

ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΑΘΗΝΩΝ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΕΦΗΡΜΟΣΜΕΝΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ»

ΤΟΜΕΑΣ: ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ
ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΤΟΜΕΑ : ΤΖΕΝΗ ΚΟΥΡΕΑ-ΚΡΕΜΑΣΤΙΝΟΥ
ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ: ΤΙΝΑ ΓΚΑΡΑΝΗ – ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ

ΣΤΑΣΕΙΣ, ΑΠΟΨΕΙΣ ΚΑΙ ΓΝΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΘΕΜΑ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ.

ΥΠΟ
ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ ΤΕ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΘΗΝΑ 2007

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Αφιερώσεις	Σελ.3
Ευχαριστίες.....	Σελ.4
Εισαγωγή.....	Σελ.5

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ-ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

1.1.Ιστορική αναδρομή.....	Σελ.8
1.2.Το δικαίωμα στη ζωή και στο θάνατο	Σελ.9-10
1.3.Έννοια και είδη ευθανασίας.....	Σελ.11-14

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

2.1.Υπερασπιστές και πολέμιοι της ευθανασίας.....	Σελ.15-17
2.2.Η στάση των νοσηλευτών/τριών απέναντι στην ευθανασία	Σελ.18-22
2.3.Ο ρόλος της παρηγορητικής αγωγής.....	Σελ.23-27
2.4.Οι απόψεις του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με την παρηγορητική αγωγή.....	Σελ.28-30

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΝΟΜΙΚΟ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

3.1.Το νομοθετικό πλαίσιο στην Ελλάδα.....	Σελ.31-36
3.2.Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας.....	Σελ.37-38
3.3.Κώδικας Ηθικής Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών.....	Σελ.39-41
3.4.Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού σε ασθενείς που βρίσκονται σε τελικό στάδιο σύμφωνα με το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών	Σελ.42-43
3.5.Η Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ανθρώπου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και ιατρικής – Ευρωπαϊκή Σύμβαση ανθρωπίνων δικαιωμάτων και Βιοϊατρικής	Σελ.44-46

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ-ΕΡΕΥΝΑ

1. Σκοπός	Σελ.47
2. Μέθοδος.....	Σελ.47
2.1.Υλικό-Δείγμα.....	Σελ.47
2.2.Ερωτηματολόγιο.....	Σελ.48
2.3.Στατιστική ανάλυση.....	Σελ.48
2.4.Περιγραφική ανάλυση.....	Σελ.48-56
2.5.Ανάλυση απαντήσεων του ερωτηματολογίου.....	Σελ.57-79
2.6.Ανάλυση διακύμανσης.....	Σελ.80-128
2.7.Συζήτηση.....	Σελ.129-133
2.8.Συμπεράσματα ειδικού μέρους.....	Σελ.134
3. Περίληψη-Summary.....	Σελ.135
Βιβλιογραφία.....	Σελ.136-137
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1:Ερωτηματολόγιο.....	Σελ.141-148

Αφιερωμένη στο σύντροφο μου.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την ολοκλήρωση αυτής της εργασίας συνέβαλλαν πολλοί δικοί μου άνθρωποι που από την αρχή κατάλαβαν τους στόχους μου και τα όνειρα μου. Θα ήθελα μέσα από την καρδιά μου να ευχαριστήσω την καθηγήτρια μου κ Γκαράνη – Παπαδάτου που με την βοήθεια της και τις γνώσεις της συνέβαλε στην διαμόρφωση της εργασίας αυτής. Οι γνώσεις της αλλά και η διάθεση της να με βοηθήσει οποιαδήποτε στιγμή χρειάστηκε ήταν ουσιαστική. Επιπλέον θα ήθελα να ευχαριστήσω το στατιστικό κ Περάκη. Ακόμα να ευχαριστήσω την ΕΣΔΥ και τους καθηγητές της σχολής που μου έδωσαν την δυνατότητα να κάνω αυτό το μεταπτυχιακό και τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου και τον σύντροφο μου για την υποστήριξη και την υπομονή που έδειξαν όλη αυτή την περίοδο.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μια πρώτη ανάγνωση του τίτλου της παρούσας εργασίας δημιουργεί το ερώτημα της σχέσης της με ένα μεταπτυχιακό τμήμα σπουδών στην Δημόσια Υγεία. Αν και φαινομενικά η σχέση αυτή μοιάζει να μην υπάρχει, στην πραγματικότητα συμβαίνει το αντίθετο: το θέμα του τέλους της ζωής θεωρείται ότι εμπίπτει και στο πεδίο της Δημόσιας Υγείας.

Σήμερα, γίνεται όλο και περισσότερο αντιληπτό πως οι δραστηριότητες της Δημόσιας Υγείας που αφορούν την πρόληψη και τον έλεγχο των νοσημάτων, έχουν οδηγήσει σε σημαντική μείωση των ποσοστών θνησιμότητας. Το φαινόμενο αυτό έχει σημαντικές επιπτώσεις, μεταξύ των οποίων είναι και η επέλευση του θανάτου σε μεγαλύτερη ηλικία και συνήθως μετά από παρατεταμένη ασθένεια.

Κατά συνέπεια, η ποιότητα της ζωής στο τελικό στάδιο αποτελεί ένα θέμα κοινωνικής σημασίας, το οποίο η δημόσια υγεία τείνει να αντιμετωπίζει με όλο και μεγαλύτερο ενδιαφέρον. Το ενδιαφέρον αυτό οφείλεται σε πολλούς παράγοντες: στη σημασία αντιμετώπισης του πόνου, στη διατήρηση των κοινωνικών σχέσεων, στην υποστήριξη κατά το τελευταίο στάδιο της ζωής από την οικογένεια και τη κοινότητα και στην πλέον σύγχρονη (αν και όχι ακόμη ευρέως αποδεκτή άποψη) ότι ένα καλό τέλος της ζωής συμβαδίζει με τις προσπάθειες της Δημόσιας Υγείας να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ανθρώπων.

Επίσης η καλή φροντίδα και η παροχή παρηγορητικής αγωγής λειτουργούν προληπτικά στην επιθυμία θανάτου, στις αυτοκτονίες και στην κατάθλιψη καθώς και στην αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα των μελών της οικογένειας που φροντίζουν τους τελειωτικούς ασθενείς.⁽¹⁾

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η ευθανασία ως έννοια και πρακτική εφαρμογή ασφαλώς δεν είναι σημερινό μόνο φαινόμενο αλλά απασχόλησε τον άνθρωπο εδώ και αιώνες. Ο πατέρας της Ιατρικής, Ιπποκράτης, όχι μόνο απαγόρευε την άσκησή της αλλά και την απλή υπόδειξή της σημειώνοντας στον πολύ γνωστό όρκο του: "...Ου δώσω δε ουδέ φάρμακον ουδενί αιτηθείς θανάσιμο, ουδέ υφηγήσομαι ξυμβουλήν τοιήνδε..."⁽¹⁾ Οι περισσότερες θρησκείες έχουν ως κύριο θέμα τους την μεταθανάτιο ζωή και την κατάργηση του θανάτου, αρκετές φιλοσοφικές θεωρίες ενστερνίζονται την αθανασία της ψυχής (Πλάτων), και μεγάλοι πολιτικοί επιστήμονες και φιλόσοφοι βασίστηκαν στην επιθυμία του ανθρώπου για 'ασφαλή' ζωή και στον φόβο του για τον βίαιο θάνατο (Χόμπς, Μακιαβέλι).

Ο Πλάτων στην "Πολιτεία" του διέτύπωσε την άποψη ότι μόνο οι σωματικά και πνευματικά υγιείς πρέπει να τυγχάνουν μέριμνας, ενώ οι πάσχοντες πρέπει να εγκαταλείπονται στον θάνατο. Αντίθετη άποψη υποστήριζε ο Αριστοτέλης που καταδίκασε την ευθανασία υπό οποιεσδήποτε συνθήκες. Ευγονική ή κοινωνική ευθανασία εφαρμοζόταν στην Αρχαία Σπάρτη όπου τα ανάπηρα βρέφη ή και ηλικιωμένοι με χρόνια ανίατα νοσήματα ρίχνονταν στον Καιάδα.^(2,3,4)

Ο ρωμαίος στωικός φιλόσοφος Σενέκας την υποστηρίζει. Στο έργο του *1^a Epistulae ad Lucilium* γράφει: *"Ακριβώς όπως θα διαλέξω το πλοίο μου όταν πρόκειται να ταξιδεύσω ή το σπίτι μου όταν πρόκειται να κατοικήσω, έτσι θα επιλέξω και τον θάνατό μου για το πέρασμά μου από τη ζωή."*

Τον 16^ο αιώνα υπέρ της ευθανασίας τάσσονται δυο σπουδαίοι στοχαστές, ο Thomas Moore και ο Francis Bacon. Και οι δυο ανάγουν σε ανθρωπιστικό και επιστημονικό χρέος των γιατρών την ευθανασία, όταν η ασθένεια είναι επώδυνη

¹ Δεν θα χορηγήσω θανατηφόρο φάρμακο σε κανένα, έστω και αν παρακληθώ, ούτε θα υποδείξω τέτοια συμβουλή

και ανίατη ⁽⁴⁾. Ο Francis Bacon υποστήριξε ότι οι ιατροί πρέπει να παρέχουν ήρεμο και εύκολο θάνατο στους ανίατους ενώ ο Thomas Moore στην "Ουτοπία" του έκανε έκκληση σε ιατρούς και ιερείς να παρακινούν τους ανίατα ασθενείς να τερματίζουν μόνοι τους τη ζωή τους που έχει καταστήσει άχρηστη και οδυνηρή για τους ίδιους και τους οικείους τους.

Στην δεκαετία του '30 η ευθανασία περνά σε φάση εξάρσεως. Το 1935 ο γνωστός 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.* " ⁽⁵⁾

Το ίδιο έτος (1935) στη Νυρεμβέργη λαμβάνεται μυστική απόφαση για δύο προγράμματα ευθανασίας, που αποσκοπούσαν στην απαλλαγή της Γερμανικής κοινωνίας από παιδιά με σοβαρές αναπηρίες και ψυχιατρικούς αρρώστους. Τα προγράμματα άρχισαν το καλοκαίρι του 1939, το παιδικό πρόγραμμα σε 28 παιδιατρικά νοσοκομεία με 4000 θύματα, και το πρόγραμμα ενηλίκων σε έξι ψυχιατρεία με θύματα 70.273 ψυχιατρικούς αρρώστους. Αξίζει ιδιαίτερα μνείας ότι η ευθανασία εφαρμόσθηκε 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.*" ⁽⁵⁾

Μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο οι τόνοι των υπερασπιστών της ευθανασίας έπεσαν εξαιτίας της ναζιστικής θηριωδίας που ξεκίνησε ως ευθανασία με την ευρεία έννοια του όρου και κατάληξε σε γενοκτονία. Την τελευταία όμως 25ετία η ευθανασία επανεμφανίσθηκε με τρόπο δυναμικό. Σ' αυτό συνετέλεσαν πρώτον η αποδοχή και νομιμοποίηση των αμβλώσεων στις περισσότερες χώρες του δυτικού κόσμου και δεύτερον η τεράστια πρόοδος της Ιατρικής και της Τεχνολογίας που έδωσαν τη δυνατότητα υποστήριξης της ζωής και παράτασης της διαδικασίας του θανάτου. ^(2,3,4)

Με σύνθημα και σημαία το "Δικαίωμα στο θάνατο με αξιοπρέπεια" δημιουργήθηκαν σύλλογοι ευθανασίας στις περισσότερες χώρες με χιλιάδες μέλη². Παράλληλα τα τελευταία χρόνια πληθαίνουν οι ατομικές και ομαδικές διακηρύξεις υπέρ της ευθανασίας, όπως αυτή του Γάλλου ογκολόγου, τέως Ευρωβουλευτή και πρώην Υπουργού Υγείας της Γαλλίας Leon Schwartzberg ο οποίος σε γραπτή δήλωσή του προς το Ευρωκοινοβούλιο υποστήριξε: *"Όταν ένας ιατρός αποφασίζει με πλήρη συνείδηση να απαντήσει στην επίμονη απαίτηση ενός αρρώστου για βοήθεια προς τερματισμό της υπάρξεώς του, που στα μάτια του έχει χάσει την αξιοπρέπειά της, τότε ο ιατρός ενεργεί με σεβασμό στην ανθρώπινη ζωή."*⁽⁵⁾

² Hemlock Society (Η.Π.Α.), "Right to Die Society" (Καναδά), Voluntary Euthanasia Society (Αγγλία), New South Wales Humanists Society (Αυστραλία) Japanese Society "Dying with Dignity" (Ιαπωνία), German Society for Human Dying (Γερμανία), The Netherlands Association for Voluntary Euthanasia (Ολλανδία).

1.2. ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗ ΖΩΗ ΚΑΙ ΣΤΟ ΘΑΝΑΤΟ

Η ευθανασία είναι ένα θέμα παλιό όσο και η Ιστορία, επίκαιρο όσο ποτέ άλλοτε, πολυσυζητημένο ως, ένα από τα θέματα που κεντρίζουν και αναζωπυρώνουν τον περί ηθικής διάλογο στις σύγχρονες κοινωνίες. Οι αμφιλεγόμενες γνώμες και οι έντονες διαμάχες των ειδικών όπως ιατρών, νοσηλευτών, νομικών, ψυχολόγων και θεολόγων καταδεικνύουν την πολυπλοκότητα του ζητήματος.⁽⁶⁾

Παραδοσιακά φιλελεύθερες χώρες όπως η Ολλανδία και το Βέλγιο, έχουν ήδη λάβει θέση πάνω στο ζήτημα με σχετική νομοθεσία. Το θέμα αυτό απασχολεί ειδικότερα επαγγέλματα που βρίσκονται θεματικά πιο κοντά στο πρόβλημα όπως είναι το νοσηλευτικό προσωπικό που έχει καθημερινή επαφή με ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο.

Η διαπραγμάτευση ενός τόσο δύσκολου θέματος σε λίγες μόνο σελίδες είναι ιδιαίτερα δύσκολη, πρόκειται όμως για προσπάθεια εστίασης του προβλήματος στο ρόλο και τις απόψεις του νοσηλευτικού προσωπικού σε σχέση με τη δυνατότητα του ασθενούς να αποφασίσει ο ίδιος για την ζωή του και το τέλος της. Κρίνεται λοιπόν απαραίτητη η μελέτη του συνταγματικά κατοχυρωμένου δικαιώματος στη ζωή σε σύγκριση με το ενδεχόμενο δικαίωμα στο θάνατο.⁽⁷⁾

Η νοοτροπία και το "ήθος" της σημερινής εποχής με την πληθώρα των τεχνολογικών και των επιστημονικών γνώσεων, θέτει το θέμα σε διαφορετική διάσταση, ότι δηλαδή, η ευθανασία είναι μία κίνηση που κατοχυρώνει το δικαίωμα κάθε ανθρώπου, να καθορίζει τη ζωή του και την ύπαρξή του με βάση τις δικές του ανάγκες.

Τα ερωτήματα είναι πολλά και οι απαντήσεις περισσότερες, αλλά όχι πάντοτε ικανοποιητικές και ομόφωνες. Οι ειδικοί επιστήμονες σε συνέδρια, διαλέξεις, συγγράμματα και συνεντεύξεις διατυπώνουν διαφορετικές γνώμες. Τα ίδια τα γεγονότα άλλοτε επαληθεύουν και άλλοτε διαψεύδουν την μία ή την άλλη άποψη.

Άλλοι δέχονται την ευθανασία ως λύτρωση και απαλλαγή από το μαρτύριο του πόνου και άλλοι την καταγγέλλουν ως συνδυασμό φόνου και αυτοχειρίας.

Άλλοι δηλώνουν ότι η ευθανασία δεν μπορεί να θεσμοθετηθεί αλλά δεν μπορεί να απορριφθεί ως ανθρώπινο αίτημα. Η δεοντολογία της ευθανασίας έχει ποικίλες και σοβαρές διαστάσεις που άπτονται φιλοσοφικών, ψυχοκοινωνικών, νομικών, θρησκευτικών και ιδεολογικών τοποθετήσεων τόσο σε ομαδικό όσο και σε ατομικό πλαίσιο.⁽⁶⁾

Υπάρχουν όμως και μερικές εξαιρέσεις ανθρώπων που αντί να ζητούν την διατήρησή τους στη ζωή, θεωρούν ότι ο θάνατος είναι μια λύτρωση για αυτούς, έτσι οδηγούνται στην επιλογή της ευθανασίας. Η πραγματική έννοια της ευθανασίας γεννήθηκε δίπλα στο κρεβάτι του αρρώστου, ανάμεσα σε κάποιον που υποφέρει από ανίατη πάθηση και στο περιβάλλον του, ή το γιατρό και το νοσηλευτικό προσωπικό που έχοντας εξαντλήσει κάθε θεραπευτικό μέσο, δεν μπορεί πλέον να του δώσει έστω και την παραμικρή βοήθεια, έστω και απλή παρηγορητική. Και ενώ η ζωή μονοπωλεί το ενδιαφέρον των ΜΜΕ, λόγω των συνεχών προοπτικών που ανοίγονται στον χώρο της υποβοηθούμενης τεκνοποίησης, το άλλο άκρο της ζωής, ο θάνατος, έχει πάψει πια να είναι αυτό που ήταν.⁽⁵⁾

Οι δυνατότητες μηχανικής υποστήριξης του ασθενούς στην περίπτωση του εγκεφαλικού θανάτου, ή για παράδειγμα οι δυνατότητες "συντήρησης" ασθενών που πολλές φορές συνοδεύονται από αφόρητο πόνο, προκαλούν σωρεία ερωτημάτων στο νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό σχετικά με το όριο της ζωής και τα όρια της ανθρώπινης επέμβασης. Ταυτόχρονα οι νέες αυτές δυνατότητες επιβάλλουν στον νομικό κόσμο επανεξέταση των εννοιών της ελευθερίας, της αυτονομίας και της ευθύνης.

Το πρόβλημα της ενδεδειγμένης συμπεριφοράς στον πάσχοντα από ανίατη ασθένεια, είναι ένα πρόβλημα που αγγίζει τα ακραία όρια της ηθικής και του δικαίου και έχει απασχολήσει σχεδόν όλους τους μεγάλους διανοητές: Αναφέρεται ότι αντίθεση στην ευθανασία είχαν εκφράσει ο Αριστοτέλης, ο Καντ και οι συγγραφείς της χριστιανικής εκκλησίας, ανατολικής και δυτικής. Αντιθέτως ο Πλάτων, ο Επίκτητος, ο Σενέκας, ο Πλίνιος ο Νεώτερος, ο Φράνσις Μπέικον, ο Τόμας Μουρ και ο Νίτσε έχουν ταχθεί - με ή χωρίς περιορισμούς - υπέρ της ευθανασίας.^(5,10)

1.3. ΕΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΕΙΔΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

Ο όρος *ευθανασία* έχει αρχαιοελληνική ρίζα και σήμαινε τον ευτυχή, ήπιο και ανώδυνο θάνατο, που έρχεται χωρίς σωματική ή ψυχική αγωνία, καθώς και τον ένδοξο θάνατο χάριν ενός ευγενούς σκοπού. Κατά τη διάρκεια του θανάτου το άτομο κατακλύζεται από ευχάριστα συναισθήματα. ^(3,8,9)

Σήμερα ο όρος ευθανασία έχει αποκτήσει διαφορετικό περιεχόμενο, γεγονός που αποδίδεται στον Άγγλο φιλόσοφο *R. Bacon*. Ο Bacon υποστήριζε πως ο σκοπός της ιατρικής είναι η αποκατάσταση της υγείας του ανθρώπου και η αντιμετώπιση του πόνου όχι μόνο όταν αυτή η αντιμετώπιση οδηγεί στη θεραπεία, αλλά και όταν προσφέρει έναν ανώδυνο θάνατο. ^(4,10)

Σύμφωνα με τον Αβραμίδη (1995) «Ευθανασία είναι η ηθελημένη θανάτωση ασθενή που πάσχει από ανίατη νόσο, με τη συναίνεσή του ή χωρίς αυτή, με σκοπό την ανακούφισή του από αφόρητους πόνους που τα υπάρχοντα θεραπευτικά μέσα αδυνατούν να καταπραΰνουν». Ως κίνητρο θεωρείται ο οίκτος, η αγάπη και ο σεβασμός της αξιοπρέπειας του ανθρώπου. ⁽⁴⁾

Η ευθανασία διακρίνεται σε διάφορες μορφές από τις οποίες παρουσιάζονται εδώ οι κυριότερες: ^(8,11,12,4,13,2,14)

(Α) Εθελοντική Ενεργητική Ευθανασία

Κάθε ιατρική παρέμβαση (π.χ. ενδοφλέβια έγχυση υψηλών δόσεων βαρβιτουρικών ή μυοχαλαρωτικών από το γιατρό, με τη χορήγηση αέρος από τη φλέβα ή τη σύνδεση με συσκευή) που τερματίζει τη ζωή ανίατου ασθενή- ο οποίος με απόλυτη βεβαιότητα έχει εισέλθει στη διαδικασία του θανάτου –χωρίς την ελάχιστη προοπτική βελτίωσης της κατάστασής του. Το αίτημα διατυπώνεται από τον ίδιο τον ασθενή, εφόσον αυτός είναι ικανός να δώσει τη συγκατάθεσή του.

(Β) Έμμεση ενεργητική ευθανασία

Η ευθανασία του είδους αυτού γίνεται στα πλαίσια μιας φαρμακευτικής αγωγής, αλλά έμμεσα οδηγεί στην επίσπευση του θανάτου. Η διαφορά από την ενεργητική ευθανασία ευρίσκεται στην υποκειμενική κάλυψη της πράξης από τον ιατρό. Ενώ στην ευθεία ενεργητική ευθανασία ο γιατρός γνωρίζει ότι επιδιώκει νά προκαλέσει τον θάνατο, στην έμμεση και αποδέχεται την επέλευση του θανάτου ως αναγκαίο κακό, στοχεύει όμως στην ελάττωση των

πόνων. Για την αγωγή αυτή απαραίτητη θεωρείται η ενημέρωση του ασθενούς για τούς κινδύνους και η συναίνεσή του.

Στην περίπτωση αυτή υπάρχει μία ηθική αρχή, που ορίζει ότι ένα αποτέλεσμα που θα ήταν ηθικό λάθος αν προκαλείτο από πρόθεση, είναι αποδεκτό όταν προβλέπεται, αλλά δεν επιδιώκεται. Ο ιατρός μπορεί να προβλέψει ότι η χορήγηση υψηλής δόσεως οπιοειδών, για την αντιμετώπιση του πόνου ασθενών τελικού σταδίου, δυνατόν να ελαφρύνει τούς πόνους, αλλά και να προκαλέσει τον θάνατο.

(Γ) Εθελοντική ή Εκούσια Παθητική Ευθανασία

Η μορφή αυτή διαφέρει από τις άλλες διότι δεν γίνεται με πράξη αλλά με παράλειψη. Ο ιατρός δεν χρησιμοποιεί φάρμακα, αλλά μηχανήματα υποστήριξης βασικών λειτουργιών ζωής τα οποία αποσύρει σε συγκεκριμένη στιγμή. Είναι αυτό που επιθυμούν πολλοί συγγενείς ασθενών, να αποσυνδεθεί δηλαδή από τα μηχανήματα ο ασθενής τους, που του παρατείνουν τη ζωή, αλλά χωρίς όφελος, μάλλον δε, με ταλαιπωρία και μαρτύριο. Αφορά λοιπόν τη συνειδητή μη χρησιμοποίηση (withholding) θεραπευτικών μέσων (ορών, φαρμάκων, μηχανημάτων υποστήριξης), η εφαρμογή των οποίων θα είχε σαν συνέπεια την παράταση της ζωής του ασθενή. Έτσι, ο ασθενής υποκύπτει στη φυσική πορεία της ασθένειάς του.

Στην παθητική ευθανασία υπάρχουν τρεις διαστάσεις:

A) όταν ο ασθενής αρνείται να ξεκινήσει ή να συνεχίσει τη θεραπεία.

Όταν ο ασθενής ζητά να μην ξεκινήσει ή να μην συνεχιστεί η θεραπεία ή όταν συμφωνεί σε κάτι τέτοιο, γίνεται δεκτό ότι ο γιατρός δεν είναι υποχρεωμένος να λάβει όλα εκείνα τα απαραίτητα μέσα ώστε να διατηρηθεί στην ζωή. Πρώτα όμως πρέπει ο ασθενής να έχει ενημερωθεί για την κατάσταση της υγείας του, για τις πιθανές αγωγές και τους κινδύνους. Μόνο εφόσον ενημερωθεί πλήρως και αρνηθεί, ο γιατρός και το νοσηλευτικό προσωπικό δεν υποχρεούνται να τον περιθάψουν.

B) παρά τη δήλωση του ασθενή ότι επιθυμεί να ληφθούν τα απαραίτητα μέτρα

Όταν ο ασθενής ή οι συγγενείς του, αν ο ίδιος αδυνατεί να πάρει αποφάσεις, ζητήσουν να ληφθούν όλα τα απαραίτητα μέτρα για να παρασταθεί η ζωή του το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό έχει υποχρέωση να το πράξει ακόμη και αν οι ίδιοι το θεωρούν μάταιο.

Γ)όταν ο ασθενής δεν είναι σε θέση να αποφασίσει ή να εκφραστεί έγκυρα

Πρόκειται για περιπτώσεις όπου ο ασθενής δεν έχει τη δυνατότητα ούτε να ζητήσει μέτρα που παρατείνουν τη ζωή του ούτε να συναινέσει στη διακοπή τους. Κάτι τέτοιο μπορεί να συμβεί όταν ο ασθενής είναι αναίσθητος η όταν γενικά βρίσκεται σε μια κατάσταση όπου η βούληση του δεν μπορεί να εκφραστεί έγκυρα. Επειδή όμως η ιατρική επιστήμη έχει προοδεύσει πολύ και η ζωή μπορεί να παρασταθεί τεχνητά για μεγάλο χρονικό διάστημα, πρέπει να τεθούν κάποια όρια στην υποχρέωση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού για κάθε ενέργεια.

Στην Αμερική και σε ορισμένες χώρες της Ευρώπης (ιδιαίτερα στην Ολλανδία και τη Μ. Βρετανία) εμφανίζονται καθημερινά καινούριες "εταιρείες ευθανασίας", ενώ κερδίζει καθημερινά όλο και περισσότερους οπαδούς η ιδέα της "living will", δηλαδή μιας " διαθήκης εν ζωή", με την οποία ένας υγιής σωματικά και πνευματικά άνθρωπος υπογράφει μπροστά σε μάρτυρες ένα συμβόλαιο που περιέχει τους όρους και τις προϋποθέσεις διακοπής της θεραπείας, εκχωρώντας λοιπόν στο γιατρό το δικαίωμα αφαιρέσεως της ζωής του, χωρίς εκείνος να διώκεται γι' αυτό ποινικά .

Υπάρχουν και τα *Durable power of Attorney* όπου ο ασθενής εξουσιοδοτεί ένα άλλο πρόσωπο να πάρει τις σχετικές αποφάσεις την κατάλληλη στιγμή .Αρχική ιδέα των εγγράφων αυτών ήταν η προφύλαξη του ατόμου από την "αγριότητα" της σύγχρονης τεχνολογίας και από τις ενέργειες "ζηλωτών" ιατρών για άκριτη και χωρίς ουσιαστικό λόγο εφαρμογή κάθε νέας τεχνολογίας.

(Γ) Μη Εθελοντική ή Ακούσια Ευθανασία

Ιατρική παρέμβαση που τερματίζει τη ζωή ανιάτου ασθενή χωρίς να έχει δοθεί από τον ίδιο συγκατάθεση. Αυτή η περίπτωση αφορά ασθενείς που βρίσκονται σε κατάσταση βαρύτατης και αμετάκλητης απώλειας συνείδησης (κώμα) και την απόφαση για τη διακοπή των μηχανημάτων που διατηρούν τεχνητά τον ασθενή στη ζωή λαμβάνουν τα κοντινά πρόσωπα του περιβάλλοντός του.

(Δ)Υποβοηθούμενη Αυτοκτονία

Κατά την υποβοηθούμενη αυτοκτονία ο γιατρός παρέχει τα μέσα αυτοκτονίας (π.χ. συνταγή θανατηφόρου δόσης φαρμάκου, παροχή σχετικών πληροφοριών και βιβλιογραφίας) εν γνώσει ότι ο ασθενής σχεδιάζει νά τα χρησιμοποιήσει για τερματισμό της ζωής του.

Στο Όρεγκον των Η.Π.Α. αυτός ο τρόπος ονομάστηκε "αξιοπρεπής θάνατος". Οι υποστηρικτές του τρόπου αυτού ευθανασίας ισχυρίζονται ότι, κάθε άνθρωπος έχει δικαίωμα στο θάνατο και συνεπώς μπορεί και πρέπει ο ίδιος να ρυθμίζει τη ζωή του.

(Ε) Ευγονική ή Κοινωνική Ευθανασία

Η "ευγονική" ευθανασία αφορά παιδιά που γεννήθηκαν ή θα γεννηθούν με σωματικές αναπηρίες ή δυσπλασίες, γενετικές ανωμαλίες, που η διάγνωσή τους κατά τη διάρκεια της κύησης θα οδηγήσει σε διακοπή της. Επίσης αφορά «άτομα διανοητικά καθυστερημένα και σωματικά ανάπηρα», όπως αναφέρει στο βιβλίο του ο Ευαγγέλου (1999). Η "ευγονική" ευθανασία, μπορεί όμως να επεκταθεί και σε άλλες ευπαθείς ομάδες, οπότε ονομάζεται "κοινωνική".

Μετά την κοινωνική ευθανασία υπάρχει ο νόμος της ναζιστικής θηριωδίας, ο οποίος για λόγους "φιλανθρωπίας", οδήγησε στο θάνατο εκατομμύρια ανθρώπους με το αιτιολογικό ότι αν ζούσαν, θα υπέφεραν και θα έβλαπταν την κοινωνία. Η εποχή της νεωτερικότητας εισάγει τον "πολιτισμό" των υγιών και ευμόρφων ανθρώπων, ενώ η αναπηρία θεωρείται αποδιοπομπαία κατάσταση. Η ευγονική ευθανασία σχετίζεται με την νομοθεσία για περί διακοπής της κύησης η αμβλώσεως νομοθεσία.

Απ' όλες αυτές τις μορφές, το νοσηλευτικό προσωπικό αντιμετωπίζει πιο συχνά την εκούσια παθητική ευθανασία σε σχέση με τις άλλες μορφές. Το νοσηλευτικό προσωπικό πολλές φορές έρχεται σε επαφή με ασθενείς που αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα υγείας και οι οποίοι διατυπώνουν αιτήματα που αφορούν τη συνειδητή μη χρησιμοποίηση (withholding) θεραπευτικών μέσων (ορών, φαρμάκων, μηχανημάτων υποστήριξης), η εφαρμογή των οποίων θα είχε σαν συνέπεια την παράταση της ζωής του ασθενή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

2.1. ΥΠΕΡΑΣΠΙΣΤΕΣ ΚΑΙ ΠΟΛΕΜΙΟΙ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

Η πολυδιάστατη φύση του προβλήματος της ευθανασίας έχει μοιραία προκαλέσει διαμάχες, δίνοντας έτσι αφορμές να εκφραστούν τεκμηριωμένες αλλά διαμετρικά αντίθετες απόψεις. Νοσηλευτές και άλλοι επαγγελματίες υγείας από όλον τον κόσμο έχουν εκφράσει κατά καιρούς τις απόψεις τους με αποτέλεσμα να έχουν ήδη διαμορφωθεί δύο παρατάξεις: των υπέρμαχων της ευθανασίας και των πολέμιων αυτής.

Ένα μεγάλο μέρος του νοσηλευτικού προσωπικού που είναι **υπέρμαχοι** της ευθανασίας υποστηρίζουν ότι, σε περίπτωση οδυνηρής και αποδεδειγμένα ανίατης πάθησης, η ζωή παύει να αποτελεί αγαθό και καταντά αβάσταχτο ψυχικό και σωματικό μαρτύριο. Οπότε η ευθανασία ως λύτρωση από τα απερίγραπτα δεινά, όχι μόνο δεν είναι πράξη ηθικά κολάσιμη, αλλά και προβάλλει ως καθήκον για λόγους καθαρά ανθρωπιστικούς. Το νοσηλευτικό προσωπικό υποστηρίζει ότι η καθιέρωση του μέτρου θα αποτελούσε ορθολογική πράξη φιλανθρωπίας και θα ανακούφιζε τα μέλη της κοινωνίας, τα οποία θα ηρεμούσαν με την σκέψη ότι όταν πλησιάζει ένα τέτοιο τέλος, θα υπάρχουν μηχανισμοί που θα εξασφαλίσουν ότι αυτό θα είναι όσο το δυνατόν πιο ανώδυνο. ^(11,12,15)

Η κοινωνία οφείλει να επιδεικνύει συμπόνια, ενώ ο γιατρός και το νοσηλευτικό προσωπικό έχουν χρέος να συνοδεύουν τον ασθενή σ' αυτό το τελευταίο στάδιο της ασθένειας και όχι να τον εγκαταλείπουν μόνο του, αντιμέτωπο με τις συνέπειες μιας ανεπιτυχούς ιατρικής παρέμβασης που καθυστερεί την έλευση του θανάτου. Εξάλλου, το κόστος μιας τέτοιας παρέμβασης είναι μεγάλο με συνέπεια μόνο οι οικονομικά και κοινωνικά εύρωστες ομάδες να έχουν πρόσβαση σ' αυτή. Παράλληλα δεν μπορεί ν' αμφισβητηθεί το γεγονός ότι η υπέρμετρη και συχνά παράλογη αύξηση των δαπανών για ακραίες και μάταιες θεραπείες αφαιρεί χρήματα από άλλες μορφές θεραπειών. ^(16,17)

Οι πολέμιοι της ευθανασίας από την άλλη πλευρά, απορρίπτουν την άποψη σύμφωνα με την οποία κάτω από συνθήκες αβάσταχτου πόνου η ζωή χάνει την αξία της και μετατρέπεται σε σωματικό και ψυχικό μαρτύριο. Είναι σημαντικό το γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια η τεχνολογική πρόοδος έχει

συμβάλλει στη βελτίωση της θεραπευτικής αγωγής για την ανακούφιση και από τον πλέον επώδυνο πόνο. Το νοσηλευτικό προσωπικό πιστεύει ότι αν η ευθανασία ενταχθεί στη νοσοκομειακή περίθαλψη των ανίατων ασθενειών, θα απομακρύνει την ιατρική πρακτική έρευνα και διδασκαλία από την περαιτέρω βελτίωση της υποστηρικτικής ιατρικής μέριμνας.⁽¹⁸⁾

Κατά την άποψη του νοσηλευτικού προσωπικού και των υπόλοιπων επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι τίθενται κατά της ευθανασίας, η αποτίμηση της αξίας ή της απαξίας μιας ανθρώπινης ζωής, ακόμη και της πιο βασανισμένης, δεν υπάγεται στην ανθρώπινη αρμοδιότητα. Εξάλλου, η καθιέρωση του μέτρου δεν θα μειώσει αλλά θα επιτείνει κατά τη γνώμη τους το υπαρξιακό άγχος, γιατί θα δημιουργήσει έντονες αμφιβολίες και φόβους για το πόσο θα ισχύσουν αλάνθαστα επιστημονικά και ανθρωπιστικά κριτήρια και όχι κοινωνικο-οικονομικές, πολιτικές ή άλλες σκοπιμότητες. Ποιός θα μπορούσε να εμπιστευθεί τη ζωή του σε κάποιους άλλους σε μία εποχή όπου οι ηθικές αξίες παρουσιάζουν ρευστότητα;

Η προοπτική πιθανής κατάχρησης του μέτρου θα δημιουργούσε στο άτομο ανασφάλεια, καχυποψία και πιθανόν πανικό, ιδιαίτερα σε άτομα μεγάλης ηλικίας. Συγκρίνοντας αυτές τις δύο εκ διαμέτρου αντίθετες απόψεις ανακαλύπτουμε μία κοινή διατύπωση για τη ζωή και το θάνατο: "Κάθε άνθρωπος έχει μία ορισμένη στιγμή που γεννιέται και μία ορισμένη στιγμή που πεθαίνει".

Οι υποστηρικτές της ευθανασίας υποστηρίζουν ότι η σύγχρονη τεχνολογία παρατείνει τα όρια της ζωής των ανθρώπων και πολλές φορές μάλιστα χωρίς κανένα λόγο. Ασθενείς που το χρονικό σημείο του φυσικού τους θανάτου εξαιτίας μιας ασθένειας έχει ξεπεραστεί, διατηρούνται στη ζωή με μηχανικά ή άλλα μέσα. Με τον τρόπο αυτό, αναγκάζονται να υπομένουν τους σωματικούς πόνους που τους προκαλεί η ασθένειά τους. Ουσιαστικά δεν παρατείνεται η ζωή τους αλλά το μαρτυρικό της τέλος. Συνεπώς ένα μεγάλο μέρος του νοσηλευτικού προσωπικού πιστεύει ότι είναι ανώφελο να παρατείνουμε με μηχανικά μέσα τη ζωή όταν αυτή δεν αποτελεί πια αγαθό.

Αντίθετα οι πολέμιοι της, θεωρούν, αντίστοιχα, ότι δεν επιτρέπεται σε κανέναν να παρατείνει αναγκαστικά τη ζωή κάποιου απομακρύνοντας το "φυσικό" της τέλος.

Επίσης το νοσηλευτικό προσωπικό που τάσσεται υπέρ της ευθανασίας υποστηρίζει ότι κάθε άνθρωπος θα πρέπει να έχει το δικαίωμα της επιλογής στο θάνατό του και κανείς δεν θα πρέπει να του επιβάλει την παράταση της ζωής του, ειδικά δε όταν αυτή είναι επώδυνη.

Το νοσηλευτικό προσωπικό και άλλοι επαγγελματίες υγείας υποστηρίζουν ότι η δυσκολία καθορισμού της διαχωριστικής αυτής γραμμής μεταξύ ζωής και θανάτου αλλά και ο φόβος κατάχρησης του μέτρου, είναι οι δύο κύριες αιτίες που εμποδίζουν την ύπαρξη συναίνεσης σχετικά με τη νομιμοποίηση της ευθανασίας. Σημαντικό είναι και το επιχείρημα της «Ολισθηρής Πλαγιάς» (*Slippery Slope*), σύμφωνα με το οποίο η νομιμοποίηση της ευθανασίας θα οδηγούσε σε καταχρήσεις. Ο φόβος αυτός επαληθεύτηκε στην περίπτωση της Ολλανδίας, όπου μελέτη που πραγματοποιήθηκε από την επιτροπή Ράμελιγκ (R Emmelink) το 1990, αποκάλυψε ότι από τις 2.300 περιπτώσεις ευθανασίας οι 1000 πραγματοποιήθηκαν χωρίς την προηγούμενη απαίτηση του ασθενή.^(19,20,21,22)

Γι' αυτό, παρ' όλο που οι φωνές και τα επιχειρήματα υπέρ της ευθανασίας πληθαίνουν διαρκώς, τόσο το κοινωνικό όσο και το νομικό καθεστώς παραμένουν αμετακίνητα σταθερά εναντίον της ευθανασίας, εκτός ελαχίστων εξαιρέσεων κάποιων χωρών που έχουν ήδη προβεί σε νομοθετικές ρυθμίσεις (Ολλανδία, Βέλγιο, Αυστραλία). Αν και στην Ελλάδα ο προβληματισμός περί ευθανασίας έχει τεθεί από την αρχαιότητα, ελάχιστες είναι οι κινήσεις που έχουν καταγραφεί σχετικά με το θέμα. Οι δημοσιεύσεις ή ανακοινώσεις είναι λίγες, σε σχέση με την πραγματική έκταση του προβλήματος καθώς κάποιες μαρτυρίες αποδεικνύουν ότι οι γιατροί και οι νοσηλευτές συχνά έρχονται αντιμέτωποι με το αίτημα της ευθανασίας.

2.2. Η ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ-ΤΡΙΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

Οι στάσεις και οι πεποιθήσεις του νοσηλευτικού προσωπικού και άλλων επαγγελματιών υγείας απέναντι στο θέμα της ευθανασίας έχουν αποτελέσει αντικείμενο αρκετών ερευνών στο διεθνή χώρο. Τα κυριότερα ερωτήματα αφορούσαν στο αν οι νοσηλευτές έχουν δεχτεί αιτήματα για ευθανασία ή περιορισμό της θεραπείας, αν συμφωνούν με την νομιμοποίηση της ευθανασίας, και αν θεωρούν την πράξη ηθικά αποδεκτή.

Σε ό,τι αφορά την ελληνική βιβλιογραφία οι έρευνες πάνω στο θέμα της ευθανασίας είναι λίγες. Μια μελέτη έδειξε ότι τρεις στους δέκα Έλληνες γιατρούς στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας έχουν προχωρήσει σε ευθανασία, ακόμα και εάν δεν τους έχει ζητηθεί από τους πάσχοντες ή τις οικογένειες τους. Επιπλέον, προκύπτει ότι σχεδόν ένας στους δύο περιορίζει τις θεραπείες που θα διατηρούσαν τους ασθενείς στη ζωή.

Στη μελέτη συμμετείχαν 504 γιατροί από 16 ευρωπαϊκές χώρες, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα. Στο ερώτημα «χορηγείτε ποτέ επίτηδες φάρμακα για να επισπεύσετε το θάνατο σε καταδικασμένους ασθενείς» το 28% των Ελλήνων γιατρών απάντησε «ναι, μερικές φορές». Τις περισσότερες καταφατικές απαντήσεις έδωσαν οι Γάλλοι και οι Βέλγοι γιατροί (71% και 57% αντίστοιχα) και τις λιγότερες οι Πορτογάλοι και οι Ιταλοί (8% και 13%).

Επιπλέον, το 52% των Ελλήνων γιατρών δήλωσε ότι θα περιορίζε τη θεραπεία που θα διατηρούσε τους ασθενείς στη ζωή, εάν το ζητούσε η οικογένειά τους, και το 9% ότι θα τη διέκοπτε. *«Η ευθανασία υπάρχει εξ αντικειμένου και στην Ελλάδα. Όλοι οι γιατροί, κάθε ειδικότητας, έρχονται κάποια στιγμή αντιμέτωποι με τη μη παράταση της ζωής, που θεωρείται παθητική ευθανασία»* δηλώνει ο διευθυντής της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας του νοσοκομείου «Άγιος Σάββας» Νίκος Φίλιας.

Μία άλλη έρευνα με κύριο ερώτημα << Ευθανασία με τη συγκατάθεση του ασθενούς, ναι ή όχι;>> που περιλαμβανόταν σε ερωτηματολόγιο που μοιράστηκε, κατά τη διάρκεια του 3ου Πανευρωπαϊκού Συνεδρίου Γεροντολογίας και Γηριατρικής που έγινε στη Θεσσαλονίκη, αποκάλυψε πως ένας Έλληνας γιατρός ανταποκρίθηκε στο αίτημα για ευθανασία ασθενούς του, που βρισκόταν στο

τελευταίο στάδιο ανίατης νόσου. Το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και οι απαντήσεις χρησιμοποιήθηκαν στα πλαίσια μεγάλης πανελλαδικής έρευνας η οποία έχει ήδη διαρκέσει περισσότερο από ένα χρόνο και πραγματοποιήθηκε από γιατρούς, νοσηλευτές και επιστήμονες νοσοκομείων της Θεσσαλονίκης και του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.

Στην έρευνα πάντως που έγινε για πρώτη φορά στη χώρα μας συμπληρώθηκαν 417 ανώνυμα ερωτηματολόγια από γιατρούς, νοσηλεύτριες, σπουδάστριες Νοσηλευτικής, βρεφονηπιοκόμους του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Θεσσαλονίκης και δημόσιους υπαλλήλους νοσοκομείων, ψυχολόγους και εκπαιδευτικούς. Σε ότι αφορά την νομιμοποίηση τα αποτελέσματα έδειξαν πως ένα ποσοστό 41% είναι υπέρ της νομιμοποίησης της ευθανασίας σε ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο ανίατης νόσου, ενώ το ποσοστό αυτό ανεβαίνει στο 58% στην περίπτωση που θα υπάρξουν για την ευθανασία αυστηροί ιατρικοί, κοινωνικοί και ηθικοί περιορισμοί.^(22,23)

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποίησαν το Τμήμα Δημόσιας και Διοικητικής Υγιεινής της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών, η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του νοσοκομείου Παίδων και το εργαστήριο υγιεινής και επιδημιολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών σε 15 Μονάδες Εντατικής Θεραπείας σε όλη την Ελλάδα οι 7 στους 10 ιατρούς και οι 8 στους 10 νοσηλευτές δεν αναλαμβάνουν την πρωτοβουλία να αποσυνδέσουν τα μηχανήματα υποστηρίξεως του ασθενούς.

Το 60% των ερωτηθέντων νοσηλευτών δήλωσε ότι δεν αναλαμβάνει διότι έχει αντιρρήσεις ηθικής φύσεως, το 10% των νοσηλευτών και το 12% των ιατρών απάντησε ότι φοβάται την ποινική δίωξη. Αξιοσημείωτο είναι ότι το 80% από αυτούς θεωρεί, ότι τα ιατρικά μηχανήματα σύγχρονης τεχνολογίας δεν επιτρέπουν στον ασθενή να έχει ένα αξιοπρεπή θάνατο.^(22,23,24)

Στη νευρολογική κλινική του Πανεπιστημιακού νοσοκομείου Πατρών ο Παπαπετρόπουλος με συνεργάτες, τους γιατρούς κ.κ. Β. Πελεκούδα και Α. Πατρινό καθώς και με τον νομικό κ. Α. Βγενόπουλο διενέργησε έρευνα το 1992. Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν σε 1.148 μέλη του Ιατρικού Συλλόγου Πατρών, σε 485 του δικηγορικού συλλόγου, σε 220 δικαστές και εισαγγελικούς λειτουργούς και σε 129 φοιτητές της ιατρικής. Οι απαντήσεις ήταν ανώνυμες και στην έρευνα ανταποκρίθηκε το 25,6% των γιατρών, το 21% των δικηγόρων, το 11% των δικαστών και το 95% των φοιτητών. Το μικρό δείγμα των δικαστικών δεν επιτρέπει να εξαχθούν αξιόπιστα συμπεράσματα, αποτελεί πάντως μια ισχυρή ένδειξη.

Αξίζει να σημειώσουμε, ωστόσο, ότι ανάλογα είναι και τα δείγματα αντίστοιχων μελετών που γίνονται στο εξωτερικό. Σύμφωνα με τα στοιχεία υπέρ της ενεργητικής αυτοκτονίας τάσσεται το 3,1% των γιατρών και 6,9% των φοιτητών ιατρικής. Τα αντίστοιχα ποσοστά για την υποβοηθούμενη ευθανασία είναι 5,1 και 6,9. Τα ποσοστά είναι πολύ υψηλότερα για την λεγόμενη παθητική ευθανασία υπέρ της οποίας τάσσεται το 41% των γιατρών και το 33,7% των φοιτητών ιατρικής.⁽⁹⁾

Το 1996 πραγματοποιήθηκε μελέτη από τους *Γκαράνη και συν* σε 15 Μονάδες Εντατικής Θεραπείας της χώρας (ΜΕΘ). Από τους 81 γιατρούς που ρωτήθηκαν οι 18,5% από αυτούς έχουν αντιληφθεί περιπτώσεις ενεργητικής ευθανασίας και 32,1% περιπτώσεις παθητικής. Ενδιαφέρον προκαλεί και η διαπίστωση ότι το ποσοστό των αιτημάτων ευθανασίας που προέρχονται από τους ασθενείς είναι αισθητά μικρότερο σε σχέσεις με το αίτημα που εκφράζουν οι συγγενείς τους.⁽²⁵⁾

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 1998 (*Vidalis 1998*) σε δείγμα 417 ατόμων (γιατροί και γενικός πληθυσμός) το 44,3% ήταν αντίθετοι προς την επιμήκυνση της ζωής με τεχνητά μέσα.⁽²⁶⁾

Έρευνα που έγινε στο ιατρικό προσωπικό κρατικού νοσοκομείου απέδειξε τα εξής:

α) Περίπου οι μισοί από τους ερωτηθέντες έχουν δεχτεί αίτημα για παθητική ή ενεργητική ευθανασία.

β) Το 41% των γιατρών συμφώνησε να διακόπτεται ή να μη χορηγείται θεραπεία σε έναν ανίατο ασθενή στο τελευταίο στάδιο της ασθένειάς του.

γ) Το 47% των γιατρών επιθυμεί την αποποινικοποίηση της ενεργητικής ευθανασίας (20% αναποφάσιστοι).

δ) Σε περίπτωση νομιμοποίησης 41 γιατροί θα έκαναν ενεργητική ευθανασία ενώ 20 δεν απάντησαν.⁽²⁷⁾

Τέλος το 2001 ανακοινώθηκε έρευνα των *M.I. Χαβάκη-Κονταξάκη και συν* για τις απόψεις των φοιτητών ιατρικής απέναντι στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Το 67% θεωρεί την υποβοηθούμενη αυτοκτονία ηθικά αποδεκτή κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις.⁽²⁸⁾

Η έρευνα των Ν. Γιάκη, Α. Μερκούρη, Ε. Πολυχρονοπούλου, Ε. Αδαλή μελέτησε την στάση του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) απέναντι στην ευθανασία καταληκτικών ασθενών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 44,7% του νοσηλευτικού προσωπικού είναι υπέρ της ευθανασίας και οι γνώσεις του είναι λίγες (5,9%) ή πολύ λίγες (32,9%). 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. Το 50,5% του νοσηλευτικού προσωπικού συμφωνεί να θεσμοθετηθεί η ευθανασία κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις, ενώ το 22,4% παραμένει αναποφάσιστο. Ως προς τη λήψη της απόφασης, σημαντικότερο στοιχείο θεωρήθηκε η παρουσία ανίατης νόσου και λιγότερο σημαντικό το επίμονο αίτημα της οικογένειας και η ψυχιατρική εξέταση. Το προσωπικό στη Μ.Ε.Θ. του παιδιατρικού νοσοκομείου ήταν περισσότερο θετικό ως προς τη συμμετοχή υπό προϋποθέσεις σε μια πράξη ευθανασίας.⁽²⁹⁾

Σε ό,τι αφορά την ξένη βιβλιογραφία είναι γεγονός ότι υπάρχουν περισσότερες μελέτες πάνω στο θέμα της ευθανασίας. Στην έρευνα των *Kuhse H, Singer P.*⁽³⁰⁾ βρέθηκε ότι 78% του νοσηλευτικού προσωπικού ήταν υπέρ της νομιμοποίησης της ευθανασίας και στην έρευνα *Asai et al*⁽³¹⁾ & *Tanida et al*⁽³²⁾ το ποσοστό ήταν 14%. Στην έρευνα των *Ferrell B et al*⁽³³⁾ φαίνεται να συμφωνεί με την νομιμοποίηση της ευθανασίας το 23% των νοσηλευτών ενώ στην έρευνα των *Kowalski SD*⁽³⁴⁾ το ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού που τάσσεται υπέρ της ευθανασίας είναι το 44% των νοσηλευτών. Στην έρευνα των *Aranda S*⁽³⁵⁾ το 50% του νοσηλευτικού προσωπικού είναι υπέρ της νομιμοποίησης της ευθανασίας, καθώς και στην έρευνα των *Stevens CA*⁽³⁶⁾ το 60% είναι υπέρ της νομιμοποίησης της ευθανασίας, και το 61% του νοσηλευτικού προσωπικού στην έρευνα των *Cartwright et al*⁽³⁷⁾ είναι υπέρ της νομιμοποίησης της ευθανασίας.

Σε μια άλλη έρευνα των *Brown et al*⁽³⁸⁾ βρέθηκε ότι οι νοσηλεύτριες που έχουν καθημερινή επαφή με ασθενείς σε τελικό στάδιο είναι περισσότερο κατά της ευθανασίας. Μάλιστα στην έρευνα των *Verpoort C et al*⁽³⁹⁾ διαπιστώθηκε ότι οι νοσηλεύτριες που εργάζονται σε ογκολογικά νοσοκομεία είναι λιγότερο υπέρ της ευθανασίας από ότι οι νοσηλεύτριες στα υπόλοιπα νοσοκομεία.

Σε ό,τι αφορά το ερώτημα αν έχουν δεχτεί αιτήματα για ευθανασία η περιορισμό της ευθανασίας, στην έρευνα των *Tanida et al* ⁽³²⁾ βρέθηκε ότι το 53% των ερωτώμενων γιαπωνέζων νοσηλευτών (N=145) έχουν δεχτεί σχετικό αίτημα και το 55% των ερωτώμενων Αυστραλιανών(N= 943) νοσηλευτών έχουν δεχτεί αίτημα για να συντομεύσουν την ζωή των ασθενών.

Στατιστική έρευνα του Βρετανικού Ιατρικού Συνδέσμου που έλαβε χώρα σε ιαπωνικά νοσοκομεία, δημοσιευμένη ήδη από το 2001 στο επιστημονικό περιοδικό "Journal of Medical Ethics" καταδεικνύει σε αριθμούς τη στάση του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού σχετικά με το φαινόμενο της εκούσιας ευθανασίας: Το 54% του ιατρικού και το 53% του παραϊατρικού προσωπικού παραδέχθηκε με τη μέθοδο του προσωπικού ερωτηματολογίου (σε αντιπροσωπευτικό δείγμα 366 ερωτηθέντων) ότι τους έχει ζητηθεί να προβούν σε πράξη ευθανασίας ενώ μόλις το 5% των γιατρών και το 0% του παραϊατρικού προσωπικού προχώρησαν στην ενεργητική ευθανασία. Παρ' όλα αυτά το 88% των πρώτων και το 85% των δεύτερων πιστεύει ότι μερικές φορές είναι λογικό οι ασθενείς να ζητούν ευθανασία τη στιγμή που το 33% των πρώτων και το 23% των δεύτερων 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. ⁽⁴⁰⁾

Η στατιστική αυτή μας δείχνει ότι αφενός κατανοείται η ανάγκη του ασθενούς για πρόωρο τέλος της ζωής του, αφετέρου ηθικώς δύσκολα του αναγνωρίζεται αυτό το δικαίωμα είτε με δεοντολογικά, είτε με συνεπειοκρατικά κριτήρια.

2.3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Προκείμενου να διερευνήσουμε το ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού στη λήψη αποφάσεων που αφορούν το τέλος της ζωής, είναι αναγκαία μια σύντομη αναφορά στην έννοια της παρηγορητικής αγωγής, η οποία είναι ιδιαίτερα σημαντική στο χώρο της νοσηλευτικής.

Το όριο μεταξύ ζωής και θανάτου είναι η συνέχεια που υπάρχει από τη γέννηση μέχρι το θάνατο. Στη ζωή υπάρχει ο θάνατος στη πορεία προς το θάνατο έχουμε την ευκαιρία να ζήσουμε. Η υγεία και τα κοινωνικά προγράμματα φροντίδας σε όλο το κόσμο είναι σχεδιασμένα έτσι ώστε να υποστηρίζουν τα άτομα, τις οικογένειες και τις κοινότητες στο να επιτύχουν και να διατηρήσουν την καλύτερη ποιότητα ζωής. Στην Παρηγορητική Αγωγή, όπου το προσδόκιμο επιβίωσης είναι προφανώς περιορισμένο, τα θέματα που την αφορούν γίνονται όλο και πιο επείγοντα και άμεσα, καθώς αγωνίζονται να είναι ποιοτική κάθε στιγμή της ζωής αυτών των ανθρώπων.

Η παρηγορητική ή ανακουφιστική αγωγή αναγνωρίστηκε νομοθετικά στην Ελλάδα με το νέο Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας(Νόμος3418/2005) και τα ειδικότερα διαλαμβανόμενα στο άρθρο 29 του Κώδικα. Στην πρώτη παράγραφο του άρθρου 29 Ν. 3418/2005 ορίζεται: «Ο ιατρός, σε περίπτωση ανίατης ασθένειας που βρίσκεται στο τελικό της στάδιο, ακόμα και αν εξαντληθούν όλα τα ιατρικά θεραπευτικά περιθώρια, οφείλει να φροντίζει για την ανακούφιση των ψυχοσωματικών πόνων του ασθενή. Του προσφέρει παρηγορητική αγωγή και συνεργάζεται με τους οικείους του ασθενή προς αυτήν την κατεύθυνση. Σε κάθε περίπτωση, συμπαρίσταται στον ασθενή μέχρι το τέλος της ζωής του και φροντίζει ώστε να διατηρεί την αξιοπρέπειά του μέχρι το σημείο αυτό.»^(41,42)

Η χώρα μας θα πρέπει να λάβει υπόψιν της την υπο αριθμόν 24Ε/2003 σύσταση της Επιτροπής Υπουργών του Συμβουλίου της Ευρώπης. Με τη σύσταση αυτή προτείνεται στις χώρες-μέλη, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα, η διευκόλυνση της πρόσβασης των ασθενών στην παρηγορητική φροντίδα με τη δημιουργία του κατάλληλου νομοθετικού πλαισίου και τη χρηματοδότηση της έρευνας και της εφαρμογής της παρηγορητικής φροντίδας, ενόψει και της πρόγνωσης ότι η ζήτηση σε υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας.⁽⁴¹⁾

Παρηγορητική ιατρική είναι ο κλάδος της ιατρικής που ασχολείται με την ενεργητική φροντίδα των ασθενών με προχωρημένη και εξελικτική ασθένεια που δεν ανταποκρίνεται σε θεραπευτικές ενέργειες. Η Παρηγορητική Αγωγή ενδιαφέρεται να ασχοληθεί με οργανικά, ψυχολογικά και πνευματικά ζητήματα που να συνδέονται με εξελικτικές ασθένειες. Γι'αυτό απαιτεί μια συντονισμένη συνεισφορά από μια αρκετά επιδέξια, επαρκή, βοηθητική, πολυτομεακή και πολύ επιστημονική ομάδα.

Απευθύνεται σε ασθενείς με καρκίνο, AIDS, ανίατα νευρολογικά νοσήματα, τελικά στάδια καρδιακής, αναπνευστικής και νεφρικής ανεπάρκειας, νόσο Alzheimer, προχωρημένη ηλικία, και γενικά σε όσους έχουν ανάγκη από προθανάτια φροντίδα.⁽⁴²⁾

Σκοπός της παρηγορητικής φροντίδας είναι η επίτευξη της καλύτερης δυνατής ποιότητας ζωής για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Η παρηγορητική φροντίδα αποτελεί μια προσέγγιση που βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους που αντιμετωπίζουν τα προβλήματα τα οποία σχετίζονται με μια απειλητική για τη ζωή νόσο, μέσω της πρόληψης και της ανακούφισης «του υποφέρειν», με την πρώιμη αναγνώριση και άρτια εκτίμηση και αντιμετώπιση του άλγους και άλλων προβλημάτων, σωματικών, ψυχοκοινωνικών και πνευματικών.⁽⁴²⁾

Η παρηγορητική φροντίδα:

- Παρέχει ανακούφιση του άλγους και των άλλων συμπτωμάτων που προκαλούν δυσφορία
- Επιβεβαιώνει τη ζωή και θεωρεί το θάνατο ως μια φυσιολογική διαδικασία
- Δεν αποσκοπεί ούτε στην επίσπευση ούτε στην αναβολή του θανάτου,
- Ενοποιεί τις ψυχολογικές και πνευματικές όψεις της φροντίδας του ασθενούς
- Παρέχει ένα σύστημα υποστήριξης προκειμένου να βοηθήσει τους ασθενείς να ζήσουν όσο πιο ενεργητικά είναι δυνατό μέχρι το θάνατο
- Παρέχει ένα σύστημα υποστήριξης προκειμένου να βοηθήσει την οικογένεια να αντεπεξέλθει κατά τη διάρκεια της νόσου του ασθενούς και κατά το δικό της ακόλουθο πένθος

- Χρησιμοποιεί ομαδική προσέγγιση για την αντιμετώπιση των αναγκών των ασθενών και των οικογενειών τους, συμπεριλαμβανομένης της συμβουλευτικής υποστήριξης κατά το πένθος, εάν ενδείκνυται,
- Προάγει την ποιότητα της ζωής και μπορεί επίσης να επηρεάσει θετικά την πορεία της νόσου
- Μπορεί να εφαρμοστεί από τα αρχικά στάδια της πορείας της νόσου, σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες που προορίζονται να παρατείνουν τη ζωή, όπως είναι η χημειοθεραπεία ή η ακτινοθεραπεία, και περιλαμβάνει τη διερεύνηση εκείνη που απαιτείται προκειμένου οι δυσβάσταχτες κλινικές επιπλοκές να γίνουν κατανοητές και να αντιμετωπιστούν καλύτερα.^(43,44)

Η έννοια της ποιότητα ζωής στην παρηγορητική φροντίδα δεν είναι διαφορετική από την έννοια της ποιότητας στη φροντίδα υγείας, αλλά εδώ η ποιότητα ζωής είναι αυτοσκοπός. Η εφαρμογή μιας διαδικασίας αξιολόγησης απαιτεί πρωταρχικά τον καθορισμό των επιπέδων της ποιότητας και τη χρήση των μεθόδων που ταιριάζουν με την παρηγορητική. Τέτοιες είναι η Support Team Assessment Schedule –STAS, το Edmonton Symptom Assessment System-ESAS, η Palliative Care Outcome Scale-POS.

Οι κατευθυντήριες αρχές της παρηγορητικής αγωγής βασίζονται :

- στα ανθρώπινα δικαιώματα
- στα δικαιώματα των ασθενών
- στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια
- στην αλληλεγγύη και στην ελευθερία επιλογής

Η παρηγορητική έχει τους ακόλουθους στόχους:

- έλεγχο του πόνου
- έλεγχο συμπτωμάτων
- ψυχολογική και πνευματική στήριξη
- συναισθηματική στήριξη
- στήριξη της οικογένειας
- στήριξη στο πένθος

Για την επίτευξη των στόχων της παρηγορητικής φροντίδας θα πρέπει να ληφθούν οπωσδήποτε υπόψη^(42,44) :

- η συμμετοχή των ασθενών στις αποφάσεις
- η οικογένεια σαν μονάδα φροντίδας
- πνευματικά ζητήματα
- υπαρξιακά ζητήματα
- ανάμειξη μη επαγγελματιών υγείας (εθελοντές).

Θέματα που θα μπορούσαν να δημιουργήσουν δυσκολίες στην άσκηση της παρηγορητικής φροντίδας είναι:

- η έλλειψη πολιτικής αναγνώρισης της παρηγορητικής
- η ανεπάρκεια οπιοειδών
- η έλλειψη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού
- η έλλειψη ευκαιριών για έρευνα

Η θεώρηση των ηθικών ζητημάτων στο τελικό στάδιο μιας νόσου βασίζεται στο γεγονός ότι οι ασθενείς είναι προσωπικότητες που μπορούν να ενσωματωθούν στο κοινωνικό σύνολο και να γεμίσουν τη ζωή τους με εμπειρίες. Ο Lime, αναισθησιολόγος διευθυντής κέντρου πόνου στην Αμερική γράφει: *«Γνώρισα πολλούς καρκινοπαθείς ασθενείς που ζητούσαν βοήθεια για να αυτοκτονήσουν και οι οποίοι όταν ανακουφίστηκαν από τον πόνο τους εκπλήρωσαν το όνειρο της ζωής τους· έκαναν το γύρο της Αμερικής ή της Ευρώπης»*.

Κάθε ασθενής είναι μοναδικός· η γνώμη και οι αξίες του πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη. Η μετάπτωση στην παρηγορητική αγωγή πρέπει να συνοδεύεται με την διαβεβαίωση ότι η διακοπή της ενεργού θεραπείας δεν σημαίνει εγκατάλειψη. Πρέπει να έχουμε κατά νουν τα όρια της ιατρικής και ότι ο πόνος μπορεί να είναι φόβος του θανάτου, άγχος του αποχωρισμού, μοναξιά, υπαρξιακά ζητήματα, αντίληψη ότι γίνονται βάρος· αυτά δεν χρειάζονται ιατρικά μέσα.^(43,44)

Ο γιατρός βλέπει το θάνατο σαν φυσικό φαινόμενο , ο ασθενής βλέπει το τέλος του σαν μια διαδικασία που υπερβαίνει τη φύση και βιώνει μια εμπειρία ανάλογα με το χαρακτήρα και την προσωπικότητά του. Αποτέλεσμα αυτής της κατάστασης είναι να προκύψει σύγκρουση μεταξύ ηθικού και ιατρικού

ενδιαφέροντος που οδηγεί το γιατρό στον προβληματισμό για το αν θα αντιμετωπίσει τον ασθενή σαν άρρωστο ή θνήσκοντα.

Θεωρώντας ότι η Παρηγορητική Αγωγή είναι ένα αναπόσπαστο κομμάτι του συστήματος φροντίδας υγείας και ένα αναπαλλοτρίωτο στοιχείο του δικαιώματος κάθε πολίτη στη φροντίδα της υγείας του, και ότι γι'αυτό το λόγο είναι ευθύνη Κυβέρνησης να εγγυηθεί ότι η Παρηγορητική Αγωγή θα είναι διαθέσιμη σε όλους όσους τη χρειάζονται, Θεωρώντας ότι είναι αναγκαίο να επιδιωχθεί η εξέλιξη της ποιότητας της φροντίδας, να διεκπεραιώνεται ανθρώπινα για να γίνει ένα ουσιαστικό τμήμα της φροντίδας υγείας σε ασθενείς που πλησιάζουν στο τέλος.^(43,44,45)

2.4. ΟΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Οι μελέτες που αφορούν τις στάσεις των νοσηλευτών /τριών, των επαγγελματιών υγείας, των ασθενών και του ευρύτερου κοινού έναντι της ευθανασίας, καθώς και οι μελέτες που αφορούν τις εμπειρίες τους γύρω από αυτά τα θέματα μπορούν να λειτουργήσουν κατατοπιστικά για τον ευρύτερο διάλογο. Ωστόσο, οι περισσότερες από αυτές τις μελέτες παρουσιάζουν σημαντικές μεθοδολογικές αδυναμίες που γεννούν αμφιβολίες σχετικά με την εγκυρότητα των δεδομένων. Συνιστάται λοιπόν από τους ειδικούς μια πιο συντονισμένη προσέγγιση αυτών των μελετών.

Τα αποτελέσματα πολλών ερευνών έχουν δείξει ότι τα μεμονωμένα αιτήματα για ευθανασία έχουν σύνθετη προέλευση και συμπεριλαμβάνουν προσωπικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς, πολιτισμικούς, οικονομικούς και δημογραφικούς παράγοντες. Τα αιτήματα αυτά απαιτούν σεβασμό και σημαντική προσοχή, μαζί με ανοικτή και ευαίσθητη επικοινωνία στο κλινικό πλαίσιο.

Τα στατιστικά στοιχεία έχουν δείξει ότι τα αιτήματα για ευθανασία και υποβοηθούμενη από τον ιατρό αυτοκτονία συχνά μεταβάλλονται μετά την παροχή ολοκληρωμένης παρηγορητικής φροντίδας. Τα άτομα που ζητούν ευθανασία ή υποβοηθούμενη από τον ιατρό αυτοκτονία θα πρέπει, συνεπώς, να διαθέτουν πρόσβαση σε άτομα εξειδικευμένα στην παρηγορητική φροντίδα.

Αναλυτικότερα στις έρευνες των *Ferrell B et al*⁽³³⁾, των *Kuhse and Singer*⁽³⁰⁾, *Kuupelomaki M*⁽⁴⁶⁾, *Matzo M*⁽⁴⁷⁾, *Young MG*⁽⁴⁸⁾ το μεγαλύτερο μέρος των νοσηλευτών/τριών υποστηρίζει την ανάγκη για περισσότερες γνώσεις πάνω στο θέμα της παρηγορητικής αγωγής καθώς πιστεύει ότι η εφαρμογή της παρηγορητικής αγωγής μπορεί να μειώσει τα αιτήματα για ευθανασία ή ακόμα και να κάνει την ευθανασία μη απαραίτητη.

Στην έρευνα των *Young and Ogden* 2000⁽⁴⁸⁾ βρέθηκε ότι το μεγαλύτερο μέρος των νοσηλευτριών πιστεύει ότι η παρηγορητική αγωγή μπορεί να κάνει τους ασθενείς στο τελικό στάδιο πιο ανθεκτικούς απέναντι στον πόνο. Αυτό είναι αρκετά σημαντικό αφού ο ασθενής συνήθως προσπαθεί να ξεφύγει όχι από την ζωή αλλά από τον πόνο. Αρκετές νοσηλεύτριες θεωρούν ότι όταν τα συμπτώματα της ασθένειας και ο πόνος ελεγχθούν τότε οι ασθενείς θέλουν να ζήσουν.

Στην έρευνα των *Kuhse and Singer*⁽³⁰⁾, *Stevens CA*⁽³⁶⁾, *Verpoort C*⁽³⁹⁾ το νοσηλευτικό προσωπικό πιστεύει ότι αν εξαντληθούν όλα τα μέτρα για την παρηγορητική αγωγή τότε μόνον η ευθανασία μπορεί να αποτελέσει την τελική επιλογή.

Στην έρευνα των *Aranda S*,⁽³⁵⁾ καταγράφεται επίσης η ανάγκη των νοσηλευτών/τριών για περισσότερες πληροφορίες πάνω στην παρηγορητική φροντίδα. Υπάρχουν πολλές απορίες από το νοσηλευτικό προσωπικό σχετικά με το πως μπορεί να αντιμετωπίσει τον πόνο και ερωτήματα σχετικά με το γεγονός ότι οι μεγάλες δόσεις αναλγητικών ναρκωτικών μπορούν να συντομεύσουν την ζωή των ασθενών. Το μεγαλύτερο μέρος του νοσηλευτικού προσωπικού που συμμετείχε στην έρευνα δηλώνει την σύγχυση που νιώθουν σχετικά με το ρόλο της μορφίνης. Στα πλαίσια της χρήσης των οπιοειδών υπήρξε τεράστια αντίδραση η οποία προερχόταν από την ελλιπή πληροφόρηση και τους αβασίμους φόβους που αφορούσαν τη χρήση τους. Υπερβολική ανησυχία που αφορούσε θέματα όπως η εξάρτηση, η ανοχή και η καταστολή του αναπνευστικού συστήματος εμπόδιζαν την ομαλή είσοδό τους στην ιατρική πρακτική.

Άλλη μια έρευνα των *Ada van de Scheur and Arie van ger Arend*⁽⁴⁹⁾ οι οποίοι μελέτησαν τον ρόλο των νοσηλευτών/τριών στην ευθανασία κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι νοσηλευτές/τριες που αφιερώνουν την ζωή τους στο να προστατεύσουν την ζωή των ασθενών τους υποστηρίζουν έντονα την αναγκαιότητα εφαρμογής της παρηγορητικής φροντίδας.

Ως γενικό λοιπόν συμπέρασμα μπορεί να υποστηριχθεί πως η προώθηση της πρόσβασης στην παρηγορητική αγωγή υψηλής ποιότητας επηρεάζει σημαντικά τη μείωση των αιτημάτων για ευθανασία γι' αυτό η παρηγορητική αγωγή θα πρέπει να περιλαμβάνεται στην προπτυχιακή εκπαίδευση νοσηλευτών. Πρέπει να δημιουργηθεί πρότυπο πρόγραμμα σπουδών, μεταπτυχιακή εκπαίδευση και επιμόρφωση καθώς και προγράμματα εκπαίδευσης για ειδικούς στην Παρηγορητική Αγωγή.

Όλοι οι επαγγελματίες που ασχολούνται με την Παρηγορητική Αγωγή πρέπει να εκπαιδεύονται κατάλληλα για την εργασία τους. Πρέπει να λαμβάνουν συγκεκριμένα, διορατική και πολιτισμικά ευαίσθητη γνώση στη Παρηγορητική Αγωγή σε όλα τα επίπεδα εκπαίδευσης.

Οι αδικαιολόγητα αρνητικές ιδέες που αφορούν τα οπιοειδή, μεταξύ των ασθενών, των οικογενειών τους, των επαγγελματιών και του κοινού πρέπει να διορθωθούν διασαφηνίζοντας τις ουσιώδεις διαφορές μεταξύ των κλινικών εφαρμογών και της πιθανότητας κατάχρησης. Αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί, μέσω εκστρατείας ενημέρωσης του κοινού και μέσω της επαγγελματικής κατάρτισης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΝΟΜΙΚΟ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

3.1. ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Είναι γεγονός πως η ευθανασία είναι ένα πολυσχιδές και περίπλοκο θέμα. Αν και, όπως έχει ήδη αναφερθεί, αποτελεί ένα θέμα που απασχολεί τον άνθρωπο εδώ και αιώνες, η εξέλιξη της σύγχρονης Βιοϊατρικής τεχνολογίας της έχει δώσει νέες διαστάσεις. Στο κεφάλαιο αυτό θα μελετήσουμε το νομοθετικό πλαίσιο που ισχύει στην Ελλάδα 1) για την ευθανασία και 2) την άρνηση της προτεινόμενης θεραπείας ύστερα από απαίτηση του ασθενή.⁽⁵⁰⁾

Σε πολλές περιπτώσεις ευθανασίας έγκειται στο αρμόδιο δικαστήριο να αποφασίσει ποια από τις αντιτιθέμενες διατάξεις θα εφαρμόσει. Σε άλλες περιπτώσεις, λόγω έλλειψης νομικού πλαισίου, αναζητείται καταφύγιο στην νομολογία ή αποφεύγεται η αυτεπάγγελτη ανάμειξη του αρμοδίου εισαγγελέα για να μην δημιουργηθεί νομικό προηγούμενο. Οι περιπτώσεις καταδίκης γιατρών ή συγγενών που συνήργησαν ή διενήργησαν ευθανασία είναι ελάχιστες στις περισσότερες χώρες και τις πιο πολλές φορές συμβολικές.

Οι Ποινικοί Κώδικες των περισσότερων κρατών συνεχίζουν να αντιμετωπίζουν την ευθανασία ως 1α) **ανθρωποκτονία**, ή στην καλύτερη περίπτωση β) **ως συνέργεια σε αυτοκτονία**.

Σε ότι αφορά το νομοθετικό πλαίσιο για την ευθανασία ο **Ελληνικός Ποινικός Κώδικας** δεν χρησιμοποιεί τον όρο «ευθανασία» αλλά χρησιμοποιεί τον όρο "Ανθρωποκτονία εν συναιέσει". Οι διατάξεις που ρυθμίζουν το επίμαχο ζήτημα ανήκουν στην ομάδα εκείνη των άρθρων που ασχολούνται με την ανθρωποκτονία, κάτι που είναι δηλωτικό για την στάση του νομοθέτη απέναντι στο θέμα.^(51,52,53)

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*» (δέκα ημέρες έως πέντε χρόνια).⁽⁵⁾

Από τα παραπάνω προκύπτει πως ακόμη και αν το ίδιο το θύμα έχει ζητήσει τον θάνατό του και ο θύτης κινήθηκε με μοναδικό 3κίνητρο τον οίκτο, η

πράξη αντιμετωπίζεται ως αξιόποινη και τιμωρείται. Βέβαια ο νομοθέτης δεν εξισώνει την ευθανασία με κοινή ανθρωποκτονία από πρόθεση. Θεωρεί ουσιώδες, όμως, να υπάρχει ο οίκτος προς τον ασθενή, να πάσχει από ανίατη ασθένεια και τη θέληση του ασθενή, ο οποίος όχι απλώς πρέπει να συναινεί στη θανάτωσή του, αλλά να την απαιτεί σπουδαίως και επιμόνως, δηλ. με συναίσθηση της καταστάσεως και του αιτήματος και επαναλαμβανόμενη φορτικότητα. Εάν συντρέχουν αυτές οι προϋποθέσεις, ο δράστης τιμωρείται επιεικέστερα από την κοινή ανθρωποκτονία, δηλ. με φυλάκιση, ποινή που διαρκεί από δέκα ημέρες έως πέντε χρόνια .^(52,53,54)

Πάντως αξίζει να τονισθεί η σημασία που δίνει η διάταξη αυτή στη βούληση του ίδιου του θύματος. Με άλλα λόγια, αν απουσιάζει, ο οίκτος του ιατρού ή η ανίατη πάθηση, ο δράστης δεν μπορεί να τιμωρηθεί επιεικέστερα. Αυτός θα τιμωρηθεί για ανθρωποκτονία από πρόθεση (299 § 1 ΠοινΚ). Επίσης αν ο ασθενής εκφράσει τη βούλησή του υποθετικά, πριν δηλ. να περιέλθει σε τέτοια κατάσταση με τη λεγόμενη "διαθήκη ευθανασίας", αυτό δεν αρκεί για να τιμωρηθεί επιεικέστερα ο δράστης, επειδή η επίμονη απαίτηση του άρθρου 300 ΠοινΚ πρέπει να διατυπωθεί όταν ο ασθενής θα βρίσκεται στην ανίατη κατάσταση και όχι εκ των προτέρων .^(6,51)

Στο σημείο αυτό παρατηρείται και η βασικότερη διαφορά της ελληνικής δικαστικής πρακτικής σε σχέση με τις άλλες χώρες. Ένα σημείο, ακόμη, στο οποίο τα δικαστήρια μέχρι σήμερα επιμένουν, ενώ σε άλλες χώρες υπάρχει μεγαλύτερη ελαστικότητα, είναι αυτό της ανίατης ασθένειας, η οποία νοείται πάντοτε και μόνο ως σωματική.

Αυτό που συντηρεί τον διάλογο επί του θέματος στο χώρο του ποινικού δικαίου είναι απόψεις έγκριτων νομικών που υποστηρίζουν πως ο νομοθέτης κολάζει την κατ' απαίτηση ανθρωποκτονία, αλλά δεν παίρνει θέση για την ευθανασία. Οι υπέρμαχοι της άποψης αυτής υποστηρίζουν πως το ζήτημα της ευθανασίας τίθεται ακόμη και όταν δεν υπάρχει σπουδαία και επίμονη απαίτηση του θύματος καθώς επίσης πως η ευθανασία αφορά κυρίως άτομο που πεθαίνει με τρόπο επώδυνο, και όχι άτομα γενικώς πάσχοντα από ανίατες ασθένειες.⁽⁵⁰⁾

«Αυτό που δικαιώνει την πράξη είναι η συναίνεση στο στάδιο της επιθανάτιας αγωνίας σε συνδυασμό με την εξυπηρέτηση του αληθινού συμφέροντος του ασθενούς».^(51,52,53)

Σε ότι αφορά την **υποβοηθούμενη ευθανασία** θα μπορούσε να θεωρηθεί και η λεγόμενη συμμετοχή σε αυτοκτονία (άρθρο 301 ΠοινΚ) και μάλιστα η δεύτερη περίπτωση της, σύμφωνα με την οποία, όποιος έδωσε βοήθεια κατά την αυτοκτονία, τιμωρείται με φυλάκιση. Δηλαδή, το Ποινικό Δίκαιο δεν τιμωρεί την αυτοπροσβολή, την αυτοκτονία, αλλά τιμωρεί, πολύ επεικέστερα όμως από την κοινή ανθρωποκτονία, την υποβοήθησή της ως ετεροπροσβολή.⁽⁶⁾ Υποστηρίζεται μάλιστα ότι εάν ένας ασθενής πάσχει από αφόρητους πόνους και ζητεί βοήθεια για να αυτοκτονήσει από έναν φίλο του, ο οποίος του δίνει δηλητήριο που ο ασθενής παίρνει μόνος του, η πράξη του φίλου του δεν είναι αξιόποινη, αφού συνιστά παροχή βοήθειας πριν από την τέλεση της πράξης, άδικη μπορεί - κατά την ίδια γνώμη - να είναι η παράλειψη του φίλου του να βοηθήσει τον ασθενή, όταν δημιουργείται κίνδυνος ζωής που αξιολογείται στο πλαίσιο του άρθρου 307.⁽⁵⁵⁾

2) Από την άλλη πλευρά η **διακοπή της θεραπείας κατ' απαίτηση του ασθενούς** εντάσσεται στα πλαίσια του δικαιώματος του ασθενή να αποφασίσει για την ζωή του. Η άρνηση της θεραπευτικής αγωγής είναι το δικαίωμα του ασθενούς «να αρνηθεί μία μέθοδο διαγνωστικής ή θεραπευτικής αγωγής ή να αρνηθεί πλήρως την θεραπευτική αγωγή», ακριβώς «ασκώντας το δικαίωμά του για αυτοδιάθεση» και κατοχυρώνεται με **το άρθρο 47 του Νόμου 2071/92.**^(6,57)

Στο Ελληνικό Σύνταγμα το δικαίωμα στη ζωή κατοχυρώνεται στο άρθρο 5, παράγραφος 2 του ισχύοντος Συντάγματος του 1975 / 1986. Αντιθέτως δε μπορεί να προκύψει από το ίδιο το άρθρο και το δικαίωμα στο θάνατο. Εντούτοις, από το άρθρο 5 παρ.1 του Συντάγματος, όπου προστατεύεται η ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας, μπορεί να αποκτήσει ο καθένας το δικαίωμα στο θάνατο του, όταν ο θάνατος δεν συντελείται με τη βοήθεια τρίτων. Σε αντίθετη περίπτωση πρόκειται για ευθανασία και η νομιμότητα ή όχι της πράξης θα προκύψει από την στάθμιση των συγκρουόμενων δικαιωμάτων της ελευθερίας αυτοκαθορισμού αφενός και του δικαιώματος στη ζωή ως αντικειμένου δικαίου αφετέρου.^(56,57)

Το δικαίωμα του ατόμου να αναπτύσσει ελεύθερα την προσωπικότητά που κατοχυρώνεται στο άρθρο 5 § 1 του Συντάγματος, αποτελεί εξειδίκευση και συγκεκριμενοποίηση της προστασίας της ανθρώπινης αξιοπρέπειας (άρθρο 2 § 1 του Συντάγματος). Εφόσον ένας άνθρωπος έχει δικαίωμα να αναπτύξει ελεύθερα την προσωπικότητά του, συνεπάγεται ότι έχει δικαίωμα και στη ζωή,

καθώς, αν δεν μπορεί να ζει, δεν μπορεί να αναπτύσσεται και προσωπικά. Καθιερώνεται επίσης η υποχρέωση του σεβασμού των επιλογών των ασθενών ακόμη και αν αφορούν την άρνηση της προτεινόμενης θεραπείας.⁽⁵⁶⁾

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. Ο προβληματισμός έγκειται στο αν στην έννοια της ανάπτυξης της προσωπικότητας μπορεί να υπαχθεί και η δυνατότητα του ατόμου να αρνηθεί την περαιτέρω συνέχιση θεραπείας, σε περίπτωση που αυτή δεν συνδέεται με καμιά προοπτική ίασεως, αλλά συνεπάγεται μόνο επώδυνες στιγμές. Είναι δυνατόν να θεωρηθεί ότι συντελεί στην "ανάπτυξη της προσωπικότητας" η άρνηση μιας θεραπείας, όταν πιθανολογείται ότι το αποτέλεσμα θα είναι ο θάνατος;⁽⁵⁷⁾

Όταν αναφερόμαστε στον ασθενή που μπορεί να λάβει αποφάσεις και να τις πραγματοποιήσει (π.χ. γνωρίζει ότι ευρίσκεται σε τελευταίο στάδιο καρκίνου και επιθυμεί να πεθάνει στο οικογενειακό του περιβάλλον), τότε η απάντηση είναι καταφατική. Ήδη έχει γίνει προ πολλού δεκτό ότι ο ασθενής δεν είναι δυνατόν να "εξαναγκασθεί" σε θεραπεία, εάν αυτό αντίκειται στις θρησκευτικές ή φιλοσοφικές του δοξασίες.⁽⁵⁾

Το δικαίωμα του ασθενή να αρνηθεί την θεραπεία εντάσσεται στα δικαιώματα των ασθενών και η ανάγκη για προστασία αυτών εκφράζεται ως μια από τις βασικότερες υποχρεώσεις του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού. Το **άρθρο 47 του Νόμου 2071/92** κατοχυρώνει τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενή, ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν ακόμα και αν το αποτέλεσμα είναι ο θάνατος. Βεβαίως και στην περίπτωση αρνήσεως της θεραπείας η βούληση πρέπει να προέρχεται από ενήλικο που έχει συνείδηση της αποφάσεως του, δηλ. οι ανήλικοι, αυτοί που βρίσκονται σε κώμα ή σε διατάραξη της συνειδήσεώς τους και οι ψυχοπαθείς που δεν έχουν τη χρήση του λογικού, δεν μπορούν να ασκήσουν το "δικαίωμα" διακοπής της ζωής, επειδή δεν είναι σε θέση να εκφράσουν ελεύθερα και ανεπηρέαστα της βούλησή τους.

Εάν όμως το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό "παρακούσει" τον ασθενή και συνεχίσει τη θεραπεία, υποστηρίζεται ότι κάτι τέτοιο μπορεί να μην αποτελεί άδικη και ακαταλόγιστη πράξη, σύμφωνα με τα άρθρα 20, 25 και 32 ΠοινΚ.

Στο ελληνικό δίκαιο, στο οποίο προστατεύεται με ευρύτητα το δικαίωμα στην προσωπικότητα γίνεται δεκτό ότι στα προστατευόμενα με το δικαίωμα αυτό αγαθά ανήκουν η ζωή, η υγεία και η σωματική ακεραιότητα. Επιπλέον υποστηρίζεται ότι από το συνταγματικά κατοχυρωμένο δικαίωμα στην ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας (άρθρα 2 § 1, 5 § 1, 7 § 2 Συντ) συνάγεται ότι ο ιατρός και το νοσηλευτικό προσωπικό είναι υποχρεωμένοι να ενημερώνουν τον ασθενή για την ενδεδειγμένη θεραπεία και να έχουν τη σύμφωνη γνώμη του και τη συναίνεσή του για την επιχείρησή της. Αλλιώς η λεγόμενη αυθαίρετη ιατρική πράξη αποτελεί προσβολή της προσωπικότητας του ασθενούς ακόμη και αν τελικώς ωφέλησε τον τελευταίο. Αν, επιπλέον ήταν και ζημιογόνος να επισύρει και αδικοπρακτική ευθύνη ^(5,7)

Η πρόσφατη Σύμβαση περί Βιοϊατρικής του Συμβουλίου της Ευρώπης(Σύμβαση του Οβιέδο για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και την Βιοϊατρική). αναφέρεται ρητά στη συναίνεση του ασθενούς, την οποία θεωρεί ως τη βασική προϋπόθεση που δικαιολογεί κάθε επέμβαση στο πεδίο της υγείας (άρθρα 5 επ.).

Στην Αιτιολογική Έκθεση της Συμβάσεως υπογραμμίζεται η σημασία της συναίνεσης ως εργαλείου, μέσω του οποίου εκφράζεται η ελεύθερη και αυτόνομη απόφαση του ατόμου και περιορίζονται οι πατερναλιστικές επεμβάσεις από πλευράς των ιατρικών λειτουργών (στοιχείο 33 επ.). Εννοείται ότι η συναίνεση στη θεραπεία ή η αντίστοιχη άρνηση θα πρέπει να βασίζονται σε πλήρη και ενδεδειγμένη ενημέρωση του ασθενούς από πλευράς ιατρικού ή/και νοσηλευτικού προσωπικού.

Κατά την επιγραμματική διατύπωση ενός διαπρεπούς γερμανού ποινικολόγου: *"Εάν ο ασθενής εκδηλώσει την ψύχραιμη και αποφασιστική επιθυμία να σταματήσει την περαιτέρω θεραπεία (...) ώστε να μπορέσει να πεθάνει ήσυχος, έχουμε κάθε λόγο να σεβασθούμε αυτή την κυριολεκτικά θανατηφόρο απαίτησή του, όπως ακριβώς τη σεβόμαστε στην περίπτωση που εκ των προτέρων αποκλείει τη θεραπεία"*.

Πρέπει ωστόσο να επισημάνουμε ότι στην περίπτωση αυτή δεν πρόκειται κατ' ακριβολογία για ευθανασία, αλλά για άρνηση θεραπείας. Όταν γίνεται λόγος για ευθανασία αναφερόμεθα σε ασθενείς που δεν είναι πλέον σε θέση οι ίδιοι να λάβουν αποφάσεις για τη ζωή τους ή, πολύ περισσότερο, να τις εκτελέσουν, αλλά

χρειάζονται την "βοήθεια" κάποιου τρίτου, ιατρού ή μέλους του νοσηλευτικού προσωπικού. Πρόκειται για καταστάσεις, στις οποίες επιδιώκεται η μετατόπιση της ευθύνης της απόφασης τερματισμού της ζωής από τον ενδιαφερόμενο στους κατ'εξοχήν υπεύθυνους για τη διατήρηση της ζωής: στον θεράποντα ιατρό και στο νοσηλευτικό προσωπικό.^(5,7)

Έτσι η εξέταση του θέματος γίνεται με βάση τις συναφείς συνταγματικές διατάξεις, τις διατάξεις της Σύμβασης Βιοϊατρικής και τις διατάξεις του Ποινικού Κώδικα: Από το δικαίωμα για την ανάπτυξη της προσωπικότητας, σε συνδυασμό με την προστασία της αξίας του ανθρώπου, η θεωρία έχει επεξεργασθεί την έννοια του "δικαιώματος για ένα αξιοπρεπή θάνατο".

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 τα τέλη του να είναι ανώδυνα, ανεπαίσχυντα και ειρηνικά. 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.^(5,7)

Η Σύμβαση Βιοϊατρικής δεν αναφέρεται ρητώς στο θέμα αυτό, περιλαμβάνει όμως μερικές γενικές διατάξεις σχετικά με την προστασία των ατόμων που δεν είναι σε θέση να δώσουν τη συναίνεσή τους για διάφορους λόγους.

Επίσης μια άλλη διάταξη της Συμβάσεως αναφέρεται στις επιθυμίες που έχει διατυπώσει κάποιος εκ των προτέρων και σε ανύποπτο χρόνο, σχετικά με μια ιατρική επέμβαση· και ορίζεται ότι οι επιθυμίες αυτές θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, εάν κατά τη στιγμή της επεμβάσεως το άτομο δεν είναι σε θέση να εκφράσει τη βούλησή του.(βλ. κεφ. 3.3)

3.2 ΚΩΔΙΚΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Στο κείμενο που ακολουθεί περιλαμβάνονται οι σημαντικότερες αρχές που αναφέρονται στη συμπεριφορά των νοσηλευτών προς τους ασθενείς σύμφωνα με τον κώδικα νοσηλευτικής δεοντολογίας.^(57,58)

«Ο Νοσηλευτής οφείλει να αποτελεί υπόδειγμα έντιμου ατόμου σε όλες τις εκδηλώσεις της ζωής του και να προστατεύει την αξιοπρέπεια του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Οφείλει γενικά να πράττει καθετί που επιβάλλει το καθήκον του, σύμφωνα με τα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα, τις αρχές της ηθικής και της δεοντολογίας, τις διατάξεις του παρόντος κώδικα και τις διατάξεις που αφορούν στην άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

Πρωταρχική μέριμνα του νοσηλευτή κατά την παροχή των υπηρεσιών του είναι η κάλυψη των αναγκών του ανθρώπου ως βιοψυχοκοινωνικής και πνευματικής οντότητας. Με αποκλειστικό γνώμονα το συμφέρον του ασθενή, στα πλαίσια της πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, αποκατάστασης και ανακούφισης από τον πόνο, οφείλει ο νοσηλευτής να χρησιμοποιεί το σύνολο των επιστημονικών και επαγγελματικών του γνώσεων και δεξιοτήτων και την εμπειρία του, διατηρώντας σε κάθε περίπτωση την επιστημονική και επαγγελματική του ανεξαρτησία.

Κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του ο νοσηλευτής θα πρέπει να απέχει από κάθε πράξη ή παράλειψη που είναι δυνατόν να δημιουργήσει την υπόνοια ότι καταφεύγει σε παραπλάνηση ή εξαπάτηση των ασθενών. Ο Νοσηλευτής οφείλει απόλυτο σεβασμό στην προσωπικότητα, την αξιοπρέπεια και την τιμή του ασθενή. Οφείλει να λαμβάνει κάθε μέτρο που προάγει, αλλά και να απέχει από κάθε ενέργεια που είναι δυνατό να θίξει το αίσθημα της προσωπικής ελευθερίας και την ελεύθερη βούληση του ασθενή.

Το άρθρο 7 του κώδικα νοσηλευτικής δεοντολογίας αναφέρει ότι ο νοσηλευτής οφείλει να έχει απεριόριστο σεβασμό στην αξία της ανθρώπινης ζωής, να λαμβάνει κάθε μέτρο για τη διασώσει και η διατήρηση της και να απέχει από κάθε ενέργεια που είναι δυνατόν να τη θέσει σε κίνδυνο. Το συγκεκριμένο άρθρο τονίζει ότι απαγορεύεται το νοσηλευτικό προσωπικό να συμμετέχει σε οποιαδήποτε πράξη συντόμευσης της ζωής του ασθενή.

Η παροχή νοσηλευτικών φροντίδων απαιτεί, σε όλες τις περιστάσεις, το σεβασμό της ζωής, της αξιοπρέπειας και της ελεύθερης επιλογής του ασθενή. Σε περίπτωση ασθένειας που βρίσκεται στο τελικό στάδιο μπορεί η νοσηλευτική φροντίδα να περιοριστεί στην ανακούφιση του φυσικού και του ηθικού πόνου του ασθενή, παρέχοντας του τη κατάλληλη υποστήριξη και διατηρώντας, κατά το δυνατόν την ποιότητα της ζωής του. Αποτελεί υπέρτατο χρέος του νοσηλευτή να συμπαρίσταται στον ασθενή μέχρι το τέλος και να δρα με τρόπο, ώστε να του επιτρέπει τη διατήρηση της αξιοπρέπειας του>>^(57,58)

3.3. ΚΩΔΙΚΑΣ ΗΘΙΚΗΣ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Ο Διεθνής κώδικας ηθικής των νοσηλευτών πρώτη φορά έγινε αποδεκτός από το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών το 1953. Ανανεώνεται συνεχώς αφού πρέπει να προσαρμόζεται στις απαιτήσεις της κοινωνίας και στις ανάγκες της νοσηλευτικής, με τελευταία αναδημοσίευση το 2006. Ο ICN κώδικας ηθικής των νοσηλευτών είναι ένας οδηγός που δίνει ξεκάθαρα τις κατευθύνσεις που πρέπει να ακολουθεί το νοσηλευτικό προσωπικό και βασίζεται στις κοινωνικές αξίες και ανάγκες. Για να επιτευχθεί ο στόχος του κώδικα ηθικής θα πρέπει να γίνει κατανοητός, να αναλυθεί και να χρησιμοποιηθεί σωστά από το νοσηλευτικό προσωπικό σε όλες τις πλευρές της δουλειάς τους.⁽⁵⁹⁾

Οι βασικές αρχές που χαρακτηρίζουν τον κώδικα είναι ότι οι νοσηλευτές θα πρέπει να σέβονται τα δικαιώματα των ασθενών συμπεριλαμβανομένου του δικαιώματος της ζωής, της αξιοπρέπειας των ασθενών και την αντιμετώπιση αυτών με σεβασμό. Ο Διεθνής Κώδικας Ηθικής υποστηρίζει ότι οι νοσηλευτές έχουν 4 βασικές υποχρεώσεις:

- να προωθούν την υγεία
- την πρόληψη από ασθένειες
- την αποκατάσταση της υγείας
- την αντιμετώπιση του πόνου

Το βασικότερο είναι ότι οι νοσηλευτές θα πρέπει να σέβονται τα ανθρώπινα δικαιώματα, συμπεριλαμβανομένου των πολιτισμικών δικαιωμάτων, το δικαίωμα για την ζωή και την επιλογή για μια ζωή γεμάτη αξιοπρέπεια και σεβασμό. Η παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας δεν θα πρέπει σύμφωνα με τον Διεθνή Κώδικα Ηθικής να κάνει διακρίσεις με βάση το φύλο, το χρώμα, τον πολιτισμό την εθνικότητα και το κοινωνικοοικονομικό στάτους του κάθε ανθρώπου. Αντιθέτως θα πρέπει να αντιμετωπίζονται όλοι οι ασθενείς ισότιμα.⁽⁵⁹⁾

Ο Κώδικας Ηθικής διακρίνεται σε 4 βασικές ενότητες:

1. Οι Νοσηλευτές και οι άνθρωποι:

- Σε αυτή την ενότητα υπογραμμίζεται ότι οι νοσηλευτές θα πρέπει να παρέχουν ένα περιβάλλον στο οποίο τα ανθρώπινα δικαιώματα, οι αξίες, οι συνήθειες και οι πνευματικές πεποιθήσεις των ασθενών θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με σεβασμό.

- Επίσης το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να διατηρεί το απόρρητο για πληροφορίες που παίρνει.
- Το νοσηλευτικό προσωπικό μοιράζεται με την κοινωνία την ευθύνη να μπορέσει να αντιμετωπίσει τις κοινωνικές ανάγκες των ανθρώπων και κυρίως των ευπαθών ομάδων.
- Είναι απαραίτητο να αναπτύξουν κατευθυντήριες αρχές και οδηγίες που υποστηρίζουν τα ανθρώπινα δικαιώματα και τις ηθικές αξίες, ανάγκη για συνεχιζόμενη εκπαίδευση σε σχέση με την συνειδητή συγκατάθεση.

2.Νοσηλευτές και πρακτική εφαρμογή της νοσηλευτικής:

- Στην ενότητα αυτή αναφέρεται ότι οι νοσηλευτές θα πρέπει να παρέχουν την οποιαδήποτε φροντίδα με υπευθυνότητα και να υπάρχει δυνατότητα για συνεχιζόμενη εκπαίδευση μέσω ταξιδιών ,σεμιναρίων, συνεδρίων ή εκπαίδευση εξ αποστάσεως.
- Ακόμα οι νοσηλευτές πρέπει να επιβεβαιώνουν ότι η χρήση της τεχνολογίας και της επιστήμης θα πρέπει να χρησιμοποιείται με τέτοιο τρόπο που δεν θα προσβάλλει την προσωπικότητα των ασθενών, θα σέβεται την αξιοπρέπεια και τα δικαιώματα των ανθρώπων.
- Ακόμα είναι απαραίτητο οι νοσηλευτές να προωθούν έναν υγιή τρόπο ζωής.

3.Νοσηλευτές και συνεργάτες:

Σε αυτήν ενότητα τονίζεται η ανάγκη οι νοσηλευτές να διατηρούν ένα καλό επίπεδο συνεργασίας με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας και να προστατεύουν την νοσηλευτική τους ιδιότητα όταν αυτή μπορεί να κινδυνεύει από συνεργάτες τους.

4.Νοσηλευτές και επαγγελματισμός:

- Οι νοσηλευτές θα πρέπει να συμμετέχουν στην δημιουργία και στην διατήρηση ασφαλών και κατάλληλων κοινωνικών και οικονομικών συνθηκών εργασίας στην νοσηλευτική.
- Είναι απαραίτητο να συνεργάζονται με άλλους επαγγελματίες υγείας για να δημιουργήσουν οδηγίες για την νοσηλευτική εκπαίδευση, την πρακτική εφαρμογή της νοσηλευτικής και την συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα.

- Επίσης είναι απαραίτητο να υπάρχουν κατευθυντήριες αρχές και οδηγίες σχέση με την έρευνα στην νοσηλευτική.
- Συνεργασία για δίκαιες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες εργασίας στην νοσηλευτική.

Καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι για να εφαρμοστεί ο Διεθνής Κώδικας Ηθικής για τους νοσηλευτές θα πρέπει πρώτα απ' όλα να είναι γνωστός στο νοσηλευτικό προσωπικό και να εφαρμόζεται όσο το δυνατόν σωστότερα. Γι' αυτό τον λόγο προτείνεται:

1. να διδάσκεται στα σχολές νοσηλευτικής
2. να γίνει γνωστός μέσα από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης
3. να ενημερωθούν και οι υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας
4. να ενημερωθεί ο γενικός πληθυσμός
5. να ενημερωθούν οι οργανισμοί που προστατεύουν τα ανθρώπινα δικαιώματα.⁽⁵⁹⁾

3.4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΟΝΤΑΙ ΣΕ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΔΙΕΘΝΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Η θέση του Διεθνές Συμβουλίου Νοσηλευτών υποστηρίζει ότι το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να είναι κατάλληλα έτοιμο να προσφέρει συμπαράσταση, υποστήριξη και φροντίδα σε ασθενείς που βρίσκονται σε τελικό στάδιο καθώς και στις οικογένειες τους. Το ICN θεωρεί τον ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού βασικό στην εφαρμογή παρηγορητικής αγωγής που σκοπό έχει να μειώσει τον πόνο και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους αφού διαχειριστεί τον πόνο και των φυσικών, ψυχολογικών, πνευματικών και κοινωνικών αναγκών. Η αντιμετώπιση του πόνου μπορεί να επιτευχθεί με την χορήγηση αναλγητικών ουσιών ή με χαλαρωτικές τεχνικές.^(60,61)

Η παρηγορητική φροντίδα έχει να προσφέρει πολλά στον ασθενή και την οικογένεια του. Το νοσηλευτικό προσωπικό έχει την υπευθυνότητα να είναι ενημερωμένο και κατάλληλα εκπαιδευμένο στην παροχή φροντίδας σε ασθενείς που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες. Σύμφωνα με το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών οι ασθενείς που βρίσκονται σε τελικό στάδιο έχουν τις δικές τους απόψεις και αξίες γι' αυτό το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να σέβεται τις πολιτισμικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις. Ένα υποστηρικτικό περιβάλλον βοηθάει τους συγγενείς των ασθενών που βρίσκονται σε τελικό στάδιο να δεχτούν το θέμα του θανάτου στον δικό τους άνθρωπο με αξιοπρέπεια.

Επίσης το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών υποστηρίζει τους εθνικούς οργανισμούς νοσηλευτών οι οποίοι :

- Θα πρέπει να υποστηρίζουν το νοσηλευτικό προσωπικό που έχει να αντιμετωπίσει σύνθετα θέματα παρηγορητικής αγωγής που έχουν σχέση με τον θάνατο, συμπεριλαμβανόμενου της συμπάθειας και την κατάλληλη εκπαίδευση κατά την διάρκεια του τέλους της ζωής. Οι νοσηλεύτριες θα πρέπει να σέβονται τις επιθυμίες των ασθενών , τις ηθικές αξίες και πολιτισμικές νόρμες στον θάνατο και τον θρήνο.
- Προωθεί την νοσηλευτική φροντίδα η οποία σέβεται τις ηθικές και τις πολιτισμικές αρχές.
- Ενθαρρύνουν την ανάμιξη των νοσηλευτών σε συζητήσεις, πολιτικές που έχουν σχέση με θέματα που αφορούν τον θάνατο συμπεριλαμβανόμενου

την φροντίδα για ασθενείς που βρίσκονται σε τελικό στάδιο και τις οικογένειες τους.

- Θα πρέπει το νοσηλευτικό προσωπικό να κατανοεί την σπουδαιότητα της παρηγορητικής αγωγής, σεβασμός των πολιτισμικών αξιών του ασθενή, του δικαιώματος να πεθάνει με αξιοπρέπεια, του δικαιώματος να είναι ενημερωμένοι και μπορούν να αποφασίσουν οι ίδιοι για την ζωή τους και το τέλος τους, το δικαίωμα να αρνηθούν την θεραπεία.

Οι αλλαγές που συμβαίνουν στην κοινωνία μας καθώς και η ανάπτυξη της τεχνολογίας φέρνει στην επιφάνεια ηθικά διλήμματα στην νοσηλευτική. Οι τελευταίες συζητήσεις επικεντρώνονται κυρίως σε θέματα όπως η ευθανασία και άλλα θέματα όπως η απόσυρση μηχανημάτων, τα δικαιώματα των ασθενών και επιλογών και θέματα που αφορούν την ποιότητα ζωής είναι εξίσου σημαντικά.^(660,61,62)

Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού σε ασθενείς που βρίσκονται σε τελικό στάδιο συνεχίζει να αποτελεί σημαντικό θέμα συζήτησης και οι νοσηλευτές θα πρέπει να είναι κατάλληλα ενημερωμένοι για τα θέματα που αφορούν το τέλος της ζωής. Η αντιμετώπιση του πόνου είναι βασικό στην νοσηλευτική και το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να είναι εκπαιδευμένο στο να διαχειρίζεται τον πόνο, την παρηγορητική αγωγή και να βοηθάει τους ασθενείς και τις οικογένειες τους να αντιμετωπίσουν την πιθανότητα του θανάτου.

3.5. Η ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΣΥΜΒΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΞΙΟΠΡΕΠΕΙΑΣ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΙΣ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΗΣ ΒΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΗΣ-ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΣΥΜΒΑΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗΣ.

Η Σύμβαση αυτή, την οποία υπέγραψε η Ελλάδα στις 4.4.1997 και κύρωσε η Βουλή με το νόμο 2619 1998, ισχύει ως εσωτερικό δίκαιο υπερνομοθετικής ισχύος, βάσει του άρθρου 28 παρ. 1 του Συντάγματος. Η Σύμβαση αποτελεί το τελευταίο βήμα του Συμβουλίου της Ευρώπης στο πεδίο που τέμνεται από τις συνεχώς εξελισσόμενες βιοιατρικές επιστήμες αφενός και την προστασία των ατομικών δικαιωμάτων αφετέρου.⁽⁵⁾

Στη Σύμβαση δεν περιλαμβάνονται ειδικές διατάξεις σχετικά με την ευθανασία. Το θέμα είναι ιδιαίτερος ακανθώδης και δεν ήταν δυνατόν να υπάρξει συναίνεση ούτε ως προς το κατ' αρχήν επιτρεπτό ούτε ως προς τους ειδικότερους όρους που θα μπορούσαν να διέπουν τις εξαιρέσεις από τη γενική προστασία της ζωής, η οποία κατοχυρώνεται στο άρθρο 2 της ΕΣΔΑ και εξυπνοείται ως η διέπουσα αρχή της Σύμβασης Βιοιατρικής.

Υπάρχουν, όμως, ορισμένες διατάξεις με ειδικό ενδιαφέρον για το υπό εξέταση θέμα: Σύμφωνα με το άρθρο 5 η ελεύθερη και μετά από ενημέρωση συναίνεση αποτελεί το γενικό κανόνα που θα πρέπει να διέπει την κάθε μορφής επέμβαση: (διαγνωστική, προληπτική, θεραπευτική) στον τομέα της υγείας. Όπως αναφέρεται στη επεξηγηματική έκθεση η αρχή αυτή υπογραμμίζει την αυτονομία του ασθενούς έναντι του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και επιδιώκει να περιορίσει την πατερναλιστική συμπεριφορά, η οποία ίσως αγνοεί τις επιθυμίες του ασθενούς.

Στην ίδια έκθεση αναφέρεται ότι ο ασθενής θα πρέπει να ενημερώνεται σχετικά με τη φύση, το σκοπό, τις συνέπειες και τους κινδύνους της επεμβάσεως σε σχέση προς τη δική του, συγκεκριμένη κατάσταση, όπως επίσης και σχετικά με τις πιθανές εναλλακτικές αγωγές.⁽⁵⁾

Περαιτέρω, το άρθρο 9 αναφέρεται στην περίπτωση κατά την οποία ο ασθενής δεν είναι πλέον σε θέση να εκφράσει τη συναίνεσή του (διότι έχει π.χ. περιπέσει σε κώμα, ή διότι έχει γεροντική άνοια), είχε όμως την πρόνοια να

εκφράσει τη βούλησή του σχετικά με το ενδεχόμενο αυτό και είχε δημοσιοποιήσει την επιθυμία του ως προς την έναρξη/συνέχιση ή τη διακοπή της θεραπείας του ή ως προς το ενδεχόμενο της δωρεάς των οργάνων του (στην περίπτωση, π.χ. του εγκεφαλικού θανάτου).

Το άρθρο 9 ορίζει ότι οι επιθυμίες του ασθενούς θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, δεν επιβάλλει όμως στον ιατρό την υποχρέωση να τις ακολουθήσει υποχρεωτικώς. Αυτή η προσεκτική διατύπωση οφείλεται στον γενικό προβληματισμό σχετικά με τη δυνατότητα του ατόμου να αποφασίζει εκ των προτέρων για θέματα, για τα οποία δεν είναι δυνατόν να έχει σαφή και ασφαλή αντίληψη για τους εξής, κυρίως, λόγους:

1. Μια σοβαρή ασθένεια ενδέχεται να αλλάξει το τρόπο αντιδράσεως και σκέψης ενός ατόμου. Δεν είναι καθόλου βέβαιο ότι, ενώπιον του προσεγγίζοντα θανάτου, το άτομο εξακολουθεί να έχει την ίδια επιθυμία, την οποία εξέφρασε όταν το ενδεχόμενο αυτό ήταν απομακρυσμένο.^(63,64)

2. Η πρόοδος της επιστήμης είναι δυνατόν να προσφέρει προοπτικές, που ήταν άγνωστες στον ασθενή κατά τη στιγμή της δημοσιοποίησεως της επιθυμίας του. Για τον λόγο αυτό συνιστάται στην επεξηγηματική έκθεση της Συμβάσεως να εκτιμά ο ιατρός εάν οι επιθυμίες του ασθενούς ισχύουν στη συγκεκριμένη περίπτωση εν όψει της τεχνολογικής προόδου της ιατρικής, όπου αυτό είναι δυνατόν.⁽⁷¹⁾

3. Η υλοποίηση αυτής της διατάξεως επαφίεται στην εθνική νομοθεσία, που θα πρέπει να ορίσει, αν θα τηρείται κάποιος τύπος, με τον οποίο θα εκφράζεται και θα δημοσιοποιείται η βούληση του ασθενούς, όπως επίσης και τους όρους, υπό τους οποίους η βούληση αυτή εκφράζεται εγκύρως ή ανακαλείται.⁽⁶⁵⁾

Από τη διάταξη, πάντως, του άρθρου 5 και υπό προϋπόθεσης και του άρθρου 9, σε συνδυασμό με την προστασία της αξιοπρέπειας που προβλέπει το άρθρο 1 της Συμβάσεως, συνάγεται ότι ο ασθενής μπορεί να αρνηθεί οιαδήποτε επέμβαση ή θεραπεία, ακόμη και αν δεν είναι προς το συμφέρον του⁽⁶⁴⁾. Υπέρ της ερμηνείας αυτής συνηγορεί και η διάταξη του άρθρου 26 παράγραφος 1, που αναφέρεται στους περιορισμούς των δικαιωμάτων που κατοχυρώνονται από τη

Σύμβαση: Σύμφωνα με αυτή, τα δικαιώματα, μεταξύ των οποίων και το άρθρο 5, είναι δυνατόν να περιορισθούν για την εξυπηρέτηση συλλογικών αγαθών, όπως είναι η δημοσία ασφάλεια, η πρόληψη του εγκλήματος, η προστασία της δημόσιας υγείας ή τα δικαιώματα και οι ελευθερίες τρίτων (όχι, δε, και τα δικαιώματα ή οι ελευθερίες του ιδίου του ασθενούς).

Επιπλέον επιχείρημα εξ αντιδιαστολής είναι δυνατόν να συναχθεί από το άρθρο 6, παράγραφος 1, το οποίο προβλέπει ότι επιτρέπονται οι επεμβάσεις στα πρόσωπα που δεν έχουν ικανότητα συναιδέσεως, όπως είναι οι ανήλικοι ή τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, εφόσον εξυπηρετούν το άμεσο συμφέρον τους. Για τις επεμβάσεις αυτές απαιτείται η συναίνεση του αρμοδίου και επιφορτισμένου με την επιμέλειά τους ατόμου ή οργάνου (άρθρο 6 παρ. 3).

Ειδικώς ως προς τα άτομα με ψυχικές διαταραχές προβλέπεται στο άρθρο 7 ότι επεμβάσεις χωρίς συναίνεση επιτρέπονται μόνον εάν είναι απαραίτητες για να αποτραπεί σοβαρή βλάβη της υγείας τους. Με το άρθρο 7, δηλαδή, προστίθεται ακόμη μια προϋπόθεση (:η προστασία της υγείας του ψυχικώς πάσχοντος), στις ήδη προαναφερθείσες προϋποθέσεις του άρθρου 26, οι οποίες προβλέπουν περιορισμό των δικαιωμάτων της Συμβάσεως.

Με τη ρύθμιση αυτή επιδιώκεται να προστατευθεί αφενός η υγεία του ασθενούς: (η θεραπεία χωρίς συναίνεση επιτρέπεται μόνο εάν είναι απαραίτητη για τη σωτηρία της υγείας του) και αφετέρου η αυτονομία του: (η θεραπεία χωρίς συναίνεση απαγορεύεται, στην περίπτωση που δεν κινδυνεύει η υγεία του).

Κατά την τελική εκτίμηση του ιατρού σχετικά με την διακοπή ή συνέχιση της θεραπείας δεν θα πρέπει να εμφιλοχωρούν χρησιμοθηρικές εκτιμήσεις (π.χ. σχετικά με το οικονομικό κόστος και την επιβάρυνση της οικογένειας ή της νοσοκομειακής μονάδας), δεδομένου ότι στο άρθρο 2 της Συμβάσεως ορίζεται ρητώς ότι το συμφέρον και η ευημερία του ατόμου υπερισχύουν έναντι του συμφέροντος της κοινωνίας ή της επιστήμης.⁽⁶³⁾

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ - ΕΡΕΥΝΑ

1.ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των στάσεων και των απόψεων του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στην ευθανασία και η συσχέτιση των ευρημάτων με δημογραφικούς και άλλους παράγοντες. Βασικός στόχος είναι επίσης η διερεύνηση του βαθμού γνώσης των νοσηλευτών/τριών απέναντι στο θέμα της ευθανασίας, καθώς και η διερεύνηση των στάσεων και των πεποιθήσεων τους σχετικά με το αίτημα για ευθανασία, με τη νομιμοποίηση της ευθανασίας, με τους παράγοντες που επηρεάζουν τις αποφάσεις υπέρ και κατά της ευθανασίας και με την άποψη τους για την παρηγορητική φροντίδα .

2.ΜΕΘΟΔΟΣ

Όσον αφορά τη μεθοδολογία χρησιμοποιήθηκε η ποσοτική μέθοδος. Πιο συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκε ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο που διανεμήθηκε στο δείγμα της μελέτης. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε περιλαμβάνει σταθμισμένες ερωτήσεις που είναι αποτέλεσμα προηγούμενων ερευνών πάνω στην ευθανασία .

2.1.ΥΛΙΚΟ-ΔΕΙΓΜΑ

Το δείγμα αποτέλεσαν 130 νοσηλευτές όλων των βαθμίδων εκπαίδευσης. Ολοκληρωμένα ερωτηματολόγια ελήφθησαν 100. Το νοσηλευτικό προσωπικό προερχόταν από τα ακόλουθα τμήματα ογκολογικό, καρδιολογικό, χειρουργικό και παθολογικό τμήμα. Τα ερωτηματολόγια παραδόθηκαν σε κλειστό φάκελο και το προσωπικό είχε διορία μιας εβδομάδας να τα επιστρέψει. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε τους καλοκαιρινούς μήνες (Ιούλιο – Αύγουστο – Σεπτέμβριο 2006) και όπως είναι κατανοητό υπήρξαν αρκετές δυσκολίες λόγω των θερινών αδειών. Προτιμήθηκε όμως η συγκεκριμένη χρονική περίοδος διότι ο φόρτος εργασίας του προσωπικού ήταν μικρότερος. Τα ερωτηματολόγια παρείχαν τη δυνατότητα πλήρους ανωνυμίας η οποία είναι καθοριστική στη συλλογή όσο το δυνατόν ακριβέστερων πληροφοριών.

2.2.ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 32 ερωτήσεις. Αρχικά υπάρχουν ερωτήσεις με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (ηλικία, θρήσκευμα, μορφωτικό επίπεδο, ειδικότητα). Το υπόλοιπο ερωτηματολόγιο αποτελείται από ερωτήσεις που έχουν σχέση με τη νομιμοποίηση της ευθανασίας, το θρησκευτικό συναίσθημα, με την ελληνική νομοθεσία, τη συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού και το αίτημα για την ευθανασία.

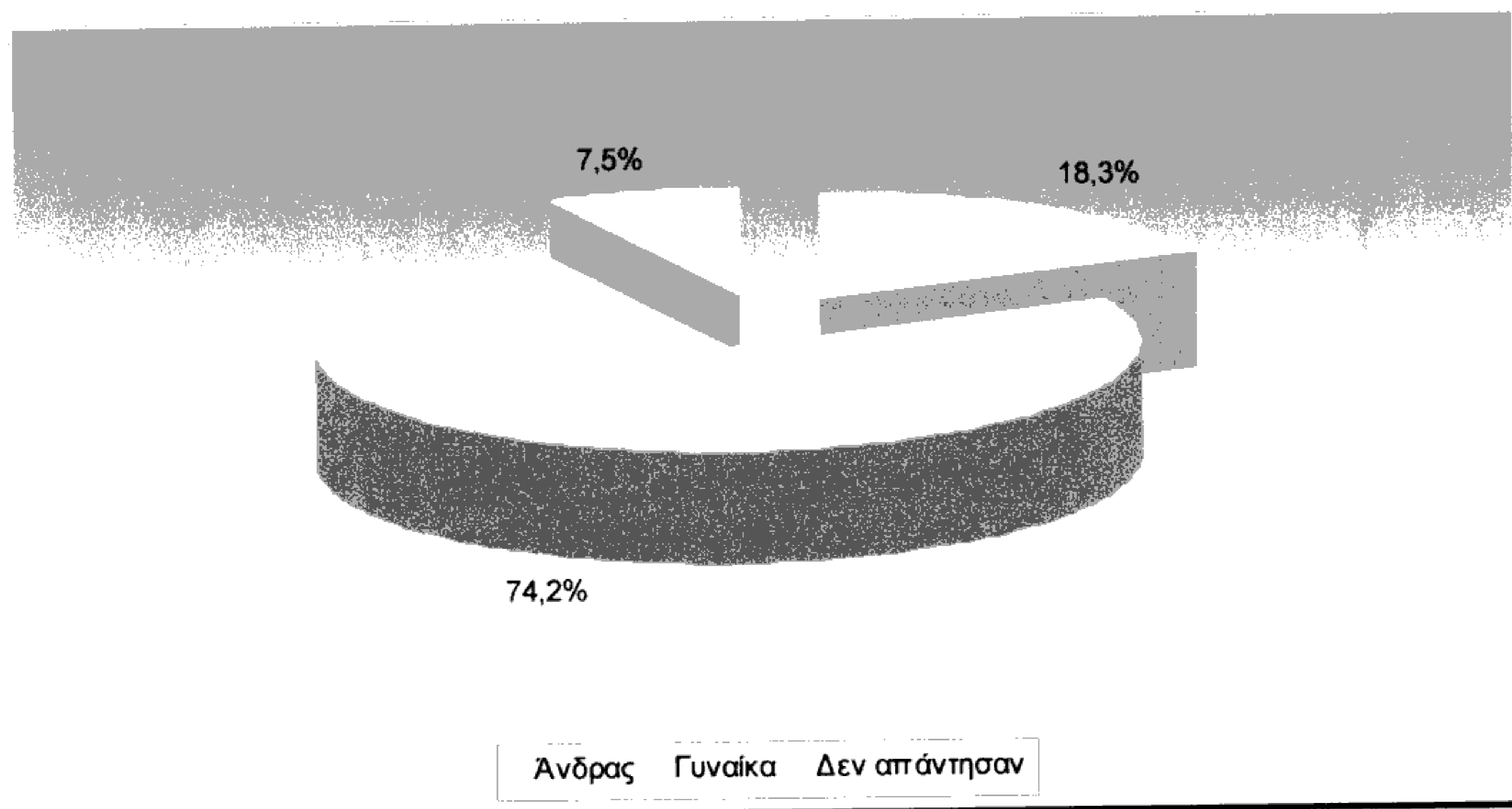
2.3.ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Η επεξεργασία και η ανάλυση έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS, ενώ τα διαγράμματα κατασκευάστηκαν με το Microsoft Excel.

2.4.ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

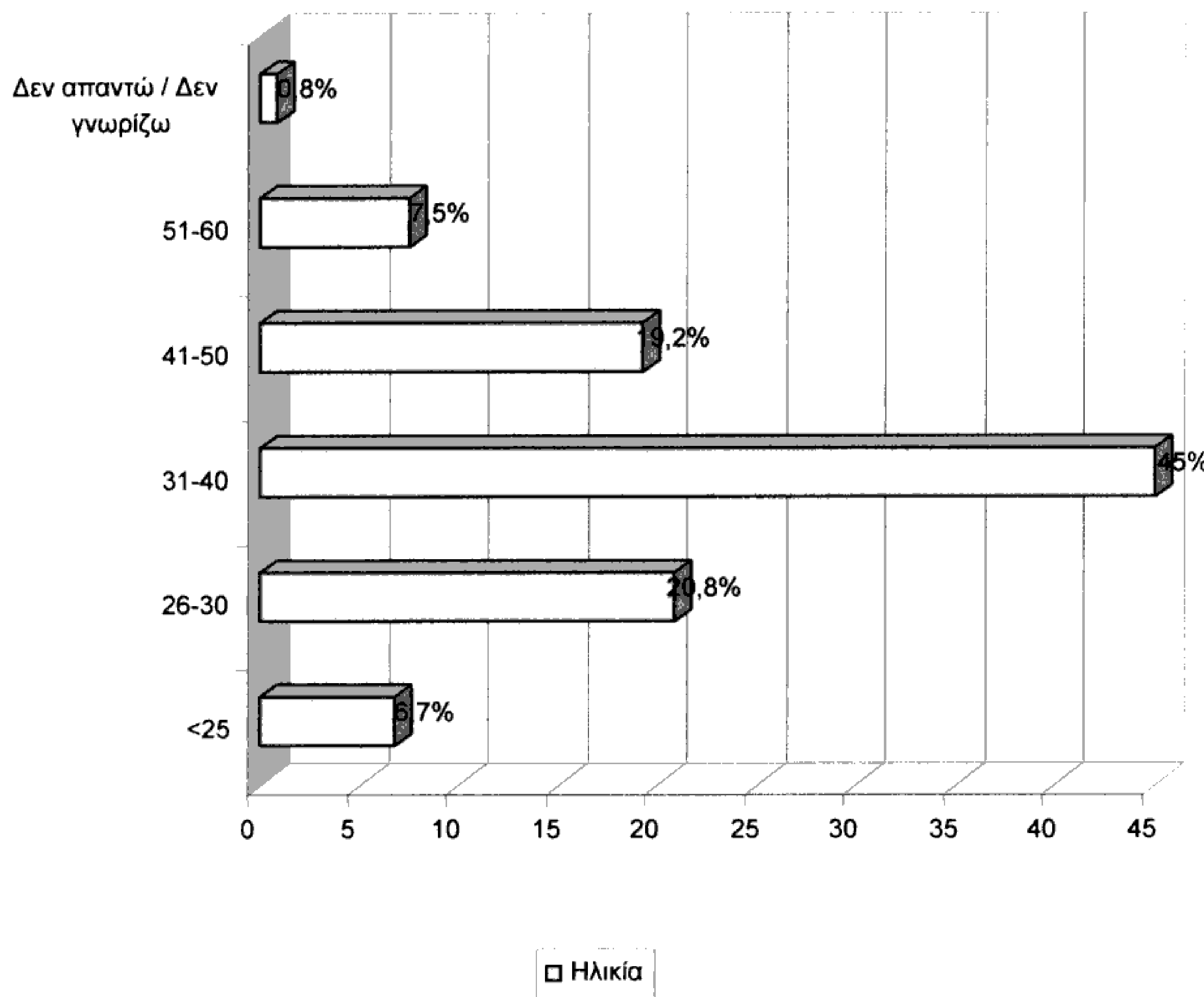
Οι πρώτες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου αναφέρονται σε συγκεκριμένα δημογραφικά στοιχεία των ερωτώμενων. Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκαν τα εξής χαρακτηριστικά: φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, επαγγελματική εμπειρία, οικογενειακή κατάσταση, θρήσκευμα.

Γράφημα 1: Κατανομή του δείγματος κατά φύλο



Από τους συμμετέχοντες στην έρευνα, το 18,3% ήταν άνδρες, το 74,2% ήταν γυναίκες και ένα ποσοστό 7,5% δεν απάντησε στη σχετική ερώτηση. Όσον αφορά την κατανομή του φύλου στο δείγμα, αυτή είναι ικανοποιητική, καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται στα νοσοκομεία είναι γυναίκες.

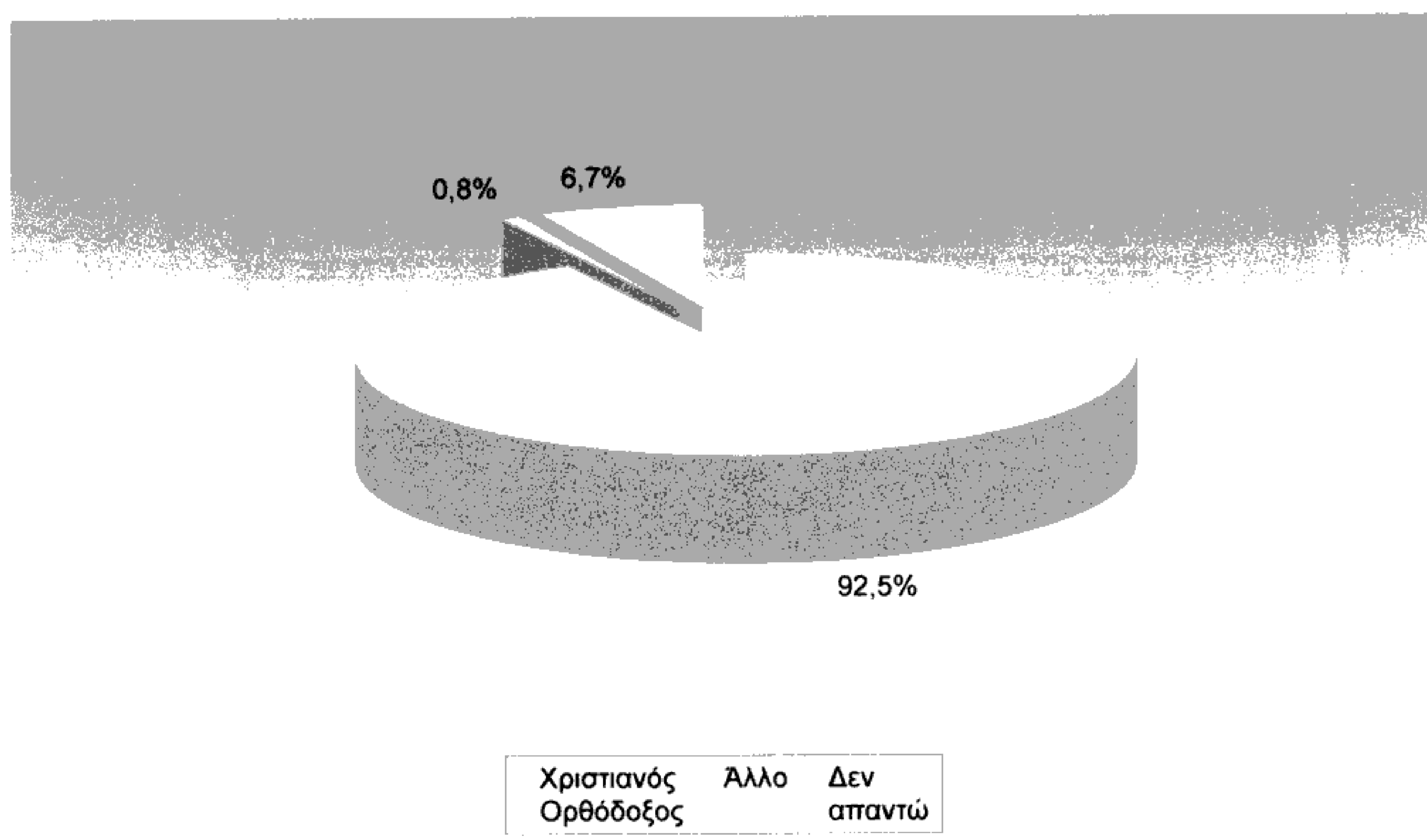
Γράφημα 2: Κατανομή του δείγματος κατά ηλικία



Όσον αφορά στην ηλικιακή κατανομή των συμμετεχόντων, προκύπτει ότι το 6,7% είναι ηλικίας μικρότερης των 25 ετών, το 20,8% είναι μεταξύ 26 έως 30 ετών, το 45% είναι μεταξύ 31 έως 40 ετών, 41 έως 50 ετών είναι το 19,2% των ερωτηθέντων, 51 έως 60 ετών είναι το 7,5%, ενώ τέλος ένα άτομο που συμμετείχε στην έρευνα δεν δήλωσε την ηλικία του. Παρατηρώντας την ηλικιακή κατανομή του νοσηλευτικού προσωπικού που πήρε μέρος στην έρευνα, εύκολα διαπιστώνουμε ότι αυτή ακολουθεί την κανονική κατανομή, αφού έχουμε υψηλή συγκέντρωση τιμών στην ηλικιακή ομάδα 31-40 και σταδιακή μείωση εκατέρωθεν της ομάδας αυτής, με τρόπο ώστε να σχηματίζεται η γνωστή «καμπάνα» της κανονικής κατανομής με πολύ μεγάλη ευκρίνεια.

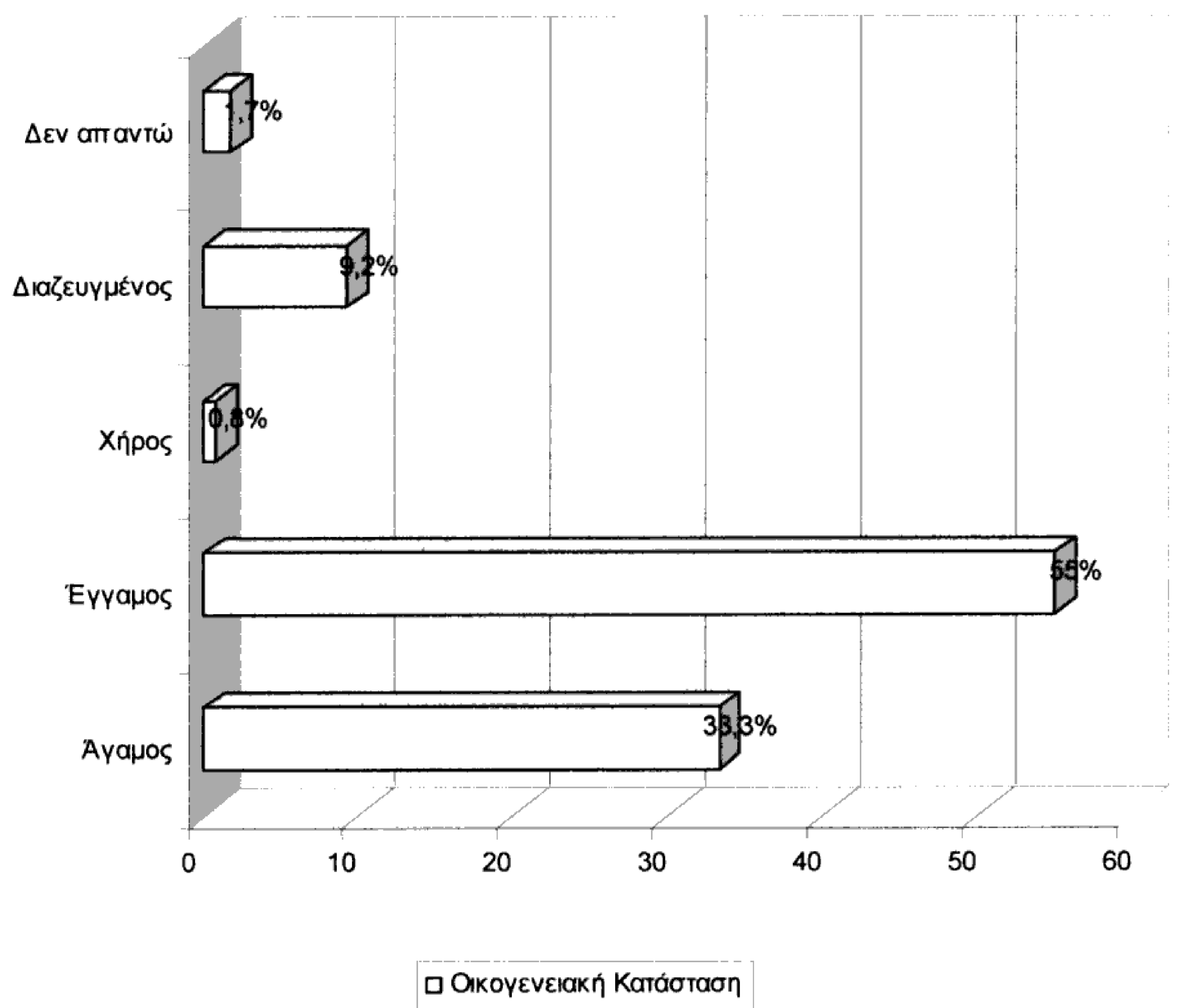
Ένα από τα στοιχεία που θεωρήθηκε ότι μπορεί να παρουσιάσει ενδιαφέρον, εξαιτίας του αντικειμένου της έρευνας είναι το θρήσκευμα των ερωτηθέντων, αφού η έρευνα αγγίζει πολύ λεπτά κοινωνικά και ηθικά θέματα, τα οποία επηρεάζονται από τις θρησκευτικές αντιλήψεις του κάθε ατόμου.

Γράφημα 3 : Κατανομή του δείγματος κατά θρήσκευμα



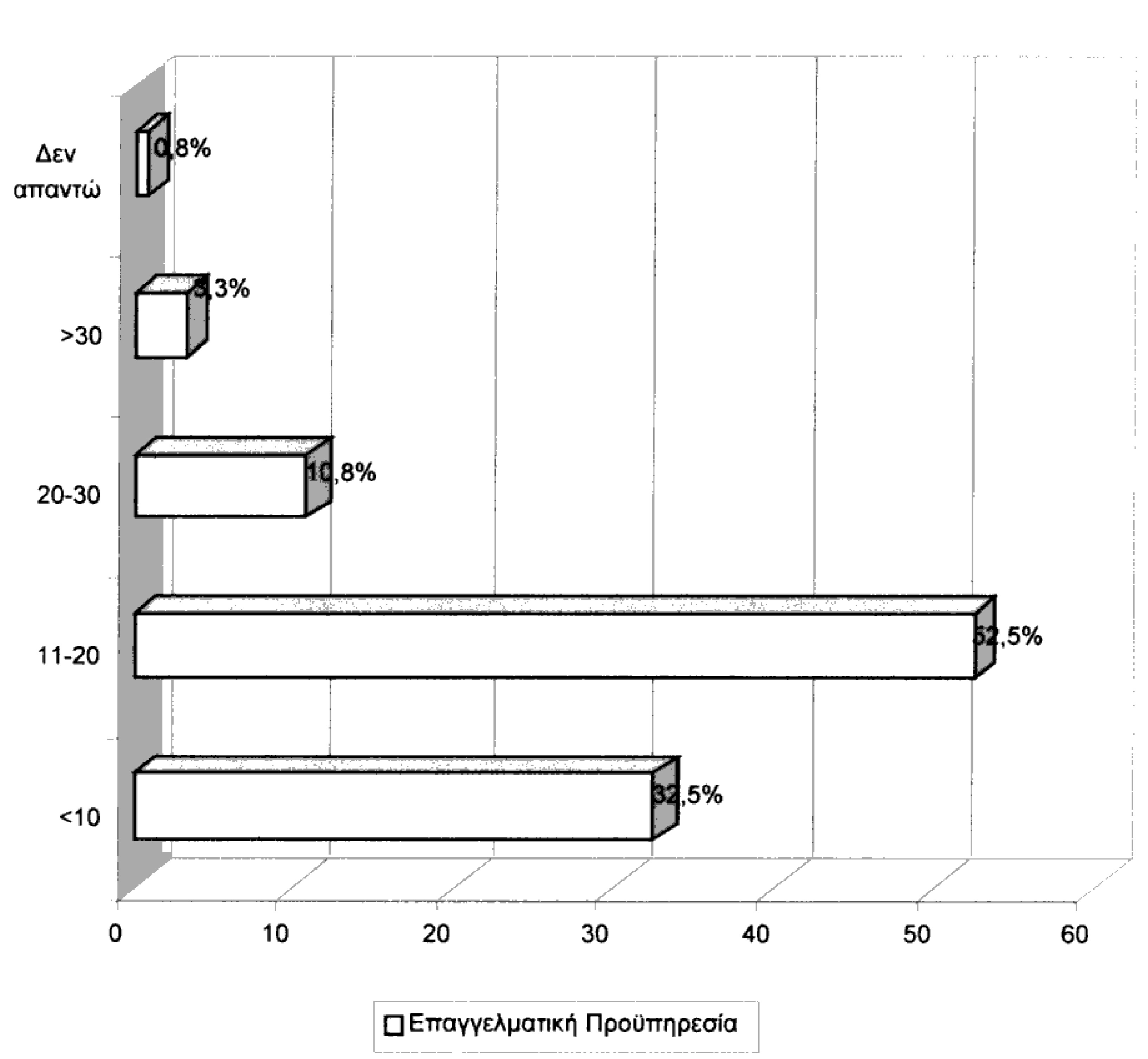
Έτσι, το 92,5% είναι χριστιανοί ορθόδοξοι, μόλις το 0,8% δήλωσε διαφορετικό θρήσκευμα, ενώ το 6,7% αρνήθηκε να απαντήσει.

Γράφημα 4: Κατανομή του δείγματος κατά οικογενειακή κατάσταση



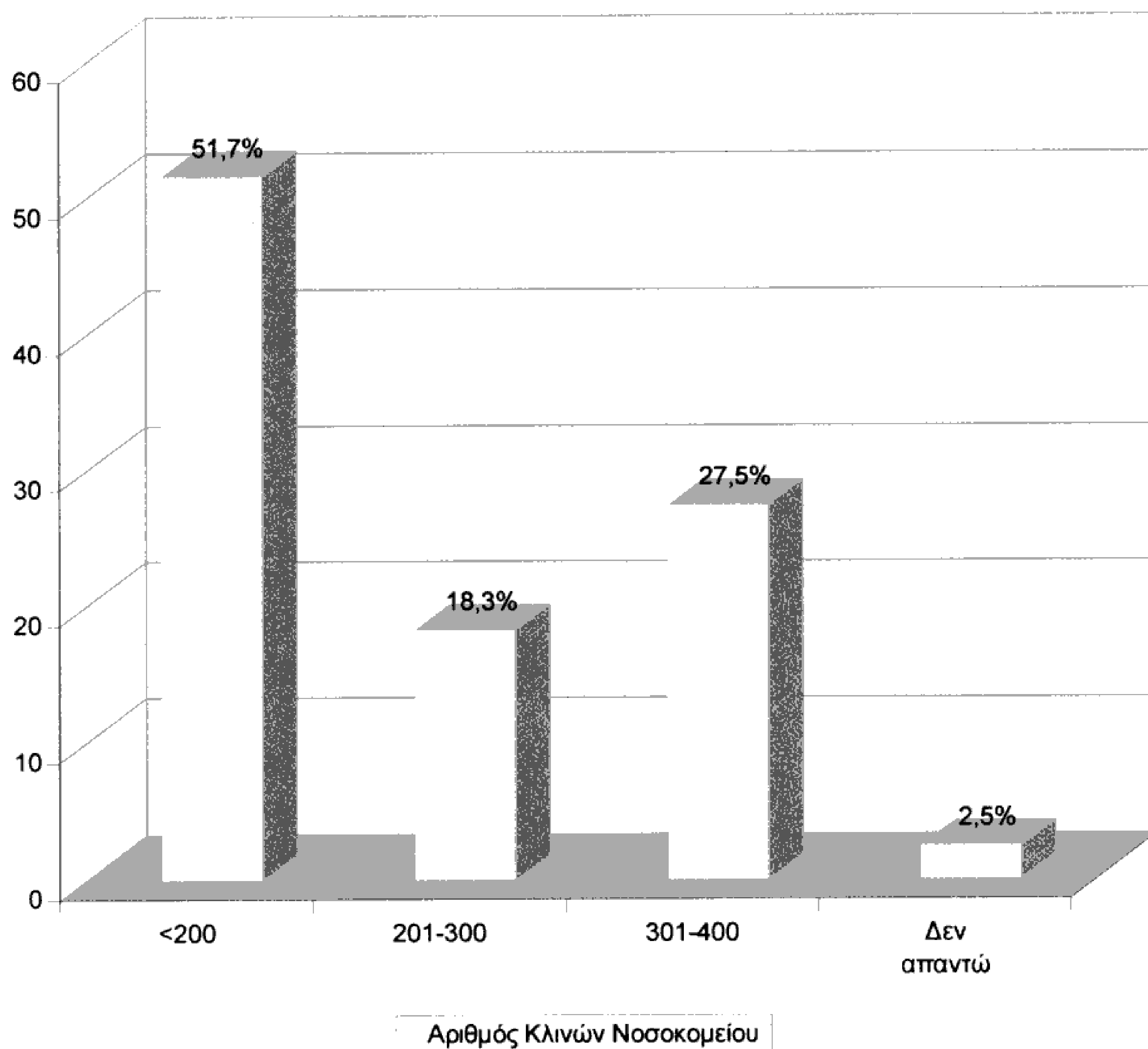
Ένα άλλο στοιχείο που καταγράφηκε, προκειμένου να σχηματίσουμε ένα γενικό προφίλ των ερωτηθέντων είναι η οικογενειακή τους κατάσταση, σύμφωνα με την οποία το 33,3% είναι άγαμοι, το 55% είναι έγγαμοι, το 0,8% είναι χήροι, ενώ το 9,2% είναι διαζευγμένοι. Υπήρχε ένα ποσοστό 1,7% των ερωτηθέντων οι οποίοι δεν δέχθηκαν να δώσουν στοιχεία για την οικογενειακή τους κατάσταση.

Γράφημα 5 :Κατανομή του δείγματος κατά επαγγελματική προϋπηρεσία



Όσο αφορά στο εργασιακό προφίλ των ερωτηθέντων, τα στοιχεία τα οποία συγκεντρώθηκαν έχουν να κάνουν με την επαγγελματική προϋπηρεσία, τον αριθμό κλινών του νοσοκομείου και του τμήματος στο οποίο εργάζονται και την ειδικότητα του τομέα στον οποίο απασχολούνται. Το 32,5% των εργαζομένων που έλαβαν μέρος στην έρευνα εργάζεται λιγότερο από 10 έτη, το 52,5% εργάζεται από 11 έως 20 έτη, το 10,8% εργάζεται από 20 έως 30 έτη και το 3,3% εργάζεται περισσότερα από 30 έτη. Επίσης, το 0,8% αρνήθηκε να απαντήσει στο σχετικό ερώτημα.

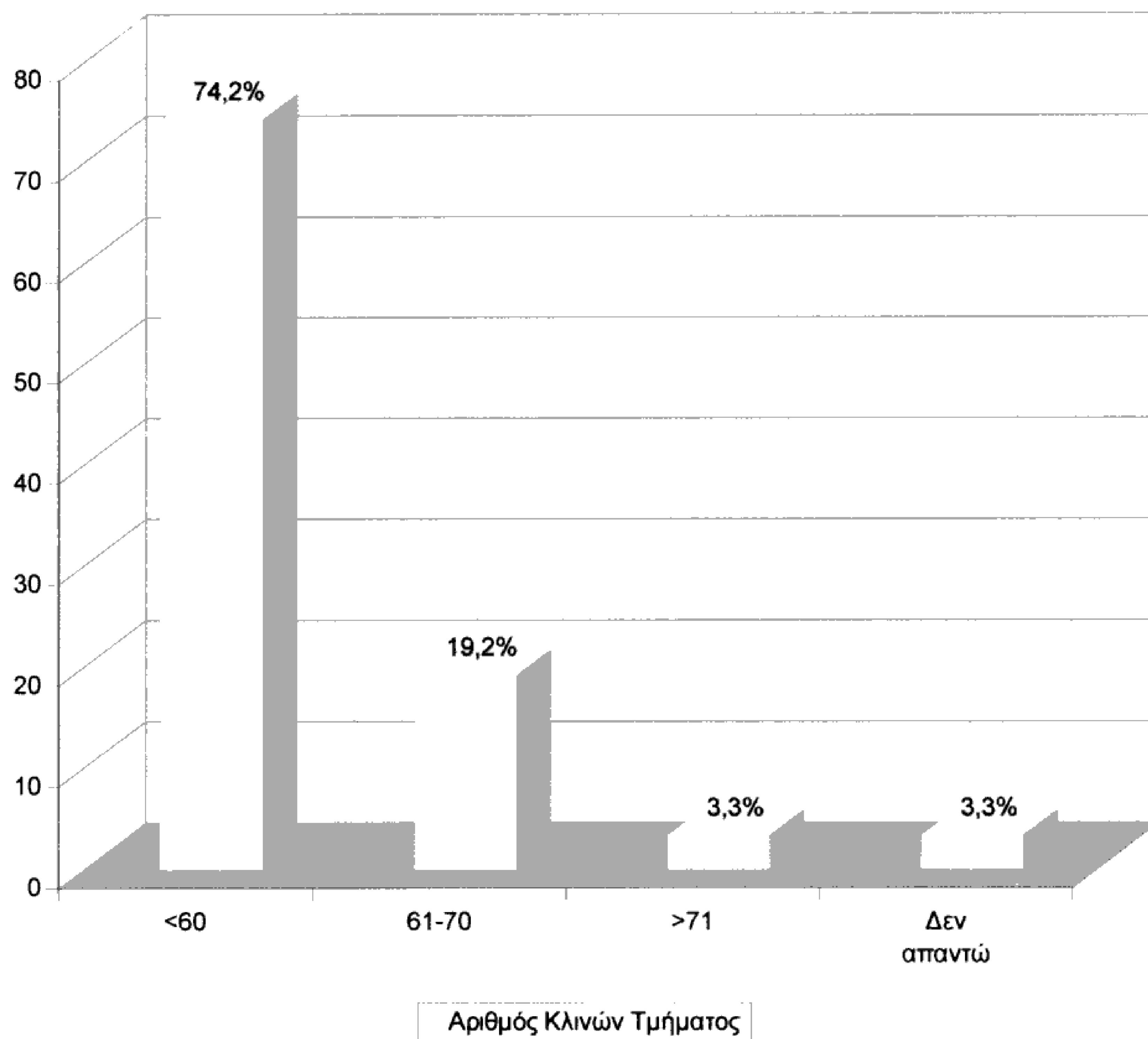
Γράφημα 6: Κατανομή του δείγματος κατά αριθμό κλινών νοσοκομείου



Επίσης η κατανομή των εργαζομένων στα νοσοκομεία, ανάλογα με τον αριθμό κλινών των νοσοκομείων έχει ως εξής: το 51,7% εργάζεται σε νοσοκομείο με αριθμό κλινών μικρότερο από 200, το 18,3% εργάζεται σε νοσοκομείο που έχει από 201 έως 300 κλίνες, το 27,5% εργάζεται σε νοσοκομείο που έχει από 301 έως 400 κλίνες, ενώ το 2,5% των ερωτηθέντων δεν έδωσαν στοιχεία για τον αριθμό κλινών του νοσοκομείου στο οποίο εργάζονται.

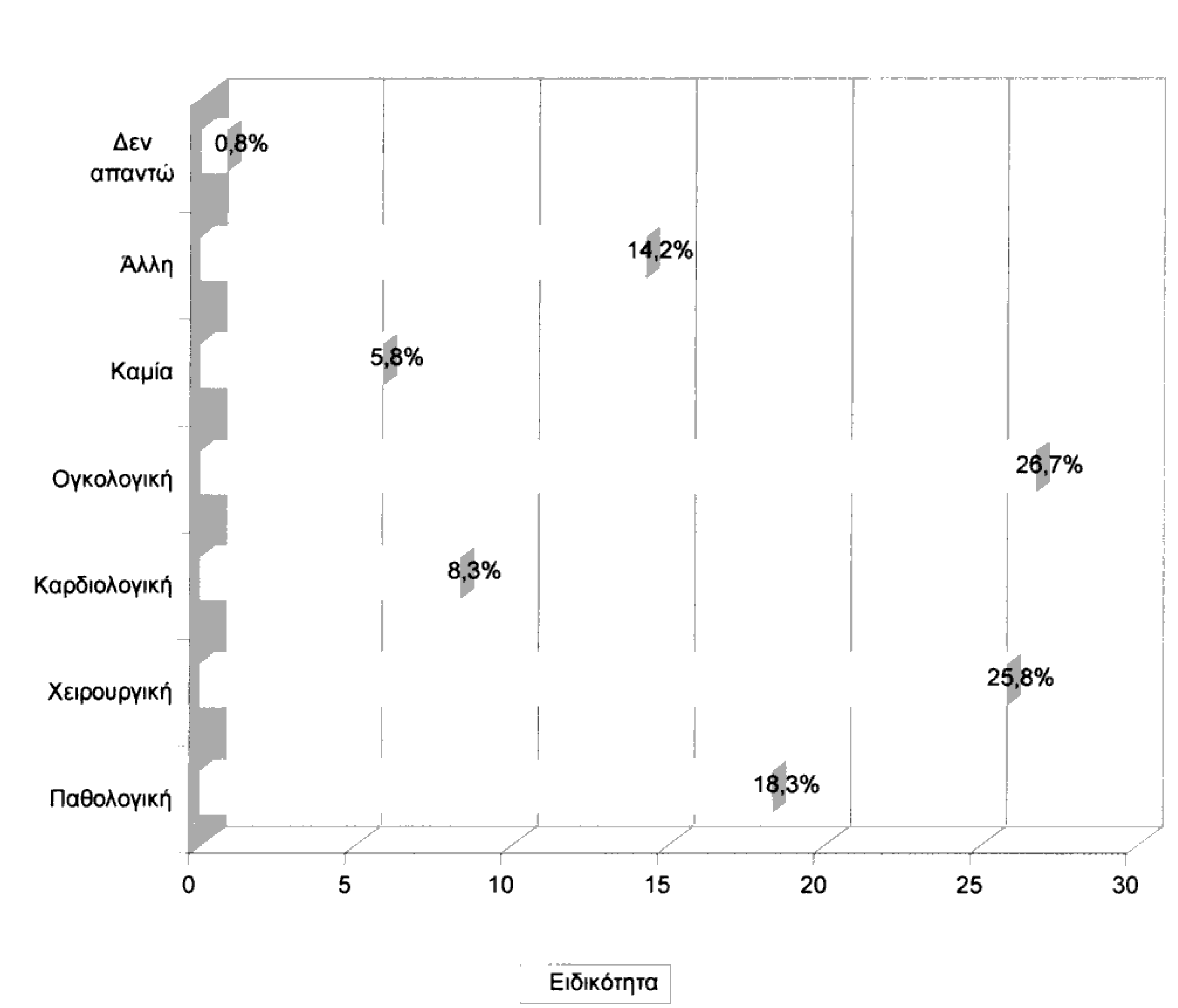
Αντίστοιχα στοιχεία συλλέχθηκαν και για τα τμήματα στα οποία εργάζονται οι ερωτώμενοι.

Γράφημα 7 : Κατανομή του δείγματος κατά αριθμό κλινών τμήματος



Σύμφωνα με τα στοιχεία αυτά, το 74,2% εργάζονται σε τμήμα με λιγότερες από 60 κλίνες, το 19,2% σε τμήμα από 61-70 κλίνες και το 3,3% σε τμήμα με περισσότερες από 71 κλίνες. Το υπόλοιπο 3,3% αρνήθηκε να δηλώσει τον αριθμό κλινών του τμήματος στο οποίο εργάζεται.

Γράφημα 8: Κατανομή του δείγματος κατά ειδικότητα

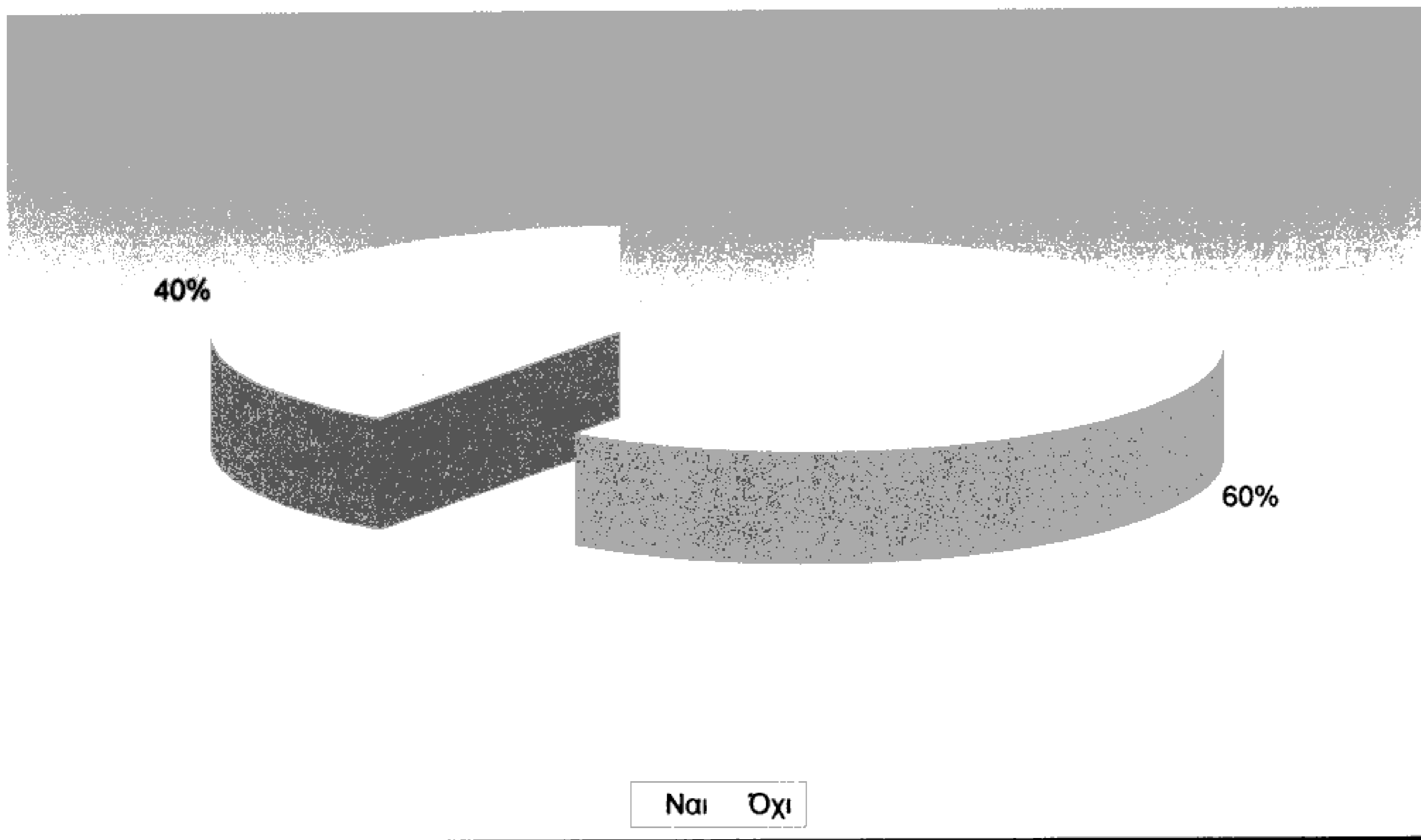


Τέλος, αναφορικά με την ειδικότητα των ερωτηθέντων, προκύπτει ότι το 18,3% εργάζονται στην Παθολογική, το 25,8% στη Χειρουργική, το 8,3% στην Καρδιολογική, το 26,7% στην Ογκολογική, το 5,8% σε καμία, το 14,2% σε άλλη ειδικότητα, ενώ το 0,8% δεν απάντησε.

Έχοντας ολοκληρώσει το προφίλ, προσωπικό και εργασιακό των συμμετεχόντων στην έρευνα, θα συνεχίσουμε δίνοντας στοιχεία για τα ευρήματα της έρευνας. Πάντως, ως ένα πρώτο χαρακτηριστικό, εντύπωση προκαλεί η άρνηση των συμμετεχόντων να δώσουν πληροφορίες που αφορούν είτε σε δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, είτε σε προσωπικό ή εργασιακό προφίλ. Ως αιτία για το φαινόμενο αυτό, πιθανολογείται ότι είναι το θέμα της έρευνας, που αποτελεί θέμα ταμπού για τη σύγχρονη ελληνική κοινωνία και όχι μόνο.

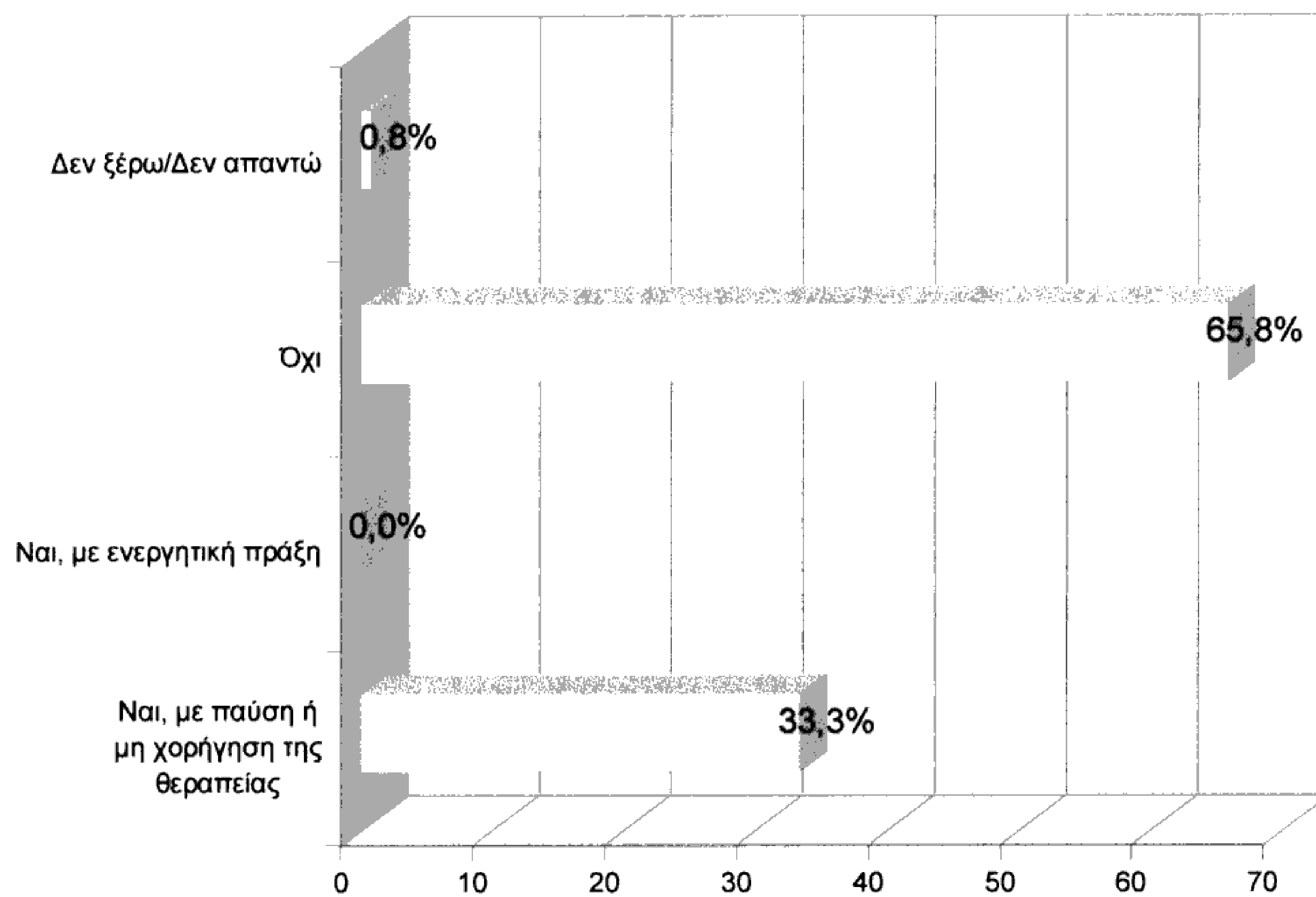
2.5. ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Γράφημα 9 : Αποτελέσματα στην ερώτηση αν έχουν συχνή επαφή με ασθενείς που βρίσκονται σε τελειωτικό στάδιο



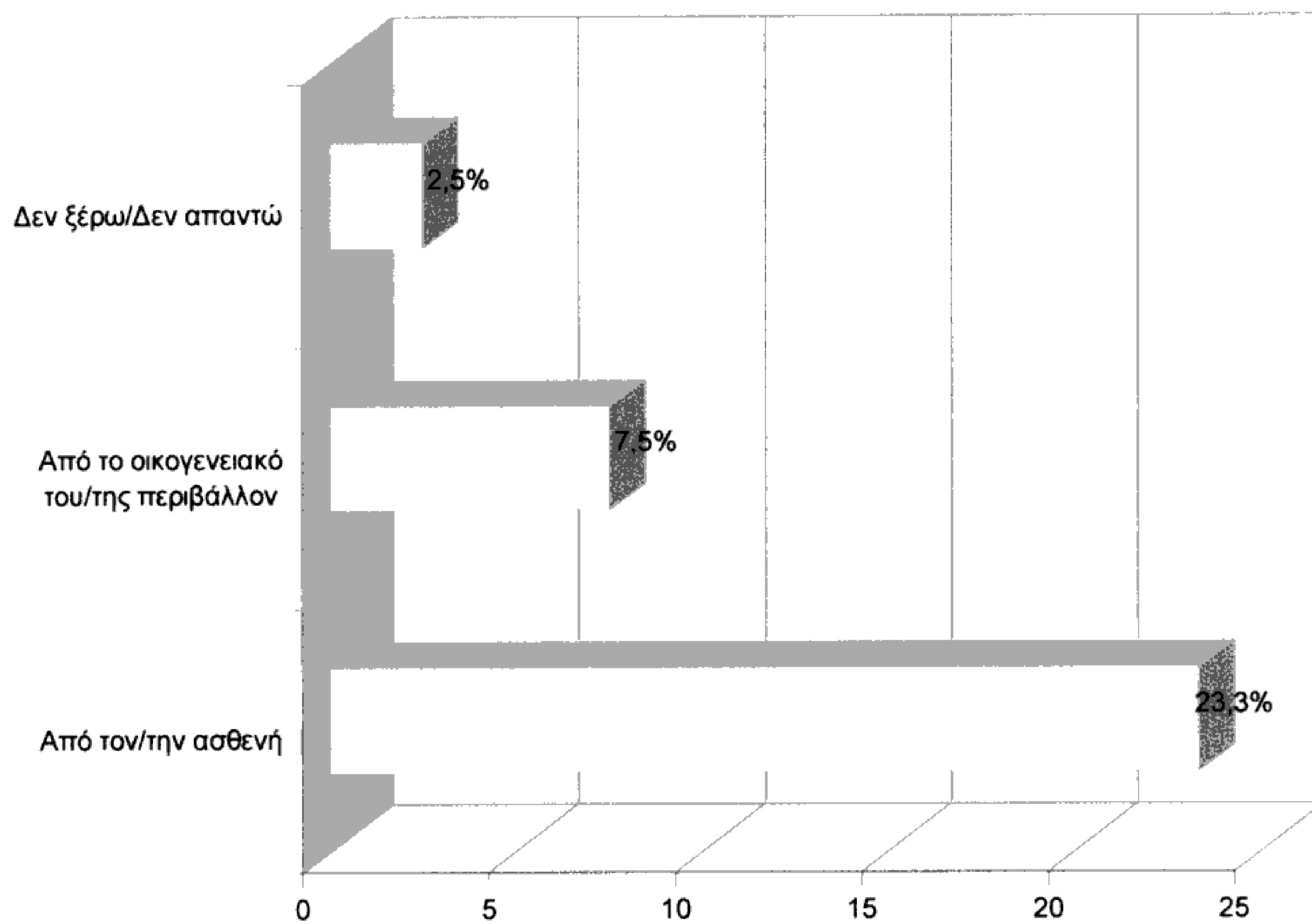
Από τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν προκύπτει ότι το 60% των νοσηλευτών που έλαβαν μέρος στην έρευνα έχει συχνή επαφή με ασθενείς που βρίσκονται σε τελειωτικό στάδιο. Το γεγονός αυτό είναι ενθαρρυντικό όσον αφορά στην εγκυρότητα των απαντήσεων που δίνονται από τους ερωτώμενους, αφού υπάρχει μία σχετική τουλάχιστον εμπειρία σχετικά με προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι τελειωτικοί ασθενείς .

Γράφημα 10 : Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με το ερώτημα : "Έχετε δεχτεί αίτημα για παύση ή μη χορήγηση της θεραπείας;"



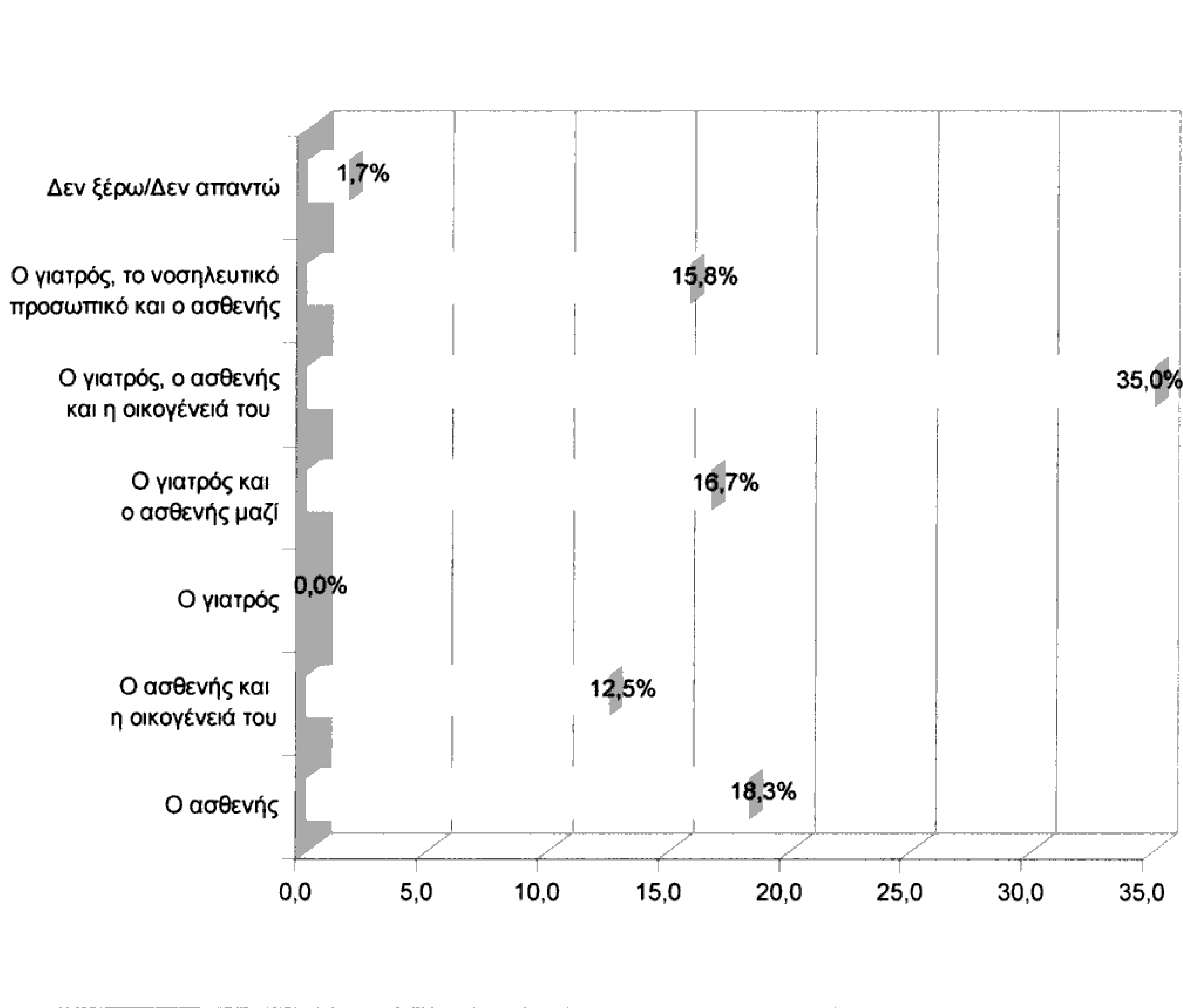
Κατά τη διάρκεια της καριέρας τους μόλις το 33,3% δέχτηκε αίτημα για παύση ή μη χορήγηση της θεραπείας, ενώ ως επί το πλείστον (με ποσοστό 65,8%) οι νοσηλευτές δεν δέχτηκαν ποτέ παρόμοιο αίτημα. Στο ερώτημα αν κατά τη διάρκεια της καριέρας τους είχαν ποτέ δεχτεί αίτημα για διακοπή της θεραπείας ή περιορισμό της, ήταν και η θετική απάντηση με ενεργητική πράξη, αλλά κανείς δεν την επέλεξε. Στο παραπάνω γράφημα φαίνονται όλες οι πιθανές απαντήσεις με τα αντίστοιχα ποσοστά τους.

Γράφημα 11: Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με το ερώτημα : "Από πού δέχτηκαν αίτημα για διακοπή ή περιορισμό της θεραπείας;"



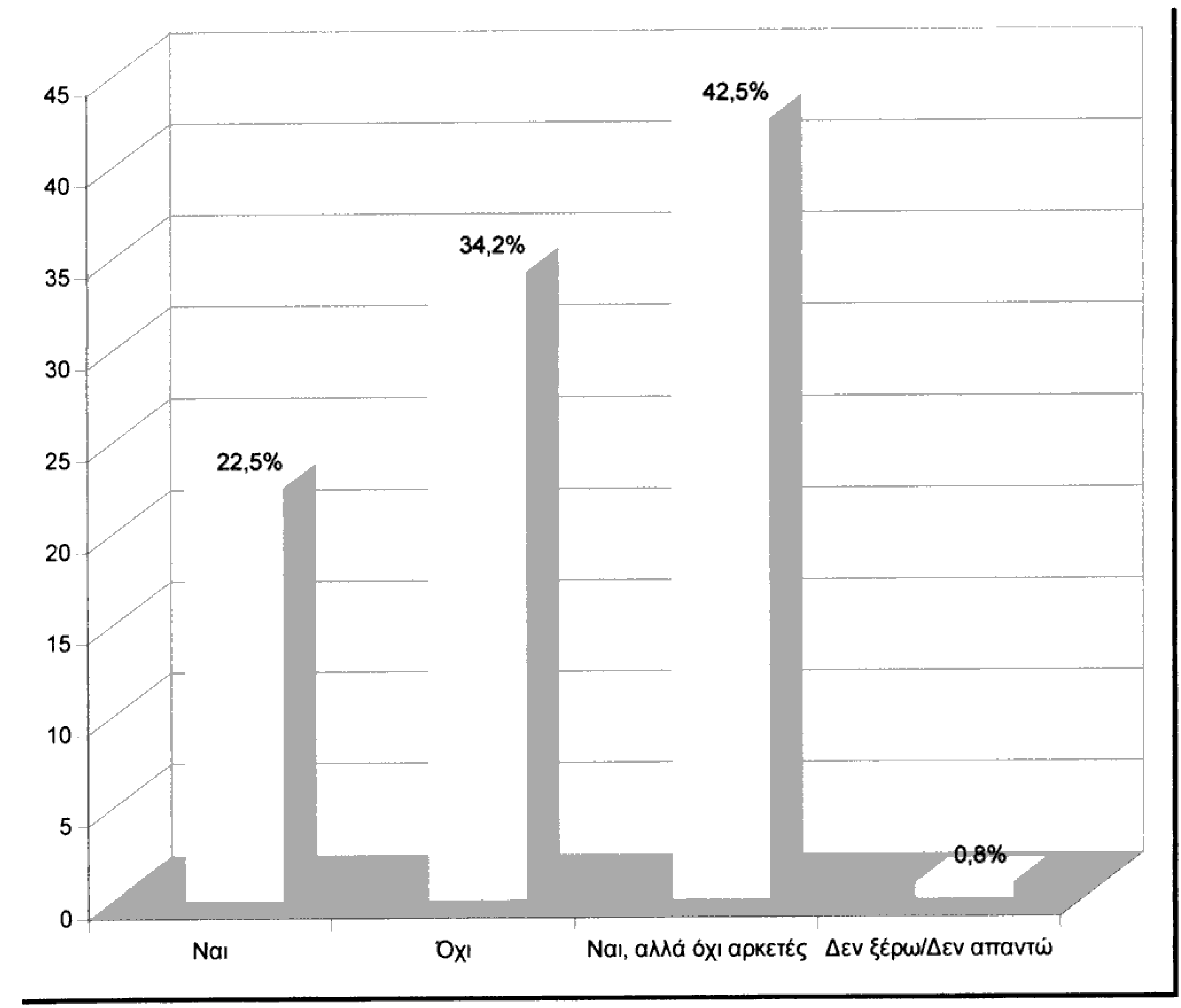
Από το σύνολο των νοσηλευτών που δέχτηκαν αίτημα για διακοπή ή περιορισμό της θεραπείας, το 23,3% δέχτηκε το αίτημα από ίδιο τον ασθενή, το 7,5% από το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς, ενώ το 2,5% δεν απάντησαν στο ερώτημα από ποιόν διατυπώθηκε το αίτημα.

Γράφημα 12 : Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με το ερώτημα:" Ποιος πιστεύετε ότι πρέπει να πάρει τις αποφάσεις που αφορούν το τέλος της ζωής;"



Όσον αφορά στο ποιος θεωρούν οι νοσηλευτές ότι πρέπει να πάρει τις αποφάσεις για το τέλος της ζωής του ασθενούς, κατά ένα μεγάλο ποσοστό (35%) απάντησαν ότι ο γιατρός, ο ασθενής και η οικογένειά του θα πρέπει να συναποφασίσουν. Το 18,3% απάντησε ότι πρέπει να αποφασίσει ο ασθενής μόνος του. Το 16,7% απάντησε ότι πρέπει να αποφασίσει ο γιατρός και ο ασθενής μαζί, το 15,8% απάντησε ότι πρέπει να αποφασίσει ο γιατρός, το νοσηλευτικό προσωπικό και ο ασθενής και το 12,5% απάντησε ότι πρέπει να αποφασίσει ο ασθενής και η οικογένειά του μόνο. Το 1,7% των νοσηλευτών δεν απάντησε καθόλου. Από τους ερωτώμενους κανείς δεν πιστεύει ότι ο γιατρός μόνος του θα πρέπει να λάβει μία τέτοια απόφαση, ενώ ένα σχετικά μικρό ποσοστό (15,8%) θα ήθελε να εμπλακεί το νοσηλευτικό προσωπικό στη λήψη αποφάσεων που αφορούν το τέλος της ζωής του ασθενή.

Γράφημα 13 : Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με το ερώτημα: "Η εκπαίδευσή σας περιλαμβάνει θεωρητικές γνώσεις οι οποίες θα μπορούσαν να καθοδηγήσουν τις επιλογές /αποφάσεις σας;



Στο ερώτημα αν η εκπαίδευσή του νοσηλευτικού προσωπικού περιλαμβάνει θεωρητικές γνώσεις οι οποίες θα μπορούσαν να καθοδηγήσουν τις επιλογές /αποφάσεις τους βρέθηκε ότι σε ποσοστό 42,5% οι νοσηλευτές θεωρούν ότι η εκπαίδευσή τους περιλαμβάνει θεωρητικές γνώσεις αλλά όχι αρκετές. Το 34,2% θεωρεί ότι η εκπαίδευσή τους δεν περιλαμβάνει θεωρητικές γνώσεις, ενώ το 22,5% πιστεύει ότι περιλαμβάνει. Στο σημείο αυτό είναι σημαντικό να αναφερθεί η συνέπεια που υπάρχει στις απαντήσεις των ερωτηθέντων, τόσο όσον αφορά στο ποιος θεωρούν ότι πρέπει να αναλάβει την ευθύνη για αποφάσεις που αφορούν στο τέλος της ζωής των ασθενών (μόνο το 15,8% πιστεύει ότι το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να συμμετέχει στην ανάληψη της ευθύνης αυτής), όσο και αναφορικά με τις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις.

Πίνακας 1: Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με το ερώτημα:" Θεωρείτε επαρκή τη συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού και την επικοινωνία του με το ιατρικό προσωπικό στη συζήτηση σχετικά με το αίτημα ενός ασθενή να πεθάνει;"

Θεωρείτε επαρκή τη συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού και την επικοινωνία του με το ιατρικό προσωπικό στη συζήτηση σχετικά με το αίτημα ενός ασθενούς να πεθάνει;	
Πολύ	16,7%
Αρκετά	8,3%
Λίγο	30,0%
Καθόλου	42,5%
Δεν ξέρω / Δεν απαντώ	2,5%

Ένα άλλο ζήτημα που τέθηκε στην έρευνα είναι η επαρκής συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού στη συζήτηση σχετικά με το αίτημα ενός ασθενούς να πεθάνει και η επικοινωνία του με το ιατρικό προσωπικό, το 42,5% δεν θεωρεί καθόλου επαρκή τη συμμετοχή του.

Πίνακας 2: Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με το ερώτημα:" Θα συμφωνούσατε, ύστερα από επίμονο αίτημα του ασθενούς σε τελικό στάδιο, να σταματήσει την θεραπεία ή να μην αρχίσει;"

Θα συμφωνούσατε, ύστερα από επίμονο αίτημα του ασθενούς σε τελικό στάδιο, να σταματήσει την θεραπεία ή να μην αρχίσει;	
Συμφωνώ	31,7%
Μάλλον Συμφωνώ	36,7%
Μάλλον Διαφωνώ	6,7%
Διαφωνώ	21,7%
Δεν ξέρω / Δεν απαντώ	3,3%

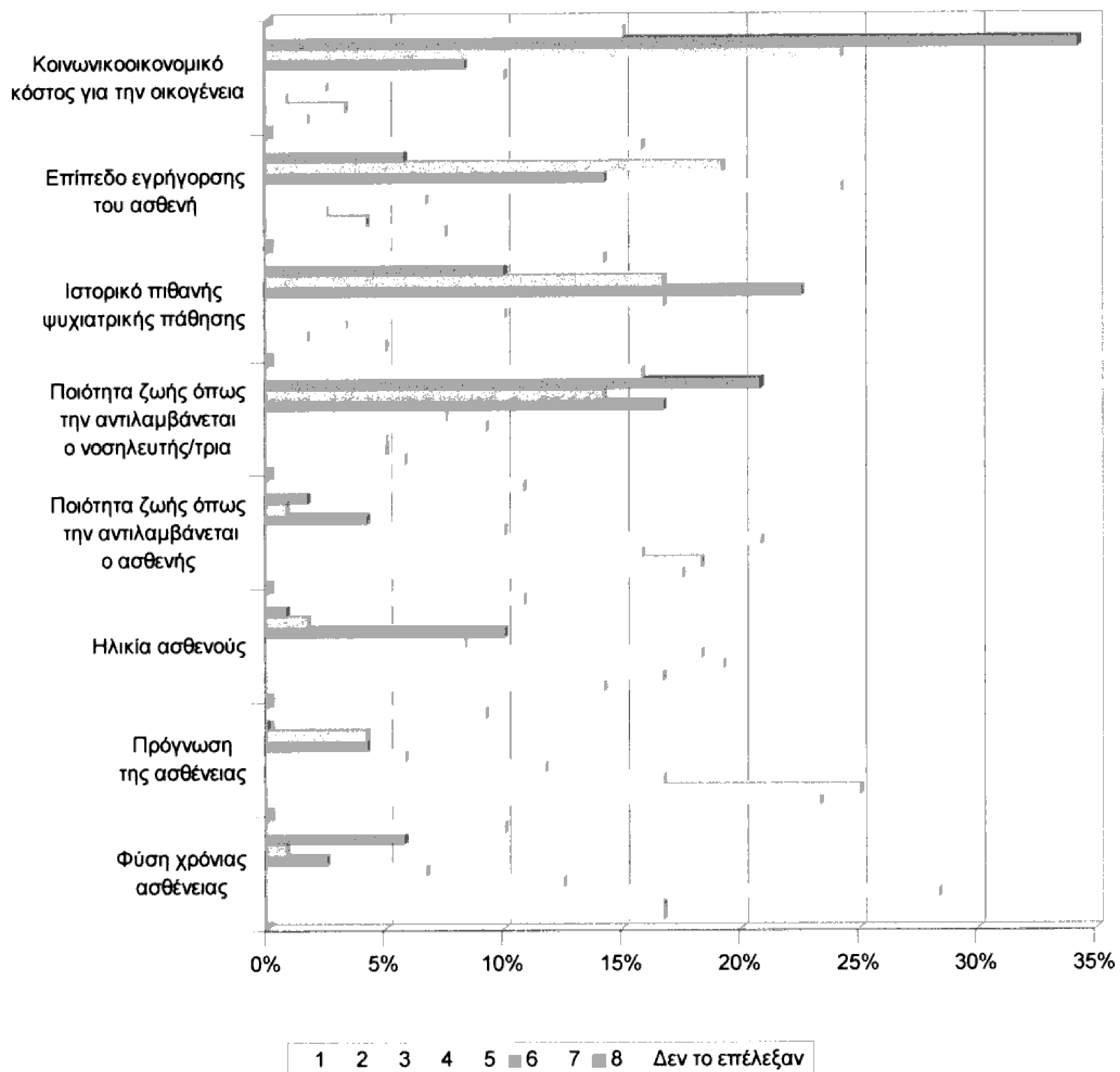
Χαρακτηριστική είναι η θετική ή μάλλον θετική ανταπόκριση των νοσηλευτών (31,7% και 36,7% αντίστοιχα) στο ερώτημα σχετικά με το αν θα συμφωνούσαν, ύστερα από επίμονο αίτημα του ασθενούς σε τελικό στάδιο, να σταματήσει τη θεραπεία ή να μην την αρχίσει.

Όσον αφορά στα ζητήματα που οι ερωτώμενοι θα ήθελαν να έχουν επαρκείς πληροφορίες, προκειμένου να λάβουν μια απόφαση περιορισμού ή μη της θεραπείας, προκύπτει ότι αυτά περιλαμβάνουν την πρόγνωση της ασθένειας, η ποιότητα ζωής όπως την αντιλαμβάνεται ο ασθενής και η φύση της χρόνιας ασθένειας.

Πίνακας 3: Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με το ερώτημα:" Προκειμένου να ληφθεί μια απόφαση περιορισμού ή μη της θεραπείας, για ποια από τα παρακάτω ζητήματα θα θέλατε να έχετε επαρκείς πληροφορίες;"

Προκειμένου να ληφθεί μία απόφαση περιορισμού ή μη της θεραπείας, για ποια από τα παρακάτω ζητήματα θα θέλατε να έχετε επαρκείς πληροφορίες;									
	Σειρά Προτεραιότητας (Ποσοστό %)								Δεν το επέλεξαν
	1	2	3	4	5	6	7	8	
Φύση χρόνιας ασθένειας	16,7%	16,7%	28,3%	12,5%	6,7%	2,5%	0,8%	5,8%	10,0%
Πρόγνωση της ασθένειας	23,3%	25,0%	16,7%	11,7%	5,8%	4,2%	4,2%	0,0%	9,2%
Ηλικία ασθενούς	14,2%	16,7%	19,2%	18,3%	8,3%	10,0%	1,7%	0,8%	10,8%
Ποιότητα ζωής όπως την αντιλαμβάνεται ο ασθενής	17,5%	18,3%	15,8%	20,8%	10,0%	4,2%	0,8%	1,7%	10,8%
Ποιότητα ζωής όπως την αντιλαμβάνεται ο νοσηλευτής/τρια	5,8%	5,0%	5,0%	9,2%	7,5%	16,7%	14,2%	20,8%	15,8%
Ιστορικό πιθανής ψυχιατρικής πάθησης	5,0%	1,7%	3,3%	10,0%	16,7%	22,5%	16,7%	10,0%	14,2%
Επίπεδο εγρήγορσης του ασθενή	7,5%	4,2%	2,5%	6,7%	24,2%	14,2%	19,2%	5,8%	15,8%
Κοινωνικοοικονομικό κόστος για την οικογένεια	1,7%	3,3%	0,8%	2,5%	10,0%	8,3%	24,2%	34,2%	15,0%

Γράφημα 14 : Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με τα ζητήματα (κατά προτεραιότητα) για τα οποία θα ήθελαν να έχουν επαρκείς πληροφορίες πριν τη λήψη μιας απόφασης ή μη της θεραπείας.



Από την μελέτη των αποτελεσμάτων της έρευνας φαίνεται ότι την πρώτη σειρά προτίμησης έλαβε η **πρόγνωση της ασθένειας** με ποσοστό 23,3%.

Ακολουθεί το ζήτημα της **ποιότητας ζωής** όπως την αντιλαμβάνεται ο **ασθενής**, το οποίο το μεγαλύτερο μέρος του νοσηλευτικού προσωπικού το κατέταξε δεύτερο σε σημαντικότητα.

Την τρίτη σειρά προτίμησης έλαβε το ζήτημα για την **φύσης της χρόνιας ασθένειας** με το υψηλό ποσοστό 28,3%

Σχετικά με την **ηλικία του ασθενή**, οι ερωτώμενοι του έδωσαν την τέταρτη θέση.

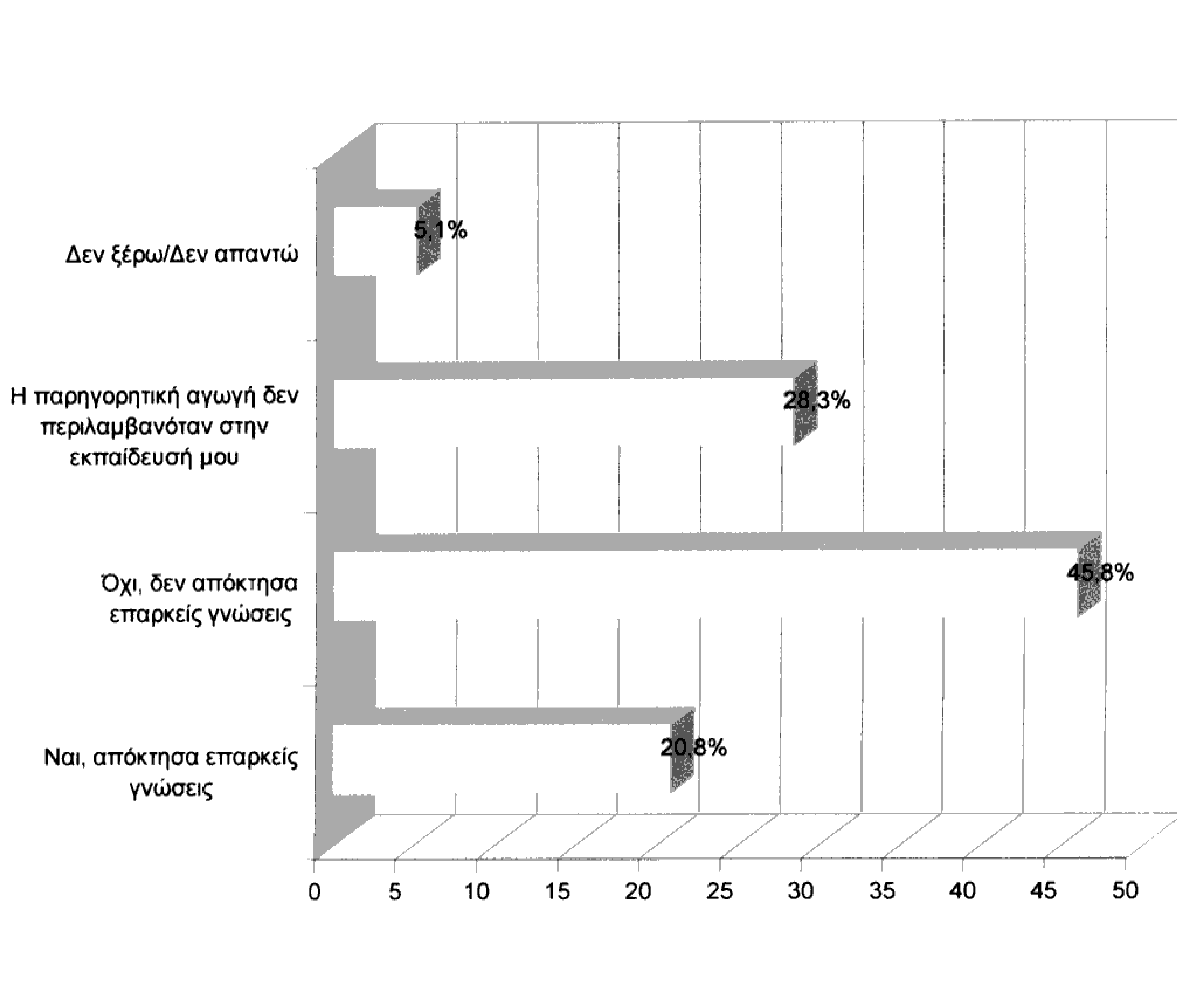
Το 24,2% του νοσηλευτικού προσωπικού θεωρεί το **επίπεδο εγρήγορσης του ασθενή** πέμπτο σε σειρά προτίμησης σχετικά με την ανάγκη επαρκούς πληροφόρησης.

Το **ιστορικό πιθανής ψυχιατρικής πάθησης** απασχολεί τους περισσότερους νοσηλευτές (22,5%) από την έκτη σειρά προτίμησης

Στην πιο χαμηλή σειρά προτίμησης κατέταξε το 20,8% **την ποιότητα ζωής όπως την αντιλαμβάνεται ο νοσηλευτής/τρια**

Το κοινωνικοοικονομικό κόστος είναι το τελευταίο σε σειρά προτίμησης ζήτημα για το οποίο θα ήθελαν επαρκείς πληροφορίες για το 34,2% των ερωτηθέντων, το προτελευταίο σε σημαντικότητα ζήτημα για 24,2% και τέλος το 15% δεν το επέλεξαν καν.

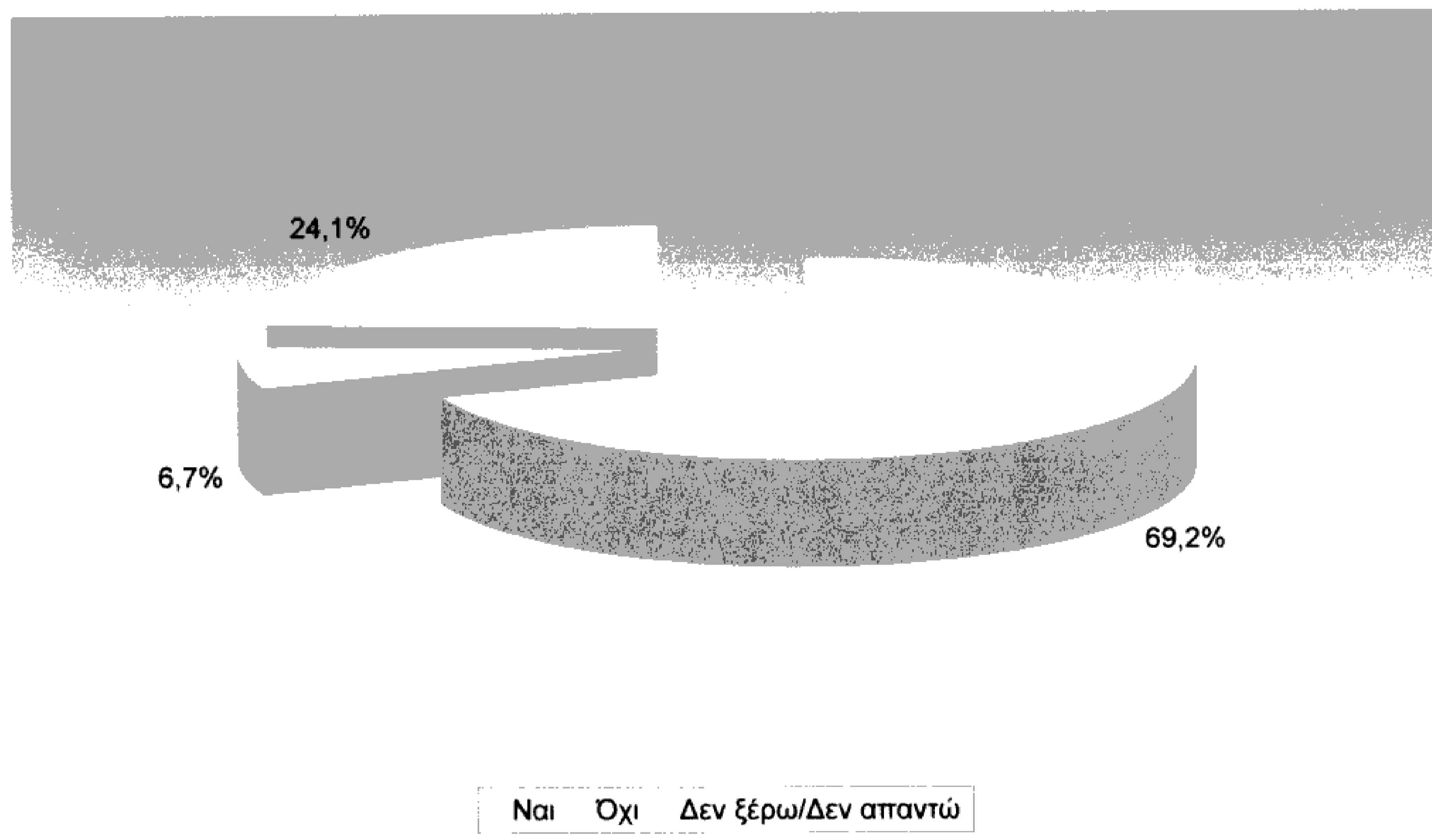
Γράφημα 15 : Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με το ερώτημα: "Πιστεύετε ότι οι γνώσεις που αποκτήσατε κατά την εκπαίδευσή σας σχετικά με την παρηγορητική αγωγή ήταν επαρκείς;"



Παρόλο όμως που η παρηγορητική αγωγή εφαρμόζεται σε ικανοποιητικό βαθμό, το 45,8% των νοσηλευτών που πήραν μέρος στην έρευνα πιστεύουν ότι οι γνώσεις που απέκτησαν κατά την εκπαίδευσή τους σχετικά με την παρηγορητική αγωγή δεν ήταν επαρκείς.

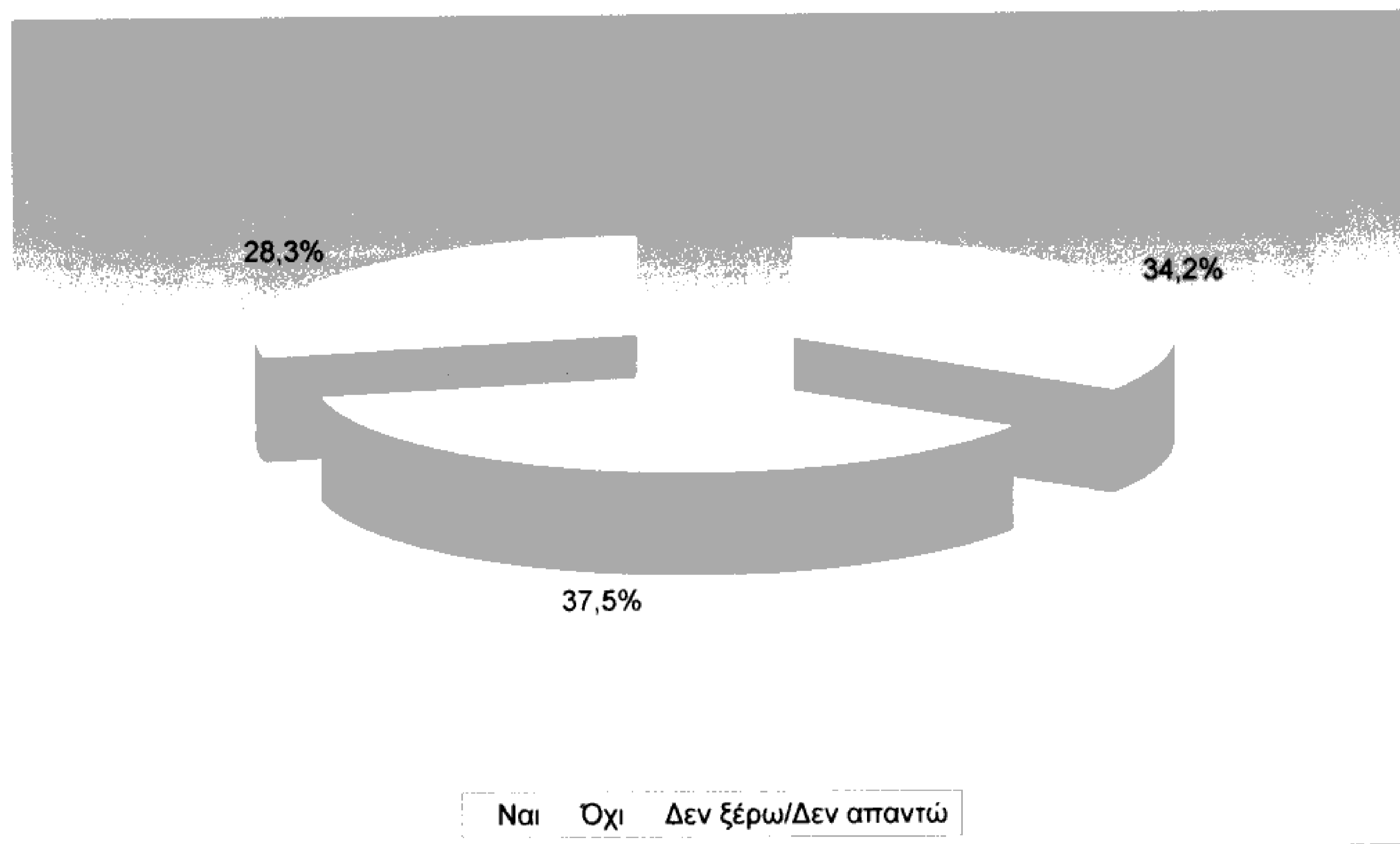
Μόνο το 20,8% θεωρεί ότι απέκτησε επαρκείς γνώσεις, ενώ για το 28,8% η παρηγορητική αγωγή δεν περιλαμβανόταν καν στην εκπαίδευσή του. Τέλος, το 5% δεν απάντησε στη σχετική ερώτηση.

Γράφημα 16 :Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με το ερώτημα: "Πιστεύετε ότι η παροχή ολοκληρωμένης παρηγορητικής θεραπείας μπορεί να μεταβάλλει το αίτημα του ασθενή σε τελικό στάδιο για ευθανασία;"



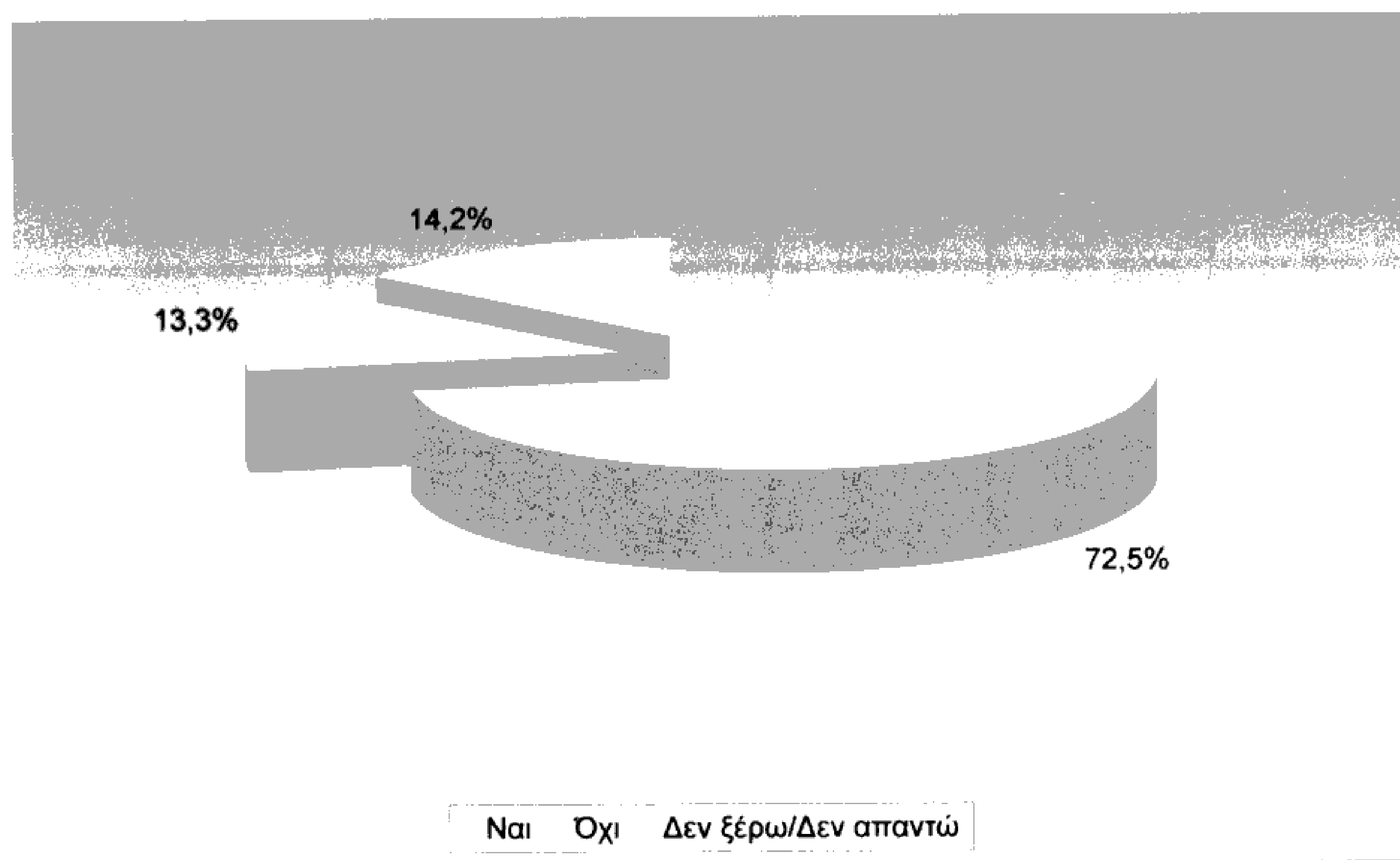
Πάντως, ιδιαίτερα ενθαρρυντικά είναι τα ευρήματα σχετικά με την αποτελεσματικότητα της παρηγορητικής αγωγής, καθώς το 69,2% απάντησαν ότι η παροχή της ολοκληρωμένης παρηγορητικής θεραπείας μπορεί να μεταβάλλει το αίτημα του ασθενή σε τελικό στάδιο για ευθανασία. Μόνο ένα πολύ μικρό ποσοστό (6,7%) απάντησε αρνητικά στο ανωτέρω ερώτημα, ενώ αρκετοί ήταν εκείνοι (24,2%)δεν απάντησαν καθόλου.

Γράφημα 17 : Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με το ερώτημα: "Γνωρίζετε ότι η χορήγηση μεγάλων δόσεων αναλγητικής αγωγής μπορεί να έχει ως παρενέργεια τη συντόμευση της ζωής του ασθενή;"



Χαρακτηριστικό της έλλειψης επαρκών γνώσεων για την αντιμετώπιση ασθενών που βρίσκονται στο τελικό στάδιο αποτελεί το γεγονός ότι το 37,5% των νοσηλευτών δεν γνωρίζουν ότι η χορήγηση μεγάλων δόσεων αναλγητικής αγωγής, μπορεί να έχει ως παρενέργεια τη συντόμευση της ζωής του ασθενή. Το 34,2% μόνο γνώριζε για την πιθανή παρενέργεια, ενώ για άλλη μια φορά ένα σχετικά υψηλό ποσοστό, 28,3%, δεν έδωσε απάντηση.

Γράφημα 18 : Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με το ερώτημα: "Συμφωνείτε με την νομιμοποίηση της ευθανασίας κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις;"



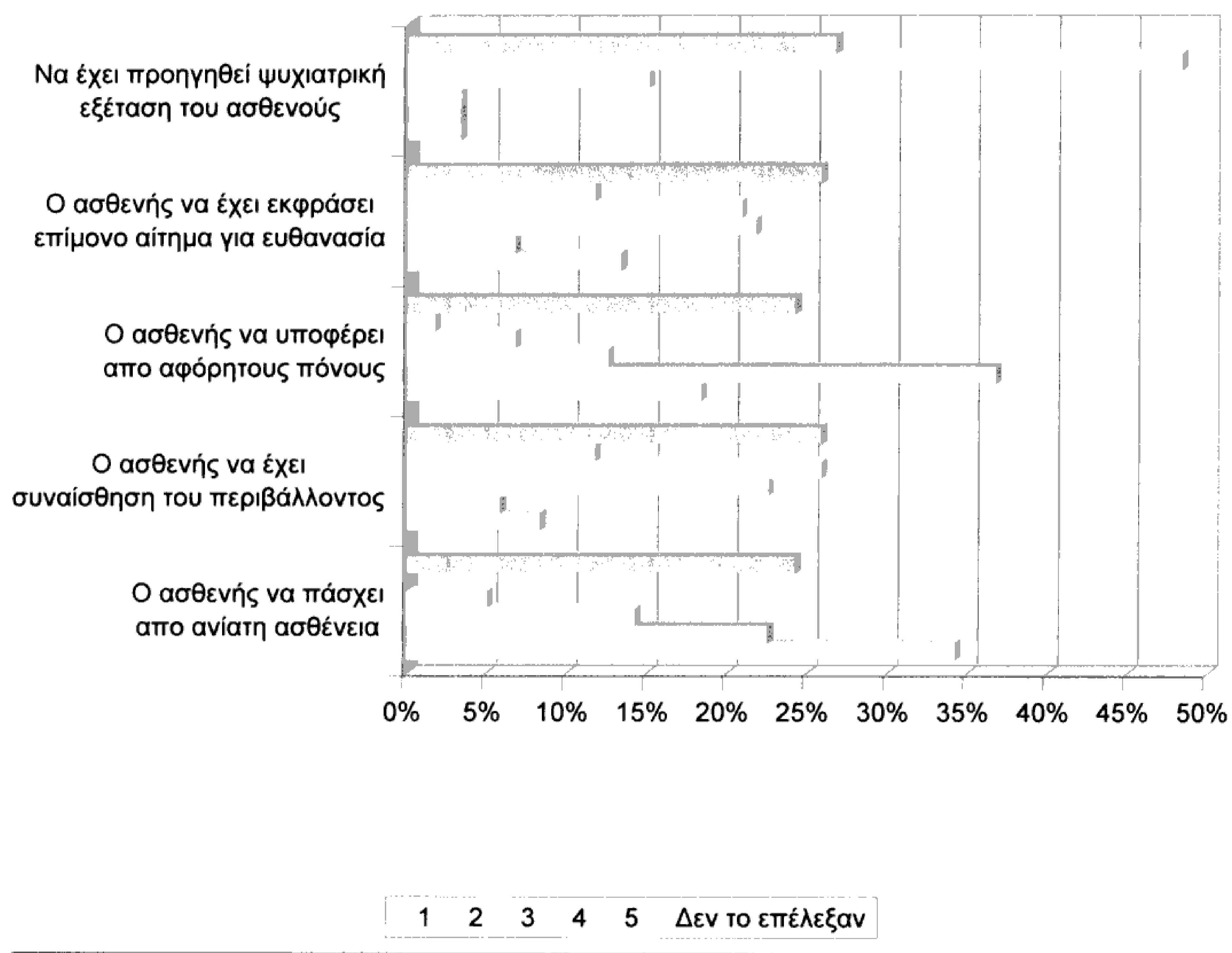
Σε ένα από τα πιο κρίσιμα ερωτήματα της έρευνας, για το αν δηλαδή το νοσηλευτικό προσωπικό που έλαβε μέρος στην έρευνα συμφωνεί με την νομιμοποίηση της ευθανασίας κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις, το 72,5% συμφώνησε. Μόνο το 13,3% διαφώνησε με την νομιμοποίηση της ευθανασίας, ενώ το 14,2% αρνήθηκε να εκφράσει την άποψή του για το ερώτημα.

Πίνακας 4 : Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με το ερώτημα:" Κάτω από ποιες προϋποθέσεις θα συμφωνούσατε να θεσμοθετηθεί η ευθανασία;"

Αν ναι, κάτω από ποιες προϋποθέσεις θα συμφωνούσατε να θεσμοθετηθεί η ευθανασία;						
	Σειρά Προτεραιότητας (Ποσοστό %)					Δεν το επέλεξαν
	1	2	3	4	5	
Ο ασθενής να πάσχει από ανίατη ασθένεια	34,2%	22,5%	14,2%	5,0%	0,0%	24,2%
Ο ασθενής να έχει συναίσθηση του περιβάλλοντος	8,3%	5,8%	22,5%	25,8%	11,7%	25,8%
Ο ασθενής να υποφέρει από αφόρητους πόνους	18,3%	36,7%	12,5%	6,7%	1,7%	24,2%
Ο ασθενής να έχει εκφράσει επίμονο αίτημα για ευθανασία	13,3%	6,7%	21,7%	20,8%	11,7%	25,8%
Να έχει προηγηθεί ψυχιατρική εξέταση του ασθενούς	3,3%	3,3%	3,3%	15,0%	48,3%	26,7%

Σχετικά με τις προϋποθέσεις κάτω από τις οποίες θα συμφωνούσε το 72,5% να θεσμοθετηθεί η ευθανασία, από αυτές που έχει προτείνει η έρευνα, την μεγαλύτερη σειρά προτίμησης, συγκέντρωσε η προϋπόθεση ο ασθενής να πάσχει από ανίατη ασθένεια.

Γράφημα 19 : Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με το ερώτημα κάτω από ποιες προϋποθέσεις θα συμφωνούσατε να θεσμοθετηθεί η ευθανασία"



Το 34,2% κατέταξε την προϋπόθεση της **ανίατης ασθένειας** πρώτη σε σειρά προτίμησης.

Το 36,7% κατέταξε στη δεύτερη σειρά προτίμησης την προϋπόθεση ο ασθενής να **υποφέρει από αφόρητους πόνους**.

Το 22,5% επέλεξε την προϋπόθεση αυτή δηλ. τη **συναίσθηση του περιβάλλοντος** στην τρίτη σειρά προτίμησης

Τέταρτο, θέτει το 20,8 % του νοσηλευτικού προσωπικού την προϋπόθεση ο ασθενής να έχει εκφράσει **επίμονο αίτημα για ευθανασία**.

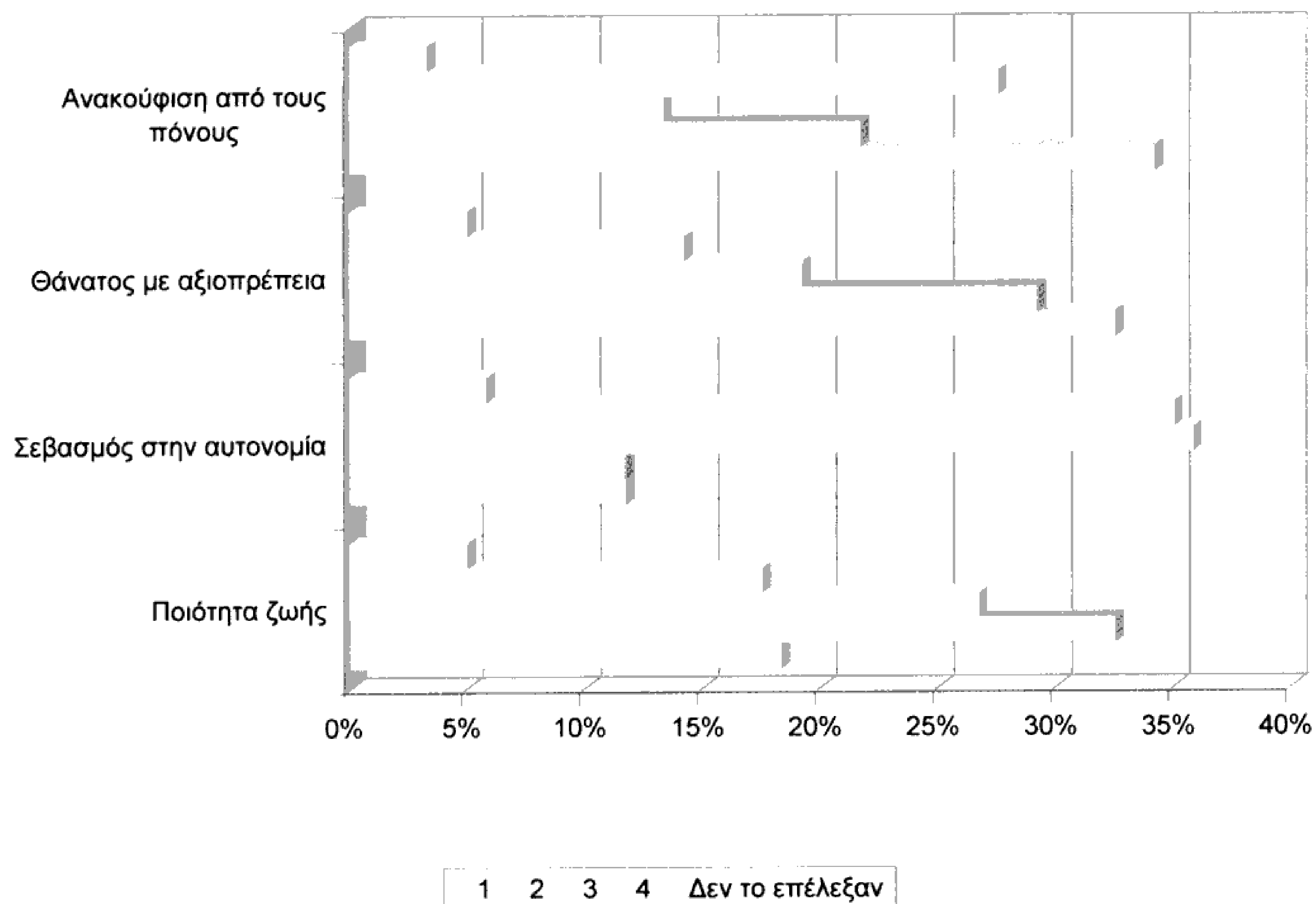
Τέλος, οι μισοί σχεδόν από τους ερωτώμενους (48,3%) δίνουν την πέμπτη σειρά προτίμησης στη προϋπόθεση να έχει προηγηθεί **ψυχιατρική εξέταση του ασθενή** και το 26,7% δεν το επέλεξε καθόλου.

Πίνακας 5: Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με το ερώτημα: "Ποιοι παράγοντες πιστεύετε ότι επηρεάζουν μια απόφαση υπέρ της ευθανασίας;"

Ποιοί παράγοντες πιστεύετε ότι επηρεάζουν μία απόφαση ΥΠΕΡ της ευθανασίας;					
	Σειρά Προτεραιότητας (Ποσοστό %)				Δεν το επέλεξαν
	1	2	3	4	
Ποιότητα ζωής	18,3%	32,5%	26,7%	17,5%	5,0%
Σεβασμός στην αυτονομία	11,7%	11,7%	35,8%	35,0%	5,8%
Θάνατος με αξιοπρέπεια	32,5%	29,2%	19,2%	14,2%	5,0%
Ανακούφιση από τους πόνους	34,2%	21,7%	13,3%	27,5%	3,3%

Στην ερώτηση σχετικά με τους παράγοντες που ενδεχομένως επηρεάζουν μια απόφαση υπέρ της ευθανασίας, η έρευνα προτείνει τέσσερις: *την ποιότητα ζωής, το σεβασμό στην αυτονομία του ασθενή, το θάνατο με αξιοπρέπεια και την ανακούφιση από τους πόνους.*

Γράφημα 20: Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με τους παράγοντες που επηρεάζουν τις αποφάσεις τους υπέρ της ευθανασίας.



Το 34,2% έδωσε την πρώτη σειρά προτίμησης στο ζήτημα της **ανακούφισης από τους πόνους**.

Τη δεύτερη σειρά προτίμησης δίνουν ο περισσότεροι ερωτώμενοι (32,5%) **στην ποιότητα ζωής**.

Ο σεβασμός στην αυτονομία, το 35,8% του νοσηλευτικού προσωπικού, του δίνει την τρίτη σειρά προτίμησης.

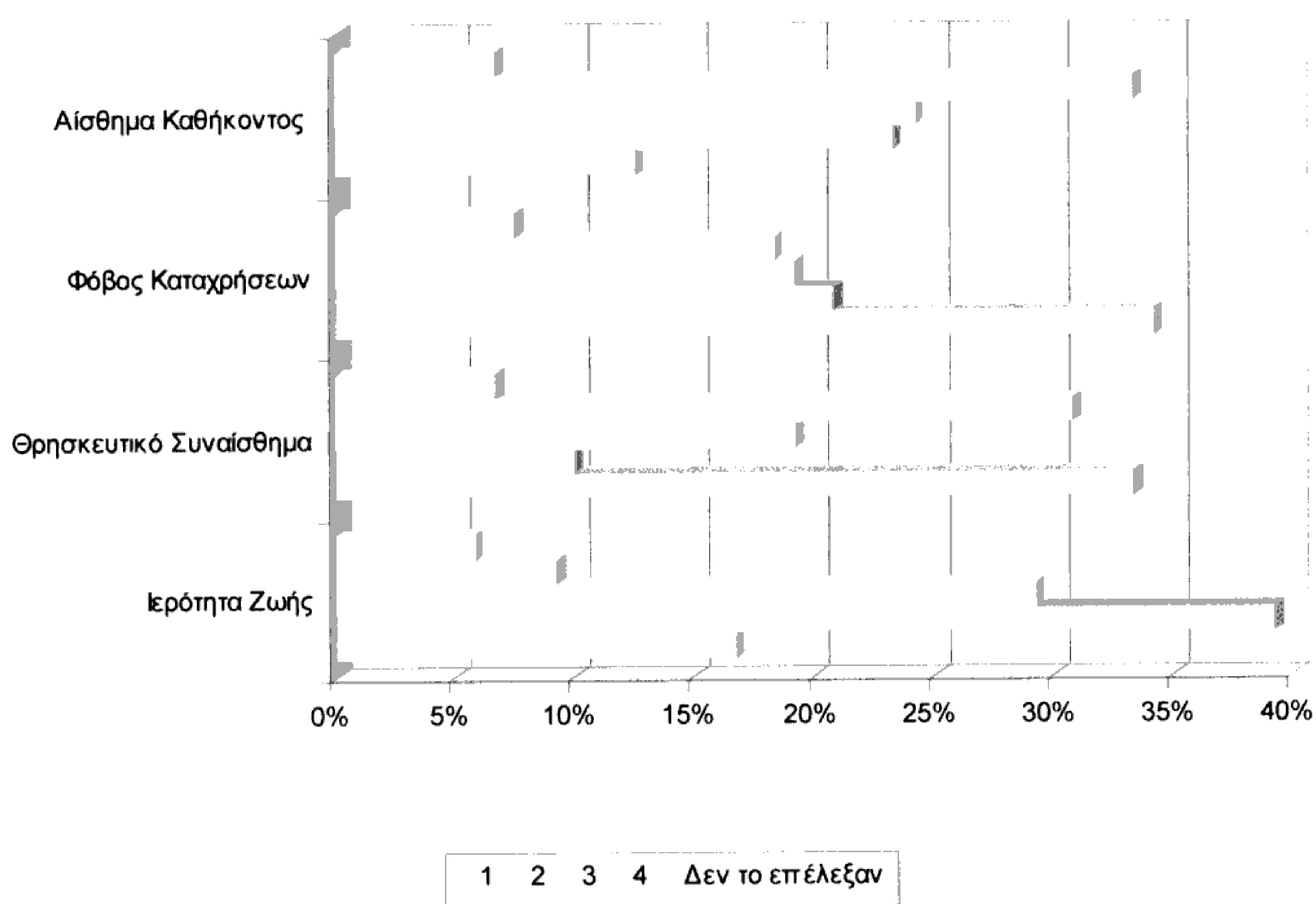
Υψηλά σε σειρά προτίμησης βρέθηκε **ο παράγοντας του θανάτου με αξιοπρέπεια**, αφού το 32,5% του έδωσε την πρώτη θέση, το 14,2% του νοσηλευτικού προσωπικού το κατατάσσει στην τέταρτη σειρά και το 5% δεν τον επέλεξε καθόλου.

Στον αντίποδα της παραπάνω ερώτησης, όσον αφορά στους παράγοντες που επηρεάζουν μία απόφαση **κατά** της ευθανασίας, η έρευνα προτείνει τους κάτωθι: *ιερότητα της ζωής, θρησκευτικό συναίσθημα, φόβος καταχρήσεων και αίσθημα καθήκοντος*. Από αυτούς σημαντικότερος θεωρήθηκε ο φόβος των καταχρήσεων. Παρακάτω παρουσιάζονται αναλυτικά τα στοιχεία που συγκέντρωσαν οι παράγοντες αυτοί.

Πίνακας 6 : Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με το ερώτημα: "Ποιοι παράγοντες πιστεύετε ότι επηρεάζουν μια απόφαση κατά της ευθανασίας"

Ποιοι παράγοντες πιστεύετε ότι επηρεάζουν μία απόφαση ΚΑΤΑ της ευθανασίας;					
	Σειρά Προτεραιότητας (Ποσοστό %)				Δεν το επέλεξαν
	1	2	3	4	
Ιερότητα Ζωής	16,7%	39,2%	29,2%	9,2%	5,8%
Θρησκευτικό Συναίσθημα	33,3%	10,0%	19,2%	30,8%	6,7%
Φόβος Καταχρήσεων	34,2%	20,8%	19,2%	18,3%	7,5%
Αίσθημα Καθήκοντος	12,5%	23,3%	24,2%	33,3%	6,7%

Γράφημα 21 : Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με ποιους παράγοντες επηρεάζουν τις αποφάσεις τους κατά της ευθανασίας



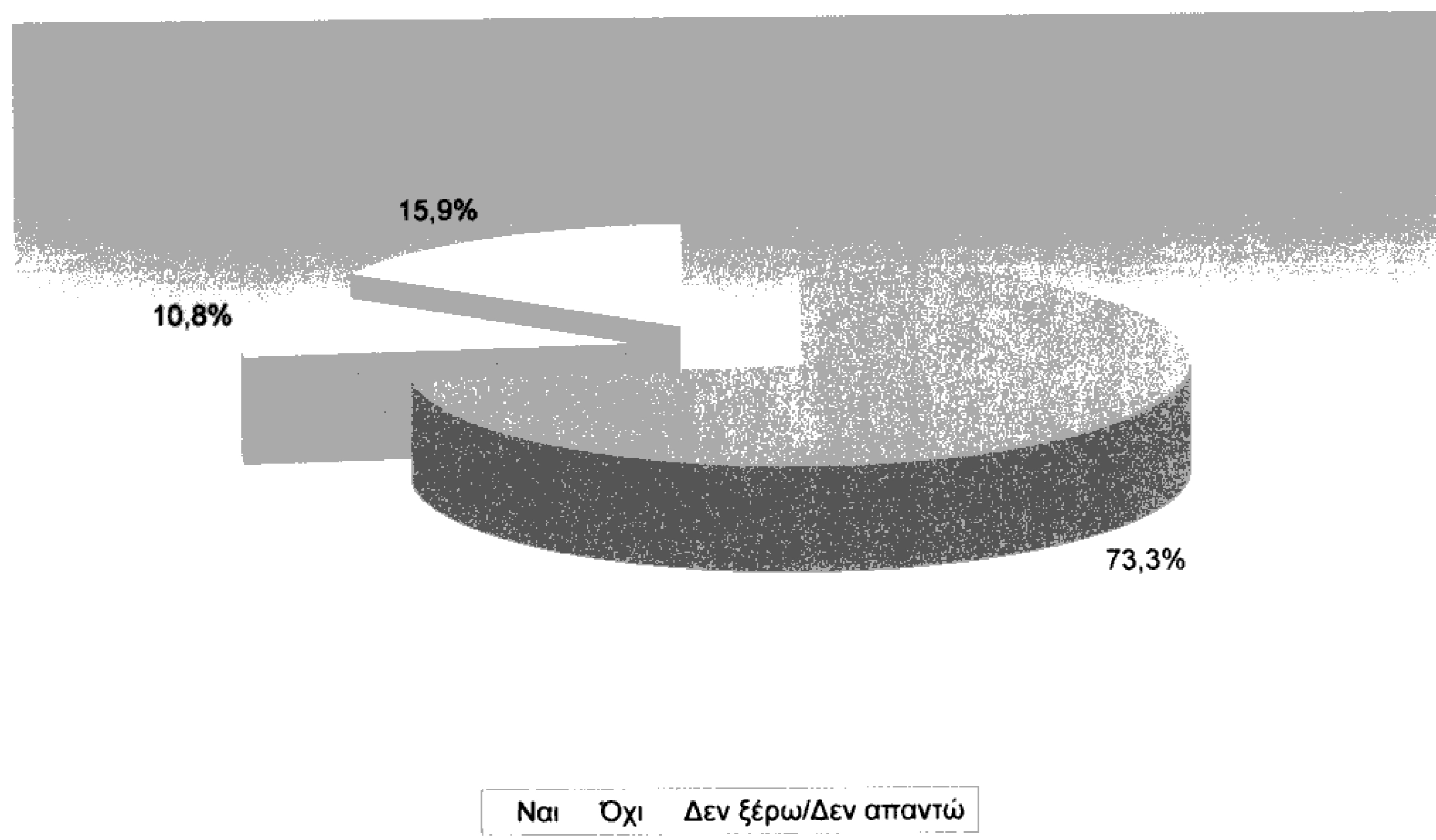
Ο φόβος της κατάχρησης της ευθανασίας απασχολεί σε πρώτη σειρά προτίμησης το 34,2%.

Το 39,2% θεωρεί την ιερότητα ζωής το νούμερο δύο σημαντικό παράγοντα κατά της ευθανασίας .

Το αίσθημα του καθήκοντος είναι χαμηλά στις προτιμήσεις του νοσηλευτικού προσωπικού σε σχέση πάντα με την απόφαση κατά της ευθανασίας, Μόλις το 12,5% το επέλεξε στην πρώτη σειρά προτίμησης, ενώ το 33,3% στην τέταρτη.

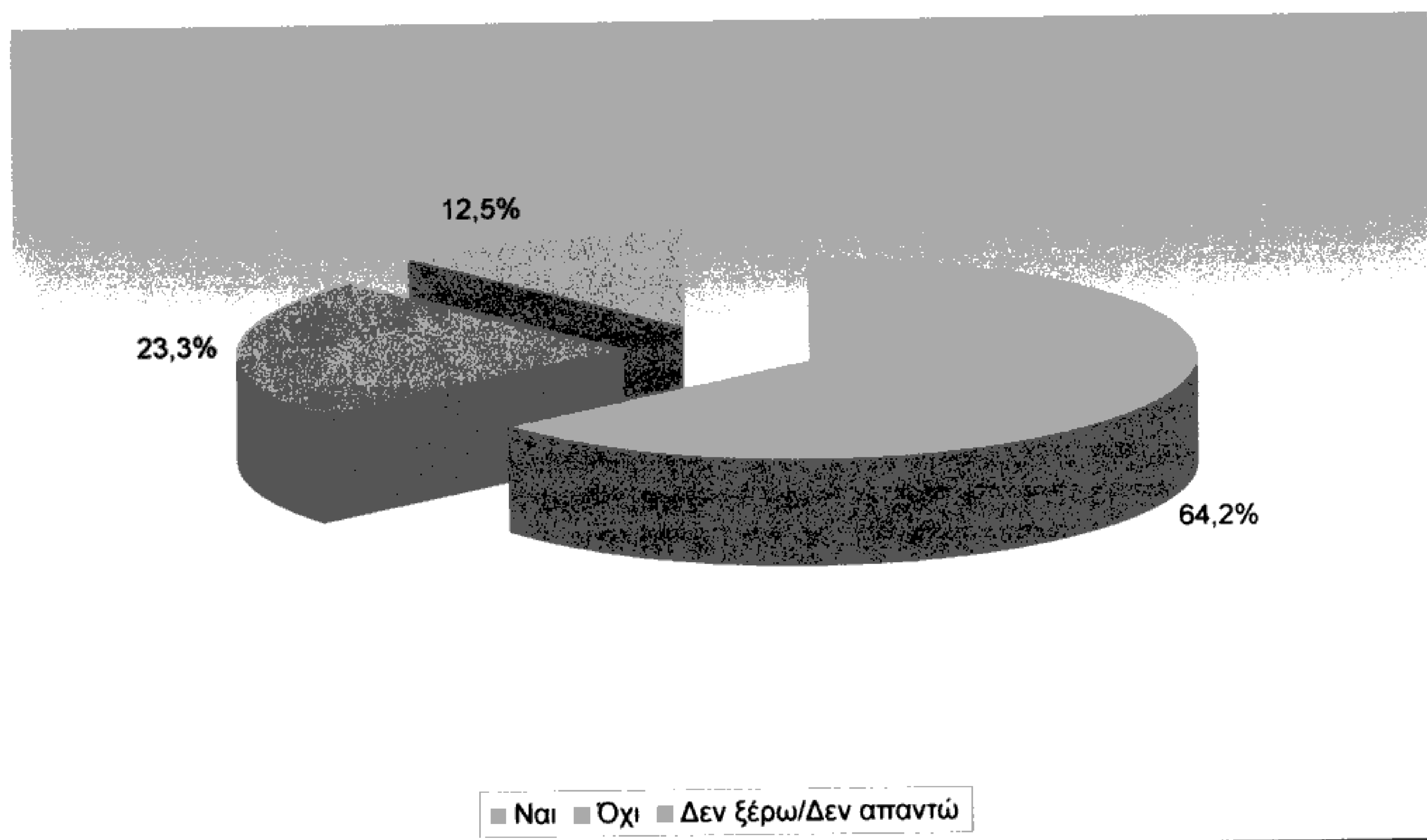
Το θρησκευτικό συναίσθημα, ένα επίσης υψηλό ποσοστό 30,8% το κατατάσσει στην τέταρτη θέση.

Γράφημα 22 : Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με το ερώτημα: "Θεωρείτε ότι η πράξη της ευθανασίας δικαιολογείται ηθικά σε ορισμένες περιπτώσεις; "



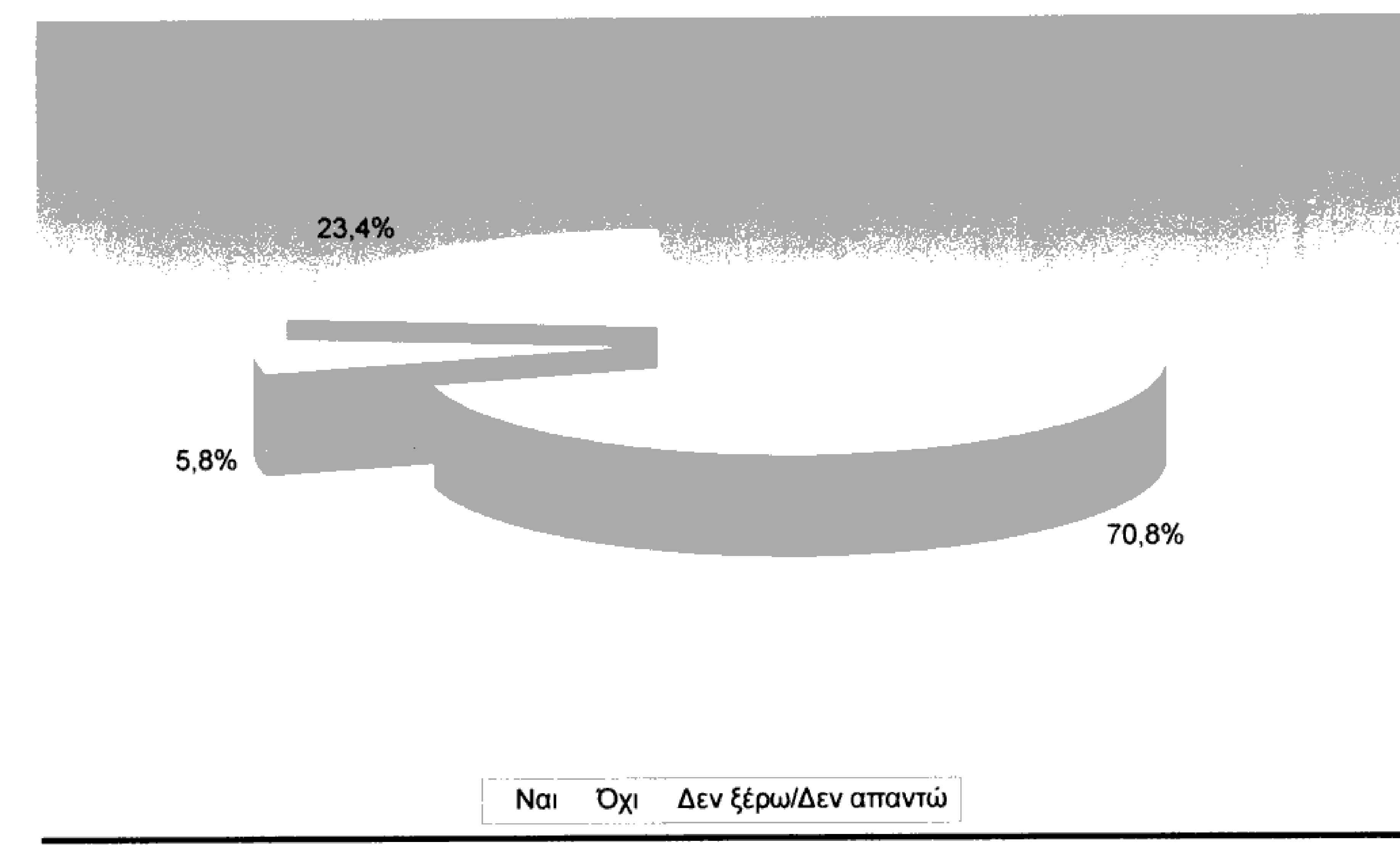
Επίσης, κατά λογική συνέχεια και συνέπεια, λόγω της θετικής ανταπόκρισης των νοσηλευτών σχετικά με την νομιμοποίηση της ευθανασίας, υψηλό είναι το ποσοστό εκείνων που απάντησε θετικά στο ερώτημα για το αν η πράξη της ευθανασίας δικαιολογείται ηθικά σε ορισμένες περιπτώσεις. Έτσι, το 73,3% θεωρεί πως δικαιολογείται ηθικά, το 10,8% θεωρεί πως δεν υπάρχουν ηθικά θέματα που μπορούν να δικαιολογήσουν μια τέτοια ενέργεια, ενώ το 15,9% δεν θέλησε να απαντήσει.

Γράφημα 23 :Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με το ερώτημα:" Σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να αρνηθούν τη θεραπεία. Το γνωρίζετε;"



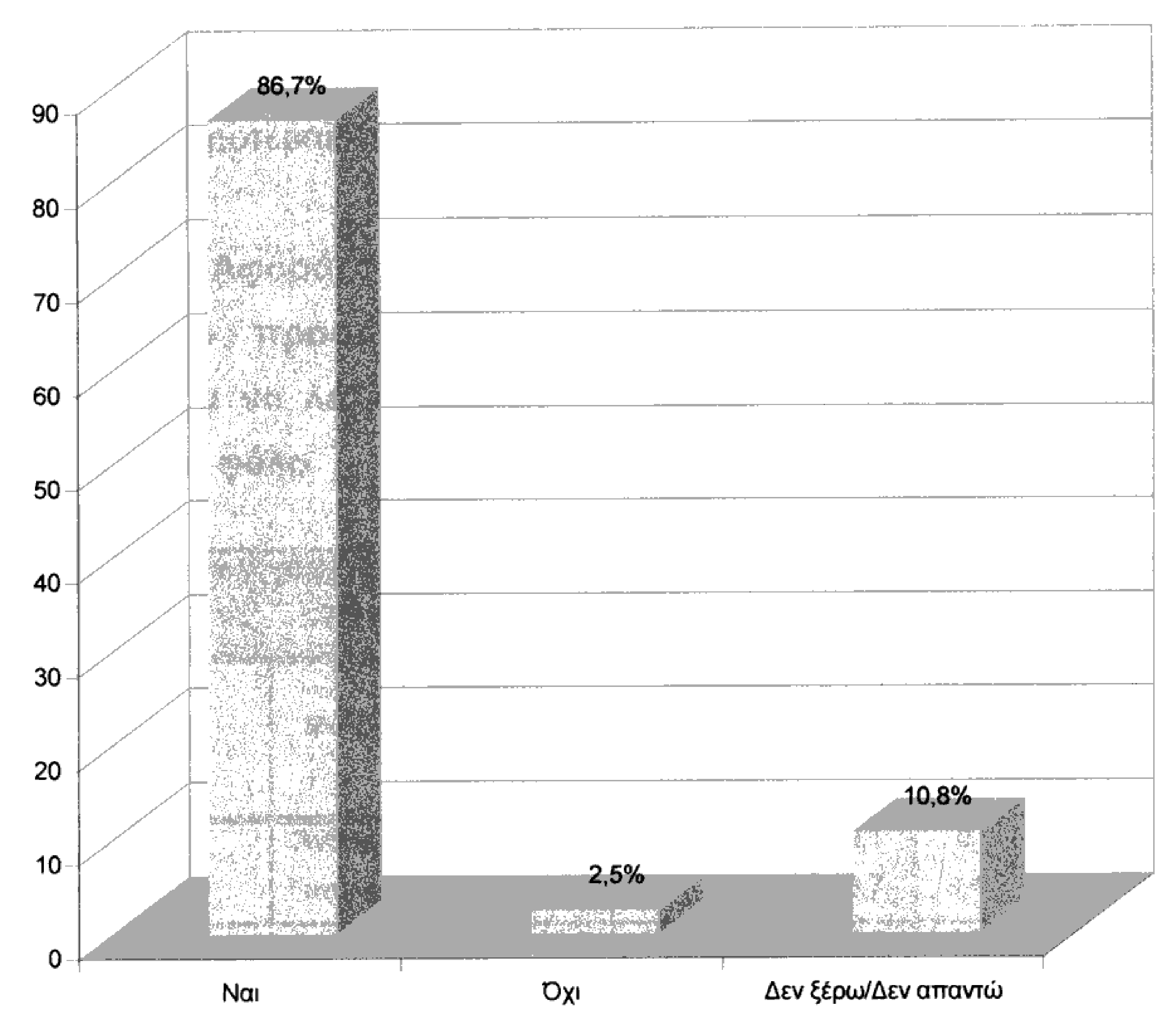
Σημαντικό εύρημα αποτελεί το γεγονός ότι το 23,3% των νοσηλευτών δεν έχουν επίγνωση του δικαιώματος των ασθενών, σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία, να αρνηθούν τη θεραπεία, ενώ το 12,5% δεν απάντησε στο ερώτημα αυτό. Μόνο το 64,2% γνώριζε ότι οι ασθενείς έχουν δικαίωμα να αρνηθούν τη θεραπεία τους, ποσοστό που θεωρείται χαμηλό αν ληφθεί υπόψη η σπουδαιότητα του δικαιώματος αυτού.

**Γράφημα 24 : Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με το ερώτημα:
"Συμφωνείτε με το δικαίωμα του ασθενή να αρνηθεί την θεραπεία ακόμη και
αν το αποτέλεσμα είναι ο θάνατος;"**



Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι το 70,8% των ερωτηθέντων συμφωνούν με το δικαίωμα του ασθενή να αρνηθεί τη θεραπεία του, ακόμα και αν το αποτέλεσμα αυτής της άρνησης είναι ο θάνατος. Είναι αισθητά πολύ μικρό το ποσοστό (5,8%) εκείνων που δεν συμφωνούν με το ανωτέρω δικαίωμα, ενώ το 23,4% των ερωτηθέντων δεν πήραν θέση για το ζήτημα.

Γράφημα 25 : Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με το ερώτημα: "Πιστεύετε ότι οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να αποφασίζουν για την ζωή τους όταν αυτή τελειώνει;"



Κατά τη συντριπτική τους πλειοψηφία (86,7%), οι νοσηλευτές που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια πιστεύουν ότι οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να αποφασίζουν για τη ζωή τους όταν αυτή τελειώνει. Μόνο το 2,5% απάντησαν αρνητικά και το 10,8% δεν θέλησαν να απαντήσουν.

2.6.ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗΣ

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει ο συσχετισμός των απαντήσεων των ερωτηθέντων σε κάποια καίρια ερωτήματα της έρευνας, σε σχέση με το φύλο, την ειδικότητα, το μορφωτικό επίπεδο και την επαγγελματική τους εμπειρία.

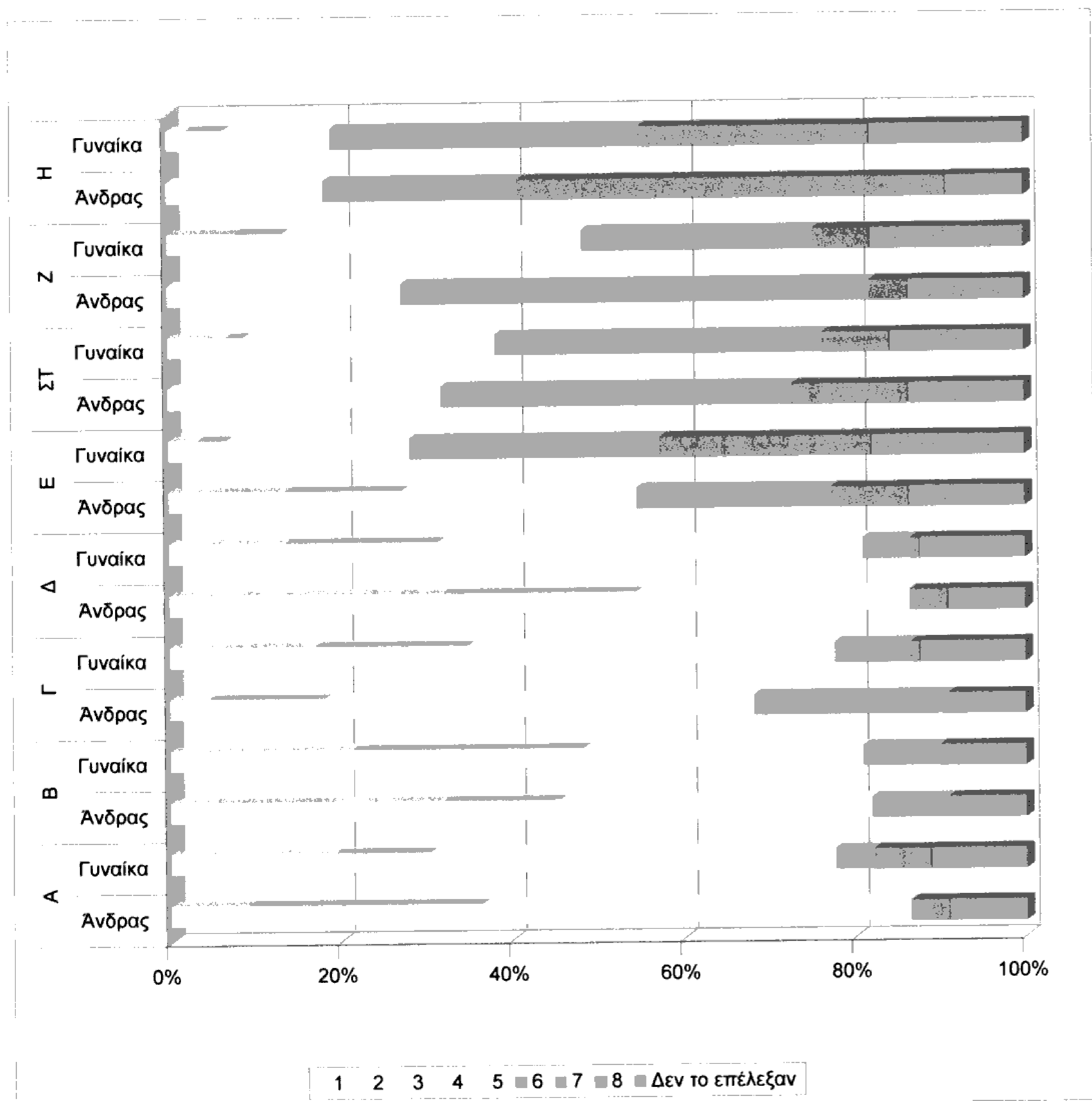
Πιο συγκεκριμένα, θα επικεντρωθούμε στο ερώτημα σχετικά με τα ζητήματα για τα οποία το νοσηλευτικό προσωπικό θα ήθελε να έχει επαρκείς πληροφορίες, προκειμένου να λάβει μία απόφαση περιορισμού ή μη της θεραπείας. Στον πίνακα που ακολουθεί εμφανίζεται το ποσοστό που έλαβε κάθε ένα από τα ζητήματα αυτά κατά σειρά προτεραιότητας σε σχέση με το φύλο των ερωτηθέντων.

Πίνακας 7: Αφορά το ερώτημα σχετικά με τα ζητήματα για τα οποία το νοσηλευτικό προσωπικό θα ήθελε να έχει επαρκείς πληροφορίες, προκειμένου να λάβει μία απόφαση περιορισμού ή μη της θεραπείας σε σχέση με το φύλο

Προκειμένου να ληφθεί μία απόφαση περιορισμού ή μη της θεραπείας, για ποια από τα παρακάτω ζητήματα θα θέλατε να έχετε επαρκείς πληροφορίες;										
	Φύλο	Σειρά Προτεραιότητας (Ποσοστό %)								Δεν το επέλεξαν
		1	2	3	4	5	6	7	8	
Φύση χρόνιας ασθένειας	Άνδρας	9,1	27,3	31,8	9,1	9,1	0	0	4,5	9,1
	Γυναίκα	19,1	11,2	25,8	14,6	6,7	3,4	1,1	6,7	11,2
Πρόγνωση της ασθένειας	Άνδρας	31,8	13,6	18,2	13,6	4,5	4,5	4,5	0	9,1
	Γυναίκα	21,3	27,0	14,6	11,2	6,7	4,5	4,5	0	10,1
Ηλικία ασθενούς	Άνδρας	4,5	13,6	27,3	18,2	4,5	22,7	0	0	9,1
	Γυναίκα	16,9	18,0	19,1	16,9	6,7	6,7	2,2	1,1	12,4
Ποιότητα ζωής όπως την αντιλαμβάνεται ο ασθενής	Άνδρας	31,8	22,7	9,1	13,6	9,1	0	0	4,5	9,1
	Γυναίκα	13,5	18,0	16,9	23,6	9,0	4,5	1,1	1,1	12,4
Ποιότητα ζωής όπως την αντιλαμβάνεται ο νοσηλευτής/τρια	Άνδρας	13,6	13,6	0	9,1	18,2	9,1	13,6	9,1	13,6
	Γυναίκα	3,4	3,4	6,7	9,0	5,6	16,9	12,4	24,7	18,0
Ιστορικό πιθανής ψυχιατρικής πάθησης	Άνδρας	0	0	4,5	13,6	13,6	36,4	4,5	13,6	13,6
	Γυναίκα	6,7	2,2	3,4	10,1	15,7	19,1	19,1	7,9	15,7
Επίπεδο εγρήγορσης του ασθενή	Άνδρας	0	0	0	13,6	13,6	13,6	40,9	4,5	13,6
	Γυναίκα	7,9	5,6	3,4	2,2	29,2	14,6	12,4	6,7	18,0
Κοινωνικοοικονομικό κόστος για την οικογένεια	Άνδρας	0	0	0	0	18,2	0	22,7	50,0	9,1
	Γυναίκα	2,2	4,5	1,1	3,4	7,9	10,1	25,8	27,0	18,0

Στο γράφημα που ακολουθεί φαίνεται η διαφορά στις απαντήσεις των ερωτηθέντων σε σχέση με το φύλο συγκρίνοντας το ποσοστό της σειράς προτεραιότητας.

Γράφημα 26 : Αφορά τα ζητήματα για τα οποία το νοσηλευτικό προσωπικό θα ήθελε να έχει επαρκείς πληροφορίες, προκειμένου να λάβει μία απόφαση περιορισμού ή μη της θεραπείας σε σχέση με το φύλο



Όπου:

A	B	Γ	Δ	E	ΣΤ	Z	H
Φύση χρόνιας ασθένειας	Πρόγνωση της ασθένειας	Ηλικία ασθενούς	Ποιότητα ζωής όπως την αντιλαμβάνεται ο ασθενής	Ποιότητα ζωής όπως την αντιλαμβάνεται ο νοσηλευτής /τρια	Ιστορικό πιθανής ψυχιατρικής πάθησης	Επίπεδο εγρήγορσης του ασθενή	Κοινωνικοοικονομικό κόστος για την οικογένεια

Στον πίνακα που ακολουθεί εμφανίζεται το ποσοστό που έλαβε κάθε ένα από τα ζητήματα κατά σειρά προτεραιότητας σε σχέση με την ειδικότητα των ερωτηθέντων.

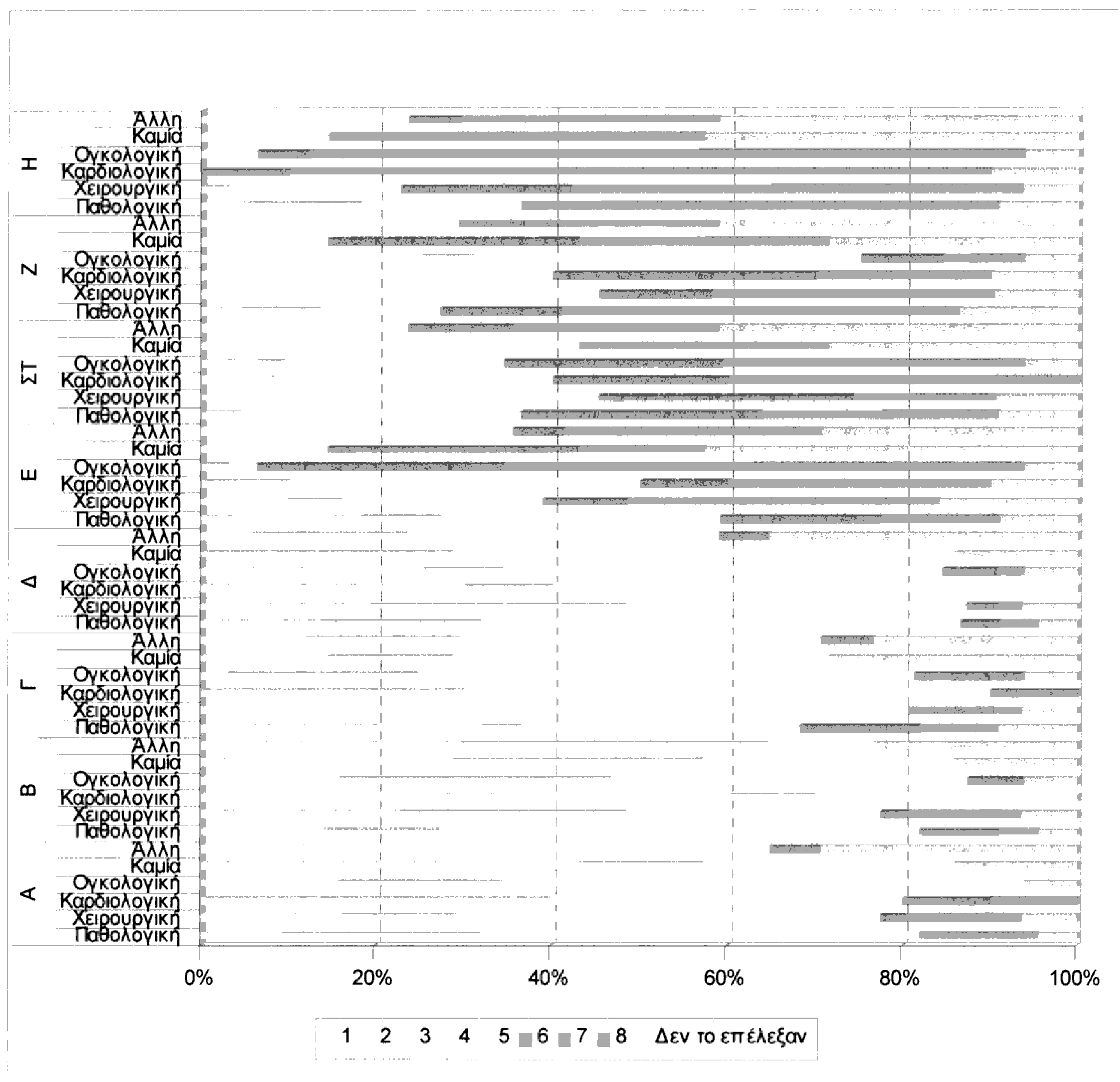
Πίνακας 8: Αφορά στο ερώτημα σχετικά με τα ζητήματα για τα οποία το νοσηλευτικό προσωπικό θα ήθελε να έχει επαρκείς πληροφορίες, προκειμένου να λάβει μία απόφαση περιορισμού ή μη της θεραπείας σε σχέση με την ειδικότητα

Προκειμένου να ληφθεί μία απόφαση περιορισμού ή μη της θεραπείας, για ποια από τα παρακάτω ζητήματα θα θέλατε να έχετε επαρκείς πληροφορίες;										
	Ειδικότητα	Σειρά Προτεραιότητας (Ποσοστό %)								Δεν το επέλεξαν
		1	2	3	4	5	6	7	8	
Φύση χρόνιας ασθένειας	Παθολογική	9,1	22,7	18,2	18,2	13,6	0	0	13,6	4,5
	Χειρουργική	16,1	12,9	35,5	12,9	0	3,2	3,2	9,7	6,5
	Καρδιολογική	0	40,0	40,0	0	0	10,0	0	10,0	0
	Ογκολογική	15,6	18,8	40,6	9,4	9,4	0	0	0	6,3
	Καμία	42,9	14,3	0	28,6	0	0	0	0	14,3
	Άλλη	29,4	0	11,8	11,8	11,8	5,9	0	0	29,4
Πρόγνωση της ασθένειας	Παθολογική	13,6	13,6	36,4	13,6	4,5	9,1	4,5	0	4,5
	Χειρουργική	22,6	25,8	6,5	16,1	6,5	3,2	12,9	0	6,5
	Καρδιολογική	60,0	10,0	20,0	0	10,0	0	0	0	0
	Ογκολογική	15,6	31,3	18,8	12,5	9,4	6,3	0	0	6,3
	Καμία	28,6	28,6	14,3	14,3	0	0	0	0	14,3
	Άλλη	29,4	35,3	5,9	5,9	0	0	0	0	23,5
Ηλικία ασθενούς	Παθολογική	31,8	4,5	18,2	9,1	4,5	13,6	9,1	0	9,1
	Χειρουργική	19,4	16,1	22,6	12,9	9,7	9,7	0	3,2	6,5
	Καρδιολογική	0	30,0	30,0	20,0	10,0	10,0	0	0	0
	Ογκολογική	3,1	21,9	9,4	34,4	12,5	12,5	0	0	6,3
	Καμία	14,3	14,3	28,6	0	14,3	0	0	0	28,6
	Άλλη	11,8	17,6	23,5	17,6	0	5,9	0	0	23,5
Ποιότητα ζωής όπως την αντιλαμβάνεται ο ασθενής	Παθολογική	13,6	18,2	9,1	22,7	22,7	4,5	4,5	0	4,5
	Χειρουργική	19,4	29,0	9,7	22,6	6,5	3,2	0	3,2	6,5
	Καρδιολογική	30,0	10,0	10,0	30,0	20,0	0	0	0	0
	Ογκολογική	25,0	9,4	21,9	18,8	9,4	6,3	0	3,1	6,3
	Καμία	0	28,6	42,9	14,3	0	0	0	0	14,3
	Άλλη	5,9	17,6	17,6	17,6	0	5,9	0	0	35,3

Ποιότητα ζωής όπως την αντιλαμβάνεται ο νοσηλευτής/τρια	Παθολογική	18,2	9,1	9,1	18,2	4,5	18,2	4,5	9,1	9,1
	Χειρουργική	9,7	6,5	6,5	6,5	9,7	9,7	9,7	25,8	16,1
	Καρδιολογική	0	10,0	0	30,0	10,0	10,0	30,0	0	10,0
	Ογκολογική	0	3,1	0	0	3,1	28,1	28,1	31,3	6,3
	Καμία	0	0	0	0	14,3	28,6	0	14,3	42,9
	Άλλη	0	0	11,8	11,8	11,8	5,9	5,9	23,5	29,4
Ιστορικό πιθανής ψυχιατρικής πάθησης	Παθολογική	0	4,5	0	9,1	22,7	27,3	13,6	13,6	9,1
	Χειρουργική	6,5	0	9,7	12,9	16,1	29,0	6,5	9,7	9,7
	Καρδιολογική	10,0	0	0	0	30,0	20,0	30,0	10,0	0
	Ογκολογική	6,3	3,1	3,1	9,4	12,5	25,0	18,8	15,6	6,3
	Καμία	0	0	0	14,3	28,6	0	28,6	0	28,6
	Άλλη	5,9	0	0	11,8	5,9	11,8	23,5	0	41,2
Επίπεδο εργήγορης του ασθενή	Παθολογική	4,5	9,1	0	4,5	9,1	13,6	40,9	4,5	13,6
	Χειρουργική	0	0	6,5	3,2	35,5	12,9	32,3	0	9,7
	Καρδιολογική	0	0	0	20,0	20,0	30,0	0	20,0	10,0
	Ογκολογική	25,0	6,3	0	9,4	34,4	9,4	3,1	6,3	6,3
	Καμία	0	0	0	14,3	0	28,6	14,3	14,3	28,6
	Άλλη	0	5,9	5,9	0	17,6	11,8	11,8	5,9	41,2
Κοινωνικοοικονομ ικό κόστος για την οικογένεια	Παθολογική	4,5	13,6	4,5	0	13,6	0	9,1	45,5	9,1
	Χειρουργική	0	3,2	0	9,7	9,7	19,4	22,6	29,0	6,5
	Καρδιολογική	0	0	0	0	0	10,0	30,0	50,0	10,0
	Ογκολογική	3,1	0	0	0	3,1	6,3	43,8	37,5	6,3
	Καμία	0	0	0	0	14,3	0	14,3	28,6	42,9
	Άλλη	0	0	0	0	23,5	5,9	11,8	17,6	41,2

Στο γράφημα που ακολουθεί φαίνεται η διαφορά στις απαντήσεις των ερωτηθέντων σε σχέση με την ειδικότητα συγκρίνοντας τα ποσοστά.

Γράφημα 27 :Αφορά τα ζητήματα για τα οποία το νοσηλευτικό προσωπικό θα ήθελε να έχει επαρκείς πληροφορίες, προκειμένου να λάβει μία απόφαση περιορισμού ή μη της θεραπείας σε σχέση με την ειδικότητα



Όπου:

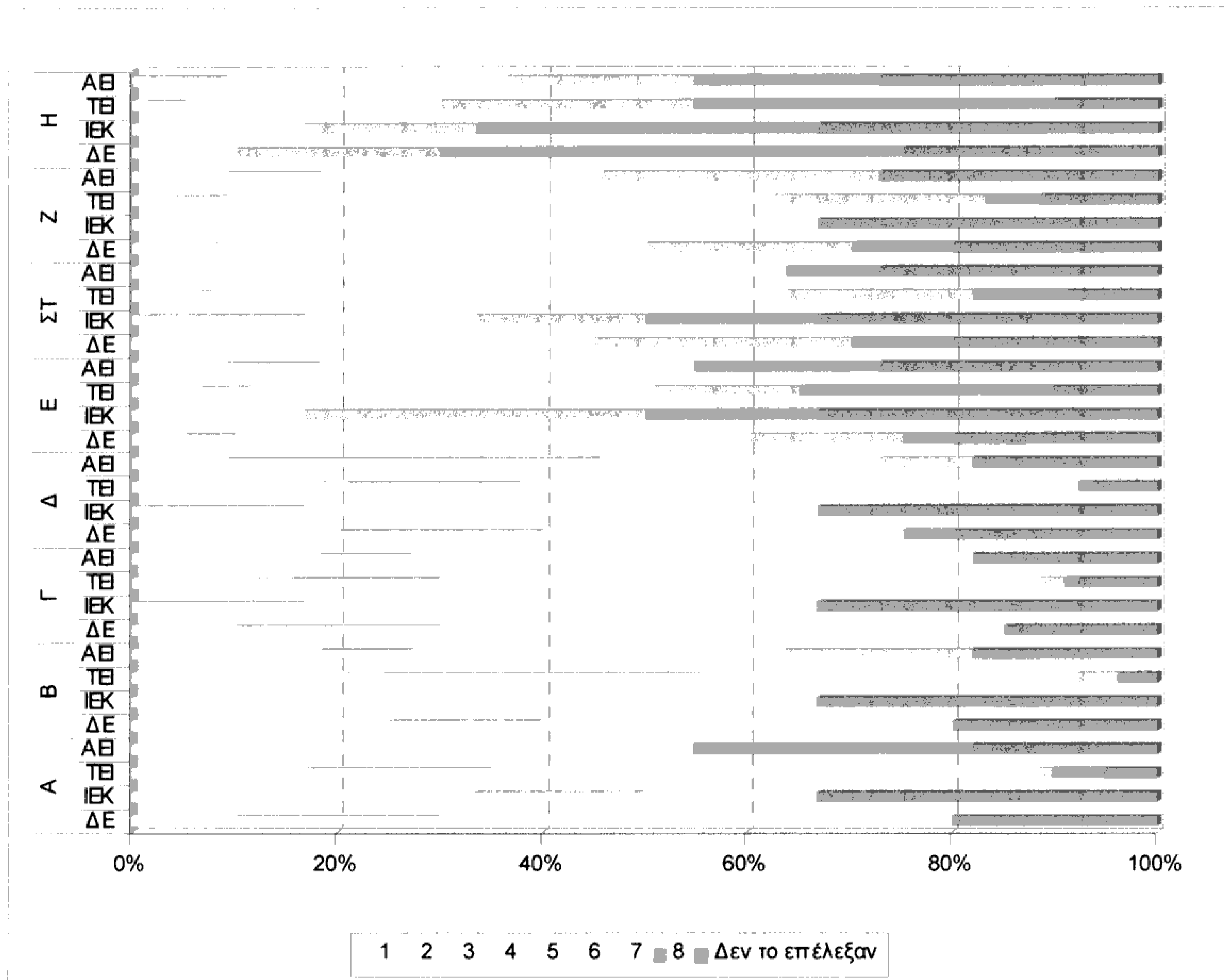
A	B	Γ	Δ	Ε	ΣΤ	Ζ	Η
Φύση χρόνιας ασθένειας	Πρόγνωση της ασθένειας	Ηλικία ασθενούς	Ποιότητα ζωής όπως την αντιλαμβάνεται ο ασθενής	Ποιότητα ζωής όπως την αντιλαμβάνεται ο νοσηλευτής /τρια	Ιστορικό πιθανής ψυχιατρικής πάθησης	Επίπεδο εγρήγορσης του ασθενή	Κοινωνικοοικονομικό κόστος για την οικογένεια

Πίνακας 9: Αφορά τα ζητήματα για τα οποία το νοσηλευτικό προσωπικό θα ήθελε να έχει επαρκείς πληροφορίες, προκειμένου να λάβει μία απόφαση περιορισμού ή μη της θεραπείας σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο

Προκειμένου να ληφθεί μία απόφαση περιορισμού ή μη της θεραπείας, για ποια από τα παρακάτω ζητήματα θα θέλατε να έχετε επαρκείς πληροφορίες;										
	Μορφωτικό Επίπεδο	Σειρά Προτεραιότητας (Ποσοστό %)								Δεν το επέλεξαν
		1	2	3	4	5	6	7	8	
Φύση χρόνιας ασθένειας	ΔΕ	10,0	20,0	30,0	15,0	0	5,0	0	0	20,0
	ΙΕΚ	33,3	16,7	0	16,7	0	0	0	0	33,3
	ΤΕΙ	16,9	18,2	31,2	11,7	7,8	2,6	1,3	5,2	5,2
	ΑΕΙ	18,2	0	18,2	9,1	9,1	0	0	27,3	18,2
Πρόγνωση της ασθένειας	ΔΕ	25,0	15,0	15,0	15,0	5,0	5,0	0	0	20,0
	ΙΕΚ	16,7	0	16,7	0	16,7	16,7	0	0	33,3
	ΤΕΙ	24,7	31,2	18,2	13,0	2,6	2,6	3,9	0	3,9
	ΑΕΙ	18,2	9,1	9,1	9,1	9,1	9,1	18,2	0	18,2
Ηλικία ασθενούς	ΔΕ	10,0	20,0	15,0	15,0	15,0	10,0	0	0	15,0
	ΙΕΚ	0	16,7	0	16,7	16,7	16,7	0	0	33,3
	ΤΕΙ	15,6	14,3	20,8	20,8	6,5	10,4	2,6	1,3	7,8
	ΑΕΙ	18,2	9,1	27,3	9,1	9,1	9,1	0	0	18,2
Ποιότητα ζωής όπως την αντιλαμβάνεται ο ασθενής	ΔΕ	20,0	20,0	10,0	10,0	15,0	0	0	5,0	20,0
	ΙΕΚ	0	16,7	50,0	0	0	0	0	0	33,3
	ΤΕΙ	20,8	16,9	16,9	24,7	9,1	3,9	0	1,3	6,5
	ΑΕΙ	9,1	36,4	0	9,1	18,2	0	9,1	0	18,2
Ποιότητα ζωής όπως την αντιλαμβάνεται ο νοσηλευτής/τρ	ΔΕ	5,0	5,0	0	10,0	15,0	25,0	15,0	5,0	20,0
	ΙΕΚ	0	0	0	0	0	16,7	33,3	16,7	33,3
	ΤΕΙ	6,5	5,2	5,2	9,1	7,8	16,9	14,3	24,7	10,4
	ΑΕΙ	9,1	9,1	18,2	18,2	0	0	0	18,2	27,3
Ιστορικό πιθανής ψυχιατρικής πάθησης	ΔΕ	0	0	5,0	0	15,0	25,0	25,0	10,0	20,0
	ΙΕΚ	0	16,7	0	16,7	0	0	16,7	16,7	33,3
	ΤΕΙ	6,5	1,3	2,6	10,4	19,5	23,4	18,2	9,1	9,1
	ΑΕΙ	0	0	0	18,2	9,1	36,4	0	9,1	27,3
Επίπεδο εγρήγορσης του ασθενή	ΔΕ	10,0	0	5,0	15,0	10,0	10,0	20,0	10,0	20,0
	ΙΕΚ	16,7	0	0	16,7	33,3	0	0	0	33,3
	ΤΕΙ	3,9	5,2	2,6	3,9	29,9	16,9	20,8	5,2	11,7
	ΑΕΙ	9,1	9,1	0	9,1	18,2	0	27,3	0	27,3
Κοινωνικοοικονομικό κόστος για την οικογένεια	ΔΕ	5,0	0	0	0	5,0	0	20,0	45,0	25,0
	ΙΕΚ	0	0	0	0	0	16,7	16,7	33,3	33,3
	ΤΕΙ	1,3	3,9	0	3,9	11,7	9,1	24,7	35,1	10,4
	ΑΕΙ	0	9,1	9,1	0	0	18,2	18,2	18,2	27,3

Στη συνέχεια παρατίθεται το διάγραμμα των ποσοστών σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο.

Γράφημα 28 : Αφορά τα ζητήματα για τα οποία το νοσηλευτικό προσωπικό θα ήθελε να έχει επαρκείς πληροφορίες, προκειμένου να λάβει μία απόφαση περιορισμού ή μη της θεραπείας σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο



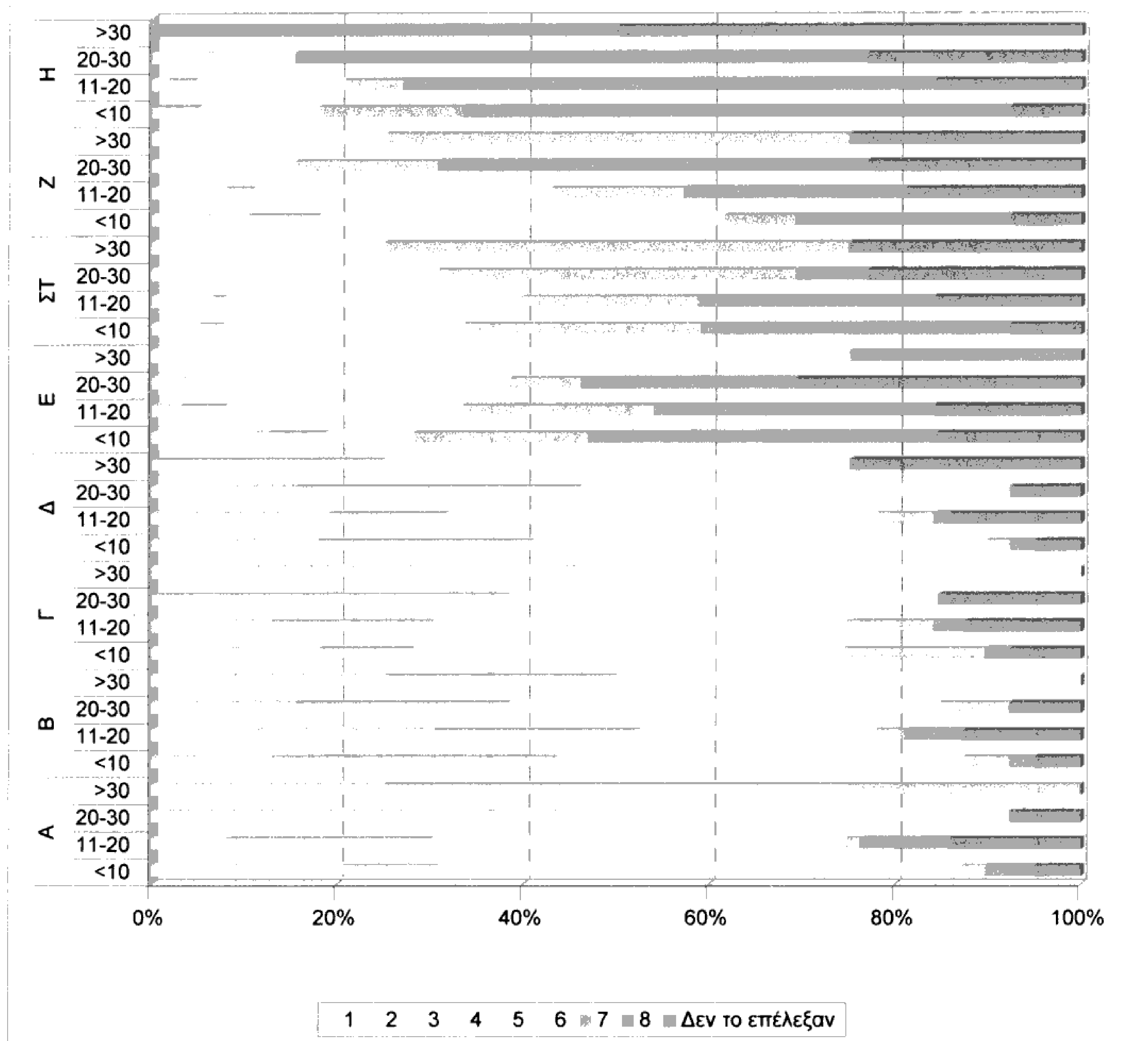
Όπου:

A	B	Γ	Δ	Ε	ΣΤ	Ζ	Η
Φύση χρόνιας ασθένειας	Πρόγνωση της ασθένειας	Ηλικία ασθενούς	Ποιότητα ζωής όπως την αντιλαμβάνεται ο ασθενής	Ποιότητα ζωής όπως την αντιλαμβάνεται ο νοσηλευτής /τρια	Ιστορικό πιθανής ψυχιατρικής πάθησης	Επίπεδο εγρήγορσης του ασθενή	Κοινωνικοοικονομικό κόστος για την οικογένεια

Πίνακας 10 : Αφορά τα ζητήματα για τα οποία το νοσηλευτικό προσωπικό θα ήθελε να έχει επαρκείς πληροφορίες, προκειμένου να λάβει μία απόφαση περιορισμού ή μη της θεραπείας σε σχέση με την επαγγελματική προϋπηρεσία

Προκειμένου να ληφθεί μία απόφαση περιορισμού ή μη της θεραπείας, για ποια από τα παρακάτω ζητήματα θα θέλατε να έχετε επαρκείς πληροφορίες;										
	Επαγγελματική ή προϋπηρεσία	Σειρά Προτεραιότητας (Ποσοστό %)								Δεν το επέλεξαν
		1	2	3	4	5	6	7	8	
Φύση χρόνιας ασθένειας	<10	20,5	10,3	33,3	10,3	12,8	2,6	2,6	2,6	5,1
	11-20	7,9	22,2	30,2	11,1	3,2	1,6	0	9,5	14,3
	20-30	46,2	0	7,7	30,8	7,7	0	0	0	7,7
	>30	25,0	50,0	0	0	0	25,0	0	0	0
Πρόγνωση της ασθένειας	<10	12,8	30,8	15,4	20,5	7,7	5,1	2,6	0	5,1
	11-20	30,2	22,2	14,3	4,8	6,3	3,2	6,3	0	12,7
	20-30	15,4	23,1	30,8	15,4	0	7,7	0	0	7,7
	>30	25,0	25,0	25,0	25,0	0	0	0	0	0
Ηλικία ασθενούς	<10	17,9	10,3	15,4	17,9	12,8	15,4	0	2,6	7,7
	11-20	12,7	17,5	22,2	15,9	6,3	9,5	3,2	0	12,7
	20-30	0	38,5	23,1	15,4	7,7	0	0	0	15,4
	>30	50,0	0	0	50,0	0	0	0	0	0
Ποιότητα ζωής όπως την αντιλαμβάνεται ο ασθενής	<10	17,9	23,1	17,9	23,1	7,7	2,6	2,6	0	5,1
	11-20	19,0	12,7	12,7	22,2	11,1	6,3	0	1,6	14,3
	20-30	15,4	30,8	23,1	7,7	15,4	0	0	0	7,7
	>30	0	25,0	25,0	25,0	0	0	0	0	25,0
Ποιότητα ζωής όπως την αντιλαμβάνεται ο νοσηλευτής/τρ	<10	10,3	5,1	0	5,1	2,6	15,4	15,4	15,4	12,8
	11-20	3,2	4,8	7,9	11,1	6,3	20,6	11,1	19,0	15,9
	20-30	7,7	0	0	15,4	15,4	7,7	23,1	0	30,8
	>30	0	0	25,0	0	50,0	0	25,0	0	0
Ιστορικό πιθανής ψυχιατρικής πάθησης	<10	5,1	2,6	5,1	10,3	10,3	25,6	15,4	17,9	7,7
	11-20	6,3	1,6	1,6	11,1	19,0	19,0	17,5	7,9	15,9
	20-30	0	0	7,7	7,7	15,4	38,5	7,7	0	23,1
	>30	0	0	0	0	25,0	50,0	0	0	25,0
Επίπεδο εγρήγορσης του ασθενή	<10	10,3	7,7	5,1	5,1	33,3	7,7	20,5	2,6	7,7
	11-20	7,9	3,2	0	9,5	22,2	14,3	15,9	7,9	19,0
	20-30	0	0	0	0	15,4	15,4	38,5	7,7	23,1
	>30	0	0	25,0	0	0	50,0	0	0	25,0
Κοινωνικοοικονομικό κόστος για την οικογένεια	<10	0	5,1	2,6	2,6	7,7	15,4	28,2	30,8	7,7
	11-20	1,6	3,2	0	3,2	12,7	6,3	27,0	30,2	15,9
	20-30	7,7	0	0	0	7,7	0	0	61,5	23,1
	>30	0	0	0	0	0	0	0	50,0	50,0

Γράφημα 29 : Αφορά στο ερώτημα σχετικά με τα ζητήματα για τα οποία το νοσηλευτικό προσωπικό θα ήθελε να έχει επαρκείς πληροφορίες, προκειμένου να λάβει μία απόφαση περιορισμού ή μη της θεραπείας σε σχέση με την επαγγελματική προϋπηρεσία



A	B	Γ	Δ	Ε	ΣΤ	Ζ	Η
Φύση χρόνιας ασθένειας	Πρόγνωση της ασθένειας	Ηλικία ασθενούς	Ποιότητα ζωής όπως την αντιλαμβάνεται ο ασθενής	Ποιότητα ζωής όπως την αντιλαμβάνεται ο νοσηλευτής /τρια	Ιστορικό πιθανής ψυχιατρικής πάθησης	Επίπεδο εγρήγορσης του ασθενή	Κοινωνικοοικονομικό κόστος για την οικογένεια

Όπως έχει ήδη αναφερθεί το 72,5% των ερωτηθέντων συμφωνούν με την νομιμοποίηση της ευθανασίας, όμως υπό προϋποθέσεις. Λαμβάνοντας υπόψη τις προϋποθέσεις που η έρευνα προτείνει για το συγκεκριμένο ζήτημα, παρουσιάζονται τα ποσοστά που έλαβαν οι προϋποθέσεις ανά σειρά προτεραιότητας σε σχέση με το φύλο των ερωτηθέντων.

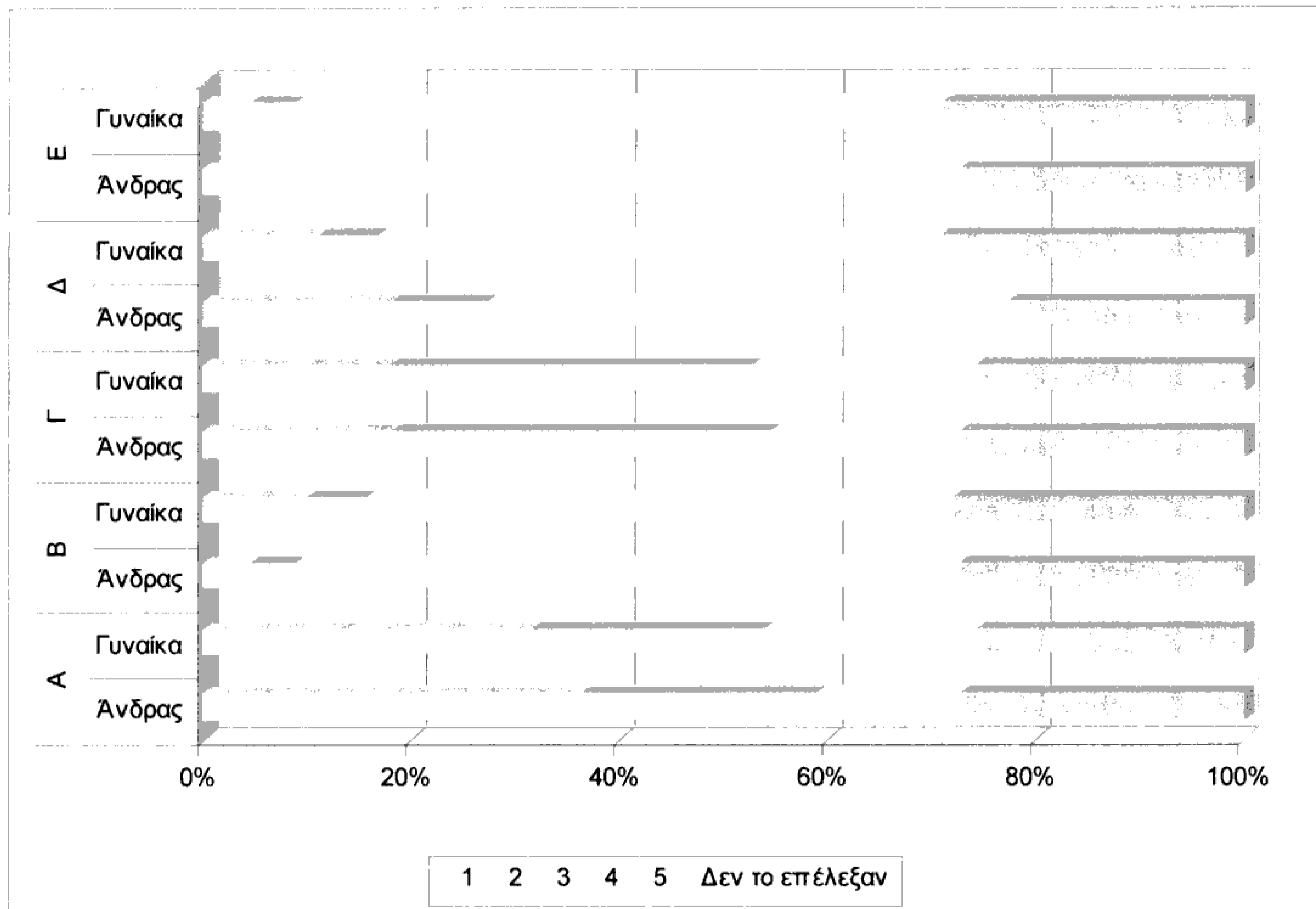
Πίνακας 11: Συσχετίζει τις προϋποθέσεις κάτω από τις το νοσηλευτικό προσωπικό θα συμφωνούσε να θεσμοθετηθεί η ευθανασία με το φύλο

Αν ναι, κάτω από ποιες προϋποθέσεις θα συμφωνούσατε να θεσμοθετηθεί η ευθανασία;							
	Φύλο	Σειρά Προτεραιότητας (Ποσοστό %)					Δεν το επέλεξαν
		1	2	3	4	5	
Ο ασθενής να πάσχει από ανίατη ασθένεια	Άνδρας	36,4	22,7	13,6	0	0	27,3
	Γυναίκα	31,5	22,5	13,5	6,7	0	25,8
Ο ασθενής να έχει συναίσθηση του περιβάλλοντος	Άνδρας	4,5	4,5	36,4	18,2	9,1	27,3
	Γυναίκα	10,1	5,6	19,1	24,7	12,4	28,1
Ο ασθενής να υποφέρει από αφόρητους πόνους	Άνδρας	18,2	36,4	4,5	9,1	4,5	27,3
	Γυναίκα	18,0	34,8	14,6	6,7	0	25,8
Ο ασθενής να έχει εκφράσει επίμονο αίτημα για ευθανασία	Άνδρας	18,2	9,1	18,2	22,7	9,1	22,7
	Γυναίκα	11,2	5,6	21,3	19,1	13,5	29,2
Να έχει προηγηθεί ψυχιατρική εξέταση του ασθενούς	Άνδρας	0	0	0	22,7	50,0	27,3
	Γυναίκα	4,5	4,5	3,4	13,5	44,9	29,2

Συγκρίνοντας τα ποσοστά που έλαβε κάθε μία από τις προτεινόμενες προϋποθέσεις διαπιστώνεται ότι και οι άντρες και οι γυναίκες θεωρούν ως πιο σημαντική προϋπόθεση ο ασθενής να πάσχει από ανίατη ασθένεια.

Στο γράφημα που ακολουθεί παρουσιάζονται τα ποσοστά των προϋποθέσεων σε σχέση με το φύλο.

Γράφημα 30 : Συσχετίζει τις προϋποθέσεις που θα συμφωνούσε το νοσηλευτικό προσωπικό να θεσμοθετηθεί η ευθανασία με το φύλο



Όπου:

A	B	Γ	Δ	E
Ο ασθενής να πάσχει από ανίατη ασθένεια	Ο ασθενής να έχει συναίσθηση του περιβάλλοντος	Ο ασθενής να υποφέρει από αφόρητους πόνους	Ο ασθενής να έχει εκφράσει επίμονο αίτημα για ευθανασία	Να έχει προηγηθεί ψυχιατρική εξέταση του ασθενούς

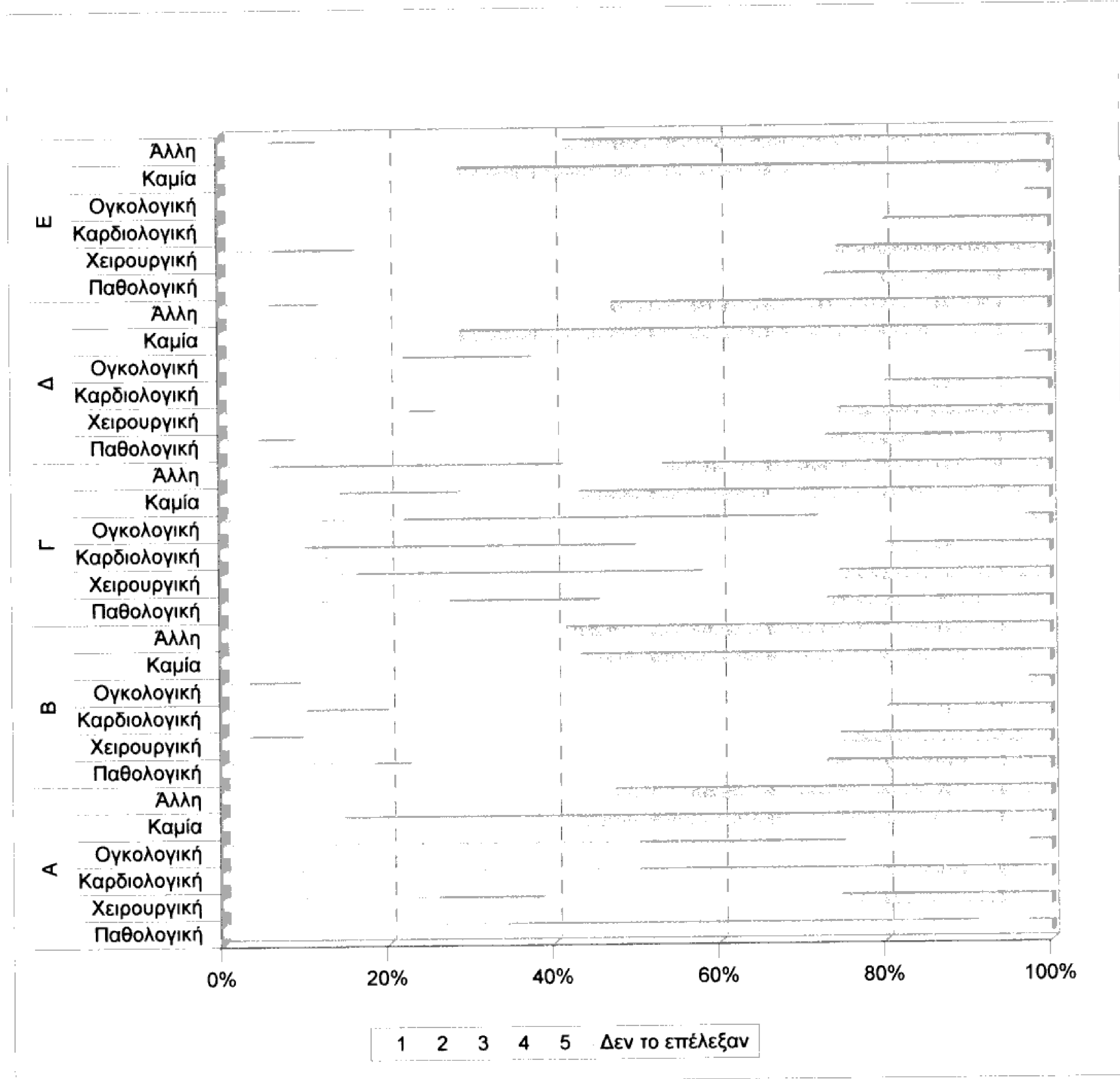
Επίσης, ποσοστά δίνονται και για τις προϋποθέσεις θεσμοθέτησης της ευθανασίας σε σχέση με την ειδικότητα των ερωτηθέντων δίνονται στον παρακάτω πίνακα

Πίνακας 12 : Συσχετίζει τις προϋποθέσεις που θα συμφωνούσε το νοσηλευτικό προσωπικό να θεσμοθετηθεί η ευθανασία σε σχέση με την ειδικότητα

Αν ναι, κάτω από ποιες προϋποθέσεις θα συμφωνούσατε να θεσμοθετηθεί η ευθανασία;							
	Ειδικότητα	Σειρά Προτεραιότητας (Ποσοστό %)					Δεν το επέλεξαν
		1	2	3	4	5	
Ο ασθενής να πάσχει από ανίατη ασθένεια	Παθολογική	27,3	45,5	4,5	0	0	2,7
	Χειρουργική	25,8	12,9	29,0	6,5	0	25,8
	Καρδιολογική	50,0	30,0	0	0	0	20,0
	Ογκολογική	50,0	25,0	15,6	6,3	0	3,1
	Καμία	14,3	28,6	0	0	0	57,1
	Άλλη	29,4	0	5,9	11,8	0	52,9
Ο ασθενής να έχει συναίσθηση του περιβάλλοντος	Παθολογική	18,2	4,5	9,1	27,3	13,6	27,3
	Χειρουργική	3,2	6,5	16,1	32,3	16,1	25,8
	Καρδιολογική	10,0	10,0	30,0	10,0	20,0	20,0
	Ογκολογική	3,1	6,3	40,6	40,6	6,3	3,1
	Καμία	14,3	0	28,6	0	0	57,1
	Άλλη	11,8	0	11,8	5,9	11,8	58,8
Ο ασθενής να υποφέρει από αφόρητους πόνους	Παθολογική	27,3	18,2	22,7	4,5	0	27,3
	Χειρουργική	16,1	41,9	9,7	6,5	0	25,8
	Καρδιολογική	10,0	40,0	20,0	0	10,0	20,0
	Ογκολογική	21,9	50,0	9,4	12,5	3,1	3,1
	Καμία	14,3	14,3	14,3	0	0	57,1
	Άλλη	5,9	35,3	5,9	5,9	0	47,1
Ο ασθενής να έχει εκφράσει επίμονο αίτημα για ευθανασία	Παθολογική	4,5	4,5	36,4	13,6	13,6	27,3
	Χειρουργική	22,6	3,2	16,1	16,1	16,1	25,8
	Καρδιολογική	0	0	20,0	40,0	20,0	20,0
	Ογκολογική	21,9	15,6	25,0	28,1	6,3	3,1
	Καμία	0	0	0	28,6	0	71,4
	Άλλη	5,9	5,9	17,6	5,9	11,8	52,9
Να έχει προηγηθεί ψυχιατρική εξέταση του ασθενούς	Παθολογική	0	0	0	27,3	45,5	27,3
	Χειρουργική	6,5	9,7	3,2	12,9	41,9	25,8
	Καρδιολογική	10,0	0	10,0	30,0	30,0	20,0
	Ογκολογική	0	0	6,3	9,4	81,3	3,1
	Καμία	0	0	0	0	28,6	71,4
	Άλλη	5,9	5,9	0	11,8	17,6	58,8

Το νοσηλευτικό προσωπικό όλων των ειδικοτήτων θεωρεί ως πιο σημαντική προϋπόθεση για την θεσμοθέτηση της ευθανασίας ο ασθενής να πάσχει από ανίατη ασθένεια. Ακολουθεί το αντίστοιχο γράφημα.

Γράφημα 31: Συσχετίζει τις προϋποθέσεις που θα συμφωνούσε το νοσηλευτικό προσωπικό να θεσμοθετηθεί η ευθανασία σε σχέση με την ειδικότητα



Όπου:

A	B	Γ	Δ	E
Ο ασθενής να πάσχει από ανίατη ασθένεια	Ο ασθενής να έχει συναίσθηση του περιβάλλοντος	Ο ασθενής να υποφέρει από αφόρητους πόνους	Ο ασθενής να έχει εκφράσει επίμονο αίτημα για ευθανασία	Να έχει προηγηθεί ψυχιατρική εξέταση του ασθενούς

Ένα άλλο στοιχείο των ερωτώμενων με το οποίο θεωρήθηκε ενδιαφέρον να συσχετιστεί η ερώτηση για τις προϋποθέσεις της ευθανασίας είναι το επίπεδο μόρφωσής τους. Ακολουθεί ο σχετικός πίνακας.

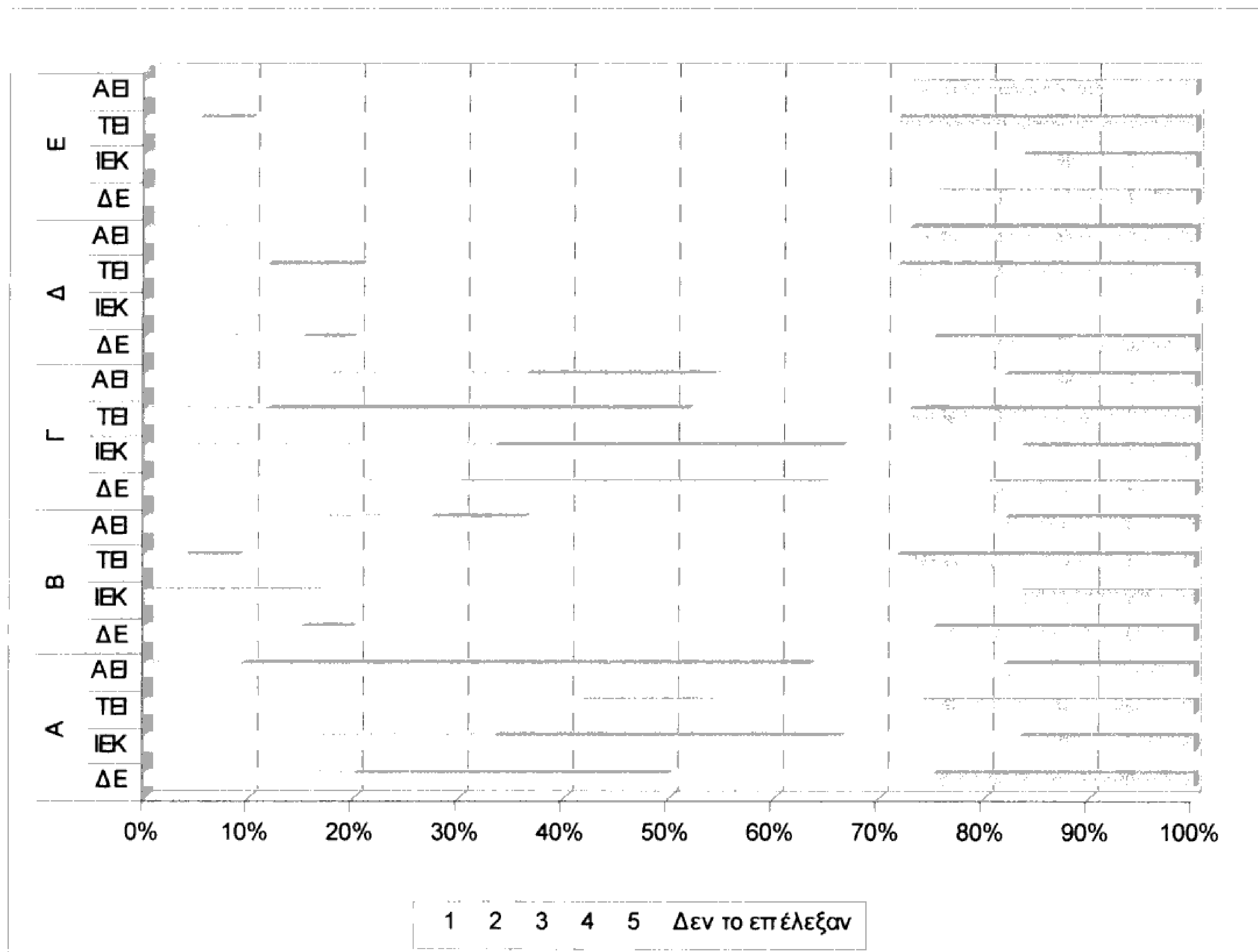
Πίνακας 13: Συσχετίζει τις προϋποθέσεις που θα συμφωνούσε το νοσηλευτικό προσωπικό να θεσμοθετηθεί η ευθανασία σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο

Αν ναι, κάτω από ποιες προϋποθέσεις θα συμφωνούσατε να θεσμοθετηθεί η ευθανασία;							
	Μορφωτικό Επίπεδο	Σειρά Προτεραιότητας (Ποσοστό %)					Δεν το επέλεξαν
		1	2	3	4	5	
Ο ασθενής να πάσχει από ανίατη ασθένεια	ΔΕ	20,0	30,0	20,0	5,0	0	25,0
	ΙΕΚ	33,3	33,3	16,7	0	0	16,7
	ΤΕΙ	41,6	13,0	13,0	6,5	0	26,0
	ΑΕΙ	9,1	54,5	18,2	0	0	18,2
Ο ασθενής να έχει συναίσθηση του περιβάλλοντος	ΔΕ	15,0	5,0	30,0	15,0	10,0	25,0
	ΙΕΚ	0	16,7	0	66,7	0	16,7
	ΤΕΙ	3,9	5,2	24,7	23,4	14,3	28,6
	ΑΕΙ	27,3	9,1	18,2	27,3	0	18,2
Ο ασθενής να υποφέρει από αφόρητους πόνους	ΔΕ	30,0	35,0	5,0	10,0	0	20,0
	ΙΕΚ	33,3	33,3	16,7	0	0	16,7
	ΤΕΙ	11,7	40,3	11,7	6,5	2,6	27,3
	ΑΕΙ	36,4	18,2	18,2	9,1	0	18,2
Ο ασθενής να έχει εκφράσει επίμονο αίτημα για ευθανασία	ΔΕ	15,0	5,0	15,0	25,0	15,0	25,0
	ΙΕΚ	33,3	0	50,0	16,7	0	0
	ΤΕΙ	11,7	9,1	20,8	19,5	10,4	28,6
	ΑΕΙ	9,1	0	18,2	27,3	18,2	27,3
Να έχει προηγηθεί ψυχιατρική εξέταση του ασθενούς	ΔΕ	0	0	5,0	20,0	50,0	25,0
	ΙΕΚ	0	0	0	0	83,3	16,7
	ΤΕΙ	5,2	5,2	1,3	15,6	44,2	28,6
	ΑΕΙ	0	0	9,1	9,1	54,5	27,3

Για το νοσηλευτικό προσωπικό με μορφωτικό επίπεδο ΙΕΚ και ΤΕΙ πιο σημαντική προϋπόθεση είναι ο ασθενής να πάσχει από ανίατη ασθένεια. Για τους ΔΕ νοσηλευτές και τους απόφοιτους ΑΕΙ σημαντικό είναι ο ασθενής να υποφέρει από αφόρητους πόνους.

Στο γράφημα που ακολουθεί παρουσιάζονται τα ποσοστά που έλαβαν οι προϋποθέσεις σε συνάρτηση με το μορφωτικό επίπεδο.

Γράφημα 32 : Συσχετίζει τις προϋποθέσεις που θα συμφωνούσε το νοσηλευτικό προσωπικό να θεσμοθετηθεί η ευθανασία με το μορφωτικό επίπεδο



Όπου:

A	B	Γ	Δ	E
Ο ασθενής να πάσχει από ανίατη ασθένεια	Ο ασθενής να έχει συναίσθηση του περιβάλλοντος	Ο ασθενής να υποφέρει από αφόρητους πόνους	Ο ασθενής να έχει εκφράσει επίμονο αίτημα για ευθανασία	Να έχει προηγηθεί ψυχιατρική εξέταση του ασθενούς

Τέλος, παρουσιάζονται οι απαντήσεις που δόθηκαν σχετικά με τις προϋποθέσεις της ευθανασίας σε σχέση με την επαγγελματική εμπειρία των ερωτηθέντων.

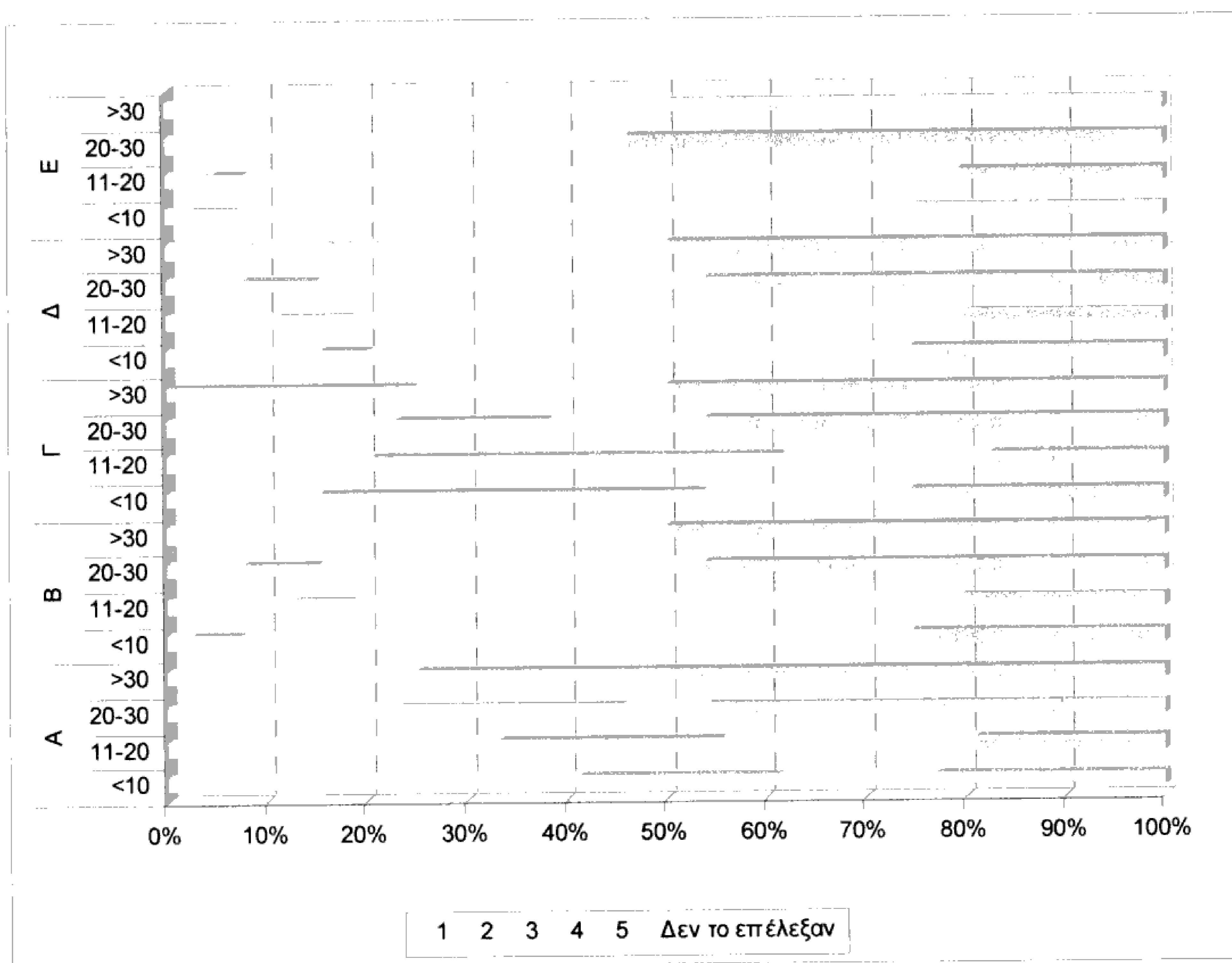
Πίνακας 14 : Συσχετίζει τις προϋποθέσεις που θα συμφωνούσε το νοσηλευτικό προσωπικό να θεσμοθετηθεί η ευθανασία με την επαγγελματική προϋπηρεσία

Αν ναι, κάτω από ποιες προϋποθέσεις θα συμφωνούσατε να θεσμοθετηθεί η ευθανασία;							
	Επαγγελματική προϋπηρεσία	Σειρά Προτεραιότητας (Ποσοστό %)					Δεν το επέλεξαν
		1	2	3	4	5	
Ο ασθενής να πάσχει από ανίατη ασθένεια	<10	41,0	20,5	12,8	2,6	0	23,1
	11-20	33,3	22,2	17,5	7,9	0	19,0
	20-30	23,1	23,1	7,7	0	0	46,2
	>30	25,0	25,0	0	0	0	50,0
Ο ασθενής να έχει συναίσθηση του περιβάλλοντος	<10	2,6	5,1	17,9	38,5	10,3	25,6
	11-20	12,7	6,3	23,8	22,2	14,3	20,6
	20-30	7,7	7,7	30,8	0	7,7	46,2
	>30	0	0	0	50,0	0	50,0
Ο ασθενής να υποφέρει από αφόρητους πόνους	<10	15,4	38,5	15,4	5,1	0	25,6
	11-20	20,6	41,3	12,7	4,8	3,2	17,5
	20-30	23,1	15,4	0	15,4	0	46,2
	>30	0	25,0	25,0	0	0	50,0
Ο ασθενής να έχει εκφράσει επίμονο αίτημα για ευθανασία	<10	15,4	5,1	25,6	17,9	10,3	25,6
	11-20	11,1	7,9	20,6	23,8	15,9	20,6
	20-30	7,7	7,7	15,4	23,1	0	46,2
	>30	25,0	0	25,0	0	0	50,0
Να έχει προηγηθεί ψυχιατρική εξέταση του ασθενούς	<10	2,6	5,1	2,6	10,3	53,8	25,6
	11-20	4,8	3,2	4,8	20,6	46,0	20,6
	20-30	0	0	0	7,7	38,5	53,8
	>30	0	0	0	0	50,0	50,0

Δεν υπάρχει διαφορά στο ποιες προϋποθέσεις είναι σημαντικές για τη θεσμοθέτηση της ευθανασίας σχετικά με την επαγγελματική εμπειρία των νοσηλευτών, αφού για όλους σημαντική είναι η πρώτη προϋπόθεση.

Στη συνέχεια παρατίθεται και το αντίστοιχο γράφημα.

Γράφημα 33 : Συσχετίζει τις προϋποθέσεις που θα συμφωνούσε το νοσηλευτικό προσωπικό να θεσμοθετηθεί η ευθανασία με την επαγγελματική προϋπηρεσία



Όπου:

A	B	Γ	Δ	Ε
Ο ασθενής να πάσχει από ανίατη ασθένεια	Ο ασθενής να έχει συναίσθηση του περιβάλλοντος	Ο ασθενής να υποφέρει από αφόρητους πόνους	Ο ασθενής να έχει εκφράσει επίμονο αίτημα για ευθανασία	Να έχει προηγηθεί ψυχιατρική εξέταση του ασθενούς

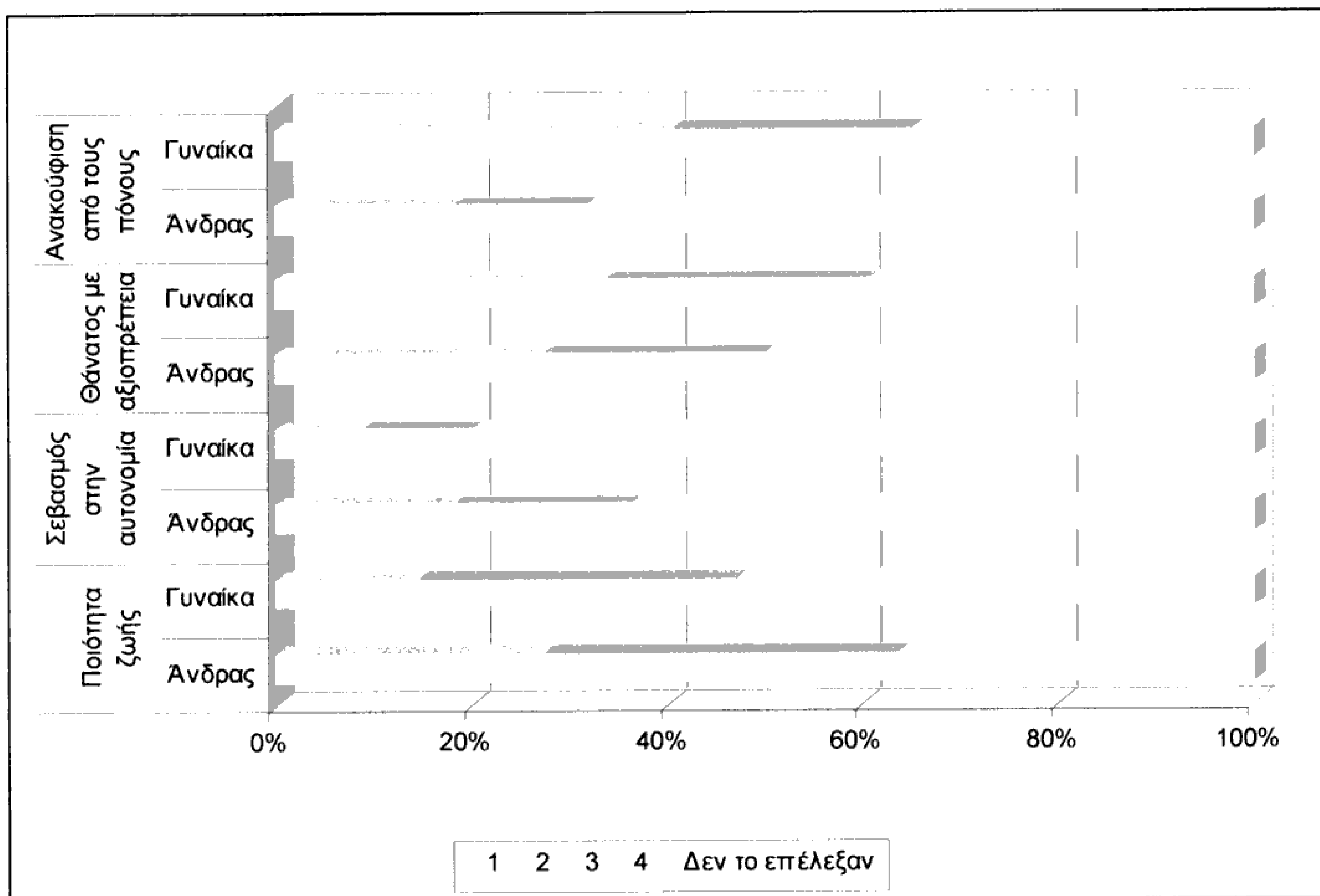
Σχετικά με το ποιοι παράγοντες επηρεάζουν μία απόφαση υπέρ της ευθανασίας παρουσιάζονται στον ακόλουθο πίνακα οι απαντήσεις του νοσηλευτικού προσωπικού σε σχέση με το φύλο .

Πίνακας 15: Συσχετίζει τους παράγοντες που επηρεάζουν μια απόφαση υπέρ της ευθανασίας με το φύλο

Ποιοί παράγοντες πιστεύετε ότι επηρεάζουν μία απόφαση ΥΠΕΡ της ευθανασίας;						
	Φύλο	Σειρά Προτεραιότητας (Ποσοστό %)				
		1	2	3	4	Δεν το επέλεξαν
Ποιότητα ζωής	Άνδρας	27,3	36,4	18,2	9,1	9,1
	Γυναίκα	14,6	32,6	30,3	18,0	4,5
Σεβασμός στην αυτονομία	Άνδρας	18,2	18,2	40,9	13,6	9,1
	Γυναίκα	9,0	11,2	33,7	40,4	5,6
Θάνατος με αξιοπρέπεια	Άνδρας	27,3	22,7	18,2	22,7	9,1
	Γυναίκα	33,7	27,0	21,3	13,5	4,5
Ανακούφιση από τους πόνους	Άνδρας	18,2	13,6	13,6	45,5	9,1
	Γυναίκα	40,4	24,7	10,1	22,5	2,2

Για του άνδρες σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει μία απόφαση υπέρ της ευθανασίας είναι η ποιότητα ζωής, ενώ για τις γυναίκες ο θάνατος με αξιοπρέπεια και η ανακούφιση από τους πόνους. Τα στοιχεία αυτά παρουσιάζονται και στο παρακάτω διάγραμμα.

Γράφημα 34 : Συσχετίζει τους παράγοντες που επηρεάζουν μια απόφαση υπέρ της ευθανασίας με το φύλο



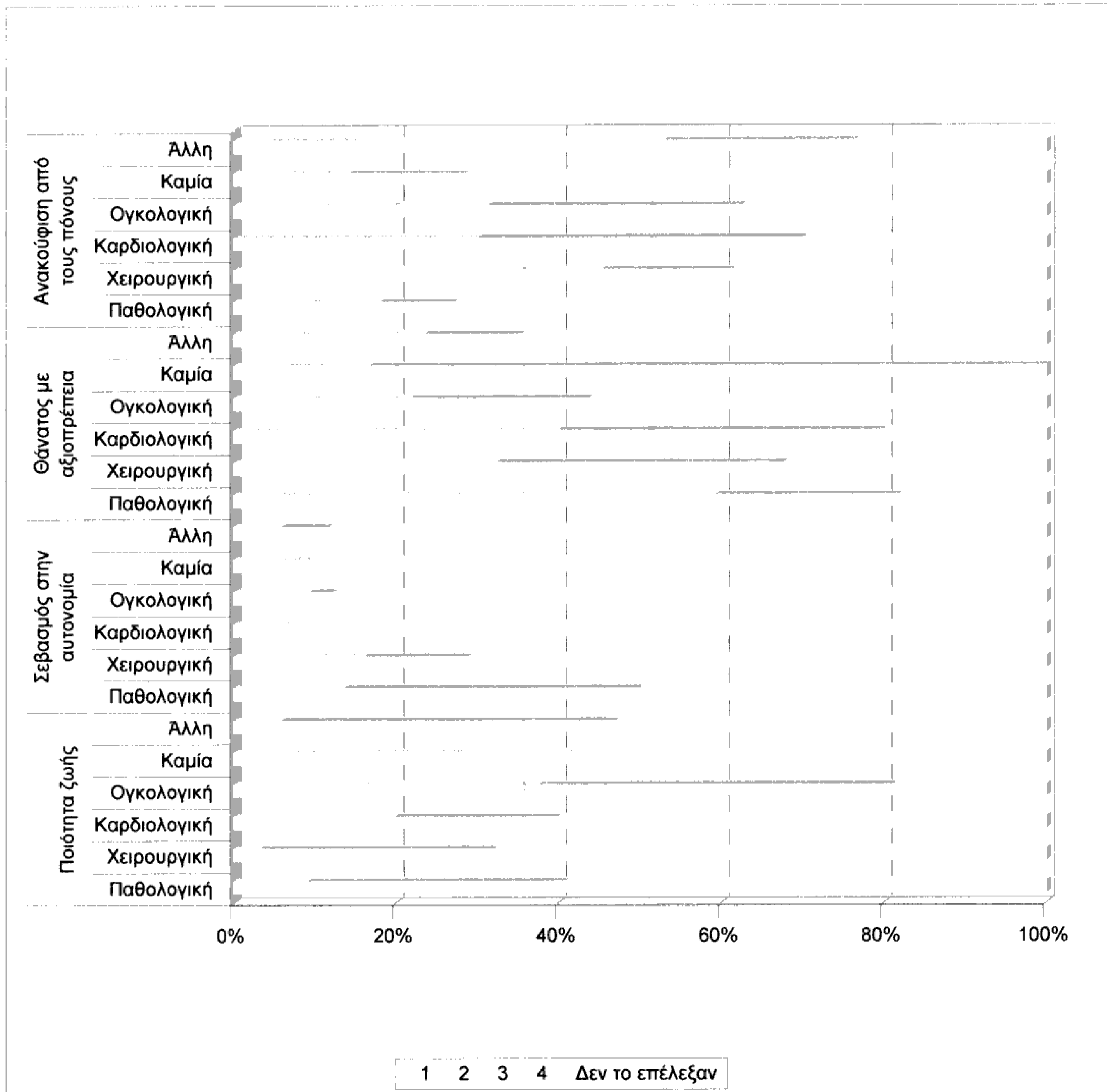
Τα ποσοστά που έλαβαν οι παράγοντες υπέρ της ευθανασίας σε σχέση με την ειδικότητα του νοσηλευτικού προσωπικού που έλαβε μέρος στην έρευνα παρουσιάζονται στον κάτωθι πίνακα.

Πίνακας 16: Συσχετίζει τους παράγοντες που επηρεάζουν μια απόφαση υπέρ της ευθανασίας με την ειδικότητα

Ποιοί παράγοντες πιστεύετε ότι επηρεάζουν μία απόφαση ΥΠΕΡ της ευθανασίας;						
	Ειδικότητα	Σειρά Προτεραιότητας (Ποσοστό %)				
		1	2	3	4	Δεν το επέλεξαν
Ποιότητα ζωής	Παθολογική	9,1	31,8	36,4	22,7	0
	Χειρουργική	3,2	29,0	41,9	19,4	6,5
	Καρδιολογική	20,0	20,0	30,0	30,0	0
	Ογκολογική	37,5	43,8	6,3	12,5	0
	Καμία	42,9	0	14,3	28,6	14,3
	Άλλη	5,9	41,2	29,4	5,9	17,6
Σεβασμός στην αυτονομία	Παθολογική	13,6	36,4	36,4	13,6	0
	Χειρουργική	16,1	12,9	29,0	35,5	6,5
	Καρδιολογική	10,0	0	50,0	40,0	0
	Ογκολογική	9,4	3,1	53,1	34,4	0
	Καμία	14,3	0	14,3	57,1	14,3
	Άλλη	5,9	5,9	17,6	47,1	23,5
Θάνατος με αξιοπρέπεια	Παθολογική	59,1	22,7	13,6	4,5	0
	Χειρουργική	32,3	35,5	16,1	9,7	6,5
	Καρδιολογική	40,0	40,0	20,0	0	0
	Ογκολογική	21,9	21,9	25,0	31,3	0
	Καμία	14,3	71,4	0	0	0
	Άλλη	23,5	11,8	29,4	17,6	17,6
Ανακούφιση από τους πόνους	Παθολογική	18,2	9,1	13,6	59,1	0
	Χειρουργική	45,2	16,1	6,5	29,0	3,2
	Καρδιολογική	30,0	40,0	0	30,0	0
	Ογκολογική	31,3	31,3	15,6	21,9	0
	Καμία	14,3	14,3	57,1	0	14,3
	Άλλη	52,9	23,5	5,9	5,9	11,8

Για την ειδικότητα της παθολογικής, της χειρουργικής και της καρδιολογικής σημαντικός παράγοντας αποτελεί ο θάνατος με αξιοπρέπεια, ενώ για την ογκολογική η ποιότητα ζωής. Ακολουθεί και το σχετικό γράφημα.

Γράφημα 35 : Συσχετίζει τους παράγοντες που επηρεάζουν μια απόφαση υπέρ της ευθανασίας σε σχέση με την ειδικότητα



Η ίδια ερώτηση συσχετίστηκε και με το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων. Για το επίπεδο Master και Phd, δεν κατέστη δυνατό να υπολογιστούν στατιστικά, καθώς το ποσοστό των ερωτηθέντων είναι πολύ μικρό, μόλις 0,8% για κάθε μία από τις κατηγορίες αυτές.

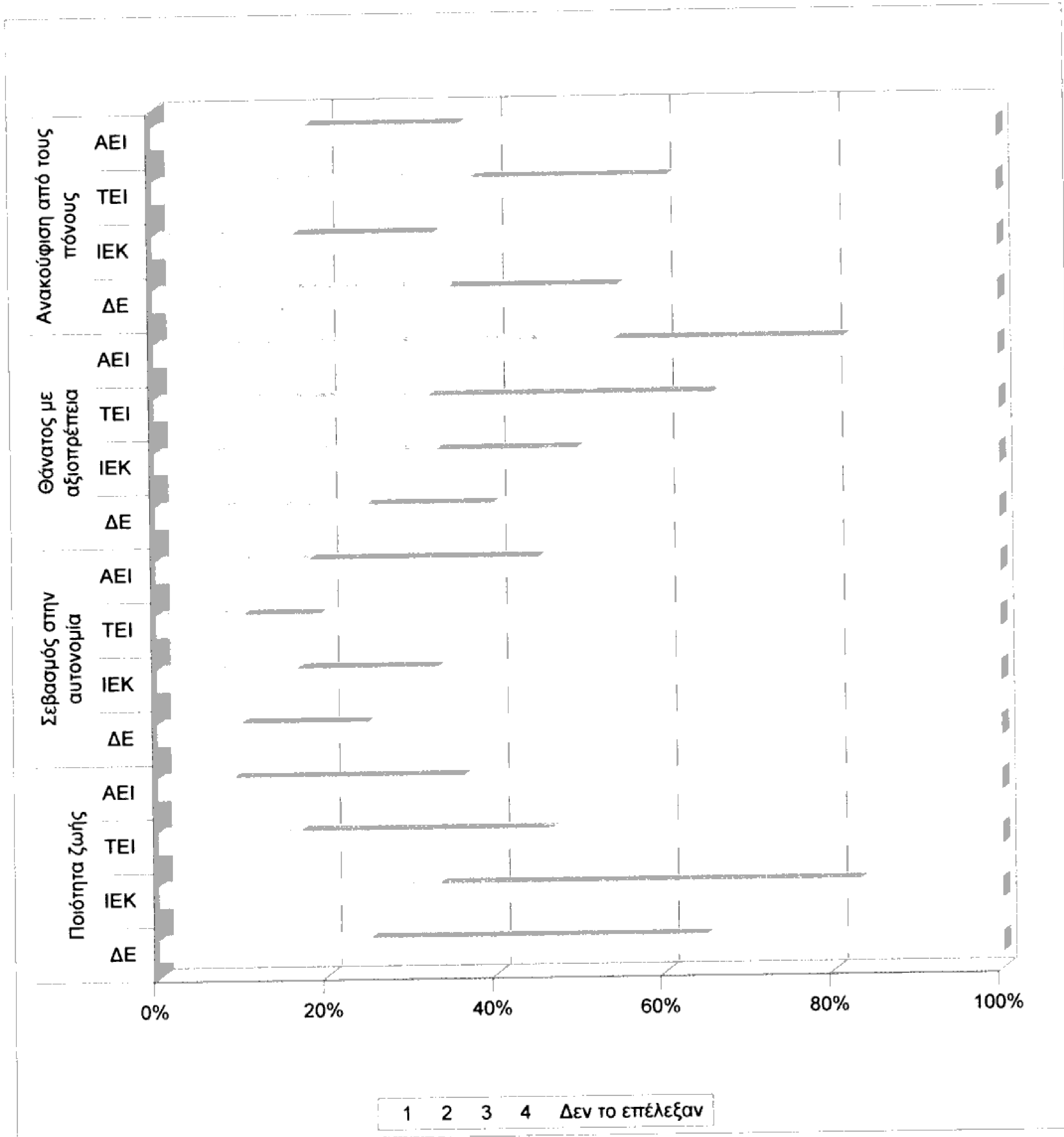
Πίνακας 17 : Συσχετίζει τους παράγοντες που επηρεάζουν μια απόφαση υπέρ της ευθανασίας με το μορφωτικό επίπεδο

Ποιοί παράγοντες πιστεύετε ότι επηρεάζουν μία απόφαση ΥΠΕΡ της ευθανασίας;						
	Μορφωτικό Επίπεδο	Σειρά Προτεραιότητας (Ποσοστό %)				
		1	2	3	4	Δεν το επέλεξαν
Ποιότητα ζωής	ΔΕ	25,0	40,0	10,0	15,0	10,0
	ΙΕΚ	33,3	50,0	16,7	0	0
	ΤΕΙ	16,9	29,9	29,9	19,5	3,9
	ΑΕΙ	9,1	27,3	45,5	18,2	0
Σεβασμός στην αυτονομία	ΔΕ	10,0	15,0	30,0	35,0	10,0
	ΙΕΚ	16,7	16,7	33,3	33,3	0
	ΤΕΙ	10,4	9,1	39,0	36,4	5,2
	ΑΕΙ	18,2	27,3	36,4	18,2	0
Θάνατος με αξιοπρέπεια	ΔΕ	25,0	15,0	35,0	15,0	10,0
	ΙΕΚ	33,3	16,7	0	50,0	0
	ΤΕΙ	32,5	33,8	16,9	13,0	3,9
	ΑΕΙ	54,5	27,3	9,1	9,1	0
Ανακούφιση από τους πόνους	ΔΕ	35,0	20,0	15,0	25,0	5,0
	ΙΕΚ	16,7	16,7	50,0	16,7	0
	ΤΕΙ	37,7	23,4	10,4	26,0	2,6
	ΑΕΙ	18,2	18,2	9,1	54,5	0

Για τους ΔΕ νοσηλευτές και τους αποφοίτους ΙΕΚ σημαντικός παράγοντας είναι η ποιότητα ζωής. Για τους αποφοίτους ΤΕΙ και ΑΕΙ ο θάνατος με αξιοπρέπεια επηρεάζει την απόφασή τους υπέρ της ευθανασίας.

Ακολουθεί το σχετικό γράφημα.

Γράφημα 36 : Συσχετίζει τους παράγοντες που επηρεάζουν μια απόφαση υπέρ της ευθανασίας με το μορφωτικό επίπεδο



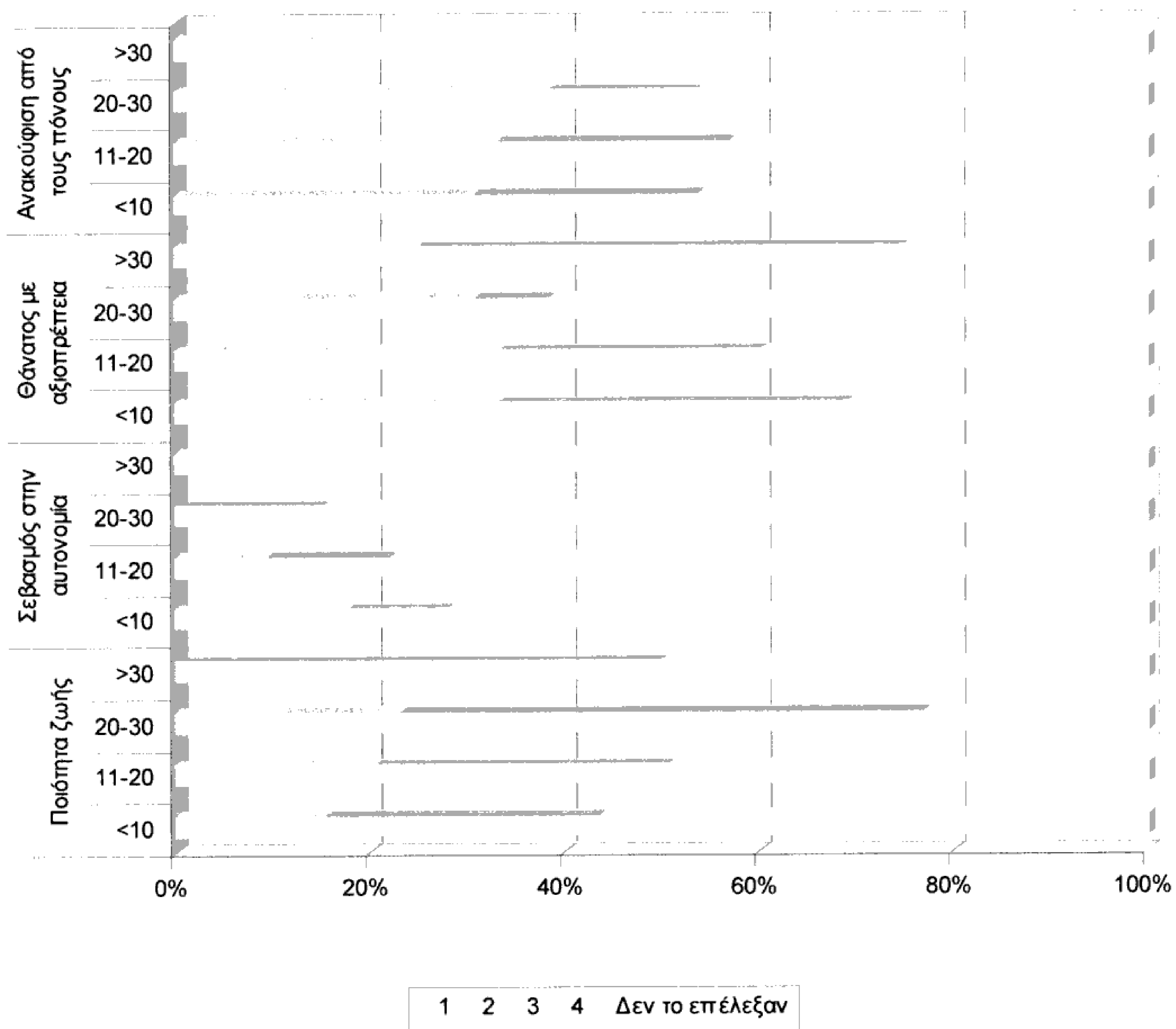
Τέλος, παραθέτουμε και τη συσχέτιση της προαναφερθείσας ερώτησης με την επαγγελματική προϋπηρεσία του νοσηλευτικού προσωπικού.

Πίνακας 18: Συσχετίζει τους παράγοντες που επηρεάζουν μια απόφαση υπέρ της ευθανασίας με την επαγγελματική προϋπηρεσία

Ποιοί παράγοντες πιστεύετε ότι επηρεάζουν μία απόφαση ΥΠΕΡ της ευθανασίας;						
	Επαγγελματικ ή προϋπηρεσία	Σειρά Προτεραιότητας (Ποσοστό %)				
		1	2	3	4	Δεν το επέλεξαν
Ποιότητα ζωής	<10	15,4	28,2	41,0	12,8	2,6
	11-20	20,6	30,2	25,4	17,5	6,3
	20-30	23,1	53,8	0	15,4	7,7
	>30	0	50,0	0	50,0	0
Σεβασμός στην αυτονομία	<10	17,9	10,3	28,2	41,0	2,6
	11-20	9,5	12,7	36,5	33,3	7,9
	20-30	0	15,4	53,8	23,1	7,7
	>30	0	0	50,0	50,0	0
Θάνατος με αξιοπρέπεια	<10	33,3	35,9	12,8	15,4	2,6
	11-20	33,3	27,0	22,2	11,1	6,3
	20-30	30,8	7,7	23,1	30,8	7,7
	>30	25,0	50,0	25,0	0	0
Ανακούφιση από τους πόνους	<10	30,8	23,1	15,4	28,2	2,6
	11-20	33,3	23,8	9,5	30,2	3,2
	20-30	38,5	15,4	15,4	23,1	7,7
	>30	75,0	0	25,0	0	0

Οι νοσηλευτές με επαγγελματική εμπειρία μικρότερη των 10 ετών και μεταξύ 11 και 20 ετών θεωρούν σημαντικό παράγοντα τον θάνατο με αξιοπρέπεια. Οι συνάδελφοί τους με μεγαλύτερη επαγγελματική εμπειρία (20 – 30 ετών) την ποιότητα ζωής και αυτοί με χρόνια προϋπηρεσίας περισσότερα από 30 την ανακούφιση από τους πόνους.

Γράφημα 37 : Συσχετίζει τους παράγοντες που επηρεάζουν μια απόφαση υπέρ της ευθανασίας με την επαγγελματική προϋπηρεσία



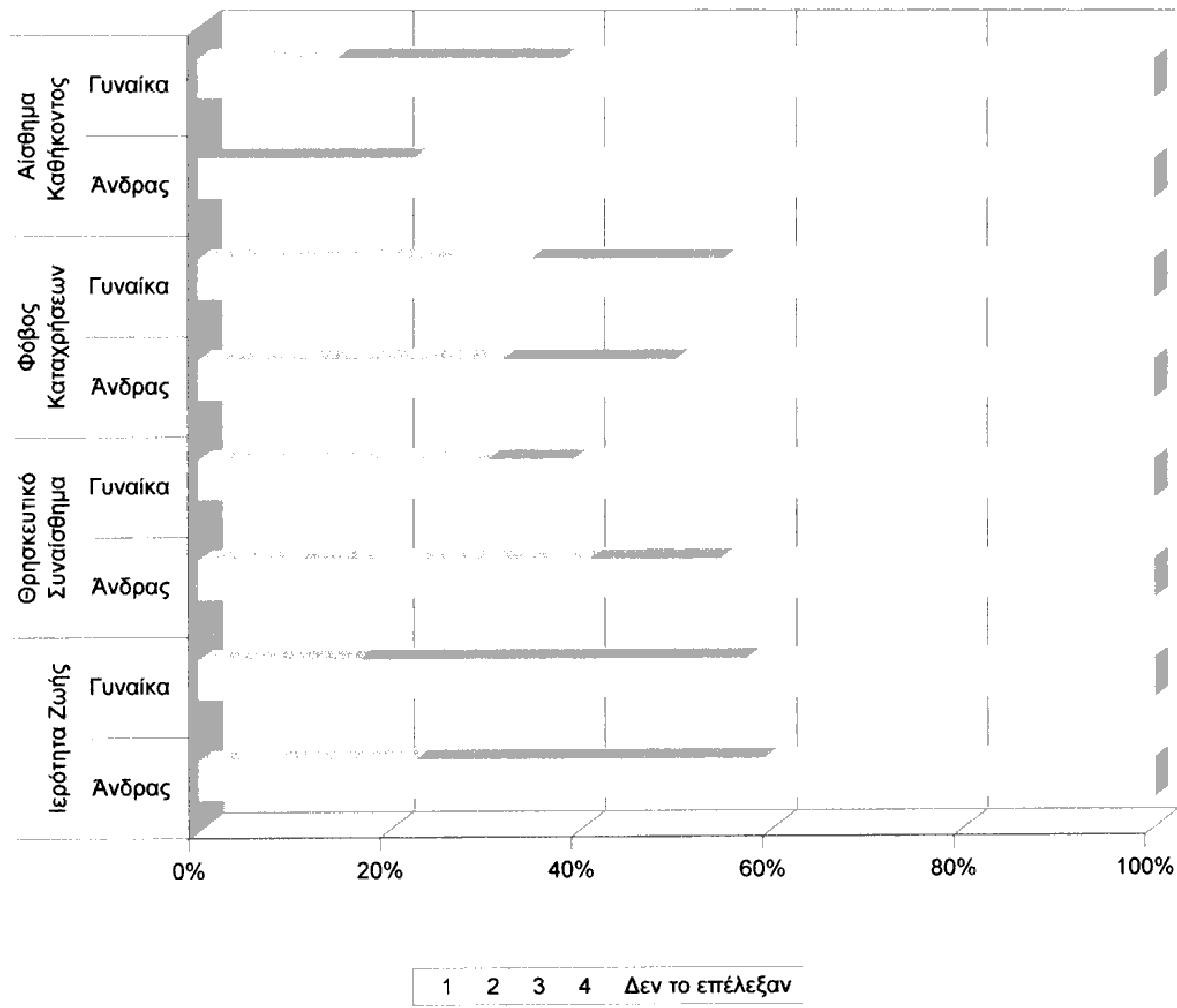
που αναφέρεται στους παράγοντες που επηρεάζουν μία απόφαση κατά της ευθανασίας. Τα αποτελέσματα φαίνονται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 19: Συσχετίζει τους παράγοντες που επηρεάζουν μια απόφαση κατά της ευθανασίας με την κατανομή του δείγματος ανά φύλο

Ποιοί παράγοντες πιστεύετε ότι επηρεάζουν μία απόφαση ΚΑΤΑ της ευθανασίας;						
	Φύλο	Σειρά Προτεραιότητας (Ποσοστό %)				
		1	2	3	4	Δεν το επέλεξαν
Ιερότητα Ζωής	Ανδρας	22,7	36,4	27,3	4,5	9,1
	Γυναίκα	16,9	40,4	30,3	6,7	5,6
Θρησκευτικό Συναίσθημα	Ανδρας	40,9	13,6	22,7	18,2	4,5
	Γυναίκα	30,3	9,0	16,9	36,0	7,9
Φόβος Καταχρήσεων	Ανδρας	31,8	18,2	31,8	9,1	9,1
	Γυναίκα	34,8	20,2	18,0	19,1	7,9
Αίσθημα Καθήκοντος	Ανδρας	0	22,7	9,1	59,1	9,1
	Γυναίκα	14,6	23,6	25,8	29,2	6,7

Αναφορικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν μία απόφαση κατά της ευθανασίας οι άνδρες θεωρούν ότι η ιερότητα της ζωής είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας ενώ για τις γυναίκες ο φόβος των καταχρήσεων. Ακολουθεί και το αντίστοιχο γράφημα.

Γράφημα 38 : Συσχετίζει τους παράγοντες που επηρεάζουν μια απόφαση κατά της ευθανασίας με την κατανομή του δείγματος ανά φύλο



Οι παράγοντες που επηρεάζουν μία απόφαση κατά της ευθανασίας σε σχέση με την ειδικότητα του νοσηλευτικού προσωπικού, φαίνονται στον παρακάτω πίνακα, ενώ ακολουθεί και το σχετικό γράφημα.

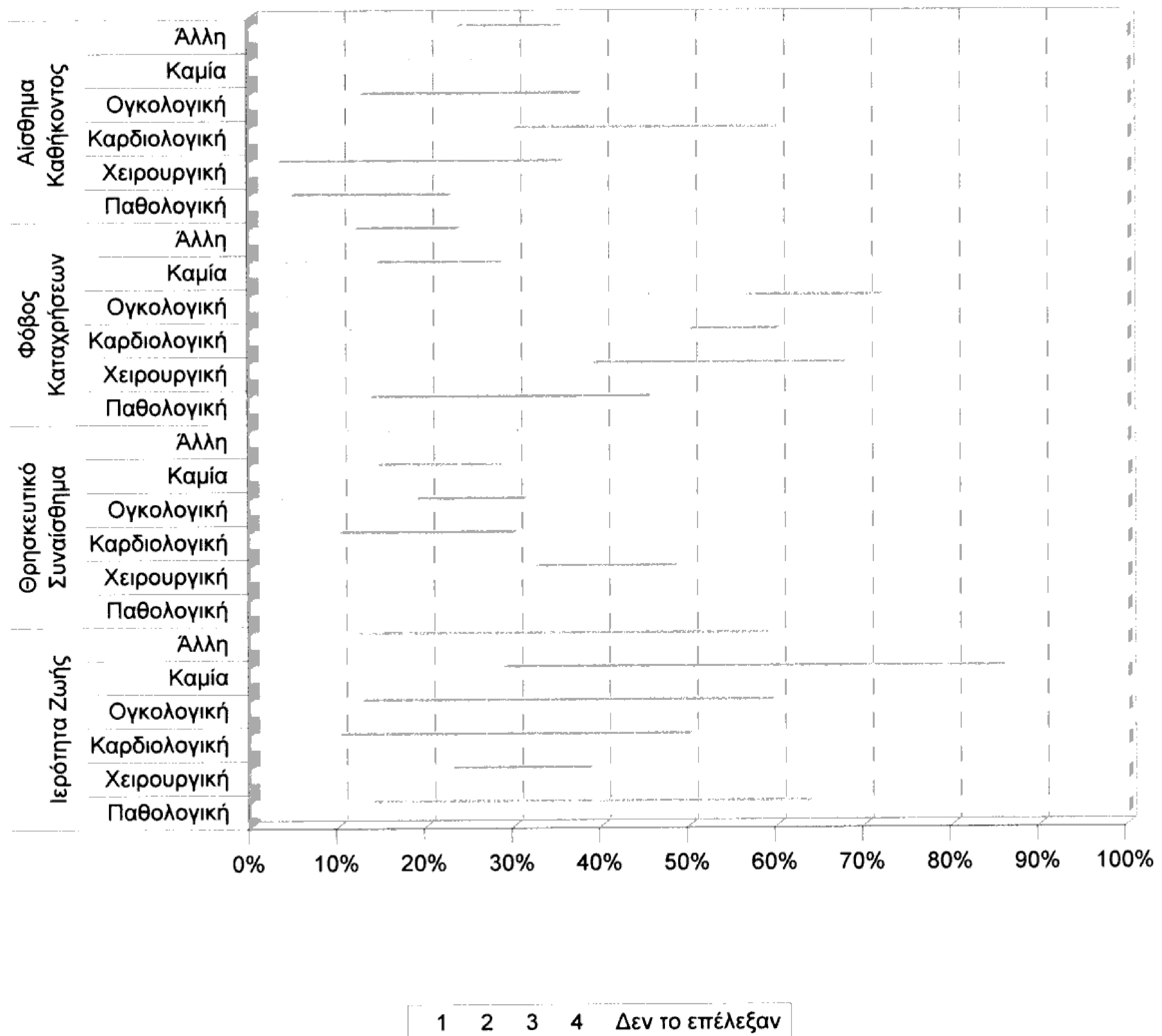
Πίνακας 20: Συσχετίζει τους παράγοντες που επηρεάζουν μια απόφαση κατά της ευθανασίας με την ειδικότητα

Ποιοί παράγοντες πιστεύετε ότι επηρεάζουν μία απόφαση ΚΑΤΑ της ευθανασίας;						
	Ειδικότητα	Σειρά Προτεραιότητας (Ποσοστό %)				
		1	2	3	4	Δεν το επέλεξαν
Ιερότητα Ζωής	Παθολογική	13,6	50,0	13,6	22,7	0
	Χειρουργική	22,6	16,1	41,9	16,1	3,2
	Καρδιολογική	10,0	40,0	40,0	10,0	0
	Ογκολογική	12,5	46,9	40,6	0	0
	Καμία	28,6	57,1	0	0	14,3
	Άλλη	11,8	47,1	11,8	0	29,4
Θρησκευτικό Συναίσθημα	Παθολογική	68,2	0	9,1	22,7	0
	Χειρουργική	32,3	16,1	16,1	29,0	6,5
	Καρδιολογική	10,0	20,0	40,0	30,0	0
	Ογκολογική	18,8	12,5	21,9	46,9	0
	Καμία	14,3	14,3	28,6	28,6	14,3
	Άλλη	41,2	0	11,8	17,6	29,4
Φόβος Καταχρήσεων	Παθολογική	13,6	31,8	36,4	13,6	4,5
	Χειρουργική	38,7	29,0	19,4	6,5	6,5
	Καρδιολογική	50,0	10,0	20,0	20,0	0
	Ογκολογική	56,3	15,6	9,4	18,8	0
	Καμία	14,3	14,3	14,3	42,9	14,3
	Άλλη	11,8	11,8	17,6	29,4	29,4
Αίσθημα Καθήκοντος	Παθολογική	4,5	18,2	36,4	36,4	4,5
	Χειρουργική	3,2	32,3	16,1	41,9	6,5
	Καρδιολογική	30,0	30,0	0	40,0	0
	Ογκολογική	12,5	25,0	28,1	34,4	0
	Καμία	28,6	0	42,9	14,3	14,3
	Άλλη	23,5	11,8	23,5	17,6	23,5

Οι νοσηλευτές που απασχολούνται στην ειδικότητα της παθολογικής θεωρούν το θρησκευτικό συναίσθημα πιο σημαντικό, ενώ της χειρουργικής, της ογκολογικής και καρδιολογικής το φόβο των καταχρήσεων.

Ακολουθεί το σχετικό γράφημα

Γράφημα 39 : Συσχετίζει τους παράγοντες που επηρεάζουν μια απόφαση κατά της ευθανασίας με την ειδικότητα



Τα ποσοστά των παραγόντων κατά της ευθανασίας σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων φαίνονται παρακάτω.

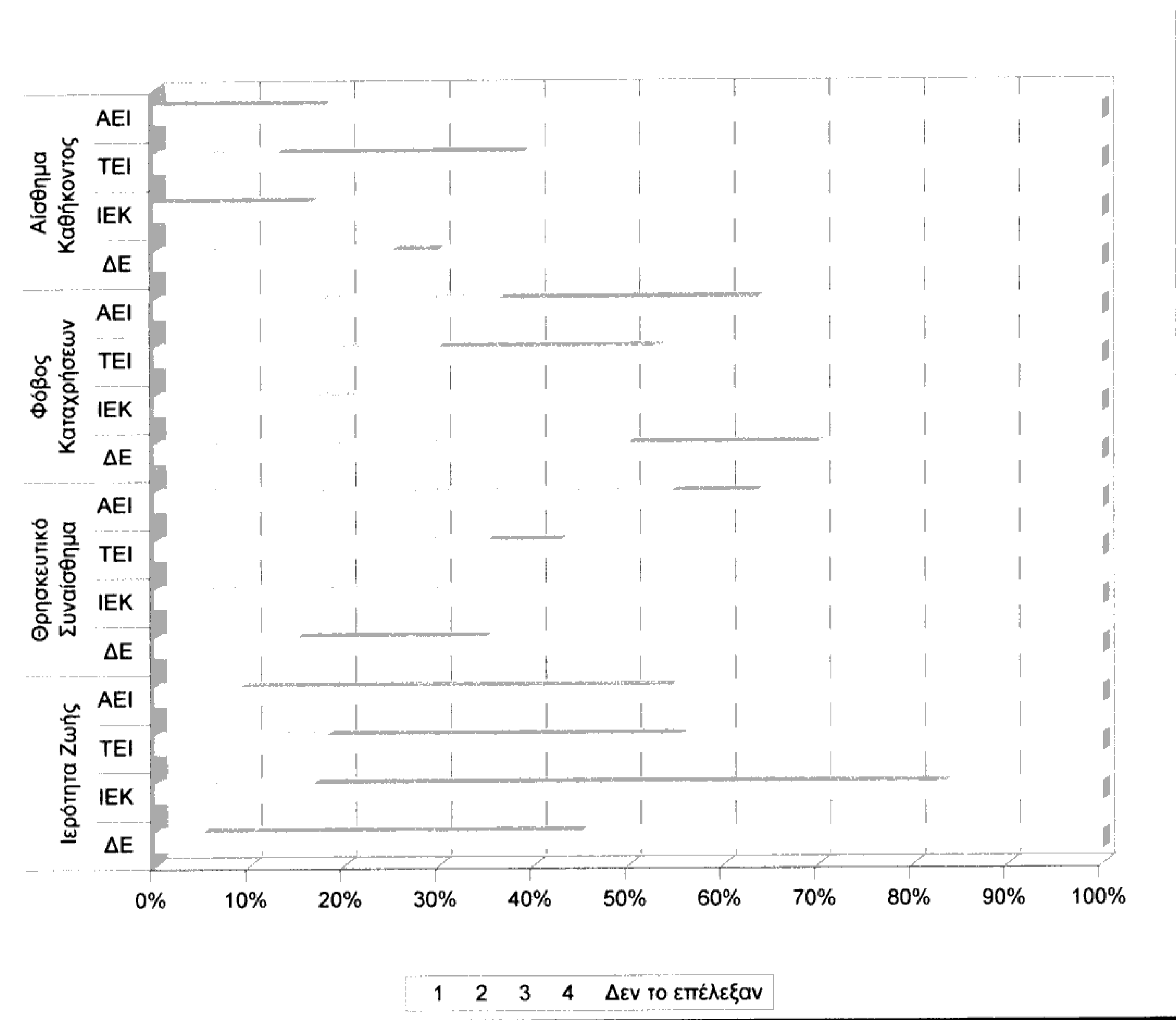
Πίνακας 21: Συσχετίζει τους παράγοντες που επηρεάζουν μια απόφαση κατά της ευθανασίας με το μορφωτικό επίπεδο

Ποιοί παράγοντες πιστεύετε ότι επηρεάζουν μία απόφαση ΚΑΤΑ της ευθανασίας;						
	Μορφωτικό Επίπεδο	Σειρά Προτεραιότητας (Ποσοστό %)				
		1	2	3	4	Δεν το επέλεξαν
Ιερότητα Ζωής	ΔΕ	5,0	40,0	35,0	5,0	15,0
	ΙΕΚ	16,7	66,7	0	0	16,7
	ΤΕΙ	18,2	37,7	28,6	11,7	3,9
	ΑΕΙ	9,1	45,5	36,4	9,1	0
Θρησκευτικό Συναίσθημα	ΔΕ	15,0	20,0	30,0	20,0	15,0
	ΙΕΚ	50,0	0	33,3	16,7	0
	ΤΕΙ	35,1	7,8	18,2	32,5	6,5
	ΑΕΙ	54,5	9,1	9,1	27,3	0
Φόβος Καταχρήσεων	ΔΕ	50,0	20,0	10,0	10,0	10,0
	ΙΕΚ	33,3	0	0	50,0	16,7
	ΤΕΙ	29,9	23,4	20,8	18,2	7,8
	ΑΕΙ	36,4	27,3	18,2	18,2	0
Αίσθημα Καθήκοντος	ΔΕ	25,0	5,0	10,0	50,0	10,0
	ΙΕΚ	0	16,7	50,0	16,7	16,7
	ΤΕΙ	13,0	26,0	24,7	29,9	6,5
	ΑΕΙ	0	18,2	36,4	45,5	0

Το νοσηλευτικό προσωπικό με μορφωτικό επίπεδο ΔΕ και ΤΕΙ θεωρεί πιο σημαντικό παράγοντα το φόβο των καταχρήσεων, οι απόφοιτοι ΙΕΚ την ιερότητα της ζωής, ενώ τέλος οι απόφοιτοι ΑΕΙ το θρησκευτικό συναίσθημα.

Στη συνέχεια δίνεται και το σχετικό γράφημα.

Γράφημα 40 : Συσχετίζει τους παράγοντες που επηρεάζουν μια απόφαση κατά της ευθανασίας με το μορφωτικό επίπεδο



Τέλος, συσχετίστηκαν οι παράγοντες κατά της ευθανασίας με την επαγγελματική προϋπηρεσία των ερωτηθέντων και τα αποτελέσματα δίνονται στον παρακάτω πίνακα και το αντίστοιχο γράφημα.

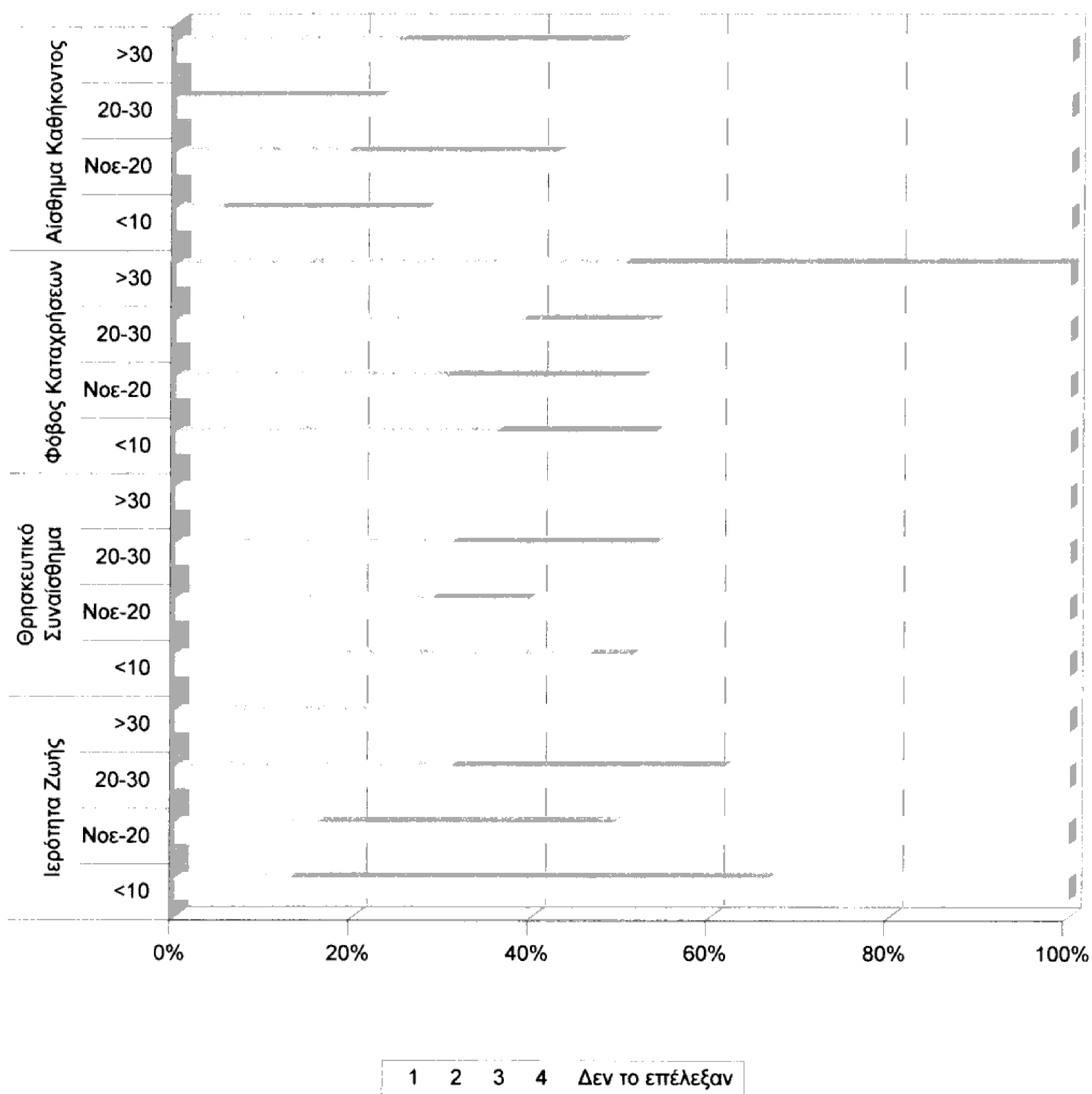
Πίνακας 22 : Συσχετίζει τους παράγοντες που επηρεάζουν μια απόφαση κατά της ευθανασίας με την επαγγελματική προϋπηρεσία

Ποιοί παράγοντες πιστεύετε ότι επηρεάζουν μία απόφαση ΚΑΤΑ της ευθανασίας;						
	Επαγγελματική προϋπηρεσία	Σειρά Προτεραιότητας (Ποσοστό %)				
		1	2	3	4	Δεν το επέλεξαν
Ιερότητα Ζωής	<10	12,8	53,8	23,1	10,3	0
	11-20	15,9	33,3	34,9	7,9	7,9
	20-30	30,8	30,8	23,1	7,7	7,7
	>30	25,0	0	25,0	25,0	25,0
Θρησκευτικό Συναίσθημα	<10	46,2	5,1	12,8	35,9	0
	11-20	28,6	11,1	22,2	27,0	11,1
	20-30	30,8	23,1	7,7	38,5	0
	>30	0	0	50,0	25,0	25,0
Φόβος Καταχρήσεων	<10	35,9	17,9	20,5	23,1	2,6
	11-20	30,2	22,2	15,9	20,6	11,1
	20-30	38,5	15,4	38,5	0	7,7
	>30	50,0	50,0	0	0	0
Αίσθημα Καθήκοντος	<10	5,1	23,1	41,0	28,2	2,6
	11-20	19,0	23,8	15,9	33,3	7,9
	20-30	0	23,1	23,1	46,2	7,7
	>30	25,0	25,0	0	25,0	25,0

Η ιερότητα της ζωής είναι πιο σημαντική για τους νοσηλευτές με επαγγελματική εμπειρία μικρότερη των 10 ετών, ενώ με εμπειρία μεταξύ 11 και 20 ετών και 20 και 30 ετών και μεγαλύτερη από 30 έτη είναι ο φόβος καταχρήσεων.

Ακολουθεί το σχετικό γράφημα

Γράφημα 41 : Συσχετίζει τους παράγοντες που επηρεάζουν μια απόφαση κατά της ευθανασίας με την επαγγελματική προϋπηρεσία



Ενδιαφέρον παρουσιάζει η συσχέτιση της ερώτησης που αναφέρεται στο κατά πόσο το νοσηλευτικό προσωπικό θεωρεί επαρκή τη συμμετοχή του και την επικοινωνία του με το ιατρικό προσωπικό στη συζήτηση σχετικά με το αίτημα ενός ασθενή να πεθάνει με κάποια από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων, όπως φύλο, ειδικότητα, μορφωτικό επίπεδο και επαγγελματική εμπειρία.

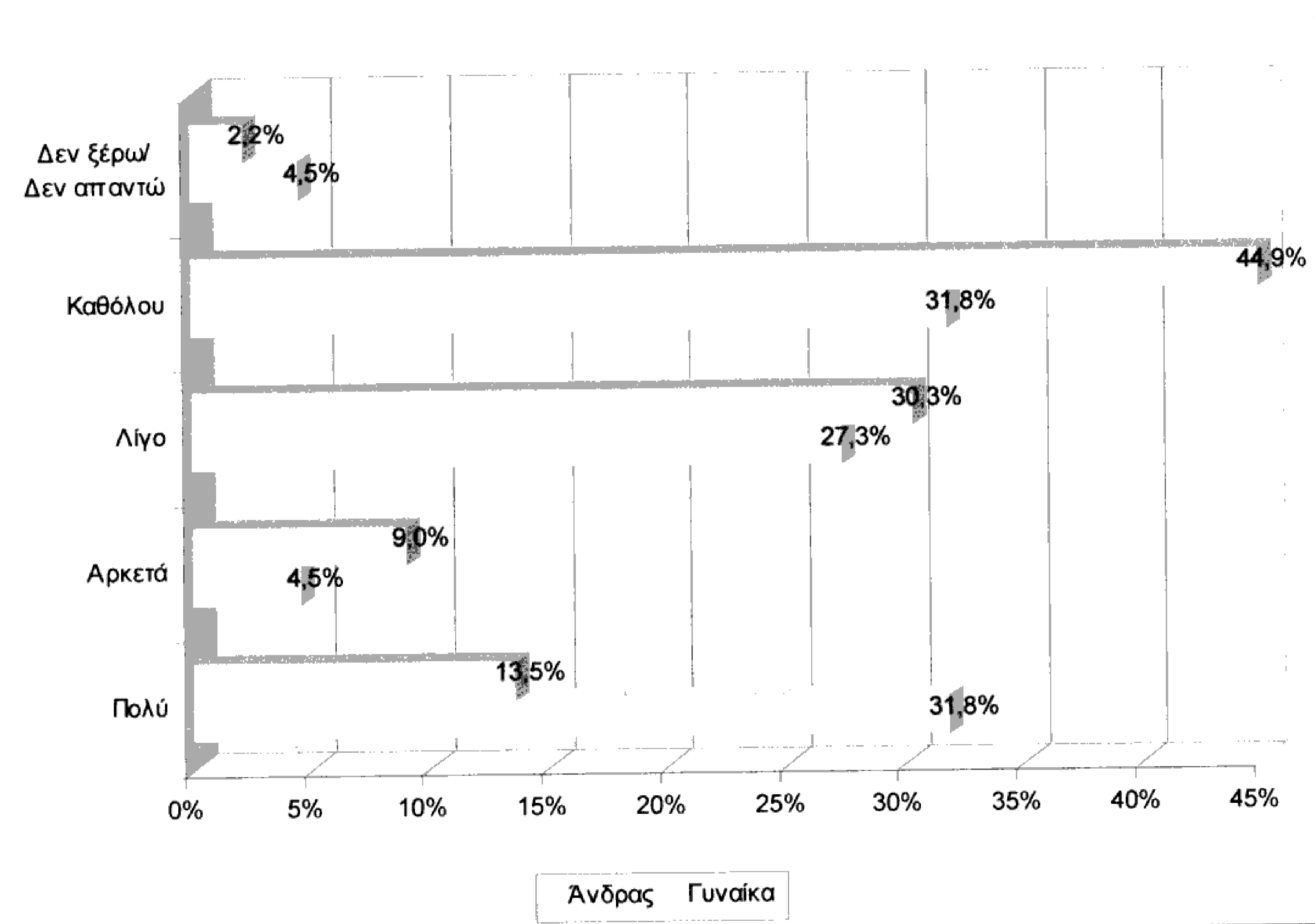
Πιο συγκεκριμένα, αναφορικά με το φύλο, έχουμε τα κάτωθι αποτελέσματα.

Πίνακας 23 : Συσχετίζει την συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού και την επικοινωνία του με το ιατρικό προσωπικό στη συζήτηση σχετικά με το αίτημα ενός ασθενή να πεθάνει με το φύλο

Θεωρείτε επαρκή τη συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού και την επικοινωνία του με το ιατρικό προσωπικό στη συζήτηση σχετικά με το αίτημα ενός ασθενή να πεθάνει;			
Φύλο		Συχνότητα	Ποσοστό
Άνδρας	Πολύ	7	31,8
	Αρκετά	1	4,5
	Λίγο	6	27,3
	Καθόλου	7	31,8
	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	1	4,5
Γυναίκα	Πολύ	12	13,5
	Αρκετά	8	9,0
	Λίγο	27	30,3
	Καθόλου	40	44,9
	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	2	2,2

Ακολουθεί το αντίστοιχο διάγραμμα.

Γράφημα 42 : Συσχετίζει την συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού και την επικοινωνία του με το ιατρικό προσωπικό στη συζήτηση σχετικά με το αίτημα ενός ασθενή να πεθάνει με το φύλο



Επίσης, η προς ανάλυση ερώτηση συσχετίστηκε και με την ειδικότητα στην οποία απασχολούνται οι νοσηλευτές που πήραν μέρος στην έρευνα.

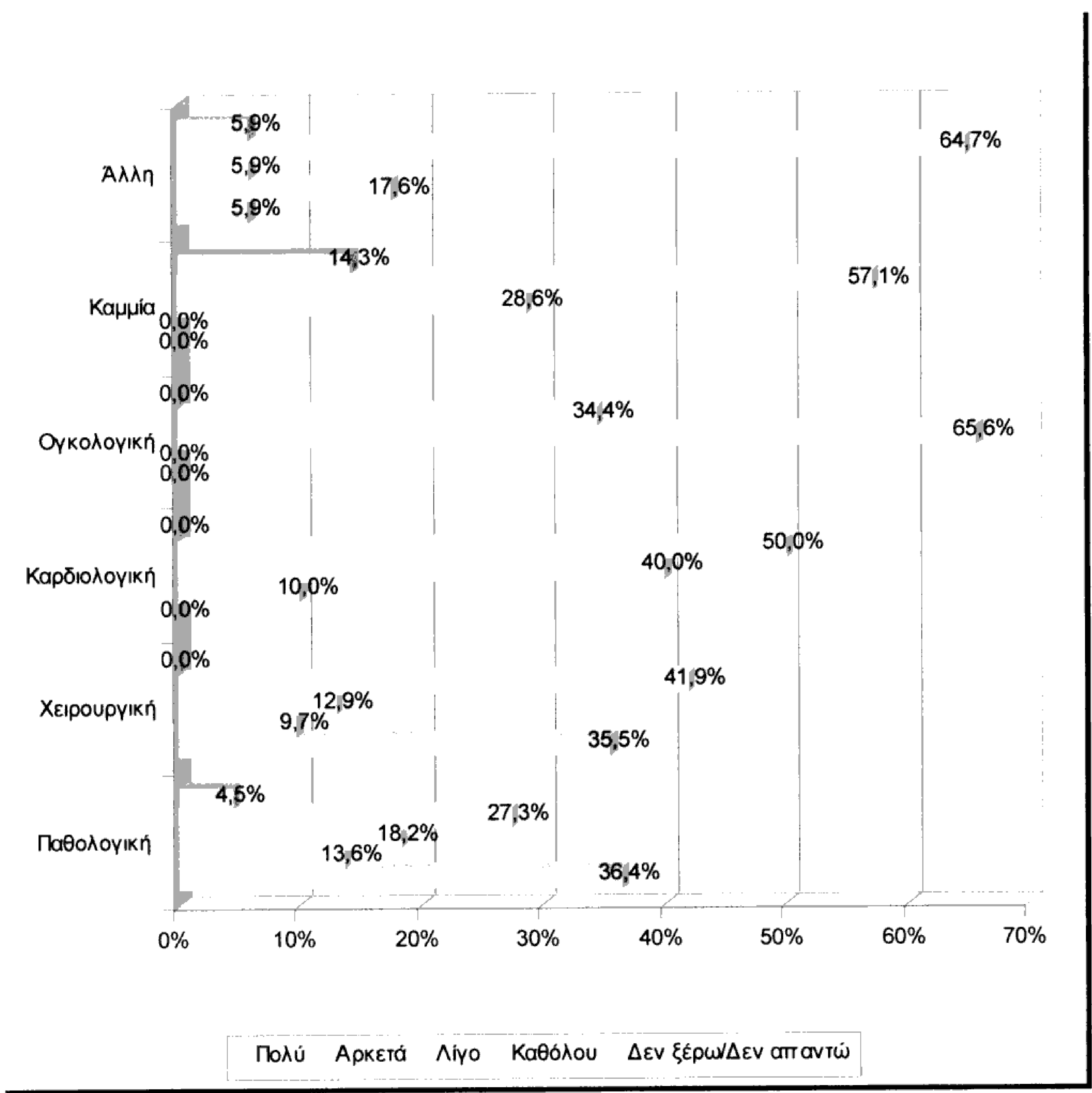
Ακολουθεί ο πίνακας με τα αποτελέσματα.

Πίνακας 24: Συσχετίζει την συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού και την επικοινωνία του με το ιατρικό προσωπικό στη συζήτηση σχετικά με το αίτημα ενός ασθενή να πεθάνει με την ειδικότητα

Θεωρείτε επαρκή τη συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού και την επικοινωνία του με το ιατρικό προσωπικό στη συζήτηση σχετικά με το αίτημα ενός ασθενή να πεθάνει;			
Ειδικότητες		Συχνότητα	Ποσοστό
Παθολογική	Πολύ	8	36,4
	Αρκετά	3	13,6
	Λίγο	4	18,2
	Καθόλου	6	27,3
	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	1	4,5
Χειρουργική	Πολύ	11	35,5
	Αρκετά	3	9,7
	Λίγο	4	12,9
	Καθόλου	13	41,9
Καρδιολογική	Αρκετά	1	10,0
	Λίγο	4	40,0
	Καθόλου	5	50,0
Ογκολογική	Λίγο	21	65,6
	Καθόλου	11	34,4
Καμία	Λίγο	2	28,6
	Καθόλου	4	57,1
	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	1	14,3
Άλλη	Πολύ	1	5,9
	Αρκετά	3	17,6
	Λίγο	1	5,9
	Καθόλου	11	64,7
	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	1	5,9

Ακολουθεί το αντίστοιχο διάγραμμα.

Γράφημα 43 : Συσχετίζει την συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού και την επικοινωνία του με το ιατρικό προσωπικό στη συζήτηση σχετικά με το αίτημα ενός ασθενή να πεθάνει με την ειδικότητα



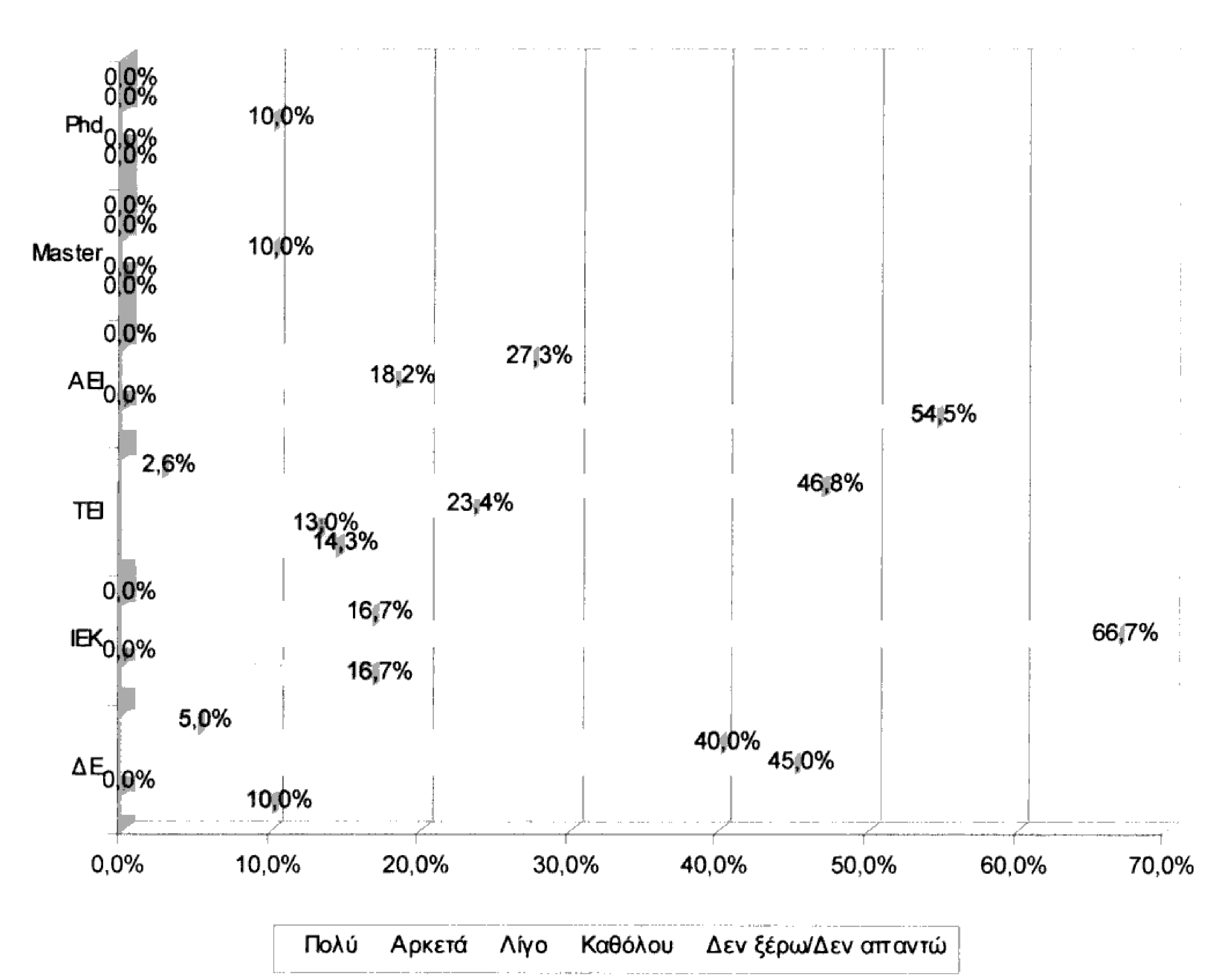
Στον πίνακα που ακολουθεί εμφανίζονται οι συχνότητες και τα ποσοστά των απαντήσεων του νοσηλευτικού προσωπικού σε σχέση με το μορφωτικό τους επίπεδο.

Πίνακας 25 : Συσχετίζει την συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού και την επικοινωνία του με το ιατρικό προσωπικό στη συζήτηση σχετικά με το αίτημα ενός ασθενή να πεθάνει με το μορφωτικό επίπεδο

Θεωρείτε επαρκή τη συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού και την επικοινωνία του με το ιατρικό προσωπικό στη συζήτηση σχετικά με το αίτημα ενός ασθενή να πεθάνει;			
Μορφωτικό Επίπεδο		Συχνότητα	Ποσοστό
ΔΕ	Πολύ	2	10,0
	Λίγο	9	45,0
	Καθόλου	8	40,0
	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	1	5,0
ΙΕΚ	Πολύ	1	16,7
	Λίγο	4	66,7
	Καθόλου	1	16,7
ΤΕΙ	Πολύ	11	14,3
	Αρκετά	10	13,0
	Λίγο	18	23,4
	Καθόλου	36	46,8
	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	2	2,6
ΑΕΙ	Πολύ	6	54,5
	Λίγο	2	18,2
	Καθόλου	3	27,3
Master	Λίγο	1	100,0
Phd	Λίγο	1	100,0

Ακολουθεί το αντίστοιχο διάγραμμα.

Γράφημα 44 : Συσχετίζει την συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού και την επικοινωνία του με το ιατρικό προσωπικό στη συζήτηση σχετικά με το αίτημα ενός ασθενή να πεθάνει με το μορφωτικό επίπεδο



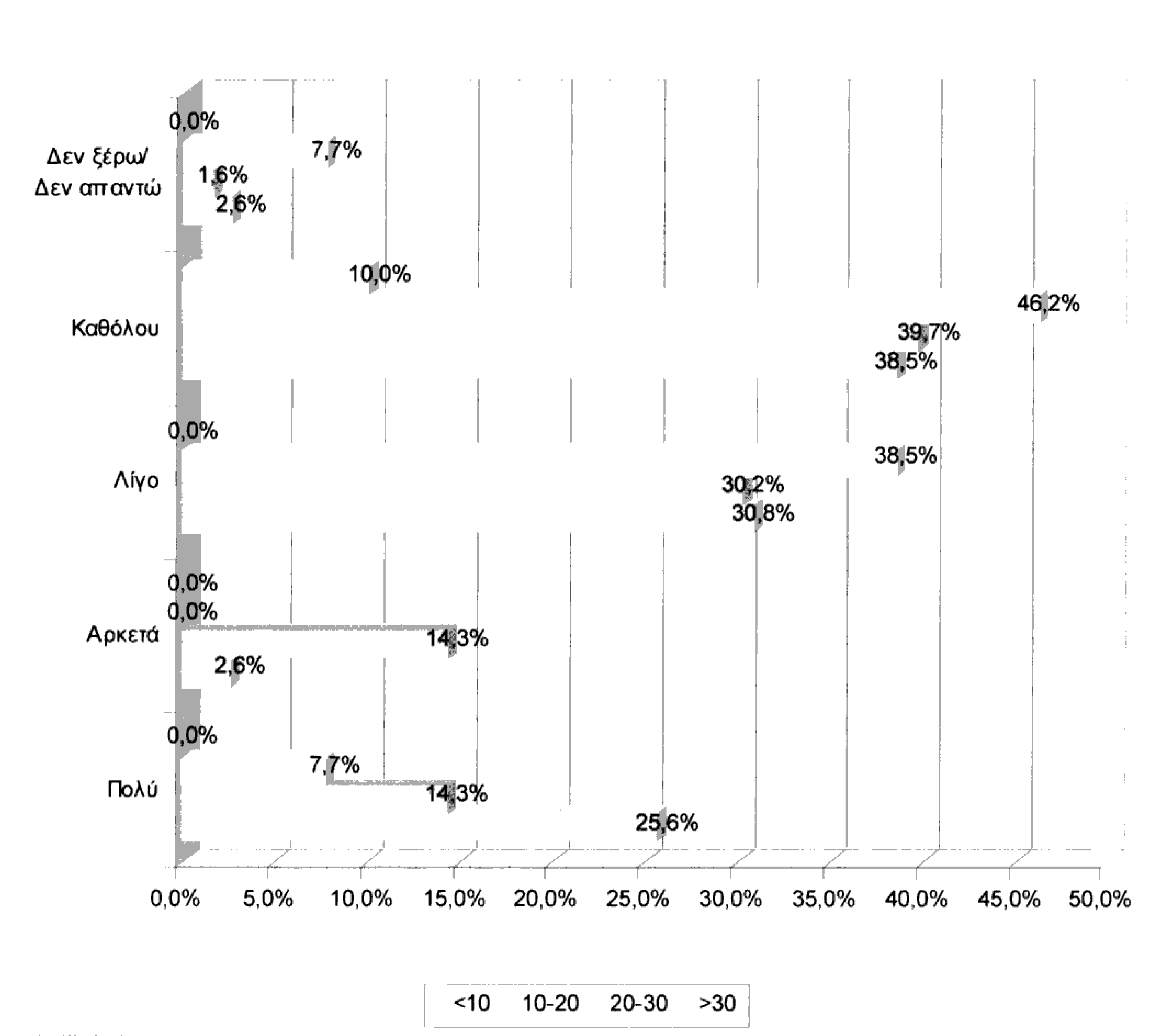
Τέλος, η ερώτηση που αφορά στη συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού στη συζήτηση σχετικά με το αίτημα ενός ασθενή να πεθάνει συσχετίστηκε και με την επαγγελματική προϋπηρεσία. Ακολουθεί ο πίνακας με τα αποτελέσματα.

Πίνακας 26:Συσχετίζει την συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού και την επικοινωνία του με το ιατρικό προσωπικό στη συζήτηση σχετικά με το αίτημα ενός ασθενή να πεθάνει με την επαγγελματική προϋπηρεσία

Θεωρείτε επαρκή τη συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού και την επικοινωνία του με το ιατρικό προσωπικό στη συζήτηση σχετικά με το αίτημα ενός ασθενή να πεθάνει;			
Επαγγελματική προϋπηρεσία		Συχνότητα	Ποσοστό
<10	Πολύ	10	25,6
	Αρκετά	1	2,6
	Λίγο	12	30,8
	Καθόλου	15	38,5
	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	1	2,6
11-20	Πολύ	9	14,3
	Αρκετά	9	14,3
	Λίγο	19	30,2
	Καθόλου	25	39,7
	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	1	1,6
20-30	Πολύ	1	7,7
	Λίγο	5	38,5
	Καθόλου	6	46,2
	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	1	7,7
>30	Καθόλου	4	100,0

Ακολουθεί το αντίστοιχο διάγραμμα.

Γράφημα 45 : Συσχετίζει την συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού και την επικοινωνία του με το ιατρικό προσωπικό στη συζήτηση σχετικά με το αίτημα ενός ασθενή να πεθάνει με την επαγγελματική προϋπηρεσία



Τέλος, συσχετίστηκε η ερώτηση που αναφέρεται στο αν πιστεύουν οι νοσηλευτές ότι οι γνώσεις που απέκτησαν κατά την εκπαίδευσή τους σχετικά με την παρηγορητική αγωγή ήταν επαρκείς με κάποια από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων, όπως φύλο, ειδικότητα, μορφωτικό επίπεδο και επαγγελματική εμπειρία.

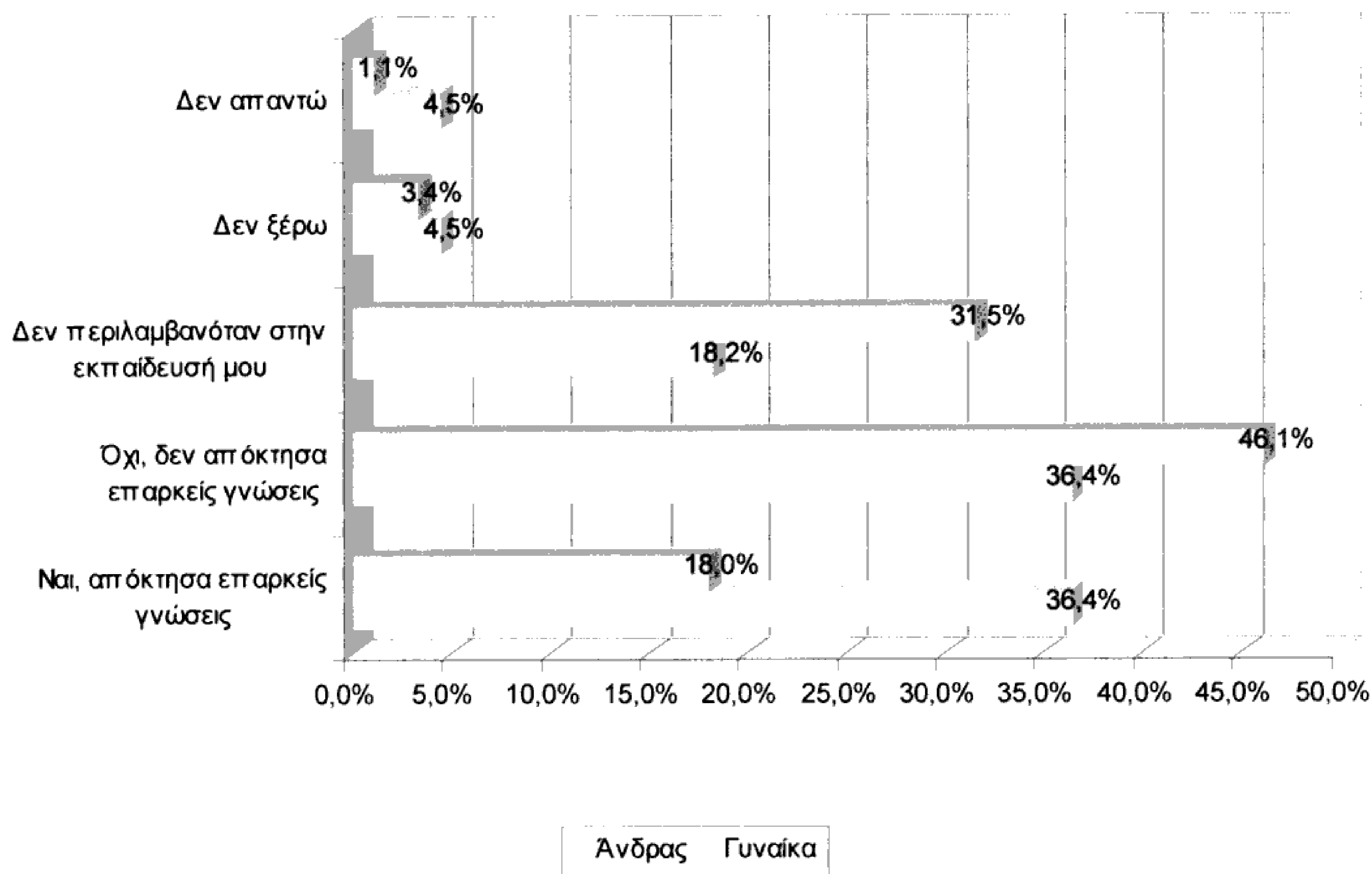
Η συσχέτιση της ανωτέρω ερώτησης με το φύλο των ερωτηθέντων έδωσε τα κάτωθι αποτελέσματα.

Πίνακας 27 : Συσχετίζει το αν πιστεύουν οι νοσηλευτές ότι οι γνώσεις που απέκτησαν κατά την εκπαίδευσή τους σχετικά με την παρηγορητική αγωγή ήταν επαρκείς σε σχέση με το φύλο

Πιστεύετε ότι οι γνώσεις που αποκτήσατε κατά την εκπαίδευσή σας σχετικά με την παρηγορητική αγωγή ήταν επαρκείς;			
Φύλο		Συχνότητα	Ποσοστό
Ανδρας	Ναι, απέκτησα επαρκείς γνώσεις	8	36,4
	Όχι, δεν απέκτησα επαρκείς γνώσεις	8	36,4
	Δεν περιλαμβάνονταν στην εκπαίδευσή μου	4	18,2
	Δεν ξέρω	1	4,5
	Δεν απαντώ	1	4,5
Γυναίκα	Ναι, απέκτησα επαρκείς γνώσεις	16	18,0
	Όχι, δεν απέκτησα επαρκείς γνώσεις	41	46,1
	Δεν περιλαμβάνονταν στην εκπαίδευσή μου	28	31,5
	Δεν ξέρω	3	3,4
	Δεν απαντώ	1	1,1

Ακολουθεί το αντίστοιχο διάγραμμα.

Γράφημα 46 : Συσχετίζει το αν πιστεύουν οι νοσηλευτές ότι οι γνώσεις που απέκτησαν κατά την εκπαίδευσή τους σχετικά με την παρηγορητική αγωγή ήταν επαρκείς σε σχέση με το φύλο



Στη συνέχεια, συσχετίστηκε η ερώτηση που αφορά στις αποκτηθείσες γνώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού στην παρηγορητική αγωγή σε σχέση με την ειδικότητα στην οποία εργάζονται.

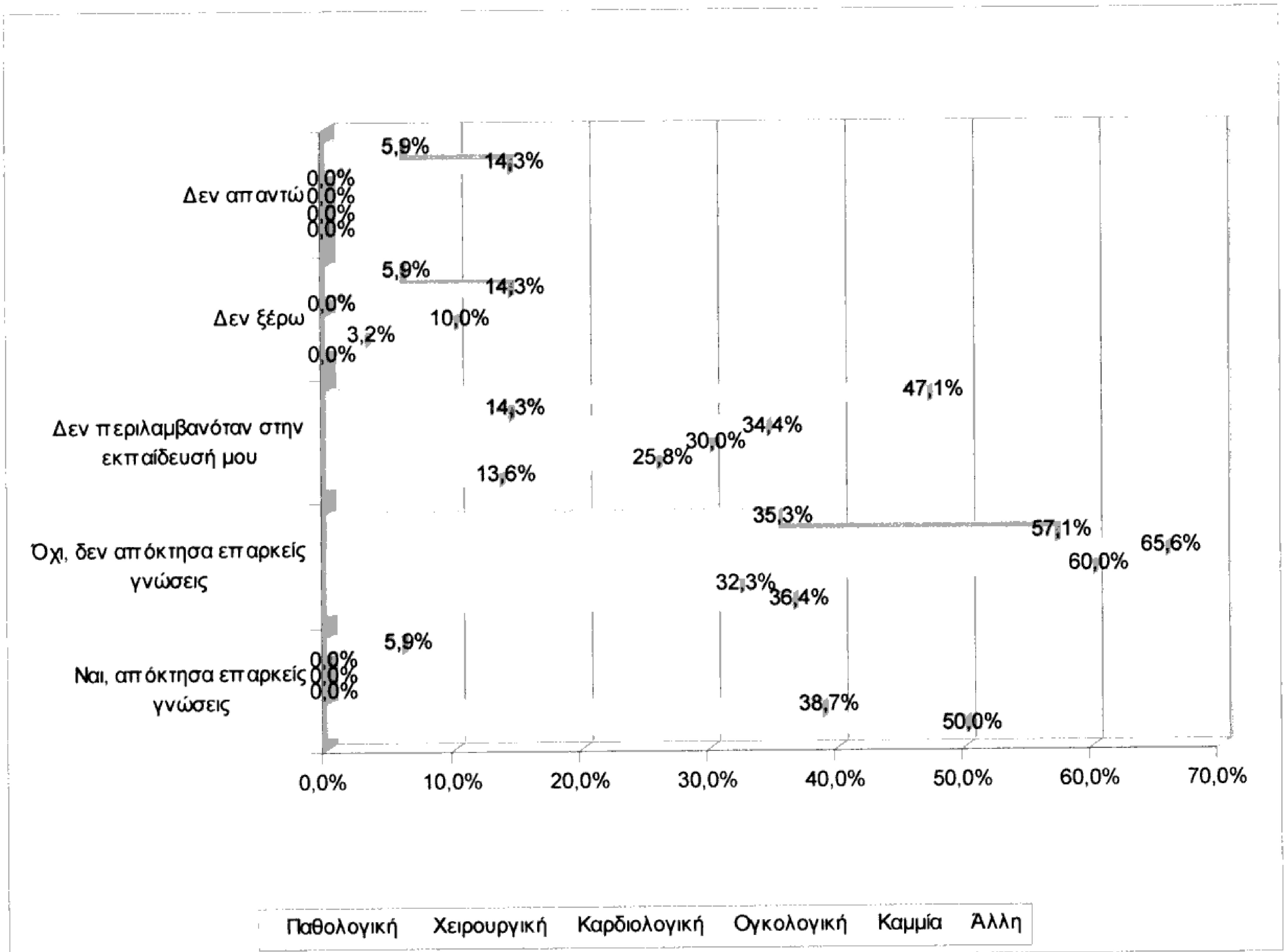
Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 28 : Συσχετίζει τις γνώσεις που απέκτησαν στην παρηγορητική αγωγή σε σχέση με την ειδικότητα

Πιστεύετε ότι οι γνώσεις που αποκτήσατε κατά την εκπαίδευσή σας σχετικά με την παρηγορητική αγωγή ήταν επαρκείς;			
Ειδικότητες		Συχνότητα	Ποσοστό
Παθολογική	Ναι, απέκτησα επαρκείς γνώσεις	11	50,0
	Όχι, δεν απέκτησα επαρκείς γνώσεις	8	36,4
	Δεν περιλαμβάνονταν στην εκπαίδευσή μου	3	13,6
Χειρουργική	Ναι, απέκτησα επαρκείς γνώσεις	12	38,7
	Όχι, δεν απέκτησα επαρκείς γνώσεις	10	32,3
	Δεν περιλαμβάνονταν στην εκπαίδευσή μου	8	25,8
	Δεν ξέρω / Δεν απαντώ	1	3,2
Καρδιολογική	Όχι, δεν απέκτησα επαρκείς γνώσεις	6	60,0
	Δεν περιλαμβάνονταν στην εκπαίδευσή μου	3	30,0
	Δεν ξέρω / Δεν απαντώ	1	10,0
Ογκολογική	Όχι, δεν απέκτησα επαρκείς γνώσεις	21	65,6
	Δεν περιλαμβάνονταν στην εκπαίδευσή μου	11	34,4
Καμμία	Όχι, δεν απέκτησα επαρκείς γνώσεις	4	57,1
	Δεν περιλαμβάνονταν στην εκπαίδευσή μου	1	14,3
	Δεν ξέρω	1	14,3
	Δεν απαντώ	1	14,3
Άλλη	Ναι, απέκτησα επαρκείς γνώσεις	1	5,9
	Όχι, δεν απέκτησα επαρκείς γνώσεις	6	35,3
	Δεν περιλαμβάνονταν στην εκπαίδευσή μου	8	47,1
	Δεν ξέρω	1	5,9
	Δεν απαντώ	1	5,9

Ακολουθεί το αντίστοιχο διάγραμμα.

Γράφημα 47 : Συσχετίζει τις γνώσεις που απέκτησαν στην παρηγορητική αγωγή σε σχέση με την ειδικότητα



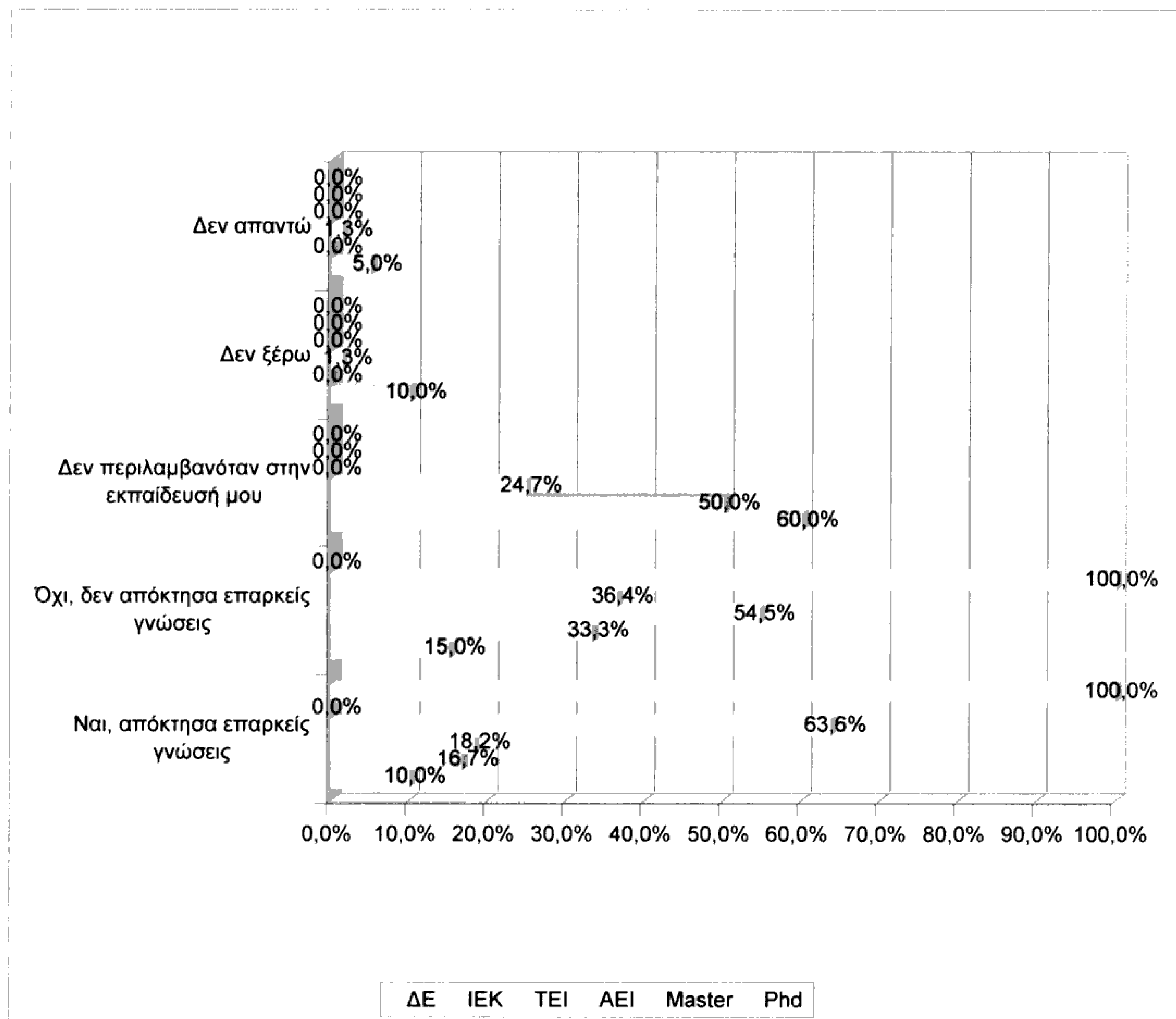
Επίσης, η προς ανάλυση ερώτηση συσχετίστηκε και με το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων δίνοντας τα κάτωθι αποτελέσματα.

Πίνακας 29 : Συσχετίζει τις γνώσεις που απέκτησαν στην παρηγορητική αγωγή σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο

Πιστεύετε ότι οι γνώσεις που αποκτήσατε κατά την εκπαίδευσή σας σχετικά με την παρηγορητική αγωγή ήταν επαρκείς;			
Μορφωτικό Επίπεδο		Συχνότητα	Ποσοστό
ΔΕ	Ναι, απόκτησα επαρκείς γνώσεις	2	10,0
	Όχι, δεν απόκτησα επαρκείς γνώσεις	3	15,0
	Δεν περιλαμβάνονταν στην εκπαίδευσή μου	12	60,0
	Δεν ξέρω	2	10,0
	Δεν απαντώ	1	5,0
ΙΕΚ	Ναι, απόκτησα επαρκείς γνώσεις	1	16,7
	Όχι, δεν απόκτησα επαρκείς γνώσεις	2	33,3
	Δεν περιλαμβάνονταν στην εκπαίδευσή μου	3	50,0
ΤΕΙ	Ναι, απόκτησα επαρκείς γνώσεις	14	18,2
	Όχι, δεν απόκτησα επαρκείς γνώσεις	42	54,5
	Δεν περιλαμβάνονταν στην εκπαίδευσή μου	19	24,7
	Δεν ξέρω	1	1,3
	Δεν απαντώ	1	1,3
ΑΕΙ	Ναι, απόκτησα επαρκείς γνώσεις	7	63,6
	Όχι, δεν απόκτησα επαρκείς γνώσεις	4	36,4
Master	Όχι, δεν απόκτησα επαρκείς γνώσεις	1	100,0
Phd	Ναι, απόκτησα επαρκείς γνώσεις	1	100,0

Ακολουθεί το αντίστοιχο διάγραμμα.

Γράφημα 48 : Συσχετίζει τις γνώσεις που απέκτησαν στην παρηγορητική αγωγή σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο



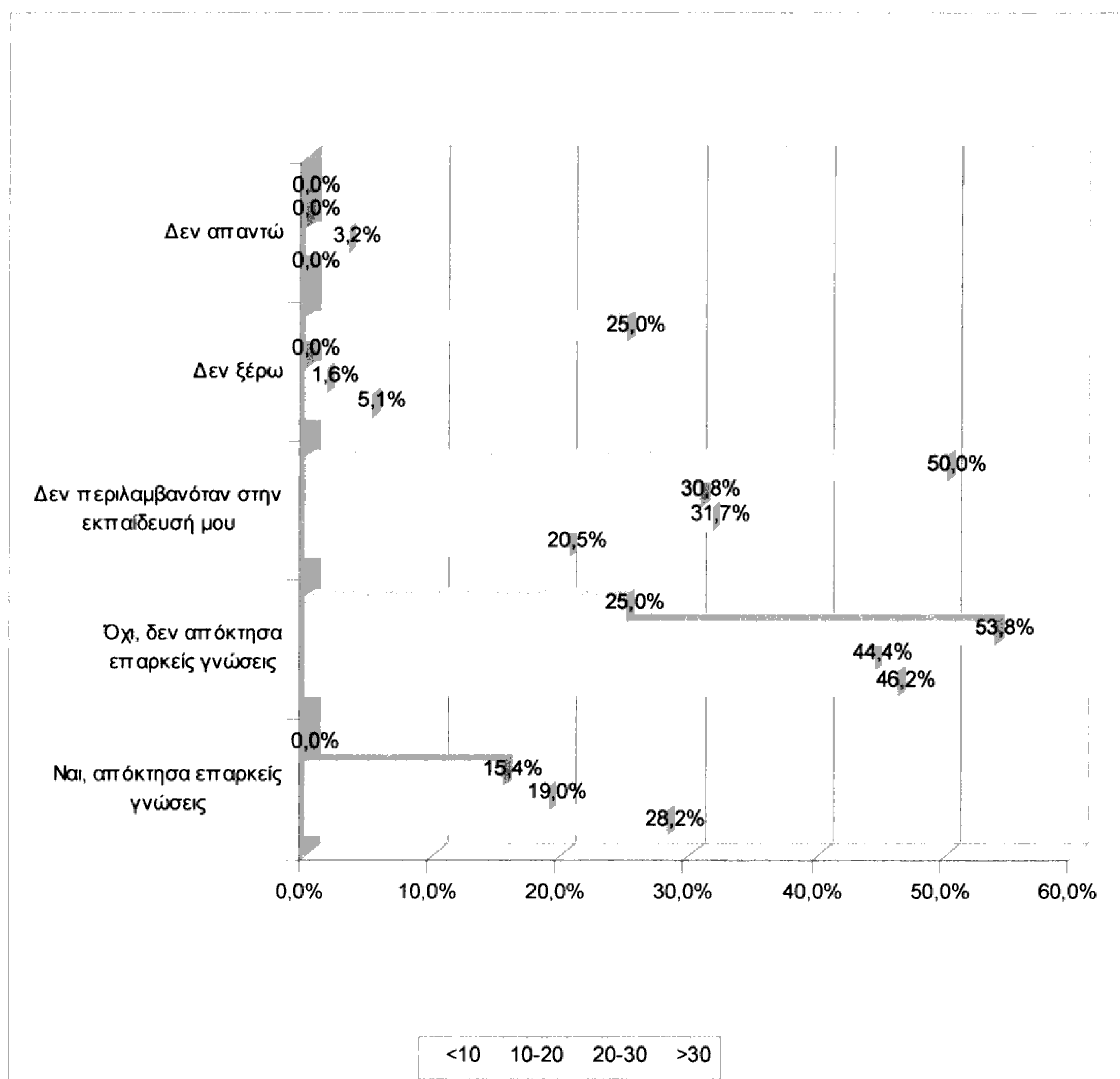
Τέλος, συσχετίστηκαν οι απαντήσεις των ερωτηθέντων στην ερώτηση σχετικά με το αν πιστεύουν ότι οι γνώσεις που απέκτησαν κατά την εκπαίδευσή τους για την παρηγορητική αγωγή ήταν επαρκείς, σε σχέση με την επαγγελματική τους εμπειρία.

Πίνακας 29 : Αφορά τις γνώσεις που απέκτησαν στην παρηγορητική αγωγή σε σχέση με την επαγγελματική προϋπηρεσία

Πιστεύετε ότι οι γνώσεις που αποκτήσατε κατά την εκπαίδευσή σας σχετικά με την παρηγορητική αγωγή ήταν επαρκείς;			
Επαγγελματική Προϋπηρεσία		Συχνότητα	Ποσοστό
<10	Ναι, απέκτησα επαρκείς γνώσεις	11	28,2
	Όχι, δεν απέκτησα επαρκείς γνώσεις	18	46,2
	Δεν περιλαμβάνονταν στην εκπαίδευσή μου	8	20,5
	Δεν ξέρω	2	5,1
11-20	Ναι, απέκτησα επαρκείς γνώσεις	12	19,0
	Όχι, δεν απέκτησα επαρκείς γνώσεις	28	44,4
	Δεν περιλαμβάνονταν στην εκπαίδευσή μου	20	31,7
	Δεν ξέρω	1	1,6
	Δεν απαντώ	2	3,2
20-30	Ναι, απέκτησα επαρκείς γνώσεις	2	15,4
	Όχι, δεν απέκτησα επαρκείς γνώσεις	7	53,8
	Δεν περιλαμβάνονταν στην εκπαίδευσή μου	4	30,8
>30	Όχι, δεν απέκτησα επαρκείς γνώσεις	1	25,0
	Δεν περιλαμβάνονταν στην εκπαίδευσή μου	2	50,0
	Δεν ξέρω	1	25,0

Ακολουθεί το αντίστοιχο διάγραμμα.

Γράφημα 49 : Αφορά τις γνώσεις που απέκτησαν στην παραγωγική αγωγή σε σχέση με την επαγγελματική προϋπηρεσία



2.7.ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής δείχνουν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό εμπλέκεται σε μια σειρά από σημαντικές παραμέτρους που αφορούν το τέλος της ζωής, και οι οποίες σχετίζονται με την λήψη αποφάσεων, την εφαρμογή παρηγορητικής αγωγής και την προσωπική σχέση των νοσηλευτών με τους ασθενείς και τον πόνο τον οποίο βιώνουν οι τελευταίοι.

Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού διαφοροποιείται σε σχέση με τα θέματα αυτά. Από τα στοιχεία που συγκεντρωθήκαν διαπιστώθηκε ότι 60% του νοσηλευτικού προσωπικού έχει συχνή επαφή με ασθενείς που βρίσκονται σε τελειωτικό στάδιο. Όσον αφορά την επαφή με τους ασθενείς ενδιαφέρουσα είναι η διαπίστωση που απορρέει από τα αποτελέσματα της έρευνας σχετικά με το αν κατά τη διάρκεια της καριέρας του νοσηλευτικού προσωπικού έχει ζητηθεί να επισπεύσουν τον θάνατο ή να περιορίσουν την θεραπεία. Από την έρευνα διαπιστώνεται ότι το μόλις το 33% των νοσηλευτών έχει δεχτεί αίτημα για παύση ή μη χορήγηση της θεραπείας ενώ το 65% του νοσηλευτικού προσωπικού δεν έχουν δεχτεί παρόμοιο αίτημα.

Το μεγαλύτερο μέρος των νοσηλευτών/τριων που έχει δεχτεί αίτημα για περιορισμό της θεραπείας εργάζεται σε ογκολογικό τμήμα όπου έχει να κάνει και με ασθενείς που βρίσκονται σε τελειωτικό στάδιο. Θεωρείται λογικό το ποσοστό να είναι σχετικά υψηλό αφού οι ασθενείς στα ογκολογικά τμήματα πολλές φορές λόγω της κατάστασης της υγείας τους έρχονται πολύ κοντά στον θάνατο και φτάνουν στο σημείο να ζητούν οι ίδιοι το τέλος της ζωής τους για να σταματήσουν να υποφέρουν.

Από το σύνολο των νοσηλευτών που δέχτηκαν αίτημα για διακοπή ή περιορισμό της θεραπείας το 23% δέχτηκε αίτημα από τον ασθενή, το 7,5% από το οικογενειακό περιβάλλον ενώ το 2,5% δεν απάντησε στην ερώτηση αυτή. Στο ίδιο ερώτημα στην έρευνα του **David A.Asch**,⁽⁶⁷⁾ βρέθηκε ότι από τις 140 νοσηλεύτριες το 17% αναφέρουν ότι έχουν δεχτεί αίτημα για ευθανασία. Το 13% έχει δεχτεί αίτημα από τον ασθενή και το 12% έχει δεχτεί αίτημα από το οικογενειακό περιβάλλον και φίλους.

Εάν το θέμα το οποίο δεν καλύπτει ο σχεδιασμός της έρευνας αφορά τη διαχείριση του συγκεκριμένου αιτήματος. Πρόκειται για μια σκόπιμη έλλειψη τόσο διότι θεωρήθηκε ότι μια τέτοια ερώτηση θα αποθάρρυνε τους ερωτηθέντες από τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων όσο και γιατί στα ελληνικά νοσοκομεία δεν υφίσταται ενιαία πολιτική αντιμετώπιση παρόμοιων αιτημάτων.

Στο ερώτημα ποιόν θεωρούν οι νοσηλευτές ότι πρέπει να πάρει τις αποφάσεις για το τέλος της ζωής του ασθενούς, κατά ένα μεγάλο ποσοστό το 35% απάντησαν ο γιατρός και ο ασθενής, ενώ ένα μικρό ποσοστό θα ήθελε να εμπλακεί και το νοσηλευτικό προσωπικό. Παρόλο που το νοσηλευτικό προσωπικό φαίνεται να είναι υπέρ του περιορισμού της θεραπείας και της ευθανασίας κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις μόνο ένα μικρό ποσοστό θα ήθελε να εμπλακεί στη λήψη αποφάσεων που αφορούν το τέλος της ζωής των ασθενών. Αυτό ίσως να οφείλεται στο ότι οι νοσηλευτές ακόμα και σήμερα φοβούνται να εμπλακούν σε παρόμοιες αποφάσεις, φοβούνται ίσως πιθανές καταχρήσεις, αλλά και γιατί ακόμα και σήμερα το θέμα της ευθανασίας παραμένει <<ταμπού>>. Το θέμα για την ευθανασία ακόμα και σήμερα συζητάτε με πολύ δισταγμό στη χώρα μας παρόλο που είναι ένα από τα θέματα που το νοσηλευτικό προσωπικό έρχεται καθημερινά σε επαφή.

Επίσης από την παρούσα έρευνα προκύπτει ότι ένα μεγάλο μέρος των νοσηλευτών δεν θεωρούν καθόλου επαρκή την συμμετοχή και την επικοινωνία τους με το ιατρικό προσωπικό στην συζήτηση σχετικά με το αίτημα ενός ασθενούς να πεθάνει. Από αυτή την ερώτηση καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι το νοσηλευτικό προσωπικό παρόλο ότι βρίσκεται κοντά στον ασθενή και γνωρίζει τις επιθυμίες τους ωστόσο δεν αποτελεί πάντα μια ομάδα με το ιατρικό προσωπικό σε συζητήσεις με τον ασθενή.

Τα αποτελέσματα αυτό συμφωνεί με διεθνή δεδομένα. Η έρευνα των **Musgrave & Sundry**⁽⁶⁸⁾ επιβεβαιώνει ότι μόνο ένα μικρό ποσοστό νοσηλευτών/τριών θα εμπλεκόταν στην λήψη αποφάσεων που αφορούν το τέλος της ζωής των ασθενών. Επίσης, στην έρευνα του **David A. Asch**⁽⁶⁷⁾ διαπιστώθηκε ότι το μεγαλύτερο μέρος του νοσηλευτικού προσωπικού δεν θα συμμετείχε και πιο συγκεκριμένα το 83% θεωρεί την πράξη παράνομη. Το 91% φοβάται αφενός μη χάσει την νοσηλευτική του ιδιότητα, και αφετέρου μήπως το αίτημα του ασθενή δεν έχει κατανοηθεί πλήρως(80%).

Σε ένα από τα πιο κρίσιμα ερωτήματα της έρευνας ,για το αν δηλαδή το νοσηλευτικό προσωπικό συμφωνεί με την νομιμοποίηση της ευθανασίας κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις ,το 72%, συμφώνησε, το 13,% διαφώνησε και το 14,2% αρνήθηκε να εκφράσει την γνώμη του για το ερώτημα.

Το μεγαλύτερο μέρος του νοσηλευτικού προσωπικού που συμφώνησε με τη νομιμοποίηση της ευθανασίας, θεωρεί ως την πιο σημαντική προϋπόθεση την ανίατη ασθένεια ενώ ως λιγότερο σημαντική την ψυχιατρική εξέταση. Πιο αναλυτικά το νοσηλευτικό προσωπικό κατέταξε την προϋπόθεση της ανίατης ασθένειας πρώτη σε σειρά προτίμησης(34,2%) , κατέταξε στη δεύτερη σειρά προτίμησης την προϋπόθεση ο ασθενής να υποφέρει από αφόρητους πόνους (36,7%), τρίτη θέτει ο ασθενής τη συναίσθηση του περιβάλλοντος(22,5%) ,τέταρτη να έχει εκφράσει επίμονο αίτημα για ευθανασία. Τέλος, οι μισοί σχεδόν από το νοσηλευτικό προσωπικό (48,3%) δίνουν την πέμπτη σειρά προτίμησης στη προϋπόθεση να έχει προηγηθεί ψυχιατρική εξέταση του ασθενή. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με την έρευνα των **Γιάκη, Μερκούρη, Πολυχρονοπούλου, Αδαλή**⁽²⁹⁾ οι οποίοι μελέτησαν τις απόψεις των νοσηλευτών Μ.Ε.Θ για την ευθανασία.

Σε ότι αφορά τους παράγοντες που επηρεάζουν τις αποφάσεις τους υπέρ της ευθανασίας έδωσαν την πρώτη σειρά προτίμησης στο ζήτημα της ανακούφισης από τους πόνους (34,2%) τη δεύτερη σειρά προτίμησης δίνουν ο περισσότεροι ερωτώμενοι (32,5%) στην ποιότητα ζωής. Ο σεβασμός στην αυτονομία, έχει την τρίτη σειρά προτίμησης. Υψηλά σε σειρά προτίμησης βρέθηκε ο παράγοντας του θανάτου με αξιοπρέπεια, αφού το 32,5% του έδωσε την πρώτη θέση, ενώ μόλις το 14% το κατατάσσει στην τέταρτη θέση.

Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν και στην έρευνα του **Kuuppelomaki M.**⁽⁴⁶⁾ ο οποίος μελέτησε την συμπεριφορά των καρκινοπαθών ασθενών, των οικογενειών τους και των επαγγελματιών υγείας απέναντι στο θέμα της ευθανασίας. Στην συγκεκριμένη έρευνα διαπιστώθηκε ότι ο θάνατος με αξιοπρέπεια είναι ο σημαντικότερος λόγος που οι νοσηλευτές τάσσονται υπέρ της ευθανασίας .

Στην έρευνα των **Tanida et al**⁽³²⁾ το 57% του νοσηλευτικού προσωπικού πιστεύει ότι ο επίμονος πόνος είναι ο σημαντικότερος λόγος που τάσσονται υπέρ της ευθανασίας ,το 20% η ανίατη ασθένεια, το 20% αθεράπευτη κατάσταση,8% δεν θέλουν να αποτελούν οικογενειακό βάρος

Σε ότι αφορά τους παράγοντες που επηρεάζουν μια απόφαση κατά της ευθανασίας ο φόβος των καταχρήσεων κάνει το μεγαλύτερο μέρος του νοσηλευτικού προσωπικού να τάσσεται κατά της ευθανασίας αφού ο κίνδυνος κάποιοι να καταχραστούν τον πόνο των ασθενών με σκοπό το προσωπικό τους όφελος, η ιερότητα ζωής είναι το νούμερο δύο σημαντικό παράγοντα κατά της ευθανασίας. Το αίσθημα του καθήκοντος είναι χαμηλά στις προτιμήσεις του νοσηλευτικού προσωπικού σε σχέση πάντα με την απόφαση κατά της ευθανασίας, Το θρησκευτικό συναίσθημα ένα επίσης υψηλό ποσοστό, 30,8% το κατατάσσει στην τέταρτη θέση και αυτό θεωρείται λογικό αφού η θρησκεία τους δεν συμφωνεί με την ευθανασία.

Η έρευνα των **Verpoort et al**⁽⁶⁹⁾ επιβεβαιώνει τα ίδια αποτελέσματα με την έρευνα μας αφού βρέθηκε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό που είναι κατά της ευθανασίας είναι γιατί φοβάται τις πιθανές καταχρήσεις που μπορεί να γίνουν από τους γιατρούς. Σε παρόμοια αποτελέσματα έχουν καταλήξει και άλλες διεθνείς έρευνες για την ευθανασία όπως στην έρευνα των **Ward B.J**⁽⁷⁰⁾ και **Berghs M.**⁽⁷¹⁾

Όσον αφορά στα ζητήματα που το νοσηλευτικό προσωπικό θα ήθελε να έχει επαρκείς πληροφορίες, προκειμένου να λάβει μια απόφαση περιορισμού ή μη της θεραπείας, προκύπτει ότι από τα προτεινόμενα στην έρευνα θέματα, η πρόγνωση της ασθένειας, η ποιότητα ζωής όπως την αντιλαμβάνεται ο ασθενής και η φύση της χρόνιας ασθένειας είναι τα σημαντικότερα.

Σε ότι αφορά τα ερωτήματα για την ελληνική νομοθεσία αποτελεί γεγονός ότι το 64,2% των νοσηλευτών έχουν επίγνωση του δικαιώματος των ασθενών να αρνηθούν την θεραπεία και το 70,8% συμφωνεί με το δικαίωμα των ασθενών να αρνηθεί την θεραπεία ακόμα και αν το αποτέλεσμα είναι ο θάνατος. Επίσης ένα μεγάλο μέρος του νοσηλευτικού προσωπικού πιστευτεί ότι οι ασθενείς θα πρέπει να έχουν το δικαίωμα να αποφασίζουν οι ίδιοι για την ζωή τους. Με βάση τα αποτελέσματα παρατηρούμε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό σέβεται τα δικαιώματα των ασθενών και στηρίζει το δικαίωμα των ασθενών να μπορούν να αποφασίζουν μόνοι τους για την ζωή τους και αν θέλουν να ακολουθήσουν μια θεραπεία.

Η παρηγορητική αγωγή αποτελεί ένα σημαντικό μέρος της έρευνας. Από την έρευνα προκύπτει ότι το 45,8% των νοσηλευτών δεν θεωρούν επαρκείς τις γνώσεις που απέκτησαν κατά την εκπαίδευση τους και το 28,3% απάντησε ότι παρηγορητική αγωγή δεν συμπεριλαμβανόταν στην εκπαίδευση τους.

Χαρακτηριστικό της έλλειψης γνώσεων για την παρηγορητική αγωγή αποτελεί το γεγονός ότι το 37,5% του νοσηλευτικού προσωπικού δεν γνωρίζει ότι η χορήγηση μεγάλων δόσεων αναλγητικής αγωγής μπορεί να έχει ως παρενέργεια τη συντόμευση της ζωής του ασθενή.

Είναι σαφής η ανάγκη την οποία εκφράζει το νοσηλευτικό προσωπικό για καλύτερη εκπαίδευση στο συγκεκριμένο πεδίο. Η παροχή παρηγορητικής φροντίδας θεωρείται σήμερα ένα σημαντικό θέμα Δημόσιας Υγείας καθώς σχετίζεται με χρόνια νοσήματα τα οποία απαιτούν έλεγχο των συμπτωμάτων και υποστήριξη και κατά συνέπια με την κατανομή των πόρων, την πρόσβαση σε αποτελεσματική φροντίδα και την πρόληψη του πόνου.

Επίσης από την έρευνα διαπιστώνεται ότι το 69,2% του νοσηλευτικού προσωπικού πιστεύει ότι η παροχή ολοκληρωμένης παρηγορητικής φροντίδας μπορεί να περιορίσει το αίτημα για ευθανασία. Ο ρόλος, συνεπώς της παρηγορητικής φροντίδας φαίνεται ότι έχει ουσιαστική σημασία και μπορεί κατά την άποψη των νοσηλευτών να συμβάλλει μόνο θετικά στην ψυχοσύνθεση των ασθενών σε τελικό στάδιο.

Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγει και η έρευνα των **Young and Ogdens**⁽⁴⁸⁾ οι οποίοι διαπίστωσαν ότι ένα μεγάλο μέρος των νοσηλευτών/τριών πιστεύουν ότι η παρηγορητική φροντίδα μπορεί να αλλάξει το αίτημα των ασθενών για περιορισμό της ευθανασίας αφού οι ασθενείς προσπαθούν να ξεφύγουν όχι από τη ζωή αλλά από τον πόνο τους. Πολλές νοσηλεύτριες κατέθεσαν τις εμπειρίες τους ότι ο πόνος κάνει τους ασθενείς να θέλουν να τερματίσουν τη ζωή τους. Υποστηρίζουν ακόμα ότι όταν ελεγχθούν τα συμπτώματα και ο πόνος μειωθεί με την εφαρμογή της παρηγορητικής αγωγής οι περισσότεροι ασθενείς δεν θέλουν να πεθάνουν. Τα ίδια αποτελέσματα επιβεβαιώνουν και οι έρευνες των **Bittel**⁽⁷²⁾ και **Timothy E**⁽⁷³⁾ που αναφέρονται ότι η παρηγορητική αγωγή μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς σε τελειωτικό στάδιο να αντιμετωπίσουν την ασθένειά τους και να ελέγξουν τον πόνο.

2.8.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Το ζήτημα της ευθανασίας και του περιορισμού της θεραπείας αποτελεί πρόκληση για το νοσηλευτικό προσωπικό. Από την έρευνα κατανοούμε ότι απασχολεί έντονα τους νοσηλευτές αφού καθημερινά έρχονται σε επαφή με ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο και έρχονται αντιμέτωποι συνεχώς με αιτήματα για περιορισμό της θεραπείας. Καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι το μεγαλύτερο μέρος του νοσηλευτικού προσωπικού είναι υπέρ της νομιμοποίησης της ευθανασίας κάτω από προϋποθέσεις.

Ωστόσο το νοσηλευτικό προσωπικό δεν θα ήθελε να συμμετέχει σε αιτήματα για ευθανασία γιατί φοβάται τις πιθανές καταχρήσεις. Σε ό,τι αφορά την παρηγορητική αγωγή φαίνεται ότι οι γνώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού είναι λίγες σε σχέση με τις πραγματικές ανάγκες.

Με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας θα μπορούσαμε να προτείνουμε:

- 1)Καλύτερη και ουσιαστικότερη ενημέρωση του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με την ευθανασία με σκοπό να αποκτήσουν περισσότερες γνώσεις.
- 2)Εμπλουτισμός των προγραμμάτων της βασικής εκπαίδευσης τους με μαθήματα που να αναφέρονται στην παρηγορητική αγωγή και τον σκοπό της .
- 3)Ανάγκη για συνεχιζόμενη εκπαίδευση κατά την διάρκεια της επαγγελματικής τους καριέρας.

Ο αριθμός των μελών του δείγματος που μελετήσαμε είναι σχετικά μικρός και σίγουρα δεν μπορεί να θεωρηθεί αντιπροσωπευτικός της κοινής γνώμης των νοσηλευτών και των νοσηλευτριών.

3.ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ευθανασία έχει απασχολήσει πρόσφατα το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό καθώς και τον υπόλοιπο πληθυσμό. Τουλάχιστον όλες οι συζητήσεις που αφορούν το θέμα της ευθανασίας επικεντρώνεται στο ρόλο των νοσηλευτών γιατί είναι στην θέση να καταλάβουν τις επιθυμίες των ασθενών. Οι απόψεις του νοσηλευτικού προσωπικού για την ευθανασία διερευνήθηκαν χρησιμοποιώντας ένα ερωτηματολόγιο το οποίο συμπληρώθηκε από 100 νοσηλευτές/τριες. Τα στοιχεία εκτιμήθηκαν με βάση το στατιστικό πακέτο SPSS. Οι νοσηλευτές απάντησαν ότι θα συμφωνούσαν με την νομιμοποίηση της ευθανασίας ή τον περιορισμό της θεραπείας κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις όπως για ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο μιας ασθένειας. Όταν το νοσηλευτικό προσωπικό έχει να αντιμετωπίσει ασθενείς που εύχονται έναν ανώδυνο θάνατο αισθάνονται αβοήθητοι, ένοχοι και πολλές φορές βρίσκονται σε δίλημμα. Από την άλλη αισθάνονται ικανοποιημένοι ότι κάνουν σωστά που συνεχίζουν την θεραπεία.

SUMMARY

Euthanasia have received considerable attention recently in medical literature and public discussion. Almost all the discussion in this area has focused on the role of nurses because may be in a special position to understand the wishes of patients. Nurses' views about euthanasia were investigated using a questionnaire that was answered by 100 nurses. The data were evaluated with statistical test SPSS. Nurses responded that the euthanasia may be appropriate with patients who are in the last stage of a terminal illness. When faced with a patient who wishes a painless death, nurses said that they feel helpless, anxious and guilty, and find themselves in a dilemma. On the other side nurses responded that they feel satisfied that they are doing the right thing in continuing the patient's medical therapy.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Rao JK, Anderson LA, Smith SM: End of life is a public health issue American Journal of Preventive Medicine 2002,23(3) :215-220.
2. Ρηγάτος ΓΑ. Γιατροί και κοινωνικό σώμα. Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 2001.
3. Αβραμίδης Α. Ευθανασία. Εκδόσεις Ακρίτας , Αθήνα, 1995 : 21-23
4. Ευαγγέλου Ι. Το πρόβλημα της ευθανασίας. Εκδόσεις Σάκκουλας, Αθήνα-Κομοτηνή, 1999:21-28.
5. http://www.bioethics.org.gr/03_dGeorg.html
6. <http://www.ecclesia.gr/greek/holysynod/eisigiseis/nikolaou efthanasia.htm>.
7. Καράμπελας Δ Λ: Η ευθανασία και το δικαίωμα στη ζωή και στο θάνατο . Εκδοτική εστία, Αθήνα, 1987: 35-36
8. Χρονόπουλος ΒΝ. Το πρόβλημα της ευθανασίας. Εκδόσεις Ακρίτας Αθήνα , 1980.
9. Παπαπετρόπουλος Θ, Πατρινός Α, Πελεκούδας Β, Βγενόπουλος Α , Πασχάλης Χ. Τάσεις προς την ευθανασία μεταξύ ιατρών, δικηγόρων, δικαστών και φοιτητών ιατρικής στην πόλη των Πατρών. Ιατρική 1997, 72 (1): 69-73.
10. Mavroforou A , Michalodimitrakis E. Euthanasia in Greece, Hippocrates' birthplace. European Journal of Health Law 2001,8 (20): 157-162.
11. Zisook S. Death, dying and bereavement. In: Kaplan H, Sandack W, Wilkins W(eds), Comprehensive Text of Psychiatry II (5th ed.) 1989:1713-1727. Baltimore.
12. Shannon TA .Euthanasia. In: An introduction to bioethics (third edition revised and updated). New York: Paulist press 1997 :101-123 .
13. Miller FG, et al. "Assisted suicide compared with refusal of treatment: A valid distinction? Ann Intern Med 2000,132 : 470-475
14. Robinson BA. Euthanasia and physician assisted suicide: all sides of the issue. 2001
15. www.euthanasia.com
16. Rizzo RF. Physician-assisted suicide in the United States: The underlying factors in technology, health care and palliative medicine. Theoretical Medicine 2000, 21: 277-289.
17. Ζηρογιάννης ΠΝ , Τζαβέλλα Φ, Κουτσελίνης Α. Ευθανασία: Η ηθική του τέλους της ζωής. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 1998 ,15(4):382-389.

18. Hermsen MA et al. Euthanasia in palliative care journals. *J Pain Symptom Manage* 2002,23(6): 517-525.
19. Report of the Board of Trustees of The American Medical Association. Euthanasia/ physician-assisted suicide: Lessons in the Dutch experience. *Law Med Summer* 1994.
20. Van Der Maas PJ, Van Der Wal G, Haverkate I, De Graaf CL, Kester JGC, Onwuteaka-Philipsen BD, van Der Heide A, Bosma JM , Willems DL .Euthanasia physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in Netherlands, *N Engl J Med*, 1990-1995, 335: 1699-1705.
21. Volkenandt M. Supportive care and euthanasia - an ethical dilemma. *Support Care Cancer* 1998, 3 :114-119 .
22. Δαμίγος Δ , Σιαφάκα Β. Σύγχρονες απόψεις και ερευνητικά δεδομένα για την ευθανασία. Ψυχολογικές και κοινωνικές διαστάσεις. *Ιατρική* 1999, 75(3):201-210.
- 23.www.medline.gr
- 24.www.iatrotek.gr
- 25.Γκαράνη Τ, Δάλλα-Βοργιά Π, Παπαδάτος Ι , Κρεμαστινού Τ. Εντατική θεραπεία. Ηθικοί προβληματισμοί στο θέμα της ευθανασίας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 1996,13 (1) :38-44.
- 26.Vidalis A, et al. "Euthanasia in Greece: moral and ethical dilemmas." *Aging* 1998,10(2) : 93-101.
27. Καίσαρης Π. Περί ευθανασίας, *Αχαϊκές Εκδόσεις Πάτρα*, 1999, σ.13, 15, 16-17, 23, 24..
- 28.Χαβάκη-Κονταξάκη ΜΙ, Κονταξάκης ΒΠ, Πάπλος ΚΓ, Μαλίτας ΠΝ, Χριστοδούλου Ν. Απόψεις των φοιτητών ιατρικής για την αυτοκτονία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Πρακτικά: 17^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής Χαλκιδική: Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρία 2002, (σελ. 175).
29. Ν. Γιάκης, Α. Μερκούρης, Πολυχρονοπούλου Ε, Αδαλή Ε. Εντατική Θεραπεία: Η στάση του νοσηλευτικού προσωπικού στην ευθανασία, *Νοσηλευτική* 2005, 44(1): 84-91 .
- 30.Kuhse H,Singer P. Voluntary euthanasia and the nurse : an Australian survey. *Int J Nurs Stud* 1993,30:311-322.

31. Asai A, Ohnishi M, Nagata SK et al. Doctors and nurses attitudes towards experiences of voluntary euthanasia: survey of members of the Japanese Association of Palliative Medicine. *J Med Ethics* 2001,27:324-330.
32. Tanida N, Asai A, Ohnishi M et al. Voluntary active euthanasia and the nurse: a comparison of Japanese and Australian nurses. *Nurs Ethics* 2000,9:313-322.
33. Ferrell B, Virani R, Grabt M, et al. Beyond the Supreme Court decision: nursing perspectives on end of life care. *Oncol Nurs Forum* 1993, 20:445-451.
34. Kowalski SD, Nevada nurses attitudes regarding physician assisted suicide. *Clin Nurse Spec* 1997,11:109-15.
35. Aranda S, O'Connor M, Euthanasia nursing and care of the dying: rethinking Kuhse and Singer. *Aust Nurs J* 1995,3:18-21.
36. Steven CA, Hassan R. Nurses and the management of death, dying and euthanasia. *Med Law* 1994,13:541-54.
37. Cartwright C, et al. Issues of death and dying: the perspective of critical care nurses. *Australian Critical Care* 1997, 10 (3) : 81-87.
38. Brown NK, Thomson DJ, Bulger RJ, et al. How do nurses feel about euthanasia and abortion? *Am J Nurs* 1971,(71):1414-1416.
39. Verpoort C, Gastmans C, Dierckx de Casterle B. The views of palliative care nurses on euthanasia :a qualitative study in Flanders, Belgium. *J Adv Nurs* 2004,47:592-600.
40. www.phs.uoa.gr
41. <http://www.eapcnet.org/download/forReccCoun-Europe/ReccCE-Greek.pdf>.
42. www.eapcnet.org/download/for_euthanasia/GreektranslationPM200310.pdf
43. Materstvedt LJ, Clark D, Forde R, Gravgaard A-M, Muller-Busch HC, Porta i sales J, Rapin C-H. Euthanasia and physician –assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Taskforce. *Palliat Med* 2003,17:97-101
44. www.grpalliative.org/pdf/quality.pdf
45. Velikova G et al. Measuring Quality of Life in Routine Oncology Practice Improves Communication and Patient Well-Being :A Randomized Controlled Trial *J Clin Oncol* 2004,22(4):714-724.
46. Kuupelomaki M. "Attitudes of cancer patients, their family members and health professionals toward active euthanasia." *European Journal of Cancer Care* ,1994 9(1):16-21

47. Matzo M, Schwarz J. In their own words: oncology nurses respond to patient requests for assisted suicide and euthanasia. *App Nurs Res* 2001, 14:64-71
48. Young MG, Ogden RD, The role of nurse in Aids care regarding and assisted suicide: a call for further dialogue. *J Adv Nurs* 2000,31:513-519.
49. Ada van de Scheur and Arie van der Arend .The role of nurses in euthanasia: a Dutch study .*Nursing Ethics* 2002, 9:499-509.
50. Πρωτοπαπαδάκης Ε. Η ευθανασία απέναντι στην σύγχρονη Βιοηθική. Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή, 2003 .
51. Χωραφάς Ν. Ποινικόν Δίκαιον, εκδ. 7η ,Τόμος Α, 1978:116,119-120
52. Κατσαντώνης Α. Η ανθρωποκτονία εν συναιέσει κατά το νέο Ποινικό Κώδικα, Ποινικά Χρονικά Αθήνα,1956: 223-236.
53. Ανδρουλάκης Ν. Ποινικόν Δίκαιον Ειδικό Μέρος, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα , Αθήνα-Κομοτηνή 1976: 26-29.
54. Ποινικός Κώδικας, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη 1999,σελ 113
55. Συμεωνίδου –Καστανίδου Ε. Εγκλήματα κατά της ζωής, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα,1986 ,σελ.183-185
56. Το Σύνταγμα της Ελλάδος 1975/1986/2001, Εκδόσεις Αντ.Ν. Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη
57. www.nursing.gr
58. www.esne.gr
59. International Council of Nursing. Code of ethics. Geneva, Switzerland, 2000
60. International Council of Nursing .Position statement on care of dying patients ad families. Geneva 2006
61. www.pallcare.info
62. www.who.int/hiv/topics/palliative/care/en
63. Council of Europe, Draft explanatory report to the draft Convention on human rights and biomedicine, Dir/Jur (96) 11, Strasbourg 1996, sections 33, 34
64. Herman N. Emerging legislation in Europe on the legal statutes of advance directives and medical decision - making with respect to an incompetent patient (living - wills) in: *European Journal of Health Law*, 1997: 179 - 188
65. Morris A, Life and Death Decisions. *European Journal of Health Law*, 1994 ,26: 9 -28
66. Kokkonen P, The New Finnish Law on the Status and Rights of a Patient. *European Journal of Health Law* 1994 ,131 : 127 – 135.

67. Asch DA, Dekay ML, "Euthanasia among US critical care nurses. Practices, attitudes and social professional correlates." *Medical Care* 1997 ,35 (9) :890-900.
68. Musgrave C.F, Soudry I, An exploratory pilot study on nurse-midwives attitudes toward active euthanasia and abortion. *International Journal of Nursing Studies* 2001,38 (4): 493-444
69. Verpoort C, Gastmans N, De Bal, Casterle B ,Nurses attitudes to euthanasia : a review of the literature, *Nursing Ethics* ,2004,11(4):349-365.
70. Ward BJ , Tate PA, Attitudes among NHS doctors to requests for euthanasia. *BMJ* 1994 ,30: 1332-1334.
71. Berghs M, Dierckx de Casterle, Gastmans C, The complexity of nurses attitudes toward euthanasia :a review of the literature, *J Med Ethics*,2005,31(8):441-446
72. Bittel N, et al. Euthanasia: A survey by the Swiss Association for Palliative Care. *Support Care Cancer* 2002 10 (4) : 265-271.
73. Timothy E, Palliative treatment of last resort: Choosing the least harmful alternative, *Ann Intern Med* 200,132:488-493.
74. McCormack P, Quality of life and the right to die: An ethical dilemma. *Journal of Advance Nursing* 1998,1: 63.
75. Higgiusou J, Koffman J: *Clin Geriatr Med* Feb: 21(1):45-55,viii

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1.ΗΛΙΚΙΑ:<25 26-30 31-40 41-50 51-60 >60

2.ΦΥΛΟ: Άνδρας Γυναίκα

3.ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:

Παθολογική Χειρουργική Καρδιολογική Ογκολογική Καμία Άλλη

4.ΘΡΗΣΚΕΥΜΑ:

Χ.Ο. Καθολικός/η Μουσουλμάνος/α Άλλο Δεν απαντώ

5.ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ :

Απολυτήριο λυκείου(ΔΕ)

Πτυχίο/Αποδεικτικό ιδιωτικής σχολής(ΙΕΚ)

Πτυχίο Ανώτερης εκπαίδευσης(ΤΕΙ)

Πτυχίο Πανεπιστημίου(ΑΕΙ)

Μεταπτυχιακός τίτλος(Master)

Διδακτορικό(Phd)

6.ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

Άγαμος/η Έγγαμος/η Χήρος/α Διαζευγμένος/η Συζείτε

7.Πόσα χρόνια εργάζεστε;

<10 11-20 20-30 >30

8.Αριθμός κλινών του τμήματος στο οποίο εργάζεστε:

<60 61-70 >71

9.Αριθμός κλινών του νοσοκομείου στο οποίο εργάζεστε:

<200 201-300 301-400

10. Έχετε συχνή επαφή με ασθενείς που βρίσκονται στο τελειωτικό στάδιο;

Ναι

Όχι

11. Κατά τη διάρκεια της καριέρας σας έχετε δεχτεί ποτέ αίτημα για διακοπή της θεραπείας ή περιορισμό της θεραπείας;

Ναι, με παύση θεραπείας ή μη χορήγηση θεραπείας

Ναι, με ενεργητική πράξη

Όχι

12. Αν ναι, από ποιον διατυπώθηκε το αίτημα για διακοπή της θεραπείας ή περιορισμό της θεραπείας;

Από τον/την ασθενή

Από το οικογενειακό του/της περιβάλλον

Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

13. Όταν αντιμετωπίζετε έναν ασθενή οποίος βρίσκεται σε μη αναστρέψιμο και τελειωτικό στάδιο:

Με δυσαρεστεί τόσο η παύση όσο και η μη χορήγηση θεραπείας

Με δυσαρεστεί περισσότερο η μη χορήγηση παρά η παύση θεραπείας

Με δυσαρεστεί περισσότερο η παύση παρά η μη χορήγηση της
θεραπείας

Δεν γνωρίζω

14. Ποιος πιστεύετε ότι πρέπει να πάρει τις αποφάσεις που αφορούν το τέλος της ζωής;

Ο ασθενής

Ο ασθενής και η οικογένεια του

Ο γιατρός

Ο γιατρός και ο ασθενής μαζί

Ο γιατρός, ο ασθενής και η οικογένεια του

Ο γιατρός, το νοσηλευτικό προσωπικό και ο ασθενής

15. Η θρησκεία σας συμφωνεί με την πράξη της ευθανασίας;

Ναι

Όχι

Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

16. Η εκπαίδευσή σας περιλαμβάνει θεωρητικές γνώσεις οι οποίες θα μπορούσαν να καθοδηγήσουν τις επιλογές /αποφάσεις σας;

Ναι

Όχι

Ναι, αλλά όχι αρκετές

17. Θεωρείτε επαρκή τη συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού και την επικοινωνία του με το ιατρικό προσωπικό στη συζήτηση σχετικά με το αίτημα ενός ασθενή να πεθάνει;

Πολύ

Αρκετά

Λίγο

Καθόλου

18. Θα συμφωνούσατε, ύστερα από επίμονο αίτημα του ασθενούς σε τελικό στάδιο, να σταματήσει την θεραπεία ή να μην αρχίσει;

Συμφωνώ

Μάλλον Συμφωνώ

Μάλλον Διαφωνώ

Διαφωνώ

19. Προκειμένου να ληφθεί μια απόφαση περιορισμού ή μη της θεραπείας, για ποιά από τα παρακάτω ζητήματα θα θέλατε να έχετε επαρκείς πληροφορίες; (σημειώστε κατά σειρά προτεραιότητας)

Φύση χρόνιας ασθένειας

Πρόγνωση της ασθένειας

Ηλικία ασθενούς

Ποιότητα ζωής όπως την αντιλαμβάνεται ο ασθενής

Ποιότητα ζωής όπως την αντιλαμβάνεται ο νοσηλευτής/τρια

Ιστορικό πιθανής ψυχιατρικής πάθησης

Επίπεδο εγρήγορσης του ασθενή

Κοινωνικοοικονομικό κόστος για την οικογένεια

Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

20.Εφαρμόζεται η παρηγορητική αγωγή σε ασθενείς που πλησιάζουν προς το τέλος της ζωής τους;

Ναι Όχι Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

21.Πιστεύετε ότι οι γνώσεις που αποκτήσατε κατά την εκπαίδευσή σας σχετικά με την παρηγορητική αγωγή ήταν επαρκείς;

Ναι,απόκτησα επαρκείς γνώσεις

Όχι ,δεν απόκτησα επαρκείς γνώσεις

Η παρηγορητική αγωγή δεν περιλαμβανόταν στην εκπαίδευσή μου

Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

22.Πιστεύετε ότι η παροχή ολοκληρωμένης παρηγορητικής θεραπείας μπορεί να μεταβάλλει το αίτημα του ασθενή σε τελικό στάδιο για ευθανασία;

Ναι Όχι Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

23.Γνωρίζετε ότι η χορήγηση μεγάλων δόσεων αναλγητικής αγωγής μπορεί να έχει ως παρενέργεια τη συντόμευση της ζωής του ασθενή;

Ναι Όχι Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

24.Συμφωνείτε με την νομιμοποίηση της ευθανασίας κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις;

Ναι Όχι Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

25.Αν ναι, κάτω από ποιες προϋποθέσεις θα συμφωνούσατε να θεσμοθετηθεί η ευθανασία;(σημειώστε κατά σειρά προτεραιότητας)

Ο ασθενής να πάσχει απο ανίατη ασθένεια

Ο ασθενής να έχει συναίσθηση του περιβάλλοντος

Ο ασθενής να υποφέρει απο αφόρητους πόνους

Ο ασθενής να έχει εκφράσει επίμονο αίτημα για ευθανασία

Να έχει προηγηθεί ψυχιατρική εξέταση του ασθενούς

Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

Άλλο.....

.....

.....

26.Ποιοι παράγοντες πιστεύετε ότι επηρεάζουν μια απόφαση υπέρ της ευθανασίας;(σημειώστε κατά σειρά προτεραιότητας)

Ποιότητα ζωής

Σεβασμός στην αυτονομία

Θάνατος με αξιοπρέπεια

Ανακούφιση από τους πόνους

27. Ποιοί παράγοντες πιστεύετε ότι επηρεάζουν μια απόφαση κατά της ευθανασίας(σημειώστε κατά σειρά προτεραιότητας)?

Ιερότητα ζωής

Θρησκευτικό συναίσθημα

Φόβος καταχρήσεων

Αίσθημα καθήκοντος

28. Θεωρείτε ότι η πράξη της ευθανασίας δικαιολογείται ηθικά σε ορισμένες περιπτώσεις;

Ναι Όχι Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

29. Σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να αρνηθούν τη θεραπεία. Το γνωρίζετε;

Ναι Όχι Δεν απαντώ

30. Συμφωνείτε με το δικαίωμα του ασθενή να αρνηθεί την θεραπεία ακόμη και αν το αποτέλεσμα είναι ο θάνατος;

Ναι Όχι Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ

31. Θα δεχόσασταν να παρέχετε νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς που ζητούν να μην τους εφαρμοστεί πια καμία αγωγή;

Ναι Όχι Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

32. Πιστεύετε ότι οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να αποφασίζουν για την ζωή τους όταν αυτή τελειώνει;

Ναι Όχι Δεν ξέρω/Δεν απαντώ