



ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Σπουδάστρια: Φωτοπούλου Ευσταθία

Επιβλέπων: Μαγριπλής Δημήτριος

Καλαμάτα 2011

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή.....	4
1. Κεφάλαιο Πρώτο : Η Έννοια του Θανάτου στη Δημόσια Λογική	
1.1 Ιστορική Αναδρομή στην Έννοια Θάνατος.....	7
1.2 Πώς η Θεολογία Διαχειρίζεται τον Θάνατο.....	8
1.3 Ασθένειες που Προκαλούν τον Θάνατο Αναπόφευκτα.....	13
2. Κεφάλαιο Δεύτερο : Θάνατος και Επαγγέλματα Υγείας	
2.1 Κλινικοί Ιατροί και Διαχείριση Θανάτου.....	16
2.1.1 Τι Είδους Αποφάσεις Καλείται να Πάρει ο Κλινικός Ιατρός στα Νοσοκομεία Περί του Θανάτου.....	16
2.1.2 Κλινικοί Ιατροί και Αποφάσεις Για Ασθενείς Σχετικά με τον Θάνατο, που οι ίδιοι οι πάσχοντες δεν Μπορούν να Λάβουν.....	20
2.2 Ιατρικά Λάθη με Αποτελέσματα τον Θάνατο.....	21

2.3	<i>Αποφάσεις Διακοπής της Ζωής σε Αναστρέψιμες και μη Περιπτώσεις</i>	26
2.3.1	<i>Ο Ρόλος της Σύγχρονης Βιοϊατρικής Τεχνολογίας για τους Κλινικούς Ιατρούς στη Λήψη Αποφάσεων στις Περιπτώσεις Θανάτου.....</i>	33
2.4	<i>Συμπεριφορά Ιατρών και Νοσηλευτικού Προσωπικού σε Περιπτώσεις Θανάτων.....</i>	38
2.4.1	<i>Τήρηση Ιατρικού Απορρήτου στο Τέλος της Ζωής από Μέρους των Κλινικών Ιατρών και των Νοσηλευτών. Ποιες οι Αρχές που Προβλέπονται.....</i>	38
2.4.2	<i>Τήρηση Ιατρικού Απορρήτου σε Περιπτώσεις Θανάτων. Ποιο το Πρωτόκολλο που Ισχύει στα Νοσοκομεία για Ιατρούς και Νοσηλευτές.....</i>	43

3. Κεφάλαιο Τρίτο : Η Αντίληψη του Θανάτου στον Χώρο των Επαγγελματιών Υγείας

3.1	<i>Ποια η Στάση Ιατρών – Νοσηλευτών Απέναντι στον Θάνατο στον Χώρο της Υγείας.....</i>	46
3.2	<i>Πώς Αντιμετωπίζονται οι Περιπτώσεις Αναπόφευκτων Θανάτων.....</i>	50

3.3	Διαχείριση Συγγενών Σχετικά με το Θάνατο των Ασθενών – Η Πλευρά των Επαγγελματιών Υγείας.....	52
3.4	Ο Θάνατος στους Νοσοκομειακούς Χώρους - Διαστάσεις της Δημόσιας Υγείας στο Τέλος της Ζωής.....	54

4. Κεφάλαιο Τέταρτο : Κεφάλαιο Έρευνας σε Ιατρούς Παθολογικού και Χειρουργικού Τομέα Σχετικά με την Αντίληψη Θανάτου – Στάσεις και Αντιλήψεις

Επίλογος.....	83
Βιβλιογραφία.....	85

Εισαγωγή

Διάφορες φιλοσοφικές θεωρίες και θεολογικές προσεγγίσεις έχουν δημιουργηθεί με σκοπό να εξηγήσει ο άνθρωπος ένα από τα μεγαλύτερα -αν όχι το μεγαλύτερο- ερωτήματα, που τον απασχόλησαν από τα πρώτα χρόνια του πολιτισμένου του βίου, τον θάνατο. Τι δηλώνει ο όρος θάνατος στη σύγχρονη δυτική κοινωνία; Σήμερα με τη λέξη θάνατο ορίζουμε την οριστική διακοπή όλων των βιολογικών λειτουργιών ενός φυτικού ή ζωικού οργανισμού¹. Μεταφορικά θα λέγαμε ότι ο θάνατος δηλώνει ό,τι μας φαίνεται δυσάρεστο ή επιζήμιο. Όσον αφορά στον άνθρωπο ο θάνατος μπορεί να επέλθει είτε φυσιολογικά κι αναμενόμενα είτε αναπάντεχα. Ο απρόσμενος θάνατος οφείλεται συνήθως σε ασθένειες, δυστυχήματα ή βίαιες επιθέσεις (φόνος με ή άνευ πρόθεσης). Μετά τον θάνατο η θερμοκρασία του ανθρώπινου σώματος αλλάζει -από τους 36,7°C στους 20°C-, η αναπνοή και οι χτύποι της καρδιάς σταματούν και το πρόσωπο ωχραίνει. Πρέπει βέβαια να σημειωθεί ότι ορισμένα κύτταρα του νεκρού οργανισμού ζουν ακόμη και δυο μέρες μετά τον θάνατό του. Στις περιπτώσεις ατυχημάτων, φόνων ή αδιευκρίνιστων θανάτων τα αίτια εξακριβώνονται από τον ιατροδικαστή γιατρό που ορίζεται από την πολιτεία, για να θέσει τις επιστημονικές του γνώσεις στην υπηρεσία της δικαιοσύνης, προκειμένου να

¹ Μπαμπινιώτης Γ., Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας, Κέντρο Λεξικολογίας, Αθήνα 2002, σ.741

εξακριβώσει τα ακριβή αίτια και τις συνθήκες τραυματισμού ή θανάτων, που ενδεχομένως δεν οφείλονται σε φυσικά αίτια².

Οι νεαρής ηλικίας άνθρωποι τείνουν να πιστεύουν ότι ο θάνατος είναι κάτι το οποίο δεν μπορεί να τους αγγίξει. Η νεότητα είναι άλλωστε εξορισμού πολύ μακριά από τον θάνατο, αφού η ζωή -φυσιολογικά- είναι όλη μπροστά της. Ωστόσο υπάρχουν γεγονότα που κλονίζουν ανθρώπους κάθε ηλικίας και τους οδηγούν στην απόκτηση συνείδησης του θανάτου. Παραδείγματος χάριν ο θάνατος ενός προσφιούς ή συγγενικού προσώπου. Ισχυρότερο σοκ αποτελούν βέβαια τα δυστυχήματα ή οι ασθένειες, που θέτουν σε κίνδυνο την ίδια μας τη ζωή. Σε τέτοιες περιπτώσεις, είτε πένθους είτε αισθήματος κινδύνου που ο θάνατος πλησιάζει τόσο κοντά, μπορεί κανείς να αλλάξει ριζικά στάση ζωής.

Προσεγγίζοντας τώρα τους θανάτους, που οφείλονται σε ασθένειες παρατηρούμε ότι σήμερα η πλειονότητα των θανάτων αυτών είναι πολύ λιγότερο επώδυνες απ' ό,τι στο παρελθόν, αφού η ιατρική είναι σε θέση να περιορίσει δραστικά ή και να εξαλείψει -σε κάποιες περιπτώσεις- τον πόνο. Πράγμα που βέβαια παρηγορεί ασθενείς και συγγενείς των, αλλά δεν ξεπερνά το φαινόμενο θάνατος. Το παράδοξο ωστόσο, νομίζω, είναι πως ενώ έχουμε εξοικειωθεί με τον βίαιο θάνατο των τηλεοπτικών ειδήσεων, του κινηματογράφου και των βιντεοπαιχνιδιών, ο αληθινός θάνατος αποτελεί ταμπού. Επειδή άραγε αγνοούμε πώς και τι είναι ο θάνατος; Επειδή το προσδόκιμο ζωής έχει ανέβει και πλέον τον συναντάμε σπανιότερα απ' ό,τι στο παρελθόν; Είναι η άγνοιά μας που γιγαντώνει τον φόβο μας; Δεν έχει δοθεί ως τώρα ασφαλής απάντηση. Εξάλλου η μάχη

² Μπαμπινιώτης Γ., Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας, Κέντρο Λεξικολογίας, Αθήνα 2002, σ.767

μεταξύ φυσικής επιστήμης, θρησκείας, ψυχολογίας και φιλοσοφίας ακόμη καλά κρατεί.

Μήπως τελικά το θέμα δεν είναι ο ίδιος ο θάνατος, αλλά οι μορφές του; Και εξηγούμαι: σε βάθος χρόνου θα συναντήσουμε εξιδανικεύσεις του θανάτου με πιο πρόσφατη εκείνη του ρομαντικού ανθρώπου, που χάνει τη ζωή του από την ευγενική νόσο “φυματίωση” – 19^{ος} αιώνας³. Στις μέρες μας συναντάμε αναπαραστάσεις θανάτου που ελάχιστα σχετίζονται με την πραγματικότητα.

³ Μισέλ Βαβέλ, Ο θάνατος στη Δύση- Από το 1300 ως τις μέρες μας, Νεφέλη 4B, Τόμος Β', Αθήνα 2000, σ. 30-35

1. Κεφάλαιο Πρώτο : Η Έννοια του Θανάτου στη Δημόσια Λογική

1.1 Ιστορική Αναδρομή στην Έννοια Θάνατος

Ο θάνατος αποτελεί φαινόμενο, το οποίο συναντάται στη φύση εν γένει και όχι μόνο στην κοινωνία των ανθρώπων. Αν εξετάσει κανείς την ανθρώπινη κοινωνία, τον τρόπο με τον οποίο έχει συσταθεί, αλλά και τους λόγους για τους οποίους οι απώτατοι πρόγονοί μας την δημιούργησαν, θα διαπιστώσει πως η προστασία της ύπαρξης και συνεπώς η αποφυγή του θανάτου υπήρξε ο βασικότερος λόγος σύστασής της.

Ας σκεφτούμε τώρα πού συναντά κανείς το φαινόμενο θάνατος. Αν εξετάσουμε τα χρόνια πριν τα τέλη του 20^{ου} αιώνα, θα δούμε ότι ο θάνατος έκανε την εμφάνισή του συχνότατα και μάλιστα τις περισσότερες φορές μέσω επιδημιών που πραγματικά θέρισαν ανθρώπινες ζωές. Ενδεικτικά θα παραβάλω τους πίνακες⁴.

Στον 21^ο αιώνα, που διανύουμε, ο θάνατος έχει πάψει να εμφανίζεται με την ίδια περιοδικότητα στις πολιτισμένες, τουλάχιστον, χώρες της γηραιάς και της νεότερης ηπείρου. Στις αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες ο θάνατος πλέον συναντάται κατά κύριο λόγο στους χώρους της υγείας, δηλαδή

⁴ Μισέλ Βαβέλ, Ο θάνατος στη Δύση- Από το 1300 ως τις μέρες μας, Νεφέλη 4B, Τόμος Β', Αθήνα 2000, σ. 30-35

τα νοσοκομεία. Πράγμα καθόλου περίεργο, αφού, όπως η ίδια η λέξη δηλώνει, νοσοκομείο είναι ένα δημόσιο ή ιδιωτικό ίδρυμα κοινωνικού-επιστημονικού χαρακτήρα, που παρέχει ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και στοχεύει στην όσο το δυνατόν πληρέστερη θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας ασθενών και αναξιοπαθούντων και στη χορήγηση της ενδεδειγμένης περιποίησης στις περιπτώσεις τοκετών και χρόνιων ή ανίατων ασθενειών⁵.

1.2 Πώς η Θεολογία Διαχειρίζεται τον Θάνατο

Σε ό,τι αφορά τον χριστιανισμό και το πώς αυτός αντιμετωπίζει ως θρησκεία τον θάνατο, θα το εξετάσουμε στην παρούσα ενότητα. Σύμφωνα με τα όσα διδάσκουν οι Πατέρες της Εκκλησίας, υπάρχουν δυο ειδών θάνατοι: ο σωματικός και ο πνευματικός. Ο **σωματικός θάνατος** είναι προσωρινός. Όταν το ανθρώπινο σώμα παύει να λειτουργεί και ο άνθρωπος ως υλική οντότητα πεθαίνει, ουσιαστικά η ψυχή του την ίδια στιγμή απελευθερώνεται. Σώμα άλλωστε, ήδη για τους ορφικούς φιλοσόφους των οποίων οι θεωρίες έχουν επηρεάσει ιδιαίτερα τον χριστιανισμό σημαίνει σήμα, δηλαδή τάφος. Με άλλα λόγια το σώμα αποτελεί το προσωρινό μέσω διαφύλαξης της ψυχής, η οποία αποτελεί την ουσιαστική υπόσταση του ανθρώπου. Με την έλευση της δευτέρας παρουσίας, η ψυχή θα ξαναβρεί το σώμα, απαλλαγμένο πια από οτιδήποτε αμαρτωλό. Τι γίνεται όμως με τον πνευματικό θάνατο; Ο άνθρωπος μπορεί να τον αποφύγει, με τη συμμετοχή του στα ιερά μυστήρια της εκκλησίας (βάπτισμα – γάμος - εξομολόγηση κλπ.) και γενικότερα με την καλλιέργεια του πνεύματος και

⁵ Μπαμπινιώτης Γ., Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας, Κέντρο Λεξικολογίας, Αθήνα 2002, σ.1193

της ψυχής του⁶. Για τον χριστιανό στόχος είναι να ζήσει κατ' εικόνα του θεού και να προσπαθήσει στη διάρκεια της ζωής του να φτάσει στο καθ' ομοίωση, δηλαδή να προσεγγίσει όσο γίνεται τον θεό, χωρίς βέβαια αυτό να σημαίνει σε καμία περίπτωση ότι θα εξισωθεί μαζί του. Η ζωή μας, στον επίγειο υλικό κόσμο, για τον χριστιανισμό δεν είναι παρά προσωρινή, το ενδιάμεσο διάστημα μεταξύ της ανυπαρξίας και της αιωνιότητας, δηλαδή της ζωής μετά θάνατον. Επομένως ο σωστός χριστιανός δεν πρέπει να θλίβεται για τον θάνατο, καθώς αυτός θα αποτελέσει το μέσο, για να φτάσει στη μακαριότητα. Ωστόσο η φύση του ανθρώπου είναι τέτοια που, αν και κάποιος γνωρίζει θεωρητικά τόσο το αναπόφευκτο τέλος της ύπαρξης όσο και τη χριστιανική παραμυθία, αδυνατεί να μείνει ψύχραιμος και απαθής μπροστά στον θάνατο κυρίως προσώπων που αγαπά ιδιαίτερα. Για να καταλάβει κανείς πόσο αντιφατικά έχει αντιμετωπιστεί ο θάνατος από τους ορθόδοξους χριστιανούς της Ελλάδας θα πρέπει να ακούσει ή να διαβάσει μοιρολόγια. Οι πιστοί -πολλές φορές φανατικά θρησκόληπτοι- χριστιανοί μερικών χρόνων πίσω, όχι μόνο συγκινούνταν για αδιευκρίνιστους λόγους από τους ακατανόητους γι' αυτούς πένθιμους ψαλμούς, αλλά λίγο αργότερα πραγματικά θρηνούσαν βοερά άδοντας μοιρολόγια, των οποίων οι στίχοι συγκρούονταν πλήρως με τη χριστιανική αντίληψη περί θανάτου⁷. Από τη μια ο θάνατος ήταν ένα ακόμη στάδιο για την αιώνια ευτυχισμένη ζωή (χριστιανισμός) κι από την άλλη ένα αναπόφευκτο και οριστικό τέλος.

⁶ Μισέλ Βαβέλ, Ο θάνατος στη Δύση-Από το 1300 ως τις μέρες μας, Νεφέλη 4B, Τόμος Β', Αθήνα 2000, σ. 35-45

⁷ Πολίτης Αλέξης, Πανεπιστημιακές σημειώσεις για το δημοτικό τραγούδι, 2008-2009, χειμερινό εξάμηνο (προ- έκδοση βιβλίου)

Υπάρχει και ένα άλλο πολύ σημαντικό και λεπτό ζήτημα παρακλάδι του θανάτου, το οποίο καλούνται να αντιμετωπίσουν όχι μόνο όσοι ασχολούνται με την υγεία, αλλά και εκείνοι που σκέπτονται περί των θρησκευτικών πραγμάτων, αυτό της ευθανασίας.

Η ευθανασία (εύ + θνήσκειν → καλός θάνατος) υπό το βλέμμα της θεολογίας–εκκλησίας είχε την έννοια του καλού, ευτυχισμένου, ήρεμου, χωρίς αγωνία και πόνους θανάτου ή του ένδοξου θανάτου, για παράδειγμα για την Πατρίδα ή για την Πίστη, με την έννοια της θυσίας. Σήμερα, η λέξη ευθανασία νοηματοδοτείται εντελώς διαφορετικά. Ο Francis Bacon (1561-1626), μετέφερε την ελληνική λέξη ευθανασία στην αγγλική γλώσσα (Euthanasia) με τη σημασία της *«επισπεύσεως του θανάτου, για να τεθεί τέρμα σε μια ζωή γεμάτη πόνο και ταλαιπωρίες»*⁸. Ως ευθανασία νοείται σήμερα, *«η ηθελημένη θανάτωση ανιάτου, με τη συναίνεσή του ή χωρίς αυτήν, προς ανακούφιση ή απολύτρωσή του από την επιθανάτια οδυνηρή αγωνία, από αφόρητους πόνου που τα υπάρχοντα θεραπευτικά μέσα αδυνατούν να καταπραΰνουν»*. Με άλλα λόγια, πρόκειται για *«μέθοδο προκλήσεως του θανάτου για κάποιους λόγους»*⁹.

Η ευθανασία κατά τη θεολογία προσφέρεται και λέγεται **ενεργητική**. Όταν όμως είναι αποτέλεσμα παραλείψεως ή αποσύρσεως θεραπευτικών προσπαθειών χαρακτηρίζεται ως **παθητική**. Σ'αυτήν ο άνθρωπος αφήνεται να πεθάνει. Το ποιος και πώς παίρνει την απόφαση είναι ένα μεγάλο ζήτημα. Τα

⁸ Τσάμη Δ., *Εισαγωγή στη σκέψη των Πατέρων της Ορθόδοξης Εκκλησίας*, Πουρνάρας, Θεσσαλονίκη, 1992, σελ.80

⁹ Τσάμη Δ., *Εισαγωγή στη σκέψη των Πατέρων της Ορθόδοξης Εκκλησίας*, Πουρνάρας, Θεσσαλονίκη, 1992, σ. 80

προβλήματα δε που δημιουργούνται δυσεπίλυτα. Η ενεργητική ευθανασία διακρίνεται σε: εκούσια και ακούσια. Την εκούσια την ζητά ο ίδιος ο ασθενής, σε αντίθεση με την ακούσια, που πρόκειται για ηθελημένη προμελετημένη ενέργεια τερματισμού της ζωής ενός προσώπου από κάποιον άλλον κι όχι από τον ίδιο τον πάσχοντα¹⁰. Εκείνο που αλλάζει σε κάθε μια περίπτωση είναι το πρόσωπο, το οποίο λαμβάνει την απόφαση.

Η εκούσια ευθανασία διαπράττεται από τον νοσούντα ή κάποιον συνεργό, ο οποίος σέβεται την απόφασή του. Ο ίδιος ο μελλοθάνατος συμμετέχει σε «ευθανασία δι' αυτοκτονίας» και εκείνος που συμπράττει στην ευθανασία χαρακτηρίζεται ως «συμμετοχών σε αυτοκτονία». Ο σύνηθες τρόπος εκούσιας ευθανασίας είναι μέσω λήψης μιας ουσίας σε δόση τέτοια, ώστε να επιφέρει τον θάνατο γρήγορα και χωρίς ταλαιπωρίες.

Στην εκούσια ενεργητική ευθανασία σύμφωνα με τη θεολογία υπάγεται και η θελημένη ευθανασία εξαιτίας ψυχολογικών ή ψυχιατρικών λόγων. Ακόμα και εξαιτίας κατάθλιψης. Η κατάθλιψη, βεβαίως, - όπως και πλήθος από ψυχιατρικά νοσήματα- είναι θεραπεύσιμη. Ψυχολογικά προβλήματα, τα οποία οδηγούν σε απόγνωση, προκύπτουν σε πλήθος κόσμου κάθε μέρα. Τα παραδείγματα, είναι πολλά. Υπάρχουν ακόμη κάποιοι, οι οποίοι αυτοκτονούν, προσφέρουν στον εαυτό τους την ευθανασία, διότι «πάσχουν - ή νομίζουν ότι πάσχουν - από ανίατη και βασανιστική, κατά τα επόμενα στάδιά της, ασθένεια»¹¹.

¹⁰ Τσάμη Δ., *Εισαγωγή στη σκέψη των Πατέρων της Ορθόδοξης Εκκλησίας*, Πουρνάρα, Θεσσαλονίκη 1992, σ.81

¹¹ www.alopsis.gr/modules.php?name=news&file=article&sid=b32

Στην ακούσια ενεργητική ευθανασία - κατά τη θεολογία - ο θάνατος προσφέρεται από συγγενή φίλο ή γιατρό σε κάποιον χωρίς τη σύμφωνη γνώμη του. Πολλές φορές σε περίοδο που το ίδιο το πρόσωπο δεν μπορεί να εκφράσει ή να διατυπώσει την ίδια ή αντίθετη επιθυμία. Σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία μια τέτοια πράξη χαρακτηρίζεται ως ανθρωποκτονία εκ προθέσεως και τιμωρείται δια της ποινής του θανάτου (παλιότερα) ή της ισόβιας κάθειρξης (στις μέρες μας) με βάση το άρθρο 299 του ποινικού κώδικα.

Ο τρόπος που γίνεται η παθητική ευθανασία διαφοροποιείται από εκείνον της ενεργητικής, αφού η παθητική ευθανασία επέρχεται μετά από παραλείψεις φαρμάκων ή πλήρη απόσυρση θεραπευτικών φροντίδων ή προσπαθειών με φάρμακα ή μηχανήματα υποστηρίξεως βασικών λειτουργιών της ζωής. Τα προβλήματα γύρω από το ποιος και πώς αποφασίζει είναι τεράστια και πολλές φορές αξεπέραστα. Τύποι παθητικής ευθανασίας είναι: η δια της μη ανανήψεως, η εθελοντική ευθανασία (Living Will) και η εφαρμοζόμενη στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.).

Μεγάλο ερώτημα όμως είναι αν ο άρρωστος, και μάλιστα στις συνθήκες υπό τις οποίες εισάγεται στο νοσοκομείο, είναι επαρκώς ενημερωμένος, ώστε να γνωρίζει επακριβώς περί τίνος πρόκειται. Είναι νηφάλιος και ανεπηρέαστος από τους φόβους του γι' αυτό το οποίο πάσχει ή νομίζει ότι πάσχει; Ή μήπως υπογράφει χωρίς καν να μελετήσει προσεκτικά τα χαρτιά που αφορούν μια ενδεχόμενη τέτοια απόφαση και μάλιστα υπό τη ψυχολογική φόρτιση του να

βρεθεί το γρηγορότερο στο κρεβάτι του νοσοκομείου, για να του παρασχεθεί η απαιτούμενη ιατρική βοήθεια την οποία και προσδοκά;

1.3 Ασθένειες που Προκαλούν τον Θάνατο Αναπόφευκτα

Αναμφισβήτητα μια από τις ισχυρότερες ασθένειες του ανθρώπινου οργανισμού στις μέρες μας, εξαιτίας της οποίας επέρχεται ο θάνατος, είναι ο καρκίνος στις διάφορες μορφές του. Ο Ιπποκράτης ήταν εκείνος ο οποίος έδωσε στην πάθηση του καρκίνου το όνομα της. Παρουσίασε αρχικά τον όγκο με την εικόνα του κάβουρα, δηλαδή του σήματος του καρκίνου το οποίο διατηρείται έως τις μέρες μας. Σύμφωνα με την επιστημονική εξήγηση ο καρκίνος θεωρείται το αποτέλεσμα κατάλυσης του γενετικού ελέγχου της συμπεριφοράς των κυττάρων και του κυτταρικού πολλαπλασιασμού αναλόγως¹².

Η βασική ανωμαλία η οποία οδηγεί στη δημιουργία όλων των μορφών καρκίνου είναι ουσιαστικά γενετική. Για τον λόγο αυτό θεωρείται πολύ σημαντική και ουσιαστική η συμβολή της Γενετικής στη θεραπευτική πρακτική, η οποία ακολουθείται σε πολλές περιπτώσεις. Αποτελεί γεγονός πως στην Ελλάδα κάθε χρόνο περίπου 4.500 γυναίκες μαθαίνουν ότι έχουν καρκίνο του μαστού. Παρ' όλα αυτά η Ελλάδα, η Ισπανία και η Ιταλία εμφανίζουν μικρότερο ποσοστό γυναικών με καρκίνο του μαστού απ' ό,τι οι βόρειες χώρες¹³.

¹² Δρ. Σαπουντζή - Κρέπια Δ., "Ιστορικές Καταβολές Ελληνικής Νοσηλευτικής", Νοσηλευτική 2, Αθήνα 2002, σ.42

¹³ Δρ. Σαπουντζή - Κρέπια Δ., "Ιστορικές Καταβολές Ελληνικής Νοσηλευτικής", Νοσηλευτική 2, Αθήνα, 2002, σ.42

Οι τρόποι αντιμετώπισης του καρκίνου οι οποίοι προτείνονται είναι ποικίλοι. Κάποιες νέες μέθοδοι και τεχνικές αφορούν την έγκαιρη διάγνωση, μέσω γενετικών test, στις τέσσερις συχνότερα εμφανιζόμενες μορφές καρκίνου (του μαστού, του παχέος εντέρου, της ουροδόχου κύστης και των ωοθηκών) και τις οποίες όλοι οι δημόσιοι οργανισμοί υγείας και ιατροί θα πρέπει να γνωρίζουν επακριβώς.

Εν συνεχεία με την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή και διατροφή, μπορεί να βελτιώνεται η κατάσταση του ασθενούς. Η Γενετική Επιστήμη ήδη έχει αναπτύξει σήμερα καινούργια και αποτελεσματικότερα φάρμακα. Η επιστήμη της Βιοτεχνολογίας αντίστοιχα έχει στη διάθεσή της φάρμακα πολύ αποτελεσματικότερα, όπως στην περίπτωση της λευχαιμίας. Και η θεραπεία γονιδίου (ως γονιδιακή θεραπεία ορίζεται η επέμβαση στα γενετικά χαρακτηριστικά ενός οργανισμού με τη χρήση συνθετικών γονιδίων με σκοπό τη θεραπεία ή την πρόληψη κάποιας ασθένειας. Η θεραπευτική αυτή προσέγγιση εφαρμόζεται κυρίως για την αποκατάσταση της λειτουργίας κάποιου ελαττωματικού γονιδίου, το οποίο μπορεί να προκαλέσει σοβαρή νόσο. Η γονιδιακή θεραπεία στις μέρες μας εξελίσσεται ραγδαία και αναμένεται στο μέλλον να αποτελέσει το σημαντικότερο ίσως τρόπο θεραπευτικής αντιμετώπισης σοβαρών ασθενειών, όπως είναι η μεσογειακή αναιμία, το AIDS και ο καρκίνος)¹⁴ αποτελεί σύγχρονη επιστημονική εξέλιξη ιδιαίτερα γνωστή στις Η.Π.Α. Υπάρχουν περισσότεροι από 500 τρόποι θεραπείας γονιδίων για την καρκινογένεση. Σύμφωνα λοιπόν με τους επιστήμονες, η πρόληψη δεν αποτελεί

¹⁴ www.greek-health.gr/2007/09/blog-post_8035.html

ουτοπία. Στην περίπτωση του καρκίνου κερδίζονται καθημερινά πολλές μάχες, αλλά ο πόλεμος μένεται ακόμη.

2. Κεφάλαιο Δεύτερο : Θάνατος και Επαγγέλματα Υγείας

2.1 Κλινικοί Ιατροί και Διαχείριση Θανάτου

2.1.1 Τι Είδους Αποφάσεις Καλείται να Πάρει ο Κλινικός Ιατρός στα Νοσοκομεία Περί του Θανάτου

Κάθε κλινικός ιατρός στα νοσοκομεία της χώρας θα πρέπει να γνωρίζει πως στη λήψη της ορθής απόφασης περί του τέλους της ζωής οποιουδήποτε ασθενούς, ιδιαίτερα σημαντική θεωρείται η ιατρική διάγνωση. Δεδομένου ότι οι γιατροί εξορισμού πρέπει να διακρίνονται για την υπευθυνότητά τους, το θέμα που οφείλουν να διαχειριστούν σε δεύτερο στάδιο είναι η αντιμετώπιση των συγγενών τους ασθενούς¹⁵. Η ηθική διάσταση κάθε κλινικού προβλήματος για κάθε διοικητικό στέλεχος εμπεριέχει τέσσερα ζητήματα, ο συγκερασμός των οποίων αποτελεί τη βάση επίλυσης του προβλήματος των αποφάσεων, που εκείνο θα κληθεί να λάβει. Τα ζητήματα αυτά αναφέρονται ως ακολούθως:

- *Ιατρική ένδειξη, ωφελείν ή βλάπτειν, φύση προβλήματος, θεραπευτικοί στόχοι, θεραπεία, εναλλακτικές λύσεις, πιθανότητες, τι κάνει σε ενδεχόμενη αποτυχία.*
- *Προτίμηση του ασθενούς, αυτονομία δηλαδή συναίνεση και σεβασμός της απόφασής του.*

¹⁵ Σούλης Σ., *Οικονομική της Υγείας*, Παπαζήσης, Αθήνα 1996, σ. 57-59

- *Ποιότητα ζωής. Σχέση οφέλους κόστους και τι ακριβώς θα χάσει και τι θα κερδίσει.*
- *Σχετικές καταστάσεις- Αντιλήψεις και διαπλοκές όπως οικονομικά, έρευνα, θρήσκευμα, ασφάλιση και διάφορα άλλα στοιχεία*

Η βιοηθική σίγουρα δεν είναι φιλοσοφία, είναι καθημερινή πρακτική εφαρμογή από τους κλινικούς γιατρούς στα νοσοκομεία. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονιστεί πως οι γιατροί σχετίζονται άμεσα και με το θέμα της ευθανασίας. Στις νότιες χώρες της Ευρώπης, όπως η Ιταλία και η Ισπανία, οι αποφάσεις περιορισμού ή απόσυρσης της θεραπείας από μέρους των ιατρών είναι γενικά λιγότερο συχνές από ότι στις βόρειες ευρωπαϊκές χώρες. Και μάλιστα οι αποφάσεις περιορισμού της θεραπείας είναι ακόμη συχνότερες από τις αποφάσεις απόσυρσης¹⁶.

Για την Ελλάδα βέβαια δεν υπάρχουν δεδομένα ούτε υπάρχουν οδηγίες, που αφορούν ιατρικές αποφάσεις για το τέλος της ζωής και τη διαχείριση του θανάτου. Πλην του άρθρου 29 του νόμου 3418, ο οποίος είναι εξαιρετικά ασαφής και δέχεται ερμηνείες σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να καθοδηγήσει τον γιατρό και συνεπώς τον διοικητικό στη λήψη αποφάσεων.

Η ιατρική τεχνολογία που διατίθεται στις χώρες του δυτικού κόσμου παρέχει στους διοικητικούς υπαλλήλους τη δυνατότητα καθυστέρησης του θανάτου με αποτέλεσμα τον καθημερινό προβληματισμό και τη δημιουργία ηθικών διλημμάτων περί εφαρμογής της συνέχισης ή απόσυρσης της

¹⁶ Σούλης Σ., *Οικονομική της Υγείας*, Παπαζήσης, Αθήνα 1996, σ. 72-73

υποστήριξης της ζωής. Ο προβληματισμός για το τέλος της ζωής υπάρχει από την αρχαιότητα, ωστόσο η ανάγκη επιλογής ανάμεσα στην υποστήριξη της ζωής με τη χρήση της τεχνολογίας ή την απρόσκοπτη κατάληξη του ασθενούς εξαιτίας της νόσου ανέκυψε για πρώτη φορά τη δεκαετία του 1960, όταν η τεχνολογική εξέλιξη επέτρεψε στους θεράποντες τη δυνατότητα να διατηρήσουν στη ζωή ακόμη και ασθενείς που ήταν σε μη-αναστρέψιμη κωματώδη κατάσταση.

Η σύγχρονη τεχνολογία υποστήριξης της ζωής στοχεύει στη διασφάλιση καθημερινής υποστήριξης σε ασθενείς με δυνητικά αναστρέψιμη ανεπάρκεια οργάνου και όχι στην αναμέτρηση με τον θάνατο. Οι κλινικοί γιατροί, που αντιμετωπίζουν καθημερινά διλήμματα και καλούνται να λάβουν τις σχετικές αποφάσεις, οφείλουν να εκτιμήσουν την κρισιμότητα αλλά και την αναστρεψιμότητα της κατάστασης ως υπεύθυνοι λειτουργοί για την ανθρώπινη ζωή. Ανάλογα με τον συγκεκριμένο ασθενή και τις διαφορετικές κάθε φορά συνθήκες, όχι αποφασίζοντας αλλά επιτρέποντας τον θάνατο, ο κάθε γιατρός δεν είναι υπηρέτης του θανάτου αλλά της ζωής, την αξιοπρέπεια της οποίας υπερασπίζεται ως το τέλος, διασφαλίζοντας το ανεπαίσχυντο και ειρηνικό τέλος.

Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί πως είναι πρακτικά αδύνατον το ζήτημα της ευθανασίας και του θανάτου γενικότερα να μην έχει απασχολήσει, έστω και επιφανειακά, εκείνον, ο οποίος, είτε ως θεράπων είτε ως ασθενής, έρχεται σε επαφή με επώδυνες και ανίατες ασθένειες. Και τούτο διότι μπροστά στην ένταση της οδύνης και στην απουσία της ελπίδας ο άνθρωπος συχνά αναγκάζεται να εξετάσει την τελευταία του δυνατότητα, τη φυγή από τη ζωή.

Ο ίδιος ο ασθενής είναι αυτός που τις περισσότερες φορές ζητά επίμονα από τον θεράποντα ιατρό στα νοσοκομεία να θέσει τέλος στη βασανισμένη και στερημένη από κάθε ελπίδα ύπαρξή του. Αλλά και ο καθένας από αυτούς, ευαίσθητος στο ανθρώπινο πάθος εξ αιτίας της φύσεως του λειτουργήματός του και κινούμενος από φιλόανθρωπα αισθήματα, ενώπιον της αδυναμίας του να ελέγξει τους αφόρητους πόνους της ανίατης περίπτωσης του ασθενούς του, αντιμετωπίζει συχνά την ευθανασία ως την τελευταία ανακούφιση που μπορεί να προσφέρει στον πάσχοντα.

Η ευθανασία, αν μη τι άλλο, είναι μια δύσκολη και βασανιστική στην απόφασή της εναλλακτική λύση. Ως επιλογή είναι η έσχατη. Απαραίτητη προϋπόθεση της επιτυχούς επιλογής, αλλά και κάθε ηθικής πράξης, είναι η γνώση. Όποιος ενεργεί χωρίς γνώση δεν δρα ελεύθερα, παρά είναι δέσμιος της άγνοιάς του. Ως εκ τούτου, μόνο συμπτωματικά μπορεί να επιτύχει στην προσπάθειά του. Επιπλέον, η πράξη του δεν μπορεί να έχει ηθική αξία ή απαξία, αφού η ηθική αξία συνοδεύει συνειδητές και μόνο επιλογές.

Εάν μια ευεργεσία δεν είναι εκούσια, αλλά αποτέλεσμα της τυχαίας διαδοχής των γεγονότων, σαφώς δεν επιτρέπεται στους ιατρούς να επαινέσουν τον δράστη της. Με τον ίδιο τρόπο, η ακούσια βλάβη δεν μπορεί να επιφέρει ηθικά (διότι νομικά ασφαλώς και μπορεί και υποχρεούται) μομφή σε αυτόν που άθελά του την προκάλεσε. Με δεδομένη τη σημασία και τη βαρύτητα του ζητήματος της ευθανασίας, η πλήρης και ορθή ενημέρωση των ενδιαφερόμενων προβάλλει ως αδήριτη αναγκαιότητα. Ας εξετάσουμε, λοιπόν, προσεκτικά την

ουσία αλλά και τις μορφές της ευθανασίας με τις οποίες ασχολούνται καθημερινά οι διοικητικοί στα νοσοκομεία.

Ευθανασία είναι η σκόπιμη αφαίρεση της ζωής ενός ασθενούς κατόπιν της επίμονης και εν επιγνώσει απαίτησης του ίδιου ή των οικίων του, σε περιπτώσεις που ο ασθενής δεν μπορεί να αποφασίσει λόγω της καταστάσεώς του. Κίνητρο της πράξης είναι πάντοτε τα φιλόθρωπα αισθήματα και ο οίκτος που εκείνος ο οποίος διενεργεί την ευθανασία αισθάνεται για τον πάσχοντα. Εάν κάποια από τις παραμέτρους αυτές δεν καλύπτεται, δεν είναι δυνατόν να ομιλούμε περί ευθανασίας, αλλά προφανώς περί φόνου. Συνοπτικά, η ευθανασία δύναται να περιγραφεί ως αυτοκτονία, η οποία έχει δράστη διάφορο του θύματος.

Σε ποιες περιπτώσεις όμως βρίσκει εφαρμογή; Σε όλες εκείνες κατά τις οποίες ο πάσχων δεν μπορεί να θέσει ο ίδιος τέλος στη ζωή του, είτε λόγω σωματικής αδυναμίας είτε λόγω του γεγονότος ότι στερείται των καταλλήλων μέσων τα οποία θα του επέτρεπαν να επιφέρει στον εαυτό του ανώδυνο θάνατο¹⁷.

2.1.2 Κλινικοί Ιατροί και Αποφάσεις Για Ασθενείς Σχετικά με τον Θάνατο, που οι ίδιοι οι πάσχοντες δεν Μπορούν να Λάβουν

Αποτελεί γεγονός πως σε συνθήκες που οι ασθενείς δεν μπορούν να έχουν ορθή κρίση, η ηθική επιβάλλει να λειτουργήσει ο κλινικός γιατρός ή διοικητικό στέλεχος του νοσοκομείου σύμφωνα με το μέγιστο συμφέρον του

¹⁷ Σούλης Σ., *Οικονομική της Υγείας*, Παπαζήσης, Αθήνα, 1996, σ.32-33

ασθενούς¹⁸. Αυτό πρέπει να γίνει σε όποιες συνθήκες, επείγοντα ή τακτικά, υπό τραύμα ή αναισθησία ή απώλεια αισθήσεων ή μη υγιούς κατάστασης και άλλων, εκτός αν ο ασθενής έχει εκ των προτέρων δηλώσει αντίθετη θέση. Σε συνθήκες επείγοντος, ο κάθε ιατρός θα πρέπει να κάνει τα απαραίτητα για την διάσωση και ανάνηψη του ασθενούς ώστε να του δοθεί η δυνατότητα κατόπιν να αποφασίσει ο ίδιος για τα περαιτέρω.

Βέβαια όταν ένας ασθενής δεν είναι σε θέση να αποφασίσει για την ζωή του και το τι θα έπρεπε να πράξει στην περίπτωση κάποιου σοβαρού κινδύνου εκείνοι οι οποίοι καλούνται να λάβουν αποφάσεις εκ μέρους του είναι οι συγγενείς πρώτου βαθμού σε συνεργασία πάντα με τους αρμόδιους κλινικούς ιατρούς. Οι συγγενείς και τα διοικητικά στελέχη των νοσοκομείων μπορούν να κατευθύνουν τις αποφάσεις που θα λάβουν βάσει των ιατρικών κειμένων και απόψεων που θα παραθέσουν οι ιατροί και που φυσικά θα αναφέρουν ποια είναι η καταλληλότερη επιλογή θεραπείας ή εάν θα πρέπει να διακοπεί η χορήγηση θεραπείας ή μηχανικής στήριξης και συνεπώς ο πάσχων να πάψει να ζει.

2.2 Ιατρικά Λάθη με Αποτελέσματα τον Θάνατο

Αποτελεί γεγονός πως η επικοινωνία μεταξύ των επιστημόνων υγείας αναφέρεται ως ένα από τα πλέον σημαντικά στάδια της περίθαλψης των ασθενών, εφόσον συνδέεται άμεσα με την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Σύμφωνα με έρευνα που έχει πραγματοποιηθεί

¹⁸ Σούλης Σ., *Οικονομική της Υγείας*, Παπαζήσης, Αθήνα, 1996, σ. 95-96

από το Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization¹⁹, διαπιστώθηκε ότι η μη σωστή επικοινωνία των επιστημόνων υγείας συνδέεται με σημαντικά ιατρικά λάθη, που αρκετές φορές έχουν οδηγήσει ως και στον θάνατο του ασθενούς. Ως εκ τούτου, η επικοινωνία κατά τη διάρκεια των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να είναι αποτελεσματική.

Θεωρητικά όμως κάτι τέτοιο φαίνεται εύκολο, αλλά οι έντονοι ρυθμοί ενός νοσηλευτικού ιδρύματος μετατρέπουν την επικοινωνία μεταξύ των επιστημόνων υγείας σε μια δύσκολη και περίπλοκη διαδικασία. Πράγματι, για να είναι απόλυτα επιτυχής, η επικοινωνία προϋποθέτει την ύπαρξη κάποιων δεξιοτήτων, καθώς και κατανόηση και από τις δυο συνεργαζόμενες πλευρές. Οι επιστήμονες υγείας, για τους οποίους η επικοινωνία είναι αναπόσπαστο κομμάτι της καθημερινότητάς τους, έχουν τη δυνατότητα να εκπαιδευτούν πάνω σε αυτήν και να την βελτιώσουν.

Πιο συγκεκριμένα, είναι σε θέση να μάθουν πώς μπορούν να επικοινωνούν μεταξύ τους ξεκάθαρα, με ακρίβεια και με τρόπο που να μην επηρεάζεται από τους έντονους ρυθμούς της καθημερινότητας²⁰.

Είναι αναγκαίο επίσης να διευκρινιστεί ότι μέσα σε ένα νοσηλευτικό ίδρυμα οι επιστήμονες υγείας επικοινωνούν συχνά μεταξύ τους μέσω εγγράφων, πράγμα που δημιουργεί πολλά προβλήματα. Αυτό οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι πολλές φορές δεν είναι εύκολα κατανοητά από όλους, τα γραφειοκρατικά και τα ιατρικά έγγραφα με αποτέλεσμα τη μη αποτελεσματική επικοινωνία των

¹⁹ Γρηγοράκος Λ., «Το μετέωρο βήμα στην Υγεία», *Το παρών της Κυριακής*, Αθήνα 2005

²⁰ Πετροπούλου Ε., «Απειλείται με λουκέτο το Εθνικό Σύστημα Υγείας», *Ημερησία*, Αθήνα 2007

επιστημόνων υγείας. Με τον τρόπο αυτό, μπορεί να γίνουν λάθη κατά τη διάρκεια της παροχής υπηρεσιών. Είναι λοιπόν απαραίτητο να βρεθούν τρόποι ώστε να βελτιωθεί η επικοινωνία των επιστημόνων υγείας μέσα στα νοσηλευτικά ιδρύματα²¹.

Οι ιατροί και οι νοσηλευτές που εργάζονται στα νοσοκομεία της χώρας διαπράττουν συχνά ιατρικά λάθη, σύμφωνα με μαρτυρίες της Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας²². Οι ίδιες μαρτυρίες επισημαίνουν ότι κύρια αιτία του προβλήματος είναι η κακή οργάνωση και διαχείριση που επικρατεί στα νοσοκομεία και προσθέτουν ότι οι προσλήψεις ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού δεν θα λύσουν το πρόβλημα αν δεν υπάρξει οργάνωση στον χώρο της Υγείας²³.

Τονίζεται επίσης ότι χρειάζεται καλύτερη εκπαίδευση των γιατρών- τόσο των ειδικευμένων όσο και των ειδικευόμενων-, ώστε να μπορούν να συνεργάζονται καλύτερα, όταν παρακολουθούν ασθενείς που πάσχουν από διαφορετικές παθήσεις. Υπογραμμίζεται επίσης ότι καθοριστικό ρόλο παίζει ο διάλογος και η σωστή συνεννόηση μεταξύ γιατρού και ασθενή, έτσι ώστε να αποφεύγονται οι παρανοήσεις που μπορούν να οδηγήσουν σε ιατρικά λάθη.

Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί πως η ιατρογενής νοσηρότητα μπορεί να οφείλεται άλλοτε σε ιατρική αμέλεια ή ανικανότητα, και άλλοτε σε γνωστές ή

²¹ Πετροπούλου Ε., «Απειλείται με λουκέτο το Εθνικό Σύστημα Υγείας», *Ημερησία*, Αθήνα 2007

²² Γρηγοράκος Λ., «Το μετέωρο βήμα στην Υγεία», *Το παρών της Κυριακής*, Αθήνα 2005

²³ Γρηγοράκος Λ., «Το μετέωρο βήμα στην Υγεία», *Το παρών της Κυριακής*, Αθήνα 2005

άγνωστες παρενέργειες. Άλλωστε, μελέτη το 2002 στη Μ. Βρετανία, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι μόνο το 15% των ιατρικών αποφάσεων στηρίζεται σε επιστημονικά τεκμηριωμένα στοιχεία για την αποτελεσματικότητά τους²⁴. Στις άγνωστες παρενέργειες, η ιατρική δεν φέρει ευθύνη, εφόσον βέβαια έχουν τηρηθεί όλοι οι κανόνες της ερευνητικής δεοντολογίας και έχουν εξασφαλιστεί οι απαραίτητες προϋποθέσεις πειραματικής εφαρμογής.

Βέβαια οι ιατρογενείς κίνδυνοι μπορεί να αφορούν τους αρρώστους, τους γιατρούς και τους άλλους επαγγελματίες υγείας, καθώς και τον γενικό πληθυσμό. Οι κίνδυνοι για τους αρρώστους περιλαμβάνουν τις χειρουργικές επιπλοκές, τις ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, τα λάθη, τις παρενέργειες των διαγνωστικών εξετάσεων, τη φαρμακευτική τοξικότητα. Οι επαγγελματίες υγείας κινδυνεύουν από την ιονίζουσα ακτινοβολία, την έκθεση σε τοξικά αέρια, τις εργαστηριακές και νοσοκομειακές λοιμώξεις, την αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων.

Όσο για τον γενικό πληθυσμό, αυτός μπορεί να βρεθεί αντιμέτωπος με παθογόνους μικροοργανισμούς, που έχουν αποκτήσει ανθεκτικότητα στα αντιβιοτικά. Πρόσφατες έρευνες το 2006 στη Μ. Βρετανία έδειξαν ότι 30.000 ασθενείς πεθαίνουν κάθε χρόνο από ιατρικά λάθη και άλλοι 20.000 από νοσοκομειακές λοιμώξεις²⁵.

Ωστόσο στη δεκαετία του 1990 είχε εκτιμηθεί ότι το 1/5 των ασθενών που νοσηλεύτηκαν σε νοσοκομείο των ΗΠΑ υπέστη ιατρογενή βλάβη. Τα μισά

²⁴ Γρηγοράκος Λ., «Το μετέωρο βήμα στην Υγεία», *Το παρών της Κυριακή*, Αθήνα 2005

²⁵ Πετροπούλου Ε., «Απειλείται με λουκέτο το Εθνικό Σύστημα Υγείας», *Ημερησία*, Αθήνα 2007

επεισόδια αφορούσαν φαρμακευτικές παρενέργειες, ενώ το 10% επιπλοκές διαγνωστικών εξετάσεων. Οι διαγνωστικές εξετάσεις, εκτός από κινδύνους, παρουσιάζουν συχνά και διαγνωστικά λάθη, που μπορεί να έχουν σοβαρές επιπτώσεις²⁶. Σε πανεπιστημιακό νοσοκομείο της Αγγλίας μεταθανάτιες βιοψίες σε περιπτώσεις όπου είχε διαγνωστεί ως αιτία θανάτου η καρδιακή ανεπάρκεια διαπίστωσαν ότι η διάγνωση ήταν λάθος σε περισσότερες από τις μισές περιπτώσεις²⁷.

Σε άλλη σχετική μελέτη, το 1/4 των βιοχημικών εξετάσεων των ασθενών παρουσίαζε διαφορές ανάμεσα σε δύο διαφορετικά εργαστήρια, ενώ σε 83 περιπτώσεις όπου υπήρχε κλινική και εργασιακή ένδειξη για εγχείρηση κοιλίας οι 22 αποδείχθηκαν, με βάση τα παθολογοανατομικά ευρήματα, άσκοπες. Όλες σχεδόν οι διαγνωστικές εξετάσεις παρουσιάζουν ένα ποσοστό ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων (λαθεμένη παθολογική ένδειξη) και ένα ποσοστό ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων (λαθεμένη φυσιολογική ένδειξη).

Στην πρώτη περίπτωση, ελλοχεύει ο κίνδυνος θεραπευτικής παρέμβασης σε υγιές άτομο. Στη δεύτερη περίπτωση ο κίνδυνος είναι συχνά μεγαλύτερος, γιατί δεν αναγνωρίζεται η ύπαρξη προβλήματος. Οι δύο αυτές περιπτώσεις συχνά επιβάλλουν την επανάληψη των εξετάσεων ή τον εμπλουτισμό τους, γεγονός που αυξάνει όχι μόνο τα έξοδα, αλλά κυρίως τους ιατρογενείς κινδύνους²⁸.

²⁶ Γρηγοράκος Λ., «Το μετέωρο βήμα στην Υγεία», *Το παριών της Κυριακής*, Αθήνα 2005

²⁷ Γρηγοράκος Λ., «Το μετέωρο βήμα στην Υγεία», *Το παριών της Κυριακής*, Αθήνα 2005

²⁸ Πετροπούλου Ε., «Απειλείται με λουκέτο το Εθνικό Σύστημα Υγείας», *Ημερησία*, Αθήνα 2007

2.3 Αποφάσεις Διακοπής της Ζωής σε Αναστρέψιμες και μη Περιπτώσεις

Αποτελεί γεγονός πως ο κάθε ασθενής, όπως η οικογένειά του, θέλει να γνωρίζει πόσο χρόνο αναμένεται να ζήσει. Πρόκειται για μία δύσκολη ερώτηση και πολλές φορές ακόμα πιο δύσκολη απάντηση. Η εξέλιξη της κάθε νόσου επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, όπως είναι ο εντοπισμός της εστίας και η παρουσία κάποιων παθολογικών καταστάσεων. Παρόλο που ο κάθε γιατρός πιθανώς να μπορεί να κάνει μία εκτίμηση βάσει των όσων γνωρίζει για τον ασθενή, συχνά διστάζει να την εκφράσει.

Υπάρχει πάντα ο κίνδυνος υπερ ή υπο- εκτίμησης της αναμενόμενης επιβίωσης. Επίσης ο θεράπων φοβάται ότι θα προσφέρει ψευδείς ελπίδες ή θα καταστρέψει την όποια ελπίδα υπάρχει. Στο σημείο όμως αυτό είναι που καλείται ο κάθε ασθενής να λάβει αποφάσεις σχετικά με το τέλος του, όσο μακάβριο και αν αυτό ακούγεται²⁹.

Θα πρέπει να σημειωθεί πως στο τέλος της ζωής και σε περιπτώσεις μη αναστρέψιμες για τους ασθενείς, η ψυχολογική υποστήριξη τους από μέρους των κλινικών ιατρών θα πρέπει να περιλαμβάνει τα ακόλουθα :

- *Παρέα με τον ασθενή καθώς και συζήτηση ή παρακολούθηση ταινιών*
- *Δυνατότητα του ασθενούς να εκφράσει τα συναισθήματα και τους φόβους του.*
- *Παρακολούθηση των αναμνήσεων του ασθενούς.*

²⁹ Σούλης Σ., *Οικονομική της Υγείας*, Παπαζήσης, Αθήνα, 1996, σ. 89-91

- Συμμετοχή του ασθενούς στην λήψη αποφάσεων που τον αφορούν.
- Εκπλήρωση των επιθυμιών του ασθενούς.
- Σεβασμός των στιγμών, που ο ασθενής επιθυμεί να είναι μόνος.

Ως συνέχεια αλλά ενδεχομένως και σε αντίθεση με την αυτονομία και τα ατομικά δικαιώματα του κάθε ασθενούς, η υπευθυνότητα στις αποφάσεις του θα πρέπει να προβάλλει εμφανικά ως ένα σύστημα υποχρεώσεων του ατόμου, τόσο απέναντι στον εαυτό του όσο και απέναντι στους άλλους³⁰. Ειδικά στις περιπτώσεις που απαιτείται διάθεση πόρων για ιατρική φροντίδα, το κάθε άτομο που χαρακτηρίζεται ως ασθενής και πάντα με την εμψύχωση των ιατρών θα πρέπει :

- Να κάνει συνειδητές επιλογές τρόπου ζωής
- Να μην υπονομεύει την υγεία του

ώστε να μην υποχρεωθεί να παραιτηθεί και να εκχωρήσει τα δικαιώματά του, γιατί επιλέγει συμπεριφορές και πρακτικές που τον εντάσσουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου. Προκειμένου όμως ένας ασθενής να είναι σε θέση να λάβει τις σωστές αποφάσεις για το τέλος της ζωής ακόμη και σε περιπτώσεις που θεωρούνται αναστρέψιμες θα πρέπει να :

- Έχει ουσιαστική πληροφόρηση από τους ιατρούς
- Να έχει χρόνο για συμμετοχή και λήψη απόφασης (συνθήκες, ποσότητα χρόνου)

³⁰ Σούλης Σ., *Οικονομική της Υγείας*, Παπαζήσης, Αθήνα, 1996, σ. 82-83

- Να διαθέτει αντικειμενικό επηρεασμό από το περιβάλλον του με συναισθηματικές συνθήκες
- Να υπάρχει προηγούμενη καλή σχέση ιατρού- ασθενούς

Στην διαδικασία λήψης ορθών αποφάσεων από μέρους των ιατρών, συμμετέχουν δυναμικά επίσης και οι διοικητικοί υπάλληλοι και τα στελέχη του νοσοκομείου. Για τον λόγο αυτό, θα πρέπει και εκείνοι από μεριάς τους να επιτελούν τα ακόλουθα³¹ :

- Ο κάθε διοικητικός και ιατρός στα νοσοκομεία δεν θα πρέπει να "εγκαταλείπει" τον ασθενή στην αυτονομία του, καθώς κάτι τέτοιο είναι εύκολο. Πρέπει στο τέλος να κρίνει την απόφαση του με τους όρους της υπευθυνότητας του.
- Ο κάθε διοικητικός και ιατρός πρέπει να γνωρίζει πως ο ασθενής έχει το δικαίωμα προσεγγίσεως στις υπηρεσίες του νοσοκομείου, τις πλέον κατάλληλες για τη φύση της ασθένειας του.
- Ο κάθε διοικητικός και ιατρός πρέπει να γνωρίζει πως ο ασθενής έχει το δικαίωμα της παροχής φροντίδας με τον οφειλόμενο σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπειά του. Αυτή η φροντίδα περιλαμβάνει όχι μόνο την εν γένει άσκηση της ιατρικής και της νοσηλευτικής, αλλά και τις παρα'ιατρικές υπηρεσίες, την κατάλληλη διαμονή, την κατάλληλη μεταχείριση και την αποτελεσματική διοικητική και τεχνική εξυπηρέτηση
- Ο κάθε διοικητικός και ιατρός πρέπει να γνωρίζει πως ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συγκατανεύσει ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική

³¹ Σούλης Σ., Οικονομική της Υγείας, Παπαζήσης, Αθήνα 1996, σ. 91-93

πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν. Σε περίπτωση ασθενούς με μερική ή πλήρη διανοητική ανικανότητα, η άσκηση αυτού του δικαιώματος γίνεται από το πρόσωπο που κατά νόμο ενεργεί για λογαριασμό του.

- Ο κάθε διοικητικός και ιατρός πρέπει να γνωρίζει πως ο ασθενής δικαιούται να ζητήσει να πληροφορηθεί ό,τι αφορά στην κατάστασή του
- Ο κάθε διοικητικός και ιατρός πρέπει να γνωρίζει πως το συμφέρον του ασθενούς είναι καθοριστικό και εξαρτάται από την πληρότητα και την ακρίβεια των πληροφοριών που του δίνονται. Η πληροφόρηση του ασθενούς πρέπει να του επιτρέψει να σχηματίσει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων της καταστάσεως του και να λαμβάνει αποφάσεις ο ίδιος ή να μετέχει στη λήψη αποφάσεων, που είναι δυνατόν να προδικάσουν τη μετέπειτα ζωή του.
- Επίσης, ο ασθενής ή ο εκπρόσωπός του έχει το δικαίωμα να πληροφορηθεί, πλήρως και εκ των προτέρων, για τους κινδύνους που ενδέχεται να παρουσιασθούν ή να προκύψουν εξ αφορμής εφαρμογής σε αυτόν ασυνήθων ή πειραματικών διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων. Η εφαρμογή των πράξεων αυτών στον ασθενή λαμβάνει χώρα μόνο ύστερα από συγκεκριμένη συγκατάθεση του ίδιου. Η συγκατάθεση αυτή μπορεί να ανακληθεί από τον ασθενή ανά πάσα στιγμή.
- Ο κάθε διοικητικός και ιατρός πρέπει να γνωρίζει πως ο ασθενής πρέπει να αισθάνεται τελείως ελεύθερος στην απόφασή του, να δεχθεί ή να απορρίψει, κάθε συνεργασία του με σκοπό την έρευνα ή την εκπαίδευσή.

Η συγκατάθεσή του για τυχόν συμμετοχή του, είναι δικαίωμά του και μπορεί να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή

- *Ο κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα στο μέτρο και στις πραγματικές συνθήκες που είναι δυνατόν, προστασίας της ιδιωτικής του ζωής. Ο απόρρητος χαρακτήρας των πληροφοριών και του περιεχομένου των εγγράφων που τον αφορούν, του φακέλου των ιατρικών σημειώσεων και ευρημάτων, πρέπει να είναι εγγυημένος.*
- *Ο κάθε διοικητικός και ιατρός πρέπει να γνωρίζει πως ο ασθενής έχει το δικαίωμα του σεβασμού και της αναγνώρισεως σε αυτόν των θρησκευτικών και ιδεολογικών του πεποιθήσεων.*
- *Τέλος ο κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα να παρουσιάσει ή να καταθέσει αρμοδίως διαμαρτυρίες και ενστάσεις και να λάβει πλήρη γνώση των επι' αυτών ενεργειών και αποτελεσμάτων.*

Ένας άλλος σημαντικός τομέας στη προκειμένη περίπτωση είναι ο ρόλος των κλινικών γιατρών στην επιλογή και χρήση τεχνολογίας στο τέλος της ζωής και σε περιπτώσεις θανάτων. Τα Δημόσια Νοσοκομεία αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα διαχείρισης και εκσυγχρονισμού των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας με κύριο αποτέλεσμα την αναποτελεσματικότητα της λειτουργίας τους και το χαμηλό βαθμό της ικανοποίησης των ασθενών και κυρίως των ασθενών εκείνων που βρίσκονται στο τέλος της ζωής τους. Ο πολίτης που καταφεύγει σε ένα Δημόσιο Νοσοκομείο ζητώντας την απαραίτητη υγειονομική φροντίδα και

περίθαλψη δηλώνει σιωπηρά την εμπιστοσύνη του στις υπηρεσίες παροχής υγείας, καθώς και την αποδοχή του στο σύστημα της Δημόσιας Διοίκησης³².

Το σύστημα υγεία όμως διακρίνεται για παραλείψεις, καθυστερήσεις, χαοτική γραφειοκρατία και υπέρογκες χρηματικές αλλά και άλλου είδους επιβαρύνσεις, που έχουν ως αποτέλεσμα τη χαμηλή απόδοση παραγωγής υπηρεσιών υγείας και την άναρχη λειτουργία του ιδιωτικού τομέα. Η αιτία του προβλήματος έγκειται τόσο στη παραβίαση ή στην έλλειψη κανόνων που ρυθμίζουν το κανονιστικό εργασιακό πλαίσιο όσο και στην αδυναμία κατασκευής και εφαρμογής μηχανισμών, οι οποίοι θα επιβάλλουν την ανελαστική εφαρμογή των διατάξεων από μέρους των διοικητικών υπαλλήλων³³.

Επίσης, πολλοί έχουν επισημάνει και την αδιαφορία διοικήσεων και κλινικών ιατρών για την εφαρμογή της τεχνολογικής εξέλιξης και της καινοτομίας πράγμα που η έλλειψη σχεδιασμού υλοποίησης και οργάνωσης της παροχής δημόσιας υγείας το ενισχύουν. Γενικά, το πρόβλημα των οργανωτικών αλλαγών στον νοσοκομειακό χώρο είναι βαθύ, αφού απαιτείται ριζική αναδιοργάνωση, αλλαγή, προσαρμογή στην τεχνολογική διοίκηση, έλεγχος και αξιολόγηση του παραγόμενου έργου σε όλες τις βαθμίδες και ιδιαίτερα στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Για παράδειγμα, οι ιατρικοί φάκελοι στα περισσότερα νοσοκομεία ακόμα και σήμερα εξακολουθούν να είναι χειρόγραφοι, ογκώδεις, ασαφείς, δυσεύρετοι,

³² Σαρρής Μ., Σούλης Σ., "Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα", Αθήνα, 1996, σελ. 32-34

³³ Κωνσταντοπούλου, Αικ., "Η πολιτική Υγείας στην Ελλάδα", Αθήνα, 2005, σελ. 4-5

δυσανάγνωστοι ενώ δεν είναι λίγες οι φορές που φθείρονται και αλλοιώνονται ή χάνονται³⁴.

Επίσης, θα πρέπει να σημειωθεί πως το κάθε νοσοκομείο στην εποχή μας έχει κυρίαρχη θέση στο σύστημα Υγείας της χώρας, καθώς ως οργανισμός που στελεχώνεται από ανθρώπινο δυναμικό, έχει τη μεγαλύτερη ποικιλία επαγγελματιών και ειδικοτήτων και λειτουργεί σε ένα εξαιρετικά περίπλοκο θεσμικό και οργανωτικό πλαίσιο κάτω από κανόνες όχι μόνο εσωτερικούς και κρατικού ελέγχου, αλλά και σε μια πληθώρα κανόνων επαγγελματικών ενώσεων και οργάνων καθώς και ανανέωσης τεχνολογικού εξοπλισμού³⁵.

Στο παρελθόν η διοίκηση του νοσοκομείου ήταν απλή υπόθεση για τους περισσότερους διοικητικούς και ιατρούς. Χρειαζόταν απλώς φροντίδα για τις καθημερινές λειτουργίες τροφοδοσίας, συντήρησης και πληρωμής των μισθών του προσωπικού. Οι μεγάλες αποφάσεις παίρνονταν ουσιαστικά από τους ιατρούς, ενώ τα συμβούλια διαμόρφωναν τη γενική στρατηγική που περιοριζόταν σε σχέδια για τυχόν επέκταση και αύξηση των κρεβατιών και ελάχιστες ήταν οι περιπτώσεις όπου οι διοικητικοί μεριμνούσαν για την τεχνολογική ανάπτυξη του νοσοκομείου, αφού κάτι τέτοιο επαφίονταν στην ηγεσία του Υπουργείου Υγείας.

Η δεδομένη αυτή κατάσταση όμως έχει αλλάξει στις μέρες μας, αφού οι κλινικοί καλούνται να λάβουν αποφάσεις για όλα σχεδόν τα θέματα που

³⁴ Σαρρής Μ., Σούλης Σ., "Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα", Αθήνα, 1996, σελ. 46-47

³⁵ Σαρρής Μ., Σούλης Σ., "Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα", Αθήνα, 1996, σελ. 46-47

συμβαίνουν εντός των νοσοκομείων και ιδιαίτερα δε για την απόκτηση μηχανημάτων και εξοπλισμού τα οποία χρησιμοποιούνται σε περιπτώσεις σοβαρών ασθενειών και σε ασθενείς οι οποίοι έχουν φθάσει στο τέλος της ζωής. Στον τομέα αυτό σήμερα οι κλινικοί ιατροί στα νοσοκομεία φροντίζουν να τηρούν όλες τις απαραίτητες εκείνες συνθήκες οι οποίες μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς στις περιπτώσεις αυτές, απλώς παρατείνοντας τον χρόνο ζωής ή ακόμα αναμένοντας κάποιο θαύμα, το οποίο μπορεί να επιφέρει την ίαση του ασθενούς.

2.3.1 Ο Ρόλος της Σύγχρονης Βιοϊατρικής Τεχνολογίας για τους Κλινικούς Ιατρούς στη Λήψη Αποφάσεων στις Περιπτώσεις Θανάτου

Το θέμα της υγείας αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα ζητήματα που απασχόλησαν τον άνθρωπο ανά τους αιώνες. Από τα προϊστορικά χρόνια ως την ιπποκράτεια και τη σύγχρονη ιατρική καταβάλλονται μεγάλες προσπάθειες για την αντιμετώπιση των ασθενειών και την διασφάλιση της υγείας. Ωστόσο με τις εφαρμογές της σύγχρονης βιο-ιατρικής τεχνολογίας εισάγονται νέα δεδομένα στη διαλεκτική υγείας-ασθένειας. Σε πολλές περιπτώσεις οι ιατρικές παρεμβάσεις ξεφεύγουν από τα συνήθη όρια της ίασης των ασθενειών και περιλαμβάνουν παρέμβαση του ανθρώπου στο γενετικό του υλικό είτε με την εισαγωγή ξένων γονιδίων είτε ξένων κυττάρων. Οι συγκεκριμένες τεχνικές ανήκουν στον τομέα της γονιδιακής θεραπείας και έχουν εγείρει κατά καιρούς ζητήματα ηθικού περιεχομένου.

Θα πρέπει να αναφερθεί πως βιοηθική είναι ο κλάδος εκείνος της επιστήμης που ασχολείται με τα ηθικά προβλήματα που προέκυψαν από τις νέες

ανακαλύψεις της Βιολογίας, τις εφαρμογές της Γενετικής Μηχανικής και συνίσταται στην προσπάθεια αποφυγής μη αντιστρεπτών καταστάσεων, οι οποίες σχετίζονται με τον χειρισμό του γενετικού υλικού. Επίσης, στόχος της Βιοηθικής είναι η αποσαφήνιση των ορίων της βιολογικής έρευνας καθώς και η υιοθέτηση ενός κοινού κώδικα δεοντολογίας³⁶.

Η βιοηθική εξαρχής απετέλεσε διεπιστημονικό πεδίο όχι μόνο για την αρχή της ζωής, αλλά και για το τέλος της. Πεδίο δηλαδή στο οποίο συνεργάζονταν πολλοί επιστημονικοί κλάδοι όπως οι ιατρικές επιστήμες, οι φυσικές επιστήμες, η φιλοσοφία, το δίκαιο, η κοινωνιολογία και η θεολογία. Ανάμεσα στους πρώτους βιοηθικολόγους υπήρξαν πολλοί εξέχοντες θεολόγοι. Άλλωστε αναγνωρίζουν όλοι όσοι ασχολούνται με τη βιοηθική την αρχική συνεισφορά της θεολογίας και γενικότερα της θρησκευτικής διδασκαλίας στην ηθική. Το τελευταίο αποδεικνύεται από το ότι οι αναγνωρισμένες θρησκείες λαμβάνουν μέρος σε όλα τα σημαντικά και επίσημα συμβούλια βιοηθικής. Οι απόψεις τους εξ άλλου φιλοξενούνται στην πλειονότητα των έγκριτων περιοδικών βιοηθικού περιεχομένου.

Παρόλα αυτά, οι επιστήμονες και ιδιαίτερα οι βιολόγοι και οι κλινικοί ιατροί στα νοσοκομεία της χώρας έχουν κατηγορηθεί για τα ερευνητικά τους ενδιαφέροντα και τα επιτεύγματα τους. Είναι χαρακτηριστικό το παράδειγμα της κλωνοποίησης, η οποία απαγορεύτηκε σε ανθρώπινους οργανισμούς λόγω τεράστιων ηθικών προβλημάτων. Ωστόσο ο μονομερής τονισμός της ελευθερίας

³⁶ Μητροσύλη Μ., «*Ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Παρουσίαση και παρατηρήσεις στο νόμο 3305/ 2005- Εφαρμογή της Ιατρικών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής*». Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 24 (6): 612-622, 2007

και της υπευθυνότητας των επιστημόνων άφησε μεγάλα περιθώρια για αυθαιρεσίες με αποτέλεσμα τη δημιουργία σύγχυσης και αβεβαιότητας σε θέματα διεξαγωγής ερευνητικών πειραμάτων στο επίπεδο της ηθικής. Η τελευταία διαπίστωση ήταν αυτή που πρόβαλε το αίτημα για την επάνοδο της εκκλησίας και των επισήμων θρησκειών στο τραπέζι του επίσημου βιοηθικού διαλόγου.

Ίσως έτσι άρχισε να γίνεται αντιληπτό ότι θα ήταν πολύ πιο αποτελεσματική η βιοηθική που θα κατάφερνε να συνδυάσει την παραδοσιακή ηθική, με τους κανόνες της και την πείρα που την διακρίνει, με την ηθική της ευθύνης, που χαρακτηρίζεται από την ευελιξία στην αντιμετώπιση των συγχρόνων προβλημάτων³⁷.

Οι πιθανές κοινωνικές επιπτώσεις, αποτέλεσμα των ραγδαίων εξελίξεων στους τομείς της Βιολογίας και της Ιατρικής, δημιούργησαν την ανάγκη θέσπισης κανόνων, οι οποίοι καθορίζουν τον τρόπο εφαρμογής των επιτευγμάτων της Επιστήμης. Έτσι κράτη και διάφοροι διεθνείς οργανισμοί συνέστησαν ειδικές επιτροπές από διοικητικό προσωπικό κλινικών ιατρών στα νοσοκομεία με αντικείμενο:

- *τη μελέτη των πιθανών επιπτώσεων από την ανάπτυξη εφαρμογών της Βιολογίας και*
- *τη σύνταξη κανόνων δεοντολογίας.*

³⁷ Τριανταφυλλίδης Κ. & Κουβάτση Α., «Γενετική Ανθρώπου», Κεφάλαιο 17, σ. 321-326, Αφοί Κυριακίδη, Αθήνα, 2001

Η ταχύτητα με την οποία προχωρεί η μοριακή βιολογία και οι συναφείς κλάδοι με τη συνδρομή των καινοτομιών της σύγχρονης βιοτεχνολογίας, είναι γεμάτη υποσχέσεις αλλά και διλήμματα τα οποία θέτονται ως προς την εφαρμογή της βιοηθικής. Οι υποσχέσεις διαφαίνονται από τα προηγηθέντα επιτεύγματα και αφορούν σταθερά στην πρόληψη και στη θεραπεία των νόσων του ανθρώπου. Τα βιοηθικά διλήμματα που δημιουργήθηκαν και ασφαλώς θα παρακολουθούν ως σκιά κάθε νέο καινοτόμο βιοϊατρικό επίτευγμα είναι πολλά και θα αυξάνονται παράλληλα με την αέναη πρόοδο της επιστήμης.

Το οξύτατο πρόβλημα λοιπόν, το οποίο υπάρχει στις μέρες μας για τους κλινικούς ιατρούς αναφορικά με την βιοηθική, προβάλλει τρεις (3) διαφορετικές, αλλά ταυτόχρονα σχεδόν ίδιες εκφάνσεις:

- *για τη συλλογή ανθρώπινων βλαστικών κυττάρων που συνεπάγεται καταστροφή γονιμοποιημένων ωαρίων, συνήθως στο στάδιο της βλαστοκύστης*
- *για τη θεραπευτική κλωνοποίηση*
- *για τον πυρήνα του θέματος, που δεν είναι άλλος από το κρίσιμο ερώτημα πότε αρχίζει η ανθρώπινη ζωή.*

Τα βλαστικά κύτταρα προέρχονται από τη βλαστοκύστη, το κυτταρικό μόρφωμα που σχηματίζεται λίγες ημέρες μετά τη γονιμοποίηση του ωαρίου και πριν τούτο εμφυτευτεί στη μήτρα. Υπό κατάλληλες εργαστηριακές συνθήκες τα κύτταρα αυτά μπορούν να πολλαπλασιάζονται συνεχώς, χωρίς να διαφοροποιούνται. Παραμένουν αδιαφοροποίητα, αθάνατα και ολοδύναμα.

Διατηρούν δηλαδή το βιοδυναμισμό να εξελιχθούν με κατάλληλα ερεθίσματα προς οποιοδήποτε τύπο κυττάρων από τους περίπου 230 τύπους που συνθέτουν τα 100 τρισεκατομμύρια κύτταρα του ανθρώπινου σώματος. Υπάρχει πλήθος πειραματικών δεδομένων που βεβαιώνουν ότι τα εμβρυϊκά βλαστοκύτταρα θα μπορέσουν να αναπληρώσουν κατεστραμμένα ή φθαρμένα κύτταρα οποιουδήποτε ιστού ή οργάνου του σώματός μας³⁸.

Οι συνεχείς έρευνες στα ανθρώπινα εμβρυϊκά βλαστοκύτταρα ανακηρύχθηκε ως το μέγιστο επιστημονικό επίτευγμα του έτους 1999 και εκφράστηκε η βάσιμη πρόβλεψη ότι θα μπορέσει να προσφέρει πρωτόγνωρες υπηρεσίες στον άρρωστο. Θα αμβλύνει τον ανθρώπινο πόνο και κυριολεκτικά θα αναστήσει ανθρώπους καταδικασμένους να πεθάνουν σύντομα. Στις ΗΠΑ για παράδειγμα και μέχρι πριν λίγους μήνες η καινοτόμος αυτή έρευνα απαγορευόταν να χρηματοδοτηθεί από το κράτος και τους δημόσιους φορείς, παρά την αντίθετη γνώμη των Εθνικών Ινστιτούτων Υγείας³⁹. Οι ηθικές θέσεις πρέπει να υποστηρίζονται με ουσιαστικά και λογικά επιχειρήματα. Οι δογματικές θέσεις δικαιούνται του σεβασμού μας, αλλά μόνον αυτού. Η απλή αναδρομή σε επιστημονικά επιτεύγματα των τελευταίων δεκαετιών, τα οποία προκάλεσαν αρχικά έντονη διαμάχη μεταξύ των δογματικών θέσεων και της κοινωνικής πραγματικότητας, είναι άκρως διδακτική.

³⁸ Gelehrter T. D., Collins F. S., Ginsburg D., «*Αρχές Ιατρικής Γενετικής*», Γενική επιμέλεια: Στυλιανοπούλου Φ., Κεφάλαιο 13 «Γονιδιακή Θεραπεία» σελ. 377-398, Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2003

³⁹ Αλαχιώτης Σ., «*Εισαγωγή στη Σύγχρονη Γενετική*», Κεφάλαιο «Γενετική επιβάρυνση στον άνθρωπο», σελ. 635-641, Β' έκδοση, Πάτρα, 1989

2.4 Συμπεριφορά Γιατρών και Νοσηλευτικού Προσωπικού σε Περιπτώσεις Θανάτων

2.4.1 Τήρηση Ιατρικού Απορρήτου στο Τέλος της Ζωής από Μέρους των Κλινικών Ιατρών και των Νοσηλευτών. Ποιες οι Αρχές που Προβλέπονται

Είναι γνωστό στις μέρες μας πως κάθε άτομο έχει το θεμελιώδες δικαίωμα προστασίας του απορρήτου της ιδιωτικής του ζωής. Το δικαίωμα αυτό αποκτά βαρύνουσα σημασία όταν πρόκειται για ασθενείς, οι οποίοι φθάνουν στο τέλος της ζωής τους. Οι γιατροί και οι νοσηλευτές στα νοσοκομεία θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί με τους πάσχοντες αυτούς. Το ιατρικό απόρρητο αποτελεί σημαντική αρχή στην άσκηση της Ιατρικής και η μη εξουσιοδοτημένη αποκάλυψη πληροφοριών ίσως έχει προσωπικές, κοινωνικές ή νομικές επιπτώσεις⁴⁰. Ο ασθενής, αποκαλύπτοντας στον γιατρό προσωπικά του στοιχεία, τού μεταβιβάζει ένα μεγάλο μέρος της αυτονομίας του και αυτή η προσφερόμενη αυτονομία πρέπει να διαφυλαχθεί.

Σύμφωνα με έναν νομικό ορισμό, ιατρικό απόρρητο θεωρείται κάθε γεγονός που είναι γνωστό σε περιορισμένο μόνο κύκλο προσώπων, τα οποία

⁴⁰ Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., *Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα*, Αθήνα 1996, σ. 23-24

έχουν συμφέρον ή επιθυμούν να παραμείνει αυτό γνωστό μόνο σε αυτά. Έτσι, ιατρικό απόρρητο θα πρέπει να θεωρηθούν τα εξής⁴¹:

- Καθετί που ο ασθενής εμπιστεύτηκε στον γιατρό ή στον νοσηλευτή.
- Καθετί που ο γιατρός ή ο νοσηλευτής πληροφορήθηκε, συνήγαγε, υπέθεσε ή αντιλήφθηκε κατά την άσκηση των καθηκόντων του ή επ' ευκαιρία αυτών
- Καθετί που είτε είναι μειωτικό, είτε όχι.
- Η θετική ή αρνητική ακόμη διαπίστωση του γιατρού ή του νοσηλευτή.
- Κάθε πληροφορία που ο ασθενής επιθυμεί να θεωρείται ως απόρρητη, ακόμη και αν αυτό ήδη φημολογείται.
- Ακόμη και η είσοδος στο ιατρείο ή τη νοσηλευτική μονάδα.

Στην εποχή μας βέβαια, η διαφύλαξη του ιατρικού απορρήτου κινδυνεύει περισσότερο από άλλοτε και η προστασία του είναι περισσότερο επιβεβλημένη, δεδομένου ότι το δικαίωμα αυτό των ασθενών βρίσκεται, στην πράξη, κάτω από συνεχή απειλή από την αυξανόμενη πολυσύνθετη δομή του συστήματος υγείας. Η ιατρική επιστήμη αλλά και η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας από μέρους των διοικητικών γίνονται όλο και πιο πολύπλοκες. Η γραφειοκρατία αυξάνεται, οι ατομικοί φάκελοι των ασθενών πληθαίνουν, ενώ το περιεχόμενό τους έχει γίνει ιδιαίτερος λεπτομερές.

Η φροντίδα υγείας δεν ανήκει μόνο σε ένα πρόσωπο –το γιατρό ή τον νοσηλευτή– αλλά είναι συχνά αντικείμενο ομάδας εργασίας, όπου ο γιατρός, που έχει το ιστορικό, πρέπει να δώσει τις πληροφορίες του φακέλου του ασθενούς και

⁴¹ Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., *Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα*, Αθήνα 1996, σ. 51-53

στους άλλους διοικητικούς υπαλλήλους⁴². Επίσης, τα τελευταία χρόνια, η χρήση ηλεκτρονικών υπολογιστών, οι ανάγκες της επιστημονικής έρευνας, αλλά και πολλές άλλες «κατά συνθήκη» παραβιάσεις θέτουν σε κίνδυνο τη διαφύλαξη του ιατρικού απορρήτου.

Το ιατρικό απόρρητο ως ηθικός κανόνας θεωρείται ένα από τα αρχαιότερα καθήκοντα του γιατρού (και στις μέρες μας και των διοικητικών) απέναντι στον ασθενή. Η ιερότητα αυτής της υποχρέωσης του γιατρού και νοσηλευτικού προσωπικού ανάγεται στη σχέση πνευματικού-πιστού. Με τον ίδιο τρόπο, αποτελεί ηθικό αξίωμα ο γιατρός να διαφυλάττει τα μυστικά του ασθενούς. Ήδη, πριν από την εποχή του Ιπποκράτη, όταν τη θεραπευτική ασκούσαν μάγοι ή ιερείς, αλλά και στην Αρχαία Βαβυλώνα, στις παραδόσεις των Σουμερίων και Σιμιτών, στο Ρωμαϊκό Δίκαιο, ακόμα και σε άλλους μακρινούς πολιτισμούς, στη Βραχμανική περίοδο του Ινδικού λαού, στους Μεσαιωνικούς χρόνους, βλέπουμε πολύ έντονο το θέμα του ιατρικού απορρήτου.

Η βάση του δικαιώματος του ασθενούς για προστασία του απορρήτου της προσωπικής του ζωής είναι η εμπιστοσύνη, που διέπει τη σχέση γιατρού - νοσηλεύτη - ασθενούς και που για αυτή θα πρέπει να φροντίσει ο κάθε ένας από τους δύο πρώτους ξεχωριστά. Ο ασθενής, εμπιστευόμενος τον γιατρό του και τον νοσηλεύτη, θα του αποκαλύψει εμπιστευτικές πληροφορίες για την υγεία του και τον εαυτό του και αξιώνει οι πληροφορίες αυτές να παραμείνουν μυστικές. Ο όρος *εμπιστευτικός* περιγράφει μια εκπεφρασμένη ή εικαζόμενη συμφωνία

⁴² Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., *Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα*, Παπαζήση, Αθήνα 1996, σ. 52-54

μεταξύ γιατρού – νοσηλευτή - ασθενούς ότι ο γιατρός δεν θα αποκαλύψει αυτά που του είπε ο ασθενής σε κάποιον που δεν είναι άμεσα εμπλεκόμενος στη θεραπεία του.

Σύμφωνα με τον Annas⁴³, η εμπιστευτικότητα (confidentiality), που είναι η βάση του απορρήτου, προϋποθέτει ότι κάτι που θα λεχθεί στον γιατρό, το οποίο ο ασθενής δεν θέλει να μαθευτεί, δεν πρέπει να επαναληφθεί. Όπως το θέτει ο δικηγόρος Parkes, ο ασθενής αναζητά δύο πράγματα στον γιατρό του. Το ένα είναι η επιστημονική του κατάρτιση και το άλλο η απόλυτη εχεμύθειά του και τα δύο αυτά κρίνονται ισοδύναμα⁴⁴. Υπάρχουν τρεις αξίες, οι οποίες καταδεικνύουν την ηθική διάσταση του απορρήτου :

- *Το δικαίωμα του ατόμου στην περιφρούρηση της ιδιωτικής του ζωής (privacy)*
- *Το δικαίωμα του γιατρού στη μυστικότητα (secrecy)*
- *Η εμπιστοσύνη (confidence) ως βάση της σχέσης γιατρού-ασθενούς.*

Οι Phillips και Dawson προχωρούν περισσότερο και εξηγούν τους τρεις λόγους, για τους οποίους ο κάθε γιατρός και νοσηλευτής στα νοσοκομεία είναι υποχρεωμένος να σεβαστεί το απόρρητο των πληροφοριών που αφορούν τον ασθενή⁴⁵. Ο πρώτος λόγος είναι η ευπαθής θέση (vulnerability) του ασθενούς.

⁴³ Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., *Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα*, Παπαζήση, Αθήνα 1996, σ. 63-66

⁴⁴ Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., *Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα*, Παπαζήση, Αθήνα 1996, σ. 63-66

⁴⁵ Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., *Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα*, Παπαζήση, Αθήνα 1996, σ. 63-66

Από τη στιγμή που ο ασθενής έρχεται στον γιατρό με φόβο, πόνο ή ανάγκη ο γιατρός και ο νοσηλευτής έχει την υποχρέωση να προστατέψει και να σεβαστεί αυτή την ευπάθεια του ασθενούς του. Ο δεύτερος λόγος είναι ότι ο γιατρός ανήκει σ' ένα επάγγελμα με χαρακτήρα συμβουλευτικό (consulting profession) και οι συμβουλές είναι από τη φύση τους ιδιωτικές. Τέλος, ο τρίτος λόγος είναι η αμοιβαία εμπιστοσύνη (confidence), η οποία διέπει τη σχέση γιατρού-ασθενούς. Η εμπιστοσύνη είναι ουσιαστικό στοιχείο γι' αυτήν τη σχέση, όχι μόνο σε ηθικό αλλά και σε πρακτικό επίπεδο.

Θα πρέπει να σημειωθεί επίσης πως αν ο ασθενής δεν νιώθει απόλυτη εμπιστοσύνη, ότι οι πληροφορίες που θα δώσει θα παραμείνουν μυστικές, ίσως αποκρύψει πληροφορίες για την υγεία του και τη ζωή του, που πιθανόν είναι απαραίτητες για τη διάγνωση και τη θεραπεία του. Αυτός ο συλλογισμός περιέχει επίσης ένα άλλο ωφελιμιστικό επιχείρημα, που αφορά το συμφέρον της κοινωνίας. Εάν ένα άτομο για παράδειγμα υποφέρει από κάποιο μεταδοτικό νόσημα και διστάζει να πάει στον γιατρό από φόβο μήπως διαδοθεί αυτή η πληροφορία, τελικά δεν θα ζητήσει ιατρική συμβουλή και έτσι θέτει σε κίνδυνο την υγεία της κοινότητας, δεδομένου ότι, εφόσον δεν θεραπευτεί, θα μεταδίδει τη νόσο.

2.4.2 Τήρηση Ιατρικού Απορρήτου σε Περιπτώσεις Θανάτων. Ποιο το Πρωτόκολλο που Ισχύει στα Νοσοκομεία για Ιατρούς και Νοσηλευτές

Το πρωτόκολλο, που ισχύει στις μέρες μας για την τήρηση του ιατρικού απορρήτου από μέρους των ιατρών και των νοσηλευτών σε περιπτώσεις θανάτου, αναφέρεται στους εξής ακόλουθους κανόνες⁴⁶ :

- Ο ασθενής έχει το δικαίωμα προσεγγίσεως στις υπηρεσίες του νοσοκομείου, τις πλέον κατάλληλες για τη φύση της ασθένειας του από ιατρούς και νοσηλευτές.
- Ο ασθενής έχει το δικαίωμα της παροχής φροντίδας σ' αυτόν με τον οφειλόμενο σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια του. Αυτή η φροντίδα περιλαμβάνει όχι μόνο την εν γένει άσκηση της ιατρικής και της νοσηλευτικής, αλλά και τις παραϊατρικές υπηρεσίες, την κατάλληλη διαμονή, την κατάλληλη μεταχείριση και την αποτελεσματική διοικητική και τεχνική εξυπηρέτηση.
- Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν από ιατρούς και νοσηλευτές. Σε περίπτωση ασθενούς με μερική ή πλήρη διανοητική ανικανότητα, η άσκηση αυτού του δικαιώματος γίνεται από το πρόσωπο που κατά νόμο ενεργεί για λογαριασμό του.

⁴⁶ Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., *Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα*, Παπαζήση, Αθήνα 1995, σ. 67-68

- Ο ασθενής δικαιούται να ζητήσει να πληροφορηθεί ό,τι αφορά στην κατάστασή του.
- Το συμφέρον του ασθενούς είναι καθοριστικό και εξαρτάται από την πληρότητα και την ακρίβεια των πληροφοριών, που του δίνονται από ιατρούς και νοσηλευτές. Η πληροφόρηση του ασθενούς πρέπει να του επιτρέψει να σχηματίσει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων της καταστάσεως του και να λαμβάνει αποφάσεις ο ίδιος ή να μετέχει στη λήψη αποφάσεων, που είναι δυνατόν να προδικάσουν τη μετέπειτα ζωή του.
- Ο ασθενής ή ο εκπρόσωπός του σε περίπτωση εφαρμογής της παραγράφου. 3, έχει το Δικαίωμα να πληροφορηθεί, πλήρως και εκ των προτέρων, για τους κινδύνους που ενδέχεται να παρουσιασθούν ή να προκύψουν εξ αφορμής εφαρμογής σε αυτόν ασυνήθων ή πειραματικών διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων. Η εφαρμογή των πράξεων αυτών στον ασθενή λαμβάνει χώρα μόνο ύστερα από συγκεκριμένη συγκατάθεση του ίδιου. Η συγκατάθεση αυτή μπορεί να ανακληθεί από τον ασθενή ανά πάσα στιγμή.
- Ο ασθενής πρέπει να αισθάνεται τελείως ελεύθερος στην απόφασή του, να δεχθεί ή να απορρίψει κάθε συνεργασία του με σκοπό την έρευνα ή την εκπαίδευσή. Η συγκατάθεσή του για τυχόν συμμετοχή του, είναι δικαίωμά του και μπορεί να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή.

- Ο ασθενής έχει το δικαίωμα στο μέτρο και στις πραγματικές συνθήκες που είναι δυνατόν, προστασίας της ιδιωτικής του ζωής. Ο απόρρητος χαρακτήρας των πληροφοριών και του περιεχομένου των εγγράφων που τον αφορούν, του φακέλου των ιατρικών σημειώσεων και ευρημάτων, πρέπει να είναι εγγυημένος.
- Ο ασθενής έχει το δικαίωμα του σεβασμού και της αναγνώρισης σε αυτόν των θρησκευτικών και ιδεολογικών του πεποιθήσεων.
- Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να παρουσιάσει ή να καταθέσει αρμοδίως διαμαρτυρίες και ενστάσεις και να λάβει πλήρη γνώση των επ' αυτών ενεργειών και αποτελεσμάτων.

3. Κεφάλαιο Τρίτο : Η Αντίληψη του Θανάτου στον Χώρο των Επαγγελματιών Υγείας

3.1 Ποια η Στάση Γιατρών – Νοσηλευτών Απέναντι στον Θάνατο στον Χώρο της Υγείας

Δυστυχώς στην Ελλάδα δεν υπάρχει ακόμα κάποιο πρόγραμμα, το οποίο να αναφέρεται στα καθήκοντα και τις λειτουργίες των γιατρών και των νοσηλευτών στα νοσοκομεία της χώρας με σκοπό τη διαχείριση της ασθένειας στο τέλος της ζωής, καθώς και την μείωση γραφειοκρατών θεμάτων στην περίπτωση θανάτου.

Ένας οργανισμός παροχής υπηρεσιών σε ασθενείς που βρίσκονται στο τέλος της ζωής τους, αλλά και αφού επέλθει ο θάνατος, θα μπορούσε να έχει αναπτύξει ένα σύστημα ποιότητας, το οποίο θα προδιαγράφει τους ρόλους όλων των εμπλεκόμενων γιατρών και νοσηλευτών καθώς και τις διαδικασίες που θα ακολουθούνται χωρίς να υπάρχει μια πλειάδα από γραφειοκρατικές διατυπώσεις, αλλά με αφοσίωση στη σωστή διαχείριση, στην υποκίνηση του προσωπικού, στον σχεδιασμό διαδικασιών, στην αποσαφήνιση στόχων, στη συνεργασία του προσωπικού, καθώς και στην επικοινωνία με τους ασθενείς οι οποίοι βρίσκονται στο τέλος της ζωής. Αυτό το σύστημα ποιότητας και διαχείρισης θα μπορούσε να αποτελεί την ειδοποιό διαφορά σε σχέση με τα

συστήματα άλλων αντίστοιχων προγραμμάτων, καθώς θα οδηγούσε στην παροχή εξατομικευμένων υπηρεσιών που θα ικανοποιούσαν σε μεγάλο βαθμό τους αποδέκτες των υπηρεσιών χωρίς την ύπαρξη εξαιρετικά μεγάλης γραφειοκρατικής διαδικασίας.

Οι συμμετέχοντες σε αυτή τη διαδικασία θα μπορούσαν να ήταν ο διευθυντής ποιότητας του νοσοκομείου, οι καθοδηγητικές επιτροπές, οι αντιπρόσωποι ποιότητας και τα γκρουπ εργασίας τα οποία θα συμπεριελάμβαναν ιατρούς και διοικητικούς. Τα καθήκοντα του διευθυντή ποιότητας θα αφορούσαν στην οργάνωση και εφαρμογή της πολιτικής ποιότητας, η οποία θα καθορίζεται από την καθοδηγητική επιτροπή, στην εσωτερική ενημέρωση της πολιτικής, στην εξασφάλιση συνεργασίας μεταξύ της καθοδηγητικής επιτροπής και των γκρουπ εργασίας, στη δημιουργία, εγκατάσταση και διοίκηση των συστημάτων ποιότητας, που έχουν να κάνουν με τα έγγραφα των μονάδων, στη μεθοδολογική υποστήριξη των γκρουπ εργασιών, στην ένταξη συστήματος επεξεργασίας δυσάρεστων/κρίσιμων γεγονότων, στην πρόληψη κινδύνου και στην εξασφάλιση τήρησης των προδιαγεγραμμένων σχετικά με τις υπηρεσίες που προσφέρονται στους ασθενείς στο τέλος της ζωής ή όταν επέλθει ο θάνατος⁴⁷.

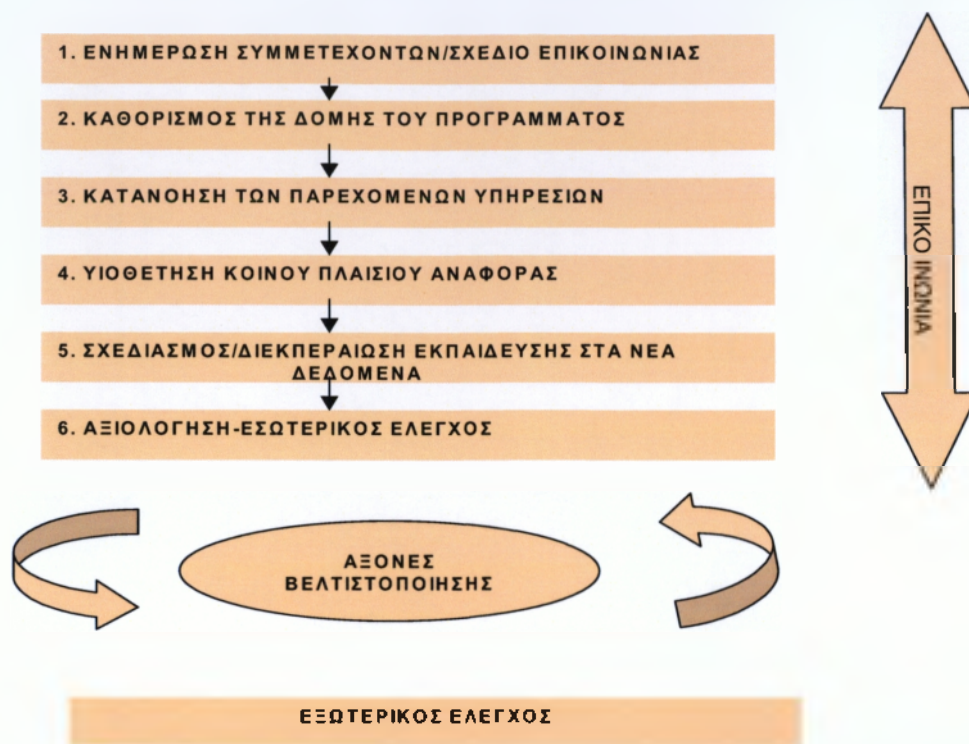
Θα πρέπει να αναφερθεί πως σε αυτές τις καθοδηγητικές επιτροπές θα συμμετέχουν μέλη από το διοικητικό συμβούλιο, από την διοίκηση και άτομα σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας κατ' οίκον στα άτομα που τη χρειάζονται. Ο ρόλος των επιτροπών-διοικητικών θα περιλαμβάνει την

⁴⁷ Κωνσταντοπούλου, Αικ., "Η πολιτική Υγείας στην Ελλάδα", 2005, σελ. 6-7

διεξαγωγή ποιοτικών διαγνωστικών, έλεγχο τήρησης των standards, εφαρμογή ποιοτικών σχεδίων βελτίωσης για μείωση των αποκλίσεων από τους στόχους, υποκίνηση του προσωπικού και ενημέρωση για τις ποιοτικές διαδικασίες.

Εν συνεχεία οι αντιπρόσωποι της ποιότητας, δηλαδή οι διοικητικοί θα συμμετέχουν στην διεκπεραίωση των εγγράφων των τμημάτων και ως εκ τούτου στη διαμόρφωση, συλλογή, επεξεργασία, ενημέρωση νέων έγγραφων, καταγραφή κρίσιμων περιστατικών και παροχή πληροφοριών μειώνοντας έτσι τον όγκο γραφειοκρατίας και διεκπεραιώνοντας γρηγορότερα την όλη διαδικασία. Τέλος τα γκρουπ εργασίας των διοικητικών θα αποτελούνται από αντιπρόσωπους ποιότητας και άλλους εμπλεκόμενους και θα είναι υπεύθυνα για την προετοιμασία και παροχή εργαλείων απαραίτητων για τη διεξαγωγή των ποιοτικών διαδικασιών.

Η διαδικασία, που θα ακολουθείται για την εφαρμογή του συστήματος ποιότητας και παροχής σχετικών υπηρεσιών σε ασθενείς πριν επέλθει ο θάνατος από μέρους γιατρών και νοσηλευτών, θα αφορά στην εμπλοκή πολλών ατόμων και θα περιλαμβάνει συγκεκριμένα στάδια, που οδηγούν στα επιθυμητά αποτελέσματα:



Το πρώτο στάδιο συμπεριλαμβάνει την εισαγωγή του συστήματος των ποιοτικών διαδικασιών και ελάφρυνση διαδικασιών γραφειοκρατίας μέσω του ορισμού του πλαισίου, στο οποίο κινούνται οι ποιοτικές διαδικασίες συνεχούς βελτίωσης παροχής υπηρεσιών σε ασθενείς που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο της ζωής από μέρους των διοικητικών. Θα παρέχονται πληροφορίες για τη δομή του προγράμματος, τον τρόπο χρηματοδότησης, τη διαθεσιμότητα του ανθρώπινου δυναμικού καθώς και τι χρειάζεται για να ξεκινήσουν οι διαδικασίες. Επειδή όλοι οι εμπλεκόμενοι στις διαδικασίες θα πρέπει να έχουν πρόσβαση σε πληροφορίες, υπάρχει ένα σχέδιο επικοινωνίας το οποίο επιτυγχάνει την αδιάκοπη ροή των πληροφοριών και καθορίζει τον τρόπο της διάχυσης αυτών.

Είναι πολύ σημαντικό επίσης όλα τα μέλη -γιατροί και νοσηλευτές- του προγράμματος να έχουν μια ολοκληρωμένη άποψη για το πρόγραμμα, ώστε να

μπορούν να αφοσιωθούν σε αυτό συμμετέχοντας ενεργά, βοηθώντας τα άτομα που το έχουν ανάγκη και μειώνοντας τη σχετική γραφειοκρατία. Στη συνέχεια θα πρέπει να ακολουθεί ο καθορισμός της δομής του προγράμματος, όπου θα καθορίζονται οι λειτουργίες και τα καθήκοντα των συμμετεχόντων. Πολύ σημαντικό στάδιο είναι η κατανόηση των υπηρεσιών που προσφέρονται, έτσι ώστε να οριστούν τα όρια των διαδικασιών⁴⁸.

3.2 Πώς Αντιμετωπίζονται οι Περιπτώσεις Αναπόφευκτων Θανάτων

Οι παρεπόμενες υποχρεώσεις του ιατρού κατά τη διάρκεια μιας ασθένειας, και όταν αυτή θεωρείται αιτία αναπόφευκτου θανάτου, είναι πολύ σημαντικές και είναι αυτές που συνιστούν τις περισσότερες φορές το έναυσμα για μία δικαστική διαμάχη. Η σημαντικότερη ίσως, στην οποία γίνεται ιδιαίτερη αναφορά και στις ειδικές διατάξεις που αφορούν τα δικαιώματα του νοσηλευόμενου ασθενούς, είναι η ενημέρωση και συγκατάθεση των ασθενών για την παροχή οποιασδήποτε βοήθειας στους ασθενείς έστω και αν ο θάνατος θεωρείται αναπόφευκτος.

Η πλημμελής ενημέρωση του συγγενή για την προεγχειρητική και κυρίως τη μετεγχειρητική πορεία του ή για την περίοδο θεραπείας γενικότερα και τις επιπτώσεις στην καθημερινή ζωή και τις συνήθειές του, και συνακόλουθα η έλλειψη στην ουσία συγκατάθεσης, είναι συχνά η αιτία που η σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ ιατρού και ασθενούς διαταράσσεται και οδηγεί σε εμπλοκή με τη Δικαιοσύνη, έστω και αν ο θάνατος θεωρείται αναπόφευκτος. Και βεβαίως

⁴⁸ Κωνσταντοπούλου, Αικ., "Η πολιτική Υγείας στην Ελλάδα", 2005, σ. 10-12

η ενημέρωση του ασθενούς δεν είναι κάτι απλό, απαιτεί χρόνο, υπομονή και συχνά επιμονή του γιατρού.

Αποτελεί όμως καθήκον του και ίσως το σημαντικότερο. Και αυτό για έναν πρόσθετο λόγο. Γιατί και η πιο απλή ιατρική πράξη είναι μη νόμιμη, αν προηγούμενα δεν έχει ρητά συγκατατεθεί ο ασθενής, μετά από πλήρη και σαφή ενημέρωσή του. Είναι συχνό το φαινόμενο οι ασθενείς να αναφέρουν ότι δεν θα αποφάσιζαν να συγκατατεθούν σε μία επέμβαση ή θεραπεία αν γνώριζαν το χρόνο αποκατάστασης ή τις επιπτώσεις στην καθημερινή τους ζωή. Το καθήκον περίθαλψης δεν σταματά ξαφνικά με την ολοκλήρωση της επέμβασης ή της θεραπείας.

Η φροντίδα και η επικοινωνία του ιατρού στο άμεσο αλλά και απώτερο μέλλον είναι υποχρέωσή του προκειμένου να ελέγξει την πορεία του ασθενούς, όποια και αν είναι η φύση της ασθένειας. Η ευθύνη του ιατρού, παθολόγου ή χειρουργού, δεν σταματά με την ολοκλήρωση της επέμβασης. Η εντύπωση του ασθενούς ή συγγενή ότι ο ιατρός "δεν νοιάστηκε", "εξαφανίστηκε" ή πάντως δεν ήταν στη διάθεση του ασθενούς του μετά τη θεραπεία ή επέμβαση, αποτελεί και αυτή συχνά αιτία δυσαρέσκειάς του πάσχοντος ή των συγγενών του.

Η πλημμελής τήρηση του αρχείου ή του φακέλου του ασθενούς αποτελεί συχνά «παγίδα» για τον ιατρό ακόμα και στις περιπτώσεις αναπόφευκτων θανάτων. Και αυτό όχι μόνο γιατί δεν είναι σε θέση να παρακολουθήσει σωστά την πορεία του ασθενούς, αλλά κυρίως γιατί παραλείπει ενδεχομένως να σημειώσει κάποιες «λεπτομέρειες», που μπορούν όμως από ιατρικής απόψεως

να αποτελέσουν το κλειδί στην άμυνά σε περίπτωση που παρεμβληθεί η δικαιοσύνη.

Τέλος, ακόμη και αν ένα περιστατικό δεν έχει την απόλυτα επιτυχή πορεία που περίμεναν και ο γιατρός και ο ασθενής, το ενδιαφέρον του γιατρού, η εμμονή του για την τελική αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς, συνιστούν ηθική αλλά και νομική υποχρέωσή του.

3.3 Διαχείριση Συγγενών Σχετικά με το Θάνατο των Ασθενών – Η Πλευρά των Επαγγελματιών Υγείας

Σίγουρα η διαχείριση των συγγενών σε περιπτώσεις θανάτου των ασθενών δεν είναι μια απλή υπόθεση, η οποία διενεργείται από τους επαγγελματίες υγείας (ιατρούς, νοσηλευτές κ.ά). Στην περίπτωση του θανάτου ενός ανθρώπου όλες οι σχετικές κινήσεις θα πρέπει να είναι ιδιαίτερος προσεκτικές. Θα πρέπει να εφαρμόζεται ο πρόσφατος νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005), ο οποίος είναι προσαρμοσμένος σε ευρωπαϊκά πρότυπα και διέπεται από πνεύμα προαγωγής των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και των ατομικών ελευθεριών, τόσο του γιατρού όσο και του ασθενούς⁴⁹.

Ο Κώδικας αυτός αγγίζει για πρώτη φορά έννοιες και ορισμούς, όπως «ιατρική πράξη» (άρθρ. 1), αποκαλεί την άσκηση της ιατρικής «λειτουργήμα» (άρθρ. 2), αναφέρεται στην εξασφάλιση της «ποιότητας», της «ασφάλειας» και

⁴⁹ Χατζηνικολάου, Αντ., "Νοσηλευτική", Γενικό Άρθρο, 2007

της «αποτελεσματικότητας» (άρθρ. 4) και προάγει τη «συνεχιζόμενη εκπαίδευση», τη «διεπιστημονικότητα και την επαγγελματική συνεργασία» (άρθρ. 10). Κάνει λόγο για την «παρουσία του γιατρού στο διαδίκτυο» (άρθρ. 18), ρυθμίζει τον «ρόλο του γιατρού στην εκπαιδευτική διαδικασία» (άρθρ. 23). Κάνει εκτενή αναφορά στην «ιατρική έρευνα» (άρθρ. 24), «στην κλινική έρευνα με νέα φάρμακα ή νέες θεραπευτικές και διαγνωστικές μεθόδους» (άρθρ. 25), στη «μη θεραπευτική βιοϊατρική έρευνα» (άρθρ. 26) και στη «δημοσιότητα των ανακαλύψεων» (άρθρ. 27). Θίγει τη «φροντίδα της ψυχικής υγείας» (άρθρ. 28), «τις ιατρικές αποφάσεις στο τέλος της ζωής» (άρθρ. 29), την «ιατρική υποβοήθηση στην ανθρώπινη αναπαραγωγή» (άρθρ. 30), την «τεχνητή διακοπή της κύησης» (άρθρ. 31), τις «μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων» (άρθρ. 32), την «αιμοδοσία» (άρθρ. 33) και την «προστασία της γενετικής ταυτότητας» (άρθρ. 34)⁵⁰.

Ο νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας έχει τη γενικότερη κοινωνική, νομική και ιατρική αποδοχή και σε πολλές περιπτώσεις εφαρμόζεται πιστά από ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό στα νοσοκομεία και γίνεται αναφορά σε ό,τι έχει να κάνει με την διαχείριση των συγγενών ασθενών σε περιπτώσεις τις οποίες ο θάνατος αναφέρεται ως αναπόφευκτος. Όμως, μόνο με τη θεσμοθέτηση του νέου Κώδικα, ο σκοπός δεν επιτυγχάνεται. Ο Κώδικας αυτός θα πρέπει να θεωρηθεί ως το ξεκίνημα για την προώθηση των αρχών της ιατρικής δεοντολογίας και της διαχείρισης των συγγενών ασθενών όχι μόνο στη

⁵⁰ Χατζηνικολάου, Αντ., "Νοσηλευτική", Γενικό Άρθρο, 2007

συγκεκριμένη περίπτωση αλλά και σε κάθε άλλη η οποία θεωρείται εξέχουσας σημασίας για τους ασθενείς.

Για την επίτευξη του σκοπού αυτού απαιτείται η τακτική οργάνωση σεμιναρίων και διαλέξεων στο θέμα της διαχείρισης συγγενών και συγκεκριμένα σε περιπτώσεις ασθενειών που εξαρχής είναι γνωστό ότι αναπόφευκτα επιφέρουν τον θάνατο. Θα βοηθούσε επίσης και η συστηματική διδασκαλία της «*Ιατρικής Νομολογίας και Δεοντολογίας*» στις ιατρικές σχολές της Ελλάδος, όπως συμβαίνει στην Ιατρική Σχολή του ΑΠΘ από το ακαδημαϊκό έτος 2003-2004, ως υποχρεωτικό πλέον μάθημα⁵¹.

3.4 Ο Θάνατος στους Νοσοκομειακούς Χώρους - Διαστάσεις της Δημόσιας Υγείας στο Τέλος της Ζωής

Προσπαθώντας να αναλύσει κανείς τις διαστάσεις της Δημόσιας Υγείας σχετικά με το τέλος της ζωής, θα μπορούσε να αναφερθεί στο πώς αυτές σχετίζονται άμεσα με την ανάγκη ανακούφισης του πόνου, την υποστήριξη στο τέλος της ζωής, τη διατήρηση κοινωνικών σχέσεων, την προώθηση ποιότητας ζωής, την πρόληψη κατάθλιψης και αυτοκτονιών, την πρόληψη αυξημένης νοσηρότητας και θνησιμότητας των ατόμων που φροντίζουν άλλους ασθενείς, την ύπαρξη νομοθετικού πλαισίου του οποίου η υλοποίηση αποτελεί αρμοδιότητα και των διοικητικών υπηρεσιών του νοσοκομείου, την ύπαρξη σημαντικής ιατρικής τεχνολογίας της οποίας η εγκατάσταση, διαχείριση και

⁵¹ Χατζηνικολάου, Αντ., "Νοσηλευτική", Γενικό Άρθρο, 2007

χρηματοδότηση αποτελούν επίσης διοικητική αρμοδιότητα -κυρίως στις μονάδες εντατικής θεραπείας-, αλλά και στο ποιες είναι οι διεθνείς εξελίξεις που έχουν επηρεάσει το τέλος της ζωής σε νομικό και πολιτικό επίπεδο⁵².

Στο συγκεκριμένο σημείο θα πρέπει να αναφερθεί/τονιστεί πως η συμπεριφορά του ιατρού προς τον ασθενή ή τον συγγενή εκείνου οφείλει να είναι ισάξια της επιστημονικής στήριξής του αλλά και του λειτουργήματός του. Ο γιατρός φροντίζει για την ανάπτυξη σχέσεων αμοιβαίας εμπιστοσύνης και σεβασμού μεταξύ αυτού και του ασθενούς. Για τον λόγο αυτό θα πρέπει να ακούει να τους πάσχοντες, να συμπεριφέρεται με σεβασμό και κατανόηση και να σέβεται τις απόψεις, την ιδιωτικότητα και την αξιοπρέπειά τους⁵³.

Ο γιατρός δεν θα πρέπει να παρεμβαίνει στην προσωπική και οικογενειακή ζωή του ασθενούς, παρά μόνο στο μέτρο, που είναι αναγκαίο και αρκετό για την αποτελεσματική προσφορά των ιατρικών υπηρεσιών του εφόσον αυτό του έχει επιτραπεί. Θα πρέπει επίσης κατά την παροχή των ιατρικών υπηρεσιών, να σέβεται τις θρησκευτικές, φιλοσοφικές, ηθικές ή πολιτικές απόψεις και αντιλήψεις του ασθενούς. Οι απόψεις του σχετικά με τον τρόπο ζωής του τελευταίου, καθώς και με τις πεποιθήσεις και την κοινωνική ή οικονομική

⁵² Χατζηνικολάου, Αντ., "Νοσηλευτική", Γενικό Άρθρο, 2007

⁵³ Νιάκας Δ., *Χρηματοδότηση Νοσοκομείων και Αποτελεσματικότητα*, Επιθεώρηση Υγείας, Αθήνα, 2000, σ. 71-72

κατάσταση του, δεν επιτρέπεται να επηρεάζουν τη φροντίδα ή τη θεραπευτική αντιμετώπιση που παρέχεται⁵⁴.

Σίγουρα, ο κάθε γιατρός είναι υπόχρεος να μην εκμεταλλεύεται την εμπιστοσύνη του ασθενούς, χρησιμοποιώντας τη θέση του για τη σύναψη ανάρμοστων προσωπικών σχέσεων με τους ασθενείς ή τους συγγενείς του. Δεν είναι δυνατόν, επίσης, να ασκεί οικονομικές ή άλλες πιέσεις ή να αποκαλύπτει εμπιστευτικές πληροφορίες και να συστήνει θεραπείες, να παραπέμπει σε εξετάσεις οι οποίες δεν είναι προς το συμφέρον του πάσχοντος⁵⁵.

Όταν ο γιατρός, την τήρηση των καθηκόντων του, παραδίδει τη φροντίδα του ασθενούς του σε κάποιον άλλον συνάδελφό, πρέπει να εξασφαλίζει ότι η διαδικασία παράδοσης γίνεται αποτελεσματικά, μετά από ακριβή και σαφή ενημέρωση σχετικά με την περίπτωση του αρρώστου και τις ανάγκες. Είναι επίσης υποχρεωμένος να διευκολύνει τη συγκρότηση ιατρικού συμβουλίου, όταν το ζητήσει ο ασθενής ή οι οικείοι του.

Αναφορικά με τις υποχρεώσεις ενός γιατρού προς τους ασθενείς και τους συγγενείς τους, θα λέγαμε πως θα πρέπει να δίνει προτεραιότητα στην προστασία της υγείας των πρώτων και κατόπιν στην ενημέρωση των τελευταίων. Ο γιατρός δεν μπορεί να αρνείται την προσφορά των υπηρεσιών του παρά μόνον εάν υπάρχουν λόγοι επιστημονικής επάρκειας, ή εάν συντρέχει ειδικός

⁵⁴ Σούλης Σ., *Οικονομική της Υγείας*, Παπαζήσης, Αθήνα 1996, σ. 45-47

⁵⁵ Νιάκας Δ., *Χρηματοδότηση Νοσοκομείων και Αποτελεσματικότητα*, Επιθεώρηση Υγείας, Αθήνα 2000, σ. 45-46

λόγος, που να καθιστά αντικειμενικά αδύνατη την προσφορά των υπηρεσιών του⁵⁶.

Ο γιατρός οφείλει να παρέχει τις υπηρεσίες του για την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών ανεξάρτητα από την ειδικότητά του. Η υποχρέωση αυτή βαρύνει τον γιατρό ακόμη και όταν δεν υπάρχουν τα κατάλληλα μέσα για την άσκηση της ιατρικής και ισχύει μέχρι την παραπομπή του ασθενούς σε ιατρό κατάλληλης ειδικότητας ή τη μεταφορά του σε κατάλληλη μονάδα παροχής υπηρεσιών φροντίδας και περίθαλψης. Σε κάθε περίπτωση, ο γιατρός οφείλει να εξαντλήσει τις υπάρχουσες, κάτω από τις δεδομένες συνθήκες, δυνατότητες, σύμφωνα με τις επιταγές της ιατρικής επιστήμης⁵⁷.

Τέλος, θα πρέπει επίσης να επισημανθεί πως κάθε γιατρός μπορεί να διακόψει την παροχή των υπηρεσιών, που ήδη προσφέρει στον ασθενή του, για λόγους επιστημονικούς ή προσωπικούς και εφόσον δεν τίθεται σε άμεσο κίνδυνο η υγεία ή η ζωή του τελευταίου. Στην περίπτωση, που ο γιατρός θελήσει να διακόψει την παρακολούθηση ασθενούς λόγω επικείμενου θανάτου οφείλει, - εφόσον του ζητηθεί- να υποδείξει άλλον συνάδελφό του για την αναπλήρωσή του. Ο γιατρός οφείλει, σε κάθε περίπτωση έκτακτης ανάγκης ή μαζικής καταστροφής, ανεξαρτήτως της ένταξής του σε σχέδιο αντιμετώπισης εκτάκτων

⁵⁶ Σούλης Σ., *Οικονομική της Υγείας*, Παπαζήσης, Αθήνα 1996, σ. 36-37

⁵⁷ Νιάκας Δ., *Χρηματοδότηση Νοσοκομείων και Αποτελεσματικότητα*, Επιθεώρηση Υγείας, Αθήνα 2000, σ. 65-66

αναγκών, να προσφέρει τις ιατρικές υπηρεσίες του, έστω και χωρίς αμοιβή ή αποζημίωση⁵⁸.

⁵⁸ Γκουλιαβούδη, Αν., *Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας και Ποιότητα Ζωής*, Αθήνα, 2006, σελ. 81-83

4. Κεφάλαιο Τέταρτο : Κεφάλαιο Έρευνας σε Ιατρούς Παθολογικού και Χειρουργικού Τομέα Σχετικά με την Αντίληψη Θανάτου – Στάσεις και Αντιλήψεις

Η παρούσα έρευνα διεξήχθη με σκοπό να καταλήξουμε σε κάποια χρήσιμα συμπεράσματα σχετικά με τη στάση των γιατρών και των νοσηλευτών - παθολογικού και χειρουργικού τομέα – στις περιπτώσεις θανάτου των ασθενών ,καθώς επίσης και να διαπιστωθούν/διερευνηθούν στάσεις και αντιλήψεις για το ίδιο θέμα. Η έρευνα διεξήχθη σε μεγάλο δημόσιο νοσοκομείο της Αττικής (Αττικό Νοσοκομείο), την περίοδο Ιανουαρίου έως Μαΐου 2010 και έλαβαν μέρος **66** ιατροί, **33** από κάθε τμήμα, γυναίκες και άνδρες, ηλικίας από 31 έως 60 χρονών με προϋπηρεσία στο χώρο της ιατρικής από καθόλου έως και πάνω από 20 χρόνια. Όλοι είναι απόφοιτοι Ανωτάτων Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων (ΑΕΙ) και κάτοχοι Διδακτορικών Τίτλων από την Ελλάδα και το Εξωτερικό.

Πιο αναλυτικά, στον χειρουργικό τομέα **8** άτομα ήταν ηλικίας 31 έως 40, **12** άτομα από 41 έως 50, **10** άτομα από 51 έως 60 και **3** άτομα από 61 έως 70. Στην κατηγορία 31 έως 40 οι έγγαμοι ήταν **3** και οι άγαμοι **5**. Οι **6** είχαν προϋπηρεσία από καθόλου έως και 5 χρόνια, που είναι και εύλογο λόγω του νεαρού της ηλικίας, και **2** άτομα από 5 έως 10 χρόνια. Στην κατηγορία 41 έως 50, τα **9** άτομα ήταν έγγαμα και τα **3** άγαμα.

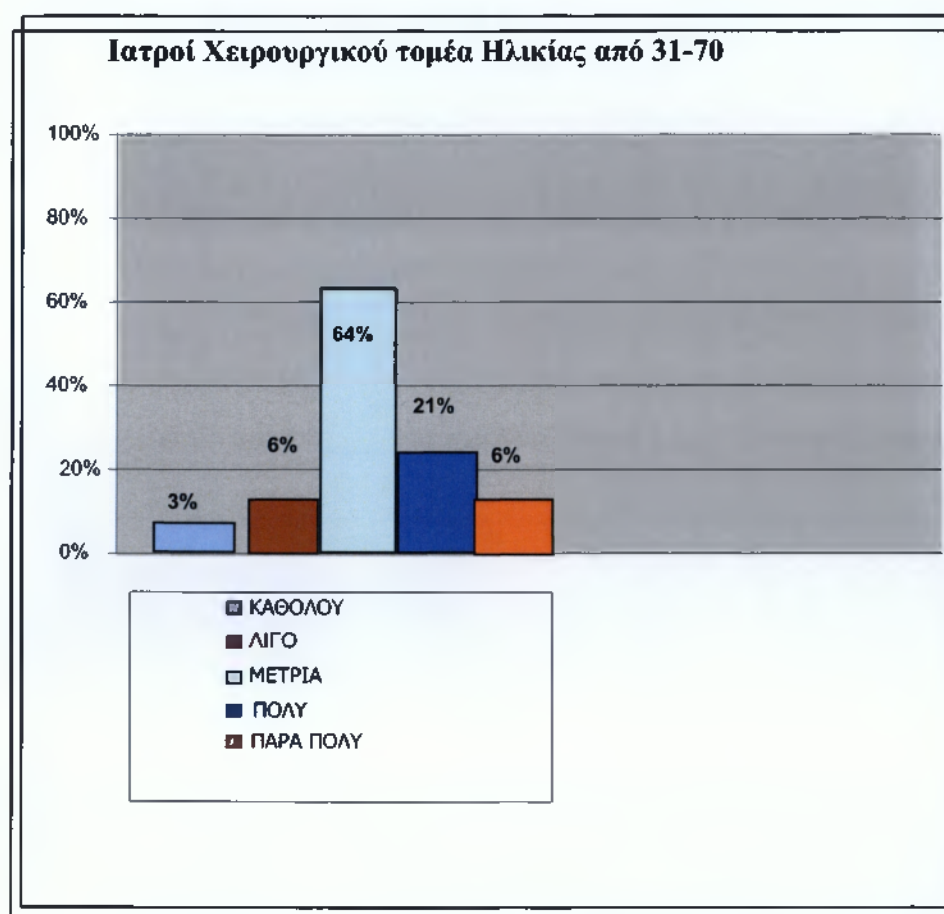
Σε ό,τι αφορά τα χρόνια υπηρεσίας στην ιατρική, ένας είχε μόλις από 5 έως 10 χρόνια, 9, δηλαδή οι περισσότεροι, από 10 έως 15, 1 από 15 έως 20 και άλλος 1 πάνω από 20 χρόνια. Στην κατηγορία από 51 έως 60 χρονών, όλοι είχαν οικογενειακές υποχρεώσεις δηλαδή 8 ήταν έγγαμοι και 2 διαζευγμένοι. Ο 1 είχε προϋπηρεσία από 5 έως 10, οι 2 από 10 έως 15 χρόνια, οι 3 από 15 έως 20 χρόνια και τέλος οι 4 είχαν πάνω από 20 χρόνια στον τομέα της νοσηλευτικής. Τέλος, σε ό,τι αφορά το χειρουργικό τμήμα, στην κατηγορία από 61 έως 70 χρονών, 2 ήταν παντρεμένοι και 1 διαζευγμένος ενώ όλοι, όπως ήταν αναμενόμενο, ήταν ιατροί πάνω από 20 χρόνια.

Στον παθολογικό τομέα, στην κατηγορία από 31 έως 40 τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν 10, στην κατηγορία από 41 έως 50, τα άτομα ήταν 14, στην κατηγορία από 52 έως 60 χρονών, τα άτομα ήταν 5 και στην τελευταία κατηγορία από 61 έως 70 τα άτομα ήταν 4. Στην πρώτη κατηγορία και τα 10 άτομα ήταν άγαμα εκ των οποίων οι 7 είχαν προϋπηρεσία από καθόλου έως 5 χρόνια και οι υπόλοιποι 3 είχαν από 5 έως 10.

Στην δεύτερη κατηγορία από 41 έως 50, από τους 14 συμμετέχοντες, τα 9 άτομα ήταν έγγαμα και οι 5 άγαμοι. Ο 1 είχε από καθόλου έως 5 χρόνια προϋπηρεσία στον κλάδο, οι 4 είχαν από 5 έως 10 χρόνια, οι 6 είχαν από 10 έως 15 χρόνια, οι 2 από 15 έως 20 χρόνια και ο τελευταίος είχε προϋπηρεσία πάνω από 20 χρόνια. Στην κατηγορία από 51 έως 60 οι 5 συμμετέχοντες ήταν όλοι έγγαμοι που είχαν οι 3 από 15 έως 20 προϋπηρεσίας και οι άλλοι 2 είχαν από 5

έως 10 και πάνω από 20 χρόνια αντίστοιχα στη ιατρική. Στην τελευταία κατηγορία από τους 4 συμμετέχοντες, οι 3 ήταν έγγαμοι και ο 1 διαζευγμένος εκ των οποίων οι 3 είχαν πάνω από 20 χρόνια προσφοράς στον συγκεκριμένο τομέα και ο τελευταίος από 10 έως 15 χρόνια. Ας ξεκινήσουμε με την αναπαράσταση της έρευνας στα δύο αυτά τμήματα με ραβδογράμματα ξεκινώντας από την εξής ερώτηση:

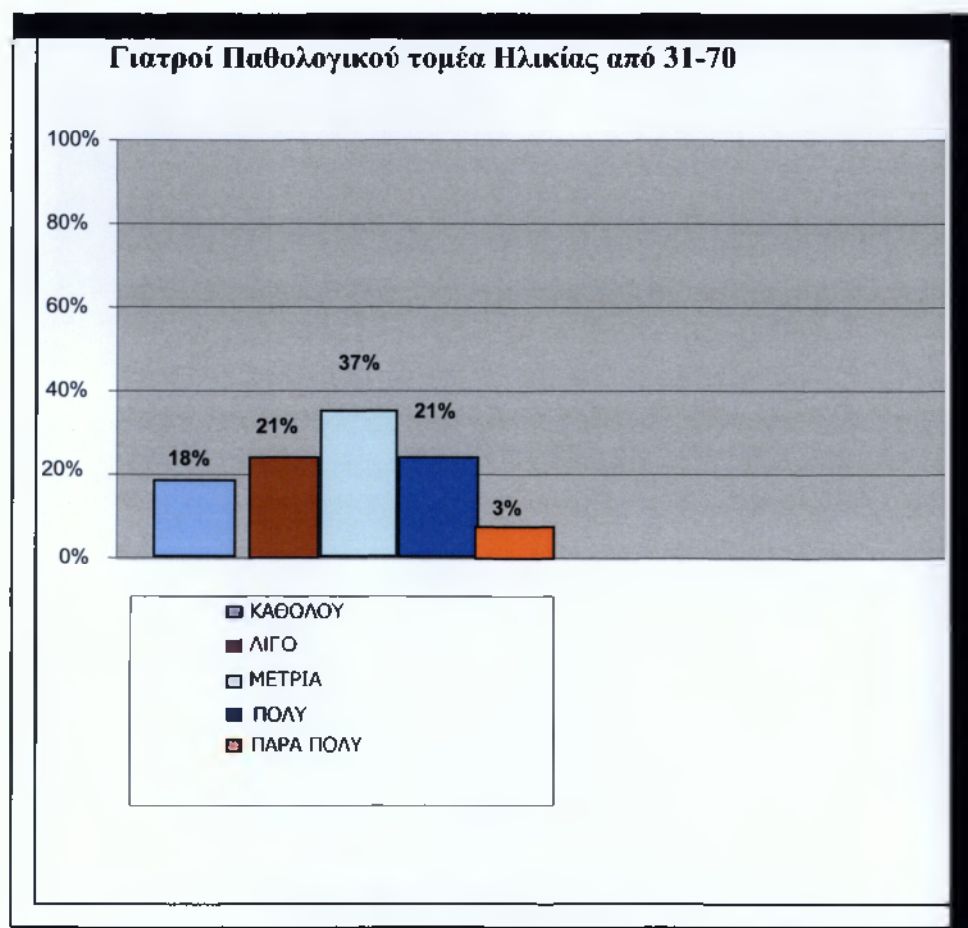
(1)Είστε ευχαριστημένοι από το αντικείμενο εργασίας σας, παρ'όλο που έχετε να αντιμετωπίσετε τόσα θανατηφόρα ατυχήματα; (Χειρουργικός Τομέας)



Σύμφωνα με το παραπάνω ραβδόγραμμα, που αφορά ιατρούς που υπηρετούν στον χειρουργικό τομέα του νοσοκομείου, μόλις το 21% των ερωτηθέντων, δηλαδή μόνο 9 άτομα από τα 33, δήλωσε ότι είναι ευχαριστημένο με το αντικείμενο της εργασίας του. Το 64% δήλωσε πως είναι μέτρια ευχαριστημένο με την εργασία του, που σημαίνει ότι η

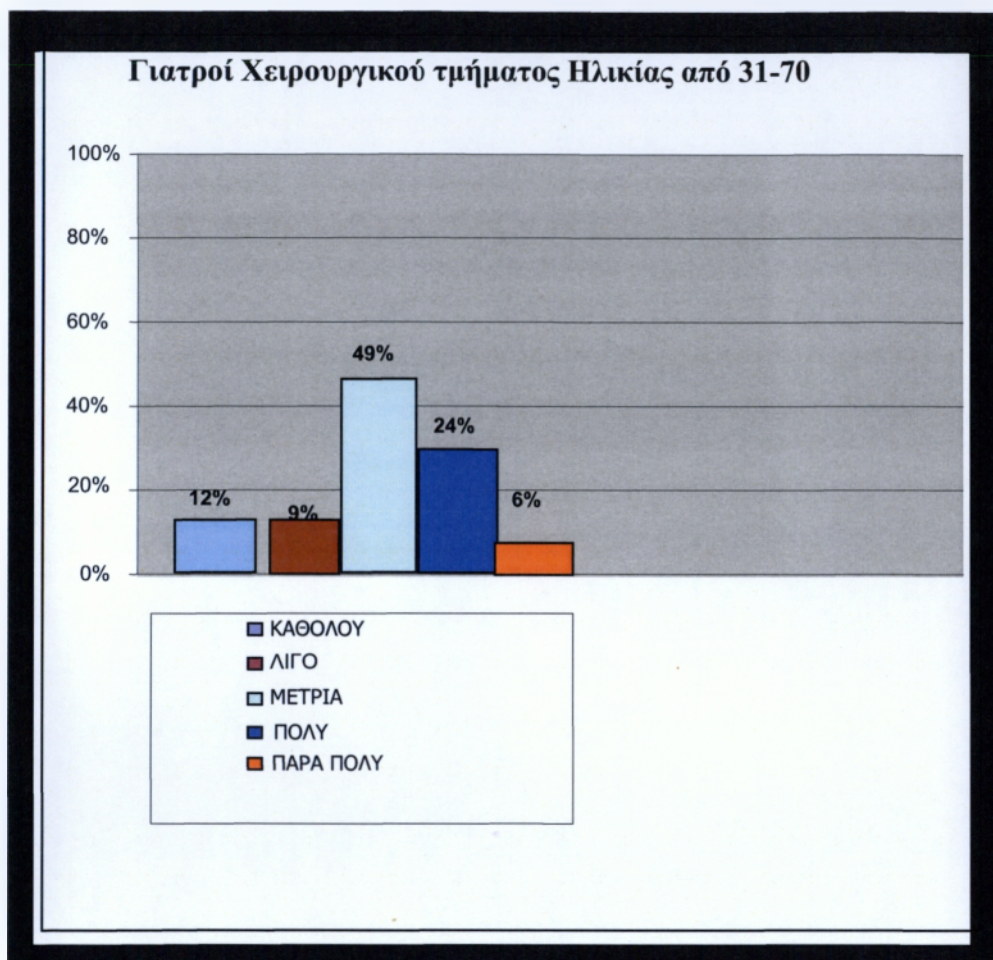
πλάστιγγα γέρνει προς τη δυσαρέσκεια. Το συμπέρασμα αυτό είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό λόγω της φύσης του επαγγέλματος του ιατρού, που θεωρείται περισσότερο λειτούργημα παρά επάγγελμα με τη στενή έννοια του όρου. Το 6% δήλωσε ότι είναι λίγο ευχαριστημένο με αυτό που κάνει και το 3% καθόλου ευχαριστημένο.

(1)Είστε ευχαριστημένοι από το αντικείμενο εργασίας σας παρόλο που έχετε να αντιμετωπίσετε τόσο θανατηφόρα περιστατικά; (Παθολογικός Τομέας)



Στο παραπάνω ραβδόγραμμα απεικονίζονται οι απαντήσεις των γιατρών ηλικίας από 31 έως 70 χρόνων, που εργάζονται στο παθολογικό τμήμα του νοσοκομείου. Σε ό,τι αφορά το αν τους ευχαριστεί το αντικείμενο εργασίας τους τα νούμερα δηλώνουν μεγαλύτερη δυσαρέσκεια απ' ό,τι στο χειρουργικό τμήμα που εξετάσαμε παραπάνω. Το 26%, δηλαδή μόνο 8 άτομα, δηλώνουν ότι τους αρέσει πολύ έως πάρα πολύ αυτό που κάνουν και δεν τους επηρεάζει αρνητικά ή αντιμετώπιση θανατηφόρων περιστατικών σε συχνή βάση. Το 37% δηλαδή 12 άτομα χαρακτηρίζουν το αντικείμενο της δουλειάς τους μέτριο και αναφορικά με την αντιμετώπιση θανατηφόρων περιστατικών σε συχνή βάση ενώ τα υπόλοιπα 13 άτομα της έρευνας δηλώνουν ότι η δουλειά τους τους αρέσει από λίγο έως καθόλου και επηρεάζονται πάρα πολύ από την αντιμετώπιση θανατηφόρων περιστατικών σε συχνή βάση.

(2)Είστε ευχαριστημένοι από τη θέση εργασίας σας; (Χειρουργικός Τομέας)

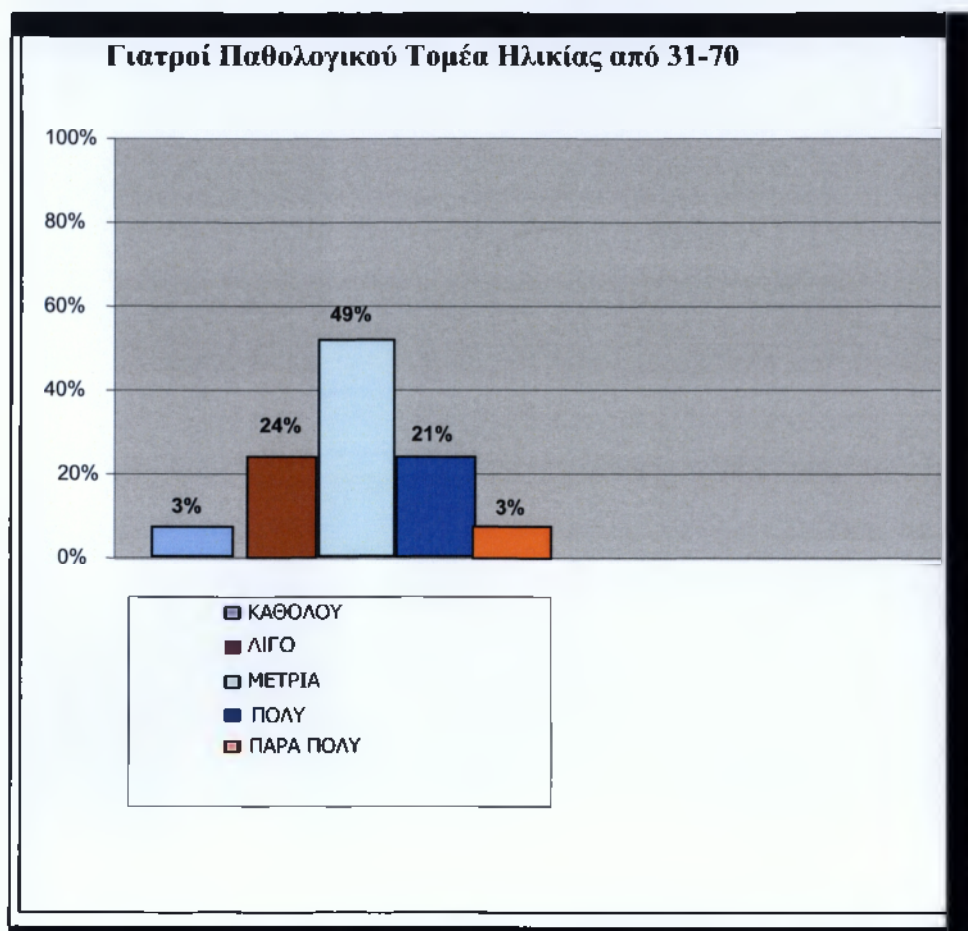


Οι συμμετέχοντες της έρευνας κατείχαν είτε απλή θέση ιατρού είτε θέση προϊσταμένου ή υπευθύνου του τμήματος των ιατρών στο χειρουργικό τμήμα. Σύμφωνα με την έρευνα το **30%** δήλωσε ικανοποιημένο με τη θέση εργασίας του και αναφορικά με την αντιμετώπιση θανατηφόρων περιστατικών σε συχνή βάση ,ενώ το **46%** δήλωσε πώς δεν είναι ιδιαίτερα ικανοποιημένο με τη θέση που κατέχει και αναφορικά με την αντιμετώπιση θανατηφόρων περιστατικών σε συχνή βάση. Το **9%** δήλωσε πως είναι λίγο ευχαριστημένο με τη θέση του, ενώ

το 12% δήλωσε πως δεν είναι καθόλου ευχαριστημένο και αναφορικά με την αντιμετώπιση θανατηφόρων περιστατικών σε συχνή βάση.

Για να προαχθεί κάποιος υπεύθυνος τμήματος ή προϊστάμενος τμήματος ιατρών, πρέπει σίγουρα να έχει εργασιακή εμπειρία στον τομέα με τον οποίο ασχολείται, δηλαδή με άλλα λόγια προϋπηρεσία ως γιατρός. Για να γίνει αυτό απαιτείται βάθος χρόνου οπότε η εμπειρία και η καλύτερη εκπαίδευσή του είναι φυσικό επακόλουθο της ηλικιακής ωρίμανσης. Το σίγουρο είναι ότι τα καθήκοντα του γιατρού σε οποιαδήποτε περίοδο της εργασιακής του ειδίκευσης θα πρέπει να τα εκτελέσει. Επειδή λοιπόν προσφέρει τις γνώσεις του και τη βοήθειά του σε άρρωστους συνανθρώπους, οι οποίοι ίσως κληθούν ν'αντιμετωπίσουν ακόμη και τον θάνατο, οι γιατροί θα πρέπει να διαχειριστούν ψυχολογικά τέτοιες καταστάσεις, όπως επίσης οφείλουν και να παρέχουν σαφή ενημέρωση των συγγενών και του ασθενούς. Όλα αυτά καταστούν φανερό ότι ο γιατρός θα πρέπει να αγαπά πρώτα απ'όλα τους ανθρώπους κι έπειτα τη φύση της δουλειάς του.

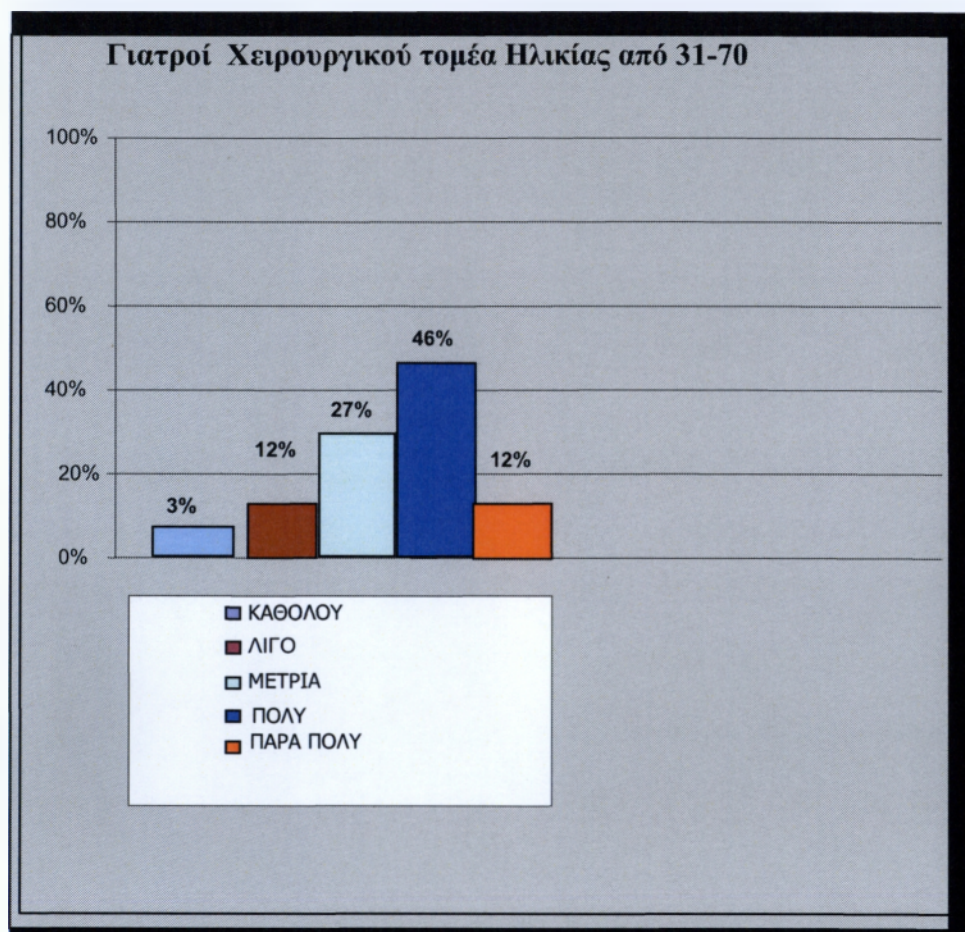
(2)Είστε ευχαριστημένοι από τη θέση εργασίας σας; (Παθολογικός Τομέας)



Η εικόνα, που παρουσιάζει το παραπάνω ραβδόγραμμα του παθολογικού τμήματος ιατρών αναφορικά με την αντιμετώπιση θανατηφόρων περιστατικών σε συχνή βάση, δεν διαφέρει πολύ από αυτήν του χειρουργικού. Το **24%** των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι τους ικανοποιεί η θέση τους ενώ το **49%** δηλαδή σχεδόν τα μισά, δήλωσαν ότι θεωρούν ότι η θέση που κατέχουν είναι μέτρια και τα συμβάντα θανάτου καθώς και η ενημέρωση των συγγενών σχετικά δεν επηρεάζει αρκετά την ψυχολογία τους. Γενικά το συμπέρασμα, το οποίο βγαίνει

από όλες τις απαντήσεις, είναι ότι ούτε οι γιατροί είναι ευχαριστημένοι αλλά ούτε αυτοί που κατέχουν υψηλότερες θέσεις στο νοσοκομείο και είναι αναγκασμένοι να αντιμετωπίζουν το θάνατο σε καθημερινή βάση. Οι απλοί γιατροί στο νοσοκομείο δηλώνουν στα ερωτηματολόγια, μεταξύ άλλων, πως έχουν μεγάλο φόρτο εργασίας ιδιαίτερα αναφορικά με ασθένειες όπου ο θάνατος θεωρείται αναπόφευκτος, εξαιτίας της έλλειψης προσωπικού. Οι υπεύθυνοι και οι προϊστάμενοι αναφέρουν πως οι πιέσεις που δέχονται είναι μεγάλες και η δουλειά τους είναι πολύ ψυχοφθόρα λόγω βέβαια αυτών των γεγονότων. Τα υπόλοιπα 9 άτομα δήλωσαν πως η θέση που κατέχουν, τους αρέσει από λίγο έως καθόλου και δεν τους επηρεάζει η αντιμετώπιση θανατηφόρων περιστατικών σε συχνή βάση.

(3)Θεωρείτε ότι οι απαιτήσεις της δουλειάς σας επηρεάζουν αρνητικά τον χρόνο που αφιερώνετε στον εαυτό σας; (Χειρουργικός Τομέας)

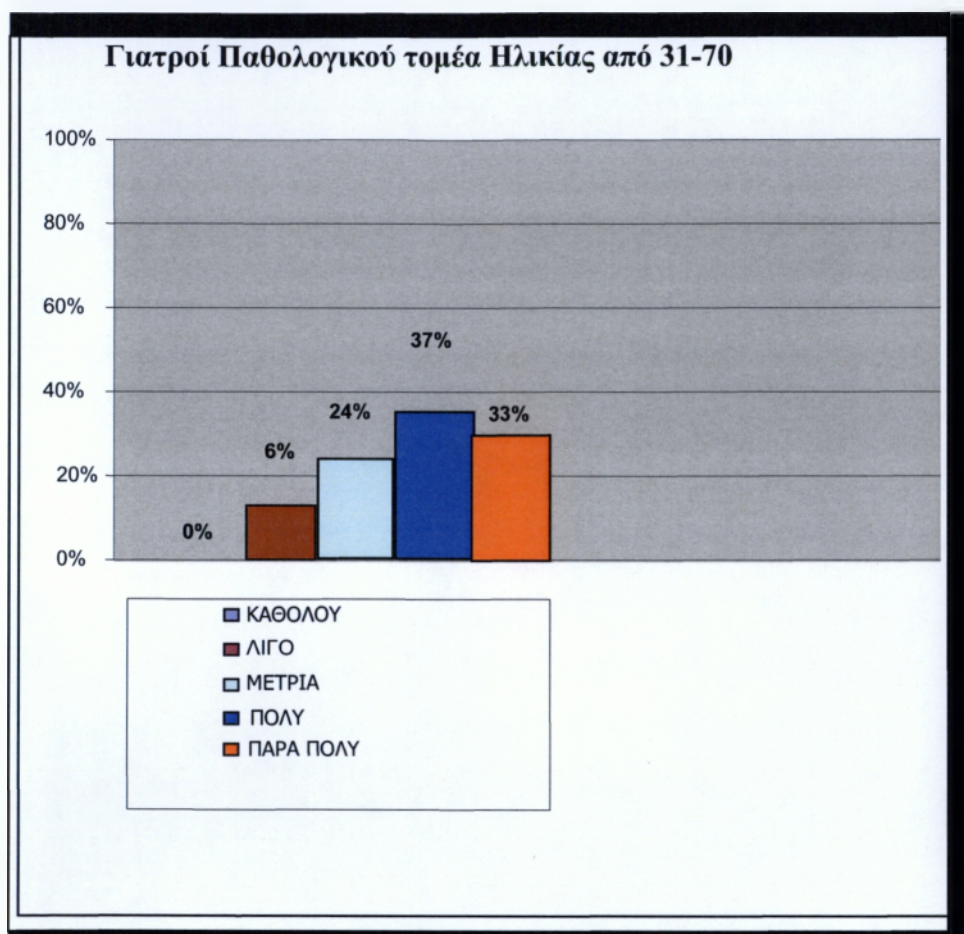


Στο παραπάνω ραβδόγραμμα απεικονίζεται ότι το **58%** των ερωτηθέντων, δηλαδή παραπάνω από τους μισούς, απάντησαν πως οι απαιτήσεις της δουλειάς τους στον χειρουργικό τομέα επηρεάζει από πολύ έως πάρα πολύ τον προσωπικό τους χρόνο εκτός δουλειάς και αναφορικά με την αντιμετώπιση θανατηφόρων περιστατικών σε συχνή βάση. Το αξιοσημείωτο είναι πως τα **25** άτομα που συμμετέχουν στην έρευνα είναι πάνω από 31 χρονών και θα έπρεπε μετά από τουλάχιστον 5 χρόνια προϋπηρεσίας στον κλάδο να έχουν αλλάξει

στάση απέναντι στο πως διαχειρίζονται τους ασθενείς τους και τα συναισθήματα τους αναφορικά με την αντιμετώπιση θανατηφόρων περιστατικών σε συχνή βάση.

Δεν θα έπρεπε να επηρεάζεται σε τέτοιο βαθμό η προσωπική τους ζωή από την δουλειά τους. Θα έπρεπε να έχουν βρει τον τρόπο να διαχωρίζουν την δουλειά από την προσωπική τους ζωή, γεγονός που θα ήταν και ένδειξη αυτογνωσίας και ωριμότητας και ως προς αντιμετώπιση θανατηφόρων περιστατικών σε συχνή βάση. Το 27% ανέφερε πως η δουλειά τους επηρεάζει τη ζωή τους σε μέτριο βαθμό, ενώ μόνο το 12% δήλωσε πως τους επηρεάζει σε μικρό βαθμό. Και μόνο ένας δήλωσε πως δεν επηρεάζεται καθόλου αναφορικά με την αντιμετώπιση θανατηφόρων περιστατικών σε συχνή βάση. Η σωστή απάντηση δεν θα ήταν το καθόλου, γιατί απλώς δεν ζητάμε από τους ιατρούς να δρουν ως άνθρωποι δίχως συναισθήματα, όταν μάλιστα καθημερινά φροντίζουν δεκάδες ανθρώπους, οι οποίοι υποφέρουν, ασθένειες που πολλές φορές προκαλούν τον θάνατο. Τα πράγματα θα πρέπει να είναι ισορροπημένα.

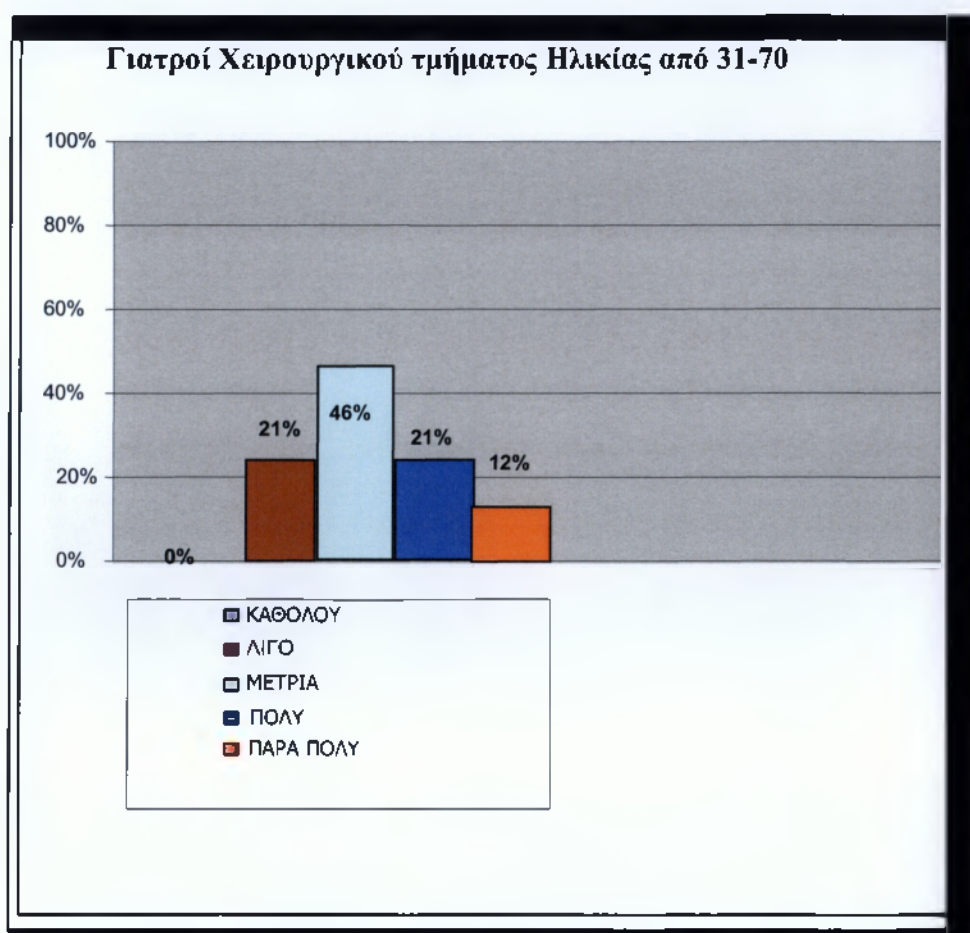
(3)Θεωρείτε ότι οι απαιτήσεις της δουλειάς σας επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο που αφιερώνετε στον εαυτό σας; (Παθολογικός Τομέας)



Σε ό,τι αφορά τον παθολογικό τομέα οι γιατροί φαίνεται πως δεν έχουν καταφέρει να επιτύχουν την ισορροπία στη ζωή τους αναφορικά με την αντιμετώπιση θανατηφόρων περιστατικών σε συχνή βάση, όπως δείχνουν τα ποσοστά. Το **70%** δήλωσε πως η προσωπική τους ζωή κλονίζεται από πολύ έως πάρα πολύ λόγω της επαγγελματικής τους ενασχόλησης με την ιατρική και την αντιμετώπιση του θανάτου σε καθημερινή βάση. Το **24%** (8 άτομα) δήλωσαν πως επηρεάζεται ο προσωπικός τους χρόνος μέτρια, ενώ μόνο **2** άτομα είπαν ότι επηρεάζονται λίγο και αναφορικά με την αντιμετώπιση θανατηφόρων

περιστατικών σε συχνή βάση. Στην έρευνά μας μόνο 10 άτομα είναι ηλικίας κάτω των 40. Σε αυτούς ίσως θα μπορούσαμε να δικαιολογήσουμε τη στάση τους σε ό,τι αφορά τη δουλειά γιατί είναι νέοι στον χώρο και είναι φυσιολογικό να επηρεάζονται εντονότερα καθώς δεν έχουν την απαιτούμενη επαγγελματική εμπειρία και ωριμότητα να διαχειριστούν το αρνητικό κλίμα της δουλειάς. Οι υπόλοιποι που είναι άνω των 40, θα έπρεπε να είχαν καταφέρει να ελέγξουν σε μεγαλύτερο βαθμό τα συναισθήματά τους.

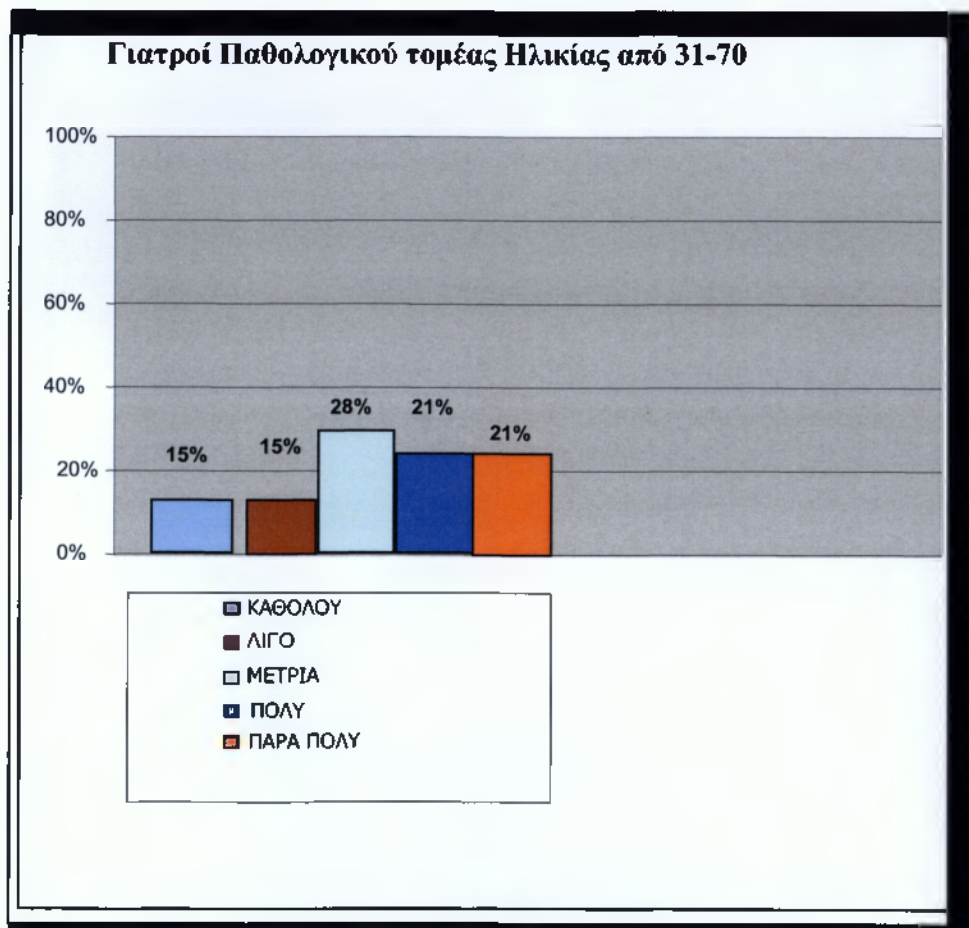
(4)Θεωρείτε ότι οι απαιτήσεις της δουλειάς σας, καθώς έχετε να αντιμετωπίσετε και θανατηφόρα περιστατικά αλλά και την ενημέρωση των συγγενών, επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο που αφιερώνετε στην οικογένειά σας; (Χειρουργικός Τομέας)



Σε ό,τι αφορά στην ερώτηση: ο χρόνος που αφιερώνετε (οι γιατροί του χειρουργικού τομέα) στην οικογένειά σας επηρεάζεται αρνητικά από τις απαιτήσεις της δουλειάς και ειδικότερα σε περιπτώσεις αντιμετώπισης θανατηφόρων περιστατικών σε συχνή βάση, που συνεπάγονται διαχείριση – ενημέρωση συγγενών, το 67% δήλωσε πως επηρεάζεται μέτρια (46%) και λίγο

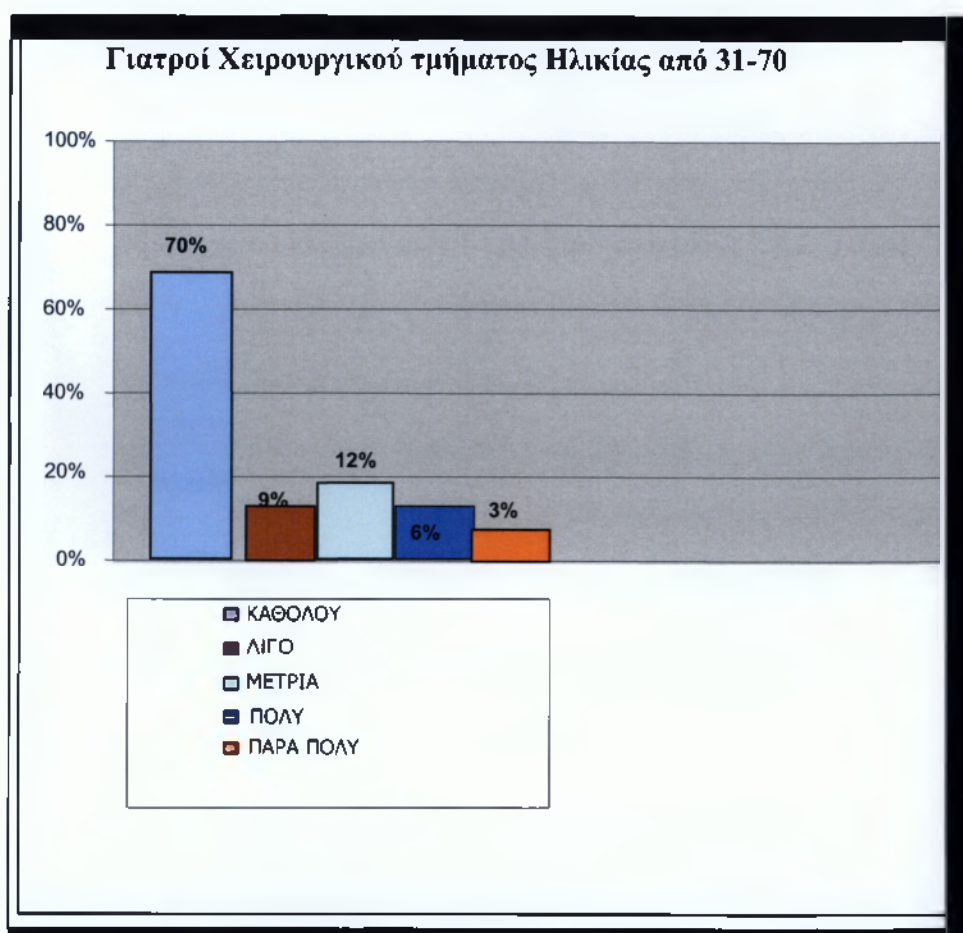
(21%) ενώ το 33% δηλαδή 11 άτομα από τα 33, δήλωσε ότι επηρεάζεται, από τις απαιτήσεις της δουλειάς τους και αναφορικά με την αντιμετώπιση θανατηφόρων περιστατικών σε συχνή βάση, ο χρόνος που αφιερώνουν στην οικογένεια τους.

(4)Θεωρείτε ότι οι απαιτήσεις της δουλειάς σας, καθώς έχετε να αντιμετωπίσετε και θανατηφόρα περιστατικά αλλά και την ενημέρωση των συγγενών, επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο που αφιερώνετε στην οικογένεια σας; (Παθολογικός Τομέας)



Στον παθολογικό τομέα τα πράγματα είναι πιο δύσκολα απ' ό,τι στον χειρουργικό. Εδώ οι γιατροί φαίνεται να διοχετεύουν όλοι τους την αρνητική ενέργεια, η οποία έχει συσσωρευτεί από το κλίμα που επικρατεί στην δουλειά τους και στην οικογένεια τους. Οι αριθμοί μιλούν μόνοι τους. Το 42% δηλαδή τα 14 άτομα από τα 33 επηρεάζονται από πολύ έως πάρα πολύ από την δουλειά τους και ιδιαίτερως με την αντιμετώπιση θανατηφόρων περιστατικών σε συχνή βάση, και το μεταδίδουν στην οικογένεια τους. Το 28% δήλωσε πως μεταφέρει το αρνητικό κλίμα στην οικογένεια του σε μέτριο βαθμό, το 15% δήλωσε πως το μεταφέρει σε μικρό βαθμό, ενώ μόλις το 15% δηλαδή 5 άτομα ανέφεραν πως δεν επηρεάζεται καθόλου η οικογένεια του από την φύση της δουλειάς του.

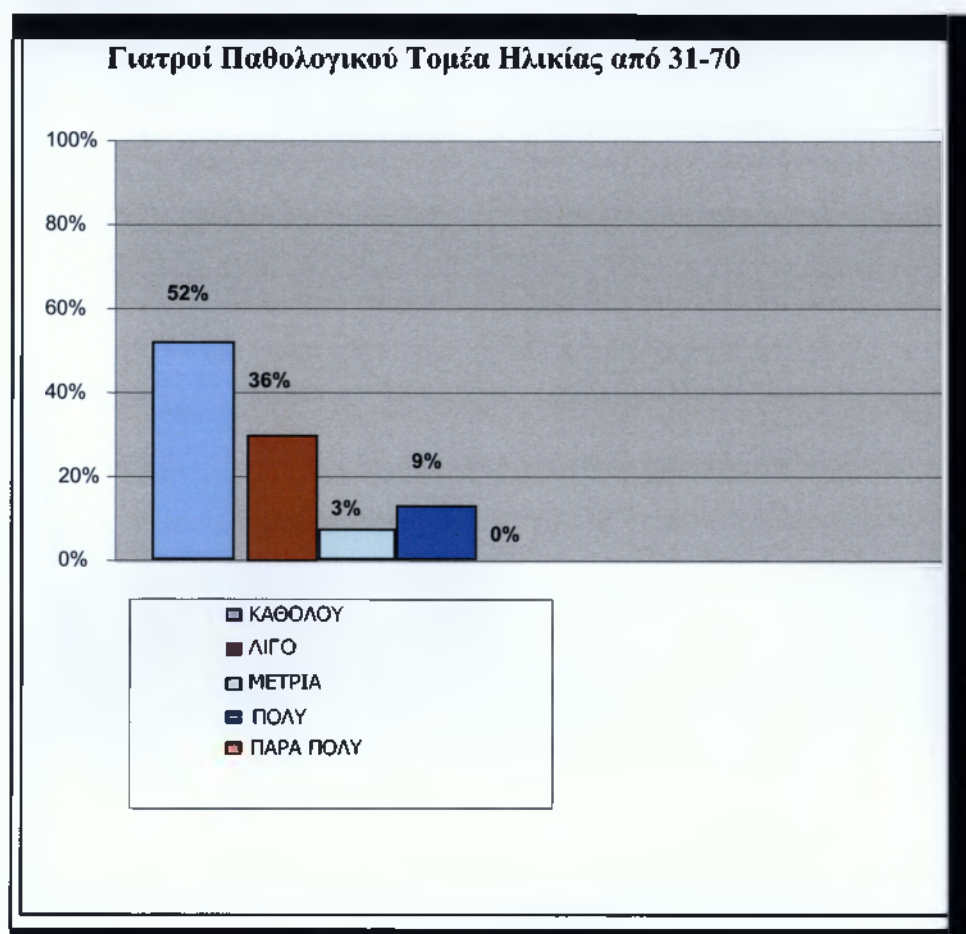
(5)Θεωρείτε ότι οι οικογενειακές σας υποχρεώσεις επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνετε στην εργασία σας; (Χειρουργικός Τομέας)



Στη συγκεκριμένη ερώτηση το μεγαλύτερο ποσοστό των γιατρών (70%) απάντησαν ότι οι οικογενειακές τους υποχρεώσεις δεν επηρεάζουν αρνητικά τον χρόνο και την ενέργεια, την οποία αφιερώνουν στη δουλειά τους. Ακριβώς γιατί οι

οικογενειακές υποχρεώσεις πρέπει να μένουν εκτός δουλειάς όχι μόνο για τους επαγγελματίες υγείας, αλλά και για όλο τον υπόλοιπο κόσμο που εργάζεται. Απλώς οι γιατροί επειδή σχετίζονται σε καθημερινή βάση με πρόσωπα τα οποία έχουν την ανάγκη τους και η εξέλιξη της υγείας αυτών των προσώπων εξαρτάται, ως ένα βαθμό, από το πόσο καλά οι επαγγελματίες υγείας προσφέρουν τις υπηρεσίες τους, θα πρέπει να είναι απόλυτα προσηλωμένοι σε αυτό, το οποίο κάνουν. Μόνο 4 από τους 33 ανθρώπους δήλωσαν πως επηρεάζονται μέτρια από τις οικογενειακές τους υποχρεώσεις. Τρεις δήλωσαν πως επηρεάζονται λίγο ενώ μόνο οι υπόλοιποι τρεις ανέφεραν πως επηρεάζονται από πολύ έως πάρα πολύ.

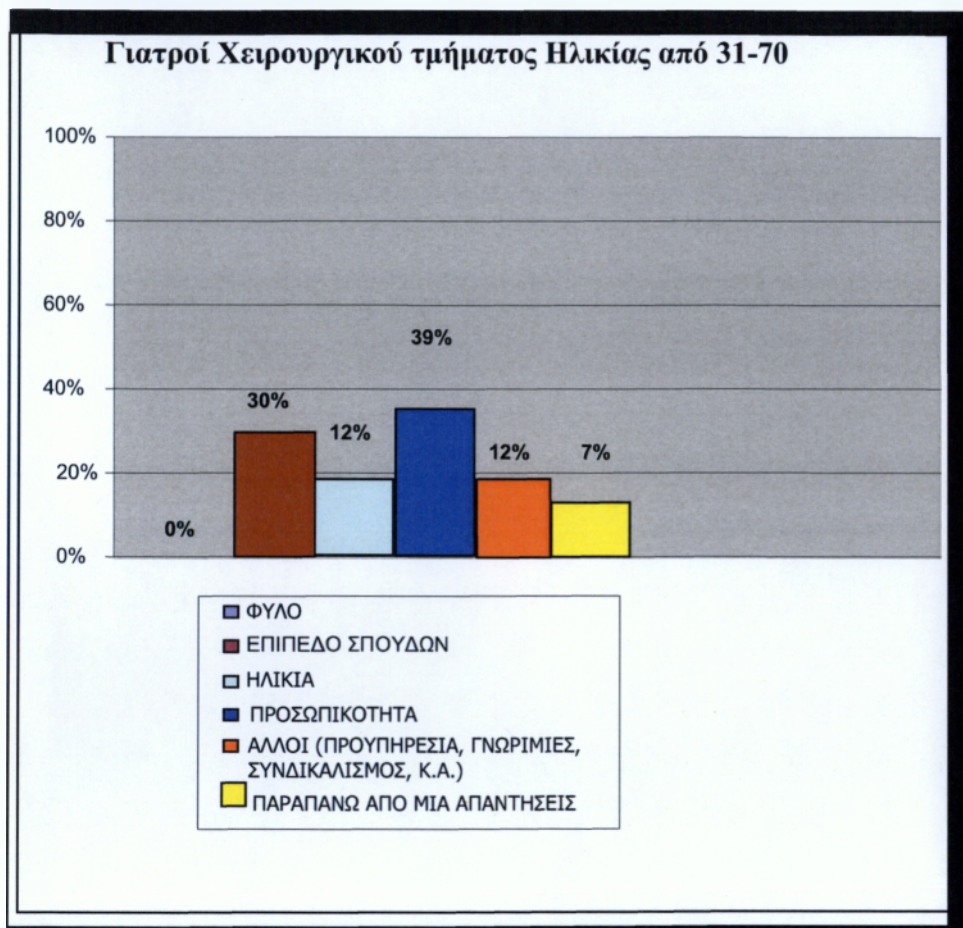
(5)Θεωρείτε ότι οι οικογενειακές σας υποχρεώσεις επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνετε στην εργασία σας; (Παθολογικός Τομέας)



Η εικόνα είναι λίγο διαφορετική στον παθολογικό τομέα, ωστόσο πάλι οι μισοί από τους γιατρούς δήλωσαν πως οι οικογενειακές τους υποχρεώσεις δεν επηρεάζουν αρνητικά τον χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνουν στην δουλειά τους. Σε σχέση με τον χειρουργικό, στον παθολογικό τομέα είναι πολύ περισσότερα τα πρόσωπα τα οποία (12 vs 3) δήλωσαν πως έχουν αντιληφθεί

ότι οι οικογενειακές τους υποχρεώσεις τους απασχολούν εν ώρα ακόμη και σε περιστατικά που καλούνται να αντιμετωπίσουν θανατηφόρα περιστατικά. Μόνο 1 γιατρός δήλωσε πως επηρεάζεται μέτρια, ενώ μόνο τρεις δήλωσαν πως επιτρέπουν στον εαυτό τους να καταβάλλονται πολύ εν ώρα εργασίας με τα οικογενειακά τους.

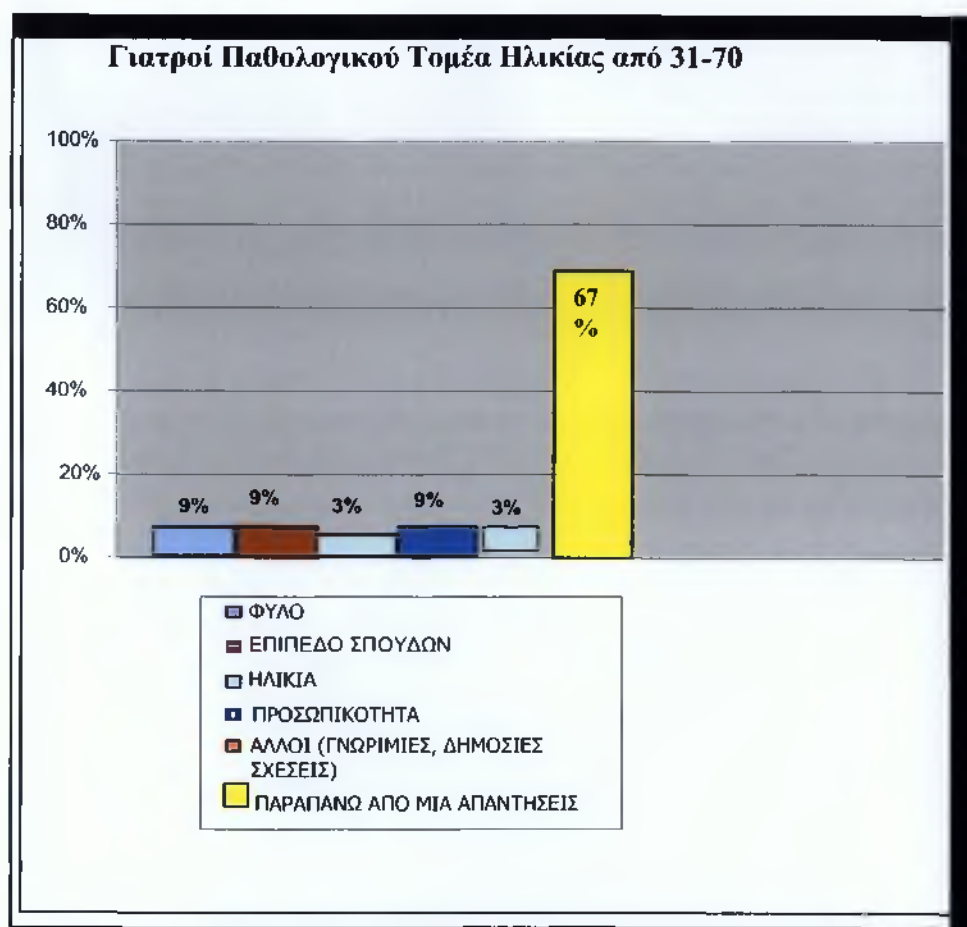
(6) Ποιοι παράγοντες θεωρείτε ότι συμβάλλουν στην επαγγελματική εξέλιξη στο χώρο εργασίας σας; (Χειρουργικός Τομέας)



Στην ερώτηση ποιοι παράγοντες θεωρούν οι γιατροί ότι συμβάλλουν στην επαγγελματική εξέλιξη στο χώρο εργασίας τους, οι απαντήσεις ήταν πολύ παραπάνω από μια επιλογή. Ωστόσο κατά κύριο λόγο επικράτησαν οι επιλογές σπουδών με 30% και η προσωπικότητα με 39% και ο συνδυασμός αυτών των δύο επιλογών. Οι γιατροί δεν θεωρούν ότι επηρεάζεται η επαγγελματική τους εξέλιξη από το αν είναι άνδρας ή γυναίκα αλλά πιστεύουν μερικοί από αυτούς

(12%) ότι παίζουν ρόλο οι γνωριμίες, είτε πολιτικές, είτε ανθρώπων στα ανώτερα κλιμάκια, στο να αναρριχηθούν στην ιεραρχία. Ένα άλλο 12% πιστεύει ότι η ηλικία παίζει ρόλο για να εξελιχθεί στον τομέα του, βασιζόμενοι στο ότι η ηλικία είναι συνάρτηση με την προϋπηρεσία, την εμπειρία και την ωριμότητα, οπότε πιστεύουν ότι η εξέλιξη ενός νοσηλευτή έρχεται σταδιακά και εύλογα.

(6) Ποιοι παράγοντες θεωρείτε ότι συμβάλλουν στην επαγγελματική εξέλιξη στο χώρο εργασίας σας; (Παθολογικός Τομέας)



Στον παθολογικό τομέα οι απαντήσεις ήταν στο σύνολο τους παραπάνω από 3 σε κάθε μεμονωμένη απάντηση (67%). Οι περισσότερες απαντήσεις ήταν ένας συνδυασμός φύλου, επιπέδου σπουδών και προσωπικότητας. Όταν μιλάμε για επίπεδο σπουδών, εννοούμε αν κάποιος γιατρός έχει κάνει κάποιο μεταπτυχιακό ή διδακτορικό στον τομέα του και το οποίο σχετίζεται με ασθενείς που αναπόφευκτα προκαλούν το θάνατο. Πολλοί ήταν εκείνοι που σε συνδυασμό με τις παραπάνω επιλογές εξέφρασαν και την πεποίθηση τους βέβαια ότι μια κατάλληλη γνωριμία θα βοηθούσε πολύ στην εξέλιξη τους όπως επίσης και η ανάπτυξη και διατήρηση δημοσίων σχέσεων από μέρους τους θα τους βοηθούσε επίσης στην βελτίωση της επαγγελματικής τους θέσης σε αντίθεση βέβαια με το πόσο καλά μπορούν να διαχειριστούν περιπτώσεις θανάτου και κατ' επέκταση συγγενείς ασθενών ή τους τους ίδιους τους ασθενείς λίγο πριν πεθάνουν.

Επίλογος

Είναι τελικά ο θάνατος μια φυσική διαδικασία, που ακολουθούν όλοι οι ζωντανοί οργανισμοί ή μήπως είναι ένα πέρασμα προς μια άλλη ζωή, προς μια διάσταση διαφορετική, ένα πέρασμα στο επέκεινα; Η απάντηση δεν μπορεί να είναι ούτε οριστική, ούτε βέβαιη. Η σκοπιά από την οποία κάθε άνθρωπος, επιστήμων ή απλώς σκεπτόμενος, εξετάζει το φαινόμενο είναι διαφορετική και επομένως η θεώρησή του αλλάζει.

Περιηγηθήκαμε γρήγορα σε εποχές, θρησκείες, έργα τέχνης και παρατηρήσαμε το πώς κάθε φορά γινόταν αντιληπτός ο θάνατος. Το βασικότερο όλων είναι ότι εξετάσαμε τη ν αντίληψη των ανθρώπων, οι οποίοι εργάζονται σε χώρους υγείας –νοσοκομεία και υπηρεσίες- για τον θάνατο, αλλά και τη στάση τους απέναντι σε αυτόν, τόσο στον επαγγελματικό τους χώρο όσο και στην προσωπική τους ζωή.

Οι απαντήσεις των ερωτηθέντων, οι οποίες διαμόρφωσαν τα ραβδογράμματα, καταστούν σαφές ότι το φαινόμενο θάνατος, που συναντούν σχεδόν σε καθημερινή βάση, επηρεάζει μερικώς την προσωπική ζωή και τη ψυχολογία των επαγγελματιών υγείας. Βέβαια η επίδραση που ασκεί στις ζωές αυτών δεν ξεπερνά στην πλειοψηφία τα όρια, που ασφαλώς υπάρχουν μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής. Άλλωστε κάτι τέτοιο θα ήταν μοιραίο όχι μόνο για την επαγγελματική ζωή γιατρών, νοσηλευτών και λοιπών επαγγελματιών υγείας, αλλά και για τους ίδιους τους ασθενείς.

Διαπιστώσαμε ότι ο άνθρωπος απεγνωσμένα προσπαθεί να βρει το όριο μεταξύ της ζωής –του ανθρωποκεντρικού ατόμου- και του φυσικού και αναπόδραστου τέλους. Καταλαβαίνουμε λοιπόν πως μεταξύ βιολογίας –φυσικού τέλους- και σύγχρονου πολιτισμού –κατανόησης και ενσωμάτωσης του φυσικού τέλους- παρεμβάλλονται κοινωνικά προσδιορισμένες διαμεσολαβήσεις. Με λόγια απλά: ο τρόπος με τον οποίο ο μέσος άνθρωπος, και συνεπώς και ο επαγγελματίας υγείας, αντιμετωπίζει και αντιλαμβάνεται τον θάνατο προσδιορίζεται από κοινωνικές μεταβλητές και σταθερές. Οι ιστορικές συνθήκες, η οικονομική κατάσταση, η πολιτική μιας συγκεκριμένης περιόδου είναι μερικές μόνο από τις ευρύτερες παραμέτρους που παίζουν ρόλο στη θεώρηση του θανάτου (π.χ. συμφιλίωση του ανθρώπου σε περιόδους πολέμου με τον θάνατο).. Αλλά και οι προσωπικές κακουχίες ασφαλώς και διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση των διαφόρων καταστάσεων.

Κλείνοντας θα πρέπει να θυμηθούμε ότι ο θάνατος δεν είναι παρά το αναπόδραστο τέλος κάθε φυσικής οντότητας. Ένα τέλος επιθυμητό που φέρνει τα όντα στην πρωταρχική τους κατάσταση, σε μια ένωση με τη ψυχή του κόσμου.

Βιβλιογραφία

- ❖ Ανδριώτη Δ., *Τα Επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα*, Εξάντας, Αθήνα 1998
- ❖ Αλεξιάδης Α.Δ - Σιγάλας Ι., *Διοίκηση Νοσοκομείων: Εμπειρίες, Τάσεις & Προοπτικές*, ΕΑΠ, Πάτρα 1999
- ❖ Δρακουλόγκωνα Σ., «Ο ρόλος του νοσηλευτή στο σύστημα ελέγχου ποιότητας στο γενικό νοσοκομείο», *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Αθήνα 2004
- ❖ Σαπουντζή-Κρέπια Δ., «*Ιστορικές Καταβολές Ελληνικής Νοσηλευτικής*», *Νοσηλευτική*, Θεσσαλονίκη 2002
- ❖ Γρηγοράκος Λ., «Το μετέωρο βήμα στην υγεία», *Το παρών της Κυριακής*, Αθήνα 2005
- ❖ Πετροπούλου Ε., «Απειλείται με λουκέτο το Εθνικό Σύστημα Υγείας», *Ημερησία*, Αθήνα 2007
- ❖ Ιωαννίδης Ε., Λογατατζίδα Α., Μάντη Π., *Υγεία: Οριοθετήσεις και Προοπτικές*, ΕΑΠ, Πάτρα 1999
- ❖ Κυριακίδου Ε., *Κοινωνική νοσηλευτική*, Ταβίθα, Αθήνα 2004
- ❖ Κωνσταντοπούλου, Αικ., «*Η πολιτική Υγείας στην Ελλάδα*», Αθήνα 2005
- ❖ Νιάκας Δ., «*Χρηματοδότηση Νοσοκομείων και Αποτελεσματικότητα*», *Επιθεώρηση Υγείας*, Αθήνα 2000
- ❖ Χατζηνικολάου, Αντ., «*Νοσηλευτική*», *Γενικό Άρθρο*, Αθήνα 2007
- ❖ Μαγριπλής Δ., *Όψεις του Πολιτιστικού Φαινομένου*, Σταμούλη, Θεσσαλονίκη 2008
- ❖ Karl Jaspers, *Περί του τραγικού*, μεταφρ. Θεόδωρος Λουπασάκης, Έρασμος, Αθήνα 1990

- ❖ William C. Kroen, *Πως θα βοηθήσετε τα παιδιά να αντιμετωπίσουν έναν θάνατο*, Φυτράκη, Αθήνα 2007
- ❖ J. Laplanche, *Ζωή και θάνατος στην ψυχανάλυση*, μεταφρ. Ν. Παπαγιαννοπούλου, Νεφέλη, Αθήνα 1998
- ❖ Αλεξιάς Γ., *Λόγος περί Ζωής και Θανάτου*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2000
- ❖ Καλλινικάκη Θ., *Κοινωνική Εργασία*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1998
- ❖ Αρίες Φ., *Δοκίμια για το θάνατο στη Δύση*, μεταφρ. Κ. Λάμψα, Γλάρος, Αθήνα 1998
- ❖ Yalom I., *Θρησκεία και Ψυχιατρική*, μεταφρ. Ευ Ανδριτσάνου – Γ. Ζέρβας, Άγρα, Αθήνα 2003
- ❖ Bacque F., *Πένθος και Υγεία. Άλλοτε και Σήμερα*, Θυμάρι, Αθήνα 1994
- ❖ Μπαμπινιώτης Γ., *Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας*, Κέντρο Λεξικολογίας, Αθήνα 2002
- ❖ Μισέλ Βαβέλ, *Ο θάνατος στη Δύση- Από το 1300 ως τις μέρες μας*, Νεφέλη 4B, Τόμος Β', Αθήνα 2000
- ❖ Μάντζαρης Γ., *Σύγχρονη Οργάνωση & Διοίκηση Επιχειρήσεων*, Γκιούρδας, Αθήνα 2003
- ❖ Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., *Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα*, Παπαζήση, Αθήνα 1995
- ❖ Σούλης Σ., *Οικονομική της Υγείας*, Παπαζήσης, Αθήνα 1996
- ❖ Τσάμη Δ., *Εισαγωγή στη σκέψη των Πατέρων της Ορθόδοξης Εκκλησίας*, Πουρνάρα, Θεσσαλονίκη 1992

- ❖ Χυτήρης Σ. Λεωνίδας , “*Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων*”, Interbooks, Αθήνα 2001
- ❖ Αλαχιώτης Σ., *Εισαγωγή στη Σύγχρονη Γενετική*, Ελληνικά Γράμματα , Πάτρα 1989
- ❖ Gelehrter T. D., Collins F. S., Ginsburg D., «*Αρχές Ιατρικής Γενετικής*», γενική επιμέλεια: Στυλιανοπούλου Φ., «*Γονιδιακή Θεραπεία*» Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2003
- ❖ Τριανταφυλλίδης Κ. & Κουβάτση Α., *Γενετική Ανθρώπου*, Αφοί Κυριακίδη, Αθήνα 2001.
- ❖ Πολίτης Αλέξης, Πανεπιστημιακές σημειώσεις για το δημοτικό τραγούδι, 2008-2009, χειμερινό εξάμηνο (προ- έκδοση βιβλίου)
- ❖ Μητροσύλης Μ., «*Ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Παρουσίαση και παρατηρήσεις στο νόμο 3305/ 2005- Εφαρμογή της Ιατρικών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής*», *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, Αθήνα 2007
- ✓ Οργάνωση της υγείας, «*Η συνεργασία στη φροντίδα υγείας*», <http://www.nurs.uoa.gr/istoselida/EL%20SUNERGASIA%20STH%20FR.YG..htm>
- ✓ <http://www.ygeiasprototypon.gr/protypa.html#typopoinsn>
- ✓ www.alopsis.gr/modules.php?name=news&file=article&sid=b32
- ✓ www.greek-health.gr/2007/09/blog-post_8035.html
- ✓ www.theosophicalsociety.gr. 2010

✓ www.psyche.gr, 2010