

**LÄÄKETIETEEN OPISKELIJOIDEN JA VALMISTUNEIDEN
LÄÄKÄREIDEN MIELIPIDE-EROT KUOLEMAN AVUSTAMISEEN
LIITTYVISSÄ KYSYMYKSISSÄ**

Enni Stigman
Tutkielma
Lääketieteen koulutusohjelma
Itä-Suomen yliopisto
Terveystieteiden tiedekunta
Lääketieteen laitos
Toukokuu 2020

ITÄ-SUOMEN YLIOPISTO, Terveystieteiden tiedekunta

Lääketieteen laitos

Lääketieteen koulutusohjelma

STIGMAN, ENNI K.: Lääketieteen opiskelijoiden ja valmistuneiden lääkäreiden mielipide-erot kuoleman avustamiseen liittyvissä kysymyksissä

Opinnäytetutkielma, 62 sivua, 1 liite (9 sivua)

Tutkielman ohjaajat: professori Petteri Nieminen ja yliopistonlehtori Virpi Tiitu

Toukokuu 2020

Asiasanat: lääketieteen opiskelija, lääkäri, mielipidetutkimus, eutanasia, avustettu itsemurha, kuolinapu

Eutanasia (AE) ja avustettu itsemurha (AVI) ovat aktiivisen kuolinavun menetelmiä, joissa lääkärillä on tärkeä rooli. Eutanasiassa lääkäri surmaa potilaan tappavalla lääkeaineella, avustetussa itsemurhassa lääkeaineen ottaa potilas itse. Väestötasolla eutanasian kannatus on viimeisien vuosikymmenien aikana noussut. Lääkäreiden hyväksyntä aktiivisia kuolinapuja kohtaan on väestötasoa vähäisempää ja lääketieteen opiskelijoiden asenteet ovat lääkäreitä suopeampia. Väestötasolla kuolinavun hyväksyntää selittävät sukupuoli, ikä, koulutus- ja tulotaso sekä uskonnollisen vakaumus. Lääkäreiden keskuudessa mielipiteisiin vaikuttaa merkittävästi myös kliininen kokemus. Tutkimuksia, joissa on vertailtu suomalaisten lääketieteen opiskelijoiden ja lääkäreiden välisiä mielipide-eroja aktiivisiin kuolinapuihin liittyen, ei juuri ole. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten eri opintovaiheissa olevien opiskelijoiden ja lääkäreiden asenteet eroavat toisistaan.

Tutkimuksen aineisto kerättiin mielipidekyselynä vuosina 2015-2016. Tutkimuksen kohteena oli 1. ja 5. vuoden lääketieteen opiskelijat Itä-Suomen yliopistosta sekä valmistuneet lääkärit Kuopion yliopistollisesta sairaalasta ja Kuopion kaupungin perusterveydenhuollosta. Kyselylomakkeen alussa määritettiin kuolinapuun liittyvät termit. Kyselylomake koostui yksilön taustatekijöitä ja asenteita selvittävästä kysymyksistä sekä potilastapauksista. Merkittävänä tuloksena pidettiin p:n arvoa <0,05.

Kyselyyn vastasi 296 henkilöä. Suurin osa (64 %) vastaajista haluaisi mahdollisuuden eutanasiaan, mikäli sairastuisi vakavasti. Lähes puolet oli sitä mieltä, että eutanasia tulisi laillistaa ja yli kolmannes kannatti avustetun itsemurhan laillistamista. Miehet kannattivat laillistamistoimia kaikissa vastaajaryhmissä naisia useammin; $p < 0,001$ (AE); $p = 0,04$ (AVI). Valmistuneet lääkärit suhtautuivat laillistamistoimiin opiskelijoita torjuvammin; $p = 0,012$ (AE); $p < 0,001$ (AVI). Syöpäpotilaalle, jonka elinajanennuste on muutamia viikkoaja, eutanasian olisi valmis hyväksymään 65 % vastaajista. Miehet sallisivat sekä eutanasian että avustetun itsemurhan potilaille naisia useammin. Eutanasian ja avustetun itsemurhan olisi ammattilaisena valmis suorittamaan puolet vastaajista. Toimissa suostuisi olemaan mukana harvimminkin valmistunut lääkäri; $p < 0,001$ (AE); $p < 0,001$ (AVI). Ne vastaajat, joilla oli vahva uskonnollinen vakaumus suhtautuivat kuoleman avustamiseen torjuvasti.

Opiskelijat ovat lääkäreitä suvaitsevaisempia kuoleman avustamiseen liittyvissä kysymyksissä. Aiemman tutkimustiedon mukaisesti mielipiteitä selittävät vahvasti kliininen kokemus, sukupuoli ja uskonnollinen vakaumus. Tutkimus ei anna tietoa siitä, miten opiskelijoiden mielipide muuttuu opintojen aikana. Tämän tutkimiseksi tarvitaan seurantatutkimusta samalla tutkimusjoukolla.

UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND, Faculty of Health Sciences
School of Medicine
Medicine

STIGMAN, ENNI K.: Medical students' and physicians' differences in opinions regarding aided death

Thesis, 62 pages, 1 appendix (9 pages)

Tutors: Professor Petteri Nieminen and University teacher Virpi Tiitu

May 2020

Keywords: medical student, physician, survey, euthanasia, physician assisted suicide, aided death

Euthanasia (E) and physician assisted suicide (PAS) are forms of actively aided death in which the physician plays a significant role. In euthanasia the physician kills the patient by administering a lethal drug, whereas in assisted suicide the drug is taken by the patient themselves. At the population level, support for euthanasia has increased in recent decades. Physicians' acceptance of actively aided death is lower than the acceptance among the general population, and the attitudes of medical students' are more favourable compared to physicians'. Among the general population, the acceptance of aided death is explained by gender, age, level of education and income as well as religious beliefs. Opinions among physicians are also significantly influenced by clinical experience. There are hardly any studies comparing differences in opinion between Finnish medical students and physicians regarding aided death. The purpose of this study was to find out how opinions regarding aided death differ between graduated physicians and students at various stages of their studies.

The research material was collected by a survey performed in 2015-2016. The subject groups were the 1.st and 5.th year medical students from the University of Eastern Finland and graduated physicians from the Kuopio University Hospital and Kuopio municipality's primary health care. At the beginning of the questionnaire terms related to aided death were explained. The questionnaire consisted of questions about the person's background factors and attitudes as well as patient cases. A p-value of $< 0,05$ was considered as a significant value.

The total number of respondents was 296. The majority (64 %) of respondents would like to have the opportunity for euthanasia if they became seriously ill. Nearly half thought euthanasia should be legalized and more than a third were in favour of legalizing assisted suicide. Men were more often in favour of legalizations than women in all groups of respondents; $p < 0,001$ (E); $0,04$ (PAS). Graduated physicians were most often against legalizations; $p = 0,012$ (E); $< 0,001$ (PAS). 65 % of respondents would accept euthanasia for a patient with cancer and prognosis to live only a few weeks. Men would allow aided death for patients more often than women. Half of the respondents would be willing to perform euthanasia as well as be involved in physician assisted suicide, whereas graduated physicians would be the least willing; $p < 0,001$ (E); $< 0,001$ (PAS). Respondents with strong religious beliefs were overall reluctant to consider aided death.

Medical students are more favourable than physicians in matters related to aided death. Opinions in this study are strongly explained by clinical experience, gender and religious beliefs. This study does not provide information on how the students'

opinions change during their studies. To study this a follow-up research with the same respondent group is needed.

ESIPUHE

Idea syventäviin opintoihini on peräisin henkilökohtaisesta elämästäni ennen lääketieteen opintoja. Olin varhaisteini-ikäinen, kun keskustelin vanhempieni kanssa ajankohtaisohjelman innoittamana eutanasiasta. Tuo lyhyt, joskin vakava, keskustelu on jäänyt hyvin mieleeni ja asetti minulle ne raamit, joista käsin olen kuoleman avustamiseen liittyviä kysymyksiä sittemmin katsonut. Lääketieteen opintojen alkaessa minulle oli selvää, että haluan tehdä syventävät opintoni kuoleman avustamiseen liittyvistä kysymyksistä. Vuosien varrella on ollut mielenkiintoista huomata, miten omissa ajatuksissa ja asenteissa on tapahtunut muutoksia. Sekä lääketieteen opinnot että elämäkokemuksen karttuminen ovat muokanneet mielipiteitani. Erityisesti kuoleman kohtaaminen niin omassa elämässäni kuin lääkärin sijaisuuksia tehdessä, on vaikuttanut minuun. Ajatuksiini on tullut syvällisyyttä ja asioiden tarkastelu mustavalkoisesti on muuttunut ymmärrykseksi siitä, että kuolinapuun liittyvät kysymykset ovat erittäin moniulotteisia.

Haluan kiittää vanhempiani, joiden innoittamana ja tukemana aloitin tämän työn. Kiitos ystäväilleni, jotka ovat kuunnelleet pohdintojani kuolemaan liittyen, keskustelleet kanssani, auttaneet ongelmakohtissa ja antaneet kommentteja työhön liittyen. Kiitokset ohjaajille tutkimukseen mukaan lähtemisestä ja Markku Myllykankaalle, joka ohjeisti minua kyselylomakkeen tekemisessä. Haluan kiittää myös kyselyyn vastanneita, joita ilman tätä tutkimusta ei olisi.

Elämäkokemuksen myötä ja tätä tutkimusta tehdessäni ne raamit, jotka loin vanhempieni kanssa jo nuorena, ovat laajentuneet. Toivon, että tämä tutkielma antaa uutta pohdittavaa ja näkökulmia myös työn lukijoille.

Enni Stigman

Kuopio, 22.5.2020

SISÄLLYS

2. JOHDANTO	7
3. KATSAUS KIRJALLISUUTEEN	10
3.1 Eutanasia ja sen määritelmät	10
3.2 Eutanasian kannatus maailmalla	12
3.3 Lääketieteen opiskelijoiden ja valmistuneiden lääkärien mielipide-erot kuoleman avustamiseen liittyvissä kysymyksissä	14
3.4 Eutanasian ja avustetun itsemurhan laillisuus maailmalla	17
3.5 Eutanasian mahdolliset riskit ja ovatko ne toteutuneet	19
3.6 Eutanasiakeskustelu Suomessa	22
4. AINEISTO JA MENETELMÄT	24
4.1 Yleistä	24
4.2 Tietojen kerääminen	25
4.3 Tietojen analysointi	26
5. TULOKSET	27
5.1 Yleistä tuloksista	27
5.2 Vastaajien lukumäärät	27
5.4 Keskeisimmät löydökset	30
5.5 Erot vastaajien sukupuolen mukaan	33
5.6 Erot opintojen vaiheen mukaan	37
5.7 Keskeiset korrelaatiot vastaajaryhmien välillä	40
5.8 Alueellisten erojen vertailu tämän ja muiden tutkimusten välillä	42
6. TULOSTEN KÄSITTELY JA POHDINTA	44
6.1 Yleistä	44
6.2 Havaittujen tulosten selittäminen	47
6.2.1 Iän, opintovaiheen ja kliinisen kokemuksen vaikutukset mielipiteisiin	48
6.2.2 Sukupuolen vaikutus mielipiteisiin	51
6.2.3 Uskonnollisen vakaumuksen vaikutus mielipiteisiin	52
6.3 Suomi vs. muut valtiot	54
6.3.1 Suomalaiset vs. muiden valtioiden lääketieteen opiskelijat	54
6.3.2 Suomalaiset vs. muiden valtioiden valmistuneet lääkärit	56
7. JOHTOPÄÄTÖKSET	58
LÄHTEET	60
LIITTEET	67

2. JOHDANTO

Viimeisien vuosikymmenien aikana keskustelut elämän loppuvaiheen hoidoista ja potilaiden oikeuksista kuolinapuun ovat käyneet vilkkaana. Aktiivinen kuolinapu käsittää eutanasian ja avustetun itsemurhan, jotka ovat laillistettuja yhteensä 11 valtiossa tai valtion osissa.¹⁻⁵ Viimeisten vuosikymmenten aikana kuolinavun kannatus on kasvanut väestötasolla². Vuonna 2016 Suomessa tehtiin kansalaisaloite ”Eutanasia-aloite hyvän kuoleman puolesta”, joka myöhemmin kumottiin eduskunnassa⁶. Sosiaali- ja terveysministeriöllä on käynnissä asiantuntija-perusteinen selvitystyö loppuelämän hoito- ja kuolinmahdollisuuksista⁷. Lääkäreille tehdyissä tutkimuksissa on havaittu, että eutanasian kannatus on kasvusuuntainen, joskin väestötasoon nähden huomattavasti alhaisempi². Lääketieteen opiskelijoiden ja valmistuneiden lääkärien välillä on useissa tutkimuksissa havaittu eroja. Opiskelijat ovat valmistuneita lääkäreitä suopeampia eutanasiaan ja avustettuun itsemurhaan liittyvissä kysymyksissä.⁸⁻¹¹ Suomessa on tehty vuonna 2019 tutkimus, jossa verrattiin valmistuvien lääketieteen opiskelijoiden ja lääkäreiden välisiä mielipide-eroja koskien syöpäpotilaiden palliativista hoitoa, siitä luopumista ja mahdollisuutta eutanasiaan¹². Tämän lisäksi tutkimustietoa suomalaisten lääketieteen opiskelijoiden ja valmistuneiden lääkärien välisistä mielipide-eroista ei juuri ole. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miten laajasti suomalaiset lääketieteen opiskelijat ja valmistuneet lääkärin hyväksyvät aktiivisen eutanasian ja avustetun itsemurhan.

Tässä tutkielmassa lääketieteen opiskelijoihin viitataan jatkossa opiskelijoina. Yksinkertaistamisen vuoksi eutanasiasta käytetään lyhennettä AE ja avustetusta itsemurhasta lyhennettä AVI.

Tutkimuksen hypoteesit ja perusteet niiden asettamiselle olivat seuraavat:

- 1) **Mahdollisuuden eutanasiaan vakavan sairastamisen myötä itselleen toivoo useampi vastaaja kuin mitä kannattaa eutanasian laillistamista.**

Ruotsalaisessa lääketieteen opiskelijoiden mielipiteitä kartoittaneessa kyselytutkimuksessa havaittiin, että opiskelijoista useampi toivoisi itselleen mahdollisuutta eutanasiaan kuin mitä kannattaa eutanasian laillistamista¹³.

Tätä käsitellään lisää luvussa 3.3.

- 2) **Niistä, jotka kannattavat eutanasian laillistamista, vain osa suostuisi suorittamaan sen ammattilaisena.** Useissa tutkimuksissa on havaittu, että eutanasian laillistamisen tukeminen ja eutanasian suorittaminen ovat toisistaan riippumattomia kysymyksiä^{10,14,15}. Asiaa käsitellään lisää luvuissa 3.3 ja 3.6.
- 3) **Niistä, jotka kannattavat avustetun itsemurhan laillistamista, vain osa suostuisi olemaan mukana siinä ammattilaisena.** Oletus tehty hypoteesin 2. perusteella, sillä aktiiviseen kuoleman avustamiseen kuuluu eutanasian lisäksi avustettu itsemurha.
- 4) **Mielipiteisiin vaikuttanevat merkittävästi vastaajan demografisista tekijöistä ikä ja työssä saatu kliininen kokemus niin, että opiskelijat kannattanevat kuoleman avustamista enemmän kuin valmistuneet lääkärit.** Useissa tutkimuksissa on havaittu, että opiskelijoiden asenteet ovat kuoleman avustamiseen liittyvissä kysymyksissä suopeampia kuin valmistuneiden lääkäreiden asenteet^{8,10,11}. Lisää tutkimuksista luvussa 3.3.
- 5) **Valmistuneet lääkärit, joilla on runsaasti kliinistä kokemusta, kannattanevat AE:a ja AVI:a vastaajaryhmistä vähiten.** Suomalaisessa, sveitsiläisessä ja meksikolaisessa tutkimuksessa on havaittu, että ne lääkärit, joilla on paljon kokemusta sekä kuolevien potilaiden hoidossa että ylipäänsä, vastustavat kuoleman avustamista useammin kuin ne, joilla ei ole kliinistä kokemusta^{168,9}. Näitä tutkimuksia on käsitelty lisää luvussa 3.3.
- 6) **Naiset kannattanevat AE:a ja AVI:a harvemmin kuin miehet.** Sukupuolten välillä on havaittu lukuisissa tutkimuksissa selkeitä mielipide-eroja siten, että naiset vastustavat kuoleman avustamista useammin kuin miehet^{1,16-18}. Sukupuolten välisiä mielipide-eroja käsitellään lisää luvussa 3.2.
- 7) **Ne, joilla on vahva uskonnollinen vakaumus kannattanevat AE:a ja AVI:a harvemmin kuin ne, joilla sitä ei ole.** Vahvan uskonnollisen vakaumuksen on havaittu olevan yhteydessä kuoleman avustamista torjuviin mielipiteisiin sekä väestötasolla että lääketieteen opiskelijoiden ja lääkäreiden joukossa^{1,9,17,19-21}. Uskonnollisen vakaumuksen merkitystä mielipiteisiin käsitellään luvuissa 3.2 ja 3.3.
- 8) **Lisäksi oletuksena on, että vastaajan oma sairastaminen tai lähipiirissä vakavan sairauden tai kuoleman seuraaminen vaikuttaa mielipiteisiin kuoleman avustamisesta.** Kuolevien potilaiden hoitaminen on yhteydessä

torjuviin mielipiteisiin kuoleman avustamiseen liittyen, joten on mahdollista, että kuoleman seuraaminen myös henkilökohtaisessa elämässä vaikuttaa asenteisiin. Henkilökohtainen sairastaminen, lähipiirin vakavan sairauden sairastaminen ja lähipiirissä kuoleman seuraaminen ovat asioita, jotka voivat vaikuttaa vahvasti henkilön psyykkeeseen²².

3. KATSAUS KIRJALLISUUTEEN

3.1 Eutanasia ja sen määritelmät

Sana eutanasia tulee kreikan kielen sanoista eu ja thanatos tarkoittaen hyvää kuolemaa²³. Alunperin termillä on tarkoitettu elämän päättymistä rauhallisesti ja ilman kärsimystä, kivuitta. Tällaista kuolemaa voidaan nimittää myös ortotanasiksi tai antidystaniaksi.²⁴ Eutanasia terminä on otettu osaksi laajempaa käyttöä ja nykyään se mielletään synonyymiksi lääkärin suorittamalle armokuolemalle tai -murhalle. Tämä tarkoittaa aktiivista kuolemaa, jonka suorittajana on lääkäri ja jonka tarkoituksena on päästää potilas pois kärsimyksistä.²³ Eutanasiassa keskeistä on sen tarkoituksenmukaisuus ja aktiiviset toimet päämäärän eli kuoleman saavuttamiseksi²⁵.

Tässä työssä eutanasialla tarkoitetaan aktiivista eutanasiaa, kuten nykyään on tapana. Eutanasiaa käsiteltäessä tulee ymmärtää myös muiden kuolinmenetelmien merkitykset. Avustetussa itsemurhassa on kyse potilaan suorittamasta aktiivisesta toimesta, jonka päämääränä on tahallinen kuolema. Lääkäri on mukana toimenpiteessä lääketieteellisenä asiantuntijana ja/tai kuolettavan lääkityksen määräjänä⁵. On olemassa myös passiivisia toimia, joiden sivuvaikutuksena tai seurauksena on kuolema. Passiivinen eutanasia on seurausta jonkin hoito-toimenpiteen aloittamattajättämisestä tai lopettamisesta. Kaksoisvaikutuksesta puhutaan puolestaan, kun jonkin hoidon vaikutuksesta seuraa kuolema. Kuolemaan liittyvissä keskusteluissa nousee usein esille palliatiivinen hoito eli saattohoito, joka tarkoittaa kuolevan potilaan hoitamista. Käsitteiden välisten erojen ja toisiinsa yhteenliittymisen ymmärtäminen on olennaista, jotta voi ymmärtää keskustelua eutanasian ympärillä.

Aktiivinen eutanasia, eli yksinkertaisuudessaan eutanasia, tarkoittaa tietoista toimenpidettä, johon lääkäri ryhtyy parantumattomasti sairaan tai sietämättömistä kärsimyksistä potevan potilaan kohdalla tämän oma-aloitteisesta, vapaaehtoisesta ja oikeustoimikelpoisesta pyynnöstä^{2,23,26}. Toimenpiteen tarkoituksena on potilaan kuolema, ja teon motiivina on suorittajan eli lääkärin näkökulmasta armeliaisuus, tavoitteena on siis potilaan kärsimysten lievitys ja kuolemantoiveiden toteutus²⁴.

Useimmiten eutanasia toteutetaan antamalla potilaalle kuolettava annos lääkettä suonensisäisesti, jonka vuoksi tämä vaipuu tiedottomaan tilaan ja kuolee rauhallisesti. Toinen aktiivinen kuoleman avustuksen tyyppi on avustettu itsemurha. Tässä aktiivisen ja tietoisin toimenpitein kuolettavan lääkkeen ottamisesta tekee potilas. Lääkäri antaa potilaalle lääketieteellisen ammattitaitonsa, jotta potilaan suorittama toimenpide, eli kuolettavan lääkkeen ottaminen, tapahtuisi ilman komplikaatioita. Avustettuun itsemurhaan osallistuminen tarkoittaa lääkärin osalta myös tappavan lääkkeen määrämistä potilaalle.²⁵

Passiivinen eutanasia tarkoittaa potilaan kuolemaa, kun se on seurausta potilaan sairauteen aktiivisesti liittyvien hoitotoimenpiteiden tai lääkityksen lopettamisesta tai aloittamatta jättämisestä. Potilas ei siis saa elämää ylläpitävää hoitoa.²⁴ Potilas kuolee perussairauteen tai sen aiheuttamaan komplikaatioon, kuten infektiin. Hoitojen aloittamattajättämis- tai lopettamispäätös voidaan tehdä joko potilaan toiveesta tai lääketieteelliseltä pohjalta. Lääketieteellisesti tarkasteltuna merkitsevässä osassa on potilaan kokonaistilanteen, ennusteen ja hoitojen hyöty-haitta –suhteen tarkastelu. Hoidoista päätettäessä käytetään termiä hoidonlinjaus. Eräs hoidonlinjaus on palliatiivinen hoitolinja eli saattohoito. Tällä tarkoitetaan tilannetta, jossa potilaalla on kuolemaan johtava loppuvaiheen sairaus, eli potilas tulee kuolemaan tähän vaikeasteiseksi edenneeseen sairauteen. Parantavaa hoitoa ei ole saatavilla eikä elinajanodotteeseen voida merkittävästi vaikuttaa. Palliatiivisessa hoidossa potilasta hoidetaan oireenmukaisesti. Tarkoituksena on vähentää potilaan sairauden vuoksi kokemia haittoja ja kärsimystä, kuten kipua tai hengenhädistystä sekä parantaa jäljellä olevaa elämänlaatua. Saattohoito päättyy potilaan kuolemaan. Kuoleman voi aiheuttaa joko perussairaus tai sen komplikaatio tai välillisesti kuolemaa jouduttavana tai itsenäisenä tekijänä lääkitys, kuten voimakas kipulääke. Jälkimmäisessä tilanteessa puhutaan kaksoisvaikutuksesta. Tällä tarkoitetaan hoitoa, jonka tarkoituksena on saavuttaa hyvää, mutta jolla voi olla myös haittoja. Kaksoisvaikutuksessa hyvän tekemisen merkityksen ajatellaan olevan suurempi kuin negatiivisen vaikutuksen merkitys²⁷. Kaksoisvaikutuksesta on esimerkkinä seuraava: vaikeista kivuista kärsivälle kuolemansairaalle potilaalle annetaan suuri annos kipulääkettä, jotta kivut helpottavat. Kipulääkkeen sivuvaikutuksena voi olla hengityslama, jonka vuoksi potilas kuolee. Ennen

kuolemaansa potilas on kivuton, mikä on kipulääkityksen antamisen hyvää tekevää tarkoitus. Kuolema on hyvän tekemisen vuoksi hyväksytty negatiivinen seuraus.²⁴

Passiivinen eutanasia ja saattohoito ovat yleisesti käytössä terveydenhuollossa ympäri maailmaa hoidonlinjauksien kautta. Aktiivista eutanasiaa ei tule rinnastaa passiiviseen eutanasiaan tai saattohoitoon. Näiden termien välillä on merkittävä ero. Hoitojen aloittamattajättämisellä tai lopettamisella ei pyritä potilaan passiiviseen tappamiseen vaan sen tarkoituksena on lopettaa potilaan kannalta turhat ja kuormittavat hoidot. Suomen Lääkäriliitto suosittaa, että hoidosta luopumisessa tai aloittamattajättämisessä ei käytettäisiin termiä passiivinen eutanasia sen vääristävän sävyn vuoksi.²³

3.2 Eutanasian kannatus maailmalla

Eutanasiaa kannatetaan Yhdysvalloissa väestötasolla runsaasti, jopa 47–69 %². DeCesaren¹⁷ mukaan eutanasian hyväksymiseen liittyviä taustatekijöitä ovat rotu, uskonnollisuus, poliittinen suuntautuminen ja itsemurhan hyväksyminen. Eutanasiaa kannattavat amerikkalaisten keskuudessa useammin vaaleaihoiset kuin tummaihoiset, juutalaiset ja ateistit kuin katolilaiset ja protestantit sekä enemmän liberaalit kuin konservatiivit. Mitä vakaampi uskonnollinen vakaumus henkilöllä on, mitä enemmän tämä käy uskonnollisissa tilaisuuksissa tai tapahtumissa, sitä torjuvampi asenne tällä on eutanasiaan liittyvissä kysymyksissä.¹⁷ Myös Bahnik et al.¹⁹ havaitsivat, että tärkeimmät mielipiteitä selittävät tekijät amerikkalaisten keskuudessa olivat uskonnollinen vakaumus ja poliittinen asenne. Korrelaatio vahvan uskonnollisen vakaumuksen sekä konservatiivisen asenteen ja eutanasiavastustuksen välillä on selkeä¹⁹.

Cohenin et al.¹ tutkimuksen mukaan väestötasolla Euroopassa vuonna 2008 eutanasiakannatus oli yleisesti ottaen lievää tai keskivahvaa lukuunottamatta muutamia länsi-Euroopan maita, joissa kannatus oli vahvaa. Nämä maat olivat Tanska, Belgia, Ranska, Alankomaat, Ruotsi ja Luxemburg. Vähiten eutanasiaa kannatettiin väestötasolla Kosovossa, Kyproksella, Turkissa, Georgiassa ja Armeniassa.¹ Länsi-Euroopassa väestötasolla eutanasiakannatus on nousussa kun taas Itä- ja Keski-Euroopassa kannatus on vähentynyt². Mielenpide-eroja idän ja

lännen välillä selittää uskonto, kulttuuri sekä sosioekonomian ja terveydenhuollon tilanne¹.

Cohen et al.¹ havaitsivat, että uskonnollisen vakaumuksen vahvuuden ja eutanasian hyväksyminen välillä oli kohtalaisen vahva käänteinen lineaarinen yhteys. Sekä yksilö- että maakohtaisissa tuloksissa eniten ja vähiten eutanasiaa kannattaneet maat edustivat eniten ja vähiten uskonnollisia maita Euroopassa. Suurimmat uskonnollisuuserot olivat maissa, joissa pääuskontona oli ei-tunnustuksellinen uskonto (non-denominational) verrattuna katolilaisuuteen. Uskontoryhmistä protestantit kannattivat eutanasiaa enemmän kuin katolilaiset, ortodoksit ja muslimit. Maan uskonto itsessään ei näyttänyt kuitenkaan selittävän mielipide-eroja vaan tähän vaikutti eri maissa vallitsevat kulttuurit.¹ Vastakkaiseen tulokseen päätyi kuitenkin Tarabeih et al.²⁸, jotka tutkivat juutalaisten mielipide-eroja maissa, joissa avustettu itsemurha on laillista (Yhdysvallat) ja joissa se on lailla kielletty (Israel). Tutkimuksen mukaan asenteet ja käsitykset eivät riippuneet maan laista vaan yksilön ominaisuuksista ja vakaumuksen asteesta. Näissä juutalaisryhmissä ei havaittu selkeitä mielipide-eroja asuinpaikkakunnan mukaan.²⁸

Euroopassa idässä ja lännessä vallitsevat erilaiset sosioekonomiset ja terveydenhuollon tilanteet. Idässä sairastavuus ja kuolleisuus on korkeampaa ja terveydenhuollon järjestäytyneisyys ja taloudellinen tilanne huonompi verrattuna Euroopan länsimaihin.¹ Cohen et al.¹ pohtivat, voivatko väestön ennakkoluulot selittää mielipide-eroja. Ajatellaanko idässä eutanasian olevan keino tasoittaa korkeita terveydenhuollon kustannuksia?¹ Myös maiden kokemat tarinat tulee pitää mielessä. Monet Itä-Euroopan maat menettivät miljoonia ihmisiä toisen maailmansodan aikana, kun natsi-Saksa perusteli tekemiään massamurhia käyttämällä sanaa "eutanasia".⁵ Minkälainen merkitys holokaustilla on edelleen niissä maissa, joissa se vaati miljoonien ihmisten hengen?

Länsimaisessa kulttuurissa itsenäisyys ja kyvykkyys huolehtia itsestä koetaan merkittäviksi arvoiksi, hauraus ja riippuvuus aikuisiällä puolestaan arvoa alentaviksi²⁹. Bahnik et al.¹⁹ havaitsivat, että eutanasia koettiin yleisesti hyväksyttäväksi tilanteissa, joissa potilaan sairaus alentaa elämänlaatua, aiheuttaa fyysistä kärsimystä ja vie potilaan toimintakyvyn pitää itsestään huolta. Oireistoa itsenäisesti käsiteltäessä fyysiset oireet koettiin oikeutettuina syinä eutanasiaan, kun taas

psykykinen kärsimys korreloi negatiivisesti eutanasian hyväksymisen kanssa. Moraalikäsitteiden suhteen eutanasiaan suhtautuivat negatiivisimmin vastaajat, joilla oli vahva moraalinen käsitys uskollisuuden, auktoriteetin ja pyhyden suhteen. Fyysisille kärsimyksille vähiten painoarvoa asettivat he, joilla oli korkea moraalikäsitys auktoriteetin ja pyhyden suhteen. Oikeudenmukaiset puolestaan asettivat fyysiset kärsimykset korkealle eutanasian hyväksymisen suhteen.¹⁹ Eutanasian kannattamisen ja yksilön itsemääräämisoikeuden (freedom of personal choice items) välillä havaittiin eurooppalaisessa tutkimuksessa vahva yhteys¹. Suomen Lain mukaan itsemääräämisoikeuksiin kuuluvat kansalaisen perusoikeudet, joita ovat muun muassa oikeus henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen, yksityiselämän suoja, uskonnon ja omantunnon vapaus, sananvapaus, sivistykselliset oikeudet, oikeus omaan kieleen ja kulttuuriin, oikeus työhön ja sosiaaliturvaan sekä oikeusturva³⁰. Myös amerikkalaisessa tutkimuksessa havaittiin, että sananvapautta kannattavat henkilöt kannattavat eutanasiaa¹⁷. Elämän tarkoituksellisuuden (lasting meaning) taas havaittiin olevan yhteydessä negatiivisiin asenteisiin eutanasiaa kohtaan. Henkilö, joka ajattelee, että elämällä on tarkoitus, vastustanee todennäköisesti eutanasiaa.¹⁹ Ehkä taustalla on ajatus siitä, että kaikkien ihmisten elämällä on tarkoitus riippumatta henkilön kokemasta kärsimyksestä?

Eutanasian hyväksyntä kasvaa väestötasolla sekä Euroopassa että Yhdysvalloissa koulutus- ja tulotason kasvaessa. Ikääntymisen myötä hyväksyntä puolestaan laskee. Miehet ovat eutanasian suhteen suvaitsevaisempia kuin naiset.^{1,17}

Lääkäreiden kannatus eutanasiaa kohtaan on Euroopassa, Yhdysvalloissa ja Australiassa väestötasoa matalampaa². Länsi-Euroopassa tosin lääkäreiden hyväksyntä eutanasian suhteen on kasvamassa¹².

3.3 Lääketieteen opiskelijoiden ja valmistuneiden lääkärin mielipide-erot kuoleman avustamiseen liittyvissä kysymyksissä

Tutkimuksia, joissa on selvitetty lääketieteen opiskelijoiden ja lääkäreiden välisiä mielipide-eroja eutanasiaa ja avustettua itsemurhaa koskien, on melko vähän. Tällaisia tutkimuksia on tehty Puolassa, Puerto Ricossa, Meksikossa ja Sveitsissä⁸.

¹¹. Lääketieteen opiskelijoiden mielipiteitä on tutkittu omista tutkimuksissaan muun muassa Itävallassa, Etelä-Afrikassa, Saksassa, Norjassa, Ruotsissa, Kreikassa ja Sudanissa^{13,15,18,21,31-33}.

Puolassa suurin osa sekä opiskelijoista (67 %) että valmiista lääkäreistä (75 %) vastusti eutanasian laillistamista. Vielä suurempi osa vastaajista ei suostuisi suorittamaan eutanasiaa, mikäli se olisi laillista. Opiskelijoista siitä kieltäytyisivät 82 % ja lääkäreistä 90 %.¹⁰ Puerto Ricossa vuonna 1996 teetetty mielipidetutkimus paljasti, että tuolloin lääketieteen opiskelijat hyväksyivät eutanasian lääkäreitä useammin. 40 % opiskelijoista, 33 % erikoistuvista lääkäreistä ja 20 % erikoislääkäreistä tuki eutanasiaa.¹¹ Meksikossa avustettua itsemurhaa tuki puolet kyselyyn vastanneista 3. ja 4. vuoden lääketieteen opiskelijoista ja erikoistuvista lääkäreistä. Näiden vastaajaryhmien välillä ei ollut merkittävää eroa, mutta Loria et al.⁹ huomasivat, että merkittävä ero löytyi tähän kyselyyn vastanneiden ja aikaisemmin erikoislääkäreille teetetyn kyselyn välillä. Aikaisemmassa kyselyssä 39 % erikoislääkäreistä tuki avustettua itsemurhaa. Eron ajateltiin selittyvän iällä ja kliinisellä kokemuksella. Uskonnollisen vakaumuksen todettiin olevan yhteydessä kielteisiin näkemyksiin avustetun itsemurhan laillistamisessa.⁹ Sveitsiläisessä tutkimuksessa Marini et al.⁸ tutkivat 1. ja 2. vuoden lääketieteen opiskelijoiden, saattohoitoon erikoistuneiden lääkäreiden ja syöpätautien ammattilaisten välisiä mielipide-eroja. Tutkimusryhmä havaitsi, että opiskelijat kannattivat useammin sekä eutanasiaa että avustettua itsemurhaa kuin valmistuneet lääkärit ja syöpätautien ammattilaiset useammin kuin saattohoitoon erikoistuneet ammattilaiset. Mielipide-erojen ajateltiin johtuvan siitä, kuinka paljon työskentelee kuolevien potilaiden ja heidän loppuelämiensä parissa.⁸

Stronegger et al.³¹ teettivät lääketieteen opiskelijoille mielipidekyselyn kolme kertaa yhdeksän vuoden sisällä. Näiden ajanjaksojen välillä tutkimusryhmä havaitsi, että eutanasian kannatus potilastapauksissa nousi opiskelijoiden keskuudessa merkittävästi. Kannattajia oli vuonna 2001 16 %, vuonna 2003-2004 29 % ja vuonna 2008-2009 50 %.³¹

Etelä-Afrikassa yli puolet (53 %) mielipidekyselyyn osallistuneista 3.–5. vuosikurssin opiskelijoista kannatti eutanasian ja avustetun itsemurhan laillistamista. Lähes puolet (42 %) suostuisi suorittamaan eutanasian kuolemansairaalle potilaalle, kolmasosa (36 %) ei.¹⁵ Vuonna 2015 saksalaisessa tutkimuksessa eutanasian potilaalle hyväksyi viidesosa (19,2 %) kyselyyn vastanneista 4. vuosikurssin opiskelijoista. Puolet (51 %) hyväksyi avustetun itsemurhan samassa tapauksessa.³² Sveitsiläisistä opiskelijoista suurin osa kannatti sekä eutanasiaa että avustettua itsemurhaa (70 %; 77 %)⁸. Norjassa eutanasiaa kuolemansairaalle potilaalle tuki viidesosa (19 %) 5. ja 6. vuoden opiskelijoista. Samalla indikaatiolla avustettua itsemurhaa kannatti kolmasosa (31 %) vastaajista. Negatiivisimmin laillistamiseen suhtautuivat naiset ja ne, jolle uskonto oli tärkeässä roolissa.¹⁸ Ruotsissa 1. ja 5. vuosikurssin opiskelijoille teetetty kysely paljasti, että kolmasosa opiskelijoista (34 %) suhtautui eutanasian laillistamiseen positiivisesti, puolet taas vastusti laillistamista (52 %). Tutkimus selvitti avoimilla kysymyksillä opiskelijoiden asenteita eutanasiaa kohtaan. Opiskelijat perustelivat eutanasian vastustamista muun muassa moraaliin vedoten, kaltevan pinnan riskillä sekä henkisen kuormituksen pelolla. Opiskelijoiden pelkona oli myös potilaan tahdon tulkinnan vaikeus. Eutanasiaa tuettiin vetoamalla potilaan itsemäärämisoikeuteen sekä tämän tuskien helpottamiseen. Tutkimuksessa todettiin, että laillistamista kannattavien opiskelijoiden määrä oli alhaisempi kuin niiden opiskelijoiden määrä, jotka toivoivat itselleen tulevaisuudessa mahdollisuuden eutanasiaan. Tutkimusryhmä pohti, kuinka suuressa merkityksessä kyselyyn vastaamisessa vaikutti tuleva rooli. Eutanasian haluamisessa opiskelija asettaa itsensä potilaan rooliin, laillistamiskysymyksessä puolestaan lääkärin eli eutanasian suorittajan rooliin.¹³ Kreikkalaisessa tutkimuksessa viimeisen vuoden opiskelijoista puolet (52 %) kannatti eutanasian ja yli puolet (70 %) avustetun itsemurhan laillistamista³³. Sudanissa puolestaan viimeisen vuoden opiskelijoista suurin osa (77 %) vastusti eutanasiaa. Vahva uskonnollinen vakaumus oli yhteydessä vahvaan vastustavaan näkemykseen.²¹ Yhdysvalloissa, Alankomaissa, Unkarissa ja Sveitsissä suurin osa opiskelijoista kannattaa eutanasiaa ja avustettua itsemurhaa, kun taas Norjassa, Ruotsissa, Italiassa, Saksassa, Sudanissa, Malesiassa ja Puerto Ricossa suurin osa vastustaa sitä.³³

Miccinesi et al.³⁴ tekivät laajan vertailevan kyselytutkimuksen Belgiassa, Tanskassa, Italiassa, Alankomaissa, Ruotsissa, Sveitsissä ja Australiassa. Tutkimukseen osallistui yli 10 000 lääkäriä 10 eri erikoisalalta. Tutkimuksessa havaittiin, että tapauksessa, jossa kuolemansairas potilas pyytää oma-aloitteisesti tappavan lääkeannoksen saamista, sen olisivat valmiita hyväksymään useammin alankomaalaiset ja belgialaiset lääkärit. Italialaiset ja ruotsalaiset lääkärit suhtautuivat kriittisimmin tällaiseen tilanteeseen. Ääripäiden väliin jäivät tanskalaiset, sveitsiläiset ja australialaiset kollegat (ks. taulukko 4). Kaikissa valtioissa kriittisimmin kuoleman avustamiseen suhtautuivat onkologit ja geriatrit. Myöntyväisimmin suhtautuivat gynekologit. Erikoisalakohthaisten mielipiteiden ajateltiin selittyvän eri erikoisalojen tyypillisillä potilas-lääkärisuhteilla ja erilaisilla kliinisillä olosuhteilla. Valtioiden tuloksissa havaittiin, että käytänteisiin vaikuttaa vahvasti valtiossa vallitseva laki. AE ja AVI ovat Ruotsissa, Tanskassa, Italiassa ja osassa Australiaa kiellettyjä. AVI on laillinen Sveitsissä ja kyselyn teettämisaikana AE ja AVI olivat Alankomaissa laittomia, mutta niiden harjoittamisesta ei haastettu lääkäreitä oikeuteen. Belgiassa puolestaan kyseisenä ajankohtana uusi eutanasia laki oli suunnitteilla.³⁴

3.4 Eutanasian ja avustetun itsemurhan laillisuus maailmalla

Ensimmäisenä maana maailmassa avustetun itsemurhan salli Sveitsi vuonna 1942. Tämän jälkeen kului lähes 60 vuotta, ennen kuin Alankomaat laillisti sekä avustetun itsemurhan että eutanasian vuonna 2001. Tämän jälkeen perässä seurasi Belgia vuonna 2002. Belgian ja Alankomaiden tavoitteena oli laillistamisen myötä muun muassa lisätä kuolemasairaiden potilaiden hoidon läpinäkyvyyttä ja parantaa potilaiden loppuelämän aikana saamaa hoitoa.²⁶

Tällä hetkellä eutanasia on sallittu viidessä maassa: Alankomaissa, Belgiassa, Luxemburgissa, Kolumbiassa ja Kanadassa^{2,3,26}. Avustettu itsemurha on sallittu edellä mainituissa valtioissa sekä näiden lisäksi Sveitsissä, Australiassa Victorian osavaltiossa sekä Yhdysvalloissa kahdeksassa osavaltiossa, jotka ovat Oregon, Montana, Vermont, Kalifornia, Colorado, Havaiji, New Jersey ja Maine^{2-4,26}. Viimeisimpänä avustetun itsemurhan on dekriminoinut Saksa vuonna 2020⁵.

Kriteerit, joiden mukaan eutanasia tai avustettu itsemurha voidaan myöntää potilaalle, vaihtelevat maittain. Alunperin eutanasia laillistettiin sallittavaksi kuolemansairaalle potilaalle sietämättömien kipun helpottamiseksi. Laillistamisen jälkeen lähes kaikissa valtioissa on tehty lievennyksiä hyväksymiskriteereihin joko lakimuutosten tai käytänteiden kautta.³⁵ Tällä hetkellä Belgiassa, Alankomaissa ja Luxemburgissa ydinvaatimuksena on potilaan kokema sietämätön fyysinen tai henkinen kipu, kuolemansairaus ei siis ole välttämätön². Välttämättömänä ehtona on, että lääkäri voi varmistua potilaan oikeustoimikelpoisuudesta. Potilaan tulee pyytää eutanasiaa tai avustettua itsemurhaa omasta vapaasta tahdostaan. Hänellä tulee olla tietoa omasta sairaudestaan, mahdollisista hoitokeinoista sekä hänen tulee ymmärtää toimenpide ja sen merkitys. Pyyntöä pitää edeltää riittävä harkinta.²⁶ Yhdysvalloissa potilaan jäljellä olevan elinajanodotteen tulee olla alle 6 kuukautta, joten sairauden täytyy olla kuolemaan johtava². Kanadassa vaatimuksena on niinkään vakava ja korjautumaton tila, joka tulee lopulta johtamaan kuolemaan. Elinajanodotetta ei ole määritetty.³ Useissa maissa potilaan tulee olla täysi-ikäinen. Poikkeuksina ovat Belgia, Alankomaat ja Kolumbia, joissa eutanasia voidaan myöntää myös lapsille. Vaikka laki sallii eutanasian lapsille, tapausmäärät ovat olleet erittäin vähäisiä.^{2,31}

Käytännössä eutanasian tai avustetun itsemurhan hakeminen ja myöntäminen vaatii potilas-lääkärisuhteen. Yhdysvalloissa potilas haastatellaan kaksi kertaa 15 vuorokauden välein, ja viimeisen kirjallisen pyynnön jälkeen on kahden vuorokauden odotus ennen tappavan lääkkeen määrämistä. Kanadassa kirjallisen pyynnön ja toteutuksen välissä tulee olla vähintään 10 vuorokautta. Belgiassa, jossa myös ei-kuolemansairaant voivat saada eutanasian, tulee näiden potilaiden odottaa vähintään yhden kuukauden ajan ennen toimenpidettä. Kolumbiassa päätöksen eutanasian tai avustetun itsemurhan myöntämisestä tekee riippumaton komitea, muualla maailmassa päätöksen tekee lääkäri.² Belgiassa ja Alankomaissa vaaditaan kahden lääkärin mielipide ennen päätöstä. Useissa maissa, kuten Belgiassa, tekijänä voi toimia ainoastaan laillistettu lääkäri.²⁶ Kanadassa myös rekisteröity sairaanhoitaja voi avustaa kuolemisessa³.

Maissa, joissa eutanasia tai avustettu itsemurha ovat laillistettuja, näiden toimenpiteiden aiheuttamien kuolemien osuus on 0,3–4,6 % kaikista kuolemista. Tyypillinen potilas on vaaleaihoinen, iäkäs ja korkeasti koulutettu. Somaattiset syyt,

kuten kipu, ovat pääsyy kuolemantoiveelle harvoin, vaikka yli 70 % potilaista sairastaa syöpää.^{2,36} Yleisimpiä syitä kuolemantoiveeseen ovat niin sanotut henkiset syyt, kuten autonomian, koetun arvokkuuden ja elämänilon menetys sekä masennuksen tai henkisen kuorman tunne^{2,4,36}.

3.5 Eutanasian mahdolliset riskit ja ovatko ne toteutuneet

Yksi merkittävistä ja yleisimmistä syistä vastustaa eutanasiaa on kaltevan pinnan riski. Tämä tarkoittaa sitä, että sallimalla jokin asia tietyillä ehdoilla tullaan ajan mittaan liukumaan kaltevaa pintaa alaspäin eli sallimaan asia uusilla löyhemmillä vaatimuksilla. Avustetun itsemurhan sallimisessa pelkona on se, tullaanko myös eutanasia sallimaan. Eutanasian sallimisessa pelkona on hyväksyttävien kriteerien laajeneminen sekä se, sallitaanko ajan myötä eutanasia myös potilasryhmille, jotka eivät voi päättää asiasta itse, kuten muistisairaajat. Kaltevan pinnan riskin pelkona on siis pelko eutanasian väärinkäytöksistä. Toinen merkittävä riski on pelko potilasryhmien painostamisessa eutanasiaan.

Tärkeimpänä syynä avustettuun itsemurhaan ja eutanasiaan on muu kuin somaattinen syy. Dugdale et al.⁴ toteavat artikkelissaan, että tärkein syy avustettuun itsemurhaan Oregonissa on autonomian ja elämänilon menetys. Burki³⁶ toteaa puolestaan, että vain 5 %:lla Oregonissa avustetun itsemurhan saaneista potilaista oli jonkinlainen kontakti mielenterveyspuolelle. Tämä on ristiriitaista sen suhteen, kuinka suuri osa potilaista toivoo kuolemaa vedoten henkisiin syihin.³⁶ Eutanasian tai avustetun itsemurhan saaminen vaatii aikuispotilailta oikeustoimikelpoisuutta eli potilaalla tulee olla riittävä kyky ymmärtää, mitä tämä on pyytämässä ja että kuolema on lopullinen. Potilasta tulee myös informoida riittävästi sairaudesta ja muista hoitovaihtoehdoista. Burki³² kysyykin, voiko mielenterveyspotilas olla täysin kekenävä ymmärtämään eutanasian lopullisuuden ja tekemään päätöksen toimenpiteestä. Gale et al.³⁵ ovat psykiatreina huolestuneita siitä, että lähes jokaisessa valtiossa, jossa eutanasia on laillistettu, on tehty lisäyksiä hyväksymiskriteereihin, muun muassa ikärajoja on poistettu. Tämän kautta he pelkäävät kaltevan pinnan riskiä.³⁵ Norwood et al.³⁷ pohtivat julkaisussaan Alankomaiden potilastilannetta ja sitä, onko maassa tapahtunut väärinkäytöksiä eutanasian suhteen. Tutkimus ei pystynyt osoittamaan sitä, etteikö väärinkäytöksiä esintyisi,

mutta antaa viitteitä siitä, ettei näin ole. Työryhmä havaitsi, että suurin osa eutanasiaan liittyneistä potilaskontakteista ei päätenyt toimenpiteeseen. Potilaat, jotka hakeutuivat vastaanotolle keskustelemaan mahdollisuudestaan eutanasiaan, kokivat keskustelun itsessään merkityksellisenä ja saivat tästä terapeutin vaikutuksen.³⁷ Emanuel et al.² totesivat niin ikään katsauksessaan, ettei ole tiedossa, joutuvatko päätöksentekoon kykenemättömät potilaat vastentahtoiseen eutanasiaan valtioissa, joissa se on sallittu verrattuna valtioihin, joissa se on laitonta. He kuitenkin totesivat katsauksessaan, että kuolemat, jotka johtuvat kuolettavan lääkkeen antamisesta ilman potilaan suostumusta ovat vähentyneet sekä Belgiassa että Alankomaissa eutanasian laillistamisen jälkeen.² Väärinkäytösten osalta dataa on siis liian vähän, jotta johtopäätöksiä voidaan tehdä. Norwood et al.³⁷ tuloksen johdosta voi kuitenkin ajatella, että erityisen merkityksellistä olisi lisätä potilaiden mahdollisuuksia keskustella terveydenhuollon ammattilaisten kanssa.

Toinen laillistamista vastustava ajatus on eutanasian leviäminen ja sen hyväksyminen yleiseksi toimintatavaksi liian kevyin perustein. Kohutapahtumien, jossa esimerkiksi julkisuuden henkilö on päätenyt avustettuun itsemurhaan, on havaittu nostavan avustettujen itsemurhien kokonaismäärää vuositasolla jopa kaksinkertaiseksi⁴. Belgiassa ja Alankomaissa eutanasiapyyntöjen määrä on kasvanut laillistamisen myötä. Eutanasian yleistymisestä kielii myös eutanasiaan erikoistuneiden klinikoiden ja lääkärimäärän kasvu.²

Eutanasian vastustamista perustellaan vetoamalla lakiin ja yleiseen moraaliin. Monissa maissa, kuten Suomessa, eutanasiaa ei ole määritelty rikoslaisissa. Suomen vuoden 1969 rikoslaisissa oli maininta ”pyynnöstä tappamisesta”, jotta tästä saisi vähäisemmän rangaistuksen kuin tappamisesta. Maininta poistettiin vuonna 1995.¹⁴ Voimassa oleva rikoslaki määrittää tappamisen kolme eri muotoa: tapon, murhan ja surman.³⁰ Eutanasia luokitellaan lain tulkinnan mukaan näihin rikoksiin. Tietyn maan yleiset moraalikäsitteet ovat pitkälti yhteydessä maan lakeihin, kulttuuriin ja uskontoon. Yleisen moraalikäsitteksen mukaan ei tule tappaa eli tämän perusteella ei tule myöskään hyväksyä eutanasiaa.²⁴

Uskonnolliset perusteet eutanasian vastustamisessa ovat yleisiä. Uskonnolliset henkilöt kokevat, että eutanasiaa vastustaa muun muassa uskonnollinen moraalinen ja elämän pyhyys³⁵. Uskonnollinen moraalinen kieltää tappamisen vedoten viidenteen

käskyyn ”älä tapa”. Tosin Raamatussa kehoitetaan tappamaan useissa kohdissa, jonka vuoksi viidennen käskyn tappamista ei voitane ulottaa kaikkeen tappamiseen.²⁴ Esimerkiksi toisessa Mooseksen kirjassa, luvussa 21 jakeessa 17 sanotaan: ”Joka kiroaa isäänsä tai äitiänsä, rangaistakoon kuolemalla.”³⁸ Airas et al.²⁴ pohtivat kirjassaan Lempeä kuolema, että käsky ulottuisi tappamiseen pahoin aikein. Tällöin siis käsky ei koskisi eutanasiaa, jonka perimmäisenä tarkoituksena on hyvän tekeminen, potilaan kärsimysten lievennys.²⁴ Kristinuskon ja joidenkin muiden uskontojen mukaan elämä on pyhää ja Jumalan hallussa, sillä Jumala on luonut ihmisen ja antanut tälle elämän²⁸. Ihmisen ei tule puuttua kuolemaan, vaan sen tulee olla luonnollinen³⁹. Toisaalta voidaan kysyä, minkä vuoksi lääketieteellä saadaan pidentää elämää²⁴? Tarabeih et al.²⁰ toteavat, että suurin osa uskontokunnista kannattaa palliatiivista hoitoa.

Lääkärikunnan muuta väestöä vähäisempää eutanasiakannatusta selittänee lääkärin etiikka. Antiikin ajoista lähtien lääkärinvalan perustana on käytetty Hippokrateen valaa, jonka mukaan lääkäri vannoo: ”En tule antamaan kenellekään kuolettavaa myrkkyä, vaikka minulta sellaista pyydetäisiin, enkä neuvoa sellaisen valmistamiseen.”²³ Nykyisessä suomalaisessa lääkärinvalassa ei ole edellä mainittua lausahdusta. Suomen Lääkäriliiton mukaan lääkärin eettisiin periaatteisiin kuuluu kunnioittaa ja suojella elämää²³. Lääkäreiden eutanasiakannatus riippuu merkittävästi maasta ja erikoisalasta. Vuonna 2013 belgialaisista lääkäreistä 78-90 %, alankomaalaisista lääkäreistä 59-77 % ja suomalaisista lääkäreistä 46 % kannatti eutanasiaa. Yhdysvalloissa onkologeista eutanasiaa kannattaa vain 6,5 %¹⁴. Silvoniemen et al.¹⁶ tutkimuksessa havaittiin, että lääkärit, joilla on paljon kokemusta palliatiivisesta hoidosta, vastustavat eniten eutanasiaa. Lääketieteen opiskelijat ovat valmistuneita lääkäreitä suopeampia eutanasiaa kohtaan¹². Uskonnolla on vahvempi vaikutus valmiiden lääkärin mielipiteiden taustalla kuin opiskelijoiden. Myös nuoren iän ja vähäisen kliinisen kokemuksen ajatellaan selittävän opiskelijoiden myönteisempiä mielipiteitä.¹² Eutanasiaa kannattavien lääkärin joukosta vain osa on valmis suorittamaan eutanasian¹⁴. Psykologiselta kannalta eutanasian on ajateltu aiheuttavan sietämätöntä taakkaa lääkärin omatunnolle, syyllisyydentuntoa ja työkyvyn heikkenemistä²⁴. Eutanasiaan osallistuvien ammattilaisten onkin todettu olevan henkisesti kuormittuneita². Toisaalta maissa, jossa eutanasia on laillistettu, kuten Belgiassa, lääkäreillä on

vapaus kieltäytyä sen suorittamisesta vedoten omantunnon syihin²⁶. Lääkärikunnassa on myös pelätty eutanasian sallimisen heikentävän potilaiden luottamusta lääkärikuntaa kohtaan, mutta tästä ei juuri ole tutkimustuloksia²⁴.

3.6 Eutanasiakeskustelu Suomessa

Suomessa, kuten monissa muissa maissa, on viimeisten vuosien aikana keskusteltu enenevässä määrin eutanasian laillistamisesta. Cohenin et al.¹ tutkimuksen mukaan Suomi asettui mielipidekyselyssä eutanasian kannatuksen suhteen keskivaiheille. Tulos oli kuitenkin väestön vahvan itsemäärämis-oikeudentunnon suhteen hieman keskiarvoa matalampi.¹ Tärkein syy puolustaa eutanasiaa on yksilön itsemäärämis-oikeus, joka koetaan yhdeksi tärkeimmistä eettisistä ihmisarvoista⁴. Lääketieteessä tämän ajatellaan johtavan siihen, että potilas saa itse määrittää, mitä hoitoa tämä haluaa tai ei halua saada. Autonomian kannattajat vetoavat potilaan oikeuteen omasta kehosta, kivuttomuudesta ja halusta kuolla²⁸. Colburnin⁴⁰ mukaan vain silloin voi tehdä autonomisen päätöksen, kun on oikeasti mahdollisuus valita. Tämän perusteella eutanasia tulisi laillistaa kannatti sitä tai ei, sillä vapaaehtoisuuden puute on autonomian suurin uhka⁴⁰.

Suomalaisten lääkäreiden mielipiteet eutanasian suhteen ovat lieventyneet. Louhialan et al.¹⁴ 20 vuoden seurantatutkimuksessa havaittiin, että vuosien 1993 ja 2003 välillä ei ollut merkitsevää eroa eutanasiaa kannattavien lääkäreiden osuuksissa. Vuoden 2003 ja 2013 tutkimuksissa löytyi puolestaan merkittävä ero. Vuonna 2003 29 % lääkäreistä kannatti eutanasian laillistamista ja 61 % lääkäreistä vastusti sitä. Vuonna 2013 puolestaan 46 % lääkäreistä kannatti ja 46 % vastusti laillistamista. Viidesosa lääkäreistä puolestaan suostuisi suorittamaan eutanasian potilaalle.¹⁴ Ne lääkärit, joilla on paljon kokemusta palliatiivisesta hoidosta kokevat useimmin, että eutanasian laillistaminen on tarpeetonta¹⁶. Mielipidetutkimuksessa, jossa esimerkkinä oli kivuista kärsivä syöpäpotilas, kuolemaa jouduttavia kipulääkkeitä letaalitasolle olivat valmiita määräämään 25 % lääkäreistä vuonna 1999 ja 34 % vuonna 2015. Mielipiteeseen vaikutti taustatekijöistä erikoisala, uskonnollisuus, sukupuoli ja ikä. Kipulääkkeen noston letaalitasoon hyväksyivät vähiten onkologit, naiset, nuoret ja ne, jotka olivat uskonnollisia.²⁰ Suomalaisista

lääkäreistä suurin osa on sitä mieltä, että tarpeeksi hyvä palliatiivisen hoidon koulutus tekee eutanasiasta tarpeettoman¹⁶.

Kansalaisaloite ”Eutanasia-aloite hyvän kuoleman puolesta” käynnistettiin marraskuussa 2016 ja sen päämääränä oli eutanasian laillistaminen Suomessa. Aloitteen mukaan eutanasia pitäisi sallia kuolemansairaille potilaille, joilla on sietämättömiä fyysisiä tai psyykkisiä kärsimyksiä, joita ei voida muiden hoitojen avuin lievittää. Potilaan tulisi olla oikeustoimikelpoinen ja saanut riittävää tietoa sairaudesta, sen ennusteesta ja muista hoitovaihtoehdoista. Psyykkiset syyt tulisi hoitaa ennen päätöksentekoa. Pyyntö eutanasiasta tulisi esittää vapaaehtoisesti ja omasta toiveesta. Päätöksessä tulee konsultoida toista lääkäriä.⁶ Aloite keräsi yli 63 000 allekirjoitusta ja se lähetettiin eduskuntaan helmikuussa 2017. Toukokuussa 2018 eduskunta hylkäsi kansalaisaloitteen. Samassa istunnossa sosiaali- ja terveysministeriölle asetettiin vaatimus koota asiantuntijatyöryhmä selvittämään ”elämän loppuvaiheen hyvää hoitoa, itsemäärämisoikeutta sekä saattohoitoa ja eutanasiaa koskevia sääntelytarpeita ja tarvittaessa antaa selvitystyön pohjalta eduskunnalle ehdotukset lainsäädännön muutoksiksi.”⁷ Selvitystyö on edelleen käynnissä.

4. AINEISTO JA MENETELMÄT

4.1 Yleistä

Tutkimus suoritettiin mielipidetutkimuksena. Kyselylomake laadittiin aikavälillä 3/2015-11/2015.

Keväällä 2015 silloisen ensimmäisen vuosikurssin 20:lle opiskelijalle teetettiin kaksi pilottitutkimusta. Ensimmäinen kysely koski tutkimuslomakkeen ulkoasua ja toinen sisältöä. Molemmissa pilottitutkimuksissa vastaajat saivat antaa kysymyskohtaista palautetta sekä yleisesti avointa palautetta joko kirjallisesti tai suullisesti koskien koko kyselyä tai yksittäisiä osioita. Pilottitutkimuksen palautteen perusteella muokattiin lopulliset kyselylomakkeet (ks. Liite 1).

Tutkimuslomakkeen alussa määriteltiin tutkimuksessa käsiteltävät kuolinapuun liittyvät termit. Kyselylomakkeen lopussa oli selvitys potilastapauksessa esiintyvistä sairauksista, sillä osa vastaajista oli vasta opintojensa alkutaipaleella, ja vastaajille haluttiin antaa yhteneväinen tietopohja käsitellyistä sairauksista.

Kyselytutkimuksessa tarkastelun kohteena ovat erilaiset yksilön taustatekijät, jotka olisivat voineet vaikuttaa vastaajan mielipiteisiin eutanasiakysymyksissä. Näitä demografisia tekijöitä ovat muun muassa ikä, sukupuoli, vuosikurssiasema, työssä-olovuodet, siviilisääty ja vakaumus. Taustatekijöitä, jotka voisivat vaikuttaa yksilön mielipiteisiin ovat muun muassa yksilön uskonnollisen vakaumuksen aste ja henkilön oma tai lähipiirin vakava sairastaminen. Vakaumuksellisuutta selvitettiin avoimella kysymyksellä ja kysymällä keskimääräisiä rukoilu- ja kirkossakäyntikertoja, elämän jatkuvuutta ja kuolemanpelkoa. Myös henkilön omakohtaisista kokemuksista vakavan sairauden sairastamisesta tai seuraamisesta lähipiirissä kerättiin tietoa. Opiskelijoille ja lääkäreille oli hieman erilaiset lomakkeet, sillä lääkäreiltä kysyttiin myös ammatillisia kysymyksiä, muun muassa erikoisalaa ja kliinistä kokemusta kuolemansairaiden potilaiden hoidossa.

Mielipidetutkimuksessa selvitettiin vastaajien näkemyksiä kuolemanavussa. Tutkimuksessa kysyttiin muun muassa haluaisivatko vastaajat itselleen mahdollisuuden eutanasiaan, mitkä syyt eutanasiassa koetaan riskeiksi ja mahdollisia

syitä, minkä vuoksi vastaaja vastustaa tai kannattaa eutanasiaa. Lisäksi selvitettiin saattohoidon ja eutanasian välistä suhdetta. Erikseen kysyttiin, mitä mieltä vastaajat ovat eutanasian ja avustetun itsemurhan laillistamisesta, olisivatko he valmiita osallistumaan ammattilaisina näihin toimiin ja kuuluisiko lääkäriellä olla kieltäytymisvapaus näiden suorittamisessa. Myös eettisten keskustelujen riittävyttä opiskelu- ja työympäristössä selvitettiin. Kyselyn lopussa vastaajilta kysyttiin laajasti, millaisilla oirekuvilla he hyväksyisivät eutanasian ja avustetun itsemurhan. Potilastapauksia on viidestä kategoriasta ja ne liittyvät syöpä-, masennus-, dementia-, kooma- ja ALS-potilaisiin. Vastaajien mielipiteitä kysyttiin asteikkotasolla yhdestä viiteen, miten vahvasti aktiivisen ja passiivisen eutanasian sekä avustetun itsemurhan hyväksyy. Potilastapausten kohdalla on käsitelty niitä kuolemanavun mahdollisuuksia, joita sairaus mahdollistaa. Esimerkiksi masennuspotilaalla passiivista eutanasiaa ei käsitelty eikä koomapotilaalla avustettua itsemurhaa. Potilastapauksissa potilaan iän tuomaa vaikutusta vastaajan mielipiteeseen selvitettiin toistamalla tapaus kahdella tai kolmella eri iällä. Tutkimukseen oli valikoitu mukaan 25-, 50- ja 80-vuotiaat esimerkkipotilaat.

4.2 Tietojen kerääminen

Kyselytutkimuksen aineisto kerättiin kyselytutkimuksena Itä-Suomen yliopiston ensimmäisen ja viidennen vuosikurssin opiskelijoilta 12/2015. Aineisto kerättiin koko vuosikurssin yhteisissä pakollisissa tilaisuuksissa. Mielipidetutkimukseen vastaaminen perustui vapaaehtoisuuteen ja ennen vastaamista opiskelijat saivat tietoa tutkimuksen taustoista ja tavoitteista. Lääkäreiltä aineistoa kerättiin Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYS) ja Kuopion kaupungin perusterveydenhuollon työntekijöiltä. Muutamia vastaajia löytyi myös Itä-Suomen yliopiston puolelta. Vastauksia kerättiin 12/2015-3/2016 välillä. Kyselyn tekijä oli laajasti sähköpostitse yhteydessä KYS:in eri klinikoihin ja sopi eri erikoisalojen klinikkakoulutuksiin audiensseja. Tämä järjestyi onkologian, anestesiologian ja tehohoidon sekä neurologian klinikkatapaamisiin. Lisäksi audienssi sovittiin Kuopion kaupungin perusterveydenhuollon ylilääkärin kanssa, joka toimitti lomakkeita tapaamisen jälkeen eri terveystieteisiin. Tutkimuslomakkeita toimitettiin muutamille klinikoille myös sähköpostitse. Kyselylomakkeen mukana valmistuneille lääkäreille annettiin

saatekirje, jossa selvitettiin tutkimuksen tavoite. Lääkärit palauttivat kyselylomakkeet nimettöminä yliopiston sisäisessä postissa.

4.3 Tietojen analysointi

Kerätyt tiedot siirrettiin IBM SPSS Statistics version 25.0 -tilasto-ohjelmaan aikavälillä 4/2016-8/2016. Tutkimuksessa saatuja tietoja ei voi yhdistää yksittäiseen vastaajaan ja kerättyjä tietoja käsiteltiin tilastollisesti. Vastaajat ryhmiteltiin pääosin kuuteen luokkaan: ensimmäisen vuoden miehet ja naiset, viidennen vuoden miehet ja naiset sekä lääkärimiehet ja -naiset. Vastauksia tulkittiin osittain myös muiden ryhmittelyjakojen kautta, esimerkiksi naiset ja miehet sekä uskovaiset ja ateistit.

Vastauksissa oli useita vastaustyyppisiä. Osassa kysymyksiä vastaaja vastasi numeerisesti, osassa käytettiin kyllä-ei-en osaa sanoa tai asteikkojanaa mielipiteen tutkimiseksi ja joissain kysymyksissä oli useita vastausvaihtoehtoja, joista vastaaja sai valita itselleen parhaiten sopivan. Tulokset pyöristettiin lähimpään kokonaislukuun. Muuttujia testatessa käytettiin muun muassa Khiin neliötestiä sekä Kruskal-Wallis testistä. Mikäli Khiin neliön kriteerit eivät täytyneet, käytettiin Fisherin testiä. Merkitsevänä tuloksena pidettiin p:n arvoa $<0,05$.

5. TULOKSET

5.1 Yleistä tuloksista

Tuloksissa on tarkasteltuna kuusi vastaajaryhmää: ensimmäisen ja viidennen vuosikurssin miehet ja naiset sekä valmistuneet mies- ja naislääkärit. Eri ryhmiin viitataan seuraavasti:

- ensimmäisen vuosikurssin miehet = M1 (male 1)
- ensimmäisen vuosikurssin naiset = F1 (female 1)
- viidennen vuosikurssin miehet = M5 (male 5)
- viidennen vuosikurssin naiset = F5 (female 5)
- valmistuneet mieslääkärit = MMD (male medical doctors)
- valmistuneet naislääkärit = FMD (female medical doctors)

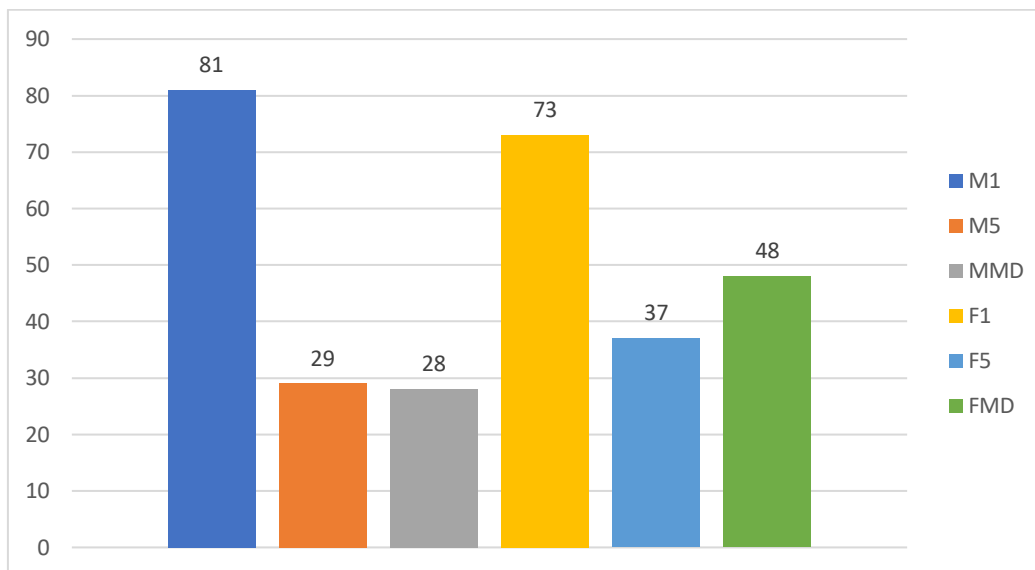
Muina jaottelutapoina ovat opintovaihe- ja sukupuoli- jaottelu. Eri ryhmiin viittaavia lyhenteitä ovat tällöin

- ensimmäisen vuosikurssin kaikki opiskelijat = A1 (all 1)
- viidennen vuosikurssin kaikki opiskelijat = A5 (all 5)
- kaikki valmistuneet lääkärit = AMD (all medical doctors)
- kaikki miehet = AM (all males)
- kaikki naiset = AF (all females)

Mikäli vastauksen yhteydessä ei ole esitetty ryhmittelyä, tällöin kyseessä on koko vastaajaryhmän tarkastelu.

5.2 Vastaajien lukumäärät

Kyselyn kokonaisvastaajamäärä oli 296 vastaajaa. Ensimmäisen vuosikurssin opiskelijoita kyselyyn vastasi yhteensä 154, joista 81 (52 %) oli miehiä ja 73 (48 %) naisia. Viidennen vuosikurssin opiskelijoita kyselyyn vastasi yhteensä 66, joista 29 (44 %) oli miehiä ja 37 (56 %) naisia. Valmistuneiden lääkäreiden kokonaisvastaajamäärä oli 76, joista 28 (37 %) oli miehiä ja 48 (63 %) naisia (kuvio 1).



KUVIO 1. Kyselyyn vastanneiden lukumäärät (%).

5.3 Vastanneiden demografiset tekijät

Ensimmäisen vuosikurssin miesvastaajien keskimääräinen ikä oli $23,1 \pm 0,5$ vuotta, naisvastaajien puolestaan $21,7 \pm 0,3$ vuotta. Viidennen vuosikurssin miesvastaajien iän keskiarvo oli $25,7 \pm 0,6$ vuotta ja naisvastaajien $25,8 \pm 0,4$ vuotta. Valmistuneiden lääkäreiden joukosta miesvastaajien keski-ikä oli $44,3 \pm 1,2$ vuotta ja naisvastaajien $39,8 \pm 1,3$ vuotta.

Valmistuneiden lääkärin joukossa erikoistumassa olevien lääkärin lukumäärä oli 25 vastaajaa ja valmiiden erikoislääkärin lukumäärä 37, loput vastaajista eli 15 vastaajaa eivät olleet erikoistumassa. Edustetuimmat erikoisalajat olivat yleislääketiede (29 vastaajaa), anesthesiologia (13 vastaajaa), tehohoito (11 vastaajaa) ja onkologia (9 vastaajaa). Yksittäisiä vastauksia saatiin lisäksi akuuttilääketieteeltä (1), geriatralta (2), fysiologia- ja isotooppilääketieteeltä (1), korva-, nenä- ja kurkkutaudeilta (1), neurologialta (1), psykiatialta (6) ja sisätaudeilta (1). Valmistuneiden lääkärin työssäolovuodet olivat miehillä keskimäärin $17,1 \pm 2,5$ vuotta ja naisilla $11,3 \pm 1,4$ vuotta.

Ensimmäisen vuosikurssin opiskelijoista suurin osa olivat siviilisäädyltään naimattomia (M1 80 %, F1 76 %). Loput ensimmäisen vuosikurssin vastaajista olivat avo- tai avioliitossa olevia (M1 19 %, F1 24 %). Viidennen vuosikurssin opiskelijoista naimattomien ja avio- tai avioliitossa olevien lukumäärä oli tasoittunut; miehistä 55 % oli naimattomia ja 45 % avio- tai avioliitossa ja naisista 49 % naimattomia ja 51 % avio- tai avioliitossa. Valmistuneiden lääkärien joukossa suurin osa oli avio- tai avioliitossa (MMD 89 %, FMD 81 %). Loput olivat naimattomia, eronneita tai asumuserossa ja joukossa oli myös yksi leski.

Vastaajista 205 eli 69 % oli evankelisluterilaisia (M1 73 %, F1 79 %, M5 38 %, F5 65 %, MMD 54 %, FMD 79 %). Evankelisluterilaisten jälkeen toiseksi suurin vastaajaryhmä olivat ne, joilla ei ollut uskonnollista vakaumusta. Ateisteiksi itsensä ilmoitti 75 vastaajaa eli 25 % (M1 25 %, F1 15 %, M5 52 %, F5 32 %, MMD 36 %, FMD 13 %). Ortodoksisuus, katolilaisuus, helluntailaisuus ja muu kristillinen yhteisö olivat edustettuina kyselyssä yksittäisten vastaajien kautta. Vuosikurssien välillä oli merkitsevä eroavaisuus vakaumuksen suhteen. Ensimmäisen vuosikurssin opiskelijoista ja valmistuneista lääkäreistä suurempi osa olivat evankelisluterilaisia verrattuna viidennen vuosikurssin opiskelijoihin (A5 53 % vs. A1 76 %, AMD 69 %) ($p = 0,003$). Viidennen vuosikurssin opiskelijoista lähes puolet ilmoittivat olevansa ateisteja (A5 41 % vs. A1 21 %, AMD 22 %). Naiset kokivat itsensä uskonnollisemmiksi verrattuna miehiin (F1 26 %, F5 19 %, FMD 35 % vs. M1 15 %, M5 17 %, MMD 25 %). Miehistä suurin osa ei mieltänyt itseään uskonnolliseksi (M1 62 %, M5 72 %, MMD 57 % vs. F1 57 %, F5 60 %, FMD 35 %).

Uskonnollisuutta mitattiin suoran kysymyksen "oletko uskonnollinen" lisäksi selvittämällä viikottaiset rukoilukerrat, vuosittaiset kirkossakäyntien lukumäärät ja mielipide siitä, jatkuuko elämä kuoleman jälkeen. Naiset rukoilivat miehiä enemmän ja opintovaiheiden välillä valmistuneet lääkärit rukoilivat opiskelijoita enemmän ($p = 0,030$). Kirkossakäynnin suhteen sukupuolten ja eri opintovaiheiden välillä ei ollut tilastollista merkitsevyyttä. Naiset uskoivat ihmisen olemassaoloon kuoleman jälkeen useammin kuin miehet. Sukupuolten välillä oli selkeä tilastollinen merkitsevyys ($p = 0,004$), samoin vuosikurssien välillä ($p = 0,031$). Ensimmäisen vuosikurssin vastaajat olivat asian suhteen epävarmempia kuin vanhemmat vastaajat, eivätkä osanneet ottaa kantaa kysymykseen yhtä selvästi. Kysymyksen epävarmoina kokeneiden vastaajien osuus näytti olevan pois niiden vastaajien

joukosta, jotka eivät uskoneet elämän jatkumiseen kuoleman jälkeen. Miesten ja naisten keskuudessa elämän jatkumiseen uskottiin jotakuinkin yhtä usein opintovaiheesta riippumatta (M1 11 %, M5 7 %, MMD 14 %, F1 26 %, F5 24 %, FMD 27 %).

Uskonnollisiksi itsensä mielsi 27 % evankelisluterilaisista, 0 % ateisteista ja lähes kaikki muihin uskontoryhmiin kuuluvista. Elämän jatkuvuuteen kuoleman jälkeen uskottiin vaihtelevasti. Ateisteista siihen uskoi yksittäinen vastaaja, evankelisluterilaisista viideosa, helluntalaisista puolet ja muihin kristillisiin yhteisöihin kuuluvista suurin osa. Kuolemaa pelättiin vain vähän kaikissa vakaumusryhmissä.

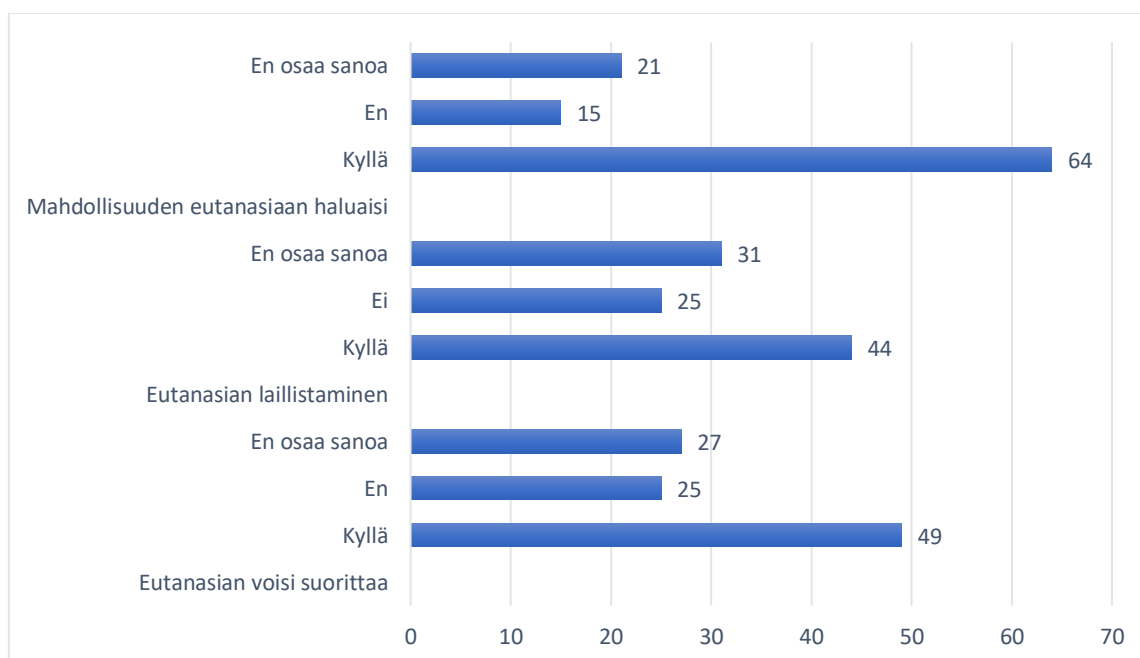
Kyselytutkimuksessa selvitettiin, kuinka suuri osa vastaajista oli kohdannut vakavaa sairastamista tai kuolemaa henkilökohtaisessa elämässään. Valmiilta lääkäreiltä kysyttiin osallistumista kuolevien potilaiden hoitoon sekä tilanteita, joissa potilas oli pyytänyt kuolinapua ja lääkäri oli antanut sitä. Eri vastaajaryhmistä 8–15 % oli sairastanut itse vakavaa sairautta. Yleisesti naiset olivat sairastaneet miehiä hieman enemmän, ja sairastaminen oli yleisempää ikääntymisen myötä. Suurin osa vastaajista (65 %) oli seurannut perheenjäsenen tai lähisukulaisen vakavan sairauden sairastamista. Sukupuolten välillä ei ollut merkittävää eroa, mutta ikääntymisen myötä lähipiirin sairastaminen lisääntyi, eli valmistuneet lääkärit olivat seuranneet lähipiirin sairastamista opiskelijoita enemmän. Kuolemaan johtanutta sairautta oli yksityiselämässään seurannut merkitsevästi useampi lääkäri kuin opiskelija, mikä selittynee vastaajien korkeammalla iällä (opintoasteiden välinen $p = 0,017$). Vastaajista miehet osallistuivat työssään hieman enemmän kuolevien potilaiden hoitoon kuin naiset. Naisilta oli puolestaan pyydetty useammin kuolinapua (FMD 23 % vs. MMD 14 %).

5.4 Keskeisimmät löydökset

Suurin osa (64 %) vastaajista haluaisi, että heillä olisi mahdollisuus eutanasiaan, mikäli sairastuisi vakavasti (kuvio 2). 15 % ei haluaisi mahdollisuutta eutanasiaan tällaisessa tilanteessa. Suurin osa vastaajista (68 %) voisi myös kuvitella tilanteen, jossa pyytäisi kuolinapua. Miesten asenteet olivat hieman naisten asenteita myötämielisemmät kuolinavun pyytämistä kohtaan.

Lähes puolet vastaajista (44 %) oli sitä mieltä, että eutanasia tulisi laillistaa (kuvio 2). Eutanasian laillistamista vastusti neljäsosa vastaajista (25 %). 39 % vastaajista kannatti avustetun itsemurhan laillistamista. Laillistamista vastusti 31 %. Ne, jotka olivat sairastaneet itse vakavaa sairautta, olivat mielipiteissään kantaaottavampia kuin ne, jotka eivät olleet sairastaneet. Eutanasian laillistamista kannatti yli puolet sairastaneista (57 %) ja alle puolet niistä jotka eivät olleet sairastaneet (42 %). Laillistamista vastustivat kolmasosa sairastaneista (33 %) ja neljäsosa terveinä pysyneistä (24 %). Loput sairastaneista (10 %) ja terveinä pysyneistä (34 %) eivät ottaneet kantaa laillistamiseen; $p = 0,03$.

Eutanasian ammattilaisena olisi valmis suorittamaan lähes puolet vastaajista (49 %) (kuvio 2). Lähes puolet vastaajista (48 %) suostuisi olemaan mukana myös avustetussa itsemurhassa. Neljännes vastaajista ei olisi valmis suorittamaan eutanasiaa ja avustettua itsemurhaa (25 %; 27 %). Suurin osa vastaajista (76 %) oli sitä mieltä, että lääkrillä tulisi olla vapaus kieltäytyä suorittamasta eutanasiaa, mikäli se laillistettaisiin.



KUVIO 2. Kuvassa on esitetty kaikkien vastaajien kesken tulokset siitä, kuinka moni (%) haluaisi itselleen mahdollisuuden eutanasiaan, mikäli sairastuisi vakavasti, kuinka moni kannattaa eutanasian laillistamista ja kuinka moni olisi valmis suorittamaan eutanasian ammattilaisena.

Eutanasian laillistamisen riskiksi huolestuttavimpana suurin osa vastaajista koki kaltevan pinnan riskin (61 %). Naiset pelkäsivät miehiä enemmän, että eutanasiasta tulisi laillistamisen myötä hoitomuoto (AF 43 % vs. AM 29 %). Eniten tätä pelkäsivät ensimmäisen vuosikurssin naiset, joista 46 % koki tämän riskiksi. Ensimmäisen vuosikurssin miehistä riskiksi tämän koki 31 %. Vuosikurssin sukupuolten välillä on tilastollinen merkitys ($p = 0,039$), samoin koko vastaajaryhmän sukupuolten välillä ($p = 0,009$).

Kysyttäessä kolmea tärkeintä syytä, joiden vuoksi vastaaja vastustusti eutanasiaa, yleisimmät syyt olivat pelko väärinkäytösten mahdollisuudesta (24 %), lääkärin etiikka (22 %), eutanasian suorittamisen aiheuttama omantunnontaakka (19 %) ja epävarmuus potilaan tahdosta (19 %). Vastaajilla oli mahdollisuus valita ainoastaan vaihtoehto ”en vastusta eutanasiaa” ja tämän valitsi puolet vastaajista (51 %). Vastaajat saivat valita kolme syytä, joiden vuoksi he kannattivat eutanasiaa. Eutanasiaa kannatettiin eniten potilaan itsemäärämisoikeuteen (45 %), elämän tuskallisuuteen kipujen kanssa (42 %) sekä yksilön oikeuteen kuolla arvokkaasti (37 %) vedoten. Vastaajilla oli myös mahdollisuus valita ainoastaan vaihtoehto ”en kannata eutanasiaa” ja tämän valitsi neljäsosa vastaajista (28 %).

Yli puolet vastaajista (57 %) arvioi, että saattohoitoon panostaminen korvaisi eutanasian osittain. 16 % arvioi, että saattohoidolla voitaisiin korvata eutanasia kokonaan. 14 % oli sitä mieltä, ettei saattohoidolla voida korvata eutanasiaa ollenkaan.

Ateisteista kolme neljästä (77 %) ja evankelisluterilaisista kolme viidestä (63 %) haluaisi itselleen mahdollisuuden eutanasiaan, mikäli sairastuisi vakavasti. Helluntalaisista ja muihin kristillisiin yhteisöihin kuuluvista yksikään vastaaja ei haluaisi mahdollisuutta eutanasiaan vakavasti sairastuttuaan. Ateistien ja evankelisluterilaisten välillä ei ollut tilastollista merkitsevyyttä tässä kysymyksessä, mutta molempien edellä mainittujen ja helluntalaisten sekä kristillisten yhteisöjen välillä oli tilastollinen merkitsevyys ($p < 0,001$). Eutanasian ja avustetun itsemurhan laillistamista tuki suurin osa ateisteista (63 %; 56 %). Näiden molempien laillistamisen hyväksyisi kolmasosa evankelisluterilaisista (39 %; 35 %). Erot ryhmien välillä olivat tilastollisesti merkitseviä ($p = 0,001$; $0,002$). Helluntalaisista ja

muista kristityiksi itsensä ilmoittaneista laillistamisia tuki vain yksittäinen vastaaja (14 %; 0 %). Ero ateisteihin oli tilastollisesti merkitsevä.

Eutanasian ja avustetun itsemurhan suorittamiseen suostuisi suurin osa niistä, joilla ei ollut uskonnollista vakaumusta (71 %; 68 %) ja lähes puolet evankelisluterilaisista (42 %); molemmissa tapauksissa $p < 0,001$. Vain yksittäinen vastaaja helluntalaisista tai muista kristillisistä yhteisöistä suostuisi olemaan mukana edellä mainituissa. Ne vastaajat, joilla oli uskonnollinen vakaumus, kannattivat lääkärin oikeutta kieltäytyä eutanasian suorittamisesta (evankelisluterilaisista 80 %, helluntalaisista 100,0 %, muut 80,0 %). Ateisteista vain viidesosa (17 %) tukisi kieltäytymisvapautta. Evankelisluterilaiden ja ateistien välillä vallitsee tilastollinen merkitsevyys tässä kysymyksessä ($p = 0,013$).

Vastaajilta kysyttiin, millaisissa tilanteissa he hyväksyisivät eutanasian ja avustetun itsemurhan. Yleisesti ottaen miehet olivat sallivampia kuin naiset. Suurin osa vastaajista hyväksyisi sekä eutanasian että avustetun itsemurhan syöpäpotilaalle, jonka elinajanodote on muutamia kuukausia (65 %; 62 %). Laajasti ottaen potilaille, jotka kärsivät mielenterveysongelmista (bipolaarihäiriö, toivottomuus) tai päihderiippuvuudesta, ei hyväksyisi eutanasiaa eikä avustettua itsemurhaa vastaajien joukossa. Vain muutama opiskelija hyväksyisi kuolemanavustuksen näille potilaille.

5.5 Erot vastaajien sukupuolen mukaan

Miehistä suurin osa haluaisi vakavan sairastumisen myötä mahdollisuuden eutanasiaan (AM 72 % vs. AF 58 %). Tällaisessa tilanteessa viidesosa naisista ja miehistä yksi kymmenestä ei haluaisi mahdollisuutta eutanasiaan (AF 18 % vs. AM 10 %). Ensimmäisen vuosikurssin mies- ja naisvastaajien välinen ero oli tilastollisesti merkittävä ($p = 0,022$), ja tässä ryhmässä miehistä 79 % ja naisista 62 % haluaisi eutanasian, mikäli sairastuisi vakavasti. Miehet voisivat myös kuvitella naisia useammin tilanteen, jossa he voisivat pyytää kuolinapua (AM 73 % vs. AF 64 %).

Miehet kannattivat eutanasian laillistamista kaikissa vastausryhmissä useammin kuin naiset (AM 56 % vs. AF 33 %). Naiset vastustivat laillistamista miehiä useammin (AF 32 % vs. AM 17 %); $p < 0,001$. Useimmin eutanasian laillistamista vastustivat valmistuneet naislääkärit (FMD 46 %). Myös avustetun itsemurhan laillistamisessa miesten asenteet olivat sallivampia. Miehistä lähes puolet kannatti avustetun itsemurhan laillistamista, naisista kolmasosa (AM 47 % vs. AF 33 %); $p = 0,04$. Naisten mielipiteet jakautuivat tasaisesti kaikkien vastausvaihtojen ympärille. Kolmasosa naisista ei kannata laillistamista, miehistä laillistamista vastusti puolestaan vajaa kolmannes (AF 34 % vs. AM 28 %).

Yli puolet miesvastaajista olisi valmiita suorittamaan eutanasian ammattilaisena, naisista tähän suostuisi selkeästi harvempi (AM 58 % vs. AF 40 %). Eutanasian suorittamisesta kieltäytyisi vajaa kolmannes naisista ja viidesosa miehistä (AF 29 % vs. AM 20 %); $p = 0,009$. Mielipiteet jakautuivat vahvasti ensimmäisen vuosikurssin sukupuolten välillä, miehistä 62 % ja naisista 39 % olisi valmiita suorittamaan eutanasian ammattilaisena; $p = 0,017$ (taulukko 1). Naisten ja miesten välillä oli selkeä ero myös valmiudessa osallistua avustettuun itsemurhaan. Miehistä yli puolet olisi valmiita olemaan mukana potilaan kuolemassa, kun taas naisista kaksi viidestä suostuisi tähän (MMD 57 % vs. FMD 41 %). Naiset kieltäytyisivät useammin osallistumasta avustettuun itsemurhaan (AF 30 % vs. AM 22 %); $p = 0,027$.

TAULUKKO 1. AE:an ja AVI:an liittyviä kysymyksiä. Vastaukset on esitetty sukupuoli- ja opintovaiheen mukaan prosentteina (%).

	M1	M5	MMD	F1	F5	FMD	ALL
Haluaisitko, että itselläsi olisi mahdollisuus eutanasiaan, mikäli sairastuisit vakavasti?							
Kyllä	79	66	57	62	70	42	64
En	4	14	25	15	8	31	15
En osaa sanoa	17	21	18	23	22	27	21
Pitäisikö aktiivinen eutanasia laillistaa Suomessa?							
Kyllä	57	62	46	39	38	21	44
Ei	12	21	38	26	24	46	25
En osaa sanoa	31	17	32	34	38	33	31
Pitäisikö avustettu itsemurha laillistaa Suomessa?							
Kyllä	54	48	25	47	30	50	39
Ei	16	31	57	26	27	15	31
En osaa sanoa	30	21	18	27	43	35	30
Jos aktiivinen eutanasia laillistettaisiin Suomessa, kuuluisiko mielestäsi lääkärillä olla vapaus kieltäytyä sen suorittamisesta?							
Kyllä	82	66	89	76	49	92	76
Ei	9	14	4	11	33	2	12
En osaa sanoa	9	21	7	14	19	6	12
Olisitko ammattilaisena valmis suorittamaan aktiivisen eutanasian, mikäli potilas olisi parantumattomasti sairas ja haluaisi kuolla?							
Kyllä	62	59	46	39	60	27	49
En	15	21	32	20	19	50	25
En osaa sanoa	24	21	21	41	22	23	27
Olisitko ammattilaisena valmis olemaan mukana avustetussa itsemurhassa, mikäli potilas olisi parantumattomasti sairas ja haluaisi kuolla?							
Kyllä	67	52	32	47	54	23	48
En	11	31	43	22	14	54	26
En osaa sanoa	22	17	25	32	32	23	26

Mikäli eutanasia laillistettaisiin, epävarmuutta potilaan tahdosta kokisivat naiset useammin kuin miehet (AF 23 % vs. AM 14 %); $p = 0,026$. Naiset pelkäävät myös väärinkäytösten mahdollisuutta miehiä enemmän (AF 30 % vs. AM 16 %); $p = 0,003$.

Miehet sallisivat yleisesti sekä eutanasian että avustetun itsemurhan useammin kuin naiset. Suurin osa miehistä ja yli puolet naisista hyväksyisi eutanasian syöpäpotilaalle, jonka elinajanodote on muutamia kuukausia (AM 72 % vs. AF 59 %); $p = 0,015$. Molemmat sukupuolet sallisivat avustetun itsemurhan tässä tapauksessa laajasti (AM 65 % vs. AF 60 %), eikä sukupuolten välillä ollut tilastollista merkitsevyyttä. Miehet sallisivat eutanasian munuaisten vajaatoimintapotilaalle hieman useammin kuin naiset (AM 16 % vs. AF 6 %); $p = 0,003$. Miehet olisivat tällaisessa potilastapauksessa naisia sallivampia myös avustetun itsemurhan suhteen (AM 17 % vs. AF 6 %); $p = 0,001$. Nelirajahalvaantuneelle potilaalle eutanasian sallisivat puolestaan 42 % miehistä ja 33 % naisista. Erityisen suuri ja tilastollisesti merkittävä ero on mies- ja naislääkärien välillä (MMD 39 % vs. FMD 10 %); $p = 0,004$. Avustetun itsemurhan nelirajahalvaantuneelle potilaalle hyväksyisi puolestaan kolmasosa kaikista vastaajista (35 %). Miehet olivat tässäkin tapauksessa naisia sallivampia (AM 41 % vs. AF 31 %).

Parantumaton ja kivuliasta sairautta sairastavalle alaikäiselle eutanasian sallisi yli kolmasosa miehistä ja vajaa viidesosa naisista (AM 37 % vs. AF 17 %); $p < 0,001$. Ensimmäisen vuosikurssin miehistä kaksi viidestä ja naisista yksi viidestä hyväksyisi alaikäiselle eutanasian (M1 40 % vs. F1 20 %); $p = 0,007$. Samanlainen trendi oli valmistuneiden mies- ja naislääkärien välillä. Miehet hyväksyisivät eutanasian alaikäiselle naisia useammin (MMD 36 % vs. FMD 13 %); $p = 0,019$. Miehet hyväksyisivät myös avustetun itsemurhan tapauksen alaikäiselle potilaalle naisia useammin (AM 25 % vs. AF 13 %); $p = 0,004$.

Pitkäaikaissairaalle potilaalle, jonka yleiskunto on heikko, eutanasian olisi valmiita sallimaan vajaa kolmasosa miehistä ja hieman alle viidesosa naisista (AM 29 % vs. AF 18 %); $p = 0,0144$. Erityisesti ensimmäisen vuosikurssin miehet olisivat sallivampia verrattuna saman vuosikurssin naisvastaajiin (M1 31 % vs. F1 15 %); $p = 0,015$. Miehistä vajaa kolmannes ja naisista vajaa viidesosa sallisi avustetun itsemurhan yleistilaltaan huonokuntoiselle potilaalle (AM 29 % vs. AF 18 %); $p =$

0,02. Erityisen hyväksyviä olivat ensimmäisen vuosikurssin miehet (M1 35 % vs. F1 19 %); $p = 0,022$.

5.6 Erot opintojen vaiheen mukaan

Eri opintovaiheissa olevilla oli erilaiset näkemykset siitä, haluaisiko itselleen mahdollisuuden eutanasiaan vakavan sairastamisen myötä. Mitä varhaisemmassa vaiheessa vastaajat olivat opinnoissaan, sitä useammin eutanasian mahdollisuus haluttaisiin (A1 71 %, A5 68 %, AMD 47 %); $p = 0,012$. Eri vuosikurssien välillä ei ollut merkittävää eroa niiden vastaajien joukossa, jotka eivät haluaisi mahdollisuutta eutanasiaan vakavan sairauden vuoksi, mutta valmiiden lääkäreiden vastustus oli merkittävää verrattuna opiskelijoihin (AMD 30 % vs. A1 9 %, A5 11 %). Eniten ajatusta vastustivat valmistuneet lääkärit, joista neljäsosa miehistä ja kolmasosa naisista ei haluaisi itselleen mahdollisuutta eutanasiaan vakavan sairauden vuoksi (MMD 25 %, FMD 31 %) (taulukko 1).

Valmistuneet lääkärit pystyivät kuvittelemaan tilanteen, jossa voisi pyytää kuolinapua, opiskelijoita harvemmin (A1 19 %, A5 9 % vs. AMD 25 %). Useimmin tällaisen tilanteen voisivat kuvitella viidennen vuosikurssin opiskelijat, joista neljä viidestä pystyisi kuvittelemaan tilanteen, jossa pyytäisi kuolinapua (A5 79 % vs. A1 66 %, AMD 62 %). Suurin ero yksittäisten vastaajaryhmien välillä oli viidennen vuosikurssin miehillä, joista lähes kaikki ja valmistuneilla naislääkäreillä, joista kolme viidestä voisi kuvitella tilanteen, jossa pyytäisivät kuolinapua (M5 90 % vs. FMD 60 %).

Vuosikurssien välillä ei ollut merkittävää eroa eutanasian laillistamisen kannatuksessa, mutta opiskelijoiden ja valmistuneiden lääkäreiden välillä ero näkyi selvästi (A1 48 %, A5 49 % vs. AMD 30 %); $p = 0,012$. Lääkäreistä suurin osa vastustivat eutanasian laillistamista: 39 % vastaajista vastustivat ja 30 % kannattivat laillistamista, loput eivät ottaneet kantaa. Eniten eutanasian laillistamista kannattivat viidennen vuosikurssin miehet (M5 62 %) (taulukko 1). Ne, jotka olivat opintojensa alkutaipaleella, kannattivat useammin avustetun itsemurhan laillistamista kuin ne, jotka olivat edenneet opinnoissaan pidemmälle tai valmistuneet. Ensimmäisen vuosikurssin opiskelijoista puolet, viidennen vuosikurssin opiskelijoista yli kolmannes ja lääkäreistä vajaa viidennes kannattivat avustetun itsemurhan

laillistamista (A1 50 %, A5 38 %, AMD 18 %); $p < 0,001$. Lääkärit vastustivat laillistamista selkeästi eniten (AMD 53 % vs. A1 21 %, A5 29 %).

Vuosikurssien välillä ei ollut merkittävää eroa siinä, kuinka moni vastaaja suostuisi suorittamaan eutanasian tai kieltäytyisi sen suorittamisesta, mutta ero lääkäreihin oli selkeä. Kolmannes lääkäreistä ja yli puolet opiskelijoista olisi valmiita suorittamaan eutanasian ammattilaisena, mikäli eutanasia olisi laillista (A1 51 %, A5 59 %, AMD 34 %); $p < 0,01$. Vajaa puolet lääkäreistä ja vajaa viidennes opiskelijoista ei suostuisi suorittamaan eutanasiaa (A1 17 %, A5 20 %, AMD 44 %). Samankaltainen eroavaisuus oli opiskelijoiden ja valmistuneiden lääkäreiden välillä siinä, suostuisiko olemaan mukana avustetussa itsemurhassa ammattilaisen roolissa. Opiskelijoista yli puolet ja lääkäreistä neljännes suostuisi olemaan mukana avustetussa itsemurhassa (A1 57 %, A5 53 %, AMD 26 %). Opiskelijoista vähemmistö ja lääkäreistä puolet ei suostuisi osallistumaan avustettuun itsemurhaan (A1 17 %, A5 21 %, AMD 51 %); $p < 0,001$.

Viidennen vuosikurssin opiskelijoista vain hieman yli puolet hyväksyisi lääkärin kieltäytymisvapauden, mikäli eutanasia laillistettaisiin. Ensimmäisen vuoden opiskelijoista kolme neljästä ja lääkäreistä lähes kaikki peräänkuuluttavan kieltäytymisvapautta (A1 77 %, A5 56 %, AMD 91 %); $p < 0,001$.

Valmistuneet lääkärit kokivat kaltevan pinnan riskin huolestuttavimmaksi riskiksi eutanasian laillistamisessa (AMD 68 % vs. A1 55 %, A5 60 %). Ensimmäisen vuosikurssin opiskelijat pelkäsivät, että kroonisesti sairaita ja vanhuksia alettaisiin painostamaan eutanasiaan (A1 54 % vs. A5 39 %, AMD 43 %). Naisista yli kolmannes ja miehistä alle kolmasosa pelkäsi, että eutanasian laillistamisen myötä saattohoidon laatu ja määrä alenee (AF 39 % vs. AM 30 %). Eniten tämän kokivat riskiksi ensimmäisen vuosikurssin opiskelijat (A1 41 % vs. A5 30 %, AMD 25 %); $p = 0,031$. Lääkäreiden hyvinvoinnin vähenemisestä eutanasian laillistamisen myötä huolestuneimpia olivat opintojensa alkuvaiheessa olevat ensimmäisen vuosikurssin opiskelijat (A1 34 % vs. A5 17 %, AMD 25 %); $p = 0,03$.

Lääkärit vastustivat eutanasiaa uskonnolliseen vakaumukseen vedoten useammin kuin opiskelijat (AMD 13 % vs. A1 6 %, A5 9 %); $p = 0,041$. He myös vastustivat opiskelijoita useammin kontrolloitua kuolemaa sillä perusteella, että kuoleman tulee tapahtua omalla ajallaan (AMD 14 % vs. A1 7 %, A5 5 %). Lääkärin etiikkaan vetosi

neljannes naisvastaajista, miehistä vajaa viidennes (AF 25 %, AM 17 %). Erityisesti valmistuneet lääkärit vetosivat eettisiin arvoihin (AMD 33 % vs. A1 17 %, A5 20 %); $p = 0,029$. Tämä on todennäköisimmin selitettävissä sillä, että lääkäreillä on kokemusta kliinisestä työstä. Vastaajilla oli mahdollisuus valita vaihtoehto ”en vastusta eutanasiaa” ja tämän valitsi useimmin ensimmäisen vuosikurssin opiskelija kuin muu vastaaja (A1 60 % vs. A5 47 %, AMD 34 %); $p = 0,001$.

Eutanasiaa tuettiin muun muassa vetoamalla potilaan itsemäärämisoikeuteen. Tähän vetosi puolet opiskelijoista ja vajaa kolmannes lääkäreistä (A1 49 %, A5 55 %, AMD 29 %); $p = 0,003$. Erityisesti ensimmäisen vuosikurssin opiskelijat perustelivat eutanasian kannattamista sillä, että elämä kipujen kanssa on tuskallista (A1 56 %, A5 32 %, AMD 24 %); $p < 0,001$. Vastaajilla oli mahdollisuus valita myös vaihtoehto ”en kannata eutanasiaa” ja tämän valitsi useimmiten valmistunut lääkäri (A1 24 %, A5 23 %, AMD 42 %); $p = 0,01$.

Opiskelijoiden ja lääkäreiden mielipiteiden välillä oli merkittävää eroa saattohoitoon liittyvässä kysymyksessä. Kolmasosa lääkäreistä oli sitä mieltä, että saattohoitoon panostamisella voitaisiin korvata eutanasia kokonaan (AMD 35 % vs. A1 8 %, A5 14 %); $p < 0,001$. Yli puolet kaikista vastaajista oli sitä mieltä, että saattohoitoon panostamalla eutanasia voitaisiin korvata osittain (A1 59 %, A5 55 %, AMD 55 %). Erityisesti viidennen vuosikurssin keskuudessa oli opiskelijoita, joiden mielestä saattohoidolla ei voida korvata eutanasiaa ollenkaan (A5 23 % vs. A1 14 %, AMD 5 %).

Opiskelijoiden ja lääkäreiden välillä oli useita eroja eutanasian ja avustetun itsemurhan hyväksymisessä erilaisissa oirekuivissa. Opiskelijat olisivat valmiita hyväksymään eutanasian tilastollisesti merkitsevästi useammin kuin lääkärit neliraajahalvaantuneelle potilaalle (A1 45 %, A5 39 % vs. AMD 21 %); $p = 0,002$ ja yleistilaltaan heikkokuntoiselle potilaalle (A1 23 %, A5 36 % vs. AMD 10 %); $p = 0,001$. Valmistuneet lääkärit sallisivat avustetun itsemurhan neliraajahalvaantuneelle potilaalle merkitsevästi harvemmin kuin opiskelijat (A1 43 %, A5 38 % vs. AMD 17 %); $p < 0,001$ ja yleistilaltaan heikkokuntoiselle potilaalle (A1 27 %, A5 26 % vs. AMD 13 %) ; $p = 0,049$. Opiskelijat olisivat valmiimpia hyväksymään avustetun itsemurhan syöpäpotilaalle (A1 70 %, A5 59 %, AMD 51 %); $p = 0,015$.

Kaikissa vastaajaryhmissä opintovaiheittain tarkasteltuna havaitaan, että eutanasian laillistamista tuettiin huomattavasti harvemmin, kuin mitä se hyväksyttäisiin potilastapauksessa (taulukko 2).

TAULUKKO 2. Eutanasian laillistaminen ja hyväksyntä potilastapauksessa (%).

	A1	A5	AMD	ALL
Pitäisikö aktiivinen eutanasia laillistaa?				
Kyllä	48	49	30	44
Ei	19	23	39	25
En osaa sanoa	32	29	31	31
Hyväksyn seuraavissa tapauksessa aktiivisen eutanasian, kun kyse on				
Syöpäpotilaasta, jonka elinajanodote on muutamia viikkoja	68	65	60	65

5.7 Keskeiset korrelaatiot vastaajaryhmien välillä

Vastaajien ikä korreloi odotetusti työssäolovuosiin ($r_s = 0,884$; $p < 0,001$), omaan sairastavuuteen ($r_s = 0,169$; $p = 0,003$) ja vakavan sairauden ($r_s = 0,139$; $p = 0,016$) ja kuoleman seuraamiseen lähipiirissä ($r_s = 0,190$; $p = 0,001$). Ikääntymisen myötä siviilisääty vakiintui ja avio- tai avoliitossa eläminen yleistyi. Vanhemmat vastaajat kokivat itsensä nuoria useammin uskonnollisiksi ($r_s = 0,151$; $p = 0,009$).

Nuoret vastaajat olivat mielipiteissään hyväksyvämpiä. Nuoret vastaajat pelkäsivät kuolemaa vanhempia vastaajia harvemmin ($r_s = -0,159$; $p = 0,032$). Mikäli he sairastuisivat vakavasti, haluaisivat he mahdollisuuden eutanasiaan iäkkäämpiä vastaajia useammin ($r_s = -0,160$; $p = 0,006$). Nuoret olivat eutanasian laillistamisen kannalla usemmin kuin vanhemmat vastaajat ($r_s = -0,219$; $p < 0,001$). He olisivat valmiimpia suorittamaan eutanasian ammattilaisina ($r_s = -0,126$; $p = 0,030$) ja olemaan mukana avustetussa itsemurhassa kuin iäkkäämmät vastaajat ($r_s = -0,186$; $p = 0,001$). Iäkkäämmät vastaajat kokivat, että saattohoitoon panostaminen korvaisi eutanasian, nuoret ajattelivat useammin päinvastoin ($r_s = -0,220$; $p < 0,001$).

Mitä vähemmän vastaajalla oli taustallaan työvuosia, sitä useammin hän haluaisi vakavaan sairauteen sairastuttuaan mahdollisuuden eutanasiaan ($r_s = -0,233$; $p < 0,001$). Vähäiset työvuodet korreloivat positiivisesti eutanasian ja avustetun itsemurhan laillistamisen kanssa ($r_s = -0,171$; $p < 0,001$ ja $r_s = -0,288$; $p < 0,001$). Pidempään työssäolleet peräänkuuluttivat useammin lääkärin vapautta kieltäytyä eutanasian suorittamisesta ($r_s = 0,202$; $p < 0,001$). Mitä vähemmän aikaa vastaaja oli ollut töissä, sitä valmiimpi tämä olisi olemaan mukaan sekä eutanasiassa että avustetussa itsemurhassa ($r_s = -0,230$; $p < 0,001$ ja $r_s = -0,300$; $p < 0,001$).

Myös vastaajan sairastavuudella oli merkitystä. Ne, jotka olivat sairastaneet itse vakavaa sairautta, eivät haluaisi eutanasiaa yhtä usein kuin muut ($r_s = -0,116$; $p = 0,045$).

Uskonnollisuutta mitattiin muun muassa viikottaisilla rukoilu- ja vuosittaisilla kirkossakäyntikerroilla. Rukoilu- ja kirkossakäyntikerrat korreloivat toisiinsa ($r_s = 0,512$; $p < 0,001$). Mitä enemmän vastaaja rukoili, sitä harvemmin tämä haluaisi itselleen mahdollisuuden eutanasiaan sairastuttuaan vakavasti ($r_s = 0,357$; $p < 0,001$). Sama pätee niihin, jotka kävivät useasti kirkossa ($r_s = 0,357$; $p < 0,001$). Mitä enemmän vastaaja rukoili, sitä harvemmin tämä pystyi kuvittelemaan tilanteen, jossa voisi pyytää kuolinapua ($r_s = -0,227$; $p < 0,001$), näin oli myös usein kirkossakäyvien osalta ($r_s = -0,136$; $p = 0,019$). Mitä useammin vastaaja rukoili, sitä vahvemmin tämä kannatti sitä ettei eutanasiaa tai avustettua itsemurhaa tulisi laillistaa ($r_s = -0,281$; $p < 0,001$ ja $r_s = -0,225$; $p < 0,001$). Samanlainen merkitsevä yhteys oli myös usein kirkossa käyvien osalta ($r_s = -0,304$; $p < 0,001$ ja $r_s = -0,255$; $p < 0,001$). Usein rukoilevat eivät suostuisi olemaan mukana eutanasian suorittamisessa ($r_s = -0,310$; $p < 0,001$) ja tämä päti myös avustetussa itsemurhassa avustamiseen ($r_s = -0,264$; $p < 0,001$). Samankaltaiset merkitsevät yhteydet olivat usein kirkossakäyvien osalta eutanasian suorittamisen ($r_s = -0,318$; $p < 0,001$) sekä avustetussa itsemurhassa avustamisen ($r_s = -0,293$; $p < 0,001$) osalta. Usein rukoi-levat kokivat, että saattohoitoon panostaminen korvaisi eutanasian ($r_s = 0,241$; $p < 0,001$). Näin oli myös usein kirkossa käyvien osalta ($r_s = 0,203$; $p < 0,001$).

5.8 Alueellisten erojen vertailu tämän ja muiden tutkimusten välillä

Tämän tutkimuksen tuloksia on vertailtu opiskelijoiden osalta useiden eri tutkimuksien tuloksiin (taulukko 3).

TAULUKKO 3. Eutanasian hyväksyminen joko laillistamisen kannattamisen tai potilastapauksen yhteydessä lääketieteen opiskelijoiden keskuudessa (%). Tyhjiksi jääneet kentät merkitsevät, ettei haluttua tietoa ollut saatavilla.

Kansalaisuus	Vuosikurssi	Kannattaa	Vastustaa	Tutkimusvuosi	Lähde
suomalaiset	1, 5	48-49	19-23	2015	Tämä tutkimus
ruotsalaiset	1, 5	34	52	2001, 2003	Karllson et al. ¹³
norjalaiset	5, 6	19	53	2012	Nordstrand et al. ¹⁸
itävaltalaiset		50	19	2008-2009	Stronegger et al. ³¹
saksalaiset	4	19	57	2015	Anneser et al. ³²
puolalaiset	3	26	67	2001-2002	Leppert et al. ¹⁰
sveitsiläiset	1, 2	70			Marini et al. ⁸
kreikkalaiset	6	52		2009?	Kontaxakis et al. ³³
puertoricolaiset		40		1996	Ramirez et al. ¹¹
sudanilaiset	6	23	77	2002	Ahmed et al. ²¹
eteläafrikkalaiset	3, 5	53		2016-2017	Jacobs et al. ¹⁵

Tuloksia vertailtaessa on huomattava, että tutkimusten ajankohdat sijoittuvat pitkälle aikavälille. Ensimmäinen tutkimus on tehty vuonna 1996 ja viimeisin vuonna 2016-2017. On myös huomattava, että kysymyksenasettelun eroavaisuudet aiheuttavat tulkintavaikeutta tuloksia vertaillessa. Joissakin tutkimuksissa on selvitetty eutanasian laillistamisen kannattamista ja joissakin sen hyväksymistä potilastapauksissa. Kaikista tutkimusta ei käynyt ilmi, kumpi on ollut kyseessä. Tutkimustulosten osalta lisätietoa löytyy kappaleesta 3.3 Lääketieteen opiskelijoiden ja valmistuneiden lääkäreiden mielipide-erot kuoleman avustamiseen liittyvissä kysymyksissä (sivu 15). Pelkästään tämän tutkimuksen osalta huomataan, että eutanasian laillistamisen kannattaminen ja eutanasian

hyväksyminen potilastapauksessa ovat erillisiä asioita ja näissä kysymyksissä saadaan kaksi täysin erilaista tulosta (taulukko 2). Suomalaisten opiskelijoiden osalta tuloksia vertailtaessa on käytetty eutanasian laillistamiseen liittyviä arvoja.

Miccinesin et. al³⁴ laajassa tutkimuksessa selvitettiin lääkäreiden mielipiteitä eutanasian hyväksymisessä kuolemansairaalle potilaalle. Tulokset eivät ole sellaisenaan vertailukelpoisia laillistamisen tukemisen kanssa. Tällaista tilannetta vastaa tässä tutkimuksessa parhaiten potilastapaus, jossa vastaajalta kysyttiin, hyväksyisikö tämä AE:n syöpäpotilaalle, jonka elinajanodote on muutamia viikkoja. Lääkäreiden osalta vertailuarvona on siis opiskelijoiden tulosten vastaisesti käytetty potilastapauksessa esiintynyttä arvoa, joka on huomattavasti laillistamisarvoa korkeampi (taulukko 2). Eutanasian hyväksymistä kuolemansairaalle potilaalle verrataan Miccinessin et. al³⁴ tutkimustuloksiin (taulukko 4).

TAULUKKO 4. Kahdeksan eri valtion lääkäreiden mielipiteet eutanasian hyväksymisestä kuolemansairaalle potilaalle (%). Vertailuvaltioiden tulokset perustuvat Miccinesin et al.³⁴ tutkimukseen.

Kansalaisuus	Eutanasian hyväksyminen
suomalaiset	60
belgialaiset	78
alankomaalaiset	77
tanskalaiset	60
sveitsiläiset	56
australialaiset	46
italialaiset	36
ruotsalaiset	35

6. TULOSTEN KÄSITTELY JA POHDINTA

6.1 Yleistä

Aikaisemmin tehdyissä tutkimuksissa on havaittu, että vain osa niistä lääketieteen opiskelijoista, jotka toivovat itselleen mahdollisuutta eutanasiaan, kannattaa eutanasian laillistamista¹³. Tässä tutkimuksessa havaittiin samanlainen tulos kaikkien vastaajaryhmien osalta. Kaikista vastaajista kolme viidestä (64 %) haluaisi itselleen mahdollisuuden eutanasiaan vakavasti sairastuessaan, mutta vain kaksi vastaajaa viidestä (44 %) kannatti eutanasian laillistamista. Onko mahdollista, että tätä eroa selittää vastaajien erilaiset roolitukset kysymysten luomissa tilanteissa? Mahdollisen oman sairastamisen kohdalla vastaaja mieltänee itsensä potilaaksi, kun taas eutanasian laillistamisessa ajatus kääntyy ammatilliseen ajatteluun. Mikäli eutanasia laillistettaisiin, suorittajaksi joutunevat muiden valtioiden tavoin lääkärit. Vastaajien ristiriitaiset näkemykset potilaan eli eutanasian mahdollisen halujan ja lääkärin eli eutanasian mahdollisen suorittajan välillä voinevat selittää tulosta. Tätä pohti myös ruotsalainen tutkimusryhmä samanlaisen tuloksen havaittuaan¹³. Laillistamista voitaneen kannattaa vähemmän myös sen vuoksi, että ammattilaisen roolista mahdolliset riskit ja eettiset ongelmat on helpompi käsittää kuin potilaan näkökulmasta. Tai kenties ajatus siitä, että joutuisi mahdollisesti itse suorittamaan eutanasian potilaalle tuntuu epämiellyttävämmältä kuin ajatus, että itse saisi halutessaan eutanasian ja helpotuksen mahdollisiin tuskiin tai kärsimyksiin. Tätä ristiriitaa voinee selittää myös kognitiivinen dissonanssi, jossa henkilön kaksi eri kognitiivista osa-aluetta, kuten asenteet, tunteet, uskomukset ja tieto, ovat ristiriidassa eli dissonanssissa keskenään⁴¹. Näin vastaaja saattaa olla rationaalinen tietyssä tilanteessa, kuten kysymyksessä tulisiko eutanasia laillistaa ja irrationaalinen toisessa tilanteessa, kuten siinä haluaisiko itselleen mahdollisuuden eutanasiaan.

Kaiken kaikkiaan lähes puolet opiskelijoista ja vain vajaa kolmannes lääkäreistä kannatti eutanasian laillistamista (taulukko 1). Eutanasian laillistamista vastusti noin viidesosa opiskelijoista mutta yli kolmannes lääkäreistä. Näkemysero voinee selittyä valmistuneiden lääkäreiden laajemmalla käsityksellä lääketieteen etiikasta. On myös mahdollista, että opiskelijoiden on helpompi tulkita eettisiä kysymyksiä myös

potilaiden näkökulmasta. Osan näkemyseroista voi selittää myös opiskelijoiden ja valmistuneiden lääkäreiden hieman erilaisella painotuksella kokemat AE:n ja AVI:n laillistamiseen liittyvät riskit sekä syyt vastustaa ja kannattaa eutanasiaa.

Eutanasian vastustamisen syitä kysyttäessä esille nousivat vahvasti syyt kahdesta kategoriasta. Toisaalta eutanasiaa vastustettiin siksi, että pelättiin potilasryhmiin kohdistuvia riskejä, kuten väärinkäytösten mahdollisuuksia ja epävarmuutta potilaan tahdosta. Toisaalta esiin nousivat moraalikäsitteisiin vetoavat syyt, kuten lääkärin etiikka ja omantunnon taakka. Näissä vastauksissa näkyi selkeästi se, että vastaaja mielsi lääkärinkunnan eutanasian suorittajaksi. Puolet vastaajista ilmoitti, etteivät he vastusta eutanasiaa. Luku on kuitenkin hieman suurempi kuin laillistamista kannattavien määrä eli täytyy huomata, ettei tämä ole sama asia kuin eutanasian laillistamisen kannattaminen (44 % vs. 51 %). Eutanasian kannattamisessa nousivat selkeästi esiin potilaslähtöiset syyt kuten potilaan autonomia, oikeus kuolla arvokkaasti ja mahdolliset tuskat. Neljäsosa vastaajista ilmoitti, etteivät he kannata eutanasiaa. Tämä on jokseenkin linjassa eutanasian laillistamista vastustavien kanssa (25 % vs. 28 %). Kannattavissa ja vastustavissa syissä nousi esiin siis syitä sekä lääkärin että potilaan näkökulmasta. Kaikissa vastaajaryhmissä eniten pelättiin kaltevan pinnan riskiä, joka on yleisesti esitetty syy vastustaa eutanasiaa⁴. Lisäksi laajasti pelättiin myös potilasryhmiin kohdistuvia riskejä, kuten tiettyjen potilasryhmien painostamista, eutanasian yleistymistä poikkeustapauksissa ja eutanasian muuttumista hoitomuodoksi. Yleisenä huolena vastaajilla oli oikeustoimien lisääntyminen lääketieteen arjessa. Ensimmäisen vuoden opiskelijat pelkäsivät myös eutanasian aiheuttavan saattohoidon määrän ja laadun alenemista sekä lääkäreiden hyvinvoinnin vähenemistä.

Aiemmissa lääkäreille ja opiskelijoille teetetyissä tutkimuksissa on havaittu, että vain osa niistä vastaajista, jotka kannattavat AE:n ja AVI:n laillistamista, suostuisivat olemaan mukana näissä toimitissa^{14,10,15}. Tässä tutkimuksessa tulos oli päinvastainen. Kaikkien vastaajien joukossa sekä eutanasiassa että avustetussa itsemurhassa mukana suostuisi olemaan joko saman verran tai useampi vastaaja kuin mitä näiden laillistamista tuki, poislukien viidennen vuosikurssin miesvastaajat, joiden osalta AE:n laillistamista tuettiin muutaman prosenttiyksikön verran enemmän (taulukko 1). Miesten ja ensimmäisen vuoden naisopiskelijoiden osalta laillistamisten tukeminen ja toimitissa mukana oleminen saivat jotakuinkin yhtä lailla

kannatusta, tuloksissa oli muutamien prosenttiyksiköiden eroja. Poikkeuksena oli ensimmäisen vuoden miesopiskelijat, joista huomattavasti suurempi joukko suostuisi olemaan mukana AVI:ssa kuin mitä sen laillistamista kannatti. Tulokset olivat ristiriitaisimmat viidennen vuoden naisopiskelijoiden osalta. Heistä huomattavasti suurempi osa suostuisi suorittamaan eutanasian ja olemaan mukana avustetussa itsemurhassa kuin mitä he kannattivat laillistamistoimia. Näin merkittävää eroa ei ollut muiden naisten joukossa eikä saman vuosikurssin miesten osalta, joten epäselväksi jää, mikä selittää tuloksen. Aikaisempien tutkimustulosten suhteen parhaiten linjassa olivat naislääkärit AVI:n osalta. Puolet naislääkäreistä kannatti avustetun itsemurhan laillistamista, mutta yli puolet kieltäytyisi olemasta mukana toimessa ja vain neljäsosa suostuisi osallistumaan siihen.

Ennen tämän tutkimuksen aloitusta pohdittiin, mikä on oman sairastamisen ja lähipiirin vakavan sairauden tai kuoleman seuraamisen vaikutus mielipiteisiin kuoleman avustamisessa. Tutkimukset ovat osoittaneet, että kliinisen kokemuksen myötä suhtautuminen eutanasiaan ja avustettuun itsemurhaan muuttuu vähemmän suopeaksi^{11,9,8}. Onko sama huomattavissa myös henkilökohtaisen elämän osalta? Tutkimustuloksia tällaisesta kysymyksenasettelusta ei juuri ole saatavilla. Tässä tutkimuksessa kuitenkin havaittiin, että ne jotka olivat sairastaneet vakavaa sairautta itse, eivät haluaisi mahdollisuutta eutanasiaan yhtä usein kuin ne, jotka eivät olleet sairastaneet. Mahdollisia syitä tähän voisi olla sairastaminen itsessään tai se, että he, jotka olivat sairastaneet olivat useammin naisia kuin miehiä ja edustivat ikääntyneempää vastaajajoukkoa. Naissukupuoli ja ikä itsessään ennustavat negatiivisempaa suhtautumista kuoleman avustamiseen liittyvissä kysymyksissä¹⁷. He, jotka olivat sairastaneet itse vakavaa sairautta, olivat mielipiteissään kantaaottavampia, sillä he valitsivat useissa kysymyksissä vastausvaihtoista ”en osaa sanoa” harvemmin kuin terveinä pysyneet. Kenties oma vakava sairastaminen on selkeyttänyt mielipidettä kuolemaan liittyvissä kysymyksissä. Oman vakavan sairauden myötä eutanasian laillistamista sekä kannatettiin että vastustettiin enemmän kuin niiden joukossa, jotka eivät olleet sairastaneet. Vastaajan oma sairastaminen ei vaikuttanut tilastollisesti merkitsevästi mielipiteeseen siitä, tulisiko avustettu itsemurha laillistaa tai olisiko vastaaja valmis osallistumaan eutanasian tai avustetun itsemurhan suorittamiseen. Hickmanin et al.²² artikkelissa todetaan, että krooninen sairaus aiheuttaa merkittävää psyykkistä stressiä lähiomaisille ja

erityisesti kriittisissä tilanteissa, kuten tehohoidon tai kuoleman myötä, altistaa lähiomaisen vakaville psyykkisille sairauksille. Näitä sairauksia ovat muun muassa masennus, ahdistuneisuus ja post-traumaattinen stressihäiriö. Tila voi jatkua pitkään potilaan sairaalasta kotiutumisen tai kuoleman jälkeen.²² Artikkelin ei käsittelee sitä, miten potilaiden omaiset suhtautuvat elämän loppuvaiheeseen liittyviin lääketieteellisiin ja eettisiin kysymyksiin eikä tietoa tällaisesta asetelmasta juuri ole saatavilla. Tässä tutkimuksessa havaittiin, että lähipiirin vakavaa sairautta tai kuolemaa seuranneiden mielipiteet eivät poikenneet tilastollisesti merkitsevästi AE:n ja AVI:n laillistamisen, kieltäytymisvapauden ja toimiin osallistumisen suhteen verrattuna niihin, jotka eivät olleet seuranneet lähipiirissä vakavaa sairautta tai kuolemaa. Lähipiirin sairastamisen tai kuoleman seuraaminen ei siis ainakaan tässä vastaajajoukossa vaikuttanut merkittävästi vastaajien mielipiteisiin.

Tutkimuksessa selvitettiin, millaisissa tilanteissa vastaajat hyväksyisivät eutanasian ja avustetun itsemurhan potilaille. Suurin osa vastaajista hyväksyisi sekä AE:n että AVI:n syöpäpotilaalle, jonka elinajanodote on muutamia viikkoja. Tämä oli ainoa tapaus jossa AE:n hyväksyisi yli puolet. Potilasesimerkkejä, joissa potilaalla oli psyykkinen syy, kuten toivottomuus, kaksisuuntainen mielialahäiriö tai alkoholi-riippuvuus, ei juurikaan hyväksytty missään vastaajaryhmässä AE:n tai AVI:n perusteeksi. Somaattisista syistä sairauksia, jotka ovat modernilla lääketieteellä hyvin hoidettavissa, kuten HIV ja munuaisten vajaatoiminta, ei myöskään hyväksytty laajasti eutanasian indikaatioiksi. Potilastapausesimerkeissä miehet olivat yleisesti ottaen hyväksyvämpiä sallimaan potilaille eutanasian ja avustetun itsemurhan kuin naiset.

6.2 Havaittujen tulosten selittäminen

Havaittuja tuloksia selittävät muun muassa ikä, kliininen kokemus, sukupuoli ja uskonnollisen vakaumuksen aste. Nämä ovat merkittäviä demografisia tekijöitä, joiden on aikaisemmissa tutkimuksissa havaittu selittävän mielipiteitä loppuelämää koskevilla kysymyksillä sekä väestö- että lääkäritasolla. Tämän vuoksi näiden taustatekijöiden vaikutusta mielipiteisiin käsitellään yksitellen.

6.2.1 län, opintovaiheen ja kliinisen kokemuksen vaikutukset mielipiteisiin

Väestötasolla iäkkäät kannattavat nuoria harvemmin eutanasian laillistamista^{1,17}. Yleisesti väestötasolla koulutustason kasvaessa eutanasian hyväksyntä kasvaa, mutta tutkimuksissa, joissa on vertailtu lääketieteen opiskelijoiden ja valmistuneiden lääkäreiden välisiä mielipiteitä, on havaittu, että opiskelijat suhtautuvat kuoleman avustamiseen liittyviin kysymyksiin lääkäreitä suopeammin^{1,17,8,10-12}. Lääkärit, joilla on paljon kliinistä kokemusta kannattavat eutanasiaa harvemmin kuin ne, joilla on vähän kokemusta. Sama pätee lääkäreihin, joilla on paljon kokemusta kuolevien potilaiden hoidossa verrattuna lääkäreihin, joilla kokemusta on vähemmän.^{8,9,16} Tämän tutkimuksen tulokset olivat linjassa aiempien tutkimusten kanssa.

Opiskelijat olivat keskimääräisesti valmistuneita lääkäreitä nuorempia. Ikä puolestaan korreloi tuloksissa odotetusti työssäolovuosiin. län suhteen nuoret olivat mielipiteissään hyväksyvämpiä kuin vanhemmat, samoin he joilla oli taustallaan vähäisesti työssäoluvuosia. Opiskelijat toivoivat mahdollisuutta eutanasiaan vakavan sairastamisen myötä useammin kuin valmistuneet lääkärit (taulukko 1). He myös kannattivat AE:n ja AVI:n laillistamista useammin kuin valmistuneet lääkärit. Samanlainen merkitsevä yhteys nähtiin myös valmistuneiden lääkäreiden työkokemuksen suhteen. Ne lääkärit, joilla oli työkokemusta vähäisesti, kannattivat AE:n ja AVI:n laillistamista kokeineita kollegoitaan useammin. Samankaltaisia havaintoja on tehty muun muassa puolalaisessa, puertoricolaisessa, sveitsiläisessä ja meksikolaisessa tutkimuksessa⁸⁻¹¹. Kuoleman avustamiseen liittyvien torjuvien mielipiteiden suosio kasvaa näiden tutkimusten mukaan kliinisen kokemuksen myötä. Selittävänä tekijä voinee olla yksinkertaisesti potilastyöstä saatu kokemus, mutta merkittävänä selityksenä on ajateltu olevan myös kokemus kuolemansairaiden potilaiden hoidossa^{8,9}. Tämä on helppo ymmärtää, sillä vain käytännön kokemuksen perusteella voi oikeasti oppia, millaista on hoitaa kuolevia potilaita ja kuinka hyvin kuolevan potilaan tuskia ja kipuja voi lieventää lääketieteen avuin. Kuolemansairaita potilaita hoitavat lääkärit näkevät, millainen vaikutus lähestyvällä kuolemalla on potilaaseen ja tämän lähipiiriin. Nämä lääkärit saattavat olla mukana tilanteissa, joissa potilaalla loppuu elämä nopeammin kuin elämänhalu. Elämän viimeisten päivien merkityksellisyys potilaalle ja tämän läheisille nousee tällaisissa asetelmissa keskiöön. On mahdollista, että näitä tilanteita seuraavilla lääkäreillä on

korkea kunnioitus elämän loppuvaihetta kohtaan ja ajatus, että jokainen päivä on arvokas. Toinen mahdollinen selittävä tekijä on se, että klinisen kokemuksen myötä lääkärit ymmärtävät paremmin kuinka lieventää kuolevan potilaan kärsimyksiä. Nämä voisivat osaltaan selittää kokeneiden lääkäreiden negatiivista suhtautumista kuoleman avustamiseen.

Tässä tutkimuksessa havaittiin, että opiskelijat olisivat yleisesti ottaen valmiimpia suorittamaan AE:n ja olemaan mukana AVI:ssa useammin kuin valmistuneet lääkärit (taulukko 1). Näin oli myös valmistuneiden lääkäreiden keskuudessa niiden lääkäreiden osalta, joilla oli taustallaan vähäisesti työkokemusta verrattuna kokeneempiin kollegoihin. Opiskelijoiden ja valmistuneiden lääkäreiden väliset erot toimiin osallistumisissa on havaittu muun muassa puolalaisessa tutkimuksessa¹⁰. Potilastapausesimerkeissä opiskelijat olivat niinkään suopeampia sallimaan eutanasian ja avustetun itsemurhan kuin lääkärit. Valmistuneet lääkärit vetosivat eutanasian vastustamisessa useammin lääkärin etiikkaan kuin opiskelijat, mikä on luonnollista, sillä heillä on kliinistä kokemusta. Opiskelijat ovat vielä lääkäriytensä alkutaipaleella eivätkä ole juurikaan saaneet käytännön oppia lääkärin etiikan periaatteista. Tämä voisi olla mahdollinen selitys opiskelijoiden ja valmistuneiden lääkäreiden mielipide-eroihin. Eutanasian tukemisessa erityisesti opiskelijat vetosivat potilaan itsemäärämisoikeuteen. Yksi syy tälle voisi olla se, että potilaan näkökulman ottaminen on opiskelijoille helpompaa kuin valmistuneille lääkäreille, sillä opiskelijoiden ammatti-identiteetti ei ole vielä vakiintunut. Toisaalta syynä voi olla se, että valmistuneet lääkärit käsittävät opiskelijoita useammin potilaan autonomian liittyvän tilanteisiin, joissa potilas saa itse päättää mistä hoidoista hän haluaa mahdollisesti luopua eikä niinkään, että potilas saisi vaatia jotakin hoitoja tai toimia, joille ei ole lääketieteellistä perustetta. Epäselväksi jää, kuuluuko eutanasia ja avustettu itsemurha lääkäreiden mielestä opiskelijoita useammin potilaan autonomian ulkopuolelle.

Kliinisen kokemuksen merkitys näkyi myös saattohoitoon liittyvässä kysymyksessä. Yli puolet kaikista vastaajista ajatteli, että saattohoitoon panostamalla voitaisiin korvata eutanasia osittain. Jopa kolmasosa lääkäreistä ajatteli, että sillä voitaisiin korvata eutanasia kokonaan. Samankaltainen tulos on havaittu myös Silvonniemen et al.¹⁶ tutkimuksessa, jossa suurin osa mielipidetutkimukseen osallistuneista lääkäreistä ajatteli, että lisääntyvä palliatiivisen hoidon koulutus kumoaa eutanasian

tarpeen. Eutanasian riskeistä kysyttäessä ensimmäisen vuosikurssin opiskelijat kokivat eutanasian riskiksi saattohoidon laadun ja määrän alenemisen merkitsevästi useammin kuin lääkärit. Ensimmäisen vuosikurssin opiskelijoiden vastauksiin liittyy selkeää ristiriitaa. Puolet vastaajista oli sitä mieltä, että eutanasia pitäisi laillistaa, mutta toisaalta yli puolet vastaajista ajatteli, että saattohoitoon panostaminen korvaisi eutanasian osittain. Kuitenkin eutanasian suhteen merkittävänä pelkona koettiin saattohoidon laadun ja määrän väheneminen. Ajattelevatko ensimmäisen vuosikurssin opiskelijat, ettei saattohoitoon tarvitsisi panostaa vaan resursseja tulisi kohdentaa pikemminkin eutanasiaan? Jos saattohoitoon panostaminen korvaa osittain eutanasian, niin miksi eutanasia pitäisi laillistaa? Kenties tätä ristiriitaa selittää opiskelijoiden tietojen ja asenteiden väliset ristiriidat. Ensimmäisen vuoden opiskelijoiden lääketieteellinen tietämys on niin vähäistä, etteivät he välttämättä kykene vielä eriyttämään eutanasiaan ja saattohoitoon liittyviä kysymyksiä toisistaan. Toisaalta opiskelijoiden ja lääkäreiden väliset näkemyserot eutanasiaan ja saattohoitoon liittyvissä kysymyksissä voivat johtua siitä, että lääkäreillä on enemmän tietoa saattohoidosta ja sen merkityksestä kuolevien potilaiden hoidossa kuin opiskelijoilla.

Mielenkiintoista on, että viidennen vuosikurssin opiskelijoista vain hieman yli puolet hyväksyisi lääkärin kieltäytymisvapauden, mikäli eutanasia laillistettaisiin (taulukko 1). Ero oli merkittävä ensimmäisen vuoden opiskelijoihin ja valmistuneisiin lääkäreihin nähden. Tässä tuloksessa saattaa olla nähtävillä maailmanlaajuinen ilmiö lääketieteen opiskelijoiden eettisten arvojen laskemisesta opintojen myötä. Yavarin⁴² katsausartikkelissa todetaan, että useissa tutkimuksissa on havaittu eettisten periaatteiden syöpymää (=ethical erosion) lääketieteen opiskelijoiden joukossa. Opintojen ja erityisesti kliinisen kokemuksen myötä on havaittu, että opiskelijoiden eettisissä asenteissa ja käytöksissä on tapahtunut asteittaista heikkenemistä. Opiskelijoiden todettiin menettävän eettisten ongelmien havaitsemiseen liittyvää sensitiivisyyttä opintojen aikana⁴². Samankaltainen eettisten ongelmien havaitsemisen heikkeneminen voidaan kenties nähdä tämän tutkimuksen potilasesimerkeissä. Poikkeavina tuloksina muihin vastaajaryhmiin nähden oli se, että muutama miesopiskelija hyväksyisi AE:n ja AVI:n myös psyykkisten syiden perusteella. Tuloksessa voi olla näkyvissä tilastollinen virhe, sillä kyse oli vain muutamasta vastaajasta. Poikkeava tulos voi selittyä myös vastaajien

muilla taustatekijöillä tai sillä, ettei kyselyn vastaamiseen oltu käytetty syvällistä pohdintaa. Vastaajaryhmien välillä selkeä ero oli siinä, että huomattavasti useampi viidennen vuosikurssin opiskelijoista sallisi eutanasian pitkäaikassairaalle potilaalle, jonka yleiskunto on heikko kuin ensimmäisen vuoden opiskelijoista ja valmistuneista lääkäreistä. Viidennen vuosikurssin poikkeavat tulokset voisivat selittyä eettisten arvojen laskulla, sillä opinnot ovat edenneet pitkälle ja suurin osa heistä on ollut edellisenä kesänä ensimmäistä kertaa lääkärin sijaisena. Yavarin⁴² tutkimuksen aiheena ei ollut se, miten eettisten arvojen kehitys jatkuu työelämään siirtymisen jälkeen. Epäselväksi jää, jatkuuko eettinen syöpymä työelämässä vai kasvaako eettinen sensitiivisyys vähitellen, kun opiskelijat siirtyvät pidempiaikaisesti vastuuta ottavaan rooliin valmistumisen jälkeen. Tämän tutkimuksen perusteella näyttäisi kuitenkin siltä, että eettisten arvojen merkitys nousee klinisen kokemuksen myötä. Toisaalta näitä tuloseroja voi selittää myös vastaajien muut taustatekijät.

6.2.2 Sukupuolen vaikutus mielipiteisiin

Väestötasolla miehet kannattavat naisia useammin eutanasian laillistamista^{1,17}. Sukupuolten väliset mielipide-erot on havaittu myös lääkäreille tehdyissä tutkimuksissa^{9,16,20}. Baldaufin⁴³ esitys käsittelee miesten ja naisten välisiä suhtautumiseroja ja näitä selittäviä tekijöitä. Naiset eivät hyväksy AE:a ja AVI:a yhtä usein kuin miehet alemmissa koulutustasoissa. Koulutustason kasvaessa miesten ja naisten väliset mielipide-erot kaventuvat.⁴³ Tässä tutkimuksessa havaittiin, että miesten ja naisten välillä oli useissa kysymyksissä selkeitä eroavaisuuksia. Miehet kannattavat eutanasian ja avustetun itsemurhan laillistamista sekä olisivat valmiita osallistumaan näihin naisista useammin (taulukko 1). Myös potilastapauksissa miehet olivat naisia valmiimpia hyväksymään potilaille eutanasian ja avustetun itsemurhan. Tuloksien perusteella jää epäselväksi, selittääkö miesten yleisesti naisia sallivampi asenne sen, että he olisivat naisia useammin valmiimpia suorittamaan AE:n ja olemaan mukana AVI:ssa vai onko taustalla muita selittäviä tekijöitä. Tulokset ovat linjassa Yhdysvalloissa kerättyjen tilastojen kanssa, joissa havaitaan, että suurin osa avustetun itsemurhan suorittajista on miehiä⁴⁴. On myös mahdollista, että naisten torjuvammat asenteet selittyvät sillä, että he pelkäävät eettisen kuorman kaatuvan heille useammin kuin miehille. Tähän kyselyyn vastannaista

valmistuneista lääkäreistä naisista hieman alle neljäsosalta ja miehistä alle viidesosalta oli pyydetty kuolinapua. Vaikka poikkeama ei ollut tilastollisesti merkittävä, se antaa viitettä siitä, että naisilta pyydetään useammin apua kuolemiseen. On siis mahdollista, että naiset pelkäävät miehiä useammin joutuvansa eutanasian suorittajiksi.

Baldauf⁴³ ajattelee naisten torjuvien asenteiden johtuvan perinteisestä naisen roolista. Nainen mielletään useissa kulttuureissa huolehtijaksi ja tätä kautta naisen roolina on pitää huolta sairaista. Henkilön tarkoituksellinen surmaaminen sotii tätä roolia vastaan.⁴³ Ehkäpä naisten perinteisen roolituksen vuoksi myös lääkäreiden kohdalla havaitaan sukupuolten välillä merkittäviä mielipide-eroja vaikka lääkärit ovat korkeasti koulutettuja. Kenties lääkäriksi hakeutuu sellaisia naisia, joilla on luontaisesti korkea sisäinen halu hoivata sairaita. Toinen mahdollinen selitys sukupuolten väliselle erolle on naisten ja miesten erilaisessa uskonnollisessa käyttäytymisessä. Naiset kokivat itsensä miehiä useammin uskonnollisiksi ja he rukoilivat ja kävivät kirkossa miehiä useammin. Aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu, että ne jotka osallistuvat useammin uskonnollisiin tapahtumiin, suhtautuvat eutanasiaan liittyviin kysymyksiin vähemmän hyväksyvästi kuin ne, jotka eivät osallistu¹⁷. Kontaxakiksen et al.³³ tutkimuksessa havaittiin, että naisopiskelijoiden mielipiteisiin vaikuttaa enemmän uskonnolliset aatteet ja väärinkäytösten pelko. Tässä tutkimuksessa havaittiin niin ikään, että naiset pelkäävät miehiä useammin väärinkäytösten mahdollisuutta ja kokisivat epävarmuutta potilaan tahdosta.

6.2.3 Uskonnollisen vakaumuksen vaikutus mielipiteisiin

Väestötasolla henkilöt, joilla on vahva uskonnollinen vakaumus kannattavat eutanasiaa harvemmin kuin ne, joilla ei ole joko vahvaa uskonnollista vakaumusta tai sitä ollenkaan^{1,17,19}. Myös lääkäreiden parissa on tehty samankaltainen havainto⁹²⁰. Vastaava löydös on tehty myös pelkästään lääketieteen opiskelijoille teetetyissä mielipidekyselyissä^{18,21}. Tästä tutkimuksesta saadut tulokset olivat linjassa aiempien tutkimustulosten kanssa.

Uskonnollista vakaumusta selvitettiin avoimella kysymyksellä sekä rukoilu- ja kirkossakäyntien määrällä. Henkilö, joka kokee itsensä uskonnolliseksi, rukoilee ja

käy kirkossa usein, määriteltiin uskonnollisesti vakaumukseksi. Helluntalaiset ja muihin kristillisiin yhteisöön kuuluvat vastaajat mielsivät itsensä uskonnollisiksi, rukoilivat ja kävivät kirkossa useammin kuin evankelisluterilaiset ja ateistit. Evankelisluterilaiset puolestaan olivat ateisteja uskonnollisempia. Tässä työssä uskontoon sitoutumisessa havaittiin, että karismaattisiin yhteisöihin, kuten helluntalaisiin tai muihin kristillisiin yhteisöihin kuuluvat, olivat hyvin uskonnollisia. Suomen evankelisluterilaiseen kirkkoon kuuluvat määriytyivät jokseenkin uskonnollisiksi ja ateistit ei-uskonnollisiksi.

Ateistien eli niiden, joilla ei ollut uskonnollista vakaumusta, mielipiteet erosivat monissa kysymyksissä verrattuna vastaajiin, joilla oli uskonnollinen vakaumus. Tilastollisesti merkitsevät yhteydet nousivat esille muun muassa ateistien vs. evankelisluterilaisten, helluntalaisten ja muihin kristillisiin yhteisöön kuuluvien välillä lähes kaikissa perustavanlaatuisissa kysymyksissä, joita olivat muun muassa elämän jatkuminen kuoleman jälkeen, eutanasiamahdollisuuden haluaminen, AE:n ja AVI:n laillistaminen ja näissä mukanaoleminen. Eri uskontokuntien välillä löytyi myös tilastollisesti merkitseviä eroja mielipiteissä. Merkitseviä yhteyksiä löytyi evankelisluterilaisten ja helluntalaisten sekä muihin kristillisiin yhteisöihin kuuluvien välillä useissa kysymyksissä. Näyttäisi siis olevan niin, että mitä uskonnollisesti vakaumukseksi vastaaja on, sitä useammin hän torjuu ajatuksen kuoleman avustamisesta. Mitä vakaampi uskonnollinen vakaumus vastaajalla on, sitä harvemmin tämä haluaisi mahdollisuuden eutanasiaan, kannattaa AE:n ja AVI:n laillistamista ja suostuisi osallistumaan näihin toimiin. Broeckaertin et al.⁴⁵ lääkäreille teettämässä tutkimuksessa havaittiin, että uskonnollinen vakaumus ja maailmankatsomus selittävät vahvasti mielipiteitä eutanasiakysymyksissä. Tutkimusryhmä totesi, että ne lääkärit, joilla on vahva uskonnollinen vakaumus, jotka käyvät usein kirkossa ja rukoilevat usein, suhtautuvat kriittisimmin eutanasiaan. Ne lääkärit puolestaan, joilla ei ole uskonnollista vakaumusta, ovat hyväksyvämpiä.⁴⁵ Tässä työssä saatiin vastaanvanlaiset tulokset. Lisäksi havaittiin, että ne vastaajat, joilla oli vahva uskonnollinen vakaumus, peräänkuuluttivat lääkärin kieltäytymisvapautta useammin kuin ne, joilla ei ollut uskonnollista vakaumusta. Samoin he kokivat ateisteja useammin, että saattohoitoon panostaminen korvaisi eutanasian.

6.3 Suomi vs. muut valtiot

Tämän tutkimuksen tuloksia verrataan muiden valtioiden vastaajiin nähden sekä lääketieteen opiskelijoiden että valmistuneiden lääkäreiden osalta (taulukko 3 ja 4).

Kaikenkaikkiaan voidaan todeta, että eri valtioiden lääketieteen opiskelijoiden ja valmistuneiden lääkäreiden mielipiteisiin vaikuttaa vahvasti demografisten tekijöiden lisäksi uskonnollisen vakaumuksen aste sekä maassa vallitseva laki. Uskonnollisissa maissa, kuten Puolassa ja Sudanissa, eutanasiaa ei hyväksytä yhtä usein kuin sekulaarissa maissa. Toisaalta myös sekulaaristen maiden joukossa on selkeitä eroavaisuuksia, kuten Ruotsin ja Suomen välillä. Maissa, joissa AE tai AVI on laillistettu, kuten Alankomaat ja Belgia, suhtaudutaan hyväksyvämmiin kuin maissa, joissa se on laitonta.

6.3.1 Suomalaiset vs. muiden valtioiden lääketieteen opiskelijat

Vertailukohteena on käytetty saatavilla olevaa tutkimustietoa. Vertailun kohteena olevat valtiot ovat mielenkiintoisia, sillä edustettuina on valtioita ympäri maapalloa: pohjoismaisia ja keskieurooppalaisia naapurivaltioita, eteläeurooppalainen valtio, kaksi valtiota Afrikasta ja pohjoisamerikkalainen saarivaltio. Opiskelijoiden osalta vertailutulokset on esitetty taulukossa 3. Tuloksissa on nähtävissä, että maantieteellinen sijainti ei selitä mielipiteitä. Pohjoismaissa kannatus on Suomea lukuunottamatta pikemminkin vastustamista, Keski-Euroopassa mielipiteet ovat erittäinkin jakautuneet ja Afrikan valtioista saadut tulokset eroavat merkittävästi toisistaan.

Suomalaiset opiskelijat kannattavat eutanasiaa jotakuinkin yhtä usein kuin itävaltalaiset, kreikkalaiset ja eteläafrikkalaiset kollegansa. Suomalaisia useammin eutanasian laillistamista kannattavat sveitsiläiset. AVI on laillistettu Sveitsissä vuonna 1942, joten opiskelijat ovat kasvaneet sellaisen kulttuuriperinnön keskellä, jossa jokin kuoleman avustuksen muoto on laillinen. Tämä voinee selittää heidän hyväksyviä mielipiteitään. Osansa voi tehdä myös se, että Sveitsin naapurivaltioissa Alankomaissa ja Belgiassa AE on laillistettu.

Suomen naapurivaltioissa laillistamista kannatetaan tai eutanasia hyväksytään harvemmin, joskin Ruotsin ja Norjan välinen ero on myös merkittävä. Tätä eroa voi selittää se, että Norjassa kysely on tehty kahden viimeisen vuoden opiskelijoille. On siis mahdollista, että näiden opiskelijoiden joukossa eutanasiaan liittyvät ajatukset ovat muuttuneet lääkärikunnan asenteita kohti eli torjuvat ajatukset ovat yleistyneet. Suomalaiset opiskelijat vastustavat eutanasiaa huomattavasti harvemmin kuin ruotsalaiset ja norjalaiset. Kolmen pohjoismaisen valtion joukosta Suomi erottuu olemalla hyväksyvin. Se, mikä tätä eroa selittää on epäselvää. Pohjoismailla on samansuuntaiset sosioekonomiset tilanteet, koulutus- ja terveydenhuoltojärjestelmät ja kaikki ovat valtioita, joissa yksilön vapautta ja itsemääräämisoikeutta arvotetaan korkealle. Valtiot ovat uskonnollisen vakaumuksen suhteen jotakuinkin yhtä sekulaarisia.

Eutanasian hyväksyvät suomalaisia opiskelijoita harvemmin saksalaiset, puolalaiset ja sudanilaiset opiskelijat. Näiden maiden kohdalla eutanasian vastustaminen oli huomattavasti yleisempää kuin Suomessa. Sudanilaisten opiskelijoiden korkeaa vastustamislukemaa selittänee vahva uskonnollinen vakaumus²¹. Puolalaisten mielipiteitä selittänee osittain se, että eutanasia on laitonta¹⁰. Osittaisena selittävänä tekijänä lienee myös vahva uskonnollinen vakaumus. Näiden lisäksi sekä puolalaisten että saksalaisten eutanasian vähäistä kannatusta voinee selittää holokausti. Saksalaiset voinevat vastustaa eutanasiaa sen häpeän vuoksi, mikä maan historiaan liittyy ja toisaalta taas puolalaiset voinevat vastustaa eutanasiaa siksi, että sen varjolla tapettiin toisen maailmansodan aikana miljoonia puolalaisia.

Suomalaiset opiskelijat hyväksyivät AVI:n hieman harvemmin kuin meksikolaiset (50 %), kreikkalaiset (70 %), saksalaiset (51 %) opiskelijat ja hieman useammin kuin norjalaiset (31 %) kollegansa. Meksikolaisten osalta ei ole tiedossa, kuinka moni opiskelija hyväksyy AE:n, mutta muiden valtioiden opiskelijoiden suhteen linjana on se, että AVI:a kannatetaan useammin kuin AE:a. Suomalaisten opiskelijoiden osalta ensimmäisen vuosikurssin opiskelijat kannattivat molempia jotakuinkin yhtä usein, laillistamistoimia kannatti noin puolet vuosikurssin opiskelijoista (taulukko 1). Viidennen vuosikurssin osalta AVI:n laillistamista kannatettiin harvemmin kuin AE:n laillistamista. Tämä on selkeästi muiden valtioiden opiskelijoihin nähden poikkeava tulos. Kreikkalaisten korkeaa kannatuslukemaa voinee selittää se, että he olivat AE:n suhteen liberaaleja. Saksaiset puolestaan hyväksyivät potilastapauksessa

AVI:n huomattavasti useammin kuin AE:n. Tuloksien merkittävä ero voinee selittyä osittain saksalaisella historia- ja kulttuuriperinnöllä. Taustalla voi olla ajatus siitä, että lääkärin ei sovi viedä potilaan henkeä, mutta tämä voi avustaa potilasta tämän omassa kuolinpäätöksessään.

6.3.2 Suomalaiset vs. muiden valtioiden valmistuneet lääkärit

Suomalaiset lääkärit kannattavat AE:n laillistamista jotakuinkin saman verran kuin puertoricolaiset kollegansa (20-33 %). Merkittävä ero löytyi puolalaisiin nähden, sillä suurin osa puolalaisista lääkäreistä vastusti laillistamista (75 %). Puolalaisiin nähden mielipide-eroa voinee selittää samat tekijät, kuin puolalaisten opiskelijoiden torjuvia asenteita eli vahva uskonnollinen vakaumus sekä kulttuuri- ja historiaperintö.

Vertailtaessa tuloksia, suomalaiset lääkärit asettuvat mielipiteissään ääripäiden välille tanskalaisten ja sveitsiläisten kollegojensa kanssa (taulukko 4). Belgialaiset ja alankomaalaiset ovat mielipiteissään hyväksyvämpiä todennäköisesti sen vuoksi, että tutkimusajankohdan aikaan valtioissa oli suunnitteilla eutanasia³⁴. Sveitsiläisten ja australialaisten hyväksyviä mielipiteitä voinee selittää osaltaan se, että avustettu itsemurha on joko hyväksytty koko valtiossa tai sen osissa. AE:a eikä AVI:a ole laillistettu Tanskassa, joten epäselvää on, mikä selittää tanskalaisten kollegojen mielipiteet. Mielipiteiden taustalla voinee olla tanskalaisten yleisesti liberaali asenne, mutta toisaalta myös naapurivaltioiden lait voinevat näkyä tuloksissa. Italialaiset ja ruotsalaiset puolestaan erottuvat torjuvimmillä asenteillaan. Tuloseroa suomalaisiin nähden ei voi selittää lain eroavaisuudet, sillä AE ja AVI on näissä kolmessa valtiossa laitonta. Italialaisten negatiivisempia mielipiteitä voi selittää vahva uskonnollinen vakaumus, sillä katolilaisuudella on maassa voimakas kulttuurillinen vaikutus. Ruotsin osalta tämä ei toimine selittävänä tekijänä, sillä valtio on Suomen tavoin suhteellisen sekulaarinen. Valmistuneiden lääkäreiden osalta havaitaan siis samankaltainen tulos naapurimaiden mielipiteissä kuin opiskelijoiden osalta: suomalaiset ovat ruotsalaisia hyväksyvämpiä eutanasian suhteen.

Vertailukohteena suomalaisten tutkimusten kesken valmistuneiden lääkärin osalta toimii Louhialan et al.¹⁴ vuonna 2013 tehty tutkimus. Siinä havaittiin, että lähes puolet lääkäreistä kannatti (46 %) ja vastusti (46 %) AE:n laillistamista. Tässä tutkimuksessa sekä laillistamista kannattavien (30 %) että vastustavien (39 %) määrä oli hieman alhaisempi. Tuloserot voivat selittyä tilastollisilla tekijöillä, kuten tutkimusotannalla ja kyselyyn vastanneiden määrällä. Toisaalta myös vastaajien erikoisaloilla ja kliinisellä kokemuksella on havaittu olevan merkitystä mielipiteisiin, joten nämä voivat myös selittää eroa.

7. JOHTOPÄÄTÖKSET

Seuraavassa on esitettyä tutkimuksen hypoteesit ja kuinka ne toteutuivat:

- 1) Mahdollisuuden eutanasiaan vakavan sairastamisen myötä itselleen toivoo useampi vastaaja kuin mitä kannattaa eutanasian laillistamista.
 - **Toteutui.** Mahdollisuuden eutanasiaan itselleen toivoisi jokaisessa vastaajaryhmässä useampi kuin mitä kannattaa sen laillistamista.
- 2) Niistä, jotka kannattavat eutanasian laillistamista, vain osa suostuisi suorittamaan sen ammattilaisena.
 - **Toteutui vain yhdessä vastaajaryhmässä.** Ainoastaan viidennen vuosikurssin miesten osalta eutanasian suostuisi suorittamaan harvempi kuin mitä sen laillistamista kannatti. Muissa vastaajaryhmissä eutanasian voisi suorittaa yhtä usea tai useampi vastaaja kuin mitä oli laillistamista kannattavien määrä.
- 3) Niistä, jotka kannattavat avustetun itsemurhan laillistamista, vain osa suostuisi olemaan mukana siinä ammattilaisena.
 - **Toteutui vain yhdessä vastaajaryhmässä.** Ainoastaan valmistuneiden naislääkärien osalta avustetun itsemurhan suostuisi suorittamaan harvempi kuin mitä laillistamista kannatti. Muissa vastaajaryhmissä joko yhtä usea tai useampi vastaaja suostuisi olemaan mukana avustetussa itsemurhassa kuin mitä laillistamista kannattavien määrä oli.
- 4) Mielenpitoisiin vaikuttanevat merkittävästi vastaajan demografisista tekijöistä ikä ja työssä saatu kliininen kokemus niin, että opiskelijat kannattanevat kuoleman avustusta enemmän kuin valmistuneet lääkärit.
 - **Toteutui.** Opiskelijoiden mielenpitoet olivat yleisesti ottaen valmistuneita lääkäreitä hyväksyvämpiä.
- 5) Valmistuneet lääkärit, joilla on runsaasti kliinistä kokemusta, kannattanevat AE:aa ja AVI:aa vastaajaryhmistä vähiten.
 - **Toteutui.** Ne joilla oli runsaasti työvuosia taustallaan suhtautuivat kriittisimmin eutanasiaan liittyviin kysymyksiin.
- 6) Naiset kannattanevat AE:a ja AVI:a harvemmin kuin miehet.
 - **Toteutui.** Miehet suhtautuivat kuoleman avustamiseen liittyviin kysymyksiin naisia hyväksyvämmiin.

7) Ne, joilla on vahva uskonnollinen vakaumus kannattanevat AE:a ja AVI:a harvemmin kuin ne, joilla sitä ei ole.

- **Toteutui.** Ne joilla oli vahva uskonnollinen vakaumus suhtautuivat useammin torjuvasti kuoleman avustamiseen liittyviin kysymyksiin kuin ne joilla ei ollut uskonnollista vakaumusta.

8) Lisäksi oletuksena on, että vastaajan oma sairastaminen tai lähipiirissä vakavan sairauden tai kuoleman seuraaminen vaikuttaa mielipiteisiin kuoleman avustamisesta.

- **Toteutui osittain.** Oma sairastaminen vaikutti mielipiteeseen jossakin määrin. Lähipiirin vakavan sairauden tai kuoleman seuraaminen ei puolestaan näyttänyt vaikuttavan mielipiteisiin merkittävästi.

Tuloksissa käy selkeästi ilmi, että opiskelijat ovat valmistuneita lääkäreitä suvaitsevaisempia kuoleman avustamiseen liittyvissä kysymyksissä. Aiemman tutkimustiedon mukaisesti mielipiteitä selittävät vahvasti demografisista tekijöistä kliininen kokemus, sukupuoli ja uskonnollisen vakaumuksen aste. Tämä tutkimus ei anna tietoa siitä, miten lääketieteen opiskelijoiden mielipide muuttuu opintojen aikana. Mikäli halutaan tietoa, kuinka opintojen eteneminen vaikuttaa opiskelijoiden mielipiteiden muuttumiseen, tarvitaan seurantatutkimusta samalla tutkimusjoukolla.

LÄHTEET

1. Cohen J, Van Landeghem P, Carpentier N, Deliens L. Public acceptance of euthanasia in europe: A survey study in 47 countries. *Int J Public Health*. 2014;59(1):143-156. doi: 10.1007/s00038-013-0461-6 [doi].
2. Emanuel EJ, Onwuteaka-Philipsen BD, Urwin JW, Cohen J. Attitudes and practices of euthanasia and physician-assisted suicide in the united states, canada, and europe. *JAMA*. 2016;316(1):79-90. doi: 10.1001/jama.2016.8499 [doi].
3. Chochinov HM, Frazee C. Finding a balance: Canada's law on medical assistance in dying. *Lancet*. 2016;388(10044):543-545. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31254-5 [doi].
4. Dugdale LS, Lerner BH, Callahan D. Pros and cons of physician aid in dying. *Yale J Biol Med*. 2019;92(4):747-750.
5. Hyde R. Germany overturns ban on assisted suicide. *Lancet*. 2020;395(10226):774-X. doi: S0140-6736(20)30533-X [pii].
6. Kansalaisaloite eutanasian puolesta.
<https://www.kansalaisaloite.fi/fi/aloite/2212>. Updated 2016.
7. Eduskunnan vastaus kansalaisaloitteesta eutanasian puolesta.
https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/KasittelytiedotValtiopaivaasia/Sivut/KAA_2+2017.aspx. Updated 2018.
8. Marini MC, Neuenschwander H, Stiefel F. Attitudes toward euthanasia and physician assisted suicide: A survey among medical students, oncology clinicians,

and palliative care specialists. *Palliat Support Care*. 2006;4(3):251-255. doi: 10.1017/s1478951506060329 [doi].

9. Loria A, Villarreal-Garza C, Sifuentes E, Lisker R. Physician-assisted death. opinions of mexican medical students and residents. *Arch Med Res*. 2013;44(6):475-478. doi: 10.1016/j.arcmed.2013.07.005 [doi].

10. Leppert W, Majkowicz M, Forycka M. Attitudes of polish physicians and medical students toward breaking bad news, euthanasia and morphine administration in cancer patients. *J Cancer Educ*. 2013;28(4):603-610. doi: 10.1007/s13187-013-0553-2 [doi].

11. Ramirez Rivera J, Rodriguez R, Otero Igaravidez Y. Attitudes toward euthanasia, assisted suicide and termination of life-sustaining treatment of puerto rican medical students, medical residents, and faculty. *Bol Asoc Med P R*. 2000;92(1-3):18-21.

12. Alminoja A, Piili RP, Hinkka H, et al. Does decision-making in end-of-life care differ between graduating medical students and experienced physicians? *In Vivo*. 2019;33(3):903-909. doi: 10.21873/invivo.11557 [doi].

13. Karlsson M, Strang P, Milberg A. Attitudes toward euthanasia among swedish medical students. *Palliat Med*. 2007;21(7):615-622. doi: 21/7/615 [pii].

14. Louhiala P, Enkovaara H, Halila H, Palve H, Vanska J. Finnish physicians' attitudes towards active euthanasia have become more positive over the last 10 years. *J Med Ethics*. 2015;41(4):353-355. doi: 10.1136/medethics-2014-102459 [doi].

15. Jacobs RK, Hendricks M. Medical students' perspectives on euthanasia and physician-assisted suicide and their views on legalising these practices in south africa. *S Afr Med J*. 2018;108(6):484-489. doi: 10.7196/SAMJ.2018.v108i6.13089 [doi].
16. Silvonieminen M, Vasankari T, Vahlberg T, Clemens K, Salminen E. Physicians' attitudes towards euthanasia in finland: Would training in palliative care make a difference? *Palliat Med*. 2010;24(7):744-746. doi: 10.1177/0269216310376556 [doi].
17. DeCesare MA. Public attitudes toward euthanasia and suicide for terminally ill persons: 1977 and 1996. *Soc Biol*. 2000;47(3-4):264-276. doi: 10.1080/19485565.2000.9989022 [doi].
18. Nordstrand MA, Nordstrand SJ, Materstvedt LJ, Nortvedt P, Magelssen M. Medical students' attitudes towards legalisation of euthanasia and physician-assisted suicide. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2013;133(22):2359-2363. doi: 10.4045/tidsskr.13.0439 [doi].
19. Bahnik S, Vranka MA, Trefna K. What makes euthanasia justifiable? the role of symptoms' characteristics and interindividual differences. *Death Stud*. 2019:1-12. doi: 10.1080/07481187.2019.1626945 [doi].
20. Piili RP, Metsanoja R, Hinkka H, Kellokumpu-Lehtinen PI, Lehto JT. Changes in attitudes towards hastened death among finnish physicians over the past sixteen years. *BMC Med Ethics*. 2018;19(1):40-5. doi: 10.1186/s12910-018-0290-5 [doi].

21. Ahmed AM, Kheir MM. Attitudes towards euthanasia among final-year khartoum university medical students. *East Mediterr Health J.* 2006;12(3-4):391-397.
22. Ronald L. Hickman, Jr., PhD, RN, ACNP-BC and Sara L. Douglas, PhD, RN. Impact of chronic critical illness on the psychological outcomes of family members. *AACN Adv Crit Care.* 2010 Jan–Mar; 21(1): 80–91. doi: 10.1097/NCI.0b013e3181c930a3. 2011:80-91.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3037826/>.
23. Lääkäriliitto. <https://www.laakariliitto.fi/laakarinetiikka/elaman-loppu/eutanasia-ja-avustettu-itsemurha/>.
24. Airas S, Lahti P, Taipale I. *Lempeä kuolema*. 2nd ed. Into Kustannus Oy, Suomen Mielenterveysseura; 2014:30-105.
25. Varelius J. Voluntary euthanasia, physician-assisted suicide, and the right to do wrong. *HEC Forum.* 2013;25(3):229-243. doi: 10.1007/s10730-013-9208-2 [doi].
26. Deliens L, van der Wal G. The euthanasia law in belgium and the netherlands. *Lancet.* 2003;362(9391):1239-1240. doi: S0140-6736(03)14520-5 [pii].
27. Snelling PC. Consequences count: Against absolutism at the end of life. *J Adv Nurs.* 2004;46(4):350-357. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03001.x [doi].
28. Tarabeih M, Bokek-Cohen Y, Abu Rakia R, Nir T, Coolidge NE, Azuri P. Religious observance and perceptions of end-of-life care. *Nurs Inq.* 2020:e12347. doi: 10.1111/nin.12347 [doi].

29. Will JF. Dying with dignity; living with laws (and ethics). *Hastings Cent Rep.* 2019;49(3):6-7. doi: 10.1002/hast.1000 [doi].
30. Suomen rikoslaki. .
31. Stronegger WJ, Schmolzer C, Rasky E, Freidl W. Changing attitudes towards euthanasia among medical students in austria. *J Med Ethics.* 2011;37(4):227-229. doi: 10.1136/jme.2010.039792 [doi].
32. Anneser J, Jox RJ, Thurn T, Borasio GD. Physician-assisted suicide, euthanasia and palliative sedation: Attitudes and knowledge of medical students. *GMS J Med Educ.* 2016;33(1):Doc11. doi: 10.3205/zma001010 [doi].
33. Kontaxakis V, Paplos KG, Havaki-Kontaxaki BJ, et al. Attitudes on euthanasia and physician-assisted suicide among medical students in athens. *Psychiatriki.* 2009;20(4):305-311.
34. Miccinesi G, Fischer S, Paci E, et al. Physicians' attitudes towards end-of-life decisions: A comparison between seven countries. *Soc Sci Med.* 2005;60(9):1961-1974. doi: S0277-9536(04)00472-1 [pii].
35. Gale C, Barak Y. Euthanasia, medically assisted dying or assisted suicide: Time for psychiatrists to say no. *Australas Psychiatry.* 2019:1039856219878645. doi: 10.1177/1039856219878645 [doi].
36. Burki TK. Attitudes and practices towards legal euthanasia. *Lancet Oncol.* 2016;17(8):e325-7. Epub 2016 Jul 14. doi: S1470-2045(16)30318-7 [pii].

37. Norwood F, Kimsma G, Battin MP. Vulnerability and the 'slippery slope' at the end-of-life: A qualitative study of euthanasia, general practice and home death in the netherlands. *Fam Pract*. 2009;26(6):472-480. doi: 10.1093/fampra/cmp065 [doi].

38. Toinen mooseksen kirja luku 21 jae 17.

<https://www.koivuniemi.com/raamattu?tila=pikahaku&hakueto=2mo+21&kaannos=fi-38&kirjat=kr>.

39. Jylhankangas L, Smets T, Cohen J, Utriainen T, Deliens L. Descriptions of euthanasia as social representations: Comparing the views of finnish physicians and religious professionals. *Sociol Health Illn*. 2014;36(3):354-368. doi: 10.1111/1467-9566.12057 [doi].

40. Colburn B. Autonomy, voluntariness and assisted dying. *J Med Ethics*. 2019. doi: medethics-2019-105720 [pii].

41. Ahokas M. Leon festinger (1957): A theory of cognitive dissonance. Helsingin yliopisto, Avoin yliopisto Web site.

<https://www.avoin.helsinki.fi/oppimateriaalit/sosiaalipsykologia/festinger.htm>.

42. Yavari N. Does medical education erode medical trainees' ethical attitude and behavior? *J Med Ethics Hist Med*. 2016; 9: 16. 2016.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5203683/>.

43. Baldauf R. Attitudes on euthanasia among U.S. men and women. *Department of Sociology Bowling Green State University*. 2018.

44. Leutwyler K. In cases of euthanasia, men most often kill women. . 2001.

<https://www.scientificamerican.com/article/in-cases-of-euthanasia-me/>.

45. Broeckaert B., Gielen J., Van Iersel T., Van den Branden S. Palliative care physicians' religious / world view and attitude towards euthanasia: A quantitative study among Flemish palliative care physicians. *Indian J Palliat Care*. 2009 Jan-Jun; 15(1): 41–50. 2009:41-50.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2886213/>.

LIITTEET

Liite 1. Kyselylomake

Eutanasiatutkimus: Lääketieteen opiskelijoiden ja lääkäreiden mielipiteitä eutanasiasta

Eutanasia eli armokuolema voidaan jakaa kolmeen alakategoriaan:

- Aktiivinen eutanasia = lääkärin suorittama kuolettavan lääkkeen antaminen potilaalle.
- Passiivinen eutanasia = potilaan sairauteen aktiivisesti liittyvien hoitotoimenpiteiden lopettaminen, jolloin hän kuolee. Tämä on yleisesti käytössä terveydenhuollossa.
- Avustettu itsemurha = potilaan itse suorittama tappavan lääkkeen ottaminen. Tappavan lääkkeen määrää lääkäri.

Saattohoito tarkoittaa terminaalivaiheessa olevan potilaan hoitoa, jonka tarkoituksena on vähentää mahdollisimman hyvin kipuja. Saattohoito päättyy potilaan kuolemaan.

Vastausohje: rengasta valitsemasi vaihtoehto tai kirjoita vastaus sille varattuun tilaan. Tässä kyselyssä kysymyksissä tarkoitetaan aktiivista eutanasiaa tai avustettua itsemurhaa, mikäli toisin ei ole mainittu.

1. Ikä

_____ vuotta

2. Sukupuoli

1. nainen
2. mies

3. Vuosikurssi

1. 1
2. 5

4. Jos olet valmis lääkäri, niin työssäoloaika

_____ vuotta

5. Erikoisala

1. en ole erikoistunut tai erikoistumassa
2. olen erikoistumassa, ala _____
3. olen erikoistunut, ala _____

6. Siviilisääty

1. naimaton
2. avo- tai avioliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa
3. eronnut tai asumuserossa
4. leski

7. Mikä on uskontokuntasi/vakaumuksesi?

1. evankelisluterilaisuus

2. ortodoksisuus
3. katolilaisuus
4. helluntailaisuus
5. muu kristillinen yhteisö
6. islam
7. minulla ei ole uskonnollista vakaumusta
8. muu, mikä _____

8. Koetko olevasi uskonnollinen?

1. kyllä
2. en
3. en osaa sanoa

Ohje: kysymyksissä 9 ja 10 vastaa numeroin.

9. Kuinka monta kertaa rukoilet viikossa?

_____ kertaa

10. Kuinka monta kertaa vuodessa käyt kirkossa tai muussa uskonnollisessa tapahtumassa pois lukien häät, hautajaiset ja muut tapahtumat, joissa olet vieraana?

_____ kertaa vuodessa

11. Jatkuuko ihmisen olemassaolo kuoleman jälkeen?

1. kyllä
2. ei
3. en osaa sanoa

12. Pelkäätkö kuolemaa?

1. kyllä
2. en
3. en osaa sanoa

13. Oletko itse sairastanut tai sairastatko vakavaa sairautta tai vammaa?

1. kyllä
2. en → *ole hyvä ja siirry kysymykseen 15*

14. Mikä oli tai on sairaus tai vamma?

Ohje: rengasta tarvittaessa useampi vaihtoehto

1. psyykkinen sairaus
2. autoimmuunisairaus
3. tuki- ja liikuntaelimestön sairaus
4. syöpä
5. sydän- ja verenkiertoelimestön sairaus
6. muistisairaus
7. pysyvä, vähintään kahden raajan halvaus
8. diabetes
9. muu vaikea sairaus tai vamma

15. Haluaisitko, että itselläsi olisi mahdollisuus eutanasiaan, mikäli sairastuisit vakavasti?

1. kyllä
2. en
3. en osaa sanoa

16. Voitko kuvitella tilanteen, jossa pyytäisit kuolinapua?

1. kyllä
2. en
3. en osaa sanoa

17. Onko kukaan perheenjäsenesi tai lähisukulainen sairastanut vakavaa sairautta tai vammaa?

1. kyllä
2. ei → *ole hyvä ja siirry kysymykseen 20*

18. Kuka on sairastanut?

Ohje: rengasta tarvittaessa useampi vaihtoehto

1. isovanhempi
2. vanhempi
3. sisarus tai sisaruspuoli
4. puoliso
5. lapsi

19. Mikä oli sairaus?

Ohje: rengasta tarvittaessa useampi vaihtoehto

1. psyykkinen sairaus
2. autoimmuunisairaus
3. tuki- ja liikuntaelimestön sairaus
4. syöpä
5. sydän- ja verenkiertoelimestön sairaus
6. muistisairaus
7. pysyvä, vähintään kahden raajan halvaus
8. vaikea tai syvä kehitysvamma
9. diabetes
10. muu vakava sairaus tai vamma

20. Oletko yksityiselämässäsi ollut seuraamassa läheisen henkilön kuolemaan johtanutta sairautta?

1. kyllä
2. en

21. Kuinka usein osallistut kuolevan potilaan hoitoon työssäsi? (karkea arvio riittää)

_____ kertaa vuodessa

22. Onko sinulta lääkärinä pyydetty kuolinapua?

1. kyllä
2. ei

23. Oletko antanut potilaalle kuolinapua?

1. kyllä
2. en

24. Pitäisikö aktiivinen eutanasia laillistaa Suomessa?

1. kyllä
2. ei
3. en osaa sanoa

25. Pitäisikö avustettu itsemurha laillistaa Suomessa?

1. kyllä
2. ei
3. en osaa sanoa

26. Jos aktiivinen eutanasia laillistettaisiin Suomessa, kenellä olisi oikeus suorittaa se?

1. kenellä tahansa laillistetulla lääkäriellä
2. vain julkisessa virkasuhteessa olevalla lääkäriellä
3. vain lääkäriellä, jolla on ollut aikaisempi hoitosuhde potilaaseen
4. vain erikoislääkäreillä
5. vain anestesia- ja syöpätautien erikoislääkäriellä
6. vain anestesia- ja syöpätautien erikoislääkäriellä

27. Jos aktiivinen eutanasia laillistettaisiin Suomessa, kuuluisiko mielestäsi lääkäriellä olla vapaus kieltäytyä sen suorittamisesta?

1. kyllä
2. ei
3. en osaa sanoa

28. Olisitko ammattilaisena valmis suorittamaan aktiivisen eutanasian, mikäli potilas olisi parantumattomasti sairas ja haluaisi kuolla? (Aktiivinen eutanasia olisi laillinen toimenpide)

1. kyllä
2. en
3. en osaa sanoa

29. Olisitko ammattilaisena valmis olemaan mukana avustetussa itsemurhassa, mikäli potilas olisi parantumattomasti sairas ja haluaisi kuolla? (Avustettu itsemurha olisi laillinen toimenpide)

1. kyllä
2. en
3. en osaa sanoa

30. Jos aktiivinen eutanasia laillistetaan Suomessa, mitkä seuraavista kokisit riskeiksi?

Ohje: rengasta kaikki, mitkä koet riskeiksi

1. kaltevan pinnan riski; eutanasia laajentuisi itsenäiseen päätöksentekoon kykenevistä potilaista päätöksentekoon kykenemättömiin ihmisiin, kuten lapsiin, kehitysvammaisiin ja koomapotilaisiin
2. laillistamisen myötä myös poikkeustapauksissa suoritetuista eutanasiatoimenpiteistä saattaisi tulla yleinen käytäntö
3. kroonisesti sairaita tai vanhuksia alettaisiin painostaa turvautumaan eutanasiaan
4. saattohoidon määrä ja laatu alenee entisestään
5. eutanasiasta tulisi hoitomuoto
6. oikeustoimien lisääntyminen lääketieteen arjessa
7. lääkäreiden hyvinvointi vähenee

31. Mikäli vastustat aktiivista eutanasiaa, mitkä ovat siihen kolme (3) tärkeintä syytä?

Ohje: Valitse vain kolme vaihtoehtoa. Mikäli valitset vaihtoehdon 9, ympyröi vain se.

1. uskonnollinen vakaumus
2. lääkärin etiikka
3. epävarmuus potilaan tahdosta
4. kontrolloidun kuoleman vastustaminen, kuoleman tulee tapahtua omalla ajallaan
5. eutanasia merkitsee elämän halveksimista
6. eutanasian salliminen vähentäisi potilaiden luottamusta lääkärikuntaa kohtaan
7. pelko väärinkäytösten mahdollisuudesta
8. eutanasian suorittamisen aiheuttama omatunnon taakka ja henkinen kuormitus huolestuttaa

9. en vastusta eutanasiaa

32. Mikäli kannatat eutanasiaa, mitkä ovat siihen kolme (3) tärkeintä syytä?

Ohje: Valitse vain kolme vaihtoehtoa. Mikäli valitset vaihtoehdon 9, ympyröi vain se.

1. uskonnollinen vakaumus
2. potilaan itsemääräämisoikeus
3. elämä kipujen kanssa on tuskallista
4. eutanasia ei juuri eroa elämää ylläpitävien hoitojen luopumisesta
5. eutanasian salliminen lisääisi potilaiden luottamusta lääkärikuntaa kohtaan
6. kaikilla pitäisi olla oikeus kuolla arvokkaasti
7. myötätunto kärsivää potilasta kohtaan, hyvän tekeminen
8. eutanasia sallitaan kärsivälle eläimelle, miksei myös ihmisille
9. en kannata eutanasiaa

33. Korvaisiko riittävä saattohoitoon panostaminen mielestäsi eutanasian?

1. kokonaan
2. osittain
3. ei ollenkaan
4. en osaa sanoa

34. Kuinka tarpeelliseksi koet eutanasiakeskustelun opiskelujen aikana?

1. erittäin tarpeelliseksi
2. jokseenkin tarpeelliseksi
3. en osaa sanoa
4. en kovinkaan tarpeelliseksi
5. en ollenkaan tarpeelliseksi

35. Kuinka tarpeelliseksi koet eutanasiakeskustelun työyhteisössä ja jatkokoulutuksen aikana?

1. erittäin tarpeelliseksi
2. jokseenkin tarpeelliseksi
3. en osaa sanoa
4. en kovinkaan tarpeelliseksi
5. en ollenkaan tarpeelliseksi

36. Koetko, että eutanasiakysymyksistä on keskusteltu tarpeeksi opiskeluaikana?

1. kyllä
2. en
3. en osaa sanoa

Ohje: kysymyksissä 37 ja 38 ympyröi ne tilanteet, joissa hyväksyisit eutanasian.

37. Hyväksyn seuraavissa tapauksissa aktiivisen eutanasian, kun kyseessä on

1. vaikeasti kehitysvammainen vastasyntynyt
2. parantumatonta ja kivuliasta tautia sairastava alaikäinen
3. syöpäpotilas, jonka elinajanodote on muutamia viikkoja
4. fyysisesti terve potilas, joka kokee olonsa toivottomaksi
5. bipolaarinen mielenterveyspotilas
6. vieroitusoireista kärsivä päihderiippuvainen
7. nelirajahalvautunut potilas
8. munuaisten vajaatoiminnasta kärsivä potilas, joka ei halua dialyysihoitoa
9. potilas, joka on pitkäaikaissairas ja jonka yleiskunto on heikko
10. HIV-potilas

38. Hyväksyn seuraavissa tapauksissa avustetun itsemurhan, kun kyseessä on

1. parantumatonta ja kivuliasta tautia sairastava alaikäinen

2. syöpäpotilas, jonka elinajanodote on muutamia viikkoja
3. fyysisesti terve potilas, joka kokee olonsa toivottomaksi
4. bipolaarinen mielenterveyspotilas
5. vieroitusoireista kärsivä päihderiippuvainen
6. nelirajahalvautunut potilas
7. munuaisten vajaatoiminnasta kärsivä potilas, joka ei halua dialyysihoitoa
8. potilas, joka on pitkäaikaissairas ja jonka yleiskunto on heikko
9. HIV-potilas

Ohje: Seuraavassa on esitelty muutamia potilastapauksia. Rastita jokaisesta tapauksesta valitsemasi vaihtoehto.

1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=en osaa sanoa, 4=jokseenkin samaa mieltä, 5=täysin samaa mieltä

Potilastapaus 1. Potilas sairastaa parantumatonta ja kivuliasta syöpää. Sairauden arvelaan johtavan lyhyessä ajassa potilaan kuolemaan. Potilas on esittänyt useita eutanasiapyyntöjä.

a) Aktiivinen eutanasia. Aktiivinen eutanasia tarkoittaa tässä tapauksessa sitä, että lääkäri antaa potilaalle kuolettavan lääkkeen. Tässä tapauksessa hyväksyisin aktiivisen eutanasian.

Potilas on	1=täysin eri mieltä	2=jokseenkin eri mieltä	3=en osaa sanoa	4=jokseenkin samaa mieltä	5=täysin samaa mieltä
25-vuotias					
50-vuotias					
80-vuotias					

b) Passiivinen eutanasia. Tässä tapauksessa passiivinen eutanasia tarkoittaa hoitojen ja lääkityksen lopettamista kipulääkitystä lukuun ottamatta. Mikäli potilas sairastuu esimerkiksi keuhkokuumeeseen, hänelle ei anneta antibioottihoitoja ja hänen annetaan tämän seurauksena kuolla. Tässä tapauksessa hyväksyisin passiivisen eutanasian.

Potilas on	1=täysin eri mieltä	2=jokseenkin eri mieltä	3=en osaa sanoa	4=jokseenkin samaa mieltä	5=täysin samaa mieltä
25-vuotias					
50-vuotias					
80-vuotias					

c) Avustettu itsemurha. Tässä tapauksessa avustettu itsemurha tarkoittaa sitä, että lääkäri määrää potilaalle kuolettavan määrän tappavaa lääketta. Potilas ottaa lääkkeen itse. Tässä tapauksessa hyväksyisin avustetun itsemurhan.

Potilas on	1=täysin eri mieltä	2=jokseenkin eri mieltä	3=en osaa sanoa	4=jokseenkin samaa mieltä	5=täysin samaa mieltä
25-vuotias					
50-vuotias					
80-vuotias					

Potilastapaus 2. Potilas ei ota kontaktia ympäristöönsä eikä kykene kommunikoimaan. Aiemmin potilas on esittänyt omaisilleen toiveen, ettei halua maata sairaalassa tai hoitokodissa kykenemättömänä pitämään itsestään huolta.

a) Aktiivinen eutanasia. Tässä tapauksessa aktiivinen eutanasia tarkoittaa sitä, että lääkäri surmaa potilaan esimerkiksi kuolettavalla määrällä lääkettä potilaan omaisten jatkuvista pyynnöistä ja potilaan aiemman kannan tietäen. Tässä tapauksessa hyväksyisin aktiivisen eutanasian.

Kyseessä on auto-onnettomuudessa vammautunut koomapotilas, jonka tila on pitkittynyt

Potilas on	1=täysin eri mieltä	2=jokseenkin eri mieltä	3=en osaa sanoa	4=jokseenkin samaa mieltä	5=täysin samaa mieltä
25-vuotias					
50-vuotias					
80-vuotias					

Kyseessä on Alzheimeria sairastava potilas, joka ei tunnista omaisiaan

Potilas on	1=täysin eri mieltä	2=jokseenkin eri mieltä	3=en osaa sanoa	4=jokseenkin samaa mieltä	5=täysin samaa mieltä
50-vuotias					
80-vuotias					

b) Passiivinen eutanasia. Tässä tapauksessa passiivinen eutanasia tarkoittaa sitä, että potilaalle annetaan perushoito, mutta kun tämä sairastuu esimerkiksi keuhkokuumeeseen, ei tälle anneta antibiootteja. Antibiootihoidon puuttuessa potilas menehtyy. Tässä tapauksessa hyväksyisin passiivisen eutanasian.

Kyseessä on auto-onnettomuudessa vammautunut koomapotilas, jonka tila on pitkittynyt

Potilas on	1=täysin eri mieltä	2=jokseenkin eri mieltä	3=en osaa sanoa	4=jokseenkin samaa mieltä	5=täysin samaa mieltä
25-vuotias					
50-vuotias					
80-vuotias					

Kyseessä on Alzheimeria sairastava potilas, joka ei tunnista omaisiaan

Potilas on	1=täysin eri mieltä	2=jokseenkin eri mieltä	3=en osaa sanoa	4=jokseenkin samaa mieltä	5=täysin samaa mieltä
50-vuotias					
80-vuotias					

Potilastapaus 3. Potilas sairastaa syvää masennusta. Masennusta ei ole pitkäaikaisesta ja moniammatillisesta hoidosta huolimatta kyetty helpottamaan. Potilaalla ei ole elämänhalua ja hän haluaa kuolla.

a) Aktiivinen eutanasia. Tässä tapauksessa aktiivinen eutanasia tarkoittaa sitä, että lääkäri antaa potilaalle kuolettavan määrän lääkettä potilaan tahdon ja toistuvien pyyntöjen mukaisesti. Tässä tapauksessa hyväksyisin aktiivisen eutanasian.

Potilas on	1=täysin eri mieltä	2=jokseenkin eri mieltä	3=en osaa sanoa	4=jokseenkin samaa mieltä	5=täysin samaa mieltä
25-vuotias					
50-vuotias					
80-vuotias					

b) Avustettu itsemurha. Tässä tapauksessa avustettu itsemurha tarkoittaa sitä, että lääkäri määrää potilaalle kuolettavan määrän lääkettä. Potilas ottaa itse lääkettä. Tässä tapauksessa hyväksyisin avustetun itsemurhan.

Potilas on	1=täysin eri mieltä	2=jokseenkin eri mieltä	3=en osaa sanoa	4=jokseenkin samaa mieltä	5=täysin samaa mieltä
25-vuotias					
50-vuotias					
80-vuotias					

Potilastapaus 4. Potilas sairastaa ALS:ää (katso selvitys lomakkeen loppuosasta), joka on edennyt siihen vaiheeseen, että potilas on jatkuvassa sairaalahoidossa ja tarvitsee kaikkiin arkiaskareisiin ulkopuolista apua. Potilasta ei ole vielä kytketty

hengityslaitteeseen. Potilas pelkää tukehtumiskuolemaa, eikä haluaisi elämänsä päättyvän pelossa. Potilas on pyytänyt aktiivista eutanasiaa.

a) Aktiivinen eutanasia. Tässä tapauksessa aktiivinen eutanasia tarkoittaa sitä, että lääkäri antaa potilaalle kuolettavan määrän lääkettä potilaan tahdon ja toistuvien pyyntöjen mukaisesti. Tässä tapauksessa hyväksyisin aktiivisen eutanasian.

Potilas on	1=täysin eri mieltä	2=jokseenkin eri mieltä	3=en osaa sanoa	4=jokseenkin samaa mieltä	5=täysin samaa mieltä
50-vuotias					
80-vuotias					

b) Passiivinen eutanasia. Tässä tapauksessa passiivinen eutanasia tarkoittaa sitä, että potilasta ei kytketä hengityslaitteeseen kun tämän hengityslihakset heikkenevät. Potilas kuolee hapenpuutteeseen. Tässä tapauksessa hyväksyisin passiivisen eutanasian.

Potilas on	1=täysin eri mieltä	2=jokseenkin eri mieltä	3=en osaa sanoa	4=jokseenkin samaa mieltä	5=täysin samaa mieltä
50-vuotias					
80-vuotias					

c) Avustettu itsemurha. Tässä tapauksessa avustettu itsemurha tarkoittaa sitä, että lääkäri määrää potilaalle kuolettavan määrän lääkettä potilaan pyynnöstä. Potilas nielee itse lääkkeen vielä kun nielun lihakset toimivat. Tässä tapauksessa hyväksyisin avustetun itsemurhan.

Potilas on	1=täysin eri mieltä	2=jokseenkin eri mieltä	3=en osaa sanoa	4=jokseenkin samaa mieltä	5=täysin samaa mieltä
50-vuotias					
80-vuotias					

KIITOS VASTAUKSISTASI!

Mikä on ALS? ALS eli amyotrofinen lateraaliskleroosi on etenevä motoneuronisairaus, jossa lihaksia hermottavat motoneuronit rappeutuvat. Motoneuronien rappeutumisen seurauksena lihaksien hermotus katoaa, minkä vuoksi lihakset vähitellen surkastuvat. Tauti etenee yleensä raajojen lihaksista nielun alueelle ja hengityslihaksiin. Taudin eteneminen voi kestää useita vuosia. Menehtyminen tapahtuu hengityslihasten lamautumisen vuoksi tukehtumis