

**Α.Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ**  
**ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ**  
**ΤΜΗΜΑ:ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**  
**ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΣΤΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ**  
**ΥΓΕΙΑΣ**



**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:**  
**ΤΖΑΜΑΛΟΥΚΑ ΓΕΩΡΓΙΑ**

**ΣΥΝΤΑΚΤΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:**  
**ΣΑΡΙΔΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ**  
**ΜΑΝΕΤΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ**  
**ΚΕΦΑΛΟΓΙΑΝΝΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ**

**ΗΡΑΚΛΕΙΟ**  
**2009**

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά την κα. Τζαμαλούκα Γεωργία, Δρ. Κοινωνικής Ψυχολογίας, για τη σημαντική και ουσιαστική καθοδήγηση της κατά την εκπόνηση της εργασίας αυτής, καθώς επίσης και τους υπόλοιπους καθηγητές του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του ΤΕΙ Κρήτης, για τις πολύτιμες γνώσεις που μας μετέφεραν με τη διδασκαλία τους κατά τη διάρκεια των σπουδών μας, ώστε να μπορέσουμε να ανταπεξέλθουμε στις ιδιαίτερες ανάγκες του επαγγέλματος του Κοινωνικού Λειτουργού.

*Το ταξίδι στα δύσβατα αλλά συνάμα γοητευτικά μονοπάτια της Κοινωνικής Εργασίας τώρα αρχίζει...*

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ηθική και Δεοντολογία είναι ο κλάδος της εφαρμοσμένης ηθικής φιλοσοφίας που μελετά τις εθελούσιες πράξεις των ανθρώπων, όπως αυτές συμβαίνουν στην καθημερινή ζωή τους, δηλαδή την ανθρώπινη συμπεριφορά και τα ηθικά προβλήματα που προκύπτουν από αυτήν.

Η παρούσα μελέτη, έχει ως σκοπό την εξέταση των ηθικών αρχών και κανόνων δεοντολογίας που διέπουν την άσκηση των επαγγελματιών υγείας (γιατρού, νοσηλεύτριας, κοινωνικού λειτουργού) και ιδιαίτερα κατά πόσο οι οδηγίες και κώδικες αυτοί, διαμορφώνουν και ρυθμίζουν την επαγγελματική στάση των ειδικών προώθησης και προαγωγής της υγείας απέναντι σε προκλήσεις και ηθικά διλήμματα που προκύπτουν στην καθημερινή επαγγελματική πρακτική.

Με τη μέθοδο της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, κατέστη εφικτό να γίνει συλλογή σημαντικών στοιχείων και πληροφοριών που αφορούσαν ή σχετίζονταν άμεσα με το εξεταζόμενο θέμα.

Το αποτέλεσμα που προέκυψε, βασίζεται κυρίως στην ανάλυση ισχυρών επιστημονικών στοιχείων και επιχειρημάτων και αποτυπώνεται στη διαπίστωση, ότι η χρησιμότητα της ύπαρξης καθορισμένων αρχών, αξιών και κωδίκων ηθικής και δεοντολογίας, στο πλαίσιο των επαγγελματιών υγείας, έγκειται στο ότι υπαγορεύουν τόσο το τύπο επαγγελματικής συμπεριφοράς, όσο και τον τρόπο αντιμετώπισης σημαντικών ηθικών διλημάτων που εγείρονται κατά την άσκηση του επαγγέλματος τους.

**Λέξεις κλειδιά:** υγεία, επάγγελμα, αρχές, αξίες, ηθική, δεοντολογία, προκλήσεις, διλήμματα, βιοηθική,

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<u>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</u> .....	7
-----------------------	---

### Α΄ ΜΕΡΟΣ

#### **ΠΡΟΩΘΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΗΘΙΚΗ**

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

<b>1. Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΗΘΙΚΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ</b> .....	11
<b>1.1 Ο ρόλος των επαγγελματικών οργανώσεων</b> .....	13

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

<b>2. Η ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ ΤΗΣ ΠΡΟΩΘΗΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ</b> .....	15
---	----

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

<b>3. Η ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΗΘΙΚΗ</b> .....	19
<b>3.1 Ποιότητα ζωής: Βασικός παράγοντας για τις παρεμβάσεις στην υγεία</b> .....	20
<b>3.2 Διευκρινίζοντας τι σημαίνει να είναι κάποιος «καλός» επαγγελματίας</b> .....	21
<b>3.3 Πρότυπα της ορθής πρακτικής στη προώθηση υγείας</b> .....	22

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

<b>4. Η ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ</b> .....	25
---	----

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

<b>5. ΗΘΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ</b> .....	27
<b>5.1 Αρχές και αξίες στα επαγγέλματα υγείας</b> .....	29
<b>5.1.1 Κώδικας συμπεριφοράς των ειδικών υγειονομικής περίθαλψης</b> .....	30
<b>5.2 Οι στόχοι της επαγγελματικής πρακτικής στον τομέα της υγείας</b> .....	32

### Β΄ ΜΕΡΟΣ

#### **ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΣΤΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ**

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>

<b>6. Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΗΘΙΚΗ</b> .....	35
<b>6.1 Τι είναι η ιατρική ηθική (medical ethics)</b> .....	36

6.2 Η μετάβαση από την «παραδοσιακή» στην «αναλυτική» ιατρική ηθική.....	38
6.3 Ιατρική ηθική και ανθρώπινα δικαιώματα.....	39
6.4 Βασικές αντιλήψεις στην ιατρική ηθική.....	42
6.5 Οι υποχρεώσεις και τα καθήκοντα των ιατρών.....	45
6.6 Ο τρόπος προσέγγισης ενός ηθικού ζητήματος ή διλήμματος της ιατρικής.....	49
6.7 Η σχέση μεταξύ ηθικής και νόμου.....	52
6.8 Το ιατρικό απόρρητο.....	53
6.9 Οι φιλοσοφικές προσεγγίσεις της ιατρικής ηθικής.....	56
<b><u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup></u></b>	
<b>7. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ.....</b>	<b>59</b>
7.1 Θεμελιώδεις αξίες της νοσηλευτικής.....	62
7.2 Συστατικά της ηθικής ικανότητας νοσηλεύτη/νοσηλεύτριας.....	63
7.3 Προσεγγίσεις στην κλινική ηθική.....	66
7.4 Ηθική της διοίκησης και υποχρεώσεις ενός διευθυντή νοσηλευτικών υπηρεσιών.....	68
<b><u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup></u></b>	
<b>8. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ.....</b>	<b>72</b>
8.1 Δεξιότητες – Ικανότητες που πρέπει να διαθέτει ένας ικανός κοινωνικός λειτουργός.....	74
8.2 Ηθική και δεοντολογική συμπεριφορά των κοινωνικών λειτουργών.....	75

### Γ' ΜΕΡΟΣ

#### **Η ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ ΤΗΣ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΒΙΟΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΣΤΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ**

<b><u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9<sup>ο</sup></u></b>	
<b>9. Η ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΤΗΣ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ.....</b>	<b>80</b>
9.1 Επιτροπές ηθικής και δεοντολογίας.....	82
9.2 Η φιλοσοφική προσέγγιση της βιοηθικής.....	84
<b><u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10<sup>ο</sup></u></b>	
<b>10. ΤΟ ΗΘΙΚΟ ΖΗΤΗΜΑ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ.....</b>	<b>88</b>
10.1 Τα είδη της ευθανασίας.....	91
10.2 Η στάση των ιατρών απέναντι στην ευθανασία.....	93
<b><u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11<sup>ο</sup></u></b>	
<b>10.Ο ΗΘΙΚΟΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ.....</b>	<b>96</b>
<b><u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12<sup>ο</sup></u></b>	
<b>12.ΤΑ ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ.....</b>	<b>99</b>
12.1 Η ηθική διάσταση της άμβλωσης.....	100

<b><u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13<sup>ο</sup></u></b>	
<b>13. ΤΕΧΝΗΤΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ.....</b>	<b>105</b>
<b><u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14<sup>ο</sup></u></b>	
<b>13.ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ</b>	
<b>ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ.....</b>	<b>108</b>
<b>14.1 Η Αρχή της διπλής επίδρασης στη θεραπεία ασθενών τελικού</b>	
<b>σταδίου.....</b>	<b>111</b>
<b>14.2 Θέματα συγκατάθεσης και επικοινωνίας.....</b>	<b>112</b>
<b>14.3 Η παράταση ζωής σε ασθενείς τελικού σταδίου.....</b>	<b>113</b>
<b>14.3.1 Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση.....</b>	<b>114</b>
<b><u>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....</u></b>	<b>116</b>
<b><u>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</u></b>	<b>118</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....</b>	<b>127</b>

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η προώθηση και η ηθική υγείας έχουν γίνει κοινός τόπος στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας. Το ενδιαφέρον σημείο είναι ότι καθώς οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας φέρουν την ιδέα «της προώθησης της υγείας» μέσα στην αρμοδιότητά τους, με αυτόν τον τρόπο επανακατευθύνουν τους ορισμούς και τα διλήμματα που συνδέονται με την εργασία τους. Για να λάβει η υγεία προώθηση, πρέπει να ληφθεί μια «νέα επαγγελματική ηθική». Με τον όρο «επαγγελματική ηθική» εννοούμε ότι οι επαγγελματίες υγείας είναι ουσιαστικό να διακατέχονται από τις αρχές ηθικής, απέναντι σε καθημερινές κρίσεις αξίας που βρίσκονται μέσα στην επαγγελματική δραστηριότητα (Δραγώνα-Μονάχου, 2008).

Επίσης, απαιτείται από εκείνους να ακολουθούν με αφοσίωση τους κανόνες δεοντολογίας των επαγγελμάτων τους. Ως δέον [από το ρήμα δει (δέει): πρέπει, είναι ανάγκη] ορίζεται το πρόπον, το ορθό και το αναγκαίο. Η δεοντολογία είναι η τακτική που πρέπει να ακολουθείται στη διεξαγωγή κάποιου έργου ή στην άσκηση κάποιου επαγγέλματος. Ο όρος χρησιμοποιήθηκε αρχικά στη φιλοσοφία (Δραγώνα-Μονάχου, 1995 - Βασιλογιάννης, 2008).

Σήμερα, ο όρος χρησιμοποιείται κυρίως στα επαγγέλματα υγείας και περιλαμβάνει το σύνολο των ιστορικών, επαγγελματικών, νομικών και κοινωνικών κανόνων και γνώσεων που σχετίζονται με τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας τόσο κατά την άσκηση του επαγγέλματός τους, όσο και κατά την ιδιωτική και δημόσια ζωή τους, για λόγους επαγγελματικής ευπρέπειας (Dawason, 1994 – Βιδάλης, 2007).

Υπό αυτήν την έννοια, απαιτείται από τον επαγγελματία υγείας να είναι ευσυνείδητος ως προς τις αξίες που πρεσβεύουν η πολιτική και η πρακτική του επαγγέλματος του, να προσέξει ιδιαίτερα το στοιχείο ότι οι επιλογές και οι ενέργειές του προσκρούουν επάνω σε άλλους, να ακολουθεί τα πρότυπα της συμπεριφοράς που αναμένονται από τους ανθρώπους που εργάζονται στον επαγγελματικό του τομέα, καθώς και να είναι σε θέση να εξηγήσει και να υπερασπίσει την πρακτική του όταν αυτό χρειαστεί. Κανένα από αυτά, δεν είναι μια αφηρημένη ακαδημαϊκή ή θεωρητική δραστηριότητα στον τομέα της προώθησης και προαγωγής της υγείας.

Ένας από τους πιο ορατούς τρόπους με τον οποίο οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να δείξουν το ενδιαφέρον τους για την ηθική, είναι η ανάπτυξη και η έκδοση συγκεκριμένων κωδίκων δεοντολογίας. Αυτοί, μαζί με τις σχετικές οδηγίες, φαίνονται να αντιπροσωπεύουν ένα σημαντικό ηθικό σημείο αναφοράς για εκείνους που

απασχολούνται στους επαγγελματικούς τομείς που σχετίζονται με την υγεία (Dawason, 1994 - Kelly, 1996).

Στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, οι επαγγελματίες βλέπουν τους κώδικες και τις οδηγίες ως τρόπους που θα καθορίσουν την αξία της εργασίας τους, θα αναδείξουν τις ευθύνες προς τους πελάτες ή τους ασθενείς και επίσης θα καταστήσουν σαφές ποιες προσδοκίες πρέπει να έχει το επάγγελμα που υπηρετούν. Από αυτό καταλαβαίνουμε, ότι οι κώδικες μπορούν επίσης να συμβάλλουν στην ηθική αιτιολόγηση μιας ιδιαίτερης δραστηριότητας ή μιας επέμβασης.

Αρα, στοχευμένα θεωρείται χρήσιμο σε κάποιον επαγγελματία υγείας να είναι σε θέση να αναφερθεί σε κάτι που μπορεί να συμβάλει στην ηθική αιτιολόγηση ή υπεράσπιση κάθε πράξης και ενέργειας του, στο πλαίσιο του επαγγέλματος του, γιατί δεν καθίσταται δυνατό να καθορίσει ο ίδιος τα πρότυπα και τις ευθύνες του επαγγέλματος.

Στην Ελλάδα, η ηθική βρίσκεται στο επίκεντρο του ιατρικού ενδιαφέροντος τουλάχιστον για 2500 χρόνια. Στον Ιπποκρατικό όρκο και τις μεταγενέστερες εκδοχές του διατυπώνεται η θεμελιώδης αρχή του ιατρικού λειτουργήματος που συνοψίζεται στην υποχρέωση που έχει ο ιατρός να επιδιώκει τη διασφάλιση των καλύτερων δυνατών όρων και συνθηκών υγείας του ασθενούς, την αποφυγή πρόκλησης βλάβης ή εκμετάλλευσης του και τη διατήρηση της εμπιστοσύνης του ασθενούς προς το πρόσωπό του (Δραγώνα-Μονάχου, 2008). Η ηθική άσκηση της καθημερινής ιατρικής πρακτικής σαφώς και αφορά και τις άλλες ειδικότητες που εμπλέκονται στην παροχή υπηρεσιών ιατρικής φροντίδας, όπως οι νοσηλεύτριες, κοινωνικοί λειτουργοί, επισκέπτες υγείας, και άλλοι.

Η εργασία μας, χωρίζεται σε τρία μέρη τα οποία περιλαμβάνουν δεκατέσσερα κεφάλαια συνολικά:

**Στο πρώτο μέρος της εργασίας** γίνεται αναφορά στη προώθηση υγείας και την επαγγελματική ηθική: παρουσιάζεται η αντίληψη της έννοιας της προώθησης υγείας και οι γενικές ηθικές αρχές και αξίες που πρέπει να βασίζεται ο επαγγελματίας υγείας στην άσκηση της επαγγελματικής πρακτικής.

**Το δεύτερο μέρος** πραγματεύεται την ηθική και δεοντολογία που χαρακτηρίζει επαγγέλματα που προωθούν την υγεία: συγκεκριμένα εξετάζεται η ηθική και δεοντολογία στα επαγγέλματα του ιατρού, της νοσηλεύτριας και του κοινωνικού λειτουργού. Αναλύονται ηθικά ζητήματα και ηθικές απαιτήσεις που σχετίζονται με



την άσκηση αυτών των επαγγελμάτων καθώς και κανόνες ηθικής αξιολόγησης και δεοντολογίας.

**Στο τρίτο και τελευταίο μέρος της εργασίας**, δίδεται έμφαση στην επιστήμη της βιοηθικής και σε σημαντικά (βιο)ηθικά ζητήματα που προκύπτουν κατά την άσκηση των επαγγελμάτων υγείας. Ειδικότερα πρόκειται για ηθικά διλήμματα και κρίσιμα ερωτήματα που γεννιούνται από την πρόοδο των επιστημών και της τεχνολογίας και αφορούν το τομέα της υγείας και τα επαγγέλματα υγείας. Τέτοια είναι: η ευθανασία, η άμβλωση- έκτρωση, η μεταμόσχευση, η τεχνητή γονιμοποίηση και στάση των επαγγελματιών υγείας σε ασθενείς τελικού σταδίου.

Επιδιώκουμε η εργασία/μελέτη αυτή, η οποία βασίζεται σε ανασκόπηση βιβλίων/συγγραμμάτων σχετικών με την ηθική και δεοντολογία στα επαγγέλματα υγείας, να δημιουργήσει μια υψωμένη αίσθηση της ανάγκης για μια αναθεωρημένη προσέγγιση της επαγγελματικής ηθικής στο χώρο της προώθησης υγείας και ακόμα περισσότερο να παρουσιάσει την αξία και κρίσιμη αντανάκλαση της ηθικής και δεοντολογίας στη διαδικασία προώθησης και άσκησης της υγείας.

**Α΄ ΜΕΡΟΣ**  
**ΠΡΟΩΘΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΗΘΙΚΗ**



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

## 1. Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΗΘΙΚΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Η αναφορά μας στην ανάπτυξη της ηθικής στην υγειονομική περίθαλψη, γίνεται κατά κάποιον τρόπο για να εξετάσουμε εκείνο το μέρος της εφαρμοσμένης ηθικής που εμπεριέχει το αυστηρό πλαίσιο των αρχών, των κωδίκων και των αξιών που απαιτούνται από εκείνους που εργάζονται για να διαχειριστούν την ασθένεια και για να αποκαταστήσουν ή να βελτιώσουν την υγεία. Δηλαδή με απλά λόγια, εννοούμε την εφαρμογή της ηθικής στην πρακτική και τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης (Lantz, 2000).

Η πρακτική της εφαρμογής της ηθικής στην επαγγελματική δραστηριότητα της υγείας έχει αυξηθεί πάρα πολύ κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριάντα ετών. Μέσα σε αυτήν την γενική αύξηση, η ανάπτυξη της ηθικής υγειονομικής περίθαλψης θα μπορούσε να υποστηριχτεί ότι έχει υποκινήσει την αύξηση της εφαρμοσμένης ηθικής και σε άλλους χώρους. Αυτό εξηγεί και την αύξηση του αριθμού των μαθημάτων “ηθικής υγειονομικής περίθαλψης” στα πανεπιστήμια (Jonsen, 1998).

Σύμφωνα με τον ίδιο, η κυκλοφορία ακαδημαϊκών περιοδικών που αναφέρονται στο θέμα και ο συνυπολογισμός της ηθικής στα προγράμματα σπουδών, εκπαίδευσης και κατάρτισης για τους επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης όπως οι νοσοκόμες και οι γιατροί, είναι πλέον γεγονός. Αυτά τα είδη των εξελίξεων τα συναντάμε περισσότερο στο βρετανικό πλαίσιο, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν υπάρχουν σε άλλες αναπτυγμένες χώρες.

Για παράδειγμα, η αύξηση της ηθικής υγειονομικής περίθαλψης στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι βαθύτερη. Στις ΗΠΑ, για διάφορα έτη, πολλά νοσοκομεία έχουν χρησιμοποιήσει τους επαγγελματίες ethicists για να υποστηρίξουν την ηθική λήψη αποφάσεων του κλινικού προσωπικού τους (Gorovitz, 1990).

Τα άτομα που εκπαιδεύονται στη προσφορά υπηρεσιών υγείας εκτός από τη βιολογική, κλινική γνώση και τις «εμπράγματα» δεξιότητες, είναι πιθανό να εισαχθούν σε ένα ευρύ φάσμα σημαντικών θεμάτων, όπως: τα ζητήματα της ψυχολογίας, της κοινωνιολογίας, τις πτυχές του νόμου και της δημόσιας πολιτικής, τα θέματα στην επικοινωνία, καθώς και στην ηθική αξιολόγηση της διαδικασίας πρόωξης της υγείας (Cribb & Duncan, 1999).

Αυτή η διεύρυνση των προγραμμάτων σπουδών, όπως υποστηρίζουν οι ίδιοι συγγραφείς, εμπνέεται εν μέρει από την πεποίθηση ότι εκείνοι που προσφέρουν υπηρεσίες υγείας πρέπει να έχουν μια ευρεία εκπαίδευση για την προσωπική και επαγγελματική τους ανάπτυξη, καθώς επίσης αποτελεί και μια συνέπεια των εξελισσόμενων ιδεών για την υγεία και την υγειονομική περίθαλψη.

Από τη δεκαετία του '60 και με μεγαλύτερη ένταση αργότερα, τη δεκαετία του '70, η υγειονομική περίθαλψη γενικά, και η ιατρική ιδιαίτερα, άρχιζαν να υποβάλλονται στην κοινωνική διερεύνηση και στις αντιρρήσεις, με τρόπο που δεν είχε συμβεί ποτέ μέχρι τότε (Campbell, 1990).

Μέσω της τεχνολογίας, οι γιατροί ανέπτυσαν ικανότητες να αρχίσουν τις ζωές καθώς επίσης και να τις τελειώσουν. Τουλάχιστον σε κάποια έκταση, η δημόσια αντίδραση σε αυτές τις τρομακτικές τεχνολογικές ικανότητες ήταν μια αντίδραση ανησυχίας. Πότε ήταν «η έναρξη ή «το τελείωμα της ζωής» μέσω της ιατρικής πρακτικής δικαιολογημένη; Θα έπρεπε οι ζωές να δημιουργηθούν όταν φάνηκε ότι «η φύση δεν το σκόπευε»; Τι θα σήμαινε για την ανθρωπότητα εάν θα μπορούσαμε να κινηθούμε προς τη βαθμιαία αποβολή των ατελειών στους ανθρώπους; Όλες αυτές οι ερωτήσεις έδωσαν έμφαση στην κοινωνική και επαγγελματική δύναμη των γιατρών. Και, όπως αναφέραμε παραπάνω, η επαγγελματική δύναμη ήταν γενικά κάτω από την αυξανόμενη δημόσια διερεύνηση, με τις αυξανόμενες κλήσεις για τους ελέγχους και τις ισορροπίες και από τους διευθυντές και από «τους καταναλωτές» της υγειονομικής περίθαλψης (Naidoo & Wills, 1998).

Η κριτική, η απώλεια δημόσιας εμπιστοσύνης για τις τεχνολογικές κατευθύνσεις, και οι περιορισμοί των πόρων, είναι μερικοί από τους λόγους για την άνοδο της ηθικής υγειονομικής περίθαλψης κατά τη διάρκεια του τελευταίου μέρους του εικοστού αιώνα.

Ένα άλλο σημαντικό θέμα, είναι οι τάσεις που μπορούμε να διακρίνουμε στο τομέα της προώθησης υγείας. Παρατηρούμε λοιπόν, μια αυξανόμενη έμφαση στην αντίληψη της πελατοκεντρικής ή προσωποκεντρικής υγειονομικής περίθαλψης, στους κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που καθορίζουν την υγεία και ακόμα στις ευρύτερες και πιο εύκαμπτες έννοιες της υγείας και της ευημερίας. Οι τάσεις αυτές της προώθησης υγείας είναι οι ίδιες μια αντανάκλαση ενός ευρύτερου και βαθύτερου συνόλου κοινωνικών τάσεων (Bunton, Netteton, Burrows, 1995).

Επίσης, είναι γενικά αποδεκτό από ολόκληρη την επιστημονική κοινότητα, ότι η υγειονομική περίθαλψη και οι αξίες που συνδέονται με αυτήν, εξελίσσονται και

αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου. Τα μεταβαλλόμενα όργανα και οι πρακτικές στη παροχή υγείας όχι μόνο αντιπροσωπεύουν τις αλλαγές στις διαδικασίες και τις τεχνικές, αλλά αντιπροσωπεύουν και τις αλλαγές στις αξίες. Αρκεί, αυτές οι διάφορες νέες πρακτικές και επεμβάσεις να υπόκεινται στην ηθική διερεύνηση (Cribb & Dines, 1993).

Όταν η ηθική υγειονομικής περίθαλψης «γεννήθηκε», από πολλές απόψεις δεν έκανε τα πράγματα πολύ διαφορετικά από αυτό που μερικοί φιλόσοφοι έκαναν πολύ πριν από το τέλος του εικοστού αιώνα. Αυτό μπορεί να φανεί μια περίεργη αξίωση, δεδομένου ότι τα ethicists υγειονομικής περίθαλψης εφαρμόζονται συχνά στις οργανώσεις, τις πρακτικές και την τεχνολογία υγειονομικής περίθαλψης στα σχετικά με τις ασκούμενες πολιτικές πλαίσια. Εντούτοις, οι τρόποι με τους οποίους γίνεται αυτή η διαδικασία υπόκεινται σε μεγάλο ποσοστό στις μεγάλες παραδόσεις ηθικής σκέψης και στους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας (Cribb & Duncan, 1999).

Σύμφωνα με τους ίδιους συγγραφείς είναι εκπληκτικό ότι ακόμα και οι φιλόσοφοι, που αναφέρονται στην κριτική της ιατρικής και τις νέες προκλήσεις της υγειονομικής περίθαλψης, έχουν εστιάσει την προσοχή στις μακροχρόνιες παραδόσεις ηθικής σκέψης.

### **1.1 Ο ρόλος των επαγγελματικών οργανώσεων**

Οι επαγγελματικές ομάδες έχουν έναν κρίσιμο ρόλο στην ανάπτυξη μιας υπερασπίσιμης ηθικής για τους υποστηρικτές υγείας. Οι μεμονωμένοι υποστηρικτές υγείας μπορούν και πρέπει να κοιτάξουν στην επαγγελματική κοινότητά τους για θέματα που σχετίζονται με τη φύση και τις απαιτήσεις των ρόλων τους, συμπεριλαμβανομένων των ηθικών απαιτήσεων και των διλημμάτων που αντιμετωπίζουν.

Αυτό δε σημαίνει, βέβαια, ότι ο μεμονωμένος υποστηρικτής υγείας μπορεί «να μεταβιβάσει» την ευθύνη για την ηθική στην επαγγελματική του ομάδα. Όταν πρόκειται για την ηθική, τα άτομα δεν μπορούν να κρυφτούν πίσω από τις ομάδες.

Η ηθική αναπτύσσεται μέσω της συζήτησης, της διαμάχης και της παράθεσης επιχειρημάτων. Η διευκρίνιση των ηθικών αξιώσεων απαιτεί την εξέταση των διαφορετικών κρίσεων, κάτι το οποίο μπορεί να διευκολυνθεί μόνο μέσω του διαλόγου εντός της επαγγελματικής κοινότητας. Μία επαγγελματική ομάδα μπορεί

επίσης να προβεί σε δημοσιεύσεις που αφορούν τις ηθικές απαιτήσεις του επαγγέλματος, δίδοντας με αυτό το τρόπο ένα κοινό σημείο αναφοράς και κοινές θέσεις προς τους μεμονωμένους επαγγελματίες, ώστε να χρησιμοποιηθούν ως αφετηρία στην ηθική αξιολόγηση της εργασίας τους. Η επαγγελματική ομάδα καλείται να υποστηρίξει τους επαγγελματίες που ανήκουν στο τομέα της, και να τους αντιπροσωπεύσει σε περίπτωση κριτικής για την αξιοπιστία ή την ικανότητά τους (Koehn, 1994).

Αυτή η συγκέντρωση δύναμης στους επαγγελματικούς οργανισμούς, σε καμία περίπτωση δεν σημαίνει ότι οι επαγγελματίες δεν είναι σε θέση να δράσουν από μόνοι τους, ή ότι δεν έχουν την ικανότητα να χειριστούν ή να λάβουν αποφάσεις για σημαντικά θέματα επαγγελματικής υφής.

Η επαγγελματική κοινότητα είναι ο εκφραστής των αντιλήψεων και των προσπαθειών των μελών της. Στα σεμινάρια και τα εργαστήρια - ή τις περισσότερες φορές στον καθημερινό διάλογο στον εργασιακό χώρο - οι επαγγελματικοί συνάδελφοι μπορούν να μοιραστούν, να ερευνήσουν τις ιδέες, να επικρίνουν το καθεστώς των προτύπων, και να υποβάλουν συστάσεις για αλλαγές, σε τοπικό ή εθνικό επίπεδο. Οι επαγγελματικές κοινότητες έχουν τη δυνατότητα να υποστηρίζουν την κρίσιμη και ριζική σκέψη (Koehn, 1994).

Όλοι οι υποστηρικτές υγείας, έχουν δύο είδη ευθύνης σε σχέση με την ανάπτυξη της ηθικής προώθησης υγείας: Καταρχάς, οι υποστηρικτές υγείας είναι αρμόδιοι για τις επεμβάσεις προώθησης υγείας. Έτσι οι ίδιοι πρέπει να είναι έτοιμοι να εξηγήσουν και να δικαιολογήσουν πιθανή ηθική κριτική αυτών των επεμβάσεων. Είναι άμεσα υπεύθυνοι γι' αυτές τις δραστηριότητες και πρέπει να έχουν έναν απολογισμό για τις ενέργειες τους στο πρακτικό σχέδιο της επέμβασης ώστε να μεγιστοποιήσουν την ηθική αποδοχή τους. Κατά δεύτερον, έχουν καθήκον να εξασφαλίσουν ότι η συνήθης ηθική της επαγγελματικής ομάδας τους γίνεται κατανοητή και μπορεί σε κάθε περίπτωση να δεχτεί κριτική (Downie, Tannahill, 1996).

Στην επαγγελματική ζωή, όλοι έχουμε τη δυνατότητα και την ευθύνη να συμβάλουμε ηθικά στα πλαίσια στα οποία εργαζόμαστε. Αυτό είναι μία κοινή ευθύνη.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### 2. Η ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ ΤΗΣ ΠΡΟΩΘΗΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Για να είμαστε σε θέση να περιγράψουμε επαρκώς την έννοια της προώθησης υγείας, θα πρέπει πρώτα να προσδιορίσουμε την ίδια την υγεία ως έννοια. Η ελαστικότητα που παρατηρείται στον όρο της υγείας έχει ως συνέπεια την ελαστικότητα στον όρο της προώθησης υγείας (Nordenfelt, 1987).

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας: «Η υγεία είναι όχι μόνο η απουσία ασθένειας, αλλά κατάσταση της πλήρους φυσικής, συναισθηματικής, κοινωνικής και πνευματικής ευεξίας (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας 1946).

Από τον ορισμό αυτό, προκύπτουν δύο προσδιορισμοί της υγείας. Από τη μία η υγεία λαμβάνεται ως πρόληψη ασθενειών και από μία ευρύτερη θέση η υγεία λαμβάνεται ως προώθηση ευημερίας. Οι δύο αυτές προσεγγίσεις έχουν διαφορετικούς προσανατολισμούς και στόχους και επομένως, θα έχουν πολύ διαφορετικά κριτήρια επιτυχίας.

Οι δραστηριότητες πρόληψης ασθενειών περιλαμβάνουν ενέργειες και επεμβάσεις υγειονομικού χαρακτήρα που επιδιώκουν την περιβαλλοντική αλλαγή. Αυτά, είναι βασισμένα στην επιδημιολογική, κοινωνική και επιστημονική γνώση για τις αιτίες της ασθένειας και στη χρήση των πιο αποτελεσματικών μέσων για την αντιμετώπιση της αιτίας. Ο στόχος είναι να ελεγχθεί η αιτία της ασθένειας ή της νοσηρής κατάστασης και όχι μόνο τα αποτελέσματά της (Downie, Tannahill, 1996).

Από την άλλη, η κατηγοριοποίηση όλων εκείνων των στοιχείων που λειτουργούν για την ευημερία της ζωής είναι ένας στόχος χωρίς όρια. Αυτό ισχύει εάν λάβουμε την ευημερία ως κάτι που καθορίζεται από αντικειμενική, εξωτερική άποψη ή ως κάτι που καθορίζεται υποκειμενικά, από κάθε άτομο που κάνει μια κρίση ως προς το επίπεδο ευημερίας του (Nordenfelt, 1993).

Σύμφωνα με τον ίδιο, τα στοιχεία που μπορούν να συμβάλλουν στην ευημερία ενός προσώπου, δεν περιορίζονται μόνο σε βασικά πράγματα, όπως τα τρόφιμα, τη στέγη, το εισόδημα αλλά και σε άλλα, όπως η εκπαίδευση, ο ελεύθερος χρόνος, οι προσωπικές σχέσεις. Αυτά τα στοιχεία, αλλά και όλοι οι κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες που τα υποστηρίζουν, σχετίζονται με την προώθηση υγείας. Εξάλλου, υπεύθυνοι δεν είναι μόνο εκείνοι που συμβάλλουν στην πρόληψη ασθενειών (ειδικοί - υποστηρικτές υγείας) αλλά λίγο πολύ ο καθένας.

Μερικοί συγγραφείς έχουν προσπαθήσει να βρουν το μέσο μεταξύ των αυστηρών και ευρύτερων συλλήψεων της υγείας που περιγράψαμε μόλις. Προβάλλουν την ιδέα ότι η υγεία είναι ένας βασικός όρος για την ευημερία αλλά δεν είναι ισοδύναμη η ίδια με την ευημερία. Το κοινό σημείο των θεωριών αυτών, είναι ότι βλέπουν την υγεία περισσότερο ως την απουσία ασθένειας και λιγότερο ως την απέραντη ευημερία. Η υγεία είναι η ικανότητα να επιτευχθεί η ευημερία (Nordenfelt, 1993).

Είναι ουσιαστικό για τους υποστηρικτές υγείας να γνωρίζουν τις διαφωνίες που περιβάλλουν την έννοια της υγείας και των επιπτώσεων που αυτό έχει στο πρόγραμμα διαχείρισης της υγείας. Η διαχείριση και προαγωγή της υγείας απαιτεί την ηθική διερεύνηση και την αιτιολόγηση (McCormick, 1994).

Αν επιχειρήσουμε να περιγράψουμε τη φύση της προώθησης υγείας θα συναντήσουμε αρκετές δυσκολίες, κάτι που κατά προτεραιότητα οφείλεται στο ότι δεν υπάρχει σαφής εννοιολογικός προσδιορισμός της προώθησης υγείας.

Η κοινωνία καθορίζει την προώθηση υγείας ως εξής: «Η προώθηση υγείας είναι οποιαδήποτε δραστηριότητα που προωθεί την υγεία. Η προώθηση υγείας επιτυγχάνεται μέσω της δραστηριότητας που στρέφεται στους κοινωνικούς, οικονομικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες» (Cribb & Dines, 1993).

Η προώθηση υγείας περιλαμβάνει την υγειονομική αγωγή που η κοινωνία ορίζει ως: τη δραστηριότητα που ως σκοπό έχει να ενημερώσει και να εξουσιοδοτήσει τους ανθρώπους έτσι ώστε μπορούν να λάβουν υψηλής ποιότητας αποφάσεις για ζητήματα υγείας (Gorovitz, 1990).

Ο όρος έχει προκαλέσει και συνεχίζει να προκαλεί συζητήσεις, καθώς υπάρχει τεράστια σύγχυση ανάμεσα στην εννοιολογική και εμπειρική προσέγγιση της προώθησης αυτής (Cribb & Dines, 1993).

Η εννοιολογική προσέγγιση σημαίνει εκείνον που αναλύει την έκφραση «προώθηση υγείας» ώστε να προκύψει κάποιος συνεπής προσδιορισμός της έννοιας. Μια τέτοια προσέγγιση, θα επέτρεπε να κατανοήσουμε τις διαδικασίες και τις δραστηριότητες που αποσκοπούν στη προώθηση υγείας.

Από την άλλη, «εμπειρική προσέγγιση», σημαίνει κάποιον που επικεντρώνεται να ερευνήσει τις πρακτικές (διαδικασίες ή δραστηριότητες) που οι ίδιοι οι άνθρωποι χρησιμοποιούν για να φτάσουν σε υγιή κατάσταση (Cribb & Dines, 1993).

Η υγεία έχει έναν αριθμό εννοιών, εάν λάβουμε την υγεία σαν «την απουσία ασθένειας», τότε η προώθηση υγείας αναφέρεται σε κάτι που λειτουργεί για να μειώσει το ποσό ασθένειας στον κόσμο (Nordenfelt, 1993).



Η προώθηση υγείας αναφέρεται σε ένα σύνολο δραστηριοτήτων, κάποιες από τις οποίες λειτουργούν με αυτοσκοπό την προώθηση υγείας και άλλες έχουν ως συνέπεια τη προώθηση υγείας, χωρίς να το επιδιώκουν άμεσα. Οι δραστηριότητες αυτές σύμφωνα με τους (Downie, Tannahill, 1996) διαχωρίζονται σε τέσσερα είδη:

(α) Δραστηριότητες που έχουν ως στόχο την υγεία και πραγματικά προωθούν την υγεία

(β) Δραστηριότητες που δεν έχουν ως στόχο την υγεία, αλλά προωθούν την υγεία

(γ) Δραστηριότητες που έχουν ως στόχο την υγεία, αλλά δεν προωθούν την υγεία και

(δ) Δραστηριότητες που δεν έχουν το στόχο την υγεία.

Τα αποτελέσματα των δραστηριοτήτων είναι ιδιαίτερα σύνθετα, γι' αυτό και θα προσπαθήσουμε με τη χρήση κατάλληλων παραδειγμάτων να εξετάσουμε τη σχετικότητα ή διάκριση μεταξύ μιας δραστηριότητας που έχει ως στόχο την προώθηση υγείας και μιας δραστηριότητας που έχει ως αποτέλεσμα την προώθηση υγείας, χωρίς να το έχει επιδιώξει. Αυτά τα παραδείγματα θα μας βοηθήσουν να αναγνωρίσουμε τη περίπλοκη φύση αυτού του ζητήματος:

A) Ας υποθέσουμε ότι προσλαμβάνουμε έναν υδραυλικό για να εγκαταστήσει νέα υδραυλικά συστήματα στο σπίτι μας (νέο σύστημα κεντρικής θέρμανσης, νέο σύστημα αποχέτευσης, σύστημα καθαρισμού νερού, και άλλα). Η συγκεκριμένη δραστηριότητα θα συνέβαλλε στη μείωση ασθενειών άρα μπορούμε να υποθέσουμε ότι λειτουργεί για τη προώθηση υγείας (σύμφωνα με την έννοια όπου η υγεία γίνεται κατανοητή ως η απουσία ασθένειας). Ο υδραυλικός δεν έχει στόχο την υγεία, και βεβαίως δεν σκέφτεται αυτό που έχει κάνει ως προώθηση υγείας. Βλέπει τη δραστηριότητα του, ως προσπάθεια να εγκατασταθεί ο σωστός εξοπλισμός με το καλύτερο τεχνικό και αισθητικό αποτέλεσμα (Downie, Tannahill, 1996).

B) Επίσης, ας υποθέσουμε ότι ένας υπάλληλος νοσοκομείου είναι πεπεισμένος ότι κάποιο ιατρικό παρασκεύασμα έχει ισχυρές και εκτεταμένες θεραπευτικές δυνάμεις. Κατά συνέπεια, αποφασίζει να προσθέσει την φαρμακευτική αυτή ουσία (κρυφά) στα φαγητά του νοσοκομείου. Η πρόθεσή του φαίνεται καθαρή, δεν επιθυμεί να κερδίσει χρήματα ή να γίνει διάσημος. Επιθυμεί απλά να έχει τη συμβολή του στη βελτίωση της υγείας των ασθενών του νοσοκομείου. Κάποιοι από τους ασθενείς όμως, εμφανίζουν συμπτώματα δηλητηρίασης εξαιτίας της συγκεκριμένης ουσίας που βρέθηκε στο φαγητό του νοσοκομείου. Η πρόθεση του υπαλλήλου ήταν να προωθηθεί την υγεία αλλά η συνέπεια είναι μάλλον διαφορετική (Downie, Tannahill, 1996).

Όπως βλέπουμε, υπάρχει πιθανότητα τα υδραυλικά να προωθήσουν την υγεία, υπό μία έννοια, αλλά ο υδραυλικός δεν ασκεί προώθηση υγείας, ούτε η δραστηριότητα του έχει τέτοιο στόχο. Ο υπάλληλος του νοσοκομείου μπορεί να θελήσει να προωθήσει την υγεία αλλά δεν ασκεί προώθηση υγείας. Το ίδιο αποτέλεσμα θα ίσχυε ακόμα κι αν το παρασκεύασμα είχε την επιθυμητή επίδραση.

Οι περισσότεροι άνθρωποι αντιλαμβάνονται την προώθηση υγείας ως ένα αφηρημένο σύνολο δραστηριοτήτων. Κάποιοι τη βλέπουν ως όνομα ενός συγκεκριμένου είδους επαγγελματικής πρακτικής.

Η μεγαλύτερη ομάδα των εργαζομένων που απασχολούνται στο τομέα της υγείας είναι εκείνοι των οποίων το επάγγελμα σχετίζεται με την προώθηση της υγείας γενικά. Τέτοιοι άνθρωποι, συνήθως εργάζονται σε μονάδες προώθησης υγείας που συνδέονται με την υγειονομική υπηρεσία ή τις τοπικές αρχές. Γι' αυτές τις επαγγελματικές ομάδες, η προώθησης υγείας αποτελεί ένα σημαντικό μέρος του επαγγελματικού τους ρόλου. Θα μπορούσαμε να αναφερθούμε σε αυτούς με την γενική ετικέτα «υποστηρικτές υγείας». Κάτι τέτοιο θα περιελάμβανε τους γιατρούς, τις νοσοκόμες, τις μαίες, τους επισκέπτες υγείας, τους κοινωνικούς λειτουργούς, και άλλους.

Η επαγγελματική προώθηση της υγείας εμπεριέχει μεταξύ άλλων, δραστηριότητες που προορίζονται για να συμβάλλουν στην υγεία των ατόμων, ομάδων και ευρύτερων πληθυσμών. Σύμφωνα με αυτή την άποψη, η προώθηση υγείας αναφέρεται σε έναν «ανοικτό τομέα» και όχι μόνο σε ένα σύνολο πρακτικών και δραστηριοτήτων που αναλαμβάνονται από τις επαγγελματικές ομάδες μέσα στην υγειονομική περίθαλψη και τους σχετικούς τομείς. Κοινωνικές δραστηριότητες ή και περιβαλλοντικές διαδικασίες ακόμα, μπορούν να συμβάλουν προς την προώθηση της υγείας (Duncan & Cribb, 1997).

Συνεπώς, οι εργαζόμενοι σε επαγγέλματα υγείας πρέπει να λάβουν υπόψη τον ανοικτό τομέα των καθοριστικών παραγόντων υγείας, και θα πρέπει να ενσωματώσουν στο πλαίσιο της επαγγελματικής τους πρακτικής τη συνεργασία με άλλα άτομα, οργανώσεις και φορείς, πέρα από τις κλειστές μονάδες υγειονομικής περίθαλψης. Σε γενικές γραμμές, η εργασία αυτή θα εστιάσει στην ηθική άσκηση των επαγγελματικών πρακτικών που αφορούν αποκλειστικά την υγεία.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### 3.Η ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΗΘΙΚΗ

Η προώθηση υγείας αντιπροσωπεύει μια ευρεία προσέγγιση στην υγειονομική περίθαλψη. Η θεραπευτική υγειονομική περίθαλψη επικεντρώνεται κυρίως στην αιτιώδη αλυσίδα της ασθένειας και η δημόσια υγεία περιλαμβάνει τη φυσική ιστορία και τα κοινωνικά αποτελέσματα των ασθενειών (McCormick, 1994).

Διακρίνεται από μια έντονη ανησυχία, όχι μόνο για τις αιτίες και τις συνέπειες της ασθένειας αλλά και για την εμπειρία, τις αντιλήψεις, και τις επιλογές των επαγγελματιών υγείας, οι οποίες σαφώς και επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ατόμων και των ομάδων (McCormick, 1994 - Downie, Tannahill, 1996)

Ακόμα, περιλαμβάνει τους νέους και εκτεταμένους ρόλους, τις νέες σφαίρες της ανησυχίας και τα νέα είδη της εργασίας. Όλα αυτά έχουν τις σημαντικές επιπτώσεις σε εκείνους που προσφέρουν υπηρεσίες υγείας και στην ηθική της πρακτικής παροχής υπηρεσιών υγείας (Katz, Perberdy, & Douglas, 2001).

Σύμφωνα με τους Katz, Perberdy, & Douglas, οι επαγγελματίες υγείας όταν βρίσκονται απέναντι από τους πελάτες, δεν φτάνει μόνο να εστιάσουν το ενδιαφέρον τους στα συστήματα σωμάτων, τα όργανα κ.α. Πλέον πρέπει να στραφούν και εξωτερικά, εξετάζοντας τα φυσικά και πολιτιστικά πλαίσια που ο καθένας ζει. Αυτό συνεπάγεται ένα ενδιαφέρον για τις τρέχουσες περιστάσεις ζωής των ασθενών (ενδιαφέρον για τις συνθήκες διαβίωσης τους, για τις συνήθειές τους και τις πεποιθήσεις τους για την υγεία). Απαιτείται από τους επαγγελματίες υγείας, η γνώση νέων μέσων και μεθόδων παρέμβασης στη προώθηση υγείας.

Ακόμα, παρατηρείται αλλαγή και στους τρόπους με τους οποίους οι επαγγελματίες υγείας αντιλαμβάνονται τους ρόλους τους. Αυτό που συμβαίνει στη πράξη, είναι ότι βρίσκονται σε μια διαρκή προσπάθεια να ανταποκριθούν στις προσδοκίες των ασθενών τους. Δημιουργούνται νέα σύνολα επαγγελματικών ρόλων και σχέσεων. Οι επαναπροσανατολισμοί αυτοί, προκαλούν επιπτώσεις και στην επαγγελματική ηθική. Γεννιούνται συγκεκριμένα ηθικά ζητήματα και διλήμματα αλλά και βασικά ερωτήματα για τις σχέσεις μεταξύ εκείνων που παρέχουν υπηρεσίες υγείας, των πελατών και της κοινωνίας συνολικά (Naidoo & Wills, 1998).

Οι νέες πρακτικές που απαιτούνται από την προώθηση της υγείας γενικά, πραγματοποιούνται στα νέα επαγγελματικά πλαίσια. Οι προκλήσεις είναι τεράστιες και αφορούν:

- την εργασία υγείας.
- τη σχέση επαγγελματιών-ασθενών.
- τις αξίες της εργασίας υγείας.
- τη βάση γνώσεων για την απαιτούμενη παρέμβαση.

Φυσικά, οι παράγοντες αυτοί επικαλύπτουν ο ένας τον άλλο και συνδέονται άρρηκτα μεταξύ τους, επειδή είναι όλοι «προϊόντα» της διεύρυνσης της προοπτικής που χαρακτηρίζει τη προώθηση υγείας τη νέα εποχή (Naidoo & Wills, 1998 - Katz, Perberdy, & Douglas, 2001).

Επιπλέον, υπάρχει ένα σαφές σύνολο προσδοκιών από τις επαγγελματικές πρακτικές των ατόμων που ασκούν την προώθηση υγείας. Οι περισσότεροι ασθενείς περιμένουν συγκεκριμένα πράγματα από τον επαγγελματικό ρόλο π.χ. του γιατρού, της νοσηλεύτριας, του κοινωνικού λειτουργού, του βιολόγου, του επισκέπτη υγείας (Cribb & Duncan, 1999).

Η προώθηση υγείας παρουσιάζεται ως πρόκληση στην επαγγελματική ηθική. Έτσι οι υποστηρικτές υγείας πρέπει να είναι δυναμικοί, να προγραμματίζουν, να σχεδιάζουν και να οργανώνουν παρεμβάσεις προς όφελος των ασθενών. Η προσπάθεια να παρέμβουν στην αιτιώδη αλυσίδα των ασθενειών, συνεπάγεται παρεμβάσεις και στις ζωές των ανθρώπων (Naidoo & Wills, 1998).

Χρειάζεται λοιπόν προσπάθεια, ώστε να εξεταστούν οι «βαθύτεροι» τομείς της υγείας και η ποιότητα της ζωής των ατόμων. Αυτό σημαίνει, ότι οι υποστηρικτές υγείας πρέπει να δείξουν ενδιαφέρον για πολλά θέματα που υπερβαίνουν την απλή διαχείριση της ασθένειας.

### **3.1 Ποιότητα ζωής: Βασικός παράγοντας για τις παρεμβάσεις στην υγεία.**

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής έχει καθιερωθεί πρόσφατα ως η πλέον κατάλληλη μέθοδος εκτίμησης της θεραπευτικής αποτελεσματικότητας. Ο σύγχρονος τρόπος ζωής, εργασίας και κοινωνικής δράσης δημιουργεί νέα δεδομένα για τον σημερινό άνθρωπο. Έτσι, ποιότητα ζωής, ευ ζην, θετική στάση, είναι έννοιες που σήμερα αποκτούν νέες διαστάσεις (Σαρρής, 2001).

Είναι απαίτηση των καιρών η επιβεβαίωση των νέων θεραπειών, να γίνεται όχι μόνο με τη μέτρηση του κόστους προς το όφελος, αλλά κυρίως με τη σύμφωνη γνώμη

του ασθενούς για την γενική του κατάσταση. Ο καθορισμός της ποιότητας ζωής των ασθενών, αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο στην επιλογή θεραπευτικών σχημάτων και τη δημιουργία νέων φαρμακευτικών και τεχνολογικών βοηθημάτων. Από την άλλη πλευρά, η εκτίμηση των νέων συστημάτων υγείας δημιουργεί την ανάγκη για μελέτη της έκβασης που θα στηρίζεται σε επιστημονικά δεδομένα.

Για τη σωστή εκτίμηση της υγείας ενός ασθενούς, θα πρέπει να επιδιώκουμε και τη γνώμη του ασθενούς και όχι μόνο τους κλασικούς δείκτες, θνησιμότητα και νοσηρότητα. Οι δείκτες θνησιμότητα και νοσηρότητα είναι ανεπαρκείς, αφού δίνουν πολύ μικρή εικόνα της υγείας, ιδιαίτερα όταν μελετούμε την κατάσταση του ασθενούς σε χρόνιες νόσους.

Η ποιότητα ζωής σύμφωνα με τον (Σαρρής, 2001) αποτελεί ένα σύμπλεγμα παραμέτρων με τρεις διαστάσεις: την σωματική ευεξία, την ψυχική ευεξία, την κοινωνική ευεξία.

- **Η σωματική ευεξία** αφορά την εκτίμηση του ατόμου για την υγεία του και εξετάζεται σ' αυτή η νοσηρότητα, ο πόνος, το επίπεδο σωματικής λειτουργίας.
- **Στη ψυχική ευεξία** μελετάται η ψυχοσυναισθηματική προσαρμοστικότητα του ατόμου με κλίμακες που αφορούν στην αυτοεκτίμηση, στην ευεξία, στη συνολική ικανοποίηση, αλλά και στο άγχος, στην κατάθλιψη, στην ικανότητα προσαρμογής.
- **Η κοινωνική ευεξία** αντανακλά, το βαθμό γενικής ικανοποίησης του ατόμου από τη ζωή του, τη συμμετοχή του σε κοινωνικές δραστηριότητες, την άσκηση κοινωνικών ρόλων, τις διαπροσωπικές σχέσεις, την κοινωνική στήριξη από το στενό του περιβάλλον (φίλους- οικογένεια).

### **3.2 Διευκρινίζοντας τι σημαίνει να είναι κάποιος «καλός» επαγγελματίας.**

Κατά μία γενική έννοια το να είναι κάποιος «καλός» επαγγελματίας σημαίνει να είναι «καλός» στην προώθηση της υγείας. Με άλλα λόγια να είναι ειδικευμένος στον προσδιορισμό του προβλήματος, στον προγραμματισμό και την εφαρμογή της δράσης που στοχεύει στη προώθηση υγείας. Αυτές οι ενέργειες πρέπει να έχουν επιτυχία και ο επαγγελματίας να βρίσκεται σε θέση να αξιολογήσει αυτήν την επιτυχία (Bunton & Macdonald, 1992).

Σε αυτή όμως την εργασία έχουμε στραφεί και έχουμε εργαστεί γύρω από την έννοια της επαγγελματικής ηθικής. Έχουμε προβλέψει έναν επαγγελματία που προσπαθεί να κάνει σωστά την εργασία του έχοντας στο μυαλό του, τις αρχές δεοντολογίας και την ηθική. Υποστηρίζουμε επίσης ότι για να χαρακτηριστεί η πρακτική του ως «ορθή πρακτική» πρέπει να είναι πρόθυμος να συσχεφτεί με τους πελάτες τους και να εξηγήσει τους λόγους για τις ενέργειές τους (Koehn, 1994). Ποιες είναι οι προσωπικές και επαγγελματικές ιδιότητες που απαιτούνται για να είναι κάποιος ηθικά «καλός» υποστηρικτής υγείας;

Κατά κάποιον τρόπο, καλείται να εφαρμόσει τις ηθικές κρίσεις, ή γενικότερα «να σκεφτεί ηθικά». Αυτά τα πράγματα απαιτούν από τους επαγγελματίες την πρακτική γνώση καθώς επίσης και τη θεωρητική γνώση, και να έχουν τα σωστά είδη των υποχρεώσεων, των κινήτρων και του προσανατολισμού στην εργασία τους. Είναι αδύνατο να αναπτυχθούν οι δεξιότητες της πρακτικής ηθικής σκέψης χωρίς μια γνήσια προσωπική ανησυχία. Μία ηθική θεωρία δεν μπορεί να κάνει κάτι άλλο από το να παραδώσει μία ηθική πρακτική. Η ηθική θεωρία μπορεί να έχει μια συμβολή στην ηθική αξιολόγηση των χαρακτήρων των ανθρώπων και ειδικότερα σ' αυτό που καλείται «πρακτική πείρα» στην ηθική (Koehn, 1994).

Πολλοί πρόσφατοι φιλόσοφοι, συμπεριλαμβανομένων πολλών που λειτουργούν μέσα στην ηθική υγειονομικής περίθαλψης, έχουν γυρίσει στην αριστοτελική θέση για την ηθική, προκειμένου να φωτίσουν τη σημασία της πρακτικής γνώσης και τις ιδιότητες του χαρακτήρα (αρετές). Σύμφωνα με την Αριστοτελική θέση αυτό που είναι πραγματικά σημαντικό και ουσιαστικό στην επαγγελματική ηθική είναι η καλλιέργεια των αρετών μέσω της ορθής πρακτικής (αρετές όπως η δικαιοσύνη, το θάρρος, είναι σημαντικές). Ακόμα και σε σύγχρονες φιλοσοφικές συζητήσεις η θεωρία περί αρετής κατέχει σημαντικότερη θέση στην ηθική θεωρητική (www.filosofia.gr).

### **3.3. Πρότυπα της ορθής πρακτικής στη προώθηση υγείας**

Οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας επηρεάζονται κατά ένα σημαντικό βαθμό από τις επαγγελματικές παραδόσεις. Οι επαγγελματίες υγείας από τα καθιερωμένα επαγγέλματα (π.χ. γιατροί και νοσοκόμες) βασίζονται σε καθορισμένα στοιχεία

(δημοσιεύσεις, εκπαιδευτικά μαθήματα, και άλλα) σύμφωνα με τα οποία θα χτίσουν μια ταυτότητα και μια δημόσια επαγγελματική εικόνα, γύρω από ορισμένα θεμελιώδη τεχνικά και ηθικά πρότυπα (Bunton & Macdonald, 1992).

Στο πλαίσιο αυτής της ιδεολογίας, οι επαγγελματίες υγείας θα ασχοληθούν με έναν έντιμο, υπεύθυνο και αξιόπιστο τρόπο με τους εξυπηρετούμενους, δηλαδή θα αποδεχτούν τα πρότυπα της ορθής επαγγελματικής πρακτικής. Ειδικότερα, υπάρχουν πολλές πτυχές των επαγγελματικών παραδόσεων τις οποίες θα εκτιμήσουν και θα θελήσουν άμεσα ή έμμεσα – να εφαρμόσουν στη πρακτική τους. Στην ουσία οι επαγγελματικές παραδόσεις, λειτουργούν ως υποστήριξη στην ανάπτυξη των δημόσιων “προτύπων της ορθής πρακτικής”(Bunton & Macdonald, 1992 - Downie, Tannahill, 1996).

Η κωδικοποίηση των ηθικών προτύπων έχει σημαντικό ρόλο στην επαγγελματική πρακτική. Σαφώς, ένας κώδικας δεν μπορεί να καταστήσει τους επαγγελματίες ηθικούς αλλά μπορεί να είναι χρήσιμο σημείο αναφοράς ενός συνόλου υπενθυμίσεων. Θα μπορούσαμε να το συσχετίσουμε, για παράδειγμα, με οδηγίες για σωστή και αποτελεσματική επαγγελματική πρακτική, οι οποίες εμπεριέχουν στοιχεία τόσο για τις τεχνικές, όσο και για τις ηθικές πτυχές του επαγγέλματος. Οι οργανώσεις που αντιπροσωπεύουν τις επαγγελματικές ομάδες προάγουν χαρακτηριστικά ένα πλαίσιο τέτοιας τεκμηρίωσης (Kelly, 1996).

Τα στοιχεία αυτών των επαγγελματικών πλαισίων έχουν μια νομική επιφάνεια και μάλιστα, μερικές φορές, ενεργούν ως υπενθυμίσεις των συγκεκριμένων νομικών καθηκόντων και ακόμα, παρέχουν τις οδηγίες που περιλαμβάνουν την εκτίμηση των σχετικών νομικών θέσεων. Φυσικά, είναι ουσιαστικό οι υποστηρικτές υγείας να λαμβάνουν υπόψη το νόμο. Κάτι άλλο διαφορετικό από αυτό, θα έχει επιπτώσεις στην εργασία τους (Mason, 2003).

Ωστόσο, δεν είναι αρκετό για τους ανθρώπους που παρέχουν υπηρεσίες υγείας απλά να γνωρίζουν για την ύπαρξη των προτύπων της ορθής πρακτικής. Θεωρείται απαραίτητο, οι ίδιοι να συμμετέχουν ενεργά σε συζητήσεις και διεργασίες που αφορούν το ρόλο, την επάρκεια και την αποδοχή των προτύπων. Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να ωφεληθούν από τις σχετικές οδηγίες με τις αναμενόμενες εκβάσεις της πρακτικής, αλλά μόνο εάν είναι έτοιμοι να σταθούν δημιουργικά επικριτικοί απέναντι τους. Οι συζητήσεις για τα πρότυπα και την ηθική της προώθησης υγείας μπορούν να προσφέρουν στην αποτελεσματική πρακτική. Εάν όμως τα μέτρα, οι

οδηγίες και οι διαδικασίες εκτιμηθούν εσφαλμένα, ο γενικός αντίκτυπος τους θα είναι αρνητικός (Kelly, 1996).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### 4. Η ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

**ΣΚΟΠΟΣ:** Με τη συγκεκριμένη μελέτη επιδιώκουμε να εξετάσουμε τις ηθικές αρχές και κανόνες δεοντολογίας που διέπουν την άσκηση των επαγγελματιών υγείας (γιατρού, νοσηλεύτριας, κοινωνικού λειτουργού) και ιδιαίτερα κατά πόσο οι οδηγίες και κώδικες αυτοί, διαμορφώνουν και ρυθμίζουν την επαγγελματική στάση των ειδικών πρόωθησης και προαγωγής της υγείας απέναντι σε προκλήσεις και ηθικά διλήμματα που προκύπτουν στην καθημερινή επαγγελματική πρακτική.

Η εξέταση αυτή γίνεται, λαμβάνοντας υπ' όψιν το γεγονός της ραγδαίας εξέλιξης της τεχνολογίας και των επιστημών που ασχολούνται με τον τομέα της υγείας και διαχείρισης ή αντιμετώπισης της ασθένειας, το οποίο δημιουργεί νέου τύπου βιοηθικά διλήμματα στο πλαίσιο της επαγγελματικής πρακτικής και συμπεριφοράς των επαγγελματιών υγείας.

**ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:** Όσον αφορά τις υποθέσεις εργασίας που τίθενται υπό εξέταση και διερεύνηση ώστε να μας οδηγήσουν στην επίτευξη του σκοπού της παρούσας μελέτης, έχουν να κάνουν με τα εξής σημαντικά για την εξέλιξη της εργασίας θέματα:

- Η υιοθέτηση και εφαρμογή των αρχών ηθικής και δεοντολογίας από έναν επαγγελματία υγείας θα οδηγήσει σε ορθή και ηθική επαγγελματική άσκηση.
- Η στάση των επαγγελματιών υγείας απέναντι σε κρίσιμα ζητήματα όπως η ευθανασία, η άμβλωση, η μεταμόσχευση καθοδηγείται από τις υπαγορεύσεις των οδηγιών, ηθικών αρχών και κωδίκων δεοντολογίας του επαγγέλματος.
- Η εφαρμοσμένη ηθική θεωρία μπορεί να παράγει μία ηθικά αποδεκτή πρακτική.

**ΜΕΘΟΔΟΣ ΈΡΕΥΝΑΣ:** Η μέθοδος κοινωνικής έρευνας που ακολουθήσαμε προκειμένου να επιτύχουμε το σκοπό που αρχικά θέσαμε καθώς και για να μπορέσουμε να απαντήσουμε με σαφήνεια τις υποθέσεις εργασίας που τέθηκαν (οι οποίες κατείχαν σημαντικό καθοδηγητικό ρόλο για την εξέλιξη της παρούσας μελέτης), ήταν η βιβλιογραφική ανασκόπηση. Στη τεχνική συλλογής στοιχείων με βιβλιογραφική ανασκόπηση, πεδίο μελέτης αποτέλεσαν βιβλιογραφικά στοιχεία και

άρθρα με περιεχόμενο συναφή με το εξεταζόμενο θέμα της εργασίας μας, δηλαδή τη παράμετρο της ηθικής και δεοντολογίας στα επαγγέλματα υγείας (Νόβα-Καλτσούνη, 2006).

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δεν βρέθηκαν μελέτες (σε ελληνικό επίπεδο) που να έχουν ασχοληθεί αμιγώς με την ηθική και δεοντολογία προσανατολισμένες στα επαγγέλματα υγείας. Αρκετά όμως ζητήματα προσεγγίζονται έμμεσα και δείχνουν την ανάγκη περαιτέρω διερεύνησης, κάτι το οποίο επίσης θα προσπαθήσουμε να πραγματοποιήσουμε με την εκπόνηση της παρούσας εργασίας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Σύμφωνα με την έρευνα που πραγματοποιήθηκε με τη χρήση της μεθόδου συλλογής στοιχείων με βιβλιογραφική ανασκόπηση, τα αποτελέσματα που προέκυψαν εξηγούνται ως εξής:

- Η ύπαρξη καθορισμένων αρχών, αξιών και κωδίκων ηθικής και δεοντολογίας, υπαγορεύουν την άσκηση των επαγγελμάτων υγείας ώστε να έχει ορθό και ηθικό χαρακτήρα.
- Η χρησιμότητα των αρχών ηθικής και δεοντολογίας έγκειται στον τύπο της επαγγελματικής συμπεριφοράς και στο τρόπο αντιμετώπισης από τους επαγγελματίες υγείας, σημαντικών ηθικών διλημμάτων που εγείρονται κατά την άσκηση του επαγγέλματος τους.
- Η μη υιοθέτηση των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας από κάποιον επαγγελματία υγείας, εκτός του συνειδησιακού προβλήματος θα έχει και πειθαρχικές επιπτώσεις στον ίδιο τον επαγγελματία.
- Η παρουσία «επαγγελματικής ηθικής» σημαίνει στάση ευσυνειδησίας απέναντι στις υποχρεώσεις που καλείται να ανταπεξέλθει ο εκάστοτε επαγγελματίας υγείας.
- Η επαγγελματική ευθύνη, η συναισθηματική στάση και η συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας απέναντι σε άτομα ή ομάδες που βρίσκονται σε κατάσταση ανάγκης, σηματοδοτούν τη προσήλωση στις αναγνωρισμένες και ισχύουσες στο ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο νομικές, ηθικές και κοινωνικές δεσμεύσεις.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>**

### **5. ΗΘΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Σε αυτό το τμήμα της εργασίας, θα κάνουμε μία προσπάθεια να προσεγγίσουμε τα είδη κρίσης των αξιών και ηθικών ζητημάτων που είναι συνδεδεμένα με την εργασία των υποστηρικτών υγείας. Αναπόφευκτα, δεν μπορούμε να αναλύσουμε κάθε είδος δραστηριότητας των επαγγελματιών υγείας, γι' αυτό έχουμε επιλέξει ορισμένα παραδείγματα που αντιπροσωπεύουν την εργασία προώθησης υγείας. Εξετάζουμε τα ζητήματα που αφορούν την ελπίδα, την ενθάρρυνση και τη συνειδητοποίηση για τις επαγγελματικές τιμές και την ηθική.

Η προώθηση υγείας, όπως έχουμε ήδη αναφέρει, μπορεί να γίνει κατανοητή ως μια απάντηση στις μεταβαλλόμενες προοπτικές στην υγειονομική περίθαλψη στο πέρασμα των χιλιετιών. Αυτές οι μεταβαλλόμενες προοπτικές περιλαμβάνουν την αυξανόμενη εστίαση στον ασθενή, στην αναγνώριση και την κατανόηση των κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων της υγείας και περισσότερο ενδιαφέρον για τη φύση της υγείας και της ευημερίας (Campbell, 1990).

Υποστηρίζαμε, επίσης, την άποψη ότι οι άνθρωποι καταλαβαίνουν διαφορετικά την έννοια της παρέμβασης που αφορά την υγεία, ανάλογα με τους στόχους που έχει η επαγγελματική πρακτική που αφορά την υγεία. Η εξέτασή των στόχων έχουν σημαντικό ρόλο στη διαδικασία της διευκρίνισης των αξιών και της ηθικής αξιολόγησης. Η αποσαφήνιση των στόχων μιας επαγγελματικής πρακτικής στο τομέα της υγείας, σχετίζεται με τις ηθικές κρίσεις της πρακτικής αυτής.

Οφείλουμε να παραδεχτούμε ότι μια σχεδιασμένη δράση προώθησης της υγείας, με στόχο την πρόληψη των ασθενειών είναι σε πολλές περιπτώσεις εξαιρετικά προβληματική και οι τεχνικές που υιοθετούνται από τους επιστήμονες για να εξετάσουν την πρόληψη ασθενειών σε σχέση με τις ιατρικές επεμβάσεις δεν αρμόζουν σε μια αποτελεσματική προώθηση υγείας (Nordenfelt, 1993).

Αυτό το πρόβλημα ισχύει για ολόκληρη τη διαδικασία της εργασίας προώθησης υγείας και όχι μόνο για τις δράσεις που προσδοκούν να παρέμβουν σε επίπεδο πληθυσμών. Όπως έχουμε παρατηρήσει ήδη, υπάρχουν ουσιαστικά μεθοδολογικά προβλήματα στη διαδικασία προώθησης υγείας.

Η διαφωνία και η αμφιβολία μεταξύ των υποστηρικτών υγείας επομένως, λειτουργούν σε συνδεδεμένα επίπεδα επαγγελματικής «ιδεολογίας» και πρακτικής, τα

οποία αφορούν τόσο τις προτεραιότητες που θα πρέπει να τεθούν σε μια δράση, όσο και την τελική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων.

Παρά την έντονη αυτή αντιπαράθεση, θέσεων και απόψεων, σχετικά με τη διαδικασία διευκρίνησης των επαγγελματικών αξιών και «τιμών», η οποία μάλιστα προκαλεί πολυπλοκότητα και αβεβαιότητα σε μία επαγγελματική πρακτική με στόχο την προώθηση υγείας, δεν υπάρχει τελικά κανένας περιορισμός στη πράξη, αρκεί να εξετάσουμε την ηθική αξιολόγηση της δραστηριότητας (Hawe, Degeling, Hall, 1990).

Τα κριτήρια αξιολόγησης των παρεμβάσεων για την προώθηση υγείας, βασίζονται σε κοινούς κώδικες και πλαίσια αξιών, τα οποία υπόκεινται επίσης, στην πρόκληση και την κριτική (Koehn, 1994).

Μέχρι τώρα, στηριζόμαστε σε διαδεδομένες θεωρίες για την ηθική, όπως για παράδειγμα, η ιδέα ότι οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα στη μη παρέμβαση από τους επαγγελματίες ιατρικών υπηρεσιών και ότι είναι αντιεπαγγελματικό για έναν επαγγελματία υγείας να προχωρήσει χωρίς τη συμφωνία του ασθενή ή η άλλη θέση, ότι μερικές επεμβάσεις μπορούν να είναι δικαιολογήσιμες επειδή οδηγούν σε θετικά αποτελέσματα (Naidoo & Wills, 1998).

Όπως επισημαίνεται από τον ίδιο, αυτά τα είδη των συγκρούσεων και τα διλήμματα που ανακύπτουν για τις πιθανές επιλογές που πρέπει να γίνουν, είναι χαρακτηριστικά της ηθικής. Υπάρχουν λίγα ηθικά ζητήματα για τα οποία υπάρχει δεδομένη συμφωνία αλλά πολύ περισσότερα που υπόκεινται στη συνεχή συζήτηση. Ο κεντρικός λόγος γι' αυτό είναι ότι δεν υπάρχει κανένα γενικά αναγνωρισμένο πλαίσιο για την ηθική.

Το πλαίσιο που προτείνεται από τους (Gillon, 1990 - Beauchamp & Childress, 1994) παραθέτει τις ηθικές αρχές για την υγειονομική περίθαλψη. Οι αρχές αυτές είναι:

- *Σεβασμός της αυτονομίας.* Απαίτηση να γίνει σεβαστό το δικαίωμα των ατόμων στην αυτονομία.
- *Ευεργεσία.* Απαίτηση να προκύψει καθαρό όφελος της υγειονομικής περίθαλψης, από τις δραστηριότητες που αναλαμβάνουν οι εργαζόμενοι σε υπηρεσίες υγείας.
- *Μη-εγκληματικότητα.* Απαίτηση να μην προκληθεί ζημιά στους εξυπηρετούμενους, από τις παρεμβάσεις των επαγγελματιών υγείας.
- *Ανησυχία για τη δικαιοσύνη.* Αυτό γίνεται κατανοητό ως απαίτηση, ο επαγγελματίας υγειονομικής περίθαλψης, να ενεργήσει δίκαια ανάμεσα στις διαφορετικές αξιώσεις που έχουν να κάνουν με την πρόσβαση στους πόρους ή τα δικαιώματα και να κινηθεί στα πλαίσια της νομικής δικαιοσύνης.

Οι τέσσερις αυτές αρχές, καλύπτουν τα περισσότερα από τα ηθικά ζητήματα που προκύπτουν στην υγειονομική περίθαλψη και παρέχουν ένα κοινό σύνολο ηθικών υποχρεώσεων για τους επαγγελματίες υγείας. Η δυσκολία είναι ότι, ενώ αυτές οι αρχές προσφέρουν κάποια βοήθεια στη διαδικασία της ηθικής αξιολόγησης, από μόνες τους είναι πάρα πολύ αμβλείες.

Δηλαδή, οι αρχές αυτές είναι χρήσιμες μέχρι ένα σημείο αλλά δεν μπορούν να εφαρμοστούν χωρίς άλλες πιο συγκεκριμένες κρίσεις αξίας. Υπάρχει η γενικότερη αντίληψη ότι πρέπει να υπάρξει μια δέσμευση απέναντι σε αυτές τις αρχές από τους επαγγελματίες, αλλά δεν υπάρχει κανένας λόγος που να περιορίζει ένα εναλλακτικό πλαίσιο αρχών και αξιών, που μπορεί να καθοδηγήσει την πρακτική προώθησης της υγείας. Με βάση τη θέση αυτή, οι ηθικές αρχές πρέπει να είναι ανοικτές στη δημόσια διερεύνηση και τη συζήτηση (Englehardt, Wildes, 1994).

Σε αυτό το σημείο, θα μπορούσε κάποιος να υποθέσει ότι η ιδέα να αξιολογηθεί ηθικά η εργασία προώθησης της υγείας είναι γεμάτη με δυσκολίες τόσο, ώστε να μην αξίζει να γίνει. Υπάρχουν ασάφειες και περιπλοκές.

Ο βασικός ισχυρισμός μας είναι, ότι η πρακτική στην προώθηση υγείας δεν μπορεί να θεωρηθεί «ορθή» πρακτική αν η ηθική αποδοχή της δεν εξετάζεται ανοιχτά. Έχουμε τη πρόθεση, να εξετάσουμε τα ηθικά διλήματα που δημιουργούνται στην επαγγελματική πρακτική της προώθησης και άσκησης της υγείας, λαμβάνοντας βέβαια υπόψη και τις όποιες αντιλήψεις για τις αρχές της ηθικής, κάτι που οφείλεται στη διαφορετική στάθμιση των αρχών σε κάθε περίπτωση.

### **5.1. Αρχές και αξίες στα επαγγέλματα υγείας**

Οι αρχές της επαγγελματικής πρακτικής και του κώδικα δεοντολογίας πρέπει να χρησιμοποιηθούν για να καθοδηγήσουν την εργασία των ειδικών υγειονομικής και των άλλων που λειτουργούν στους τομείς της υγειονομικής αγωγής, της προώθησης υγείας και της δημόσιας υγείας.

Οι ακόλουθες αρχές της πρακτικής, αποτελούν τη βάση του κώδικα της επαγγελματικής συμπεριφοράς. Οποιοδήποτε μέλος της κοινωνίας των ειδικών υγειονομικής περίθαλψης που κρίνεται ότι έχει παραβεί τις ακόλουθες αρχές ή τα καθήκοντα, υπόκεινται σε πειθαρχική αντιμετώπιση που μπορεί να οδηγήσει σε σημαντικές κυρώσεις (Kelly, 1996).

Τα καθήκοντα του ειδικού υγειονομικής περίθαλψης και επαγγελματία υγείας είναι βασισμένα στις θεμελιώδεις ηθικές και επαγγελματικές αρχές σχετικά με τη μεγιστοποίηση της υγείας και όπως διατυπώνεται από τους (Kelly, 1996 - Downie, Tannahill, 1996) αυτά είναι:

1. Η επαρκής αξιολόγηση των αναγκών, οι διαβουλεύσεις με τη συμμετοχή του πελάτη ή της ομάδας-στόχου είναι ουσιαστικές στον αποτελεσματικό προγραμματισμό, την εφαρμογή και την αναθεώρηση των δραστηριοτήτων που χρειάζεται να ληφθούν προκειμένου να παρέμβει ο επαγγελματίας υγείας σε κάθε περίπτωση.
2. Η προώθηση της αυτονομίας μεταξύ των ομάδων πελατών/των παραληπτών είναι μια σημαντική αρχή που πρέπει να διακρίνει όλη τη δραστηριότητα των πρακτικών άσκησης υγειονομικής περίθαλψης ή ότι άλλο σχετίζεται με την υγεία.
3. Η διαχείριση της υγείας ως διαδικασία, θα πρέπει να ενεργεί, ανεξάρτητα από τη κατάστασή, το φύλο, την ηλικία, τη φυλή, τη θρησκεία, τη σεξουαλικότητα, και μάλιστα οφείλει να προσπαθεί να αντιμετωπίσει την προκατάληψη και τη διάκριση όπου κι αν εμφανίζεται.
4. Τα προγράμματα που έχουν να κάνουν με την υγεία πρέπει να είναι σχετικά με τη φύση της ομάδας πελατών - το κοινωνικό, οικονομικό και πολιτιστικό πλαίσιο της ομάδας.
5. Η εργασία που σχετίζεται με την υγεία πρέπει να έχει ως στόχο να επηρεάσει τις δομές και τα συστήματα που ασκούν επίδραση στην υγεία.
7. Τα προγράμματα που αφορούν την υγεία πρέπει πάντα να λαμβάνουν υπόψη το ευρύτερο πολιτικό, κοινωνικό, οικονομικό, γεωγραφικό, ψυχολογικό και περιβαλλοντικό πλαίσιο που έχει σχέση με την υγεία,
8. Οι επεμβάσεις στους τομείς που σχετίζονται με την υγεία πρέπει να επιδιώξουν να ασκήσουν θετική επίδραση στους άμεσους παραλήπτες καθώς και στις μελλοντικές γενεές των ανθρώπων.

### **5.1.1. Κώδικας συμπεριφοράς των ειδικών υγειονομικής περίθαλψης**

Οι επαγγελματίες που ανήκουν στους ειδικούς υγειονομικής περίθαλψης και προώθησης της υγείας (γιατρός, νοσοκόμα, μαία, κοινωνικός λειτουργός, επισκέπτης υγείας), σύμφωνα με τους (Dawason, 1994 - Kelly, 1996), θα ενεργήσουν με τέτοιο τρόπο ώστε:

- Να προστατεύσουν και προωθήσουν τα συμφέροντα των μεμονωμένων ασθενών και των πελατών
- Να εξυπηρετήσουν τα συμφέροντα της κοινωνίας
- Να σταθούν αντάξιοι της δημόσιας εμπιστοσύνης
- Να υποστηρίξουν και να ενισχύσουν την “καλή” φήμη των επαγγελματιών τους.

Δεδομένου ότι οι επαγγελματίες υγείας είναι προσωπικά υπεύθυνοι για την πρακτική τους, δείχνοντας επαγγελματική υπευθυνότητα, όπως υποστηρίζουν οι (Dawason, 1994 -Kelly, 1996 - Katz, Perberdy & Douglas, 2001) πρέπει να:

1. Ενεργούν πάντα με έναν τέτοιο τρόπο ώστε να προωθούν και να προστατεύουν τα συμφέροντα και την ευημερία των ασθενών και των πελατών
2. Εξασφαλίζουν ότι καμία δράση ή παράλειψη από τη μεριά τους, ή μέσα στη σφαίρα ευθύνης τους, δεν θα είναι καταστρεπτική στα ενδιαφέροντα, τους όρους ή την ασφάλεια των ασθενών και των πελατών
3. Διατηρήσουν και να βελτιώστε την επαγγελματική γνώση και την ικανότητά τους
4. Αναγνωρίσουν οποιουδήποτε περιορισμούς στη γνώση και την ικανότητά τους και να αποποιηθούν οποιαδήποτε καθήκοντα ή ευθύνες που δεν είναι μπορούν να εκτελέσουν κατά τρόπο ασφαλή και ειδικευμένο
5. Ασκούν την εργασία τους κατά τρόπο ανοικτό και σε συνεργασία με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους
6. Αναγνωρίζουν και σέβονται τη συμμετοχή των ασθενών και της οικογένειας τους, στον προγραμματισμό θεραπείας της ασθένειας
7. Αναγνωρίζουν και σέβονται τη μοναδικότητα και την αξιοπρέπεια κάθε ασθενή και πελάτη, και να ανταποκρίνονται στην ανάγκη τους , ανεξάρτητα από την εθνική προέλευσή τους, τις θρησκευτικές πεποιθήσεις, τις προσωπικές ιδιότητες, τη φύση των προβλημάτων υγείας τους ή άλλους παράγοντες
8. Απευθύνονται σε αρμόδια όργανα ή αρχές, όταν έχουν οποιαδήποτε αντίρρηση σχετικά με την επαγγελματική πρακτική τους.
9. Μην εκμεταλλευτούν σε καμία περίπτωση τη σχέση που έχουν με τους ασθενείς ή πελάτες προκειμένου να αποκτήσουν πρόσβαση στην ιδιοκτησία, την κατοικία ή σε άλλα περιουσιακά στοιχεία των ασθενών.
10. Προστατεύουν όλες τις εμπιστευτικές πληροφορίες σχετικά με τους ασθενείς και τους πελάτες κατά την πορεία της επαγγελματικής σχέσης.
11. Κοινοποιούν πληροφορίες για τη κατάσταση του ασθενούς μόνο με συγκατάθεση του ίδιου, της οικογένειας του ή όπου απαιτείται, μόνο, με δικαστική απόφαση.

12. Προχωρήσουν σε ενημέρωση των αρμόδιων οργάνων, για τυχόν συνθήκες στο περιβάλλον του ασθενούς που παρεμποδίζουν το επαγγελματικό τους έργο ή για άλλους παράγοντες που μπορεί να λειτουργούν ανασταλτικά στην άσκηση της επαγγελματικής πρακτικής.
13. Ενημερώσουν τα κατάλληλα πρόσωπα, σε περίπτωση που αντιληφθούν ότι η υγεία ή η ασφάλεια των συναδέλφων τους βρίσκεται σε κίνδυνο κατά την άσκηση του επαγγέλματος τους.
14. Προσφέρουν βοήθεια σε συναδέλφους τους, στα πλαίσια της γνώσης και της εμπειρίας τους, για να αναπτύξουν την επαγγελματική ικανότητά τους,
15. Αρνηθούν οποιοδήποτε δώρο, εύνοια ή φιλοξενία από τους ασθενείς ή τους πελάτες κατά τη περίοδο της σχέσης τους.
16. Μην καταλήξουν δέσμιοι ενός ανταγωνισμού που θα αφορά τη παροχή υπηρεσιών, κάτι το οποίο θα οδηγήσει σε έναν αρνητικό αντίκτυπο στη συγκεκριμένη ομάδα υποστηρικτών υγείας ή την κοινοτική υγεία
17. Μην συμβιβάζουν την επαγγελματική αξιοπιστία με συνεργασία ή συμμετοχή σε εμπορικές επιχειρήσεις ή άλλες οργανώσεις των οποίων οι στόχοι είναι ασυμβίβαστοι με τις αρχές και την πρακτική προώθησης της υγείας
18. Μην λάβουν οποιαδήποτε αδικαιολόγητα μέτρα, που μπορούν να υπονομεύσουν τη θέση των επαγγελματιών στη κοινωνία.

Αυτός ο κώδικας της επαγγελματικής συμπεριφοράς που αφορά τους επαγγελματίες της υγείας προτείνει τα πρότυπα αυτών των επαγγελματιών και απαιτεί από τους προαναφερόμενους να ασκούν την επαγγελματική πρακτική τους σύμφωνα με το πλαίσιο που δίδεται από τον κώδικα.

## **5.2. Οι στόχοι της επαγγελματικής πρακτικής στον τομέα της υγείας**

Στις παραπάνω αρχές πρακτικής καθώς και στους κανόνες συμπεριφοράς που πρέπει να διακρίνουν τους επαγγελματίες υγείας, βασίζονται και οι στόχοι της επαγγελματικής πρακτικής στο τομέα της υγείας. Οι κυριότεροι από αυτούς, όπως διατυπώνεται από τους (Hawe, Degeling, & Hall, 1990) είναι οι εξής:

1. Ένας στόχος της πρακτικής προώθησης υγείας είναι να επέλθει η αλλαγή στο κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον για να βελτιώσει την υγεία και για να μειώσει ή να εξαλείψει τις ανισότητες στην υγεία σε τοπικό, εθνικό και διεθνές επίπεδο.



2. Η κατάλληλη έρευνα και η αξιολόγηση είναι ένα ουσιαστικό συστατικό της δραστηριότητας προώθησης υγείας. Οι επαγγελματίες πρέπει να προσπαθήσουν να διαδώσουν τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα.
3. Οι επαγγελματίες έχουν την ευθύνη για μια ακριβή και κατάλληλη ροή πληροφοριών μεταξύ του κοινού, των επαγγελματιών, των τοπικών και εθνικών αντιπροσωπειών, και για τη λήψη της πρωτοβουλίας και την απάντηση αναλόγως.
4. Οι επαγγελματίες να παρέχουν συνεχώς τις υπηρεσίες ή τις πληροφορίες που έχουν στη διάθεσή τους προκειμένου να διατηρήσουν και να προωθήσουν την υγεία. Ακόμα, να προσπαθούν να έχουν πάντα ενημέρωση και γνώση για τις τρέχουσες εξελίξεις που αφορούν το τομέα της προώθησης υγείας.
5. Οι επαγγελματίες οφείλουν να δώσουν την απαραίτητη προσοχή στο απόρρητο των πληροφοριών που έχουν πρόσβαση, σύμφωνα με τις απαιτήσεις του νόμου.
6. Η δραστηριότητα προώθησης υγείας είναι από τη φύση της μια προσπάθεια η οποία απαιτεί συνεργασία. Οι επαγγελματίες λοιπόν, πρέπει να επιδιώξουν να συνεργαστούν ενεργά με συναδέλφους και άλλους, με κύριο σκοπό να προωθούν και να εξασκούν το επάγγελμα υγείας με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.
7. Οι υπηρεσίες και οργανώσεις που ασχολούνται με τον τομέα της υγείας πρέπει να υιοθετήσουν τις παραπάνω αρχές πρακτικής προκειμένου να αναπτύξουν ένα ολοκληρωμένο μοντέλο παρέμβασης.
8. Όλες οι μέθοδοι και οι διαδικασίες πρέπει να ταυτίζονται με την προαγωγή της υγείας ατομικά και συνολικά.

**Β΄ ΜΕΡΟΣ**  
**ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΣΤΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ**  
**ΥΓΕΙΑΣ: Ιατρική ηθική, Νοσηλευτική και ηθικά**  
**διλήμματα, Κοινωνική Εργασία και δεοντολογία**



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>

### 6. Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΗΘΙΚΗ

Από τους πρώτους εκφραστές των απόψεων σχετικά με τις υπέρτατες ανθρωπιστικές και επαγγελματικές υποχρεώσεις του ιατρού, που αποτελούν ως σήμερα τη βάση της δεοντολογίας, ήταν ο Ιπποκράτης. Χαρακτηριστικό είναι το κεφάλαιο «Περί ευσημοσύνης» όπου ο Ιπποκράτης κατακρίνει την αισχροκέρδεια και αγυρτεία και καθορίζει τα γνωρίσματα των σοφών ιατρών που πρέπει να είναι εύσημοι (ευλογοφανείς, να τηρούν τα προσχήματα), απλοί, απροσποίητοι, με φρόνιμη περιβολή, ευπροσήγοροι (γλυκομίλητοι, φιλόφρονες), καρτερικοί, βραχύλογοι, ψύχραιμοι, πρόθυμοι σε κάθε ανάγκη και παραμυθητικοί (παρηγορητικοί) για τους ασθενείς και τους οικείους τους (Βιδάλης, 2007).

Σύμφωνα με τον ίδιο συγγραφέα, οι Ιπποκρατικές απόψεις υιοθετήθηκαν από τον Γαληνό (131 μ.Χ.) και αργότερα από την Αραβική Ιατρική Σχολή της Βαγδάτης, τη μεσαιωνική Ιατρική Σχολή του Σαλέρνο και τις Ιατρικές Σχολές της Αναγέννησης. Στοιχεία που άπτονται της ιατρικής δεοντολογίας βρίσκονται και σε παλαιότερες ιστορικές πηγές. Οι Ινδοί είναι οι πρώτοι που παρουσιάζουν σαφείς δεοντολογικές ρήτρες στο βραχμανικό βιβλίο *Aurveda* προστάζοντας π.χ. τον ιατρό να περιποιείται με ίση αφοσίωση φτωχούς και πλούσιους ασθενείς. Ο βασιλιάς της Βαβυλωνίας Χαμουραμί φαίνεται πως είναι ο πρώτος που νομοθέτησε την ιατρική αμοιβή περί το 2000 π.Χ. (Βιδάλης, 2007).

Σήμερα οι ιατρικοί επαγγελματικοί σύλλογοι και ομοσπονδίες θεσπίζουν, σε συνεργασία με κρατικούς φορείς, συστηματικές διατάξεις που αποτελούν τον δεοντολογικό κώδικα του ιατρικού επαγγέλματος, ρυθμίζοντας, μεταξύ άλλων, τις σχέσεις των ιατρών μεταξύ τους και προς τους ασθενείς τους (Jonsen, 1998 - McLay, 2003).

Η άσκηση της Ιατρικής είναι λειτουργήμα που αποσκοπεί στη διατήρηση, βελτίωση και αποκατάσταση της σωματικής πνευματικής και ψυχικής υγείας του ανθρώπου. Ο ιατρός πρέπει να σέβεται την ανθρώπινη ζωή ακόμη και κάτω από απειλή και να μην χρησιμοποιεί τις γνώσεις του ενάντια στις αρχές του ανθρωπισμού (Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, 2005).

Είναι τεράστιο το βάρος της ηθικής και νομικής ευθύνης που επωμίζεται ο ιατρός και απαιτείται προστασία των πολυτιμότερων αγαθών, όπως η υγεία και η ζωή του

ανθρώπου. Οι ευθύνες των ιατρών είναι πολλαπλές και διακρίνονται σε ηθικές, ποινικές, αστικές και πειθαρχικές. Η ηθική ευθύνη απορρέει από του αισθήματος του ανθρωπισμού που αποτελεί το θεμέλιο της ιατρικής ηθικής. Η ηθική ευθύνη είναι τεράστια και οποιαδήποτε πράξη ή παράλειψη του ιατρού που αντιβαίνει το κατά κοινή παραδοχή επιστημονικώς ενδεδειγμένο έρχεται σε σφοδρή σύγκρουση προς την συνείδηση του (Παιονίδης, 1990 - Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, 2005).

Ο νόμος όμως δεν αρκείται μόνον στην ηθική ευθύνη, αλλά εξετάζει κάθε συγκεκριμένη πράξη ή παράλειψη στη βάση καθορισμένων αντικειμενικών κριτηρίων, και εάν αυτές είναι αντίθετες προς τους κανόνες δικαίου, και αναμφιβόλως ευθύνεται ο ιατρός, τότε αναλόγως της βλάβης προκύπτουν ευθύνες ποινικές, αστικές ή πειθαρχικές (Mason, 2003).

Υπέρτατο χρέος των ιατρών επιβάλλει να παρακολουθούν τις αλματώδεις εξελίξεις της ιατρικής επιστήμης και να είναι ικανοί να αντιμετωπίζουν επιτυχώς κάθε περίπτωση, σύμφωνα προς τις κρατούσες και παραδεδεγμένες επιστημονικές μεθόδους θεραπείας (Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, 2005).

Μετά την πρόοδο της ιατρικής επιστήμης στον αιώνα μας, είναι προφανής η ανάγκη για ένα εκσυγχρονισμό του νομικού πλαισίου της ιατρικής άσκησης και του συστήματος υγείας. Η ιατρική είναι επιστήμη πολύπλοκη και δεν μπορεί να αντιληφθεί κανένα δικαστήριο και καμία νομική επιστήμη όλο το βάθος των ιατρικών ενεργειών και των παρενεργειών (Mason, 2003).

Πρέπει να διαμορφωθεί μια υγιής σχέση μεταξύ ιατρικής και νομικής επιστήμης και μεταξύ ιατρών και ασθενών. Το άρθρο 5 του συντάγματος παρ. 5 αναφέρει ότι ο καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας και ο νόμος ορίζει τα σχετικά με τη προστασία κάθε προσώπου έναντι των βιοϊατρικών παρεμβάσεων (Κουμάντος, 2003).

Η διακήρυξη Λισσαβώνας σχετικά με τα δικαιώματα του ασθενούς επιτάσσει την άρτια ενημέρωση για την υγεία του από τους θεράποντες ιατρούς, να συμφωνήσει ή να διαφωνήσει με την προτεινόμενη θεραπεία καθώς επίσης και να πεθάνει με αξιοπρέπεια (Μαρκεζίνη, 1985 - Downie, Randall, 2005).

## **6.1 Τι είναι η ιατρική ηθική (medical ethics)**

Η ιατρική ηθική είναι η εφαρμογή της ηθικής διαλεκτικής στη διαδικασία λήψης ιατρικών αποφάσεων. Αφορά τον κριτικό προβληματισμό σχετικά με νόρμες ή αξίες, το καλό ή το κακό, το ορθό ή το εσφαλμένο, και τι πρέπει και τι δεν πρέπει να γίνει σε περιπτώσεις που αντιμετωπίζει ο ιατρός στο πλαίσιο της καθημερινής ιατρικής πρακτικής. Η ιατρική ηθική ασχολείται με συνήθη προβλήματα της καθημερινής ιατρικής πρακτικής καθώς και με ασυνήθη, σύνθετα και ενίοτε εξαιρετικά δυσχερή στην προσέγγιση και επίλυσή τους διλήμματα της ιατρικής καθημερινής πραγματικότητας (Haldane, 1986 - Gillon, 1996).

Κατά κανόνα, η ιατρική ηθική αναζητά ηθικά αποδεκτές και λογικά αιτιολογημένες απαντήσεις σε περιπτώσεις της καθημερινής ιατρικής πρακτικής όπου διαπιστώνεται σύγκρουση διαφορετικών ηθικών αντιλήψεων, ενδιαφερόντων και προτεραιοτήτων. Στη διαδικασία αυτή η ιατρική ηθική υιοθετεί την πρακτική της κριτικής και ενδελεχούς διερεύνησης των υπό θεώρηση ερωτημάτων και της αμερόληπτης και αντικειμενικής εκτίμησης των προσφερόμενων επιλογών (Haldane, 1986).

Ο όρος ιατρική ηθική δηλαδή, όπως μπορούμε να καταλάβουμε από τις παραπάνω θεωρήσεις, αναφέρεται τόσο στον κριτικό ηθικό προβληματισμό στο πλαίσιο της καθημερινής ιατρικής πρακτικής, όσο και στις περισσότερο παραδοσιακές απόψεις που συνδέονται με τις θεωρούμενες ως βασικές αρχές ιατρικής δεοντολογίας και συμπεριφοράς, σύμφωνα με τις οποίες οι ιατροί οφείλουν να συμμορφώνονται και να ασκούν το λειτούργημά τους.

Όταν έχει διατυπωθεί στη βάση συμπεφωνημένων ηθικών αρχών, μία δέσμη επαγγελματικών standards που συνιστούν τον κώδικα της ορθής και υπεύθυνης άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, η πρόκληση και το ζητούμενο για τους επαγγελματίες υγείας είναι να μην παρεκλείνουν από το πλαίσιο των γενικών αυτών αρχών (Kelly, 1996 - Cribb & Duncan, 1999).

Επιπλέον, θα πρέπει να επισημανθεί ότι η ιατρική ηθική στοχεύει στο να διευκολύνει τη διαδικασία λήψης αποφάσεων στην καθημερινή ιατρική πρακτική, όχι όμως με το να υποδείξει στους ιατρούς τι να κάνουν αλλά μάλλον με το να τους βοηθήσει να διερευνήσουν διεξοδικά τα υπό θεώρηση ερωτήματα προκειμένου να καταλήξουν σε μία απόφαση την οποία είναι σε θέση να υποστηρίξουν με βάσιμα και επαρκώς αιτιολογημένα επιχειρήματα (Παιονίδης, 1990 - Gillon, 1996).

Θα πρέπει να υπογραμμίσουμε, ότι οι αρχές που διατυπώνονται από την ιατρική ηθική, αναφέρονται σήμερα σε ένα εργασιακό περιβάλλον στο οποίο ιδιαίτερη

έμφαση δίνεται στην ομαδική εργασία και συνεργασία. Στην άσκηση της καθημερινής ιατρικής πρακτικής δεν συμμετέχουν βεβαίως μόνο ιατροί και οι ασθενείς τους, αλλά και μία ευρύτατη γκάμα άλλων επαγγελματιών υγείας (νοσοκόμες, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, διοικητικοί, managers των συστημάτων υγείας κ.α.). Ως εκ τούτου, η ιατρική ηθική αφορά και τις άλλες ειδικότητες που εμπλέκονται στην παροχή υπηρεσιών ιατρικής φροντίδας.

## **6.2 Η μετάβαση από την «παραδοσιακή» στην «αναλυτική» ιατρική ηθική**

Μέχρι τα μέσα του 20<sup>ου</sup> αιώνα ο πατερναλισμός αποτελούσε τη νόρμα της καθημερινής ιατρικής πρακτικής και για την συνοδεύουσα τον πατερναλισμό «παραδοσιακή ιατρική ηθική» δεν ετίθετο και τόσο θέμα σχετικά με τα ερωτήματα περί αυτονομίας του ασθενούς και περί δικαιοσύνης (Jonsen, Siegler, Wiinslade, 1998 - Downie, Randall, 2005).

Δηλαδή, τα κλινικά ενδιαφέροντα των ασθενών συνέπιπταν με τις υιοθετημένες από τον ιατρό ηθικές αρχές και όπως αυτές υπαγορεύονταν από τις επικρατούσες κοινωνικές αντιλήψεις και επιβάλλονταν από γραπτούς κώδικες συμπεριφοράς, χωρίς σαφή και εμπεριστατωμένη ανάλυση των ερωτημάτων που αναδείκνυε η εκάστοτε περίπτωση (Downie, Randall, 2005).

Η αποφασιστική καμπή στην ιατρική ηθική, έγινε μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο. Οι λόγοι για τους οποίους συνέβη αυτό, σύμφωνα με τον (Κουμάντος, 2003) έχουν ως εξής:

- Οι θηριωδίες των ιατρών των Ναζί.
- Οι αλλαγές στις κοινωνίες των πολιτών που, μεταξύ άλλων, αφορούσαν και μία διάθεση φθίνοντος σεβασμού προς την κάθε μορφής εξουσία.
- Η προοδευτικά κλιμακούμενη διεκδίκηση των ατομικών δικαιωμάτων και της αυτονομίας των πολιτών στις σύγχρονες κοινωνίες.
- Η στροφή από την υπερτονισμένη φροντίδα για το άτομο προς μία μεγαλύτερη έγνοια για τις ανάγκες της κοινωνίας.
- Ο πολυ-πολιτισμικός χαρακτήρας των σύγχρονων κοινωνιών.
- Η προώθηση από επισήμους διεθνείς οργανισμούς της ιδέας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

Παράλληλα όμως με την ανάπτυξη όλων των προαναφερθέντων παραγόντων, παρατηρήθηκε και η ανάπτυξη από την ιατρική επιστήμη ενός ευρέος φάσματος ολοένα και ισχυρότερων και δαπανηρότερων τεχνολογιών, συμπεριλαμβανομένων και αυτών που χαρακτηρίζονται από την ικανότητα παράτασης της ζωής, αλλαγής της ψυχολογικής διάθεσης, ενίσχυσης της αναπαραγωγικής ικανότητας και τροποποίησης του γενετικού κώδικα (Rollin, 2007 – Βιδάλης, 2007).

Δεν είναι παράδοξο, συνεπώς, ότι η ιατρική ηθική, προσαρμοσμένη στις κολοσσιαίες αυτές αλλαγές, όφειλε να αναπτύξει μία περισσότερο αναλυτική προσέγγιση. Η προσέγγιση αυτή χαρακτηρίζεται από μία σαφή μεταστροφή από τον παραδοσιακό πατερναλιστικό χαρακτήρα των σχέσεων ιατρού-ασθενούς, σε μία σχέση συνεργασίας ιατρού-ασθενούς, σεβασμού και της αυτονομίας του ασθενούς (Cotler, Katz, 1994 - Downie, Randall, 2005).

Κατ' αυτό τον τρόπο, στη σημερινή σύγχρονη καθημερινή ιατρική πρακτική η λεγόμενη «παραδοσιακή ιατρική ηθική» (τα θεωρούμενα ως standards της επαγγελματικής δεοντολογίας) παραχωρεί τη θέση της στην «αναλυτική ιατρική ηθική» η οποία υιοθετεί μεν και τονίζει τις βασικές αρχές του παλαιότερου μοντέλου, συμπληρώνει όμως το μοντέλο αυτό με μία κριτική-αναλυτική διαδικασία μέσω της οποίας θεμελιώδους σημασίας ηθικού χαρακτήρα επικλήσεις υποστηρίζονται ή κριτικάρονται υπό το φως βάσιμων επιχειρημάτων και αντεπιχειρημάτων (Παιονίδης, 1990 - Naidoo & Wills, 1998).

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε, ότι το δεύτερο αυτό μοντέλο ιατρικής συμπληρώνει το πρώτο, παράλληλα και το ίδιο πληροφορείται και εμπλουτίζεται από μία τεράστια γκάμα προοπτικών και θεωρήσεων που περιλαμβάνουν τόσο αυτές που εκφράζουν οι σύγχρονες πολυπολιτισμικές κοινωνίες όσο και αυτές που διατυπώνονται από διάφορους ακαδημαϊκούς επιστημονικούς κλάδους, όπως η φιλοσοφία της ηθικής, η νομική, οι κοινωνικές επιστήμες, η ιστορία και η θεολογία.

### **6.3 Ιατρική ηθική και ανθρώπινα δικαιώματα**

Η σύγχρονη ιατρική ηθική συνιστά ένα αμάλγαμα φιλοσοφικών απόψεων, παραδοσιακών αρχών και υποχρεώσεων, όπως αυτές αναφέρονται στους κώδικες ιατρικής δεοντολογίας και μίας δέσμης διατυπωμένων εννοιών οι οποίες υπό τον όρο

«δικαιώματα» ενσωματώθηκαν στη νομοθεσία των σύγχρονων κοινωνιών. Να σημειωθεί, ότι ο τρόπος με τον οποίο διατυπώνονται στην ισχύουσα νομοθεσία αρκετά από τα σημεία στα οποία αναφέρονται τα ανθρώπινα δικαιώματα έχουν άμεση αντανάκλαση στην καθημερινή ιατρική πρακτική (Gillon, 1996 - Mason, 2003).

Σχετικά με την προαναφερθείσα παρατήρηση, θα πρέπει να τονιστεί επίσης ότι αυτό το οποίο επηρεάζει τη σκέψη και την λειτουργία της ιατρικής ηθικής είναι η γλώσσα που χρησιμοποιεί η διακήρυξη των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και η διατρέχουσα όλο το φάσμα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων βασική αρχή, ότι όλα τα άτομα, ακριβώς επειδή είναι ανθρώπινα όντα, έχουν τα ίδια νομικά δικαιώματα (Mason, 2003).

Οποιαδήποτε συζήτηση για τα ανθρώπινα δικαιώματα θα πρέπει να κάνει τη διάκριση μεταξύ ηθικών και νομικά επιβαλλόμενων δικαιωμάτων. Στην πλειονότητα των ιατρικών ηθικών διλημμάτων τα υπό θεώρηση δικαιώματα είναι ηθικής φύσεως και ως εκ τούτου συζητήσιμα. Τα ανθρώπινα δικαιώματα όμως είναι νομικά επιβαλλόμενα και γενικά μη συζητήσιμα ή αμφισβητήσιμα (Naidoo & Wills, 1998 - Mason, 2003).

Θα πρέπει να επαναλάβουμε, ότι αρκετές από τις αρχές οι οποίες, κατά ένα μεγάλο ποσοστό, συγκροτούν αυτό που σήμερα ονομάζουμε σύγχρονη ηθική ανάλυση, είτε προέρχονται από δηλώσεις που αναφέρονται στα ανθρώπινα δικαιώματα ή είναι παρεμφερείς σε περιεχόμενο και νόημα προς αυτές. Διατυπώνονται όμως με όρους ηθικών δικαιωμάτων και καθηκόντων. Αυτά τα δικαιώματα μπορεί να δίνουν την εντύπωση ότι είναι πιο ασαφώς διατυπωμένα απ' ότι τα «ανθρώπινα δικαιώματα» ακριβώς επειδή δέχονται συζήτηση και αμφισβήτηση (Naidoo & Wills, 1998).

Στην καθημερινή ιατρική πρακτική δεν είναι ασύνηθες το φαινόμενο της σύγκρουσης των ηθικών αιτιάσεων δύο ατόμων: Το δικαίωμα του ατόμου Α στην αρχή της εχεμύθειας μπορεί να έρχεται σε σύγκρουση με το δικαίωμα του ατόμου Β να γνωρίζει.

Οι ηθικές αρχές συνιστούν μέρος μίας μεθοδολογίας επίλυσης προβλημάτων που λαμβάνει σοβαρά υπόψη το συνολικότερο πλαίσιο μέσα στο οποίο συζητείται το συγκεκριμένο δίλημμα προκειμένου να εξισορροπηθούν συγκρούσεις ηθικών δικαιωμάτων, όπως αυτή που μόλις προαναφέραμε (British Medical Association, 2001).



Θα πρέπει να τονιστεί, ότι τα ανθρώπινα δικαιώματα, ακριβώς επειδή είναι νομικής φύσεως δεν εξαρτώνται από το ευρύτερο πλαίσιο που περιβάλλει την υπό συζήτηση περίπτωση και ως εκ τούτου είναι λιγότερο διαπραγματεύσιμα απ' ότι οι ηθικές αρχές της σύγχρονης ηθικής ανάλυσης. Υπάρχουν όμως περιθώρια συζήτησης σε κάποιες περιπτώσεις που αφορούν την ερμηνεία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων εντός κάποιων πλαισίων (Mason, 2003).

Η περί ανθρωπίνων δικαιωμάτων πράξη του 1998, περιγράφει με σαφήνεια τις βασικές αρχές τις οποίες προσδιόρισε η Ευρωπαϊκή Συνθήκη για την προστασία των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και των Θεμελιωδών Ελευθεριών. Οι ιατροί οφείλουν να γνωρίζουν το περιεχόμενο της συγκεκριμένης πράξης, δεδομένου ότι συχνά θα υποχρεωθούν να καταφύγουν σε αυτά τα οποία η περί ανθρωπίνων δικαιωμάτων πράξη διατυπώνει, σε σχέση με το υπό συζήτηση πρόβλημα και επιπλέον, θα πρέπει να είναι σε θέση να αποδεικνύουν ότι δεν αμέλησαν να ενεργήσουν κατ' αυτό τον τρόπο (Βιδάλης, 2007 - Rollin, 2007).

Δικαιώματα διατυπωθέντα στην περί ανθρωπίνων δικαιωμάτων πράξη τα οποία έχουν ιδιαίτερη σημασία στην άσκηση της καθημερινής ιατρικής πρακτικής, είναι:

- το δικαίωμα για τη ζωή.
- το δικαίωμα της ελευθερίας από βασανιστήρια ή απάνθρωπη ή εξευτελιστική μεταχείριση ή τιμωρία.
- το δικαίωμα στην ελευθερία και την ασφάλεια.
- το δικαίωμα σε μία δίκαιη δίκη.
- το δικαίωμα του σεβασμού της ιδιωτικής και οικογενειακής ζωής.
- το δικαίωμα της ελευθερίας της σκέψης, της συνείδησης και της θρησκείας.
- το δικαίωμα να παντρευτεί και να κάνει οικογένεια.
- το δικαίωμα της συμμετοχής σε αυτά τα δικαιώματα χωρίς προκαταλήψεις και διακρίσεις.

Κατά τη διαδικασία λήψης ιατρικών αποφάσεων, οι ιατροί θα πρέπει να διακρίνουν αν η απόφαση στην οποία καταλήγουν θίγει, με οποιοδήποτε τρόπο, τα ανθρώπινα δικαιώματα του ασθενούς και αν συμβαίνει κάτι τέτοιο, θα πρέπει να διαπιστώσουν αν μια τέτοια παρέμβαση στα ανθρώπινα δικαιώματα είναι δικαιολογημένη (British Medical Association, 2001).

Θα πρέπει να τονιστεί, ότι οποιαδήποτε παρέμβαση σε ένα ανθρώπινο δικαίωμα θα πρέπει να είναι ανάλογη του επιδιωκόμενου αντικειμενικού σκοπού. Αυτό σημαίνει, ότι ακόμα και αν υφίσταται δικαιολογημένος λόγος παρέμβασης σε ένα συγκεκριμένο

δικαίωμα, το επιθυμητό αποτέλεσμα θα πρέπει να είναι τέτοιο που να δικαιολογεί τα βαθμό και το επίπεδο της εισηγούμενης παρέμβασης (Βιδάλης, 2007 - Rollin, 2007).

Όταν, για οποιοδήποτε λόγο, διαπιστώνεται σύγκρουση μεταξύ ανθρωπίνων δικαιωμάτων, οι ιατροί θα πρέπει να είναι σε θέση να δικαιολογούν γιατί επέλεξαν το ένα αντί του άλλου, σε μία συγκεκριμένη περίπτωση.

#### **6.4 Βασικές αντιλήψεις στην ιατρική ηθική**

Αν και τα άτομα μπορούν να διαφωνούν σε ότι αφορά τις φιλοσοφικές, θρησκευτικές, πολιτισμικές ή πολιτικές τους πεποιθήσεις, το πιθανότερο είναι ότι όλοι θα συμφωνήσουν στο γεγονός ότι υφίστανται υποχρεωτικές δεσμεύσεις σε ότι αφορά τις αρχές που παρατίθενται από τους (Beauchamp & Childress, 1994) οι οποίες συνιστούν μία ισχυρή βάση θεώρησης των ηθικών υποχρεώσεων που οφείλουν να διέπουν την παροχή ιατρικής φροντίδας. Αυτές αφορούν:

- την προαγωγή του οφέλους (beneficence: αγαθοεργία, ευεργεσία) και αποφυγή και ελαχιστοποίηση της βλάβης (non-maleficence).
- τον σεβασμό του ατόμου και της αυτονομίας του (σεβασμός στην αυτονομία)
- την δικαιοσύνη (η αρχή της δικαιοσύνης)

Η εκτίμηση του βαθμού προς τον οποίο κάθε μία από τις βασικές αυτές αρχές σχετίζονται με μία συγκεκριμένη υπό θεώρηση, περίπτωση, δεν θα δώσει βεβαίως την απάντηση στο υπό συζήτηση ερώτημα, όμως η συνεκτίμηση όλων αυτών των παραμέτρων προσφέρει ένα μηχανισμό ανάλυσης του προβλήματος και διασφαλίζει ότι όλες οι σχετικές, από ηθικής πλευράς, διαστάσεις του προβλήματος έχουν διερευνηθεί.

Μία συνήθης πρακτική της ιατρικής ηθικής είναι η αναφορά σε προηγούμενες περιπτώσεις που βοηθούν στην κατανόηση και εκτίμηση της υπάρχουσας περίπτωσης, κάτι το οποίο επιτρέπει την σφαιρική εξέταση του προβλήματος και όχι την αποσπασματική του διερεύνηση. Θα πρέπει λοιπόν να τονιστεί, ότι η θεώρηση του διλήμματος από διαφορετικές οπτικές γωνίες εγγυάται ότι όλες οι σχετικές προς το δίλημμα προοπτικές και αντιλήψεις έχουν διερευνηθεί (Gorovitz, 1985 - Naidoo & Wills, 1998)

Γενικά, η σύγχρονη συνήθης πρακτική, σε κάθε περίπτωση ενός διερευνούμενου ιατρικού ηθικού προβλήματος είναι η προσέγγιση του προβλήματος κατά τρόπο που καταρχήν λαμβάνει υπόψη τις ευρέως αποδεκτές γενικές αρχές που σχετίζονται με την, ενδεχομένως, νομική διάσταση του προβλήματος και τον κώδικα δεοντολογίας του ιατρικού επαγγέλματος. Επιπλέον, παράμετροι οι οποίες λαμβάνονται σοβαρά υπόψη είναι άλλες αρχές, καθήκοντα και συνέπειες καθώς και η εκτίμηση του προβλήματος σε σχέση με τις προοπτικές της κοινότητας αλλά και σε σχέση με τις προοπτικές του ατόμου-ασθενούς (British Medical Association, 2001).

Σε μία προσπάθεια διαμόρφωσης ενός βασικού πυρήνα γενικών αρχών που θα μπορούσαν να αποτελέσουν ένα αφετηριακό κατευθυντήριο γνώμονα για την προσέγγιση ιατρικών ηθικών προβλημάτων, η σύγχρονη ιατρική ηθική έχει διατυπώσει μία δέσμη βασικών γενικών αρχών. Μάλιστα, τα περισσότερα από τα ηθικά διλήμματα της καθημερινής ιατρικής πρακτικής σχετίζονται με μία ή περισσότερες από τις βασικές αυτές αρχές/αντιλήψεις, οι οποίες σύμφωνα με τους (Beauchamp & Childress, 1994 – Kelly, 1996 - Downie, Randall, 2005 - Βιδάλης, 2007), έχουν ως εξής:

- ❖ *Το δικαίωμα της αυτοδιάθεσης* (self determination). Αναφέρεται και ως το δικαίωμα της αυτονομίας και είναι η δυνατότητα του ατόμου να σκέπτεται, να επιλέγει, να αποφασίζει και να ενεργεί για τον εαυτό του. Ο σεβασμός της αυτονομίας του ατόμου αποτελεί απαραίτητη ηθική υποχρέωση, στο βαθμό που ο σεβασμός αυτός δεν θίγει την αυτονομία αυτών που καθ' οιονδήποτε τρόπο εμπλέκονται, δυνητικώς, στο υπό διερεύνηση πρόβλημα.
- ❖ *Εντιμότητα/Ειλικρίνεια* (Honesty). Η επικοινωνία της πληροφόρησης θα πρέπει να γίνεται κατά τρόπο απολύτως ειλικρινή και απαλλαγμένη από οποιαδήποτε πρόθεση παραπλάνησης του αποδέκτη αυτής της πληροφόρησης.
- ❖ *Συγκατάθεση/Συναίνεση* (Consent). Ασθενείς οι οποίοι διατηρούν ακέραια τη νοητική τους λειτουργία (competent patients) έχουν το δικαίωμα να δώσουν ή να αρνηθούν τη συγκατάθεσή τους για συγκεκριμένες θεραπείες ή επεμβατικές διαγνωστικές ή θεραπευτικές διεργασίες και παρεμβάσεις ανεξαρτήτως της προσδοκώμενης έκβασης.
- ❖ *Τήρηση εχεμύθειας* (Confidentiality). Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα της εχεμύθειας, αλλά το δικαίωμα αυτό δεν είναι απόλυτο. Υπάρχουν περιπτώσεις όπου ένα υπερισχύον δημόσιο συμφέρον δικαιολογεί την υπέρβαση του συγκεκριμένου αυτού δικαιώματος.

- ❖ *Βλάβη και Όφελος (Harm and Benefit)*. Ο κατ' εξοχήν στόχος της ιατρικής θεραπείας οφείλει να είναι η προαγωγή της υγείας και η ελαχιστοποίηση της βλάβης σε όλους τους ασθενείς. Ασθενείς με αδιατάρακτη νοητική λειτουργία είναι οι αρμοδιότεροι κριτές για να αποφασίσουν τι τους οφελεί και τι τους βλάπτει. Σε ασθενείς οι οποίοι, για διάφορους λόγους, αδυνατούν να κρίνουν και να αποφασίσουν για την αποδοχή ή απόρριψη μιας συγκεκριμένης ιατρικής πράξης, θα πρέπει να χορηγείται θεραπευτική αγωγή ή να διενεργούνται ιατρικές παρεμβάσεις που διασφαλίζουν το μεγαλύτερο δυνατό θεραπευτικό αποτέλεσμα. Με τη λήψη των κατάλληλων διασφαλιστικών μέτρων, δικαιολογούνται κάποιες εξαιρέσεις στον προαναφερθέντα κανόνα όταν οι προγραμματιζόμενες ιατρικές πράξεις συνεπάγονται ελάχιστη ή αμελητέα βλάβη και πρόκειται να οφελήσουν άλλους (π.χ. η περίπτωση μη-θεραπευτικής έρευνας που αφορά μικρού είδους παρεμβάσεις, όπως οι δοκιμασίες ελέγχου του αίματος).
- ❖ *Δικαιοσύνη και Ισοτιμία (Fairness and Equity)*. Τα άτομα έχουν το δικαίωμα της δίκαιης και απροκατάληπτης αντιμετώπισης αλλά και της ισότιμης πρόσβασης στο πλήρες φάσμα των υπηρεσιών υγείας.

Ακόμα, το 1994 περισσότεροι από 800 ιατροί, όλων των ειδικοτήτων, εκλήθησαν από το BMA (British Medical Association, 2001) να ορίσουν και να κατατάξουν κατά σειρά σπουδαιότητας τις αξίες που θεωρούν ότι έχουν την πλέον άμεση σχέση με το ιατρικό επάγγελμα. Οι ιατροί κατέληξαν σε μία σειρά ιατρικών αρχών που συνδυάζει και δεξιότητες και αξίες. Σύμφωνα με στοιχεία του BMA, αυτές είναι οι εξής:

- Κλινική επάρκεια / ικανότητα (competence)
- Φροντίδα και ενδιαφέρον για τον ασθενή (caring)
- Αφοσίωση / δέσμευση (commitment)
- Ακεραιότητα (integrity)
- Συμπόνια (compassion)
- Υπευθυνότητα (responsibility)
- Εχεμύθεια (confidentiality)
- Ερευνητικό πνεύμα (spirit of enquiry)
- Ικανότητα να υποστηρίζει τις θέσεις του (advocacy)

## **6.5 Οι υποχρεώσεις και τα καθήκοντα των ιατρών**

Το Βρετανικό General Medical Council (GMC, 1990) έχει εκδώσει έναν κατάλογο καθηκόντων ο οποίος είναι δεσμευτικός για τους ιατρούς και οποιαδήποτε διαπιστωμένη περίπτωση μη συμμόρφωσης προς τις υποδείξεις του οποίου έχει σοβαρότερες κυρώσεις για τον ιατρό, μέχρι και του σημείου αφαίρεσης της αδειας άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος.

Ο κατάλογος ιατρικών καθηκόντων του (GMC, 1990) καταγράφει τα εξής: Οι ασθενείς πρέπει να είναι σε θέση να εμπιστευτούν τους ιατρούς για τη ζωή τους και την υγεία τους. Για να είναι δικαιολογήσιμη αυτή την εμπιστοσύνη, οι επαγγελματίες της υγείας έχουν καθήκον να διατηρήσουν ένα καλό standard άσκησης της ιατρικής παροχής υπηρεσιών ιατρικής φροντίδας και να επιδείξουν σεβασμό για την ανθρώπινη ζωή. Ιδιαίτερα, οι ιατροί πρέπει να:

- Καταστήσουν τη φροντίδα του ασθενούς το πρωταρχικό τους μέλημα,
- Αντιμετωπίζουν κάθε ασθενή με ευγένεια και διακριτικότητα,
- Σέβονται την αξιοπρέπεια και την προσωπική ζωή του ασθενούς,
- Ακούνε τους ασθενείς και να σέβονται τις απόψεις τους,
- Παρέχουν στους ασθενείς πληροφόρηση κατά τρόπο που να είναι ικανοί να κατανοήσουν,
- Σέβονται τα δικαιώματα των ασθενών και τα συνεκτιμούν σε κάθε απόφαση που αφορά την περιεχόμενη προς αυτούς φροντίδα,
- Ανανεώνουν και να συμπληρώνουν συνεχώς τις γνώσεις και δεξιότητές τους,
- Αναγνωρίζουν τα όρια της επαγγελματικής τους επάρκειας,
- Είναι έντιμοι και αξιόπιστοι,
- Σέβονται και προασπίζουν την αρχή τήρησης της εχεμύθειας,
- Φροντίζουν ώστε οι προσωπικές τους πεποιθήσεις να μην υπεισέρχονται στη σχέση και επικοινωνία με τον ασθενή,
- Ενεργούν γρήγορα για να προστατεύσουν τον ασθενή από τον κίνδυνο, αν έχουν βάσιμους λόγους να πιστεύουν ότι ούτε εκείνοι ούτε και κάποιος από τους συναδέλφους τους μπορεί να διαχειριστεί το συγκεκριμένο πρόβλημα.

- Αποφεύγουν να κάνουν κατάχρηση της ιδιότητάς τους,
- Συνεργάζονται με τους συναδέλφους τους κατά τρόπο που εξυπηρετεί το συμφέρον του ασθενούς κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις δεν θα πρέπει να εκδηλωθεί από τους ιατρούς οποιαδήποτε προκατάληψη κατά των ασθενών ή των συναδέλφων τους. Θα πρέπει δε να βρίσκονται πάντα σε θέση να δικαιολογήσουν προς αυτούς τις όποιες ενέργειές.

Μία ολοκληρωμένη και ορθή προσέγγιση, οποιουδήποτε ηθικού διλήμματος, είναι αυτή η οποία λαμβάνει υπόψη και εξισορροπεί όλη τη γκάμα των διαφορετικών φιλοσοφικών προσεγγίσεων, υπό την έννοια της θεώρησης τόσο των καθηκόντων, όσο και των συνεπειών, της αυτονομίας, καθώς και των αναγκών της κοινότητας με παράλληλη θεώρηση των αρχών και αρετών που συγκροτούν αυτό που θεωρείται σωστός και υπεύθυνος ιατρός (Gillon, 1996).

Επίσης, μια τέτοια προσέγγιση συνεκτιμά τις επιταγές του νόμου και τις υποδείξεις των επίσημων γνωμοδοτικών οργάνων του ιατρικού επαγγέλματος και οφείλει να διερευνά γιατί σε ορισμένες περιπτώσεις οι ιατροί, με την ίδια αταλάντευτη αποφασιστικότητα, μπορούν να υποστηρίξουν διαμετρικά αντίθετες θέσεις σχετικά με το τι είναι «σωστό» και τι «λάθος» στη δεδομένη υπό θεώρηση συγκυρία.

Προβλήματα όμως ανακύπτουν λόγω των διαφορετικών τρόπων με τους οποίους οι ιατροί ερμηνεύουν αυτά τα καθήκοντα και τον τρόπο με τον οποίο οφείλουν να τα εφαρμόζουν στη συγκεκριμένη υπό θεώρηση συγκυρία, ή και επειδή τα βασικά αυτά καθήκοντα έρχονται σε σύγκρουση και απαιτούν εκτιμήσεις από τους ιατρούς σχετικά με το βάρος που θα πρέπει να δοθεί σε κάθε ένα από αυτά στη δεδομένη περίπτωση (Κουμάντος, 2003).

Ορισμένοι ιατροί πιστεύουν ότι οι πράξεις τους θα πρέπει να εστιάζονται πρωτίστως στην προσπάθεια μεγιστοποίησης της υγείας και ευημερίας των ασθενών τους μάλλον, παρά οι ενέργειές τους να καθορίζονται από την υποχρέωση που έχουν να σεβαστούν αυτό που οι ίδιοι θεωρούν άφρονες και επιζήμιες επιθυμίες ορισμένων ασθενών.

Κλινικοί οι οποίοι επικεντρώνουν πρωτίστως στις συνέπειες των ενεργειών τους – ενστερνίζονται μία εκ των ερμηνειών της ωφελμιστικής ηθικής διαλεκτικής. Οι ιατροί αυτοί, παρά το γεγονός ότι γνωρίζουν ότι η συνέχιση της θεραπείας στη συγκεκριμένη περίπτωση δεν είναι σύννομη, εν τούτοις δεν θα ήθελαν να έχουν καμία προσωπική εμπλοκή στην άρση της διότι μια τέτοια πράξη προσβάλλει τις προσωπικές τους ηθικές αρχές (Cotler, Katz, 1994 - O'Hare, 2004).

Άλλοι ιατροί μπορεί να δώσουν περισσότερη έμφαση στο δικαίωμα της αυτονομίας των ασθενών: το δικαίωμα του ασθενούς να προγραμματίζει τη ζωή του και να αποφασίζει σχετικά με το τι συνιστά ζημία και τι συνιστά όφελος γι' αυτόν, ακόμα και αν οι επιλογές αυτές θεωρούνται από άλλους, παράλογες ή επιζήμιες. Σύμφωνα με την άποψη αυτή, οποιαδήποτε άλλη ενέργεια θα θεωρείται παραβίαση αυτών των πολύ βασικών ιδιοτήτων που υπογραμμίζουν την ανθρώπινη αξιοπρέπεια: λογική και επιλογή.

Κλινικοί οι οποίοι υιοθετούν αυτή τη προσέγγιση – που πιστεύουν ότι το πρωταρχικό τους καθήκον είναι να σέβονται τις απόψεις του ασθενούς, ακόμα και αν αυτό μπορεί να έχει επιζήμιες για τον ασθενή συνέπειες – θεωρείται ότι υιοθετούν μία δεοντολογική προσέγγιση στην ιατρική ηθική, η οποία δίνει έμφαση στο καθήκον μάλλον παρά στις συνέπειες που ενδεχομένως να προκύψουν από την προσήλωση στο καθήκον (Βασιλογιάννης, 2008).

Θα ήταν όμως λάθος να υποθέσουμε ότι ένας ιατρός που υιοθετεί την ηθική προσέγγιση που δίνει έμφαση στις συνέπειες των πράξεών του θα ήταν ηθικά τελείως αντίθετος στην άρση της θεραπείας. Κάποιος άλλος ιατρός θα μπορούσε να επικεντρώσει στις συνέπειες του να αγνοήσει τις επιθυμίες του ατόμου και να υποστηρίξει με επιχειρήματα που αντλεί από την ωφελμιστική θεώρηση των πραγμάτων, ότι η ευθυγράμμιση με τις επιθυμίες του ατόμου θα απέφερε μεγαλύτερη ικανοποίηση σε περισσότερα άτομα. Παρομοίως, ένας τρίτος ιατρός θα μπορούσε να υποστηρίξει την άποψη, με επιχειρήματα που βασίζονται στην δεοντολογική εκδοχή, ότι το πρωταρχικό καθήκον του ιατρού δεν είναι ο σεβασμός της αυτονομίας αλλά η διάσωση και προστασία της ανθρώπινης ζωής (Παιονίδης, 1990).

Θα πρέπει να τονίσουμε ότι αν και ο σεβασμός της αυτονομίας του ασθενούς στη λήψη αποφάσεων είναι αυτό το οποίο λαμβάνεται πρωτίστως υπόψη στις σύγχρονες δημοκρατικές κοινωνίες, αυτό δεν σημαίνει ότι η προσέγγιση αυτή συνιστά απαραίτητα και τον απαραίτητο κανόνα. Αυτοί οι οποίοι υιοθετούν μία ηθική προσέγγιση που τονίζει περισσότερο το καλό της κοινότητας επικεντρώνουν λιγότερο στις προσωπικές επιθυμίες των ατόμων και περισσότερο στις απόψεις και ανάγκες της κοινότητας ως σύνολο (Παιονίδης, 2008).

Όμως, δεν θα πρέπει να παραλείψουμε να αναφέρουμε ότι παρά το γεγονός ότι αναγνωρίζουμε ότι τα άτομα έχουν ηθικές υποχρεώσεις, δεν σημαίνει ότι θα πρέπει απαραίτητα να «εξαναγκασθούν» να τις εκπληρώσουν, ή ότι θα πρέπει να γίνει

επίκληση του νόμου, ο οποίος θα επιβάλλει την τήρηση αυτών των υποχρεώσεων και της ηθικής γενικότερα (Mason, 2003).

Μία άλλη ηθική προοπτική η οποία διευκολύνει τους ιατρούς να διακρίνουν τις αρχές της ορθής κλινικής πρακτικής επικεντρώνει στον ηθικό χαρακτήρα των ιατρών, υποστηρίζοντας ότι οι αρετές τις οποίες οι ιατροί εκδηλώνουν στην επαγγελματική τους ζωή είναι εξίσου σημαντικές για την ορθή άσκηση της καθημερινής ιατρικής πρακτικής όσο και οι εξειδικευμένες ηθικές αρχές (Παιονίδης, 1990).

Για παράδειγμα, αποφάσεις που αφορούν τον τρόπο με τον οποίο ανακοινώνει ο ιατρός δυσάρεστα νέα σε ασθενείς, και τον τρόπο με τον οποίο συζητά μαζί τους τη φύση και τη σοβαρότητα της κατάστασής τους, επηρεάζονται οπωσδήποτε από τον βαθμό στον οποίο ο ιατρός λαμβάνει σοβαρά υπόψη τα δικαιώματα των ασθενών (Βασιλογιάννης, 2008).

Η πεποίθηση εκ μέρους του ιατρού ότι πληροφόρηση ενός ορισμένου είδους θα πρέπει να γνωστοποιηθεί στον ασθενή δεν είναι το ίδιο πράγμα με το κατά πόσο ο ιατρός έχει το σθένος να το πράξει όταν ο ασθενής βρίσκεται σε κατάσταση σημαντικής ψυχολογικής φόρτισης ή τη σωφροσύνη να μην επιβαρύνει την ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς με λεπτομερείς επεξηγήσεις τις οποίες ο ασθενής δεν επιθυμεί να γνωρίζει (Βασιλογιάννης, 2008 - Downie, Randall, 2005).

Παρομοίως, θα πρέπει να τονιστεί, ότι δεν αρκεί το γεγονός ότι οι ιατροί γνωρίζουν και πιστεύουν ότι οι επιθυμίες των ασθενών θα πρέπει να γίνουν σεβαστές, διότι, πέραν αυτού, απαιτείται από τους ιατρούς η δύναμη του χαρακτήρα και η συμπόνια να φέρουν εις πέρας τις επιθυμίες τους κατά τρόπο επαγγελματικό και διακριτικό.

Και στο σημείο αυτό θα πρέπει να επισημανθεί ότι θάρρος, σωφροσύνη και συμπόνια συνιστούν παραδείγματα των αρετών που τονίζονται από αυτούς οι οποίοι υποστηρίζουν ότι είναι εξίσου σημαντικό να διαμορφώσουν οι ιατρικές σχολές ηθικό χαρακτήρα στους φοιτητές ιατρικής και τους νεαρούς ιατρούς, όσο και να τους διδάξουν τις φιλοσοφικές θεωρίες που συγκροτούν την ηθική βάση της ορθής κλινικής πρακτικής (Δραγώνα - Μονάχου, 2008).

Αυτό που οφείλουμε να καταστήσουμε σαφές, είναι ότι δεν θα πρέπει να δημιουργηθεί η εντύπωση ότι μία συγκεκριμένη φιλοσοφική προσέγγιση θα οδηγήσει αναπόδραστα σε ένα συγκεκριμένο αποτέλεσμα σε οποιαδήποτε περίπτωση. Όμως αναγνωρίζοντας οι ιατροί το ηθικό υπόβαθρο τόσο των προσωπικών τους απόψεων, όσο και των ασθενών τους έχουν μία σαφέστερη εικόνα του τι συνιστούν οι απόψεις αυτές και τον λόγο για τον οποίο συνιστούν αυτό που συνιστούν, και κατ' αυτό τον



τρόπο, είναι σε καλύτερη θέση να διατυπώσουν τη γνώμη τους και να επιχειρηματολογήσουν υπέρ της μιας και όχι της άλλης ηθικής γραμμής πλεύσης (Παονίδης, 1990).

Τελικά όμως, αυτό που δεν πρέπει να μας διαφεύγει είναι ότι οι ιατροί θα πρέπει να εναρμονίσουν τη δική τους προσέγγιση με τις προσδοκίες της κοινωνίας και τις επιταγές του νόμου, αλλά και τις εισηγήσεις των επαγγελματικών γνωμοδοτικών τους οργάνων.

## **6.6 Ο τρόπος προσέγγισης ενός ηθικού ζητήματος ή διλήμματος της ιατρικής**

Ο τρόπος με τον οποίο τα άτομα προσεγγίζουν ένα ηθικό ζήτημα ή δίλημμα ποικίλλει και εξαρτάται, μερικώς τουλάχιστον, από την πολυπλοκότητα του υπό διερεύνηση ερωτήματος. Στην καθημερινή ιατρική πρακτική μία πληθώρα αποφάσεων που θα πρέπει να ληφθούν, εγείρουν ηθικά ερωτήματα τα περισσότερα εκ των οποίων επιλύονται με βάση την αντίστοιχη αναφορά στον βασικό πυρήνα αρχών και αντιλήψεων που προαναφέραμε.

Σε περισσότερο σύνθετες περιπτώσεις, ιδιαίτερα αυτές στις οποίες υπάρχει σύγκρουση καθηκόντων και υποχρεώσεων μεταξύ των εμπλεκόμενων πλευρών τότε απαιτείται μία λεπτομερέστερη και αναλυτικότερη θεώρηση προκειμένου να διασφαλισθεί ότι το υπό συζήτηση δίλημμα έχει υποβληθεί σε μία διεξοδική κριτική ανάλυση (Gorovitz, 1985 - Naidoo & Wills, 1998).

Μία ευρέως χρησιμοποιούμενη μεθοδολογία ανάλυσης και επίλυσης ηθικών ερωτημάτων έχει αναπτυχθεί από το BMA's Ethic Department (British Medical Association, 2001) και περιλαμβάνει έξι διαφορετικά στάδια:

1. *Αναγνώρισε την περίπτωση ως μία εξ' αυτών που εγείρουν ένα ηθικό ζήτημα ή δίλημμα.* Εκ πρώτης όψεως αυτό μπορεί να φαίνεται απλό, στην πραγματικότητα όμως προβλήματα ανακύπτουν διότι οι ιατροί συχνά δεν διακρίνουν ότι υπάρχει ένα ηθικό ζήτημα ή δυνητική σύγκρουση συμφερόντων στο πλάνο δράσης που εισηγούνται. Επιβεβλημένη, ως εκ τούτου, είναι η διαρκής επαγρύπνηση για ανάλογα ενδεχόμενα.

Μπορεί επίσης να συμβαίνει να γνωρίζουν οι ιατροί και να κατανοούν τις αρχές της ιατρικής ηθικής αλλά να αποτυγχάνουν να τις εφαρμόσουν σε συγκεκριμένες

περιπτώσεις (π.χ. η περίπτωση όπου ο ιατρός δίνει πληροφορίες για την υγεία του ασθενούς σε ένα συγγενή χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενούς).

Το γεγονός ότι μια περίπτωση εγείρει ζητήματα κλινικής κρίσης και επάρκειας δεν αποκλείει την παράλληλη συνύπαρξη και της ηθικής διάστασης του προβλήματος. Θα πρέπει να τονιστεί ότι πολλά ιατρικά διλήμματα απαιτούν τόσο κλινικές γνώσεις όσο και δεξιότητες ηθικού διαλογισμού για την ικανοποιητική τους επίλυση.

Για παράδειγμα, η απόφαση χορήγησης μιας νέας δαπανηρής θεραπείας δεν εξαρτάται μόνο από την ορθή κλινική εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς, αλλά απαιτεί παράλληλη θεώρηση των λεγόμενων δαπανών ευκαιρίας για άλλους ασθενείς, όπως και των αρχών της δικαιοσύνης στην κατανομή περιορισμένων πόρων.

Μία περίπτωση μπορεί να θεωρηθεί ότι εγείρει ηθικά ζητήματα όταν εμπλέκει συμφέροντα, αρχές και αξίες, το αίσθημα του δικαίου, τα ανθρώπινα δικαιώματα, την αυτονομία και τα κοινωνικά προνόμια του ατόμου.

Όταν η επίκληση γενικών αρχών στις οποίες, υπό συνήθεις συνθήκες, θα μπορούσε να βασισθεί ο ιατρός για την αντιμετώπιση αυτού του είδους των προβλημάτων δεν προσφέρουν καμία βοήθεια ή συγκρούονται μεταξύ τους, τότε λέμε ότι η συγκεκριμένη περίπτωση εγείρει ένα ηθικό πρόβλημα ή δίλημμα. Αυτές είναι, συνήθως, περιπτώσεις όπου υπάρχουν βάσιμοι ηθικοί λόγοι να δράσει ο ιατρός με δύο ή περισσότερους τρόπους, κάθε ένας εκ των οποίων είναι επίσης, για κάποιο λόγο, ηθικά μη αποδεκτός.

2. *Σπάσε το δίλημμα στις επιμέρους συνιστώσες του.* Αν και είναι ιδιαίτερα σημαντικό να έχει ο ιατρός μία συνολική εικόνα της περίπτωσης προκειμένου να εκτιμήσει το πλήρες φάσμα των αλληλεπιδρώντων διαστάσεών της, εξίσου σημαντική είναι και η αποψίλωση της περίπτωσης από υπερβολική πληροφόρηση η οποία δυσχεραίνει την επισήμανση των κατ' εξοχήν ζητημάτων που εγείρει η περίπτωση. Για παράδειγμα, ποιο είναι το κατ' εξοχήν θέμα: η τήρηση εχεμύθειας, η εξασφάλιση συναίνεσης, ή το πώς θα επιτευχθεί μία ισόρροπη κατανομή ωφελημάτων και «ζημιών» σε διαφορετικά άτομα;

3. *Αναζήτησε πρόσθετη πληροφόρηση, συμπεριλαμβανομένης και της άποψης του ασθενούς.* Το είδος της αναγκαίας πρόσθετης πληροφόρησης εξαρτάται από τις ιδιαιτερότητες της κάθε περίπτωσης. Θα πρέπει να επισημανθεί, για μία ακόμη φορά, ότι ένα σημείο που τονίζεται ιδιαίτερα στη διαδικασία διερεύνησης ενός ιατρικού

δίλημματος είναι η αναγνώριση όλων των παραγόντων που έχουν άμεση ή έμμεση σχέση με το πρόβλημα και θα πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την εκτίμησή του.

Καθώς η ιατρική ηθική υιοθετεί μία τακτική προσέγγισης της ιατρικής φροντίδας που επικεντρώνει πρωτίστως στις ανάγκες του ασθενούς (patient-centered), είναι επιβεβλημένο σε κάθε περίπτωση, και εφόσον αυτό είναι δυνατό, να γνωρίζει ο ιατρός τις απόψεις του ασθενούς τις οποίες οφείλει να συνεκτιμήσει στην απόφαση την οποία θα λάβει. Ο ιατρός δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να βασίζεται στις προσωπικές του υποθέσεις σχετικά με το τι θέλει και τι δεν θέλει ο ασθενής.

4. *Επισήμανε περιοχές όπου απαιτείται νομική ή άλλου είδους επαγγελματική γνωμοδότηση από έγκριτα γνωμοδοτικά όργανα.* Υπονοείται βεβαίως, ότι σε κάθε περίπτωση είναι επιβεβλημένο να επιβεβαιώσει ο ιατρός ότι το εισηγούμενο πλάνο δράσης δεν είναι αντίθετο προς τις επιταγές του νόμου ή των υποδείξεων των επισήμων συμβουλευτικών οργάνων της πολιτείας.

5. *Υπόβαλε το δίλημμα σε κριτική ανάλυση.* Συχνά στην καθημερινή ιατρική πρακτική διαπιστώνεται σύγκρουση καθηκόντων του ιατρού με τα εμπλεκόμενα σε μία δεδομένη περίπτωση μέρη. Ας πάρουμε για παράδειγμα την περίπτωση όπου η αστυνομία ζητά τον προσωπικό ιατρικό φάκελο ενός ασθενούς που κατηγορείται για ένα σοβαρό αδίκημα. Το ερώτημα που τίθεται είναι: οφείλει ο ιατρός να ανταποκριθεί στο αίτημα;

Στην περίπτωση αυτή, ο ιατρός οφείλει να ζυγίσει την υποχρέωση που έχει απέναντι στον ασθενή με βάση την περί τήρησης της εχεμύθειας (the duty of confidentiality) συνθήκη, κόντρα στην υποχρέωση που έχει να προστατεύσει άλλα άτομα από τον κίνδυνο που ενδεχομένως θα διατρέξουν από τις ενέργειες του υπό συζήτηση ατόμου. Παράγοντες που θα πρέπει να ληφθούν υπόψη για τη λήψη μιας απόφασης στη συγκεκριμένη περίπτωση είναι:

- Είναι δυνατό να εξασφαλισθεί η συγκατάθεση του ασθενούς να δοθεί ο φάκελος; Αν όχι:
- Ποιο είναι το αδίκημα; Είναι τόσο σοβαρό ώστε να υπερισχύσει στην εκτίμηση του ιατρού η περί δημοσίου συμφέροντος αντίληψη;
- Κινδυνεύει η ζωή του ασθενούς ή άλλων ατόμων με θάνατο ή άλλη σοβαρή βλάβη;
- Θα μπορούσε να εξασφαλισθεί ο φάκελος του ασθενούς μέσω μίας άλλης οδού ώστε να μην παραβιασθεί η συνθήκη της τήρησης της εχεμύθειας στις σχέσεις ιατρού – ασθενούς;

6. Θα πρέπει να είσαι σε θέση να στηρίζεις την απόφασή σου με βάσιμη επιχειρηματολογία. Για παράδειγμα, η περίπτωση όπου ο ιατρός αποφασίζει να διακόψει τη θεραπεία που στοχεύει στην παράταση της ζωής ενός ασθενούς.

### **6.7 Η σχέση μεταξύ ηθικής και νόμου**

Τα προβλήματα τα οποία αντιμετωπίζουν οι ιατροί στην καθημερινή ιατρική πρακτική έχουν συχνά μία νομική και μία ηθική διάσταση. Συχνά οι αποφάσεις των δικαστηρίων επί τέτοιων σύνθετων περιπτώσεων δημιουργούν προηγούμενα τα οποία μπορούν να επικαλεσθούν οι ιατροί σε μελλοντικές ανάλογες περιπτώσεις ( Mason, 2003 - Βιδάλης, 2007).

Στο πλαίσιο της σύγχρονης ηθικής ανάλυσης όλο και περισσότερο αναγνωρίζεται ότι το είδος των προβλημάτων για τα οποία ο νόμος που διέπει τα ιατρικά ζητήματα καλείται να δώσει λύσεις – από τον έλεγχο της αναπαραγωγής και της γονιμότητας (Τζαμαλούκα, Χλιαουτάκης, 2006) μέχρι το κατά πόσον τα άτομα έχουν το δικαίωμα να ζητήσουν επικουρία του ιατρού για να τερματίσουν τη ζωή τους – έχουν εκτός από νομικές και σημαντικές φιλοσοφικές, ηθικές, κοινωνιολογικές, θρησκευτικές και πολιτικές διαστάσεις (Βιδάλης, 2007).

Μερικές φορές, ο νόμος υπαγορεύει τι πρέπει να κάνει ο ιατρός, όπως για παράδειγμα, ότι ένας ενήλικας που είναι σε θέση να λαμβάνει αποφάσεις για τον εαυτό του έχει το δικαίωμα να αρνηθεί θεραπεία που θα αποσκοπούσε στην παράταση της ζωής του, ακόμα και αν η άρνηση αυτή θα είχε σαν αποτέλεσμα τον θάνατο του ασθενούς. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι από πλευράς ηθικής η περίπτωση δεν είναι προβληματική ή ότι θα συμφωνούσαν οι πάντες ότι αυτή είναι η ενδεδειγμένη προσέγγιση του προβλήματος (Βιδάλης, 2008).

Σύμφωνα με τον ίδιο, οι απόψεις των ατόμων σε τέτοια σύνθετα προβλήματα εξαρτώνται από ένα ευρύ φάσμα παραγόντων, συμπεριλαμβανομένων και των θρησκευτικών, πολιτισμικών ή και πολιτικών τους πεποιθήσεων. Ορισμένα άτομα έχουν απόψεις οι οποίες είναι πολύ κοντά προς μία συγκεκριμένη φιλοσοφική θεώρηση, τις οποίες μπορεί να μη διατυπώνουν κατά τρόπο που αυτό να καθίσταται σαφές, γεγονός που δυσχεραίνει την αντιμετώπιση του συγκεκριμένου διλήμματος.

Ως εκ τούτου, είναι προφανές, ότι μία γενικότερη εξοικείωση με τις βασικές αρχές των διαφόρων ηθικών θεωριών συμβάλλει στο να καταδειξει με ποιο τρόπο και γιατί διατυπώνονται και επιλύονται στην ιατρική ηθικά προβλήματα, και μάλιστα, με διαφορετικές και συχνά συγκρουόμενες τακτικές προσέγγισης.

Παρά τις διαφορετικές όμως, ενίοτε υιοθετούμενες προσεγγίσεις από τους ιατρούς, θα πρέπει να τονιστεί, ότι οι πράξεις τους οφείλουν να είναι σύννομες και ευθυγραμμισμένες με τις προσδοκίες της κοινότητας εντός του πλαισίου της οποίας λειτουργούν.

Η σχέση μεταξύ ηθικής και νόμου είναι αμοιβαία: Ο νόμος προσδιορίζει το πλαίσιο εντός του οποίου θα κινηθούν οι ηθικές επιλογές, όμως η ηθική προσδιορίζει τα όρια εντός των οποίων οι πολίτες πειθαρχούν και σέβονται το νόμο, ως έκφραση των αξιών και των επιδιώξεων της κοινωνίας στην οποία ο νόμος εφαρμόζεται (Paton, 1948 – Mason, 2003).

Εδώ και 60 χρόνια η ηθική και ο νόμος είναι, κατά ένα μεγάλο μέρος, αδιαχώριστες έννοιες: Είναι μάταιο να επιχειρήσει κανείς να αποσυνδέσει το ηθικό στοιχείο από μία νομική αντιδικία – κάθε φορά που μιλάμε για νομικούς κανόνες ενεργοποιούμε ένα διάλογο ο οποίος αναπόδραστα συμπεριλαμβάνει και αναφορές σε ηθικούς κανόνες (Βιδάλης, 2007 - Mason, 2003).

Τέλος, η ορθή και ολοκληρωμένη προσέγγιση βασίζεται στην υπόθεση ότι μέσω της συμμόρφωσης στις υποδείξεις του νόμου, προάγεται και διευκολύνεται η ηθική άσκηση της ιατρικής καθημερινότητας.

## **6.8 Το ιατρικό απόρρητο**

Η υποχρέωση του θεράποντος να διαφυλάσσει το Ιατρικό απόρρητο είναι σαφής ήδη στον Ιπποκράτειο όρκο. Η εχεμύθεια αποτελεί καθοριστικό δεσμό στη σχέση εμπιστοσύνης ασθενούς-θεράποντος. Υπάρχουν ειδικές περιπτώσεις άρσεως του απορρήτου όπως η ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ επιστημόνων υγείας, και οι περιπτώσεις όπου η κατάσταση του ασθενούς αποτελεί κίνδυνο για την υγεία των άλλων, όπως οι λοιμώξεις.

Το ιατρικό απόρρητο, ως έμφαση της σχέσης γιατρού και ασθενούς, εμπίπτει στη γενικότερη έννοια της προστασίας της προσωπικότητας ως απόλυτου και

συνταγματικά κατοχυρωμένου ατομικού και ανθρώπινου δικαιώματος που προστατεύεται από διεθνείς συμβάσεις (Παπαζήση, 1995α).

Το ιατρικό απόρρητο μπορεί να είναι ατομικό ή συλλογικό σε περιπτώσεις όπου δεν εμπλέκεται ένας μόνο γιατρός αλλά περισσότεροι. Η τήρησή του μαζί με την ελεύθερη επιλογή του γιατρού συνιστούν τη βάση της σχέσης γιατρού-ασθενούς που πρέπει να βασίζεται στην εμπιστοσύνη.

Για τον ίδιο συγγραφέα, παρ'ότι μετά τον Β' παγκόσμιο πόλεμο ο κανόνας του ιατρικού απόρρητου χρειάστηκε να εισαχθεί σε όλα τα διεθνή κείμενα τα οποία είχαν σχέση με την υγεία -με τη μορφή του κανόνα της απόλυτης σιωπής- πιο σημαντικές για τη λειτουργία στην πράξη και τη δέσμευση του ιατρικού απορρήτου είναι στην ουσία μόνο οι ρυθμίσεις που προκύπτουν από κανόνες του εσωτερικού δικαίου των κρατών.

Στο ελληνικό δίκαιο, στο άρθρο 8β.σ25/5.6/1995 προβλέπεται ο σεβασμός της τιμής και της προσωπικότητας του νοσηλευόμενου και στα άρθρα 18, 23 διασφαλίζεται νομοθετικά το ιατρικό απόρρητο. Συγκεκριμένα, το άρθρο 18 αναφέρεται στην ιατρική δεοντολογία και θεωρεί υποχρέωση κάθε γιατρού την αυστηρή τήρηση του ιατρικού απορρήτου, ενώ το άρθρο 23 αναφέρεται κυρίως στο περιεχόμενο του ιατρικού απορρήτου. Απόρρητο πρέπει να θεωρείται οτιδήποτε αντιλήφθηκε ή έμαθε ο γιατρός ακόμη και αν αυτό δεν ανήκει σε όσα του εμπιστεύθηκε ο ασθενής (Παπαζήση, 1995α).

Στο άρθρο 23β.δ. 1955 έχει ορισθεί ότι ο γιατρός οφείλει να είναι εχέμυθος για ό,τι είδε, άκουσε, έμαθε ή αντιλήφθηκε κατά τη διάρκεια ασκήσεως των καθηκόντων του και το οποίο αποτελεί απόρρητο του ασθενή και των οικείων του. Η ταυτότητα του ασθενούς περιλαμβάνεται επίσης στην έννοια του απορρήτου.

Στο άρθρο 11, παρ.1 της Σύστασης της Επιτροπής Υπουργών του Συμβουλίου της Ευρώπης για τις "νομικές υποχρεώσεις των γιατρών απέναντι στους ασθενείς τους" διατυπώνεται η υποχρέωση του γιατρού να τηρεί το απόρρητο έναντι των τρίτων σχετικά με οποιαδήποτε πληροφορία που αφορά στον ασθενή και στην κατάσταση της υγείας του. Τρίτος θεωρείται και ο σύζυγος ή ο ερωτικός σύντροφος στην περίπτωση του AIDS, όχι όμως και ο νόμιμος αντιπρόσωπος, δηλαδή γονέας ανηλίκου ή επίτροπος ανηλίκου. Ο γιατρός οφείλει να τηρήσει το απόρρητο ακόμη και μετά το θάνατο του ασθενούς εκτός αν η εθνική νομοθεσία προβλέπει το αντίθετο (Παπαζήση, 1995 β).

Το σύστημα της προστασίας του απορρήτου κινδυνεύει επίσης από την ανάπτυξη της πληροφορικής. Η αυξανόμενη χρήση ηλεκτρονικών υπολογιστών σε όλα τα στάδια της ιατρικής διαδικασίας (εξέταση, διάγνωση κλπ.) και η χρησιμοποίηση προσωπικών στοιχείων (των εργαζομένων) εγκυμονούν κινδύνους για τη διασφάλιση της προσωπικότητας και την κατοχύρωση του ιατρικού απορρήτου. Έχει οριστεί από τη Σύσταση R(83)2 της Επιτροπής των Υπουργών του Συμβουλίου της Ευρώπης (18.1.1989) ότι όσα στοιχεία αφορούν στην υγεία και θεωρούνται απόρρητα, δεν πρέπει να καταγράφονται σε ηλεκτρονικούς υπολογιστές, παρά μόνο από προσωπικό που υπόκειται στους κανόνες του ιατρικού απορρήτου (Παπαζήση, 1995α).

Λόγω ασάφειας των ορίων ιατρικού απορρήτου και δημόσιας υγείας, τίθεται το ερώτημα εάν ο γιατρός είναι υποχρεωμένος να διατηρήσει το απόρρητο σε περιπτώσεις ασθενών με AIDS και τι πρέπει να γίνεται σε περιπτώσεις αδιαφορίας αυτών των ασθενών. Επίσης αυτό το ερώτημα δεν ισχύει μόνο σε προσωπικό επίπεδο (ευθύνη γιατρού) αλλά και σε επίπεδο φορέα (νοσοκομείο). Ποια είναι η ευθύνη του νοσοκομείου από τη μετάδοση του ιού σε ασθενείς και σε ποιο βαθμό δεσμεύεται για την τήρηση των απορρήτων στοιχείων;

Φαίνεται πάντως ότι η συνταγματικότητα και η κατοχύρωση της προσωπικότητας με διεθνείς συμβάσεις δεν αποτελεί επαρκή προστασία για τα άτομα με λοίμωξη ή νόσο HIV. Αυτό συμβαίνει επειδή, παρότι το απόρρητο θεωρείται δικαίωμα δημοσίας τάξεως, συγκρούεται με εκείνο της δημόσιας υγείας η οποία υπερέχει και θεωρείται σημαντικότερη (Clouser, Gert, 1990).

Η νομοθεσία που υπάρχει μέχρι αυτή τη στιγμή δεν επαρκεί ούτε για την προστασία των φορέων από ενέργειες άλλων εναντίον τους, ούτε για την προστασία τρίτων προσώπων από πράξεις των φορέων.

Υπάρχουν περιπτώσεις όπου το ιατρικό απόρρητο παραβιάζεται. Παράδειγμα αποτελεί η επιβολή από το ελληνικό δίκαιο στους γιατρούς να δηλώνουν στις αρμόδιες υγειονομικές υπηρεσίες περιπτώσεις ασθενών με AIDS. Στις περιπτώσεις αυτές συγκρούεται το ιατρικό απόρρητο (ως έκφραση του δικαιώματος της προσωπικότητας) με εκείνο της υγείας. Επειδή η υγεία είναι αγαθό ανώτερο από το ιατρικό απόρρητο, όταν τίθεται δίλημμα της προφύλαξης της δημόσιας υγείας ή της τήρησης του ιατρικού απορρήτου, φαίνεται πως η δημόσια υγεία θεωρείται σημαντικότερη. Υποστηρίζεται έτσι, ότι η αναγραφή του είδους της νόσου στο βιβλιάριο υγείας του ασθενούς δεν αντιστρατεύεται τον κανόνα της εχεμύθειας (Παπαζήση, 1995 β).

Παράβαση του ιατρικού απορρήτου δεν θεωρείται όταν ανακοινώνεται το ίδιο το περιστατικό χωρίς όμως να αποκαλύπτεται η ταυτότητα του ασθενούς κι αυτό γιατί γίνεται για σκοπούς προώθησης της επιστήμης. Πολλές δημόσιες αρχές ζητούν να έχουν πρόσβαση σε πληροφορίες που αφορούν σε θέματα υγείας. Για παράδειγμα δικαστήρια, φορολογικές αρχές, ταμεία υγειονομικής περίθαλψης, εργοδότες, ασφαλιστικές εταιρίες, ερευνητικά ινστιτούτα.

## **6.9 Οι φιλοσοφικές προσεγγίσεις της ιατρικής ηθικής**

Μία πολύ σύντομη περιγραφή των βασικών θέσεων των τεσσάρων κυριότερων φιλοσοφικών προσεγγίσεων της ιατρικής ηθικής θεωρείται απολύτως επιβεβλημένη για την πληρέστερη κατανόηση της διαδικασίας της σύγχρονης ηθικής ανάλυσης.

Οι τέσσερις βασικές περί ηθικής θεωρίες είναι:

1. *Δεοντολογική ηθική* (Deontological ethics). Η δεοντολογική ηθική επικεντρώνει, κατά κύριο λόγο, στα καθήκοντα – τι πρέπει να κάνουμε. Η δεοντολογική ηθική βασίζεται σε ορισμένες αρχές οι οποίες θα πρέπει να τηρούνται, όπως για παράδειγμα, σεβασμός στα άτομα (Μαρκεζίνη, 1989).

Κύριος εκπρόσωπος της δεοντολογικής ηθικής είναι ο Immanuel Kant, οι απόψεις του οποίου έχουν επηρεάσει σημαντικά την ανάπτυξη της ιατρικής ηθικής, κυρίως διότι είναι απόλυτα εναρμονισμένες με τις σύγχρονες απόψεις περί σεβασμού των ατόμων και της αυτονομίας τους, κάτι που πρέπει να ακολουθείται σε όλα τα επαγγέλματα (Gillon, 1996).

Θα πρέπει όμως να επισημανθεί ότι συχνά μας διαφεύγει ότι η περί αυτονομίας θέση του Kant είναι μία ιδιαίτερα απαιτητική για τα άτομα αρχή, υπό την έννοια ότι κατά τον Kant τα άτομα είναι αυτόνομα στο βαθμό που ενεργούν επιδιώκοντας το ηθικόν τους καθήκον. Σχετικά με αυτό, θα πρέπει να παρατηρήσουμε ότι οι σύγχρονες περί αυτονομίας θεωρήσεις τείνουν να την ερμηνεύουν ως μία λογικά θεμελιωμένη αυτοδιάθεση μάλλον, παρά ως μία λογικά θεμελιωμένη αυτοδιάθεση στην επιδίωξη του ηθικού καθήκοντος του ατόμου (Downie, Randall, 2005 – Βιδάλης, 2008).

Ένα δεύτερο σημείο, σχετικά με την περί σεβασμού της αυτονομίας του ατόμου θέση του Kant, το οποίο συχνά μας διαφεύγει, είναι ότι η αυτονομία του ατόμου θα πρέπει να λάβει υπόψη της και την αυτονομία όλων των άλλων θιγόμενων ατόμων.



Δεν πρέπει να ξεχνούμε ότι πολλά από τα ηθικά διλήμματα που ανακύπτουν στην καθημερινή ιατρική πρακτική είναι αυτά στα οποία υπάρχει σύγκρουση καθηκόντων του ιατρού προς διαφορετικά άτομα (Μαρκεζίνη, 1989 - Downie, Randall, 2005).

2. *Ηθική που δίνει έμφαση στις συνέπειες των πράξεών μας* (consequential ethics). Η συγκεκριμένη αυτή θεωρία που αναφέρεται και ως ωφελιμισμός επικεντρώνει στις συνέπειες των πράξεων και αποφάσεών μας, και έχει ως κύριο στόχο τη μεγιστοποίηση της ευημερίας και του οφέλους, ή την επίτευξη του μέγιστου δυνατού καλού για το μεγαλύτερο δυνατό αριθμό ατόμων (Πελεγρίνης, 2003 – Παιονίδης, 2008).

Συνεπώς, είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τους ιατρούς να λαμβάνουν σοβαρά υπόψη τις συνέπειες των αποφάσεών τους και να επιδιώκουν να εξασφαλίζουν το μέγιστο δυνατό όφελος για τους ασθενείς τους.

Θα πρέπει να επισημάνουμε, ότι ορισμένες ηθικές αρχές τις οποίες διαισθητικά θεωρούμε ότι οφείλουν να διέπουν τις ανθρώπινες σχέσεις, όπως ο σεβασμός για τα άλλα άτομα και η αυτονομία τους, η δικαιοσύνη και η εντιμότητα, μπορεί να τις αθετήσουμε αν θεωρήσουμε ότι μεγαλύτερο συνολικό όφελος θα προκύψει αν αγνοήσουμε τις συγκεκριμένες αυτές αρχές (Haldane, 1986 – Κουμάντος, 2003).

Ως εκ τούτου, σήμερα επιχειρείται μία εξισορρόπηση των αντικρουόμενων αυτών θέσεων. Στο πλαίσιο αυτής της προσπάθειας, μια παραλλαγή του κλασικού ωφελιμισμού επιχειρεί να συνδυάσει την προσήλωση σε ευρέως αποδεκτές ηθικές αρχές, όπως η εντιμότητα και η δικαιοσύνη, με την ετοιμότητα να στραφούμε προς μία επαρκώς θεμελιωμένη επιχειρηματολογία υπέρ της συνολικότερης ευημερίας, σε περιπτώσεις όπου είναι σαφές ότι η συνολικότερη ευημερία και πρόνοια υπονομεύονται σοβαρότατα αν παραμείνουμε αμετακίνητα προσηλωμένοι στις βασικές και ευρέως αποδεκτές ηθικές αρχές (Πελεγρίνης, 2003 – Παιονίδης, 2008).

3. *Ηθική που τονίζει το καλό της κοινότητας* (communitarian ethics). Η θεωρία αυτή επικεντρώνει τόσο στις ευθύνες όσο και στα δικαιώματα των ατόμων και εισηγείται πολιτικές που βασίζονται σε συναίνεση μάλλον παρά σε συμβιβασμούς.

Η θεωρία αυτή, υποστηρίζει ότι τα ατομικά δικαιώματα θα πρέπει να εκτιμώνται παράλληλα με τις ευθύνες που έχει το άτομο απέναντι την κοινότητα και προσθέτει ότι η μέριμνα για τους άλλους θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σε κάθε διαδικασία λήψης αποφάσεων ( Παιονίδης, 2008).

Η προσέγγιση αυτή, όπως γίνεται αυτονόητο, βρίσκεται στο επίκεντρο των συζητήσεων κάθε φορά που το υπό θεώρηση θέμα είναι η υγεία και η ευημερία των

κοινοτήτων μάλλον παρά των ατόμων, και ως εκ τούτου, σχετίζεται με ερωτήματα που άπτονται των πολιτικών που επεξεργάζονται τα σύγχρονα συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας. Η ίδια όμως προσέγγιση έχει προφανώς εφαρμογές και στην καθημερινή κλινική ιατρική πρακτική (Κουμάντος, 2003 - Παιονίδης, 2008).

Η συγκεκριμένη αυτή θεωρία βρίσκεται τελευταία στο προσκήνιο λόγω των συγκλονιστικών εξελίξεων στον τομέα της γενετικής και των πολλαπλών διλημμάτων που οι πρόοδοι στον ραγδαία εξελισσόμενο αυτόν κλάδο δημιουργούν τόσο στο επίπεδο των ατόμων και των ενδιαφερόντων που αυτά εκδηλώνουν όσο και στο επίπεδο των κοινοτήτων και των μελλοντικών τους προοπτικών (Παιονίδης, 2008).

Σύμφωνα με τον ίδιο, θεωρίες που τονίζουν το καλό της κοινότητας βρίσκονται σε δυσχερή θέση να εξηγήσουν γιατί κάποιες πρακτικές δεν θα ήταν εσφαλμένες αν μια συγκεκριμένη κοινότητα τις υιοθετούσε, ιδιαίτερα σε ερωτήματα που αφορούν το βαθμό στον οποίο τα άτομα θα πρέπει να θυσιάζονται προς χάριν της κοινότητας.

4. *Ηθική που δίνει έμφαση στον ανθρώπινο χαρακτήρα (virtue ethics).* Η συγκεκριμένη θεωρία ενδιαφέρεται για τα ιδιαίτερα γνωρίσματα του χαρακτήρα ενός ατόμου μάλλον παρά για τις πράξεις του. Το ενδιαφέρον της επικεντρώνεται περισσότερο στο ερώτημα «Τι θα γίνω;» και λιγότερο στο «Τι θα κάνω;» (Δραγώνα-Μονάχου, 2008).

Συνεπώς, κάποιος που εκδηλώνει χαρακτηριστικά όπως ευγένεια, μέριμνα για τους άλλους, σεβασμό προς τους άλλους, εντιμότητα και συμπάθεια, θεωρείται «μοντέλο ηθικής συμπεριφοράς». Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι τέτοια χαρακτηριστικά συγκροτούν ένα σημαντικό μέρος του χαρακτήρα που οφείλει να έχει ο ιατρός (καθώς και άλλοι επαγγελματίες υγείας, όπως ο κοινωνικός λειτουργός, η νοσηλεύτρια κ.α.) τα οποία αναντίρρητα βοηθούν τους επαγγελματίες υγείας κατά ηθικό τρόπο (Δραγώνα-Μονάχου, 1995).

Το πλεονέκτημα το οποίο η συγκεκριμένη θεωρία προσφέρει σε αυτούς που αντιμετωπίζουν ένα ηθικό δίλημμα είναι ότι θέτει το ερώτημα του τι θα έπραττε ένα ενάρετο άτομο σε μία ανάλογη περίπτωση και υπογραμμίζει επίσης το τι ακριβώς θα πρέπει να προσδοκούν η κοινωνία και οι συνάδελφοί του από τον ιατρό στη δεδομένη υπό θεώρηση συγκυρία.

Αν και οι θεωρητικοί επί των ηθικών αρχών δεν αμφισβητούν τη σημασία όλων των προαναφερθέντων ιδιοτήτων που συγκροτούν έναν ενάρετο χαρακτήρα, εν τούτοις επισημαίνουν ότι η εκτίμηση ότι ένας χαρακτήρας είναι ενάρετος απαιτεί αναφορά σε κάποια γενική ηθική αρχή και ως εκ τούτου, καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι για μία

ηθική ζωή χρειάζονται και οι ηθικές αρχές αλλά και οι αρετές του χαρακτήρα (Δραγώνα-Μονάχου, 2008).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>Ο</sup>** **7. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ**

Η νοσηλευτική σαν επιστήμη της υγείας, που ασχολείται με τον άνθρωπο, είναι επιστήμη της ζωής και έχει στερεά ηθικά και δεοντολογικά θεμέλια, όπως άλλωστε έχει και η ιατρική. Βασίζεται στις υψηλές ηθικές αξίες για τον άνθρωπο και την υγεία και κυρίως στους ίδιους τους νοσηλευτές, τους οποίους θέλει καλλιεργημένους και υπεύθυνους ανθρώπους, να ασκούν το έργο τους με συνέπεια και να αντιμετωπίζουν τον συνεργάτη και τον άρρωστο σαν μοναδική και ανεπανάληπτη προσωπικότητα, σαν ύψιστη ηθική αξία (Lanara, 1991).

Η ηθική κρίνει τη σχέση μέσων και σκοπών καθώς και την τέχνη ελέγχου των μέσων, ώστε να υπηρετούν τους ανθρώπινους σκοπούς. Περιλαμβάνει θέματα σύγκρουσης, εκλογής και συνείδησης. Όπου παρουσιάζεται σύγκρουση, υπάρχει εκλογή μεταξύ αντικρουόμενων εναλλακτικών επιλογών. Και η εκλογή επηρεάζεται από τις αξίες, τις οποίες ενσυνείδητα ενστερνίζεται ο ώριμος άνθρωπος (Lanara, 1991 - McLay, 2003).

Η νοσηλευτική είναι συνυφασμένη με τις υπηρεσίες υγείας στις οποίες και ασκείται, τις ηθικές αξίες και τη δεοντολογία, δηλαδή την επιστήμη του καθήκοντος. Η ποιότητα των υπηρεσιών φροντίδας που προσφέρουν οι νοσηλευτές εξαρτάται όχι μόνο από την επιστημονική και τεχνική κατάρτιση, αλλά και από την ηθική του τοποθέτηση για την αξία του ανθρώπου και της ζωής, την κατάλληλη συμπεριφορά προς ασθενείς και συνεργάτες, καθώς και τις αποφάσεις τους σε κρίσιμες καταστάσεις, στις οποίες αντιμετωπίζουν νοσηλευτικά διλήμματα στην πράξη (Milton, 2005).

Ηθικά διλήμματα στην πράξη είναι όσα έχουν σχέση με τις αξίες, συνήθειες και πεποιθήσεις αρρώστων ως προς τα θεραπευτικά μέσα και τρόπους διάσωσης της ζωής, εχεμύθεια προσωπικών πληροφοριών, πληροφόρηση ή μη του αρρώστου για

διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας, μη ορθή θεραπεία, χειρουργικά ή άλλα νοσοκομειακά ατυχήματα, τήρηση ποιοτικών κριτηρίων στην πράξη, αποδοχή και ανάθεση ευθύνης σε αμφίβολες και ηθικής πλευράς καταστάσεις και συνθήκες, καθώς και ασφάλεια του αρρώστου. Θέματα κατανομής πόρων - ανθρώπινων και υλικών, διάθεση οργάνων σώματος για μεταμόσχευση, προσδιορισμοί προτεραιοτήτων υγείας και νοσηλείας παρουσιάζουν σοβαρά ηθικά και δεοντολογικά προβλήματα για τις νοσηλευτικές υπηρεσίες (Elander, Hermeren, 1991- Milton, 2005).

Ηθικά διλήμματα έχουν τεκμηριωθεί σε 4 περιοχές: (α) στο νοσηλευτικό απόρρητο, (β) στο δικαίωμα των νοσηλευτών να γνωρίζουν και να αποφασίζουν, (γ) στην κατανομή των περιορισμένων πόρων (οικονομικών, προσωπικού κ.λπ.) και (δ) στη διατήρηση των επαγγελματικών προτύπων.

Τα πιο συχνά εμφανιζόμενα θέματα μη ηθικής συμπεριφοράς, που ενοχλούν τους νοσηλευτές στην πράξη σύμφωνα με έρευνα του 1991, (Elander, Hermeren, 1991) κατά σειρά βαθμολογίας είναι σχετικά με:

- Ανεύθυνες ενέργειες συνεργατών
- Περιπτώσεις που γίνονται συζητήσεις για ασθενείς με απαράδεκτο τρόπο.
- Ανισομερής κατανομή πόρων - ανθρώπινων και υλικών.
- Παράταση της ζωής με ακραία μέσα.
- Ανεπαρκής στελέχωση νοσηλευτικών υπηρεσιών.

Η νοσηλευτική άσκηση δημιουργεί ποικιλία ηθικών προβλημάτων που είναι ειδικά για το επάγγελμα ή διαμορφώνονται από αυτό. Μέσα στο χάος και τη σύγχυση της σύγχρονης φροντίδας υγείας, ειδικά κάτω από το πρίσμα των αυξημένων οικονομικών περιορισμών και της τεχνολογικής επανάστασης με τη δυνατότητα αλλαγής της ποιότητας και της διάρκειας ζωής του ανθρώπου, οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν ηθικά διλήμματα που πολλές φορές φαίνονται ανυπέρβλητα.

Τα θέματα ηθικής και δεοντολογίας που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές πολλές φορές είναι διαφορετικά από αυτά των ιατρών. Και οι δύο, νοσηλευτής και ιατρός, έχουν τα ίδια ερωτήματα ως προς το αν πρέπει να χρησιμοποιηθούν τεχνολογικά μέσα, όταν υπάρχουν ελάχιστες ελπίδες θετικού αποτελέσματος: Να χρησιμοποιηθούν ή όχι τα μέσα ανάνηψης; Γνωρίζει ο άρρωστος και αντιλαμβάνεται τους κινδύνους της εγχείρησης; (Κουμάντος, 2003).

Πέρα όμως απ' αυτά είναι και άλλα ειδικά θέματα που απασχολούν τη νοσηλευτική. Υπάρχουν αρκετοί νοσηλευτές για την παροχή ασφαλούς φροντίδας; Πρέπει να συνεχίζονται οι αναρροφήσεις σε άρρωστο για τον οποίο υπάρχουν οδηγίες αντίθετες,

γραπτές ή υπονοούμενες, όπως «όχι ανάνηψη»; Γίνονται σεβαστές οι επιθυμίες του αρρώστου; Και πολλά παρόμοια ατελείωτα ερωτήματα (Milton, 2005).

Ορισμένοι λένε, ότι το μεγαλύτερο στοιχείο στις υπηρεσίες υγείας σήμερα είναι η τεχνολογική αναγκαιότητα. Και εφόσον υπάρχει η τεχνολογία να χρησιμοποιείται. Το ηθικό δίλημμα είναι: Πρέπει να χρησιμοποιείται η τεχνολογία απλά γιατί υπάρχει; Παραδείγματα κατάχρησης της τεχνολογίας βρίσκονται σε πολλές συνηθισμένες καταστάσεις. Ποια η θέση για το νοσηλευτή που προτιμά να χορηγήσει υπνωτικό παρά να χρησιμοποιήσει εναλλακτικά μέτρα, όπως να συζητήσει μαζί με τον ασθενή για να τον ηρεμήσει και τόσους άλλους δημιουργικούς τρόπους; Πολλά παρόμοια κλινικά νοσηλευτικά προβλήματα παρουσιάζονται στην καθημερινή πράξη (McLay, 2003 - Binetti, 2004).

Είναι απαραίτητο για τον κάθε νοσηλευτή να εκτιμά την κατάσταση ώστε να προσδιορίζει τις επιπτώσεις στον άρρωστο αν η κάθε ενέργεια πρόκειται να επιφέρει βλάβη ή αν ο κίνδυνος βλάβης είναι μεγάλος. Αυτό επιτυγχάνεται με τη συλλογή όσο το δυνατόν περισσότερων στοιχείων σχετικά με τον ίδιο τον άρρωστο, την οικογένεια και από τους συνεργάτες και να επιμένει στην ανάλυση των στοιχείων. Ο νοσηλευτής οφείλει να αποφασίσει υπεύθυνα και να ενεργεί με βάση την αξιολόγηση. Οι ηθικές υποχρεώσεις δεν δικαιολογούνται με παραλήψεις ή παραβάσεις (Milton, 2005).

Ο νοσηλευτής οφείλει να ζυγίζει τις αξίες και τις αρχές, να αξιολογεί επιλογές, ενέργειες και πράξεις με πλήρη γνώση των ηθικών και δεοντολογικών συνεπειών της απόφασής του. Οφείλει, όταν αυτό είναι δυνατόν, να χρησιμοποιεί μηχανισμούς και διαδικασίες που διατίθενται στο ίδρυμα για ελαχιστοποίηση αρνητικών επιπτώσεων στον άρρωστο.

Επίσης, υπάρχουν ορισμένες νομικές απαιτήσεις για τους νοσηλευτές, όπως μας πληροφορεί ο (Milton, 2005), οι οποίες έγκειται στα εξής σημεία:

- Τεκμηρίωση των θεραπευτικών και νοσηλευτικών πράξεων και ενεργειών στο ατομικό δελτίο του ασθενούς –ατόμου.
- Αναφορά ή δήλωση ενδονοσοκομειακών ατυχημάτων ασθενών, όπως πτώσεις κατακλίσεις, λοιμώξεις, αυτοκτονίες, εγκαύματα, λάθη σε χορήγηση φαρμάκων, μεταγγίσεις αίματος κ.α.
- Εχεμύθεια.
- Συγκατάθεση ασθενών για νοσηλευτικές παρεμβάσεις και για συμμετοχή στην ιατρική διαγνωστική έρευνα.
- Διαθήκη ασθενών.

## **7.1 Θεμελιώδεις αξίες της νοσηλευτικής**

Στις ανθρωπιστικές επιστήμες ο όρος «αξία» συχνά εναλλάσσεται με τους στόχους, τις θέσεις και τις πεποιθήσεις. Εντούτοις οι αξίες είναι πιο βασικές από τις θέσεις, τις οποίες και επηρεάζουν. Βρίσκονται στο πυρήνα της ζωής του ανθρώπου και των ενεργειών του, χρησιμεύουν δε σαν κριτήρια με τα οποία επιλέγονται ως επί το πλείστον οι πεποιθήσεις και οι στόχοι (Barret, 1961).

Το ερώτημα είναι αν υπάρχουν αποσαφηνισμένες προσωπικές και επαγγελματικές αξίες για τους νοσηλευτές, αν αυτές συμπίπτουν ή είναι αντιφατικές. Πολλές φορές οι προσωπικές και οι επαγγελματικές αξίες δεν είναι σύμφωνες. Οι νοσηλευτικές συνθήκες, από τις καθημερινές εμπειρίες, ως τις δραματικές καταστάσεις που απειλούν τη ζωή, απαιτούν λήψη αποφάσεων και επομένως οι αξίες αλληλοσυγκρούονται. Πεποίθηση όλων αποτελεί ότι η κοινωνία χρειάζεται αξίες για να επιζήσει και φυσικά η νοσηλευτική έχει ανάγκη αξιών, για να εκπληρώσει την αποστολή της στην κοινωνία (Lanara, 1991 - Milton, 2005).

Το ενδιαφέρον για τις ανθρώπινες αξίες υπήρξε πάντοτε μόνιμο, συνεπές και διαρκές σημείο στον πυρήνα τη Νοσηλευτικής. Ανατρέχοντας στα βάθη των αιώνων έχουμε μαρτυρίες ότι από την αρχή η νοσηλευτική δημιουργήθηκε, αναπτύχθηκε και εξελίχθηκε με τις ανθρώπινες αξίες. Η δε πρόοδος της γίνεται αντιληπτή περισσότερο από την αφοσίωση του έργου της, την προσήλωση και τη συνεχή ανταπόκριση στις ανθρώπινες αξίες και απαιτήσεις (Lanara, 1991).

Η σύγχρονη νοσηλευτική διατηρεί την ίδια αξιολογική προοπτική και πλαίσιο αναφοράς, όπως παρουσιάζεται μέχρι σήμερα. Έτσι ανευρίσκονται οι ακόλουθες αξίες, όπως παρατίθενται από τον ίδιο συγγραφέα:

- Φιλεύσπλαχη φροντίδα και ενδιαφέρον για τον νοσηλευόμενο άνθρωπο.
- Δέος για το δώρο της ζωής.
- Σεβασμός στην αξία, αξιοπρέπεια, αυτονομία, και ατομικότητα κάθε ανθρώπινης οντότητας.
- Σεβασμός και προστασία των δικαιωμάτων του αρρώστου.

- Ευθύνη για την παροχή ολοκληρωμένης, εξατομικευμένης και ανθρωπιστικής νοσηλευτικής φροντίδας.
- Αμέριστη και αδιάκριτη υπηρεσία στο άτομο.
- Συμβολή των νοσηλευτών στη βελτίωση και ανύψωση της κοινωνίας με την προαγωγή της υγιεινής διαβίωσης των ανθρώπων.

Σύμφωνα με τους (Smith, 1983 - McLay, 2003 - Milton, 2005) σε πολλά συνέδρια ηθικής και δεοντολογίας, τονίζονται σημαντικά σημεία στα οποία συμφωνούν όλοι. Ορισμένα από αυτά περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

- Οι νοσηλευτές είναι ανάγκη να βρίσκονται στο πλευρό του αρρώστου σαν πρόσωπου, ο οποίος δικαιούται σεβασμό και χρειάζεται φροντίδα με δεξιοτεχνία.
- Η νοσηλεία είναι λειτουργήμα και πραγματοποιείται από νοσηλευτές με αγάπη, αφοσίωση, εμπιστοσύνη, ευσυνειδησία και ικανότητα. Η επιστημονική νοσηλευτική άσκηση χρειάζεται οξεία ηθική και δεοντολογική ευαισθησία.
- Η έλλειψη γνώσης αποτελεί πρώτου μεγέθους «ανήθικη» συμπεριφορά. Επομένως, οι νοσηλευτές πρέπει να ενδιαφέρονται για την ατομική μας ηθική διαγωγή.

Γενικά, η αγάπη για τον νοσηλευόμενο άνθρωπο και η ανθρωπιστική φροντίδα είναι οι περισσότερο κυριαρχούσες θεμελιώδεις αξίες της νοσηλευτικής.

## **7.2 Συστατικά της ηθικής ικανότητας νοσηλευτή/νοσηλεύτριας**

Παρακάτω είναι τοποθετημένα μερικά βασικά χαρακτηριστικά των ηθικών ικανοτήτων που πρέπει να διαθέτουν οι νοσηλεύτριες/τές. Την λίστα αυτή ακολουθούν οι λόγοι για τους οποίους αυτά τα χαρακτηριστικά είναι σημαντικά και τρόποι με τους οποίους μπορεί να αξιολογηθούν ως εργαζόμενοι. Σύμφωνα με τους (Smith, 1983 - Lanara, 1991 - Milton, 2005) τα χαρακτηριστικά των ηθικά ικανών νοσηλευτών, κατηγοριοποιούνται ως εξής:

- Τους εμπιστευόμαστε να δράσουν με τρόπο που ωφελεί τα καλύτερα συμφέροντα των ασθενών.

- Διατηρούν αυτούς και τους συναδέλφους τους υπολογίσιμους για την πρακτική τους.
- Δρουν ως αποτελεσματικοί υπερασπιστές των ασθενών.
- Μεσολαβούν στην ηθική σύγκρουση ανάμεσα στους ασθενείς, σημαντικούς άλλους, την ομάδα φροντίδας υγείας και άλλων τμημάτων που ενδιαφέρονται.
- Αναγνωρίζουν τις ηθικές διαστάσεις της πρακτικής και αντεπεξέρχονται σε ηθικά προβλήματα.
- Κριτικάρουν τις νέες τεχνολογίες και αλλαγές φροντίδας υγείας, διευθύνουν, παρέχουν και διαχειρίζονται την φροντίδα υγείας στο όριο των δυνατοτήτων τους έτσι ώστε να επηρεάσουν την ευημερία των ανθρώπων.

#### **A) Αφοσίωση στην ευημερία του ασθενούς.**

Αυτό το συστατικό ηθικής ικανότητας θα έπρεπε να είναι αυταπόδεικτο, αφού οι εργαζόμενοι στα επαγγέλματα παροχής βοήθειας γενικά και ειδικά στα επαγγέλματα φροντίδας υγείας έχουν σαν κύριο στοιχείο το ότι είναι αφοσιωμένοι στην ευημερία του ανθρώπου.

Για τον νοσηλευτή πρώτη πρόκληση και πυρήνας υπευθυνότητας είναι να διατηρήσει όλο το σύστημα φροντίδας και την ομάδα παροχής φροντίδας επικεντρωμένη στο να ανταποκριθούν στις ανάγκες των ασθενών και να έχει σκοπό να τους υπηρετήσει.

#### **B)Υπευθυνότητα και δυνατότητα λήψης ευθυνών.**

Κατά την άσκηση της εργασίας τους στις σύνθετες ομάδες παροχής φροντίδας οι νοσηλεύτριες/τές πρέπει να είναι σωστά τοποθετημένοι ώστε να ελέγχουν την αποτελεσματικότητα του πλάνου φροντίδας. Οι δραστηριότητες τους πρέπει να συνεισφέρουν στην ευημερία αυτών που υπηρετούν και γι' αυτό χρειάζεται να δείχνουν υπευθυνότητα απέναντι στις καταστάσεις που καλούνται να αντιμετωπίσουν.

#### **Γ) Ικανότητα να δρα ως αποτελεσματικός υπερασπιστής.**

Παρόλο ότι πολυάριθμες μεταβλητές επηρεάζουν το βαθμό και το τύπο της υπεράσπισης που απαιτείται από διαφορετικούς ασθενείς, είναι γενικά αλήθεια ότι κάποιος χρειάζεται να δρα σαν υπερασπιστής για τον ασθενή σε πολλαπλά επίπεδα και ιδιαίτερα για τον ασθενή που η αυτοϋπεράσπιση είναι μειωμένη. Και πάλι ο



νοσηλευτής είναι στην ιδανική θέση να - δουλέψει το σύστημα - και μέσα και έξω από το νοσοκομείο έτσι ώστε να διασφαλίσει ότι οι ανάγκες του ασθενούς ικανοποιούνται. Στο σημερινό κλίμα όπου οι τελικές αποφάσεις που λαμβάνονται είναι βασισμένες σε οικονομικούς παράγοντες η ανάγκη για ισχυρή υπεράσπιση του ασθενούς είναι πιο πολύ από ποτέ αισθητή.

#### **Δ) Ικανότητα μεσολάβησης σε ηθική σύγκρουση.**

Η ηθική σύγκρουση είναι υπάρχουσα στην πρακτική της φροντίδα υγείας σήμερα.

Ανάμεσα στις δυνάμεις που συμβάλλουν σε αυτή την σύγκρουση είναι:

- Οι πολλαπλές θεραπευτικές προοπτικές που είναι διαθέσιμες για τα περισσότερα προβλήματα υγείας και η έλλειψη συνείδησης για την ιατρική τους αποτελεσματικότητα, ωφελιμότητα ή και επιβάρυνση.
- Η συνθήκη του ηθικού πλουραλισμού, το γεγονός ότι φαίνεται να γινόμαστε πιο ετερογενείς καθημερινά στις θρησκευτικές και πολιτιστικές πεποιθήσεις και αξίες.
- Η ηθικά ικανή νοσηλεύτρια πρέπει να είναι ικανή να αναγνωρίσει ασθενείς, οικογένειες και ομάδες που παρέχουν φροντίδα οι οποίες είναι σε κίνδυνο ηθικής σύγκρουσης και να καθορίζει τους παράγοντες που συνεισφέρουν σε αυτή την σύγκρουση. Όταν οι νοσηλεύτριες μπορούν δραστικά να μεσολαβήσουν σε προβληματικές καταστάσεις ή να προσκαλέσουν συμβουλευτικές ομάδες ηθικής για να εκτελέσουν αυτή την υπηρεσία η σύγκρουση δεν κλιμακώνεται και η σύγχυση που μερικές φορές προκύπτει μεταξύ ασθενών, οικογενειών και ατόμων, ομάδων ή ιδρυμάτων που προσφέρουν φροντίδα μπορεί να αποφευχθεί (McLay, 2003).

#### **Ε) Ικανότητα να αναγνωρίζει ηθικές διαστάσεις της πρακτικής.**

Οι ηθικές διαστάσεις της πρακτικής διακυμαίνονται από την ευαισθησία έως τις απειλές για την ανθρώπινη αξιοπρέπεια στο περιβάλλον προσφοράς φροντίδας και προβληματισμούς σχετικά με την περιορισμένη πρόσβαση στις βασικές υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Η νοσηλεύτρια που αναγνωρίζει τις ηθικές διαστάσεις της πράξης και που ξέρει πως και πότε να παρέμβει.

#### **ΣΤ) Ικανότητα να κριτικάρει δυναμικά ώστε να επηρεάζει την ανθρώπινη ευημερία.**

Ένα τελευταίο σημαντικό στοιχείο της ηθικής ικανότητας για την νοσηλεύτρια είναι η ικανότητα να κριτικάρει τις νέες τεχνολογίες φροντίδας υγείας και αλλαγές στον τρόπο που ορίζουμε, διαχειριζόμαστε, προσφέρουμε και χρηματοδοτούμε την φροντίδα υγείας στο μέγιστο των δυνατοτήτων τους ώστε να επηρεάσουν την ανθρώπινη ευημερία.

Η νοσηλεύτρια προικισμένη με αυτή την ικανότητα παραμένει ικανοποιητικά απομακρυσμένη και ασκεί κριτική σε όλες τις πλευρές της παροχής φροντίδας έτσι ώστε να τις εκτιμήσει όσον αφορά τις ανθρώπινες τους συνέπειες. Παραδείγματα επιτυχούς παρέμβασης σχετικά με αυτό συμβαίνουν τόσο στην φροντίδα έναρξης όσο και στην φροντίδα τέλους της ζωής. Στο όχι και τόσο μακρινό παρελθόν οι γιατροί περιέλαβαν την πιο σύγχρονη ιατρική τεχνολογία στην διαδικασία γέννησης και του θανάτου.

Παρόλο που αυτός ο τύπος φροντίδας συνεχίζει να καλύπτει τις ανάγκες ορισμένων ασθενών υψηλού κινδύνου, τώρα έχουμε ευτυχώς τις δυνατότητες μιας φυσιολογικής γέννας και νοσοκομειακής φροντίδας για ασθενείς που επιλέγουν μια διαφορετική πορεία. Αυτοί οι εναλλακτικοί τύποι φροντίδας έγιναν διαθέσιμοι όταν προικισμένοι επαγγελματίες φροντίδας υγείας προκάλεσαν την ανάγκη για τις πιο σύγχρονες ιατρικές θεραπείες για όλες τις φροντίδες έναρξης και τέλους της ζωής .

### **7.3 Προσεγγίσεις στην κλινική ηθική**

Η κλινική ηθική, ένα σχετικά νέο παρακλάδι της ηθικής, απευθύνεται σε ηθικά ζητήματα και προβλήματα που προκύπτουν κατά τη φροντίδα υγείας του ασθενούς σε ορισμένα πλαίσια (McLay, 2003). Η υπεύθυνη νοσηλεύτρια θα πρέπει να γνωρίζει τουλάχιστον δύο κοινές προσεγγίσεις στην κλινική ηθική. Την προσέγγιση που βασίζεται στις αρχές και την προσέγγιση που βασίζεται στην φροντίδα.

#### **1. Προσέγγιση που βασίζεται στις αρχές.**

Μια από τις θεωρίες που ηγούνται στην Βιοηθική και στην κλινική ηθική έχει ορισθεί με μια προσέγγιση τεσσάρων αρχών. Αυτή η προσέγγιση, (στην οποία έχουμε αναφερθεί σε προηγούμενα κεφάλαια της εργασίας) ορίζει τέσσερις ηθικές αρχές που προέρχονται από κοινά πιστεύω και τα χρησιμοποιεί για να ορίσει, συζητήσει και

αναλύσει τις ηθικές ιδιομορφίες των ιδιαίτερων καταστάσεων (Beauchamp & Childress, 1994).

Οι τέσσερις αρχές περιλαμβάνουν την αυτονομία, φιλανθρωπία, μη επιβλαβή πρακτική και δικαιοσύνη. Σύμφωνα με τους ίδιους συγγραφείς, άλλοι θεωρητικοί ορίζουν σαν αρχές την ειλικρίνεια, τήρηση του απορρήτου, αφοσίωση, και αποφυγή της δολοφονίας.

Όλα αυτά έχουν δημιουργηθεί ώστε να υποχρεώνουν τους επαγγελματίες υγείας στις εξής σκέψεις: όλα τα πράγματα είναι ίσα, είμαι υποχρεωμένος να σέβομαι τους ασθενείς, να τους ωφελώ, να μην τους προκαλώ κακό, να φέρομαι σε όλους δίκαια, να είμαι ειλικρινής και τα λοιπά.

Ένα ηθικό δίλημμα μπορεί να προκύψει επίσης, όταν δεν μπορεί να εκτελεστούν ταυτόχρονα δύο κύριες υποχρεώσεις. Παραδείγματος χάριν, Μια γυναίκα με AIDS σας παρακαλεί να μην ενημερώσετε τον σεξουαλικό της σύντροφο και πατέρα του παιδιού της, ότι αυτή έχει AIDS γιατί φοβάται ότι θα την εγκαταλείψει. Ενώ έχετε την υποχρέωση να σεβαστείτε την ιδιωτική της ζωή και να διατηρήσετε τις προσωπικές πληροφορίες μυστικές, έχετε επίσης την υποχρέωση να μην προκαλέσετε κακό σε ανίδεους τρίτους. Προφανώς δεν μπορούν να γίνουν και τα δύο. Δυστυχώς δεν υπάρχει συμφωνία σχετικά με την ιεραρχία των αρχών που καθορίζουν ποιες προτεραιότητες μπορεί να υπερέχουν έναντι κάποιων άλλων (Clouser, Gert, 1990).

## **2. Προσέγγιση που βασίζεται στην φροντίδα.**

Η μη ικανοποίηση με την προσέγγιση που βασίζεται στις αρχές για την νοσηλευτική ηθική, οδήγησε κάποιες θεωρητικές νοσηλεύτριες να ξεκινήσουν να συνθέτουν μια ηθική της φροντίδας (Gilligan, 1982 - Watson, 1985 - Benner & Wrubel, 1989 - Fry, 1989).

Κέντρο αυτής της προοπτικής είναι η φύση της σχέσης νοσηλεύτριας-ασθενούς και προσοχή στις ιδιαιτερότητες των ξεχωριστών ασθενών ιδωμένα μέσα στα περιεχόμενα της ζωής τους. Δουλεύοντας με αυτή την μεθοδολογία οι νοσηλεύτριες δίνουν σημασία στις ανθρώπινες ανάγκες και ενδιαφέροντα που υπόκεινται στην ηθική διαμάχη με την πρόθεση να αποκαταστήσουν και να ενισχύσουν τους δεσμούς μεταξύ επαγγελματιών, ασθενών και οικογενειών (Gilligan, 1982 - Benner, & Wrubel, 1989 - Fry, 1989).

Η προσέγγιση αυτή αποτυπώνεται και στον κώδικα ηθικής της ANA (America Nursing Association, 2000) ο οποίος βασίζεται στα παρακάτω:

1. Η νοσηλεύτρια προσφέρει υπηρεσίες με σεβασμό για την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και μοναδικότητα για τον πελάτη ,ελεύθερη από σκέψεις για κοινωνικό ή οικονομικό status ,προσωπικές ιδιότητες ,ή την φύση των προβλημάτων υγείας.
2. Η νοσηλεύτρια αναγνωρίζει το δικαίωμα του πελάτη για προστασία πληροφοριών με εμπιστευτική φύση.
3. Η νοσηλεύτρια δρα έτσι ώστε να προστατεύει τον πελάτη και το κοινό όταν η φροντίδα υγείας και η ασφάλεια επηρεάζονται από ανίκανη, ανήθικη ή παράνομη πρακτική οποιουδήποτε προσώπου.
4. Η νοσηλεύτρια αναλαμβάνει ευθύνη και είναι υπόλογος για ξεχωριστές νοσηλευτικές κρίσεις και πράξεις.
5. Η νοσηλεύτρια διατηρεί την ικανότητα της στην νοσηλευτική.
6. Η νοσηλεύτρια εξασκεί πληροφορημένη κρίση και χρησιμοποιεί την ξεχωριστή ικανότητα και προσόντα, σαν κριτήρια στην αναζήτηση συμβουλής, αποδοχή υπευθυνοτήτων και αναθέσεις νοσηλευτικών πράξεων σε άλλους.
7. Η νοσηλεύτρια συμμετέχει σε δραστηριότητες που προσφέρουν στην συνέχεια της πορείας της ανάπτυξη της γνώσης του επαγγέλματος.
8. Η νοσηλεύτρια συμμετέχει στις προσπάθειες του επαγγέλματος στην εφαρμογή και βελτίωση των standards της νοσηλευτικής.
9. Η νοσηλεύτρια συμμετέχει στις προσπάθειες του επαγγέλματος να ιδρύσει και να διατηρήσει τις συνθήκες εργασίας που θα συμβάλουν σε υψηλή ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας.
10. Η νοσηλεύτρια συμμετέχει στις προσπάθειες του επαγγέλματος να προστατέψει το κοινό από την παραπληροφόρηση και κακή εκπροσώπηση και στην διατήρηση της ακεραιότητας της νοσηλευτικής.
11. Η νοσηλεύτρια συνεργάζεται με μέλη των επαγγελμάτων υγείας και άλλους πολίτες στην προαγωγή των προσπαθειών της κοινότητας και του έθνους να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες υγείας του κοινού.

#### **7.4 Ηθική της διοίκησης και υποχρεώσεις ενός διευθυντή νοσηλευτικών υπηρεσιών**

Σύμφωνα με τους (Smith, 1983 - Lanara, 1991 - Milton, 2005) η ηθική διοίκηση που μετουσιώνεται σε νοσηλευτική θεωρία μπορεί να παρουσιαστεί συνοπτικά ως εξής:

1. Οι διευθυντές νοσηλευτικής μπορούν να επηρεάσουν την ηθική συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού με το αν αντιμετωπίζουν αυτούς ηθικά.
2. Οι διευθυντές νοσηλευτικής έχουν κάποιο κώδικα ηθικής με τον οποίο συμφωνούν και οι συνάδελφοι τους. Αυτοί αντιμετωπίζουν ηθικά διλήμματα όταν κάνουν κάτι ενάντια σε αυτό τον κώδικα.
3. Οι διευθυντές νοσηλευτικής αντιμετωπίζουν ηθικά διλήμματα, όταν κάνουν κάτι που αντιβαίνει στις εσωτερικές τους αξίες.
4. Ενώ τα ηθικά και τα ηθοπλαστικά διλήμματα διαφέρουν, ένας διευθυντής Νοσηλευτικής με ήθος είναι ένας νοσηλευτής που δίνει ηθοπλαστικά παραδείγματα.
5. Οι ηθικές λειτουργίες μπορεί να αντιμετωπίσουν τρία ερωτήματα:
  - α. «Είναι νόμιμο;» Λύνει μερικά διλήμματα, αλλά όχι μη λογικούς νόμους και πολιτικές.
  - β. «Υπάρχει κάποια ισορροπία;» Ο μάνατζερ νοσηλευτής πρέπει να στοχεύει σε λύση από την οποία κερδίζουν οι δύο πλευρές.
  - γ. «Πως θα νιώθω μετά;» Ο μάνατζερ νοσηλευτής πρέπει να σκεφτεί τον αντίκτυπο που θα έχει κάθε ενέργειά του στον αυτοσεβασμό του.
6. Οι διευθυντές νοσηλευτικής που έχουν θετική εικόνα για τον εαυτό τους, συνήθως διαθέτουν την εσωτερική δύναμη να πάρουν μία ηθική απόφαση.
7. Ο ηθικός ηγέτης είναι ένας αποτελεσματικός ηγέτης.
8. Οι διευθυντές νοσηλευτικής πρέπει να εφαρμόζουν έξι αρχές εξουσίας:
  - α. Ο γενικός διευθυντής των νοσηλευτών προωθεί και διασφαλίζει την επιδίωξη της δηλωθείσης αποστολής ή του σκοπού της νοσηλευτικής διεύθυνσης, αφού η δήλωση αυτή αντικατοπτρίζει το όραμα των εργαζομένων νοσηλευτών. Ενώ η δήλωση της αποστολής πρέπει να αναθεωρείται περιοδικά, οι στόχοι ή τα οράματα καθορίζονται σε ετήσια βάση.
  - β. Οι διευθυντές νοσηλευτικής πρέπει να δημιουργήσουν έναν οργανισμό που να κερδίζει, και προσωπικό που να νιώθει υπερηφάνεια για τον οργανισμό στον οποίο εργάζεται.
  - γ. Οι διευθυντές νοσηλευτικής πρέπει να προσπαθήσουν να καθιερωθεί η υπομονή

και η συνέχεια μέσω μίας μακροπρόθεσμης επιρροής στον οργανισμό.  
δ. Οι διευθυντές νοσηλευτικής πρέπει να προάγουν το όραμα, δίνοντας στο προσωπικό τους χρόνο για να σκεφτεί. Πρέπει να εφαρμόζουν στην πράξη την καλή διοίκηση σε μακροχρόνια βάση.

ε. Οι διευθυντές των νοσηλευτικών υπηρεσιών πρέπει να εξετάσουν την ανάπτυξη κώδικα ηθικής ενός συγκεκριμένου οργανισμού, ο οποίος να εκφράζεται με ορατές και μετρήσιμες μορφές συμπεριφοράς.

Ο κώδικας ηθικής πρέπει να είναι ριζωμένος στους εργαζομένους για να δημιουργηθεί έντονη αίσθηση επαγγελματισμού. Ένας τέτοιος κώδικας πρέπει να αποτελεί βάση μιας σχεδιασμένης προσέγγισης όλων των διοικητικών λειτουργιών του σχεδιασμού, της οργάνωσης, της ηγεσίας και της αξιολόγησης. Το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να βοηθήσει να αναπτυχθεί ο κώδικας ηθικής, να υλοποιηθεί και να καθοριστούν οι σχετικές επιβραβεύσεις και ποινές. Ο κώδικας ηθικής πρέπει να αναγνωρίζεται και να υπογράφεται από το προσωπικό, να επανεξετάζεται και να αναθεωρείται σε τακτά χρονικά διαστήματα.

Ο κώδικας ηθικής περιλαμβάνει τον ορισμό των ηθικών και μη ηθικών πρακτικών, την προσδοκώμενη ηθική συμπεριφορά, την επιβολή των ηθικών πρακτικών, τις επιβραβεύσεις και τις ποινές. Ο κώδικας ηθικής αποσαφηνίζει κανόνες συμπεριφοράς και για να είναι αποτελεσματικός, πρέπει να εφαρμόζεται από όλα τα άτομα.

Όπως αναφέρθηκε, η συμπεριφορά των νοσηλευτών στελεχών (managers) επηρεάζεται από τις προσωπικές τους πεποιθήσεις, τις αξίες και εμπειρίες, οι οποίες και τους διαμορφώνουν σαν άτομα και ηγέτες. Οι προσωπικές αξίες και οι αξίες του επαγγέλματος προς το οποίο έχουν κοινωνικοποιηθεί καθορίζουν τις ευθύνες προς τους αρρώστους και την κοινωνία. Οι κώδικες ηθικής και δεοντολογίας με τα ερμηνευτικά τους παραρτήματα παρέχουν το πλαίσιο λήψης ηθικών αποφάσεων από επαγγελματική πλευράς. Η νομοθεσία για δικαιώματα του αρρώστου διευκρινίζει τα δικαιώματα των νοσηλευόμενων ασθενών και υπονοεί την υποχρέωση των νοσηλευτών να τους τα εξασφαλίζει (Smith, 1983 - Lanara, 1991 - Milton, 2005). Και από τις δύο αυτές αναφορές, γίνεται φανερό ότι ο διευθυντής νοσηλευτικής υπηρεσίας έχει υποχρέωση να:

- Προνοεί για ασφαλή, αδιάκριτη και αξιοπρεπή φροντίδα.
- Εξασφαλίζει ατομικότητα και εχεμύθεια.
- Εξασφαλίζει την πληροφορημένη συγκατάθεση του αρρώστου μετά από πλήρη - ενημέρωσή του με τα απαραίτητα στοιχεία.

- Υποστηρίζει τη συνεχιζόμενη φροντίδα.
- Προστατεύει το κοινό από ανήθικη ή παράνομη άσκηση.
- Υποστηρίζει το καλό του νοσηλευτικού επαγγέλματος.
- Ακολουθεί το προσωπικό τις ιατρικές οδηγίες.
- Υποστηρίζει τις πολιτικές του ιδρύματος.
- Διατηρεί συνθήκες εργασίας που προάγουν την ποιοτική φροντίδα.
- Συνεργάζεται με άλλους λειτουργούς υγείας.
- Ενεργεί σύμφωνα με τις προσωπικές του αξίες.
- Προωθεί προσπάθειες για την κάλυψη αναγκών υγείας του κοινού.

Είναι γεγονός ότι συχνά οι υποχρεώσεις αυτές συγκρούονται σε διάφορες συνθήκες και δημιουργούν διλήμματα. Για παράδειγμα, η επιλογή προσωπικού και η απόφαση για τοποθέτησή του σε ειδικές νοσηλευτικές μονάδες που ενέχουν κίνδυνο, το δικαίωμα της απεργίας του προσωπικού σε σχέση με τα δικαιώματα του αρρώστου και πληθώρα άλλων προβλημάτων, που εμφανίζονται στην καθημερινή άσκηση διοίκησης νοσηλευτικών υπηρεσιών.

Σπάνια δε τα ηθικά διλήμματα έχουν απόλυτα σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Ο διευθυντής αντιμετωπίζει παρόμοιες συγκρούσεις με την προετοιμασία του ίδιου και του προσωπικού στη συμμετοχή λήψης αποφάσεων. Γνώση των θεωριών και αρχών βιοηθικής και πρότυπα λήψης απόφασης βοηθούν στην ανάλυση των θεμάτων και στην ικανότητα διάρθρωσης ηθικών τοποθετήσεων. Στην λήψη ηθικών αποφάσεων βοηθάει η διαδικασία λύσης προβλημάτων, όπως προτείνεται από τον (Milton, 2005), η οποία περιλαμβάνει τα εξής βήματα:

- Καθορισμός του προβλήματος (διευκρίνιση του ηθικού προβλήματος).
- Καθορισμός των ατόμων που εμπλέκονται στην ηθική απόφαση (άρρωστος, οικογένεια ή συγγενείς, νοσηλευτής, ιατρός, άλλα μέλη της ομάδας υγείας).
- Υπολογισμός παραδεκτών λύσεων (λαμβάνοντας υπόψη όσο το δυνατόν περισσότερες εναλλακτικές λύσεις και προσδιορίζοντας τις επιπτώσεις καθεμιάς σε σχέση με το πολιτισμικό υπόβαθρο και το σύστημα αξιών του αρρώστου).
- Επιλογή λύσης.
- Σχεδιασμός εφαρμογής.
- Εφαρμογή.
- Αξιολόγηση του σχεδίου κατά τη φάση επιλογής και του αποτελέσματος.
- Γίνονται οι απαραίτητες αλλαγές κατά την εφαρμογή για μεγαλύτερη επιτυχία.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup>

### 8. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ

Η δεοντολογία ή ο κώδικας ηθικής του επαγγέλματος του κοινωνικού λειτουργού αποτελεί θέμα μείζονος σημασίας, υποδηλώνει τις γενικές ηθικές αρχές και αξίες στις οποίες βασίζεται η ανάπτυξη και η εφαρμογή του. Οι αρχές αυτές λειτουργούν ως «επαγγελματική δέσμευση» που προσδιορίζει το τι πρέπει και τι δεν πρέπει να κάνει κατά την άσκηση του επαγγέλματος του (Χατζηφωτίου, 2004).

Οι αρχές της Κοινωνικής Εργασίας, σύμφωνα με το Διεθνή Κώδικα Δεοντολογίας για επαγγελματίες Κοινωνικούς Λειτουργούς, είναι:

- Κάθε ανθρώπινη ύπαρξη έχει μια μοναδική αξία, ανεξάρτητα από την προέλευση, την εθνικότητα, το φύλο, την ηλικία, την ιδεολογία, τα πιστεύω, την κοινωνική και οικονομική κατάσταση ή τη συμβολή στην κοινωνία.
- Κάθε άτομο έχει το δικαίωμα της προσωπικής του ολοκλήρωσης, στο βαθμό που δεν καταπατά το ίδιο δικαίωμα των άλλων.
- Κάθε κοινωνία, ανεξάρτητα από το σύστημά της, πρέπει να λειτουργεί έτσι ώστε να παρέχει στο μέγιστο οφέλη για όλα τα μέλη της.
- Ο επαγγελματίας Κοινωνικός Λειτουργός έχει την ευθύνη να βοηθά άτομα, ομάδες, κοινότητες, στην ανάπτυξή τους και στην ανάλυση των ατομικών και κοινωνικών συγκρούσεων και τις συνέπειες τους.
- Ο επαγγελματίας Κοινωνικός Λειτουργός έχει ένα πρωταρχικό καθήκον: Η προσφορά του πρέπει να είναι αντικειμενική, να είναι πάνω από προσωπικά ενδιαφέροντα, στόχους και οράματα. Ο κάθε Κοινωνικός Λειτουργός έχει ηθικό καθήκον η επαγγελματική του σχέση να βασίζεται στην εχεμύθεια και στην εμπιστευτικότητα.

Κατά την άσκηση του επαγγέλματος της κοινωνικής εργασίας, εμφανίζονται ηθικά προβλήματα κυρίως όταν ο/η κοινωνικός λειτουργός καταλαβαίνει ότι η κατάσταση εμπλέκει μία δύσκολη ηθική απόφαση. Επίσης, ηθικά διλήμματα συμβαίνουν όταν ο



κοινωνικός λειτουργός έρχεται αντιμέτωπος με μία επιλογή μεταξύ δυο εξίσου δυσάρεστων εναλλακτικών λύσεων που μπορεί να προκαλέσουν σύγκρουση των ηθικών του αρχών, διότι δεν είναι ξεκάθαρο για το ποια επιλογή είναι η σωστή (Χατζηφωτίου, 2004). Ορισμένα ηθικά ζητήματα που συχνά μπορεί να οδηγήσουν σε ηθικά προβλήματα και διλήμματα αφορούν:

- Ζητήματα γύρω από ατομικά δικαιώματα και την κοινωνική πρόνοια, που σχετίζονται δηλαδή με το δικαίωμα του χρήστη να παίρνει τις δικές του αποφάσεις και να κάνει τις δικές του επιλογές, και στην ευθύνη του κοινωνικού λειτουργού να προάγει τη πρόνοια του χρήστη.
- Ζητήματα γύρω από τη δημόσια πρόνοια, δηλαδή που αφορούν τα δικαιώματα και τα συμφέροντα των άλλων ατόμων που εμπλέκονται στην περίπτωση, εκτός του χρήστη. Επίσης, στην ευθύνη του κοινωνικού λειτουργού ως προς την υπηρεσία που εργάζεται και την κοινωνία. Καθώς και στη προαγωγή και επίτευξη του καλύτερου αποτελέσματος στον μεγαλύτερο αριθμό των ανθρώπων.
- Ζητήματα γύρω από την ανισότητα και την δομική καταπίεση, τα οποία σχετίζονται με την ευθύνη του κοινωνικού λειτουργού στην πάταξη της καταπίεσης και της ανισότητας, καθώς και στην δέσμευση του για την επίτευξη αλλαγών τόσο στην υπηρεσία του όσο και στην κοινωνία.

Η κοινωνική εργασία μπορεί να χαρακτηριστεί σαν ένα επάγγελμα «ανθρώπινων υπηρεσιών» μαζί με την ιατρική, τη νοσηλευτική και τη νομική. Ο κοινωνικός λειτουργός έχοντας γνώση και εξειδίκευση σε συγκεκριμένα θέματα, ενεργεί για τη προώθηση των συμφερόντων του χρήστη καθώς και για τη διασφάλιση των δικαιωμάτων του. Η κοινωνική εργασία επομένως, έχει έναν κώδικα ηθικής ο οποίος είναι σχεδιασμένος, μεταξύ άλλων πραγμάτων, για να προστατεύει τον εξυπηρετούμενο από εκμετάλλευση και κακή συμπεριφορά (Banks, 1998).

Στη παρούσα εργασία, προσπαθούμε να εξετάσουμε ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας που προκύπτουν στην επαγγελματική πρακτική που αφορά την προώθηση και προαγωγή υγείας, δηλαδή τα ηθικά διλήμματα που εμφανίζονται κατά την άσκηση των επαγγελματιών υγείας. Λαμβάνοντας υπόψιν την έννοια της υγείας, εύκολα μπορούμε να συσχετίσουμε το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού με την προώθηση υγείας.

Μάλιστα, με το Προεδρικό Διάταγμα 891/1978 άρθρο 3, προσδιορίστηκαν οι αρμοδιότητες των κοινωνικών λειτουργών στον τομέα της υγείας: “ Ο κοινωνικός λειτουργός εις τον τομέα της υγείας συμβάλλει εις την πρόληψη, την αντιμετώπιση συναισθηματικών ή κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων, δημιουργουμένων συνεπεία καταστάσεων κλονισμού σωματικής ή ψυχικής υγείας ατόμων, ή οφειλομένων εις την προσωπικότητα αυτών ή εις ετέρας δυσμενείς καταστάσεις του περιβάλλοντος των, άτινα καθιστούν δυσχερές το διαγνωστικόν έργον ή την εφαρμογή μέτρων θεραπείας” (Σταθόπουλος, 1999).

Ο κοινωνικός λειτουργός ασκεί ένα πολύπλευρο και αρκετά σημαντικό ρόλο, ως υποστηρικτής υγείας. Καταρχήν ασκεί τη κοινωνική εργασία σε υποστηρικτικό, συμβουλευτικό και θεραπευτικό επίπεδο. Προσεγγίζει τον εξυπηρετούμενο καθώς και το οικογενειακό του περιβάλλον και προσπαθεί να τον βοηθήσει με παρεμβάσεις ενίσχυσης της αυτοεκτίμησης και γενικότερης ψυχοκοινωνικής στήριξης. Σημαντικό βήμα για τη προσέγγιση του εξυπηρετούμενου είναι η καλή επικοινωνία η οποία εξασφαλίζεται μέσω διαλόγου κυρίως. Ενός διαλόγου που αποπνέει σεβασμό στον ασθενή και του παρέχει την απαιτούμενη πληροφόρηση και υποστήριξη. Συλλέγει επίσης στοιχεία κοινωνικού ιστορικού για τον εξυπηρετούμενο και την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση του.

### **8.1 Δεξιότητες – Ικανότητες που πρέπει να διαθέτει ένας ικανός κοινωνικός λειτουργός**

Σύμφωνα με την (Καλλινικάκη, 1998), ένας κοινωνικός λειτουργός πρέπει να διαθέτει συγκεκριμένες ικανότητες και δεξιότητες προκειμένου να ανταπεξέλθει στις ηθικές ανάγκες του επαγγέλματος, δηλαδή:

- ❖ Οι κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει να είναι δέκτες του αιτήματος, να δείχνουν διάθεση να ακούνε τον ασθενή, να κατανοούν και έπειτα να επεμβαίνουν.
- ❖ Θεωρείται αναγκαίο να έχουν δεξιότητα στη συμβουλευτική, τόσο ατομική όσο και οικογενειακή, σε μερικές περιπτώσεις συζυγική ή και ομαδική.
- ❖ Πολλές φορές οι κοινωνικοί λειτουργοί μπαίνουν στη διαδικασία διευθέτησης ενός προβλήματος και λύσης του, αναλαμβάνουν τον ρόλο «διορθωτή» μιας κατάστασης και γι' αυτό είναι σημαντικές οι δεξιότητες «διόρθωσης – λύσης καταστάσεων».

- ❖ Δεξιότητα-ικανότητα στη συνεργασία με άτομα που αντιμετωπίζουν μια μεγάλη απώλεια. Απώλεια σωματικής ικανότητας, κάποιου άκρου, μέλους του σώματος μετά από καρκίνο, ενός στενού συγγενή που πεθαίνει ή έχει πεθάνει. Τελικά, η ανάγκη για την αντιμετώπιση όσον αφορά την απώλεια της δικής μας ζωής όταν έχει διαγνωστεί μια ανίατη ασθένεια.
- ❖ Απαιτούνται από τον κοινωνικό λειτουργό ιδιαίτερα επίπεδα ευελιξίας, αυτοπεποίθησης και η ικανότητα τήρησης των δικών του ορίων.
- ❖ Θα πρέπει να αντιμετωπίζει τον κάθε εξυπηρετούμενο με σεβασμό.
- ❖ Να δείχνει πίστη στην ανθρώπινη ικανότητα για αλλαγή, ανάπτυξη και εξέλιξη.
- ❖ Να είναι πρόθυμος να συνεργαστεί και με άλλες ειδικότητες για μια πιο ολοκληρωμένη αντιμετώπιση του προβλήματος.

## **7.2 Ηθική και δεοντολογική συμπεριφορά των κοινωνικών λειτουργών**

### **Διασφάλιση δικαιωμάτων και συμφερόντων των εξυπηρετούμενων**

Ο κοινωνικός λειτουργός που ασκεί το επάγγελμα του σεβόμενος τους κανόνες δεοντολογίας που το χαρακτηρίζουν, ευθύνεται πρωταρχικά έναντι των εξυπηρετούμενων του (www.skle.gr – Ελληνικός Κώδικας Δεοντολογίας Κοινωνικών Λειτουργών). Προκειμένου να είναι ηθικά και δεοντολογικά ορθή η επαγγελματική συμπεριφορά του κοινωνικού λειτουργού, πρέπει να περιλαμβάνει τα παρακάτω:

- Έχει καθήκον και υποχρέωση να παρέχει τις υπηρεσίες του στους εξυπηρετούμενους με αφοσίωση, πίστη και αποφασιστικότητα, αξιοποιώντας στο έπακρο τις επαγγελματικές του ικανότητες.
- Δεν πρέπει να εκμεταλλεύεται τις επαγγελματικές του σχέσεις με τους εξυπηρετούμενους προς δικό του όφελος ή να ιδιοποιείται εξυπηρετούμενους κάποιας οργάνωσης για ιδιωτική άσκηση του επαγγέλματός του.
- Οφείλει να μην ασκεί το επάγγελμα του, με κριτήριο την οποιαδήποτε μορφή διαχωρισμού όπως: φυλής, χρώματος, φύλου, σεξουαλικού προσανατολισμού, ηλικίας, θρησκείας, εθνοτικής καταγωγής, οικογενειακής κατάστασης,

πολιτικών πεποιθήσεων, πνευματικής ή σωματικής αναπηρίας, ή οιασδήποτε άλλης προτίμησης ή ατομικού χαρακτηριστικού, ιδιότητας ή καθεστώτος.

- Να είναι προσεκτικός και να αποφεύγει σχέσεις ή δεσμεύσεις που δεν συμβιβάζονται με τα συμφέροντα των εξυπηρετούμενων του.
- Έχει καθήκον να ενημερώνει τους εξυπηρετούμενους του έγκυρα και πλήρως για την έκταση και τη φύση των παρεχόμενων σ' αυτούς υπηρεσιών.
- Στο πλαίσιο της επαγγελματικής τους σχέσης, απαιτείται να παρέχει επαρκή ενημέρωση στους εξυπηρετούμενους του για τους κινδύνους, τα δικαιώματα, τις ευκαιρίες και τις υποχρεώσεις που αφορούν τις κοινωνικές υπηρεσίες που τους παρέχει.
- την συμβουλή και την άποψη των συναδέλφων του και των προϊσταμένων του για την προστασία των συμφερόντων των εξυπηρετούμενων του και να ενεργεί στα πλαίσια συλλογικών αποφάσεων, διεπαγγελματικής συμβουλευτικής και συνεργασίας ή εποπτείας εάν και όπως αυτά εφαρμόζονται στον φορέα εργασίας του.
- Μπορεί να διακόψει τις παρεχόμενες στους εξυπηρετούμενους του υπηρεσίες και την επαγγελματική σχέση του μαζί τους όταν πλέον δεν είναι αναγκαίες οι υπηρεσίες και η επαγγελματική σχέση του μαζί τους ή όταν η άσκηση του λειτουργήματός του δεν εξυπηρετεί τις ανάγκες ή τα συμφέροντα των εξυπηρετούμενων του.
- Ο κοινωνικός λειτουργός που παύει ή διακόπτει να παρέχει τις υπηρεσίες του οφείλει να ενημερώνει τους εξυπηρετούμενους του έγκαιρα και να εξασφαλίζει την παραπομπή τους ή την συνέχεια των παρεχόμενων σε αυτούς κοινωνικών υπηρεσιών σεβόμενος τις ανάγκες και τις προτιμήσεις τους.
- Έχει τη δυνατότητα να διακόψει απροειδοποίητα τις παρεχόμενες από αυτόν υπηρεσίες μόνον υπό μη φυσιολογικές συνθήκες, αποδίδοντας ιδιαίτερη προσοχή σε όλα τα στοιχεία της υπόθεσης και φροντίζοντας να ελαχιστοποιεί τα ενδεχόμενα αρνητικά αποτελέσματα.

Ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να εγγυάται και να διασφαλίζει τα συμφέροντα και τα δικαιώματα του εξυπηρετούμενου του που έχει κριθεί ανίκανος για δικαιοπραξία, όταν ενεργεί για λογαριασμό του. Όταν μάλιστα κάποιο τρίτο άτομο, έχει νόμιμα εξουσιοδοτηθεί να ενεργεί για λογαριασμό πελάτη του, ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να επιδιώξει συνεργασία με τον τρίτο, έχοντας πάντα υπόψη το συμφέρον του

εξυπηρετούμενου του. Σε καμία περίπτωση, δεν επιτρέπεται να εμπλακεί σε δραστηριότητες που παραβιάζουν ή μειώνουν τα κοινωνικά ή νομικά δικαιώματα των εξυπηρετούμενων ([www.skle.gr](http://www.skle.gr)-Ελληνικός κώδικας δεοντολογίας κοινωνικών λειτουργών – Χατζηφωτίου, 2004).

Ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να σέβεται την ιδιωτική ζωή των εξυπηρετούμενων του και τον εμπιστευτικό χαρακτήρα όλων των πληροφοριών που περιέχονται σε γνώση του στο πλαίσιο άσκησης του επαγγέλματος του. Δεν θεωρείται ηθικά και δεοντολογικά σωστό να μιλήσει σε τρίτους για εμπιστευτικά θέματα, χωρίς την συγκατάθεσή του εξυπηρετούμενου. Κάτι τέτοιο, θα μπορούσε να επιτραπεί μόνον για επιτακτικούς επαγγελματικούς λόγους (Μουζακίτης, 1994 - [www.skle.gr](http://www.skle.gr)-Ελληνικός Κώδικας Δεοντολογίας Κοινωνικών Λειτουργών).

Επίσης, οφείλει να ενημερώνει εμπειριστατωμένα τους εξυπηρετούμενους του για τα όρια της επαγγελματικής του εχεμύθειας σε δεδομένη κατάσταση, τους σκοπούς γνώσης των συγκεκριμένων πληροφοριών και τον τρόπο αξιοποίησής τους (Banks, 1998).

▪ **Βασικός στόχος η προαγωγή της κοινωνικής ευημερίας**

Ο κοινωνικός λειτουργός υποχρεούται να προάγει την ευημερία της κοινωνίας γενικότερα, δηλαδή σύμφωνα με στοιχεία και οδηγίες του κώδικα δεοντολογίας των κοινωνικών λειτουργών ([www.skle.gr](http://www.skle.gr)-Ελληνικός Κώδικας Δεοντολογίας Κοινωνικών Λειτουργών), οι ενέργειες του πρέπει να διακρίνονται από τα παρακάτω:

- Ενεργεί με σκοπό τον εντοπισμό και την εξάλειψη της διάκρισης σε βάρος κάθε ανθρώπου ή ομάδας, λόγω φυλής, χρώματος, φύλου, σεξουαλικού προσανατολισμού, ηλικίας, θρησκείας, εθνοτικής καταγωγής, οικογενειακής κατάστασης, πολιτικών πεποιθήσεων, πνευματικής ή σωματικής αναπηρίας ή άλλης προτίμησης ή προσωπικού χαρακτηριστικού, ιδιότητας ή καθεστώτος.
- Οφείλει να δραστηριοποιείται για τη διασφάλιση της πρόσβασης όλων των ανθρώπων στους πόρους, υπηρεσίες, δραστηριότητες και ευκαιρίες που αποζητούν.
- Ο κοινωνικός λειτουργός δραστηριοποιείται στη διερεύνηση του πεδίου επιλογής και ευκαιριών όλων των ανθρώπων αποδίδοντας ιδιαίτερη σημασία στους μειονεκτούντες, κοινωνικά αποκλεισμένους ή καταπιεσμένους ανθρώπους και ομάδες.

- Προάγει τις συνθήκες που ενθαρρύνουν το σεβασμό της πολυπολιτισμικής κοινωνίας.
- Παρέχει τις κατάλληλες επαγγελματικές υπηρεσίες σε περιπτώσεις δημόσιας ανάγκης.
- Συμμετέχει με γνωμοδοτήσεις στις αλλαγές της πολιτικής και την τροποποίηση της νομοθεσίας για την βελτίωση των κοινωνικών συνθηκών και την προαγωγή της κοινωνικής δικαιοσύνης.
- Συμβάλλει στην ενημέρωση του κοινού για θέματα κοινωνικής πολιτικής και θεσμών.

- **Διατήρηση και προαγωγή της αξιοπιστίας του επαγγέλματος**

Ο κοινωνικός λειτουργός με τη συμπεριφορά του, πρέπει να επιδιώκει τη διατήρηση και προαγωγή των αξιών, της ηθικής, της δεοντολογίας, της γνώσης και της αποστολής του επαγγέλματος του. Βασική του υποχρέωση είναι να προστατεύει και να ενισχύει την αξιοπρεπή άσκηση και την αξιοπιστία του επαγγέλματος καθώς και να αντιμετωπίζει με υπεύθυνο τρόπο κάθε συζήτηση και κριτική που αφορά το επάγγελμα του ([www.skle.gr](http://www.skle.gr)-Ελληνικός κώδικας δεοντολογίας κοινωνικών λειτουργών).

Σε περίπτωση που αντιληφθεί την οποιαδήποτε αντιδεοντολογική συμπεριφορά συναδέλφων του ή μη εξουσιοδοτημένη και ανειδίκευτη πρακτική οφείλει να κινηθεί στο πλαίσιο καθορισμένων διαδικασιών, προκειμένου να τα αντιμετωπίσει.

Ακόμα, δεν επιτρέπεται για κανένα λόγο να παραπληροφορεί σχετικά με τα προσόντα, τις δεξιότητες, τις υπηρεσίες ή τους στόχους που μπορεί να επιτευχθούν.

**Γ' ΜΕΡΟΣ**  
**Η ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ ΤΗΣ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΒΙΟ – ΗΘΙΚΑ**  
**ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΣΤΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ**



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9<sup>Ο</sup>

### 9. Η ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΤΗΣ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ

Ο όρος βιοηθική είναι νέος, αλλά οι ρίζες της ως μετεξέλιξη της ιατρικής ηθικής και δεοντολογίας, εντοπίζονται στον όρκο του Ιπποκράτη που αποτελεί τον πρώτο κώδικα ιατρικής δεοντολογίας.

Ο νέος κλάδος οφείλει την ονομασία του στον Van Renssealer Potter (1971), ερευνητή ογκολόγο του Πανεπιστημίου Madison του Wisconsin, και τον Andre Hellegers, μαιευτήρα ογκολόγο, ιδρυτή του Ινστιτούτου Βιοηθικής Kennedy στο Πανεπιστήμιο της Georgetown. Ο πρώτος χρησιμοποίησε τον όρο «βιοηθική» για θέματα που σχετίζονται με τον πληθυσμό και το περιβάλλον, αλλά ο όρος επεκτάθηκε σε θέματα υγείας (Κόιος, 2003).

Η Βιοηθική είναι μία σχετικά καινούργια επιστήμη μέσα στο τομέα υγείας. Ζητήματα που αφορούν για παράδειγμα τα δικαιώματα του αρρώστου, διακοπή της τεχνητής υποστήριξης της ζωής, η «υποβοηθούμενη» αυτοκτονία, η επιστημονική ακεραιότητα δεν ήταν κοινά θέματα προς συζήτηση 30 με 40 χρόνια πριν. Το τι ήταν προς το συμφέρον των ασθενών, ήταν αυτό που θεωρούσαν οι ιατροί και οι νοσηλευτές σωστό (Κουμάντος, 2003).

Έτσι ερωτήματα για το πότε ξεκινάει η ζωή για παράδειγμα και για το πως πρέπει να γίνει η φροντίδα σε κάποιον που πεθαίνει δεν αποτελούσαν σημεία διαφωνίας σε κοινωνίες που μοιράζονταν τις ίδιες αξίες και είχαν κοινή κουλτούρα (Binetti, 2004). Αντίθετα, σήμερα το «καλό» για τον ασθενή καθορίζεται από τον ίδιο, την οικογένειά του σε συνεργασία με το υγειονομικό προσωπικό.

Η πρόοδος της τεχνολογίας παρέχει πλέον μία πληθώρα επιλογών για τη καλύτερη φροντίδα των προβλημάτων υγείας. Έτσι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και οι ασθενείς πρέπει συνεχώς να αξιολογούν τη σωστή χρήση της τεχνολογίας κάθε φορά.

Από παλαιότερα, οι φιλόσοφοι και οι θεολόγοι είχαν ασχοληθεί με το ζήτημα του τι σημαίνει «καλή» ζωή, αλλά κυρίως τα τελευταία 50 χρόνια άρχισαν να συσχετίζουν την ηθική με ερωτήματα σωστής ή όχι συμπεριφοράς στην έρευνα και τη φροντίδα των ασθενών. Τα νοσοκομεία και το επιστημονικό προσωπικό άρχισαν να συμβουλευούνται ειδικούς σε θέματα ηθικής, για βοήθεια σε πολύπλοκες καταστάσεις που βίωναν στη σύγχρονη άσκηση της κλινικής πράξης (Δραγώνα-Μονάχου, 2008).

Σ' αυτή τη στροφή κατά κάποιο τρόπο οδήγησαν διάφοροι παράγοντες. Με το τέλος του 2ου Παγκοσμίου πολέμου αποκαλύφθηκαν φρικιαστικές ενέργειες που



είχαν γίνει εις βάρος ανθρώπων σε στρατόπεδα συγκέντρωσης καθώς και πριν από τα στρατόπεδα με τα πειράματα του Μένγκελε. Με τις δίκες τις Νυρεμβέργης καταδικάστηκαν πολλοί επιστήμονες για όσα είχαν κάνει. Σημαντικότερο αποτέλεσμα αυτής της δίκης ήταν η καθιέρωση του Κώδικα της Νυρεμβέργης το 1947, που ορίζει τις ηθικές και νομικές απόψεις και θέτει τις κατευθυντήριες γραμμές και τις βασικές αρχές διενέργειας επιστημονικής έρευνας σε ανθρώπους (Jonsen, 1998).

Παρ' όλα τα ελαττώματα του, ο κώδικας έστρεψε το ενδιαφέρον εκείνη την εποχή σε ζητήματα της ανθρώπινης αυτονομίας και του δικαιώματος του ασθενούς να αρνηθεί τη φροντίδα ή τη συμμετοχή του στην έρευνα. Οποσδήποτε όμως αποτελεί την αρχή ηθικής συνειδητοποίησης των δικαιωμάτων του ανθρώπου στην βιοϊατρική έρευνα και το πρώτο βήμα της προστασίας των δικαιωμάτων αυτών (Judith, 1996).

Μια άλλη διακήρυξη που βοήθησε προς αυτή τη κατεύθυνση ήταν και η Διακήρυξη του Ελσίνκι. Η διακήρυξη αυτή αποτελείται κυρίως από συστάσεις που καθοδηγούν τους ερευνητές στη βιοϊατρική έρευνα σε ανθρώπους και έγινε αποδεκτή από τη 18η Παγκόσμια Ιατρική Συνέλευση στο Ελσίνκι Φιλανδίας το 1964. Αναθεωρήθηκε το 1975 και το 1983, ενώ στη σύνταξή της έχει συμβάλλει και το Συμβούλιο για τη Διεθνή Οργάνωση Ιατρικών Επιστημών (Jonsen, 1998).

Ένας άλλος παράγοντας που προήγαγε την Βιοηθική ήταν και ο «νόμος». Στην αρχή του προηγούμενου αιώνα, αποφάσεις δικαστικών υποθέσεων καθιέρωσαν το δικαίωμα των ασθενών να δίνουν τη συγκατάθεσή τους πριν τη παροχή φροντίδας, και υποχρέωσαν τους ιατρούς να ζητούν αυτή τη συγκατάθεση. Έτσι στα μέσα της δεκαετίας του 70 τα δικαστήρια πήραν αποφάσεις για τα δικαιώματα των ασθενών και για ζητήματα που αφορούσαν τα στάνταρντς για την εχεμύθεια και την προστασία της ατομικότητας. Από την άλλη αυτές οι δικαστικές υποθέσεις, ώθησαν τους ιατρούς να επανεξετάσουν την ηθικότητα της παραδοσιακής τους κλινικής πράξης. Οι ασθενείς που μέχρι τώρα «πειθαρχούσαν» στις αποφάσεις των ιατρών, άρχισαν να απαιτούν τη συζήτηση πάνω στο πρόβλημά τους και το δικαίωμα τους να αποφασίζουν και οι ίδιοι για τη φροντίδα (Bankowski, 1989 – Mason, 2003-Γραφάκου, 2008).

## **9.2 Επιτροπές ηθικής και δεοντολογίας**

Είναι δυνατό να υποστηριχθεί ότι ο αιώνας που διανύουμε θεωρείται αυτός της βιοτεχνολογίας. Πράγματι, ο καθημερινός καταγισμός ειδήσεων βιοϊατρικών εξελίξεων προκαλεί ανάμεικτα αισθήματα δέους, θαυμασμού και απορίας. Δέος και θαυμασμό μπροστά στις νέες προοπτικές που σχετίζονται με τη δημιουργία ή τη θεραπεία της ζωής και απορία ως προς τις δυνατότητες των ατόμων και των κοινωνιών να επεξεργαστούν, να εκμεταλλευτούν καθώς και να διαχειριστούν τις νέες γνώσεις και δυνατότητες, συμβιβάζοντας τις με ηθικές και κοινωνικές αντιλήψεις.

Αμείλικτα ερωτήματα παρουσιάζονται, όταν καινούρια δεδομένα αναφύονται στο χώρο της ιατρικής και βιολογίας, που φαντάζουν ως διλήμματα ορίων. Ποια είναι τα όρια της επιστημονικής έρευνας, αν βέβαια υπάρχουν όρια, ποιος τα ορίζει και με ποια κριτήρια; Ποια είναι τα όρια της αντοχής στους κινδύνους; Σπουδαίες επιστημονικές ανακαλύψεις από το χώρο της ιατρικής αναθεωρούνται με ταχύτατους ρυθμούς. Οι ειδικοί μοιάζει να διχάζονται ή να ισορροπούν σε τεντωμένο σκοινί ανάμεσα στα υπέρ και στα κατά. Από τη μια πλευρά, υπάρχει η πρόκληση και από την άλλη πλευρά, ο φόβος μπροστά στη νέα γνώση.

Η ταχύτητα της ερευνητικής εξέλιξης είναι πολύ μεγαλύτερη από τη δυνατότητα προεκτίμησης των αποτελεσμάτων. Η φύση της βιοτεχνολογικής έρευνας δεν μας επιτρέπει να προλάβουμε να σκεφθούμε τις συνέπειές της λόγω της τριπλής ιδιότητάς της, η οποία την καθιστά ασύλληπτη στο μέγεθός της, απρόβλεπτη στις συνέπειές της και πάντοτε αιφνιδιαστική στο χρόνο της (Binetti, 2004).

Λόγω της αλματώδους προόδου της επιστήμης και της τεχνολογίας, πρωτόγνωρα ηθικά προβλήματα έχουν προκύψει, ζητήματα «ζωής και θανάτου», ταυτότητας και αυτονομίας. Οι παλαιότεροι «κώδικες ηθικής και δεοντολογίας» δεν επαρκούν. Η σχέση γιατρού-ασθενή, η ηθική έννοια του προσώπου, η αξία της ζωής, προγεννητικά και επιθανάτια προβλήματα είναι κοινά στη βιοηθική και την παραδοσιακή ιατρική ηθική.

Οδηγηθήκαμε έτσι, στη δημιουργία επιτροπών ηθικής, με σκοπό την ανάλυση της όλο και αυξανόμενα από ηθικής απόψεως, πολυπλοκότητα της ιατρονοσηλευτικής φροντίδας. Η ανάγκη της θέσπισης και της σωστής ερμηνείας βασικών κανόνων δεοντολογίας, με βάση τις θεμελιακές αρχές της βιοηθικής και η έκφραση γνώμης για

ειδικότερα προβλήματα στο χώρο της υγείας, ήταν η αιτία για τη δημιουργία των επιτροπών ηθικής και δεοντολογίας με συμβουλευτικό χαρακτήρα.

Έργο της κάθε επιτροπής αποτελεί η τήρηση των κανόνων της δεοντολογίας, οι οποίοι περιβάλλονται με ισχύ νόμου, ώστε η απομάκρυνση από αυτούς ή η παραβίασή τους να αποτελεί αυθύπαρκτο αδίκημα, ανεξάρτητα κάποτε και ενός αγαθού αποτελέσματος. Επομένως, μπορεί να διατηρηθεί ο συμβουλευτικός χαρακτήρας των επιτροπών, εφόσον υπάρχουν: κώδικας ιατρικής και νοσηλευτικής δεοντολογίας με σύγχρονες διατάξεις, συνταγμένος με βάση τις διεθνείς για κάθε θέμα παραδοχές και ειλικρινή διάθεση όλων των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας για να τον εφαρμόσουν (Κουτσελίνη, 1990).

Σύμφωνα με την ίδια συγγραφέα, επιτροπές ηθικής υπάρχουν σε νοσοκομεία και ερευνητικά ιδρύματα σχεδόν σε όλες τις χώρες με ανεπτυγμένη έρευνα, με σκοπό τον έλεγχο των ερευνητικών προγραμμάτων, ειδικά όταν αυτά γίνονται σε ανθρώπινο υλικό. Οι επιτροπές αυτές είναι διεπιστημονικές και συμμετέχουν ιατροί, νοσηλευτές και άλλοι επιστήμονες υγείας, αλλά όχι οι υπεύθυνοι για το ερευνητικό πρόγραμμα ή τη θεραπεία του αρρώστου. Επίσης μετέχουν και εκπρόσωποι άλλων επιστημών, νομικής, θεολογίας, φιλοσοφίας. Η σύνθεση αυτών των επιτροπών διαφέρει από χώρα σε χώρα και από ίδρυμα σε ίδρυμα.

Μια μελέτη μάλιστα που έγινε σε μια ομάδα επιτροπών σε διάφορα νοσοκομεία, με σκοπό την εξέταση της λειτουργίας τους, έδειξε μεταξύ άλλων ότι η επίδραση του νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τη λήψη αποφάσεων ήταν πολύ μεγάλη (McDaniel, Charlotte, 1998).

Όσον αφορά τη χώρα μας στο θέμα των επιτροπών, το 1992 με το νόμο 2071/92 ιδρύεται Εθνικό Συμβούλιο Ιατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας στο Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ως επιτελικό όργανο. Επίσης προβλέπεται σύνταξη Κώδικα Ιατρικής (άρθρο 62) και Νοσηλευτικής Δεοντολογίας (άρθρο 114). Επίσης από το νόμο προβλέπεται η ίδρυση συμβουλίου ηθικής σε κάθε νοσοκομείο. Δυστυχώς σήμερα όλα τα νοσοκομεία δε διαθέτουν τέτοιου είδους επιτροπές.

Βασικό πάντως για κάθε λειτουργό υγείας είναι η πεποίθηση ότι καμιά επιτροπή, κωδικοποίηση ή νομοθετική ρύθμιση δεν μπορεί να βοηθήσει αυτόν και τον άρρωστο, όσο η κατανόηση και η παραδοχή ότι η δεοντολογία αποτελεί κυρίως συνειδησιακό χρέος του.

## **9.2 Η φιλοσοφική προσέγγιση της βιοηθικής**

Η βιοηθική αποτελεί κλάδο της ηθικής φιλοσοφίας, που ασχολείται με την αξιολόγηση της συμπεριφοράς και των πράξεων του ανθρώπου έτσι ώστε να μην εμποδίζονται οι ευεργετικές εφαρμογές της νέας γνώσης (της γενετικής και των νέων τεχνολογιών γενικότερα) και να περιορίζονται οι κίνδυνοι από τις βλαβερές συνέπειές αυτών. Το αντικείμενο της βιοηθικής έχει σχεδόν αποκρυσταλλωθεί, αλλά είναι φυσικό και πρόπον να μένει το πεδίο ανοικτό για τα νέα προβλήματα που δημιουργούνται καθημερινά. Ό,τι είναι ιατρικά εντυπωσιακό δε σημαίνει κατ' ανάγκη ότι είναι και ηθικά αποδεκτό. Σ' αυτή την διαπίστωση χρωστάει την ύπαρξή της και η βιοηθική. Αποστολή του ανθρώπου είναι η απόκτηση της γνώσης, η μετάδοση της, καθώς και η σωστή για την εποχή και την κοινωνία εφαρμογή και χρήση της (Αλαχιώτης, 2004).

Απαιτείται όμως μια κάποιου είδους χαρτογράφηση βιοηθικών προβλημάτων ώστε να διευκολυνθεί η επίλυσή τους λόγω της δυσχέρειας που αυτά παρουσιάζουν. Τα σπουδαιότερα ηθικά διλήμματα, που ανακύπτουν στο χώρο της ιατρικής και της βιοτεχνολογίας για τα οποία καλείται να πάρει θέση η φιλοσοφία, είναι τα παρακάτω:

1. Μεταμοσχεύσεις οργάνων (Habermas, 2004).
2. Χρησιμοποίηση εθελοντών για δοκιμή νέων φαρμάκων.
3. Χρήση παρένθετης μητέρας (Τζαμαλούκα, Χλιαουτάκης, 2006).
4. Εξωσωματική γονιμοποίηση.
5. Εξωσωματική γονιμοποίηση με σπέρμα συζύγου που ήδη έχει πεθάνει.
6. Κατεψυγμένα έμβρυα που ανήκουν σε ζευγάρι που έχει χωρίσει.
7. Έμβρυο που είναι φορέας ανίατης ασθένειας.
8. Προεμφυτευτική και προγεννητική διάγνωση.
9. Παρασκευή επιθυμητών τύπων ανθρώπων.
10. Δημιουργία τραπεζών πληροφοριών DNA.
11. Θεραπευτική και αναπαραγωγική κλωνοποίηση (Tzamalouka, Soultatou, Papadakaki, Chatzifotiou, Tarlatzis, Chliaoutakis, 2005).
12. Μεταλλαγμένα τρόφιμα.
13. Υπερήλικες μητέρες.
14. Παθητική και ενεργητική ευθανασία (Μαρκεζίνη, 1989).
15. Επιλογή φύλου.

Η άσκηση της φιλοσοφίας μπορεί να φανεί ιδιαίτερα χρήσιμη στην αντιμετώπιση προβλημάτων βιοηθικής. Η πρακτική εφαρμογή των ηθικών θεωριών είναι το δυσκολότερο σημείο αντιμετώπισης τους, γεγονός που δείχνει ότι απαιτούνται νέοι τύποι θεωριών ή καλύτερα η διαμόρφωση μιας ηθικής θεωρίας, η οποία κριτικά θα ενσωματώνει στοιχεία τόσο ωφελμιστικά όσο και δεοντολογικά. Συγχρόνως, είναι βέβαια αναγκαία η θεωρητική κατάρτιση όλων των εμπλεκομένων σε προβλήματα βιοηθικής ώστε να μην αναγκαστούμε να υποκύψουμε σε κάποιο είδος σχετικιστικής ηθικής που θα περιλαμβάνει ρευστά και ιδιωτικά κριτήρια (Δραγώνα-Μονάχου, 1995).

Οι ηθικές αποφάσεις λαμβάνονται με κριτήριο κάποιες αρχές που αποδέχεται κανείς ελεύθερα. Η χρήση της ηθικής επιχειρηματολογίας, σε αντίθεση με την επίκληση των συνειδησιακών προσταγών, προσδίδει κύρος στις θέσεις τους, συμβάλλοντας στην επίτευξη μιας γενικά αποδεκτής τεκμηρίωσης (Παιονίδης, 1990).

Η φιλοσοφία δεν μας καλεί να προσθέσουμε τις δικές μας ιδέες σ' ένα πρόβλημα, αλλά να εξετάσουμε και την πιθανότητα μήπως αυτό εμφανίζεται ως ένα ψευδοπρόβλημα, που προέκυψε από παρανοήσεις, παραλείψεις ή παρεξηγήσεις. Ως παρεξηγήσεις θεωρούνται η διαστρέβλωση ενός ορισμού, η παρανόηση του τρόπου χρησιμοποίησης των όρων και των αρχών που ρυθμίζουν την συμπεριφορά μας, η εμμονή μας σε ξεπερασμένο περιεχόμενο των εννοιών (Δραγώνα-Μονάχου, 1995).

Για την αντιμετώπιση των προβλημάτων της βιοηθικής χρειάζεται να γίνει αναμόρφωση του περιεχομένου των εννοιών που σχετίζονται με αυτές. Παραδείγματος χάριν, το πρόβλημα των «δανεικών μητέρων» μπορεί να βρει την λύση εφόσον ανασκευαστεί το παραδοσιακό περιεχόμενο της έννοιας «μητέρα». Η έννοια μητέρα συνιστά μια εμπειρική έννοια που είναι μεταβλητή. Ό,τι θεωρείται σήμερα αφύσικο, ενδέχεται στο μέλλον να θεωρείται φυσικό. Είναι πιθανό, μελλοντικά, να έρχονται στον κόσμο παιδιά χωρίς φυσικές μητέρες. Η μητρότητα μπορεί να γίνει μια υπόθεση καθώς μπορεί να είμαστε στα πρόθυρα μιας εποχής που η εξωγένεση, η ανατροφή του εμβρύου σε τεχνητή μήτρα, θα είναι πιθανή (Αλαχιώτης, 2004).

Τα προβλήματα της ηθικής προέρχονται από την κοινωνία και η τήρησή τους είναι έργο ατομικής επιλογής. Τρεις επιπλέον παράγοντες επιτείνουν τις δυσκολίες στην επίλυση των βιοηθικών προβλημάτων, όπως η απίστευτα ταχύρρυθμη εξέλιξη της επιστημονικής έρευνας, συμφέροντα, οικονομικής κυρίως φύσεως που συσκοτίζουν το τοπίο του ηθικού προβληματισμού και οι προτεινόμενες λύσεις σε προβλήματα

βιοηθικής είναι σε συνάρτηση με τις μεταφυσικές πεποιθήσεις του καθενός (Κουμάντος, 2003).

Πολλές φιλοσοφικές αρχές που προέκυψαν από διαφορετική ανθρωπολογία αλληλοσυγκρούστηκαν, όπως η αρχή της αυτονομίας που έχει Καντιανή προέλευση, με την αρχή της ευεργεσίας και της μη πρόκλησης βλάβης και πόνου που έχουν ωφελιμιστική προέλευση. Η βοήθεια της φιλοσοφίας στην ιατρική πράξη δεν έγκειται στην παροχή ελιξιρίων ιατρικής ηθικής αλλά στην ανάλυση συγκεκριμένων καταστάσεων που εμφανίζονται στα διάφορα ιατρικά διλήμματα, στην ανάγκη ιεράρχησης των ηθικών αρχών και, ενίοτε, στην υπέρβαση, και όχι στην παραβίαση, ασυμβίβαστων ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Η εναπόθεση της λήψης απόφασης στη συνείδηση του γιατρού, χωρίς να δοθούν κάποιες κατευθυντήριες γραμμές της ιατρικής ηθικής και δεοντολογίας ανάγεται σε αυθαιρεσία ή ταυτίζεται με τα συναισθήματα (Πελεgrίνης, 2003).

Κάθε κοινωνία προσδιορίζει, σε κάθε εποχή με δικά της κριτήρια, περί του τι είναι σωστό δεδομένου ότι οι αξίες μεταβάλλονται. Το αν υπάρχουν διαχρονικές αξίες είναι ένα βασικό ερώτημα για την ηθική, γιατί βάσει και αυτής της απάντησης θα απαντήσει στα σύγχρονα ηθικά διλήμματα. Για την απάντηση της φιλοσοφίας στα προαναφερόμενα προβλήματα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη:

1. Η ζωή αποτελεί ύψιστο αγαθό σ' αυτό τον κόσμο.
2. Ο άνθρωπος είναι η τελειότερη μορφή ζωής που εξελίχτηκε σ' αυτόν τον πλανήτη.
3. Η βάση για κάθε υποτιθέμενο καλό είναι η ελευθερία η οποία εμπεριέχει και τη δυνατότητα επιλογής του κακού. Η εξαρχής όμως κατάλυση της ελευθερίας είναι το χειρότερο δεινό, κάτι που δεν εξαγιαζεται ούτε στο βωμό των καλύτερων προθέσεων.
4. Κανείς δεν έχει το δικαίωμα να βλάψει άμεσα ή έμμεσα την υγεία άλλου ατόμου.
5. Οποιαδήποτε χρήση των επιτευγμάτων της βιοτεχνολογίας πρέπει να γίνεται για το καλό του ανθρώπου. Το οικονομικό όφελος είναι δευτερεύον σε σχέση με τη ζωή και την ελευθερία του ατόμου. Κανείς δεν μπορεί να έχει την αποκλειστική χρήση και εμπορία οποιασδήποτε μορφής ζωής.
6. Κανείς δεν μπορεί να εμποδίσει την έρευνα για τη γνώση.
7. Πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη η θέση «ό,τι είναι τεχνητά δυνατόν δεν είναι πάντοτε προς όφελος του ανθρώπου και του κόσμου γενικότερα».

8. Μπορεί να απαγορεύονται σε ακραίες περιπτώσεις οι εφαρμογές της γνώσης (η πολιτεία είναι υποχρεωμένη να προστατεύει τους πολίτες της), όχι όμως και η αναζήτηση της αλήθειας η οποία υπάρχει και απλώς ο άνθρωπος προσπαθεί να την κατανοήσει.
9. Η γνώση έχει ηθικό περιεχόμενο όταν ωφελεί το σύνολο.
10. Είναι απαραίτητη η βιολογική και η φιλοσοφική παιδεία, ώστε να μπορούν οι πολίτες να συμμετέχουν στις αποφάσεις με κριτήριο τη γνώση και όχι με τον ενστικτώδη φόβο για το νέο και το άγνωστο (Tzamalouka, Soultatou, Papadakaki, Chatzifotiou, Tarlatzis, Chliaoutakis, 2005).

Η βιοηθική καλείται να προτείνει λύσεις σε προβλήματα που σχετίζονται κυρίως με τη ζωή και το θάνατο. Μέχρι σήμερα δεν έχει επιτευχθεί αντικειμενικά ο ορισμός των ορίων της ζωής, που θα ήταν αποδεκτός από τις κοινωνίες (Dworkin, 1994).

Η βιοηθική δεν έρχεται να σταματήσει την πρόοδο, αλλά να υποδείξει τις ασφαλιστικές δικλίδες που θα διασφαλίσουν το σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, αυτονομίας και αξιοκρατικής συμβίωσης. Σκοπός της βιοηθικής δεν είναι να βάλει όρια στην επιστήμη, αλλά να δείξει δρόμους. Αυτοί οι δρόμοι ορίζουν, δεν περιορίζουν. Δεν έχει σκοπό να εκδίδει συναινετικές ή απαγορευτικές συνταγές για κάθε σοβαρό πρόβλημα, αλλά να γνωστοποιεί τις βασικές βιοηθικές αρχές, να ενημερώνει για τις τυχόν συνέπειες που μπορεί να έχει η συγκατάθεση του ανθρώπου σε μια νέα τεχνολογία και έτσι να καθιστά τον άνθρωπο υπεύθυνο για τις αποφάσεις του και έναντι των επερχόμενων γενεών (Δραγώνα- Μονάχου, 1989- Αλαχιώτης, 2004).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10<sup>ο</sup>

### 10. ΤΟ ΗΘΙΚΟ ΖΗΤΗΜΑ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

Αρχίζοντας με τον ορισμό «ευθανασία», ο οποίος είναι ένας διεθνής όρος και προέρχεται από τις ελληνικές λέξεις «ευ» και «θάνατος». Ερμηνεύεται ως ο ήρεμος και αξιοπρεπής θάνατος του ανθρώπου. Στη σημερινή εποχή η ευθανασία έχει την έννοια του ανώδυνου θανάτου, που στοχεύει να μην βασανίζονται οι ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους ή σε μια επώδυνη μη αναστρέψιμη κατάσταση της υγείας τους. Με τον όρο ευθανασία εννοούμε τον ανώδυνο θάνατο. Έχει όμως και την έννοια του ένδοξου, καλού θανάτου. Αναφέρεται στην προσφορά βοήθειας από ευσπλαχνία, και συμπόνια που αποσκοπούν στην πρόκληση ή επίσπευση του θανάτου. Γι' αυτό το λόγο ονομάζεται και θάνατος από ευσπλαχνία (Walsh, 1994).

Ο όρος ευθανασία δημιουργήθηκε απ' τον Άγγλο φιλόσοφο Φράνσις Μπέικον (Francis Bacon), ο οποίος έγραψε ότι «το έργο της ιατρικής είναι η αποκατάσταση της υγείας και η καταπράυνση των πόνων, όχι μόνο όταν η καταπράυνση αυτή μπορεί να οδηγήσει στη θεραπεία, αλλά και όταν μπορεί να εξασφαλίσει έναν εύκολο και γαλήνιο θάνατο». Η θέση αυτή έφερε στο προσκήνιο πολλές διαμάχες που έγιναν οξύτερες τα τελευταία χρόνια. Αρχικά η θέση αυτή στάθηκε αντιμέτωπη στη χριστιανική Εκκλησία, σύμφωνα με την οποία μόνον ο Θεός μπορεί να διαθέσει τη ζωή και τον θάνατο, και αφού ο πόνος έχει κάποια αξία για τη σωτηρία της ψυχής, σε κανένα δεν επιτρέπεται να συντομεύσει τους πόνους (Archimandrite Makarios Griniezakis, 2007).

Παρόλα αυτά, τα τελευταία χρόνια έγιναν προσπάθειες για τη νομιμοποίηση της ευθανασίας με δικαιολογητικά τον οίκτο προς τον άνθρωπο που υποφέρει, την θυσία για χάρη του κοινωνικού συνόλου και την απαξία της ζωής. Και πάλι όμως στους ισχυρισμούς αυτούς προκύπτει το ερώτημα αν ο άνθρωπος, ειδικός ή όχι, έχει δικαίωμα να επιβουλεύεται τη ζωή του συνανθρώπου του και να του δώσει ένα τέλος εύκολο και γαλήνιο;

Ηθικό πρόβλημα προκύπτει, επίσης, όταν κάποιος πάσχων από ανίατη νόσο ζητήσει ο ίδιος να του επιβληθεί ευθανασία. Ο θεράπων ιατρός επιτρέπεται (με την ηθική και όχι με την αυστηρά νομική) έννοια να πράξει ανάλογα, συναινώντας στην απαίτηση του πάσχοντος για ευθανασία; Το ζήτημα παραμένει τόσο ηθικά όσο και νομικά,



ανοικτό (Βιδάλης, 2008). Η ευθανασία απασχολεί την σύγχρονη βιοηθική, νομική, ιατρική, νοσηλευτική, κοινωνική εργασία, αλλά και γενικότερα την κοινωνία διότι εγείρονται διάφορα θεμελιώδη ηθικά ζητήματα. Μερικά ερωτήματα που προκύπτουν είναι:

- Έχει ένα άτομο το δικαίωμα να επιλέξει ένα πρόωρο θάνατο;
- Ποιος είναι ηθικά υπεύθυνος για την πράξη αυτή; Το ίδιο το άτομο που επιθυμεί την ευθανασία; Ο ιατρός ή ο νοσηλευτής που θα βοηθήσουν το άτομο να θέσει τέρμα στη ζωή του;
- Θα πρέπει η ποιότητα ζωής να αποτελεί κριτήριο για την διακοπή φαρμακευτικής αγωγής;
- Έχουν δικαίωμα οι ασθενείς να αρνηθούν την θεραπευτική τους αγωγή με στόχο τον τερματισμό της ζωής τους;

Η ηθική προσέγγιση του ζητήματος γίνεται από δυο κύριες σκοπιές. Από τη μια, το ηθικό ρεύμα της Συνεπειοκρατίας (ή αλλιώς Ωφελιμισμού) και από την άλλη το ηθικό ρεύμα της Δεοντολογίας.

Οι Συνεπειοκράτες, επηρεασμένοι από πολλά και ποικίλα φιλοσοφικά ρεύματα υποστηρίζουν ότι πρέπει ο άνθρωπος να πράττει εκείνο που θα προκαλέσει το μεγαλύτερο δυνατό καλό στο μέγιστο δυνατό αριθμό ατόμων. Μάλιστα, ο Άγγλος φιλόσοφος Jeremy Bentham καθιέρωσε ένα σύστημα μαθηματικού υπολογισμού των θετικών και αρνητικών συνεπειών μιας πράξης, ώστε το αποτέλεσμα των υπολογισμών αυτών να καθορίσει και την τελική μας πράξη (Bentham, 1948 – Σούρλας, 2008).

Το γεγονός της ευθανασίας δηλαδή δεν περιέχει εκ των προτέρων κάποια ηθική αξία, αλλά πρέπει να υπολογίσουμε τις πιθανές αρνητικές και θετικές συνέπειες που θα έχει η πράξη μας αυτή.

Για να εκληφθεί καλύτερα η Συνεπειοκρατική/Ωφελιμιστική θεωρία ας θέσουμε το κάτωθι υποθετικό παράδειγμα: Η πλούσια και άτεκνη υπερήλικη κυρία Ψ. βρίσκεται σε άγρυπνο κόμμα για μεγάλο χρονικό διάστημα. Δικαιούμαστε ηθικώς να διαπράξουμε την ευθανασία; Για να δώσουμε απάντηση στο ερώτημα αυτό πρέπει να υπολογίσουμε αφενός τις θετικές επιπτώσεις μιας τέτοιας πράξης, όπως για παράδειγμα η οικονομική λύτρωση των αναξιοπαθούντων κληρονόμων της, η εξοικονόμηση πόρων από πλευράς ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, η λύτρωση της

κυρίας Ψ. από πόνους και λοιπά οδυνηρά συναισθήματα. Αφετέρου οι αρνητικές επιπτώσεις θα είναι: η ενδεχόμενη κοινωνική κατακραυγή που θα προκαλέσει μια τέτοια πράξη, οι νομικές συνέπειες, οι ενδεχόμενες τύψεις των κληρονόμων και του ιατρικού προσωπικού, ακόμα και το επιστημονικά παράδοξο ενδεχόμενο ανάκαμψης της υγείας της κυρίας Ψ. και αποκλεισμού της από περαιτέρω ωφέλιμη κοινωνική δραστηριότητα (Σούρλας, 2008).

Η συνεπειοκρατική θεωρία πλήττεται έντονα από το γεγονός ότι αποδεικνύεται στην πράξη επισφαλής. Η φύση του ανθρώπου δεν του επιτρέπει να γνωρίζει με ακρίβεια εκ των προτέρων τις συνέπειες της πράξης του. Η ζωή έχει αποδειχθεί πολλές φορές απρόβλεπτη και ανατρεπτική ώστε κάθε προσπάθεια μαθηματικοποίησής της να αποδεικνύεται ανεπαρκής ως ηθική μέθοδος.

Η μόνη βεβαιότητα που θα μπορούσαμε να αποκομίσουμε βάσει της συγκεκριμένης μεθόδου είναι η παρατήρηση και αξιολόγηση των συνεπειών, αφού αυτές επέλθουν, δηλαδή εκ των υστέρων. Κάτι τέτοιο όμως δεν αποδεικνύεται ηθικά χρήσιμο καθότι δεν προσδίδει καμία πληροφορία στο αν θα πρέπει να πράξουμε κάτι ή όχι, οδηγώντας μας σε ηθική απραξία (Σούρλας, 2008).

Η σχολή της Δεοντολογίας, στον αντίποδα των Συνεπειοκρατών, υποστηρίζει ότι πρέπει να θέσουμε εκ των προτέρων κάποιες ηθικές αξίες, απέναντι στις οποίες οφείλουμε να είμαστε συνεπείς. Κύριος εκπρόσωπος του ρεύματος της δεοντολογίας θεωρείται ο Immanuel Kant ο οποίος θεωρεί ως ύψιστη την έννοια του καθήκοντος (Βασιλογιάννης, 2008).

Όταν ο δεοντολόγος, αποδώσει ύψιστη αξία στην ανθρώπινη ζωή, οφείλει να είναι συνεπής στην ηθική του αρχή και να προστατεύσει την ανθρώπινη ζωή πέρα από διακρίσεις και περιπτώσιολογίες. Το ίδιο συνεπής οφείλει να είναι ο δεοντολόγος και όταν θέσει ως ύψιστη ρυθμιστική αρχή των πράξεων και των αποφάσεων του οποιοδήποτε άλλο όρο αντί εκείνου της ζωής (Βιδάλης, 2008).

Απ' ότι καταλαβαίνουμε λοιπόν, ο δεοντολόγος που θέτει ως ύψιστη ηθική αξία εκείνη της ζωής, θα πρέπει να αρνηθεί την πράξη της ευθανασίας σε οποιαδήποτε μορφή της. Από την άλλη, ο δεοντολόγος που θέτει άλλη ύψιστη ηθική αξία, όπως εκείνη της αξιοπρέπειας, θα γίνει υπέρμαχος της ευθανασίας ώστε να μην αλλοιωθεί η εικόνα του ασθενούς (εξαιτίας της φθοράς που προκαλεί ο πόνος και οι ιατρικές διαδικασίες) στα μάτια της κοινωνίας που τον γνώριζε μέχρι τότε δυνατό και ακμαίο; Η θεώρηση όμως μιας έννοιας ως ύψιστης στην αξιολογική κλίμακα της ηθικής, πράγμα αρκετά δύσκολο, αφού προϋποθέτει την απόλυτη κατανόηση εννοιών που

λόγω συλλογικού συνειδησιακού επιπέδου (επίπεδο συνείδησης του κόσμου) μπορεί να έχουν και μια ρευστότητα και κινητικότητα (Βιδάλης, 2008 – Σούρλας, 2008).

### **10.1 Τα είδη της ευθανασίας**

Η ευθανασία, σύμφωνα με τους (Kunse, Singer, 2001- Βιδάλης, 2008), μπορεί να διαχωριστεί σε τρία είδη, με βασικά στοιχεία τη συναίνεση ή όχι του ασθενή καθώς και τη κατάσταση στην οποία βρίσκεται:

1. **Εκούσια Ευθανασία** - Voluntary Euthanasia: Το άτομο στην εκούσια ευθανασία διατυπώνει ρητά την θέληση του για τερματισμό της ζωής του.
2. **Μη εκούσια Ευθανασία** - Non Voluntary Euthanasia: Το άτομο δεν είναι σε θέση να υποστηρίξει την απόφαση για ευθανασία και για τον λόγο αυτό είναι αμφίβολη η γνώμη του.
3. **Ακούσια Ευθανασία** - Involuntary Euthanasia: Ο ασθενής εκφράζει κάποια στιγμή στο παρελθόν την επιθυμία να διατηρηθεί στη ζωή με όλα τα μέσα ανεξάρτητα με την κατάσταση της υγείας του.

Τα παραπάνω είδη ευθανασίας χωρίζονται σε δύο μέρη:

- Ενεργητική Ευθανασία- Active Euthanasia: Το ιατρικό – παραϊατρικό προσωπικό με απόφαση του χορηγεί στον ασθενή την κατάλληλη ουσία ώστε να επέλθει ο θάνατος.
- Παθητική Ευθανασία - Passive Euthanasia: Ο ιατρός αποσύρει την φαρμακευτική, ιατρική αγωγή από τον ασθενή ώστε να επέλθει ο θάνατος σταδιακά εξαιτίας της απουσίας της ιατρικής υποστήριξης.

Θα αναφερθούμε μόνο στις περιπτώσεις της παθητικής Ευθανασίας - Passive Euthanasia. Οι περιπτώσεις της παθητικής ευθανασίας είναι:

1. **Do not resuscitate orders** (DNR- μη ανάταξη καρδιακής ανακοπής) : Είναι η περίπτωση όπου ο ασθενής δεν έχει πιθανότητα επιβίωσης και ο θάνατος επίκειται εντός ημερών και ο ιατρός ή η ιατρική ομάδα αποφασίζουν ότι στις περιπτώσεις καρδιακής ή αναπνευστικής ανακοπής δεν θα γίνουν προσπάθειες

ανάταξης (Kunse, Singer, 2001). Σε αυτές τις περιπτώσεις τα ερωτήματα που προκύπτουν είναι:

- Ποιοι είναι υπεύθυνοι για αυτή την απόφαση;
- Είναι νομικά επιτρεπτό να ακολουθήσουν τις οδηγίες για Do not resuscitate orders (DNR) οι νοσηλευτές;
- Σε αυτή την απόφαση είναι ενήμερη η οικογένεια του ασθενή;
- Είναι απαραίτητη η συγκατάθεση από την οικογένεια του ασθενή;
- Είναι σύμφωνη όλη η ιατρική ομάδα με αυτή την απόφαση;

**2. Απόσυρση θεραπευτικής αγωγής** η οποία κρατά στη ζωή τον ασθενή – (Withdrawal of life-sustaining treatment). Είναι η απόσυρση θεραπευτικής αγωγής που κρατά στη ζωή τον ασθενή σε περιπτώσεις όπου δεν υπάρχει πιθανότητα επιβίωσης (Kunse, Singer, 2001). Σε αυτές τις περιπτώσεις τα ερωτήματα που προκύπτουν είναι:

- Είναι ηθικά επιτρεπτό να αποσύρεται η θεραπευτική αγωγή από τον ασθενή όταν δεν υπάρχει πιθανότητα επιβίωσης;
- Πότε αποφασίζεται η απόσυρση θεραπευτικής αγωγής;
- Έχουν εξεταστεί όλα τα πιθανά κριτήρια και ο ασθενής δεν έχει πιθανότητα επιβίωσης;
- Τι γίνεται με την ανακουφιστική αναλγητική αγωγή; Ο ασθενής θα πεθάνει με οδυνηρό τρόπο;
- Οι συγγενείς είναι πλήρως ενήμεροι για αυτή την απόφαση και έχουν δώσει την συγκατάθεση τους;
- Πως νιώθουν οι νοσηλευτές που φροντίζουν αυτούς τους ασθενείς;
- Είναι ηθικά έτοιμοι και συμφωνούν με την απόφαση των ιατρών για την απόσυρση της θεραπευτικής αγωγής;
- Πως αντιμετωπίζουν τους στενούς συγγενείς και το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή με τους οποίους έχουν δεθεί όλο το χρονικό διάστημα της νοσηλείας του ασθενή;

Η αξία της ανθρώπινης ζωής κυριαρχεί σε όλες τις θρησκείες και σε όλα τα έθνη και η αφαίρεση της αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα αμαρτήματα. Οι επαγγελματίες

υγείας, έχουν καθήκον την προαγωγή υγείας, την φροντίδα των ασθενών και την ανακούφιση του πόνου (Archimandrite Makarios Griniezas, 2007).

Εάν είναι ενάντια στα πιστεύω και τις αντιλήψεις τους, θα πρέπει να έχουν το δικαίωμα της άρνησης και της μετάθεσης της φροντίδας του ασθενή σε άλλο νοσηλευτή. Θα πρέπει να υπάρχει μια συνεργασία μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών, οι οδηγίες να είναι γραμμένες από τον θεράποντα ιατρό και να είναι ενήμεροι οι στενοί συγγενείς του πάσχοντα. Θα πρέπει να υπάρχουν ειδικά έγγραφα όπου να ενημερώνονται οι συγγενείς και να υπογράφουν συγκατάθεση (Δραγώνα-Μονάχου, 2008).

Με βάση τις αρχές βιοηθικής (στις οποίες έχουμε αναφερθεί και σε προηγούμενο κεφάλαιο), όπως αυτές προτείνονται από τους (Beauchamp & Childress, 2001), θα πρέπει να εξετάζονται εξατομικευμένα για κάθε ασθενή τα ακόλουθα:

- **Αυτονομία** - εάν ο ασθενής έχει τις αισθήσεις του να έχει το δικαίωμα να λαμβάνει ο ίδιος τις αποφάσεις που αφορούν την υγεία του, ή σε περίπτωση που δεν είναι σε θέση να το πράξει ο ίδιος, τις αποφάσεις να τις λαμβάνουν οι συγγενείς του.
- **Ευεργεσίας** - οι αποφάσεις που θα λαμβάνονται να είναι για το καλό του ασθενή, ζυγίζοντας τα υπέρ και κατά της κάθε περίπτωση ξεχωριστά.
- **Μη βλάβης** - η νοσηλευτική και ιατρική φροντίδα θα πρέπει να μη βλάπτει τον ασθενή και έστω και εάν δεν έχει ποιότητα ζωής και υπάρχει απόφαση για DNR ή απόσυρση μη ανακουφιστική αγωγής. Ο ασθενής δεν παύει να χρειάζεται την μέγιστη δυνατή ιατρική-νοσηλευτική φροντίδα για ένα αξιοπρεπή θάνατο.
- **Για την αρχή της δικαιοσύνης** - οι αποφάσεις θα πρέπει να λαμβάνονται ανάλογα με την γενική κατάσταση του ασθενή, ανταπόκριση στη θεραπεία, πιθανότητα επιβίωσης και όχι την ηλικία του ασθενή και την ποιότητα ζωής του.

## **10.2 Η στάση των ιατρών απέναντι στην ευθανασία**

Όταν τελικά κάνουμε λόγο για ευθανασία πρέπει να συνειδητοποιήσουμε ότι μιλάμε για την εκούσια ευθανασία. Οι υπόλοιπες δυο περιπτώσεις της ακούσιας και της εικαζόμενης συναίνεσης παρατηρούνται από πολλούς ως πράξεις φόνου. Το

ηθικό υποκείμενο που είναι άμεσα ενδιαφερόμενο για την αυτοδιάθεσή του οφείλει να εκφράσει καθαρά την άποψή του ώστε να προβληματιστούμε στο αν και κατά πόσο η πράξη της ευθανασίας είναι δόκιμη στην εκάστοτε περίπτωση. Οι εικασίες αλλά και ο παρορμητισμός δεν έχουν θέση σε τόσο σοβαρά ηθικά ζητήματα που χρήζουν εκτεταμένης μελέτης (Βιδάλης, 2008).

Η φιλοσοφία, πέρα από τις όποιες θρησκευτικές δοξασίες που δικαιούται ο καθένας να ενστερνίζεται, οφείλει να προβληματίζεται συστηματικά και έντονα πάνω στο δικαίωμα του ανθρώπου στην αυτοδιάθεση της ζωής και της αξιοπρέπειάς του (<http://www.filosofia.gr>)

Αυτά τα προβλήματα προκάλεσαν πρόσφατα τη λήψη ειδικών μέτρων, καθώς υπάρχουν πολλά περιστατικά σοβαρών ασθενειών, όπως ο καρκίνος, ή οι διαταραχές της εγκεφαλικής κυκλοφορίας του αίματος, τα οποία οδηγούν σε μία ανίατη, ανεπανόρθωτη βλάβη, που συνδέεται με περιόδους παρατεταμένου πόνου. Παρ' όλα αυτά υπάρχει ακόμη διαμάχη για τα συναφή νομικά και βιο-ηθικά προβλήματα. Η ευθανασία θεωρείται ισότιμη με φόνο στη νομοθεσία ορισμένων κρατών, όπως είναι π.χ. η Γαλλία, ενώ και η ελληνική νομοθεσία αποκλείει την ενεργητική ευθανασία με το άρθρο 300 του Ποινικού κώδικα (Βιδάλης, 2008).

Στατιστική έρευνα του Βρετανικού Ιατρικού Συνδέσμου που έλαβε χώρα σε ιαπωνικά νοσοκομεία, δημοσιευμένη ήδη από το 2001 στο επιστημονικό περιοδικό «Journal of Medical Ethics» καταδεικνύει σε αριθμούς τη στάση του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού σχετικά με το φαινόμενο της εκούσιας ευθανασίας: Ένα 54% του ιατρικού και ένα 53% του παραϊατρικού προσωπικού παραδέχθηκε με τη μέθοδο του προσωπικού ερωτηματολογίου (σε αντιπροσωπευτικό δείγμα 366 ερωτηθέντων) ότι τους έχει ζητηθεί να πράξουν την ευθανασία ενώ μόλις το 5% των γιατρών και το 0% του παραϊατρικού προσωπικού προχώρησαν στην ενεργητική ευθανασία.

Παρόλα αυτά, το 88% των πρώτων και το 85% των δεύτερων πιστεύει ότι μερικές φορές είναι λογικό οι ασθενείς να αιτούνται ευθανασίας τη στιγμή που το 33% των πρώτων και το 23% των δεύτερων πιστεύουν ότι κάτι τέτοιο θα ήταν ηθικά ορθό και το 22% και 15% αντίστοιχα θα έπρατταν τις διαδικασίες της εκούσιας ευθανασίας αν αυτό ήταν νόμιμο στη χώρα τους (British Medical Association, 2001).

Η στατιστική αυτή μας δείχνει ότι από τη μία κατανοείται η ανάγκη του ασθενούς για πρόωρο τέλος της ζωής του, από την άλλη όμως (ηθικά) δύσκολα του αναγνωρίζεται αυτό το δικαίωμα. Μπροστά σε αυτό το δίλημμα, ο ιατρός πιστεύει ότι

με την διακοπή της ιατρικής αρωγής σε ένα άτομο που αιτείται ευθανασίας, γλιτώνει από ενδεχόμενες τύψεις αλλά και νομικές συνέπειες. Ηθικά όμως δεν διαφοροποιείται αρκετά, διότι επιτυγχάνεται ο ίδιος σκοπός της ευθανασίας και μάλιστα, πολλές φορές, στην πιο οδυνηρή μορφή για τον ασθενή.

Επιπροσθέτως, οφείλουμε να επισημάνουμε ότι τελικός αξιολογικός κριτής της πράξης της ευθανασίας θα ήταν τελείως εσφαλμένο να είναι αποκλειστικά το ιατρικό προσωπικό. Η γνώση και η συμβολή του είναι αναμφισβήτως πέρα για πέρα χρήσιμη, όμως το ηθικό ζήτημα οφείλει να αντιμετωπίζεται σοβαρά και λεπτομερειακά από μια ευρύτερη ομάδα ανθρώπων που θα απαρτίζεται τόσο από τους συγγενείς του ασθενούς, όσο και από εκπροσώπους της αρμόδιας επιστημονικής και πολιτικής κοινότητας. Ο ιατρός δεν περιλαμβάνει εξ'ορισμού στην ιδιότητά του το ρόλο του ηθικού αξιολογητή και γι' αυτό το λόγο μια πράξη που θα εκπορευόταν από την ηθική στάση του ίδιου και μόνο δε θα ήταν χρήσιμη (Κουτσελίνη, 1990).

Η σύγκληση επιτροπών ηθικής αξιολόγησης για τέτοια σοβαρά ζητήματα είναι κοινός τόπος σε πολλές χώρες του δυτικού κόσμου. Είναι απαράδεκτο να συντάσσονται νόμοι και να διαπράττονται πράξεις τεραστίου ηθικού βάρους χωρίς προηγουμένως να έχει μελετηθεί το θέμα εις βάθος από κατάλληλους θεωρητικούς και θετικούς επιστήμονες.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11<sup>ο</sup>

### 11.Ο ΗΘΙΚΟΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ

Όπως συμβαίνει με όλες τις ανθρώπινες εξελίξεις, αυτός ο ιδιαίτερος χώρος της ιατρικής επιστήμης, παρά την ελπίδα για υγεία και ζωή που προσφέρει, παρουσιάζει, επίσης, κάποια σοβαρά θέματα που πρέπει να εξεταστούν υπό το φως μιας διορατικής ανθρωπολογικής και ηθικής σκέψης.

Και σε αυτό το χώρο της ιατρικής επιστήμης, τα θεμελιώδη κριτήρια πρέπει να είναι η άμυνα και η προώθηση του καλού για τον άνθρωπο, σύμφωνα με τη μοναδική αξιοπρέπεια που μας ανήκει λόγω της ανθρώπινης φύσης μας. Συνεπώς, κάθε ιατρική διαδικασία που εκτελείται στο ανθρώπινο σώμα είναι υποκείμενη σε κάποια όρια: όχι μόνο τα όρια που αφορούν στο τι είναι τεχνολογικά δυνατό, αλλά και τα όρια που προσδιορίζονται με βάση το σεβασμό στην ανθρώπινη φύση: επειδή κάτι είναι τεχνολογικά δυνατό, δεν σημαίνει από μόνο του ότι είναι ηθικά αποδεκτό / επιτρεπτό (Habermas, 2004).

Πρέπει να τονιστεί ότι η κάθε μεταμόσχευση οργάνου πηγάζει από μια απόφαση μεγάλης ηθικής αξίας: «η απόφαση να προσφέρεις χωρίς αντάλλαγμα ένα μέρος του σώματός σου για την υγεία και ευημερία ενός άλλου ανθρώπου», εδώ ακριβώς βρίσκεται η μεγαλοψυχία της χειρονομίας, μια γνήσια πράξη αγάπης. Δεν αποτελεί απλώς μία πράξη όπου χαρίζουμε κάτι που μας ανήκει, αλλά μία πράξη στην οποία χαρίζουμε κάτι από τον εαυτό μας (Κωστοπαναγιώτου, 2002).

Το ανθρώπινο σώμα δεν μπορεί να θεωρηθεί σαν ένα απλό σύμπλεγμα ιστών, οργάνων και λειτουργιών. Η οποιαδήποτε εμπορευματοποίηση ενός μέλος του σώματος παραβιάζει την αξιοπρέπεια του ανθρώπου (Debry, 1990 - Archimandrite Makarios Griniezakis, 2007).

Η ανάγκη για πληροφορημένη συγκατάθεση είναι μεγάλης ηθικής σημασίας. Η ανθρώπινη αυθεντικότητα μιας τέτοιας απόφασης απαιτεί από το άτομο να είναι σωστά ενημερωμένο για τις διαδικασίες, για να μπορεί να είναι σε θέση να δώσει τη συγκατάθεση ή την άρνησή του, συνειδητά και ελεύθερα.

Λόγω της μοναδικότητας της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, ζωτικά όργανα, από τα οποία έχουμε μόνο ένα στο σώμα μας, μπορούν να αφαιρεθούν μόνο μετά θάνατον (Παπαγαρουφάλη, 2002). Το παραπάνω φέρνει στο φως ίσως το πιο διαμαχόμενο



θέμα στη σύγχρονη βιοηθική, το πρόβλημα της επιβεβαίωσης της πράξης του θανάτου. Πότε μπορεί να θεωρηθεί ένας άνθρωπος νεκρός με απόλυτη βεβαιότητα;

Ωστόσο η ανθρώπινη εμπειρία, έχει δείξει ότι όταν έρθει ο θάνατος, αναπόφευκτα ακολουθούν συγκεκριμένες βιολογικές ενδείξεις, τις οποίες η ιατρική τις αναγνωρίζει με όλο και μεγαλύτερη ακρίβεια. Σύμφωνα με αυτή τη σκέψη, τα κριτήρια για τον προσδιορισμό του θανάτου που χρησιμοποιούνται σήμερα από την ιατρική, δεν θα πρέπει να θεωρούνται ως ο τεχνολογικός - επιστημονικός προσδιορισμός της ακριβούς στιγμής του θανάτου, αλλά να θεωρούνται ως ασφαλή μέτρα για την αναγνώριση των βιολογικών ενδείξεων, ότι το άτομο είναι πραγματικά νεκρό (Habermas, 2004).

Όσον αφορά στις παραμέτρους που χρησιμοποιούνται σήμερα για τον προσδιορισμό του θανάτου - εγκεφαλικές ενδείξεις ή καρδιοαναπνευστικές ενδείξεις- η Εκκλησία δεν παίρνει τεχνικές αποφάσεις. Περιορίζεται στο να συγκρίνει τα δεδομένα της ιατρικής επιστήμης με την Χριστιανική κατανόηση της ενότητας του ανθρώπου, αποκαλύπτοντας τις ομοιότητες και τις πιθανές συγκρούσεις, ικανές να φέρουν σε κίνδυνο το σεβασμό για την ανθρώπινη αξιοπρέπεια (Archimandrite Makarios Griniezakis, 2007).

Αν τα κριτήρια για πλήρες και αμετάκλητο σταμάτημα όλων των δραστηριοτήτων του εγκεφάλου εφαρμοστούν αυστηρά, αυτό δεν έρχεται σε σύγκρουση με τα απαραίτητα στοιχεία μιας υγιούς ανθρωπολογίας. Έτσι οι ιατροί, υπεύθυνοι για τον προσδιορισμό του θανάτου, μπορούν να χρησιμοποιήσουν αυτά τα κριτήρια ως βάση, για να φτάσουν στο βαθμό βεβαιότητας στην ηθική κρίση, δηλαδή στην λεγόμενη ηθική βεβαιότητα. Μόνο όταν υπάρχει αυτή η ηθική βεβαιότητα και έχει δοθεί πληροφορημένη συγκατάθεση, είναι ηθικά αποδεκτή η αφαίρεση οργάνων για μεταμόσχευση (Βιδάλης, 2008).

Άλλη μια ερώτηση μεγάλης ηθικής σημασίας, είναι αυτή της κατανομής, μέσα από λίστες αναμονής, των οργάνων και η απόδοση προτεραιοτήτων. Από ηθικής πλευράς, τα κριτήρια αυτά δεν πρέπει να προκαλούν διακρίσεις που να βασίζονται είτε στην ηλικία, το φύλο, τη φυλή, τη θρησκεία, την κοινωνική θέση είτε σε ωφελμιστικές διακρίσεις σαν αυτές που βασίζονται στην ικανότητα εργασίας και κοινωνικής χρησιμότητας του ατόμου. Αντιθέτως, θα πρέπει να βασίζονται σε ανοσολογικούς και κλινικούς παράγοντες (Κωστοπαναγιώτου, 2002).

Σε κάθε περίπτωση, μέθοδοι που δεν σέβονται την αξιοπρέπεια και την αξία του ανθρώπου θα πρέπει να αποφευχθούν. Συγκεκριμένα όσον αφορά στην ανθρώπινη κλωνοποίηση με σκοπό την απόκτηση ανθρώπινων οργάνων, οι τεχνικές αυτές στο βαθμό που εμπλέκουν την εκμετάλλευση και καταστροφή ανθρώπινων εμβρύων, δεν είναι ηθικά αποδεκτές, ακόμα και όταν ο τελικός στόχος είναι καλός. Η επιστήμη καταδεικνύει και άλλες μορφές θεραπευτικής παρέμβασης που δεν θα περιλαμβάνουν την κλωνοποίηση εμβρυϊκών κυττάρων, αλλά θα χρησιμοποιούν stem κύτταρα από ενήλικους. Αυτή είναι η κατεύθυνση που πρέπει να ακολουθήσει η επιστήμη αν θέλει να σέβεται την αξιοπρέπεια του κάθε ανθρώπινου όντος, ακόμα και αυτών που βρίσκονται στο εμβρυϊκό στάδιο (Βιδάλης, 2007).

Η Ελλάδα εμφανίζει έλλειψη πολιτικής αλλά και νομικής εμπειρίας σε ό,τι αφορά τα θέματα της βιοτεχνολογίας, με εξαίρεση πρόσφατο νόμο (3089/23.12.02) ο οποίος απαγορεύει την αναπαραγωγική κλωνοποίηση, αφήνοντας όμως ανοιχτό το ζήτημα της θεραπευτικής. Μάλιστα, με βάση στοιχεία επιστημονικής έρευνας που αφορά το θέμα αυτό, προκύπτει ότι οι Έλληνες τάσσονται στην πλειοψηφία τους υπέρ της θεραπευτικής κλωνοποίησης, δηλαδή αυτής που αφορά τη θεραπεία ασθενειών και τη δημιουργία οργάνων για μεταμόσχευση, με χρήση εμβρυϊκών βλαστικών κυττάρων (Tzamalouka G., Soultatou P., Papadakaki M., Chatzifotiou S., Tarlatzis B., Chliaoutakis J., 2005).

Όταν αναφερόμαστε σε αυτά τα θέματα, η συμβουλή φιλοσόφων και θεολόγων είναι σημαντική. Οι προσεκτικές και ικανές σκέψεις τους πάνω σε ηθικά ζητήματα που σχετίζονται με τη μεταμοσχευτική θεραπεία, μπορούν να βοηθήσουν για να ξεκαθαρίσουμε τα κριτήρια για το ποια είδη μεταμοσχεύσεων είναι ηθικά αποδεκτά και κάτω από ποιες συνθήκες και κυρίως σε σχέση με το σεβασμό της αξιοπρέπειας του κάθε ατόμου.

Τελειώνοντας, εκφράζουμε την ελπίδα ότι η έρευνα στο χώρο της μεταμόσχευσης θα συνεχίσει να προοδεύει και θα επεκταθεί σε πειράματα με νέες θεραπείες, οι οποίες μπορούν να αντικαταστήσουν τη μεταμόσχευση οργάνων, όπως κάποιες πρόσφατες εξελίξεις στην προσθετική.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12<sup>ο</sup> 12.ΤΑ ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ

Η άμβλωση συνιστά ένα άλλο φλέγον ζήτημα στο χώρο της Ιατρικής Ηθικής. Παρότι το πρόβλημα έχει κάπως διευθετηθεί νομικά με την θεσμοθέτηση του δικαιώματος των γυναικών στην άμβλωση, εντούτοις ως προς το ηθικό του σκέλος παραμένει ασαφές και αμφιλεγόμενο.

Το γεγονός αυτό είναι απολύτως εύλογο, εάν αναλογισθεί κανείς τις εγγενείς διαφορές που διακρίνουν τον νόμο από την ηθική. Σε ότι αφορά στη νομική αντιμετώπιση του θέματος, η άμβλωση δεν συνιστά τίποτε περισσότερο από την σκόπιμη διακοπή της κύησης και την συνεπαγόμενη θανάτωση του εμβρύου.

Αν εξετασθεί ηθικά, παρόλα αυτά, η άμβλωση απέχει πολύ από το να θεωρηθεί ενιαία πρακτική. Διότι είναι απολύτως σαφές πως η καταφυγή στην άμβλωση μιας τρομαγμένης εφήβου θα αξιολογηθεί διαφορετικά από την απόφαση μιας ώριμης γυναίκας η οποία επιλέγει την άμβλωση φοβούμενη τις αισθητικές επιπτώσεις της εγκυμοσύνης στη σιλουέτα της (Bankole, 1999).

Επίσης, θα ήταν εξαιρετικά απλουστευτικό και κοντόφθαλμο να θεωρήσουμε ταυτόσημη την άμβλωση που επιλέγεται κατόπιν ενός βιασμού ή ενώπιον της απειλής που η εγκυμοσύνη τυχόν συνεπάγεται για την ζωή της εγκύου με την περίπτωση κατά την οποία η διακοπή της κύησης συνιστά επιλογή επαγγελματικής σταδιοδρομίας. Η Ιατρική Ηθική αδυνατεί να αντιμετωπίσει την άμβλωση ως αδιαφοροποίητη πρακτική.

Ακόμη περισσότερο, η άμβλωση ως ηθικό πρόβλημα αφορά έναν πολύ μεγάλο αριθμό ανθρώπων. Καταρχήν, βέβαια, την ίδια την έγκυο γυναίκα, η οποία πολλές φορές βασανίζεται από το ερώτημα σχετικά με το κατά πόσον έχει το δικαίωμα να θέσει τέλος στη ζωή του εμβρύου που κυοφορεί. Κατά δεύτερον το ζήτημα αφορά τον σύντροφο, εάν υπάρχει, αφού το έμβρυο συνδέεται και μαζί του με σχέση όχι μόνο προέλευσης αλλά και εξάρτησης. Εάν η έγκυος επιλέξει την άμβλωση, έχει ο σύντροφος το δικαίωμα να αρνηθεί ή φέρει και εκείνος το όποιο ηθικό βάρος σε περίπτωση που συναινέσει; (Buffalo, 2004).

Επιπλέον, στο πρόβλημα δεν μπορεί να μην εμπλακεί ο ιατρικός κόσμος, αφού η διακοπή της κύησης ανατίθεται στα μέλη του. Έχει ο γιατρός το ηθικό δικαίωμα να αρνηθεί την άμβλωση εάν η συνείδησή του το επιβάλλει ή είναι υποχρεωμένος να

υπακούσει στη θέληση του εντολέα του; Εάν αρνηθεί και η έγκυος καταφύγει σε μη εξειδικευμένα άτομα ή σε εμπειρικές μεθόδους που θα προκαλέσουν τον θάνατό της, θα φέρει ευθύνη για την θλιβερή κατάληξη ή όχι; Εάν ο γιατρός συναινέσει στην διενέργεια της άμβλωσης, συναινεί σε φόνο; Φέρει και εκείνος την ευθύνη της πράξης, ή αυτή ανήκει αποκλειστικά στην έγκυο, η οποία έκανε και την επιλογή της διακοπής της εγκυμοσύνης;

Όλα τα παραπάνω αποτελούν μερικά μόνο –τα ποιο ευλογοφανή, ίσως- από τα ηθικά προβλήματα που συνοδεύουν την άμβλωση. Εμείς θα επιχειρήσουμε απλώς να σκιαγραφήσουμε την σχέση άμβλωσης και φόνου, να κρίνουμε την αντιμετώπιση του εμβρύου ως φορέα αυτόνομης ζωής και παράλληλα να εξετάσουμε αν μια τέτοια αντιμετώπιση αντίκειται στην διακοπή της κύησης. Μια τέτοιου είδους εξέταση θα μπορούσε να αποδειχθεί ιδιαίτερα χρήσιμη, αφού μια γυναίκα που επιλέγει την άμβλωση συνήθως επωμίζεται πολυποίκιλα βάρη, με σημαντικότερο αυτό της ηθικής απαξίωσης της επιλογής της (Isensee, 2002).

Αυτή η ηθική απαξίωση ενίοτε λαμβάνει την μορφή ανοικτής αντίθεσης, μομφής ή και κοινωνικής κατακραυγής από την πλευρά του κοινωνικού συνόλου, ενώ δεν παύει να βασανίζει τη συνείδηση της γυναίκας που διέκοψε ή θα διακόψει την εγκυμοσύνη της (Πρωτοπαπαδάκης, 2005). Παρακάτω εξετάζουμε αν η αντίληψη και η στάση αυτή δικαιολογείται ηθικά.

### **12.1 Η ηθική διάσταση της άμβλωσης**

Το σημαντικότερο επιχείρημα όσων αντιτίθενται στην άμβλωση, είναι πως αυτή στην πράξη συνιστά φόνο, αφού το έμβρυο είναι ένας ζωντανός οργανισμός με λειτουργίες, ταυτότητα, προοπτικές. Η άμβλωση αφορά στην διακοπή της ζωής ενός ανθρώπινου όντος. Το ερώτημα που τίθεται λοιπόν, είναι το εξής: έχουμε το ηθικό δικαίωμα να θέσουμε τέλος στη ζωή ενός ανθρώπινου όντος, όταν μάλιστα αυτό είναι εντελώς αθώο και, ακόμη περισσότερο, δεν μας έχει δώσει την συγκατάθεσή του; (Georges, 1996). Το επιχείρημα των πολεμίων της άμβλωσης είναι περίπου το εξής:

A. Το έμβρυο συνιστά ζωντανή ανθρώπινη ύπαρξη.

B. Η θανάτωση κάθε ανθρώπινης ύπαρξης συνιστά φόνο, άρα ηθικά απαράδεκτη πράξη.

Γ. Η άμβλωση είναι φόνος, άρα είναι ηθικώς απαράδεκτη.

Το επιχείρημα φαίνεται ισχυρό, χωρίς αυτό να σημαίνει πως δεν γεννά ερωτηματικά και προβληματισμό. Και τούτο διότι θα μπορούσαν να αμφισβητηθούν ως προς την ισχύ τους και οι δύο προκείμενες που οδηγούν στο συμπέρασμα. Η πρώτη προκείμενη αναγνωρίζει στο έμβρυο ζωή αλλά και ανθρώπινη ύπαρξη. Ισχύει όμως πράγματι αυτό;

Σε ότι αφορά στη ζωή, το ερώτημα είναι περισσότερο ιατρικό και λιγότερο ηθικό, και για να απαντηθεί επαρκώς, θα απαιτούσε την ενημέρωση της ηθικής από την ιατρική επιστήμη. Ο όρος «ζωή», και μάλιστα ανθρώπινη ζωή, είναι ιδιαίτερα προβληματικός (Isensee, 2002). Η ιατρική ηθική έρχεται διαρκώς αντιμέτωπη με αυτόν τόσο στην περίπτωση της ευθανασίας, όσο σε αυτήν της κλωνοποίησης ή της μεταμόσχευσης οργάνων. Συνιστά, για παράδειγμα, ανθρώπινη ζωή η ασυνείδητη ύπαρξη; Ο ασθενής που βρίσκεται σε άγρυπνο κόμα είναι εν ζωή ή όχι; Ο κλωνοποιημένος ιστός που θα παράξει βλαστοκύτταρα είναι ένα δυνάμει ανθρώπινο ον ή όχι; (Σούρλας, 2001). Το έμβρυο, αντίστοιχα, αποτελεί ζωντανό ανθρώπινο οργανισμό ή δεν είναι τίποτε περισσότερο παρά ζωικός ιστός με μια ορισμένη δυναμική;

Θεωρούμε πως η απάντηση που θα δοθεί δεν μπορεί σε καμία περίπτωση να είναι ενιαία και αδιαφοροποίητη. Και τούτο διότι το έμβρυο κατά την τέταρτη εβδομάδα της κύησης έχει εντελώς διαφορετική μορφή και ιδιότητες σε σχέση με τον έκτο ή έβδομο μήνα ύπαρξής του. Το έμβρυο είναι ένα μόρφωμα στο οποίο σταδιακά προστίθενται ιδιότητες, μια διαδικασία της οποίας η ολοκλήρωση παράγει έναν πλήρη ανθρώπινο οργανισμό (Dworkin, 1994).

Το πρόβλημα λοιπόν, έγκειται ακριβώς στο σημείο εκείνο κατά το οποίο θα πρέπει να αναγνωρίσουμε στο έμβρυο την ιδιότητα της ζωής. Με ποιο κριτήριο όμως θα χαράξουμε στην εξελικτική παρουσία του εμβρύου αυτή την νοητή γραμμή, πέρα από την οποία αυτό χαρακτηρίζεται ζωντανός οργανισμός, ενώ προ αυτής δεν αποτελούσε τίποτε περισσότερο από έναν εξελισσόμενο ιστό; Μήπως ένα τέτοιο εγχείρημα δεν θα μπορούσε παρά να συνοδεύεται από απόλυτη αυθαιρεσία;

Παρότι πολλοί ορισμοί έχουν κατά καιρούς προσπαθήσει να περιγράψουν την ουσία αυτού που ονομάζουμε ζωή, θεωρώ πως με ασφάλεια θα μπορούσε να μας καθοδηγήσει μια απλή και ακλόνητη διαπίστωση: εν ζωή βρίσκεται μόνο αυτό που κάποια στιγμή μπορεί να πεθάνει (Lane, 2003).

Ακολουθώντας την συλλογιστική αυτή θα μπορούσαμε να ισχυρισθούμε πως το έμβρυο είναι ζωντανός οργανισμός μόνο αν μπορεί να θανατωθεί ή καλύτερα, από την στιγμή εκείνη της εξελικτικής του πορείας έπειτα από την οποία θα μπορούσε να πεθάνει. Δεδομένου του ότι μιλούμε περί ενός ανθρώπινου οργανισμού, για να περιγράψουμε τον θάνατο ενός εμβρύου θα πρέπει να χρησιμοποιήσουμε τους όρους που χρησιμοποιούμε για οποιοδήποτε ανθρώπινο όν (Dworkin, 1994).

Είναι γνωστό πως ο ορισμός του θανάτου έχει πάρει διάφορες μορφές μέσα στον χρόνο. Εν γένει μπορεί να ορισθεί ως αναπνευστικός, εγκεφαλικός ή καρδιακός. Αυτό σημαίνει πως εάν σταματήσει η αυτόνομη αναπνευστική, καρδιακή και τέλος εγκεφαλική λειτουργία, το ανθρώπινο όν λογίζεται νεκρό. Η σύγχρονη ιατρική, βέβαια, λαμβάνει υπόψη της τον εγκεφαλικό θάνατο, αφού η αναπνευστική και καρδιακή λειτουργία μπορούν πλέον να υποστηριχθούν μηχανικά (Lane, 2003).

Το έμβρυο λοιπόν, για να θεωρηθεί πως ζει, πρέπει να μπορεί να πεθάνει και, για να είναι δυνατόν αυτό, πρέπει να έχει αναπτύξει αυτόνομες αναπνευστικές, καρδιακές και εγκεφαλικές λειτουργίες, οι οποίες αν διακοπούν θα το οδηγήσουν στον θάνατο. Από την στιγμή που οι λειτουργίες αυτές έχουν διαμορφωθεί, το έμβρυο αποκτά και την ιδιότητα της ζωής. Προτού όμως αυτό συμβεί, η αναγνώριση ζωής θα ήταν άτοπη, αφού θα επρόκειτο περί ζωής της οποίας η παύση δεν θα μπορούσε να ορισθεί (Callahan, 1970 - Isensee, 2002).

Είναι πλέον προφανές, πως το ηθικό ερώτημα περί της άμβλωσης μετατρέπεται σε ιατρικό. Η ηθική πρέπει να ενημερωθεί από την ιατρική επιστήμη για να λάβει θέση επί του ζητήματος. Πότε το έμβρυο αποκτά αυτόνομη αναπνευστική, καρδιακή και εγκεφαλική λειτουργία; Στην απορία αυτή θα μπορούσε να απαντήσει ίσως ένας εξειδικευμένος επιστήμονας με ακρίβεια. Είναι πάντως βέβαιο, πως αυτό δεν συμβαίνει την επόμενη μέρα της σύλληψης, αλλά ούτε και κατά τις πρώτες εβδομάδες της κύησης. Αυτό συνεπάγεται πως η άμβλωση που λαμβάνει χώρα εντός των χρονικών αυτών πλαισίων δεν συνιστά φόνο, αφού δεν υπάρχει διαμορφωμένη ζωή (Buffalo, 2004).

Από την άλλη, αν θεωρήσουμε πως η διακοπή της δυνατότητας εκδήλωσης ανθρώπινης ζωής αποτελεί ηθικά απαράδεκτη πράξη, τότε είμαστε υποχρεωμένοι να καταδικάσουμε και την αντισύλληψη. Και τούτο γιατί τόσο τα ανδρικά όσο και τα γυναικεία αναπαραγωγικά κύτταρα ενσωματώνουν την δυνατότητα ζωής.

Υπό την έννοια αυτή, η παρεμπόδιση της φυσιολογικής ένωσής τους θα έπρεπε να εκληφθεί ως διακοπή της δυνατότητας εκδήλωσης ζωής, ως τεχνητό κώλυμα στην

φυσιολογική εξελικτική πορεία του αρσενικού και θηλυκού γενετικού υλικού. Θα έπρεπε ακόμη, ίσως, να καταδικάσουμε και την αποχή από την αναπαραγωγική πράξη, αφού συνιστά καταστροφή της εγγενούς δυνατότητας των αναπαραγωγικών κυττάρων για την δημιουργία ζωής (Singer, 1986).

Όμως, είναι κοινός τόπος πως η αντισύλληψη δεν συνιστά φόνο, ενώ θα ήταν πραγματικά αδιανόητο η διαρκής αναπαραγωγή να θεωρηθεί ηθικό καθήκον του ανθρώπου. Με άλλα λόγια, η διακοπή της δυνατότητας εκδήλωσης ζωής δεν συνιστά ανήθικη πρακτική. Απαράδεκτος ηθικά είναι ο φόνος. Μόνο μια διαμορφωμένη ζωντανή ύπαρξη μπορεί να φονευθεί. Συμπερασματικά, η άμβλωση σε πρώιμο στάδιο δεν μπορεί να συνιστά φόνο (Πρωτοπαπαδάκης, 2005).

Όλα τα παραπάνω σε καμία περίπτωση δεν θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για να καθαγιάσουν την άμβλωση. Η επιλογή της μητρότητας είναι σύμφωνη με τη φυσική τάση μιας γυναίκας και, σίγουρα, ένα υπέροχο δώρο. Αυτό δεν σημαίνει πως η γυναίκα που επιλέγει να παραμείνει άτεκνη ή πως αυτή που διακόπτει την κύηση διαπράττει κάτι ενάντια στην φύση της.

Κάθε γυναίκα που κυοφορεί, θεωρεί τον εαυτό της ευτυχή και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αλλά και ενώπιον της προσδοκίας του τοκετού. Βέβαιο επίσης είναι πως η μητρότητα, παρά τις θυσίες και τα βάρη που συνεπάγεται, αποζημιώνει κάθε στιγμή μια μητέρα με την ευτυχία που της χαρίζει. Άλλωστε, η αποδοχή της εγκυμοσύνης από την εκάστοτε μέλλουσα μητέρα είναι πάντοτε μια πράξη γενναιότητας και ευγένειας, αφού επιλέγει ελεύθερα την κατάστασή της έχοντας επίγνωση των βαρών που αυτή θα προκαλέσει (Georges, 1996).

Η Εκκλησία τήρησε εξ αρχής αρνητική στάση στο θέμα των αμβλώσεων και με τους Ιερούς Κανόνες καταδίκασε απερίφραστα τις αμβλώσεις, γιατί τις θεωρεί ίσες με φόνο. Τοποθετείται κριτικά απέναντι στην πράξη του γύρω της κόσμου ως προς τα βρέφη. Η χριστιανική ηθική στρέφεται κατά των αμβλώσεων, επικεντρώνοντας τα επιχειρήματά της κυρίως στο ότι αποτελούν παράβαση της έβδομης εντολής του Δεκαλόγου, «ου φονεύσεις». Εφόσον το έμβρυο αποτελεί μία ψυχοσωματική ύπαρξη, οποιαδήποτε πράξη αφορά τη φθορά ή την άμβλωση, χαρακτηρίζεται ως φόνος ή ως πράξη που οδηγεί στο φόνο (Chliaoutakis, Drakou, Gnardellis, Galariotou, Carra, Chliaoutaki, 2002).

Παρότι, όμως, η διατήρηση της κύησης συνιστά μια υπέροχη και υψηλή επιλογή, δεν θα μπορούσαμε να πούμε πως η απόφαση μιας εγκύου να διακόψει την εγκυμοσύνη της αποτελεί ηθικώς επιλήψιμη πράξη ή πολύ περισσότερο, ηθικό

παράπτωμα, με βάση το γεγονός πως τίθεται τέλος σε μια ανθρώπινη ζωή. Μπορεί να είναι δυσάρεστη, ορισμένες φορές εγωιστική, άλλοτε δείγμα ανευθυνότητας και αδιαφορίας. Το βέβαιο όμως είναι πως, μια έγκαιρη άμβλωση δεν μπορεί λογικά και ηθικά να συνιστά φόνο (Πρωτοπαπαδάκης, 2005).

Υπό την έννοια αυτή η γυναίκα που επιλέγει να διακόψει την κύησή της, για οποιοδήποτε λόγο και αν καταφεύγει στην επιλογή αυτή, σε καμία περίπτωση δεν μπορεί και δεν πρέπει να επιφορτισθεί το ηθικό βάρος του τερματισμού μιας ανθρώπινης ζωής. Μπορεί να καταστρέφει όντως την δυνατότητα της εκδήλωσης μιας ζωής, όμως για την ηθική διαφορετικό πράγμα είναι η δυνατότητα και άλλο η πραγματικότητα. Και απ'ότι καταλαβαίνουμε, μια δυνατότητα αδυνατεί να φονευθεί.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13<sup>ο</sup>

### 13. ΤΕΧΝΗΤΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ

Από το 1950 έχει παρατηρηθεί μια γενική τάση μείωσης του αριθμού των σπερματοζωαρίων στο ανδρικό σπέρμα. Γι' αυτό ενδέχεται να ευθύνονται οι αλλαγές στο περιβάλλον, στις συνήθειες του φαγητού, στον τρόπο ένδυσης και στο ρυθμό της ζωής. Αυτή η αρνητική τάση διαπιστώνεται στα ολοένα αυξανόμενα περιστατικά ανδρικής στειρότητας, παρόλο που και πολλές γυναίκες πάσχουν από στειρότητα. Αυτή η κατάσταση απαιτεί ιατρική θεραπεία και οι μέθοδοι που ακολουθούνται ή βρίσκονται υπό ανάπτυξη και σύμφωνα με τους (Debry, 1988 - Αλαχιώτης, 2004) είναι οι εξής:

- Χρησιμοποίηση φαρμάκων και ιδιαίτερα ορμονών.
- Βελτίωση in vitro (στο σωλήνα) της ποιότητας του σπέρματος: επιλέγοντας σπέρμα με επιθυμητές ιδιότητες - κινητικότητα, γονότυπος - δια μέσου φυγοκέντρησης, φιλτραρίσματος με ίνες γυαλιού, θέτοντας σε λειτουργία την ενεργοποιητική ιδιότητα της μήτρας, προσθέτοντας στο εργαστήριο διεγερτικές του σπέρματος ουσίες και ακολούθως εισάγοντας το επιλεγμένο σπέρμα είτε στη μήτρα - ενδομητριακή εμφύτευση - είτε στο κατώτερο μέρος της κοιλιακής χώρας - άμεση κοιλιακή εμφύτευση.
- Γονιμοποίηση του ωαρίου στο σωλήνα. Στο στάδιο των εργαστηριακών δοκιμών βρίσκονται διάφορες παραλλαγές της μεθόδου όπως η εισαγωγή του σπέρματος στο κυτταρόπλασμα ή στον περιβιτελλινικό χώρο του ωαρίου.

Η τεχνητή γονιμοποίηση χρησιμοποιείται επιτυχώς τις τελευταίες δεκαετίες. Αρχικά παρουσιάστηκε στο Βέλγιο πριν από 25 χρόνια με τη χρήση σπέρματος είτε του συζύγου της ασθενούς, είτε ενός δωρητή. Πρόσφατα, χρησιμοποιήθηκαν μέθοδοι που περιλαμβάνουν τη δωρεά γονιμοποιημένων ωαρίων ή εμβρύων και έδωσαν ενθαρρυντικά, αν και περιορισμένα, αποτελέσματα (Τζαμαλούκα, Χλιαουτάκης, 2006).

Τέτοιοι επιστημονικοί νεωτερισμοί έχουν πολλές ηθικές επιπλοκές. Αυτές οι εξελίξεις δίνουν ελπίδα σε ανθρώπους που επιθυμούν να κάνουν παιδιά. Σε γενικές γραμμές, καμία από τις τεχνικές που χρησιμοποιούνται δεν είναι δυνατόν να

απορρίπτεται εκ των προτέρων. Κάθε περίπτωση που ανακύπτει πρέπει να αναλύεται ξεχωριστά.

Καθώς οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται απαιτούν μεγάλη επιστημονική γνώση, ενδέχεται η εφαρμογή τους να προξενήσει αμηχανία στους απλούς ανθρώπους και να οδηγήσει σε παρεξηγήσεις (Rollin, 2007). Σε αυτήν την περίπτωση, είναι χρήσιμο να ζητείται η βοήθεια συγκεκριμένων ιδρυμάτων, όπως είναι τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού. Το προσωπικό των κέντρων αυτών αναμένεται να μπορεί να δώσει υψηλού επιστημονικού επιπέδου λύσεις στα προβλήματα των πελατών.

Οι επόμενες βιο-ηθικές οδηγίες, όπως προτείνονται από τους (Παιονίδης, 2008) μπορούν να χρησιμεύσουν ως βοήθεια σε όσους ασχολούνται με τεχνητή εμφύτευση ή γονιμοποίηση σε σωλήνα:

- Πρέπει να διαφυλάσσεται η ανεξαρτησία και το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής κάθε ανθρώπινου όντος. Στη διαμόρφωση της επιλογής τους τα άτομα πρέπει να συμβουλευόμαστε, να πληροφορούνται σωστά και να υποστηρίζονται από τα μέλη του κέντρου οικογενειακού προγραμματισμού, τα οποία, εντούτοις, δεν θα πρέπει να παίρνουν αποφάσεις για λογαριασμό τους.
- Καθώς οι ανωτέρω τεχνικές εμπλέκουν έναν αριθμό ατόμων - το μελλοντικό παιδί, τους πιθανούς γονείς, το δότη σπέρματος/ωαρίου, το βοηθητικό προσωπικό, το γιατρό - είναι αναγκαίο να εξεταστούν προσεκτικά τα συμφέροντα όλων των εμπλεκόμενων προσώπων.
- Χρειάζεται, επίσης, να δοθεί έμφαση στο μέλλον του παιδιού. Γι' αυτό το λόγο, ιδιαίτερη έμφαση αποδίδεται στην ικανότητα των πιθανών γονέων να ανταπεξέλθουν στις υλικές και πνευματικές ανάγκες του παιδιού και να εξασφαλίσουν την αρμονική του ανάπτυξη.
- Τα πλεονεκτήματα της τεχνητής εμφύτευσης/γονιμοποίησης οφείλουν να ξεπερνούν τους πιθανούς ιατρικούς και ψυχολογικούς κινδύνους: η αρχή αυτή αποτελεί προϋπόθεση για την πραγματοποίηση των ανωτέρω διαδικασιών.

Σύμφωνα με τις βιο-ηθικές κατευθυντήριες γραμμές, έτσι όπως διατυπώνονται από τον (Παιονίδης, 2008) χρειάζεται να ληφθούν υπόψιν οι εξής αρχές:

- Μη-γενίκευση: κάθε πρόβλημα εξετάζεται από διαφορετική σκοπιά.
- Μη-ταυτοποίηση: καθώς τα πράγματα και οι άνθρωποι είναι περιπλοκότεροι από κάθε σύστημα κατηγοριών, συνιστάται η αποφυγή ταξινόμησής τους σε κατηγορίες, εκτός αν είναι απαραίτητο.

- Αυτο-συγκέντρωση: καθένας οφείλει να επιβάλει συνειδητό έλεγχο στις παρορμήσεις του.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ14<sup>Ο</sup>

### 14.ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

### ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ

Ο κλάδος της ιατρικής που ασχολείται με την ενεργητική φροντίδα των ασθενών με προχωρημένη και εξελικτική ασθένεια που δεν ανταποκρίνεται σε θεραπευτικές ενέργειες είναι η παρηγορητική ιατρική. Σκοπός της παρηγορητικής φροντίδας είναι η επίτευξη της καλύτερης δυνατής ποιότητας ζωής για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Ασθενείς που αφορά αυτή η διαδικασία είναι ασθενείς με καρκίνο, AIDS, ανίατα νευρολογικά νοσήματα, τελικά στάδια καρδιακής, αναπνευστικής και νεφρικής ανεπάρκειας, νόσος Alzheimer, προχωρημένη ηλικία, προθανάτια φροντίδα (O'Hare, 2004).

Η ποιότητα ζωής στην παρηγορητική φροντίδα δεν είναι διαφορετική από την ποιότητα στη φροντίδα υγείας, αλλά εδώ η ποιότητα ζωής είναι αυτοσκοπός. Η εφαρμογή μιας διαδικασίας αξιολόγησης απαιτεί πρωταρχικά τον καθορισμό των επιπέδων της ποιότητας και τη χρήση των μεθόδων που ταιριάζουν με την παρηγορητική (Downie, Randall, 2005).

Οι κατευθυντήριες αρχές της παρηγορητικής βασίζονται στα ανθρώπινα δικαιώματα, στα δικαιώματα των ασθενών, στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια, στην αλληλεγγύη, στην ελευθερία επιλογής. Η παρηγορητική έχει τους ακόλουθους στόχους: έλεγχο του πόνου, έλεγχο συμπτωμάτων, ψυχολογική και πνευματική στήριξη, συναισθηματική στήριξη, στήριξη της οικογένειας, στήριξη στο πένθος (O'Hare, 2004).

Για την επίτευξη των στόχων της παρηγορητικής φροντίδας θα πρέπει να ληφθούν οπωσδήποτε υπόψη η συμμετοχή των ασθενών στις αποφάσεις, η οικογένεια σαν μονάδα φροντίδας, πνευματικά ζητήματα, υπαρξιακά ζητήματα, ανάμειξη μη επαγγελματιών υγείας (εθελοντές). Θέματα που θα μπορούσαν να δημιουργήσουν δυσκολίες στην άσκηση της παρηγορητικής φροντίδας είναι η έλλειψη πολιτικής αναγνώρισης της παρηγορητικής, η ανεπάρκεια οπιοειδών, η έλλειψη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, η έλλειψη ευκαιριών για έρευνα (Somerville, 1994).

Τα ηθικά ζητήματα στην παρηγορητική είναι όμοια με τα ηθικά διλήμματα σε άλλους τομείς της υγείας. Όμως εδώ υπάρχουν ερωτήματα διαφορετικά, όπως αυτά του τέλους της ζωής, που έχουν άλλο βάρος. Ηθικά διλήμματα προκύπτουν επίσης με

την επιλογή της θεραπείας, επειδή η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής περιέχει υποκειμενικά στοιχεία .

Σύμφωνα με τις αρχές της ιατρικής ηθικής ο ιατρός οφείλει: να ενεργεί με γνώμονα το συμφέρον του ασθενούς, να είναι υπεύθυνος και να λογοδοτεί για τη ζωή του ατόμου που φροντίζει, να σέβεται την προσωπικότητα και τις επιθυμίες του ατόμου που περιθάλπτει, να παρέχει ιατρική φροντίδα εξίσου σε όσους την έχουν ανάγκη, να είναι έντιμος και αξιόπιστος (Somerville, 1994).

Η θεώρηση των ηθικών ζητημάτων στο τελικό στάδιο μιας νόσου βασίζεται στο γεγονός ότι οι ασθενείς είναι προσωπικότητες που μπορούν να ενσωματωθούν στο κοινωνικό σύνολο και να γεμίσουν τη ζωή τους με εμπειρίες.

Η ηθική απαιτεί ισορροπία μεταξύ της κλασικής ιατρικής φροντίδας και της επιθυμίας των ασθενών. Κάθε ασθενής είναι μοναδικός, η γνώμη και οι αξίες πρέπει να λαμβάνονται υπόψη. Η μετακίνηση στην παρηγορητική πρέπει να συνοδεύεται με την διαβεβαίωση ότι η διακοπή της ενεργού θεραπείας δεν σημαίνει εγκατάλειψη. Πρέπει να έχουμε κατά νουν τα όρια της ιατρικής και ότι ο πόνος μπορεί να είναι φόβος του θανάτου, άγχος του αποχωρισμού, μοναξιά, υπαρξιακά ζητήματα, αντίληψη ότι γίνονται βάρος, αυτά δεν χρειάζονται ιατρικά μέσα.

Ο γιατρός βλέπει το θάνατο σαν φυσικό φαινόμενο, ο ασθενής βλέπει το τέλος του σαν μια διαδικασία που υπερβαίνει τη φύση και βιώνει μια εμπειρία ανάλογα με το χαρακτήρα και την προσωπικότητά του. Αποτέλεσμα αυτής της κατάστασης είναι να προκύψει σύγκρουση μεταξύ ηθικού και ιατρικού ενδιαφέροντος που οδηγεί το γιατρό στον προβληματισμό για το αν θα αντιμετωπίσει τον ασθενή σαν άρρωστο ή θνήσκοντα. Μερικά ηθικά διλήμματα που προκύπτουν σε ασθενείς τελικού σταδίου, σύμφωνα με το (Βιδάλης, 2008) είναι:

- Ποιός θα πάρει αποφάσεις για τον ασθενή;
- Πώς θα ορίσουμε τη συναίνεση;
- Είναι αναγκαίες οι οδηγίες;
- Τι σημαίνει να μην εφαρμόσουμε ανάνηψη στον ασθενή και πότε;
- Είναι σωστή η αναβολή ή η διακοπή θεραπείας;
- Πρέπει να διακόψουμε την ενυδάτωση;
- Είναι εναλλακτική λύση η καταστολή στο τέλος της ζωής;
- Πόσο διαφέρει η καταστολή από την ευθανασία ή την υποβοηθούμενη αυτοκτονία;

- Είναι τα ηθικά διλήμματα διαφορετικά από τα νομικά προβλήματα;

Καθώς τα ηθικά θέματα είναι δύσκολα και πολύπλοκα στα νοσοκομεία θα πρέπει να υπάρχει επιτροπή ηθικής που θα καθοδηγεί την ιατρική ομάδα στο να παίρνει αποφάσεις. Επίσης η επιτροπή ηθικής θα πρέπει να είναι στη διάθεση των ασθενών και των οικογενειών τους .

Για να δώσουμε απαντήσεις θα πρέπει να έχουμε κατά νου τις τέσσερις αρχές που διατυπώθηκαν από τους Beauchamp και Childress το 1994, στις οποίες έχουμε αναφερθεί εκτενέστερα στα προηγούμενα κεφάλαια (Οι τέσσερις αυτές αρχές είναι: το δικαίωμα της αυτονομίας, η αρχή της ωφελιμότητας, η αρχή αποφυγής πρόκλησης βλάβης, η αρχή της δικαιοσύνης).

Σύμφωνα με το δικαίωμα της αυτονομίας, ο ασθενής και η οικογένεια πρέπει να είναι ενημερωμένοι και να λαμβάνουν μέρος στις αποφάσεις (Cotler, Katz, 1994). Η αρχή της ωφελιμότητας και η αρχή αποφυγής πρόκλησης βλάβης μας διδάσκουν ότι θα πρέπει να υπολογίζεται κάθε πιθανός κίνδυνος ή όφελος από την κάθε ιατρική πράξη, ώστε να αποφεύγονται μάταιες θεραπείες που δεν εξυπηρετούν κανένα σκοπό πρόληψης, φροντίδας, ίασης ή ανακούφισης από τον πόνο. Η αρχή «ωφελείν ή μη βλάπτειν» που οφείλει να διέπει την κλινική πράξη διατυπώνεται στον Όρκο του Ιπποκράτη. Η αρχή της δικαιοσύνης μεταφράζεται στο να δώσεις σε όλους ισότητα, στον καθένα ανάλογα τις ανάγκες του, στον καθένα αυτό που πρέπει.

Φαίνεται ότι οι κανόνες αυτοί δεν καλύπτουν πλήρως την παρηγορητική ιατρική. Πρόσφατα αναπτύχθηκαν άλλες προσεγγίσεις, όπως η ηθική της φροντίδας (ethics of care) και η αρετή της ηθικής (virtue ethics). Η ηθική της φροντίδας εξηγεί πόσο είναι ευάλωτη και εξαρτημένη η ανθρώπινη ύπαρξη στη λήψη αποφάσεων, στην ποιότητα των σχέσεων, στην ειλικρίνεια, στην εμπιστοσύνη, στην αξιοπιστία. Η αρετή της ηθικής εντοπίζει το ηθικό σημείο στη λήψη αποφάσεων από την πλευρά του χαρακτήρα του ατόμου (Downie, Randall, 2005).

Τις τελευταίες δεκαετίες η ανάπτυξη της τεχνολογίας, η επιστημονική πρόοδος, η αναγνώριση των δικαιωμάτων, οι κοινωνικές αλλαγές και η χρήση νομικών συμβούλων εκ μέρους των ασθενών, επηρεάζουν την ιατρική σκέψη στη φροντίδα των ασθενών τελικού σταδίου.

## **14.1 Η Αρχή της διπλής επίδρασης στη θεραπεία ασθενών τελικού σταδίου**

Η πρόληψη και αντιμετώπιση των συνοδών συμπτωμάτων της νόσου τελικού σταδίου με κύριο σύμπτωμα τον πόνο είναι ο βασικός στόχος της Παρηγορητικής και Συμπτωματικής Φροντίδας. Η επίτευξη του στόχου αυτού αποτελεί βασικό ηθικό καθήκον του θεραπευτού (Somerville, 1994).

Μερικές φορές οι θεραπευτές, έρχονται αντιμέτωποι με αποφάσεις, που είναι δυνατόν να προκαλέσουν συγχρόνως αλληλένδετες επιθυμητές και ανεπιθύμητες επιδράσεις. Η αρχή της διπλής επίδρασης η του διττού αποτελέσματος σύμφωνα με τους Jonsen, Siegler, Wiinslade, (1998) δηλώνει ότι, όταν το ευεργετικό αποτέλεσμα μιας ενέργειας είναι δυνατόν να επιτευχθεί μόνο με τον κίνδυνο να προκαλέσει παράλληλα επιβλαβές αποτέλεσμα, η ενέργεια αυτή είναι επιτρεπτή κάτω από τους ακόλουθους όρους:

- Η πρόθεση είναι μόνο να επιφέρει το ευεργετικό αποτέλεσμα.
- Το ευεργετικό αποτέλεσμα δεν προσεγγίζεται διά του επιβλαβούς.
- Υπάρχει σοβαρός λόγος που επιτρέπει το επιβλαβές αποτέλεσμα

Η αρχή αυτή διαμορφώθηκε από Ρωμαιοκαθολικούς θεολόγους τον 17<sup>ο</sup> αιώνα. Δεν είναι καθόλου δημοφιλής στους φιλοσοφικούς κύκλους, γιατί είναι εύκολη η κατάχρηση της και πρέπει να εφαρμόζεται με επιφύλαξη και διακριτικότητα.

Τα αναλγητικά π.χ εκτός από την ανακούφιση του πόνου είναι δυνατόν να θολώσουν την συνείδηση, θέτοντας έτσι εμπόδια στην επικοινωνία του ατόμου με το περιβάλλον ή να προκαλέσουν αναπνευστική καταστολή, που είναι δυνατόν να επιταχύνει τον θάνατο. Η ανακούφιση του πόνου, αλλά και η διατήρηση των ζωτικών λειτουργιών αποτελούν στόχους της Ιατρικής. Όταν όμως ο στόχος της παράτασης της ζωής δεν είναι πλέον εφικτός, πρέπει ο έλεγχος του πόνου να αποτελεί μοναδική προτεραιότητα; (Morita, Tsuento, Shima, 2002).

Σύμφωνα με τους ίδιους, αν η χορήγηση αναλγητικών γίνεται με το αυστηρά προσανατολισμένο κριτήριο της τιτλοποίησης των δόσεων, ώστε να ανακουφίζουν τα συμπτώματα του συγκεκριμένου ασθενούς στην συγκεκριμένη περίοδο, τότε οι απειλητικές για την ζωή ανεπιθύμητες επιδράσεις δεν είναι συχνές. Η χορήγηση αναλγητικών δεν αποτελεί παθητική ευθανασία, γιατί είναι η προϊούσα νόσος και όχι η ανακούφιση των συμπτωμάτων, που τελικά οδηγεί τον ασθενή στον θάνατο. Ο βαριά πάσχων ή ευρισκόμενος σε ημικωματώδη κατάσταση ασθενής πιθανόν να

εξακολουθεί να αισθάνεται πόνο, που αδυνατεί να τον εκφράσει. Η χορήγηση αναλγητικών δεν πρέπει να διακόπτεται στην περίπτωση αυτή, αλλά πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν, ότι οι αναλγητικές ανάγκες μερικές φορές ελαττώνονται, όσο προχωρεί η νόσος. Η επανεκτίμηση και αναπροσαρμογή των δόσεων στις εκάστοτε ανάγκες είναι καθήκον των θεραπειών μέχρι το τέλος.

## **14.2 Θέματα συγκατάθεσης και επικοινωνίας**

Συγκατάθεση είναι η συμφωνία ενός ατόμου σε ενέργεια που προτάθηκε από άλλο άτομο και επιτυγχάνεται μέσω κάποιας μορφής επικοινωνίας (Cotler, Katz, 1994).

Ασθενείς με χρόνια ή κακοήθη νόσο αντιμετωπίζονται συχνά στα ιατρεία πόνου σε αρχικά στάδια και σπανιότερα σε τελικά στάδια χωρίς προηγούμενη ενημέρωση για τη νόσο τους. Δεν υπάρχει συστηματική έρευνα για τον τρόπο της ενημέρωσης του ασθενούς και της οικογένειας αλλά και για την αντίδραση στην ενημέρωση αυτή.

Δεν υπάρχουν δεδομένα υποστηρικτικά της άποψης, ότι οι ασθενείς που ενημερώνονται με ευαισθησία για την νόσο τους παραιτούνται από την προσπάθεια για την αντιμετώπιση της ή ότι η συχνότητα αυτοκτονίας είναι μεγαλύτερη μεταξύ των ασθενών, που ενημερώνονται για την νόσο τους. Το κλειδί στην περίπτωση αυτή είναι η ποιότητα επικοινωνίας μεταξύ ασθενούς και θεράποντος (Downie, Randall, 2005).

Πολύ συχνές είναι οι περιπτώσεις όπου οι συγγενείς ζητούν να μην ανακοινωθεί στον ασθενή η φύση της νόσου και η πρόγνωση. Παρόμοια αιτήματα είναι σωστό να λαμβάνονται υπόψη με την ανάλογη ευαισθησία αλλά θα πρέπει επίσης να λαμβάνονται υπόψη και να εξηγούνται οι πιθανές, οικογενειακές, προσωπικές και νομικές επιπτώσεις στην περίπτωση αυτή. Είναι προφανές ότι η απόκρυψη της αλήθειας, από ασθενή που απαιτεί να την ακούσει και μέχρι του σημείου που επιθυμεί να την ακούσει, παραβιάζει την εμπιστοσύνη και την αυτονομία του ατόμου (Jonsen, Siegler, Wiinslade, 1998)

Προβλήματα ανακύπτουν, όταν η χορήγηση οπιοειδών ή άλλων σχετικών φαρμάκων έρχεται σε αντίθεση με την πατερναλιστική στάση της οικογένειας ή την άρνηση του ασθενούς να αντιμετωπίσει το πρόβλημα. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η ελπίδα είναι πολύτιμη, αλλά πρέπει να τοποθετείται σε ρεαλιστική βάση. Υπάρχει



διαφορά ανάμεσα στην αλήθεια που εκδηλώνεται ήπια και συνεπικουρούμενη με αριθμούς επιτρέπει την διατήρηση της ελπίδας, ενώ η σκληρή έκφραση της πραγματικότητας οδηγεί στην απόγνωση (Fallowfield, 2005).

Για να συγκατατεθεί στην Ιατρική παρέμβαση κάθε άτομο δικαιούται επαρκείς πληροφορίες, ώστε να κάνει ελεύθερα και μετά λόγου γνώσεως την επιλογή του. Η διαδικασία περιλαμβάνει την συζήτηση μεταξύ ασθενούς και θεράποντος για το είδος της παρέμβασης, τις ενέργειες και παρενέργειες και την πιθανή έκβαση. Η ποιότητα της επικοινωνίας και η αλληλεπίδραση ασθενούς-θεράποντος είναι καθοριστική.

Πάντως είναι απαραίτητο, εκτός των περιπτώσεων πλήρους έλλειψης επικοινωνίας, η έναρξη μακροπρόθεσμης θεραπείας με οπιοειδή ή άλλα φάρμακα ή η εκτέλεση επεμβατικών τεχνικών να συνοδεύεται με προφορική ή γραπτή συγκατάθεση του ασθενούς.

Ηθικά διλήμματα προκύπτουν, όταν τίθεται υπό αμφισβήτηση η επικοινωνία. Ασθενείς πνευματικά καθυστερημένοι, συναισθηματικά διαταραγμένοι, ψυχωτικοί, παιδιά, ηλικιωμένοι, μη ομιλούντες τη γλώσσα, είναι συχνά δύσκολο να εκφράσουν την επιθυμία ή την επιλογή τους ή να την δικαιολογήσουν (Cotler, Katz, 1994).

Τα Αμερικανικά δικαστήρια έχουν τοποθετηθεί απολύτως φιλελεύθερα απέναντι στο δικαίωμα της αυτοδιάθεσης, εφόσον υπάρχει η δυνατότητα επιλογής, ακόμα και όταν το άτομο δεν είναι σε θέση να δικαιολογήσει την συγκεκριμένη επιλογή του. Η διεθνής ιατρική κοινότητα μοιάζει να έχει μια περισσότερο πατερναλιστική άποψη, αναθέτοντας στην περίπτωση αυτή την απόφαση στους άμεσους συγγενείς ή και στον θεράποντα. Είναι ανεπίτρεπτο πάντως να υπερβαίνει ο γιατρός τις επιθυμίες του ασθενούς, όταν αυτές έχουν ληφθεί με πλήρη συνείδηση.

### **14.3 Η παράταση ζωής σε ασθενείς τελικού σταδίου**

Σύμφωνα με τις γενικές αρχές της Ιατρικής Ηθικής, ο γιατρός δεν επιτρέπεται να επιταχύνει τον θάνατο του ασθενούς. Σε ασθενείς τελικού σταδίου το ερώτημα της παράτασης της ζωής εγείρεται συχνά. Τίθεται π.χ όταν οξεία νόσος επισυμβαίνει σε ασθενή που οδεύει προς τον θάνατο. Η περίπτωση της λοίμωξης του αναπνευστικού αποτελεί τέτοιο παράδειγμα (Gillon, 1996).

Παρόμοια διλήμματα ανακύπτουν σχετικά με την συνέχιση παρεντερικής διατροφής, ενδοφλέβιας χορήγησης υγρών, αντιβιοτικών, άλλων φαρμάκων, αίματος

ή παραγώγων, υποστήριξης ζωτικών λειτουργιών, π.χ μηχανικός αερισμός (Zerwekh, 1997).

Η αρχή είναι: όταν δεν μπορείς να θεραπεύσεις μπορείς μερικές φορές να ανακουφίσεις χωρίς να παρατείνεις την αγωνία ή την ενόχληση του ασθενούς και πάντως μπορείς πάντα να παρηγορήσεις (O'Hare, 2004).

Στην περίπτωση π. χ της παρεντερικής διατροφής είναι ηθικά αδικαιολόγητη η μη σίτιση με οποιαδήποτε πρόσφορη οδό ασθενούς που αναφέρει αίσθημα πείνας, αλλά όταν ο ασθενής είναι σε τόσο βαριά κατάσταση που αδυνατεί να εκφράσει πείνα ή να επωφεληθεί από συμπληρωματική θεραπεία, τότε η παρέμβαση είναι πιθανόν να παρατείνει την ταλαιπωρία του ασθενούς και του περιβάλλοντος, χωρίς αποτέλεσμα. Οι χειρουργικές επεμβάσεις που αποβλέπουν στην αποσυμφόρηση του γαστρεντερικού συστήματος έχουν παρόμοιο σκεπτικό (Zerwekh, 1997).

### **14.3.1 Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση**

Στην Παρηγορητική Ιατρική ένα ερώτημα που επίσης ανακύπτει συχνά είναι να επιχειρηθεί ή όχι καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση (ΚΑΑ). Η εφαρμογή καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης σε ασθενείς τελικού σταδίου παρατείνει απλά την διαδικασία θανάτου προκαλώντας επιπλέον ταλαιπωρία για τον ασθενή. Η οδηγία, όμως, «Να μη γίνει αναζωογόνηση», DNR (Do not Resuscitate) order (Cherniack, 20023), έχει αποτελέσει επίμαχο σημείο του νομικού πλαισίου καθώς και των ηθικοδεοντολογικών κανόνων που διέπουν την εφαρμογή της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης (Burns, Edwards, Johnson, 2003).

Στις ΗΠΑ και στον Καναδά τηρούνται αυστηρά πρωτόκολλα για την εφαρμογή μιας τέτοιας οδηγίας (American Medical Association, 1991). Στις διάφορες χώρες της Ευρώπης και στη χώρα μας το πρόβλημα παραμένει χωρίς συγκεκριμένη τοποθέτηση, με τον θεράποντα γιατρό τελικά να αποφασίζει την εφαρμογή ή όχι καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης.

Οι παράγοντες εκείνοι, οι οποίοι πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν κατά την απόφαση DNR είναι: η ποιότητα της ζωής του ασθενούς πριν την ανακοπή, η αναμενόμενη ποιότητα ζωής, η πιθανότητα να ευοδωθεί ή όχι η προσπάθεια αναζωογόνησης και κυρίως η επιθυμία του ασθενούς ή της οικογένειας όταν το

επίπεδο συνείδησης του πάσχοντος δεν είναι ικανοποιητικό. Διεθνείς μελέτες έχουν δείξει ότι η πλειοψηφία των ασθενών δεν έχουν ποτέ ερωτηθεί από τον γιατρό τους αν επιθυμούν ή όχι την εφαρμογή καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης σε περίπτωση ανακοπής, ενώ οι περισσότεροι θα επιθυμούσαν να έχουν ερωτηθεί (Levin, Wenger, 1999).

Επίσης, δεδομένα από μελέτες αναφέρουν ότι η πλειοψηφία των ασθενών τελικού σταδίου, όταν ερωτηθούν και αφού τους εξηγηθεί η διαδικασία εφαρμογής καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης, δεν επιθυμούν να αναζωογονηθούν σε περίπτωση ανακοπής (Liddle, Gilleard, Neil, 1994).

Άρα, είναι σκόπιμο ο υπεύθυνος για τον ασθενή γιατρός να συζητάει μαζί του το ενδεχόμενο εφαρμογής καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης- όταν αυτός έχει ακόμα ικανοποιητικό επίπεδο συνείδησης- και η θέληση του να λαμβάνεται σοβαρά υπ' όψιν τη δεδομένη στιγμή. Γενικά, η αναζωογόνηση δεν ενδείκνυται σε περιπτώσεις τελικής μη αναστρέψιμης ή μη θεραπεύσιμης νόσου, όπου ο θάνατος είναι αναμενόμενος.

## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

Η εργασία/μελέτη αυτή, η οποία βασίζεται σε ανασκόπηση βιβλίων/συγγραμμάτων σχετικών με την ηθική και δεοντολογία στα επαγγέλματα υγείας, επιδιώκει να δημιουργήσει μια εξυψωμένη αίσθηση της ανάγκης για μια αναθεωρημένη προσέγγιση της επαγγελματικής ηθικής στο χώρο της προώθησης υγείας και ακόμα περισσότερο να παρουσιάσει την αξία και κρίσιμη αντανάκλαση της ηθικής και δεοντολογίας στη διαδικασία προώθησης της υγείας.

Ηθική και Δεοντολογία είναι ο κλάδος της εφαρμοσμένης ηθικής φιλοσοφίας, που μελετά τις εθελούσιες πράξεις των ανθρώπων, όπως αυτές συμβαίνουν στην καθημερινή ζωή τους, δηλαδή την ανθρώπινη συμπεριφορά και τα ηθικά προβλήματα που προκύπτουν από αυτήν.

Από την διαφορετική θεώρηση των διαφόρων ηθικών συστημάτων προκύπτουν ηθικές αρχές, από τις οποίες συνάγονται οι κανόνες, βάσει των οποίων λαμβάνονται οι αποφάσεις που καταλήγουν σε πράξεις. Οι πράξεις καταλογίζονται ορθές ή εσφαλμένες, κρινόμενες σύμφωνα με τις ηθικές αρχές και τους κανόνες των ηθικών συστημάτων από τα οποία προέρχονται.

Τα καθήκοντα του επαγγελματία στη προώθηση υγείας (ιατρού, νοσηλεύτη, κοινωνικού λειτουργού) είναι βασισμένα στις θεμελιώδεις ηθικές και επαγγελματικές αρχές (ο όρος ηθική περιγράφει τους γενικούς ηθικούς κανόνες συμπεριφοράς του επαγγελματία υγείας, ενώ ο όρος δεοντολογία περιγράφει πρακτικά θέματα όπως η σωστή άσκηση της καθημερινής επαγγελματικής πρακτικής και θέματα όπως, η συμπεριφορά του επαγγελματία υγείας προς τον ασθενή και τους οικείους του και η συμπεριφορά μεταξύ συναδέλφων) σχετικά με τη μεγιστοποίηση της υγείας. «Η υγεία είναι όχι μόνο η απουσία ασθένειας, αλλά κατάσταση της πλήρους φυσικής, συναισθηματικής, κοινωνικής και πνευματικής ευεξίας» (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας 1946).

Επίσης, η αλματώδης ανάπτυξη των επιστημών που αφορούν την υγεία και των επιτευγμάτων στο τομέα αυτό, δημιούργησαν νέα ηθικά ζητήματα και διλήμματα τα οποία εκτός από τις σχέσεις του επαγγελματία υγείας με τους ασθενείς (ιατρού, νοσηλεύτη, κοινωνικού λειτουργού) περιλαμβάνουν ερωτήματα για τα δικαιώματα ασθενών, για το πώς πρέπει να γίνει η φροντίδα σε κάποιον ασθενή με νόσο τελικού

σταδίου, την ευθανασία, την άμβλωση, τη μεταμόσχευση, τη τεχνητή γονιμοποίηση και άλλα.

Τα σύγχρονα αυτά ηθικά διλήμματα οδήγησαν στην ανάπτυξη της επιστήμης της βιοηθικής η οποία δεν έρχεται να σταματήσει την πρόοδο, αλλά να υποδείξει τις ασφαλιστικές δικλίδες που θα διασφαλίσουν το σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, αυτονομίας και αξιοκρατικής συμβίωσης. Σκοπός της βιοηθικής δεν είναι να βάλει όρια στην επιστήμη, αλλά να δείξει δρόμους. Αυτοί οι δρόμοι ορίζουν, δεν περιορίζουν. Δεν έχει σκοπό να εκδίδει συναινετικές ή απαγορευτικές συνταγές για κάθε σοβαρό πρόβλημα, αλλά να γνωστοποιεί τις βασικές βιοηθικές αρχές, να ενημερώνει για τις τυχόν συνέπειες που μπορεί να έχει η συγκατάθεση του ανθρώπου σε μια νέα τεχνολογία και έτσι να καθιστά τον άνθρωπο υπεύθυνο για τις αποφάσεις του και έναντι των επερχόμενων γενεών.

Η θέσπιση περαιτέρω κανόνων ηθικής και η εξέλιξη τους θα επιτρέψει οργανωμένη και στηριγμένη στη γνώση αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών, ώστε ακόμα και όταν υπάρχει συναισθηματική φόρτιση, γιατροί, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, συγγενείς αλλά και οι ίδιοι οι ασθενείς να μπορούν να εργασθούν εποικοδομητικά για να τα επιλύσουν.

Οι προτάσεις που θα μπορούσαμε να κάνουμε για βελτίωση των όρων στην ηθική και δεοντολογία των επαγγελματιών υγείας είναι οι εξής:

- Να προωθηθούν οι κεντρικές ηθικές αξίες που θα εξασφαλίζουν καλύτερη υγεία και ποιότητα ζωής,
- Να διαφωτισθούν οι ηθικές διαστάσεις που προκύπτουν από τις εφαρμογές νέων μεθόδων και πρακτικών στο πλαίσιο των επαγγελματιών υγείας,
- Να επανέλθει η ηθική υπευθυνότητα απέναντι στα δικαιώματα της ζωής και αξιοπρεπούς διαβίωσης,
- Να γίνει κατανοητή η αλληλεξάρτηση ηθικών αρχών και προώθησης υγείας,
- Να ευαισθητοποιηθεί το κοινό ως προς την ανάγκη αντιμετώπισης των ηθικών διλημάτων που προκαλούνται από την πρόοδο των επιστημών υγείας
- Να αναπτυχθεί η ηθική και φιλοσοφική βάση της εξέλιξης των επαγγελματιών υγείας.

# ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

## ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αλαχιώτης Σ. Ν. (2004), *Βιοηθική, Αναφορά στους γενετικούς και τεχνολογικούς νεωτερισμούς*, εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Βασιλογιάννης Φ. (2008), Το καθήκον ειλικρίνειας του ιατρού: ένα απόλυτο καθήκον, επιθεώρηση της βιοηθικής, τόμος Α, ΠΜΣ Βιοηθική - Πανεπιστήμιο Κρήτης.
- Βιδάλης Τ.(2007), Βιοδίκαιο, Α΄ τόμος: Το πρόσωπο, εκδόσεις Σάκκουλα, Θεσσαλονίκη.
- Βιδάλης Τ.(2008), Η εικαζόμενη συναίνεση, Επιθεώρηση της Βιοηθικής, τόμος Α΄, ΠΜΣ Βιοηθική – Πανεπιστήμιο Κρήτης.
- Βλαβιανού-Αρβανίτη Α. (1990), Βιοπολιτική - Η Θεωρία του Βίου. *Διεθνής Οργάνωση Βιοπολιτικής*, Αθήνα.
- Γραφάκου Ό. (2008), Η ενήμερη συγκατάθεση των ανηλίκων: Η εξέλιξη μέσα από την Βιοϊατρική και Βιοηθική βιβλιογραφία, Επιθεώρηση βιοηθικής, τόμος Α, ΠΜΣ Πανεπιστήμιο Κρήτης.
- Δραγώνα-Μονάχου Μ.(1995), *Σύγχρονη Ηθική Φιλοσοφία. Ο αγγλόφωνος στοχασμός*, εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Δραγώνα- Μονάχου Μ.(1989) «Ηθική και βιοηθική», *Επιστήμη και κοινωνία*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Δραγώνα-Μονάχου Μ. (2008), Η Βιοηθική και η διδακτική της, επιθεώρηση βιοηθικής, τόμος Α΄, ΠΜΣ Βιοηθική- Πανεπιστήμιο Κρήτης.
- Ελληνικός Κώδικας Δεοντολογίας στην Κοινωνική Εργασία
- ΠΠΠΟΚΡΑΤΗΣ. Άπαντα (1992) (από την σειρά της Αρχαίας Ελληνικής Γραμματείας «Οι Έλληνες»). Τόμοι 1, 11, 12. Εκδόσεις «Κάκτος».
- Καλλινικάκη Θ. ( 1998), « *Κοινωνική Εργασία- Εισαγωγή στη θεωρία και την πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας*», Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Κόιος Ν. Γ. (2003), *Ηθική Θεώρηση των τεχνικών παρεμβάσεων στο ανθρώπινο γονιδίωμα*, εκδ. Κέντρο Βιοϊατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας, Αθήνα.
- Κουμάντος Γ. (2003), *Προβλήματα Βιοηθικής*, εκδ. Πόλις, Αθήνα.

- Κουτσελίνη Α.(1990) *Αναγκαιότητα και αρμοδιότητες των επιτροπών δεοντολογίας*. Ιατρική.57:127-129.
- Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας. Εφημερίς της Κυβερνήσεως 28 Νοεμβρίου 2005, τεύχος 1<sup>ο</sup>
- Κωστοπαναγιώτου Γ. (2002), *Δότης Οργάνων*. Εκδόσεις Πασχαρίδης, Αθήνα
- Λαζαρίδης Π. (1999).’ *Οι ηθικές και νομικές πλευρές της μεταμόσχευσης οργάνων και ιστών*’. Εκδόσεις ΑΠΘ. Θεσσαλονίκη.
- Μαρκεζίνη Κ.(1989), *«Η έννοια της συγκατάθεσης ως έκφραση αυτονομίας του ασθενή»*, *Επιστήμη και Κοινωνία* 8-9, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Μαντζαρίδης Γ. (2004). *«Χριστιανική ηθική II – Άνθρωπος και Θεός, Άνθρωπος»*, Θεσσαλονίκη: Π. Πουρνάρα.
- Μουζακίτης Χ. (1994). *Διδακτικές σημειώσεις στο Μάθημα της Δεοντολογίας - ΤΕΙ Αθήνας*.
- Νοβα-Καλτσούνη Χ.(2006), *Μεθοδολογία Εμπειρικής Έρευνας στις Κοινωνικές Επιστήμες*, Gutenberg, Αθήνα.
- Παιονίδης Φ.(1990) *«Επικλήσεις της συνείδησης και επιχειρηματολογία στην ιατρική ηθική»*, *Ιατρική* 58, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.
- Παιονίδης Φ. (2008), *Η ηθική των γενετικών παρεμβάσεων, επιθεώρηση Βιοηθικής, τόμος Α΄*, ΠΜΣ Βιοηθική – Πανεπιστήμιο Κρήτης
- Παπαγαρουφάλη Ε. (2002) *Δώρα ζωής μετά θάνατον: πολιτισμικές εμπειρίες*. Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα. Αθήνα.
- Παπαζήση, Θ. (1995α). *Ιατρικό απόρρητο και προσωπικότητα ατόμων με AIDS*. *Ελληνικά Αρχεία AIDS*, τ. 3, 2, σελ. 176-180.
- Παπαζήση, Θ. (1995β). *Οικογένεια και προσωπικότητα ατόμων με AIDS: νομικά θέματα στις οικογενειακές σχέσεις*. *Ελληνικά Αρχεία AIDS*, τ. 3, 2, σελ. 180-183.
- Πελεγρίνης Θ.(2003) *Βιοηθική και φιλοσοφία*, Αθήνα,
- Πρωτοπαπαδάκης Ε, (2005) *«Είναι η άμβλωση σε πρώιμο στάδιο φόνος;»Μ’ Ενδιαφέρει*, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, τ. 46. Αθήνα.
- Σαρρής Μ. (2001), *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*, εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Σταθόπουλος Π. (1999), *«ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΝΟΙΑ μια γενική θεώρηση»*, Έλλην, Αθήνα.

- Σούρλας Π.(2001), Τα βλαστοκύτταρα στη βιοϊατρική έρευνα: Βασικά ηθικά προβλήματα, Ισοπολιτεία 5, Αθήνα.
- Σουρλας Π.(2008) «Μέλλοντα πρόσωπα», Επιθεώρηση της Βιοηθικής, τόμος Α΄, ΠΜΣ Βιοηθική – Πανεπιστήμιο Κρήτης
- Τζαμαλούκα Γ., Χλιαουτάκης Ι. (2006), Η αποδεκτότητα της χρήσης γαμετών και παρένθετης μήτρας από κατοίκους αστικών κέντρων της Ελλάδας. Γονείς & Βρέφη, οι πρώτοι δεσμοί, Ιούλιος: 207-227.
- Χατζηφωτίου Σ. (2004). Διδακτικές σημειώσεις στο μάθημα της Δεοντολογίας- ΤΕΙ Κρήτης.

### **ΜΕΤΕΦΡΑΣΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- Habermas J.(2004), *Το μέλλον της ανθρώπινης φύσης. Πίστη και γνώση*, εκδ. Scripta, Αθήνα.
- British Medical Association (2001) Η στάση του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού σχετικά με το φαινόμενο της εκούσιας ευθανασίας, «Journal of Medical Ethics»

### **ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- Archimandrite Makarios Griniezakis, (2007) “Orthodox Christian Ethics Within Bioethics”, Ακρίτας, Αθήνα.
- Ashworth, P.( 1997) Breakthrough or bandwagon? Are interventions tailored to stages of change more effective than non – staged interventions? *Health Education Journal*, 56, 166-74
- Banks S. (1998) "Professional Ethics in Social Work - What Future?", *British Journal of Social Work*, 28, 213-231.
- Bankole, A. – Singh, S. – Haas, T. (1999). «*Characteristics of women who obtain induced abortion: a worldwidereview*». *International Family Planning Perspectives*, 25, 2, 68-77.
- Bankowski Z (1989), Ethics and health, *World Health*.σελ.2-6.
- Barret D, 1961, *Values in America*, Indiana: University of Notre Dame Press, 67-70.



- Beauchamp, T. & Childress, J. (1994) *Principles of Biomedical Ethics* (4<sup>th</sup> edn). Oxford University Press, Oxford.
- Beauchamp, T. & Childress, J. (2001) *Principles of Biomedical Ethics* (5<sup>th</sup> edn). Oxford University Press, Oxford
- Beauchamp T, Childress J, Clouser KD, (1995) *Principlism and its alleged competitors*. Kennedy Inst Ethics.
- Belasco, W. (1997) *Food, morality and social reform*. In: *Morality and Health* ( eds A.M. Brandt & P. Rozin), 185-200. Routledge, New York.
- Benner P, Wrubel J. (1982) Skilled clinical knowledge: the value of perceptual awareness, part 1. *J Nurs Adm.*12:4-11.
- Bentham J. (1948) *Introduction to the Principles of Morals and Legislation*, XVII, Basil Blackwell, Oxford
- Buffalo, M. – Wang, G. (2004). «*Social and cultural determinants of attitudes toward abortion*». *The Social Science Journal*, 41, 1, 93-105.
- Binetti P. (2004) Biotechnology and the birth of a third culture. *J Biol Regul Homeost Agents.*18:255-60.
- British Medical Association, (2001) The Resuscitation Council (UK), and the Royal College of Nursing: Decisions relating to cardiopulmonary resuscitation. *Journal of Medical Ethics*.
- Bunton, R. & Macdonald, G. (1992) *Health Promotion: Disciplines and Diversity*. Routledge , London.
- Bunton, R. , Nettetton, S. & Burrows, R. (1995) *The Sociology of Health Promotion: Critical Analyses of Consumption , Lifestyle and Risk*. Routledge, London.
- Burns JP, Edwards J, Johnson J, (2003) Do not resuscitate order after 25 years. *Crit. Care Med.* 2003.
- Callahan D. (1970) *Abortion: Law, Choice and Morality*, New York,
- Campbell, A.V. (1990) *Education or indoctrination? The issue of autonomy in health education*. In: *Ethics in Health Education* ( ad. S. Doxiadis), 15-28. John Wiley and Sons Ltd, Chichester.
- Cherniack EP. (2002) Increasing use of DNR orders in the elderly worldwide: whose choice is it? *Journal of Medical Ethics*.
- Chliaoutakis, J. – Drakou, I. – Gnardellis, C. – Galariotou, S.– Carra, H. – Chliaoutaki, M. (2002). «*Greek Orthodox Ecclesiastical Lifestyle: Could It*

*Become a Pattern of Health-Related Behavior?». Preventive Medicine, 34, 428-435.*

- Chomsky N. (1968), Philosophers and Public Philosophy, *Ethics* 79.
- Clouser KD, Gert B. (1990) A critique of principlism. *J Med Philos*
- Cotler M, Katz D. (1994) Consent: in Ethical Issues in Anaesthesia, Edts:
- Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. Guidelines for the appropriate use of do not resuscitate orders. *J. American Med. Association.*
- Cotter C. (1994) Professional of health promotion specialists: exploring diploma course provision. MSc Thesis, South Bank University, London.
- Chris L. Clark with Stewart Asquith (1985) *Social Work and Social Philosophy - A guide for practice* E.K.P. London, Boston, Melbourne and Henley.
- Cribb, A. (1993) The borders of health promotion: a response to Nordenfelt. *Health Care Analysis*, 1(2) , 131-7.
- Cribb. C. & Dines, A.(1993) *health promotion: concepts. In: Health Promotion Concepts and Practice* ( eds A. Dines & A. Cribb), 3-64. Blackwell Scientific, Oxford.
- Cribb, A. & Duncan, P. (1999) Making a profession a health promotion? Grounds for trust and health promotion ethics. *International Journal of health Promotion and education*, 37(4) 129-34.
- Dawson, A.J. (1994) Professional codes of practice and ethical conduct. *Journal of Applied Philosophy*, 11 (2) 145-53
- Debry, J.M., (1988) "*Seminologie: quand le gamete se fait rare*", Athena, αρ.46, σελ.41-50.
- Debry J.M., (1990) "*Les chiffres qui comptent*", Athena, αρ.63, σελ.32.
- Demeester-De Meyer, W., (1987) "*Bioethique dans les Annies '90*", τομ.Ι-ΙΙ. Omega Editions, Gent
- Downie R.S., Tannahill, A. (1996) *Health promotion: Models and Values*, 2nd edn. Oxford University Press, Oxford.
- Downie R, Randall F. (2005) *Truth telling and consent in Ethical issues*. In: Oxford Textbook of Palliative Medicine. Editors D. Doyle, G. Hanks, N. Cherny. K. Calman: 3rd Edition. 61-65

- Duncan P.& Cribb A. (1996) Helping people change: an ethical approach? *Health Education Research*, 11(3), 339-48.
- Duncan P. & Cribb A. (1997) *Promoting Health*. South Bank University Distance Learning Centre, London.
- Dworkin R.(1994) *Life's Dominion*, New York.
- Elander G., Hermeren G. (1991) The autonomy of nurses in high dependency care. Conflicts of loyalties and their consequences for patient care. *Scand J Caring Sci*.5:56-149.
- Englehardt H.T. Jr & Wildes K.W. (1994) *The four principles of health care ethics and post-modernity : why a libertarian interpretation is unavoidable*. In: *Principles of Health Care Ethics* ( eds R. Gillon & A. Lioyd). John Wiley and Sons Ltd, Chichester.
- Fallowfield L. (2005) *Communication with the patient and family in Palliative Medicine*. In: *Ethical issues: Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Editors D. Doyle, G. Hanks, N. Cherny, K. Calman: 3rd Edition. 101-107
- Folley KM. (1994) The World Health Organization Program in Cancer Pain relief and Palliative care. *Proceedings of the 7<sup>th</sup> World Congress of Pain; Progress in Pain Research and Management*, Edited by G. F Gebhard, D. L. Hammond, and T. S. Jensen, IASP Press, Seattle,2:59-71
- Former MJ. (1981) *Ethical Issues in Health care*, St Louis: The C.V. Mosby Company.268-311.
- Fry ST. (1989) Toward a theory of nursing ethics. *Adv Nurs Sci*.11:9-22.
- General Medical Council. (1990) *Professional Contact and Discipline*. London: General Medical Council.
- Georges, E. (1996). «*Abortion and Policy Practice in Greece*». *Social Science Medicine*, 42, 4, 509-519.
- Gilligan C. (1982) New maps of development: new visions of maturity. *Am J Orthopsychiatry*. 52:199-212.
- Gillon R. (1986) Medical oaths, declarations and codes. In: *Philosophical Medical Ethics* John Wiley and Sons.13-199
- Gillon R. (1996) *Philosophical Medical Ethics* John Wiley and Sons. 60-67,73-80
- Gillon R. (1996) Acts and omissions killing and letting die. In: *Philosophical Medical Ethics* John Wiley and Sons.32-126

- Gillon R. (1996) Justice and allocation of medical recourses. In: *Philosophical Medical Ethics* John Wiley and Sons, 93-100
- Gorovitz, S. (1985) *Doctors' Dilemmas: Moral Conflict and Medical Care*. Oxford University Press, New York.
- Gorovitz, S. (1990) Health Care advertising : Communication or confusion? In: *Ethics in Health Education* (ed. S. Doxiadis), 45-62. John Wiley and Sons Ltd, Chichester.
- Gunasekera N, Tiller D, (1986) Clements L et al. Elderly patients views on cardiopulmonary resuscitation. *Age and Ageing* .
- Haldane, J.J. (1986) Medical Ethics – an alternative approach. *Journal of Medical Ethics* , 12, 50-145.
- Hancock M.R. (1996): *Principles of Social Work Practice. A General Practice Approach*, London, Halworth.
- Hawe P, Degeling D, & Hall J. (1990) *Evaluating Health Promotion*. Maclean and Petty Pty Ltd, Artarmon, NSW.
- Health and Related Research (SchARR), (2004) University of Sheffield, National Institute for Clinical Excellence.84-90
- Isensee (2002) “Der grundrechtliche status des Embryos” στο συλλογικό τόμο, Otfried Hoffe, Ludger Honnefelder, Josef Isensee, Paul Kirchhof, *Gentechnik und Menschenwurd* ( Koln: Dumont).
- Jonsen, A.R. (1998) *The Birth of Bioethics*. Oxford University Press, Oxford.
- Jonsen R, Siegler M, Wiinslade WJ. (1998) *A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*. In: *Clinical Ethics*. Edrs: McGraw-Hill,
- Judith T.(1971) “A defense of abortion”, *Philosophy and Public Affairs*, 1:195, Princeton,
- Judith T. (1996) Rochiccioli, Mary S. Tillovry, *Clinical Nursing Leadership*. Philadelphia-London: SaundersWB.1996:217-233.
- Katz , J. , Perberdy, A. & Douglas, J. (2001) *Promoting Health: Knowledge and Practice*. Palgrave, London.
- Kelly, M. (1996) *A Code of Ethics For Health Promotion*. Social Affairs Unit, Bury St. Edmunds.
- Koehn, D. (1994) *The Ground of professional Ethics*. Routledge, London.
- Kunse H.- Singer P.(2001) *A Companion to Bioethics*, Blackwell Oxford.

- Lanara VA, Heroism as a Nursing Value ? A Philosophical perspective. Athens,1991:21-54.
- Lane R. (2003), “ Why Iwas Nener a Zygote”, *The Southern Journal of Philosophy*.
- Lantz, G. (2000) Applied ethics : what Kind of ethics and what Kind of ethicist ? *journal of Applied Philosophy*, 17 (1) 21-8.
- Lawrence, T. (1999) A. stage – based approach to behaviour change. In: Edivence-Based Health Promotion ( eds E. Perkins, I. Simnett & L. Wright), 64-75. John Wiley and Sons Ltd, Chichester.
- Levin L, Wenger N, (1999) Ouslander J et al. Life-sustaining treatment decisions for nursing home residents : who discusses, who decides and what is decided. *Journal of the American Society*.47:82-7
- Mason JK. (2003) Law and Medical Ethics Lexis Nexis R. Elsevier UK.528-567
- McCormick, J. (1994) Health Promotion: the ethical dimension. *The Lancet*, 344, 390-91.
- McCorming, J. & Skrabanek, P. (1988) Coronary heart disease is not preventable by population interventions. *The Lancet*,41-138
- McDaniel, Charlotte, (1998) Hospital Ethics Committees and Nurses' Participation. *J Nurs Administration*. 28:47-51.
- MacDonald N. (2005) Confidentiality. In: Ethical issues, Oxford Textbook of Palliative Medicine. Editors: D. Doyle, G. Hanks, N. Cherny. K. Calman: 3rd Edition.58-61
- McLay, 2003, “*Legal and Ethical Aspects of Healthcare*”, Greenwich Medical Limited, pp168-172
- Milton CL, (2005) The ethics of respect in nursing. *Nurs Sci Q*.18:3-20
- Morita T, Tsuento S, Shima D. (2002) Definition of Sedation for symptom relief: A systematic review and a proposal of operational criteria. *J Pain Symptom Manag*.24:441-453
- Naidoo, J. & Wills, J. (1998) Practising Health Promotion: Dilemmas and Challenges. Bailliere Tindall, London.
- Nordenfeit, L. (1983) On the nature and ethics of health promotion: an attempt at a systematic analysis. *Health Care Analysis*, 1, 121-30
- Nordenfelt, L. (1987) On the Nature of Health. D. Reidel, Dordrecht.

- Nordenfelt, L. ( 1993) Concepts of Health and their consequences for health care. *Theoretical Medicine*, 14, 85-227.
- O’Hare DG. (2004) Principles of medical ethics in supportive care: a reflection *Support Care Cancer* .12:86–90
- Paton, H.J. (1948) *The Moral Law*. Hutchinson, London.
- Regmer F.G. (1982). *Ethical Dilemmaw in Social Service*, Columbia University Press, New York.
- Singer P. (1986) “*All animals are equal*”, *Applied Ethics*, Oxford University Press, Oxford, , σελ. 224
- Smith JP (1983) First International Congress on Nursing Law and Ethics, *J Adv Nurs*.263-265.
- Somerville M.,(1994) Death of Pain: Pain, Suffering, and Ethics. Proceedings of the 7<sup>th</sup> World Congress of Pain, *Progress in Pain Research and Management*, Edited by G.F Gebhard, D.L. Hammond, and T.S. Jensen, IASP Press, Seattle, (2): 41-58
- Tzamalouka G., Soultatou P., Papadakaki M., Chatzifotiou S., Tarlatzis B., Chliaoutakis J. (2005) Identifying the public’s knowledge and intention to use human cloning in Greek urban areas. *Journal of Assisted Reproduction & Genetics*, 22(2):47-56,
- Walsh M.(1994) *Euthanasia In: Ethical Issues in Anaesthesia*, Editors: W. E. Scott, M. D. Vickers, H. Draper Buttterworth- Heinemman .129-139.
- Wilkinson J. (2001) *Ethical Issues in Palliative Care*. In: *Oxford book of Palliative Care* Editors D. Doyle, G. Hanks, N. Cherny. K. Calman 2nd Edition, 495-504

### ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΟΙ ΤΟΠΟΙ

- WWW.SKLE.GR
- WWW.GOOGLE.COM
- WWW.YGEIA.COM
- WWW. FILOSOFIA.GR
- [WWW.BIOPOLITICS.GR](http://WWW.BIOPOLITICS.GR)

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

### **Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας.**

**28 Νοεμβρίου 2005** (ΦΕΚ Α/287) ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 3418 "Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας."

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄**

#### **ΕΝΝΟΙΕΣ ΚΑΙ ΟΡΙΣΜΟΙ**

##### **Άρθρο 1**

##### **Έννοιες, ορισμοί και πεδίο εφαρμογής του παρόντος.**

1. Ιατρική πράξη είναι εκείνη που έχει ως σκοπό τη με οποιαδήποτε επιστημονική μέθοδο πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας του ανθρώπου.
2. Ως ιατρικές πράξεις θεωρούνται και εκείνες οι οποίες έχουν ερευνητικό χαρακτήρα, εφόσον αποσκοπούν οπωσδήποτε στην ακριβέστερη διάγνωση, στην αποκατάσταση ή και τη βελτίωση της υγείας των ανθρώπων και στην προαγωγή της επιστήμης.
3. Στην έννοια της ιατρικής πράξης περιλαμβάνονται και η συνταγογράφηση, η εντολή για διενέργεια πάσης φύσεως παρακλινικών εξετάσεων, η έκδοση ιατρικών πι? στοποιητικών και βεβαιώσεων και η γενική συμβουλευτική υποστήριξη του ασθενή.
4. Κατά τον παρόντα Κώδικα:
  - α) στην έννοια «ασθενής» περιλαμβάνεται κάθε χρήστης των υπηρεσιών υγείας,
  - β) στην έννοια «οικείος» περιλαμβάνονται οι συγγενείς εξ αίματος και εξ αγχιστείας σε ευθεία γραμμή, οι θετοί γονείς και τα θετά τέκνα, οι σύζυγοι, οι μόνιμοι σύντροφοι, οι αδελφοί, οι σύζυγοι και οι μόνιμοι σύντροφοι των αδελ? φών, καθώς και οι επίτροποι ή οι επιμελητές του ασθενούς και όσοι βρίσκονται υπό δικαστική συμπαράσταση.
5. Οι διατάξεις του παρόντος εφαρμόζονται κατά την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος και την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας στον δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα και ανεξάρτητα από τον τρόπο ή τη μορφή άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, ατομικά, ομαδικά ή με τη μορφή ιατρικής εταιρείας, ως ελεύθερο επάγγελμα ή όχι.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β΄**

### **ΓΕΝΙΚΟΙ ΚΑΝΟΝΕΣ ΑΣΚΗΣΗΣ**

#### **ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ**

##### **Άρθρο 2**

##### **Η άσκηση της ιατρικής ως λειτούργημα.**

1. Η άσκηση της ιατρικής είναι λειτούργημα που αποσκοπεί στη διατήρηση, βελτίωση και αποκατάσταση της σωματικής, πνευματικής και ψυχικής υγείας του ανθρώπου, καθώς και στην ανακούφισή του από τον πόνο.
2. Ο ιατρός τηρεί τον όρκο του Ιπποκράτη, ασκεί το έργο του σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία και πρέπει, κατά την άσκηση του επαγγέλματός του, να αποφεύγει κάθε πράξη ή παράλειψη η οποία μπορεί να βλάψει την τιμή και την αξιοπρέπεια του ιατρού και να κλονίσει την πίστη του κοινού προς το ιατρικό επάγγελμα. Οφείλει, επίσης, να διατηρεί σε υψηλό επίπεδο την επαγγελματική του συμπεριφορά, ώστε να καταξιώνεται στη συνείδηση του κοινωνικού συνόλου και να προάγει το κύρος και την αξιοπιστία του ιατρικού σώματος. Ο ιατρός πρέπει να επιδεικνύει τη συμπεριφορά αυτή όχι μόνον κατά την άσκηση του επαγγέλματός του, αλλά και στο πλαίσιο της γενικότερης κοινωνικής έκφρασης της προσωπικότητάς του.
3. Το ιατρικό λειτούργημα ασκείται σύμφωνα με τους γενικά αποδεκτούς και ισχύοντες κανόνες της ιατρικής επιστήμης. Διέπεται από απόλυτο σεβασμό στην ανθρώπινη ζωή και την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και απευθύνεται σε όλους τους ανθρώπους χωρίς διάκριση φύλου, φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, ηλικίας, σεξουαλικού προσανατολισμού, κοινωνικής θέσης ή πολιτικής ιδεολογίας.
4. Ο ιατρός σέβεται την ανθρώπινη ζωή ακόμη και κάτω από απειλή και δεν χρησιμοποιεί τις γνώσεις του ενάντια στις αρχές του ανθρωπισμού. Δεν συντρέχει ούτε παρέχει υποστήριξη σε βασανιστήρια ή άλλες μορφές εξευτελιστικής και απάνθρωπης συμπεριφοράς, οποιαδήποτε και αν είναι η πράξη για την οποία κατηγορείται ή θεωρείται ένοχο ή ύποπτο το θύμα αυτών των διαδικασιών, σε καιρό ειρήνης ή πολέμου.
5. Ο ιατρός, επικαλούμενος λόγους συνείδησης, έχει δικαίωμα να μη μετέχει σε νόμιμες ιατρικές επεμβάσεις στις οποίες αντιτίθεται συνειδησιακά, εκτός από επείγουσες περιπτώσεις.
6. Αν η κρίση του ιατρού ενδέχεται να επηρεασθεί από μία ιατρική κατάσταση από την οποία υποφέρει, καθώς και εάν ο ιατρός πάσχει ή είναι φορέας ενός μεταδοτικού



νοσήματος, πρέπει να αναζητήσει συμβουλή από ιατρό εργασίας ή κατάλληλα καταρτισμένους συναδέλφους σχετικά με την αναγκαιότητα ή τον τρόπο αλλαγής παροχής των υπηρεσιών του. Στις περιπτώσεις αυτές, ο ιατρός δεν πρέπει να επαφίεται στην αποκλειστική προσωπική του εκτίμηση σχετικά με την ύπαρξη κινδύνου.

### **Άρθρο 3**

#### **Ηθική και επιστημονική ανεξαρτησία του ιατρού.**

1. Κάθε ιατρός απολαύει κατά την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος, επιστημονικής ελευθερίας και ελευθερίας της συνείδησής του, παρέχει δε τις ιατρικές του υπηρεσίες με σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια.
2. Ο ιατρός ενεργεί με βάση:
  - α) την εκπαίδευση που του έχει παρασχεθεί κατά τη διάρκεια των προπτυχιακών του σπουδών, την άσκησή του για την απόκτηση τίτλου ιατρικής ειδικότητας και τη συνεχιζόμενη ιατρική του εκπαίδευση,
  - β) την πείρα και τις δεξιότητες που αποκτά κατά την άσκηση της ιατρικής και
  - γ) τους κανόνες της τεκμηριωμένης και βασισμένης σε ενδείξεις ιατρικής επιστήμης.
3. Ο ιατρός, κατά την άσκηση της ιατρικής, ενεργεί με πλήρη ελευθερία, στο πλαίσιο των γενικά αποδεκτών κανόνων και μεθόδων της ιατρικής επιστήμης, όπως αυτοί διαμορφώνονται με βάση τα αποτελέσματα της εφαρμοσμένης σύγχρονης επιστημονικής έρευνας. Έχει δικαίωμα για επιλογή μεθόδου θεραπείας, την οποία κρίνει ότι υπερτερεί σημαντικά έναντι άλλης, για τον συγκεκριμένο ασθενή, με βάση τους σύγχρονους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, και παραλείπει τη χρήση μεθόδων που δεν έχουν επαρκή επιστημονική τεκμηρίωση.
4. Οποιαδήποτε διαγνωστική ή θεραπευτική μέθοδος, η οποία δεν εφαρμόζεται από τη διεθνή επιστημονική κοινότητα, χαρακτηρίζεται ως πειραματική και η εφαρμογή της επιτρέπεται μόνο σύμφωνα με το νομικό και δεοντολογικό πλαίσιο που διέπει τη διεξαγωγή της επιστημονικής έρευνας.

### **Άρθρο 4**

#### **Εξασφάλιση ποιότητας, ασφάλειας και αποτελεσματικότητας**

1. Ο ιατρός πρέπει να προάγει την ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και την ίση κατανομή των πόρων. Οφείλει, επίσης, να αποφεύγει τη διακριτική μεταχείριση που προκύπτει από εκπαιδευτικές, νομικές, οικονομικές, κοινωνικές και γεωγραφικές διαφοροποιήσεις.

2. Ο ιατρός πρέπει να συνεργάζεται αρμονικά με τους συναδέλφους του και το λοιπό προσωπικό και να προβαίνει σε κάθε ενέργεια, προκειμένου να αποφευχθούν τα ιατρικά λάθη, να εξασφαλισθεί η ασφάλεια των ασθενών, να ελαχιστοποιηθεί η σπατάλη των πόρων και να μεγιστοποιηθούν τα αποτελέσματα της παροχής φροντίδας υγείας.
3. Ο ιατρός οφείλει, χωρίς να περιορίζεται η ηθική και επιστημονική ανεξαρτησία του, και χωρίς να παραβλέπει το όφελος του συγκεκριμένου ασθενή, να συνταγογραφεί και να προχωρεί μόνο στις ιατρικές πράξεις οι οποίες είναι απαραίτητες για την εξασφάλιση της ποιότητας, της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας της υγειονομικής φροντίδας ή της θεραπείας που παρέχεται.
4. Ο ιατρός πρέπει, τόσο ατομικά όσο και μέσω των ιατρικών εταιρειών και συλλόγων, να συμβάλλει στη δημιουργία και εφαρμογή μηχανισμών που στοχεύουν στην ενθάρρυνση της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας.

## **Άρθρο 5**

### **Ιατρικά πιστοποιητικά και ιατρικές γνωματεύσεις.**

1. Τα ιατρικά πιστοποιητικά και οι ιατρικές γνωματεύσεις, καθώς και οι ιατρικές συνταγές που εκδίδονται κατά τους νόμιμους τύπους, έχουν το ίδιο κύρος και την ίδια νομική ισχύ ως προς τις νόμιμες χρήσεις και ενώπιον όλων των αρχών και υπηρεσιών, ανεξάρτητα από το αν εκδίδονται από ιατρούς που υπηρετούν σε Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. ή ιδιώτες ιατρούς. Σε κάθε περίπτωση, τα εκδιδόμενα πιστοποιητικά και οι εκδιδόμενες γνωματεύσεις αφορούν αποκλειστικά στο γνωστικό αντικείμενο της ειδικότητας κάθε ιατρού. Τυχόν ειδικότερες ρυθμίσεις εξακολουθούν να ισχύουν.
2. Ο ιατρός οφείλει, όταν συντάσσει πάσης φύσεως ιατρικά πιστοποιητικά ή γνωματεύσεις, να αναφέρει το σκοπό για τον οποίο προορίζονται, καθώς και το όνομα του λήπτη του πιστοποιητικού.
3. Τα ιατρικά πιστοποιητικά και οι ιατρικές γνωματεύσεις εκδίδονται μετά από προηγούμενη γραπτή ή προφορική αίτηση του προσώπου στο οποίο αφορούν ή, κατ' εξαίρεση, τρίτου προσώπου που έχει έννομο συμφέρον και το αποδεικνύει, καθώς και όταν αυτό ρητά προβλέπεται στο νόμο. Ειδικά τα ιατρικά πιστοποιητικά που αφορούν στην παρούσα κατάσταση του ασθενούς προϋποθέτουν την προηγούμενη εξέταση του ασθενούς. Η έκδοση αναληθών ιατρικών πιστοποιητικών συνιστά πειθαρχικό και ποινικό αδίκημα σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις. Ιδιώτες ιατροί που εκδίδουν

ιατρικά πιστοποιητικά ή μετέχουν σε επιτροπές που τα εκδίδουν, θεωρούνται υπάλληλοι κατά την έννοια που έχει ο όρος στον Ποινικό Κώδικα.

4. Τα πάσης φύσεως ιατρικά πιστοποιητικά ή ιατρικές γνωματεύσεις παραδίδονται σε αυτόν που παραδεκτά το ζήτησε ή σε τρίτο πρόσωπο, που έχει εξουσιοδοτηθεί ειδικά από τον αιτούντα.

## **Άρθρο 6**

### **Κωλύματα - ασυμβίβαστα.**

1. Ο ιατρός μπορεί να ασκεί άλλο επάγγελμα ή επαγγελματική δραστηριότητα εφόσον δεν παρεμποδίζεται η ευσυνείδητη άσκηση της ιατρικής και δεν θίγεται η αξιοπρέπειά του ως ιατρού.
2. Με την άσκηση της ιατρικής εξομοιώνεται και η κατοχή οποιασδήποτε έμμισθης ή τιμητικής θέσης, για την οποία απαιτείται ως τυπικό προσόν το πτυχίο της Ιατρικής Σχολής.
3. Δεν επιτρέπεται σε ιατρούς οι οποίοι έχουν δίπλωμα φαρμακοποιού ή οδοντιάτρου ή άλλου υγειονομικού επαγγέλματος να διατηρούν φαρμακεία, οδοντιατρεία ή άλλα παρεμφερή καταστήματα σε λειτουργία, εκτός εάν παύσουν την άσκηση της ιατρικής και τη χρησιμοποίηση του τίτλου του ιατρού.
4. Απαγορεύεται στον ιατρό να εξυπηρετεί, να εξαρτάται ή να συμμετέχει σε επιχειρήσεις που παρασκευάζουν ή εμπορεύονται φάρμακα ή υγειονομικό υλικό ή να διαφημίζει και να προβάλλει αυτά, με οποιονδήποτε τρόπο. Οι περιορισμοί αυτοί δεν αποκλείουν τη δυνατότητα σύναψης διαφανών και συγκεκριμένων σχέσεων εργασίας με επιχειρήσεις που παρασκευάζουν φάρμακα ή υγειονομικό υλικό στους ιατρούς που εκ του νόμου έχουν τη δυνατότητα αυτή.

## **Άρθρο 7**

### **Τόπος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος.**

1. Ο ιατρός ασκεί τα καθήκοντά του στην περιφέρεια του ιατρικού συλλόγου στον οποίο έχει εγγραφεί και στη διεύθυνση που έχει δηλώσει. Απαγορεύεται στον ιατρό να διατηρεί περισσότερα του ενός ιατρεία ή εργαστήρια είτε ατομικά είτε σε συνεργασία με άλλον συνάδελφό του ή με τη μορφή ιατρικής εταιρείας.
2. Επιτρέπεται η προσφορά ιατρικών υπηρεσιών στην περιφέρεια άλλου ιατρικού συλλόγου, όταν υπάρχει άμεσος κίνδυνος της ζωής ή της υγείας ασθενή ή όταν ο ιατρός καλείται να συμμετάσχει σε ιατρικό συμβούλιο, μετά από πρόσκληση του θεράποντος ιατρού ή του ίδιου του ασθενή ή, σε περίπτωση αδυναμίας αυτού, των οικείων του, σύμφωνα με τη διαδικασία που αναφέρεται στο άρθρο 22.

3. Απαγορεύεται η πλανοδιακή άσκηση της ιατρικής. Επιτρέπονται οι τακτικές επισκέψεις για την παροχή ιατρικής συνδρομής μετά από άδεια του διοικητικού συμβουλίου του κατά τόπο αρμόδιου ιατρικού συλλόγου.
4. Επιτρέπεται η παροχή ιατρικής φροντίδας ή η συγκέντρωση επιστημονικών στοιχείων, καθώς και η υλοποίηση προγραμμάτων προληπτικής ιατρικής ή άλλων προγραμμάτων κοινωνικού ή φιλανθρωπικού χαρακτήρα από ιατρικούς ή άλλους φορείς του δημόσιου ή του ιδιωτικού τομέα, μετά από έγγραφη έγκριση του οικείου τοπικού ιατρικού συλλόγου, στην οποία ορίζεται ο χώρος, ο χρόνος και ο τρόπος παροχής αυτών των υπηρεσιών.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ΄**

### **ΣΧΕΣΕΙΣ ΙΑΤΡΟΥ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΗ**

#### **Άρθρο 8**

##### **Η ιατρική ως σχέση εμπιστοσύνης και σεβασμού.**

1. Η συμπεριφορά του ιατρού προς τον ασθενή του πρέπει να είναι αυτή που προσήκει και αρμόζει στην επιστήμη του και την αποστολή του λειτουργημάτων του.
2. Ο ιατρός φροντίζει για την ανάπτυξη σχέσεων αμοιβαίας εμπιστοσύνης και σεβασμού μεταξύ αυτού και του χρήστη/ασθενή. Ακούει τους ασθενείς του, τους συμπεριφέρεται με σεβασμό και κατανόηση και σέβεται τις απόψεις, την ιδιωτικότητα και την αξιοπρέπειά τους.
3. Ο ιατρός δεν παρεμβαίνει στην προσωπική και οικογενειακή ζωή του ασθενή, παρά μόνο στο μέτρο, στο βαθμό και στην έκταση που είναι αναγκαίο και αρκετό για την αποτελεσματική προσφορά των ιατρικών υπηρεσιών του εφόσον αυτό του έχει επιτραπεί.
4. Ο ιατρός, κατά την παροχή των ιατρικών υπηρεσιών, σέβεται τις θρησκευτικές, φιλοσοφικές, ηθικές ή πολιτικές απόψεις και αντιλήψεις του ασθενή. Οι απόψεις του ιατρού σχετικά με τον τρόπο ζωής του ασθενή, τις πεποιθήσεις και την κοινωνική ή οικονομική κατάσταση του τελευταίου δεν επιτρέπεται να επηρεάζουν τη φροντίδα ή τη θεραπευτική αντιμετώπιση που παρέχεται.
5. Ο ιατρός δεν πρέπει να εκμεταλλεύεται την εμπιστοσύνη του ασθενή, να χρησιμοποιεί τη θέση του για τη σύναψη ανάρμοστων προσωπικών σχέσεων με τους ασθενείς ή τους συγγενείς τους, να ασκεί οικονομικές ή άλλες πιέσεις, να αποκαλύπτει εμπιστευτικές πληροφορίες και να συστήνει θεραπείες ή να παραπέμπει τους ασθενείς σε εξετάσεις οι οποίες δεν είναι προς το συμφέρον τους.

6. Όταν ο ιατρός, μετά το πέρας των καθηκόντων του, παραδίδει τη φροντίδα του ασθενή του σε άλλο συνάδελφό του, πρέπει να εξασφαλίζει ότι η διαδικασία παράδοσης γίνεται αποτελεσματικά και μετά από ακριβή και σαφή ενημέρωση σχετικά με την κατάσταση, τις ανάγκες του ασθενή και τις υπάρχουσες εκκρεμότητες.
7. Ο ιατρός είναι υποχρεωμένος να διευκολύνει τη συγκρότηση ιατρικού συμβουλίου, όταν το ζητούν ο ασθενής ή οι οικείοι του.

## **Άρθρο 9**

### **Υποχρεώσεις του ιατρού προς τον ασθενή.**

1. Ο ιατρός δίνει προτεραιότητα στην προστασία της υγείας του ασθενή.
2. Ο ιατρός δεν μπορεί να αρνείται την προσφορά των υπηρεσιών του για λόγους άσχετους προς την επιστημονική του επάρκεια, εκτός εάν συντρέχει ειδικός λόγος, που να καθιστά αντικειμενικά αδύνατη την προσφορά των υπηρεσιών του.
3. Ο ιατρός οφείλει να παρέχει τις υπηρεσίες του για την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών ανεξάρτητα από την ειδικότητά του. Η υποχρέωση αυτή βαρύνει τον ιατρό, ακόμη και όταν δεν υπάρχουν τα κατάλληλα μέσα για την άσκηση της ιατρικής, και ισχύει μέχρι την παραπομπή του ασθενή σε ιατρό κατάλληλης ειδικότητας ή τη μεταφορά του σε κατάλληλη μονάδα παροχής υπηρεσιών φροντίδας και περίθαλψης. Σε κάθε περίπτωση, ο ιατρός οφείλει να εξαντλήσει τις υπάρχουσες, κάτω από τις δεδομένες συνθήκες, δυνατότητες, σύμφωνα με τις επιταγές της ιατρικής επιστήμης.
4. Ο ιατρός μπορεί να διακόψει την παροχή των υπηρεσιών, που ήδη προσφέρει στον ασθενή του, για λόγους επιστημονικούς ή προσωπικούς και εφόσον δεν τίθεται σε άμεσο κίνδυνο η υγεία ή η ζωή του τελευταίου. Στην περίπτωση αυτή, οφείλει, εφόσον του ζητηθεί, να υποδείξει άλλο συνάδελφό του για την αναπλήρωσή του.
5. Ο ιατρός οφείλει, σε κάθε περίπτωση επέλευσης έκτακτης ανάγκης ή μαζικής καταστροφής, ανεξαρτήτως της ένταξής του σε σχέδιο αντιμετώπισης εκτάκτων αναγκών, να προσφέρει τις ιατρικές υπηρεσίες του, έστω και χωρίς αμοιβή ή αποζημίωση.

## **Άρθρο 10**

### **Συνεχιζόμενη εκπαίδευση, διεπιστημονικότητα και επαγγελματική συνεργασία.**

1. Η άσκηση της ιατρικής γίνεται σύμφωνα με τους γενικά παραδεκτούς κανόνες της ιατρικής επιστήμης. Ο ιατρός έχει υποχρέωση συνεχιζόμενης δια βίου εκπαίδευσης και ενημέρωσης σχετικά με τις εξελίξεις της ιατρικής επιστήμης και της ειδικότητάς του.

2. Η υποχρέωση αυτή περιλαμβάνει όχι μόνον τις ιατρικές γνώσεις, αλλά και τις κλινικές δεξιότητες, καθώς και τις ικανότητες συνεργασίας σε ομάδα, οι οποίες είναι απαραίτητες για την παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας. Η συνεργασία στο πλαίσιο κάθε διεπιστημονικής ή μη ομάδας πρέπει να γίνεται εποικοδομητικά. Αν ο ιατρός ηγείται της ομάδας, προσπαθεί να εξασφαλίσει από όλα τα μέλη την ανάγκη παροχής αξιοπρεπούς και αποτελεσματικής φροντίδας, καθώς και εκδήλωσης σεβασμού στην προσωπικότητα του ασθενή.

3. Ο ιατρός οφείλει να αναγνωρίζει τα όρια των επαγγελματικών του ικανοτήτων και να συμβουλευεται τους συναδέλφους του.

### **Άρθρο 11**

#### **Υποχρέωση ενημέρωσης.**

1. Ο ιατρός έχει καθήκον αληθείας προς τον ασθενή. Οφείλει να ενημερώνει πλήρως και κατανοητά τον ασθενή για την πραγματική κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις συνέπειες και τους ενδεχόμενους κινδύνους ή επιπλοκές από την εκτέλεσή της, τις εναλλακτικές προτάσεις, καθώς και για τον πιθανό χρόνο αποκατάστασης, έτσι ώστε ο ασθενής να μπορεί να σχηματίζει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων και συνεπειών της κατάστασής του και να προχωρεί, ανάλογα, στη λήψη αποφάσεων.

2. Ο ιατρός σέβεται την επιθυμία των ατόμων τα οποία επιλέγουν να μην ενημερωθούν. Στις περιπτώσεις αυτές, ο ασθενής έχει δικαίωμα να ζητήσει από τον ιατρό να ενημερώσει αποκλειστικά άλλο ή άλλα πρόσωπα, που ο ίδιος θα υποδείξει, για την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις συνέπειες ή και τους κινδύνους από την εκτέλεσή της, καθώς και για το βαθμό πιθανολόγησής τους.

3. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να καταβάλλεται κατά την ενημέρωση που αφορά σε ειδικές επεμβάσεις, όπως μεταμοσχεύσεις, μεθόδους ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, επεμβάσεις αλλαγής ή αποκαταστάσεως φύλου, αισθητικές ή κοσμητικές επεμβάσεις.

4. Αν τα πρόσωπα δεν έχουν την ικανότητα να συναινέσουν για την εκτέλεση ιατρικής πράξης, ο ιατρός τα ενημερώνει στο βαθμό που αυτό είναι εφικτό.

Ενημερώνει, επίσης, τα τρίτα πρόσωπα, που έχουν την εξουσία να συναινέσουν για την εκτέλεση της πράξης αυτής, κατά τις διακρίσεις του επόμενου άρθρου.

## **Άρθρο 12**

### **Συναίνεση του ενημερωμένου ασθενή.**

1. Ο ιατρός δεν επιτρέπεται να προβεί στην εκτέλεση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης χωρίς την προηγούμενη συναίνεση του ασθενή.

2. Προϋποθέσεις της έγκυρης συναίνεσης του ασθενή είναι οι ακόλουθες:

α) Να παρέχεται μετά από πλήρη, σαφή και κατανοητή ενημέρωση, σύμφωνα με το προηγούμενο άρθρο.

β) Ο ασθενής να έχει ικανότητα για συναίνεση.

αα) Αν ο ασθενής είναι ανήλικος, η συναίνεση δίδεται από αυτούς που ασκούν τη γονική μέριμνα ή έχουν την επιμέλειά του. Λαμβάνεται, όμως, υπόψη και η γνώμη του, εφόσον ο ανήλικος, κατά την κρίση του ιατρού, έχει την ηλικιακή, πνευματική και συναισθηματική ωριμότητα να κατανοήσει την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο της ιατρικής πράξης και τις συνέπειες ή τα αποτελέσματα ή τους κινδύνους της πράξης αυτής. Στην περίπτωση της παραγράφου 3 του άρθρου 11 απαιτείται πάντοτε η συναίνεση των προσώπων που ασκούν τη γονική μέριμνα του ανηλίκου.

ββ) Αν ο ασθενής δεν διαθέτει ικανότητα συναίνεσης, η συναίνεση για την εκτέλεση ιατρικής πράξης δίδεται από τον δικαστικό συμπαραστάτη, εφόσον αυτός έχει ορισθεί. Αν δεν υπάρχει δικαστικός συμπαραστάτης, η συναίνεση δίδεται από τους οικείους του ασθενή. Σε κάθε περίπτωση, ο ιατρός πρέπει να προσπαθήσει να εξασφαλίσει την εκούσια συμμετοχή, σύμπραξη και συνεργασία του ασθενή, και ιδίως εκείνου του ασθενή που κατανοεί την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο της ιατρικής πράξης, τους κινδύνους, τις συνέπειες και τα αποτελέσματα της πράξης αυτής.

γ) Η συναίνεση να μην είναι αποτέλεσμα πλάνης, απάτης ή απειλής και να μην έρχεται σε σύγκρουση με τα χρηστά ήθη.

δ) Η συναίνεση να καλύπτει πλήρως την ιατρική πράξη και κατά το συγκεκριμένο περιεχόμενό της και κατά το χρόνο της εκτέλεσής της.

3. Κατ' εξαίρεση δεν απαιτείται συναίνεση:

α) στις επείγουσες περιπτώσεις, κατά τις οποίες δεν μπορεί να ληφθεί κατάλληλη συναίνεση και συντρέχει άμεση, απόλυτη και κατεπείγουσα ανάγκη παροχής ιατρικής φροντίδας,

β) στην περίπτωση απόπειρας αυτοκτονίας ή

γ) αν οι γονείς ανήλικου ασθενή ή οι συγγενείς ασθενή που δεν μπορεί για

οποιοδήποτε λόγο να συναινέσει ή άλλοι τρίτοι, που έχουν την εξουσία συναίνεσης για τον ασθενή, αρνούνται να δώσουν την αναγκαία συναίνεση και υπάρχει ανάγκη άμεσης παρέμβασης, προκειμένου να αποτραπεί ο κίνδυνος για τη ζωή ή την υγεία του ασθενή.

### **Άρθρο 13**

#### **Ιατρικό απόρρητο.**

1. Ο ιατρός οφείλει να τηρεί αυστηρά απόλυτη εχεμύθεια για οποιοδήποτε στοιχείο υποπίπτει στην αντίληψή του ή του αποκαλύπτει ο ασθενής ή τρίτοι, στο πλαίσιο της άσκησης των καθηκόντων του, και το οποίο αφορά στον ασθενή ή τους οικείους του.
2. Για την αυστηρή και αποτελεσματική τήρηση του ιατρικού απορρήτου, ο ιατρός οφείλει:
  - α) να ασκεί την αναγκαία εποπτεία στους βοηθούς, στους συνεργάτες ή στα άλλα πρόσωπα που συμπράττουν ή συμμετέχουν ή τον στηρίζουν με οποιοδήποτε τρόπο κατά την άσκηση του λειτουργήματός του και
  - β) να λαμβάνει κάθε μέτρο διαφύλαξης του απορρήτου και για το χρόνο μετά τημε οποιοδήποτε τρόποπαύση ή λήξη άσκησης του λειτουργήματός του.
3. Η άρση του ιατρικού απορρήτου επιτρέπεται όταν:
  - α) Ο ιατρός αποβλέπει στην εκπλήρωση νομικού καθήκοντος. Νομικό καθήκον συντρέχει, όταν η αποκάλυψη επιβάλλεται από ειδικό νόμο, όπως στις περιπτώσεις γέννησης, θανάτου, μολυσματικών νόσων και άλλες, ή από γενικό νόμο, όπως στην υποχρέωση έγκαιρης αναγγελίας στην αρχή, όταν ο ιατρός μαθαίνει με τρόπο αξιόπιστο ότι μελετάται κακούργημα ή ότι άρχισε ήδη η εκτέλεσή του και, μάλιστα, σε χρόνο τέτοιο, ώστε να μπορεί ακόμα να προληφθεί η τέλεση ή το αποτέλεσμα του.
  - β) Ο ιατρός αποβλέπει στη διαφύλαξη έννομου ή άλλου δικαιολογημένου, ουσιώδους δημοσίου συμφέροντος ή συμφέροντος του ίδιου του ιατρού ή κάποιου άλλου, το οποίο δεν μπορεί να διαφυλαχθεί διαφορετικά.
  - γ) Όταν συντρέχει κατάσταση ανάγκης ή άμυνας.
4. Η υποχρέωση τήρησης ιατρικού απορρήτου αίρεται, εάν συναινεί σε αυτό εκείνος στον οποίο αφορά, εκτός εάν η σχετική δήλωσή του δεν είναι έγκυρη, όπως στην περίπτωση, που αυτή είναι προϊόν πλάνης, απάτης, απειλής, σωματικής ή ψυχολογικής βίας, ή εάν η άρση του απορρήτου συνιστά προσβολή της ανθρώπινης αξιοπρέπειας.
5. Οι ιατροί που ασκούν δημόσια υπηρεσία ελέγχου, επιθεώρησης ή πραγματογνωμοσύνης απαλλάσσονται από την υποχρέωση τήρησης του ιατρικού



απορρήτου μόνο έναντι των εντολών τους και μόνο ως προς το αντικείμενο της εντολής και τους λοιπούς όρους χορήγησής της.

6. Η υποχρέωση τήρησης και διαφύλαξης του ιατρικού απορρήτου δεν παύει να ισχύει με το θάνατο του ασθενή.

## **Άρθρο 14**

### **Τήρηση ιατρικού αρχείου.**

1. Ο ιατρός υποχρεούται να τηρεί ιατρικό αρχείο, σε ηλεκτρονική ή μη μορφή, το οποίο περιέχει δεδομένα που συνδέονται αρρήκτως ή αιτιωδώς με την ασθένεια ή την υγεία των ασθενών του. Για την τήρηση του αρχείου αυτού και την επεξεργασία των δεδομένων του εφαρμόζονται οι διατάξεις του ν. 2472/1997 (ΦΕΚ 50 Α΄).

2. Τα ιατρικά αρχεία πρέπει να περιέχουν το ονοματεπώνυμο, το πατρώνυμο, το φύλο, την ηλικία, το επάγγελμα, τη διεύθυνση του ασθενή, τις ημερομηνίες της επίσκεψης, καθώς και κάθε άλλο ουσιώδες στοιχείο που συνδέεται με την παροχή φροντίδας στον ασθενή, όπως, ενδεικτικά και ανάλογα με την ειδικότητα, τα νοσήλια της υγείας του και το λόγο της επίσκεψης, την πρωτογενή και δευτερογενή διάγνωση ή την αγωγή που ακολουθήθηκε.

3. Οι κλινικές και τα νοσοκομεία τηρούν στα ιατρικά τους αρχεία και τα αποτελέσματα όλων των κλινικών και παρακλινικών εξετάσεων.

4. Η υποχρέωση διατήρησης των ιατρικών αρχείων ισχύει:

- α) στα ιδιωτικά ιατρεία και τις λοιπές μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του ιδιωτικού τομέα, για μία δεκαετία από την τελευταία επίσκεψη του ασθενή και
- β) σε κάθε άλλη περίπτωση, για μία εικοσαετία από την τελευταία επίσκεψη του ασθενή.

5. Ο ιατρός λαμβάνει όλα τα αναγκαία μέτρα, έτσι ώστε στην περίπτωση επιστημονικών δημοσιεύσεων να μην γνωστοποιείται με οποιονδήποτε τρόπο η ταυτότητα του ασθενή στον οποίο αφορούν τα δεδομένα. Εάν, λόγω της φύσης της δημοσίευσης, είναι αναγκαία η αποκάλυψη της ταυτότητας του ασθενή ή στοιχείων που υποδεικνύουν ή μπορούν να οδηγήσουν στην εξακρίβωση της ταυτότητάς του, απαιτείται η ειδική έγγραφη συναίνεσή του.

6. Ο ιατρός τηρεί τα επαγγελματικά του βιβλία με τέτοιο τρόπο, ώστε να εξασφαλίζεται το ιατρικό απόρρητο και η προστασία των προσωπικών δεδομένων.

7. Στα ιατρικά αρχεία δεν πρέπει να αναγράφονται κρίσεις ή σχολιασμοί για τους ασθενείς, παρά μόνον εάν αφορούν στην ασθένειά τους.

8. Ο ασθενής έχει δικαίωμα πρόσβασης στα ιατρικά αρχεία, καθώς και λήψης αντιγράφων του φακέλου του. Το δικαίωμα αυτό, μετά το θάνατό του, ασκούν οι κληρονόμοι του, εφόσον είναι συγγενείς μέχρι τετάρτου βαθμού.
9. Δεν επιτρέπεται σε τρίτο η πρόσβαση στα ιατρικά αρχεία ασθενή. Κατ' εξαίρεση επιτρέπεται η πρόσβαση:
- α) στις δικαστικές και εισαγγελικές αρχές κατά την άσκηση των καθηκόντων τους αυτεπάγγελα ή μετά από αίτηση τρίτου που επικαλείται έννομο συμφέρον και σύμφωνα με τις νόμιμες διαδικασίες,
  - β) σε άλλα όργανα της Ελληνικής Πολιτείας, που με βάση τις καταστατικές τους διατάξεις έχουν τέτοιο δικαίωμα και αρμοδιότητα.
10. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα πρόσβασης, σύμφωνα με τις οικείες διατάξεις, στα εθνικά ή διεθνή αρχεία στα οποία έχουν εισέλθει τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που τον αφορούν.

## **Άρθρο 15**

### **Σύγκρουση καθηκόντων.**

Ο ιατρός που βρίσκεται μπροστά σε σύγκρουση καθηκόντων αντιμετωπίζει τη σύγκρουση αυτή με βάση την επιστημονική του γνώση, τη σύγκριση των έννομων αγαθών που διακυβεύονται, τον απόλυτο σεβασμό της ανθρώπινης ζωής και αξιοπρέπειας και τη συνείδησή του στο πλαίσιο των αρχών του άρθρου 2.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ΄**

### **ΣΧΕΣΕΙΣ ΙΑΤΡΟΥ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ**

## **Άρθρο 16**

### **Ο ιατρός και η κοινωνία.**

1. Ο ιατρός οφείλει να γνωρίζει τον κοινωνικό χαρακτήρα του λειτουργήματός του και έχει την υποχρέωση, με βάση τις γνώσεις του, τις δεξιότητες και την πείρα που έχει αποκτήσει, να εφιστά την προσοχή της κοινότητας, στην οποία ανήκει, σε θέματα που έχουν σχέση με τη δημόσια υγεία και τη βελτίωση της ποιότητας των ιατρικών υπηρεσιών.
2. Ο ιατρός συμμετέχει σε επαγγελματικές ή και επιστημονικές οργανώσεις που έχουν ως σκοπό την προστασία των συλλογικών συμφερόντων της ιατρικής κοινότητας, καθώς και τη μελέτη, επεξεργασία, πρόταση και εφαρμογή συλλογικών μέτρων, που συμβάλλουν στη βελτίωση της δημόσιας υγείας.

3. Ο ιατρός έχει δικαίωμα στο σεβασμό της προσωπικότητάς του και της ιδιωτικής του ζωής από τον Τύπο και τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, κατά την άσκηση του ιατρικού λειτουργήματος.
4. Ο ιατρός απέχει από οποιαδήποτε ενέργεια η οποία μπορεί να οδηγήσει στον κοινωνικό αποκλεισμό ή στη διακριτική μεταχείριση ασθενών ή ατόμων που είναι φορείς νόσων, οι οποίες ενδέχεται να προκαλέσουν κοινωνικό στίγμα. Αντίθετα, μεριμνά για το σεβασμό της αξιοπρέπειας και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους, παρέχοντας παράλληλα την καλύτερη δυνατή επιστημονική αντιμετώπισή τους.
5. Ο ιατρός δίνει ιδιαίτερη προσοχή στην παροχή φροντίδας σε άτομα τα οποία ανήκουν σε ευπαθείς ομάδες, όπως γυναίκες που ζουν σε ελλειμματικές συνθήκες ασφάλειας, παιδιά προβληματικών οικογενειών, νεαρά άτομα που διαβιώνουν σε καταστάσεις υψηλού κινδύνου, άτομα με χρόνια νοσήματα ή άτομα της τρίτης ηλικίας.
6. Ο ιατρός παρέχει σε άτομα που ζουν σε φυλακές και στα παιδιά τους, που ζουν σε ιδρύματα, εξίσου καλή φροντίδα με εκείνη που παρέχεται στους υπόλοιπους πολίτες.
7. Στην περίπτωση παροχής φροντίδας σε λιγότερο προνομιούχες ομάδες ατόμων, όπως οι μετανάστες και οι πρόσφυγες, ο ιατρός λαμβάνει υπόψη ιδιαίτερος την πολιτισμική διάσταση της υγείας.

## **Άρθρο 17**

### **Διαφήμιση – Παρουσία ιατρών στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης.**

1. Απαγορεύεται οποιαδήποτε προσωπική διαφήμιση ή συστηματική δημόσια παρουσία ή αναφορά του ονόματος του ιατρού, άμεσα ή έμμεσα, η οποία είτε προέρχεται από αυτόν είτε διενεργείται με δική του υποκίνηση.
2. Απαγορεύεται η ανάρτηση σε δημόσιο χώρο διαφημιστικών πινακίδων ή επιγραφών, η διανομή φυλλαδίων, αγγελιών, δημοσιευμάτων ή οποιασδήποτε φύσης διαφημιστικών εντύπων ή άλλων ανακοινώσεων στον έντυπο ή ηλεκτρονικό τύπο. Κατ' εξαίρεση επιτρέπεται η χρήση των ανωτέρω μέσων σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου 8.
3. Απαγορεύεται η εντοίχιση επιγραφών ή πινακίδων με εμπορικό ή κερδοσκοπικό περιεχόμενο, καθώς και η ανάρτηση πινακίδων σε εξώστες, παράθυρα ή άλλα σημεία εκτός από την κύρια είσοδο του τόπου της κατοικίας και της επαγγελματικής εγκατάστασης του ιατρού και την πρόσοψη του κτιρίου. Οι διαστάσεις των πινακίδων οι οποίες επιτρέπεται να αναρτηθούν στην κύρια είσοδο της επαγγελματικής έδρας του ιατρού δεν είναι δυνατόν να είναι μεγαλύτερες των 0,25 X 0,30 εκατοστών και

περιέχουν υποχρεωτικά και μόνον το όνομα, το επώνυμο, τον αριθμό μητρώου του οικείου Ιατρικού Συλλόγου, τους μόνιμους τίτλους που έχουν αναγνωρισθεί στην Ελλάδα, την ειδικότητα και τις ημέρες και ώρες των επισκέψεων. Απαγορεύεται η επιδεικτική διακόσμηση και ο φωτισμός των πινακίδων.

4. Οι πινακίδες είναι ομοιόμορφες. Ο ιατρός οφείλει, πριν από την ανάρτηση, να υποβάλει την πινακίδα, που προτίθεται να αναρτήσει, προς έγκριση στον οικείο Σύλλογο, ο οποίος αποφαινεται εντός δεκαπέντε (15) εργάσιμων ημερών, άλλως θεωρείται ότι την εγκρίνει.

5. Οποιαδήποτε χρησιμοποίηση των ανωτέρω ή παρεμφερών στοιχείων από τρίτους, οι οποίοι έχουν σχέσεις συγγένειας, συνεργασίας ή εξάρτησης από τον ιατρό, με έμμεσο ή άμεσο σκοπό τη διαφήμισή του, συνεπάγεται τις ίδιες κυρώσεις σε βάρος του ιατρού, τις οποίες προβλέπει ο νόμος, εφόσον αποδεικνύεται ότι ο ιατρός γνώριζε τις ενέργειες των προσώπων αυτών.

6. Η δημοσίευση - εν γνώσει του ιατρού - αγγελιών, επιστολών ή δηλώσεων με μορφή ευχαριστηρίων ή συγχαρητηρίων και πραγματικών ή υποθετικών διαγνωστικών ή θεραπευτικών επιτυχιών και ικανοτήτων του, η οποία στοχεύει στην επαγγελματική διαφήμιση, συνεπάγεται τις ίδιες κυρώσεις.

7. Οποιαδήποτε επιτρεπόμενη παροχή πληροφοριών δεν πρέπει, σε καμία περίπτωση, να οδηγεί σε κατάχρηση της εμπιστοσύνης των ασθενών και σε εκμετάλλευση της έλλειψης ειδικών ιατρικών γνώσεων από πλευράς του κοινού.

8. Δεν συνιστούν ανεπίτρεπτη διαφήμιση:

α) οι δημόσιες ανακοινώσεις για ιατρικά θέματα, εφόσον γίνονται από ειδικούς σε θέματα της ειδικότητάς τους και με γνώμονα την ενημέρωση των συναδέλφων ιατρών ή της κοινής γνώμης,

β) η συμμετοχή σε δημόσιες συζητήσεις, στο γραπτό ή ηλεκτρονικό Τύπο, με σκοπό την ενημέρωση της κοινής γνώμης γύρω από θέματα αρμοδιότητας ή ειδικότητας του ιατρού ή του πεδίου ευθύνης του, επίκαιρα ή μη, που την απασχολούν, εφόσον βεβαίως τηρούνται οι αρχές της αβρότητας, της έντιμης εκφοράς κρίσεων και επιχειρημάτων και του σεβασμού της άλλης άποψης, που διατυπώνεται με τους ίδιους κανόνες.

9. Η ενημέρωση του κοινού από τους ιατρούς σε θέματα της ειδικότητας ή του γνωστικού τους αντικειμένου πρέπει να γίνεται σύμφωνα με τις αρχές και τις κείμενες διατάξεις που διέπουν την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος και την Ιατρική Δεοντολογία. Η ενημέρωση πρέπει να στηρίζεται αποκλειστικά σε στοιχεία απόλυτα

τεκμηριωμένα και διεθνώς παραδεδεγμένα. Η παρουσία του ιατρού πρέπει να περιορίζεται στα αναγκαία για την ενημέρωση πλαίσια και σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να υποκρύπτεται σκοπός διαφήμισης.

10. Δεν επιτρέπεται η δια των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης έκφραση απόψεων που μπορούν να προκαλέσουν σύγχυση ή παραπλάνηση του κοινού για θέματα υγείας. Ο περιορισμός αυτός ισχύει ιδιαίτερα σε περιπτώσεις υποθέσεων οι οποίες εκκρεμούν ενώπιον δικαστικών ή διοικητικών αρχών.

### **Άρθρο 18**

#### **Παρουσία των ιατρών στο διαδίκτυο.**

1. Οι ιατροί μπορούν να διατηρούν ιστοσελίδα στο διαδίκτυο στην οποία αναφέρονται ιδίως τα οριζόμενα στην παράγραφο 3 του άρθρου 17.
2. Το όνομα, η επωνυμία ή ο τίτλος που επιλέγει ο ιατρός για την ιστοσελίδα του ή την ηλεκτρονική του διεύθυνση πρέπει να συνάδουν με την επαγγελματική του ευπρέπεια και αξιοπρέπεια και να ανταποκρίνονται στις πραγματικά παρεχόμενες υπηρεσίες. Η ιστοσελίδα πρέπει να αναφέρει το χρόνο της τελευταίας της ενημέρωσης. Πρέπει, επίσης, να αναφέρει οποιαδήποτε πιθανή σύγκρουση συμφερόντων.
3. Η ιστοσελίδα μπορεί να περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικά με τις συμβάσεις ή τη - με οποιονδήποτε τρόπο- συνεργασία του ιατρού με το Δημόσιο, τα ταμεία ασθενείας και τους ασφαλιστικούς φορείς.
4. Οι πληροφορίες που παρέχονται στην ιστοσελίδα πρέπει να είναι ακριβείς, αντικειμενικές, κατανοητές και σύμφωνες με τον παρόντα Κώδικα. Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να οδηγούν σε παραπλάνηση του κοινού ή σε έμμεση συγκριτική εκτίμηση προσόντων ή πτυχίων.

### **Άρθρο 19**

#### **Αμοιβή ιατρού.**

1. Ο ιατρός παρέχει τις υπηρεσίες του με αμοιβή και χειρίζεται το θέμα αυτό με λεπτότητα, διακριτικότητα και χωρίς πρόθεση εκμετάλλευσης του ασθενή. Η διεκδίκηση της νόμιμης αμοιβής ή κάθε άλλο θέμα σχετικό με αυτήν πρέπει να διενεργείται με τρόπο ο οποίος να μην απάδει προς την αξιοπρέπεια και τον κατεξοχήν ανθρωπιστικό χαρακτήρα του ιατρικού επαγγέλματος.
2. Ο ιατρός μπορεί να παρέχει τις υπηρεσίες του χωρίς αμοιβή ή με μειωμένη αμοιβή σε ειδικές κατηγορίες ασθενών, με βάση κριτήρια, που είναι κοινωνικώς πρόσφορα,

παραδεκτά και σύμφωνα με το βαθύτερο ανθρωπιστικό χαρακτήρα του ιατρικού επαγγέλματος.

3. Ο ιατρός παρέχει τις υπηρεσίες του χωρίς αμοιβή στους συναδέλφους του και στους συγγενείς προς τους οποίους αυτοί έχουν νόμιμη υποχρέωση, καθώς και στους φοιτητές της ιατρικής.
4. Ο ιατρός έχει δικαίωμα να απαιτήσει την αμοιβή του είτε από τον εργοδότη, ως εργαζόμενος, είτε από τον ασθενή, ως ελεύθερος επαγγελματίας, με την απαιτούμενη όμως ευπρέπεια. Παρέχει τα νόμιμα παραστατικά τα οποία αφορούν στην κατάσταση υγείας του ασθενή και στις οικονομικές συναλλαγές σχετικά με τις παρασχεθείσες ιατρικές υπηρεσίες, ανεξάρτητα από το αν αυτό του ζητηθεί ή όχι από τον ασθενή. Κάθε ιατρός ως εξωνοσοκομειακός – ελεύθερος επαγγελματίας έχει δικαίωμα να καθορίσει, εκτός εάν υπόκειται σε ειδικό καθεστώς, το επίπεδο αμοιβής του, ανάλογα με τις ικανότητές του. Σε επείγουσες περιπτώσεις, η αμοιβή από τους ασθενείς αναζητείται αφού παρασχεθεί η ενδεικνυόμενη ιατρική συνδρομή.
5. Ο ιατρός που προσφέρει τις υπηρεσίες του στο δημόσιο τομέα ή σε οργανισμό κοινωνικής ασφάλισης απαγορεύεται να αξιώνει, να συμφωνεί ή να εισπράττει από τον ασθενή οποιοδήποτε οικονομικό αντάλλαγμα ή άλλο ωφέλημα οποιασδήποτε φύσης ή να δέχεται υπόσχεση τούτου πέρα από τη μηνιαία ή άλλη αποζημίωση ή αμοιβή του, όπως ορίζονται στο νόμο ή στη σύμβασή του.
6. Οποιαδήποτε συναλλαγή που αφορά στη λήψη αμοιβής από ασθενή μεταξύ ιατρών και οποιουδήποτε άλλου λειτουργού υγείας απαγορεύεται.
7. Απαγορεύεται στον ιατρό να χρησιμοποιεί εικονικούς μεσάζοντες πελάτες ή άλλους με σκοπό την προμήθεια πελατών με ποσοστά, καθώς και να λαμβάνει ποσοστά επί της ιατρικής αμοιβής.

## **Άρθρο 20**

### **Άσκηση ιατρικής στο πλαίσιο της κοινωνικής ασφάλισης.**

1. Ο ιατρός που προσφέρει τις υπηρεσίες του σε οργανισμό κοινωνικής ασφάλισης του δημόσιου ή του ιδιωτικού τομέα έχει όλα τα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις, όπως αυτές περιγράφονται στο προηγούμενο άρθρο. Ιδίως, δίνει προτεραιότητα στην αποτελεσματική θεραπεία του ασθενή και στη διατήρηση ή και βελτίωση της υγείας του.
2. Ο ιατρός οφείλει να ενεργεί με κύριο γνώμονα το συμφέρον των ασθενών ασφαλισμένων, πάντα όμως στο πλαίσιο του κανονισμού υγειονομικής περίθαλψης του οικείου φορέα κοινωνικής ασφάλισης.

3. Οι σχέσεις ιατρών και ασφαλιστικών οργανισμών διέπονται από το γενικό πλαίσιο δεοντολογίας και τις συμβάσεις που ισχύουν μεταξύ τους.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε΄**

### **ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΣΥΝΑΔΕΛΦΟΥΣ**

#### **Άρθρο 21**

##### **Σχέσεις με συναδέλφους και λοιπό προσωπικό.**

1. Ο ιατρός πρέπει να έχει επαγγελματική συνείδηση, να διατηρεί καλές επαγγελματικές σχέσεις με τους συναδέλφους του, να βοηθά αυτούς πρόθυμα και να σέβεται τη διαφορετική τους άποψη σε επαγγελματικά και επιστημονικά θέματα. Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να επικρίνει δημοσίως τους συναδέλφους του ούτε να υπαινίσσεται οποιαδήποτε υπεροχή έναντι αυτών. Η συμπεριφορά αυτή δεν θα πρέπει να εξαρτάται από την τυχόν διαφορά των χρόνων άσκησης επαγγέλματος, το οικονομικό επίπεδο των συναδέλφων, τη διαφορά ιεραρχίας ή τίτλων σπουδών που έχουν μεταξύ τους.

2. Ο ιατρός αποφεύγει οποιαδήποτε πράξη αθέμιτου ανταγωνισμού με τους συναδέλφους του. Ως τέτοια πράξη θεωρείται ιδίως:

α) η χρήση επιστημονικών, επαγγελματικών ή ακαδημαϊκών τίτλων που δεν κατέχει ή δεν έχουν αποκτηθεί νόμιμα ή δεν έχουν αναγνωρισθεί στην Ελλάδα,

β) η επαγγελία θεραπείας με μεθόδους, φάρμακα και άλλα θεραπευτικά μέσα που δεν έχουν αναγνωρισθεί και καθιερωθεί επιστημονικά ή και νομότυπα, καθώς και η χρήση οργάνων, μηχανημάτων ή πειραμάτων, όταν εφαρμόζονται με σκοπό την προσέλκυση πελατείας ή τη διαφήμιση,

γ) η εκχώρηση μέρους της ιατρικής αμοιβής ή η παροχή ποσοστών αυτής σε πρόσωπα που μεσολαβούν για την προσέλκυση πελατείας.

3. Ο ιατρός που καλείται να προσφέρει τις υπηρεσίες του σε ασθενή που παρακολουθείται από άλλον συνάδελφό του πρέπει, προς το συμφέρον του ασθενή, να επιδιώξει να έλθει σε επαφή με τον τελευταίο θεράποντα ιατρό, εκτός αν ο ασθενής δηλώσει ανεπιφύλακτα στον ιατρό την αντίθεσή του σε μία τέτοια ενέργεια.

4. Ο ιατρός οφείλει να σέβεται, να διατηρεί άριστες σχέσεις και να συνεργάζεται αρμονικά με τους νοσηλευτές και το λοιπό προσωπικό κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του, παραμερίζοντας οποιαδήποτε τυχόν διαφορά, με γνώμονα το συμφέρον του ασθενή και την εύρυθμη λειτουργία του φορέα παροχής υπηρεσιών.

5. Ο ιατρός μπορεί να αναθέτει φροντίδα στο νοσηλευτικό προσωπικό εάν κρίνει ότι αυτό είναι προς όφελος του ασθενή. Πρέπει όμως να είναι βέβαιος ότι το πρόσωπο στο οποίο ανατίθεται ένα συγκεκριμένο καθήκον είναι ικανό να το αναλάβει. Στην περίπτωση αυτή πρέπει να δώσει όλες τις απαραίτητες για τη διεκπεραίωση του καθήκοντος πληροφορίες σχετικά με τον ασθενή και τη συγκεκριμένη διαδικασία. Ο ιατρός παραμένει υπεύθυνος για τη διαχείριση της φροντίδας του ασθενή.
6. Η προσφυγή του ιατρού στα αρμόδια επαγγελματικά και ελεγκτικά όργανα σχετικά με θέματα αντιδεοντολογικής συμπεριφοράς, παράνομης ή πλημμελούς άσκησης της ιατρικής από συναδέλφους του δεν αποτελεί παράβαση του καθήκοντος συναδελφικότητας.

## **Άρθρο 22**

### **Ιατρικά συμβούλια.**

1. Αν ο ιατρός, ο ασθενής ή οι οικείοι του κρίνουν σκόπιμη τη συγκρότηση ιατρικού συμβουλίου, ο θεράπων ιατρός μπορεί να υποδείξει σύμβουλο της επιλογής του. Είναι όμως υποχρεωμένος να αφήσει στην οικογένεια ελευθερία επιλογής με βάση το συμφέρον του αρρώστου και τις μεταξύ τους σχέσεις εμπιστοσύνης.
2. Εάν ο ασθενής ή οι οικείοι του επιλέξουν ως σύμβουλο ιατρό με τον οποίο ο θεράπων ιατρός δεν διατηρεί αγαθές επαγγελματικές σχέσεις, ο τελευταίος μπορεί να αποσύρεται χωρίς δικαιολογία. Το ίδιο ισχύει προκειμένου για την εκλογή ειδικού ιατρού, εργαστηριακού ή κλινικού.
3. Ο θεράπων ιατρός οφείλει να πληροφορεί τον ασθενή ή τους οικείους του για κάθε λεπτομέρεια που αφορά στο ιατρικό συμβούλιο, καθώς και για την οφειλόμενη αμοιβή.
4. Ο θεράπων ιατρός καλεί το σύμβουλο ιατρό, ορίζει την ημέρα, την ώρα και το χώρο που θα συνέλθει το συμβούλιο και συντονίζει τη διαδικασία. Η διεξαγωγή του ιατρικού συμβουλίου περιλαμβάνει:
  - α) σύντομη προεισηγητική διάσκεψη κατά την οποία την εισήγηση διατυπώνει ο θεράπων ιατρός,
  - β) εξέταση του ασθενή από καθέναν από τους συμβούλους,
  - γ) ιδιαίτερη διάσκεψη των ιατρών η οποία ακολουθεί την εξέταση και
  - δ) ανακοίνωση προς την οικογένεια του πορίσματος του συμβουλίου από εκείνον που το διηύθυνε.Εάν προκύψει διαφορά γνώμων, ο θεράπων ιατρός μπορεί είτε να αποδεχθεί τη



γνώμη του συμβούλου ιατρού είτε, εφόσον την κρίνει άστοχη ή επιζήμια, να αποποιηθεί την ευθύνη. Στην περίπτωση αυτή γνωστοποιεί τη διαφωνία του στον ασθενή ή στην οικογένειά του και ζητεί τη συγκρότηση άλλου συμβουλίου, εάν το κρίνει σκόπιμο και προς το συμφέρον του ασθενή. Εφόσον η οικογένεια προτιμήσει τη γνώμη του συμβούλου ή αποκρούσει τη σύσταση νέου συμβουλίου, ο θεράπων ιατρός δικαιούται να αποσυρθεί.

5. Ο σύμβουλος ιατρός δεν μπορεί να γίνει θεράπων ιατρός του ασθενή, παρά μόνον στην περίπτωση που ο θεράπων ιατρός, ο οποίος τον κάλεσε, τον εξουσιοδοτεί ρητά ως προς αυτό ή εάν διαφωνήσει και αποχωρήσει, εφόσον ληφθεί πάντοτε υπόψη η προτίμηση του ασθενή.

6. Όταν παρουσιάζεται ανάγκη πρόσκλησης ειδικού ιατρού ή χειρουργού, ο θεράπων ιατρός μπορεί να υποδείξει τους καταλληλότερους κατά την κρίση του, δεν επιτρέπεται όμως να παραβλέψει τις προτιμήσεις του ασθενή, παρά μόνον σε περίπτωση προσωπικής διάστασης ή αδυναμίας να συνεργασθεί με τον ειδικό ιατρό ή τον χειρουργό που προτιμά ο ασθενής. Το ίδιο ισχύει και προκειμένου για την εκλογή θεραπευτηρίου, εργαστηρίου και νοσηλευτικού ιδρύματος.

7. Οι χειρουργοί, οι ειδικοί ιατροί και οι εργαστηριακοί ιατροί, προς τους οποίους παραπέμπεται ο ασθενής από τον θεράποντα ιατρό του, είναι υποχρεωμένοι να γνωστοποιούν στον τελευταίο το πόρισμα της εξέτασης. Αφού εκπληρώσουν αυτήν την εντολή, δεν επιτρέπεται να διατηρούν περαιτέρω σχέσεις ιατρικής φύσεως με τον ασθενή και ιδιαίτερα για θέματα εκτός της ειδικότητάς τους.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ΄**

### **ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ**

#### **Άρθρο 23**

##### **Ο ρόλος του ιατρού στην εκπαιδευτική διαδικασία.**

1. Ο ιατρός πρέπει να συμβάλλει στην εκπαίδευση άλλων ιατρών, φοιτητών της ιατρικής και λοιπών συναδέλφων του.
2. Κάθε ιατρός πρέπει να είναι προετοιμασμένος να επιβλέπει λιγότερο έμπειρους συναδέλφους του.
3. Ο ιατρός ο οποίος έχει ιδιαίτερες εκπαιδευτικές υποχρεώσεις πρέπει να αναπτύσσει τις διδακτικές του ικανότητες. Εάν είναι υπεύθυνος για την εκπαίδευση νεότερων συναδέλφων του, πρέπει να είναι βέβαιος ότι αυτοί εποπτεύονται κατάλληλα.

4. Ο ιατρός αναγνωρίζει τη σημασία και συμβάλλει στην εκπαίδευση των ασθενών που πάσχουν από χρόνια νοσήματα, καθώς και των μελών της οικογένειάς τους.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ζ΄**

### **ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ**

#### **Άρθρο 24**

##### **Ιατρική έρευνα.**

1. Η ιατρική έρευνα διεξάγεται ελεύθερα στο πλαίσιο των θεμελιωδών πνευματικών και ηθικών αξιών, που χαρακτηρίζονται από σεβασμό στον άνθρωπο και την αξιοπρέπειά του.

2. Η ιατρική έρευνα στον άνθρωπο επιτρέπεται με τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

α) Ενημέρωση του ανθρώπου που υπόκειται σε έρευνα, σύμφωνα με το άρθρο 11, και ιδίως ως προς:

αα) την ύπαρξη και το μέγεθος πιθανών κινδύνων,

ββ) τα δικαιώματα προστασίας του ατόμου,

γγ) τον εθελοντικό χαρακτήρα συμμετοχής στην έρευνα και χωρίς οικονομικά ανταλλάγματα και

δδ) τη δυνατότητα ελεύθερης ανάκλησης της παρεχόμενης συναίνεσης.

β) Ελεύθερη, ανεπιφύλακτη, ειδική και τεκμηριωμένη συναίνεση του ανθρώπου που υπόκειται σε ιατρική έρευνα, ο οποίος έχει τη σχετική ικανότητα, όπως ειδικότερα ορίζεται στο άρθρο 12.

γ) Οι κίνδυνοι στους οποίους εκτίθεται ο άνθρωπος είναι δυσανάλογα μικροί σε σχέση με τα πιθανά οφέλη από την έρευνα.

δ) Το ερευνητικό πρόγραμμα έχει εγκριθεί από το αρμόδιο όργανο, μετά από σύμφωνη γνώμη του αρμόδιου Επιστημονικού Συμβουλίου και της αρμόδιας Επιτροπής Δεοντολογίας. Το Επιστημονικό Συμβούλιο ή η Επιτροπή Δεοντολογίας μπορεί, κατά τη διεξαγωγή της έρευνας, να προβεί σε επανεκτίμηση των όρων και συνθηκών διεξαγωγής αυτής.

3. Η έρευνα σε άτομα τα οποία δεν διαθέτουν ικανότητα συναίνεσης, σύμφωνα με το άρθρο 12, επιτρέπεται μόνον εφόσον:

α) πληρούνται όλες οι προϋποθέσεις των προηγούμενων παραγράφων,

β) τα αποτελέσματα της έρευνας μπορούν να οδηγήσουν σε άμεσο όφελος της υγείας του ατόμου,

γ) δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί έρευνα αντίστοιχης αποτελεσματικότητας σε άτομα τα οποία διαθέτουν ικανότητα συναίνεσης,

δ) έχει δοθεί η απαραίτητη συναίνεση, σύμφωνα με τους όρους της παραγράφου 2 του άρθρου 12 και

ε) το άτομο δεν αντιτίθεται με οποιονδήποτε τρόπο.

4. Οποιαδήποτε διαγνωστική ή θεραπευτική μέθοδος δεν εφαρμόζεται διεθνώς, χαρακτηρίζεται ως πειραματική και επιτρέπεται η εφαρμογή της μόνο ύστερα από έγκριση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.). Ιατροί, που εφαρμόζουν πειραματικές, διαγνωστικές ή θεραπευτικές πράξεις, χωρίς τις προϋποθέσεις των άρθρων του παρόντος ή την ανωτέρω έγκριση, τιμωρούνται με την ποινή της οριστικής αφαίρεσης της άδειας άσκησης επαγγέλματος, σύμφωνα με όσα προβλέπονται στη διάταξη του άρθρου 36.

### **Άρθρο 25**

#### **Κλινική έρευνα με νέα φάρμακα ή νέες διαγνωστικές και θεραπευτικές μεθόδους.**

1. Οι κλινικές μελέτες με νέα φάρμακα ή εφαρμογή νεότερων διαγνωστικών και θεραπευτικών μεθόδων επιτρέπονται εφόσον:

α) ανταποκρίνονται στις γενικές προδιαγραφές και διαδικασίες, όπως αυτές καθορίζονται από τα αρμόδια όργανα της Ευρωπαϊκής Ένωσης,

β) υπάρχουν ισχυρές επιστημονικές ενδείξεις ότι η χρήση τους ή η εφαρμογή τους θα αυξήσει τις πιθανότητες επιβίωσης ή αποκατάστασης της υγείας ή ανακούφισης των ασθενών που πάσχουν από αντίστοιχες νόσους και η ωφελιμότητα θα είναι σοβαρά σημαντικότερη του ενδεχόμενου εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών,

γ) συντρέχουν όλες οι προϋποθέσεις του προηγούμενου άρθρου.

2. Αν ο ασθενής αρνηθεί τη συμμετοχή του σε μια τέτοια μελέτη, ο ιατρός οφείλει να λάβει κάθε μέτρο, προκειμένου η άρνηση του ασθενή να μην επηρεάζει αρνητικά τη σχέση ιατρού προς ασθενή.

3. Ο ιατρός δεν επιτρέπεται να χρησιμοποιεί νέα φάρμακα άγνωστης αποτελεσματικότητας ή να εφαρμόζει νέες θεραπευτικές ή διαγνωστικές μεθόδους αγνώστων συνεπειών, χωρίς την αυστηρή εφαρμογή των κανόνων που διέπουν το σχεδιασμό και την εφαρμογή κλινικών μελετών. Αναγνωρίζει ως θεμελιώδη κανόνα ότι η πιθανή διαγνωστική ή θεραπευτική αξία, προς όφελος του ασθενή, έχει προτεραιότητα έναντι της επιστημονικής γνώσης, που ενδεχομένως αποκτάται από τα νέα φάρμακα ή τις νέες θεραπευτικές ή διαγνωστικές μεθόδους.

### **Άρθρο 26**

#### **Μη θεραπευτική βιοϊατρική έρευνα.**

1. Επιτρέπεται η ιατρική έρευνα σε ανθρώπους, για καθαρώς επιστημονικούς λόγους, με τις προϋποθέσεις του άρθρου 24 και επιπλέον τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

α) ο ιατρός ερευνητής θεωρεί ύψιστο καθήκον του την προστασία της ζωής, της υγείας και της αξιοπρέπειας του προσώπου στο οποίο διεξάγεται η έρευνα, η οποία προστασία προηγείται του συμφέροντος της επιστήμης ή της κοινωνίας,

β) ο ιατρός ερευνητής λαμβάνει κάθε απαραίτητο μέτρο, έτσι ώστε η συμμετοχή του ατόμου στην έρευνα να γίνεται χωρίς οποιοδήποτε αντάλλαγμα.

2. Ο ιατρός ερευνητής διακόπτει την έρευνα, αν, κατά την κρίση του, η συνέχισή της μπορεί να επιφέρει σοβαρή, επικίνδυνη ή απλή βλάβη στο άτομο.

### **Άρθρο 27**

#### **Δημοσιότητα των ανακαλύψεων.**

1. Ο ιατρός υποχρεούται να καθιστά γνωστές, κατά προτεραιότητα, στην ιατρική κοινότητα, με τον πιο πρόσφορο τρόπο, τις ανακαλύψεις που επέτυχε και τα συμπεράσματα στα οποία έχει καταλήξει από τις επαγγελματικές του μελέτες σε διαγνωστικά ή θεραπευτικά θέματα. Αποφεύγει την ευρύτερη δημοσιοποίηση των ανακαλύψεων και των συμπερασμάτων του στο μη ιατρικό κοινό, προτού τα υποβάλει στην κριτική των συναδέλφων του.

2. Ο ιατρός σε κάθε επιστημονική ανακοίνωσή του αναφέρει όλους τους συνεργάτες του, που συνέβαλαν στο περιεχόμενο της επιστημονικής ανακοίνωσης. Επιπλέον, δηλώνει οπωσδήποτε την επιχείρηση ή εταιρεία, που χρηματοδότησε ολικά ή μερικά την έρευνά του.

3. Ιατροί, οι οποίοι είναι υπεύθυνοι σύνταξης βιοϊατρικών περιοδικών ή μετέχουν στη συντακτική τους επιτροπή, πριν προχωρήσουν στη δημοσίευση των εργασιών που προκύπτουν από την ερευνητική διαδικασία, ελέγχουν την τήρηση των κανόνων των άρθρων 24 έως και 26 ή απαιτούν υπεύθυνη δήλωση για την τήρησή τους.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Η΄**

### **ΙΑΤΡΟΣ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

#### **Άρθρο 28**

##### **Φροντίδα ψυχικής υγείας.**

1. Ο ψυχίατρος πρέπει να προσφέρει την καλύτερη δυνατή θεραπεία σύμφωνα με τις γνώσεις του και να παρέχει τις φροντίδες του μέσα στο πλαίσιο του σεβασμού της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και των θεμελιωδών ελευθεριών των ανθρώπων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές. Ενθαρρύνει επίσης τη γενικότερη προαγωγή της ψυχικής υγείας.

2. Ο ψυχίατρος οφείλει να ενημερώνεται, να εκπαιδεύεται και να επιμορφώνεται τακτικά σε θέματα που αφορούν τόσο τις εξελίξεις της επιστήμης του, όσο και την προστασία της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και των θεμελιωδών ελευθεριών των ανθρώπων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές, καθώς και στην αποφυγή και τον έλεγχο της βίας.
3. Ο ψυχίατρος οφείλει να προβαίνει σε θεραπευτικές παρεμβάσεις στο μέτρο που αυτές περιορίζουν ελάχιστα την ελευθερία του ανθρώπου που πάσχει από ψυχικές διαταραχές και να ζητεί τη γνώμη συναδέλφων του, όπου αυτό θεωρείται αναγκαίο. Όταν ο ψυχίατρος είναι υπεύθυνος για τη θεραπεία ή τις υποστηρικτικές ενέργειες που παρέχονται στο χώρο των ψυχικών διαταραχών από άλλους επαγγελματίες, οφείλει να τους εκπαιδεύει και να τους επιβλέπει κατάλληλα.
4. Ο ψυχίατρος οφείλει να γνωρίζει και να αναγνωρίζει ότι ο άνθρωπος που πάσχει από ψυχικές διαταραχές είναι δικαιωματικά εταίρος στη θεραπευτική διαδικασία. Η θεραπευτική σχέση βασίζεται τόσο στην εχεμύθεια του ιατρού, όσο και σε αμοιβαία εμπιστοσύνη και σεβασμό, ώστε να επιτρέπει σε αυτόν που πάσχει από ψυχικές διαταραχές να συμμετέχει στην αποφασιστική διαδικασία, σύμφωνα με τις προσωπικές του αξίες και προτιμήσεις.
5. Ο ψυχίατρος οφείλει να ενημερώνει τον άνθρωπο που πάσχει από ψυχικές διαταραχές για τη φύση της κατάστασής του, τις θεραπευτικές διαδικασίες, καθώς και τις τυχόν εναλλακτικές αυτών, όπως επίσης και την πιθανή έκβαση των θεραπευτικών διαδικασιών.
6. Ο ψυχίατρος σέβεται την πνευματική, συναισθηματική και ηθική αυτονομία του ανθρώπου που πάσχει από ψυχικές διαταραχές. Για αυτόν το λόγο, κατά τη θεραπεία, λαμβάνει τα ανάλογα μέτρα, που διασφαλίζουν την άσκηση των θρησκευτικών και πολιτικών επιλογών του ανθρώπου που πάσχει από ψυχικές διαταραχές, καθώς και τη συμμετοχή του σε πρόσφορες κοινωνικές δραστηριότητες, εφόσον αυτές δεν επηρεάζουν αρνητικά την ψυχική του κατάσταση ή δεν εμπλέκονται στην ψυχοπαθολογία του.
7. Ο ψυχίατρος οφείλει να συνεννοείται με τα πρόσωπα που αναφέρονται στο άρθρο 12, όταν ο άνθρωπος που πάσχει από ψυχικές διαταραχές δεν διαθέτει ικανότητα λήψης αποφάσεων, λόγω των διαταραχών αυτών.
8. Ο ψυχίατρος δεν χορηγεί καμία θεραπεία χωρίς τη θέληση του ανθρώπου που πάσχει από ψυχικές διαταραχές, εκτός εάν η άρνηση θεραπείας θέτει σε κίνδυνο τη ζωή του ίδιου και εκείνων που τον περιβάλλουν ή συνεπάγεται σοβαρή επιβάρυνση

της πορείας της ψυχικής του διαταραχής. Αν καθίσταται επιτακτική η αναγκαστική νοσηλεία του ανθρώπου που πάσχει από ψυχικές διαταραχές, αυτή πρέπει να είναι σύμφωνη με τους όρους και τις προϋποθέσεις που ορίζονται από την ισχύουσα νομοθεσία.

9. Δεν επιτρέπεται στον ψυχίατρο να επωφεληθεί από τη θεραπευτική του σχέση με τον άνθρωπο που πάσχει από ψυχικές διαταραχές και να επιτρέψει να υπεισέλθουν στη θεραπεία ανάρμοστες προσωπικές επιθυμίες, συναισθήματα, προκαταλήψεις και πεποιθήσεις, ούτε να χρησιμοποιήσει πληροφορίες που έχουν αποκτηθεί, κατά τη σχέση αυτή, για προσωπικούς λόγους, οικονομικά ή ακαδημαϊκά οφέλη. Επιτρέπεται η παραβίαση του απορρήτου, μόνον όταν η τήρησή του θα μπορούσε να επιφέρει σοβαρή σωματική ή ψυχική βλάβη σε αυτόν που πάσχει από ψυχικές διαταραχές ή σε τρίτο πρόσωπο.

10. Ο ψυχίατρος που καλείται να διατυπώσει μια εκτίμηση για ένα πρόσωπο με σκοπούς άλλους από τους θεραπευτικούς, όπως κατά τη διενέργεια ψυχιατροδικαστικής εκτίμησης, οφείλει πρώτα να το ενημερώσει και να το συμβουλευτεί για το σκοπό της εκτίμησης αυτής, τη χρήση των ευρημάτων και τις πιθανές επιπτώσεις της εκτίμησης.

11. Ο ψυχίατρος οφείλει, στις έρευνες που διεξάγονται σε ανθρώπους που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές, να επιδεικνύει ιδιαίτερη προσοχή, ώστε να διαφυλάσσεται η αυτονομία τους, καθώς και η ψυχική και σωματική τους ακεραιότητα. Επίσης, οφείλει να ενημερώνει τους ανθρώπους αυτούς για τους σκοπούς της έρευνας και τις ενδεχόμενες ανεπιθύμητες επιδράσεις της και να εξασφαλίζει, μετά από πλήρη, σαφή και κατανοητή ενημέρωση, τη συγκατάθεση των ασθενών, αναφορικά με τη συμμετοχή τους σε ερευνητικό πρόγραμμα. Η προσπάθεια του ψυχιάτρου για την καλύτερη δυνατή θεραπεία ανθρώπου που πάσχει από ψυχικές διαταραχές δεν θα πρέπει επ' ουδενί να επηρεάζεται από την άρνηση συμμετοχής του συγκεκριμένου ανθρώπου σε έρευνα του ψυχιάτρου.

12. Ο ψυχίατρος με κανέναν τρόπο δεν θα πρέπει να χρησιμοποιεί μέσα και μεθόδους του επαγγέλματός του, που πειθαναγκάζουν σε τροποποίηση ή αλλαγή στάσεων και συμπεριφορών που σχετίζονται με πολιτικές ή και κοινωνικές πεποιθήσεις ή, γενικότερα, εξυπηρετούν άλλους σκοπούς πλην των θεραπευτικών και της προαγωγής της υγείας του ατόμου και της κοινωνίας.

13. Ο ψυχίατρος πρέπει να φροντίζει ώστε οι ψυχικά πάσχοντες να παρουσιάζονται στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (Μ.Μ.Ε.) με τρόπο που, αφ' ενός μεν προστατεύει

την τιμή και την αξιοπρέπειά τους, αφ' ετέρου δε μειώνει το στίγμα και τη διάκριση εναντίον τους. Ο ψυχίατρος δεν πρέπει να κάνει ανακοινώσεις στα Μ.Μ.Ε. για την υποτιθέμενη ψυχοπαθολογία οποιουδήποτε ατόμου.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Θ΄**

### **ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ**

#### **Άρθρο 29**

##### **Ιατρικές αποφάσεις στο τέλος της ζωής.**

1. Ο ιατρός, σε περίπτωση ανίατης ασθένειας που βρίσκεται στο τελικό της στάδιο, ακόμη και αν εξαντληθούν όλα τα ιατρικά θεραπευτικά περιθώρια, οφείλει να φροντίζει για την ανακούφιση των ψυχοσωματικών πόνων του ασθενή. Του προσφέρει παρηγορητική αγωγή και συνεργάζεται με τους οικείους του ασθενή προς αυτήν την κατεύθυνση. Σε κάθε περίπτωση, συμπαρίσταται στον ασθενή μέχρι το τέλος της ζωής του και φροντίζει ώστε να διατηρεί την αξιοπρέπειά του μέχρι το σημείο αυτό.
2. Ο ιατρός λαμβάνει υπόψη τις επιθυμίες που είχε εκφράσει ο ασθενής, ακόμη και αν, κατά το χρόνο της επέμβασης, ο ασθενής δεν είναι σε θέση να τις επαναλάβει.
3. Ο ιατρός οφείλει να γνωρίζει ότι η επιθυμία ενός ασθενή να πεθάνει, όταν αυτός βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο, δεν συνιστά νομική δικαιολόγηση για τη διενέργεια πράξεων οι οποίες στοχεύουν στην επίσπευση του θανάτου.

#### **Άρθρο 30**

##### **Ιατρική υποβοήθηση στην ανθρώπινη αναπαραγωγή.**

1. Ο ιατρός οφείλει να παράσχει στον ενδιαφερόμενο κάθε χρήσιμη πληροφορία σχετικά με το θέμα της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και της αντισύλληψης.
2. Ο ιατρός συζητά, ενημερώνει για τις θετικές και αρνητικές συνέπειες και ενθαρρύνει την προσφυγή στις μεθόδους ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σε συγκεκριμένες περιπτώσεις ιατρικής αδυναμίας απόκτησης παιδιών με φυσικό τρόπο ή προκειμένου να αποφευχθεί η μετάδοση σοβαρής ασθένειας στο παιδί. Η εφαρμογή των μεθόδων αυτών διέπεται από το σεβασμό στην προσωπικότητα του ανθρώπου και την ελεύθερη και σοβαρή βούλησή του, όπως αυτή σχηματίζεται μετά από πλήρη και τεκμηριωμένη ενημέρωση. Σε κάθε περίπτωση, ο ιατρός απέχει από κάθε επιχείρηση ή προσπάθεια βιομηχανοποίησης της διαδικασίας της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

3. Οποιαδήποτε παρέμβαση στο έμβρυο, η οποία γίνεται στο πλαίσιο εφαρμογής των μεθόδων ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, πρέπει να είναι σύμφωνη με τις διατάξεις για την προστασία της γενετικής ταυτότητας και την απαγόρευση τροποποιήσεων του ανθρώπινου γονιδιώματος, που είναι δυνατόν να μεταβιβασθούν στην επόμενη γενεά.
4. Η κλωνοποίηση ως μέθοδος αναπαραγωγής ανθρώπου απαγορεύεται.
5. Ο ιατρός μπορεί να επικαλεσθεί τους κανόνες και τις αρχές της ηθικής συνείδησής του και να αρνηθεί να εφαρμόσει ή να συμπράξει στη διαδικασία της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

### **Άρθρο 31**

#### **Τεχνητή διακοπή κύησης.**

1. Ο ιατρός μπορεί να επικαλεσθεί τους κανόνες και τις αρχές της ηθικής συνείδησής του και να αρνηθεί να εφαρμόσει ή να συμπράξει στη διαδικασία τεχνητής διακοπής της κύησης, εκτός εάν υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της υγείας της. Στην περίπτωση αυτή, απαιτείται σύμφωνη και αιτιολογημένη γνώμη του κατά περίπτωση αρμόδιου ιατρού.
2. Ο ιατρός οφείλει να παρέχει συμβουλευτική υποστήριξη στη γυναίκα που ζητεί την παροχή των υπηρεσιών του, πριν προχωρήσει στη διακοπή της κύησης.

### **Άρθρο 32**

#### **Μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων.**

1. Ο ιατρός οφείλει να ενθαρρύνει τις μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων που γίνονται για θεραπευτικούς λόγους, παρέχοντας σωστή ενημέρωση και συνεργαζόμενος με τους αντίστοιχους φορείς και υπηρεσίες.
2. Ο ιατρός δεν παρέχει τις υπηρεσίες του εάν η μεταμόσχευση γίνεται ή επιχειρείται να γίνει με οποιοδήποτε αντάλλαγμα ή υποκρύπτει τέτοιο. Η καταβολή των δαπανών που είναι απαραίτητες για τη μεταμόσχευση δεν συνιστά αντάλλαγμα.
3. Ο ιατρός προστατεύει, με κάθε τρόπο, το απόρρητο της ταυτότητας του δότη και του λήπτη.

### **Άρθρο 33**

#### **Αιμοδοσία.**

1. Ο ιατρός ενθαρρύνει πάντοτε την εθελοντική και μη αμειβόμενη αιμοδοσία. Το οικονομικό όφελος δεν πρέπει ποτέ να αποτελεί κίνητρο ούτε για τους αιμοδότες ούτε για τους υπεύθυνους συλλογής αίματος.



2. Ο ιατρός, εκτός από τη μέριμνα του αιμολήπτη, έχει και τη μέριμνα του αιμοδότη. Η μέριμνα για την υγεία και την ασφάλεια του αιμοδότη είναι διαρκής.
3. Ο ιατρός γνωρίζει στον αιμοδότη όλους τους κινδύνους που εμπεριέχει η διαδικασία της αιμοδοσίας.
4. Ο ιατρός λαμβάνει κάθε μέτρο για την τήρηση της ανωνυμίας μεταξύ αιμοδοτών και αιμοληπτών, εκτός εάν συντρέχουν ειδικοί εξαιρετικοί λόγοι, όπως η διασφάλιση της υγείας του αιμολήπτη ή λόγοι ηθικής ευπρέπειας ή συγγενικής ή κοινωνικά πρόσφορης αλληλεγγύης.

#### **Άρθρο 34**

##### **Προστασία γενετικής ταυτότητας.**

1. Παρεμβάσεις του ιατρού οι οποίες οδηγούν στην τροποποίηση του ανθρώπινου γονιδιώματος μπορούν να γίνουν μόνο για προληπτικούς, διαγνωστικούς ή θεραπευτικούς σκοπούς. Σε καμία περίπτωση η τροποποίηση αυτή δεν μπορεί να μεταφέρεται στο γονιδίωμα της επόμενης γενεάς.
2. Δεν επιτρέπεται η χρησιμοποίηση της γενετικής τεχνολογίας για πολιτικούς ή στρατιωτικούς σκοπούς.

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ'**

##### **ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ**

#### **Άρθρο 35**

##### **Σχέσεις ιατρού προς τον Ιατρικό Σύλλογο.**

1. Ο ιατρός είναι υποχρεωμένος να εκπληρώνει πρόθυμα και απροφάσιστα όλα τα επιβεβλημένα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις προς τον Ιατρικό Σύλλογο του οποίου είναι μέλος.
2. Ο ιατρός οφείλει να εγγραφεί ως μέλος του Ιατρικού Συλλόγου στην περιφέρεια του οποίου έχει την επαγγελματική του εγκατάσταση.
3. Ο ιατρός οφείλει να προσέρχεται ανελλιπώς στις γενικές συνελεύσεις και να συμβάλλει με τις γνώσεις και το ζήλο του στην προαγωγή και ολοκλήρωση των σκοπών του Συλλόγου, να αναλαμβάνει και να εκτελεί ενόρκως και ευσυνείδητα κάθε υπηρεσία που του ανατίθεται, να εκπληρώνει τις οικονομικές του υποχρεώσεις τακτικά και έγκαιρα, να μετέχει στις ψηφοφορίες για την εκλογή των καταλληλότερων, κατά την κρίση του, οργάνων διοίκησης, να βοηθά το Σύλλογο όταν καλείται και να προσέρχεται σε κάθε περίπτωση, καθώς και να υπακούει στις αποφάσεις του Συλλόγου που λαμβάνονται νόμιμα και είναι δεσμευτικές για το σύνολο.

4. Κάθε παράλειψη ή παράβαση των υποχρεώσεων του ιατρού προς τον Ιατρικό Σύλλογο, καθώς και κάθε απείθεια προς τις αποφάσεις του, επισύρει πειθαρχικές κυρώσεις σε βάρος του υπεύθυνου ιατρού.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΑ΄**

### **ΤΕΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ**

#### **Άρθρο 36**

##### **Κυρώσεις.**

1. Κάθε παράβαση των διατάξεων του παρόντος τιμωρείται πειθαρχικά από τα αρμόδια πειθαρχικά όργανα.
2. Επιπλέον ο ιατρός που παραβιάζει τις διατάξεις των άρθρων 6 παράγραφοι 4 και 5, 19 παράγραφοι 5, 6 και 7, 24 παράγραφος 4, 28 παράγραφος 9 και 30 παράγραφος 4, τιμωρείται με προσωρινή ανάκληση της άδειας ασκήσεως του επαγγέλματος και προσωρινή παύση από θέση που τυχόν κατέχει στο Δημόσιο για τουλάχιστον δύο (2) έτη και πρόστιμο ποσού πενήντα χιλιάδων (50.000,00) έως και διακοσίων χιλιάδων (200.000,00) ευρώ. Η ποινή επιβάλλεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, μετά από γνώμη του Εθνικού Συμβουλίου Ιατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας, η οποία εκδίδεται μέσα σε προθεσμία είκοσι (20) ημερών από την αποστολή σχετικού ερωτήματος. Σε περίπτωση τελέσεως εκ νέου μίας από τις ανωτέρω παραβάσεις, επιβάλλεται υποχρεωτικά, με όμοια απόφαση, οριστική ανάκληση της άδειας ασκήσεως του επαγγέλματος και οριστική παύση.
3. Ο ιατρός έχει δικαίωμα σε αποκατάσταση, αποζημίωση και επανόρθωση κάθε οικονομικής ή ηθικής βλάβης ή ζημίας που υπέστη από την εναντίον του άσκηση κάθε είδους αβάσιμης αναφοράς από φυσικά ή νομικά πρόσωπα. Κάθε ιατρός ο οποίος κατηγορείται στο πλαίσιο αστικής, ποινικής ή πειθαρχικής διαδικασίας έχει δικαίωμα απόλυτου σεβασμού της προσωπικότητάς του.

#### **Άρθρο 37**

##### **Καταργητική διάταξη**

Από την έναρξη ισχύος του παρόντος καταργείται το β.δ. της 25.5./6.7.1955 (ΦΕΚ 171 Α΄).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΒ΄**

### **ΛΟΙΠΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ**

#### **Άρθρο 38**

**Τροποποιήσεις του ν. 1026/1980 (ΦΕΚ 48 Α΄).**

1. Στο άρθρο 4 του ν. 1026/1980 προστίθεται παράγραφος 5, η οποία έχει ως εξής:  
«5. Οδοντίατροι βουλευτές, στους οποίους απαγορεύεται η άσκηση οδοντιατρικού επαγγέλματος, μπορούν να παραμείνουν μέλη του Οδοντιατρικού Συλλόγου στον οποίο ήταν εγγεγραμμένοι μέχρι την απόκτηση της βουλευτικής ιδιότητας, δεν έχουν όμως το δικαίωμα του εκλέγειν και εκλέγεσθαι.»

2. Η παρ. 1 του άρθρου 5 του ν. 1026/1980 αντικαθίσταται ως εξής:  
«1. Τα μέλη του Οδοντιατρικού Συλλόγου υποχρεούνται σε ετήσια εισφορά προς το Σύλλογο, η οποία καθορίζεται με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου κάθε Συλλόγου, κατ' έτος, και γνωστοποιείται στην Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία. Η απόφαση λαμβάνεται το μήνα Δεκέμβριο και ισχύει για το επόμενο έτος.»

3. Η παρ. 1 του άρθρου 19 του ν. 1026/1980 αντικαθίσταται ως εξής:  
«1. Το Διοικητικό Συμβούλιο συγκαλείται από τον Πρόεδρό του. Ο Πρόεδρος υποχρεούται να συγκαλέσει το Συμβούλιο εντός δεκαπέντε (15) ημερών, εφόσον αυτό ζητηθεί εγγράφως από δύο μέλη του επί πενταμελών Συμβουλίων, τρία μέλη επί επταμελών, πέντε μέλη επί ενδεκαμελών και έξι μέλη επί δεκατριαμελών Συμβουλίων.»

4. Το άρθρο 26 του ν. 1026/1980 αντικαθίσταται ως εξής:

#### «Άρθρο 26

Ενστάσεις κατά του κύρους της εκλογικής διαδικασίας εκδικάζονται σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 267 έως και 272 του Κώδικα Διοικητικής Δικονομίας (ν. 2717/1999, ΦΕΚ 97 Α').»

5. Η παρ. 1 και το πρώτο εδάφιο της παρ. 2 του άρθρου 27 του ν. 1026/1980 αντικαθίστανται ως εξής:

«1. Ο λαβών τις περισσότερες ψήφους από τα εκλεγέντα μέλη του Δ.Σ. καλεί, εντός οκτώ (8) ημερών, όλους τους εκλεγέντες συμβούλους, για εκλογή κατά σειρά Προέδρου, Αντιπροέδρου, Γραμματέα και Ταμία, ανεξαρτήτως υποβολής ενστάσεων κατά της εκλογικής διαδικασίας. Για την εκλογή απαιτείται η παρουσία των τριών τετάρτων, τουλάχιστον, των εκλεγέντων μελών του Διοικητικού Συμβουλίου, θεωρείται δε εκλεγείς αυτός που συγκεντρώνει την απόλυτη πλειοψηφία αυτών.

2. Αν δεν υπάρχει απαρτία, όπως προβλέπεται ανωτέρω, η συνεδρίαση επαναλαμβάνεται την ίδια ημέρα και ώρα της επόμενης εβδομάδας και απαιτείται η ίδια απαρτία. Αν και πάλι δεν υπάρχει απαρτία, η συνεδρίαση επαναλαμβάνεται την ίδια ημέρα και ώρα της επόμενης εβδομάδας και απαιτείται η παρουσία του μισού πλέον ενός τουλάχιστον των εκλεγέντων μελών.»

6. Το άρθρο 32 του ν. 1026/1980 αντικαθίσταται ως εξής:

«Άρθρο 32

Τα μέλη του Οδοντιατρικού Συλλόγου υποχρεούνται στην καταβολή ετήσιας εισφοράς προς την Ε.Ο.Ο., το ύψος της οποίας καθορίζεται με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου της Ε.Ο.Ο. κατ' έτος. Η απόφαση λαμβάνεται το μήνα Νοέμβριο, γνωστοποιείται στους Συλλόγους και ισχύει για το επόμενο έτος. Η εισφορά καταβάλλεται στον οικείο Σύλλογο εντός του πρώτου τριμήνου κάθε έτους και αποδίδεται στην Ε.Ο.Ο. μέχρι το τέλος Απριλίου, με επιμέλεια του Προέδρου και του Γραμματέα κάθε Συλλόγου. Αν δεν καταβληθεί εμπροθέσμως η εισφορά, ισχύουν αναλογικά τα προβλεπόμενα στην παράγραφο 2 του άρθρου 5 του νόμου αυτού. Στην περίπτωση αυτή, οι εισφορές καταβάλλονται από τον οικείο Σύλλογο στην Ε.Ο.Ο., εντός μηνός από την είσπραξή τους.»

7. Στο τέλος της παρ. 1 του άρθρου 33 του ν. 1026/1980 προστίθεται εδάφιο ως εξής:

«Η εκλογή γίνεται με κοινό ψηφοδέλτιο με τους υποψηφίους του Διοικητικού Συμβουλίου.»

8. Στο άρθρο 44 του ν. 1026/1980 προστίθεται εδάφιο ως εξής:

«Ενστάσεις κατά του κύρους της εκλογικής διαδικασίας εκδικάζονται σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 267 έως και 272 του Κώδικα Διοικητικής Δικονομίας.»

9. Η παρ. 2 του άρθρου 45 του ν. 1026/1980 αντικαθίσταται ως εξής:

«2. Αν δεν υπάρχει απαρτία, όπως προβλέπεται ανωτέρω, η συνεδρίαση επαναλαμβάνεται την ίδια ημέρα και ώρα της επόμενης εβδομάδας και απαιτείται η ίδια απαρτία. Αν και πάλι δεν υπάρχει απαρτία, η συνεδρίαση επαναλαμβάνεται την ίδια ημέρα και ώρα της επόμενης εβδομάδας και απαιτείται η παρουσία του μισού πλέον ενός τουλάχιστον των εκλεγέντων μελών.»

10. Η παρ. 1 του άρθρου 52 του ν. 1026/1980 αντικαθίσταται ως εξής:

«1. Οι επιβαλλόμενες από το Π.Σ. ποινές είναι:

α) έγγραφη επίπληξη,

β) πρόστιμο,

γ) προσωρινή παύση εξασκήσεως του οδοντιατρικού επαγγέλματος, από δεκαπέντε (15) ημέρες έως έξι (6) μήνες και

δ) οριστική παύση εξασκήσεως οδοντιατρικού επαγγέλματος.»

11. Στο άρθρο 52 του ν. 1026/1980 προστίθεται παράγραφος 3 η οποία έχει ως εξής:

«3. Η ποινή της οριστικής παύσης ασκήσεως του οδοντιατρικού επαγγέλματος μπορεί να επιβληθεί εάν ο οδοντίατρος:

α) τιμωρηθεί, εντός τριετίας, από το Πειθαρχικό Συμβούλιο με δύο τουλάχιστον πειθαρχικές ποινές προσωρινής παύσης εξασκήσεως οδοντιατρικού επαγγέλματος, β) καταδικάσθηκε με αμετάκλητη απόφαση ποινικού δικαστηρίου για κακούργημα, γ) καταδικάσθηκε με δύο τουλάχιστον αμετάκλητες αποφάσεις ποινικού δικαστηρίου για πλημμέλημα κατά την άσκηση ή με αφορμή την άσκηση του επαγγέλματός του.»

12. Το πρώτο εδάφιο της παρ. 3 του άρθρου 66 του ν.1026/1980 αντικαθίσταται ως εξής:

«3. Η έφεση πρέπει να συνοδεύεται, επί ποινή απαραδέκτου, από παράβολο είκοσι πέντε (25) ευρώ, εφόσον η εκκαλούμενη απόφαση επιβάλλει επίπληξη ή πρόστιμο, και πενήντα (50) ευρώ σε κάθε άλλη περίπτωση. Με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του οικείου Συλλόγου μπορούν να αναπροσαρμίζονται τα ως άνω ποσά.»

13. Οι παράγραφοι 1 και 2 του άρθρου 73 του ν. 1026/1980 αντικαθίστανται ως εξής:

«1. Οποιος ασκεί το επάγγελμα του οδοντιάτρου, χωρίς να έχει πτυχίο Οδοντιατρικής Σχολής ημεδαπού Πανεπιστημίου ή Πανεπιστημίου κράτους?μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή πτυχίο αλλοδαπής Οδοντιατρικής Σχολής, αναγνωρισμένο ως ισότιμο και αντίστοιχο, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον έξι (6) μηνών και χρηματική ποινή τουλάχιστον δύο χιλιάδων (2.000,00) ευρώ. Με τις ίδιες ποινές τιμωρούνται και οι οδοντοτεχνίτες ή οι συνταξιούχοι οδοντοτεχνίτες που διενεργούν οδοντιατρικές πράξεις. Με τις ίδιες ποινές τιμωρούνται και οι διαχειριστές ή νόμιμοι εκπρόσωποι νομικών προσώπων που παρέχουν πρωτοβάθμια οδοντιατρική περίθαλψη, χωρίς να έχουν συσταθεί νόμιμα, σύμφωνα με τις διατάξεις του προεδρικού διατάγματος 84/2001 (ΦΕΚ 70 Α'), καθώς και οι οδοντίατροι που προσφέρουν με οποιονδήποτε τρόπο υπηρεσίες σε αυτά.

2. Με φυλάκιση μέχρι έξι (6) μηνών και με χρηματική ποινή μέχρι τριακόσια (300,00) ευρώ τιμωρείται ο πτυχιούχος Οδοντιατρικής Σχολής Ελληνικού Πανεπιστημίου ή Πανεπιστημίου κράτους?μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή άλλης ισότιμης και αντίστοιχης αλλοδαπής Οδοντιατρικής Σχολής, ο οποίος ασκεί την οδοντιατρική χωρίς την απαιτούμενη από την κείμενη νομοθεσία άδεια εξασκήσεως οδοντιατρικού επαγγέλματος, ή για όσο χρόνο η άδεια τελεί σε νόμιμη αναστολή ή έχει ανακληθεί, ή χωρίς να είναι εγγεγραμμένος στον οικείο Οδοντιατρικό Σύλλογο ή χωρίς να έχει λάβει την απαιτούμενη άδεια λειτουργίας οδοντιατρείου. Με τις ίδιες ποινές τιμωρούνται και οι διαχειριστές ή νόμιμοι εκπρόσωποι νομικών προσώπων που, ενώ έχουν συσταθεί νόμιμα, σύμφωνα με τις διατάξεις του π.δ. 84/2001 (ΦΕΚ

70 Α'), δεν έχουν λάβει τις προβλεπόμενες άδειες λειτουργίας ή και ίδρυσης, καθώς και οι οδοντίατροι που προσφέρουν με οποιονδήποτε τρόπο υπηρεσίες σε αυτά.»

### **Άρθρο 39**

Οι οδοντίατροι που παρακολούθησαν από την 27η Αυγούστου 1999 ή παρακολουθούν, κατά την ημερομηνία δημοσίευσης του παρόντος, τα μεταπτυχιακά προγράμματα των Ορθοδοντικών Τμημάτων των Οδοντιατρικών Σχολών Αθηνών και Θεσσαλονίκης, σύμφωνα με το π.δ. 235/1988 (ΦΕΚ 100 Α'), μπορούν να αποκτήσουν τον τίτλο της Οδοντιατρικής ειδικότητας της Ορθοδοντικής κατόπιν εξετάσεων, σύμφωνα με τις ισχύουσες για τη χορήγηση τίτλου ειδικότητας διατάξεις.

### **Άρθρο 40**

#### **Ενίσχυση εσόδων Οργανισμού Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.)**

Στην παρ. 1 του άρθρου 11 του ν. 2768/1999 (ΦΕΚ 273 Α') προστίθεται περίπτωση δ' ως εξής:

«δ. Έσοδα από παρακράτηση, τα οποία απορρέουν από συμβάσεις που συνάπτει ο Οργανισμός με προμηθευτές Υγείας και από προγραμματικές συμβάσεις με άλλους Οργανισμούς, μη επιχορηγούμενους άμεσα ή έμμεσα από τον Κρατικό Προϋπολογισμό, καθώς και έσοδα από τα πρόστιμα που επιβάλλει ο Ο.Π.Α.Δ. Τα ανωτέρω έσοδα μπορούν να διατίθενται, με απόφαση του Δ.Σ. του Ο.Π.Α.Δ. που εγκρίνεται από τους Υπουργούς Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, για τις λειτουργικές και στεγαστικές ανάγκες του Οργανισμού, για την ανάπτυξη του πληροφορικού του συστήματος και για τη χορήγηση πρόσθετων παροχών στους τακτικούς υπαλλήλους του Οργανισμού. Το ύψος των πρόσθετων παροχών και κάθε αναγκαία λεπτομέρεια για την εφαρμογή της παρούσας διάταξης ρυθμίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.»

### **Άρθρο 41**

#### **Τροποποίηση του άρθρου 82 του ν. 2071/1992**

Το πρώτο εδάφιο της παρ. 3 του άρθρου 82 του ν.2071/ 1992 (ΦΕΚ 123 Α') αντικαθίσταται ως εξής:

«3. Ειδικευόμενοι ιατροί που πάσχουν από τις ασθένειες που αναφέρονται στην παρ. 11 του άρθρου 20 του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165 Α') και δεν μπορούν, για αυτόν το

λόγο, να συνεχίσουν την ειδικότητά τους, είναι δυνατόν, με αίτησή τους, να τοποθετηθούν ως υπεράριθμοι σε άλλη ειδικότητα.»

#### **Άρθρο 42**

##### **Τροποποίηση του άρθρου 83 του ν. 2071/1992**

Η παρ. 4 του άρθρου 83 του ν. 2071/1992 (ΦΕΚ 123 Α΄) αντικαθίσταται ως εξής:  
«4. Οι ιατροί που τοποθετούνται στις ανωτέρω θέσεις για εξειδίκευση, εφόσον υπηρετούν στο Δημόσιο, σε Ν.Π.Δ.Δ. ή σε Ν.Π.Ι.Δ., διατηρούν τις αποδοχές της οργανικής τους θέσης, οι δε λοιποί είναι άμισθοι, εκτός των εξειδικευομένων σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) ή σε Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας (Μ.Ε.Ν.) νεογνών.»

#### **Άρθρο 43**

##### **Τροποποίηση του άρθρου 17 του ν. 3209/2003**

Το τελευταίο εδάφιο του άρθρου 17 του ν. 3209/2003 αντικαθίσταται ως εξής:  
«Με την ίδια απόφαση καθορίζονται τα προσόντα που απαιτούνται για την κατάληψη των ανωτέρω θέσεων.»

#### **Άρθρο 44**

1. Στο τέλος της παρ. 2 του άρθρου 27 του ν. 3293/2004 (ΦΕΚ 231 Α΄) προστίθεται εδάφιο ως εξής:

«Στην περίπτωση Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας όπου δεν υπάρχει Διευθυντής Διοικητικής Υπηρεσίας, στην ως άνω επιτροπή συμμετέχει ο αρχαιότερος υπάλληλος κατηγορίας ΠΕ και, ελλείψει αυτού, ο αρχαιότερος υπάλληλος κατηγορίας ΤΕ.»

2. Στο τέλος της παρ. 3 του άρθρου 7 του ν. 3106/2003 (ΦΕΚ 30 Α΄) προστίθεται εδάφιο ως εξής:

«Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθορίζεται ο τρόπος, η διαδικασία και οι λοιπές προϋποθέσεις για την ανάδειξη του αιρετού εκπροσώπου των εργαζομένων στο Δ.Σ. του Ι.Κ.Π.Α.»

3. Οι προθεσμίες προσαρμογής των ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας προς τις διατάξεις του π.δ. 84/2001 (ΦΕΚ 70 Α΄) οι οποίες προβλέπονται στην παρ. 15 του άρθρου 19 του ν. 3106/2003 (ΦΕΚ 30 Α΄) παρατείνονται μέχρι τη 10η Απριλίου 2006.

#### **Άρθρο 45**

Ως πρώτη ημέρα έναρξης της προθεσμίας που αναφέρεται στο δεύτερο εδάφιο της παραγράφου 2 του άρθρου 4 ε του ν. 3388/2005 ορίζεται η 1η Ιανουαρίου 2006.

Η ισχύς του παρόντος αρχίζει από 12 Σεπτεμβρίου 2005.

## **Άρθρο 46**

### **Έναρξη ισχύος**

Η ισχύς του νόμου αυτού αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, εκτός αν ορίζεται διαφορετικά σε επί μέρους διατάξεις του. Παραγγέλλομε τη δημοσίευση του παρόντος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και την εκτέλεσή του ως νόμου του Κράτους.

## **ΚΩΔΙΚΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ**

### **ΠΡΟΟΙΜΙΟ**

Στο κείμενο περιλαμβάνονται οι σημαντικότερες αρχές που αναφέρονται στη συμπεριφορά των νοσηλευτών προς τους ασθενείς τους, το κοινωνικό σύνολο και μεταξύ τους, με οποιοδήποτε τρόπο και αν παρέχουν τις υπηρεσίες τους.

Για τη σύνταξη του παρόντος κώδικα ελήφθησαν υπόψη ο Διεθνής Κώδικας Ηθικών Καθηκόντων Διπλωματούχων Νοσηλευτών του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών (International Council of Nurses - I.C.N. Sao Paolo 1965 και Mexico 1973), ο Νοσηλευτικός Κώδικας του American Nurses Association (1976), Κώδικες Νοσηλευτικής Δεοντολογίας Χωρών της Ευρώπης, η Διακήρυξη της Γενεύης (Γενική Συνέλευση Παγκόσμιας Ιατρικής Ένωσης, Γενεύη 1948, Σίδνεϋ 1968), η Διακήρυξη του Ελσίνκι (Γενική Συνέλευση Παγκόσμιας Ιατρικής Ένωσης, Ελσίνκι 1964, Τόκυο 1975), ο Ευρωπαϊκός Χάρτης Δικαιωμάτων των Ασθενών (Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο 1983), οι Αρχές της Ευρωπαϊκής Ιατρικής Δεοντολογίας (Διαρκής Επιτροπή Γιατρών της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, 1987), ο Κώδικας Άσκησης του Ιατρικού Επαγγέλματος (Α.Ν. 1565/1939) και ο Κανονισμός Ιατρικής Δεοντολογίας (Β.Δ. 25 Μαΐου/6 Ιουλίου 1955).

Στον παρόντα Κώδικα υιοθετείται ο ορισμός της υγείας, όπως διατυπώνεται από τον Π.Ο.Υ., δηλαδή σαν την κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η έλλειψη ασθένειας και αναπηρίας. Όπου στον παρόντα κώδικα αναφέρεται ο όρος ασθενής θα πρέπει να νοείται κάθε δέκτης υπηρεσιών υγείας είτε πρόκειται για υγιή ή ασθενή με τη στενή έννοια του όρου, και όπου αναφέρεται ο όρος πάθος, αυτός θα πρέπει να νοείται με την ευρεία έννοια του όρου σαν



σωματικός, ψυχικός, κοινωνικός ή ηθικός.

Τέλος, επισημαίνεται ότι οι Νοσηλευτές είναι θεματοφύλακες της υγείας των προσώπων που η πολιτεία τους εμπιστεύεται και οφείλουν ν' αναγγέλλουν, όπως ορίζει ο νόμος, στα αρμόδια όργανα κάθε παράβαση νόμου που αφορά τη δημόσια τάξη.

## I. ΓΕΝΙΚΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

### Άρθρο 1

Ο Νοσηλευτής οφείλει να αποτελεί υπόδειγμα έντιμου και ανεπίληπτου ατόμου σ' όλες τις εκδηλώσεις της ζωής του προστατεύοντας την αξιοπρέπεια του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

Οφείλει γενικά να πράττει καθετί που επιβάλλει τον καθήκον του σύμφωνα με τα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα, τις αρχές ηθικής και δεοντολογίας, τις διατάξεις του παρόντος κώδικα και τις διατάξεις που αφορούν στην άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

### Άρθρο 2

Πρωταρχική μέριμνα του νοσηλευτή κατά την παροχή των υπηρεσιών του είναι η κάλυψη των αναγκών του ανθρώπου σαν βιοψυχοκοινωνική και πνευματική οντότητα.

Με αποκλειστικό γνώμονα το συμφέρον του ασθενή στα πλαίσια της πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, αποκατάστασης και ανακούφισης από τον πόνο, οφείλει ο νοσηλευτής να χρησιμοποιεί το σύνολο των επιστημονικών και επαγγελματικών του γνώσεων, δεξιοτήτων και την εμπειρία του, διατηρώντας σε κάθε περίπτωση την επιστημονική και επαγγελματική του αυτοτέλεια.

### Άρθρο 3

Ιδιαίτερο καθήκον του νοσηλευτή αποτελεί η φροντίδα του ασθενή διαμέσου της δημιουργίας του κατάλληλου θεραπευτικού περιβάλλοντος μέσα στο οποίο απολαμβάνει τη μέγιστη δυνατή σωματική, ψυχική και πνευματική υγεία και ικανοποιεί τις ανάγκες του ανάλογα με τις ιδεολογικές, θρησκευτικές και άλλες τοποθετήσεις.

### Άρθρο 4

Ο Νοσηλευτής θα πρέπει κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του ν' απόσχει από κάθε πράξη ή παράλειψη που είναι δυνατόν να δημιουργήσει την υπόνοια ότι καταφεύγει σε αγυρτία ή εξαπάτηση των ασθενών, προσέλκυση πελατείας, προσωπική διαφήμιση, συνεταιρισμό με άτομα που δεν ασκούν το επάγγελμα για την

προσπόριση παράνομου όφελους του ιδίου ή τρίτου, συγκάλυψη ατόμων που ασκούν μη νόμιμα το επάγγελμα ή αθέμιτο ανταγωνισμό συναδέλφων.

Οφείλει σε κάθε περίπτωση να διατηρεί αγαθές σχέσεις με το λοιπό νοσηλευτικό και άλλο προσωπικό και να συνεργάζεται αρμονικά με άλλους επαγγελματίες υγείας όπως, ιατρούς, οδοντίατρους, φαρμακοποιούς, κοινωνικής εργασίας, φυσικοθεραπευτές, διοικητικούς κ.ά.

## II. ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

### Άρθρο 5

Ο Νοσηλευτής οφείλει απόλυτο σεβασμό στην προσωπικότητα και την τιμή του ασθενή.

Οφείλει να λάβει κάθε μέτρο που θα προάγει αλλά και ν' απόσχει από κάθε ενέργεια που είναι δυνατό να θίξει το αίσθημα της προσωπικής ελευθερίας και την ελεύθερη βούληση του ασθενή.

### Άρθρο 6

Ο Νοσηλευτής οφείλει να επιδεικνύει προς όλους τους ασθενείς την ίδια φροντίδα, επιμέλεια και αφοσίωση ανεξάρτητα από τις θρησκευτικές, ιδεολογικές ή άλλες τοποθετήσεις τους, την κοινωνική και την οικονομική τους κατάσταση ή τη βαρύτητα της νόσου.

### Άρθρο 7

Ο Νοσηλευτής οφείλει απεριόριστο σεβασμό στην αξία της ανθρώπινης ζωής, λαμβάνοντας κάθε μέτρο για τη διάσωση ή διατήρησή της και απόσχοντας από κάθε ενέργεια που είναι δυνατό να οδηγήσει στη διακύβευσή της.

### Άρθρο 8

Ο Νοσηλευτής οφείλει να παρέχει της υπηρεσίες του με αποκλειστικό γνώμονα το συμφέρον του ασθενή στα πλαίσια και όρια των καθηκόντων του σύμφωνα με τα δεδομένα της νοσηλευτικής επιστήμης και τις κείμενες διατάξεις που αφορούν στην άσκηση του επαγγέλματος, αποφεύγοντας οποιαδήποτε μη ενδεδειγμένη ή πειραματική διαγνωστική ή θεραπευτική μέθοδο.

Για το σκοπό αυτό, ο Νοσηλευτής, οφείλει να ενημερώνεται αδιάλειπτα και να βελτιώνει τις δεξιότητές του στα πλαίσια της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.

### Άρθρο 9

Ο Νοσηλευτής οφείλει να συνδράμει τον ασθενή με κάθε δυνατό μέσο και να τον προστατεύει από οποιαδήποτε βλάβη ή κίνδυνο στο χώρο παροχής των υπηρεσιών του, δημιουργώντας ένα ασφαλές περιβάλλον.

Ακόμη ο Νοσηλευτής οφείλει να διαφυλάττει τα ατομικά δικαιώματα του ασθενή και να τον προστατεύει με κάθε δυνατό μέσο από οποιαδήποτε μορφή παραβίασής τους.

#### Άρθρο 10

Ο Νοσηλευτής στα πλαίσια σεβασμού της προσωπικότητας του ασθενή θα πρέπει να παρέχει τη συνδρομή του για την ορθή ενημέρωσή του αναφορικά με τη διάγνωση, την πρόγνωση, τη θεραπεία, τους ενδεχόμενους κινδύνους, τα οφέλη και τη λήψη της ενημερωμένης συναίνεσής του πριν από τη διενέργεια κάθε νοσηλευτικής ή ιατρικής πράξης.

#### Άρθρο 11

Ο Νοσηλευτής οφείλει απεριόριστο σεβασμό στην ιδιωτική σφαίρα του ασθενή, απόσχοντας από κάθε πράξη ή παράλειψη που είναι δυνατό να βλάψει τον απόρρητο χαρακτήρα των κάθε είδους πληροφοριών των οποίων λαμβάνει γνώση κατά την άσκηση ή επ' ευκαιρία της άσκησης των καθηκόντων του.

#### Άρθρο 12

Ο Νοσηλευτής δύναται να αρνηθεί τις υπηρεσίες του όταν βρίσκεται σε κατάσταση ανάγκης, δηλαδή αν τούτο επιβάλλουν άλλα δικαιολογημένα συμφέροντα του ιδίου ή τρίτου, εκτός αν πρόκειται για περίπτωση έκτακτης ανάγκης.

Ο Νοσηλευτής οφείλει να αρνηθεί τις υπηρεσίες του στις περιπτώσεις εκείνες που κρίνει ότι δεν έχει τις απαραίτητες γνώσεις ή πείρα.

Ο Νοσηλευτής δύναται να αρνηθεί τις υπηρεσίες του στις περιπτώσεις εκείνες που η ενδεδειγμένη επιστημονικά προληπτική, διαγνωστική ή θεραπευτική αγωγή προσκρούει στις προσωπικές ηθικές του αντιλήψεις.

Σε κάθε μία από τις παραπάνω περιπτώσεις ο Νοσηλευτής οφείλει να ενημερώνει εγκαίρως τον προϊστάμενό του.

### III. ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΣΥΝΑΔΕΛΦΟΥΣ, ΤΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ ΚΑΙ ΤΟ ΛΟΙΠΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

#### Άρθρο 13

Ο Νοσηλευτής οφείλει να διατηρεί άριστες σχέσεις με τους συναδέλφους Νοσηλευτές, τους ιατρούς και το λοιπό προσωπικό παραμερίζοντας κάθε διαφορά με γνώμονα το συμφέρον του ασθενή και την εύρυθμη λειτουργία του φορέα παροχής υπηρεσιών.

#### Άρθρο 14

Ο Νοσηλευτής οφείλει να σέβεται και να τιμά τους συναδέλφους Νοσηλευτές κάθε βαθμίδος, εκπαίδευσης ή ειδίκευσης, τηρώντας την ιεραρχία.

Απαγορεύεται στο Νοσηλευτή να προβαίνει σε επικρίσεις ή αποδοκιμασίες του έργου συναδέλφων του.

#### Άρθρο 15

Ο Νοσηλευτής οφείλει να σέβεται και να συνεργάζεται αρμονικά με τους ιατρούς, ακολουθώντας με ακρίβεια τις ιατρικές οδηγίες, διατηρώντας συγχρόνως την επιστημονική του αυτοτέλεια και την ιδιότητά του σαν ισότιμο μέλος της θεραπευτικής ομάδας.

Ο Νοσηλευτής οφείλει να συνεργάζεται με το λοιπό προσωπικό.

Απαγορεύεται στο Νοσηλευτή να προβαίνει σε επικρίσεις ή αποδοκιμασίες του έργου των ιατρών και του λοιπού προσωπικού.

#### IV. ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΙΣ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΑΡΧΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

#### Άρθρο 16

Ο Νοσηλευτής οφείλει να παρέχει τις απαραίτητες υπηρεσίες του και να συνδράμει τις δημόσιες αρχές στο έργο τους για την προαγωγή της δημόσιας υγείας, τόσο στα πλαίσια της κοινοτικής νοσηλευτικής όσο και κατά την παροχή των νοσηλευτικών υπηρεσιών του γενικότερα, σύμφωνα με τους κανόνες της επιστήμης και τις κείμενες διατάξεις.

#### V. ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ - ΕΡΕΥΝΗΤΗ

#### Άρθρο 17

Ο Νοσηλευτής - ερευνητής οφείλει να τηρεί τις γενικές αρχές ηθικής και δεοντολογίας κατά τη διενέργεια κάθε επιδημιολογικής, κλινικής ή άλλης έρευνας, όπως αυτές τίθενται στους διεθνείς κώδικες και διατυπώνονται ειδικότερα από την αρμόδια επιτροπή ηθικής και δεοντολογίας.

#### Άρθρο 18

Ο Νοσηλευτής θα πρέπει να λαμβάνει ιδιαίτερη μέριμνα για το σεβασμό των ατομικών δικαιωμάτων των ατόμων που συμμετέχουν, την επιστημονική ακρίβεια των αποτελεσμάτων της έρευνας και την τήρηση του νοσηλευτικού απορρήτου.

#### Άρθρο 19

Ο Νοσηλευτής δεν μπορεί να συνδυάσει την έρευνα με νοσηλευτικές φροντίδες με σκοπό την απόκτηση νέων γνώσεων, παρά μόνο στο μέτρο που αυτή η έρευνα δικαιολογείται από μια διαγνωστική ή θεραπευτική χρησιμότητα σε σχέση με τον ασθενή.

#### VI. ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟΥΣ ΕΤΟΙΜΟΘΑΝΑΤΟΥΣ

## Άρθρο 20

Η παροχή νοσηλευτικών φροντίδων απαιτεί, σ' όλες τις περιστάσεις, το διαρκή σεβασμό στη ζωή, την ηθική αυτονομία και την ελεύθερη επιλογή του ασθενή. Σε περίπτωση ανίατης τελειωτικής ασθένειας μπορεί η νοσηλευτική φροντίδα να περιοριστεί στην ανακούφιση των φυσικών και ηθικών πόνων του ασθενή, παρέχοντάς του την κατάλληλη υποστήριξη και διατηρώντας κατά το δυνατό την ποιότητα της ζωής του. Αποτελεί κεφαλαιώδες χρέος του νοσηλευτή να συμπαρασταθεί στον ασθενή μέχρι το τέλος και να δρα με τρόπο, ώστε να του επιτρέψει τη διατήρηση της αξιοπρέπειάς του.

## VII. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΟΡΓΑΝΩΝ

### Άρθρο 21

Όταν ένας ασθενής βρίσκεται στο στάδιο κατά το οποίο είναι αδύνατη η αντιστροφή της τελειωτικής διαδικασίας για την παύση των ζωτικών λειτουργιών, οι οποίες διατηρούνται με τεχνητά μέσα, οι γιατροί προκειμένου να προβούν σε αφαίρεση οργάνων, πιστοποιούν το θάνατό του λαμβάνοντας υπόψη τα πλέον σύγχρονα δεδομένα της επιστήμης.

Έργο του Νοσηλευτή που μετέχει στη διαδικασία είναι η συνδρομή του ιατρικού έργου καθώς και η λήψη κάθε απαραίτητου μέτρου για τη διαπίστωση ότι τηρήθηκαν οι κείμενες διατάξεις, το απόρρητο, καθώς και ότι ο δότης ουδέποτε εκδήλωσε αντίθετη βούληση είτε γραπτά, είτε διαμέσου των συγγενών του.

Είναι σύμφωνο με τη νοσηλευτική ηθική, ο Νοσηλευτής εξαιτίας προσωπικών πεποιθήσεων να αρνείται να παρέμβει στις διαδικασίες αφαίρεσης οργάνων.

## VIII. ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ

### Άρθρο 22

Ο Νοσηλευτής οφείλει να παρέχει στον ασθενή μετά από αίτησή του κάθε χρήσιμη πληροφορία στα θέματα της αναπαραγωγής.

### Άρθρο 23

Είναι σύμφωνο με τη νοσηλευτική ηθική, ο Νοσηλευτής εξαιτίας προσωπικών πεποιθήσεων, να αρνείται να παρέμβει στη διαδικασία της αναπαραγωγής ή σε περιπτώσεις διακοπής της εγκυμοσύνης ή έκτρωσης.

## IX. ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

### Άρθρο 24

Η προσωπικότητα και η βούληση του παιδιού-ασθενή θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας και να ζητείται και η δική του

συναίνεση, ιδιαίτερα των εφήβων.

#### X. ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

##### Άρθρο 25

Ο Νοσηλευτής οφείλει τον απαραίτητο σεβασμό στην προσωπικότητα του ψυχιατρικού ασθενή λαμβάνοντας υπόψη τη βούλησή του στις περιπτώσεις εκείνες που είναι σε θέση να την εκφράσει σοβαρά και αυθόρμητα.

#### XI. ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

##### Άρθρο 26

Ο Νοσηλευτής οφείλει στα πλαίσια της κοινοτικής νοσηλευτικής να παρέχει τις προληπτικές, διαγνωστικές, θεραπευτικές, διαφωτιστικές και υποστηρικτικές νοσηλευτικές υπηρεσίες του σε στενή συνεργασία με την ομάδα υγείας, τον φορέα στα πλαίσια του οποίου γίνεται η παροχή καθώς και τις δημόσιες αρχές για την προστασία της δημόσιας υγείας.

#### XII. ΠΕΡΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΑΜΟΙΒΗΣ

##### Άρθρο 27

Ο Νοσηλευτής οφείλει να χειρίζεται με λεπτότητα και διακριτικότητα τα ζητήματα της αμοιβής του.

Ο Νοσηλευτής οφείλει να απόσχει από κάθε συστηματική μείωση των τιμών που μπορεί να δημιουργήσει υπόνοιες αθέμιτου συναγωνισμού των συναδέλφων του ή ελλείψεως σεβασμού προς την αξιοπρέπεια του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

### **ΑΡΧΕΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΩΝ**

#### **I. Συμπεριφορά των Κοινωνικών Λειτουργών σχετικά με την Εργασία τους**

##### **A. ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ**

1.Ο κοινωνικός λειτουργός υποχρεούται να συμπεριφέρεται με τρόπο που αρμόζει στην ιδιότητα και την εργασία του:

2. Δικαιούται προστασίας της ιδιωτικής ζωής του, όπως ακριβώς ισχύει και για τα υπόλοιπα επαγγέλματα, εκτός αν η συμπεριφορά του αντιβαίνει στην εκπλήρωση των επαγγελματικών του υποχρεώσεων.
3. Οφείλει να διακρίνει σαφώς τις ενέργειες που υπάγονται στην σφαίρα της ιδιωτικής ζωής του από αυτές που υπάγονται στη σφαίρα εργασίας του ως κοινωνικού λειτουργού, ή ως αντιπροσώπου οργάνωσης ή ομάδας.
4. Ο κοινωνικός λειτουργός δεν ενεργεί ανειλικρινώς, μετερχόμενος απάτη, πλάνη ή παραπληροφόρηση.

#### **B. ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ & ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ**

1. Ο κοινωνικός λειτουργός οφείλει να καταβάλει κάθε προσπάθεια για την άρτια επιστημονική εξειδίκευσή του στις επαγγελματικές του δραστηριότητες και στην εκπλήρωση των επαγγελματικών του υποχρεώσεων.
2. Υποχρεούται να αποδέχεται την ευθύνη χειρισμού περιπτώσεων που υπάγονται στη δικαιοδοσία του ή την απασχόληση μόνο βάσει της επιστημονικής του εξειδίκευσης ή της πρόθεσής του να την αποκτήσει.
3. Υποχρεούται να μην παραπληροφορεί για τα επαγγελματικά προσόντα του, την εκπαίδευση, την εμπειρία του ή τις επαγγελματικές του σχέσεις.

#### **Γ. ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**

1. Ο κοινωνικός λειτουργός οφείλει να αντιμετωπίζει ως πρωταρχική την υποχρέωση παροχής υπηρεσιών στα πλαίσια άσκησης του επαγγέλματός του.
2. Είναι αποκλειστικά υπεύθυνος για την ποιότητα και το εύρος των υπηρεσιών που αναλαμβάνει, ορίζει και εκπληρώνει.
3. Ενεργεί με τρόπο που προλαμβάνει την απάνθρωπη ή πρακτική διακρίσεων πρακτική σε βάρος οιαδήποτε ατόμου ή ομάδας.

#### **Δ. ΑΚΕΡΑΙΟΤΗΤΑ**

1. Ο κοινωνικός λειτουργός υποχρεούται να ενεργεί σύμφωνα με τα υψηλότερα κριτήρια επαγγελματικής ακεραιότητας και αμεροληψίας.
2. Υποχρεούται να δραστηριοποιείται και να αντιστέκεται σε επιρροές και πιέσεις που παρεμβάλλονται στην άσκηση της επαγγελματικής του δραστηριότητας και αμερόληπτης κρίσης, ώστε να εκπληρώνει τις επαγγελματικές του υποχρεώσεις με συνέπεια, εντιμότητα και αντικειμενικότητα.
3. Υποχρεούται να μην εκμεταλλεύεται τις επαγγελματικές του σχέσεις για προσωπικό όφελος.

#### **Ε. ΣΠΟΥΔΕΣ, ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ**

1. Ο κοινωνικός λειτουργός που απασχολείται σε σπουδές και έρευνα με υποτροφία υποχρεούται να εφαρμόζει τους όρους της υποτροφίας.
2. Όταν απασχολείται στην έρευνα υποχρεούται να εξετάζει προσεκτικά τις πιθανές συνέπειες της για την ανθρώπινη φύση.
3. Οφείλει να επιβεβαιώνει την εθελοντική συμμετοχή των συμμετεχόντων στην έρευνα και να διασφαλίζει την ενημέρωσή τους για την έρευνα που πραγματοποιεί, χωρίς να επιβάλλει στερήσεις ή κυρώσεις στους αρνούμενους να συμμετάσχουν σ' αυτήν, αποδίδοντας την πρέπουσα προσοχή στον σεβασμό της ιδιωτικής ζωής και αξιοπρέπειας των συμμετεχόντων.
4. Ο κοινωνικός λειτουργός που απασχολείται στην έρευνα οφείλει να προστατεύει τους συμμετέχοντες από τις απρόβλεπτες σωματικές ή ψυχικές διαταραχές, την αγωνία, την κακοποίηση, τον κίνδυνο ή τη στέρηση.
5. Οι πληροφορίες που παρέχουν οι συμμετέχοντες στην έρευνα είναι εμπιστευτικές και δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν για άλλους σκοπούς πλην των σκοπών της έρευνας.
6. Ο κοινωνικός λειτουργός που απασχολείται στην αξιολόγηση των υπηρεσιών ή των περιπτώσεων υποχρεούται να συζητά γι' αυτές αποκλειστικά για επαγγελματικούς λόγους και μόνο με πρόσωπα που έχουν άμεσο επαγγελματικό ενδιαφέρον γι' αυτές.
7. Ο κοινωνικός λειτουργός αξιολογείται μόνον για το έργο που πραγματικά εκπλήρωσε στις σπουδές του και τις ερευνητικές προσπάθειες και από την αξιολόγηση των άλλων για το ερευνητικό και επιστημονικό του έργο.

## **II. Δεοντολογική Ευθύνη των Κοινωνικών Λειτουργών έναντι των εξυπηρετούμενων τους**

### **ΣΤ. ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑ ΣΤΑ ΣΥΜΦΕΡΟΝΤΑ ΤΩΝ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΩΝ**

1. Ο κοινωνικός λειτουργός ευθύνεται πρωταρχικά έναντι των εξυπηρετούμενων του.
2. Οφείλει να παρέχει τις υπηρεσίες του στους εξυπηρετούμενους του με αφοσίωση, πίστη, αποφασιστικότητα, αξιοποιώντας στο έπακρο τις επαγγελματικές του ικανότητες και προσόντα.
3. Υποχρεούται να μην εκμεταλλεύεται τις επαγγελματικές του σχέσεις με τους εξυπηρετούμενους προς ίδιον όφελος ή να ιδιοποιείται εξυπηρετούμενους κάποιας οργάνωσης για ιδιωτική άσκηση του επαγγέλματός του.



4. Οφείλει να μην ασκεί, επιτρέπει, διευκολύνει ή συνεργάζεται με κριτήριο την οιασδήποτε μορφής διάκριση λόγω φυλής, χρώματος, φύλου, σεξουαλικού προσανατολισμού, ηλικίας, θρησκείας, εθνοτικής καταγωγής, οικογενειακής κατάστασης, πολιτικών πεποιθήσεων, πνευματικής ή σωματικής αναπηρίας, ή οιασδήποτε άλλης προτίμησης ή ατομικού χαρακτηριστικού, ιδιότητας ή καθεστώτος.
5. Υποχρεούται να αποφεύγει σχέσεις ή δεσμεύσεις που δεν συμβιβάζονται με τα συμφέροντα των εξυπηρετούμενων του.
6. Υποχρεούται να μην εμπλέκεται σε σεξουαλικές σχέσεις με τους εξυπηρετούμενους του.
7. Οφείλει να ενημερώνει τους εξυπηρετούμενους του έγκυρα και πλήρως για την έκταση και τη φύση των παρεχόμενων σ' αυτούς υπηρεσιών.
8. Υποχρεούται να ενημερώνει και να προειδοποιεί τους εξυπηρετούμενούς του για τους κινδύνους, τα δικαιώματα, τις ευκαιρίες και τις υποχρεώσεις που αφορούν τις κοινωνικές υπηρεσίες που τους παρέχει.
9. Ο κοινωνικός λειτουργός οφείλει να αναζητεί την συμβουλή και την άποψη των συναδέλφων του και των προϊσταμένων του για την προστασία των συμφερόντων των εξυπηρετούμενων του και να ενεργεί στα πλαίσια συλλογικών αποφάσεων, διεπαγγελματικής συμβουλευτικής και συνεργασίας ή εποπτείας εάν και όπως αυτά εφαρμόζονται στον φορέα εργασίας του.
10. Διακόπτει τις παρεχόμενες στους εξυπηρετούμενους του υπηρεσίες και την επαγγελματική σχέση του μαζί τους όταν πλέον δεν είναι αναγκαίες οι υπηρεσίες και η επαγγελματική σχέση του μαζί τους ή όταν η άσκηση του λειτουργήματός του δεν εξυπηρετεί τις ανάγκες ή τα συμφέροντα των εξυπηρετούμενων του.
11. Ο κοινωνικός λειτουργός που παύει ή διακόπτει να παρέχει τις υπηρεσίες του οφείλει να ενημερώνει τους εξυπηρετούμενους του έγκαιρα και να εξασφαλίζει την παραπομπή τους ή την συνέχεια των παρεχόμενων σε αυτούς κοινωνικών υπηρεσιών σεβόμενος τις ανάγκες και τις προτιμήσεις τους.
12. Δικαιούται να διακόψει απροειδοποίητα τις παρεχόμενες από αυτόν υπηρεσίες μόνον υπό μη φυσιολογικές συνθήκες, αποδίδοντας ιδιαίτερη προσοχή σε όλα τα στοιχεία της υπόθεσης και φροντίζοντας να ελαχιστοποιεί τα ενδεχόμενα αρνητικά αποτελέσματα.

#### Η. ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ & ΠΡΟΝΟΜΙΑ ΤΩΝ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΩΝ

1. Ο κοινωνικός λειτουργός υποχρεούται να εγγυάται και να διασφαλίζει τα συμφέροντα και τα δικαιώματα του εξυπηρετούμενου του που έχει κριθεί ανίκανος για δικαιοπραξία, όταν ενεργεί για λογαριασμό του.
2. Όταν τρίτος έχει νόμιμα εξουσιοδοτηθεί να ενεργεί για λογαριασμό πελάτη του, ο κοινωνικός λειτουργός υποχρεούται να συνεργάζεται με τον τρίτο έχοντας πάντα υπόψη το συμφέρον του εξυπηρετούμενου του.
3. Ο κοινωνικός λειτουργός υποχρεούται να μην εμπλέκεται σε δραστηριότητες που παραβιάζουν ή μειώνουν τα κοινωνικά ή νομικά δικαιώματα των εξυπηρετουμένων.

#### **Θ. ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ & ΣΕΒΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΩΝ**

1. Ο κοινωνικός λειτουργός υποχρεούται να σέβεται την ιδιωτική ζωή των εξυπηρετουμένων του και τον εμπιστευτικό χαρακτήρα όλων των πληροφοριών που περιέχονται σε γνώση του στα πλαίσια άσκησης του επαγγέλματος του.
2. Ο κοινωνικός λειτουργός συζητά με άλλους εμπιστευτικά ζητήματα που του αποκαλύπτουν οι εξυπηρετούμενοι του, χωρίς την συγκατάθεσή τους, μόνον όταν αυτό επιβάλλεται από επιτακτικούς επαγγελματικούς λόγους.
3. Οφείλει να ενημερώνει εμπειριστατωμένα τους εξυπηρετούμενους του για τα όρια της επαγγελματικής του εχεμύθειας σε δεδομένη κατάσταση, τους σκοπούς γνώσης των συγκεκριμένων πληροφοριών και τον τρόπο αξιοποίησής τους.

#### **Ι. ΑΜΟΙΒΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ**

1. Κατά τον καθορισμό της αμοιβής του ο κοινωνικός λειτουργός που ασκεί επάγγελμα ιδιωτικά, οφείλει σύμφωνα με το νόμο να διασφαλίζει ότι η αμοιβή είναι δίκαιη, εύλογη και αξιοπρεπής ανάλογη των παρεχόμενων υπηρεσιών καθώς και της οικονομικής δυνατότητας του εξυπηρετούμενου του.
2. Οφείλει να μην μοιράζεται την αμοιβή του, να μην δέχεται ούτε να δίνει αντικείμενα αξίας προκειμένου να αναλάβει ή να παραπέμψει εξυπηρετούμενου του.

#### **ΙΙΙ. Δεοντολογική Συμπεριφορά του Κοινωνικού Λειτουργού προς τους Συναδέλφους του**

#### **Κ. ΣΕΒΑΣΜΟΣ, ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗ & ΕΥΓΕΝΕΙΑ**

1. Ο κοινωνικός λειτουργός οφείλει να συμπεριφέρεται στους συναδέλφους του με σεβασμό, ευγένεια, δικαιοσύνη και καλή πίστη.
2. Υποχρεούται να συνεργάζεται με τους συναδέλφους του για την προαγωγή των επαγγελματικών ενδιαφερόντων και ανησυχιών του.
3. Υποχρεούται να σέβεται τον εμπιστευτικό χαρακτήρα των πληροφοριών που ανταλλάσσει με τους συναδέλφους του στα πλαίσια των επαγγελματικών τους σχέσεων.
4. Οφείλει να δημιουργεί και να λειτουργεί σε συνθήκες εργασίας που διευκολύνουν την δεοντολογική και επαγγελματική συμπεριφορά των συναδέλφων του.
5. Υποχρεούται να αντιμετωπίζει με σεβασμό και να παρουσιάζει με τρόπο εμπειριστατωμένο και δίκαιο τα προσόντα, τις απόψεις και τα συμπεράσματα των συναδέλφων του και να χρησιμοποιεί της κατάλληλες μεθόδους έκφρασης της κρίσης του γι' αυτά τα θέματα.
6. Ο κοινωνικός λειτουργός που αντικαθιστά ή αντικαθίσταται από συνάδελφο του κατά την άσκηση του επαγγέλματός του υποχρεούται να ενεργεί σεβόμενος το επαγγελματικό κύρος, το χαρακτήρα και τη φήμη του συναδέλφου του, καθώς και την πολιτική της Υπηρεσίας για το χρονικό διάστημα της αντικατάστασης.
7. Υποχρεούται να μην εκμεταλλεύεται τη διαφωνία συναδέλφου του με τον εργοδότη για να καταλάβει τη θέση του ή για να προάγει με οιοδήποτε τρόπο το συμφέρον του σε βάρος συναδέλφου του.
8. Ο κοινωνικός λειτουργός αναζητά την αρμόδια διαιτησία ή τη διαμεσολάβηση για επιτακτικούς επαγγελματικούς λόγους.
9. Υποχρεούται να σέβεται τους συνεργάτες των άλλων ειδικοτήτων και να συνεργάζεται μαζί τους, όπως ακριβώς και με τους συναδέλφους του.
10. Ο κοινωνικός λειτουργός που εργάζεται ως εργοδότης, προϊστάμενος ή εκπαιδευτής συναδέλφων του υποχρεούται σε ρητές ρυθμίσεις για τις συνθήκες της διαρκούς επαγγελματικής τους σχέσης.
11. Ο κοινωνικός λειτουργός που είναι υπεύθυνος για την απασχόληση και την αξιολόγηση της απόδοσης άλλων μελών του προσωπικού υποχρεούται να εκπληρώνει το έργο του με δίκαιο, αξιοπρεπή και αμερόληπτο τρόπο, εφαρμόζοντας σαφή κριτήρια αξιολόγησης.
12. Ο κοινωνικός λειτουργός που είναι υπεύθυνος για την αξιολόγηση του έργου των εργαζομένων, προϊσταμένων ή των φοιτητών υποχρεούται να ανταλλάσσει μαζί τους απόψεις για τις κρίσεις που διατυπώνει γι' αυτούς στην αξιολόγησή του.

#### **Λ. ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΥΣ ΤΩΝ ΣΥΝΑΔΕΛΦΩΝ**

1. Ο κοινωνικός λειτουργός ευθύνεται για τις σχέσεις του με εξυπηρετούμενους συναδέλφων του κατά τους όρους του επαγγελματισμού.
2. Υποχρεούται να μην ιδιοποιείται τους εξυπηρετούμενους των συναδέλφων του.
3. Υποχρεούται να μην αναλαμβάνει επαγγελματική ευθύνη για εξυπηρετούμενους άλλης οργάνωσης ή άλλου συναδέλφου χωρίς προηγούμενη επικοινωνία με την οργάνωση ή τον συνάδελφο.
4. Ο κοινωνικός λειτουργός που εξυπηρετεί τους εξυπηρετούμενους συναδέλφων του, σε περίοδο προσωρινής απουσίας τους ή σε επείγουσα περίπτωση, υποχρεούται να τους εξυπηρετεί όπως αντιμετωπίζει κάθε εξυπηρετούμενο.

#### **IV. Η Δεοντολογική Συμπεριφορά του Κοινωνικού Λειτουργού προς τους Εργοδότες και τις Οργανώσεις**

##### **Μ. ΔΕΣΜΕΥΣΕΙΣ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΕΡΓΟΔΟΤΗ**

1. Ο κοινωνικός λειτουργός υποχρεούται να τηρεί τις δεσμεύσεις που έχει συμφωνήσει με την οργάνωση όπου απασχολείται.
2. Εργάζεται για τη βελτίωση της πολιτικής και των μεθόδων της οργάνωσης που απασχολείται και για την αποτελεσματικότητα και την ουσιαστική παροχή κοινωνικών υπηρεσιών.
3. Υποχρεούται να μην αποδέχεται να εργαστεί ή να μην ρυθμίζει την τοποθέτηση σπουδαστών σε οργάνωση που έχει υποστεί κυρώσεις από αρμόδια όργανα λόγω παραβίασης των κριτηρίων που αφορούν το προσωπικό ή λόγω περιορισμού ή κυρώσεων των επαγγελματικών δραστηριοτήτων που αφορούν τους εξυπηρετούμενους ή λόγω παραβίασης των αρχών δεοντολογίας.
4. Υποχρεούται να προλαμβάνει και να εξαλείφει κάθε διάκριση που διαπιστώνει στην πολιτική προσλήψεων της οργάνωσης όπου απασχολείται και στην πολιτική και πρακτική απασχόλησης που ακολουθεί.
5. Οφείλει να αξιοποιεί με ευσυνειδησία μόνο για το σκοπό που προορίζονται τους πόρους της οργάνωσης, όπου εργάζεται.

#### **V. Η Δεοντολογική Ευθύνη του Κοινωνικού Λειτουργού έναντι του Επαγγέλματος της Κοινωνικής Εργασίας**

## Ν. ΣΕΒΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ

1. Ο κοινωνικός λειτουργός υποχρεούται σε διατήρηση και προαγωγή των αξιών, της ηθικής, της δεοντολογίας, της γνώσης και της αποστολής του επαγγέλματος του.
2. Οφείλει να προστατεύει και να ενισχύει την αξιοπρεπή άσκηση και την αξιοπιστία του επαγγέλματος και υποχρεούται να συμπεριφέρεται με υπευθυνότητα και αυστηρότητα στις σχετικές συζητήσεις και στην κριτική του επαγγέλματος.
3. Οφείλει να δραστηριοποιείται στα πλαίσια των καθορισμένων διαδικασιών για την αντιμετώπιση της αντιδεοντολογικής συμπεριφοράς άλλων συναδέλφων του.
4. Ο κοινωνικός λειτουργός υποχρεούται να αποτρέπει τη μη εξουσιοδοτημένη και ανειδίκευτη πρακτική της κοινωνικής εργασίας.
5. Οφείλει να μην παραπληροφορεί κατά την διαφήμιση των προσόντων, των δεξιοτήτων, των υπηρεσιών ή των στόχων που μπορεί να επιτευχθούν.

## Ξ. ΚΟΙΝΟΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

1. Ο κοινωνικός λειτουργός υποχρεούται να συμβάλλει θετικά στην άσκηση του επαγγέλματος του παρέχοντας ευρέως στο κοινό τις κοινωνικές υπηρεσίες του.
2. Οφείλει να συνεισφέρει σε χρόνο και επαγγελματική εξειδίκευση σε δραστηριότητες που προάγουν το σεβασμό της χρησιμότητας, της αξιοπιστίας και της εξειδίκευσης του επαγγέλματος της Κοινωνικής Εργασίας.
3. Οφείλει να στηρίζει την υιοθέτηση, ανάπτυξη, ενεργοποίηση και εφαρμογή της κοινωνικής πολιτικής που αφορά το επάγγελμά του.

## Ο. ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΓΝΩΣΗΣ

1. Ο κοινωνικός λειτουργός έχει την ευθύνη εντοπισμού, ανάπτυξης και πλήρους αξιοποίησης της γνώσης του κατά την άσκηση της επαγγελματικής του δραστηριότητας.
2. Υποχρεούται να βασίζεται σε αναγνωρισμένη γνώση για την σχετική κοινωνική εργασία.
3. Οφείλει να εξετάζει με κριτικό πνεύμα και να ενημερώνεται για την εξέλιξη της επιστήμης στην Κοινωνική Εργασία.
4. Συνεισφέρει στην βασική γνώση της Κοινωνικής Εργασίας και ανταλλάσσει με τους συναδέλφους του τις ερμηνευτικές του γνώσεις και την εμπειρία που αποκτά με την εργασία του.

## **VI. Η Δεοντολογική Συμπεριφορά του Κοινωνικού Λειτουργού προς την Κοινωνία**

### **Π. ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΥΗΜΕΡΙΑΣ**

1. Ο κοινωνικός λειτουργός υποχρεούται να προάγει την ευημερία της κοινωνίας γενικότερα.
2. Ενεργεί με σκοπό τον εντοπισμό και την εξάλειψη της διάκρισης σε βάρος κάθε ανθρώπου ή ομάδας, λόγο φυλής, χρώματος, φύλου, σεξουαλικού προσανατολισμού, ηλικίας, θρησκείας, εθνοτικής καταγωγής, οικογενειακής κατάστασης, πολιτικών πεποιθήσεων, πνευματικής ή σωματικής αναπηρίας ή άλλης προτίμησης ή προσωπικού χαρακτηριστικού, ιδιότητας ή καθεστώτος.
3. Οφείλει να δραστηριοποιείται για τη διασφάλιση της πρόσβασης όλων των ανθρώπων στους πόρους, υπηρεσίες, δραστηριότητες και ευκαιρίες που αποζητούν.
4. Ο κοινωνικός λειτουργός δραστηριοποιείται στη διερεύνηση του πεδίου επιλογής και ευκαιριών όλων των ανθρώπων αποδίδοντας ιδιαίτερη σημασία στους μειονεκτούντες, κοινωνικά αποκλεισμένους ή καταπιεσμένους ανθρώπους και ομάδες.
5. Προάγει τις συνθήκες που ενθαρρύνουν το σεβασμό της πολυπολιτισμικής κοινωνίας.
6. Παρέχει τις κατάλληλες επαγγελματικές υπηρεσίες σε περιπτώσεις δημόσιας ανάγκης.
7. Συμμετέχει με γνωμοδοτήσεις στις αλλαγές της πολιτικής και την τροποποίηση της νομοθεσίας για την βελτίωση των κοινωνικών συνθηκών και την προαγωγή της κοινωνικής δικαιοσύνης.
8. Συμβάλλει στην ενημέρωση του κοινού για θέματα κοινωνικής πολιτικής και θεσμών.