



Медицински университет - Варна
„Проф. Д-р Параскев Стоянов“
Факултет „Обществено здравеопазване“

Катедра по Обща медицина и клинична
лаборатория

д-р Параскева Манчева Драганова

**ПРАВНО СЪЗНАНИЕ ЗА ЛЕГАЛИЗИРАНЕ
НА ЕВТАНАЗИЯТА И КАЧЕСТВО НА
ЖИВОТ ПРИ ПОЛИМОРБИДНИТЕ
ПАЦИЕНТИ С ТРАЙНО НАМАЛЕНА
РАБОТОСПОСОБНОСТ**

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертационен труд
за присъждане на образователна и научна специалност
„доктор” по научна специалност „Обща медицина”

Научни ръководители:

доц.д-р Валентина Маджова, д.м.
доц.д-р Албена Керковска, д.м.

Официални рецензенти:

Проф. Д-р Стоянка Попова, д.м.
Доц. Д-р Невяна Фесчиева, д.м.

Варна 2013 г.

Дисертационният труд е одобрен и предложен за защита от разширено заседание на Катедра „Обща медицина и клинична лаборатория“ при Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна

Дисертационният труд съдържа 194 стандартни страници и е структуриран в десет глави. Включва 67 фигури, 7 таблици и 6 приложения. Библиографията съдържа 301 източника, от които 100 на кирилица и 201 на латиница.

Публичната защита ще се състои на2013 г. отчаса в зала
.....

„ ...тъй като аз избирам кораба, с който плавам, и къщата, в която живея, аз ще избира и смъртта, чрез която ще напусна този свят“.

Сенека

СЪДЪРЖАНИЕ

Въведение	5
Цел и задачи	6
Материал, методи и инструменти на изследването	7
Резултати и обсъждане	12
Обобщение	47
Заключение	61
Изводи	65
Приноси	66
Препоръки към институции	67
Публикации във връзка с дисертационния труд	68

ВЪВЕДЕНИЕ

Пълноправното членство на Република България в Европейския съюз, широкото популяризиране на Европейската харта за правата на човека и промените в здравната система през последното десетилетие у нас поставиха на изпитание правното съзнание на българските граждани, подлагайки на преосмисляне правото на живот, правото на достойнство и в частност правото на достойна смърт.

От втората половина на XX век феноменът „евтаназия“ поставя началото на множество дискусии „за“ или „против“, които и до днес не изчерпват темата, тъй като проблемът е не само медицински и юридически. Той има също така философско и морално-етично измерение, поради което изисква задълбочено обсъждане и в тази посока. Възникналата необходимост от промяна на наличните етични граници, наложена от развитието на съвременните технологии, променя ценостната ориентация на личността и моралните норми на обществото и предполага нови правни регламентации.

Дълги години проблемите на евтаназията у нас не бяха обект на коментар по ред причини, присъщи на тоталитарните общества. Този факт обяснява липсата на проучвания относно нивото на информираност, отношението и разбиранията, а също и готовността за действие в правнозначими ситуации сред гражданите, социалните групи и общността.

В етапа на динамични промени в съвременното демократично общество ролята на общественото мнение при решаването на важни социални въпроси все повече нараства. Българското общество се ориентира към изследване на мнението и потребностите на своите граждани, преди осъществяване на законодателни промени. През 2004 г. за пръв път в българския парламент бе поставен на дискусия въпросът, касаещ проблема евтаназия с оглед пациентското право на достойнство, в частност и на достойна смърт. Последвалите дебати за легализиране на пасивната евтаназия при терминално болни пациенти, нуждаещи се от палиативни грижи, демонстрират социалната активност на българските граждани и промяната на тяхното разбиране за мисията на медицината.

Изследването на правното съзнание на гражданите е определящ фактор при вземане на законодателни решения относно важни социално-правни проблеми, тъй като изразява отношението на обществото към законодателството като цяло и към отделни негови принципи, институти и норми. Ето защо изследването на правното съзнание на

българските граждани, касаещо феномена „евтаназия“, може да бъде особено полезно при усъвършенстване на законодателството и практиката по неговото прилагане.

От друга страна, необходимостта от обективиране на здравното състояние на пациентите и достоверността на изказаното от тях мнение за законодателна промяна на евтаназията води до необходимостта от прилагане на подходящ инструмент за оценка на нивото на функциониране на здравната система. Здравният статус, функционалната дееспособност, психосоциалното благополучие и удовлетвореността на пациентите от десетилетия намират своето най-ясно и пълно изражение чрез оценката на качеството на оказаните здравни услуги и в частност на качеството на живот.

Редица автори доказват връзката между ниското качество на живот и вземането на решение за евтаназия. Нарастването на дела на уязвими групи пациенти, включително неизлечимо болни, полиморбидни и инвалидизирани граждани, увеличава товара, който може да понесе обществото. В този смисъл резултатите от изследването на проблемно свързани категории като правно съзнание относно вземане на решение за евтаназия, обективирано чрез качеството на живот на уязвими групи пациенти, каквито са полиморбидните пациенти с трайно намалена работоспособност, биха могли да окажат полезно съдействие при съставянето на законодателни проекти по социално-значими проблеми, касаещи цялото общество.

ЦЕЛ И ЗАДАЧИ

А. Цел

Изследване на правното съзнание за евтаназия на полиморбидните пациенти с трайно намалена работоспособност и влиянието на качеството на техния живот при вземане на решение за евтаназия.

Б. Задачи

1. Да се оцени правното съзнание (ПС) за евтаназия на полиморбидните пациенти (ПП) с трайно намалена работоспособност (ТНР) – ниво на информираност, отношение и нагласи, готовност за поведение в правно значими ситуации.
2. Да се оцени качеството на живот на ПП с ТНР.
3. Да се изследва влиянието на качеството на живота (КЖ) върху решението за евтаназия и готовността за легализирането ѝ.

4. Да се изясни кои елементи и области от КЖ имат значение при определяне на ПС относно евтаназията.

В. Хипотези

1. Качеството на живот е значим фактор при определяне на правното съзнание за легализиране на евтаназията при полиморбидни пациенти с трайно намалена работоспособност.

2. Полиморбидните пациенти с трайно намалена работоспособност нямат правно съзнание за легализиране на евтаназията.

3. Болката и недостатъчните палиативни грижи оказват съществено влияние при вземане на решение за евтаназия и готовността за легализирането ѝ.

4. Липсата на социална подкрепа е един от факторите, определящи готовността за вземане на решение за евтаназия.

МАТЕРИАЛ, МЕТОДИ И ИНСТРУМЕНТИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

А. Материал на изследването

С оглед постигане на целта на изследването и предвид ограничените ресурси за неговото осъществяване, то се проведе сред полиморбидния контингент от пациенти с трайно намалена работоспособност, живущи в област Варна, освидетелствани от Обща ТЕЛК при УМБАЛ „Св.Марина“ – Варна, обслужваща същия административно-териториален район. Този район включва общините, градовете и селата от Варненска област, съгласно административно-териториалното деление на Република България. Извадката за изследването бе изготвена въз основа на регистъра на Обща ТЕЛК при УМБАЛ „Св.Марина“ – Варна, включващ пациенти, при които:

- е определена временна неработоспособност или степен на увреждане;
- е определен процент трайно намалена работоспособност;
- комисията се е изказала по запитване на работодателя относно трудоспособността на лицето за изпълняваната от него длъжност;
- е постъпило запитване по други поводи от други заинтересовани страни;
- е издадено частично експертно решение.

Групата на полиморбидните пациенти с трайно намалена работоспособност бе преценена като разнородна, но организирана и удачна за обхващане, като основни доводи за избора на този контингент бяха:

- неговата уязвимост относно решение за суицидални опити или евтаназия;

- нарастването на броя на инвалидизираните полиморбидни пациенти в Република България;
- прогнозирана готовност за съдействие при анкетирането, поради нерешените здравни и социални проблеми на пациентите с трайно намалена работоспособност;
- предишен опит от изследване на качеството на живот сред полиморбидните пациенти с трайно намалена работоспособност, показващ нехомогенния състав на групата и различията в крайната оценка на качеството на живот при отделните групи инвалидност.

Критерии за включване в изследването:

1. Полиморбидни пациенти, при които има три или повече хронични заболявания;
2. Определена трайно намалена работоспособност или степен на увреждане;
3. Да живеят в област Варна;
4. Да фигурират в регистъра на Обща ТЕЛК при УМБАЛ „Св.Марина“ – Варна и РКМЕ – Варна.

Критерии за изключване от изследването:

1. Пациенти, при които не е определен процент трайно загубена работоспособност;
2. Пациенти с по-малко от три хронични заболявания;
3. Пациенти, при които поводът за освидетелстване е запитване до ТЕЛК от страна на работодателя относно трудоспособността на лицето за заеманата от него длъжност;
4. Деца;
5. Пациенти, при които е определена временна неработоспособност.

Подбор на изследваните лица

Анкетното проучване се проведе чрез пряка индивидуална и пряка групова анкета сред полиморбидните пациенти (ПП) с трайно намалена работоспособност (ТНР), живущи на територията на област Варна. Определянето на генералната съвкупност включва предварително обследване на регистъра на Обща ТЕЛК при УМБАЛ „Св.Марина“ – Варна и РКМЕ – Варна и обхваща 2058 ПП с ТНР. Репрезентативната извадка бе формирана въз основа на критериите за подбор и включва 305 ПП с ТНР, които подлежат на освидетелстване и преосвидетелстване от Обща ТЕЛК при УМБАЛ „Св.Марина“ – Варна за периода м. октомври - м. декември, което представлява 15% от генералната съвкупност (доверителния интервал,

гарантиращ репрезентативност на извадката, е 14,83%, репрезентативната грешка е 3,98%). Подлежащите на анкетиране ПП с ТНР, живущи на територията на област Варна, са на средна възраст 60 г. \pm 10г., от които 161 мъже и 144 жени.

Избраните да участват в изследването полиморбидни пациенти с трайно намалена работоспособност или степен на увреждане бяха поканени да вземат участие в деня на освидетелстването им пред Обща ТЕЛК. По време на тези първоначални контакти се разясняваха целите на изследването, начинът на провеждането му и използването на данните от него. Анкетираните бяха информирани за правото им да откажат да участват, без това да се отрази на оценката на трайно намалената работоспособност или степента на увреждане. На участниците в изследването бе гарантирано, че информацията, която предоставят, ще бъде използвана само за научни цели.

С оглед на първата задача за оценка на качеството на живот на полиморбидните пациенти с трайно намалена работоспособност бе използван утвърденият въпросник за оценка на качеството на живота, валидиран за България от В. Петков.

Втората задача за оценка на правното съзнание на полиморбидните пациенти с трайно намалена работоспособност наложи създаване на анкетна карта за оценка на правното съзнание.

Влиянието на качеството на живота върху решението за евтаназия и готовността за легализирането ѝ бе преценено във връзка с цялостната оценка от въпросника на качеството на живот и въпроси С.21, С.22 и С.23 от анкетната карта за оценка на правното съзнание.

Четвъртата задача за изясняване на факторите, оказващи влияние при определяне на правното съзнание относно легализиране на евтаназията, наложи сравнение на получените резултати от отговорите на въпрос F.1.4 от въпросника за качество на живот и въпроси С.21, С.22 и С.23, а също така и оценките за области „телесна“, „психологична“, „отношения“ и „среда“, отнесени към горепосочените въпроси.

Попълването на анкетната карта за оценка на правното съзнание продължи до 10 минути, а за оценка качеството на живот – 10-15 минути. Анкетираният бе запознаван с инструкциите за отговаряне на въпросите и в хода на попълването анкетиращият проверяваше дали анкетираните разбират смисъла на въпросите и следеше за проблеми и въпроси, които възникват по време на анкетирането. Пациентите, участващи в пряка

групова анкета, бяха анкетирани в групи от 3 до 5 човека при спазване на същите условия при провеждането ѝ.

Б. Методи на изследването

В проучването бяха използвани следните **методи**:

А) Документален метод – документално-съдържателен анализ на:

- нормативни актове и
- етични документи

Б) Социологически метод - анкетно проучване:

- пряка и
- групова анкета

В) Статистически метод:

- анализ (χ^2)
- дисперсионен анализ
- корелационен анализ (r)
- регресионен анализ (β)
- мултифакторен регресионен анализ

Обработката на резултатите бе извършена посредством SPSS v.15.0 for Windows.

В. Инструменти на изследването

Създаването на **анкетната карта за изследване на правното съзнание** относно евтаназията се обуславя от необходимостта от проследяване съотношението на действащото законодателство и общественото мнение, разкриване и анализиране на настъпилите в тази насока мнения. Структурата на въпросника следва трите му елемента, съгласно разбиранията за емпирично изследване на ПС, и бе разделена на три области:

- познавателен елемент (познание на правото, правна информираност);
- психологически елемент (отношение към правото) - оценките, мненията, психологическите нагласи към правото и практиката на прилагането му;
- поведенчески елемент (готовност за поведение в юридически значими ситуации), както и евентуалните постулати *de lege ferenda*.

Анкетната карта за оценка на правното съзнание относно евтаназията включва 28 въпроса, разделени на три области, съответстващи на трите елемента от неговата структура – познавателен елемент (I – information), касаещ информираността по проблема, психологически елемент (A – Attitude), изразяващ нагласите и отношението

към евтаназията, и поведенчески елемент (C – Conduct) - относно готовността за действие в правнозначими ситуации.

Въпроси от 1 до 5 включително касаят възрастта, пола, образованието, професията и религиозната принадлежност. Въпросите за оценка на правното съзнание от I.1 до I.10 включително касаят нивото на информираност на ПП с ТНР. Предвидените контролни въпроси I.10, I.11 и I.12 целяха проверка на самооценката на пациентите относно познаването на същността на понятието евтаназия, нейните форми, страните, където е легализирана, както и законовата уредба на проблема у нас. Въпросите A.13, A.14 и A.15, включени в оценката на психологическия елемент на ПС, бяха с изброени възможни отговори с цел осигуряване адекватен избор от страна на пациента. Останалите въпроси от психологическия елемент A.16, A.17, A.18 и въпросите от поведенческия елемент C.19, C.24, C.25, C.26, и C.27 бяха преценявани по тристепенна скала – „съгласен съм“ (A.19, C.28 – „да“), „не съм съгласен“ (A.19, C.28 – „не“) и „не мога да преценя“ (A.19, C.28 – „не знам“). С оглед даване на по-голяма възможност за избор, която би рефлектирала върху достоверността на отговора, при въпросите C.20, C.21, C.22 и C.23 бе използвана петстепенната скала на Likert – „категорично да“, „по-скоро да“, „не знам“, „по-скоро не“ и „категорично не“. Надеждността на въпросника за изследване на правното съзнание на ПП с ТНР е 80.70%.

Генеричният въпросник WHOQOL-BREF за оценка на качеството на живота, адаптиран за България през 1999 г. от В.Петков WHOQOL-BREF представя данните под формата на профил, като оценява всяка една от областите поотделно и дава обща оценка на КЖ (отделните области имат еднаква тежест). Всички въпроси се отнасят до последните две седмици. При структурирането на областите и въпросите е използвана еднаква методология, налице е установена валидност в различните култури, което позволява приложението на въпросника в транскултурални проучвания.

Състои се от 26 въпроса, обединени в областите „телесна“, „психологична“, „отношения“ и „среда“. Въпросите са самооценъчни и може условно да се разделят на такива, които оценяват „обективни“ и „субективни“ преживявания, събития и поведения. Въпросникът е с добра надеждност, коефициентите алфа на Кронбах и „split-half“ метода са високи при всички изследвани групи, като резултатите съответстват на изследванията на А.Баноми и Д.Патрик (Vanomi et Patrick, 1997) и 15 WHOQOL центрове. Резултатите от тест-ретест показват висока корелация между първото и второто попълване на въпросника. При изследвания в други страни тест-ретест надеждността на въпросника варира от 0.66 до 0.87. За дискриминативната

валидност на инструмента говори неговата способност да разграничава ясно популацията на болните от тази на здравите, което е особено важно за сравнителните изследвания. При WHOQOL-BREF се установяват статистически значими разлики между здравите и болните.

Генеричният въпросник на СЗО (WHOQOL-BREF) е използван за изследване качеството на живота сред полиморбидния контингент в множество анкетни проучвания, включително и от Катедрата по Обща медицина на МУ - Варна през 2005 - 2006 г. За оценка на КЖ на полиморбидните пациенти с трайно намалена работоспособност е по-удачна употребата на WHOQOL-BREF в сравнение с другите утвърдени въпросници, тъй като:

- отговаря на изискванията на холистичния подход в медицината (еднаква значимост на соматична, психична и социокомпоненти);
- при попълването отнема малко време (26 въпроса за 10 мин.);
- не затруднява пациента при отговора на въпросите (ясно и точно поставени въпроси);
- оценяването се осъществява чрез кратка формула;
- позволява сравнение на пациенти с различни заболявания (множественост на патологията при ПП с ТНР);
- е съобразен с културалните особености на българската популация (адаптиран 1999 г.).

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

А. Резултати

Проучването включва 305 полиморбидни пациенти с трайно намалена работоспособност, представени от различни възрастови групи, пол, трудова заетост, образование и религиозна принадлежност. От приелите да участват в изследването пациенти един не е предал анкетната карта за оценка на правното съзнание, както и въпросника за оценка качеството на живот, поради exitus letalis два дни след получаването им, а други трима – по неизяснени причини. Респонс-рейт – 98.71 %. Демографската характеристика на респондентите е показана на табл.1.

Таблица 1. Социо-демографска характеристика на анкетираните полиморбидни пациенти с трайно намалена работоспособност (n=305)

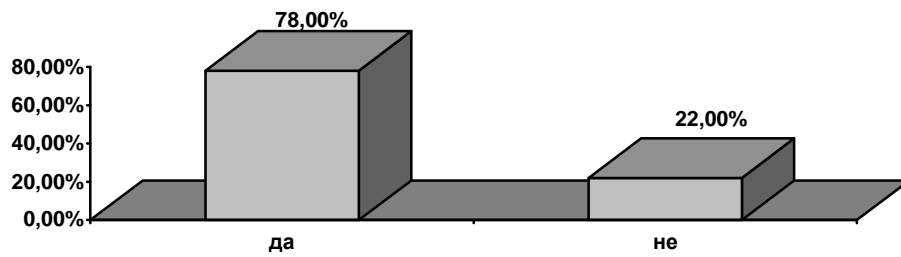
Показател	Стойност
Пол	
Жена	144/ 47.20 %
Мъж	161/ 52.80 %
Възраст	
Средна възраст	60 г. ± 10 г.
Минимална възраст	24 г.
Максимална възраст	81 г.
До 40 г.	11/ 3.60 %
41 – 60 г.	155/ 51.00 %
Над 60 г.	138/ 45.40 %
Образование	
Основно	39/ 12.80 %
Средно	145/ 47.50 %
Полувисше/средно специално	49/ 16.10 %
Висше	72/ 23.60 %
Трудова заетост	
Без трудова заетост	151/ 50.80 %
Пенсионер/ка	78/ 26.30 %
Работещ/а	68/ 22.90 %
Религиозна принадлежност	
Християни	225/ 73.80 %
Адвентисти	16/ 5.20 %
Методисти	22/ 7.20 %
Протестанти	4/ 1.30 %
Мюсюлмани	30/ 9.80 %
Атеисти	8/ 2.60 %

Средната възраст на респондентите е 60 г. ± 10г., от които 52.80% мъже и 47.20% жени. В 12.80% пациентите са с основно образование, 47.50% средно, 16.10% полувисше/средно специално и 23.60% висшисти. По трудова заетост в по-голямата си част (50.80%) са без трудова заетост, 26.30% са пенсионери по прослужено време и старост, а 22.90% са работещи. Религиозната принадлежност на респондентите въпреки разнородния им състав е предимно от представители на християнската религия – 73.80% православни, 5.20% адвентисти, 7.20% методисти, 1.3% протестанти. Само 9.80% са мюсюлмани и 2.60% атеисти.

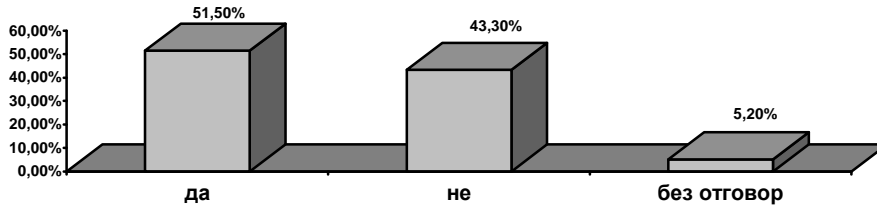
I. Оценка на правното съзнание на полиморбидни пациенти с трайно намалена работоспособност

На фиг.1-34 са представени резултатите от оценката на трите елемента на правното съзнание.

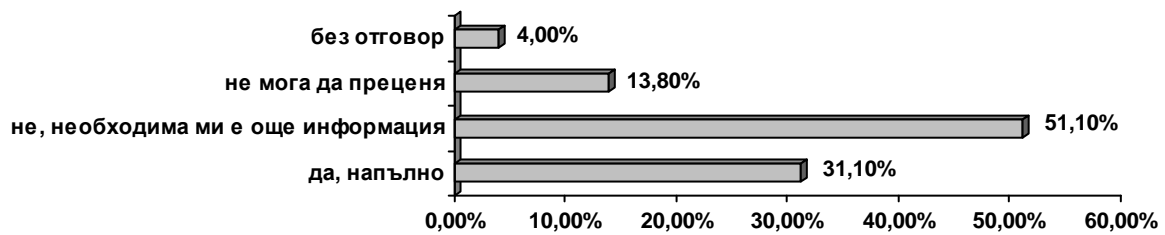
1. Оценка на информираността (познавателен елемент)



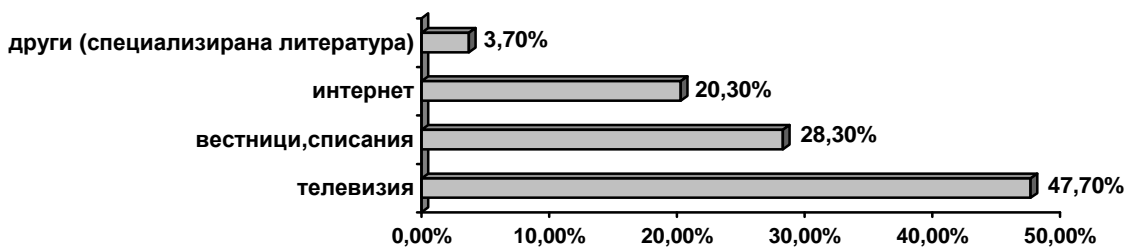
Фиг.1. Запознати ли сте със същността на понятието „евтаназия“ и нейните разновидности (I.6)



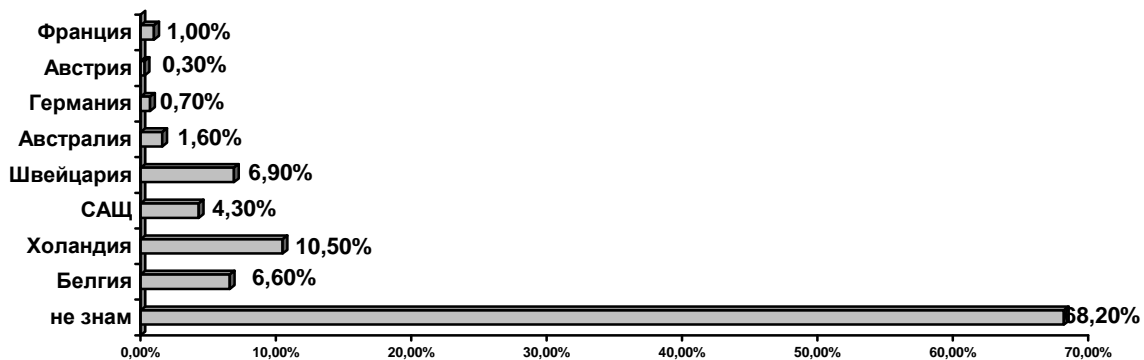
Фиг. 2. Запознати ли сте със законовата уредба на евтаназията у нас (I.7)



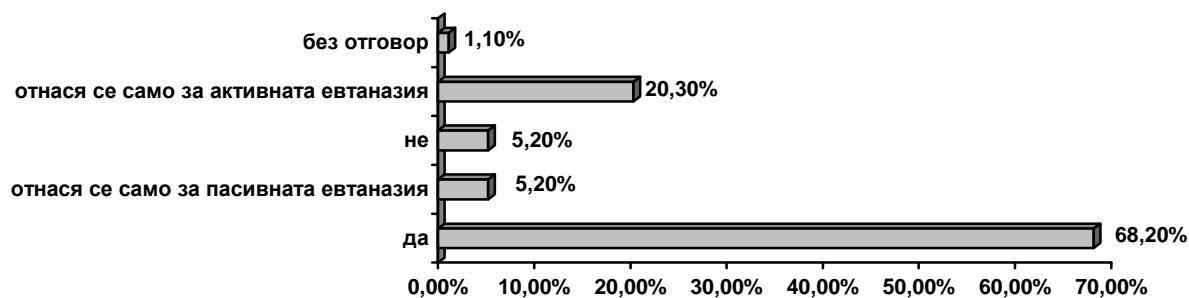
Фиг. 3. Смятате ли, че сте достатъчно информирани по въпросите, свързани с евтаназията (I.8)



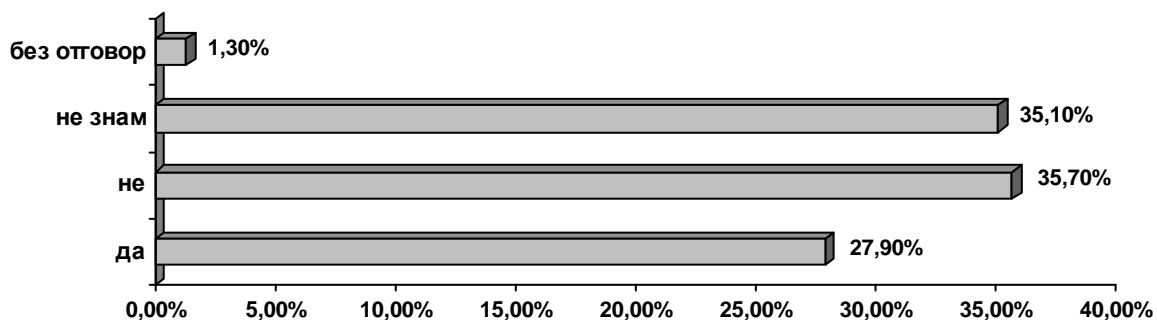
Фиг. 4. Основни източници на информация (I.9)



Фиг. 5. Държави, в които е разрешена евтаназията (I.10)



Фиг.6. Прилагането на евтаназия противоречи ли на българското законодателство (I.11)

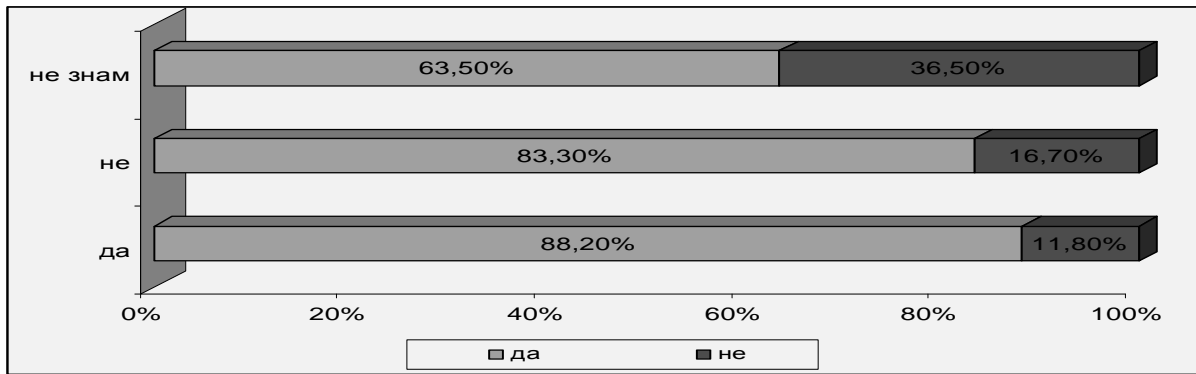


Фиг.7. Имат ли законово право неизлечимо болните хора в България, изпитващи силни болки и страдание, да откажат поддържащото живота им лечение (I.12)

При изследване на различията в отговорите на пациентите по отношение на тяхната информираност относно същността на евтаназията и по това, дали прилагането на евтаназията противоречи на българското законодателство, не бяха намерени съществени статистически значими разлики в техните отговори.

По отношение на това, дали неизлечимо болните пациенти, които изпитват силна болка и страдание, имат право да се откажат от поддържащо живота им лечение, бе намерена съществена статистически значима разлика в отговорите. Една част от пациентите отговарят, че са запознати със същността на евтаназията, а друга част отбелязват отрицателния отговор ($\chi^2 = 18.37$ при $p < 0.001$).

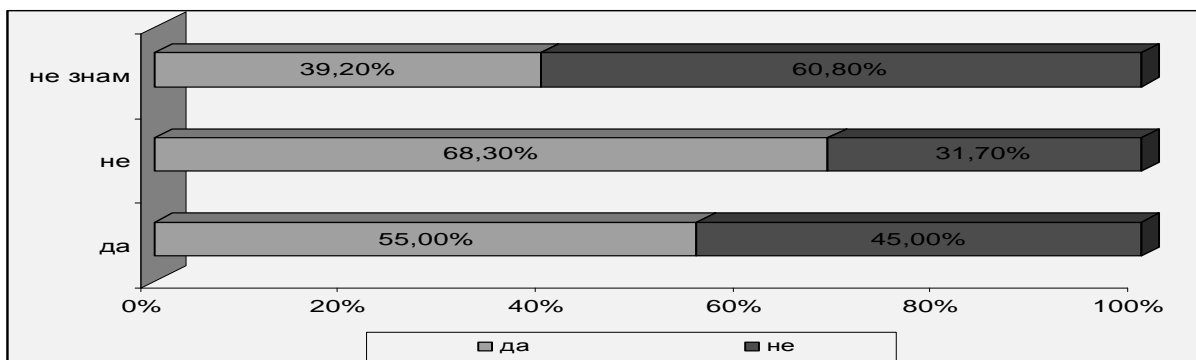
Пациентите, които са посочили, че са запознати със същността на евтаназията, са раздвоени между двата крайни отговора на съгласие и отрицание при прилагането на евтаназия при неизлечимо болни пациенти, които изпитват силни болки и страдания. Намерена бе слаба зависимост между информираността на пациентите относно същността на евтаназията и нейното прилагане при неизлечимо болни пациенти ($r = -0.19$ при $p < 0.001$).



Фиг.8. Мнението на полиморбидните пациенти с трайно намалена работоспособност по въпроси I.6. и I.12

В отговорите на респондентите не се установиха статистически значими резултати, касаещи познаването на нормативната уредба на евтаназията и прилагането ѝ у нас.

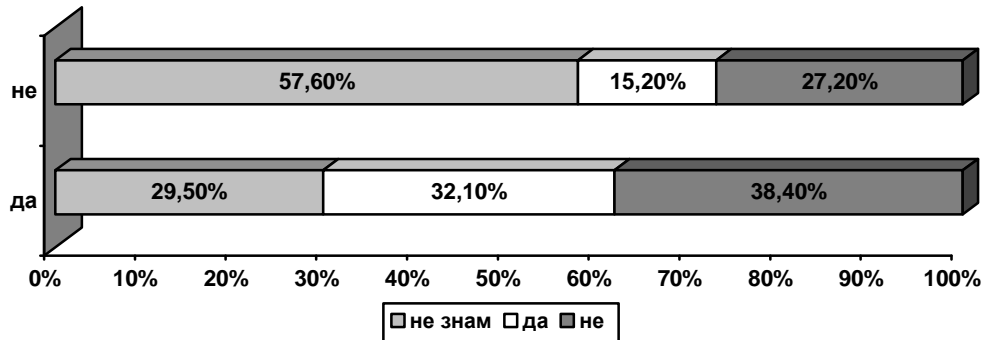
Установи се значима връзка в мненията на пациентите ($\chi^2 = 17.54$ при $p < 0.001$) по въпросите за информираността за нормативната уредба на проблема у нас и правото на неизлечимо болни пациенти да откажат лечение. Пациентите, които са посочили, че са запознати с нормативната уредба на евтаназията в страната, считат, че неизлечимо болните имат право да откажат лечение. Намерена бе слаба зависимост между информираността на пациентите за нормативната уредба на евтаназията у нас и нейното прилагане при неизлечимо болни пациенти ($r = -0.25$ при $p < 0.001$).



Фиг.9. Мнението на полиморбидните пациенти с трайно намалена работоспособност по въпроси I.7 и I.12

Сравнението на тези резултати с отговорите на контролните въпроси I.10, I.11 и I.12 показва съществено несъвпадение между самооценката на пациентите и тяхното действително ниво на осведоменост - 68.20% от ПП с ТНР отговарят, че не могат да посочат държави, в които е разрешена евтаназията, и в 51.10% признават, че им е

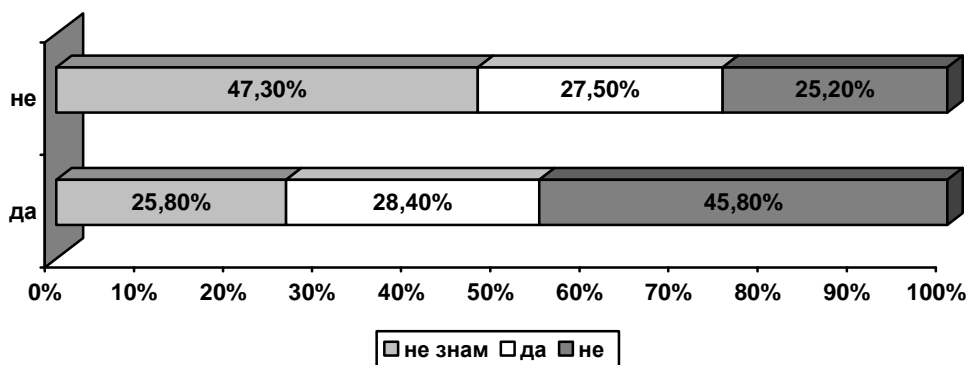
необходима още информация по същността на този проблем. Пациентите, които в 81.80% отговарят, че не познават нормативната уредба на евтаназията у нас, се оказват неинформирани относно други държави, в които тя е разрешена. Запознатите със закона у нас едва в 45.90 % могат да посочат държава, в която евтаназията е разрешена.



Фиг.10. I.6. и I.12

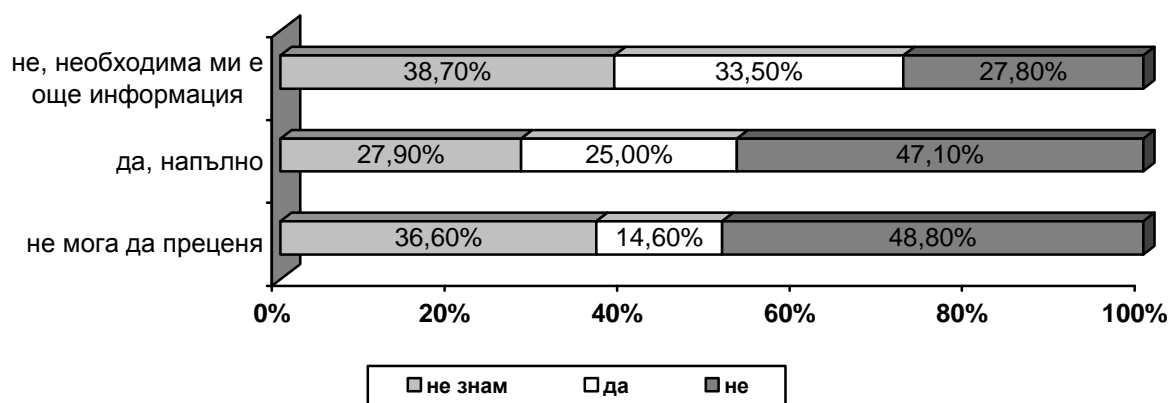
Между информираността на пациентите относно същността на евтаназията и правото на неизлечимо болни пациенти да се откажат от лечение беше намерена съществена връзка ($\chi^2 = 18.37$ при $p < 0.001$). Пациентите, които не са запознати със същността на евтаназията, в най-голям процент не са наясно с правото на отказ от лечение (57.60%). Респондентите, които са посочили, че знаят какво представлява евтаназията, са на мнение, че у нас пациентите нямат право на отказ от лечение в 38.40%.

Съществена връзка беше намерена между информираността на пациентите относно нормативната уредба за евтаназията у нас и правото на отказ от лечение ($\chi^2 = 17.54$ при $p < 0.001$). Една част от ПП с ТНР (45.80%) са на мнение, че неизлечимо болните пациенти нямат право да се откажат от лечение. Тези, които не са информирани за нормативната уредба, в по-голямата си част не са наясно дали могат да се откажат от лечение – 47.30%.



Фиг. 11. I.7. и I.12

Значителна връзка беше намерена и по отношение на информираността на пациентите относно въпросите, свързани с евтаназията, и правото на отказ от лечение ($\chi^2=13.69$ при $p<0.001$).

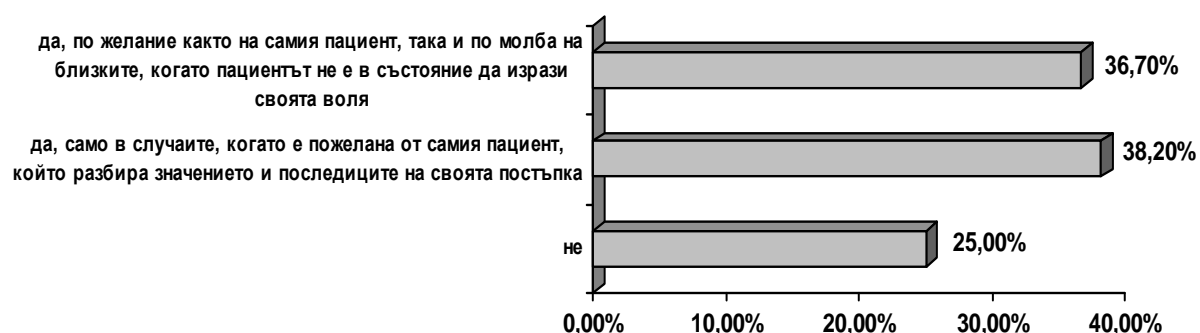


Фиг. 12. I.8. и I.12

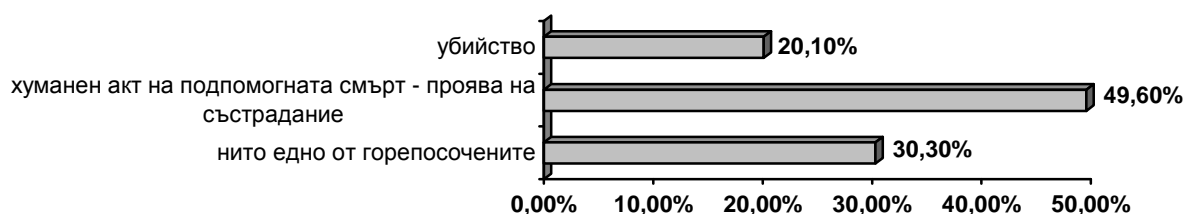
47.10% от пациентите, които са посочили, че са информирани, считат, че неизлечимо болните пациенти нямат право на отказ от лечение. 38.70% от тези, които са посочили, че имат нужда от повече информация, и в момента не могат да изкажат мнение по този въпрос.

1. Оценка на отношението (психологически елемент)

Оценката на психологическия елемент на правното съзнание, разкриваща нагласите и разбиранията на ПП с ТНР относно евтаназията, е отразена на фиг.13-21.

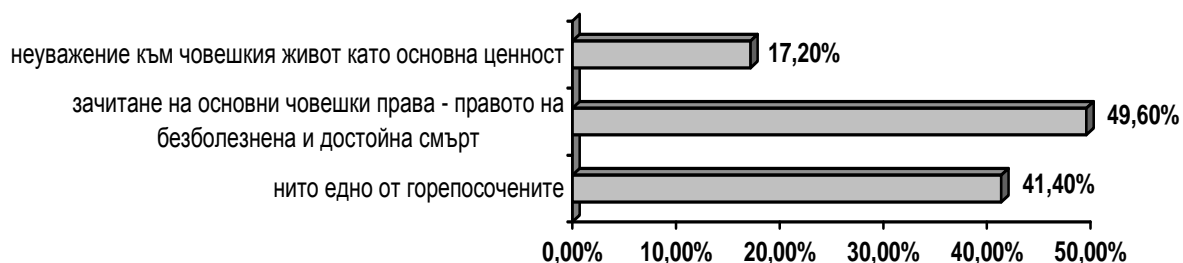


Фиг.13. Одобрявате ли съзнателно причиняване на безболезнена и доброволна смърт на неизлечимо болни и страдащи хора (активна евтаназия) (А.13)

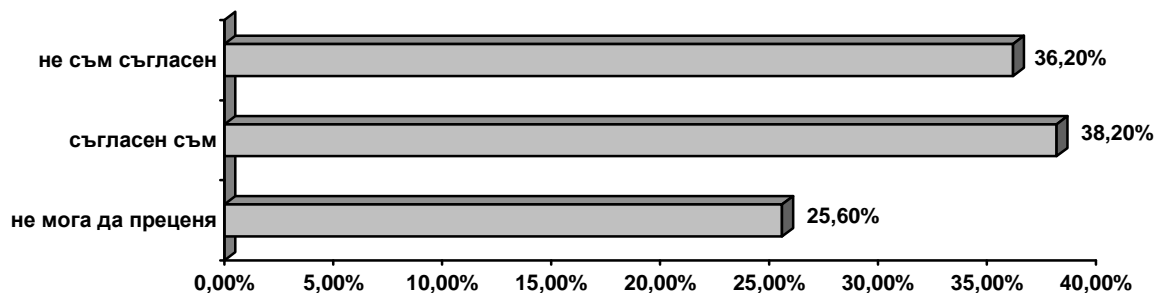


Фиг.14. Според вас съзнателното безболезнено причиняване на смъртта по изричното желание на неизлечимо болни и страдащи хора е по-скоро: (A.14)

Разнородните отговори на въпроси A.13 и A.14 демонстрират отношението на респондентите към проблема. Една част от тях (38.20%) считат, че тя е допустима само в случаите, когато е пожелана от самия пациент, който разбира значението и последиците на своята постъпка. 36.70% са на мнение, че биха одобрили активна евтаназия както по желание на самия пациент, така и по молба на близките, когато пациентът не е в състояние да изрази своята воля, като считат, че това представлява зачитане на правото на безболезнена и достойна смърт (46.40%). Само 17.20% приемат, че активната евтаназия е проява на неуважение към човешкия живот като основна човешка ценност.

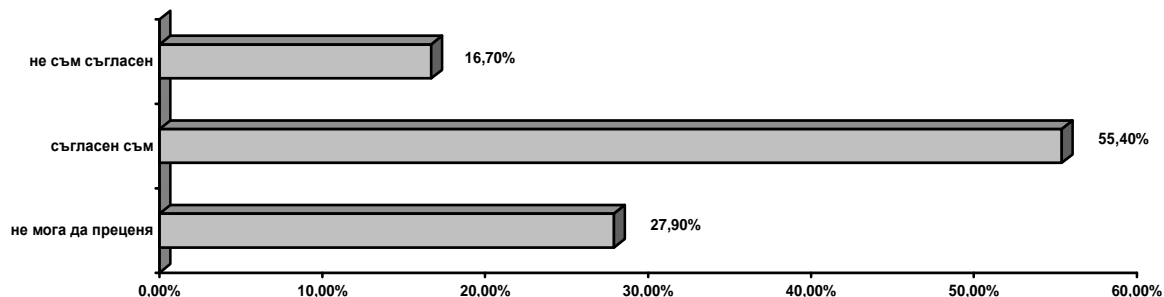


Фиг.15. Според Вас, прилагането на евтаназия по изрично желание на неизлечимо болни и страдащи хора е израз на: (A.15)



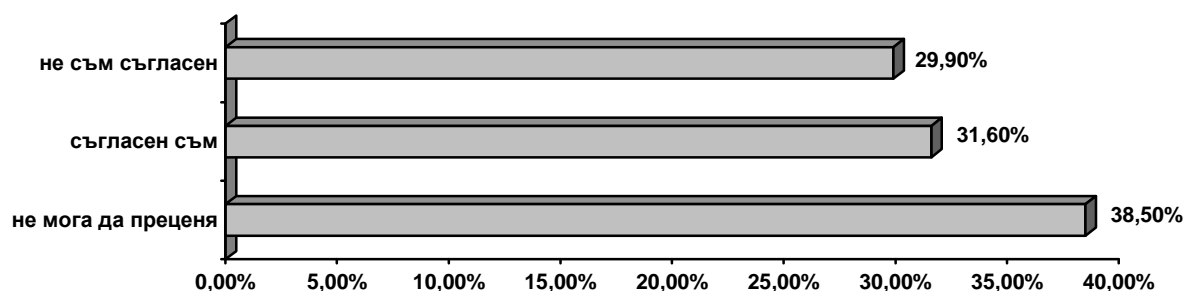
Фиг.16. Поддържащите живота средства трябва да бъдат спрени, ако неизлечимо болният и страдащ пациент е пожелал това (A.16)

Относно това, дали поддържащите живота средства трябва да бъдат спрени, респондентите показват разслояване в мнението. В 38.20% считат, че това е правилно, 36.20% не са съгласни с това, а 25.60% не могат да преценят как следва да се постъпи в такава ситуация.

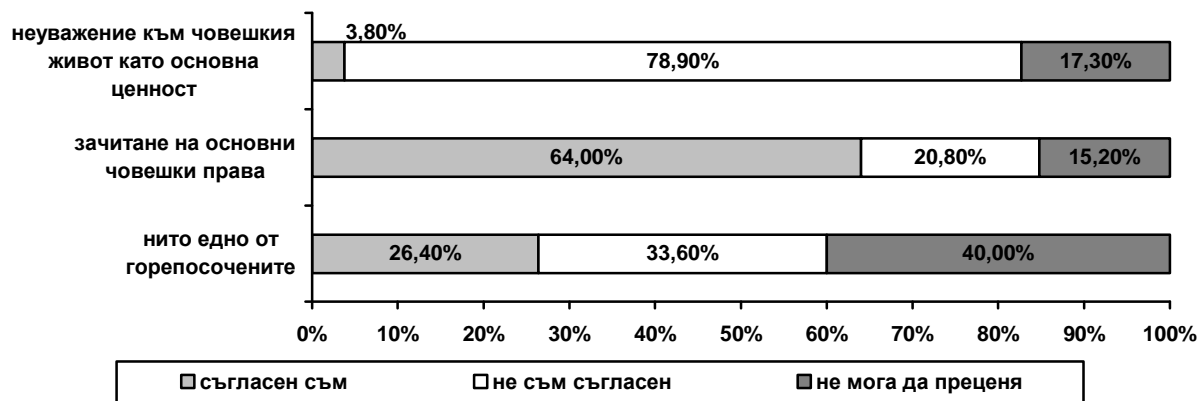


Фиг.17. Тежко и nelечимо болните хора у нас не се нуждаят от узаконяване на евтаназията, а от качествени палиативни грижи (облекчаващи тежестта на болката и страданията грижи) (А.17)

55.40% от ПП с ТНР изтъкват, че тежко и nelечимо болните хора у нас не се нуждаят от легализиране на евтаназията, а от качествени грижи, облекчаващи тежестта на болката и страданията (А.17).

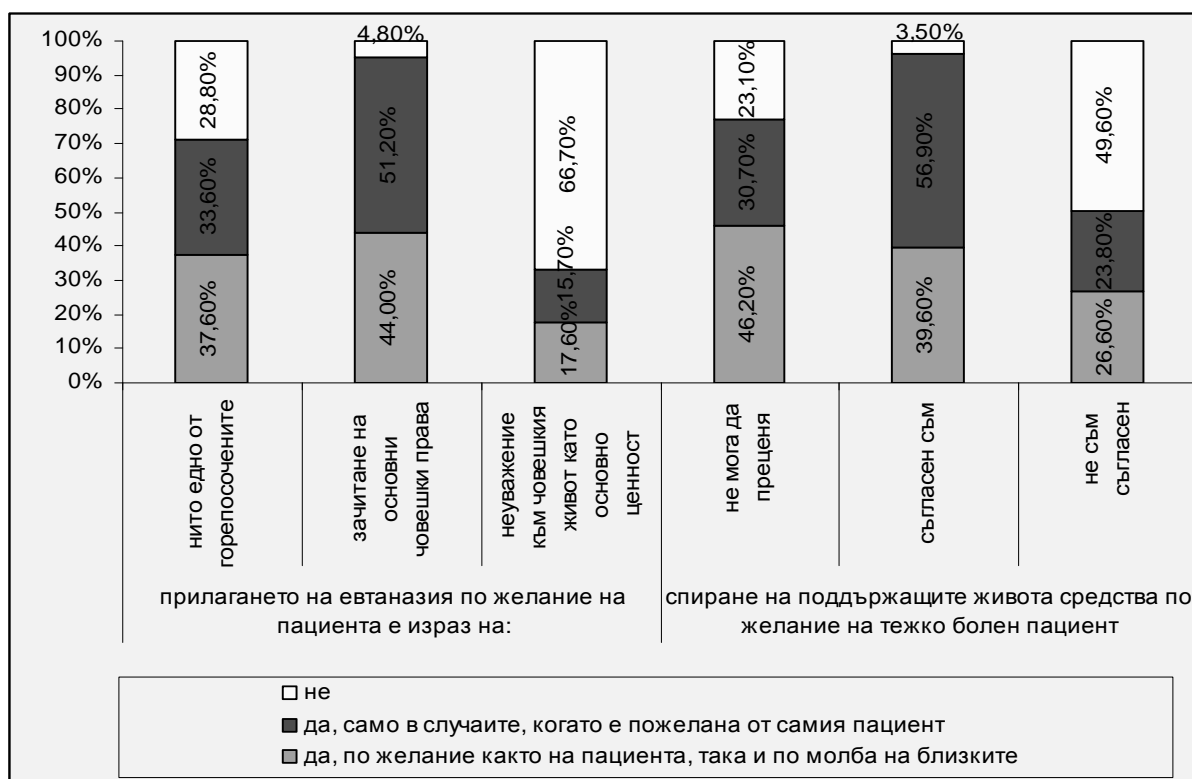


Фиг.18. Узаконяването на активната евтаназия в България би довело до риск от злоупотреби и оказване на натиск върху тежко и nelечимо болни пациенти да изберат смъртта (А. 18)



Фиг. 19. А. 15 и А. 16

При изследване на отношението между извършването на евтаназия при неизлечимо болни пациенти и спирането на поддържащите живота средства се установи съществена връзка в мнението на пациентите $\chi^2 = 93.83$, $p < 0.001$ при слаба зависимост ($r = 0.27$ при $p < 0.001$). По-голямата част от пациентите, които са посочили, че евтаназията е право на безболезнена и достойна смърт и зачитане на основните човешки права, твърдят, че поддържащите живота средства трябва да бъдат спрени при неизлечимо болни пациенти - 64.00%. Пациентите, които са посочили в 78.90%, че евтаназията е неуважение към човешкия живот като основна ценност, отговарят, че не са съгласни със спирането на животоподдържащите средства при тежко болни пациенти.

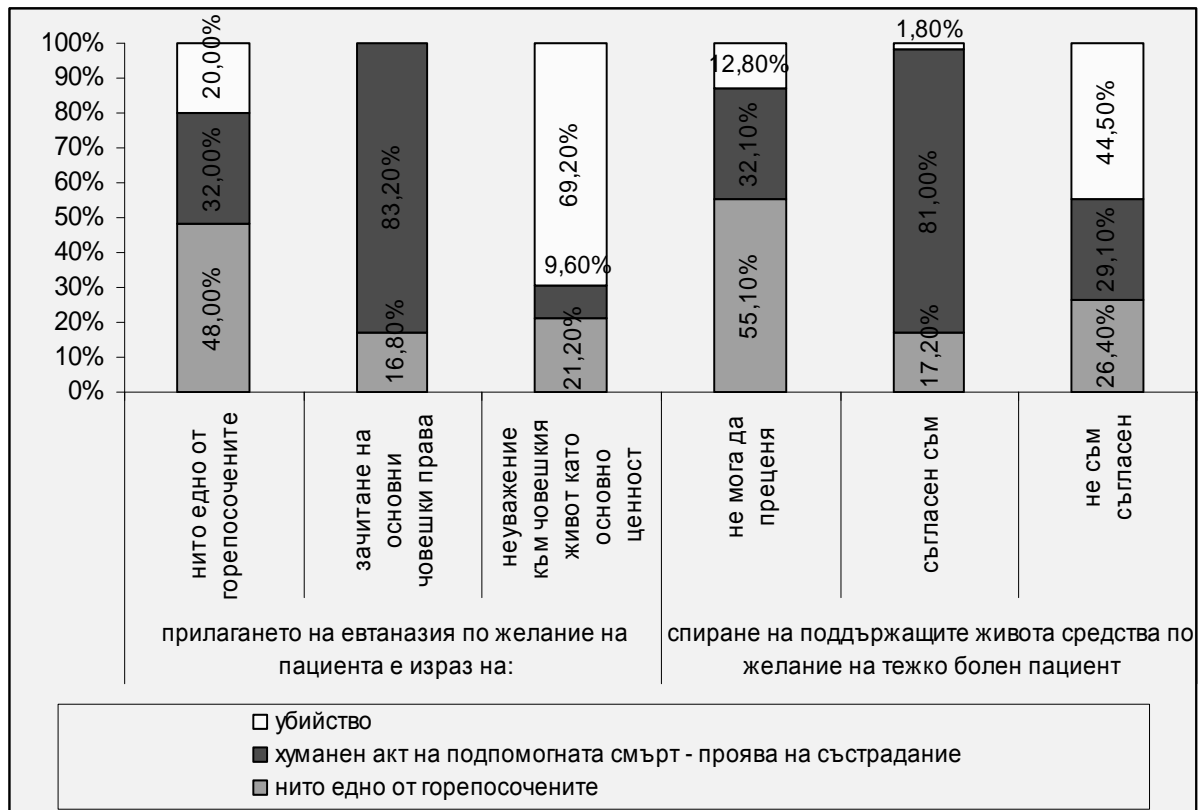


Фиг. 20. А. 13 и А.15,А.16

При изследването на отношението между одобряването на евтаназията и нейното прилагане ($\chi^2 = 75.92$ при $p < 0.001$) и спирането на животоподдържащите средства ($\chi^2 = 70.55$ при $p < 0.001$) беше намерена съществена разлика в мнението на пациентите, при слаба зависимост между изследваните фактори.

При спирането на животоподдържащите средства делът на тези, които не приемат евтаназията и в същото време я одобряват като хуманен метод за прекратяване на страданията на пациентите, е много нисък - 3.50%. Наблюдава се нарастване на

процента на пациентите, които не одобряват спирането на животоподдържащите средства - 49.60%.



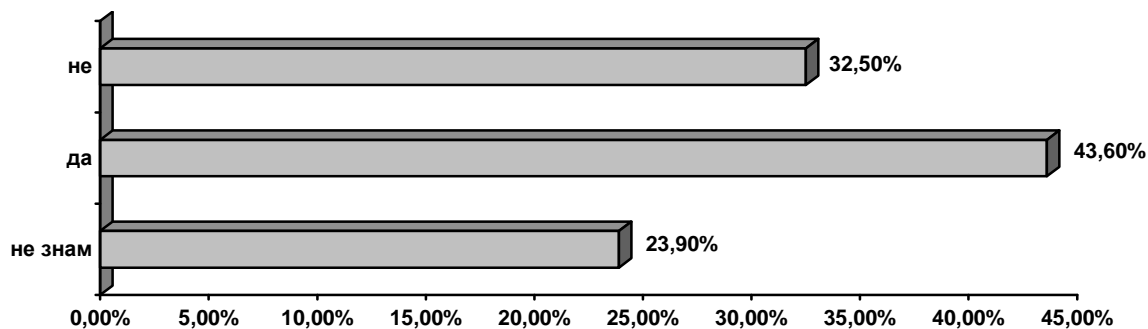
Фиг. 21. А.14 и А. 15, А. 16

При определяне същността на евтаназията и отношението към нейното прилагане бе доказана значителна връзка ($\chi^2 = 162.19$ при $p < 0.001$). 83.20 % от пациентите, които са определили евтаназията като зачитане на основни човешки права, са на мнение, че това е проява на състрадание. Друга част от ПП с ТНР (69.20%) са посочили, че евтаназията е неуважение към човешкия живот, и са определили евтаназията като убийство. При определянето на евтаназията и нейното прилагане ($r = 0.34$ при $p < 0.001$), както и при спирането на животоподдържащите средства ($r = 0.34$ при $p < 0.001$) беше намерена умерена зависимост.

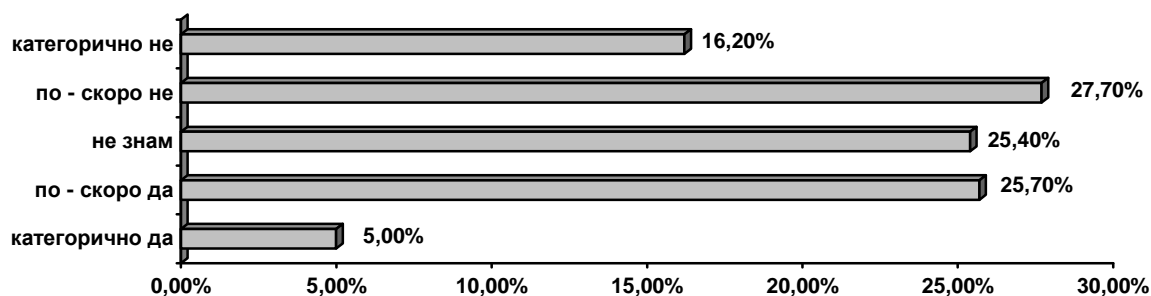
При определянето на евтаназията и спирането на животоподдържащите средства бе намерена значителна връзка и умерена зависимост ($\chi^2 = 114.55$, $p < 0.001$ и съответно $r = 0.34$ при $p < 0.001$ и $r = 0.34$ при $p < 0.001$). В 81.00% пациентите, които са съгласни със спирането на животоподдържащите средства определят евтаназията като проява на състрадание. 44.0% от тези, които са противници на спирането на животоподдържащите средства, определят евтаназията като убийство.

2. Оценка на готовността за поведение (поведенчески елемент)

Оценката на поведенческия елемент на правното съзнание на ПП с ТНР разкрива готовността им за вземане на решение за активна или пасивна евтаназия, което рефлектира върху тяхното правнорелевантно поведение и действия в правнозначими ситуации (фиг.22 – 31).

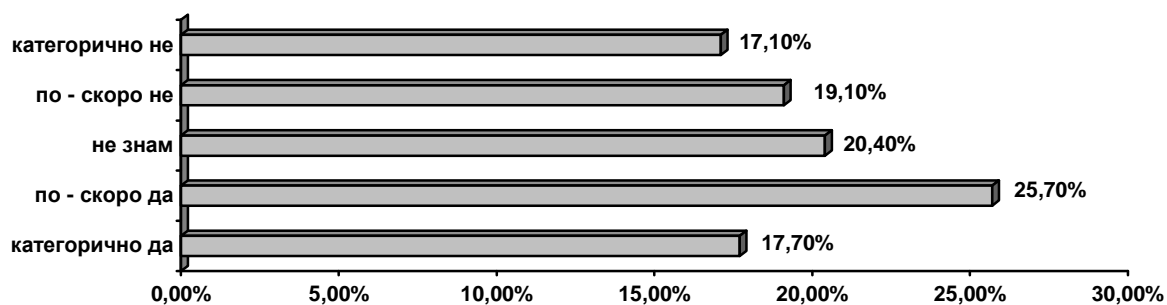


Фиг.22. Бихте ли участвали в обществено обсъждане за узаконяване на евтаназията в България (С.19)



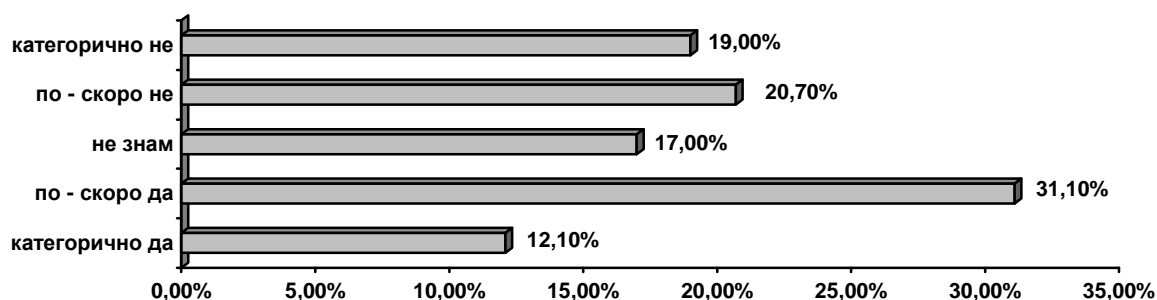
Фиг.23. Бихте ли гласували „за“ узаконяване на активната евтаназия в България (С.20)

43.60% от анкетираните споделят, че биха участвали в обществено обсъждане за узаконяване на евтаназията в България, но в 43.90% не биха гласували за легализиране на активната евтаназия в България, отговаряйки в 27.70% „по-скоро не“, а в 16.20% - „категорично не“.



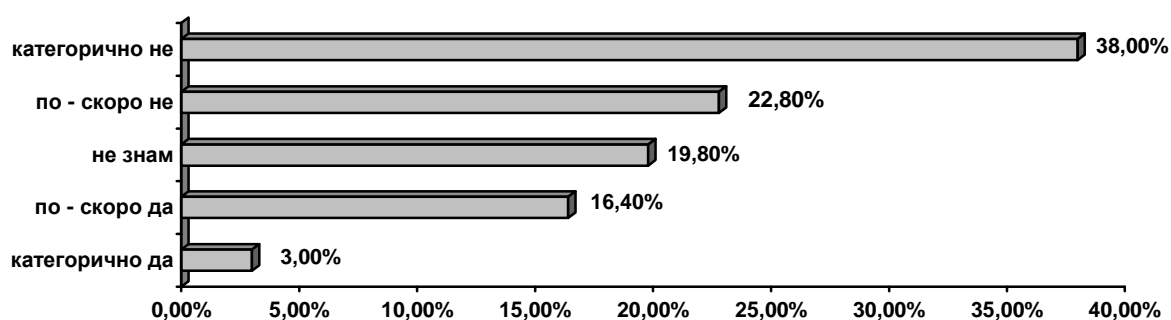
Фиг.24. Бихте ли се отказали от животоподдържащо лечение, ако страдате от неизлечимо заболяване с фатален и мъчителен край (С.21)

Отговорите на въпрос С.21, касаещ отказа от животоподдържащо лечение при наличие на неизлечимо заболяване с фатален и мъчителен край, показват готовност за прекратяване на терапевтичните мероприятия в 43.40 %.



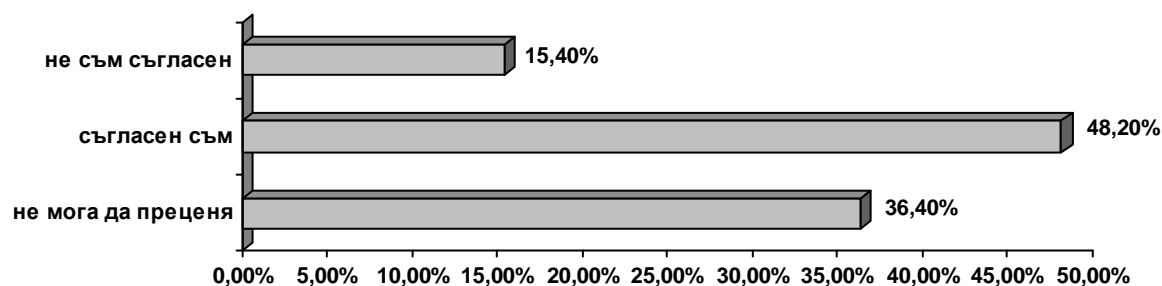
Фиг.25. Бихте ли пожелали активна евтаназия, ако страдате от неизлечимо заболяване с фатален и мъчителен край (С. 22)

Относно желанието за активна евтаназия в горепосочената ситуация, ПП с ТНР разслояват мненията си, като в 39.70% съобщават, че не биха я пожелали, а в 43.10% допускат такава възможност.



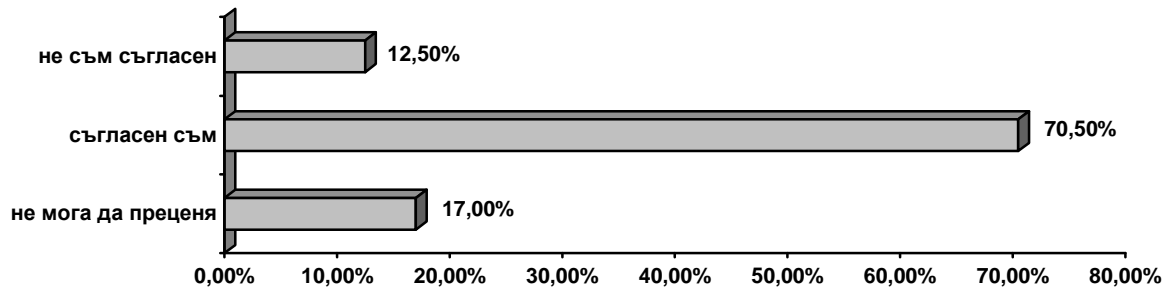
Фиг.26. Бихте ли дали съгласието си за евтаназия, ако член на **вашето** семейство е в необратима кома (С. 23)

60.80% от респондентите не биха дали съгласието си за евтаназия, ако член от семейството им е в необратима кома и едва в 19.40% биха се съгласили да вземат такова решение за свой близък.

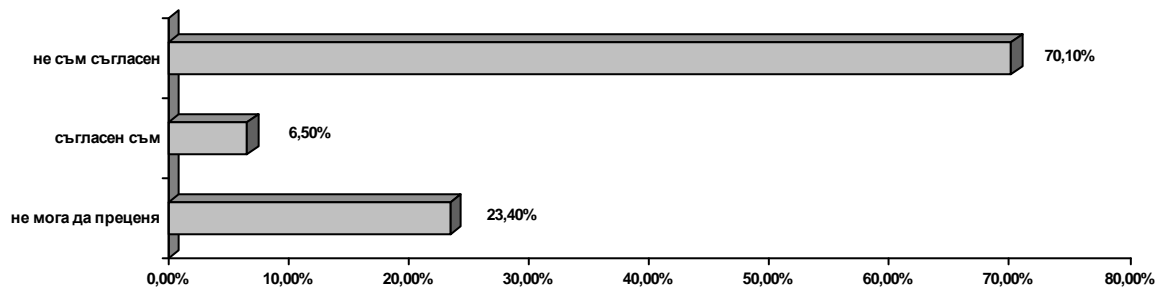


Фиг.27. Извършването на активна евтаназия не може да бъде вменено като задължение на никой лекар, както и на представителите на медицинската професия като цяло (С. 24)

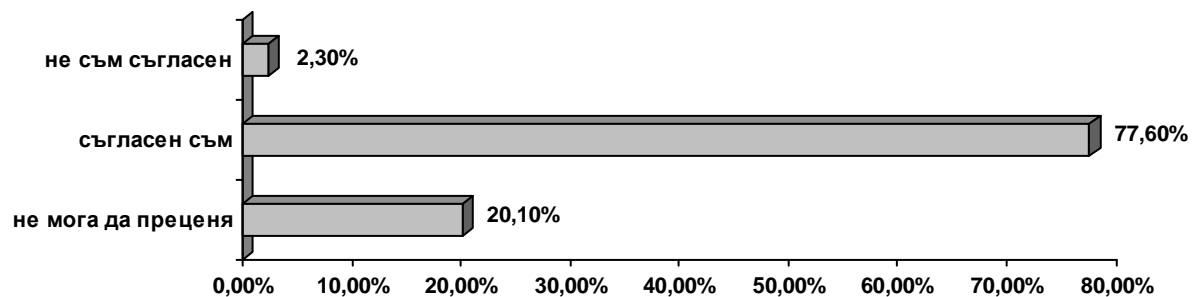
ПП с ТНР считат в 48.20%, че извършването на активна евтаназия при нейното евентуално легализиране не може да бъде вменено като задължение на никой лекар, както и на представителите на медицинската професия като цяло. Това вероятно се дължи на разбиранията на пациентите от тази уязвима група за мисията на медицината.



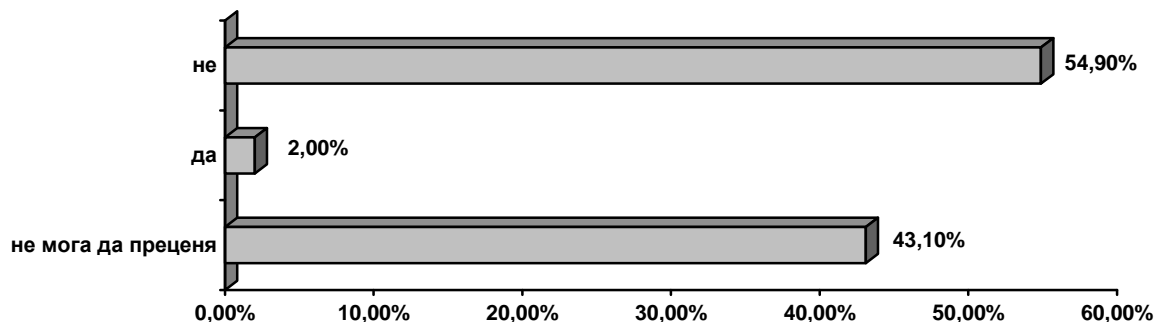
Фиг.28. Основният проблем у нас е липсата на адекватен достъп до поддържащо лечение и качествени палиативни грижи, а не узаконяването на евтаназията (С.25)



Фиг.29. Обществото у нас е готово за приемане на закон за легализиране на евтаназията (С. 26)

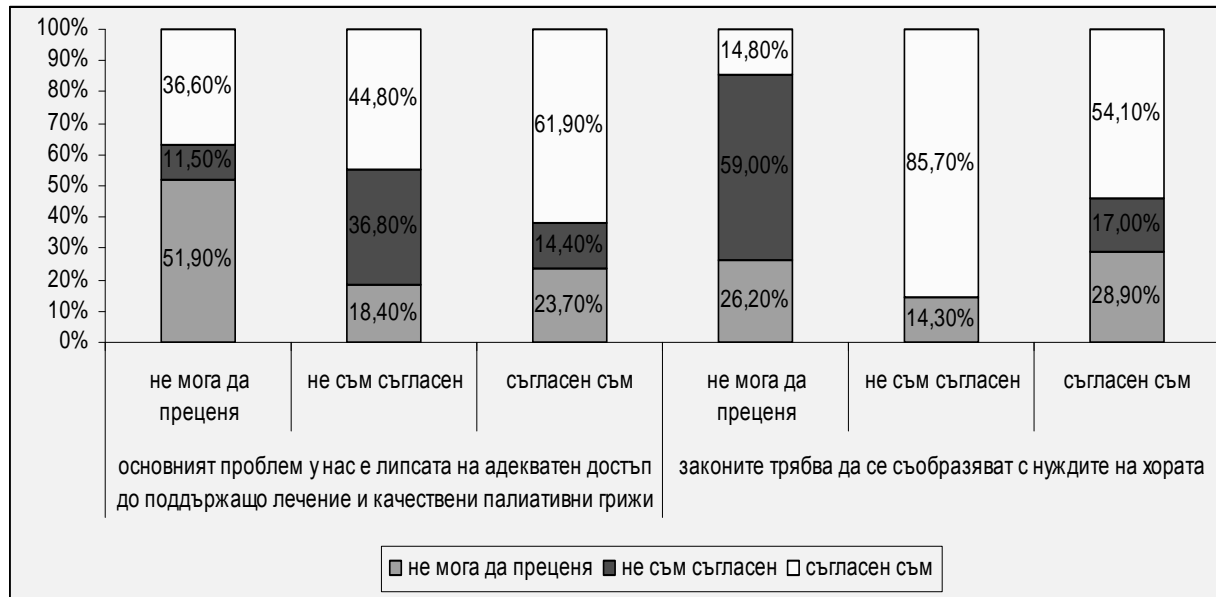


Фиг.30. Законите трябва да се съобразят с нуждите на хората, когато се обсъждат законодателни промени, касаещи евтаназията (С. 27)



Фиг.31. Смятате ли, че у нас има подходящи условия за узаконяване на евтаназията (С. 28)

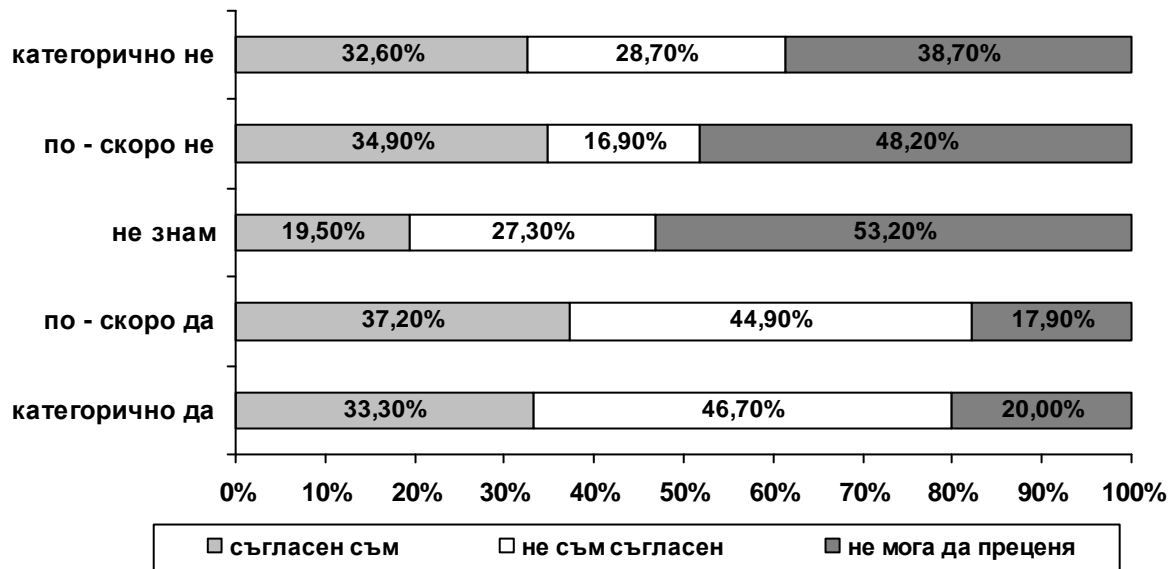
3. Влияние на психологическия елемент на правното съзнание при определяне на готовността за поведение за евтаназия



Фиг. 32. А.17 и С.25, С.27

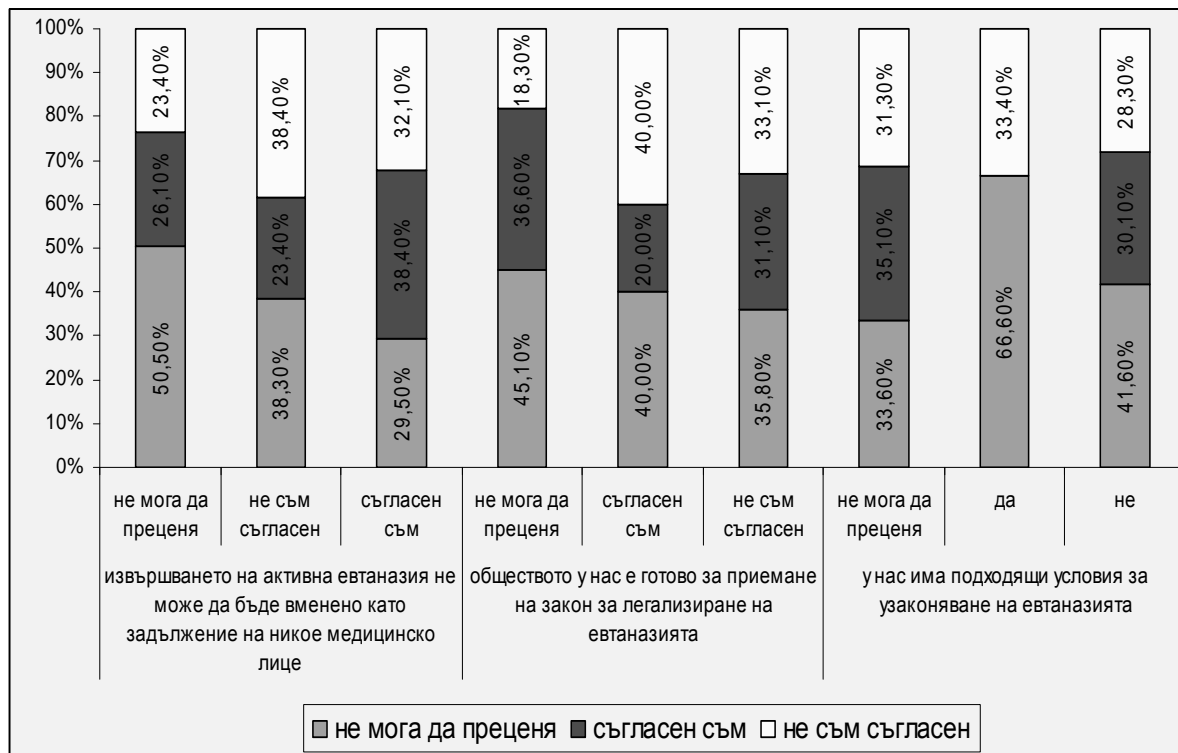
При изследването на връзката между необходимостта от качествени палиативни грижи, липсата на адекватен достъп до поддържащо лечение и С.27 беше намерена статистически значима разлика в отговорите на пациентите ($\chi^2 = 29.79$) при $p < 0.001$ при слаба зависимост ($r = 0.13$ при $p < 0.05$). По-голямата част (61.90%) от пациентите, които са на мнение, че основен проблем у нас е липсата на адекватен достъп до поддържащо лечение и качествени палиативни грижи, излагат становището си за необходимостта от подобряване на качеството на палиативните грижи, а не от узаконяване на евтаназията.

Въпреки че не беше намерена съществена статистическа значимост в отговорите на пациентите относно съобразяване на законите с нуждите на хората и подобряване на качеството на палиативните грижи, интерес представлява фактът, че 85.70% от посочилите, че не са съгласни с това, в същото време считат, че тежко болните пациенти се нуждаят от подобряване на качеството на палиативните грижи.



Фиг. 33. А.18 и С. 20

Анализът на получените резултати констатира възможен риск от злоупотреби, който би довел до оказване на натиск върху тежко и нелечимо болни пациенти да изберат смъртта. Това намалява подкрепата за узаконяване на евтаназията сред ПП с ТНР ($\chi^2 = 32.96$ при $p < 0.001$) при наличие на обратно пропорционална слаба зависимост ($r = - 0.21$ при $p < 0.001$). Тези, които са посочили, че се страхуват от евентуални злоупотреби и не биха подкрепили евтаназията, са около 67.50%.



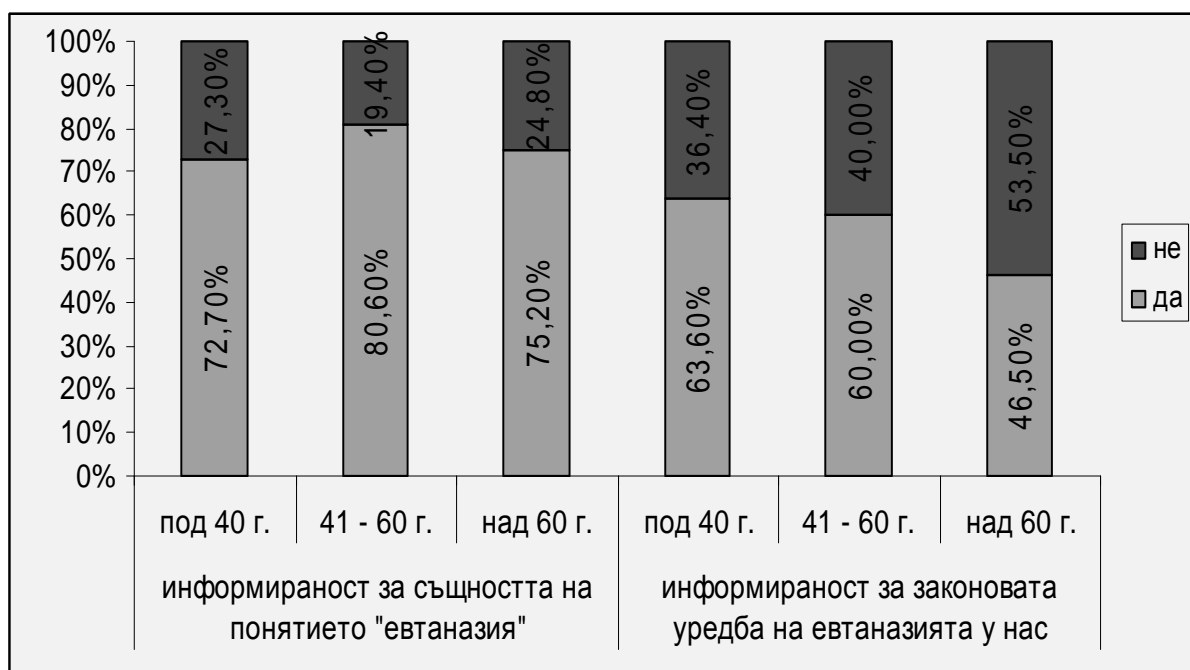
Фиг. 34. А. 18. и С.24, С. 26, С. 28

Съществена разлика беше намерена само по отношение на възможен риск от злоупотреби при узаконяване на евтаназията и нейното извършване ($\chi^2 = 14.31$ при $p < 0.01$) при констатирана слаба зависимост ($r = 0.15$ при $p < 0.01$).

Пациентите, които са съгласни, че не бива извършването на активната евтаназия да се вменява на медицинско лице, в по-голямата си част са на мнение, че има вероятност от злоупотреби (38.40%), докато по-големият процент считат, че няма такава вероятност. Статистическа значимост се забелязва в процента на респондентите, които са посочили, че са съгласни с твърдението, че не би трябвало да се вменява на медицински лица извършването на евтаназията, и в същото време са на мнение, че няма риск от злоупотреби - 32.10%. При тези, които са на мнение, че извършването на активната евтаназия трябва да бъде вменено на медицинско лице, процентът на посочилите, че има риск от злоупотреби, е 23.40%. При другите два фактора не беше доказана статистически значима разлика в мнението на пациентите.

Респондентите, които посочват, че у нас има възможност за узаконяване, са посочили в 33.40 %, че не съществува възможен риск за злоупотреби, докато останалите не могат да преценят. Друга част от анкетираните (30.10 %) считат, че в България няма условия за узаконяване на евтаназията, и са на мнение, че съществува вероятен риск от злоупотреби.

5. Демографски детерминанти на правното съзнание



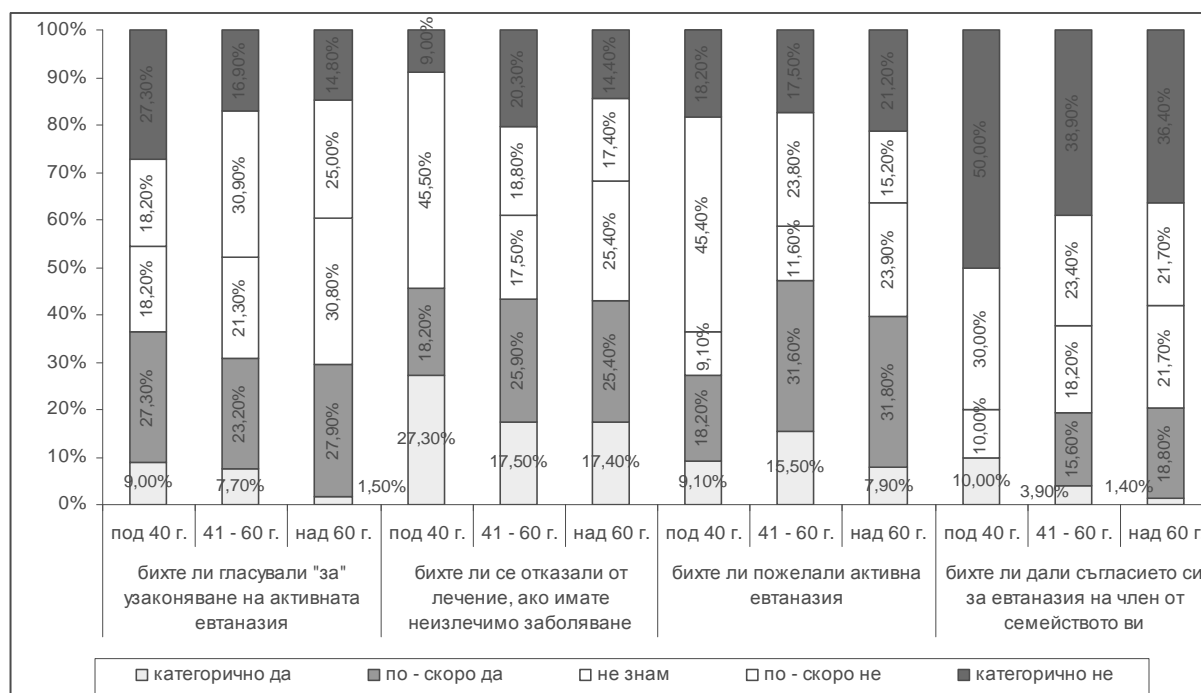
Фиг. 35. I.6 и I.7 и възраст

На фиг.35 е показано познаването на съдържанието на понятието „евтаназия“ в сравнение със нормативната уредба на проблема у нас, като и по двата въпроса по-младите показват по-добра информираност.



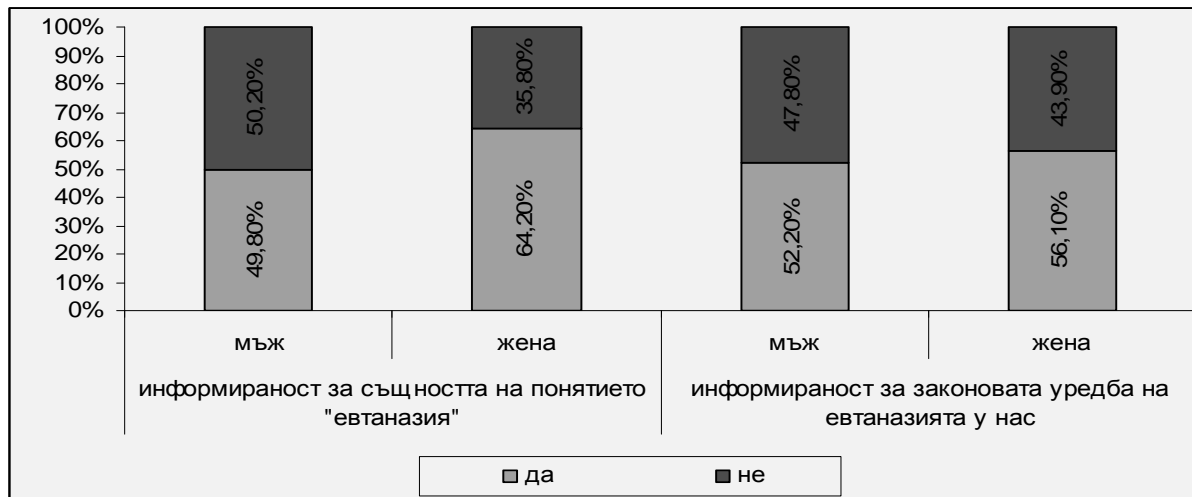
Фиг. 36. А.13 и възраст

Пациентите под 40 г. са посочили, че са съгласни в 63.60% с прилагането на евтаназия при неизлечимо болни пациенти по тяхно собствено желание. ПП с ТНР в следващите две възрастови групи одобряват такава възможност, но считат, че решението може да бъде взето и от техни близки групи ($\chi^2 = 9.65$ при $p < 0.05$). ($r = -0.14$ при $p < 0.05$).

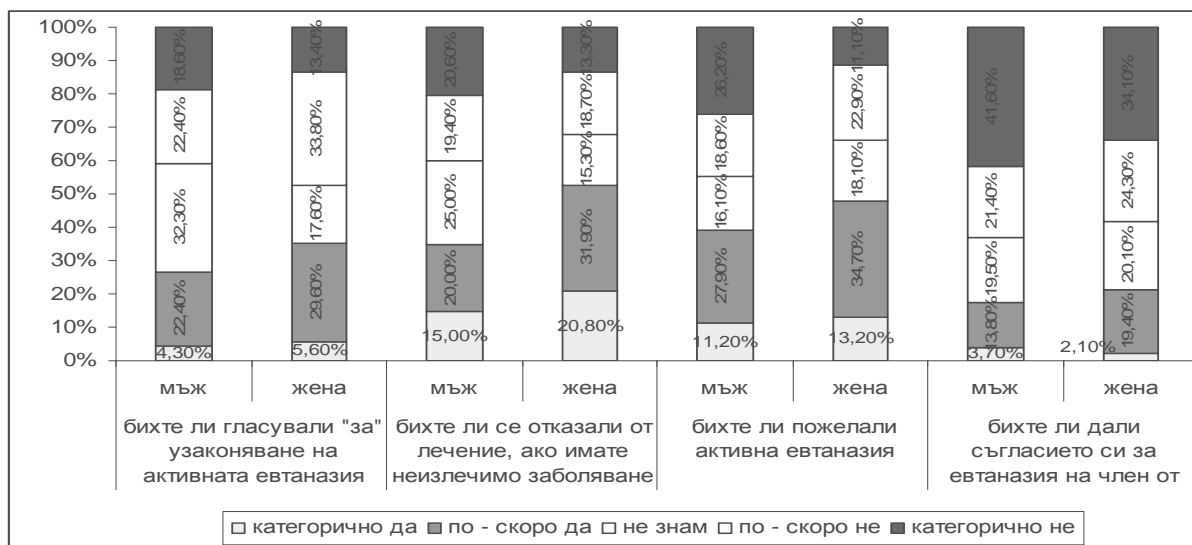


Фиг.37. С.20, С.21., С.22, С.23 и възраст

Най-склонни за прилагането на активна евтаназия ($\chi^2 = 17.57$ при $p < 0.05$) са пациентите от възрастовата група 41 – 60 г. (47.10%), докато пациентите под 40 г. са на противоположно мнение (63.60%). Пациентите във възрастовата група над 60 г. също изразяват съгласие (39.70%). При тях процентът на посочилите, които не знаят как биха реагирали в такава ситуация, е сравнително голям (23.90%). При изследването на разликите в мнението на пациентите при **двата пола** и тяхната информираност относно евтаназията беше намерена статистически значима разлика само по отношение на информираността относно същността на евтаназията и нейните разновидности ($\chi^2=4.34$ при $p < 0.05$, $r = - 0.12$ при $p < 0.05$). Демонстративната разлика се състои в това, че жените са по-информирани от мъжете относно същността на евтаназията (64.20% за жените, 49.80% за мъжете), което показва по-големия интерес на тази група по проблема (фиг.38).



Фиг.38. Пол и I.6. и I.7



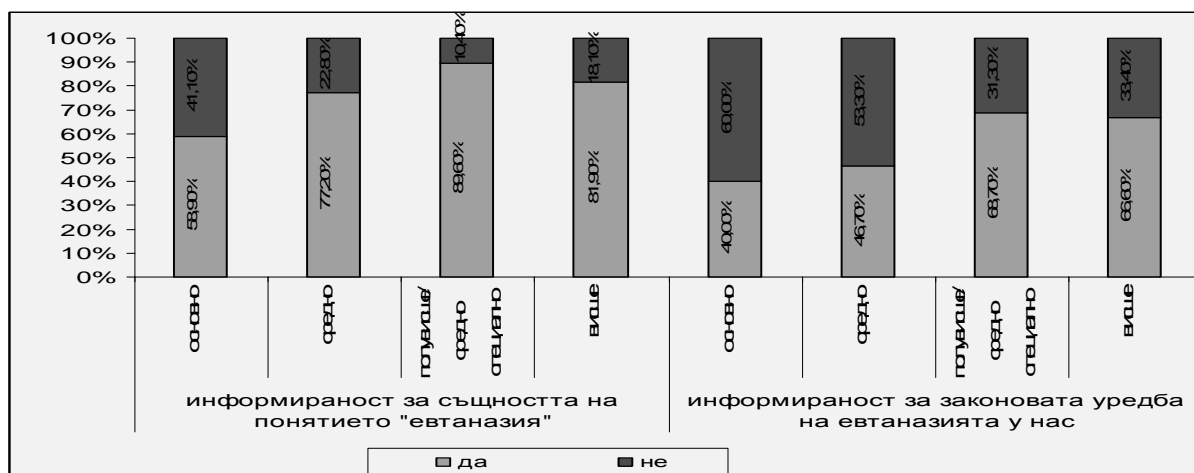
Фиг.39. С.20, С.21., С.22, С.23 и пол

Анализът на готовността на пациентите да гласуват „за“ при узаконяването на активната евтаназия у нас (фиг.39) показва разслояване на мненията на представителите на двата пола ($\chi^2 = 13.04$ при $p < 0.01$). Жените са по-склонни да гласуват положително (35.20%) или отрицателно (47.20%) при узаконяването на евтаназията, докато мъжете са по-склонни да заемат отрицателна (41.00%) и неутрална позиция с отговор „не знам“ (32.30%). Тези данни показват по-голямата готовност на жените да коментират въпроса.

Изследването на готовността на пациентите да се откажат от животоподдържащо лечение, ако страдат от неизлечимо заболяване, водещо до фатален и мъчителен край, показва съществена разлика при двата пола ($\chi^2 = 11.64$ при $p < 0.05$, $r = - 0.14$ при $p < 0.05$). Представителите на женския пол са по-склонни на подобна постъпка (52.70%), докато 40.00% от мъжете не биха го направили.

Съществени статистически значими разлики по отношение на пола се наблюдават и в готовността за прилагането на активна евтаназия при неизлечимо заболяване, водещо до фатален и мъчителен край ($\chi^2 = 11.17$ при $p < 0.05$). На фона на високия процент на съгласие при мъжете (39.10%), жените изразяват своята готовност в 47.90%.

Броят на пациентите, заели неутрална позиция с отговора „не знам“, е почти еднакъв при двата пола. По отношение на отказа от прилагането на активна евтаназия мъжете са водещи с 44.80% пред жените (34.00%). Между пола и готовността за прилагането на активна евтаназия беше намерена слаба зависимост ($r = - 0.14$ при $p < 0.05$).

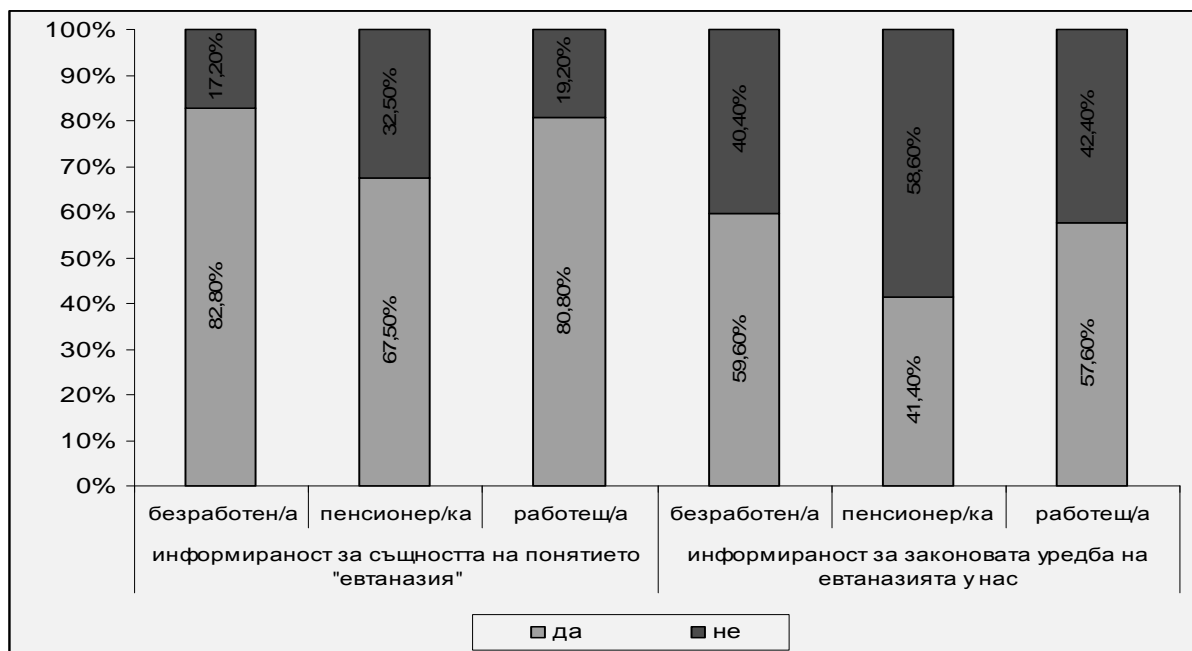


Фиг.40. I.6 и I.7. и образование

При съгласието за евтаназия на близък човек и пола не беше намерена съществена статистическа разлика в мнението на представителите на двата пола. При анализа на връзката между мнението на анкетираните и завършеното **образование** (фиг.40) бяха установени съществени разлики единствено по отношение на тяхната информираност относно същността на евтаназията ($\chi^2 = 12.66$ при $p < 0.01$) и нормативната уредба за евтаназията и у нас ($\chi^2 = 14.35$ при $p < 0.01$). При останалите изследвани фактори не беше регистрирана съществена разлика в мнението на различните групи от анкетираните.

Най-ниско ниво на информираност за същността на евтаназията показват анкетираните с основно образование (58.90%), а най-добре информирани са пациентите с полувисше (89.60%) и висше образование (81.90%). При анализа на връзката между образованието и информираността относно съдържанието на понятието евтаназия беше намерена слаба зависимост ($r = -0.15$ при $p < 0.01$).

Най-слабо информирани относно нормативната уредба за евтаназията у нас са анкетираните с основно (40.00%) и средно образование (46.70%). Тези респонденти, които са с полувисше (68.70%) и висше образование (66.60%), показват по-добро ниво на информираност. Анализът на връзката между образованието и информираността относно нормативната уредба за евтаназията у нас показва наличието на слаба зависимост ($r = -0.21$ при $p < 0.001$).

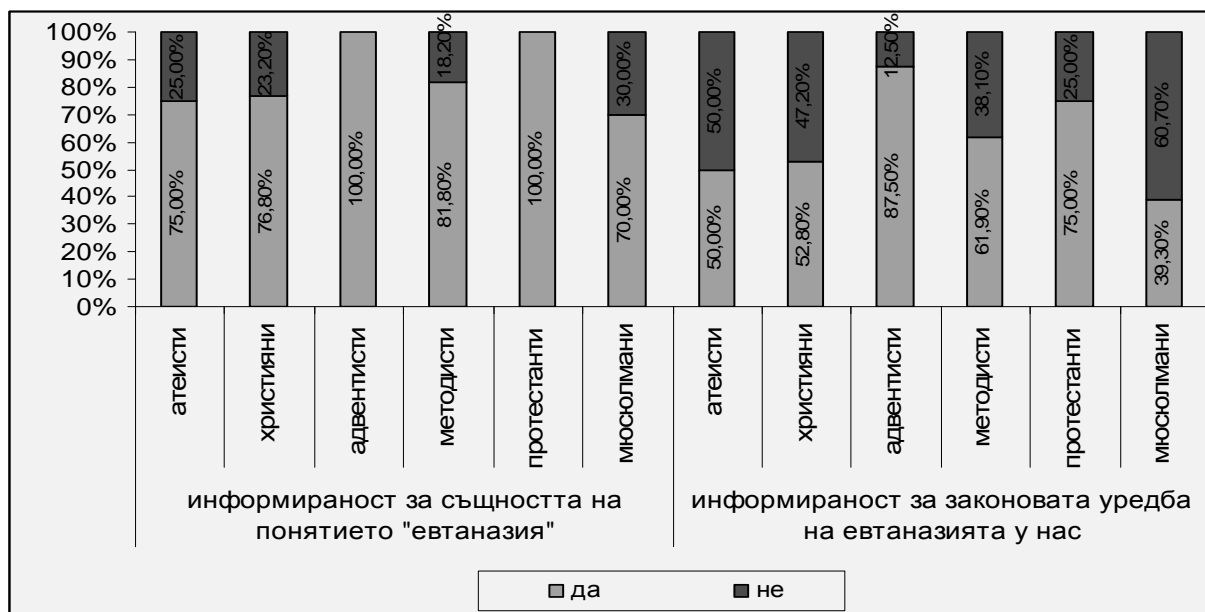


Фиг.41. Трудова заетост и I.6. и I.7

Анализът на **трудовата заетост** (фиг.41) показва съществена разлика само по отношение на информираността на анкетираните. Съществени разлики бяха намерени при познаването на същността на понятието евтаназия ($\chi^2 = 7.32$ при $p < 0.05$) и информираността относно нормативната уредба за евтаназията у нас ($\chi^2 = 6.60$ при $p < 0.05$).

Въпреки че анкетираните от трите групи на трудова заетост показват висок процент на информираност, по въпроси I.6. и I.7, се наблюдават някои разлики. Групата на пенсионерите е с по-нисък процент на информираност (67.50%) в сравнение с безработните и работещите.

Подобна тенденция се наблюдава и по отношение на информираността относно нормативната уредба за евтаназията у нас, въпреки че като цяло процентът на информираност е по-нисък в сравнение с предходния фактор.



Фиг.42. Религиозна принадлежност и информираност

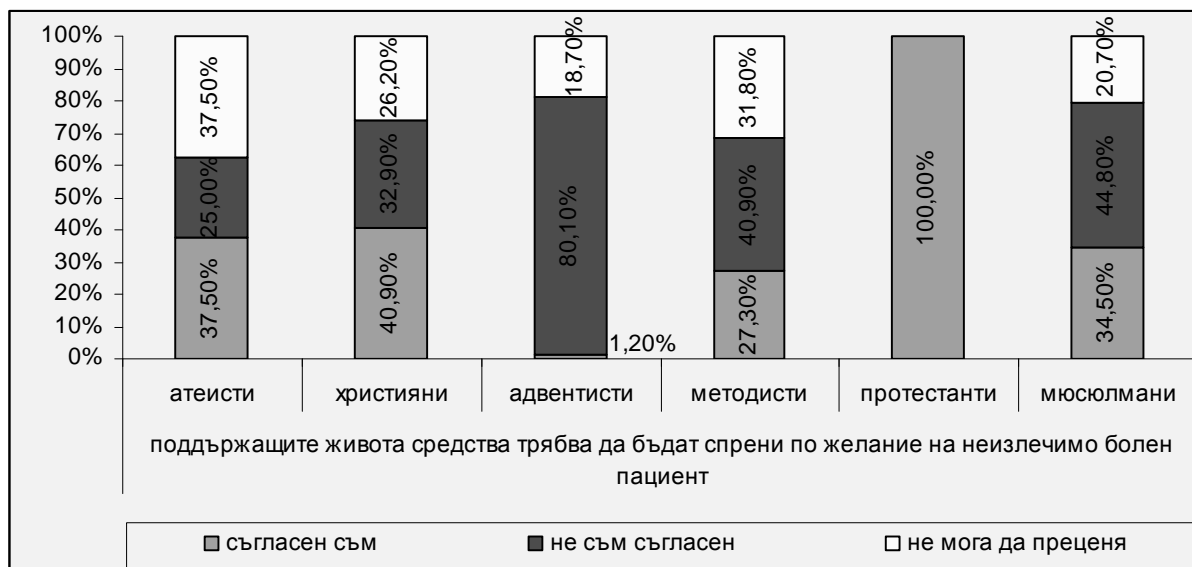
При анализа на информираността за същността на евтаназията и **религиозната принадлежност** (фиг.42) не беше намерена съществена разлика при различните религии. По отношение познаването на нормативната уредба се установиха съществени разлики ($\chi^2 = 11.07$ при $p < 0.05$). Най-информирани по проблема са адвентистите (87.50%), следвани от протестантите (75.00%) и методистите (61.90%), а най-малко информирани са мюсюлманите (39.30%). Разликите в информираността на

анкетиранияте могат да се обяснат със същността и характеристиките на отделните религии.



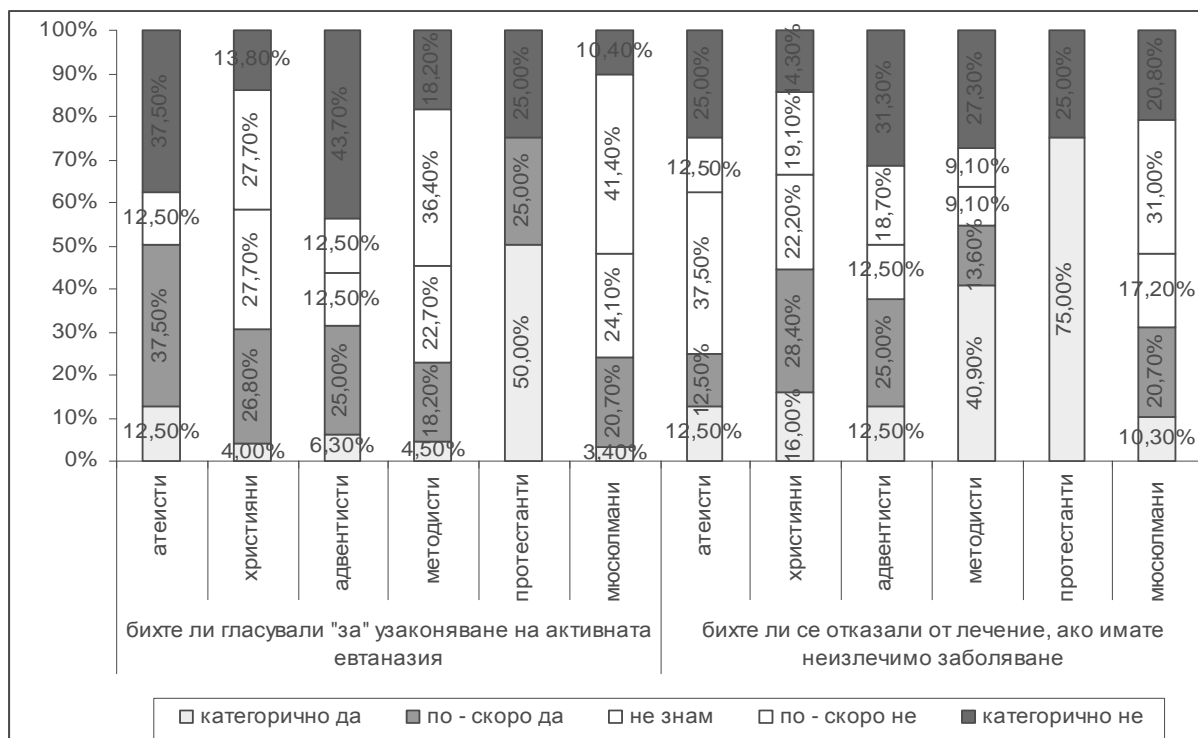
Фиг.43. Религиозна принадлежност и А.13

При търсене на връзка между религиозната принадлежност и одобрението на активната евтаназия (фиг.43) се откриха съществени статистически значими различия в техните отговори ($\chi^2 = 0.84$ при $p < 0.05$). Значителна част от анкетиранияте адвентисти не одобряват активната евтаназия (62.60%), докато протестантите я приемат като възможност за изход от една безизходна ситуация. При останалите религии отговорите варират в различни степени, но при всички процентът на одобрение е значителен.



Фиг.44. Религиозна принадлежност и А.16

При разглеждането на мнението на анкетираните относно спирането на поддържащите живота средства (фиг.44) се наблюдава съществена разлика в отговорите на изповядващите различна религия пациенти ($\chi^2 = 21.69$ при $p < 0.05$). При две от религиите има отговори в двете противоположности. Протестантите са напълно съгласни със спирането на поддържащите живота средства (100.00%), докато адвентистите са почти напълно несъгласни с тази мярка (80.10%). При останалите има разпределение на мненията в различните категории отговори.



Фиг.45. Религиозна принадлежност и С.20. и С.21

По отношение на поведението на представителите на различните религиозни групи (фиг.45) беше намерена съществена разлика в тяхната готовност да гласуват положително при узаконяването на активната евтаназия ($\chi^2 = 40.93$ при $p < 0.01$). Групата на протестантите е с най-висок процент на подкрепа (75.00%), докато противник на узаконяване на евтаназията се явяват адвентистите (56.20%), следвани от методистите (54.60%).

Поведението на представителите на различните религиозни групи се различава съществено и по отношение на готовността им да се откажат от лечение при неизлечимо заболяване ($\chi^2 = 33.01$ при $p < 0.05$). Протестантите показват в 75.00% готовност за отказване от лечение при неизлечимо заболяване, докато методистите

демонстрират промяна в мнението си (54.50%), както и адвентистите, които също показват лека промяна към съгласие. Мюсюлманите са единствените представители на религия, която остава постоянна по отношение на поведение в такава правнозначима ситуация, като отговарят в 51.80%, че няма да се откажат от лечение, независимо от прогнозата на заболяването.

II. Оценка на качеството на живот на полиморбидни пациенти с трайно намалена работоспособност

1. Цялостна оценка на качеството на живот на полиморбидни пациенти с трайно намалена работоспособност (табл.2).

Таблица 2. Цялостна оценка на качеството на живот на полиморбидните пациенти с трайно намалена работоспособност (n=305)

Качество на живот		Оценка (скор)
Цялостна оценка на КЖ	Средна оценка	67,15 ± 13,29
	Минимум	38.00
	Максимум	100.00
	Много ниско	1/0.30 %
	Ниско	137/ 44.90 %
	Средно	127/ 41.60 %
	Високо	40/ 13.10 %

Резултатите от проучването на качеството на живот сред ПП с ТНР показват неговата разнородна характеристика.

2. Определяне на влиянието на отделните области при определяне на цялостната оценка за качеството на живот (табл.3).

Таблица 3. Определяне на влиянието на отделните области при определяне на цялостната оценка за качеството на живот - множествена регресия

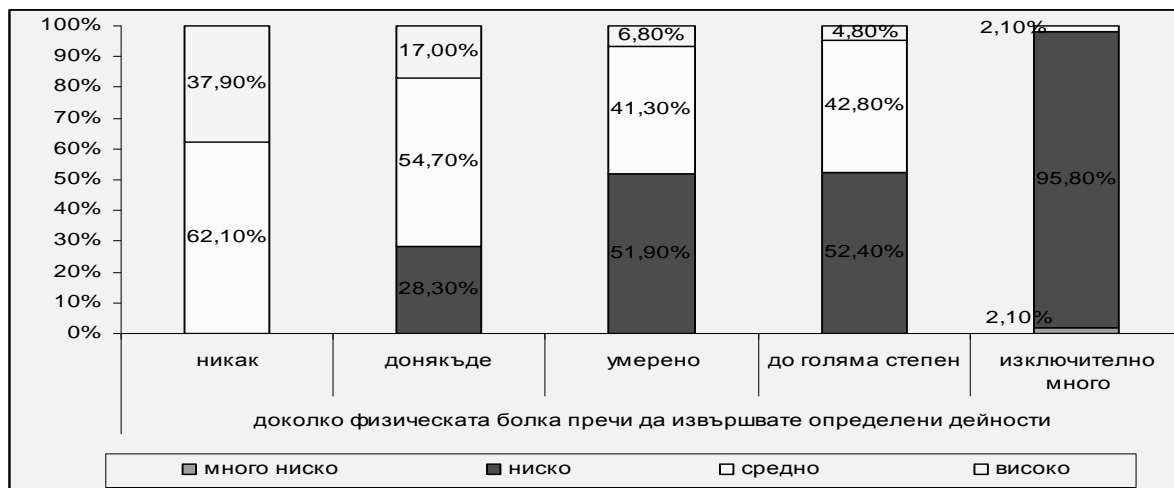
Предсказваща стойност	Нестандартизиран коефициент β	Стандартизиран коефициент β	t	p
Област „телесна“	0.957	0.354	26.495	< 0.001
Област „психологична“	1.012	0.261	16.731	< 0.001
Област „отношения“	0.890	0.169	13.040	< 0.001
Област „среда“	1.041	0.394	31.579	< 0.001

С оглед определяне приноса на всяка една област при оформяне на цялостната оценка за КЖ е използвана класическа множествена регресия. Стандартизираният

коэффициент β демонстрира влиянието на отделните области върху цялостната оценка на КЖ. Анализът показва, че всички области са статистически значими при равнище на значимост по-малко от репрезентативната грешка ($\alpha = 0.05$). Резултатите показват, че най-силно е влиянието на областта „среда“ (0.394), следвано от област „телесна“ (0.354), област „психологична“ (0.261) и област „отношения“ с 0.169.

3. Определяне на влиянието на болката върху цялостната оценка на качеството на живот

Специалното внимание към групата на пациентите с болка е свързано със спецификата на състоянието, в което се намират, и бе наложено от многократно доказания факт за по-обективното им отношение към проблема евтаназия в сравнение с респондентите без силно изразена болка.



Фиг.46. Обща оценка на качеството на живот и физическата болка

Физическата болка оказва съществено влияние върху общата оценка на качеството на живот (фиг.46). Този факт се доказва от статистически значими разлики, наблюдавани при ПП със силно изразена болка при извършването на определени дейности ($\chi^2 = 129.67$ при $p < 0.001$). Пациентите, които са отговорили, че болката не им пречи да извършват определени дейности, имат по-добро качество на живот в сравнение с групата на пациентите със силно изразена болка. Увеличаването на нивото на болката кореспондира с намаляване на качеството на живот в 95.80%.

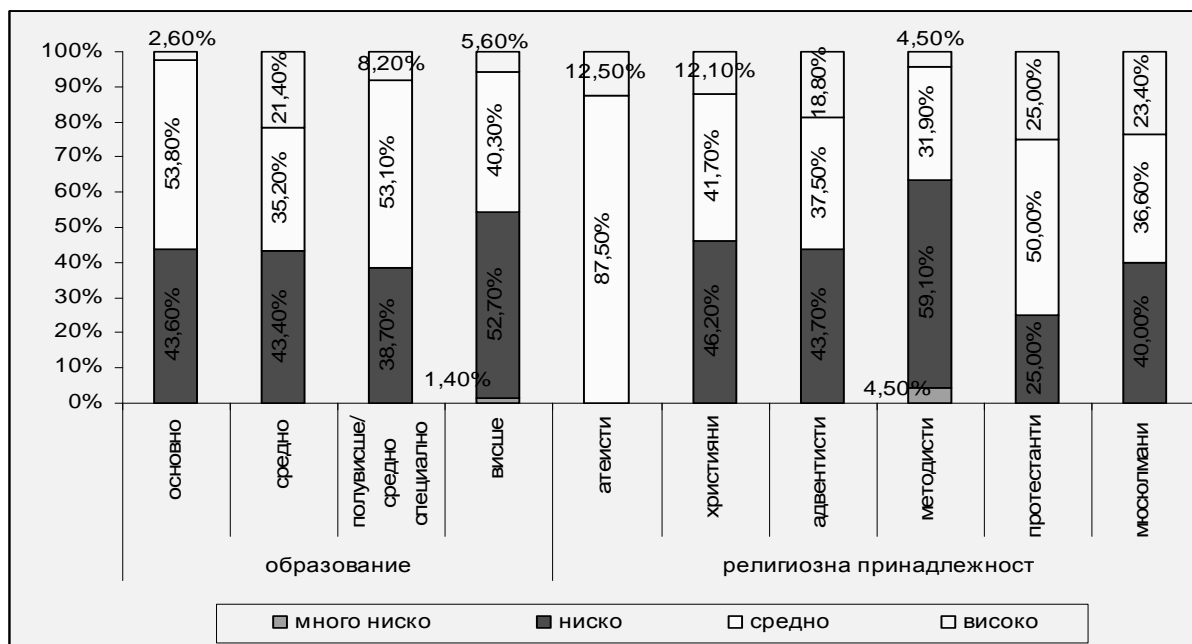
При изследване на връзката между физическата болка и общото качество на живот беше намерена съществена зависимост ($r = 0.65$ при $p < 0.001$). С нарастване на

влиянието на физическата болка върху извършването на определени дейности качеството на живот намалява.

4. Оценка на влиянието на демографските характеристики върху качеството на живот

При изследването на връзката между демографските характеристики *пол, възраст и трудова заетост* не беше намерена значима връзка. Не бяха забелязани съществени разлики в промяната на общото качество на живот.

Съществени статистически значими разлики по отношение на *образованието* и качеството на живот не бяха констатирани. Като цяло качеството на живот на ПП с ТНР варира в рамките на ниската и средната степен независимо от тяхната степен на образование. Наблюдава се и процент на високо ниво на качество на живот ($\chi^2=24.06$ при $p<0.01$). При изследване на връзката между образованието и качеството на живот не беше намерена зависимост между двата фактора.



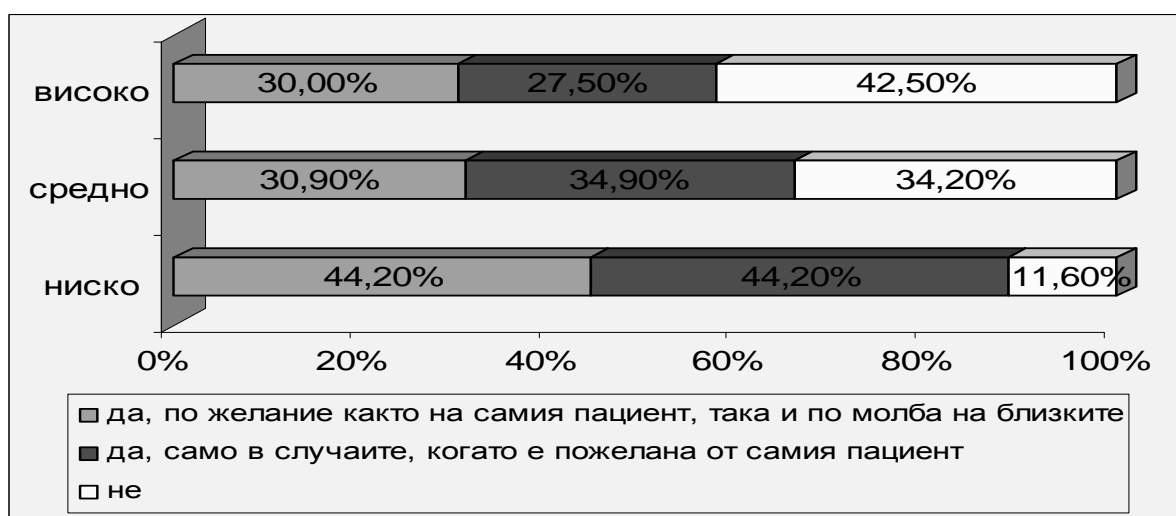
Фиг.47. Качество на живот и образование и религиозна принадлежност

При анализа на връзката между качеството на живот и *религиозната принадлежност* (фиг.47) се установи съществена статистическа значимост ($\chi^2=27.56$ при $p<0.05$), при липса на зависимост. Атеистите показват най-високи нива на качеството на живот, докато методистите са с най-ниските нива на качеството си на живот.

III. Оценка на влиянието на качеството на живот върху правното съзнание за легализиране на евтаназията

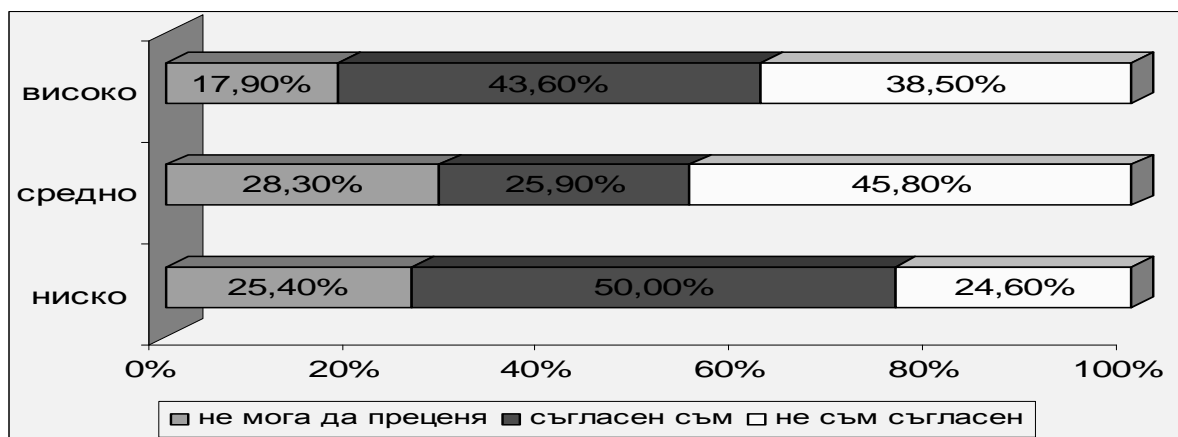
1. Цялостна оценка на качеството на живот и правното съзнание

При изследване на цялостната оценка на качеството на живот не беше намерена зависимост между общия скор и информираността на ПП с ТНР по проблемите на евтаназията у нас, но бе констатирана връзка с тяхното отношение и нагласи по проблема.



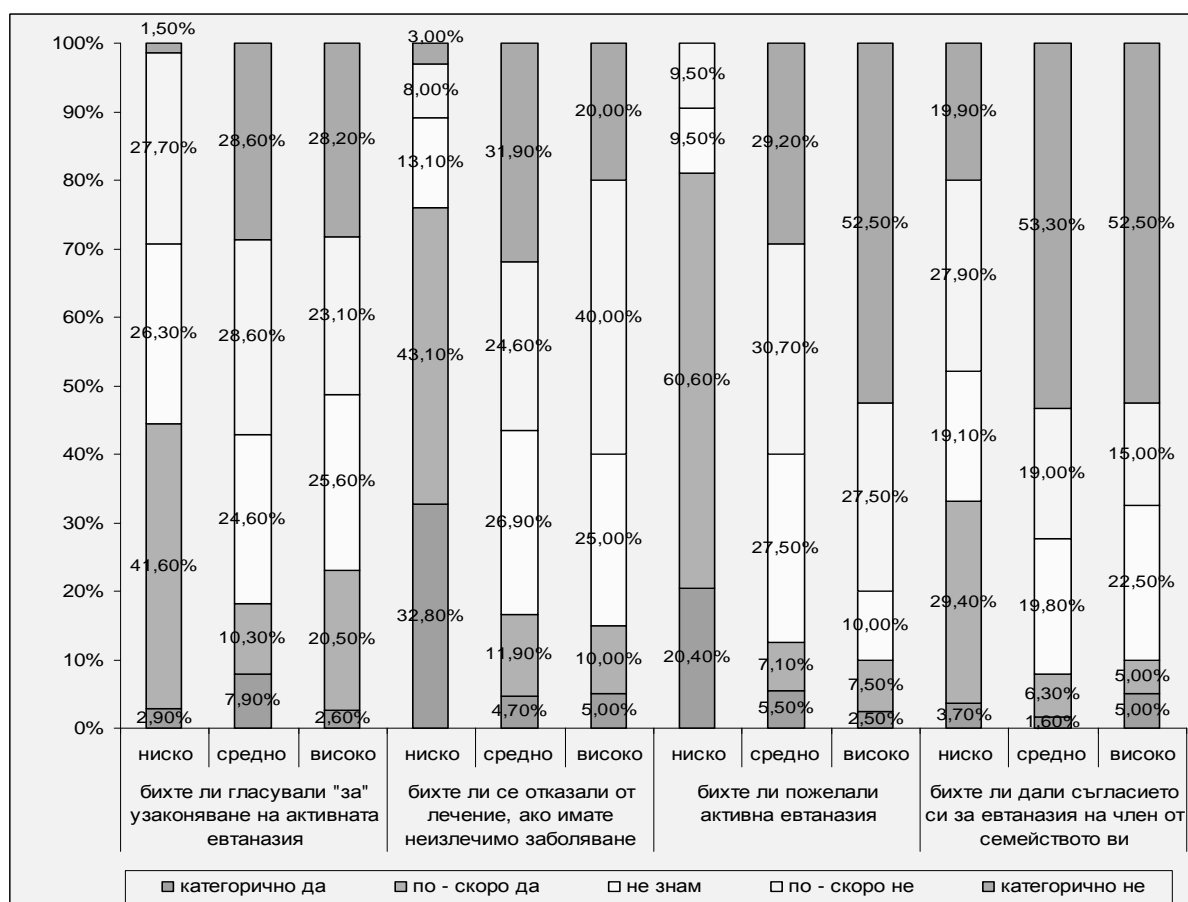
Фиг.48. Качество на живот и А.13 и А.16

Анализът на връзката между качеството на живот и одобрението на активната евтаназия (фиг.48) от страна на пациентите показва статистически значими разлики ($\chi^2=27.01$ при $p<0.001$). Значителна част от пациентите със средно и високо качество на живот отговарят, че евтаназия може да се приложи както по желание на пациента, така и при решение на неговото семейство, когато той не е в състояние да взема решение. Констатирана бе слаба зависимост между качеството на живот и одобрението на активната евтаназия ($r = 0.23$ при $p<0.001$). Качеството на живот показва съществени статистически разлики по отношение на спирането на животоподдържащите средства ($\chi^2 = 21.72$ при $p<0.001$) при установена слаба зависимост между двата фактора ($r = 0.14$ при $p<0.05$).



Фиг.49. Качество на живот и А.16

Качеството на живот показва и съществени разлики (фиг.49) по отношение на спирането на животоподдържащите средства при неизлечимо болни пациенти ($\chi^2=21.72$ при $p<0.001$), като беше намерена и слаба зависимост между двата фактора ($r = 0.14$ при $p<0.05$). В крайна сметка се оказва, че ПП с ТНР с ниско КЖ одобряват евтаназията, докато тези със средно и високо КЖ не я подкрепят.



Фиг. 50. Качество на живот и поведение на пациентите относно евтаназията

При анализа на връзката между качеството на живот и поведението на пациентите (фиг.50) при евентуално гласуване за узаконяване на активната евтаназия беше намерена съществена, статистически значима разлика в нивото на КЖ и готовността за поведение ($\chi^2 = 66.14$ при $p < 0.001$). Пациентите с най-ниско качество на живот демонстрират несъгласието си относно узаконяването на евтаназията, при слаба зависимост между факторите ($r = 0.27$ при $p < 0.05$).

По отношение на връзката между поведението на пациентите относно отказването от лечение и качеството на живот беше намерена съществена разлика ($\chi^2 = 125.82$ при $p < 0.01$). Пациентите с много ниско качество на живот категорично биха се отказали от лечение при неизлечимо заболяване, докато 60.00% от пациентите с високо качество на КЖ не биха се отказали от лечение. Поведението на пациентите по отношение на отказването от животоподдържащо лечение се влияе в 27.04% от оценката за качество на живот.

Желанието за извършване на активна евтаназия също показва съществени разлики ($\chi^2 = 218.61$ при $p < 0.001$). Отново беше констатирана значителна зависимост ($r = 0.58$ при $p < 0.001$), като с нарастване на качеството на живот желанието за извършване на евтаназия намалява значително. Извършване на активна евтаназия биха предпочели всички пациенти с много ниско качество на живот, като разлика се наблюдава и при пациентите с ниско и високо качество на живот ($\chi^2 = 177.43$ при $p < 0.001$). Пациентите с ниско КЖ по-скоро искат да бъдат евтаназирани (90.00%), докато пациентите с високо качество са на противоположното мнение и биха искали да продължат да живеят (80.00%). Между двата фактора беше намерена и значителна зависимост ($r = 0.66$ при $p < 0.001$).

Въпреки различията ($\chi^2 = 55.06$ при $p < 0.001$), които се наблюдават в разпределението на гласовете, нито пациентите с много ниско качество, нито тези с високо качество на живот биха се съгласили като цяло да се евтаназира член на семейството им. По отношение на силата на връзката беше констатирана слаба зависимост между качеството на живот и съгласието за евтаназия на член от семейството ($r = 0.28$ при $p < 0.001$).

2. Връзка между отделните области на качеството на живот и правното съзнание

При област „телесна“ беше намерена съществена разлика относно информираността на пациентите за нормативната уредба за евтаназията у нас ($\chi^2 = 38.29$

при $p < 0.05$). Пациентите, информирани за нормативната уредба, показват по-високи стойности на общия скор. Същата тенденция се наблюдава и при одобряването на активната евтаназия ($\chi^2 = 70.83$ при $p < 0.05$) при установена слаба зависимост ($r = 0.21$ при $p < 0.001$). Значителна връзка беше намерена при област „телесна“ на КЖ и подкрепата за узаконяване на евтаназията ($\chi^2 = 149.47$ при $p < 0.001$) при слаба до умерена зависимост ($r = 0.29$ при $p < 0.001$).

Съществена разлика ($\chi^2 = 198.82$ при $p < 0.001$) и значителна зависимост ($r = 0.51$ при $p < 0.001$) бе установена и при отказа от лечение, като повишаването на КЖ води до намаляване на желанието за прекратяване на лечението.

Желанието за извършване на активна евтаназия също показва съществени разлики ($\chi^2 = 218.61$ при $p < 0.001$). Отново беше констатирана значителна зависимост ($r = 0.58$ при $p < 0.001$), като отново с нарастване на оценките за област „телесна“ желанието за извършване на евтаназия намалява значително.

Подобно е положението и със съгласието за извършване на евтаназия на член от семейството ($\chi^2 = 144.97$ при $p < 0.001$), като за разлика от по-горе изложените данни тук зависимостта е умерена ($r = 0.34$ при $p < 0.001$).

При област „психологична“ съществена разлика беше регистрирана при одобряването на активната евтаназия ($\chi^2 = 54.81$ при $p < 0.05$).

По отношение на факторите, изследващи поведението на пациентите по повод на евтаназията, при всички фактори беше намерена съществена разлика при поведението и КЖ, която е представена в следния ред:

- Подкрепа за узаконяване на евтаназията - ($\chi^2 = 94.35$ при $p < 0.05$), слаба зависимост ($r = 0.21$ при $p < 0.001$)
- Отказване на животоподдържащо лечение - ($\chi^2 = 152.13$ при $p < 0.001$), умерена зависимост ($r = 0.44$ при $p < 0.001$).
- Извършване на активна евтаназия при нелечимо заболяване - ($\chi^2 = 138.81$ при $p < 0.001$), умерена зависимост ($r = 0.48$ при $p < 0.001$).
- Евтаназиране на неизлечимо болен член на семейството - ($\chi^2 = 89.62$ при $p < 0.005$), слаба зависимост ($r = 0.25$ при $p < 0.001$).

В областта „отношения“ съществена разлика в качеството на живот и отношението на пациентите към евтаназията беше намерена при одобряването на извършването на активна евтаназия (A_13) ($\chi^2 = 52.68$ при $p < 0.001$), слаба зависимост

($r = 0.18$ при $p < 0.001$). При факторите, свързани с поведението на пациентите, също беше намерена съществена разлика при всички изследвани фактори:

- Подкрепа за узаконяване на евтаназията - ($\chi^2 = 85.01$ при $p < 0.005$), слаба зависимост ($r = 0.11$ при $p < 0.001$).
- Отказване на животоподдържащо лечение - ($\chi^2 = 146.56$ при $p < 0.001$), умерена зависимост ($r = 0.50$ при $p < 0.001$).
- Извършване на активна евтаназия при нелечимо заболяване - ($\chi^2 = 154.39$ при $p < 0.001$), умерена зависимост ($r = 0.44$ при $p < 0.001$).
- Евтаназиране на неизлечимо болен член на семейството - ($\chi^2 = 86.12$ при $p < 0.005$), слаба зависимост ($r = 0.21$ при $p < 0.01$).

При изследване на областта „среда“ и факторите, свързани с поведението и отношението, беше намерена съществена разлика при всички от тях:

- Одобрение на прилагането на активната евтаназия - ($\chi^2 = 71.42$ при $p < 0.05$), слаба зависимост ($r = 0.15$ при $p < 0.05$).
- Спиране на животоподдържащото лечение при неизлечимо болни пациенти - ($\chi^2 = 72.12$ при $p < 0.05$), слаба зависимост ($r = 0.14$ при $p < 0.05$).
- Подкрепа за узаконяване на евтаназията - ($\chi^2 = 170.03$ при $p < 0.001$), слаба зависимост ($r = 0.16$ при $p < 0.001$).
- Отказване на животоподдържащо лечение - ($\chi^2 = 175.61$ при $p < 0.001$), умерена зависимост ($r = 0.41$ при $p < 0.001$).
- Извършване на активна евтаназия при нелечимо заболяване - ($\chi^2 = 178.04$ при $p < 0.001$), умерена зависимост ($r = 0.45$ при $p < 0.001$). С повишаване на стойностите на КЖ в областта на средата желанието за извършване на даденото поведение намалява.
- Евтаназиране на неизлечимо болен член на семейството - ($\chi^2 = 176.21$ при $p < 0.001$), слаба зависимост ($r = 0.16$ при $p < 0.05$).

При изследване на областите „среда“ и „отношения“ и факторите, свързани с поведението и отношението, беше намерена съществена разлика при всички от тях:

- Одобрение на прилагането на активната евтаназия - ($\chi^2 = 94.86$ при $p < 0.01$), слаба зависимост ($r = 0.18$ при $p < 0.05$).
- Спиране на животоподдържащото лечение при неизлечимо болни пациенти - ($\chi^2 = 93.96$ при $p < 0.01$), слаба зависимост ($r = 0.16$ при $p < 0.01$).
- Подкрепа за узаконяване на евтаназията - ($\chi^2 = 170.54$ при $p < 0.001$), слаба зависимост ($r = 0.18$ при $p < 0.001$).

- Отказване на животоподдържащо лечение - ($\chi^2 = 235.69$ при $p < 0.001$), умерена зависимост ($r = 0.53$ при $p < 0.001$).
- Извършване на активна евтаназия при нелечимо заболяване - ($\chi^2 = 208.91$ при $p < 0.001$), умерена зависимост ($r = 0.52$ при $p < 0.001$).
- Евтаназиране на неизлечимо болен член на семейството - ($\chi^2 = 187.18$ при $p < 0.001$), слаба зависимост ($r = 0.21$ при $p < 0.05$).

3. Влияние на болката върху правното съзнание за евтаназия

При изследването на влиянието на физическата болка и въпросите, свързани с **информираността** на пациентите, беше намерена съществена статистически значима зависимост при информираността за същността на евтаназията ($\chi^2 = 9.56$ при $p < 0.05$) и информираността относно нормативната уредба за евтаназията у нас ($\chi^2 = 9.61$ при $p < 0.05$).

При изследване на връзката на физическата болка с въпросите, касаещи **отношението** на пациентите към евтаназията, бяха намерени съществени статистически разлики само относно одобрението на активната евтаназия ($\chi^2 = 27.93$ при $p < 0.001$).

Анализът на връзката на физическата болка с въпросите, свързани с **поведението** на пациентите, показва наличието на съществена разлика при всички изследвани въпроси:

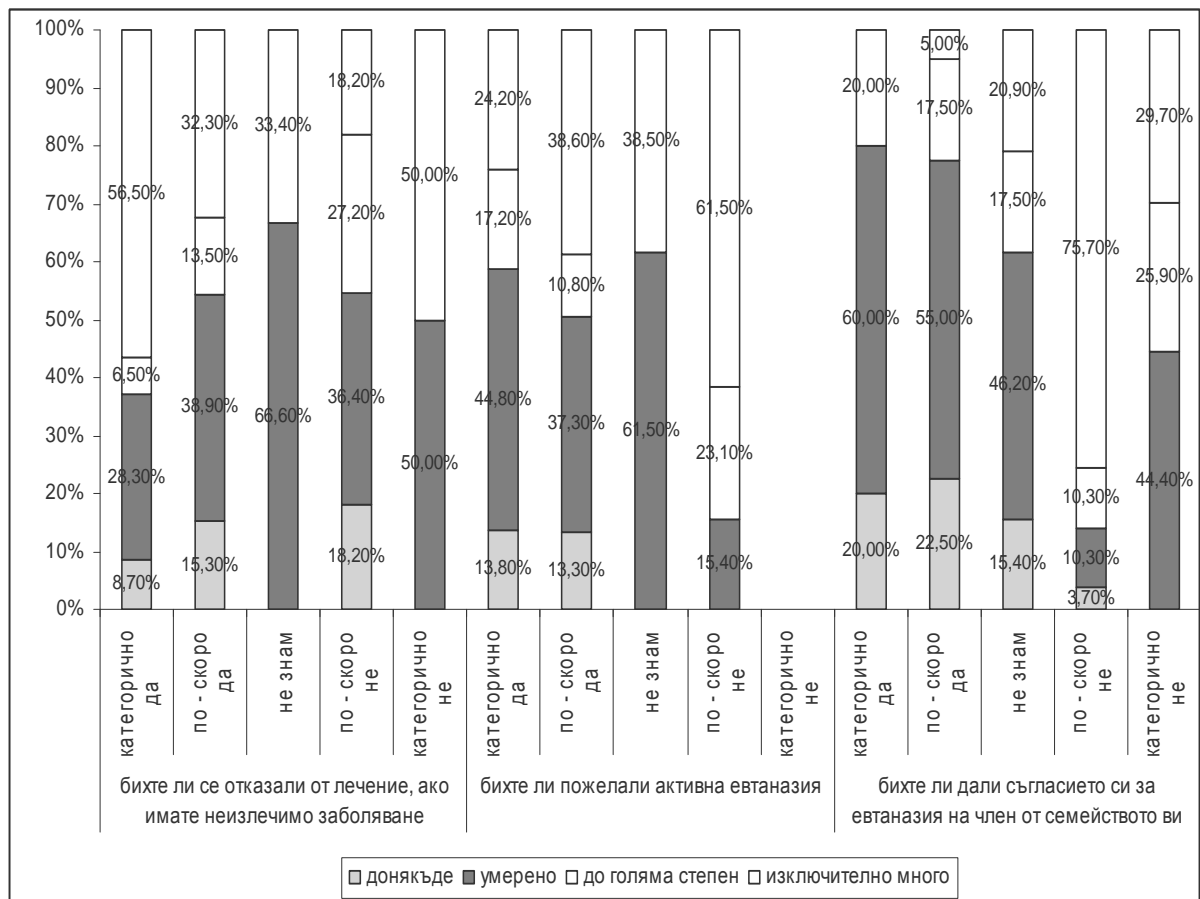
- Подкрепа за узаконяване на евтаназията - ($\chi^2 = 90.62$ при $p < 0.001$)
- Отказване на животоподдържащо лечение - ($\chi^2 = 101.85$ при $p < 0.001$), умерена зависимост ($r = 0.45$ при $p < 0.001$).
- Извършване на активна евтаназия при нелечимо заболяване - ($\chi^2 = 96.52$ при $p < 0.001$), умерена зависимост ($r = 0.42$ при $p < 0.001$).
- Евтаназиране на неизлечимо болен член на семейството - ($\chi^2 = 90.37$ при $p < 0.001$).

Съществена статистически значима разлика беше намерена при изследването на влиянието на физическата болка при пациенти с ниско качество на живот при определяне на тяхното поведение по отношение на евтаназията (фиг. 51).

Силно изразената физическа болка ще доведе в повече от половината от ПП с ТНР (56.50%) до отказване от лечение, като това желание намалява драстично с намаляване на интензитета на болката ($\chi^2 = 34.36$ при $p < 0.001$). Интересен е резултатът, който се получава по отношение на желанието за извършване на активна евтаназия.

Пациентите, които са посочили, че не биха предприели подобно действие, в същото време изпитват изключително силна физическа болка - 61.50% ($\chi^2 = 21.91$ при $p < 0.001$).

Разлика се наблюдава и по отношение на евтаназирането на член от семейството ($\chi^2 = 59.11$ при $p < 0.01$). По-склонни на подобно решение са пациентите с умерена болка, докато тези с изключително силна болка не биха се съгласили на подобна постъпка.



Фиг. 51. Физическа болка и С.21, С.22 и С.23

При изследването на връзката с въпрос С.25 беше намерена съществена разлика в мнението на пациентите при различните нива на физическа болка ($\chi^2 = 40.49$ при $p < 0.001$), но не беше намерена зависимост между двата фактора.

4. Влияние на отделните области на КЖ при определяне на правното съзнание

Изложените резултати на табл.4 показват, че с увеличаване на оценките в областта „телесна“ информираността при пациентите се подобрява, докато с нарастване на общата оценка на КЖ одобрението на активната евтаназия спада. Увеличаването на общата оценка на КЖ намалява желанието за спиране на животоподдържащите

средства, а нарастването на оценките в областта „телесна“ води до редуциране на подкрепата за узаконяване на евтаназията у нас. Силно изразената физическа болка мотивира готовност за гласуване „за“ узаконяване на евтаназията у нас.

Таблица 4. Влияние на отделните области на качество на живот при определяне на правното съзнание - мултирегресионен стъпков анализ

Предсказваща стойност	Нестандартизиран коефициент β	Стандартизиран коефициент β	p	R ²
Информираност за законовата уредба на евтаназията у нас				
➤ Област „телесна“	0.014	0.145	< 0.001	0.024
Одобряване на активната евтаназия				
➤ КЖ- цялостна оценка	0.013	0.223	< 0.001	0.050
Спиране на поддържащите живота средства				
➤ КЖ – цялостна оценка	0.009	0.160	0.040	0.026
Подкрепа за узаконяване на евтаназията у нас				
➤ Физическа болка	0.545	0.290	0.006	0.092
Отказване от животоподдържащо лечение				
➤ КЖ – цялостна оценка	0.034	0.331	< 0.001	0.299
➤ Област „отношения“	0.098	0.182	0.005	0.321
➤ Физическа болка	0.149	0.144	0.023	0.326
Извършване на активна евтаназия				
➤ КЖ – цялостна оценка	0.042	0.420	< 0.001	0.360
➤ Област „телесна“	0.053	0.213	0.014	0.373
Евтанизиране на член на семейството, ако е в необратима кома				
➤ Област „телесна“	0.133	0.590	< 0.001	0.118
➤ Физическа болка	0.326	0.353	< 0.001	0.181

Увеличаването на оценките на общия скор на КЖ е свързано с намаляване на желанието да се откажат от лечение, докато по-високите оценки в област „среда“ водят до по-малка готовност на пациентите да откажат лечение. По-силната физическа болка прави респондентите по-склонни да откажат терапевтичните мероприятия.

Високият общ скор на КЖ е свързан с намаляване на съгласието за извършване на активна евтаназия, като същата тенденция се наблюдава и в област „телесна“. Повишаването на оценката за тази област по-често води до отказ от евтаназиране на член от семейството, като подобна зависимост се наблюдава и при силно изразена болка. Приложеният мултирегресионен стъпков анализ подкрепя още веднъж получените резултати от другите методи на изследване на ПС и КЖ, демонстрирайки преимущественото влияние на общата оценка на качеството на живот и особено значение на болката при определяне на ПС за евтаназия.

Б. Обсъждане

Легализирането на евтаназията и идеята за нейното практикуване представляват обект на продължителни дискусии, датиращи от няколко века, които и до днес не са дали еднозначно решение. Преобладаващата част от изследователите, сред които J.Georges, K.Mitchell, Muller-Busch, S.Woskanjan и много други, доказват в своите проучвания, че нейното прилагане е оправдано най-вече при страдащи пациенти, които са неизлечимо болни и изпитват силни непреодолими болки. Други автори, като J.Veldink и Y.Yun, изследват отношението към евтаназията на различни социални групи, но също насочват своето внимание преимуществено към онкологично болни и терминални пациенти.

От друга страна, голяма част от изследователите на евтаназията, сред които J.Bachman, M.Diane, J.Bilsen и др., проучват отношението на представителите на медицинската професия, тъй като има поляризиране на мненията относно становището кой реално следва да извърши евтаназната процедура. (A.M.Ahmed, B.U.Aslan, J.G.Bachman et al., МК Ben Diane, J.Bilsen, K.J.McGlade и др.).

Други изследователи, като M.A.Achille, T.Beauchamp, J.Breck, търсят и доказват връзката между ниското качество на живот и вземането на решение за евтаназия сред пациенти с хронични заболявания със или без елементи на злокачественост.

Изследванията на T.Sheldon, A.D.Sullivan, A.van der Heide, L.Deliens, W.Wim, E.Winkler и др. са насочени към проучване на мнението на правистите и политиците, в качеството им на законотворци.

Проучването на отношението към социално значими проблеми като евтаназията наистина предполага да се изследва мнението най-вече на страдащи пациенти, поради презумпцията, че те биха се оказали най-вероятните бъдещи потребители на тази „медицинска услуга“ и биха отговорили с по-голяма достоверност на поставените въпроси.

От друга страна, е известно, че законодателните промени във всяка страна би следвало да се осъществяват на базата на предварителни проучвания на правното съзнание на различни социални групи от обществото. В частния случай на евтаназията и във връзка с гореспоменатите особености е препоръчително това проучване да се извършва сред пациенти с тежки и неизлечими заболявания, водещи до фатален и мъчителен край. Възможно е към тях да се включат и пациенти с очаквано ниско качество на живота, каквито са полиморбидните пациенти с трайно намалена работоспособност.

В България има публикации за изследване на качеството на живот при полиморбидни пациенти с трайно намалена работоспособност, доказващи относително еднаквата тежест на областите „телесна“ и „психологична“, както и на областите „отношения“ и „среда“ при определяне на неговата оценка. До момента липсват научни изследвания за проучване на правното съзнание относно евтаназията при полиморбидни пациенти с трайно намалена работоспособност и особено на тези, които изпитват болка, която ги ограничава в значителна степен при извършването на елементарни ежедневни дейности.

I. Оценка на правното съзнание на полиморбидните пациенти с трайно намалена работоспособност – ниво на информираност, отношение и нагласи, готовност за поведение в правно значими ситуации

Резултатите от влиянието на демографските детерминанти върху правното съзнание показват, че възрастта не е определящ фактор нито по отношение на познавателния, нито на психологическия, нито на поведенческия му елемент. Половата принадлежност има значение за информираността и готовността за поведение. Жените показват по-активно поведение в подкрепа на евтаназията и нейното легализиране, докато мъжете са по-несигурни и неопределени в мнението си.

Получените резултати относно влиянието на образованието върху ПС показват, че ПП с ТНР, притежаващи по-висок образователен статус, са по-информирани относно проблемите на евтаназията. Трудовата заетост рефлектира върху информираността на пациентите с ТНР, като пенсионерите се оказват по-неинформирани. Данните демонстрират същественото влияние на религиозната принадлежност за оформяне на ПС по отношение на неговите три елемента:

- информираност;
- отношение (приемане, подкрепа);
- готовност за поведение както за пасивната, така и за активната евтаназия.

1. Проучването на **познавателния елемент** (информираност) на правното съзнание показва статистически значими разлики между самооценката на пациентите за тяхната информираност относно евтаназията и действителното познаване на проблема. Преобладаващата част от ПП с ТНР (78.00%) считат, че са запознати със същността на понятието евтаназия и нейните разновидности, и в повече от половината от случаите (51.50%) твърдят, че познават нормативната уредба на проблема у нас. Относително голяма част от ПП с ТНР считат, че са достатъчно информирани по проблема и не им е

необходима допълнителна информация, като посочват за основни източници на своята осведоменост телевизията.

Изследването не доказва зависимост между информираност и *възраст*, но констатира влиянието на *половата принадлежност*, показвайки статистически значими разлики само по отношение на познаването на понятието „евтаназия“ и нейните разновидности. Резултатите говорят за по-добра информираност относно същността на евтаназията при жените ($\chi^2 = 4.34$ при $p < 0.05$ и $r = -0.12$ при $p < 0.05$), което демонстрира по-голямата им активност и заинтересованост по проблема. Сравнявайки тези данни с общоизвестните традиции в българското общество при обгрижването на болни членове от семейството, се потвърждава тенденцията за запазената роля на жените в този процес. Тази роля ги тласка към търсене на повече информация по въпросите, свързани с евтаназията и здравеопазването въобще, водейки до по-добрата им информираност по проблема.

При анализа на връзката между информираността на анкетираните и тяхното *образование* бе установена статистически значима разлика по отношение познаването на проблема ($\chi^2 = 12.66$ при $p < 0.01$) и законовата му регламентация ($\chi^2 = 14.35$ при $p < 0.01$). Пациентите с по-висок образователен статус се оказват по-добре информирани. Ниската информираност на ПП с ТНР с основно образование и много доброто познаване на проблема от анкетираните с полувисше и висше образование е обяснима, очаквана и логична.

Анализът на влиянието на *трудовата заетост* върху информираността относно нормативната уредба констатира най-нисък процент на информираност сред пенсионерите в сравнение с безработните и работещите лица, което вероятно се дължи на ограничения достъп до подходящи източници на информация за тази възрастова група.

Резултатите от проучването установиха нарастващото значение на *религиозната принадлежност* на респондентите. Най-добра информираност демонстрират пациентите, изповядващи християнска религия, с преобладаващо висок процент на адвентистите, а най-слабо ниво на познаване на проблема бе установено при мюсюлманите. Тези данни могат да се обяснят не само с ограничения или улеснен достъп до информация, но и с активността, целенасоченото търсене на информация по проблемите на евтаназията.

Сравнението на гореизложените резултати с отговорите на контролните въпроси I.10, I.11 и I.12 показва съществено несъвпадение между самооценката на пациентите и

тяхното действително ниво на осведоменост, тъй като 68.20% от ПП с ТНР не могат да посочат държави, в които е разрешена евтаназията, и в 51.10% признават, че им е необходима още информация за същността на този проблем.

Резултатите показват, че ПП с ТНР не са достатъчно информирани, особено по отношение на законовата регламентация на проблема у нас и по света. Налице е разминаване на самооценката с действителната ситуация дори и при тези, които смятат, че са информирани за същността на евтаназията и са запознати с нормативната уредба. Данните от проучването на информираността на ПП с ТНР показват необходимостта от допълнителна информация по този важен социално-правен проблем сред тази пациентска група.

Изследването на познавателния елемент на правното съзнание на полиморбидните пациенти с трайно намалена работоспособност установява недостатъчна информираност по въпросите на евтаназията. Този факт разкрива необходимостта от разработване на методи и програми за осигуряване на достъп до адекватна и достоверна информация, касаеща състоянието на проблема у нас, в Европейския съюз и по света.

2. Резултатите от оценката на психологическия елемент на правното съзнание разкрива нагласите и разбиранията на ПП с ТНР относно евтаназията с преимуществено влияние на религията и несъществено отражение върху проблема на *възрастта, пола, трудовата заетост и образованието.*

Проучването установи одобрение в 56.00% на активната евтаназия (при изявено желание от самия пациент) при възрастовата група 41 – 60 г. Този процент спада до 6.00% при пациентите под 40 г. и достига едва 38.00% при респондентите над 60 г. Одобрението сред възрастовата група 41 - 60г. намалява до 49.50%, когато трябва да вземат решение за активна евтаназия на болен член от семейството. Последното показва мнението на респондентите по друга част от многовековната дилема, касаеща въпроса кой трябва да взема решението за евтаназия и дали човек може да решава за друг човек. Вероятно вземането на решение е по-удачно да се прави от самия пациент и в много по-малка степен от неговите близки, но поради намерената слаба статистическа зависимост тези резултати не водят до категоричен извод, поради което е възможно отново да се потърси такава връзка в бъдещи проучвания.

Изследването на психологическия елемент на ПС установи значението на ***религиозната принадлежност*** на анкетираните при определяне на тяхното отношение към активната евтаназия ($\chi^2 = 20.84$ при $p < 0.05$). Значителна част от анкетираните

адвентисти (62.60%) не одобряват активната евтаназия, докато протестантите я приемат в 75.00%. При разглеждането на мнението на респондентите относно спирането на поддържащите живота средства се наблюдава съществена разлика в отговорите на пациентите, изповядващи различна религия - протестантите са напълно съгласни със спирането на поддържащите живота средства (100.00%), докато адвентистите са почти напълно несъгласни с тази мярка (80.10%). При останалите има разпределение на мненията в различните категории отговори.

Изследването на психологическия елемент на ПС на ПП с ТНР показва значителен дял на одобрение на активната евтаназия, пожелана от самия пациент, който разбира значението и последиците на своята постъпка (38.20%). Респондентите изразяват в 36.70% положителното си отношение към активната евтаназия, включително и по молба на близките, когато пациентът не е в състояние да изрази своята молба.

Проучването установи, че пациентите с ТНР приемат активната евтаназия по-скоро като хуманен акт, представляващ проява на състрадание (49.60%), а не като убийство. Тази част от анкетираните считат (49.60%), че активната евтаназия представлява зачитане на човешки права, а не неуважение към човешки живот.

Голяма част от анкетираните ПП с ТНР (70.50%) изразяват становището си, че тежко и nelечимо болните хора у нас не се нуждаят от узаконяване на евтаназията, а от качествени палиативни грижи. Този резултат обосновава необходимостта от приоритетно развитие на палиативната медицина и разширяването на мрежата от хосписи като алтернатива на евтаназията. Обсъждането на законодателни промени, касаещи евтаназията, остава на второ място.

Резултатите от проучването сочат намаляване на доверието към здравната система у нас, тъй като показват, че причините за несъгласие за легализиране на евтаназията в 31.60% могат да бъдат свързани с възможен риск от злоупотреби и с недоверието към българските медици. Получените резултати относно психологическия елемент на правното съзнание на ПП с ТНР демонстрират за пореден път сложността на хилядолетния дебат „за“ или „против“ евтаназията. Отношението на респонденската група се обединява около становището, че прекъсването на живота при пациент, който сам е пожелал това в ясно съзнание, представлява проява на състрадание.

Налага се изводът, че прилагането на евтаназия при пациент, който е изявил желание за това, е зачитане на правото му на достойна смърт, като част от основните права на човека. Получените резултати не дават възможност да се

направи заключение за предпочитането на респондентите към единия или другия вид евтаназия, което може да представлява цел на бъдещи проучвания.

3. Резултатите от оценката на **поведенческият елемент** на правното съзнание установи значението на половата и религиозната принадлежност, което се отразява върху готовността на ПП с ТНР за вземане на решение за евтаназия, което неизбежно ще повлияе действията им в правнозначими ситуации.

Анализът на готовността на ПП с ТНР да гласуват „за“ при узаконяването на активната евтаназия у нас показва съществени разлики в мнението на представителите на **двата пола** ($\chi^2 = 13.04$ при $p < 0.01$). S.Canneto също установява по-често изказване на молба за евтаназия от жени. През 1999 г. S. Callahan доказва, че жените търсят по-често евтаназия, защото живеят по-дълго и разполагат с по-малко финансови ресурси в сравнение с мъжете. Подобни резултати се демонстрират и в настоящото проучване, като жените показват по-голяма готовност да гласуват положително (35.20%) за узаконяването на евтаназията, докато мъжете са по-склонни да заемат отрицателна (41.00%) или неутрална позиция с отговор „не знам“ (32.30%).

Изследването на готовността на пациентите да се откажат от животоподдържащо лечение, ако страдат от неизлечимо заболяване с фатален и мъчителен край, показва съществена разлика при двата пола, като жените са по-склонни на подобна постъпка (52.70%), докато само 35% от мъжете биха се отказали. Влиянието на пола се наблюдава и в готовността за прилагането на активна евтаназия при неизлечимо заболяване с фатален и мъчителен край. Въпреки че мъжете показват голям процент на съгласие (39.10%), жените в много по-голяма степен приемат такава възможност (47.90%). По отношение на отказа от прилагането на активна евтаназия мъжете са водещи с 44.80% пред жените (34.00%).

По отношение на поведението на представителите на различните **религиозни групи** беше установено, че протестантите (75.00%) биха гласували положително за узаконяването на активната евтаназия. Поведенческият елемент на правното съзнание при различните религиозни групи се различава съществено и по отношение на готовността им да се откажат от лечение при заболяване с фатален и мъчителен изход ($\chi^2 = 33.01$ при $p < 0.05$). Протестантите показват по-голяма готовност за отказ от лечение, ако имат неизлечимо заболяване (75.00%), в сравнение с методистите (54.50%). Адвентистите също показват лека промяна в поведението си в посока към одобрение на отказа от лечение, докато мюсюлманите са единствените представители на религия, която остава постоянна в отрицанието. В този случай 51.80 % от тях няма

да се откажат от лечение, независимо че болестта е неизлечима и е с прогнозиран фатален и мъчителен край.

Тези резултати от изследването потвърждават предварителното очакване за значението на религиозната принадлежност в български условия. В Република България теологичните аргументи относно прекратяването на човешки живот традиционно не са толкова важен фактор за формиране на общественото мнение, още от времето на приемането на християнството, когато българските владетели са поддържали линията на цезаропапизма. От друга страна, важно място в живота на българина са заемали отклоненията от църковния канон, вследствие на което се зараждат богомилството, дъновизмът, както и пантеизмът и атеизмът. Последните години на демократичен преход разшириха възможностите за определяне на религиозната принадлежност на българина, което доведе до поява на течения в християнството у нас и неизбежно се отрази върху нашето проучване. Понастоящем аргументът за божествената святост и неприкосновеност на човешкия живот в дебата за евтаназията продължава да има незначителна стойност.

Изследването на мнението на респондентите относно тяхната преценка за готовността на обществото за легализиране на евтаназията, както и относно евентуалните последици от нейното узаконяване в България дава разнопосочни резултати, като липсва категорично становище по този въпрос. Анализът на получените данни показва колебливост в мнението на тази група от обществото, като констатира липсата на готовност за активно поведение - участие в дебат и гласуване „за“ узаконяване на евтаназията у нас, и демонстрира нежеланието за промени в съществуващата нормативна уредба на евтаназията у нас.

Резултатите от проучването на поведенческия елемент на правното съзнание на ПП с ТНР показват, че респондентите в 43.90% не биха гласували „за“ легализиране на активната евтаназия в България и в 43.40% не биха се отказали от животоподдържащо лечение, ако страдат от неизлечимо заболяване, водещо до фатален и мъчителен край. Анкетираният споделят в 39.70%, че не биха пожелали активна евтаназия, и в много висок процент (60.80%) не биха дали съгласието си за болен член от семейството. Тези резултати показват, че липсва готовност за активно поведение, както за участие в дебат „за“ или „против“ евтаназията, така и за гласуване за нейното узаконяване у нас.

ПП с ТНР считат, че извършването на активна евтаназия, при нейното евентуално легализиране, не може да бъде вменено като задължение на никой лекар, както и на представителите на медицинската професия като цяло (48.20%). Това

вероятно се дължи на разбиранията на пациентите за мисията на медицината у нас. Във връзка с това 77.60% от ПП с ТНР са на мнение, че законите трябва да се съобразяват с нуждите на хората, когато се обсъждат законодателни промени. Те считат в 70.10%, че българското общество не е готово за приемане на закон за легализиране на евтаназията, тъй като няма подходящи условия за това (54.90%). Основният проблем у нас според ПП с ТНР е липсата на адекватен достъп до поддържащо лечение и качествени палиативни грижи (70.50% от респондентите).

Изследването на поведенческия елемент на полиморбидните пациенти с трайно намалена работоспособност демонстрира липсата на готовност сред тях за промяна в действащата нормативна уредба. Причините за това се свързват с риск от евентуални злоупотреби и недоверие към здравната система. Респондентите изтъкват нарасналата необходимост от развитие на палиативните грижи и хосписите като алтернатива на зародилата се законодателна инициатива за легализиране на евтаназията у нас и считат, че законодателните промени трябва да следват потребностите на обществото.

Заключение: Изследването на правното съзнание показва необходимост от повече информация сред ПП с ТНР по проблемите на евтаназията и разминаване между тяхното по-скоро позитивно, подкрепящо отношение (приемане на евтаназията) и липсата на готовност за реално поведение. Причините за това могат да се потърсят в нарасналото недоверие към националната здравна система и мнението на ПП с ТНР, че евтаназията на този етап не може да бъде вменена като задължение на българските медици. Налага се изводът, че респондентите в нашето проучване не са готови за законодателна промяна за легализиране на евтаназията. Причините за това вероятно се крият в неизчерпаните възможности на здравната система, свързани както с подобряването на достъпа до поддържащо лечение, така и с повишаване на качеството на палиативни грижи при обгрижването на тежко и неизлечимо болни пациенти. Налице е възможност да се оптимизират дейностите в здравеопазването, адаптирайки го към нуждите на потребителите, преди да се обсъждат законодателни промени по въпросите на евтаназията.

II. Оценка на качеството на живот на полиморбидни пациенти с трайно намалена работоспособност

1. Цялостна оценка на качеството на живот

Общият скор на изследвания полиморбиден контингент с призната трайно намалена работоспособност е в средните стойности на КЖ 67.15 ± 13.29 и е

разпределен предимно в средните му оценки, като липсват представители с високо КЖ. При изследването на връзката между демографските характеристики *възраст, пол и трудова заетост* и общото КЖ не бе открита съществена зависимост. При *религиозната принадлежност* се установи такава връзка ($\chi^2 = 27.56$ при $p < 0.05$), но анализът не доказва зависимост между тях, въпреки че атеистите показват най-високи нива на качеството на живот, а при методистите оценките на КЖ са най-ниски оценки.

Получените резултати, показващи липсата на зависимост на качеството на живот от демографските показатели, могат да се обяснят с особените характеристики на пациентите с трайно намалена работоспособност и с преобладаващо ниския им социален статус.

2. Резултатите от множествената регресия при анализиране на влиянието на отделните области на качеството на живот при определяне на цялостната му оценка показват, че всички области от КЖ имат своята тежест. Данните показват най-силното влияние на областта „среда“ (0.394), следвано от област „телесна“ (0.354), на трето място по въздействие е област „психологична“ (0.261) и на последно – област „отношения“ с 0.169.

Публикуваните данни на НСИ и Министерството на труда и социалната политика от 2010 г. за КЖ и здравното състояние на населението в Република България изведоха хроничните, инвалидизиращи заболявания като един от най-значимите проблеми, рефлектиращи върху качеството на живот. Това доведе до необходимостта от изследването му при тази група и търсене на връзка между него и готовността за легализиране на евтаназията.

Анализът на резултатите от изследването на КЖ сред ПП с ТНР показва различия с проучването на В.Петков при пациенти с депресия и шизофрения. В дисертационния си труд от 1999 г. той доказва приблизително еднаквата тежест на всяка една от четирите области, демонстрирайки единството на компонентите с биологичен, психологически и социален характер, залегнали в определението за здраве на СЗО. Тези различия могат да бъдат обяснени, от една страна, със спецификата на психиатричната патология в проучването на В. Петков и с особените характеристики на полиморбидния контингент с ТНР в нашето проучване - от друга. ПП с ТНР към днешна дата са с нисък социален статус, поради високия процент на безработица сред тях, ниски доходи и нарастващи разходи за здраве и ежедневен бит, което неминуемо ще изведе на преден план социалната област при определяне на тяхното правно съзнание.

Данните от нашето проучване извеждат на първо място значението на областта „среда“ при определяне на крайната оценка на КЖ при полиморбидните пациенти с инвалидизиращи заболявания и представляват очакван резултат в условията на демократичния преход, допълнително утежнен от световната икономическа криза. Първостепенното значение на област „среда“, следвано от област „телесна“, показва влиянието на нерешените здравни и социални проблеми на пациентите с трайно намалена работоспособност, които неизбежно водят до повишено потребление на здравни услуги и повишават риска от суицидални опити или ненавременно и прибързано изявена молба за евтаназия.

3. Определяне на влиянието на болката върху цялостната оценка на качеството на живот и връзката ѝ с областта „среда“

Увеличаването на неизлечимо болните, полиморбидни и инвалидизирани граждани поставя все по-често въпроса за икономическия товар, който може да понесе обществото, и налага мотивиране на изявената молба за евтаназия, включително и преоценка на избора при пациенти с ниско качество на живот. Редица автори, като С.Bellieni, М.Achille, Т.Beauchamp и др., в своите проучвания доказват връзката между ниското качество на живот и вземането на решение за евтаназия. Специалното внимание към групата на пациентите с болка бе наложено от доказания от М.Achille факт за доминиращото обективно отношение на тези респонденти към проблема евтаназия в сравнение с пациентите без силно изразена болка.

В нашето проучване влиянието на **физическата болка** върху общата оценка на качеството на живот при ПП с ТНР се доказва категорично ($\chi^2 = 129.67$ при $p < 0.001$). Пациентите, които са отговорили, че болката не им пречи да извършват ежедневните си дейности, показват по-добро качество на живот (средно - 62.10% и високо - 37.90%) в сравнение с групата на пациентите със силно изразена болка. Увеличаването на нивото на болката кореспондира с намаляване на качеството на живот в 95.80% от случаите. При проведеното изследване беше установена съществена връзка и зависимост между физическата болка и общата оценка на качество на живот. Тази зависимост е обратно пропорционална - нарастването на интензитета на физическата болка води до намаляване на качеството на живот.

Респондентите с ниски стойности на КЖ от областта „среда“ биха отказали животоподдържащо лечение за разлика от тези с по-високи стойности. Поведението на тези пациенти е идентично и по отношение на другите два изследвани фактора. Ниското качество на КЖ води до по-голяма мотивираност и готовност за предприемане

на действия за прилагане на евтаназията. Повишените стойности на КЖ в областта „среда“ водят до намаляване на желанието за отказ от поддържащо живота лечение.

Извършване на активна евтаназия при нелечимо заболяване показва сходни резултати, като подобни данни се установяват и при възможността за вземане на решение за евтаназия относно болен член от семейството.

Горепосочените резултати демонстрират значителното влияние на ниското качество на живот при полиморбидните пациенти с трайно намалена работоспособност върху готовността им за евтаназия и прекъсване на страданията. Неговото по-високото качество определено намалява желанието за подобно поведение. Определено може да се каже, че болката и ниското КЖ, предизвикано от липсата на социална подкрепа, са важни фактори за вземане на решение за евтаназия.

III. Оценка на влиянието на качеството на живот върху правното съзнание за легализиране на евтаназията

1. Цялостна оценка на качеството на живот и правното съзнание

Резултатите от нашето проучване показаха липсата на влияние на общата оценка на КЖ върху **познавателния елемент** (информираност) относно проблемите на евтаназията сред ПП с ТНР. Изследването на значението на цялостния скор на КЖ за определяне на **психологическия елемент** на ПС (отношение) показва, че ПП с ТНР с по-ниско КЖ одобряват евтаназията, докато тези с по-високо КЖ не я подкрепят.

При анализа на връзката между общата оценка на качеството на живот и **поведенческият елемент** на ПС се установи, че пациентите с най-ниско качество на живот биха се отказали от лечение при неизлечимо заболяване, докато с покачване на общата оценка на КЖ отказът от лечение намалява. Желанието за извършване на активна евтаназия също се редуцира с покачване на качеството на живот. Наблюдава се резистентност по отношение на евтаназиране на болен член от семейството, независимо от КЖ.

2. Връзка между отделните области на качеството на живот и правното съзнание

При търсенето на връзката между област „**телесна**“ и информираността относно законовата уредба за евтаназията у нас се установи, че по-добре информираните пациенти показват по-високи стойности на общия скор ($\chi^2 = 38.29$ при $p < 0.05$). Проучването констатира, че с покачване на оценките в област „телесна“ пациентите са по-склонни да не одобряват прилагането на евтаназия. Тази връзка бе установена от статистическите данни от проведеното изследване. С нарастване на оценките за област

„телесна“ желанието за извършване на евтания намалява значително ($r = 0.58$, $<0,001$), като подобна тенденция се наблюдава и при съгласието за извършване на евтания на член от семейството ($\chi^2 = 144.97$ при $p < 0.001$, $r = 0.34$ при $p < 0.001$).

Гореизложените резултати доказват същественото влияние на област „телесна“, изтъквайки, че соматичният елемент на здравето неизбежно се отразява върху правното съзнание на индивида. Наличието на три и повече хронични инвалидизиращи заболявания при изследвания контингент се изразява с по-ниски оценки в област „телесна“ на КЖ и води до одобрение относно узаконяването на евтанията, увеличава желанието им да се откажат от лечение и ги тласка към вземане на решение за активна евтания. Тези данни показват необходимостта от подобряване на здравното обслужване на ПП с ТНР, включително от увеличаване на предвидения бюджетен дял за здравеопазване с оглед прилагане на световните постижения в медицинската наука.

При област „психологична“ съществена статистически значима разлика бе регистрирана при отношението към активната евтания ($\chi^2 = 54,81$ при $p < 0,05$) - ниските стойности увеличават одобрението спрямо нея. Проучването установи, че по-ниските оценки на КЖ в тази област водят и до увеличаване на съгласието за узаконяване на евтанията, увеличаване на отказа от животоподдържащо лечение, както и до повишаване на желанието за активна евтания, включително и за болен член от семейството. Резултатите от изследването на влиянието на психологичната област върху правното съзнание показват значението на психо-елемента на здравето при изграждане на отношение към важни социално-правни въпроси като евтанията.

В областта „отношения“ съществена статистическа значимост бе намерена при одобряването на извършването на активна евтания ($\chi^2 = 52.68$ при $p < 0.001$, $r = 0,18$ при $p < 0.001$), като по-високите оценки за тази област водят до увеличаване на неодобрението към нея. Ниските оценки в област „отношения“ водят до отказ от животоподдържащо лечение и до съгласие за извършване на активна евтания, включително и за член от семейството. При изследване на влиянието на област „среда“ се установи, че с намаляване на оценките в тази област се увеличава съгласието за отказ от животоподдържащи средства, както и желанието за извършване на активна евтания.

Нашето проучване в областите „среда“ и „отношения“ установи, че намаляването на оценките в двете области води до увеличаване на съгласието за отказ от лечение и извършване на активна евтания.

Резултатите от изследване на влиянието на областите „среда“ и „отношения“ показват тежестта на социо-елемента на здравето при полиморбидните пациенти с ТНР при оформяне на тяхното правно съзнание за евтаназия.

3. Влияние на болката върху правното съзнание

Специалното внимание към групата на пациентите с болка е свързано със спецификата на състоянието, в което се намират, и бе наложено от многократно доказания факт за по-обективното им отношение към проблема евтаназия в сравнение с респондентите без силно изразена болка. При изследването на влиянието на физическата болка върху ПС се установи нейното определящо значение за познавателния, психологическия и поведенческият елемент. Резултатите от проучването констатираха по-добрата информираност при ПП с ТНР със силно изразена болка и тяхното повишено одобрение спрямо евтаназията. Анализът на връзката на физическата болка с въпросите, свързани с поведението на пациентите, показва увеличаване на склонността за отказ от животоподдържащо лечение и определя подкрепящо евтаназията поведение.

Проучването доказва влиянието на болката върху трите елемента на правното съзнание на ПП с ТНР. Покачването на интензитета на болката тласка пациентите да търсят повече информация за евтаназията, като възможен изход от тяхната безизходна ситуация, което ги прави много добре информирани относно проблема и същевременно определя одобрението им спрямо нея и мотивира готовността за поведение в правно значими ситуации.

4. Влияние на отделните области от качеството на живот за определяне на правното съзнание относно евтаназията.

Резултатите от проучване влиянието на отделните области от качество на живот върху ПС показват, че с увеличаване на оценките в областта „телесна“ информираността при пациентите се подобрява, докато с нарастване на общата оценка на КЖ одобрението към активната евтаназия спада. Подобряването на КЖ намалява желанието за спиране на поддържащите живота средства, а нарастването на оценките в областта „телесна“ води до редуциране на подкрепата за узаконяване на евтаназията у нас. Данните показват, че силно изразената физическа болка мотивира готовността за гласуване „за“ узаконяване на евтаназията у нас.

Увеличаването на оценките на общия скор на КЖ е свързано с намаляване на желанието за отказ от лечение, докато по-високите оценки в областта „среда“ водят до

сnižаване готовността на пациентите да откажат лечение. По-силната физическа болка прави респондентите по-склонни да се откажат от терапевтични мероприятия.

Високият общ скор на КЖ е свързан с намаляване на съгласието за извършване на активна евтаназия, като същата тенденция се наблюдава и в областта „телесна“. Повишаването на оценката за област „телесна“ по-често води до отказ от евтаназирание на член от семейството, като подобна зависимост се наблюдава и при силно изразена болка.

Приложеният мултирегресионен стъпков анализ подкрепя още веднъж получените резултати от другите методи на изследване на правното съзнание и качеството на живот, демонстрирайки преимущественото влияние на общата оценка на качеството на живот и особеното значение на болката при определяне на правното съзнание за евтаназия.

Заклучение: Получените резултати, показващи липсата на зависимост на качеството на живот от демографските показатели, могат да се обяснят с особените характеристики на пациентите с трайно намалена работоспособност и с ниския им социален статус.

Ниското КЖ като обща оценка дава своето отражение върху определяне на ПС на ПП с ТНР, като увеличава одобрението към евтаназията, води до отказване от животоподдържащи средства и увеличава желанието за извършване на активна евтаназия.

Данните от нашето проучване показаха значението на отделните области на КЖ при определяне на ПС на ПП с ТНР, като констатираха преобладаващото влияние на област „среда“ и „телесна“ при определяне на поведението на ПП с ТНР относно евтаназията. Ниските оценки за областта „среда“ са пряко свързани с поведенческият елемент на ПС, тъй като повишават съгласието за отказ от поддържащи живота средства и водят до готовност за извършване на евтаназия. Причините за това най-вероятно са свързани с ниския социален статус на изследвания контингент и най-вече съчетанието на безработица, ниски финансови доходи, от една страна, и наличието на повече от три хронични заболявания, изискващи ежедневно обгрижване и лечение, разходите за които в немалка част са за сметка на самия пациент.

Оценките на област „телесна“ демонстрираха за пореден път значението на соматичната страна на болестта при определяне на правното съзнание на пациента. Ниските оценки в тази област не само водят до повишено одобрение на евтаназията и

подтикват ПП да се откажат от лечение, увеличавайки желанието им за евтаназия, но са причина и за съгласие с узаконяването на евтаназията у нас.

Проучването доказва влиянието на болката върху трите елемента на правното съзнание на ПП с ТНР. Покачването на интензитета на болката тласка пациентите към търсене на повече информация за евтаназията, като възможен изход от тяхната безизходна ситуация. Това ги прави добре информирани относно проблема и същевременно определя одобрението им спрямо нея и мотивира готовността за поведение в правно значими ситуации.

Приложеният мултирегресионен стъпков анализ подкрепя още веднъж получените резултати от другите методи на изследване на ПС и КЖ, демонстрирайки преимущественото влияние на общата оценка на качеството на живот и особено значение на болката при определяне на ПС за евтаназия. Налага се изводът, че болката и ниското КЖ, определено от липсата на социална подкрепа, са важни фактори за вземане на решение за евтаназия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Отзвукът на започналия след XVIII век дебат за евтаназията у нас представлява възможност за обсъждане на изход от една безизходна ситуация при страдащи от неизлечима болест пациенти. В научното познание се поддържа тезата, че правото на смърт се съдържа в конституциите, които уреждат правото на живот, но в света това право се урежда единствено и само със специален закон. Постепенно законодателните органи на много държави приемат евтаназията като високо хуманен акт и нейното приложение намира все по-голяма подкрепа, включително и законодателно регламентиране.

Правното съзнание е свързващото звено между правото и реалното човешко поведение и рефлектира в самото създаване на правото, разбирано като синтез на право (*ius*) и справедливост (*iustum*). То отразява правната реалност под формата на правни знания, оценъчни отношения към правото и практиката по неговото прилагане, правните нагласи и ценностните ориентации, регулиращи поведението в юридически значими ситуации. Роля при формирането на мотивите и решението за конкретно поведение освен информираността има и психологическият елемент - начинът, по който се възприема правната норма.

В този смисъл общозадължителният характер на правните норми може да осъществи своето регулативно действие, ако е налице преосмисляне от индивида, ако тези правни норми се „пречупят“ през призмата на неговото правосъзнание. Различната степен на приемането им определя поведението на гражданите в правната сфера и се отразява на правната им социализация, а тяхното всекидневно правно съзнание има решаваща роля в процеса на превръщане на правните норми в конкретно поведение.

Изследването на правното съзнание в нашето проучване показва необходимост от повече информация сред ПП с ТНР по проблемите на евтаназията и разминаване между тяхното по-скоро позитивно, подкрепящо отношение (приемане на евтаназията) и липсата на готовност за реално поведение. Причините за това могат да се търсят в отсъствието на адекватна и достоверна информация, в нарасналото недоверие към здравната система, както и в становището на ПП с ТНР, че евтаназията на този етап не може да бъде вменена като задължение на българските медици.

Належаща е необходимостта от оптимизиране на достъпа до поддържащо лечение и качествени палиативни грижи. Оказва се, че полиморбидните пациенти с трайно намалена работоспособност не са готови за законодателна промяна, касаеща легализиране на евтаназията. Възможно е причините за това да се крият в неизчерпаните възможности на здравната система по отношение на подобряване на достъпа до поддържащо лечение и качествени палиативни грижи при обгрижването на тежко и неизлечимо болни пациенти. Налице е възможност да се оптимизират дейностите в здравеопазването, адаптирайки го към нуждите на потребителите, преди да се обсъждат законодателни промени по въпросите на евтаназията.

В последните години научните изследователи и здравните мениджъри констатираха, че един от основните критерии за оценка на ефективността на работата на здравната система е измерването на качеството на живот. В нашето проучване се доказва неговото влияние върху правното съзнание на ПП с ТНР. Ниското КЖ като обща оценка дава своето отражение върху определяне на ПС на ПП с ТНР, като увеличава одобрението към евтаназията, води до отказване от животоподдържащи средства и увеличава желанието за извършване на активна евтаназия.

Данните от нашето проучване показаха значението на отделните области на КЖ при определяне на ПС на ПП с ТНР, като констатираха преобладаващото влияние на областите „среда“ и „телесна“ при определяне на поведението на ПП с ТНР относно евтаназията. Резултатите от изследване на влиянието на областите „среда“ и

„отношения“ показват тежестта на социо-елемента на здравето при полиморбидните пациенти с ТНР при оформяне на тяхното правно съзнание за евтаназия.

Дългият период на демократичен преход, допълнително усложнен от световната икономическа криза, доведе до покачване на безработицата у нас, намаляване на средствата за здравеопазване, задържане ръста на пенсиите и т.н., което накара голяма част от българското население да се насочи към системата на ТЕЛК с оглед търсене на социални придобивки и добавки към пенсиите са осигурителен стаж и възраст.

Причините за това най-вероятно са свързани с ниския социален статус на изследвания контингент и най-вече съчетанието на безработица, ниски финансови доходи, от една страна, и наличието на повече от три хронични заболявания, изискващи ежедневно обгрижване и лечение, разходите за които в немалка част са за сметка на самия пациент. Ниските оценки за областта „среда“ са пряко свързани с поведенческия елемент на ПС, тъй като повишават съгласието за отказ от поддържащи живота средства и водят до готовност за извършване на евтаназия.

Оценките на област „телесна“ демонстрираха са пореден път значението на соматичната страна на болестта при определяне на правното съзнание на пациента. Наличието на три и повече хронични инвалидизиращи заболявания при изследвания контингент се изразява с по-ниски оценки в област „телесна“ на КЖ и води до одобрение относно узаконяването на евтаназията, увеличава желанието им да се откажат от лечение и ги тласка към вземане на решение за активна евтаназия. Ниските оценки в тази област не само водят до повишено одобрение на евтаназията и подтикваат полиморбидните инвалиди да се откажат от лечение, увеличавайки желанието им за евтаназия, но са причина и за съгласие с узаконяването на евтаназията у нас. Тези данни показват необходимостта от подобряване на здравното обслужване на ПП с ТНР, включително от увеличаване на предвидения бюджетен дял за здравеопазване с оглед прилагане на световните постижения в медицинската наука.

Проучването доказва влиянието на болката върху трите елемента на правното съзнание на ПП с ТНР. Покачването на интензитета на болката тласка пациентите да търсят повече информация за евтаназията, като възможен изход от тяхната безизходна ситуация, което ги прави много добре информирани относно проблема и същевременно определя одобрението им спрямо нея и мотивира готовността за поведение в правно значими ситуации. Налага се изводът, че болката и ниското КЖ, определено от липсата на социална подкрепа, са важни фактори за вземане на решение за евтаназия.

Вземането на решение за евтаназия в България като възможност за изход от безизходна ситуация за първи път се коментира в предизвикания широк обществен дебат през 2004 г. и в последвалата го законодателна инициатива за легализиране на евтаназията през 2011 г. Развитието на този сложен философски, морален, социален, медицинско-правен въпрос в световен мащаб не може да даде еднозначен отговор и при всеки един конкретен случай ще налага обсъждане на правното съзнание не само на пациента, пожелал евтаназия, но и на цялото общество.

Българското общество и неговата ценностна система са на такъв етап от своето развитие, на който все още е трудно решаването на подобен казус със закон, което предполага провеждането на емпирични проучвания в бъдеще, с цел изясняване обществената нагласа и изработването на адаптирана нормативна уредба, отговаряща на нуждите на обществото и реалната медицинска практика.

ИЗВОДИ

1. Правосъзнанието е подлежаща на изследване категория. Разработената и приложена анкетна карта е надежден инструмент за оценка на правното съзнание за евтаназия.
2. Изследването на правното съзнание за евтаназия на уязвими групи от обществото може да бъде особено полезно при формирането и усъвършенстването на законодателството.
3. Качеството на живот определя правното съзнание относно легализирането на евтаназията при полиморбидни пациенти с трайно намалена работоспособност.
4. Болката и ниското КЖ, определено от липсата на социална подкрепа, са важни фактори за вземане на решение за евтаназия.
5. Полиморбидните пациенти с трайно намалена работоспособност са уязвима група от обществото, която няма правно съзнание за промяна в действащата нормативна уредба на евтаназията.

ПРИНОСИ

Теоретико-методологически:

1. Въз основа на теоретично проучване е обогатено съдържанието на понятията „полиморбидност“, „евтаназия“ и „правно съзнание“.
2. За първи път е въведено изследване на правното съзнание при пациенти.
3. Разработен е оригинален инструмент с висока степен на надеждност за изследване и оценка на правното съзнание за евтаназия.

Практико-приложни:

1. Изследвани са информираността, отношението и готовността за евтаназия сред уязвима група от обществото.
2. Резултатите от дисертационния труд могат да бъдат приложени при:
 - изследване на правното съзнание на гражданите преди разработване на законопроект, касаещ проблема – приложимост *de lege ferenda*;
 - информиране на обществото по проблемите на евтаназията;
 - планиране на мерки за подобряване на цялостното качество на живот при уязвими групи от населението с акцент върху изграждане на подкрепяща среда.

ПРЕПОРЪКИ КЪМ ИНСТИТУЦИИ

1. Законопроектите, касаещи евтаназията, следва да бъдат разработвани въз основа на предшестващо изследване на правното съзнание за евтаназия.
2. Нужно е решително подобряване на информираността на гражданите относно проблемите на евтаназията у нас, Европейския съюз и света.
3. Разширяване на възможностите за съдействие от страна на социалните служби при решаване проблемите на полиморбидните пациенти като уязвима група от обществото.
4. Търсене на алтернативни възможности за разрешаване на проблемите – развитие на палиативни грижи, хосписи и подкрепяща среда.
5. Резултатите от дисертационния труд ще бъдат предоставени на:
 - *постоянните парламентарни комисии в Народното събрание: Комисията по правни въпроси и Комисията по здравеопазване;*
 - *Агенцията за социално подпомагане;*
 - *образователните институции, подготвящи здравни кадри и социални работници;*
 - *медиите.*

Списък на публикациите по дисертационния труд:

1. П.Манчева, М.Делийски, Ст.Попова, Р.Алахвердян. Полиморбидността - смисъл, същност и значение в общата практика. *Социална медицина*, 2004, 4, 17-18.
2. П.Манчева, В.Маджова, М.Делийски, А.Забунув. Оценка на качеството на живота на полиморбидните пациенти в общата медицинска практика. *Обща медицина*, 2006, т.VIII, бр.3, 8-11.
3. П.Манчева, В.Маджова, А.Забунув, С.Христова. Инвалидност и палиативни грижи. *Здравна политика и мениджмънт*, 2010, т.10, 5, 46-48.

Списък на участията по дисертационния труд:

1. П.Манчева, В.Маджова, А.Забунув, Св.Христова. Палиативни грижи и евтаназия – значение на проблема в общата практика. *Научна конференция „Практически стаж по палиативна медицина за студенти-медици“*, Пловдив, 17.12.2009.
2. P.Mancheva, A.Zabounov, V.Madjova, Sv.Hristova. Use of WHOQOL-BREF for polymorbid patients quality of life assessment in General practice. *1st congress of the Association doctors GP/FM South-East Europe (A GP/FM SEE)*, Ohrid 15-18 June 2006, book of abstracts, 154.