

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΤΙΤΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

***ΤΑ ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ  
ΥΓΕΙΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΣΕ  
ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΕ ΚΑΤΑΛΗΚΤΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΜΗ  
ΑΣΘΕΝΕΙΣ***

**ΟΜΑΔΑ ΦΟΙΤΗΤΡΙΩΝ:**

Βαφάκου Αγγελική

Καρρά Παναγιώτα

Καταξάκη Ευαγγελία

**ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:**

Δρ.Ν.Μπακάλης

ΠΑΤΡΑ, 2008



# *ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ*

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

*Ευχαριστούμε τους γονείς μας για την υπομονή και την στήριξη που έδειξαν αυτά τα τέσσερα χρόνια της φοιτητικής μας ζωής και ήταν δίπλα μας σε κάθε δυσκολία, άγχος και απογοήτευση που παρουσιάστηκε.*

*Καθώς επίσης, όσους μας βοήθησαν και μας συμπαραστάθηκαν για την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας.*

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το πρόβλημα της ευθανασίας απασχολεί τη σύγχρονη βιοηθική με ολοένα και αυξανόμενο ρυθμό. Η βασική έννοια του όρου της ευθανασίας περικλείει την επιλογή της στιγμής του θανάτου με σκοπό τη λύτρωση του ασθενούς από το αίσθημα του πόνου και ενδεχόμενα τη διατήρηση της ακεραιότητας της προσωπικής του αξιοπρέπειας.

Η παρούσα έρευνα είναι μια περιγραφική έρευνα που έχει σκοπό πρώτον να αναγνωρίσει και να συγκρίνει τις απόψεις ιατρών και νοσηλευτών σχετικά με τα ηθικά διλήμματα που απορρέουν από το θέμα της ευθανασίας και δεύτερον να διαπιστώσει τις απόψεις ιατρών και νοσηλευτών που αφορούν καταληκτικούς και μη ασθενείς. Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο με 26 ερωτήσεις για τη συλλογή πληροφοριών. Το δείγμα αποτέλεσαν 132 επιστήμονες υγείας (57 ιατροί και 75 νοσηλευτές) από τα νοσοκομεία του νομού Αχαΐας και Κορίνθου. Τα αποτελέσματα αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 12.0.

Η πλειοψηφία του δείγματος τόσο για τους ιατρούς (86%) όσο και για τους νοσηλευτές (66,6%) αξιολόγησε τις γνώσεις τους ως επαρκείς σχετικά με το νομοθετικό πλαίσιο για την εφαρμογή της ευθανασίας στην Ελλάδα. Οι γνώσεις των ιατρών και των νοσηλευτών για τη νομοθεσία και το καθηκοντολόγιο ήταν αρκετά καλές (66,6% και 76% αντίστοιχα). Επιπλέον, το μεγαλύτερο μέρος των ιατρών (51%) και στις δύο πόλεις ήταν θετικό στη νομιμοποίηση της ευθανασίας στην Ελλάδα, ενώ στο νοσηλευτικό προσωπικό οι απόψεις δίστανται. Επίσης, διαπιστώθηκε σημαντική διαφορά στη συνεισφορά της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στη

λήψη αποφάσεων για την ευθανασία και αυτό διότι ένα σημαντικό ποσοστό (37,1%) του δείγματος από το νομό Αχαΐας υποστηρίζει ότι δεν αποτελεί σημαντικό παράγοντα.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι στις κλινικές με μη καταληκτικούς ασθενείς υπάρχει ένα σημαντικό ποσοστό (72,5%) θετικών απαντήσεων σε μια πιθανή συμμετοχή σε ευθανασία. Η πλειοψηφία των νοσηλευτών (46,7%) θεωρούν την ευθανασία ως πράξη λύτρωσης ενώ η πλειοψηφία των ιατρών (47,4%) τη θεωρεί ως ένα τρόπο επιτάχυνσης του θανάτου.

Τέλος, φαίνεται ότι υπάρχει έντονος προβληματισμός του ιατρο-νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τη λήψη αποφάσεων σε ηθικά διλήμματα, όπως αυτό της ευθανασίας. Ένας σημαντικός παράγοντας αυτού είναι τόσο η νοσηλευτική όσο και η ιατρική δεοντολογία η οποία είναι αντίθετη σε πρακτικές επιτάχυνσης του θανάτου. Ίσως, το "κλειδί" για τη παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής και ιατρικής φροντίδας, τόσο καταληκτικών όσο και μη καταληκτικών ασθενών, να είναι η συνεχιζόμενη εκπαίδευση των επιστημόνων υγείας έτσι ώστε να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν τα κενά τους και να εμπλουτίζουν συνεχώς τις γνώσεις τους.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες.....	3
Περίληψη.....	4
Περιεχόμενα.....	6

### Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup>

1.1.Εισαγωγή.....	9
1.2.Είδη Ευθανασίας.....	10
1.2.1.Ενεργητική Ευθανασία.....	10
1.2.2.Παθητική Ευθανασία.....	12
1.2.3.Ευθανασία δια τη μη ανανήψεως.....	13
1.2.4.Ευθανασία του τύπου Living Will (διαθήκη ζωής).....	13
1.2.5.Δυσθανασία.....	14
1.2.6.Ορθοθανασία.....	14
1.2.7.Επιταχυθανασία.....	15
1.2.8.Επιτάχυνση του θανάτου του καταδικασμένου σε θάνατο από οίκτο.....	15
1.2.9.Ευγονική Ευθανασία.....	16
1.2.10.Κοινωνική Ευθανασία.....	16
1.3.Νόμος και Ευθανασία.....	17
1.3.1.Προσπάθειες νομιμοποίησης της ευθανασίας.....	17
1.3.2.Η ελληνική νομολογία για το δικαίωμα στο θάνατο.....	19
1.4.Η νομοθεσία άλλων κρατών.....	21
1.4.1.Ολλανδία.....	21

1.4.2.Βέλγιο.....	22
1.4.3.Μεγάλη Βρετανία.....	23
1.4.4.Γερμανία.....	23
1.4.5.Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής.....	25
1.4.6.Ιταλία.....	26
1.4.7.Αυστραλία.....	26
1.4.8.Κύπρος.....	27
1.5.Η Ευθανασία υπό το πρίσμα της Χριστιανικής Ηθικής.....	27
1.5.1.Επιχειρήματα κατά της ευθανασίας.....	28
1.6.Ιατρική και Ευθανασία.....	29
1.6.1.Σύγχρονη Ιατρική Ηθική και Ευθανασία.....	29
1.7.Νοσηλευτικά Διλήμματα και Νοσηλευτική Δεοντολογία.....	31
1.8.Ο Νοσηλευτής και ο ασθενής που πεθαίνει.....	34
1.9.Ο Νοσηλευτής μπροστά στο τέλος της ζωής του αρρώστου – Ψυχολογική και πνευματική επιβάρυνση.....	35
1.10.Δικαιώματα ασθενούς.....	38

## **Κεφάλαιο 2**

Μέθοδος.....	43
2.1.Σχεδιασμός.....	43
2.2.Δείγμα.....	45
2.3.Μέθοδος Συλλογής δεδομένων.....	46
2.4.Διαδικασία.....	49
2.5.Στατιστική Ανάλυση.....	49

## **Κεφάλαιο 3**

Αποτελέσματα.....	51
3.1.Χαρακτηριστικά δείγματος.....	51

## **Κεφάλαιο 4**

4.1.Συζήτηση.....	63
4.2.Περιορισμοί της Έρευνας.....	72
4.3.Προτάσεις.....	73

Βιβλιογραφία.....	74
-------------------	----

### Παράρτημα 1

Ερωτηματολόγιο για την ευθανασία.....	79
---------------------------------------	----

### Παράρτημα 2

Γράμμα προς την προϊσταμένη του τμήματος Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Πάτρας.....	86
---	----

### Παράρτημα 3

Γράμμα προς τον διευθυντή κάθε κλινικής.....	87
--	----



# Κεφάλαιο 1

## 1.1. Εισαγωγή

Η ευθανασία είναι ένα επίκαιρο, ενδιαφέρον και έντονα αμφιλεγόμενο θέμα. Έχει σημαντικές, ηθικές, νομικές και πνευματικές πλευρές και η ανθρώπινη ευθύνη είναι πραγματικά πολύ μεγάλη.

Η έννοια της ευθανασίας δεν είναι για όλους σαφής. Υπήρχε όμως σαν πρακτική από αρχαιοτάτων χρόνων. Η Αρχαία Σπάρτη είχε επινοήσει τον Καιάδα, μια υψηλή χαράδρα του Ταυγέτου και με αυτό το τρόπο “επέλυε” τα προβλήματα των παιδιών με γενετικές ανωμαλίες ή καθυστέρηση αλλά και τους ανίατους αρρώστους. Στην ιστορία επίσης ως ευθανασία χαρακτηρίζεται ο θάνατος του Ρόδιου Δημάρατου, πατέρα τριών Ολυμπιονικών που πεθαίνει στην υπέρτατη ευτυχία (Σπηλιώτης, 1999).

Ο Πλάτων στην «πολιτεία» του διετύπωσε την άποψη ότι μόνο οι σωματικά και πνευματικά υγιείς πρέπει να τυγχάνουν μέριμνας, ενώ οι πάσχοντες πρέπει να εγκαταλείπονται στο θάνατο. Ανάλογες απόψεις εξέφρασε και ο Αριστοτέλης.

Από την άλλη πλευρά ο πατέρας της Ιατρικής, Ιπποκράτης, όχι μόνο απαγόρευε την άσκησή της αλλά και την υπόδειξή της σημειώνοντας στον πολύ γνωστό όρκο του «ου δώσω δε ουδέ φάρμακον ουδενί αιτηθής θανάσιμου, ουδέ υφηγήσομαι ξυμβουλίην τοιήνδε» (Δεν θα δώσω δηλητήριο σε κανέναν, ακόμα κι αν μου ζητηθεί ούτε και θα προτείνω κάτι ανάλογο σε κάποιον) (Γρηγοράκος , 2008).

Η Ευθανασία είναι γνωστή από την αρχαία εποχή. Σημαίνει καλός, ωραίος, ένδοξος θάνατος, όπως το δηλώνει η ετυμολογία της λέξεως:

ευ+θάνατος = ο ανώδυνος θάνατος (Καλλέργης,2000). Ως ιατρικός όρος, σημαίνει εσκεμμένη υποβοήθηση για ήρεμο και εύκολο θάνατο. Φαίνεται ότι οι άνθρωποι που έπασχαν από ανίατη ασθένεια, έπαιρναν κάποιο δηλητήριο και πέθαιναν. Ήταν δηλαδή στην ουσία μια αυτοκτονία για όποιον επέλεγε να πεθάνει με αυτόν τον τρόπο. Η συζήτηση για την ευθανασία συνεχίζεται και στην εποχή μας, με περισσότερα και πιο επιτακτικά ερωτήματα ή και διλήμματα (Καλλέργης, 2000).

Ο καθημερινός καταιγισμός με ειδήσεις που αναφέρονται στις βιοιατρικές εξελίξεις προκαλεί ανάμεικτα αισθήματα δέους, θαυμασμού και απορίας. Δέος και θαυμασμό μπροστά στις νέες προοπτικές που ανοίγονται σχετικά με τη δημιουργία ή τη θεραπεία της ζωής· και απορία ως προς τις δυνατότητες των ατόμων και των κοινωνιών να επεξεργασθούν, να εκμεταλλευθούν και να διαχειρισθούν τις νέες γνώσεις και δυνατότητες και να τις συμβιβάσουν με παγιωμένες ηθικές και κοινωνικές αντιλήψεις (Γεωργιάδης , 2007).

Σήμερα, η εμπειρία που υπάρχει σε διεθνές επίπεδο για την ευθανασία αλλά και η αποσαφήνιση της έννοιας του ανίατου, μας υποχρεώνει να σεβαστούμε την δικαιολογητική βάση της αρχής ότι οι λειτουργοί υγείας έχουν σκοπό να προστατεύουν τη ζωή, η οποία και σε βαρύτερες ασθένειες δεν μετατρέπεται σε απαξία. Οι συνειδητοποιημένες κοινωνίες αντιμετωπίζουν την ευθανασία ως μέσο λύτρωσης των ασθενών με βέβαιο φρικτό και οδυνηρό θάνατο βασίζοντας τις απόψεις τους σε ανθρωπιστικά κριτήρια ( Γρηγοράκος, 2007).

## **1.2. Είδη Ευθανασίας**

### **1.2.1.Ενεργητική Ευθανασία**

Ως **ενεργητική ευθανασία** ορίζεται η εσκεμμένη ενέργεια με ανάθεση ή ανάληψη από κάποιον άλλον της πράξης του τερματισμού της ζωής ενός προσώπου για παράδειγμα από ένα γιατρό με μια ένεση φαρμάκου ή αέρα στη φλέβα ή με κάποια «συσκευή» (Αβραμίδης, 1995).

Στην ενεργητική ευθανασία κύριος σκοπός είναι να επιφέρουμε νωρίτερα το θάνατο στον θνήσκοντα άνθρωπο. Με άλλα λόγια, πρόκειται όχι για τον οποιοδήποτε πάσχοντα αλλά για τον βαρύτερα πάσχοντα που με απόλυτη βεβαιότητα έχει εισέλθει στη διαδικασία του θανάτου χωρίς την ελάχιστη προοπτική βελτιώσεως της κατάστασης του. Την απόφαση για την ενεργητική ευθανασία μπορεί να πάρει είτε ο ίδιος ο πάσχων, εφόσον είναι ικανός για κάτι τέτοιο, είτε άλλα πρόσωπα, όταν ο πάσχων έχει χάσει την αυτοσυνειδησία του, όπως για παράδειγμα οι οικείοι συγγενείς, φίλοι ή θεράποντες ιατροί (Χρονόπουλος, 1980).

Η ενεργητική ευθανασία χωρίζεται σε εκούσια και ακούσια. Η εκούσια που εφαρμόζεται από τον ίδιο τον πάσχοντα όταν θέλει να θέσει τέρμα στη ζωή του, και λέγεται “ευθανασία δια αυτοκτονίας” ή με τη βοήθεια κάποιου άλλου και τότε πρόκειται “συμμετοχή σε αυτοκτονία”. Η εκούσια ευθανασία εκτελείται με τη λήψη μιας ουσίας σε δόση τέτοια ώστε να επιφέρει το θάνατο γρήγορα και χωρίς ταλαιπωρίες. Τιμωρείται κατά τα οριζόμενα στο άρθρο 310 του Ελληνικού Ποινικού Κώδικα, με βαριές ποινές.

Η **ακούσια ευθανασία** επιχειρείται με δύο τρόπους πρώτον, χωρίς την εκφρασμένη συγκατάθεση του ασθενή, αλλά κατά την εικαζόμενη βούλησή του και δεύτερον, από οίκτο προς αυτόν (Νανούρη και Ντζούφρα, 2006).

### **1.2.2. Παθητική Ευθανασία**

Με τον όρο **παθητική ευθανασία** νοείται είτε η μη ανάληψη μιας θεραπείας, είτε η διακοπή μιας θεραπείας που έχει ήδη αρχίσει (Αναπλιώτης, 2003).

Στη παθητική ευθανασία, ανακύπτει το ερώτημα αν υπάρχει έννομη πράξη στη περίπτωση, που διακοπεί η ιατρική φροντίδα και η υποστήριξη θνήσκοντος ασθενούς. Αυτή η μορφή της ευθανασίας είναι σήμερα στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος, καθώς με την εξέλιξη της ιατρικής, έχουν αυξηθεί οι δυνατότητες διατήρησης και παράτασης της λειτουργίας του οργανισμού για μεγάλο χρονικό διάστημα, ακόμα και αφού το άτομο έχει χάσει την επαφή με το περιβάλλον του. Γίνεται δεκτό ότι δεν αποτελεί άδικη πράξη η παθητική ευθανασία όταν συμβαίνει με τη θέληση ή κατά απαίτηση του ασθενούς (Γιαρένη, 2005).

Αντιθέτως, άδικη πράξη θεωρείται η παθητική ευθανασία παρά την αντίθετη βούληση του αρρώστου, όταν ο ασθενής δεν έχει εκφράσει τη βούλησή του και είναι εφικτή η παράταση της φυσικής-βιολογικής λειτουργίας του οργανισμού του (Γιαρένη, 2005).

Διευκρινίζεται ότι διακοπή θεραπείας που δεν πιστεύεται ότι βοηθάει τον ασθενή με σκοπό να επιτραπεί η επέλευση του φυσικού θανάτου, χωρίς πρόσθετες άσκοπες προσπάθειες, δε μπορεί να θεωρηθεί παθητική ευθανασία. Αν όμως διακοπεί αποτελεσματική θεραπεία για να επιταχυνθεί η επέλευση του θανάτου, τότε καθαρά πρόκειται για ευθανασία ([www.pathfinder.gr](http://www.pathfinder.gr)).

### **1.2.3. Ευθανασία δια της μη ανανήψεως**

Γι' αυτό το είδος της ευθανασίας ο ενδιαφερόμενος υπογράφει στο φάκελο του ιστορικού της ασθένειάς του, ένα έντυπο, σύμφωνα με το οποίο, σε περίπτωση που περιέλθει σε κατάσταση τέτοια που η επάνοδος στη ζωή θα ήταν εκείνη ενός «φυτού» ή στην περίπτωση που προσβληθεί από κάποια ανίατη ασθένεια, δεν επιθυμεί την δια τεχνικών μέσων άσκοπη παράταση της ζωής του (Αβραμίδης, 1995).

Συμβαίνει, όμως, σε πολλές περιπτώσεις να μην ενημερώνεται ο άρρωστος επακριβώς για τα χαρτιά που υπογράφει όταν μπαίνει στο νοσοκομείο, υπό το βάρος κάποιας αρρώστιας. Ή να μην γνωρίζει τις επιδράσεις της στην ψυχική ή διανοητική του κατάσταση, που μπορεί να επηρεάζονται και από τυχόν χορηγηθέντα στο μεταξύ φάρμακα. Ενδέχεται λοιπόν με τη βελτίωση της κατάστασης του, να μην θυμάται τίποτα για κάποιο τέτοιο χαρτί που υπέγραψε κατά τη διαδικασία της εισαγωγής (Αβραμίδης, 1995).

Από την άλλη μεριά, υπάρχει η πιθανότητα να μην είναι ο ασθενής πλήρως ενημερωμένος για τη σοβαρότητα ή μη της κατάστασης του όταν από τους θεράποντες ιατρούς κρίνεται ότι δεν είναι σε θέση να σηκώσει το βάρος μιας "αποκαλυπτικής" ενημέρωσης. Στις περιπτώσεις αυτές, είναι δυνατόν ο ασθενής να επέλθει σε κατάσταση ταραχής και σύγχυσης και να προχωρήσει σε «ενέργειες» στις οποίες δεν θα έφτανε αν δεν ήταν νηφάλιος (Παρασκευαΐδης, 1983).

### **1.2.4. Ευθανασία του τύπου Living Will (διαθήκη ζωής)**

Στις ΗΠΑ, έχει ακόμη συζητηθεί και "η διαθήκη ζωής" (living will) με την οποία υγιή άτομα ή δυνητικά άρρωστοι, όσο έχουν ακόμη ακέραιο το

νοητικό τους επίπεδο δίνουν οδηγίες σε κάποιον δικό τους - κάποιον που εμπιστεύονται - σχετικά με το είδος της φροντίδας που θα ήθελαν στις τελευταίες ημέρες τους, ζητώντας πολλές φορές να μην παρατείνεται άσκοπα η ζωή τους. Αλλά διερωτάται κανείς τι νόημα μπορεί να έχει μια τέτοια "διαθήκη"; Τι αξία μπορεί να έχει όταν συντάσσεται σε ανύποπτο χρόνο, όταν το άτομο είναι υγιές και το θάνατο τον βλέπει ως ένα πολύ μακρινό ενδεχόμενο, όταν δεν ζει την ψυχολογία αυτού που φεύγει από τη ζωή; (Κουτσελίνης, 2007). Ερωτήματα δύσκολα και πολύπλοκα, τις περισσότερες φορές χωρίς απαντήσεις.

### **1.2.5. Δυσθανασία**

Ο ορισμός της **δυσθανασίας** έγκειται στις προσπάθειες παράτασης της ζωής ενός αρρώστου με δύσκολες και δαπανηρές φροντίδες οι οποίες είναι δυσανάλογες σε απόδοση προς το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα. Με αυτές τις ενέργειες το άτομο διατηρείται απλώς και μόνο στη ζωή. Η δυσθανασία γίνεται σεβαστή είτε αυτή είναι επιθυμία του αρρώστου είτε εκφράζεται από συγγενείς ή φίλους. Επιχειρείται κυρίως για δύο λόγους.

Αφενός μεν, να προλάβουν ζωντανό τον ασθενή όταν κάποιος συγγενείς πρόκειται να φθάσουν από μακριά και αφετέρου, για να τακτοποιήσουν κάποιες εκκρεμότητες (Νανούρη και Ντζούφρα , 2006).

### **1.2.6. Ορθοθανασία**

Πρόκειται για το είδος της ευθανασίας κατά την οποία ο ιατρός, σύμφωνα με τη νομολογία, "εγκαταλείπει" τον άρρωστο που πάσχει από ανίατο νόσημα, στη μοιραία εξέλιξη του. Δηλαδή του χορηγεί μόνο κατευναστικά ή αναλγητικά φάρμακα. Βέβαια, η ενέργεια αυτή του

ιατρού γίνεται με την συναίνεση των οικείων του. Στην ευθανασία αυτού του είδους ο θάνατος επέρχεται με γαλήνη και ηρεμία, χωρίς τεχνητά μέσα (Βουγιούκας, 1993).

### **1.2.7. Επιταχυθανασία**

Ονομάζεται έτσι η σκόπιμη επιτάχυνση των βιολογικών διαδικασιών του θανάτου, σε περιπτώσεις αναπότρεπτης επελεύσεως του και της ως εκ τούτου απωλείας των προϋποθέσεων για ένα «ευ ζην». Θεωρούν δε οι εισηγητές της ότι αποτελεί «υποχρέωση» του γιατρού να την εφαρμόσει, προς απαλλαγή του αρρώστου από την ήδη τραγική επιθανάτιο κατάσταση του (Αβραμίδης, 1995). Η ευθανασία αυτού του είδους, εκτός του ότι αντίκειται στον όρκο του γιατρού για το «μη βλάπτειν», επισύρει και τις ποινές του άρθρου 299 του Ποινικού Κώδικα (Αβραμίδης, 1995). Αυτές είναι καταρχήν ανθρωποκτονία από πρόθεση με το ελαφρυντικό ότι ο υπαίτιος ωθήθηκε στην πράξη του από αίτια μη ταπεινά. Η πράξη απειλείται με ποινή καθείρξεως 10 έως 20 ετών. Αν η πράξη αποφασίσθηκε και εκτελέσθηκε σε βρασμό ψυχικής ορμής, με το ίδιο πάντα ελαφρυντικό, η προβλεπόμενη ποινή μειώνεται σε φυλάκιση 2 ετών έως κάθειρξη 12 ετών (Βελλής, 2008).

### **1.2.8.Επιτάχυνση του θανάτου του καταδικασμένου σε θάνατο από οίκτο.**

Ευθανασία θεωρείται και η επιτάχυνση του θανάτου του ανθρώπου που δεν είναι ασθενής, όταν είναι βέβαιος ο θάνατός του και δεν υπάρχει δυνατότητα από τη νομοθεσία να συνεχιστεί η ζωή του, για να μειωθεί η αγωνία του, από οίκτο ( Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα, 1987).

Στη περίπτωση αυτή υπάγεται η θανάτωση του "καταδικασμένου σε θάνατο". Αυτό κάνει και η ελληνική νομοθεσία. Η θανάτωση του από οποιονδήποτε με διαφορετικό τρόπο κι αν ακόμη γίνει με τον παραπάνω σκοπό (από οίκτο για να μην υποφέρει) θεωρείται κοινή ανθρωποκτονία με πρόθεση (άρθρο 299, Ποινικός Κώδικας) (Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα, 1987).

### **1.2.9. Ευγονική ευθανασία**

Πρόκειται για την ευθανασία σε παιδιά που γεννήθηκαν ή θα γεννηθούν με σωματικές και διανοητικές ανωμαλίες, όπως τη μογγολοειδή ιδιοτελία (Σύνδρομο Down) και τις διαμαρτίες διαπλάσεως (δισχιδής ράχη, κ.λπ.) (Κουτσελίνης, 2007). Πολλά νεογνά παρουσιάζουν ανωμαλίες ασυμβίβαστες με τη ζωή. Ως αποτέλεσμα, χρειάζονται για να επιβιώσουν μία σειρά από επανορθωτικές χειρουργικές επεμβάσεις. Τέτοια παιδιά συνήθως αποθνήσκουν σε σχετικώς βραχύ χρονικό διάστημα. Πρέπει να σημειωθεί ότι η ελληνική νομοθεσία καταδικάζει την ευγονική ευθανασία (Νανούρη και Ντζούφρα, 2006).

### **1.2.10. Κοινωνική ευθανασία**

Είναι ο παλαιότερος τρόπος ευθανασίας. Η κοινωνική ευθανασία ορίζεται ως, η αφαίρεση της ζωής διανοητικά καθυστερημένων, ανιάτων σωματικά – αναπήρων, ακόμη και ατόμων που μόλις είδαν το φως του ήλιου ή και εμβρύων (Γιαννοπούλου, 2005). Στην περίπτωση αυτή υπάγεται η θανάτωση κατάκοιτων γερόντων και γενικά κάθε αναπήρου που δεν μπορεί να αυτοπεριποιηθεί μόνιμα, των ψυχοπαθών, ιδίως αυτών που είναι επικίνδυνοι και αυτών που πάσχουν από ανίατες και



μεταδοτικές ασθένειες (Καράμπελας, 1987). Αξίζει εδώ να σημειωθεί ότι η Ελληνική Νομοθεσία καταδικάζει την κοινωνική ευθανασία . Σύμφωνα με το Σύνταγμα, Κράτος και Κοινωνία έχουν υποχρέωση να προστατεύσουν τη ζωή ως το ύψιστο αγαθό, προσφέροντας στον ασθενή φροντίδα, στοργή και συμπαράσταση .

## **1.3.Νόμος και Ευθανασία**

### **1.3.1. Προσπάθειες νομιμοποίησης της ευθανασίας**

Προσπάθειες νομιμοποίησης της ευθανασίας έχουν γίνει αρκετές. Το 1903 απερρίφθη πρόταση νομιμοποίησης στο Αγγλικό Κοινοβούλιο. Ανάλογη, χωρίς επιτυχία, απόπειρα έγινε και από τις αμερικανικές πολιτείες Ohio, Aiwa και Washington μεταξύ των ετών 1906 και 1912 (Παναγόπουλος, 2007).

Το 1935 στην Αγγλία ιδρύεται «Εταιρεία Ευθανασίας» με σκοπό τη νομιμοποίηση της. Το 1936 η Βρετανική Βουλή των Λόρδων απέρριψε πρόταση νομιμοποίησης της ευθανασίας. Το 1938 δημιουργείται αντίστοιχη εταιρεία στην πολιτεία Connecticut των Η.Π.Α. Με το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο και τα φοβερά εγκλήματα των Ναζί κατά της ανθρωπότητας, κάθε κίνηση για νομιμοποίηση της ευθανασίας πάγωσε. Τα πέντε χιλιάδες ανάπηρα βρέφη και οι εκατό χιλιάδες ψυχασθενείς που εξολοθρεύτηκαν σε εφαρμογή της φιλοσοφίας «η ζωή που δεν αξίζει να ζεις» αποτελούσαν μια οδυνηρή ανάμνηση (Γιαννοπούλου,2005). Σ'αυτή τη περίπτωση έχουμε έκφραση της ευθανασίας με το νόημα της ευγονικής (Γιαννοπούλου,2005).

Στην δεκαετία του '30 η ευθανασία περνά σε φάση εξάρσεως. Το 1935 ο γνωστός μας νομπελίστας φυσιολόγος Alexis Carrel έγραφε: " θα έπρεπε

να ξεφορτωνόμαστε τους εγκληματίες και τους φρενοβλαβείς, ανθρώπινα και οικονομικά, σε μικρά ιδρύματα ευθανασίας που θα ήταν εφοδιασμένα με τα κατάλληλα αέρια". Το ίδιο έτος (1935) στη Νυρεμβέργη λαμβάνεται μυστική απόφαση για δύο προγράμματα ευθανασίας, που αποσκοπούσαν στην απαλλαγή της Γερμανικής κοινωνίας από ελαττωματικά παιδιά και ψυχιατρικούς αρρώστους.

Τα προγράμματα άρχισαν το καλοκαίρι του 1939, σε 28 παιδιατρικά νοσοκομεία με 4000 θύματα, και το πρόγραμμα ενηλίκων σε έξι ψυχιατρεία με θύματα 70.273 ψυχιατρικούς αρρώστους. Αξίζει να σημειωθεί ότι η ευθανασία εφαρμόστηκε μέσα σε νοσοκομεία από ιατρούς χωρίς εξαναγκασμό. Ο Proctor το 1988 στην εργασία του Racial Hygiene που δημοσιεύθηκε από τις εκδόσεις του Harvard γράφει "Ποτέ δεν διατάχθηκαν οι γιατροί να δολοφονήσουν ψυχιατρικούς αρρώστους και ελαττωματικά παιδιά. Τους παραχωρήθηκε η δυνατότητα να το κάνουν και εξεπλήρωσαν την αποστολή τους χωρίς διαμαρτυρία, πολλές φορές με δική τους πρωτοβουλία" (Παναγόπουλος, 2007).

Το 1987 ομάδα αμερικανών στην California συνέταξε σχέδιο νόμου για την ευθανασία αλλά η προσπάθεια απέτυχε γιατί δεν συγκεντρώθηκαν οι απαιτούμενες υπογραφές. Η προσπάθεια επαναληφθεί το 1992 ως ιατρική βοήθεια στο θάνατο και απερρίφθη με 54% έναντι 46% (Παναγόπουλος, 2007). Το 1994 η πολιτεία Oregon των ΗΠΑ νομιμοποίησε υπό προϋποθέσεις την υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Το 1998 η πολιτεία της Αυστραλίας Northern Territory νομιμοποίησε την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Στο Βέλγιο η νομιμοποίηση της ευθανασίας έγινε πρόσφατα, ενώ στη Νορβηγία και στον Καναδά το θέμα της νομιμοποίησης συζητείται (Παναγόπουλος, 2007).

Από τη νομοθεσία στον ευρωπαϊκό χώρο η σημαντικότερη συνεισφορά επί του θέματος καταγράφεται στη σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για τη προστασία των δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής, γνωστή ως “Σύμβαση για τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη Βιοϊατρική” (η οποία κυρώθηκε από την Ελλάδα με το Ν.2619/1998).

Οι κύριες διατάξεις, που άπτονται του δικαιώματος στο θάνατο, αφορούν τη συναίνεση σε κάθε επέμβαση που αφορά θέματα υγείας μετά από προηγούμενη σχετική ενημέρωση (Άρθρο 5) και το σεβασμό στις προγενέστερες εκφρασθείσες επιθυμίες του ασθενούς σχετικά με την ιατρική επέμβαση, όταν ο ασθενής δεν είναι σε θέση να εκφράσει τις επιθυμίες του (Άρθρο 9). Η θέση αυτή αποτελεί κατοχύρωση του δικαιώματος για «διαθήκη εν ζωή» (Αναπλιώτης, 2003).

### **1.3.2. Η ελληνική νομολογία για το δικαίωμα στο θάνατο**

Στο ελληνικό δίκαιο, όπως και σε άλλα δίκαια, δεν υπάρχουν συγκεκριμένες ρυθμίσεις που να αναφέρονται στα δικαιώματα του ανιάτως πάσχοντος και στις αντίστοιχες υποχρεώσεις του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, σε σχέση με την ευθανασία. Έτσι, η εξέταση του θέματος γίνεται με βάση τις συναφείς συνταγματικές διατάξεις, τις διατάξεις της Συμβάσεως περί Βιοϊατρικής και τις διατάξεις του Ποινικού Κώδικα.

Το περιεχόμενο του δικαιώματος αυτού είναι ασαφές και αμφίβολο. Σε γενικές γραμμές αναφέρεται στη δυνατότητα του ατόμου να "ρυθμίσει" τις τελευταίες στιγμές της ζωής του και να λάβει τις κατάλληλες αποφάσεις, ώστε το τέλος του να είναι ανώδυνο, ανεπαίσχυντο και ειρηνικό. Ενώ δηλαδή το δικαίωμα στη ζωή σημαίνει ότι η ανθρώπινη

ζωή προστατεύεται έναντι πάσης φύσεως προσβολών, το δικαίωμα για "ένα αξιοπρεπή θάνατο" σημαίνει ότι δεν επιτρέπεται να εξαναγκασθεί κάποιος να ζήσει, εάν αυτό συνδέεται με συνθήκες που τις αντιλαμβάνεται ως μαρτύριο (Γεωργιάδης, 2007).

Δικαίωμα, υπό τη νομική έννοια, είναι η εξουσία που παρέχει η έννομη τάξη σε καθέναν από εμάς που υλοποιεί ένα ιδιωτικό του συμφέρον (Abrams και Bucker, 1989). Ο θάνατος θα μπορούσε να θεωρηθεί ως ιδιωτικό συμφέρον, υπό το πρίσμα του δικαιώματος στην αξιοπρέπεια, το οποίο κατοχυρώνεται με το άρθρο 2/2001. Στην προοπτική νομικής οριοθέτησης του αιτήματος για ευθανασία έχουν ουσιαστική λειτουργικότητα έννοιες και προσδιορισμοί συμπεριφοράς όπως οι αξίες, οι ηθικές και κανονιστικές αρχές, τα ατομικά δικαιώματα (Abrams και Bucker, 1989).

Ωστόσο, το μείζον ζήτημα για τη νομική και συνταγματική θεωρία είναι η αξιολόγηση της εκούσιας προσβολής είτε της ζωής είτε της σωματικής ακεραιότητας και υγείας και η τυχόν θεμελίωσή της στην αυτονομία του προσώπου. Συγκεκριμένα, οι νόμοι απαιτούν την επίκληση νομικών αγαθών για τη δικαιολόγηση της προσβολής της φυσικής υπόστασης του ατόμου από τον ίδιο το φορέα των εννόμων αγαθών της υγείας και της σωματικής ακεραιότητας, όπως στην περίπτωση της χειρουργικής επέμβασης, προκειμένου για την ανάκτηση ή βελτίωση της υγείας.

Οι απαγορεύσεις του άρθρου 7 παρ. 2, ως προς τις σωματικές κακώσεις και τις βλάβες της υγείας δεν ισχύουν καταρχήν, εάν σε αυτές συναινεί ο θιγόμενος, όπως στην περίπτωση ιατρικών επεμβάσεων, ή και όταν διακινδυνεύεται η δημόσια υγεία ή ασφάλεια. Από την άλλη, ελαφρές μορφές αυτοπροσβολής (τρύπημα αυτιών και άλλων οργάνων για το πέρασμα κοσμημάτων) είτε κρίνονται νομικά αδιάφορες είτε θεωρούνται

μορφές ανάπτυξης της προσωπικότητας του ατόμου. Πράγματι, η ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας κατά το άρθρο 5 παρ. 1, θεμελιώνει «το δικαίωμα του καθένα να εξουσιάζει το σώμα του και να το χρησιμοποιεί, όπως θέλει» (Τσαϊτουρίδης, 2002) .

Ο Ελληνικός Ποινικός Κώδικας δεν χρησιμοποιεί τον όρο «ευθανασία». Οι διατάξεις που ρυθμίζουν το επίμαχο ζήτημα ανήκουν στην ομάδα εκείνη των άρθρων που ασχολούνται με την ανθρωποκτονία, και που δηλώνουν την στάση του νομοθέτη απέναντι στο θέμα. Το άρθρο 300 που ρυθμίζει τα της ευθανασίας αναφέρει πως όποιος αποφάσισε και εκτέλεσε ανθρωποκτονία ύστερα από σπουδαία και επίμονη απαίτηση του θύματος και από οίκτο, γι' αυτόν που έπασχε από ανίατη ασθένεια, τιμωρείται με φυλάκιση από 10 ημέρες έως 5 χρόνια .

Από τα παραπάνω προκύπτει πως ακόμη κι αν το ίδιο το θύμα είχε ζητήσει τον θάνατο του κι ο θύτης κινήθηκε με μοναδικό κίνητρο τον οίκτο, η πράξη αντιμετωπίζεται ως αξιόποινη και τιμωρείται. Βέβαια ο νομοθέτης δεν εξισώνει την ευθανασία με κοινή ανθρωποκτονία από πρόθεση και γι' αυτό την τιμωρεί ελαστικότερα. Απαιτεί όμως να υπάρχει απαίτηση και μάλιστα επίμονη απ' τη πλευρά του θύματος. Με τον τρόπο αυτό αποφάσκει την μη – εθελοντική επιθανάτια ευθανασία, ακόμη κι αν αποκλειστικό κίνητρο είναι ο οίκτος. Στην προκειμένη περίπτωση ο δράστης θα τιμωρηθεί ως διαπράξας ανθρωποκτονία από πρόθεση (Νούλα και Κοτσώνη, 2007).

## **1.4. Η νομοθεσία άλλων κρατών**

### **1.4.1.Ολλανδία**

Η Ολλανδία γίνεται η πρώτη χώρα στον κόσμο, στην οποία η ευθανασία είναι νόμιμη, χάρη σε αμφιλεγόμενο νομοσχέδιο που ψηφίσθηκε το 2001 από τη Βουλή και τη Γερουσία της χώρας και ετέθη την 1/4/2002 σε ισχύ. Σύμφωνα με το πρωτοποριακό νομοσχέδιο οι ιατροί θα έχουν τη δυνατότητα να πραγματοποιούν ευθανασία, χωρίς να διατρέχουν κίνδυνο νομικής προσφυγής, εάν ακολουθούν συγκεκριμένους αυστηρούς κανόνες.

Σε μια προσπάθεια να προλάβει το φαινόμενο των «τουριστών ευθανασίας», η κυβέρνηση της Ολλανδίας απέκλεισε το ενδεχόμενο να επιτραπεί η πραγματοποίηση ευθανασιών σε ετοιμοθάνατους ασθενείς από το εξωτερικό. Αν και το νομοθέτημα δέχθηκε έντονη κριτική από το εξωτερικό, έχει εξασφαλίσει την πλατιά υποστήριξη της ολλανδικής κοινής γνώμης και του ιατρικού κόσμου της χώρας ([www.kathimerini.gr](http://www.kathimerini.gr)).

### **1.4.2.Βέλγιο**

Η Βελγική κυβέρνηση ενέκρινε νομοσχέδιο που επιτρέπει σε γιατρούς, κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες να βοηθούν αρρώστους τους να πεθάνουν. Η Βελγική Βουλή ενέκρινε το νομοσχέδιο νομιμοποίησης της ευθανασίας, κάνοντας το Βέλγιο τη δεύτερη χώρα στον κόσμο, που επιτρέπει την ευθανασία. Ο νόμος όμως θέτει αυστηρές παραμέτρους. Ο ασθενής πρέπει να ζητήσει από μόνος του, και επανειλημμένα, να δοθεί τέλος στη ζωή του. Ο γιατρός πρέπει να πιστοποιήσει ότι ο ασθενής πάσχει από ανίατη ασθένεια ή βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο ασθένειας. Ο ασθενής πρέπει να αισθάνεται συνεχείς και ανυπόφορους σωματικούς πόνους και ψυχική οδύνη (Νούλα και Κοτσώνη, 2007).

### **1.4.3.Μεγάλη Βρετανία**

Η πρώτη προσπάθεια να δημιουργηθεί νομοθετικό πλαίσιο για την ευθανασία έγινε στην Αγγλία το 1969. Τότε ο Λόρδος Rangan παρουσίασε ένα σχετικό νομοσχέδιο (Euthanasia Bill) των λόρδων . Η προσπάθεια απέτυχε, όπως και πολλές άλλες που ακολούθησαν (Νούλα και Κοτσώνη, 2007).

Κατά το αγγλικό δίκαιο η αφαίρεση ζωής είναι έγκλημα, ανεξαρτήτως των κινήτρων του δράστη, όπως επίσης και η αρωγή σε αυτοκτονία (νόμος περί αυτοκτονίας του 1961, άρθρο 2). Και οι δύο περιπτώσεις αφορούν σε θετική ενέργεια, μέσω της οποίας επέρχεται ο θάνατος (ενεργητική ευθανασία). Διαφορετικά όμως αντιμετωπίζεται το θέμα στην περίπτωση της "έμμεσης ευθανασίας", κατά την οποία ο ιατρός χορηγεί παυσίπονο που ενδέχεται να έχει ως αποτέλεσμα το θάνατο του ασθενούς. Στην περίπτωση αυτή, ο ιατρός δεν διώκεται εάν αποδείξει ότι πρωταρχικός του στόχος ήταν να ανακουφίσει τους πόνους του ασθενούς (Κριάρη, 2007).

Συμπερασματικά, το ιδιαίτερο πολιτικό σύστημα που ισχύει στην Αγγλία και οι επιπτώσεις του στο νομικό της καθεστώς έχουν συνεργήσει στην αρνητική αντιμετώπιση μίας ιδιαίτερης νομοθετικής αντιμετώπισης της ευθανασίας. Σημαντικό ρόλο στην θεσμοθετημένη αντιμετώπιση της ευθανασίας έχει, όπως και στην Ολλανδία, ο Βρετανικός Ιατρικός Σύλλογος (British Medical Association-BMA). Η στάση που μέχρι σήμερα έχει κρατήσει χαρακτηρίζεται διφορούμενη και απέχουσα από τις τρέχουσες εξελίξεις. Σε πολλές περιπτώσεις, ο BMA έχει κατηγορηθεί για συντηρητισμό και από τα μέλη του.

### **1.4.4.Γερμανία**

Στη γερμανική νομολογία, το θέμα της ευθανασίας συμπληρώθηκε τα τελευταία χρόνια με το λεγόμενο "δικαίωμα ιατρικής ένστασης της συνείδησης". Στο ερώτημα της σύγκρουσης της γενικής υποχρέωσης του γιατρού για διατήρηση του ασθενή στη ζωή και του δικαιώματος αυτοπροσδιορισμού του, το ανώτατο γερμανικό δικαστήριο για ποινικές υποθέσεις έδωσε γενική προτεραιότητα σε έναν τρίτο παράγοντα, τον οποίο θεώρησε εξίσου σημαντικό, ή και κατά περίπτωση σημαντικότερο από τους δύο προηγούμενους, δηλαδή την ένσταση της συνείδησης του γιατρού (Αναπλιώτης, 2003).

Ανταποκρινόμενος σ' αυτή τη 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» όταν τηρούσε κάποιες προϋποθέσεις.

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. Παρόλα 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 (Νανούρη και Ντζούφρα, 2006).



Γενικότερα γίνεται δεκτό ότι τα προβλήματα της ευθανασίας και της αυτοκτονίας δεν αντιμετωπίζονται με τρόπο ικανοποιητικό από τη γερμανική νομολογία η οποία παρουσιάζει διακυμάνσεις και βρίσκεται κάτω από τη συνεχή κριτική των γερμανών θεωρητικών (Αναπλιώτης, 2003).

#### **1.4.5. Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής**

Η αναφορά στο νομικό καθεστώς των Η.Π.Α το σχετιζόμενο με την ευθανασία είναι μια δύσκολη εργασία. Αυτό συμβαίνει εξαιτίας του γεγονότος πως στις Η.Π.Α η νομοθεσία αποτελεί πολιτειακό προνόμιο και καθήκον, με μόνη δέσμευση τη συμμόρφωση προς το σύνταγμα. Για το λόγο αυτό θα ήταν αδύνατο να γίνει αναφορά στη νομική αντιμετώπιση της ευθανασίας στις Η.Π.Α σαν να ήταν ενιαία. Η ευθανασία άλλωστε αποτελεί ένα καινούριο σχετικά ζήτημα με περιορισμένες εμφανίσεις στο κοινωνικό γίγνεσθαι. Άρα μία κοινή στάση είναι ακόμα πιο δύσκολο να υιοθετηθεί. Θα ήταν επίσης δύσκολο ή και άσκοπο ακόμη να αναφερθεί κάποιος στα συμβαίνοντα σε κάθε πολιτεία (Νούλα και Κοτσώνη, 2007).

Αξίζει όμως να αναφέρουμε ότι μεταξύ άλλων στις Η.Π.Α λαμβάνουν χώρα τα εξής :

- Λειτουργούν σχολές ευθανασίας για αρρώστους με AIDS και διδάσκονται τεχνικές αυτοκτονίας στους μαθητές - ασθενείς.
- Ιδρύονται σωματεία ή αναπτύσσεται δραστηριότητα ατόμων με αντικειμενικό σκοπό την προώθηση της με νόμο.
- Γίνονται δημοψηφίσματα για την καθιέρωση της.

- Προβάλλεται απροκάλυπτα το οικονομικό βάρος από την παράταση της ζωής ειδικών κατηγοριών αρρώστων, και μειώνονται οι κοινωνικές παροχές.
- «Γιατροί» αφήνουν ή παρέχουν βοήθεια για να πεθάνουν καρκινοπαθείς και άρρωστοι με άλλες χρόνιες παθήσεις ή με ψυχικά νοσήματα ή, εφαρμόζοντας ρατσιστικού τύπου ευθανασία, επαναφέρουν την Κάθαρση των κοινωνιών, όπως τη Ναζιστική περίοδο (Κορδιολής, 2000).

#### **1.4.6.Ιταλία**

Στη βαθιά καθολική Ιταλία η ευθανασία είναι απαγορευμένη και επισύρει 15ετή κάθειρξη όσων προβαίνουν στη πράξη αυτή (Νούλα και Κοτσώνη, 2007). Πρόσφατα ο θάνατος του Πιερ Τζόρτζιο Ουέλμπι, του 61χρονου Ιταλού που ήταν καθηλωμένος στο κρεβάτι με μυϊκή δυστροφία και διεκδίκησε το δικαίωμα του να εγκαταλείψει τη ζωή σε συνθήκες αξιοπρέπειας, επαναφέρει με δραματικό τρόπο το θέμα της ευθανασίας, ύστερα από τη δήλωση του γιατρού του, Μάριο Ρίτσιο, ότι αποσύνδεσε το μηχάνημα που κρατούσε ζωντανό τον διάσημο ασθενή. Οι γιατροί και πολιτικοί που υποστήριζαν το δικαίωμα του Ουέλμπι στο θάνατο επικαλούνται μία διάταξη του ιταλικού συντάγματος η οποία δίνει στους ασθενείς το δικαίωμα να αρνηθούν ιατρική φροντίδα και προσφέρθηκαν να τον βοηθήσουν να πεθάνει (Νούλα και Κοτσώνη, 2007).

#### **1.4.7.Αυστραλία**

Στην Αυστραλία, το 1993, η «εταιρεία για την εκούσια ευθανασία» στη Victoria υπέβαλλε νομοσχέδιο για την ιατρικώς υποβοηθούμενη ευθανασία και την ιατρική αγωγή, με τον τίτλο «Συμπαράσταση στο θνήσκοντα» χωρίς το νομοθετικό Σώμα να προχωρήσει στη ψήφιση του.

Αργότερα, το 1996 ψηφίστηκε στο κράτος της βόρειας περιοχής της Αυστραλίας ένας νόμος με τον τίτλο «Τα δικαιώματα του θνήσκοντος» ή «Τα δικαιώματα του διανύοντος την τελειωτική ασθένεια» με αναγνώριση του δικαιώματος της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Ειδικότερα, με τον εν λόγω νόμο αναγνωρίστηκε το δικαίωμα στο θάνατο με υποβοηθούμενη αυτοκτονία από γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, δια της αποδοχής της διαθήκης εν ζωή. Η νομοθετική αυτή ρύθμιση κατακρίθηκε ευρέως και οι αντιδράσεις ήταν άμεσες. Έτσι, δεν τέθηκε ποτέ σε ισχύ ως νόμος της Αυστραλίας (Αναπλιώτης, 2003).

#### **1.4.8.Κύπρος**

Σε κανένα άρθρο του συντάγματος της Κυπριακής Δημοκρατίας, δεν γίνεται αναφορά στο θέμα της ευθανασίας, οπότε ο γιατρός που θα προχωρήσει στη παροχή βοήθειας σε ασθενή, για να θέσει τέρμα στη ζωή του αναμένεται να καταδικαστεί για ανθρωποκτονία. Το νομικό πεδίο είναι προς το παρόν απαγορευτικό, ενώ για να υπάρξει η οποιαδήποτε τροποποίηση του, θα πρέπει προηγουμένως να περάσει από την Βουλή (Νούλα και Κοτσώνη, 2007). Ο νόμος αντιμετωπίζει την ευθανασία αντιφατικά και ο ιατρικός κόσμος διαφορούμενα και τούτο επειδή η ευθανασία αφορά στη πιο οριακή στιγμή της ανθρώπινης ζωής μια στιγμή κατά την οποία τίθεται σε δοκιμασία ολόκληρο το οικοδόμημα του ανθρωπισμού και των ανθρώπινων αξιών, λίγο πριν εκμηδενιστούν από το θάνατο.

#### **1.5. Η ευθανασία υπό το πρίσμα της Χριστιανικής Ηθικής**

Η ευθανασία υπό το πρίσμα της χριστιανικής ηθικής είναι τελείως απαράδεκτη διότι έρχεται σε αντίθεση με την 6<sup>η</sup> εντολή του Μωσαϊκού

Δεκαλόγου “Ου φονεύσεις”. Η απαγόρευση αυτή υψώνεται ως ανυπέβλητο φράγμα. Η χριστιανική ηθική διδάσκει ότι μόνο ο Θεός είναι "κύριος" της ζωής. Δεν επιτρέπεται σε μας τους ανθρώπους να δίνουμε το θάνατο στους εαυτούς μας αλλά ούτε και στους άλλους.

Όσο αφορά στην πλήρη αναισθησία (καταστολή), αυτή είναι ηθικώς επιτρεπτή αρκεί να μην επιταχύνει το θάνατο και να μην στερεί τον ασθενή, τουλάχιστον κατά διαστήματα της διαύγειας, η οποία θα του επιτρέπει να φροντίζει για τα υπέρτατα συμφέροντα της ψυχής του και να ρυθμίζει τα καθήκοντα του ως προς το δίκαιο.

Για τους χριστιανούς, η αρρώστια έχει ένα βαθύτερο νόημα που όταν το κατανοήσει ο ασθενής τότε μπορεί να δείξει στην αρρώστια του υπομονή και καρτερία. Μεταξύ των αγίων της Εκκλησίας μας υπάρχουν και ορισμένοι, που έφθασαν εξαιτίας της ασθένειας τους στην δυνατή ανθρώπινη τελειότητα ,στην οποία δεν θα έφταναν χωρίς την ασθένεια και το μεγάλο πόνο (Μηλιώνης, 2000). Συμπερασματικά, η Ορθόδοξη Εκκλησία δεν μπορεί ούτε να επιβάλλει τον πόνο ως ιδεώδες, ούτε να παραγνωρίσει την ανθρώπινη αδυναμία να τον υπομείνει.

### **1.5.1. Επιχειρήματα κατά της ευθανασίας**

Η Ορθόδοξη Χριστιανική πλευρά κρίνει την ευθανασία καταδικαστέα διότι :

- Αντίκειται στο “Ου φονεύσεις”.
- Κάθε στιγμή της ζωής του χριστιανού στο κόσμο έχει σωτηριολογική σημασία. Ο ληστής, ήδη επάνω στο σταυρό, κερδίζει τον παράδεισο. «Ληστής έως το τέλος κλέβοντας και αυτόν ακόμα τον παράδεισο».

- Ο πόνος και η θλίψη αποτελούν μέσα συμμετοχής στο Πάθος του Θεανθρώπου και μίμηση αυτού.
- Ο πιστός δεν παύει ποτέ να ελπίζει στο Θεό, ο οποίος όχι σπάνια, επιτελεί και θαύματα.
- Ο καθορισμός της ώρας του θανάτου ενός ανθρώπου δεν είναι αρμοδιότητα κάποιου υγειονομικού παράγοντα. Εναπόκειται στην κρίση και το θέλημα του Θεού (Γιαννοπούλου , 2005).

## **1.6. Ιατρική και Ευθανασία**

### **1.6.1. Σύγχρονη Ιατρική Ηθική και Ευθανασία**

Καμία ιατρική εταιρεία, κανένας γιατρός ή επιστημονική ένωση δεν μπορεί να δεχθεί την ευθανασία ως το τρόπο επίλυσης μιας ανίατης ασθένειας (Σπηλιώτης, 1999). Το ζήτημα της ευθανασίας παραμένει ιδιαίτερα επίκαιρο σήμερα, σε μία 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 ενώπιος-ενωπίω (Παπαχρήστου, 1999).

Σκοπός της ιατρικής είναι όσο το δυνατόν επί μακρότερου χρόνου διατήρηση της ζωής του ανθρώπου και η αντιπαράταξη προς το 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 στη ζωή (Δάϊκος, 1999).

Ο κώδικας άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος στη χώρα μας περιέχεται στον νόμο 1565/1939 και σε άλλες κανονιστικές διατάξεις. Εκεί λεπτομερώς διατυπώνονται τα καθήκοντα και οι υποχρεώσεις των

γιατρών, παράβαση των οποίων, θεωρητικά τουλάχιστον, τιμωρείται αυστηρά . Παρόμοιες και αυστηρότερες νομικές ρυθμίσεις υπάρχουν και σε άλλα κράτη όσον αφορά την ευθύνη του γιατρού. Ο γιατρός στην Ελλάδα απαγορεύεται να προκαλέσει σωματική βλάβη ή θάνατο ή να βοηθήσει άτομο σε αυτοκτονία.

Το δικαίωμα στη ζωή ορίστηκε από την Ευρωπαϊκή Σύμβαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων το έτος 1953. Νωρίτερα όμως, από το 1949, είχε θεσπισθεί ο Διεθνής Κώδικας Ιατρικής Ηθικής που τροποποιήθηκε αργότερα από τις Γενικές Συνελεύσεις της Παγκόσμιας Ιατρικής Εταιρείας (WMA) και σύμφωνα με τον οποίο προβλέπεται ότι "ο ιατρός οφείλει πάντοτε να έχει κατά νου τη φροντίδα να διατηρεί την ανθρώπινη ζωή".

Σε μία πρόσφατη νομική τοποθέτηση περί του αιτιώδους συνδέσμου στην ιατρική ευθύνη, μπορεί στη σύγχρονη πραγματικότητα να μην μπαίνει σε αυστηρά νομικά κριτήρια, με την προϋπόθεση ότι κατά την άσκηση του ιατρικού λειτουργήματος δεν γίνονται παραλείψεις που επιφέρουν οποιαδήποτε ζημιά στον ασθενή. Στο πλαίσιο του οράματος «Υγεία για όλους το 2000» που προσυπογράφηκε από σημαντικό αριθμό κρατών, μεταξύ άλλων αναλήφθηκαν και οι παρακάτω υποχρεώσεις οι οποίες πρέπει να συμβάλλουν στην :

- Γέννηση υγιών παιδιών
- Προστασία των πολιτών και ίση παροχή υγείας στις πληθυσμιακές ομάδες
- Αύξηση του μέσου όρου ζωής
- Προστασία της αναπηρίας με αυξημένες παροχές

- Μείωση των ατυχημάτων και της θνησιμότητας
- Μείωση του αριθμού των αυτοκτονιών
- Ανακατανομή των πόρων ζωής

Η συγκατάθεση για την συμμετοχή του ασθενή σε οποιαδήποτε κλινική ή πειραματική ιατρική πράξη που αναθεωρήθηκε από το νόμο 2519/97, κρίνεται σαν απόλυτα επιβεβλημένη, είναι έγγραφη και δίνεται μετά από πλήρη ενημέρωση του (Κορδιολής, 2000).

Καταλήγοντας, οφείλουμε να επισημάνουμε ότι τελικός αξιολογικός κριτής της πράξης της ευθανασίας θα ήταν ολότελα εσφαλμένο να είναι αποκλειστικά το ιατρικό προσωπικό. Η γνώση και η συμβολή του είναι αναμφιβόλως πέρα για πέρα χρήσιμη, όμως το ηθικό ζήτημα οφείλει να αντιμετωπίζεται σοβαρά και λεπτομερειακά από μια ευρύτερη ομάδα ανθρώπων που θα απαρτίζεται τόσο από τους συγγενείς του ασθενούς, όσο και από εκπροσώπους της αρμόδιας επιστημονικής και πολιτικής κοινότητας. Ο ιατρός δεν περιλαμβάνει εξ'ορισμού στην ιδιότητά του το ρόλο του ηθικού αξιολογητή και γι αυτό το λόγο μια πράξη που θα εκπορευόταν από την ηθική στάση του ιδίου και μόνο θα ήταν επικίνδυνη ([www.filosofia.gr](http://www.filosofia.gr)).

## **1.7. Νοσηλευτικά Διλήμματα και Νοσηλευτική Δεοντολογία**

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.

Η Νοσηλευτική του σήμερα, μέσα σε έναν κόσμο που τον διακρίνει μια ποικιλία ηθικών αρχών και αξιών, ζει έντονα τη μετατροπή των ηθικών επιλογών, σε ηθικά διλήμματα, σε δύσκολες δηλαδή αποφάσεις μεταξύ δύο εξίσου μη ικανοποιητικών λύσεων. Κάθε δίλημμα περιέχει μια εκλογή ανάμεσα σε δύο λύσεις ή ένα δύσκολο πρόβλημα που φαίνεται αδύνατο, τουλάχιστον με τα υπάρχοντα δεδομένα να λυθεί. Γενικά τα ηθικά διλήμματα αναφέρονται σε διανθρώπινες σχέσεις γεμάτες συγκρούσεις και ένταση (Aroskar, 1980).

Οι ερωτήσεις που προκύπτουν είναι σκληρές, επίμονες, περιμένοντας λύση. Τι πρέπει να κάνω; Ποιες θα είναι οι θετικές ή αρνητικές συνέπειες; Για ποιον; Για τον ασθενή, για μένα, για την οικογένεια του; Αν ενεργήσω σύμφωνα με το νόμο, η πράξη μου θα είναι ταυτόχρονα και ηθική; Η απάντηση σε αυτές τις ερωτήσεις βρίσκεται στη νοσηλευτική δεοντολογία.

Με τον ορισμό Νοσηλευτική Δεοντολογία εννοούμε το σύνολο των γνώσεων και κανόνων, που καθορίζουν τη συμπεριφορά του νοσηλευτή στην άσκηση των επαγγελματικών του καθηκόντων και γενικότερα ρυθμίζουν τις εκδηλώσεις του τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα, έτσι που να ανταποκρίνεται στην υψηλή αποστολή του και να δικαιώνεται κοινωνικά (Γιαννοπούλου, 2005).

Είναι γενικά αποδεκτό ότι η ευθανασία είναι ένα θέμα επίκαιρο, ανοιχτό, υπαρξιακό με πολλούς προβληματισμούς και διλήμματα. Υπάρχει διαφορά ανάμεσα, να σκοτώσεις κάποιον ή να τον αφήσεις να πεθάνει; Μήπως για μια 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; Μήπως δεν είναι



τυχαίο το γεγονός, ότι τα προβαλλόμενα από το εξωτερικό μοντέλα ασθενών που έτυχαν ευθανασίας, ήταν υπερήλικες και καρκινοπαθείς;

Σύμφωνα με έρευνα των Πριάμη και άλλοι (2001) που είχε σκοπό τη διερεύνηση των απόψεων του νοσηλευτικού προσωπικού για την ευθανασία καταληκτικών ασθενών η πλειοψηφία του δείγματος (59,8%) διαφωνεί ή είναι αναποφάσιστη για την επίσπευση του θανάτου σε καταληκτικούς ασθενείς ή για την συναίνεση στην επιτάχυνση επέλευσης του θανάτου με φάρμακα ή άλλα μέσα αντίστοιχα .

Σε αντίστοιχη έρευνα που έγινε 4 χρόνια μετά, από τους Μερκούρη και άλλοι (2005) στο νοσηλευτικό προσωπικό που εργαζόταν σε μονάδες εντατικής θεραπείας παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις. Πιο συγκεκριμένα , τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 44,7% του νοσηλευτικού προσωπικού είναι υπέρ της ευθανασίας , ενώ οι γνώσεις του είναι λίγες (5,9%) ή πολύ λίγες (32,9%) και η ενημέρωση αυτή γίνεται κυρίως από τα Μ.Μ.Ε. και τα περιοδικά (52,9%). Στο ερώτημα που διερευνά την πρόθεση συμμετοχής του, ύστερα από αίτημα του ασθενούς και εφόσον το επέτρεπε ο νόμος, να σταματήσει ή να μην αρχίσει τη θεραπεία σε ασθενή με τελικό στάδιο νόσου, το 27,1% διαφωνεί, το 30,6% είναι αναποφάσιστο και το 42,3% συμφωνεί.

Σαν συμπέρασμα των δύο αυτών ερευνών είναι πως η εκπαίδευση και η επιμόρφωση του νοσηλευτικού προσωπικού γι' αυτό το τόσο ευαίσθητο θέμα της ευθανασίας θεωρούνται απαραίτητες προϋποθέσεις, καθώς και η περαιτέρω διερεύνηση των ευρημάτων.

Εάν κάποιος δεν πάρει άκρως πειστικές απαντήσεις , όχι μόνο 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 μια υπεύθυνη απάντηση είναι να προβληματιστεί πρώτα και να αξιολογήσει τον τρόπο βίωσης της ασθένειας αυτής, από την ώρα της διάγνωσης μέχρι και του τελικού σταδίου (Γιδοπούλου – Στραβολαίμου, 2000).

## **1.8. Ο Νοσηλευτής και ο ασθενής που πεθαίνει**

Ο Νοσηλευτής είναι δυνατόν να διακατέχεται από συναισθήματα φόβου, αβεβαιότητας και διστακτικότητας όταν έρχεται αντιμέτωπος με δύσκολες συνθήκες, που περιλαμβάνουν ασθενείς στο τελικό στάδιο της ζωής τους. Η έλλειψη αυτοπεποίθησης γίνεται αντιληπτή από τους ασθενείς, οι οποίοι εμφανίζουν ιδιόρρυθμη συμπεριφορά που εκφράζεται με ιδιοτροπία και μη συνεργασία με το προσωπικό ή ακόμη και με μη τήρηση νοσηλευτικών ή ιατρικών εντολών.

Μελέτες οδήγησαν στο συμπέρασμα ότι η μη συνεργασία των ασθενών με το νοσηλευτή διαμορφώνει συμπεριφορές αντίθετες με το κλινικό κατεστημένο, που συχνά, όσο ακραίο, άδικο και σκληρό κι αν φαίνεται, οδηγεί τους ασθενείς αυτούς να γίνονται ανεπιθύμητοι (Κατσιμίγκας και άλλοι, 2007). Το γεγονός αυτό οφείλεται αρκετά συχνά και στην αδυναμία του νοσηλευτή, λόγω ανεπάρκειας προετοιμασίας με συγκεκριμένες γνώσεις στη βασική εκπαίδευση, να διαχειριστεί τέτοιες καταστάσεις. Όταν η σχέση νοσηλευτή- ασθενούς περάσει μέσα από το πρίσμα αρνητικών συμπεριφορών και επιπτώσεων, κλονίζεται ανεπανόρθωτα και χάνεται κάθε ίχνος εμπιστοσύνης μεταξύ τους (Κατσιμίγκας και άλλοι, 2007).

Ανεξάρτητα με τη κλινική στην οποία εργάζεται ο νοσηλευτής, είναι αυτός που βρίσκεται αδιάκοπα δίπλα στο κρεβάτι του ασθενή και διαχειρίζεται τη περισσότερη φροντίδα (Αποστολοπούλου, 1999).

Στη Παθολογική και Χειρουργική κλινική, νοσηλεύονται κατά κύριο λόγο μη καταληκτικοί ασθενείς. Οι νοσηλευτές έχουν σημαντικό ρόλο στη παρακολούθηση προ, κατά και μετά την επέμβαση του αρρώστου που αυτό συνίσταται στην προεγχειρητική και μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα. Η προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα στοχεύει στην καλύτερη δυνατή εξασφάλιση ψυχολογικής, σωματικής και φυσικής προεγχειρητικής κατάστασης του αρρώστου, στην ελάττωση του κινδύνου των λοιμώξεων και τέλος στη πρόληψη των επιπλοκών και την επιτάχυνση της ανάρρωσής του (Αθανάτου, 2004).

Αντίστοιχα, η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα αρχίζει μετά το τέλος της επέμβασης και φθάνει μέχρι την έξοδο του αρρώστου από το νοσοκομείο και την πλήρη αποκατάστασή του (Αθανάτου, 2004).

Από την άλλη πλευρά, στις κλινικές που νοσηλεύονται κατά κύριο λόγο βαρέως πάσχοντες ή καταληκτικοί ασθενείς, όπως για παράδειγμα οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ), οι συνθήκες είναι ιδιαίτερες. Η ένταση, η σοβαρότητα της κατάστασης της υγείας των ασθενών εκεί, οι κρίσιμες και γρήγορες αποφάσεις που συχνά πρέπει να παρθούν για την αντιμετώπιση καταστάσεων που χρήζουν άμεση παρέμβαση, η καθημερινή χρησιμοποίηση της υψηλής τεχνολογίας, είναι ορισμένα από τα χαρακτηριστικά του χώρου που δικαιολογούν την ιδιαιτερότητά του (Μπουζίκια, 1999).

## **1.9. Ο Νοσηλευτής μπροστά στο τέλος της ζωής του αρρώστου – Ψυχολογική και Πνευματική επιβάρυνση**

Όταν ο ασθενής πλησιάζει στο τέλος της ζωής του και αρχίζει η αγωνία του θανάτου, οι νοσηλευτές συνήθως είναι οι μόνοι, οι οποίοι

παρευρίσκονται κοντά του για να τον βοηθήσουν, αφού προσφέρουν νοσηλευτική φροντίδα 24 ώρες το 24ωρο.

Εκεί όπου και η πλέον περίπλοκη και υπερσύγχρονη θεραπεία σταματάει, η νοσηλεία συνεχίζει να πραγματοποιεί τους σκοπούς της, προσφέροντας στον άρρωστο την ανακούφιση, την υποστήριξη, την προστασία των δικαιωμάτων του, την εκπλήρωση των αναγκών του, την ελπίδα για αιωνιότητα. Τότε η αποστολή των νοσηλευτών είναι μοναδική και ανεπανάληπτη, όπως μοναδική και ανεπανάληπτη είναι και η ζωή ενός ανθρώπου που τελειώνει τον επίγειο κύκλο του (Αθανάτου, 2004).

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

Θα πρέπει επίσης να λάβουμε υπ' όψιν τις αυξημένες απαιτήσεις και κοινωνικές πιέσεις προς τους επαγγελματίες υγείας στην σύγχρονη εποχή. Φαίνεται ότι ο σημερινός άνθρωπος επένδυσε υπερβολικά για τις δυνατότητες που προσφέρουν οι τεχνολογικές εξελίξεις στο τομέα της υγείας. Πολλές φορές η προσδοκία του φθάνει σε σημείο να θεωρεί ότι μπορεί να μείνει αθάνατος. Έτσι δέχεται δυσκολότερα την ανθρώπινη μοίρα, και τη ματαίωση που αισθάνεται τη προβάλλει στους επαγγελματίες υγείας.

Παλαιότερα οι σοβαρότερα ασθενείς παρέμεναν στο σπίτι με τη φροντίδα της οικογένειας και των θεραπόντων. Αντιθέτως σήμερα παραμένουν στα νοσοκομεία ακόμη και ασθενείς τελικού σταδίου χωρίς ελπίδες ζωής. Εξάλλου οι σημερινοί επαγγελματίες υγείας δεν είναι προετοιμασμένοι

από την εκπαίδευση τους να αντιμετωπίσουν τις αυξημένες σημερινές πιέσεις (Καλλέργης, 2000).

Η εκπαιδευτική δραστηριότητα επικεντρώνεται στην αντιμετώπιση της νόσου, αποφεύγοντας να αντιμετωπίσει το θέμα της ποιότητας ζωής ενός ασθενούς, κατά τη θεραπεία του, και τη περίπτωση θανάτου, συμβάλλοντας στη δημιουργία «θεραπευτών ηρώων» που θα σώζουν κάθε ασθενής χωρίς προετοιμασία για τη ματαίωση που υπάρχει εκ των πραγμάτων σ'αυτή την εργασία. Οι νοσηλευτές φαίνεται ότι δεν είναι προετοιμασμένοι να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα του ασθενούς στις σημερινές συνθήκες (Καλλέργης, 2000).

Φαίνεται μάλιστα ότι αυτό είναι παγκόσμιο φαινόμενο, αν σκεφτεί κανείς την ευρεία αρθρογραφία και την διατύπωση του όρου Burn out που σημαίνει κόπωση και εξουθένωση. Οι νοσηλευτές υφίστανται τη μεγαλύτερη πίεση, καθώς είναι από το ρόλο τους πιο κοντά στον άρρωστο, ζουν την καθημερινότητα του, τις αντιδράσεις του, τις σχέσεις του, οικογενειακές και κοινωνικές (Καλλέργης, 2000).

Στην προσπάθεια του να ελέγξει και να μειώσει το άγχος που δημιουργεί ο θάνατος, κάθε μέλος του προσωπικού υγείας ενεργοποιεί ασυνείδητα ορισμένους φυσιολογικούς μηχανισμούς άμυνας και συμπεριφοράς. Το φάσμα των αμυντικών μηχανισμών ποικίλει ανάλογα με το άτομο (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 1995).

Οι μηχανισμοί αυτοί κατά το DSM-III-R είναι τύποι συναισθημάτων, σκέψεων ή συμπεριφορών σχετικά ακουσίων, που εμφανίζονται σαν αντίδραση στην αντίληψη ύπαρξης ψυχικού κινδύνου. Οι αμυντικοί μηχανισμοί είναι η πρώτη γραμμή άμυνας του "εγώ", θέτοντας σε λειτουργία για την ελάττωση ή εξουδετέρωση του άγχος του ατόμου

προστατεύοντας το από αισθήματα ανεπάρκειας και μειωμένης αυτοεκτίμησης (Ραγιά , 2007).

Συνηθέστεροι μηχανισμοί άμυνας είναι οι εξής :

- Ο μηχανισμός της άρνησης
- Ο μηχανισμός της εκλογίκευσης
- Ο μηχανισμός της προβολής
- Ο μηχανισμός της μετάθεσης (Παπαδάτου , Αναγνωστόπουλος , 1995).

Οι μηχανισμοί που προαναφέραμε χρησιμοποιούνται συχνά από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό έχοντας βασική επιδίωξη τη προστασία του από το άγχος που προκαλούν οι συχνοί θάνατοι των ασθενών. Έτσι, μερικές φορές, τα μέλη του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού δένονται μεταξύ τους και αλληλοϋποστηρίζονται. Άλλες φορές, όμως, συσπειρώνονται για να εκφράσουν το θυμό, την απελπισία και την επιθετικότητα τους προς κάποιο στόχο.

Ο στόχος αυτός, στην ουσία, τους επιτρέπει να εκφορτίσουν τα έντονα συναισθήματα τους. Πολλές φορές όμως παραμένουν ανεπεξέργαστα, γιατί δεν αναγνωρίζονται οι πραγματικές τους αιτίες που είναι άμεσα συνδεδεμένες με την φύση μιας δύσκολης δουλειάς, όπου η απειλή του θανάτου ή της αναπηρίας αποτελούν καθημερινή πραγματικότητα (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος , 1995).

## **1.10. Δικαιώματα ασθενή**

Το δικαίωμα του ανθρώπου στο θάνατο αποτελεί ένα από τα πλέον αμφιλεγόμενα θέματα πολλών επιστημών διαχρονικά και σε παγκόσμιο επίπεδο. Και αυτό γιατί το δικαίωμα στη ζωή παρουσιάζεται στην έννομη τάξη ως απόλυτο δικαίωμα, με συνέπεια να μετατρέπεται σε υποχρέωση ζωής, αποκλείοντας την εμφάνιση οποιασδήποτε μορφής αυτοδιάθεσής της και ειδικότερα αποκλείοντας το δικαίωμα στο θάνατο.

Το δικαίωμα του ατόμου να αναπτύσσει ελεύθερα την προσωπικότητά του κατοχυρώνεται στο άρθρο 5 παράγραφο 1 του Συντάγματος, που αποτελεί εξειδίκευση και συγκεκριμενοποίηση της προστασίας της ανθρώπινης αξιοπρέπειας . Μέσω του δικαιώματος αυτού, σε συνδυασμό και με το άρθρο 57 του Αστικού Κώδικα, προστατεύονται όλες οι ανθρώπινες δραστηριότητες, με τις οποίες ο άνθρωπος ολοκληρώνεται και εκφράζεται ως προσωπικότητα και για τις οποίες δεν υφίσταται άλλη ρητή συνταγματική διάταξη. Το Κράτος δηλαδή υποχρεούται να απέχει από ενέργειες, με τις οποίες εμποδίζεται αυτή η ανάπτυξη· και επιπλέον να λαμβάνει θετικά μέτρα για να τη διευκολύνει( Γεωργιάδης , 2008).

Στατιστική έρευνα του Βρετανικού Ιατρικού Συνδέσμου που έλαβε χώρα σε ιαπωνικά νοσοκομεία το 2001, καταδεικνύει σε αριθμούς τη στάση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με το φαινόμενο της εκούσιας ευθανασίας. Αναλυτικότερα , ένα 54% του ιατρικού και ένα 53% του νοσηλευτικού προσωπικού παραδέχθηκε ότι τους έχει ζητηθεί να πράξουν την ευθανασία ενώ μόλις το 5% των γιατρών προχώρησαν στην ενεργητική ευθανασία. Παρόλα αυτά , το 88% των γιατρών και το 85% των νοσηλευτών πιστεύει ότι μερικές φορές είναι λογικό οι ασθενείς να αιτούνται ευθανασίας τη στιγμή που το 1/3 των γιατρών και νοσηλευτών πιστεύουν ότι κάτι τέτοιο θα ήταν ηθικώς ορθό και το 22%

και 15% αντίστοιχα θα έπρατταν τις διαδικασίες της εκούσιας ευθανασίας αν αυτό ήταν νόμιμο στη χώρα τους.

Η έρευνα αυτή μας δείχνει ότι αφενός κατανοείται η ανάγκη του ασθενούς για πρόωρο τέλος της ζωής του, αφετέρου είναι ηθικώς δύσκολο να του αναγνωριστεί αυτό το δικαίωμα είτε με δεοντολογικά, είτε με συνεπειοκρατικά κριτήρια (Μπινιάρης και Μπεργελές , 2008).

Είναι αποδεκτό πως σήμερα πλέον ο ασθενής έχει αξίωση για μια αντιμετώπιση σύμφωνη με τις αρχές της νομιμότητας, της ισότητας, της πολιτικής ουδετερότητας, της αιτιολογίας των πράξεων που αφορούν τον ίδιο, του σεβασμού της προσωπικότητας, της τιμής, της σωματικής ακεραιότητας και βέβαια της προστασίας της ζωής του. Με άλλα λόγια, ο ασθενής έχει δικαίωμα σε μία συνολική στάση των γιατρών απέναντί του που θα εξασφαλίζει στον ίδιο την πεποίθηση ότι η υπόθεσή του θα εξεταστεί με την πρέπουσα σοβαρότητα και με την ευλαβική τήρηση του ιατρικού απορρήτου, όπως άλλωστε απορρέει και από τον όρκο του Ιπποκράτη (μολονότι ο ίδιος δεν έχει άμεσα δεσμευτικό νομικό περιεχόμενο).

Ένα από τα σημαντικότερα δικαιώματα του ασθενή είναι αυτό της ενημέρωσης. Ο ασθενής δικαιούται να πληροφορείται πλήρως για την κατάσταση της υγείας του. Σε μια σχετική μελέτη, που αφορά στις απόψεις για την αποκάλυψη της αλήθειας σε καταληκτικούς ασθενείς από τους Γεωργάκη και άλλοι (2002) που έγινε σε 146 Έλληνες νοσηλευτές διαπιστώθηκαν τα εξής:

- Το 57% πιστεύει ότι όλη η αλήθεια θα πρέπει να λέγεται σε μερικούς ασθενείς , παρόλο που ένα μεγάλο ποσοστό 89,1% πιστεύει ότι η διάγνωση θα πρέπει να ανακοινώνεται στους συγγενείς.



- Το 66,2% δυσκολεύονται να συζητήσουν ανοιχτά με τους ασθενείς τους για την ασθένεια και το ενδεχόμενο θανάτου , ενώ με το ίδιο ποσοστό αναφέρουν πως δεν είναι επαρκώς εκπαιδευμένοι σε τεχνικές επικοινωνίας γεγονός που παρατηρήθηκε και στους γιατρούς.
- Το 71% πιστεύει ότι η αλήθεια είναι ουσιώδης για μια επιτυχημένη θεραπευτική σχέση. Παρόλα αυτά, το 51,3% αναφέρει ότι η πλήρης ενημέρωση στον ίδιο τον ασθενή, μπορεί να τον οδηγήσει στην απογοήτευση, την απόγνωση καθώς και την πλήρη απομόνωση ([www.bestrong.org.gr](http://www.bestrong.org.gr), 2007).

Ειδικότερα, ο ασθενής μπορεί να υπερασπίσει τα δικαιώματά του εγγράφως ή προφορικά ή να καταθέσει ενστάσεις για πράξεις ή παραλείψεις των στελεχών υγείας. Καμία διάκριση δεν είναι επιτρεπτή λόγω οικονομικής κατάστασης, πολιτικών πεποιθήσεων, κοινωνικής θέσης ή φυλής, βαρύτητας νόσου ή προσωπικών αισθημάτων (άρθρο 7 Β.Δ. 25/5-6/7/2955).

Απόρροια του δικαιώματος σεβασμού της προσωπικότητας θα πρέπει να θεωρηθεί και το δικαίωμα συγκατάθεσης ή άρνησης υποβολής (όταν βέβαια η συναίνεση αυτή δεν αποκλείεται λόγω επείγοντος που καθιστά την ιατρική παρέμβαση αναγκαία) σε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη, το δικαίωμα αναγνώρισης των θρησκευτικών και ιδεολογικών πεποιθήσεων ή ακόμη και της προστασίας της ιδιωτικής ζωής με τη μορφή τόσο της μη αποκάλυψης του ιατρικού απορρήτου όσο και της μη ανάμειξης σε οικογενειακές υποθέσεις των ασθενών (Κηπουρού και Μπούτας, 2008).

Μέχρι πρότεινως στον ελλαδικό χώρο έχουν πραγματοποιηθεί μεμονωμένες έρευνες είτε στο ιατρικό είτε στο νοσηλευτικό προσωπικό κυρίως των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ). Σύμφωνα με έρευνα που έγινε το 2005 και αφορούσε τη στάση του νοσηλευτικού προσωπικού για την ευθανασία η πλειοψηφία του δείγματος ήταν θετική στη θεσμοθέτηση της ευθανασίας στην Ελλάδα (Γιάκη και άλλοι, 2005).

Αντίθετα σε παρόμοια έρευνα που είχε γίνει από τους Πριάμη και άλλοι (2001) και αφορούσε τις απόψεις του νοσηλευτικού προσωπικού για την ευθανασία καταληκτικών ασθενών το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν αναποφάσιστο ή διαφωνούσε.

Όσον αφορά το ιατρικό προσωπικό, στο χώρο της Μ.Ε.Θ, σύμφωνα με τους Κρεμαστινό και άλλοι (1996) ένα σημαντικό ποσοστό αναφέρει πως αν και τους ζητήθηκε να προβούν σε παθητική ή ενεργητική ευθανασία δεν ανταποκρίθηκαν θετικά σε σχετικό αίτημα.

Καταλήγοντας διαπιστώνουμε πως δεν έχει διεξαχθεί έρευνα που να συσχετίζει τόσο τις απόψεις των νοσηλευτών όσο και των ιατρών σε κλινικές με καταληκτικούς και μη ασθενείς στην Ελλάδα, γεγονός που αποτέλεσε το έναυσμα για τη διεξαγωγή της έρευνάς μας σχετικά με το παραπάνω θέμα.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι:

- Να συγκρίνουμε τις απόψεις των ιατρών και νοσηλευτών για τα ηθικά διλήμματα που απορρέουν από το θέμα της ευθανασίας
- Να διαπιστώσουμε τις απόψεις ιατρών και νοσηλευτών που αφορούν καταληκτικούς και μη ασθενείς.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### Μέθοδος

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε τον Μάιο του 2008. Ήταν μια περιγραφική έρευνα που στόχο είχε πρώτον να αναγνωρίσει και να συγκρίνει τις απόψεις των ιατρών και νοσηλευτών για τα ηθικά διλήμματα που απορρέουν από το θέμα της ευθανασίας και δεύτερον να διαπιστώσει τις απόψεις, ιατρών και νοσηλευτών, που αφορούν καταληκτικούς και μη ασθενείς. Για να επιτύχουμε μια συγκεκριμένη, αναλυτική και αποτελεσματική έρευνα, αποφασίσαμε να επικεντρωθούμε σε κλινικές με καταληκτικούς και μη ασθενείς, στους νομούς Αχαΐας και Κορινθίας.

### 2.1 Σχεδιασμός

Για το σχεδιασμό της έρευνας, έπρεπε να ληφθούν αποφάσεις σχετικά με τα θέματα που θα ερευνούσαμε για την ευθανασία. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση, στο προηγούμενο κεφάλαιο, έδειξε πως δεν έχει διεξαχθεί έρευνα που να συσχετίζει τόσο τις απόψεις των νοσηλευτών όσο και των ιατρών σε κλινικές με καταληκτικούς και μη ασθενείς στην Ελλάδα, γεγονός που αποτέλεσε το έναυσμα για τη διεξαγωγή της έρευνάς μας σχετικά με το παραπάνω θέμα.

Συγκεκριμένα έχουν πραγματοποιηθεί μεμονωμένες έρευνες είτε στο νοσηλευτικό είτε στο ιατρικό προσωπικό των Μονάδων Εντατικής

Θεραπείας (Μ.Ε.Θ). Παρόλα αυτά, υπάρχει έλλειψη ερευνητικής μελέτης στην Ελλάδα, σχετικά με την ευθανασία.

Ως αποτέλεσμα αποφασίστηκε να πραγματοποιηθεί έρευνα, που όχι μόνο να αναγνωρίσει τη στάση των ιατρών και νοσηλευτών για την ευθανασία αλλά και να συγκρίνει τις απόψεις τους σχετικά με το θέμα.

Χρησιμοποιήθηκε περιγραφικός σχεδιασμός. 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. Επιπλέον, 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.

Στη παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε ποσοτική μέθοδος. Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας ερωτηματολόγιο που κατασκευάστηκε από τους ερευνητές, με συνολικά 26 ερωτήσεις (παράρτημα 1) αποτελούμενο από τρία μέρη.

Το πρώτο μέρος, περιλαμβάνει γενικές ερωτήσεις για την ευθανασία όπως η εφαρμογή της, συμμετοχή στη διαδικασία, αν η ευθανασία πρέπει να νομιμοποιηθεί στη χώρα μας, γνώσεις σχετικά με το καθηκοντολόγιο και τη δεοντολογία. Διατυπώθηκαν συνολικά 10 ερωτήσεις.

Το δεύτερο μέρος, περιλαμβάνει 4 ερωτήσεις για το κατά πόσο η προπτυχιακή και μεταπτυχιακή εκπαίδευση βοηθάει τους επιστήμονες υγείας στη διαμόρφωση άποψης σχετικά με το θέμα της ευθανασίας.

Το τρίτο μέρος, περιλαμβάνει 4 ερωτήσεις σχετικά με τις πηγές ενημέρωσης και το πώς αντιλαμβάνονται οι ιατροί και νοσηλευτές την πράξη της ευθανασίας. Επίσης, περιέχει δημογραφικά στοιχεία. Τα ερωτηματολόγια τόσο των ιατρών όσο και των νοσηλευτών είχαν την ίδια δομή και περιεχόμενο, έτσι ώστε να μπορούμε να αναλύσουμε και να συγκρίνουμε τις απόψεις των δύο ομάδων σε θέματα σχετικά με την ευθανασία.

Το ερωτηματολόγιο αυτό περιέχει συνολικά 26 ερωτήσεις σχετικά με τις απόψεις των ιατρών και των νοσηλευτών για την ευθανασία. Αποφασίσαμε να διερευνήσουμε τη στάση τους απέναντι σε καταληκτικούς και μη ασθενείς για να αναζητήσουμε τυχόν διαφορές στον τρόπο αντιμετώπισης της κάθε ομάδας ασθενών αντίστοιχα. Τέλος, η πρώτη σελίδα του ερωτηματολογίου περιλάμβανε το ίδρυμα που υποστήριζε την έρευνα, το σκοπό της έρευνας, τα ονόματα των ερευνητών και του εισηγητή. Ανωνυμία και εμπιστευτικότητα συμπεριλήφθησαν στη 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 κι αν ο ερευνητής θα είναι σε θέση να συμπεράνει ότι τα αποτελέσματα της μελέτης μπορούν να γενικευθούν σε όλο το πληθυσμό της. Αν και δεν υπάρχει μέθοδος που να εγγυάται πλήρως ότι ένα δείγμα είναι αντιπροσωπευτικό, η Σαχίνη -Καρδάση (2004) υποστηρίζει ότι ορισμένες διαδικασίες δειγματοληψίας είναι λιγότερο πιθανόν να δώσουν διαβλητά δείγματα από ότι άλλες.

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 έρευνά μας, συλλέξαμε ομοιογενή πληθυσμό. Τα νοσηλευτικά ιδρύματα διαλέχτηκαν με δειγματοληψία ευκολίας.

Οι επιστήμονες υγείας (ιατροί και νοσηλευτές) τριών νοσηλευτικών ιδρυμάτων(δύο στο Ν.Αχαΐας και ένα στο Ν.Κορινθίας) συμπεριλήφθησαν στη 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.

Στη παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε μέθοδος rule of thumb (τόσο δείγμα όσο και οι μεταβλητές που εξετάζονται). Η έρευνα είχε 26 μεταβλητές αλλά το συνολικό δείγμα ήταν 132 επιστήμονες υγείας, εκ των οποίων 58 ήταν ιατροί και 74 νοσηλευτές. Από τα ιδρύματα του Ν.Αχαΐας ήταν 40 ιατροί και 51 νοσηλευτές και αντίστοιχα από το Ν.Κορινθίας 18 ιατροί και 23 νοσηλευτές.

## **2.3 Μέθοδος συλλογής δεδομένων**

Στην 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. Το ερωτηματολόγιο συνθέτει έναν τρόπο γραπτής επικοινωνίας μεταξύ ερευνητή και υποκειμένου. Επιπλέον ένα ερωτηματολόγιο μπορεί να διανεμηθεί σε μεγάλο πληθυσμό και να αναλυθεί εύκολα. Το ερωτηματολόγιο έχει τα εξής πλεονεκτήματα:

- Είναι λιγότερο δαπανηρά και χρειάζονται λιγότερο χρόνο για να διανεμηθούν.
- Παρέχουν τη δυνατότητα πλήρους ανωνυμίας.
- Συλλέγουν περισσότερες πληροφορίες.
- Στις απαντήσεις τους δεν υπάρχουν προκαταλήψεις που να αντανakλούν την αντίδραση του υποκειμένου στον ερευνητή, και τέλος
- Μειώνει τα λάθη της συνέντευξης (Σαχίνη –Καρδάση, 2004).

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 αποφεύγεται η χρήση όρων που φορτίζουν / καθοδηγούν τον ερωτώμενο προς μία 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.

Η στάση των ιατρών και των νοσηλευτών για την ευθανασία μετρήθηκε με τη χρησιμοποίηση ενός νέου ερωτηματολογίου. Στο πρώτο μέρος αναπτύχθηκαν απαντήσεις κυρίως χρησιμοποιώντας τρία σημεία της κλίμακας Likert (ναι, όχι, δεν γνωρίζω/δεν απαντώ) ενώ στο δεύτερο μέρος τέσσερα σημεία της κλίμακας Likert (από “πάρα πολύ” ως “καθόλου”). Οι κλίμακες Likert παρουσιάζουν στον απαντητή μισές καταγραφές θετικές και μισές αρνητικές για αποφυγή απαντητικών προκαταλήψεων. Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε επίσης δημογραφικά στοιχεία.

Επιπλέον, εξετάστηκε προσεκτικά ο βαθμός αξιοπιστίας και της εγκυρότητας της έρευνας. Σύμφωνα με τη Σαχίνη-Καρδάση (2004) 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 ισοδυναμία.

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 (Σαχίνη- Καρδάση, 2004). Με δεδομένο ότι οι



μεταβλητές εξετάστηκαν από τη βιβλιογραφία και τη παρουσία – καθοδήγηση του καθηγητή μας προσδίδουν ένα βαθμό αξιοπιστίας και εγκυρότητας του οργάνου μέτρησης.

## **2.4 Διαδικασία**

Το δείγμα των συμμετεχόντων (n=132) συλλέχθηκε με δειγματοληψία ευκολίας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε τρία νοσηλευτικά ιδρύματα της Ελλάδας. Αφού αναγνωρίστηκαν τα νοσηλευτικά ιδρύματα, γράμματα στάλθηκαν στους διευθυντές και στις προϊστάμενες και των τριών ιδρυμάτων (παράρτημα 2 και 3). Τα γράμματα εξηγούσαν το σκοπό της έρευνας, το τρόπο συλλογής πληροφοριών και ζητώντας άδεια να προσεγγίσουν ιατρούς και νοσηλευτές των αντίστοιχων τμημάτων. Ανωνυμία, εμπιστευτικότητα και εθελοντική συμμετοχή των ιατρών και νοσηλευτών περιλαμβάνοντας τα γράμματα. Αφού η αίτηση εξετάστηκε από τις διευθύνσεις των τριών νοσηλευτικών ιδρυμάτων, δόθηκε η έγκριση διεξαγωγής της έρευνας. Διευκρινιζόταν ότι πρώτον, η συμμετοχή ήταν εθελοντική δεύτερον, ότι οι απαντήσεις θα κρατηθούν αυστηρώς απόρρητες και τρίτον, να επιλέξουν μία μόνο απάντηση. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου κυμαινόταν μεταξύ 10-15 λεπτών. Σε κάποιες κλινικές, η διευθυντές των τμημάτων, όσον αφορά το δείγμα των ιατρών, δεν επιθυμούσαν να προσεγγίσουμε τους ιατρούς για την παραπάνω έρευνα.

## **2.5 Στατιστική ανάλυση**

Τα αποτελέσματα της έρευνας αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας το στατιστικό πρόγραμμα SPSS12.0. Επιλέξαμε στάθμη αξιοπιστίας σε

βαθμό  $p < 0,05$  για το συσχετισμό και τις διαφορές στην ανάλυση δεδομένων. Επίσης, χρησιμοποιήσαμε περιγραφική στατιστική για την περιγραφή και την παρουσίαση των δεδομένων. Σύμφωνα με τη Σαχίνη-Καρδάση (2004) η περιγραφική στατιστική καλύπτει μεθόδους για οργάνωση και περίληψη μιας σειράς δεδομένων με εύκολο και σύντομο τρόπο μέσω πινάκων, γραφημάτων και/ή προσδιορισμού μίας ή περισσότερων αντιπροσωπευτικών τιμών. Οι περιγραφικές τεχνικές, εκτός από τη παροχή του προφίλ μίας σειράς δεδομένων, κάνουν και συγκρίσεις.

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 μία ή περισσότερες πρόσθετες μεταβλητές.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### Αποτελέσματα

Από τα 150 ερωτηματολόγια που μοιράστηκαν σε ιατρούς και νοσηλευτές, απάντησαν στα 132 (88%) . Παρότι το δείγμα είναι μικρό οι πληροφορίες που μαζεύτηκαν τόσο από τους ιατρούς όσο κι από τους νοσηλευτές που απάντησαν στα ερωτηματολόγια, θα παρουσιάσουν τη στάση τους για το θέμα της ευθανασίας σε καταληκτικούς και μη ασθενείς.

### 3.1 Χαρακτηριστικά του δείγματος

Πίνακας 1: Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος

Ηλικία	24-30 (21,1%)	31-40 (51,3%)	41-50 (22,9)	51-65 (4,7%)		
Φύλο	Άρρεν (44,7%)	Θήλυ (55,3%)				
Πτυχίο	ΑΕΙ Νοσηλευτικής (2,3%)	ΑΤΕΙ Νοσηλευτικής (54,2%)	ΑΕΙ Ιατρικής (43,6%)			
Μεταπτυχιακό	Μάστερ (14,3%)	Διδακτορικό (10,5%)	Τίποτα από τα δύο (75,2%)			
Νοσηλευτική Ειδικότητα	Ναι (37,3%)	Όχι (62,6%)				
Ιατρική	Ναι	Όχι				

Ειδικότητα	( 52,7%)	(47,3%)				
Κλινική	Καρδιολογική (27,1%)	Παθολογική (22,6%)	Χειρουργική (24,8%)	Μ.Ε.Θ (17,3%)	Νευρολογική (3,8%)	Ογκολογική (4,5%)
Προϋπηρεσία	1-5 έτη (54,9%)	6-10 έτη (21,9%)	11-20 έτη (19,8%)	21-38έτη (3,8%)		
Πόλη	Πάτρα (73,7%)	Κόρινθος (26,3%)				
Προσωπικό	Ιατροί (42,9%)	Νοσηλευτές (57,1%)				

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα, η ηλικία των περισσότερων ερωτηθέντων είναι μεταξύ 31 έως 40 ετών. Η πλειοψηφία αυτών είναι γυναίκες. Επίσης το μεγαλύτερο ποσοστό των ιατρών (52,7%) έχει ειδικότητα σε αντίθεση με αυτό των νοσηλευτών (62,6%) το οποίο δεν διαθέτει.

Πίνακας 2. Γνωρίζετε αν επιτρέπεται η ευθανασία στην Ελλάδα:

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	ΣΥΝΟΛΟ
Νοσηλευτές	50	24	1	75
Ιατροί	49	5	3	57
Σύνολο	99	29	4	132

Η πλειοψηφία του δείγματος φαίνεται ότι έχει γνώση σχετικά με το αν είναι επιτρεπτή η ευθανασία στην Ελλάδα με το ποσοστό των ιατρών να υπερσχύει σε σχέση με αυτό των νοσηλευτών.

Πίνακας 3. Νομιμοποίηση της ευθανασίας σε καταληκτικούς ασθενείς:

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	ΣΥΝΟΛΟ
Νοσηλευτές	35	26	14	75
Ιατροί	34	19	4	57
Σύνολο	69	45	18	132

Σύμφωνα με τον πίνακα οι νοσηλευτές φαίνεται να είναι διχασμένοι σε αντίθεση με τους ιατρούς οι οποίοι έχουν πιο ξεκάθαρη άποψη.

Πίνακας 4. Συμμετοχή σε ευθανασία:

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	ΣΥΝΟΛΟ
Νοσηλευτές	2	72	1	75
Ιατροί	19	30	8	57
Σύνολο	21	102	9	132

Η συντριπτική πλειοψηφία των νοσηλευτών δεν έχει συμμετάσχει ποτέ σε ευθανασία ενώ οι μισοί σχεδόν από τους ιατρούς δηλώνουν πως έχουν λάβει μέρος σε ευθανασία.

Πίνακας 5. Συμμετοχή σε ευθανασία ηλικιωμένου με ανίατη ασθένεια:

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	ΣΥΝΟΛΟ
Νοσηλευτές	20	42	13	75
Ιατροί	20	28	9	57
Σύνολο	40	70	22	132

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες απαντούν αρνητικά στην ευθανασία ηλικιωμένου, χωρίς όμως οι απαντήσεις, αρνητικές και θετικές να παρουσιάζουν σημαντική απόκλιση.

Πίνακας 6. Συμβολή της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στη λήψη αποφάσεων:

	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	ΠΟΛΥ	ΛΙΓΟ	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΣΥΝΟΛΟ
Νοσηλευτές	14	21	23	17	75
Ιατροί	11	15	22	9	57
Σύνολο	25	36	55	26	132

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι η συνεχιζόμενη εκπαίδευση δεν αποτελεί σημαντικό παράγοντα για τη διαμόρφωση άποψης πάνω στο θέμα της ευθανασίας τόσο για τους ιατρούς όσο και για τους νοσηλευτές.

Πίνακας 7. Η ευθανασία είναι θέμα κυρίως:

	ΠΡΑΞΗ ΛΥΤΡΩΣΗΣ	ΕΓΚΛΗΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ	ΤΡΟΠΟΣ ΕΠΙΤΑΧΥΝΣΗΣ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ	ΣΥΝΟΛΟ
Νοσηλευτές	35	18	22	75
Ιατροί	25	5	27	57
Σύνολο	60	23	49	132

Οι περισσότεροι νοσηλευτές φαίνονται πιο ευαισθητοποιημένοι απέναντι στην ευθανασία καθώς την θεωρούν ως ένα τρόπο λύτρωσης του ασθενούς σε αντίθεση με τους ιατρούς που την αντιμετωπίζουν ως ένα τρόπο επιτάχυνσης του θανάτου.

Πίνακας 8. Γνώση των επιστημόνων υγείας ανά κλινική για την εφαρμογή της ευθανασίας στην Ελλάδα:

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	ΣΥΝΟΛΟ
Καρδιολογική	24	11	0	35
Παθολογική	24	4	2	30
Χειρουργική	26	6	1	33
Μ.Ε.Θ	18	4	1	23
Νευροχειρουργική	5	0	0	5
Ογκολογική	2	4	0	6
Σύνολο	99	29	4	132

Σύμφωνα με τον πίνακα οι περισσότεροι ερωτηθέντες είναι ενημερωμένοι σχετικά με το αν επιτρέπεται η ευθανασία στην Ελλάδα.

Πίνακας 9. Απόψεις ανά κλινική για τη νομιμοποίηση της ευθανασίας σε καταληκτικούς ασθενείς:

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ/ ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	ΣΥΝΟΛΟ
Καρδιολογική	16	15	4	35
Παθολογική	16	12	2	30
Χειρουργική	19	10	4	33
Μ.Ε.Θ	10	8	5	23
Νευροχειρουργική	3	0	2	5
Ογκολογική	5	0	1	6
Σύνολο	69	45	18	132

Όπως φαίνεται στον πίνακα σχεδόν σε όλες τις κλινικές οι επιστήμονες υγείας είναι διχασμένοι και μόνο στην ογκολογική κλινική το 90% των ερωτηθέντων απάντησαν θετικά.



Πίνακας 10. Συμμετοχή ιατρών και νοσηλευτών ανά κλινική σε ευθανασία:

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	ΣΥΝΟΛΟ
Καρδιολογική	5	28	2	35
Παθολογική	6	22	2	30
Χειρουργική	5	26	2	33
Μ.Ε.Θ	4	17	2	23
Νευροχειρουργική	0	5	0	5
Ογκολογική	1	4	1	6
Σύνολο	21	102	9	132

Το μεγαλύτερο ποσοστό απαντά αρνητικά, όμως βλέπουμε εκτός από τη νευροχειρουργική σε όλες τις άλλες κλινικές πως υπάρχουν άτομα που έχουν συμμετάσχει σε ευθανασία παρότι σε παραπάνω πίνακα είδαμε πως οι περισσότεροι γνωρίζουν ότι δεν επιτρέπεται η εφαρμογή της στην Ελλάδα.

Πίνακας 11. Πιθανή συμμετοχή ιατρών και νοσηλευτών σε ευθανασία ηλικιωμένου με ανίατη ασθένεια ανά κλινική:

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	ΣΥΝΟΛΟ
Καρδιολογική	8	20	7	35
Παθολογική	10	17	3	30
Χειρουργική	11	17	5	33

Μ.Ε.Θ	7	12	4	23
Νευροχειρουργική	0	3	2	5
Ογκολογική	4	1	1	6
Σύνολο	40	70	22	132

Το μεγαλύτερο ποσοστό των επιστημόνων υγείας στις 5 από τις 6 κλινικές που ερευνήθηκαν είναι αρνητικό σε πιθανή συμμετοχή του σε ευθανασία ηλικιωμένου με ανίατη ασθένεια, σε αντίθεση με την ογκολογική κλινική όπου παρατηρείται μια πιο θετική στάση απέναντι στο θέμα της ευθανασίας.

Πίνακας 12. Απόψεις ιατρών και νοσηλευτών ανά κλινική για τη συνεισφορά της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στη λήψη αποφάσεων για την ευθανασία:

	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	ΠΟΛΥ	ΛΙΓΟ	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΣΥΝΟΛΟ
Καρδιολογική	8	8	14	5	35
Παθολογική	6	9	7	8	30
Χειρουργική	4	10	15	4	33
Μ.Ε.Θ	6	8	4	5	23
Νευροχειρουργική	0	1	4	0	5
Ογκολογική	1	0	1	4	6
Σύνολο	25	36	45	26	132

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα η πλειοψηφία του δείγματος απάντησε ότι η συνεχιζόμενη εκπαίδευση βοηθάει στην λήψη αποφάσεων για την ευθανασία. Σημαντικό όμως είναι και το ποσοστό

των ιατρών και των νοσηλευτών οι οποίοι υποστηρίζουν πως δεν ωφελεί καθόλου.

Πίνακας 13. Σύμφωνα με τους ιατρούς και τους νοσηλευτές, ανά κλινική, η ευθανασία είναι:

	ΠΡΑΞΗ ΛΥΤΡΩΣΗΣ	ΕΓΚΛΗΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ	ΕΝΑΣ ΤΡΟΠΟΣ ΕΠΙΤΑΧΥΝΣΗΣ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ	ΣΥΝΟΛΟ
Καρδιολογική	13	7	15	35
Παθολογική	13	6	11	30
Χειρουργική	17	3	13	33
Μ.Ε.Θ	9	7	7	23
Νευροχειρουργική	2	0	3	5
Ογκολογική	6	0	0	6
Σύνολο	60	23	49	132

Οι περισσότεροι από τους επιστήμονες υγείας αντιλαμβάνονται την ευθανασία κατά κύριο λόγο ως πράξη λύτρωσης και έπειτα ως τρόπο επιτάχυνσης του θανάτου.

Πίνακας 14. Γνώση των επιστημόνων υγείας ανά πόλη για την εφαρμογή της ευθανασίας στην Ελλάδα:

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΑΤΡΑ	69	25	3	97
ΚΟΡΙΝΘΟΣ	30	4	1	35
ΣΥΝΟΛΟ	99	29	4	132

Σύμφωνα με τον πίνακα το μεγαλύτερο ποσοστό των επιστημόνων υγείας και στις δύο πόλεις αντίστοιχα είναι ενημερωμένο σχετικά με την νομοθεσία περί ευθανασίας.

Πίνακας 15. Απόψεις ιατρών και νοσηλευτών, ανά πόλη, για τη νομιμοποίηση της ευθανασίας σε καταληκτικούς ασθενείς:

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	ΣΥΝΟΛΟ
Πάτρα	53	28	16	97
Κόρινθος	16	17	2	35
Σύνολο	69	46	18	132

Οι επιστήμονες υγείας της Πάτρας διατηρούν θετική στάση απέναντι στην νομιμοποίηση της ευθανασίας σε καταληκτικούς ασθενείς σε αντίθεση με τους επιστήμονες υγείας της Κορίνθου οι οποίοι φαίνονται διχασμένοι σχετικά με το θέμα.

Πίνακας 16. Συμμετοχή ιατρών και νοσηλευτών, ανά πόλη, σε ευθανασία:

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	ΣΥΝΟΛΟ
Πάτρα	14	74	9	97
Κόρινθος	7	28	0	35
Σύνολο	21	102	9	132

Το μεγαλύτερο ποσοστό των επιστημόνων υγείας και στις δύο πόλεις δηλώνει πως δεν έχει συμμετάσχει σε ευθανασία.

Πίνακας 17. Πιθανή συμμετοχή ιατρών και νοσηλευτών σε ευθανασία ηλικιωμένου με ανίατη ασθένεια ανά πόλη:

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	ΣΥΝΟΛΟ
Πάτρα	27	49	21	97
Κόρινθος	13	21	1	35
Σύνολο	40	70	22	132

Σύμφωνα με τον πίνακα τόσο οι ιατροί όσο και οι νοσηλευτές και των δύο πόλεων υποστηρίζουν πως δεν θα συμμετείχαν σε ευθανασία χωρίς όμως παραβλέπουμε και ένα αρκετά μεγάλο αριθμό θετικών απαντήσεων.

Πίνακας 18. Απόψεις ιατρών και νοσηλευτών ανά πόλη για τη συνεισφορά της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στη λήψη αποφάσεων για την ευθανασία:

	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	ΠΟΛΥ	ΛΙΓΟ	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΣΥΝΟΛΟ
Πάτρα	18	20	36	23	97
Κόρινθος	7	16	9	3	35
Σύνολο	25	36	45	26	132

Η πλειοψηφία των επιστημόνων υγείας της Πάτρας θεωρεί πως η συνεχιζόμενη εκπαίδευση συνεισφέρει λίγο στην λήψη αποφάσεων σχετικά με το θέμα, σε αντίθεση με αυτών της Κορίνθου που θεωρούν ότι βοηθάει πολύ.

Πίνακας 19. Σύμφωνα με τους ιατρούς και τους νοσηλευτές, ανά πόλη, η ευθανασία είναι:

	ΠΡΑΞΗ ΛΥΤΡΩΣΗΣ	ΕΓΚΛΗΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ	ΕΝΑΣ ΤΡΟΠΟΣ ΕΠΙΤΑΧΥΝΣΗΣ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ	ΣΥΝΟΛΟ
Πάτρα	47	15	35	97
Κόρινθος	13	8	14	35
Σύνολο	60	23	49	132

Στην πόλη της Πάτρας η πλειοψηφία θεωρεί την ευθανασία ως πράξη λύτρωσης ενώ με ελάχιστη διαφορά από αυτή την άποψη οι επιστήμονες υγείας της Κορίνθου υποστηρίζουν πως είναι ένας τρόπος επιτάχυνσης του θανάτου.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### 4.1 Συζήτηση

Ερωτήματα σχετικά με το δικαίωμα στη ζωή και στο θάνατο, την ευθανασία ή τη κατ' απαίτηση "συναινετική" ανθρωποκτονία, ανέκαθεν απασχολούσαν και απασχολούν ακόμη και σήμερα τον ιατρικό και νομικό κόσμο καθώς και τον ίδιο τον ασθενή και τους οικείους του (Γιαρένη, 2005).

Στη σύγχρονη κοινωνία, μάλιστα, τα παραπάνω ερωτήματα αποκτούν καίρια σημασία, ενόψει της εξέλιξης της ιατρικής επιστήμης και της ανάπτυξης των μεθόδων και τεχνικών διατήρησης και παράτασης της ζωής των ασθενών. Η δυνατότητα ελέγχου λοιπόν του χρόνου του θανάτου, έχει οδηγήσει στη σύγκρουση εκείνων που υποστηρίζουν την ελευθερία επιλογής του ατόμου και εκείνων που δέχονται ότι υπάρχει μία οιονεί υποχρέωση για ζωή (Γιαρένη, 2005).

Η παρούσα μελέτη, έδειξε την έλλειψη ερευνών σε θέματα ευθανασίας κυρίως από την πλευρά του νοσηλευτικού προσωπικού, πλην μεμονωμένων ερευνών που έχουν γίνει σε νοσηλευτές των Μ.Ε.Θ (μονάδων εντατικής θεραπείας). Όσον αφορά τους ιατρούς οι έρευνες πάνω στο θέμα είναι πολύ περισσότερες.

Ως αποτέλεσμα, σκοπός της έρευνάς μας ήταν να συγκρίνουμε τις απόψεις των επιστημόνων υγείας σχετικά με τα ηθικά διλήμματα γύρω απ' το θέμα της ευθανασίας, σε κλινικές με καταληκτικούς και μη ασθενείς. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι μεγάλο ποσοστό (75%) των ιατρών και των νοσηλευτών έχουν γνώσεις σχετικά με το

νομοθετικό πλαίσιο για την εφαρμογή της ευθανασίας στην Ελλάδα. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι τα αποτελέσματα πάνω στο δίλημμα της νομιμοποίησης της ευθανασίας στην Ελλάδα σε καταληκτικούς ασθενείς έδειξαν πως ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των ιατρών (59,6%) είναι θετικό, το νοσηλευτικό προσωπικό φαίνεται περισσότερο προβληματισμένο απέναντι σε μία τέτοια απόφαση.

Αυτό ίσως να συμβαίνει γιατί ίσως πολλοί δεν έχουν τη θέληση να συμμετέχουν στη λήψη ηθικών αποφάσεων πιθανότατα διότι, είναι ανεπαρκώς προετοιμασμένοι, αγνοούν τις ηθικές τους ευθύνες, δεν υπάρχει επίσημη αναγνώριση της αξίας του νοσηλευτή στη λήψη ηθικών αποφάσεων ούτε και επίσημο γενικό πλαίσιο προς συζήτηση στο οποίο καλούνται οι νοσηλευτές να συμμετέχουν (Μπουζίκια, 1999).

Συγκεκριμένα, η Ελλάδα έχει δικό της δεοντολογικό κείμενο συνήθως ακολουθεί το Διεθνή Κώδικα Ηθικών Καθηκόντων του Δ.Σ.Ν (Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών). Ο Κώδικας περιέχει κατευθυντήριες αρχές του νοσηλευτικού έργου εκφράζοντας τη συνισταμένη της παγκόσμιας νοσηλευτικής σκέψης. Παρουσιάζει ηθικούς κανόνες με ευρύτερη ισχύ, στους οποίους μπορούν να ανατρέχουν οι νοσηλευτές για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων ηθικών προβλημάτων (Γιαννοπούλου, 2003).

Η μεγαλύτερη αδυναμία του όμως είναι ότι δεν προβλέπει μηχανισμούς δράσης οι οποίοι θα επιβάλλουν τις αρχές του καθώς και κυρώσεις για όσους τον παραβαίνουν. Αυτό όμως συμβαίνει γιατί σκοπός του είναι να δώσει γενικές κατευθυντήριες γραμμές στο νοσηλευτή για την άσκηση του έργου του και να του δημιουργήσει ερεθίσματα για περαιτέρω προβληματισμό. Επομένως, από τη φύση του δεν μπορεί να περιλάβει



συγκεκριμένους τρόπους αντιμετώπισης συγκεκριμένων περιστατικών (Γιαννοπούλου, 2003).

Από την άλλη πλευρά, όμως ο νοσηλευτής είναι και υπάλληλος και έχει ορισμένες υποχρεώσεις απέναντι στο νοσηλευτικό ίδρυμα. Σε περίπτωση όμως που του ζητηθεί από τον θεράπων ιατρό του νοσοκομείου να συμμετάσχει σε ευθανασία κι αυτός αρνηθεί να προσφέρει νοσηλευτική υπηρεσία μπορεί να έχει επιπτώσεις στις εργασιακές του σχέσεις (απόλυση) αφού το νοσηλευτικό καθηκοντολόγιο δεν είναι σαφές ώστε να προστατεύει το νοσηλευτικό προσωπικό σε ανάλογες περιπτώσεις.

Έτσι βλέπουμε ότι ο νοσηλευτής αντιμετωπίζει συχνά ηθικά διλήμματα στο χώρο εργασίας του που μπορεί να έρχονται σε σύγκρουση με τα προσωπικά του πιστεύω, τη θρησκευτική του παιδεία, διότι γνωρίζει πως η εκκλησία της Ελλάδος είναι αντίθετη στο θέμα κι αναφέρεται στην μεν παθητική ευθανασία ως δολοφονία, στη δε ενεργητική ευθανασία ως αυτοκτονία. Και φυσικά σ' αυτούς που υποστηρίζουν τους ασθενείς και στη μία και στην άλλη, συνεργάτες του θανάτου ([www.imlarisis.gr](http://www.imlarisis.gr), 28/8/2008). Τέλος, η νοσηλευτική δεοντολογία φαίνεται ότι στοχεύει στη διατήρηση και προαγωγή της υγείας του ασθενούς και όχι σε πρακτικές επίσπευσης θανάτου.

Η νοσηλευτική εκπαίδευση οφείλει λοιπόν να προετοιμάζει τους νοσηλευτές έτσι ώστε να σκέφτονται τις προσωπικές αξίες και να κατανοούν πως αυτοί και άλλοι ψυχολογικοί παράγοντες μπορούν να περιορίσουν την ικανότητά τους να σκέφτονται με διαύγεια. Να ξέρουν και να καταλαβαίνουν τα όριά τους ως συνήγοροι του ασθενή και ότι μπορεί να μην είναι κατάλληλοι γι' αυτό το ρόλο. Επίσης να ξέρουν και να κατανοούν τις ηθικές αρχές και πώς να συνεισφέρουν στη λήψη

ηθικών αποφάσεων χρησιμοποιώντας ένα γενικό πλαίσιο (Αποστολοπούλου, 1999).

Όσον αφορά τους ιατρούς η στάση τους απέναντι στο συγκεκριμένο ζήτημα έρχεται σε αντίθεση με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας που προβλέπει την υποχρέωση τους για τη με κάθε δυνατό μέσο υποβοήθηση της ίασης του ασθενούς ή διατήρησής του στη ζωή. Η σύμπραξη στο θάνατο του ασθενούς υπό οποιεσδήποτε συνθήκες είναι ασυμβίβαστη με το λειτούργημα του ιατρού (Γιαρένη, 2005).

Αυτή η στάση τους μπορεί να οφείλεται σε πιθανή πίεση τους από τη διοίκηση του νοσηλευτικού ιδρύματος στο οποίο εργάζονται, εξαιτίας έλλειψης ελεύθερων κλινών, λόγω παρατεταμένης νοσηλείας καταληκτικών ασθενών, γεγονός το οποίο συχνά εμποδίζει την παροχή ιατρο-νοσηλευτικής φροντίδας σε περιστατικά με καλύτερη πρόγνωση καθώς και αυξάνει το κόστος της ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης.

Επίσης, ενδιαφέρον παρουσιάζει η παραδοχή ενός μικρού μέρους του νοσηλευτικού και μεγαλύτερου του ιατρικού προσωπικού (2,7% και 33,3% αντίστοιχα) συμμετοχής τους σε ευθανασία παρότι όπως είδαμε παραπάνω και απ' τις δυο πλευρές η πλειοψηφία είναι ενήμερη για την παράνομη εφαρμογή της στην Ελλάδα.

Με τη διακήρυξη του Ελσίνκι, η οποία έγινε αποδεκτή από τη Παγκόσμια Ιατρική Εταιρεία το 1964 και υπό τις παγκόσμιες ιατρικές συνελεύσεις το 1975, 1983 και 1989 ο ιατρός υπογραμμίζει κατηγορηματικά ότι η υγεία του ασθενούς αποτελεί το κύριο μέλημά του (Μπαλογιάννης, 2007). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνάς μας

όμως βλέπουμε ότι πλέον οι πράξεις διαφέρουν από τη θεωρία αυτή από ένα σημαντικό ποσοστό της ιατρικής κοινότητας.

Επίσης, ενδιαφέρον αποτελεί το πώς χαρακτηρίζουν οι επιστήμονες υγείας το θέμα της ευθανασίας. Το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών (46,7%) θεωρούν την ευθανασία ως πράξη λύτρωσης ενώ η πλειοψηφία των ιατρών (47,4%) ως έναν τρόπο επιτάχυνσης του θανάτου. Σύμφωνα με αυτή τους την απάντηση οι νοσηλευτές φαίνονται πιο ευαισθητοποιημένοι στο θέμα, διότι έργο τους είναι η ολιστική φροντίδα του καταληκτικού και μη ασθενούς.

Όταν μιλάμε για ολιστική φροντίδα, ξεκινάμε από τις απλές καθημερινές δραστηριότητες όπως υγιεινής, διατροφής, νοσηλείας, διασφάλισης του κατάλληλου περιβάλλοντος και φθάνουμε μέχρι τη χρήση μηχανημάτων υψηλής τεχνολογίας, είτε για την υποστήριξη της ζωής του ασθενή, είτε για την χρησιμοποίησή τους σε διαδικασίες προσθήκης υλικών στο ανθρώπινο σώμα. Βασικό συστατικό της φροντίδας, σε όλες τις φάσεις της νοσηλείας, αποτελεί η συνεχής ψυχολογική υποστήριξη και επικοινωνία με τον ασθενή. Φροντίδα χωρίς παραλείψεις και λάθη γιατί η «Υγεία» είναι το πολυτιμότερο αγαθό για όλους μας και σε αυτή έχει δικαίωμα ο κάθε άνθρωπος ([www.papageorgiou - hospital.gr](http://www.papageorgiou-hospital.gr), 2008).

Στην Ελλάδα η ολιστική φροντίδα εφαρμόζεται στα νοσοκομεία κυρίως στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και έξω απ' αυτά με τη μορφή της Νοσηλείας Κατ'οίκον με σκοπό τη πρόληψη και τη πλήρη αποθεραπεία του ασθενή.

Με άλλα λόγια οι νοσηλευτές βλέπουν τον ασθενή ως μια βιοψυχοκοινωνική οντότητα καθώς είναι σε συνεχή επαφή μαζί του αλλά και με την οικογένεια του, ακούνε τις ανησυχίες και τα προβλήματά τους, με αποτέλεσμα η απόφασή τους για συμμετοχή τους σε ευθανασία να είναι πιο δύσκολη πιθανόν λόγω του συναισθηματικού δεσμού με τον ασθενή.

Από την άλλη πλευρά, οι ιατροί βρίσκονται ανάμεσα σε δύο χαρακτηρισμούς. Την πράξη λύτρωσης απ' τη μία και την επιτάχυνση του θανάτου απ' την άλλη, γεγονός που δείχνει τη δυσκολία διαχωρισμού του θέματος σε ηθικό ή καθαρά επαγγελματικό.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι ένας σημαντικός αριθμός επιστημόνων υγείας στις 5 από τις 6 κλινικές που ερευνήθηκαν είναι αρνητικός σε πιθανή συμμετοχή του σε ευθανασία ηλικιωμένου με ανίατη ασθένεια, σε αντίθεση με τις ογκολογικές κλινικές όπου παρατηρείται μία πιο θετική στάση απέναντι στο θέμα της ευθανασίας.

Αυτό μπορεί να συμβαίνει διότι το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε αυτές τις κλινικές έρχεται αντιμέτωπο σε καθημερινή βάση με ασθενείς στο τελικό στάδιο της νόσου με αποτέλεσμα να είναι πιο εξοικειωμένοι με την ιδέα του θανάτου και επιπλέον το γεγονός του ότι έρχονται αντιμέτωποι τόσο με το σωματικό όσο και με το ψυχικό πόνο των ασθενών, τους μπορεί να τους κάνει να επιθυμούν ένα λιγότερο επώδυνο τέλος γι' αυτούς.

Αξίζει να σημειωθεί ότι στις κλινικές με μη καταληκτικούς ασθενείς το ποσοστό των θετικών απαντήσεων σε πιθανή συμμετοχή ιατρών και νοσηλευτών σε ευθανασία είναι σημαντικό.

Μια πιθανή εκδοχή αυτού μπορεί να οφείλεται στο ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών που νοσηλεύονται σ' αυτές τις κλινικές δεν είναι βαρέως πάσχοντες και έτσι το ιατρο - νοσηλευτικό προσωπικό δεν έρχεται συνεχώς αντιμέτωπο με τον επικείμενο θάνατο κάποιου από τους ασθενείς που φροντίζει, πράγμα που το κάνει να αντιμετωπίζει το ενδεχόμενο μιας ευθανασίας πιο ανάλαφρα, απ' ότι οι ιατροί και νοσηλευτές σε μονάδες με καταληκτικούς ασθενείς, οι οποίοι κάθε στιγμή είναι υποχρεωμένοι να πάρουν μια απόφαση που δεν είναι εύκολη, σε σημείο που πολλοί από αυτούς θα εύχονταν «να μην τους είχε τύχει».

Όσον αφορά τις γεωγραφικές περιοχές όπου διεξάγει η παρούσα έρευνα υπάρχουν διαφοροποιήσεις σχετικά με τις απόψεις των επιστημόνων υγείας για την νομιμοποίηση της ευθανασίας σε καταληκτικούς ασθενείς. Συγκεκριμένα στις μεγάλες πόλεις το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό είναι θετικό απέναντι σε μια τέτοια θεσμοθέτηση σε αντίθεση με το προσωπικό σε μικρότερες πόλεις το οποίο είναι διχασμένο.

Μια πιθανή εξήγηση που θα μπορούσε να δοθεί για τη παραπάνω στάση θα ήταν το γεγονός ότι στις μεγάλες πόλεις οι επιστήμονες υγείας αντιμετωπίζουν καθημερινά πληθώρα σοβαρών περιστατικών, με αποτέλεσμα το προσωπικό υγείας να έρχεται πιο συχνά σε επαφή με βαρέως πάσχοντες και κατ' επέκταση με το ενδεχόμενο επικείμενου θανάτου, γεγονός που τους έχει κάνει να εξοικειωθούν με μια μελλοντική νομιμοποίηση της ευθανασίας.

Επιπλέον, διαπιστώθηκε μέσω της έρευνας, πως οι απόψεις ιατρών και νοσηλευτών ανά πόλη για τη συνεισφορά της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης

στη λήψη αποφάσεων για την ευθανασία παρουσιάζουν σημαντική διαφορά. Κι αυτό διότι, οι επιστήμονες υγείας στις μεγάλες πόλεις υποστηρίζουν πως η συνεχιζόμενη εκπαίδευση δεν αποτελεί σημαντικό παράγοντα για τη λήψη αποφάσεων (37,1%) σε αντίθεση με το προσωπικό σε μικρότερες πόλεις (45,7%) που θεωρούν ότι παίζει σημαντικό ρόλο στη διαδικασία αυτή.

Αυτό συμβαίνει ίσως, γιατί οι περισσότεροι που έχουν μεταπτυχιακό έχουν συνειδητοποιήσει πως αυτό δεν έχει παίζει σημαντικό ρόλο στη λήψη αποφάσεων για ηθικά διλήμματα, όπως το θέμα της ευθανασίας. Και σαφώς η εμπειρία τους έχει μεγαλύτερη βαρύτητα σε σχέση με τους επιστήμονες υγείας που δεν έχουν μεταπτυχιακό και υποθέτουν για τη χρησιμότητα της μεταπτυχιακής εκπαίδευσης πως δεν είναι απαραίτητη.

Είναι σημαντικό να σημειώσουμε ότι η μεγαλύτερη πρόκληση – ευθύνη για τους επιστήμονες υγείας είναι να διατηρούν τις γνώσεις και τις δεξιότητες, κατά τη διάρκεια της καριέρας τους, σε τέτοια επίπεδα που τους επιτρέπει τη συνεχή παροχή ποιοτικής φροντίδας. Γι'αυτό ο τρόπος για να επιτευχτεί αυτό είναι η συνεχιζόμενη εκπαίδευση των νοσηλευτών και ιατρών μέσω σεμιναρίων, συνεδρίων και μεταπτυχιακών σπουδών.

Τα πλεονεκτήματα που προσφέρει η μεταπτυχιακή εκπαίδευση πάνω σε ηθικά θέματα, όπως η ευθανασία είναι, η επάρκεια των γνώσεων πάνω σε τέτοια ζητήματα, ο τρόπος με τον οποίο πρέπει να αντιμετωπίζεται ένας καταληκτικός ή μη ασθενής, το είδος της φροντίδας που πρέπει να του παρέχεται στο τελευταίο στάδιο της ζωής του, τις ψυχολογικές άμυνες που θα πρέπει να έχει ο νοσηλευτής για να αντιμετωπίσει μια τέτοια κατάσταση. Στην Ελλάδα η μεταπτυχιακή εκπαίδευση μέχρι πρότινος δεν ήταν ιδιαίτερα αναπτυγμένη παρά μόνο στα πανεπιστήμια, και όχι στα

Ανώτερα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα, που τώρα έχει αρχίσει να σημειώνει σημαντική πρόοδο εξαιτίας και των αυξημένων απαιτήσεων της διοίκησης των νοσηλευτικών ιδρυμάτων για επαρκέστερη επαγγελματική κατάρτιση.

Συμπερασματικά, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνάς μας διαπιστώσαμε πως το θέμα της ευθανασίας προβληματίζει τόσο τους ιατρούς όσο και τους νοσηλευτές και δημιουργεί αντίθεση απόψεων σε όλο το φάσμα του θέματος, και από κοινωνικής, νομικής, ηθικής και ιατρικής πλευράς. Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε η αδυναμία των νοσηλευτών στη λήψη αποφάσεων πάνω στο θέμα, είτε λόγω έλλειψης συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, είτε αντιμετωπίζοντας την ευθανασία με μεγαλύτερη ευαισθησία.

Επίσης, πρέπει να υπογραμμίσουμε την άποψη των ιατρών για νομιμοποίηση της ευθανασίας στη χώρα μας σε αντίθεση με τους νοσηλευτές οι οποίοι φαίνεται ότι είναι αρκετά προβληματισμένοι πάνω στο συγκεκριμένο ζήτημα. Επιπλέον, είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι οι ιατροί αντιμετωπίζουν πιο θετικά το θέμα συμμετοχής ή πιθανής συμμετοχής τους σε ευθανασία απ' ότι πριν λίγα χρόνια.

Τι είναι όμως τελικά ευθανασία και σε ποια πλαίσια πρέπει οι επιστήμονες υγείας ή η κοινωνία να κινηθεί; Όπως διαπιστώσαμε τόσο στη κοινωνία όσο και στους επιστήμονες υγείας το πρόβλημα της ευθανασίας δεν έχει καθολική αποδοχή. Το ζήτημα της ευθανασίας είναι πολυδιάστατο και αποτελεί πρόκληση για την ιατρική κοινότητα αφού οι λύσεις που θα δώσει στο μέλλον θα έχουν προεκτάσεις στη κοινωνία. Ο θάνατος ήταν ανέκαθεν πηγή άγχους και φόβου, η ασθένεια κι ο πόνος

είναι καταστάσεις που συνοδεύουν την ίδια τη ζωή, αλλά η ανίατη φύση μιας ασθένειας πολλές φορές αποστασιοποιεί την ιδέα του θανάτου.

Η επιθυμία όμως του αρρώστου να ζήσει ή να πεθάνει είναι σεβαστή. Αν ο άρρωστος θέλει ενσυνείδητα και επίμονα να πεθάνει, αν η κοινωνία στην οποία ζει του δίνει το δικαίωμα, ας το κάνει. Ας επιλέξει οποιαδήποτε πράξη αυτοκτονίας. Αρνούμαστε όμως ως μελλοντικοί νοσηλευτές να εμπλακούμε σε μια απόφαση, για την οποία μπορεί αύριο να μετανιώσουμε και να συσσωρευτούν μέσα μας τύψεις. Σαν ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ζούμε μέσα σε ένα περιβάλλον στρεσογόνο. Πρέπει να αποκαθάρουμε τη κλινική πράξη από αποφάσεις που μας γεμίζουν με άγχος (Γκίκα, 2000).

## **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 τη στάση των ιατρών και νοσηλευτών για το θέμα της ευθανασίας, κρίνεται αναγκαίο στο μέλλον η χρησιμοποίηση μεγαλύτερου δείγματος. Επίσης, το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκε σε πιλοτική μορφή και θα πρέπει να εφαρμοστεί πάλι για στοιχεία αξιοπιστίας. Επιπλέον, η έλλειψη χρόνου και οικονομικών πόρων ανάγκασε τους ερευνητές σε δείγμα από δύο μόνο νοσηλευτικά ιδρύματα της Πελοποννήσου.

Τέλος θα πρέπει να αναφερθεί ότι ένας αξιόλογος αριθμός του δείγματος τόσο των ιατρών όσο και των νοσηλευτών των κλινικών της Κορίνθου (Μ.Ε.Θ, Καρδιολογική, Χειρουργική) και αντίστοιχα της Πάτρας



(Νευρολογική, Ογκολογική και Μ.Ε.Θ Ρίου) αρνήθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα.

### **4.3 Προτάσεις**

Με βάση τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας αναφέρουμε κάποιες προτάσεις:

- ✓ Την ανάγκη της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για τους επιστήμονες υγείας κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής τους καριέρας.
- ✓ Την αναθεώρηση του καθηκοντολογίου των νοσηλευτών και των ιατρών ώστε να είναι περισσότερο σαφές στην εκτέλεση πράξεων που σχετίζονται με ηθικά διλήμματα, όπως η ευθανασία.
- ✓ Να διευκρινισθεί ο Ποινικός Κώδικας για την ευθανασία στην Ελλάδα.
- ✓ Την δημιουργία και οργάνωση προγραμμάτων ενημέρωσης και εκπαίδευσης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σε θέματα τόσο ιατρικής όσο και νοσηλευτικής φύσεως, αλλά και ηθικών θεμάτων (ευθανασία), από τη διοίκηση του νοσοκομείου.
- ✓ Τη δημιουργία επιτροπών Βιοηθικής σε όλα τα νοσοκομεία, τις οποίες θα απαρτίζουν ο άρρωστος, ο ιατρός του, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, εκπρόσωποι της διοίκησης του νοσοκομείου και της Πολιτείας. Οι επιτροπές θα έχουν την ευθύνη της απόφασης για παθητική ή ενεργητική ευθανασία.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αβραμίδης Α (1995) Ευθανασία. Ακρίτας, Αθήνα .

Abrams and Bucker (1989) Medical ethics: a clinical textbook and references for the health care professions. Cambridge, England.

Αθανάτου Ε (2004) Κλινική Νοσηλευτική: Βασικές και Ειδικές Νοσηλίες. Έκδοση ΙΔ΄, Αθήνα.

Αικατερινίδης Γ, Ανωγιανάκης Φ, Αυγερινός Δ και Βαλσάμη Ε (1987) Εγκυκλοπαίδεια, Πάπυρος Λαρούς, Τόμος 25<sup>ος</sup>, Αθήνα.

Αναπλιώτης Α (2003) Το δικαίωμα στην ευθανασία – αθανασία. Lymel, Αθήνα.

Αποστολοπούλου Ε (1999) Στελέχωση Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ) με νοσηλευτικό προσωπικό. Αθήνα.

Βελλής Γ (2008) Η Ευθανασία από τη σκοπιά του Ποινικού Δικαίου. [www.bioethics.org.gr](http://www.bioethics.org.gr), 16/4/2008.

Βιουγιούκας Α (1993) Η επαγγελματική ευθύνη του ιατρού. Art of Text, Θεσσαλονίκη.

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.

Γεωργιάδης Α (2007) Το δικαίωμα στο θάνατο. [www.bioethics.org.gr](http://www.bioethics.org.gr), 22/11/2007.

Γιαννοπούλου Α (2005) Διλήμματα και Προβληματισμοί στη Σύγχρονη Νοσηλευτική. Έκδοση 6<sup>η</sup>, Η ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα.

Γιαρένη Ι (2005) Το δικαίωμα στο θάνατο και το ιατρικό καθήκον διατήρησης της ζωής, Το Βήμα του Ασκληπιού, 3(4):138- 146.

Γιδοπούλου – Στραβολαίμου Κ (2000) Ασθενείς με καρκίνο και ευθανασία. Κοινωνική πρόκληση ή 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.

Γρηγοράκος Λ (2008) Η Ευθανασία χθες και σήμερα. <http://www.grigorakos.gr/articles/3/doc>, 16/4/2008.

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

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

Καλλέργης Γ (2000) Ευθανασία. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας. Αθήνα.

Καλλέργης Γ (1999) Ο νοσηλευτής μπροστά στο τέλος της ζωής του αρρώστου: αντιμετώπιση του θανάτου, ψυχολογική και πνευματική επιβάρυνση. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας.

Καράμπελας Λ (1987) Η ευθανασία και το δικαίωμα στην ζωή και στον θάνατο. Εστία, Αθήνα .

Κατσιμίγκας Γ και άλλοι (2007) Νοσηλευτική και θεολογική προσέγγιση του θανάτου. Νοσηλευτική , 46(4) : 441- 452.

Κηπουρού Α και Μπούτας Α (2008) Ιατρικό δίκαιο και δικαιώματα ασθενούς .[www.interpaper.gr](http://www.interpaper.gr) , Τεύχος 1,4/4/2008.

Κορδιολής Ν (2000) Ευθανασία και καρκίνος. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας.

Κουτσελίνης Α (2007) Ευθανασία: Έννοιες και Ορισμοί. [www.bioethics.org.gr](http://www.bioethics.org.gr), 22/11/2007.

Κρεμαστινός και άλλοι (1996) Εντατική Θεραπεία ηθικοί προβληματισμοί στο θέμα της ευθανασίας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 13(1): 38-44.

Κριάρη Ι (2007) Ευθανασία και ατομικά δικαιώματα - Η προσέγγιση από πλευράς διεθνούς και συγκριτικού δικαίου.[www.bioethics.org.gr](http://www.bioethics.org.gr), 22/11/2007.

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

Μερκούρης και άλλοι (2005) Εντατική θεραπεία: η στάση του νοσηλευτικού προσωπικού στην ευθανασία. Νοσηλευτική, 44(1) : 84-91.

Μπεργελές Τ και Μπινιάρης Π (2008) Ευθανασία. [www.iatroteconline.gr](http://www.iatroteconline.gr), 8/4/2008.

Μπαλογιάννης Σ (2007) Η Ευθανασία – Κοινωνικοί και Ηθικοί Προβληματισμοί [www.bioethics.org.gr](http://www.bioethics.org.gr), 22/11/2007.

Μηλιώνης Ν (2000) Ευθανασία και Καρκίνος. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας.

Μπουζικά Μ (1999) Εξειδίκευση Νοσηλευτών Μ.Ε.Θ. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας.

Νανούρη Φ και Ντζούφρα Μ (2006) Η στάση των φοιτητών νοσηλευτικής για την ευθανασία. Πτυχιακή Εργασία, ΑΤΕΙ Πάτρας.

Νούλα Μ και Κοτσώνη Ε (2007) Ευθανασία και νομικό πλαίσιο. Ιατρικά Χρονικά, 4: 246 - 250.

Παναγόπουλος Ε (2007) Ορισμός και ιστορική εξέλιξη. [www.bioethics.org.gr](http://www.bioethics.org.gr), 22/11/2007.

Παπαδάτου Δ και Αναγνωστόπουλος Φ (1995) Η Ψυχολογία στο χώρο της υγείας. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Παπαχρήστου Κ (1999) Ευθανασία : αποφάσεις κατά το τέλος της ζωής. The Medical Magazine, 29<sup>ο</sup>, Αθήνα.

Παρασκευαΐδης Χ (1983) Πόση αλήθεια πρέπει να λέγεται στον άρρωστο; Αθήνα.

Παρασκευόπουλος Ι (1985) Μεθοδολογία επιστημονικής έρευνας. Αθήνα.

Πριάμη Μ και άλλοι (2001) Απόψεις του νοσηλευτικού προσωπικού για την ευθανασία. Νοσηλευτική, 40(4) : 43-50.

Ραγιά Α (2007) Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Έκδοση 6<sup>η</sup>, Ραγιά, Αθήνα.

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

Σαχίνη – Καρδάση Α (2004) Μεθοδολογία έρευνας – στο χώρο της υγείας. Βήτα , Αθήνα.

Σπηλιώτης Ι (1999) Καρκίνος “από την άγνοια ... στο φόβο”. Αχαϊκές Εκδόσεις, Πάτρα .

Τσαϊτουρίδης Χ (2002) Η ευθανασία ως συνταγματικό δικαίωμα του ασθενούς. [www.tosyntagma.ant-sakkoulas.gr](http://www.tosyntagma.ant-sakkoulas.gr).

[www.bestrong.gr/el/cancersupport-08/4/2008](http://www.bestrong.gr/el/cancersupport-08/4/2008).

[www.filosofia.gr/thematafilosofias.php\\_moraldilemmas-27/5/2005](http://www.filosofia.gr/thematafilosofias.php_moraldilemmas-27/5/2005).

[www.imlarisis.gr/main.php?p=1378more-1](http://www.imlarisis.gr/main.php?p=1378more-1), Εκκλησία και Νοσηλευτική, 28/8/2008.

<http://news.kathimerini.gr/4dcgi/w-articles-world-1-02/4/2002>.

[www.papageorgiou-hospital.gr/ans/front-content.php?idcat=465](http://www.papageorgiou-hospital.gr/ans/front-content.php?idcat=465), Νοσηλευτική Διεύθυνση, 28/8/2008.

[www.pathfinder.gr](http://www.pathfinder.gr) , 28/3/2005.

Χρονόπουλος Ν (1980) Το πρόβλημα της ευθανασίας. Αθήνα .

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

## ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΦΥΛΛΟ

26.5.2008

*ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ*

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει κατασκευαστεί με σκοπό να μάθουμε τις απόψεις σας σχετικά με την ευθανασία, σε καταληκτικούς και μη ασθενείς.

Με την συμπλήρωση αυτού του ερωτηματολογίου, θα μας δώσετε σημαντικές πληροφορίες που αφορούν την στάση των γιατρών και των νοσηλευτών για την ευθανασία. Περιλαμβάνει επίσης μερικές δημογραφικές ερωτήσεις.

Παρακαλούμε απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις, διαλέγοντας **μία** μόνο επιλογή.

**Όλες οι απαντήσεις σας θα κρατηθούν αυστηρώς απόρρητες.**

Ευχαριστούμε για την βοήθεια σας !!!

# ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

## ΜΕΡΟΣ 1<sup>ο</sup>

	Ναι	Όχι	Δεν απαντώ
Γνωρίζετε το περιεχόμενο του νοσηλευτικού καθηκοντολογίου;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γνωρίζετε το περιεχόμενο της νοσηλευτικής δεοντολογίας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γνωρίζετε αν επιτρέπει η ευθανασία στην Ελλάδα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Πιστεύετε ότι πρέπει να νομιμοποιηθεί η ευθανασία στην Ελλάδα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Πιστεύετε ότι πρέπει να νομιμοποιηθεί η ευθανασία σε καταληκτικούς ασθενείς;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Πιστεύετε ότι πρέπει να νομιμοποιηθεί η ευθανασία σε μη καταληκτικούς ασθενείς;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Έχετε συμμετάσχει ποτέ σε ευθανασία;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Θα συμμετείχατε σε διαδικασία ευθανασίας με χρηματικό κίνητρο;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Θα συμμετείχατε σε ευθανασία νεογέννητου με σοβαρές γενετικές ανωμαλίες;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Θα συμμετείχατε σε ευθανασία ηλικιωμένου ασθενή με ανίατη ασθένεια;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## ΜΕΡΟΣ 2<sup>ο</sup>

	Πάρα πολύ	Πολύ	Λίγο	Καθόλου
Κατά πόσο οι γνώσεις που λάβατε σε προπτυχιακό επίπεδο σας βοήθησαν για τη λήψη αποφάσεων στο θέμα της ευθανασίας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Κατά πόσο η διοίκηση του Νοσοκομείου έχει επηρεάσει την άποψή σας για την ευθανασία;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Κατά πόσο πιστεύετε ότι η Συνεχιζόμενη εκπαίδευση (ειδικότητα, συνέδρια, ημερίδες) βοηθάει τους νοσηλευτές για τη λήψη αποφάσεων στο θέμα της ευθανασίας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Κατά πόσο πιστεύετε ότι η μεταπτυχιακή εκπαίδευση (Μάστερ, Διδακτορικό) βοηθάει τους νοσηλευτές για τη λήψη αποφάσεων στο θέμα της ευθανασίας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ΜΕΡΟΣ 3<sup>ο</sup>

Πηγές ενημέρωσης σχετικά με την ευθανασία;

M.M.E	Διαδίκτυο	Επιστημ. Περιοδικά/Βιβλία	Συνέδρια – Ημερίδες
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Κατά την άποψή σας η ευθανασία είναι:

πράξη λύτρωσης	έγκλημα κατά της ζωής	ένας τρόπος επιτάχυνσης του θανάτου
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ποιο από τα παρακάτω θεωρείτε ισχυρό κίνητρο για να προβείτε σε ευθανασία;

τον πόνο	τον οίκτο	ανίατη ασθένεια	και τα τρία
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Κατά την άποψή σας, η ευθανασία είναι θέμα κυρίως:

ιατρικό	ηθικό	κοινωνικό	θρησκευτικό
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ηλικία \_\_\_\_\_

Φύλο: Άρρεν  Θήλυ

Πτυχίο: ΑΤΕΙ  ΑΕΙ

Μεταπτυχιακό: Μάστερ  Διδακτορικό

Έχετε τίτλο νοσηλευτικής ειδικότητας; Ναι  Όχι

Σε ποια κλινική εργάζεστε τώρα; \_\_\_\_\_

Έτη προϋπηρεσίας στο παρόν τμήμα: \_\_\_\_\_

Πόλη: Πάτρα

Κόρινθος

## ΜΕΡΟΣ 1<sup>ο</sup>

	Ναι	Όχι	Δεν απαντώ
Γνωρίζετε το περιεχόμενο του ιατρικού καθηκοντολογίου;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γνωρίζετε το περιεχόμενο της ιατρικής δεοντολογίας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γνωρίζετε αν επιτρέπεται η ευθανασία στην Ελλάδα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Πιστεύετε ότι πρέπει να νομιμοποιηθεί η ευθανασία στην Ελλάδα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Πιστεύετε ότι πρέπει να νομιμοποιηθεί η ευθανασία σε καταληκτικούς ασθενείς;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Έχετε συμμετάσχει ποτέ σε ευθανασία;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Θα συμμετείχατε ποτέ σε ευθανασία;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Θα συμμετείχατε σε διαδικασία ευθανασίας με χρηματικό κίνητρο;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Θα συμμετείχατε σε ευθανασία νεογέννητου με σοβαρές γενετικές ανωμαλίες;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Θα συμμετείχατε σε ευθανασία ηλικιωμένου ασθενή με ανίατη ασθένεια;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ΜΕΡΟΣ 2<sup>ο</sup>

	Πάρα πολύ	Πολύ	Λίγο	Καθόλου
Κατά πόσο οι γνώσεις που λάβητε: σε προπτυχιακό επίπεδο σας βοήθησαν για τη λήψη αποφάσεων στο θέμα της ευθανασίας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Κατά πόσο η διοίκηση του νοσοκομείου έχει επιρεάσει την άποψή σας για την ευθανασία;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Κατά πόσο πιστεύετε ότι η συνεχιζόμενη εκπαίδευση (ειδικότητα, συνέδρια, ημερίδες) βοηθάει τους ιατρούς για τη λήψη αποφάσεων στο θέμα της ευθανασίας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Κατά πόσο πιστεύετε ότι η μεταπτυχιακή εκπαίδευση (Μάστερ, Διδακτορικό) βοηθάει τους ιατρούς για τη λήψη αποφάσεων;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ΜΕΡΟΣ 3<sup>ο</sup>

Πηγές ενημέρωσης σχετικά με την ευθανασία;				
Μ.Μ.Ε	Διαδίκτυο	Επιστημ.Περιοδικά/Βιβλία	Συνέδρια - Ημερίδες	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Κατά την άποψή σας η ευθανασία είναι:				
πράξη λύτρωσης	έγκλημα κατά της ζωής	ένας τρόπος επιτάχυνσης του θανάτου		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ποιο από τα παρακάτω θεωρείτε ισχυρό κίνητρο για να προβείτε σε ευθανασία;				
τον πόνο <input type="checkbox"/>	τον οίκτο <input type="checkbox"/>	ανίατη ασθένεια <input type="checkbox"/>	και τα τρία <input type="checkbox"/>	
Κατά την άποψή σας, η ευθανασία είναι θέμα κυρίως:				
ιατρικό <input type="checkbox"/>	ηθικό <input type="checkbox"/>	κοινωνικό <input type="checkbox"/>	θρησκευτικό <input type="checkbox"/>	

## ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ηλικία \_\_\_\_\_

Φύλο: Άρρεν  Θήλυ

Μεταπτυχιακό: Μάστερ  Λιδακτορικό

Έχετε τίτλο ιατρικής ειδικότητας; Ναι  Όχι

Σε ποια κλινική εργάζεστε τώρα; \_\_\_\_\_

Ετη προϋπηρεσίας στο παρόν τμήμα: \_\_\_\_\_

Πόλη: Πάτρα

Κόρινθος

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

Α.Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ  
ΜΕΓ.ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥ 1  
Τ.Κ. 26334  
ΠΑΤΡΑ

26 Μαΐου 2008

Αγαπητή κα Προϊσταμένη

Είμαστε προπτυχιακοί φοιτητές στο τμήμα Νοσηλευτικής του Α.Τ.Ε.Ι Πάτρας. Η πτυχιακή μας, υπό την επίβλεψη του Δρ. Ν. Μπακάλη, ερευνά τη στάση των ιατρών και των νοσηλευτών σχετικά με την ευθανασία. Σκοπός αυτής της έρευνας είναι πρώτον να συγκρίνουμε τις απόψεις των ιατρών και νοσηλευτών για τα ηθικά διλήμματα που απορρέουν από το θέμα της ευθανασίας και δεύτερον να διαπιστώσουμε τις απόψεις, ιατρών και νοσηλευτών, που αφορούν καταληκτικούς και μη ασθενείς.

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

Θα είμαστε ευγνώμων να μας επιτρέψετε να προσεγγίσουμε νοσηλευτές του τμήματός σας. Η συμμετοχή τους είναι εθελοντική.

Με εκτίμηση

Βαφάκου Αγγελική  
Καρρά Παναγιώτα  
Καταξάκη Ευαγγελία

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3

Α.Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ  
ΜΕΓ.ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥ 1  
Τ.Κ. 26334  
ΠΑΤΡΑ

26 Μαΐου 2008

Αγαπητέ κε Διευθυντά

Είμαστε προπτυχιακοί φοιτητές στο τμήμα Νοσηλευτικής του Α.Τ.Ε.Ι Πάτρας. Η πτυχιακή μας, υπό την επίβλεψη του Δρ. Ν. Μπακάλη, ερευνά τη στάση των ιατρών και των νοσηλευτών σχετικά με την ευθανασία. Σκοπός αυτής της έρευνας είναι πρώτον να συγκρίνουμε τις απόψεις των ιατρών και νοσηλευτών για τα ηθικά διλήμματα που απορρέουν από το θέμα της ευθανασίας και δεύτερον να διαπιστώσουμε τις απόψεις, ιατρών και νοσηλευτών, που αφορούν καταληκτικούς και μη ασθενείς.

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

Θα είμαστε ευγνώμων να μας επιτρέψετε να προσεγγίσουμε ιατρούς του τμήματος σας. Η συμμετοχή τους είναι εθελοντική.

Με εκτίμηση

Βαφάκου Αγγελική  
Καρρά Παναγιώτα  
Καταξάκη Ευαγγελία

