



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗ»  
*Διευθυντής Σπουδών: Καθηγητής Αθανάσιος Δουζένης*

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΒΙΟΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ: ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ,  
ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΚΑΙ ΑΜΒΛΩΣΗ.  
ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ  
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ**

ΜΑΛΙΚΕΝΤΖΟΥ ΝΑΥΣΙΚΑ

Επιβλέπων

ΜΙΧΟΠΟΥΛΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ, Αν. Καθηγητής Ψυχιατρικής, Β' Ψυ-  
χιατρική Κλινική ΠΓΝ «Αττικόν»

ΑΘΗΝΑ

2019-2020

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΒΙΟΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ: ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ,  
ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΚΑΙ ΑΜΒΛΩΣΗ.  
ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ  
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ**

ΜΑΛΙΚΕΝΤΖΟΥ ΝΑΥΣΙΚΑ

A.M.: 20180609

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ** ΜΙΧΟΠΟΥΛΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ, Αν. Καθηγητής Ψυχιατρικής, Β' Ψυ-  
χιατρική Κλινική ΠΓΝ «Αττικόν»

**ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

ΔΟΥΖΕΝΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ, Καθηγητής Ψυχιατρικής, Διευθυντής Β' Ψυχιατρικής Κλινι-  
κής ΠΓΝ «Αττικόν», Υπεύθυνος του ΠΜΣ «Ψυχιατροδικαστική

ΜΙΧΟΠΟΥΛΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ, Αν. Καθηγητής Ψυχιατρικής, Β' Ψυχιατρική Κλινική ΠΓΝ  
«Αττικόν»

ΧΑΤΖΗΝΙΚΟΛΑΟΥ ΦΩΤΙΟΣ, Αναπληρωτής Καθηγητής, Εργαστήριο Ιατροδικαστικής  
και Τοξικολογίας, ΑΠΘ

2019-2020

-“Ramón, mi amigo, una libertad  
que elimina la vida no es libertad”.

-“Y una vida que quita la libertad  
tampoco es vida”.

(= -“Ramón, my friend, a freedom  
that eliminates life is not freedom.”

-“And a life that eliminates freedom  
is not life either.”)

From the movie *The Sea Inside* (2004)

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε είχε σκοπό να μελετήσει τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας και των νομικών επιστημόνων, σε ό,τι αφορά σε σύγχρονα βιοηθικά ζητήματα που απασχολούν την κοινωνική πραγματικότητα. Συγκεκριμένα, επιλέχθηκαν προς μελέτη οι πρακτικές της ευθανασίας, της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας και της άμβλωσης, καθώς αποτελούν χαρακτηριστικές περιπτώσεις σύγκρουσης της ανθρωπίνης ζωής ως θεμελιώδους αξίας, με το δικαίωμα στην ελευθερία αυτοκαθορισμού και αυτοδιάθεσης του ατόμου. Είναι εμφανές ότι πρόκειται για σύνθετα ζητήματα με ηθικές, θρησκευτικές και κοινωνικές προεκτάσεις, και, επομένως, τείνουν να διχάζουν την κοινή γνώμη.

Προκειμένου να διερευνηθούν οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας και των νομικών επιστημόνων για τα εν λόγω ζητήματα, κλήθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα ιατροί όλων των ειδικοτήτων, καθώς και νομικοί επιστήμονες από όλη την Ελλάδα. Συνολικά, 220 επαγγελματίες ανταποκρίθηκαν στο κάλεσμα για συμμετοχή στην έρευνα και αποτέλεσαν το σύνολο του δείγματος. Τα ερωτηματολόγια που συγκεντρώθηκαν από τους συμμετέχοντες υπέστησαν ανάλυση μέσω του στατιστικού προγράμματος SPSS, με στόχο να βρεθούν οι συσχετίσεις και οι σχέσεις συνάφειας ανάμεσα τους.

Οι επαγγελματίες που συμμετείχαν εμφάνισαν υψηλά ποσοστά αποδοχής σε όλα τα ζητήματα που μελετήθηκαν, και βρέθηκε σημαντική διαφορά στα αποτελέσματα όταν τέθηκε ως κριτήριο το επάγγελμα των συμμετεχόντων, με αποτελέσματα μεγαλύτερης διαφωνίας απέναντι στην ευθανασία, την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία και την άμβλωση στους επαγγελματίες υγείας. Η θρησκευτικότητα και άλλοι δημογραφικοί παράγοντες όπως το φύλο ή η ηλικία του δείγματος έδειξαν να διαδραματίζουν κάποιο ρόλο στη διαμόρφωση των στάσεων. Επιπλέον, οι στάσεις των συμμετεχόντων παρουσίασαν ανάλογο βαθμό αποδοχής και συμφωνίας, ή διαφωνίας, αντίστοιχα, για όλα τα βιοηθικά ζητήματα που μελετήθηκαν, δημιουργώντας μία ενιαία ιδεολογική στάση.

Καθίσταται σαφές πως η μελέτη τέτοιων βιοηθικών διλημμάτων δε σταματά εδώ, και η περαιτέρω ανάλυση τους οδηγεί στην καλύτερη αντίληψη της κοινωνικής συνείδησης, και του αντίστοιχου νομικού πλαισίου, που ανταποκρίνεται ολοένα και περισσότερο στις σύγχρονες κοινωνικές και ηθικές ανάγκες.

Master's Thesis:

**Modern Bioethic Issues: Euthanasia, Physician Assisted  
Suicide and Abortion. Comparative Study of Attitudes Between  
Health Professionals and Legal Scientists**

ABSTRACT

The research carried out was intended to study the attitudes of health professionals and legal scientists with regard to contemporary bioethic issues of concern to social reality. In particular, the issues of euthanasia, physician assisted suicide and abortion were selected for study, as they are typical cases of conflict of human life as a fundamental value, with the right to the freedom of self-determination of the individual. It is clear that these are complex issues with moral, religious and social implications, and therefore tend to divide public opinion.

In order to investigate the attitudes of health professionals and legal scientists on these issues, physicians of all specialties were invited to participate in the research, as well as legal scientists from all over Greece. A total of 220 professionals responded to the call to participate in the survey and constituted the sample. The questionnaires collected by the participants were analyzed through the SPSS statistical program, with the aim of finding correlations and relationships of relevance between them.

The professionals involved, showed high acceptance rates in relation to all the issues studied, and a significant difference in results was found when the occupation of participants was defined, with more results of disagreement regarding euthanasia, physician assisted suicide and abortion for health professionals. Religiousness and other demographic factors such as gender or age of the sample appeared to affect the shaping of attitudes. In addition, the participants' attitudes showed a similar degree of acceptance and agreement, or disagreement, respectively, on all bioethic issues studied, creating a single ideological attitude.

It is clear that the study of such bioethic dilemmas does not stop here, and further analysis leads to a better understanding of social conscience, and of the corresponding legal framework, which increasingly responds to the modern social and moral needs.

## ΣΥΝΤΟΜΟ ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ

Μαλικέντζου Ναυσικά

Ημερομηνία Γέννησης 15/04/1994

e-mail: nafmalikentzou@outlook.com

### ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

- **2018–Σήμερα** Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Ψυχιατροδικαστική»  
Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
- **2020–Σήμερα** Πρόγραμμα επαγγελματικής κατάρτισης «Σχολική Ψυχολογία»  
Πανεπιστήμιο Αιγαίου
- **2017–2018** Πρόγραμμα επαγγελματικής κατάρτισης «Ψύχωση και Έγκλημα»  
Πανεπιστήμιο Αιγαίου
- **2015–2016** Πρακτική Άσκηση στο Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων  
(ΚΕ.Θ.Ε.Α.) – «Ιθάκη»  
Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
- **2016–2017** Πτυχιακή Εργασία «Οι Επιπτώσεις της Οικονομικής Κρίσης: Το Βίωμα  
και οι Αναπαραστάσεις των Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας»  
Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
- **2012–2017** Πτυχίο Ψυχολογίας (ειδίκευση στην Κοινωνική/Κλινική Ψυχολογία)  
Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

### ΕΡΓΑΣΙΑ

- **2020–Σήμερα** Σχολική Ψυχολόγος στο 6<sup>ο</sup> Ημερήσιο και στο 5<sup>ο</sup> Εσπερινό ΕΠΑΛ Πάτρας στο πλαίσιο του προγράμματος «Μία Νέα Αρχή στα ΕΠΑΛ»
- **2012–2019** Προπονήτρια σκακιού σε Δημόσια και Ιδιωτικά σχολεία της Θεσσαλονίκης και της Αθήνας και στα Προγράμματα «Αθλητικά Μονοπάτια 2015 & 2016», χορηγία του Ιδρύματος Σταύρος Νιάρχος.
- **2017-2018** Εθελόντρια στο Checkpoint Θεσσαλονίκης, Κέντρο Πρόληψης και Εξέτασης για τον HIV

### ΓΛΩΣΣΟΜΑΘΕΙΑ

- **Ελληνικά:** Μητρική γλώσσα
- **Αγγλικά:** Άριστη γνώση *Proficiency Michigan (ECPE) C2 (2008)*
- **Γαλλικά:** Καλή γνώση *Κρατικό Πιστοποιητικό Γλωσσομάθειας (ΚΠγ) B2 (2009)*

### ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ

- Certified Computer User: **ECDL Base** (Επεξεργασία Κειμένου, Υπολογιστικά Φύλλα και Υπηρεσίες Διαδικτύου)
- Πιστοποιημένη διαιτήτρια και προπονήτρια σκάκι

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η πραγματοποίηση της παρούσας έρευνας και η συγγραφή της διπλωματικής εργασίας δε θα ήταν εφικτή χωρίς τη βοήθεια και την καθοδήγηση των καθηγητών μου και των μελών της τριμελούς επιτροπής της εργασίας μου. Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κύριο Μιχόπουλο, ο οποίος υπήρξε ο κύριος επιβλέπων της διπλωματικής μου εργασίας, τον κύριο Δουζένη, διευθυντή σπουδών του μεταπτυχιακού προγράμματος, ο οποίος, επίσης, μου πρόσφερε χρήσιμη ανατροφοδότηση και συμβουλές, καθώς και τον κύριο Χατζηνικολάου, για τη βοήθεια τους. Ευχαριστώ πολύ και τη γραμματεία του τμήματος για τη στήριξη της.

Ευχαριστώ, επίσης, θερμά όλους τους συμμετέχοντες της έρευνας μου, οι οποίοι δέχθηκαν να μου αφιερώσουν το χρόνο τους για να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο μου.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους φίλους και την οικογένεια μου, οι οποίοι καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης αυτής της εργασίας μου, ακόμη και σε στιγμές που η ολοκλήρωση της φαινόταν αδύνατη, μου προσέφεραν την ειλικρινή στήριξη και την ενθάρρυνση τους.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>Εισαγωγή/Βιβλιογραφική Ανασκόπηση .....</b>	<b>1</b>
Βιοηθική και Δεοντολογικά Ζητήματα στην Άσκηση της Ιατρικής.....	1
Ευθανασία και Ιατρικός Υποβοηθούμενη Αυτοκτονία (ΙΥΑ).....	4
Άμβλωση.....	17
Σκοπός της Έρευνας και Ερευνητικές Υποθέσεις.....	33
<b>Μεθοδολογία της Έρευνας .....</b>	<b>35</b>
<b>Αποτελέσματα.....</b>	<b>40</b>
Δημογραφικά Στοιχεία .....	40
Θρησκευτικότητα .....	42
Ευθανασία και Ιατρικός Υποβοηθούμενη Αυτοκτονία .....	42
Άμβλωση.....	48
Στατιστική Ανάλυση.....	55
<b>Συζήτηση/Συμπεράσματα .....</b>	<b>64</b>
Περιορισμοί της Έρευνας.....	69
Προτάσεις για Περαιτέρω Έρευνα.....	69
<b>Βιβλιογραφία.....</b>	<b>71</b>
<b>Παράρτημα .....</b>	<b>82</b>



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

### Βιοηθική και Δεοντολογικά Ζητήματα στην Άσκηση της Ιατρικής

Ο όρος βιοηθική είναι αρκετά σύγχρονος, καθώς εκφράστηκε για πρώτη φορά μόλις το 1970, από τον Van Rensselaer Potter, ο οποίος δημοσίευσε άρθρο με τίτλο “**Bioethics, the science of survival**” στο περιοδικό *Perspectives in Biology and Medicine*, επισημαίνοντας την ανάγκη ύπαρξης ενός ηθικού προβληματισμού απέναντι στην πρόοδο της επιστήμης και της τεχνολογίας (Δουζένης & Λύκουρας, 2014). Ειδικότερα, ο όρος βιοηθική αναφέρεται στον κλάδο της εφαρμοσμένης ηθικής που επιχειρεί να διατηρήσει μία ισορροπία ανάμεσα στο θεμελιώδη σεβασμό των ανθρώπινων δικαιωμάτων και στην μη καταστρατήγηση τους, απέναντι στη ραγδαία τεχνο-επιστημονική πρόοδο των τελευταίων ετών. Σύμφωνα με τον πιο σύγχρονο ορισμό του Hottois το 2001, ως βιοηθική ορίζεται «το σύνολο των ερευνών, λόγων και διεπιστημονικών πρακτικών, που έχει ως αντικείμενο να αποσαφηνίσει ή και να λύσει ζητήματα που έχουν ηθική σπουδαιότητα και προκύπτουν από την πρόοδο και την εφαρμογή των βιοϊατρικών τεχνολογιών» (Δραγώνα-Μονάχου, 2015). Στο πλαίσιο των επιτευγμάτων της επιστήμης και της τεχνολογίας, η βιοηθική ορίζει τους φραγμούς που διασφαλίζουν την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και την προσωπική αυτονομία. Παράλληλα, έργο της είναι να δημιουργεί το έδαφος για τη θέσπιση του ανάλογου νομικού πλαισίου που να ρυθμίζει τις ιατρικές πρακτικές, με γνώμονα πάντα τον άνθρωπο πρωτίστως ως φορέα δικαιωμάτων (Βιδάλης, 2015).

Καθίσταται, συνεπώς, σαφές πως βιοηθικά διλήμματα, καθώς και ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας, προκύπτουν πολύ συχνά στην ιατρική πρακτική, όσον αφορά στη συμπεριφορά του ιατρού απέναντι στους ασθενείς και στη σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα τους. Στη σύγχρονη εποχή, ο ιατρός συχνά βρίσκεται στη δυσμενή θέση να ακροβατεί ανάμεσα σε τρεις βασικές ηθικές αρχές, οι οποίες, σύμφωνα με τους Γιαννοπούλου, Δουζένης & Λύκουρας (2010) μπορούν να αποδοθούν παραστατικά με τη μορφή ενός ισόπλευρου τριγώνου:

Στην κορυφή του τριγώνου βρίσκεται η αρχή του **ωφελείν/μη βλάπτειν (beneficence/non-maleficence)**. Σε αυτό το σημείο τοποθετείται η υποχρέωση του ια-

τρού να παρέχει τη βέλτιστη δυνατή θεραπεία στον ασθενή για τη διατήρηση ή αποκατάσταση της υγείας του, η οποία, φυσικά, προκύπτει ως άμεσο επακόλουθο της δεινής επιστημονικής κατάρτισης του ιατρού και των κλινικών του δεξιοτήτων. Στην κάτω αριστερή πλευρά του τριγώνου βρίσκεται η αρχή της **αυτονομίας (autonomy)**, η οποία ορίζει πως ο ιατρός οφείλει να λαμβάνει σοβαρά υπόψη το δικαίωμα του ασθενή για ελεύθερη βούληση και επιλογή της θεραπείας του, ενώ, παράλληλα, δημιουργεί το κατάλληλο έδαφος για τη διαφύλαξη της αξιοπρέπειας του. Σύμφωνα με τα σύγχρονα μοντέλα βιοηθικής, δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην αυτονομία των ασθενών και καταλήγουν να τη θεωρούν προτεραιότητα (Δουζένης & Λύκουρας, 2014). Τέλος, στην κάτω δεξιά γωνία του τριγώνου τοποθετείται η **απονομή της δικαιοσύνης/ίση μεταχείριση (justice)**, η οποία εξασφαλίζει ότι όλοι οι ασθενείς, ανεξάρτητα από τις προσωπικές πεποιθήσεις του ιατρού, θα λάβουν ίση φροντίδα, ίδιας ποιότητας (Γιαννοπούλου, Δουζένης, & Λύκουρας, 2010).

Αυτή η ηθική ακροβασία ανάμεσα στην εφαρμογή αυτών των ηθικών αρχών με συνέπεια, είναι ένα δύσκολο εγχείρημα, το οποίο εκφράζεται, από τους Theofanidis, Fountouki, & Pediaditaki (2013) ως μία σύγκρουση των ηθικών αρχών του **Δεοντολογισμού** και του **Ωφελιμισμού**. Από τη μία πλευρά ο Δεοντολογισμός πρεσβεύει πως η ζωή πρέπει να διατηρείται με κάθε κόστος, και πως η ορθότητα της κάθε πράξης είναι ανεξάρτητη των συνεπειών της. Οι υποστηρικτές του Ωφελιμισμού, από την άλλη, ισχυρίζονται πως ο στόχος που επιδιώκεται να επιτευχθεί είναι «το μέγιστο αγαθό», δηλαδή, η δυνατόν μεγαλύτερη ισορροπία της ωφέλειας σε σχέση με τη βλάβη, ενώ η ορθότητα των πράξεων των ανθρώπων εξαρτάται από τις συνέπειες τους. Η μέση οδός ανάμεσα σε αυτά τα δύο φιλοσοφικά ρεύματα είναι μια ηθική αρχή που ονομάζεται **Principlism**. Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση, η απόφαση για ένα δίλημμα ηθικού χαρακτήρα μπορεί να εξαχθεί μόνο λαμβάνοντας υπόψη τις αρχές της ωφέλειας, της αυτονομίας και της δικαιοσύνης ως δυναμικό σύνολο.

Στην ιατρική πρακτική, η εφαρμογή όλων αυτών των δεοντολογικών αρχών δεν είναι ένα εύκολο έργο. Σε πλήθος περιστάσεων εγείρονται ηθικά διλήμματα, όπου το ηθικό και το ορθό δεν είναι ξεκάθαρα σε όλους, καθώς οι απόψεις και οι θεωρίες φαίνεται να δίστανονται. Οι αρχές αυτές έρχονται σε σύγκρουση, και είναι δύσκολο, για τον ιατρό, το νομοθέτη

ή ακόμα και για τον απλό πολίτη να αντιληφθεί ποια είναι η ηθική απόφαση που πρέπει να ληφθεί κατά περίπτωση.

Στην παρούσα έρευνα θα μελετηθούν ορισμένα από τα πιο αμφιλεγόμενα βιοηθικά ζητήματα που, στη σύγχρονη εποχή, δημιουργούν έντονες συγκρούσεις και διαφωνίες σχετικά με το ηθικώς ορθό. Συγκεκριμένα, θα αναλυθούν οι υποθέσεις της ευθανασίας, της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας (ΙΥΑ) και της άμβλωσης, οι οποίες εκ των πραγμάτων δημιουργούν χάσματα ανάμεσα στις αρχές της διατήρησης της αυτονομίας και της μέγιστης ωφέλειας του ατόμου. Πρόκειται για θέματα που απασχολούν την επιστημονική, και όχι μόνο, κοινότητα τα τελευταία χρόνια, ιδιαίτερα μετά τη νομιμοποίηση της ευθανασίας σε πολλά ευρωπαϊκά κράτη, αφενός, και, αφετέρου, με την άνοδο του ακτιβιστικού/φεμινιστικού κινήματος, το οποίο προωθεί το δικαίωμα των γυναικών για αυτοδιάθεση του σώματος τους, και επομένως, το δικαίωμα τους στην επιλογή της άμβλωσης.

## Ευθανασία και Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αυτοκτονία (ΙΥΑ)

### Ιατρικός Ορισμός και Διακρίσεις

Η ετυμολογία του όρου ευθανασία έχει τις ρίζες της στην αρχαία Ελλάδα και αποτελείται από τα συνθετικά εὖ και θάνατος, και αποδίδεται κυριολεκτικά ως «ο καλός, ωραίος ή ένδοξος θάνατος».

Τις τελευταίες δεκαετίες, η επιστημονική και τεχνολογική πρόοδος της ιατρικής έχει οδηγήσει σε αύξηση του προσδόκιμου ορίου ζωής, ενώ, παράλληλα, έχει διευρύνει τις δυνατότητες παράτασης της ζωής των ασθενών τελικού σταδίου. Το γεγονός αυτό, εκτός από τα εμφανή οφέλη που προσφέρει, προκαλεί πλήθος οικονομικών, ηθικών και κοινωνικών ζητημάτων, ενώ, ταυτόχρονα, εγείρονται πολλές αντιδράσεις περί της ματαιότητας της χρήσης όλων αυτών των μέσων παράτασης της ζωής. Στον κοινό νου ανακύπτει όλο και συχνότερα η ανάγκη για έναν «καλό θάνατο», ο οποίος συνίσταται στην αποφυγή του πόνου, της δυσφορίας για τον ασθενή και για την οικογένεια του (Cohen et al., 2006; Emanuel & Emanuel, 1998; Mystakidou, Parpa, Tsilika, Katsouda, & Vlahos, 2005; Ραζής, 2000).

Σύμφωνα με τον ιατρικό ορισμό, με τον όρο ευθανασία περιγράφουμε τη διαδικασία σύμφωνα με την οποία χορηγούνται φαρμακευτικές ουσίες ή πραγματοποιούνται άλλου είδους παρεμβάσεις στον ασθενή, με σκοπό να επέλθει ο θάνατος του (Kranidiotis, Ropa, Mprianas, & Kyprianou, 2015). Ο ορισμός αυτός, αν και ορθός, δεν προσφέρει μία πλήρη και ακριβή εικόνα για τα διαφορετικά είδη και τους διαχωρισμούς αυτής της διαδικασίας, επομένως, προτού αναφερθεί οτιδήποτε άλλο, είναι χρήσιμο να γίνουν οι απαραίτητες διευκρινίσεις. Αρχικά, η ευθανασία χωρίζεται σε δύο βασικές μορφές: την **ενεργητική** και την **παθητική**.

Η **ενεργητική ευθανασία** μπορεί να έχει τις εξής υποδιαιρέσεις:

- i. **Εκούσια**, κατά την οποία ο ιατρός χορηγεί φάρμακα ή άλλες ουσίες στον ασθενή, με σκοπό να επιφέρει το θάνατο του, μετά από συγκεκριμένο και επίμονο αίτημα του τελευταίου.

- ii. **Μη εκούσια**, κατά την οποία ο ιατρός χορηγεί φάρμακα ή άλλες ουσίες στον ασθενή, με σκοπό να επιφέρει το θάνατο του, ενώ δεν έχει προηγηθεί τέτοιο αίτημα, λόγω νοητικής αδυναμίας (π.χ. ο ασθενής βρίσκεται σε κώμα).
- iii. **Ακούσια**, κατά την οποία ο ιατρός χορηγεί φάρμακα ή άλλες ουσίες στον ασθενή, με σκοπό να επιφέρει το θάνατο του, χωρίς ωστόσο αυτό να έχει ζητηθεί από τον τελευταίο, ή χωρίς τη συναίνεση του (Emanuel, 1994a).

Η **παθητική ευθανασία** αφορά τη διακοπή παροχής ιατρικής φροντίδας που κρατά τον ασθενή στη ζωή, με σκοπό αυτή η πράξη να επιφέρει το θάνατο του, όπως είναι η σύνδεση με έναν αναπνευστήρα ή η διασωλήνωση με ένα μηχάνημα παροχής τροφής ή νερού (Yount, 2007 σε Πάππα, 2014).

Μία πρακτική που αντιμετωπίζεται συχνά ως παρόμοια με την ευθανασία, ωστόσο παρουσιάζει ορισμένες βασικές διαφοροποιήσεις, είναι η **ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία**, κατά την οποία ο ιατρός προσφέρει στον ασθενή ορισμένα μέσα ή ουσίες προκειμένου να τερματίσει ο ίδιος τη ζωή του (Emanuel, 1994a).

Βασικός τομέας διαχωρισμού της ενεργητικής ευθανασίας και της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας είναι η ηθική εκτίμηση της πράξης όχι μόνο συγκριτικά με το αποτέλεσμα της, αλλά, επίσης, λαμβάνοντας υπόψη τον τρόπο με τον οποίο προέκυψε το συγκεκριμένο αποτέλεσμα και τις προθέσεις των συμμετεχόντων (Singer & Siegler, 1990).

Στην περίπτωση της ευθανασίας, ο ιατρός φέρεται ως ο «ηθικός αυτουργός», δεδομένου ότι εκείνος είναι ο φορέας της πράξης, ενώ στην περίπτωση της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας ο ιατρός φαίνεται να απέχει περισσότερο από την εκτέλεση της πράξης, με δεδομένο ότι παρέχει μεν στον ασθενή τη θανατηφόρο ουσία ή τα απαραίτητα μέσα που χρειάζονται για να τερματιστεί η ζωή του, ωστόσο η τελική απόφαση και εν κατακλείδι η ίδια η πράξη ανήκει στον ίδιο τον ασθενή.

Η ηθική διαφοροποίηση ανάμεσα στην απουσία επέμβασης για να σωθεί κάποιος και στην πρόκληση του θανάτου μέσω συγκεκριμένων πράξεων, περιγράφεται μέσω μίας σειράς υποθετικών σεναρίων στο **Trolley Problem** που ανέπτυξε η Philippa Foot το 1967.

Μετά από τη μελέτη των απαντήσεων, η Foot κατέληξε υπέρμαχος της ύπαρξης μίας ηθικής διαφοροποίησης, καθώς υποστήριξε την ηθική ανωτερότητα των αρνητικών καθηκόντων (negative duties), που επιβάλλουν στους ανθρώπους αυτά που οφείλουν να μην κάνουν, συγκριτικά με τα θετικά καθήκοντα (positive duties), που επιβάλλουν στους ανθρώπους αυτά που οφείλουν να κάνουν (Andrade, 2019).

Αυτή τη θέση εξέφρασαν το 2003 και οι Emanuel & Joffe (Emanuel, 2003 σε Parpa et al., 2008), ισχυριζόμενοι πως υπάρχει εμφανής διαφοροποίηση ανάμεσα στο να «αφήνεις τον ασθενή να πεθάνει» και στο να «προκαλείς ενεργά το θάνατο ενός ασθενή» (**“letting a patient die” & “actively causing the patient’s death”**). Οι υποστηρικτές αυτής της γνώμης θεωρούν, επίσης, πως η πρακτική της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αυτοκτονίας αποτελεί μία καταφανή έκφραση της ελευθερίας και της αυτονομίας του ασθενή, καθώς εκείνος έχει τον έλεγχο σε κάθε στιγμή, ενώ, παράλληλα έχει το δικαίωμα και το χρόνο να σκεφτεί και να αναθεωρήσει την απόφασή του. Αντίθετα, η ενεργητική ευθανασία χαρακτηρίζεται ως εκδήλωση «ιατρικού πατερναλισμού», καθώς πρόκειται απλώς για μία λήψη ιατρικής απόφασης (Keown, 2018).

Στο αντίθετο άκρο τοποθετούνται πολλοί οι οποίοι δεν έχουν πειστεί σχετικά με την ύπαρξη πραγματικής ηθικής διαφοροποίησης ανάμεσα στις δύο αυτές πρακτικές. Σύμφωνα με τον Keown, ο βασικός πυρήνας των επιχειρημάτων αυτής της ομάδας σχηματίζεται γύρω από την αμφισβήτηση της ύπαρξης μεγαλύτερου ελέγχου από την πλευρά του ασθενή κατά τη διάρκεια της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αυτοκτονίας, εφόσον και στις δύο περιπτώσεις ο ιατρός αποφασίζει αν θα προσφέρει ή όχι τη βοήθεια του προκειμένου να επιτευχθεί ο θάνατος του ασθενή, ενώ τα όρια που τίθενται μεταξύ των δύο πρακτικών σε πολλές περιπτώσεις μπορεί να είναι σχεδόν αδιόρατα (Keown, 2018).

Στη συγκεκριμένη έρευνα, θα μελετηθούν μόνο οι μορφές της ευθανασίας και της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας κατά τις οποίες ο ασθενής δίνει ξεκάθαρα και ρητά τη συναίνεση του ή βρίσκεται σε κατάσταση κατά την οποία η συναίνεση του είναι αδύνατον να ληφθεί (π.χ. ο ασθενής είναι εγκεφαλικά νεκρός ή σε κωματώδη κατάσταση) και όλες οι αναφορές στην ευθανασία στο εξής θα αφορούν μόνο σε αυτές τις μορφές, ενώ είναι σαφές ότι δε θα αναλυθεί σε καμία περίπτωση η ακούσια ενεργητική ευθανασία, καθώς

είναι ξεκάθαρο ότι είναι ανθρωποκτονία εκ προθέσεως, αντιμετωπίζεται παγκοσμίως ως κατάφωρη καταστρατήγηση των δικαιωμάτων του ατόμου, και δεν αποτελεί αντικείμενο ηθικών διλημάτων (Παπαδοπούλου, 2015).

### **Ιστορική Αναδρομή στην Ευθανασία και την Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αυτοκτονία**

Στο πλαίσιο της συζήτησης για θέματα που γεννούν κοινωνικούς και ηθικούς προβληματισμούς, συχνά στρεφόμαστε στο ιστορικό διάγραμμα τους, προκειμένου να αναζητήσουμε και να κατανοήσουμε την πηγή των ιδεών και των εκάστοτε πρακτικών και να έχουμε την ευκαιρία να τις συγκρίνουμε με τις σύγχρονες εφαρμοζόμενες μεθόδους. Στην εξέταση, επομένως, των μεθόδων της ευθανασίας και της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, θα αναζητηθούν κάποιες από τις πρώτες αναφορές σε αυτούς τους όρους, οι οποίες αποδίδονται σε αρχαίους Έλληνες φιλοσόφους.

Ο Σωκράτης και ο Πλάτωνας, επί παραδείγματι, έδεται υπό συζήτηση αν θα μπορούσε η αυτοκτονία (ή η υποβοηθούμενη αυτοκτονία) να είναι αποδεκτή, εφόσον θα εξασφάλιζε έναν ήσυχο και γαλήνιο θάνατο. Στην αρχαία Ελλάδα και τη Ρώμη, η πρακτική της ευθανασίας δεν αποτελούσε σπάνιο φαινόμενο. Ωστόσο, οι γενικοί ιατροί της ίδιας εποχής τάσσονταν ανυπερθέτως ενάντια στην ευθανασία, υπακούοντας στον όρκο του **Ιπποκράτη**, οποίος στην νέα ελληνική απόδοση αναφέρει συγκεκριμένα πως *«Θα χρησιμοποιώ τη θεραπεία για να βοηθήσω τους ασθενείς κατά τη δύναμη και την κρίση μου, αλλά ποτέ για να βλάψω ή να αδικήσω. Ούτε θα δίνω θανατηφόρο φάρμακο σε κάποιον που θα μου το ζητήσει, ούτε θα του κάνω μια τέτοια υπόδειξη»*. Ο ιπποκρατικός όρκος αποτελεί δεμέλιο λίθο της βιοηθικής, και, εκτός από την ιστορική και ηθική του αξία, λαμβάνει εφαρμογή ακόμα και στη σύγχρονη εποχή, ορίζοντας ως υπέρτατο καθήκον την προστασία της ανθρώπινης ζωής (M. V Kontaxaki, Kollias, & Lykouras, 2009; Parpa et al., 2010).

Κομβικό σημείο στις κοινωνικές αντιλήψεις απέναντι στην ευθανασία αποτέλεσε η άνοδος της Βυζαντινής Αυτοκρατορίας και η προώθηση, από τον αυτοκράτορα Ιουστινιανό, του Χριστιανισμού, σύμφωνα με τις επιταγές του οποίου, η επιλογή για τη ζωή και το θάνατο ανήκε στο Θεό και μόνο. Κατά τη διάρκεια του Μεσαίωνα (5<sup>ος</sup>-15<sup>ος</sup> αιώνας) η αυτοκτονία και η ευθανασία εξακολουθούσαν να είναι απαγορευμένες, ενώ η Καθολική

Εκκλησία απειλούσε με αφορισμό ακόμα και την απόπειρα τέτοιων πρακτικών (Mystakidou et al., 2005; Πάππα, 2014).

Στην Ευρώπη, το Μεσαίωνα ακολούθησε η Αναγέννηση με την άνθιση του ουμανισμού και της ηθικής φιλοσοφίας, και στην αγγλική λογοτεχνία για πρώτη φορά έγιναν αναφορές στην ευθανασία λόγω οίκτου από τους φιλοσόφους **Sir Thomas More** και **Francis Bacon**, το 16<sup>ο</sup> και το 17<sup>ο</sup> αιώνα αντίστοιχα. Ο Sir Thomas More στο έργο του “*Utopia*” τάχθηκε υπέρ της ευθανασίας με τη συγκατάθεση των ασθενών, με την προϋπόθεση ότι βίωναν αφόρητο πόνο και δυσφορία, και κάθε προσπάθεια θεραπείας δεν είχε αποτέλεσμα. Ο Francis Bacon κατέθεσε την άποψη πως το χρέος των ιατρών δεν περιορίζεται μόνο στη θεραπεία των ασθενών και στην αποκατάσταση της υγείας τους, αλλά και στη βοήθεια που οφείλουν να προσφέρουν σε αυτούς, προκειμένου ο θάνατος να επέλθει εύκολα και ανώδυνα (Emanuel, 1994a, 1994b; Mystakidou et al., 2005; Ραζής, 2000).

Στα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα, ο δάσκαλος **Samuel D. Williams** σε ομιλία του στο Birmingham Speculative Club το 1870, τάχθηκε υπέρ της ευθανασίας και πρότεινε τη χρήση χλωροφορμίου προκειμένου να τερματιστεί σκόπιμα η ζωή του ασθενούς, γεγονός το οποίο οδήγησε τρία χρόνια αργότερα, το 1873, στη δημοσίευση ενός άρθρου στο περιοδικό “*The Medical and Surgical Reporter*”, εμπνευσμένο από τις ιδέες του Williams. Το άρθρο αυτό έθετε το ερώτημα αν είναι υποχρέωση των ιατρών να προκαλέσουν το θάνατο ενός ασθενή, όταν έχει χάσει κάθε ελπίδα θεραπείας, όταν έχει βιώσει πόνο και αγωνία, και όταν ακόμα και η οικογένεια του θεωρεί προτιμότερο να δώσει ένα τέλος στο μαρτύριο του (Emanuel, 1994a, 1994b; Παρπα et al., 2008).

Φτάνοντας στη σύγχρονη εποχή, ένα από τα σημαντικότερα ορόσημα όσον αφορά στη συζήτηση γύρω από την ευθανασία αποτέλεσε η δημοσίευση του άρθρου με τίτλο “***It’s Over, Debbie***” το 1988, από άγνωστο συγγραφέα, στο *Journal of the American Medical Association*. Το άρθρο περιέγραφε σε πρώτο πρόσωπο την εμπειρία ενός ιατρού που πήρε την απόφαση να χορηγήσει θανατηφόρα δόση μορφίνης σε ασθενή, προκειμένου να την απαλλάξει από τον πόνο. Το γεγονός αυτό απέδειξε πως το ζήτημα της ευθανασίας μπορεί να συζητηθεί ανοιχτά ως πιθανή προοπτική, ακόμα και σε γνωστό ιατρικό περιοδικό (Singer & Siegler, 1990; Vanderpool, 1988).



Την τελευταία δεκαετία του 20<sup>ου</sup> αιώνα, το ενδιαφέρον στράφηκε από την ευθανασία στην ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία, με αφορμή την περίπτωση του **Dr. Jack Kevorkian**, ο οποίος έγινε γνωστός και ως «Dr. Death» και της μηχανής αυτοκτονίας του, την οποία ονόμασε **Mercitron** («συσκευή του ελέους και της λύτρωσης»). Ο παθολόγος Jack Kevorkian βοήθησε τουλάχιστον 130 ανθρώπους να τερματίσουν τη ζωή τους ανάμεσα στο 1990 και στο 1998, πολλές υποθέσεις του εκδικάστηκαν κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '90, και εν τέλει κρίθηκε ένοχος για φόνο, καταδικάστηκε, και παρέμεινε στη φυλακή για οκτώ χρόνια (Mendoza-Villa & Herrera-morales, 2016; Πάππα, 2014).

### Σύγχρονες Νομοθετικές Ρυθμίσεις για την Ευθανασία και την ΙΥΑ

Παρόλο που η συζήτηση για την ευθανασία και την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι στο προσκήνιο εδώ και δεκαετίες, στο διεθνές δίκαιο και οι δύο αυτές πρακτικές εξακολουθούν να καταδικάζονται ως ποινικά αδικήματα. Ελάχιστες εξαιρέσεις αποτελούν ορισμένα κράτη του δυτικού κόσμου, όπως κάποιες πολιτείες των ΗΠΑ, η Ολλανδία, το Βέλγιο, το Λουξεμβούργο, η Ελβετία, ο Καναδάς και η Κολομβία.

Σημαντικό σταθμό στην ιστορία των ΗΠΑ αποτέλεσε η έγκριση του “**Oregon Death with Dignity Act**”, το Νοέμβριο το 1994, μόλις με 51% ψήφους υπέρ, καθιστώντας την πολιτεία του Όρεγκον την πρώτη πολιτεία στις ΗΠΑ που νομιμοποίησε κάποιας μορφής Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αυτοκτονία (Cohen-Almagor & Hartman, 2000; Kelly & Mccloughlin, 2002). Κάποια χρόνια αργότερα, αντίστοιχη νομοθεσία δέσπισαν οι πολιτείες της Ουάσιγκτον (Death with Dignity Act - 2009), του Βερμόντ (Act of Patient Choice and Control at End of Life - 2013), της Καλιφόρνια (End of Life Option Act - 2015), του Κολοράντο (End of Life Options Act - 2016) και η Περιφέρεια της Κολούμπια, Washington D.C. (Death with Dignity Act - 2016). Η πολιτεία της Μοντάνα, επιτρέπει από το 2009 την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία, ωστόσο, μόνο κατόπιν δικαστικής απόφασης. Επιπλέον, σε 30 ακόμη πολιτείες των ΗΠΑ έχουν επιχειρηθεί προσπάθειες προκειμένου να εγκριθεί κάποια αντίστοιχη νομοθεσία, χωρίς, ωστόσο κάποια επιτυχία ακόμη (Hedberg & New, 2017; Parreiras et al., 2016). Εξάλλου, η ανάλυση κοόρτης που πραγματοποίησε ο Attell από το 1977 έως το 2016, έδειξε πως η αποδοχή της ευθανασίας στην

κοινωνική αντίληψη έχει αυξηθεί σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες, φτάνοντας στο 74% το 2016 (Attell, 2017).

Παρόλο που στην Κολομβία η αποποινικοποίηση της ευθανασίας είχε λάβει χώρα ήδη από το 1997 και οριζόταν ως «φόνος από συμπόνοια», μόλις το 2015 ορίστηκε συγκεκριμένη νομοθεσία για τον τρόπο διεξαγωγής της. Την ίδια χρονιά, ο Καναδάς, και συγκεκριμένα η διοικητική περιφέρεια του Κεμπέκ νομιμοποίησε την Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αυτοκτονία (Act Respecting End-of-Life Care - 2015). Σήμερα, τόσο η ευθανασία όσο και η ΙΥΑ είναι νόμιμες στον Καναδά (Mendoza-Villa & Herrera-morales, 2016; Parreiras et al., 2016).

Στον ευρωπαϊκό χώρο, η Ολλανδία υπήρξε πρωτοπόρος στη νομιμοποίηση της ευθανασίας και της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αυτοκτονίας, καθώς έχει δεσπίσει αντίστοιχη νομοθεσία ήδη από το 2002, ενώ για αρκετά χρόνια η ευθανασία ήταν απαγορευμένη σύμφωνα με το νόμο, ωστόσο επρόκειτο για μία πρακτική που εφαρμοζόταν και γινόταν ανεκτή (Parreiras et al., 2016).

Είναι δεδομένο ότι λόγω των ηθικών προβληματισμών γύρω από τη νομιμοποίηση τέτοιου είδους πρακτικών, τα κράτη που τις έχουν καταστήσει νόμιμες επιδιώκουν να αποφύγουν την προοδευτική κατάχρηση τους και την πραγματοποίηση ολοένα και πιο βλαβερών εφαρμογών τους. Επομένως, τίθενται ορισμένες «δικλίδες ασφαλείας» και συγκεκριμένα κριτήρια που πρέπει να πληροί ο ασθενής προκειμένου να εγκριθεί το αίτημα του για ευθανασία, ανάλογα με την κρατική νομοθεσία. Επί παραδείγματι, στην Ολλανδία, προκειμένου να εγκριθεί ένα αίτημα για ευθανασία, ο αιτών πρέπει να είναι ενήλικας, πλήρως ενημερωμένος για την μη αναστρέψιμη κατάσταση της υγείας του, και διανοητικά ικανός να λάβει μία τέτοια απόφαση, η απόφαση αυτή πρέπει να είναι εθελοντική και επίμονη, ενώ απαιτείται και η γνώμη τουλάχιστον δύο ιατρών που δεν εμπλέκονται με τον ασθενή (Deliens & Wal, 2003; Πάππα, 2014).

Ο βελγικός νόμος για την ευθανασία τέθηκε σε ισχύ αργότερα το 2002 και κατέστησε το Βέλγιο τη δεύτερη σε σειρά χώρα της Ευρώπης που νομιμοποίησε την ευθανασία και την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Επιπρόσθετα, το 2014 το Βέλγιο αφαίρεσε το ηλικιακό όριο από τη νομοθεσία, καθιστώντας άτομα όλων των ηλικιών ικανά να αιτηθούν ευθανασία. Σε έρευνα του 2011, η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας δήλωσαν

θρειακή ςτάση απέναντι ςτην ευθαναρία ςε αρθενείρ τελικού ςταδίου, και τη θεώρηραν ωρ ςημαντικό κομμάτι τηρ ιατρικήρ φροντίδαρ ςτο τέλος τηρ ζωήρ (Smets, Cohen, & Bilsen, 2011).

ρε αντίθερ, επίρρη, με τηρ υπόλοιπερ χώρερ, το βελγικό κράτορ αποτελεί μία από τηρ ελάχιρτερ εξαιρέρειρ που κάνει δεκτά αιτήματα για ευθαναρία οθηγούμενα από «αφόρητο ψυχικό πόνο» (Unbearable Mental Suffering). Η ευθαναρία λόγω UMS δεν πρόκειται για ένα ςυχνό φαινόμενο, και εμφανίρει δυρκολία ςτον καθοριρμό των κριτηρίων για τη διεξαγωγή τηρ. Αρχικά, αμφιρβητείται έντονα η ικανότητα των ψυχικά παρχόντων ατόμων να λάβουν ορθέρ αποφάρειρ, ενώ εγείρεται και ο προβληματοριμόρ ςχετικά με το κατά πόρσο το αίτημα για ευθαναρία προέρχεται ωρ πραγματική επιθυμία για ευθαναρία ή πρόκειται για αποτέλεσμα τηρ επίδραρρη τηρ ψυχικήρ διαταραχήρ. Επίρρη, καθίρταται εμφανήρ η δυρκολία χαρακτηριρμού μίαρ ψυχικήρ αρθένειαρ ωρ ανίατηρ, καθώρ και προρδιοριρμού του βαθμού του πόνου. Αντίθετα, οι υπορτηρικτέρ τηρ ιρχυρίζονται πωρ είναι άρκοπορ ο διαχωριρμόρ του είδουρ του πόνου ςε ςωματικό και ψυχολογικό και πρέπει να αντιμετωπίζονται ωρ ίροι (Parreiras et al., 2016; Sheehan, Gaiud, & Downar, 2017). Ερευνα των Demedts, Roelands, Libbrecht & Bilsen το 2018, που μελέτηρ τη ςτάση των επαγγελματοίων ψυχικήρ υγείαρ ςτο Βέλγιο απέναντι ςτην ευθαναρία λόγω UMS, έδειξε πωρ ςχεδόν το ςύνολο των ερωτηθέντων τάχθηκε υπέρ τηρ ευθαναρίαρ λόγω ψυχικού πόνου ςε οριρμένερ περιπτώρειρ, και μάλιρτα ιρχυρίρτηκαν πωρ η ευθαναρία δεν πρέπει να περιορίζεται ςε ανθρόπουρ που υποφέρουν ςωματικά.

Η πιο πρόσφατη περίττωση νομιμοποίησηρ τηρ ευθαναρίαρ και τηρ ιατρικήρ υποβοηθούμενηρ αυτοκτονιαρ υπήρξε το Λουξεμβούργο, από το 2009 (Parreiras et al., 2016).

Τέλορ, ςτην Ελβετία ήδη με νόμο του 1937, η Υποβοηθούμενη Αυτοκτονια θεωρείται νόμιμη, ςε περίττωση που πραγματοποιείται για αλτρουιρτικούρ λόγουρ, με τη χορήγηση θανατηφόρων δόρειν βαρβιτουρικών. Ωρτόρσο, δεν πραγματοποιείται από ιατρούρ, αλλά από εθελοντέρ μη κερδορκοπικών οργανώρειν και ονομάζεται **Nonphysician Assisted Suicide**. Το γεγονός ότι δεν απαιτούνται ειδικά κριτήρια προκειμένου κάποιορ να δεχθεί υποβοηθούμενη αυτοκτονια, έχει καταρτήρει την Ελβετία προοριρμό του λεγόμενου «τουριρμού αυτοκτονιαρ» από άτομα που προέρχονται κυρίωρ από τη Γαλλία, τη Γερμανία και

το Ηνωμένο Βασίλειο. Οι γνωστότερες κλινικές όπου διεξάγονται αυτές οι μέθοδοι είναι η Dignitas και η Exit (Andorno, 2013; Πάππα, 2014).

Προσπάθειες για νομιμοποίηση κάποιων μορφών ευθανασίας και ΙΥΑ έχουν πραγματοποιηθεί σε αρκετές ακόμη χώρες, καθώς πλήθος ερευνών ανά τον κόσμο έχουν καταδείξει την ολοένα και ευνοϊκότερη στάση του πληθυσμού απέναντι στην πιθανή εφαρμογή μίας τέτοιας νομοθεσίας.

Πιο συγκεκριμένα, έρευνα που διεξήχθη στη Φινλανδία το 1998 έδειξε πως περίπου το 50% των ιατρών και νοσηλευτών που ερωτήθηκαν ισχυρίστηκαν πως η ευθανασία θα μπορούσε να είναι νόμιμη σε ορισμένες συνθήκες, φυσικά ανάλογα με την περίπτωση (Ryynanen, Myllykangas, Viren, & Heino, 2002). Ενδιαφέρον παρουσιάζει, επίσης, και η πιο σύγχρονη έρευνα που διεξήχθη στο Γκρατς της Αυστρίας σε μία χρονική περίοδο εννέα ετών, από το 2001 έως το 2009, και παρουσίασε μία τεράστια αλλαγή στις στάσεις των φοιτητών ιατρικής σχετικά με την εκούσια ενεργητική ευθανασία. Ειδικότερα, τα αποτελέσματα της έρευνας παρουσίασαν σημαντική μεταβολή, από 16,3% υπέρ της ευθανασίας το 2001, σε 49,5% το 2009, καθιστώντας σαφές πως αυτού του είδους οι πρακτικές έχουν αρχίσει να αλλάζουν όψη στο νου των ανθρώπων και αρχίζει να αποδίδεται μεγαλύτερη εκτίμηση στην αυτονομία και την ελεύθερη βούληση των ασθενών (Stronegger, Schmolzer, Rasky, & Freidl, 2011).

Άξια αναφοράς είναι, επίσης, και η έρευνα που πραγματοποίησαν οι Cohen και οι συνάδελφοι του το 1999-2000, οι οποίοι εξέτασαν τις στάσεις για την ευθανασία ατόμων προερχόμενων από 33 διαφορετικές χώρες της Ευρώπης (Cohen et al., 2006). Η έρευνα έδειξε μεγάλο βαθμό διαφοροποίησης των στάσεων, ειδικά ανάμεσα στις χώρες της δυτικής Ευρώπης, που έχουν σε μεγάλο βαθμό πιο ανεκτική στάση απέναντι στην ευθανασία, σε σχέση με την ανατολική Ευρώπη. Αντίστοιχη έρευνα επαναλήφθηκε το 2008 από τον Cohen, με δεδομένα από 47 ευρωπαϊκά κράτη, και κατέληξε στην ύπαρξη πόλωσης ανάμεσα στην ανατολική και τη δυτική Ευρώπη, και ειδικότερα ανάμεσα στα κράτη που διατηρούν νομοθεσία που επιτρέπει την ευθανασία και τις πρώην σοβιετικές χώρες. Ως γενικό συμπέρασμα και των δύο ερευνών μπορεί να εξαχθεί η μη ύπαρξη κοινών πεποιθήσεων απέναντι

στην ευθανασία στην Ευρώπη, γεγονός το οποίο μπορεί να εξηγηθεί από πληθώρα παραγόντων, με σημαντικότερο από αυτούς την επίδραση της θρησκείας (Cohen, Landeghem, Carpentier, & Deliens, 2014).

### **Νομικό Πλαίσιο και Ερευνητικά Δεδομένα στην Ελλάδα**

Τα θέματα που αφορούν στην ευθανασία και στην ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία έχουν προβλεφθεί από το ελληνικό ποινικό δίκαιο στα άρθρα 300 του Ποινικού Κώδικα «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» και 301 ΠΚ «Όποιος με πρόθεση κατέπεισε άλλον να αυτοκτονήσει, αν τελέστηκε η αυτοκτονία ή έγινε απόπειρα της, καθώς και όποιος έδωσε βοήθεια κατά την τέλεση της, η οποία διαφορετικά δε θα ήταν εφικτή, τιμωρείται με φυλάκιση» (Χαραλαμπίδης, 2020).

Στην περίπτωση που ο ασθενής δεν είναι σε θέση να εκφράσει την επιθυμία του ή να αποφασίσει ο ίδιος για την πρόοδο της θεραπείας του, ο ιατρός φέρει την υποχρέωση να λαμβάνει όλα τα μέτρα για την παράταση της ζωής του ασθενή, με την προϋπόθεση ότι υπάρχει η δυνατότητα βιολογικής λειτουργίας του οργανισμού, ακόμα κι αν αυτό συνεπάγεται την παράταση της ταλαιπωρίας και ανυπόφορων πόνων (Συμεωνίδου - Καστανίδου, 2006).

Καθίσταται, λοιπόν, σαφές πως στο ελληνικό δίκαιο, ο νόμος θεωρεί ως έγκλημα κάθε ενέργεια που έχει ως αποτέλεσμα την αφαίρεση της ζωής κάποιου, ακόμα κι αυτό συντελείται υπό συνθήκες ψυχικής πίεσης ή μετά από απαίτηση του θύματος. Ωστόσο, η ενοχή προβλέπεται μειωμένη σε σχέση με την εκ προθέσεως ανθρωποκτονία (Συμεωνίδου - Καστανίδου, 2006).

Πληθώρα ερευνητικών δεδομένων, ωστόσο, καταδεικνύουν πως η ιατρική κοινότητα ή ακόμα και ο κοινός νους δε συμερίζονται την άποψη για τον άδικο χαρακτήρα της πράξης, όπως αυτός εκφράζεται με βάση το ελληνικό δίκαιο. Έρευνα των Parra και των συναδέλφων της (2008), που εξέταζε τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τις περιπτώσεις των ασθενών με καρκίνο, έφτασε στο αποτέλεσμα πως το 64,2% των ιατρών και το 55,2% των νοσηλευτών θα ήταν υπέρ της πιθανότητας να τερματίσουν τη ζωή ενός

ασθενή, εφόσον κάτι τέτοιο ήταν νόμιμο (Parpa et al., 2008). Αντίστοιχη μελέτη της ίδιας ερευνήτριας το 2010, κατέληξε πως κατά μέσο όρο το 50% ιατρών, νοσηλευτών, συγγενών ασθενών με καρκίνο, αλλά και του γενικού πληθυσμού, τάχθηκαν υπέρ της νομιμοποίησης της επίσπευσης του τερματισμού της ζωής ενός ασθενούς τελικού σταδίου (Parpa et al., 2010).

Η συγκριτική μελέτη των M.-I. Kontaxaki, Paplos, Dasopoulou, & Kontaxakis (2018) ανάμεσα στις στάσεις ασκούμενων ιατρικής και ψυχιατρικής κατέληξαν σε αποτελέσματα που δείχνουν θετική στάση (υπό προϋποθέσεις) απέναντι στην ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία και από τις δύο ομάδες σε ποσοστό πάνω από 75%, θεωρώντας, ωστόσο, πως η ψυχιατρική αξιολόγηση είναι σε κάθε περίπτωση απαραίτητη.

Σε αντίστοιχα ευρήματα κατέληξαν και άλλες έρευνες βασισμένες σε ελληνικά δεδομένα, οι οποίες, σε γενικές γραμμές απευδύνονταν σε επαγγελματίες υγείας. Συνοπτικά, τα αποτελέσματα τους έδειξαν πως η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας, όταν ερωτήθηκαν για τη στάση τους απέναντι σε κάποια μορφή ευθανασίας τάχθηκαν υπέρ κατά 60,8%, και εναντίον ή αναποφάσιστοι κατά 39,2% (Δουβογιάννη, 2007). Ακόμη, οι συμμετέχοντες στις έρευνες ιατροί απάντησαν πως η διακοπή της μηχανικής υποστήριξης και η επιθυμία για θάνατο είναι δικαίωμα του ασθενούς, ενώ παρά τις όποιες ηθικές τους επιφυλάξεις, σε γενικές γραμμές συμφώνησαν με μία πιθανή νομιμοποίηση της ευθανασίας, υπό περιορισμούς (M. V Kontaxaki et al., 2009; Kranidiotis et al., 2015).

### **Στάσεις, Θεωρίες και Επιχειρηματολογία για την Ευθανασία και την Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αυτοκτονία**

Η διαμάχη γύρω από την ηθική ή μη πλευρά της επιλογής του θανάτου έχει πολλούς υποστηρικτές και πολέμιους, οι οποίοι στη βιβλιογραφία έχουν επιστρατεύσει πλήθος επιχειρημάτων προκειμένου να στηρίξουν τη θεώρησή τους.

Κατ' αρχάς, τα άτομα που υποστηρίζουν την ευθανασία και την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία, και, επομένως, την επιλογή στο θάνατο, εστιάζουν, μεταξύ άλλων, σε μεγάλο βαθμό στην ελεύθερη βούληση και στην αυτοδιάθεση του ασθενούς. Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα να επιλέξει αν θα δεχθεί θεραπεία ή όχι και έχει δικαίωμα στο θάνατο, όπως ακριβώς και στη ζωή. Επιπλέον, για πολλούς ανθρώπους η ζωή δεν αποτελεί υπέρτατο

αγαθό, και η επιλογή του θανάτου συχνά έρχεται ως λύτρωση από ανυπόφορους πόνους, από μία ζωή που δεν αξίζει να τη ζει κάποιος, ή ως μέσο για τη διατήρηση της αξιοπρέπειας τους (Emanuel, 1994a; Πάππα, 2014).

Στο άλλο άκρο βρίσκονται οι αντιτιθέμενοι της ευθανασίας και της ιατρικής υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, οι οποίοι καταρρίπτουν το επιχείρημα της αυτονομίας και της αυτοδιάθεσης, ισχυριζόμενοι πως ακόμη και η αυτονομία έχει ορισμένους περιορισμούς. Επιπλέον, ένας από τους σπουδαιότερους προβληματισμούς τους είναι ευρέως γνωστός και ως «ολισθηρή πλαγιά» (“*slippery slope argument*”), ή όπως περιγράφεται από την ολλανδική μεταφορά, «τρύπα στο ανάχωμα» (“*hole in the dyke argument*”). Σύμφωνα με αυτό, η αποδοχή της ευθανασίας και η μετέπειτα νομιμοποίηση της, αναπόφευκτα θα οδηγήσει στην εφαρμογή ευγονικών πρακτικών, με αποτέλεσμα το θάνατο των ασθενών χωρίς τη θέληση τους. Αντίστοιχη έρευνα που διεξήχθη στην Ολλανδία μετά τη νομιμοποίηση της ευθανασίας, ωστόσο, δεν έφερε δεδομένα που να υποστηρίζουν την ύπαρξη δικαιολογημένου φόβου για το συγκεκριμένο επιχείρημα (Norwood, Kimsma, & Battin, 2009). Τέλος, η θέση της θρησκείας βρίσκεται καθαρά ενάντια στην επιλογή του θανάτου, η οποία δογματίζει πως η ζωή και ο θάνατος βρίσκονται μόνο στην επιλογή του Θεού και πως ο άνθρωπος οφείλει να αναγνωρίζει την ιερότητα της ζωής (Emanuel, 1994a; Πάππα, 2014).

Όσον αφορά στο ερώτημα ποιοι είναι οι λόγοι που καθορίζουν την ιδεολογική τοποθέτηση των ατόμων υπέρ ή κατά της ευθανασίας, ερευνητικά δεδομένα καταδεικνύουν πως προβλεπτικούς παράγοντες διαμόρφωσης της στάσης αποτελούν το φύλο (Cohen et al., 2006; M. V Kontaxaki et al., 2009), με τις γυναίκες να απορρίπτουν την ευθανασία πιο συχνά από τους άνδρες, και το μορφωτικό επίπεδο (Cohen et al., 2006; Köneke, 2014; Trahan, 2017), καθώς άτομα υψηλού εκπαιδευτικού επιπέδου τείνουν να εκτιμούν περισσότερο την αυτοδιάθεση των ατόμων, και επομένως, διάκεινται ευνοϊκότερα απέναντι της. Ίσως ο πιο ισχυρός προβλεπτικός παράγοντας απόρριψης της ευθανασίας είναι η θρησκευτικότητα, καθώς σε πολλές έρευνες προκύπτει ως αποτέλεσμα πως άτομα με χαμηλότερο ή μηδενικό θρησκευτικό συναίσθημα είναι στατιστικά πιο ανεκτικοί απέναντι στην ευθανασία ή τη νομιμοποίηση της (Cohen et al., 2014, 2006; Danyliv & Neill, 2015; Stolz, Burkert, Großschädl, Rásky, & Stronegger, 2015; Μπούζα, 2018). Τέλος, η βιβλιογραφία

διχάζεται σχετικά με την επίδραση της ηλικίας στο σχηματισμό ευνοϊκότερης στάσης απέναντι στην ευθανασία, καθώς ορισμένες έρευνες ισχυρίζονται πως η αποδοχή της ευθανασίας κυμαίνεται αντιστρόφως ανάλογα με την ηλικία, καθώς άτομα μεγαλύτερης ηλικίας τάσσονται συχνότερα εναντίον της (Köneke, 2014; Poli, 2018; Μπούζα, 2018). Υπάρχουν, ωστόσο, δεδομένα που δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση των στάσεων με την ηλικία (Leinbach, 1993; Stolz, Mayerl, Gasser-steiner, & Freidl, 2017).



## Άμβλωση

### Ιατρικός Ορισμός και Στατιστικά Στοιχεία

Η ακούσια εγκυμοσύνη περιγράφει μία εγκυμοσύνη που πραγματοποιείται σε λάθος χρόνο, χωρίς να έχει προγραμματιστεί ή είναι ανεπιθύμητη κατά τη στιγμή της σύλληψης τουλάχιστον από ένα από τα δύο μέρη του ζευγαριού (Yazdkhasti, Pourreza, & Pirak, 2015). Η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη δεν είναι αποκλειστικά ένα φαινόμενο των σύγχρονων κοινωνιών, και μάλιστα, το αναμενόμενο θα ήταν σήμερα να έχει ελαχιστοποιηθεί, λόγω της διαρκούς ενημέρωσης γύρω από τα μέσα αντισύλληψης και την εύκολη πρόσβαση σε αυτά. Ωστόσο, όλο και περισσότερες γυναίκες στη σύγχρονη εποχή, ακόμα και στις χώρες όπου η αντισύλληψη είναι εύκολα διαθέσιμη και προσιτή σε όλους (Μπαλτζή, Θεοφάνους, & Ναθαναήλ, 2012), καταφεύγουν στην λύση της άμβλωσης, δηλαδή του τερματισμού της ανεπιθύμητης κύησης, σε ποσοστό 56% για τις ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες (Singh, Remez, Sedgh, Kwok, & Onda, 2017). Εν συνόλω, κατά μέσο όρο περίπου το ένα τρίτο (1/3) των γυναικών έχουν στο ιστορικό τους μία άμβλωση κατά τη διάρκεια των αναπαραγωγικών τους χρόνων (Jones & Kooistra, 2011 σε Cockrill & Nack, 2013).

Στην Ελλάδα το ποσοστό των γυναικών που επιλέγει να τερματίσει μια εγκυμοσύνη είναι πολύ υψηλό (περί τις 300.000 εκτρώσεις το χρόνο), ειδικά μετά την αποποινικοποίηση της άμβλωσης με το νόμο του 1986, αν και υπάρχουν δεδομένα που δείχνουν ότι οι αριθμοί είναι πιθανό να κυμαίνονταν εξίσου υψηλοί και τα προηγούμενα χρόνια, όταν ακόμα τέτοιου είδους πρακτικές θεωρούνταν παράνομες (Dimoula et al., 2007). Επιπλέον, η Ελλάδα κατέχει μία από τις υψηλότερες θέσεις στην Ευρώπη στα ποσοστά ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης που καταλήγουν σε άμβλωση σε έφηβες γυναίκες, ηλικίας κάτω των 18-19 ετών (Salakos et al., 2010) και το υψηλότερο ποσοστό στο σύνολο των αμβλώσεων (Theofanidis et al., 2013).

Σύμφωνα με τον ιατρικό ορισμό, με τον όρο **άμβλωση** (ο οποίος αντικατέστησε τον παλαιότερο όρο **έκτρωση**), ορίζουμε την απομάκρυνση ενός ή περισσότερων εμβρύων από τη μήτρα της μητέρας, πριν την εικοστή τέταρτη εβδομάδα της κύησης. Το χρονικό διάστημα των είκοσι τεσσάρων εβδομάδων καθορίζεται με βάση το κριτήριο της βιωσιμότητας. Κατά την εικοστή τρίτη εβδομάδα της κύησης ολοκληρώνεται η καρδιακή λειτουργία του

εμβρύου (Μπαλτζή et al., 2012). Το γεγονός αυτό ορίζει τις είκοσι τέσσερις εβδομάδες κύησης ως το ελάχιστο χρονικό διάστημα παραμονής στη μήτρα της μητέρας, το οποίο θεωρείται απαραίτητο προκειμένου να επιβιώσει το κυοφορούμενο παιδί μετά την έξοδο του από αυτήν. Οποιαδήποτε άλλη πράξη διακοπής της εγκυμοσύνης, η οποία πραγματοποιείται μετά το πέρας της εικοστής τέταρτης εβδομάδας από τη σύλληψη, δεν ορίζεται πλέον ιατρικά ως άμβλωση (Grimes & Stuart, 2010; Δριστά, 2015a). Σε μία προσπάθεια ουδετεροποίησης των όρων που χρησιμοποιούνται για να εκφράσουν τη συγκεκριμένη πράξη, ο όρος άμβλωση συχνά απαντά και ως «**τεχνητή διακοπή της κύησης**» (Μπράχου, 2011).

### **Ιστορική Αναδρομή στην Άμβλωση**

Στο ιστορικό διάγραμμα, εδώ και χιλιάδες χρόνια υπήρξαν προσπάθειες διακοπής της κύησης σε όλους τους πολιτισμούς. Η πρώτη καταγεγραμμένη άμβλωση τοποθετείται το 1550 π.Χ., στον *αιγυπτιακό πάπυρο Ebers* (Δριστά, 2015) και οι πρώτοι νόμοι κατά της άμβλωσης συναντώνται στον Βαβυλωνιακό πολιτισμό, στον *Κώδικα του Χαμουραμί* το 1772 π.Χ., με τον καθορισμό ποινών για όποιον έβλαπτε την έγκυο ή το κύημα (Yarmohammadi, Zargarani, Vatanpour, Abedini, & Adhami, 2013; Μπράχου, 2011). Στο παρελθόν, η πλειοψηφία των αμβλώσεων βασίζονταν κατά κύριο λόγο σε μη χειρουργικές μεθόδους, και οι γυναίκες κατέφευγαν σε πρακτικές έντονης σωματικής δραστηριότητας όπως η άρση βαρών, πραγματοποιούσαν εντατική νηστεία, και έκαναν χρήση σφιχτών ζωνών γύρω από την κοιλιά, προκειμένου να επέλθει ο θάνατος του εμβρύου (Τσιόμαλου, 2010).

Στην αρχαία Ελλάδα, η άμβλωση δεν αποτελούσε παράνομη πράξη και διενεργούνταν σε πολλές περιπτώσεις, και συχνά για λόγους ευγονικής (Lu, 2013), ή οικονομικούς και κοινωνικούς λόγους (Κάντζα, 2017), καθώς δεν υπήρχε νόμος που να απαγορεύει την άμβλωση, τουλάχιστον όχι στην Αρχαία Αθήνα (Pepe, 2013), ενώ το έμβρυο δε θεωρούνταν ζωντανός οργανισμός με δικαιώματα στη ζωή (Yarmohammadi et al., 2013). Στις περιπτώσεις που έπρεπε να ληφθεί απόφαση για το κυοφορούμενο έμβρυο, ο ρόλος του πατέρα ήταν πρωταρχικός και σίγουρα ξεπερνούσε την επιθυμία της γυναίκας, η οποία απλώς διαδραμάτιζε το ρόλο του «δοχείου» μέσα στο οποίο μεγάλωνε ο καρπός του άνδρα, γεγονός

αρκετά λογικό για βαθιά πατριαρχικές κοινωνίες όπως οι πόλεις κράτη της αρχαίας Ελλάδας (Pepe, 2013).

Θετική στάση απέναντι στην άμβλωση τηρούσαν και αρχαίοι Έλληνες φιλόσοφοι, όπως ο **Πλάτων** και ο **Αριστοτέλης**, οι οποίοι εκτιμούσαν πως το έμβρυο υφίστατο μόνο ως μέρος του γυναικείου σώματος και έβλεπαν την άμβλωση ως ένα αποτελεσματικό μέτρο κατά του υπερπληθυσμού της πολιτείας. Οι στωικοί, επίσης, θεωρούσαν πως το έμβρυο αρχίζει να αντιμετωπίζεται ως ανθρωπινό ον από τη στιγμή της γέννησης (Lavdaniti & Zyga, 2013). Αντίθετα, οι πυθαγόρειοι πίστευαν πως η ζωή του εμβρύου ξεκινά από τη στιγμή της σύλληψης και τάσσονταν εναντίον της άμβλωσης (Yarmohammadi et al., 2013). Επηρεασμένος από τους πυθαγόρειους, ο **Ιπποκράτης** στον περίφημο όρκο του ανέφερε πως «οὐδὲ γυναικὶ πεσσὸν φθόριον δώσω». Ο Ιπποκράτης απαγόρευε, λοιπόν, τη χορήγηση εκτριπτικού φαρμάκου σε έγκυο, σεβόμενος την ανθρωπινή ζωή, όπως αυτή εκφράζεται, έστω και εν δυνάμει, μέσω του εμβρύου (Μητσοπούλου, 2013).

Στην αρχαία Ρώμη, η πρακτική για τις αμβλώσεις δε διέφερε πολύ από αυτή της αρχαίας Ελλάδας. Οι αμβλώσεις θεωρούνταν καθ' όλα νόμιμες διαδικασίες, μόνο σε περίπτωση, ωστόσο, που υπήρχε η συναίνεση του πατέρα, ενώ σε κάθε άλλη περίπτωση, η άμβλωση τιμωρούνταν. Η τιμωρία, όμως, δεν αφορούσε στο αδίκημα κατά της ζωής του εμβρύου, αλλά αφορούσε στο έγκλημα που οδηγούσε σε εξαπάτηση του συζύγου και προσβολή της πατρικής εξουσίας (Lavdaniti & Zyga, 2013; Yarmohammadi et al., 2013; Μητσοπούλου, 2013).

Σπάνια περίπτωση, αντιθέτως, υπήρξε το αρχαίο κράτος της Περσίας, με αυστηρή νομοθεσία κατά της άμβλωσης, η οποία διωκόταν ως φόνος. Για τους αρχαίους Πέρσες το έμβρυο αποτελούσε ένα από τα πιο ιερά δεικνά δημιουργήματα και η ζωή του προστατευόταν όπως και κάθε άλλη ανθρωπινή ζωή, έχοντας τα ίδια δικαιώματα (Yarmohammadi et al., 2013).

Στα νεότερα χρόνια όπως στο Μεσαίωνα, ο οποίος υπήρξε περίοδος σκοταδισμού και υπέρμετρης δρησκευτικότητας, η επιρροή της Εκκλησίας ήταν εξαιρετικά ισχυρή. Το γεγονός αυτό είχε ως αποτέλεσμα την εξ' ολοκλήρου απαγόρευση των αμβλώσεων. Το έμβρυο, ανεξάρτητα από το αν θεωρείται έμψυχος οργανισμός ή όχι προστατευόταν, και κάθε

πράξη που θα προκαλούσε το θάνατο του αντιμετωπιζόταν ως ανθρωποκτονία και θεωρούταν έγκλημα, όχι μόνο απέναντι στο άτομο, αλλά και απέναντι στο κοινό καλό και στη δημόσια τάξη (Mistry, 2015; Μητσοπούλου, 2013). Παρόμοια νομοθεσία για την άμβλωση συνέχισε να υφίσταται στις περισσότερες χώρες του κόσμου μέχρι και τον 20<sup>ο</sup> αιώνα, με εξαίρεση τις περιπτώσεις που απειλούνταν η ζωή της μητέρας.

Παρά τις εκάστοτε απαγορεύσεις και νομικές ρυθμίσεις ενάντια στην άμβλωση, οι γυναίκες συχνά επιδίωκαν να αποκτήσουν πρόσβαση σε παράνομες ή ακόμα και επικίνδυνες αμβλωτικές πρακτικές. Σημαντικό πρόσωπο στην ιστορία των ΗΠΑ υπήρξε η Anna Trow, που έγινε γνωστή ως **Madame Restell**, η οποία τις δεκαετίες του 1830 και 1840 διαφήμιζε παράνομα εκτρωτικά χάπια και πραγματοποίησε πολλές χειρουργικές επεμβάσεις με σκοπό την άμβλωση (Τσιόμαλου, 2010). Η επιχείρηση της άνθισε σε μία εποχή που η άμβλωση στις ΗΠΑ, αν και παράνομη, σπάνια διωκόταν. Ωστόσο, η Madame Restell έγινε αντικείμενο ισχυρής κοινωνικής κατακραυγής, συνελήφθη το 1878 και αυτοκτόνησε λίγο πριν τη δίκη της (Olasky, 1986).

Στην Ευρώπη, πρωτοπόρος στην αποποινικοποίηση της άμβλωσης υπήρξε το κράτος της Ρωσίας, με αντίστοιχο νόμο που ορίστηκε το 1920 (Stănescu & Nemtanu, 2015). Στη συνέχεια, από τις δεκαετίες του '60 και του '70 και ύστερα, η άμβλωση, νομιμοποιήθηκε και στα περισσότερα κράτη της Ευρώπης και γενικότερα του Δυτικού κόσμου. Το **Abortion Act 1967** που δεσπίστηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο, αποποινικοποίησε την άμβλωση, με τον καθορισμό συγκεκριμένων κριτηρίων που πρέπει να πληρούνται για τη διενέργεια της (Aung & Knight, 2020).

Επιπλέον, ορόσημο στην ιστορία των ΗΠΑ σχετικά με το νόμο για την άμβλωση αποτέλεσε η δικαστική απόφαση για την περίπτωση **Roe vs. Wade**, το 1973 στην πολιτεία της Νέας Υόρκης. Κατόπιν επίκλησης στο δικαίωμα στην ιδιωτικότητα, η δικαστική απόφαση οδήγησε στη νομοθεσία, σύμφωνα με την οποία η γυναίκα έχει το δικαίωμα να τερματίσει την εγκυμοσύνη της τις πρώτες εβδομάδες της κύησης, χωρίς νομικές επιπτώσεις (Δριστά, 2015; Μητσοπούλου, 2013). Η νομοθεσία αυτή κατοχύρωσε το δικαίωμα των γυναικών στην προσφυγή σε νόμιμη και ασφαλή άμβλωση και κατέστησε το δικαίωμα στην ιδιωτικότητα της γυναίκας σημαντικότερο συγκριτικά με τα δικαιώματα του εμβρύου ως «πιθανή ζωή» (Manninen, 2010; Δριστά, 2015).

## Σύγχρονες Νομοθετικές Ρυθμίσεις για την Άμβλωση

Στο σύγχρονο κόσμο, τα περισσότερα αναπτυγμένα κράτη του Δυτικού κόσμου έχουν νομιμοποιήσει την άμβλωση στις περισσότερες περιπτώσεις. Από το 2000 μέχρι και σήμερα, 28 ακόμη χώρες άλλαξαν τη νομοθεσία τους σε πιο ευνοϊκή ρύθμιση απέναντι στην υγεία και στα δικαιώματα της μητέρας (Singh et al., 2017). Ωστόσο, υπάρχουν συντηρητικά ή βαθιά δρησκευόμενα κράτη, στα οποία ο τερματισμός της κύησης θεωρείται πράξη ποινικά κολάσιμη ακόμα και σε ευρωπαϊκό πλαίσιο (π.χ. Φινλανδία, Μάλτα, Πολωνία) (Berer, 2017; Τσιόμαλου, 2010), ενώ το δικαίωμα στον τερματισμό της εγκυμοσύνης δεν έχει αναγνωριστεί στις γυναίκες σε διεθνές επίπεδο μέχρι σήμερα (Guillaume & Rossier, 2018).

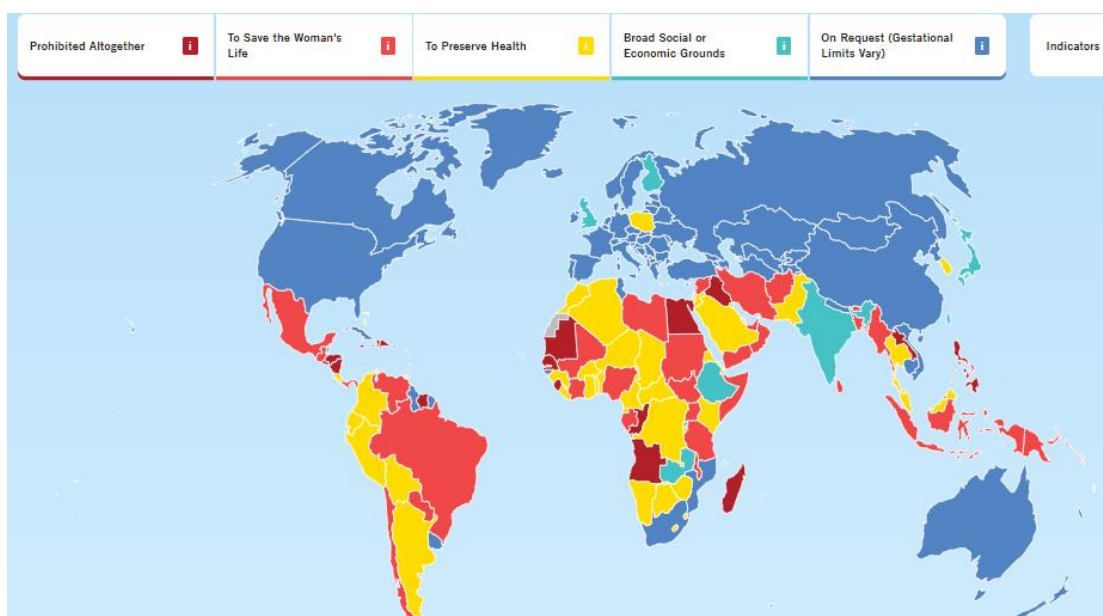
Αξίζει να αναφερθεί πως στην Πολωνία, δύελλα αντιδράσεων προκάλεσε ο νέο νόμος που ψηφίστηκε στις 22/10/2020, σύμφωνα με τον οποίο απαγορεύθηκαν εξ' ολοκλήρου οι αμβλώσεις, με εξαίρεση περιπτώσεις που κινδυνεύει η ζωή της μητέρας ή σε περιπτώσεις βιασμού. Ο νεοψηφισθείς νόμος που υποχρέωνε τις γυναίκες να κυοφορούν ανεξάρτητα από τη θέληση τους, χαρακτηρίστηκε ως τρομερή παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, ενώ η Επίτροπος του Συμβουλίου της Ευρώπης για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα, Dunja Mijatovic ανέφερε χαρακτηριστικά πως «Ξημέρωσε μία θλιβερή ημέρα για τα δικαιώματα των γυναικών» (BBC, 2020; CNN, 2020 ηλεκτρονικές πηγές). Ωστόσο, λίγες εβδομάδες αργότερα, κατόπιν συνεχών και έντονων μαζικών κινητοποιήσεων των γυναικών στην Πολωνία, και κατόπιν της κατακόρυφης πτώσης του κυβερνώντος κόμματος, όπως έδειξαν οι δημοσκοπήσεις, το νομοσχέδιο για την απαγόρευση των αμβλώσεων «πάγωσε» μέχρι να οριστικοποιηθεί μία άλλη δέση για το ζήτημα (AlfaVita, 2020 ηλεκτρονική πηγή).

Συνολικά, οι νομοθεσίες που αφορούν στην άμβλωση παγκοσμίως μπορούν να κατηγοριοποιηθούν με βάση την αυστηρότητα της απαγόρευσης ως εξής:

- i. Η άμβλωση είναι απαγορευμένη εξ' ολοκλήρου σε οποιαδήποτε περίπτωση ή είναι νόμιμη κατ' εξαίρεση, μόνο στην περίπτωση που κινδυνεύει η ζωή της μητέρας
- ii. Η άμβλωση είναι νόμιμη μόνο σε περιπτώσεις βιασμού, κακοποίησης ή αιμομιξίας, και προκειμένου να σωθεί η ζωή της μητέρας
- iii. Η άμβλωση είναι νόμιμη προκειμένου να προστατεύσει την σωματική ακεραιότητα ή την ψυχική υγεία της μητέρας, σε ορισμένες περιπτώσεις μόνο μετά από την έγκριση του κηδεμόνα ή του συζύγου

- iv. Η άμβλωση είναι νόμιμη για ένα εύρος κοινωνικών ή οικονομικών λόγων
- v. Η άμβλωση είναι νόμιμη κατ' απαίτηση, μέχρι κάποιο στάδιο της εγκυμοσύνης, το οποίο για τα περισσότερα κράτη ορίζεται στις 12 εβδομάδες κύησης (Berer, 2017; Guillaume & Rossier, 2018; Stănescu & Nemtanu, 2015).

Παρακάτω παρατίθεται ο παγκόσμιος χάρτης, βασισμένος σε δεδομένα έως το 2019 (retrieved from Center for Reproductive Rights, ηλεκτρονική πηγή) ο οποίος παρουσιάζει, χωρίς τις μικρές νομοθετικές διαφοροποιήσεις, τις εκάστοτε νομικές πρακτικές για την αντιμετώπιση της άμβλωσης.



Παρατηρείται, λοιπόν, πως στην πλειοψηφία των κρατών της Αφρικής και της Λατινικής Αμερικής, η νομοθεσία για την άμβλωση είναι αρκετά αυστηρή, και επομένως η πρόσβαση σε τέτοιες υπηρεσίες είναι δύσκολη, ενώ είναι συχνό φαινόμενο οι ιατροί να αρνούνται να παρέχουν υπηρεσίες τερματισμού της κύησης λόγω συνειδησιακών αντιρρήσεων (Faúndes & Miranda, 2017). Ωστόσο, ερευνητικά δεδομένα έχουν δείξει πως τα ποσοστά των αμβλώσεων σε αναπτυσσόμενα κράτη με αυστηρή νομοθεσία, είναι εξίσου υψηλά, αν όχι και υψηλότερα, συγκριτικά με χώρες όπου η πρόσβαση σε ασφαλείς αμβλωτικές πρακτικές είναι εύκολη και δεδομένη (Singh et al., 2017). Οι γυναίκες στα κράτη αυτά συμβαίνει να καταφύγουν σε γειτονικές χώρες με ευνοϊκότερη νομοθεσία, προκειμένου να καταφέρουν να τους παρασχεθεί το δικαίωμα στην άμβλωση, κάτι που έχει γίνει ευρύτερα γνωστό ως «τουρισμός άμβλωσης» (Guillaume & Rossier, 2018). Στο πλαίσιο αυτού του

σκοπού, η ολλανδική οργάνωση “*Women on Waves*”, που δραστηριοποιείται με το *Abortion Ship* από το 2000, προσφέρει τη δυνατότητα σε γυναίκες που κατοικούν σε χώρες με αυστηρή αντι-αμβλωτική νομοθεσία να τους παρασχεθούν υπηρεσίες άμβλωσης εν πλω σε διεθνή ύδατα (Rosen, 2016).

Οι πιο συχνές περιπτώσεις στις χώρες με αυστηρή νομοθεσία, ωστόσο, αφορούν γυναίκες που οδηγούνται σε παράνομες και μη ασφαλείς εκτρωτικές διαδικασίες, οι οποίες είναι πιθανό να οδηγήσουν σε σοβαρές επιπλοκές στην υγεία της μητέρας, ακόμα και στο θάνατο. Με βάση αυτά τα δεδομένα, δεν είναι παράδοξο πως το παγκόσμιο ποσοστό των γυναικών που πραγματοποιεί ασφαλή άμβλωση κυμαίνεται μόλις στο 55% (Singh et al., 2017).

Οι περιπτώσεις μητρικού θανάτου είναι πολλές, καθιστώντας αυτό το φαινόμενο «σιωπηλή πανδημία», όπως αναφέρουν οι Mclean, Desalegn, Blystad, & Miljeteig (2019), ειδικά σε χώρες της υποσαχάριας Αφρικής και της Ασίας, και κατά κύριο λόγο οφείλονται σε μη ασφαλείς μεθόδους άμβλωσης. Έρευνα του 2010 έδειξε πως το 50% των μητρικών θανάτων τοποθετούνται μόλις σε έξι χώρες: Ινδία, Πακιστάν, Νιγηρία, Αφγανιστάν, Δημοκρατία του Κονγκό και Αιθιοπία (Hogan et al., 2010). Συγκεκριμένα η Αιθιοπία τη δεκαετία του '90, πριν την αναθεώρηση του νόμου για τις αμβλώσεις, είχε εξαιρετικά υψηλό ποσοστό μητρικών θανάτων που οφείλονταν σε μη ασφαλείς υπηρεσίες αμβλώσεων, ένα θάνατο για κάθε 100 υγιείς γέννες (Mclean et al., 2019).

Παρά το γεγονός πως οι νομοθεσίες για τη διακοπή της κύησης στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες είναι αρκετά επιτρεπτικές, οι αμβλώσεις εξακολουθούν να αποτελούν αντικείμενο ηθικών διλημάτων και προβληματισμών και συνθέτουν ένα ζήτημα αρκετά σύνθετο και πολυδιάστατο. Σε έρευνα που διεξήχθη στην Κύπρο για τις στάσεις φοιτητών νοσηλευτικής απέναντι στην άμβλωση, η συντριπτική πλειοψηφία (84,1%) δήλωσε πως θεωρεί την άμβλωση φόνο, παρά το γεγονός πως το 66,7% θεωρεί την άμβλωση αναφαίρετο δικαίωμα κάθε γυναίκας (Μπαλτζή et al., 2012). Φυσικά, λαμβάνεται υπόψη πως η κυπριακή νομοθεσία, τη χρονολογία διεξαγωγής της έρευνας, αλλά και μέχρι το 2018, επέτρεπε τη διακοπή της κύησης μόνο σε περιπτώσεις υγείας, βιασμού της μητέρας ή πιθανής δυσπλασίας του εμβρύου (Euronews, 2018 ηλεκτρονική πηγή)

Εντύπωση προκαλεί, επίσης, έρευνα του 2015 στις ΗΠΑ, στην οποία το 30% των ερωτηθέντων απάντησαν πως οι γυναίκες δεν πρέπει να έχουν πρόσβαση σε ασφαλή μέσα για τον τερματισμό της κύησης, και οι μισοί από αυτούς τάχθηκαν κατηγορηματικά εναντίον της νόμιμης άμβλωσης σε κάθε πιθανή περίπτωση (Butler, 2015). Αντίθετα, έρευνα στις ΗΠΑ για τις στάσεις των γυναικών απέναντι στην άμβλωση, έδειξε πως το 80% τάσσεται υπέρ του τερματισμού της κύησης, αν στο παρελθόν είχαν αναζητήσει πρόσβαση σε εκτρωτικές υπηρεσίες (Woodruff et al., 2018).

Τέλος, έρευνα που διεξήχθη στο Πανεπιστήμιο του Σικάγο και εξέταζε δεδομένα από το 1977 έως και το 2012 για τις στάσεις του κοινού απέναντι στον τερματισμό της εγκυμοσύνης, έδειξε πως η πλειοψηφία των ατόμων κρατούν μάλλον μετριοπαθείς θέσεις. Συγκεκριμένα, απόλυτα υπέρ της επιλογής στην άμβλωση τάχθηκε το 31%, και ξεκάθαρα εναντίον τάχθηκε μόλις το 7,2%, ενώ τις πιο μετριοπαθείς θέσεις κράτησε η πλειοψηφία του 61,8%. Η έρευνα κατέληξε, επίσης, στους δημογραφικούς παράγοντες που επηρεάζουν περισσότερο την επιλογή στάσης απέναντι στο ζήτημα. Το φύλο και το εκπαιδευτικό επίπεδο παρουσιάζουν στατιστική διαφορά. Οι άνδρες και άτομα με υψηλό μορφωτικό επίπεδο φάνηκε να είναι πιο δεκτικοί στην άμβλωση. Τα ακραία ηλικιακά φάσματα (κάτω των 35 και άνω των 65) παρουσίαζαν τη μικρότερη αποδοχή στην άμβλωση (Smith & Son, 2013). Σε αντίστοιχα ευρήματα για την επίδραση του εκπαιδευτικού επιπέδου και της ηλικίας στη διαμόρφωση των στάσεων κατέληξε και έρευνα των Özmen, Çetinkaya, & Bolsoy, το 2019.

### **Νομικό Πλαίσιο και Ερευνητικά Δεδομένα στην Ελλάδα**

Στην Ελλάδα η υπό προϋποθέσεις νομιμοποίηση της άμβλωσης τοποθετείται λίγο περισσότερα από τριάντα χρόνια στο παρελθόν, με νόμο του 1986. Σήμερα η τεχνητή διακοπή της κύησης απασχολεί τα άρθρα 304 και 304Α του Ποινικού Κώδικα (Π.Κ.), τα οποία στοιχειοθετούν τρία είδη εγκλημάτων, την **αυτοδιακοπή της κύησης**, την **ετεροδιακοπή της κύησης** και τη **συνέργεια σε αυτοδιακοπή της κύησης**, καθώς και τους εκάστοτε λόγους που συντελούν στην άρση του άδικου χαρακτήρα της πράξης (Grimes & Stuart, 2010; Ευσταδόπουλος, 2005) και σύμφωνα με τα οποία προβλέπονται ποινές φυλάκισης ή κάθειρξης για την έγκυο γυναίκα και για τον ιατρό που πραγματοποιεί την άμβλωση. Πιο αναλυτικά, σύμφωνα με τα άρθρα 304 και 304Α ΠΚ:



- I. «Όποιος χωρίς τη συναίνεση της εγκύου διακόπτει την κύηση της, τιμωρείται με κάθειρξη έως δέκα έτη»
- II. «Όποιος με τη συναίνεση της εγκύου, ή των προσώπων που έχουν τη γονική μέριμνα ή επιμέλεια της αν αυτή είναι ανίκανη να συναινέσει, διακόπτει την εγκυμοσύνη της, τιμωρείται με φυλάκιση έως τρία έτη ή χρηματική ποινή, και αν ενεργεί κατ' επάγγελμα, με φυλάκιση τουλάχιστον δύο ετών και χρηματική ποινή. Με την ίδια ποινή, μειωμένη κατά το μέτρο του άρθρου 83, τιμωρείται και όποιος προμηθεύει σε έγκυο τα μέσα για τη διακοπή της εγκυμοσύνης της, εφόσον έγινε τουλάχιστον απόπειρα αυτής»
- III. «Έγκυος που μετά την εικοστή τέταρτη εβδομάδα της κύησης διακόπτει την εγκυμοσύνη της ή επιτρέπει σε άλλον να την διακόψει, τιμωρείται με φυλάκιση έως έξι μήνες ή χρηματική ποινή»
- IV. «Δεν είναι άδικη πράξη η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης που ενεργείται από την έγκυο ή με τη συναίνεση των προσώπων που αναφέρονται στην παράγραφο 2 από γιατρό μαιευτήρα γυναικολόγο με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου, σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα, αν συντρέχει μία από τις ακόλουδες περιπτώσεις:
  - i. Δεν έχουν συμπληρωθεί δώδεκα εβδομάδες εγκυμοσύνης
  - ii. Η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού, αποπλάνησης ανήλικης, αιμομιξίας ή κατάχρησης γυναίκας ανίκανης να αντισταθεί και δεν έχουν συμπληρωθεί δεκαεννέα εβδομάδες εγκυμοσύνης
  - iii. Έχουν διαπιστωθεί, με τα μέσα προγεννητικής διάγνωσης, ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου που επάγονται τη γέννηση παθολογικού νεογνού ή υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της σωματικής ή ψυχικής υγείας της. Στην περίπτωση αυτή απαιτείται σχετική βεβαίωση και του κατά περίπτωση αρμόδιου γιατρού
- V. «Με φυλάκιση έως τρία έτη ή χρηματική ποινή τιμωρείται όποιος κατά την πραγματοποίηση προγεννητικού ελέγχου μετά την εικοστή εβδομάδα της κύησης ή κατά τη διάρκεια του τοκετού και πριν από την εμφάνιση του παιδιού στον εξωτερικό κόσμο, προκαλεί με αμέλεια διακοπή της κύησης ή βαριά βλάβη στο έμβρυο, που έχει ως αποτέλεσμα το θάνατο του νεογνού» (Μαργαρίτης & Μαργαρίτη, 2020).

Με τη δέσπιση των ανωτέρω άρθρων για την προστασία του εμβρύου και της εν δυνάμει μητέρας, ο νομοθέτης επιχειρεί να ισορροπήσει αφενός την ύπαρξη του εμβρύου ως φορέα του δικαιώματος στη ζωή, και αφετέρου την ελευθερία της γυναίκας να αποφασίσει αν θέλει να αποκτήσει παιδί (Συμεωνίδου - Καστανίδου, 2006). Το χρονικό διάστημα που ορίζει στην εκάστοτε περίπτωση ο νόμος είναι αρκετά αυθαίρετο, στηρίζεται όμως στην εξελισσόμενη αξία του κυοφορούμενου εμβρύου, η οποία αποκτά ολοένα και μεγαλύτερη αξία, όσο αναπτύσσεται (Μπράχου, 2011), ενώ παράλληλα η διακοπή της κύησης σε πιο προχωρημένα στάδια θα αποτελούσε διαρκή απειλή για τη ζωή του (Μαργαρίτης & Μαργαρίτη, 2020).

Στη διαμόρφωση του νομικού πλαισίου για την άμβλωση, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η αντίληψη για την αρχή της ζωής του εμβρύου. Παρόλο που για τον κοινό νου η διαμορφωθείσα αντίληψη για την αρχή της ζωής έχει πολλές εκφάνσεις και εμφανώς επηρεάζεται από διάφορες κοινωνικές, πολιτισμικές ή θρησκευτικές απόψεις, σύμφωνα με την επιστήμη και την ιατρική, η απάντηση για την αρχή της ζωής είναι αρκετά ξεκάθαρη και τοποθετείται τη στιγμή της σύλληψης ή της γονιμοποίησης (Condic, 2008; Kischer, 2003). Το ερώτημα που τίθεται εν συνεχεία βρίσκεται στην περαιτέρω αμφισβήτηση του γεγονότος ότι η ζωή που ξεκινά με το σχηματισμό του ζυγωτού και του πρώτου ανθρώπινου κυττάρου, οδηγεί αναπόφευκτα στην αντιμετώπιση του ως ανθρώπινου οργανισμού και την θεώρηση του ως ισάξιο φορέα δικαιωμάτων (Condic, 2008).

Στο σημείο αυτό καλείται ο νομοθέτης να τοποθετηθεί και να ορίσει αν όντως το έμβρυο θεωρείται πρόσωπο που έχει κατοχυρωμένα δικαιώματα, και κυρίως το δικαίωμα στη ζωή, και αν αυτά τα δικαιώματα έχουν την ίδια αξία με αυτά της γυναίκας που κυοφορεί. Σύμφωνα με την παλαιότερη νομική άποψη, η ζωή ξεκινά από τη στιγμή που τίθεται σε λειτουργία η αλληλουχία των φάσεων του τοκετού που οδηγεί αδιάλειπτα στην ολοκλήρωση της γέννησης. Η κρατούσα άποψη, από την άλλη, ισχυρίζεται πως ο άνθρωπος αρχίζει να υπάρχει από τη στιγμή που εξέρχεται έστω και τμήμα του από το σώμα της μητέρας του (Συμεωνίδου - Καστανίδου, 2006; Χαραλαμπίδης, 2020).

Είναι σαφές, λοιπόν, πως το ελληνικό δίκαιο τοποθετεί την αρχή της ανθρώπινης ζωής με το τέλος της κύησης, γεγονός το οποίο σημαίνει ότι καθ' όλη τη διάρκεια της, το έμβρυο σε καμία περίπτωση δεν έχει δικαιώματα ανώτερα από της μητέρας του, ενώ, οι

μειωμένες ποινές που επιβάλλονται καταδεικνύουν πως το έννομο αγαθό της ζωής δεν μπορεί να συγκριθεί με το έμβρυο ως έννομο αγαθό (Δριστά, 2015). Επομένως, φαίνεται πως το έμβρυο, στα αντίστοιχα άρθρα του ποινικού κώδικα, προστατεύεται κυρίως ως μία ιδιότητα του γυναικείου σώματος, η οποία ενσωματώνει το συμφέρον της γυναίκας για απόκτηση υγιούς παιδιού (Καστανίδου σε Δριστά, 2015).

Ωστόσο, παρά το ισχύον νομικό πλαίσιο στην Ελλάδα που επιτρέπει τις αμβλώσεις κατ' απαίτηση εδώ και αρκετά χρόνια, εντύπωση προκαλεί έρευνα που μελέτησε τις στάσεις απέναντι στην άμβλωση, η οποία κατέληξε σε ιδιαίτερα αρνητικές στάσεις απέναντι της. Η εν λόγω έρευνα έδειξε πως από το σύνολο του δείγματος το 13,9% είχε προβεί κάποια στιγμή σε άμβλωση, και οι μισοί από αυτούς θεώρησαν την πράξη τους αμαρτία και δε θα το αποκάλυπταν στο στενό τους περιβάλλον. Το 58,8% θεωρεί την άμβλωση φόνο σχεδόν σε κάθε περίπτωση. Ενδιαφέρον παρουσιάζει επίσης το στοιχείο πως το 68,6% από τις γυναίκες που είχαν προχωρήσει σε άμβλωση εκτιμούσαν πως δε θα το είχαν κάνει αν υπήρχε κάποιος κρατικός σχεδιασμός οικονομικής υποστήριξης (Dimoula et al., 2007).

Στον ελληνικό χώρο, επίσης, έντονες αντιδράσεις προκάλεσε το Μάιο του 2017 η άρνηση των αναισθησιολόγων στη Σάμο να συμμετέχουν σε διαδικασίες τεχνητής διακοπής της κύησης, επικαλούμενοι τις αρχές της ηθικής τους συνείδησης. Για την απόφαση τους αυτή, οι αναισθησιολόγοι κατηγορήθηκαν πως έπλητταν ιδιαίτερα τις γυναίκες που προέρχονταν από τα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα, ενώ η στάση τους χαρακτηρίστηκε ως καταπάτηση του νομικού δικαιώματος των γυναικών στην άμβλωση (ProtoThema, 2017; ElaLiberta, 2017 ηλεκτρονικές πηγές).

Τέλος, τον Ιανουάριο του 2020 το χριστιανικό κίνημα υπέρ της ζωής «**Αφήστε με να ζήσω!**», που δημιουργήθηκε το 2018, δημοσίευσε σε σταθμούς του μετρό της Αθήνας αφίσες κατά των αμβλώσεων και υπέρ της προστασίας του αγέννητου παιδιού. Το κίνημα και η δράση του χαρακτηρίστηκαν από αρκετούς σκοταδιστικά και οπισθοδρομικά και προκάλεσαν πλήθος αντιδράσεων και πορείες διαμαρτυρίας υπέρ του δικαιώματος των γυναικών για έλεγχο στο σώμα τους (ProtoThema, 2020; DocumentoNews, 2020; EuroNews, 2020 ηλεκτρονικές πηγές).

## Στάσεις, Θεωρίες και Επιχειρηματολογία για την Άμβλωση

Η ηθική διχογνωμία για την άμβλωση εξακολουθεί να αποτελεί έως και σήμερα ένα επίκαιρο φαινόμενο, καθώς, τόσο οι υποστηρικτές, όσο και οι επικριτές της στηρίζουν με ζέση τη θέση τους και τα επιχειρήματά τους.

Οι κυρίαρχες τάσεις που συμμετέχουν στη συζήτηση περί των αμβλώσεων αναφέρονται από ορισμένες πηγές ως εξής: η **συντηρητική** θέση, η **φιλελεύθερη** θέση και η **μετριοπαθής** θέση (Μπράχου, 2011).

Η συντηρητική άποψη τάσσεται ενάντια στην άμβλωση και υποστηρίζει σθεναρά το δικαίωμα στη ζωή. Σύμφωνα με άλλες πηγές, οι πολέμιοι της άμβλωσης ονομάζονται, επίσης, “**pro-life**” (Δριστά, 2015) και υποστηρίζουν τη θεώρηση που είναι γνωστή ως “**Substance View**”. Σύμφωνα με αυτούς, το έμβρυο αποτελεί ισάξιο φορέα ηθικών και νομικών δικαιωμάτων, όπως και κάθε ενήλικος άνθρωπος, καθιστώντας αυτόματα την άμβλωση φόνο εκ προθέσεως (Blackshaw, 2019). Οι πρόμαχοι της ζωής επιζητούν τη νομική απαγόρευση των αμβλώσεων, με εξαίρεση τις περιπτώσεις που η ζωή της γυναίκας τίθεται σε κίνδυνο (Μητσοπούλου, 2013; Μπράχου, 2011). Η στάση της εκκλησίας είναι αναντίρρητα με τη συντηρητική θέση, καθώς πρεσβεύει ξεκάθαρα πως μόνο ο Θεός δίνει ζωή και είναι ο υπεύθυνος για να την τερματίσει, και επομένως η άμβλωση πρόκειται για ηθικά λανθασμένη πράξη που συγκαταλέγεται στο επίπεδο του φόνου, εφόσον το έμβρυο καταλογίζεται ως ανθρώπινο ον (Μπράχου, 2011).

Είναι, επομένως, λογικό πως η δραστηριότητα διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη στάση των ατόμων απέναντι στην άμβλωση. Ερευνητικά δεδομένα, ωστόσο, έχουν δείξει πως η δραστηριότητα φαίνεται να έχει, όντως, επίδραση στη διαμόρφωση της άποψης, αλλά όχι και της συμπεριφοράς απέναντι στην άμβλωση (Adamczyk, 2008).

Στο άλλο άκρο, στη φιλελεύθερη τάση, βρίσκονται οι υποστηρικτές της άμβλωσης, που χαρακτηρίζονται και ως “**pro-choice**” (Δριστά, 2015). Η θέση αυτή υποστηρίζεται σθεναρά από φεμινιστικά και ακτιβιστικά κινήματα. Οι υπέρμαχοι της άμβλωσης ισχυρίζονται πως το έμβρυο δεν είναι πρόσωπο με αυτονομία, παρά κομμάτι του γυναικείου σώματος, και σε κάθε περίπτωση δεν έχει ισάξια δικαιώματα με αυτά ενός ενήλικου ανθρώπου, και ειδικά της γυναίκας που κυοφορεί. Επομένως, η τελική απόφαση δεν ανήκει ούτε στο

έμβρυο, και κυρίως, ούτε στην κοινωνία, αλλά στη γυναίκα. Το δικαίωμα αυτοκαθορισμού, και ο έλεγχος του κάθε ανθρώπου στο σώμα του και στη ζωή του είναι αναφαίρετο δικαίωμα της εν δυνάμει μητέρας (Stănescu & Nemtanu, 2015; Μητσοπούλου, 2013; Μπράχου, 2011). Επιπλέον, οι πρόμαχοι της επιλογής υποστηρίζουν πως η γέννηση ενός παιδιού και η δημιουργία οικογένειας πρέπει να είναι αποτέλεσμα επιλογής της μητέρας ή τους ζευγαριού, και όχι αποτέλεσμα ηθικών ή θρησκευτικών επιταγών (Δριστά, 2015).

Τα φεμινιστικά κινήματα που έχουν δημιουργηθεί και δρουν τις τελευταίες δεκαετίες για το δικαίωμα των γυναικών στην άμβλωση δηλώνουν ανεπιφύλακτα πως ο ρόλος των γυναικών στο κοινωνικό σύστημα δεν περιορίζεται στην αναπαραγωγή και στην ανατροφή των παιδιών, αλλά υποστηρίζουν πως το βαδύτερο νόημα της νομιμοποίησης της άμβλωσης βρίσκεται στην ενδυνάμωση των γυναικών, στην κατάρριψη των παραδοσιακών τους ρόλων και στην απόκτηση του ελέγχου στη ζωή τους (Stănescu & Nemtanu, 2015; Μπράχου, 2011).

Τέλος, οι μετριοπαθείς θέσεις τείνουν να αναζητούν μία μέση λύση και να εξισορροπούν τα δικαιώματα του εμβρύου απέναντι σε αυτά της γυναίκας και δικαιολογούν σε ορισμένες φορές την άμβλωση (Μπράχου, 2011) κυρίως όταν πρόκειται για λόγους υγείας της μητέρας ή του εμβρύου και περιπτώσεις βιασμού, παρά για κοινωνικούς ή οικονομικούς λόγους (Smith & Son, 2013).

Μία θέση που δεν έχει μελετηθεί αρκετά είναι η θέση του πιθανού πατέρα απέναντι στην απόφαση της συντρόφου για άμβλωση. Σε αρκετά κράτη του κόσμου, κυρίως στην Ασία και στην Αφρική, για τη διενέργεια της άμβλωσης χρειάζεται ακόμα η συναίνεση του συζύγου (Μητσοπούλου, 2013). Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Σαουδική Αραβία, οι ερωτώμενοι δεν εμφάνισαν υψηλό ποσοστό συμφωνίας με τη δήλωση να τερματιστεί η εγκυμοσύνη μετά από επιθυμία του συζύγου, χωρίς τη συναίνεση της μητέρας, ωστόσο, αντίστοιχο ποσοστό διαφωνίας παρουσιάστηκε και στις δηλώσεις να τερματιστεί η κύηση μετά από επιθυμία της γυναίκας, χωρίς τη συναίνεση του συζύγου (Hammami, Hammami, Kawadry, & Alvi, 2020). Είναι εμφανές ότι στα κράτη αυτά ο ρόλος του συζύγου είναι κάτι παραπάνω από καθοριστικός για την απόφαση της γέννησης ή μη του παιδιού.

Στα περισσότερα κράτη ωστόσο, θεωρείται αδιανόητη η επιλογή της άμβλωσης να πραγματοποιείται από τον σύντροφο, καθώς οι επιπτώσεις της εγκυμοσύνης και της γονεϊκότητας είναι εμφανείς στο σώμα της γυναίκας, στη ζωή της και στην επαγγελματική της σταδιοδρομία, ενώ ο εξαναγκασμός σε κύηση είναι κατάφωρη παραβίαση των δικαιωμάτων της. Είναι δικαιολογημένο, ωστόσο, οι εν δυνάμει πατέρες να νιώθουν ότι έχουν περιορισμένη επιρροή στη διαδικασία επιλογής της άμβλωσης. Αξίζει να αναφερθεί, πάντως, πως η γνώμη και η στάση του πατέρα, παρά την έλλειψη ισάξιων νομικών και ηθικών δικαιωμάτων, επηρεάζει συχνά την απόφαση της γυναίκας (Μητσοπούλου, 2013).

Οι λόγοι που μπορεί να οδηγήσουν μία γυναίκα σε διακοπή της κύησης της είναι πιθανό να είναι σύνθετοι και περίπλοκοι ή να συνδέονται μεταξύ τους, ωστόσο, σύμφωνα με τους Kirkman et al (2009), μπορούν να συνοψιστούν σε τρεις βασικές ομάδες:

- i. **Εστιασμένοι στη γυναίκα.** Η κατηγορία αυτή μπορεί να περιλαμβάνει τη νεαρή ηλικία της μητέρας, τη στιγμή της εγκυμοσύνης, την πιθανή επιθυμία της γυναίκας να μην κάνει άλλα ή και καθόλου παιδιά, καθώς και λόγους σωματικής ή ψυχικής υγείας της μητέρας.
- ii. **Εστιασμένοι σε άλλα πρόσωπα.** Σε αυτή την ομάδα εντάσσεται συνήθως η απουσία σταθερού συντρόφου ή η εξ' ολοκλήρου απουσία του, και η ανησυχία για την ευημερία του παιδιού, ως αποτέλεσμα της ανετοιμότητας της γυναίκας ή του ζεύγους για τη γονεϊκότητα.
- iii. **Υλιστικοί λόγοι.** Στους υλιστικούς λόγους διακοπής της εγκυμοσύνης, κατά κύριο λόγο εντάσσονται κοινωνικά ή οικονομικά ζητήματα που δυσχεραίνουν το έργο της ανατροφής ενός παιδιού (Kirkman, Rowe, & Rosenthal, 2009).

Στο ενδεχόμενο που η διαδικασία της άμβλωσης πραγματοποιηθεί με σωστό τρόπο από τον κατάλληλα εκπαιδευμένο ιατρό, πρόκειται για μία αρκετά απλή και ασφαλή επέμβαση. Ο κίνδυνος εμφάνισης επιπλοκών αυξάνεται ανάλογα με την ηλικία της γυναίκας, το ιατρικό ιστορικό που αφορά επεμβάσεις όπως η καισαρική τομή, καθώς και το στάδιο της εγκυμοσύνης (Diedrich & Steinauer, 2009). Σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να υπάρξουν μόνιμες ή βραχυπρόθεσμες συνέπειες στην υγεία της μητέρας, που μπορεί να κυμαίνονται από ήπιες όπως αιμορραγία ή μολύνσεις, έως και πιο σοβαρές, όπως διάτρηση της μήτρας,

τραυματισμός του τραχήλου ή του εντέρου, ή ακόμα και στειρότητα (Guillaume & Rossier, 2018; Δριστά, 2015).

Εξίσου σημαντικές με τις πιθανές σωματικές συνέπειες της άμβλωσης θεωρούνται και οι ψυχολογικές επιπτώσεις στο ζεύγος, και κυρίως στη μητέρα. Ένα μεγάλο ποσοστό των γυναικών είναι πιθανό μετά την επιλογή να τερματίσει την κύηση να νιώσει άγχος, ενοχές ή κατάθλιψη (Δριστά, 2015). Συγκεκριμένα, έρευνα της Coleman έφτασε σε αποτελέσματα που έδειχναν πως οι γυναίκες που έχουν πραγματοποιήσει άμβλωσή είναι κατά 81% πιο πιθανό να εμφανίσουν κάποιου είδους ψυχικά προβλήματα, όπως χρήση ουσιών και αυτοκτονικότητα, μεταξύ άλλων (Coleman, 2011). Την αντίθετη πλευρά παρουσιάζουν τα δεδομένα άλλων ερευνών, που αναφέρουν πως είναι σύνηθες φαινόμενο μετά την άμβλωση οι γυναίκες να αναφέρουν αισθήματα ανακούφισης, ως αποτέλεσμα της επανάκτησης του ελέγχου στη ζωή τους. Επιπλέον, οι ψυχοκοινωνικές συνέπειες στις γυναίκες που δεν τους παρέχεται το δικαίωμα στην άμβλωση, και αναγκάζονται να γεννήσουν το παιδί που έχει προκύψει από την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη έχουν υπάρξει μικρότερο αντικείμενο μελέτης. Ωστόσο, ερευνητικά δεδομένα δείχνουν πως η συνέχιση μίας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες στη μετέπειτα ζωή της μητέρας και του παιδιού (Guillaume & Rossier, 2018; Upadhyay, Weitz, Jones, Barar, & Foster, 2014).

Τέλος, στις κοινωνικές συνέπειες της συνέχισης μίας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και της γέννησης του παιδιού συχνά συγκαταλέγονται οικονομικά προβλήματα, χαμηλές εκπαιδευτικές ή επαγγελματικές επιδόσεις, ή ακόμα και παιδική κακοποίηση (Salakos et al., 2010).

Συνεπώς, η απόφαση που πρέπει να ληφθεί από την κυοφορούσα γυναίκα ή από το ζεύγος δεν είναι μία απλή διαδικασία, η οποία συχνά μπορεί να γίνει σωματικά και ψυχολογικά επώδυνη, ειδικά λαμβάνοντας υπόψη τις πιθανές συνέπειες μίας τέτοιας απόφασης. Επιπλέον, η διαδικασία δυσχεραίνεται ακόμη περισσότερο, αν συνυπολογιστούν και τα αρνητικά στερεότυπα και το στίγμα που περιβάλλουν την άμβλωση. Οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη συχνά ενοχοποιούνται ως οι κύριες υπεύθυνες για την εγκυμοσύνη αυτή, χαρακτηρίζονται ως ανεύθυνες, σκληρές ή εγωίστριες. Βιώνουν άγχος λόγω της κοινωνικής κατακραυγής και του στίγματος που ακολουθεί την άμβλωση, διστάζουν να αναζητήσουν υποστήριξη και σε πολλές περιπτώσεις κρύβουν από τον

κοινωνικό ή οικογενειακό τους περίγυρο την απόφαση τους να μην γεννήσουν το παιδί (Cockrill & Nack, 2013). Ταυτόχρονα, στην περίπτωση που οι γυναίκες αυτές αποφασίσουν να μην τερματίσουν την εγκυμοσύνη τους, ακόμα και στη σύγχρονη εποχή καλούνται να αντιμετωπίσουν το στίγμα της ανύπαντρης μητέρας που μεγαλώνει ένα νόθο παιδί εκτός γάμου (Gagnon, 2018; Zhao & Basnyat, 2017). Όλα αυτά τα δεδομένα είναι φανερό ότι αντικατοπτρίζουν την αντίληψη για το ρόλο της γυναίκας στην κοινωνία (Guillaume & Rossier, 2018).



## Σκοπός της Έρευνας και Ερευνητικές Υποθέσεις

Ο σκοπός της εν λόγω έρευνας είναι να μελετήσει τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας, συγκριτικά με τη στάση των νομικών επιστημόνων σχετικά με τα ζητήματα της ευθανασίας, της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας και της άμβλωσης. Πρόκειται για θέματα που εγείρουν ηθικούς, φιλοσοφικούς, νομικούς και θρησκευτικούς προβληματισμούς και αποτελούν περιπτώσεις σύγκρουσης του δικαιώματος προστασίας της ανθρώπινης ζωής, σε αντιπαράθεση με το δικαίωμα στην ελευθερία αυτοκαθορισμού και αυτοδιάθεσης του ατόμου. Επομένως, θεωρήθηκε πως η επιπλέον διερεύνηση του θέματος θα έχει ιδιαίτερο επιστημονικό ενδιαφέρον και θα κατασκευάσει έναν περαιτέρω προβληματισμό για τις νομικές πρακτικές που εφαρμόζονται για τις προαναφερθείσες καταστάσεις.

Η επιλογή του πληθυσμού των επαγγελματιών υγείας έγινε έχοντας ως βάση το γεγονός πως οι ιατροί είναι μία ομάδα που έχει μελετηθεί αρκετά σχετικά με τις απόψεις τους για την ευθανασία, την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία ή την άμβλωση, καθώς πρόκειται για τους ανθρώπους που έρχονται συχνότερα από τους υπόλοιπους αντιμετώπι με το θάνατο, την απώλεια, και τον ανθρώπινο πόνο. Ταυτόχρονα, οι επαγγελματίες υγείας είναι οι άνθρωποι οι οποίοι συχνά καλούνται να πάρουν αποφάσεις για τη ζωή, και να πραγματοποιήσουν οι ίδιοι τις εκάστοτε παρεμβάσεις της ευθανασίας ή της άμβλωσης.

Από την άλλη, οι νομικοί επιστήμονες επιλέχθηκαν επειδή πρόκειται για μία πληθυσμιακή ομάδα που έχει μελετηθεί ελάχιστα σε σχέση με τις στάσεις τους απέναντι σε αυτά τα ζητήματα, τόσο στην Ελλάδα, όσο και στο εξωτερικό. Ωστόσο, πρόκειται για τους ανθρώπους που έχουν διαμορφώσει τις γνώσεις και τις απόψεις τους μέσα από την εκπαίδευσή τους για το δίκαιο και τους νόμους, ενώ παράλληλα αντιλαμβάνονται υπό άλλο πρίσμα τις εκάστοτε επιλογές του νομοθέτη και αφουγκράζονται την κοινωνική πραγματικότητα με διαφορετικό τρόπο.

Η παρούσα έρευνα, λοιπόν, έχει ως στόχο να περιγράψει και να αναλύσει τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας και των νομικών επιστημόνων, όπως αυτές διαμορφώνονται από την εκάστοτε εκπαίδευσή τους, να συγκρίνει τα δείγματα, να αντιληφθεί ποιοι παράγοντες επιδρούν στη διαμόρφωση των θέσεων που εκφράζονται σχετικά με τα σύνθετα βιοηθικά ζητήματα που απασχολούν το κοινωνικό σύνολο έντονα τη σημερινή εποχή, και

τέλος, να ανοίξει το δρόμο για μία σύγχρονη αντιμετώπιση των ζητημάτων της ευθανασίας, της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας και της άμβλωσης.

Οι ερευνητικές υποθέσεις που θα μελετηθούν είναι οι εξής:

- ❖ Οι απαντήσεις και οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας θα διαφοροποιηθούν από αυτές των νομικών επιστημόνων ως προς τη στάση τους απέναντι στα σύγχρονα υπό μελέτη βιοηθικά ζητήματα, αλλά και ως προς το είδος των επιχειρημάτων που θα χρησιμοποιήσουν για να στηρίξουν τις απαντήσεις τους.
- ❖ Οι θρησκευτικές πεποιθήσεις και άλλα δημογραφικά στοιχεία (π.χ. φύλο, ηλικία) θα επηρεάσουν τις απόψεις των συμμετεχόντων στην έρευνα.
- ❖ Η θετική ή αρνητική στάση των συμμετεχόντων απέναντι σε ένα από τα βιοηθικά ζητήματα που μελετώνται θα λειτουργεί ως προβλεπτικός παράγοντας για τη στάση τους απέναντι και στα υπόλοιπα υπό μελέτη ζητήματα, δηλαδή θα κρατούν μία ενιαία θέση απέναντι στο σύνολο των βιοηθικών ζητημάτων που μελετώνται.

## ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

### Διαδικασία

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε τα ακαδημαϊκά έτη 2019-2020 και 2020-2021. Αφού οριστικοποιήθηκε το θέμα της έρευνας, αναζητήθηκαν σύγχρονες βιβλιογραφικές αναφορές μέσω πλήθους βάσεων δεδομένων επιστημονικού περιεχομένου, όπως είναι τα Pubmed, ResearchGate, Scopus, ScienceDirect, Google Scholar και άλλα, με τη χρήση λέξεων κλειδίων (π.χ. physician assisted suicide, euthanasia, abortion, physician's attitudes, euthanasia law, world abortion laws etc.). Μετά από τη μελέτη της υπάρχουσας βιβλιογραφίας και παρεμφερών ήδη διεξαχθέντων ερευνών, προέκυψε η δημιουργία του εργαλείου της έρευνας, ένα ερωτηματολόγιο το οποίο δομήθηκε προκειμένου να καλύπτει τα θέματα που επρόκειτο να ερευνηθούν.

Μετά την ολοκλήρωση του, το ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε μοιράστηκε στον πληθυσμό κατά κύριο λόγο διαδικτυακά, τόσο για λόγους ταχύτερης συλλογής των δεδομένων, αλλά και για λόγους ασφαλείας, καθώς η πανδημία Covid-19 που επικράτησε από τις αρχές του 2020 στη χώρα, αλλά και σε ολόκληρο τον πλανήτη, με τη διασπορά του ιού SARS-CoV-2, κατέστησε δυσκολότερη την ανθρώπινη επαφή. Επομένως, η συλλογή των ερωτηματολογίων έγινε σχεδόν αποκλειστικά μέσω διαδικτύου, με τη χρήση της πλατφόρμας του Google, που συνετέλεσε στη δημιουργία και την κοινή χρήση ενός online ερωτηματολογίου, εύκολα προσβάσιμο στους συμμετέχοντες. Οι συμμετέχοντες προσεγγίστηκαν με τη βοήθεια των μέσων κοινωνικής δικτύωσης, και μέσω προσωπικών e-mail.

Για τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας προτιμήθηκε η ποσοτική και στατιστική ανάλυση των δεδομένων, καθώς οι ποσοτικές έρευνες περιλαμβάνουν μεγαλύτερο αριθμό δείγματος που επιλέγεται, τουλάχιστον εν μέρει, τυχαία, και εξετάζουν τις μεταβλητές που είναι δυνατόν να ποσοτικοποιηθούν και να αναλυθούν στατιστικά. Επομένως προσφέρουν αξιόπιστα συμπεράσματα, και τα αποτελέσματα μπορούν να γενικευθούν σε μεγαλύτερες ομάδες πληθυσμού (Rahman, 2017).

## Δειγματοληψία

Στην έρευνα έλαβαν μέρος συνολικά 220 άτομα από όλη την Ελλάδα, ηλικίας 22-79 ετών. Το δείγμα αποτέλεσαν ιατροί διαφόρων ειδικοτήτων (χειρουργοί, πνευμονολόγοι, γυναικολόγοι, ψυχίατροι) καθώς και νομικοί επιστήμονες (π.χ. δικηγόροι, δικαστές, ασκούμενοι δικηγόροι), αρκετοί εκ των οποίων επιλέχθηκαν τυχαία, ωστόσο, κάποιοι εξ αυτών προέκυψαν ευκαιριακά, από το περιβάλλον της ερευνήτριας.

## Ψυχομετρικά Εργαλεία

Για τη διεξαγωγή της συγκεκριμένης έρευνας μοιράστηκαν στους συμμετέχοντες ερωτηματολόγια που στηρίχθηκαν σε αντίστοιχη βιβλιογραφία, ωστόσο κατασκευάστηκαν και διαμορφώθηκαν από την ερευνήτρια έτσι ώστε να ανταποκρίνονται στις ανάγκες της έρευνας. Συγκεκριμένα, το ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε αποτελούνταν από 66 ερωτήσεις και χωριζόταν σε **τέσσερα** βασικά σκέλη: Στο πρώτο σκέλος υπήρχαν **8** ερωτήσεις που αφορούσαν στα **δημογραφικά χαρακτηριστικά** των συμμετεχόντων (π.χ. φύλο, ηλικία, επάγγελμα, μορφωτικό επίπεδο κλπ.). Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου αποτελούνταν από **6** ερωτήσεις, στις οποίες οι συμμετέχοντες έδωσαν απαντήσεις σχετικά με τις **δρησκευτικές τους πεποιθήσεις** και την πίστη τους. Στη συνέχεια ακολούθησε η ενότητα που μελετά τις **στάσεις σχετικά με την ευθανασία και την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία** μέσω **24** ερωτήσεων, ενώ στο τελευταίο σκέλος, που συναρτιζόταν από **28** ερωτήσεις, μελετήθηκαν οι στάσεις αναφορικά με την **άμβλωση**.

Οι ερωτήσεις ήταν στο μεγαλύτερο ποσοστό τους πολλαπλής επιλογής, και είχαν τη μορφή 4βαθμης κλίμακας τύπου Likert, όπου στην τιμή «1» ο συμμετέχων εξέφραζε την πλήρη διαφωνία του με τη δήλωση της πρότασης (π.χ. «Διαφωνώ απόλυτα»), ενώ με την τιμή «4» εκφραζόταν η πλήρης συμφωνία του με αυτήν (π.χ. «Συμφωνώ απόλυτα»). Κάποιες ερωτήσεις είχαν δύο διαβαθμίσεις (π.χ. «Ναι» και «Όχι»), ενώ υπήρξαν ελάχιστες περιπτώσεις όπου δινόταν, προαιρετικά, το δικαίωμα στους συμμετέχοντες να αναπτύξουν σύντομα την άποψη τους σχετικά με το περιεχόμενο της ερώτησης.

Δεδομένου ότι το ερωτηματολόγιο επρόκειτο για ένα εργαλείο που δημιουργήθηκε από την ερευνήτρια για τις ανάγκες της συγκεκριμένης μελέτης, προτού δοθεί στον πληθυσμό στον οποίο απευθυνόταν η έρευνα, μοιράστηκε πιλοτικά σε 20 άτομα, προκειμένου να σταθμιστεί. Τα άτομα αυτά συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο προκειμένου να ελεγχθεί αν το περιεχόμενο των ερωτήσεων ήταν σαφές σε όλους και αν επιδεχόταν αλλαγών.

## **Στατιστική Ανάλυση**

Τα πιλοτικά δεδομένα που ελήφθησαν πριν την έναρξη της έρευνας μεταφέρθηκαν στο στατιστικό πρόγραμμα SPSS, προκειμένου να ποσοτικοποιηθούν δοκιμαστικά και να γίνει έλεγχος της αξιοπιστίας των κλιμάκων που χρησιμοποιήθηκαν. Ο έλεγχος της αξιοπιστίας των κλιμάκων πραγματοποιείται προκειμένου να μελετηθεί κατά πόσο οι ερωτήσεις που μετρούν ένα συγκεκριμένο χαρακτηριστικό παρουσιάζουν υψηλή συνοχή μεταξύ τους. Μετά την ολοκλήρωση των μετρήσεων, για όλες τις κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν ο δείκτης αξιοπιστίας Alpha του Cronbach (Cronbach's Alpha) υπολογίστηκε ως μεγαλύτερος του 0,7, μία τιμή που ορίζεται ως το κατώτατο όριο, προκειμένου η κλίμακα να θεωρηθεί αξιόπιστη.

Επειτα ακολούθησε η συλλογή όλων των ερωτηματολογίων που απευθύνονται στον πληθυσμό της έρευνας, τα δεδομένα συγκεντρώθηκαν και αναλύθηκαν με το στατιστικό πακέτο SPSS, προκειμένου να πραγματοποιηθεί στατιστική ανάλυση και συσχέτιση των αποτελεσμάτων. Προκειμένου να υπάρξει μία μεταβλητή που μετρά συνολικά τις στάσεις των συμμετεχόντων απέναντι στην ευθανασία και την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία, εντοπίστηκαν όλες οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου που υποδείκνυαν κάποια στάση απέναντι στα ζητήματα αυτά. Έπειτα, ορισμένες μεταβλητές αντιστράφηκαν (Reverse), προκειμένου όλες οι μικρότερες τιμές (π.χ. 1 στην κλίμακα Likert) να δείχνουν μικρότερη αποδοχή της ευθανασίας και της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας και όλες οι μεγαλύτερες τιμές (π.χ. 4 στην κλίμακα Likert) να δείχνουν μεγαλύτερη αποδοχή των πρακτικών αυτών. Με τη διεργασία Compute Variable, οι μεταβλητές αυτές αδροίστηκαν και δημιούργησαν μία ενιαία μεταβλητή που περιγράφει τη συνολική στάση των συμμετεχόντων. Στη μεταβλητή αυτή, η μικρότερη τιμή ορίστηκε το score 20, και η μέγιστη τιμή ορίστηκε το score 76.

Η ίδια διαδικασία επαναλήφθηκε και για τις στάσεις απέναντι στην άμβλωση, όπου δημιουργήθηκε μία μεταβλητή που περιγράφει τη συνολική στάση απέναντι σε αυτή. Το ελάχιστο δυνατό score (min. score) σε αυτή τη μεταβλητή ορίστηκε το 17, το οποίο περιέγραφε την πλήρη αντίθεση με τη διαδικασία της άμβλωσης, ενώ ως μέγιστο score (max. score) ορίστηκε το 64, το οποίο έδειχνε πλήρη συμφωνία με αυτήν. Η μεταβλητή που δημιουργήθηκε προκειμένου να μετρήσει το θρησκευτικό συναίσθημα είχε ελάχιστη τιμή το 6, και μέγιστη το 20, με τις τιμές αυτές να αυξάνονται όσο αυξάνεται και η θρησκευτική πίστη.

Προκειμένου να διερευνηθεί η υπόθεση ότι τα επιχειρήματα και οι δέσεις των συμμετεχόντων, όταν διαφοροποιούνται ως προς το επάγγελμα τους, είναι, επίσης, διαφορετικά, το ερωτηματολόγιο χωρίστηκε σε επιμέρους κατηγορίες από την ερευνήτρια, οι οποίες διαφοροποιούνται ως προς το είδος των επιχειρημάτων που εκφράζουν. Οι ερωτήσεις που απάρτιζαν την κάθε κατηγορία αδροίστηκαν, για να μελετηθούν ως μία μεταβλητή, όπως και οι προηγούμενες, με τη διεργασία Compute Variable, και συνοψίζονται ως εξής:

- i. Επιχειρήματα που προκύπτουν από την **ιατρική ηθική και δεοντολογία** (min. score: 4, max. score: 16)
- ii. Επιχειρήματα επηρεασμένα από την **πίστη στις θρησκευτικές πεποιθήσεις** (min. score: 4, max. score: 16)
- iii. Επιχειρήματα επηρεασμένα από τη **γνώση της νομοθεσίας**, και την **στάση για μία ενδεχόμενη νομοθετική ρύθμιση** (min. score: 4, max. score: 16)
- iv. Επιχειρήματα υπέρ της **αυτονομίας και της αυτοδιάθεσης** των ατόμων (min. score: 7, max. score: 28)
- v. Επιχειρήματα που προκύπτουν από την **προσωπική ηθική και τη γενική ιδεολογική στάση** (min. score: 11, max. score: 44)

Χρησιμοποιώντας τις διαθέσιμες διεργασίες του SPSS, πραγματοποιήθηκαν διάφορα τεστ προκειμένου να βρεθούν σχέσεις συνάφειας μεταξύ των αποτελεσμάτων, όπως τα Reliability Analysis, Independent Sample T-test, One-Way Anova Test, Correlations Test etc. Τα αποτελέσματα των τεστ και των διαδικασιών που χρησιμοποιήθηκαν παρατίθενται αναλυτικά στην ενότητα των Αποτελεσμάτων.

## Ζητήματα Ηθικής και Δεοντολογίας

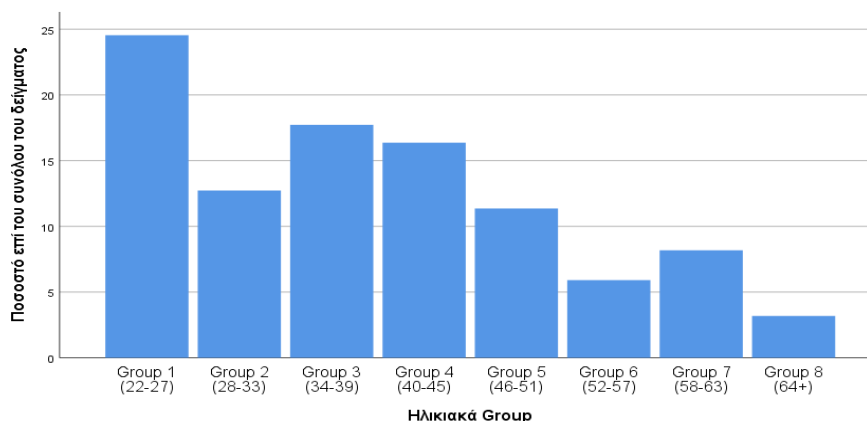
Όσον αφορά στις δεοντολογικές πτυχές της έρευνας, όλοι οι συμμετέχοντες, εκτός από το ερωτηματολόγιο, έλαβαν και μία φόρμα ενημέρωσης και συγκατάδεσης για τη συμμετοχή τους στην έρευνα, η οποία τους γνωστοποίησε τους σκοπούς και το θέμα της μελέτης και τους ενημέρωσε για την ανωνυμία των ερωτηματολογίων και την τήρηση της εχεμύθειας. Στη φόρμα αναγραφόταν, επίσης, ότι τα στοιχεία τους θα ήταν διαθέσιμα μόνο στην ερευνήτρια και τον επιβλέποντα καθηγητή της διπλωματικής εργασίας, ενώ τα αποτελέσματα της έρευνας είναι πιθανό να δημοσιοποιηθούν. Επιπλέον, γινόταν σαφές ότι η συμμετοχή τους ήταν εθελοντική και ότι είχαν τη δυνατότητα να αποχωρήσουν από την έρευνα οποιαδήποτε στιγμή το επιθυμήσουν, χωρίς επιπτώσεις. Επιπλέον, αναγράφονταν τα στοιχεία του ερευνητή και κάποιο e-mail επικοινωνίας, σε περίπτωση που χρειάζονταν περαιτέρω διευκρινίσεις σχετικά με την έρευνα. Τέλος, δίνονταν σύντομοι διευκρινιστικοί ορισμοί συγκεκριμένων εννοιών που χρησιμοποιούνται ως δεδομένοι στο ερωτηματολόγιο (π.χ. Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αυτοκτονία), προκειμένου να είναι σαφείς σε όλους.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε, καθώς και η φόρμα ενημέρωσης και συγκατάδεσης για συμμετοχή στην εν λόγω έρευνα παρατίθενται στο παράρτημα.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### Δημογραφικά στοιχεία

Συνολικά, το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 220 επαγγελματίες υγείας και νομικοί επιστήμονες, σε ποσοστό 50,45% και 49,55% αντίστοιχα. Οι άνδρες αποτέλεσαν το 45% του συνόλου, οι γυναίκες το 54,5%, ενώ το 0,5% προτίμησε να μην προσδιορίσει το φύλο του. Οι ηλικίες των συμμετεχόντων κυμαίνονταν από 22 έως 79 έτη, με Μέσο Όρο τα 39,1 έτη και Τυπική Απόκλιση 12,396. Προκειμένου να διευκολυνθεί ο υπολογισμός των ηλικιών στην ανάλυση, και να αποδοθούν παραστατικότερα, επιλέχθηκε ο **Κανόνας του Sturges**, προκειμένου να χωριστούν οι συμμετέχοντες σε ηλικιακές ομάδες (Λιώκη - Λειβαδά & Ασημακόπουλος, 2010). Σύμφωνα με το συγκεκριμένο τύπο,  $A=1+3,3322\log_{10}N$ , όπου «N» ορίζεται το σύνολο του δείγματος (=220) και όπου «A» θα αναδειχθεί ο αριθμός των ηλικιακών ομάδων που θα προκύψουν. Προκειμένου να βρεθεί το εύρος της κάθε ομάδας, ο αντίστοιχος τύπος ορίζεται ως εξής:  $\delta = \frac{M-\mu}{A}$ , όπου ως «M» ορίζεται η μέγιστη ηλικία που συναντάται στο δείγμα και ως «μ» ορίζεται η ελάχιστη ηλικία που συναντάται στο δείγμα. Το «δ» θα προκύψει ως το πλάτος των ηλικιακών ομάδων. Επομένως, κατόπιν των υπολογισμών, προέκυψαν 9 ηλικιακές ομάδες, με εύρος 6 έτη ανά ομάδα. Η ένατη ομάδα, λόγω του μικρού αριθμού του δείγματος υπέστη συγχώνευση με την όγδοη, επομένως, τελικά προέκυψαν 8 ομάδες που διαμορφώθηκαν ως: Group 1 [22-28), Group 2 [28-34) και ούτω καθεξής, όπως αποδίδεται στο γράφημα.



Όσον αφορά στην οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων, το 41,82% ήταν έγγαμοι, το 55% ήταν άγαμοι, και το 3,18% διάλεξαν την επιλογή «Άλλο», στην οποία



συμπλήρωσαν πως ήταν διαζευγμένοι, χήροι ή συζούσαν με κάποιο σύντροφο. Το 56,8% δεν είχε καθόλου παιδιά, ενώ το υπόλοιπο 43,2% είχε από 1 έως 4 παιδιά.

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα δήλωσαν κατά 46,4% ότι ήταν απόφοιτοι Ανώτατου Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (ΑΕΙ), κατά 37,7% κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος (Master), και το 15,9% δήλωσαν πως ήταν κάτοχοι διδακτορικού διπλώματος (PhD). Στην ερώτηση για τον αριθμό των ετών που ασκούσαν το επάγγελμα τους, οι απαντήσεις των συμμετεχόντων κυμαίνονταν από 0,5 έως 47 έτη, με Μέσο όρο τα 12,68 έτη και Τυπική Απόκλιση 11,01.

Σχεδόν στο σύνολο τους οι συμμετέχοντες είχαν ελληνική καταγωγή, σε ποσοστό 99%, ενώ το υπόλοιπο 1% είχε ελληνοκυπριακή και αλβανική καταγωγή.

Προτού συνεχιστεί η περιγραφή των αποτελεσμάτων και η ανάλυση των συσχετίσεων, πραγματοποιήθηκε έλεγχος αξιοπιστίας των κλιμάκων που χρησιμοποιήθηκαν. Οι κλίμακες που μετρήθηκαν ήταν αυτές που μετρούσαν τη δραστηριότητα, την στάση απέναντι στην ευθανασία και την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία και τη στάση απέναντι στην άμβλωση, επομένως πραγματοποιήθηκαν τρεις διαδικασίες ελέγχου. Σε όλους τους ελέγχους, ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's Alpha, ο οποίος μετρά την εσωτερική συνέπεια ανάμεσα στα στοιχεία μίας κλίμακας του ερωτηματολογίου, ήταν υψηλότερος του 0,7 και επομένως αρκετά ισχυρός. Το γεγονός αυτό δείχνει ικανοποιητική αξιοπιστία των κλιμάκων που χρησιμοποιήθηκαν.

<b>Religion Scale</b>			<b>Euthanasia &amp; PAS Scale</b>			<b>Abortion Scale</b>		
<b>Reliability Statistics</b>			<b>Reliability Statistics</b>			<b>Reliability Statistics</b>		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items	Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items	Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,882	,891	6	,920	,922	20	,924	,931	17

## Θρησκευτικότητα

Στις ερωτήσεις που αφορούσαν στο θρησκευτικό συναίσθημα και την πίστη των συμμετεχόντων, το 71,8% απάντησε θετικά στην ερώτηση αν πιστεύει στο Θεό, ενώ αντίθετα στην ερώτηση για τη γνώμη τους για την ύπαρξη ζωής μετά το θάνατο, το δείγμα ήταν σχεδόν μοιρασμένο, με 49,5% θετικές απαντήσεις. Οι υπόλοιπες ερωτήσεις που αφορούσαν τη θρησκευτικότητα ήταν 4βαθμης κλίμακας τύπου Likert, με διαβαθμίσεις από «Καθόλου/Ποτέ» έως «Πάρα πολύ/Πολύ συχνά». Στην ερώτηση «Πόσο σημαντική θα λέγατε ότι είναι η θρησκεία στη ζωή σας;», το 27,3% απάντησε «Καθόλου», «Ελάχιστα» το 33,6%, «Αρκετά» το 27,7% και «Πάρα πολύ» το 11,4%. Στον κάτωθι πίνακα παρατίθενται αναλυτικότερα τα ποσοστά των απαντήσεων σε αυτή την κατηγορία ερωτήσεων.

Όσον αφορά στις διαφορές των απαντήσεων των συμμετεχόντων για τη θρησκευτικότητα τους, συγκρίθηκαν οι απαντήσεις τους ως προς το φύλο, την ηλικία και το επάγγελμα τους. Οι γυναίκες, τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και οι επαγγελματίες υγείας έδωσαν λίγο περισσότερες θετικές απαντήσεις σχετικά με το θρησκευτικό τους αίσθημα, ωστόσο, μετά από πραγματοποίηση του αντίστοιχου T-test, το αποτέλεσμα αυτό δεν κρίθηκε στατιστικά σημαντικό.

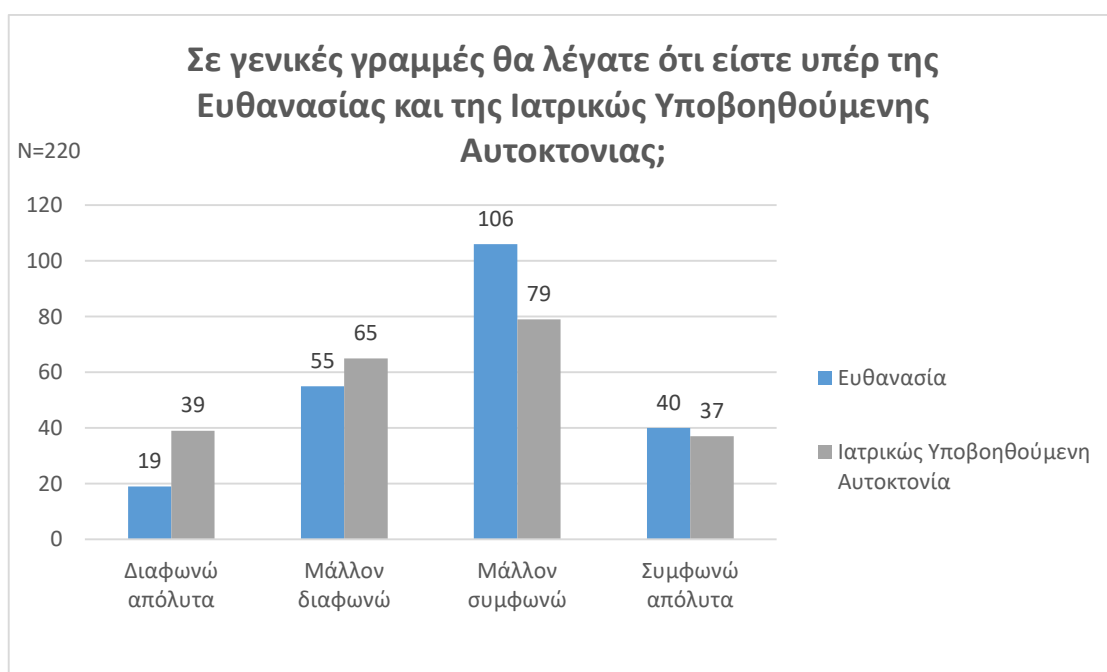
<b>ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ</b>	Καθόλου/ ποτέ	Ελάχιστα/ σπάνια	Αρκετά/ συχνά	Πάρα πολύ/ πολύ συχνά
Πόσο σημαντική θα λέγατε ότι είναι η θρησκεία στη ζωή σας;	27,3%	33,6%	27,7%	11,4%
Πόσο συχνά επισκέπτεστε την εκκλησία ή άλλους χώρους λατρείας;	30,5%	53,2%	11,4%	5%
Πιστεύετε ότι ο τρόπος ζωής σας, σε προσωπικό ή κοινωνικό επίπεδο, επηρεάζεται από τις θρησκευτικές σας πεποιθήσεις;	35%	33,6%	24,1%	7,3%
Πιστεύετε στις βασικές διδασκαλίες και τα κηρύγματα της εκκλησίας χωρίς να αμφιβάλλετε γι' αυτά;	39,5%	36,4%	16,8%	7,3%

## Ευθανασία και Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αυτοκτονία

Το πρώτο σκέλος της κλίμακας για την ευθανασία και την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία περιλάμβανε ερωτήσεις που αφορούσαν το κατά πόσο οι συμμετέχοντες ήταν **ενήμεροι** σχετικά με τη νομοθεσία και την **ιδεολογική τους τοποθέτηση** απέναντι σε αυτή, τη **γενική στάση** τους απέναντι σε αυτά τα ζητήματα, καθώς και αντιμετώπιση υ-

**ποδετικών σεναρίων.** Στην ερώτηση «Είστε ενήμερος/-η σχετικά με την ισχύουσα νομοθεσία στην Ελλάδα για την ευθανασία και την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία,» το 25% του συνόλου των συμμετεχόντων απάντησε αρνητικά. Μεταξύ των νομικών επιστημόνων, οι οποίοι έχουν καλύτερη γνώση των νομικών διατάξεων, η γνώση για την εν λόγω νομοθεσία τοποθετείται στο 78,9%. Από το 75% του συνόλου που δήλωσε πως έχει γνώση της νομοθεσίας στην Ελλάδα για την ευθανασία και την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία, το 70,3% δήλωσε πως δε συμφωνεί ιδεολογικά με τη νομοθεσία που απαγορεύει καθολικά και τις δύο αυτές πρακτικές.

Στη συνέχεια ακολούθησαν δύο ερωτήσεις που αφορούσαν στη γενική στάση του υπό μελέτη πληθυσμού για την ευθανασία και την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία, με 4βαθμη κλίμακα τύπου Likert [«Διαφωνώ Απόλυτα» (ΔΑ) - «Μάλλον Διαφωνώ» (ΜΔ) - «Μάλλον Συμφωνώ» (ΜΣ) - «Συμφωνώ Απόλυτα» (ΣΑ)]. Όσον αφορά στην ευθανασία, μόλις το 8,6% του πληθυσμού δήλωσε πως διαφωνεί απόλυτα, και το 25% δήλωσε ότι μάλλον διαφωνεί. Το αποτέλεσμα αυτό έχει αρκετό ενδιαφέρον δεδομένου ότι η ευθανασία είναι μία ολοκληρωτικά απαγορευμένη πράξη στη χώρα μας, αλλά μόλις το 33,6% του υπό εξέταση πληθυσμού τάχθηκε εναντίον της. Το 48,2% απάντησε στην ίδια ερώτηση «μάλλον συμφωνώ», και το 18,2% δήλωσε αναντίρρητα υπέρ. Κάπως μικρότερη υποστήριξη, αλλά και πάλι έχοντας την πλειοψηφία με το μέρος της, είχε η ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία, με το 47,2% (ΔΑ - 17,7% και ΜΔ -29,5%) να τάσσεται εναντίον της. Τα στοιχεία αυτά παρατίθενται αναλυτικά στον πίνακα που ακολουθεί.



Στην ερώτηση που αφορούσε στην ύπαρξη ηθικής διαφοροποίησης ανάμεσα στην ευθανασία και την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία, το 60,5% απάντησε θετικά.

Στο τέλος αυτής της ενότητας της κλίμακας, οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν για το πώς θα έπρατταν, σύμφωνα με την κρίση τους, σε περιπτώσεις που η ευθανασία και η ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία ήταν νόμιμες. Στην ερώτηση «*Σε περίπτωση που η νομοθεσία το επέτρεπε, θα ζητούσατε ευθανασία για κάποιο συγγενικό σας πρόσωπο για να μην υποφέρει;*» θετική απάντηση έδωσε το 67,3% των συμμετεχόντων, ωστόσο, όταν η ερώτηση τέθηκε διαφορετικά, διαμορφώνοντας το πλαίσιο της πράξης ως αποτέλεσμα προσωπικής ενέργειας, «*Σε περίπτωση που η νομοθεσία το επέτρεπε, και είχατε τη δικαιοδοσία, θα πραγματοποιούσατε ευθανασία (ή ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία) σε κάποιον, εφόσον σας το ζητούσε;*», το ποσοστό αυτό έπεσε στο 53,2%.

Προκειμένου να διερευνηθούν περαιτέρω οι στάσεις των συμμετεχόντων για την ευθανασία και την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία, το δεύτερο σκέλος του ερωτηματολογίου περιείχε συγκεκριμένες δηλώσεις με τις οποίες οι συμμετέχοντες εξέφραζαν τη συμφωνία ή τη διαφωνία τους, με την 4βαθμη κλίμακα τύπου Likert, που αναφέρθηκε προηγουμένως. Οι δηλώσεις αυτές, προκειμένου να μελετηθούν ευκολότερα, χωρίστηκαν από την ερευνήτρια σε θεματικές κατηγορίες ανάλογα με το είδος των επιχειρημάτων που χρησιμοποιούνταν. Συγκεκριμένα, η πρώτη κατηγορία αφορούσε δηλώσεις επηρεασμένες από την **ιατρική ηθική και δεοντολογία**. Όσον αφορά στις δηλώσεις που απάρτιζαν την εν λόγω κατηγορία αναφέρονται ενδεικτικά οι: «*Η ευθανασία και η ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία έρχονται σε αντίθεση με τον όρκο του Ιπποκράτη και τις βασικές αρχές της ιατρικής*» και «*Κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα να αρνηθεί οποιαδήποτε θεραπεία*». Τα ποσοστά των απαντήσεων τοποθετούνται αναλυτικά στον πίνακα.

<b>ΙΑΤΡΙΚΗ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ</b>	Διαφωνώ απόλυτα	Μάλλον διαφωνώ	Μάλλον συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Η ευθανασία και η ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία έρχονται σε αντίθεση με τον όρκο του Ιπποκράτη και τις βασικές αρχές της ιατρικής	29,1%	39,5%	18,2%	13,2%
Κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα να αρνηθεί οποιαδήποτε θεραπεία	3,2%	9,1%	23,2%	64,5%
Η διατήρηση των ασθενών στη ζωή με κάθε τρόπο είναι το ύψιστο καθήκον των ιατρών	21,8%	30%	29,1%	19,1%

Η δεύτερη κατηγορία δηλώσεων περιλάμβανε θέσεις που αφορούσαν στην **πίστη στις θρησκευτικές πεποιθήσεις** και στη στάση της εκκλησίας απέναντι σε αυτά τα ζητήματα. Στη δήλωση «*Η ζωή είναι το υπέρτατο αγαθό και ο μόνος που αποφασίζει για το θάνατο είναι ο Θεός*» η συμφωνία κυμαινόταν σε ποσοστό 27,8% (ΣΑ - 12,3%, ΜΣ - 15,5%). Ακόμη μικρότερο ποσοστό συμφωνίας (ΣΑ - 5,9%, ΜΣ - 10,5%) έλαβε η δήλωση «*Η ευθανασία και η ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία αποτελούν αμαρτήματα, τόσο για το άτομο που ζητά να τερματιστεί η ζωή του, όσο και για τον ιατρό που αποτελεί το εργαλείο για την έλευση του θανάτου*», όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα.

<b>ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ</b>	Διαφωνώ απόλυτα	Μάλλον διαφωνώ	Μάλλον συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Η ζωή είναι το υπέρτατο αγαθό και ο μόνος που αποφασίζει για το θάνατο είναι ο Θεός	<b>41,8%</b>	<b>30,5%</b>	15,5%	12,3%
Η ευθανασία και η ΙΥΑ αποτελούν αμαρτήματα, τόσο για το άτομο που ζητά να τερματιστεί η ζωή του, όσο και για τον ιατρό που αποτελεί το εργαλείο για την έλευση του θανάτου	<b>61,4%</b>	<b>22,3%</b>	10,5%	5,9%

Η επόμενη υποκατηγορία ερωτήσεων αφορούσε στη **νομική γνώση** και μία ενδεχόμενη **νομοθετική ρύθμιση** για τα υπό συζήτηση ζητήματα. Όταν οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σχετικά με μία πιθανή νομιμοποίηση της ευθανασίας και της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, κατόπιν εφαρμογής κατάλληλων νομικών δικλείδων, το ποσοστό συμφωνίας έφτασε στο 82,7% (ΣΑ – 45%, ΜΣ – 37,7%), ενώ η διαφωνία τοποθετείται ποσοστιαία ως ΔΑ - 6,8% και ΜΔ - 10,5%.

Πολλές από τις ερωτήσεις που τέθηκαν στους συμμετέχοντες αφορούσαν τη γνώμη τους σχετικά με την **αυτονομία** και την **αυτοδιάθεση** των ατόμων, καθώς και την **ελευθερία** στην επιλογή του θανάτου. Στην εν λόγω κατηγορία ανήκαν δηλώσεις όπως «*Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα στο θάνατο, όπως ακριβώς και στη ζωή*» ή «*Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα να ζει και να πεθαίνει με αξιοπρέπεια*», οι απαντήσεις των οποίων αναλύονται στον κάτωθι πίνακα.

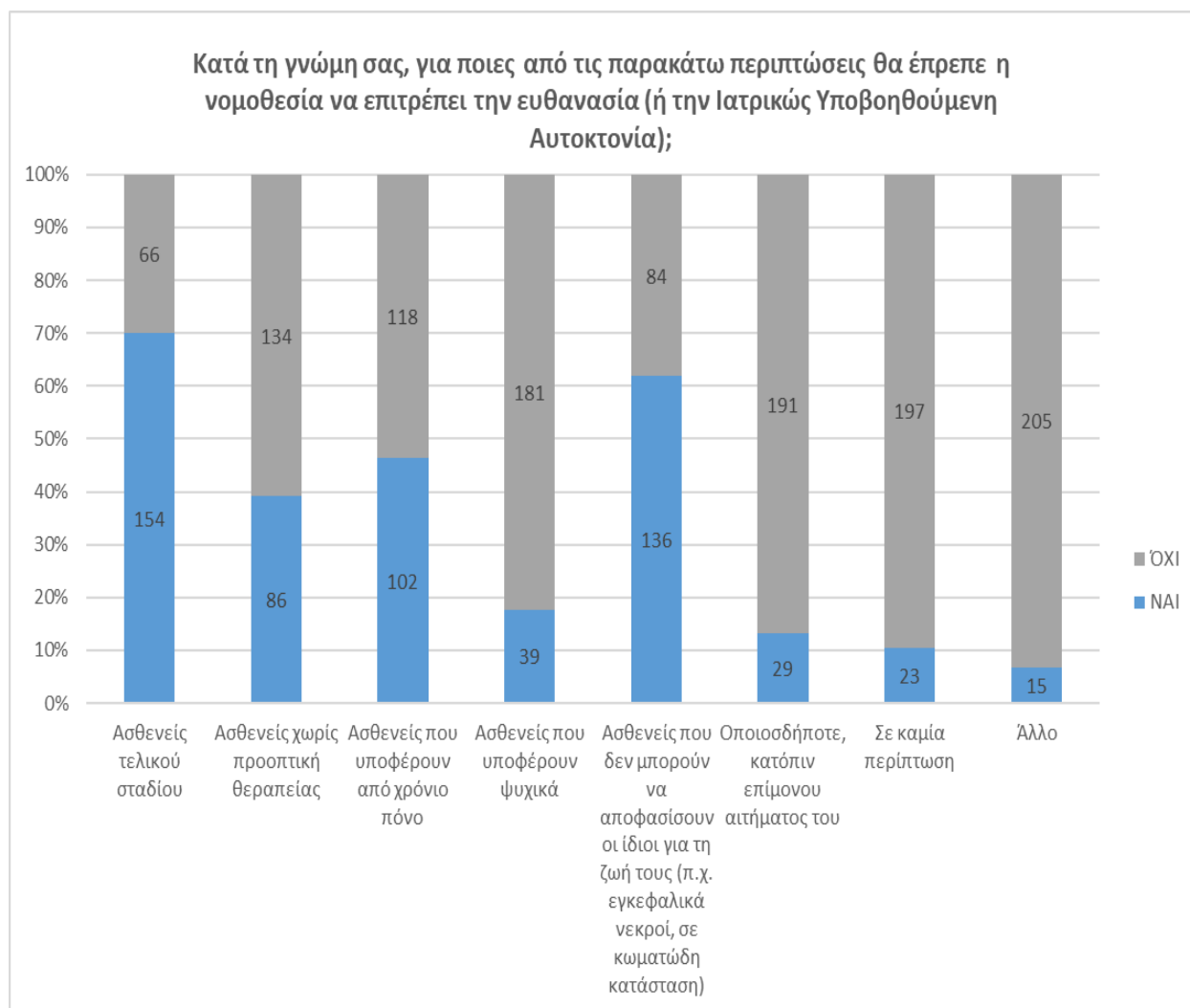
<b>ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ &amp; ΑΥΤΟΔΙΑΘΕΣΗ</b>	Διαφωνώ απόλυτα	Μάλλον διαφωνώ	Μάλλον συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα στο θάνατο, όπως ακριβώς και στη ζωή	6,8%	15%	<b>33,2%</b>	<b>45%</b>
Το δικαίωμα των ανθρώπων για αυτονομία και ελεύθερη βούληση περιλαμβάνει και την επιλογή του θανάτου	7,7%	15,9%	<b>28,6%</b>	<b>47,7%</b>
Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα να ζει και να πεθαίνει με αξιοπρέπεια	0,9%	1,8%	<b>17,3%</b>	<b>80%</b>
Η αυτονομία και η αυτοδιάθεση του ατόμου έχουν ορισμένους περιορισμούς	7,7%	<b>28,2%</b>	<b>44,5%</b>	19,5%

Η μεγαλύτερη κατηγορία ερωτήσεων περιλάμβανε στάσεις και επιχειρήματα που προκύπτουν από την **προσωπική ηθική** και τις προσωπικές **ιδεολογικές στάσεις** των συμμετεχόντων. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να δηλώσουν το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας τους σε δηλώσεις όπως «*Είναι ηθικά λάθος ο ασθενής να εμπλέκει τρίτα άτομα (π.χ. ιατροί) στην επιθυμία του να πεθάνει*» ή «*Η νομική κατοχύρωση της ευθανασίας και της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας μπορεί να οδηγήσει την κοινωνία να αρχίσει να αποδέχεται ακόμα πιο βλαβερές πρακτικές (π.χ. ευγονική θανάτωση)*».

<b>ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΗΘΙΚΗ &amp; ΣΤΑΣΕΙΣ</b>	Διαφωνώ απόλυτα	Μάλλον διαφωνώ	Μάλλον συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Η ευθανασία και η ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι ανθρωπιστικές πράξεις που σκοπεύουν στην ανακούφιση από τον ανθρώπινο πόνο	5,9%	19,5%	<b>40,9%</b>	<b>33,6%</b>
Σε ορισμένες περιπτώσεις ασθενών ο θάνατος επέρχεται ως λύτρωση	1,8%	4,1%	<b>28,6%</b>	<b>65,5%</b>
Η ευθανασία και η ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι επικίνδυνες πολιτικές που θα μπορούσαν να φτάσουν ακόμα και σε επίπεδο δολοφονίας	15,5%	<b>41,1%</b>	<b>31,8%</b>	11,4%
Η νομική κατοχύρωση της ευθανασίας και της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας μπορεί να οδηγήσει την κοινωνία να αρχίσει να αποδέχεται ακόμα πιο βλαβερές πρακτικές (π.χ. ευγονική θανάτωση)	17,3%	<b>38,2%</b>	<b>31,8%</b>	12,7%
Είναι ηθικά λάθος ο ασθενής να εμπλέκει τρίτα άτομα (π.χ. ιατροί) στην επιθυμία του να πεθάνει	23,2%	<b>42,3%</b>	<b>22,7%</b>	11,8%
Η ανθρώπινη ζωή είναι ευλογία, αλλά μόνο στην περίπτωση που συνεισφέρει στην ευτυχία του εν ζωή ατόμου	13,6%	<b>29,1%</b>	<b>34,1%</b>	23,2%

Στο τελευταίο σκέλος της κλίμακας για την ευθανασία και την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία ζητήθηκε από τους ερωτηθέντες να παραδέσουν την άποψη τους για περιπτώσεις όπου η νομοθεσία, κατά τη γνώμη τους, θα έπρεπε να επιτρέπει την ευθανασία

ή την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία, και είχαν τη δυνατότητα να επιλέξουν όσες περιπτώσεις επιθυμούσαν από αυτές που δόθηκαν από την ερευνήτρια, ή είχαν τη δυνατότητα να αναλύσουν μία περίπτωση που ήθελαν οι ίδιοι εκτός των επιλογών. Ο παρακάτω πίνακας παρουσιάζει αναλυτικά τις απαντήσεις που δόθηκαν.



Ενδεικτικά θα αναφερθεί σε αυτό το σημείο ότι οι επιλογές με τις περισσότερες θετικές απαντήσεις είναι οι περιπτώσεις ασθενών τελικού σταδίου και περιπτώσεις ασθενών που αδυνατούν να λάβουν οι ίδιοι αποφάσεις για τη ζωή τους, όπως σε περιπτώσεις όπου έχει επέλθει ο εγκεφαλικός θάνατος τους. Αντίθετα, οι λιγότερες θετικές απαντήσεις δόθηκαν για ασθενείς που υποφέρουν ψυχικά, καθώς και στην επιλογή «Σε καμία περίπτωση». Το γεγονός αυτό έχει αρκετό ενδιαφέρον υπό το πρίσμα ότι το 90% σχεδόν των συμμετεχόντων θεώρησαν πως τουλάχιστον σε μία ή κάποιες περιπτώσεις, η ευθανασία και η ιατρι-

κώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία θα μπορούσαν να είναι νόμιμες. Από τους 220 συμμετέχοντες, οι 15 συμπλήρωσαν την επιλογή «Άλλο», η οποία έδινε τη δυνατότητα να αναπτύξουν οι ίδιοι μία περίπτωση ατόμου, την οποία κατά τη γνώμη τους η νομοθεσία θα έπρεπε να επιτρέπει. Θα παρατεθούν ενδεικτικά κάποιες από τις απαντήσεις που δόθηκαν:

- «Εφόσον κάποιος έχει πλήρη δικαιοπρακτική ικανότητα, δηλαδή έχει όντως συνείδηση των πράξεων του, δύναται να ζητήσει ευθανασία. Βέβαια σε ορισμένες περιπτώσεις η δικαιοπρακτική ικανότητα τεκμαίρεται ότι δεν θα υπάρχει, όπως όταν π.χ. κάποιος υποφέρει - στιγμιαία - από αφόρητους πόνους που δεν του επιτρέπουν να διακρίνει τη στιγμή εκείνη κλπ.»

- «Σε ανθρώπους που λόγω σοβαρής αναπηρίας καθίσταται αδύνατη η αξιοπρεπής διαβίωση τους, πάντα υπό την προϋπόθεση ότι έχουν προηγουμένως στηριχθεί ψυχολογικά και η απόφαση τους να πεθάνουν μοιάζει απόλυτα συνειδητή.»

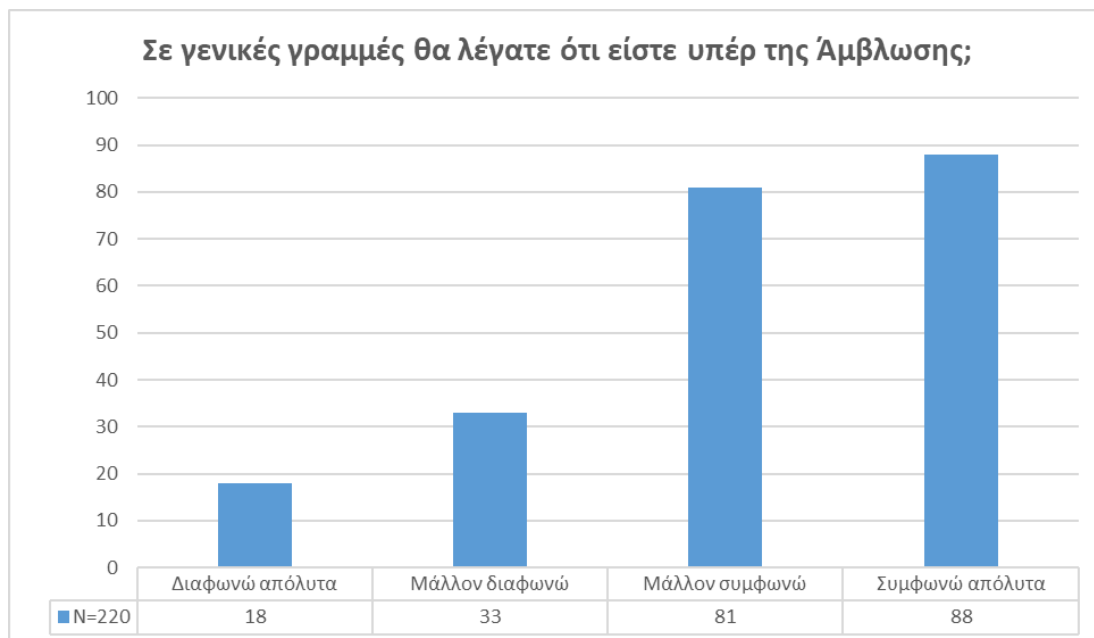
- «Σε καρκινοπαθείς τελικού σταδίου με χαμηλό προσδόκιμο επιβίωσης.»

## Άμβλωση

Στο τέλος του ερωτηματολογίου τοποθετήθηκε η κλίμακα που μετρούσε τις στάσεις των συμμετεχόντων σχετικά με την άμβλωση. Σε αντιστοιχία με την κλίμακα στάσεων για την ευθανασία και την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία, η κλίμακα αυτή ήταν χωρισμένη σε υποκατηγορίες. Το πρώτο σκέλος περιλάμβανε ερωτήσεις που αφορούσαν το κατά πόσο οι συμμετέχοντες ήταν **ενήμεροι** σχετικά με τη νομοθεσία σχετικά με την άμβλωση, την **ιδεολογική τους τοποθέτηση** και τη **γενική στάση** τους απέναντι σε αυτή, καθώς και τα **προσωπικά τους βιώματα**. Στην ερώτηση για την πληροφόρηση των συμμετεχόντων για τη νομοθετική ρύθμιση του ζητήματος της άμβλωσης, θετικά απάντησε το 86,8% από το σύνολο των συμμετεχόντων. Στην περίπτωση που ο υπό μελέτη πληθυσμός ήταν αποκλειστικά οι νομικοί επιστήμονες, το ποσοστό αυτό ανέβαινε στο 95,4%. Από το σύνολο των συμμετεχόντων που είχαν γνώση για τη νομοθεσία γύρω από την διακοπή της κύησης, το 55,5% δήλωσε πως η εν λόγω νομοθεσία που επιτρέπει την άμβλωση κατ' απαίτηση είναι σύμφωνη με την ιδεολογία του.

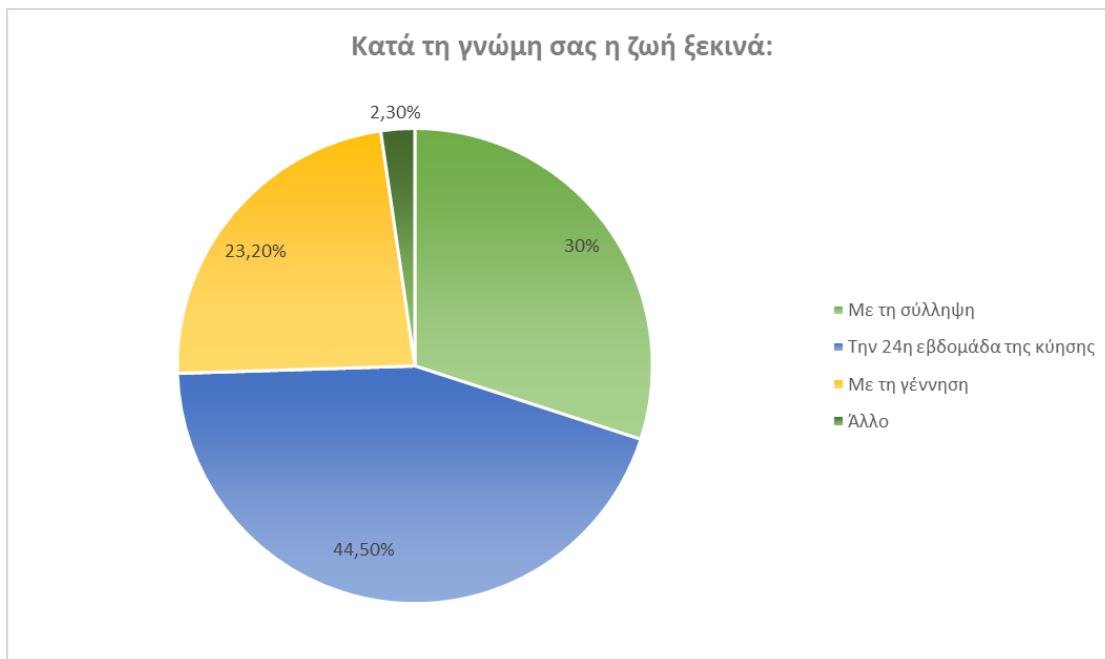


Στη συνέχεια ακολούθησε ερώτηση που μετρούσε το γενικό βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας με την άμβλωση, όπου το 8,2% δήλωσε πως διαφωνεί κάθετα, (15% - ΜΔ, 36,8% - ΜΣ) και το 40% συμφωνεί απόλυτα με το δικαίωμα στον τερματισμό της κύησης.



Η επόμενη ερώτηση διερευνούσε τις στάσεις των συμμετεχόντων σχετικά με την προσωπική τους αντίληψη για τη στιγμή που αρχίζει η ζωή του εμβρύου. Το 30% των συμμετεχόντων απάντησε πως θεωρεί πως η αρχή της ζωής τοποθετείται τη στιγμή της σύλληψης, το 44,5% εκτιμά πως η ζωή ξεκινά την 24η εβδομάδα της κύησης, ένα σημείο που κατέστη σαφές στους ερωτώμενους πως ορίζεται ως η στιγμή σχηματισμού της καρδιάς του κυήματος, και ιατρικά ορίζεται ως το ελάχιστο χρονικό διάστημα προκειμένου το έμβρυο, κατά την έξοδο του από τη μήτρα, να είναι βιώσιμο. Το 23,2% απάντησε πως θεωρεί ότι δεν υφίσταται ζωή πριν από τη στιγμή της γέννησης. Ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 2,3% απάντησαν με την επιλογή «Άλλο», και έδωσαν μία δική τους ερμηνεία για την αρχή της ζωής. Ενδεικτικά θα αναφερθούν κάποιες από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων:

- «Στο θέμα της άμβλωσης ειδικότερα, θα έλεγα μετά το γενικό όριο των 12 εβδομάδων του 304 ΠΚ με τη σκέψη ότι θα θμελιώνεται ιατρικά.»
- «Όταν το έμβρυο έχει αναπτυχθεί επαρκώς ώστε να αποκτά συνείδηση.»



Οι επόμενες ερωτήσεις διερευνούσαν τις προσωπικές εμπειρίες των συμμετεχόντων σε περιπτώσεις ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και τερματισμού της κύησης. Στην ερώτηση «*Είχατε ποτέ εσείς ή η σύντροφος σας εμπειρία ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης;*», θετικά απάντησε το 22,7% του συνόλου, και στην ερώτηση «*Έχετε προβεί ποτέ, εσείς ή η σύντροφος σας, σε άμβλωση;*» οι θετικές απαντήσεις κυμαίνονταν σε αντίστοιχο ποσοστό (21,4%). Κάνοντας τον διαχωρισμό του δείγματος, καταλήγουμε στο συμπέρασμα πως από τους συμμετέχοντες που είχαν οι ίδιοι ή η σύντροφος τους εμπειρία ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, το 92% δήλωσαν πως προέβησαν σε τερματισμό αυτής της ανεπιθύμητης κύησης. Τέλος, στην ερώτηση αν θα προχωρούσαν ποτέ σε άμβλωση ή αν θα συμβούλευαν τη σύντροφο τους να προβεί σε άμβλωση, θετικά απάντησε το 70,5% του δείγματος.

Στο δεύτερο σκέλος της κλίμακας που μετρά τις στάσεις για την άμβλωση, όπως ακριβώς και για την ευθανασία και την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία, προκειμένου να διερευνηθούν αναλυτικότερα τα επιχειρήματα και οι λόγοι συμφωνίας ή διαφωνίας με το ζήτημα, δόθηκαν στους συμμετέχοντες κάποιες δηλώσεις, για τις οποίες έπρεπε να εκφράσουν το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας τους, με τη μορφή της 4βαθμης κλίμακας Likert, που έχει χρησιμοποιηθεί και ανωτέρω. Οι κατηγορίες στις οποίες ταξινομήθηκαν οι δηλώσεις αυτές είναι ίδιες με αυτές που χρησιμοποιήθηκαν στην προηγούμενη κλίμακα για την ευθανασία και την ΙΥΑ, με την προσθήκη μίας επιπλέον κατηγορίας, που αφορά στη γνώμη των ερωτηθέντων για τη **συμμετοχή του συντρόφου** της εγκυμονούσας γυναίκας

στην απόφαση για επιλογή της άμβλωσης. Οι δηλώσεις που απάρτιζαν αυτή την κατηγορία, καθώς και τα ποσοστά των απαντήσεων τοποθετούνται στον κατωτέρω πίνακα.

<b>ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ</b>	Διαφωνώ απόλυτα	Μάλλον διαφωνώ	Μάλλον συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Η άμβλωση είναι ένα θέμα που αφορά αποκλειστικά τη γυναίκα	27,7%	25,5%	25,9%	20,9%
Ο σύντροφος πρέπει να ενημερώνεται από τη γυναίκα αν πρόκειται να προχωρήσει σε άμβλωση	1,4%	6,4%	31,8%	60,4%
Η γνώμη του συντρόφου πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στην απόφαση για άμβλωση	5%	23,2%	35,5%	36,3%

Όσον αφορά στην κατηγορία της *ιατρικής ηθικής και δεοντολογίας*, οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν αν κατά τη γνώμη τους οι άμβλώσεις θα έπρεπε να είναι μία παροχή που θα καλύπτεται από τα ασφαλιστικά ταμεία. Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων τάχθηκε υπέρ αυτής της δήλωσης (ΣΑ - 27,7% και ΜΣ - 50,9%), ενώ η μειοψηφία απέρριψε αυτή την επιλογή (ΔΑ - 8,2% και ΜΔ - 13,2%).

Οι θέσεις που αφορούσαν στην πίστη στις *θρησκευτικές πεποιθήσεις* των συμμετεχόντων αξιολογήθηκαν με δηλώσεις όπως «*Η άμβλωση είναι αμαρτία και ισοδυναμεί με φόνο*». Οι δηλώσεις αυτές δεν έλαβαν πολλές δετικές απαντήσεις, όπως καθίσταται σαφές και από τον αντίστοιχο πίνακα.

<b>ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ</b>	Διαφωνώ απόλυτα	Μάλλον διαφωνώ	Μάλλον συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Η άμβλωση είναι αμαρτία και ισοδυναμεί με φόνο	67,7%	16,8%	9,1%	6,4%
Ο μόνος που χαρίζει ζωή και αποφασίζει για το θάνατο είναι ο Θεός	48,6%	30%	10,9%	10,5%

Η επόμενη κατηγορία αφορά στη *νομοθετική ρύθμιση* του ζητήματος του τερματισμού της κύησης και της αντίληψης περί των *νομικών δικαιωμάτων* της εγκύου συγκριτικά με τα αντίστοιχα δικαιώματα του εμβρύου. Οι στάσεις των συμμετεχόντων μετρήθηκαν με βάση το βαθμό συμφωνίας τους σε δηλώσεις όπως «*Κάθε γυναίκα έχει το νομικό δικαίωμα στην άμβλωση*». Οι συνολικές απαντήσεις των ερωτώμενων ποσοστιαία κατανέμονται στον πίνακα με τίτλο ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΗ ΡΥΘΜΙΣΗ.

<b>ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΗ ΡΥΘΜΙΣΗ</b>	Διαφωνώ απόλυτα	Μάλλον διαφωνώ	Μάλλον συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Η άμβλωση πρέπει να είναι νόμιμη σε κάθε περίπτωση	15%	22,3%	<b>26,4%</b>	<b>36,4%</b>
Κάθε γυναίκα έχει το νομικό δικαίωμα στην άμβλωση	5,9%	7,7%	<b>23,2%</b>	<b>63,2%</b>
Τα νομικά δικαιώματα του εμβρύου δεν ξεπερνούν αυτά της εγκύου	13,2%	16,4%	<b>26,4%</b>	<b>44,1%</b>

Ενα σκέλος ερωτήσεων αφορούσε στο ζήτημα της **αυτονομίας** και της **αυτοδιάθεσης** του ατόμου, και εν προκειμένω της εγκύου που κυοφορεί. Το δέμα της ελευθερίας της αυτοδιάθεσης του σώματος της κάθε γυναίκας είναι ένα από τα βασικά επιχειρήματα που χρησιμοποιούν οι υπέρμαχοι της άμβλωσης και αξιολογήθηκε η στάση των συμμετεχόντων με μία σειρά δηλώσεων υπέρ της ελευθερίας της επιλογής στην απόκτηση ενός παιδιού ή στη δημιουργία οικογένειας. Τα αναλυτικά αποτελέσματα παρατίθενται κατωτέρω.

<b>ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ &amp; ΑΥΤΟΔΙΑΘΕΣΗ</b>	Διαφωνώ απόλυτα	Μάλλον διαφωνώ	Μάλλον συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Κάθε γυναίκα έχει το δικαίωμα να διαχειρίζεται το σώμα της όπως επιθυμεί	5,5%	5,9%	<b>24,5%</b>	<b>64,1%</b>
Η απαγόρευση της άμβλωσης παραβιάζει το δικαίωμα της μητέρας για ελευθερία	7,3%	14,5%	<b>24,1%</b>	<b>54,1%</b>
Η δημιουργία οικογένειας και η γέννηση ενός παιδιού πρέπει να είναι αποκλειστικά αποτέλεσμα ελεύθερης επιλογής χωρίς να επηρεάζεται από θρησκευτικές και ηθικές επιταγές	5,9%	5,5%	<b>18,6%</b>	<b>70%</b>

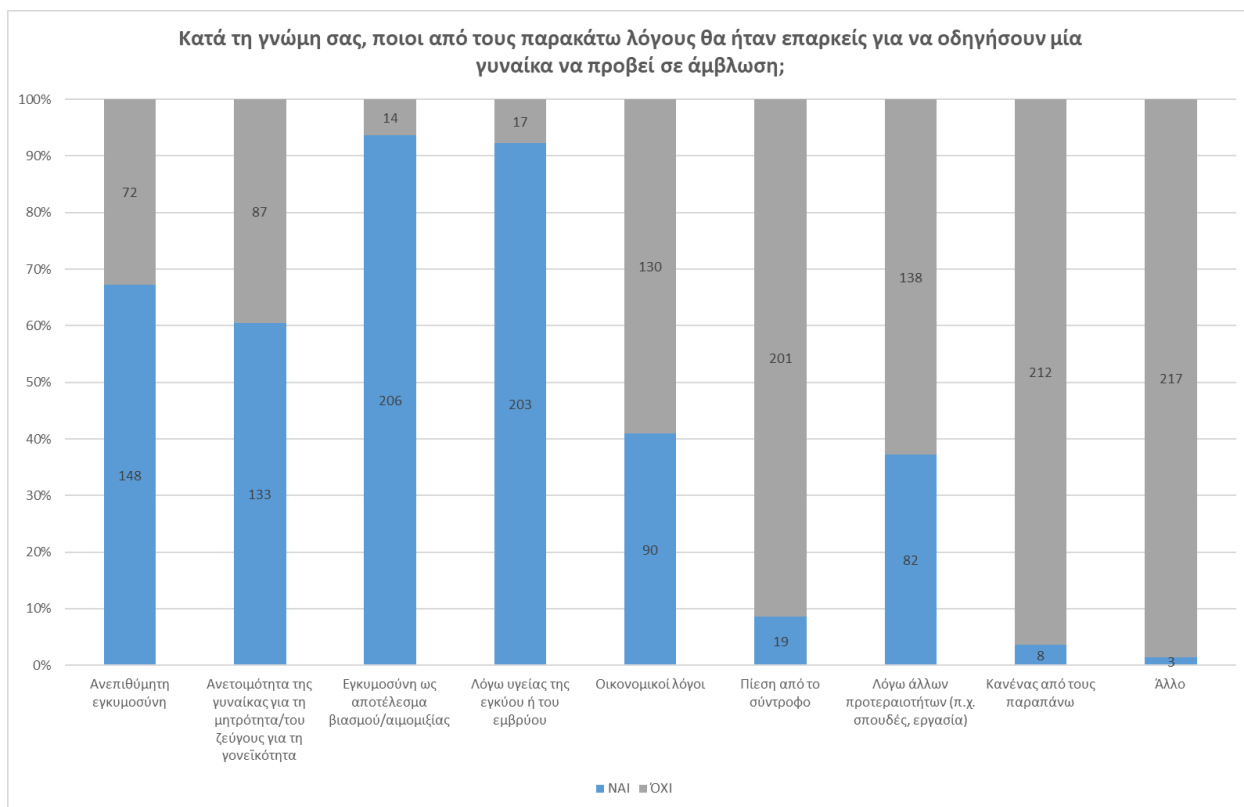
Τέλος, η προσωπικές ιδεολογικές στάσεις των συμμετεχόντων μετρήθηκαν με βάση το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας τους σε δηλώσεις που προέκυπταν από την **προσωπική ηθική** του κάθε ατόμου. Οι στάσεις αυτές αντικατοπτρίζουν τη γενικότερη νοοτροπία του κάθε ατόμου και την **ιδεολογική στάση** του απέναντι στο ζήτημα, και δε στηρίζονται απαραίτητως σε συγκεκριμένα επιχειρήματα. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να δηλώσουν κατά πόσο τους εκφράζουν δέσεις υπέρ ή κατά της άμβλωσης, ή σε ποιες περιπτώσεις θα θεωρούσαν δικαιολογημένη μία τέτοια επιλογή όπως «*Η άμβλωση δεν είναι σύμφωνη με την ηθική μου*».

<b>ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΗΘΙΚΗ &amp; ΣΤΑΣΕΙΣ</b>	Διαφωνώ απόλυτα	Μάλλον διαφωνώ	Μάλλον συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Η άμβλωση είναι εν ψυχρώ δολοφονία	<b>66,4%</b>	<b>20,9%</b>	5,9%	6,8%
Η άμβλωση δεν είναι σύμφωνη με την ηθική μου	<b>50,9%</b>	<b>23,6%</b>	10,5%	15%
Το έμβρυο είναι ζωντανός οργανισμός και έχει δικαίωμα στη ζωή	13,2%	<b>41,4%</b>	<b>26,8%</b>	18,6%
Η άμβλωση πρέπει να είναι νόμιμη μόνο σε συγκεκριμένες περιπτώσεις (π.χ. βιασμός, λόγοι υγείας)	<b>46,4%</b>	15%	<b>19,5%</b>	19,1%
Η άμβλωση πρέπει να είναι νόμιμη σε περιπτώσεις που το κυοφορούμενο έμβρυο θα εμφανίσει σοβαρές γενετικές ανωμαλίες	4,5%	7,3%	<b>21,4%</b>	<b>66,8%</b>

Τέλος, μία δήλωση που αξιολογήθηκε χωρίς να ενταχθεί σε κάποια από τις προαναφερθείσες κατηγορίες ήταν «*Η γυναίκα που αποφασίζει να διακόψει την κύηση στιγματίζεται κοινωνικά*». Οι συμμετέχοντες σε αυτή τη δήλωση εξέφρασαν τη διαφωνία τους σε ποσοστό 77,3% (ΔΑ - 50,9%, ΜΔ - 26,4%), ενώ το υπόλοιπο 22,7% εξέφρασε τη συμφωνία του (ΣΑ- 5,5%, ΜΣ - 17,3%).

Το ερωτηματολόγιο συνεχίστηκε με μία ερώτηση κλειστού τύπου «Ναι» ή «Όχι», για την οποία οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να δηλώσουν αν κατά τη γνώμη τους πιστεύουν πως «Σε σχέση με τη διακοπή της κύησης, είναι ηθικά ορθότερο η εγκυμοσύνη να ολοκληρωθεί και το παιδί που θα γεννηθεί να δοθεί για υιοθεσία;». Στην ερώτηση αυτή το ποσοστό συμφωνίας τοποθετήθηκε στο 30,5%, ενώ η διαφωνία κυμάνθηκε στο 69,5%.

Στο τελευταίο σκέλος του ερωτηματολογίου για την άμβλωση, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να δηλώσουν ποιοι, κατά τη γνώμη τους, θα ήταν επαρκείς λόγοι για να οδηγήσουν μία γυναίκα στην άμβλωση. Δεδομένου ότι ο τερματισμός της εγκυμοσύνης είναι μία καθ' όλα νόμιμη πρακτική στην Ελλάδα, οι συμμετέχοντες δεν ερωτήθηκαν, όπως στην περίπτωση της ευθανασίας και της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, σε ποιες περιπτώσεις θεωρούν πως θα έπρεπε να είναι νόμιμη. Η ερώτηση αυτή αποσκοπούσε στην αξιολόγηση της στάσης των συμμετεχόντων για τις περιπτώσεις που θα θεωρούσαν μία τέτοια απόφαση δικαιολογημένη, σύμφωνα με την κρίση και την ηθική τους. Οι συμμετέχοντες είχαν τη δυνατότητα να επιλέξουν όσες περιπτώσεις ήθελαν, από αυτές που δόθηκαν από την ερευνήτρια, καθώς και να προσθέσουν και οποιαδήποτε άλλη περίπτωση επιθυμούσαν, εάν δεν καλύπτονταν από τις δεδομένες επιλογές. Τα αποτελέσματα αποδίδονται στον παρακάτω πίνακα αναλυτικά.



Αξίζει να αναφερθεί, εν συντομία, πως σχεδόν το σύνολο των ερωτηθέντων (ποσοστό άνω του 90%) θεώρησε δικαιολογημένη την άμβλωση σε περιπτώσεις υγείας ή σε περιπτώσεις βιασμού ή αιμομιξίας. Κοινωνικοί ή οικονομικοί λόγοι είχαν αρκετά λιγότερη θετική ανταπόκριση, ενώ 8 από τους 220 συμμετέχοντες θεώρησαν πως η διακοπή της εγκυμοσύνης δεν είναι δεμιτή σε καμία απολύτως περίπτωση. Από το σύνολο των συμμετεχόντων, τρία άτομα επισήμαναν την επιλογή «Άλλο», και επεξήγησαν κάποιες περιπτώσεις που κατά τη γνώμη τους είναι επαρκείς για να δικαιολογήσουν μία τέτοια πράξη, και ήταν διαφορετικές από αυτές που δόθηκαν ως προεπιλογή. Ενδεικτικά θα αναφερθούν κάποιες από τις απαντήσεις τους:

- «Σε περίπτωση που υπάρχουν ήδη και άλλα τέκνα.»
- «Χρήστες ναρκωτικών, αλκοολικοί, ασθενείς με χρόνια ή ανίατα νοσήματα.»

Παρόλο που το ερωτηματολόγιο προορίζεται για ποσοτική μελέτη των αποτελεσμάτων, επειδή πρόκειται για μελέτη σύνθετων βιοηθικών ζητημάτων που συχνά δεν μπορούν να αποδοθούν εξ ολοκλήρου απλώς με τη συμφωνία ή τη διαφωνία με μία δήλωση, στο τέλος του ερωτηματολογίου δόθηκε η δυνατότητα στους συμμετέχοντες, προαιρετικά, να αναλύσουν περισσότερο την άποψη τους, αν το επιθυμούν, και να αναφερθούν σε θέματα

τα οποία, κατά τη γνώμη τους, δεν είχαν την ευκαιρία να αναπτύξουν περισσότερο. Συνεπώς, 15 από τους συμμετέχοντες, που αντιστοιχούν στο 6,8% του δείγματος, αποφάσισαν να αφήσουν κάποια επιπλέον σχόλια, να αποδώσουν ακριβέστερα τη στάση τους. Θα αναφερθούν ορισμένα από αυτά:

- «Παρότι το νομικό καθεστώς στην Ελλάδα είναι ικανοποιητικά επαρκές, μιλάμε για ένα ζήτημα τεράστιο, το οποίο επιδέχεται διαρκώς συζήτηση και επαναπροσδιορισμό των κοινωνιών. Οδηγός της κάθε απόφασης, θα πρέπει να είναι η ανθρωπίνη αξιοπρέπεια σε συνάρτηση, όμως, με την αξία της ζωής.»

- «Μεγάλο ποσοστό αμβλώσεων θα μπορούσε να αποφευχθεί αν υπήρχε στη χώρα μας παιδεία αντισύλληψης. Αν δεν είναι έτοιμοι για τεκνοποίηση, να φροντίζουν εκ των προτέρων, άνδρες και γυναίκες.»

- «Το νομικό πλαίσιο θα πρέπει να περιοριστεί σε άτομα τα οποία πάσχουν από ανιάτες εκφυλιστικές παθήσεις και ακόμα να εξασφαλίζει την άρνηση του θεράποντος ιατρού να εκτελέσει την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία εφόσον το επιθυμεί.»

## Στατιστική Ανάλυση

Εφόσον παρατέθηκαν αναλυτικά οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, ακολουθεί η στατιστική ανάλυση των δεδομένων προκειμένου να βρεθούν οι συσχετίσεις και οι σχέσεις ανάμεσα στις υπό μελέτη μεταβλητές και να επιβεβαιωθούν ή να απορριφθούν οι ερευνητικές υποθέσεις που αναφέρθηκαν στο τμήμα της εισαγωγής.

Η πρώτη ερευνητική υπόθεση εκτιμούσε πως θα υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις των συμμετεχόντων, όταν αυτές κρίνονταν με γνώμονα το **επάγγελμα** τους. Αναλυτικότερα, αναμένεται οι απαντήσεις των επαγγελματιών υγείας να διαφέρουν σημαντικά από αυτές των νομικών επιστημόνων, ενώ, επίσης, αναμένεται να υποστηρίξουν διαφορετικές ομάδες δηλώσεων, όπως αυτές διαχωρίστηκαν ανωτέρω.

Κατόπιν διεξαγωγής του αντίστοιχου τεστ μέσω του στατιστικού προγράμματος SPSS, αποδείχθηκε όντως στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και τους νομικούς επιστήμονες στη στάση τους απέναντι στην ευθανασία, την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία και την άμβλωση. Οι νομικοί επιστήμονες σημείωσαν υψηλότερη αποδοχή της ευθανασίας, της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας και της

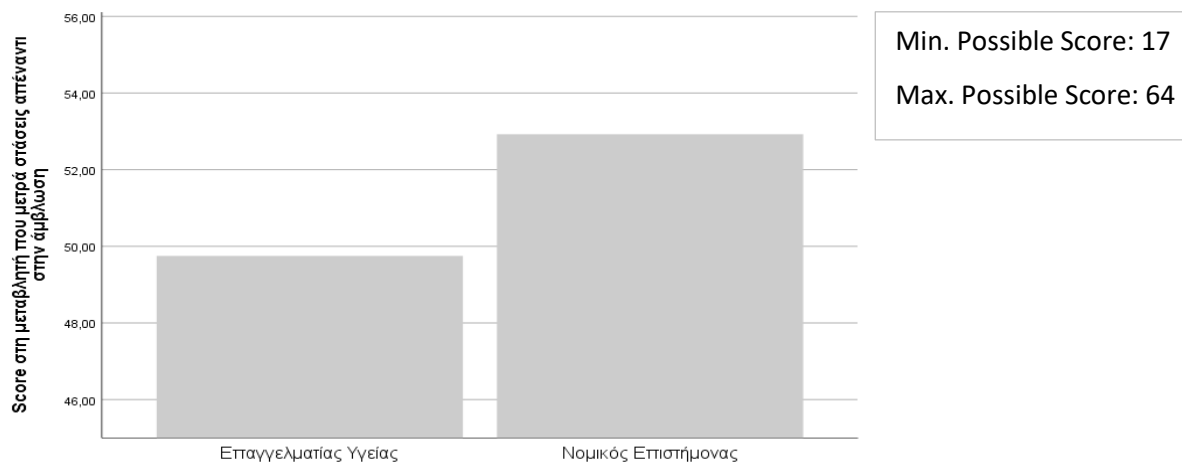
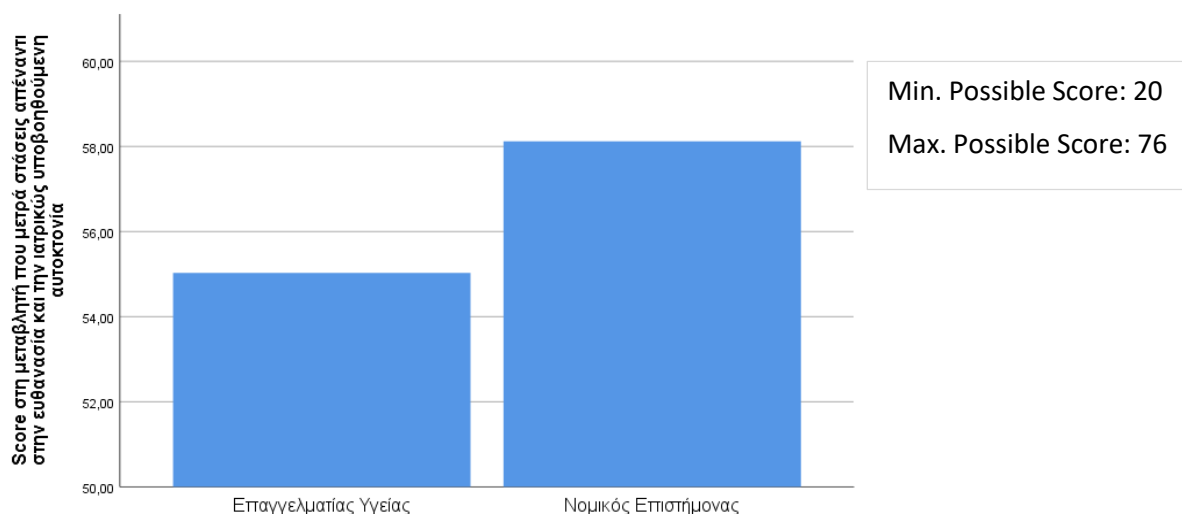
άμβλωσης, ενώ αντίθετα, αρνητικότερες στάσεις και χαμηλότερα ποσοστά αποδοχής των πρακτικών αυτών αντιστοιχήθηκαν με τους επαγγελματίες υγείας. Το αποτέλεσμα αυτό επιβεβαιώνει την αρχική υπόθεση, και γίνεται σαφές από τον παρακάτω πίνακα Independent Sample T-test που πραγματοποιήθηκε, και στα Bar Charts που ακολουθούν.

### Independent Samples T-test

<u>ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ</u>	Επαγγελματίες Υ- γείας (N=111)	Νομικοί Επιστήμονες (N=109)	t	P. (Sig.)
	Mean (Sd)	Mean (Sd)		
Ευθανασία & ΙΥΑ	55,0 (± 10,9)	58,1 (± 10,7)	4,1	0,035
Άμβλωση	49,7 (± 10,6)	52,9 (± 10,2)	6,2	0,025

Η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική στο επίπεδο  $<0,05$ .

Σύγκριση των απαντήσεων των επαγγελματιών υγείας και των νομικών επιστημόνων σχετικά με τη στάση τους απέναντι στην ευθανασία, την ΙΥΑ και την άμβλωση.





Προκειμένου να διερευνηθεί η υπόθεση ότι τα επιχειρήματα και οι δέσεις των συμμετεχόντων, όταν διαφοροποιούνται ως προς το επάγγελμα τους είναι, επίσης, διαφορετικά, πραγματοποιήθηκε το αντίστοιχο στατιστικό τεστ για τις κατηγορίες του ερωτηματολογίου οι οποίες έχουν αναφερθεί ανωτέρω (σσ. 41-42).

Ανάμεσα στις κατηγορίες που αναλύθηκαν, προκειμένου να διερευνηθεί ποια επιχειρήματα υποστηρίχθηκαν περισσότερο από τους συμμετέχοντες, και αν παρουσιάζονταν σημαντικές διαφορές όταν αυτοί διαφοροποιούνται ως προς το επάγγελμα, υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές, σχεδόν σε όλες τις κατηγορίες, εκτός από την κατηγορία των επιχειρημάτων ιατρικής δεοντολογίας, όπου δεν εμφανίστηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις απαντήσεις των επαγγελματιών υγείας και των νομικών επιστημόνων. Οι διαφορές που παρουσιάστηκαν, ωστόσο, πιθανόν να οφείλονται στο γεγονός πως οι νομικοί επιστήμονες, σε γενικές γραμμές σημείωσαν, μεγαλύτερη αποδοχή και πιο δετικές στάσεις απέναντι στην ευθανασία, την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία και την άμβλωση συγκριτικά με τους επαγγελματίες υγείας.

Συγκρίνοντας τους μέσους όρους των απαντήσεων, προκειμένου να διερευνηθεί ποια κατηγορία ερωτήσεων υποστηρίχθηκε περισσότερο από την κάθε ομάδα επαγγελματιών, παρατηρήθηκε ότι οι απαντήσεις που εμφάνιζαν τις ασθενέστερες αρνητικές στάσεις και, συνεπώς, μη αποδοχή της ευθανασίας, της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας και της άμβλωσης, συγκεντρώθηκαν στις κατηγορίες επιχειρημάτων που είναι επηρεασμένα από τις **δρησκευτικές τους πεποιθήσεις**, ενώ οι ισχυρότερες απαντήσεις που υποδείκνυαν δετική στάση και αποδοχή της ευθανασίας, της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας και της άμβλωσης, σημειώθηκαν για την κατηγορία της **αυτονομίας και της αυτοδιάθεσης** του ατόμου. Το αποτέλεσμα αυτό προέκυψε αντίστοιχα και για τις δύο κατηγορίες επαγγελματιών, επομένως, η ερευνητική υπόθεση σύμφωνα με την οποία αναμένονταν διαφοροποίηση ανάμεσα στο είδος των χρησιμοποιούμενων επιχειρημάτων ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και τους νομικούς επιστήμονες δεν επιβεβαιώθηκε.

## Independent Sample T-test

<u>ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ</u>	Επαγγελματίες Υγείας (N=111)	Νομικοί Επιστήμονες (N=109)	Score limits	t	P. (Sig.)
	Mean (Sd)	Mean (Sd)	Min. – Max. Score		
Ιατρική Δεοντολογία	11,8 (± 2,5)	12,4 (± 2,3)	4 - 16	0,8	0,087
Θρησκευτική Πίστη	12,6 (± 3,4)	13,5 (± 3,2)	4 - 16	0,1	0,034
Νομοθετική Ρύθμιση	12,1 (± 2,9)	12,9 (± 2,9)	4 - 16	0,1	0,034
Αυτονομία & Αυτοδιάθεση	22,0 (± 4,1)	23,2 (± 4,2)	7 - 28	0,2	0,042
Προσωπική Ηθική	31,8 (± 6,1)	33,6 (± 6,1)	11 - 44	0,2	0,029

Η διαφορά είναι στατιστικώς σημαντική στο επίπεδο  $<0,05$ .

Σύγκριση των απαντήσεων των επαγγελματιών υγείας και των νομικών επιστημόνων σχετικά με το είδος των επιχειρημάτων που χαρακτήριζαν τις απαντήσεις τους.

Όσον αφορά στη δεύτερη ερευνητική υπόθεση, αναμένεται ότι οι θρησκευτικές πεποιθήσεις και άλλα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων θα επιδρούν σημαντικά στις στάσεις τους απέναντι στα υπό μελέτη θέματα. Μετά τη διεξαγωγή του αντίστοιχου τεστ συσχέτισης (correlation test), παρουσιάστηκε υψηλή αρνητική και στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στις **θρησκευτικές πεποιθήσεις** των συμμετεχόντων και στις στάσεις τους. Συγκεκριμένα, το υψηλό αίσθημα θρησκευτικότητας των ερωτηθέντων αντιστοιχούσε σε αρνητικότερη στάση απέναντι, τόσο στην ευθανασία και την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία, όσο και στην άμβλωση, όπως παρατίθεται στον αντίστοιχο πίνακα. Επομένως σε αυτό το σημείο η ερευνητική υπόθεση επιβεβαιώνεται.

## Correlations

	Ευθανασία και ΙΥΑ	Άμβλωση
	Pearson Correlation (P. Sig.)	Pearson Correlation (P. Sig.)
<b>Θρησκευτικότητα</b>	-0,58** (0,00)	-0,67** (0,00)

\*\*Η συσχέτιση είναι στατιστικώς σημαντική στο επίπεδο  $<0,01$ .

Συσχέτιση της μεταβλητής που μετρά το επίπεδο θρησκευτικότητας των συμμετεχόντων με τις μεταβλητές που μετρούν τις στάσεις απέναντι στην ευθανασία, την ΙΥΑ και την άμβλωση.

Στη συσχέτιση των στάσεων των συμμετεχόντων συγκριτικά με το **φύλο**, εμφανίστηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση σε όλες τις μεταβλητές, καθώς οι γυναίκες αποδείχθηκε ότι είχαν εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά αποδοχής της ευθανασίας, της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας και της άμβλωσης, συγκριτικά με τους άνδρες που συμμετείχαν.

### Independent Sample T-test

<b>ΦΥΛΟ</b>	<b>Άνδρες (N=99)</b>	<b>Γυναίκες (N=120)</b>	<b>t</b>	<b>P. (Sig.)</b>
	Mean (Sd)	Mean (Sd)		
<b>Ευθανασία &amp; ΙΥΑ</b>	54,6 (± 12,1)	58,1 (± 9,6)	4,5	0,035
<b>Άμβλωση</b>	49,4 (± 11,6)	52,8 (± 9,3)	5,7	0,018

Η διαφορά είναι στατιστικώς σημαντική στο επίπεδο  $<0,05$ .

Σύγκριση των απαντήσεων των ανδρών και των γυναικών σχετικά με τη στάση τους απέναντι στην ευθανασία, την ΙΥΑ και την άμβλωση.

Στη συνέχεια, όταν μετρήθηκε η διαφορά στη διαμόρφωση των στάσεων των συμμετεχόντων, με γνώμονα την **ηλικία** τους, εμφανίστηκε μικρή, αλλά στατιστικώς σημαντική διαφορά, η οποία υποδεικνυε πως η μεγαλύτερη ηλικία ταυτίζεται με μικρότερη αποδοχή των βιοηθικών ζητημάτων που μελετήθηκαν. Προκειμένου τα αποτελέσματα αυτά να παρουσιαστούν πιο παραστατικά, μετά των πίνακα των συσχετίσεων ακολουθεί Bar Chart, με τις διαφοροποιήσεις των στάσεων των ηλικιακών ομάδων, οι οποίες, ωστόσο, όταν μελετήθηκαν ως ομάδες, δεν εμφάνισαν στατιστικώς σημαντικά αποτελέσματα.

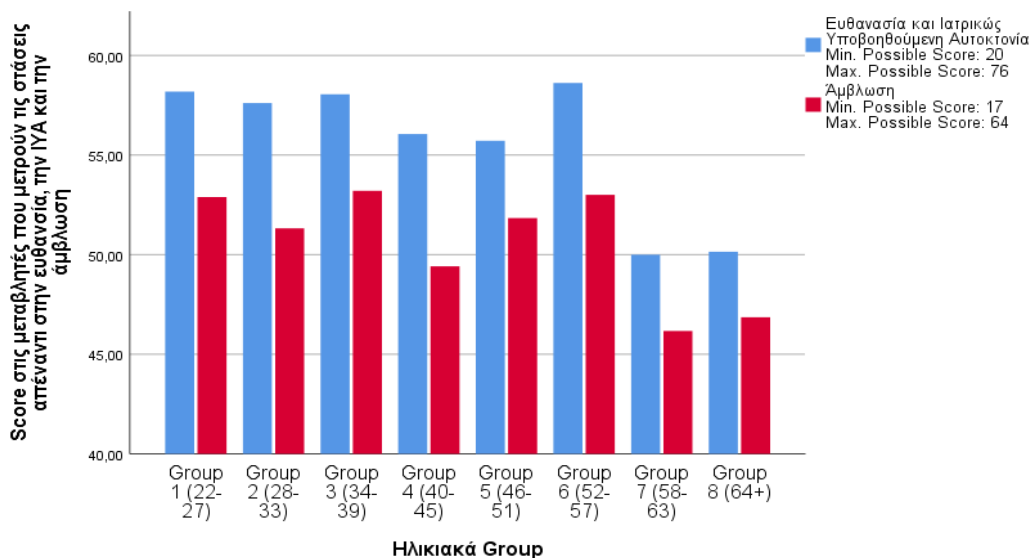
### Correlations

	<b>Ευθανασία και ΙΥΑ</b>	<b>Άμβλωση</b>
	Pearson Correlation (P. Sig.)	Pearson Correlation (P. Sig.)
<b>Ηλικία</b>	-0,18** (0,00)	-0,15* (0,03)

\*\*Η συσχέτιση είναι στατιστικώς σημαντική στο επίπεδο  $<0,01$ .

\*Η συσχέτιση είναι στατιστικώς σημαντική στο επίπεδο  $<0,05$ .

Συσχέτιση της ηλικίας των συμμετεχόντων με τις μεταβλητές που μετρούν τη στάση τους απέναντι στην ευθανασία, την ΙΥΑ και την άμβλωση.



Σε ό,τι αφορά στην **οικογενειακή κατάσταση** των συμμετεχόντων, δε φάνηκε κάποια στατιστικώς σημαντική διαφορά στις πεποιδήσεις και τις στάσεις των συμμετεχόντων, παρά το γεγονός ότι για όλες τις μεταβλητές, ο μέσος όρος των απαντήσεων των άγαμων συμμετεχόντων κυμαινόταν υψηλότερος υπέρ της ευθανασίας, της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας και της άμβλωσης από αυτούς των έγγαμων συμμετεχόντων. Ωστόσο, δεδομένου ότι το αποτέλεσμα δεν κρίθηκε στατιστικά σημαντικό, είναι πιθανό να προέκυψε τυχαία ή να απαιτείται μεγαλύτερο δείγμα για να αναδειχθεί η διαφοροποίηση.

Μελετώντας τον παράγοντα του **αριθμού των τέκνων** στη ζωή των συμμετεχόντων, το αποτέλεσμα αρχικά κρίθηκε στατιστικά σημαντικό για όλες τις κατηγορίες των μεταβλητών. Μετά από την πραγματοποίηση του Post Hoc test, ωστόσο, η μοναδική κατηγορία που παρουσίαζε σημαντική διαφοροποίηση ήταν μόνο η κατηγορία των ατόμων με τρία παιδιά. Όταν το τεστ επαναλήφθηκε συγκρίνοντας την ύπαρξη ή μη παιδιών, το αποτέλεσμα κρίθηκε στατιστικώς σημαντικό μόνο στην περίπτωση της ευθανασίας και της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, όπου τα άτομα χωρίς παιδιά τάσσονταν θετικότερα υπέρ τους, και όχι στην περίπτωση της άμβλωσης.

Το **εκπαιδευτικό επίπεδο** των συμμετεχόντων (απόφοιτοι ΑΕΙ, κάτοχοι Master, κάτοχοι PhD), επίσης, δεν αποδείχθηκε να διαδραματίζει κάποιο σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των στάσεων τους για τα εν λόγω ζητήματα.

Συνεπώς, η ερευνητική υπόθεση επιβεβαιώνεται εν μέρει, καθώς η θρησκευτικότητα και ορισμένα δημογραφικά στοιχεία, όπως, για παράδειγμα, το φύλο, φάνηκε να παρουσιάζουν σημαντικές συσχετίσεις με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων. Αντιθέτως, ορισμένα χαρακτηριστικά ή δημογραφικά στοιχεία, όπως για παράδειγμα η οικογενειακή κατάσταση, δεν εμφάνισαν σημαντική συσχέτιση.

Τέλος, σύμφωνα με την τρίτη ερευνητική υπόθεση, εκτιμήθηκε πως η γενική στάση των συμμετεχόντων απέναντι σε ένα από τα βιοηθικά ζητήματα που μελετώνται, θα λειτουργούσε σε γενικές γραμμές ως προβλεπτικός παράγοντας για τη στάση του απέναντι στο άλλο, με τη λογική της τήρησης μίας ενιαίας στάσης απέναντι σε όλα τα υπό συζήτηση θέματα. Στο τεστ συσχέτισεων που πραγματοποιήθηκε, αποδείχθηκε πως, πράγματι, οι στάσεις των ατόμων απέναντι στην ευθανασία και την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία έχουν υψηλού βαθμού συσχέτιση με τις στάσεις απέναντι στην άμβλωση, στο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,01 του συντελεστή συσχέτισης του Pearson, επιβεβαιώνοντας την ερευνητική υπόθεση.

## Correlations

	Άμβλωση
	Pearson Correlation (P. Sig.)
<b>Ευθανασία και ΙΥΑ</b>	0,71** (0,00)

\*\*Η συσχέτιση είναι στατιστικώς σημαντική στο επίπεδο  $<0,01$ .

Συσχέτιση των απαντήσεων των συμμετεχόντων για την ευθανασία και την ΙΥΑ με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων για την άμβλωση.

Αξίζει, επιπλέον, να αναφερθούν και ορισμένες ακόμη συσχετίσεις που παρουσίασαν ενδιαφέρον κατά τη μελέτη των αποτελεσμάτων. Τα άτομα που θεώρησαν πως υπάρχει **ηθική διαφοροποίηση** ανάμεσα στην ευθανασία και την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία δεν παρουσίασαν διαφορετική στάση, σε βαθμό στατιστικά σημαντικό, απέναντι σε αυτές τις δύο πρακτικές, σε σχέση με τα άτομα που απάντησαν πως δεν διαφοροποιούν τις διαδικασίες αυτές ηθικά.

Όσον αφορά στην άμβλωση, οι άνδρες είχαν θετικότερες στάσεις σε βαθμό στατιστικά σημαντικό συγκριτικά με τις γυναίκες, στην κατηγορία ερωτήσεων που μελετούσε τη γνώμη των συμμετεχόντων για τη συμμετοχή του συντρόφου στην απόφαση για τερματισμό

της κύησης. Γίνεται, επομένως, ξεκάθαρο, πως οι άνδρες του δείγματος εκτιμούν, σε μεγαλύτερο βαθμό από τις γυναίκες, πως η γνώμη του συντρόφου στην επιλογή της άμβλωσης είναι σημαντική και πρέπει να λαμβάνεται υπόψη. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες που δήλωσαν πως κατά τη γνώμη τους οι γυναίκες που τερματίζουν την κύηση τους γίνονται αντικείμενο **κοινωνικού στιγματισμού** παρουσίασαν μικρότερο βαθμό αποδοχής της άμβλωσης σε σχέση με τους υπόλοιπους συμμετέχοντες που δε μοιράζονταν την ίδια γνώμη.

### Correlations

	Άμβλωση
	Pearson Correlation (P. Sig.)
<b>Στιγματισμός άμβλωσης</b>	-0,21** (0,02)

\*\*Η συσχέτιση είναι στατιστικώς σημαντική στο επίπεδο  $<0,01$ .

Συσχέτιση των απαντήσεων των συμμετεχόντων σχετικά με τον κοινωνικό στιγματισμό της γυναίκας που πραγματοποιεί άμβλωση με τη στάση των συμμετεχόντων για την άμβλωση.

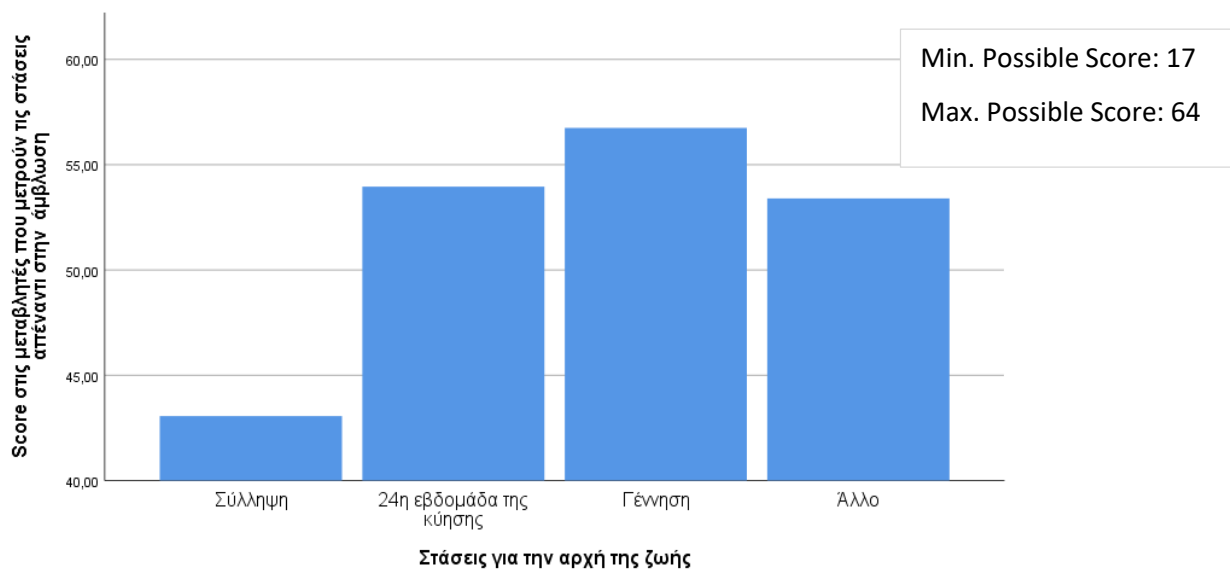
Τέλος, αν τα αποτελέσματα της στάσης για την άμβλωση εξεταστούν με βάση την αντίληψη των συμμετεχόντων για την αρχή της ζωής, υπάρχουν μεγάλες στατιστικές διαφορές, όπως παρατηρείται και στο γράφημα που ακολουθεί. Τα άτομα που τοποθέτησαν την **αρχή της ζωής του εμβρύου** τη στιγμή της σύλληψης, παρουσιάζουν πολύ μικρότερη αποδοχή της πρακτικής της άμβλωσης, συγκριτικά με τα άτομα που ισχυρίστηκαν πως η αρχή της ζωής για εκείνους βρίσκεται μετά την 24η εβδομάδα της κύησης ή με αυτούς που θεωρούν πως η γέννηση ορίζει την αρχή της ζωής του παιδιού. Επομένως, όσο νωρίτερα τοποθετείται η αρχή της ζωής στην αντίληψη των ατόμων, τόσο αρνητικότερες διαμορφώνονται οι στάσεις τους απέναντι στη διακοπή της κύησης. Οι διαφοροποιήσεις αυτές είναι στατιστικώς σημαντικές, όπως απέδειξε η εφαρμογή του αντίστοιχου τεστ ANOVA. Το αποτέλεσμα φαίνεται στον πίνακα και στο γράφημα που ακολουθούν.

## One-Way ANOVA Test

<u>ΑΡΧΗ ΤΗΣ ΖΩΗΣ</u>	Σύλληψη (N=66)	24 <sup>η</sup> εβδομάδα κύησης (N=98)	Γέννηση (N=51)	Άλλο (N=5)	F	P. (Sig.)
	Mean (Sd)	Mean (Sd)	Mean (Sd)	Mean (Sd)		
Άμβλωση	43,1 (± 12,8)	53,9 (± 7,3)	56,7 (± 5,8)	53,4 (± 5,5)	27,58	0,00

Η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική στο επίπεδο  $<0,01$ .

Διαφοροποίηση των στάσεων των συμμετεχόντων για την άμβλωση σε σχέση με την αντίληψη τους για την αρχή της ζωής του εμβρύου



## ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων μπορούμε να καταλήξουμε στο γενικό συμπέρασμα πως το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε παρουσίασε σε γενικές γραμμές θετική στάση και αποδοχή των βιοηθικών ζητημάτων που μελετήθηκαν, ένα γεγονός που δεν ήταν αναμενόμενο στο βαθμό που προέκυψε.

Το πρώτο και βασικό συμπέρασμα αυτής της συγκριτικής μελέτης ήταν η ύπαρξη σημαντικών διαφορών ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και στους νομικούς επιστήμονες, το οποίο εξέφραζε και η πρώτη ερευνητική υπόθεση. Οι νομικοί επιστήμονες τάχθηκαν περισσότερο υπέρ και παρουσίασαν μεγαλύτερο βαθμό αποδοχής σε όλα τα υπό μελέτη ζητήματα συγκριτικά με τους επαγγελματίες υγείας, σε βαθμό στατιστικά σημαντικό. Είναι δύσκολο να αποδοθούν με ακρίβεια οι αιτιολογικοί παράγοντες που οδήγησαν σε αυτό το εύρημα με βάση την υπάρχουσα βιβλιογραφία, καθώς οι διεξαχθείσες έρευνες επικεντρώνονταν περισσότερο στη στάση των επαγγελματιών υγείας, του γενικού πληθυσμού ή των συγγενών των ασθενών σε σχέση με την ευθανασία, την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία και την άμβλωση. Αντιθέτως, δε βρέθηκαν αναφορές στη βιβλιογραφία για τη θέση των νομικών επιστημόνων σε σχέση με τέτοιου είδους ζητήματα. Επομένως, οι προαναφερθείσες διαφορές στα αποτελέσματα μπορούν να ερμηνευθούν μόνο στο πλαίσιο της εικασίας. Είναι πιθανό οι νομικοί επιστήμονες, έχοντας ευρύτερη και πληρέστερη γνώση των νομοθεσιών και της αντίληψης του νομοθέτη, να προσλαμβάνουν με διαφορετικό τρόπο τις διατάξεις του νόμου και η εκάστοτε θέση που λαμβάνουν να αντανακλά μία ιδεολογία που πηγάζει από αυτή ακριβώς τη γνώση. Αντιθέτως, οι επαγγελματίες υγείας είναι άνθρωποι που αντιλαμβάνονται τις καταστάσεις αυτές από την πλευρά ενός πιο προσωπικού βιώματος, και έχοντας ως γνώμονα το καθήκον τους, ως προστάτες της ανθρώπινης ζωής και της υγείας.

Η δεύτερη ερευνητική υπόθεση εκτιμούσε πως ορισμένα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων και οι δρασκευτικές τους πεποιθήσεις θα επηρεάζουν σημαντικά τις στάσεις τους.

Όσον αφορά στην ευθανασία και την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία, ήταν μεγάλο το ποσοστό των ατόμων που υποστήριξε αυτές τις δύο πρακτικές, καθώς η πλειο-



ψηφία δήλωσε πως τις υποστηρίζει, είτε απόλυτα, είτε έχοντας ορισμένες επιφυλάξεις. Επιπλέον, 4 στους 5 συμμετέχοντες δήλωσαν πως με την εφαρμογή των κατάλληλων νομικών δικλίδων, η ευθανασία και η ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία θα μπορούσαν να είναι νόμιμες. Το αποτέλεσμα αυτό έρχεται σε συμφωνία με πρόσφατα βιβλιογραφικά δεδομένα, καθώς στον ελληνικό χώρο, έρευνες που μελετούσαν αντίστοιχες στάσεις επαγγελματιών υγείας ή του γενικού πληθυσμού κατέληξαν σε ποσοστό συμφωνίας με την ευθανασία μεγαλύτερο του 50% (Kranidiotis et al., 2015; M.-I. Kontaxaki, Paplos, Dasoroulou, & Kontaxakis, 2018; Parpa et al., 2008; Parpa et al., 2010). Αξίζει σε αυτό το σημείο να αναφερθεί πως το 60% των συμμετεχόντων υποστήριξαν την ενεργητική μη εκούσια ευθανασία, δηλαδή τον τερματισμό της ζωής των ασθενών που βρίσκονται σε κώμα ή όταν έχει επέλθει ήδη ο εγκεφαλικός θάνατος, ένα γεγονός που είναι πιθανό να ερμηνεύει το μεγαλύτερο ποσοστό υποστήριξης της ευθανασίας συγκριτικά με την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία.

Είναι λογικό πως το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που υποστηρίζουν μία πιθανή νομιμοποίηση της ευθανασίας και της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας εκφράζουν κάποιες ανησυχίες ή θεωρούν πως κάτι τέτοιο θα μπορούσε να εφαρμοστεί μόνο υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις, ωστόσο μόλις ένας στους δέκα συμμετέχοντες δήλωσε κατηγορηματικά πως η νομοθεσία δε θα έπρεπε να επιτρέπει τέτοιου είδους πρακτικές σε καμία απολύτως περίπτωση. Το γεγονός αυτό καθιστά σαφές πως είναι πιθανό στον ελληνικό χώρο η ιδέα μίας πιθανής νομιμοποίησης της ευθανασίας και της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας να αρχίζει να κατασταλάζει στην κοινωνική συνείδηση και να γίνεται πλέον αντιληπτή ως μία έκφραση της ελευθερίας και αυτοδιάθεσης του κάθε ανθρώπου.

Το μεγάλο ποσοστό συμφωνίας με την ευθανασία και την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία που παρουσιάστηκε στο δείγμα που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα μπορεί να ερμηνευθεί, με βάση τα βιβλιογραφικά δεδομένα λόγω του μορφωτικού επιπέδου του δείγματος. Ερευνητικές πηγές έχουν καταδείξει πως η δετική στάση απέναντι σε τέτοιου είδους βιοηθικά διλήμματα διαμορφώνεται ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων. Συγκεκριμένα, άτομα υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου τείνουν να υποστηρίζουν την ευθανασία και την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία περισσότερο συγκριτικά με άτομα χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου (Cohen et al., 2006; Köneke, 2014; Trahan, 2017). Συνεπώς, αν λάβουμε υπόψη πως οι συμμετέχοντες της παρούσας έρευνας είχαν ελάχιστο

επίπεδο σπουδών το πτυχίο της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και ορισμένοι εξ αυτών ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού διπλώματος, είναι πιθανό ο υψηλός βαθμός συμφωνίας να μπορεί να αποδοθεί εκεί.

Αντίθετα με τα βιβλιογραφικά ευρήματα τα οποία υποστηρίζουν πως άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και οι γυναίκες υποστηρίζουν λιγότερο την ευθανασία και την ΙΥΑ συγκριτικά με άτομα νεαρότερης ηλικίας και τους άνδρες (Köneke, 2014; Poli, 2018; Μπούζα, 2018; Cohen et al., 2006; M. V Kontaxaki et al., 2009), η παρούσα έρευνα κατέληξε σε διαφορετικά συμπεράσματα. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες υποστήριξαν περισσότερο και τις δύο πρακτικές συγκριτικά με τους άνδρες, ενώ η ηλικία φάνηκε να διαδραματίζει μικρό ρόλο στη διαμόρφωση των αντιλήψεων και των ιδεολογιών, και η βασικότερη αρνητική διαφοροποίηση παρατηρήθηκε στις ηλικίες άνω των 58 ετών. Ωστόσο, υπήρξαν στη βιβλιογραφία ορισμένες πηγές που έδειξαν στατιστικώς μη σημαντική συσχέτιση της ηλικίας με τις θέσεις των συμμετεχόντων (Leinbach, 1993; Stolz, Mayerl, Gasser-steiner, & Freidl, 2017).

Τέλος, σύμφωνα με το υλικό της βιβλιογραφίας, το έντονο θρησκευτικό αίσθημα και η πίστη στο Θεό ορίστηκε ως ο πιο ισχυρός προβλεπτικός παράγοντας αρνητικής διαμόρφωσης της στάσης απέναντι στην ευθανασία και την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία (Cohen et al., 2014, 2006; Danyliv & Neill, 2015; Stolz, Burkert, Großschädl, Rásky, & Stronegger, 2015; Μπούζα, 2018). Η παρούσα έρευνα επιβεβαιώνει εξ ολοκλήρου το συγκεκριμένο δεδομένο, καθώς η σημαντικότερη αρνητική συσχέτιση που παρουσιάστηκε στην ανάλυση ήταν στη σύγκριση των στάσεων με τις θρησκευτικές πεποιθήσεις των συμμετεχόντων, με βαθμό αντιστρόφως ανάλογο. Ένα τέτοιο αποτέλεσμα είναι λογικό, εφόσον ένα από τα βασικά επιχειρήματα των πολέμιων της ευθανασίας και της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας είναι ο ρόλος του Θεού στη ζωή και στο θάνατο, και τονίζεται πως η επιλογή του θανάτου δεν αποτελεί μέρος του ρόλου του ανθρώπου (Emanuel, 1994a; Πάππα, 2014).

Όσον αφορά στις στάσεις των συμμετεχόντων για την άμβλωση, το ποσοστό συμφωνίας, ή συμφωνίας υπό περιπτώσεις, κυμάνθηκε πάλι αρκετά υψηλό, στο 76%. Το αποτέλεσμα αυτό, παρά το γεγονός ότι παρουσιάζει τη γνώμη της πλειοψηφίας, έχει ενδιαφέρον να συγκριθεί με το αποτέλεσμα της προηγούμενης ενότητας για την ευθανασία.

Η ευθανασία αποτελεί μία κατάφωρα παράνομη πρακτική στη χώρα μας, αλλά και σχεδόν στο σύνολο των κρατών παγκοσμίως, και ωστόσο το ποσοστό συμφωνίας ορίστηκε στο 66%, συμπεριλαμβανομένων και των συμμετεχόντων που σημείωσαν την επιλογή «Μάλλον Συμφωνώ». Αντίθετα, ο τερματισμός της κύησης είναι μία πρακτική καθ' όλα νόμιμη στον ελληνικό χώρο εδώ και πάνω από 30 χρόνια, τουλάχιστον για το πρώτο διάστημα της εγκυμοσύνης (Μαργαρίτης & Μαργαρίτη, 2020), και σχεδόν στο σύνολο των ανεπτυγμένων κρατών παγκοσμίως, η άμβλωση αποτελεί ιατρική επέμβαση που πραγματοποιείται κατ' απαίτηση της εγκυμονούσας (Guillaume & Rossier, 2018). Ωστόσο, συγκριτικά, η άμβλωση συγκεντρώνει μόλις 10% περισσότερες θετικές ψήφους από την ευθανασία. Η βιβλιογραφία σε ορισμένα σημεία, επίσης, παρουσιάζει μικρά ποσοστά συμφωνίας με την άμβλωση, παρά τη νόμιμη εφαρμογή της εδώ και χρόνια (Dimoula et al., 2007).

Είναι δύσκολο να ερμηνευθούν αυτά τα αποτελέσματα ως προς τους λόγους που οδηγούν το 25% των συμμετεχόντων να διαφωνεί (εν μέρει ή καθολικά) με την άμβλωση, ενώ ένα μερίδιο ατόμων δηλώνει πως θεωρεί την άμβλωση μη αποδεκτή ακόμα και για λόγους υγείας της μητέρας, σε περιπτώσεις βιασμού ή ακόμα και σε καμία των περιπτώσεων (περίπου 1 στους 12 στην έρευνα), περιπτώσεις που θεωρούνται εκ των ων ουκ άνευ, ακόμη και σε κράτη με την πλέον συντηρητική νομοθεσία για τις αμβλώσεις.

Το μοναδικό συμπέρασμα που μπορεί να εξαχθεί, σε υποθετικό επίπεδο, με βάση τα αποτελέσματα, είναι η σημαντική επίδραση της δρασκείας στη διαμόρφωση της ιδεολογίας των ατόμων. Όπως και στην περίπτωση της ευθανασίας και της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, το δρασκευτικό συναίσθημα εμφάνισε τη μεγαλύτερη αρνητική συσχέτιση με την αποδοχή της άμβλωσης, ένα δεδομένο που παρουσιάζεται και στη βιβλιογραφία (Adamczyk, 2008), και αποτελεί επίσης και τον πυρήνα των επιχειρημάτων των αντιτιθέμενων στην άμβλωση. Οι υποστηρικτές της ζωής του εμβρύου τονίζουν την ανθρωπινή φύση του και τοποθετούν τον τερματισμό της ζωής του στη δικαιοδοσία του Θεού (Μπράχου, 2011).

Όσον αφορά στην επίδραση του φύλου στη διαμόρφωση της θέσης των συμμετεχόντων υπέρ της άμβλωσης, οι γυναίκες υποστήριξαν περισσότερο το δικαίωμα στην άμβλωση συγκριτικά με τους άνδρες, ένα εύρημα που έρχεται σε αντίθεση με ορισμένα ερευνητικά δεδομένα (Smith & Son, 2013). Ωστόσο, αν ληφθεί υπόψη το γεγονός πως τα ισχυρότερα επιχειρήματα υπέρ της άμβλωσης είναι γεννήματα του φεμινιστικού κινήματος υπέρ του

δικαιώματος των γυναικών για αυτοδιάθεση του σώματος τους, το αποτέλεσμα αυτό φαίνεται να έχει λογική υπόσταση (Stănescu & Nemtanu, 2015; Μητσοπούλου, 2013; Μπράχου, 2011).

Η ηλικία δε φάνηκε να έχει σημαντική επίδραση στο σχηματισμό των στάσεων, παρόλο που εμφανίστηκε μία μικρή στατιστικώς σημαντική διαφορά, που κατά κύριο λόγο έγινε εμφανής σε ηλικίες άνω των 58 ετών. Αντίστοιχα και η βιβλιογραφία δεν είχε τοποθετηθεί ξεκάθαρα για την επίδραση της ηλικίας στην υποστήριξη ή μη του τερματισμού της κύησης (Özmen, Çetinkaya, & Bolsoy, 2019; Smith & Son, 2013).

Η τρίτη ερευνητική υπόθεση αφορούσε τη διαμόρφωση ενιαίας στάσης απέναντι σε όλα τα υπό μελέτη ζητήματα, καθιστώντας την στάση απέναντι σε ένα από αυτά ως προβλεπτικό παράγοντα για τη στάση απέναντι στα υπόλοιπα. Από την ανάλυση των συσχετίσεων προέκυψε σημαντική συμφωνία ανάμεσα στη στάση των ατόμων για την ευθανασία και την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία σε σχέση με την άμβλωση, επιβεβαιώνοντας την αρχική υπόθεση.

Το πόρισμα αυτό μπορεί να ερμηνευθεί σύμφωνα με τη βιβλιογραφία που ταξινομεί τα άτομα στη φιλελεύθερη ή, αντίστοιχα, στη συντηρητική θέση, ανάλογα με τις ιδεολογικές τους πεποιθήσεις για την άμβλωση (Μητσοπούλου, 2013; Μπράχου, 2011). Ωστόσο, εφόσον οι στάσεις για όλα τα εν λόγω ζητήματα φαίνεται να παρουσιάζουν υψηλή συσχέτιση, είναι λογικό να μπορούν να εξεταστούν μαζί. Επομένως, οι υποστηρικτές της ευθανασίας, της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας και της άμβλωσης είναι δυνατόν να εκφράζουν μία πιο προοδευτική θέση, που εκτιμά τις ανθρωπίνες ελευθερίες και το δικαίωμα στη ζωή ή στο θάνατο. Αντιθέτως, οι πολέμιοι των πρακτικών αυτών, οι οποίοι προσδίδουν περισσότερη σημασία στην αξία της ζωής, εκφράζουν μία συντηρητική στάση.

Συμπερασματικά, παρά τα όποια ερευνητικά ή νομοθετικά δεδομένα, οι στάσεις και οι ιδεολογίες των ατόμων εξακολουθούν να συνιστούν σύνθετα και πολύπλοκα θέματα που δεν είναι εύκολο να διαλευκανθούν και να κατηγοριοποιηθούν. Η μελέτη τους, ωστόσο, παρουσιάζει μεγάλο επιστημονικό ενδιαφέρον και είναι χρήσιμη στη διαμόρφωση ενός νομοθετικού πλαισίου που τοποθετείται κοντά στον κοινωνικό παλμό και συμβαδίζει με την ιδεολογική εξέλιξη.

## Περιορισμοί της Έρευνας

Στην έρευνα που διεξήχθη παρουσιάστηκαν ορισμένες αντικειμενικές ή υποκειμενικές δυσκολίες, που είναι πιθανό να υπονομεύουν σε ένα βαθμό τα αποτελέσματα της.

Αρχικά, το δείγμα της έρευνας ήταν εν μέρει ευκαιριακό, καθώς συμμετείχαν ορισμένα άτομα από το περιβάλλον της ερευνήτριας, ένα γεγονός, το οποίο μεταξύ άλλων οδήγησε σε ένα όχι απόλυτα ομοιογενές δείγμα, καθώς υπερτερούσαν άτομα νεότερης ηλικίας. Επιπλέον, σχεδόν το σύνολο των συμμετεχόντων προσεγγίστηκε ηλεκτρονικά λόγω της κατάστασης έκτακτης ανάγκης που επικρατούσε στη χώρα τους τελευταίους μήνες, λόγω της πανδημίας Covid-19, με αποτέλεσμα να υπάρχει μεγάλος περιορισμός του αριθμού των ατόμων που θα μπορούσαν να είχαν συμμετάσχει, ενώ η αναγκαστική ηλεκτρονική συμπλήρωση του ερωτηματολογίου της έρευνας δημιούργησε ένα περιβάλλον συμμετοχής με ελάχιστο βαθμό ελέγχου από την ερευνήτρια.

Τέλος, δε μπορεί να παραβλεφθεί η πιθανότητα απαντήσεων επηρεασμένων από την τάση για κοινωνικά επιθυμητές απαντήσεις (*social desirability*), σύμφωνα με την οποία τα άτομα τείνουν να δίνουν κοινωνικά αποδεκτές απαντήσεις που προωθούν μια θετική εικόνα για τους ίδιους, και μ' αυτόν τον τρόπο δεν αποδίδουν τις πραγματικές στάσεις τους απέναντι σε ένα ζήτημα (Παπάζογλου, 2018).

## Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα

Περαιτέρω έρευνες για το συγκεκριμένο ζήτημα, προκειμένου να μελετηθεί αναλυτικότερα, θα μπορούσαν να διεξαχθούν επιλέγοντας διαφορετικό δείγμα, όπως, για παράδειγμα, ασθενείς τελικού σταδίου με επιθυμία να τερματίσουν τη ζωή τους, ή γυναίκες που έχουν πραγματοποιήσει άμβλωση σε σχέση με αυτές που προχώρησαν με μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Επιπλέον, το δείγμα θα μπορούσε να έχει μεγαλύτερο βαθμό διαφοροποίησης, περιλαμβάνοντας άτομα με διαφορετικό μορφωτικό ή κοινωνικό επίπεδο προκειμένου να εντοπιστούν διαφορές στάσεων.

Επιπλέον, θα είχε ιδιαίτερο ενδιαφέρον τέτοιου είδους ζητήματα να μελετηθούν μέσω μίας ποιοτικής έρευνας, η οποία μπορεί να μην εξήγαγε εξίσου αξιόπιστα συμπεράσματα, ωστόσο θα απέδιδε πληρέστερα το βίωμα και τη στάση των υπό μελέτη ατόμων. Οι στάσεις για τόσο σύνθετα βιοηθικά προβλήματα είναι δύσκολο να αποδοθεί μέσω μίας α-

πλής κλίμακας συμφωνίας ή διαφωνίας. Εξάλλου οι ποιοτικές έρευνες κατά βάση ενδιαφέρονται να αναδείξουν τις διαφορετικές εκδοχές και εκδηλώσεις του υπό εξέταση κοινωνικού φαινομένου, καθώς και τις διαφορετικές οπτικές των υποκειμένων (Τσιώλης, 2014).

Τέλος, θα ήταν, ίσως, σκόπιμο να αξιολογηθεί η επίδραση κοινωνικών ή οικονομικών παραγόντων στη διαμόρφωση των στάσεων για θέματα όπως η ευθανασία, η ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία και η άμβλωση.

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Adamczyk, A. (2008). The Effects of Religious Contextual Norms, Structural Constraints, and Personal Religiosity on Abortion Decisions. *Social Science Research*, 37, 657–672.

<https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2007.09.003>

Andorno, R. (2013). Nonphysician-Assisted Suicide in Switzerland. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 22, 1–8.

<https://doi.org/10.1017/S0963180113000054>

Andrade, G. (2019). Medical Ethics and the Trolley Problem. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 12(3), 1–15.

Attell, B. K. (2017). Changing Attitudes Toward Euthanasia and Suicide for Terminally Ill Persons, 1977 to 2016: An Age-Period - Cohort Analysis. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 0(0), 1–25.

<https://doi.org/10.1177/0030222817729612>

Aung, L., & Knight, S. (2020). Is It Morally Permissible for General Practitioners to Disclose Their Opinion on a Woman’s Decision on Abortion? *BMC Medical Ethics*, 21(19), 1–8.

Berer, M. (2017). Abortion Law and Policy Around the World: In Search of Decriminalization. *Health and Human Rights Journal*, 19(1), 13–28.

Blackshaw, B. P. (2019). The Ethics of Killing: Strengthening the Substance View with Time-Relative Interests. *The New Bioethics*, 1–17.

<https://doi.org/10.1080/20502877.2019.1674492>

Butler, L. K. (2015). *Complexity of People’s Attitudes Towards Abortion. Health, Human Performance and Recreation.*

Cockrill, K., & Nack, A. (2013). “I’m Not That Type of Person”: Managing the Stigma of Having an Abortion. *Deviant Behavior*, 34(12), 973–990.

<https://doi.org/10.1080/01639625.2013.800423>

Cohen-Almagor, R., & Hartman, M. G. (2000). The Oregon Death With Dignity Act: Review and Proposals for Improvement. *Journal of Legislation*, 27(2), 269–298.

Cohen, J., Landeghem, P. Van, Carpentier, N., & Deliens, L. (2014). Public Acceptance of Euthanasia in Europe: A Survey Study in 47 Countries. *International Journal of Public Health*, 49, 143–156.

<https://doi.org/10.1007/s00038-013-0461-6>

Cohen, J., Marcoux, I., Bilsen, J., Deboosere, P., Wal, G. Van Der, & Deliens, L. (2006). European Public Acceptance of Euthanasia: Socio-Demographic and Cultural Factors Associated with the Acceptance of Euthanasia in 33 European Countries. *Social Science & Medicine*, 63, 743–756.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.01.026>

Coleman, P. K. (2011). Abortion and Mental Health: Quantitative Synthesis and Analysis of Research Published 1995 – 2009. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 180–186.

<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.077230>

Condic, M. L. (2008). When Does Human Life Begin? A Scientific Perspective. *The Westchester Institute for Ethics & the Human Person*, 1, 129–149.

Danyliv, A., & Neill, C. O. (2015). Attitudes Towards Legalising Physician Provided Euthanasia in Britain: The Role of Religion Over Time. *Social Science & Medicine*, 128, 52–56.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.030>

Deliens, L., & Wal, G. van der. (2003). The Euthanasia Law in Belgium and The Netherlands. *The Lancet*, 362, 1239–1240.

Diedrich, J., & Steinauer, J. (2009). Complications of Surgical Abortion. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 52(2), 205–212.



- Dimoula, Y., Iordani, M., Konstantinou, M., Kamenidou, D., Zirilios, K., Katsaouni, M., ... Kabisiouli, E. (2007). Attitudes Towards Abortion. *Health Science Journal*, (3), 1–11.
- Emanuel, E. J. (1994a). Euthanasia: Historical, Ethical and Empiric Perspectives. *Archives of Internal Medicine*, 154(17), 1890–1901.
- Emanuel, E. J. (1994b). The History of Euthanasia Debates in the United States and Britain. *Annals of Internal Medicine*, 121(10), 793–802.
- Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1998). The promise of a good death. *The Lancet*, 351(2), 21–29.
- Faúndes, A., & Miranda, L. (2017). Ethics surrounding the provision of abortion care. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*.  
<https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2016.12.005>
- Gagnon, J. D. (2018). “Bastard” Daughters in the Ivory Tower: Illegitimacy and the Higher Education Experiences of the Daughters of Single Mothers in the UK. *Teaching in Higher Education*, 1–13.  
<https://doi.org/10.1080/13562517.2018.1449743>
- Grimes, D. A., & Stuart, G. (2010). Abortion Jabberwocky: The Need for Better Terminology. *Contraception*, 81(2), 93–96.  
<https://doi.org/10.1016/j.contraception.2009.09.005>
- Guillaume, A., & Rossier, C. (2018). Abortion Around the World: An Overview of Legislation, Measures, Trends, and Consequences. *Population*, 72(2), 217–306.  
<https://doi.org/10.3917/pope.1802.0217>
- Hammami, M., Hammami, R., Kawadry, S., & Alvi, S. (2020). Modeling Lay People’s Ethical Views on Abortion: A Q-Methodology Study. *Developing World Bioethics*, 1–9.  
<https://doi.org/10.1111/dewb.12290>

- Hedberg, K., & New, C. (2017). Oregon's Death With Dignity Act: 20 Years of Experience to Inform the Debate. *Annals of Internal Medicine*, 1–6. <https://doi.org/10.7326/M17-2300>
- Hogan, M. C., Foreman, K. J., Naghavi, M., Ahn, S. Y., Wang, M., Makela, S. M., ... Foundation, M. G. (2010). Maternal Mortality for 181 Countries, 1980 – 2008: A systematic Analysis of Progress Towards Millennium Development Goal 5. *The Lancet*, 375, 1609–1623. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60518-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60518-1)
- Kelly, B. D., & Mcloughlin, D. M. (2002). Euthanasia, Assisted Suicide and Psychiatry: A Pandora's box. *British Journal of Psychiatry*, 181, 278–279.
- Keown, J. (2018). *Euthanasia, Ethics and Public Policy: An Argument Against Legislation. Second Edition*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.
- Kirkman, M., Rowe, H., & Rosenthal, D. (2009). Reasons Women Give for Abortion: A Review of the Literature. *Archives of Women's Mental Health*, 12, 365–378. <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0084-3>
- Kischer, C. W. (2003). When Does Human Life Begin? The Final Answer. *The Linacre Quarterly*, 70(4), 326–339. <https://doi.org/10.1080/20508549.2003.11877691>
- Köneke, V. (2014). Trust Increases Euthanasia Acceptance: A Multilevel Analysis Using the European Values Study. *BMC Medical Ethics*, 15(86), 1–17.
- Kontaxaki, M.-I., Paplos, K., Dasopoulou, M., & Kontaxakis, V. (2018). Psychiatry Trainees' Attitudes Towards Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. *Psychiatriki*, 29(1), 74–78.
- Kontaxaki, M. V, Kollias, C. T., & Lykouras, E. (2009). Attitudes on Euthanasia and Physician-Assisted Suicide Among Medical Students in Athens. *Psychiatriki*, 20(4), 305–311.

- Kranidiotis, G., Ropa, J., Mprianas, J., & Kyprianou, T. (2015). Attitudes Towards Euthanasia Among Greek Intensive Care Unit Physicians and Nurses. *Heart and Lung*, 1–4.
- <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2015.03.001>
- Lavdaniti, M., & Zyga, S. (2013). Views of Ancient People on Abortion. *Health Science Journal*, 7(1), 116–118.
- Leinbach, R. M. (1993). Euthanasia Attitudes of Older Persons: A Cohort Analysis. *Research on Aging*, 15, 433–448.
- Lu, M. (2013). Aristotle on Abortion and Infanticide. *International Philosophical Quarterly*, 53(1), 47–62.
- Manninen, B. A. (2010). Rethinking Roe v . Wade: Defending the Abortion Right in the Face of Contemporary Opposition. *The American Journal of Bioethics*, 10(12), 33–46.
- <https://doi.org/10.1080/15265161.2010.528508>
- Mclean, E., Desalegn, D. N., Blystad, A., & Miljeteig, I. (2019). When the Law Makes Doors Slightly Open: Ethical Dilemmas Among Abortion Service Providers in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Medical Ethics*, 20(60), 1–10.
- Mendoza-Villa, J. M., & Herrera-morales, L. A. (2016). Reflections on Euthanasia in Colombia. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 44(4), 324–329.
- Mistry, Z. (2015). *Abortion in the Early Middle Ages c. 500-900*. Woodbridge, Suffolk UK: York Medieval Press.
- Mystakidou, K., Parpa, E., Tsilika, E., Katsouda, E., & Vlahos, L. (2005). The Evolution of Euthanasia and Its Perceptions in Greek Culture and Civilization. *Perspectives in Biology and Medicine*, 48(1), 95–104. <https://doi.org/10.1353/pbm.2005.0013>
- Norwood, F., Kimsma, G., & Battin, M. P. (2009). Vulnerability and the “Slippery Slope” at the End-of-Life: A Qualitative Study of Euthanasia, General Practice and Home Death in The Netherlands. *Family Practice*, 26, 472–480.

<https://doi.org/10.1093/fampra/cmp065>

Olasky, M. (1986). Advertising Abortion During the 1830s and 1840s: Madame Restell Builds a Business. *Journalism History ISSN;* 13(2), 49–55.

<https://doi.org/10.1080/00947679.1986.12066623>

Özmen, D., Çetinkaya, A. Ç., & Bolsoy, N. (2019). Attitudes of Married Women Towards Induced Abortion in Manisa. *Istanbul Medical Journal*, 20(4), 330–337.

Parpa, E., Mystakidou, K., Tsilika, E., Sakkas, P., Patiraki, E., Pistevou-gombaki, K., ... Gouliamos, A. (2010). Attitudes of Health Care Professionals, Relatives of Advanced Cancer Patients and Public Towards Euthanasia and Physician Assisted Suicide. *Health Policy*, 97, 160–165.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.04.008>

Parpa, E., Mystakidou, K., Tsilika, E., Sakkas, P., Patiraki, E., Pistevou-Gombaki, K., ... Vlahos, L. (2008). Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in Cases of Terminal Cancer: The Opinions of Physicians and Nurses in Greece. *Medicine, Science and the Law*, 48(4), 333–341.

Parreiras, M., Castro, R. De, Antunes, G. C., Maria, L., Marcon, P., Andrade, L. S., ... Andrade, Â. (2016). Euthanasia and Assisted Suicide in Western Countries: A Systematic Review. *Revista Bioética*, 24(2), 335–367.

Pepe, L. (2013). Abortion in Ancient Greece. In *Symposion of Greek and Hellenistic Law* (pp. 1–26).

Poli, S. (2018). Attitudes Toward Active Voluntary Euthanasia Among Community-Dwelling Older Subjects. *SAGE Open*, 8(1), 1–12.  
<https://doi.org/10.1177/2158244017753868>

Rahman, S. (2017). The Advantages and Disadvantages of Using Qualitative and Quantitative Approaches and Methods in Language “Testing and Assessment” Research: A Literature Review. *Journal of Education and Learning*, 6(1), 102–112.

<https://doi.org/10.5539/jel.v6n1p102>

- Rosen, C. (2016). Women on Waves, Ireland, and the Abortion Ship Pilot Mission. *Women Leading Change, 1*(2), 28–37.
- Ryynanen, O., Myllykangas, M., Viren, M., & Heino, H. (2002). Attitudes Towards Euthanasia Among Physicians, Nurses and the General Public in Finland. *Public Health, 116*(6), 322–331.  
<https://doi.org/10.1038/sj.ph.1900875>
- Salakos, N., Koumousidis, A., Bakalianou, K., Paltoglou, G., Kalampokas, T., & Iavazzo, C. (2010). Unwanted Pregnancy and Induced Abortion Among Young Women 16–22 Years Old in Greece: A Retrospective Study of the Risk Factors. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology, 37*(4), 303–309.
- Sheehan, K., Gaiind, K. S., & Downar, J. (2017). Medical Assistance in Dying: Special Issues for Patients with Mental Illness. *Current Opinion in Psychiatry, 30*(1), 26–30.  
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000298>
- Singer, P. A., & Siegler, M. (1990). Euthanasia - A Critique. *The New England Journal of Medicine, 188*1–1883.
- Singh, S., Remez, L., Sedgh, G., Kwok, L., & Onda, T. (2017). *Abortion Worldwide: Uneven Progress and Unequal Access*. New York: Guttmacher Institute.
- Smets, T., Cohen, J., & Bilsen, J. (2011). Attitudes and Experiences of Belgian Physicians Regarding Euthanasia Practice and the Euthanasia Law. *Journal of Pain and Symptom Management, 41*(3), 580–593.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.05.015>
- Smith, T. W., & Son, J. (2013). *Trends in Public Attitudes towards Abortion*.
- Stănescu, S. M., & Nemtanu, M. (2015). Comparative Analysis of Abortion Liberalisation in the European Union. *Politici Sociale, 26*(1), 3–15.
- Stolz, E., Burkert, N., Großschädl, F., Rásky, É., & Stronegger, W. J. (2015). Determinants of Public Attitudes towards Euthanasia in Adults and Physician-

Assisted Death in Neonates in Austria: A National Survey. *PLOS ONE*, 10(4), 1–15.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0124320>

Stolz, E., Mayerl, H., Gasser-steiner, P., & Freidl, W. (2017). Attitudes Towards Assisted Suicide and Euthanasia Among Care-Dependent Older Adults (50+) in Austria: The Role of Socio- Demographics, Religiosity, Physical Illness, Psychological Distres, and Social Isolation. *BMC Medical Ethics*, 18(71), 1–13.

<https://doi.org/10.1186/s12910-017-0233-6>

Stronegger, W. J., Schmolzer, C., Rasky, E., & Freidl, W. (2011). Changing attitudes towards euthanasia among medical students in Austria. *Global Medical Ethics*, 37, 227–230.

<https://doi.org/10.1136/jme.2010.039792>

Theofanidis, D., Fountouki, A., & Pediaditaki, O. (2013). To Abort or Not? A Greek Dilemma — Case Study. *Nurse Education Today*, 33(6), 644–647.

<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.01.003>

Trahan, A. (2017). Public Attitudes Toward Legal Abortion, Euthanasia, Suicide, and Capital Punishment: Partial Evidence of a Consistent Life Ethic. *Criminal Justice Review*, 42(1), 26–41.

<https://doi.org/10.1177/0734016816682567>

Upadhyay, U. D., Weitz, T. A., Jones, R. K., Barar, R. E., & Foster, D. G. (2014). Denial of Abortion Because of Provider Gestational Age Limits in the United States. *American Journal of Public Health*, 104(9), 1687–1696.

<https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301378>

Vanderpool, H. Y. (1988). Response to It's Over, Debbie. *Journal of the American Medical Association*.

Woodruff, K., Biggs, M. A., Gould, H., Foster, D. G., Gould, H., & Foster, D. G. (2018). Attitudes Toward Abortion After Receiving vs. Being Denied an Abortion in the

- USA. *Sexuality Research and Social Policy*, 1–12.
- Yarmohammadi, H., Zargaran, A., Vatanpour, A., Abedini, E., & Adhami, S. (2013). An Investigation Into the Ancient Abortion Laws: Comparing Ancient Persia with Ancient Greece and Rome. *Acta Medico-Historica Adriatica*, 11(2), 291–298.
- Yazdkhasti, M., Pourreza, A., & Pirak, A. (2015). Unintended Pregnancy and Its Adverse Social and Economic Consequences on Health System: A Narrative Review Article. *Iran Journal of Public Health*, 44(1), 12–21.
- Zhao, X., & Basnyat, I. (2017). Online Social Support for “Danqin Mama”: A Case Study of Parenting Discussion Forum for Unwed Single Mothers in China. *Computers in Human Behavior*.  
<https://doi.org/10.1016/j.chb.2017.10.045>
- Βιδάλης, Τ. Κ. (2015). Βιοηθική και Δίκαιο: Το Πρόβλημα της Ρύθμισης. *Επιστημη Και Κοινωνία: Επιθεώρηση Πολιτικής Και Ηθικής Θεωρίας*, 8, 107–118.
- Γιαννοπούλου, Ι., Δουζένης, Α., & Λύκουρας, Α. (2010). *Ψυχιατροδικαστική Παιδιών & Εφήβων*. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης ΕΠΕ.
- Δουβογιάννη, Μ. (2007). *Ευθανασία και Άγχος Θανάτου*. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.
- Δουζένης, Α., & Λύκουρας, Α. (2014). *Ηθική και Δεοντολογία στην Ψυχική Υγεία*. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ.
- Δραγώνα-Μονάχου, Μ. (2015). Ηθική και Βιοηθική. *Επιστήμη Και Κοινωνία: Επιθεώρηση Πολιτικής Και Ηθικής Θεωρίας*, 8, 1–26.
- Δριστά, Χ. (2015). *Η τεχνητή διακοπή κύησης ως πράξη με ιατρική, νομική και ηθική διάσταση*. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.
- Ευσταδόπουλος, Ο. (2005). Η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης. *ΕΛΕΥΘΩ*, 10, 57–61.
- Κάντζα, Α. (2017). *Η Θέση της Γυναίκας στην Αρχαία Αθήνα και στην Αρχαία Σπάρτη της Κλασσικής Περιόδου*. Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου & Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

- Λιώκη - Λειβαδά, Η. Π., & Ασημακόπουλος, Δ. Ν. (2010). *Μαθήματα Εφαρμοσμένης Στατιστικής*. Αθήνα: Εκδόσεις Συμμετρία.
- Μαργαρίτης, Μ., & Μαργαρίτη, Α. (2020). *Ποινικός Κώδικας. Ερμηνεία - Εφαρμογή (4η Έκδοση)*. Αθήνα: Π. Ν. Σάκκουλας.
- Μητσοπούλου, Α. (2013). *Η ηθική πλευρά της άμβλωσης*. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Μπαλτζή, Ε., Θεοφάνους, Ι., & Ναθαναήλ, Χ. (2012). Γνώσεις και Στάσεις Φοιτητών της Νοσηλευτικής στην Κύπρο απέναντι στη Διακοπή της Κύησης. *Hellenic Journal of Nursing*, 51(3), 307–316.
- Μπούζα, Σ. (2018). *Η επίδραση της δρασκευτικότητας στη διαμόρφωση των στάσεων του νοσηλευτικού προσωπικού του Γ.Ν. Καλαμάτας σχετικά με το θέμα της ευθανασίας*. Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου.
- Μπράχου, Χ. (2011). *Ηθικοί Προβληματισμοί Γύρω από την Τεχνητή Διακοπή της Εγκυμοσύνης*. Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου & Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Παπαδοπούλου, Θ. (2015). *Ειδικά Θέματα Βιοηθικής*. Ζωγράφου, Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών.
- Παπάζογλου, Σ. (2018). *Ιδιότυποι Τρόποι Απόκρισης: Σύγκριση Μεταξύ Παραδοσιακών Συνθηκών Μέτρησης και Συνθηκών Συμμετοχής σε Διαδικτυακή Έρευνα*. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Πάππα, Μ. (2014). *Ευθανασία και Επαγγελματίες Υγείας, Ηθικές Διαστάσεις και Ζητήματα*. Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου.
- Ραζής, Δ. (2000). Ευθανασία - Ενα Κατ' Εξοχήν Βιοηθικό Πρόβλημα. *In Ευθανασία: Η Σημαντική Του "Καλού" Θανάτου*, Ελένη Γραμματικοπούλου, Ed. Αθήνα: Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών (ΕΙΕ), 67–72.
- Συμεωνίδου - Καστανίδου, Ε. (2006). *Εγκλήματα Κατά Προσωπικών Αγαθών*. Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη.



Τσιόμαλου, Γ. (2010). *Η Νομοθεσία περί της Τεχνητής Διακοπής της Εγκυμοσύνης: Κοινωνιολογική Προσέγγιση*. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.

Τσιώλης, Γ. (2014). *Μέθοδοι και Τεχνικές Ανάλυσης στην Ποιοτική Κοινωνική Έρευνα*. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική ΑΕ.

Χαραλαμπίκης, Α. Ι. (2020). *Ο Νέος Ποινικός Κώδικας. Συνοπτική Ερμηνεία κατ' Άρθρο του Ν 4619/2019*. Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη.

### Ηλεκτρονικές πηγές

<https://edition.cnn.com/2020/10/22/europe/poland-abortion-fetal-defect-ruling-intl/index.html>

<https://www.bbc.com/news/world-europe-54642108>

<https://www.protothema.gr/greece/article/680418/samos-anaisthisiologoi-arnoudaitis-ektroseis-gia-logous-ithikis/>

<https://www.elaliberta.gr/%CE%BA%CE%B9%CE%BD%CE%AE%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1/%CE%B3%CF%85%CE%BD%CE%B1%CE%B9%CE%BA%CE%B5%CE%AF%CE%BF/3039>

<https://www.protothema.gr/greece/article/977762/poreia-diamarturias-sta-ioannina-tin-ora-tis-ekdilosis-tou-kinimatos-afiste-me-na-ziso/>

<https://www.documentonews.gr/article/iwannina-parembash-neolaias-syriza-kata-toy-skotadistikoy-kinhmatos-afhste-me-na-zhsw>

<https://gr.euronews.com/2020/01/13/ellada-salos-me-tis-afises-kata-tis-amvlosis-sto-metro-aposirthikan-me-entoli-ipourgou>

<https://gr.euronews.com/2018/03/30/kypros-apopoinikopoihthikan-oi-amvloseis>

[https://www.alfavita.gr/kosmos/336568\\_ambloseis-oi-gynaikes-nikisan-skotadi-stin-polonia-pagonei-o-nomos?fbclid=IwARljL3WLIaIE2\\_Pv5-zbNMvDsk-P6wVyj3dSIAMKOKxqzRPGZGNKLMneKiQ](https://www.alfavita.gr/kosmos/336568_ambloseis-oi-gynaikes-nikisan-skotadi-stin-polonia-pagonei-o-nomos?fbclid=IwARljL3WLIaIE2_Pv5-zbNMvDsk-P6wVyj3dSIAMKOKxqzRPGZGNKLMneKiQ)

<https://reproductiverights.org/worldabortionlaws>

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### ΦΟΡΜΑ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
Εθνικόν και Καποδιστριακόν  
Πανεπιστήμιον Αθηνών

Με το παρακάτω έγγραφο σας ενημερώνουμε σχετικά με τη συμμετοχή σας στην έρευνα που διεξάγεται στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος «Ψυχιατροδικαστική» του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών. Η έρευνα με τίτλο **«Σύγχρονα Βιοηθικά Ζητήματα: Ευθανασία, Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αυτοκτονία και Άμβλωση. Συγκριτική Μελέτη των Στάσεων Επαγγελματιών Υγείας και Νομικών Επιστημόνων»** πραγματοποιείται από τη μεταπτυχιακή φοιτήτρια Μαλικέντζου Ναυσικά, υπό την επίβλεψη του επιστημονικώς υπευθύνου Μιχόπουλου Ιωάννη, Αναπληρωτή Καθηγητή Ψυχιατρικής στη Β' Ψυχιατρική Κλινική, του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου «Αττικόν». Για περισσότερες πληροφορίες, μπορείτε να επικοινωνήσετε με τη συγγραφέα της εργασίας στο e-mail: [nafsika24@hotmail.com](mailto:nafsika24@hotmail.com) ή με τον επιστημονικώς υπεύθυνο στο e-mail: [yanmih@yahoo.com](mailto:yanmih@yahoo.com).

Ο σκοπός της εν λόγω έρευνας είναι να μελετήσει τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας, σε σύγκριση με τους νομικούς επιστήμονες σχετικά με τα ζητήματα της ευθανασίας, της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας και της άμβλωσης, καθώς πρόκειται για αρκετά αμφιλεγόμενα βιοηθικά θέματα, τα οποία εγείρουν κατά κύριο λόγο ιατρικούς, ηθικούς και θρησκευτικούς προβληματισμούς.

Εφόσον επιλέξετε να συμμετέχετε στην έρευνα, θα κληθείτε να συμπληρώσετε το κάτωθι ερωτηματολόγιο, μία διαδικασία που θα διαρκέσει, κατά προσέγγιση, 10-15 λεπτά. Παρακαλούμε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις, καθώς τα μη ολοκληρωμένα ερωτηματολόγια δε θα χρησιμοποιηθούν.

Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική και μπορείτε να αποχωρήσετε από την έρευνα οποιαδήποτε στιγμή, ακόμη και εκ των υστέρων. Θα τηρηθεί πλήρης ανωνυμία στις απαντήσεις σας και δεν θα αναφερθούν τα ονόματά σας στην τελική αναφορά. Η ανάλυση του υλικού θα διενεργηθεί αποκλειστικά από την ερευνητική ομάδα. Τα ευρήματα της έρευνας ενδέχεται να δημοσιοποιηθούν σε επιστημονικά συνέδρια και σε άλλες επιστημονικές δημοσιεύσεις με τρόπο που θα διασφαλίζει την ανωνυμία σας.

Δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις, καθώς ο στόχος είναι να μελετηθούν οι απόψεις σας και να εκφράσετε με ειλικρίνεια τη γνώμη σας

Υπογράφοντας το εν λόγω έντυπο, δηλώνετε ότι έχετε λάβει ενημέρωση για τους σκοπούς της έρευνας και για τις δεοντολογικές εγγυήσεις της ερευνήτριας, και επιβεβαιώνετε τη συμμετοχή σας σε αυτή.

Ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας.

Αθήνα \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### **Διευκρινίσεις σχετικά με την έρευνα:**

Προκειμένου να είναι σαφείς οι ορολογίες που χρησιμοποιούνται στο ερωτηματολόγιο, θεωρήθηκε χρήσιμο να διασαφηνιστεί πως:

- Με τον όρο Ευθανασία αναφερόμαστε κατά περίπτωση σε 3 μορφές ευθανασίας:  
-στην **ενεργητική εκούσια ευθανασία**, κατά την οποία ο ιατρός χορηγεί φάρμακα ή άλλες ουσίες στον ασθενή, με σκοπό να επιφέρει το θάνατο του, μετά από συγκεκριμένο και επίμονο αίτημα του.

- στην **ενεργητική μη εκούσια ευθανασία**, κατά την οποία ο ιατρός χορηγεί φάρμακα ή άλλες ουσίες στον ασθενή, με σκοπό να επιφέρει το θάνατο του, ενώ δεν έχει προηγηθεί τέτοιο αίτημα, λόγω νοητικής αδυναμίας (π.χ. ο ασθενής βρίσκεται σε κώμα).

- στην **παθητική ευθανασία**, η οποία αφορά στη διακοπή παροχής ιατρικής φροντίδας που κρατά τον ασθενή στη ζωή, με σκοπό αυτή η πράξη να επιφέρει το θάνατο του.

- Με τον όρο Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αυτοκτονία (ΙΥΑ), περιγράφεται η διαδικασία κατά την οποία ο ιατρός προσφέρει στον ασθενή ορισμένα μέσα ή ουσίες προκειμένου να τερματίσει ο ίδιος τη ζωή του.
- Με τον όρο Άμβλωση (αλλιώς έκτρωση ή τεχνητή διακοπή της κύησης) ορίζουμε την απομάκρυνση ενός ή περισσότερων εμβρύων από τη μήτρα της μητέρας.



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΠΜΣ «ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗ»

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:**

«Σύγχρονα Βιοηθικά Ζητήματα: Ευθανασία, Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αυτοκτονία και Άμβλωση. Συγκριτική Μελέτη των Στάσεων Επαγγελματιών Υγείας και Νομικών Επιστημόνων»

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΤΑΣΕΩΝ**

**A. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

Φύλο: Άνδρας  Γυναίκα  Άλλο

Ηλικία: .....

Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμος  Άγαμος

Άλλο

Προσδιορίστε.....

Αριθμός τέκνων: .....

Εκπαιδευτικό επίπεδο: Πτυχίο ΑΕΙ  Master  PhD

Άλλο

Προσδιορίστε.....

Επάγγελμα:.....

Ετη προϋπηρεσίας στο επάγγελμα:.....

Εθνικότητα:.....

**B. ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ**

1. Σε γενικές γραμμές θα λέγατε ότι πιστεύετε στο Θεό;

Ναι  Όχι

2. Πόσο σημαντική θα λέγατε ότι είναι η θρησκεία στη ζωή σας;

Καθόλου  Ελάχιστα  Αρκετά  Πάρα πολύ

3. Πόσο συχνά επισκέπτεστε την εκκλησία ή άλλους χώρους λατρείας;

Ποτέ  Σπάνια  Συχνά  Πολύ συχνά

4. Πιστεύετε ότι ο τρόπος ζωής σας, σε προσωπικό ή κοινωνικό επίπεδο, επηρεάζεται από τις θρησκευτικές σας πεποιθήσεις;

Καθόλου  Ελάχιστα  Αρκετά  Πάρα πολύ

5. Πιστεύετε στις βασικές διδασκαλίες και τα κηρύγματα της εκκλησίας χωρίς να αμφιβάλλετε γι' αυτά;

Καθόλου  Ελάχιστα  Αρκετά  Πάρα πολύ

6. Πιστεύετε στη μετά θάνατον ζωή;

Ναι  Όχι

#### Γ. ΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ (ΙΥΑ)

1. Είστε ενήμερος/-η σχετικά με την ισχύουσα νομοθεσία στην Ελλάδα για την ευθανασία και την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία;

Ναι  Όχι

2. Αν ναι, η ισχύουσα νομοθεσία στην Ελλάδα για την ευθανασία και την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία σας βρίσκει δεοντολογικά σύμφωνο/-η;

Ναι  Όχι

3. Σε γενικές γραμμές θα λέγατε ότι είστε υπέρ της ευθανασίας;

Διαφωνώ απόλυτα  Μάλλον διαφωνώ

Μάλλον συμφωνώ  Συμφωνώ απόλυτα

4. Σε γενικές γραμμές θα λέγατε ότι είστε υπέρ της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας;

Διαφωνώ απόλυτα  Μάλλον διαφωνώ

Μάλλον συμφωνώ  Συμφωνώ απόλυτα

5. Κατά τη γνώμη σας υπάρχει ηθική διαφοροποίηση ανάμεσα στην ευθανασία και την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία;

Ναι  Όχι

6. Σε περίπτωση που η νομοθεσία το επέτρεπε, θα ζητούσατε ευθανασία για κάποιο συγγενικό σας πρόσωπο για να μην υποφέρει;

Ναι  Όχι

7. Σε περίπτωση που η νομοθεσία το επέτρεπε, και είχατε τη δικαιοδοσία, θα πραγματοποιούσατε ευθανασία (ή ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία) σε κάποιον, εφόσον σας το ζητούσε;

Ναι  Όχι

8. Συμπληρώστε σε ποιο βαθμό συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις παρακάτω απόψεις:

	Διαφωνώ απόλυτα	Μάλλον διαφωνώ	Μάλλον συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
α. Η ευθανασία και η ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία έρχονται σε αντίθεση με τον όρκο του Ιπποκράτη και τις βασικές αρχές της ιατρικής				
β. Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα στο θάνατο, όπως ακριβώς και στη ζωή				
γ. Η ευθανασία και η ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι ανθρωπιστικές πράξεις που σκοπεύουν στην ανακούφιση από τον ανθρώπινο πόνο				
δ. Η ζωή είναι το υπέρτατο αγαθό και ο μόνος που αποφασίζει για το θάνατο είναι ο Θεός				
ε. Σε ορισμένες περιπτώσεις ασθενών ο θάνατος επέρχεται ως λύτρωση				
στ. Το δικαίωμα των ανθρώπων για αυτονομία και ελεύθερη βούληση περιλαμβάνει και την επιλογή του θανάτου				
ζ. Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα να ζει και να πεθαίνει με αξιοπρέπεια				
η. Η ευθανασία και η ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι επικίνδυνες πολιτικές που θα μπορούσαν να φτάσουν ακόμα και σε επίπεδο δολοφονίας				
θ. Η νομική κατοχύρωση της ευθανασίας και της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας μπορεί να οδηγήσει την κοινωνία να αρχίσει να αποδέχεται ακόμα πιο βλαβερές πρακτικές (π.χ. ευγονική θανάτωση)				

ι. Η αυτονομία και η αυτοδιάθεση του ατόμου έχουν ορισμένους περιορισμούς				
κ. Η ευθανασία και η ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία αποτελούν αμαρτήματα, τόσο για το άτομο που ζητά να τερματιστεί η ζωή του, όσο και για τον ιατρό που αποτελεί το εργαλείο για την έλευση του θανάτου				
λ. Κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα να αρνηθεί οποιαδήποτε θεραπεία				
μ. Με την εφαρμογή των κατάλληλων νομικών δικλείδων, η ευθανασία και η ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία θα μπορούσαν να νομιμοποιηθούν				
ν. Είναι ηθικά λάθος ο ασθενής να εμπλέκει τρίτα άτομα (π.χ. ιατροί) στην επιθυμία του να πεθάνει				
ξ. Η διατήρηση των ασθενών στη ζωή με κάθε τρόπο είναι το ύψιστο καθήκον των ιατρών				
ο. Η ανθρωπινή ζωή είναι ευλογία, αλλά μόνο στην περίπτωση που συνεισφέρει στην ευτυχία του εν ζωή ατόμου				

**9. Κατά τη γνώμη σας, για ποιες από τις παρακάτω περιπτώσεις θα έπρεπε η νομοθεσία να επιτρέπει την ευθανασία (ή την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία);**

Ασθενείς τελικού σταδίου

Ασθενείς χωρίς προοπτική θεραπείας

Ασθενείς που υποφέρουν από χρόνια πόνο

Ασθενείς που υποφέρουν ψυχικά

Ασθενείς που δεν μπορούν να αποφασίσουν οι ίδιοι για τη ζωή τους (π.χ. εγκεφαλικά νεκροί, σε κωματώδη κατάσταση)

Οποιοσδήποτε, κατόπιν επίμονου αιτήματος του

Σε καμία περίπτωση

Άλλο

Προσδιορίστε .....

.....

.....

#### **Δ. ΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ/ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ**

**1. Είστε ενήμερος/-η σχετικά με την ισχύουσα νομοθεσία στην Ελλάδα για την άμβλωση;**

Ναι  Όχι

**2. Αν ναι, η ισχύουσα νομοθεσία στην Ελλάδα για την άμβλωση σας βρίσκει δεοντολογικά σύμφωνο/-η;**

Ναι  Όχι

**3. Σε γενικές γραμμές θα λέγατε ότι είστε υπέρ της άμβλωσης;**

Διαφωνώ απόλυτα  Μάλλον διαφωνώ

Μάλλον συμφωνώ  Συμφωνώ απόλυτα

**4. Κατά τη γνώμη σας η ζωή ξεκινά:**

Με τη σύλληψη

Με τη γέννηση

Την 24η εβδομάδα της κύησης (το ελάχιστο χρονικό διάστημα που απαιτείται για την επιβίωση του εμβρύου μετά την έξοδο από τη μήτρα)

Άλλο

Προσδιορίστε.....

**5. Είχατε ποτέ εσείς ή η σύντροφος σας εμπειρία ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης;**

Ναι  Όχι

**6. Έχετε προβεί ποτέ, εσείς ή η σύντροφος σας, σε άμβλωση;**

Ναι  Όχι

**7. Θα προχωρούσατε ποτέ σε άμβλωση ή θα συμβουλεύατε ποτέ τη σύντροφο σας να προχωρήσει σε άμβλωση σε περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης;**

Ναι  Όχι

**8. Συμπληρώστε σε ποιο βαθμό συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις παρακάτω απόψεις:**



	Διαφωνώ απόλυτα	Μάλλον διαφωνώ	Μάλλον συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
α. Η άμβλωση είναι ένα θέμα που αφορά αποκλειστικά τη γυναίκα				
β. Ο σύντροφος πρέπει να ενημερώνεται από τη γυναίκα αν πρόκειται να προχωρήσει σε άμβλωση				
γ. Η γνώμη του συντρόφου πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στην απόφαση για άμβλωση				
δ. Η άμβλωση είναι εν ψυχρώ δολοφονία				
ε. Η άμβλωση δεν είναι σύμφωνη με την ηθική μου				
στ. Το έμβρυο είναι ζωντανός οργανισμός και έχει δικαίωμα στη ζωή				
ζ. Η άμβλωση πρέπει να είναι νόμιμη σε κάθε περίπτωση				
η. Η άμβλωση πρέπει να είναι νόμιμη μόνο σε συγκεκριμένες περιπτώσεις (π.χ. διασμός, λόγοι υγείας)				
θ. Η άμβλωση είναι αμαρτία και ισοδυναμεί με φόνο				
ι. Κάθε γυναίκα έχει το νομικό δικαίωμα στην άμβλωση				
κ. Κάθε γυναίκα έχει το δικαίωμα να διαχειρίζεται το σώμα της όπως επιθυμεί				
λ. Η απαγόρευση της άμβλωσης παραβιάζει το δικαίωμα της μητέρας για ελευθερία				
μ. Ο μόνος που χαρίζει ζωή και αποφασίζει για το θάνατο είναι ο Θεός				
ν. Τα νομικά δικαιώματα του εμβρύου δεν ξεπερνούν αυτά της εγκύου				
ξ. Η άμβλωση πρέπει να είναι νόμιμη σε περιπτώσεις που το κυοφορούμενο έμβρυο θα εμφανίσει σοβαρές γενετικές ανωμαλίες				
ο. Η γυναίκα που αποφασίζει να διακόψει την κύηση στιγματίζεται κοινωνικά				

π. Η δημιουργία οικογένειας και η γέννηση ενός παιδιού πρέπει να είναι αποκλειστικά αποτέλεσμα ελεύθερης επιλογής χωρίς να επηρεάζεται από δρασκευτικές και ηθικές επιταγές				
ρ. Οι αμβλώσεις πρέπει να καλύπτονται από τα ασφαλιστικά ταμεία				

9. Πιστεύετε ότι, σε σχέση με τη διακοπή της κύησης, είναι ηθικά ορθότερο η εγκυμοσύνη να ολοκληρωθεί και το παιδί που θα γεννηθεί να δοθεί για υιοθεσία;

Ναι  Όχι

10. Κατά τη γνώμη σας, ποιοι από τους παρακάτω λόγους θα ήταν επαρκείς για να οδηγήσουν μία γυναίκα να προβεί σε άμβλωση;

Ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη

Ανετοιμότητα της γυναίκας για τη μητρότητα/του ζεύγους για τη γονεϊκότητα

Εγκυμοσύνη ως αποτέλεσμα διασμού/αιμομιξίας

Λόγω υγείας της εγκύου ή του εμβρύου

Οικονομικοί λόγοι

Πίεση από το σύντροφο

Λόγω άλλων προτεραιοτήτων (π.χ. σπουδές, εργασία)

Κανένας από τους παραπάνω

Άλλο

Προσδιορίστε.....

.....

.....

Σε περίπτωση που επιθυμείτε να προσδώσετε κάποιο σχόλιο, ή να παραθέσετε πιο αναλυτικά την άποψη σας για κάποιο από τα προαναφερθέντα ζητήματα (προαιρετικά):

.....

.....

.....

.....

.....