

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Η ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

Σπουδάστριες:
Νανούρη Φιλίππια
Ντζούφρα Μαρία



Εισηγητής:
Δρ. Νικόλαος Μπακάλης

Πάτρα, 2006

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας θα θέλαμε να εκφράσουμε τις θερμές μας ευχαριστίες στους ανθρώπους που μας στήριξαν σε αυτή την προσπάθεια.

Ευχαριστούμε τους γονείς μας για την υπομονή και τη στήριξη που μας έδειξαν σε αυτά τα 4 χρόνια της φοιτητικής μας ζωής.

Τον καθηγητή μας Μπακάλη Νικόλαο, για την πολύτιμη βοήθεια του στην παρούσα εργασία και για την καθοδήγηση του.

Επίσης, τον κ.Κουτσογιάννη για τη βοήθεια του στην ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας.

Ακόμα, τις προϊσταμένες της Νοσηλευτικής των Α.Τ.Ε.Ι. Αθηνών κ.Μπέλλου και των Πατρών κ.Θεοδωρακοπούλου, για τη συγκατάθεση τους στην διεκπεραίωση της έρευνας και για την άμεση συνεργασία τους.

Επίσης, τους φοιτητές νοσηλευτικής των δυο εκπαιδευτικών ιδρυμάτων για τη συμμετοχή τους στην έρευνα.

Εν κατακλείδι, θέλουμε να ευχαριστήσουμε όσους μας βοήθησαν και μας συμπαράσταθηκαν για την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας.

Κατά την τετραετή φοίτηση μας στο Α.Τ.Ε.Ι της Πάτρας αλλά και μέσω της πτυχιακής μας εργασίας, πιστεύουμε πως έχουμε τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες για το ξεκίνημα της νοσηλευτικής μας καριέρας. Η παρούσα εργασία παρά το άγχος, τις δυσκολίες αλλά και τις απογοητεύσεις όπου παρουσιάστηκαν κατά τη διεκπεραίωση της, στο τέλος νιώσαμε τη δικαίωση. Η ικανοποίηση κρατώντας στα χέρια μας τη πτυχιακή μας εργασία, που έγινε με το καλύτερο δυνατό τρόπο, δεν περιγράφεται. Σίγουρα παροτρύνουμε όλους τους φοιτητές να ακολουθήσουν το δικό μας δρόμο.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ευθανασία νοείται από τους περισσότερους ανθρώπους ως η πρόκληση θανάτου σε ασθενείς που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο της ασθένειάς τους, με σκοπό τη λύτρωση. Στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης, η εφαρμογή της ευθανασίας έχει απαγορευτεί. Για μια ολοκληρωμένη άποψη, η ευθανασία θα πρέπει να διερευνηθεί από πολλές πλευρές όπως, θρησκευτικές, ηθικές, κοινωνικές, νομικές, ιατρικές και νοσηλευτικές.

Η παρούσα έρευνα σκοπό είχε να διαπιστώσει και να συγκρίνει τη στάση των φοιτητών νοσηλευτικής για την ευθανασία κατά τη διάρκεια των σπουδών τους. Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο για την συλλογή πληροφοριών. Το δείγμα αποτέλεσαν 599 φοιτητές από το Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας και Αθήνας (Α' Νοσηλευτική). Τα αποτελέσματα αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας το στατιστικό πρόγραμμα SPSS.

Το ποσοστό ανταπόκρισης στην έρευνα ήταν 99%. Η πλειοψηφία του δείγματος αξιολόγησε τις γνώσεις του ως λίγες με κύρια πηγή ενημέρωσης τους τα M.M.E. Οι γνώσεις των φοιτητών για τη νομοθεσία και για το καθηκοντολόγιο των νοσηλευτών σχετικά με το θέμα ήταν ελλιπής. Ακόμα, οι φοιτητές ήταν αρνητικοί στην νομιμοποίηση της ευθανασίας στην Ελλάδα. Επιπλέον, θεωρούν ποιο σημαντικούς παράγοντες που θα επηρέαζαν την απόφασή τους για ευθανασία πρώτον, την απόφαση των ασθενών δεύτερον, τα πρωτόκολλα της κλινικής/μονάδας και τρίτον, τα προσωπικά πιστεύω. Επίσης, οι φοιτητές είχαν πολύ καλές γνώσεις βασικής νοσηλευτικής αφού διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς πρέπει να έχουν το πρώτο λόγο στη φροντίδα τους, οι οικογένειές τους πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στη νοσηλευτική διεργασία, πρέπει να τους παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη και τέλος θα πρέπει να τους παρέχουν σωστή και πλήρη ενημέρωση τόσο στους ίδιους όσο και στις οικογένειές τους. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι οι παραπάνω απόψεις των φοιτητών δεν επηρεάστηκαν κατά τη διάρκεια των σπουδών τους ($p>0.05$).

Πρέπει να διευκρινιστεί, ότι δεν υπάρχει στη νοσηλευτική βιβλιογραφία στην Ελλάδα, παρόμοιο θέμα. Συσχετίζοντας τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας με προηγούμενες για την ευθανασία, που είχαν ως δείγμα νοσηλευτικό προσωπικό, διαπιστώνουμε ότι οι απόψεις τους δεν διαφέρουν. Το νοσηλευτικό προσωπικό απάντησε ότι τόσο οι γνώσεις του για την ευθανασία όσο και η περαιτέρω εκπαίδευση τους είναι ελλιπής. Σε αντίθεση, με τα αποτελέσματα από έρευνα όπου είχε γίνει για την ευθανασία στους φοιτητές ιατρικής, παρατηρούμε μεγάλη διαφορά απόψεων. Οι φοιτητές ιατρικής πιστεύουν πως πρώτον, πρέπει να τροποποιηθεί ο νόμος για την ευθανασία και δεύτερον, συνηγορούν στην εφαρμογή της ευθανασίας. Επιπλέον η έρευνα έδειξε, ότι η εκπαίδευση που δέχονται οι φοιτητές νοσηλευτικής σε ηθικά διλήματα δεν επαρκή. Ο Διεθνής Κώδικας Ηθικών Καθηκόντων πρέπει να διδάσκεται στη τριτοβάθμια νοσηλευτική εκπαίδευση και να εφαρμόζεται στη κλινική πράξη, όπου και αν, χρειάζεται. Βέβαια, είναι αλήθεια, ότι η προπτυχιακή εκπαίδευση δεν μπορεί να διδάσκει τα πάντα. Ο επιστήμονας-νοσηλευτής πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίζει τα κενά και να εμπλουτίζει τις γνώσεις του. Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση είναι το “κλειδί” για την παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας στον άρρωστο. Τέλος, οι φοιτητές νοσηλευτικής δεν γνώριζαν το καθηκοντολόγιο. Φαίνεται ότι το κράτος, σε συνεργασία με τους νοσηλευτές, πρέπει να εξαγγείλει ένα σαφή, σύγχρονο και ολοκληρωμένο νοσηλευτικό καθηκοντολόγιο.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες.....	2
Περίληψη.....	3
Περιεχόμενα.....	5

Κεφάλαιο 1

Ορισμός ευθανασίας.....	7
Ιστορική αναδρομή της ευθανασίας.....	8
Ζωή.....	10
Θάνατος.....	11
Ενεργητική ευθανασία.....	14
Παθητική ευθανασία.....	15
Δυσθανασία.....	16
Ορθανασία.....	16
Επιταχυθανασία.....	17
Ευγονική ευθανασία.....	17
Κοινωνική ευθανασία.....	17
Η ευθανασία σε διάφορες χώρες.....	18
Θρησκευτικές απόψεις.....	21
Ηθικές απόψεις.....	23
Κοινωνικές απόψεις.....	24
Νομικές απόψεις.....	25
Ιατρικές απόψεις.....	28
Νοσηλευτικές απόψεις.....	29
Νοσηλευτική προσέγγιση.....	33
Ανάγκες ετοιμοθάνατου ασθενούς.....	36
Αντιμετώπιση και βοήθεια της οικογένειας.....	37
Η ψυχολογία του νοσηλευτή μπροστά στο τέλος της ζωής του αρρώστου.....	38
Διλήμματα για την ευθανασία.....	39

Κεφάλαιο 2

Μέθοδος.....	43
Σχεδιασμός.....	43
Δείγμα.....	45
Μέθοδος συλλογής δεδομένων.....	46
Διαδικασία.....	48
Στατιστική ανάλυση.....	49

Κεφάλαιο 3

Αποτελέσματα.....	51
Χαρακτηριστικά δείγματος.....	51
Αποτελέσματα ερωτηματολογίου (Μέρος 1 ^ο).....	53
Αποτελέσματα ερωτηματολογίου (Μέρος 2 ^ο).....	59

Κεφάλαιο 4

Συζήτηση.....	62
Περιορισμοί έρευνας.....	70
Προτάσεις.....	70
Βιβλιογραφία.....	72

Παράρτημα 1

Ερωτηματολόγιο για την ευθανασία.....	78
---------------------------------------	----

Παράρτημα 2

Γράμμα προς την προϊσταμένη του τμήματος Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Πάτρας.....	82
--	----

Παράρτημα 3

Γράμμα προς την προϊσταμένη του τμήματος Νοσηλευτικής Α' ΑΤΕΙ Αθήνας.....	83
---	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

1.1 Ορισμός ευθανασίας

Η ευθανασία είναι λέξη ελληνική και συναντάται σε όλες τις λατινογενείς γλώσσες αυτούσια. Προέρχεται από δύο πολύ αντιφατικές λέξεις “ευ” και “θάνατος” που σημαίνει “καλός θάνατος”.

Στο λεξικό του Μπαμπινιώτη (1998) αποδίδονται δύο έννοιες στη λέξη ευθανασία πρώτον, “όσο το δυνατόν καλύτερος, ευκολότερος και ανώδυνος θάνατος” και δεύτερον, “η πρόκληση ανώδυνου θανάτου ή η επίσπευση αυτού, προκειμένου να συντομευτεί η αγωνία του ετοιμοθάνατου ή πάσχοντος από ανίατη ασθένεια” (σελ. 690).

Οι Δρόσου και Κοτρώτσιου (1999), δίνουν τον εξής ορισμό για την ευθανασία ως:

- ένδοξο θάνατο (σε πόλεμο ή για τα θρησκευτικά πιστεύω του)
- αιφνίδιο θάνατο και γενικά ανώδυνο θάνατο
- πρόκληση του θανάτου σε ασθενή ή σοβαρά ανάπηρο και αν ακόμη ο θάνατος δεν είναι βέβαιος, με ή χωρίς την θέληση του, για το συμφέρον του ή για άλλους λόγους, και
- επιτάχυνση του θανάτου ενός ανθρώπου, του οποίου είναι βέβαιος ο θάνατος, για να μην υποφέρει, με ή χωρίς τη θέληση του.

Επιπλέον, ο Ευαγγέλου (2001) προσδιορίζει την ευθανασία ως η πρόκληση ανώδυνου (σωματικά και ψυχικά) θανάτου, από ευσπλαχνία σε ανθρώπους που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο ανίατης αρρώστιας ή βαρύτατου τραυματισμού ή οξείας δηλητηρίασης, με σκοπό τη λύτρωση τους και ύστερα από προσωπική τους επιθυμία. Ως κίνητρο θεωρείται ο οίκτος, η αγάπη και ο σεβασμός της αξιοπρέπειας του ανθρώπου.

Σύμφωνα με τον Gillon (1994) η λέξη ευθανασία σημαίνει έναν “καλό θάνατο..., στις μέρες μας σημαίνει έναν γαλήνιο και ήρεμο θάνατο..., ο τρόπος θανάτου που επιθυμούμε για τον εαυτό μας και για άλλους”(σελ.753).

Επίσης, κατά τον Κουτσελίνη (1999) με τον όρο ευθανασία νοείται, η θανάτωση ενός πάσχοντος από κάποιο άτομο, για τον οποίο εξέλιπε κάθε ελπίδα θεραπείας. Ο θάνατος δηλαδή, προκαλείται από άλλο άτομο στο οποίο μάλιστα καταλογίζεται ακόμη και η συμβολή ή η μεσολάβηση του, με την προϋπόθεση πάντοτε ότι ο άρρωστος δεν είχε ζητήσει, συμφωνήσει ή γνωρίζει την απόφαση.

Αναφέρθηκε παραπάνω ότι η ετυμολογία της λέξης ευθανασία είναι το “καλώς θνήσκει”. Υπό αυτή την έννοια, ευθανασία είναι η προσπάθεια των επιστημών υγείας να μειώσουν με διάφορα θεραπευτικά μέσα τα συμπτώματα της νόσου του ασθενούς, να τον ανακουφίσουν από τους πόνους έτσι ώστε ο θάνατος να έρθει μόνο κάτω από φυσιολογικές συνθήκες. Η διακοπή της μηχανικής υποστήριξης δεν αποτελεί ευθανασία, αλλά προκλητό ανώδυνο θάνατο (Αναπλιώτη-Βαζαίου, 1989). Η ευθανασία αναφέρεται κατά κύριο λόγο σε ασθενείς που έχουν πλήρη πνευματική διαύγεια και απόλυτη ψυχική ισορροπία, στοιχεία που επιτρέπουν να λάβουν την καθοριστική αυτή απόφαση.

Η ευθανασία δεν αναφέρεται σε νεογνά με ειδικές ανάγκες, σε υπερήλικα άτομα με νοητικά προβλήματα, ούτε σε άτομα με ψυχολογικά προβλήματα διότι τότε αναφερόμαστε σε καθαρή ανθρωποκτονία.

1.2 Ιστορική αναδρομή της ευθανασίας

Το μέγιστο βιολογικό και υπαρξιακό πρόβλημα του ανθρώπου, ο θάνατος, έγινε δια μέσου των αιώνων αντικείμενο έρευνας από πολλές επιστήμες και ιδιαίτερα από τη βιολογία, την ιατρική, την φιλοσοφία, την θρησκεία, την κοινωνιολογία, την ψυχολογία και την νομική. Τα συμπεράσματα και οι τοποθετήσεις των διαφόρων επιστημόνων, ως προς το φαινόμενο του θανάτου και το τρόπο της αντιμετώπισης του δεν υπήρξαν ομόφωνα, αλλά πειθάρχησαν περισσότερο στις φιλοσοφικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις τους δηλαδή στην κοσμοθεωριακή και βιοθεωριακή τοποθέτηση τους.

Στην αρχαία Ελλάδα δια λόγους ευγονίας αλλά και οίκτου προς τους πάσχοντες, η ευθανασία ήταν συχνή και επιβεβλημένη από την πολιτεία. Βρέφη, παιδιά, ενήλικες και γέροι με χρόνια ανίατα νοσήματα δεν είχαν θέση στην οικογένεια πολλών πολιτών. Ο θάνατος (ανάδυνος ή οδυνηρός) ήταν συχνά η λύση του δράματος. Είναι χαρακτηριστικά τα χωρία, 407 και 410, από το Γ' βιβλίο της Πολιτείας, όπου ο Πλάτων γράφει πως "οι πολίτες που δεν έχουν υγιή σώματα και υγιείς ψυχές πρέπει να τους αφήνουν να πεθαίνουν... αυτό είναι καλό και για τους ίδιους και για την πόλη" (Πλάτωνος πολιτεία, βιβλίο Γ', 407, 410).

Κατά το Στράβωνα, οι Σπαρτιάτες ρίχνανε όχι μόνο τους κακούργους και τους αιχμάλωτους πόλεμου στο βάραθρο του Καιάδα και στον Ευρώτα, αλλά και τα άρρωστα ανάπηρα βρέφη ή και ηλικιωμένους με χρόνια ανίατα νοσήματα.

Η βρεφοκτονία των ανάπηρων βρεφών θεωρούνταν μια κοινωνική υποχρέωση, αλλά είχε και κάποιο μαγικό χαρακτήρα για την καταπολέμηση του κακού. Ως κοινωνική πράξη αποσκοπούσε στο συμφέρον των άτυχων βρεφών, των οικογενειών τους και της πολιτείας. Ο Πλούταρχος αναφέρει ότι το νεογέννητο το έφερνε ο γονιός στους πρεσβύτερους της φυλής, που το εξέταζαν, κι αν το έβρισκαν υγιές και δυνατό, έδιναν εντολή να το θρέψει ο γονιός και του χορηγούσαν κλήρο γης. Αν όμως το βρίσκανε δυσπλαστικό και άρρωστο, το στέλνανε σ'ένα βάραθρο του Ταΰγετου, που ονομαζόταν Αποθέτες.

Πολλοί φιλόσοφοι και ιδίως οι στωικοί υπήρξαν θιασώτες της ευθανασίας. Στους ρωμαϊκούς χρόνους ευθανατούν οι στωικοί σοφοί συνήθως με την αυτοκτονία, κυρίως στη γεροντική ηλικία. Αναφέρονται πολλά ονόματα όπως Κλεάνθης, Ζήνων, Κάτων, Σενέκας κ.α. Ο Βαλέριος Μάξιμος αφηγείται ότι στην Μασσαλία ένα ειδικό κέντρο διατηρούσε δηλητηριώδες ποτό σαν το κώνειο, που το χορηγούσε σε όσους ανίατους αρρώστους ήθελαν να τερματίσουν ανώδυνα τη ζωή τους. Οι στωικοί μπορούσαν ν'αυτοκτονήσουν για να αποφύγουν βασανιστικούς πόνους από τραύματα ή ανίατη αρρώστια και για να γλιτώσουν από αναπηρία. Γενικά το πνεύμα απαισιοδοξίας των στωικών βοηθούσε την εύκολη αποδοχή της ευθανασίας σε περιπτώσεις ατυχημάτων του βίου (Ευαγγέλου, 2001).

Στους μεσαιωνικούς χρόνους, στην Ευρώπη, η ευθανασία αντιμετωπιζόταν ως βαρύ αμάρτημα και η απόπειρα αυτοκτονίας τιμωρείτο. Σ' αυτό συνέτεινε η χριστιανική διδασκαλία για το ιερό και απαραβίαστο της ανθρώπινης ζωής.

Στους νεότερους χρόνους, αρκετοί φιλόσοφοι και γιατροί τάσσονται υπέρ της ευθανασίας, με την προϋπόθεση της συγκατάθεσης του ασθενή. Ο Thomas Moore (Άγγλος φιλόσοφος και κοινωνιολόγος, 1478-1545) στο ονομαστό έργο του Utopia, εξαιρεί τον ανθρωπιστικό ρόλο της ευθανασίας στους ανίατους ασθενείς που πονούν. Προτείνει μάλιστα την αποχή απ' την τροφή ή τη χρησιμοποίηση υπνωτικού ποτού. Ο Francis Bacon (Άγγλος φιλόσοφος και πολιτικός, 1561-1626) υποστηρίζει ότι οι γιατροί έχουν χρέος ανθρωπιστικό και επιστημονικό να χρησιμοποιούν την ευθανασία. Ο Bacon διαχωρίζει την ευθανασία σε εξωτερική ευθανασία (euthanasia exteriors) που αφορά τις ενέργειες του γιατρού, και εσωτερική ευθανασία (euthanasia interior) που αφορά την ψυχική προετοιμασία του ετοιμοθάνατου. Ο Maurice Maeterlinck (Βέλγος νομπελίστας λογοτέχνης, 1862-1949) γράφει: εύχομαι να έλθει σύντομα η ημέρα που ο γιατρός θα πάψει να θεωρεί καθήκον του να παρατείνει όσο δυνατόν τους σπασμούς της απελπιστικής αγωνίας του μελλοθάνατου (Ευαγγέλου, 2001).

1.3 Η ζωή και ο θάνατος

1.3.1 Ζωή

Σύμφωνα με το λεξικό του Τεγοπούλου-Φυτράκη (1997) ζωή είναι η κατάσταση κατά την οποία ένα ζωντανό ον μπορεί να διατρέφεται, να αναπτύσσεται, να αναπαράγεται και να αντιδρά σε ερεθίσματα. Η διάρκεια της ζωής από την γέννηση έως το θάνατο, ο τρόπος ζωής, τα αναγκαία μέσα, το σύνολο των γεγονότων της ζωής ενός προσώπου, συνθέτουν την ζωή. Το ερώτημα τι είναι η ζωή, έχει απασχολήσει αρκετά την ανθρώπινη σκέψη, χωρίς όμως να υπάρχει σαφής και επιστημονικά παραδεχτή γνώμη για την ουσία των φαινομένων της ζωής. Η βιολογία, που έχει για αντικείμενο μελέτης το φαινόμενο της ζωής, στην προσπάθειά της να εξακριβώσει τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που παρουσιάζουν ζωντανά όντα, προβαίνει στην ανάλυση των εκδηλώσεων της ζωής. Έτσι, η ιδιότητα της αφομοίωσης, της αυτοαναπαραγωγής, η ερεθιστικότητα, η δύναμη αντίστασης στις μεταβολές του περιβάλλοντος, ο ιδιόμορφος ψυχισμός, θεωρούνται γενικά ως χαρακτηριστικά της ζωής. Είναι γενικά

παραδεκτό ότι σε κάθε άνθρωπο υπάρχει η λαχτάρα για ζωή, η ποιότητα, η αίσθηση δημιουργίας, το “ευ ζην”, αλλά και από την άλλη πλευρά, ο θάνατος. Ως επακόλουθο η ζωή και ο θάνατος εντάσσονται στη συμπτωματολογία των φυσικών φαινομένων και η ανθρώπινη στάση απέναντι σ’ αυτά τα συμπτώματα δεν μπορεί να νοηθεί παρά μόνο με κριτήρια συμπεριφοράς, με αρχές και αξίες οροθετημένου δικαιώματος (Γιανναράς, 2000).

1.3.2 Θάνατος

Από την πρώτη στιγμή της εμφάνισης του στην γη ο άνθρωπος συνειδητοποίησε τη θνητότητα του. Η φθορά στη φύση, το πέσιμο των φύλλων, η μετατροπή του βράχου σε άμμο, προμήνυαν το δικό του τέλος. Για κάθε έμβιο ων ο θάνατος είναι ένα γεγονός αναπόφευκτο. Από τη στιγμή που γεννιόμαστε αρχίζουμε να πεθαίνουμε με αλληπάληλους μηχανισμούς, που υπακούουν σ’ ένα αμείλικτο νόμο. Μηχανισμοί και τεχνικές που παρατείνουν το γεγονός του θανάτου και καθυστερούν την έλευση του, χρησιμοποιούνται καθημερινά. Αυτού του είδους παράτασης της ζωής δημιουργεί δυο πολυσυζητημένα ηθικά διλήμματα πρώτον, το χρονικό σημείο που επέρχεται πραγματικά ο θάνατος (κλινικός ή εγκεφαλικός) και δεύτερον, την ευθανασία.

Ο κλινικός θάνατος χαρακτηρίζεται από την κατάσταση στην οποία βρίσκεται ένα άτομο μετά την παύση της λειτουργίας της καρδιάς και πριν επέλθει ο θάνατος του εγκεφάλου, δηλαδή πριν την παρέλευση 4-5 λεπτών, κατά τα οποία ακολουθεί ο θάνατος του εγκεφάλου και επέρχεται ο οριστικός θάνατος. Άρα, ο “κλινικά νεκρός” είναι εν ζωή αφού είναι δυνατόν να επιτευχθεί καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση και η επαναφορά του ατόμου στη ζωή (Αβραμίδης, 1995).

Η πρόοδος της επιστήμης οδήγησε σε αμφισβήτηση για το αν θεωρείται η καρδιά το κέντρο του ανθρώπου, ή να θεωρείται εν ζωή ένα άτομο το οποίο ενώ έχει υποστεί αμετακλήτως βαριές και εκτεταμένες εγκεφαλικές βλάβες, η αναπνοή και η καρδιά ενδέχεται να διατηρούνται τεχνητά. Για το λόγο αυτό, έπρεπε να δημιουργηθούν κριτήρια εγκεφαλικού θανάτου. Η ιατρική σχολή του Harvard όρισε κάποια κριτήρια τα οποία αποδείχθηκαν ανεπαρκή και χαρακτηρίστηκαν ύποπτα προς διευκόλυνση των αναπτυσσόμενων μεταμοσχεύσεων. Λόγω της συνεχής προόδου της έρευνας και της τεχνολογίας, συντάχθηκαν νέα κριτήρια για το καθορισμό του θανάτου από τους Ιατρικούς Σύμβουλους Διαγνώσεως του θανάτου. Υποστηρίζουν ότι ένα άτομο είναι

νεκρό όταν διαπιστωθεί 1) μη αναστρέψιμη παύση της κυκλοφορικής και αναπνευστικής λειτουργίας ή 2) μη αναστρέψιμη παύση όλων των λειτουργιών ολοκλήρου του εγκεφάλου συμπεριλαμβανομένου και του εγκεφαλικού στελέχους (Αβραμίδης, 1995).

Οι αρχαίοι πολιτισμοί όριζαν σαν θάνατο τη διακοπή της αναπνοής. Οι κάτοικοι της Παλαιστίνης τοποθετούσαν ένα φτερό μπροστά στα ρουθούνια του νεκρού πριν τις νεκρικές προετοιμασίες. Αν το φτερό δεν κινούταν ήταν σίγουροι ότι ο θάνατος είχε επέλθει. Όταν όμως ο ρόλος της καρδιάς κατανοήθηκε, ως θάνατος ορίστηκε η απουσία σφυγμού. Με την ανακάλυψη του στηθοσκοπίου και του ηλεκτροκαρδιογραφήματος, η έννοια ταυτίστηκε πλήρως με το καρδιακό θάνατο.

Τα πράγματα άρχισαν να αλλάζουν το 1950 όταν ο γιατρός Engstrom κατασκεύασε τον πρώτο αναπνευστήρα. Έτσι, οι ασθενείς άρχισαν να διατηρούνται στη ζωή ακόμα και σε κωματώδη κατάσταση (παρουσία σφυγμού, απουσία λειτουργίας του εγκεφάλου). Το 1959 στη Lyon της Γαλλίας, ο Jone μελέτησε τα εγκεφαλογραφήματα τεσσάρων ατόμων συνδεδεμένων με αναπνευστήρα, τα οποία παρουσίαζαν ισοηλεκτρική γραμμή. Στη συνέχεια, οι Fishgold και Mathis, κατέταξαν τις μορφές του κόματος και ονόμασαν το στάδιο αυτό της ηλεκτρικής σιγής "coma depasse" ή "τελικός θάνατος", που αργότερα θα ονομασθεί εγκεφαλικός ή κλινικός θάνατος. Όταν το πανεπιστήμιο του Harvard ανακοίνωσε τα κριτήρια του εγκεφαλικού θανάτου, το 1968, η έννοια νομιμοποιήθηκε (Γκίκα, 2000).

Η καθολική εκκλησία είναι η μόνη που έχει ήδη αποδεχτεί την ευθανασία όταν έχει επέλθει εγκεφαλικός θάνατος. Υπάρχει όμως και ο θάνατος του εγκεφαλικού φλοιού. Σύμφωνα με τον ορισμό της Ιατρικής σχολής του Harvard ο εγκεφαλικός φλοιός είναι η έδρα της προσωπικότητας, αυτό που λέμε άνθρωπος. Σύμφωνα με τα παραπάνω προκύπτει το παρακάτω ερώτημα: πόσο ασφαλής είναι η διάγνωση του θανάτου του εγκεφαλικού φλοιού;

Σήμερα στις νομοθεσίες όλων σχεδόν των χωρών, ο εγκεφαλικός θάνατος ορίζεται ως πραγματικός θάνατος. Στην Ελλάδα ίσχυσε με τον νόμο 1383/83. Υπάρχουν τρεις καταστάσεις που χαρακτηρίζουν τον εγκεφαλικό θάνατο:

1. κλινικά νεκρός, όπου ένα ποσοστό 80-90% των κύτταρων του εγκεφάλου έχει καταστραφεί
2. άνθρωπος – φυτό, όπου έχει καταστραφεί γύρω στο 50% των εγκεφαλικών κύτταρων και
3. σύνδρομο κλειδωμένης συνείδησης, όπου το ποσοστό φθοράς του εγκεφάλου είναι 30%.

Στις καταστάσεις όμως 2 και 3, η ανάνηψη μπορεί να γίνει αντικείμενο ελπίδας, ενώ δεν έχει δημοσιευθεί περίπτωση ατόμου κλινικά νεκρού που να έχει ανανήψει. Η κατηγοριοποίηση μπορεί να γίνει μόνο με την τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων, που στηρίζεται σε ραδιοϊσότοπα, δομικά στοιχεία της ζώσης ύλης. Σύμφωνα με τον Παπαγεωργίου (1992) η διάγνωση δεν πρέπει να βασίζεται μονάχα στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, γιατί το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα δεν είναι δοκιμασία ευαισθησίας. Το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα μπορεί να δείχνει ισοηλεκτρική γραμμή και το στέλεχος να λειτουργεί.

Παρ' όλα αυτά, εφόσον υποβαστάζεται η καρδιακή λειτουργία του ασθενούς, μπορεί κάποιος να υποθέσει ότι είναι εν ζωή. Ως αποτέλεσμα, το 69,1% των Ελλήνων γιατρών και το 80,6% των νοσηλευτών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, είναι απρόθυμοι να αποσυνδέσουν τον άρρωστο από τα μηχανήματα και μετά την διάγνωση του κλινικού θανάτου λόγω ηθικών ενδοιασμών (Γκίκα, 2000). Γι' αυτό χρειάζεται η διαχώριση των όρων του κλινικά νεκρού από τον λειτουργικό θάνατο.

Σύμφωνα με τον Ευαγγέλου (2001) λειτουργικός θάνατος θεωρείται η μη αναστρέψιμη απώλεια των ζωτικών λειτουργιών του οργανισμού, που σημαίνει απώλεια της συνείδησης, έλλειψη της αυτόματης αναπνοής και έλλειψη της αυτόματης καρδιακής λειτουργίας. Το γεγονός είναι ότι αν διαπιστωθεί ο θάνατος του εγκεφαλικού στελέχους, ύστερα από 20 – 200 ώρες επέρχεται και η τέλεια διακοπή της καρδιακής λειτουργίας. Γι' αυτό, πολλά κράτη δέχονται ως οριστικό θάνατο, το θάνατο του εγκεφαλικού στελέχους μαζί με την τέλεια ασυστολία της καρδιάς.

1.4 Είδη ευθανασίας

Σύμφωνα με τον Αβραμίδη (1995) αναφέρονται επτά είδη ευθανασίας. Επειδή όμως το κάθε είδος έχει τα δικά του χαρακτηριστικά και ιδιαιτερότητες θα αναφερθούμε στο κάθε ένα ξεχωριστά.

1.4.1 Ενεργητική ευθανασία

Όπως αναφέρει η Δρόσου-Κοτρώτσιου (1999) αφορά την πρόκληση ενός “καλού” θανάτου με τη χρήση μέσων όπως για παράδειγμα μια υπερβολική δόση μορφίνης. Στην ενεργητική ευθανασία ο γιατρός ενεργεί έτσι ώστε να προκαλέσει το θάνατο του ασθενή (Abrams and Buckner, 1989). Παρότι η ενεργητική ευθανασία μπορεί να επιφέρει ένα γρήγορο και ανώδυνο θάνατο, είναι νομικά παράνομη.

Η ενεργητική ευθανασία διακρίνεται σε εκούσια και ακούσια. Η εκούσια που εφαρμόζεται από τον ίδιο τον πάσχοντα όταν θέλει να θέσει τέρμα στην ζωή του, και λέγεται “ευθανασία δι’ αυτοκτονίας” ή με την βοήθεια κάποιου άλλου και τότε πρόκειται για “συμμετοχή σε αυτοκτονία”. Η εκούσια ευθανασία εκτελείται με τη λήψη μιας ουσίας σε δόση τέτοια ώστε να επιφέρει το θάνατο γρήγορα και χωρίς ταλαιπωρίες. Επιχειρείται είτε μετά από παράκληση του πάσχοντα κατά το χρόνο της καταληκτικής ασθένειάς του, είτε με προηγούμενη ρητή έγγραφη δήλωση βούλησης του (Αναπλιώτη-Βαζαίου, 1989). Τιμωρείται κατά τα οριζόμενα στο άρθρο 310 του Ελληνικού Ποινικού Κώδικα, με βαριές ποινές (Αβραμίδης, 1995).

Η ακούσια ευθανασία επιχειρείται με δυο τρόπους πρώτον, χωρίς την εκφρασμένη συγκατάθεση του ασθενή, αλλά κατά την εικαζόμενη βούληση του και δεύτερον, από οίκτο προς αυτόν (Αναπλιώτη-Βαζαίου, 1989). Στην ακούσια ευθανασία ο θάνατος προσφέρεται από συγγενή, φίλο ή γιατρό. Επιχειρείται σε ασθενή χωρίς τη σύμφωνη γνώμη του, ή σε περίοδο που δεν μπορεί ένα θετό πρόσωπο να εκφράσει ή να διατυπώσει αντίθετη επιθυμία. Κατά το νόμο 222/1947, πρόκειται για “ανθρωποκτονία εκ προθέσεως” και τιμωρείται δια της ποινής του θανάτου ή της ισόβιας κάθειρξης (Αβραμίδης, 1995).

1.4.2 Παθητική ευθανασία

Σύμφωνα με την Δρόσου-Κοτρώτσιου (1999) αφορά την πρόκληση ενός “καλού” θανάτου με την απόσυρση ή μη χορήγηση θεραπείας, η οποία είναι απαραίτητη για να διατηρηθεί το άτομο στη ζωή. Ο γιατρός δεν κάνει απολύτως τίποτα και ο ασθενής πεθαίνει από οποιαδήποτε ασθένεια πάσχει (Abrams and Buckner, 1989). Η ευθανασία είναι παθητική, επειδή ο θάνατος οφείλεται κυρίως σε οργανικές και φυσιολογικές αιτίες που παρέρχονται με την φυσική φθορά του οργανισμού. Ο ασθενής είναι υπεύθυνος για την απόφαση της απόσυρσης ή μη-χρήσης θεραπευτικών μέσων όπου είναι μια συνειδητή και σκόπιμη πράξη (Δρόσου-Κοτρώτσιου, 1999).

Η παθητική ευθανασία διακρίνεται σε τρεις τύπους:

- δια της “μη ανανήψεως”.

Ο τύπος αυτός της παθητικής ευθανασίας εφαρμόζεται σε αρκετά νοσοκομεία του εξωτερικού. Ο εισαγόμενος σε ένα νοσοκομείο μεταξύ των διαφόρων εντύπων υπογράφει και ένα με το οποίο εκφράζει την επιθυμία του, σε περίπτωση που περιέλθει σε κατάσταση κώματος ή σε περίπτωση που διαγνωσθεί με μια ανίατη αρρώστια, να μην επιδιωχθεί δια τεχνητών μέσων παράταση της ζωής του (Αβραμίδης, 1995).

- ευθανασία του τύπου Living will.

Σ’ αυτού του είδους την ευθανασία, που λέγεται και “εθελοντική με συμβόλαιο ή διαθήκη θανάτου”, ο ασθενής υπογράφει τη “διαθήκη του θανάτου” του, που τηρείται με μια συμβολαιογραφική πράξη ενώπιον μαρτύρων. Στο έγγραφο αυτό περιγράφονται οι όροι και οι προϋποθέσεις, με τα οποία ο ίδιος εκχωρεί το δικαίωμα να διακοπεί η θεραπεία του σύμφωνα με όσα καταγράφονται στο “συμβόλαιο” (Αβραμίδης, 1995).

- δια της μη ανανήψεως στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.)

Στις Μ.Ε.Θ. οι γιατροί έχουν πρωτόκολλα για τις περιπτώσεις στις οποίες δεν θα υπήρχε αποτέλεσμα να καταβληθούν προσπάθειες ανανήψεως σε κατάσταση κλινικού θανάτου (Αβραμίδης, 1964). Αυτές οι αποφάσεις αφορούν α) τη συνέχιση ή

εγκατάλειψη των προσπαθειών για περαιτέρω συντήρηση της ζωής και β) τον περιορισμό των φροντίδων στηρίξεως της ζωής (Αβραμίδης, 1995). Εδώ πρέπει να αναφερθεί ότι μεγάλο ρόλο παίζει η προσωπική γνώμη των γιατρών σε θέματα ηθικών αξιών. Η μελέτη των διλημάτων, των ποικίλων προβληματισμών και η απουσία επαρκούς και σαφούς νομοθέτησης, δημιουργεί πολλά ζητήματα συνειδήσεως και πολλοί από τους γιατρούς εύχονται να μη βρεθούν σε τέτοια διλήμματα στην καριέρα τους. Όμως, όπως οι νοσηλευτές, έτσι και οι γιατροί συμβαίνει συχνά να πρέπει να πάρουν μια απόφαση που πολλές φορές δεν μπορεί να περιμένει (Αβραμίδης, 1995).

1.4.3. Δυσθανασία

Δυσθανασία χαρακτηρίζονται οι προσπάθειες παρατάσεως της ζωής ενός αρρώστου με δύσκολες και δαπανηρές φροντίδες, οι οποίες είναι δυσανάλογες σε απόδοση προς το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα. Μ' αυτές τις ενέργειες το άτομο διατηρείται απλώς και μόνο στη ζωή (Καράμπελας, 1987, Κουτσελίνη, 1999). Η δυσθανασία γίνεται σεβαστή είτε αυτή είναι επιθυμία του αρρώστου, είτε εκφράζεται από συγγενείς ή φίλους. Επιχειρείται για δύο λόγους πρώτον, να προλάβουν ζωντανό τον ασθενή όταν κάποιοι συγγενείς πρόκειται να φτάσουν από μακριά και δεύτερον για να ταχτοποιήσουν κάποιες εκκρεμότητες. Στις περιπτώσεις αυτές, ο γιατρός διατηρεί τον ασθενή στη ζωή. Σύμφωνα όμως με τον Αβραμίδη (1995), υπάρχουν περιπτώσεις που οι συγγενείς χρησιμοποιούν το γιατρό ώστε με δυσθανασία να εξυπηρετήσουν ιδιοτελή συμφέροντα.

1.4.4. Ορθανασία

Είναι η προσφορά των φροντίδων εκείνων, οι οποίες είναι συμβατές με την κατάσταση του ασθενή, ο οποίος αφήνεται να πεθάνει ήρεμα, δια της φυσικής επέλευσης του θανάτου. Σύμφωνα με τον Κουτσελίνη (1999) η ορθανασία υποδηλώνει τη μη χορήγηση δύσκολων "περιποιήσεων" και την εγκατάλειψη του πάσχοντος στην φυσική επέλευση του θανάτου. Παρ' όλα αυτά, πρέπει να γίνεται μετά από εκφρασμένη βούληση του ασθενή.

1.4.5. Επιταχυνθασία

Είναι ο νεότερος όρος για την ευθανασία. Οι ρίζες του όρου βρίσκονται στον εισηγητή της ευθανασίας, Bacon, με την έννοια που χρησιμοποιείται σήμερα (Ματσανιώτης, 1987). Σημαίνει τη σκόπιμη επίσπευση των βιολογικών διαδικασιών του απερχόμενου θανάτου με ενέργειες του γιατρού.

1.4.6. Ευγονική ευθανασία

Πρόκειται για την ευθανασία σε παιδιά που γεννήθηκαν ή θα γεννηθούν με σωματικές και διανοητικές ανωμαλίες (σύνδρομο Down). Η εξέλιξη της ιατρικής τεχνολογίας επιτρέπει στους επιστήμονες υγείας να διαγνώσκουν ανωμαλίες στα έμβρυα ακόμα και πριν τον τοκετό.

Πολλά νεογνά παρουσιάζουν ανωμαλίες ασυμβίβαστες με τη ζωή. Ως αποτέλεσμα, χρειάζονται για να επιβιώσουν μία σειρά από επανορθωτικές χειρουργικές επεμβάσεις. Σύμφωνα με τον Ματσανιώτη (1987) τέτοια παιδιά συνήθως αποθνήσκουν σε σχετικώς βραχύ χρονικό διάστημα. Πρέπει να σημειωθεί ότι η Ελληνική Νομοθεσία καταδικάζει την ευγονική ευθανασία.

1.4.7. Κοινωνική ευθανασία

Είναι ο παλαιότερος τρόπος ευθανασίας. Χαρακτηριστική περίπτωση κοινωνικής ευθανασίας είναι η “γεροντοκτονία” στην αρχαία Κέα, στις Κυκλάδες. Επικρατούσε η αντίληψη ότι όποιος δεν μπορεί να ζει καλά και να απολαμβάνει τη ζωή δεν θα έπρεπε να συνεχίζει να ζει. Όσοι ξεπερνούσαν τα 60 χρόνια όφειλαν να πιουν κώνειο για να πεθάνουν. Οι Κασπίοι, όταν έφταναν τα 70, τους εγκατέλειπαν κάπου χωρίς τροφή για να πεθάνουν γρηγορότερα (Πλάτωνος, Πολιτεία III).

Η Κοινωνική ευθανασία ανησυχεί πολλούς επιστήμονες ως μια επικίνδυνη νοοτροπία, όπως για παράδειγμα την εκτέλεση επικίνδυνων ψυχοπαθών, πασχόντων από A.I.D.S., ή όταν το κόστος νοσηλείας είναι πολύ υψηλό και η ζωή του ανθρώπου χαρακτηρίζεται από λογιστικές πράξεις (Αβραμίδης, 1995). Αξίζει εδώ να σημειωθεί ότι η Ελληνική Νομοθεσία καταδικάζει την κοινωνική ευθανασία. Σύμφωνα με το Σύνταγμα, Κράτος και Κοινωνία έχουν υποχρέωση να προστατεύουν τη ζωή ως το ύψιστο αγαθό, προσφέροντας στον ασθενή φροντίδα, στοργή και συμπάρασταση.

1.5 Η ευθανασία σε διάφορες χώρες

Στην Γαλλία, η παραπομπή στη δικαιοσύνη μιας νοσηλεύτριας που κατηγορείται για ευθανασία σε 30 ασθενείς, επανέφερε το θέμα στο προσκήνιο. Δημοσκοπήση που έγινε για λογαριασμό της “Ένωσης για το Δικαίωμα σε Θάνατο με Αξιοπρέπεια” έδωσε πολύ μεγάλα ποσοστά υπέρ της διενέργειας ευθανασίας σε περιπτώσεις οδυνηρών ανίατων νοσημάτων (Κροκίδης, 1999). Το Νοέμβριο του 2004, αναγνώρισε με νόμο το δικαίωμα των ασθενών στην ευθανασία. Η ρύθμιση εντάσσεται στην ομάδα των ευρωπαϊκών κρατών (Ολλανδία, Βέλγιο, Ελβετία), προβλέπει όμως υπό όρους, μόνο την παθητική ευθανασία.

Στην Γερμανία, λόγω του αναμνηστικού πειραματισμού της ευθανασίας σε ανθρώπους κατά την ναζιστική περίοδο, υπάρχει γενικά απροθυμία για την υποστήριξη συναφών αντιλήψεων. Παρ’ όλα αυτά, υπάρχει ένα σημείο του γερμανικού νόμου που η θανάτωση ασθενούς κατόπιν αιτήσεως δεν απαγορεύεται και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία δεν αποτελεί παράβαση του νόμου με την προϋπόθεση ότι το άτομο είναι ικανό να ελέγξει τις πράξεις του και να ενεργεί με ελεύθερη βούληση.

Ανταποκρινόμενος σε αυτή την κατάσταση, ένας ιδιωτικός οργανισμός, ο Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) παρέχει υποστήριξη στα μέλη της σε σχέση με την επιλογή τους να αυτοκτονήσουν ως εναλλακτική λύση της καταληκτικής τους ασθένειας. Ο DGHS δημοσίευσε ένα βιβλίο, το οποίο πλέον δεν κυκλοφορεί, το οποίο περιείχε δόσεις φαρμάκων ικανές για να τερματίσουν μια ζωή. Ένα άτομο μπορούσε να προμηθευτεί ένα αντίγραφο του βιβλίου με τίτλο “φάρμακα αποχώρησης” (γερμανικός τίτλος Selbsterlösung durch Medikamente) όταν πληρούσε δυο προϋποθέσεις. Πρώτον, όταν ήταν μέλος του DGHS για ένα χρόνο τουλάχιστον και δεύτερον, τα δύο προηγούμενα χρόνια δεν είχε δεχτεί κάποιου είδους ιατρική ή φυσιοθεραπευτική θεραπεία για κατάθλιψη ή άλλου είδους ψυχική ασθένεια. Αυτό το βιβλίο περιέχει μια λίστα από συνταγολογήσεις φαρμάκων, μαζί με τις συγκεκριμένες απαραίτητες δόσεις για να προκληθεί σίγουρος και ανώδυνος θάνατος.

Ο DGHS συστήνει στο μέλος του να πλησιάσει ένα γιατρό για την συνταγολόγηση του επιθυμητού φαρμάκου, για παράδειγμα ζητώντας του ένα βαρβιτουρικό να τον βοηθάει στον ύπνο. Αν είναι απαραίτητο η DGHS μπορεί να βοηθήσει κάποιον να

προμηθευτεί φάρμακα από διάφορες χώρες, συμπεριλαμβανομένων της Γαλλίας, Ιταλίας, Ισπανίας, Πορτογαλίας και Ελλάδας, όπου μπορεί να είναι διαθέσιμα χωρίς συνταγή. Ακόμα ο DGHS μπορεί να παρέχει αυτό που ονομάζουν “συντροφικότητα” κατά τη διαδικασία του θανάτου, δηλαδή ένα άτομο που θα παραμείνει με τον ασθενή κατά τη διάρκεια που χρειάζεται για να δράσει το θανατηφόρο φάρμακο. Παρ’ όλα αυτά, αυτό το άτομο είναι κάποιος χωρίς γνώσεις πρώτων βοηθειών. Ο DGHS για να περιορίσει τις ενδεχόμενες αντιρρήσεις που τυχόν προκύψουν, σε κάθε νέο μέλος δίνουν ένα έντυπο το οποίο υπογράφεται από το νέο μέλος εκφράζοντας την πρόθεση να διαλέξει εκείνος πότε θα πεθάνει και υπογράφεται ξανά την ώρα της αυτοκτονίας και αφήνεται δίπλα στο σώμα ως απόδειξη ότι η πράξη πραγματοποιήθηκε κατά βούληση.

Επειδή η υποβοηθούμενη αυτοκτονία στη Γερμανία δεν είναι παράνομη, τα μέλη της οικογένειας, του συνοδού θανάτου ή οποιοδήποτε άλλου ατόμου δεν κινδυνεύουν νομικά με την προϋπόθεση ότι το άτομο είναι υπεύθυνο των πράξεων του. Ο DGHS προωθείται μέσω των τοπικών γραφείων της που βρίσκονται στις μεγάλες πόλεις όλης της χώρας. Βασισμένος σε αυτό το δεσμικό πλαίσιο συχνά ανανεώνονται και αναθεωρούνται οι πληροφορίες σχετικά με τα φάρμακα που περιέχονται στο βιβλίο που εκδίδει ο ίδιος ο οργανισμός (Monagle and Thomasma, 1998).

Στην Βρετανία, ισχύει ο κανόνας του διπλού αποτελέσματος, βάσει του οποίου η χορήγηση οπιούχων αναλγητικών με πρόθεση την ανακούφιση του ασθενούς είναι νόμιμη και δεν τιμωρείται, ακόμα και αν, ως ανεπιθύμητη ενέργεια καταστολής, επιφέρει το θάνατο. Στο σκεπτικό αυτό στηρίχθηκε και η αθώωση του γιατρού David Moore, Μάιος 1999, που είχε χορηγήσει μεγάλη δόση διαμορφίνης σε ασθενή 85 ετών, εφαρμόζοντας την ευθανασία. Το καλοκαίρι του 1994, τα βρετανικά δικαστήρια έκαναν δεκτή την αίτηση για διακοπή της χορήγησης τροφής και νερού σε δυο νεαρά άτομα που βρίσκονταν επί μακρόν σε κωματώδη κατάσταση. Οι αποφάσεις των δικαστηρίων, σε περιπτώσεις όπως αυτές του 1994 και αυτή του 1999, δημιουργούν αποδοχή του φαινομένου στην κοινή γνώμη. Επιπλέον, η υποστήριξη και των ειδικών επιστημόνων είναι προφανές ότι συμβάλει στη δημιουργία ενός κλίματος κατάλληλου για την αποδοχή της μελλοντικής νομοθετικής καταχώρισης της ευθανασίας.

Το 1995, σε ένα τμήμα της Αυστραλίας (Northern Territory) ψηφίστηκε νόμος σύμφωνα με τον οποίο, υπό ορισμένες προϋποθέσεις, μπορεί να εφαρμοστεί η ευθανασία (Κροκίδης, 1999). Ο νόμος όμως καταργήθηκε τον επόμενο χρόνο.

Στις ΗΠΑ, από το 1988, το ζήτημα της ευθανασίας, έχει πάρει μεγάλες διαστάσεις με την εμπλοκή των δικαστικών αρχών, του τύπου και του κοινού, όπου και δημοσιοποιήθηκε η πρώτη ενεργητική ευθανασία από τον Jack Kevorkian σε ασθενή με νόσο Alzheimer. Το 1994, ψηφόφοροι στο Όρεγκον πέρασαν ένα μέτρο μέσω δημοψηφίσματος το οποίο θα επέτρεπε σε ένα γιατρό να συνταγολογήσει θανατηφόρο φαρμακευτική θεραπεία για έναν ασθενή με καταληκτική ασθένεια μετά από βούληση του ίδιου του ασθενή. Το 1996, δύο ομοσπονδιακά δικαστήρια αποφάσισαν ότι οι πολιτειακοί νόμοι που απαγορεύουν την υποβοηθούμενη από γιατρό αυτοκτονία είναι μη συνταγματικοί. Το ανώτατο δικαστήριο των Ηνωμένων Πολιτειών αφού εξέτασε τα δεδομένα το 1997 δημοσίευσε την απόφαση του, και θεμελίωσε το συνταγματικό δικαίωμα σε “παρηγορητική φροντίδα” (Burt 1997, Monagle and Thomasma 1998).

Στην Ελβετία, υπάρχει μια από τις τέσσερις κλινικές σε όλο τον κόσμο, η Dignitas, η οποία δέχεται ασθενείς από διάφορες χώρες με σκοπό να τερματίσουν τη ζωή τους όπως οι ίδιοι το επιθυμούν. Τον περασμένο χρόνο, πενήντα ένας άνθρωποι υποβλήθηκαν σε ευθανασία μετά από δική τους αίτηση ενώ άλλα πεντακόσια από τη Βρετανία έχουν κάνει αίτηση να τους δεχτούν στην Dignitas. Οι περισσότεροι ξένοι ασθενείς έφτασαν στην Ελβετία μια μέρα πριν την προγραμματισμένη συνάντησή τους με τους γιατρούς της κλινικής, γι’ αυτό το λόγο συντάχθηκε ένας νέος νόμος βάση του οποίου οι ξένοι ασθενείς θα πρέπει να μείνουν τουλάχιστον έξι μήνες προτού υποβληθούν σε ευθανασία. Επίσης, οι ασθενείς πρέπει σίγουρα να πάσχουν από ανίατη ασθένεια.

Η Ολλανδία, πρώτη νομιμοποιεί την ευθανασία, από το 2000, στηριζόμενη στο λειτουργικό και εγκεφαλικό ορισμό του θανάτου για να θεωρηθεί οριστικός (Ευαγγέλου, 2001). Στη χώρα αυτή, τα τελευταία χρόνια διευρύνεται συνεχώς ο αριθμός των ασθενών που πεθαίνουν με ευθανασία. Στο διάστημα αυτό, οι Ολλανδοί όχι μόνο πέρασαν από τον προβληματισμό για υποβοηθούμενη αυτοκτονία στην νομιμοποίηση της, αλλά προχώρησαν και στη νομιμοποίηση της ευθανασίας. Στη συνέχεια, από την ευθανασία των ασθενών τελικού σταδίου προχώρησαν σε ασθενείς

με χρόνια νόσο, από τη σωματική στην ψυχική νόσο και από την εθελοντική ευθανασία στη μη εθελοντική. Η τελευταία, αναφέρεται σε νεογέννητα με σοβαρά προβλήματα υγείας και σε ψυχασθενείς, αλλά και σε ασθενείς που για θρησκευτικούς ή άλλους λόγους δεν μπορούν να ζητήσουν την εφαρμογή ευθανασίας.

Η Ουρουγουάη είναι η μόνη χώρα που αποδέχεται την ενεργητική ευθανασία (Γιαννοπούλου, 2003).

Τέλος, στην Ελλάδα το πρόβλημα έρχεται και επανέρχεται αρκετά συχνά στο ιατρικό σώμα, τον τύπο και την κοινωνία την τελευταία δεκαετία (Ρηγάτος, 1991). Το θέμα έχει απασχολήσει τους γιατρούς και στα πλαίσια συζητήσεων σε συνέδρια. Πρόσφατα τον Μάιο του 1999, μεγάλη συζήτηση διοργάνωσε ο Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών με την συμμετοχή ως εισηγητών γνωστών γιατρών, νομικών, δημοσιογράφων, φιλοσόφων και θεολόγων.

Οι εισηγητές ανασκόπησαν τη σχετική με το θέμα βιβλιογραφία και αναφέρθηκαν αρκετά στην Ολλανδική εμπειρία. Χαρακτηριστικά, ο νομικός εισηγητής πρότεινε την τροποποίηση του ποινικού κώδικα, ώστε να αρθεί ο αδικοπρακτικός χαρακτήρας της πράξης υγειονομικού που προέβη σε ενεργητική και παθητική ευθανασία. Ο θεολόγος εισηγητής αναφέρθηκε στην πολυπλοκότητα του θέματος και αρνήθηκε τη νομοθετική ρύθμιση που θα επέβαλε ως υποχρέωση του γιατρού την ευθανασία. Αναφέρθηκε ακόμα στην ειδική ευχή “εις ψυχορραγούντα” της εκκλησίας, η οποία χαρακτηρίζεται ως “συγκλονιστική” στο περιεχόμενό της. Η ευχή δείχνει, κατά τον εισηγητή, ότι η εκκλησία δεν αντιτίθεται καταρχήν στην ευθανασία, αλλά προτιμά να τη ζητάει από το Θεό, παρά από τους ανθρώπους (Ζηζιούλας, 1999). Στο άρθρο 303 του Ποινικού Κώδικα προβλέπεται ότι: «όποιος αποφάσισε και εκτέλεσε ανθρωποκτονία ύστερα από επίμονη απαίτηση του θύματος και από οίκτο γι’ αυτόν που έπασχε από ανίατη ασθένεια, τιμωρείται με φυλάκιση».

1.6 Απόψεις σχετικά με την ευθανασία

1.6.1.Θρησκευτικές απόψεις

Η ευθανασία υπό το πρίσμα της χριστιανικής ηθικής είναι αντί-δεοντολογική, διότι έρχεται σε αντίθεση με την 6^η εντολή του Μωσαϊκού Δεκάλογου “Ου φονεύσεις”. Η χριστιανική ηθική διδάσκει ότι μόνο ο Θεός είναι ο κύριος της ζωής. Δεν επιτρέπετε

σε μας τους ανθρώπους να δίνουμε το θάνατο στους εαυτούς μας, αλλά ούτε και στους άλλους.

Για τους χριστιανούς, η αρρώστια έχει ένα βαθύτερο νόημα που όταν το κατανοήσει ο ασθενής τότε μπορεί να δείξει υπομονή και καρτερία. Μεταξύ των αγίων της εκκλησίας μας υπήρχαν και ορισμένοι, που έφθασαν λόγω της ασθένειας τους στην δυνατή ανθρώπινη τελειότητα, διότι ο Θεός επιτρέπει μέσω ασθένειας να αναδεικνύονται μάρτυρες στο σταυρό του πόνου και της οδύνης (Μηλιώνης, 2000).

Οι απόψεις της εκκλησίας συνοψίζονται στα εξής συμπεράσματα:

1. Το θέμα της ευθανασίας είναι πολύπλοκο και δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί με γενικούς αφορισμούς και ηθικιστικές απλουστεύσεις.
2. Η Εκκλησία έχει κάθε δικαίωμα και χρέος να αντιδρά αρνητικά και έντονα σε κάθε νομοθετική ρύθμιση που επιβάλλει την ευθανασία ως υποχρέωση του ιατρού σε οποιαδήποτε περίπτωση, καθώς και σε κάθε ηθική διδασκαλία που θέλει να πείσει τους ανθρώπους να προτιμούν μια ζωή και έναν θάνατο χωρίς σταυρό, στο όνομα μιας ποιότητας ζωής που ανταλλάσσει απέναντι της οδύνης.
3. Η Εκκλησία δεν αντιπαρέρχεται, ούτε θυσιάζει την ελευθερία του προσώπου ή τη διαφορετικότητα κάθε ανθρώπου. Δεν είμαστε όλοι το ίδιο ούτε προς τη θέληση, ούτε ως προς την αντοχή.
4. Η Εκκλησία είναι διστακτική στο να συγκατανεύσει στην ευθανασία, όχι από σκληρότητα και αδιαφορία προς τον ανθρώπινο πόνο, αλλά επειδή γνωρίζει ότι καμία νομική ή ηθική πρόβλεψη δεν μπορεί να εξασφαλίσει το σεβασμό της προσωπικής ελευθερίας από παρεμβάσεις τρίτων, όπως ο ιατρός ή η πολιτεία (Ζηζιούλας, 1999).
5. Ο λόγος του θεού στο βιβλίο της εξόδου 23:7 προστάζει: “μείνε μακριά από κάθε άδικη υπόθεση και μην γίνεις αιτία να θανατωθεί ο αθώος και δίκαιος”. Ο άνθρωπος δημιουργήθηκε κατ’ εικόνα και ομοίωση του Θεού και ο σεβασμός του δικαιώματος της ζωής είναι ευθύνη όλων μας (Δαΐκος κ.α, 1998).

Η ζωή για την Χριστιανική θρησκεία είναι Δώρο Θεού, και κανένας δεν έχει το δικαίωμα να αφαιρεί τη ζωή, ούτε τη δική του (αυτοκτονία), ούτε του άλλου (φόνος). Σύμφωνα με τον Ζακόπουλο (1987) η πράξη της ευθανασίας, είτε ενεργητικής είτε παθητικής, αποτελεί φόνο. Η Εκκλησία θεωρεί “φοβερότατο το του θανάτου μυστήριο”, διότι είναι πολυσύνθετο γεγονός με μεταφυσικές προεκτάσεις. (Παρασκευαΐδης, 1994) Το δε βιολογικό φαινόμενο του σώματος, θεωρείτο το κατοικητήριο της και “ναός του Θεού του ζώντος”.

Η χριστιανική τοποθέτηση απέναντι στη ζωή και το θάνατο δεν μπορεί να στηρίζει την ευθανασία. Και η λυτρωτική σημασία του πόνου στη ζωή μας απονευρώνει την επιθυμία του θανάτου, γιατί ο πόνος στις τελευταίες μάλιστα στιγμές της ζωής μας παίρνει μια ιδιαίτερη σημασία μέσα στο σωστικό σχέδιο του Θεού. Είναι μια συμμετοχή στο Πάθος του Χριστού και στη λυτρωτική θυσία που Εκείνος πρόσφερε εκπληρώνοντας το θέλημα του Πατέρα.

1.6.2. Ηθικές απόψεις

Είναι γενικά παραδεκτό ότι ο άνθρωπος είναι μια πνευματική υπόσταση. Δεν γνωρίζουμε το θέλημα του Θεού σχετικά με το προσδόκιμο της επιβίωσης μας διότι “ο Θεός δίνει σε όλους ζωή και πνοή”. Η αποστολή του νόμου δεν είναι να ρυθμίζει τις καθημερινές κινήσεις των γιατρών αλλά να αποτρέπει τις απαράδεκτες πρακτικές.

Επιπλέον, η αποστολή του ανθρώπου είναι να κατοικεί τη γη. Έχουμε υποχρέωση να φροντίζουμε τον εαυτό μας αλλά και τους άλλους. Ωστόσο, οι αρρώστιες είναι συνυφασμένες με την ύπαρξη μας. Στόχος των γιατρών είναι η διάγνωση και θεραπεία. Η πρόταση της ευθανασίας σαν λύση των οργανικών προβλημάτων του ανθρώπου είναι πολύ επικίνδυνη τακτική. Η νομιμοποίηση της ευθανασίας θα διαταράξει τη σχέση ασθενή – υγειονομικού προσωπικού, και θα κλονιστεί η εμπιστοσύνη των ασθενών. Διότι, εκείνοι στους οποίους ανέθεσαν την φροντίδα της ζωής των ασθενών έχουν το δικαίωμα να τους θανατώσουν (Gillon, 1994).

Σύμφωνα με τους Γιαννόπουλο (2003) και Lo (1995), τα επιχειρήματα που συνήθως χρησιμοποιούνται υπέρ της ευθανασίας είναι:

- α) Ο οίκτος (το έλεος για τον ασθενή)

β) Το δικαίωμα του ανθρώπου στη ζωή

γ) Το δικαίωμα του ασθενή να πεθαίνει με αξιοπρέπεια

δ) Η ποιότητα της ζωής

ε) Σεβασμός για την αυτονομία του ασθενή

Αντίθετα, το βασικό επιχείρημα κατά της ευθανασίας είναι ότι με την πρόοδο της επιστήμης ανακαλύπτονται νέα φάρμακα και μέθοδοι θεραπείας με τις οποίες θεραπεύονται αυτοί, που μέχρι πριν από λίγο καιρό χαρακτηρίζονται ως αθεράπευτοι (Καράμπελας, 1987).

Επιπλέον, ο Lo (1995) παραθέτει άλλα δυο επιχειρήματα κατά της ευθανασίας πρώτον, την ιερότητα της ζωής και δεύτερον, ότι η αίτηση για ευθανασία από τον ίδιο τον ασθενή δεν έχει γίνει κατόπιν πλήρους ενημέρωσης και με ελεύθερη βούληση.

1.6.3. Κοινωνικές απόψεις

Σύμφωνα με τον Αβραμίδη (1995) υπήρχαν απόψεις ότι στην ιστορία του ανθρώπινου γένους, θα πρέπει να θανατώνονται τα παράσιτα της κοινωνίας, αλλά και οι άνθρωποι οι οποίοι φυτοζωούν. Βέβαια, η άποψη αυτή είναι αναχρονιστική, αλλά φαίνεται ότι με την νομιμοποίηση της ευθανασίας θα δημιουργηθεί μια κατηγορία ανθρώπων που αισθάνονται ότι είναι, ή θα γίνουν, ανεπιθύμητοι σε προχωρημένη ηλικία.

Πιο συγκεκριμένα, ο κίνδυνος να γίνει κατάχρηση του νόμου είναι πολύ μεγάλος. Το αποδεικνύει η εμπειρία της Ολλανδίας. Μέχρι το Σεπτέμβριο του 1991 αναφέρθηκαν 1990 περιπτώσεις ευθανασίας από τις οποίες στις 1030 δεν υπήρχε ξεκάθαρη έκφραση της θέλησης του ασθενή. Το 70% των περιπτώσεων ευθανασίας αναφέρθηκαν ως θάνατοι από φυσικά αίτια.

Επιπλέον, το καλοκαίρι του 1990 ένα τεράστιο θέμα ξέσπασε στη Γαλλία, που ο απόηχος του κάλυψε όλο τον Ευρωπαϊκό χώρο. Ο κορυφαίος ογκολόγος και πρώην Υπουργός Υγείας Leon Schwartzenberg δήλωσε δημοσίως στην εφημερίδα Le Monde, ότι βοήθησε έναν ετοιμοθάνατο ασθενή να πεθάνει. Το αρμόδιο όργανο της Γαλλικής Ιατρικής Ένωσης τιμώρησε τον ογκολόγο με αφαίρεση της άδειας ασκήσεως επαγγέλματος για ένα έτος, παρά τις ισχυρές ομάδες υποστήριξης που

δημιουργήθηκαν και παρά την υποστήριξη από τον υπουργό Υγείας της Γαλλικής Δημοκρατίας (Ρηγάτος, 1991).

Ακόμα, μια δίκη στην Βρετανία, που συνέπεσε χρονικά με τη πιο πάνω υπόθεση, αναζωπύρωσε και εκεί το ενδιαφέρον του κοινού και του τύπου, για την ευθανασία. Δύο παιδιά (γιος και κόρη) επιχείρησαν να προκαλέσουν πρόωρο θάνατο στη μητέρα τους, αυξάνοντας τη δόση του αναλγητικού (μορφίνη) ύστερα από παράκληση της. Η ασθενής που έπασχε από καρκίνο και βρισκόταν στο τελικό στάδιο, κατέληξε δύο εβδομάδες αργότερα.

Χαρακτηριστικό της περιόδου, εκτός από την εμπλοκή του τύπου, είναι και η εμπλοκή του κοινού. Στην περίοδο αυτή, τόσο στις ΗΠΑ όσο και στις χώρες της Ευρώπης δημιουργούνταν σύλλογοι που διεκδικούσαν το δικαίωμα ενός αξιοπρεπούς θανάτου. Οι δημοσκοπήσεις έδιναν υψηλά ποσοστά ατόμων που αποδέχονταν κάποιες μορφές ευθανασίας. Οι εφημερίδες και τα περιοδικά με την ευκαιρία διαφόρων γεγονότων, δημοσιεύουν εκτεταμένες έρευνες, ενώ σε ορισμένα κοινοβούλια είχαν συζητηθεί σχετικές προτάσεις νόμου. Παρότι οι υποστηρικτές της ευθανασίας μειωθούν, αποτελούν μια ολοένα αυξανόμενη ομάδα. Φαίνεται ότι στην κοινωνία το πρόβλημα της ευθανασίας δεν έχει καθολική αποδοχή (Σπηλιώτης, 1999).

1.6.4. Νομικές απόψεις

Δικαίωμα, υπό τη νομική έννοια, είναι η εξουσία που παρέχει η έννομη τάξη σε καθέναν από μας που υλοποιεί ένα ιδιωτικό του συμφέρον. Ο θάνατος θα μπορούσε να θεωρηθεί ως ιδιωτικό συμφέρον, υπό το πρίσμα του δικαιώματος στην αξιοπρέπεια, το οποίο κατοχυρώνεται με το άρθρο 2/2001.

Ο πόλος της νομικής σκέψης είναι να ξεχωρίσει τη χρήση από την παράχρηση, να αποτρέψει κινδύνους παραβίασης της ελευθερίας και αξιοπρέπειας του υποκειμένου. Και η κοινωνική εμπειρία βεβαιώνει ότι στον ενδεχόμενο εφαρμογής οποιοδήποτε τύπου ευθανασίας είναι δυνατόν να διαπλέκονται πολλά και δυσδιάκριτα συμφέροντα.

Στην προοπτική νομικής οριοθέτησης του αιτήματος για ευθανασία έχουν ουσιαστική λειτουργικότητα έννοιες και προσδιορισμοί συμπεριφοράς: οι αξίες, οι ηθικές και

κανονιστικές αρχές, τα ατομικά δικαιώματα. Παρ' όλα αυτά, μία μερίδα καθηγητών του ποινικού δικαίου αρνούνται το δικαίωμα στο θάνατο, με τη λογική ότι η ζωή δεν είναι απλώς ένα βιολογικό φαινόμενο, αλλά η συνύπαρξη μέσα στο κοινωνικό σύνολο. Ζώντας μέσα σ' αυτό το σύνολο, ο άνθρωπος δημιουργεί σχέσεις. Τις σχέσεις αυτές δεν μπορεί να καταλύσει με δική του πρωτοβουλία. Έχει υποχρέωση στη ζωή.

Το δικαίωμα του αποθνήσκειν συζητιέται ευρύτατα. Το δικαίωμα να αγωνιστεί κανείς για τη ζωή θεωρείται επιτακτική ανάγκη. Μία τέτοια όμως φιλοσοφική θεώρηση του δικαιώματος της ζωής και θανάτου δεν έχει σχέση με την ευθανασία. Συνδέεται μόνο με την αυτοκτονία, κάτι τελείως διαφορετικό, που συγγέεται όμως από τους απολογητές της ευθανασίας, ίσως σκόπιμα, και από έλλειψη άλλων επιχειρημάτων.

Στον ορισμό της ευθανασίας, το αμφισβητούμενο δικαίωμα μιας τέτοιας ενέργειας δεν αποδίδεται στο γιατρό, αλλά αναφέρεται γενικά. Ενδιαφέρει όμως άμεσα και κατ' εξοχήν το γιατρό, αφού αυτός είναι ο αρμόδιος να εκτιμήσει τη σοβαρότητα της κατάστασης του πάσχοντος, την έλλειψη κάθε ελπίδας, την ανεπάρκεια οποιασδήποτε θεραπευτικής αγωγής. Οποιοσδήποτε άλλος, έστω και του στενού περιβάλλοντος του ασθενούς, δεν μπορεί να έχει τεκμηριωμένη γνώμη αφού στερείται ιατρικών γνώσεων. Έτσι, κι αν ακόμα από το περιβάλλον γίνει μία τέτοια σκέψη, η οριστική απόφαση και η εκτέλεση θα ζητηθεί από το γιατρό που μεταβάλλεται έτσι σε κάθε περίπτωση, σε φυσικό αυτουργό.

Αν ένας γιατρός εσκεμμένα αφήσει ένα ασθενή να πεθάνει, ο οποίος υπέφερε από μια συνηθισμένη ιάσιμη ασθένεια, ο ίδιος θα ήταν σίγουρα υπεύθυνος γι' αυτό που έκανε όπως ακριβώς και αν είχε σκοτώσει τον ασθενή δίχως λόγο. Τότε θα έπρεπε να του γίνει καταγγελία. Σε τέτοια περίπτωση δεν θα μπορούσε να υπερασπιστεί τον εαυτό του επιμένοντας ότι δεν έκανε τίποτα. Θα είχε κάνει κάτι πραγματικά πολύ σοβαρό για να αφήσει τον ασθενή του να πεθάνει (Abrams and Buckner, 1989).

Σπανιότερα, ένα μέλος της οικογένειας αποφασίζει για τη διενέργεια ευθανασίας, χωρίς να αποκλείεται ακόμη και σ' αυτές τις περιπτώσεις ο γιατρός να κατηγορηθεί για συνέργια. Έχει λοιπόν άμεση σχέση ο γιατρός, ο οποίος οφείλει να αντιδράσει και να διαχωρίσει αμέσως τη θέση του αφού μία πρόωγη θανάτωση μπορεί:

α. να αφαιρέσει από τον ασθενή το δικαίωμα μιας δικαιοπραξίας με ανυπολόγιστες αστικές προεκτάσεις (σύνταξη ή ανασύνταξη της διαθήκης, η τέλεση γάμου, υιοθεσίας, η αναγνώριση εξώγαμου τέκνου)

β. να συγκαλύψει μία εγκληματική ενέργεια (εξαρτώμενη πλέον άμεσα από τα συμφέροντα και τις διαθέσεις των ανθρώπων που τον περιστοιχίζουν)

γ. να αποτελέσει τη βάση για να κατηγορηθεί ο γιατρός ότι συνέργησε σε “ανθρωποκτονία εκ προθέσεως.” Αυτό μπορεί να συμβεί όταν ο γιατρός κατηγορηθεί ότι πολιορκείται από συγγενείς που είχαν άμεσα και μεγάλα συμφέροντα ή ότι δωροδοκούμενος απ’ αυτούς πείσθηκε να προκαλέσει το θάνατο αυτού.

Όπως στην ευθανασία έτσι και στην «ανθρωποκτονία εν συναινήση», ο γιατρός έχει τις περισσότερες ευκαιρίες να εμπλακεί και να κατηγορηθεί λόγω της θέσεως του δίπλα στον ανίατο πάσχοντα. Και στις δύο περιπτώσεις, φαίνεται ότι η θέση του γιατρού θα πρέπει να είναι η άρνηση. Μια άρνηση με βάση όχι μόνο το φόβο των νομικών συνεπειών αλλά κυρίως τη βαθιά συναίσθηση του καθήκοντος και της υψηλής αποστολής που τάχθηκε να υπηρετεί (Κουτσελίνη και Μιχαλοδημητράκη, 1984).

Η παροχή βοήθειας σε ετοιμοθάνατο συνιστά εκπλήρωση ενός αυτονόητου ανθρωπιστικού καθήκοντος, το οποίο δεσμεύει κάθε γιατρό και νοσηλεύτη. Επομένως, όποιος αρνείται να συμμορφωθεί προς το καθήκον αυτό, διαπράττει “σωματική βλάβη”, εφόσον οι πόνοι του ετοιμοθάνατου θα μπορούσαν να είχαν καταπραυνθεί, ή “απλή ανθρωποκτονία”, όταν εκ της μη παροχής της ως άνω βοήθειας η ζωή του ετοιμοθάνατου επιβραχύνθηκε (Καίσαρης, 1999).

Το δικαστήριο μπορεί να απαλλάξει τον υπαίτιο από την ποινή στην περίπτωση που α) το θύμα δεν μπορούσε να προκαλέσει από φυσική του αδυναμία το θάνατο του και β) εφόσον γνωμάτευσαν τρεις γιατροί Δημοσίου Νοσοκομείου, ομόφωνα ότι η ταλαιπωρία του ψυχορραγούντος θύματος θα συνεχιζόταν, ότι ο θάνατος θα επακολουθούσε οπωσδήποτε στο επόμενο 24ωρο και ότι δεν υπήρχε πλέον δυνατότητα αποτελεσματικής παυσίπονης αγωγής (Καράμπελας, 1987).

Η επικρατέστερη μέχρι στιγμής άποψη στην Ελλάδα είναι εκείνη η οποία, αρνητικά αντιμετωπίζοντας το ζήτημα και στηριζόμενη στην αυστηρή γραμματική διατύπωση

του άρθρου 301/1947 του Ποινικού Κώδικα, δε δέχεται ότι συντρέχει για το γιατρό λόγω άρσεως του άδικου χαρακτήρα της ευθανασίας. Επομένως, αν αυτός παράσχει στον ασθενή τα μέσα για την επιτάχυνση του θανάτου του, θα διωχθεί ποινικά ως συμμετοχος σε ανθρωποκτονία, ενώ αν η πράξη του επιφέρει συντόμευση της ζωής θα κριθεί ως υπαίτιος ανθρωποκτονίας (Καίσαρης, 2001).

1.6.5 Ιατρικές απόψεις

Καμία ιατρική εταιρεία, κανένας γιατρός ή επιστημονική ένωση δεν μπορεί να δεχθεί την ευθανασία ως τρόπο επίλυσης μιας ανίατης ασθένειας (Σπηλιώτης, 1999).

Ένα όμως ιατρικό δίλημμα που αρχίζει να αναδεικνύεται όλο και πιο συχνά σήμερα είναι η παροχή καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης σε ασθενείς με ανίατα νοσήματα στο τελικό στάδιο. Ο προβληματισμός γύρω από αυτό το θέμα οδήγησε στην έκδοση οδηγιών στον Καναδά και στην Αγγλία που χαρακτηρίζουν σε ποιες περιπτώσεις δεν πρέπει να εκτελείτε καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση. Αυτές είναι:

- η κατάσταση του ασθενή προδιαγράφει ότι η ανάνηψη δεν θα επιφέρει καμία αλλαγή
- εάν η καρδιοαναπνευστική ανάνηψη έρχεται σε αντίθεση με την επιθυμία του ασθενή
- εάν η προσδοκούμενη επιβίωση μετά την ανάνηψη θα έχει χαμηλή ποιότητα ζωής (Σπηλιώτης, 1999).

Ο Σπηλιώτης (1999) επίσης αναφέρει ότι μια αντίστοιχη αντίληψη καθιερώθηκε μετά το 1991 όπου τονίζεται ότι οι ιατροί έχουν υποχρέωση να σεβαστούν την επιθυμία του ασθενούς ή της οικογένειας για εφαρμογή ανάνηψης εκτός εάν οι ίδιοι κρίνουν ότι η ανάνηψη είναι μάταιη.

Το ζήτημα της ευθανασίας παραμένει ιδιαίτερα επίκαιρο σήμερα, σε μια εποχή όπου, παρά τις εξελίξεις της ιατρικής και της τεχνολογίας, αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα βιοηθικά προβλήματα, αλλά και μια πραγματικότητα με την οποία συχνά ο γιατρός βρίσκεται ενόπιος – ενοπίω (Παπαχρήστου, 1999). Πρωταρχικό ρόλο παίζει η ιατρική ηθική που είναι το σύνολο των κανόνων συμπεριφοράς που πρέπει να τηρεί ο

θεράπων ιατρός. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο αναπτύσσεται η βιοηθική, που σκοπεύει να αποτελέσει τον οδηγό και ταυτόχρονα την ηθική τροχοπέδη στην επιστημονική άσκηση για την ίδια την ουσία της ζωής. Είναι ευαίσθητη σε διαφορετικούς προσανατολισμούς αλλά πάντοτε τηρεί τις παγκόσμιες αξίες.

Επιπροσθέτως, η ιατρική δεοντολογία περιλαμβάνει τους βασικούς κανόνες συμπεριφοράς από τους οποίους θα πρέπει να εμπνέεται ο ιατρός και να τους τηρεί εντός ενός καθορισμένου νομικού και κοινωνικού πλαισίου.

Σκοπός της ιατρικής είναι όσο το δυνατόν η επί μακρότερου χρόνου διατήρηση της ζωής του ανθρώπου και η αντιπαράταξη προς θάνατο. Κατά τον κανονισμό της ιατρικής Δεοντολογίας, βασικό καθήκον του θεράποντα είναι η ίαση του ασθενούς, η ανακούφιση του από τους πόνους και η διατήρηση του στην ζωή (Δαΐκος, 1991). Ο φόνος δεν είναι δυνατόν να γίνει παραδεκτός διότι αντιτίθεται σ' αυτό το σκοπό. Για παράδειγμα, ο καρκίνος είναι ανίατη αρρώστια αλλά υπάρχουν παραδείγματα βαρέως ασθενούντων από καρκίνο που θεραπεύτηκαν και έζησαν πολλά χρόνια (Σπηλιώτης, 1999).

Τέλος, ένας γιατρός ο οποίος δεν πιστεύει στην ιερότητα της ζωής, θα ήταν καλύτερα να μην γίνεται γιατρός. Για το γιατρό υπάρχει η “ένταση της συνειδήσεως του”. Δεν έχει κανένας το δικαίωμα να επιβάλει στο γιατρό να γίνει εκτελεστής της ζωής (Δαΐκος, 1991). Ο γιατρός και ο νοσηλευτής, πρέπει να κάνουν το παν για ν' ανακουφίσουν τον πάσχοντα, με γνώμονα το ενδιαφέρον και την αγάπη. Η βοήθεια του γιατρού σ' αυτόν που πεθαίνει πρέπει να παρέχεται πάντοτε με ευσπλαχνία και σεβασμό στην προσωπικότητα του ασθενή, για την ανακούφιση του κατά την τελειωτική φάση της ασθένειας του, εξασφαλίζοντας του όσο δυνατόν έναν αξιοπρεπή θάνατο.

1.6.6. Νοσηλευτικές απόψεις

Τα επαγγελματικά δικαιώματα των αποφοίτων Τ.Ε.Ι νοσηλευτικής, στο άρθρο 1 παρ.2 του νόμου 351/1989, αναφέρει ότι καθήκον του νοσηλευτή είναι “η προθανάτια υποστήριξη και φροντίδα του ασθενή και η μεταθανάτια φροντίδα του ασθενή στο θάλαμο και υποστήριξη της οικογένειας”. Επίσης, ο ίδιος νόμος αναφέρει ότι “η φροντίδα και υποστήριξη του αρρώστου και του περιβάλλοντος όταν υπάρχει χρόνιο

ή ανίατο νόσημα είναι καθήκοντα του νοσηλευτή”. Τέλος, στην παράγραφο 2.3 αναφέρει ότι “γίνονται πράξεις μετά από γνώμάτευση γιατρού και εκτέλεση από το νοσηλευτή”.

Τα παραπάνω φαίνεται ότι έρχονται σε αντίθεση με τον ορισμό της ευθανασίας. Είναι σημαντικό εδώ να αναφερθεί ότι, ο/η νοσηλευτής/τρια είναι υπάλληλος και έχει ορισμένες υποχρεώσεις απέναντι στο νοσηλευτικό ίδρυμα. Ως επακόλουθο, η άρνηση προσφοράς νοσηλευτικής υπηρεσίας μπορεί να έχει επιπτώσεις στις εργασιακές του/της σχέσεις (απόλυση) (Γιαννοπουλου, 2003). Για παράδειγμα, αν μετά από γνώμάτευση του θεράπων ιατρού δοθεί εντολή στη νοσηλεύτρια για διενέργεια ευθανασίας και η νοσηλεύτρια αρνηθεί να την εκτελέσει, θα δημιουργηθεί πρόβλημα τόσο στην ίδια όσο και στους ανώτερους της. Αυτό συμβαίνει, διότι το καθηκοντολόγιο δεν είναι σαφές ώστε να προστατεύει το νοσηλευτικό προσωπικό.

Πιο συγκεκριμένα, από τη μια αναφέρει υποστήριξη και φροντίδα του ασθενή και από την άλλη εκτέλεση των εντολών του θεράπων ιατρού. Και αν τα παραπάνω έχουν διαφορετικό στόχο; τι πρέπει να κάνει η νοσηλεύτρια; Τέτοια διλήμματα αντιμετωπίζει συχνά το νοσηλευτικό προσωπικό. Η απάντηση δεν είναι μονολεκτική. Το αντικείμενο άσκησης της νοσηλευτικής επιστήμης είναι ο άνθρωπος και εκεί πρέπει να επικεντρώνονται όλες μας οι τεχνικές, γνώσεις και αποφάσεις. Το καθηκοντολόγιο είναι νομικό έγγραφο με σκοπό να οριοθετήσει τα σύνορα άσκησης του επαγγέλματος μας. Να ξέρει δηλαδή το νοσηλευτικό προσωπικό που αρχίζει και που τελειώνει η νοσηλευτική πράξη. Φαίνεται όμως, ότι το καθηκοντολόγιο έχει αρκετά κενά και διχάζει το νοσηλευτικό προσωπικό. Γι’ αυτό, θα ήταν ευχής έργο να αναθεωρηθεί το καθηκοντολόγιο έτσι ώστε να δίνει στο νοσηλευτικό προσωπικό την αίσθηση της επαγγελματικής ηρεμίας, σιγουριάς και το δικαίωμα στους νοσηλευτές να γνωρίζουν πότε και γιατί να σταματούν. Πολλοί ερευνητές έχουν αναφέρει ότι η νομοθετική κατοχύρωση της ευθανασίας στην Ελλάδα είναι επιτακτική ανάγκη (Πριάμη και άλλοι 2001, Γιάκη και άλλοι 2005).

Απεναντίας, οι νοσηλευτές που βοηθούν τους γιατρούς στην ευθανασία φαίνεται ότι καταπατούν τον όρκο του νοσηλευτή και παραβαίνουν το Διεθνή Κώδικα Ηθικών Καθηκόντων όπου στο κείμενο του 1953, αναφέρεται ότι ο νοσηλευτής πρέπει «να αρνείται να συμμετέχει σε μη ηθικές ενέργειες». Δυστυχώς η διάταξη αυτή απαλείφθηκε στην αναθεώρηση του Μεξικού του 1973, όπου υπάρχει μόνο η γενική

διατύπωση ότι «η Νοσηλευτική είναι στενά συνυφασμένη με το σεβασμό της ζωής του ανθρώπου».

Τέλος, ένα άλλο σημαντικό θέμα στην ευθανασία είναι τα δικαιώματα των ασθενών. Η Ελλάδα είναι η πρώτη χώρα της Ευρώπης που αναγνώρισε τα δικαιώματα των ασθενών. Μέχρι το 1992, τα δικαιώματα των ασθενών προστατεύονταν έμμεσα μέσα από τις διατάξεις του γενικού δικαίου που αναφέρονταν κυρίως στις υποχρεώσεις των ιατρών απέναντι στον ασθενή. Το 1992, τα δικαιώματα των ασθενών διατυπώνονται άμεσα στο άρθρο 47 του νομού 2071/92, ενώ πέντε χρόνια αργότερα, το 1997 προβλέπονται και μηχανισμοί προστασίας.

Δικαίωμα, είναι η ελευθερία του ανθρώπου να απολαμβάνει κάτω από έννομο τάξη τα αγαθά (ασώματα και ενσώματα). Ο κάθε άνθρωπος ως μέλος του κοινωνικού συνόλου και ως άτομο, έχει δικαιώματα και υποχρεώσεις. Τα δικαιώματα του ισχύουν σε οποιαδήποτε κατάσταση ακόμα και αν βρίσκεται, είτε σε πλήρη υγεία είτε στην ανάγκη παροχής κάποιας θεραπευτικής αγωγής (Γιαννοπούλου, 2003).

Τα δικαιώματα του ασθενή διακρίνονται σε:

- Νομικά και Ηθικά:
1. Δικαίωμα ενημέρωσης
 2. Δικαίωμα σεβασμού
 3. Δικαίωμα συμμετοχής
 4. Δικαίωμα ίσης μεταχείρισης

Δικαίωμα Ενημέρωσης

Το Δικαίωμα της Ενημέρωσης είναι το σημαντικότερο δικαίωμα του ασθενή, πάνω στο οποίο στηρίζονται όλα τα υπόλοιπα θεσμοθετημένα δικαιώματα. Ο ασθενής δικαιούται να ζητήσει να πληροφορηθεί ότι αφορά την κατάσταση του. Το συμφέρον του ασθενούς είναι καθοριστικό και εξαρτάται από την πληρότητα και ακρίβεια των πληροφοριών που του δίνονται. Η πληροφόρηση του ασθενούς πρέπει να του επιτρέπει να σχηματίσει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων της καταστάσεως του και να λαμβάνει αποφάσεις ο ίδιος ή να μετέχει στη λήψη αποφάσεων που είναι δυνατό να προδικάσουν την μετέπειτα ζωή του. Ο

ασθενής έχει το πρώτο και τελευταίο λόγο στη θεραπεία του. Το Δικαίωμα της Ενημέρωσης θεμελιώνεται νομικά και ηθικά.

Δικαίωμα Σεβασμού

Ο ασθενής έχει το Δικαίωμα του Σεβασμού για την αναγνώριση των θρησκευτικών και ιδεολογικών του πεποιθήσεων (άρθρο 47, Νόμος 2071/92). Είναι κυρίως ηθικό δικαίωμα και προστατεύεται από το Διεθνή Κώδικα Ηθικών Καθηκόντων. Ο σεβασμός των ανθρωπίνων δικαιωμάτων είναι ιδιαίτερα σημαντικός στο πεδίο της υγείας, που τόσο πολύ εξαρτάται από τις διαπροσωπικές σχέσεις.

Το Δικαίωμα του σεβασμού περικλείει:

- α) το δικαίωμα της εξατομικευμένης φροντίδας
- β) το δικαίωμα της εχεμύθειας
- γ) το δικαίωμα του απορρήτου
- δ) το δικαίωμα συγκατάθεσης ή άρνησης κάθε διαγνωστικής ή θεραπευτικής πράξης που πρόκειται να διενεργηθεί σ' αυτόν
- ε) το δικαίωμα να αρνηθεί να γίνει αντικείμενο πειραμάτων
- στ) το δικαίωμα να αρνηθεί να γίνει αντικείμενο εκπαίδευσης
- ζ) το δικαίωμα να πεθάνει με αξιοπρέπεια.

Σύμφωνα με τη Γιαννοπούλου (2003) το δικαίωμα αυτό, που χρησιμοποιείται ως επιχείρημα υπέρ της ευθανασίας, είναι αμφιβόλου υπόστασης. Γιατί τι ακριβώς εννοείται σαν "αξιοπρέπεια"; Ποιος είναι υπεύθυνος να αποφασίσει για την συνέχιση ή την διακοπή της θεραπείας; Έχει το δικαίωμα ο ασθενής να αποφασίσει πώς και πότε θα πεθάνει, την στιγμή που δεν είναι αυτός εξουσιαστής της ζωής και του θανάτου;

Δικαίωμα Συμμετοχής

Ο ασθενής έχει το Δικαίωμα να Συμμετέχει στις αποφάσεις που παίρνονται γι' αυτόν και στην θεραπευτική αγωγή που του εφαρμόζεται.

Η άσκηση του δικαιώματος αυτού εξαρτάται από δύο παράγοντες πρώτον, τον τύπο του ασθενή και δεύτερον, τη σοβαρότητα της ασθένειας.

Δικαίωμα Ίσης Μεταχείρισης

Ο ασθενής έχει το Δικαίωμα της Ίσης Μεταχείρισης ανεξάρτητα από πολιτισμό, κοινωνική σύνθεση, πολιτική μορφή, θρήσκευμα και οικονομική κατάσταση. Ο “κανόνας των δικαιωμάτων” του ετοιμοθάνατου σημαίνει ότι έχω το δικαίωμα να με φροντίζουν αυτοί, που μπορούν να μου διατηρήσουν την αίσθηση της ελπίδας όσο και αν αυτό δεν μπορεί να αλλάξει. Η ελπίδα είναι μια μικρή λέξη με μεγάλο σημασία και νόημα. Η αναγνώριση των αναγκών του ασθενούς και η ταξινόμηση τους σε κατηγορίες έχει κεντρική θέση στην νοσηλευτική πράξη (Γιαννοπούλου, 2003). Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να γνωρίζει τα δικαιώματα των ασθενών, ώστε να μπορεί να εκπληρώσει στο ακέραιο τις υποχρεώσεις του, τόσο δεοντολογικά όσο και νομικά.

1.7 Νοσηλευτική και ευθανασία

1.7.1 Νοσηλευτική προσέγγιση

Ο θάνατος είναι ένα αναπόφευκτο κομμάτι της ζωής και ένα σημαντικό μέρος της νοσηλευτικής εργασίας που φαίνεται ότι έχει παραμεληθεί. Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι ικανός να στηρίζει, να βοηθά και να ανακουφίζει τους ασθενείς που έχουν λίγες πιθανότητες ίασης, ενώ συγχρόνως είναι μία οδυνηρή εμπειρία για τον νοσηλευτή.

Σ’ αυτές τις περιπτώσεις η θέση του νοσηλευτή είναι να παρεμβαίνει στην ανακούφιση του έντονου πόνου και στην συμπαράσταση του ασθενή και τις οικογένειας για την προβλεπόμενη απώλεια.

Σύμφωνα με τη Σαχίνη-Καρδάση (2002) υποχρέωση του νοσηλευτή μπροστά σε έναν ασθενή που υποφέρει και αναμένεται η κατάληξη του είναι η:

- εκτίμηση χαρακτηριστικών πόνου (εντόπιση, συχνότητα, διάρκεια)
- διαβεβαίωση του ασθενή ότι γνωρίζει πως ο πόνος του είναι πραγματικός και ότι θα βοηθήσει ώστε να μειωθεί

- εκτίμηση άλλων παραγόντων που αυξάνουν το αίσθημα του πόνου (φόβος, κούραση, θυμός κ.λ.π.)
- χορήγηση αναλγητικών για ανακούφιση από τον πόνο (μέσα στα πλαίσια της ιατρικής οδηγίας)
- εκτίμηση συμπεριφοράς του ασθενή στον πόνο
- συνεργασία με ασθενή, γιατρό και άλλα μέλη της ομάδας υγείας
- ενθάρρυνση στρατηγικών ανακούφισης πόνου που ο ασθενής χρησιμοποίησε με επιτυχία σε προηγούμενη εμπειρία
- διδασκαλία ασθενή νέων στρατηγικών για ανακούφιση πόνου (ευχάριστες εικόνες, χαλάρωση)
- ενθάρρυνση του ασθενή να εκφράζει λεκτικά απορίες που αφορούν την αρρώστια, τη θεραπεία και τις μελλοντικές επιπτώσεις
- ενθάρρυνση ασθενή και οικογένειας να συμμετέχουν ενεργά στα σχήματα φροντίδας και θεραπείας
- συχνή επικοινωνία με οικογένεια για δημιουργία και διατήρηση σχέσεων, που προάγουν τα αισθήματα εμπιστοσύνης και ασφάλειας και μειώνουν τα αισθήματα φόβου και απομόνωσης
- έκφραση αρνητικών αισθημάτων από τον ασθενή
- εμπλοκή ιερέα, αν το επιθυμεί ο ασθενής και η οικογένεια

Επιπλέον, σύμφωνα με τη Wright (1998) τρεις οδηγίες που οι νοσηλευτές θα πρέπει να ακολουθήσουν όσο αφορά τον ετοιμοθάνατο ασθενή είναι:

1) Να ακούν προσεκτικά διότι με αυτό τον τρόπο μπορούν να αντιληφθούν τι πραγματικά επιθυμούν και τι φοβούνται οι ασθενείς

2) Ποτέ να μην λένε ψέματα στον ασθενή γιατί οι ασθενείς έχουν δικαίωμα στην αλήθεια, και

3) Ποτέ να μην αφαιρείται η ελπίδα. Όσο αναπνέουμε υπάρχει ελπίδα και η αφαίρεση της είναι βίαιη και βάνουση

Η Μαλγαρινού (2002) προτείνει ορισμένα σημεία που δείχνουν ότι η ζωή πλησιάζει προς το τέλος:

- πτώση της αρτηριακής πίεσεως και κατά συνέπεια ελάττωση της κυκλοφορίας (άκρα ψυχρά)
- η κίνηση και η αίσθηση μειώνονται
- συχνά υπάρχει μεγάλη εφίδρωση
- το δέρμα γίνεται κυανωτικό ή ωχρό
- επειδή οι μυς χάνουν τον τόνο τους, το σώμα παίρνει θέση ύπτια
- τα αντανακλαστικά σιγά-σιγά εξαφανίζονται
- οι κόρες των ματιών δεν αντιδρούν στο φως
- η αναπνοή γίνεται θορυβώδης και μπορεί να εμφανιστεί ο ρόγχος του θανάτου
- οι αναπνοές μπορεί να είναι σύντομες και επιπόλαιες
- ο σφυγμός γίνεται άρρυθμος, λεπτός και γρήγορος
- η ομιλία γίνεται δύσκολη
- η οξύτητα της ακοής πιστεύεται ότι είναι υποβαθμισμένη σε πολλές περιπτώσεις

Οι νοσηλευτές πρέπει να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένοι ώστε να παρέχουν ποιοτική φροντίδα στους ετοιμοθάνατους ασθενείς. Είναι το μόνο προσωπικό υγείας που βρίσκεται δίπλα στον ασθενή 24 ώρες το 24ωρο και ως επακόλουθο, μπορούν να παρατηρούν τα παραπάνω σημεία και να ελεμβαίνουν όποτε και αν χρειάζεται. Έτσι, ο νοσηλευτής πρέπει να διακατέχεται από κριτική σκέψη, παρατηρητικότητα και γνώσεις της νοσηλευτικής επιστήμης.

Η φροντίδα του ετοιμοθάνατου ασθενή απαιτεί την πλήρη αφοσίωση των νοσηλευτών. Είναι αλήθεια ότι η φροντίδα στο τέλος της ζωής απαιτεί περισσότερο χρόνο από τους νοσηλευτές. Καθήκον των νοσηλευτών είναι να απαλύνουν τον πόνο και τα συμπτώματα της ασθένειας. Επίσης, η επικοινωνία/ενημέρωση με τους ασθενείς και τις οικογένειες τους, η ολοκληρωμένη ψυχολογική φροντίδα των ασθενών και η εκπλήρωση των φυσικών αναγκών τους, είναι μερικές από τις νοσηλευτικές φροντίδες που απαιτούν χρόνο, υπομονή και αγάπη από το νοσηλευτικό προσωπικό. Παρ' όλα αυτά, οι νοσηλευτές δεν θα πρέπει να παραμελούν τα άλλα καθήκοντα που έχουν να πραγματοποιήσουν. Οι νοσηλευτές που φροντίζουν ετοιμοθάνατο ασθενή, πρέπει να συνεργάζονται με άλλους επιστήμονες (κοινωνικούς λειτουργούς και ψυχολόγους) και να εκτιμούν την νοσηλευτική διεργασία έτσι ώστε να προσφέρουν όσο γίνεται καλύτερη νοσηλευτική φροντίδα (Ciccarelo, 2003). Οι Πριάμη και άλλοι (2001) βρήκαν ότι, κατά το νοσηλευτικό προσωπικό, η συμμετοχή του ασθενούς θεωρείτο περισσότερο σημαντική σε σχέση με την συμμετοχή της οικογένειας, στη φροντίδα του.

1.7.2 Ανάγκες ετοιμοθάνατου ασθενούς

Οι ανάγκες του ετοιμοθάνατου διακρίνονται σε φυσικές, συναισθηματικές και πνευματικές.

Φυσικές ανάγκες.

Όταν ο θάνατος δεν έρχεται ξαφνικά, υπάρχουν μερικά νοσηλευτικά προβλήματα, τα οποία καλείται να αντιμετωπίσει το νοσηλευτικό προσωπικό. Ο ασθενής ο οποίος περνά τις τελευταίες μέρες τις ζωής του, συνήθως έχει μειωμένη όρεξη και συχνά η φυσική προσπάθεια που καταβάλλει για τη διατροφή του είναι μεγάλη. Μία άλλη μέριμνα του/της νοσηλευτή/τριας είναι η φροντίδα της ατομικής υγιεινής του ασθενούς (στόματος, μύτης, ματιών, δέρμα).

Συναισθηματικές και Πνευματικές Ανάγκες.

Κάποτε ο ασθενής καταλαβαίνει ότι πλησιάζει στο θάνατο. Ο τρόπος αντιμετώπισής του εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Η κοσμοθεωρία για τη ζωή και το θάνατο ποικίλει από άτομο σε άτομο. Η ηλικία επίσης επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο δέχεται και αντιμετωπίζει το θάνατο. Ο φόβος είναι από τα πιο οδυνηρά

συναισθήματα του ανθρώπου και συγκεκριμένα ο φόβος του θανάτου είναι ο πιο έντονος που δοκιμάζει ο άνθρωπος. Ακόμα, ο ασθενής διακατέχεται από αίσθημα ανασφάλειας και θέλει όλους τους δικούς του γύρω του. Ο ασθενής τις τελευταίες στιγμές της ζωής του πιθανόν να θυμάται όνειρα και επιθυμίες που δεν πραγματοποιήθηκαν. Πολλά από τα πιο πάνω συναισθήματα καταπονούν την ψυχή του ασθενή. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολύ σημαντικός. Η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς αποτελεί πρωτεύον στόχο και πρέπει να ενθαρρύνεται ο ασθενής να εκφράζει τις απόψεις του, τις αγωνίες του και τους φόβους του. Ο νοσηλευτής είναι ο επιστήμονας-άνθρωπος που μπορεί να εμπιστευτεί ο ασθενής στην εξωτερίκευση των σκέψεων/απόψεων του.

Οι τελευταίες στιγμές της ζωής ενός ανθρώπου έχουν μεγάλη σημασία για την αιώνια αποκατάσταση της ψυχής του. Η συμβολή του ιερέα στην ικανοποίηση των ψυχικών αναγκών του ασθενούς είναι πολύ σημαντική (Μαλγαρινού, 2002).

1.7.3 Αντιμετώπιση και βοήθεια της οικογένειας

Η αποδοχή της πραγματικότητας, ότι δηλαδή είναι δυνατό να χάσουμε αγαπημένα πρόσωπα, βοηθάτε από το πιστεύω ότι τίποτε στη γη δεν είναι μόνιμο ούτε και δικό μας. Ο τρόπος και ο βαθμός που εκδηλώνεται η θλίψη για την απώλεια προσφιλούς προσώπου εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως, θρησκευτικές πεποιθήσεις, προσωπικές εμπειρίες, κουλτούρα, κ.α. Συχνά η θλίψη οφείλεται στο ότι ο θάνατος είναι μεγάλη προσωπική απώλεια και η λύπη που δοκιμάζει κανείς είναι για τον ίδιο τον εαυτό του.

Επειδή οι αιτίες του πόνου ποικίλουν, το καθήκον του νοσηλευτή γίνεται δύσκολο. Όταν κατορθώσει να τοποθετήσει τον εαυτό του στη θέση στην οποία εκείνοι βρίσκονται, τότε μόνο θα μπορέσει να προσφέρει πραγματική βοήθεια και ανακούφιση στους συγγενείς του ετοιμοθάνατου. Ως αποτέλεσμα, ο σεβασμός για τα αισθήματα τα οποία οι οικείοι δοκιμάζουν, θα εκδηλώνεται από το νοσηλευτή με καλοσύνη και ευγένεια. Υπάρχουν στιγμές στις οποίες δεν βρίσκονται λόγια που παρηγορούν ή ανακουφίζουν. Είναι καλύτερα τότε ο νοσηλευτής να γίνει σιωπηλός ακροατής και να αφήσει τον πονεμένο άνθρωπο να εκφράσει όλο το πόνο που αισθάνεται η ψυχή του. Είναι ο καλύτερος τρόπος βοήθειας και ανακούφισης που μπορεί να προσφέρει (Μαλγαρινού, 2002). Γενικά, το νοσηλευτικό προσωπικό κατά

τη διάρκεια της αρρώστιας του ασθενή, προσφέρει υποστηρικτικό, ενημερωτικό και εκπαιδευτικό έργο στην οικογένεια του (Ciccarello, 2003).

1.7.4 Η ψυχολογία του νοσηλευτή μπροστά στο τέλος της ζωής του αρρώστου

Το ενδιαφέρον για την ψυχολογία του νοσηλευτικού προσωπικού σε ετοιμοθάνατους ασθενείς εμφανίστηκε τα τελευταία χρόνια. Σε αυτό συνέβαλλαν οι αλλαγές στη περίθαλψη, όπως προέκυψαν κυρίως από την τεχνολογική εξέλιξη των θεραπευτικών ενεργειών που παρατείνουν τη ζωή των ασθενών.

Σύμφωνα με τον Καλλέργη (2000) οι νοσηλευτές περνούν πέντε φάσεις μέχρι την τελική αποδοχή της ασθένειας ή θανάτου.

Η φάση του σοκ του νοσηλευτή πλησιάζει εκείνη του ασθενούς τον πρώτο καιρό της παραμονής στο νοσοκομείο, ενώ ακολούθως γίνεται ηπιότερη με τη βοήθεια της ελπίδας ότι με κατάλληλους χειρισμούς θα υπάρξει θεραπεία. Η άρνηση είναι η μικρότερη ή μεγαλύτερη φάση ανάλογα με την ασυνείδητη αντίδραση λόγω προσωπικών βιωμάτων (π.χ. ο ασθενής έχει την ίδια νόσο που έχει ή είχε αγαπημένο πρόσωπο του νοσηλευτή). Η άρνηση πρέπει να προσεχθεί διότι οδηγεί στην παράβλεψη των προβλημάτων του ασθενούς. Η φάση του θυμού είναι αρκετά δύσκολη καθώς ο ασθενής προβάλλει έντονα το θυμό του. Οι νοσηλευτές πρέπει να δείξουν υπομονή, κατανόηση και να καταβάλλουν προσπάθεια να μην εμπλακούν. Στη φάση της θλίψης, οι νοσηλευτές κινητοποιούνται περισσότερο και πολλές φορές ζητούν την ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς από ειδικούς επιστήμονες (ψυχολόγους). Η φάση της αποδοχής φαίνεται να είναι ακόμη δυσκολότερη. Υπάρχει σύγχυση και δυσκολία διάκρισης από την κατάθλιψη. Συνήθως λαμβάνεται ως κατάθλιψη αλλά δεν είναι. Το συναίσθημα που βιώνει ο νοσηλευτής είναι ότι μετά έρχεται ο θάνατος, κάτι που μας τρομάζει, μας βάζει ενοχές, αίσθημα αναξιοσύνης που δεν “σώσαμε” τον ασθενή. Δεν είναι βέβαια συνδεδεμένη η φάση της αποδοχής αναγκαστικά με το θάνατο. Ο ασθενής σε αυτή τη φάση θέλει την απλή συμπαράσταση και κατανόηση, ενώ αισθάνεται απαλλαγμένος από αγωνία.

Όλες αυτές οι διεργασίες είναι ψυχοπαιστικές και φαίνεται να επιβαρύνουν προσωπικά τους νοσηλευτές με αντίκτυπο στην κοινωνική και οικογενειακή τους ζωή.

Η νοσηλευτική, είναι από τα λίγα επαγγέλματα, που προσφέρει τη δυνατότητα να γνωρίσει τον άνθρωπο σε βάθος, τις διαφορετικές πλευρές της ζωής και τις αντιδράσεις του αρρώστου. Ο Καλλέργης (2000) θέτει μερικά σημαντικά ερωτήματα αναφερόμενος στον νοσηλευτή και τον ετοιμοθάνατο ασθενή: είναι ο νοσηλευτής κατάλληλα προετοιμασμένος να φροντίσει τον ετοιμοθάνατο ασθενή; Και πόσο οι συνθήκες εργασίας βοηθούν να εκπληρώσει αυτό το σκοπό; Έρευνες έδειξαν ότι αρκετοί από τους σημερινούς επαγγελματίες υγείας δεν είναι προετοιμασμένοι από την εκπαίδευση τους να αντιμετωπίσουν το θέμα της ευθανασίας (Πριάμη και άλλοι, 2001). Η εκπαιδευτική δραστηριότητα επικεντρώνεται στην αντιμετώπιση της νόσου, αποφεύγοντας να αντιμετωπίσει το θέμα ποιότητα φροντίδας ενός ασθενούς.

1.7.5. Διλήμματα για την ευθανασία

Η Παγκόσμια Ιατρική Ένωση σε συνέδριό της στη Μαδρίτη, τον Οκτώβριο του 1987, καταδίκασε την ευθανασία τονίζοντας ότι έστω και αν γίνεται ύστερα από επίμονη απαίτηση των ασθενών ή των συγγενών παραμένει πάντοτε μία πράξη «μη ηθική». Οι γιατροί είπαν «όχι» στην ευθανασία. Τι θα πουν άραγε οι νοσηλευτές; Έρευνες που έγιναν στη Ελλάδα έδειξαν ότι και οι νοσηλευτές είπαν “όχι” στην ευθανασία. Πιο συγκεκριμένα, οι Πριάμη και άλλοι (2001) βρήκαν ότι το 40% των νοσηλευτών διαφωνούσε στην επιτάχυνση του θανάτου του ασθενούς που βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ζωής του με φάρμακα ή άλλα μέσα, όπως και οι Γιάκη και άλλοι (2005) που αναφέρουν ότι το 55.3% του νοσηλευτικού προσωπικού είναι κατά της ευθανασίας.

Είναι γενικά αποδεκτό ότι η ευθανασία είναι ένα θέμα επίκαιρο, ανοιχτό, υπαρξιακό με πολλούς προβληματισμούς και διλήμματα. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση επιχείρησε να αναδείξει αυτά τα διλήμματα, αλλά να προσθέσει και άλλα, τα οποία συνοψίζουμε παρακάτω:

Υπάρχει διαφορά ανάμεσα, να σκοτώσεις κάποιον ή να τον αφήσει να πεθάνει; Μπορούν οι νοσηλευτές να παίξουν σημαντικό ρόλο στην απόφαση για ευθανασία;

Οι συζητήσεις γύρω από την ευθανασία έχουν οδηγήσει σε κάποιο αποτέλεσμα για την νοσηλευτική επιστήμη;

Πρέπει ο νοσηλευτής να δεχτεί διορισμό σε ένα νοσηλευτικό ίδρυμα όταν εκ των προτέρων γνωρίζει ότι κατά την άσκηση του έργου του θα αναγκαστεί να έρθει σε σύγκρουση με τις θρησκευτικές και ηθικές του πεποιθήσεις; Που πρέπει να απευθυνθεί ο νοσηλευτής για να λάβει οδηγίες σχετικά με την αντιμετώπιση των τυχόν ηθικών προβλημάτων που θα συναντήσει; Η παραίτηση από τη θέση του αποτελεί λύση για το πρόβλημα; Υπάρχουν άραγε άλλες λύσεις εκτός από την παραίτηση; Το καθηκοντολόγιο των νοσηλευτών, αποτελεί “προστατευτική ασπίδα” για τους ίδιους;

Μήπως, λοιπόν, το δίλημμα της ευθανασίας αποτελεί τον Δούρειο Ίππο άλλων στόχων και σκοπιμοτήτων; Μήπως για μία ασθένεια ταυτισμένη με τον επώδυνο και βασανιστικό θάνατο, η κοινωνική συνείδηση είναι πιο ευάλωτη σε διλήμματα τέτοια κάτω από την επιρροή της απελπισίας και του οίκτου; Σήμερα σε μία παγκόσμια κοινωνία που αγωνίστηκε επί σειρά ετών για την κατάργηση της θανατικής ποινής των εγκληματιών, δεν αποτελεί υποκρισία να προσπαθεί με διάφορα διλήμματα να επαναφέρει την καταδίκη σε θάνατο αδύναμων πολιτών με το πρόσχημα της ευθανασίας;

Εάν κάποιος δεν πάρει πειστικές απαντήσεις στα παραπάνω ερωτήματα, δεν μπορεί να διαχωρίσει σκοπιμότητα από συναίσθημα, ούτε μπορεί να απαντήσει υπεύθυνα αν πρόκειται για «λύτρωση» ή «δολοφονία». Ίσως ο μόνος τρόπος για να δώσει κανείς μία υπεύθυνη απάντηση είναι να προβληματιστεί πρώτα και να αξιολογήσει τον τρόπο βίωσης της ασθένειας αυτής, από την ώρα της διάγνωσης μέχρι του τελικού σταδίου (Γιδοπούλου-Στραβολαίμου, 2000).

Πολλές φορές υπάρχει αδιέξοδος για τον ασθενή, για την οικογένεια και για τους νοσηλευτές. Ο ασθενής βλέπει τον εαυτό του να φθείρεται, την λειτουργικότητα του να χάνεται, τη δύναμη για αυτοεξυπηρέτηση να ελαττώνεται και συγχρόνως έχει την αγωνία να μη γίνει βάρος στα αγαπημένα του πρόσωπα. Η οικογένεια από την άλλη μεριά, συναγωνίζεται τη σωματική και οικονομική της κατάσταση. Το νοσοκομείο, τέλος, θέλει την γρήγορη έξοδο για λειτουργικούς και οικονομικούς λόγους. Μήπως

λοιπόν, αυτό το αδιέξοδο καλλιεργεί μια άποψη ότι ο ασθενής πρέπει να “φύγει” συντομότερα από τη ζωή;

Τέλος, υπάρχουν πολλοί λόγοι που μπορούν να οδηγήσουν τον ασθενή να ζητήσει ευθανασία ή τους συγγενείς να το επιδιώξουν. Δεν είναι δυνατόν να γνωρίζουμε τα κίνητρα της οικογένειας όταν ζητούν για τον ασθενή τους ευθανασία. Πιθανοί λόγοι μπορεί να είναι η απαλλαγή από το βάρος της αρρώστιας, κάποιο οικονομικό όφελος ή κληρονομικές υποθέσεις. Επίσης, η δήλωση του ασθενούς που γίνεται από πριν δεν μπορεί να προβλέψει την πραγματική κατάσταση που θα δημιουργηθεί. Πόσο ελεύθερη είναι η απόφασή του; Ακόμα, η επιρροή του γιατρού στην ευθανασία είναι πολύ μεγάλη και σημαντική. Ποιος ο λόγος να καταφύγουμε στην ευθανασία; Υπάρχουν αποτελεσματικές θεραπευτικές εναλλακτικές λύσεις; Τέλος, για το νοσηλευτικό προσωπικό, οι παράγοντες που προσδιορίζουν την κατάσταση του ασθενούς για ευθανασία είναι ο εγκεφαλικός θάνατος, οι ανυπόφοροι πόνοι, ο καταληκτικός ασθενής και η ανίατη νόσο (Πριάμη και άλλοι, 2001).

Φαίνεται ότι οι αλλαγές θα πρέπει να επικεντρωθούν πρώτον, στην εκπαίδευση των γιατρών, νοσηλευτών, και άλλων επαγγελματιών υγείας προκειμένου να προσφέρουν μια, όσο το δυνατόν, καλύτερη ποιότητα φροντίδας στους ετοιμοθάνατους ασθενείς και δεύτερον, στις παρεχόμενες κοινωνικές υπηρεσίες (άσυλα, γηροκομεία) ώστε ο ασθενής και η οικογένεια του να μπορούν να επιλέξουν που και πως θα καταλήξει. Αυτές όμως οι αλλαγές, απαιτούν καινοτομίες τόσο στα συστήματα εκπαίδευσης όσο και στο σύστημα υγείας. Τέτοιες αλλαγές στα συστήματα δεν πραγματοποιούνται από τη μια μέρα στην άλλη. Απαιτούν να ξεπεραστούν οι παλιές συνήθειες και τρόποι φροντίδας και να σφυρηλατηθούν νέες υποδομές. Είναι καιρός να απομακρύνουμε την ευθανασία από το επίκεντρο και να εστιάσουμε την προσοχή μας στις αλλαγές που πρέπει να γίνουν ώστε να βοηθηθεί η πλειοψηφία των ετοιμοθάνατων ασθενών (Ezekiel, 2001).

Για τους Έλληνες φοιτητές της νοσηλευτικής δεν έχει γίνει κάποια έρευνα σχετικά με τις γνώσεις και τις απόψεις τους για την ευθανασία. Σε αντίθεση με τους φοιτητές τις ιατρικής που έχει πραγματοποιηθεί τέτοια έρευνα. Σ' αυτή την έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Πάτρα, διερευνήθηκαν οι τάσεις προς την ευθανασία ιατρών, μελών του Δικηγορικού Συλλόγου, δικαστών της Εφετειακής Περιφέρειας και τελειόφοιτων φοιτητών του Ιατρικού Τμήματος. Η απαιτητικότητα στις τρεις

πρώτες ομάδες ήταν αρκετά χαμηλή, ενώ στους φοιτητές ήταν πολύ υψηλή. Οι τάσεις που καταγράφηκαν σε όλα τα ερωτηματολόγια, δεν αποκλίνουν ιδιαίτερα μεταξύ των ατόμων των τεσσάρων ομάδων, εκτός από εκείνες που αφορούν στην παθητική ευθανασία. Σε ότι αφορά στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία και για τις τέσσερις ομάδες διαπιστώθηκε πολύ χαμηλό ποσοστό συναίνεσης συγκριτικά με τις αντίστοιχες μελέτες από άλλες χώρες. Αν και το δείγμα που μελετήθηκε είναι μικρό φαίνεται ότι και στη χώρα μας υπάρχει έντονη ευαισθητοποίηση στα θέματα της ευθανασίας και ιδιαίτερα για την υποβοηθούμενη αυτοκτονία (Παπαπετρόπουλος και άλλοι, 1997).

Ένας σημαντικός παράγοντας που πρέπει να εξετασθεί είναι η εκπαίδευση των φοιτητών της νοσηλευτικής. Και αυτό γιατί, σε πρόσφατη έρευνα που διεξήχθη από τους Γιάκη και άλλοι (2005) έδειξε ότι το επίπεδο γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού, τόσο των θεωρητικών όσο και της νομοθεσίας, σχετικά με την ευθανασία ήταν αρκετά χαμηλό. Η κύρια πηγή γνώσης ήταν τα Μ.Μ.Ε και τα περιοδικά. Οι ερευνητές αναφέρουν ότι οι γνώσεις από τις βασικές σπουδές ήταν λίγες, και ακόμη λιγότερες από τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και τις μεταπτυχιακές σπουδές. Κατά την ακαδημαϊκή τετραετή φοίτηση, οι σπουδαστές νοσηλευτικής Α.Ε.Ι. και Α.Τ.Ε.Ι. φαίνεται ότι δεν προετοιμάζονται κατάλληλα για τους προβληματισμούς και τα διλήμματα που απορρέουν από το θέμα της ευθανασίας.

Στο πρόγραμμα σπουδών των ιδρυμάτων αυτών υπάρχουν μαθήματα δεοντολογίας για την προετοιμασία τους. Για παράδειγμα, στο Α.Τ.Ε.Ι. της Πάτρας διδάσκονται μαθήματα όπως γενική ψυχολογία, συμβουλευτική νοσηλευτική και νοσηλευτική δεοντολογία. Παρόμοια προγράμματα σπουδών ισχύουν στο Α.Ε.Ι. (Νομοθεσία και Δεοντολογία στο χώρο της υγείας) και Α.Τ.Ε.Ι. των Αθηνών.

Φαίνεται όμως ότι ούτε τα μαθήματα ούτε ο χρόνος είναι αρκετός για να θιχτούν και να συζητηθούν μεγάλα θέματα όπως η ευθανασία, που απασχολούν συχνά το νοσηλευτικό προσωπικό. Ως επακόλουθο οι νοσηλευτές αδυνατούν να έχουν πλήρη και σαφή εικόνα του θέματος της ευθανασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Μέθοδος

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε τον Οκτώβριο του 2005. Ήταν μια περιγραφική έρευνα που στόχο είχε να αναγνωρίσει και να συγκρίνει τη στάση των φοιτητών νοσηλευτικής για την ευθανασία κατά την διάρκεια των προπτυχιακών τους σπουδών. Για να διαχειριστούμε μία συγκεκριμένη, αναλυτική και αποτελεσματική έρευνα, αποφασίσαμε να επικεντρωθούμε σε τρία διαφορετικά επίπεδα σπουδών (Α', Δ' και Ζ' εξάμηνο).

2.1 Σχεδιασμός

Για το σχεδιασμό της έρευνας, αποφάσεις έπρεπε να ληφθούν σχετικά με τα θέματα που θα εξερευνούσαμε για την ευθανασία. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση, στο προηγούμενο κεφάλαιο, έδειξε ότι οι περισσότερες έρευνες επικεντρώνονται στη στάση των νοσηλευτών για την ευθανασία στην κλινική τους άσκηση. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρονται σε έρευνες που έγιναν στις μονάδες εμφραγμάτων και στις μονάδες εντατικής θεραπείας. Επιπλέον, έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί για την στάση των φοιτητών ιατρικής για την ευθανασία. Παρόλα αυτά, υπάρχει έλλειψη ερευνητικής μελέτης στην Ελλάδα σχετικά με τη στάση των φοιτητών νοσηλευτικής. Ως, αποτέλεσμα αποφασίστηκε να πραγματοποιηθεί τέτοια έρευνα, που όχι μόνο να αναγνωρίσει τη στάση των φοιτητών νοσηλευτικής αλλά και να συγκρίνει τις στάσεις κατά τη διάρκεια των σπουδών τους.

Περιγραφικός σχεδιασμός χρησιμοποιήθηκε. Σύμφωνα με τους Μαντά και Ντάνο (1994) η περιγραφική έρευνα δίνει έμφαση στα ειδικά χαρακτηριστικά μιας δεδομένης κατάστασης και προσπαθεί να ανακαλύψει αλληλεξαρτήσεις μεταξύ των παραγόντων τους. Επιπροσθέτως, ο Παρασκευόπουλος (1985) αναφέρει ότι μελετά τις τάσεις και τις κατευθύνσεις που αναπτύσσονται μέσα σε μια κοινωνική ομάδα και προσπαθεί να προβλέψει τις πιθανές συνέπειες ενός γεγονότος.

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε ποσοτική μέθοδος. Τα δεδομένα συλλέχτηκαν χρησιμοποιώντας το “Ερωτηματολόγιο για την Ευθανασία” που κατασκευάστηκε από τους ερευνητές, με συνολικά 25 ερωτήσεις (παράρτημα 1). Γενικές ερωτήσεις για την ευθανασία όπως εφαρμογή της, συμμετοχή στη διαδικασία, τι γνωρίζουν για την διαδικασία, οι κύριες πηγές ενημέρωσης, αν η ευθανασία πρέπει να νομιμοποιηθεί στη χώρα μας, και να ταξινομήσουν τους παράγοντες που επηρεάζουν περισσότερο τη συμμετοχή τους σε ευθανασία, συμπεριλήφθηκαν στο πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου. Διατυπώθηκαν συνολικά 12 ερωτήσεις. Στο δεύτερο μέρος, χρησιμοποιήθηκε τροποποιημένο, αξιόπιστο και έγκυρο ερωτηματολόγιο που υιοθετήθηκε από τον Frommelt (1991).

Το ερωτηματολόγιο αυτό περιέχει συνολικά 30 ερωτήσεις σχετικά με τη στάση των φοιτητών νοσηλευτικής φροντίζοντας καταληκτικούς ασθενείς. Αποφασίσαμε να διερευνήσουμε τη στάση των φοιτητών νοσηλευτικής για τη φροντίδα σε καταληκτικούς ασθενείς διότι πρώτον, η ευθανασία πραγματοποιείται σε αυτό το γκρουπ ασθενών και δεύτερον, οι νοσηλευτές κατά τη διάρκεια της καριέρας τους θα φροντίσουν σε κάποιο βαθμό καταληκτικό ασθενή και έτσι είναι σημαντικό να γνωρίζουμε τη στάση των φοιτητών νοσηλευτικής σε αυτό το κομμάτι της νοσηλευτικής εργασίας.

Ο Frommelt χρησιμοποίησε το ερωτηματολόγιο σε έρευνα που διενήργησε το 1991 σε νοσηλευτές και το 2003 σε προπτυχιακούς φοιτητές νοσηλευτικής. Το ερωτηματολόγιο περιέχει 5 σημεία της κλίμακας Likert με απαντήσεις, Διαφωνώ απόλυτα, Διαφωνώ, Αβέβαιο, Συμφωνώ, Συμφωνώ απόλυτα. Για να μειώσουμε το μέγεθος του ερωτηματολογίου, με την διαγραφή ερωτήσεων, τα παρακάτω κριτήρια χρησιμοποιήθηκαν:

- να διαγραφούν ερωτήσεις που έχουν το ίδιο νόημα και
- να διαγραφούν ερωτήσεις που το περιεχόμενο τους δεν ανταποκρίνονταν στην ελληνική πραγματικότητα, όπως για παράδειγμα τη συμμετοχή των νοσηλευτών στην κηδεία και την μετά το θάνατο σχέση του νοσηλευτικού προσωπικού με την οικογένεια.

Ακολουθώντας τα παραπάνω κριτήρια 17 ερωτήσεις διαγράφηκαν, από τις οποίες 12 ερωτήσεις συμπίπτανε με το πρώτο κριτήριο και 5 ερωτήσεις με το δεύτερο κριτήριο. Έτσι, χρησιμοποιήθηκαν 13 ερωτήσεις. Δημογραφικά στοιχεία αποκτήθηκαν σχετικά με την ηλικία, το φύλο, την υπηκοότητα, το εκπαιδευτικό ίδρυμα και το εξάμηνο σπουδών.

Τέλος, η πρώτη σελίδα του ερωτηματολογίου περιλάμβανε το ίδρυμα που υποστήριζε την έρευνα, το σκοπό της έρευνας και τα ονόματα των ερευνητών. Ανωνυμία και εμπιστευτικότητα συμπεριλήφθησαν στην πρώτη σελίδα.

2.2 Δείγμα

Η δειγματοληψία αποτελεί ένα ουσιαστικό βήμα της ερευνητικής διεργασίας, αφού η μέθοδος με την οποία αποτελείται είναι καθοριστική για το αν το δείγμα θα αντιπροσωπεύει το συνολικό πληθυσμό και αν ο ερευνητής θα είναι σε θέση να συμπεράνει ότι τα αποτελέσματα της μελέτης μπορούν να γενικευθούν σε όλο τον πληθυσμό της. Αν και δεν υπάρχει μέθοδος που να εγγυάται πλήρως ότι ένα δείγμα είναι αντιπροσωπευτικό, η Σαχίνη-Καρδάση (2003) υποστηρίζει ότι ορισμένες διαδικασίες δειγματοληψίας είναι λιγότερο πιθανόν να δώσουν διαβλητά δείγματα από ότι άλλες. Σύμφωνα με τους Brint και Wood (1989) η αντιπροσωπευτικότητα ενός δείγματος καθορίζεται κυρίως από δυο παράγοντες: α) το μέγεθος του δείγματος και β) τον τρόπο επιλογής του δείγματος.

Στη παρούσα έρευνα, δειγματοληψία ευκολίας χρησιμοποιήθηκε λόγω της έλλειψης χρόνου και οικονομικών πόρων. Σύμφωνα με τον Bowling (1997) η δειγματοληψία ευκολίας απαιτεί τη χρήση του πιο βολικού δείγματος από τον πληθυσμό. Όμως, οι Polit και Hungler (1997) αναφέρουν ότι το πρόβλημα στη δειγματοληψία ευκολίας είναι ότι το διαθέσιμο δείγμα μπορεί να είναι μη αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού σε ότι έχει σχέση με τις μεταβλητές που εξετάζονται. Για να ελαττώσουμε το λάθος, στην έρευνα μας, συλλέξαμε ομοιογενή πληθυσμό. Όλο το δείγμα ήταν προπτυχιακοί φοιτητές νοσηλευτικής. Τα εκπαιδευτικά ιδρύματα διαλέχθηκαν με δειγματοληψία ευκολίας.

Οι φοιτητές δύο Α.Τ.Ε.Ι στην Ελλάδα συμπεριλήφθησαν στην δειγματοληψία. Το μέγεθος του δείγματος πρέπει να καθορίζεται πριν ξεκινήσει η έρευνα. Γενικά, και όταν το επιτρέπουν οι οικονομικοί πόροι, τα μεγάλα δείγματα προτιμούνται από τα μικρότερα. Σύμφωνα με τον Sirkin (1995) όσο μεγαλύτερο είναι το δείγμα τόσο περισσότερο αξιόπιστα είναι τα συμπεράσματα που εξάγονται, είναι πιο αντιπροσωπευτικά του πληθυσμού, έχουν λιγότερα δειγματολογικά λάθη και παρέχουν καλύτερη στατιστική ανάλυση. Στην παρούσα έρευνα, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος “rule of thumb” που απαιτεί περισσότερους συμμετέχοντες από ότι μεταβλητές.

Η έρευνα είχε 25 μεταβλητές και έτσι 30 φοιτητές νοσηλευτικής στα τρία εξάμηνα χρειαζόνταν για την έρευνα (n=90). Όμως, αποφασίσαμε για στατιστικούς λόγους να αυξήσουμε το δείγμα, και έτσι συμπεριλάβαμε όλους τους φοιτητές στα εξάμηνα που είχαμε καθορίσει (Α', Δ', Ζ'). Το συνολικό δείγμα ήταν 599 προπτυχιακοί φοιτητές νοσηλευτικής από τα Α.Τ.Ε.Ι Πάτρας (n=313) και Α.Τ.Ε.Ι Αθήνας (Α' Νοσηλευτική) (n=286).

2.3 Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Στη περιγραφική μας έρευνα, ποσοτική μέθοδος χρησιμοποιήθηκε διότι σύμφωνα με τους Burns και Grove (1987), είναι η ερευνητική μέθοδος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει, να εξετάσει σχέσεις και θεωρείται η πιο αποδεκτή μέθοδος για την ανάπτυξη της επιστήμης. Το πιο διαδεδομένο μέσο συλλογής πληροφοριών της ποσοτικής έρευνας είναι το ερωτηματολόγιο. Σύμφωνα με το Δημητρόπουλο (1994) το ερωτηματολόγιο συνθέτει έναν τρόπο γραπτής επικοινωνίας μεταξύ ερευνητή και υποκειμένου. Επιπροσθέτως, ένα ερωτηματολόγιο μπορεί να διανεμηθεί σε μεγάλο πληθυσμό και να αναλυθεί εύκολα (Cormack, 2000). Επίσης, ο Burns (2000) παρουσιάζει τα εξής πλεονεκτήματα του ερωτηματολογίου :

- είναι λιγότερα δαπανηρά και χρειάζονται λιγότερο χρόνο για να διανεμηθούν
- παρέχουν τη δυνατότητα πλήρους ανωνυμίας

- στις απαντήσεις τους δεν υπάρχουν προκαταλήψεις που να αντανακλούν την αντίδραση του υποκείμενου στον ερευνητή, και τέλος
- μειώνει τα λάθη της συνέντευξης

Η Δημητριάδη (2000) αναφέρει μερικές από τις κυριότερες γενικές αρχές ανάπτυξης αποτελεσματικών ερωτηματολογίων:

- Η ανάπτυξη του ερωτηματολογίου θα πρέπει να εδράζεται στους συγκεκριμένους στόχους της έρευνας.
- Το λεξιλόγιο και η συντακτική δομή των ερωτήσεων να είναι ανάλογα με το αντιληπτικό και μορφωτικό επίπεδο των ερωτώμενων.
- Να αποφεύγονται οι σύνθετες ερωτήσεις.
- Να αποφεύγετε η χρήση όρων που φορτίζουν /καθοδηγούν τον ερωτώμενο προς μια συγκεκριμένη κατεύθυνση.
- Να αποφεύγονται οι πολλές αρνήσεις.
- Να προσδιορίζεται με ακρίβεια και σαφήνεια η διατύπωση του περιεχομένου της ερώτησης.
- Να χρησιμοποιούνται ερωτήσεις-κλειδιά για τον έλεγχο της αξιοπιστίας των απαντήσεων.

Παρότι το ερωτηματολόγιο έχει πολλά πλεονεκτήματα, τα παρακάτω μειονεκτήματα όπως τα περιγράφουν οι Clifford και Cough (1990) πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν:

- χαμηλός αριθμός ανταπόκρισης
- δυσκολία συμπλήρωσης ερωτηματολογίου
- ο ερωτώμενος δεν έχει τη δυνατότητα να του δοθούν διευκρινήσεις
- έλλειψη επικοινωνίας μεταξύ ερευνητή και συμμετέχοντος στην έρευνα

Η στάση των φοιτητών νοσηλευτικής για την ευθανασία μετρήθηκε με την χρησιμοποίηση ενός νέου ερωτηματολογίου, όπως αναφέρθηκε νωρίτερα. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε συνολικά 25 ερωτήσεις. Στο πρώτο μέρος, αναπτύχθηκαν απαντήσεις κυρίως χρησιμοποιώντας 3 σημεία της κλίμακας Likert, ναι -όχι-δεν ξέρω, ενώ στο δεύτερο μέρος 5 σημεία της κλίμακας Likert που υιοθετήθηκε από τον Frommelt (1991). Οι κλίμακες Likert παρουσιάζουν στον

απαντητικών προκαταλήψεων. Το ερωτηματολόγιο επίσης περιλάμβανε δημογραφικά δεδομένα.

Επιπλέον, εξετάστηκε προσεκτικά ο βαθμός αξιοπιστίας και εγκυρότητας της έρευνας. Σύμφωνα με τη Σαχίνη-Καρδάση (2003) αξιοπιστία, ορίζεται ως ο βαθμός στον οποίο ελαχιστοποιείται το σφάλμα μέτρησης, ενώ οι Polit και Hungler (1997) την ορίζουν ως ο λόγος μεταβλητότητας του πραγματικού βαθμού προς τη μεταβλητότητα του παρατηρούμενου βαθμού. Τρία είναι τα χαρακτηριστικά αξιοπιστίας του οργάνου μέτρησης όταν οι ερευνητές συλλέγουν δεδομένα: η σταθερότητα, η εσωτερική συνοχή και η ισοδυναμία. Στην έρευνα μας, ένα μέρος από το παρών ερωτηματολόγιο υιοθετήθηκε από τη βιβλιογραφία και έδειξε ικανοποιητική σταθερότητα στις απαντήσεις των φοιτητών.

Η εγκυρότητα αναφέρεται στη μαρτυρία ότι το όργανο μετρά πραγματικά ότι προτίθεται να μετρήσει. Η αξιοπιστία είναι απαραίτητη για την εγκυρότητα ενός οργάνου. Χρησιμοποιούνται τρεις τύποι εγκυρότητας: εγκυρότητα περιεχομένου, εγκυρότητα συσχετιζόμενη με κριτήριο και δομική εγκυρότητα. Στην παρούσα έρευνα για την εγκυρότητα περιεχομένου και δομική εγκυρότητα χρησιμοποιήθηκε πρώτον, η βιβλιογραφία αφού ένα μέρος του ερωτηματολογίου υιοθετήθηκε από τον Frommelt (1991) και δεύτερον, από ειδική ομάδα καθηγητών που πιστοποίησε ότι το περιεχόμενο, η δομή και η μετάφραση του ερωτηματολογίου ήταν ικανοποιητική.

2.4 Διαδικασία

Το δείγμα των συμμετέχοντων (n=599) συλλέχτηκε με δειγματοληψία ευκολίας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε δύο Α.Τ.Ε.Ι της Ελλάδας. Αφού αναγνωρίστηκαν τα εκπαιδευτικά ιδρύματα, γράμματα στάλθηκαν στις προϊσταμένες και των δύο τμημάτων Νοσηλευτικής (παράρτημα 2 και 3). Τα γράμματα εξηγούσαν το σκοπό της έρευνας, τον τρόπο σύλλεξης πληροφοριών και ζητώντας άδεια να προσεγγίσουν φοιτητές νοσηλευτικής στο Α', Δ' και Ζ' εξάμηνο. Ανωνυμία, εμπιστευτικότητα και εθελοντική συμμετοχή των φοιτητών περιλαμβάνονταν στα γράμματα. Αφού η αίτησή εξετάστηκε από τα Διοικητικά Συμβούλια των δύο εκπαιδευτικών ιδρυμάτων, δόθηκε η έγκριση για

πραγματοποίηση της έρευνας. Στη συνέχεια, ελέγχθηκε το πρόγραμμα σπουδών των Α', Δ' και Ζ' εξαμήνων, έτσι ώστε να επιλεγούν τα μαθήματα που η παρουσία των φοιτητών ήταν υποχρεωτική με αποτέλεσμα να έχουμε το μεγαλύτερο δείγμα σε κάθε εξάμηνο, και από τα δύο εκπαιδευτικά ιδρύματα. Μετά από συνεννόηση με τους καθηγητές των μαθημάτων, τα ερωτηματολόγια μοιράζονταν στους φοιτητές. Διευκρινιζόταν ότι πρώτον, η συμμετοχή ήταν εθελοντική δεύτερον, ότι οι απαντήσεις θα κρατηθούν αυστηρώς απόρρητες και τρίτον, να διαλέξουν μόνο μια απάντηση σε κάθε ερώτηση. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου κυμαινόταν από 10 έως 20 λεπτά. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι οι φοιτητές του Α' εξαμήνου δεν γνώριζαν την σημασία "καταληκτικός ασθενείς" και "καθηκοντολόγιο", που είναι απόλυτα φυσιολογικό για το επίπεδο σπουδών που πραγματοποιούσαν.

2.5 Στατιστική ανάλυση

Τα αποτελέσματα της έρευνας αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας το στατιστικό πρόγραμμα SPSS. Επιλέξαμε στάθμη αξιοπιστίας σε βαθμό $p < 0,05$ για το συσχετισμό και τις διαφορές στην ανάλυση των δεδομένων. Επίσης, χρησιμοποιήσαμε περιγραφική στατιστική για την περιγραφή και παρουσίαση των δεδομένων. Ο Δημητρόπουλος (1994) προτείνει ότι με τη χρήση της περιγραφικής στατιστικής μπορούμε να πετύχουμε:

- α) την περιγραφή ποσοτικών δεδομένων μέσω πινάκων
- β) γραφικών απεικονίσεων
- γ) την περιγραφή της κεντρικής τάσης και της διασποράς της κατανομής
- δ) τη μεταφορά δεδομένων στις διάφορες κλίμακες έκφρασης τιμών.

Τέλος, επειδή οι ανθρώπινες υπάρξεις είναι πραγματικά πολύπλοκες, για τη μελέτη τους θα πρέπει να εξετάζονται ταυτόχρονα πολλές μεταβλητές. Αυτό επιτυγχάνετε με το συντελεστή συσχέτισης, όπου παρέχει ένα μέτρο συσχέτισης ανάμεσα σε δύο μεταβλητές, ενώ ταυτόχρονα διευθετεί τις συσχετίσεις τους με μια ή περισσότερες πρόσθετες μεταβλητές. Εκτός λοιπόν από τη περιγραφική στατιστική, χρησιμοποιήσαμε δοκιμασία συσχέτισης (Spearman rho) με σκοπό την διαπίστωση των αλληλεξαρτήσεων μεταξύ μεταβλητών. Τα αποτελέσματα

έδειξαν ότι δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ($p>0.05$) μεταξύ των μεταβλητών, κυρίως κατά εκπαιδευτικό ίδρυμα ή κατά την διάρκεια των σπουδών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Αποτελέσματα

Από τα 606 ερωτηματολόγια που μοιράστηκαν στους προπτυχιακούς φοιτητές νοσηλευτικής, απάντησαν στα 599 (99%). Παρότι το δείγμα είναι μικρό, οι πληροφορίες που μαζεύτηκαν από τους φοιτητές που απάντησαν στα ερωτηματολόγια, θα προσφέρουν την εικόνα για την στάση των φοιτητών νοσηλευτικής για την ευθανασία.

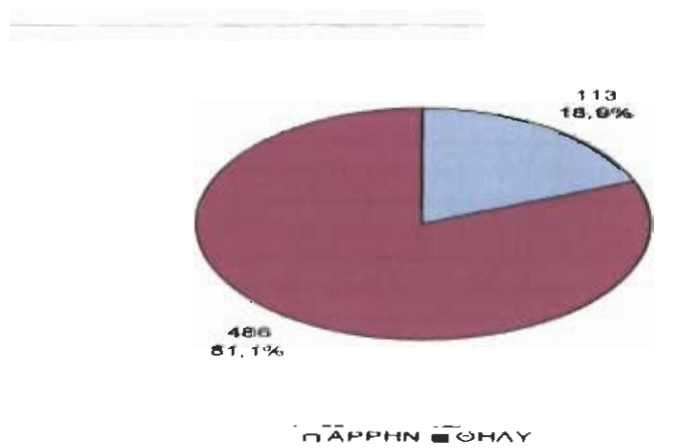
3.1 Χαρακτηριστικά δείγματος

Πίνακας 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος σε σχέση με την ηλικία.

Ηλικία	Αριθμός - Ποσοστό
17-20	276 (46,1%)
21-24	289 (48,2%)
25-44	34 (5,7%)

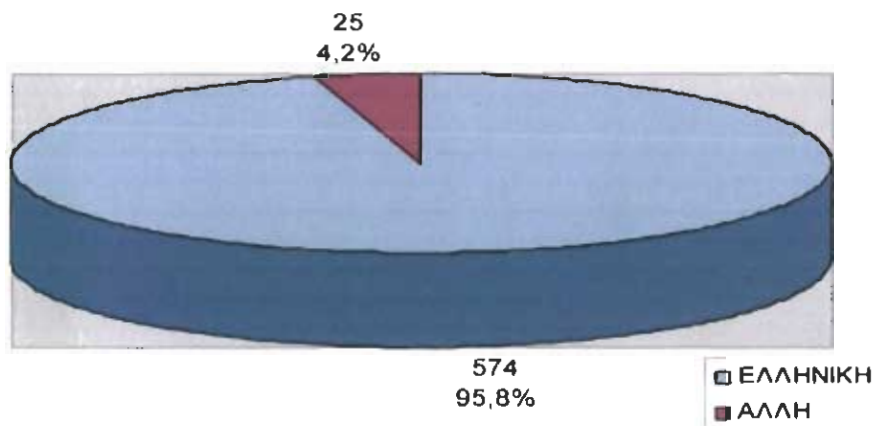
Η ηλικία των περισσότερων φοιτητών της νοσηλευτικής κυμαινόταν από 21 έως 24 ετών, ενώ το 46.1% ήταν ηλικίας 17 έως 20 ετών.

Γράφημα 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος σε σχέση με το φύλο.



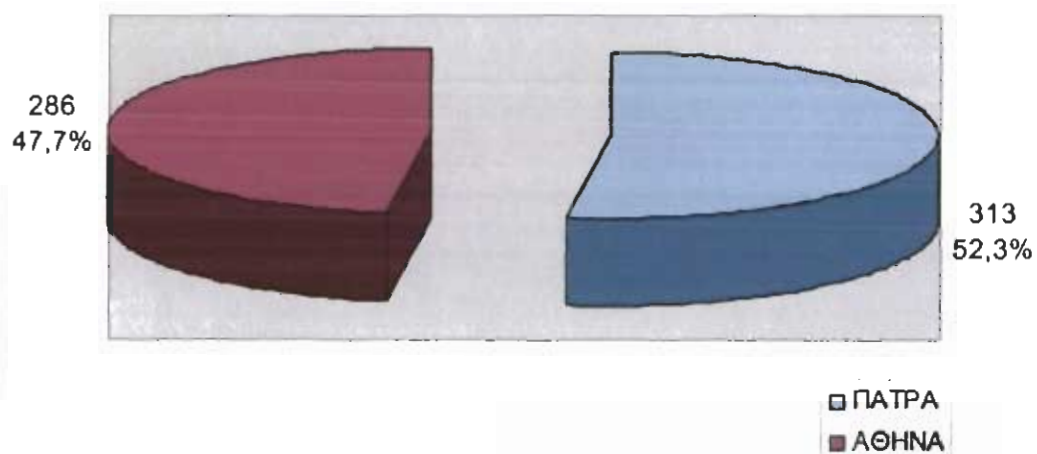
Η πλειοψηφία του δείγματος ήταν κορίτσια ενώ το 18.9% ήταν αγόρια.

Γράφημα 2: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος σε σχέση με την υπηκοότητα.



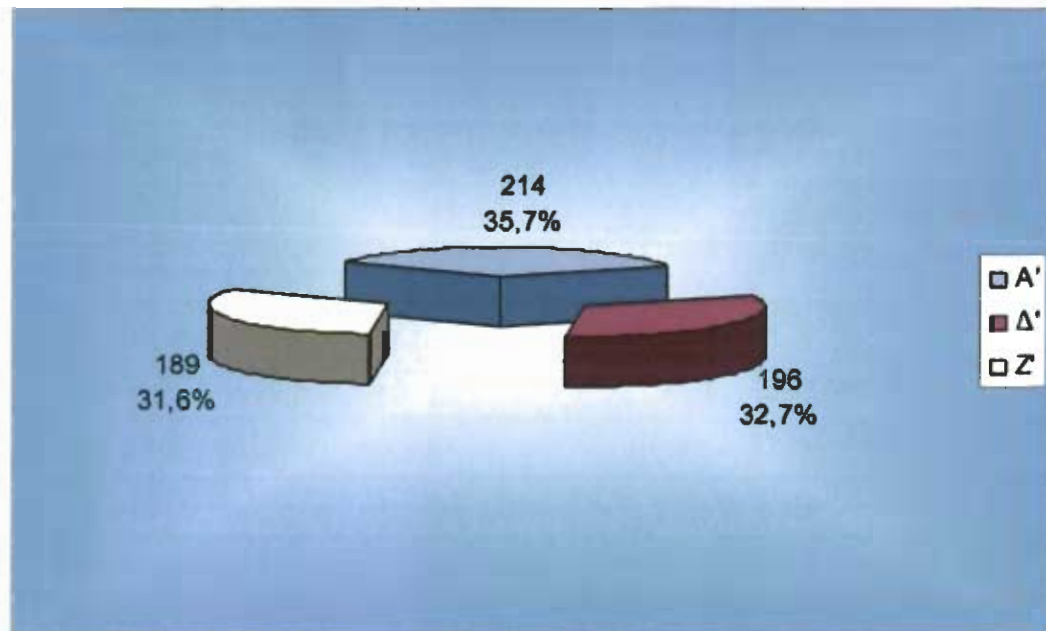
Ένας μεγάλος αριθμός φοιτητών νοσηλευτικής είχαν Ελληνική υπηκοότητα ενώ το 4.2% δήλωσαν άλλη.

Γράφημα 3: Εκπαιδευτικό ίδρυμα στο οποίο ανήκουν οι φοιτητές νοσηλευτικής.



Οι περισσότεροι φοιτητές του δείγματος ανήκουν στο εκπαιδευτικό ίδρυμα της Πάτρας, ενώ το 47.7% στο Α.Τ.Ε.Ι Αθήνας.

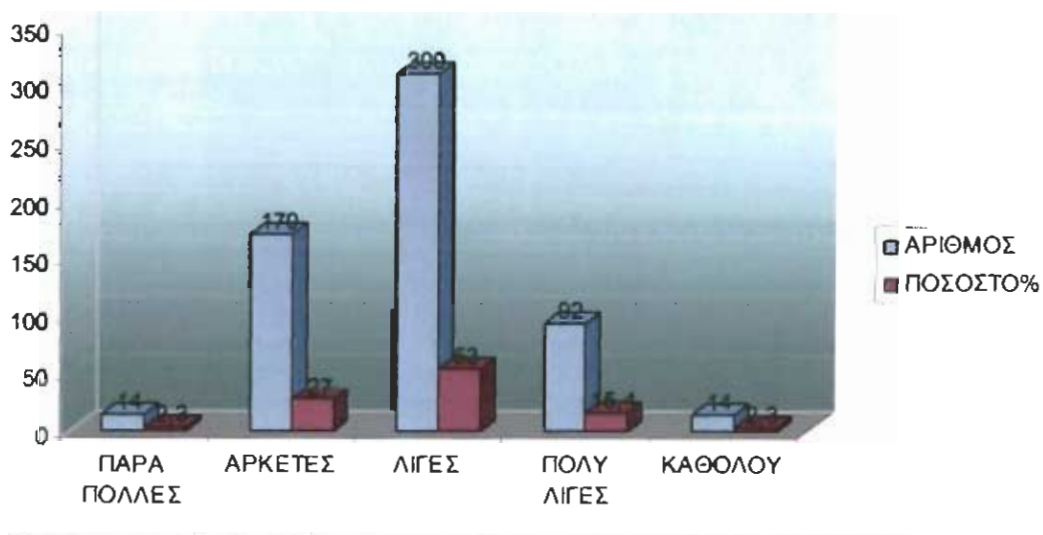
Γράφημα 4: Εξάμηνο σπουδών των φοιτητών νοσηλευτικής



Η μεγαλύτερη πλειοψηφία του δείγματος φοιτούσαν στο Α' εξάμηνο, 32.7% στο Δ' εξάμηνο και 31.6% στο Ζ' εξάμηνο.

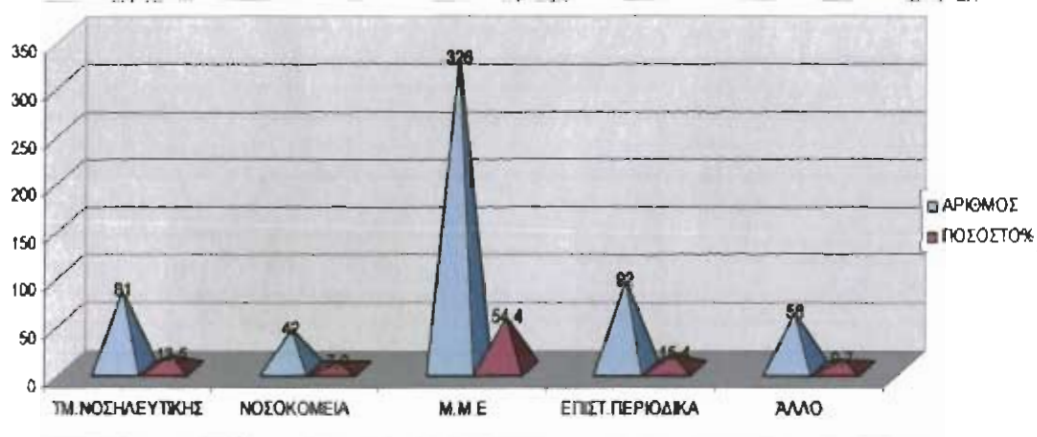
3.2 Αποτελέσματα ερωτηματολογίου (Μέρος 1^ο)

Γράφημα 5: Γνώσεις των φοιτητών νοσηλευτικής για την ευθανασία.



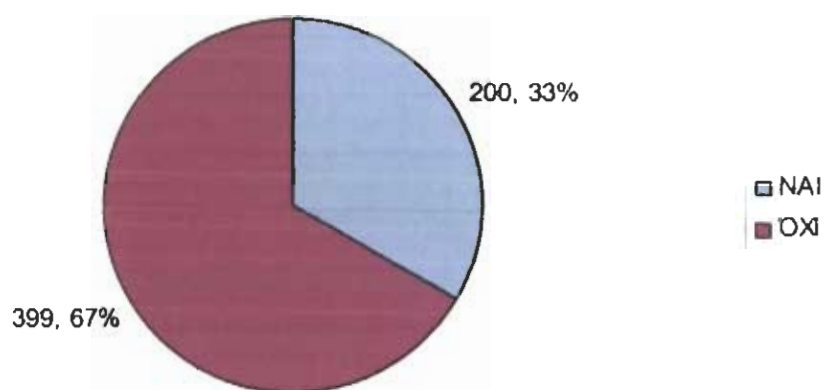
Οι περισσότεροι φοιτητές νοσηλευτικής είχαν **λίγες** γνώσεις για την ευθανασία, ενώ το 27% είχαν **αρκετές**.

Γράφημα 6: Οι κύριες πηγές ενημέρωσης των φοιτητών για την ευθανασία.



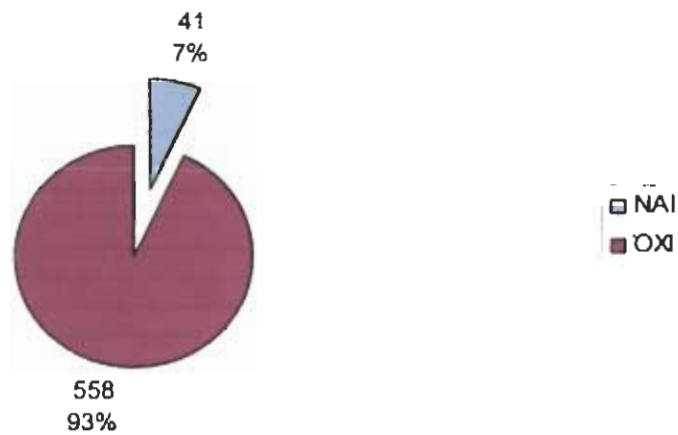
Η πλειοψηφία του δείγματος απάντησε τα **Μ.Μ.Ε** ως την κύρια πηγή ενημέρωσης, το 15.4% δήλωσε τα **επιστημονικά περιοδικά** και το 13.5% το **τμήμα νοσηλευτικής**.

Γράφημα 7: Γνώση της σχετικής νομοθεσίας για την ευθανασία στην Ελλάδα



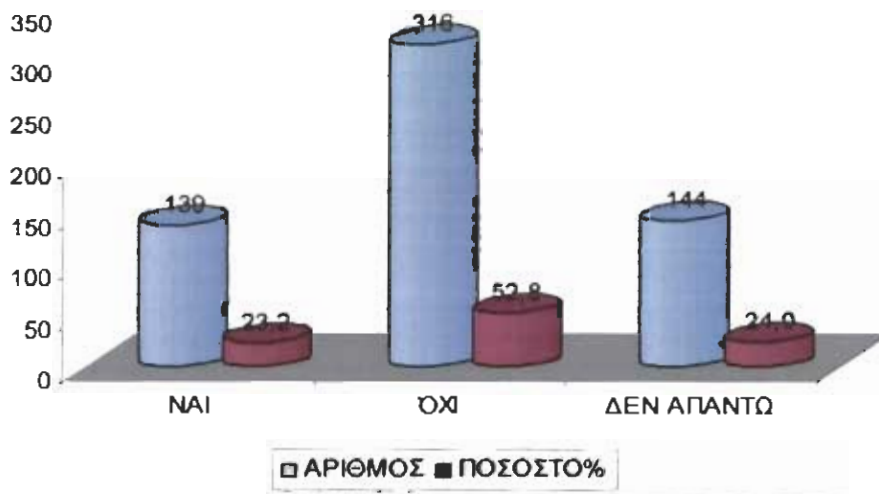
Το μεγαλύτερο ποσοστό των φοιτητών της νοσηλευτικής απάντησε ότι **δεν γνώριζε** την σχετική νομοθεσία στην Ελλάδα.

Γράφημα 8: Προηγούμενη εμπειρία σε θέματα ευθανασίας.



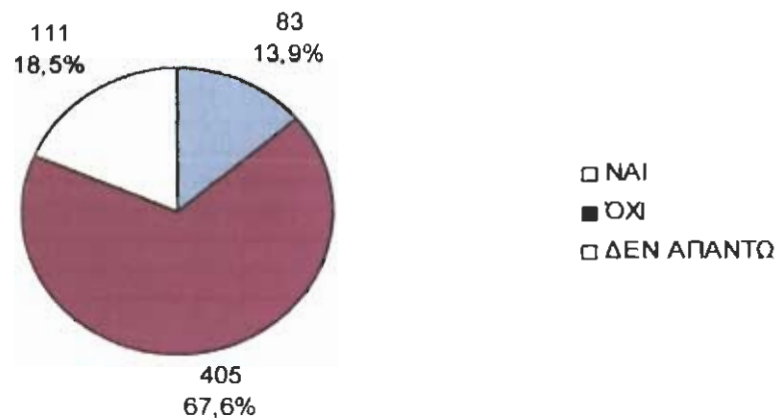
Η μεγάλη πλειοψηφία του δείγματος απάντησαν ότι **δεν είχαν** προηγούμενη εμπειρία σε θέματα ευθανασίας.

Γράφημα 9: Εφαρμογή της ευθανασίας σε καταληκτικούς ασθενείς.



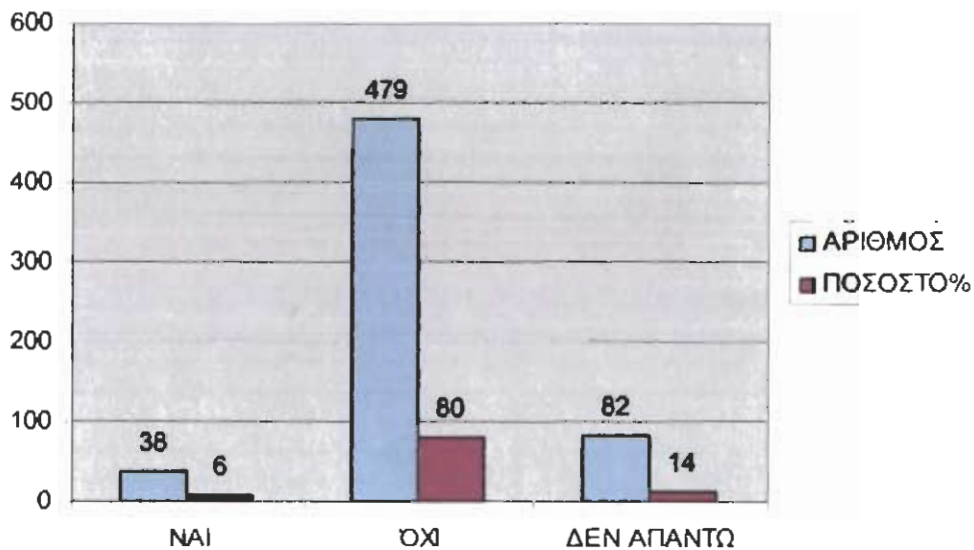
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες **δεν συμφωνούν** με την εφαρμογή της ευθανασίας σε καταληκτικούς ασθενείς, και μόνο το 23.2% **συμφωνεί**.

Γράφημα 10: Συμμετοχή σε διαδικασία ευθανασίας σε καταληκτικούς ασθενείς



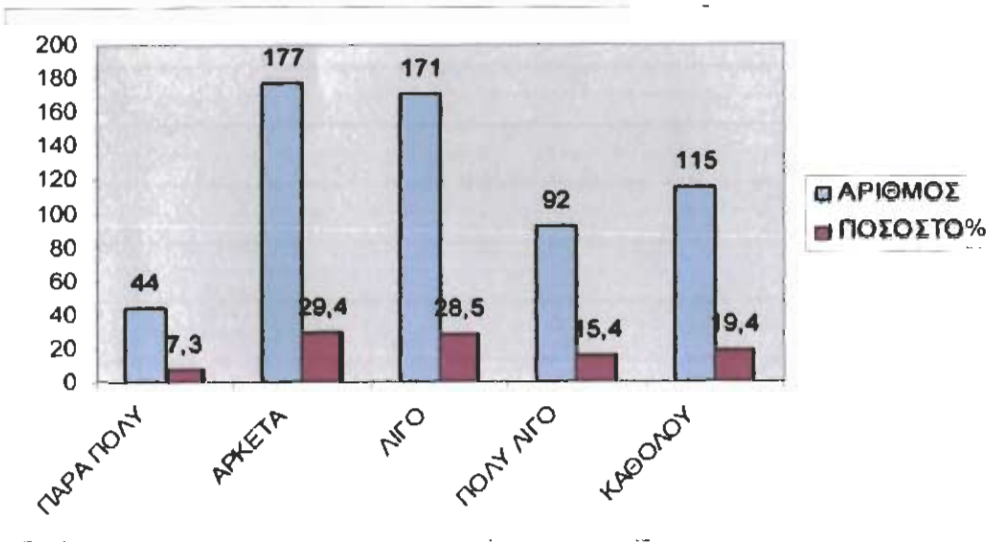
Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος **δεν θα** συμμετέχει σε διαδικασία ευθανασίας σε καταληκτικούς ασθενείς, ενώ μόλις το 13.9% απάντησε **θετικά**.

Γράφημα 11: Συμμετοχή σε διαδικασία ευθανασίας σε ασθενή κάτω των 15 ετών.



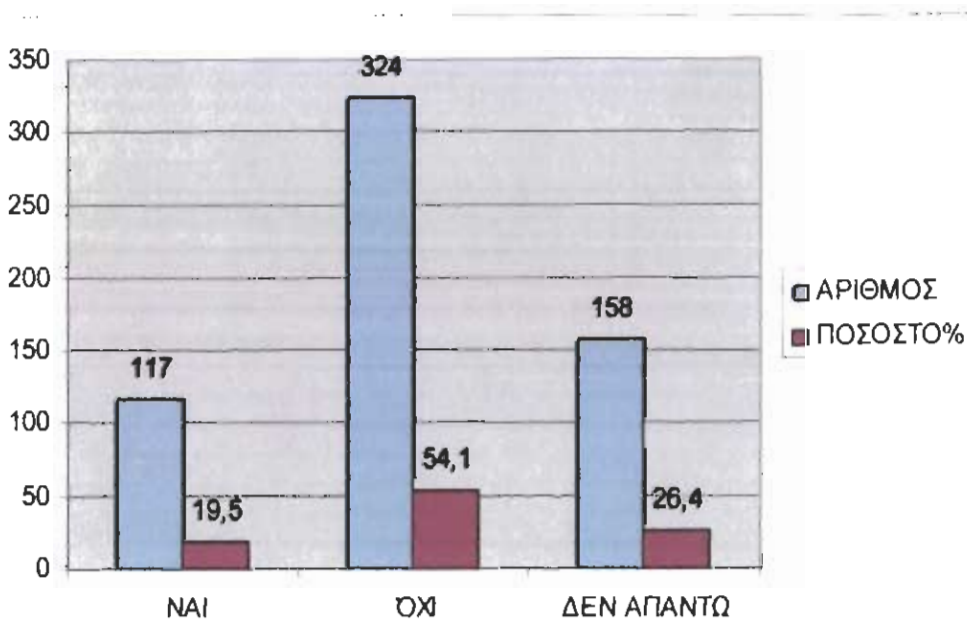
Η μεγαλύτερη πλειοψηφία του δείγματος **δεν θα** συμμετέχει σε διαδικασία ευθανασίας σε ασθενή κάτω των 15 ετών.

Γράφημα 12: Η σημασία της νοσηλευτικής εκπαίδευσης στο δίλημμα της ευθανασίας.



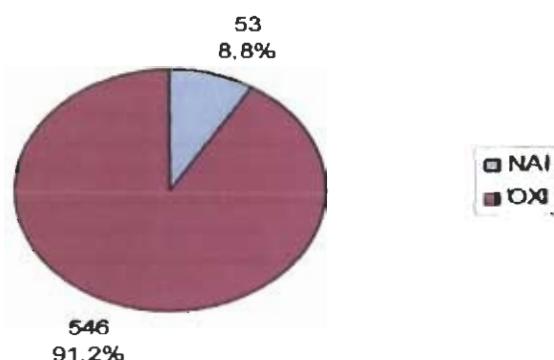
Η πλειοψηφία των φοιτητών απάντησε ότι η νοσηλευτική εκπαίδευση τους προετοιμάζει από **λίγο** έως **καθόλου** (63.3%) ενώ μόλις το 29.4% απάντησε **αρκετά**

Γράφημα 13: Νομιμοποίηση της ευθανασίας στην Ελλάδα.



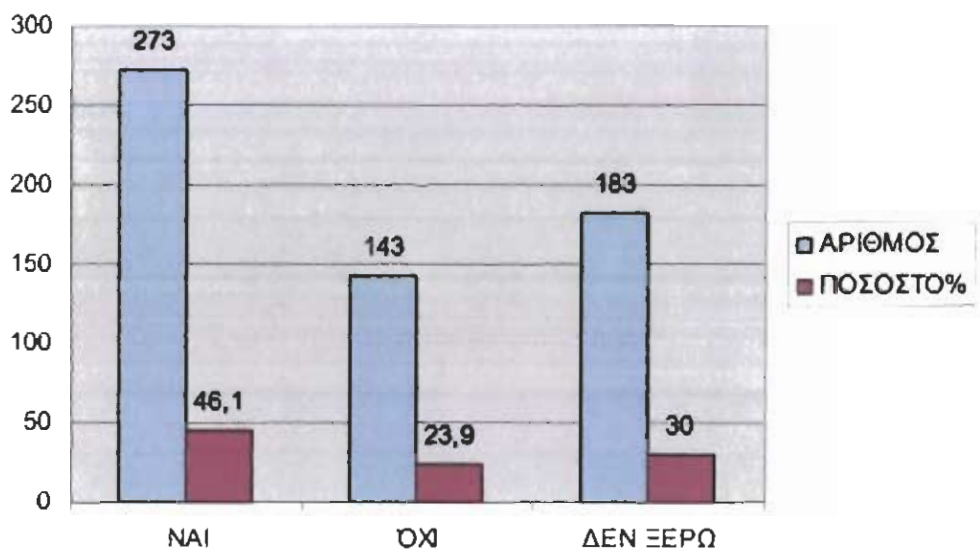
Οι περισσότεροι φοιτητές **δεν** συμφωνούν με τη νομιμοποίηση της ευθανασίας στην χώρα μας, ενώ το 19.5% **συμφωνεί**.

Γράφημα 14: Καθηκοντολόγιο των νοσηλευτών σε διαδικασία ευθανασίας.



Ολοι σχεδόν οι ερωτηθέντες φοιτητές νοσηλευτικής απάντησαν ότι δεν γνωρίζουν αν το καθηκοντολόγιο τους καλύπτει σε διαδικασία ευθανασίας.

Γράφημα 15: Εργασία σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας – Μονάδα Εμφραγμάτων – Ογκολογική..



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες απάντησαν ότι **θα ήθελαν** να δουλέψουν σε χώρους όπως , Μονάδα Εντατικής Θεραπείας – Μονάδα Εμφραγμάτων – Ογκολογική, όπου η κατάσταση των ασθενών είναι συνήθως κρίσιμη ή τερματική, ενώ το 30% απάντησε **δεν ξέρω**

Στην ερώτηση που οι φοιτητές έπρεπε να ταξινομήσουν τους παράγοντες που πιστεύουν ότι θα επηρέαζαν την απόφαση τους για συμμετοχή σε ευθανασία απάντησαν, την απόφαση των ασθενών, τα πρωτόκολλα της κλινικής/μονάδας και τα προσωπικά πιστεύω ως τα πιο σημαντικά, ενώ το καθηκοντολόγιο των νοσηλευτών το θεώρησαν ως το λιγότερο σημαντικό που δεν επηρεάζει την απόφαση τους για συμμετοχή σε ευθανασία.

3.3 Αποτελέσματα ερωτηματολογίου (Μέρος 2^ο)

Πίνακας 2: Ποσοστά (%) των απόψεων των φοιτητών για το πώς θα αισθάνονταν σε περίπτωση που φρόντιζαν καταληκτικό ασθενή.

	Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Αβέβαιο	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
Θα νοιώθω άβολα μιλώντας για επικείμενο θάνατο σε καταληκτικό ασθενή	205 (34,2%)	255 (42,6%)	85 (14,2%)	39 (6,5%)	15 (2,5%)
Δεν θα θέλω να αναλάβω την φροντίδα σε ένα καταληκτικό ασθενή	41 (6,8%)	86 (14,4%)	191 (31,9%)	186 (31%)	95 (15,9%)
Φοβόμαι να γίνω φίλος με έναν καταληκτικό ασθενή	14 (2,3%)	49 (8,2%)	105 (17,5%)	235 (39,3%)	196 (32,7%)
Η οικογένεια του καταληκτικού ασθενή πρέπει να συμμετέχει στη φροντίδα του	390 (65,1%)	160 (26,7%)	35 (5,8%)	11 (1,8%)	3 (0,6%)
Ελπίζω ο ασθενής που φροντίζω να καταλήξει, όταν δεν δουλεύω βάρδια	46 (7,7%)	111 (18,5%)	167 (27,9%)	172 (28,7%)	103 (17,2%)
Ενώ πλησιάζει ο θάνατος, οι νοσηλευτές πρέπει να αποσύρουν την φροντίδα τους στον καταληκτικό ασθενή	6 (1%)	16 (2,7%)	39 (6,5%)	164 (27,4%)	374 (62,4%)
Ο καταληκτικός ασθενής δεν θα πρέπει να αποφασίζει για την φροντίδα του	27 (4,5%)	59 (9,8%)	105 (17,5%)	222 (37,1%)	186 (31,1%)
Είναι ευεργετικό για τον καταληκτικό ασθενή να εκφράζει τα αισθήματα του	359 (59,9%)	180 (30,1%)	31 (5,2%)	18 (3%)	11 (1,8%)
Η νοσηλευτική φροντίδα πρέπει να περιλαμβάνει και την οικογένεια του καταληκτικού ασθενούς	236 (39,4%)	246 (41,1%)	70 (11,7%)	28 (4,7%)	19 (3,1%)
Ο καταληκτικός ασθενής και η οικογένεια του πρέπει να έχουν τον πρώτο λόγο στις αποφάσεις	173 (28,9%)	193 (32,2%)	146 (24,4%)	70 (11,7%)	17 (2,8%)
Η πασιέτην θεραπεία δεν θα πρέπει να είναι το κύριο μέλημα όταν φροντίζουμε καταληκτικό ασθενή	68 (11,4%)	173 (28,9%)	156 (26%)	134 (22,3%)	68 (11,4%)
Στον καταληκτικό ασθενή πρέπει να δίνονται ειλικρινείς απαντήσεις για την κατάσταση του	108 (18%)	203 (33,9%)	226 (37,7%)	51 (8,6%)	11 (1,8%)
Η ενημέρωση/εκπαίδευση των οικογενειών σχετικά με το θάνατο δεν είναι νοσηλευτική αρμοδιότητα	26 (4,3%)	79 (13,2%)	107 (17,9%)	218 (36,4%)	169(28,2%)

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες φοιτητές της νοσηλευτικής **συμφωνούν απόλυτα** (65.1%) ότι η οικογένεια του ασθενή πρέπει να συμμετέχει στη φροντίδα του. Επίσης, **συμφωνούν** (41.1%) ότι πρέπει να περιλαμβάνουν στη νοσηλευτική φροντίδα την οικογένεια και μάλιστα πρέπει η οικογένεια να έχει το **πρώτο λόγο** στις αποφάσεις (32.2%). Επιπροσθέτως, αν και η πλειοψηφία του δείγματος **δεν φοβάται** (72%) να γίνει φίλος με έναν καταληκτικό ασθενή, **δεν ήταν** σίγουροι αν θα αναλάμβαναν την φροντίδα του (31.9%). Ακόμα, ένα μεγάλο μέρος του δείγματος πιστεύει ότι η ενημέρωση/εκπαίδευση των οικογενειών σχετικά με το θάνατο είναι νοσηλευτική αρμοδιότητα (64.6%), και ότι ο ασθενής **πρέπει** να εκφράζει στους νοσηλευτές τα συναισθήματα του (90%). Τέλος, οι φοιτητές νοσηλευτικής **δεν ήταν** σίγουροι αν στο καταληκτικό ασθενή πρέπει να δίνονται ειλικρινείς απαντήσεις για την καταστασή του (37.7%) και αν η παυσίπονη θεραπεία έχει πρωταρχικό ρόλο στη νοσηλευτική φροντίδα (26%).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 Συζήτηση

Σε μια εποχή επιταχυνόμενης αλλαγής και προόδου όπως είναι αυτή που διανύουμε, πολλά ηθικά ζητήματα και διλήμματα ανακύπτουν. Έτσι, δεν είναι παράδοξο ότι η τελευταία μόλις δεκαετία έχει υποδείξει μια πρωτοφανή αύξηση προβλημάτων που κλονίζουν τα ανθρώπινα δικαιώματα (Παπαγεωργίου, 1998).

Το θέμα της ευθανασίας είναι ένα επίκαιρο, ανοιχτό και πολυσυζητημένο θέμα στο τομέα της υγείας. Όλοι οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν διλήμματα, κατά τη λήψη νοσηλευτικών αποφάσεων, στην καθημερινή κλινική τους πράξη, ανεξάρτητα από την ειδικότητα και το τομέα που εργάζονται. Ιδιαίτερα στην εποχή μας τα νοσηλευτικά διλήμματα είναι περισσότερα και πιο πολύπλοκα λόγω της ταχύρυθμης επιστημονικής προόδου, που πολλαπλασιάζει τις δυνατότητες χρήσεως των γνώσεων και τις επιλογές νέων απόψεων και εφαρμογών.

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση έδειξε την έλλειψη σε θέματα ευθανασίας σε σχέση με τους φοιτητές νοσηλευτικής στην Ελλάδα. Ως αποτέλεσμα, ένας από τους στόχους της παρούσας έρευνας, ήταν να αναδείξει τη στάση των φοιτητών της νοσηλευτικής για την ευθανασία. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι μεγάλο ποσοστό φοιτητών της νοσηλευτικής (58%) είχαν λίγες γνώσεις για την ευθανασία κατά την εισαγωγή και την έξοδο τους από την τριτοβάθμια εκπαίδευση.

Παρόμοια αποτελέσματα βρήκαν σε πρόσφατη έρευνα που διεξήχθη από τους Γιάκη και άλλοι (2005) ότι το νοσηλευτικό προσωπικό έχει λίγες γνώσεις για την ευθανασία (11.8%). Οι ερευνητές καταλήγουν ότι είτε δεν προετοιμάστηκαν κατάλληλα από τη νοσηλευτική τους εκπαίδευση είτε δεν υπήρχε περαιτέρω εκπαίδευση (εκπαιδευτικά σεμινάρια, μεταπτυχιακές σπουδές). Είναι γενικά αποδεκτό, ότι η νοσηλευτική ως αυτόνομη και ανθρωπιστική επιστήμη υγείας απαιτεί όχι μόνο άριστη επιστημονική κατάρτιση και δεξιότητες, αλλά και ψυχική ωριμότητα, καλλιεργημένο χαρακτήρα, ηθική δύναμη έτσι ώστε να προσφέρει ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα. Η ποιότητα

της νοσηλευτικής φροντίδας σχετίζεται άμεσα με την εκπαίδευση των νοσηλευτών, που μπορεί να είναι βασική, μεταπτυχιακή, όσο και συνεχιζόμενη (Ραγιά, 2002).

Είναι επίσης σημαντικό να αναφερθεί ότι η κύρια πηγή ενημέρωσης των φοιτητών για την ευθανασία ήταν τα Μ.Μ.Ε (54.4%) ενώ μόνο το 13.5% του δείγματος απάντησε ότι οι γνώσεις τους προέρχονται από το τμήμα της Νοσηλευτικής. Φαίνεται ότι οι φοιτητές δεν προετοιμάζονται κατάλληλα, σχετικά με τα ηθικά διλήμματα, από τα νοσηλευτικά ιδρύματα στα οποία φοιτούν και αυτό γιατί, είτε γιατί δεν υπάρχουν αρκετά μαθήματα δεοντολογίας, είτε γιατί ο χρόνος των συγκεκριμένων μαθημάτων δεν επαρκεί ώστε οι καθηγητές να αναφερθούν εκτεταμένα στην ύλη, να θίξουν θέματα και διλήμματα όπως η ευθανασία, έτσι ώστε οι φοιτητές να δημιουργήσουν και να εκφράσουν απόψεις και απορίες.

Βέβαια, η θεωρητική ενημέρωση των αρχών της νοσηλευτικής δεοντολογίας δεν εξασφαλίζει αυτόματα και την τήρηση τους. Δίνει όμως στους φοιτητές νοσηλευτικής ερεθίσματα, τους ανοίγει ορίζοντες, ευαισθητοποιεί τη νοσηλευτική τους συνείδηση, ώστε να δουν το νοσηλευτικό επάγγελμα ως υπεύθυνη υπηρεσία προς τον άνθρωπο. Πρέπει να τονιστεί ότι η νοσηλευτική δεοντολογία είναι μια διεργασία (και) πρακτικής εφαρμογής στα πλαίσια συγκεκριμένων νοσηλευτικών παρεμβάσεων και οι φοιτητές μπορούν καλύτερα να την αφομοιώσουν όταν κατά την κλινική τους άσκηση παρακολουθούν πως οι νοσηλευτές την τηρούν.

Το Διεθνές Συμβούλιο των Νοσηλευτών, έχει κατασκευάσει ένα διεθνή κώδικα ηθικών καθηκόντων των νοσηλευτών. Dawlon (2001) ο κώδικας αυτός δίνει οδηγίες συμπεριφοράς και σχέσεων συνεργασίας, κατάλληλων για την εκπλήρωση των νοσηλευτικών ευθυνών και υποχρεώσεων του επαγγέλματος. Κρίνεται λοιπόν απαραίτητο, όλοι οι νοσηλευτές να γνωρίζουν και να εξοικειωθούν με το κώδικα αυτόν, που μπορεί να βοηθήσει τον νοσηλευτή να ετοιμαστεί για τις απρόβλεπτες στιγμές και τα ηθικά διλήμματα όταν πρέπει να ληφθεί μια κρίσιμη απόφαση.

Επίσης, η έρευνα έδειξε ότι οι φοιτητές δεν νιώθουν προετοιμασμένοι για το δίλημμα της ευθανασίας (63.3%). Όπως αναφέρει η Μπαμπάτσικου και άλλοι (2001) τα εκπαιδευτικά προγράμματα της νοσηλευτικής αποβλέπουν στο να μεταδώσουν στους φοιτητές νοσηλευτικής την επιστήμη της φροντίδας, τη τέχνη και το πνεύμα της. Το

πρωτείο της φροντίδας πρέπει να είναι κεντρικό και να διαποτίζει τη νοσηλευτική εκπαίδευση. Στη παρούσα έρευνα διαπιστώθηκε ότι η προπτυχιακή νοσηλευτική εκπαίδευση στην Ελλάδα παρέχει σε ικανοποιητικό βαθμό στοιχεία της νοσηλευτικής επιστήμης αφού οι φοιτητές πιστεύουν ότι είναι δικαίωμα του ασθενή να απολαμβάνει ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα, να εκφράζει τα συναισθήματα του, να περιέχεται στην νοσηλευτική διεργασία τόσο ο ίδιος όσο και η οικογένεια του και να του παρέχεται ολοκληρωμένη και ειλικρινή πληροφόρηση. Παρόλα αυτά, είναι αναγκαίο η νοσηλευτική εκπαίδευση να στραφεί και στο τομέα της δεοντολογίας διότι όλοι οι νοσηλευτές σε κάποια στιγμή της καριέρας τους μπορεί να κληθούν να περιθάλψουν ετοιμοθάνατο ασθενή.

Ακόμα, οι φοιτητές νοσηλευτικής θα πρέπει να γνωρίζουν ότι στο τέλος της προπτυχιακής τους εκπαίδευσης θα πρέπει να είναι εφοδιασμένοι με γνώσεις και δεξιότητες έτσι ώστε να καλύπτουν πλήρως τις νοσηλευτικές τους ευθύνες. Ευθύνη για την παρατηρητικότητα και εκτίμηση των συμπτωμάτων, για την σωστή χρήση των οργάνων-συσκευών, για την ακριβή καταγραφή όσων αφορούν στη νοσηλεία του ασθενούς, για την επίβλεψη του προσωπικού, για την εκτέλεση νόμιμων ιατρικών οδηγιών, για την διδασκαλία του ασθενούς και της οικογένειας του (Ραγιά, 2002). Βέβαια, οι ευθύνες αυτές δεν σταματούν στη λήξη του πτυχίου. Εμπλουτίζονται συνεχώς και αναπαράγονται.

Η μεγαλύτερη πρόκληση-ευθύνη για τους νοσηλευτές είναι να διατηρούν τις γνώσεις και τις δεξιότητες, κατά τη διάρκεια της καριέρας τους, σε τέτοια επίπεδα που τους επιτρέπει την συνεχή παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας. Το μέσο για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος είναι η συνεχιζόμενη εκπαίδευση των νοσηλευτών μέσω σεμιναρίων, συνεδρίων και μεταπτυχιακών σπουδών. Οι καθηγητές νοσηλευτικής και η νοσηλευτική διοίκηση στα νοσοκομεία, παίζουν σημαντικό ρόλο στην σωστή και πλήρη ενημέρωση τόσο των φοιτητών όσο και των νοσηλευτών σχετικά με την συνεχιζόμενη νοσηλευτική εκπαίδευση.

Η πλειοψηφία των φοιτητών δεν συμφωνούν (52%) στην εφαρμογή της ευθανασίας σε καταληκτικούς ασθενείς ενώ το 24% ήταν αναποφάσιστο. Πιθανών, το θρησκευτικό στοιχείο στη χώρα μας, που είναι έντονο, να επηρεάζει τη στάση των φοιτητών. Πιο συγκεκριμένα, η θρησκευτικότητα και η πνευματικότητα αποτελούν

σημαντικά στοιχεία στη ζωή των περισσότερων ανθρώπων και αποτελούν μεγαλύτερη βαρύτητα σε περιόδους της ζωής, όπως είναι η ασθένεια ή η αντιμετώπιση επικείμενου θανάτου. Οι νοσηλευτές για την αποτελεσματική άσκηση των καθηκόντων τους πρέπει να φροντίζουν για την κάλυψη των πνευματικών και θρησκευτικών αναγκών των ασθενών τους και απαιτείται να είναι γνώστες των σχετικών παρεμβάσεων (Σαπουντζή-Κρέπια, 2002). Η εκκλησία έχει εκφράσει τη θέση της απέναντι στο θέμα της ευθανασίας και διδάσκει ότι οι δυσκολίες της ζωής είναι μια δοκιμασία για τους ανθρώπους που πρέπει να περάσουν. Την παραπάνω άποψη την ενστερνίζονται πολλοί άνθρωποι και αποδέχονται αυτή τη διδαχή.

Αντίθετα, σύμφωνα με τον Παπαπετρόπουλο και άλλοι (1997) σε έρευνα που έγινε σε φοιτητές της ιατρικής αν εγκρίνουν την ευθανασία, το ποσοστό ήταν αρκετά μεγάλο (70.3%). Αυτό ίσως οφείλεται στο γεγονός ότι οι φοιτητές της ιατρικής από την εκπαίδευση τους εμμένουν κυρίως στο στόχο και σκοπό της ιατρικής που είναι η διάγνωση και η θεραπεία του ασθενούς. Από την άλλη πλευρά, οι νοσηλευτές είναι εκείνοι, οι οποίοι έργο τους είναι η ολιστική φροντίδα του καταληκτικού ασθενή. Με άλλα λόγια, βλέπουν τον ασθενή ως μια βιο-ψυχο-κοινωνική οντότητα. Οι νοσηλευτές είναι σε συνεχή επαφή με τον ασθενή και την οικογένεια του, ακούνε τις ανησυχίες και τα προβλήματα τους, με αποτέλεσμα η απόφασή τους για συμμετοχή σε ευθανασία να είναι πιο δύσκολη πιθανών λόγω του συναισθηματικού δεσμού με τον ασθενή.

Ο θάνατος ενός παιδιού σε σύγκριση με έναν ενήλικα από τη φύση του θεωρείται ως μια από τις πιο τραυματικές απώλειες, ανεξάρτητα αν συμβαίνει ξαφνικά ή μετά από χρόνια ασθένεια. Στην ερώτηση αν θα συμμετείχαν σε ευθανασία σε καταληκτικό ασθενή ή σε ασθενή κάτω των 15 ετών, οι ερωτηθέντες φοιτητές απάντησαν αρνητικά σε ποσοστό 80%

Σύμφωνα με την Μπελλάλη (2005) μεγάλος αριθμός ερευνητών συμφωνούν ότι το πένθος μετά από απώλεια παιδιού αποτελεί την πιο οδυνηρή και δυσβάσταχτη εμπειρία συγκριτικά με το πένθος που ακολουθεί την απώλεια άλλων σημαντικών προσώπων. Οι γονείς δεν μπορούν να συνειδητοποιήσουν τον επικείμενο θάνατο του παιδιού τους. Έργο των νοσηλευτών είναι να στηρίξουν την οικογένεια που βιώνει την απώλεια ενός παιδιού, δείχνοντας συμπόνια, ψυχραιμία, ενδιαφέρον και

παρέχοντας συνεχή ψυχολογική υποστήριξη. Ο νοσηλευτής βιώνει έντονα προσωπικά αισθήματα θυμού, απογοήτευσης και ενοχής (Πάνου, 2004). Μπροστά στο θάνατο ενός παιδιού ο νοσηλευτής βλέπει τα όνειρα, τις ελπίδες, τις προσδοκίες και τις φιλοδοξίες των γονιών του να χάνονται, αφού το παιδί αντικατροπτίζει το μέλλον. Ίσως για αυτό και οι φοιτητές της νοσηλευτικής είναι περισσότερο ευαισθητοποιημένοι απέναντι στα παιδιά.

Επιπλέον, οι φοιτητές της νοσηλευτικής ήταν αρνητικοί στην νομιμοποίηση της ευθανασίας στη χώρα μας, καθώς μόνο το 19.5% απάντησε θετικά. Σε αντίθεση με τους φοιτητές της ιατρικής, που σε παρόμοια ερώτηση που τους τέθηκε το 81.2% απάντησε θετικά για τροποποίηση του νόμου για την ευθανασία (Παπαπετρόπουλος και άλλοι, 1997). Φαίνεται ότι το θέμα της ευθανασίας “διχάζει” περισσότερο τους ιατρούς, που είναι οι υπεύθυνοι για την θεραπεία του ασθενούς, και θα ήθελαν να έχουν “ελευθερία” στην επιλογή της έναρξης ή μη της ευθανασίας.

Ενδιαφέρον αποτελεί η απάντηση που έδωσαν οι φοιτητές νοσηλευτικής αν γνωρίζουν αν το καθηκοντολόγιο τους καλύπτει σε διαδικασία ευθανασίας όπου το 91.2% απάντησε πως δεν γνωρίζει. Εδώ ανακύπτουν τα παρακάτω ερωτήματα: πρώτον, γιατί οι φοιτητές και κυρίως οι τελειόφοιτοι δεν γνωρίζουν το καθηκοντολόγιο; πώς θα προσφέρουν φροντίδα όταν δεν γνωρίζουν τα όρια άσκησης της νοσηλευτικής; Γιατί το καθηκοντολόγιο δεν περιλαμβάνει απαντήσεις σε ηθικά διλλήματα όπως η ευθανασία;

Στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες τη δεκαετία του 1990-2000, έχουν συνταχθεί και δημοσιευθεί τα δικαιώματα των ασθενών και τα καθήκοντα των νοσηλευτών προκειμένου να προστατευθούν η αυτονομία και η αυτοδιάθεση τους.

Σε αντίθεση με τη χώρα μας, με το νόμο 5740/1968, έγινε αναθεώρηση του κανονισμού καθηκόντων, αρμοδιοτήτων και υποχρεώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού. Τα καθήκοντα αυτά αν και ανενεργά, είναι σε ισχύ μέχρι και σήμερα, αφού γεν έχει εκδοθεί νέο προεδρικό διάταγμα (Λεμονίδου και άλλοι, 2003), παρά τα νέα δεδομένα στο χώρο της νοσηλευτικής εκπαίδευσης, διοίκησης και φροντίδα υγείας. Αν και έγιναν σημαντικές νοσηλευτικές αλλαγές στο κλινικό και εκπαιδευτικό

χώρο (1983 ίδρυση Ε.Σ.Υ, 1985 τέσσερις βασικές ειδικότητες για την νοσηλευτική, 2001 ανωτατοποίηση της νοσηλευτικής εκπαίδευσης, 2004 ίδρυση Ε.Ν.Ε), τα καθήκοντα των νοσηλευτών παραμένουν απαρχαιωμένα και ανεπαρκή. Αυτό που έχει γίνει είναι η κατοχύρωση των επαγγελματικών δικαιωμάτων των νοσηλευτών αποφοίτων Τ.Ε.Ι, με προεδρικό διάταγμα το 1989. Παρόλα αυτά, τα επαγγελματικά δικαιώματα χαρακτηρίζονται γενικά, ασαφή και ελλιπή.

Είναι αλήθεια ότι καθώς οι ρόλοι και τα καθήκοντα των νοσηλευτών διευρύνονται, αυξάνεται και η νομική τους ευθύνη. Αντίθετα με το παρελθόν, σήμερα οι νοσηλευτές μπορούν αυτόνομα να αξιολογούν, να προγραμματίζουν, να εφαρμόζουν και να εκτιμούν τα αποτελέσματα της νοσηλευτικής φροντίδας στον ασθενή, αντιλαμβάνοντας πλήρως την ευθύνη των ενεργειών τους. Ως αποτέλεσμα, για την αποφυγή των νομικών επιπτώσεων, χρειάζεται ένα πλήρη, σαφή, και “σύγχρονο” καθηκοντολόγιο, έτσι ώστε οι νοσηλευτές να μπορούν “ελεύθερα” να εφαρμόζουν τις επιστημονικές τους γνώσεις και δεξιότητες στην κλινική τους πράξη.

Σύμφωνα με τη Μαλγαρινού και Γούλια (1991) ο ρόλος της νοσηλευτικής είναι η προσφορά συνεχούς και αδιάκοπης ανθρώπινης συμπαράστασης και νοσηλευτικής φροντίδας σε άτομα που βρίσκονται στις τελευταίες φάσεις της ζωής τους. Παρ’ όλα αυτά, οι φοιτητές νοσηλευτικής απάντησαν πως θα ένιωθαν άβολα μιλώντας για επικείμενο θάνατο σε καταληκτικό ασθενή (76.8%). Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι η στάση αυτή δεν άλλαξε κατά τη διάρκεια των σπουδών τους. Ίσως γιατί ο θάνατος είναι η μεγαλύτερη από τις θλίψεις που δοκιμάζει ο άνθρωπος. Στην εξαιρετικά δύσκολη αυτή φάση της ζωής, η προσφορά του νοσηλευτή είναι πολύτιμη. Απαραίτητη προϋπόθεση για να επιτύχει το ρόλο του είναι να μπορεί πρώτα ο νοσηλευτής να συμφιλιωθεί με το φαινόμενο του θανάτου. Η ψυχολογική προετοιμασία του νοσηλευτή σε συνδυασμό με τη γνώση και την εμπειρία αποτελούν πηγή δύναμης και κατανόησης του ρόλου του (Μαλγαρινού και Γούλια, 1991).

Επίσης, οι φοιτητές δεν θα ήθελαν ο ασθενής που φροντίζουν να καταλήξει όταν δεν δουλεύουν βάρδια (45.9%), δεν φοβούνται να γίνουν φίλοι με έναν καταληκτικό ασθενή (72%), ούτε πιστεύουν ότι πρέπει να αποσύρουν τη νοσηλευτική τους φροντίδα όταν πλησιάζει ο θάνατος (89.8%). Πιθανόν οι φοιτητές έχουν αποδεχτεί ότι ο ρόλος τους είναι να προσφέρουν συνεχή και ανθρώπινη φροντίδα ώστε να

ικανοποιούν τις φυσικές, τις συναισθηματικές και τις πνευματικές ανάγκες του ετοιμοθάνατου. Η προσφορά ανθρώπινης φροντίδας στα τελευταία στάδια της ζωής ενός ανθρώπου μπορεί να γίνει πολύτιμη.

Είναι αναφαίρετο δικαίωμα του ασθενή να απολαμβάνει ποιότητα ζωής και νοσηλεία όταν την χρειάζεται. Ο ασθενής έχει δικαίωμα να ενημερώνεται για το ιατρικό και νοσηλευτικό πρόγραμμα φροντίδας του και σε αυτήν την άποψη συμφωνούν και οι φοιτητές νοσηλευτικής (68.2%). Ο ασθενής όταν γνωρίζει το πρόγραμμα φροντίδας του και δεν συμμετέχει σε αυτό εκδηλώνει αισθήματα άγχους, ανασφάλειας και ανησυχίας. Οι ανάγκες και οι επιθυμίες του καταληκτικού ασθενή πρέπει να ικανοποιούνται με σεβασμό και αξιοπρέπεια.

Επίσης, οι φοιτητές πιστεύουν ότι είναι ευεργετικό για τον καταληκτικό ασθενή να εκφράζει τα συναισθήματα του (90%). Η συζήτηση με τον καταληκτικό ασθενή βοηθά στη μείωση του άγχους και ενθαρρύνει την αίσθηση της φιλίας και της εμπιστοσύνης. Μερικές φορές, ο ασθενής νιώθει την ανάγκη να εκφράσει τα συναισθήματα του και το νοσηλευτικό προσωπικό είναι έτοιμο να τα ακούσει αφού προσφέρει 24 ώρες φροντίδα. (Keir, Wise and Krebs, 1998). Σε ώρες που ο άνθρωπος αισθάνεται έντονη την ανάγκη εξωτερίκευσης των προβλημάτων του και την ανάγκη ανθρώπινης συμπαράστασης αποκαλύπτει στο νοσηλευτή την ψυχή του και αφήνει να εκδηλωθεί ο πόνος του. Οι νοσηλευτές συχνά γίνονται οι δέκτες ανοιχτών ψυχικών τραυμάτων, συγκλονιστικών επαγγελματικών αποτυχιών και μεγάλων οικογενειακών δραμάτων του αρρώστου, που έχουν ίσως άμεση σχέση με την ασθένεια του και επηρεάζουν την πορεία της (Ραγιά Α., 2002). Ακόμα, οι φοιτητές πιστεύουν ότι είναι πολύ ευεργετικό για τον ασθενή να δίνονται ειλικρινείς απαντήσεις όσον αφορά την κατάσταση της υγείας του (51.9%). Η ειλικρίνεια αρχίζει να ανακουφίζει τους εσωτερικούς φόβους των ασθενών που βιώνουν κάποια ανίατη ασθένεια.

Σύμφωνα με την Σαπουντζή-Κρέπια (1998) η οικογένεια παίζει σημαντικό ρόλο στο θεραπευτικό σχήμα του ασθενή. Σύμφωνα με τη θεωρία της οικογένειας, οποιαδήποτε αλλαγή ή κατάσταση στρες βιώνεται από ένα άτομο, αυτό επηρεάζει και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Η πλειοψηφία των φοιτητών της νοσηλευτικής (91.8%) συμφωνούν ότι η οικογένεια πρέπει να συμμετέχει στη φροντίδα του ασθενή, να

ενημερώνεται και να λαμβάνεται υπόψη η γνώμη της οικογένειας στο θέμα της ευθανασίας. Επίσης, η πλειοψηφία του δείγματος (80.5%) συμφώνησε ότι η νοσηλευτική φροντίδα πρέπει να περιλαμβάνει και την οικογένειά του ασθενούς. Η νοσηλευτική διεργασία θα πρέπει να περικλείει και την οικογένεια (συγγενείς και φίλους) του αρρώστου που πεθαίνει, δημιουργώντας ευκαιρίες επαφής με τον άρρωστο και την προσφορά βοήθειας ώστε να δουν ρεαλιστικά το γεγονός που αντιμετωπίζουν (Μαλγαρινού και Γούλια, 1991).

Η διαδικασία ενημέρωσης και εκπαίδευσης, όπως και κάθε άλλη νοσηλευτική παρέμβαση, θα πρέπει να έχει σχεδιαστεί, εφαρμοσθεί και εκτιμηθεί στα πλαίσια της νοσηλευτικής διεργασίας. Ίσως για αυτό οι φοιτητές πιστεύουν ότι η ενημέρωση/εκπαίδευση είναι νοσηλευτική αρμοδιότητα (64.6%). Η εκπαίδευσή του ασθενούς είναι μια προσπάθεια συνεργασίας που έχει σχεδιαστεί να επηρεάσει τον τρόπο ζωής του ασθενούς και να αλλάξει νοοτροπίες, γνώσεις και δεξιότητες, ώστε να μπορέσει να διατηρήσει και να βελτιώσει την υγεία του. Οι νοσηλευτές θεωρούνται οι πιο σημαντικοί δάσκαλοι των ασθενών καθώς έχουν την στενότερη επαφή με τους ασθενείς και περνούν το περισσότερο χρόνο με αυτούς από οποιονδήποτε άλλο μέλος της ομάδας υγείας (Dawlon, 2001). Ο αποτελεσματικός νοσηλευτής-δάσκαλος δεν θα πρέπει απλώς να μεταδίδει πληροφορίες και δεξιότητες, αλλά να ενεργοποιεί τη συμμετοχή του ασθενούς στη διαδικασία της εκπαίδευσης, έτσι ώστε να καταλάβει την πραγματική του κατάσταση, να αποδεχτεί τη διάγνωση, να εκτιμήσει τις επιδράσεις της θεραπείας και να συμμορφωθεί με τη θεραπευτική αγωγή. Καθήκον των νοσηλευτών είναι να αντιλαμβάνονται τις ανάγκες του ασθενή, να παρέχουν ένα υποστηρικτικό σύστημα ανάμεσα στον ασθενή και την οικογένεια του, καθώς και να διατηρούν τις ισορροπίες μεταξύ τους.

Εν κατακλείδι, μελετώντας τα αποτελέσματα της έρευνας απορρέει ότι η νοσηλευτική παρέμβαση αποσκοπεί στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής του ασθενούς και παρέχετε αδιακρίτως σε οποιαδήποτε φάση της ζωής του. Η συνεχής ψυχολογική υποστήριξη που δέχεται ο ασθενής από τους νοσηλευτές αποβλέπει στην ενίσχυση και ενθάρρυνση του ασθενή για αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της κατάστασης του.

4.2 Περιορισμοί της έρευνας

Ο πρώτος περιορισμός της παρούσας έρευνας είναι ο μικρός αριθμός του δείγματος. Αν και η έρευνα πρόσφερε σημαντικά στοιχεία για την στάση των φοιτητών νοσηλευτικής για την ευθανασία κατά τη διάρκεια των προπτυχιακών τους σπουδών, κρίνεται αναγκαίο στο μέλλον η χρησιμοποίηση μεγαλύτερου δείγματος. Επίσης, το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκε σε πιλοτική μορφή και θα πρέπει να εφαρμοσθεί πάλι για στοιχεία αξιοπιστίας. Επιπλέον, η έλλειψη χρόνου και οικονομικών πόρων ανάγκασε τους ερευνητές σε δείγμα από δυο μόνο τριτοβάθμια εκπαιδευτικά ιδρύματα.

4.3 Προτάσεις

Το ζήτημα της ευθανασίας αποτελεί μια μεγάλη πρόκληση για όλους τους νοσηλευτές. Με βάση τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας αναφέρουμε τις ακόλουθες προτάσεις:

- Τον εμπλουτισμό του προγράμματος σπουδών της βασικής εκπαίδευσης (αύξηση μαθημάτων και διδακτικών ωρών) με θέματα σχετικά με ηθικά διλήμματα.
- Την ανάγκη της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για τους νοσηλευτές κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής τους καριέρας (σεμινάρια, συνέδρια, μεταπτυχιακά).
- Τη πλήρη και σωστή ενημέρωση των φοιτητών και των νοσηλευτών για την δια-βίου συνεχιζόμενη εκπαίδευση.
- Αναθεώρηση του καθηκοντολογίου των νοσηλευτών ώστε να είναι περισσότερο σαφή στην εκτέλεση πράξεων που σχετίζονται με ηθικά διλήμματα, όπως η ευθανασία.
- Να διευκρινισθεί ο ποινικός κώδικας για την ευθανασία στην Ελλάδα.
- Διερεύνηση των απόψεων για την ευθανασία, μεταξύ φοιτητών νοσηλευτικής και φοιτητών ιατρικής, λόγω της μεγάλης διαφοράς απόψεων στις δυο επιστήμες.

- Επανάληψη της παρούσας έρευνας σε μεγαλύτερο δείγμα φοιτητών νοσηλευτικής.
- Ο διεθνής κώδικας ηθικών καθηκόντων των νοσηλευτών να διδάσκεται στην τριτοβάθμια εκπαίδευση και να εφαρμόζεται από τους νοσηλευτές.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αβραμίδης Α (1995) Ευθανασία. ΑΚΡΙΤΑΣ, Αθήνα.

Αβραμίδης Α (1964) Η επιμήκυνση των ορίων του 'κλινικού θανάτου' κατά την καρδιακή ανακοπή. Διατριβή.

Abrams N και Buckner M (1989) Medical ethics: a clinical textbook and references for the health care professions. Mit, Cambridge, England.

Αναπλιώτη – Βαζαίου Ε (1989) Καθημερινά Ιατρικά Προβλήματα. ΑΘΗΝΑ.

Brint P και Wood M (1989) Advanced Design in Nursing Research. Sage, News bury Park.

Bowling A (1997) Research Methods in Health: investigating health and health services. Open university Press, Buckingham.

Burns N και Grove S (1987) Nursing Research. WB Saunders, Philadelphia.

Burns R (2000) Introduction to Research Methods. Sage, London.

Burt A (1997) The Supreme Court speaks-not assisted suicide but a constitutional right to palliative care. New England Journal of Medicine, 337: 1234- 1236.

Γιάκης Ν και άλλοι (2005) Η στάση του νοσηλευτικού προσωπικού στην ευθανασία. Νοσηλευτική: 44(1): 84-91.

Γιανναράς Χ (2000) Ελληνική ετοιμότητα για την Ευρωπαϊκή ενοποίηση. Νέα σύνορα, Αθήνα.

Γιαννοπούλου Γ (2003) Διλήμματα και Προβληματισμοί στην Σύγχρονη Νοσηλευτική. Η ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα.

Γιδοπούλου-Στραβολαίμου Κ (2000) Ασθενείς με καρκίνο και ευθανασία. Κοινωνική πρόκληση η υποκρισία; Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, Αθήνα.

Γκίκα Μ (2000) Διλήμματα στο τέλος της ζωής. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, Αθήνα.

Ciccarello G (2003) Strategies to Improve End of Life Care in the Intensive Care Unit. *Journal of Critical Care Nursing*, September-October: 216-222.

Cormack I (2000) *The Research Process in Nursing*. 4th ed. Blackwell science, London.

Δαΐκος Γ (1991) Η ποιότητα της Ιατρικής και η ποιότητα της ζωής. ΑΚΤΙΝΕΣ, Αθήνα.

Δημητριάδη Ζ (2000) Μεθοδολογία έρευνας. Interbooks, Αθήνα.

Δημητρόπουλος Ε (1994) Εισαγωγή στη μεθοδολογία της επιστημονικής έρευνας. Ελλην, Αθήνα.

Δικαιώματα νοσοκομειακού ασθενούς. Άρθρο 47. Νόμος 2071/92.

Δρόσου Β και Κοτρώτσιου Σ (1999) Ευθανασία και Επαγγελματίες Υγείας. 26^ο Νοσηλευτικό Πανελλήνιο Συνέδριο, Κέρκυρα.

Dawson S (2001) *Clinical effectiveness in nursing practice*. Whurr Publishers, London.

Ευαγγέλου Ι Σύντομη ιστορική αναδρομή στην ευθανασία από την αρχαιότητα ως τις μέρες μας. *Ελευθεροτυπία*, Τρίτη 16 Ιανουαρίου 2001: 4-5.

Ezekiel E (2001) Euthanasia: where the Netherlands leads will the world follow?
www.bmj.com

Frommelt M (1991) The effects of death education on nurses' attitudes toward caring for terminally ill persons and their families. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, 8(5): 37-43.

Gillon R. (1994). *Principles of health care ethics*. Willey, New York.

Glifford C και Gough S (1990) *Nursing Research: a skill-based introduction*. Prentice-Hall, New York.

Grubb A (1993) *Choices and decisions in health care*. Wiley, New York.

Ζακόπουλος Α (1987) Η ευθανασία σήμερα και η θέση της εκκλησίας. Εισήγηση. Αθήνα.

Ζηζιούλας Ι (1999) Η θεολογική προσέγγιση. *The Medical Magazine*. Μάιος: 33.

Καίσαρης Π (1999) Περὶ της ευθανασίας. Αχαϊκές εκδόσεις, Πάτρα.

Καίσαρης Π Συγκριτικά στατιστικά στοιχεία. Οι νομικοί προβληματισμοί, οι επιφυλάξεις και οι νομολογίες. *Ελευθεροτυπία*, Τρίτη 16 Ιανουαρίου 2001: 6.

Καλλέργης Γ (2000) Ο νοσηλευτής μπροστά στο τέλος της του αρρώστου. Αντιμετώπιση του θανάτου, ψυχολογική και πνευματική επιβάρυνση. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας. Αθήνα.

Καράμπελας Λ (1987) Η ευθανασία και το δικαίωμα στη ζωή και το θάνατο: από ποινική άποψη. ΕΚΔΟΤΙΚΗ ΕΣΤΙΑ, Αθήνα.

Κροκίδης Ξ (1999) Ευθανασία. *Αρεταίος*, Φεβρουάριος – Απρίλιος: 29-31.

Κουτσελίνης Α και Μιχαλοδημητράκης Μ (1984) Ιατρική ευθύνη: Γενικά θέματα ιατρικής αμέλειας και ιατρικής ευθύνης. GUTENBERG, Αθήνα.

Κουτσελίνης Α (1999) Βασικές αρχές βιοηθικής Ιατρικής Δεοντολογίας και Ιατρικής Ευθύνης. Παρισιάνος, Αθήνα.

Keir L, Wise B και Krebs C (1998) Ιατρική και νοσηλευτική δεοντολογία. Ελλην, Αθήνα.

Λεμονίδου και άλλοι (2003) Διερεύνηση της διαχρονικής εξέλιξης των κωδίκων νοσηλευτικής ευθύνης και δεοντολογίας και της σχετικής νομοθεσίας στην Ελλάδα. Νοσηλευτική, 42(2): 150-156.

Lo B (1995) Resolving Ethical Dilemmas. Lippincott William and Wilkins, Philadelphia.

Μαλγαρινού Μ και Γούλια Ε (1991) Η νοσηλεύτρια κοντά στον υπερήλικα. Η ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα.

Μαλγαρινού Μ - Κωνσταντινίδου Σ (2002) Νοσηλευτική: Γενική Παθολογική Χειρουργική. Τόμος Α'. Η ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα.

Μαντάς Ν και Ντάνος Α (1994) Μεθοδολογία εκπόνησης πτυχιακών εργασιών. Σύγχρονη εκδοτική, Αθήνα.

Ματσανιώτης Ν. Η δυνατότητα της επιστήμης να παρατείνει άσκοπα τη ζωή ενός ανθρώπου. Καθημερινή, Δευτέρα 5 Οκτωβρίου 1987.

Monagle J and Thomasma D (1998) Health care ethics: Critical issues for the 21st century. Au Aspen Publacation, Gaithersburg, Mary land.

Μπαμπάτσικου Φ και άλλοι (2001) Η αξία της πρακτικής άσκησης στην ολοκλήρωση της εκπαίδευσης των νοσηλευτών. Νοσηλευτική, 40 (4): 76-80.

Μπαμπινιώτης Γ (1998) Λεξικό Νέας Ελληνικής Γλώσσας. Κέντρο Λεξικολογίας, Αθήνα.

Μπελλάλη Θ (2005) Διεργασία θρήνου των γονιών μετά την απώλεια παιδιού. Νοσηλευτική, 44 (3): 279-290.

Μυλιώνης Ν (2000) Ευθανασία και καρκίνος. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, Αθήνα.

Πάνου Μ (2004) Παιδιατρική νοσηλευτική: εννοιολογική προσέγγιση. Βήτα, Αθήνα.

Παπαγεωργίου Κ (1992) Εγκεφαλικός θάνατος. Σεμινάριο Μεταμοσχεύσεις και Νοσηλευτική, Αθήνα.

Παπαγεωργίου Δ (1998) Ηθικά διλήμματα που αντιμετωπίζει η νοσηλευτική επιστήμη κατά τη διεξαγωγή ερευνών. Νοσηλευτική, 37 (2): 157-171.

Παπαπετρόπουλος Θ και άλλοι (1997) Τάσεις προς την ευθανασία μεταξύ ιατρών, δικηγόρων, δικαστών και φοιτητών Ιατρικής στην πόλη των Πατρών. Ιατρική, 72(1): 69-73.

Παπαχρήστου Κ (1999) Ευθανασία: αποφάσεις κατά το τέλος της ζωής. The Medical Magazine. Μάιος: 29.

Παρασκευαΐδης Χ (1994) Το δικαίωμα σ' ένα αξιοπρεπή θάνατο. Αθήνα.

Παρασκευόπουλος Ι (1985) Μεθοδολογία επιστημονικής έρευνας. Αθήνα.

Πριάμη Μ (1999) Υποστηρικτική φροντίδα ηλικιωμένου ασθενούς με καρκίνο. Νοσηλευτική, 38 (2): 145-150).

Πριάμη Μ και άλλοι (2001) Απόψεις νοσηλευτικού προσωπικού για την ευθανασία. Νοσηλευτική, 4: 43-50.

Ραγιά Α (2002) Βασική νοσηλευτική: θεωρητικές και δεοντολογικές αρχές. Αθήνα.

Ρηγάτος Α (1991) Το κοινό, ο τύπος και η ευθανασία. Ελληνική Ιατρική, 8:11-12.

Polit I και Hungler P (1997) Nursing Research: methods, appraisal and utilization. 4th ed. Lippincott, Philadelphia.

Σαββοπούλου Γ (1999) Βασική Νοσηλευτική. Η ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα.

Σαπουντζή – Κρέπια Δ (1998) Χρόνια Ασθένεια και Νοσηλευτική Φροντίδα: μια ολιστική προσέγγιση. Ελλήν, Αθήνα.

Σαπουντζή – Κρέπια Δ (2002) Θρησκευτικά πιστεύω και πνευματικότητα ως συνιστώσες στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας. Νοσηλευτική, 4 (4): 365-370.

Σαχίνη - Καρδάση Α και Πάνου Μ (2002) Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική. Τόμος 1^{ος}. Η ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα.

Σαχίνη-Καρδάση Α (2003) Μεθοδολογία έρευνας - εφαρμογή στο χώρο της υγείας. Βήτα, Αθήνα.

Sirkin M (1995) Statistics for the social sciences. Sage, Thousand Oaks.

Σπηλιώτης Ι (1999) Καρκίνος 'από την άγνοια... στο φόβο'. Αχαϊκές εκδόσεις, Πάτρα.

Τεγόπουλος-Φυτράκης (1997) Μικρό Ελληνικό Λεξικό. Αρμονία, Αθήνα.

Χριστοπούλου Η (2005) Ευθανασία: Η αναζήτηση ενός αξιοπρεπούς θανάτου. Έχουμε όμως δικαίωμα απόφασης και επιλογής; Γυναίκα, Μάιος: 128-133.

Wright S (1998) Νοσηλευτική Υπερηλίκων. Ελλήν, Αθήνα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΦΥΛΛΟ

20.9.2005

ΑΚΑΛΟΥΜΕ ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ

ητοί φοιτητές,
τε προπτυχιακοί φοιτητές, στο τμήμα Νοσηλευτικής του Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας. Το “Ερωτηματολόγιο για την
νασία” που έχετε στα χέρια σας είναι μέρος της πτυχιακής μας εργασίας. Περιλαμβάνει μερικές ερωτήσεις
ιατυπώσεις έτσι ώστε να ερευνήσουμε τη στάση των φοιτητών νοσηλευτικής για την ευθανασία.
λαμβάνει επίσης μερικές δημογραφικές ερωτήσεις. Παρακαλούμε **απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις,**
γοντας μία μόνο επιλογή.

ΟΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΑΣ ΘΑ ΚΡΑΤΗΘΟΥΝ ΑΥΣΤΗΡΩΣ ΑΠΟΡΡΗΤΕΣ

Εάν χρειαστείτε οποιαδήποτε πληροφορία ή διευκρίνηση , μην διστάσετε να μας ρωτήσετε.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΑΣ !!

ύρη Φιλippία

ύφρα Μαρία

ΜΕΡΟΣ 1^ο

Θα αξιολογούσατε τις γνώσεις σας για την ευθανασία;

Πολλά Αρκετές Λίγες Πολύ λίγες Καθόλου

Ποιες είναι οι κύριες πηγές ενημέρωσης σας για την ευθανασία;

Μαθήματα Νοσηλευτικής Νοσοκομεία Μ.Μ.Ε Επιστημονικά περιοδικά Άλλο

Ενθαρρύνετε τη σχετική νομοθεσία για την ευθανασία στην Ελλάδα;

Ναι Όχι

Έχετε προηγούμενη εμπειρία σε θέματα ευθανασίας;

Ναι Όχι

Κάθως προς την προσωπική σας άποψη, συμφωνείτε με την εφαρμογή της ευθανασίας σε καταληκτικούς ασθενείς;

Ναι Όχι Δεν απαντώ

Αν είστε νοσηλεύτριες/τριες, θα συμμετέχετε σε διαδικασία ευθανασίας σε καταληκτικούς ασθενείς;

Ναι Όχι Δεν απαντώ

Αν είστε νοσηλεύτριες/τριες, θα συμμετέχετε σε διαδικασία ευθανασίας σε ασθενή κάτω των 15 ετών;

Ναι Όχι Δεν απαντώ

Ποσοστό πιστεύετε ότι σας προετοιμάζει η νοσηλευτική σας εκπαίδευση στο δίλημμα της ευθανασίας;

Πολλά Αρκετά Λίγο Πολύ λίγο Καθόλου

Πιστεύετε ότι η ευθανασία πρέπει να νομιμοποιηθεί στη χώρα μας;

Ναι Όχι Δεν απαντώ

Ενθαρρύνετε αν το καθηκοντολόγιο των νοσηλευτών, σας καλύπτει σε διαδικασία ευθανασίας;

Ναι Όχι

Θα ήθελετε να δουλέψετε σε χώρους όπως, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας – Μονάδα Εμφραγμάτων –

Καρδιολογική, όπου η κατάσταση των ασθενών είναι συνήθως κρίσιμη ή τερματική;

Ναι Όχι Δεν ξέρω

Ποιοι είναι οι πιο σημαντικοί παράγοντες που πιστεύετε ότι θα επηρεάσουν την απόφασή σας για

συμμετοχή σε ευθανασία. Ξεκινήστε από τον πιο σημαντικό (1) έως το λιγότερο σημαντικό (6), βάζοντας

έναν αριθμό στα κενά που υπάρχουν

Καθηκοντολόγιο νοσηλευτών _____

Απόφαση ασθενών _____

Οικογενειακό περιβάλλον _____

Πρωτόκολλα κλινικής/μονάδας _____

Προσωπικά πιστεύω _____

Νομοθεσία _____

ΜΕΡΟΣ 2^ο

Οι παρακάτω δηλώσεις έχουν σκοπό να διαπιστώσουν πως θα αισθάνεστε σε περίπτωση που φροντίζετε καταληκτικό ασθενή και την οικογένεια του.

	Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Αβέβαιο	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
Νοιώθω άβολα μιλώντας για επικείμενο θάνατο σε καταληκτικό ασθενή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Εάν θα ήθελα να αναλάβω την φροντίδα σε καταληκτικό ασθενή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Θα ήθελα να γίνω φίλος με έναν καταληκτικό ασθενή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Η οικογένεια του καταληκτικού ασθενή πρέπει να συμμετέχει στη φροντίδα του	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αν είχα φροντίσει ο ασθενής που φροντίζω να αλλάξει, όταν δεν δουλεύω βάρδια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Όσο πλησιάζει ο θάνατος, οι νοσηλευτές πρέπει να αποσύρουν την φροντίδα τους από τον καταληκτικό ασθενή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ο καταληκτικός ασθενής δεν θα πρέπει να αποφασίζει για την φροντίδα του	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ο καταληκτικός ασθενής είναι ευεργετικό για τον καταληκτικό ασθενή να εκφράζει τα αισθήματά του	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Η νοσηλευτική φροντίδα πρέπει να λαμβάνει και την οικογένεια του καταληκτικού ασθενούς	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ο καταληκτικός ασθενής και η οικογένειά του πρέπει να έχουν τον πρώτο λόγο στις αποφάσεις	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Η παυσίπονη θεραπεία δεν θα πρέπει να είναι το κύριο μέλημα όταν φροντίζουμε καταληκτικό ασθενή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ο καταληκτικός ασθενής πρέπει να λαμβάνει ειλικρινείς απαντήσεις για την κατάσταση του	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Η ενημέρωση/εκπαίδευση των οικογενειών σχετικά με το θάνατο δεν είναι νοσηλευτική ευθύνη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ΜΕΡΟΣ 3^ο

Δημογραφικά Στοιχεία

Έτος γεννηθήκατε; _____

Άρρην _____ Θήλυ _____

Είναι η υπηκοότητά σας: Ελληνική _____ Άλλη (παρακαλούμε προσδιορίστε) _____

Το εκπαιδευτικό ίδρυμα ανήκετε; _____

Το εξάμηνο σπουδών είστε; _____

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΜΕΓ. ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥ 1

Τ.Κ. 26334

ΠΑΤΡΑ

20 Σεπτεμβρίου 2005

Αγαπητή κα Προϊσταμένη

Είμαστε προπτυχιακοί φοιτητές στο τμήμα Νοσηλευτικής του ΑΤΕΙ Πάτρας. Η πτυχιακή μας, υπό την επίβλεψη του Δρ. Ν. Μπακάλη, ερευνά τη στάση των φοιτητών Νοσηλευτικής για την ευθανασία. Σκοπός αυτής της έρευνας είναι πρώτον, να προσδιορίσουμε τη στάση των φοιτητών για την ευθανασία και δεύτερον να διαπιστώσουμε τη στάση των φοιτητών για την ευθανασία κατά την εξέλιξη των σπουδών τους. Ερωτηματολόγιο έχει κατασκευαστεί περιλαμβάνοντας 25 ερωτήσεις.

Θέλουμε να σας διαβεβαιώσουμε ότι οι απαντήσεις των φοιτητών θα κρατηθούν **αυστηρώς απόρρητες**.

Θα είμαστε ευγνώμων να μας επιτρέψετε να προσεγγίσουμε φοιτητές Α', Δ', και Ζ' εξαμήνου. Η συμμετοχή είναι εθελοντική.

Με εκτίμηση

Νανούρη Φιλίππια

Ντζούφρα Μαρία

Τηλ: 210 8320353, κινητό: 6972128712

Email: nb1972@hotmail.com

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3

Α.Τ.Ε.Ι. ΑΘΗΝΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ Α΄
ΑΓ. ΣΠΥΡΙΔΩΝΟΣ 28
Τ.Κ. 12243
ΑΙΓΑΛΕΩ

20 Σεπτεμβρίου 2005

Αγαπητή κα Προϊσταμένη

Είμαστε προπτυχιακοί φοιτητές στο τμήμα Νοσηλευτικής του ΑΤΕΙ Πάτρας. Η πτυχιακή μας, υπό την επίβλεψη του Δρ. Ν. Μπακάλη, ερευνά τη στάση των φοιτητών Νοσηλευτικής για την ευθανασία. Σκοπός αυτής της έρευνας είναι πρώτον, να προσδιορίσουμε τη στάση των φοιτητών για την ευθανασία και δεύτερον να διαπιστώσουμε τη στάση των φοιτητών για την ευθανασία κατά την εξέλιξη των σπουδών τους. Ερωτηματολόγιο έχει κατασκευαστεί περιλαμβάνοντας 25 ερωτήσεις.

Θέλουμε να σας διαβεβαιώσουμε ότι οι απαντήσεις των φοιτητών θα κρατηθούν **αυστηρώς απόρρητες**.

Θα είμαστε ευγνώμων να μας επιτρέψετε να προσεγγίσουμε φοιτητές Α΄, Δ΄, και Ζ΄ εξαμήνου. Η συμμετοχή είναι εθελοντική.

Με εκτίμηση
Νανούρη Φιλίππια
Ντζούφρα Μαρία

Τηλ: 210 8320353, κινητό: 6972128712
Email: nb1972@hotmail.com

