

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΤΟΜΕΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΑΤΤΙΚΗΣ

ΔΥΤΙΚΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ

ΤΜΗΜΑ

ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΒΙΟΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΑΝΔΗΜΙΑ

**ΜΠΕΧΙΤ ΦΩΤΕΙΝΗ
ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ 19003**

Επιβλέπουσα
ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΜΑΡΙΑ ΜΗΤΡΟΣΥΛΗ

ΑΘΗΝΑ ΜΑΡΤΙΟΣ 2021

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια	Καθηγήτρια	ΑΣΗΜΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΜΗΤΡΟΣΥΛΗ ΜΑΡΙΑ
-----------------------------------	-------------------	------------------------------------------

Μέλος	Αν. Καθηγήτρια	ΓΟΥΛΑ ΑΣΠΑΣΙΑ
--------------	-----------------------	----------------------

Μέλος	Καθηγητής	ΣΑΡΡΗΣ ΜΑΡΚΟΣ
--------------	------------------	--------------------------

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Μπεχίτ Φωτεινή του Ατέφ, με αριθμό μητρώου 19003 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας του Τμήματος Διοίκηση Επιχειρήσεων της Σχολής Διοίκηση Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών 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 όποιες 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 αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα 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».

Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 30-11-2021 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Ο/Η Δηλών/ούσα



ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Περίληψη.....	6
Abstract	8
Εισαγωγή	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.	
1.1 Βιοηθική: έννοια, σκοπός, βασικές αρχές	12
1.2 Ιστορική εξέλιξη	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.	
2.1 Πανδημία: εννοιολογική προσέγγιση	19
2.2 Ιστορική ανασκόπηση	20
2.3 Επιπτώσεις και επιπλοκές στην δημόσια υγεία	30
2.4 Αντιμετώπιση του Covid-19 από τους επαγγελματίες υγείας.....	37
2.5 Οι επιπτώσεις της πανδημίας του κορωνοϊού στις Ελληνικές επιχειρήσεις. .	44
2.6 Οι ψυχικές επιπτώσεις της πανδημίας στους πολίτες.....	45
2.7 Οι συνέπειες του COVID-19 σε ευπαθείς ομάδες (άτομα με αναπηρία, φυλετικές μειονότητες κτλ) στην Αμερική.	48
2.8 Η Βιοηθική προσέγγιση της χρήσης φαρμάκων «εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων» ή (off-label) εν όψει πανδημίας COVID-19.....	59
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.	
3.1 Βιοηθικά διλήμματα και πανδημία	63
Συμπεράσματα.....	87
Βιβλιογραφικές αναφορές.....	89

Περίληψη

Ο 21ος αιώνας χαρακτηρίζεται από τη μεγάλη ανάπτυξη της βιολογίας, της τεχνοεπιστήμης και της προσπάθειας των ερευνητών να επεμβαίνουν στον άνθρωπο και στο περιβάλλον εγείροντας βιοηθικούς, δεοντολογικούς και ιατρικούς προβληματισμούς. Τα τελευταία χρόνια τα ζητήματα βιοηθικής έχουν εμφανίσει μεγάλη βαρύτητα καθώς έχει γίνει ιδιαίτερα αντιληπτό ότι οι πολίτες ανεξαρτήτως ηλικίας θα έχουν υποχρέωση, σε κάποια φάση της ζωής τους, να πάρουν αποφάσεις με ηθικές συνέπειες σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο χρησιμοποιούν την επιστήμη και την τεχνολογία. Ο άνθρωπος καθημερινά δύναται να αντιμετωπίσει καταστάσεις όπως ασθένειες, φυσικές καταστροφές και άλλες καταστάσεις έκτακτης ανάγκης όπου απαιτείται προετοιμασία για την αντιμετώπιση τους. Ο ΠΟΥ (2020) αναφέρει πως «είναι αναπόφευκτη μια πανδημία ενός νέου εξαιρετικά μολυσματικού ιού, πιθανότατα στελέχους γρίπης, στον οποίο οι περισσότεροι άνθρωποι δεν έχουν ανοσία».

Η πανδημία του κορωνοϊού είναι μια πρωτόγνωρη για την υγεία και τη ζωή απειλή η οποία ασκεί παγκοσμίως μεγάλη πίεση στα συστήματα υγείας και κυρίως στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Κατά τη διάρκεια εξέλιξης της πανδημίας διατυπωνόταν από τους γιατρούς, πολιτικούς και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης ότι ο ιός προσβάλλει τόσο τους οικονομικά αδύνατους όσο και τους οικονομικά ισχυρούς, χωρίς να κάνει διακρίσεις, δημιουργώντας στους πολίτες ένα αίσθημα γενικευμένης ανησυχίας.

Η πανδημία του COVID-19 δεν είναι κάτι πρωτόγνωρο για την ανθρωπότητα. Έχουν υπάρξει στο παρελθόν επίσης καταστροφικές πανδημίες και επιδημίες. Ωστόσο τόσο η κατάσταση που διανύουμε όσο και η καθημερινότητα που βιώνουμε είναι πρωτόγνωρη εν έτει 2021. Οι νέες αλλαγές της διαβίωσης μας στο κοινοτικό περιβάλλον άλλαξε ριζικά. Ένας απλός περίπατος στη φύση δεν είναι πια ίδιος. Η χρήση προστατευτικής μάσκας, καθώς και τα επιβαλλόμενα μέτρα ισχύουν για όλους. Παρά τα μέτρα που έχουν υποβληθεί από την κυβέρνηση και τις δυσμενείς καταστάσεις που βιώνει ο κάθε πολίτης ανεξαιρέτως, θα μπορούσε κανείς να αναφέρει ότι η κοινωνία βιώνει μια «δοκιμασία» και μέσα από αυτή θα διδαχθεί το αίσθημα της ευθύνης, το σεβασμό απέναντι στο συνάνθρωπο καθώς και την ευαισθητοποίηση απέναντι στους ηλικιωμένους ανθρώπους.

Πως όμως όλα τα παραπάνω αφορούν τη Βιοηθική επιστήμη; Η Βιοηθική, ο κλάδος εκείνος που «ενώνει» τις γνώσεις της Βιολογίας, της Ιατρικής, της Τεχνολογίας, της Ηθικής, του Δικαίου και της Θεολογίας, έρχεται αντιμέτωπη με πληθώρα προκλήσεις και διλήμματα που αφορούν την πανδημία του COVID-19 που διανύουμε. Εντούτοις, μερικά ερωτήματα, όπως «ποιος θα αποφασίσει την κρίσιμη στιγμή αναφορικά με το ποιος/α θα καταλάβει και ποιοι όχι μια πολυπόθητη θέση στη ΜΕΘ», είναι δύσκολο να απαντηθούν.

Οι έρευνες δείχνουν ότι υπάρχει μια παγκόσμια συμφωνία για την «υποχρεωτική» εκμάθηση, σε όλους τους τομείς της εκπαίδευσης, ηθικών αρχών και κανόνων που αφορούν μείζονα κοινωνικά ζητήματα που προκύπτουν από την ανάπτυξη της επιστήμης και της τεχνολογίας. Σ' ένα γενικό πλαίσιο, χωρίς είδος αξιολογικής ιεράρχησης, στον πυρήνα των ενδιαφερόντων της Βιοηθικής βρίσκονται μεταξύ άλλων τα ανθρώπινα υποκείμενα, η ζωή, η αναπαραγωγή, ο ρόλος της γενετικής, τα ζητήματα της μεταμόσχευσης οργάνων, ο θάνατος, κ.ά. Έτσι, με την πρώτη κιόλας επαφή, γίνεται κατανοητό για ποιο λόγο η Βιοηθική αποτελεί αναπόφευκτό τμήμα της ζωής μας.

Λέξεις κλειδιά: πανδημία, κορωνοϊός, Βιοηθική, ΜΕΘ

Abstract

The 21st century seems to be the period of biology and the effort of man to intervene in a multitude of actions concerning bioethical, medical and ethical issues and especially man. In recent years, issues of bioethics have become very important as it has become widely understood that citizens, regardless of age will have an obligation, at some point in their lives, to make ethical decisions about how they use science and technology. Man can deal daily with situations he is faced with such as illnesses, natural disasters and other emergencies where preparation is required to deal with them. The WHO (2020) states that a pandemic of a new highly contagious virus, most likely a strain of influenza, in which most people are not immune is inevitable.

The corona virus pandemic, an unprecedented threat to life, puts a lot of pressure on health systems worldwide and especially on Intensive Care Units (ICUs). As the pandemic unfolded, doctors, politicians, and the media were saying that the virus was infecting both the financially disadvantaged and the economically incapacitated, giving citizens a sense of concern.

The COVID-19 pandemic is not new to humanity. There have also been devastating pandemics and epidemics in the past. However, both the situation we are going through and the everyday life we are experiencing are unprecedented in the year 2021. The new changes in our living in the community environment have changed radically. A simple walk in nature is no longer the same. The use of a protective mask, as well as the imposed measures, applies to everyone. Despite the imposing conditions presented by the government and the unfavorable situations experienced by every citizen without exception, one could say that society is experiencing a "test" and through it will be taught a sense of responsibility, respect for fellow human beings. As well as raising awareness among older people.

But how is all this confused with Bioethics? Bioethics, the branch that "unites" the knowledge of Biology, Medicine, Ethics, and Theology, is faced with numerous challenges and dilemmas concerning the COVID-19 pandemic we are going through. However, some questions such as: "Who will decide at the crucial moment regarding who will occupy and who will not occupy a prominent position in the ICU?» Are difficult to answer.

Research shows that there is a global consensus on "compulsory" learning more ethical and social issues related to science and technology in all areas of education. In a general context, therefore, without any kind of evaluation, at the center of the interests of Bioethics are, among others, human subjects, death, reproduction, the role of genetics, the issues of organ transplantation, etc. Thus, with the very first contact, it is understood why Bioethics is an integral part of our lives.

Keywords: Pandemic, COVID-19, Bioethics, ICU

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να περιγράψει και να αναλύσει τον κλάδο της Βιοηθικής επιστήμης, τη σύγχρονη πανδημία που βιώνουμε και με ποία βιοηθικά διλήμματα έρχεται αντιμέτωπη η Βιοηθική. Σε μια καθημερινά εξελισσόμενη εποχή όπου η πανδημία του κορωνοϊού δεν έχει αφήσει κανέναν κλάδο ανεπηρέαστο, η Βιοηθική τίθεται αντιμέτωπη με προκλήσεις και διλήμματα που αφορούν την υγειονομική περίθαλψη των νοσούντων και μη. Η επίδραση της πανδημίας είχε το μεγαλύτερο αντίκτυπο, τόσο στον οικονομικό τομέα όσο και στον κοινωνικό τομέα.

Στο πρώτο κεφάλαιο περιγράφεται η έννοια της Βιοηθικής, ο σκοπός και οι βασικές αρχές που τη διέπουν. Σύμφωνα με έναν ορισμό «η Βιοηθική είναι ο κλάδος εκείνος της επιστήμης που ασχολείται με τα ηθικά ζητήματα που παρουσιάστηκαν από τις νέες ανακαλύψεις της Βιολογίας και τις εφαρμογές της Γενετικής μηχανικής. Σκοπός της είναι να δώσει απαντήσεις σε θέματα που αφορούν την αρμονία της Ιατρικής και της Βιολογίας με επίκεντρο τον άνθρωπο και τη ζωή του».(wikipedia) Οι βασικές αρχές που διέπουν τη Βιοηθική είναι η αρχή της αυτονομίας, η αρχή της ωφέλειας, η αρχή της ειλικρίνειας και η αρχή της εμπιστοσύνης. Στη συνέχεια ακολουθεί η ιστορική αναδρομή και μια σύντομη παρουσίαση μερικών ζητημάτων Βιοηθικής όπως η ευθανασία, η άμβλωση, η κλωνοποίηση, μεταμόσχευση και η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύεται η εννοιολογική προσέγγιση της πανδημίας και στη συνέχεια η ιστορική ανασκόπηση προηγούμενων πανδημιών αλλά και η ανάλυση της τρέχουσας πανδημίας. Η ιστορική ανασκόπηση περιλαμβάνει τη μελέτη και περιγραφή υγειονομικών καταστάσεων, όπως ο λοιμός των αρχαίων Αθηναίων, η Μαύρη Πανώλη, η χολέρα, η ελονοσία, η ισπανική γρίπη, ο ιός της γρίπης H1N1 και ο COVID-19. Έπειτα γίνεται εμβάθυνση στην μετάδοση του κορωνοϊού και η εννοιολογική προσέγγιση των λέξεων καραντίνα και απομόνωση που σχετίζονται άμεσα με την πανδημία. Στη συνέχεια εξετάζονται λεπτομερώς οι επιπτώσεις και επιπλοκές της

πανδημίας στη Δημόσια Υγεία. Στο τέλος του δεύτερου κεφαλαίου δίνεται έμφαση στους επαγγελματίες υγείας και πως διαχειρίστηκαν και αντιμετώπισαν τον COVID-19, καθώς και ένα σοβαρό ζήτημα που απασχολεί ιδιαίτερα τους Έλληνες το τελευταίο διάστημα : ο εμβολιασμός .

Στο τρίτο κεφάλαιο αναπτύσσονται τα βιοηθικά διλήματα που προέκυψαν από την εξέλιξη της πανδημίας και πως επηρέασαν τους επαγγελματίες υγείας και το γενικό πληθυσμό. Το ζωτικής σημασίας δίλημα, με το οποίο ήρθε αντιμετώπιη η Βιοηθική αφορούσε το ποιοι θα κληθούν να αποφασίσουν την κρίσιμη στιγμή σχετικά με το ποιοι θα καταλάβουν και ποιοι όχι μια περιζήτητη θέση στη ΜΕΘ. Τέλος, η παρούσα εργασία κλείνει με τα συμπεράσματα και τις βιβλιογραφικές αναφορές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 Βιοηθική : έννοια , σκοπός , βασικές αρχές.

Η έκρηξη προόδου των Βιολογικών επιστημών μετά το δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο και η δυνατότητα παρέμβασης του ανθρώπου σε διάφορες βιολογικές διαδικασίες έκαναν απαραίτητη την ανάπτυξη ενός νέου γνωστικού αντικειμένου, αυτού της Βιοηθικής. «Βιοηθική» είναι ο κλάδος εκείνος της επιστήμης που ασχολείται με τα ηθικά ζητήματα που παρουσιάστηκαν από τις νέες ανακαλύψεις της Βιολογίας, τις εφαρμογές της Γενετικής μηχανικής, της Ιατρικής και της Τεχνολογίας. Από τη φύση της η Βιοηθική είναι το σημείο τομής διαφορετικών επιστημονικών κλάδων, όπως της Βιολογίας, της Γενετικής, της Βιοτεχνολογίας, της Βιοϊατρικής, ενώ εμπλέκονται και τελείως διαφορετικοί γνωστικοί τομείς, όπως η Φιλοσοφία, η Νομική και η Θεολογία.

«Όσον αφορά την ιατρική ηθική, είναι στενά συνδεδεμένη με τον πατέρα της ιατρικής Ιπποκράτη. Στις ηθικές αρχές του ιπποκρατικού όρκου διατυπώνονται οι υποχρεώσεις και οι δεσμεύσεις του γιατρού απέναντι στον ασθενή, όπως επίσης καθορίζονται και τα όρια της ιατρικής παρέμβασης στον άρρωστο. Στον Ιπποκράτη η ιατρική και η ηθική είναι έννοιες άμεσα συνδεδεμένες όπου δεν διαχωρίζονται και δεν διασπώνται. Στα έργα του συνδυάζει την επιστημονική γνώση και ηθική. Η ηθική για αυτόν είναι ένα αναπόσπαστο στοιχείο της ιατρικής επιστήμης και για αυτό τον λόγο ο ιπποκρατικός όρκος μέχρι και σήμερα θεωρείται το κύριο κείμενο της ιατρικής ηθικής». (Κατσίμγκας κ.α., 2010).

Η εξέλιξη της τεχνολογίας, της ιατρικής και της επιστήμης γενικότερα με γρήγορο ρυθμό συνδυαστικά με τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης της σύγχρονης κοινωνίας και την παγκοσμιοποίηση οδηγεί στην αναγκαιότητα να αντιμετωπιστούν τα ηθικά ζητήματα που εμφανίστηκαν παράλληλα με τις παραπάνω εξελίξεις. Κατά αρχάς, η Βιοηθική ως καινούργια έννοια και κλάδος χρησιμοποιήθηκε ευρέως και σταδιακά εξελίχθηκε ως συνέχεια τρόπων τινά της Ιατρικής Ηθικής, ενώ σήμερα είναι αυτόνομη και σύνθετη ηθικό-κοινωνική παγκόσμια δραστηριότητα. Με τον όρο Βιοηθική αποδίδεται «ο σεβασμός του ατόμου, ο σεβασμός της γνώσης, η άρνηση της κερδοσκοπίας και το συναίσθημα της ευθύνης προς τον άνθρωπο και τις επόμενες γενιές, υπό το πρίσμα της κοινωνικής δικαιοσύνης και αλληλεγγύης»

(Αλαχιώτης,2004). Όπως προκύπτει από τον παραπάνω ορισμό η Βιοηθική επιχειρεί να απαντήσει σε θέματα που αφορούν την αρμονία της ιατρικής και της βιολογίας με επίκεντρο τον άνθρωπο και τη ζωή του. Βάσει αυτού, στοχεύει στο να τεθούν «εμπόδια» στις νέες γενετικές και τεχνολογικές εφευρέσεις ώστε να καταλήξουν χρήσιμες και όχι επιζήμιες για τους ανθρώπους. Για αυτούς τους λόγους, τα τελευταία χρόνια δημιουργούνται διεθνείς και εθνικές, δημόσιες και μη κυβερνητικές «επιτροπές Βιοηθικής», οι οποίες αποσκοπούν να εκφράσουν μια μέση κοινωνική αντίληψη σχετικά με τις εξελισσόμενες βιοτεχνολογικές και γενετικές εφαρμογές.

Στην Ελλάδα, η επίσημη επιτροπή που είναι ικανή να γνωμοδοτεί σε θέματα βιοηθικής είναι η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής και Τεχνοηθικής, η οποία έχει συσταθεί με νόμο από το 1998. Η Επιτροπή διαθέτει κατά κύριο λόγο συμβουλευτικό ρόλο προς κάθε όργανο ή φορέα της Πολιτείας, είτε με δική της αυτοβουλία είτε όταν απαιτηθεί. Το κύριο της μέλημα είναι η διεύρυνση του διαλόγου μεταξύ των βιολογικών και τεχνολογικών ενεργειών και των αναδυόμενων νέων κοινωνικών προβλημάτων, βάσει ηθικών αρχών και κανόνων. Η Επιτροπή επεξεργάζεται και αναρτά γνώμες (με τις συνοδευτικές Εκθέσεις τους) για σημαντικά ζητήματα βιοηθικής, όπως είναι η κλωνοποίηση, οι κλινικές μελέτες, τα βλαστοκύτταρα, οι μεταμοσχεύσεις, τα πειραματόζωα και πολλά άλλα, μετά από επεξεργασία στα πλαίσια των συνεδριάσεων της. Επιπροσθέτως, ετησίως η Επιτροπή στοιχειοθετεί και ετοιμάζει για δημοσίευση Ετήσια Έκθεση με το έργο και τις δραστηριότητές της για το προηγούμενο έτος. (www.bioethics.gr)

Οι Βασικές Αρχές που διέπουν την Βιοηθική.

Οι αρχές που αναφέρονται συχνότερα είναι οι παρακάτω:

Η Αρχή της αυτονομίας ή της αυτοδιάθεσης.

Σύμφωνα με αυτή την αρχή, ο κάθε άνθρωπος ελεύθερα και ανεξάρτητα πρέπει να σκέφτεται, να αποφασίζει και να ενεργεί

χωρίς την ύπαρξη οποιασδήποτε μορφής εξαναγκασμού. Έτσι, γίνεται σεβαστή οποιαδήποτε επιλογή του σχετικά με την υγεία του και γενικότερα τη ζωή του. Ο σεβασμός της αυτονομίας εμπεριέχει κάποιους συγκεκριμένους κανόνες οι οποίοι είναι:

- Η διατύπωση της αλήθειας,
- Ο σεβασμός της ατομικότητας και της ιδιαιτερότητας του κάθε ατόμου,
- Η παροχή προστασίας σε εμπιστευτικές πληροφορίες,
- Η απόκτηση της συγκατάθεσης για κάθε παρέμβαση με ασθενείς,
- Όταν ζητηθεί, να παρέχεται βοήθεια για λήψη σημαντικών αποφάσεων.

Η Αρχή της ωφέλειας ή της αγαθοεργίας. Η αρχή αυτή υποστηρίζει την ηθική άποψη της ωφέλειας του άλλου και ταυτόχρονα την αποφυγή βλάβης του.

Η Αρχή της δικαιοσύνης.

Η αρχή αυτή πηγάζει από τον ιπποκρατικό όρκο. Μεταξύ των άλλων υποχρεώσεων του γιατρού, συμπεριλαμβάνεται και η φροντίδα της υγείας κάθε ανθρώπου, ανεξάρτητα από το φύλο, τη φυλή και την οικονομική κατάσταση.

Η Αρχή της μη πρόκλησης βλάβης και πόνου.

Ο γιατρός σύμφωνα με την αρχή αυτή, έχει σαφή υποχρέωση να μη προκαλέσει βλάβη και πόνο στον ασθενή.

Η Αρχή της ισοτιμίας. Η αρχή αυτή υποστηρίζει ότι όλοι οι άνθρωποι έχουν ίσα δικαιώματα για ζωή και υγεία.

Η Αρχή της ειλικρίνειας.

Η Αρχή της εμπιστοσύνης.

Ως θεμελιώδεις αρχές από τους περισσότερους ερευνητές χαρακτηρίζονται : 1) η αρχή της αυτονομίας , 2) η αρχή της ωφέλειας, 3) η αρχή της μη βλάβης και 4) της δικαιοσύνης.

Θα πρέπει ωστόσο να διευκρινιστεί ότι η επιλογή της προτεραιότητας κάποιας αρχής συνάδει με το φιλοσοφικό πλαίσιο που διέπει τον κάθε άνθρωπο, όταν αυτός έρχεται σε άμεση επαφή με το φαινόμενο της υγείας και της ζωής γενικότερα. Εξαιτίας όμως των διαφορών που υπάρχουν στα διάφορα

φιλοσοφικά ρεύματα, παρατηρείται το γεγονός να βρίσκονται πολλές φορές σε σύγκρουση δύο βασικές αρχές. Για παράδειγμα, ένας γιατρός προτείνει ένα σχήμα αθεραπείας σε ασθενή προκειμένου να τον ωφελήσει από κάποια κακοήθη ασθένεια. Ο ασθενής όμως έχει το δικαίωμα να αρνηθεί πλήρως τη θεραπεία που του προτείνεται. Έτσι όμως, μπορεί να έρθει σε σύγκρουση η αρχή της αυτονομίας του ασθενή με την αρχή της ωφέλειας που θέλει να τηρήσει ο γιατρός. (Κατσιμίγκας κ.ά, 2010).

1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ξεκινώντας από τον Ιπποκρατικό όρκο, οι γιατροί έχουν καθήκον να κάνουν χρήση της γνώσης τους για να παρέχουν βοήθεια στους ασθενείς τους, να τους δώσουν θεραπεία και να αποκαταστήσουν την υγεία τους έχοντας ως βασικό σκοπό τη προστασία και υπεράσπιση της ζωής τους. Επίσης, η διαφύλαξη των προσωπικών στοιχείων θεωρείται δεδομένη. Κατά τη ρωμαϊκή περίοδο, ο Γαληνός αναφερόμενος στο γιατρό έδινε βάση στη σημασία των γνώσεων που πρέπει να έχει ο γιατρός, χωρίς να επηρεάζεται από τα όποια υλικά ερεθίσματα, ενώ ο ασθενής πρέπει να επιλέξει τον ιδανικό γιατρό. Αυτές οι βασικές αρχές απαρτίζουν το θεμελιώδη πυλώνα της Βιοηθικής. Μετά, όμως, το Δεύτερο Παγκόσμιο πόλεμο έγινε σαφές ότι αυτό το θεμέλιο της ιατρικής ηθικής δεν είναι πλέον αρκετό για να απαντήσει στις εξελίξεις της σύγχρονης βιοϊατρικής. (Φιλαλήθης, 2020)

Στην εργασία του «Wissenschaft vom Leben und Sittenlehre» (Επιστήμη της ζωής και της ηθικής), Ο θεολόγος προτεστάντης Fritz Jahr το έτος 1926 έθεσε το ζήτημα του αντικειμένου της βιοηθικής στην Ευρώπη. Με τη μελέτη αυτή έδωσε ιδιαίτερη έμφαση στη σχέση μεταξύ βιολογίας και φιλοσοφικής ή θεολογικής ανθρωπολογίας και την πρακτική εφαρμογή της στην ιατρική και την ψυχολογία. Ο Jahr συμπεριέλαβε στην έννοια της βιοηθικής, όχι μόνο τον άνθρωπο, αλλά και όλα τα ζωντανά όντα, για να βελτιώσει την ανθρώπινη συμπεριφορά στο πλαίσιο της τότε επιστημονικής και τεχνικής προόδου. Επιπλέον, ήταν ο πρώτος που παρέθεσε επιχειρήματα για την τοποθέτηση των ηθικών αξιών στη διδασκαλία των επιστημών στο σχολείο.

Τη δεκαετία του 1970, ο Αμερικανός γιατρός Van Rensselaer Potter έφερε στην επιφάνεια τον όρο βιοηθική όταν νόμιζε αναγκαίο να ταιριάζει τη γνώση της Βιολογίας με τη γνώση για τις ανθρώπινες και ηθικές αξίες. Ο Potter έδωσε έμφαση όχι μόνο

στον άνθρωπο, αλλά και στην ανάγκη για δραστηριοποίηση στον τομέα του περιβάλλοντος, χαρακτηρίζοντας τη βιοηθική ως την *επιστήμη της επιβίωσης*. Αντίθετα το πολιτικό-οικονομικό και επιστημονικό πλαίσιο εκείνης της εποχής «υποχρέωσε» τη βιοηθική να στραφεί σε ζητήματα που είχαν να κάνουν κυρίως με τις ιατρικές επιστήμες και τη βιοτεχνολογία. Παρά την αρχική άποψη αυτής της προσέγγισης, κατά τη χρονική περίοδο της δεκαετίας του '80 και '90, ο Potter συνέχισε να προβάλλει τις αξίες και τις ηθικές συμπεριφορές που αφορούσαν οικουμενικά ζητήματα στον κοινωνικό και περιβαλλοντικό τομέα. Η επικέντρωσή του στη συγκατάταξη οικολογικών εννοιών και αξιών στην ιατρική και την υγεία εξακολουθεί να είναι σημαντική και επίκαιρη. (Σύσταση της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής, 2020)

Η βιοηθική αποτελεί έναν τομέα της εφαρμοσμένης ηθικής και θεσπίστηκε ως η μελέτη των ηθικών προβλημάτων και διλημάτων που επήλθαν από τη μεγαλειώδη εξέλιξη των βιοεπιστημών και της βιοτεχνολογίας. Από την έναρξη της δεκαετίας του 1990, οι έρευνες ξεκίνησαν να εμφανίζουν έντονα την αναγκαιότητα για εκμάθηση ολοένα και περισσότερων ηθικών και κοινωνικών ζητημάτων που σχετίζονται με την επιστήμη και την τεχνολογία. Τα ηθικά θέματα των βιοεπιστημών εξασφάλισαν όλο και μεγαλύτερη σημασία στη διδασκαλία της επιστήμης ως μέσο για την εξέλιξη της επιστημονικής παιδείας των πολιτών αλλά και για την αντίληψη των κοινωνικό-επιστημονικών θεμάτων, περιλαμβάνοντας την ηθική στη λήψη αποφάσεων.

Με την υιοθέτηση της Οικουμενικής Διακήρυξης για το Ανθρώπινο Γονιδίωμα και τα Ανθρώπινα Δικαιώματα από τη Γενική Διάσκεψη της UNESCO το 1997 και από τη Γενική Συνέλευση των Ηνωμένων Εθνών το 1998, προβλήθηκε η αναγκαιότητα της βιοηθικής εκπαίδευσης. Κατά την 32η Γενική Διάσκεψη της UNESCO το 2003, πολλά κράτη μέλη εξέφρασαν την ανάγκη διδασκαλίας προγραμμάτων βιοηθικής στην επιστημονική και επαγγελματική εκπαίδευση. Με βάση αυτές τις συστάσεις, η UNESCO ξεκίνησε το «Πρόγραμμα Εκπαίδευσης στην Ηθική» το 2004. Τα διεθνή μοντέλα για τη διδασκαλία στη βιοηθική βελτιώθηκαν περαιτέρω με τη Διεθνή Διακήρυξη για τα Γενετικά Δεδομένα του Ανθρώπου το 2003 και την Οικουμενική Διακήρυξη για τη Βιοηθική και τα Ανθρώπινα Δικαιώματα, που συμφωνήθηκε από την 33η Γενική Διάσκεψη της UNESCO το 2005, με τις οποίες καθιερώνεται ένα σύνολο αρχών βιοηθικής και παραχωρείται μια κοινή παγκόσμια πλατφόρμα μέσα από την

οποία η βιοηθική μπορεί να εισαχθεί και να διδαχθεί. Με τις δραστηριότητές της, η UNESCO συνεισφέρει μεταξύ άλλων στην προαγωγή της ηθικής στην επιστημονική εκπαίδευση και στην κατανομή του κατάλληλου εκπαιδευτικού υλικού. Η Διεθνής Επιτροπή Βιοηθικής (IBC) εργάζεται προκειμένου να προάγει τις σκέψεις-προβληματισμούς όσον αφορά τα ηθικά και νομικά ζητήματα που προέρχονται από την έρευνα στις βιοεπιστήμες και τις εφαρμογές τους, καθώς και να εμψυχώσει τη μετάδοση ιδεών και πληροφοριών, ιδίως μέσω της εκπαίδευσης.

Ένα ακόμη συστατικό του προγράμματος βιοηθικής εκπαίδευσης είναι η Συμβουλευτική Επιτροπή Εμπειρογνομόνων για τη Διδασκαλία της Βιοηθικής. Ένα από τα πρώτα έργα της ήταν η ανάπτυξη μιας πρότασης για ένα βασικό πρόγραμμα σπουδών στη βιοηθική με βάση αυτά που υιοθετήθηκαν στην Οικουμενική Διακήρυξη για τη βιοηθική και τα ανθρώπινα δικαιώματα. Το 2006 διεξήχθη δοκιμαστικό πρόγραμμα κατάρτισης των εκπαιδευτικών στην ηθική, το οποίο προετοίμασε η έδρα της βιοηθικής της UNESCO στη Haifa του Ισραήλ. Η δημιουργία της Διεθνούς Ένωσης Εκπαίδευσης στην Ηθική (IAEE) το 2010 ήταν μια λογική συνέπεια του Προγράμματος Εκπαίδευσης στην Ηθική της UNESCO. Στο σκελετό αυτού του προγράμματος βρέθηκαν και περιγράφηκαν προγράμματα διδασκαλίας βιοηθικής, στην Ανατολική Ευρώπη, την Αραβική χερσόνησο, την περιοχή της Μεσογείου και την Αφρική. Περισσότερα από 235 εκπαιδευτικά προγράμματα έχουν εγκατασταθεί στη βάση δεδομένων του Παρατηρητηρίου της Παγκόσμιας Ηθικής της UNESCO, που περιλαμβάνει πολλές χώρες.

Η βιοηθική εμπεριέχει τα ηθικά ζητήματα που αφορούν όλους τους κλάδους της επιστήμης, συμπεριλαμβανομένου του περιβάλλοντος, των βιοεπιστημών, της ιατρικής και των σχετικών τεχνολογιών και έρχεται να συμφιλιώσει τη βιολογία με τη φιλοσοφία και τη γνώση των ανθρώπινων αξιακών συστημάτων. Ως εκ τούτου, η βιοηθική βρίσκεται στο επίκεντρο των πεδίων θεμελιωδών επιστημών, όπως της Φιλοσοφίας, της Θεολογίας, της Νομικής, των Βιοεπιστημών και γενικά των επιστημών που ασχολούνται με τη μελέτη των ζώντων οργανισμών, της Κτηνιατρικής και των Ιατρικών Επιστημών κ.λπ. Η βιοηθική παιδεία είναι ταυτόχρονα συστατικό στοιχείο της ηθικής εκπαίδευσης, αλλά και τα θεμέλια της, καθώς πλέον υφίστανται ισχυρή αποδοχή μεταξύ των επιστημόνων ότι η εκπαίδευση στις κοινωνικο-ηθικές όψεις των βιοεπιστημών είναι κρίσιμης σημασίας για την εξέλιξη των μαθητών όχι

μόνο σε επαγγελματίες της επιστήμης αλλά και σε καλά εκπαιδευμένους πολίτες του μέλλοντος. Επιπλέον, προτείνεται τα μαθήματα επιστήμης σε όλα τα επίπεδα εκπαίδευσης να συνδέουν τη βιοηθική σκέψη και τα ηθικά ζητήματα των βιοεπιστημών, όχι με τη μέθοδο που απλώς να τονίζουν τα προβλήματα αλλά να αντιλαμβάνονται με διεξοδικό τρόπο το ηθικό εύρος αυτών των ζητημάτων. (Γλυκοφρύδη, Ζαπουνίδου 2019)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 Πανδημία: εννοιολογική προσέγγιση

Προτού επιχειρήσουμε την προσέγγιση της πανδημίας, θα ήταν εύλογο να εισαχθούν οι ακόλουθες έννοιες και ορισμοί.

Ασθένεια : ονομάζεται η ένδειξη μιας παθολογικής κατάστασης, δηλαδή η διαταραχή της ομοιότητας του οργανισμού.

Επιδημία : χαρακτηρίζεται η εμφάνιση και εξάπλωση μιας λοιμώδους ασθένειας σε μεγάλο τμήμα του πληθυσμού συμπεριλαμβανομένων ανθρώπων ζώων ή φυτών.

Πανδημία : ονομάζεται η επιδημία που έχει εξαπλωθεί σε μεγάλη γεωγραφική περιοχή είτε ολόκληρη χώρα είτε ήπειρο είτε παγκοσμίως.

Μεταδοτική ασθένεια : ονομάζεται η μετάδοση παθογόνου μολυσματικού μικροοργανισμού, όπως ιοί, βακτήρια, πρωτόζωα, μύκητες από τον άνθρωπο ή κάποιο ζώο σε έναν ευάλωτο ξενιστή. Οι μολυσματικές ασθένειες μπορεί να είναι μεταδοτικές και μη μεταδοτικές.

Μόλυνση : χαρακτηρίζεται η παρουσία οποιουδήποτε παθογόνου μικροοργανισμού είτε σε αντικείμενα είτε σε επιφάνεια ενός ζωντανού οργανισμού ή και η εισβολή του εντός αυτού.

Ξενιστής : ονομάζεται οποιοσδήποτε ζωντανός οργανισμός είτε άνθρωπος είτε ζώο, στον οποίο εισβάλλει ο μολυσματικός παράγοντας.

Περίοδος επώασης : είναι το χρονικό διάστημα στο οποίο εισβάλλει ο παθογόνος μικροοργανισμός στον ξενιστή μέχρι να είναι ικανός να πολλαπλασιαστεί, έτσι ώστε να παράγει τα δικά του ιικά σωματίδια.

Περίοδος μετάδοσης : ονομάζεται η χρονική περίοδος στην οποία ο παθογόνος μολυσματικός μικροοργανισμός μπορεί να μεταδοθεί άμεσα ή έμμεσα σε έναν καινούργιο ξενιστή.

Η **πανδημία** προέρχεται από τους όρους παν (ολόκληρος) και δήμο (πληθυσμός), και είναι ένα ξέσπασμα μολυσματικών ασθενειών που εξαπλώνεται γρήγορα σε μια ευρεία

περιοχή (ήπειρο) ή διεθνώς και επηρεάζει σχεδόν ολόκληρο τον πληθυσμό. Μια πανδημία δεν είναι γνωστό ότι είναι μια μολυσματική ασθένεια στην οποία ο αριθμός των νέων περιπτώσεων παραμένει σταθερός με την πάροδο του χρόνου. Επιπλέον, οι πανδημίες της γρίπης δεν αφορούν την επανεμφάνιση εποχικής γρίπης..

Υπήρξαν πολλές πανδημίες στην ιστορία, όπως η φυματίωση και η πανούκλα. Η πανδημία HIV, η πανδημία γρίπης 1918-1920, η πανδημία γρίπης του 2009 και η πανδημία της Γιουχάν του Κορωναίου Coronavirus 2019-2020 είναι σχετικά πρόσφατες πανδημίες.(Κοκόρης, 2020)

Μια ταξινόμηση έξι βαθμίδων έχει αναπτυχθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) που καθορίζει τον μηχανισμό με τον οποίο ένας νέος ιός της γρίπης εξελίσσεται από τις πρώτες ανθρώπινες λοιμώξεις σε μια πανδημία. Η πανδημία ξεκινά με τη μόλυνση από τον ιό των ζώων, και σε μερικές περιπτώσεις τα ζώα μολύνουν τον άνθρωπο και εισέρχεται σε ένα στάδιο όπου ο ιός συνεχίζει να εξαπλώνεται από άτομο σε άτομο και τελειώνει όταν οι λοιμώξεις με τον νέο ιό έχουν εξαπλωθεί σε όλους σχεδόν τους ανθρώπους.

2.2 Ιστορική ανασκόπηση

Κατ' αρχήν, στις ιστορικές πανδημίες συγκαταλέγονται:

- Η πανούκλα της Αθήνας. Υπολογίζεται ότι τα 2/3 του πληθυσμού της Αθήνας πέθαναν μέσα σε τέσσερα χρόνια από την πανούκλα της Αθήνας (430 π.Χ.).
- Η πανούκλα στην Ευρώπη τον 14ο αιώνα. Αναφέρεται ότι ο αριθμός των νεκρών ήταν 75 εκατομμύρια. Η ασθένεια προήλθε από την Ασία και εξαπλώθηκε στη Μεσόγειο μέσω της Ευρώπης.
- Η χολέρα. Τον 19ο αιώνα, οι πανδημίες της χολέρας προκάλεσαν το θάνατο δεκάδων εκατομμυρίων ατόμων.
- Η ελονοσία. Περιγράφεται ως πανδημία από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Σε όλο τον κόσμο, ο αριθμός των θανάτων έφτασε τους 665.000.
- Οι πανδημίες γρίπης, όπως η ισπανική γρίπη (1918-1920), η οποία κατά τους πρώτους έξι μήνες σκότωσε 50 εκατομμύρια ανθρώπους.
- Η H1N1. Η πανδημία γρίπης του 2009 (H1N1) σε 214 χώρες πιστεύεται ότι σκότωσε 575.400 άτομα.

- Ο Covid-19. Η εν ενεργεία πανδημία της ασθένειας κορωνοϊού 2019/2020, η οποία οφείλεται στον κορωνοϊό της Γιουχάν, κηρύχθηκε πανδημία από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας στις 11 Μαρτίου 2020. (wikipedia)

Στη συνέχεια, θα παρουσιάσουμε κάποιες από τις πανδημίες:

Ο ΛΟΙΜΟΣ ΤΩΝ ΑΘΗΝΩΝ

Μια καταστροφική πληγή πέρασε από την Αρχαία Αθήνα πριν από 2.500 χρόνια. Σε πέντε χρόνια, ίσως τα δύο τρίτα του πληθυσμού έχασαν τη ζωή τους στην πόλη, η οποία στη συνέχεια πολιορκήθηκε από τη Σάρτη. Μια θανατηφόρος ασθένεια σκότωσε χιλιάδες Αθηναίους. Το πρώτο σύμπτωμα των νοσούντων ήταν ένας εξοντωτικός πυρετός, ακατάσχετη αιμορραγία από τα μάτια, εμετός καθώς και εξανθήματα και διάρροια. Έτσι αυτό το «τρομακτικό» συμβάν, που προκάλεσε τον θάνατο χιλιάδων ανθρώπων, έφερε το τέλος του χρυσού αιώνα. Ο Περικλής, ο ηγέτης που ήταν σήμα κατατεθέν εκείνη την εποχή ήταν ένας από τους χιλιάδες πολίτες που νόσησαν από την πανδημία. (Παπαδοπούλου,2015)

Κατά την πάροδο των χρόνων, έχουν υποστηριχθεί πολλές θεωρίες από ερευνητές που ταυτίζουν το λοιμό της Αθήνας με δεκάδες σύγχρονες ασθένειες όπως η χολέρα, ελονοσία, ευλογιά και πανώλη. Επίσης υπάρχει και η θεωρία πως ο ιός του σύγχρονου Έμπολα είναι ίδιος με εκείνον που αποδεκάτισε την Αθηναϊκή πολιτεία της κλασικής εποχής του Περικλή. Ορισμένοι ερευνητές, όπως ο Δρ. Πάτρικ Όλσον, επιδημιολόγος στο Ιατρικό Κέντρο του Ναυτικού στο Σαν Ντιέγκο και οι συνάδελφοι του δημοσίευσαν μια σχετική θεωρία. Υποστήριξαν ότι ο ιός Έμπολα και τα συμπτώματα του μοιάζουν με εκείνα του αρχαίου Αθηναϊκού λοιμού. Οι ερευνητές τόνισαν ότι τα περισσότερα θύματα από την αρχαία Ελλάδα πέθαναν μέσα σε επτά με εννέα ημέρες. Οι αρχαίοι Αθηναίοι ιατροί αρρώστησαν, ενώ οι Σπαρτιάτες που πολιορκούσαν λίγο μακρύτερα επιβίωσαν. Αυτό είναι ένδειξη πως η αρχαία ασθένεια, όπως και ο ιός Έμπολα μεταδίδεται από το αίμα, σάλιο ή επαφή και όχι μέσω του αέρα. Ο Θουκυδίδης ισχυρίστηκε πως η ασθένεια εξαπλώθηκε από τις ακτές της Αφρικής, κοντά στην Αιθιοπία. Από όσον είναι γνωστό και ο ιός Έμπολα έχει αφρικανικές ρίζες. Υπάρχουν μάλιστα και αποδείξεις ότι γίνονταν ταξίδια από την Αφρική στην Ελλάδα κατά την Αρχαιότητα. Η Σαντορίνη ήταν ένα νησί στρατηγικής σημασίας για τους αθηναίους, όπου και εντόπισαν στα σπίτια τοιχογραφίες που εικόνιζαν αφρικάνικες

μαϊμούδες που είναι γνωστό ότι μεταδίδουν τον ιό Έμπολα. Αξιοσημείωτη η έκθεση που περιγράφει την ύπαρξη έντονου λόξυγκα ανάμεσα στο δεκαπέντε τοις εκατό των θυμάτων στο Κίγκουιτ, αναφέρει ο Δρ. Πάτρικ Όλσον. Ο Θουκυδίδης περιγραφει και εκείνος παρόμοια συμπτώματα λόξυγκα. (Βασιλέρη, 2015)

ΜΑΥΡΗ ΠΑΝΩΛΗ

Η λέξη μαύρος θάνατος ή μαύρη πανώλη είναι συνώνυμη με την πανδημία που χρονολογείται το διάστημα 1348-1353, η οποία ήταν μια από τις πιο καταστροφικές στην παγκόσμια ιστορία. Στην Ευρώπη, την Ασία και τη Βόρεια Αφρική, το σωρευτικό ανθρώπινο ποσοστό εκτιμάται σε 100 έως 200 εκατομμύρια θανάτους. Στην πραγματικότητα, εκτιμάται ότι ο παγκόσμιος πληθυσμός μειώθηκε τότε από 450 εκατομμύρια σε 350-375 εκατομμύρια.

Τον Οκτώβριο του 1347, όταν οι άρρωστοι μεταφέρθηκαν στην Ευρώπη με εμπορικά πλοία της Γένοβας από το λιμάνι της Κάφα, άρχισαν και οι πρώτες επίσημες αναφορές της πανδημίας για θανάτους και νεκρούς.

Σύμφωνα με τις οδηγίες για την επιτήρηση της πανώλης, τη διάγνωση, την πρόληψη και τον έλεγχο του Π.Ο.Υ, η ασθένεια αυτή υπήρχε σε δύο μορφές: τη βουβωνική (ή σηψαιμική) και την πνευμονική. Η βουβωνική είναι η πιο κοινή μορφή και χαρακτηρίζεται από επώδυνους πρησμένους λεμφαδένες. Ενώ η πνευμονική εμφανίζεται σε δύο μορφές. Η πρωτογενής πνευμονική πανώλη είναι η πιο θανατηφόρος μορφή πανώλης. η περίοδος επώασης είναι συνήθως μια έως τέσσερις μέρες. Ενώ η εμφάνιση της νόσου ξεκινάει από την εκδήλωση ρίγους, πυρετού κεφαλαλγίας, σωματικών πόνων, θωρακικός πόνος και δυσφορία στο στήθος. Ο θάνατος συνήθως συμβαίνει κατά τις πρώτες ώρες 18-24 από την εμφάνιση της νόσου, εκτός και εάν γίνει χρήση αντιβιοτικών. Η δευτερογενής πνευμονική πανώλη οφείλεται σε αιματογόνο διάδοση του *Yersinia pestis* στους πνεύμονες και είναι η πιο κοινή μορφή πανώλης.(Λούκος,1992)

Μεταδόθηκε αμέσως και βοήθησε σε αυτό η κακή υγιεινή που επικρατούσε εκείνη την εποχή και η έλλειψη ιατρικής γνώσης και είχε ήδη εξαπλωθεί από την Ιταλία, στην κεντρική Γαλλία, στις αρχές του 1348, μέχρι το χειμώνα του ίδιου έτους στη νότια Αγγλία και συνέχισε στην Ολλανδία. Η επιδημία είχε ως αποτέλεσμα την απώλεια σχεδόν του ενός τρίτου του πληθυσμού της Ευρώπης. Η επιδημία ξέσπασε ξανά τα επόμενα χρόνια του 14ου αιώνα, με σύντομα διαλείμματα, αντιστρέφοντας έτσι

πλήρως τη δημογραφική ανάπτυξη που είχε λάβει χώρα στα μέσα του 13ου αιώνα και ο παγκόσμιος πληθυσμός είχε επιστρέψει μόνο στα επίπεδα που ήταν πριν από το 1347, τον 17ο αιώνα. Το εντεροβακτηρίδιο *Yersinia pestis*, το οποίο είναι ενδημικό στους πληθυσμούς της Κεντρικής Ασίας, ήταν πιθανώς υπεύθυνο για την πανδημία. Η πιο δημοφιλής θεωρία για την προέλευσή της είναι ότι ξεκίνησε από τις στέπες της Μογγολίας, μέσω σταυροφόρων που επέστρεφαν από τη Μέση Ανατολή, αν και πιστεύεται επίσης ότι προήλθε από τη βόρεια Ινδία. Πιθανότατα μεταφέρθηκε από τους Μογγολικούς στρατούς και εμπόρους που ακολούθησαν το "δρόμο του μεταξιού". Υπάρχει μια έκδοση που ισχυρίζεται ότι ξεκίνησε στα Ιμαλάια λίγο μετά το 1200. (Λούκος, 1992)

ΧΟΛΕΡΑ

Η χολέρα είναι μια βακτηριακή λοίμωξη που μεταδίδεται κυρίως μέσω των τροφίμων και του νερού. Η μεγαλύτερη επιδημία χολέρας που υπήρξε ποτέ είναι η Τρίτη έκρηξη χολέρας που ξεκίνησε στην Ινδία και διαδόθηκε πέρα από τα σύνορα της αφαιρώντας τη ζωή σε πάνω από 23.000 άτομα μόνο στην Βρετανία.

Στη σύγχρονη ιατρική βιβλιογραφία, ο όρος «χολέρα» παραπέμπει στην οξεία διαρροϊκή νόσο η οποία οφείλεται σε προσβολή του εντέρου από την εντεροτοξίνη που παράγει το Gram-αρνητικό βακτήριο δονάκιο της χολέρας (*Vibrio cholerae*). Το συγκεκριμένο βακτήριο μελετήθηκε για πρώτη φορά το έτος 1854 μ.Χ. από τον Ιταλό ανατόμο Filippo Pacini (1812–1883 μ.Χ.), αλλά η εφεύρεση του δεν ήταν ευρέως γνωστή μέχρι την παρουσίαση των ερευνητικών πορισμάτων του Γερμανού ιατρού Robert Heinrich Hermann Koch (1843–1910 μ.Χ.) το έτος 1883 μ.Χ. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), μόνο τα στελέχη του *Vibrio cholerae* O1 και O139 που παράγουν εντεροτοξίνη προκαλούν σοβαρή νόσο η οποία διακρίνεται ως χολέρα, καθώς και επιδημίες ή πανδημίες. (Λούκος, 1992)

Το νόσημα μεταδιδόταν μέσω της κατανάλωσης μολυσμένου νερού ή τροφής και επομένως η χολέρα ανήκει στα νοσήματα που μεταδίδονται μέσω της διατροφικής αλυσίδας (τροφιμογενή). Το νερό είναι συνήθως μολυσμένο με περιττώματα ασθενούς (συνήθως λόγω κακής λειτουργίας των συστημάτων νερού και λυμάτων) τα οποία, με τη σειρά τους, μπορούν άμεσα ή έμμεσα να μολύνουν τα τρόφιμα. Τα τρόφιμα μπορεί

επίσης να μολυνθούν από βρώμικα χέρια κατά την προετοιμασία του γεύματος ή κατά την κατανάλωση. Η χολέρα μεταδίδεται σπάνια από άτομο σε άτομο. Η σοβαρή αυτή ασθένεια χαρακτηρίζεται από επιβεβαιωμένη υδαρή διάρροια και έμετο που μπορούν να οδηγήσουν σε αφυδάτωση, κράμπες μυών, υπογλυκαιμία στα παιδιά, κυκλοφορικό σοκ, σοβαρές διαταραχές ηλεκτρολυτών, οξεία νεφρική ανεπάρκεια και κόμα. Ο θάνατος είναι πιθανό να συμβεί μέσα σε λίγες ώρες σε περιπτώσεις σοβαρής αφυδάτωσης και η θνησιμότητα μπορεί να είναι τόσο υψηλή που μπορεί να φτάσει το 50%. Με επαρκή και ταχεία ανάκτηση απωλειών υγρών και ηλεκτρολυτών, το ποσοστό θνησιμότητας είναι κάτω του 1%. Ο ιατρικός όρος «χολέρα» δεν απαντάται μόνο στις μέρες μας. Χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στην Ιπποκρατική Συλλογή, με άλλη όμως σημασία. (Μαζοκοπάκης, 2018)

ΕΛΟΝΟΣΙΑ

Η προέλευση της λέξης "ελονοσία" προέρχεται από τις λέξεις έλος και νόσος, καθώς έχει παρατηρηθεί ότι η ασθένεια είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη σε βάλτους. Είναι μια μολυσματική ασθένεια που προκαλείται από παρασιτικά πρωτόζωα. Διεθνώς αναφέρεται ως ελονοσία (ελονοσία, στα ιταλικά όρους: mal + aria = κακός αέρας) λόγω της πεποίθησης ότι κάποτε η ασθένεια προκλήθηκε από «κακή (μυρωδιά) αέρα» κοντά στους βάλτους.

Η ασθένεια μεταδίδεται κυρίως στους ανθρώπους με τσίμπημα του θηλυκού κουνουπιού του γένους ανωφελές. Το τσίμπημα εισάγει παράσιτα από το σάλιο του κουνουπιού στο ανθρώπινο αίμα. Στη συνέχεια, τα παράσιτα ταξιδεύουν στο ήπαρ, όπου ωριμάζουν και αναπαράγονται. (Κολλιόπουλος, 2011).

Η ελονοσία είναι μια ενδημική νόσος (δηλαδή λοιμώδης νόσος που εμφανίζεται σε ορισμένες περιοχές και προσβάλλει περιορισμένο αριθμό ατόμων) στις τροπικές ζώνες της Γης, π.χ. στην Κεντρική και Νότια Αμερική, Ωκεανία, Νοτιοανατολική Ασία και Μέση Ανατολή. Η υποσαχάρια Αφρική έχει μείζον πρόβλημα από την ασθένεια. Το 2010, περίπου 3,3 δισεκατομμύρια άνθρωποι κινδύνεψαν από την ελονοσία, σχεδόν το ήμισυ του παγκόσμιου πληθυσμού. Καταγράφονται περίπου 216 εκατομμύρια κρούσματα ελονοσίας ετησίως και περίπου 655.000 θάνατοι. Προφανώς, τα άτομα που ζουν σε αναπτυσσόμενες χώρες είναι πιο ευάλωτα στην ελονοσία.

Στην Ελλάδα, η ασθένεια εξαλείφθηκε το 1974 μετά από ένα εντατικό και δύσκολο πρόγραμμα ελέγχου (1946-1960). Έκτοτε, περίπου 20-50 περιπτώσεις καταγράφονται ετησίως στην Ελλάδα που σχετίζονται στη συντριπτική πλειονότητα με άτομα που ταξιδεύουν ή παραμένουν σε χώρα ενδημική για ελονοσία (εισαγόμενες περιπτώσεις).

Κρούσματα ελονοσίας με δείκτες εγχώριας μετάδοσης αναφέρθηκαν ετησίως σε διάφορα μέρη της χώρας από το 2009 έως το 2013: επτά (7) περιπτώσεις το 2009, τέσσερις (4) περιπτώσεις το 2010, 42 περιπτώσεις το 2011, 20 το 2012 και τρεις (3) περιπτώσεις το 2013. Το 2014, δεν αναφέρθηκε εγχώρια μετάδοση της νόσου σε κανένα μέρος της χώρας. (Κωσταρίδης Π., 2019)

ΙΣΠΑΝΙΚΗ ΓΡΙΠΗ

Η πανδημία γρίπης 1918-1919 ήταν η πιο επιζήμια επιδημία στη σύγχρονη ιστορία. Ο αριθμός των νεκρών που συνδέεται με τη μόλυνση παγκοσμίως ανέρχεται σε είκοσι έως εκατόν πενήντα εκατομμύρια. Πριν το 1918 αλλά και μετά, οι περισσότερες πανδημίες γρίπης προέρχονταν από την Ασία και εξαπλώθηκαν από εκεί στον υπόλοιπο κόσμο. Σύμφωνα με πληροφορίες η πανδημία της γρίπης εξαπλώθηκε ταυτόχρονα σε τρεις περιοχές του κόσμου: στην Ευρώπη, την Ασία και τη Βόρεια Αμερική.

Το πρώτο κύμα της ισπανικής γρίπης ξεκίνησε την Άνοιξη του 1918 και πολύ γρήγορα ακολούθησαν δεύτερα και τρίτα κύματα, το φθινόπωρο και το χειμώνα 1918-1919 αντιστοίχως. Υποστηρίζεται ότι ο ιός ξεκίνησε το 1915 και άρχισε να εξαπλώνεται προκαλώντας σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία των ανθρώπων, οι οποίες όμως δεν ήταν ικανές να ξεκινήσουν μια πανδημία. Το μοναδικό χαρακτηριστικό της γρίπης ήταν η ταυτόχρονη μόλυνση ανθρώπων και ζώων, συγκεκριμένα χοίρων. Ο ιός της γρίπης του 1918 πιθανώς εξέφρασε ένα νέο αντιγονικό στέλεχος στον οποίο το μεγαλύτερο πλήθος των ανθρώπων και των χοίρων ήταν ευάλωτοι. Πρόσφατες δημοσιευμένες αλληλουχίες και φυλογενετικές αναλύσεις υποδεικνύουν ότι τα γονίδια που κωδικοποιούν τις απαραίτητες πρωτεΐνες για την είσοδο του ιού στα κύτταρα του ξενιστή, οι οποίες είναι η νευραμινιδάση και η σιαλιδάση του ιού, προήλθαν από έναν ιό της γρίπης πριν ξεκινήσει η πανδημία και ότι η πρόδρομη μορφή του ιού δεν είχε

μολύνει ευρέως τους ανθρώπους και τους χοίρους στις προηγούμενες δεκαετίες. (Γκιούλα,2011)

Υποστηρίζεται ακόμη ότι ο ιός μεταδόθηκε σε ανθρώπους από πουλιά και στη συνέχεια συνέχισε να μεταδίδεται σε ανθρώπους. Επειδή η Ισπανία είχε κρατήσει μια ουδέτερη στάση, οι εφημερίδες τις έδιναν μια πιο ρεαλιστική εικόνα της πανδημίας, με συνέπεια να φαίνεται ότι η χώρα έχει πληγεί σοβαρότερα από την ασθένεια. Η ασθένεια έγινε γνωστή ως η ισπανική γρίπη για αυτόν τον λόγο. Το οξύ φλεγμονώδες πνευμονικό οίδημα, η αιμορραγική πνευμονίτιδα ή η οξεία αιμορραγική πνευμονία είχαν συμβάλει στο θάνατο των ανθρώπων από την ισπανική γρίπη. Η κυάνωση του δέρματος εμφανίστηκε κυρίως στο πρόσωπο, το στόμα, τα χέρια και τα δάχτυλα. Οι βάσεις των πνευμόνων επηρεάστηκαν περισσότερο, και αυτό φάνηκε κατά τη νεκροψία και οι θωρακικές κοιλότητες περιείχαν ανοιχτό καφέ ή σκούρο κόκκινο υγρό.

Τα πρώτα κρούσματα της Ισπανικής γρίπης εκδηλώθηκαν το Απρίλιο του 1918 στη Γαλλία, σε ένα βρετανικό στρατεύμα. Καθώς μετακινούνταν τα στρατεύματα μετακινούνταν και η γρίπη. Συνεπώς τον Μάιο εξαπλώθηκε σε όλη τη Γαλλία και την Ιταλία, στη Μεγάλη Βρετανία και στις Ηνωμένες Πολιτείες. Στην Γερμανία εισήλθε με τους αιχμάλωτους που είχαν συλληφθεί. Τον Ιούνιο έφτασε στην Ινδία, τον Ιούλιο στην Νέα Ζηλανδία και τον Αύγουστο στη Νότιο Αφρική. Η Αυστραλία κατάφερε να μην πληγεί λόγω αυστηρής απομόνωσης-καραντίνας.

Στην Ελλάδα, το πρώτο κρούσμα εντοπίστηκε στην Πάτρα. Η Σκύρος ήταν από τις περιοχές που επλήγησαν περισσότερο, όπου πέθαναν πάνω από 1000 κάτοικοι. Στην Αθήνα οι νεκροί έφτασαν τους 1.668, στη Θεσσαλονίκη 5.284 ενώ στην Πάτρα οι θάνατοι ξεπέρασαν τους 800. Η Δυτική Μακεδονία κατέγραψε 4.336 θανάτους.

ΙΟΣ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ H1N1

Η οικογένεια των ορθοβλεννοϊών περιλαμβάνει τον ιό της γρίπης Α. Χαρακτηρίζεται από τη μοναδική δομή του γονιδιώματός του, καθώς είναι ένα μονόκλωνο αρνητικό πολωμένο RNA, κατακερματισμένο σε οκτώ τμήματα. Έτσι, προκαλείται χαρακτηριστική αστάθεια, ιδιαίτερα στα γονίδια εξωτερικών γλυκοπρωτεϊνών του ιού,

της HA αιμοσυγκολλητίνης και της NA νευραμινιδάσης. Τα κύρια αντιγόνα του ιού, εναντίον στα οποία κατευθύνεται το ανοσοποιητικό σύστημα, είναι αυτές οι δύο πρωτεΐνες. Το HA συνδέεται με υποδοχείς σιαλικού οξέος και μεσολαβεί στην είσοδο στο κύτταρο-ξενιστή των σωματιδίων του ιού. Στα πρώτα στάδια της αναπαραγωγής ιών, είναι απαραίτητη αυτή η διεργασία. Οι κυτταρικές πρωτεάσες διασπούν το αρχικό μόριο HA σε HA1 και HA2. Η αντιγονική εκτροπή εμφανίζεται κυρίως στο HA1 και με αντικατάσταση νουκλεοτιδίων και πιθανή μεταβολή στα αμινοξέα προκαλεί περιορισμένες αλλαγές στο γονίδιο. Συχνά, προκαλεί το σχηματισμό νέων αντιγονικών στελεχών, με αποτέλεσμα τις ετήσιες εκδηλώσεις γρίπης.(Ανευλαβης,2009)

Ένα νέο στέλεχος του ιού της γρίπης A (H1N1) εμφανίστηκε στο Μεξικό τον Απρίλιο του 2009 και μεταδόθηκε ραγδαία σε όλο τον κόσμο. Αυτός ο ιός δεν συνδέεται με ανθρώπινα στελέχη αντιγονικά ή γενετικά, αλλά έχει γενετικά στοιχεία από αναγνωρισμένους ιούς της γρίπης που μολύνουν τους χοίρους. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ανακοίνωσε ότι η πανδημία γρίπης του 2009 θα είναι μια νέα μορφή του ιού της γρίπης.

Στη Βόρεια Ελλάδα, το πρώτο κρούσμα πανδημικής γρίπης εντοπίστηκε σε Έλληνα μαθητή που επέστρεψε από το Ηνωμένο Βασίλειο στις 27 Μαΐου 2009. Συνολικά, 4.949 δείγματα δοκιμάστηκαν από τον Απρίλιο 2009 έως τον Μάρτιο του 2010, εκ των οποίων ο ιός πανδημίας γρίπης του 2009 (H1N1) βρέθηκε στο 32,9%. Η κατανομή στην ηλικία των θετικών περιπτώσεων έδειξε ότι οι λοιμώξεις ήταν πιο συχνές σε νεότερες ηλικίες, με μέση ηλικία θετικών δειγμάτων τα 27 έτη, ενώ τα άτομα άνω των 60 είχαν χαμηλότερα ποσοστά λοίμωξης από πανδημικό στέλεχος της γρίπης, ένα εύρημα που ταιριάζει με μελέτες σε άλλες χώρες. Ορολογικές μελέτες που διεξήχθησαν στις ΗΠΑ λίγους μήνες μετά την έναρξη της πανδημίας έδειξαν κάποια επίπεδα ανοσίας στον πληθυσμό, προφανώς διασυνδεδεμένα από παρελθόντα κυκλοφορούντα στελέχη του ιού, φτάνοντας το 33% σε άτομα > 60 ετών. Η κατανομή του φύλου στα θετικά δείγματα ήταν σε παρόμοια επίπεδα (52% άνδρες, 48% γυναίκες), ένα εύρημα ίδιο με παρόμοιες μελέτες στη διεθνή βιβλιογραφία. (Γκιούλα κ.ά, 2009)

2.3 Ο ΚΟΡΩΝΟΙΟΣ COVID-19

Οι κορωνοϊοί (Coronavirus diseases, COVID-19-SARS-CoV-2) είναι οικογένεια ιών. Έχουν πάρει το όνομά τους από τη χαρακτηριστική εμφάνισή τους στο ηλεκτρονικό μικροσκόπιο, όπου διακρίνονται εξογκώματα περιμετρικά των υλικών σωματιδίων σαν στέμμα, το οποίο στα λατινικά λέγεται «κορώνα». Οι κορωνοϊοί είναι ιοί με περίβλημα και φέρουν ως γονιδίωμα ένα μονόκλωνο RNA θετικής πολικότητας. Οι κορωνοϊοί μολύνουν ευρέως τα σπονδυλωτά, συμπεριλαμβανομένων ανθρώπων, πτηνών, νυχτερίδων, φιδιών, ποντικών και άλλων άγριων ζώων. Από τα μέσα της δεκαετίας του 1960, έχουν εντοπιστεί επτά ανθρώπινοι κορωνοϊοί και συγκεκριμένα οι HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63, HCoV-HKU1, (SARS-CoV), (MERS-CoV) και ο κορωνοϊός που αντιμετωπίζουμε σήμερα COVID 19-SARS-CoV-2.

Σε αντίθεση με τα εξαιρετικά παθογόνα SARS-CoV, MERS-CoV και COVID-19-SARS-CoV-2, τα τέσσερα αποκαλούμενα κοινά HCoVs γενικά προκαλούν ήπια ασθένεια της ανώτερης αναπνευστικής οδού και αφορούν στο 15%-30% των περιπτώσεων κοινών κρυολογήματος σε ενήλικες, παρόλο που σοβαρές και απειλητικές για τη ζωή λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος μπορεί να εμφανιστούν σε βρέφη, ηλικιωμένους ή σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς.

Το MERS-CoV απομονώθηκε από έναν άνδρα ασθενή που πέθανε από οξεία πνευμονία και νεφρική ανεπάρκεια στη Σαουδική Αραβία το 2012 και ήταν υπεύθυνος για 2494 περιπτώσεις και 858 θανάτους από 27 διαφορετικές χώρες. Τόσο το SARS-CoV όσο και το SARS-CoV-2 εντοπίστηκαν για πρώτη φορά στην Κίνα.

Από το Δεκέμβριο του 2019, το SARS-CoV-2 παγκοσμίως έχει μολύνει 229.859.851 άτομα και προκαλέσει 4.713.875 θανάτους, ενώ αναρρώσαν 204.803.003 άτομα (<https://www.worldometers.info/coronavirus/>). Η Ελλάδα βρίσκεται στην 48 θέση με 632.908 κρούσματα, 14.505 θανάτους και 592.890 αναρρώσαντες. Ενώ η Κίνα από την οποία πρωτοεμφανίστηκε ο ιός είναι στην 109^η θέση με 95.810 κρούσματα, 4.636 θανάτους και 90.194 αναρρώσαντα άτομα.

Οι κορωνοϊοί εντοπίστηκαν για πρώτη φορά στη δεκαετία του 1960. Τις περισσότερες φορές σχετίζονται με ήπια ασθένεια, αλλά κάθε λίγα χρόνια εμφανίζεται ένα εξαιρετικά μολυσματικό στέλεχος. Η παθογένεση αυτών των θανατηφόρων επιδημιών είναι ασαφής. Η εξέταση της δομής των ιών και του μηχανισμού της

λοιμώξης μπορεί να διευκρινίσει και να παράσχει πληροφορίες για την ανάπτυξη αποτελεσματικής θεραπείας και πιθανώς εμβολίων. (Ding Liu, 2021)

Μετάδοση κορωνοϊού (Covid-19)

Οι κορωνοϊοί μπορούν να μεταδοθούν σε ποικιλία ειδών. Το SARS-CoV προήλθε από νυχτερίδες της οικογένειας Hipposideridae, χρησιμοποιώντας ενδιάμεσους ξενιστές πριν από τη διάδοση στον άνθρωπο. Οι πρώτοι ασθενείς που μολύνθηκαν με SARS-CoV-2 στη Γιουχάν της Κίνας προκάλεσαν τελικά την επιδημία γνωστή ως ιός του κορωνοϊού 2019 (COVID-19). Μερικοί από αυτούς τους ασθενείς είχαν ιστορικό επαφής με μια χονδρική αγορά θαλασσινών στα αρχικά στάδια, υποδηλώνοντας εξάπλωση από άνθρωπο σε άνθρωπο. Στη συνέχεια, ένας μεγάλος αριθμός ασθενών δεν είχε παραβρεθεί στις αγορές, γεγονός που υποδηλώνει την εξέλιξη της εξάπλωσης από άτομο σε άτομο.

Υπάρχουν τρεις κύριοι τρόποι μετάδοσης του ιού, συμπεριλαμβανομένης της στενής επαφής από άτομο σε άτομο, της μετάδοσης αερολύματος και της μετάδοσης με άγγιγμα. Ο ιός πιστεύεται ότι μεταδίδεται σε άλλους ανθρώπους με αναπνευστικά σταγονίδια. Η εξάπλωση σταγονιδίων μπορεί να συμβεί όταν ένα μολυσμένο άτομο φτερνίζεται ή βήχει, οπότε τα σταγονίδια που περιέχουν ιό ωθούνται μέχρι τα 3 πόδια μέσω του αέρα και εναποτίθενται στις βλεννογόνες μεμβράνες του στόματος, της μύτης ή των ματιών ατόμων που βρίσκονται κοντά. Μια πρόσφατη μελέτη δείχνει ότι η μετάδοση μέσω της οφθαλμικής επιφάνειας είναι επίσης δυνατή. Οι άλλοι τρόποι εξάπλωσης του ιού είναι χειραψία με ένα μολυσμένο άτομο, αγγίζοντας ένα μολυσμένο αντικείμενο / επιφάνεια, συχνό άγγιγμα της μύτης ή του στόματος ή επαφή με τα περιττώματα του ασθενούς. Ένας άλλος τρόπος είναι η «κρυφή μετάδοση», στην οποία τα ασυμπτωματικά μολυσμένα άτομα ή φορείς μεταδίδουν εν αγνοία τους τον ιό σε ανυποψίαστες επαφές. (Yongshi Yang κ.α, 2020)

Καραντίνα και απομόνωση

Οι επαγγελματίες της δημόσιας υγείας χρησιμοποιούν πολλά διαφορετικά εργαλεία για την αντιμετώπιση των μολυσματικών ασθενειών, δυο εκ των οποίων είναι η απομόνωση και η καραντίνα. Και οι δύο έχουν σκοπό να εμποδίσουν την επαφή με

μολυσμένα ή πιθανώς μολυσμένα άτομα. Αυτά τα μέτρα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την πρόληψη ή την ελαχιστοποίηση των επιπτώσεων των εστιών των μολυσματικών ασθενειών. Ο σκοπός τους είναι ο έλεγχος της εξάπλωσης μιας μολυσματικής –μεταδοτικής ασθένειας.

Σε απομόνωση τίθενται όσοι νοσούν, νοσηλευόμενοι σε ξεχωριστά δωμάτια νοσοκομείου ή στο σπίτι τους. Η απομόνωση προϋποθέτει το διαχωρισμό των ατόμων που πάσχουν από συγκεκριμένη μεταδοτική νόσο από εκείνους που είναι υγιείς, καθώς και ο περιορισμός της μετακίνησής τους για να σταματήσει η εξάπλωση αυτής της νόσου. Σε καραντίνα μπαίνουν άτομα που ενδεχομένως έχουν έρθει σε επαφή με μεταδοτική ασθένεια, αλλά δεν έχουν εμφανίσει συμπτώματα και υποχρεώνονται σε περιορισμό της μετακίνησής τους. Οι άνθρωποι που βρίσκονται σε καραντίνα ελέγχονται και παρατηρούνται, συνήθως για μία προκαθορισμένη περίοδο, η γνωστή ως «περίοδο επώασης της νόσου», έτσι ώστε να παρατηρηθεί άμεσα κατά πόσον θα νοσήσουν.

Την πρώτη περίοδο της σύγχρονης πανδημίας, οι περισσότεροι άνθρωποι (είτε νοσούσαν είτε όχι) είχαν κληθεί να παραμένουν στα σπίτια τους σε απομόνωση και να τηρούν κοινωνική απόσταση, για να προφυλάξουν τον εαυτό τους και τους γύρω τους, ώστε να προληφθεί η μετάδοση του COVID-19.

Σύμφωνα με τον ΕΟΔΥ, «σημαντικοί παράγοντες που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για την λήξη της απομόνωσης των κρουσμάτων COVID19 είναι : η υφιστάμενη κατάσταση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, η δυνατότητα για διενέργεια εργαστηριακών διαγνωστικών ελέγχων και η τρέχουσα επιδημιολογική κατάσταση σε τοπικό και εθνικό επίπεδο. Οι ασθενείς με COVID-19 μπορούν να βγουν από την απομόνωση βάσει κριτηρίων που λαμβάνουν υπόψη τα ακόλουθα: α) την κλινική βελτίωση των συμπτωμάτων β) το χρόνο από την έναρξη των συμπτωμάτων γ) τη σοβαρότητα της νόσου δ) την ανοσολογική κατάσταση του ασθενή και ε) την ένδειξη κάθαρσης του ιού (ϊικού RNA) από τις εκκρίσεις του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος».(<https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2020/11/COVID19-lixikarantinas-apomonosis.pdf>)

Επίσης κατά τον ΕΟΔΥ, «ως καραντίνα ορίζουμε τη διαδικασία κοινωνικής απομόνωσης με ταυτόχρονο περιορισμό των μετακινήσεων πολιτών οι οποίοι πιθανά έχουν εκτεθεί στον νέο κορωνοϊό SARS-CoV-2 αλλά προς το παρόν παραμένουν υγιείς

και δεν εμφανίζουν συμπτώματα της νόσου. Με βάση τη γνωστή περίοδο επώασης 1-14 ημερών, συνιστάται καραντίνα διάρκειας 14 ημερών για τα άτομα που ήρθαν σε επαφή με επιβεβαιωμένα κρούσματα COVID-19. Τα άτομα που τίθενται σε καραντίνα αποτελούν στενές επαφές (όπως αυτή ορίζεται με τα επικαιροποιημένα κριτήρια του ΕΟΔΥ) επιβεβαιωμένου κρούσματος COVID19 και η επαφή τους με το κρούσμα εντοπίζεται μέχρι και δύο 24ωρα πριν την έναρξη των συμπτωμάτων του ή τη διάγνωσή του με εργαστηριακό έλεγχο. Η καραντίνα είναι υποχρεωτική και οι πολίτες οφείλουν να παραμείνουν σπίτι ή σε άλλο χώρο τον οποίο θα υποδείξουν ως χώρο καραντίνας, μόνοι τους, για διάστημα τουλάχιστον 14 ημερών από την τελευταία τους επαφή με το επιβεβαιωμένο κρούσμα». (<https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2020/11/COVID19-lix-karantinas>).

2.3 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΗΝ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ

Η τελευταία επιδημία COVID-19 Coronavirus, η οποία ξεκίνησε στην κινεζική πόλη Γιουνάν, εξαπλώθηκε ραγδαία σε πολλές χώρες σε όλο τον κόσμο, μολύνοντας εκατομμύρια ανθρώπους διεθνώς. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κήρυξε τη μόλυνση του SARS-COV-2, ως πανδημία τον Μάρτιο του 2020. Αυτή η πρωτοφανής υγειονομική κρίση κλόνησε τα συστήματα υγείας παγκοσμίως γεννώντας σοβαρούς προβληματισμούς για την αντιμετώπιση της.

Ο ιός εμφανίστηκε στην Ελλάδα και εξαπλώθηκε από τις 26 Φεβρουαρίου 2020 και μετά. Η πανδημία COVID-19, η οποία οδήγησε σχεδόν ολόκληρο τον κόσμο σε απaráμιλλο βαθμό, είχε σημαντικές επιπτώσεις που ξεπερνούν τα στενά όρια της ασφάλειας υγείας του πληθυσμού και επηρέασε και άλλους τομείς, όπως την κοινωνία, τη ψυχολογία των πολιτών, τη λειτουργία του Κράτους, αλλά κατά κύριο λόγο την οικονομική δραστηριότητα. Οι συνέπειες στην οικονομική δραστηριότητα είναι είτε άμεσες (ασθένεια του προσωπικού και θνησιμότητα) είτε έμμεσες και οφείλονται κυρίως στα απαραίτητα μέτρα για τη μείωση της πανδημίας (αναστολή καταστημάτων, περιορισμοί στην κυκλοφορία του πληθυσμού, αναστολή εργασίας, κ.λπ.) . Ένα από τα πιο σαφώς επηρεασμένα από την πανδημική κρίση είναι η αγορά

(<https://www.tovima.gr/2020/11/30/finance/analysis-oi-oikonomikes-epiptoseis-tis-pandimias-se-pagkosmio-eyropaiko-kai-ethniko-epipedo/>).

Σχετικές μελέτες στο γενικό πληθυσμό οι οποίες πραγματοποιήθηκαν στα πρώτα της στάδια στην Κίνα, παρουσίασαν υψηλά επίπεδα άγχους, στρες και κατάθλιψης. Ο τρόμος της απώλειας αγαπημένων προσώπων, η αρνητική υποκειμενική αντίληψη της υγείας και η παρουσία κάποιας χρόνιας νόσου, ο φόβος της προηγούμενης επαφής με άτομο το οποίο πιθανόν να νοσούσε, η απαρésκεια για το μέγεθος των διαθέσιμων πληροφοριών, η έλλειψη εμπιστοσύνης στην ικανότητα του οικογενειακού γιατρού να διαγνώσει τη νόσο, η περιστασιακή χρήση μάσκας από τους άλλους, φαίνεται πως συσχετίζονται αρνητικά με την ψυχική υγεία των πολιτών.

Από την άλλη πλευρά, η διαθεσιμότητα σταθερών συστάσεων για την ασφάλεια της υγείας και πληροφορίες σχετικά με τις τρέχουσες εξελίξεις (επιδημιολογία, διαθέσιμα φάρμακα και εμβολιασμοί, τρόποι μετάδοσης), η διαβεβαίωση ότι δεν διατρέχουν κίνδυνο να προσβληθούν από τον ιό, τήρηση προληπτικών μέτρων (τακτική το πλύσιμο των χεριών, η δημόσια χρήση μάσκας) σχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα στρες, άγχους και κατάθλιψης. (Τριανταφυλλίδου, 2020)

Η εμφάνιση διαταραχής μετατραυματικού στρες ήταν υψηλή, έδειξε μια άλλη μελέτη, ειδικά σε περιοχές που επηρεάστηκαν σημαντικά από την κρίση υγείας που προκλήθηκε από τον ιό SARS-CoV-2. Επιπλέον, η ραγδαία αύξηση των θανάτων λόγω του COVID-19 είχε ως αποτέλεσμα περιορισμούς στα τελετουργικά ταφής που επέφερε διαφορετικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των μελών της οικογένειας, ανάλογα με την κουλτούρα κάθε ατόμου, με συναισθήματα ντροπής, τύψεων, θυμού, αδικία, μοναξιά, ακόμη και αμηχανία στον αποθανόντα, καθιστώντας δύσκολη την αντιμετώπιση της απώλειας ενός αγαπημένου προσώπου. (Entress R. Tyler, 2020)

Εάν αναλογιστεί κανείς τον ξαφνικό θάνατο από τον ιό, την απουσία συμβατικών τελετών αποχαιρετισμού και την έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης λόγω κοινωνικών αποστάσεων, η κατάθλιψη και το άγχος είναι σίγουρες ψυχολογικές συνέπειες. Ως κεντρικό στοιχείο του θρησκευτικού και πολιτιστικού πένθους, η κηδεία κάνει πιο εύκολη τη θεραπεία της θλίψης μέσω της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης της ομάδας και της ικανότητας να αποδώσει φόρο τιμής και σεβασμό στον αποθανόντα. Πράγματι, η χρόνια διαταραχή θλίψης έχει συσχετιστεί με την αδυναμία

αποχαιρετισμού του αποθανόντος, ενώ ο κίνδυνος εμφάνισης διαταραχής μετατραυματικού στρες αυξάνεται στα μέλη της οικογένειας των οποίων οι συγγενείς έχουν πεθάνει στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Ως απειλητική για τη ζωή ασθένεια, ο κορωνοϊός, προκαλεί ανησυχία όχι μόνο για την ψυχολογική και ψυχική ευεξία της οικογένειας, αλλά και για τον ίδιο τον ασθενή και τους επαγγελματίες υγείας που συμμετέχουν στη θεραπεία του.

Το τέλος της ζωής χαρακτηρίζεται από περιόδους θλίψης σε μονάδες απομόνωσης του νοσοκομείου, κατά τις οποίες ο ασθενής μπορεί να αισθανθεί αγωνία και φόβο. Ωστόσο, η ευεργετική επίδραση της πνευματικότητας και της θρησκευτικής πίστης στην ψυχική υγεία επιβεβαιώνεται από πολλαπλές έρευνες. Η θρησκευτική πίστη εγγυάται την κοινωνική σταθερότητα και ενισχύει την αίσθηση της αυτο-αποτελεσματικότητας. Ο συνδυασμός πνευματικής υποστήριξης και παροχής σαφών πληροφοριών για τη νόσο μπορεί να συνδράμει στην αλληλοϋποστήριξη των μελών μίας κοινότητας, βοηθά στην ικανοποίηση του θρησκευτικού αισθήματος και ανοίγει δρόμους για συνεχή διάλογο και συνεργασία μεταξύ της επιστημονικής κοινότητας και της εκκλησίας. Η πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης ήταν μεγαλύτερη σε όσους προσβλήθηκαν από τον ιό σε σχέση με εκείνους οι οποίοι δεν προσβλήθηκαν, ενώ χαμηλή ήταν και η σχετική με την υγεία ποιότητα ζωής στην ίδια ομάδα.

Παρόλα αυτά, ο αλφαριθμητισμός στην υγεία, ως βασική προϋπόθεση υγειονομικής παιδείας, φαίνεται πως αποτελεί προστατευτικό παράγοντα έναντι της κατάθλιψης και της ποιότητας ζωής. Η μέτρηση της σχετικής με την υγεία ποιότητας ζωής έδειξε θετική συσχέτιση με το μεγαλύτερο εισόδημα άρα και την ευχέρεια οικονομικής ανταπόκρισης στην επιδημία, τη νεότερη ηλικία, την ανώτερη εκπαίδευση, την απουσία συννοσηρότητας, την αυξημένη φυσική δραστηριότητα και την ισορροπημένη διατροφή.

Η κατανόηση της διαφορετικής ανταπόκρισης και συμμόρφωσης στα μέτρα τα οποία επιβλήθηκαν είναι εξίσου σημαντική. Μία έρευνα από τη Δανία, η οποία εξέτασε τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και το πώς επηρεάζουν την αποδοχή των μέτρων τα οποία επιβλήθηκαν για την προστασία της ανθρώπινης ζωής από τον κορωνοϊό, έδειξε πως η προθυμία αποδοχής ήταν μεγαλύτερη στους ηλικιωμένους και στα άτομα με υψηλή συναισθηματική νοημοσύνη, ενώ το αντίθετο παρατηρήθηκε για εκείνα με υψηλά επίπεδα μακιαβελισμού, ναρκισσισμού και ψυχοπαθητικότητας

(υποκλινικά χαρακτηριστικά της σκοτεινής προσωπικότητας). Η δυνατότητα ψυχικής προσαρμογής σε μια κατάσταση έκτακτης ανάγκης, όπως η πανδημία COVID-19 και η γρήγορη ανάκαμψη από το άγχος που προκαλεί εξαρτάται από παράγοντες που επηρεάζουν την ανθεκτικότητα, όπως χαρακτηριστικά προσωπικότητας, οικογενειακό υπόβαθρο και χαρακτηριστικά της κοινωνίας. Έτσι, κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου της υγειονομικής κρίσης, τα άτομα που αντιλαμβάνονται τη ζωή με αισιοδοξία, εκείνα που ζητούν βοήθεια από το περιβάλλον τους με οποιοδήποτε μέσο είναι διαθέσιμο, εκείνοι που παραμένουν ενήμεροι για το τι συμβαίνει και εκείνοι που χρησιμοποιούν αμυντικούς μηχανισμούς ενάντια σε εσωτερικές ή εξωτερικές αιτίες, είναι πιθανότερο το άγχος να αντιμετωπιστεί με υψηλή ανθεκτικότητα. Δεν είναι, επίσης, αμελητέα η επίδραση που ασκεί στην ανθεκτικότητα το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και η δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας.

Σύμφωνα με μια άλλη μελέτη που έδειξε ότι οι άνθρωποι που έπρεπε να είναι μόνοι στο σπίτι υπέφεραν από δυσκολίες στον ύπνο ή αϋπνία, το άγχος ήταν καθοριστικός παράγοντας της ποιότητας του ύπνου. Οι βασικές αιτίες της αίσθησης αρνητικών συναισθημάτων ήταν ο φόβος για το πώς θα εξελιχθεί η ασθένεια και εάν θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί στο σπίτι, η έλλειψη χώρου για σωματική δραστηριότητα και η έλλειψη φυσικής επικοινωνίας. Είναι σαφές ότι η ποιότητα του ύπνου εξαρτάται από το άγχος, ως αποτέλεσμα μιας αλληλεπίδρασης που αντικατοπτρίζεται στα αποτελέσματα της αντίστοιχης μελέτης σε γιατρούς που ανέλαβαν ασθενείς με SARS-CoV-2. Οι καθοριστικοί παράγοντες για την κακή ποιότητα του ύπνου ήταν η ένταση και το άγχος της εργασίας, καθώς ο πληθυσμός της μελέτης ήταν αποκλειστικά σε θαλάμους κορωνοϊού. (Zettler, 2020)

Σε μια άλλη μελέτη, ο φόβος της ασθένειας, η σύγχυση και το άγχος από την υπερβολική έκθεση στα μέσα ενημέρωσης, η αβεβαιότητα σχετικά με την αποτελεσματικότητα του ελέγχου της επιδημίας και η απασχόληση στην απομόνωση των ασθενών με τον ιό έχουν αποδειχθεί ότι είναι σημαντικές αιτίες αϋπνίας. Αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης έχουν επίσης παρατηρηθεί σε ιατρικό προσωπικό που συνέχισε να εργάζεται σε χειρουργεία, λόγω ανησυχιών για μόλυνση με τον ιό. Στην Ελλάδα, η πίεση για έγκαιρο και αποτελεσματικό έλεγχο ασθενών που είναι ύποπτοι για τη λοίμωξη, για επιτυχή διάγνωση και απομόνωση, για άμεση απόφαση αναστολής τμημάτων όπου υπήρχε θετική περίπτωση λοίμωξης σε συνδυασμό με τον περιορισμό

σε υγειονομικούς πόρους και ο συνεχής έλεγχος από τα μέσα ενημέρωσης και τους πολίτες, συνέβαλαν την ανάπτυξη συναισθημάτων άγχους, αβεβαιότητας, φόβου και ανησυχίας. Η υποκειμενική ευαισθησία και ο αντιληπτός κίνδυνος μετάδοσης ασθενειών και ιών ήταν υπεύθυνα για υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης στο νοσηλευτικό προσωπικό που συμμετείχε σε άλλη μελέτη στην Κίνα. (Wang S.,2020)

Τέλος, είναι αξιοσημείωτο ότι τα μέσα ενημέρωσης επαίνεσαν επανειλημμένα τον ηρωισμό των επαγγελματιών υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Η αναγνώριση του συναισθηματικού κόστους της εργασίας για μεγάλες χρονικές περιόδους μακριά από την οικογένεια και της σωματικής και πνευματικής εξάντλησης δικαιολογούν τον τίτλο του ήρωα. Όμως, οι προσδοκίες που δημιουργεί ο ρόλος του ήρωα, αφενός μεν απαντούν στις απαιτήσεις της κοινωνίας, αφετέρου δε διαμορφώνουν μία ταυτότητα που δεν επιτρέπει αδυναμίες, λάθη, αμφιβολίες ή ανευθυνότητα. Υπό το πρίσμα αυτό, η άρνηση αποδοχής του ρόλου από τους επαγγελματίες υγείας υποδεικνύει την αναγκαιότητα αναγνώρισης των ορίων στα επίπεδα προσωπικού κινδύνου που κάθε εργαζόμενος στην υγεία μπορεί να αναλάβει και τονίζει τη σημασία της ενεργού και συνειδητής συμμετοχής όλων στη διαχείριση της πανδημίας, μέσω της πρακτικής της κοινωνικής αποστασιοποίησης, της χρήσης μάσκας προσώπου και της τήρησης της προσωπικής υγιεινής. (Τριανταφυλλίδου Μ., 2020)

2.4 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ COVID-19 ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Στην Ελλάδα, παρά τα σοβαρά προβλήματα των υγειονομικών υπηρεσιών και δομών, αμέσως λήφθηκαν αποφάσεις για την διαχείριση της πανδημίας στις εγκαταστάσεις παροχής φροντίδας υγείας. Εγκρίθηκαν πρωτόκολλα και διαδικασίες που ψηφίστηκαν από διεθνείς και εθνικούς οργανισμούς (WHO, ΕΟΔΥ), πραγματοποιήθηκε ανακατανομή και εκπαίδευση του προσωπικού, πρόσληψη νέου προσωπικού για πλήρωση θέσεων των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) και ανάπτυξη νέων κλινών ΜΕΘ. Παράλληλα, υλοποιήθηκε επιλογή των προσερχόμενων βάση συγκεκριμένων κριτηρίων στο νοσηλευτικό ίδρυμα και παροχή φροντίδας στα άτομα με «ύποπτα» συμπτώματα σε ειδικούς εξατομικευμένους χώρους, εκτός των Τμημάτων

Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), με προσωπικό και πλήρη εξοπλισμό με στόχο την αποφυγή μετάδοσης της νόσου, νοσηλεία σε τμήματα χαρακτηρισμένα ως τμήματα COVID-19 με τήρηση των αποστάσεων και των μέτρων προστασίας, απαγόρευση επισκεπτηρίου, αλλά και απαγόρευση συναθροίσεων και άσκοπων μετακινήσεων του γενικού πληθυσμού.

Ως αποτέλεσμα, είχαν καταγραφεί 3409 κρούσματα μέχρι τα τέλη Ιουνίου 2020 (30/6/2020), εννέα ασθενείς σε διασωλήνωση και 118 ασθενείς είχαν εγκαταλείψει την ΜΕΘ, σε σύγκριση με 192 εγγεγραμμένους θανάτους για τη χώρα, χάρις στις θυσίες και τη συγκέντρωση όλων των επαγγελματιών υγείας. (Καυκιά Θ., 2020, https://eody.gov.gr/0630_briefing_covid19/), ενώ ακριβώς ένα χρόνο μετά καταγράφονται 422.456 κρούσματα και 12.706 θάνατοι (<https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2021/06/covid-gr-daily-report-20210630.pdf>).

Έρευνες έδειξαν ότι η επίδραση της πανδημίας του κορωνοϊού είχε κυρίως ψυχολογική επίδραση τόσο στο ευρύ κοινό αλλά και στους επαγγελματίες υγείας. Τα υψηλά επίπεδα άγχους, στρες, κατάθλιψης, ο κίνδυνος εμφάνισης μετατραυματικού στρες ήταν μεγάλος όχι μόνο στους επαγγελματίες απασχολούμενους της υγείας αλλά και σε όσους περιορίστηκαν για λόγους πρόληψης. (Τριανταφυλλίδου Μ., 2020).

Παρακάτω θα παρουσιαστεί η προβληματική που αφορά τον εμβολιασμό αλλά και τα είδη του καθώς και η αντιμετώπιση των επαγγελματιών απέναντι στο ζήτημα «**εμβόλιο**».

Ο ειδικός μηχανισμός προστασίας σε κάθε άτομο, ο οποίος χρειάζεται χρόνο για να εξελιχθεί και προϋποθέτει έκθεση σε αντιγόνα ή μολυσματικούς παράγοντες, δεν έχει καθοριστεί ποσοτικά ή ποιοτικά κατά τη γέννηση. Αυτό ενισχύεται από την ενεργή επαναλαμβανόμενη έκθεση σε συγκεκριμένα αντιγόνα. Στο περιβάλλον, τα θηλαστικά έχουν προηγμένους αμυντικούς μηχανισμούς κατά των παθογόνων μικροοργανισμών. Ο πιο εξελιγμένος μηχανισμός προστασίας, το ανοσοποιητικό σύστημα των θηλαστικών είναι σε θέση να εντοπίσει τα βασικά δομικά στοιχεία των εισβολών μικροοργανισμών, τα αντιγόνα έναντι των οποίων δημιουργούνται οι ουσίες και τα αντισώματα που προορίζονται να τα εξουδετερώσουν. Τα εμβόλια, που μπορεί να παρασκευάζονται με διάφορους τρόπους έχουν ίδιο στόχο, την ενεργοποίηση της ανοσολογικής απάντησης, χωρίς να προκληθεί η ίδια η νόσος.

Ζωντανοί και εξασθενημένοι ιοί.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, η διαδικασία αδρανοποίησης για την παρασκευή εμβολίου, καταστρέφει ή τροποποιεί την ανοσογονικότητα των μικροοργανισμών. Επομένως, μια άλλη προσέγγιση είναι η χρήση διαλυμάτων ζωντανών μικροοργανισμών με μειωμένη μολυσματικότητα (εξασθενημένοι) αλλά με επαρκή ανοσογονικότητα. Η στρατηγική αυτή έχει αποδώσει στην περίπτωση των εμβολίων της παρωτίτιδας, της ιλαράς και της ερυθράς (εμβόλιο MMR), του εμβολίου του ζωντανού ιού της πολιομυελίτιδας και του εμβολίου του κίτρινου πυρετού. Ορισμένες φορές είναι εφικτή η χρήση ενός συγγενικού μικροοργανισμού που μοιράζεται κοινά αντίγονα με τον παράγοντα που θέλουμε να καταπολεμήσουμε. Έτσι το εμβόλιο του ιού της δαμαλίτιδας χρησιμοποιήθηκε για την εξάλειψη της ευλογιάς και το εμβόλιο του βακτηριδίου της φυματίωσης των βοοειδών, τροποποιημένο από τους Calmette και Guérin (βακτηρίδιο Calmette- Guérin [BCG]), προστατεύει τον άνθρωπο από τη φυματίωση και τη λέπρα.

Νεκροί ή αδρανοποιημένοι ιοί .

Αν η λοίμωξη δεν οφείλεται σε μια μεμονωμένη τοξίνη, είναι δυνατό να ενεργοποιηθεί η παραγωγή προστατευτικών αντισωμάτων με τη χρήση αδρανοποιημένων (νεκρών) μικροοργανισμών. Τέτοια εμβόλια είναι τα εμβόλια του κοκκύτη, της γρίπης και της πολιομυελίτιδας. (J.K Shina,2014)

Τοξοειδή.

Αν τα συμπτώματα μιας λοίμωξης αποδίδονται στις επιδράσεις μιας μεμονωμένης τοξίνης, τότε μια τροποποιημένη μορφή της τοξίνης, που διατηρεί την αντιγονικότητα της, αλλά έχει χάσει την τοξικότητα της (τοξοειδές), χορηγείται για την αποτελεσματική ανοσοποίηση κατά της λοίμωξης. Αυτός ο τύπος εμβολίων έχει εφαρμοστεί επιτυχώς για τον τέτανο και τη διφθερίτιδα.

Ακυτταρικά και τμηματικά

Χρησιμοποιώντας μόνο μέρος του ιού ή του βακτηρίου, γίνονται ακυτταρικά και τμηματικά εμβόλια. Αυτή η κατηγορία περιλαμβάνει εμβολιασμούς για την ηπατίτιδα Β και εμβόλια για τον αιμόφιλου της ινφλουέντσας β-τύπου (Haemophilus Influenzae-Hib). (Vaccine Types,2013)

Προσθετικά εμβολίων

Εκτός από τους νεκρούς ή εξασθενημένους μικροοργανισμούς που υπάρχουν στα εμβόλια, προκειμένου να ενισχυθεί το ανοσοποιητικό σύστημα, να αποφευχθεί η μόλυνση και να διατηρηθεί το εμβόλιο κατά τη διάρκεια αλλαγών στη θερμοκρασία και σε άλλες συνθήκες, μικρές ποσότητες άλλων ουσιών μπορούν να προστεθούν σε αυτά. (Greenwood ., 2011).

Βασικές αρχές εμβολιασμών

Τα περισσότερα εμβόλια μπορούν να χορηγηθούν σε οποιαδήποτε ηλικία, αλλά, εκτός από τις αναμνηστικές δόσεις, το προτεινόμενο αρχικό πρόγραμμα ξεκινά από την παιδική ηλικία και τελειώνει στην πρώιμη παιδική ηλικία. Οι παρεντερικοί εμβολιασμοί συνήθως χορηγούνται υποδορίως ή ενδομυϊκά. Στα βρέφη και μικρά παιδιά προτιμάται ο έξω πλατύς μηριαίος ή ο πλάγιος γλουτιαίος μυς. Στα μεγαλύτερα παιδιά και τους ενήλικες γίνονται στην περιοχή του δελτοειδούς μυός. Σημαντική είναι η ενημέρωση για τυχόν ανεπιθύμητες ενέργειες μετά τον εμβολιασμό. Για παράδειγμα το εμβόλιο DtaP (διφθερίτιδας, τετάνου, κοκκύτη) περιέχει το πρόσθετο alum για να συγκρατηθεί το αντιγόνο στη θέση της έγχυσης και να παρατείνει το ερέθισμα. Υποδόρια ή ενδοδερμική έγχυση του πρόσθετου αυτού μπορεί να προκαλέσει ανεπιθύμητες ενέργειες όπως τοπικό ερεθισμό, φλεγμονή, και σχηματισμό αποστήματος.

Σε γενικές γραμμές, προκειμένου να έχουμε επιτυχημένη ενεργό ανοσοποίηση πρέπει:

1. Η Ενημέρωση από το γιατρό σχετικά με τον τύπο του εμβολίου, τη διάρκεια της ανοσίας και τον ακριβή χρόνο για την επόμενη δόση.
2. Για τη συντήρηση και τη χορήγησή του, καθώς και την ημερομηνία λήξης του εμβολίου, πρέπει να ληφθούν υπόψη οι οδηγίες του κατασκευαστή που συνοδεύουν το εμβόλιο.
3. Είναι σημαντικό να διατηρούνται τα εμβόλια σε χαμηλή θερμοκρασία. Για εμβόλια που περιέχουν ζώντες εξασθενημένους ιούς, απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή. Τέτοια εμβόλια πρέπει να διατηρούνται σε θερμοκρασία 2-8 βαθμούς Κελσίου σε σκοτεινό περιβάλλον.

4. Το εμβολιασμένο άτομο πρέπει να ελεγχθεί κλινικά. Εκτός από τις βασικές αντενδείξεις, όταν διαγνωστεί κλινικά με οξεία εμπύρετη νόσο, ο εμβολιασμός πρέπει να καθυστερήσει. Ένας μικρός βήχας ή ρινική καταρροή ή πυρετός δεν προκαλεί καθυστέρηση του εμβολιασμού. Ο εμβολιασμός δεν χρειάζεται να συνοδεύεται από εργαστηριακές εξετάσεις, όπως γενική αίματος ή ούρων ή δερματική αντίδραση Mantoux κ.λπ., εκτός από την πιθανότητα ασθένειας κατά την κλινική αξιολόγηση. Η δερματική αντίδραση του Mantoux πραγματοποιείται ως εξέταση ρουτίνας στην ηλικία των 12-15 μηνών, ως ένα από τα αντιφλεγμονώδη μέτρα καταπολέμησης. Μπορεί να χορηγηθεί ταυτόχρονα με κάθε προγραμματισμένο εμβόλιο.

5. Στην κατάλληλη ηλικία πρέπει να χορηγείται το κάθε εμβόλιο. Πρώτον, γιατί πρέπει να μειωθεί ο κίνδυνος ισχυρών αντιδράσεων και επιπλοκών και δεύτερον για ταχύτερη και αποτελεσματικότερη ανοσοποίηση.

6. Τα παρεντερικά χορηγούμενα εμβόλια θα πρέπει να εγχέονται βαθιά υποδορίως εφ' όσον συνιστάται από τον κατασκευαστή η υποδόρια ή η ενδομυϊκή οδός. Μπορούν να χορηγηθούν σε διάφορα σημεία όταν συγχωρηγούνται πολλοί εμβολιασμοί την ίδια ημέρα και όταν πολλά εμβόλια χορηγούνται σε πολλαπλές δόσεις κάθε φορά πρέπει να επιλέγεται διαφορετική θέση εμβολιασμού για την πρόληψη ισχυρών τοπικών αντιδράσεων.

7. Εάν η επόμενη δόση εμβολίου αναβληθεί για μήνες αργότερα, δεν χρειάζεται να επαναληφθεί ο εμβολιασμός ξανά.

8. Προκειμένου να αποφευχθεί η παρεμβατική δράση, δηλαδή η απενεργοποίηση του ιού ιντερφερόνης που δημιουργήθηκε από το προηγούμενο εμβόλιο, ο χρόνος μεταξύ δύο ξεχωριστών εμβολίων θα πρέπει να είναι μεγαλύτερος από 4 εβδομάδες όταν πρόκειται για ζωντανά μικρόβια και ιδιαίτερα ιούς. Το ίδιο ισχύει και για την απόσταση εμβολιασμού με ζωντανό εξασθενημένο ιό μετά από ιογενές νόσημα. Δεν υπάρχει όμως πρόβλημα να γίνεται ταυτοχρόνως εμβολιασμός με περισσότερους από ένα είδος ιών πχ Ιλαράς, Ερυθράς, Παρωτίτιδας (Greenwood et.al., 2011).

Όσον αφορά την τεχνητή νοημοσύνη TN στον κλάδο της υγειονομικής περίθαλψης, οι υπολογιστικές ικανότητες της TN μέσω των ειδικών αλγορίθμων επιταχύνουν την ανάπτυξη εμβολίων και θεραπειών. Επιπρόσθετα, η TN συμβάλλει στην τροφοδότηση των ρομπότ που χρησιμοποιούνται κατά την επαφή με ασθενείς, καθώς η ανθρώπινη

αλληλεπίδραση πρέπει να περιορίζεται στο ελάχιστο, τηρώντας αυστηρά το μέτρο της κοινωνικής αποστασιοποίησης (Αλεξιάδου, 2020).

2.5 Οι επιπτώσεις της πανδημίας του κορωνοϊού στις Ελληνικές επιχειρήσεις.

Ο ιός Covid-19 είναι μέρος της καθημερινής μας ζωής πλέον. Τίποτα δεν προέβλεπε την παρούσα κατάσταση και πως θα επηρέαζε το αποτέλεσμα της αποσταθεροποίησης από τις αρχές του 2020 με το ξέσπασμα της πανδημίας στην Κίνα. Πρόσφατα, από την περίοδο της χρηματοπιστωτικής κρίσης, η Ελλάδα έδειξε πολλά υποσχόμενα σημάδια της επιστροφής σε μια μόνο περίοδο οικονομικής και κοινωνικής κανονικότητας. (PwC, 2021).

Η ανθρωπότητα αντιμετωπίζει μια άνευ προηγουμένου, πολύπλευρη κρίση σήμερα. Η συνδυασμένη επίδραση της πανδημίας Covid-19 και οι επικείμενες οικονομικές της συνέπειες οδήγησαν σε ύφεση που ήταν αφόρητη τα τελευταία χρόνια και ο κόσμος των επιχειρήσεων σχεδιάζει να ταξιδέψει σε άγνωστα νερά παράλληλα με την κοινωνία. Οι επιχειρήσεις που αποτελούν το 69% του συνολικού κύκλου εργασιών των ελληνικών εταιρειών επηρεάστηκαν αρνητικά από την πανδημία του Covid-19 ως συνέπεια της πτώσης ή ακόμη και του τερματισμού των δραστηριοτήτων τους. Συνολικά, λόγω της πανδημίας, εταιρείες με κύκλο εργασιών 32,9 δισεκατομμυρίων ευρώ (11 τοις εκατό του συνολικού κύκλου εργασιών) και περίπου 1,1 εκατομμύρια διαχειριστές (25 τοις εκατό του συνόλου) έχουν παύσει να λειτουργούν. Το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (ΑΕΠ) μειώθηκε κατά 8,5% το 2020, σύμφωνα με την αρχική αξιολόγηση. Η αποτελεσματικότητα της πανδημίας στις οικονομικές εταιρείες υψηλής αξίας που σχετίζονται με τον τουρισμό, όπως οι μεταφορές, η διαμονή και η φιλοξενία, βοηθούν στη μείωση του ΑΕΠ. Το 2020, ο κύκλος εργασιών μειώθηκε κατά 12,4%. Υπήρξε επίσης μείωση της λειτουργικής κερδοφορίας (EBITDA) κατά 39%. Τελευταίες αλλά όχι λιγότερο σημαντικές μειώσεις ρευστότητας ύψους 5,6 δισεκατομμυρίων ευρώ καταγράφηκαν επίσης ως αποτέλεσμα των περιορισμών και των οικονομικών συνεπειών της πανδημίας στις δραστηριότητές τους. Η συνολική κεφαλαιοποίηση των εταιρειών κατέρρευσε κατά 13,3 δισεκατομμύρια ευρώ (- 28%) κατά το πρώτο εξάμηνο του έτους, αλλά από τότε, και ιδιαίτερα μετά την επίσημη

δήλωση των ελπιδοφόρων δηλώσεων περισσότερο για το εμβόλιο, κατάφερε να ανακάμψει, σημειώνοντας αύξηση 13% έως το τέλος Δεκεμβρίου (PwC, 2021).

Συνολικά, όλες οι επιχειρήσεις παρουσίασαν μείωση του κύκλου εργασιών κατά 21% σε σύγκριση με τις αρχές του 2019 και μείωση του λειτουργικού κόστους κατά 19% που δεν αντιμετωπίζει καν την αρνητική πορεία των περιθωρίων κέρδους (PwC, 2021). Κοιτάζοντας την ιστορία με την πάροδο των ετών, διαπιστώνεται ότι πάντα μετά από κάθε οικονομική ανάπτυξη, υπάρχει μια κατάρρευση της οικονομίας, δημιουργείται μια κρίση που φέρνει αρνητικά αποτελέσματα παγκοσμίως. Μερικές φορές ονομάζεται οικονομική κρίση, μερικές φορές ονομάζεται επιδημία και μερικές φορές ονομάζεται πόλεμος. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις το αποτέλεσμα είναι το ίδιο. Οι κοινωνίες φτάνουν σε δυσμενείς καταστάσεις, οι άνθρωποι ζουν στη δυστυχία, διότι η ζωή τους αλλάζει και η καθημερινότητα δεν είναι πλέον η ίδια. Σε περίπτωση πανδημίας και πολέμου, χάνονται ζωές. Αλλά το γεγονός είναι ότι μετά την ύφεση η ανάκαμψη αυξάνεται. Έτσι συνέβη στις μέρες μας ότι ξεκίνησε μια νέα πανδημία, το Covid-19. Φυσικά, έφερε σκαμπανεβάσματα στην κοινωνία και την οικονομία των κρατών.

Πολλές εταιρείες αντιμετωπίζουν προβλήματα καθώς δεν υπάρχουν χρήματα στην αγορά. Η πτώση του κύκλου εργασιών, η μείωση της κεφαλαιοποίησης, η μείωση του προσωπικού και η ανεργία μαστίζουν σε όλο τον κόσμο. Υπάρχουν πολλές περιπτώσεις τερματισμού της λειτουργίας των επιχειρήσεων. Αλλά ποιες θα μπορούσαν να είναι οι λύσεις για την επιστροφή τους στην καθημερινή ζωή, ακόμη και για την ευημερία τους;

Θα πρέπει να περάσουν από μια διαδικασία ανάκαμψης δημιουργώντας ένα πρόγραμμα, ένα σχέδιο δράσης, με την υποστήριξη ειδικών συμβούλων, τη δημιουργία μιας εξειδικευμένης ομάδας ανθρώπων για να παρακολουθήσουν τις εξελίξεις για την κυβερνητική βοήθεια. Οι επιχειρήσεις πρέπει να λαμβάνουν υπόψη την ασφάλεια των εργαζομένων, την επικοινωνία και την καλή εξυπηρέτηση των πελατών και φυσικά να διατηρούν εξαιρετικές σχέσεις με τους προμηθευτές. Η καινοτομία και η εφευρετικότητα διαδραματίζουν επίσης σημαντικό ρόλο στην καλή λειτουργία και ανάπτυξη της επιχείρησης. (PwC, 2021)

Συμπερασματικά, σε αυτή τη δύσκολη στιγμή που η παγκόσμια οικονομία υποφέρει, υπάρχει ελπίδα για ανάκαμψη, αρκεί ο χειρισμός της παρούσας κατάστασης να γίνεται σωστά και οι επιχειρήσεις/οργανισμοί να εκμεταλλευτούν ευκαιρίες που μπορεί να

προκύψουν στο μέλλον. Με αυτόν τον τρόπο, θα μπορούν να διατηρούν σε μεγάλο βαθμό την εικόνα τους ακόμη καλύτερη, την κεφαλαιακή τους επάρκεια και τη συνολική αξία τους.

Τέλος, αξιοσημείωτο είναι να αναφερθεί πως ότι ισχύει για μια επιχείρηση ή έναν οργανισμό ισχύει και για μια υγειονομική μονάδα είτε είναι ένα δημόσιο ή ιδιωτικό νοσοκομείο είτε είναι μια μικρότερη νοσοκομειακή μονάδα. Βέβαια να τονιστεί ότι υπάρχουν διαφορετικές ανάγκες για μια επιχείρηση ή έναν οργανισμό από μια κλινική. Στην παρούσα κατάσταση που βιώνουμε, εν περίοδο πανδημίας, οι υγειονομικοί φορείς έχουν φτάσει στο μέγιστο των δυνατοτήτων τους. Έκτος από το γεγονός ότι είναι υποχρεωμένοι να προσαρμοστούν σε γρήγορους ρυθμούς, λόγω της πανδημίας, η εξάντληση και η ψυχική ανισορροπία είναι δύο παράγοντες που επηρεάζουν καθημερινά τους επαγγελματίες υγείας. Σαφώς και οι απλοί πολίτες και οι εργαζόμενοι σε μη υγειονομικές μονάδες, εκείνοι που παρακολουθούν τις εξελίξεις από την ενημέρωση της τηλεόρασης και του διαδικτύου, είναι επίσης συντετριμμένοι ψυχολογικά.

2.6 Οι ψυχικές επιπτώσεις της πανδημίας στους πολίτες.

Υπάρχει μια ισχυρή άποψη ότι όχι μόνο η σωματική υγεία αλλά και η ψυχική υγεία και η ευεξία επηρεάζονται από την πανδημία Covid-19. Η τρέχουσα πανδημία αλλάζει τις προσδοκίες του γενικού πληθυσμού, αλλά η ατζέντα των επαγγελματιών υγείας, συμπεριλαμβανομένων των ψυχιάτρων και άλλων επαγγελματιών ψυχικής υγείας, τους επιβεβαιώνει επίσης. Προκειμένου να διασφαλιστεί η θεραπεία και η βοήθεια για άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας, αλλά και για εκείνους που δεν είναι ψυχικά άρρωστοι και πάσχουν από τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της πανδημίας, οι ψυχιατρικές κλινικές τροποποιούν την πρακτική τους σε όλο τον κόσμο. Τις επόμενες εβδομάδες ή μήνες, ο αριθμός εκείνων που θα απαιτήσουν ψυχιατρική υποστήριξη θα αυξηθεί, προκαλώντας επανεξέταση των τρεχουσών πρακτικών μας. Η τρέχουσα πανδημία είναι ένας σχετικά νέος τύπος στρεσογόνου κατάστασης ή τραύματος για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας από ψυχοπαθολογική άποψη. Συγκρίθηκε με

φυσικές καταστροφές, όπως ένα τσουνάμι ή με σεισμούς. Εκτός από τέτοιες καταστάσεις, οι καταστάσεις έκτακτης ανάγκης συνήθως εντοπίζονται, περιορίζονται σε ένα συγκεκριμένο τόπο και χρόνο. Οι άνθρωποι γνωρίζουν ότι μπορούν να δραπετεύσουν, είτε θέλουν είτε εάν έχουν τη δυνατότητα να ξεφύγουν. Έχει συγκριθεί με πολέμους και μαζικές ξένες συγκρούσεις επίσης. Αλλά ο εχθρός είναι εύκολα αναγνωρίσιμος σε τέτοιες καταστάσεις, ενώ η «απειλή» μπορεί να βρίσκεται παντού σε μια πανδημία και μπορεί να υπάρξει ακόμη και από το άτομο που έχουμε δίπλα μας. (Andrianna Todra,2020)

Για τουλάχιστον τέσσερις ομάδες ανθρώπων θεωρούμε ότι η ψυχική υγεία και οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της πανδημίας Covid-19 θα μπορούσαν να είναι ιδιαίτερα σοβαρές:

1. Όλοι όσοι έχουν έρθει σε επαφή με τον ιό άμεσα ή έμμεσα.
2. Εκείνοι που είναι ήδη ευαίσθητοι σε βιολογικούς ή ψυχοκοινωνικούς στρες (συμπεριλαμβανομένων των ατόμων που πλήττονται από προβλήματα ψυχικής υγείας)
3. Επαγγελματίες υγείας (λόγω υψηλότερων επιπέδων έκθεσης) και
4. Ακόμη και άτομα που παρακολουθούν τις ειδήσεις στα ΜΜΕ.

Τα βήματα της πανδημίας και του συναφούς περιορισμού μπορεί να έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην ψυχική υγεία, συμπεριλαμβανομένης της καραντίνας, της κοινωνικής απόστασης και της απομόνωσης. Συγκεκριμένα, η αυξημένη απομόνωση και οι μειωμένες κοινωνικές συνδέσεις, συμπεριλαμβανομένης της σχιζοφρένειας και της μείζονος κατάθλιψης, είναι γνωστοί παράγοντες κινδύνου για πολλές ψυχικές διαταραχές. Ο φόβος, η κατάθλιψη και το άγχος μπορεί να προκληθούν ή να επιδεινωθούν από ανησυχίες για την υγεία κάποιου και για τα αγαπημένα του πρόσωπα (ειδικά τους ηλικιωμένους ή εκείνους που πάσχουν από κάποια σωματική ασθένεια), καθώς και από αβεβαιότητα για το μέλλον. Εάν συνεχίζουν να υπάρχουν αυτά τα ζητήματα, ενδέχεται να αυξηθεί η πιθανότητα ακραίων και εξουθενωτικών προβλημάτων ψυχικής υγείας ενήλικων ανδρών και γυναικών, συμπεριλαμβανομένων διαταραχών πανικού, ιδεο-ψυχαναγκαστικών, άγχους και τραυματισμών. (Jennifer Blumenthal, 2020)

Τα άτομα που έχουν μολυνθεί, οι γιατροί και το υπόλοιπο υγειονομικό προσωπικό που εργάζονται σε αίθουσες έκτακτης ανάγκης και σε μονάδες εντατικής θεραπείας εκπροσωπούν μια ομάδα με ιδιαίτερα υψηλό κίνδυνο. Λόγω της εξάντλησης και της συναισθηματικής κόπωσης ενδέχεται να έχουμε έλλειψη επαγγελματιών υγείας τους επόμενους μήνες μετά τη λήξη της πανδημίας. Το στίγμα και η μισαλλοδοξία των μολυσμένων ατόμων και των μελών της οικογένειάς τους είναι ένας άλλος παράγοντας που πρέπει να ληφθεί υπόψη. Ένας άλλος στόχος για τους εργαζόμενους στην ψυχική υγεία τους επόμενους μήνες θα πρέπει να είναι η καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος εναντίον εκείνων που διαχειρίζονται και φροντίζουν άτομα με Covid-19.

Ένα άλλο αποτέλεσμα της πανδημίας για την ψυχική υγεία μπορεί να είναι ότι οι ψυχολογικές καταστάσεις θεωρούνται λιγότερο σχετικές από τα σωματικά προβλήματα. Πρέπει να συνεχίσουμε να υποστηρίζουμε τους ασθενείς και τους φροντιστές. Οι ασθενείς απαιτούν επίσης μακροχρόνια θεραπεία, συνεχή υποστήριξη και συμβουλές, προσωπικές επισκέψεις σε γιατρούς ή θεραπευτές. Ενώ οι πάροχοι ψυχικής υγείας μπορεί να "τρομάξουν" από μεγάλο αριθμό αιτημάτων για ψυχιατρικές διαβουλεύσεις, τα δικαιώματά τους για χειρισμό πρέπει επίσης να διατηρηθούν σε μια εποχή κοινωνικής απόστασης. (Rene Robert,2020)

Οι ψυχίατροι και οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας θα πρέπει να συζητήσουν όλες αυτές τις επιπτώσεις της πανδημίας στην ψυχοκοινωνική και ψυχική υγεία τους επόμενους μήνες. Πιθανότατα, ζητήματα ψυχικής υγείας, διαταραχές συμπεριφοράς και διαταραχές χρήσης ναρκωτικών θα κλιμακωθούν καθώς το έντονο στρες μπορεί να επιδεινώσει ή να προκαλέσει ψυχολογικά προβλήματα.

Προκειμένου να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος εμφάνισης διαταραχών ψυχικής υγείας, πρέπει να δοθούν συμβουλές στο γενικό πληθυσμό:

1. Περιορισμός στις πηγές άγχους: βασιστείτε αποκλειστικά σε έναν περιορισμένο αριθμό επίσημων πηγών πληροφοριών και περιορίστε την ώρα της ημέρας που αφιερώνεται σε αυτήν τη δραστηριότητα, αγνοώντας εκείνες που προέρχονται από ανεπίσημα κανάλια και ανεξέλεγκτες πηγές.
2. Αυξήστε την επικοινωνία με φίλους, μέλη της οικογένειας και τους αγαπημένους σας, τηρώντας τα μέτρα προστασίας. Οι συνομιλίες μέσω βίντεο ή οι ομαδικές κλήσεις με μέλη της οικογένειας μπορεί να συμβάλουν στη

μείωση της μοναξιάς και της επισφαλότητας. Σε περίπτωση έλλειψης κοινωνικού δικτύου, οι επαγγελματικές γραμμές βοήθειας είναι ιδιαίτερα χρήσιμες όταν διαχειρίζονται εκπαιδευμένοι επαγγελματίες.

3. Συνεχίστε με το συνηθισμένο ρυθμό σας: ακολουθήστε την τακτική ρουτίνα, έχοντας τακτικούς ρυθμούς ύπνου-αφύπνισης και διατροφικές συνήθειες. Οι εθιστικές συμπεριφορές ενδέχεται να διατρέχουν ιδιαίτερο κίνδυνο ανάκαμψης ή υποτροπής και επομένως οι πνευματικές, σωματικές και κοινωνικές (ακόμη και εικονικές) δραστηριότητες μπορεί να είναι χρήσιμες.
4. Επικεντρωθείτε στο όφελος της απομόνωσης: στην πραγματικότητα, πρέπει να γνωρίζουμε ότι πρόκειται για μια προσωρινή περίοδο και ότι αυτός ο χρόνος είναι απαραίτητος καθώς όχι μόνο σώζουμε την υγεία μας, αλλά και προστατεύουμε όλους τους άλλους, σταματώντας την επιδημία και διαμορφώνοντας έτσι το μέλλον μας.
5. Ζητήστε επαγγελματική βοήθεια: η λήψη ψυχιατρικής βοήθειας ή διαβούλευσης, εάν τα αποτελέσματα του άγχους γίνονται πολύ επεμβατικά, υπάρχουν λύσεις ακόμη και με διαφορετικούς τρόπους. Πολλές ψυχιατρικές μονάδες μπορεί να παρέχουν υποστήριξη, συναισθηματική ενδυνάμωση, στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων και ψυχιατρικές διαβουλεύσεις, διαζώσης ή από απόσταση.(Fiorillo and Gorwood, 2020)

Η πανδημία θα τελειώσει, αλλά η επιρροή της θα συνεχιστεί για μεγάλο χρονικό διάστημα στην ψυχική υγεία και την ευημερία του κοινού, των εργαζομένων στον τομέα της υγείας και των μειονεκτούντων ατόμων. Ελπίζουμε ότι η κοινότητα ψυχικής υγείας στο σύνολό της θα έχει πολύ γρήγορα την ευκαιρία να φροντίζει τους ασθενείς με πιο συμβατικούς και εξατομικευμένους τρόπους. Οι κρίσεις δείχνουν επίσης δεξιότητες ανθεκτικότητας, και ένα καλό παράδειγμα που πρέπει να μιμηθούμε είναι η ενότητα που υπάρχει μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών σε ακραίες περιπτώσεις (ανταλλαγή ασθενών, υλικών και ικανοτήτων). (Fiorillo and Gorwood, 2020)

2.7 Οι συνέπειες του COVID-19 σε ευπαθείς ομάδες (άτομα με αναπηρία, φυλετικές μειονότητες κτλ).

Η πανδημία του Covid-19 έχει επεκτείνει τις δυνατότητες των εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης και έχει δημιουργήσει σύνθετα ηθικά διλήμματα. Οι

δυνατότητες δοκιμών και θεραπείας Covid-19 έχουν ξεπεραστεί από την απροσδόκητη, ταχεία εξάπλωση της λοίμωξης. Η ανάγκη για ισχυρά σχέδια έκτακτης ανάγκης και πρωτόκολλα είναι πιο επείγουσα από ποτέ, για το ιατρικο-νοσηλευτικό προσωπικό, τους ασθενείς, τις οικογένειες και την κοινότητα που αγωνίζονται σε πραγματικό χρόνο για την ίση πρόσβαση στις ελλείψεις εξοπλισμού ατομικής προστασίας και στην κατανομή ιατρικών-φαρμακευτικών αγαθών. Ειδικότερα, ορισμένες ομάδες αναπήρων επηρεάζονται σε μεγαλύτερο βαθμό από την έλλειψη ισχυρών εθνικών πολιτικών για την αντιμετώπιση των αναγκών τους και, γενικότερα, από την ικανότητα πολλών ατόμων με αναπηρία να προφυλαχθούν από το Covid-19. Δημογραφικά στοιχεία εμφανίζουν σημαντικές ανισότητες στην υγεία, ως προς τα άτομα με αναπηρία, που σχετικά πρόσφατα άρχισαν να αναγνωρίζονται από τον τομέα της δημόσιας υγείας. Τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC) στις ΗΠΑ αναφέρουν ότι αυτός ο πληθυσμός παραμένει εξαιρετικά μειονεκτικός. Τα άτομα με αναπηρίες έχουν λιγότερη εκπαίδευση, περισσότερη οικονομική φτώχεια, τρόφιμα, στέγαση και θέσεις εργασίας σε σχέση με το γενικό πληθυσμό και λιγότερη πρόσβαση στο Διαδίκτυο. Επίσης ορισμένες ομάδες (π.χ. άτομα με κινητικότητα και διανοητική αναπηρία) μπορεί να έχουν υψηλότερο επιπολασμό χρόνιων ιατρικών προβλημάτων (π.χ. παχυσαρκία και καρδιαγγειακές παθήσεις), το CDC εκτιμά ότι, συνολικά, οι ενήλικες με αναπηρίες έχουν τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να έχουν καρδιακές παθήσεις, εγκεφαλικό, διαβήτη ή καρκίνο από τους ενήλικες χωρίς αναπηρίες. (McMillan J.,2020)

Επιπλέον, μελέτες δείχνουν ότι ο επιπολασμός της αναπηρίας μεταξύ των φυλετικών/εθνοτικών μειονοτήτων, συμπεριλαμβανομένων των αμερικανικών ιθαγενών της Ινδίας/της Αλάσκας, συμπεριλαμβανομένων των μη διαχειριζόμενων χρόνιων ιατρικών παθήσεων, είναι εξαιρετικά υψηλός. Αυτό θέτει τα άτομα με αναπηρία σε διπλό κίνδυνο σε τακτική και προληπτική υγειονομική περίθαλψη για περιθωριοποίηση και, όπως φαίνεται με το Covid-19, σε ετοιμότητα έκτακτης ανάγκης και φροντίδας. Υπάρχουν ελάχιστα δεδομένα σχεδιασμού έκτακτης ανάγκης για άτομα με αναπηρία, αλλά δεν υπάρχει νέα ανάγκη για προσαρμοσμένες παρεμβάσεις για να βοηθήσουν αυτήν την ομάδα σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης. Πιο πρόσφατα, κατά τη διάρκεια της πανδημίας H1N1, το CDC ζήτησε να χαρακτηριστεί ως κοινότητα υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη επιπλοκών που σχετίζονται με τη γρίπη για άτομα με κινητικότητα και γνωστικές αναπηρίες. Ωστόσο, υπάρχει περιορισμένη εφαρμογή των

τρεχόντων πρωτοκόλλων έκτακτης ανάγκης στην πανδημία Covid-19. Η σύσταση του CDC και της Ομοσπονδιακής Υπηρεσίας Διαχείρισης Έκτακτης Ανάγκης (FEMA), για παράδειγμα, ότι τα άτομα με αναπηρία ανταποκρίνονται σε καταστροφές, όπως η πανδημία H1N1. Ομοίως, οι ενημερώσεις που πραγματοποιούνται χωρίς λεζάντα ή εκπαιδευμένους διερμηνείς της Αμερικανικής Νοηματικής Γλώσσας απαγορεύουν την ειδοποίηση κωφών και ατόμων με προβλήματα ακοής. Καθώς οι χρηματοδοτούμενες υπηρεσίες αναγκάζονται να αντικαταστήσουν τους κυβερνητικούς ρόλους και να προσπαθήσουν να δημιουργήσουν χρήσιμες ή κατάλληλες πληροφορίες για τα άτομα με αναπηρία. Σε μια πανδημία, η μετάβαση στην Τηλε-υγεία είναι απαραίτητη, αλλά θέτει άλλες προκλήσεις. Για παράδειγμα, για πολλά άτομα με νοητική αναπηρία, κωφά και άτομα με προβλήματα ακοής ή άτομα με αναπηρίες που σχετίζονται με την ομιλία εμποδίζουν την πρόσβαση σε αυτά τα συστήματα επικοινωνίας. Τα αυτοματοποιημένα συστήματα απόκρισης με πολλές επιλογές είναι δύσκολα, ακόμη και αδύνατα να χρησιμοποιηθούν. (Mannelli C.,2020)

Για άτομα με ιατρικές διαταραχές που, λόγω στίγματος, μπορεί να κρύψουν τη διάγνωση και τη φροντίδα τους από μέλη της οικογένειας ή που ενδέχεται να μην κάνουν εμπιστευτικές επικοινωνίες κλινικού-ασθενούς, οι λύσεις Τηλε-υγείας μπορούν επίσης να είναι δύσκολες. Ο στόχος αυτών των παραδειγμάτων δεν είναι να μειωθεί η σημασία των μέτρων που λαμβάνονται για την προώθηση της θεραπείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας, αλλά τα σημαντικά μειονεκτήματα γνώσης που μπορούν να αντιμετωπίσουν τα άτομα με αναπηρία όσον αφορά το Covid-19 από την αναγνώριση των συμπτωμάτων και τις οδηγίες θεραπείας για την πρόληψη (π.χ. κοινωνική απομάκρυνση). Και, παρόλο που συχνά απαιτείται από τους κλινικούς ιατρούς να καλύψουν τα κενά γνώσης των ασθενών, η ικανότητά τους κατά τη διάρκεια μιας πανδημίας να εκπληρώσουν αυτό το καθήκον είναι περιορισμένη. Αυτή η πρόκληση είναι πιθανό να γίνει αισθητή και στο πεδίο. Μόλις το 15% αξιολόγησε τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης/τα συστήματα υγείας ως την πιο σημαντική πηγή πληροφοριών για το Covid-19 σε μια πρόσφατη έρευνα για (κυρίως) άτομα με νοητική και κινητική αναπηρία (n = 2469). Οι συνεργασίες και η χρηματοδότηση για άτομα με αναπηρίες είναι ζωτικής σημασίας για την υποστήριξη της υψηλής ποιότητας, αποτελεσματικής φροντίδας των ασθενών. Στην πραγματικότητα, ορισμένες ομάδες υποχρεώθηκαν να συμμετάσχουν σε επιχειρήσεις δημόσιας υγείας επειδή δεν έχουν εκπαιδευτεί ή χρηματοδοτηθεί επαρκώς. Ωστόσο, είναι ανεκτίμητοι παράγοντες για

την εξασφάλιση καλύτερων απαντήσεων σε πανδημίες ως οργανώσεις με ειδική εμπειρία στις ανάγκες των κοινοτήτων που εκπροσωπούν. Αυτοί οι οργανισμοί θα βοηθήσουν στη δημιουργία γνώσεων προσβάσιμων στην αναπηρία για έναν ευρέως διαφορετικό πληθυσμό ατόμων με αναπηρίες σχετικά με το Covid-19 (και πιθανές πανδημίες), τις διαδικασίες εισαγωγής και τις επιλογές φροντίδας. Οι πολυτροπικές μέθοδοι επικοινωνίας (π.χ. κείμενο, e-mail, ραδιόφωνο, τηλεόραση) πρέπει επίσης να χρησιμοποιούνται από ομοσπονδιακές, πολιτειακές και τοπικές κυβερνήσεις για να αυξήσουν τον αριθμό των ατόμων που γνωρίζουν την πανδημία. (Solínca A., 2020)

Η απαγόρευση των διακρίσεων λόγω αναπηρίας στις ΗΠΑ και στο πλαίσιο των διεθνών Οργανισμών (ΟΗΕ κ.ά), συμπεριλαμβανομένων των κριτηρίων για δίκαιη στέγαση και τροποποιήσεις για την εξασφάλιση δίκαιης πρόσβασης σε κατάλληλες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Αν και η πρόβλεψη για επαρκή στέγαση και βελτιώσεις δεν είναι απόλυτη, βοηθά να διασφαλιστεί ότι τα άτομα με αναπηρία περιλαμβάνονται στις πολιτικές, τις δραστηριότητες και τις διαδικασίες. Μελέτες δείχνουν ότι πολλές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και ιατρικός εξοπλισμός παραμένουν μη διαθέσιμες, παρά τις αλλαγές και ότι οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης στερούνται επίσης κατάλληλης εκπαίδευσης σχετικά με τις ανάγκες των ατόμων με αναπηρία. Ενώ αυτές οι συστημικές αποτυχίες έχουν οδηγήσει σε φτωχότερα αποτελέσματα για την υγεία των ατόμων με αναπηρίες, τα προβλήματα έχουν επιδεινωθεί από την αδιαμφισβήτητη ανάγκη άμεσης αντίδρασης στην πανδημία. Για παράδειγμα, μπορεί να είναι αδύνατο για άτομα με προβλήματα όρασης και άτομα με χαμηλή όραση να πλοηγηθούν σε νέες εγκαταστάσεις εναλλακτικής φροντίδας. Η χρήση μη διαφανούς μάσκας προσώπου απαγορεύει την ανάγνωση των χειλιών σε ορισμένους κωφούς και άτομα με προβλήματα ακοής και η παραγγελία χωρίς επισκέπτη για ενήλικες ασθενείς έρχεται σε μια στιγμή που μπορεί να απαιτείται ιδιαίτερα συνοδευτικός φροντιστής για την προώθηση της επαφής και της λήψης αποφάσεων. (Maya Sabatello, 2020)

Οποιοδήποτε από αυτά τα προβλήματα κατά τη διάρκεια μιας πανδημίας είναι αναπόφευκτο και δεν παραβιάζει τη νομική διάταξη για ορθολογικές τροποποιήσεις (π.χ. χρήση εναλλακτικών ρυθμίσεων φροντίδας). Ωστόσο, άλλα προβλήματα, όπως η αγορά καθαρών μασκών προσώπου, μπορεί να έχουν επιλυθεί με προηγούμενη προετοιμασία. Τα συστημικά εμπόδια (π.χ., η προσβασιμότητα εγκαταστάσεων και

εξοπλισμού) που υπάρχουν εδώ και δεκαετίες δεν μπορούν να αντιστραφούν σε μια μέρα. Ωστόσο, είναι σημαντικό να εφαρμοστούν μέτρα για την προώθηση της συμμετοχής των ασθενών με αναπηρία στη φροντίδα τους. Οι διαδικασίες συγκατάθεσης, για παράδειγμα, μπορούν να πραγματοποιηθούν με σαφείς αλληλεπιδράσεις με τους ασθενείς και τα μέλη της οικογένειάς τους όσο το δυνατόν περισσότερο. Τα μέτρα προσβασιμότητας φιλικά προς την αναπηρία που μπορούν να ληφθούν σε υπολογιστές και κινητές συσκευές (π.χ. υπηρεσίες απομακρυσμένης οπτικοακουστικής περιγραφής για άτομα με προβλήματα όρασης, υπότιτλοι κ.α.) πρέπει να περιλαμβάνονται στην ήδη αυξημένη χρήση στις επιλογές τηλεϊατρικής για την προώθηση της επαφής μεταξύ ιατρών, ασθενών, φροντιστών και μελών της οικογένειας, καθώς και να υπάρχει διερμηνέας για κωφούς και άτομα με προβλήματα ακοής στη νοηματική γλώσσα). Για αποφάσεις περίθαλψης, η ανάγκη για κατάλληλη διαμονή και τροποποιήσεις είναι συχνά σημαντική. Για παράδειγμα, ένας ασθενής με αναπηρία μπορεί να χρειαστεί παρατεταμένη διάρκεια χρήσης του αναπνευστήρα για αποκατάσταση ή κρεβάτι σε ένα υπάρχον περιβάλλον φροντίδας, όπου είναι πιο πιθανό να είναι διαθέσιμος προσβάσιμος εξοπλισμός. Θα πρέπει επίσης να θεωρηθεί ότι αναγνωρίζει τους τακτικούς φροντιστές ασθενών ως «βασικό προσωπικό», οι οποίοι έχουν το δικαίωμα να παρέχουν βοήθεια σε νοσοκομειακούς ασθενείς. (Maya Sabatello,2020)

Σίγουρα, ένας τέτοιος χαρακτηρισμός θέτει μια σειρά από διλήμματα, συμπεριλαμβανομένου του δυνητικού κινδύνου μόλυνσης για τους φροντιστές, την ανάγκη για ατομικό προστατευτικό εξοπλισμό σε μια στιγμή έλλειψης και την επιμονή ότι οι φροντιστές δεν βρίσκονται υπό υπερβολική πίεση για να διακινδυνεύσουν τη ζωή τους στη διάρκεια υποστήριξης του ατόμου με αναπηρία. Ωστόσο, όπως αποδεικνύεται από τον αριθμό των πολιτειών που έχουν αντιστρέψει τις πολιτικές τους για μη-επισκέψεις για άτομα με αναπηρίες, 20 τέτοια καταλύματα επιτρέπουν στους φροντιστές να παρέχουν κριτική και κατάλληλη βοήθεια σε όλη την πανδημία και κατά τη διάρκεια της εισαγωγής και της νοσηλείας. Κατά τον εντοπισμό ρεαλιστικών λύσεων και την καλύτερη κάλυψη των αναγκών των ασθενών και των φροντιστών με αναπηρίες, απλές γλώσσες που ρωτούν για τις ανάγκες ενός ασθενούς με αναπηρία κατά τη στιγμή της εισαγωγής σε εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης, 21 οργανωμένες προσπάθειες με οργανισμούς που βασίζονται στην κοινότητα και είναι

σε συνεργασία με ειδικούς στο εσωτερικό (π.χ. πανεπιστημιακές υπηρεσίες αναπηρίας) μπορεί να είναι καθοριστικής σημασίας.

Ένα αμφιλεγόμενο θέμα στην πανδημία Covid-19 είναι το πρόβλημα της κατανομής ιατρικών προϊόντων και υπηρεσιών. Η συζήτηση ήταν ιδιαίτερα κρίσιμη για τα άτομα με αναπηρίες, με ορισμένα κράτη που ανέφεραν ότι ανέπτυξαν πολιτικές τριγωνισμού που υποστήριζαν τον αποκλεισμό από τη φροντίδα διάσωσης με βάση την αναπηρία. Για παράδειγμα, η πολιτεία της Ουάσιγκτον απέκλεισε ασθενείς με "απώλεια πνευματικής αντίληψης, φυσικής δύναμης, μνήμης και γενικών προβλημάτων υγείας", ενώ η πολιτική της Αλαμπάμα απέκλεισε ασθενείς με "ακραία ή βαθιά διανοητική καθυστέρηση", "μέτρια έως σοβαρή άνοια" και "σοβαρός τραυματικός εγκεφαλικός τραυματισμός." Το Υπουργείο Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών του Υπουργείου Πολιτικών Δικαιωμάτων των ΗΠΑ (OCR) κυκλοφόρησε ένα ενημερωτικό δελτίο στις 28 Μαρτίου 2020, μετά από αγωγές που υποβλήθηκαν από ομάδες δικαιωμάτων αναπηρίας σχετικά με αυτά τα αναδυόμενα συστήματα διακρίσεων, επιβεβαιώνοντας τη συνεχιζόμενη εφαρμογή των εφαρμοστέων νόμων για την αναπηρία στην πανδημία οι ιατρικές αποφάσεις σχετικά με άτομα με αναπηρία.

Ερωτήσεις σχετικά με τον προσδιορισμό του σκελετού και την αναπηρία παραμένουν, αν και είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικές, καθώς πολλές σχετικές ανησυχίες παραμένουν υπό εξέταση. Σε συνθήκες σοβαρής χρονικής πίεσης και περιορισμένων δεδομένων, η κατανομή σπάνιων πόρων περιλαμβάνει δύσκολες αποφάσεις. Οι αποφάσεις κατανομής βασίζονται σε ηθικές αρχές. Αν και η μεγιστοποίηση του αριθμού των σωσμένων ζώων είναι γενικά ο αποφασιστικός στόχος, υπάρχουν διαφορετικές απόψεις σχετικά με τον τρόπο λειτουργίας της και τη συμφιλίωση διαφόρων αλληλεπικαλυπτόμενων ηθικών και κοινωνικών αξιών.

Ένα άλλο κεντρικό ζήτημα είναι ο τρόπος ορισμού της ισότητας και της μη διάκρισης με βάση την αναπηρία κατά τη λήψη αποφάσεων. Μέρος της πρόκλησης είναι ότι τα τρέχοντα πρότυπα καταρτίζονται συχνά χωρίς ανατροφοδότηση για άτομα με αναπηρίες από ιατρούς. Δεν είναι σαφές εάν και πώς οι προοπτικές αναπηρίας σχετικά με την κατανομή των πόρων ενσωματώνονται στις Οδηγίες. Παρόλο που η απουσία φωνών αναπηρίας σε τέτοιες επιτροπές σύνταξης μπορεί να οδηγήσει στην ενσωμάτωση σιωπηρής προκατάληψης στις κατευθυντήριες γραμμές, η παρουσία ενός ατόμου με αναπηρία σε τέτοιες επιτροπές μεταξύ πολλών επαγγελματιών μπορεί να

είναι ανεπαρκής για να επηρεάσει τα αποτελέσματα (όπως συνέβη με ορισμένα μέλη της κοινότητας που υπηρετούν σε συμβούλια θεσμικής αναθεώρησης). Ομοίως, η ασυνεπής εφαρμογή και ερμηνεία των υπαρχόντων προτύπων μπορεί να οδηγήσει σε διακρίσεις για άτομα με αναπηρία. Η κατανομή με βάση την πρόγνωση επιβίωσης, ένα λογικό κριτήριο πανδημίας αυξάνει επίσης το άγχος μεταξύ ατόμων με αναπηρίες. Οι ανακριβείς ή προκατειλημμένες προγνώσεις μπορούν να οδηγήσουν σε κοινά τεκμήρια αναπηρίας που σημαίνουν δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία. Οι υποκειμενικές κρίσεις ποιότητας ζωής μπορούν να λάβουν αποφάσεις για την εξισορρόπηση με παρόμοιο τρόπο και να οδηγήσουν σε διακριτικά αποτελέσματα. (Solínca A., 2020)

Οι πρωτογενείς διευκολυντές, συμπεριλαμβανομένων γιατρών, νοσοκόμων και φοιτητών ιατρικής από το τμήμα έκτακτης ανάγκης, εκτιμούν συχνά την ποιότητα ζωής των ατόμων με αναπηρία πολύ χαμηλότερη από τα ίδια τα άτομα με αναπηρίες, και αυτές οι προκαταλήψεις επηρεάζουν τις αποφάσεις σχετικά με την ιατρική ματαιότητα. Οι εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να διαφοροποιούν συγκεκριμένα την κατάσταση αναπηρίας (π.χ. κώφωση και διανοητική αναπηρία) και τις συννοσηρότητες που έχουν αποδειχθεί ότι επηρεάζουν την επιβίωση (π.χ. καρκίνος τελικού σταδίου) για να εξαλείψουν την προκατάληψη ως κριτήριο για την άρνηση των σωστικών υπηρεσιών Covid-19. Θα πρέπει να υποστηριχθεί μια απλή, αμερόληπτη διαδικασία για την ατομική αξιολόγηση των ασθενών, διασφαλίζοντας ότι οι αποφάσεις κατανομής βασίζονται αποκλειστικά σε αξιόπιστα ιατρικά στοιχεία για την πιθανότητα επιβίωσης από το Covid-19, παρά στην υποκειμενική ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την εξασθένηση.

Προκειμένου να διατηρηθεί η εμπιστοσύνη του κοινού στην ιατρική ανταπόκριση σε αυτήν την πανδημία, είναι απαραίτητη η λογοδοσία στις αποφάσεις, ιδίως δεδομένου του ιστορικού των διακρίσεων κατά των αναπηριών, συμπεριλαμβανομένης της σχέσης μεταξύ ευγονικής και του ιατρικού επαγγέλματος. Απαιτούνται επίσης μέτρα για την προστασία από προκαταλήψεις που επηρεάζουν κατά λάθος τις αποφάσεις κατανομής. Καθώς οι αρχικές αξιολογήσεις των ασθενών είναι πιθανό να επηρεάσουν τις μεταγενέστερες αποφάσεις, είναι σημαντικό επιπλέον κλινικοί γιατροί να τις επανεκτιμήσουν. Όμως πρακτικά είναι δύσκολο αυτή τη στιγμή να γίνει η εκπαιδευτική προετοιμασία για κλινικούς ιατρούς που θα αποτελέσουν μέλη επιτροπών δεοντολογίας η οποία μπορεί να είναι βοηθητική. Οι επιτροπές είναι δομημένες για

να «προστατεύουν» τους κλινικούς ιατρούς από το άγχος για αποφάσεις που αντιβαίνουν στα καλύτερα συμφέροντα των ασθενών τους (π.χ. απομάκρυνση αναπνευστικών συσκευών) αναθέτοντας σε «σεβαστούς κλινικούς και ηγέτες των συναδέλφων τους και στην ιατρική κοινότητα» να λαμβάνουν αποφάσεις. Οι επιτροπές δοκιμών πρέπει να περιλαμβάνουν μέλη επαγγελματιών υγείας από το χώρο της αποκατάστασης, που έχουν πιο θετικές απόψεις σχετικά με την πρόγνωση και την ποιότητα ζωής των ασθενών με αναπηρίες, επειδή έχει αποδειχθεί ότι η συχνή αλληλεπίδραση με άτομα με αναπηρίες ελαχιστοποιεί τις προκαταλήψεις. Θα πρέπει να περιλαμβάνει επίσης παρόχους υγειονομικής περίθαλψης με αναπηρίες, ειδικά εκείνους που προέρχονται επίσης από φυλετικές/εθνοτικές μειονότητες. Ο επιπολασμός των αναπηριών μεταξύ των φυλετικών/εθνοτικών μειονοτήτων είναι υψηλότερος και τα τρέχοντα (περιορισμένα) στοιχεία δείχνουν ότι οι υγειονομικές διαφορές μεταξύ των ατόμων με αναπηρίες που ανήκουν σε κάποιες φυλετικές/εθνοτικές ομάδες ενισχύονται. Επιπλέον, δεδομένου του υψηλού ποσοστού ατόμων με αναπηρία όσον αφορά τη λήψη αποφάσεων και τις διαδικασίες κατά τη διαλογή, θα πρέπει να ζητείται η γνώμη μελών ενώσεων ατόμων με αναπηρίες ή εμπειρογνομόνων για τα δικαιώματα αναπήρων. Αν και θα προσθέσει πολυπλοκότητα η σύνθεση των επιτροπών, η ανάγκη για διαφορετικά μέλη μπορεί να ενθαρρύνει αμερόληπτα αποτελέσματα και να βελτιώσει την εμπιστοσύνη στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. (Maya Sabatello,2020)

Εάν μεταβούμε από τα επακόλουθα της πανδημίας, σε μελλοντικές προσπάθειες ετοιμότητας και υλοποίησης αντιμετώπισης έκτακτης ανάγκης, πρέπει να συμπεριληφθούν ευάλωτες ομάδες, όπως τα άτομα με αναπηρία. Πρώτον, μετά από αυτήν την κατάσταση έκτακτης ανάγκης, η συλλογή δεδομένων θα βοηθήσει στη βελτίωση των εθνικών και τοπικών αντιδράσεων σε πιθανές πανδημίες. Επί του παρόντος, υπάρχουν λίγα διαθέσιμα δεδομένα σχετικά με τα ποσοστά ασθένειας, αποκατάστασης και θνησιμότητας Covid-19 μεταξύ ατόμων με αναπηρία. Ορισμένες πολιτείες στις ΗΠΑ άρχισαν να καταγράφουν τέτοια δεδομένα ακολουθώντας λογαριασμούς πολυμέσων με ασυνήθιστα υψηλά ποσοστά μόλυνσης και θνησιμότητας σε εκκλησιαστικούς χώρους. Τα συσσωρευμένα στατιστικά στοιχεία, ενώ εξακολουθούν να είναι ελλιπή, δείχνουν ότι οι κάτοικοι των εγκαταστάσεων μακροχρόνιας περίθαλψης αντιπροσωπεύουν το 16% των συνολικών περιπτώσεων σε 42 πολιτείες και το 42% των συνολικών θανάτων μεταξύ των κρατών από τις 21 Μαΐου

2020. Επιπλέον, η πρώτη διεθνής ανασκόπηση ηλεκτρονικών ιατρικών αρχείων για ασθενείς με θετικό Covid-19 ανέφερε υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας περιστατικών μεταξύ ατόμων με διανοητική αναπηρία ηλικίας 0 έως 17 ετών και 18 έως 74 ετών σε σχέση με άλλους ασθενείς με Covid-19.(Maya Sabarello,2020)

Ωστόσο, δεν είναι σαφές πόσα άτομα με αναπηρία στις ΗΠΑ ήταν άρρωστα, πέθαναν ή ανάρρωσαν από Covid-19, με ή χωρίς χρόνιες υποκείμενες καταστάσεις, όπως ο διαβήτης, το άσθμα, οι πνευμονικές διαταραχές και τα καρδιαγγειακά. Λαμβάνοντας υπόψη την κυκλική σχέση μεταξύ της φτώχειας και της αναπηρίας (συμπεριλαμβανομένων των μη διαχειριζόμενων χρόνιων παθήσεων) και των στοιχείων για υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας Covid-19 σε φτωχές κοινότητες και μεταξύ φυλετικών/εθνοτικών μειονοτήτων, ο πληθυσμός με αναπηρία είναι επίσης πιθανό να έχει υψηλό αριθμό μολύνσεων και θανάτων. Συλλογή και ανάλυση τοπικών και εθνικών δεδομένων που περιλαμβάνουν τεκμηριωμένες υποκείμενες συνθήκες και κατάσταση αναπηρίας, συγκεντρωτικά δεδομένα από αποφάσεις θεραπείας και ακριβής καταγραφή της αιτίας θανάτου (μια πρακτική που έχει βρεθεί στο παρελθόν σε σχέση με άτομα με διανοητική και αναπτυξιακές αναπηρίες που πέθαναν από πνευμονία) επιτρέπουν την ανάπτυξη δίκαιων στρατηγικών για την κατανομή της υγειονομικής περίθαλψης σε μελλοντικές κρίσεις υγείας που υποστηρίζονται ευρέως από πολλές εκλογικές περιφέρειες, συμπεριλαμβανομένων εκείνων με αναπηρίες.

Παράλληλα, η ανάγκη δημιουργίας βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων λύσεων (δηλαδή φαρμακευτικής αγωγής και εμβολιασμού) είναι τεράστια. Ομοίως, αναμένεται η ίση κατανομή. Η «αναδιανεμητική» δικαιοσύνη και η κοινωνική σημασία της προστασίας ευάλωτων κοινοτήτων απαιτούν από εκείνες που είναι πιο ευάλωτες στον Covid-19 να έρθουν στη συνέχεια των προμηθευτών υγειονομικής περίθαλψης και υπηρεσιών πρώτης γραμμής, ενώ η κατάσταση αναπηρίας από μόνη της δεν μετράει τα ποσοστά χρόνιων παθήσεων (π.χ. διαβήτης, καρδιαγγειακές παθήσεις) που σχετίζονται με δυσμενή αποτελέσματα Covid-19. Δεδομένου ότι τα άτομα με αναπηρία είναι πιο πιθανό να καλύπτονται από δημόσιους φορείς, οι δημόσιες πολιτικές πρέπει να διασφαλίζουν ότι ζωτικής σημασίας παρεμβάσεις Covid-19 λαμβάνονται για τέτοια άτομα υψηλού κινδύνου, ιδίως εκείνα που βασίζονται σε βοηθούς προσωπικής φροντίδας για τους οποίους η σωματική απόσταση είναι δύσκολη.

Τέλος, πρέπει να δοθεί προτεραιότητα στις ειδικές ευπαθείς ομάδες των ατόμων με αναπηρία σε ομαδικά σπίτια και εγκαταστάσεις αποκατάστασης, ψυχιατρικά νοσοκομεία, γηροκομεία και φυλακές. Στην πανδημία Covid-19, αυτές οι ρυθμίσεις έχουν αποδειχθεί ότι είναι "μηδενικές", ειδικά τα γηροκομεία με υψηλή πληρότητα κατοίκων Αφροαμερικανών και Λατίνων. Τα τελευταία αποτελέσματα καταδεικνύουν επίσης την επίδραση των πολύπλοκων ανισοτήτων στην υγεία: τα άτομα (συμπεριλαμβανομένων των ηλικιωμένων) από φυλετικές/εθνοτικές μειονότητες που αναζητούν μακροχρόνια περίθαλψη είναι πιο πιθανό να ζουν σε υπερπληθυσμένους χώρους, με λιγότερους πόρους, έλλειψη προσωπικού και χαμηλότερο επίπεδο περίθαλψης από τους Καυκάσιους. Τα συστημικά προβλήματα που πρέπει να αντιμετωπιστούν είναι το προϊόν περιορισμένων και αντιφατικών πρωτοκόλλων σε τέτοιες εγκαταστάσεις σχετικά με επισκέψεις, έλεγχο προσωπικού και εξοπλισμό ατομικής προστασίας και την ικανότητά τους να ανταποκρίνονται επαρκώς στην πανδημία Covid-19. Η αυξημένη υποστήριξη για οικιστικές εγκαταστάσεις και η εφαρμογή στρατηγικών μείωσης του κινδύνου πρέπει να είναι η προτεραιότητα των πιθανών προσπαθειών ετοιμότητας. Αυτό περιλαμβάνει τη διατήρηση της πρόσβασης σε δοκιμές, το διαχωρισμό των ασθενών, την παροχή προσωπικού προστατευτικού εξοπλισμού στους εργαζόμενους άμεσης φροντίδας και την ενίσχυση της προετοιμασίας και της υποστήριξης για τη διασφάλιση της ασφαλούς και υψηλής ποιότητας εκτέλεσης διαδικασιών έκτακτης ανάγκης.

Η καταστροφή που προκαλείται από αυτήν την πανδημία δημιουργεί βιοηθικά διλήμματα που αφορούν και ζητήματα κοινωνικής δικαιοσύνης τα οποία έχουν κατακλύσει τους παραδοσιακά μειονεκτούντες πληθυσμούς των ΗΠΑ. Η έλλειψη ετοιμότητας για παροχή προσβάσιμων πληροφοριών για τον Covid-19, η καθυστερημένη αναγνώριση κατά τη διάρκεια της πανδημίας των ειδικών αναγκών υγειονομικής περίθαλψης των ατόμων με αναπηρίες και οι ασυμβίβαστες πολιτικές για την κατανομή ιατρικών αγαθών αντικατοπτρίζουν τη μακροχρόνια παραμέληση αυτού του πληθυσμού στην υγειονομική περίθαλψη και την κοινωνία. Η πανδημία υπογραμμίζει επίσης τις τρομερές συνέπειες των επιδεινωμένων ανισοτήτων στην υγεία ως προς τα αποτελέσματα της υγείας, ενώ οι επιπτώσεις των ανισοτήτων στην υγεία είναι σημαντικές για τα άτομα με αναπηρία ως ομάδα, μεταξύ ατόμων με αναπηρίες από φυλετικές/εθνοτικές μειονότητες, συμπεριλαμβανομένων των αμερικανικών ιθαγενών ομάδων. Αυτές οι επιπτώσεις είναι εξαιρετικά ανησυχητικές

και μεγάλες. Υπάρχει επείγουσα ανάγκη να διαμορφωθούν και να εφαρμοστούν άμεσα μέτρα για την επίλυση αυτών των προκλήσεων. Για την καθοδήγηση των επόμενων βημάτων μας, είναι απαραίτητες συγκεκριμένες οδηγίες για την εξασφάλιση αξιόπιστης και λεπτομερούς καταγραφής δεδομένων. Προκειμένου να διασφαλιστεί δίκαιη πρόσβαση και φροντίδα στο μέλλον, απαιτείται βελτιωμένη εξέταση των αναγκών αυτού του πληθυσμού κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Τα άτομα με αναπηρίες είναι εξίσου σημαντικά μέλη της κοινωνίας μας. Τα αποτελέσματα της πανδημίας Covid-19 δεν πρέπει να τα αφήνουν πίσω. (Maya Sabatello κ.α., 2020)

2.8 Η Βιοηθική προσέγγιση της χρήσης φαρμάκων «εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων» ή (off-label) εν όψει πανδημίας COVID-19.

Η χρήση εκτός ετικέτας αναφέρεται στη χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων για μη εγκεκριμένες χρήσεις ή σε μη εγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες, σε δοσολογίες ή διαδρομές χορήγησης. *“Off-label use is the use of pharmaceutical drugs for an unapproved indication or in an unapproved age group, dosage, or route of administration. Both prescription drugs and over-the-counter drugs (OTCs) can be used in off-label ways, although most studies of off-label use focus on prescription drugs”*. Η χρήση εκτός ετικέτας είναι γενικά νόμιμη εκτός αν παραβιάζει τις ηθικές οδηγίες ή τους κανονισμούς ασφάλειας. (https://en.wikipedia.org/wiki/Off-label_use). Η χρήση εκτός ετικέτας είναι δυνατή τόσο για συνταγογραφούμενα όσο και για μη συνταγογραφούμενα φάρμακα, αλλά οι περισσότερες έρευνες σχετικά με τη χρήση εκτός ετικέτας επικεντρώνονται σε συνταγογραφούμενα φάρμακα.

Για μια ασθένεια ή σύμπτωμα, πολλοί ιατροί έχουν συνταγογραφήσει φάρμακο χωρίς εγκεκριμένες ενδείξεις σε έναν ασθενή, που δεν έχει λάβει άδεια από τη ρυθμιστική αρχή για παράδειγμα τον ΕΟΦ. Αυτό μπορεί να συμβεί διότι οι ιατροί έχουν διαβάσει στον ιατρικό τύπο ότι αυτό το φάρμακο χρησιμοποιείται και έχει σαφή ένδειξη στις Ηνωμένες Πολιτείες, αλλά δεν έχει εγκριθεί στην Ευρώπη.

Σύμφωνα με το άρθρο «Early off-label treatment during pandemics? A dilemma» των Roth Jan A., Ballouz Talac , Kouyos Roger D. και Battagay Manuela, παρατηρήθηκε ότι κατά την διάρκεια της πανδημίας Covid-19 έχουν παρασχεθεί πολλές πειραματικές

θεραπείες σε ευρεία κλίμακα για τη θεραπεία σοβαρών περιπτώσεων Covid-19. Η μελέτη αναφέρει πως αυτό συνέβη χρησιμοποιώντας σχήματα φαρμάκων εκτός ετικέτας (εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων).

Εν τω μεταξύ, η Αμερικανική Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων χορήγησε στο πειραματικό φάρμακο remdesivir μια άδεια χρήσης έκτακτης ανάγκης βάσει προκαταρκτικών ευρημάτων από το "Adaptive COVID-19 Treatment Trial". Αυτές οι πρόσφατες αποφάσεις δείχνουν την πίεση στις ρυθμιστικές αρχές και τους επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης να διαθέσουν φάρμακα εκτός ετικέτας κατά τη διάρκεια πανδημιών. Ωστόσο, έχει επικριθεί μια φιλελεύθερη προσέγγιση στη παροχή φαρμάκων εκτός ετικέτας, καθώς αυτές οι θεραπείες πρέπει να δοκιμαστούν πρώτα σε τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές με επαρκή κλινικά τελικά σημεία πριν χρησιμοποιηθούν για νέες ενδείξεις.

Πολλοί επαγγελματίες υγείας μπορεί να είναι απρόθυμοι να παρέχουν νέες θεραπείες κατά τη διάρκεια πανδημιών. Οι εξηγήσεις βασίζονται σε τεκμηριωμένα φάρμακα και τόσο οι επαγγελματίες που ασχολούνται με τη βιοηθική, όσο και οι επαγγελματίες υγείας, ως πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης, έχουν ως κοινή αρχή να μην προκαλέσουν κακό, να είναι προσεκτικοί και να συμβάλλουν στην αποτελεσματικότερη θεραπεία του ασθενούς. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας και οι πολιτικοί μπορούν να κλίνουν προς την κατεύθυνση του «ανώτατου χαρακτήρα», επειδή φαίνεται ότι υπερεκτιμούν τους κινδύνους ενώ υποτιμούν τα πιθανά οφέλη της ταχείας έναρξης της πειραματικής θεραπείας. Αυτό μπορεί επίσης να συμβεί στην αντίθετη κατεύθυνση, με υποεκτίμηση των κινδύνων και υπερεκτίμηση των ωφελειών που μετατοπίζουν τις αποφάσεις προς την εξαιρετική θεραπεία. Επομένως, για να αποφευχθεί η παθητική και ενεργή βλάβη του ασθενούς, οι αποφάσεις θεραπείας εκτός ετικέτας πρέπει να βασίζονται σε προσεκτικές, προσωρινές εκτιμήσεις της ισορροπίας βλάβης-οφέλους.

Μοντελοποίηση των κινδύνων και των ωφελειών των φαρμάκων εκτός ετικέτας : Για φάρμακα εκτός ετικέτας με διαφορετικό προφίλ αποτελεσματικότητας και ασφάλειας στη θεραπεία μολυσματικών ασθενειών που προκαλούνται από έναν άγνωστο παθογόνο, έχουν διαμορφωθεί σχήματα βλάβης-οφέλους. Μόνο εκείνα τα περιστατικά με υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας μπορούν να ωφεληθούν αρκετά για να αντισταθμίσουν τον κίνδυνο σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών εάν η σχετική μείωση

του κινδύνου θνησιμότητας όλων των αιτιών είναι μικρή. Έχει παρατηρηθεί υψηλή θνησιμότητα σε ορισμένες ομάδες παρά την έγκαιρη θεραπεία με φάρμακα εκτός ετικέτας.

Είναι σημαντικό ότι οι πρώτες τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές ασθενών με Covid-19 διαπίστωσαν ότι τέτοιες θεραπείες εκτός σήματος είχαν μικρό όφελος σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο. Ωστόσο, οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ φαρμάκων, σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών και συννοσηρότητας μπορούν να επηρεάσουν δυσανάλογα αυτούς τους πληθυσμούς υψηλού κινδύνου, περιπλέκοντας και υποστηρίζοντας την έναρξη της θεραπείας εκτός ετικέτας.

Αποφάσεις περίθαλψης εκτός ετικέτας για χρήση κατά τη διάρκεια πανδημιών : Είναι γνωστό από προηγούμενα ιατρικά περιστατικά ότι μια ολοκληρωμένη κλινική ανασκόπηση των διαδικασιών εκτός ετικέτας είναι σημαντική για την προστασία της υγείας των ασθενών. Ταυτόχρονα, κατά τη διάρκεια μεγάλων εστιών και πανδημιών που περιλαμβάνουν εξαιρετικά παθογόνους μολυσματικούς παράγοντες για τους οποίους δεν υπάρχουν εγκεκριμένες θεραπευτικές επιλογές, οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας μπορούν να αναγκαστούν να λάβουν γρήγορες αποφάσεις σχετικά με το εάν μπορούν να δοθούν φάρμακα εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων σε ασθενείς υψηλού κινδύνου. Σε τέτοιες περιστάσεις έκτακτης ανάγκης και λόγω του υψηλού ποσοστού θνησιμότητας περιστατικών που αφορούν υπο-ομάδες ασθενών, αλλά και του κατάλληλου προφίλ ασφάλειας των υπό εξέταση πειραματικών θεραπευτικών αγωγών για τις εγκεκριμένες ενδείξεις τους, υποστηρίζεται ότι μπορεί να εξεταστεί εξ αρχής η ταχεία έναρξη της θεραπείας εκτός ετικέτας αποκλειστικά για ασθενείς με υψηλό κίνδυνο.

Αυτή η στρατηγική μπορεί να εφαρμοστεί σε ένα παγκόσμιο οργανωμένο περιβάλλον δοκιμών, το οποίο μπορεί να περιγραφεί εκ των προτέρων για μελλοντικές πανδημίες και υιοθετώντας μια ποικιλία βασικών αρχών. Σύμφωνα με το ότι οι αποφάσεις για τη θεραπεία εκτός ετικέτας πρέπει να επικεντρωθούν σε σαφώς καθορισμένα κριτήρια επιλογής και θεραπείας, μια σταθερή βιολογική αιτιολόγηση που βασίζεται σε δεδομένα από δοκιμές *in vitro* και σε ζώα (π.χ. αντιϊκή δραστηριότητα, μείωση της κυτοκίνης), την κριτική των προηγούμενων στοιχείων σχετικά με την αποτελεσματικότητα και το προφίλ ασφάλειας των φαρμάκων εκτός ετικέτας για

παρόμοιες ενδείξεις, τον πληθυσμό των ασθενών και την κατά προσέγγιση αναλογία βλάβης-οφέλους.

Μέσα σε ένα ευρύ συλλογικό ερευνητικό περιβάλλον, αυτή η προσέγγιση πρέπει να ακολουθηθεί για τη συλλογή πειραματικών αποδεικτικών στοιχείων σε κατάλληλα προγραμματισμένες και οδηγημένες τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές το συντομότερο δυνατό. Η αυξημένη διαθεσιμότητα συνεχώς ενημερωμένων ηλεκτρονικών ιατρικών αρχείων και μεγάλων δικτύων μάθησης υγείας, καθώς και ψηφιακών τεχνολογιών, έχει τη δυνατότητα να κάνει απλούστερη τη δοκιμή πολλών εναλλακτικών θεραπευτικών εναλλακτικών σε πειραματικές κλινικές δοκιμές. Ωστόσο, στην εκθετική διαδικασία μιας πανδημίας, η αναμονή οριστικών αποτελεσμάτων δοκιμής κατά τη διάρκεια κρίσεων υγείας μπορεί να σημαίνει την απόκριση δυνητικά επιτυχημένων φαρμάκων εκτός ετικέτας από τους ασθενείς που βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση, τα οποία θα μπορούσαν αργότερα να αποδειχθούν ως η σωστή ή λανθασμένη απόφαση. Αυτός είναι ένας ιδιαίτερος προβληματισμός κατά τη διάρκεια πανδημιών, καθώς οι περισσότερες έρευνες που διεξήχθησαν κατά τη διάρκεια της αρχικής διαδικασίας εκδήλωσης λοιμώξεων είναι πιθανό να είναι χαμηλής ισχύος, κακής διεξαγωγής και να μην οργανωθούν σε διεθνές επίπεδο.

Οι θεραπείες εκτός ετικέτας δεν ήταν σταθερά καλύτερες ή χειρότερες από τις εγκεκριμένες φαρμακευτικές αγωγές σε μια προηγούμενη ανάλυση που περιλάμβανε 25 συγκρίσεις φροντίδας κατά κεφαλή με 153 τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές και 24.592 ασθενείς. Αυτό το γενικό παράδειγμα υπογραμμίζει την αξία διαφόρων τυχαιοποιημένων συγκρίσεων μεταξύ αρκετών πιθανών υποψηφίων για την ανίχνευση επιτυχημένων θεραπειών εκτός ετικέτας. Η πανδημία Covid-19 συνέβαλε σε μια σημαντική αύξηση των κοινών ερευνητικών δραστηριοτήτων για τη μελέτη νέων μεθόδων για τη διάγνωση, την πρόληψη και τη φροντίδα και για τον έλεγχο θεραπειών εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων. Κατά τη διάρκεια διεθνών κρίσεων, πρέπει να είμαστε προσεκτικοί, να αναλύουμε προσεκτικά και να μην υπερεκτιμούμε με συνέπεια τις πιθανές βλάβες και τα οφέλη που σχετίζονται με τις διαδικασίες εκτός ετικέτας.

Είναι σημαντικό ότι τα καθιερωμένα πρωτόκολλα έγκρισης φαρμάκων δεν πρέπει να "παρακάμπτονται", αλλά οι επαγγελματίες υγείας χρειάζονται σαφέστερες οδηγίες και μηχανισμούς για γρήγορη ανάπτυξη, μελέτη και σύγκριση θεραπειών εκτός ετικέτας υπό σταθερές συνθήκες κατά τη διάρκεια μελλοντικών διεθνών κρίσεων υγείας, για

παράδειγμα ως μέρος των μεγάλων κλιμάκων παραγοντικών δοκιμών με ρεαλιστικά και προσαρμοστικά στοιχεία. Τέτοιες αποφάσεις υπέρ ή κατά της φαρμακευτικής αγωγής εκτός ετικέτας θα πρέπει να βασίζονται σε σαφώς καθορισμένα κριτήρια για την επιλογή και τη φροντίδα, καθώς και μια υγιή βιολογική αιτιολόγηση, μια κριτική αξιολόγηση προηγούμενων στοιχείων και μια κατά προσέγγιση αναλογία βλάβης-οφέλους. Κατά την αρχική φάση της πανδημίας Covid-19, η παγκόσμια επιστημονική κοινότητα συμπεριφέρθηκε πολύ δυναμικά και μπορούμε να επικεντρωθούμε κριτικά στο πώς να αξιοποιήσουμε καλύτερα τις συνεργατικές ερευνητικές δραστηριότητες και τις κλινικές δοκιμές ειδικότερα. (Roth Jan A, κ.α., 2020)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 ΒΙΟΗΘΙΚΑ ΔΙΛΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΑΝΔΗΜΙΑ

Ένα από τα βασικά στοιχεία για την αντιμετώπιση της πανδημίας ήταν η επάρκεια των δομών υγείας αναφορικά με την υποδοχή, τη διάγνωση και τη θεραπεία των ασθενών. Σε πολλές χώρες, ανακαλύφθηκε γρήγορα και προβλέψιμα ότι τα κρεβάτια της Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) δεν ήταν επαρκή και ο εξοπλισμός υποστήριξης (π.χ. αναπνευστήρες) δεν ήταν πάντα κατάλληλοι για τη θεραπεία όλων των ασθενών, ενώ τα πρωτόκολλα για την προτεραιότητα του ασθενούς είχαν εφαρμοστεί προκειμένου να μετατοπιστεί η νομική και ηθική ευθύνη από τον κλινικό ιατρό που αντιμετωπίζει τον ασθενή στο σύστημα υγείας αποδεχόμενος την ανεπάρκεια του. Το ηθικό ζήτημα εξακολουθεί να υπάρχει και είναι βασανιστικό. Υπάρχουν επίσης οι περιπτώσεις ιατρικού λάθους, αμέλειας, μη τήρησης της δεοντολογίας υπό την πίεση ενός πανδημικού φαινομένου και μπορεί να προκύπτουν ζητήματα ποινικής και αστικής ευθύνης των υγειονομικών, αλλά και ερωτήματα εάν η αντιμετώπισή τους πρέπει να είναι διαφορετική.

Η πανδημία του κορωνοϊού δημιουργεί μεγάλη ένταση και πίεση στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και ειδικά στις ΜΕΘ. Όταν οι κλίνες ΜΕΘ είναι λιγότερες από τις πραγματικές ανάγκες που υπάρχουν, γεννάται η αναγκαιότητα για επιλογή, δηλαδή ο ιατρός καλείται να επιλέξει ποιοι ασθενείς θα εισαχθούν στη ΜΕΘ και ποιοι όχι. Το κυρίως αμφισβητούμενο ζήτημα είναι το αν πρέπει να δίνεται προσοχή μόνον στην πρόγνωση της οξείας διαταραχής ή/και στην πρόγνωση των χρόνιων

υποκείμενων νοσημάτων και την ηλικία. Πολλές ευρωπαϊκές χώρες έσπευσαν στην έκδοση σχετικών οδηγιών, οι οποίες διαφέρουν μεταξύ τους.

Σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα, ένας μεγάλος αριθμός ασθενών με αναπνευστική ανεπάρκεια που χρειάζονται μηχανική υποστήριξη της αναπνοής εισάγεται στα νοσοκομεία, υπερκαλύπτοντας τις διαθέσιμες κλίνες ΜΕΘ. Υπάρχουν σοβαροί προβληματισμοί ότι σε πολλές χώρες ασθενείς που θα κατάφερναν να επιζήσουν ίσως να αποβιώσουν λόγω έλλειψης αναπνευστήρων. Υπ' αυτές τις συγκυρίες άμεσης ανάγκης και ακραίας υπερφόρτωσης του συστήματος υγείας, προκύπτουν σοβαρά βιοηθικά διλήμματα: Η ηθική υποχρέωση του ιατρού για την παροχή φροντίδας στον κάθε άρρωστο ξεχωριστά έρχεται σε αντιπαράθεση με πολιτικές δημόσιας υγείας που αποσκοπούν στη μεγιστοποίηση του οφέλους για το μεγαλύτερο αριθμό ασθενών. Όταν η ζήτηση για κλίνες εντατικής θεραπείας υπερβαίνει την προσφορά, καθίσταται αναγκαία η διαλογή (triage), δηλαδή ο ιατρός καλείται να αποφασίσει ποιοι ασθενείς θα εισαχθούν στη ΜΕΘ και ποιοι όχι. Όμως ποιες είναι οι προϋποθέσεις για να εισαχθεί κάποιος σε κλίνη ΜΕΘ και ποια είναι τα κριτήρια; Ποια είναι η ηθική τους θεμελίωση, καθώς και οι περιορισμοί τους (Κρανιδιώτης, 2020).

Σύμφωνα με το παραπάνω άρθρο και τη σχετική αναφερόμενη βιβλιογραφία, **η μεγιστοποίηση του οφέλους** μπορεί να εξειδικευθεί ως σωτηρία είτε των περισσότερων ατομικών ζωών είτε των περισσότερων ετών ζωής. Στην πρώτη περίπτωση, δίνεται προσοχή μόνον στην πρόγνωση της οξείας διαταραχής, ενώ στη δεύτερη μαζί μ' αυτήν συνεκτιμώνται η πρόγνωση των χρόνιων νοσημάτων και η ηλικία του ασθενούς, που σημαίνει ότι δίνεται προτεραιότητα στους αρρώστους που προβλέπεται πως θα ζήσουν περισσότερα χρόνια μετά την εφαρμογή της θεραπείας. Η απόλυτη ισότητα στην παροχή περίθαλψης θα επέβαλε την εισαγωγή στη ΜΕΘ είτε βάσει της χρονικής σειράς προσέλευσης είτε μέσω εντελώς τυχαίας επιλογής, π.χ. με κλήρωση. Η προαγωγή ή ανταμοιβή της εργαλειακής αξίας των ατόμων, με άλλα λόγια της χρησιμότητάς τους – συμπεριλαμβανομένης αντιστοίχως προοπτικά ή αναδρομικά - για την αντιμετώπιση της πανδημίας, οδηγεί στην πρόκριση των επαγγελματιών υγείας και των συμμετεχόντων σε κλινικές δοκιμές. Τέλος, η προτίμηση αυτών που καταλήγουν στη χειρότερη κατάσταση δυνατόν να υλοποιηθεί ως επιλογή είτε των βαρύτερα νοσούντων είτε των νεωτέρων σε ηλικία, καθώς οι τελευταίοι, αν πεθάνουν χωρίς να τους προσφερθεί θεραπεία, θα έχουν ζήσει βραχύτερης διάρκειας ζωές.

Η εισαγωγή στη ΜΕΘ βάσει της αρχής “first come, first served” δεν είναι δίκαιη για τους ασθενείς που τυχαίνει να μένουν μακριά από τις υγειονομικές δομές και τα νοσοκομεία ή η πρόσβασή τους σε αυτές εμφανίζει δυσκολίες για κοινωνικο-οικονομικούς λόγους ή εξαιτίας αναπηρίας ή άλλων προβλημάτων υγείας ή την ύπαρξη εμποδίων στην επικοινωνία και τη μετακίνηση. Επίσης, θα δημιουργούσε συνωστισμό στα νοσοκομεία, ακόμη και τη βία, σε μια περίοδο όπου είναι αναγκαία η τήρηση αποστάσεων ασφαλείας. Ακόμη, η αρχή αυτή είναι άδικη και για έναν επιπλέον λόγο: Αποκλείει από τη θεραπεία ανθρώπους οι οποίοι, παρόλο την αυστηρότερη προσήλωσή τους στα μέτρα προστασίας της δημόσιας υγείας, προέκυψε να αρρωστήσουν αργότερα. Η κλήρωση δεν έχει να κάνει με τα παραπάνω μειονεκτήματα και θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως καθοριστική επί ασθενών με όμοιες προγνώσεις. Ωστόσο, το υγειονομικό προσωπικό δεν έχει εξοικειωθεί με τη διαδικασία, κάτι που ίσως να οδηγήσει σε απώλεια πολύτιμου χρόνου. Η πρόκριση της περίθαλψης συναδέλφων λόγω της χρησιμότητας των επαγγελματιών υγείας στο σύστημα φροντίδας αλλά και λόγω των δυσκολιών αντικατάστασής τους καθώς απαιτείται ειδική εκπαίδευση, έρχεται αντιμέτωπη με αντιρρήσεις: Πρώτον είναι αδιανόητο αυτοί οι επαγγελματίες υγείας εάν αρρωστήσουν τόσο βαριά ώστε να χρειαστεί να εισέλθουν σε μονάδα εντατικής θεραπείας, να επιστρέψουν σύντομα στην εργασία τους. Δεύτερον εάν δινόταν προτεραιότητα στους επαγγελματίες υγείας, θα γεννιόταν αμφιβολία από την πλευρά της κοινωνίας για την αξιοπιστία και την τήρηση των θεσμών. Διαφωνία για το κριτήριο εισαγωγής στην ΜΕΘ υπάρχει και όταν λαμβάνεται υπόψη μόνο η πρόγνωση της ασθένειας Covid-19 αυτής κάθ’ αυτής ή και η πρόγνωση των χρόνιων υποκείμενων ασθενειών και η ηλικία του ασθενή (Γ. Κρανιδιώτης, 2020).

Ως προς τις βασικές αρχές, δύο θέσεις απολαβαίνουν στο θεωρητικό πεδίο σχεδόν ολικής αποδοχής: κατά πρώτον, η εντατική θεραπεία πρέπει να παρέχεται κατά προτεραιότητα στους ασθενείς εκείνους που έχουν τη μεγαλύτερη πιθανότητα να ωφεληθούν από αυτήν. Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να επιλέγονται οι ασθενείς που είναι μεν αρκετά άρρωστοι ώστε δεν θα μπορούσαν να σωθούν χωρίς αυτήν, αλλά η κατάστασή τους είναι δυνητικά αναστρέψιμη, έναντι αφενός αυτών που θα μπορούσαν να ανακτήσουν και χωρίς την εισαγωγή τους στη ΜΕΘ και αφετέρου αυτών που είναι απίθανο να επιζήσουν ακόμη και αν τους δοθεί η δυνατότητα. Η θέση αυτή θεμελιώνεται στη βιοηθική αρχή της διανεμητικής δικαιοσύνης. Δεύτερον, δεν πρέπει να αποκλείονται εκ των προτέρων ολόκληρες κατηγορίες ασθενών βάσει ορισμένης

χρόνιας νόσου ή αναπηρίας ή ηλικίας. Κάτι τέτοιο θα έκανε πολλούς ανθρώπους να αισθανθούν ότι η ζωή τους “δεν αξίζει” να σωθεί, πως υπολογίζεται λιγότερο από τη ζωή άλλων συνανθρώπων τους και θα συνιστούσε διάκριση. Το βασικό επιχείρημα που συνάδει υπέρ της κατά προτεραιότητα νοσηλείας των μικρότερων σε ηλικία αρρώστων είναι το εξής: Τα νεαρά άτομα πρέπει να νοσηλευτούν κατά προτεραιότητα, όχι γιατί έχουν μεγαλύτερη αξία ή χρησιμότητα για την κοινωνία, αλλά διότι πρέπει να τους δοθεί ίση ευκαιρία (με τα μεγαλύτερης ηλικίας άτομα, που την ευκαιρία αυτή την είχαν, είτε εξ ολοκλήρου είτε μερικώς αλλά πάντως σχετικά περισσότερο) να πραγματοποιήσουν τα διάφορα στάδια της ζωής: παιδική, νεανική, μέση και γεροντική ηλικία. Οι νεαροί ασθενείς βρίσκονται στη χειρότερη κατάσταση, υπό την έννοια ότι είχαν τη μικρότερη ευκαιρία να ζήσουν έναν πλήρη ημερών βίο για τον ίδιο λόγο, αν πεθάνουν, θα έχουν υποστεί συγκριτικά και τη μεγαλύτερη βλάβη. Γίνεται, επίσης, επίκληση της ηθικής ενόρασης της πλειονότητας των ανθρώπων. Η ενόραση αυτή δικαιολογεί να προτιμηθεί ένας ασθενής που πεθαίνοντας θα χάσει 40 χρόνια προσδοκώμενης ζωής από έναν υπερήλικα ή έναν ασθενή με χρόνια νόσο ο οποίος πιθανότατα θα πεθάνει (εξαιτίας αυτής) εντός ολίγων ετών. (Κρανιδιώτης Γ. 2020).

Στο άρθρο των René Robert, Nancy Kentish-Barne, Alexandre Boyer, Alexandra Laurent, Elie Azoulay και Jean Reignier με τίτλο «Ethical dilemmas due to the Covid-19 pandemic», οι συγγραφείς τονίζουν τα ηθικά διλήματα που δημιουργήθηκαν στις κλίνες ΜΕΘ κατά τη διάρκεια της πανδημίας Covid-19. Δίνουν έμφαση στην ψυχολογική κατάσταση των ασθενών, των συγγενών τους αλλά και του προσωπικού. Συγκεκριμένα αναφέρουν: Η μεγάλη εισροή ασθενών εξέφρασε ανησυχίες σχετικά με την προοπτική προσαρμογής των απαιτήσεων εισδοχής σε βάρος των πιο ευάλωτων ατόμων. Η απόφαση άρνησης εισαγωγής σε (ΜΕΘ) σοβαρά άρρωστου ασθενή αποτελεί φυσιολογικό μέρος του ρόλου της εντατικοποίησης της φροντίδας. Έχουν δημιουργηθεί οδηγίες για τη διασφάλιση της δικαιοσύνης, την αποτροπή υπερβολικής πειθαρχίας, την εκτίμηση της επιθυμίας του ασθενούς και τη διαφάνεια των σχέσεων με την οικογένειά του. Θεωρητικά, η λήψη αποφάσεων για την εισαγωγή ασθενών σε ΜΕΘ θα πρέπει να είναι παρόμοια με εκείνη, που χρησιμοποιείται συνήθως. Ωστόσο, σε μια περίοδο που οι κλίνες της ΜΕΘ ήταν σε έλλειψη, ο αριθμός των αιτήσεων εισόδου αυξήθηκε στα ύψη. Έχει αποδειχθεί ότι όταν υπάρχει έλλειψη κλινών ΜΕΘ, οι απαιτήσεις για την επιλογή των ασθενών αλλάζουν. Είναι επίσης σημαντικό να τονιστεί ο αυξημένος κίνδυνος θνησιμότητας για ασθενείς που δεν μπορούν να

εισαχθούν σε ΜΕΘ λόγω έλλειψης κλινών, ανεξάρτητα από τη δευτερεύουσα διαδρομή που ακολουθεί: καθυστερημένη είσοδος, μετεγκατάσταση σε μια πιο απομακρυσμένη μονάδα ή εισαγωγή σε λιγότερο εξειδικευμένη μονάδα. Η θεωρητική προσέγγιση «θυσία των πιο ευάλωτων ασθενών» συγκλονίζει την ηθική μας συνείδηση όταν αντιμετωπίζουμε μια τεράστια εισροή ασθενών και μια ακραία έλλειψη κλινών ΜΕΘ. (Κρανιδιώτης, 2020).

Για τη μεγιστοποίηση της αξίας του μεγαλύτερου αριθμού ατόμων, έχει προταθεί μια στρατηγική δοκιμής με ηθικές αιτιολογήσεις. Με άλλα λόγια, προέκυψε ένα άνευ προηγουμένως δραματικό γεγονός στο οποίο η επιλογή ασθενών μέσω ταξινόμησης γίνεται μέσω ενισχυμένων συναισθηματικών εκτιμήσεων και τεράστιας εισροής ασθενών. Μια τέτοια κατάσταση είναι πιθανό να έρχεται σε αντίθεση με τις δεοντολογικές μας αξίες. Στην πραγματικότητα, εκτός από τα στοιχεία που σχετίζονται με την έλλειψη διαθέσιμων κλινών, πολλοί παράγοντες στη διαδικασία λήψης αποφάσεων αποτέλεσαν πηγή ανησυχίας: μείωση του ελάχιστου χρόνου που απαιτείται για τη λήψη τέτοιων αποφάσεων «ζωής-ή-θανάτου», μείωση του κρίσιμου χρόνου που πρέπει να περάσει ο ασθενής με τους συγγενείς λόγω μέτρων περιορισμού και πίεσης από τη συνεχή εισροή ασθενών στη ΜΕΘ.

Οι μέθοδοι προτεραιότητας επιλογής τραυματιών έχουν προταθεί σε περίοδο πολέμου ή σε μαζικές καταστροφές. Τέτοιες προτεραιότητες δεν έρχονται σε σύγκρουση με τους ηθικούς προβληματισμούς μας σχετικά με την πρόσβαση στη ΜΕΘ, καθώς αυτή η προσέγγιση είναι σύμφωνη με τις αξίες μας, δεδομένου ότι επιτρέπει στη χρηστική ηθική να υπερισχύει της δεοντολογίας της προσωπικότητας. Το να κάνεις το καλύτερο για το μεγαλύτερο αριθμό μπορεί να είναι αναποτελεσματικό σε αυτήν την προσέγγιση, επειδή στερείται άλλων ηθικά σχετικών παραγόντων. Η πρόβλεψη του αριθμού των ετών για τη ζωή θεωρείται ως κριτήριο επιλογής προτεραιότητας μεταξύ των ηθικών αρχών, γεγονός που υποδηλώνει ότι πρέπει να δοθεί προτεραιότητα στα νεότερα άτομα, επιβάλλοντας έτσι την αρχή του κύκλου ζωής στις αποφάσεις κατανομής. Συνεπώς από τις τρέχουσες ή τις προτεινόμενες αιτιολογήσεις, αυτό φαίνεται να είναι το λιγότερο κακό.

Για να συντομευθεί ο προηγούμενος κανονιστικός κύκλος, έχουν προταθεί σχέδια αποφάσεων και έχουν ζητηθεί απλούστερες ακριβείς απαιτήσεις. Αυτό έρχεται σε

αντίθεση με μια προτεινόμενη προσέγγιση που δίνει προτεραιότητα στην επαγγελματική επικοινωνία με τον ασθενή. Δημιουργήθηκε μια βασική βαθμολογία συνδυάζοντας τη βαθμολογία SOFA με μια εκτίμηση της πιθανότητας θανάτου σε 1 ή 5 χρόνια, με αποτέλεσμα έναν κανόνα προτεραιότητας τριών βαθμών. (Rene Robert, 2020)

Ενώ αρκετές μελέτες έχουν δείξει την αξία αυτών των βαθμολογιών σε κλίμακα πληθυσμού, η έλλειψη ευαισθησίας ή ακρίβειας σε προσωπικό επίπεδο έχει επισημανθεί. Πράγματι, το AUROC για την πρόβλεψη θνησιμότητας στο νοσοκομείο με τη βαθμολογία SOFA είναι μόλις 0,775, αφήνοντας έναν στους τέσσερις ασθενείς με λανθασμένη απόφαση. Ομοίως, η εκτίμηση του προσδόκιμου ζωής ενός ασθενούς ή του κινδύνου θανάτου σε 1 ή 5 χρόνια είναι συνήθως δύσκολη. Όταν χρησιμοποιούνται, τέτοιες τεχνικές πρέπει να περιλαμβάνουν "λάθη" και την επακόλουθη θυσία των ασθενών που αναμενόταν λανθασμένα. Ομοίως, η ηλικία γίνεται ένα δυνητικά απλό λειτουργικό κριτήριο που δεν είμαστε σίγουροι πώς να τοποθετούμε σωστά. Όποια και αν είναι η γωνία της επίθεσης, πρέπει να λαμβάνουμε αποφάσεις μόνο βάσει ηθικά ορθών αξιών. Ωστόσο, έχουν δημιουργηθεί και δημοσιεύονται αμοιβαίες κατευθυντήριες γραμμές σε ιστότοπους Covid-crisis για να βοηθήσουν τους γιατρούς στη λήψη τέτοιων αποφάσεων, συμπεριλαμβανομένης μιας λίστας ελέγχου λήψης αποφάσεων εισαγωγής, που περιέχει βαθμολογία αδυναμίας, συννοσηρότητα και αξιολόγηση ποιότητας ζωής. Συνοψίζοντας, αντί να ενθαρρύνουμε την απροσδιόριστη και ανακριβή πρόβλεψη αποτελεσμάτων, μια ρεαλιστική πολύτροπη προσέγγιση θα πρέπει να θεωρείται η καλύτερη δυνατή επιλογή. Είναι αυτή που λαμβάνει υπόψη τους δείκτες εύθραυστης βαθμολογίας και συννοσηρότητας, ενώ επιτρέπει χώρο για διακριτική ευχέρεια του γιατρού. (Rene Robert, 2020)

Μια άλλη εφαρμογή της κοινωνικής αρχής είναι να ευνοήσει τους φροντιστές που έχουν υποστεί χρόνια ασθένεια για θεραπεία σε ΜΕΘ, όχι λόγω της εγγενούς αποτελεσματικότητάς τους ή για να τους «ανταμείψουν», αλλά μάλλον περισσότερο λόγω της πιθανότητας επιστροφής στο λειτουργικό κύκλωμα φροντίδας μόλις θεραπευτούν. Αυτό θέτει τουλάχιστον δύο ζητήματα: πρώτον, την ψευδαίσθηση της ταχείας επιστροφής στο κύκλωμα φροντιστή μετά από θεραπεία ανάνηψης για σοβαρό τύπο νόσου, και δεύτερον, οι παράγοντες στόχοι που επιλέχθηκαν για τέτοια προτεραιότητα. Γιατί να μην δώσουμε προτεραιότητα σε άλλους κοινωνικούς

παράγοντες που θα μπορούσαν να ευνοήσουν τη μάχη κατά της πανδημίας, όπως ακαδημαϊκοί ή άλλοι επαγγελματίες που συμβάλλουν στη διατήρηση της ισορροπίας της κοινωνίας μας σε περιόδους οξείας κρίσης, καθώς αυτό φαίνεται να είναι ένα άλυτο εγκεφαλικό παιχνίδι; Και, όσον αφορά την ηθική θεωρία της διανεμητικής δικαιοσύνης, πώς μπορεί κανείς να υποστηρίξει ότι μια ζωή είναι πιο πολύτιμη από την άλλη; Επιπλέον, στη θεωρητική βιβλιογραφία έχουν επικριθεί οι χρηστικές θεωρίες για την κατανομή κλινών έκτακτης ανάγκης, ιδιαίτερα για την ανισότητα στην εφαρμογή κριτηρίων που ενδέχεται να βλάψουν τους ευάλωτους πληθυσμούς που υπάρχουν ήδη.

Κατά τη διάρκεια μιας πανδημίας, ένας τρόπος αντιμετώπισης της έλλειψης κλινών ΜΕΘ είναι η ταχεία δημιουργία νέων ΜΕΘ. Αυτό απαιτεί τη διαθεσιμότητα δωματίων νοσοκομείου ή την ταχεία κατασκευή νέων μονάδων, όπως έκανε η Κίνα. Σε ορισμένες χώρες, αυτή η εναλλακτική λύση αύξησε ουσιαστικά τον αριθμό των κλινών ΜΕΘ κατά σχεδόν 100%, επιτρέποντας την ταχεία είσοδο σημαντικού αριθμού ασθενών που χρειάζονται μηχανικό αερισμό. Αυτό έγινε εφικτό χάρη στη συμβολή εθελοντών εργαζομένων στον τομέα της υγείας (HCW) που αποφάσισαν να εργαστούν σε ένα άγνωστο και πολύ αγχωτικό περιβάλλον. Ωστόσο, λόγω της πολυπλοκότητας στην ικανοποίηση των εθνικών απαιτήσεων για εγκαταστάσεις κρίσιμης φροντίδας σε αυτού του είδους την κατάσταση έκτακτης ανάγκης, αυτή η επιλογή έχει συνδεθεί με σημαντικό κίνδυνο μειωμένης ποιότητας φροντίδας. Πρώτον, τα δωμάτια που μετατρέπονται από ενδιάμεσες μονάδες φροντίδας ή μετεγχειρητικά δωμάτια αποκατάστασης δεν διαθέτουν τον απαραίτητο εξοπλισμό και οργάνωση για παροχή φροντίδας σε μια κρίσιμη στιγμή. Δεύτερον, παρά τις βιαστικά αυτοσχέδιες εκπαιδευτικές συνεδρίες ή τα «μαθήματα συντριβής» που έχουν σχεδιαστεί για να τους βοηθήσουν να μάθουν, οι εθελοντές HCW που προσλήφθηκαν για να εργαστούν σε ΜΕΘ ενδέχεται να μην είναι κατάλληλα προετοιμασμένοι για τις πολύπλοκες και εξελιγμένες εργασίες της ΜΕΘ. Η ανεπαρκής προετοιμασία αυτών των HCW αυξάνει το βάρος της εργασίας, εκτός από την πιθανότητα μειωμένου επιπέδου ικανότητας. Τρίτον, πολύ εξελιγμένα όργανα, ειδικά εξαεριστήρες, λείπουν συχνά στο πλαίσιο μιας πανδημίας. Ως αποτέλεσμα, χρησιμοποιούνται ανεπαρκή όργανα στην περίπλοκη θεραπεία ασθενών με σοβαρό ARDS. (Rene Robert, 2020)

Συνοψίζοντας, η ευκαιρία ταχείας εγκατάστασης «νέων κλινών-ΜΕΘ» επιτρέπει την εισαγωγή μεγάλου αριθμού ασθενών σε κρίσιμη κατάσταση, συνεπάγεται όμως την

πιθανότητα φτωχότερου επιπέδου θεραπείας και, όπως φαίνεται σε άλλες περιπτώσεις, μειωμένη πρόγνωση. Επιπλέον, αυτή η μορφή οργάνωσης μπορεί να υποδηλώνει διανεμητική ανισότητα με πρόσβαση σε εγκαταστάσεις ΜΕΘ με διαφορετική αποτελεσματικότητα και κριτήρια επιλογής που είναι παρόμοια με το first-come (να εξυπηρετείται εκείνος που προηγείται κατά τον αριθμό εισαγωγής στο νοσοκομείο). Οι ασθενείς στη ΜΕΘ μετακινούνται σε κοντινές κλίνες ΜΕΘ όπου τα κρεβάτια είναι ανοιχτά. Η σοβαρότητα της επιδημίας και η διαθεσιμότητα κλινών ΜΕΘ καταγράφηκαν να διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των χωρών και ακόμη και σε περιοχές εντός ενός μόνο κράτους. Μεταφορές ασθενών από περιοχές με ακραίες ελλείψεις κλινών ΜΕΘ σε περιοχές που έχουν πληγεί λιγότερο από την επιδημία και με επαρκή αριθμό διαθέσιμων κλινών ΜΕΘ, καθώς και η συμπερίληψη βέλτιστου υλικού και προσωπικού της ΜΕΘ έχουν εισαχθεί για την επίλυση αυτών των «γεωγραφικών» ανισοτήτων. Αυτές οι μεταφορές απαιτούν τη χρήση εξειδικευμένων αεροσκαφών, ελικοπτέρων ή τρένων που είναι εξοπλισμένα ειδικά για τη θεραπεία ασθενών σε κρίσιμη κατάσταση, καθώς και την παρουσία μεγάλου αριθμού ειδικών ιατρών και νοσοκόμων για τη διασφάλιση της σωστής οργάνωσης και της ασφάλειας των ασθενών.

Παρά τη δυσκολία της, αυτή η στρατηγική μεταφοράς πρέπει να οργανωθεί σε σύντομο χρονικό διάστημα και να επιτρέψει τη μεταφορά ενός μεγάλου αριθμού ασθενών. Έχει υψηλότερα έξοδα που δεν πρέπει να μεταβιβάζονται στον ασθενή ή στην οικογένειά του. Το πρώτο ηθικό πρόβλημα σε τυχόν τέτοιες μεταβιβάσεις είναι η σχέση οφέλους / κινδύνου. Το πλεονέκτημα της φροντίδας ομάδων με υψηλή κατάρτιση αντισταθμίζεται από την πιθανότητα κλινικής μείωσης του ασθενή κατά τη μετάβαση. Πρέπει να δοθεί αυστηρή προσοχή στην κατάσταση σοβαρότητας κατά την επιλογή του ασθενούς: όχι πολύ σοβαρή γιατί αντίθετα η μεταφορά θα ήταν πολύ επικίνδυνη και όχι σε ελαφριές περιπτώσεις για να αποφευχθεί η περιττή μεταφορά. Αν και η ενημερωμένη συγκατάθεση του ασθενούς θα έπρεπε ιδανικά να είναι μέρος της απόφασης, η πλειονότητα των μεταφερόμενων ασθενών ήταν αναίσθητοι και δεν μπορούσαν να δώσουν ενημερωμένη συναίνεση, αναιρώντας έτσι την αρχή της αυτονομίας. Ως εκ τούτου ζητήθηκε η συγκατάθεση των συγγενών τους ενώ υπήρχαν περιπτώσεις όπου οι συγγενείς δεν έδωσαν τη συγκατάθεσή τους (πχ ασθενείς των οποίων οι συγγενείς αρνήθηκαν να μεταφερθούν). Ένα δεύτερο ηθικό πρόβλημα αφορά τα τμήματα της ΜΕΘ που καλωσορίζουν ασθενείς από μακριά, αυξάνοντας

ενδεχομένως τον κίνδυνο εκρήξεων του κύματος στην πόλη τους. Πράγματι, η εμπειρία της πανδημίας Covid 19 έδειξε ότι δεν διαθέτουμε επιτυχημένες μεθόδους πρόβλεψης για να προβλέψουμε με ακρίβεια την κινητική των απαιτήσεων της ΜΕΘ. Τέλος, τέτοιες μεταφορές μπορεί να σχετίζονται με αυξημένο οικογενειακό πόνο και ψυχολογικό τραύμα. Πράγματι, οι μεγάλες αποστάσεις και οι ταξιδιωτικοί περιορισμοί για την πρόληψη ασθενειών θα περιορίσουν σημαντικά, εάν δεν εξαλείψουν πλήρως την παρουσία συγγενών στο κρεβάτι του ασθενούς και θα αποκλείσουν την επαρκή επαφή μεταξύ τους. Αυτό θα μπορούσε να δυσκολέψει τις οικογένειες. (Rene Robert, 2020)

Έχει προταθεί ότι οι αποφάσεις εισαγωγής ή μη εισαγωγής να ανατεθούν σε μια ειδική ομάδα με επικεφαλή έναν υπάλληλο «triage», και όχι στις ομάδες της ΜΕΘ που είναι υπεύθυνες για τη φροντίδα των ασθενών. Το πλεονέκτημα αυτής της στρατηγικής είναι ότι εξαλείφει το συναισθηματικό βάρος ενός δυνητικά οδυνηρού ηθικού προβλήματος από την ομάδα υγειονομικής περίθαλψης. Η σύνθεση αυτών των ομάδων πρέπει να προσδιοριστεί. Έχουν καταχωρηθεί εθελοντές και εκπρόσωποι που έχουν τιμηθεί από τους συναδέλφους τους και την ιατρική κοινότητα. Θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι οι ηγέτες είναι γιατροί με φήμη για ηθική ευαισθησία και ότι πρέπει με κάθε κόστος να αποφευχθεί υπερβολικά «στρατιωτική» προσέγγιση. Εάν όχι, η δυνητικά προστατευτική λειτουργία των ανεξάρτητων ομάδων triage μπορεί να αποτελέσει πηγή πρόσθετου τραυματισμού για τους φροντιστές που είναι απογοητευμένοι με το δυσμενές αποτέλεσμα του ασθενούς τους και επίσης κατηγορήθηκαν για μια κλινική απόφαση τερματισμού που δεν κοινοποιήθηκε ή για απάνθρωπη θεραπεία. Λόγω της κρίσης, υπήρξε μια αλλαγή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων για άρνηση ή κατάργηση θεραπειών υποστήριξης ζωής. (Steinberg A., 2020)

Οι αξιολογήσεις σοβαρότητας των ασθενών θα πρέπει να ενταθούν καθώς κινούνται μέσω της παραμονής τους στη ΜΕΘ, έτσι ώστε η εξάλειψη του μηχανικού αερισμού ενός ασθενούς θα υποστηρίξει έναν άλλο ασθενή. Λόγω της κρίσης, υπήρξε μια αλλαγή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων για άρνηση ή κατάργηση θεραπειών υποστήριξης ζωής. Οι αξιολογήσεις σοβαρότητας των ασθενών θα πρέπει να ενταθούν καθώς κινούνται μέσω της παραμονής τους στη ΜΕΘ, έτσι ώστε η εξάλειψη του μηχανικού αερισμού ενός ασθενούς θα υποστηρίξει έναν άλλο ασθενή. Παρά την εισροή ασθενών και την έλλειψη κλινών, δεν φαίνεται ηθικό να χάσει την ευκαιρία περίθαλψης ο

ασθενής. Επιπλέον, ο χρόνος που απαιτείται για τη λήψη αυτών των αποφάσεων είναι ένα ζήτημα που μπορεί να τεθεί υπό αμφισβήτηση. Τέλος, με το πρόσχημα του φόβου της μόλυνσης και της ανάγκης εγκλεισμού, οι οικογενειακές συναντήσεις για την κοινοποίηση των τελικών αποφάσεων μπορεί να είναι περιορισμένες, εάν τελικά δεν αφαιρεθούν, μια άποψη που έρχεται σε αντίθεση με τα βασικά ηθικά πρότυπα. Πρέπει να αναγνωριστεί ότι καμία μεμονωμένη προσέγγιση δεν ανταποκρίνεται πλήρως στις ηθικές αρχές μας σε μια κατάσταση κρίσης με μια άνευ προηγουμένου εισροή ασθενών στη ΜΕΘ. Όποια και αν είναι η προσέγγιση, η αποσύνδεση μεταξύ κοινωνικής και ατομικής ηθικής δημιουργεί ανυπέρβλητες ταλαιπωρίες για τους φροντιστές. Με άλλα λόγια, οι γιατροί θα πρέπει να επιλύσουν το δικό τους ηθικό δίλημμα μεταξύ του «ωφελιμισμού», -καθιστώντας τα κρεβάτια της ΜΕΘ γρήγορα διαθέσιμα, θυσιάζοντας πιθανώς ασθενείς που δεν αναρρώνουν γρήγορα για νέες εισαγωγές- και της δεοντολογίας, -αποδοχή για παράταση της παραμονής σε ΜΕΘ ενός ασθενή, παρόλο που εκεί δεν υπάρχει κρεβάτι για να δεχτεί κάποιον άλλο ασθενή. Ευτυχώς, οι τυποποιημένες τεχνικές δεοντολογικού προβληματισμού που σχετίζονται με τη λήψη αποφάσεων για την απομάκρυνση των θεραπειών υποστήριξης της ζωής αποτελούν από καιρό μέρος της συνήθους πρακτικής, επιτρέποντας στον γιατρό να λάβει την τελική απόφαση. Το χάσμα στη λήψη αποφάσεων της EOL (an end-of-life product) μεταξύ νοσοκομείων και ΜΕΘ είναι πιθανώς τεράστιο. Λόγω της έλλειψης κλινών ΜΕΘ, η λήψη αποφάσεων θα μπορούσε να είχε καθυστερήσει ή ακόμη και να παραλύσει στην EOL, με αποτέλεσμα την υπερβολική θνησιμότητα. Παρ'όλα αυτά, οι ομάδες της ΜΕΘ πρέπει να έχουν εμπιστοσύνη στην ικανότητά τους να χειρίζονται την ενδεχόμενη απομάκρυνση της υποστήριξης της ζωής μέσω μιας διαδικασίας λήψης αποφάσεων στο κρεβάτι, λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαίτερες προκλήσεις που παρουσιάζει η πανδημία. (Rene Robert,2020)

Δεδομένου ότι μπορεί να υπάρχουν ασυνέπειες μεταξύ εμπειρογνομόνων ηθικών συμβουλών και της ικανότητας κατανόησης του κοινού, το γενικό κοινό συναίσθημα έχει διερευνηθεί χρησιμοποιώντας τη μέθοδο της εσκεμμένης δημοκρατίας. Σε μια υποθετική πανδημία, μια κριτική επιτροπή 228 ατόμων προτίμησε τα ηθικά ιδανικά της σωτηρίας των περισσότερων ζώων (που επιβιώνουν από την τρέχουσα ασθένεια) και της σωτηρίας των περισσότερων χρόνων ζωής (που ζουν περισσότερο) από ένα σενάριο προτεραιότητας. Ωστόσο, ένας αρκετά μεγάλος αριθμός συμμετεχόντων ήταν κατά της πιθανότητας μετεγκατάστασης αναπνευστήρων. Οι παραλλαγές της

υποομάδας που συσχετίστηκαν με την ηλικία ή την εθνικότητα των συμμετεχόντων απεικονίστηκαν σε αυτό το δείγμα. Οι Καναδοί συμμετέχοντες σε μια άλλη μελέτη δεν αναγνώρισαν τους ρεαλιστικούς περιορισμούς που επιβάλλονται από την προσδοκία ακραίας ανεπάρκειας, εκφράζοντας δυσκολία στη λήψη αποφάσεων καθορισμού προτεραιοτήτων, επειδή αυτές θεωρήθηκαν ως διανοητικά επαχθείς, μη κερδοφόρες συνθήκες. Κατά τη διάρκεια μιας τέτοιας κρίσης, η ανοιχτή επικοινωνία είναι συχνά ζωτικής σημασίας, ώστε το κοινό και εν προκειμένω οι οικογένειες να κατανοήσουν καλύτερα από πού προέρχονται οι αποφάσεις των ομάδων της ΜΕΘ. (Rene Robert,2020)

Στις ΜΕΘ, το ξέσπασμα πανδημίας Covid-19 αποτελεί πρόκληση για μια οικογενειακή θεραπεία. Οι επισκέψεις απαγορεύτηκαν κατά τις πρώτες εβδομάδες της επιδημίας για να διασφαλιστεί ότι οι συγγενείς δεν μολύνουν άλλα μέλη της οικογένειας, ασθενείς ή επαγγελματίες υγείας. Η ομάδα της ΜΕΘ δεν μπόρεσε να παράσχει επίσημη επαφή και βοήθεια στα μέλη της οικογένειας επειδή δεν μπορούσαν πλέον να βρίσκονται στο κρεβάτι του ασθενούς. Τα δικαιώματα των ασθενών και των μελών της οικογένειας να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων διακυβεύτηκαν και θεωρήθηκε ότι αυτή η κατάσταση ήταν επιβλαβής τόσο για τους ασθενείς όσο και για τα μέλη της οικογένειας. Πράγματι, μια μελέτη την τελευταία δεκαετία έδειξε ότι το σύνδρομο post-intensive care syndrome [Post-ICU (PICS-F)] συνιστά ένα σύνολο από φυσικά/σωματικά, ψυχικά και συναισθηματικά συμπτώματα που επιμένουν ακόμη και όταν ο ασθενής αφήσει τη ΜΕΘ. Το post-ICU (PICS-F) στα μέλη της οικογένειας αποτελεί σημαντική πηγή ανησυχίας. (Azoulay E., 2005) Η κακή επαφή της οικογένειας με την ομάδα της ΜΕΘ, σχετικά με τη λήψη αποφάσεων, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και το αγαπημένο άτομο που πέθανε ή ήταν κοντά στο θάνατο, είναι όλοι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για το PICS-F. Η σύνδεση με τους φροντιστές είναι μια από τις πιο εκτιμημένες πτυχές της θεραπείας που επηρεάζει τις αλληλεπιδράσεις των μελών της οικογένειας κατά τη διάρκεια και μετά τη διαμονή του ασθενούς, ακόμη και μετά το θάνατο του ασθενούς. Η ασυνεπής, μη ικανοποιητική ή ενοχλητική επαφή έχει συσχετιστεί με υψηλότερο κίνδυνο επιβάρυνσης μετά τη ΜΕΘ. Όταν οι οικογένειες, βρίσκονται σε κατάσταση τόσο μη-πένθους όσο και πένθους, καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι πληροφορίες που παρουσιάζονται είναι ελλιπείς, αυξάνεται η πιθανότητα συμπτωμάτων που σχετίζονται με PTSD. Τα μέλη της οικογένειας ατόμων που έχουν πεθάνει στη ΜΕΘ διατρέχουν υψηλό κίνδυνο

εμφάνισης συμπτωμάτων που επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής τους, όπως άγχος, κατάθλιψη, συμπτώματα PTSD και περίπλοκη κατάθλιψη. (Azoulay E, 2005)

Αντιμέτωποι με αυτά τα εμπόδια και τις απειλές, έχουν γραφτεί συστάσεις για αλληλεπίδραση με μέλη της οικογένειας σε αυτό το συγκεκριμένο πλαίσιο. Πρώτον, στους ασθενείς και στα μέλη της οικογένειας θα πρέπει να δοθούν συγκεκριμένες λεπτομέρειες σχετικά με τις περιοριστικές πολιτικές που εφαρμόζονται, μέσω τηλεφώνου, αυτοπροσώπως ή και σε θεσμικούς ιστότοπους: Είναι σημαντικό να κατανοήσουν γιατί δεν μπορούν να επισκεφθούν το αγαπημένο τους πρόσωπο. Για να τεθεί με άλλο τρόπο, ο περιορισμός πρέπει να είναι σχετικός. Δεύτερον, συνιστάται στις ομάδες της ΜΕΘ να προγραμματίζουν τακτικά τηλεφωνικές κλήσεις με μέλη της οικογένειας εκ των προτέρων, προκειμένου να διασφαλίζεται η συνέχεια της επαφής. Οι κλήσεις πρέπει να κανονίζονται εκ των προτέρων, ώστε τα μέλη της οικογένειας να γνωρίζουν πότε θα πρέπει να περιμένουν να τους ακούσουν.

Οι τηλεφωνικές κλήσεις όχι μόνο θα παρέχουν διαβεβαίωση για την υγεία του ασθενούς, αλλά και για άνεση και αξιοπρέπεια. Οι συνομιλίες είναι ζωτικής σημασίας για την ομάδα της ΜΕΘ για να αποκτήσει μια βαθύτερη κατανόηση του ασθενούς ως άτομο (τιμές, οδηγίες εκ των προτέρων, κ.λπ.) και για τα μέλη της οικογένειας να λάβουν σκληρές αποφάσεις. Η φροντίδα στόχου είναι ιδιαίτερα κρίσιμη σε αυτήν την περίπτωση και οι ομάδες της ΜΕΘ πρέπει να στοχεύουν στην αποτροπή εντατικών διαδικασιών διατήρησης της ζωής που μπορεί να μην αρέσουν στους ασθενείς. Ταυτόχρονα, έχουν αναπτυχθεί τεχνικές για την ενίσχυση της επαφής μεταξύ του ασθενούς και των συγγενών του. Το προσωπικό της ΜΕΘ πρέπει να επιτρέπει στους ασθενείς και τις οικογένειές τους να επικοινωνούν μεταξύ τους όσο θέλουν, τηλεφωνώντας, ή με γραπτά μηνύματα ή τηλεδιάσκεψη. Μπορούν επίσης να βοηθήσουν τον ασθενή και τα μέλη της οικογένειας στην εγγραφή και μετάδοση ήχου, βίντεο ή γραπτών μηνυμάτων. Εάν ο ασθενής είναι αναισθητός, το προσωπικό της ΜΕΘ θα εκτυπώσει γραπτά μηνύματα ή οικογενειακές φωτογραφίες και θα τα βάλει σε ένα σημειωματάριο για να διαβάσει ο ασθενής. Τόσο ο ασθενής όσο και τα μέλη της οικογένειας επωφελούνται από την επαφή. Επιπλέον, πολλές ομάδες ΜΕΘ έχουν κάνει τις πολιτικές επισκεπτών πιο ευέλικτες. Αυτές οι μονάδες έχουν προσαρμοστεί στην εισροή ασθενών όταν τηρούν ένα σύνολο οδηγιών. Ο επισκέπτης πρέπει να έχει σαφή ραντεβού και να περιμένει σε ένα δωμάτιο όπου αυτός ή αυτή δεν θα διακοπεί από

άλλους επισκέπτες. Οδηγίες για την υγιεινή δίνονται από το νοσηλευτικό προσωπικό. Συνιστάται επίσης ψυχολογική υποστήριξη σε κάθε επίσκεψη και κλήσεις παρακολούθησης από τον ψυχολόγο της ΜΕΘ. Η επίσκεψη ενός αγαπημένου προσώπου σε εντατική φροντίδα προκαλεί αναστάτωση, αλλά όταν επιπλέον έχει χωριστεί για μέρες, ίσως εβδομάδες, υπάρχει η συναισθηματική πίεση μιας πολυαναμενόμενης επανένωσης. (Rene Robert, 2020)

Η ομάδα της ΜΕΘ πρέπει να αποφύγει να στερήσει από τα μέλη της οικογένειας το δικαίωμα να αποχαιρετήσει τον ασθενή στο τέλος της ζωής του. Εάν η επίσκεψη απαγορεύεται γενικά στη ΜΕΘ, θα πρέπει να επιτρέπεται σε αυτήν την περίπτωση. Εάν η οικογένεια δεν είναι σε θέση ή δεν μπορεί να επισκεφθεί τη ΜΕΘ, είναι απαραίτητο να τους επιτρέψει να μιλήσουν με τον ασθενή για άλλη μια φορά στο τηλέφωνο. Τα μέλη της οικογένειας που έχουν πεθάνει πρέπει να προετοιμαστούν για το πένθος γνωρίζοντας τι συμβαίνει: Οι οικογενειακές διασκέψεις στο τέλος του κύκλου ζωής θα πρέπει, εάν είναι δυνατόν, να πραγματοποιούνται εξ αποστάσεως. Το να βοηθάμε τα μέλη της οικογένειας να προετοιμαστούν για το θάνατο του συγγενή τους είναι ένα σημαντικό μέρος της αναμενόμενης θλίψης, οπότε είναι σημαντικό να έχουμε ανοιχτές και ειλικρινείς συζητήσεις. Η μη προετοιμασία σχετίζεται με υψηλότερο κίνδυνο σύνθετης θλίψης. Ο σεβασμός των επιθυμιών της οικογένειας είναι ιδιαίτερα σημαντικός όταν η διαδικασία πένθους είναι πιο δύσκολη, όπως όταν οι οικογένειες δεν μπορούν να δουν το σώμα του αγαπημένου τους ατόμου, να μοιράζονται τα συναισθήματά τους με άλλα μέλη ή ακόμη και να παρευρίσκονται στην ταφή του αγαπημένου τους. (Rene Robert, 2020)

Υπάρχουν διάφορες πηγές ψυχιατρικών καταστάσεων και για τους επαγγελματίες υγείας στην τρέχουσα πανδημία. Ανησυχούν για τις συνέπειες του κλειδώματος και του περιορισμού, για την πιθανότητα αρρώστιας προσώπων ή οικογενειών και φίλων, τη σύγχυση σχετικά με τη διάρκεια της πανδημίας και την έλλειψη κατάλληλης ειδικής φροντίδας, όπως και ο υπόλοιπος πληθυσμός. Αυτό το χάσμα ευαισθητοποίησης έχει οδηγήσει σε πληθώρα αντικρουόμενων λεπτομερειών, αναγκάζοντας τους ιατρούς να αναπροσαρμόζουν συνεχώς και να αντιμετωπίζουν συναισθήματα αδυναμίας και προσωπικής αναποτελεσματικότητας, καθώς και τους μοναδικούς παράγοντες της «πρώτης γραμμής». Εκτεταμένος φόρτος εργασίας, αισθήματα αδυναμίας ενώ προσπαθούν να συγκρατήσουν μεγάλο αριθμό ασθενών, ανησυχίες για την ταλαιπωρία

των ασθενών τους και πιθανά κακά αποτελέσματα, ανησυχίες για πιθανές ελλείψεις υπηρεσιών εντατικής θεραπείας (συμπεριλαμβανομένου εξοπλισμού ατομικής προστασίας) και το φόβο μετάδοσης της νόσου στα αγαπημένα τους πρόσωπα είναι μεταξύ των παραγόντων και της ανησυχίας για πιθανή συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων ως προς την κατανομή των πόρων. Αυτή η κατάσταση έχει δημιουργήσει μεγάλη σύγχυση και ευπάθεια, θέτοντας σε κίνδυνο την ψυχική υγεία των φροντιστών. Κάποιες μελέτες προσπάθησαν να μετρήσουν τα συμπτώματα μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. (Fiorillo A., 2020). Συνέκριναν ομάδες που προσέφεραν θεραπεία COVID-19 με διάφορες ομάδες ελέγχου που δεν προσέφεραν άμεση θεραπεία σε ασθενείς, και οι δύο ανέφεραν αύξηση των ψυχιατρικών διαταραχών. Με περιστατικά που κυμαίνονται από 71%, 25%, 12% έως 73%, 44%, 50% τοις εκατό, ο φόβος ήταν πιο συχνός από το άγχος και την κατάθλιψη. Δημοσιεύθηκαν επίσης θέματα ύπνου. Το προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης σε ορισμένες χώρες, όπως η Ιταλία και η Γαλλία, ενθαρρύνονται από το κοινό κάθε βράδυ στις 8 μ.μ.. Βραχυπρόθεσμα, η κοινωνική ανταμοιβή και η «δόξα» του ρόλου φροντίδας τείνουν να αποτελούν προστατευτικό παράγοντα και ο Πρόεδρος της Γαλλίας αναφέρθηκε στους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας ως «ήρωες με λευκά παλτά» στην εναρκτήρια ομιλία του στη χώρα. Η πτώση σε αυτό το λάκκο θα μπορούσε να είναι επικίνδυνη για τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας. Ο αλτρουισμός θεωρείται από καιρό ως μία από τις βασικές αρχές του επαγγέλματος. Επιπλέον, ένας ήρωας πρέπει να κρατήσει τα συναισθήματά του μυστικά, έναν παράγοντα που έχει συνδεθεί με την εξάντληση. Η ανασφάλεια και η σύγχυση εκφράζονται όχι μόνο σε προσωπικό επίπεδο, αλλά και σε ομαδικό επίπεδο. (Rene Robert κ.α., 2020)

Η πανδημία COVID-19 απαιτεί την ενίσχυση των ομάδων ΜΕΘ με νέο προσωπικό ή ακόμα και την αναδιοργάνωση της μονάδας, ενισχύοντας τα σημεία αναφοράς και την εμπιστοσύνη της ομάδας. Για τους επαγγελματίες, αυτή η κατάσταση προκαλεί μια αίσθηση ευπάθειας και έλλειψης δύναμης. Όταν οι ασθενείς πεθαίνουν, η έλλειψη επαφής μεταξύ των φροντιστών και των οικογενειών προκαλεί την αίσθηση του αποκλεισμού και, σε ορισμένες περιπτώσεις, μια σημαντική συναισθηματική πίεση, η οποία επιδεινώνεται από την ενοχή. Πολλά νοσοκομεία έχουν αναπτύξει τηλεφωνικές γραμμές επικοινωνίας, συμβούλους εντός τμημάτων, συνεδρίες χαλάρωσης, διαμεσολάβησης, ομάδες συζήτησης και τεχνικές βελτιστοποίησης για να παρέχουν

θεραπευτική υποστήριξη στους φροντιστές. Αυτές οι απαντήσεις πρέπει, καταρχήν, να διαφέρουν ανάλογα με το στάδιο της πανδημίας.

Ο καλύτερος τρόπος για την αποφυγή ψυχιατρικών προβλημάτων στα αρχικά στάδια είναι να εξεταστούν οι προσπάθειες του προσωπικού διασφαλίζοντας επαρκείς ανθρώπινους και υλικούς πόρους. Στην επικοινωνία στο νοσοκομείο, τόσο η συχνότητα όσο και η σαφήνεια είναι σημαντικές. Τα συγκεκριμένα βήματα για τη δημιουργία χώρων ανάπαυσης, την απλοποίηση της εφοδιαστικής γευμάτων, της καθημερινής ζωής και η προοπτική του ελεύθερου χρόνου και του χρόνου χαλάρωσης είναι ιδανικά κατάλληλα για τις ανάγκες των φροντιστών κατά τη διάρκεια μιας κρίσης. Αυτή η μορφή συλλογικής υποστήριξης μπορεί να είναι πιο επιτυχημένη από την ατομική υποστήριξη σε αυτό το στάδιο. Οι εξετάσεις ψυχικής υγείας ατόμων, από την άλλη πλευρά, θα μπορούσαν να ενισχυθούν στο μέλλον. Τα κοινωνικά μέσα (50%) και τα βιβλία ψυχολογικών συμβουλών ήταν τα πιο σεβαστά ψυχολογικά εργαλεία σε μια έρευνα στη Γουχάν (36%). Τα αιτήματα για βιντεοκλήσεις ή ραντεβού υπό την καθοδήγηση θεραπευτή ήταν λιγότερο κοινά (17%), δημιουργώντας ερωτήματα σχετικά με τη διαθεσιμότητά τους λαμβάνοντας υπόψη τον μεγάλο αριθμό μολυσμένων ατόμων από το προσωπικό. Ομοίως, έχει αναφερθεί αντίσταση ή ακόμη και έλλειψη προσέλευσης των ακουστικών μονάδων σε περιόδους κρίσης. (Rene Robert κ.α., 2020)

Τέλος, για την καταπολέμηση της πανδημίας Covid-19, δημιουργήθηκαν νέοι πόροι σε σύντομο χρονικό διάστημα σε διάφορες τοποθεσίες σε όλο τον κόσμο, αυξάνοντας σημαντικά τον αριθμό των κλινών ΜΕΘ και επιτρέποντας την είσοδο ενός σημαντικού αριθμού ασθενών με κρίσιμη ασθένεια. Η τεράστια εισροή ασθενών έθεσε μια σειρά από ηθικά ερωτήματα που είναι πιθανό να αντιμετωπίσουν οι εργαζόμενοι της ΜΕΘ. Ορισμένα μοντέλα έχουν προτείνει δεοντολογικές (ή κοινωνικές) παρά ατομικές ηθικές αιτιολογήσεις σε περιπτώσεις δύσκολης λήψης αποφάσεων. Αποφασίσαμε να επιστήσουμε την προσοχή στους κινδύνους απόκρυψης πίσω από ηθικά άλλοθι, παρά το γεγονός ότι δεν υπάρχει καμία ικανοποιητική απάντηση στο συγκεκριμένο πανδημικό πλαίσιο. Σε αυτήν την περίπτωση, κάθε επιλογή έχει το δικό της σύνολο πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων, και οι εντατικολόγοι μπορούν να πάρουν τις αποφάσεις τους, έχοντας πλήρη επίγνωση των ηθικών διλημάτων. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι φροντιστές δεν έχουν άλλη επιλογή από το να χρησιμοποιούν λιγότερο από τις ιδανικές στρατηγικές, παρόλο που η τιμή διακινδυνεύει την ψυχολογική

ευημερία των ασθενών, των οικογενειών και των φροντιστών. Προκειμένου να προβλεφθεί μια πιθανή νέα πανδημία στο εγγύς ή μακρινό μέλλον, πρέπει να αντληθούν διδάγματα από αυτήν την εμπειρία και να δημιουργηθούν ηθικοί προβληματισμοί. (Rene Robert κ.α., 2020)

Στο άρθρο των William D. Graf, Leon G. Epstein και Philip L. Pearl με τίτλο «Πρακτικές Βιοηθικής κατά τη διάρκεια εξαιρετικών περιπτώσεων της Πανδημίας», οι αρθρογράφοι τονίζουν τον ηγετικό ρόλο των γιατρών σε περιόδους πολέμου ή μιας πανδημίας καθώς και τις ηθικές αξίες που πρέπει να τηρεί κάθε γιατρός σύμφωνα με το επάγγελμα του. Συγκεκριμένα αναφέρουν : Οι γιατροί ασκούν ηγετικές θέσεις στις κοινωνίες τους σε περιόδους κοινωνικής αναταραχής, όπως σε πόλεμο ή πανδημίες. Οι ηθικές αξίες του επαγγέλματος, τα πρότυπα της ιατρικής πρακτικής και ένας Κώδικας Επαγγελματικής Συμπεριφοράς καθοδηγούν την ηγεσία του ιατρού. Αυτός ο "Κώδικας" λειτουργεί ως οδηγός για την επαγγελματική ηθική και τις ενέργειες των ιατρών. Στην εποχή του Ιπποκράτη, άρχισαν να εφαρμόζονται οι πρακτικές ιατρικής ηθικής, αλλά ένας «κώδικας» δημοσιεύτηκε για πρώτη φορά από τον Άγγλο φιλόσοφο, Thomas Percival, το 1803, και υιοθετήθηκε για πρώτη φορά γύρω στα μέσα του 19ου αιώνα. Αυτός ο Κώδικας συνέβαλε στην τυποποίηση των προσδοκιών συμπεριφοράς για τους γιατρούς σε σχέση με τους ασθενείς τους και τους συναδέλφους γιατρούς τους. Ο Κώδικας εξελίχθηκε με την πάροδο του χρόνου για να ευθυγραμμιστεί με τις σύγχρονες απαιτήσεις της ιατρικής πρακτικής. Οι όροι "πρέπει" (που δηλώνει την ανάγκη για ηθικά υποχρεωτικές ενέργειες) διαχωρίζονται από τη λέξη "" από αυτόν τον Κώδικα (υποδεικνύοντας ηθικά επιτρεπτές ή ιδιαίτερα συνιστάμενες ενέργειες). Σε ορισμένες εξαιρετικές καταστάσεις, οι επαγγελματικές πράξεις υπόκεινται σε εξαιρέσεις που βασίζονται στην προσωπική ηθική κρίση και διακριτική ευχέρεια, αλλά οι περισσότερες ενέργειες βασίζονται σε δέσμευση για την εκπλήρωση των καλύτερων συμφερόντων των ασθενών.

Οι συγγραφείς χωρίζουν σε πέντε τμήματα το άρθρο. Το πρώτο αναλύει το σκέλος της υποχρεωτικής αποφυγής ασθενειών. Συγκεκριμένα : Όπως και στις προηγούμενες πανδημίες, οι γιατροί, οι νοσηλευτές και άλλοι επαγγελματίες υγείας είναι μέρος μιας ομάδας που παίζουν καθοριστικό ρόλο στην πανδημία και καλούνται να κάνουν μια συντονισμένη προσπάθεια για την πρόληψη και τη διαχείριση των μολυσματικών ασθενειών. Στην τρέχουσα πανδημία, οι επιδημιολόγοι, οι ερευνητές λοιμωδών νόσων

και οι δημόσιοι λειτουργοί δείχνουν ότι για να ελαχιστοποιηθεί η εξάπλωση του ιού SARSCoV-2, να μειωθεί η νόσος του κορονοϊού (Covid-19) και να αποφευχθούν τα νοσοκομεία, πρέπει να εφαρμοστούν το μέτρο της «κοινωνικής αποστασιοποίησης». Η νέα τεχνολογία δικτύωσης, που χρησιμοποιεί τις συμβατές με τη βιντεοδιάσκεψη τεχνολογίες (ή η «τηλεϊατρική») που συμμορφώνονται με το νόμο φορητότητας και λογοδοσίας (HIPAA), σε σύγκριση με τις προηγούμενες πανδημίες, μπορεί να βοηθήσει στη διευκόλυνση της κοινωνικής απόστασης των υγιών εξωτερικών ασθενών φροντίζοντας εξ αποστάσεως.

Το προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να είναι και "θύμα" της απόκτησης λοίμωξης και φορέας μετάδοσης μόλυνσης σε άλλους. Η ανίχνευση επαφών αποκάλυψε στην προηγούμενη επιδημία SARS ότι η νοσοκομειακή ενίσχυση, τα περιστατικά διάδοσης και η έκθεση που σχετίζεται με νοσοκομείο ήταν κυρίως υπεύθυνα για την εξάπλωση της επιδημίας και αυτή η τάση επαναλαμβάνεται στην τρέχουσα πανδημία SARS-CoV-2. Οι γιατροί, οι νοσηλευτές και άλλοι επαγγελματίες υγείας έχουν ηθική υποχρέωση να προειδοποιούν τους ασθενείς σχετικά με τους κινδύνους της νοσοκομειακής λοίμωξης και την ανάγκη αποφυγής της, με βάση την ηθική έννοια της μη κακοποίησης. Κατά τη διάρκεια μιας πανδημίας, η στρατηγική χρήση της τηλεϊατρικής είναι μια ηθική δραστηριότητα που πρέπει να τηρείται και να αποζημιώνεται από το σύστημα υγείας. Κατά τη διάρκεια εστίας ή πανδημίας, οι γιατροί μπορούν να χρησιμοποιούν τηλεϊατρική σε κλινικές πρακτικές όπου είναι δυνατόν.

Το δεύτερο τμήμα περιγράφει τις υποχρεώσεις παροχής υπηρεσιών και προστασίας των εργαζομένων στον τομέα της υγείας . Οι γιατροί και άλλοι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης έχουν καθήκον να παρέχουν άμεση ιατρική περίθαλψη κατά τη διάρκεια κρίσεων, ακόμη και αν η ίδια η προστασία, η υγεία ή η ζωή του κλινικού γιατρού διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο. Ωστόσο, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να βάλουν σε μια σειρά το ρόλο τους με τους ασθενείς, με τον εαυτό τους και τις οικογένειές τους, και με τη μελλοντική υγειονομική περίθαλψη. Στην κοινωνία υπάρχουν ανεπαρκείς πόροι για τους γιατρούς και το προσωπικό της υγειονομικής περίθαλψης και η ευθύνη του γιατρού δεν είναι άνευ όρων. Οι κίνδυνοι παροχής θεραπείας σε μεμονωμένους ασθενείς σήμερα πρέπει να σταθμίζονται έναντι της ικανότητας της επόμενης γενιάς ασθενών να παρέχουν φροντίδα. Εξαρτάται από

πολλούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένου του αναμενόμενου βαθμού κινδύνου, εάν οι κλινικοί γιατροί μπορεί ηθικά να αρνηθούν να παρέχουν θεραπεία εάν δεν υπάρχει εξοπλισμός προσωπικής προστασίας. Μια τέτοια άρνηση μπορεί να δικαιολογείται από ορισμένες περιστάσεις, ειδικά για συγκεκριμένους κλινικούς ιατρούς (για παράδειγμα, όπου οι κλινικοί γιατροί έχουν υποκειμένα προβλήματα υγείας που τους θέτουν σε πολύ μεγαλύτερο κίνδυνο κακής έκβασης εάν επρόκειτο να μολυνθούν).

Το τρίτο μέρος αναλύει την αλήθεια και πιστότητα. Η ειλικρίνεια είναι η αρχή της αλήθειας και συνδέεται με την αρχή της αυτονομίας. Η ειλικρίνεια είναι η βάση της πίστης στη σχέση «γιατρός- ασθενής» (ή στην παιδιατρική, η τριάδα σχέση «γιατρός- παιδί-γονέας / φροντιστής»). Η αλήθεια συμβάλει στην επίτευξη σημαντικών στόχων και προσδοκιών θεραπείας. Οι γιατροί πρέπει να είναι ειλικρινείς σχετικά με την κατάσταση, τα οφέλη και τα μειονεκτήματα των διαφορετικών προσεγγίσεων για τη θεραπεία και το κόστος τους. Η αλήθεια βοηθά τους ασθενείς να λαμβάνουν αποφάσεις για το δικό τους συμφέρον (ή το παιδί τους), χρησιμοποιώντας την αυτονομία τους (ή τους γονείς /φροντιστές να χρησιμοποιούν τη γονική τους εξουσία). Η ευθύνη της αλήθειας, βάσει της εμπιστοσύνης και της αυτονομίας των ασθενών, αναγνωρίζεται στον Κώδικα. Κατά τη διάρκεια της πανδημίας Covid-19, οι κλινικοί ιατροί πρέπει να στοχεύουν στην αποφυγή της διάδοσης παραπληροφόρησης ή ανεπιτυχών θεραπειών.

Το τέταρτο σκέλος περιγράφει την κατανομή λιγοστών χρημάτων στην υγειονομική περίθαλψη. Οι κλινικοί γιατροί πρέπει να προσέχουν τους περιορισμένους πόρους υγειονομικής περίθαλψης της κοινωνίας και να μην σπαταλούν αυτούς τους πόρους, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια μιας πανδημικής κρίσης όταν ξεπεραστεί η ικανότητα υγειονομικής περίθαλψης, παρέχοντας περιττή, υπερβολική ή δυσανάλογη περίθαλψη. Η διαλογή είναι ο μηχανισμός με τον οποίο υπολογίζεται η προτεραιότητα της θεραπείας με βάση τη σοβαρότητα της πάθησης ή τη δυνατότητα ανάρρωσης με ή χωρίς θεραπεία. Σε περιόδους περιορισμένων πόρων, τα ηθικά διλήμματα (για παράδειγμα, όταν η ζήτηση για ανεμιστήρες υπερβαίνει την προσφορά) περιστρέφονται γύρω από την ισορροπία μεταξύ κέρδους και δικαιοσύνης. Η ισότητα και η δικαιοσύνη μπορούν να δώσουν έμφαση σε ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης με υψηλές ικανότητες. Η νομοθεσία και άλλα κείμενα προάσπισης δικαιωμάτων διασφαλίζουν ότι όλα τα άτομα έχουν ίση πρόσβαση σε ποιοτική υγειονομική περίθαλψη (διανεμητική δικαιοσύνη) και απαγορεύουν σε κάθε μεγάλη

ομάδα ατόμων να αποκλείεται κατηγορηματικά (π.χ. λόγω ηλικίας, φύλου, φυλής, θρησκείας, ιθαγένειας, διανοητικής αναπηρίας, ασφάλισης ή κοινωνικοοικονομικής κατάστασης). Υπάρχουν καθήκοντα για τη στάθμιση της ισότητας με το κέρδος όταν οι πόροι είναι λιγοστοί και η κατανομή αναπόφευκτη. Οι απαιτήσεις για τη διάθεση σπάνιων ιατρικών πόρων, παρά την ασυναγώνιστη κλινική αβεβαιότητα, εξαρτώνται από τον επείγοντα χαρακτήρα της επείγουσας ανάγκης, την αναμενόμενη περίοδο ωφέλειας και την προβλεπόμενη πρόγνωση. (Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, 2020)

Στην πράξη, ενόψει των αντιδράσεων της θεραπείας και της αυξανόμενης ζήτησης, αφορά την προτεραιότητα των ασθενών με τις υψηλότερες πιθανότητες επιβίωσης και προνόμιο του μεγαλύτερου προσδόκιμου ζωής, ενώ συνεχώς αναθεωρούνται τέτοιες αποφάσεις. Δεν υπάρχει σημαντική ηθική διαφορά μεταξύ των αποφάσεων παρακράτησης ή απόσυρσης της θεραπείας, αλλά πρέπει να χρησιμοποιούνται αντικειμενικά, εύελικτα και διαφανή πρωτόκολλα για τον προσδιορισμό των ασθενών που θα προσφύγουν όταν οι διαφορές των ασθενών είναι αβέβαιες. Υπάρχει ανάγκη για ηθικό διάλογο σχετικά με τις μεθόδους κατανομής στη διαδικασία λήψης αποφάσεων όταν διακυβεύεται η ασφάλεια των ασθενών. Η καθοδήγηση του κώδικα μπορεί να βοηθήσει στην αντιμετώπιση ορισμένων ηθικών ζητημάτων που προκύπτουν κατά τη διάρκεια της πανδημίας Covid-19, συμπεριλαμβανομένου του καθήκοντος των ηγετών ιατρών να: (1) διασφαλίζουν ότι όλο το προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης διαθέτει επαρκή ατομικό προστατευτικό εξοπλισμό · (2) προστατεύουν τους ευάλωτους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας και (3) εξισορροπούν τα συμφέροντα των μεμονωμένων ασθενών, των εργαζομένων στον τομέα της υγείας και του γενικού πληθυσμού.

Η έννοια της «μονάδας υγειονομικής περίθαλψης» μπορεί να περιλαμβάνει περισσότερα από τις τυπικές ομάδες φροντίδας ενός οργανισμού υγειονομικής περίθαλψης κατά τη διάρκεια μιας ιογενούς πανδημίας. Κατά την παροχή θεραπείας στις κοινωνικές και περιφερειακές ομάδες που λειτουργούν, η επαγγελματική ομάδα γενικά μπορεί να χρειαστεί να συνεργαστεί ομαδικά. Δεδομένων των οικονομικών φραγμών για την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, οι γιατροί θα πρέπει να ενθαρρύνουν την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη για όλους τους μεμονωμένους ασθενείς, ανεξάρτητα από τα οικονομικά μέσα ενός ασθενούς. Λαμβάνοντας υπόψη αυτήν την ευθύνη, οι γιατροί (ατομικά και από κοινού μέσω των

επαγγελματικών τους ενώσεων, όπως η Παιδική Νευρολογική Εταιρεία) θα πρέπει να ενεργούν ως υποστηρικτές των ασθενών (ή να βοηθούν εκείνους που το κάνουν) στο σχεδιασμό πολιτικών προκειμένου να μειώσουν τα οικονομικά εμπόδια στην απαραίτητη υγειονομική περίθαλψη. Όλοι οι ενδιαφερόμενοι για την υγειονομική περίθαλψη, συμπεριλαμβανομένων των γιατρών, των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, των ασφαλιστών υγείας, των επαγγελματικών ιατρικών εταιρειών και των δημόσιων οργάνων άσκησης πολιτικών, πρέπει να συνεργαστούν για να διασφαλίσουν ότι όλοι οι άνθρωποι έχουν πρόσβαση στην κατάλληλη υγειονομική περίθαλψη (William D Graf , 2020).

Σύμφωνα με τις αρχές της αυτονομίας, της αξιοπρέπειας και του δικαιώματος του ασθενούς για αυτοδιάθεση, ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται πλήρως και να δίνει την έγκυρη συγκατάθεσή του για οποιαδήποτε ιατρική διαδικασία, συμπεριλαμβανομένης της φαρμακευτικής αγωγής. Ο ασθενής έχει σε τελευταία ανάλυση το δικαίωμα να λάβει μια απόφαση που θα μπορούσε να είναι επιβλαβής για την υγεία του. Ωστόσο, ορισμένοι περιορισμοί στην αυτονομία του ασθενούς μπορούν να γίνουν αποδεκτοί σε περίπτωση μεταδοτικής νόσου και στην εξαιρετική περίπτωση πανδημίας, καθώς οι επιλογές του για την προσωπική του υγεία και τη συμπεριφορά του μπορούν να επηρεάσουν δυσμενώς άλλους ανθρώπους. Υπάρχει επομένως μια σύγκρουση μεταξύ του δικαιώματος στην αυτονομία και του δημοσίου συμφέροντος, το οποίο καθιστά ιδιαίτερα περίπλοκη την πιθανή άρνηση θεραπείας ή εμβολιασμού και τον περιορισμό της ελεύθερης κυκλοφορίας και της επαφής.

Υπό αυτό το πρίσμα, σε περιπτώσεις άρνησης του ασθενούς να ενημερωθεί για την κατάσταση της υγείας του ή για την αναγκαία ανίχνευση των επαφών του, με πιθανή άρση του ιατρικού απορρήτου και τυχόν παραβίαση των προσωπικών δεδομένων του, τότε ο γιατρός μπορεί να αναλάβει πρωτοβουλία είτε για θεραπεία ή για διαγνωστικές εξετάσεις.(Rene Robert, 2020)

Προκειμένου να καταστεί σεβαστή η αυτονομία του ασθενούς (σε όλες τις εκφράσεις της), η κατ' εξαίρεση ύπαρξη των περιστάσεων πρέπει να τεκμηριωθεί κλινικά, καθώς σε περίπτωση επικίνδυνης πανδημίας πρέπει να υπάρχει νομική πρόβλεψη και η αρχή της αναλογικότητας να τηρείται. Κάθε μέτρο πρέπει να είναι έγκυρο, κατάλληλο, αναγκαίο και να μην υπερβαίνει την επιδιωκόμενη πρόθεση. (Rene Robert, 2020)

Μετά από τις ενέργειες που ανέλαβε το κράτος, η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής επικεντρώθηκε ιδίως στο ζήτημα της ατομικής ευθύνης των ανθρώπων, εκείνων που ζουν στη χώρα μας για την αντιμετώπιση της πανδημίας Covid 19 ("coronavirus" ή SARS-CoV-2). Δεδομένης της διεθνούς εμπειρίας μετά το πρώτο ξέσπασμα της νόσου το Δεκέμβριο του περασμένου έτους, η πανδημία γίνεται ένα κρίσιμο πρόβλημα. Αυτή η εμπειρία δείχνει ότι η ανάληψη κρατικής δράσης από μόνη της δεν επαρκεί για την προστασία της κοινωνίας από την πανδημία. Η ενεργοποίηση του ατομικού καθήκοντος των πολιτών είναι ζωτικής σημασίας σε σχέση με τα μέτρα που έχει λάβει το κράτος για να υποστηρίξει το συμφέρον της δημόσιας υγείας. Καθένας από εμάς είναι μέλος μιας κοινότητας που λειτουργεί σύμφωνα με αξίες και κανόνες που προστατεύουν όχι μόνο τους άλλους, αλλά και τους ίδιους. Αυτή η αναγνώριση κατοχυρώνεται ειδικά στο άρθρο 25 του Συντάγματός μας, το οποίο εγγυάται τα ανθρώπινα δικαιώματα και τις ελευθερίες, τόσο στα άτομα όσο και ως μέλη της κοινωνίας. Επομένως, από αυτήν την άποψη, υπάρχει ένα ισχυρό πλαίσιο για την εφαρμογή περιοριστικών πολιτικών ανάλογων με το μέγεθος και την αύξηση του κινδύνου για τη δημόσια υγεία. (Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, 2020)

Κάθε άτομο επιλέγει ελεύθερα τον τρόπο ζωής του σε μια ανοιχτή, δημοκρατική κοινωνία, καθορίζοντας τις δικές του ενέργειες στον κύκλο των ιδιωτικών του σχέσεων και στην ευρύτερη κοινωνική του ζωή. Μια βασική κατάκτηση του πολιτισμού είναι η σημασία της αυτονομίας η οποία δεν πρέπει να αμφισβητείται υπό οποιεσδήποτε συνθήκες, ακόμη και τις πιο περίπλοκες. Ωστόσο, η απόλαυση της ελευθερίας κάθε ατόμου δεν μπορεί να κατευθύνεται κατά άλλων, επειδή το άτομο είναι μέλος της κοινωνίας. Συγκεκριμένα, ο τρόπος με τον οποίο ασκούμε την αυτονομία μας υπόκειται σε ηθική αξιολόγηση στις διάφορες εκδηλώσεις του: σε ορισμένες περιπτώσεις, δεν είναι κάθε συμπεριφορά μας θεμιτή, παρόλο που αυτή η συμπεριφορά αποτελεί έκφραση της αυτονομίας μας. Σε αυτό το πλαίσιο, η βιοηθική διάσταση της θεραπείας των ατόμων που έχουν προσβληθεί από τον ιό και τα προληπτικά μέτρα για την πρόληψη της περαιτέρω εξάπλωσής του συνδέονται με το τεκμήριο της ατομικής ευθύνης και την έννοια της κοινωνικής αλληλεγγύης, ειδικά για όσους ανήκουν σε ευπαθείς ομάδες. (Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, 2020)

Η υπευθυνότητα των προσώπων σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης, όπως της πανδημίας, πρέπει να υποστηριχθεί και να ενισχυθεί με σαφείς αποφάσεις υπεύθυνων

φορέων και αρχών. Οι πολυάριθμες πληροφορίες από διάφορες πηγές παγκοσμίως αλλά και στη χώρα μας, ιδίως μέσω του Διαδικτύου και των κοινωνικών δικτύων, δημιουργεί σοβαρό κίνδυνο παραπληροφόρησης και προκαλεί πανικό στους ανθρώπους. Το κράτος, κυρίως μέσω του ΕΟΔΥ πρέπει να σχεδιάσει, με οποιονδήποτε διαθέσιμο τρόπο, τρόπους για να εξασφαλίσει έγκυρες πληροφορίες (επίσημες ανακοινώσεις, spots στα μέσα ενημέρωσης και στο Διαδίκτυο, αλλά και άμεσης αντίδρασης σε παραπλανητικά φαινόμενα, ειδικά κερδοσκοπικά).

Προκειμένου να διατηρηθεί ενήμερο το κοινό, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης είναι επομένως υπεύθυνα για την ακρίβεια των σχετικών πληροφοριών και μπορούν να βοηθήσουν αποτρέποντας, ιδίως, τη διάδοση των «παραδοξολογιών». Σε αυτές τις δύσκολες συνθήκες, η Επιτροπή Βιοηθικής υπογράμμισε το αίσθημα ευθύνης, τη συνέπεια και τον επαγγελματισμό που επιδεικνύουν οι γιατροί και οι εργαζόμενοι του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Παρά τις ελλείψεις και τα σοβαρά προβλήματα (ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης) που έχουν επηρεάσει τη λειτουργία του ΕΣΥ, η Ελλάδα λόγω της ποιότητας του προσωπικού του κατάφερε να διατηρήσει τον έλεγχο της πανδημίας. Υπό το πρίσμα αυτό, η πολιτεία πρέπει να προσεγγίσει την πανδημία ως ευκαιρία για μια ριζική αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, το οποίο ασχολείται σχεδόν αποκλειστικά με τη διαχείριση του προβλήματος, όπως συμβαίνει άλλωστε παγκοσμίως, καθώς και με την υποδομή της ευρύτερης βιοϊατρικής κοινότητας. Οι παρεμβάσεις σε δομές, προσωπικό και εγκαταστάσεις πρέπει να είναι μόνιμες. Οι κρίσεις στη δημόσια υγεία επανέρχονται στην εποχή της παγκοσμιοποίησης και ως εκ τούτου πρέπει να διαθέτουμε έτοιμα και αποτελεσματικά συστήματα δημόσιας υγείας. Η ατομική ευθύνη καθενός από εμάς ενισχύεται ειδικά εάν είμαστε σε θέση να εγγηθούμε τα τελευταία ως οργανωμένη κοινωνία. (Εθνική επιτροπή Βιοηθικής, 2020)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Κανείς δεν θα μπορούσε να φανταστεί ότι η επιστήμη της ιατρικής θα ήταν τόσο απροετοίμαστη το έτος 2020, που αν μη τι άλλο οι ιατροτεχνολογικές πρακτικές είναι τόσο εξελιγμένες. Οι γιατροί αντιμετώπισαν πρωτοφανή ηθικά και ιατρικά διλήμματα. Την κρίσιμη στιγμή, ποια ειδικότητα ή μονάδα θα έχει βασικό θέση στη ΜΕΘ; Ο ογκολόγος έπρεπε να αποφασίσει εάν η θεραπεία του καρκίνου του ασθενούς υπερτερεί του κινδύνου εμφάνισης αυτού του ιού. Ο παθολόγος βρέθηκε αντιμετώπος με μια «επίθεση» χρόνιων παθήσεων, επειδή οι ασθενείς φοβούνται την επίσκεψη στο ιατρείο. Ο χειρουργός εκτελούσε χειρουργικές επεμβάσεις μόνο έκτακτης ανάγκης. Και, φυσικά, όλοι στην πρώτη γραμμή, γιατροί, και νοσηλευτές, διακινδύνευαν τη ζωή τους κάθε ημέρα, καθώς και οι υπάλληλοι του ΕΚΑΒ, το νοσοκομειακό προσωπικό και πολλοί άλλοι.

Αυτά τα διλήμματα ήταν το ίδιο βασανιστικά και για τις οικογένειες των ασθενών, οι οποίες διακινδύνευαν μαζί με τους επαγγελματίες. Τα νεογέννητα χωριζόταν από τις μητέρες τους κατά τη γέννηση. Οι ασθενείς που πέθαιναν απομονώνονταν από τις οικογένειές τους. Κοινωνικές εκδηλώσεις, όπως γάμοι βαφτίσεις και κηδείες γινόντουσαν με περιορισμένο αριθμό ατόμων. Η καθημερινότητα δεν είναι όπως ήταν πριν την εμφάνιση του κορωνοϊού και αυτό έχει επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό την ψυχολογική κατάσταση των πολιτών. Κατάθλιψη, άγχος, στρες, αβεβαιότητα όλα αυτά τα συναισθήματα βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας και το κοινό. Η απομόνωση και η κοινωνική απόσταση, παρά το όφελος απέναντι στην προάσπιση της ατομικής υγείας είχαν ως αποτέλεσμα να διαταράξουν την ψυχική υγεία των ανθρώπων.

Παρόλα αυτά οι επαγγελματίες υγείας παγκοσμίως και στη χώρα μας ένωσαν τις δυνάμεις τους για να καταφέρουν ό,τι καλύτερο. Με λιγοστά εφόδια και αρκετές ελλείψεις σε νοσοκομειακές προμήθειες, αλλά και προσωπικού κατάφεραν να ανταπεξέλθουν στην τεράστια δυσκολία της πανδημίας. Παρατηρήθηκε μια χωρίς προηγούμενο ανιδιοτελή ενδυνάμωση από τον κοινωνικό κόσμο προς την ιατρική και νοσηλευτική κοινότητα με αμέτρητες πράξεις συμπόνιας και ευγνωμοσύνης, καθώς και μια έκρηξη αλληλεγγύης από τους συναδέλφους. Μέχρι και σήμερα που η πανδημία εξακολουθεί να υφίσταται, αν και αρκετές χώρες αγγίζουν υψηλά ποσοστά εμβολιασμού, η παγκόσμια επιστημονική κοινότητα συνεργάζεται για ένα σκοπό : να

προσφέρει λύσεις στην αντιμετώπιση της πανδημίας Covid-19 και των μεταλλάξεων του ιού.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- Αλεξιάδου, Α. (2020) Τεχνητή νοημοσύνη και Πανδημία COVID-19. Ηθικές προεκτάσεις, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 37(5):708-713
- Ανευλαβής, Ε. (2009) Η πανδημία της νέας γρίπης 2009. Το Βήμα του Ασκληπιού
- Αφουξενίδης, Α. και Χτούρης, Σ. (2020) Προλογικό σημείωμα : συνομιλώντας για την πανδημία. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 154, 1-10.
- Γκιούλα, Γ. , Μελίδου Α. Εξηντάρη Μ. κ.ά. (2011). Επιδημιολογικά δεδομένα της πανδημίας γρίπης (H1N1) 2009 στη Βόρεια Ελλάδα. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 28(1), 103-105
- Γλυκοφρύδη, Α. και Ζαπουνίδου, Μ. (2019) Η βιοηθική στην εκπαίδευση. 5(1), 13-29.
- Η βιοηθική διάσταση της ατομικής ευθύνης στην αντιμετώπιση του COVID 19 (κορωνοϊός) <https://doi.org/10.12681/bioeth.22615> στο *Bioethica*, Vol 6, No 1 (2020)
- Εταιρία Ελλήνων Δικαστικών Λειτουργών για την Δημοκρατία και τις Ελευθερίες σε συνεργασία με το Ινστιτούτο Βιολογικών Ερευνών του Εθνικού Ιδρύματος Ερευνών και την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, (2007) Δίκαιο και Βιοηθική, Αθήνα : Νομική Βιβλιοθήκη.
- Ζήση, Α. (2020) Η πανδημία COVID-19: επιταχυντής των ανισοτήτων και εγκατάστασης νέων μορφών ανισοτήτων, *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 154, 65-73.
- Κατσιμιγκάς, Γ. και Βασιλοπούλου, Γ. (2010) Βασικές αρχές Βιοηθικής και Ορθόδοξης ηθικής, *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Τόμος 9ος (Τεύχος 2ο) : 13.
- Καυκιά, Θ. (2020) COVID-19 και Επαγγελματίες Υγείας. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, Τόμος 13ος (Τεύχος 2ο) : 2
- Κοκόρης, Ε.(2020) Τα προσωπικά δεδομένα υγείας σε περίοδο πανδημίας με αφορμή την ασθένεια COVID-19, *Βίο-νομικά*, Τόμος 2 (Τεύχος 1) : 12
- Κρανιδιώτης, Γ.(2020) Βιοηθικά διλήμματα κατά την πανδημία της Covid-19: διαλογή (triage) ασθενών για νοσηλεία στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. *Επιστημονικά Χρονικά* .

- Κωσταρίδης, Π. και συν. Ελονοσία: Μια πρόκληση του χθες, του σήμερα, του αύριο; Η περίπτωση της Ελλάδας, DOI: <https://doi.org/10.12681/osj.19583>
- Λεφάκης, Λ., (2020) Εφευρέσεις επί εμβολίων κατά του ιού SARS-CoV-2. Βιοηθικά, σελ 20-29
- Λούκος, Χ. (1992) Επιδημία και Κοινωνία. Η χολέρα στην Ερμούπολη της Σύρου (1854). στο *Μνήμων* Τόμος 14 : 49-69.
- Μαζοκοπάκης, Η.Ε (2019) Η «χολέρα» στην Ιπποκρατική Συλλογή. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 36(6) :830-834
- Μητροσύλη, Μ. (2009) *Δίκαιο της Υγείας*. Αθήνα: εκδόσεις Παπαζήση
- Σταχτέας, Φ. και Σταχτέας, Π. (2020) Η πανδημία COVID-19 ως παράγοντας επιδείνωσης των ανισοτήτων υγείας. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών* doi:<https://doi.org/10.12681/grsr.25128>
- Τριανταφυλλίδου, Μ. (2020) Οι επιπτώσεις της πανδημίας COVID-19 στην ψυχική υγεία. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Τόμος 19 (Τεύχος 4) : 274-294
- Φιλαλήθης, Α. Φωτόπουλος, Α. και Τρομπούκης, Κ. (2020) Δημόσια Υγεία – Κοινωνική Ιατρική. Η ιστορία και η σημειολογία του όρου. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 37(3):395-405

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Robert, R. et al (2020) Ethical dilemmas due to the Covid-19 pandemic. *Annals of Intensive Care*, <https://doi.org/10.1186/s13613-020-00702-7>
- Torda, A. (2006) Ethical issues in pandemic planning. *MJA*, Volume 185 (Number 10) : 4
- Sabatello, M., et al (2020) Disability, Ethics, and Health Care in the COVID-19 Pandemic. *AJPH LAW & ETHICS*, Vol 110, (No. 10): 1523-1527
- National Bioethics Commission (Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής), Η. (2020). The bioethical dimension of individual responsibility in response to COVID 19 (coronavirus). *Bioethica*, 6(1), 5.
- Blumenthal-Barby, J. et al (2020) Pandemic medical ethics. *J Med Ethics* Vol 46 (No 6)
- Graf, W., Epstein, L.G. and Pearl, P.L.(2020) Practical Bioethics during the Exceptional Circumstances of a Pandemic. *Pediatric Neurology*

- Fiorillo, A. and Gorwood, P. (2020) The consequences of the COVID -19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. European Psychiatry, <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.35>

ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

- Anon, A., (2021), A study on the effects of Covid-19 on Greek businesses & theeconomy<[https://www.grant-thornton.gr/globalassets/markets /grc/media/pdfs/en-Covid-19-impact_final.pdf](https://www.grant-thornton.gr/globalassets/markets/grc/media/pdfs/en-Covid-19-impact_final.pdf)> (προσβάσιμη στις 16-03-2021)
- Athanasiou, L., Tsaroucha, S. and Mirte, M., (2021) Οι επιπτώσεις της Πανδημίας στις Ελληνικές Επιχειρήσεις <<https://www.pwc.com/gr/en/publications/greek-thought-leadership/Greece Covid Report GR.pdf>>
- Ding, X.L., Jia, Q.L. and To, S.F., (2021), Human Coronavirus-229E, -OC43, -NL63,and-HKU1(*Coronaviridae*)<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7204879/> (προσβάσιμη στις 03-02-2021)
- Jones, L. and Brown, D., (2021) Coronavirus: How the pandemic has changed the world economy. BBC News. <<https://www.bbc.com/news/business-51706225>>
- Karlgaard, R., 2020. The Business Trends That Will Emerge Out Of COVID-19.Forbes. <<https://www.forbes.com/sites/richkarlgaard/2020/07/09/the-business-trends-that-will-emerge-out-of-Covid-19/?sh=8bc57b63cf87>>
- Liarni, O. and Mylonaki, K., (2021),The response of the Greek companies to thepandemic.<<https://www.pwc.com/gr/en/publications/greek-thought-leadership/the-response-of-the-greek-companies-to-Covid-19.html>>
- Yang, Y. et al (2020) The deadly coronaviruses: The 2003 SARS pandemic and the 2020 novel coronavirus epidemic in China. PMC <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7126544/pdf/main.pdf>