

ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ  
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΒΙΟΗΘΙΚΗ

ΤΜΗΜΑ ΦΙΛΟΣΟΦΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ • ΤΜΗΜΑ ΒΙΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΔΙΠΛΩΜΑ  
ΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ ΜΕ ΘΕΜΑ

**«Η δυναμική των αντιλήψεων για το θάνατο ως βιοηθική  
αναζήτηση: εγχείρημα εμπειρικής διερεύνησης»**



Φοιτητής : Δημήτριος Κιούρκας

Τριμελής Συμβουλευτική Επιτροπή:  
Επιβλέπουσα: Βασιλική Πετούση  
Μέλη: Μυρτώ Δραγώνα-Μονάχου  
Αναστάσιος Φιλαλήθης

Πανεπιστήμιο Κρήτης, Οκτώβριος 2008

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι αντιλήψεις των ανθρώπων για το θάνατο συνδέονται με τη διαχείριση της ίδιας της ζωής. Στο πλαίσιο της Βιοηθικής οι αντιλήψεις και οι στάσεις απέναντι στο φαινόμενο του τέλους της ζωής, αναδεικνύονται σε σημαντικό παράγοντα στη διαδικασία της λήψης αποφάσεων, τόσο σε νομικό επίπεδο (βιοηθική και πολιτικές υγείας) όσο και σε πρακτικό (κοινωνική ιατρική, ιατρική πράξη).

Η ιστορική μελέτη των αντιλήψεων για το θάνατο αποκαλύπτει μια δυναμική διάστασή τους που τις θέλει να εξελίσσονται ιστορικά, και σήμερα να εμφανίζονται διαφορετικές από τις αντίστοιχες στο παρελθόν. Υπάρχει, για τους ιστορικούς, μια σαφής μεταστροφή από τον «οικείο» και εκλογικευμένο θάνατο του Μεσαίωνα σε έναν άλλο, σύγχρονο, «απαγορευμένο» θάνατο ή θάνατο taboo. Ενδιαφέρον ίσως έχει ότι οι εν λόγω ιστορικές καταγραφές των αντιλήψεων για το θάνατο, καταλήγουν σε συμπεράσματα με βιοηθικές προεκτάσεις (διαχείριση της διαδικασίας του θανάτου, αξιοπρέπεια, αυτονομία, ευθανασία).

Πρόκληση αποτελεί η διερεύνηση της δυνατότητας ανάπτυξης μεθοδολογικών εργαλείων που θα μετρούν τέτοιες αντιλήψεις. Στόχος της εργασίας είναι, εν μέρει, μια αρχική περιγραφική προσέγγιση των αντιλήψεων για το θάνατο σε συγκεκριμένο δείγμα της ελληνικής επαρχίας. Παράλληλα, επιχειρείται ο πιλοτικός έλεγχος συγκεκριμένου ερωτηματολογίου.

Όπως προκύπτει από την εφαρμογή του ερωτηματολογίου, και ενώ εντοπίζονται αδύναμα σημεία κατά την προσαρμογή του στα ελληνικά δεδομένα, το συγκεκριμένο εργαλείο μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε μικρή ή μεγαλύτερη κλίμακα (πληθυσμό, δείγμα) για να προϊδεάσει σχετικά με αντιλήψεις για την αξία της ζωής, με τις επικρατούσες στάσεις απέναντι στο γεγονός του θανάτου, με απόψεις που συνδέονται με τη διαδικασία του θανάτου (τρόπος και τόπος), την ενήμερη συγκατάθεση στην ιατρική πράξη, το είδος και τη διάρκεια της θεραπείας αλλά και τη δωρεά οργάνων, την αυτοκτονία και την ευθανασία. Τέλος, ως εξίσου σημαντικό αναδύεται το ερώτημα για το είδος και την ένταση της επίδρασης της θρησκείας και της επιστήμης στην διαμόρφωση των αντιλήψεων απέναντι το θάνατο.

Η ποιοτική και ποσοτική μέτρηση τέτοιου είδους αντιλήψεων δεν μπορεί να μην συνοδεύεται από την επίκληση της «εξωτερικής ευθύνης» του επιστήμονα, αφού πάντα ελλοχεύει ο κίνδυνος μιας ενδεχόμενης «πολιτικοποίησης» του θανάτου. Μιας

κατάστασης δηλαδή, που θα επέτρεπε τον έλεγχο ή και την εξόντωση ‘ευπαθών’ κοινωνικών ομάδων.

## ABSTRACT

People's perceptions of death are associated with the approach to life itself. In the context of Bioethics the perceptions and attitudes towards the phenomenon of death emerge as considerable factors in the decision-making process on a legal level (Bioethics and healthcare policies) as well as on a practical level (social medicine, medical practice).

The historical investigation of the concepts of death reveals a dynamic aspect of theirs, according to which they tend to evolve historically and manifest themselves nowadays differently from those of the past. To the historian there is a clear transition from the concept of "familiar" and rationalized death in the Middle Ages to one of a different kind, a contemporary, "forbidden" notion of death or taboo death. It may be of interest that the aforementioned historical accounts of the perceptions of death lead to conclusions with bioethical connotations (dealing with the process of death, dignity, autonomy, euthanasia).

The exploration of the possibilities of developing methodological tools to measure such concepts constitutes a challenge. The aim of this dissertation is, partly, to attempt a tentative descriptive approach to the notions of death in a specific cross-section of the population in the Greek province. At the same time a pilot testing of the particular questionnaire is attempted.

As it turns out from the application of the questionnaire (and while certain weaknesses can be pinpointed in its adjustment to the Greek context) the specific tool can be used on a small or wider scale (population, statistical sample) to provide a foretaste of notions related to the value of life, of the dominant attitudes to the fact of death, of opinions concerning the process of dying (manner and place), of the informed consent to the medical practice used, of the type and length of treatment as well as of organ donation, suicide and euthanasia. Last but not least, there arises the question about the kind and degree of influence of religion and science on the formation of death notions.

The qualitative and quantitative measure of such concepts cannot but be accompanied by the invocation of the scientist's "external responsibility", since there always lurks the potential danger of a ("politicisation") "politicised control" of death, that is to say of a state of affairs which would allow the control or even the annihilation of "vulnerable" social groups.

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα μελέτη αποτελεί τη διπλωματική μου εργασία για τον πρώτο κύκλο του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Βιοηθική. Για την μέχρι τώρα ακαδημαϊκή πορεία μου νιώθω την ανάγκη να ευχαριστήσω όλους τους διδάσκοντες του τμήματος Κοινωνιολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης που με μύησαν στην Κοινωνιολογική Φαντασία και ιδιαίτερα τη Μαρία Κούση που με εμπιστεύτηκε από πολύ νωρίς στο πεδίο της εμπειρικής έρευνας. Τη Βάσω Πετούση, που με την εύστοχη καθοδήγηση της, τις συνεχείς προτροπές και την ανεκτίμητη ανατροφοδότηση της κριτικής της, συνέβαλε στην ολοκλήρωση αυτής της εργασίας όχι απλά ως επιβλέπουσα καθηγήτρια αλλά ως συνεργάτης. Την Κα Μυρτώ Δραγώνα - Μονάχου και τον Κο Τάσο Φιλαλήθη για τον πολύτιμο χρόνο τους, την υπομονή και την ανοχή τους καθώς και όλους τους διδάσκοντες του ΠΜΣ στη Βιοηθική.

Επίσης, οφείλω να ευχαριστήσω τους συμφοιτητές και φίλους μου από το Πρόγραμμα για την ανεπανάληπτη επιστημονική μέθεξή μας, τη Δώρα Παπαδοπούλου και το Λυμπέρη Κορέα για τις γλωσσολογικές συμβουλές τους και όχι μόνο τα περασμένα δέκα χρόνια, τις Ρενάτα Αμανάκη και Ελευθερία Πουγαρίδου για τη συμβολή τους στη μετάφραση του ερωτηματολογίου, τη Μαρίνα Παπαδάκη και το Γιάννη Μαρτινάκη για τις τεχνικές φύσης συμβουλές τους και τους ασκούμενους ιατρούς Αλευρούδη Γιάννη και Σαραγλιάδη Πέτρο από το Αγροτικό Ιατρείο της Συκιάς.

Τέλος, πρέπει να αναγνωρίσω την πολύτιμη βοήθεια των μαθητών μου της Β' και Γ' τάξης του Λυκείου των σχολικών ετών 2005 – 2006 και 2006 – 2007 που μου άνοιξαν το δρόμο για τον εντοπισμό του δείγματος καθώς και τους κατοίκους του Δήμου Τορώνης που συμμετείχαν στην έρευνα.

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΟΡΙΟΘΕΤΗΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ .....</b>	<b>1</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : ΒΙΟΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΥΝΙΣΤΑΜΕΝΕΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ .....</b>	<b>7</b>
Η ΒΙΟΗΘΙΚΗ ΩΣ ΝΕΟΣ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΣ ΚΛΑΔΟΣ .....	7
ΒΙΟΗΘΙΚΗ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ – ΥΓΕΙΑ – ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ .....	9
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ. ΙΣΤΟΡΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ: ΑΡΙΕΣ, ΒΟΒΕΛ .....</b>	<b>16</b>
ΦΙΛΙΠ ΑΡΙΕΣ.....	17
ΜΙΣΕΛ ΒΟΒΕΛ.....	22
ΣΥΓΧΡΟΝΟΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ .....	24
ΟΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ ΚΑΙ Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ: ΠΡΟΣ ΜΙΑ ΒΙΟΗΘΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ.....	27
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....</b>	<b>30</b>
Α. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	30
Β. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ .....	40
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ .....</b>	<b>43</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ. ....</b>	<b>51</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>	<b>54</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΜΕΤΑΦΡΑΣΕΩΝ – ΕΡΓΑΛΕΙΟΥ.....</b>	<b>58</b>
Α: ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΓΓΛΙΚΗ ΓΛΩΣΣΑ (ΠΡΩΤΟΤΥΠΕΣ) .....	58
Β: ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ Νο 1.....	60
Γ: ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ Νο 2 .....	62
Δ: ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ Νο 3.....	64
Ε: ΤΕΛΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ .....	66

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ ΦΥΛΟΥ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΑΣ.....	40
ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΒΙΟΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ.....	43
ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΖΩΗ ΚΑΙ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ .....	46
ΠΙΝΑΚΑΣ 4. ΕΠΙΣΤΗΜΗ, ΘΡΗΣΚΕΙΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ .....	50

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΟΡΙΟΘΕΤΗΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

Βιοηθική καλείται ο διεπιστημονικός κλάδος που προκύπτει ως ανάγκη ηθικού στοχασμού γύρω από διλήμματα, τα οποία συνδέονται με τη δυνητική εφαρμογή της γενετικής τεχνολογίας και της βιοτεχνολογίας. Τα προβλήματα τα οποία αντιμετωπίζει η Βιοηθική χρήζουν της διεπιστημονικής και της αναστοχαστικής της παρέμβασης, τόσο σε επίπεδο λήψης αποφάσεων όσο και σε θεσμικό επίπεδο (νομική ρύθμιση).

Στην ατζέντα της Βιοηθικής, περιλαμβάνονται ζητήματα που συνδέονται με την αρχή της ζωής ή την ποιότητα ζωής, καθώς και ζητήματα που αναφέρονται στην - υποκειμενικά ρευστή και ευρέως οριζόμενη - αντίληψη και αντιμετώπιση του θανάτου. Στην πρώτη κατηγορία εντάσσονται ζητήματα για τη δημιουργία ή τη σύλληψη της ζωής, το βιολογικό ορισμό της ζωής, τις μεθόδους γονιμοποίησης ή κλωνοποίησης, άμβλωσης, προγενετικού ελέγχου, γενετικά τροποποιημένων οργανισμών, παραγωγής και πειραματικής χρήσης βλαστοκυττάρων- ζητήματα που σχετίζονται ή/και ταυτίζονται με ιατρικού ενδιαφέροντος επιδιώξεις που αφορούν την βελτίωση της ποιότητας της ζωής. Στη δεύτερη κατηγορία θα μπορούσε να συμπεριληφθεί η χρήση βλαστοκυττάρων για θεραπευτική χρήση, η ανώφελη ιατρική φροντίδα, η ενημέρωση ασθενών για την κατάσταση της υγείας τους, το θέμα των μεταμοσχεύσεων και της δωρεάς οργάνων, η παράταση ζωής με τεχνικά μέσα, η γονιμοποίηση με κρυοσυντηρημένους γαμέτες όταν οι δότες τους δε ζουν πια, η ευθανασία.

Σχετικά με το περιεχόμενο και τη φύση των συναφών ερωτημάτων και στη βάση των «παραδειγματικών» θεωρητικών και εμπειρικών εστιακών ενδιαφερόντων τους, τα επιστημονικά πεδία που συνδέονται διεπιστημονικά με τη Βιοηθική είναι αυτά της Βιολογίας, της Ιατρικής, της Φιλοσοφίας, της Νομικής, της Ιστορίας, της Θεολογίας και της Κοινωνιολογίας (Δραγώνα – Μονάχου, 2007/2008: 38).

Τα προαναφερθέντα επιστημονικά πεδία συναντώνται σε διάφορους εφαρμοσμένους τρόπους όπως για παράδειγμα ο φιλοσοφικός στοχασμός για τις έννοιες της δικαιοσύνης και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων ή το κοινωνιολογικό ενδιαφέρον για τις συνθήκες διαμόρφωσης και αναίρεσης ανισοτήτων σχετικών με ζητήματα υγείας - πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, ποιότητα και ουσία των υπηρεσιών φροντίδας σε καταληκτικές περιπτώσεις και η αντιμετώπιση «σύγχρονων»



ασθενειών/ νόσων, προστασία προσωπικών δεδομένων για θέματα υγείας, το ζήτημα της παράτασης της ζωής με τεχνικά μέσα, το ζήτημα ποιότητας ζωής έναντι διάρκειάς της, η υποβοηθούμενη αυτοκτονία ή αλλιώς ευθανασία κ.ά. Επιχειρώντας μια ίσως απλουστευμένη γενίκευση μπορεί να υποστηριχθεί ότι οι εφαρμοσμένοι τόποι στους οποίους συναντώνται τα επιστημονικά πεδία που απαρτίζουν τη Βιοηθική και τα επιμέρους βιοηθικά ζητήματα τα οποία πραγματεύονται, κινούνται γύρω από την προβληματική της ασφαλούς υιοθέτησης τεχνολογικών καινοτομιών για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Προνομιακό χώρο συνάντησης και σύγκλισης αυτού του προβληματισμού αποτελεί η Κοινωνική Ιατρική.

Ο τομέας της Κοινωνικής Ιατρικής, ως τέτοιος, συλλέγει στοιχεία ανατροφοδότησης τόσο από την Ιατρική επιστήμη - άρα και από τη Βιολογία-, την Ιατρική Πρακτική, όσο και από την Κοινωνιολογία και τις λοιπές κοινωνικές επιστήμες. Παράλληλα, χαρακτηρίζεται από έντονη βιοηθική χροιά αφού συναντά την Πολιτική και τη Νομική επιστήμη στον εφαρμοσμένο στόχο της Πολιτικής Υγείας.

Η Πολιτική Υγείας (health policy) επιδιώκει τη δημιουργία ενός οργανωμένου συστήματος για την επίτευξη πλήρους φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας (<http://www.who.int/healthsystems/en/>). Είναι δηλαδή στην ουσία μια κοινωνική πολιτική ως τμήμα των κρατικών πολιτικών και αναφέρεται τελικά σε ένα κεντρικό ζήτημα δημοκρατίας αυτό της ελαχιστοποίησης ή ακόμη άρσης κοινωνικών ανισοτήτων όπως αυτές σχετίζονται με την ατομική και κοινωνική υγεία.

Οι ανισότητες στην υγεία συνδέονται με ένα ευρύ φάσμα παραγόντων που σε κάποιο βαθμό ταυτίζονται με τη Βιοηθική. Ενδεικτικά μπορούν να αναφερθούν η ανώφελη ιατρική φροντίδα, η ενήμερη συγκατάθεση, η παράταση της ζωής με τεχνικά μέσα, το γενικό ζήτημα της ποιότητας ζωής έναντι της διάρκειας της ζωής, η ευθανασία. Σε μια οδό που πολλές φορές είναι κοινωνικά οριοθετημένη, που ξεκινά από την πολυδιάστατη ανισότητα στην υγεία και καταλήγει στον «άνισο» θάνατο, τη δυνατότητα ή το ενδεχόμενο ή – γιατί όχι και - το δικαίωμα στην ευθανασία, η κοινωνική ιατρική, η κοινωνιολογία η φιλοσοφία, η νομική ή όλες οι προηγούμενες εν Βιοηθική, καλούνται να συνδυάσουν τα συμπεράσματά τους και να επαναδιατυπώσουν υποθέσεις που θα στοχεύουν στη λήψη και ρύθμιση αποφάσεων. Φρονώ, λοιπόν, πως η συζήτηση για τα παραπάνω θέματα πρέπει να τα εντάσσει συνολικά στην εκάστοτε δομή του συστήματος υγείας τοποθετώντας τα διάφορα

βιοηθικά διλήματα σε ρεαλιστικό, πραγματικό, μετρήσιμο σε κάποιες περιπτώσεις πλαίσιο.

Κατά συνέπεια, το ζήτημα των ανισοτήτων στην υγεία δεν εξαντλείται στην περιοχή ευθύνης της Κοινωνικής Ιατρικής, αλλά τροφοδοτείται συνεχώς με αναλυτικές κατηγορίες που παράγονται από την κοινωνιολογική δραστηριότητα. Μέσα από αυτήν την ανατροφοδότηση, προκύπτουν σημεία σύγκλισης που αφορούν μεγέθη όπως το κοινωνικό περιβάλλον, τις οικονομικές δυνατότητες, τη μορφή κοινωνικής οργάνωσης, την εργασία, την εκπαίδευση, το ρόλο των υπηρεσιών υγείας και τη γεωγραφική θέση. Υπό το πρίσμα αυτό, μια απόπειρα βιοηθικής διερεύνησης εμπνευσμένη από τα ενδιαφέροντα της κοινωνικής ιατρικής και της κοινωνιολογίας, επιχειρεί να θέσει υπό νέα οπτική το ζήτημα των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία λαμβάνοντας υπόψη συνολικά αλλά και ειδικά τα νέα δεδομένα.

Κρίσιμο χαρακτηριστικό αυτής της συνθετικής οπτικής γωνίας στην κατανόηση, την ερμηνεία και το χειρισμό των ανισοτήτων αποτελεί ο υπολογισμός διαφόρων δεικτών υγείας, των οποίων ο προσδιορισμός ενσκήπτει σε υποκειμενικά κατασκευασμένες κατηγορίες ή αλλιώς στην υποκειμενική πρόσληψη εννοιών όπως, «υγεία», «ασθένεια», «θάνατος» και στην σχετική διάκριση μεταξύ καθημερινού και επιστημονικού ορισμού των εννοιών αυτών. Αυτές οι υποκειμενικά κατασκευασμένες έννοιες σχετίζονται με το πώς προσδιορίζουμε την ταυτότητα μας, πώς αντιλαμβανόμαστε τη ζωή. Ο θάνατος σε αυτό το πλαίσιο δεν αποτελεί τυχαία ή /και απροσδόκητη συμφορά, αλλά αναπόσπαστο μέρος της ίδιας της ζωής.

Χωρίς βεβαίως να παραγνωρίζεται η σπουδαιότητα των εννοιών της «υγείας» και της «ασθένειας», στην παρούσα εργασία έμφαση δίνεται στο *θάνατο* ως βασική έννοια ανάλυσης. Η έμφαση στο θάνατο σχετίζεται τόσο με τα όρια και τις δυνατότητες της έρευνας και τις προσωπικές επιλογές του ερευνητή, όσο κυρίως με τη σπανιότητα επιστημονικών μελετών για το θάνατο και τις αντιλήψεις των ανθρώπων για αυτόν. Η απομόνωση της έννοιας του θανάτου από τις έννοιες της υγείας και της ασθένειας είναι καθαρά εργαλειακή γιατί από τις τρεις έννοιες, αυτή του θανάτου φαντάζει πιο προκλητική αφού αποτελεί θέμα *taboo*, τόσο ως θέμα καθημερινής συζήτησης όσο και ως ερευνητικής επιλογής. Συγκεκριμένα στόχος της ανά χείρας εργασίας είναι η ανάδειξη της διερεύνησης των αντιλήψεων για το θάνατο ως βασική παράμετρο σε μια δέσμη ζητημάτων που σχετίζονται με τη Βιοηθική.

Με βάση στοιχεία από ιστορικές μελέτες των Αριές και Βοβέλ ανασύρεται στην επιφάνεια μια βασική παραδοχή. Η ρευστότητα των αντιλήψεων και των

στάσεων απέναντι στο θάνατο. Όπως πολλά γεγονότα που έχουν να κάνουν με τη νοοτροπία και εξετάζονται με την προοπτική του χρόνου, έτσι και η στάση απέναντι στο θάνατο φαίνεται να παραμένει η ίδια μέσα σε μακρές χρονικές περιόδους. «Μοιάζει να είναι α-χρονική» (Αριές, 1988: 11) ωστόσο ιστορικά παρατηρούνται αλλαγές που είναι αργές και περνούν απαρατήρητες, αν και σήμερα διαγράφονται γρήγορες και πιο συνειδητές. Εξετάζοντας την εξέλιξη των εν λόγω αντιλήψεων από το Μεσαίωνα μέχρι σήμερα, μπορεί να παρατηρήσει κανείς μια μεταστροφή από τον «εξημερωμένο θάνατο» στο «θάνατο ταμπού» ή «απωθημένο θάνατο». Ο όρος «εξημερωμένος» ή «φυσικός» θάνατος αναφέρεται στην εξοικείωση με την έννοια του θανάτου ως μια φυσική διαδικασία στερούμενη κάθε δραματικής συνιστώσας στις εκφάνσεις της. Ο νεκρός παρουσία των δικών του, βρίσκεται στο χώρο του, ενώ και η προσέλευση των παιδιών δεν είναι απαγορευτική. Συγκριτικά με έναν τέτοιο «εξημερωμένο θάνατο», όπου ο θάνατος είναι μια αιώνια ανάπαυση, σήμερα φαίνεται αλλαγμένος. Δεν είναι οικείος. Σιγά - σιγά δραματοποιείται και οι άνθρωποι σταδιακά αρνούνται να τον δεχτούν ως κάτι το φυσιολογικό. Προσλαμβάνεται έτσι αρνητικά αποτελώντας θέμα ταμπού (Αγιές: 1974). Η πλαστικότητα των αντιλήψεων για το θάνατο, η οποία εντοπίζεται αρχικά στην μεταστροφή από την αποδοχή στην απαγόρευσή του, κορυφώνεται στις αναφορές για ιατρικοποίηση και νοσοκομειοποίηση του θανάτου.

Οι αναφορές για νοσοκομειοποίηση του θανάτου - ήδη από τον προηγούμενο αιώνα - υπονοούν μεταστροφή όχι μόνο της αντίληψης αλλά και του ρόλου και των ευθυνών της Πολιτικής Υγείας. Οι όροι νοσοκομειοποίηση ή ιατρικοποίηση δεν είναι οι μόνοι προσδιοριστικοί της σύγχρονης αντίληψης για το θάνατο. Ο Αριές, για παράδειγμα, κάνει λόγο για εμπορευματοποίησή του, κομμάτιασμά του σε φάσεις και μετατροπή του σε τεχνική διαδικασία. Ο θάνατος δεν είναι πλέον προσωπικός ή οικογενειακός αλλά και υπόθεση του Κράτους (Ρήγου 1990). Ταυτόχρονα υπάρχουν και αναφορές (Βοβέλ 2000) που εκτιμούν κάποιου είδους νίκη της Ιατρικής απέναντι στις μολυσματικές νόσους, ενώ καταλήγουν να μιλούν για «σύγχρονη θνησιμότητα», γήρανση πληθυσμού και έναν «άλλο θάνατο».

Οι παραπάνω ιστορικές μελέτες αν και δεν αναφέρονται ρητά σε βιοηθικές αναζητήσεις, ωστόσο καταλήγουν σε συμπεράσματα με σαφείς βιοηθικές προεκτάσεις. Σε κάθε περίπτωση πάντως, οι αντιλήψεις των ανθρώπων για το θάνατο, είναι ιδιαίτερης σημασίας για τη Βιοηθική, την κοινωνιολογία και την Κοινωνική Ιατρική ειδικότερα καθώς εμφανίζουν δυνατότητες να επηρεάσουν

έμμεσα αλλά και άμεσα τις συνθήκες διαμόρφωσης πολιτικών υγείας και τελικά ισοτήτων ή ανισοτήτων ως προς την υγεία.

Αν και μελέτες σχετικές με την εξέλιξη των αντιλήψεων προς το θάνατο δεν λείπουν (Douglas 2007), ωστόσο, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, είναι περιορισμένες σε αριθμό ενώ συνήθως αναφέρονται και αφορούν στην οργάνωση κοινωνιών που μπορούν ευρέως και μάλλον απλουστευτικά να χαρακτηριστούν ως «δυτικές» ή δυτικού τύπου. Στην Ελλάδα, οι σχετικές έρευνες μάλλον λείπουν ενώ οι αναφορές που υπάρχουν αφορούν περισσότερο σε παραμέτρους ανθρωπολογικές (ήθη, έθιμα) σχετικές με το θάνατο, ή ακολουθούν τη φιλοσοφική οδό. (Βλ. π.χ. Ρήγου 1990, Σιέττος, 1997, Τζαβάρας, 1982). Κατά συνέπεια, γίνεται εμφανής η ανάγκη για παρόμοιες έρευνες που θα προσεγγίσουν τις συνισταμένες των αντιλήψεων για το θάνατο όπως αυτές διαμορφώνονται στην Ελλάδα.

Στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας διερευνώνται επικρατούσες για το θάνατο αντιλήψεις στην Ελλάδα προκειμένου να διαμορφωθούν ευρέα ερευνητικά ερωτήματα και να ελεγχθεί η δυνατότητα ανάπτυξης μεθοδολογικών εργαλείων που θα επιτρέπουν μια σχετική «αντικειμενική» και κατά συνέπεια εφαρμοσμένη σε μεγάλα πληθυσμιακά δείγματα, μέτρησή τους. Μακροπρόθεσμα, η παρούσα έρευνα μπορεί να συμβάλει στη διαμόρφωση προτάσεων για τη δόμηση πολιτικών υγείας με απώτερο σκοπό τη μείωση ή και την άρση κοινωνικών ανισοτήτων σε ζητήματα υγείας.

Ο στόχος επομένως, της παρούσας εργασίας είναι διττός. Αφενός, επιδιώκει μια αρχική, περιγραφική προσέγγιση των αντιλήψεων για το θάνατο, όπως καταγράφονται σε συγκεκριμένο δείγμα του πληθυσμού σε συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή. Αφετέρου στηρίζεται στην ανάπτυξη και στον πιλοτικό έλεγχο ενός μεθοδολογικού εργαλείου που θα επέτρεπε μελλοντικά την καταγραφή των σχετικών αντιλήψεων σε μεγαλύτερα δείγματα του πληθυσμού με περαιτέρω συνέπειες ως προς την κατεύθυνση ερευνητικής δραστηριότητας και ενημέρωσης πολιτικών υγείας.

Μεθοδολογικά, η παρούσα εργασία, έχοντας τη μορφή μάλλον πιλοτικής έρευνας, στηρίζεται στον έλεγχο συγκεκριμένου εργαλείου μέτρησης όπως αυτό αναπτύχθηκε από την Eunja Yeun (2004) στην Κορέα. Το συγκεκριμένο εργαλείο είναι δομημένο ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις κλειστού τύπου. Οι ερωτήσεις έχουν τη μορφή εκφράσεων δηλωτικών συγκεκριμένων στάσεων και αντιλήψεων σχετικών με το θάνατο. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα, καλούνται να ποσοτικοποιήσουν την

εγγύτητά τους ως προς τις συγκεκριμένες εκφράσεις μέσα από μια δεδομένη αριθμητική κλίμακα (πενταβάθμια κλίμακα Likert).

Το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτελούν κάτοικοι συγκεκριμένης περιοχής της χώρας. Αν και περιορισμένο σε έκταση, το μέγεθος του δείγματος ( $n=30$ ) θεωρείται ικανοποιητικό στο πλαίσιο της εφαρμογής της συγκεκριμένης ερευνητικής μεθόδου. Δεν μπορεί βέβαια να θεωρηθεί αντιπροσωπευτικό του ευρύτερου πληθυσμού.

Η διερεύνηση των απόψεων του συγκεκριμένου δείγματος για το θάνατο δεν επιτρέπει γενικεύσεις στον ευρύτερο πληθυσμό. Ωστόσο, με την έρευνα αυτή μπορούν να τεθούν οι βάσεις για την ανάπτυξη συγκεκριμένων και αξιόπιστων εργαλείων που θα συμβάλουν στη μελέτη των στάσεων και αντιλήψεων για το θάνατο οι οποίες μακροπρόθεσμα θα έχουν τη δυνατότητα να ενημερώσουν πολιτικές υγείας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : ΒΙΟΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΥΝΙΣΤΑΜΕΝΕΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

### *Η βιοηθική ως νέος διεπιστημονικός κλάδος*

Η βιοηθική ως όρος αν και αριθμεί γύρω στα τριάντα πέντε χρόνια ζωής, εξακολουθεί να προβληματίζει και να διχάζει αναφορικά με το πεδίο στο οποίο αναφέρεται. Αρχικά συνδέεται με ζητήματα που αφορούν στην ιατρική ηθική - η οποία χρονολογείται πολύ νωρίτερα, από την εμφάνιση του πρώτου κώδικα ιατρικής δεοντολογίας, του όρκου του Ιπποκράτη. Στη συνέχεια, η βιοηθική μετεξελίσσεται σε έναν νέο διεπιστημονικό κλάδο που καλύπτει μόνο εν μέρει ζητήματα της ιατρικής ηθικής και που ασχολείται κυρίως με διλήμματα τα οποία προκύπτουν από την ιλιγγιώδη πρόοδο της βιο - τεχνολογίας και της γενετικής μηχανικής.

Έτσι, ενώ αρχικά ξεκίνησε ως κλάδος της εφαρμοσμένης φιλοσοφίας, η βιοηθική σύντομα αποτέλεσε ανεξάρτητο επιστημονικό πεδίο, μάλιστα αυτόνομο από την πρακτική ηθική ή τη φιλοσοφία, που αρθρώνει μια μορφή διεπιστημονικού λόγου ή διαλόγου τέτοια που είναι απαραίτητη για την ασφαλή εφαρμογή των βιο - τεχνολογικών και βιο - επιστημονικών επιτευγμάτων, αφού μέλημά της είναι η ανάδειξη των επιπτώσεων των εφαρμογών αυτών στον άνθρωπο. Με αρωγό, λοιπόν, την ηθική συνιστώσα (Δραγώνα - Μονάχου 1995: 380, 2007: 39) η βιοηθική διερευνά ηθικό-πρακτικά ερωτήματα «που σχετίζονται με τις νέες βιο-επιστημονικές ανακαλύψεις καθώς και των κρίσιμων συνεπειών που οι τελευταίες επιφέρουν στις ανθρώπινες διαπροσωπικές και κοινωνικές σχέσεις, στις σχέσεις των ανθρώπων με το φυσικό περιβάλλον» (Τσινόρεμα 2007: 1). Στην ανάδειξη των προαναφερθέντων επιπτώσεων, μείζονος σημασίας κρίνεται ακριβώς η διεπιστημονικότητα της βιοηθικής στο βαθμό που αντιπαραθέτει τα νέα βιο - τεχνολογικά επιτεύγματα με πεδία που μέχρι τώρα απασχολούσαν λιγότερο «εφαρμοσμένες» επιστήμες: την κοινωνιολογία, την ψυχολογία, την πολιτική επιστήμη, την ηθική φιλοσοφία, το δίκαιο, τη θεολογία.

Η διεπιστημονικότητα, λοιπόν, της βιοηθικής δεν υπαγορεύει την κατασκευή μιας νέας επιστήμης, ούτε δημιουργεί απαραίτητα προσδοκίες για την παραγωγή από τα πανεπιστημιακά ιδρύματα ειδικών της βιοηθικής. Αντίθετα, η βιοηθική εστιάζει στη μελέτη συγκεκριμένων περιπτώσεων όπου κάθε φορά, η φιλοσοφική κατάρτιση και η

ηθική ευαισθησία των επιστημόνων στο πλαίσιο του επιστημονικού τους πεδίου, ο προβληματισμός και η επαρκής πληροφόρηση στα επιμέρους σκέλη των διλημάτων είναι η ελάχιστη βάση της αναστοχαστικής δραστηριότητάς της. Άλλωστε για τους παραπάνω λόγους συναντάμε επιτροπές και συμβούλια βιοηθικής συνήθως σε εθνικό – κρατικό επίπεδο ενώ ταυτόχρονα απουσιάζει η παραγωγή μονογραφιών και η συστηματοποίηση μιας κάποιας ενιαίας θεωρίας της βιοηθικής (Δραγώνα – Μονάχου, 2002: 6 – 9). Το τελευταίο αυτό σημείο αποτελεί και την αχίλλειο πτέρνα της βιοηθικής αφού εκτός από την απουσία σαφούς εννοιολογικής θεμελίωσης, της προσάπτεται η απουσία μεθοδολογίας, η ιδεοληψία καθώς και η μάταιη προσπάθειά της να δώσει λύσεις εκεί που οι καταστάσεις δεν επιδέχονται τέτοιες (Δραγώνα – Μονάχου, 2002: 1-4).

Η προάσπιση της αναγκαιότητας της βιοηθικής, επανέρχεται στο προσκήνιο της επιστημονικής παραγωγής κάθε φορά που η βιοηθική ως διεπιστημονικός λόγος επιστρατεύει έννοιες – γέφυρες ανάμεσα στην θεωρία και την πράξη, όπως αυτές της δικαιοσύνης, των δικαιωμάτων και των αξιών, για να καταστήσει έγκυρη την κριτική αντιμετώπιση των εφαρμογών των τεχνο – επιστημονικών επιτευγμάτων. Κι αυτό για το λόγο ότι τα διλήμματα που απασχολούν τη βιοηθική περιλαμβάνουν όψεις που εμπλέκουν μια δύναμη καταστρατήγηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων ή ακόμα και όρους αλλοίωσης της ίδιας της φύσης του ανθρώπου (Δραγώνα 2002: 17 – 22).

Υπό άλλη διατύπωση, η βιοηθική, ως αναστοχαστική δραστηριότητα για τις εφαρμογές της βιο – τεχνολογίας, θα μπορούσε να παραλληλιστεί με την δεοντολογία των επιστημών και των επαγγελμάτων, την επιστημολογία των κοινωνικών επιστημών, την φιλοσοφία των επιστημών για τις επιστήμες. Με αυτήν τη διάσταση θα έπανε να είναι επιτακτική η εκ νέου επιχειρηματολογία για την αναγκαιότητα της βιοηθικής.

Με βάση τον παραπάνω ορισμό της Βιοηθικής διαμορφώνεται η προσδοκία για την παραγωγή επιστημονικού έργου το οποίο δεν θα επιχειρεί την απομάκρυνση των ερευνητών από τα παραδοσιακά - παραδειγματικά ενδιαφέροντά τους προς μια θεωρητική βιοηθική απομόνωση. Αντίθετα, μάλιστα, φαίνεται να προκύπτει η ανάγκη για την θεσμοθέτηση διαδικασιών (προγραμμάτων σπουδών, επιστημονικής παραγωγής, πολιτικής παρέμβασης) που θα συσπειρώνουν την επιστημονική κοινότητα γύρω από δέσμες προβληματισμών σχετικές με τις δυνατότητες της βιο – τεχνολογίας και που θα εντατικοποιούν τη διαδραστική επικοινωνία των επιμέρους επιστημών με στόχο τη διασφάλιση της επιστημονικής δεοντολογίας.

Διαδικασίες σαν τις παραπάνω (προγράμματα σπουδών, επιστημονική παραγωγή, πολιτική παρέμβαση) πυροδοτούνται δυναμικά από την επιστημονική δραστηριότητα που αφορά στη σύγχρονη εμπειρική έρευνα και στην κλασική θεωρητική συγγραφή. Σε αυτό το πλαίσιο και αντλώντας από το χώρο της Κοινωνικής Ιατρικής, της Ιστορίας, της Φιλοσοφίας και της Κοινωνιολογίας, η παρούσα εργασία φιλοδοξεί να συμβάλλει σε αυτή την κατεύθυνση με τη διαμόρφωση εργαλείου μέτρησης των αντιλήψεων για το θάνατο.

### ***Βιοηθική: Κοινωνικές ανισότητες – Υγεία – Ολοκληρωμένη Φροντίδα***

Στην πρόσφατη βιβλιογραφία της κοινωνικής ιατρικής το θέμα των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία συναντάται συχνά και αποτελεί ένα σύνολο σημάνσεων για μια πιο οργανωμένη, δίκαιη και αποδοτική εξυγίανση και αναδιοργάνωση των εθνικών συστημάτων υγείας. Οι σχετικές αναφορές περί κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία χρησιμεύουν, μάλιστα τα μέγιστα στο σχεδιασμό των μεταρρυθμίσεων αυτών (Θεοδώρου, κ.α., 1995). Στο μέρος αυτό της παρούσας εργασίας θα δούμε, πως πραγματεύονται το ζήτημα των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία δύο αξιολογικά επιστημονικά έργα του 2000 (Τούντας: 2000<sup>α</sup>, 2000<sup>β</sup>).

Κοινή θέση των έργων που ασχολούνται με τις κοινωνικές ανισότητες στην υγεία είναι η αποδοχή της στενής συσχέτισης υγείας και κοινωνικών παραγόντων. Το κοινωνικό περιβάλλον, οι οικονομικές δυνατότητες, η μορφή κοινωνικής οργάνωσης, η εργασία, η οικογένεια, η εκπαίδευση, ο ρόλος των υπηρεσιών υγείας και η γεωγραφική θέση είναι οι πιο συχνά εμπλεκόμενοι παράγοντες για το θέμα των ανισοτήτων στην υγεία.

Μια ενδιαφέρουσα θέση που προτείνεται είναι ότι εξ' ορισμού οι κοινωνικές σχέσεις χαρακτηρίζονται από την ύπαρξη ανισοτήτων και ότι στην περίπτωση των ανισοτήτων στην υγεία οι ρόλοι των παραγόντων που σχετίζονται με την κοινωνική προέλευση του χρήστη των υπηρεσιών υγείας είναι σημαντικότεροι από τους ρόλους των ίδιων των υπηρεσιών υγείας και της ιατρικής ως επιστήμης (Τούντας: 2000<sup>α</sup>, 125). Μια τέτοια θέση αν και εύλογη εξασθενεί τη δύναμη της αλληλεπίδρασης θεσμών και κοινωνίας και τη δυνατότητα των πρώτων να επιδρούν στη δεύτερη με τη διαμόρφωση αξιών.



Παράλληλα, υπονοείται μια ερμηνευτική κατάφαση που συνδέει την ασθένεια με την απουσία ευζωίας στα χαμηλά εισοδηματικά κοινωνικά στρώματα, και κατ' επέκταση με το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, την χειρωνακτική εργασία, την λαϊκή καταγωγή. Μια άλλη τέτοια κατάφαση - να συσχετίζει την ασθένεια με τα χαμηλά κοινωνικά στρώματα - συνδέει την υγεία με την κοινωνική κινητικότητα υπονοώντας ότι οι υγιείς έχουν περισσότερες και καλύτερες πιθανότητες να ανέλθουν κοινωνικά μέσα από την επιλογή επαγγέλματος, την οικονομική επιφάνεια κτλ. Έτσι καταλήγουμε να έχουμε στην διάθεσή μας δείκτες κοινωνικοοικονομικής κατάστασης σε σχέση με την υγεία. Οι δείκτες αυτοί αν και δεν παύουν να κλονίζονται από προβλήματα αξιοπιστίας και εγκυρότητας αποτελούν ωστόσο σημαντικά ερμηνευτικά εργαλεία (Τούντας, 2000<sup>α</sup>: 126-127). Οι παραπάνω δείκτες εκφυλλίζονται σε καθαρά περιγραφικούς άξονες μικρής χρησιμότητας όταν αναζητούμε τις βαθύτερες αιτίες των προβλημάτων που σχετίζονται με την κοινωνική ανισότητα στην υγεία.

Μια άλλη δέσμη στοιχείων για το θέμα της ανισότητας στην υγεία έχει να κάνει με τη προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας, την ανισότητα ως προς τις δαπάνες και τις παροχές, τη γεωγραφία και την οικονομία στην κατανομή των υπηρεσιών υγείας. Τα στοιχεία αυτά μπορούν εν τάχη να συνοψισθούν στα εξής: Από την μια μεριά, οι ανώτερες εισοδηματικές τάξεις συνήθως έχουν και τη γνώση να αξιοποιούν με καλύτερο τρόπο τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας ενώ οι φτωχότερες σε εισόδημα και μόρφωση κοινωνικές ομάδες τις χρησιμοποιούν λιγότερο σε σχέση με τις ανάγκες τους ενώ πολλές φορές αδυνατούν να εκτιμήσουν σωστά την κατάσταση της υγείας τους. Από την άλλη μεριά, η μορφή του συστήματος υγείας (δημόσιος ή ιδιωτικός τομέας, νοσοκομείο ή κέντρο υγείας κτλ.), ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας του ασφαλιστικού συστήματος και ο τρόπος μετακίνησης επηρεάζουν το επίπεδο χρήσης των υπηρεσιών υγείας. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι και γεωγραφικές συνιστώσες οδηγούν σε διαπιστώσεις για περιφερειακές ανισότητες στην υγεία (Τούντας, 2000<sup>β</sup>: 67 - 68).

Η ερμηνευτική προσπάθεια που ακολουθεί τα παραπάνω στοιχεία για την ελληνική περίπτωση συνοψίζεται σε τρεις παραμέτρους. Πρώτον, στις ατομικές επιλογές και στον τρόπο ζωής που υιοθετούν τα άτομα κάτω από συγκεκριμένες βιολογικές, οικολογικές και κοινωνικοοικονομικές συνθήκες σε κάθε περιφέρεια. Δεύτερον στις κοινωνικοοικονομικές διαφοροποιήσεις των περιφερειών και τρίτον, στην ανορθολογική κατανομή των πόρων υγείας (Τούντας, 2000<sup>β</sup>: 69). Η ερμηνεία αυτή όμως των ανισοτήτων, αν και με τον όρο «τρόπος ζωής» αγγίζει βαθύτερες

αιτίες, αδυνατεί να τις αναγνωρίσει και να τις κατονομάσει – αναφερόμαστε στους κοινωνικούς παράγοντες που αφορούν κοινωνικές αξίες και που αντανακλώνται στα καθέκαστα ηθικά συστήματα και δεν κάνουμε λόγο μόνο για τις κοινωνικές παραμέτρους της υγείας όπως παρουσιάζονται στο Wilkinson and Marmot, 1998.

Συνοψίζοντας τις παραπάνω θέσεις για τη σχέση μεταξύ ανισοτήτων και υγείας μπορούμε να πούμε ότι αυτές διακρίνονται ως προς τις επιπτώσεις στην υγεία των ανθρώπων αφενός και ως προς την χρήση των υπηρεσιών υγείας από τα μέλη μιας κοινωνίας αφετέρου. Η παραπάνω διάκριση συναρμόζεται στο συμπέρασμα γερμανού γιατρού του 18<sup>ου</sup> αιώνα ο οποίος υποστήριξε πως «κάθε κοινωνική ομάδα έχει το δικό της τύπο υγείας και αρρώστιας έτσι όπως αυτός καθορίζεται από τον τρόπο και τις συνθήκες ζωής ενώ η φτώχεια είναι η μητέρα των ασθενειών» [ρήση του Johann – Peter Frank (1745 – 1821) στο Τούντας, 2000<sup>α</sup>: 128]. Η αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας, τα πολλά ταμεία κοινωνικής ασφάλισης σε συνδυασμό με τις περιφερειακές ανισότητες αναφορικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας, ο χωροταξικός καταμερισμός τους, καθώς και τα προβλήματα εσωτερικής οργάνωσης που αυτές αντιμετωπίζουν, διογκώνουν τις ανισότητες.

Ανεξάρτητα από τις υπηρεσίες και το σύστημα υγείας, ο τρόπος που ορίζεται τόσο η ασθένεια όσο και η υγεία ως μορφή κοινωνικών παραμέτρων ποικίλλει ανάλογα πάντα με τις ιδέες, τις πεποιθήσεις, την παιδεία, τις θρησκευτικές αντιλήψεις για το θάνατο, την αμαρτία και τις πολιτιστικές διαφορές που επικρατούν σε κάθε κοινωνία. Επιπρόσθετα, αυτοί οι παράγοντες σχετίζονται και με την κοινωνική αναπαράσταση που έχει η κοινωνία για την υγεία: γενετικοί, περιβαλλοντικοί και παράγοντες συνθηκών ζωής καθορίζουν τη διπολική σχέση ασθένειας – υγείας. Με άλλα λόγια, ένας μικροτραυματισμός στα άκρα ενός αγρότη είναι για τον ίδιο μια συνήθης κατάσταση, για έναν γιατρό ένας τραυματισμός που χρήζει ελάχιστης φροντίδας ενώ για έναν ελεύθερο επαγγελματία ή οδηγό μπορεί να είναι λόγος αδυναμίας εκτέλεσης της εργασίας του. Η μέτρηση των νόσων ή της υγείας εμπίπτει σε υποκειμενικά και ιδεολογικά κατασκευασμένες κατηγορίες που ουσιαστικά καθιστούν τους κλασικούς δείκτες υγείας (μορφωτικό επίπεδο, καταγωγή, εισόδημα, γεωγραφικές συνιστώσες, κτλ.) ανεπαρκείς για τον υπολογισμό των «ανισοτήτων».

Δεν υποστηρίζουμε την απουσία των ανισοτήτων – κάθε άλλο – αλλά φαίνεται ότι οι διαφοροποιήσεις στην πρόσληψη ή τον προσδιορισμό των νόσων/ ασθενειών και της υγείας, επιτρέπουν μια πιο ευέλικτη και προσωποποιημένη ιατρική

φροντίδα. Στο δεύτερο μέρος αυτής της εργασίας θα δούμε πως οι κατ' άτομο κοσμοαντιλήψεις μέσα από το θεσμό της Γενικής Οικογενειακής Ιατρικής και το γνωστό Ιατρό – Φιλόσοφο θα μπορούσαν να εξομαλύνουν τα όσα μέχρι τώρα έχουν περιγραφεί ως «ανισότητες στην υγεία».

Συνεπώς, ακόμα και για όσους ασχολούνται με τον ζήτημα των ανισοτήτων στην υγεία, κάθε κοινωνική ομάδα έχει τον δικό της τύπο υγείας. Για να ακολουθήσουμε εκ νέου το νήμα της συλλογιστικής του ανά χείρας πονήματος πρέπει να διακρίνουμε μεταξύ του καθημερινού και του επιστημονικού ορισμού των εννοιών της νόσου/ ασθένειας και της υγείας. Οι καθημερινοί ορισμοί των εννοιών αυτών είναι καθαρά κοινωνικά προσδιορισμένοι από τους απλούς ανθρώπους, μη επιστήμονες, που ονομάζουν μια κατάσταση αρρώστια, ευφορία, υγεία, κατάρρα, θεία τιμωρία κτλ. Οι καθημερινοί ορισμοί των εννοιών αυτών συνδέονται στενά με την κοινωνική παράδοση και τα αξιακά και ηθικά συστήματα των κοινωνιών στις οποίες εντάσσονται τα άτομα. Εξάλλου, ο αυτοπροσδιορισμός ή ο ετεροπροσδιορισμός ανθρώπινων καταστάσεων ενέχει τον ψυχολογικό παράγοντα όπως αυτός υπόκειται σε ατομικές καθώς και κοινωνικές μεταβλητές/ επιρροές. (Βλ. περί κοινωνικής κατασκευής και βιοηθικών ζητημάτων Gerard Delanty: 2002, 279 - 289)

Από την άλλη πλευρά, ένας πιο αντικειμενικός τρόπος ορισμού των εννοιών της ασθένειας και της υγείας υποβάλλεται σε αμφισβητήσεις και κριτική από μια φιλοσοφική θεώρηση που θέλει τις εν λόγω έννοιες μεταβλητές στην ιστορία των επιστημών και της ανθρωπότητας. Αυτό που για μια κοινωνία είναι ασθένεια για μια άλλη δεν είναι. Τα όρια μεταξύ φυσιολογικού και παθολογικού δεν είναι ξεκαθαρισμένα. Η επιστημονική θεώρησή τους επηρεάζεται κάθε φορά από το αξιακό σύστημα των επιστημόνων που εμπλέκονται στην «παραγωγή» των επιστημονικών παραδειγμάτων (Βλ. για περισσότερες πληροφορίες M. Grene και C. Boorse, άρθρα μεταφρασμένα από τον κ. Γ. Μαραγκό στο πλαίσιο του μαθήματος «Φιλοσοφία της Επιστήμης» του Π.Μ.Σ. Βιοηθικής. Π. Κ., 2004.)

Η διάσταση μεταξύ καθημερινής και επιστημονικής γνώσης αντανακλάται πολλαχώς τόσο στην καθημερινότητα των ανθρώπων όσο και στην συσσώρευση επιστημονικών δεδομένων. Η καθημερινότητα των ανθρώπων διέπεται φανερά ή συγκαλυμμένα από τις επιμέρους φιλοσοφίες και στάσεις ζωής. Οι τελευταίες επηρεάζονται και διαμορφώνονται σε μεγάλο βαθμό από τους κοινωνικούς

παράγοντες που στο πρώτο μέρος της εργασίας συναντήσαμε ως συνιστώσες της ανισότητας.

Σε αυτές τις συνθήκες χειρισμού των εννοιών υγείας/ ασθένειας και ανισοτήτων στην υγεία με την διαμεσολάβηση των υποκειμενικών τους ορισμών από τους φορείς, μια νέα ιατρική πρακτική, ο Γενικός Οικογενειακός Ιατρός, μπορεί να αποτελέσει ένα είδος εναλλακτικής ιατρικής φροντίδας που θα εξομαλύνει τις κοινωνικές ανισότητες στην υγεία. Αποτελεί τη βάση του συστήματος υγείας και μπορεί στη βάση ενός κλίματος φιλίας και εμπιστοσύνης να συνδράμει στην ανθρώπινη εξυπηρέτηση των πολιτών. (Σε πολλά επίπεδα θυμίζει τον όρο του Ιατροφιλόσοφου στην Ιστορία της Ιατρικής. Είναι ο γιατρός που θα αναλάβει όχι μόνο προληπτικά – συμβουλευτικά ή θεραπευτικά τον ασθενή του, αλλά και «ηθικά». Η πνευματικότητα των συμβαλλόμενων στην ιατρική πράξη είναι πολύ σημαντική)

Παρόλη την εσωτερική λεκτική αντίφαση στην ειδικότητα της γενικής ιατρικής δεν παύει να είναι μια ενδιαφέρουσα εναλλακτική πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης. «Ο γενικός οικογενειακός ιατρός είναι πτυχιούχος της ιατρικής που παρέχει ατομική πρωτοβάθμια και συνεχή φροντίδα στα άτομα, στις οικογένειές τους και στον πληθυσμό για τον οποίο ευθύνεται ανεξάρτητα από φύλο, ηλικία ή ασθένεια» (Φιλαλήθης, 1996: 246).

Η ιδέα του Οικογενειακού Ιατρού και η υλοποίησή της στηρίζεται στην έννοια της *Ολοκληρωμένης Φροντίδας* (Φιλαλήθης, 1996: 243 – 245) όπου η λειτουργική ολοκλήρωση σαν υπο-έννοια συνδέει το ατομικό με το κοινωνικό στην περίπτωση του ασθενούς. Η σύνδεση του Οικογενειακού Ιατρού με το υπόλοιπο Σύστημα Υγείας μιας χώρας φαίνεται και να προσδιορίζει την αποδοτικότητά του. Η προσπελασιμότητα και η διαθεσιμότητά του ως φορέα της πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας τον καθιστούν ένα μέσο εξομάλυνσης των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία. Ομοίως το ζήτημα της νοσηλείας στο σπίτι φαίνεται μεταξύ άλλων να έχει προτερήματα ως προς την ψυχολογική στήριξη του ασθενούς και της οικογένειάς του (Θεοδώρου κ.ά., 1995: 102 – 104, 125 – 129). Ο οικογενειακός γιατρός δεν θα είναι μόνο αυτός που θα δίνει άμεσες λύσεις στα προβλήματα υγείας αλλά θα είναι πάνω από όλα σύμβουλος που θα ασχολείται με τον ασθενή και όχι με την αρρώστια του, αποκτώντας ξανά ο τελευταίος εμπιστοσύνη στο σύστημα υγείας.

Ενθυμούμενοι τώρα τις φιλοσοφικές αναφορές περί ιατρού – φιλοσόφου, θα βλέπαμε την ενίσχυση της πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας από τη γενική ιατρική

διττά θετική, ιδιαίτερα αν αυτό συσχετιστεί με την αντιμετώπιση σχετικών ηθικών διλημμάτων (Δραγώνα- Μονάχου, 1990: 380-381). Ο οικογενειακός γιατρός μπορεί κάλλιστα να αναπτύξει προσωπικές σχέσεις με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους ασκώντας ιατρική, είτε συμβουλευτικά είτε θεραπευτικά, και ελαχιστοποιώντας τις ανισότητες στην υγεία προσφέροντας γνώση και διεξόδους επαφής των ασθενών με τις άλλες βαθμίδες της περίθαλψης. Διαφορετικά ο γιατρός αυτός με την πάροδο του χρόνου και έχοντας αναπτύξει στενές σχέσεις με τους ασθενείς θα μπορούσε να επέμβει ακόμη και στην προσωπική τους «κοσμοθεωρία» περί ασθένειας και υγείας και έτσι να τους παρέχει μέσω των προσωπικών δεσμών που θα έχουν αναπτυχθεί μια αρτιότερη ενημέρωση σε θέματα ζωής και θανάτου.

Για παράδειγμα, ένας οικογενειακός γιατρός σε μια επαρχία θα μπορούσε να λειτουργήσει και ως αρωγός του οικογενειακού προγραμματισμού (αριθμός παιδιών, τρόποι αντισύλληψης κτλ.), σε θέματα δηλαδή που δεν εμπίπτουν στις κατηγορίες της ασθένειας ή της υγείας αλλά καταλήγουν να επιβαρύνουν συναισθηματικά/ ψυχικά τα άτομα και κατ' επέκταση ίσως και σωματικά.

Ομοίως, στην περίπτωση των ηλικιωμένων, που σε πολλές περιπτώσεις οι ενοχλήσεις και οι δυσλειτουργίες του σώματος είναι πολλές ενώ οι δυνατότητες θεραπείας περιορισμένες ή/ και επιβαρυντικές του όλου οργανισμού τους θα μπορούσε να προετοιμάζει τον/ την ηλικιωμένο/ η (και τις οικογένειές τους) για την αποδοχή του επερχόμενου θανάτου και να φροντίζει για το ευ-ζην των τελευταίων χρόνων της ζωής χωρίς να πασχίζει για παράταση μιας ζωής πόνου ή υποστηριζόμενης με τεχνικά μέσα.

Τα παραπάνω παραδείγματα, επιχειρούν να καταδείξουν κάποιες από τις συσχετίσεις υποκειμενικών κοσμοθεωριών, υγείας, ασθένειας, ζωής, θανάτου και ανισότητας στην υγεία. Ακόμα περισσότερο, θα υποστήριζε κανείς ότι ο Οικογενειακός Γιατρός θα μπορούσε να αντιμετωπίσει καλύτερα - διαγνωστικά και θεραπευτικά - τον ασθενή του, αν διεύρυνε τη διαδικασία λήψης ιστορικού με τέτοιο τρόπο ώστε να μπορεί να συνεκτιμήσει τόσο τα κλινικά σημεία όσο και ένα πλήθος ψυχο – γνωσιακών παραγόντων (αντιλήψεις, πεποιθήσεις, στάσεις κτλ. δικές ή της οικογένειας)

Η γνώση του Ιατρού για τις θέσεις του ασθενή του απέναντι στο θάνατο ακόμα περισσότερο, ίσως βοηθούσε στη λήψη αποφάσεων για τον χειρισμό της κατάστασης. Για παράδειγμα, η ενήμερη συγκατάθεση κάποιου ασθενή για το χειρισμό της κατάστασης του θα προϋπέθετε την περιθώριο εκτίμησης - από πλευράς

του ιατρού - της πνευματικής ικανότητας του πρώτου να αντιμετωπίσει με ψυχραιμία το «νέο» για την ασθένειά του. Πόσο μάλλον σε καταληκτικά περιστατικά, ο οικογενειακός γιατρός θα ήταν σε θέση να γνωμοδοτήσει για την τύχη του ασθενούς του (ανώφελη θεραπεία, παράταση της ζωής με τεχνικά μέσα ή ακόμα και ευθανασία) εκφράζοντας βέβαια την κοσμοθεωρία του, την οποία από χρόνια γνωρίζει.

Φαίνεται ότι ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού – με την προϋπόθεση ότι η εκπαίδευσή των λειτουργών αυτής της ειδικότητας θα τους κάνει να ομοιάζουν ή να ακολουθούν το πρότυπο του ιατροφιλόσοφου – θα μπορούσε να μειώνει την ένταση των συνεπειών των ανισοτήτων της υγείας. Η προσωπική σχέση, τέλος, ιατρού ασθενούς μπορεί να αποδειχθεί καταλυτική και αποδοτικότερη από πολλά τεχνικά ή φαρμακευτικά μέσα αφού ο άνθρωπος δεν είναι μόνο σώμα αλλά και ψυχή. Και αυτά τα δύο φαίνεται να αλληλεπιδρούν στενά.

Η καθημερινή πρόσληψη εννοιών όπως της υγείας, της ασθένειας ή του θανάτου θα ήταν ένα χρήσιμο εργαλείο για τους επαγγελματίες της υγείας ειδικά και γενικότερα για τις αναζητήσεις της Κοινωνικής Ιατρικής. Η εστίαση, για παράδειγμα, σε μια από τις παραπάνω έννοιες, στο θάνατο, προϋποθέτει τη μελέτη των αντιλήψεων για το θάνατο. Η ρευστότητα των αντιλήψεων αυτών αποτελεί βασική παραδοχή ιστορικών μελετών. Διαφορετικά, η πρόσληψη της έννοιας του θανάτου από τους ανθρώπους τείνει να εξελίσσεται ιστορικά, ενώ ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η καταγραφή της δυναμικής αυτής της εξέλιξης μέχρι τις μέρες μας. Μια στατική περιγραφή των αντιλήψεων για το θάνατο που επικρατούν σήμερα θα ήταν παρακινδυνευμένη αν δεν εντασσόταν στην ευρύτερη δυναμική της εξέλιξής τους.

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ. ΙΣΤΟΡΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ: ΑΡΙΕΣ, ΒΟΒΕΛ

Επιχειρώντας να διερευνήσει κανείς τις αντιλήψεις απέναντι στο τέλος της ζωής, θα αντίκριζε τίτλους λιγότερο ή περισσότερο κατάλληλους για την ενίσχυση του επιχειρήματος για τη δυναμική διάσταση των αντιλήψεων αυτών. Κατανοεί για παράδειγμα κανείς ότι ο τίτλος *Μιλώντας για το θάνατο* (Ντολτό, 2000), αν και πολλά υποσχόμενος, επικεντρώνεται στις δυσκολίες της αφήγησης του θανάτου, ενώ έργα όπως του Γ. Σιέττου (1997) επιχειρούν την καταγραφή ηθών και εθίμων σχετικά με το θάνατο χωρίς να προχωρούν στην ερμηνεία των στάσεων αυτών. Στην πρόσφατη ελληνική βιβλιογραφία προστέθηκε και η μελέτη του Douglas (2007) για το θάνατο η οποία «αναλύει τις διάφορες μεταβάσεις τόσο στην κοινωνική όσο και στη συμβολική τάξη, για να καταλήξει στις μορφές που παίρνει αυτό που ορίζει ως ένα είδος εκκοσμίκευσης και ιδιωτικοποίησης του θανάτου στις ευρωπαϊκές ιδίως κοινωνίες κατά τον 21<sup>ο</sup> αιώνα» (Douglas, 2007: 17).

Παρατηρείται, λοιπόν, μια ελλιπής παρουσία μελετών για το θάνατο αναφορικά με την προοπτική της βιοθικής καθώς οι περισσότερες συνιστούν μια ιστορική προσέγγιση που μπορεί βέβαια κάποιος να αναγνώσει υπό μια βιοηθική διάσταση. Έτσι οι αναφορές που ασχολούνται σαφώς με τις αντιλήψεις απέναντι στο θάνατο στο σύνολό τους είναι ιστορικές προσεγγίσεις (Boase, Αριές, Βοβέλ). Κοινός τους τόπος είναι η εξελικτική εξέταση των αντιλήψεων για το θάνατο στη Δύση (το δυτικό κόσμο) με χρονική αφετηρία το Μεσαίωνα. Αναγνωρίζουν τη ρευστότητά τους και - με εξαίρεση το έργο του Boase (1972) που εστιάζει στη περίοδο του Μεσαίωνα - φτάνουν σε εκτιμήσεις για τη σύγχρονη εποχή. Οι παραπάνω ιστορικές μελέτες αν και δεν αναφέρονται ρητά σε βιοηθικές αναζητήσεις, ωστόσο καταλήγουν σε συμπεράσματα με σαφείς βιοηθικές προεκτάσεις.

Για τον Αριές, για παράδειγμα, οι συνιστάμενες των αντιλήψεων αυτών διαμορφώνονται με τον ακόλουθο τρόπο. Κατά το Μεσαίωνα, φαίνεται να επικρατεί η οικεία αποδοχή της συλλογικής μοίρας του ανθρώπινου είδους (όλοι θα πεθάνουμε) ενώ υπογραμμίζεται η σημασία που αποδίδει ο καθένας στη δική του ύπαρξη και ο εντοπισμός του «θανάτου του εαυτού μου». Από το 18<sup>ο</sup> αιώνα όμως ο άνθρωπος των δυτικών κοινωνιών αρχίζει να δίνει στο θάνατο ένα καινούργιο νόημα. (Αριές, 1988: 34-60 και 1999: σποράδη). Τον εξυμνεί, τον δραματοποιεί και τον θέλει

εντυπωσιακό και κτητικό. Όμως την ίδια στιγμή ασχολείται λιγότερο με το δικό του θάνατο, ενώ ο ρομαντικός, ο ρητορικός θάνατος, για τον οποίο γίνεται λόγος, είναι αυτός του άλλου. Η λύπη για τον άλλο που πέθανε ή πεθαίνει και η ανάμνησή του, εμπνέουν για μια νέα λατρεία των νεκρών και των τάφων κατά τον 19<sup>ο</sup> και 20<sup>ο</sup> αιώνα. Συνέπεια αυτής της δυναμικής εξέλιξης των αντιλήψεων απέναντι στο θάνατο είναι να μιλάμε σήμερα για νοσοκομειακό θάνατο, ιατρικοποίηση και κομμάτιασμα του θανάτου σε φάσεις, εμπορευματοποίησή του ή σύγχρονη θνησιμότητα (Αριές, Βοβέλ). Ας εξετάσουμε όμως τα επιχειρήματα των Αριές και Βοβέλ διεξοδικότερα.

### **Φιλίπ Αριές**

Ο ιστορικός Φιλίπ Αριές για να φτιάξει το σκελετό μιας παρουσίασης των σύγχρονων «δυτικών» στάσεων και των αντιλήψεων απέναντι στο θάνατο, γυρίζει στο Μεσαίωνα – χωρίς να αγνοεί όπως φαίνεται την αρχαιότητα – και καταλήγει στην κατασκευή τεσσάρων πολύ χρήσιμων αναλυτικά όρων, οι οποίοι δηλώνουν ακριβώς αυτά που αναγνωρίζει ως αλλαγές στη στάση σχετικά με το τέλος της ζωής. Οι όροι αυτοί είναι ο «απαγορευμένος θάνατος», σε αντίθεση με τον «εξημερωμένο θάνατο», και «ο δικός μου θάνατος» σε αντιστοιχία με το «ο δικός σου θάνατος».

Αναλυτικότερα, ο «εξημερωμένος θάνατος» αναφέρεται στην αντίληψη που επικρατούσε μέχρι το Μεσαίωνα. Μελετώντας τους θανάτους των ιπποτών, από την τέχνη και τις ιστορικές - βιογραφικές μνήμες φαίνεται ότι ο μελλοθάνατος, αυτός που θα πεθάνει, έχει προειδοποιηθεί από κάποια αόρατη δύναμη. Γνωρίζει ότι θα πεθάνει. Η γνώση αυτή κάνει το θάνατο ηρωικό στη λογοτεχνία. Η ανθρώπινη φιγούρα του μεσαίωνα φαίνεται να αισθάνεται το θάνατο και ίσως για αυτό το λόγο παίρνει τα μέτρα της. Νοσταλγεί τη ζωή που έζησε, συγχωρεί και συγχωρείται από συντρόφους και συγγενείς. Ο θάνατος είναι ένα πολύ απλό και οικείο πράγμα. Η παραδοσιακή οικειότητα με το θάνατο οφείλεται σε μια συλλογική αντίληψη της κοινής μοίρας. Ίσως σε μια μορφή παραδοχής της τάξης της φύσης. Ο θάνατος συνεπώς αντιμετωπίζεται ως νόμος του ανθρώπινου είδους που οι άνθρωποι ούτε πιστεύουν ότι θα τον αποφύγουν, ούτε επιζητούν κάτι τέτοιο άλλα ούτε και τον εκθειάζουν. Είναι απλά μια απαραίτητη φάση της ανθρώπινης ζωής (Αριές 1997: σποράδην).

Από μια άλλη οπτική γωνία, ο θάνατος είναι ένα γεγονός που μπορεί για την περίοδο του Μεσαίωνα να περιγραφεί ως τελετή δημόσια και οργανωμένη. Το



δωμάτιο του ετοιμοθάνατου είναι δημόσιος χώρος. Στη σκηνή του θανάτου παρευρίσκονται όλοι: φίλοι, συγγενείς, γείτονες, κλήρος. Ακόμη και τα παιδιά – ο Αριές έχει αναπτύξει τις απόψεις του περί της επινοήσεως της «παιδικής ηλικίας» που ορίζεται χρονικά στα τέλη του 17<sup>ου</sup> αιώνα καθώς τονίζει πως τα παιδιά πριν ήταν ελεύθερα να κινηθούν σε όλους τους τομείς ανθρώπινης δράσης. Αριές 1990: 18) - είναι παρόντα καταδεικνύοντας έτσι τη «φυσικότητα» του γεγονότος. Ο θάνατος αποτελούσε μέρος της καθημερινής ζωής των παιδιών, λόγω των συχνών θανάτων εξαιτίας ασθενειών, πολέμων και ποικίλων άλλων φυσικών καταστροφών. Το γεγονός του θανάτου με άλλα λόγια αντιμετωπίζεται ως απλή ιεροτελεστία με στοιχεία επισημότητας χωρίς στοιχεία «λειτουργικά» ενταγμένα στη ζωή.

Ο εξημερωμένος θάνατος, ο θάνατος των αρχών του Μεσαίωνα, είναι οικείος και κοντινός. Το οικείον του θανάτου αναδεικνύεται στη σύγκριση πρακτικών των ταφικών εθίμων και των θέσεων των νεκροταφείων. Στην αρχαία Ελλάδα για παράδειγμα, οι νεκροί λατρεύονται. Οι τάφοι τους βέβαια είναι έξω από τις πόλεις αλλά η λατρεία τους σχετίζεται με την λύτρωση των νεκρών και την αποφυγή της διατάραξης της ησυχίας των ζωντανών από θυμωμένους νεκρούς. Με την εξάπλωση των πόλεων και την επικράτηση του Χριστιανισμού κατά το Μεσαίωνα, περνάμε στην *ad sancto* ταφή των νεκρών (την εγγύς σε τόπο ταφής αγίου ή οσίου ταφή, όπου πιστευόταν ότι καθαγιάζεται και οποιοσδήποτε άλλος νεκρός).

Αρχικά, ο χριστιανισμός και η εσχατολογία των πρώτων αιώνων χριστιανικής πίστης διαμορφώνουν την αντίληψη πως οι νεκροί κοιμούνται μέχρι τη Δευτέρα Παρουσία οπότε και οι χριστιανοί πηγαίνουν στον Παράδεισο, ενώ οι μη χριστιανοί, στην καλύτερη περίπτωση, στην Κόλαση. Οι χριστιανοί σε αυτήν την περίοδο μέχρι τον 12<sup>ο</sup> περίπου αιώνα δεν έχουν προσανατολιστεί στη Κρίση με την έννοια της κρίσης, κριτικής των ατομικών πράξεων. Από τότε και στο εξής γίνεται λόγος για «βιβλίο της ζωής» και κρίση των ατομικών πράξεων του ανθρώπου κατά το τέλος των καιρών και όχι ακόμα, κατά τη μέρα δηλαδή του θανάτου του καθένα.

Ο οικείος και προσωπικός θάνατος (ο θάνατός μου), αποτελεί τη βάση για την ανάδειξη της ατομικότητας. Γεννιέται από την αντίληψη της κοινής μοίρας: προοδευτικά οδηγούμαστε στον εμπλουτισμό της στάσης απέναντι στο θάνατο. Είναι η πορεία του ατόμου στο «δρόμο προς την απόκτηση μιας αίσθησης του εαυτού του» (Douglas 2007: 174).

Περί τον 15<sup>ο</sup> αιώνα, επικρατεί η πεποίθηση πως η μετάνοια της τελευταίας στιγμής μπορεί να χαρίσει στους πιστούς την αιωνιότητα. Έτσι ο θάνατος στο κρεβάτι γίνεται μια διαδικασία καθησυχαστική που δίνει και ένα είδος επισημότητας στο «αναγκαίο πέρασμα» στο θάνατο, ως ένα είδος μελλοντικής ευτυχίας (Βλ. και Douglas, 2007: 205). Δημιουργείται έτσι στενότερη σχέση μεταξύ του θανάτου και της καθέκαστης βιογραφίας. Προοδευτικά έντονη είναι και η αντίληψη πως ο κάθε άνθρωπος τη στιγμή του θανάτου του ξαναβλέπει τη ζωή του σε περίληψη. Η συμπεριφορά του εκείνη τη στιγμή, θα δώσει στη βιογραφία του το οριστικό της νόημα, τον επίλογό της. Εδώ εντοπίζονται και οι απαρχές της τάσης των καλλιεργημένων κοινωνικά στρωμάτων να αποδίδουν στο θάνατο έναν χαρακτήρα δραματικό και μια κάποια συναισθηματική φόρτιση.

Η παραπάνω θέση βέβαια ενισχύει την «πρωταγωνιστικότητα» του ετοιμοθάνατου ο οποίος και καθορίζει την θέλησή του. Στο πέρασμα από τον 17<sup>ο</sup> στον 18<sup>ο</sup> αιώνα με το Διαφωτισμό η παραπάνω πίστη δέχεται αμφισβητήσεις ως μια ιδέα που επιτρέπει κάθε πράξη, ηθική ή ανήθικη αφού αφήνει το περιθώριο της προ θανάτου μετάνοιας. Όμως η ηθική σημασία της συμπεριφοράς του ετοιμοθάνατου δεν χάνει έδαφος μέχρι και τον 20<sup>ο</sup> αιώνα.

Ένα άλλο ζήτημα που φανερώνει αργές ανεπαίσθητες αλλαγές στην ανθρώπινη στάση απέναντι στο θάνατο είναι το ζήτημα της αντιμετώπισης του νεκρού σώματος, του πτώματος ή του κουφαριού. Εκεί δηλαδή που γεννιέται η έννοια του «μακάβριου». Η αποσύνθεση του σώματος είναι σημάδι αποτυχίας του ανθρώπου και για σήμερα αλλά και για το Μεσαιωνικό κόσμο. Βέβαια με κάποια ουσιώδη διαφορά. Σήμερα όπως υποστηρίζει ο Αριές, δεν σχετίζουμε τη ζωτική επιτυχία μας με την ανθρώπινη θνησιμότητά μας. Η βεβαιότητα του θανάτου μας, το εύθραυστο της ζωής μας δεν έχουν σχέση με την υπαρξιακή απαισιοδοξία μας (Αριές 1997: passim). Ο άνθρωπος του τέλους του Μεσαίωνα είχε συνειδητοποιήσει πως ήταν νεκρός με αναστολή και ότι ο θάνατος – που υπήρχε πάντα μέσα του – διέλυε τις φιλοδοξίες του, δηλητηρίαζε τις χαρές του. Και έτσι ο άνθρωπος αυτός εναλλακτικά είχε «πάθος» για τη ζωή. Ο θάνατος κατά τον Μεσαίωνα στη Δύση, έγινε ο χωροχρόνος όπου προφανώς ο άνθρωπος απέκτησε καλύτερη συνείδηση του εαυτού του.

Σχετικό με το παραπάνω επιχείρημα είναι το, συγκριτικά εξαγόμενο, συμπέρασμα που αφορά στα ταφικά έθιμα και την εξέλιξή τους μέχρι σήμερα. Από τα

έθιμα και τις αντιλήψεις της αρχαιότητας, στην *ad sancto* ταφή του 12<sup>ου</sup> αιώνα, μια πορεία στην συνήθεια των επιτύμβιων επιγραφών, η εξάπλωση του «ενθάδε κείται» και τις επιγραφές του 18<sup>ου</sup> αιώνα έλκουν τον τόπο ταφής αφενός και τη διατήρηση της μνήμης της ταυτότητας αφετέρου. Η ερμηνεία αυτή του ιστορικού αναλυτή Αριές ενισχύει την υπόθεση ότι στην μεγάλη αυτή χρονική περίοδο άρχισε να υπάρχει και εδραιώθηκε η νοητική και πολιτισμική σχέση ανάμεσα στο θάνατο και στην συνείδηση που αποκτούσε ο καθένας για την ατομικότητά του.

Για τον άνθρωπο της Αναγέννησης ο θάνατος είναι χωρισμός. Στην τέχνη συναντάμε το θάνατο να συνδέεται με τον έρωτα ήδη από τον 16<sup>ο</sup> αιώνα. Έτσι ως τα τέλη του 18<sup>ου</sup> αιώνα είναι εμφανής η αλλαγή στις αντιλήψεις απέναντι στο θάνατο οι οποίες συνάδουν με τον ρομαντισμό. Η έκφραση «ευχαρίστηση απέναντι στην ιδέα του θανάτου» που χρησιμοποιεί ο Αριές επιχειρεί να αποδώσει αυτήν την «καλλιτεχνική», ρομαντική στροφή των αντιλήψεων σχετικά με το τέλος της ζωής. Ο πιο επίφοβος και επώδυνος θάνατος δεν είναι πια «ο δικός μου θάνατος» αλλά αυτός του άλλου. «Ο δικός σου θάνατος» είναι η ψυχολογική αφετηρία της ευλαβικής και μελαγχολικής επίσκεψης στα νεκροταφεία που αρχίζει την ίδια χρονική περίοδο. Η πρακτική αυτή φαίνεται να ισοδυναμεί με την καλλιέργεια της μνήμης του νεκρού ενώ σαν καινοφανής συνήθεια έχει μεγάλη ερμηνευτική αξία αφού η ταφική λατρεία των νεκρών δεν έχει χριστιανική προέλευση όπως πολλοί αυθαίρετα πιστεύουν.

Με τις παραπάνω ανεπαίσθητες αλλαγές στις αντιλήψεις απέναντι στο θάνατο, οδηγούμαστε στις μέρες μας σε μια στάση την οποία ο Αριές προσπαθεί να εντάξει στον όρο «απαγορευμένος θάνατος», «θάνατος ταμπού». Ο «απαγορευμένος θάνατος» υποδηλώνει την άρνηση του θανάτου. Ο θάνατος μέσα στον 20<sup>ο</sup> αιώνα γίνεται ταμπού, αντικείμενο απαγόρευσης και θέμα που η συζήτησή του προκαλεί αμηχανία. Οι πιο γνωστές προλήψεις σχετίζονται με το θάνατο ή στοχεύουν στον «εξορκισμό» του. Στο άκουσμα της λέξης «θάνατος» κοινός τους τόπος είναι η απομάκρυνσή τους από τους ζωντανούς.

Οι στάσεις αυτές καθρεπτίζονται και στις καθημερινές σχέσεις των ανθρώπων. Ήδη από το δεύτερο μισό του 19<sup>ου</sup> αιώνα το περιβάλλον του ασθενή – ετοιμοθάνατου έχει την τάση να του αποκρύπτει την κατάσταση της υγείας του και την πιθανότητα του επερχόμενου θανάτου. Ο ασθενής αισθάνεται απομονωμένος και δεν του δίνεται η ευκαιρία να εξωτερικεύσει τους φόβους του. Η αλήθεια γίνεται πρόβλημα. Σκοπός των συγγενών είναι να προστατεύσουν το μελλοθάνατο από την

πληροφορία για την κρισιμότητα της κατάστασής του και κατά κάποιον τρόπο να αναλάβουν οι ίδιοι τη δοκιμασία του. Η ζωή, πιστεύουν, πρέπει να είναι ευτυχισμένη.

Από το 1930 και μετά, τόπος θανάτου αρχίζει να γίνεται το νοσοκομείο. Από τον ανοιχτό θάνατο και την περιτριγυρισμένη από συγγενείς και φίλους (όλων των ηλικιών) νεκρική κλίνη του Μεσαίωνα, περνάμε στον προστατευμένο, μοναχικό θάνατο της νοσοκομειακής κλίνης. Δεν είναι τυχαία αυτή η μεταστροφή αφού το νοσοκομείο αποτελεί τόπο φροντίδας του ασθενή και πεδίο μάχης ενάντια στο θάνατο. Σήμερα μάλιστα υπάρχουν και νοσοκομεία ειδικά για καταληκτικά περιστατικά.

Μια πιο λεπτομερής ανάλυση του ζητήματος δείχνει ότι ο θάνατος έχει κομματιαστεί σε φάσεις. Δεν υπάρχει συμφωνία για το ποιος είναι ο πραγματικός θάνατος. Ο Αριές, αδόκιμα ίσως, αναρωτιέται πότε τελικά πεθαίνει ο άνθρωπος σήμερα. Με τον αναπνευστικό, τον καρδιακό ή τον κλινικό θάνατο; Οι δυνατότητες της ιατρικής επιστήμης και των νέων τεχνολογιών έχουν βοηθήσει στο να μετατραπεί ο θάνατος σε μια τεχνητή διαδικασία. Εμφανίζεται ως ένα τεχνητό φαινόμενο, που επέρχεται όταν διακοπούν οι φροντίδες ή όταν σταματήσει η μηχανική υποστήριξη ή, σε τελευταία ανάλυση, όταν αποφασιστεί από το γιατρό ή τη νοσοκομειακή ομάδα. Άλλωστε σε τέτοιες περιπτώσεις ο ασθενής έχει χάσει προ πολλού τις αισθήσεις του.

Τέλος, ένα άλλο σύγχρονο φαινόμενο που σηματοδοτεί την αλλαγή των αντιλήψεων απέναντι στο θάνατο είναι η εμπορευματοποίησή του. Τα γραφεία τελετών (γνωστά ως undertakers, funeral homes) και το σύγχρονο τελετουργικό ή τυπικό των κηδειών αποστασιοποιούν το θάνατο και το νεκρό από τους ζωντανούς. Ο θάνατος έτσι τοποθετείται στο περιθώριο. Ο νεκρός δεν έχει πια καμιά αξία για την κοινωνία, τα άτομα πρέπει να λυτρωθούν από το πένθος - το κλάμα, ο θρήνος δεν αξιολογείται θετικά - για να μη διαταραχθεί η όποια κοινωνική ισορροπία. (Για την Ελλάδα ίσως αυτό να μην ισχύει). Ο θρήνος ανακόπτει το αίτημα για ευτυχία. Άλλωστε και η ολονυχτία στο πλάι του νεκρού αφενός απαγορεύεται στις πολυκατοικίες των μεγάλων πόλεων ενώ σαν συνήθεια φαίνεται να απαξιώνεται γενικότερα (Αριές, 1997: σποράδην).

Η παραπάνω παράθεση των ιστορικών επιχειρημάτων του Φ. Αριές έχει ως στόχο την ανάδειξη της δυναμικής των αντιλήψεων για το θάνατο και την πλαστικότητα των στάσεων απέναντί του. Τα ιστορικά στοιχεία εκκινούν από το Μεσαίωνα για να καταλήξουν σε μια κριτική αποτίμηση του σήμερα σε σχέση με το

θέμα αυτό. Η επίσης ιστορική προσέγγιση του Μ. Βοβέλ καταλήγει κι αυτή στη σύγχρονη εποχή, συμπληρώνοντας την εικόνα για τη στάση των ανθρώπων απέναντι στο τέλος τους.

### ***Μισέλ Βοβέλ***

Ο Μισέλ Βοβέλ ασχολήθηκε με την ιστορία των νοοτροπιών και μεταξύ των ζητημάτων που τον απασχόλησαν ήταν και ο θάνατος. Στο μεταφρασμένο στην ελληνική γλώσσα δίτομο έργο του *Ο θάνατος στη Δύση: Από το 1300 ως τις μέρες μας* (2000), δεν αρνείται ούτε αμφισβητεί τις βασικές θέσεις του Αριέξ Συγκεκριμένα, υπάρχει μεγάλη ταύτιση επιχειρημάτων όσο αφορά την ιστορική επισκόπηση της εξέλιξης των αντιλήψεων για το θάνατο (μέχρι και τον 18<sup>ο</sup> αιώνα). Η πρωτοτυπία του έργου του Βοβέλ σε σχέση με αυτό του Αριέξ έγκειται στο ότι ο πρώτος συσχετίζει τη μελέτη του πιο στενά και συστηματικά με την ιστορία των ιδεών, ενώ ο Αριέξ δίνει έμφαση στην ιστορική τεκμηρίωση των πηγών του. Οπότε, για την αποφυγή επαναλήψεων, θα ασχοληθούμε μόνο με το έβδομο μέρος του συγγραφικού άθλου του Βοβέλ που αφορά στη σημερινή αντιμετώπιση του θανάτου (Βοβέλ, τ. Β', 2000: 350 – 456). Με μια περισσότερο δημογραφική οπτική στο θέμα του θανάτου, ο Βοβέλ προσπαθεί να ζυγίσει τη νίκη ή την ήττα του ανθρώπου απέναντι στο θάνατο. Αναπόφευκτα εμπλέκεται και με τις αντιλήψεις απέναντι στο τέλος της ζωής.

Κριτικάροντας τις ιστορικές συνθήκες του 20<sup>ου</sup> αιώνα (Α' και Β' Παγκόσμιο Πόλεμο καθώς και νίκες της ιατρικής απέναντι σε πολλές μολυσματικές νόσους) με βάση τα δημογραφικά στοιχεία και το προσδόκιμο ζωής, συμπεραίνει πως η νίκη εναντίον του θανάτου έχει συντελεστεί σε κάποιο βαθμό, όμως μιλά για μια «σύγχρονη θνησιμότητα», για γήρανση του πληθυσμού και για έναν «άλλο θάνατο» (Βοβέλ τ. Β' 2000: 351 – 368). Ειδικότερα ο Βοβέλ σχολιάζει την αντικατάσταση των μολυσματικών ασθενειών από τις καρδιαγγειακές παθήσεις, τον καρκίνο, τις ασθένειες του νευρικού συστήματος και τα ατυχήματα στη συνολική θνησιμότητα. Υποστηρίζει μάλιστα πως οι εκφυλιστικές ασθένειες είναι το τίμημα της παρατεταμένης ζωής και ευνοούνται από μια σειρά κοινωνικών συνηθειών (κάπνισμα, οινόπνευμα). Όσο αφορά τη γήρανση, επισημαίνει την ανάγκη της ένταξης των ηλικιωμένων σε μια συνολική κοινωνική ισορροπία ενώ ως σφοδρός

επικριτής των παγκόσμιων ανισοτήτων θυμίζει έναν «άλλο» τριτοκοσμικό θάνατο από τον οποίο έχει γλυτώσει ο δυτικός άνθρωπος.

Και ο Βοβέλ μιλά για θάνατο – ταμπού θέτοντάς τον κάτω από ένα περισσότερο «πολιτικό» πρίσμα. Συγκεκριμένα, ο συγγραφέας καταφέρεται εναντίον των αμερικανικών προτύπων ζωής που εκτείνονται και στο θάνατο. Η εμπορευματοποίηση, η νοσοκομειοποίηση και η ιατρικοποίηση του θανάτου προέρχονται για τον Βοβέλ, από τις Η.Π.Α. Η απαγόρευση (ταμπού) του θανάτου εξισώνεται με τον αποκλεισμό του θανάτου και των νεκρών από την καθημερινή ζωή. Κατ' αρχάς ο θάνατος εντάσσεται σε έναν καταναλωτικό κύκλο, από το φέρετρο και την προετοιμασία του νεκρού ως το νεκροταφείο. Η πρακτική των funeral directors, σημείο που βρίσκει τον Βοβέλ απόλυτα σύμφωνο με τον Αριές, ξεκινά από την Αμερική και επηρεάζει σε ποικίλο βαθμό και τη Γηραιά Ήπειρο. Η ιατρικοποίηση του θανάτου και η νοσοκομειακή περίθαλψη απομακρύνουν τον ασθενή και ετοιμοθάνατο από τον οικείο χώρο του και υποβάλλουν τον κύκλο του θανάτου στον ιατρικό έλεγχο (Βοβέλ, 2000:370 – 382). Το θέμα της γήρανσης εδώ μπορεί άνετα να συνδεθεί με τα γηροκομεία αν αυτά θεωρηθούν προθάλαμος θανάτου (Βοβέλ, 2000:386 – 388). Η συμπαρομαρτούσα χαλάρωση των οικογενειακών δεσμών που εντοπίζει ο Βοβέλ νομιμοποιείται στη θέση της αιτίας ή του αποτελέσματος σε σχέση με το σύγχρονο μοντέλο του θανάτου (Βοβέλ, 2000.:371).

Τα καταληκτικά σχόλια του Βοβέλ για τον «απαγορευμένο θάνατο» ή το «θάνατο ταμπού» εντάσσουν το όλο ζήτημα σε ένα εύρος που περιλαμβάνει όλες τις προνομιούχες περιοχές του πλανήτη που ευνοήθηκαν από «τα ευεργετήματα της ιατρικής επανάστασης των τελευταίων δεκαετιών» (Βοβέλ, 2000.:389). Το ζήτημα της τελευταίας διάβασης εμπίπτει – όχι πια στο μελλοθάνατο και στους δικούς του ανθρώπους αλλά - στην «πραγματική και καινοφανή εξουσία του γιατρού», στην «αυξημένη ευθύνη του κόσμου του νοσοκομείου». Έτσι ο νοσοκομειακός θάνατος είναι θάνατος μοναχικός όπου το παραβάν έχει και ρόλο συμβολικό, επιχειρώντας να κρύψει το ψυχορράγημα. Ο ρόλος του προσωπικού του νοσοκομείου για το Βοβέλ, εκ των πραγμάτων δεν μπορεί να είναι προς τη συμπαράσταση του μελλοθάνατου. Η ενημέρωση του μελλοθάνατου για την κατάστασή του είναι και αυτή ένα θέμα προς επίλυση όπως και η ευθύνη του γιατρού για τη συνέχιση της μηχανικής υποστήριξης ή όχι, γεγονός που αναδεικνύει την αντίληψη ότι και ο θάνατος είναι ατομική ευθύνη.

Επιχειρήματα του Βοβέλ από το τελευταίο μέρος του μεγαλόπνοου έργου του, έρχονται να συμπληρώσουν και να ενδυναμώσουν την γενική σύγχρονη δυτική στάση

απέναντι στο θάνατο όπως πρώτος την ανέδειξε ο Αριέξ με τη συγκριτική – ιστορική μέθοδο. Η πορεία των εν λόγω αντιλήψεων οδηγεί τους ιστορικούς αυτούς να καταλήγουν να μιλούν για σύγχρονη θνησιμότητα, νοσοκομειοποίηση, ιατρικοποίηση ή εμπορευματοποίηση του θανάτου σήμερα, σε ένα πλαίσιο προβληματισμού που θα περίμενε να συναντήσει κανείς σε κοινωνιολογικό (ή βιοηθικό) δείγμα γραφής περισσότερο, παρά στην ιστοριογραφία.

Αξίζει να σημειώσουμε ότι και ο Τζαβάρας (1982) μέσα από τη φιλοσοφική οδό καταλήγει σε ανάλογα συμπεράσματα. «Η εγκατάλειψη στην ιατρική τεχνολογία δηλώνει αυτομόληση» (Τζαβάρας, 1982: 104 – 105) γράφει. Με την ιατρικοποίηση το άτομο δεν έχει πια δικαιώματα να «σκηνοθετήσει την τελευταία πράξη του». Η τελευταία αυτή φράση συνδέεται άμεσα με την επίκληση στον «προγραμματισμό του θανάτου κάποιου» που αφορά και τις σύγχρονες σχετικές αναφορές που παρουσιάζονται στην υποενότητα που ακολουθεί.

### ***Σύγχρονος προβληματισμός σχετικά με τις αντιλήψεις για το θάνατο***

Στην ιστορικότητα των αντιλήψεων σχετικά με το τέλος της ζωής συνηγορούν μια σειρά σύγχρονων μελετών που εμφανίζονται διεθνώς και εστιάζουν είτε στο Δυτικό κόσμο, είτε στην Ασία ή ακόμα επιχειρούν τη συγκριτική προσέγγιση. Οι μελέτες αυτές σε κάποιο βαθμό σηματοδοτούν τον προσανατολισμό της έρευνας σχετικά με την έννοια του θανάτου ενώ οι βασικές θέσεις τους συνολικά, ενδυναμώνουν το επιχείρημα υπέρ της ανάπτυξης μεθόδων για την εκτίμηση της έννοιας του θανάτου σε πληθυσμούς όπως της ελληνικής επικράτειας και κουλτούρας - για τον οποίο δεν έχουν καταγραφεί ανάλογα δεδομένα. Χωρίς να επιχειρείται η διεξοδική κριτική ανάλυση των εν λόγω μελετών, ακολουθεί μια σύντομη επισκόπησή τους.

Σημαντική ως προς την ιστορικότητα των αντιλήψεων για το θάνατο είναι η μελέτη του R. J. Gregory (1998). Αυτός κάνει χρήση δημογραφικών κριτηρίων και ενώ τίθενται ως σημαντικές παράμετροι αφενός η τεχνολογία και αφετέρου οι περιορισμένες δυνατότητες του πλανήτη να θρέψει τον παγκόσμιο πληθυσμό, καταλήγει στο συμπέρασμα πως οι αντιλήψεις απέναντι στο θάνατο πρέπει και ίσως πραγματικά τελικά να αλλάξουν. Καλό θα ήταν να καλλιεργηθεί μια πιο ευρεία

στάση αποδοχής του από το να επικρατεί τρόμος απέναντι του ή ακόμα και απόρριψη του.

Ταυτόχρονα, μια σειρά σύγχρονων βιβλιογραφικών αναφορών σχετικών με το ζήτημα του θανάτου ούτε επιβεβαιώνουν ούτε αποδέχονται πλήρως τη θέση του Αριές για την μεταστροφή της σύγχρονης αντίληψης του θανάτου σε ταμπού. Η άρνηση του θανάτου (denial) εμφανίζεται ως μια υπό διερεύνηση αντίληψη. Η C. Zimmermann (2004) με μια εκτεταμένη έρευνα σε αναφορές από το 1970 μέχρι το 2001 για τη χρήση του όρου denial, υποστηρίζει ότι ο τελευταίος δεν αφορά στην αλλαγή της αντίληψης αλλά συνδέεται με την όλη φιλολογία περί θανάτου. Καταλήγει όμως να ισχυριστεί πως η «άρνηση του θανάτου» ως ψυχολογικός αμυντικός μηχανισμός μπορεί να αξιοποιηθεί ώστε να οδηγηθούν οι ασθενείς στο να συμμετέχουν στο σχεδιασμό του θανάτου τους (planning of their own death). Δεν παραλείπει ωστόσο να προειδοποιήσει για τον πιθανό στιγματισμό (label) αυτών που τελικά θα αρνούνταν μια τέτοια διαδικασία.

Μια τέτοια στροφή στην εννοιολόγηση της «άρνησης του θανάτου» εμφανίζεται επίσης σε μια μερίδα της διεθνούς αρθρογραφίας που εστιάζει στις αντιλήψεις για το θάνατο όπως σχετίζονται με το δίπολο εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας και φροντίδα καταληκτικών ασθενών. Οι Shu Fen Kao και Brigid Lusk (1997), για παράδειγμα, συγκρίνουν τις εκπαιδευτικές μεθόδους καθώς και τις αντιλήψεις για το θάνατο και την ιδιαίτερη κουλτούρα των εκπαιδευόμενων νοσηλευτών στην Ασία και στην Αμερική. Έμφαση δίνουν στην εξίσωση του βαθμού δυσκολίας που παρουσιάζει το θέμα του χειρισμού καταληκτικών ασθενών στις δύο υπό μελέτη ομάδες (Αμερικάνους, Ασιάτες). Τονίζεται, ωστόσο, ότι οι Ασιάτες φοιτητές διακρίνονται σε μεγαλύτερο βαθμό για τα έντονα αισθήματα φόβου που τρέφουν για το πώς οι ίδιοι θα πεθάνουν.

Ένα άλλο άρθρο (Mok, Lec, Wong: 2002) επίσης προερχόμενο από την Ασία (Χονγκ Κονγκ), διερευνά τρόπους αρωγής των εκπαιδευόμενων νοσηλευτών στη φροντίδα καταληκτικών ασθενών. Οι συγγραφείς καταλήγουν στη διατύπωση και ανάδειξη τριών παραμέτρων: της αυτοσυνειδησίας (αυτογνωσίας ίσως) των εκπαιδευόμενων, της θετικής αντιμετώπισης του θανάτου και, τέλος, της παροχής πολιτισμικά ευαισθητοποιημένης φροντίδας (culturally sensitive care). Υποστηρίζουν μια ανάλογη προς αυτές τις παραμέτρους στοχοθεσία τονίζοντας ότι είναι απαραίτητη στη διαδικασία της κατάρτισης των επαγγελματιών υγείας.



Τέλος, μια σειρά μελετών φαίνεται να επιμένουν στην επαναφορά της ορφικής αντίληψης σε σχέση με την υγεία. Η κοινώς εννοούμενη ψυχοσωματική διάσταση στην υγεία ενισχύεται με επικλήσεις στην «ψυχο - πνευματική ευζωΐα» (Lin και Bauer – Wu: 2003) ή στην «πνευματικότητα». Ενδιαφέρον παρουσιάζει ένα άρθρο της J. Coyle (2002) στο οποίο υποστηρίζει πως η πνευματικότητα είναι ένα δυναμικό όπλο στα χέρια του επαγγελματία της υγείας. Αυτό συμβαίνει όταν ο τελευταίος καταφέρει να εκτιμήσει το αν, το πόσο και το πώς ο ασθενής μπορεί να ωφεληθεί από το αξιακό ή ηθικό του σύστημα στην αντιμετώπιση της ασθένειας και του θανάτου. Οι θεράποντες οφείλουν κατά τη συγγραφέα να εξερευνούν ενεργά το περιεχόμενο των ηθικών ή αξιακών κωδίκων των ασθενών τους. Αυτό, γιατί η πνευματικότητα, είτε ως ικανότητας μετάβασης, είτε ως νόημα ή σκοπός, ως συνδεσιμότητα με άλλους ανθρώπους, ή εν τέλει ως ελπίδα ή πίστη, λειτουργεί θετικά προς την υγεία με όρους πρόληψης, θεραπείας ή αντιμετώπισης της ασθένειας.

Οι Lin και Bauer – Wu (2003), στην ίδια συλλογιστική γραμμή με την Coyle (2002), εστιάζοντας σε καταληκτικούς ασθενείς με καρκίνο, εντοπίζουν έξι δείκτες ψυχο - πνευματικής ευζωΐας. Εκτός από την αυτοσυνειδησία που είδαμε και πιο πριν αναφέρονται η αντιμετώπιση και η θετική διαχείριση του άγχους, οι σχέσεις και η συνδεσιμότητα με άλλους ανθρώπους, η πρόσληψη της πίστης, η αίσθηση της δύναμης και της αυτοπεποίθησης (σιγουριάς) και τέλος, το ζην μετά νοήματος και ελπίδας. Οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι καταληκτικοί καρκινοπαθείς με ενδυναμωμένο ψυχο - πνευματικό status αντιμετωπίζουν αποτελεσματικότερα τη διαδικασία της κατάληξης αφού βρίσκουν νόημα σε αυτή όπως σε οποιαδήποτε άλλη εμπειρία. Η συνείδηση της κατάστασής τους (prognostic awareness), η οικογενειακή και κοινωνική υποστήριξη, η αυτονομία, η ελπίδα και το νόημα στη ζωή, όλα, συμβάλλουν στην ευζωΐα. Αντίθετα, η συναισθηματική καταπίεση, το άγχος, η παραίτηση και η απελπισία, όπως και ο φόβος για τον επερχόμενο θάνατο, μειώνουν και υποσκελίζουν την επιδιωκόμενη ψυχο – πνευματική κατάσταση της ευζωΐας.

Κατά συνέπεια, η διεθνής βιβλιογραφία παρέχει ενδείξεις ότι οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να παίξουν σημαντικό ρόλο στην κατεύθυνση της καλής ζωής του ασθενή. Όπως, όμως, σημειώνεται σε αρκετές από τις σχετικές έρευνες και μελέτες, προκειμένου η συμβολή των επαγγελματιών υγείας να έχει θετικό αποτέλεσμα είναι απαραίτητο να γίνουν κατανοητές εκείνες οι παράμετροι που εμπλέκουν τα ακρότατα συγκεκριμένων παρεμβάσεων. Η παροχή, λοιπόν, φροντίδας σχετίζεται ή επηρεάζεται από τις αντιλήψεις των ασθενών.

## ***Οι αντιλήψεις για το θάνατο και η κοινωνική ιατρική: προς μια βιοηθική σύνθεση***

Διατρέχοντας εκ νέου το ιστορικό επιχείρημα του Φιλίπ Αριές θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε ότι οι αντιλήψεις για το θάνατο είναι ένα νοητικό σύστημα δυναμικό και μεταβαλλόμενο στο χρόνο. Η αχρονικότητα του θανάτου δεν σημαίνει αναγκαστικά και μια σταθερή ή αδιαφοροποίητη αντιμετώπισή του από τους ανθρώπους. Το ενδιαφέρον σε αυτό το ζήτημα θα ήταν να προσπαθήσουμε να εντοπίσουμε τις ιδιαίτερες αντιλήψεις σχετικά με το θάνατο στη σύγχρονη εποχή και να επιχειρήσουμε τη σκιαγράφηση του ρόλου της ιατρικής και της βιο – τεχνολογίας στη διαμόρφωση των αντιλήψεων αυτών και στη δυναμική τους εξέλιξη. Οι θέσεις των δύο ιστορικών καταλήγουν να δώσουν μια πρωτόλεια μα σαφή εικόνα της στάσης που έχει η δυναμική των αντιλήψεων για το θάνατο. Η άρνηση, η απαγόρευση, ο εξορκισμός του θανάτου φαίνεται να αφήνει ανοιχτό ένα ανθρώπινο συναισθηματικό κενό που προσδοκά να γεμίσει με ελπίδα και αισιοδοξία περιμένοντας τις κατακτήσεις της επιστήμης.

Μιλώντας με όρους βιοηθικής, οι δυνατότητες που προκύπτουν από την γενετική τεχνολογία, η θεραπεία γονιδιακών νόσων και η προοπτική της κλωνοποίησης σε ένα τέτοιο κλίμα άρνησης του θανάτου κάνουν την αποδοχή του τελευταίου ακόμα πιο δύσκολη. Οι επιστημονικές καταθέσεις των Αριές και Βοβέλ παρόλο που παίρνουν υπόψη τους το ρόλο της ιατρικής και τις προσδοκίες των ανθρώπων από αυτή δεν πρόλαβαν να συμπεριλάβουν το γεγονός της δραστηριότητας των βιο – επιστημονικών επιτευγμάτων.

Μια νέα εντοπισμένη ανάλογη μελέτη θα μπορούσε ίσως να μετρήσει το μέγεθος της επιρροής των προσδοκιών από την επιστήμη στο ζήτημα των αντιλήψεων απέναντι στο θάνατο. Μια τέτοια μελέτη βέβαια θα ήταν σκόπιμο να εκπονηθεί σε στενότερα όρια από αυτά που θέτουν οι παραπάνω ιστορικοί ως «δύση» και να διερευνήσει τη δυνατότητα «ελέγχου» της διαμόρφωσης αυτών των προσδοκιών και στάσεων προς επίτευξη ενός νέου «εξημερωμένου» ή αλλιώς «αξιοπρεπούς» θανάτου (πράγμα που επικαλούνται αμφότεροι οι Αριές και Βοβέλ).

Ο αξιοπρεπής θάνατος είναι αναζήτηση και της ιατρικής κυρίως από τη σκοπιά του κοινωνικού τομέα της ιατρικής. Κάποιες σκέψεις για τη συνεργασία αυτών των κοινών επιστημονικών αναζητήσεων που ακολουθούν, στοχεύουν στην ανάδειξη της αμφίδρομης σχέσης κοινωνίας και επιστήμης.

Η διάσταση μεταξύ καθημερινής και επιστημονικής γνώσης αντανακλάται πολλαχώς τόσο στην καθημερινότητα των ανθρώπων όσο και στη συσσώρευση επιστημονικών δεδομένων. Η καθημερινότητα των ανθρώπων διέπεται φανερά ή συγκαλυμμένα από τις επιμέρους φιλοσοφίες και στάσεις ζωής. Οι τελευταίες επηρεάζονται και διαμορφώνονται σε μεγάλο βαθμό από τους κοινωνικούς παράγοντες καθώς είναι δυναμικά, όπως είδαμε, μεγέθη. Ταυτόχρονα η επιστημονική παραγωγή τροφοδοτείται από τη μελέτη της καθημερινότητας πολλές φορές χωρίς να τηρείται η απαραίτητη απόσταση από τα φαινόμενα. Ο λόγος είναι για την «αξιολογική ουδετερότητα» (Weber) στην κοινωνιολογική έρευνα η οποία δεν επιτυγχάνεται πάντοτε.

Συνοψίζοντας τα παραπάνω μπορεί να καταλήξει κανείς σε κάποιες βασικές παραδοχές. Η πρώτη αφορά στην ιστορική εξέλιξη των αντιλήψεων για το θάνατο. Η μέχρι τώρα περιγραφή της, επιτρέπει τον ισχυρισμό ότι οι εν λόγω αντιλήψεις, αξίες, στάσεις, είναι δυναμικές και μεταβάλλονται στο χρόνο. Επιπλέον, η τρέχουσα μέτρησή τους και η εκτίμηση της περαιτέρω εξέλιξής τους περιορίζονται σε φιλοσοφικές, ιστορικές, δημογραφικές ή και εκπαιδευτικές παραμέτρους. Ταυτόχρονα όμως, η βιο - τεχνολογία και η Γενετική ανοίγουν νέες διαστάσεις στις παραδοσιακές επιδιώξεις και τους νεότερους προβληματισμούς της Κοινωνικής Ιατρικής. Γίνεται έτσι η ανάγκη για καταγραφή τέτοιου είδους δεδομένων (αντιλήψεων και στάσεων σχετικά με το τέλος της ζωής) ακόμα πιο επιτακτική και προβληματική. Επιτακτική γιατί, δυνητικά προσφέρει πυξίδα προσανατολισμού για τον επαγγελματία της υγείας, προβληματική όμως από τη σκοπιά ότι τέτοιου είδους προσωπικά δεδομένα ενδεχομένως να γίνουν βορρά όσων ονειρεύονται τρόπους ελέγχου ολόκληρων πληθυσμών καταπατώντας ανθρώπινα δικαιώματα.

Η Βιοηθική είναι λοιπόν αυτή που θα πρέπει να επισημάνει αυτόν τον κίνδυνο και να διασφαλίσει ότι η αξιοποίηση των δυνατοτήτων της επιστήμης θα γίνει προς όφελος της ανθρωπότητας και όχι για το αντίθετο.

Με αυτή την αίσθηση ευθύνης ακολουθούν δύο ακόμα κεφάλαια στο πλαίσιο του ανά χείρας πονήματος. Το πρώτο (αμέσως ακόλουθο) αφορά στο σχεδιασμό και στην περιγραφή έρευνας που επιχειρεί να καταγράψει αντιλήψεις για το θάνατο με τη χρήση ερωτηματολογίου. Το δεύτερο (πέμπτο στη σειρά κεφάλαιο αυτής της εργασίας) αφιερώνεται στην περιγραφική παρουσίαση κάποιων ευρημάτων της εν

λόγω έρευνας, ενώ ταυτόχρονα επιχειρείται η σύνδεση των διαφόρων συμπερασμάτων με ζητήματα που χαρακτηρίζονται βιοηθικά. .

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Τα ζητήματα που απαρτίζουν αυτό το κεφάλαιο ξεπηδούν μέσα από την απορία που γεννιέται στον κοινό νου, εκκινούν από την περιέργεια που ζητά να αποκαλύψει το άγνωστο και να δοκιμάσει την αλήθεια, περιορίζονται από τον ορθολογισμό της επιστημονικής τριβής και διαπνέονται από τον ενθουσιασμό που συνεπάγεται για το νέο ερευνητή η εμπειρική έρευνα. Στη συνέχεια της εργασίας αναπτύσσεται περιγραφικά ο σχεδιασμός και η εφαρμογή πιλοτικής έρευνας.

Στόχος της πιλοτικής αυτής έρευνας είναι η πειραματική βολιδοσκόπηση απόψεων και αντιλήψεων για το θάνατο –αντιλήψεις που εμπλέκονται στην αλληλεπίδραση των ατόμων με θεσμούς όπως η Δημόσια Υγεία ή η Εκκλησία. Παράλληλο με τον παραπάνω στόχο αποτελεί ο έλεγχος κάποιου εργαλείου μέτρησης ανάλογων αντιλήψεων και στάσεων καθώς και η προσαρμογή του στην ελληνική πραγματικότητα. Αυτόματα, συνολικός απώτερος στόχος καθίσταται η ανάδειξη της χρησιμότητας και η διαμόρφωση αξιόπιστου εργαλείου που θα μετρά αντιλήψεις και στάσεις σχετικά με το τέλος της ζωής. Η προοπτική του στόχου άδηλα αφορά στην αξιοποίηση ενός τέτοιου προϊόντος από την Κοινωνική Ιατρική και την Κοινωνιολογία.

Το δείγμα της έρευνας είναι περιορισμένο και δεν μπορεί να υποστηρίξει γενικεύσεις στον ευρύτερο πληθυσμό. Ωστόσο, τόσο η έρευνα έστω και σε πιλοτικό επίπεδο, όσο και τα ευρήματα είναι σημαντικά δεδομένης της έλλειψης παρόμοιων ερευνών στην Ελλάδα αλλά και της ανάγκης και της σημασίας που έχουν ή μπορεί να έχουν για την ενημέρωση πολιτικών υγείας.

### *A. Σχεδιασμός έρευνας*

**Η αναζήτηση εργαλείου:** Με αφετηρία τα βιοηθικά διλήμματα και επιστημονικούς αρωγούς την Κοινωνική Ιατρική και την Ιστορία, δημιουργήθηκε η ανάγκη για μια σύγχρονη, αρχικά στατική, γεωγραφικά και κοινωνικά εντοπισμένη μέτρηση των στάσεων και των αντιλήψεων σχετικά με έναν όρο taboo, το θάνατο. Οι ιστορικές μελέτες που υπάρχουν δεν εστιάζουν στην, ενδεχομένως ιδιαίτερη, ελληνική περίπτωση. Η εξέλιξη των εν λόγω αντιλήψεων στο δυτικό κόσμο όμως, αναπόφευκτα αφορά και τον ελλαδικό χώρο. Δρομολογήθηκε, λοιπόν, μια διαδικασία αναζήτησης εργαλείου μέτρησης τέτοιων στάσεων το οποίο να έχει χρησιμοποιηθεί

και να έχει δώσει αποτελέσματα σε παρόμοιου ενδιαφέροντος έρευνες.. Η αρχική αυτή επισκόπηση έγινε με τη χρήση της μηχανής αναζήτησης *Navtilos* που διαθέτει η βιβλιοθήκη του Πανεπιστημίου Κρήτης. Λέξεις κλειδιά για την αναζήτηση ήταν το death και το dying.

**Το εύρημα:** Η αναζήτηση αυτή ανέσυρε ένα ευρύ αριθμό σχετικών βιβλιογραφικών ευρημάτων – πολλές από τις οποίες αξιοποιήθηκαν στην προηγούμενη ενότητα. Μεταξύ των βιβλιογραφικών αναφορών εντοπίστηκαν δύο ενδιαφέρουσες εργασίες, Ασιατών επιστημόνων, που βασίζονται στην εμπειρική παρατήρηση για να στηρίξουν τις υποθέσεις τους.

Οι ερευνητές της πρώτης από αυτές (Shu Fen Kao και Brigid Lusk, 1997) συσχετίζουν την όλη αναζήτηση με την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και τη χρήση της γνώσης αυτών των πολιτισμικών- αξιακών προτύπων στο χειρισμό των ασθενών και ειδικά των καταληκτικών. Χρησιμοποιούν συνδυασμό δύο διαφορετικών εργαλείων για να στήσουν ένα συγκριτικό μοντέλο ανάλυσης των στάσεων μεταξύ ασιατών και αμερικάνων τελειόφοιτων σπουδαστών νοσηλευτικής. Συνδύασαν λοιπόν δύο ερωτηματολόγια. Το πρώτο, είναι το Collett – Lester Fear of Death Scale (1974) του οποίου και μόνο ο τίτλος δηλώνει πως θα μπορούσε να χρησιμεύσει εν μέρει για τους δικούς μας σκοπούς, αφού «μετρά» το φόβο για το θάνατο. Το Health Care Professionals' Experiences With and Attitudes towards Death and Dying, φαίνεται να μας ενδιαφέρει λιγότερο εφόσον είναι προσαρμοσμένο ώστε να απευθύνεται σε επαγγελματίες της υγείας. Τόσο εξαιτίας του πληθυσμού, του στόχου, όσο και των διερευνώμενων υποθέσεων, τα συγκεκριμένα εργαλεία ανταποκρίνονταν λιγότερο στις ανάγκες της παρούσας εργασίας.

Στην παρούσα ερευνητική άσκηση υιοθετήθηκε ένα τρίτο εργαλείο το οποίο προέκυψε από τη δεύτερη εμπειρική έρευνα που παρουσιάζεται στην εργασία της Eunja Yeun “Attitudes of elderly Korean patients towards death and dying”(2004). Η εμπειρική αυτή διερεύνηση σχετίζεται με τις γενικές αφετηρίες και τα ερευνητικά ενδιαφέροντα της παρούσας μελέτης.

Συγκεκριμένα, η Eunja Yeun (2005) επιχειρεί τη μέτρηση των αντιλήψεων απέναντι στο θάνατο και στη «στιγμή» ή το «συμβάν» του, σε ηλικιωμένους ασθενείς στην Κορέα. Τα δεδομένα στην εργασία της Eunja Yeun προέρχονται από ερωτηματολόγιο που περιλάμβανε αφενός μια σειρά κοινωνικό-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων στην έρευνα (ηλικία, φύλο, θρήσκευμα, οικογενειακή κατάσταση, εκπαίδευση, είδος ασθένειας) και, αφετέρου,

μια σειρά προτάσεων-δηλώσεων (βλ. Παράρτημα Α) στις οποίες οι ερωτώμενοι καλούνταν να σημειώσουν το βαθμό στον οποίο συμφωνούν ή διαφωνούν σε κλίμακα από το 1 : Διαφωνώ απόλυτα έως το 9 : συμφωνώ απόλυτα. Το δείγμα επιλογής ορίστηκε στους 40 περίπου ασθενείς νοσοκομείου ενώ ο αριθμός των ερωτηματολογίων που τελικά χρησιμοποιήθηκε στην ανάλυση δεν ξεπερνούσε τα 30.

Η μέθοδος ανάλυσης των δεδομένων που ακολουθήθηκε ήταν η στατιστική σημαντικότητα των ευρημάτων με την μέθοδο Q (Q-methodology). Η μέθοδος Q βασίζεται στην απαγωγική λογική και στην ψυχολογική αυτοεκτίμηση (self-psychological credo). Έτσι χρησιμεύει στην αναγνώριση δομών αντιλήψεων που υπάρχουν σε συγκεκριμένα άτομα ή ομάδες. Κι επειδή σχετίζεται με τη μετρήσιμη υποκειμενικότητα του ατόμου, είναι πιθανό ότι μετρά και υποκειμενικές δομές στάσεων ή διαφορετικά υποκειμενικές συμπεριφορικές δομές. Μπορεί ως μέθοδος να προσεγγίσει το μοναδικό τρόπο που διαθέτει ο καθένας να προσλαμβάνει κάποιο ζήτημα, φιλτραρισμένο από τα δικά του νοητικά περιεχόμενα, όπως αυτά έχουν προκύψει από την προσωπική του εμπειρία. Την υποκειμενικότητα δηλαδή, που δεν είναι παρά η συνομιλία του ατόμου με τις απόψεις του. Η μέθοδος Q και οι σχετικές τεχνικές μπορούν να χρησιμοποιηθούν στη μέτρηση υποκειμενικών σχημάτων (subjective schemata). Υποστηρίζει η Yeun (2005: 2-4) πως, αφού η εν λόγω μέθοδος υπόσχεται στον ερευνητή τη δυνατότητα μέτρησης της υποκειμενικότητας και κατηγοριοποίησής της μέσα από το λειτουργικό μέσο της Q ταξινόμησης, τότε μια τέτοια μελέτη μπορεί να δώσει αποτελέσματα για το πώς οι άνθρωποι μπορούν να προσεγγισθούν.

Οι δυνατότητες ανάλυσης ίσως δεν είναι μόνο αυτές που παρουσιάζονται στο εν λόγω άρθρο. Το ειδικό ενδιαφέρον όμως που εμφανίζει η ερμηνεία των αποτελεσμάτων της έρευνας έγκειται στο γεγονός πως διακρίνει τρεις τύπους «νοοτροπίας», αντιλήψεων ή διαφορετικά, τρεις ομάδες με κοινές πεποιθήσεις, όπως αυτές προέκυψαν μέσω της εφαρμογής της μεθόδου Q.

Συγκεκριμένα, ο πρώτος τύπος ασθενών (religion dependent) περιλαμβάνει κυρίως γυναίκες, με έντονες θρησκευτικές πεποιθήσεις. Η ομάδα αυτή φαίνεται να προτιμά έναν αξιοπρεπή θάνατο ενώ θα ήθελε να έχει τη δυνατότητα να «προετοιμαστεί» για το θάνατο. Η πληροφορία ότι τα άτομα της εν λόγω ομάδας δεν θεωρούν το θάνατο τέλος αλλά αρχή κάτι νέου, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να τους πείσει - αν χρειαστεί - πως δεν υπάρχει λόγος να φοβούνται το θάνατο. (Yeun: 2005: 4 – 5) Ο δεύτερος τύπος (science adherent) περιλαμβάνει κυρίως άντρες ασθενείς οι

οποίοι σε μεγάλο ποσοστό είναι άθεοι, έχουν έντονη αγάπη για τη ζωή και τείνουν να εμπιστεύονται τις σύγχρονες ιατρικές κατακτήσεις. Οι συγγραφείς μάλιστα επικαλούνται άλλες πηγές που υποστηρίζουν πως οι άντρες φαίνεται να προτιμούν τις μεθόδους παράτασης της ζωής ενώ έχουν πιο έντονο το φόβο για το άγνωρο, νομιμοποιώντας το στην πίστη τους στα τεχνολογικά μέσα παράτασης της ζωής. Οι ερευνητές υποθέτουν πως οι συγγενείς τέτοιων ασθενών θα πρέπει να δέχονται την μέχρις εσχάτων παράταση στη ζωή με τεχνικά μέσα (2005: 5). Τέλος, ο τρίτος τύπος (sardonic) περιλαμβάνει ασθενείς που πιστεύουν πως ο θάνατος είναι φυσική κατάληξη της ζωής συνεπώς δεν χρειάζεται κάποιος να τον φοβάται. Υποστηρίζεται πως τέτοιου είδους ασθενείς θα έπρεπε να αντιμετωπίζονται με συντηρητικές αγωγές (reminiscence therapy) και με το ιστορικό ζωής (life review) ώστε να βοηθούνται στη διαχείριση του ενδεχόμενου άγχους για το επικείμενο τέλος (2005: 5 – 6).<sup>1</sup>

Η σημασία της παραπάνω παράθεσης δεν περιορίζεται στην ανάδειξη κάποιων δυνατοτήτων του εργαλείου. Αντίθετα ενισχύει την άποψη πως η επεξεργασία των αντιλήψεων για το θάνατο μπορεί να χρησιμεύσει στην ιατρική υπέρ του ίδιου του ασθενή, υπέρ του ίδιου του ανθρώπου.

Στην παρούσα έρευνα και στη βάση της προαναφερθείσας, επιχειρήθηκε ο έλεγχος του σχετικού εργαλείου αρχικά και πιλοτικά σε δείγμα του ελληνικού πληθυσμού ως μελέτη περίπτωσης (case study). Αν και με βάση τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας δεν μπορεί να υποστηριχθεί ότι το σχετικό εργαλείο μπορεί να αποτελέσει σε αυτή τη χρονική στιγμή ένα πλήρως ελεγμένο και σταθμισμένο εργαλείο, μπορεί παρόλα αυτά να θεωρηθεί ότι αποτελεί ένα αρχικό στάδιο στο σχεδιασμό μελλοντικής έρευνας σε μεγαλύτερο και αντιπροσωπευτικότερο δείγμα του ελληνικού πληθυσμού και θα διερευνά τις αντιλήψεις των Ελλήνων για το θάνατο.

**Προσαρμογή εργαλείου.** Προϋπόθεση της χρήσης της κλίμακας στάσεων που παρουσιάστηκε παραπάνω σε ελληνικό κοινό αποτέλεσαν η μετάφραση των σχετικών ερωτήσεων και η προσαρμογή τους σε μορφή τέτοια ώστε να διατηρούνται οι απαραίτητες αντιστοιχίες μεταξύ των μεταβλητών στις δύο διαφορετικές, κοινωνικά και ερευνητικά, πολιτισμικές και αξιακές πραγματικότητες.

---

<sup>1</sup> Σε αυτό το σημείο θα μπορούσε να αναπτυχθεί κάποιο είδος κριτικής των συμπερασμάτων της Yeun σε σχέση με τους τρεις τύπους νοοτροπιών και τα περιεχόμενά τους. Για παράδειγμα, δεν γίνονται ξεκάθαρα τα όρια μεταξύ των τύπων ασθενών: το γεγονός ότι ο τύπος sardonic θεωρεί το θάνατο φυσική εξέλιξη της ζωής, αποκλείει την αντίληψη αυτή από τους δύο άλλους τύπους; Αν όχι, τότε ποια γίνεται η ειδοποιός διαφορά μεταξύ των τύπων αυτών; Μια τέτοια σε βάθος κριτική όμως θα καθιστούσε πολυπλοκότερο το όλο εγχείρημα.



Σε πρώτη φάση, η μετάφραση των δηλώσεων της κλίμακας από τα Αγγλικά στα Ελληνικά έγινε από τον ίδιο τον γράφοντα ενώ η υποψήφια διδάκτορας του τμήματος Προσχολικής Αγωγής, Ρενάτα Αμανάκη προσέφερε μια δεύτερη εκδοχή της μετάφρασης. Οι αποκλίσεις των δύο μεταφράσεων εντοπίστηκαν, σχολιάστηκαν και αξιολογήθηκαν ενώ ζητήθηκε από την Καθηγήτρια Αγγλικής Φιλολογίας Ελευθερία Πουγαρίδου να μεταφράσει τις δηλώσεις για τρίτη φορά με την οδηγία να αποδώσει ελεύθερα τις προτάσεις (βλ. Παραρτήματα Β, Γ, Δ)

Από τη συστηματική επεξεργασία των τριών μεταφράσεων προέκυψε η τελική διατύπωση των δηλώσεων που συνιστούν την ελληνική κλίμακα. Η παραπάνω διαδικασία θεωρήθηκε απαραίτητη για την, αν όχι έγκυρη, τουλάχιστον ερευνητικά συνεπή απόδοση του εργαλείου.

Στη συνέχεια η εννεα-βάθμια κλίμακα που χρησιμοποιήθηκε στο αρχικό ερωτηματολόγιο, μετατράπηκε σε πεντε-βάθμια καθώς εκτιμήθηκε ως περισσότερο κατανοητή και εύληπτη από τους συμμετέχοντες στην έρευνα.

**Πιλοτική έρευνα:** Το εύληπτο των ερωτήσεων αλλά και η εγκυρότητα της μετατροπής της 9-βάθμιας σε 5-βάθμια κλίμακα, ελέγχθηκαν πιλοτικά πριν την τελική συλλογή των δεδομένων. Ζητήθηκε από 32 μαθητές (δύο τμήματα των 16) της Γ' τάξης του Ενιαίου Λυκείου Συκιάς Χαλκιδικής να απαντήσουν σε 5βάθμια κλίμακα καθώς και να σχολιάσουν προαιρετικά, όποιες από τις δηλώσεις επιθυμούσαν. Στόχος αυτής της δεύτερης οδηγίας ήταν ο έλεγχος του «πόσο» και «πώς» γίνεται κατανοητό το περιεχόμενο των δηλώσεων. Έξι από τα 30 ερωτηματολόγια που επεστράφησαν πλήρως απαντημένα, περιείχαν σχόλια για κάποιες από τις προτάσεις. Ωστόσο δεν αφορούσαν τη σαφήνεια του περιεχομένου, αλλά το ίδιο το περιεχόμενο των θέσεων<sup>2</sup>..

Όσο αφορά στο σκέλος των κοινωνικό-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών του αρχικού ερωτηματολογίου, η τροποποίησή του κρίθηκε απαραίτητη εφόσον οι μεταβλητές που καταγράφονται εδώ σχετίζονται άμεσα με τις δειγματοληπτικές τεχνικές ενώ ανάγονται σε γενικότερα ερωτήματα. Όπως θα δούμε αμέσως μετά, όχι μόνο το δείγμα αλλά και η ίδια η εφαρμογή της έρευνας – ο τρόπος χορήγησης και συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου καθώς και άλλοι περιορισμοί – υπαγορεύουν μια εναλλακτική μέθοδο καταγραφής αυτών των στοιχείων.

---

<sup>2</sup> Κάποιοι από τους μαθητές δηλαδή, κατέγραψαν αυθόρμητα και συνειρμικά διάφορες απόψεις τους, με αφορμή συγκεκριμένες δηλώσεις, οι οποίες όμως δεν έχουν μεγάλη σημασία για τη μελέτη μας.

**Δείγμα:** Μεθοδολογικά, η παρούσα έρευνα εμπίπτει στην κατηγορία μελετών που ονομάζονται «μελέτες περίπτωσης». Με καθαρά ευκαιριακά κριτήρια και με μια διάθεση να εξερευνηθούν οι αναλυτικές δυνατότητες του εργαλείου που αναδιαμορφώθηκε παραπάνω, ως πληθυσμός της έρευνας ορίστηκε το σύνολο των κατοίκων του Δήμου Τορώνης της επαρχίας Σιθωνίας στο Νομό Χαλκιδικής.

Ο Δήμος αποτελείται από δύο οικισμούς, τη Συκιά και τη Σάρτη, ενώ περιλαμβάνει ακόμα τρεις μικρότερους οικισμούς που αποτελούν τουριστικό προορισμό κατά τους θερινούς μήνες (Καλαμίτσι, Πόρτο Κουφό, Τορώνη). Ο κυρίως οικισμός, η Συκιά, είναι ένα χωριό με περίπου 4.000 κατοίκους το χειμώνα. Η Σάρτη είναι παραθαλάσσιος οικισμός, με καθαρά τουριστική δραστηριότητα το καλοκαίρι και μόλις 1.000 κατοίκους το χειμώνα.

Η Συκιά θεωρείται χωριό γηγενών, ενώ η Σάρτη είναι χωριό μεταναστών από την ανταλλαγή πληθυσμών προπολεμικά. Γεωγραφικά η Συκιά τοποθετείται στην κορυφή κοιλάδας, δύο μόλις χιλιόμετρα από τη θάλασσα, κρυμμένη ουσιαστικά μέσα στις παρυφές των λόφων που περιχαράκωνουν την κοιλάδα όπου αναπτύσσεται μια από τις κυριότερες δραστηριότητες των Συκιωτών, η γεωργία (πολυκαλλιέργεια). Εκτός από τη γεωργία, μια άλλη κύρια οικονομική δραστηριότητα των κατοίκων είναι η κτηνοτροφία. Οι γύρω ημιορεινοί όγκοι αλλά και τα πεδινά, παρέχουν τις δυνατότητες για εκτροφή κυρίως αιγοπροβάτων και βοοειδών. Τέλος, η τουριστική δραστηριότητα θα λέγαμε ότι είναι ήπια κατά τους θερινούς μήνες, σε σύγκριση πάντα με τις υπόλοιπες περιοχές της χερσονήσου της Σιθωνίας ειδικά, αλλά και της Χαλκιδικής ευρύτερα. Ο πληθυσμός του Δήμου Τορώνης, μπορεί να υποστηριχθεί ότι εμπίπτει στην κατηγορία των γεωγραφικά αποκλεισμένων ομάδων. Ας σημειωθεί ότι μέχρι τη δεκαετία του 1970 δεν υπήρχε οδικό δίκτυο προς τα συγκεκριμένα χωριά ενώ οι μετακινήσεις γίνονταν με καΐκια δια θαλάσσης.

Όσο αφορά στον τομέα της Δημόσιας Υγείας, ο βαθμός του αποκλεισμού φανερώνεται ποσοτικά. Ενενήντα (90) χιλιόμετρα χωρίζουν τον πολυπληθέστερο οικισμό από το Νομαρχιακό Νοσοκομείο του Πολυγύρου (πρωτεύουσα νομού) και 153 από την τριτοβάθμια και τεταρτοβάθμια (Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία) Περίθαλψη της Θεσσαλονίκης. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη στο Δήμο περιορίζεται στο αγροτικό ιατρείο που απασχολεί δύο ασκούμενους. Τους θερινούς μήνες στη Σάρτη λειτουργούν δύο ιδιωτικά πολύ - ιατρεία. Η απόσταση από το κοντινότερο κέντρο υγείας είναι 50 περίπου χιλιόμετρα (Άγιος Νικόλαος).

**Δειγματοληπτικές τεχνικές:** Η ιδανική μέθοδος εφαρμογής του ερωτηματολογίου θα συνεπαγόταν τον προσδιορισμό του μεγέθους τυχαίου δείγματος του οποίου τα δεδομένα θα επέτρεπαν γενικευμένη στον πληθυσμό ερμηνεία. Όμως, η απροσδιοριστία της σχέσης μεγέθους του δείγματος καθώς και ζητήματα προσβασιμότητας αφενός και ο έτσι κι αλλιώς εκπαιδευτικός και πειραματικός ρόλος του παρόντος εγχειρήματος αφετέρου, υπέδειξαν μια εναλλακτική, ωστόσο κυριολεκτικά πειραματική και μη δοκιμασμένη επιλογή για την εφαρμογή της συγκεκριμένης κλίμακας στο συγκεκριμένο πληθυσμό.

Με αφετηρία τους προαναφερθέντες τρεις τύπους ασθενών που ανέδειξε η έρευνα της Yeun, αρχικά, διερευνήθηκε η προοπτική της εφαρμογής της έρευνας σύμφωνα με έναν, καταφανώς, συνδυασμό δειγματοληπτικών τεχνικών. Ως πρώτο, μπορεί να υποστηριχθεί πως η όλη σύλληψη εμπεριέχει το στοιχείο του ευκαιριακού. Στη συνέχεια μια στρωματοποιημένη επιλογή τριών «κοινωνικών περιοχών» ή πεδίων σε αντιστοιχία με τα τρία πεδία που αντιπροσωπεύουν οι κατηγορίες της Yeun προκειμένου να ελεγχθεί αν ισχύουν οι διακρίσεις και αν παράγουν διαφοροποιημένα αποτελέσματα για το ελληνικό δείγμα. Αυθαίρετα η αντιστοιχία για τον πληθυσμό της Συκιάς ορίστηκε σε τρεις κοινωνικούς χώρους: α) την εκκλησία, όπου στο δείγμα θα συμπεριλαμβάνει άτομα με κριτήριο το «θρησκευείν» στον αντίποδα του religion dependent β) το αγροτικό ιατρείο, με κριτήριο την προσκόλληση ή την εξάρτηση από την επιστήμη (για το science adherent) και γ) μια ομάδα ελέγχου, τυχαίας επιλογής από δημόσιους χώρους (σχολείο – ενήλικες, καφενείο, ταχυδρομείο) όπου θα συμπεριλαμβάνονταν άτομα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Αυτή η τρίτη κατηγορία επιλογής δείγματος δεν αντιστοιχεί στο sardonic της Yeun, αλλά επιχειρεί να δώσει χώρο σε μια εναλλακτική, ελεύθερη από χαρακτηρισμούς, κατηγορία που θα μπορούσε να συμπεριλάβει αξιακά πρότυπα της ελληνικής περίπτωσης.

Στη γραμμή της πολυσυλλεκτικότητας των δειγματοληπτικών τεχνικών, πρέπει να αναφερθεί πως η τεχνική της «χιονόμπαλας» ενισχύει την επιλογή του πεδίου της εκκλησίας με κύριους πληροφοριοδότες τους ιερείς και πιστούς ενορίτες. Η παρουσία του γράφοντος στο εκκλησίασμα κρίθηκε σκόπιμη από σχετικά νωρίς και μάλιστα ενδεδυμένου με μάλλον ευνοϊκό ρόλο του εκπαιδευτικού. Το ίδιο ισχύει και με την περίπτωση του αγροτικού ιατρείου όπου η είσοδος του ερευνητή έγινε «φυσικά». Συγκεκριμένα, συχνές επισκέψεις στο αγροτικό ιατρείο σχετικά με δερματολογικής – χειρουργικής υφής περιστατικό της υγείας μου, στάθηκαν αφορμή

για την ανάπτυξη καλής επικοινωνίας με τους ιατρούς καθώς και με τη βοηθητική υπάλληλο, μόνιμη κάτοικο της Συκιάς.

**Συμπλήρωση ερωτηματολογίου:** Ο πληθυσμός, το δείγμα καθώς και οι ιδιαίτερες συνθήκες που διαμορφώθηκαν κατά το σχεδιασμό της έρευνας υπαγόρευσαν μια εναλλακτική επαφή με τους υποψήφιους ερωτώμενους. Το ενδεχόμενο ανάπτυξης συζήτησης με τους ερωτώμενους δεν αποκλείστηκε, οπότε επιχειρήθηκε η αξιοποίηση των πλεονεκτημάτων της συνέντευξης βάθους με το διαχωρισμό του ερωτηματολογίου σε δύο επιμέρους φόρμες. Η πρώτη αφορά στο αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο το οποίο περιλαμβάνει μια γραπτή ενημέρωση σχετικά με την έρευνα και την καθαυτή κλίμακα με τις δηλώσεις, συνοδευμένες από σχετικές οδηγίες. Η δεύτερη φόρμα, η φόρμα του ερευνητή (βλ. Παράρτημα Ε) προοριζόταν για την καταγραφή των κοινωνικών, δημογραφικών χαρακτηριστικών και λοιπών, προσδοκώμενων και μη, πληροφοριών. Η συμπλήρωση αυτής της δεύτερης φόρμας έγινε από τον ίδιο τον ερευνητή ο οποίος ήταν επιφορτισμένος και με τη διατήρηση μιας κάποιας ισορροπίας στο δείγμα ως προς τις μεταβλητές που αναφέρθηκαν παραπάνω. Ο διαχωρισμός του εργαλείου σε δύο φόρμες θα επέτρεπε στον ερευνητή την σε ομάδες χορήγηση του ερωτηματολογίου με την ταυτόχρονη διεξαγωγή μικρής κλίμακας συνεντεύξεων βάθους. Οι τελευταίες θα μπορούσαν να είναι ατομικές ή/ και ομαδικές ενώ ιδιαίτερο ενδιαφέρον φαίνεται ότι θα παρουσίαζε η συλλογή στοιχείων με αντιπροσωπευτικά άτομα – ερωτώμενους από κάθε πεδίο: ιατρούς, ιερείς, άλλους. Προϋπόθεση για την υλοποίηση της παραπάνω ιδέας στάθηκε η χορήγηση του ερωτηματολογίου από τον ίδιο τον ερευνητή άμεσα και χωρίς βοηθούς, αφού θα έπρεπε να συντηρείται με κάποιον αφανή τρόπο η αντιστοιχία ερωτηματολογίου και φόρμας ερευνητή.

Ενώ αρχικά στην επιλογή του δείγματος, επιχειρήθηκε η διατήρηση κάποιας αντιστοιχίας σε σχέση με τις τρεις «κοινωνικές περιοχές» που περιγράφονται παραπάνω, στην πορεία της διεξαγωγής της έρευνας αποδείχτηκε ότι κάτι τέτοιο δεν ήταν εφικτό, δεδομένων των χρονικών περιορισμών αλλά και άλλων δυσκολιών που αναφέρονται στη συνέχεια.

Πέρα από την ουσιαστική εμπειρία που προσφέρει στον ερευνητή η κοινωνιολογική έρευνα, άξια λόγου είναι και η πραγματικότητα η οποία διαμορφώνεται από τις ευκαιρίες ή τις δυσκολίες που του αποκαλύπτονται. Το χάρτη αυτών των αστάθμητων παραγόντων αποτελεί η τελική επιλογή του δείγματος και η ποιοτική εκτίμησή του ως πρωτόλειας συλλογής.

Το αξιοποιήσιμο υλικό προέρχεται από τριάντα (30) πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια που συγκεντρώθηκαν στα χέρια του ερευνητή. Διενεργήθηκαν συνολικά δεκαπέντε (15) συνεντεύξεις, εννέα (9) ατομικές και έξι ομαδικές – πέντε (5) των δύο ατόμων και μια (1) των τριών – που έδωσαν είκοσι δύο (22) ερωτηματολόγια. Τα υπόλοιπα οκτώ (8) από το σύνολο των τριάντα (30) ήταν αυτοσυμπληρούμενα χωρίς την παρουσία του ερευνητή, ενώ η προσέγγιση των ερωτώμενων σε αυτές τις περιπτώσεις έγινε εναλλακτικά (βλ. παρακάτω). Η διεξαγωγή των συνεντεύξεων πραγματοποιήθηκε κατά τη διάρκεια των μηνών Δεκεμβρίου 2006 και Ιανουαρίου 2007 με εξαίρεση τις ημέρες των εορτών που συμπίπτουν με τις σχολικές διακοπές.

Αρχικά προσεγγίστηκαν άτομα κάτοικοι του χωριού, σε ουδέτερους κοινωνικούς χώρους όπως τα σχολεία της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (Γυμνάσιο και Λύκειο που τυγχάνει και χώρος εργασίας του ερευνητή, ο οποίος είναι εκπαιδευτικός της προαναφερθείσας βαθμίδας) - γονείς μαθητών και εκπαιδευτικοί κάτοικοι του χωριού – το σπίτι του ερευνητή, κομμωτήριο, καφετέρια κ. ά. Ιδιαίτερα θετικοί και δεκτικοί φάνηκαν οι γονείς μαθητών. Αρκετοί από αυτούς υποδέχτηκαν τον ερευνητή στα σπίτια τους όπου και διεξήχθησαν οι συνεντεύξεις. Οι επισκέψεις αυτές έγιναν με όσο το δυνατό μεγαλύτερη διακριτικότητα. Προηγήθηκαν διερευνητικές συζητήσεις με τους μαθητές και άμεση ή τηλεφωνική επικοινωνία με τους γονείς - συμμετέχοντες στην έρευνα, αρκετές φορές πριν την τελική επίσκεψη στους χώρους τους.

Πέντε (5) από τα έγκυρα ερωτηματολόγια προέρχονται από το Αγροτικό Ιατρείο. Εκεί, οι ασκούμενοι ιατροί με μεγάλη προθυμία και εγκαρδιότητα προσφέρθηκαν να βοηθήσουν με κάθε δυνατό τρόπο. Με δική τους πρωτοβουλία διέθεσαν ένα γραφείο του κτιρίου όπου στεγάζεται το ιατρείο αποκλειστικά για τις ανάγκες της έρευνας, ενώ ταυτόχρονα παρενέβησαν διακριτικά αλλά καθοριστικά στην πορεία της έρευνας υποδεικνύοντας άτομα ικανά για τις επικοινωνιακές προϋποθέσεις της έρευνας, αναλαμβάνοντας τις απαραίτητες συστάσεις ή προτρέποντας τους υποψήφιους ερωτώμενους - επισκέπτες του ιατρείου να δεχτούν να συμμετέχουν στην διαδικασία.

Παρόλα αυτά, αξιοσημείωτο είναι το γεγονός πως στο χώρο του ιατρείου αριθμούνται οι περισσότερες αποτυχημένες προσεγγίσεις. Η συντριπτική πλειοψηφία των επισκεπτών και επισκεπτριών του Ιατρείου διανύει την τρίτη ηλικία. Σε πολλές περιπτώσεις ήταν αγράμματοι ή αντιμετώπιζαν δυσκολίες με την όραση ή την ακοή.

Ή, τέλος, η ηλικία τους ή η κατάσταση της υγείας τους δεν επέτρεπε να υποβληθούν στην ταλαιπωρία ενός τέτοιου ερωτηματολογίου. Δεν έλειψαν και εκείνοι που έδειξαν αποστροφή για το θέμα της έρευνας ή φάνηκαν ακόμα και «προληπτικοί».

Από τις πρώτες συνεντεύξεις, η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτώμενων δήλωναν ότι θρησκευούν ενώ φάνηκε στη συνέχεια ότι οι τυχαίες επιλογές ερωτώμενων αποκάλυπταν θρησκευόμενους σε τέτοια συχνότητα ώστε η εστίαση στην «κοινωνική περιοχή» που πιο πάνω ταυτίσαμε με το χώρο της εκκλησίας κατέστη ανώφελη. Άλλωστε είχαν αρχίσει να διαφαίνονται και λόγοι που οδήγησαν στη ματαίωση του αρχικού σχεδίου για προσέγγιση ατόμων – πιστών (για την συγκεκριμένη «κοινωνική περιοχή») με τη διαμεσολάβηση του ιερέα.

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω καθώς και τις σχετικές δυσκολίες στην κοινωνική περιοχή του Αγροτικού Ιατρείου αφενός, και δεδομένης της ευκαιριακότητας ή «ανοιχτότητας» της κοινωνικής περιοχής που χαρακτηρίστηκε παραπάνω ως «ομάδα ελέγχου» αφετέρου, εγκαταλείφθηκε συνολικά το εγχείρημα για «στρωματοποιημένο δείγμα». Άλλωστε φαίνεται ότι τελικά ίσως δεν βοηθούσε στην διατύπωση υποθέσεων ή στην επαλήθευσή τους, αφού αυτά τα ίδια τα πεδία, οι «κοινωνικές περιοχές» ενδεχομένως να μην επαλήθευαν τα χαρακτηριστικά τους. Συνεπώς είναι φανερό πως δεν μπορούμε να μιλάμε πια για πολυσυλλεκτικότητα δείγματος, στρωματοποιημένο δείγμα ή τεχνική της «χιονόμπαλας». Η δειγματοληπτική τεχνική υπήρξε αμιγώς ευκαιριακή.

Η δειγματοληπτική τεχνική θα μπορούσε να περιγραφεί και με όρους προσβασιμότητας αφού οι υπόλοιπες συνεντεύξεις έγιναν με άτομα τα οποία ήταν πιο εύκολο να εντοπιστούν και δέχονταν να συμμετέχουν. Το μεγαλύτερο, λοιπόν, μέρος του δείγματος το αποτέλεσαν τελικά γονείς μαθητών και κοινωνικές γνωριμίες του ερευνητή. Όσο αφορά τα οκτώ αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια που αναφέρθηκαν πιο πάνω, σε έξι από αυτά, τρεις μαθητές έπαιξαν το ρόλο του μεσολαβητή μεταξύ του ερευνητή και των γονέων τους. Δεν έλειψε βέβαια και η προσωπική επικοινωνία, άμεση ή τηλεφωνική, με τους δεύτερους. Τα υπόλοιπα δύο ερωτηματολόγια που δεν συμπληρώθηκαν παρουσία του ερευνητή, παραδόθηκαν και επεστράφησαν σε συνθήκες άμεσης επικοινωνίας οπότε και πραγματοποιήθηκαν οι συζητήσεις που ήταν απαραίτητες για την καταγραφή των κοινωνικών, δημογραφικών και λοιπών χαρακτηριστικών και για τον έλεγχο – μέσα από το σχολιασμό που επιχείρησαν οι εν λόγω ερωτώμενοι - της αυθεντικότητας των απαντήσεων.

Τέλος, όσο αφορά στις συνθήκες που επικρατούσαν κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων αυτές ήταν οι καλύτερες δυνατές. Εκτός από τους ερωτώμενους σπάνια υπήρχαν τρίτοι παρόντες ή μη μόνο κάποιες περιπτώσεις όπου παρόντες ήταν σύζυγοι που δεν συμμετείχαν αλλά και δεν παρεμβάλλονταν ή παιδιά των ερωτώμενων που επίσης κρατούσαν διακριτική στάση. Ερωτηματολόγια που δεν είχαν συμπληρωθεί πλήρως ή που φάνηκε κατά την διεξαγωγή των συνεντεύξεων ότι τελικά δεν είχε γίνει κατανοητό το περιεχόμενο των δηλώσεων ή των απαντήσεων, απορρίφθηκαν.

### ***B. Χαρακτηριστικά δείγματος***

Η διατήρηση κάποιας ισορροπίας όσο αφορά στις μεταβλητές που περιέχονται στην «φόρμα του ερευνητή» (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο, επάγγελμα, θρησκεία) άλλοτε επετεύχθη, κι άλλοτε, προσδιόρισε εκ νέου τις αναλυτικές δυνατότητες του δείγματος.

Αναλυτικότερα, ως προς το φύλο, το δείγμα χωρίζεται ισοδύναμα σε άνδρες και γυναίκες (δεκαπέντε και δεκαπέντε). Ως προς την ηλικία, τρία μόνο από τα τριάντα άτομα διένυαν τη δεύτερη ή την τρίτη δεκαετία της ζωής τους (δύο γυναίκες, ένας άνδρας). Η πλειοψηφία των ερωτώμενων ανήκει στην ηλικιακή κατηγορία των 30 ως 50 ετών (είκοσι τέσσερα άτομα). Μεγαλύτεροι των πενήντα ετών ήταν μόλις τρεις ερωτώμενοι (δύο άνδρες και μία γυναίκα). Από τους είκοσι τέσσερις που διένυαν τις δεκαετίες των τριάντα και των σαράντα, μέχρι σαράντα ετών ήταν επτά γυναίκες και πέντε άνδρες, ενώ από σαράντα ενός μέχρι πενήντα ετών ήταν επτά άνδρες και πέντε γυναίκες.

**Πίνακας 1. Κατανομή συχνοτήτων φύλου και ηλικίας**

<b>Ηλικία</b>	<b>Φύλο</b>		<b>Σύνολο</b>
	<b>Άνδρες</b>	<b>Γυναίκες</b>	
18-29	1	2	3
30-39	5	7	12
40-49	7	5	12
50 και άνω	2	1	3
<b>Σύνολο</b>	15	15	30

Από το σύνολο του δείγματος, άγαμοι ήταν μόνο τρεις (ένας άνδρας και μια γυναίκα νεότεροι των τριάντα και ένας άνδρας της κατηγορίας 30-39 ετών), είκοσι

επτά (27) ήταν έγγαμοι και μάλιστα οι είκοσι έξι γονείς. Η μία και μόνη περίπτωση άτεκνης και έγγαμης, κυφορούσε. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι περίπου μισοί από τους γονείς ήταν πολύτεκνοι. Για την οικογένεια όπως παρουσιάζεται στο δείγμα δεν είναι τολμηρό να πούμε πως θυμίζει τη θεώρηση της Λάουρας Μαράτου – Αλιπράντη (1987) ότι «η αγροτική οικογένεια μετασχηματίζεται χωρίς να χάνει την παραδοσιακή δομή της» (Μαράτου Αλιπράντη: 1987: 105)<sup>3</sup>.

Σχετικά με τις επαγγελματικές – βιοποριστικές δραστηριότητες των συμμετεχόντων, είναι οι αναμενόμενες. Οι περισσότερες από τις γυναίκες ασχολούνται με το νοικοκυριό του σπιτιού και την ανατροφή των παιδιών κατά τη χειμερινή περίοδο ενώ αρκετές είναι αυτές που απασχολούνται ταυτόχρονα με γεωργικές ή κτηνοτροφικές δραστηριότητες συνεπικουρώντας τις οικογενειακές επιχειρήσεις, ή απασχολούνται στον τομέα του τουρισμού κατά τους θερινούς μήνες. Αρκετοί από τους άνδρες δραστηριοποιούνται ως επιχειρηματίες τόσο στον τουρισμό (εστιατόρια, ενοικιαζόμενα κ.ά.) όσο και στο δευτερογενή τομέα (ελαιοτριβείο, τυροκομείο), ή στο εμπόριο (κρεοπωλείο, εμπόριο μελιού) ενώ ταυτόχρονα βλέπουμε δραστηριοποίηση σε θέσεις εργατών, οικοδόμων, αγροτών, μελισσοκόμων, κτηνοτρόφων. Στο δείγμα περιλαμβάνονται και δύο άνδρες εκπαιδευτικοί. Γενικά, διαφαίνεται μια τάση πολυαπασχόλησης συναρτήσει τουρισμού, πρωτογενούς τομέα παραγωγής και μεταποίησης ή εμπορίου.

Το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων διαφοροποιείται για άνδρες και γυναίκες. Οι περισσότερες γυναίκες είχαν τελειώσει το Δημοτικό σχολείο ή το Γυμνάσιο και λιγότερες το Λύκειο. Στους άνδρες, η πλειοψηφία είχαν τελειώσει το Γυμνάσιο και αρκετοί από αυτούς το Λύκειο ή αντίστοιχες τεχνικές σχολές. Υπήρχαν, ανάμεσα στους άνδρες του δείγματος, και πτυχιούχοι Ανώτερων και Ανώτατων σχολών, δύο μάλιστα εξ αυτών, σχολών του εξωτερικού. Αξίζει στο σημείο αυτό να σημειωθεί πως δύο άρρενες ερωτηθέντες στο παρελθόν είχαν αποκτήσει την εμπειρία του ναυτικού, ενώ σε δύο άλλες περιπτώσεις οι σύζυγοι τους ήταν αλλοδαπές. Μια από τις γυναίκες του δείγματος, επίσης, δεν έχει ελληνική καταγωγή.

Οι περισσότεροι από τους ερωτώμενους, στο ερώτημα αν θρησκεύουν απάντησαν θετικά. Δεκαέξι γυναίκες και επτά άνδρες δήλωσαν πως είναι χριστιανοί ορθόδοξοι, πιστεύουν στο θεό και ακολουθούν τις θρησκευτικές παραδόσεις. Μάλιστα, τέσσερις γυναίκες και ένας άνδρας από αυτούς, όχι μόνο δήλωναν αλλά και

---

<sup>3</sup> Βλ. σχετικά με την οικογένεια και Νιτσιάκος Βασίλης, *Παραδοσιακές Κοινωνικές Δομές*, β' έκδοση, Οδυσσέας, [Χ. Τ., Χ. Χ.] σ. σ.: 95 – 120



φαινόταν ότι πραγματικά ταυτίζονταν έντονα με τις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις αφού επρόκειτο για άτομα με στενές σχέσεις με την Εκκλησία και την τελετουργική ζωή της ορθοδοξίας.

Έξι περιπτώσεις ανδρών, στην ερώτηση αν θρησκεύουν «άνοιξαν» συζητήσεις μερικής αμφισβήτησης είτε του χριστιανικού δόγματος, είτε της θρησκευτικής οργάνωσης. Δήλωναν παρόλα αυτά όμως ότι «κάτι υπάρχει» ή εξέφραζαν την ανάγκη τους «κάπου να πιστεύουν». Ένας, έβδομος, μόνο, δήλωσε σαφώς άθεος και άθρησκος.

Κατά την διάρκεια των συνεντεύξεων και της συλλογής των ερωτηματολογίων, επιχειρήθηκε η διαπίστωση του κατά πόσο οι ερωτώμενοι ή μέλη των οικογενειών τους αντιμετώπισαν ή αντιμετωπίζουν κάποιο σοβαρό ή χρόνιο πρόβλημα υγείας. Τέτοια στοιχεία δεν προέκυψαν, ακόμα και στις περιπτώσεις του Αγροτικού Ιατρείου. Κάποιες φορές, οι συζητήσεις που συνόδευαν τη χορήγηση και συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, οδηγούσαν στην αποκάλυψη πρόσφατων ή «δύσκολων» θανάτων συγγενών των ερωτώμενων. (τρεις περιπτώσεις).

Τόσο το μέγεθος του δείγματος όσο και κυρίως η ομοιογένεια του δείγματος ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, θρησκεύειν) δεν επιτρέπουν γενικεύσεις στον ευρύτερο πληθυσμό, πράγμα άλλωστε που ήταν εξ αρχής πέρα από τις επιδιώξεις της συγκεκριμένης έρευνας. Παράλληλα, εξαιτίας των παραπάνω περιορίζεται η δυνατότητα στατιστικού ελέγχου των ευρημάτων. Ως εκ τούτου, τα ευρήματα της έρευνας θα προσεγγιστούν κυρίως περιγραφικά.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα ζητήματα ενημέρωσης του ασθενή για την κατάσταση της υγείας του (σχετικοί βιοηθικοί όροι: ενήμερη συγκατάθεση, απόκρυψη της αλήθειας, αυτονομία του ασθενούς κ. ά. ), της νοσοκομειοποίησης του θανάτου, της προετοιμασίας για αυτόν καθώς και το μείζον ζήτημα της ευθανασίας, αντανακλώνται από μια (πρώτη) ομάδα δηλώσεων που περιλαμβάνονται στο ερωτηματολόγιο<sup>4</sup>.

**Πίνακας 2. Βιοηθικά διλήμματα και αντιλήψεις για το θάνατο**

Αρ. δήλωσης	Περιεχόμενο δήλωσης	Στάση					
		Θετική		Ουδέτερη		Αρνητική	
		Απόλ. αριθμός	Συχνότητα	Απόλ. αριθμός	Συχνότητα	Απόλ. αριθμός	Συχνότητα
<b>Ενήμερη συγκατάθεση</b>							
15	Όταν κάποιος πάσχει από καρκίνο ή κάποια ανίατη ασθένεια είναι προτιμότερο να μην του λέμε την αλήθεια	1	3,3%	5	16,7%	24	80,0%
22	Αν έπασχα από θανατηφόρο ασθένεια θα προτιμούσα να μη το ξέρω	4	13,3%	5	16,7%	21	70,0%
11	Είναι καλύτερο ο ασθενής να μαθαίνει πως πεθαίνει από την οικογένεια ή τους φίλους του, παρά από το γιατρό	5	16,7%	7	23,3%	18	60,0%
16	Ένας ιερέας και όχι ο γιατρός θα πρέπει να μιλήσει σε κάποιον ετοιμοθάνατο	14	46,7%	3	10,0%	13	43,3%
30	Ένας άνθρωπος που πεθαίνει θα έπρεπε να μπορεί να μιλήσει για αυτό ανοιχτά στην οικογένειά του, στο γιατρό ή στον πνευματικό του έτσι ώστε να μπορέσουν να προετοιμαστούν για τον επικείμενο θάνατο	26	86,7%	2	6,7%	2	6,7%
<b>Τρόπος θανάτου</b>							
5	Είναι καλύτερα να πεθάνω στην ακμή της ζωής μου.	2	6,7%	2	6,7%	26	86,7%
7	Όταν πεθάνω θα ήθελα να πεθάνω ακαριαία και ανώδυνα	21	70,0%	1	3,3%	8	26,7%
37	Εάν αποκτήσω μία θανατηφόρο ασθένεια, θα κάνω τα πάντα για να θεραπευτώ	25	83,3%	5	16,7%	0	0,0%
40	Ο άκαιρος θάνατος είναι πιθανόν μια τιμωρία για αμαρτίες	3	10,0%	6	20,0%	21	70,0%
<b>Τόπος θανάτου</b>							
9	Εάν πέσω σε κώμα θα ήθελα να ξέρουν οι άνθρωποι εκ των προτέρων να μην με βάλουν στην εντατική	0	0,0%	1	3,3%	29	96,7%
18	Η σύγχρονη ιατρική προσπάθησε να προλάβει και να θεραπεύσει ασθένειες και να επιμηκύνει την ανθρώπινη ζωή, αλλά απέτυχε	10	33,3%	2	6,7%	18	60,0%
34	Το νοσοκομείο είναι το καλύτερο μέρος για να πεθάνει κάποιος, μια και είναι βολικό για την οικογένειά του	0	0,0%	3	10,0%	27	90,0%
<b>Ευθανασία</b>							
25	Ασθενείς που υποφέρουν πολύ και δεν έχουν πιθανότητες ανάρρωσης δεν πρέπει να υποβάλλονται σε ευθανασία ανεξάρτητα με το τι λέει η οικογένειά τους	20	66,7%	2	6,7%	8	26,7%
29	Ένας άνθρωπος τόσο ηλικιωμένος ώστε να αποτελεί βάρος για τους γύρω του είναι καλύτερα να πεθαίνει	2	6,7%	0	0,0%	28	93,3%

Συγκεκριμένα, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων του δείγματος δηλώνουν πως θα προτιμούσαν να το γνωρίζουν, αν έπασχαν από θανατηφόρο ασθένεια (δήλωση

<sup>4</sup> Με τους πίνακες 2, 3 και 4 που ακολουθούν επιχειρείται η απόδοση μιας πιο καθαρής εικόνας της περιγραφής των ευρημάτων. Για το λόγο αυτό ενσωματώθηκε στους πίνακες αυτούς η μετατροπή της πενταβάθμιας κλίμακας αποκρίσεων του ερωτηματολογίου σε διαφορετική, τριμερή διάκριση που φανερώνει με γενικότερο τρόπο τη θετική, ουδέτερη ή αρνητική στάση – σε απόλυτους αριθμούς και συχνότητες – του δείγματος απέναντι στην εκάστοτε δήλωση.

22), και στο σύνολό τους διαφωνούν με τη δήλωση ότι είναι προτιμότερο να μη λέμε την αλήθεια σε κάποιον ο οποίος πάσχει από ανίατη ασθένεια (δήλωση 15), πράγμα που υποδηλώνει την ανάγκη προετοιμασίας για τον επικείμενο θάνατο ίσως εφόσον είναι έντονη η πεποίθηση για την επουράνια ζωή.

Ταυτόχρονα, στο ζήτημα που αφορά στο ποιος θα ήταν ο καταλληλότερος να ενημερώσει τον ασθενή για το επικείμενο θάνατό του, δεν υπάρχει σαφής στάση υπέρ της οικογένειας ή του γιατρού (δήλωση 11 – αρκετοί αναποφάσιστοι, ενώ 18 μάλλον θεωρούν ένα γιατρό καταλληλότερο) ενώ όταν τίθεται θέμα ιερέα ή γιατρού (δήλωση 16) οι αναποφάσιστοι είναι λιγότεροι και οι απόψεις μοιράζονται, υποδηλώνοντας για μια ακόμη φορά τον αποφασιστικό ρόλο του θρησκευτικού στοιχείου στην κλειστή αυτή κοινωνία. Πιο καθαρή είναι η εικόνα που προκύπτει από τη δήλωση «ένας άνθρωπος που πεθαίνει θα έπρεπε να μπορεί να μιλήσει για αυτό ανοιχτά στην οικογένειά του, στο γιατρό ή στον πνευματικό του έτσι ώστε να μπορέσουν να προετοιμαστούν για τον επικείμενο θάνατο» (δήλωση 30) όπου η συντριπτική πλειοψηφία τάσσεται υπέρ της δυνατότητας προετοιμασίας για το θάνατο (βλέπε και δήλωση 7). Πρέπει να σχολιαστεί ότι κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων φάνηκε ότι για πολλούς από τους ερωτώμενους μια τέτοια θέση είχε μεταφυσική/ θρησκευτική προέλευση και σημασία. Η υπόθεση αυτή όμως δεν δικαιολογεί τη συμπεριφορά της ανταπόκρισης στη δήλωση «Ο ακαιρός θάνατος είναι πιθανόν μια τιμωρία για αμαρτίες» (δήλωση 40) με την οποία η συντριπτική πλειοψηφία διαφωνεί.

Επίσης ενδιαφέρον παρουσιάζει ως προς τα παραπάνω και η δήλωση 37 στην οποία οι ερωτώμενοι, εκτός τεσσάρων αναποφάσιστων, δηλώνουν ότι θα έκαναν τα πάντα για να θεραπευτούν εάν αποκτούσαν μια θανατηφόρο ασθένεια. Αυτή η θέση μπορεί να ερμηνευθεί ως άδηλη αποδοχή του ρητού «η ελπίδα πεθαίνει τελευταία», ενώ δεν αποκλείεται η ελπίδα αυτή να προέρχεται από την επιστήμη.

Στις δηλώσεις που σχετίζονται με το πώς θα προτιμούσαν να πεθάνουν οι ερωτώμενοι, εμφανίζονται τα εξής ευρήματα. Σχεδόν κανείς δεν θα ήθελε να πεθάνει στην ακμή της ζωής του (δήλωση 5) ενώ οι περισσότεροι θα προτιμούσαν έναν ανώδυνο θάνατο («Όταν πεθάνω θα ήθελα να πεθάνω ακαριαία και ανώδυνα» δήλωση 7). Εξαιρέση αποτέλεσε μια μερίδα οκτώ ατόμων για τους οποίους η λέξη «ακαριαία» ίσως παρέπεμπε σε ατύχημα ή ερχόταν σε ρήξη με την θρησκευτική πεποίθηση ότι ένας προειδοποιημένος θάνατος είναι καλύτερος. Στην κατηγορία των συγκεκριμένων ερωτώμενων ανήκουν οι βαθεία θρησκευόμενοι των οποίων η

επιλογή απόκρισης ίσως σχετίζεται με την επιθυμία για την προετοιμασία του ετοιμοθάνατου (βλέπε και παραπάνω δήλωση 30).

Η στάση (εμπιστοσύνης) απέναντι στην Ιατρική εκφράζεται με τα δύο τρίτα του δείγματος να διαφωνούν με τη θέση ότι η σύγχρονη ιατρική έχει αποτύχει στους στόχους της (δήλωση 18). Αξιοσημείωτη είναι βέβαια η παρατήρηση ότι όλοι σχεδόν θα προτιμούσαν να μην αποκλείσουν το ενδεχόμενο να νοσηλευθούν σε μονάδες εντατικής θεραπείας σε περίπτωση που περιέρχονταν σε κατάσταση κώματος (απαντούν αρνητικά στην δήλωση 9: «Εάν πέσω σε κώμα θα ήθελα να ξέρουν οι άνθρωποι εκ των προτέρων να μην με βάλουν στην εντατική»).

Εξαιρετικό ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι, για το σύνολο των ερωτηθέντων, το νοσοκομείο δεν θεωρείται το καλύτερο μέρος για να πεθάνει κάποιος (δήλωση 34), ενώ οι ερωτήσεις που σχετίζονται με την ευθανασία (25 και 29) αποκαλύπτουν μια καθαρά αρνητική στάση απέναντι σε αυτήν την πρακτική. Ως εκ τούτου – σε αντίθεση με τις θέσεις των Αριέξ, Βοβέλ για τη νοσοκομειοποίηση του θανάτου– γίνεται εμφανής η ανάγκη των ατόμων να βρίσκονται τέτοιες στιγμές κοντά στην οικογένεια τους και σε οικείους χώρους.

Αναλυτικότερα, λίγοι είναι αυτοί που, παρακάμπτοντας το ρόλο των οικογενειών, υποστηρίζουν ότι ασθενείς που υποφέρουν και δεν έχουν πιθανότητες ανάρρωσης πρέπει να υποβάλλονται σε ευθανασία (δήλωση 25), ενώ στην πιο ‘ωμή’ υπόθεση σχετικά με την ευθανασία («Ένας άνθρωπος τόσο ηλικιωμένος ώστε να αποτελεί βάρος για τους γύρω του είναι καλύτερα να πεθαίνει» δήλωση 29) οι απαντήσεις στο σύνολό τους δηλώνουν την άρνησή της.

Όσο αφορά στη αυτοκτονία, μόνο δύο απόψεις θα αναγνώριζαν το δικαίωμα κάποιου να αυτοκτονήσει (δήλωση 10) πράγμα που ίσως υποδηλώνει ότι ο θάνατος δεν θεωρείται ατομική υπόθεση αλλά είναι άμεσα σχετιζόμενος με τη θρησκευτική πίστη των ερωτηθέντων. Κανείς δεν θεωρεί τον αυτόχειρα γενναίο (δήλωση 14). Οι ευθύνες της αυτοκτονίας όμως, για τους ερωτώμενους δεν βαρύνουν μόνο τους αυτόχειρες αλλά ίσως τις οικογένειές τους και την κοινωνία (δήλωση 21 όπου συναντούμε πλουραλισμό απαντήσεων).

Για το ζήτημα της δωρεάς οργάνων και της μεταμόσχευσης (δήλωση 36) οι απαντήσεις αποκαλύπτουν μια τάση αποδοχής χωρίς αυτό όμως να αφορά στο σύνολο των ερωτηθέντων. Ο αριθμός των αναποφάσιστων σε αυτή την δήλωση ανερχόταν στο ένα τρίτο του συνολικού δείγματος

Μια ακόμα δέσμη δηλώσεων στις οποίες η απόκριση χρήζει σχολιασμού, αφορούν την ενασχόληση με την αξία της ζωής, το θέμα του θανάτου, τις σκέψεις για το θάνατο και το φόβο απέναντι σε αυτόν.

**Πίνακας 3. Αντιλήψεις σχετικά με τη ζωή και το θάνατο**

Αρ. δήλωσης	Περιεχόμενο δήλωσης	Στάση:					
		Θετική		Ουδέτερη		Αρνητική	
		Απόλ. αριθμός	Συχνότητα	Απόλ. αριθμός	Συχνότητα	Απόλ. αριθμός	Συχνότητα
<b>Η αξία της ζωής</b>							
2	Χωρίς οικονομικά μέσα είναι καλύτερα να μη ζούμε	0	0,0%	0	0,0%	30	100,0%
3	Ο θάνατος είναι το τέλος. Δεν υπάρχει ζωή μετά το θάνατο	4	13,3%	4	13,3%	22	73,3%
24	Το σώμα του ανθρώπου είναι που πεθαίνει, όχι η ψυχή του	24	80,0%	1	3,3%	5	16,7%
26	Ο κόσμος λέει πως αξίζει να ζεις τη ζωή αλλά η αλήθεια είναι πως η ζωή είναι ανούσια	3	10,0%	0	0,0%	27	90,0%
<b>Ο φόβος του θανάτου</b>							
6	Ο θάνατός μου είναι ένα από τα πράγματα που δεν θέλω να σκέφτομαι	13	43,3%	0	0,0%	17	56,7%
13	Η ύπαρξη ζωής μετά θάνατο αποτελεί εμμονή κάποιων ανθρώπων που επιθυμούν να ζήσουν αιώνια	6	20,0%	2	6,7%	22	73,3%
17	Ο θάνατος και η ζωή μετά το θάνατο είναι άχρηστες σκέψεις αργόσχολων ανθρώπων	7	23,3%	1	3,3%	22	73,3%
19	Ο θάνατος είναι το τέλος στα βάσανα της ζωής	19	63,3%	3	10,0%	8	26,7%
20	Ο φόβος του θανάτου είναι νοητική κατάσταση νευρωτικών και στενόμυαλων ανθρώπων	10	33,3%	6	20,0%	14	46,7%
27	Όσο είμαστε ζωντανοί δεν υπάρχει λόγος να σκεφτόμαστε το θάνατο, απλώς πρέπει να ευχαριστιόμαστε τη ζωή μας	2	6,7%	1	3,3%	27	90,0%
32	Ο καθένας βιώνει το θάνατο κάποια στιγμή στη ζωή του, οπότε δεν υπάρχει λόγος να φοβάται	22	73,3%	2	6,7%	6	20,0%
35	Τρομάζω όταν σκέφτομαι τις αγωνίες που συνοδεύουν το θάνατο (άγχος, φόβος, θλίψη για τον αποχωρισμό)	15	50,0%	4	13,3%	11	36,7%
39	Σκέφτομαι συχνά το θάνατο	15	50,0%	0	0,0%	15	50,0%

Πιο αναλυτικά, φαίνεται να μην υπάρχει ομοφωνία ως προς το «ο θάνατός μου είναι ένα από τα πράγματα που δεν θέλω να σκέφτομαι» (δήλωση 6) ενώ στη δήλωση «σκέφτομαι συχνά το θάνατο» (39) αυτοί που απαντούν θετικά είναι περισσότεροι από αυτούς που, ίσως, δεν θέλουν να σκέφτονται το δικό τους θάνατο. Η διάσταση μεταξύ του «δικού μου θανάτου» και του θανάτου «του άλλου», στις δύο δηλώσεις, δεν διασαφηνίζεται από τα συγκεκριμένα ευρήματα, αν και κάτι τέτοιο θα είχε ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τον έλεγχο των υποθέσεων του Αριές (βλέπε κεφάλαιο 3).

Ο θάνατος και η μεταθανάτια ζωή δεν είναι σκέψεις αργόσχολων ανθρώπων παρά μόνο για λίγους –επτά- από τους ερωτώμενους (αρνητικές οι περισσότερες απαντήσεις στη δήλωση 17) ενώ ο φόβος για το θάνατο τείνει να αποδίδεται σε νευρωτικούς και στενόμυαλους από λίγο περισσότερους (στη δήλωση 20 απαντούν θετικά δέκα από τα τριάντα άτομα).

Λίγοι – ως τέσσερις – είναι αυτοί που υποστηρίζουν ότι δεν αξίζει να αφιερώσει κανείς τη ζωή του σε κάποια θρησκεία ή κάποιο άλλο ιδανικό (δήλωση

12), ενώ οι γνώμες διχάζονται για τη θέση ότι μόνο η θρησκεία μπορεί να σώσει τον άνθρωπο από το φόβο του θανάτου (δήλωση 31).

Οι μισοί ερωτώμενοι από το σύνολο του δείγματος παραδέχονται ότι τρομάζουν στην ιδέα του θανάτου ενώ τέσσερις εμφανίζονται αναποφάσιστοι (δήλωση 35). Ανεξάρτητα από αυτό όμως, η συντριπτική πλειοψηφία υποστηρίζει ότι δεν υπάρχει λόγος να φοβόμαστε το θάνατο (δήλωση 32). Αυτή η αντιφατική θέση θα μπορούσε να ερμηνευθεί επί τη βάση της θρησκευτικότητας, αφού, όπως προέκυψε από τις συνεντεύξεις και τις ποιοτικές καταγραφές του εργαλείου, η μνήμη του θανάτου και η εγρήγορση, προτείνεται από τη χριστιανική πνευματικότητα ως δικλείδα ασφαλείας απέναντι στο φόβο του θανάτου. Οι απαντήσεις στη δήλωση «Όσο είμαστε ζωντανοί δεν υπάρχει λόγος να σκεφτόμαστε το θάνατο, απλώς πρέπει να ευχαριστιόμαστε τη ζωή μας» (δήλωση 27) φανερώνουν μια πολωτική τάση (σχετική αναλογία στις απόλυτες -1 και 5- και τις μετριοπαθείς -2 και 4- απαντήσεις). Μια τέτοια θέση θα ερμηνευόταν επίσης στη βάση της υποκειμενικής κατανόησης που συνεπάγεται το «μέμνησθαι του θανάτου».

Σχετικά με τις αντιλήψεις για τη ζωή, μόνο τρία άτομα δηλώνουν ότι η ζωή είναι ανούσια ενώ οι υπόλοιποι στο σύνολό τους απαντούν αρνητικά («Ο κόσμος λέει πως αξίζει να ζεις τη ζωή αλλά η αλήθεια είναι πως η ζωή είναι ανούσια», δήλωση 26) πράγμα που μας επιτρέπει να σχολιάσουμε ότι οι περισσότεροι αναγνωρίζουν την αξία της ζωής. Αξιοσημείωτο είναι ότι ολόκληρο το δείγμα ιεραρχεί την αξία της ζωής ως ανώτερη συγκριτικά με τις υλικές αξίες («χωρίς οικονομικά μέσα είναι καλύτερα να μη ζούμε», δήλωση 2, όπου η πλειοψηφία διαφωνεί απόλυτα και οι υπόλοιποι απλά διαφωνούν). Ενδιαφέρον παρουσιάζει η διαμόρφωση των απαντήσεων στις δηλώσεις : «Ο θάνατος είναι το τέλος. Δεν υπάρχει ζωή μετά το θάνατο» (δήλωση 3) και «Το σώμα του ανθρώπου είναι που πεθαίνει, όχι η ψυχή του» (δήλωση 24) σχετικά με τη μεταθανάτια ζωή και την αθανασία της ψυχής αντίστοιχα. Η συντριπτική πλειοψηφία διαφωνούν απόλυτα, ή απλά διαφωνούν, με τη θέση ότι «ο θάνατος είναι το τέλος και δεν υπάρχει ζωή μετά το θάνατο». Η μειοψηφία που εμφανίζεται να «μην γνωρίζει» ή να διαφωνεί, απαντά ανάλογα και στη δήλωση σχετικά με την αθανασία της ψυχής. Το θάνατο ως τέλος των βασάνων της ζωής όμως, αναγνωρίζουν ένα μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων (δήλωση 19) ενώ πολύ λίγοι είναι εκείνοι που αποδίδουν τις σκέψεις για τη μεταθανάτια ζωή σε «εμμονές ανθρώπων που θα ήθελαν να ζήσουν για πάντα» (δήλωση 13).

Οι αντιλήψεις που αναγνωρίζουν την αξία της ζωής, την αθανασία της ψυχής και τη μετά θάνατο ζωή, συνάδουν με το γεγονός ότι στο σύνολό τους οι ερωτώμενοι κατακρίνουν, όπως είδαμε, την αυτοκτονία. Η θανατική ποινή τέλος, είναι κατακριτέα εφόσον έρχεται σε ρήξη με την ανωτερότητα της αξίας της ανθρώπινης ζωής (δήλωση 28). Τάσσονται υπέρ της κατάργησής της.

Από την επιλογή της απάντησης καθώς και από τα σχόλια των ερωτώμενων κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων, φαίνεται μια τρίτη μικρότερη δέσμη δηλώσεων θα έπρεπε να έχουν διατυπωθεί αλλιώς ή θα έπρεπε να είναι περισσότερο σαφείς ως προς τα εννοιολογικά τους περιεχόμενα. Η δήλωση «Η έκθεση σε σκηνές θανάτου μπορεί να επηρεάσει τα παιδιά μελλοντικά» (δήλωση 33), για παράδειγμα, ήταν επισφαλής ως προς τους ερευνητικούς στόχους. Η παιδική ηλικία σε σχέση με το θάνατο δεν διερευνήθηκε με σαφήνεια αφού φάνηκε, και από το σύνολο των απαντήσεων και από τα σχόλια των ερωτώμενων, ότι μπορούσε να αφορά τη συμμετοχή των παιδιών άμεσα (παρακολούθηση μιας κηδείας) ή έμμεσα (βίαιες σκηνές, τηλεοπτικές ίσως, θανάτου), ενώ το είδος και το μέγεθος της επιρροής δεν προσδιοριζόταν.

Στην ίδια συλλογιστική, οι δηλώσεις που περιείχαν το λήμμα «μοίρα» (δηλώσεις 1 και 4) φαίνεται να δίχασαν τις απόψεις. Για πολλούς από τους ερωτώμενους η μοίρα δεν συνάδει με τις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις ενώ για άλλους το θεϊκό ίσως ταυτίζεται με το μοιραίο. Επίσης παρά το γεγονός ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος δήλωσαν θρησκευόμενοι, σε δήλωση που αφορά στη νέμεση για τις ηθικές επιλογές των ανθρώπων, «Πιστεύω πως ένας άνθρωπος που είναι καλός σε αυτή τη ζωή θα ανταμειφθεί στην άλλη ζωή ενώ κάποιος που είναι κακός θα τιμωρηθεί» (δήλωση 23), το εύρος των απαντήσεων εμφανίζεται άκρως ανομοιογενές -Ένδεκα από το σύνολο των τριάντα ερωτώμενων επιλέγουν την απάντηση 3 (δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ), άλλοι ένδεκα συμφωνούν και οκτώ διαφωνούν. Σε αυτές τις περιπτώσεις ανοικτού τύπου ερωτήσεις ίσως να ήταν περισσότερο διαφωτιστικές.

Επιχειρώντας να συνοψίσουμε την περιγραφική προσέγγιση των αντιλήψεων που προηγήθηκε, θα λέγαμε ότι μια τέτοια συμπύκνωση θα γινόταν εύληπτη αν επικεντρωνόταν γύρω από δύο νοητούς άξονες. Αφενός την γενική πρόσληψη του διπόλου «ζωή – θάνατος» και αφετέρου την εκτίμηση ειδικότερων αντιλήψεων σχετικών με βιοηθικά διλήμματα.

Συγκεκριμένα, η αξία της ζωής εκτιμάται θετικά ενώ υπάρχει τάση γενικευμένης αποδοχής της μεταθανάτιας ζωής. Το μισό δείγμα ομολογεί δέος απέναντι στο θάνατο όμως κυρίαρχη είναι και η πεποίθηση πως δεν υπάρχει λόγος να μας τρομάζει ο θάνατος. Υπάρχει λόγος να ακολουθεί κάποιος θρησκευτικά ή άλλα ιδανικά αν και κατά γενική ομολογία η θρησκεία δεν είναι ο μόνος παράγοντας που μπορεί να βοηθήσει τον άνθρωπο να απαλλαχτεί από το φόβο του θανάτου. Η μνήμη τέλος του θανάτου δεν αξιολογείται αρνητικά από το μέρος του δείγματος που είχαν θρησκευτικό προσανατολισμό.

Οι ερωτώμενοι στο σύνολό τους τείνουν να θέλουν να γνωρίζουν γεγονότα οριακών καταστάσεων (θανατηφόρες ασθένειες, επικείμενος θάνατος) των ιδίων ή συγγενών και ταυτόχρονα δείχνουν έτοιμοι να ενημερώσουν τους δικούς τους. Γενικά διαφαίνεται μια έντονη ανάγκη προετοιμασίας για το θάνατο που δεν εμποδίζει την επικοινωνία του ασθενούς με το οικογενειακό του περιβάλλον αλλά αντίθετα την κάνει πιο επιτακτική. Η «εξάρτηση» από την επιστήμη σκιαγραφείται από αντιλήψεις που ενέχουν σχετικές προσδοκίες. Αν και δεν θεωρούν το νοσοκομείο το καλύτερο μέρος για να πεθάνει κανείς, δεν αποκλείουν το ενδεχόμενο να νοσηλευτούν σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας κάποια στιγμή στη διάρκεια της ζωής τους. Οι περισσότεροι «θα έκαναν τα πάντα για να θεραπευτούν» άρα ίσως και να εξαντλούσαν τα ιατρικά μέσα. Βέβαια θα προτιμούσαν να πεθάνουν ανώδυνα και όχι στην ακμή της ζωής τους αλλά αργότερα. Τέλος, διαφαίνεται μια συγκρατημένη αποδοχή της Δωρεάς Οργάνων ενώ για το αμιγώς βιοηθικό ζήτημα της ευθανασίας το δείγμα είναι κατηγορηματικά αντίθετοι.

Από την παρουσίαση των ευρημάτων που προηγήθηκε, φαίνεται ότι το εργαλείο, που δοκιμάζεται με την όλη ερευνητική διαδικασία, επιδέχεται βελτιώσεων ειδικά όσον αφορά τη διαφορετικότητα στον τρόπο πρόσληψης για παράδειγμα της μοίρας από Κορεάτες και Έλληνες. Όπως είδαμε και στο προηγούμενο κεφάλαιο, η έρευνα της Yeun έδωσε τρεις τύπους νοοτροπίας για τους ηλικιωμένους ασθενείς του δείγματός της (religion dependent, science adherent και sardonic). Η ερευνήτρια, όμως, στα συμπεράσματά της καταλήγει στη θέση ότι «ο πιο σημαντικός άξονας στη δομή της υποκειμενικότητας απέναντι στο θάνατο και το θνήσκειν» από πλευράς των υποκειμένων της έρευνας «ήταν η θρησκεία» (Euna Yeun: 2004: 7). Η διαπίστωση του κατά πόσο το ίδιο ισχύει και την ελληνική περίπτωση μας οδηγεί στην διατύπωση περιγραφικών προτάσεων που συνάγονται από τη συμπεριφορά του δείγματος σε ερωτήσεις των δυο πρώτων ομάδων ερωτήσεων που είδαμε παραπάνω.



Οι απόψεις του δείγματος αποκαλύπτουν μια «συγκρατημένη» εμπιστοσύνη στην ιατρική. Ταυτόχρονα, η έντονη θρησκευτικότητα – η οποία δεσπόζει, έτσι κι αλλιώς, ως βασικό χαρακτηριστικό από την επιλογή του δείγματος – διαφαίνεται πολλαχώς στην αντιμετώπιση πολλών από τις δηλώσεις αλλά προκύπτει και από την συνεκτίμηση των ποιοτικών συλλογών της ερευνητικής διαδικασίας (σχόλια των ερωτώμενων με αφορμή κάποιες από τις δηλώσεις, περαιτέρω συζητήσεις κτλ)

#### Πίνακας 4. Επιστήμη, θρησκεία και αντιλήψεις για το θάνατο

Αρ. δήλωσης	Περιεχόμενο δήλωσης	Στάση:					
		Θετική		Ουδέτερη		Αρνητική	
		Απόλ. αριθμός	Συχνότητα	Απόλ. αριθμός	Συχνότητα	Απόλ. αριθμός	Συχνότητα
<b>Επιστήμη</b>							
9	Εάν πέσω σε κώμα θα ήθελα να ξέρουν οι άνθρωποι εκ των προτέρων να μην με βάλουν στην εντατική	0	0,0%	1	3,3%	29	96,7%
11	Είναι καλύτερο ο ασθενής να μαθαίνει πως πεθαίνει από την οικογένεια ή τους φίλους του, παρά από το γιατρό	5	16,7%	7	23,3%	18	60,0%
16	Ένας ιερέας και όχι ο γιατρός θα πρέπει να μιλήσει σε κάποιον ετοιμοθάνατο	14	46,7%	3	10,0%	13	43,3%
18	Η σύγχρονη ιατρική προσπάθησε να προλάβει και να θεραπεύσει ασθένειες και να επιμηκύνει την ανθρώπινη ζωή, αλλά απέτυχε	10	33,3%	2	6,7%	18	60,0%
37	Εάν αποκτήσω μία θανατηφόρο ασθένεια, θα κάνω τα πάντα για να θεραπευτώ	25	83,3%	5	16,7%	0	0,0%
<b>Θρησκεία</b>							
12	Δεν αξίζει να αφιερώσει κάποιος τη ζωή του σε μια θρησκεία ή κάποιο άλλο ιδανικό	4	13,3%	1	3,3%	25	83,3%
16	Ένας ιερέας και όχι ο γιατρός θα πρέπει να μιλήσει σε κάποιον ετοιμοθάνατο	14	46,7%	3	10,0%	13	43,3%
31	Μόνο η θρησκεία μπορεί να απαλλάξει έναν άνθρωπο από το φόβο του θανάτου	14	46,7%	2	6,7%	14	46,7%

Θα πρέπει να επαναλάβουμε ότι η, σε διαφορετικές συνθήκες, εφαρμογή του εργαλείου προϋποθέτει περαιτέρω και διεξοδικότερη μελέτη τόσο σε επίπεδο εννοιολογικής διασαφήνισης των εμπλεκόμενων όρων, όσο και σε επίπεδο μεθοδολογικού σχεδιασμού.

Η συγκέντρωση δεδομένων, όπως η παραπάνω, είναι ακίνδυνη όταν τηρούνται οι δεοντολογικές επιταγές που εμπλέκονται στην έρευνα (ανωνυμία των συμμετεχόντων, περιγραφική χρήση των δεδομένων κ.ά. ). Οι δυνατότητες όμως χρήσης ανάλογων δεδομένων που αφορούν σε μεγαλύτερους πληθυσμούς, επιβάλλουν τη λήψη προστατευτικών μέτρων από πλευράς του ερευνητή και της επιστημονικής κοινότητας, που ίσως δεν εμφανίζονται ρητά στους επιστημονικούς κώδικες δεοντολογίας. Το τελευταίο μέρος αυτής της εργασίας – ως βιοηθική κατάληξη - αφιερώνεται σε έναν τέτοιο προβληματισμό.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ.

Η παρούσα εργασία δεν μπορούσε να ολοκληρωθεί παρά με το κάλεσμα για την ανάπτυξη και εφαρμογή παρόμοιων εργαλείων. Ταυτόχρονα επιτακτική κρίθηκε και η προτροπή για προαγωγή της έρευνας που σχετίζεται με τη μέτρηση των αντιλήψεων και των στάσεων αναφορικά με το θάνατο. Διάχυτη σε όλο το κείμενο αυτής της εργασίας υπήρξε η πεποίθηση πως η ανάγκη για τη συγκέντρωση τέτοιων δεδομένων δεν υπαγορεύεται μόνο από την επιστημονική στοχοθεσία μιας καταγραφής της εξέλιξης των αντιλήψεων για το θάνατο ιστορικά. Η τροφοδότηση της Κοινωνικής Ιατρικής από τέτοια δεδομένα φαίνεται πως θα διεύρυνε τις δυνατότητες εύστοχης αντιμετώπισης και αποτελεσματικότερου χειρισμού ζητημάτων που σήμερα εμπίπτουν στην Βιοηθική.

Οι κοινωνικές ανισότητες στον τομέα της Υγείας, εκτός από το αμιγώς κοινωνιολογικό ενδιαφέρον που παρουσιάζουν, μπορεί να θεαθούν και ως αποτύπωση ή προδιαγραφή των κοινωνικών, πολιτισμικών, ίσως και πολιτικών ανισοτήτων απέναντι στο θάνατο.

Η επίκληση των αναφορών που συνδέουν τις αντιλήψεις για το θάνατο με την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, αποτελεί το ήμισυ της διττής σχέσης της Κοινωνικής Ιατρικής και της Βιοηθικής. Η ιδέα της *Ολοκληρωμένης Φροντίδας* και ο θεσμός της Οικογενειακής Ιατρικής θα μπορούσαν να εντοπίσουν τους «οικολογικούς θώκους» τους μέσα από την αξιοποίηση παρόμοιων – κοινωνιολογικών - μεθόδων εμπειρικής διερεύνησης. Ταυτόχρονα η ποιοτική ανάλυση (μικρά δείγματα ή μελέτες περιπτώσεων) τέτοιων (μέτρησης αντιλήψεων) ή σχετικών (ψυχοδιαγνωστικών) εργαλείων αναφορικά με το θάνατο, δυνητικά θα αποτελούσε οδηγό, πυξίδα στα χέρια του Γενικού –Οικογενειακού Ιατρού.

Με κριτήριο τη διαμόρφωση συνθηκών ευζωίας για τον παγκόσμιο πληθυσμό μέσα από εθνικές, υπερεθνικές ή παγκοσμιοποιημένες θεσμικές μεταρρυθμίσεις, η θετική αξιολόγηση της συνεισφοράς των κοινωνιολογικών μεθόδων στη μέτρηση των αντιλήψεων για το θάνατο δεν περιορίζεται στην εφαρμογή των τελευταίων σε δείγματα μεγέθους όπως αυτό που παρουσιάζεται σε αυτή την εργασία – τοπικό επίπεδο. Εξαιρετικό ενδιαφέρον θα παρουσίαζε μια μελέτη με ανάλογες αναζητήσεις σε εθνικό επίπεδο. Ο σεβασμός της ανθρώπινης ζωής και αξιοπρέπειας όμως, η

διασφάλιση των ατομικών ελευθεριών ή διαφορετικά η προάσπιση των ανθρώπινων δικαιωμάτων προΐσταται κάθε επιστημονικής μελέτης και κάθε μορφής πολιτικής παρέμβασης. Το παραπάνω είναι βιοηθικό μέλημα.

Η πολυπλοκότητα της σύγχρονης κοινωνικής οργάνωσης και αναδιοργάνωσης και η ανάγκη για αυστηρό προσδιορισμό των ορίων της σε σχέση με τα ατομικά δικαιώματα προβάλλονται ως βιοηθική επιταγή, όταν η συζήτηση αφορά σε θέματα πληθυσμού και θανάτου.

Δημογραφικά, ο πληθυσμός προσδιορίζεται, μεταξύ άλλων, συναρτήσει γεννήσεων και θανάτων ενώ στο Βιβλιοθηκονομικό Σύστημα Ταξινόμησης Κέννεντυ του Αμερικανικού Εθνικού Κέντρου Αναφοράς για τη φιλολογία περί Βιοηθικής (Library Classification Scheme, the Kennedy System - *Journal of Medical Ethics*:2000:26:495), ζητήματα πληθυσμού κατέχουν ξεχωριστή θέση. Ήδη από το 1803, οικονομικής φύσης υπολογισμοί και το ελατήριο του προβλήματος της φτώχειας οδηγούν το Malthus (1992) να μιλήσει για πρόβλημα υπερπληθυσμού στον πλανήτη γη. Σήμερα, εμφανίζονται μελέτες που συνδέουν τον παράγοντα του πληθυσμού με το περιβάλλον και ειδικότερα με το ζήτημα των Γενετικά Τροποποιημένων Οργανισμών - Γ. Τ. Ο. (βλ. λ.χ. Μπάγκαβος 2002). Το τελευταίο, γνωστό στο ευρύ κοινό ως ζήτημα των «μεταλλαγμένων», συνήθως συσχετίζεται με θέματα παγκοσμιοποίησης, φτώχειας, περιβάλλοντος και υγείας.

Επιπρόσθετα με το πρόβλημα του υπερπληθυσμού, το ζήτημα της γήρανσης του πληθυσμού στο Δυτικό Κόσμο φαίνεται να είναι ένα θέμα που έχει αρχίσει να απασχολεί τόσο την Επιστήμη όσο και την Πολιτική (Δημόσια Υγεία, Απασχόληση, Ασφαλιστικό). Ας σημειωθεί ότι το προαναφερθέν πρόβλημα δεν αφορά τόσο στις χώρες της Ασίας ή του Τρίτου Κόσμου. Ο οικουμενισμός με τις ενδεχόμενες μαζικές μετακινήσεις πληθυσμών και η περιβαλλοντική επιβάρυνση με τα σενάρια για κλιματολογικές ή γεωμορφολογικές αλλαγές (υπερθέρμανση του πλανήτη, άνοδο της στάθμης της θάλασσας) καθώς και η συζήτηση για νέου τύπου ασθένειες (ήδη από τους Αριές και Βοβέλ) περιχαρακώνουν μια νέα περιοχή αναζητήσεων για το μέλλον της ανθρωπότητας. Και όλα τα παραπάνω μαζί διαμορφώνουν ένα χάρτη προβληματισμών οι οποίοι δικαιώνουν την ύπαρξη, στο μέλλον, ενός «άλλου θανάτου».

Ο G. Agamben (2004) επιχειρώντας να διαβάσει την σύγχρονη βιοπολιτική, μιλά για «Πολιτικοποίηση του θανάτου». Μπαίνοντας στο θάλαμο της νοσοκομειακής κλίνης - που περιγράφουν και οι ιστορικοί για τη νοσοκομειοποίηση

του θανάτου – εντοπίζει τον «ψευδοζωντανό» και καταλήγει ότι «οι οργανισμοί ανήκουν στη δημόσια εξουσία». Εθνικοποίηση του σώματος, για τον Agamben, σημαίνει ότι, στις σύγχρονες δημοκρατίες, είναι δυνατός ο έλεγχος του σώματος ή της στιγμής του θανάτου από την πολιτική εξουσία. Οι ενδεχόμενες συνέπειες αυτής της υπόθεσης τον αναγκάζουν να κλείσει το άρθρο του με την αναφορά στη βιοπολιτική του ναζισμού. (Μια σύντομη μα εξαιρετικά ενδιαφέρουσα περιγραφή της εν λόγω βιοπολιτικής αποκαλύπτεται στο «Η εξόντωση της ‘ζωής που δεν αξίζει να τη ζει κανείς’» του R. N. Proctor στον ίδιο τόμο: 395)

Όταν λοιπόν προτείνεται μια μέθοδος εκτίμησης των αντιλήψεων για το θάνατο, δεν είναι απίθανο να χρησιμοποιηθεί ή να τροποποιηθεί για να διευκολύνει τη μελέτη εφαρμογής ή επιπτώσεων από την εφαρμογή θεσμικών μεταρρυθμίσεων. Δεν αποκλείεται όμως επίσης το ενδεχόμενο να χρησιμοποιηθούν στο μέλλον παρόμοιες μέθοδοι για τον εντοπισμό ευάλωτων κοινωνικών ομάδων (π.χ. Τρίτη ηλικία ή άτομα με νευροεκφυλιστικές ασθένειες) με απώτερο σκοπό τον ευκολότερο έλεγχο και την εξόντωσή τους.

Η επίκληση της «εξωτερικής ευθύνης» του επιστήμονα (η ευθύνη του για την περαιτέρω χρήση του έργου του – Παιονίδης: 2001) αναφέρεται στην πρόληψη τέτοιων κινδύνων. Σε τεύχος του περιοδικού *Ινδικτος* αφιερωμένου στη βιοηθική, εισηγήσεις σαν την παραπάνω δεν λείπουν με αφορμή τα σύγχρονα βιοηθικά διλλήματα. Η θέση του Αντώνη Τρακατέλλη μέσα σε αυτές – ότι η βιοηθική λειτουργεί και οφείλει να λειτουργήσει ως πυξίδα της επιστημονικής έρευνας – υπενθυμίζει την ανάγκη μιας μετα - θεωρητικής ενίσχυσης των παραδοσιακών επιστημονικών αναζητήσεων στις σύγχρονες εξελίξεις.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνική

- Αριές, Φ. 1988. *Δοκίμια για το θάνατο στη Δύση*, μτφρ. Κ Λάμψα. Αθήνα: Γλάρος.
- Αριές, Φ.1990. *Αιώνες παιδικής ηλικίας*, Αθήνα: Γλάρος.
- Αριές, Φ. 1997. *Ο Άνθρωπος Ενώπιον του Θανάτου I: Η Εποχή των Κοιμωμένων*, μτφρ. Θ. Νικολαΐδης, τ. 1, Αθήνα: Βιβλιοπωλείο της Εστίας.
- Αριές, Φ.1999. *Ο Άνθρωπος Ενώπιον του Θανάτου II: Ο Εξαγριωμένος Θάνατος*, μτφρ. Θ. Νικολαΐδης, τ. 2, Αθήνα: Βιβλιοπωλείο της Εστίας.
- Βιδάλης, Τ. Κ. 2002. «Βιοηθική και δίκαιο: το πρόβλημα της ρύθμισης» *Επιστήμη και Κοινωνία: Επιθεώρηση Πολιτικής και Ηθικής Θεωρίας*, 8 – 9 (Άνοιξη – Φθινόπωρο): 107 – 118.
- Βοβέλ, Μ. 2000. *Ο Θάνατος και η Δύση: από το 1300 ως τις μέρες μας*, μτφρ. Κ. Κουρεμένος. Α και Β. Αθήνα: Νεφέλη
- Δραγώνα – Μονάχου, Μ. 2002. «Ηθική και Βιοηθική» *Επιστήμη και Κοινωνία: Επιθεώρηση Πολιτικής και Ηθικής Θεωρίας*, 8-9 (Άνοιξη – Φθινόπωρο): 1 – 26.
- Δραγώνα – Μονάχου, Μ. 2007 – 2008. «Η Βιοηθική και η Διδακτική της». *Επιθεώρηση Βιοηθικής*, 1 (Φθινόπωρο - Χειμώνας): 38-47.
- Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ. 1995 *Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα*, Αθήνα: [χ. ε.]
- Κυριαζή, Ν. 2002. *Η Κοινωνιολογική Έρευνα: Κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Μαράτου – Αλιπράντη, Λ. 1987. «Δομικά Χαρακτηριστικά και Παραδοσιακές Λειτουργίες της Αγροτικής Οικογένειας: Εμπειρικές Έρευνες.» *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 66: 73 - 105
- Μπάγκαβος, Χ. 2002. «Οι προοπτικές εξέλιξης του παγκόσμιου πληθυσμού: πρόκληση ή απειλή για το φυσικό περιβάλλον;» Συνέδριο *Περιβάλλον και Κοινωνία: Μύθοι και Πραγματικότητα* Νοέμβρης. Αθήνα: Πάντειο Πανεπιστήμιο
- Νιτσιάκος, Β.(χ.χ.) *Παραδοσιακές Κοινωνικές Δομές*, β' έκδοση. Χ.τ.: Οδυσσεάς.
- Ντολτό, Φ. 2000. *Μιλώντας για το Θάνατο*, μτφρ. Ε. Κούκη. Αθήνα: Πατάκης.

- Παιονίδης, Φ. 2001. «Η Ηθική Ευθύνη του Επιστήμονα για τη Χρήση του Έργου του». *Τνδικτος*, 14 (Ιούνιος): 192 – 204.
- Ρήγου, Μ. 1990. *Ο Θάνατος στη νεωτερικότητα. Μια επικοινωνιακή και ηθική προβληματική*. Αθήνα: Πλέθρον.
- Σιέττος, Γ. Β. 1997. *Νεκρικά Ηθη και Έθιμα: Αρχαιοελληνικά, Βυζαντινά, Νεοελληνικά*. Αθήνα: Κυβέλη.
- Τζαβάρας, Γ. 1982. *Το Βέβαιο του Θανάτου*. Αθήνα – Γιάννενα: Δωδώνη.
- Τούντας, Γ. 2000<sup>α</sup>. *Κοινωνία και Υγεία*. Αθήνα: Οδυσσέας/ Νέα Υγεία.
- Τούντας, Γ. 2000β. *Η Υγεία στην Ελλάδα*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας
- Τρακατέλλης, Α. 2001. «Βιοηθική: Πυξίδα Διαχείρισης της Γενετικής Τεχνολογίας.» *Τνδικτος*, 14 (Ιούνιος): 52 –62.
- Τσινόρεμα, Σ. 2007 – 2008. «Εκδοτικό σημείωμα.» *Επιθεώρηση Βιοηθικής*, 1, (Φθινόπωρο - Χειμώνας):1-3.
- Φιλαλήθης, Α. 1996. «Οι σύγχρονες εξελίξεις στα Συστήματα Υγείας και η Γενική Οικογενειακή Ιατρική.» Στο Κυριόπουλος, Γ., Φιλαλήθης, Τ. (επ.) *Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα*. Αθήνα: Θεμέλιο: 235 – 249.

### **Ξενόγλωσση**

- Agamben, G. 2004. «Η πολιτικοποίηση του θανάτου», μτφρ. Μ. Κονδύλη. Στο Μακρυγιώτη, Δ. (επ.) *Τα Όρια του Σώματος: Διεπιστημονικές Προσεγγίσεις*, Αθήνα: Νήσος: 413 – 418.
- Ariés, P. 1974. *Western Attitudes toward Death from the Middle Ages to the Present*, Boston: The John Hopkins University Press.
- Beauchamp, T. L., Walters, L. (eds). 1982. *Contemporary Issues in Bioethics*, 3<sup>rd</sup> edition. Belmont, California: Wadsworth Publishing Company.
- Boase, T. S. R. 1972. *Death in the Middle Ages: Mortality, Judgement and Remembrance*. London: Thames and Hudson.
- Boorse, C. «Η Υγεία ως Θεωρητική Έννοια» (άρθρο μεταφρασμένο από τον κ. Γ. Μαραγκό στο πλαίσιο του μαθήματος «φιλοσοφία της επιστήμης» του Π.Μ.Σ. Βιοηθικής. Π. Κ., 2004)
- Coyle, J. 2002. “Spirituality and Health: towards a framework for exploring the relationship between spirituality and health.” *Journal of Advanced Nursing*, 37(6): 589 – 597.

- Delanty, G. 2002. "Constructivism, sociology and the new genetics." *New Genetics and Society*, 21 (3): 279 – 289.
- Douglas, D. J. 2007. *Θάνατος. Μια σύντομη ιστορία*, μτφ. Ανδρεάδη, Ι. Φ. Αθήνα: Πολύτροπον.
- Gossens, W. «Αξίες, υγεία, ιατρική» (άρθρο μεταφρασμένο από τον κ. Γ. Μαραγκό στο πλαίσιο του μαθήματος «φιλοσοφία της επιστήμης» του Π.Μ.Σ. Βιοηθικής. Π. Κ., 2004)
- Gregory, R. J. 1998. "Attitudes to death and the future changing our thinking." *Futures*, 30(1): 75 – 81.
- Grene, M. «Φιλοσοφία της ιατρικής: προλεγόμενα σε μια φιλοσοφία της επιστήμης» (άρθρο μεταφρασμένο από τον κ. Γ. Μαραγκό στο πλαίσιο του μαθήματος «φιλοσοφία της επιστήμης» του Π.Μ.Σ. Βιοηθικής. Π. Κ., 2004). *Journal of Medical Ethics*:2000:26:495
- Kao, S. F., Lusk, B. 1997. "Attitudes of Asian and American graduate nursing students towards death and dying." *International Journal of Nursing Studies*, 34(6): 438 – 443.
- Lin Hung-Ru, Bauer-Wu Susan M. 2003. "Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature." *Journal of Advanced Nursing*, 44(1): 69 – 80.
- Malthus, T. R. 1992. *An Essay on the Principle of Population* (1803), Winch, D. (ed.): Cambridge University Press.
- Mok Esther, Lee Wai Man, Kam-yuet Wong Frances. 1997. "The issue of death and dying: employing problem-based learning in nursing education." *Nurse Education Today*, 22: 319 – 329.
- Proctor R. N. 2004. «Η εξόντωση της 'ζωής που δεν αξίζει να τη ζει κανείς'», μτφρ. Αθανασίου Κ. Στο Μακρυνιώτη, Δ. (επ.) *Τα Όρια του Σώματος: Διεπιστημονικές Προσεγγίσεις*. Αθήνα: Νήσος: 395 – 411.
- Weber, M.1983. *Βασικές Έννοιες Κοινωνιολογίας*, μτφρ. Κυπραίος, Μ. Αθήνα: Κένταυρος.
- Wilkinson, R., Marmot, M. 1998. *Οι Κοινωνικοί Παράγοντες στην υγεία: τα αδιάσπιστα γεγονότα*, μτφρ. Στράγκα, Δ., Γείτονα, Μ. Π.Ο.Υ. – Περιφερειακό Γραφείο Ευρώπης – Κέντρο για την Υγεία του Πληθυσμού, Διεθνές Κέντρο για την Υγεία και την Κοινωνία – Πανεπιστήμιο του Λονδίνου, Κοπεγχάγη.

Yeun, E. 2005. "Attitudes of elderly Korean patients towards death and dying."  
*International Journal of Nursing Studies*, 42:871 – 880.

Zimmermann, C. 2004. "Denial of impending death: a discourse analysis of the  
palliative care literature." *Social Science and Medicine*, 59: 1769 – 1780.

Ηλεκτρονικές διευθύνσεις

*Strengthening Health Systems through Primary Health Care*, στο  
<http://www.who.int/healthsystems/en/> downloaded 20/04/2008.



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΜΕΤΑΦΡΑΣΕΩΝ – ΕΡΓΑΛΕΙΟΥ

### *A: Δηλώσεις στην αγγλική γλώσσα (πρωτότυπες)*

1. When and where we die is a matter of fate.
2. Without financial ability we're better off dead.
3. Death is the end and there is no life after death.
4. Dying in a car accident or an incurable illness is a pre-destined fate
5. It's best to die at the peak of my life
6. My own death is one of the things I don't like to think about
7. Whenever I die, I'd like to die instantaneously and painlessly
8. Funeral rites or commemoration ceremonies should be carried out with dignity as a way of showing respect to the deceased.
9. If I go into a coma, I'd like to tell people beforehand not to put me in intensive care.
10. A person has a right to commit suicide.
11. It's better for family members or friends rather than the doctor to tell the patient about dying.
12. It's worthless to dedicate one's life to a faith or justice.
13. The existence of a life after death stems from the fantasy of people longing to live an internal life.
14. A person who commits suicide is a brave person.
15. When a person has cancer or an incurable illness it's better not to tell them the truth.
16. A minister rather than the doctor should talk to a person facing death.
17. Death and life after death are the useless thoughts of leisurely people.
18. Modern medicine has tried to prevent and cure human diseases as well as to extend lives, but has failed.
19. Death is the end of life's agonies.
20. A fear of death is the mental state of neurotic or narrow-minded people.
21. Suicide is the responsibility of negligent family members or society.
22. If I have a fatal illness, I wouldn't want my doctor to tell me.
23. I believe a person who does a lot of good in this life will be blessed in the next life, and a person who does badly will be punished.
24. A person's body will die but not the spirit.
25. Patients in a lot of pain with no chances of recovery should not be put to an easy death, no matter what the family says.
26. People say life is worth living but it's a fact that life is empty.
27. As long as we're alive, there's no need to think about death; we just have to live earnestly.
28. A person's life is in essence noble, so it's better to get rid of the death penalty.
29. A person so old as to be a burden to those around him is better off dead.
30. A person facing death should be given the chance to talk openly about it to his/her family, doctor or minister so that they can prepare for it.
31. Only religion can save a person from the fear of death.
32. Everyone experiences death once in their lifetime so it's nothing to fear.
33. It's not good for children's future to witness death.

34. A hospital is the best place for a person to die because it's convenient for family members.
35. It scares me to think about the mental sufferings that accompany death (anxiety, fear, sadness about leaving).
36. I will donate my organs (eyeballs, cornea, heart, kidney, etc.) to other people.
37. If I get a fatal illness, I'll try everything to cure it.
38. I'll leave clear instructions on what to do after I die.
39. I often think about dying.
40. If I am dying, it's probably a punishment for my sins.

## ***B: Μετάφραση ερωτηματολογίου Νο 1***

1. Το που και το πότε πεθαίνουμε είναι ζήτημα της μοίρας
2. Χωρίς οικονομική δυνατότητα, καλύτερα είναι να πεθάνει κανείς
3. Ο θάνατος είναι το τέλος και δεν υπάρχει ζωή μετά το θάνατο
4. Το να πεθάνει κανείς σε αυτοκινητιστικό δυστύχημα ή από ανίατη ασθένεια είναι προκαθορισμένο από τη μοίρα
5. Προτιμώ να πεθάνω στο αποκορύφωμα της ζωής μου
6. Ο δικός μου ο θάνατος είναι ένα από τα πράγματα τα οποία δεν θέλω να σκέφτομαι
7. Όταν πεθάνω, θα ήθελα να πεθάνω στη στιγμή και χωρίς πόνους
8. Οι επικήδειες τελετές και τα μνημόσυνα θα έπρεπε να διεξάγονται με αξιοπρέπεια σαν ένδειξη σεβασμού απέναντι στον αποθανόντα
9. Αν πέσω ποτέ σε κόμα θα ήθελα από πριν να πω στους άλλους να μη με βάλουν σε μονάδα εντατικής θεραπείας
10. Κάθε άτομο έχει δικαίωμα να αυτοκτονήσει
11. Είναι προτιμότερο συγγενείς ή φίλοι παρά ο γιατρός να ενημερώσουν έναν άνθρωπο ότι πεθαίνει
12. Είναι μάταιο το να αφιερώσει κάποιος τη ζωή του σε μια πίστη ή στη δικαιοσύνη
13. Η ύπαρξη ζωής μετά το θάνατο πηγάζει από τη φαντασίωση των ανθρώπων που περιμένουν να ζήσουν μια αιώνια ζωή
14. Ένας άνθρωπος που αυτοκτονεί είναι θαρραλέος
15. Όταν ένας άνθρωπος έχει καρκίνο ή μια ανίατη ασθένεια είναι καλύτερα να μην του πει κανείς την αλήθεια
16. Ένας κοινωνικός λειτουργός ή ένας ιερέας παρά ο γιατρός είναι προτιμότερο να μιλά με ένα άτομο που πεθαίνει
17. Ο θάνατος και η μεταθανάτια ζωή είναι άχρηστες σκέψεις που κάνουν οι τεμπέληδες
18. Η σύγχρονη ιατρική έχει προσπαθήσει να αποτρέψει και να θεραπεύσει ανθρώπινες ασθένειες όπως και να επεκτείνει τη διάρκεια της ζωής, όμως έχει αποτύχει
19. Ο θάνατος είναι το τέλος των βασάνων της ζωής
20. Ο φόβος του θανάτου είναι πνευματική κατάσταση νευρωτικών και στενοκέφαλων ανθρώπων
21. Για την αυτοκτονία ευθύνονται οι οικογένειες και η κοινωνία που είναι αδιάφοροι
22. Αν έπασχα από μια μοιραία ασθένεια δεν θα ήθελα να μου το πει ο γιατρός μου
23. Πιστεύω πως ένας άνθρωπος που κάνει καλές πράξεις σε αυτή τη ζωή του θα είναι ευλογημένος και στην επόμενη ζωή του ενώ κάποιος που είναι κακός θα τιμωρηθεί
24. Το σώμα των ανθρώπων πεθαίνει αλλά όχι και το πνεύμα
25. Ασθενείς που υποφέρουν από πόνους και που δεν έχουν καμία πιθανότητα ίασης δεν θα έπρεπε να υποβάλλονται σε ευθανασία ανεξάρτητα με το τι υποστηρίζουν οι οικογένειές τους
26. Ο κόσμος λειπει πως η ζωή αξίζει τον κόπο να τη ζει κανείς αλλά στην πραγματικότητα η ζωή είναι άδεια, κενή

27. Όσο είμαστε ζωντανοί, δεν υπάρχει λόγος να σκεφτόμαστε το θάνατο. Αρκεί να ζούμε έντιμα
28. Η ανθρώπινη ζωή είναι στην ουσία κάτι το ανώτερο, το ιερό, οπότε καλύτερα θα ήταν να καταργηθεί η θανατική ποινή
29. Ένας άνθρωπος τόσο γέρος όσο να γίνεται βάρος για τους γύρω του είναι καλύτερα να πεθάνει
30. Ένας άνθρωπος που πεθαίνει θα έπρεπε να μπορεί να μιλήσει για αυτό ανοιχτά στην οικογένειά του, στο γιατρό ή στον πνευματικό του ώστε να μπορέσει να προετοιμαστεί για τον επικείμενο θάνατο
31. Μόνο η θρησκεία μπορεί να σώσει έναν άνθρωπο από το φόβο του θανάτου
32. Όλοι δοκιμάζουν το θάνατο, πεθαίνουν μια φορά στη ζωή τους οπότε δεν υπάρχει λόγος να φοβούνται
33. Δεν είναι καλό για τα παιδιά και για το μέλλον τους να είναι μάρτυρες/παρόντα σε σκληρές θανάτου
34. Το νοσοκομείο είναι ο καλύτερος τόπος να πεθάνει κάποιος γιατί είναι βολικό και για την οικογένεια
35. Με τρομάζει το να σκέφτομαι τα ψυχικά πάθη που συνοδεύουν το θάνατο (άγχος, φόβος, θλίψη για τον αποχωρισμό)
36. Θα δώριζα τα όργανά μου (βολβούς και κερατοειδείς ματιών, καρδιά, νεφρούς κτλ.) σε άλλους ανθρώπους
37. Αν προσβληθώ από κάποια μοιραία ασθένεια θα κάνω τα πάντα για να γιατρευτώ
38. Θα αφήσω σαφείς οδηγίες για το τι πρέπει να γίνει αφού πεθάνω
39. Συχνά σκέφτομαι το θάνατό μου
40. Το αν πεθαίνω είναι πιθανόν τιμωρία για τις αμαρτίες μου

## ***Γ: Μετάφραση ερωτηματολογίου Νο 2***

1. Το πότε και το πού θα πεθάνουμε είναι ζήτημα της μοίρας.
2. Χωρίς οικονομική δυνατότητα, είναι καλύτερα να πεθάνουμε.
3. Ο θάνατος είναι το τέλος και δεν υπάρχει ζωή μετά το θάνατο.
4. Ο θάνατος από αυτοκινητιστικό ατύχημα ή από ανίατη ασθένεια είναι μια προκαθορισμένη μοίρα.
5. Είναι καλύτερο το να πεθάνω στην αιχμή της ζωής μου.
6. Ο δικός μου θάνατος είναι ένα από τα πράγματα που δεν επιθυμώ να σκέφτομαι.
7. Όποτε πεθάνω, θα προτιμούσα να πεθάνω ακαριαία και ανώδυνα.
8. Οι νεκρικές ιεροτελεστίες ή οι επιμνημόσυνες τελετές πρέπει να πραγματοποιούνται με αξιοπρέπεια, καθώς είναι ένας τρόπος εκδήλωσης σεβασμού προς το άτομο που πέθανε.
9. Εάν πέσω σε κωματώδη κατάσταση, θα προτιμούσα να πω εκ των προτέρων στους ανθρώπους να μην με βάλουν στην εντατική παρακολούθηση.
10. Ένα άτομο έχει το δικαίωμα να διαπράξει αυτοκτονία.
11. Είναι καλύτερο τα μέλη της οικογένειας ή οι φίλοι παρά ο γιατρός να πουν στον ασθενή για το θάνατο.
12. Είναι άνευ αξίας να αφιερώσει κάποιος τη ζωή του σε μία πίστη ή ένα δικαίωμα.
13. Η ύπαρξη ζωής μετά το θάνατο προέρχεται από την φαντασία των ανθρώπων ότι ζουν μία αιώνια ζωή.
14. Ένα άτομο που διαπράττει αυτοκτονία είναι ένα γενναίο άτομο.
15. Όταν ένα άτομο έχει καρκίνο ή μία ανίατη ασθένεια είναι προτιμότερο να μην του πούμε την αλήθεια.
16. Ένας ιερέας και όχι ένας γιατρός πρέπει να μιλήσει σε έναν ετοιμοθάνατο.
17. Ο θάνατος και η ζωή μετά το θάνατο είναι άχρηστες σκέψεις αργόσχολων ανθρώπων.
18. Η σύγχρονη ιατρική προσπάθησε να αποτρέψει και να θεραπεύσει τις ανθρώπινες ασθένειες καθώς επίσης και να επεκτείνει τη διάρκεια της ζωής, αλλά απέτυχε.
19. Ο θάνατος είναι το τέλος από τις αγωνίες της ζωής.
20. Ο φόβος του θανάτου είναι μία διανοητική κατάσταση των νευρωτικών ή των στενόμυαλων ανθρώπων.
21. Η αυτοκτονία αποτελεί ευθύνη της παραμέλησης από τα μέλη της οικογένειας ή την κοινωνία.
22. Εάν είχε μία θανατηφόρα ασθένεια, δεν θα ήθελα να μου το πει ο γιατρός μου.
23. Πιστεύω ότι ένα άτομο που έχει κάνει πολλά καλά σε αυτήν τη ζωή θα είναι ευλογημένο στην άλλη ζωή, και ότι ένα κακό άτομο θα τιμωρηθεί.
24. Το σώμα του ατόμου πεθαίνει, αλλά όχι κι η ψυχή του.
25. Οι ασθενείς που πονάνε πολύ και δεν έχουν με καμία πιθανότητα αποκατάστασης θα πρέπει να οδηγηθούν σε ένα εύκολο θάνατο, ασχέτως από το τι λέει η οικογένειά τους.
26. Οι άνθρωποι λένε ότι τη ζωή αξίζει να τη ζήσεις, αλλά είναι γεγονός ότι η ζωή είναι κενή.
27. Για όσο είμαστε ζωντανοί, δεν χρειάζεται να σκεφτόμαστε το θάνατο· απλώς πρέπει να ζούμε με σοβαρότητα.

28. Η ζωή του ατόμου αποτελεί μία ανώτερη έννοια, γι' αυτό πρέπει να απαλλαγούμε από τη θανατική ποινή.
29. Ένα άτομο που είναι όσο ηλικιωμένο, ώστε είναι φορτίο για τα άτομα γύρω του, είναι καλύτερα να πεθάνει.
30. Ένα άτομο που αντιμετωπίζει το θάνατο πρέπει να έχει τη δυνατότητα να μιλήσει ανοικτά στην οικογένειά του, στο γιατρό του ή στον ιερέα του, έτσι ώστε να μπορέσουν να προετοιμαστούν γι' αυτό.
31. Μόνο η θρησκεία μπορεί να σώσει ένα άτομο από το φόβο του θανάτου.
32. Κάποιος βιώνει το θάνατο μόνο μία φορά στη ζωή του, οπότε δεν υπάρχει κάτι να φοβάται.
33. Δεν είναι καλό για το μέλλον των παιδιών να είναι μάρτυρες θανάτων.
34. Ένα νοσοκομείο είναι το καλύτερο μέρος για να πεθάνει κάποιος, γιατί είναι βολικό και για τα μέλη της οικογένειά του.
35. Με φοβίζει να σκέφτομαι τα ψυχικά βάσανα που συνοδεύουν το θάνατο (ανησυχία, φόβος, θλίψη για την αποχώρηση).
36. Θα δωρίσω τα όργανά μου (βολβοί του ματιού, κερατοειδής χιτώνας, καρδιά, νεφρό, κλπ.) σε άλλα άτομα.
37. Εάν αποκτήσω μία θανατηφόρο ασθένεια, θα κάνω τα πάντα για να θεραπευτώ.
38. Θα αφήσω ξεκάθαρες οδηγίες για το τι να κάνουν αφού πεθάνω.
39. Σκέφτομαι συχνά το θάνατο.
40. Εάν πεθάνω, είναι πιθανώς μία τιμωρία για τις αμαρτίες μου.

#### ***Δ: Μετάφραση ερωτηματολογίου Νο 3***

1. Πότε και που πεθαίνουμε είναι ζήτημα τύχης.
2. Χωρίς οικονομική ικανότητα, καλύτερα να ήμασταν νεκροί.
3. Ο θάνατος είναι το τέλος και δεν υπάρχει ζωή μετά.
4. Ο θάνατος από αυτοκινητιστικό ατύχημα ή από ανίατη ασθένεια είναι προκαθορισμένος από την μοίρα.
5. Είναι καλύτερα να πεθάνω στο αποκορύφωμα της ζωής μου.
6. Ο θάνατος μου είναι ένα από τα πράγματα που δεν μου αρέσει να σκέφτομαι.
7. Όποτε πεθάνω, θα ήθελα να πεθάνω ακαριαία και ανώδυνα.
8. Οι νεκρώσιμες ιεροτελεστίες ή οι τελετές μνήμης πρέπει να γίνονται με αξιοπρέπεια ως ένδειξη σεβασμού στον εκλιπόντα.
9. Αν βρεθώ σε κόμα, θα ήθελα να πω στους ανθρώπους εκ των προτέρων να μη με βάλουν στην εντατική.
10. Ένα άτομο έχει το δικαίωμα να αυτοκτονήσει.
11. Είναι καλύτερα ο ασθενής να μάθει πως πεθαίνει από μέλη της οικογένειας ή φίλους παρά από τον γιατρό.
12. Είναι άχρηστο να αφιερώσει κάποιος την ζωή του σε ένα δόγμα ή στην δικαιοσύνη.
13. Η ύπαρξη ζωής μετά θάνατο προέρχεται από την φαντασία ανθρώπων που επιθυμούν να ζήσουν αιώνια.
14. Κάποιος που αυτοκτονεί είναι γενναίος.
15. Όταν κάποιος πάσχει από καρκίνο ή από ανίατη ασθένεια είναι καλύτερα να μην ξέρει την αλήθεια.
16. Ένας παπάς και όχι ο γιατρός θα ήταν καλύτερα να μιλήσει σε κάποιον που αντιμετωπίζει τον θάνατο.
17. Ο θάνατος και η ζωή μετά θάνατο είναι οι άχρηστες σκέψεις ξένοιαστων ανθρώπων.
18. Η μοντέρνα ιατρική προσπάθησε να εμποδίσει και να θεραπεύσει τις ανθρώπινες ασθένειες καθώς και να επιμηκύνει τη ζωή, αλλά χωρίς επιτυχία.
19. Ο θάνατος είναι το τέλος μιας οδυνηρής ζωής.
20. Ο φόβος για τον θάνατο είναι η διανοητική κατάσταση νευρωτικών και στενόμυαλων ανθρώπων.
21. Η αμέλεια μελών της οικογένειας ή της κοινωνίας ευθύνεται για περιπτώσεις αυτοκτονίας.
22. Αν έπασχα από θανατηφόρα ασθένεια, δεν θα ήθελα να μου το πει ο γιατρός.
23. Πιστεύω πως όταν κάποιος κάνει πολύ καλό σ' αυτήν την ζωή θα ευλογηθεί στην επόμενη, και πως όταν κάποιος κάνει κακό θα τιμωρηθεί.
24. Το σώμα πεθαίνει και όχι το πνεύμα.
25. Ασθενείς που υποφέρουν πολύ χωρίς πιθανότητες ανάρρωσης δεν πρέπει να οδηγηθούν στην ευθανασία, ό,τι και να λέει η οικογένεια τους.
26. Οι άνθρωποι λένε πως αξίζει να ζει κανείς αλλά είναι γεγονός πως η ζωή είναι άδεια(ανούσια?).
27. Όσο είμαστε ζωντανοί, δεν υπάρχει λόγος να σκεφτόμαστε τον θάνατο, απλώς πρέπει να ζούμε με την ψυχή μας.
28. Η ζωή ενός ανθρώπου είναι στην ουσία της ευγενής, έτσι είναι καλύτερα να απαλλαγούμε από την θανατική ποινή.
29. Ένα άτομο μεγάλης ηλικίας που δημιουργεί πρόβλημα στους τριγύρω του θα ήταν καλύτερα να πεθάνει.

30. Θα έπρεπε σε κάποιον/α που αντιμετωπίζει τον θάνατο να δοθεί η ευκαιρία να μιλήσει ανοιχτά γι' αυτό στην οικογένεια, στον γιατρό ή στον πνευματικό του ώστε να προετοιμαστούν γι' αυτό.
31. Μόνο η θρησκεία μπορεί να σώσει κάποιον από το φόβο του θανάτου.
32. Ο καθένας βιώνει την εμπειρία του θανάτου κάποια στιγμή στην ζωή του έτσι δεν υπάρχει λόγος να φοβάται.
33. Δεν κάνει καλό στο μέλλον των παιδιών να είναι μάρτυρες περιπτώσεων θανάτου.
34. Το νοσοκομείο είναι το καλύτερο μέρος να πεθάνει κάποιος διότι είναι βολικό για τα μέλη της οικογένειας.
35. Τρομάζω όταν σκέφτομαι τον πνευματικό πόνο (π.χ. ανησυχία, φόβος, στενοχώρια) που συνοδεύει τον θάνατο.
36. Θα δωρίσω τα όργανα μου(βολβοί ματιών, κερατοειδής, καρδιά, νεφρό κ.τ.λ.) σε άλλους.
37. Αν προσβληθώ από ανίατη ασθένεια θα κάνω το καθετί να την θεραπεύσω.
38. Θα αφήσω σαφείς οδηγίες σχετικά με το τι να κάνουν οι άλλοι μετά τον θάνατο μου.
39. Σκέφτομαι συχνά τον θάνατο.
40. Εάν πεθάνω, είναι πιθανόν τιμωρία για τις αμαρτίες μου.



## *E: Τελικό Ερωτηματολόγιο*

Πανεπιστήμιο Κρήτης  
Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών  
ΒΙΟΗΘΙΚΗ

Αγαπητέ φίλε, αγαπητή φίλη,

Το ερωτηματολόγιο που κρατάτε στα χέρια σας διερευνά απόψεις και αντιλήψεις για το θάνατο. Είναι ανώνυμο και οι απαντήσεις σας έχουν εμπιστευτικό χαρακτήρα. Κανείς άλλος εκτός από την ερευνητική ομάδα δεν έχει πρόσβαση σε αυτές. Τα δεδομένα της έρευνας θα χρησιμοποιηθούν για την εκπόνηση μεταπτυχιακής εργασίας στο Πανεπιστήμιο Κρήτης.

Παρακαλούμε να απαντήσετε με όση το δυνατόν μεγαλύτερη ειλικρίνεια σημειώνοντας την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει περισσότερο. Δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις. Ζητάμε απλά να καταθέσετε την άποψή σας.

Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι πολύτιμη και συμβάλλει καθοριστικά στη μελέτη ενός ζητήματος που αφορά στην καθημερινότητα όλων μας.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συνεργασία σας.

Ο ερευνητής

Δημήτρης Κιούρκας  
Μεταπτυχιακός φοιτητής

Η επιβλέπουσα

Βασιλική Πετούση  
Λέκτορας  
Τμήμα Κοινωνιολογίας  
Πανεπιστήμιο Κρήτης



	σκέψεις αργόσχολων ανθρώπων					
18.	Η σύγχρονη ιατρική προσπάθησε να προλάβει και να θεραπεύσει ασθένειες και να επιμηκύνει την ανθρώπινη ζωή, αλλά απέτυχε	1	2	3	4	5
19.	Ο θάνατος είναι το τέλος στα βάσανα της ζωής	1	2	3	4	5
20.	Ο φόβος του θανάτου είναι νοητική κατάσταση νευρωτικών και στενόμυαλων ανθρώπων	1	2	3	4	5
21.	Για την αυτοκτονία ευθύνονται οι οικογένειες και η κοινωνία που αδιαφορούν	1	2	3	4	5
22.	Αν έπασχα από θανατηφόρο ασθένεια θα προτιμούσα να μη το ξέρω	1	2	3	4	5
23.	Πιστεύω πως ένας άνθρωπος που είναι καλός σε αυτή τη ζωή θα ανταμειφθεί στην άλλη ζωή ενώ κάποιος που είναι κακός θα τιμωρηθεί	1	2	3	4	5
24.	Το σώμα του ανθρώπου είναι που πεθαίνει, όχι η ψυχή του	1	2	3	4	5
25.	Ασθενείς που υποφέρουν πολύ και δεν έχουν πιθανότητες ανάρρωσης δεν πρέπει να υποβάλλονται σε ευθανασία ανεξάρτητα με το τι λέει η οικογένειά τους	1	2	3	4	5
26.	Ο κόσμος λέει πως αξίζει να ζεις τη ζωή αλλά η αλήθεια είναι πως η ζωή είναι ανούσια	1	2	3	4	5
27.	Όσο είμαστε ζωντανόι δεν υπάρχει λόγος να σκεφτόμαστε το θάνατο, απλώς πρέπει να ευχαριστιόμαστε τη ζωή μας	1	2	3	4	5
28.	Η ζωή κάθε ανθρώπου αποτελεί ανώτερη αξία και γι' αυτό καλό θα ήταν να καταργηθεί η θανατική ποινή	1	2	3	4	5
29.	Ένας άνθρωπος τόσο ηλικιωμένος ώστε να αποτελεί βάρος για τους γύρω του είναι καλύτερα να πεθαίνει	1	2	3	4	5
30.	Ένας άνθρωπος που πεθαίνει θα έπρεπε να μπορεί να μιλήσει για αυτό ανοιχτά στην οικογένειά του, στο γιατρό ή στον πνευματικό του έτσι ώστε να μπορέσουν να προετοιμαστούν για τον επικείμενο θάνατο	1	2	3	4	5
31.	Μόνο η θρησκεία μπορεί να απαλλάξει έναν άνθρωπο από το φόβο του θανάτου	1	2	3	4	5
32.	Ο καθένας βιώνει το θάνατο κάποια στιγμή στη ζωή του, οπότε δεν υπάρχει λόγος να φοβάται	1	2	3	4	5
33.	Η έκθεση σε σκηνές θανάτου μπορεί να επηρεάσει τα παιδιά μελλοντικά	1	2	3	4	5
34.	Το νοσοκομείο είναι το καλύτερο μέρος για να πεθάνει κάποιος, μια και είναι βολικό για την οικογένειά του	1	2	3	4	5
35.	Τρομάζω όταν σκέφτομαι τις αγωνίες που συνοδεύουν το θάνατο (άγχος, φόβος, θλίψη για τον αποχωρισμό)	1	2	3	4	5
36.	Θα δώριζα τα όργανά μου (βολβούς και κερατοειδείς ματιών, καρδιά, νεφρούς κ.λ.π) σε άλλους ανθρώπους μετά το θάνατό μου	1	2	3	4	5
37.	Εάν αποκτήσω μία θανατηφόρο ασθένεια, θα κάνω τα πάντα για να θεραπευτώ	1	2	3	4	5
38.	Θα αφήσω σαφείς οδηγίες για το τι πρέπει να γίνει μετά το θάνατό μου	1	2	3	4	5
39.	Σκέφτομαι συχνά το θάνατο	1	2	3	4	5
40.	Ο άκαιρος θάνατος είναι πιθανόν μια τιμωρία για αμαρτίες	1	2	3	4	5

**Φόρμα ερευνητή**

Αριθμός ερωτηματολογίου \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

Τόπος

Φύλο

Ηλικία/ Έτος γέννησης

Μορφωτικό επίπεδο/ Εκπαίδευση

Ιδιότητα/ Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά

Θρησκεύει ή όχι

Άλλο