



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:  
**ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΚΑΙ ΔΙΚΑΙΟ ΣΤΗΝ  
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

ΜΟΤΣΟ ΧΡΙΣΤΙΝΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : ΦΩΤΗΣ ΣΠΥΡΑΤΟΣ

ΠΑΤΡΑ,  
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2020

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Αρχικά επιθυμώ να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Φώτη Σπυράτο για την καθοδήγηση και υποστήριξη του σε όλη τη διάρκεια εκπόνησης της πτυχιακής μου εργασίας και τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου για τη συμπαράσταση τους σε όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

## **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

**Εισαγωγή:** Η ψυχική ασθένεια μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα του ασθενούς να δώσει συγκατάθεση μετά από ενημέρωση στη θεραπεία, όταν η συγκατάθεση είναι θεμελιώδης για την ιατρική ηθική. Εκείνοι με ψυχική ασθένεια μπορούν επίσης να απειλήσουν τη δική τους ευημερία ή εκείνη των άλλων, προκαλώντας στους γιατρούς να περιορίσουν τη δράση τους ή να αναφέρουν τις απειλές τους.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να μελετηθούν τα ηθικά διλήμματα που προκύπτουν και το δίκαιο στον τομέα της ψυχιατρικής.

**Μεθοδολογία:** για την εκπόνηση της παρούσας εργασίας χρησιμοποιήθηκε ελληνική και ξένη βιβλιογραφία η οποία αναζητήθηκε από έγκυρες επιστημονικές βάσεις δεδομένων όπως είναι το Pubmed και το Google Scholar.

**Συμπεράσματα:** Όλες οι προσεγγίσεις στην ιατρική ηθική, είτε είναι εμπειρικές, νομικές, κοινωνιολογικές, θεολογικές ή φιλοσοφικές θα πρέπει να στοχεύουν στην πρακτική χρησιμότητα. Η καλή ιατρική ηθική πρέπει να βοηθήσει στην ενημέρωση και καθοδήγηση όσων εμπλέκονται άμεσα σε ηθικά ζητήματα στην ιατρική και την υγειονομική περίθαλψη. Αυτό σημαίνει ότι πάνω απ' όλα, η καλή ιατρική ηθική είναι κλινικά σημαντική.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Mental illness can affect a patient's ability to give consent after being informed of treatment, when consent is fundamental to medical ethics. Those with mental illness can also threaten their own well-being or that of others, causing doctors to limit their action or report their threats.

**Aim:** The aim of this paper is to study the ethical dilemmas that arise and the law in the field of psychiatry.

**Methodology:** for the elaboration of the present work, Greek and foreign bibliography was used, which was searched by valid scientific databases such as Pubmed and Google Scholar.

**Conclusions:** All approaches to medical ethics, whether empirical, legal, sociological, theological or philosophical should be aimed at practical utility. Good medical ethics should help inform and guide those directly involved in ethical issues in medicine and healthcare. This means that, above all, good medical ethics are clinically important.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<a href="#"><u>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ</u></a> .....	3
<a href="#"><u>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</u></a> .....	4
<a href="#"><u>ABSTRACT</u></a> .....	5
<a href="#"><u>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</u></a> .....	8
<a href="#"><u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1</u></a> .....	10
<a href="#"><u>ΤΟΜΕΑΣ ΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ</u></a> .....	10
<a href="#"><u>1.1 ΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ</u></a> .....	10
<a href="#"><u>1.2 ΠΕΔΙΟ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ</u></a> .....	11
<a href="#"><u>1.3 ΠΟΙΝΙΚΟ ΔΙΚΑΙΟ</u></a> .....	11
<a href="#"><u>1.4 ΑΣΤΙΚΟΣ ΝΟΜΟΣ</u></a> .....	12
<a href="#"><u>1.5 ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ</u></a> .....	13
<a href="#"><u>1.6 ΗΘΙΚΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΕΣ</u></a> .....	15
<a href="#"><u>1.7 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ</u></a> .....	17
<a href="#"><u>1.8 ΚΩΔΙΚΑΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ</u></a> .....	18
<a href="#"><u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2</u></a> .....	20
<a href="#"><u>ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΚΑΙ ΗΘΙΚΗ</u></a> .....	20
<a href="#"><u>2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΗΘΙΚΗΣ</u></a> .....	20
<a href="#"><u>2.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΩΝ ΦΙΛΟΣΟΦΙΚΩΝ ΘΕΩΡΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΗΘΙΚΗ</u></a> .....	21
<a href="#"><u>2.3 Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΗΘΙΚΗΣ ΣΤΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ</u></a> .....	22
<a href="#"><u>2.4 ΗΘΙΚΕΣ ΑΞΙΕΣ –ΑΡΧΕΣ ΣΤΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ</u></a> .....	23
<a href="#"><u>2.5 ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΙΣ ΑΞΙΩΝ –ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ</u></a> .....	25
<a href="#"><u>2.6 ΟΡΙΣΜΟΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ</u></a> .....	26
<a href="#"><u>2.7 ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ</u></a> .....	26
<a href="#"><u>2.8 ΚΩΔΙΚΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΒΙΟΗΘΙΚΗ</u></a> .....	28
<a href="#"><u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3</u></a> .....	32

<u>ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ</u> .....	32
<u>3.1 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΗΘΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ –ΗΘΙΚΑ ΠΡΟΣΩΝΤΑ</u> .....	32
<u>3.2 ΘΕΜΕΛΙΩΔΕΙΣ ΗΘΙΚΕΣ ΑΞΙΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</u> .....	33
<u>3.3 ΚΩΔΙΚΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ</u> .....	35
<u>3.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ</u> .....	36
<u>3.5 ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ</u> .....	37
<u>3.5.1 Πρακτικά ζητήματα</u> .....	45
<u>3.5.2 Προσωπικά ζητήματα</u> .....	46
<u>3.5.3 Ηθική λήψη αποφάσεων</u> .....	48
<u>3.5.4 Ηθικά ζητήματα και δικαιώματα</u> .....	49
<u>3.5.5 Υπεράσπιση ασθενών</u> .....	51
<u>3.6 ΚΩΔΙΚΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ</u> .....	52
<u>3.7 ΕΥΘΥΝΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ</u> .....	57
<u>3.8 ΑΞΙΕΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ</u> .....	58
<u>3.9 ΑΞΙΕΣ ΚΑΙ ΘΕΣΗ ΚΑΙ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ</u> .....	58
<u>3.10 ΗΘΙΚΟ ΑΔΙΕΞΟΔΟ</u> .....	59
<u>3.11 ΠΡΟΤΥΠΑ ΓΙΑ ΗΘΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ-ΚΩΔΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ</u> .....	60
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4</u> .....	64
<u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ</u> .....	64
<u>4.1 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1</u> .....	64
<u>4.2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2</u> .....	66
<u>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</u> .....	69
<u>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</u> .....	70
<u>Ξενόγλωσση</u> .....	70
<u>Ελληνόγλωσση</u> .....	72

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η ψυχιατρική είναι ένας κρίσιμος αλλά συχνά παραμελημένος τομέας της ιατρικής. Αν και οι διαταραχές της ψυχικής υγείας και της χρήσης ουσιών είναι η κύρια αιτία αναπηρίας παγκοσμίως, οι στατιστικές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) από το 2014 δείχνουν ότι ο μέσος αριθμός των ψυχιάτρων που ασκούνται παγκοσμίως είναι 0,1 ανά 10.000 άτομα. (Mental Health Care Act, 2019)

Ο νόμος περί ψυχικής υγειονομικής περίθαλψης, αναφέρεται ρητά στα δικαιώματα των ασθενών με ψυχική ασθένεια και καθορίζει τις ηθικές και νομικές ευθύνες των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και της κυβέρνησης. Τα δικαιώματα των ασθενών με ψυχική ασθένεια είναι ισοδύναμα με τα θεμελιώδη δικαιώματα των ανθρώπων και πρέπει να συζητηθούν σαφώς καθώς ανήκουν σε μια ευάλωτη ομάδα από προοπτικές αξιολόγησης, θεραπείας και έρευνας. Τέτοια δικαιώματα μεταφράζονται στην ηθική της ψυχιατρικής περίθαλψης που σχετίζεται με τον σεβασμό της αυτονομίας, την αρχή της μη κακοποίησης, της ευεργεσίας και της δικαιοσύνης, την εμπιστευτικότητα, τις παραβιάσεις ορίων και την ενημερωμένη συγκατάθεση. (Gupta et al., 2019)

Χωρίς αμφιβολία, τα ανθρώπινα δικαιώματα πρέπει να προστατεύονται ανά πάσα στιγμή. Ωστόσο, δεν μπορεί να είναι μονόπλευρη. Υπάρχει ισότιμη και ισχυρή ανάγκη να συμπεριληφθούν οι φροντιστές στη χάραξη πολιτικών ψυχικής υγείας που είναι ηθικά και νομικά υγιείς και ταυτόχρονα να προσαρμόζουν τις ανάγκες τους και τις βασικές πραγματικότητες αυτής της αναπτυσσόμενης χώρας, όπως η φτώχεια, ο αναλφαβητισμός, η άγνοια σχετικά με τις ψυχικές ασθένειες, στίγμα, διακρίσεις κ.λπ.

Κατά τη φροντίδα των ατόμων με ψυχική ασθένεια, οι γιατροί βρίσκουν συχνά τις ηθικές αρχές καθοδήγησης σε σύγκρουση μεταξύ τους. Η ψυχική ασθένεια μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα του ασθενούς να δώσει συγκατάθεση μετά από ενημέρωση στη θεραπεία, όταν η συγκατάθεση είναι θεμελιώδης για την ιατρική ηθική. Εκείνοι με ψυχική ασθένεια μπορούν επίσης να απειλήσουν τη δική τους ευημερία ή εκείνη των άλλων, προκαλώντας στους γιατρούς να περιορίσουν τη δράση τους ή να αναφέρουν τις απειλές τους. Και το σύστημα δικαιοσύνης μπορεί να καλέσει τους γιατρούς να δώσουν μαρτυρία που δεν είναι προς το συμφέρον των ασθενών τους. (Engstrom, 2009)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1**

### **ΤΟΜΕΑΣ ΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ**

#### **1.1 ΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ**

Η ιατροδικαστική ψυχιατρική είναι ένας ιδιαίτερος κλάδος που εμφανίστηκε πριν από μερικές δεκαετίες, και έκτοτε, ο ρόλος της αυξάνεται συνεχώς. Ένας ορισμός της εγκληματολογικής ψυχιατρικής που αναφέρεται συχνά είναι αυτός που επέλεξε η Αμερικανική Ακαδημία Ψυχιατρικής από την αναθεώρησή της το 2005: «μια υποειδικότητα της ψυχιατρικής στην οποία η επιστημονική και κλινική εμπειρογνωμοσύνη εφαρμόζεται σε νομικά πλαίσια που περιλαμβάνουν αστικά, ποινικά διορθωτικά κανονιστικά ή νομοθετικά θέματα, και σε εξειδικευμένες κλινικές διαβουλεύσεις σε τομείς όπως η εκτίμηση κινδύνου ή η απασχόληση ». Ενώ έχει το πλεονέκτημα ότι είναι μάλλον γενικός, αυτός ο ορισμός στερείται επαρκούς ακρίβειας. (Arboleda, 2004)

Το ιατροδικαστικό τμήμα του Παγκόσμιου Ψυχιατρικού Συλλόγου απαριθμεί τις διάφορες λειτουργίες του ιατροδικαστικού ψυχιάτρου: αξιολόγηση των ψυχικά διαταραχών παραβατών, ειδικός μάρτυρας σε αστικές και ποινικές δικαιοδοσίες, συμβουλές σε γενικούς ψυχιάτρους και άλλους επαγγελματίες, καθώς και θεραπεία ψυχικά διαταραχών παραβατών. Ανεξάρτητα από το συγκεκριμένο πεδίο εφαρμογής της, η ιατροδικαστική ψυχιατρική υπόκειται σε ηθικές και ηθικές συγκρούσεις, καθώς δεν αφορά μόνο την παραδοσιακή σχέση ιατρού-ασθενούς, αλλά επίσης περιλαμβάνει την τριγωνική σχέση μεταξύ του ασθενούς, του ιατρού και της κοινωνίας, η τελευταία εκπροσωπείται από τη δικαστική ή σωφρονιστική αρχή. Είναι επομένως απαραίτητο ο ιατροδικαστικός ψυχίατρος να αναφέρεται σε σταθερές ηθικές αξίες και αρχές. Η ηθική είναι μια πειθαρχία που κάθε γιατρός πρέπει να είναι σε θέση να αντιμετωπίσει σύμφωνα με τη συνείδησή του. Παρ' όλα αυτά, η καθιέρωση κανονιστικών ηθικών αρχών είναι ένας πολύτιμος οδηγός για επαγγελματίες που αντιμετωπίζουν ηθικά διλήμματα στην καθημερινή τους πρακτική, και ακόμη περισσότερο στην ιατροδικαστική ψυχιατρική. (Arboleda, 2004)

## **1.2 ΠΕΔΙΟ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ**

Η υποειδικότητα της εγκληματολογικής ψυχιατρικής ορίζεται συνήθως ως «ο κλάδος της ψυχιατρικής που ασχολείται με ζητήματα που προκύπτουν στη διεπαφή μεταξύ της ψυχιατρικής και του νόμου». Αυτός ο ορισμός, ωστόσο, είναι κάπως περιοριστικός, δεδομένου ότι ένα καλό μέρος της εργασίας στην ιατροδικαστική ψυχιατρική είναι να βοηθήσει τους ψυχικά ασθενείς με προβλήματα με το νόμο να πλοηγηθεί σε τρία εντελώς ασύμμετρα κοινωνικά συστήματα: ψυχική υγεία, δικαιοσύνη και διόρθωση. (Arboleda, 2004)

Ο ορισμός, επομένως, πρέπει να τροποποιηθεί για να διαβάσει "τον κλάδο της ψυχιατρικής που ασχολείται με ζητήματα που προκύπτουν στη διεπαφή μεταξύ της ψυχιατρικής και του νόμου, και με τη ροή των ψυχικά διαταραγμένων παραβατών κατά μήκος ενός συνόλου κοινωνικών συστημάτων ". Η ιατροδικαστική ψυχιατρική ασχολείται με ζητήματα στη διεπαφή του ποινικού ή ποινικού δικαίου, καθώς και με θέματα που προκύπτουν κατά την αξιολόγηση των υποθέσεων αστικού δικαίου και την ανάπτυξη και εφαρμογή της νομοθεσίας για την ψυχική υγεία. (Pinals, 2005)

## **1.3 ΠΟΙΝΙΚΟ ΔΙΚΑΙΟ**

Σε όλο τον κόσμο, μια ευρύτερη κατανόηση της σχέσης μεταξύ ψυχικών καταστάσεων και εγκλήματος έχει οδηγήσει σε αυξημένη χρήση ιατροδικαστικών εμπειρογνομόνων σε δικαστήρια σε διαφορετικά επίπεδα νομικής δράσης.

Κατά την είσοδο στο νομικό σύστημα, τρεις σημαντικοί τομείς χρειάζονται εξέταση: καταλληλότητα για δίκη, κανονισμοί παραφροσύνης και εφαρμογές επικινδυνότητας. Οι σημαντικές εξελίξεις σχετικά με το ζήτημα της φυσικής κατάστασης σε δίκη αφορούν αποφάσεις που οι υπερασπιστές που κρίνουν ότι δεν είναι κατάλληλοι να τεθούν σε δίκη αποστέλλονται σε ψυχιατρικές εγκαταστάσεις, με την προσδοκία να αποκατασταθεί η ικανότητά τους να δοκιμαστεί: το ερώτημα για τους κλινικούς ιατρούς βασίζεται σε ποιες παραμέτρους να χρησιμοποιηθεί για την πρόβλεψη αποκατάστασης ικανότητας, η οποία πρέπει να βασίζεται σε επαρκή ανταπόκριση στη θεραπεία. Οι κανονισμοί για την «τρέλα» αναφέρονται σε νομικές εξετάσεις που χρησιμοποιούνται για να αποφασιστεί εάν ο αντίκτυπος της ψυχικής ασθένειας στην ικανότητα κατανόησης ή εκτίμησης της φύσης ενός εγκλήματος θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για να κηρυχθεί ένας δράστης «μη εγκληματικά υπεύθυνος λόγω ψυχικής κατάστασης», «δεν είναι ένοχος για λόγους παραφροσύνη "ή οποιαδήποτε άλλη διατύπωση χρησιμοποιείται σε διαφορετικές χώρες. Οι αιτήσεις για την κήρυξη ενός ατόμου ως «επικίνδυνου παραβάτη» απαιτούν συνήθως υψηλό επίπεδο εμπειρογνωμοσύνης εκ μέρους των ιατροδικαστικών εμπειρογνομόνων, οι οποίοι αναμένεται να παρέχουν στα δικαστήρια τεχνικές και επιστημονικές πληροφορίες σχετικά με την εκτίμηση κινδύνου και την πρόβλεψη μελλοντικής βίας. (Pinals, 2005)

## 1.4 ΑΣΤΙΚΟΣ ΝΟΜΟΣ

Οι ψυχίατροι και άλλοι ειδικοί ψυχικής υγείας καλούνται συχνά να διενεργούν αξιολογήσεις με σκοπό να προσδιορίσουν την παρουσία ψυχικών ή συναισθηματικών προβλημάτων σε ένα από τα μέρη. Αυτοί οι τύποι αξιολογήσεων απαιτούνται σε πολλαπλές καταστάσεις, που κυμαίνονται από εξετάσεις για να προσδιορίσουν τον αντίκτυπο των τραυματισμών σε τρίτο μέρος που εμπλέκεται σε ατύχημα με μηχανοκίνητο όχημα, έως αξιολογήσεις της ικανότητας σύνταξης διαθήκης ή σύναψης συμβάσεων, έως ψυχολογικών αυτοψιών προκειμένου να αξιολογήσει την ικανότητα τεκμηρίωσης σε περιπτώσεις αυτοκτονίας ή ξαφνικού θανάτου, ή αξιολογήσεις για την καταλληλότητα στην εργασία και, αργά σε πολλές χώρες, αξιολογήσεις για τον προσδιορισμό της πρόσβασης σε παροχές που προβλέπονται στην ασφάλιση αναπηρίας. Στις περισσότερες από αυτές τις καταστάσεις, το ζήτημα είναι ο προσδιορισμός της ικανότητας και της ικανότητας να εκτελεί κάποια λειτουργία, ή την αξιολόγηση της αυτόνομης λήψης αποφάσεων από άτομα με αναπηρία. (Arboleda, 2004)

Ο προσδιορισμός της ανικανότητας που οδηγεί στη διαπίστωση της ανικανότητας γίνεται θέμα κοινωνικού ελέγχου που χρησιμοποιείται για τη νομιμοποίηση της εφαρμογής κοινωνικών περιορισμών σε ένα συγκεκριμένο άτομο. Αυτό επιβάλλει στους κλινικούς ιατρούς αυξημένο ηθικό καθήκον να βεβαιωθούν ότι οι αποφάσεις τους βασίζονται διεξοδικά στα καλύτερα διαθέσιμα κλινικά στοιχεία. (Hodgins, 1992)



Συνήθως, υπάρχει τεκμήριο ικανότητας και, ως εκ τούτου, ότι ένα συγκεκριμένο άτομο είναι ικανό. Ένα άτομο θεωρείται ότι είναι ικανό να λαμβάνει αποφάσεις, εκτός εάν αποδεικνύεται διαφορετικά. Η παρουσία μιας μείζονος ψυχικής ή σωματικής κατάστασης δεν προκαλεί από μόνη της ανικανότητα γενικά ή για συγκεκριμένες λειτουργίες. Επιπλέον, παρά την παρουσία μιας κατάστασης που μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα, ένα άτομο μπορεί να εξακολουθεί να είναι ικανό να εκτελεί ορισμένες λειτουργίες, κυρίως επειδή η ικανότητα μπορεί να κυμαίνεται από καιρό σε καιρό και επειδή η ικανότητα δεν είναι μια έννοια καθόλου ή καθόλου, αλλά συνδέεται με τη συγκεκριμένη απόφαση ή λειτουργία που πρέπει να επιτευχθεί. Επιπλέον, το εύρημα της ανικανότητας πρέπει να είναι χρονικά περιορισμένο. Δηλαδή, θα πρέπει να επανεξετάζεται κατά καιρούς. Για παράδειγμα, ένα εγκεφαλικό επεισόδιο μπορεί να έχει καταστήσει ένα άτομο ανίκανο να οδηγήσει ένα μηχανοκίνητο όχημα και ως εκ τούτου το άτομο θα θεωρηθεί ανίκανο να οδηγήσει, αλλά το άτομο θα μπορούσε ακόμα να έχει την ικανότητα και να είναι ικανό να συνάπτει συμβόλαια ή να διαχειρίζεται προσωπικά οικονομικά θέματα. Με το χρόνο και τη σωστή αποκατάσταση, το άτομο μπορεί να ανακτήσει την ικανότητα και την ικανότητά του να οδηγεί. (Hodgins, 1992)

Συνήθως, ένα άτομο πρέπει να συναινέσει σε μια αξιολόγηση της ανικανότητας ή πρέπει να ληφθεί νομική εντολή για να κάνει το άτομο να συνεργαστεί στην αξιολόγηση ή να προχωρήσει στη συλλογή πληροφοριών διαφορετικά. (Pinals, 2005)

## **1.5 ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Λόγω της εμπλοκής τους σε νομικά ζητήματα, οι εγκληματολόγοι ψυχίατροι έχουν αναπτύξει μεγάλο ενδιαφέρον για τη σύνταξη και εφαρμογή της νομοθεσίας για την ψυχική υγεία, ειδικά σε θέματα ακούσιας δέσμευσης, ότι σε πολλές χώρες βασίζεται στον προσδιορισμό της επικινδυνότητας σε αντίθεση με την απλή ανάγκη για αντιμετώπιση, διαχείριση ψυχικά ασθενών και νομική προστασία για ανίκανα άτομα. Δεδομένου ότι ένας σημαντικός τομέας της εμπειρογνωμοσύνης τους είναι η εκτίμηση της βίας και η πιθανότητα μελλοντικής βίαιης συμπεριφοράς, οι ιατροδικαστικοί ψυχίατροι καλούνται συνήθως να λάβουν αποφάσεις σχετικά με τον κίνδυνο που ενέχουν οι βίαιοι αστυνομικοί. (Arboleda, 2004)

Υπάρχει στενή αλληλεπίδραση μεταξύ νομοθεσίας, ανάπτυξης κατάλληλων συστημάτων ψυχικής υγείας και παροχής φροντίδας, είτε σε ιδρύματα είτε στην κοινότητα. Νομοθεσία για την ψυχική υγεία με ρήτρες υπερβολικής περιοριστικής δέσμευσης ακόμη και για βραχυπρόθεσμη δέσμευση, αποϊδρυματοποίηση που προκύπτει από το κλείσιμο παλαιών ψυχιατρικών νοσοκομείων, αλλαγές στα συστήματα παροχής υγειονομικής περίθαλψης σε σύντομες εισαγωγές σε γενικές ψυχιατρικές μονάδες και επακόλουθη θεραπεία στην κοινότητα και τον μεγάλο αριθμό ψυχικοί ασθενείς που καταλήγουν σε φυλακές, έχουν δημιουργήσει σε πολλές χώρες την αίσθηση ότι το σύστημα ψυχικής υγείας είναι προσκολλημένο. Η ανάπτυξη

της εγκληματολογικής ψυχιατρικής μπορεί να οφείλεται σε αλλαγές στο νόμο και σε μια πιο φιλελεύθερη αποδοχή ψυχιατρικών εξηγήσεων συμπεριφοράς, αλλά ένας πιο άμεσος λόγος είναι ο μεγάλος αριθμός ψυχικών ασθενών σε ιατροδικαστικές εγκαταστάσεις, φυλακές, φυλακές και σωφρονιστές. Οι αποτυχίες του γενικού συστήματος ψυχικής υγείας μπορεί, ως εκ τούτου, να αποτελούν τη ρίζα της αυξανόμενης σημασίας της εγκληματολογικής ψυχιατρικής. (Hodgins, 1992)

Ένας λόγος που έχει προχωρήσει πιο συχνά για να εξηγήσει τον μεγάλο αριθμό ψυχικών ασθενών που εμφανίζονται στο σύστημα δικαιοσύνης είναι η πολιτική αποϊδρυματοποίησης που έχουν εφαρμόσει οι κυβερνήσεις τα τελευταία πενήντα χρόνια. Σε γενικές γραμμές, η αποϊδρυματοποίηση αναφέρεται σε νομοθετικές αποφάσεις για το κλείσιμο μεγάλων ψυχιατρικών νοσοκομείων και την επανεγκατάσταση ασθενών στην κοινότητα, παρέχοντας σύντομες εισαγωγές σε γενικές νοσοκομειακές ψυχιατρικές μονάδες, επιλογές θεραπείας εξωτερικών ασθενών, ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, εναλλακτική στέγαση και άλλες κοινοτικές υπηρεσίες.

Μερικές φορές, ωστόσο, αυτές οι αποφάσεις δεν ανταποκρίνονταν σε κανένα σχεδιασμό ή καμία αξιολόγηση των αναγκών αυτών των ασθενών που επρόκειτο να επανεγκατασταθούν ή να αποσταθεροποιηθούν. Ούτε υπήρχε σαφής ιδέα για τη φύση των παρεχόμενων υπηρεσιών, ή τα χαρακτηριστικά των κοινοτήτων όπου οι ασθενείς επρόκειτο να μετεγκατασταθούν. Οι αποφάσεις, λοιπόν, ελήφθησαν ως επί το πλείστον σε ρητορικές και πολιτικές πεποιθήσεις, παρά σε σωστή επιστημονική συλλογιστική. (Arboleda, 2004)

Η ιδέα και οι πολιτικές της αποϊδρυματοποίησης επαινέθηκαν. Σε ορισμένους, η αποϊδρυματοποίηση είναι ένα διαφωτισμένο, προοδευτικό και ανθρωπιστικό σύνολο πολιτικών που έχει θέσει τις ανάγκες του ψυχικά άρρωστου μέρους και στο κέντρο σε πολλές κοινότητες. Από την άποψη αυτή, η αποϊδρυματοποίηση ήταν πολύ αποτελεσματική.

Από την άλλη πλευρά, η αποϊδρυματοποίηση πιστώθηκε επίσης με πλήθος αρνητικών επιπτώσεων. Νομικά, παράλληλα με τον νομικό ακτιβισμό, η αποϊδρυματοποίηση κατηγορήθηκε για την ώθηση σε δικαστικές διαφορές και δαπανηρή υπερβολική νομιμοποίηση και υπερβολική ρύθμιση της ψυχιατρικής πρακτικής. Κοινωνικά, μια σειρά ολέθριων επιπτώσεων επηρέασε άμεσα την τύχη των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα. Σε αυτές περιλαμβάνονται αναφορές για ασθενείς που χρειάζονται επαναλαμβανόμενες και συχνές εισαγωγές, και η άνοδος μεταξύ των πληθυσμών των αστέγων στο ότι τουλάχιστον το 30% μεταξύ αυτών είναι άτομα με χρόνια ψυχική ασθένεια. Ακόμα και όταν υπάρχει στέγαση, είναι συχνά σε υποβαθμισμένες κατοικίες σε εσωτερικές πόλεις ή σε ψυχιατρικά γκέτο μεγάλων αστικών κέντρων, όπου οι εκτοπισμένοι και μπερδεμένοι ψυχικοί ασθενείς περπατούν με ζάλη μιλώντας στον εαυτό τους και όπου είναι εύκολα θύματα ληστείας, βιασμού, κακοποίησης και σωματικής βίας. Μερικοί απλώς πεθαίνουν από την έκθεση στους δρόμους σε ψυχρές χειμερινές νύχτες. (Arboleda, 2004)

## 1.6 ΗΘΙΚΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΕΣ

Λόγω του διπλού ρόλου της στην ιατρική και στον νόμο, η πρακτική της ιατροδικαστικής ψυχιατρικής είναι γεμάτη με ηθικά διλήμματα παγκοσμίως. Ένας ιατροδικαστικός ψυχίατρος είναι καταρχάς κλινικός με θεωρητική και πρακτική γνώση της γενικής ψυχιατρικής και της ιατροδικαστικής ψυχιατρικής και εμπειρία στη λήψη ορθολογικών αποφάσεων από μια σαφώς δηλωμένη επιστημονική βάση. Σύμφωνα με το νόμο, οι εγκληματολόγοι ψυχίατροι πρέπει να γνωρίζουν τους νομικούς ορισμούς, τις νομικές πολιτικές και τις διαδικασίες, τα νομικά προηγούμενα που σχετίζονται με την υπό εξέταση υπόθεση. (Pinals, 2005)

Οι εγκληματολόγοι ψυχίατροι πρέπει να έχουν γνώση της δραστηριότητας του δικαστηρίου και πρέπει να διαθέτουν την ικανότητα να γνωστοποιούν τα ευρήματά τους με σαφήνεια και στο σημείο και να το κάνουν υπό τη δύσκολη κατάσταση της διασταυρούμενης εξέτασης. Η διπλή γνώση στην ψυχιατρική και το νόμο καθορίζει την υποειδικότητα της ιατροδικαστικής ψυχιατρικής και παρέχει τα ηθικά θεμέλια για τους ασκούμενους. Αυτή η διπλή γνώση πρέπει να αντικατοπτρίζεται από την αρχή στον τρόπο με τον οποίο ο ιατροδικαστικός ψυχίατρος συμφωνεί πρώτα να συμμετάσχει σε μια αξιολόγηση, τον τρόπο με τον οποίο ο ιατροδικαστικός ψυχίατρος προσεγγίζει το άτομο που πρέπει να αξιολογηθεί και τις προειδοποιήσεις που πρέπει να παρέχονται. (Arboleda, 2004)

Η σχέση που πρέπει να ξεδιπλωθεί είναι μια σχέση γιατρού-ασθενούς, στην οποία ο γιατρός αναμένεται να κάνει το καλύτερο για τον ασθενή και να ενεργεί πάντα για να μεγιστοποιήσει το όφελος του ασθενούς, διαβεβαιώνοντας παράλληλα τον ασθενή ότι προστατεύεται η ιδιωτικότητα και η εμπιστευτικότητα. Στην ιατροδικαστική ψυχιατρική η σχέση είναι μια αξιολόγηση, όπου το θεμέλιο της ουδετερότητας που απαιτείται από τον αξιολογητή και το γεγονός ότι ο αξιολογητής δεν είναι σε θέση να καθησυχάσει το άτομο σε θέματα εμπιστευτικότητας ή απορρήτου, θα μπορούσε να σημαίνει ότι τα αρνητικά ευρήματα θα θέσουν σε κίνδυνο τα συμφέροντα και θα προκαλέσουν βλάβη στο άτομο που αξιολογείται, ανεξάρτητα από την υγεία αυτού του ατόμου και ο αξιολογητής είναι γιατρός. (Pinals, 2005)

## 1.7 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ

Η βιοηθική είναι διεπιστημονική. Συνδυάζει τη φιλοσοφία, τη θεολογία, την ιστορία και το δίκαιο με την ιατρική, τη νοσηλευτική, την πολιτική υγείας και τις ιατρικές ανθρωπιστικές επιστήμες. Οι γνώσεις από διάφορους κλάδους ασκούνται στην πολύπλοκη αλληλεπίδραση της ανθρώπινης ζωής, της επιστήμης και της τεχνολογίας. Αν και τα ερωτήματά του είναι τόσο παλιά όσο και η ανθρωπότητα, η

προέλευση της βιοηθικής ως πεδίου είναι πιο πρόσφατη και δύσκολο να συλληφθεί σε μια ενιαία άποψη (Berlin, Bravender, 2009).

Ο όρος «βιοηθική» δημιουργήθηκε για πρώτη φορά το 1971 και αποτελεί το συνδυασμό της βιολογίας και της βιοεπιστήμης με την ανθρωπιστική γνώση. Εντούτοις, το πεδίο της βιοηθικής περιλαμβάνει τώρα ένα πλήρες φάσμα ανησυχιών, από τις δύσκολες ιδιωτικές αποφάσεις που λαμβάνονται σε κλινικά περιβάλλοντα έως τις αντιπαραθέσεις γύρω από την έρευνα των βλαστικών κυττάρων, τις επιπτώσεις των αναπαραγωγικών τεχνολογιών, σε ευρύτερες ανησυχίες όπως η διεθνής ανθρώπινη έρευνα, την υγειονομική περίθαλψη και την κατανομή ανεπαρκών πόρων.

Ο διεπιστημονικός διάλογος συμβάλλει στη μοναδική αξία του πεδίου, εφαρμόζοντας τις θεμελιώδεις αρχές της φιλοσοφίας και της θεολογίας και ενσωματώνοντας προοπτικές από διάφορους άλλους κλάδους όπως η κοινωνιολογία, η ιατρική, η νοσηλευτική, η ανθρωπολογία και ο νόμος. Σημαντικές ερωτήσεις εξετάζονται στη βιοηθική: οι άξονες και οι σκοποί των επιστημών της ζωής και της υγειονομικής περίθαλψης, οι έννοιες και οι συνέπειες της διανεμητικής δικαιοσύνης και τα ζητήματα στην παγκόσμια υγειονομική περίθαλψη. Οι βιοηθικοί ερευνητές διερευνούν ακόμα πιο βαθιά ζητήματα, όπως το νόημα της ζωής και του θανάτου, τον πόνο και τα βάσανα, τα δικαιώματα και τις ευθύνες (American Society for Bioethics and Humanities, 2011).

Το πεδίο της βιοηθικής έχει αντιμετωπίσει ένα ευρύ φάσμα ανθρώπινων ερευνών, που κυμαίνονται από συζητήσεις για τα όρια της ζωής (π.χ. [άμβλωση](#), [ευθανασία](#)), υποκατάστατα, κατανομή σπάνιων πόρων υγειονομικής περίθαλψης (π.χ. [δωρεές οργάνων](#), άρνηση ιατρικής περίθαλψης για θρησκευτικούς ή πολιτιστικούς λόγους κλπ). Οι βιοηθικοί συχνά διαφωνούν μεταξύ τους για τα ακριβή όρια της πειθαρχίας τους, συζητώντας εάν το πεδίο θα πρέπει να ασχολείται με την ηθική αξιολόγηση όλων των ζητημάτων που αφορούν τη βιολογία και την ιατρική ή μόνο ένα υποσύνολο αυτών των ζητημάτων (Ahsin, Shahid, Gondal, 2013).

Μερικοί βιοηθικοί θα περιορίσουν την ηθική αξιολόγηση μόνο στην [ηθική](#) των ιατρικών θεραπειών ή της [τεχνολογίας](#), τις καινοτομίες και το χρονοδιάγραμμα της ιατρικής θεραπείας των ανθρώπων. Άλλοι θα διευρύνουν το πεδίο της δεοντολογικής αξιολόγησης, ώστε να συμπεριλαμβάνουν την ηθική όλων των ενεργειών που μπορεί να βοηθήσουν ή να βλάψουν οργανισμούς που μπορούν να αισθάνονται φόβο (Rajtar, 2013).

## 1.8 ΚΩΔΙΚΑΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Αυτές οι αρχές αποσκοπούν να βοηθήσουν τους ιατρούς μεμονωμένα και συλλογικά να διατηρήσουν υψηλό επίπεδο ηθικής συμπεριφοράς. Δεν είναι νόμοι, αλλά πρότυπα με τα οποία ένας γιατρός μπορεί να καθορίσει την ορθότητα της συμπεριφοράς του στη σχέση του με τους ασθενείς, τους συναδέλφους, τα μέλη συμμαχικών επαγγελματιών και με το κοινό. (American Society for Bioethics and Humanities, 2011).

Ο όρκος του Ιπποκράτη, μια σύντομη έκθεση αρχών για τη συμπεριφορά των γιατρών, χρονολογείται από τον πέμπτο αιώνα π.Χ. Οι δηλώσεις του προστατεύουν τα δικαιώματα του ασθενούς και υποχρεώνουν τον γιατρό να συμπεριφέρεται εθελοντικά με αλτρουισμό προς τους ασθενείς. Τροποποιήθηκε τον 10ο ή τον 11ο αιώνα μ.Χ. για να εξαλείψει την αναφορά στις παγανιστικές θεότητες και χρησιμοποιείται ευρέως σε ποικίλες μορφές για να σηματοδοτήσει την είσοδο στο ιατρείο νωρίς στην ιατρική σχολή ή μετά την αποφοίτησή του για να χρησιμεύσει ως οδηγός για την ιδανική συμπεριφορά για τους γιατρούς.

Το 1803, ο Thomas Percival, ένας αγγλικός γιατρός και φιλόσοφος, δημοσίευσε έναν κώδικα ιατρικής δεοντολογίας που περιγράφει τα επαγγελματικά καθήκοντα και την ιδανική συμπεριφορά σε σχέση με τα νοσοκομεία και άλλες φιλανθρωπικές οργανώσεις (Ahsin, Shahid, Gondal, 2013).

Ο Διεθνής Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας εγκρίθηκε από τη Γενική Συνέλευση της [Παγκόσμιας Ιατρικής Ένωσης](#) στο Λονδίνο το 1949, τροποποιήθηκε το 1968, το 1983 και το 2006. Είναι ένας κώδικας που βασίζεται στη [Δήλωση της Γενεύης](#) και ο κύριος στόχος είναι η καθιέρωση τις ηθικές αρχές των ιατρών σε όλο τον κόσμο, με βάση τα καθήκοντά του γενικά, στους ασθενείς του και στους συναδέλφους του.

Οι αλλαγές στην ιατρική πρακτική έχουν φέρει στο προσκήνιο ηθικά ζητήματα: τον γενετικό έλεγχο, την ιατρική βοήθεια στο θάνατο, τα βλαστοκύτταρα κλπ. Ταυτόχρονα, οι ασθενείς είναι καλύτερα ενημερωμένοι. οι διαφορές είναι πιο συχνές. οι γιατροί πρέπει να γνωρίζουν τις οικονομικές επιπτώσεις της θεραπείας τους για την κοινωνία (American Society for Bioethics and Humanities, 2011).

Η ηθική ασχολείται με τη σωστή και τη λανθασμένη συμπεριφορά και με αυτό που πρέπει να πραγματοποιείται και να αποφεύγεται. Η ιατρική δεοντολογία αφορά τον τρόπο αντιμετώπισης των ηθικών προβλημάτων που προκύπτουν από τη φροντίδα των ασθενών. Συχνά οι κλινικές αποφάσεις δεν πρέπει να λαμβάνουν υπόψη μόνο την ιατρική κατάσταση του ασθενούς. "Τα ηθικά ζητήματα προκύπτουν όταν δεν γίνονται σεβαστές όλες οι αξίες. Η δεοντολογία δεν είναι ο μόνος κλάδος που ασχολείται με αυτά τα ζητήματα: ο νόμος και η θεολογία ορίζουν επίσης ορισμένες συμπεριφορές. Ο νόμος ασχολείται με τους κανόνες που θεσπίζει μια συγκεκριμένη κοινωνία και τα θρησκευτικά δόγματα βασίζονται στον λόγο του Θεού, όπως ερμηνεύεται από τους πιστούς, και όχι σε μια διαδικασία λογικής (Berlin, Bravender, 2009; Mathews et al., 2016)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

## **ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΚΑΙ ΗΘΙΚΗ**

### **2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΗΘΙΚΗΣ**

Ο όρος «ηθική» αναφέρεται σε όλους τους επιστημονικούς κλάδους, τα φιλοσοφικά συστήματα και τις θρησκείες και αποτελεί έναν από τους κύριους κλάδους της φιλοσοφίας ο οποίος αναφέρεται στο πρόπον, το ορθό, το καλό και αναζητεί τους κανόνες της πρακτικής συμπεριφοράς του ανθρώπου στην ιδιωτική ζωή, οι οποίοι ρυθμίζουν τόσο την εσωτερική στάση των μελών της κοινωνίας όσο και την κοινωνική συνείδηση και συμπεριφορά (Δραγώνα-Μονάχου, 1995). Η ηθική δεν αποτελείται μόνο από ένα σύστημα κανόνων που ισχύουν καθολικά και με τον ίδιο τρόπο για όλους αλλά συμπληρωματικά αποτελεί τρόπο σκέψης και ζωής και περιλαμβάνει ιδανικά, συναισθήματα, κίνητρα, ηθικές κρίσεις και αξιολογήσεις που κατευθύνουν τη συμπεριφορά και τις πράξεις μας (Murphy, 1997). Διέπεται δηλαδή από κοινές σταθερές αξίες αλλά δεν επιβάλλεται από νομοθετικές ρυθμίσεις παρά διαμορφώνεται αυτόματα από την εσωτερική συνείδηση (Ψαρρός, 2005). Η ηθική λοιπόν έχει ως αντικείμενο τις ανθρώπινες ενέργειες, επικεντρώνεται στον εσωτερικό κόσμο του ανθρώπου, επιβάλλει μόνο υποχρεώσεις και μετασχηματίζεται ανάλογα με τις μεταβολές της κοινωνίας στην οποία εφαρμόζεται. Τέτοιοι παράγοντες που μπορούν να επιφέρουν αλλαγές στη θεώρηση της ηθικής είναι το γεωγραφικό, το πολιτισμικό και το τεχνολογικό περιβάλλον καθώς και η ίδια η εποχή. Κάτι που θεωρούνταν ηθικό πριν από χρόνια, όπως π.χ. ο θεσμός της δουλείας στην Αρχαία Ελλάδα, μπορεί σήμερα να θεωρείται ανήθικο και αντιστρόφως. Επίσης, κάτι που θεωρείται ηθικό σε μια κοινωνία π.χ. μεταχείριση των γυναικών σε ορισμένες φυλές ή χώρες, σε μία άλλη μπορεί να είναι ανήθικο (Coleman, 2005). Σύμφωνα με τον Parsons (1964), λόγω της εξελικτικής της ευελιξίας η ηθική θεωρείται ως μία παγκόσμια καθιερωμένη «εξελικτική καθολικότητα» που συνδέεται με όλες τις κοινωνικές δομές, μετασχηματίζεται και αναδιαμορφώνεται στην εκάστοτε περίοδο και κοινωνία. Αλλάζει, προσαρμόζεται και εξελίσσεται ανάλογα με τα δεδομένα και τις απαιτήσεις σε όλους τους τομείς (οικονομικό, κοινωνικό, τεχνολογικό, πολιτικό). Συμπερασματικά η ηθική δεν στηρίζεται μόνο σε συγκεκριμένους κανόνες, πληροφορίες, πρακτικές δεξιότητες και εμπειρία αλλά επηρεάζεται από τις αντιλήψεις, τα συναισθήματα, τις τάσεις, την παιδεία, την προσωπικότητά μας καθώς και από τις επιρροές της εποχής και της κοινωνίας στην οποία ανήκουμε. Κοινές παραδοχές της ηθικής είναι πως διαπερνά και διατρέχει τα πάντα δηλαδή δεν αφορά μόνο τα μεγάλα και σημαντικά ζητήματα αλλά είναι διαρκές μέλημα και επιδρά σε όλες μας τις αποφάσεις και τις δραστηριότητες. Η ηθική είναι αναπόφευκτη και αδιαίρετη, αποτελεί δηλαδή αναπόσπαστο μέρος της ζωής τόσο της προσωπικής όσο και της επαγγελματικής. Είναι προφανές πως οι αξίες που φέρουμε ως άτομα περιχαρακώνουν-οριοθετούν-προσδιορίζουν και τις αποφάσεις που παίρνουμε ως επαγγελματίες. Επιπλέον η ηθική δύναται να μαθαίνεται και να διδάσκεται ως ένα βαθμό τουλάχιστον όσον αφορά στη γνώση των πληροφοριών και των πρακτικών δεξιοτήτων. Τέλος οι αποφάσεις ηθικής φύσεως πρέπει να λαμβάνονται στον πραγματικό κόσμο των οικονομικών και επιστημονικών δεδομένων (Downie & Calman, 1997).

## **2.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΩΝ ΦΙΛΟΣΟΦΙΚΩΝ ΘΕΩΡΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΗΘΙΚΗ**

Οι θεωρίες της ηθικής έχουν δύο στόχους. Πρώτον, να κρίνουν και να αξιολογήσουν συγκεκριμένες πράξεις και ενέργειες ως προς το κατά πόσον είναι ηθικά αποδεκτές και δεύτερον, βάσει αυτών, των ατόμων που θα τις εφαρμόσουν (Παπαγούνος,2009). Η ηθική ως έννοια αναφέρεται για πρώτη φορά στην ελληνική μυθολογία. Η Θέμις αντιπροσωπεύει την ηθική τάξη και ο Απόλλωνας εμφανίζεται ως θεός της ηθικής, λυτρωτής του ηθικού κακού. Στην Αρχαία Ελλάδα θεμελιωτής της ηθικής φιλοσοφίας είναι ο Σωκράτης ο οποίος διδάσκει περί αυτοεπίγνωσης της ατομικής συνείδησης και συσχετίζει την ηθική με τη γνώση του σωστού και του δίκαιου (Σφυρόερα,2006).Ο Πλάτωνας επίσης υποστήριζε πως η ηθικότητα του ανθρώπου είναι υπόθεση του κράτους (Πλάτων,2005). Η ηθική διδασκαλία αποτελεί την πρώτη ανάγκη της κοινωνικής ζωής ενώ ο Αριστοτέλης διακηρύσσει πως η αρετή είναι διανοητική και ηθική. Το ήθος είναι η συνήθεια του αγαθού και η ηθική στοχεύει στην επιλογή του αγαθού η οποία στη συνέχεια εμφανίζεται ως πραγματική συμπεριφορά(Κάλφας,2009). Κατά τον Χριστιανισμό οι ηθικές αρχές θεωρούνται δεδομένες και αναφέρονται στην αποφυγή της αμαρτίας και στην έννοια της προσωπικής ελευθερίας (Μπέγζος, 1996).Κατά την περίοδο της Αναγέννησης η ηθική φιλοσοφία χαρακτηρίζεται από ηθικό νατουραλισμό και υποστηρίζει πως η ανθρώπινη φύση καθορίζεται από εγωιστικά κίνητρα. Η Καντιανή ηθική ως σύνολο ιδεών και αρχών αποτελεί θεμέλιο της σύγχρονης συζήτησης για το αγαθό και το δίκαιο και θεμελιώνεται στη βάση της ελευθερίας του ανθρώπου και του σεβασμού προς τους άλλους και τον εαυτό του ( Kant, 2013).Στον κομμουνισμό κατά τον Lennin " Ηθικό είναι ότι εξυπηρετεί το κόμμα". Από την παραπάνω αναδρομή γίνεται αντιληπτό πως κάθε ιστορική εποχή έχει να παρουσιάσει και τη δική της κυρίαρχουσα ηθική(Gaarder,1994).

## **2.3 Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΗΘΙΚΗΣ ΣΤΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ**

Με τον όρο ηθική στα επαγγέλματα υγείας εννοούμε την εφαρμογή της ηθικής από τους επαγγελματίες υγείας στην κλινική πρακτική και τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Στην Αμερική εδώ και χρόνια χρησιμοποιούνται επαγγελματίες ethicists για να βοηθήσουν τη λήψη αποφάσεων του κλινικού προσωπικού τους. Τα άτομα αυτά εκπαιδεύονται εκτός από την επιστημονική, την κλινική γνώση και τις πρακτικές δεξιότητες σε ένα διεπιστημονικό πεδίο (ψυχολογία, κοινωνιολογία, δημόσια πολιτική, νομική, επικοινωνία).Παράγοντες που συνέβαλαν στην ανάγκη ανάπτυξης της ηθικής στα επαγγέλματα υγείας αποτελούν η ραγδαία εξέλιξη της τεχνολογίας και των ιατροβιολογικών επιστημών. Οι διαθέσιμες αυτές νέες τεχνολογίες δημιουργούν επιλογές που δεν προϋπήρχαν. Επίσης, ο περιορισμός των πόρων, οικονομικών και ανθρώπινων, καθώς και οι αναθεωρητικές τάσεις στην οργάνωση και παροχή υγειονομικής περίθαλψης, σε συνδυασμό με τις αλλαγές στη δομή της κοινωνίας (πολυπολιτισμικότητα) και την αύξηση των γνώσεων των πολιτών για την υγεία τους και το σύστημα οδηγεί την επαγγελματική δύναμη σε αυξανόμενη δημόσια διερεύνηση, σε αντιρρήσεις και ελέγχους τόσο από την επιστημονική κοινότητα όσο και από τους «καταναλωτές» της υγειονομικής περίθαλψης (Naido& Wills, 1998).Με αυτόν τον τρόπο οι επαγγελματίες υγείας δε σημαίνει πως δεν μπορούν να χειριστούν, να λάβουν αποφάσεις και να δράσουν

αυτόνομα ή πως προσπαθούν να κρυφτούν πίσω από την ομάδα και να μεταβιβάσουν την ευθύνη για την ηθική στην επαγγελματική τους κοινότητα, αντιθέτως αναπτύσσουν συνεχώς το διάλογο, τη συζήτηση, τις αντιρρήσεις και την παράθεση επιχειρημάτων σε δημόσια κλίμακα εντός του επαγγελματικού κλάδου. Άλλωστε καθήκον και ευθύνη της κάθε επαγγελματικής ομάδας είναι να μεγιστοποιήσει την ηθική αποδοχή της, να συμβάλλει ηθικά στα εργασιακά πλαίσια δημιουργώντας κοινά σημεία αναφοράς και καθεστώτα προτύπων ώστε να στηρίζει και να αντιπροσωπεύσει τους επαγγελματίες που ανήκουν στον τομέα τους σε περίπτωση αναξιοπιστίας και κριτικής για τις ικανότητες και τις αποφάσεις τους. Επιπρόσθετα, επειδή οι επαγγελματικές ομάδες έχουν τη δυνατότητα να υποστηρίξουν συλλογικά την κριτική σκέψη, μπορούν κατ' επέκταση να υποβάλλουν και συστάσεις για αλλαγές σε τοπικό και εθνικό επίπεδο(Koehn, 1994).

## **2.4 ΗΘΙΚΕΣ ΑΞΙΕΣ –ΑΡΧΕΣ ΣΤΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ**

Επειδή κανένας κώδικας δεοντολογίας δεν μπορεί να εξασφαλίσει απόλυτες οδηγίες που να δίνουν απαντήσεις σε όλα τα προβλήματα χρειάζεται πολλές φορές το άτομο να προστρέξει σε γενικότερες ηθικές αξίες και αρχές. Οι αξίες αντιπροσωπεύουν το ιδεατό, σημαίνουν αυτό που αξίζει και περιλαμβάνουν τις ιδέες και τις πεποιθήσεις για το τι είναι ορθό, καλό και επιθυμητό. Βρίσκονται στον πυρήνα της ανθρώπινης συμπεριφοράς και μας καθοδηγούν σε κάθε ανθρώπινη, κοινωνική και επαγγελματική συμπεριφορά, απόφαση και ενέργεια(Rokeach, 1973).Συνήθως οι ηθικές αξίες δεν είναι υποκειμενικές καθώς ανήκουν στη σφαίρα της ομαδικής ζωής και έχουν μια πραγματικότητα ανεξάρτητη από την υποκειμενική αυθαιρεσία, δεν είναι σχετικές και απόδειξη αποτελεί η κοινή συμφωνία των κρατών περί ανθρωπίνων δικαιωμάτων ασχέτως βέβαια εάν δεν τηρούνται από όλους. Επίσης οι ηθικές αρχές δεν είναι ένστικτο, τα ένστικτα είναι τα πλήκτρα. Η παρτιτούρα δηλαδή ο ηθικός νόμος μας δείχνει ποια πλήκτρα πρέπει να πατήσουμε, πως και πότε. Τέλος οι ηθικές αρχές δεν είναι αμιγώς αποτέλεσμα κοινωνικής μάθησης. Ο άνθρωπος διαθέτει ελεύθερη ηθική βούληση την οποία κανένας δεν κατευθύνει και χειραγωγεί όπως θέλει ( Πελεγρίνης, 2004).Οι βασικότερες αξίες-αρχές που εμπλέκονται στο μεγαλύτερο μέρος στοχασμών σε θέματα ηθικής είναι:

- η μη βλαπτικότητα ή μη κακοβουλία, δηλαδή το να μην προκαλείς κακό σωματικά ή ψυχικά στους ανθρώπους
- η ωφελιμότητα, η οποία αναφέρεται στην προώθηση της ευτυχίας και της ευημερίας του άλλου ή γενικά στις βέλτιστες δυνατές συνέπειες
- η αρχή της δικαιοσύνης, που σημαίνει πως όλοι πρέπει να αντιμετωπίζονται με ισότητα και δικαιοσύνη απέναντι στο νόμο
- η αρχή της αυτονομίας κατά την οποία ο καθένας επιλέγει και δρα ελεύθερα στο βαθμό που δεν παρεμβαίνει στους άλλους
- η αρχή της ευεργεσίας όπου ο καθένας πρέπει να παρέχει βοήθεια στους ανθρώπους όπου και όταν αυτό χρειάζεται Διάφοροι άλλοι θεωρητικοί τις έχουν ορίσει ως αρχές



της μη επιβλαβούς πρακτικής, της δικαιοσύνης, της φιλανθρωπίας, της αυτονομίας (McLeod, 2005). Εκ των ανωτέρω συμπεραίνουμε πως όσο κι αν μεταβάλλονται σε κάθε κοινωνία ή εποχή οι κοινωνικές, οικονομικές και πολιτικές συνθήκες, οι ηθικές αξίες έχουν εκπληκτικές ομοιότητες, παραμένουν αναλλοίωτες και αντικειμενικές διότι αυτό το οποίο δε μεταβάλλεται είναι η ιδιοσυστασία της ανθρώπινης ψυχής. Οι ανάγκες, τα πάθη και τα χαρακτηριστικά της παραμένουν σταθερά με ελάχιστες εξαιρέσεις. Χωρίς αμφιβολία υπάρχουν σε όλες τις εποχές και τις κοινωνίες αρετές όπως η αγάπη, ο σεβασμός, η αλληλεγγύη, η δικαιοσύνη όπως επίσης και η απάτη, το κακό, ο φθόνος, η δειλία κ.ά. (Μουτσόπουλος, 1991). Η εκπληκτική ανάπτυξη της επιστήμης έχει παραχωρήσει τεράστια δύναμη στους ανθρώπους. Πέρα όμως από τις αναταράξεις που έχει προκαλέσει σε όλους τους τομείς, τεχνολογικό, κοινωνικό, πολιτικό, οικονομικό, διανοητικό και από τις καταχρήσεις στην εφαρμογή της, η πηγή της επιστήμης, δηλαδή η ηθική και η αντικειμενική γνώση, παραμένουν σκοτεινές για την πλειοψηφία των ανθρώπων με αποτέλεσμα την αγωνία, την αμφισβήτηση, τη δυσπιστία και το αίσθημα αποξένωσης που αισθάνονται οι περισσότεροι συνάνθρωποι μας από την επιστημονική κουλτούρα. Τίθεται όμως το ερώτημα "από πού πηγάζει αυτή η αποξένωση;" Οι πηγές της μπορεί να είναι διαφορετικές αλλά συνολικά συγκλίνουν. Αρχικά προέρχεται από το γεγονός ότι οι έννοιες, τα αντικείμενα και οι τεχνικές που εμπεριέχει η επιστήμη, είναι δυσνόητες και βρίσκονται πέρα από τις δυνατότητες κατανόησης των περισσότερων ανθρώπων. Δεύτερον προέρχεται από τις καταχρήσεις εξουσίας για τις οποίες κατηγορείται η επιστήμη και τρίτον από την υιοθέτηση ενός μικρού ποσοστού της ηθικής της γνώσης για την οποία δεν γνωρίζουν στην ουσία τίποτα (Monod, 1999).

## 2.5 ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΙΣ ΑΞΙΩΝ – ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ

Οι αρχές της ηθικής κατά την παροχή υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να περιέλθουν σε σύγκρουση μεταξύ τους, με τα δικαιώματα των ασθενών και με τα επαγγελματικά καθήκοντα και να δημιουργηθούν ηθικά διλήμματα, δηλαδή καταστάσεις όπου: ενέχονται δύο ή περισσότερες ηθικά σωστές επιλογές, είναι δυσδιάκριτο να προσδιοριστεί ποια είναι η καλύτερη επιλογή, οι ανάγκες όσων εμπλέκονται δεν μπορούν να καλυφθούν με τις υπάρχουσες εναλλακτικές, πρέπει να ικανοποιούνται τα δικαιώματα των ασθενών χωρίς να παραβιάζονται τα δικαιώματα των επαγγελματιών. Οι κυριότερες δυνάμεις που συμβάλλουν σ' αυτήν την σύγκρουση αξιών είναι

- οι διαφορετικές θεραπευτικές προοπτικές και η έλλειψη συνείδησης για την αποτελεσματικότητα, ωφελιμότητα ή και βλαπτικότητα
- ο ηθικός σχετικισμός και πλουραλισμός, το γεγονός ότι γινόμαστε πιο ετερογενείς σε ηθικές αξίες.

Σε περίπτωση τέτοιων μηνυμάτων ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να μπορεί να αναγνωρίσει τις εμπλεκόμενες αξίες καθώς και την ισχύ, έκταση και σχετικότητα των

δικαιωμάτων και των καθηκόντων. Έπειτα πρέπει να κρίνει βάσει της σπουδαιότητας των αξιών και των δικαιωμάτων που χρήζουν μεγαλύτερο σεβασμό και να αποφασίσει εξισορροπώντας τα δικαιώματα του ασθενή με τα επαγγελματικά του καθήκοντα (Fry & Johnstone, 2002). Τα ηθικά διλήμματα που συναντούν οι επαγγελματίες υγείας στην καθημερινή τους πρακτική σχετίζονται με τις αξίες, τις αντιλήψεις, τις συνήθειες των ασθενών ως προς τη θεραπεία και τα θεραπευτικά μέσα, την εμπιστευτικότητα προσωπικών δεδομένων, την πληροφόρηση για διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας, την εξασφάλιση ποιοτικών κριτηρίων στην πράξη, την ανάθεση ευθύνης σε διάφορες καταστάσεις από ηθικής, τεχνικής και επιστημονικής πλευράς, τα ενδονοσοκομειακά ατυχήματα και την ασφάλεια του ασθενούς. Επίσης, συχνά προβληματίζουν θέματα κατανομής ανθρώπινου και υλικού δυναμικού, ζητήματα βιοηθικής, τήρηση προτεραιοτήτων υγείας ή νοσηλείας (Milton, 2005). Εν κατακλείδι ο επαγγελματίας υγείας οφείλει να έχει πλήρη γνώση των αξιών, των ηθικών αρχών και των κωδίκων δεοντολογίας, να αξιολογεί τις επιλογές και να πράττει χρησιμοποιώντας μηχανισμούς που ελαχιστοποιούν την παραβίαση των δικαιωμάτων και τις αρνητικές επιπτώσεις των ασθενών.

## 2.6 ΟΡΙΣΜΟΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Σύμφωνα με τον C. Robson (2007): δεοντολογία είναι ένα σύνολο αρχών και συστημάτων που σχετίζονται με το τι είναι σωστό και τι λάθος. Πρότυπα και κώδικες συμπεριφοράς. Η δεοντολογία έχει τη μορφή κωδικοποιημένων κανόνων για το ποιες είναι οι ηθικά σωστές και αποδεκτές πράξεις και συμπεριφορές. Ο όρος προτάθηκε από τον φιλόσοφο Bentham, βασίζεται στην ηθική φιλοσοφία με την στενή έννοια, υποστηρίζοντας πως το σύνολο καθηκόντων και η λογική είναι η βάση της ηθικής και το μεγαλύτερο αγαθό είναι να διακρίνει ο καθένας το καθήκον του άσχετα με τη δυσκολία. Οι όροι δεοντολογία και ηθική αν και θεωρούνται συνώνυμοι δεν είναι. Ο όρος δεοντολογία σχετίζεται με ζητήματα θεσμικής συμπεριφοράς και έχει νομικό και υποχρεωτικό χαρακτήρα ο οποίος πρέπει να ακολουθείται δια μέσου των ηθικών κανόνων και των πρακτικών διότι η μη συμμόρφωση συνεπάγεται κυρώσεις (Κυρίδης & Χρονοπούλου, 2008).

## 2.7 ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

Τα δικαιώματα των ασθενών κωδικοποιήθηκαν για πρώτη φορά το 1973 από την Αμερικάνικη Ένωση Νοσοκομείων με το προσωνύμιο Χάρτης των Δικαιωμάτων του Ασθενή. Στην Ελλάδα τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενή είναι θεσμοθετημένα με το άρθρο 47 του Ν. 2071/1992 από το ιατρικό συμβούλιο Ιατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας. Η Ελλάδα είναι η πρώτη χώρα που κατοχύρωσε τα δικαιώματα αυτά σε νόμο ενώ ταυτόχρονα η προάσπιση των δικαιωμάτων στηρίζεται επιπλέον στις γενικές διατάξεις του συνταγματικού, αστικού, ποινικού και διοικητικού δικαίου καθώς και στους κώδικες δεοντολογίας των επαγγελματιών υγείας. Τα δικαιώματα αυτά συνοπτικά αναφέρονται:

- στο σεβασμό της αξίας και της αξιοπρέπειας του προσώπου
- στο δικαίωμα αυτοκαθορισμού και αυτοδιάθεσης
- στο δικαίωμα στην πληροφόρηση και στην πλήρη ενημέρωση σχετικά με τη διάγνωση, τη θεραπεία και την πρόγνωση
- στο δικαίωμα της πληροφορημένης συναίνεσης για κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική διαδικασία εκτός από τα επείγοντα περιστατικά ή στο δικαίωμα της άρνησης κάθε διαγνωστικής θεραπευτικής πράξης
- στο δικαίωμα της πληροφόρησης για τους πιθανούς ιατρικούς κινδύνους ή την πιθανή διάρκεια της ανικανότητας από πειραματικές ή εκπαιδευτικές διαδικασίες
- στην ισότιμη αντιμετώπιση στην υγειονομική περίθαλψη
- στην ελεύθερη επιλογή γιατρού και υγειονομικής μονάδας
- στην προσβασιμότητα στα αγαθά και τις υπηρεσίες
- στην ποσοτική και επιστημονική επάρκεια σε σχέση με τις παρεχόμενες υπηρεσίες
- στην προστασία της γενετικής ταυτότητας
- στο απόρρητο της ιδιωτικής ζωής και του ιατρικού του φακέλου, ό,τι δηλαδή αφορά στην περίθαλψη από τη γνωμοδότηση, τις εξετάσεις, τη θεραπεία και το ιατρικό ιστορικό πρέπει να έχει εμπιστευτικό χαρακτήρα και οποιοδήποτε φυσικό πρόσωπο πρέπει να έχει την άδεια για να παρίσταται ή να ενημερώνεται
- στο δικαίωμα αναγνώρισης των ιδεολογικών και θρησκευτικών πεποιθήσεων
- στο δικαίωμα διαμαρτυρίας επί των ενεργειών και αποτελεσμάτων

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί ότι στον Κ.Ι.Δ. και στην Σύμβαση του Ο viedo προβλέπεται και το "δικαίωμα της άγνοιας" το οποίο συνδέεται ξεκάθαρα με την ιδιωτικότητα της υγείας. Το δικαίωμα αυτό αποτελεί αντικείμενο της βιολογικής μας αυτονομίας, ανήκει στον πυρήνα της ιδιωτικής ζωής και απαγορεύεται να παραβιαστεί από επεμβάσεις τρίτων. Η πληροφόρηση δεν μπορεί να επιβάλλεται αναγκαστικά αλλά πρέπει να προϋποθέτει τη συναίνεση μας. Άλλωστε αξία δεν αποτελεί μόνο η πληροφόρηση αλλά αξία καθίσταται το ίδιο το πρόσωπο που κάνει την επιλογή(Βιδάλης, 2007).Συμβαίνει πράγματι πολλές φορές να υπάρχει μια δύσκολη διάγνωση, περίσταση που εάν ειπωθεί τότε τα πράγματα οδηγούνται σε μεγάλη ταραχή και στεναχώρια. Η ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας μας δεν είναι αυτονόητο ότι πάντα μας ωφελεί. Δεν αποκλείεται μάλιστα να επηρεάσει πολλάκις αρνητικά τη ζωή και να οδηγήσει σε μελλοντική ανασφάλεια, σε ανισορροπία σχέσεων ακόμα και σε ψυχολογικές διαταραχές. Έτσι το δικαίωμα της άγνοιας εξασφαλίζει τον απόλυτο έλεγχο του ενδιαφερομένου έναντι της πρωτοβουλίας του επαγγελματία υγείας (Engelhardt, 2007).Εκτός από τον χάρτη των δικαιωμάτων με το Ν. 2519/1997 θεσμοθετήθηκαν και τα όργανα προστασίας δικαιωμάτων των ασθενών. Αυτά είναι η αυτοτελής υπηρεσία προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών που υπάγεται στη Γενική Γραμματεία του Υπουργείου Υγείας και η επιτροπή ελέγχου προστασίας δικαιωμάτων των ασθενών. Παράλληλα, λειτουργούν σε κάθε νοσοκομείο γραφείο επικοινωνίας με τον πολίτη και επιτροπή πρόσπισης δικαιωμάτων του πολίτη. Συμπληρωματικά ο Ν. 2472/1997 καλύπτει

νομοθετικά κενά που σχετίζονται με την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και περιλαμβάνει διατάξεις σχετικά με τα χαρακτηριστικά των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, την επεξεργασία και τις προϋποθέσεις επεξεργασίας των ευαίσθητων δεδομένων, τη γνωστοποίηση και τη διασυννοριακή ροή αυτών των δεδομένων, το απόρρητο και την ασφάλειά τους, τις κυρώσεις λόγω παραβίασης προσωπικών δεδομένων. Τέλος με την τροποποίηση του Ν. 3471/2006 δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα στο απόρρητο των προσωπικών δεδομένων, η άρση του οποίου επιτρέπεται μόνο για λόγους εθνικής ασφαλείας ή για διάπραξη σοβαρών εγκλημάτων (Κρεμαλής, 2011)

## 2.8 ΚΩΔΙΚΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΒΙΟΗΘΙΚΗ

Η "βιοηθική" μπορεί να γίνει κατανοητή με ένα ευρύτερο ή στενότερο τρόπο. Σύμφωνα με την ευρύτερη δομή, η βιοηθική περιλαμβάνει όχι μόνο τη φιλοσοφική μελέτη της ηθικής της ιατρικής, αλλά και τομείς όπως το ιατρικό δίκαιο, την ιατρική ανθρωπολογία, την ιατρική κοινωνιολογία, την πολιτική υγείας, την οικονομία της υγείας και ακόμη και κάποιες περιοχές της ίδιας της ιατρικής. Όσον αφορά τη στενότερη δομή, η βιοηθική, αν και μπορεί να αντλεί από αυτούς τους άλλους κλάδους, είναι η ίδια μόνο περιοχή φιλοσοφικής έρευνας. Ειδικότερα, η βιοηθική είναι ένας κλάδος της πρακτικής (ή εφαρμοσμένης) ηθικής, ο οποίος με τη σειρά του είναι ένας κλάδος της φιλοσοφίας. ([Adler, Zlotnik, 2012](#); [Mathews et al., 2016](#)).

Οι αποφάσεις περί υγειονομικής περίθαλψης βασίζονται όχι μόνο σε κλινικούς και τεχνικούς λόγους αλλά και σε ηθικούς λόγους. Αναμένεται ότι οι γιατροί είναι επαγγελματίες υγείας με όλες τις απαιτούμενες ικανότητες. Αναμένεται επίσης ότι ενώ χορηγούν φάρμακα και ασχολούνται με ασθενείς, συνοδούς, συγγενείς ασθενών, εφαρμόζουν δεοντολογική συμπεριφορά με συναφείς ικανότητες. Με τις αλλαγές στις πολυπλοκότητες της ιατρικής πρακτικής, οι γιατροί αντιμετωπίζουν τώρα έναν αυξανόμενο αριθμό διαφορών εναντίον τους, οι περισσότεροι από τους οποίους σχετίζονται με ηθικά ζητήματα.

Σε ορισμένες χώρες, οι κώδικες ιατρικής δεοντολογίας συμπληρώθηκαν από τους νόμους περί δικαιωμάτων των ασθενών. Αυτό σημαίνει ότι κατοχυρώνονται από το νόμο και συνεπώς υιοθετούν ένα νομικό καθεστώς (όσον αφορά τις υποχρεώσεις των επαγγελματιών υγείας). Υπάρχει μια διαφορά μεταξύ του κώδικα και της βιοηθικής. Η βιοηθική θα μπορούσε να αναφερθεί ότι τονίζει τις υποχρεώσεις και τα καθήκοντα των ιατρών, ενώ ο κώδικας ιατρικής δεοντολογίας συνήθως περιλαμβάνει κάποια μορφή νομικού δικαιώματος. ([Adler, Zlotnik, 2012](#)).

Η βιοηθική δεν είναι απλώς μια σειρά αρχών, αλλά υποδηλώνει, τουλάχιστον την ηθική υποχρέωση να ενεργεί. Η ενέργεια που γίνεται από το καθήκον έχει την ηθική του αξία όχι στο σκοπό που πρέπει να επιτύχει, αλλά στο μέγιστο σύμφωνα με το οποίο αποφασίζεται. Επίσης, η βιοηθική βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στην αρχή της αλληλεγγύης, καθώς και στην ελευθερία, την ανοχή, τις ίσες ευκαιρίες, την κοινωνική δικαιοσύνη και την ανθρώπινη αξιοπρέπεια. Η σταδιακή και συνεχής επέκταση της έννοιας της βιοηθικής καθώς επίσης και του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας οδήγησε σε νέες δυνατότητες και πιθανά προβλήματα στον τομέα της υγειονομικής

περίθαλψης. Ταυτόχρονα, συνεχίζονται οι προσπάθειες για την εναρμόνιση της παροχής υγειονομικής περίθαλψης, την προώθηση της συνεργασίας και την επίτευξη συναίνεσης σε διάφορα θέματα υγειονομικής περίθαλψης (Wong, Morgan-Lynch, 2017; Rajtar, 2013).

Η βιοηθική και η ιατρική δεοντολογία είναι στενά συνδεδεμένες. Ωστόσο, πρέπει να αποσαφηνιστεί η διάκριση μεταξύ βιοηθικής και ιατρικής δεοντολογίας. Η βιοηθική είναι ευρύτερη και εξακολουθεί να είναι κυρίως ο τομέας των φιλοσόφων. Ωστόσο, στην ανάπτυξη του έχει επηρεάσει την Ιατρική Ηθική. Η βιοηθική σχετίζεται γενικά με θεωρητικά ηθικά ζητήματα και έννοιες που περιβάλλουν όλες τις βιοϊατρικές τεχνολογίες, όπως η κλωνοποίηση, η θεραπεία με βλαστοκύτταρα, η δωρεά οργάνων και η χρήση ζώων στην έρευνα. Η ιατρική δεοντολογία είναι πιο συγκεκριμένη και επικεντρώνεται στην ιατρική αντιμετώπιση του ανθρώπου ειδικότερα. Ωστόσο, αυτό δεν σημαίνει ότι μόνο οι γιατροί εφαρμόζουν την Ιατρική Δεοντολογία. Εμπλέκονται και άλλοι επαγγελματίες της υγείας και της κοινωνικής πρόνοιας όπως είναι το νοσηλευτικό προσωπικό, οι κοινωνικοί λειτουργοί κλπ (Wong, Morgan-Lynch, 2017).

Η ιατρική δεοντολογία ξεκίνησε με τον όρκο του Ιπποκράτη και έχει μια μακρύτερη ιστορία από τη Βιοηθική, η οποία ξεκίνησε μόνο μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο με τον Κώδικα της Νυρεμβέργης και τη Διακήρυξη του Ελσίνκι. Η ιατρική δεοντολογία, όπως υποδηλώνει το όνομα, ήταν ιστορικά μόνο η διαφύλαξη των ιατρών. Η νομοθεσία σχετίζεται με την ιατρική ηθική και με επαγγελματικές κατευθυντήριες γραμμές και κώδικες πρακτικής (Salari, Larijani, 2017).

Η ιατρική δεοντολογία σήμερα δεν αφορά μόνο την επαγγελματική συμπεριφορά. Η «νέα» ιατρική δεοντολογία είναι το αποτέλεσμα της επιρροής της Βιοηθικής. Στον πυρήνα της εξακολουθούν να υπάρχουν ζητήματα που προκύπτουν από την κλινική πρακτική και την ανάπτυξη νέων τεχνολογιών σε τομείς όπως η αναπαραγωγή, η φροντίδα στο «τέλος της ζωής» κλπ. (Salari, Larijani, 2017; [Chadwick, Duncan](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Wilson%20D%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=29635295) [HYPERLINK "https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Wilson%20D%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor\\_uid=29635295"](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Wilson%20D%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=29635295), 2018).

Ωστόσο, αυτά τα ζητήματα εγείρουν αναπόφευκτα βαθύτερες, πιο φιλοσοφικές εκτιμήσεις όπως η αξία της ζωής, η ηθική κατάσταση των εμβρύων και η σημασία της προσωπικότητας. Ως εκ τούτου, υπάρχει συνάφεια της θεωρητικής βιοηθικής και της εφαρμογή των δεοντολογικών θεωριών, όπως η συνέπεια, η δεοντολογία και η ηθική της αρετής, σε πραγματικά, πρακτικά διλήμματα (Ives, Dunn, Cribb, 2017).

Η μελέτη της ιατρικής δεοντολογίας περιλαμβάνει την ανάλυση εννοιών όπως η σχέση ιατρού-ασθενούς, η ικανότητα, η αυτονομία, η ευεργεσία, η συμπόνια, η προσωπικότητα, η ποιότητα και η αξία της ζωής κλπ.

Το έργο της Ιατρικής Δεοντολογίας βασίζεται σε αυτό της Βιοηθικής και επιτρέπει καλή ιατρική πρακτική. Δεν είναι μια δραστηριότητα αποκλειστικά για τους γιατρούς, τους φιλοσόφους ή άλλους αλλά αντ' αυτού μπορούν να κερδίσουν από τις ιδέες πολλών διαφορετικών προοπτικών. Η ιατρική επιτρέπει την πρακτική εφαρμογή της πολύτιμης συμβολής αυτών των άλλων κλάδων (Ahsin, Shahid, Gondal, 2013; [Chadwick, Duncan](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Wilson%20D%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=29635295) [HYPERLINK "https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Wilson%20D%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor\\_uid=29635295"](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Wilson%20D%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=29635295), 2018).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

# ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

## 3.1 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΗΘΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ –ΗΘΙΚΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ

Η Νοσηλευτική συνδυάζει τη διεπιστημονική γνώση (ιατρική, ψυχολογία, κοινωνιολογία, φιλοσοφία κ.ά.), ανθρωπιστική συμπεριφορά και βαθύτερες πανανθρώπινες αξίες. Γι' αυτό απαιτείται από το νοσηλευτή για την επιτυχημένη άσκησή της, συνδυασμός γνωστικού αντικειμένου, τεχνικών δεξιοτήτων και καλλιεργημένης προσωπικότητας. Ο «επαγγελματίας» Νοσηλευτής πρέπει να επιδεικνύει:

1.αφοσίωση στην ευημερία του ασθενούς και επικέντρωση στο βέλτιστο δυνατό αποτέλεσμα

2.υπευθυνότητα και δυνατότητα λήψης ευθυνών. Κύρια πρόκληση υπευθυνότητας είναι η ποιοτική και αποτελεσματική παροχή φροντίδας με τρόπο που ανταποκρίνεται στις ανάγκες των ασθενών.

3.ικανότητα για ισχυρή υπεράσπιση των ασθενών σε πολλαπλά επίπεδα και ιδιαίτερα όπου η αυτοϋπεράσπιση είναι μειωμένη.

4.ικανότητα να μεσολαβεί σε ηθική σύγκριση ανάμεσα στους ασθενείς, οικογένειες, ομάδες ή ιδρύματα που προσφέρουν φροντίδα ώστε αυτή να μην κλιμακωθεί ή να αποφευχθεί.

5.ικανότητα να αναγνωρίζει ηθικές διαστάσεις της πρακτικής και να παρεμβαίνει σε ηθικά προβλήματα.

6.ικανότητα να διαθέτει κριτική ματιά των νέων εφαρμογών και αλλαγών σε όλες τις πλευρές της παροχής περίθαλψης έτσι ώστε να τις αξιολογήσει ως προς τις ανθρώπινές τους συνέπειες (Λανάρα,1996-Milton,2005-McLay,2003).

Όταν λοιπόν ο νοσηλευτής αντιμετωπίσει μια περίπτωση που απαιτεί τη λήψη απόφασης ηθικής φύσεως πρέπει να διερωτάται εάν και κατά πόσο η επιλογή του θα επηρεάσει τον ασθενή, το ίδρυμα, τους συνεργάτες και τον ίδιο το νοσηλευτή προσωπικά. Εάν η απάντηση είναι θετική και στα τέσσερα ερωτήματα τότε πήρε τη σωστή απόφαση καθώς η νοσηλευτική πράξη πρέπει να προστατεύει την αξιοπρέπεια και τα δικαιώματα του ασθενή και της νοσηλευτικής ομάδας, να αυξάνει την αξία του ιδρύματος και την κοινωνική χρησιμότητα και να διατηρεί τον αυτοσεβασμό και την ηθική συνείδηση του νοσηλευτή ότι έκανε σωστά το καθήκον του (Ραγιά, 2001).

## 3.2 ΘΕΜΕΛΙΩΔΕΙΣ ΗΘΙΚΕΣ ΑΞΙΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Σύμφωνα με τον Rassin(2008)οι αξίες ταξινομήθηκαν ιεραρχικά από τους νοσηλευτές βάσει της σπουδαιότητάς τους. Οι δέκα πρώτες κατά σειρά αξίες του επαγγέλματος είναι:

- Ανθρώπινη αξιοπρέπεια
- Ισότητα μεταξύ ασθενών (ίσα δικαιώματα ανεξαρτήτως φύλου, προέλευσης, εθνικότητας, θρησκείας, κοινωνικής και οικονομικής κατάστασης)
- Πρόληψη του «υποφέρειν»,ο ασθενής πρέπει να υποφέρει όσο το δυνατό λιγότερο Αξιοπιστία, οι νοσηλευτές πρέπει να φέρουν την ευθύνη των πράξεών τους και να αναφέρουν κάθε λάθος
- Αυτονομία, ο ασθενής έχει το δικαίωμα πληροφόρησης και λήψης αποφάσεων σχετικά με τη διάγνωση, τη θεραπεία και πρόγνωση
- Ποιότητα και ασφάλεια, οι νοσηλευτές οφείλουν να επιδεικνύουν επαγγελματισμό και επιδεξιότητα στις ενέργειές τους και να είναι βέβαιοι για την ασφάλεια του ασθενούς
- Εμπιστοσύνη και αποφυγή απόκρυψης ή παραπλάνησης πληροφοριών
- Ελεύθερη επιλογή δηλαδή δικαίωμα συναίνεσης ή άρνηση θεραπείας
- Ανεξαρτησία και υπευθυνότητα σχετικά με τον τρόπο παροχής της φροντίδας
- Ίδιωτικότητα

Από τα παραπάνω γίνεται κατανοητό πως κάποιες σημαντικές αξίες όπως ο αλτρουισμός, το ήθος, η ανιδιοτέλεια, η προαγωγή της δημόσιας υγείας, και ιδιαίτερος σε ένα τέτοιο επάγγελμα που υπηρετεί τον άνθρωπο και την κοινωνία, έχουν παραγκωνιστεί ή απαξιωθεί. Υπό αυτές τις σύγχρονες συνθήκες ο ρόλος του νοσηλευτή γίνεται ακόμα πιο δύσκολος γι' αυτό, σαν υπεύθυνοι επαγγελματίες, πρέπει να δράσουν άμεσα και αποφασιστικά έτσι ώστε οι μελλοντικοί νοσηλευτές να μην αναρωτιούνται γιατί οι προηγούμενοι ανέχτηκαν τόσα πολλά ενώ είχαν τη δύναμη να τα αλλάξουν (Freitas, 1990).Οι παράγοντες που επηρεάζουν τις αξίες των νοσηλευτών είναι η επαγγελματική εμπειρία, η εκπαίδευση και η επαγγελματική κατάρτιση. Έτσι, όσο αυξάνεται η εμπειρία και η αλληλεπίδραση με τους ασθενείς, τους συγγενείς και τους συναδέλφους τόσο υποβαθμίζονται αξίες όπως ο αλτρουισμός και η ισότητα ενώ προωθούνται ενέργειες που προσβλέπουν στην ευκολία, στο χρήμα, στην εξουσία, στην προσωπική εξέλιξη. Επίσης, όσο ανώτερη εκπαίδευση και θέση έχουν οι επαγγελματίες τόσο περισσότερο υποστηρίζουν την ανεξαρτησία, τη φαντασία και την καινοτομία και λιγότερο τον κομφορμισμό και την υπακοή (Rassin, 2008).

Γενικότερα στις μέρες μας περισσότερο από ποτέ παρατηρείται σύγκρουση μεταξύ προσωπικών, επαγγελματικών, ιδρυματικών και κοινωνικών αξιών, γεγονός που οδηγεί στο φαινόμενο της ηθικής έντασης ή ηθικού αδιεξόδου. Όταν δηλαδή δεν

υπάρχει ταύτιση μεταξύ των αξιών των εργαζομένων και του εργασιακού περιβάλλοντος, το αποτέλεσμα είναι έντονο «συνειδησιακό στρες» που μπορεί να οδηγήσει είτε σε επαγγελματική εξουθένωση είτε σε εγκατάλειψη της θέσης ή του επαγγέλματος. Για παράδειγμα, η απουσία στήριξης στη λήψη ηθικών αποφάσεων, η έλλειψη ενδιαφέροντος για την ασφάλεια των νοσηλευτών, η μεγάλη ευθύνη για την προαγωγή της ευεξίας των ασθενών, η έλλειψη υλικών και χρόνου για αλληλεπίδραση με τους ασθενείς οδηγεί σε έντονο στρες με συνακόλουθο αντίκτυπο στην ποιότητα φροντίδας και στην πιθανή εγκατάλειψη της θέσης δηλαδή στην έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού (Oh& Gastmans, 2015).

### **3.3 ΚΩΔΙΚΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ**

Ο Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας αποτελείται από 24 άρθρα, θεσπίστηκε με το Π.Δ 216/2001 με εξουσιοδότηση του ν. 2071/1992. Δεν έχει συγκεκριμένα κεφάλαια όπως ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας αλλά επικεντρώνεται στη δεοντολογική συμπεριφορά και τα καθήκοντα του Νοσηλευτή. Αναλυτικότερα, το πρώτο άρθρο αναφέρεται στην υποδειγματική ηθική στάση του Νοσηλευτή, στη διαφύλαξη του κύρους του επαγγέλματος και στην πρότυπη άσκηση των καθηκόντων σύμφωνα με την επιστήμη, τις αρχές ηθικής και δεοντολογίας και τις διατάξεις του Π.Δ. Το δεύτερο άρθρο εστιάζει στην κάλυψη των αναγκών του ασθενή θεωρούμενου ως «βιοψυχοσωματική και πνευματική οντότητα» προασπίζοντας τόσο το συμφέρον του ασθενή όσο και την επαγγελματική ανεξαρτησία του νοσηλευτή. Το άρθρο 3 επικεντρώνεται στην ευθύνη του νοσηλευτή για τη δημιουργία κατάλληλου θεραπευτικού περιβάλλοντος. Το άρθρο 4 στην αποχή από κάθε παράνομη πράξη κατά τη νοσηλευτική πρακτική, το άρθρο 5 στην παροχή φροντίδας με σεβασμό στην αξιοπρέπεια, αυτονομία και προσωπικότητα του ασθενούς. Το άρθρο 6 αναφέρεται στην ισότιμη και αδιάκριτη παροχή υπηρεσιών υγείας ανεξαρτήτου δηλαδή ηλικίας, φύλου, κοινωνικής κατάστασης, εθνικότητας, πολιτικών και θρησκευτικών πεποιθήσεων ενώ τα άρθρα 7, 8, 9 δίνουν βαρύτητα στο σεβασμό της ζωής και στην αρχή του «μη βλάπτειν» καθώς και στην ανάγκη συνεχόμενης εκπαίδευσης του νοσηλευτή στα ίσα δικαιώματα του ασθενή. Το άρθρο 10 τονίζει την αξία της ενημέρωσης πριν την πραγματοποίηση οποιασδήποτε νοσηλευτικής ή ιατρικής πράξης ενώ το άρθρο 11 την αξία της ιδιωτικότητας του ασθενή και του απορρήτου των πληροφοριών.

Τα άρθρα 12, 13, 14 εφιστούν την προσοχή στην αρμονική συνεργασία με τους ιατρούς και στην εφαρμογή των ιατρικών οδηγιών με ακρίβεια καθώς και στη δημιουργία άριστων σχέσεων συνεργασίας με συναδέλφους και λοιπούς επαγγελματίες με στόχο το συμφέρον του ασθενή και την καλή λειτουργία της μονάδας υγείας. Το άρθρο 15 σχετίζεται με τη διαφύλαξη της δημόσιας υγείας ενώ τα άρθρα 16 και 17 με την παροχή ερευνητικού έργου. Το άρθρο 18 διευκρινίζει το καθήκον του νοσηλευτή σε ασθενή τελικού σταδίου με ανίατη ασθένεια. Στα τελευταία άρθρα γίνεται αναφορά στην εκτίμηση συναίνεσης των εφήβων και των ψυχικά ασθενών και αποσαφηνίζεται η δεοντολογική άσκηση του επαγγέλματος στην κοινοτική Νοσηλευτική. Γίνεται αντιληπτό από τα παραπάνω πως η νοσηλευτική



δεοντολογία διδάσκει το σεβασμό στη ζωή, στην αξιοπρέπεια, στην ελευθερία, στην αυτονομία του ασθενή. Υπέρτατο καθήκον αποτελεί η συμπαράσταση και η συνοδοιπορία στον ασθενή μέχρι το τέλος, η ανακούφιση από το φυσικό ή ηθικό πόνο και η διατήρηση της ποιότητας ζωής. Σε αυτό το πλαίσιο η νοσηλευτική δεοντολογία επιδοκιμάζει κάθε ενέργεια για την πρόληψη νοσημάτων και βλαβών, για την διδασκαλία και παρότρυνση του ασθενή να πορεύεται με τον πόνο, με τα προβλήματα και τις αντιξοότητες.

### **3.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ**

Από τον Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας γίνεται σαφές πως η νοσηλευτική είναι έργο ευθύνης σε πολλαπλά επίπεδα. Ο επαγγελματίας νοσηλευτής έχει ευθύνη ως προς τον ασθενή, το επάγγελμα και τους συναδέλφους και ως προς ολόκληρη την κοινωνία. Αρχικά οι νοσηλευτές ως προς το επάγγελμα έχουν την ευθύνη για τη βασική εκπαίδευσή τους, τη συνεχή επιμόρφωση, τη διατήρηση, τη βελτίωση και τον εκσυγχρονισμό των νοσηλευτικών ενεργειών, δεξιοτήτων, μεθόδων και εφαρμογών. Επιπλέον, συνδράμουν στον καθορισμό δίκαιων κοινωνικοοικονομικών όρων εργασίας στη νοσηλευτική (Μητροσύλη, 2009). Ως προς τους συνεργάτες ο νοσηλευτής οφείλει να συνεργάζεται αρμονικά με τους συναδέλφους σε όλους τους τομείς και φέρει ευθύνη για το συντονισμό και για την επίβλεψη όλων των μελών της φροντίδας, για τυχόν ανασφαλή φροντίδα, λάθη ή παραλείψεις. Ως προς την κοινωνία ο νοσηλευτής συμμερίζεται την ευθύνη για την αντιμετώπιση υγειονομικών και κοινωνικών αναγκών. Ως προς τον ασθενή ο νοσηλευτής ευθύνεται για τη διαπαιδαγώγηση του ασθενή σχετικά με την αυτοεξυπηρέτηση και τη διατήρηση της υγείας του, για τη σωστή εκτέλεση των οδηγιών και της νοσηλείας και την κατανόηση του θεραπευτικού αποτελέσματος, για τη σωστή χρήση ιατρικής τεχνολογίας, για την εκτίμηση των αντιδράσεων, των αναγκών και προβλημάτων του ασθενή καθώς και την αξιολόγηση σχετικά με την κατάστασή του (επιδείνωση, βελτίωση, στασιμότητα) και τέλος ευθύνη για την καταγραφή όλων των νοσηλευτικών ενεργειών π.χ. δόσεις φαρμάκων, ώρες νοσηλείας, συμπτώματα κ.ά.

Οι ηθικές προκλήσεις προκύπτουν επίσης σε σχέση με την επιλογή ψυχιατρικών θεραπειών. Δεδομένου ότι η παθοφυσιολογία των ψυχικών ασθενειών παραμένει εντελώς κατανοητή, είναι αναπόφευκτο ότι υπάρχουν παρόμοια κενά στις γνώσεις σχετικά με τους μηχανισμούς δράσης των φαρμακολογικών θεραπειών. Αυτή η ελλιπής γνώση μπορεί να οδηγήσει σε παραπληροφόρηση ή αβεβαιότητα σχετικά με την κατάλληλη χρήση ψυχοτρόπων φαρμάκων, τα οποία με τη σειρά τους μπορούν να έχουν δυσμενείς επιπτώσεις στους ασθενείς και τις οικογένειές τους.

Γενικά η ευθύνη των νοσηλευτών για την παροχή υπηρεσιών υγείας είναι παράλληλα και αυτοτελής με την ιατρική ευθύνη. Οποιαδήποτε υψηλή εξειδίκευση και αν διαθέτει το νοσηλευτικό προσωπικό, το νοσηλευτικό έργο διαφοροποιείται από το ιατρικό (Αναπλιώτη-Βαζαίου, 1993).

### 3.5 ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Τα ηθικά διλήμματα δημιουργούν ερωτήσεις όπως "Τι πρέπει να κάνω;" και "Ποιο είναι το σωστό πράγμα να κάνουμε;" Μπορούν να συμβούν τόσο στο επίπεδο νοσοκόμου-ασθενούς-οικογένειας της καθημερινής νοσηλευτικής περίθαλψης όσο και στο επίπεδο χάραξης πολιτικής των ιδρυμάτων και των κοινοτήτων. (Oh& Gastmans, 2015)

Αν και τα ηθικά διλήμματα προκύπτουν σε όλους τους τομείς της νοσηλευτικής πρακτικής, μερικά είναι μοναδικά για τη νοσηλευτική ψυχιατρικής και ψυχικής υγείας. Πολλά από αυτά τα διλήμματα εμπíπτουν στο μεγαλύτερο ζήτημα του ελέγχου συμπεριφοράς. Μπορεί να φαίνεται ότι ο έλεγχος συμπεριφοράς είναι ένα απλό ζήτημα, αλλά η συμπεριφορά είναι προσωπική επιλογή και οποιαδήποτε συμπεριφορά που δεν παραβιάζει τα δικαιώματα των άλλων πρέπει να είναι αποδεκτή. Δυστυχώς, αυτό δεν ισχύει σε περίπλοκες καταστάσεις.

Για παράδειγμα, ένας ασθενής με σχιζοφρένεια έχει ψευδαισθήσεις και συχνά εμφανίζεται στην κοινότητα να μιλάει στον εαυτό του και να ταλαντεύεται με ταραχή. Ακόμα δεν έχει τραυματίσει κανέναν. Οι άνθρωποι που ζουν στην κοινότητα θα ήθελαν να τον δουν στο νοσοκομείο, αλλά αντιτίθεται και λέει ότι θέλει να ζήσει μόνος του. Αυτό το παράδειγμα εγείρει ορισμένα προκλητικά ερωτήματα: Πότε είναι κατάλληλο για την κοινωνία να ρυθμίζει την προσωπική συμπεριφορά; Ποιος θα λάβει αυτήν την απόφαση; Είναι ο στόχος η υγεία του ατόμου, η υγεία της κοινότητας ή η προσαρμογή στις κοινωνικές προδιαγραφές; Και τέλος, πώς μετράμε το κόστος και τα οφέλη της απόπειρας ελέγχου της προσωπικής ελευθερίας σε μια ελεύθερη κοινωνία; (Oh& Gastmans, 2015)

Η αυξανόμενη γνώση σχετικά με τη γενετική βάση των ψυχιατρικών διαταραχών παρουσιάζει ακόμη περισσότερα ηθικά ζητήματα. Τρέχοντα στοιχεία δείχνουν ότι η αιτιολογία των περισσότερων ψυχιατρικών διαταραχών είναι αποτέλεσμα συνδυασμού γονιδίων και περιβαλλοντικών παραγόντων. Καθώς τα τεστ για γονίδια γίνονται πιο εύκολα διαθέσιμα, οι πιέσεις θα αυξηθούν για τον προγεννητικό έλεγχο, τον έλεγχο παιδιών και ενηλίκων, και ίσως ακόμη και τον προγαμιαίο έλεγχο. Θα προκύψουν ηθικά ζητήματα που σχετίζονται με πληροφορίες σχετικά με τη γενετική, τον αντίκτυπο αυτών των πληροφοριών στην αίσθηση του εαυτού σας, τα όρια της προσωπικής επιλογής, καθώς και την πιθανή διακριτική χρήση γενετικών πληροφοριών για την άρνηση πρόσβασης των ατόμων σε υγειονομική περίθαλψη και εργασία.

Ένα από τα βασικά προβλήματα είναι η θολή γραμμή μεταξύ επιστήμης και ηθικής στον τομέα της ψυχιατρικής. Θεωρητικά, η επιστήμη και η ηθική είναι ξεχωριστές. Η επιστήμη είναι περιγραφική, ασχολείται με το τι είναι και βασίζεται στην επικύρωση. Η ηθική είναι προβλέψιμη, ασχολείται με αυτό που πρέπει να είναι και βασίζεται στην κρίση. Ωστόσο, η ψυχιατρική δεν είναι καθαρά επιστημονική ούτε αξίας. (Oh& Gastmans, 2015).

Έτσι οι νοσηλευτές πρέπει να προσδιορίσουν τη δική τους επαγγελματική δέσμευση. Έχουν δεσμευτεί για την ευτυχία του ατόμου ή για την ομαλή λειτουργία της κοινωνίας; Στην ιδανική περίπτωση, αυτές οι αξίες δεν πρέπει να συγκρούονται, αλλά στην πραγματικότητα μερικές φορές το κάνουν. Για παράδειγμα, τα δικαιώματα του

ασθενούς στη θεραπεία, η άρνηση θεραπείας και η συναίνεση μετά από ενημέρωση τονίζουν αυτήν την ερώτηση σύγκρουσης συμφερόντων. Οι νοσοκόμες πρέπει να εξετάσουν εάν αναγκάζουν τον ασθενή να είναι κοινωνικά ή πολιτικά αποδεκτό εις βάρος της προσωπικής ευτυχίας του ασθενούς. Οι νοσοκόμες μπορεί να μην εργάζονται ούτε για τα συμφέροντα του ασθενούς ούτε για το δικό τους. Μπορεί να ενεργούν ως πράκτορες της κοινωνίας και να μην το γνωρίζουν.

Είναι, επομένως, εξαιρετικά σημαντικό για κάθε νοσοκόμα να αναλύσει ηθικά διλήμματα όπως η ελευθερία επιλογής έναντι του καταναγκασμού, η βοήθεια έναντι της επιβολής αξιών και η εστίαση στη θεραπεία έναντι της πρόληψης. Η νοσοκόμα πρέπει επίσης να δραστηριοποιηθεί στον καθορισμό επαρκούς θεραπείας και στη λήψη σημαντικών κατανομών πόρων. (McLay, 2003).

Στην εποχή μας τα διλήμματα που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές είναι περισσότερα και πιο περίπλοκα λόγω της επιστημονικής και τεχνολογικής επανάστασης και των αυξημένων οικονομικών περιορισμών με τη συνακόλουθη αλλαγή της ποιότητας και της διάρκειας ζωής του ανθρώπου. Η λήψη σωστών, ηθικών, ανθρωπιστικών αποφάσεων απαιτεί όχι μόνο άρτια εκπαίδευση και τεχνική κατάρτιση αλλά λογική, ηθική και κριτική μέθοδο σκέψης, επίκαιρη ενημέρωση, ψυχική ευαισθησία (Spielthener, 2015). Ηθικά διλήμματα έχουν εντοπιστεί σε τέσσερις κύριες περιοχές: στο νοσηλευτικό απόρρητο, στο δικαίωμα των νοσηλευτών να γνωρίζουν και να αποφασίζουν, στην κατανομή των πόρων (ανθρωπίνων και οικονομικών) και στη διατήρηση των επαγγελματικών προτύπων. Οδηγός για τη διευκρίνηση ενός διλήμματος αποτελεί η «κλινική ηθική», ένας νέος κλάδος της ηθικής που απευθύνεται σε ηθικά προβλήματα που προκύπτουν κατά τη φροντίδα υγείας. Κάθε επαγγελματίας οφείλει να γνωρίζει δύο προσεγγίσεις της κλινικής ηθικής, την προσέγγιση βασισμένη στις αρχές και την προσέγγιση βασισμένη στην φροντίδα (McLay, 2003).

Η προσέγγιση που βασίζεται στις αρχές περιλαμβάνει τις τέσσερις θεμελιώδεις ηθικές αρχές, δηλαδή την φιλανθρωπία, την αυτονομία, τη δικαιοσύνη και τη μη επιβλαβή πρακτική βάσει των οποίων αναλύουν οι νοσηλευτές τις ηθικές ιδιομορφίες των προβλημάτων που παρουσιάζονται (Beauchamp & Childress, 2008). Η ανεπάρκεια της προσέγγισης βασισμένη στις αρχές οδήγησε κάποιες νοσηλεύτριες να συνθέσουν την ηθική που βασίζεται στη φροντίδα. Η μέθοδος αυτή επικεντρώνεται στη φύση της σχέσης νοσηλευτή-ασθενή, στις ανθρώπινες ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες του ασθενή με την πρόθεση να ενισχυθούν οι δεσμοί μεταξύ επαγγελματιών, ασθενών και οικογενειών. Η προσέγγιση αυτή αποτυπώνεται στον κώδικα ηθικής της American Nursing Association (2001).

Στο ηθικό δίλημμα υπάρχει μια σαφής σύγκρουση δυο ή περισσότερων ηθικών αρχών ή ανταγωνιζόμενων ηθικών απαιτήσεων. Το άτομο βρίσκεται μπροστά σε δυο ή περισσότερες εναλλακτικές λύσεις, καμιά από τις οποίες δεν φαίνεται να αποτελεί ικανοποιητική λύση του προβλήματος. Υπάρχει μια αμοιβαία σχέση ανάμεσα στο νοσηλευτικό επάγγελμα και στην κοινωνία: οι νοσηλευτές παρέχουν συνεχιζόμενη φροντίδα σε όλες τις ανθρώπινες υπάρξεις ανεξάρτητα νόσου ή κοινωνικής κατάστασης και η κοινωνία αναγνωρίζει την προσδοκία του επαγγέλματος ότι τα μέλη του ενεργούν υπεύθυνα και σύμφωνα με κώδικα ηθικής. (Oh & Gastmans, 2015).

α. Απόκρυψη πληροφορήσης από τον άρρωστο

- β. Πληροφορημένη συγκατάθεση
- γ. Χρήση αιματηρών τεχνικών
- δ. Επιλογή αρρώστων για σπάνιες θεραπείες (μεταμόσχευση οργάνου)
- ε. Μη εφαρμογή ή διακοπή θεραπείας/θρέψης (επί εγκεφαλικού θανάτου)
- στ. Ποιότητα, έναντι παράτασης ζωής
- ζ. Δικαίωμα διάπραξης αυτοκτονίας αρρώστου με τερματική νόσο
- η. Ευθανασία
- θ. Τεχνητή γονιμοποίηση (Noble-Adams, 1999)

της επαγγελματικό κώδικα ηθικής και ρητές αξίες και στόχους.

Τα πραγματικά ηθικό διλήμματα που μπορεί να συναντήσει ο νοσηλευτής είναι πολυάριθμα. Οποσδήποτε, είναι τα θέματα «ζωής και θανάτου». Αυτά που συχνά αποτελούν ώθηση για το νοσηλευτή να εξετάσει την ηθική διάσταση. Ωστόσο, δίνοντας προσοχή μόνο στο συναισθηματισμό διλημάτων ζωής και θανάτου ο νοσηλευτής περιορίζεται σε μια στενή σκοπιά ηθικής διερεύνησης. Ηθική συμπεριφορά δεν είναι η επίδειξη από ένα άτομο ηθικής ευθύτητας σε περιόδους κρίσης. Είναι η καθημερινή δέσμευσή του με υπόσχεση σε άλλα άτομα και οι τρόποι με τους οποίους οι άνθρωποι σχετίζονται ο ένας με τον άλλο στις καθημερινές αλληλεπιδράσεις.

Αυτό είναι το ήθος του νοσηλευτικού επαγγέλματος, δηλαδή μια ηθική φροντίδας. Οι νοσηλευτικές θεωρίες που ενσωματώνουν βιο-ψυχο-κοινωνικο-πνευματικές διαστάσεις απεικονίζουν ένα ολιστικό πλαίσιο με ανθρωπισμό ή φροντίδα στον πυρήνα του.<sup>5</sup> Για να ενστερνιστούν οι νοσηλευτές αυτό το επαγγελματικό ήθος είναι απαραίτητο να έχουν επίγνωση όχι μόνο των μεγάλων ηθικών διλημάτων, αλλά επίσης εκείνων των καθημερινών αλληλεπιδράσεων με τους αρρώστους που συχνά παρα βλέπονται (Sala & Manara 1999)..

Οι πιο κοινές ηθικές αρχές είναι οι εξής:

- α. Αυτονομία. Έχει πολλές έννοιες, όπως ατομικά δικαιώματα, ατομικότητα και ελευθερία εκλογής.
- β. Αγαθοεργία (beneficence). Το καθήκον να κάνεις καλό και ενεργά να προάγεις αγαθοεργείς πράξεις.
- γ. Εμπιστευτικότητα (confidentiality). Αυτή η αρχή σχετίζεται με την ατομικότητα. Πληροφορίες που λαμβάνονται από ένα άτομο δεν αποκαλύπτονται σε κανέναν, εκτός αν είναι για το καλό του ατόμου ή υπάρχει άμεση απειλή του κοινωνικού συνόλου.
- δ. Διπλό αποτέλεσμα (double effect). Μια αρχή που μπορεί ηθικά να δικαιολογήσει μερικές πράξεις οι οποίες είναι δυνατό να επιφέρουν καλά και κακά αποτελέσματα. Και τα τέσσερα από τα παρακάτω κριτήρια πρέπει να ικανοποιούνται:

- Η ίδια η πράξη είναι καλή ή ηθικά ουδέτερη

- Το άτομο που την κάνει ειλικρινά σκοπεύει το καλό και όχι το κακό αποτέλεσμα (το κακό αποτέλεσμα μπορεί να προβλέπεται, όμως δεν είναι αυτοσκοπός)

- Το καλό αποτέλεσμα δεν πετυχαίνεται μέσω του κακού αποτελέσματος

- Υπάρχει μια αναλογική ή ευνοϊκή ισορροπία του καλού έναντι του κακού.

ε. Πιστότητα (fidelity). Τήρηση υπόσχεσης. Το καθήκον να είσαι πιστός στις υποσχέσεις σου. Περιλαμβάνει

τόσο ρητές όσο και υπονοούμενες υποσχέσεις σε άλλον.

στ. Δικαιοσύνη (justice). Από μια ευρεία άποψη, δικαιοσύνη σημαίνει ότι όμοιες περιπτώσεις πρέπει να θεραπεύονται με τον ίδιο τρόπο. Μια πιο στενή έννοια της δικαιοσύνης είναι η δικαιοσύνη κατανομής, που ανα- φέρεται στην κατανομή των κοινωνικών οφελών και βαρών. Κάθε άτομο πρέπει να λαμβάνει:

- Εξίσου

- Σύμφωνα προς ανάγκη

- Σύμφωνα προς προσπάθεια

- Σύμφωνα προς κοινωνική συνεισφορά

- Σύμφωνα προς αξία

- Σύμφωνα προς νομικά απονεμόμενο τίτλο.

ζ. Μη πρόκληση βλάβης (nonmaleficence). Το καθήκον να μην προκαλείς, καθώς επίσης να προλαβαίνεις και να απομακρύνεις βλάβη. Μπορεί να συμπε- ριληφθεί στην αρχή της αγαθοεργίας, στην οποία η μη πρόκληση βλάβης είναι πιο δεσμευτική.

η. Πατερναλισμός (paternalism). Ο σκόπιμος περιορισμός της αυτονομίας άλλου, δικαιολογείται από μια προσφυγή σε αγαθοεργία ή την ευημερία ή τις ανάγκες άλλου. Έτσι, η πρόληψη κάθε κακού ή βλάβης είναι παραπάνω από κάθε δυνητικό κακό που προ- καλείται από παρέμβαση στην αυτονομία ή ελευθερία του ατόμου.

θ. Σεβασμός για τα άτομα (respect for persons). Συχνά χρησιμοποιείται ως συνώνυμο της αυτονομίας. Ωστόσο, εκτείνεται πέρα από την αποδοχή της ιδέας ή θέσης ότι τα άτομα έχουν αυτόνομη εκλογή στη μεταχείριση των άλλων με τέτοιο τρόπο, που τα καθιστά ικανά να κάνουν την εκλογή.

ι. Ιερότητα της ζωής (sanctity of life). Η άποψη ότι η ζωή είναι το ύψιστο αγαθό. Έτσι, όλα τα είδη ζωής, συμπεριλαμβανομένης της απλής βιολογικής ύπαρξης, θα πρέπει να προηγούνται έναντι των εξωτερικών κριτηρίων για κρίση ποιότητας ζωής.

ία. Φιλαλήθεια (veracity). Η υποχρέωση να λες την αλήθεια στους άλλους και να μη λες ψέματα ή να εξαπατάς άλλους.

Στην πράξη, συχνά παραβλέπεται η αρχή της εμπιστευτικότητας. Όταν γίνεται νοσηλευτική εκτίμηση, ο άρρωστος πρέπει να ενημερώνεται για το σκοπό της και να του επισημαίνεται ότι αυτή θα καταγραφεί στο φάκελό του. Στο πλαίσιο εξάσκησης, είναι συχνά απαραίτητη η συζήτηση της περίπτωσης αρρώστου με άλλα μέλη της

ομάδας φροντίδας υγείας. Αυτές οι συζητήσεις πρέπει να γίνονται σε ιδιωτικό χώρο(Noble-Adams, 1999).

Η χρήση περιοριστικών μέτρων είναι μια ενέργεια που οι νοσηλευτές δεν εκλαμβάνουν ως ηθικό δίλημμα. Συχνά, τα περιοριστικά μέτρα αυξάνουν τη διέγερση ή σύγχυση του αρρώστου. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να αξιολογεί τους παράγοντες κινδύνου που καθιστούν απαραίτητη την ανάγκη χρήσης περιοριστικών μέτρων.

Καταστάσεις που συγκρούονται άμεσα με την ηθική αρχή της φιλαλήθειας είναι η χρήση εικονικής θεραπείας (placebo) και η αποκάλυψη διάγνωσης στον άρρωστο. Σύμφυτη με τη σχέση νοσηλευτής-άρρωστος είναι η εμπιστοσύνη. Για να αναπτυχθεί εμπιστοσύνη, πρέπει τόσο ο άρρωστος όσο και ο νοσηλευτής να λένε την αλήθεια. Στην πράξη, η χρήση placebo, που είναι σπάνια σήμερα, δικαιολογείται με βάση την αρχή του πατερναλισμού. Ωστόσο, η επακόλουθη απάτη, που μπορεί να συμβεί με τη χρήση placebo, υποσκάπτει σοβαρά τη σχέση νοσηλευτής-άρρωστος .

Η πληροφόρηση των αρρώστων για τη διάγνωσή τους έχει ιστορικά αναγνωριστεί ως ηθική περίπτωση στη νοσηλευτική. Συχνά, ιατρός και οικογένεια αποκρύπτουν τέτοια πληροφορία από τον άρρωστο για το φόβο πρόκλησης επιπρόσθετης ψυχικής έντασης. Έτσι δικαιολογούν την απόφασή τους με την αρχή του πατερναλισμού.<sup>10</sup> Οι άρρωστοι, συχνά, έχουν επίγνωση της διάγνωσής τους και οι συγκεκριμένες ερωτήσεις τους είναι ενδείξεις ότι είναι έτοιμοι να ακούσουν την πληροφορία. Ωστόσο, για διατήρηση επαγγελματικών σχέσεων με άλλους επιστήμονες υγείας, οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν προφάσεις και υπεκφυγές. Αυτή η περιοχή είναι πραγματικά πολύπλοκη γιατί προκαλεί την ακεραιότητα του νοσηλευτή. Μερικές στρατηγικές που μπορεί να χρησιμοποιεί ο νοσηλευτής σε τέτοιες περιπτώσεις είναι:

α. Να μη λέει ψέματα στον άρρωστο

β. Να δίνει στον άρρωστο την πληροφόρηση που σχετίζεται με νοσηλευτικές διαδικασίες και διάγνωση

γ. Να μεταδίδει στην οικογένεια και το γιατρό αιτήματα

του αρρώστου για πληροφορία.

Αν και η παροχή πληροφοριών μπορεί να είναι η ηθικά σωστή συμπεριφορά, ο τρόπος που δίνονται αυτές οι πληροφορίες είναι πολύ σημαντικός. Οι νοσηλευτές πρέπει να θυμούνται να είναι ευπλαχνικοί όταν δίνουν πληροφορίες στους αρρώστους. Αποκάλυψη πληροφορίας μόνο για τήρηση της αρχής της αυτονομίας του αρρώστου, δεν μεταδίδει σεβασμό σ' αυτούς.

Διλήμματα που περιστρέφονται γύρω από θέματα θανάτου είναι επίσης αρκετά στο χώρο της νοσηλευτικής (Sala & Manara 1999)..

Με τη σύγχρονη τεχνολογία, μπορεί να είναι δύσκολο να παραδεχθεί ο νοσηλευτής ότι «τίποτα περισσότερο δεν μπορεί να γίνει» ή ότι η τεχνολογία μπορεί να παρατείνει τη ζωή, αλλά ταυτόχρονα θα αυξήσει την ταλαιπωρία του αρρώστου. Επικέντρωση στο θεραπευτικό ρόλο, καθώς επίσης και στο ρόλο παροχής φροντίδας μπορεί να Βοηθήσει τους νοσηλευτές στη διαπραγμάτευσή τους με τέτοιες δύσκολες ηθικές καταστάσεις επί εγκεφαλικού θανάτου.

Η χρήση ναρκωτικών για ανακούφιση πόνου είναι ένα άλλο δίλημμα για τους νοσηλευτές. Άρρωστοι με αφόρητο πόνο μπορεί να χρειάζονται μεγάλες δόσεις παυσίπονων. Ο φόβος αναπνευστικής καταστολής δεν θα εμποδίσει τους νοσηλευτές από την προσπάθεια να ανακουφίσουν τον πόνο. Σ' αυτή την κατάσταση, οι πράξεις του νοσηλευτή μπορούν να δικαιολογηθούν με την αρχή του διπλού αποτελέσματος. Ο σκοπός των νοσηλευτικών παρεμβάσεων είναι να ανακουφίσουν πόνο και ταλαιπωρία και να προάγουν άνεση. Ο κίνδυνος αναπνευστικής καταστολής δεν είναι σκοπός των ενεργειών τους. Ωστόσο, η αναπνευστική κατάσταση του αρρώστου πρέπει να παρακολουθείται στενά και κάθε σημείο αναπνευστικής καταστολής πρέπει να αναφέρεται στο γιατρό.

Η θεραπεία και αποκατάσταση αρρώστων με εξαιρετικά πολύπλοκη και υψηλής τεχνολογίας φροντίδα υγείας στην καρδιακή χειρουργική, στις μεταμοσχεύσεις οργάνων και σε άλλους χώρους, είναι η ικανοποίηση όσων εργάζονται σ' αυτούς τους χώρους. Το μέλλον, όμως, της φροντίδας υγείας υψηλής τεχνολογίας είναι σαφές. Τα ηθικά διλήμματα σ' αυτή τη φροντίδα θα αυξάνονται συνεχώς. Εξάλλου, οι τεχνολογικές και επιστημονικές ανακαλύψεις έχουν επιτρέψει τη θεραπεία ατόμων στην αρχή και στο τέλος της ζωής τους (Tuckett, 1998).

### 3.5.1 Πρακτικά ζητήματα

Ο νοσηλευτής χρειάζεται, επίσης, πληροφορίες για το σύστημα αξιών του ασθενή, ώστε να είναι σε θέση να κάνει συστάσεις, να δίνει συμβουλές και να παρέχει νοσηλευτική φροντίδα που θα είναι ευπρόσδεκτη στον τρόπο ζωής του ασθενή. Με τη μετάβαση του νοσηλευτή στα στάδια σχεδιασμού, υλοποίησης και αξιολόγησης, στη νοσηλευτική διεργασία, τρεις έννοιες θεωρούνται βασικές: φροντίδα, συνεργασία και δημιουργικότητα.

Η φροντίδα περιλαμβάνει το να κάνεις τους ανθρώπους να αισθάνονται ότι φροντίζονται ως πολιτισμικές υπάρξεις και ότι οι πολιτισμικές τους αξίες και παραδόσεις θα είναι σεβαστές και θα λαμβάνονται υπόψη στην παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα, τόσο στο νοσοκομείο όσο και στην κοινότητα (Webb & Warwick, 1999).

Η συνεργασία αναφέρεται στο ότι ο ασθενής και ο νοσηλευτής:

- α. Θα εργάζονται μαζί και θα συμμερίζονται ιδέες και αμφιβολίες
- β. Θα βρίσκουν νέους και δημιουργικούς τρόπους για να υπερπηδούν τα εμπόδια στην επίτευξη των στόχων και
- γ. Θα αξιολογούν μαζί την κατάσταση.

Η δημιουργικότητα συνεπάγεται ότι ο νοσηλευτής λαμβάνει υπόψη του τις πολιτισμικές παραδόσεις του ασθενή και τις συγχωνεύει επιδέξια μέσα στη νοσηλευτική φροντίδα.

Συμπερασματικά, η παροχή φροντίδας υγείας επηρεάζεται από πολιτισμικές διαφορές ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και στους καταναλωτές υπηρεσιών υγείας. Το

άτομο από πολιτισμικά διαφορετικό υπόβαθρο δεν έχει μόνο να αντιμετωπίσει τα προβλήματα υγείας του, αλλά επίσης το stress που προκαλείται από το άγνωστο περιβάλλον, όπου γλώσσα και συνήθειες είναι διαφορετικές από τις δικές του. Ο νοσηλευτής, εξάλλου, βιώνει αίσθημα ματαιώσης όταν δεν είναι σε θέση να κατανοήσει τις ανάγκες των αρρώστων, εξαιτίας πολιτισμικών διαφορών, και κατά συνέπεια δεν μπορεί να παρέχει φροντίδα ποιότητας. Επιπλέον, οι εθνοκεντρικές θέσεις μπορεί να αποτελέσουν φραγμούς στην αποτελεσματική επικοινωνία (Noble-Adams, 1999)

### 3.5.2 Προσωπικά ζητήματα

α. Έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων. Συχνά αγνοούνται κάποια προβλήματα και δυσλειτουργίες που παρουσιάζει ο εργαζόμενος είτε με τη μορφή έκδηλου άγχους, είτε με τη μορφή ψυχοσωματικών προβλημάτων. Τα συμπτώματα αυτά πρέπει να αναγνωριστούν γρήγορα γιατί αποτελούν προειδοποίηση δυσλειτουργίας στη βιοψυχοκοινωνική υπόσταση του ατόμου που καλείται να αναθεωρήσει ορισμένες επιλογές και συνήθειες που έχει υιοθετήσει στη ζωή του.

β. Επανεκτίμηση προσωπικών στόχων και προσδοκιών. Αυτές αφορούν τον εαυτό του, τους αρρώστους που φροντίζει, τη σχέση με τους συναδέλφους και προϊσταμένους, ενώ γενικά η επανεκτίμηση στοχεύει στην αναθεώρηση και τον προσδιορισμό στόχων και προσδοκιών.<sup>4</sup> Το άτομο προσπαθεί ουσιαστικά να ικανοποιήσει μέσα από την εργασία του προσωπικές του ανάγκες. Μπορεί όμως οι παρεμβάσεις του να μην έχουν το αναμενόμενο θετικό αποτέλεσμα, και τότε ο νοσηλευτής να βιώσει ενοχές και έντονη αίσθηση προσωπικής αποτυχίας και αδυναμίας, που τον καθιστά ευάλωτο στην επαγγελματική εξουθένωση (burnout). Οι προσωπικές του προσδοκίες, ανάγκες και στόχοι είναι δυνατόν να τον επηρεάσουν και συχνά αποτελούν μια από τις σημαντικότερες πηγές πρόκλησης χρόνιου stress.

γ. Αναγνώριση στρατηγικών αντιμετώπισης. Τις ενεργοποιεί ο νοσηλευτής για να αξιολογήσει ποιες από τις στρατηγικές αντιμετώπισης τον βοηθούν για την επί

Λύση ίων προβλημάτων που προκύπτουν στο χώρο εργασίας και ποιες δυσχεραίνουν την προσαρμογή του. Μελέτες σε νοσηλευτές που αντιμετώπιζαν ασθενείς στο τελευταίο στάδιο της ζωής τους, έδειξαν ότι οι πιο αποτελεσματικοί λειτουργοί ήταν όσοι είχαν την τάση να εκφράζουν και να μοιράζονται τα συναισθήματά τους και να χρησιμοποιούν συχνότερα γνωστικές στρατηγικές δίνοντας έτσι νόημα τόσο στις εμπειρίες τους όσο και στην προσφορά τους.

δ. Αναζήτηση υποστήριξης. Στην προσπάθεια πρόληψης και αντιμετώπισης της εξουθένωσης συχνά αναζητείται υποστήριξη τόσο από φίλους και συνεργάτες όσο και από επαγγελματίες της ψυχικής υγείας. Όμως, πολλές φορές τα μέλη του προσωπικού υγείας δυσκολεύονται να αναγνωρίζουν ότι χρειάζονται βοήθεια είτε γιατί παραγνωρίζουν τις ανάγκες τους είτε γιατί το θεωρούν ένδειξη αδυναμίας. Οι έρευνες δείχνουν ότι το άτομο που βοηθείται από το περιβάλλον του μειώνει το stress που βιώνει, καθώς και τις πιθανότητες να νοσήσει. Πάντως είναι ιδιαίτερης σημασίας η δυνατότητα ύπαρξης πολλαπλών υποστηρικτικών δικτύων που μπορούν να



βρίσκονται σε διάφορους χώρους, όπως επίσης και ο προγραμματισμός χρόνου χαλάρωσης και ψυχαγωγίας.

ε. Ενασχόληση με ενδιαφέροντα και δραστηριότητες. Αυτά παρέχουν τη δυνατότητα δημιουργίας, εκτόνωσης και αποφυγής από την καθημερινή ρουτίνα.

στ. Σωστή διατροφή και άσκηση, καθώς και η επάρκεια ανάπαυσης. Συμβάλλουν στην πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης και στην προστασία του νοσηλευτή από τις επιπτώσεις ενός χρόνιου stress.

ζ. Προσωπική επιλογή συγκεκριμένης θέσης εργασίας ή αλλαγή χώρου εργασίας. Είναι σημαντικό βέβαια να συνοδεύονται από διεργασίες αυτογνωσίας οι οποίες βοηθούν το άτομο να κατανοήσει τις πραγματικές και συχνά ασυνείδητες αιτίες που του δημιουργούν άγχος, καθώς και τις μεθόδους αντιμετώπισης που εφαρμόζει (Sala & Manara 1999).

### 3.5.3 Ηθική λήψη αποφάσεων

Η ηθική λήψη αποφάσεων περιλαμβάνει την προσπάθεια διάκρισης του σωστού από το λάθος σε καταστάσεις χωρίς σαφείς οδηγίες. Ένα μοντέλο λήψης αποφάσεων μπορεί να βοηθήσει στον εντοπισμό παραγόντων και αρχών που επηρεάζουν μια απόφαση. Ένα μοντέλο κριτικής δεοντολογικής ανάλυσης που περιγράφει βήματα ή παράγοντες που μπορεί να εξετάσει η ψυχιατρική νοσοκόμα για την επίλυση ενός ηθικού διλήμματος έχει ως εξής. (Kumar et al., 2011)

1. Το πρώτο βήμα είναι η συλλογή βασικών πληροφοριών για τη λήψη μιας σαφούς εικόνας του προβλήματος. Αυτό περιλαμβάνει την εύρεση διαθέσιμων πληροφοριών για την αποσαφήνιση των υποκείμενων ζητημάτων.

Το επόμενο βήμα είναι ο εντοπισμός των ηθικών συνιστωσών ή της φύσης του διλήμματος, όπως η ελευθερία έναντι του εξαναγκασμού ή η αντιμετώπιση έναντι της αποδοχής του δικαιώματος άρνησης θεραπείας.

Το τρίτο βήμα είναι η αποσαφήνιση των δικαιωμάτων και των ευθυνών όλων των ηθικών παραγόντων, ή εκείνων που εμπλέκονται στη λήψη αποφάσεων. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει τον ασθενή, τη νοσοκόμα και πιθανώς πολλούς άλλους, συμπεριλαμβανομένης της οικογένειας του ασθενούς, του γιατρού, του ιδρύματος υγειονομικής περίθαλψης, του κληρικού, του κοινωνικού λειτουργού και ίσως ακόμη και των δικαστηρίων. Όσοι εμπλέκονται μπορεί να μην συμφωνήσουν για το πώς να χειριστούν την κατάσταση, αλλά τα δικαιώματα και τα καθήκοντά τους μπορούν να αποσαφηνιστούν.

Όλες οι πιθανές επιλογές πρέπει στη συνέχεια να διερευνηθούν με βάση τις ευθύνες όλων, καθώς και τον σκοπό και το πιθανό αποτέλεσμα κάθε επιλογής. Αυτό το βήμα εξαλείφει εναλλακτικές λύσεις που παραβιάζουν δικαιώματα ή φαίνονται επιβλαβείς.

Στη συνέχεια, ο νοσηλευτής ασχολείται με την εφαρμογή αρχών, οι οποίες απορρέουν από τη φιλοσοφία του νοσηλευτή για τη ζωή και τη νοσηλευτική, τις επιστημονικές γνώσεις και την ηθική θεωρία. Οι ηθικές θεωρίες προτείνουν τρόπους για τη δομή ηθικών διλημμάτων και την κρίση πιθανών λύσεων. (Kumar et al., 2011)

### **3.5.4 Ηθικά ζητήματα και δικαιώματα**

Όλοι οι ασθενείς έχουν νόμιμα δικαιώματα, αλλά η διασφάλιση των δικαιωμάτων τους βασίζεται στη στάση, τη γνώση και τη δέσμευση του νοσηλευτή. Η ευαισθησία στα δικαιώματα των ασθενών δεν μπορεί να επιβληθεί από το δικαστήριο, το νομοθετικό σώμα, τις διοικητικές υπηρεσίες ή τις επαγγελματικές ομάδες. Εάν οι νοσηλευτές τις αγνοήσουν, τις εφαρμόσουν τυχαία ή είναι εξωτερικά εχθρικές για να τους τιμήσουν, τα δικαιώματα των ασθενών είναι μια κενή νομική έννοια. αλλά εάν οι νοσηλευτές είναι ευαίσθητοι στις ανάγκες των ασθενών στις σχέσεις τους μαζί τους, θα διασφαλίσουν αυτά τα ανθρώπινα και νομικά δικαιώματα.

Η διασφάλιση των δικαιωμάτων των ασθενών συχνά περιπλέκεται από ηθικά ζητήματα. Για παράδειγμα, σκεφτείτε το στοιχείο της δύναμης. Στο ψυχιατρικό περιβάλλον, η νοσοκόμα μπορεί να λειτουργήσει με πολλούς ρόλους, από έναν «φύλακα των κλειδιών» ως έναν εξειδικευμένο θεραπευτή. Καθένας από αυτούς τους ρόλους περιλαμβάνει μια ορισμένη ποσότητα ισχύος, επειδή όλες οι νοσοκόμες έχουν τη δυνατότητα να επηρεάσουν τη θεραπεία του ασθενούς και να χρησιμεύσουν ως η κύρια πηγή πληροφοριών σχετικά με τη συμπεριφορά του ασθενούς. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα σε χώρους εσωτερικών ασθενών, στις οποίες μια νοσοκόμα και ένας ασθενής περνούν περισσότερο χρόνο μαζί και το νοσηλευτικό προσωπικό είναι η μόνη ομάδα που εργάζεται 24 ώρες την ημέρα. Οι νοσηλευτές συμμετέχουν επίσης σε ομαδικές συναντήσεις, προγράμματα αλλαγής συμπεριφοράς και μπορούν να επηρεάσουν σε μεγάλο βαθμό τις αποφάσεις σχετικά με τα φάρμακα ασθενών, όπως τον τύπο, τη δοσολογία και τη συχνότητα. (Kumar et al., 2011)

Πολλά ηθικά διλήμματα προκύπτουν από την πατερναλιστική στάση των επαγγελματιών υγείας έναντι των ασθενών. Ο πατερναλισμός ή ο μητρικός μπορεί να οριστεί ως ο καθορισμός του καλύτερου για ένα άλλο άτομο χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι σκέψεις, τα συναισθήματα ή οι προτιμήσεις του ατόμου. Εμφανίζεται όταν κάτι γίνεται «για το καλό του ασθενούς» παρόλο που ο ασθενής μπορεί να διαφωνήσει με τη δράση. Αυτή η στάση μειώνει τους ενήλικες ασθενείς στην κατάσταση των παιδιών και παρεμβαίνει στην ελευθερία δράσης τους. (Kumar et al., 2011)

Το δικαίωμα στη θεραπεία θέτει επίσης ηθικά ζητήματα. Το ένα αφορά τον μη θεραπεύσιμο ασθενή. Πρέπει ένας τέτοιος ασθενής να απελευθερωθεί μετά από ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα; Ένα άλλο πρόβλημα είναι ο απρόθυμος ασθενής. Μπορεί ένα άτομο να αρνηθεί τη θεραπεία και μετά να ζητήσει την απελευθέρωση, ισχυριζόμενος ότι αρνήθηκε την κατάλληλη θεραπεία; Ηθικά διλήμματα προκύπτουν επίσης κατά την εξέταση του δικαιώματος άρνησης θεραπείας. Μπορεί ένας ασθενής να αρνηθεί όλες τις θεραπείες, συμπεριλαμβανομένων των φαρμάκων, ή μόνο σε αυτές που είναι επικίνδυνες, παρεμβατικές ή σοβαρές; Πώς μπορεί το προσωπικό να εκπληρώσει την υποχρέωσή του για δικαίωμα θεραπείας όταν ένας ασθενής αρνείται να υποβληθεί σε θεραπεία; Πώς μπορεί να διαφοροποιηθεί η άρνηση, η αντίσταση στη θεραπεία και η μη συμμόρφωση και κάθε ένα από αυτά απαιτεί διαφορετική απάντηση; (Park, 2012)

Τέλος, η ανάγκη θεραπείας στο λιγότερο περιοριστικό περιβάλλον εγείρει ορισμένα δύσκολα ερωτήματα. Πώς εξισορροπούν οι επαγγελματίες της ψυχικής υγείας τα ανθρώπινα δικαιώματα με τις ανθρώπινες ανάγκες των ασθενών; Διατίθενται επαρκή κεφάλαια για την παροχή επαρκούς υποστηρικτικής φροντίδας στην κοινότητα; Μπορούν τα κοινοτικά κέντρα να παρέχουν καλύτερη φροντίδα από τα ιδρύματα; Πώς μπορεί κανείς να αντιμετωπίσει την αντίσταση της κοινότητας στην τοπική τοποθέτηση ψυχικά ασθενών; Και το πιο σημαντικό, λαμβανομένων υπόψη των οικονομικών περιορισμών, πώς μπορούν να χρησιμοποιηθούν με σύνεση οι περιορισμένοι πόροι για την παροχή μιας πλήρους σειράς απαραίτητων υπηρεσιών ψυχικής υγείας;

Δεν υπάρχουν απλές λύσεις σε τέτοια κλινικά διλήμματα, αλλά είναι πολύ αληθινά. Η καλύτερη απάντηση μπορεί να είναι να εστιάσετε στην πρόληψη. Αυτό απαιτεί γνώση της νομοθεσίας, δικαιώματα, ευθύνες και πιθανές συγκρούσεις. Επιπλέον, η επαγγελματική νοσηλευτική κρίση απαιτεί την εξέταση του ηθικού πλαισίου της νοσηλευτικής περίθαλψης, τις πιθανές συνέπειες των ενεργειών των νοσοκόμων και πρακτικές εναλλακτικές λύσεις. Μόνο τότε τα δικαιώματα και οι ευθύνες γίνονται νόημα. (Park, 2012)

### **3.5.5 Υπεράσπιση ασθενών**

Μια άλλη πτυχή της περίθαλψης που σχετίζεται με την ηθική συμπεριφορά είναι η ανάγκη των νοσοκόμων να υποστηρίζουν τους ασθενείς εντός του κέντρου υγειονομικής περίθαλψης για κατάλληλη, αποτελεσματική και ποιοτική ψυχική υγεία και φροντίδα εθισμού. Ασθενείς με σοβαρή και επίμονη ψυχική ασθένεια είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι επειδή αυτά τα άτομα, τα οποία έχουν επίσης σωματικά προβλήματα υγείας, συχνά δεν αντιμετωπίζονται, αντιμετωπίζονται ή υποβάλλονται σε κακή μεταχείριση λόγω στιγματισμού, διακρίσεων ή φόβου. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε κακή φροντίδα που παρέχεται στους ψυχικά ασθενείς από νοσηλευτές και άλλο προσωπικό σε ιατροχειρουργικές μονάδες ή σε τμήματα έκτακτης ανάγκης. Αυτή η συμπεριφορά δεν είναι αποδεκτή και όλες οι νοσοκόμες πρέπει να υποστηρίζουν την κατάλληλη θεραπεία αυτών των ατόμων, τόσο στο σύστημα παροχής υγειονομικής περίθαλψης όσο και στην κοινότητα. (Park, 2012)

Υπάρχουν πολλά ζητήματα που σχετίζονται με την ψυχική υγεία, την ψυχική ασθένεια και τη θεραπεία ψυχικής υγείας που είναι ευκαιρίες συνηγορίας για νοσηλευτές. Συνασπισμοί νοσοκόμων, άλλων παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, ηγέτες της κοινότητας, καταναλωτές και μέλη της οικογένειας υποστηρίζουν μέσω δημόσιων πολιτικών και νομοθετικών διαδικασιών. Ορισμένα ζητήματα υπεράσπισης περιλαμβάνουν την ενίσχυση της πρόσβασης σε εξωτερικούς ασθενείς και την αυτοδιάθεση του ασθενούς, τη μείωση του στίγματος και των διακρίσεων, τη μείωση του περιορισμού (ειδικά όσον αφορά τη νοσηλεία και τις πολιτικές απομόνωσης και συγκράτησης) και την εξέταση νόμων σχετικά με την ακούσια δέσμευση. Η διεξαγωγή έρευνας στη βασική και εφαρμοσμένη επιστήμη που σχετίζεται με την ψυχική υγεία και τις ασθένειες, πρακτικές που βασίζονται σε αποδεικτικά στοιχεία και εφαρμογή προγράμματος είναι άλλα ζητήματα υπεράσπισης. (Park, 2012)

### **3.6 ΚΩΔΙΚΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ**

#### ***Άρθρο 1***

Ο Νοσηλευτής οφείλει να αποτελεί υπόδειγμα έντιμου και άμεμπτου ατόμου σε όλες τις εκδηλώσεις της ζωής του και να προστατεύει την αξιοπρέπεια του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

Οφείλει γενικά να πράττει καθετί που επιβάλλει το καθήκον του, σύμφωνα με τα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα, τις αρχές της ηθικής και της δεοντολογίας, τις διατάξεις του παρόντος κώδικα και τις διατάξεις που αφορούν στην άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

#### ***Άρθρο 2***

Πρωταρχική μέριμνα του νοσηλευτή κατά την παροχή των υπηρεσιών του είναι η κάλυψη των αναγκών του ανθρώπου ως βιοψυχοκοινωνικής και πνευματικής οντότητας.

Με αποκλειστικό γνώμονα το συμφέρον του ασθενή, στα πλαίσια της πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, αποκατάστασης και ανακούφισης από τον πόνο, οφείλει ο νοσηλευτής να χρησιμοποιεί το σύνολο των επιστημονικών και επαγγελματικών του γνώσεων και δεξιοτήτων και την εμπειρία του, διατηρώντας σε κάθε περίπτωση την επιστημονική και επαγγελματική του ανεξαρτησία.

#### ***Άρθρο 3***

Ιδιαίτερο καθήκον του νοσηλευτή αποτελεί η φροντίδα του ασθενή, με τη δημιουργία του κατάλληλου θεραπευτικού περιβάλλοντος ώστε ο ασθενής να απολαμβάνει τη μέγιστη δυνατή σωματική, ψυχική και πνευματική υγεία.

#### ***Άρθρο 4***

Ο Νοσηλευτής πρέπει κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του να απέχει από κάθε πράξη ή παράλειψη που είναι δυνατόν να δημιουργήσει την υπόνοια ότι καταφεύγει σε παραπλάνηση ή εξαπάτηση των ασθενών, προσέλευση πελατείας, προσωπική διαφήμιση, συνεταιρισμό με άτομα που δεν ασκούν το επάγγελμα, συγκάλυψη ατόμων που ασκούν μη νόμιμα το επάγγελμα ή αθέμιτο ανταγωνισμό συναδέλφων.

#### ***Άρθρο 5***

Ο Νοσηλευτής οφείλει απόλυτο σεβασμό στην προσωπικότητα, την αξιοπρέπεια και την τιμή του ασθενή. Οφείλει να λαμβάνει κάθε μέτρο που προάγει, αλλά και να απέχει από κάθε ενέργεια που είναι δυνατό να θίξει το αίσθημα της προσωπικής ελευθερίας και την ελεύθερη βούληση του ασθενή.

#### **Άρθρο 6**

Ο Νοσηλευτής οφείλει να προσφέρει ισότιμα προς όλους τους ασθενείς την ίδια φροντίδα, επιμέλεια και αφοσίωση, ανεξάρτητα από τις θρησκευτικές, ιδεολογικές ή άλλες πεποιθήσεις 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, λαμβάνει κάθε μέτρο για τη διάσωση ή διατήρησή της και απέχει από κάθε ενέργεια που είναι δυνατό να τη θέσει σε κίνδυνο.

#### **Άρθρο 8**

Ο Νοσηλευτής οφείλει να παρέχει τις 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 διατάξεις που αφορούν την άσκηση του επαγγέλματος, αποφεύγοντας οποιαδήποτε μη ενδεδειγμένη ή πειραματική διαγνωστική ή θεραπευτική μέθοδο. Για το σκοπό αυτό, ο Νοσηλευτής οφείλει να ενημερώνεται και να βελτιώνει τις δεξιότητές του στα πλαίσια της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.

#### **Άρθρο 9**

Ο Νοσηλευτής οφείλει να παρέχει τη συνδρομή του στον ασθενή με κάθε θεμιτό μέσο και να τον προστατεύει από οποιαδήποτε βλάβη ή κίνδυνο στο χώρο παροχής των υπηρεσιών του, δημιουργώντας ένα ασφαλές περιβάλλον.

Οφείλει επίσης να διαφυλάττει τα ατομικά δικαιώματα του ασθενή και να αποτρέπει με κάθε δυνατό μέσο οποιαδήποτε μορφή παραβίασής τους.

#### **Άρθρο 10**

Ο Νοσηλευτής, σεβόμενος την προσωπικότητα του ασθενή, πρέπει να παρέχει τη συνδρομή του για την ορθή ενημέρωση του ασθενή αναφορικά με την πρόγνωση, τη διάγνωση, τη θεραπεία, τους ενδεχόμενους κινδύνους και τα οφέλη, πριν από τη διενέργεια κάθε νοσηλευτικής ή ιατρικής πράξης.

#### **Άρθρο 11**

Ο Νοσηλευτής οφείλει απεριόριστο σεβασμό στην ιδιωτική ζωή του ασθενή και απέχει από κάθε πράξη ή παράλειψη που είναι δυνατό να βλάψει τον απόρρητο χαρακτήρα των κάθε είδους πληροφοριών των οποίων λαμβάνει γνώση κατά την άσκηση των καθηκόντων του.

#### **Άρθρο 12**

Ο Νοσηλευτής οφείλει να διατηρεί άριστες σχέσεις με τους συναδέλφους Νοσηλευτές, τους ιατρούς και το λοιπό προσωπικό κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του, παραμερίζοντας κάθε διαφορά με γνώμονα το συμφέρον του ασθενή και την εύρυθμη λειτουργία του φορέα παροχής υπηρεσιών. Οφείλει να σέβεται και να τιμά τους συναδέλφους Νοσηλευτές κάθε βαθμίδος, εκπαίδευσης, ή ειδικεύσεως, τηρώντας την ιεραρχία.

### **Άρθρο 13**

Ο Νοσηλευτής οφείλει να σέβεται και να συνεργάζεται αρμονικά με τους ιατρούς, ακολουθώντας με ακρίβεια τις ιατρικές οδηγίες, διατηρώντας συγχρόνως την επιστημονική του ανεξαρτησία και την ιδιότητά του ως ισότιμου μέλους της θεραπευτικής ομάδας.

### **Άρθρο 14**

Απαγορεύεται στο Νοσηλευτή να προβαίνει σε επικρίσεις ή αποδοκιμασίες του έργου των συναδέλφων του, των ιατρών και του λοιπού *προσωπικού*.

### **Άρθρο 15**

Ο Νοσηλευτής οφείλει να παρέχει τις υπηρεσίες του και τη συνδρομή του στις δημόσιες αρχές για την προαγωγή και διαφύλαξη της δημόσιας υγείας, τόσο στα πλαίσια της κοινοτικής νοσηλευτικής όσο και κατά την παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών γενικότερα, σύμφωνα με τους κανόνες της επιστήμης και τις κείμενες διατάξεις.

### **Άρθρο 16**

Ο Νοσηλευτής που ασχολείται με την έρευνα οφείλει να τηρεί τις γενικές αρχές ηθικής και δεοντολογίας κατά την διενέργεια κάθε επιδημιολογικής, κλινικής ή άλλης έρευνας, όπως αυτές ορίζονται στους διεθνείς κώδικες και διατυπώνονται ειδικότερα από την αρμόδια επιτροπή ηθικής και δεοντολογίας. Επίσης οφείλει να λαμβάνει ιδιαίτερη μέριμνα για το σεβασμό των ατομικών δικαιωμάτων των ατόμων που συμμετέχουν με τη συναίνεσή τους σε επιστημονική έρευνα, για την επιστημονική ακρίβεια των αποτελεσμάτων της έρευνας και για την τήρηση του νοσηλευτικού απορρήτου.

### **Άρθρο 17**

Ο Νοσηλευτής δεν μπορεί να συνδυάζει την έρευνα με τις νοσηλευτικές φροντίδες εκτός της περίπτωσης που αυτή η έρευνα μπορεί να προσφέρει διαγνωστικά ή θεραπευτικά στον ασθενή.

### **Άρθρο 18**

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

### **Άρθρο 19**

Ο Νοσηλευτής που μετέχει στη διαδικασία πιστοποίησης του θανάτου, κατά τα οριζόμενα στο άρθρο 12 του Ν. 2737/1999 (Α' 174), παρέχει τη συνδρομή του στο ιατρικό έργο και λαμβάνει κάθε απαραίτητο μέτρο προκειμένου να διαπιστωθεί ότι τηρήθηκαν οι κείμενες διατάξεις.

### **Άρθρο 20**

Ο Νοσηλευτής οφείλει να παρέχει στον ασθενή, μετά από αίτησή του, κάθε χρήσιμη πληροφορία στα θέματα της αναπαραγωγής στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων του. Σύμφωνα με τη νοσηλευτική ηθική, ο Νοσηλευτής εξαιτίας των προσωπικών του

πεποιθήσεων έχει τη δυνατότητα αποχής από τη διαδικασία αναπαραγωγής ή διακοπής της κύησης.

### **Άρθρο 21**

*Υποχρεώσεις στα πλαίσια της Παιδιατρικής Νοσηλευτικής*

Η προσωπικότητα και η βούληση του παιδιού-ασθενή πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας και να επιδιώκεται η λήψη της συναίνεσης ιδιαίτερα των εφήβων.

### **Άρθρο 22**

*Υποχρεώσεις στα πλαίσια της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής*

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.

### **Άρθρο 23**

*Υποχρεώσεις στα πλαίσια της Κοινωνικής Νοσηλευτικής*

Ο Νοσηλευτής οφείλει στα πλαίσια της Κοινωνικής Νοσηλευτικής να παρέχει τις διαγνωστικές, θεραπευτικές και υποστηρικτικές νοσηλευτικές υπηρεσίες του σε στενή συνεργασία με την ομάδα υγείας, το φορέα στα πλαίσια του οποίου γίνεται η παροχή, καθώς και τις δημόσιες αρχές για την προστασία της δημόσιας υγείας.

### **Άρθρο 24**

Η ισχύς του παρόντος διατάγματος αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Στον Υφυπουργό Υγείας και Πρόνοιας αναθέτουμε τη δημοσίευση και εκτέλεση του παρόντος διατάγματος.

## **3.7 ΕΥΘΥΝΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ**

Αν και οι επαγγελματικές αξίες οι σχετικές με την ευθύνη των νοσηλευτών προς τους ασθενείς βαθμολογήθηκαν μεταξύ των 10 πρώτων, εκείνες που αφορούν στην ευθύνη προς το επάγγελμα και την κοινωνία βαθμολογήθηκαν χαμηλότερα. Ιδιαίτερα, η αξία της προαγωγής της δημόσιας υγείας βαθμολογήθηκε πολύ χαμηλά (18η), παρά το γεγονός ότι οι πολιτικές για τη δημόσια υγεία θεωρούνται πολύ σημαντικές (Rassin, 2008).

Αν και η εξέλιξη που συνέβη την τελευταία 15ετία άλλαξε τα νοσηλευτικά προγράμματα για να συμπεριληφθούν μαθήματα για την έρευνα και να δίνεται έμφαση στη σημαντικότητα της έρευνας (Mawn& Reece2000), η αξία της νοσηλευτικής έρευνας βαθμολογήθηκε τελευταία στις επαγγελματικές αξίες. Πιθανόν οι νοσηλευτές συνεχίζουν να περιορίζονται στα παραδοσιακά μοντέλα τα οποία δεν επιτρέπουν να ξεφύγουν από τις παλιές αντιλήψεις τους για το επάγγελμα (Rassin2008).

### **3.8 ΑΞΙΕΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ**

Μία άλλη μεταβλητή που επηρεάζει τη βαθμολογία των αξιών ήταν η εκπαίδευση. Οι ακαδημαϊκοί νοσηλευτές σε σύγκριση με τους βοηθούς και τους νοσηλευτές αξιοδοτούν περισσότερο την ανεξαρτησία και τη φαντασίωση. Αντίθετα, οι βοηθοί και ορισμένοι νοσηλευτές βαθμολογούν ως υψηλότερες αξίες την υπακοή, τη συγχώρεση, την ευγένεια, την αισθητική και την ισότητα. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνουν εκείνα άλλων μελετών που έδειξαν ότι όσο καλύτερη εκπαίδευση έχουν οι άνθρωποι, τόσο περισσότερο αξιοδοτούν την ανεξαρτησία και λιγότερο τον κομοφορισμό (συμβατισμός, η τάση του ατόμου να προσαρμόζει τη συμπεριφορά του στις αντιλήψεις, τις συνήθειες, τα έθιμα κλπ. της κοινωνίας στην οποία ανήκει (ακόμη και αν δεν το εκφράζουν), το να κάνει κανείς ότι κάνουν οι άλλοι-αντίθ. Αντικομοφορισμός, αντισυμβατικότητα, αντισυμβατισμός) (Altun, 2002, Williams, Bloch & Blair 1978). Μπορεί να υποθέσει κανείς ότι τα άτομα με προηγμένη εκπαίδευση βασίζονται στην ικανότητά τους να εκτελούν πολύπλοκα καθήκοντα που απαιτούν καινοτομία και ανεξάρτητη σκέψη. Αντίθετα, άτομα με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης έχουν περιορισμένη ανεξαρτησία και αναμένεται να συμπεριφέρονται με υπακοή και με ένα κομοφοριστικό τρόπο (Rassin 2008).

### **3.9 ΑΞΙΕΣ ΚΑΙ ΘΕΣΗ ΚΑΙ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ**

Όταν συγκρίνονται οι βαθμολογίες των νοσηλευτών ανάλογα με τη διοικητική θέση που κατέχουν, τα δεδομένα έδειξαν ότι οι υπεύθυνοι (προϊστάμενοι) νοσηλευτές βαθμολόγησαν υψηλότερα την προσωπική αξία της ανεξαρτησίας, ενώ η επαγγελματική αξία της ανεξαρτησίας των ασθενών βαθμολογήθηκε από αυτούς χαμηλότερα. Είναι πιθανό οι προϊστάμενοι νοσηλευτές να αισθάνονται με αυτό τον τρόπο λόγω της ευθύνης τους για τη διοίκηση της μονάδας (Rassin 2008).

Η γενική εικόνα που αναδύθηκε από τα αποτελέσματα είναι ότι το πνεύμα της εποχής δεν έχει αλλάξει τις θεμελιώδεις επαγγελματικές αξίες της νοσηλευτικής: ανθρώπινη αξιοπρέπεια, ισότητα ανάμεσα στους ασθενείς, ιδιωτικότητα (που συνδέεται με την αυτονομία), ελευθερία (ανεξαρτησία και πρόληψη του υποφέρειν).

Μελέτη 311 νοσηλευτών υποστηρίζει από επτά Ευρωπαϊκές χώρες, η οποία έδειξε ότι αν και οι πλειονότητα των συμμετεχόντων δεν ήταν εξοικειωμένοι με το περιεχόμενο του κώδικά τους της ηθικής, ενεργούσαν σύμφωνα με τις αξίες του επειδή οι επαγγελματικές του αξίες υπήρχαν ήδη στο σύστημα αξιών των νοσηλευτών και είχαν γίνει μέρος της ταυτότητάς τους (Taddetal, 2006). Επιπλέον οι αξίες φαίνεται να αναθεωρούνται καθώς οι νοσηλευτές αποκτούν εμπειρία μέσω της εργασίας και αλληλεπίδρασης με τους συναδέλφους, τους ασθενείς και τους συγγενείς τους (Fagermoen, 1997). Επίσης, οι νοσηλευτές, ακολουθώντας τις τάσεις που υπαγορεύτηκαν από την κοινωνία, ερευνούν για ευκολία, οικονομία, σταθερότητα, εξουσία και έλεγχο, αφήνοντας αξίες όπως ο αλτρουισμός και η ισότητα (Spiro, Bogdasarian & Campo 2006).



Οι γρήγορες εξελίξεις στην τεχνολογία έχουν οδηγήσει σε δραματικές αλλαγές στα επαγγέλματα υγείας. Σήμερα, περισσότερο από ποτέ άλλοτε, υπάρχει σύγκρουση μεταξύ προσωπικών, επαγγελματικών, ιδρυματικών και κοινωνικών αξιών (Hartrick Doane 2002, Irving & Snider 2002, Martin, Yarbrough & Alfred 2003, Pask 2003).

### **3.10 ΗΘΙΚΟ ΑΔΙΕΞΟΔΟ**

Έχει βρεθεί ότι η ηλικία δεν είναι ο μόνος λόγος που οι νοσηλευτές εγκαταλείπουν το επάγγελμα. Πολλές φορές στην έλλειψη νοσηλευτών προστίθεται και η απώλεια εμπειρών νοσηλευτών λόγω της ηθικής έντασης (ηθικού αδιεξόδου) που προκαλείται από τη σύγκρουση αξιών. Η ένταση αυτή συνδέεται με το «συνειδησιακό στρες» που συμβαίνει όταν οι νοσηλευτές δεν μπορούν να παρέχουν την ποιοτική φροντίδα (Glasberg, Eriksson, Norberg 2007).

Για παράδειγμα, τα περιβαλλοντικά εμπόδια, όπως η απουσία υποστήριξης για την εμπλοκή του νοσηλευτή στη λήψη ηθικών αποφάσεων και την απουσία ενδιαφέροντος για την ασφάλεια των νοσηλευτών, μπορεί να οδηγήσουν σε σύγκρουση αξιών και το αποτέλεσμα να αποβεί σε βάρος της φροντίδας των αρρώστων (Holly 1993).

Αυτή η σύγκρουση συμβάλλει στη διαρροή προσωπικού με επακόλουθο την έλλειψη νοσηλευτών (Yarbrough, Alfred, Martin 2008). Επιπρόσθετα, η μεγάλη ευθύνη για τη διασφάλιση της ευεξίας των ασθενών και την πρόληψη αρνητικών εκβάσεων μπορεί να είναι ένας μεγάλος στρεσογόνος παράγοντας για τους νοσηλευτές. (Glasberg, Eriksson, Norberg 2007). Για παράδειγμα, εάν οι νοσηλευτές δεν έχουν χρόνο για επαρκή αλληλεπίδραση με τους ασθενείς για την κάλυψη των βασικών τους αναγκών πιθανόν να αισθάνονται ανεπαρκείς ως επαγγελματίες. Το στρες αυτό δημιουργεί συγκρούσεις γιατί οι νοσηλευτές πρέπει να ενεργήσουν με τρόπους που πιθανόν δεν είναι σε συμφωνία με τις επαγγελματικές τους αξίες.

### **3.11 ΠΡΟΤΥΠΑ ΓΙΑ ΗΘΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ-ΚΩΔΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ**

Οι κώδικες ηθικής της φροντίδας υγείας εμφανίστηκαν στην αρχαιότητα όταν συγκεκριμένες ομάδες ανθρώπων ενοποιήθηκαν με κοινή βάση ένα επάγγελμα. Η ανάπτυξη ενός κώδικα ηθικής που να καθοδηγεί την πρακτική αποτελεί ένα από τα ουσιαστικά χαρακτηριστικά των σημερινών επαγγελμάτων και θεωρείται ότι είναι ένα σημαντικό μέρος της διεκδίκησης της επαγγελματοποίησης. Οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι για την ευεξία και την ποιότητα ζωής πολλών ανθρώπων και επομένως πρέπει να έχουν υψηλά πρότυπα και ικανότητα λήψης ηθικών αποφάσεων. Επίσης, η μεγάλη ευθύνη των νοσηλευτών για την ασφάλεια και ευεξία των ευάλωτων ανθρώπων απαιτεί υψηλά πρότυπα τεχνικής και ηθικής ικανότητας. Η πιο κοινή μορφή ηθικής καθοδήγησης είναι ο κώδικας ηθικής/επαγγελματικής πρακτικής. Σήμερα, οι κώδικες οριοθετούν τα ιδανικά επίπεδα του επαγγελματία και περιγράφουν με σαφήνεια την επιθυμητή συμπεριφορά του.

Παρόλο που δεν προσφέρουν λύσεις στα ηθικά διλήμματα που ανακύπτουν στην καθημερινή πρακτική καθορίζουν τα δικαιώματα, τις υποχρεώσεις, τις αξίες και τις αρχές που πρέπει να διέπουν την επαγγελματική άσκηση, προς όφελος των επαγγελματιών αλλά και ολόκληρης της κοινωνίας. Περιλαμβάνουν γενικές αρχές ή κανόνες συμπεριφοράς για τις ευθύνες, τα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις των επαγγελματιών προς τους ασθενείς και την κοινωνία και παρέχουν κατευθύνσεις για την εκπλήρωση του επαγγελματικού ρόλου, παρά άμεσες οδηγίες ή ομάδα «έτοιμων» απαντήσεων σε σύγχρονα ηθικά θέματα.

Στον τομέα της φροντίδας υγείας, παραδοσιακά οι κώδικες ηθικής υιοθετούνταν και οι όρκοι δίνονταν αποκλειστικά από τους γιατρούς, γεγονός που σηματοδοτούσε ότι η επαγγελματική φροντίδα υγείας ήταν θέμα που αφορούσε κυρίως το γιατρό και τον ασθενή. Στην αρχαιότητα, οι κώδικες υπογράμμιζαν την προσωπική δέσμευση του γιατρού στο επαγγελματικό καθήκον. Ο αρχαιότερος και με τη μεγαλύτερη διαχρονικότητα ιατρικός όρκος του Δυτικού πολιτισμού είναι ο Όρκος του Ιπποκράτη (5ος αιώνας π.Χ.). Ακολούθησε η Διακήρυξη της Γενεύης, την οποία υιοθέτησε η Αμερικανική Ιατρική Ένωση το 1948 και το 1949 ο Διεθνής Κώδικας Ιατρικής Ηθικής. Η χρονική περίοδος μεταξύ 13ου-5ου αιώνα π.Χ. αποτέλεσε το απαραίτητο προπαρασκευαστικό διάστημα κατά το οποίο διαμορφώθηκαν οι πρώτες δεοντολογικές αρχές της ιατρικής τέχνης και εκφράστηκαν με την ιατρική φιλοσοφία. Θεμελιωτής της ιατρικής τέχνης που δικαίως ονομάστηκε «Πατέρας» της Ιατρικής, είναι ο Ιπποκράτης. Στο έργο του «Νόμος» κάνει αναφορά στην έλλειψη νομοθετικής ρύθμισης της ιατρικής ευθύνης.

Ο Ιπποκράτης έδειξε ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τη νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών και χρησιμοποιεί τον όρο «τεχνική», με την οποία υπονοεί τη νοσηλευτική. Ο Ιπποκράτης παρατήρησε ότι η ιατρική, υπό την πίεση των φιλελεύθερων ιδεών, σταδιακά ξέφευγε από τα χέρια μιας κλειστής ομάδας ανθρώπων και περνούσε στα χέρια του λαού. Έτσι, ήταν ορατή πλέον η ανάγκη θέσπισης ενός όρκου που θα εξασφάλιζε την άσκηση της ιατρικής τέχνης με τρόπο ηθικό, δεδομένου ότι άρχισε να ασκείται ως ελεύθερο επάγγελμα. Ο Ιπποκράτειος όρκος αναφέρει με ιδιαίτερη σαφήνεια και απλότητα τον τρόπο εκπαίδευσης και τις υποχρεώσεις του μελλοντικού γιατρού. Επίσης, είναι ο αρχαιότερος, ευρύτερα γνωστός και παγκόσμια αποδεκτός κώδικας ηθικής στο χώρο της υγείας.

Οι αρχές του παραμένουν επίκαιρες και ανευρίσκονται σε όλους τους σύγχρονους Κώδικες Ιατρικής Δεοντολογίας. Αποτελούν μέρος του Όρκου των μελλοντικών γιατρών και νοσηλευτών σε παγκόσμιο επίπεδο και παραμένουν ορόσημο για την ηθική διάσταση των λειτουργιών υγείας. Στη νοσηλευτική, το πρώτο γνωστό επίσημο κείμενο που αποτελούσε «ηθική υπόσχεση», ήταν η «Υπόσχεση για Νοσηλευτές» της Florence Nightingale. Αν και δεν επρόκειτο για κώδικα, η υπόσχεση θεωρείται από πολλούς νοσηλευτές ως ο πρώτος κώδικας ηθικής του νοσηλευτικού επαγγέλματος και ως πρόδρομος των κειμένων ηθικής που προτάθηκαν από ορισμένες επαγγελματικές ομάδες. (Park, 2012)

Η υπόσχεση είναι ένα σημαντικό ιστορικό κείμενο γιατί δείχνει ότι για πάνω από εκατό χρόνια οι νοσηλευτές βίωναν την ανάγκη για ένα επίσημο κείμενο που να καθοδηγεί την ηθική συμπεριφορά. Είναι ενδιαφέρον ότι η υπόσχεση εμπεριέχει στοιχεία από τον όρκο του Ιπποκράτη (απαγορεύει τη χρήση βλαβερών φαρμάκων και προτρέπει το νοσηλευτή στη διατήρηση της εμπιστευτικότητας των πληροφοριών).

Ωστόσο, ο πρώτος Εθνικός (Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών 1950) και ο πρώτος Διεθνής (Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών 1953) κώδικας εξέφραζαν με συστηματικό τρόπο τις κεντρικές αξίες, τους κανόνες και τους στόχους του νοσηλευτικού επαγγέλματος και παρείχαν τα πρότυπα για την υπεύθυνη επαγγελματική συμπεριφορά των νοσηλευτών. Καθώς οι νοσηλευτές συνεχίζουν να αγωνίζονται και να αντιμετωπίζουν τις εγγενείς και ηθικές προκλήσεις που συνδέονται με τις σημαντικές αλλαγές στην παροχή φροντίδας υγείας, χρειάζονται υποστήριξη και καθοδήγηση. Η ανάπτυξη κωδίκων ηθικής είναι ένα μέσον παρουσίασης και ερμηνείας των κοινών αξιών και κανόνων που είναι σχετικοί με το επάγγελμα της νοσηλευτικής. (Park, 2012)

Οι κώδικες ηθικής της νοσηλευτικής λειτουργούν ως βάση για την επαγγελματική καταξίωση με τέσσερις τρόπους. Πρώτον, ο κώδικας ηθικής δείχνει στην κοινωνία ότι οι νοσηλευτές αναμένεται να κατανοήσουν και να αποδεχθούν την εμπιστοσύνη και την ευθύνη που επένδυσε σ' αυτούς (εξωτερική λειτουργία). Επομένως, οι κώδικες ηθικής είναι το συμβόλαιο για τη σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ νοσηλευτών και κοινωνίας. Δεύτερον, ο κώδικας ηθικής παρέχει τις κατευθύνσεις για επαγγελματική συμπεριφορά και σχέσεις που αποτελούν τη βάση για την ηθική πρακτική (εσωτερική λειτουργία) και την εφαρμογή αποδεκτών προτύπων νοσηλευτικής φροντίδας. Τρίτον, ο κώδικας ηθικής ορίζει τις σχέσεις των νοσηλευτών με τους ασθενείς (ως συνήγορος), με τους άλλους επαγγελματίες υγείας (ως συνεργάτης), με το νοσηλευτικό επάγγελμα (ως μέλος που συνεισφέρει) και με την κοινωνία (ως εκπρόσωπος της φροντίδας υγείας για όλους) (εσωτερική και εξωτερική λειτουργία). Τέταρτον, ο κώδικας ηθικής παρέχει το μέσον για αυτο-ρύθμιση του επαγγέλματος (εσωτερική λειτουργία).

Η λειτουργία της αυτο-ρύθμισης είναι αυτή που επηρεάζει τα πρότυπα (standards) της νοσηλευτικής πρακτικής. Σήμερα, όλο και περισσότερο αναδύονται ηθικά διλήμματα, κυρίως σε μεγάλους οργανισμούς υγείας όπου η φροντίδα παρέχεται από διεπιστημονικές ομάδες και επηρεάζεται από τρίτους, όπως διοικητές νοσοκομείων (managers), διοικητικά συμβούλια και κυβερνήσεις. Έτσι, δημιουργήθηκε έντονα η ανάγκη για την ανάπτυξη κωδίκων ηθικής που να καλύπτουν όλα τα επαγγέλματα υγείας.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

#### **4.1 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1**

Στις 23/01/2020 ασθενής ηλικίας 45 χρονών ο οποίος υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση εισέρχεται στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών με έντονους πόνους σε πολλά σημεία του σώματος του. Σύμφωνα με την ιατρική γνωμάτευση ο καρκίνος του ασθενούς έχει προχωρήσει με αποτέλεσμα να είναι ιδιαίτερα επιβαρυνμένη η ψυχολογία του. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου βρέθηκε σε ένα σαφές ηθικό δίλλημα του αν θα έπρεπε να ενημερώσει

τον ασθενή για την πορεία της νόσου και τον επερχόμενο θάνατο του. Το ίδιο δίλλημα αντιμετώπισαν και με την σύζυγο του ασθενούς λόγω του ότι ήταν στον 6<sup>ο</sup> μήνα της εγκυμοσύνης της και υπήρχε κίνδυνος επιπλοκής της κύησης λόγω έντονου ψυχικού άλγους. Ο συγκεκριμένος ασθενής αντιμετώπιζε με αισιοδοξία την ασθένεια του αλλά έδειχνε μεγάλο άγχος και φόβο για την περίπτωση που θα χάσει τη ζωή του. Για το λόγο αυτό το προσωπικό του νοσοκομείου αποφάσισε να μην ανακοινώσει την πλήρη κατάσταση της υγείας του και να του χορηγήσει φαρμακευτική αγωγή placebo. Αποτέλεσμα των παραπάνω ήταν ο ασθενής να κερδίσει 3 μήνες παραπάνω ζωή.

<p><b>1.Αξιολόγηση ασθενούς</b>  <b>Ανάγκες-Προβλήματα-Νοσηλευτική Διάγνωση</b></p>	<p><b>2.Αντικειμενικός Σκοπός</b></p>	<p><b>3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</b></p>	<p><b>4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</b></p>	<p><b>5.Εκτίμηση Αποτελέσματος</b></p>
---	---------------------------------------	--	---	--

Άγχος	Να εξαλειφθεί το αίσθημα άγχους	Εφαρμογή μέτρων ώστε να μειωθεί το άγχος του ασθενούς.	<p>Δημιουργία θετικής υποστηρικτικής σχέσης με τον ασθενή</p> <p>Συζήτηση με τον ασθενή</p> <p>Διατήρηση θεραπευτικού περιβάλλοντος, εξασφαλίζοντας πλήρη ψυχοσωματική ανάπαυση</p> <p>Διαμόρφωση του χώρου ώστε να επικρατεί ηρεμία</p>	Το άγχος του ασθενούς μειώθηκε.
-------	---------------------------------	--	--	---------------------------------

## 4.2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2

Ασθενής ηλικίας 79 ετών πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη που έχει οδηγήσει σε ολική βλάβη αιμοφόρων αγγείων και νεύρων. Στην περίπτωση του συγκεκριμένου ασθενούς το ηθικό δίλλημα σχετιζόταν με την ποιότητα ζωής έναντι την παράταση ζωής. Η ασθενής παρουσίασε αρχή σηψαιμίας στο κάτω δεξί άκρο και τέθηκε η επιλογή ακρωτηριασμού του κάτω δεξί άκρου. Η μειωμένη ροή του αίματος ήταν η κύρια αιτία του ακρωτηριασμού, θα προχωρούσε στη συνέχεια στο υπόλοιπο σώμα

προκαλώντας σηψαιμία από κάτω προς τα πάνω με αποτέλεσμα το θάνατο του ασθενούς. Την ημέρα του χειρουργείου και ενώ πραγματοποιήθηκαν οι απαιτούμενες εξετάσεις λόγω του γενικού ιστορικού της υγείας και της προχωρημένης ηλικίας υπήρχαν πιθανότητες η ασθενής να βγει ζωντανή από το χειρουργείο της τάξεως του 30%.

Συνέπεια των παραπάνω ήταν η δημιουργία ενός ηθικού διλήμματος που σχετιζόταν άμεσα με την ποιότητα και την παράταση ζωής. Η ασθενής έχει περισσότερο χρόνο ζωής μετά τον ακρωτηριασμό του διαβητικού ποδιού όμως ο κίνδυνος θανάτου στο χειρουργείο ήταν μεγάλος. Το δεύτερο σκέλος του διλήμματος αφορά την περιορισμένη ποιότητα ζωής με την ύπαρξη του διαβητικού ποδιού και την καθημερινή σηψαιμία όλο και μεγαλύτερου μέρους του σώματος μέχρι το τέλος.

Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό μετά από συζήτηση με τους συγγενείς του ασθενούς πήρε απόφαση να ακολουθήσει τη δεύτερη περίπτωση και η ασθενής αναχώρησε από το νοσοκομείο με σαφείς οδηγίες προς τους φροντιστές για τη φροντίδα του διαβητικού ποδιού και της σηψαιμίας.

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες-Προβλήματα-Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
Διαβητική κετοξέωση	Μείωση γλυκόζης στο αίμα κάτω από 300mg/dl	Ενδείξεις ελλείμματος όγκου υγρών	Ο ασθενής θα μείνει εντός του νοσοκομειακού χώρου	Αποκαταστάθηκε η διαβητική κετοξέωση
	Απουσία κετόνων στο αίμα	Αποκατάσταση διούρησης	Χορηγήθηκε ινσουλίνη (50% TDD) και γευματική ινσουλίνη κάθε 6 ώρες	Αποκαταστάθηκε η ποσότητα γλυκόζης στο αίμα
			Χορηγήθηκαν ηλεκτρολύτες	

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Όλες οι προσεγγίσεις στην ιατρική ηθική, είτε είναι εμπειρικές, νομικές, κοινωνιολογικές, θεολογικές ή φιλοσοφικές θα πρέπει να στοχεύουν στην πρακτική χρησιμότητα. Η καλή ιατρική ηθική πρέπει να βοηθήσει στην ενημέρωση και καθοδήγηση όσων εμπλέκονται άμεσα σε ηθικά ζητήματα στην ιατρική και την υγειονομική περίθαλψη. Αυτό σημαίνει ότι πάνω απ' όλα, η καλή ιατρική ηθική είναι κλινικά σημαντική.

Μια προσέγγιση για την ανάλυση των ηθικών διλημμάτων στην ιατρική πρακτική χρησιμοποιεί την προσέγγιση «τέσσερις αρχές συν το πεδίο εφαρμογής». Αυτές οι αρχές είναι: ο σεβασμός της αυτονομίας, του ευεργετήματος, της μη κακοποίησης και της δικαιοσύνης, καθώς και η ανησυχία για το πεδίο εφαρμογής τους. Ωστόσο, οι συγκρούσεις μεταξύ των διαφόρων αρχών είναι συνηθισμένες στην ψυχιατρική πρακτική, ειδικά στην ιατροδικαστική ψυχιατρική, όπου τα καθήκοντα προς τους ασθενείς συχνά έρχονται σε σύγκρουση με καθήκοντα έναντι τρίτων όπως το κοινό. Τα ειδικά ηθικά διλήμματα που συναντώνται στην ψυχιατρική αφορούν την υπερβολική χρήση του διαχωρισμού για την προστασία άλλων, την ηθική της χρήσης μηχανικού περιορισμού όταν είναι κλινικά ωφέλιμη και τη χρήση φυσικής θεραπείας χωρίς συγκατάθεση.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ξενόγλωσση

Arboleda F. (2004). On the evolution of mental health systems. *Curr Opin Psychiatry*. ;17:377–380.

Arthur K, Shapiro, E. (2000). *The Powerful Placebo: From Ancient Priest to Modern Physician*. Baltimore and London: Johns Hopkins University Press.

Engstrom EJ. (2009). History of forensic psychiatry. *Curr Opin Psychiatry*. 22:576–81

Gupta S, Sarkar S, Patil V, Patra B. (2019). Does sociodemographic background determine the responses to ethical dilemma vignettes among patients? *Indian J Psychol Med*. 41:161–5.

Hodgins S. (1992). Mental disorder, intellectual deficiency and crime: evidence from a birth cohort. *Arch Gen Psychiatry*. 49:476–483.

Kumar R, Mehta S, Kalra R. (2011). Knowledge of staff nurses regarding legal and ethical responsibilities in the field of psychiatric nursing, *Nurs and Midwifery Res J.*, 7(1), 3-11

Mental Health Care Act. (2019). The way ahead: Opportunities and Challenges. *Indian J Psychol Med.* 41:113–8.

Moerman, D. (2002). *Meaning, Medicine and the Placebo Effect*. Cambridge: Cambridge University Press.

Moerman, D., Jonas, W. (2002). Deconstructing the placebo effect and finding the meaning response. *Annals for Internal Medicine*, 136, 471 - 476.

Murphy, J. (1997). Ηθική, Εξέλιξη και το Νόημα της Ζωής. Λίζα Τάταρη Ντουριέ (μτφ.), Πέτρος Αδαμόπουλος (επιμέλεια). Αθήνα: Σύναλμα.

Naess, A. (1986). The Deep Ecological Movement: Some Philosophical Aspects. *Philosophical Inquiry*, 8 (1-2),10 – 31

Noble-Adams R.(1999) Ethics and nursing research. 1: Development, theories and principles. *Br J Nurs* , 8:888-892

Northington, V. (1997). Under the Shadow of Tuskegee: African Americans and Health Care. *American Journal of Public Health* 87(11), 1773-1778.

Norton, Br. G. (1987). *Why Preserve Natural Variety?*, Princeton: Princeton University Press.

Park E. (2012). An integrated ethical decision-making model for nurses, *Nurs Ethics.*, 19 (1), 139.

Peters, J., Peers, H., Olanksy, S., Cutler, J.C., Gleeson G. (1955). Untreated Syphilis in the Male Negro: Pathologic Findings in Syphilitic and Nonsyphilitic Patients. *Journal of Chronic Diseases* 1, 127-148.

Petersen, P., Godtfredsen, J., Andersen, E. (1989). Placebo-controlled, randomised trial of warfarin and aspirin for prevention of thromboembolic complications in chronic atrial fibrillation. *The Lancet*, 33 (8631), 175-179.

Pinals DA. (2005). Where two roads meet: restoration of competence to stand trial from a clinical perspective. *Journal of Criminal and Civil Confinement*. 31:81–108.

Pogge, T.W. (2005). *Human Rights and Global Health: A Research program*. In C. Barry and T.W. Pogge (eds.), *Global Institutions and Responsibilities. Achieving Global Justice*. Oxford: Blackwell.

Sahlins, M. (1997). Χρήσεις και καταχρήσεις της Βιολογίας: Μια ανθρωπολογική κριτική της κοινωνιοβιολογίας. Αθήνα: Αλεξάνδρεια.



Sala R, Manara D. (1999)The regulation of autonomy in nursing: The Italian situation. Nurs Ethics, 6:451-467.

Scott, J. David, Stohler, C.S., Egantuk, Ch. M., Wang, H., Koeppe, R. A.,Zubieta, J.K. (2008). Placebo and Nocebo Effects Are Defined by Opposite Opioid and Dopaminergic Responses. Arch Gen Psychiatry, 65(2), 220 - 231.

Shapiro, Arthur K, Shapiro, E. (1999). The Placebo: Is it much ado about Nothing? In Anne Harrington (ed.). The placebo effect: An interdisciplinary exploration. USA: Harvard University Press, 12-36.

Shapiro, Arthur K. (1960). A contribution to a history of the placebo effect. Behavioral Science, 5, 109 - 135

Shapiro, Singer, P. (2009). Animal Liberation: A New Ethics for our Treatment of Animals. New York: Harper Perennial Modern Classics.

Sohn, M. (2015). Bioethics in East Asia: Development and Issues, in Bagheri, A., Moreno, J., Semplici, S. (eds.), Global Bioethics: The Impact of the UNESCO International Bioethics Committee. London/New York: Springer, 185 - 196.

Tuckett AG.(1998) An ethic of the fitting: a conceptual framework for nursing practice. Nurs Inquir 5:220-227

Webb J, Warwick C. (1999) Getting it right: the teaching of philosophical health care ethics. Nurs Ethics 1999, 6:150-156

## **Ελληνόγλωσση**

Παιονίδης, Φ. (2001). Η ηθική ευθύνη του Επιστήμονα για τη χρήση του έργου του. Ίνδικτος, 14, 192-204.

Παπαδημητρίου, Ε. (1999). Για μια νέα φιλοσοφία της φύσης. Η πρόκληση της οικολογίας και οι απαντήσεις της φιλοσοφίας. Αθήνα: Gutenberg.

Παπανούτσος, Ε. (1990). Ηθική. Αθήνα: Δωδώνη.

Σημίτης, Σ. (2013). Βιοεπιστήμες και Βιοεπιτεχνολογία: Προοπτικές, διλήμματα και όρια μιας αναγκαίας νομικής ρύθμισης. Στο Στ. Τσινόρεμα, Κ. Λούης, (επιστημονική επιμέλεια), Θέματα Βιοηθικής. Η Ζωή, η Κοινωνία και η Φύση μπροστά στις προκλήσεις των Βιοεπιστημών. Ηράκλειο: Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης, 215 – 251.

Σούρλας, Π. Κ.(2007-2008). Μέλλοντα Πρόσωπα (Future Persons), Επιθεώρηση Βιοηθικής, 1 (1), 58-76.