



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΜΣ ΗΓΕΣΙΑ, ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΞΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

**ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ**

ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ 2020-2021

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

Εμβολιασμός υγειονομικού προσωπικού κατά του COVID-19: άρνηση,
διστακτικότητα και ζητήματα βιοηθικής.

Συγγραφέας: Λουπάτατση Αναστασία

Αθήνα, Μάιος 2023



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΜΣ ΗΓΕΣΙΑ, ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΞΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

**ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ
ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ 2020-2021**

Διπλωματική Εργασία

Εμβολιασμός υγειονομικού προσωπικού κατά του COVID-19: άρνηση,
διστακτικότητα και ζητήματα βιοηθικής.

Συγγραφέας: Λουπάτατζη Αναστασία

ΑΜ: 70810

Αθήνα, Μάιος 2023

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Γκαράνη-Παπαδάτου Σταματία



UNIVERSITY OF WEST ATTICA

SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

DEPARTMENT PUBLIC HEALTH POLICY

MSc in LEADERSHIP, INNOVATION AND VALUE BASED HEALTH POLICIES

Diploma Thesis

Healthcare personnel vaccination against COVID-19: refusal, hesitancy and matters of bioethics.

Writer: Loupatatzi Anastasia

Registration Number: 70810

Athens, May 2023

Supervisor: Garani-Papadatos Stamatia

Τριμελής Επιτροπή

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι
Εξεταστική Επιτροπή:

A/α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1.	Γκαράνη-Παπαδάτου Σταματία (Επιβλέπουσα)	Καθηγήτρια Βιοηθικής στη Δημόσια Υγεία.	
2.	Κουλιεράκης Γεώργιος	Αν. Καθηγητής Ψυχολογίας της Υγείας και στις Υπηρεσίες Υγείας.	
3.	Κορνάρου Ελένη	Αν. Καθηγήτρια Επιδημιολογίας στη Δημόσια Υγεία και στις Υπηρεσίες Υγείας.	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Λουπάτατζη Αναστασία του Χρήστου με αριθμό μητρώου 70810 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών σπουδών Ηγεσία, Καινοτομία και Πολιτικές αξίας στην Υγεία, Ειδικευση: Λήψη Αποφάσεων και Σχεδιασμός Πολιτικών Υγείας του τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής δηλώνω ότι: “ είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία, επίσης, οι πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι η εργασία αυτή έχει συγγραφεί από εμένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου”.

Η Δηλούσα

Αναστασία Λουπάτατζη

Γκαράνη-Παπαδάτου Σταματία, Καθηγήτρια, Επιβλέπουσα

Copyright © Λουπάτατζη Αναστασία, 2023
Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών στην Ηγεσία, Καινοτομία και Πολιτικές Αξίας στην Υγεία του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά όπου απαιτείται και έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή:

Αναστασία Λουπάτατση

A handwritten signature in black ink, appearing to be the name 'Anastasia Loupatatzi' written in a cursive style.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η εμφάνιση της πανδημίας του COVID-19 έχει αναγκάσει πολλές χώρες συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας να νομοθετήσει κανονισμούς που καθιστούν τον εμβολιασμό απέναντι στη νόσο υποχρεωτικό για συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες. Μία από αυτές τις ομάδες είναι και οι επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι έχουν υποχρέωση να διασφαλίσουν την ομαλή λειτουργία του συστήματος υγείας, αλλά και την υγεία των ασθενών.

Σκοπός: Ο σκοπός της μελέτης αυτής είναι η διερεύνηση των αιτιών άρνησης του εμβολιασμού έναντι της COVID-19 λοίμωξης, καθώς και των ηθικών ζητημάτων που προκύπτουν από τον υποχρεωτικό εμβολιασμό των επαγγελματιών υγείας σε κλινικό και επαγγελματικό επίπεδο με γνώμονα τις Αρχές της Βιοηθικής και το νομοθετικό πλαίσιο.

Μέθοδος: Η μελέτη ακολουθεί τη μεθοδολογία της ανασκόπησης της βιβλιογραφίας. Για τον λόγο αυτό διενεργήθηκε αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων επιστημονικής βιβλιογραφίας, PubMed, Cinahl, SCOPUS και COHRINE, χρησιμοποιώντας τις λέξεις κλειδιά: “vaccination”, “fundamental rights”, “pandemic”, “Covid -19”, “healthcare workers”, “bioethics”, “self-determination”, “vaccine hesitancy”, “mandatory”, “bioethical dilemmas” ή συνδυασμό αυτών. Ο αριθμός των μελετών που συμπεριλήφθηκαν τελικά στη βιβλιογραφική ανασκόπηση ήταν 18.

Αποτελέσματα: Οι βασικές αιτίες άρνησης του εμβολιασμού συνίστανται στην αμφιβολία απέναντι στην αποτελεσματικότητα ή την αναγκαιότητα των εμβολίων, στην διαβρωμένη εμπιστοσύνη απέναντι στις υγειονομικές αρχές, τους ειδικούς και την επιστήμη. Ο υποχρεωτικός εμβολιασμός κρίθηκε αναγκαίος στη χώρα μας, μεταξύ άλλων χωρών, για την προστασία της δημοσίας υγείας. Ο υποχρεωτικός εμβολιασμός στους επαγγελματίες υγείας συνοδεύτηκε και με πολιτικές απομάκρυνσης από το πόστο εργασίας των μη εμβολιασμένων ατόμων. Τα μέτρα αυτά ελήφθησαν με βάση τις Αρχές της Βιοηθικής βασισμένα σε νομοθετικό πλαίσιο.

Συμπεράσματα: Από την ανάλυση που έγινε στα πλαίσια των κανόνων της βιοηθικής, φαίνεται ότι ο υποχρεωτικός εμβολιασμός, τουλάχιστον όπως εφαρμόζεται στα πλαίσια της ευρωπαϊκής αλλά και της ελληνικής νομοθεσίας δεν αντιτίθεται στις αρχές της βιοηθικής. Οι αρχές δημόσιας υγείας οφείλουν να υιοθετούν τον υποχρεωτικό εμβολιασμό στα πλαίσια της διαφάνειας και της δικαιοσύνης, αφού έχουν εξαντληθεί τα περιθώρια προτροπής προς τον εθελοντικό εμβολιασμό.

ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ: Αρχές Βιοηθικής, Υποχρεωτικός Εμβολιασμός, COVID-19, Επαγγελματίες Υγείας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	i
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	iii
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ	iv
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	v
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	2
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	7
2.1 Εμβολιασμοί.....	7
2.1.1 Σύντομη Ιστορική αναδρομή.....	7
2.1.2 Οφέλη του εμβολιασμού	9
2.1.3 Παρενέργειες εμβολίων.....	10
2.1.4 Εμβόλια κατά της μετάδοσης και ασθένειας από τον SARS-COV-2	11
2.2 Βιοηθική και εμβολιασμοί.....	13
2.2.1 Η Βιοηθική στα πλαίσια του εμβολιασμού του υγειονομικού προσωπικού	13
2.2.2 Η έννοια της υποχρεωτικότητας των εμβολιασμών	17
2.2.3 Υποχρεωτικός εμβολιασμός κατά της νόσου COVID-19	20
2.2.4 Οι έννοιες της άρνησης και διστακτικότητας.....	22
2.2.5 Νομικό Πλαίσιο: τα κύρια σημεία.....	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΣΚΟΠΟΙ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	31
5.1 Αιτίες άρνησης εμβολιασμού κατά της νόσου COVID-19	31
5.2 Άρνηση και αρχή της μη βλάβης/ αρχή της ωφέλειας	34
5.3 Διαφάνεια, δημόσια δικαιολόγηση και εμπιστοσύνη στην επιστήμη	35
5.4 Αναλογικότητα και αναγκαιότητα.....	38
5.5. Νομικό και δεοντολογικό πλαίσιο σχετικά με τον υποχρεωτικό εμβολιασμό στους επαγγελματίες υγείας.....	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	54
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	57
ABSTRACT	67

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Μελέτες που χρησιμοποιήθηκαν (11/2021-04/2022).....29

Πίνακας 2: Χώρες της Ευρώπης που εφάρμοσαν ΥΕ στην Ευρώπη και ποινές των παραβατών.....44

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1: Διαγραμματικά η μεθοδολογία αξιολόγησης των βιβλιογραφικών αναφορών.....	28
---	----

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

EPI - Expanded Programme on Immunisation:

ΠΟΥ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΥΕ: Υποχρεωτικός Εμβολιασμός

ΕΣΔΑ: Ευρωπαϊκής Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου

ΣτΕ: Συμβούλιο της Επικρατείας

κλπ: και λοιπά

WHO: WORLD HEALTH ORGANISATION

ΗΠΑ: Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

ΕΕ: Ευρωπαϊκή Ένωση

mRNA: messenger ribonucleic acid

RNA: ribonucleic acid

NHS: National Health Service

EMA: European Medicines Agency

ΠΝΠ: Πράξη Νομοθετικού Περιεχομένου

ΕΕΔΥ: Επιτροπή Εμπειρογνομόνων Δημόσιας Υγείας

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα εργασία αποτελεί κύημα των ημερών που ζήσαμε πριν λίγο καιρό και δημιουργήθηκε την εποχή που οι εξελίξεις και οι συζητήσεις επί του θέματος ήταν ενεργείς και παρούσες ουσιαστικά σε κάθε νοσοκομείο, σπίτι, πολιτική συζήτηση, κοινωνία και κοινότητα στην Ελλάδα αλλά και σε όλες τις χώρες της Ευρώπης και του Δυτικού κόσμου. Κύριο μέλημα υπήρξε η αντικειμενική διερεύνηση του μέτρου της υποχρεωτικότητας των εμβολιασμών σύμφωνα με τις Αρχές της Βιοηθικής και του νομοθετικού πλαισίου στη χώρα μας.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερος την καθηγήτριά μου κα Γκαράνη-Παπαδάτου Σταματία, που στάθηκε αρωγός και συμβουλευτής μου σε όλη αυτή την προσπάθεια, για την κατεύθυνση που μου έδωσε καθώς και για το χρόνο και την ενέργεια που μου αφιέρωσε. Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τους καθηγητές της Επιτροπής για το χρόνο και την ενέργεια που αφιέρωσαν σε αυτή τη μελέτη.

Τέλος θα ήθελα να πω ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένειά μου, στους συνεργάτες και φίλους μου για την υποστήριξή τους όλο αυτό το διάστημα της εκπόνησης αυτής της μελέτης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εμφάνιση της νόσου του κορονοϊού, και η επακόλουθη εξάπλωσή του σε πανδημικό επίπεδο, είχε ως αποτέλεσμα μια παγκόσμια υγειονομική κρίση με σοβαρές συνέπειες σε υγειονομικό, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο. Η αρχική απόκριση από το σύνολο σχεδόν των κρατών ήταν η επιβολή περιοριστικών μέτρων και κοινωνικών φραγμών, όπως για παράδειγμα η κοινωνική αποστασιοποίηση και οι περιορισμοί στις μετακινήσεις. Στο πλαίσιο αυτής της κρίσης, και μετά την ραγδαία ανάπτυξη αρκετών αποτελεσματικών εμβολίων από φαρμακευτικές εταιρίες και ερευνητικά εργαστήρια ιολογίας, φαίνεται ότι ο πιο αποτελεσματικός τρόπος για την αντιμετώπιση της πανδημίας είναι ο γρήγορος και μαζικός εμβολιασμός του γενικού πληθυσμού. Παράλληλα όμως, ο σκεπτικισμός απέναντι στα εμβόλια, ο οποίος οφείλεται κυρίως στην έλλειψη εμπιστοσύνης στην τεχνολογία και την επιστήμη, έχει αποκτήσει διαστάσεις «σύγχρονης τάσης» και συνιστά ένα επιπλέον πρόβλημα στην μάχη απέναντι στον COVID-19 (Billon – Denis et al., 2020, Peretti-Watel et al., 2020).

Η κατάσταση εμβολιασμού των επαγγελματιών υγείας είναι ιδιαίτερα σημαντική για δύο σημαντικούς λόγους: 1. Η τάση εμβολιασμού αυτής της ομάδας αποτελεί τον προάγγελο της γενικότερης τάσης στον κοινό πληθυσμό, αφού αποτέλεσαν την πρώτη ομάδα που εμβολιάστηκε μετά την αποδοχή των εμβολίων από τους οργανισμούς φαρμάκων, 2. Οι αποφάσεις εμβολιασμού των επαγγελματιών υγείας έχουν πολλές διακλαδώσεις αντίστοιχα με την μετάδοση της νόσου και ιδιαίτερα με την νοσηρότητα και την θνησιμότητα, αφού έρχονται σε επαφή με τους ηλικιωμένους και τους πιο ευάλωτους. (Lazer et al, 2021)

Η διστακτικότητα απέναντι στον εμβολιασμό, μπορεί να λάβει τη μορφή άρνησης, καθυστέρησης ή αποδοχής με αμφιβολίες, σε σχέση με τη χρησιμότητα και την ασφάλεια των νέων αυτών εμβολίων, τα οποία έχουν αναπτυχθεί σε μικρό χρονικό διάστημα με νέες τεχνολογίες. Η διστακτικότητα αυτή, μπορεί να επηρεάσει μεγάλο μέρος του γενικού πληθυσμού, καθιστώντας το απρόθυμο να εμβολιαστεί έναντι της νόσου COVID-19, παρά την σαφή επιστημονική πεποίθηση ότι υπάρχει μεγάλος υγειονομικός κίνδυνος κατά τη διάρκεια της πανδημίας (Verger et al., 2020). Σε αυτή την περίπτωση προκύπτουν συζητήσεις που αφορούν στη σχετική νομοθεσία, αλλά και την ηθική διάσταση του θέματος και προκαλούν διαφωνίες εκφραζόμενες με

διάφορες μορφές οι οποίες χρειάζεται να αντιμετωπιστούν με ιδιαίτερη προσοχή (Martin et al., 2020).

Αρχικά, είναι απαραίτητος ο διαχωρισμός ανάμεσα σε δύο διαφορετικές ομάδες πληθυσμού προκειμένου να διερευνηθεί περαιτέρω το ζήτημα: ο εμβολιασμός του γενικού πληθυσμού και ο εμβολιασμός των υγειονομικών υπαλλήλων. Όσον αφορά στο γενικό πληθυσμό, η συζήτηση επικεντρώνεται στην κατάλληλη εξισορρόπηση ανάμεσα στα μέτρα κυρώσεων και στα μέτρα πειθούς. Το γεγονός αυτό έχει ιστορικά εγείρει το ερώτημα κατά πόσον η πολιτεία μπορεί να επηρεάσει το αίσθημα της ατομικής ελευθερίας των πολιτών, είτε ως ενηλίκων σε σχέση με ζητήματα αυτοκαθορισμού είτε ως γονέων σε σχέση με το αίσθημα ευθύνης απέναντι στα παιδιά τους, και έχει οδηγήσει διαχρονικά στην ανάπτυξη πολυάριθμων αντιεμβολιαστικών κινημάτων (Parmet et al, 2005, Johnson et al., 2020). Παρά τις επισημάνσεις για την ανάγκη γενικότερης ηθικής συναίνεσης που να επιτρέπει στο γενικό πληθυσμό να λάβει τα προνόμια του εμβολιασμού (Colgrove et al., 2019), η υποχρεωτικότητα του εμβολιασμού, μπορεί να προκαλέσει ακόμη μεγαλύτερη διστακτικότητα στο γενικό πληθυσμό. Επιπλέον, ο υποχρεωτικός εμβολιασμός στο γενικό πληθυσμό μπορεί να αποθαρρύνει τους υγειονομικούς από τις προσπάθειές τους να πείσουν τους ασθενείς να εμβολιαστούν. Στο σημείο αυτό, πρέπει να τονιστεί ότι οι επαγγελματίες υγείας παίζουν σημαντικό ρόλο στην δημιουργία εμπιστοσύνης ως προς τον εμβολιασμό, ενώ οι συστάσεις τους αποτελούν σημαντική κινητήρια δύναμη για την αποδοχή των εμβολίων, ειδικά στο τμήμα του πληθυσμού που έχει αμφιβολίες (Ward et al., 2019). Από τα προαναφερθέντα, φαίνεται ότι η νομοθεσία στην οποία στηρίζεται ο υποχρεωτικός εμβολιασμός του γενικού πληθυσμού, θα πρέπει να εφαρμόζεται μόνο σε καταστροφικές επιδημιολογικές κρίσεις που είναι δύσκολα διαχειρίσιμες, λειτουργώντας ως δίχτυ ασφαλείας για τη διασφάλιση της υγείας της κοινότητας (Peretti – Watel et al., 2020).

Με δεδομένη την κατάσταση που επικρατεί στο γενικό πληθυσμό και τη στάση του απέναντι στην αναγκαιότητα του εμβολιασμού έναντι του COVID-19, η παρούσα εργασία εξετάζει τις διαστάσεις που λαμβάνει η αρνητική στάση ενός ποσοστού υγειονομικών υπαλλήλων απέναντι στον εμβολιασμό για την ίδια νόσο. Αρχικά, πρέπει να αναφερθεί ότι οι υγειονομικοί, είναι ίσως το επάγγελμα με το μεγαλύτερο ποσοστό επικινδυνότητας για μόλυνση από τον ιό. Μέχρι τον Οκτώβριο του 2021, περίπου 200.000 επαγγελματίες υγείας είχαν μολυνθεί από τον ιό, μόνο στην Ευρωπαϊκή

Ένωση (Pericas et al, 2020). Από τα επιδημιολογικά αυτά δεδομένα, φαίνεται ότι η μόλυνση με SARS-COV-2 έχει επηρεάσει πολλούς επαγγελματίες υγείας, εκθέτοντάς τους σε αδιαμφισβήτητο υγειονομικό ρίσκο, κατά τη διάρκεια της εργασίας τους (Geerts et al, 2021).

Επιπλέον, κατά τη διάρκεια της τρέχουσας πανδημίας, μεγάλο ποσοστό από τους επαγγελματίες υγείας, έπρεπε να συνεχίσουν να ασκούν το επάγγελμά τους και να φροντίζουν για τη θεραπεία των ασθενών, ακόμη και αν στα αρχικά τουλάχιστον στάδια, δεν είχαν επαρκή πρόσβαση σε εξοπλισμό προσωπικής προστασίας. Είναι επίσης δεδομένο, ότι η θνησιμότητα και η νοσηρότητα του COVID-19, είναι ιδιαίτερα αυξημένη, ανάμεσα στους υγειονομικούς υπαλλήλους (Chowdhury et al., 2020). Ακόμη και σήμερα, που τα εμπόδια που αντιμετωπίζει αυτή η κατηγορία επαγγελματιών είναι δεδομένα λόγω της πανδημίας, αξίζει να αναφερθεί ότι το επάγγελμά τους δεν συγκαταλέγεται στα βαρέα και ανθυγιεινά επαγγέλματα σε πολλές χώρες του πλανήτη. Από την άλλη πλευρά, δεδομένες είναι και οι προσπάθειες οι οποίες γίνονται από τους υγειονομικούς να αντιμετωπιστούν τα αλληπάλληλα κύματα της πανδημίας.

Οι επαγγελματίες υγείας, κατά τη διάρκεια της πανδημικής κρίσης αντιμετωπίζουν μία διπλή ηθική υποχρέωση, σε συνάρτηση με την κοινωνική ευθύνη και τον εμβολιασμό τους. Από την μία πλευρά, είναι η γενική στρατηγική εμβολιαστικής κάλυψης της συγκεκριμένης επαγγελματικής ομάδας που επεκτείνεται και στην προστασία των ασθενών τους, του νοσηλευτικού ιδρύματος και του συστήματος υγείας γενικότερα. Αυτό συμβάλλει στην προαγωγή της δημόσιας υγείας, αφού χρησιμοποιώντας την κοινωνική τους υπόσταση, αποτελούν παραδείγματα μίμησης και ενισχύουν την εμπιστοσύνη του κοινού ως προς τον εμβολιασμό. Από την άλλη, μπορούν να κάμψουν τις αντιστάσεις των ασθενών τους στον εμβολιασμό, προσφέροντας επιστημονική γνώση που έρχεται σε συμφωνία με τις οδηγίες διεθνών οργανισμών υγείας. Με τον τρόπο αυτό αντιμετωπίζεται η παραπληροφόρηση, επιλύνονται οι αβεβαιότητες και επαναξιολογούνται οι πληροφορίες που είναι διαθέσιμες στο κοινό (Berlinger et al., 2021). Επομένως, θα πρέπει να ξεκαθαριστεί ότι οποιαδήποτε συμπεριφορά που συμπεριλαμβάνει την καλλιέργεια αμφιβολιών σχετικά με τον εμβολιασμό ή η δημιουργία ή μεταφορά μη βάσιμων πληροφοριών σχετικά με τα εμβόλια, έρχεται σε αντίθεση με την σωστή άσκηση του επαγγέλματος του υγειονομικού (MacKenzie et al., 2020).

Με βάση τα παραπάνω δεδομένα, δε θα πρέπει να παραβλέπεται το γεγονός ότι, ακόμη και ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας, υπάρχει διστακτικότητα σχετικά με την ασφάλεια του εμβολίου ενάντια του COVID-19, καθώς επίσης και απροθυμία για εμβολιασμό. Η απροθυμία είναι ανεξάρτητη και πρέπει να διαχωρίζεται και από τον τρόπο με τον οποίο η συγκεκριμένη ομάδα του πληθυσμού αποδέχεται τα ήδη δοκιμασμένα εμβόλια, αν και η διστακτικότητα των επαγγελματιών υγείας απέναντι στον εμβολιασμό δεν είναι νέο φαινόμενο (Verger et al., 2015), ούτε και εμφανίζεται αποκλειστικά μόνο στους γιατρούς (Wilson et al., 2020).

Για την αρχική κάμψη της διστακτικότητας αυτής δύο βασικά κριτήρια θα πρέπει να πληρούνται: α) το εμβόλιο να είναι διαθέσιμο σε όλους τους επαγγελματίες υγείας χωρίς περιορισμό στην διαθεσιμότητά του και β) να έχει προηγηθεί εκτενής ενημέρωση/ πληροφόρηση για τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά του. Ο εμβολιασμός νοείται ως πράξη «εθελοντική», για την εκτέλεση της οποίας υπάρχει περιθώριο επιλογής, η ηθική βάση της οποίας έγκειται στην άσκηση της αρχής της αυτονομίας, η οποία αναφέρεται στη δυνατότητα του ατόμου να λαμβάνει αποφάσεις ελεύθερα, δηλαδή να παίρνει αποφάσεις οι οποίες σχετίζονται με τον εαυτό του σε ζητήματα που αφορούν την υγεία του (Phelan et al., 2020).

Η παρούσα πτυχιακή εργασία μελετά τις αιτίες άρνησης του εμβολιασμού των επαγγελματιών υγείας έναντι της νόσου COVID-19, καθώς και το μέτρο της υποχρεωτικότητάς του υπό το πρίσμα της βιοηθικής κατά τη περίοδο της πανδημίας.

Στο πρώτο μέρος της εργασίας (Κεφάλαιο 2) γίνεται μια ιστορική αναδρομή στην ανοσοποίηση, την ανακάλυψη, εφαρμογή και οφέλη των εμβολιασμών και δίνονται πληροφορίες γύρω από τα εμβόλια που αναπτύχθηκαν κατά της μετάδοσης και ασθένειας από τον SARS-COV-2. Γίνεται επίσης αναφορά στη βιοηθική διάσταση των εμβολιασμών και στην προσέγγισή τους μέσω των βασικών αρχών της αυτονομίας και της ωφέλειας καθώς επίσης και της αναλογικότητας και αναγκαιότητας, όπως επίσης και της διαφάνειας και δημόσιας δικαιολόγησης.

Ακολούθως παρουσιάζονται ο σκοπός και οι στόχοι της συγκεκριμένης εργασίας (Κεφάλαιο 3), η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε (Κεφάλαιο 4) και τα αποτελέσματα της εν λόγω έρευνας (Κεφάλαιο 5).

Τέλος συζητώνται τα ευρήματα της μελέτης (Κεφάλαιο 6) και περιγράφονται τα συμπεράσματα με σκοπό μια κριτική ερμηνευτική προσέγγιση του ζητήματος διστακτικότητας και άρνησης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

2.1 Εμβολιασμοί

Με τον όρο *εμβόλιο*, στη διεθνή βιβλιογραφία, ορίζονται βιολογικά παρασκευάσματα, τα οποία είναι ικανά να βελτιώσουν ή να παρέχουν ανοσία του οργανισμού απέναντι σε μια συγκεκριμένη ασθένεια. Η βασική αρχή των εμβολίων είναι ότι τα εμβολιαστικά σκευάσματα περιέχουν ένα νοσογόνο παράγοντα (αδρανοποιημένο τμήμα ή νεκρό), που εμπλέκεται στην εκδήλωση της ασθένειας. Ο παράγοντας αυτός, όταν εισέρχεται στον οργανισμό, αναγνωρίζεται σαν ξένος, διεγείροντας με τον τρόπο αυτό το ανοσοποιητικό σύστημα που δημιουργεί αντισώματα τα οποία δύνανται να αναγνωρίσουν και να καταστρέψουν σε σύντομο χρονικό διάστημα τον πραγματικό μολυσματικό παράγοντα, όταν έρθουν ξανά σε επαφή με αυτόν. Ο μηχανισμός αυτός είναι η βασική αρχή επίτευξης ανοσίας μέσω του εμβολιασμού (Sanghi et al., 2014).

2.1.1 Σύντομη Ιστορική αναδρομή

Η σημασία της πρόληψης και η υπεροχή της απέναντι στις θεραπευτικές παρεμβάσεις, είναι γνωστή από την αρχαιότητα και τα κείμενα του Ιπποκράτη (Alter et al., 2019). Τα εμβόλια παίζουν σημαντικό ρόλο στην προστασία της δημόσιας υγείας, αφού με βάση τον κατάλληλο σχεδιασμό και την μετέπειτα εφαρμογή προγραμμάτων μαζικού εμβολιασμού, έχουν σωθεί από μολυσματικές νόσους εκατομμύρια ζωές, ενώ ασθένειες οι οποίες είχαν μεγάλο αντίκτυπο στη δημόσια υγεία, έχουν πλέον εξαλειφθεί.

Ιστορικά, οι πρώτες παρατηρήσεις σχετικά με την ανοσοποίηση αναφέρονται ήδη στην αρχαιότητα. Συγκεκριμένα, ο Θουκυδίδης, το 429 π.Χ. κατέγραψε το γεγονός ότι στην Αθήνα, οι πολίτες που επέζησαν από την επιδημία της ευλογιάς, δεν νόσησαν ξανά από αυτή τη νόσο. Οι Κινέζοι, το 10^ο αιώνα, εφάρμοσαν μια πρωτότυπη μορφή εμβολιασμού η οποία ουσιαστικά βασιζόταν στην τοποθέτηση σκόνης από τον ιό της ευλογιάς κάτω από το δέρμα του ασθενή ή στη μύτη του, ώστε να προκληθεί ανοσολογική αντίδραση και να μειωθούν οι πιθανότητες των υγιών ατόμων του γενικού

πληθυσμού να μολυνθούν από τον ιό της ευλογιάς. Μέχρι και το 18^ο αιώνα η εφαρμογή εμβολιαστικών πρακτικών επικεντρώνονταν κυρίως σε ανατολικές χώρες όπως η Τουρκία, η Ινδία και η Κίνα (Hajj et al., 2015, Plotkin et al., 2014).

Στην Ελλάδα, στις αρχές του 18^{ου} αιώνα, οι γιατροί Πυλαρινός και Τιμόνης εφάρμοσαν μια μεθοδολογία τεχνητής ανοσοποίησης με σκοπό την προστασία από τον ιό της ευλογιάς. Η βασική αρχή της μεθόδου ήταν η λήψη υγρού από δερματικές αλλοιώσεις που οφείλονταν στην ευλογιά, και η εμφύτευση του υγρού αυτό στο δέρμα μετά από εκδορές. Η μέθοδος εφαρμόστηκε σε υγιή παιδιά και είχε σαν αποτέλεσμα την μείωση της πιθανότητας προσβολής από τον ιό ή την εκδήλωση της νόσου σε ηπιότερη όμως μορφή (Miller, 1957). Στην ιστορία της ιατρικής το πρώτο εμβόλιο το οποίο αναφέρεται είναι το εμβόλιο της ευλογιάς από τον Jenner. Η εφαρμογή του εμβολίου έγινε για πρώτη φορά το 1796 σε ένα αγόρι 8 ετών. Η βασική αρχή της μεθόδου παρέμεινε η ίδια, αφού το αγόρι εμβολιάστηκε με υλικό που προέρχονταν από δερματικές βλάβες που προκαλούσε ο ιός σε άλλα άτομα. Ο Jenner παρατήρησε ότι η μέθοδος ήταν αποτελεσματική, αφού το αγόρι, αν και ήρθε σε επαφή με άλλα άτομα που έπασχαν από τον ιό της ευλογιάς, δεν νόσησε από τον ιό (Riedel et al., 2005).

Το 1880 ο Pasteur ανέπτυξε το πρώτο εμβόλιο για την καταπολέμηση της λύσσας, αλλά και τα εμβόλια κατά του άνθρακα στα πρόβατα και τα εμβόλια κατά της χολέρας στα πτηνά. Το 1896 δοκιμάστηκε το πρώτο εμβόλιο στους ανθρώπους για την αντιμετώπιση του τύφου από τον Wright (Riedel et al., 2005).

Πολλά εμβόλια αναπτύχθηκαν τον 20^ο αιώνα, προκειμένου να αντιμετωπιστούν ασθένειες οι οποίες οδηγούσαν σε σοβαρή νόσηση ή ακόμη και σε θάνατο πολλές χιλιάδες άτομα του γενικού πληθυσμού όπως για παράδειγμα η ιλαρά, η ερυθρά, η πολιομυελίτιδα, η παρωτίτιδα και η διφθερίτιδα. Η μεγάλη σημασία των εμβολιαστικών προγραμμάτων γίνεται αντιληπτή από το ιστορικό γεγονός ότι μέχρι και τη δεκαετία του 1960 οι περισσότερες σοβαρές περιπτώσεις νόσησης αλλά και αρκετοί θάνατοι παιδιατρικών ασθενών οφείλονταν σε μολυσματικές ασθένειες, οι οποίες έχουν σήμερα εξαφανιστεί λόγω της εμβολιαστικής κάλυψης του γενικού πληθυσμού. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η ασθένεια της ιλαράς, η οποία αν και πρόσβαλε μεγάλο αριθμό παιδιών, η νόσος συνέχιζε να διαδίδεται με μεγάλα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας, επειδή μόνο το 5% του γενικού πληθυσμού είχαν πρόσβαση στο εμβόλιο λόγω αυξημένου κόστους (Smith et al., 2011).

Παγκοσμίως, το πρώτο εμβολιαστικό πρόγραμμα εφαρμόστηκε το 1974 από τον ΠΟΥ, και έγινε γνωστό με την ονομασία Expanded Programme on Immunisation - EPI (Επεκτεινόμενο Πρόγραμμα Ανοσοποίησης) (WHA27,1974). Το EPI είχε ως βασικό σκοπό την εμβολιαστική κάλυψη του μεγαλύτερου ποσοστού των παιδιών παγκοσμίως και πέτυχε το στόχο αυτό σε μεγάλο βαθμό, αφού μέχρι το 1980 η εμβολιαστική κάλυψη των παιδιών που κατοικούσαν σε περιοχές με χαμηλά εισοδήματα εξισώθηκε με την αντίστοιχη εμβολιαστική κάλυψη των παιδιών που κατοικούσαν σε περιοχές με αυξημένα εισοδήματα (Greenwood et al., 2014). Το EPI επεδίωξε να αντιμετωπίσει μέσω της εμβολιαστικής κάλυψης ασθένειες όπως ο κοκκύτης, η διφθερίτιδα, ο τέτανος, η ιλαρά, η φυματίωση και η πολιομυελίτιδα. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα της αποτελεσματικότητας της εμβολιαστικής πολιτικής που εφαρμόστηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), από το 1967 μέχρι και το 1977, αποτελεί η μεγάλη μείωση της εξάπλωσης του ιού της πολιομυελίτιδας, αφού μέχρι και το 1988 τα κρούσματα της πολιομυελίτιδας υποχώρησαν μέχρι και 99% ενώ υπολογίζεται ότι περίπου 5 εκατομμύρια άτομα απέφυγαν κάποιο βαθμό παράλυσης. Επιπλέον, υπήρχε αισθητή μείωση των θανάτων από ιλαρά, ενώ τόσο ο νεογνικός όσο και ο μητρικός τέτανος μειώθηκαν σε στατιστικά σημαντικό ποσοστό στις χώρες που θεωρούνταν χώρες υψηλού κινδύνου (Ehreth et al., 2003). Πλέον, το σύνολο των χωρών παγκοσμίως, έχουν προσθέσει ένα πρόγραμμα εμβολιασμού στις παρεμβάσεις που εφαρμόζουν με σκοπό την προαγωγή της δημόσιας υγείας. Στα παιδιά ηλικίας κάτω του ενός έτους, τα ποσοστά ανοσοποίησης για τις μολυσματικές ασθένειες υψηλής επικινδυνότητας ξεπερνούν το 80%. Έτσι σήμερα, η σύγχρονη ιατρική επιστήμη, έχει να προσφέρει μεγάλο αριθμό αποτελεσματικών και ασφαλών εμβολίων που προστατεύουν από ασθένειες. Τέτοια είναι τα εμβόλια ενάντια στον πνευμονιόκοκκο, στον έρπητα ζωστήρα, στον μηνιγγιτιδόκοκκο, στον ροταϊό, στον HPV (ιός ανθρώπινων θηλωμάτων).

2.1.2 Οφέλη του εμβολιασμού

Τα εμβολιαστικά προγράμματα αποτελούν μια από τις πιο αποτελεσματικές λύσεις για την προαγωγή της δημόσιας υγείας, έχουν θετική αναλογία κόστους/απόδοσης και μαζί με τα αντιβιοτικά και τη βελτίωση των συνθηκών υγιεινής, μπορούν να μειώσουν τη

θνησιμότητα και τη νοσηρότητα του γενικού πληθυσμού. Σε πρόσφατη μελέτη που πραγματοποιήθηκε από το Centers for Disease Control and Prevention, αναφέρεται ότι το εμβολιαστικό πρόγραμμα της Αμερικής θα αποτρέψει μέχρι και 21 εκατομμύρια νοσηλείες και 730.000 θανάτους σε χρονικό ορίζοντα πενταετίας. Το πρόγραμμα εμβολιασμού έχει θετικό αντίκτυπο και στην εθνική οικονομία, αφού στην ίδια έκθεση αναφέρεται ότι υπάρχει η δυνατότητα εξοικονόμησης μέχρι και 295 δισεκατομμυρίων δολαρίων λόγω εξόδων νοσηλείας, αλλά και 1,3 τρισεκατομμυρίων δολαρίων κοινωνικού κόστους, αφού αυξάνονται σημαντικά οι πιθανότητες τα παιδιά να επιβιώσουν από σοβαρές ασθένειες και να συνεχίζουν να προσφέρουν στο κοινωνικό σύνολο (Whitney et al., 2014).

Όσον αφορά στην οικονομική ανάπτυξη, οι Quilici και συν. αναφέρουν σε οικονομική μελέτη ότι τα προγράμματα εμβολιασμού, μέσω της βελτίωσης υγείας του γενικού πληθυσμού, συμβάλλουν στην κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη. Ειδικότερα, οι παιδιατρικοί ασθενείς, επιβαρύνουν σημαντικά τόσο την οικογένεια, αφού επηρεάζουν την παραγωγικότητα των γονέων, όσο και το σύστημα υγείας, αφού μπορεί να χρειαστεί να νοσηλευτούν για μεγάλο χρονικό διάστημα, ακόμη και εφ' όρου ζωής. Αντίθετα, τα υγιή παιδιά, συμβάλλουν στην πρόοδο του συνόλου αφού μπορούν να παρακολουθήσουν εκπαιδευτικά προγράμματα ανελλιπώς. Συνεπώς, οι κρατικές δαπάνες για το εμβολιαστικό πρόγραμμα των παιδιών και των ενηλίκων μπορούν να θεωρηθούν χωρίς υπερβολή επένδυση για το μέλλον και τις επόμενες γενιές (Quilici et al., 2015).

2.1.3 Παρενέργειες εμβολίων

Τα εμβόλια, ως φαρμακευτικά παρασκευάσματα, εκτός από το συστατικό που πυροδοτεί την ανοσολογική απάντηση, μπορεί να περιέχουν και σταθεροποιητικές ουσίες, συντηρητικά ή αντιμικροβιακούς παράγοντες όπως αντιβιοτικά, πρωτεΐνες, φορμαλδεΰδη, αλουμίνιο, θειομερσάλη (Lombard et al., 2007). Όπως γίνεται και με το σύνολο των φαρμακευτικών σκευασμάτων, τα εμβόλια υπάρχει πιθανότητα να προκαλέσουν ανεπιθύμητες ενέργειες. Ωστόσο, τα εμβόλια θεωρούνται περισσότερο ασφαλή σε σχέση με τις υπόλοιπες κατηγορίες φαρμάκων, ενώ αναλογικά, τα οφέλη

τους υπερτερούν σε σχέση με τους κινδύνους από τις παρενέργειες. Οι πιο συχνές αντιδράσεις σε εμβόλια, ανεξαρτήτως είδους είναι:

- τοπική αντίδραση στο σημείο του εμβολίου η οποία εκδηλώνεται με ερυθρότητα ή διόγκωση
- ήπια αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος, πυρετός
- μειωμένη όρεξη, υπνηλία, ευερεθιστότητα
- εμετός, διάρροια
- λιποθυμία (λιγότερο συχνή)

Επιπλέον, ορισμένα εμβόλια έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες εκδήλωσης συγκεκριμένων παρενεργειών, όπως έχει παρατηρηθεί κατά τη διάρκεια κλινικών δοκιμών. Για παράδειγμα το εμβόλιο για την προστασία από τον πνευμονιόκοκκο μπορεί να προκαλέσει πυρετό και μυϊκούς πόνους, το εμβόλιο για την προστασία από τον HPV μπορεί να προκαλέσει ήπια ναυτία ή ήπια κεφαλαλγία, το εμβόλιο κατά της ηπατίτιδας Β προκαλεί σε μεγαλύτερη συχνότητα εφίδρωση ζάλη, αϋπνία και μυϊκό πόνο ενώ το εμβόλιο της πολιομυελίτιδας μπορεί να προκαλέσει την εμφάνιση εξανθημάτων.

Το μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων του γενικού πληθυσμού, μπορεί να εμβολιαστεί με ασφάλεια. Ωστόσο, σε ένα μικρό ποσοστό, ο εμβολιασμός αντενδείκνυται, και πιθανώς να χρειάζεται να αναβληθεί. Οι αντενδείξεις για τον εμβολιασμό, χωρίζονται σε απόλυτες και σχετικές αντενδείξεις και είναι διαφορετικές σε κάθε εμβόλιο (Löffler, 2021, Spencer et al., 2017, Smith et al., 2015).

2.1.4 Εμβόλια κατά της μετάδοσης και ασθένειας από τον SARS-COV-2

Έως τις αρχές Απριλίου του 2020, σύμφωνα με επίσημη ανακοίνωση του ΠΟΥ, υπήρχαν 82 διαφορετικά εμβόλια σε φάση προκαταρκτικής αξιολόγησης, εκ των οποίων τα 7 βρισκόνταν σε φάση κλινικών δοκιμών. Αν και η βέλτιστη θεραπευτική αντιμετώπιση του COVID-19 δεν έχει ακόμη επιτευχθεί, στον τομέα ανάπτυξης των

εμβολίων η πρόοδος ήταν αλματώδης, αφού μετά από κάποιους μήνες από το πέρας των κλινικών δοκιμών, έχει ξεκινήσει η διάθεσή τους στο γενικό πληθυσμό με σκοπό τόσο την προστασία από σοβαρή νόσηση που χρειάζεται νοσηλεία, όσο και για την επίτευξη ανοσίας στο γενικό πληθυσμό (Izda et al., 2021).

Το πρώτο εμβόλιο το οποίο εγκρίθηκε και χορηγείται ακόμη και σήμερα στο γενικό πληθυσμό στις ΗΠΑ και στην ΕΕ είναι το Cominarty των Pfizer & Biotech, το οποίο στηρίχτηκε στη κλινική δοκιμή με μεθοδολογία της ελεγχόμενης τυχαιοποιημένης δοκιμής από την οποία προέκυψε αποτελεσματικότητα 95% (Al-Kassmy et al., 2020). Το δεύτερο χρονολογικά εμβόλιο που πήρε έγκριση, ήταν το εμβόλιο της Moderna που εγκρίθηκε στις 18/12/20 στις ΗΠΑ, μέσω της διαδικασίας αδειοδότησης έκτακτης ανάγκης με αποτελεσματικότητα 90% σε σχέση με την εμφάνιση σοβαρής νόσησης, όπως προέκυψε από την κλινική δοκιμή. Το τρίτο εμβόλιο που εγκρίθηκε για την αντιμετώπιση του COVID -10 ήταν το εμβόλιο της Astrazeneca (AZD1222). Η έγκριση του εμβολίου της Astrazeneca έγινε στις 29/1/21 από τον EMA (Ευρωπαϊκός Οργανισμός Φαρμάκων), και εγκρίθηκε για χορήγηση σε ασθενείς 18 ετών και άνω, βάσει τεσσάρων (4) κλινικών δοκιμών που ανέφεραν αποτελεσματικότητα 90% σε σχέση με την εμφάνιση σοβαρής νόσησης (Wolf et al., 2021). Το εμβόλιο της Jansen ήταν το τέταρτο εμβόλιο που πήρε έγκριση για χρήση, επίσης μέσω της χρήσης του μηχανισμού επείγουσας αδειοδότησης, με 67% αποτελεσματικότητα, όπως αυτή προέκυψε από την κλινική δοκιμή. Τέλος, τα εμβόλια των Sputnik (Ρωσία) και Sinovack, είναι εμβόλια τα οποία χρησιμοποιούνται παγκοσμίως, ωστόσο δεν χορηγούνται στην Ελλάδα (Vashi et al., 2021).

Τα παραπάνω εμβόλια δε χρησιμοποιούν την ίδια τεχνολογία. Αναλυτικότερα, τα εμβόλια των Moderna και Pfizer, αποτελούνται από δύο συστατικά: το mRNA και τα λιποσώματα. Ο στόχος τους είναι να δώσουν το έναυσμα στα κύτταρα του οργανισμού να παράγουν τα ίδια την πρωτεΐνη του ιού S, η οποία στη συνέχεια θα δράσει σαν αντιγόνο και θα προκαλέσει ανοσολογική αντίδραση μέσω της ενεργοποίησης των Β κυττάρων και των Τ κυττάρων (Pardi et al., 2018). Από την άλλη πλευρά, η τεχνολογία του στελέχους αδενοϊού για τη μεταφορά γονιδίου (RNA), με στόχο την κατασκευή της πρωτεΐνης S του ιού SARS-COV-2 χρησιμοποιείται από τα εμβόλια των Astrazeneca, Cansinobio και Gamaleyea (Folegatti et al., 2020). Μια τρίτη κατηγορία εμβολίων είναι τα πρωτεϊνικά εμβόλια που χρησιμοποιούν μια μορφή της πρωτεΐνης S

του ιού απ' ευθείας, η οποία προκαλεί την παραγωγή αντισωμάτων (εμβόλιο Sanofi) (Folegatti et al., 2020).

Τόσο τα εμβόλια mRNA, όσο και τα εμβόλια αδενομεταφορέα, χρησιμοποιούνται για πρώτη φορά σαν τεχνολογίες παραγωγής εμβολίων, ωστόσο έχουν μεγάλο πλεονέκτημα όσον αφορά στην ευκολία παραγωγής τους και μπορούν να βοηθήσουν τον περιορισμό της πανδημίας ταχύτερα σε σχέση με τα εμβόλια των κλασικών τεχνικών που βρίσκονται σε πρώιμα στάδια μελέτης.

Οι σημαντικότερες προκλήσεις που καλείται να αντιμετωπίσει σήμερα η επιστημονική κοινότητα σχετικά με την εφαρμογή των εμβολιαστικών προγραμμάτων είναι η ανοσοποίηση του μεγαλύτερου ποσοστού του πληθυσμού των αναπτυσσόμενων χωρών, η ανακάλυψη νέων τεχνολογιών για την κατασκευή εμβολίων και η εξάλειψη νόσων όπως η COVID-19 (Greenwood et al., 2014). Περαιτέρω, μεγαλύτερη έμφαση δίνεται στην ασφάλεια, την προσβασιμότητα και τη διαθεσιμότητα των εμβολίων (Stern et al., 2005).

2.2 Βιοηθική και εμβολιασμοί

2.2.1 Η Βιοηθική στα πλαίσια του εμβολιασμού του υγειονομικού προσωπικού

Η προσέγγιση της πανδημίας μέσα από το πρίσμα της Βιοηθικής, αποτέλεσε έναν από τους βασικούς άξονες στην εποχή της πανδημίας. Ουσιαστικά κάθε ολοκληρωμένη προσπάθεια στο πεδίο των επιστημών υγείας πρέπει να έχει τη βάση της στην Ηθική αφενός γιατί στη σύγχρονη επιστημονική πραγματικότητα γίνεται όλο και πιο κατανοητό ότι ο προβληματισμός σε σχέση με τις ηθικές προεκτάσεις της υγείας παίζει σημαντικό ρόλο στις εξελίξεις και την πρόοδο, αφετέρου στην πραγματικότητα, στο χώρο των επιστημών υγείας, το σύνολο των εργαζομένων καταβάλλουν μέσω της εργασίας τους μια ηθική προσπάθεια (Kuhse et al., 2015, Prainsack et al., 2012). Η αναζήτηση της ηθικής λύσης στα προβλήματα που σχετίζονται με τα θέματα υγείας είναι μια διαδικασία πολύπλοκη που επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες. Η διαφορά ανάμεσα στο ηθικό και στο μη ηθικό, είναι ιδιαίτερα δυσδιάκριτη στις επιστήμες που

έχουν σαν αντικείμενο την βελτίωση της ποιότητας υγείας του ανθρώπου (Kuhse et al., 2015).

Η Βιοηθική αποτελεί έναν διεπιστημονικό κλάδο που «αποσκοπεί κυρίως στην ηθική ανάλυση των νέων καταστάσεων υπογραμμίζοντας τις επιπτώσεις για τον άνθρωπο της ανεξέλεγκτης τεχνο-επιστημονικής έρευνας και πρακτικής». (Δραγώνα Μονάχου 2002).

Η Βιοηθική, ως προς το φιλοσοφικό της μέρος, γίνεται κατανοητή ως εφαρμοσμένη ηθική, δηλαδή ως εφαρμογή γενικών αρχών και κανόνων σε προβλήματα παροχής φροντίδας υγείας, θεραπευτικής πρακτικής και επιστημονικής έρευνας αλλά και στον τρόπο με τον οποίο αυτά εκφράζονται με τη διαμόρφωση πολιτικών. Η Βιοηθική δεν προσφέρει συγκεκριμένες λύσεις και απαντήσεις σε συγκεκριμένα προβλήματα. Ο ρόλος της συνίσταται σε μια μεθοδολογία σκέψης και ένα σύστημα λογικών στοχασμών και συλλογισμών, βάσει των βασικών της αρχών και θεωριών και στην ουσιαστική εκπαίδευση των επιστημόνων υγείας έτσι ώστε να κρίνουν με αναλυτικό πνεύμα τις παραδοχές και τα επιχειρήματα που βρίσκονται κάτω από τη λήψη κάθε σχετικής απόφασης. Με την έννοια «αρχές» υποδηλώνεται μια σειρά κανονιστικών κριτηρίων συμπεριφοράς τα οποία αποτελούν τη βάση για τη διαμόρφωση μίας ηθικής προσέγγισης στο χώρο της υγείας και των βιοϊατρικών επιστημών γενικότερα, ένα χώρο στον οποίο καθημερινά εγείρονται σημαντικά ηθικά διλήμματα. Στη διαδικασία απάντησης αυτού του ερωτήματος υπεισέρχονται οι τέσσερις βασικές αρχές, οι οποίες δεν είναι απόλυτες αλλά συνιστούν σημεία αφετηρίας που χρήζουν περαιτέρω ανάλυσης και ερμηνείας. Έχουν δεσμευτικό χαρακτήρα εκτός εάν έρχονται σε σύγκρουση μεταξύ τους, οπότε είναι απαραίτητη μία εξισορρόπηση των μειονεκτημάτων και των πλεονεκτημάτων της συγκεκριμένης προσέγγισης. (Gillon 1985).

Σύμφωνα με τους θεμελιωτές των τεσσάρων αρχών της Βιοηθικής, Beauchamp και Childress η κριτική ανάλυση και η ηθική δικαιολόγηση στη Βιοηθική ακολουθούν ένα ιεραρχικό σχήμα, το οποίο αν και μοιάζει απλοϊκό, δείχνει ότι η διαδικασία συλλογισμού ακολουθεί διαδοχικά επίπεδα: οι κρίσεις για το τι πρέπει ή όχι να γίνει σε μια συγκεκριμένη κατάσταση δικαιολογούνται, δηλαδή υποστηρίζονται, από συγκεκριμένους κανόνες, οι οποίοι με τη σειρά τους δικαιολογούνται από αρχές που

και αυτές στηρίζονται σε ηθικές θεωρίες (σύνολα αρχών και κανόνων που συνδέονται συστηματικά μεταξύ τους). (Beauchamp 1983)

Οι βασικές αρχές της Βιοηθικής εκφράζουν κανόνες προστασίας του ατόμου στο σύγχρονο πλαίσιο των ραγδαίων βιοϊατρικών εξελίξεων και συνιστούν μια απάντηση στο ερώτημα " πως θέλουμε να είναι η ανθρωπότητα;". Συμβάλουν με τον τρόπο αυτό στη διαμόρφωση μιας ευρωπαϊκής πολιτικής βασιζόμενης στα ανθρώπινα δικαιώματα. Ο ρόλος των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της βιοηθικής είναι αλληλοσυμπληρούμενος καθώς συγκλίνουν σε πολλά σημεία. Η παραβίαση των κανόνων της ιατρικής ηθικής συνιστά συχνά και παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων (π.χ. ιατρικό απόρρητο και προστασία της ιδιωτικότητας) γεγονός που οδηγεί στη διαπίστωση πως συχνά, όπου παραμελείται το ένα παραμελείται και το άλλο. Σε κάθε περίπτωση, η σχέση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων με την υγεία είναι μια σχέση αμφίδρομη, καθώς η προαγωγή και η προστασία του ενός, συμβαδίζει και συμπληρώνει την προαγωγή και την προστασία του άλλου. Οι παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων μπορούν να έχουν συνέπειες στην υγεία ενώ ο σχεδιασμός και ο τρόπος εφαρμογής των πολιτικών υγείας μπορεί να παραβιάζουν τα ανθρώπινα δικαιώματα. (Μεράκου και συν. 1999, Rendtorff 2002, Last 1994)

Ο σκοπός της βιοηθικής είναι να προσφέρει εργαλεία και καθοδήγηση στους επαγγελματίες υγείας σχετικά με ηθικά ζητήματα που μπορεί να προκύψουν στην καθημερινή κλινική πρακτική. Με αυτό τον τρόπο τίθενται τα θεμέλια για επικοινωνία, όταν οι απόψεις περί ηθικής δεν συμπίπτουν. Στις δημοκρατικές κοινωνίες, ανάμεσα στον πλουραλισμό απόψεων σχετικά με την ηθική διάσταση ενός θέματος, είναι απαραίτητο να υπάρξει θέσπιση κανόνων και διατάξεων οι οποίες να διασφαλίζουν την ακεραιότητα της δημόσιας υγείας. (Veatch et al. , 2016).

Στη σύγχρονη ιατρική πρακτική όπου η τεχνολογία χρησιμοποιείται με αυξανόμενο ρυθμό, η βιοηθική έχει επεκταθεί και στην έννοια της ορθής χρήσης της τεχνολογίας, όταν αυτή εφαρμόζεται είτε για προληπτικούς είτε για θεραπευτικούς σκοπούς. Κάθε νέα ανακάλυψη στον τομέα των βιοεπιστημών, μπορεί να "διαταράξει" τα δεδομένα σχετικά με τη ζωή ή την ασθένεια καθώς και την ηθική της ζωής. Στο βιβλίο "Bioethics: A bridge to the Future", ο Αμερικανός καθηγητής ογκολογίας και ιολογίας Van Rensselaer Potter, είχε ήδη από το 1971 προτείνει μία νέα προοπτική της βιοηθικής, σύμφωνα με την οποία η βιοηθική παρουσιάζεται σαν γέφυρα που ενώνει τις φυσικές

και τις ανθρωπιστικές επιστήμες ώστε να επιλυθούν προβλήματα που θα προκύψουν από την αλληλεπίδρασή τους. Περαιτέρω, στο βιβλίο του ίδιου συγγραφέα «Global Bioethics: building on the Leopold legacy», η βιοηθική ορίζεται ως μια νέα επιστήμη που δημιουργείται από τον συνδυασμό των βιολογικών επιστημών με τις ανθρωπιστικές γνώσεις. Σύμφωνα με τον ορισμό αυτό, η βιοηθική θέτει ένα σύστημα αρχών και κανόνων που πρέπει να διέπουν την εφαρμογή της τεχνολογίας στις βιολογικές επιστήμες, ώστε να είναι ηθικά αποδεκτή (Hails et al., 2004, Callahan et al., 2012). Άλλωστε η σημασία της σύνδεσης της βιοηθικής με την τεχνολογία, φαίνεται επίσης από το γεγονός ότι ο όρος «βιοηθική» άρχισε να χρησιμοποιείται με αρκετά μεγάλη συχνότητα κατά τη δεκαετία του 1980, όταν δηλαδή έγιναν τεχνολογικές ανακαλύψεις που έδωσαν τη δυνατότητα στον άνθρωπο να κάνει περισσότερες παρεμβάσεις στη βιολογία των ανθρώπων, αλλά και στη βιολογία των φυτών και των ζώων.

Στη σύγχρονη εποχή, οι εξελίξεις στον τομέα της τεχνολογίας και της ιατρικής έχουν λάβει τέτοια έκταση ώστε η ανάγκη συμμόρφωσης με κανόνες και αξίες οι οποίες να υπηρετούν τον άνθρωπο και το κοινωνικό σύνολο, καθίσταται ακόμη πιο επιτακτική. Τέτοιου είδους κοινοί κανόνες είναι η προστασία της ελευθερίας και της ζωής, αλλά ταυτόχρονα η διατήρηση της αξίας της προόδου της τεχνολογίας και της επιστήμης. Η διαδικασία των κλινικών δοκιμών μιας νέας θεραπείας ή ενός νέου φαρμάκου, παράδειγμα με θεμελιώδη σημασία στην τρέχουσα πανδημία, αποτελεί ένα χαρακτηριστικό πεδίο όπου συνυπάρχουν η αβεβαιότητα της χρησιμότητας των δοκιμαζόμενων φαρμακευτικών ουσιών, και από την άλλη η αναγκαιότητα προόδου της ιατρικής επιστήμης η οποία δεν μπορεί να επέλθει, εάν δεν δοκιμαστούν νέες θεραπείες και νέα φάρμακα. Όμως ο πειραματισμός αυτός, ορμώμενος από την αρχή της ωφέλειας (ευεργεσίας) πρέπει παράλληλα να μην αντιτίθεται στην αρχή της μη βλάβης, και κατά συνέπεια, κάθε τέτοια ερευνητική διαδικασία πρέπει να γίνεται μέσα στα ηθικά, νομικά και δεοντολογικά εκείνα πλαίσια τα οποία μπορούν να αποτελέσουν εγγύηση για το σεβασμό της αυτονομίας του κάθε ατόμου και της αξίας της ανθρώπινης ζωής. Γίνεται αντιληπτό ότι ο στόχος της βιοηθικής δεν είναι ο περιορισμός της τεχνολογίας, αλλά αντίθετα, η οριοθέτησή της υπό τη βάση μιας σειράς κανόνων που έχουν διαμορφωθεί εδώ και δεκαετίες ως προς την ορθή διεξαγωγή της επιστημονικής έρευνας. (Robertson et al., 2004, Baker et al., 2013)

Η ανάπτυξη της τεχνολογίας, παρέχει στους επαγγελματίες υγείας τη δυνατότητα να παρέμβουν σε όλο και περισσότερα πεδία της ζωής του ανθρώπου, γεγονός που καθιστά περισσότερο πολύπλοκα τα ηθικά ζητήματα που καλούνται να αντιμετωπίσουν. (Macer et al., 1995).

2.2.2 Η έννοια της υποχρεωτικότητας των εμβολιασμών

Οι εμβολιασμοί, όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενα κεφάλαια, αποτελούν μία από τις σημαντικότερες μεθόδους ιατρικής παρέμβασης που επικεντρώνεται στην πρόληψη των ασθενειών. Οι εκστρατείες εμβολιασμού αποτελούν τμήμα της πολιτικής προστασίας της δημόσιας υγείας και έχουν τη δυνατότητα να σώσουν πολυάριθμες ζωές, κυρίως μέσω της αποφυγής μετάδοσης μολυσματικών ασθενειών. Τα βασικότερα επιχείρημα των εμβολιαστικών προσπαθειών και του εμβολιαστικού προγραμματισμού σε μαζικό επίπεδο, είναι η διασφάλιση και η επικράτηση της συλλογικής ανοσίας, της κατάστασης κατά την οποία το σύνολο ενός πληθυσμού, προστατεύεται από τη μόλυνση από έναν παθογόνο παράγοντα, μέσω της παρουσίας ατόμων που είναι ανοσολογικά προστατευμένα μέσα στον πληθυσμό αυτό. Με τον τρόπο αυτό, η αλυσίδα μετάδοσης των μολυσματικών ασθενειών σπάει, ενώ περιορίζεται ταυτόχρονα και το συνολικό ποσοστό θνησιμότητας λόγω της ασθένειας (Heymann et al, 2006, Gianfredi et al., 2021).

Η εφαρμογή ενός μέτρου όπως είναι ο υποχρεωτικός εμβολιασμός, πέρα από τα πλεονεκτήματα που παρουσιάζει, εγείρει και σημαντικά ζητήματα που εμπίπτουν στα πλαίσια της βιοηθικής και πιο συγκεκριμένα, ζητήματα τα οποία αφορούν στην προσωπική αυτονομία και στην προσωπική αυτοδιάθεση. Η προστασία της αυτοδιάθεσης και της προσωπικής αυτονομίας αποτελούν εκφάνσεις βασικών δικαιωμάτων τα οποία πρέπει να διασφαλίζονται στις σύγχρονες κοινωνίες και τα οποία κατοχυρώνονται στο Σύνταγμα στο άρθρο 5 που αναφέρεται στην προστασία της ανάπτυξης της προσωπικότητας, στο άρθρο 2 που αναφέρεται στην προστασία και στη διασφάλιση της αξίας του ανθρώπου και στο άρθρο 7 που αναφέρεται στη διασφάλιση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Η αναφορά του Συντάγματος στις έννοιες της αυτοδιάθεσης και της αυτονομίας δείχνει ότι δίνεται ιδιαίτερη σημασία σε αυτές,

και ο πιθανός περιορισμός αυτών, ακόμη και από ιατρικές πράξεις, πρέπει να γίνεται με βάση μια σειρά από επιχειρήματα που να στέκουν ηθικά (Λεάνδρου, 2017).

Είναι δεδομένο ότι η διενέργεια οποιασδήποτε ιατρικής πράξης, συμπεριλαμβανομένου και του εμβολιασμού, γίνεται μόνο μετά από συναίνεση του ασθενή, και αφού έχει προηγηθεί διεξοδική ενημέρωσή του. Συνεπώς, έχει διατυπωθεί η άποψη ότι η αναγκαστική επιβολή εμβολιασμού ώστε να εξασφαλιστεί μεγαλύτερο ποσοστό συμμετοχής ατόμων που εμβολιάζονται στο γενικό πληθυσμό, δεν πρέπει να συντελείται σε κοινωνίες που διέπονται από τις αρχές της δημοκρατίας (Asveld et al., 2008). Θα πρέπει επίσης να τονιστεί ότι η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, με βάση τη Σύσταση που κοινοποίησε στις 26/05/2015 με τίτλο «Εμβολιασμοί σε παιδιά» υπογραμμίζει την προϋπόθεση της συναίνεσης του υπό εμβολιασμό προσώπου, πριν τη διενέργεια της διαδικασίας του εμβολιασμού (Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Σύσταση 2015). Μάλιστα, γίνεται ειδική αναφορά στα παιδιά, στα οποία η συναίνεση πρέπει να προέρχεται από τους γονείς, αφού έχουν ενημερωθεί για το συγκεκριμένο εμβόλιο από τον γιατρό ή τον παιδίατρό τους. Καταγράφεται ρητά, ότι δεν μπορεί να γίνει παράκαμψη της εκφρασμένης βούλησης των γονέων και να εμβολιαστεί ένα παιδί. Ωστόσο, υπάρχει και αντίλογος σε σχέση με τη συγκεκριμένη Σύσταση της Επιτροπής, αφού η συγκεκριμένη ιατρική πράξη γίνεται με βάση την μέριμνα, και το αντικειμενικό συμφέρον του παιδιού. Δε θα πρέπει επίσης να παραλείψουμε το γεγονός ότι μια εμβολιαστική εκστρατεία, στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό στην ορθότητα και εγκυρότητα της ενημέρωσης, πάνω στην οποία στηρίζονται οι γονείς για να λάβουν την απόφαση για τον εμβολιασμό των παιδιών τους (Pywell et al., 2000, Λεάνδρου, 2017).

Στην προσπάθεια αξιολόγησης της έννοιας του υποχρεωτικού εμβολιασμού, πρέπει αρχικά να γίνει ο ορισμός της έννοιας της υποχρεωτικότητας στη συγκεκριμένη περίπτωση. Υποχρεωτικότητα υπάρχει όταν κάτι είναι επιβεβλημένο, όταν δηλαδή δεν αφήνεται περιθώριο επιλογής στο άτομο. Η υποχρέωση του εμβολιασμού σε μια κοινωνία έχει ευρύ φάσμα επιλογών, από την προαιρετική εφαρμογή του μέχρι και τον υποχρεωτικό εμβολιασμό. Στην περίπτωση του προαιρετικού εμβολιασμού το κράτος μπορεί να μην καλύπτει τα έξοδα για την αγορά του σκευάσματος (π.χ. εμβόλιο μηνιγγίτιδας στην Ελλάδα), ενώ σε περιπτώσεις υποχρεωτικότητας μπορεί να επιβάλει τον εμβολιασμό χωρίς να υπάρχουν εξαιρέσεις. Η έννοια της υποχρεωτικότητας στις δημοκρατικές κοινωνίες σε καμία περίπτωση δεν περιλαμβάνει τον εμβολιασμό, αλλά σημαίνει ότι ο κρατικός μηχανισμός, μπορεί με διαφορετικούς τρόπους να προτρέψει

τους πολίτες στην συναίνεση της ιατρικής πράξης, με σκοπό τη μεγαλύτερη κάλυψη του γενικού πληθυσμού από το εμβολιαστικό πρόγραμμα.

Σε διεθνή κλίμακα, οι αρχές δημόσιας υγείας επιστρατεύουν πολλαπλούς μηχανισμούς για να κάμψουν την εμβολιαστική άρνηση ή για να περιορίσουν τον εφησυχασμό του γενικού πληθυσμού απέναντι στην επικινδυνότητα της διάδοσης μια μολυσματικής ασθένειας. Μέσω αυτών των μηχανισμών, οι οποίοι συμπεριλαμβάνουν και μηχανισμούς ελέγχου, η παράλειψη του εμβολιασμού γίνεται δυσκολότερη, ενώ ο εμβολιασμός συνδέεται με την παροχή κάποιου δημόσιου αγαθού, όπως η εκπαίδευση των παιδιών ή επιπλέον οικονομικά κίνητρα. Στην περίπτωση της σύνδεσης της υποχρεωτικότητας με τον χώρο της εκπαίδευσης, κυρίως τα σχολεία, είναι απαραίτητος ο πλήρης εμβολιασμός του παιδιού, σύμφωνα με το κρατικό εμβολιαστικό πρόγραμμα, προκειμένου να του επιτραπεί η εγγραφή στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Ο συγκεκριμένος τρόπος έμμεσης επιβολής εμβολιασμού χρησιμοποιείται από αρκετές χώρες όπως για παράδειγμα από την Ελλάδα, τις ΗΠΑ, την Ιταλία, τη Γερμανία και τη Γαλλία. Στην περίπτωση της οικονομικής επιβράβευσης, παρέχονται φοροαπαλλαγές και οικονομικές παροχές στους γονείς που εμβολιάζουν τα παιδιά τους ή στους ενήλικες που εμβολιάζονται. Η τακτική της παροχής των οικονομικών κινήτρων χρησιμοποιείται κυρίως στην Αυστρία και την Αυστραλία (Grzybowski et al., 2017).

Στο σχεδιασμό για την υποχρεωτικότητα του εμβολιασμού, σημαντικό ρόλο παίζει και η ύπαρξη εξαιρέσεων. Στο σύνολο των χωρών που εφαρμόζουν πολιτικές υποχρεωτικότητας εμβολιασμών, υπάρχουν και αντίστοιχες εξαιρέσεις για ιατρικούς λόγους. Οι ιατρικοί λόγοι αφορούν κυρίως εκδήλωση αλλεργικών παρενεργειών σε προηγούμενους εμβολιασμούς. Από την άλλη πλευρά, οι εξαιρέσεις οι οποίες βασίζονται σε προσωπικούς, ηθικούς και θρησκευτικούς λόγους δεν είναι πάντα αποδεκτές. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η πολιτεία της Καλιφόρνια στις ΗΠΑ, στην οποία μέχρι το 2016, γίνονταν δεκτές εξαιρέσεις από εμβολιασμό για μη ιατρικούς λόγους. Ωστόσο από το 2016 και μετά, λόγω της μείωσης στα ποσοστά των πολιτών που ακολουθούσαν το εμβολιαστικό πρόγραμμα της πολιτείας, αλλά και την αύξηση του επιπολασμού μολυσματικών ασθενειών όπως η ιλαρά, η πολιτεία αποφάσισε δια νόμου να κάνει δεκτές μόνο ιατρικές εξαιρέσεις (Conis et al, 2019).

Από τα παραδείγματα και τα γεγονότα που παρουσιάστηκαν στις παραπάνω παραγράφους, γίνεται αντιληπτό, ότι ο υποχρεωτικός εμβολιασμός δεν είναι

ουσιαστική επιβολή του εμβολιασμού. Αντίθετα, είναι ένα σύνολο μέτρων τα οποία οδηγούν το άτομο είτε στον εμβολιασμό είτε στην παράλειψή του με επικείμενες συνέπειες. Σε επίπεδο βιοηθικής, το άτομο δεν στερείται το δικαίωμα της επιλογής, αλλά γίνεται τροποποίηση των περιθωρίων επιλογής του ανάλογα με τα υπάρχοντα μέτρα. Η ευκολία ή η δυσκολία απόκλισης από τα εμβολιαστικά προγράμματα επηρεάζεται από πλήθος παραγόντων όπως είναι η επανεξέταση των εξαιρέσεων ανά τακτά χρονικά διαστήματα στη ζωή του πολίτη, η επιβολή χρηματικού προστίμου κατά την παράλειψη εμβολιασμού, αλλά και το ύψος, η συχνότητα και ο τρόπος πληρωμής του προστίμου (Millar et al., 2022, Gualano et al., 2019).

Γίνεται επομένως αντιληπτό, ότι οι μέχρι τώρα προσπάθειες και τα μέτρα επιβολής του υποχρεωτικού εμβολιασμού στο γενικό πληθυσμό, δεν αντιτίθενται στις βασικές αρχές της βιοηθικής. Ο σκοπός είναι η δημιουργία μιας εμβολιαστικής ρουτίνας, αφού ακόμη και στις πιο ακραίες περιπτώσεις υποχρεωτικότητας, όπως αυτή επιβάλλεται από τα κράτη (π.χ. Καλιφόρνια ή Ιταλία), η αυξημένη πίεση έχει τη βάση της στην αυξημένη επικινδυνότητα της υγειονομικής κατάστασης και στην προσπάθεια να ληφθούν μέτρα αποφυγής εξάπλωσης ιογενών νόσων σε μικρό χρονικό ορίζοντα (Gualano et al., 2019).

Στην εκτίμηση της υποχρεωτικότητας του εμβολιασμού, σημαντικό ρόλο παίζει και ο παράγοντας της κοινωνικής συναίνεσης ή η αποδοχή των μέτρων της πολιτείας σχετικά με την υποχρεωτικότητα του εμβολιασμού από το κοινωνικό σύνολο. Υπάρχουν περιπτώσεις όπου το κοινωνικό σύνολο συμμετέχει στην εμβολιαστική προσπάθεια και το γεγονός αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την πληθυσμιακή ανοσία. Σε αντίθετες περιπτώσεις, όταν τα ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης είναι ιδιαίτερα χαμηλά ή αν εκφράζονται αντιδράσεις από σημαντικά ποσοστά του πληθυσμού, η εμβολιαστική πολιτική πρέπει να επανεξεταστεί (Meng et al, 2022).

2.2.3 Υποχρεωτικός εμβολιασμός κατά της νόσου COVID-19

Οι πιο σύγχρονες μέθοδοι υποχρεωτικού εμβολιασμού, υποχρεώνουν τον εμβολιασμό των πολιτών ή μιας συγκεκριμένης υπο-ομάδας του γενικού πληθυσμού, μέσω άμεσης ή έμμεσης απειλής υιοθέτησης περιορισμών σε περιπτώσεις μη συμμόρφωσης με το εμβολιαστικό πρόγραμμα. Στην τυπική τους μορφή, οι εμβολιαστικές πολιτικές

επιτρέπουν έναν περιορισμένο αριθμό εξαιρέσεων οι οποίες αναγνωρίζονται από το αντίστοιχο κανονιστικό πλαίσιο (π.χ. ιατρικές αντενδείξεις ως προς τον εμβολιασμό). Όπως έχει ήδη αναφερθεί παραπάνω για τους εμβολιασμούς γενικότερα, παρά τη χρήση του όρου «υποχρεωτικός εμβολιασμός», δεν είναι στην πραγματικότητα εξαναγκαστικός, δηλαδή δεν επιβάλλεται δια της βίας και σε περίπτωση μη συμμόρφωσης ο πολίτης δεν διώκεται ποινικά. Ο «υποχρεωτικός εμβολιασμός» με την έννοια που ορίζεται στη συγκεκριμένη παράγραφο είναι το αντικείμενο για το οποίο θα αναλυθεί περαιτέρω στην παρούσα εργασία, η οποία αφορά στη στάση των επαγγελματιών υγείας και στα βιοηθικά διλήμματα που πηγάζουν από το συγκεκριμένο φαινόμενο, καθώς οι πολιτικές του Υποχρεωτικού Εμβολιασμού (ΥΕ), περιορίζουν αρκετά τις προσωπικές επιλογές του καθενός αφού καθιστούν τον εμβολιασμό απαραίτητη προϋπόθεση για την άσκηση του δικαιώματος των ατόμων στην εργασία. Οι πολιτικές ΥΕ των υγειονομικών υπαλλήλων, εφαρμόστηκαν σε αρκετές χώρες κατά την περίοδο της πανδημίας, παρά το γεγονός ότι ο ΠΟΥ τάχθηκε από την αρχή της κατά της εφαρμογής τέτοιων πολιτικών και υπέρ της σωστής ενημέρωσης, πάνω στην οποία μπορεί να βασιστεί μια εμβολιαστική εκστρατεία. Αντίστοιχη βάση δόθηκε και στη διαθεσιμότητα των εμβολίων η οποία δεν είναι η ίδια για όλες τις χώρες. (WHO 2020, Gravagna et al., 2020, WHO 2021).

Το ζήτημα του υποχρεωτικού εμβολιασμού βεβαίως δεν είναι καινούριο. Οι Galanakis et al. σε μία αναλυτική προσέγγιση έχουν ήδη αναφερθεί σε ορισμένα πρακτικά ζητήματα υπέρ και κατά του υποχρεωτικού εμβολιασμού των επαγγελματιών υγείας ως μέσο προστασίας της υγείας των ασθενών, τα οποία περιλαμβάνουν την αποτελεσματικότητα των εμβολίων, την αναγκαιότητα αυτών, την αίσθηση ασφάλειας, τα διοικητικά θέματα, το κόστος, τον εξαναγκασμό, τις πολιτικές ελευθερίες και την πιθανή βλάβη (Galanakis et al, 2013).

Η Ιταλία ήταν η πρώτη Ευρωπαϊκή χώρα που έκανε υποχρεωτικό τον εμβολιασμό των επαγγελματιών υγείας τον Απρίλιο του 2021. Το Αύγουστο του 2021 94,4% των επαγγελματιών υγείας στην Ιταλία ήταν πλήρως εμβολιασμένοι. Στην Ελλάδα έως τον Ιούλιο του 2021 το 26,4% μεταξύ γιατρών, νοσηλευτών, εργαστηριακών κλπ. παρέμεναν ανεμβολίαστοι, παρά την προτεραιότητα που δόθηκε στον εμβολιασμό τους, χωρίς να διαφαίνεται βελτίωση στο ποσοστό αυτό τους τελευταίους δύο μήνες. Την ίδια περίοδο στην Γαλλία οι εργαζόμενοι στην υγεία που εμβολιάστηκαν πλήρως έφταναν περίπου το 50% και αυτοί με μία δόση το 66,7%. Κρίθηκε, με βάση τα

ανωτέρω, αναγκαία η υποχρέωση του ιατρικού και παραϊατρικού πληθυσμού να προβούν σε εμβολιασμό έναντι της SARS-COV-2. Έτσι τον ίδιο μήνα με τον ν. 4820/2021 η Ελλάδα προχώρησε στον υποχρεωτικό εμβολιασμό και την αναστολή εργασίας σε ανεμβολίαστους υγειονομικούς. Η Γαλλία ακολούθησε τον Αύγουστο του ίδιου έτους. Τα ποσοστά εμβολιασμού ένα μήνα μετά την ανακοίνωση της υποχρεωτικότητας έφτασαν στην Ελλάδα το 82,5% για τους πλήρως και το 87,9% για τους εμβολιασμένους με μία δόση. Παρομοίως και στην Γαλλία τα ποσοστά εμβολιασμένων πλήρως ή με μία δόση αυξήθηκαν σε 86,6% και 92% αντίστοιχα. Λίγους μήνες αργότερα Ελλάδα και Γαλλία επίσης άγγιξαν ποσοστά εμβολιασμένων πάνω από 90%. (unpublished data Maltezos 2022).

Οι νόμοι και οι νομικές αιτιολογίες σχετικά με τον ΥΕ, διαφέρουν ανάλογα με τη δικαιοδοσία και τις αρμοδιότητες, καθώς και ανάλογα με την πληθυσμιακή ομάδα στην οποία απευθύνονται και βέβαια η νομική υποχρέωση απέναντι στον εμβολιασμό, είναι διαφορετική από την ηθική υποχρέωση (Maltezos et al., 2019).

2.2.4 Οι έννοιες της άρνησης και διστακτικότητας

Οι έννοιες «φραγμοί και διστακτικότητα έναντι του εμβολιασμού» περιλαμβάνουν όχι μόνο σκέψεις γύρω από την αποτελεσματικότητα του εμβολίου και την ασφάλειά του, ιατρικές αντενδείξεις, θρησκευτικές πεποιθήσεις, και συνειδητή άρνηση, αλλά επίσης και ενόχληση/ δυσκολία/ αίσθηση του να αισθάνεται το άτομο άβολα να δεχθεί τον εμβολιασμό, ή/ και υποεκτίμηση της πιθανότητας έκθεσης του ατόμου στη μόλυνση αλλά και της δυνατότητας για περαιτέρω μετάδοση, καθώς επίσης και η πίστη ότι η νόσος μπορεί να είναι ήπια ή χρήσιμη ή ακόμη και μεταδιδόμενη από το εμβόλιο. (Galanakis et al, 2013). Η διστακτικότητα έναντι στον εμβολιασμό ορίζεται ως η καθυστέρηση της αποδοχής ή η άρνηση εμβολιασμού παρά την διαθεσιμότητα και την παροχή των εμβολίων και παραμένει ένα διαβρωτικό πρόβλημα δημόσιας υγείας ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας παγκοσμίως. Η αποδοχή των καινοφανών εμβολίων έναντι της COVID-19 νόσου υπογραμμίζει την ενδεχόμενη επιτυχία των τρεχουσών παγκόσμιων εκστρατειών εμβολιασμού. Η διστακτικότητα στις ομάδες επαγγελματιών υγείας, ειδικότερα, μπορεί να απειλήσει αυτή την επιτυχία μέσω της

θέσης επιρροής που κατέχουν οι επαγγελματίες υγείας ως αξιόπιστες πηγές πληροφοριών σχετικά με τα εμβόλια. Για τον λόγο αυτό οι παράγοντες που οδηγούν τους επαγγελματίες υγείας σε άρνηση εμβολιασμού θα πρέπει να εκτιμηθούν και να γίνουν πλήρως κατανοητοί ώστε να μπορέσουν να καμφθούν. (Leigh et al, 2022). Η μέτρηση και η κατανόηση των παραμέτρων άρνησης εμβολιασμού μεταξύ των επαγγελματιών υγείας αποτελεί πρωτεύον αντικείμενο έρευνας προκειμένου να καταγραφούν οι αμφιβολίες και οι ανησυχίες των αρνητών επαγγελματιών υγείας, καθώς παίζουν σημαντικότατο ρόλο στην προώθηση της αποδοχής του εμβολιασμού από τους ασθενείς. (Wilson et al, 2020).

Είναι σημαντικό να γίνει σαφές στους επαγγελματίες υγείας ότι οι ίδιοι δυνητικά αποτελούν φορείς μετάδοσης της νόσου στους ασθενείς τους. Η κατανόηση και η αποδοχή αυτού μπορεί να αποτελέσει βασικό κίνητρο εμβολιασμού τους. Άλλωστε, και οι κοινότητες/ σύλλογοι των επαγγελματιών υγείας έχουν την ευθύνη να κατευθύνουν τα μέλη τους στις αρετές και την ευπρέπεια των επαγγελμάτων τους και να ανταποκρίνονται στις προσδοκίες του κοινού. Η εμπιστοσύνη του κοινού κλονίζεται αν οι επαγγελματίες υγείας συστήνουν μεν τον εμβολιασμό στους άλλους αλλά όχι στον εαυτό τους. Ο εμβολιασμός συνάδει με τη συλλογική επαγγελματική υποχρέωση και η ανοσοποίηση αποτελεί μέρος της ευθύνης του να είναι κανείς θεραπευτής. Γενικά, οι επαγγελματίες υγείας έχουν ελεύθερα επιλέξει το επάγγελμά τους, γεγονός το οποίο συνεπάγεται την υιοθέτηση συγκεκριμένων επαγγελματικών αρετών και αποδοχή ορισμένου προσωπικού ρίσκου στην παροχή φροντίδας. (Galanakis et al, 2013). Άλλωστε οι αρνητές ιατροί είναι πιθανόν να συστήσουν τον εμβολιασμό στους ασθενείς τους σε μικρότερο ποσοστό και με μικρότερη πίστη/ πεποίθηση συγκριτικά με τους μη-αρνητές (Vergier et al, 2015, Dubé et al., 2013; Bean and Catania, 2013) , όπως επίσης είναι λιγότερο πιθανό να προσπαθήσουν να πείσουν διστακτικούς ασθενείς να εμβολιαστούν (Vergier et al, 2015, Yaqub et al., 2014). Περαιτέρω με μικρότερη ευκολία μπορούν να απαντήσουν σε ερωτήματα των ασθενών σχετικά με την ασφάλεια ή την μετάδοση και έκφραση νόσου από το εμβόλιο (Vergier et al, 2015, Yaqub et al., 2014).

2.2.5 Νομικό Πλαίσιο: τα κύρια σημεία

Ο εμβολιασμός αποτελεί μια ιατρική παρέμβαση, η οποία, όταν συμβαίνει παρά τη θέληση του ατόμου αποτελεί παραβίαση του δικαιώματός του στη φυσική και σωματική του ακεραιότητα, όπως αυτό διατυπώνεται στο άρθρο 8 της Ευρωπαϊκής Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου (ΕΣΔΑ, 1950). Επομένως, εμβολιασμός ο οποίος ενδεχομένως γίνεται παρά τη θέληση του ατόμου, αποτελεί καταπάτηση του άρθρου 8, το οποίο έχει σκοπό να προστατεύσει την ιδιωτική ζωή του ατόμου και κατ' επέκταση, την σωματική και ψυχολογική του ακεραιότητα και την αυτονομία του. Ωστόσο, στο ίδιο άρθρο υπάρχει υποσημείωση σχετικά με εξαιρέσεις σε περιόδους πανδημίας, η οποία έχει ως βάση την προστασία της ζωής άλλων ατόμων. (Schabas et al., 2015)

Ορόσημο στην εφαρμογή αλλά και τη δημιουργία κανονιστικού πλαισίου σχετικά με τους εμβολιασμούς, απετέλεσε στην Ελλάδα, η ίδρυση της Εθνικής Επιτροπής Εμβολιασμών για πρώτη φορά το 1991 με Υπουργική Απόφαση. Πρόκειται ουσιαστικά για την πρώτη προσπάθεια εφαρμογής του εθνικού προγράμματος εμβολιασμού. Το Υπουργείο Υγείας, είναι αυτό το οποίο με βάση τις οδηγίες της Επιτροπής σχεδιάζει το εμβολιαστικό πρόγραμμα που αφορά σε παιδιά- εφήβους αλλά και ενήλικες. Το εμβολιαστικό αυτό πρόγραμμα, προσαρμόζεται ανάλογα με τα επιδημιολογικά δεδομένα κάθε χρόνο, αφού ληφθούν υπ' όψιν τα αντίστοιχα επιστημονικά δεδομένα. Τα εμβόλια που περιλαμβάνονται στον προγραμματισμό του Υπουργείου Υγείας, χορηγούνται δωρεάν με σκοπό την προαγωγή της δημόσιας υγείας και την πρόληψη του γενικού πληθυσμού απέναντι σε μολυσματικές ασθένειες.

Κάποιο είδος υποχρεωτικού εμβολιασμού σε υγειονομικούς είναι αρκετά συχνό φαινόμενο, σε πολλές ανεπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες. Οι Gravagna et al., 2020 αναφέρουν πως 105 από τις 193 χώρες που μελέτησαν είχαν εφαρμόσει ΥΕ και συμπεριελάμβαναν επίσης μέτρα τα οποία απαιτούσαν από τους «ανεμβολίαστους» επαγγελματίες υγείας να παραμείνουν εκτός εργασίας μέχρι να υπάρξει άμβλυνση στην οξεία φάση μετάδοσης μιας επιδημίας. Επιπλέον, στο παρελθόν έχουν εφαρμοστεί και πολιτικές μετάθεσης των υγειονομικών που δεν είχαν εμβολιαστεί, σε περιβάλλοντα τα οποία ήταν χαμηλότερο ρίσκου ως προς τη μετάδοση του ιού αλλά και την επικινδυνότητα για τους ασθενείς (Gostin et al., 2021).

Τέλος, αν λάβουμε υπ' όψιν τα υψηλά ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) των επαγγελματιών υγείας σαν αποτέλεσμα της πανδημίας, αλλά και τις ολέθριες συνέπειες μιας πιθανής έλλειψης ανθρώπινου δυναμικού στο σύστημα υγείας, γίνεται αντιληπτό, ότι οι πολιτικές υποχρεωτικού εμβολιασμού, καθώς επίσης και οι πολιτικές που απαιτούν από τους ανεμβολίαστους υγειονομικούς να παραμείνουν εκτός εργασίας ή οι πολιτικές που δίνουν πρόσβαση σε νοσοκομεία αποκλειστικά σε εμβολιασμένους υγειονομικούς, μπορεί να έχουν σοβαρές αρνητικές συνέπειες σε ένα ήδη υπερφορτωμένο σύστημα υγείας που έχει φτάσει στα όριά του. (Szmyd et al., 2021). Αντίστοιχα, οι πολιτικές οι οποίες απαιτούν από τους επαγγελματίες υγείας να μετατεθούν σε άλλα περιβάλλοντα χαμηλότερης επικινδυνότητας, μπορεί να έχουν παρόμοιες αρνητικές συνέπειες, αφού μπορεί να απομακρύνουν σημαντικούς για τη λειτουργία μιας μονάδας υγείας υγειονομικούς υπαλλήλους. Επιπλέον, είναι αρκετά δύσκολο να γίνει κάποιος διαχωρισμός ανάμεσα σε περιβάλλοντα υψηλού και χαμηλού ρίσκου. (Szmyd et al., 2021).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΣΚΟΠΟΙ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η διερεύνηση των αιτιών άρνησης ή δισταγμού των επαγγελματιών υγείας, και συγκεκριμένα ιατρών και παραϊατρικού προσωπικού, να εμβολιαστούν έναντι του SARS-COV-2 καθώς και των ηθικών ζητημάτων που έχουν προκύψει από την υποχρεωτικότητα του εμβολιασμού με γνώμονα τις Αρχές της Βιοηθικής.

Ο σκοπός της μελέτης αναλύεται περαιτέρω στα ακόλουθα επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα:

ο Ποιες είναι οι αιτίες οι οποίες οδηγούν τους επαγγελματίες υγείας στην άρνηση του εμβολιασμού τους; Διαφοροποιούνται οι αιτίες αυτές ανάλογα με τη χώρα (Ελλάδα), την ειδικότητα, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά; πώς γίνεται αυτή η διαφοροποίηση;

ο Πως αντιτίθεται η άρνηση των επαγγελματιών υγείας στην ηθική τους δέσμευση απέναντι στην ωφέλεια και τη μη βλάβη των ασθενών που αναλαμβάνουν; (άρνηση και αρχή της μη βλάβης ή ωφέλειας)

ο Έχει το δικαίωμα ο επαγγελματίας υγείας να αρνηθεί να συμβάλλει στο κοινό καλό; (άρνηση και διαφάνεια, δημόσια δικαιολόγηση και εμπιστοσύνη στην επιστήμη)

ο Πως περιορίζεται η ατομική ελευθερία του επαγγελματία υγείας από την υποχρεωτικότητα του εμβολιασμού; (δικαίωμα της αυτοδιάθεσης και αρχή της αναγκαιότητας και αναλογικότητας)

ο Ποιο είναι το υπάρχον νομικό και δεοντολογικό πλαίσιο σχετικά με τον υποχρεωτικό εμβολιασμό;

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η παρούσα έρευνα εντάσσεται στην κατηγορία της βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Για το σκοπό της παρούσας Διπλωματικής διενεργήθηκε αναζήτηση δημοσιευμένων επιστημονικών μελετών στις βάσεις δεδομένων επιστημονικής βιβλιογραφίας, PubMed, Cinahl, SCOPUS και COHRANE, χρησιμοποιώντας τις λέξεις κλειδιά: “vaccination”, “fundamental rights”, “pandemic”, “Covid -19”, “healthcare workers”, “bioethics”, “self-determination”, “vaccine hesitancy”, “mandatory”, “bioethical dilemmas” ή συνδυασμό αυτών.

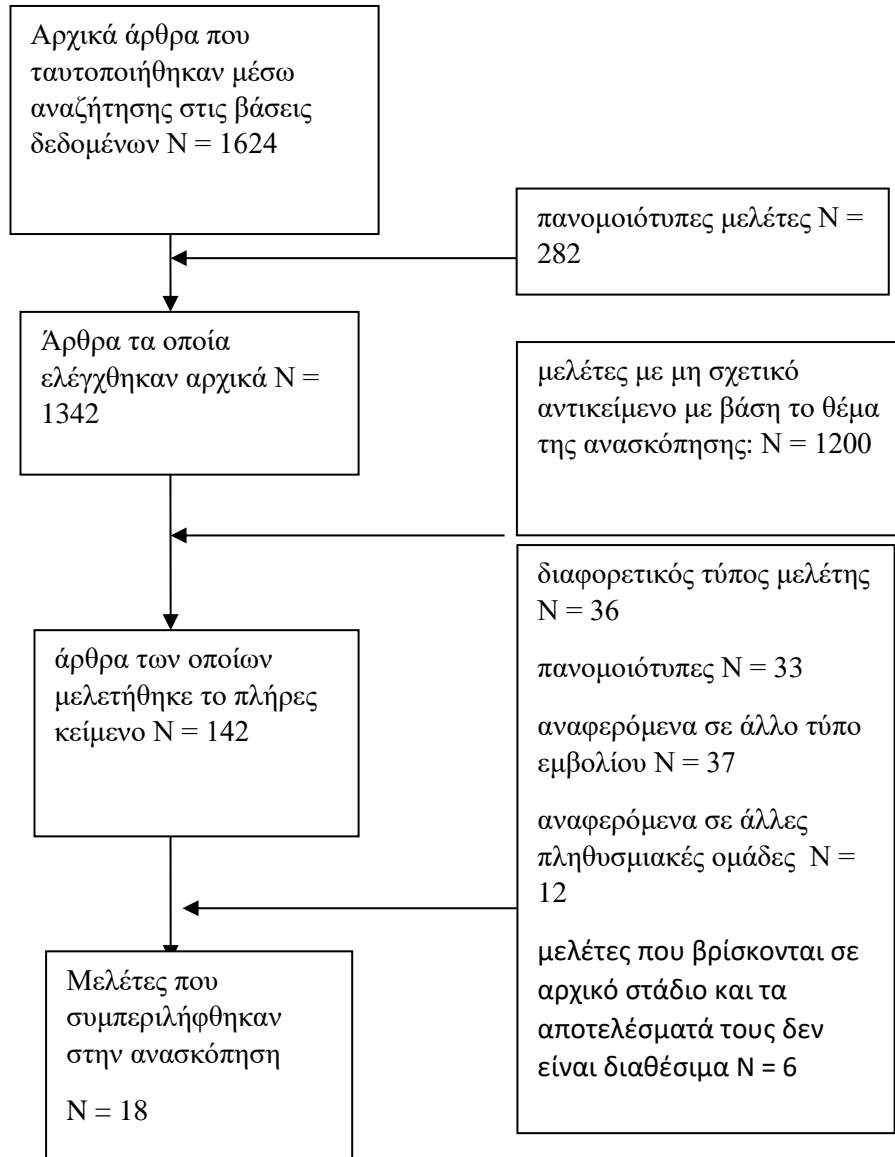
Τα κριτήρια επιλογής των μελετών που συμπεριλήφθηκαν στη βιβλιογραφική ανασκόπηση ήταν;

- το έτος δημοσίευσης,
- η γλώσσα συγγραφής και
- η αναφορά σε εμβόλια κατά του SARS-COV-2

Τα κριτήρια αποκλεισμού των μελετών ήταν:

- δημοσιεύσεις δημοσιευμένες σε άλλες γλώσσες πλην της αγγλικής και της ελληνικής,
- δημοσιευμένες μελέτες σχετικά με την διστακτικότητα έναντι άλλων εμβολίων

Συνολικά συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση 18 μελέτες. Το γράφημα 1 δείχνει διαγραμματικά την μεθοδολογία αξιολόγησης των βιβλιογραφικών αναφορών. Στον πίνακα 1 αναφέρονται οι μελέτες που χρησιμοποιήθηκαν.



Γράφημα 1: Διαγραμματικά η μεθοδολογία αξιολόγησης των βιβλιογραφικών αναφορών. N: 18

Πίνακας 1: Μελέτες που χρησιμοποιήθηκαν (11/2021-04/2022). ΥΕ: Υποχρεωτικός Εμβολιασμός, ΕΥ: Επαγγελματίες Υγείας.

	Όνομα 1 ^ο Συγγραφέα/ΕΤΟΣ	ΤΙΤΛΟΣ	ΕΙΔΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΔΕΙΓΜΑ	ΚΥΡΙΑ ΘΕΜΑΤΑ ΠΡΑΓΜΑΤΕΥΣΗΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ/ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ
1	Berlinger, N. (2020)	Ethical framework for health care institutions responding to novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) guidelines for institutional ethics services responding to COVID-19	Article	Επαγγελματίες Υγείας	Ηθικά ζητήματα	Κατευθυντήριες Οδηγίες
2	Frati, P. (2021)	Compulsory vaccination for healthcare workers in Italy for the prevention of SARS-CoV-2 infection. Vaccines,	Communication	Επαγγελματίες Υγείας	Δισταγμός εμβολιασμού των ευ, επιδημιολογικά δεδομένα, κοινωνικοπολιτική συζήτηση	Υποχρεωτικός εμβολιασμός ευ, ποινή μη συμμόρφωσης, αύξηση ποσοστών εμβολιασμένων.
3	Giubilini, A.. (2022)	Vaccine mandates for healthcare workers beyond COVID-19.	Extended Essay	Επαγγελματίες Υγείας	ΥΕ σε ΕΥ ως προϋπόθεση πρόσληψης/απασχόλησης	Ηθική δικαιολόγηση για την εποχική γρίπη αλλά όχι κατά της covid-19/Μελλοντικά εμβόλια. εναλλακτικές λύσεις/κίνητρα
4	Giubilini, A. (2021).	Vaccination ethics.	Invited Review	Γενικός Πληθυσμός	Ηθικά ζητήματα σχετικά με τις πολιτικές εμβολιασμού. Είναι ανήθικο να μην εμβολιαστεί κάποιος; Ποιες πολιτικές να εφαρμοστούν για την αύξηση του ποσοστού εμβολιασμού; Υπάρχουν ομάδες πληθυσμού που έχουν υψηλότερη ηθική υποχρέωση στον εμβολιασμό;	Είναι σημαντική η αλληλεπίδραση μεταξύ ατομικών, συλλογικών και θεσμικών ευθυνών Σχετικά με τις εμβολιαστικές πολιτικές. Ο ΥΕ δικαιολογείται ηθικά σε περιπτώσεις όπως η πανδημία COVID-19.
5	Gostin, L.O. (2021)	Mandating COVID-19 vaccines	Viewpoint	Γενικός Πληθυσμός / Επαγγελματίες Υγείας	Είναι ο υποχρεωτικός εμβολιασμός νόμιμος και ηθικός;	Ηθική και νομική δικαιολόγηση της υποχρεωτικότητας υπέρ του εμβολιασμού. Εργαζόμενοι, επαγγελματίες υγείας, εκπαιδευτικά ιδρύματα επιδεικνύουν συμμόρφωση στον ΥΕ αυξάνοντας τα ποσοστά εμβολιασμού. Ο ΥΕ μπορεί να φέρει αντίθετα αποτελέσματα κατά την εφαρμογή του στον γενικό πληθυσμό.
6	Gravagna, K. (2020)	Global assessment of mandatory vaccination policies and consequences of non-compliance	Review	Γενικός Πληθυσμός	Ερευνά για επιβολή πολιτικών ΥΕ σε παγκόσμια κλίμακα/ κυρώσεις.	Από τις 193 χώρες που μελετήθηκαν οι 54 επέβαλαν πολιτικές ΥΕ. οι 62 από αυτές επέβαλαν τουλάχιστον μια ποινή μη συμμόρφωσης.
7	Gualano, M.R. (2019)	Knowledge, attitudes and beliefs towards compulsory vaccination: a systematic review	Systematic Review	Γενικός Πληθυσμός / Επαγγελματίες Υγείας	Συστηματική ανασκόπηση μελετών που αξιολογούν τη στάση του πληθυσμού απέναντι στον υποχρεωτικό εμβολιασμό.	Πολυπλοκότητα σε πολλαπλά επίπεδα του θέματος της υποχρεωτικότητας. Οπου εφαρμοστήκαν πολιτικές ΥΕ αυξήθηκε και η αποδοχή τους. Θα πρέπει να ακολουθηθούν στρατηγικές για να βελτιωθεί η στάση και η αποδοχή των ΕΥ: Εκπαίδευση, αποδείξεις σχετικά με την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια των εμβολίων.
8	Horodovenko, V.V. (2021)	Vaccination in the System of Human Rights and Obligations: Impact of the Covid-19 Pandemic.	Review Article	Γενικός Πληθυσμός	Εντοπισμός προβλημάτων στο πλαίσιο του σεβασμού των ανθρωπίνων και πολιτικών δικαιωμάτων και ελευθέρων κατά την επιβολή πολιτικών ΥΕ.	Ο εμβολιασμός ανθρώπινο δικαίωμα και υποχρέωση. όταν τίθεται σε κίνδυνο η ανοσία της αγέλης και η υγεία των πολλών είναι ηθικά σωστή η επιλογή υποχρεωτικότητας.
9	Johnson, N.F. (2020)	The online competition between pro-and anti-vaccination views.	Article	Γενικός Πληθυσμός	Διαμάχη μεταξύ πληθυσμών υπέρ. και κατά του εμβολιασμού	Το αντιεμβολιαστικό κίνημα λαμβάνει διαστάσεις.
10	Leigh, J.P. (2022)	Factors affecting COVID-19 vaccine hesitancy among healthcare providers in 23 countries.	Structured Survey	Επαγγελματίες Υγείας	Κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες που οδηγούν τους ΕΥ σε άρνηση ή/και διστακτικότητα απέναντι στους εμβολιασμούς.	Μέσο και χαμηλό εισόδημα, σε μικρότερο βαθμό νεαρή ηλικία. Οι ανησυχίες αφορούσαν περισσότερο στην ασφάλεια και στις παρενέργειες των εμβολίων και λιγότερο στην αποτελεσματικότητά τους. οι ιατροί ήταν οι λιγότερο διστακτικοί μεταξύ των ΕΥ.

11	Lazer, D. (2021).	The COVID States Project# 62: COVID-19 vaccine attitudes among healthcare workers	Survey	Επαγγελματίες Υγείας	Συμπεριφορά των ΕΥ απέναντι στον εμβολιασμό	Οι ΕΥ είναι πιο ενθουσιώδεις Σχετικά με τον εμβολιασμό σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Η αντίσταση κατά του εμβολιασμού κάμπτεται συγκριτικά με προηγούμενα χρονικά διαστήματα.
12	Giannouchos, T. V (2021)	Mandatory vaccination support and intentions to get vaccinated for COVID-19: Results from a nationally representative general population survey in October 2020 in Greece.	Brief report	Γενικός Πληθυσμός / Επαγγελματίες Υγείας	Υποστήριξη ΥΕ και πρόθεση εμβολιασμού, δημογραφικά, κλινικά και συναφή χαρακτηριστικά	Η πλειονότητα υποστήριξε τον ΥΕ και δήλωσε πρόθεση να εμβολιαστεί. Κυρίως υποστηρικτές άτομα με εμπιστοσύνη στο σύστημα υγείας και στους χειρισμούς του κράτους απέναντι στην πανδημία, που χρησιμοποιούν τις μεθόδους προληπτικής ιατρικής, έχουν υψηλό εισόδημα. Διστακτικότητα λόγω ασφάλειας των εμβολίων και παρενέργειες
13	Navin, M.C. (2022)	COVID-19 Vaccine Hesitancy Among Healthcare Personnel Who Generally Accept Vaccines.	Original paper	Επαγγελματίες Υγείας	Ερευνά τα αίτια διστακτικότητας έναντι των εμβολίων κατά της covid-19	Οι περισσότεροι ΕΥ είναι δεκτικοί Σχετικά με τους εμβολιασμούς. Οι ΕΥ που είναι διστακτικοί απέναντι στα εμβόλια κατά της covid-19 διαφέρουν από αυτούς που είναι διστακτικοί γενικά με όλα τα εμβόλια. Νεαρές γυναίκες, κλινικοί γιατροί που φρόντισαν ασθενείς με covid-19, όχι λευκής φυλής.
14	Panagopoulou, F. (2021)	Mandatory Vaccination during the Period of a Pandemic: Legal and Ethical Considerations in Europe.	Article	Γενικός Πληθυσμός / Επαγγελματίες Υγείας	Η μελέτη εξετάζει το ζήτημα του ΥΕ στην Ευρώπη. Αναλύει το ισχύον ευρωπαϊκό νομικό πλαίσιο και εξετάζει τον ΥΕ στους χώρους εργασίας, την εκπαίδευση και τους χώρους αναψυχής.	Υπό προϋποθέσεις ο ΥΕ δεν παραβιάζει θεμελιώδη δικαιώματα. Εφόσον τηρείται η αρχή της αναλογικότητας αποτελεί υποχρέωση του κράτους
15	Stokel-Walker C. (2021)	Covid-19: The countries that have mandatory vaccination for health workers.	Article	Επαγγελματίες Υγείας	Χώρες που επέβαλλαν ΥΕ στους επαγγελματίες υγείας	πχ Ιταλία, Ιρλανδία, Γαλλία
16	Szmyd, B. (2021)	Attitude and behaviors towards SARS-CoV-2 vaccination among healthcare workers: A cross-sectional study from Poland.	Cross-sectional study	Επαγγελματίες Υγείας	Η θέση των επαγγελματιών υγείας απέναντι στον επικείμενο εμβολιασμό στην πολωνία	Υπήρξε θετική στάση
17	Verger, P. and Dubé, E. (2020)	Restoring confidence in vaccines in the COVID-19 era.	Article	Επαγγελματίες Υγείας	Εμπιστοσύνη απέναντι στα εμβόλια	Ανεύρεση αποτελεσματικών μεθόδων για την ανάκτηση της εμπιστοσύνης στον εμβολιασμό
18	O'Sullivan, S. (2022)	COVID-19 Mandatory Vaccination-Ethical and Human Rights Considerations.	Article	Γενικός Πληθυσμός / Επαγγελματίες Υγείας	Ηθικοί προβληματισμοί απέναντι στον ΥΕ έναντι της COVID-19	Αναγκαιότητα και αναλογικότητα, ασφάλεια και αποτελεσματικότητα των εμβολίων, δημοσία εμπιστοσύνη, ηθική προσέγγιση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

5.1 Αιτίες άρνησης εμβολιασμού κατά της νόσου COVID-19

Είναι σαφείς οι λόγοι για τους οποίους η άρνηση, η διστακτικότητα ή και κάθε μορφής φραγμοί των επαγγελματιών υγείας αποτελούν τροχοπέδη στην αντιμετώπιση και εξάλειψη της πανδημίας. Διάφορες μελέτες έχουν διενεργηθεί προκειμένου να προσεγγίσουν τα αίτια αυτής της ενδογενούς ή εξωγενούς αμφιβολίας έναντι των εμβολίων.

Στη Γαλλία, μετά από επαναλαμβανόμενες αντιθέσεις και συζητήσεις, κάποιος δισταγμός υπάρχει ακόμη απέναντι στον εμβολιασμό μεταξύ των γενικών ιατρών, των οποίων οι συμπεριφορές σύστασης βασίζονται στη δική τους εμπιστοσύνη απέναντι στις αρχές, στη δική τους αντίληψη της χρησιμότητας και του ρίσκου των εμβολίων καθώς και στην άνεσή τους να τα εξηγήσουν. Η διαβρωμένη εμπιστοσύνη απέναντι στις υγειονομικές αρχές, στους ειδικούς και στην επιστήμη φαίνεται ότι εξακολουθεί να αποτελεί αιτία άρνησης σύμφωνα και με άλλες μελέτες, ενώ επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται και με εναλλακτικούς τρόπους άσκησης ιατρικής όπως ομοιοπαθητική ή βελονισμό είναι γενικά ενάντια στον εμβολιασμό. (Vergier et al., 2020, Larson et al., 2011, Benin et al 2006)

Ανησυχίες σχετικά με σοβαρές παρενέργειες που μπορεί να επιφέρει το εμβόλιο, όπως και η ασφάλεια του εμβολίου, η ταχύτητα με την οποία αναπτύχθηκε και το αντιληπτό χαμηλό ρίσκο νόσησης αποτελούν συχνά αναφερόμενους λόγους άρνησης εμβολιασμού (Vergier et al, 2020, Larson et al., 2011). Στη μελέτη των Leigh και συν διερευνήθηκε η συσχέτιση μεταξύ αυτοαναφερόμενης διστακτικότητας και κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων και παραγόντων αντίληψης του εμβολίου έναντι της COVID-19, χρησιμοποιώντας δεδομένα από 3.295 επαγγελματίες υγείας (ιατρούς, νοσηλευτές, εργαζόμενους στον τομέα της υγείας της κοινότητας και άλλους παρόχους φροντίδας υγείας) σε 23 χώρες. Ανάμεσα στους δημογραφικούς παράγοντες, το εισόδημα κάτω του μέσου όρου αποτελεί τον πιο ισχυρό δημογραφικό παράγοντα που σχετίζεται με διστακτικότητα έναντι του εμβολιασμού στο δείγμα και παρέμενε ισχυρός και ανάμεσα στους ιατρούς και στους επαγγελματίες υγείας της κοινότητας. Η

ηλικία αποτελεί επίσης παράγοντα που συσχετίζεται με τη διστακτικότητα, ενώ το φύλο όχι (Leigh et al, 2022), αν και στη μελέτη των Navin et al αναφέρεται μεγαλύτερη διστακτικότητα σε νέες γυναίκες (Navin et al, 2022). Η ανησυχία αν τα διαθέσιμα εμβόλια που αναπτύχθηκαν κάτω από επείγουσες συνθήκες και με μεγάλη ταχύτητα ήταν ασφαλή αποτελεί και σε αυτή την μελέτη τον πιο ισχυρό παράγοντα που σχετίζεται με διστακτικότητα, ενώ ισχυροί παράγοντες παρέμεναν η έλλειψη εμπιστοσύνης στην επιστήμη πίσω από τα εμβόλια, στους κατασκευαστές, η δίκαιη κατανομή των εμβολίων από την κυβέρνηση, η αποτελεσματικότητα των εμβολίων και σε μικρότερο βαθμό η αντίληψη κινδύνου/ ρίσκου από το εμβόλιο και από την COVID-19 νόσο. Ανάμεσα στους ιατρούς και τους επαγγελματίες υγείας της κοινότητας η πιο ισχυρή συσχέτιση αφορά στην έλλειψη εμπιστοσύνης πίσω από την επιστήμη, ενώ ανάμεσα στους λοιπούς επαγγελματίες υγείας και τους/τις νοσηλευτές/ νοσηλεύτριες ήταν η ανησυχία για την ασφάλεια των εμβολίων. (Leigh et al, 2022).

Ενδιαφέρον πάντως παρουσιάζει το γεγονός ότι τα ποσοστά αποδοχής του εμβολιασμού είναι ελαφρώς αυξημένα μετά τη χρήση των εμβολίων συγκριτικά με την δυνητική αποδοχή τους σε έρευνα πριν τη διάθεση τους στο ευρύ κοινό (σύγκριση Ιούνιος 2020, δηλαδή κατά την έξαρση της νόσου ανακοίνωση για την πρόοδο των εμβολίων και πριν τη διάθεση τους, με Ιούνιο 2021, δηλαδή 6 μήνες μετά τη διάθεσή τους στο ευρύ κοινό). Αξίζει να σημειωθεί ότι η πρόθεση για εμβολιασμό διαφέρει και δεν συνάδει πάντοτε με τη ρητή αποδοχή ως συμπεριφορά, με τον φόβο για διαθεσιμότητα να υπερτερεί σε σχέση με την διστακτικότητα κατά τις έρευνες πριν την ευρεία διάθεση των εμβολίων. (Leigh et al, 2022). Άλλωστε είναι πιθανό ένας αρνητής των COVID-19 εμβολίων, ο οποίος δεν είναι γενικότερα ενάντια στον εμβολιασμό με άλλα εμβόλια να πεισθεί τελικά να εμβολιαστεί, σε αντίθεση βέβαια με τους αρνούστες γενικότερα τους εμβολιασμούς που δύσκολα θα πεισθούν. Τέλος, επαγγελματίες υγείας οι οποίοι νοσήλευαν ασθενείς με COVID-19 πριν τη διάθεση των εμβολίων ή/ και νόσησαν οι ίδιοι παρουσίαζαν μικρότερο φόβο μόλυνσης από τον ιό και μεγαλύτερη άρνηση να εμβολιαστούν (Navin et al, 2022).

Πάντως συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό, η διστακτικότητα στους επαγγελματίες υγείας αφορά σε μικρότερο ποσοστό (15% έναντι 24.8% στο γενικό πληθυσμό), ενώ συγκριτικά με εμβόλια σε ενήλικες έναντι άλλων εποχικών νόσων πχ της γρίπης, η αποδοχή του εμβολίου έναντι της COVID-19 παραμένει σημαντικά υψηλότερη,

γεγονός που υποδηλώνει ότι η διστακτικότητα αφορά τη συγκεκριμένη νόσο. (Leigh et al, 2022)

Σε μια πολύ μεγάλη μελέτη που διεξήχθη στις ΗΠΑ και στην οποία συμπεριλήφθηκαν άτομα από 50 πολιτείες των ΗΠΑ και της περιοχής της Κολούμπια, αναφέρεται η συσχέτιση διαφόρων παραγόντων με την τάση και την αποδοχή του εμβολιασμού, όπως το ακαδημαϊκό επίπεδο μόρφωσης, το εισόδημα, η ηλικία, η φυλή, οι πολιτικές πεποιθήσεις, οικιστική περιοχή (αστική έναντι αγροτική κατοικία), περιφέρεια της χώρας των ΗΠΑ και το φύλο. Συγκεκριμένα υψηλότερη αποδοχή του εμβολιασμού σχετιζόταν με το υψηλό επίπεδο μόρφωσης, υψηλότερο εισόδημα, τη μεγαλύτερη ηλικία, την ασιατική-αμερικανική φυλή, τους δημοκρατικούς, την αστική ζωή, την κατοικία στο βορειοανατολικό μέρος της χώρας και το άρρεν φύλο (Lazer et al, 2021). Τέλος, στις ΗΠΑ, η άρνηση εμβολιασμού μπορεί να σχετιζόταν με τη δυσκολία πρόσβασης στα εμβολιαστικά κέντρα, πχ ήταν μακριά από τον χώρο εργασίας τους (Navin et al, 2022).

Η κατανόηση της συμπεριφοράς πίσω από την διστακτικότητα δίνει το πλεονέκτημα της έγκυρης και έγκαιρης δράσης προκειμένου να κατασταθεί η κοινωνία και οι πολίτες της ασφαλείς απέναντι σε έναν νοσογόνο ιό όπως ο COVID-19.

Η Ιταλία ήταν η πρώτη Ευρωπαϊκή χώρα που έκανε υποχρεωτικό τον εμβολιασμό των επαγγελματιών υγείας τον Απρίλιο του 2021. Το Αύγουστο του 2021 94,4% των επαγγελματιών υγείας στην Ιταλία ήταν πλήρως εμβολιασμένοι. Στην Ελλάδα έως τον Ιούλιο του 2021 το 26,4% μεταξύ γιατρών, νοσηλευτών, εργαστηριακών κλπ. παρέμεναν ανεμβολίαστοι, παρά την προτεραιότητα που δόθηκε στον εμβολιασμό τους, χωρίς να διαφαίνεται βελτίωση στο ποσοστό αυτό τους τελευταίους δύο μήνες. Την ίδια περίοδο στην Γαλλία οι εργαζόμενοι στην υγεία που εμβολιάστηκαν πλήρως έφταναν περίπου το 50% και αυτοί με μία δόση το 66,7%. Κρίθηκε, με βάση τα ανωτέρω, αναγκαία η υποχρέωση του ιατρικού και παραϊατρικού πληθυσμού να προβούν σε εμβολιασμό έναντι της SARS-COV-2. Έτσι τον ίδιο μήνα με τον ν. 4820/2021 η Ελλάδα προχώρησε στον υποχρεωτικό εμβολιασμό και την αναστολή εργασίας σε ανεμβολίαστους υγειονομικούς. Η Γαλλία ακολούθησε τον Αύγουστο του ίδιου έτους. Τα ποσοστά εμβολιασμού ένα μήνα μετά την ανακοίνωση της υποχρεωτικότητας έφτασαν στην Ελλάδα το 82,5% για τους πλήρως και το 87,9% για τους εμβολιασμένους με μία δόση. Παρομοίως και στην Γαλλία τα ποσοστά

εμβολιασμένων πλήρως ή με μία δόση αυξήθηκαν σε 86,6% και 92% αντίστοιχα. Λίγους μήνες αργότερα Ελλάδα και Γαλλία επίσης άγγιξαν ποσοστά εμβολιασμένων πάνω από 90%. (unpublished data Maltezou 2022).

5.2 Άρνηση και αρχή της μη βλάβης/ αρχή της ωφέλειας

Στο πλαίσιο της βιοηθικής θεώρησης του υποχρεωτικού εμβολιασμού τίθεται το ερώτημα αν το μέτρο του υποχρεωτικού εμβολιασμού επιτρέπει την ελεύθερη βούληση και τη διατήρηση των προσωπικών δεδομένων, καθώς επίσης και την ισότητα και το δικαίωμα στην εργασία χωρίς όμως να διαταράσσει την ισορροπία της δημόσιας υγείας. Υπό φυσιολογικές συνθήκες, ο υποχρεωτικός εμβολιασμός έρχεται σε σύγκρουση με το δικαίωμα της αυτοδιάθεσης. Το άτομο δεν μπορεί να εξαναγκαστεί να κάνει κάτι το οποίο μπορεί να έχει συνέπειες για την υγεία του, ακόμη και αν οι συνέπειες είναι αντιμετωπίσιμες. Ο γενικός κανόνας είναι ότι ο εμβολιασμός συστήνεται, και σε πολλές περιπτώσεις υπάρχει ισχυρή σύσταση, ωστόσο δεν είναι υποχρεωτικός. Επομένως η απόφαση κάποιου να μην εμβολιαστεί δεν πρέπει να συνδέεται με νομικές ή άλλες συνέπειες όπως είναι το δικαίωμα στην εργασία (Morgan et al., 2021).

Στα πλαίσια της βιοηθικής θεώρησης, είναι φυσιολογικό να εξετάζεται το ερώτημα αν ένας γιατρός ή ένας νοσηλευτής έχει το δικαίωμα να επιλέξει αν θα εμβολιαστεί ή όχι. Αντίστοιχα ερωτήματα δημιουργούνται και για το προσωπικό το οποίο εργάζεται σε άλλα τμήματα των δομών υγείας όπως η τροφοδοσία ή οι οδηγοί ασθενοφόρων, ακόμη και οι τεχνικές υπηρεσίες.

Οι υγειονομικοί, συχνά αναγνωρίζονται σαν ομάδα προτεραιότητας όσον αφορά στον εμβολιασμό τους. Η ατομική ελευθερία του επαγγελματία υγείας υπόκειται στο γενικότερο πλαίσιο της υποχρέωσης που έχει ελεύθερα και αυτοβούλως αναλάβει απέναντι στο κοινό καλό. Επομένως όταν εμφανίζεται κάποιος κίνδυνος για τη δημόσια υγεία, η άσκηση της αυτονομίας των επαγγελματιών υγείας συγκρούεται με το δικαίωμα στην υγεία των πολιτών/ασθενών τους. Συνάμα η αρχή της μη βλάβης κατά την τέλεση των καθηκόντων τους, όπως επιτάσσει ο Κώδικας Δεοντολογίας των επαγγελματιών υγείας στο άρθρο 2 περιορίζει περαιτέρω την ατομική αυτονομία του

επαγγελματία υγείας. Η φορεία και μετάδοση μολυσματικής νόσου μπορεί να προκαλέσει βλάβη σε ασθενείς που για λόγους υγείας δεν μπορούν να εμβολιαστούν. Συνεπώς αποτελεί ηθική υποχρέωση του υγειονομικού προσωπικού η προστασία και η μη βλάβη ευάλωτων.

Ένα άλλο θέμα που προκύπτει από την άρνηση εμβολιασμού των επαγγελματιών υγείας είναι η μεγαλύτερη πιθανότητα να αρρωστήσουν και να μείνουν μακριά από το χώρο εργασίας τους τη στιγμή μάλιστα που το σύστημα υγείας, οι συνάδελφοι και οι ασθενείς τους έχουν μεγαλύτερη ανάγκη. (Παναγοπούλου- Κουτνατζή, 2021)

5.3 Διαφάνεια, δημόσια δικαιολόγηση και εμπιστοσύνη στην επιστήμη

Η λήψη αποφάσεων που συνδέεται με τους υποχρεωτικούς εμβολιασμούς, και η οποία ακολουθεί τους κανόνες της βιοηθικής, έχει σα βασικό θεμέλιο τη διαφάνεια από τις αρχές που είναι υπεύθυνες για τη δημόσια υγεία. Οι αρχές θα πρέπει να κάνουν προσπάθειες, προκειμένου να εμπλέκουν στη διαδικασία τους εκπρόσωπους των ομάδων που αφορά ο υποχρεωτικός εμβολιασμός, και στην περίπτωση αυτή τους εκπροσώπους των επαγγελματιών υγείας. Με τον τρόπο αυτό θα καλλιεργηθεί κλίμα κατανόησης και εμπιστοσύνης ανάμεσα στα μέλη της επιστημονικής κοινότητας που λαμβάνουν τις αποφάσεις και στα μέλη της επιστημονικής κοινότητας που πρέπει να τις εκτελέσουν. Κατά τον ίδιο τρόπο, πρέπει να ληφθεί αντίστοιχη μέριμνα, προκειμένου να ελέγχονται οι αποδείξεις διαρκώς, και οι αποφάσεις της υποχρεωτικότητας να ανακαλούνται περιοδικά.

Οι φορείς δημόσιας υγείας, έχουν την υποχρέωση να υπολογίσουν τον αντίκτυπο της υποχρεωτικότητας των εμβολιασμών στην εμπιστοσύνη του κοινού, ειδικά ως προς την εμπιστοσύνη στην επιστημονική κοινότητα και απέναντι στα εμβόλια γενικότερα. Αν μια τέτοιου είδους πολιτική απειλεί την εμπιστοσύνη του κοινού, είναι πολύ πιθανόν να επηρεάσει την προσήλωση και την αντιμετώπιση επιπλέον μέτρων που έχουν σκοπό την προαγωγή της δημόσιας υγείας, ένα αποτέλεσμα που μπορεί να έχει και αυξημένη χρονική διάρκεια. (Shetty et al., 2020, Giubilini et al., 2021).

Η έκταση με την οποία οι πολιτικές εμβολιασμού επηρεάζουν την συνείδηση των συμμετεχόντων, μπορεί επίσης να επηρεάσει την εμπιστοσύνη του κοινού. Ωστόσο, όσον αφορά στην επιρροή της συνείδησης, αυτή πρέπει να καλλιεργηθεί με βάση αυστηρά όρια τα οποία δεν επιτρέπουν την παραβίαση της δημόσιας υγείας ή της επίτευξης ανοσίας αγέλης, στα πλαίσια της απειλής πιο ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού απέναντι σε μια μολυσματική ασθένεια όπως είναι ο COVID-19 (Colgrove et al., 2019).

Τα δεδομένα που είναι διαθέσιμα θα πρέπει να αποδεικνύουν, ότι το εμβόλιο στο οποίο αναφέρεται η υποχρεωτικότητα, είναι ασφαλές για τον πληθυσμό που πρόκειται να εφαρμοστεί υποχρεωτικά. Όταν τα δεδομένα που σχετίζονται με την ασφάλεια του εμβολίου είναι ελλιπή ή όταν οι κίνδυνοι που προκύπτουν ή πιθανολογείται ότι προκύπτουν για τον οργανισμό του ασθενή είναι περισσότερα σε σχέση με τα οφέλη η υποχρεωτικότητα δεν είναι ηθικά δικαιολογημένη. Στην περίπτωση των εμβολίων έναντι της COVID-19 δύο σοβαρές παρενέργειες που έχουν αναφερθεί είναι η θρόμβωση στην περίπτωση εμβολίων που χρησιμοποιούν αδενοϊούς και η μυοκαρδίτιδα στην περίπτωση των mRNA εμβολίων. Ωστόσο, ο κίνδυνος θρομβοπενίας και θρόμβωσης είναι επίσης παρών μετά από τη νόσο COVID-19, με μια σειρά μελετών να δείχνουν ότι ο κίνδυνος (αν και εξακολουθεί να είναι χαμηλός) είναι υψηλότερος μετά τη μόλυνση από τον COVID-19 παρά μετά τη λήψη εμβολίων αδενοϊού (Giubilini 2022). Στις αναφορές περί μυοκαρδίτιδας από τα mRNA εμβόλια η μελέτη των Patone et al. του 2022 διαπίστωσε ότι ο κίνδυνος πρόκλησής της, αν και μικρός είτε σε περίπτωση νόσησης είτε στην περίπτωση εμβολιασμού για άτομα κάτω των 40, μπορεί να είναι μεγαλύτερος μετά τα εμβόλια mRNA από ό, τι μετά από COVID-19 λοίμωξη (με 15 πλεονάζοντα κρούσματα ανά 1 εκατομμύριο μετά από δύο δόσεις με το εμβόλιο της Moderna (χαμηλότερος για άλλα εμβόλια), σε σύγκριση με 10 πλεονάζοντα κρούσματα ανά 1 εκατομμύριο μετά την COVID-19 λοίμωξη). Ωστόσο, η μυοκαρδίτιδα μετά τον εμβολιασμό φαίνεται να είναι κυρίως ήπια (θεραπεία μόνο με αντιφλεγμονώδη), σε αντίθεση με τη μυοκαρδίτιδα από COVID-19 λοίμωξη (ακόμη και σε νεότερους ασθενείς). (Giubilini 2022, Oster 2022, Patone 2022).

Επίσης, η υποχρεωτικότητα δεν ακολουθεί τους κανόνες της βιοηθικής όταν δεν επιτρέπονται εξαιρέσεις στον κανόνα, αντενδείξεις δηλαδή εμβολιασμού λόγω παθήσεων. Οι αρμόδιες αρχές εξετάζουν διεξοδικά το γεγονός αν τα εμβόλια τα οποία λαμβάνουν έγκριση για επείγουσα ή υπό όρους χρήση πληρούν τις προϋποθέσεις

ασφαλείας για να γίνουν υποχρεωτικά. Η απουσία επαρκών αποδείξεων ασφάλειας συνεπάγεται και έλλειψη αποδείξεων ότι η υποχρεωτικότητα στους εμβολιασμούς θα έχει άμεσα οφέλη για τη δημόσια υγεία. Επιπλέον, η εξαναγκαστική έκθεση του γενικού πληθυσμού ή μερίδας αυτού ή μιας ομάδας εργαζομένων σε ένα προϊόν που είναι δυνητικά βλαβερό, παραβιάζει την ηθική υποχρέωση για την προστασία του κοινού από περιττές βλάβες στην υγεία του. Η παραδοχή αυτή είναι μεγαλύτερη στις περιπτώσεις που οι πιθανές βλάβες του εμβολιασμού μπορεί να είναι πιο σοβαρές για την υγεία του υγιούς ατόμου σε σχέση με τις βλάβες που μπορεί να του προκαλέσει η ασθένεια, χωρίς να έχει προηγηθεί εμβολιασμός (Gostin et al., 2021).

Ακόμη και στις περιπτώσεις που υπάρχουν επαρκή δεδομένα σχετικά με την ασφάλεια του εμβολίου, θα πρέπει να εφαρμόζεται με ένα σχεδιασμό αποζημίωσης άνευ πταίσματος (non-fault compensation), ώστε να αντιμετωπιστούν τυχόν επιπλοκές στην υγεία των ατόμων λόγω του εμβολίου. Η παράμετρος αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική, αφού δεν είναι δίκαιο και ηθικό, να υπάρχει απαίτηση από τους ανθρώπους που έχουν παρενέργειες από το εμβόλιο να αναζητούν ένδικα μέσα για να αντιμετωπίσουν καταστάσεις που προκύπτουν από υποχρεωτικότητα. Οι αποζημιώσεις αυτού του είδους εξαρτώνται από τα συστήματα υγείας της εκάστοτε χώρας, συμπεριλαμβάνουν την συνολική κάλυψη της υγείας και διαφέρουν ως προς την αντιμετώπιση παρενεργειών από εμβόλια που δεν έχουν λάβει πλήρως άδεια κυκλοφορίας (δηλαδή εμβόλια τα οποία έχουν εγκριθεί για περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης ή για χρήση υπό όρους) (Gostin et al., 2021).

Πριν αποφασιστεί η υποχρεωτικότητα για οποιαδήποτε πληθυσμιακή ομάδα, πρέπει να διασφαλιστεί ότι η παροχή του εγκεκριμένου σκευάσματος είναι επαρκής, αξιόπιστη με λογική και ελεύθερη πρόσβαση των ατόμων που υποβάλλονται στην υποχρεωτικότητα. (WHO, 2021).

Προκειμένου να γίνει πράξη η υποχρεωτικότητα του εμβολιασμού, πρέπει τα αποθέματα των εμβολίων να είναι επαρκή, ενώ η πρόσβαση πρέπει να είναι ελεύθερη στα άτομα που πρόκειται να εμβολιαστούν. Η ανεπάρκεια στη διαθεσιμότητα των εμβολίων αντιτίθεται στους νόμους της βιοηθικής κατά την θέσπιση υποχρεωτικότητας στον εμβολιασμό, ενώ επιπλέον καθιστά ανήθικη την απαίτηση για εμβολιασμό σε άτομα τα οποία δεν έχουν πρόσβαση στο εμβόλιο (WHO, 2021).

5.4 Αναλογικότητα και αναγκαιότητα

Η μετάδοση της νόσου μπορεί να μειωθεί δραστικά, μόνο αν ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού είναι εμβολιασμένο. Το ποσοστό εμβολιασμού του γενικού πληθυσμού το οποίο απαιτείται προκειμένου να επιτευχθεί η ανοσία αγέλης είναι περίπου το 75%. Αν μέρος μόνο του πληθυσμού εμβολιαστεί (για παράδειγμα ένα ποσοστό 50%), δεν είναι δυνατός ο αποτελεσματικός περιορισμός της νόσου. Επομένως, με μια πρώτη θεώρηση υπό το πρίσμα της επίτευξης ανοσίας αγέλης, το μέτρο του υποχρεωτικού εμβολιασμού φαίνεται τεκμηριωμένο με βάση τις αρχές της βιοηθικής, αφού ενισχύει την προστασία της δημόσιας υγείας. Στο σημείο αυτό, θα πρέπει επίσης να υπογραμμιστεί η σημασία που έχει η έλλειψη μελετών σχετικά με το ποσοστό μετάδοσης του ιού από εμβολιασμένα άτομα. Ωστόσο, ακόμη και αν τα εμβολιασμένα άτομα συνεχίζουν να μεταδίδουν τον ιό, δεν θα πρέπει να υποτιμηθούν τα οφέλη του εμβολιασμού στην υγεία του γενικού πληθυσμού. (Παναγοπούλου- Κουτνατζή, 2021).

Από την έναρξη της πανδημίας έγινε μεγάλη προσπάθεια δημιουργίας και διάθεσης των εμβολίων σε όλες τις πληθυσμιακές ομάδες. Η διάθεση των εμβολίων στις προηγμένες- δυτικές χώρες συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας υπήρξε σε αναλογία του πληθυσμού, οι εμβολιασμοί κινήθηκαν σχεδόν παράλληλα σε όλες τις χώρες, ξεκίνησαν από το υγειονομικό προσωπικό και στη συνέχεια επεκτάθηκαν σε ομάδες ευάλωτες και τέλος σε όλο τον πληθυσμό λαμβάνοντας υπόψη και την ηλικία των προς εμβολιασμό ατόμων.

Στην περίπτωση της τρέχουσας πανδημίας το γεγονός της ταχείας εξάπλωσης της, της μεταδοτικότητας του ιού και της επικινδυνότητάς του για τους ηλικιωμένους και τους έχοντες υποκείμενα νοσήματα υπήρξε μεγάλη αναγκαιότητα για την εμβολιαστική κάλυψη του πληθυσμού. Ιδιαίτερα αναγκαία υπήρξε η εμβολιαστική κάλυψη του υγειονομικού προσωπικού, όχι μόνο για να διατηρηθεί ο μάχιμος πληθυσμός στο πόστο του για την προσφορά ιατρονοσηλευτικής βοήθειας και για την αντιμετώπιση της πανδημίας, αλλά και για την προστασία του πληθυσμού ιδιαίτερα των πασχόντων και ηλικιωμένων που είναι και αυτοί που περισσότερο επισκέπτονται τις ιατρονοσηλευτικές μονάδες. Εν κατακλείδι, οι δύο κύριες ωφέλειες που αναμένονται από τα εμβόλια είναι η πρόληψη της νόσησης και της μετάδοσης.

Η εμβολιαστική κάλυψη στοχεύει αρχικά στην προστασία από λοίμωξη των ίδιων των ιατρών και νοσηλευτών που έρχονται σε επαφή με μεγάλα φορτία νόσου. Η προστασία αφορά πολύ περισσότερο το ποσοστό εκείνο του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που έχουν και υποκείμενα νοσήματα. (Giubilini 2022)

Το δεύτερο όφελος του εμβολιασμού των ΕΥ αφορά στη δυνατότητα μείωσης της σοβαρής βλάβης των ασθενών. Η Δημόσια Υγεία της Αγγλίας εκτιμά ότι κατά τη διάρκεια του πρώτου κύματος της νόσου COVID-19 (Φεβρουάριος έως τέλος Ιουλίου 2020), 20%-25% των νοσηλειών από COVID-19 προέρχονταν από νοσοκομειακώς αποκτώμενη COVID-19 λοίμωξη. Στη Σκωτία, το 30% των θανάτων από COVID-19 λοίμωξη το 2020 (που ορίζονται ως θάνατοι εντός 28 ημερών από το θετικό τεστ COVID-19) αποδόθηκαν επίσης σε νοσοκομειακώς προερχόμενες επιλομώξεις. Οι πραγματικοί αριθμοί μπορεί να είναι υψηλότεροι (Public Health Scotland 2020, Giubilini 2022, McKeigue 2021). Σε μία άλλη μελέτη υπολογίζεται ότι περίπου 26,600 (25,900 to 27,700) άτομα προσβλήθηκαν από SARS-CoV-2 λοίμωξη σε τμήματα επειγόντων στην Αγγλία πριν από την 31^η Ιουλίου 2020, καταλήγοντας σε 15,900 (15,200–16,400) ή 20.1% (19.2–20.7%) όλων των αναγνωρισθέντων νοσηλευθέντων COVID-19 περιπτώσεων (Knight 2022). Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό δυνητικά αποτελεί πηγή μετάδοσης της νόσου.

Επιπλέον όφελος από τον εμβολιασμό προκύπτει για τη διαφύλαξη και ομαλή λειτουργία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, κι για την αντιμετώπιση του επιπλέον φόρτου που προκύπτει από την πανδημία. Τον Ιανουάριο του 2022 αρκετά νοσοκομεία στο Ηνωμένο Βασίλειο κήρυξαν καθεστώς «κρίσιμων περιστατικών» (“critical incident” status) που προκλήθηκε από ανάγκες απομόνωσης του προσωπικού που προσβλήθηκε από την μετάλλαξη «Όμικρον» της COVID-19 λοίμωξης. (O’ Sullivan, 2022).

Από τη στιγμή που ο εμβολιασμός αποτελεί ιατρικά ισχυρό μέτρο για την διαφύλαξη της δημόσιας υγείας και παρέχονται οι αντίστοιχες αποδείξεις μέσω των δημοσιεύσεων της επιστημονικής κοινότητας, γίνεται υποχρεωτικός σε εξαιρετικές περιπτώσεις και για συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες εφόσον πληρούνται οι βασικές αρχές της αναλογικότητας και ισχύουν οι ακόλουθες προϋποθέσεις:

- δικαιολογείται στα πλαίσια του συμφέροντος της δημόσιας υγείας και αποτελεί σημαντικό εργαλείο για τη διαφύλαξή της.
- δεν γίνεται εμβολιασμός μέσω σωματικού εξαναγκασμού, αφού με τον τρόπο αυτό υποβαθμίζεται η αξία του ατόμου, δύναται ωστόσο να συνδυαστεί με την επιβολή κυρώσεων όπως είναι τα πρόστιμα (μέτριου χρηματικού ύψους) ή απαγόρευση εισόδου σε συγκεκριμένους χώρους ή απαγόρευση παροχής συγκεκριμένων υπηρεσιών.
- δεν μπορεί να γίνει υποχρεωτικός για το σύνολο του γενικού πληθυσμού, αν δεν υπάρχει αντίστοιχη διαθεσιμότητα.
- Η υποχρεωτικότητα βασίζεται στην ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα του σκευάσματος, όπως αυτή προκύπτει από επιδημιολογικές μελέτες με μεγάλο μέγεθος δείγματος (Akrivoulou, 2021).

Εφ' όσον η υποχρεωτικότητα αντιπροσωπεύει μια πολιτική η οποία παρεμβαίνει στην προσωπική ελευθερία και αυτονομία των ατόμων, που στην προκειμένη περίπτωση είναι οι υγειονομικοί υπάλληλοι, θα πρέπει να εξετάζεται μόνο στις περιπτώσεις που μειώνει τα ποσοστά εμφάνισης σημαντικών παραγόντων επικινδυνότητας, όπως είναι η νοσηρότητα και η θνησιμότητα, και/ ή προάγει ξεκάθαρα τη δημόσια υγεία. Αν σημαντικοί στόχοι της δημόσιας υγείας, δεν μπορούν να επιτευχθούν χωρίς την επιβολή υποχρεωτικότητας, το πρόβλημα πρέπει να εντοπίζεται και να αντιμετωπίζεται με προορατικότητα, για να αποφευχθεί ο ΥΕ. Για παράδειγμα, αν σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού έχουν τη δυνατότητα να εμβολιαστούν αλλά δεν το πράττουν, το γεγονός αυτό μπορεί να αποτελέσει παράγοντα επικινδυνότητας σε μια ασθένεια με υψηλό ποσοστό μεταδοτικότητας, όπως είναι ο COVID-19. Αν η αντιμετώπιση της διστακτικότητας απέναντι στον εμβολιασμό είναι αναποτελεσματική, και αυτά τα προβλήματα παραμένουν ως εμπόδιο για τη δημόσια υγεία, η υποχρεωτικότητα μπορεί να είναι αναγκαίο μέτρο για την επίτευξη των στόχων της δημόσιας υγείας, όπως παρόμοια μπορεί να συμβεί σε πληθυσμούς όπου τα χαμηλά ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης υπό την απουσία της υποχρεωτικότητας, θέτουν σε κίνδυνο την υγεία των πολλών. (Gualano et al., 2019, Gravagna et al., 2020).

Σημαντικό είναι επίσης να μην περιορίζονται οι ελευθερίες του ατόμου για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από αυτό που είναι αναγκαίο και απαραίτητο. Για τον λόγο αυτό οι

αρμόδιοι φορείς που επιβάλουν τους ΥΕ στους υγειονομικούς υπαλλήλους, αλλά και σε οποιαδήποτε πληθυσμιακή ομάδα, επανεξετάζουν σε τακτά χρονικά διαστήματα την υπόσταση της υποχρεωτικότητας, προκειμένου να διασφαλίσουν ότι παραμένει αναγκαία και αναλογική ως προς την επίτευξη των στόχων για την υγεία του γενικού πληθυσμού. Επιπρόσθετα, στην περίπτωση του COVID-19, ενός ιού που μεταλλάσσεται διαρκώς και εμφανίζει νέα στελέχη με διαφορετικές ιδιότητες μετάδοσης και διαφορετική σοβαρότητα νόσησης, η υποχρεωτικότητα επανεξετάζεται, προκειμένου να διαπιστωθεί εκ νέου αν οι επαναλαμβανόμενοι εμβολιασμοί είναι απαραίτητοι καθώς ο ιός εξελίσσεται (Stokel-Walker et al., 2021). Τα τελευταία τρία χρόνια οι οδηγίες στους επαγγελματίες υγείας, αλλά και σε όλο τον πληθυσμό, για τον περιορισμό και την αντιμετώπιση της πανδημίας αλλάζουν, προόδου της διαθεσιμότητας των εμβολίων, της εμβολιαστικής κάλυψης του πληθυσμού, της μεταδοτικότητας, των μεταλλάξεων αλλά και της θνησιγεννότητας του ιού. Παρόμοια αλλάζει και η χρήση της υποχρεωτικότητας του εμβολιασμού.

Βασικό ερώτημα παραμένει το κατά πότε είναι αναγκαίο να εφαρμοστεί ο ΥΕ στους επαγγελματίες υγείας σε σχέση με άλλες μορφές πειθούς και ηπιότερων διαθέσιμων μέτρων, με βάση τους κανόνες της βιοηθικής. Ως αντίμετρο, η απόλυση των εργαζομένων οι οποίοι δεν είναι εμβολιασμένοι, φαίνεται σαν μη-απαραίτητο μέτρο, ενώ η αναστολή εργασίας μέχρι το πέρας της οξείας φάσεως της πανδημίας έχει πιο δεκτικά αποτελέσματα (Yurkevych et al., 2021) και γι' αυτό και υιοθετήθηκε από πολλές χώρες συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας.

Συνεπώς, αν λάβουμε υπ' όψιν τους κινδύνους που παρέχονται από τον COVID-19, στην υγεία του γενικού πληθυσμού, δεν υφίσταται πλέον το ερώτημα για το αν ο υποχρεωτικός εμβολιασμός υπάγεται στα συνταγματικά δικαιώματα, αλλά αντιθέτως, για το αν πρέπει να είναι απαραίτητος με βάση τα περιεχόμενα του Συντάγματος, τουλάχιστον σε μερικές ομάδες του πληθυσμού που έχουν μεγαλύτερο αντίκτυπο στο γενικό πληθυσμό, όπως συμβαίνει και στην περίπτωση των επαγγελματιών υγείας. Το γεγονός αυτό, βασίζεται στην παραδοχή ότι ο εμβολιασμός έναντι του COVID-19 είναι ένα από τα πιο σημαντικά εργαλεία για την προστασία του δημοσίου συμφέροντος, και σαν ένα τέτοιου είδους εργαλείο, αποτελεί υποχρέωση της πολιτείας για την αντιμετώπιση της υψηλά μολυσματικής αυτής ασθένειας (Aktinorouli 2021).

5.5. Νομικό και δεοντολογικό πλαίσιο σχετικά με τον υποχρεωτικό εμβολιασμό στους επαγγελματίες υγείας

Ο υποχρεωτικός εμβολιασμός συζητάται συνήθως στα πλαίσια εφαρμογής του στους επαγγελματίες υγείας, αφού στις περισσότερες χώρες είναι η κατηγορία του γενικού πληθυσμού στην οποία εφαρμόζεται αρχικά. Ο υποχρεωτικός εμβολιασμός επιβάλλεται στην συγκεκριμένη επαγγελματική ομάδα λόγω του εργασιακού της περιβάλλοντος, αλλά και λόγω της ηθικής τους υποχρέωσης, με βάση τον ιπποκρατικό όρκο που δίνουν οι ιατροί και τη νομική τους υποχρέωση απέναντι στην προστασία των ασθενών.

Η απόφαση επιβολής/ ψήφιση υποχρεωτικού εμβολιασμού στους επαγγελματίες υγείας εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, οι οποίοι πρέπει να συνυπολογιστούν πριν την τελική απόφαση. Ένα τέτοιο παράδειγμα αποτελεί το ερώτημα εάν παραβιάζεται η αρχή της ισότητας με την εφαρμογή του ΥΕ. Ο διαχωρισμός των πολιτών σε εμβολιασμένους και μη συνιστά διάκριση, επιφέρει εμπόδια στην απόλαυση δικαιωμάτων σε ποικίλους τομείς και θέτει υπό δοκιμασία την αρχή της ισότητας. Σύμφωνα με την απόφαση 583/2008 του ΣτΕ, «ο κοινός νομοθέτης ή η κατ' εξουσιοδότηση νομοθετούσα διοίκηση μπορεί βέβαια να ρυθμίζει με ενιαίο ή διαφορετικό τρόπο τις ποικίλες πραγματικές ή προσωπικές καταστάσεις και σχέσεις, λαμβάνοντας υπ' όψη τις υφιστάμενες κοινωνικές, οικονομικές, επαγγελματικές ή άλλες συνθήκες...» η διάκριση ανάμεσα σε εμβολιασμένους και ανεμβολίαστους δεν είναι αδικαιολόγητη σε περίπτωση πανδημίας αλλά η επιστημονική αβεβαιότητα, σχετικά με την έγκριση των νέων εμβολίων κατά της COVID-19 δημιουργεί κάποιον προβληματισμό. Σε αυτό το πλαίσιο, η όποια υποχρεωτικότητα δέον είναι να αφορά σε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες και όχι σε όλον τον πληθυσμό. (Παναγοπούλου-Κουτνατζή, 2021). Άλλωστε η απόφαση περί ΥΕ εξαρτάται επίσης σε μεγάλο βαθμό από τις τοπικές κοινότητες και προηγούμενες εμπειρίες (Gravagna et al., 2020, Gostin et al., 2021).

Οι πρώτες περιπτώσεις υποχρεωτικού εμβολιασμού έναντι του ιού της COVID-19 στον χώρο της ΕΕ έγιναν στην Αυστρία και ακολούθως στην Ιταλία (πίνακας 2) (Frati et al., 2021, O'Sullivan, 2022). Σύμφωνα με τη νομική διάταξη Νο. 44 (1^η Απριλίου του 2021, επείγοντα μέτρα για την αντιμετώπιση του COVID-19 στο επίπεδο των εμβολιασμών,

δίκαιο και δημόσιο συμφέρον), η Ιταλική κυβέρνηση ψήφισε την υποχρεωτικότητα του εμβολιασμού για τους υγειονομικούς υπαλλήλους. Οι επαγγελματίες υγείας οι οποίοι επέλεξαν να μην εμβολιαστούν, μπορούσαν να διαλέξουν εργασίες με μειωμένο ρίσκο μετάδοσης του ιού, ή μπορούσαν να επιλέξουν την αναστολή εργασίας χωρίς αποζημίωση, ένα μέτρο που μπορεί να έχει διάρκεια μέχρι και 1 έτος. Η διάταξη υποστηρίχτηκε από τον εθνικό Ιατρικό σύλλογο και σύμφωνα με τις πιο πρόσφατες μελέτες, στην Ιταλία, σήμερα μόνο 1 στους 10.000 επαγγελματίες υγείας αρνείται ακόμη να εμβολιαστεί. Αντίθετα, τα ποσοστά διστακτικότητας απέναντι στον εμβολιασμό είναι μεγαλύτερα σε υπαλλήλους άλλων δομών υγείας πέραν των νοσοκομείων όπως είναι τα κέντρα υγείας και οι οίκοι φιλοξενίας ηλικιωμένων (Fratì et al., 2021).

Πίνακας 2: Χώρες της Ευρώπης που εφάρμοσαν ΥΕ στην Ευρώπη και ποινές των παραβατών. * Στις ποινές το χρηματικό πρόστιμο επιβάλλεται συνήθως στον γενικό πληθυσμό και η αναστολή εργασίας (=απαγόρευση πρόσβασης/ μη καταβολή μισθού) στους υγειονομικούς. **αλλαγή πόστου εργασίας.

Χώρα	Ημ. επιβολής	Υγειονομικοί	Γενικός πληθυσμός	Ποινές*	Διάρκεια?
ΑΥΣΤΡΙΑ	03/02/21	√	√	√ (χρηματικό πρόστιμο)*	12/22
ΒΕΛΓΙΟ	01/01/22	√	×	√ (αναστολή εργασίας)*	12/22
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	10/12/21	√	×	√ (αναστολή εργασίας)*	12/22
ΓΑΛΛΙΑ	15/09/21	√	×	√ (απαγόρευση επαφής με ασθενείς)**	12/22
ΕΛΛΑΔΑ	01/07/21	√	√ >60 y.o	√ (χρηματικό πρόστιμο,	12/22

				αναστολή εργασίας)*	
ΙΤΑΛΙΑ	01/04/21	√	√ > 50 y.o	√ (χρηματικό πρόστιμο, αναστολή εργασίας)*	12/22
ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ	28/12/21	√	×	√	12/22

Η ίδια περίπτωση στάση υιοθετήθηκε και από την Μεγάλη Βρετανία. Πιο συγκεκριμένα σύμφωνα με την αντίστοιχη επιτροπή για τα ανθρώπινα δικαιώματα, ο υποχρεωτικός εμβολιασμός έναντι της COVID-19 για τους εργαζόμενους σε οίκους ευγηρίας και νοσοκομεία θεωρήθηκε σαν αναγκαίο και δικαιολογημένο μέτρο με βάση τους κανόνες της βιοηθικής, αφού το κράτος έχει δικαίωμα να δίνει προτεραιότητα στην προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της ανθρώπινης ζωής τόσο των ασθενών όσο και του προσωπικού των μονάδων υγείας (Sekalala et al., 2021). Αργότερα, το μέτρο του υποχρεωτικού εμβολιασμού των επαγγελματιών υγείας υιοθετήθηκε και στη Γαλλία (Horodovenko et al., 2021).

Η καθιέρωση της υποχρεωτικότητας του εμβολιασμού στο χώρο εργασίας έχει δύο προϋποθέσεις:

- η υποχρεωτικότητα σχετίζεται με τη φύση του επαγγέλματος και
- το εμβόλιο πρέπει να είναι ασφαλές (Gostin et al., 2021)

Το λογικό ερώτημα το οποίο δημιουργείται από τα παραπάνω είναι σχετικό με το δικαίωμα που μπορεί να έχει ένας εργοδότης να επιβάλει κυρώσεις απέναντι στους εργαζόμενους που αρνούνται τον εμβολιασμό τους. Στα πλαίσια της βιοηθικής θεωρείται ότι, με βάση τις συνθήκες που δημιουργεί η τρέχουσα πανδημία, αλλά και με την προϋπόθεση ότι οι κυρώσεις δεν είναι υπερβολικές, δικαιολογείται η επιβολή κυρώσεων αν προηγηθεί εξέτασή τους υπό το πρίσμα της αναλογικότητας. Για παράδειγμα, ένας γιατρός οποίος εργάζεται στη ΜΕΘ, πρέπει να αντιμετωπίζεται διαφορετικά σε σχέση με έναν σύμβουλο υγείας που μπορεί να προσφέρει τις υπηρεσίες του στους ασθενείς του μέσω τηλε-ιατρικής (Tsaousis et al., 2021).

Λαμβάνοντας υπ' όψιν τα παραπάνω, γίνεται αντιληπτό, ότι ο νομοθέτης θα πρέπει να καθορίσει ποιοι επαγγελματίες υγείας εμπíπτουν στην κατηγορία του υποχρεωτικού εμβολιασμού, αφού έχει προηγηθεί εκτενής ενημέρωση και δεν θα πρέπει να αφήνεται στη διακριτική ευχέρεια των εργαζόμενων στο σύστημα υγείας μια απόφαση που μπορεί να έχει σοβαρές συνέπειες για τη λειτουργία του ίδιου του συστήματος αλλά και για την ποιότητα της υγείας του γενικού πληθυσμού. Ωστόσο, αυτό είναι γεγονός αμφιλεγόμενο, τόσο σε κοινωνικό όσο και σε ηθικό επίπεδο. Ο υποχρεωτικός εμβολιασμός, μπορεί να διχάσει την κοινωνία και οι αντιρρήσεις πάνω στο μέτρο αυτό βασίζονται στις οικονομικές, ιατρικές, φιλοσοφικές και ιδεολογικές προσεγγίσεις και όχι στα νομικά επιχειρήματα με βάση το Σύνταγμα της κάθε χώρας (Tsaousis et al., 2021).

Στην περίπτωση της Ελλάδας, οι νομικοί κλήθηκαν να δώσουν απάντηση σχετικά με τη Συνταγματικότητα του μέτρου της υποχρεωτικότητας του εμβολιασμού των υγειονομικών υπαλλήλων. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η περίπτωση ενός υγειονομικού υπαλλήλου, ο οποίος εργαζόταν σε οίκο φιλοξενίας ηλικιωμένων ιδιωτικού δικαίου και απολύθηκε λόγω της άρνησής του να εμβολιαστεί. Η απόφαση του νομικού στη συγκεκριμένη περίπτωση ήταν δύσκολη, αφού σε εκείνο το χρονικό σημείο δεν έχει ψηφιστεί η υποχρεωτικότητα από την ελληνική κυβέρνηση με αντίστοιχο νόμο και έπρεπε να βασιστεί στις διατάξεις του Συντάγματος αποκλειστικά. Επιπλέον, ο εμβολιασμός δεν προβλεπόταν στη σύμβαση εργασίας που είχε επισυνάψει ο εργαζόμενος με τον εργοδότη κατά την πρόσληψή του στη μονάδα υγείας. Ωστόσο, μπορούσε να θεωρηθεί ότι στα επαγγελματικά καθήκοντα του υγειονομικού ήταν η λήψη οποιουδήποτε δυνατού μέτρου για την αποφυγή της μετάδοσης του ιού (Panagoroulou et al., 2021).

Με βάση τη θεώρηση της δημόσιας υγείας και της υγείας των ασθενών που προσέρχονται σε έναν χώρο για την περίθαλψή τους, ένας εργοδότης έχει το δικαίωμα να αλλάξει πόστο στον εργαζόμενο που αρνείται να εμβολιαστεί για να αποφύγει τη μετάδοση του ιού. Ωστόσο, οι επιλογές αυτές δεν υπάρχουν πάντα. Για παράδειγμα ένας γιατρός που αρνείται τον εμβολιασμό, δεν έχει εναλλακτική λύση που μπορεί να εφαρμόσει σε αντικατάσταση της άμεσης επαφής του με τους ασθενείς. Δεν μπορεί να μετατεθεί σε ένα τμήμα της νοσηλευτικής μονάδας στο οποίο δεν θα έρχεται σε επαφή με ασθενείς και να συνεχίζει να ασκεί αποτελεσματικά τα καθήκοντά του. Επιπλέον,

το γεγονός αυτό ενέχει και ηθικές προεκτάσεις, αφού οι συνάδελφοί του θα έχουν αυξημένο φόρτο εργασίας (Lazer et al., 2021).

Ταυτόχρονα, η μετάθεση του υγειονομικού υπαλλήλου σε άλλο πόστο που δεν ενέχει τον ίδιο κίνδυνο μετάδοσης της ασθένειας, δεν είναι πάντα η καλύτερη επιλογή. Όταν ένας εργοδότης απασχολεί έναν χειρουργό για την πραγματοποίηση επεμβάσεων και το άτομο αυτό δεν μπορεί να χειρουργήσει γιατί υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να μεταδώσει τον ιό στους ασθενείς, ο εργοδότης δεν έχει πλέον στη διαθεσιμότητά του ένα σημαντικό στοιχείο της μονάδας υγείας. Υπό αυτό το πρίσμα, η άρνηση στον εμβολιασμό μπορεί να αποτελέσει τροχοπέδη για την ομαλή λειτουργία μιας μονάδας υγείας και μπορεί να αποτελέσει την αιτία αθέτησης του συμβολαίου που έχει υπογραφεί κατά την πρόσληψη του επαγγελματία υγείας και επακόλουθων κυρώσεων (Lazer et al., 2021).

Η τοποθέτηση ενός γιατρού, για παράδειγμα, σε μια διοικητική θέση μπορεί να εγείρει σημαντικά ζητήματα σχετικά με την καταλληλότητά του για την θέση αυτή αλλά και σχετικά με τη δυνατότητά του να ανταπεξέλθει στα καθήκοντα για τα οποία είχε αρχικά προσληφθεί. Σημαντικό είναι επίσης να σημειωθεί ότι οι ανθρώπινοι πόροι σε μια μονάδα υγείας είναι περιορισμένοι και υπάρχουν τομείς στους οποίους η διατήρηση του έμπυχου δυναμικού είναι ζωτικής σημασίας για την ομαλή λειτουργία της (Giannouchos et al., 2021).

Ωστόσο, η επιβολή κυρώσεων απέναντι σε έναν εργαζόμενο που αρνείται τον εμβολιασμό πρέπει να βασίζεται στην ικανότητα του εργοδότη να προσφέρει αποδείξεις ότι ο εργαζόμενος δεν μπορεί να προσφέρει τις υπηρεσίες του με διαφορετικό τρόπο. Για παράδειγμα, ένας φυσιοθεραπευτής είναι πιθανόν να μπορεί να συνεχίσει να προσφέρει τις υπηρεσίες του μέσω τηλεϊατρικής. Επιπλέον πρέπει, επίσης από την πλευρά του εργοδότη να αποδειχτεί ότι το εμβόλιο είναι αποτελεσματικό και προάγει την ασφάλεια τόσο των ασθενών όσο και των υπολοίπων επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στον ίδιο χώρο και όχι μόνο την υγεία του ατόμου που εμβολιάζεται (Colgrove et al., 2019).

Η επιλογή των επαγγελματιών στους εργαζόμενους των οποίων μπορεί να επιβληθεί υποχρεωτικός εμβολιασμός ή η επιλογή υπο-ομάδων εργαζομένων στο ίδιο επάγγελμα πρέπει να γίνει μετά από προσεκτικό σχεδιασμό. Φυσικά, πρέπει να δοθεί έμφαση στα ιατρικά και παραϊατρικά επαγγέλματα λόγω ιδιότητας. Τα επαγγέλματα αυτά έχουν

ειδικές απαιτήσεις και ειδικές συνθήκες εργασίας καθώς επίσης και ανάλογες υποχρεώσεις. Οι εμβολιασμένοι υγειονομικοί υπάλληλοι αποδεδειγμένα έχουν μειωμένες πιθανότητες να μεταδώσουν τον ιό, ακόμη και αν μολυνθούν με αυτόν. Οι επαγγελματίες υγείας έχουν επιλέξει ένα απαιτητικό επάγγελμα και έχουν δώσει όρκο να παρέχουν περίθαλψη, καθήκον το οποίο αποτελεί έκφραση της αρχής της ωφέλειας ή αγαθαπραξίας. Εν τούτοις, ιδιαίτερα σχετική είναι και η αρχή της μη βλάβης, το ιπποκρατικό «ωφελούν η μη βλάπτει» αρχή η οποία παραπέμπει και στην αποφυγή μετάδοσης ασθενειών. Σημαντικό είναι και το γεγονός, ότι οι ασθενείς δεν έχουν το δικαίωμα επιλογής γιατρού ή υγειονομικού υπαλλήλου γενικότερα, στην περίπτωση που γίνεται έκτακτη εισαγωγή τους. (Panagoroulou et al., 2021).

Επιπλέον ένα ακόμη ερώτημα που εγείρεται στα πλαίσια της βιοηθικής εξέτασης του υποχρεωτικού εμβολιασμού είναι αν πρέπει να αποτελεί απόρροια κρατικής νομοθεσίας ή εσωτερικού κανονισμού. Αν μπορεί δηλαδή να κρίνει ο εργοδότης τις περιπτώσεις στις οποίες πρέπει να επιβάλει κυρώσεις λόγω άρνησης εμβολιασμού σε εργαζόμενο, πέραν της υποκίνησης που μπορεί να προσφέρει. Η θεώρηση αυτή πρέπει να λάβει υπ' όψιν το γεγονός ότι η ιδιωτικοποίηση της δημόσιας υγείας μπορεί να δημιουργήσει συνθήκες διακρίσεων ανάμεσα στους εργαζόμενους και την κατηγοριοποίησή τους σε εμβολιασμένους και ανεμβολίαστους. Η απόφαση για επιβολή κυρώσεων στους υγειονομικούς υπαλλήλους θα πρέπει να αποτελεί αποκλειστική απόφαση της πολιτείας, αν γίνεται υπό το πλαίσιο των κανόνων της βιοηθικής (Gostin et al., 2021).

Η νομοθεσία της Ελλάδας αναφέρει για τον υποχρεωτικό εμβολιασμό (ν. 4675/2020): «Σε περιπτώσεις εμφάνισης κινδύνου διάδοσης μεταδοτικού νοσήματος, που ενδέχεται να έχει σοβαρές επιπτώσεις στη δημόσια υγεία, μπορεί να επιβάλλεται, με απόφαση του Υπουργού Υγείας, μετά από γνώμη της ΕΕΔΥ (Επιτροπή Εμπειρογνομόνων Δημόσιας Υγείας), υποχρεωτικότητα του εμβολιασμού με σκοπό την αποτροπή της διάδοσης της νόσου. Με την ανωτέρω απόφαση ορίζονται η ομάδα του πληθυσμού ως προς την οποία καθίσταται υποχρεωτικός ο εμβολιασμός με καθορισμένο εμβόλιο, η τυχόν καθορισμένη περιοχή υπαγωγής στην υποχρεωτικότητα, το χρονικό διάστημα ισχύος της υποχρεωτικότητας του εμβολιασμού, το οποίο πρέπει πάντοτε να αποφασίζεται ως έκτακτο και προσωρινό μέτρο προστασίας της δημόσιας υγείας για συγκεκριμένη ομάδα του πληθυσμού, η ρύθμιση της διαδικασίας του εμβολιασμού...».

Για τη νόσο Covid-19 ειδικότερα ισχύει και η ρύθμιση 25.2.2020 της ΠΝΠ (παρ. 38, άρθρο 1, ν. 4682/2020): «προς τον σκοπό της αποφυγής κινδύνου εμφάνισης ή και διάδοσης κορωνοϊού που ενδέχεται να έχουν σοβαρές επιπτώσεις στη δημόσια υγεία, μπορεί να επιβάλλονται μέτρα πρόληψης, υγειονομικής παρακολούθησης, καθώς και περιορισμού της διάδοσης της νόσου», στα οποία περιλαμβάνεται και η υποχρεωτική υποβολή σε εμβολιασμό «προσώπων, για τα οποία υπάρχουν εύλογες υπόνοιες ότι μπορεί να μεταδώσουν άμεσα ή έμμεσα τη νόσο», καθώς και η υποβολή σε εμβολιασμό «προσώπων που προέρχονται από περιοχές όπου έχει παρατηρηθεί μεγάλη διάδοση της νόσου».

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στη σύγχρονη εποχή της εύκολης πρόσβασης στην πληροφορία, ολοένα και περισσότερος λόγος γίνεται τόσο ανάμεσα στους υγειονομικούς υπαλλήλους όσο και στο ευρύ κοινό για τους εμβολιασμούς και τις παρενέργειές τους. Με αφορμή ιατρικά δημοσιεύματα περί της ασφάλειας και των παρενεργειών των εμβολίων, διάφορες πληθυσμιακές ομάδες εισέρχονται στην διαδικασία αμφισβήτησης της ασφάλειας των εμβολίων επιλέγοντας την αποχή των ιδίων ή των κηδεμονευόμενων μελών τους από τους υγειονομικούς εμβολιασμούς.

Πριν από τρία περίπου χρόνια η ανθρωπότητα βρέθηκε μπροστά σε μία ιογενή απειλή, για την αντιμετώπιση της οποίας ελήφθησαν πρωτόγνωρα για την σύγχρονη εποχή μέτρα. Ο εγκλεισμός, η αποχή από κοινωνικές ή/και ακόμη επαγγελματικές δραστηριότητες, η απαγόρευση κάθε είδους κοινωνικής επαφής, η μειωμένη πρόσβαση στην καθημερινότητα αποτέλεσαν ορισμένα από τα πολιτειακά μέτρα (που θεωρήθηκαν ακραία για καιρούς ειρήνης και που αμφισβητήθηκαν τόσο εν τη γενέσει τους όσο και αργότερα).

Η ανάπτυξη των εμβολίων έναντι της COVID-19 λοίμωξης υπήρξε ορόσημο έναντι της πανδημίας και ένας από τους τρόπους ανάκτησης του πρότερου βίου της ανθρωπότητας. Ωστόσο η ασφάλειά τους τέθηκε υπό αμφισβήτηση από μερίδα του πληθυσμού μεταξύ των οποίων και από υγειονομικούς υπαλλήλους. Οι κύριοι παράγοντες που οδήγησαν στην άρνηση του εμβολιασμού ήταν η έλλειψη εμπιστοσύνης στην επιστήμη και την τεχνολογία μιας και η τεχνολογία που χρησιμοποιήθηκε για την ανάπτυξη των συγκεκριμένων εμβολίων ήταν κυρίως νέα και η ταχύτητα ανάπτυξής τους μεγάλη, η έλλειψη εμπιστοσύνης στους φορείς που είναι υπεύθυνοι για την κατασκευή και την διάθεση των φαρμάκων (ΠΟΥ, πολιτεία, φαρμακευτικές εταιρίες), ο φόβος έναντι σε κάτι καινούριο, ο μικρότερος φόβος μόλυνσης από τον ιό και το αντιληπτό χαμηλό ρίσκο νόσησης (Leigh et al, 2022, Wilson et al, 2020, Verger et al, 2015). Σε σύγκριση με την γενικότερη αρνητική στάση έναντι στους εμβολιασμούς, μερίδα του υπό μελέτη πληθυσμού υπήρξε διστακτική έναντι των COVID-19 εμβολίων αναλογιζόμενη τη νέα τεχνολογία που χρησιμοποιήθηκε και την ταχύτητα με την οποία αναπτύχθηκε, όπως και τον λίγο

χρόνο που υπήρξε από την παραγωγή των εμβολίων μέχρι την έγκριση ευρείας χρήσης τους. Επιπλέον, ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό που νόσησε νωρίς κατά την πανδημία θεώρησε υπερβολικό τον ευρύ εμβολιασμό του πληθυσμού, μιας και οι ομάδες που περισσότερο κινδύνευαν ήταν οι έχοντες υποκείμενα νοσήματα (Leigh et al, 2022, Wilson et al, 2020, Verger et al, 2015). Η αποτελεσματικότητα των εμβολίων είναι γνωστή από τα αρχαία κιόλας χρόνια. Όπως άλλωστε είναι γνωστή και η έννοια της πανδημίας. Ο τρόπος αντιμετώπισης των πανδημιών υπήρξε ανέκαθεν η αποφυγή συγχρωτισμού και σε πιο δραστική έκφραση ο εγκλεισμός των κατοίκων στις οικείες τους (Alter et al., 2019, Hajj et al., 2015, Plotkin et al., 2014) Παρόμοια και σε αυτή την πανδημία η ισχυρή σύσταση παραμονής κατ' οίκον αποτέλεσε την κατ' αρχήν αντιμετώπιση της πρώτης φάσης της πανδημίας. Η μεγαλύτερη διαφορά σε σχέση με τις προηγούμενες πανδημίες είναι ο πληθυσμός της γης και η ευκολία μετάβασης από περιοχή σε περιοχή. Αυτή η διαφορά αποτέλεσε και μια μεγάλη πρόκληση στον χειρισμό της πανδημίας. Περαιτέρω, η πληροφόρηση σχετικά με την πανδημία και την αντιμετώπισή της, όπως και η κριτική σκέψη μιας μεγαλύτερης ομάδας πληθυσμού της γης απέναντι στο συμβάν έκανε πιο δύσκολη την εφαρμογή δραστικών μέτρων.

Με την ανάπτυξη των εμβολίων έγινε αρχικά σύσταση και μετά υποχρέωση ο εμβολιασμός του γενικού πληθυσμού (Gravagna et al., 2020). Η εγγενής απόρριψη της νεοαναπτυχθείσας τεχνολογίας και ο ενδόμυχος φόβος οδήγησαν σε μια αμυντική στάση μιας μερίδας πληθυσμού και αποτέλεσαν τροχοπέδη στην ευρεία εμβολιαστική κάλυψη. Ως αποτέλεσμα η υποχρεωτικότητα του εμβολιασμού, ως μετάθεση ευθύνης της κοινωνίας προς την πολιτεία αποτέλεσε ουσιαστικά μονόδρομο. Έτσι, η περαιτέρω σύσταση του εμβολιασμού ως υποχρεωτικού αποτέλεσε εκ νέου αντικείμενο έριδος και έντονης αντιπαράθεσης μεταξύ των πολιτών, αλλά και μεταξύ των υγειονομικών υπαλλήλων. Το βασικό αγαθό που διακυβεύεται πίσω από αυτή την αντιδικία είναι η προστασία της ελευθερίας του ανθρώπου (Παναγοπούλου- Κουτνατζή, 2021, Giubilini et al., 2021, Gualano et al., 2019, Gravagna et al., 2020), έννοια ανεκτίμητη μεν, άνευ ορίων δε; Η υποχρεωτικότητα του εμβολιασμού έρχεται σε σύγκρουση ουσιαστικά και με τις τέσσερις βασικές αρχές της βιοηθικής (αρχή της αυτονομίας, της ωφέλειας, της μη βλάβης και της δικαιοσύνης) (Παναγοπούλου- Κουτνατζή, 2021, Giubilini et al., 2021, Gualano et al., 2019, Gravagna et al., 2020), ενώ χρειάστηκε και νομική συμβουλή προκειμένου να μπορέσει να εφαρμοστεί. Ο κάθε άνθρωπος είναι ελεύθερος να αποφασίζει για τον εαυτό του, να διαθέτει το σώμα του με τον τρόπο που επιθυμεί

και κανένας άνθρωπος ή νόμος θεωρητικά δεν μπορεί να του στερήσει το δικαίωμα της αυτοδιάθεσης και ελεύθερης βούλησης. Ωστόσο, η ελευθερία του κάθε ατόμου ενταγμένου σε μία κοινωνία περιορίζεται από την άσκηση του δικαιώματος της ελευθερίας των λοιπών μελών της. Ένας πολίτης που αρνείται τον εμβολιασμό επί τοις ουσίας πέρα από τον ίδιο βάζει σε κίνδυνο τη δημόσια υγεία αφού αφενός αποτελεί δυνητικό φορέα νόσου, αφετέρου εμποδίζει την απόκτηση της λεγόμενης ανοσίας του κοινωνικού πληθυσμού, αφήνοντας τους ευάλωτους πολίτες εκτεθειμένους. Συνεπώς το δικαίωμα της αυτοδιάθεσης έρχεται αντιμέτωπο με την υποχρέωση του πολίτη απέναντι στην δημόσια υγεία. Μέριμνα της πολιτείας αποτελεί κατ' αρχήν η διασφάλιση του αγαθού της υγείας των πολιτών. Οποιαδήποτε συζήτηση αμφισβήτησης της απόφασης της υποχρεωτικότητας του εμβολιασμού οφείλει να τίθεται υπό το πρίσμα της αναλογικότητας, της δημοκρατίας και του αγαθού των πολλών. (Παναγοπούλου- Κουτνατζή, 2021, Akrivopoulou, 2021, Gualano et al., 2019, Gravagna et al., 2020, Giubilini 2022, Tsaousis et al., 2021)

Ωστόσο, η αυτονομία δεν είναι απόλυτη. Άλλωστε, ο φιλόσοφος John Stuart Mill υποστήριξε ότι το κράτος μπορεί να παρέμβει σωστά στις ενέργειες ενός ατόμου μόνο για να αποτρέψει τη βλάβη σε άλλους, τη λεγόμενη «αρχή της μη βλάβης» (Ο' Sullivan, 2022).

Το «καθήκον εμβολιασμού» μπορεί να γίνει κατανοητό από ηθική και νομική έννοια, καθώς τα άτομα πρέπει να αποδέχονται τη συλλογική ευθύνη για την αποφυγή βλάβης που μπορεί να προληφθεί και να ενεργούν προς όφελος άλλων, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που δεν μπορούν να εμβολιαστούν π.χ. εκείνων για τους οποίους το εμβόλιο δεν ενδείκνυται ή αντενδείκνυται. Η «αρχή των καθαρών χεριών» (ηθική αρχή που απαγορεύει στους ανθρώπους να συμμετέχουν στη συλλογική επιβολή άδικης βλάβης ή κινδύνου βλάβης) και το καθήκον της εύκολης διάσωσης (όταν μπορούσα να κάνω κάτι που συνεπάγεται μικρό κόστος για μένα και σημαντικό όφελος για άλλα, έχω ηθικό καθήκον να το κάνω) είναι και τα δύο σχετικά σε αυτό το πλαίσιο (Ο' Sullivan, 2022).

Περισσότερο από όλες τις πληθυσμιακές ομάδες αυτή η υποχρέωση προστασίας της δημόσιας υγείας αφορά τους υγειονομικούς υπαλλήλους, οι οποίοι αυτοβούλως και οικειοθελώς έχουν επιλέξει ως επάγγελμά τους την προστασία της υγείας των πολιτών. Ο ανεμβολίαστος υγειονομικός που έρχεται σε, εκ των πραγμάτων, στενή επαφή με

ευάλωτες ομάδες ατόμων αποτελεί δυνητικό κίνδυνο για αυτά καταπατώντας τις θεμελιώδεις αρχές της ωφέλειας και μη βλάβης (Παναγοπούλου- Κουτνατζή, 2021). Η απομάκρυνση των ανεμβολίαστων υγειονομικών από την εργασία τους και συνεπώς από την άμεση επαφή με τους ασθενείς αποτελεί μεν τρόπο προστασίας των ασθενών, αποδυναμώνει ωστόσο το δυναμικό του νοσοκομείου και του συστήματος υγείας, ιδιαίτερα σε μία εποχή που περισσότερο τους χρειάζεται. Επιπλέον ο ανεμβολίαστος υγειονομικός εκθέτει τους συναδέλφους του, αφού επιβαρύνει το ωράριο εργασίας τους με την απουσία του.

Είναι σημαντικό να γίνει αντιληπτό ότι οι αντιεμβολιαστές συνιστούν μια ετερογενή πληθυσμιακή ομάδα και οι πολιτικές ενιαίας πειθούς ενδεχομένως δεν αφορούν στο σύνολο των αρνητών. Για το λόγο αυτό θα πρέπει η προσέγγισή τους να γίνει με πιο προσωπικό τρόπο, να γίνει κατανοητός ο εκάστοτε δισταγμός, ώστε να μπορεί να καμφθεί και η πληροφόρηση να αφορά και να εστιάζει σε καθέναν επαγγελματία υγείας ξεχωριστά. Επιπλέον είναι ιδιαίτερα σημαντικό να υπάρξει πληθώρα επιστημονικών συγγραμμάτων και δημοσιεύσεων που να αφορά στην αποτελεσματικότητα των εμβολίων, στον τρόπο παρασκευής και λειτουργίας τους, στους μηχανισμούς δράσης τους και στη διάθεσή τους στο ευρύ κοινό. Σημαντική είναι και η πληροφόρηση και η διδασκαλία σχετικά με την παρασκευή και δράση των εμβολίων μέσω προγραμμάτων από εξειδικευμένο προσωπικό. (Navin et al., 2022, Gravagna et al., 2020, Giubilini 2022, Leigh et al, 2022)

Κοινή κατακλείδα των μελετών πάντως αποτελεί το γεγονός ότι η υποχρεωτικότητα εμβολιασμού αύξησε τα ποσοστά εμβολιασμού τόσο ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας όσο και στον ευρύ πληθυσμό (Gualano et al., 2019, Frati et al., 2021, Maltezou 2018).

Πολιτικές απομάκρυνσης από χώρους εργασίας, αν και ακραίο ως μέτρο, υπήρξε σωτήριο καθώς περιορίστηκε με αυτόν τον τρόπο η επαφή δυνητικών φορέων νόσου με τις ευάλωτες ομάδες. Άλλωστε, και σε άλλες περιπτώσεις εμβολιασμού του υγειονομικού προσωπικού, πχ για τον ιό της γρίπης, προκειμένου να επιτευχθούν υψηλά ποσοστά εμβολιασμού και συνεπώς ανοσίας στο νοσοκομειακό περιβάλλον δίνονται είτε κίνητρα/ διευκολύνσεις εμβολιασμού πχ δωρεάν γεύμα ή μετακίνηση είτε αναγνώριση των εμβολιασθέντων σε σχέση με τους μη εμβολιασθέντες. (Gravagna et al., 2020, Giubilini et al., 2022) Πάντως η υποχρεωτικότητα του εμβολιασμού δε

σημαίνει ότι ο εμβολιασμός θα γίνει δια της βίας, όπως έχει γίνει σε απολυταρχικά καθεστώτα (χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτό της Κίνας) (Mohamadi et al., 2021).

Η άγνοια, η έλλειψη εμπιστοσύνης στις επιστημονικές και πολιτειακές δομές και ο φόβος αποτελούν τους μεγαλύτερους κινδύνους συνοχής και λειτουργίας οποιασδήποτε κοινωνικής ομάδας. Βασικό σημείο-κλειδί δίδαγμα για το μέλλον αποτελούν η πληροφόρηση του κοινού σε σχέση με τους εμβολιασμούς, η οποία πρέπει να ξεκινάει νωρίς κατά τη διάρκεια της σχολικής εκπαίδευσης ώστε να προλαμβάνονται ρητορικές και κινήματα εναντίων εμβολιασμών που τόσο έχουν ωφελήσει την ανθρωπότητα. Η δικαιοσύνη είναι μια ηθική αρχή που στην καρδιά της αφορά το τι οφείλουμε ο ένας στον άλλο και διασφαλίζει ότι τα οφέλη και τα βάρη μοιράζονται δίκαια σε όλα τα μέλη της κοινωνίας. Αυτό αντιμετωπίζει το πρόβλημα του «ελεύθερου αναβάτη», εκείνων που επιλέγουν να μην εμβολιαστούν αλλά βασίζονται στην ανοσία του πληθυσμού, αποφεύγοντας έτσι το βάρος ενώ λαμβάνουν το όφελος (O' Sullivan, 2022).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Είναι επιστημονικά τεκμηριωμένο ότι τα εμβόλια είναι αποτελεσματικά απέναντι στην προστασία των ατόμων του γενικού πληθυσμού αλλά και των επαγγελματιών υγείας απέναντι στον COVID-19. Οι κυβερνήσεις αλλά και οι πολιτικές των μονάδων υγείας, θα πρέπει να ενθαρρύνουν τον εθελοντικό εμβολιασμό, πριν σχεδιάσουν την επιβολή υποχρεωτικού εμβολιασμού. Θα πρέπει να γίνουν σοβαρές προσπάθειες με κατεύθυνση την επικοινωνία στον πληθυσμό της σημασίας των εμβολίων, καθώς επίσης και την ασφάλειά τους με σκοπό την μεγαλύτερη αποδοχή του εθελοντικού εμβολιασμού. Η υιοθέτηση και η θέσπιση αυστηρότερων κανονισμών, θα πρέπει να αποτελέσει μέρος του σχεδιασμού για την αντιμετώπιση της πανδημίας, μόνο αν τα μέτρα για τον εθελοντικό εμβολιασμό των υγειονομικών υπαλλήλων αποτύχουν. Υπάρχουν επίσης αρκετές παράμετροι που εμπίπτουν στα πλαίσια της βιοηθικής, και πρέπει να αναλυθούν με βάση τον πολιτισμό της κάθε χώρας ξεχωριστά, προκειμένου να είναι νόμιμο ότι οι αρχές δημόσιας υγείας υιοθετούν τον υποχρεωτικό εμβολιασμό στα πλαίσια της διαφάνειας, της δικαιοσύνης και του μη διαχωρισμού με κοινωνικά κριτήρια.

Η κατάσταση που έχει δημιουργηθεί λόγω της πανδημίας του COVID-19, έχει δημιουργήσει τις προϋποθέσεις για την καλύτερη αποδοχή του μέτρου της υποχρεωτικότητας του εμβολιασμού, ειδικά όταν το μέτρο αυτό απευθύνεται σε μια υπο-ομάδα όπως είναι οι επαγγελματίες υγείας, των οποίων οι επαγγελματικές υποχρεώσεις είναι ιδιαίτερες και συμπεριλαμβάνουν την προφύλαξη των συστημάτων υγείας, αλλά και την προφύλαξη των ασθενών που περιθάλπονται. Από την ανάλυση που έγινε στα πλαίσια των κανόνων της βιοηθικής, φαίνεται ότι ο υποχρεωτικός εμβολιασμός, τουλάχιστον όπως εφαρμόζεται στα πλαίσια της ευρωπαϊκής νομοθεσίας δεν αντιτίθεται στις αρχές της βιοηθικής. Απεναντίας, αν διατηρηθεί η αρχή της αναλογικότητας, ο υποχρεωτικός εμβολιασμός αποτελεί τμήμα των υποχρεώσεων της πολιτείας σχετικά με την προστασία θεμελιωδών δικαιωμάτων των πολιτών, όπως αυτά ορίζονται από το Σύνταγμα.

Υπό το πρίσμα της ευημερίας του κοινωνικού συνόλου, καθώς επίσης και λόγω της σημασίας που έχει η συνεχής εκτέλεση των πολιτισμικών, οικονομικών και κοινωνικών δραστηριοτήτων, ο υποχρεωτικός εμβολιασμός υποστηρίζεται από τις αρχές της βιοηθικής αλλά και από τα αντίστοιχα διατάγματα του Συντάγματος. Η

υποχρεωτικότητα του εμβολιασμού δε σημαίνει ότι ο εμβολιασμός θα γίνει δια της βίας, όπως έχει γίνει σε απολυταρχικά καθεστώτα. Ωστόσο, είναι εξίσου σημαντικό, όσοι αρνούνται να εμβολιαστούν, θα πρέπει να αντιμετωπίσουν μια σειρά συνεπειών ή δεν θα έχουν τον ίδιο βαθμό ελευθερίας στην καθημερινότητά τους σε σύγκριση με τους πολίτες ή τους συναδέλφους τους που έχουν εμβολιαστεί. Οι ανεμβολίαστοι επαγγελματίες υγείας, πρέπει να περιμένουν την μείωση της έντασης της πανδημίας, προκειμένου να επιστρέψουν στα προηγούμενα επίπεδα ελευθερίας, λόγω της προστασίας του συνόλου της κοινωνίας.

Οι πολίτες, συμπεριλαμβανομένων και των επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι δεν επιθυμούν να εμβολιαστούν, θα πρέπει να διατηρήσουν την δυνατότητα της συγκεκριμένης επιλογής τους, λαμβάνοντας υπ' όψιν το γεγονός, ότι όλοι συνυπάρχουμε και αποτελούμε μέλη μιας οργανωμένης κοινωνίας, η οποία θα συνεχίσει να βρίσκεται σε κίνδυνο λόγω της εμφάνισης επικίνδυνων ιών με υψηλά επίπεδα μολυσματικότητας, καθώς και μεταλλάξεων των ιών αυτών και εκδηλώσεις πανδημιών ή επιδημιών. Επομένως, πρέπει να είναι ανεκτό, ότι η άρνηση στον εμβολιασμό, η οποία ουσιαστικά αντιστοιχεί στην άρνηση της εκπλήρωσης του κοινωνικού ή του επαγγελματικού καθήκοντος του ατόμου, ενέχει και νομικές συνέπειες.

Οι βασικές προϋποθέσεις σύμφωνα με τις οποίες ο υποχρεωτικός εμβολιασμός είναι αποδεκτός με βάση τους κανόνες της βιοηθικής είναι οι εξής:

- Η διατήρηση της αρχής της αναλογικότητας, με τον υποχρεωτικό εμβολιασμό να αποτελεί την τελευταία λύση, μετά την εξάντληση όλων των άλλων ηπιότερων μέσων για την αύξηση των ποσοστών εμβολιασμού, όπως είναι για παράδειγμα η πληροφόρηση.
- Λαμβάνοντας υπ' όψιν ότι αποτελεί περιορισμό της αυτό-διάθεσης του επαγγελματία υγείας, ο υποχρεωτικός εμβολιασμός πρέπει να ρυθμίζεται από νόμους και να υπάρχουν ξεκάθαρες εξηγήσεις για τις περιπτώσεις στις οποίες μπορεί να εφαρμοστεί.
- Πρέπει να υποστηρίζεται από κατάλληλες ιατρικές αποδείξεις, οι οποίες παρέχουν αξιόπιστες πληροφορίες για την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα του εμβολίου.

- Πρέπει να διατηρείται για την περίοδο της πανδημίας, είναι δηλαδή ένα μέτρο με αρχή και τέλος.
- Δεν πρέπει να σχετίζεται με εξαναγκασμό
- Η φύση του μέτρου πρέπει να είναι προς την κατεύθυνση παροχής κινήτρων και όχι προς την κατεύθυνση επιλογής ποινής.
- Το μέτρο θα πρέπει να εφαρμόζεται μετά από την πληροφόρηση του κοινού σχετικά με τον εμβολιασμό, προς αποφυγήν παραπληροφόρησης και δημιουργίας σύγχυσης.
- Είναι αυτονόητο ότι πρέπει να υπάρχουν διαθέσιμα εμβόλια για τα οποία ψηφίζεται η υποχρεωτικότητα.
- Θα πρέπει να έχουν προβλεφθεί εξαιρέσεις για καθαρά ιατρικούς λόγους (αλλεργικές αντιδράσεις κλπ).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Δραγώνα Μονάχου, Μ. (2002) Ηθική και Βιοηθική. *Επιστήμη και Κοινωνία*, (8-9):1-26

Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής σύσταση « Εμβολιασμοί σε παιδιά» Μάιος 2015

Λεάνδρου, Π. (2017) Εμβόλια: Μύθοι και Πραγματικότητες, Σχολιασμός της υπ' αριθμόν C-621/15 απόφασης του Δικαστηρίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Επίκαιρα νομικά θέματα και αναλύσεις. *Ενθα*, 1(8): 11-19

Μεράκου Κ, Γκαράνη-Παπαδάτου Τ (1999): Δικαιώματα ασθενών – μία νέα παράμετρος στη φροντίδα υγείας. *ΙΑΤΡΙΚΗ* 75(2):161-168

Παναγοπούλου- Κουτνατζή, Φ. (2021). *Περί της υποχρεωτικότητας του εμβολιασμού σε περίοδο πανδημίας: Μια ηθικο-συνταγματική θεώρηση Μονογραφίες -1*. Κέντρο Ευρωπαϊκού Συνταγματικού Δικαίου, Αθήνα, Ελλάδα

Ακρινοπούλου, C. (2021). The pandemic, fundamental rights and democracy—The challenge of vaccination, *Epidemics: A timeless threat, a challenge for the future*. In *Proceedings of the 1821–2021 Initiative Conference, Athens, Greece, 4 February 2021*. Available online: <https://ekyklos.gr/sb/800-transcription-pandimia-themelioidi-dikaiomatakai-dimokratia-i-proklisi-tou-emvoliasmoy.html>

Al-Kassmy, J., Pedersen, J. and Kobinger, G. (2020) Vaccine candidates against coronavirus infections. Where does COVID-19 stand? *Viruses*, 12(8):861.

Alter, H.J. (2019) The Gordon Wilson lecture: the hepatitis C virus: from Hippocrates to cure. *Trans. Am. Clin. Climatol. Assoc.*, 130:104-118.

Asveld, L. (2008) Mass-vaccination programmes and the value of respect for autonomy. *Bioethics*, 22(5):245-257.

Baker, R. (2013) *Before bioethics: A history of American medical ethics from the colonial period to the bioethics revolution*. Oxford University Press.

Bean, S.J. and Catania, J.A. (2013) Vaccine Perceptions Among Oregon Health Care Providers. *Qualitative Health Research*, 23(9):1251-1266.

Beauchamp T L - Childress J F: Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press, New York 1983.

Benin, A.L., Wisler-Scher, D.J., Colson, E., Shapiro, E.D., Holmboe, E.S. (2006) Qualitative analysis of mothers' decision-making about vaccines for infants: the importance of trust. *Pediatrics*, 117(5):1532-41.

Berlinger, N., Wynia, M., Powell, T., Hester, D.M., Milliken, A., Fabi, R. and Jenks, N.P. (2020) Ethical framework for health care institutions responding to novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) guidelines for institutional ethics services responding to COVID-19. thehastingscenter.org/ethicalframeworkcovid19

Billon-Denis, E. and Tournier, J.N. (2020) COVID-19 and vaccination: a global disruption. *Medecine Sciences: M/S*, 36(11):1034-1037.

Callahan, D. (2012) The roots of bioethics: health, progress, technology, death. *Oxford University Press*.

Chowdhury, S.D. and Oommen, A.M. (2020) Epidemiology of COVID-19. *Journal of digestive endoscopy*, 11(01):03-07.

Colgrove, J. (2019) Immunization and ethics: Beneficence, coercion, public health, and the State. *The Oxford Handbook of Public Health Ethics*, 435-448.

Conis, E. (2019) Measles and the modern history of vaccination. *Public Health Reports*, 134(2):118-125.

Dubé, E., Laberge, C., Guay, M., Bramadat, P., Roy, R., Bettinger, JA. (2013) Vaccine hesitancy: an overview. *Human Vacc Immunother*, 9(8):1763–1773.

Ehreth, J. (2003) The value of vaccination: a global perspective. *Vaccine*, 21(27-30):4105-4117.

Folegatti, P.M., Ewer, K.J., Aley, P.K., Angus, B., Becker, S., Belij-Rammerstorfer, S., Bellamy, D., Bibi, S., Bittaye, M., Clutterbuck, E.A. and Dold, C. (2020) Safety and immunogenicity of the ChAdOx1 nCoV-19 vaccine against SARS-CoV-2: a preliminary report of a phase 1/2, single-blind, randomised controlled trial. *The Lancet*, 396(10249):467-478.

Frati, P., La Russa, R., Di Fazio, N., Del Fante, Z., Delogu, G. and Fineschi, V. (2021) Compulsory vaccination for healthcare workers in Italy for the prevention of SARS-CoV-2 infection. *Vaccines*, 9(9):966.

Galanakis, E., Jansen, A., Lopalco, P.L. and Giesecke, J. (2013) Ethics of mandatory vaccination for healthcare workers. *Eurosurveillance*, 18(45):20-27.

Geerts, J.M., Kinnair, D., Taheri, P., Abraham, A., Ahn, J., Atun, R., Barberia, L., Best, N.J., Dandona, R., Dhahri, A.A. and Emilsson, L. (2021) Guidance for Health Care Leaders During the Recovery Stage of the COVID-19 Pandemic: A Consensus Statement. *JAMA network open*, 4(7):e2120295-e2120295.

Gianfredi, V., Pennisi, F., Lume, A., Ricciardi, G.E., Minerva, M., Riccò, M., Odone, A. and Signorelli, C. (2021) Challenges and opportunities of mass vaccination centers in COVID-19 times: a rapid review of literature. *Vaccines*, 9(6):574.

Giannouchos, T. V., Steletou, E., Saridi, M., and Souliotis, K. (2021) Mandatory vaccination support and intentions to get vaccinated for COVID-19: Results from a nationally representative general population survey in October 2020 in Greece. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 27(4):996-1003.

Gillon R: Philosophical Medical Ethics. John Wiley and Sons, Chichester 1985.

Giubilini, A. (2021) Vaccination ethics. *British medical bulletin*, 137(1):4-12.

Giubilini, A., Savulescu, J., Pugh, J., Wilkinson, D. (2022) Vaccine mandates for healthcare workers beyond COVID-19. *J Med Ethics*, 0: 1-10

Gostin, L.O., Salmon, D.A. and Larson, H.J. (2021) Mandating COVID-19 vaccines. *Jama*, 325(6):532-533.

Gravagna, K., Becker, A., Valeris-Chacin, R., Mohammed, I., Tambe, S., Awan, F.A., Toomey, T.L. and Basta, N.E. (2020) Global assessment of national mandatory vaccination policies and consequences of non-compliance. *Vaccine*, 38(49):7865-7873.

Greenwood, B. (2014) The contribution of vaccination to global health: past, present and future. *Phil. Trans. R. Soc. B: Biological Sciences*, 369(1645):20130433 <http://dx.doi.org/10.1098/rstb.2013.0433>

Grzybowski, A., Patryn, R.K., Sak, J. and Zagaja, A. (2017) Vaccination refusal. Autonomy and permitted coercion. *Pathogens and Global Health*, 111(4):200-205.

Gualano, M.R., Olivero, E., Voglino, G., Corezzi, M., Rossello, P., Vicentini, C., Bert, F. and Siliquini, R. (2019) Knowledge, attitudes and beliefs towards compulsory vaccination: a systematic review. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 15(4):918-931.

Hails, R., (2004) Bioethics for technology? *Current opinion in biotechnology*, 15(3):250-253.

Hajj, H. I., Chams, N., Chams, S., El Sayegh, S., Badran, R., Raad, M., Gerges-Geagea, A., Leone, A. and Jurjus, A. (2015) Vaccines through centuries: major cornerstones of global health. *Frontiers in public health*, 3:269.

Heymann, D.L. and Aylward, R.B. (2006) Mass vaccination: when and why. Mass Vaccination: Global Aspects—Progress and Obstacles. *In. Microbiology and Immunology* (304):1-16.

Horodovenko, V.V., Udovyka, L.G. and Shekhovtsova, T.O. (2021) Vaccination in the System of Human Rights and Obligations: Impact of the Covid-19 Pandemic. *Wiad. Lek.* 74(11p.2): 2983-2991.

Izda, V., Jeffries, M.A. and Sawalha, A.H. (2021) COVID-19: A review of therapeutic strategies and vaccine candidates. *Clinical Immunology*, 222:108634.

Johnson, N.F., Velásquez, N., Restrepo, N.J., Leahy, R., Gabriel, N., El Oud, S., Zheng, M., Manrique, P., Wuchty, S. and Lupu, Y. (2020) The online competition between pro-and anti-vaccination views. *Nature*, 582(7811):230-233.

Knight, G.M., Pham, T.M., Stimson, J., Funk, S., Jafari, Y., Pople, D., Evans, S., Yin, M., Brown, C.S., Bhattacharya, A., Hope, R., Semple, M.G., ISARIC4C Investigators, CMMID COVID-19 Working Group, Read, J.M., Cooper, B.S., and Robotham, J.V. (2022) The contribution of hospital-acquired infections to the COVID-19 epidemic in England in the first half of 2020. *BMC Infect Dis.*, 22:556.

Kuhse, H., Sch, U., and Singer. P. (Eds.) (2015) *Bioethics: an anthology*. John Wiley & Sons.

Last J: *Epidemiology, Society and Ethics*. In: *Principles of Health Care Ethics*, Ed: Raana Gillon, John Wiley and Sons, Chichester 1994

Larson, H.J., Cooper, L.Z., Eskola, J., Katz, S.L., Ratzan, S. (2011) Addressing the vaccine confidence gap. *Lancet*, 378:526-535.

Lazer, D., Qu, H., Ognyanova, K., Baum, M., Perlis, R.H., Druckman, J., Uslu, A., Lin, J., Santillana, M., Green, J. and Simonson, M.D. (2021) The COVID States Project# 62: COVID-19 vaccine attitudes among healthcare workers. <https://doi.org/10.31219/osf.io/p4q9h>.

Leigh, J.P., Moss, S.J., White, T.M., Picchio, C.A, Rabin, K.H., Ratzan, S.C; Wyka, K., El-Mohandes, A., Lazarus, J.V. (2022) Factors affecting COVID-19 vaccine hesitancy among healthcare providers in 23 countries. *Vaccine*, 40(31):4081-4089.

Löffler, P., (2021) Review: Vaccine Myth-Buster - Cleaning Up with Prejudices and Dangerous Misinformation. *Front Immunol.*, 12:663280 [doi:10.3389/fimmu.2021.663280](https://doi.org/10.3389/fimmu.2021.663280).

Macer, D.R., Akiyama, S., Alora, A.T., Asada, Y., Azariah, J., Azariah, H., Boost, M.V., Chatwachirawong, P., Kato, Y., Kaushik, V. and Leavitt, F.J. (1995) International perceptions and approval of gene therapy. *Human Gene Therapy*, 6(6):791-803.

MacKenzie, C.R., Green, DST, Chisholm, M.F., Waldman, SA. (2020) In the Eye of the Storm: Bioethics in the Time of COVID-19. *HSS J.*, 16(Suppl 1):195-199.

McKeigue, P.M., McAllister, D.A., Caldwell, D., Gribben, C., Bishop, J., McGurnaghan, S., Armstrong, M., Delvaux, J., Colville, S., Hutchinson, S., Robertson, C., Lone, N., McMenamain, J., Goldberg, D., Colhoun, H.M. (2021) Relation of severe COVID-19 in Scotland to transmission-related factors and risk conditions eligible for shielding support: REACT-SCOT case-control study. *BMC Med*, 19(1):149-162.

- Maltezou, H.C., Theodoridou, K., Ledda, C., Rapisarda, V. and Theodoridou, M. (2019) Vaccination of healthcare workers: is mandatory vaccination needed? *Expert review of vaccines*, 18(1):5-13.
- Maltezou, H.C., Ledda, C. Gagneux-Brunon, A., Botelho-Nevers, E. (2022) Mandatory COVID-19 vaccination for healthcare personnel in the era of new SARS-CoV-2 variants. *Vaccine*, 40(50):7167-7169.
- Martin-Fumadó, C., Gómez-Durán, E.L., Benet-Travé, J., Barbería-Marcain, E. and Arimany-Manso, J. (2020) Liability claims in Spain post-COVID-19: A predictable scenario. *Leg. Med. (Tokyo)*, 47:101745. doi:10.1016/j.legalmed.2020.101745
- Meng, X., Han, S., Wu, L., Si, S. and Cai, Z. (2022) Analysis of epidemic vaccination strategies by node importance and evolutionary game on complex networks. *Reliability Engineering & System Safety*, 219:108256 <https://doi.org/10.1016/j.res.2021.108256>.
- Millar, M.R., Gourtsoyannis, Y. and Jayakumar, A. (2022) Ethics of vaccination: Should capability measures be used to inform SARS-CoV-2 vaccination strategies? *British Journal of Clinical Pharmacology*, 88(1):47-55.
- Miller, G. (1957) *The Adoption of inoculation for smallpox in England and France*. University of Pennsylvania Press. <https://doi.org/10.9783/9781512818086>.
- Mohamadi, M., Lin, Y., Vulliet, M.V.S., Flahault, A., Rozanova, L. and Fabre, G. (2021) COVID-19 vaccination strategy in China: a case study. *Epidemiologia*, 2(3):402-425.
- Morgan, L., Schwartz, J.L. and Sisti, D.A. (2021) COVID-19 vaccination of minors without parental consent: Respecting emerging autonomy and advancing public health. *JAMA pediatrics*, 175(10):995-996.
- Navin, M.C., Oberleitner, L. M-S., Lucia, V. C., Ozdych, M., Afonso, N., Kennedy, R. H., Keil, H, Wu, L., Mathew, T., A. (2022) COVID-19 Vaccine Hesitancy Among Healthcare Personnel Who Generally Accept Vaccines. *J Community Health*, 47(3):519–529.
- O’Sullivan, S. (2022) COVID-19 Mandatory Vaccination-Ethical and Human Rights Considerations. Organization Department of Health, Ireland.

Oster, M.E., Shay, D.K., Su, J.R., Gee, J., Creech, C.B., Broder, K.R., Edwards, K., Soslow, J.H., Dendy, J.M., Schlaudecker, E., Lang, S.M., Barnett, E.D., Ruberg, F.L., Smith, M.J., Campbell, M.J., Lopes, R.D., Sperling, L.S., Baumblatt, J.A., Thompson, D.L., Marquez, P.L., Strid, P., Woo, J., Pugsley, R., Reagan-Steiner, S., DeStefano, F., Shimabukuro, T.T. (2022) Myocarditis Cases Reported After mRNA-Based COVID-19 Vaccination in the US From December 2020 to August 2021. *JAMA*, 327(4):331-340.

Panagopoulou, F. (2021) Mandatory Vaccination during the Period of a Pandemic: Legal and Ethical Considerations in Europe. *BioTech*, 10(4):29. <https://doi.org/10.3390/biotech10040029>

Pardi, N., Hogan, M.J., Porter, F.W. and Weissman, D. (2018) mRNA vaccines—a new era in vaccinology. *Nature reviews Drug discovery*, 17(4):261-279.

Patone, M., Mei, X.W., Handunnetthi, L., Dixon, S., Zaccardi, F., Shankar-Hari, M., Watkinson, P., Khunti, K., Harnden, A., Coupland, C.A.C., Channon, K.M., Mills, N.L., Sheikh, A., Hippisley-Cox, J. (2022) Risks of myocarditis, pericarditis, and cardiac arrhythmias associated with COVID-19 vaccination or SARS-CoV-2 infection. *Nat Med*, 28(2):410–22.

Peretti-Watel, P., Seror, V., Cortaredona, S., Launay, O., Raude, J., Verger, P., Fressard, L., Beck, F., Legleye, S., l'Haridon, O. and Léger, D. (2020) A future vaccination campaign against COVID-19 at risk of vaccine hesitancy and politicisation. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(7):769-770.

Parmet, W.E., Goodman, R.A. and Farber, A. (2005) Individual rights versus the public's health—100 years after Jacobson v. Massachusetts. *New England Journal of Medicine*, 352(7):652-654.

Pericas, J.M., Hernandez-Meneses, M., Sheahan, T.P., Quintana, E., Ambrosioni, J., Sandoval, E., Falces, C., Marcos, M.A., Tuset, M., Vilella, A. and Moreno, A. (2020) COVID-19: from epidemiology to treatment. *European heart journal*, 41(22):2092-2112.

Phelan, A.L. (2020) COVID-19 immunity passports and vaccination certificates: scientific, equitable, and legal challenges. *The Lancet*, 395(10237):1595-1598.

Plotkin, S. (2014) History of vaccination. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111(34):12283-12287.

Prainsack, B., and Buyx, A. (2012) Solidarity in contemporary bioethics—towards a new approach. *Bioethics*, 26(7):343-350.

Public health Scotland, hospital onset COVID-19 mortality in Scotland 7 March to 31 December 2020. Available: <https://www.publichealthscotland.scot/media/7183/2021-02-24-covid19-hospitalonset-mortality-mar-dec-2020-summary.pdf>

Pywell, S. (2000) Vaccination and other altruistic medical treatments: should autonomy or communitarianism prevail? *Medical Law International*, 4(3-4):223-243.

Quilici, S., Smith, R. and Signorelli, C. (2015) Role of vaccination in economic growth. *J Mark Access & Health Policy*, 3(1):27044. doi:10.3402/jmahp.v3.27044

Rendtorff J D: Basic ethical principles in European bioethics and biolaw: autonomy, dignity, integrity and vulnerability - towards a foundation of bioethics and biolaw. *medicine, healthcare and philosophy* 2002;(5):235-244

Riedel, S. (2005) Edward Jenner and the history of smallpox and vaccination. *In Baylor University Medical Center Proceedings*, 18(1):21-25.

Robertson, J.A. (2004) Reproductive technology in Germany and the United States: An Essay in comparative Law and Bioethics. *Colum. J. Transnat'l L.*, 43:189.

Sanghi, D.K. and Tiwle, R. (2014) A detail comprehensive review on vaccines. *International Journal of Research and Development in Pharmacy & Life Sciences*, 3(2):854-862.

Sekalala, S., Perehudoff, K., Parker, M., Forman, L., Rawson, B. and Smith, M. (2021) An intersectional human rights approach to prioritising access to COVID-19 vaccines. *BMJ global health*, 6(2):e004462.

Schabas, W.A., (2015) *The European convention on human rights: a commentary*. Oxford Commentaries on Interna.

Shetty, P. (2020) Experts concerned about vaccination backlash. *Lancet*, 375:970-971.

Smith, K.A. (2011) Edward Jenner and the small pox vaccine. *Frontiers in immunology*, 2:21 <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fimmu.2011.00021>.

- Smith, M. (2015) Vaccine safety: medical contraindications, myths, and risk communication. *Pediatrics in review*, 36(6):227-238.
- Spencer JP, Trondsen Pawlowski RH, Thomas S. (2017) Vaccine Adverse Events: Separating Myth from Reality. *Am Fam Physician*.95(12):786-794.
- Stern, A.M. and Markel, H. (2005) The history of vaccines and immunization: familiar patterns, new challenges. *Health affairs*, 24(3):611-621.
- Stokel-Walker, C. (2021) Covid-19: The countries that have mandatory vaccination for health workers. *BMJ*, 373:n1645. doi: 10.1136/bmj.n1645. PMID: 34187932.
- Szmyd, B., Karuga, F.F., Bartoszek, A., Staniecka, K., Siwecka, N., Bartoszek, A., Błaszczy, M. and Radek, M. (2021) Attitude and behaviors towards SARS-CoV-2 vaccination among healthcare workers: A cross-sectional study from Poland. *Vaccines*, 9(3):218.
- Tsaousis, G. (2021) Moulding the Right to Health in the Time of the Pandemic. *Cyprus Review*, 33(1):67-97.
- Vashi, A.P. and Coiado, O.C. (2021) The future of COVID-19: A vaccine review. *Journal of infection and public health*, 14(10):1461-1465.
- Veatch, R. M. (2016) *The basics of bioethics*. Routledge, New York, USA.
- Verger, P. and Dubé, E. (2020) Restoring confidence in vaccines in the COVID-19 era. *Expert Review of Vaccines*, 19(11):991-993.
- Verger, P., Fressard, L., Collange, F., Gautier, A., Jestin, C., Launay, O., Raude J., Pulcini, C. and Peretti-Watel, P. (2015) Vaccine hesitancy among general practitioners and its determinants during controversies: a national cross-sectional survey in France. *EBioMedicine*, 2(8):891-897.
- Ward, J.K., Peretti-Watel, P., Bocquier, A., Seror, V. and Verger, P. (2019) Vaccine hesitancy and coercion: all eyes on France. *Nature immunology*, 20(10):1257-1259.
- Whitney, C.G., Zhou, F., Singleton, J. and Schuchat, A. (2014) Benefits from immunization during the vaccines for children program era—United States, 1994–2013. *Morbidity and mortality weekly report*, 63(16):352-355.

Wilson, R., Zaytseva, A., Bocquier, A., Nokri, A., Fressard, L., Chamboredon, P., Carbonaro, C., Bernardi, S., Dubé, E. and Verger, P. (2020) Vaccine hesitancy and self-vaccination behaviors among nurses in southeastern France. *Vaccine*, 38(5):1144-1151.

Wolf, M.E., Luz, B., Niehaus, L., Bhogal, P., Bänzner, H. and Henkes, H. (2021) Thrombocytopenia and intracranial venous sinus thrombosis after “COVID-19 vaccine AstraZeneca” exposure. *J. Clin. Med.* 10(8):1599. <https://doi.org/10.3390/jcm10081599>

World Health Assembly, 27. (1974). *WHO expanded programme on immunization*. Ανάκτηση από <https://apps.who.int/iris/handle/10665/92778>

World Health Organization (2020). *COVID-19 virtual press conference*. Ανάκτηση την 12/2/2020 από https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-virtual-press-conference_)

World Health Organization (2021). *Interim position paper: considerations regarding proof of COVID-19 vaccination for international travelers*, Geneva: Ανάκτηση την 13/2/22 από <https://www.who.int/news-room/articles-detail/interim-position-paper-considerations-regarding-proof-of-covid-19-vaccination-for-international-travelers>.

Yaqub, O., Castle-Clarke, S., Sevdalis, N., Chataway, J. (2014) Attitudes to vaccination: a critical review. *Soc Sci Med.*, 112:1-11.

Yurkevych, Y.M., Krasnytskyi, I.V., Romaniv, K.B., Bronevytska, O.M. and Parasiuk V.M. (2021) Civil law regulation and criminal enforcement of mandatory vaccination policies: A comparative aspect. *Médecine & Droit*, 168:54-58.

ABSTRACT

Introduction: The current pandemic due to the spread of COVID-19 has led many countries, including Greece, to establish rules that render vaccination obligatory in certain groups. One of these groups consists of healthcare professionals who are responsible for the maintenance of the optimal operational conditions of the healthcare system as well as the general well-being of the patients that they treat.

Aim: The aim of the current thesis is to evaluate the reasons and factors of vaccination reluctance, as well as to evaluate the application of mandatory vaccination in view of the bioethical principles.

Method: For the purpose of this thesis a literature review was conducted in the electronic databases PubMed, Cinahl, SCOPUS and COHRAINE, using the keywords “vaccination”, “fundamental rights”, “pandemic”, “Covid -19”, “healthcare workers”, “bioethics”, “self-determination”, “vaccine hesitancy”, “mandatory”, “bioethical dilemmas” or combination of the above.

Results: The main etiologies for hesitancy or denial are the doubts about the effectiveness and/ or necessity of vaccination, the mistrust concerning the healthcare system, the experts and the science. Mandatory vaccination was found necessary in our country, among others, for the protection of public health. Mandatory vaccination in healthcare workers was accompanied with workplace removal policies of non-vaccinated people. These measurements were taken under the auspices of the Bioethical Principles based in a legislative framework.

Conclusions: From the analysis in this study, it is concluded that mandatory vaccination of healthcare professionals as applied under the Greek and European legislation is not opposed to Bioethics Principles. Public health organizations should accept mandatory vaccination in the framework of transparency and justice and after all other voluntarily based measurements have been applied.

KEY-WORDS: Bioethics Principles, Mandatory Vaccination, COVID-19, Health Professionals