δεν υπάρχει διαφορά απόψεων των νοσηλευτών για την φροντίδα, ανεξάρτητα από την παρουσία ή όχι προηγούμενης εμπειρίας.

Πίνακας 23

Μέση βαθμολογία απόψεων του φύλου σε σχέση με την παρηγορητική φροντίδα

Μεταβλητή	Παρηγορητική Φροντίδα	
	Μέσος Όρος	Τυπική απόκλιση
Φύλο		
<i>Άνδρας</i>	8,27	1,72
<i>Γυναίκα</i>	8,29	1,67
<i>t</i>	-,077	
<i>p-value</i>	,939	

Δεν ανευρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην παρηγορητικής φροντίδας και το φύλο, χαρακτηριστικά, δεν υπάρχει διαφορά στους μέσους όρους των ανδρών και γυναικών με την παρηγορητική φροντίδα ($p=0,939$). Δηλαδή,

ανεξάρτητα του φύλου, δεν υπάρχει διαφορά απόψεων σχετικά με την παρηγορητική φροντίδα.

Πίνακας 24

Κριτήριο *Mann-Whitney* και διάμεσος για τον έλεγχο του επίπεδου σπουδών σε σχέση με την παρηγορητική φροντίδα

Μεταβλητή	Παρηγορητική Φροντίδα	
	Διάμεσος	
Επίπεδο σπουδών		
<i>Πτυχίο</i>	8.00	
<i>Μεταπτυχιακό</i>	7.00	
<i>Z</i>	-2.248	
<i>p-value</i>	.025	

Έχει βρεθεί στατιστική σημαντική διαφορά ανάμεσα στη παρηγορητική φροντίδα και το επίπεδο σπουδών, πιο συγκεκριμένα, υπάρχει διαφορά στο μέσο όρο των πτυχιούχων και των μεταπτυχιακών φοιτητών με την παρηγορητική φροντίδα ($p=0,025$). Δηλαδή, υπάρχει διαφορά απόψεων μεταξύ πτυχιούχων και μεταπτυχιακών νοσηλευτών, σχετικά με την παρηγορητική φροντίδα.

Πίνακας 25

Μέση βαθμολογία απόψεων οικογενειακής κατάστασης σε σχέση με την παρηγορητική φροντίδα

Μεταβλητή	Παρηγορητική Φροντίδα	
	Μέσος Όρος	Τυπική απόκλιση
Οικογενειακή Κατάσταση		
<i>Έγγαμος</i>	8,19	1,76
<i>Άγγαμος</i>	8,82	1,42
<i>Διαζευγμένος/ Χήρος</i>	8,23	1,36
<i>f</i>	1,022	
<i>p-value</i>	,363	

Δεν ανευρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση και την παρηγορητική φροντίδα, πιο συγκεκριμένα, δεν υπάρχει διαφορά

στους μέσους όρους των έγγαμων, άγαμων, διαζευγμένων/χήρων με την παρηγορητική φροντίδα ($p=0,363$). Δηλαδή, δεν υπάρχει διαφορά απόψεων των έγγαμων, άγαμων, διαζευγμένων/χήρων νοσηλευτών, σχετικά με την παρηγορητική φροντίδα.

Πίνακας 26

Μέση βαθμολογία απόψεων της θέσης που κατέχει ο Λειτουργός σε σχέση με την παρηγορητική φροντίδα

Μεταβλητή	Παρηγορητική Φροντίδα	
	Μέσος Όρος	Τυπική απόκλιση
Θέση Λειτουργού		
<i>Νοσηλευτικός Λειτουργός</i>	8,26	1,75
<i>Ανώτερος Νοσηλευτικός Λειτουργός</i>	8,62	1,43
<i>Πρώτος Νοσηλευτικός Λειτουργός</i>	7,25	1,04
<i>f</i>	1,975	
<i>p-value</i>	,144	

Δεν ανευρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στη θέση που κατέχει ο νοσηλευτικός λειτουργός και της παρηγορητικής φροντίδας. Συγκεκριμένα, δεν υπάρχει διαφορά στους μέσους όρους των νοσηλευτικών λειτουργών, των ανώτερων και των προϊστάμενων νοσηλευτικών λειτουργών και της παρηγορητικής φροντίδας ($p=0,144$). Δηλαδή, δεν υπάρχει διαφορά απόψεων στους νοσηλευτικούς λειτουργούς, ανώτερους νοσηλευτικούς λειτουργούς και πρώτους νοσηλευτικούς λειτουργούς σχετικά με την παρηγορητική φροντίδα.

Πίνακας 27

Μέση βαθμολογία απόψεων προηγούμενης εμπειρίας σε σχέση με την παρηγορητική φροντίδα

Μεταβλητή	Παρηγορητική Φροντίδα	
	Μέσος Όρος	Τυπική απόκλιση
Προηγούμενη εμπειρία σε σεμινάρια/μελέτες για την ευθανασία		

<i>Ναι</i>	8,49	1,68
<i>Όχι</i>	8,18	1,68
<i>t</i>	,915	
<i>p-value</i>	,362	

Δεν ανευρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην προηγούμενη εμπειρία σχετικά με την ευθανασία και της παρηγορητικής φροντίδας. Συγκεκριμένα, δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ των μέσων όρων της προηγούμενη εμπειρία σχετικά με την ευθανασία και της παρηγορητικής φροντίδας ($p=0,362$). Δηλαδή, δεν υπάρχει διαφορά απόψεων των νοσηλευτών για την παρηγορητική φροντίδα, ανεξάρτητα από την παρουσία προηγούμενης εμπειρίας σχετικά με την ευθανασία.

Πίνακας 28

Μέση βαθμολογία απόψεων του φύλου σε σχέση με τα δικαιώματα

Μεταβλητή	Δικαιώματα	
	Μέσος Όρος	Τυπική απόκλιση
Φύλο		
<i>Άνδρας</i>	7,30	2,45
<i>Γυναίκα</i>	7,35	2,31
<i>t</i>	-,106	
<i>p-value</i>	,916	

Δεν ανευρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο φύλο και τα δικαιώματα. Συγκεκριμένα, δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ των μέσων όρων του φύλου και των δικαιωμάτων ($p=0,916$). Δηλαδή, δεν υπάρχει διαφορά απόψεων μεταξύ ανδρών και γυναικών νοσηλευτών, σχετικά με τα δικαιώματα.

Πίνακας 29

Μέση βαθμολογία απόψεων για το επίπεδο σπουδών και τα δικαιώματα

Μεταβλητή	Δικαιώματα	
	Μέσος Όρος	Τυπική απόκλιση
Επίπεδο σπουδών		
<i>Πτυχίο</i>	7,24	2,27

Μεταπτυχιακό	8,33	2,84
<i>t</i>	-1,545	
<i>p-value</i>	,125	

Δεν ανευρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο επίπεδο σπουδών και τα δικαιώματα. Συγκεκριμένα, δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ των μέσων όρων των πτυχιούχων και των μεταπτυχιακών φοιτητών με τα δικαιώματα ($p=0,125$). Δηλαδή, δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ πτυχιούχων και μεταπτυχιακών νοσηλευτικών λειτουργιών, σχετικά με τα δικαιώματα.

Πίνακας 30

Μέση βαθμολογία απόψεων για την οικογενειακής κατάστασης και τα δικαιώματα

Μεταβλητή	Δικαιώματα	
	Μέσος Όρος	Τυπική απόκλιση
Οικογενειακή Κατάσταση		
Έγγαμος	7,28	2,20
Άγαμος	6,94	2,51
Διαζευγμένος/ Χήρος	8,23	2,92
<i>f</i>	1,224	
<i>p-value</i>	,298	

Δεν ανευρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση και τα δικαιώματα. Συγκεκριμένα, δεν υπάρχει διαφορά στους μέσους όρους των έγγαμων, άγαμων, διαζευγμένων/χήρων και των δικαιωμάτων ($p=0,298$). Δηλαδή, δεν υπάρχει διαφορά απόψεων μεταξύ έγγαμων, άγαμων, διαζευγμένων/χήρων νοσηλευτών σχετικά με τα δικαιώματα.

Πίνακας 31

Μέση βαθμολογία για τη θέση που κατέχει ο λειτουργός και τα δικαιώματα

Μεταβλητή	Δικαιώματα	
	Μέσος Όρος	Τυπική απόκλιση
Θέση Λειτουργού		
Νοσηλευτικός Λειτουργός	7,13	2,32
Ανώτερος Νοσηλευτικός Λειτουργός	8,19	2,18

<i>Πρώτος Νοσηλευτικός Λειτουργός</i>	7,38	2,77
<i>f</i>	1,745	
<i>p-value</i>	,179	

Δεν ανευρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στη θέση που κατέχει ο Λειτουργός και στα δικαιώματα. Συγκεκριμένα, δεν υπάρχει διαφορά στους μέσους όρους των νοσηλευτικών λειτουργιών, των ανώτερων και των πρώτων νοσηλευτικών λειτουργιών και των δικαιωμάτων ($p=0,179$). Δηλαδή, δεν υπάρχει διαφορά απόψεων μεταξύ των νοσηλευτικών λειτουργιών, των ανώτερων και των πρώτων νοσηλευτικών λειτουργιών σχετικά με τα δικαιώματα.

Πίνακας 32

Μέση βαθμολογία για προηγούμενη εμπειρία και δικαιώματα

Μεταβλητή	Δικαιώματα	
	Μέσος Όρος	Τυπική απόκλιση
Προηγούμενη εμπειρία σε σεμινάρια/μελέτες για την ευθανασία		
<i>Ναι</i>	7,64	2,23
<i>Όχι</i>	7,18	2,39
<i>t</i>	,993	
<i>p-value</i>	,323	

Δεν ανευρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην προηγούμενη εμπειρία και στα δικαιώματα. Συγκεκριμένα, δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ των μέσων όρων της προηγούμενης εμπειρίας σχετικά με την ευθανασία και των δικαιωμάτων ($p=0,323$). Δηλαδή, δεν υπάρχει διαφορά απόψεων των νοσηλευτών σχετικά με την ευθανασία, ανεξάρτητα από την ύπαρξη προηγούμενη εμπειρίας σχετικά με την ευθανασία.

Πίνακας 33

Μέση βαθμολογία περί φύλου και φαρμακευτικής αγωγής

Μεταβλητή	Φαρμακευτική Αγωγή	
	Μέσος Όρος	Τυπική απόκλιση
Φύλο		
<i>Ανδρας</i>	15,33	3,08
<i>Γυναίκα</i>	16,39	2,19

<i>t</i>	-2,030	
<i>p-value</i>	,045	

Έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο φύλο και τη φαρμακευτική αγωγή. Συγκεκριμένα, υπάρχει διαφορά στους μέσους όρους των ανδρών και των γυναικών με τη φαρμακευτική αγωγή ($p=0,045$). Δηλαδή, υπάρχει διαφορά απόψεων μεταξύ ανδρών και γυναικών νοσηλευτών, σχετικά με την φαρμακευτική αγωγή.

Πίνακας 34

Μέση βαθμολογία περί επιπέδου σπουδών και φαρμακευτικής αγωγής

Μεταβλητή	Φαρμακευτική Αγωγή	
	Μέσος Όρος	Τυπική απόκλιση
Επίπεδο σπουδών		
<i>Πτυχίο</i>	16,06	2,52
<i>Μεταπτυχιακό</i>	16,50	2,24
<i>t</i>	,739	
<i>p-value</i>	,112	

Δεν ανευρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο επίπεδο σπουδών και στη φαρμακευτική αγωγή. Συγκεκριμένα, δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ των μέσων όρων των πτυχιούχων και των μεταπτυχιακών με τη φαρμακευτική αγωγή ($p=0,112$). Δηλαδή, δεν υπάρχει διαφορά απόψεων μεταξύ πτυχιούχων και μεταπτυχιακών νοσηλευτικών λειτουργιών, σχετικά με την φαρμακευτική αγωγή.

Πίνακας 35

Μέση βαθμολογία περί οικογενειακής κατάστασης και φαρμακευτικής αγωγής

Μεταβλητή	Φαρμακευτική Αγωγή	
	Μέσος Όρος	Τυπική απόκλιση
Οικογενειακή Κατάσταση		
<i>*Έγγαμος</i>	16,39	2,32
<i>*Άγαμος</i>	14,65	2,40
<i>Διαζευγμένος/ Χήρος</i>	16,23	3,09

<i>f</i>	3,670	
<i>p-value</i>	,029	

Έχει βρεθεί στατιστική σημαντική διαφορά ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση και το επίπεδο σπουδών, πιο συγκεκριμένα, υπάρχει διαφορά στους μέσους όρους, των έγγαμων των άγαμων και των διαζευγμένων με τη φαρμακευτική αγωγή ($p=0,029$). Δηλαδή, υπάρχει διαφορά απόψεων μεταξύ έγγαμων των άγαμων και των διαζευγμένων/χήρων νοσηλευτών σχετικά με την παρηγορητική φροντίδα.

Πίνακας 36

Μέση βαθμολογία περί της θέσης που κατέχει ο λειτουργός και της φαρμακευτικής αγωγής

Μεταβλητή	Φαρμακευτική Αγωγή	
	Μέσος Όρος	Τυπική απόκλιση
Θέση Λειτουργού		
<i>Νοσηλευτικός Λειτουργός</i>	15,87	2,49
<i>Ανώτερος Νοσηλευτικός Λειτουργός</i>	16,86	2,76
<i>Πρώτος Νοσηλευτικός Λειτουργός</i>	16,50	1,41
<i>f</i>	1,435	
<i>p-value</i>	,243	

Δεν ανευρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στη θέση που κατέχει ο Λειτουργός και της φαρμακευτικής αγωγής. Συγκεκριμένα, δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ των μέσων όρων θέσης των νοσηλευτικών λειτουργών, των ανώτερων νοσηλευτικών λειτουργών των προϊσταμένων νοσηλευτικών λειτουργών και της φαρμακευτικής αγωγής ($p=0,243$). Δηλαδή, δεν υπάρχει διαφορά απόψεων νοσηλευτικών λειτουργών, ανώτερων νοσηλευτικών λειτουργών και προϊσταμένων νοσηλευτικών λειτουργών, σχετικά με τη φαρμακευτική αγωγή.

Πίνακας 37

Μέση βαθμολογία περί της προηγούμενης εμπειρίας στη νοσηλευτική και της φαρμακευτικής αγωγής

Μεταβλητή	Φαρμακευτική Αγωγή	
	Μέσος Όρος	Τυπική απόκλιση
Προηγούμενη εμπειρία σε σεμινάρια/μελέτες για την		

ευθανασία		
Ναι	16,41	2,40
Όχι	15,96	2,52
t	,920	
p-value	,360	

Δεν ανευρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα σε προηγούμενη εμπειρία σχετικά με την ευθανασία και της φαρμακευτικής αγωγής. Συγκεκριμένα, δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ των μέσων όρων της προηγούμενης εμπειρίας σχετικά με την ευθανασία και της φαρμακευτικής αγωγής ($p=0,360$). Δηλαδή, δεν υπάρχει διαφορά απόψεων των νοσηλευτών, σχετικά με τη φαρμακευτική αγωγή.

4.5 Συσχέτιση

Αναφέρονται τα ευρήματα που προέκυψαν από τις συσχετίσεις διαφόρων μεταβλητών, προκειμένου καταγραφούν οι στάσεις και οι απόψεις των νοσηλευτικών λειτουργών και να φανούν αν υπάρχει σημαντική σχέση ή όχι μεταξύ τους.

Πίνακας 38

Συσχέτιση μεταξύ ευθανασίας, ηλικίας, αριθμού παιδιών και ετών εμπειρίας στη νοσηλευτική

		Ευθανασία	Ηλικία	Αριθμός Παιδιών	Έτη Εμπειρίας στη Νοσηλευτική
Ευθανασία	Pearson Correlation	1	,079	,052	,051
	p value		,400	,635	,590
	N	115	115	87	115

Δεν έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των απόψεων για την ευθανασία σε σχέση με την ηλικία($p=0,400$), των αριθμό παιδιών ($p=0,635$) και τα έτη εμπειρίας στη νοσηλευτική($p=0,590$), δηλαδή οι απόψεις για την ευθανασία είναι ανεξάρτητες από την ηλικία, αριθμό παιδιών και τα έτη εμπειρίας στη νοσηλευτική.

Πίνακας 39

Συσχέτιση μεταξύ φροντίδας, ηλικίας, αριθμού παιδιών και ετών εμπειρίας στη νοσηλευτική

		Φροντίδα	Ηλικία	Αριθμός Παιδιών	Έτη Εμπειρίας στη Νοσηλευτική
Φροντίδα	Pearson Correlation	1	,189*	,185	,186*
	p value		,043	,087	,047
	N		115	115	87

Έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στη φροντίδα και την ηλικία, αλλά και μεταξύ φροντίδας και ετών εμπειρίας στη νοσηλευτική, πιο συγκεκριμένα, η σχέση φροντίδας δεν είναι ανεξάρτητη από την ηλικία ($p=0,043$), καθώς και η σχέση φροντίδας δεν είναι ανεξάρτητη από τα έτη υπηρεσίας στη νοσηλευτική ($p=0,047$). Ενώ αντίθετα, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ φροντίδας και αριθμού παιδιών ($p=0,087$), δηλαδή, η σχέση φροντίδας είναι ανεξάρτητη από τον αριθμό παιδιών.

Πίνακας 40

Συσχέτιση παρηγορητικής φροντίδας, ηλικίας, αριθμού παιδιών και ετών υπηρεσίας στη νοσηλευτική

		Παρηγορητική Φροντίδα	Ηλικία	Αριθμός Παιδιών	Έτη Εμπειρίας στη Νοσηλευτική
Παρηγορητική Φροντίδα	Pearson Correlation	1	,002	,064	,024
	p value		,982	,556	,795
	N	115	115	87	115

Δεν έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των απόψεων για την παρηγορητική φροντίδα σε σχέση με την ηλικία ($p=0,982$), τον αριθμό παιδιών ($p=0,556$) και τα έτη εμπειρίας στη νοσηλευτική ($p=0,795$), πιο συγκεκριμένα οι απόψεις για την παρηγορητική φροντίδα είναι ανεξάρτητες από την ηλικία, αριθμό παιδιών και τα έτη εμπειρίας στη νοσηλευτική.

Πίνακας 41

Συσχέτιση δικαιωμάτων, ηλικίας, αριθμού παιδιών και ετών εμπειρίας στη νοσηλευτική

		Δικαιώματα	Ηλικία	Αριθμός Παιδιών	Έτη Εμπειρίας στη Νοσηλευτική
Δικαιώματα	Pearson Correlation	1	,109	,028	,097
	p value		,248	,794	,304
	N	115	115	87	115

Δεν έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των απόψεων για τα δικαιώματα σε σχέση με την ηλικία ($p=0,248$), των αριθμό παιδιών ($p=0,794$) και τα έτη εμπειρίας στη νοσηλευτική ($p=0,304$), πιο συγκεκριμένα, οι απόψεις για την παρηγορητική φροντίδα είναι ανεξάρτητες από την ηλικία, αριθμό παιδιών και τα έτη εμπειρίας στη νοσηλευτική.

Πίνακας 42

Συσχέτιση μεταξύ φαρμακευτικής αγωγής, ηλικίας, αριθμού παιδιών και ετών εμπειρίας στη νοσηλευτική

		Φαρμακευτική Αγωγή	Ηλικία	Αριθμός Παιδιών	Έτη Εμπειρίας στη Νοσηλευτική
Φαρμακευτική Αγωγή	Pearson Correlation	1	,179	,111	,179
	p value		,056	,307	,056
	N	115	115	87	115

Δεν έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των απόψεων για τη φαρμακευτική αγωγή σε σχέση με την ηλικία ($p=0,056$), των αριθμό παιδιών ($p=0,307$) και τα έτη εμπειρίας στη νοσηλευτική ($p=0,056$), χαρακτηριστικά, οι απόψεις για την παρηγορητική φροντίδα είναι ανεξάρτητες από την ηλικία, αριθμό παιδιών και τα έτη εμπειρίας στη νοσηλευτική.

Πίνακας 43

Συσχέτιση μεταξύ ευθανασίας, ετών εμπειρίας και προηγούμενης εμπειρίας στη νοσηλευτική

		Ευθανασία	Έτη εμπειρίας στο τμήμα που εργάζεστε	Αν ναι, σε πόσα λάβατε μέρος (Προηγούμενη εμπειρία σε σεμινάρια για την ευθανασία)
Ευθανασία	Pearson Correlation	1	,121	-,231
	p value		,198	,204
	N	115	115	32

Δεν έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των απόψεων για την ευθανασία σε σχέση με τα έτη εμπειρίας στη νοσηλευτική ($p=0,198$) και την προηγούμενης εμπειρίας σχετικά με την ευθανασία ($p=0,204$), πιο συγκεκριμένα, οι απόψεις για την ευθανασία είναι ανεξάρτητες από τα έτη εμπειρίας στη νοσηλευτική και την προηγούμενη εμπειρία σχετικά με την ευθανασία.

Πίνακας 44

Συσχέτιση μεταξύ φροντίδας, ετών εμπειρίας και προηγούμενης εμπειρίας

		Φροντίδα	Έτη εμπειρίας στο τμήμα που εργάζεστε	Αν ναι, σε πόσα λάβατε μέρος (Προηγούμενη εμπειρία σε σεμινάρια για την ευθανασία)
Φροντίδα	Pearson Correlation	1	,153	-,096
	p value		,103	,602
	N	115	115	32

Δεν έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των απόψεων για τη φροντίδα σε σχέση με τα έτη εμπειρίας στο τμήμα εργασίας ($p=0,103$) και την προηγούμενη εμπειρία σχετικά με την ευθανασία ($p=0,602$). Συγκεκριμένα, οι απόψεις για την φροντίδα είναι ανεξάρτητες από τα έτη εμπειρίας στο τμήμα εργασίας και την προηγούμενη εμπειρία σχετικά με την ευθανασία.

Πίνακας 45

Συσχέτιση μεταξύ παρηγορητικής φροντίδας, ετών εμπειρίας και προηγούμενης εμπειρίας

		Παρηγορητική Φροντίδα	Έτη εμπειρίας στο τμήμα που εργάζεστε	Αν ναι, σε πόσα λάβατε μέρος (Προηγούμενη εμπειρία σε σεμινάρια για την ευθανασία)
Παρηγορητική Φροντίδα	Pearson Correlation	1	-,026	-,187
	p value		,782	,306
	N	115	115	32

Δεν έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των απόψεων για τη παρηγορητική φροντίδα σε σχέση με τα έτη εμπειρίας στο τμήμα εργασίας ($p=0,782$) και την προηγούμενη εμπειρία σχετικά με την ευθανασία ($p=0,306$). Συγκεκριμένα, οι απόψεις για την παρηγορητική φροντίδα είναι ανεξάρτητες από τα έτη εμπειρίας στο τμήμα εργασίας και την προηγούμενη εμπειρία σχετικά με την ευθανασία.

Πίνακας 46

Συσχέτιση μεταξύ δικαιωμάτων, ετών εμπειρίας και προηγούμενης εμπειρίας στη νοσηλευτική

		Δικαιώματα	Έτη εμπειρίας στο τμήμα που εργάζεστε	Αν ναι, σε πόσα λάβατε μέρος (Προηγούμενη εμπειρία σε σεμινάρια για την ευθανασία)
Δικαιώματα	Pearson Correlation	1	,208*	-,219
	p value		,025	,230
	N	115	115	32

Έχει βρεθεί στατιστικά στατιστική σχέση μεταξύ των απόψεων για τα δικαιώματα σε σχέση με τα έτη εμπειρίας στο τμήμα εργασίας ($p=0,025$), συγκεκριμένα, οι απόψεις για τα δικαιώματα δεν είναι ανεξάρτητες από τα έτη εμπειρίας στο τμήμα εργασίας. Ενώ αντίθετα, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ απόψεων για τα δικαιώματα και προηγούμενης εμπειρίας σχετικά με την ευθανασία ($p=0,230$),

χαρακτηριστικά, οι απόψεις για τα δικαιώματα είναι ανεξάρτητες από την προηγούμενη εμπειρία.

Πίνακας 47

Συσχέτιση φαρμακευτικής αγωγής, ετών εμπειρίας και προηγούμενης εμπειρίας

		Φαρμακευτική Αγωγή	Έτη εμπειρίας στο τμήμα που εργάζεστε	Αν ναι, σε πόσα λάβατε μέρος (Προηγούμενη εμπειρία σε σεμινάρια για την ευθανασία)
Φαρμακευτική Αγωγή	Pearson Correlation	1	.038	-.118
	p value		.684	.522
	N	115	115	32

Δεν έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των απόψεων για τη φαρμακευτική αγωγή, σε σχέση με τα έτη εμπειρίας στο τμήμα εργασίας ($p=0,684$) και της προηγούμενης εμπειρίας σχετικά με την ευθανασία ($p=0,522$). Συγκεκριμένα, οι απόψεις για τη φαρμακευτική αγωγή είναι ανεξάρτητες από τα έτη εμπειρίας στο τμήμα εργασίας και την προηγούμενη εμπειρία σχετικά με την ευθανασία.

Πίνακας 48

Σημαντικότητα παραγόντων στην απόφαση των νοσηλευτών για την εφαρμογή ευθανασίας

	Καθόλου Σημαντικό (%)	Λίγο Σημαντικό (%)	Σημαντικό (%)	Πόλο Σημαντικό (%)	Πάρα Πολύ Σημαντικό (%)	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Ηλικία του ασθενή	11,3	8,7	19,1	18,3	42,6	3,72	1,386
Ανίατη ασθένεια	7,0	7,8	17,4	27,0	40,9	3,87	1,232
Εγκεφαλικός θάνατος	7,0	5,2	12,2	21,7	53,9	4,1	1,224
Πλήρης Ενημέρωση ασθενή και οικογένειας	7,8	1,7	14,8	13,0	62,6	4,21	1,232
Η ευθανασία να είναι επίμονο αίτημα του ασθενή	8,7	7,8	28,7	27,0	27,8	3,57	1,222

Η ευθανασία είναι επίμονο αίτημα της οικογένειας του ασθενή	10,4	26,1	30,4	14,8	18,3	3,04	1,252
Η Διαύγεια πνεύματος του ασθενή	7,8	3,5	10,4	19,1	59,1	4,18	1,232
Συναπόφαση ενός ή περισσότερων γιατρών	16,5	9,6	21,7	17,4	34,8	3,44	1,464

Σε μια ομάδα παραγόντων σχετικά με την απόφαση/επιλογή της ευθανασίας, οι παράγοντες που παρουσιάζουν ψηλότερες τιμές είναι η πλήρης ενημέρωση του ασθενή και της οικογένειας του (Μ.Ο 4,21) διαύγεια πνεύματος που διακατέχει τον ασθενή (Μ.Ο 4,18). Η ευθανασία μετά από επίμονη αίτημα της οικογένειας του ασθενή κατατάσσεται ως τελευταίος παράγοντας που θα συμβάλει στην απόφαση για ευθανασία (Μ.Ο 3,04).

Κεφάλαιο Πέμπτο- Συζήτηση- Συμπεράσματα-Εισηγήσεις

5.1 Συζήτηση

Η παρούσα μελέτη, είχε ως στόχο μέσα από τα πορίσματα να διαπιστωθούν / διατυπωθούν οι παράγοντες ή συνθήκες που επηρεάζουν τις στάσεις και τις απόψεις των νοσηλευτικών λειτουργιών.

Σε ένα σύγχρονο νοσοκομειακό οργανισμό, όμως, οι στάσεις και οι απόψεις των νοσηλευτικών λειτουργιών διαφέρουν, αφού επηρεάζονται από παράγοντες όπως το μορφωτικό επίπεδο, το φύλο και την ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, το χώρο εργασίας, το ιεραρχικό επίπεδο που βρίσκεται ο νοσηλευτής.

Επισημαίνεται ότι το ποσοστό συμμετοχής στη μελέτη ήταν ιδιαίτερα υψηλό (95%), αφού από το σύνολο των 120 ερωτηματολογίων επιστράφηκαν τα 115 συμπληρωμένα. Οι γυναίκες νοσηλευτικοί λειτουργοί υπερτερούσαν αριθμητικά των ανδρών συναδέλφων τους (73.9% vs 26%). Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν τα 37 έτη-με μέγιστη τιμή τα 60 έτη και ελάχιστη τα 23 έτη.

Οι νοσηλευτικοί λειτουργοί που συμμετείχαν στην έρευνα 8 στους 10 ήταν κάτοχοι πτυχίου (89%), ενώ 1 στους 10 ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού (10,4%). Η πλειοψηφία του δείγματος εργαζόταν στα μεγάλα τμήματα Χειρουργικό τμήμα 15%, Ορθοπεδικό 12.2% και παθολογικό 11.3% και η πλειονότητα ήταν γυναίκες 73.9%, ενώ οι άνδρες 26.1%. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν νοσηλευτικοί λειτουργοί σε ποσοστό 73% και οι λιγότεροι Προϊστάμενοι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί 1.8%. Στο ερώτημα αν υπήρχε προηγούμενη εμπειρία σχετικά με την ευθανασία σε μεγάλο ποσοστό απάντησαν ότι δεν είχαν προηγούμενη εμπειρία επί του θέματος.

5.1.1 Συζήτηση και σύγκριση αποτελεσμάτων Διερεύνησης στάσεων και απόψεων των νοσηλευτών για την ευθανασία, με αυτά άλλων μελετών

Ο γενικός μέσος όρος της έρευνας είναι 36,6, με τυπική απόκλιση 6,64. Από την δειγματοληπτική έρευνα προκύπτει, ότι, σχεδόν όλοι ερωτηθέντες συμφωνούν ή είναι θετικά προσκείμενοι προς την εφαρμογή της ευθανασίας. Σε παρόμοια έρευνα των Λιακοπούλου και

συν (2010), στο ερώτημα εάν οι έλληνες νοσηλευτές εγκρίνουν την ευθανασία, ποσοστό 65% τοποθετήθηκε εναντίον, δηλαδή υπάρχει μια διαφορά της τάξης του 35%. Σε αντίθεση αυτών, στην έρευνα των Stevens et al (1994), στην Νότιο Αυστραλία, μόνο το 16% τάχθηκε υπέρ της ευθανασίας.

Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο φύλο και την ευθανασία ($P=0.547$), δηλαδή, δεν υπάρχει διαφορά ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες. Πιο συγκεκριμένα, η σχέση η σχέση μεταξύ φύλου και απόψεων για την ευθανασία είναι ανεξάρτητες. Ενώ, στην έρευνα των Λιακοπούλου και συν (2010) σε ποσοστό 69,2%, αποτέλεσμα που δείχνει ότι δεν είναι ανεξάρτητο το φύλο με τις απόψεις των ανδρών νοσηλευτών για την ευθανασία. Αυτό φαίνεται επίσης τόσο στην έρευνα των Παπανθίμου και συν (2006), που η πλειοψηφία των ανδρών τασσόταν υπέρ της ευθανασίας, όσο και στην έρευνα των Γιάκης και συν (2005), που πάλι βρέθηκε ότι οι άνδρες νοσηλευτές είναι πιο θετικοί υπέρ της ευθανασίας ($p<0,005$).

Όσον αφορά τους παράγοντες που επηρεάζουν τις στάσεις και τις απόψεις των νοσηλευτών, η παρούσα εργασία αναδεικνύει πέντε παράγοντες που επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά τις απόψεις και στάσεις των νοσηλευτών για την ευθανασία, και είναι, η φροντίδα, τα δικαιώματα, η παρηγορητική φροντίδα, η φαρμακευτική αγωγή και η ίδια η ευθανασία. Αυτοί οι παράγοντες συγκρίθηκαν με το φύλο, το επίπεδο σπουδών, την οικογενειακή κατάσταση, τη θέση που κατέχει ο λειτουργός και την προηγούμενη εμπειρία σχετικά με την ευθανασία. Από αυτή τη σύγκριση προέκυψαν μόνο τέσσερις περιπτώσεις στατιστικά σημαντικής διαφοράς, δηλαδή, ανευρέθηκε σημαντικά στατιστική διαφορά ανάμεσα στο επίπεδο σπουδών και τις απόψεις των Νοσηλευτών σχετικά με την ευθανασία, ($P=0,473$), ανάμεσα στη παρηγορητική φροντίδα και το επίπεδο σπουδών ($p=0,025$), ανάμεσα στο φύλο και τη φαρμακευτική αγωγή και ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση και το επίπεδο σπουδών ($p=0,029$). Πιο συγκεκριμένα, οι σχέσεις των πέντε παραγόντων με το φύλο, το επίπεδο σπουδών, την οικογενειακή κατάσταση, τη θέση που κατέχει ο λειτουργός και την προηγούμενη εμπειρία σχετικά με την ευθανασία δεν είναι ανεξάρτητες.

Αντίστοιχα σε άλλες ερευνητικές εργασίες αναδείχθηκαν παρόμοιοι ή άλλοι παράγοντες, που επηρεάζουν τους νοσηλευτικούς λειτουργούς, δηλαδή εάν εξαρτάται ή όχι η στάση και η άποψη των σχετικά με την ευθανασία. Μερικοί από αυτούς είναι, το μορφωτικό επίπεδο (Mantzo et al. 1997), η ηλικία και το φύλο (Vidalis et al. 1998), τη θρησκευτικότητα

(Κουντουριώτης 1977), αλλά και στο χώρο εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού (Kitchener 1998).

Η Matzo και συν. (1997), διενέργησαν ερευνητική εργασία, που ήταν μια επανάληψη προηγούμενης έρευνας για ιατρούς ογκολογίας. Ως εργαλείο μέτρησης, χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο, που διανεμήθηκε σε 600 νοσηλευτές, μέλη του Oncology Nursing Society σε έξι πόλεις των ΗΠΑ και ανταποκρίθηκαν οι 441. Στην έρευνα αυτή, τέθηκαν και κάποια κριτήρια, όπως, οι εργαζόμενοι να εργάζονται 20 ώρες εβδομαδιαίως, να είναι μέλη της Ένωσης Νοσηλευτών Ογκολογίας και να εργάζονται με ενήλικες ασθενείς με καρκίνο. Στο ερώτημα, για το ρόλο του μορφωτικού επιπέδου, διαπιστώθηκε ότι παίζει σημαντικό ρόλο, στην άποψη για την ευθανασία.

Ενώ, στη έρευνα της Γκίκα και συν (2000), επισημαίνουν ότι παράγοντες όπως, η ηλικία του νοσηλευτικού λειτουργού, τα χρόνια προϋπηρεσίας, η σχολή αποφοίτησης η θρησκευτικότητα και η οικογενειακή κατάσταση επηρεάζουν την στάση του νοσηλευτικού λειτουργού σχετικά με την ευθανασία.

Παρόμοια έρευνα των Cutting et al. (2004), δείχνει ότι το φύλο, η τακτική συμμετοχή στην έρευνα, η επαγγελματική εμπειρία, η συμμετοχή σε αποφάσεις ενεργητικής ευθανασίας, η θρησκευτικότητα, το να έχει κάποιος παιδιά, καθώς και η πιστή στην απολυτή αξία της ανθρώπινης ζωής επηρεάζουν τη στάση και την συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού, ενώ οι νοσηλευτές είναι πιθανότερο να αποδεχτούν την ενεργητική ευθανασία και να υποστηρίξουν την άμεση αλλαγή της νομοθεσίας, από ότι οι ιατροί. Επίσης σε έρευνα των Asch et al. (1997) οι παράγοντες που επηρεάζουν την στάση των νοσηλευτικών λειτουργών είναι οι ανησυχίες του ασθενή (53%), οικογενειακά θέματα (33%), οι κλινικές περιστάσεις (42%), οι προσωπικές ανησυχίες του νοσηλευτή (38%), και τα εξωτερικά ή δομικά ζητήματα (68%). Αναφέρθηκαν και άλλα θέματα που επηρεάζουν τις απόψεις του νοσηλευτικού προσωπικού, όπως, η συμπεριφορά των ιατρών (21%) και το νομοθετικό πλαίσιο γύρω από την ευθανασία (32%).

Το 2009, οι Penn et al. διεξήγαγαν έρευνα με τίτλο 'Exploring the Correlation Between Personality and Occupational Variables of the Nurse and Between Attitudes and Behavioral Intentions Towards Euthanasia'. Οι ερευνητές σε αυτή την έρευνα εστίαστηκαν σε παράγοντες που επηρεάζουν τη στάση των νοσηλευτών απέναντι στην ευθανασία, τη σχέση μεταξύ των παραγόντων, αλλά και την πρόθεση που έχουν οι νοσηλευτές ως προς την ενεργή συμμετοχή των στην όλη διαδικασία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το επίπεδο της ακαδημαϊκής

εκπαίδευσης, αλλά και ο βαθμός θρησκευτικότητας είναι καλές ενδείξεις για να προνοηθεί η στάση των νοσηλευτών απέναντι στην ευθανασία. Επίσης, κάποιοι νοσηλευτές ανέφεραν ότι δυνητικά έχουν επίδραση και αντίκτυπο στη στάση και στη συμπεριφορά τους έναντι της ευθανασίας: το είδος της νόσου, η ηλικία του ασθενούς και η σχέση μεταξύ του ασθενή και τον νοσηλευτή.

Σε έρευνα των Bilsen et al (2004), που πραγματοποιήθηκε στο Βέλγιο, το 60% των νοσηλευτών διαχειριζόταν σε περιπτώσεις ευθανασίας στα διάφορα νοσηλευτικά ιδρύματα, τα θανατηφόρα φάρμακα ή φάρμακα διπλής δράσης. Η διαχείριση αυτή κατά το 17,2% ήταν σε κατ' οίκον νοσηλεία. Στην παρούσα εργασία, όμως, έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο φύλο και τη φαρμακευτική αγωγή. ($p=0,045$). Ενώ, σε έρευνα των οι Inghelbrecht et al (2008), διερεύνησαν τη συμμετοχή των νοσηλευτών κατά τη λήψη αποφάσεων και στην προετοιμασία και χορήγηση των ουσιών που οδηγούν στον τερματισμό της ζωής μετά από αίτημα του ασθενή (ευθανασία). Οι παράγοντες, που σχετίζονται με τη χορήγηση των ουσιών που επιφέρουν το θάνατο, είναι το φύλο του νοσηλευτή, αλλά και η ηλικία του ασθενούς.

Όσον αφορά στο χώρο εργασίας, σε μελέτη των Πριάμη και συνεργατών (2001), με ερωτώμενους νοσηλευτές που εργάζονταν σε Παθολογικά τμήματα και Μ.Ε.Θ, το 60% ήταν αντίθετο στη διακοπή της επιθετικής αγωγής, με σκοπό να επισπευτεί ο θάνατος.

Στην έρευνα των Γιάκης και συν. (2005) το επίπεδο των γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού, σε θεωρικό επίπεδο (Μ.Ο 2,13⁺ 0,8) αλλά και νομικό (Μ.Ο= 2,13-+0,96), ήταν χαμηλό. Από τα αποτελέσματα της παρούσα ερευνάς, παρά το ότι η πλειονότητα των ερωτηθέντων ήταν κάτοχοι πτυχίου 89%, δυο στους τρεις νοσηλευτές δεν είχαν προηγούμενη εμπειρία με την ευθανασία (66,1%). Ενώ στην παρούσα μελέτη δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο επίπεδο σπουδών και τις απόψεις των νοσηλευτών για την ευθανασία ($P=0,473$), αλλά είναι σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι έχει βρεθεί στατιστική σημαντική διαφορά ανάμεσα στη παρηγορητική φροντίδα και το επίπεδο σπουδών ($p=0,025$).

Σε έρευνα του McMillen (2008) με ημι-δομημένες συνεντεύξεις σχετικά με σχέση εμπειρίας με την ευθανασία, οι νοσηλευτές απάντησαν ότι η εμπειρία τους παίζει ρόλο και δεν είναι δική τους απόφαση η ευθανασία και ότι κυρία τους ευθύνη είναι η υποστήριξη της οικογένειας και του ασθενή. Ενώ στην παρούσα έρευνα δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην ύπαρξη προηγούμενης ή όχι εμπειρίας, σχετικά με την ευθανασία. Όμως σχετικά με τη

σχέση της στάσης των νοσηλευτών και του χώρου εργασίας, σε έρευνα που έγινε από την Richardson (1994), σε νοσηλευτικό προσωπικό ογκολογικού τμήματος, το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων απάντησε ότι δεν θα συμμετείχε σε μια διαδικασία ευθανασίας, ακόμη και ένα το ζητούσε ο ασθενής.

Αρκετοί παράγοντες σχετικά με την επιλογή της ευθανασίας παρουσιάζουν ψηλότερες τιμές όπως είναι η πλήρης ενημέρωση του ασθενή και της οικογένειας του Μ.Ο 4,21, η διαύγεια πνεύματος που διακατέχει τον ασθενή Μ.Ο 4,18. Ενώ στην έρευνα των Bendiane et al. (2006), οι παράγοντες που επηρεάζουν τη στάση των νοσηλευτών, είναι η συζήτηση των νοσηλευτών με τους ασθενείς στο τέλος του κύκλου ζωής τους προβλήματα που αφορούν την απόφαση (70%) επίσης η πεποίθηση των νοσηλευτών που θεωρούν ότι οι ασθενείς θα πρέπει πάντα να ξέρουν την διάγνωση και πρόγνωση τους (81%).

Στην παρούσα έρευνα, όμως, έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στη φροντίδα και την ηλικία, αλλά και μεταξύ φροντίδας και ετών εμπειρίας στη νοσηλευτική, πιο συγκεκριμένα, η σχέση φροντίδας δεν είναι ανεξάρτητη από την ηλικία ($p=0,043$), καθώς και η σχέση φροντίδας δεν είναι ανεξάρτητη από τα έτη υπηρεσίας στη νοσηλευτική ($p=0,047$). Επίσης, έχει βρεθεί στατιστικά στατιστική σχέση μεταξύ των απόψεων για τα δικαιώματα σε σχέση με τα έτη εμπειρίας στο τμήμα εργασίας ($p=0,025$), συγκεκριμένα, οι απόψεις για τα δικαιώματα δεν είναι ανεξάρτητες από τα έτη εμπειρίας στο τμήμα εργασίας.

5.2 Περιορισμοί μελέτης

Η παρούσα εργασία υφίσταται κάποιους περιορισμούς, που αυτοί είναι **α)** το ερωτηματολόγιο δόθηκε μόνο σε νοσηλευτικούς λειτουργούς, **β)** το δείγμα περιλάμβανε μικρό αριθμό συμμετεχόντων, **γ)** δε συμμετείχαν διοικητικοί λειτουργοί και **δ)** στο δείγμα δε συμμετείχαν ιατρικοί λειτουργοί ή άλλοι λειτουργοί υγείας.

5.3 Συμπεράσματα

Η παρούσα μελέτη αποτέλεσε μια προσπάθεια εξέτασης του ζητήματος της ευθανασίας από την σκοπιά της βιοηθικής, αφενός ως ηθικό πρόβλημα και αφετέρου ως διερεύνηση των στάσεων και απόψεων των νοσηλευτών σχετικά με την ευθανασία στο Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας.

Στη μελέτη αυτή χρησιμοποιήθηκε ένα ερευνητικό εργαλείο, που χρησιμοποιήθηκε σε παρόμοια ερευνητική εργασία στην Ελλάδα. Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε σε ένα μέρος του νοσηλευτικού προσωπικού και σύμφωνα με τα αποτελέσματα το νοσηλευτικό προσωπικό σε ένα μεγάλο ποσοστό είναι θετικά προσκείμενο προς την ευθανασία.

Το κυρίαρχο προφίλ της παρούσας μελέτης είναι ότι υπερисχύουν οι γυναίκες νοσηλεύτριες 80%, εν αντιθέσει με τους άνδρες 26,1%. Επίσης η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ήταν κάτοχοι πτυχίου 89%, ενώ το ποσοστό των κατόχων μεταπτυχιακού ήταν 10.4%, ενώ επτά στους δέκα ερωτηθέντες ήταν νοσηλευτικοί λειτουργοί (73%) και δυο στους δέκα ήταν Προϊστάμενοι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί (1,8%).

Τα κύρια συμπεράσματα που απορρέουν, είναι ότι σχεδόν όλοι ερωτώμενοι είναι υπέρ της ευθανασίας ή είναι θετικά προσκείμενοι στην εφαρμογή της ευθανασίας. Αυτό, δεν φαίνεται να επηρεάζεται από παράγοντες, όπως, τα δικαιώματα, τη φροντίδα, τη φαρμακευτική αγωγή, τη παρηγορητική φροντίδα και απόψεις για την ευθανασία, όταν συσχετιστούν μεταξύ τους. Διαφάνηκε όμως συσχέτιση, στη σχέση μεταξύ απόψεων για τα δικαιώματα και ετών εμπειρίας στο τμήμα εργασίας, αλλά και στη σχέση αφενός, ανάμεσα στη φροντίδα και την ηλικία, και αφετέρου, μεταξύ φροντίδας και ετών εμπειρίας στη νοσηλευτική.

Τα αποτελέσματα της μελέτης μπορούν να αποτελέσουν την βάση για περαιτέρω διερεύνηση και εξέταση του ζητήματος της ευθανασίας σε Παγκύπρια κλίμακα. Ακόμη, αυτή η διερεύνηση να γίνει ξεχωριστά και εξειδικευμένα σε ειδικές μονάδες όπως Μ.Ε.Θ και Ογκολογικά τμήματα, αλλά και σε άλλα τμήματα εξετάζοντας συνολικά όλους τους παράγοντες που επηρεάζουν την ευθανασία, διότι «οι καιροί ου μενετοί».

Βιβλιογραφία

Ελληνική

- Αβρααμίδης Α., (1995) Ευθανασία, Εκδόσεις Ακρίτας, Αθήνα
- Αίλιος Θ., Προγυμνάσματα, Thesaurus Linguae Graecae, Digital Library of Greek Literature, University of California, Irvine, California 92717 USA
- Ανδρουλιδάκης Ν., (1974) Ποινικόν Δίκαιον, Γενικό Μέρος, Εκδόσεις Αντ. Ν Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή
- Ανδρουλιδάκη Ν., (1993) Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, (Συμβολή στη διακρίβωση της αστικής ιατρικής ευθύνης), Εκδόσεις Αντ.Ν. Σάκκουλα. Αθήνα, Κομοτηνή
- Ανευλαβής Ε., «Η ελεήμων Θανάτωση (mercy killing) ή ευθανασία: Μια αποκλειστική διάζευξη», *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(6), Αθήνα, 2001:555-560.
- Aziz Philippe., Άνθρωποι πειραματόζωα, Ιστορία Εικονογραφημένη, Τεύχος 108, Ιούνιος 1977, σελ, 86.
- Γιάκης Ν., Μερκούρης Α., Πολυχρονόπουλου Ε., Αδαλή Ε., Εντατική Θεραπεία: η στάση του νοσηλευτικού προσωπικού στην ευθανασία, *Νοσηλευτική*, Ιανουάριος-Μάρτιος 2005,44 (1) :84-91
- Γκίκα Μ., Η ευθανασία και το ηθικό δίλημμα των νοσηλευτών. Διδακτορική Διατριβή, Αθήνα 1995:2023
- Γκούρλας Π., Λαμπαδάκης Ι., Αποστολίδης Ι., Τζώρτζη Α., «Γεροντοκτονία στην Κέα και αλλού», *Ανακοινώσεις στο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο*, 17- 21 Μάιου 1994
- Δαμίγος Δ., Σιαφάκα Β., Παυλίδης Ν., Σύγχρονες Απόψεις και Ερευνητικά Δεδομένα για την ευθανασία. Ψυχολογικές προεκτάσεις του προβλήματος της ευθανασίας *Ιατρική*, 75(3), 201-210,1999.
- Δρακόπουλος Σ., «Η διάκριση ανάμεσα στο «σκοτώνω» και στο αφήνω να πεθάνει» στην ιατρική ηθική», *Ιατρική*.1987,52:642-645
- Ευαγγέλου Ι., (1999), Το πρόβλημα της ευθανασίας. Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή

Engelhard H.T.Jr., (2007) «Τα θεμέλια της βιοηθικής: μια χριστιανική θεώρηση», μεταφρ. Πολυξένη Τσαλίκη-Κιοσογλου. Εκδ. Αρμός.Αθήνα

Ζηρογιάννης Π.,Ν., Τζαβέλλα Φ, Κουτσελίνης Α., Ευθανασία: Η ηθική του τέλους της ζωής. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 1998, 15: 382-389.

Ιωάννη Γ. Παπαγιανόπουλος, Η Ευθανασία εν τη Παλαιά Διαθήκη. Περιοδικό Θεολογία (τόμος ο' 1999), τεύχος β'-γ', σελ 274-282).

Καπελιώτης Α., (2008) Ευθανασία και σύνταγμα. Σχολή Νομικών και Οικονομικών Πολιτικών επιστημών τμήμα νομικής, ΕΚΠΑ. Μεταπτυχιακή εργασία, Αθήνα

Καράμπελας Λ., (1980) Η ευθανασία και το δικαίωμα στη ζωή και στο θάνατο. Εκδοτική Εστία. Αθήνα.

Καρανικόλας Γ. (2006), «Προβληματισμοί πάνω στην ηθική δικαιολόγηση της ποινικής καταστολής της ευθανασίας», σελ. 78-85: στο με επιμέλεια Καϊάφα - Γκμπάντι Μ., Κουνουγέρη – Μανωλεδάκη Ε., Συμεωνίδου – Καστανίδου Ε., (2007) Ευθανασία, *Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής* -3, Εκδόσεις Σάκκουλα Αθήνα – Θεσσαλονίκη.

Κεσελόπουλος Α.,(2003), «Εκ του θανάτου εις την ζωήν, θεολογική προσέγγιση στις προκλήσεις της Βιοηθικής», Εκδόσεις Πουρνάρας. Θεσσαλονίκη.

Κούντουρας, Δ. Χατζόπουλος, Χ. Ζαβός Α.(2003) ειδικό άρθρο Ευθανασία, *Βήμα Κλινικής Ογκολογίας* σελ 149

Κουντουριώτης Σ. (1977) Αι εν Ελλάδι αιρέσεις, Αθήνα

Κουρουπάκης Σ., (2009) Ευθανασία και Βιοηθική: η ευθανασία ως ηθικό ζήτημα, Διδακτορική Διατριβή. Πανεπιστήμιο Αθηνών, Φιλοσοφική Σχολή. Αθήνα

Κουρουπάκης Σ., (2010) Ευθανασία και Βιοηθική: η ευθανασία ως ηθικό ζήτημα. Andy's Publishers. Αθήνα

Κιρκεργκωρ Σ, Ασθένεια προς θάνατον. Αθήνα. Εκδόσεις Καστανιώτης. Αθήνα 1999:218.

Λεοντάκης Α., (1992) « Ο νόμος της Ιουλίδος, Γεροντοκτονία στην Κέα» *Εφημερίδα Το Βήμα*.

Λιακόπουλος Ι., Κακαμπούρας Μ., Κολοβός Η., Χριστοπούλου Ι., Το ηθικό δίλημμα της ευθανασίας: Διερεύνηση της άποψης των νοσηλευτών έναντι του διλήμματος. *Το βήμα του Ασκληπιού*. Τόμος 9^{ος} , Τεύχος 2^ο ,2010:205-221.

Λυπουρλής Δ., (2006) «Ου δώσω δε ουδέ φάρμακον ουδενί αιτηθείς θανάσιμον ούδε υφηγήσομαι συμβουλήν τούηνδε»: Η ευθανασία στην καθημερινή ζωή της αρχαιότητας, σελ 11-18, στο Καϊάφα -Γκμπάντι Μ., Κουνουγέρι – Μανωλεδάκη Ε., Συμεωνίδου – Καστανίδου Ε., (2007) Ευθανασία, *Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής* -3, Εκδόσεις Σάκκουλα Αθήνα – Θεσσαλονίκη.

Μητροπολίτης Φθιώτιδος κ.κ. Νικολάου, Ιερά σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδος, Η θέσης της Εκκλησίας επί του θέματος της Ευθανασίας, Απρίλιος 2005 www.bioethics.org.gr : πρόσβαση 15/04/2013

Μητροπολίτης Ναυπάκτου και Αγίου Βλασίου κ.κ Ιερόθεου, Η ευγονική και ευθανασιακή νοοτροπία του σύγχρονου ανθρώπου, Μέρος Α-Β. Ιερατικό Συνέδριο στη Μητρόπολη Πειραιά 2007.Τεύχος 133: στο www.parembasis.gr :πρόσβαση 14/04/2013

Μιλιλί Α.,(1980) Το Κοράνι, (μτφρ), Εκδόσεις Κάκτος.σελ 17-33.

Μορ Τόμας, De optimo reipublicae statu, deque nova insula *Utopia*, (α΄ έκδοση: Louvain, 1516), μετφρ Νατάσα Βαρσάκη, Εκδόσεις Ιάμβλιχος, Αθήνα,2003

Μπιτζαράκη Σ., Τσιλιλή Α., Φουνταουτσάκη Μ., (2008) Η στάση των νοσηλευτών απέναντι στην ευθανασία και οι παράγοντες την επηρεάζουν. Αδημοσίευτη Πτυχιακή εργασία, ΑΤΕΙ Κρήτης, Σχολή ΣΕΥΠ, Νοσηλευτική Σχολή. Ηράκλειο

Mc Dowel D.M.(1988) Σπαρτιατικό Δίκαιο, Εκδόσεις Παπαδήμα. Αθήνα

Παναγόπουλος Εμμανουήλ, Ορισμός και ιστορική εξέλιξη. Αρχές Ιατρικής Ηθικής-όρκος του Ιπποκράτη, Ιερά σύνοδος της εκκλησίας της Ελλάδος. Ειδική συνοδική επιτροπή επί της βιοηθικής, Το πρόβλημα της ευθανασίας (Πρακτικά Επιστημονικού Συμποσίου για την ευθανασία) Αποστολική διακονία, Αθήνα 2003:200-262).

Παπανθίμου Ε., Πίπα Ε., (2006), «Στάσεις του προσωπικού υγείας για το θέμα της Ευθανασίας», Αδημοσίευτη Πτυχιακή εργασία, ΑΤΕΙ Κρήτης, Σχολή ΣΕΥΠ, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας

Παπαπετρόπουλος Θ., Πατρινός Α., Πελεκούδας Β., Βγενόπουλος Α., Πασχάλης Χ., «Τάσεις προς την ευθανασία μεταξύ ιατρών, δικηγόρων, δικαστών και φοιτητών ιατρικής στην πόλη της Πάτρας.Ιατρική 1997, 72(1): 69-73.

Παύλου, Α΄ Προς Κορινθίους, Η καινή Διαθήκη μετά συντόμου ερμηνείας, υπό Π.Ν Τρεμπέλα, Αδελφότης Θεολόγων «Ο Σωτήρ», Αθήνα 1982

Πελεγρίνης Θ.Ν Λεξικό της Φιλοσοφίας. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα, 2004.

- Πέρρος Π., Η ευθανασία ως ηθικό πρόβλημα ,2005: στο www.filosofia.gr : πρόσβαση 12/01/2013
- Πλάτων, Πλάτωνος Πολιτεία, μετάφραση Ιωάννη Γρυπάρη, Βιβλία Α-Ε,4ηΕιδικές Εκδόσεις Α.Ε, 2011
- Ποινικός Κώδικας., (2007) στο Σύνταγμα και 4 Κώδικες, ΔΣΑ
- Πολύβιος, Ιστορίες, The Loeb Classical Library, William Heinemann,Harvard University Studio Press, Λονδίνο, 1960*
- Ποσιδιππος, Αποσπάσματα, Thesaurus Linguae Graecae, University of California, Irvine, California,92717 ΗΠΑ*
- Πριάμη Μ., Μερκούρης Α., Αδαλή Ε., Τουρούκη Γ.Απόψεις νοσηλευτικού προσωπικού για την ευθανασία. *Νοσηλευτική*, 2001,40(4):43-50)
- Πρωτοπαπαδάκης Ε., Η ευθανασία απέναντι στη σύγχρονη βιοηθική. Εκδόσεις Αντ.Ν. Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή, 2003
- Πρωτοπαπαδάκης Ε., «Ενεργητική και Παθητική Ευθανασία: Υπάρχει Ηθική Διαφοροποίηση:» *Φιλοσοφία και Παιδεία*, 47-48 (2008): 23-26
- Σενέκας, Μαθήματα ζωής- Επιστολές στον Λουκίλιο, Μετφρ. Γιώργος Αραμπατζής. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα,Αθήνα, 1998
- Σκούρτης Χ., (2006), «Ενεργητική ευθανασία», σελ 92-100, στο Καϊάφα - Γκμπάντι Μ., Κουνουγέρη – Μανωλεδάκη Ε., Συμεωνίδου – Καστανίδου Ε., (2007) Ευθανασία, *Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής* -3, Εκδόσεις Σάκκουλα Αθήνα – Θεσσαλονίκη
- Σπινέλη Κ., (2005), Εγκληματολογία. Εκδόσεις Αντ. Ν Σάκκουλα, 2^η εκδ. Αθήνα Κομοτηνή. σελ 297.
- Συμεωνίδου – Καστανίδου Ε., «Εγκλήματα κατα της ζωής (άρθρος 299-307 ΠΚ 2001), Έκδοση Β΄. Εκδόσεις Ποινικού Δικαίου-16-.Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα - Θεσσαλονίκη
- Τουρτόγλου Μ., Ποινικές αντιλήψεις του Γεωργίου Γεμιστού Πλήθωνος στους «Νόμους» του, Αφιέρωμα εις τον Κωνσταντίνο Βαβούσκον», Τόμος Α΄, Θεσσαλονίκη, 1989:431.
- Φιλιππόπουλος Γ.Σ., (1984) Ψυχιατρικά Ανάλεκτα. Αθήνα
- Φίλων, *Περί γενέσεως Αβελ και ων αυτός τε και ο αδελφός αυτού Κάιν ιερουργούσι (De sacrificiis Abelis et Caini)*, The Loeb Classical Library, 227, William Heinemann, Harvard University Press, Λονδίνο, 1968

Χάιντεγκερ Μ., Είναι και ο χρόνος. Τόμοι Α-Β. Πρόλογος, μετάφραση, σχόλια Γ. Τζαβάρας, Αθήνα- Γιάννινα, Εκδόσεις Δωδώνη 1978 και 1985:137

Διεθνής

AGS Ethics Committee. "Physician Assisted Suicide and Voluntary Active Euthanasia", *Journal of American Geriatrics Society*, 43(5) :207-216.

Asch DA, Shea JA, Jedrzewski MK, Bosk CL.(1997) "The limits of suffering: critical care nurses' views of hospital care at the end of life." *Soc Sci Med.Dec*; 45(11), 1661-8.

Admiraal P., "Euthanasia and Assisted Suicide", in: *Birth to Death: Science and Bioethics*, (1996), (ed) Thomasma and Kusher p.p 207-216.

Assai A., (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

Barraclough B.,(1990)"The Bible Suicides". *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 86, pp 64-69).

Battin M., (1992), *The Least Worst Death*, Oxford University Press, New York, Oxford

Beauchamp T., Childress J.,(1994), *Principles of Biomedical Ethics*, 4th Edition, Oxford University Press, Oxford.

Bendiane MK, Galinier A, Favre R, Ribiere C, Lapiana JM, Obadia Y, Peretti-Watel P. (2007). "French district nurses opinions towards euthanasia, involvement in end-of-life and nurse patient relationship: a national phone survey," *J Med Ethics*;33:708-711.

Bergs M., Dierckx de Casterle., Gastmans C., (2005) "The complexity of nurses attitudes towards euthanasia : review of literature". *J Med Ethics*, 31:441-446.

Binding K., Hoche A., (1992), *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Leben, ihr mass und ihre form*, Felix Meiner, Λευκία.

Broeckaert B.,(2001), "Belgium: Towards a legal Recognition of Euthanasia", *European Journal of Health Law* 8:95-107

Brody H., (1989) *Death and Dying*, in *Medical Ethics*, Ed. Robert M. Veatch. Boston: Jones and Bartlett Publishers.

Collison J.,(1997) "Life Devoid of Value", *Four Country Catholic*

Candy C. E., (1991), Not for resuscitation: the student nurse's viewpoint. *Journal of Advanced Nursing*, 16:138-146

- Gika M.G., (1995) Ethics of Brain Death: It's time for Nursing Codes to take a sufficient position. International Nursing Congress. Athens
- Daikos G.,(1990), The terminal quality of life and passive or active euthanasia. *Quality Assurance in Health Care*, 2:373-385.
- Dines A., (1995), Does the distinction between killing and letting die justify some forms of euthanasia?. *Journal of Advanced Nursing*. 31:912-914
- Dowrkin R., (1993), Life's Dominion: An Argument about abortion euthanasia and individual freedom. New York: 1st Vintage Books Edition.
- Dowrkin R., (1998) Euthanasia and physician-assisted suicide. For and against. Cambridge University Press.
- Dufault K., "Active vs Passive Euthanasia: Where's the distinction?", *Aorn Journal*,1995, 41:1090-1093
- Duguet, Anne - Marie (2001): Euthanasia in France, in: *European Journal of Health Law*, 109 - 123 (117).
- Emanuel E.,(1994) "The History of Euthanasia Debut in the United States and Britain", *Annals of Internal Medicine*, 121, (10):739-807.
- Ferrel B., (2000) Beyond the Supreme Court Decision: Nursing perspectives on End of life Care. ONF. No 3 (vol 27):445-455.
- Fins J.J., Baccheta M.D.,(1994), The physician-assisted suicide and euthanasia debate: an annotated bibliography of representative studies. *Journal of Clinical Ethics*. 5:330-340.
- Frances Yates, Ideas and ideals in the North European Renaissance, London: Routledge & Kegan Paul, 1984:211
- Friedlander H., (1995) The origins of Nazi Genocide. Chapel Hill& London: The University of North Carolina Press.
- Horton R., "Euthanasia and Assisted Suicide: what does the Dutch vote mean?", 2001.*The Lancet*, Vol 357.
- Gika M. G., (1996) Euthanasia, the nursing aspect. Balkan Congress of Oncology. Athens
- G.G van Bruchem-van de Scheur, Arie J.G van de Arend, Huga Huijer Abu- Saad, Frans G.B van Wijmen., Euthanasia and assisted suicide in Dutch Hospitals: the role of nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 2008:1618-1626.
- Cuttini M, Casotto V, Kaminski M, BeaufortI, Berbik I,HansenG, Kollee L, Kucinkas A, Lenoir S., (2004). " Should euthanasia be legal? An international survey of neonatal intensive care units

staff " ArchDis Child FetalNeonatal, 89:F19–F24Hare J., Pratt C., Nelson C., "Agreement between Patient and their Self – Selected Surrogates on Difficult Medical Decisions", *Achieves of Internal Medicine*, May 1992, 152:1049-1054.

Inghelbrecht E, Bilsen J, Mortier F,Delliens L.(2010) "The role of nurses in physician-assisted deaths in Belgium." *Canadian Medical Association*,June, 2010, 182(9), 905-910

Islamic Organization of Medical Sciences, Kuwait 1981, p. 65 Στο Dr Aryn Sajjo, *Muslim Ethics: Emergings Vistas*. I. B. Tauris in association with The institute of Ismaili Studies. London, 2004:164

Kennety L., *Euthanasia: the good death*. Chatto and Windus, London, 1990:56

Kitchener B.A., (1998) Nurses characteristics and attitudes to active voluntary euthanasia: a survey in the Australian Capital Territory. *Journal of Advanced Nursing*, No 1,vol 28:70-76.

Keown D., "Buddhism and Suicide: the case of Channa". *Journal of Buddhist Ethics*, University of London, 1996.

Kevorkian J., *Prescription: Medicine*. Prometheus Book, London, 1991

Kottow M.H., (1988)Introductory notes, *Theoretical medicine and bioethics*, Volume 9, issue 3 , pp 247-250.

Latimer E.J., Ethical Decision Making in Care of the dying and application to Clinical Practise. *Journal of Pain and Symptom Management*, 1991, 6:330-336.

Matzo M.L., Oncology Nurses' Practices of Assisted Suicide and Patient - Requested Euthanasia.*ONF*. No 10 (vol 24):1725-1732

Musgrave C.F.,(2001) Israeli Oncology and Non Oncology Nurses" Attitudes Toward Physician – Assisted Dying: A comparison study. *ONF*. No.1(vol. 28:50-57.

Mystakidou K., Parpa E., Tsilika E., Sakkas P., Patiraki E., Pistevou - Combaki K., Govina O., Vlahos L., Euthanasia and physician assisted suicide in cases of terminal cancers the opinion of physician and nurses in Greece, *Medicine, Science and Law*, 2008,48 (4):333-341.

Ogden R., *Euthanasia, Assisted Suicide and Aids*. Perrault Goedman Publishing, London 1994:135

O'Rourke A., (1989), *Health care ethics*. St Louis: The Catholic Health Association.

O'Rourke A, Boyle M., (1989), Questions of Ethics regarding the fatally ill and the dying, *Medical Ethics*. St Louis: The Catholic Health Association.

Penn L, TabakN, (2009) "Exploring the Correlation Between Personality and Occupational Variables of the Nurse and Between Attitudes and Behavioral Intentions Towards Euthanasia" *The Open Ethics Journal*, , 3, 32-39

- Perkins Hs., Bauer R.L., Hazuda Hp., Schoolfield Jd. Impact of legal liability, family wishes and other “external factors” on physician life support decisions. *Am J Med* 1990, 89:185-194.
- Prado, C, G., S, J, Tailor. (1999) “Assisted Suicide: Theory and practice in elective death, New York, Humanity Books.
- Quill T, Cassel C, Meier D., “ Care of Hopelessly III – Proposed Clinical Criteria for Physician Assisted Suicide.”, *New England Journal Medicine*, 1992
- Rachels J, (1986)., The end of life: the mortality of euthanasia. Second edition. Great Britain: Biddles Ltd.
- Rachels J., The end of Life: euthanasia and morality. Oxford University Press. London, 1986:48
- Richardson D. S (1994) , Oncology nurse’s attitude towards the legislation of voluntary active euthanasia. *Cancer Nursing*. 17:348-353.
- Sarvimaki Anneli.,(1988), Nursing care as a practical communicative and creative activity. *Journal of advance Nursing*, 13:462-467
- Satguru Sivaya Subramuniyaswami., “Dansing With Siva: Hinduism’s Contermporary Catechism”, 2003, *Himalayan Academy*, 2003:833.
- Scofield G.R., “Privacy (or Liberty) and Assisted Suicide”. *Journal of Pain and Symptom Management*,1991:260-266
- Sellman D., (1995), Euphemisms of euthanasia. *Nursing Ethics*. 2:315-316
- Shavelson, L.A., (1995)., Chosen Death: The Dying Confront Assisted Suicide, New York, Simon and Schuler.
- Steinbock B, (1994)., Killing and Letting Die. Second edition. New York: Fordham University Press.
- Stevens CH., Hassan R., Management of death, dying and euthanasia: attitudes and practices of medical practitioners in South Australia, *Journal of Medical Ethics*, 1994, 20:41-46.
- Stuart G., Curter W., Demy T., Suicide and Euthanasia, Grand Rapids: Kregel Publications, 1998:19.
- Velpoort Ch.,(2004), Palliative care nurses’ views on euthanasia. *Journal of Advanced Nursing*. No 6 (vol 47):592-598.
- Vidalis A., Dardavessis T., Kapriris G., (1998) “Euthanasia in Greece: Moral and ethical dilemmas”. Psychiatric Department, Ippocratio General Peripheral Hospital, Thessaloniki, Greece. *Aging Clin. Exp. Res.* No 2 (vol 10), 93-101.
- Werth Jr., James L., Blevins D., Toussaint K L., Durham M R, « The influence of cultural diversity on end-of-life care and decisions. *The American Behavioral Scientist*, Oct 2002, 46, 2. P 204-218.

Παραρτήματα

Παράρτημα Ι Εξασφάλιση άδειας χρήσης ερωτηματολογίου

ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Εγώ ο Στυλιανός Κουρουπάκης του Μιχαήλ Α.Τ Ξ 415077 ευχαρίστως παραχωρώ στον Αντρέα Τίφα του Χρίστου Α.Τ 739227 , την άδεια χρήσης του ερωτηματολογίου για ακαδημαϊκούς και μόνο λόγους.

Με εκτίμηση

Δρ. Στυλιανός Κουρουπάκης

Παράρτημα II Επιστολές έγκρισης για τη διεξαγωγή της μελέτης

Α/ Επιστολή έγκρισης από επιτροπή Βιοηθικής για τη διεξαγωγή της μελέτης που έγινε στο Νοσοκομείο Λάρνακας



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΚΥΠΡΟΥ

Αρ. Φακ.: ΕΕΒΚ ΕΠ 2012.01.105

Αρ. Τηλ.: 22809038/039

Αρ. Φαξ: 22353878

18 Ιανουαρίου 2013

Κύριο Ανδρέα Τίφα
Θεοδόση Πιερίδη 3^Α
Άγιος Νικόλαος
6042 Λάρνακα

Αξιότιμε κύριε Τίφα,

**Θέμα: «Ευθανασία: Στάσεις και απόψεις των νοσηλευτών
στο Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας»**

Σε συνέχεια προηγούμενης μας αλληλογραφίας για το πιο πάνω θέμα, επιθυμώ να σας ευχαριστήσω για την επιστολή σας ημερομηνίας 08/01/2013 η οποία παραλήφθηκε στις 18/01/2013.

2. Από την μελέτη του περιεχομένου της διορθωμένης διευκρινιστικής καλυπτικής επιστολής που έχετε καταθέσει, έχω την γνώμη ότι η εν λόγω έρευνα σας δεν εμπίπτει στην σφαίρα αρμοδιοτήτων της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου (ΕΕΒΚ) για βιοηθική αξιολόγηση.

3. Σας ευχόμαστε κάθε επιτυχία στη διεξαγωγή της έρευνας σας.

Με εκτίμηση

Δρ. Μιχάλης Βονιάτης
Πρόεδρος

Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου

B/ Επιστολή έγκρισης από την επιτροπή προσωπικών δεδομένων

Αρ. Φακ.: 3.28.81

Αρ.Τηλ.: 22818303

10 Ιανουαρίου 2013

Κύριο Αντρέα Τίφα

Θεοδόση Πιερίδη 3^Α

6042 Λάρνακα

Γνωστοποίηση Σύστασης και Λειτουργίας Αρχείου/ Έναρξης Επεξεργασίας για τη «Διερεύνηση στάσεων και απόψεων των νοσηλευτών για την ευθανασία στο Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας» στο πλαίσιο μεταπτυχιακού προγράμματος του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου

Αναφέρομαι στη Γνωστοποίηση που υποβάλατε στο Γραφείο Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα με ημερομηνία 12.12.2012 με το ηλεκτρονικό μήνυμα σας στις 8.1.2013, που αφορά το πιο πάνω Αρχείο και σας πληροφορώ ότι φαίνεται να είναι σύμφωνη με τις διατάξεις των περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμων του 2001 μέχρι 2012 (Ν. 138(I)/2001 όπως τροποποιήθηκε με τους Ν. 37(I)/2003 και Ν. 105(I)/2012, στο εξής «ο Νόμος»), και, ως εκ τούτου, έχει καταχωριστεί στο Μητρώο Αρχείων και Επεξεργασιών που τηρεί ο Επίτροπος δυνάμει των διατάξεων των άρθρων 7(4) και 24(1)(α) του Νόμου. Το πιο πάνω Μητρώο είναι προσβάσιμο στο κοινό, σύμφωνα με το άρθρο 24(2) του Νόμου.

(Μάριος Παπαχριστοδούλου)

για Επίτροπο Προστασίας Δεδομένων

Προσωπικού Χαρακτήρα

ΜΠαπ

Γ/ Επιστολή έγκρισης από επιστημονική επιτροπή προώθησης ερευνών του
Υπουργείου Υγείας



Αρ. Φακ. : ΥΥ 5.34.01.7.6Ε
Αρ. Πρωτ.: 0083/2013

21 Μαρτίου 2013

Προϊστάμενη Νοσηλευτικό Λειτουργό Γενικού Νοσοκομείου Λάρνακας

**Θέμα : Άδεια για διεξαγωγή ερευνών από την Επιστημονική Επιτροπή
προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας**

Αναφέρομαι στο πιο πάνω θέμα για να σας ενημερώσω πως η Επιστημονική
— Επιτροπή Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας έχει παραχωρήσει σχετική
άδεια στον κο Αντρέα Τίφα, Νοσηλευτικό Λειτουργό, για διεξαγωγή έρευνας με τίτλο
«Ευθανασία: Στάσεις και απόψεις των νοσηλευτών στο Γενικό Νοσοκομείο
Λάρνακας».

Στη διάθεση σας για οποιοσδήποτε διευκρινήσεις.

(Χριστίνα Ιωαννίδου Ευσταθίου)

για Διευθυντή Νοσηλευτικών Υπηρεσιών

✓ Κοιν. κο Αντρέα Τίφα



Προδρόμου 1 Χίλωνος 17 Υπουργείο Υγείας, 1448 Λευκωσία
Τηλ: 22605740 Φαξ: 22772246 Ιστοσελίδα: <http://www.moh.gov.cy>



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Αρ. φακ: 5.34.01.7.6Ε
Αρ. τηλ: 22605738
Email: igeorgiou@moh.gov.cy
Αρ. Πρωτ.: 0083/2013

12 Μαρτίου 2012

✓ Κο Αντρέα Τίφα
Θεοδόση Περίδη 3^α,
Άγιος Νικόλαος
6042 Λάρνακα

Κύριε,

Θέμα: Αίτημα για την παραχώρηση άδειας διεξαγωγής έρευνας

Έχω οδηγίες να αναφερθώ στο αίτημα σας για παραχώρηση άδειας διεξαγωγής της έρευνας με τίτλο «Ευθανασία: Στάσεις και απόψεις των νοσηλευτών στο Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας» που υποβλήθηκε στην γραμματεία της επιτροπής με ημερομηνία 18/2/2013 και να σας πληροφορήσω ότι η Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας έχει εγκρίνει το αίτημα σας.

Νοείτε ότι θα πρέπει να προβείτε σε ενημέρωση των προϊσταμένων των τμημάτων /υπηρεσιών για την διεξαγωγή της σχετικής έρευνας. Επισημαίνεται ότι σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να διαταράσσεται η ομαλή λειτουργία των τμημάτων όπου θα διεξαχθεί η έρευνα.

Παράκληση όπως σε κατοπινό στάδιο υποβάλετε ενδιάμεση έκθεσης συμπληρώνοντας κατάλληλα το επισυνημμένο έντυπο «Παρακολούθηση Έρευνας από την Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών» στο οποίο αναφέρεται η εξέλιξη και το στάδιο στο οποίο βρίσκεται η εργασία σας.

Επίσης, με την ολοκλήρωση της έρευνας σας θα πρέπει να παραδώσετε στην γραμματεία της επιτροπής τα ακόλουθα:

- Αντίγραφο ολοκληρωμένης έρευνας σε ηλεκτρονική και έντυπη μορφή
- γραπτή συγκατάθεση σας για την Διαχείριση των αποτελεσμάτων της έρευνας από το Υπουργείο Υγείας.

- περίληψη της έρευνας σε συγκεκριμένη μορφή καθώς και τα στοιχεία επικοινωνίας σας τα οποία θα αναρτούνται στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας

Με Εκτίμηση,



(Ειρήνη Γεωργίου)
για Γενικό Διευθυντή
Υπουργείου Υγείας

Κοιν.: - Πρώτη Λειτουργό Υγείας

- Αν. Διευθυντή
Ιατρικών Υπηρεσιών και
Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας

- Διευθυντή
Νοσηλευτικών Υπηρεσιών

ΕΓ/τα

Παράρτημα III Ερωτηματολόγιο για τη Διερεύνηση στάσεων και απόψεων των νοσηλευτών για την Ευθανασία στο Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας.

Διερεύνηση στάσεων και απόψεων των νοσηλευτών για την Ευθανασία στο Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας.

ΟΔΗΓΙΕΣ

Αγαπητοί συνάδελφοι/σες,

Η πιο πάνω μελέτη διεξάγεται στο πλαίσιο του μεταπτυχιακού προγράμματος του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου «Διοίκηση Μονάδων Υγείας». Η μελέτη περιλαμβάνει τη συμπλήρωση ερωτηματολογίου αυτού το οποίο αφορά: α) την καταγραφή των απόψεων και γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται στο νοσοκομείο Λάρνακας και β) την αποτύπωση της κουλτούρας που επικρατεί. Σας παρακαλούμε να διαβάσετε προσεκτικά τις ακόλουθες οδηγίες πριν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Αυτό που ζητάμε από εσάς είναι η προσωπική σας άποψη. Μην σκέφτεστε πολύ για κάθε πρόταση. Η προσεκτική ανάγνωση των ερωτήσεων και οι αυθόρμητες απαντήσεις σας ,αποδεδειγμένες από οποιονδήποτε ενδιασμό, διευκολύνουν ιδιαίτερα το έργο μας και εξασφαλίζουν την εγκυρότητα της έρευνας, τα αποτελέσματα της οποίας θα σας γνωστοποιηθούν αμέσως μετά την ολοκλήρωση της. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και οι απαντήσεις σας θα είναι απόλυτα εμπιστευτικές. Είναι εξαιρετικά σημαντικό να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου εκ μέρους σας, λαμβάνεται ως συναίνεση συμμετοχής στην εν λόγω έρευνα.

Για οποιοδήποτε διευκρινήσεις σας παρακαλούμε να επικοινωνήσετε με το συντονιστή της ερευνητικής μελέτης, κ Αντρέα Τίφα στο τηλέφωνο: 99849600.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την συνεργασία σας

Γενικό Μέρος

Χρήσιμοι Ορισμοί:

Ευθανασία: είναι η πράξη ή η παράλειψη πράξης, που προκαλεί, για ανθρωπιστικούς λόγους, το θάνατο του αρρώστου που πάσχει από ανίατη επώδυνη ασθένεια.

Ενεργητική ευθανασία: Η πρόκληση θανάτου που μπορεί να διενεργηθεί με τη χρήση θανατηφόρου ενέσεως ή και με τη χορήγηση υπερβολικής δόσεως φαρμακευτικών σκευασμάτων ή ακόμη και με πρόκληση ασφυξίας μετά από νάρκωση.

Παθητική ευθανασία: μπορεί να διενεργηθεί με τη μη χρήση ή με τη διακοπή των υποστηρικτικών μέσων τα οποία παρατείνουν τη ζωή του πάσχοντος.

Ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία: Υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι αυτοκτονία που συμβαίνει όταν κάποιος άλλος παρέχει τα μέσα με τα οποία θέτει τέλος στη ζωή του κάποιος άλλος ή καθιστά εφικτό το θάνατό του εν λόγω ατόμου. Ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι όταν ο ιατρός παρέχει τη βοήθεια αυτή.

Παρενέργειες από διπλής δράσης φαρμακευτικής αγωγή: Παρατηρούνται σε περιπτώσεις που ο ιατρός με πρόθεση να ελέγξει και να ανακουφίσει τον πόνο του ασθενή χορηγεί αναλγητικά, ενώ γνωρίζει πως πιθανή συνέπεια αυτών είναι ο θάνατος του ασθενή.

Παρηγορητική/ανακουφιστική φροντίδα: αποτελεί μια προσέγγιση που βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους που αντιμετωπίζουν προβλήματα που σχετίζονται με μια για τη ζωή απειλητική νόσο, μέσω της πρόληψης και της ανακούφισης «του υποφέρειν» με την πρόωμη αναγνώριση αλλά και την άρτια εκτίμηση και αντιμετώπιση του πόνου, όσο άλλων σωματικών και ψυχοκοινωνικών προβλημάτων

Παρακαλώ κυκλώστε σε κάθε ερώτηση /δήλωση την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει

1.Η Ευθανασία είναι μια πράξη που πρέπει να επιδιώκει ο άνθρωπος.

Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
-------------------------	---------	-------------------------	---------	-----------------

2.Η απόφαση για διενέργεια ευθανασίας σε περίπτωση ανίατης ασθένειας πρέπει να είναι μόνο του ασθενή.

Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
-------------------------	---------	-------------------------	---------	-----------------

3.Ο ιατρός μπορεί να εφαρμόσει υπό ορισμένες προϋποθέσεις ευθανασία χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενούς.

Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
-------------------------	---------	-------------------------	---------	-----------------

4.Σε περιπτώσεις εγκεφαλικής βλάβης είναι σκόπιμο να αποσυνδεθεί από τα μηχανήματα υποστήριξης ένας ασθενής και να αφηθεί να καταλήξει.

Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
-------------------------	---------	-------------------------	---------	-----------------

5.Σε περίπτωση απόφασης για την απόσυρση της ιατρικής υποστήριξης από έναν ασθενή που δεν έχει ελπίδες ανάνηψης, παίζει μεγαλύτερο ρόλο για την απόφαση αυτή το νεαρό της ηλικίας του.

Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
-------------------------	---------	-------------------------	---------	-----------------

6.Πρέπει να εφαρμοστεί η απόσυρση των μηχανημάτων υποστήριξης από ανίατες περιπτώσεις βαρύτερα ασθενών και ασθενών τελικού σταδίου (παθητική ευθανασία).

Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
-------------------------	---------	-------------------------	---------	-----------------

7.Η παρηγορητική φροντίδα είναι αναγκαία για τους ασθενείς τελικού σταδίου.

Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
-------------------------	---------	-------------------------	---------	-----------------

8.Η παρηγορητική φροντίδα βαραίνει υπέρμετρα τον προϋπολογισμό μιας νοσηλευτικής μονάδας.

Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
-------------------------	---------	-------------------------	---------	-----------------

9.Μια τέτοια φροντίδα για τον πόνο θα πρέπει να εμπλέκει και την οικογένεια του ασθενή

Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
-------------------------	---------	-------------------------	---------	-----------------

10.Σε περίπτωση άρνησης της ιατρικής υποστήριξης για ασθενείς σε κωματώδη κατάσταση, αυξάνονται οι κίνδυνοι για τη ζωή.

Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
-------------------------	---------	-------------------------	---------	-----------------

11.Κάθε άτομο έχει το δικαίωμα να καθορίζει τον τρόπο της ζωής και του θανάτου του.

Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
-------------------------	---------	-------------------------	---------	-----------------

12.Κάθε άνθρωπος πρέπει να έχει το δικαίωμα να επιλέγει ένα άλλο άτομο της εμπιστοσύνης του για να πάρει αποφάσεις για τη ζωή του στην περίπτωση που ο ίδιος δεν είναι ικανός για κάτι τέτοιο.

Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
-------------------------	---------	-------------------------	---------	-----------------

13.Αν ένας ασθενής ζητάει επίμονα από το γιατρό του να του παράσχει κάποιο φάρμακο για να θέσει τέλος στη ζωή, ο θεράπων ιατρός θα πρέπει να σεβαστεί την επιθυμία του.

Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα	Ούτε συμφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
-------------------------	--------------------	--------------	---------	-----------------

14.Ο γιατρός νομιμοποιείται βάσει του ρόλου του, να παρέχει φάρμακα σε ασθενή μετά από σαφές και επίμονο αίτημα του ίδιου του ασθενή προκειμένου να δώσει τέλος στη ζωή του.

Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα	Ούτε συμφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
-------------------------	--------------------	--------------	---------	-----------------

15.Ο γιατρός δεν πρέπει βάσει του ρόλου του να χορηγεί αναλγητικά με σκοπό να ανακουφίσει από το πόνο ασθενή τελικού σταδίου, αφού γνωρίζει ότι αυτό μπορεί να προκαλέσει επίσπευση του θανάτου του.

Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα	Ούτε συμφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
-------------------------	--------------------	-------------------------	---------	-----------------

16.Η παροχή βοήθειας από νοσηλευτή ώστε να προκληθεί θάνατος ασθενούς τελικού σταδίου δε συμβαδίζει με την υποχρέωσή του να φροντίζει τον συγκεκριμένο ασθενή.

Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα	Ούτε συμφωνώ, Απόλυτα	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
-------------------------	--------------------	--------------------------	---------	-----------------

17.Οι νοσηλευτές που συμμετέχουν σε εφαρμογή ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας σε ασθενείς τελικού σταδίου, δεν πρέπει να διώκονται ποινικά.

Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
-------------------------	---------	-------------------------	---------	-----------------

18.Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να θέσουν τέλος στη ζωή τους ζητώντας τη βοήθεια του γιατρού τους, όταν οι συνθήκες της ζωής τους είναι αβάσταχτες.

Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
-------------------------	---------	-------------------------	---------	-----------------

19.Σε κάθε περίπτωση, ο θεράπων γιατρός πρέπει να διατηρεί τον ασθενή του στη ζωή, ακόμα κι αν ο ίδιος ο ασθενής επιθυμεί να επισπεύσει το θάνατό του.

Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
-------------------------	---------	-------------------------	---------	-----------------

20.Ο ιατρός που εφαρμόζει ιατρικά υποβοηθούμενη ευθανασία σε περιπτώσεις που οι ασθενείς είναι τελικού σταδίου, πράττει προς το συμφέρον τους.

Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
-------------------------	---------	-------------------------	---------	-----------------

21.Η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία για ασθενείς τελικού σταδίου πρέπει να επιτραπεί στη χώρα μας.

Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
-------------------------	---------	-------------------------	---------	-----------------

22.Ένας ασθενής τελικού σταδίου πρέπει δια νόμου να επιτρέψει στον γιατρό να του χορηγήσει αναλγητικά για την ανακούφιση του από τους πόνους, των οποίων μια πιθανή συνέπεια μπορεί να είναι ο θάνατος του.

Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
-------------------------	---------	-------------------------	---------	-----------------

23.Είναι απαραίτητο, ένας ασθενής τελικού σταδίου να πάρει φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση οξύτατου πόνου ακόμα κι αν αυτό περικλείει τον κίνδυνο θανάτου του.

Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
-------------------------	---------	-------------------------	---------	-----------------

24.Η επιλογή χορήγησης αναλγητικών από το γιατρό με σκοπό την ανακούφιση από τον πόνο και πιθανή συνέπεια το θάνατο του ασθενούς, χωρίς τη συγκατάθεση του ίδιου, πρέπει να διώκεται ποινικά.

Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
-------------------------	---------	-------------------------	---------	-----------------

25.Αν βρισκόμουν σε κατάσταση που χαρακτηριζόταν από απώλεια των λειτουργικών μου ικανοτήτων, θα ήθελα να έχω την επιλογή της ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας.

Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
-------------------------	---------	-------------------------	---------	-----------------

26.Αν ένας ασθενής μου ζητούσε εξαιτίας της απώλειας των λειτουργικών του ικανοτήτων να τον βοηθήσω, ως νοσηλευτής, να θέσει τέλος στη ζωή του, θα το έκανα.

Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
-------------------------	---------	-------------------------	---------	-----------------

27.Αν ο ασθενής βρίσκεται σε τελικό στάδιο και έχει πρόσβαση σε υπηρεσίες υποστηρικτικής και παρηγορητικής φροντίδας, δεν θα υπήρχαν αιτήματα υποβοηθούμενης αυτοκτονίας.

Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
-------------------------	---------	-------------------------	---------	-----------------

28. Αν ο ίδιος ήμουν σε κατάσταση που χαρακτηριζόταν από οξύτατο πόνο που δεν μπορούσε να ελεγχθεί διαφορετικά, θα επιθυμούσα τη χορήγηση αναλγητικών ακόμα κι αν υπήρχουν κίνδυνοι για τη ζωή μου.

Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Διαφωνώ	Απόλυτα
-------------------------	---------	-------------------------	---------	---------	---------

29. Αν ασθενής μου υπέφερε από οξύτατο πόνο, που δεν μπορούσε να ελεγχθεί διαφορετικά, θα του χορηγούσα, ως νοσηλεύτης, αναλγητικά για να τον ανακουφίσω, ακόμα κι αν αυτά θα προκαλούσαν το θάνατό του.

Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Διαφωνώ	Απόλυτα
-------------------------	---------	-------------------------	---------	---------	---------

30. Πόσο σημαντικός είναι ο κάθε παράγοντας ώστε να συμβάλει στην τελική σας απόφαση σχετικά με την εφαρμογή ευθανασίας;

	Καθόλου σημαντικό	Λίγο σημαντικό	Σημαντικό	Πόλο σημαντικό	Πάρα Πολύ Σημαντικό
1. Ηλικία του ασθενή					
2. Ανίατη ασθένεια					
3. Εγκεφαλικός θάνατος					
4. Πλήρης Ενημέρωση ασθενή και οικογένειας					
5. Η ευθανασία να είναι επίμονο αίτημα του ασθενή					

6. Η ευθανασία είναι επίμονο αίτημα της οικογένειας του ασθενή					
7. Η Διαύγεια πνεύματος του ασθενή					
8. Συναπόφαση ενός ή περισσότερων ιατρών					

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΣΑΣ!