

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

Τίτλος εργασίας

**Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας στην περίοδο της οικονομικής
κρίσης και της πανδημίας covid 19**

Συγγραφέας:

ΚΟΥΡΟΥΛΗ ΙΩΑΝΝΑ

ΑΜ 20007

Επιβλέπων:

Σούλης Σωτήριος

ΑΘΗΝΑ, Ιούλιος 2022

UNIVERSITY OF West ATTICA



DEPARTMENT
BUSSINESS ADMINISTRATION

DIVISION
SOCIAL POLICE



MSc in HEALTH AND SOCIAL CARE
MANAGEMENT

Diploma Thesis

Title

**Moral and ethical issues in the period of the financial crisis and the covid 19
pandemic**

Student name and surname:

Kourouli Ioanna

Registration Number: 20007

Supervisor name and surname:

Soulis Sotirios

Athens, July 2022

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Τίτλος εργασίας

Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας στην περίοδο της οικονομικής κρίσης και της πανδημίας covid 19

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

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

Α/α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΑΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	Σούλης Σωτήριος	Καθηγητής	
2	Γούλα Ασπασία	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια	
3	Σεπετής Αναστάσιος	Επίκουρος Καθηγητής	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Κουρουλή Ιωάννα του Νικολάου, με αριθμό μητρώου 20007 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκηση & Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας & Κοινωνικής Φροντίδας του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοικητικών, Οικονομικών & 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 31/01/2023 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.*

Ο/Η Δηλών/ούσα

*** Ονοματεπώνυμο /Ιδιότητα**

Ψηφιακή Υπογραφή Επιβλέποντα
(Υπογραφή)



Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα
τον επιβλέποντα καθηγητή μου κύριο Σούλη
την οικογένεια μου
τους συμμετέχοντες στη μελέτη

Ιωάννα

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες	6
Κατάλογος Πινάκων	10
Κατάλογος Γραφημάτων	14
Περίληψη	17
Abstract	19
Εισαγωγή.....	21
Γενικό μέρος	23
Κεφάλαιο 1°	24
1.1 Η έννοια της ηθικής	24
1.2 Η έννοια της βιοηθικής	26
1.3 Η έννοια της δεοντολογίας.....	29
1.4 Κοινωνικοπολιτικές προεκτάσεις ηθικών διλημμάτων σε περιόδους κρίσεων .	31
Κεφάλαιο 2°	32
2.1 Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις των ασθενών.....	32
2.1.1 Η ενημερωμένη συναίνεση	35
2.1.2 Οι βασικές αρχές που διέπουν τα δικαιώματα των ασθενών	38
2.1.3 Η έννοια της συνείδησης.....	41
2.2 Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού	50
Κεφάλαιο 3°	54
3.1 Βασικά βιοηθικά διλήμματα κατά την άσκηση της ιατρονοσηλευτικής πρακτικής	54
3.1.1 Υποβοήθηση τερματισμού της ζωής.....	54
3.1.2 Η ηθική στην έρευνα.....	57
3.1.3 Η σημασία των οικονομικών πόρων στη βέλτιστη ιατρονοσηλευτική πρακτική.....	58

3.1.4 Η ηθική στη δωρεά οργάνων και στη μεταμόσχευση οργάνων	59
3.1.5 Η ηθική στην έκτρωση	64
Κεφάλαιο 4°	67
4.1 Προκύπτοντα βιοηθικά διλήμματα κατά την περίοδο της πανδημικής κρίσης .67	
4.1.1 Συνοπτική αναφορά στην εμφάνιση του covid-19.....	67
4.1.2 Επιδημιολογικά διλήμματα	69
4.1.3 Το δίλημμα της αυτονομίας του ασθενούς κατά την περίοδο της πανδημικής κρίσης.....	71
4.1.4 Διλήμματα που αφορούν την αντιμετώπιση, προτεραιοποίηση, καθολικότητα	73
4.1.5 Το δίλημμα του εμβολιασμού	74
4.1.6 Το δίλημμα της πνευματικής ιδιοκτησίας και της πατεντοποίησης των θεραπειών.....	79
4.1.7 Οικονομικά διλήμματα σχετιζόμενα με την πανδημία	79
Ειδικό μέρος.....	83
Κεφάλαιο 1°	84
1.1 Σκοπός της έρευνας.....	84
1.2 Ερευνητικά ερωτήματα	84
Κεφάλαιο 2°	85
2.1 Επιλογή ερευνητικής μεθοδολογίας.....	85
2.2 Ο «υπό μελέτη» πληθυσμός	85
2.3 Παρουσίαση ερευνητικού εργαλείου	86
2.4 Περιγραφή στατικής ανάλυσης.....	87
2.5 Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας	93
Κεφάλαιο 3°	94
Αποτελέσματα έρευνας.....	94
Κεφάλαιο 4°	154
Συμπεράσματα.....	154

Βιβλιογραφία	158
Ξενόγλωσση βιβλιογραφία	158
Ελληνόγλωσση βιβλιογραφία	176
Παραρτήματα.....	178
Παράρτημα 1. Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου από τους συγγραφείς	178
Παράρτημα 2. Βεβαίωση του επιβλέποντα καθηγητή για την αίτηση χορήγησης άδειας διεξαγωγής έρευνας στο Νοσοκομείο.....	179
Παράρτημα 3. Άδεια διεξαγωγής έρευνας στο Νοσοκομείο	180
Παράρτημα 4. Έντυπο Συγκατάθεσης Κατόπιν Ενημέρωσης	181
Παράρτημα 5. Ερωτηματολόγιο	184
Παράρτημα 6. Αποτελέσματα ελέγχου κανονικότητας	197

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1. Θεωρίες και στοχασμοί σχετικά με τη συνείδηση (Young et al., 2021) ...	44
Πίνακας 2. Κωδικοποιήσεις των ερωτήσεων στο στατιστικό λογισμικό Spss.....	88
Πίνακας 3. Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων	94
Πίνακας 4. Συνολική συχνότητα για την ερώτηση «Πως αποκτήσατε τις γνώσεις σας σχετικά με τη δεοντολογία και την ηθική;».....	103
Πίνακας 5. Συχνότητες για την ερώτηση «Με ποιον θα προτιμούσατε να συζητήσετε κάποιο ηθικό πρόβλημα το οποίο μπορεί να προκύψει στο χώρο εργασίας;»	107
Πίνακας 6. Συχνότητες για την ερώτηση «Με ποιον θα προτιμούσατε να συζητήσετε κάποιο νομικό πρόβλημα το οποίο μπορεί να προκύψει στο χώρο εργασίας;»	109
Πίνακας 7. Συνολική κατανομή συχνοτήτων για την ερώτηση «Ποιος νομίζετε ότι μπορεί να είναι ο ρόλος αυτής της επιτροπής;».....	113
Πίνακας 8. Συνολικές συχνότητες για την ερώτηση «Τι θα πρέπει να κάνει κατά τη γνώμη σας ένας επαγγελματίας υγείας όταν κάποιος ασθενής αρνείται να μεταγιστεί, να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση ή να δεχθεί οποιαδήποτε θεραπεία;».....	126
Πίνακας 9. Cross-tabulation και στατιστική σημαντικότητα για την ερώτηση τι θα πρέπει να κάνει κατά τη γνώμη σας ένας επαγγελματίας υγείας όταν κάποιος ασθενής αρνείται να μεταγιστεί, να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση ή να δεχθεί οποιαδήποτε θεραπεία; και πιο συγκεκριμένα για την επιλογή να προσπαθήσει να τον μεταπείσει	130
Πίνακας 10. Αποτελέσματα του t-test και το effect size σε σύγκριση με το φύλο....	131
Πίνακας 11. Cross-tabulation και στατιστική σημαντικότητα για την ερώτηση πως αποκτήσατε τις γνώσεις σας σχετικά με τη δεοντολογία και την ηθική; και πιο συγκεκριμένα για την επιλογή κατά την ηλικία.....	131
Πίνακας 12. Αποτελέσματα της One-way Anova και τα effect size σε σύγκριση με την ηλικία	133
Πίνακας 13. Αποτελέσματα του t-test και τα effect size σε σύγκριση με την οικογενειακή κατάσταση	136
Πίνακας 14. Αποτελέσματα της One-way Anova και τα effect size σε σύγκριση με την διάρκεια εργασιακής εμπειρίας σε έτη.....	138

Πίνακας 15. Cross-tabulation και στατιστική σημαντικότητα για την ερώτηση πως αποκτήσατε τις γνώσεις σας σχετικά με τη δεοντολογία και την ηθική; και πιο συγκεκριμένα για την επιλογή κατά την εκπαίδευση	140
Πίνακας 16. Cross-tabulation και στατιστική σημαντικότητα για την ερώτηση πως αποκτήσατε τις γνώσεις σας σχετικά με τη δεοντολογία και την ηθική; και πιο συγκεκριμένα για την επιλογή σεμινάρια / διαλέξεις	141
Πίνακας 17. Cross-tabulation και στατιστική σημαντικότητα για την ερώτηση γνωρίζετε το περιεχόμενο των ακολούθων; και πιο συγκεκριμένα για την επιλογή όρκος του Ιπποκράτη.....	142
Πίνακας 18. Cross-tabulation και στατιστική σημαντικότητα για την ερώτηση γνωρίζετε το περιεχόμενο των ακολούθων; και πιο συγκεκριμένα για την επιλογή διακήρυξη του Ελσίνκι	142
Πίνακας 19. Cross-tabulation και στατιστική σημαντικότητα για την ερώτηση με ποιον θα προτιμούσατε να συζητήσετε κάποιο ηθικό πρόβλημα το οποίο μπορεί να προκύψει στο χώρο εργασίας; και πιο συγκεκριμένα για την επιλογή συνδικαλιστικές – επαγγελματικές ενώσεις.....	143
Πίνακας 20. Cross-tabulation και στατιστική σημαντικότητα για την ερώτηση τι θα πρέπει να κάνει κατά τη γνώμη σας ένας επαγγελματίας υγείας όταν κάποιος ασθενής αρνείται να μεταγγιστεί, να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση ή να δεχθεί οποιαδήποτε θεραπεία; και πιο συγκεκριμένα για την επιλογή οτιδήποτε άλλο.....	144
Πίνακας 21. Αποτελέσματα του t-test και τα effect size σε σύγκριση με την εκπαιδευτική βαθμίδα	145
Πίνακας 22. Cross-tabulation και στατιστική σημαντικότητα για την ερώτηση γνωρίζετε το περιεχόμενο των ακολούθων; και πιο συγκεκριμένα για την επιλογή κώδικας της Νυρεμβέργης	146
Πίνακας 23. Cross-tabulation και στατιστική σημαντικότητα για την ερώτηση γνωρίζετε το περιεχόμενο των ακολούθων; και πιο συγκεκριμένα για την επιλογή διακήρυξη του Ελσίνκι	147
Πίνακας 24. Cross-tabulation και στατιστική σημαντικότητα για την ερώτηση με ποιον θα προτιμούσατε να συζητήσετε κάποιο ηθικό πρόβλημα το οποίο μπορεί να προκύψει στο χώρο εργασίας; και πιο συγκεκριμένα για την επιλογή προϊστάμενο.....	148
Πίνακας 25. Cross-tabulation και στατιστική σημαντικότητα για την ερώτηση με ποιον θα προτιμούσατε να συζητήσετε κάποιο νομικό πρόβλημα το οποίο μπορεί να προκύψει στο χώρο εργασίας; και πιο συγκεκριμένα για την επιλογή προϊστάμενο	148

Πίνακας 26. Cross-tabulation και στατιστική σημαντικότητα για την ερώτηση ποιος νομίζετε ότι μπορεί να είναι ο ρόλος αυτής της επιτροπής; και πιο συγκεκριμένα για την επιλογή να συμβουλευτεί τη διοίκηση σχετικά με την ηθική και τους κανόνες του ιδρύματος	149
Πίνακας 27. Cross-tabulation και στατιστική σημαντικότητα για την ερώτηση ποιος νομίζετε ότι μπορεί να είναι ο ρόλος αυτής της επιτροπής; και πιο συγκεκριμένα για την επιλογή να διδάσκει την ιατρική ηθική στους φοιτητές.....	150
Πίνακας 28. Cross-tabulation και στατιστική σημαντικότητα για την ερώτηση ποιος νομίζετε ότι μπορεί να είναι ο ρόλος αυτής της επιτροπής; και πιο συγκεκριμένα για την επιλογή να διεξάγει συνέδρια περί δεοντολογίας.....	151
Πίνακας 29. Cross-tabulation και στατιστική σημαντικότητα για την τι θα πρέπει να κάνει κατά τη γνώμη σας ένας επαγγελματίας υγείας όταν κάποιος ασθενής αρνείται να μεταγιστεί, να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση ή να δεχθεί οποιαδήποτε θεραπεία; και πιο συγκεκριμένα για την επιλογή να του υποδείξει το σωστό	152
Πίνακας 30. Αποτελέσματα του t-test και τα effect size σε σύγκριση με τον μεταπτυχιακό τίτλο	152
Πίνακας 31. Μέτρα κεντρικής θέσης και διασποράς ερώτησης Q7	197
Πίνακας 32. Μέτρα κεντρικής θέσης και διασποράς ερώτησης Q8	198
Πίνακας 33. Μέτρα κεντρικής θέσης και διασποράς ερώτησης Q9	200
Πίνακας 34. Μέτρα κεντρικής θέσης και διασποράς ερώτησης Q10	201
Πίνακας 35. Μέτρα κεντρικής θέσης και διασποράς ερώτησης Q11	203
Πίνακας 36. Μέτρα κεντρικής θέσης και διασποράς ερώτησης Q12	204
Πίνακας 37. Μέτρα κεντρικής θέσης και διασποράς ερώτησης Q20	206
Πίνακας 38. Μέτρα κεντρικής θέσης και διασποράς ερώτησης Q21	207
Πίνακας 39. Μέτρα κεντρικής θέσης και διασποράς ερώτησης Q22	209
Πίνακας 40. Μέτρα κεντρικής θέσης και διασποράς ερώτησης Q23	210
Πίνακας 41. Μέτρα κεντρικής θέσης και διασποράς ερώτησης Q24	212
Πίνακας 42. Μέτρα κεντρικής θέσης και διασποράς ερώτησης Q25	213
Πίνακας 43. Μέτρα κεντρικής θέσης και διασποράς ερώτησης Q26	214
Πίνακας 44. Μέτρα κεντρικής θέσης και διασποράς ερώτησης Q27	215
Πίνακας 45. Μέτρα κεντρικής θέσης και διασποράς ερώτησης Q28	217
Πίνακας 46. Μέτρα κεντρικής θέσης και διασποράς ερώτησης Q29	219
Πίνακας 47. Μέτρα κεντρικής θέσης και διασποράς ερώτησης Q30	220
Πίνακας 48. Μέτρα κεντρικής θέσης και διασποράς ερώτησης Q32	222

Πίνακας 49. Μέτρα κεντρικής θέσης και διασποράς ερώτησης Q33	223
Πίνακας 50. Μέτρα κεντρικής θέσης και διασποράς ερώτησης Q34	225

Κατάλογος Γραφημάτων

Γράφημα 1. Ιστόγραμμα συχνοτήτων για την ερώτηση «Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε ένα ηθικό ή νομικό πρόβλημα κατά την κλινική σας πρακτική;»	96
Γράφημα 2. Ιστόγραμμα συχνοτήτων για την ερώτηση «Πόσο τα ηθικά προβλήματα δυσκολεύουν την καθημερινή σας κλινική πρακτική;».....	97
Γράφημα 3. Ιστόγραμμα συχνοτήτων για την ερώτηση «Πόσο συχνά στα πλαίσια των καθηκόντων σας αναγκάζεστε να προβείτε σε πράξεις και ενέργειες οι οποίες σας βρίσκουν ηθικά και νομικά αντίθετο;»	98
Γράφημα 4. Ιστόγραμμα συχνοτήτων για την ερώτηση «Πόσο συχνά έρχεστε σε σύγκρουση για ηθικά / δεοντολογικά ζητήματα με τους συναδέλφους σας;».....	99
Γράφημα 5. Ιστόγραμμα συχνοτήτων για την ερώτηση «Γνωρίζετε τους νόμους οι οποίοι σχετίζονται με την άσκηση των καθηκόντων σας;».....	100
Γράφημα 6. Ιστόγραμμα συχνοτήτων για την ερώτηση «Πόσο σημαντική θεωρείτε ότι είναι η γνώση της δεοντολογίας στη δουλειά σας;»	101
Γράφημα 7. Ιστόγραμμα συχνοτήτων για την ερώτηση «Πως αποκτήσατε τις γνώσεις σας σχετικά με τη δεοντολογία και την ηθική;».....	102
Γράφημα 8. Ιστόγραμμα συχνοτήτων για την ερώτηση «Γνωρίζετε το περιεχόμενο των ακολούθων;».....	104
Γράφημα 9. Ιστόγραμμα συχνοτήτων για την ερώτηση «Πόσο χρήσιμα είναι καθένα από τα παρακάτω μέσα στην απόκτηση γνώσεων σχετικών με την δεοντολογία και το δίκαιο;»	105
Γράφημα 10. Ιστόγραμμα συχνοτήτων για την ερώτηση «Με ποιον θα προτιμούσατε να συζητήσετε κάποιο ηθικό πρόβλημα το οποίο μπορεί να προκύψει στο χώρο εργασίας;».....	106
Γράφημα 11. Ιστόγραμμα συχνοτήτων για την ερώτηση «Με ποιον θα προτιμούσατε να συζητήσετε κάποιο νομικό πρόβλημα το οποίο μπορεί να προκύψει στο χώρο εργασίας;».....	108
Γράφημα 12. Κατανομή συχνοτήτων για την ερώτηση «Πιστεύετε ότι θα έπρεπε να υπάρχει επιτροπή δεοντολογίας στο ίδρυμά σας;»	111
Γράφημα 13. Κατανομή συχνοτήτων για την ερώτηση «Ποιος νομίζετε ότι μπορεί να είναι ο ρόλος αυτής της επιτροπής;»	112
Γράφημα 14. Κατανομή συχνοτήτων για την ερώτηση «Η υιοθέτηση δεοντολογικής συμπεριφοράς είναι σημαντική μόνο για την αποφυγή νομικών επιπτώσεων»	115

Γράφημα 15. Κατανομή συχνοτήτων για την ερώτηση «Οι ιατροί πρέπει να πράττουν το καλύτερο ανεξαρτήτως της γνώμης των ασθενών»	116
Γράφημα 16. Κατανομή συχνοτήτων για την ερώτηση «Οι επιθυμίες του ασθενούς πρέπει να λαμβάνονται πάντα υπόψη»	116
Γράφημα 17. Κατανομή συχνοτήτων για την ερώτηση «Ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται πάντα ακόμη και στην περίπτωση ιατρικού λάθους».....	117
Γράφημα 18. Κατανομή συχνοτήτων για την ερώτηση «Ο ασθενής θα πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένος ώστε να μπορεί να αναλαμβάνει ενεργό ρόλο στη λήψη κλινικών αποφάσεων που αφορούν την υγεία του»	118
Γράφημα 19. Κατανομή συχνοτήτων για την ερώτηση «Η συγκατάθεση των ασθενών χρειάζεται μόνο στην περίπτωση των χειρουργικών επεμβάσεων και όχι για δοκιμές / τεστ ή φάρμακα».....	119
Γράφημα 20. Κατανομή συχνοτήτων για την ερώτηση «Η εμπιστευτικότητα και το ιατρικό απόρρητο δε μπορούν να τηρηθούν στη σύγχρονη ιατρική φροντίδα και πρέπει να εγκαταλειφθούν ως έννοιες».....	120
Γράφημα 21. Κατανομή συχνοτήτων για την ερώτηση «Οι στενοί συγγενείς πρέπει πάντα να ενημερώνονται πλήρως για την κατάσταση του ασθενούς»	121
Γράφημα 22. Κατανομή συχνοτήτων για την ερώτηση «Ο ασθενής πρέπει να γνωρίζει όλη την αλήθεια για την κατάσταση της υγείας του ακόμα και όταν πάσχει από σοβαρό νόσημα το οποίο απειλεί άμεσα την υγεία του»	122
Γράφημα 23. Κατανομή συχνοτήτων για την ερώτηση «Ιατροί και νοσηλευτές θα πρέπει να αρνούνται τη θεραπεία ασθενών οι οποίοι συμπεριφέρονται βίαια»	123
Γράφημα 24. Κατανομή συχνοτήτων για την ερώτηση «Ένας ασθενής ο οποίος επιθυμεί να πεθάνει πρέπει να βοηθηθεί να το πράξει ανεξάρτητα από την ασθένειά του».....	124
Γράφημα 25. Ιστόγραμμα συχνοτήτων για την ερώτηση «Τι θα πρέπει να κάνει κατά τη γνώμη σας ένας επαγγελματίας υγείας όταν κάποιος ασθενής αρνείται να μεταγιστεί, να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση ή να δεχθεί οποιαδήποτε θεραπεία;».....	125
Γράφημα 26. Κατανομή συχνοτήτων για την ερώτηση «Ο νόμος επιτρέπει την εκτέλεση αμβλώσεων. Ο νοσηλευτής δεν μπορεί να αρνηθεί να συμμετάσχει σε μία άμβλωση.»	127

Γράφημα 27. Κατανομή συχνοτήτων για την ερώτηση «Τα παιδιά (εκτός από την περίπτωση έκτακτης ανάγκης) δεν πρέπει ποτέ να υποβάλλονται σε θεραπεία χωρίς τη συγκατάθεση των γονέων ή των κηδεμόνων τους.».....	128
Γράφημα 28. Κατανομή συχνοτήτων για την ερώτηση «Η δωρεά οργάνων είναι μία διαδικασία η οποία πρέπει να γίνεται αυτόματα χωρίς τη συναίνεση και την άδεια των συγγενών.».....	129
Γράφημα 29. Ιστόγραμμα συχνοτήτων ελέγχου κανονικότητας ερώτησης Q7	198
Γράφημα 30. Ιστόγραμμα συχνοτήτων ελέγχου κανονικότητας ερώτησης Q8	199
Γράφημα 31. Ιστόγραμμα συχνοτήτων ελέγχου κανονικότητας ερώτησης Q9	201
Γράφημα 32. Ιστόγραμμα συχνοτήτων ελέγχου κανονικότητας ερώτησης Q10	202
Γράφημα 33. Ιστόγραμμα συχνοτήτων ελέγχου κανονικότητας ερώτησης Q11	204
Γράφημα 34. Ιστόγραμμα συχνοτήτων ελέγχου κανονικότητας ερώτησης Q12	205
Γράφημα 35. Ιστόγραμμα συχνοτήτων ελέγχου κανονικότητας ερώτησης Q20	207
Γράφημα 36. Ιστόγραμμα συχνοτήτων ελέγχου κανονικότητας ερώτησης Q21	208
Γράφημα 37. Ιστόγραμμα συχνοτήτων ελέγχου κανονικότητας ερώτησης Q22	210
Γράφημα 38. Ιστόγραμμα συχνοτήτων ελέγχου κανονικότητας ερώτησης Q23	211
Γράφημα 39. Ιστόγραμμα συχνοτήτων ελέγχου κανονικότητας ερώτησης Q24	213
Γράφημα 40. Ιστόγραμμα συχνοτήτων ελέγχου κανονικότητας ερώτησης Q25	214
Γράφημα 41. Ιστόγραμμα συχνοτήτων ελέγχου κανονικότητας ερώτησης Q26	215
Γράφημα 42. Ιστόγραμμα συχνοτήτων ελέγχου κανονικότητας ερώτησης Q27	216
Γράφημα 43. Ιστόγραμμα συχνοτήτων ελέγχου κανονικότητας ερώτησης Q28	218
Γράφημα 44. Ιστόγραμμα συχνοτήτων ελέγχου κανονικότητας ερώτησης Q29	220
Γράφημα 45. Ιστόγραμμα συχνοτήτων ελέγχου κανονικότητας ερώτησης Q30	221
Γράφημα 46. Ιστόγραμμα συχνοτήτων ελέγχου κανονικότητας ερώτησης Q32	223
Γράφημα 47. Ιστόγραμμα συχνοτήτων ελέγχου κανονικότητας ερώτησης Q33	224
Γράφημα 48. Ιστόγραμμα συχνοτήτων ελέγχου κανονικότητας ερώτησης Q34	226

Περίληψη

Εισαγωγή: Η πανδημία COVID-19 έχει καταστεί μια πολύ σημαντική πρόκληση για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης διεθνώς, καθώς και για τους κλινικούς ιατρούς και τους ερευνητές. Παρά τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων, την ταχεία εξάπλωση της λοίμωξης, την έλλειψη αποτελεσματικών θεραπειών, την έλλειψη προσωπικού και τους κινδύνους επικοινωνίας κατά τη χρήση του προσωπικού προστατευτικού εξοπλισμού, θα πρέπει πάντα να παρέχεται η κατάλληλη φροντίδα λαμβανομένων υπόψη των σχετικών με την αυτονομία του ασθενούς. Σκοπός της παρούσας διπλωματικής θέσης είναι η διερεύνηση των απόψεων των νοσηλευτών του Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων» σχετικά με ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας κατά τη νοσηλευτική τους πρακτική κατά την περίοδο της πανδημίας COVID-19. Η μελέτη περιλαμβάνει μόνο το νοσηλευτικό προσωπικό.

Μεθοδολογία: Επιλέχθηκε η ποσοτική ερευνητική μεθοδολογία για τη διερεύνηση των απόψεων των νοσηλευτών σε ότι αφορά τα ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας κατά την περίοδο της πανδημικής κρίσης. Ο υπό μελέτη πληθυσμός είναι νοσηλευτές του Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων» και η χρονική διάρκεια της μελέτης αφορά στο σύνολο 5 μήνες, ήτοι από τον Οκτώβριο 2021 έως και τον Ιανουάριο 2022. Διαμοιράστηκαν 300 ερωτηματολόγια και επιστράφηκαν πλήρως συμπληρωμένα και κατάλληλα προς επεξεργασία 251.

Αποτελέσματα: Βρέθηκε ότι οι γυναίκες παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερη δυσκολία στην καθημερινή κλινική τους πρακτικής λόγω των ηθικών προβλημάτων ($\mu.o=3.04$, $\tau.a=1.00$) από τους άνδρες ($\mu.o=2.63$, $\tau.a=0.80$) που συμμετείχαν στο δείγμα ($t(248)=-2,587$, $p<0.01$). Βρέθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ των κατηγοριών της ηλικίας ως προς πόσο τα ηθικά προβλήματα δυσκολεύουν την καθημερινή σας κλινική πρακτική ($F(3, 246)= 3.353$, $p<0.05$). Πιο συγκεκριμένα, οι ηλικίας <30 φαίνεται πως δυσκολεύονται λιγότερο στην καθημερινότητα τους από τα ηθικά προβλήματα που μπορεί να προκύψουν ($\mu.o=2.55$, $\tau.a=0.79$) σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες καθώς εμφανίζουν υψηλότερους μέσους όρους. Οι έγγαμοι έρχονται πιο συχνά σε σύγκρουση με τους συναδέλφους τους σε ζητήματα ηθικής/δεοντολογίας ($\mu.o=2,73$, $\tau.a=0,92$) από τους άγαμους ($\mu.o=2,44$, $\tau.a=1.08$) που συμμετείχαν στο δείγμα ($t(248)=-2,294$, $p<0.05$). Τέλος, ο νοσηλευτής δεν μπορεί να αρνηθεί να συμμετάσχει σε μία

άμβλωση ($F(5, 244)= 7,256, p<0.01$). Πιο συγκεκριμένα, οι ερωτώμενοι με εργασιακή εμπειρία >25 έτη συμφωνούν σε μεγαλύτερο βαθμό ($\mu.o=3,82, \tau.a=1,01$) σε σύγκριση με τους υπόλοιπους ερωτώμενους διαφορετικής εργασιακής κλίμακας καθώς εμφανίζουν χαμηλότερους μέσους όρους.

Συμπεράσματα: Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης έχουν φαινομενικά τροποποιηθεί στον απόηχο του COVID-19. Η έναρξη της πανδημίας COVID-19 έχει απαιτήσει την πρόοδο στις βιοηθικές προσεγγίσεις στη λήψη ιατρικών αποφάσεων. Η προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών από νοσηλευτές εξασφαλίζει την ποιότητα της φροντίδας των ασθενών και ενισχύει το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών. Η επαρκής γνώση σχετικά με τα δικαιώματα των ασθενών μεταξύ των νοσηλευτών θα είναι καρποφόρα για τη διάδοση της ευαισθητοποίησης των ασθενών.

Abstract

Introduction: The COVID-19 pandemic has become a major challenge for healthcare systems internationally, as well as for clinicians and researchers. Despite the severity of the symptoms, the rapid spread of the infection, the lack of effective treatments, the lack of staff and the risks of communication when using personal protective equipment, appropriate care should always be provided taking into account the patient's autonomy. The purpose of this dissertation is to investigate the views of the nurses of the General Hospital of Nikaia "Agios Panteleimon" on issues of ethics in their nursing practice during the COVID-19 pandemic. The study includes only the nursing staff.

Methodology: The quantitative research methodology was chosen to investigate the views of nurses regarding ethical issues during the period of the pandemic crisis. The study population is nurses of the General Hospital of Nikaia "Agios Panteleimon" and the duration of the study is a total of 5 months, ie from October 2021 to January 2022. 300 questionnaires were distributed and returned fully completed and suitable for processing 251.

Results: It was found that women presented significantly higher difficulty in their daily clinical practice due to moral problems ($M = 3.04$, $S.D. = 1.00$) than men ($M = 2.63$, $S.D. = 0.80$) who participated in the sample ($t(248) = -2,587$, $p < 0.01$). A significant difference was found between the age categories in terms of how much moral problems complicate your daily clinical practice ($F(3, 246) = 3.353$, $p < 0.05$). More specifically, those aged < 30 seem to have less difficulty in their daily lives from the moral problems that may arise ($M = 2.55$, $S.D. = 0.79$) compared to other age groups as they show higher mean. Married people are more often in conflict with their colleagues in matters of ethics ($M = 2.73$, $S.D. = 0.92$) than unmarried ($M = 2.44$, $S.D. = 1.08$) who participated in the sample ($t(248) = -2,294$, $p < 0.05$). Finally, the nurse cannot refuse to participate in an abortion ($F(5, 244) = 7,256$, $p < 0.01$). More specifically, respondents with work experience > 25 years agree to a greater extent ($M = 3.82$, $S.D. = 1.01$) compared to other respondents of different working experience as they show lower mean.

Conclusions: Healthcare systems seem to have changed in the wake of COVID-19. The onset of the COVID-19 pandemic has required advances in bioethical approaches to medical decision-making. Protecting patients' rights from nurses ensures the quality of patient care and enhances patient satisfaction. Adequate knowledge of patients' rights among nurses will be fruitful in disseminating patient awareness.

Εισαγωγή

Η πανδημία COVID-19 έχει καταστεί μια πολύ σημαντική πρόκληση για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης διεθνώς, καθώς και για τους κλινικούς ιατρούς και τους ερευνητές. Ο ιός SARS-CoV-2 ξεκίνησε αρχικά στην Ασία τον Νοέμβριο του 2019 και εξαπλώθηκε σε όλη την Ευρώπη, τις Ηνωμένες Πολιτείες και στην Αυστραλία και άλλες περιοχές, επηρεάζοντας περισσότερους από ένα εκατομμύριο ανθρώπους παγκοσμίως σε λίγους μήνες (McMillan, 2020). Κατά την αντιμετώπιση της πανδημίας του COVID-19, έχουν προκύψει πολλά νομικά, κοινωνικά και ηθικά ζητήματα. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) περιέγραψε τις ηθικές υποχρεώσεις των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης κατά τη διάρκεια μιας πανδημίας σε τρεις διαφορετικές κατηγορίες: ηθική, επαγγελματική και νομική (World Health Organisation, 2007).

Σε ό,τι αφορά στις έρευνες που χρειάστηκαν να πραγματοποιηθούν λόγω της νέας αυτής πανδημίας, αξίες όπως ο σεβασμός στους συμμετέχοντες, η αξιοπιστία και η ακεραιότητα της έρευνας, η δικαιοσύνη και η ευεργεσία συμβάλλουν στη διαμόρφωση της σχέσης μεταξύ ερευνητών και υποκειμένων ως σχέση εμπιστοσύνης, αμοιβαίας ευθύνης και ηθικής ισότητας. Ο σεβασμός αναγνωρίζει την αξία του ατόμου και την αυτονομία του στον έλεγχο της ζωής και των αποφάσεών του. Η δικαιοσύνη περιλαμβάνει έναν σεβασμό στην ανθρώπινη ομοιότητα που κάθε άτομο μοιράζεται με το άλλο, γεγονός το οποίο θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά την έρευνα και την ιατρική πρακτική. Η ωφέλεια στην έρευνα περιλαμβάνει την εκτίμηση του κινδύνου βλάβης και των πιθανών οφελών της έρευνας στους συμμετέχοντες και στην ευρύτερη κοινότητα. Επιπλέον, λαμβάνει υπόψη την ευημερία και τα συμφέροντα των ερευνητών και των συναφών ατόμων, ενώ παράλληλα εξετάζει τις κοινωνικές και πολιτιστικές επιπτώσεις της εργασίας τους (González-Duarte, Kaufner-Horwitz and Aguilar-Salinas, 2020; Skapetis, Law and Rodricks, 2021).

Παρά τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων, την ταχεία εξάπλωση της λοίμωξης, την έλλειψη αποτελεσματικών θεραπειών, την έλλειψη προσωπικού και τους κινδύνους επικοινωνίας κατά τη χρήση του προσωπικού προστατευτικού εξοπλισμού, θα πρέπει πάντα να παρέχεται η κατάλληλη φροντίδα λαμβανομένων υπόψη των σχετικών με την αυτονομία του ασθενούς (Gennari and Naspro, 2020; de Cássio Zequi *et al.*, 2021).

Είναι επείγον να δημιουργηθούν ειδικά, δυναμικά και ειδικά ενημερωμένα έντυπα συγκατάθεσης για ασθενείς με COVID-19 που συμμετέχουν σε κλινικές δοκιμές και μελέτες παρατήρησης, αλλά και για την νοσηλευτική πρακτική προς αποφυγή συγκρούσεων των επαγγελματιών υγείας με τους ασθενείς (Chen *et al.*, 2020).

Η παρούσα μελέτη παρουσιάζει ένα αρκετά ευρύ φάσμα θεμάτων βιοηθικής, είτε σχετίζονται με την COVID είτε όχι. Περιλαμβάνονται θέματα σχετικά με την αρχή και το τέλος της ζωής, καθώς και ηθική ενίσχυση και προγνωστική γενετική δοκιμή. Ωστόσο, η COVID-19, ο οποίος έχει τόσο μεγάλες επιπτώσεις στην οικονομική δραστηριότητα και την κοινωνική ζωή, εξακολουθεί να έχει αντίκτυπο στην ίδια τη βιοηθική. Θέματα δημόσιας υγείας, όπως η ηθική του εμβολιασμού, η εκμετάλλευση και η κατανομή των πόρων, αναφέρονται με σκοπό την βέλτιστη κατανόηση των επιπτώσεων της πανδημίας σε ότι αφορά την βιοηθική (Brosemer *et al.*, 2020). Η πανδημία είχε επίσης επιπτώσεις στην ηθική στα επαγγέλματα της υγειονομικής περίθαλψης και στον τρόπο με τον οποίο οι επαγγελματίες εκτιμώνται και επιβραβεύονται (Silva and Smith, 2020). Ενδιαφέρον, ωστόσο, έχουν και τα βιοηθικά ζητήματα που έχουν επηρεαστεί από την πανδημία με έναν πιο έμμεσο τρόπο όπως η ψυχική υγεία τόσο των επαγγελματιών υγείας όσο και του γενικού πληθυσμού.

Η πανδημία της COVID-19 θα συνεχίσει να εξελίσσεται για τους επόμενους μήνες, δημιουργώντας κάποια αβεβαιότητα, προκαλώντας το τρέχον σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και εγείροντας σημαντικά ηθικά ερωτήματα (Sabatello *et al.*, 2020; Chadwick, 2021). Ωστόσο, η ηθική συμπεριφορά σε όλες τις πτυχές θα πρέπει να εξακολουθήσει να βρίσκεται στο προσκήνιο (Chadwick, 2020). Η πανδημία έχει διαφοροποιήσει κάποιες τακτικές ιατρικές δραστηριότητες, αλλά αναφέρεται ότι θα πρέπει να λαμβάνονται ιδιαίτερος υπόψη οι μακροπρόθεσμες συνέπειες της ηθικής έρευνας (Kim and Grady, 2020). Η προσαρμογή ή χρήση εντύπων γενικής συναίνεσης, ηλεκτρονικών ή ηχογραφήσεων για τη μετάδοση σαφών πληροφοριών και η τεκμηρίωση αυτών των διαδικασιών μπορεί να βοηθήσει τις δυσκολίες στην ενημέρωση και υποστήριξη της ενημερωμένης συμμετοχής κατά τη διάρκεια της πανδημίας χωρίς να παραβιάζονται ηθικές αρχές. Τέλος, αυτή η πανδημία έδειξε ότι απαιτείται συνεχής εκπαίδευση σε καλές κλινικές πρακτικές για όλα τα μέλη της ιατρικής και νοσηλευτικής κοινότητας (Druml, 2020; Ogbogu and Hardcastle, 2021).

Γενικό μέρος

Κεφάλαιο 1^ο

1.1 Η έννοια της ηθικής

Η συνεχής εξέλιξη της υγειονομικής περίθαλψης, των νομικών και ιδιαίτερα των βιοηθικών ζητημάτων επιβάλλουν ιδιαίτερα προσεκτική θεώρηση. Δεδομένης της εξέλιξης της δημόσιας υγείας και των αλλαγών που προκύπτουν από την παγκοσμιοποίηση, έχουν εμφανιστεί νέα ηθικά προβλήματα σε αυτόν τον τομέα για να ακολουθηθεί μια συνεκτική προσέγγιση στη ρύθμιση της δημόσιας υγείας για την αντιμετώπιση ηθικών προβλημάτων. Ο κύριος και κλασικός σκοπός της δημόσιας υγείας είναι η αποφυγή ασθενειών παρά η θεραπεία ασθενειών. Σε αντίθεση με την ιατρική πρακτική που σχετίζεται με την υγεία των ασθενών, η επιτυχία της δημόσιας υγείας εστιάζεται στην υγεία του πληθυσμού. Η εφαρμογή των προτύπων δεοντολογίας σε αυτούς τους δύο τομείς είναι διακριτή λόγω των διαφορών στις κλινικές διαδικασίες και τις διαδικασίες δημόσιας υγείας. Σύμφωνα με τη δημόσια υγεία, αυτός ο τομέας αντιμετωπίζεται για πάντα από διλήμματα αποδεκτής εμβέλειας και ηθική σύγκρουση με την προσωπική ανεξαρτησία όσον αφορά τις δραστηριότητές του (Abbasí *et al.*, 2018).

Αν και δεν υπάρχουν κοινές ηθικές θεωρίες για τη δημόσια υγεία, βασικές αρχές και απλές υποθέσεις δύνανται να είναι συνήθεις σε όλες αυτές τις έννοιες. Με βάση την πρακτική εφαρμογή της ηθικής της δημόσιας υγείας, η εφαρμογή των κατάλληλων εννοιών και προτύπων στις διαδικασίες χάραξης πολιτικής για τη δημόσια υγεία καθίσταται εφικτή μέσω τριών κύριων εργασιών που εφαρμόζονται στο δεοντολογικό πλαίσιο (Prevention, 2020; McClung *et al.*, 2021):

- i. να αξιολογεί και να εξηγεί τα ηθικά ερωτήματα που τίθενται
- ii. να αξιολογήσει πιθανές διαδρομές δράσης και τον αντίκτυπό τους και
- iii. να αντιμετωπιστεί το εκάστοτε ζήτημα αξιολογώντας ολόκληρη την πορεία δράσης ενσωματώνοντας τις κατευθυντήριες αρχές και αξίες και συνδυάζοντάς τις καλύτερα.

Η ηθική είναι ένα σύνολο ηθικών προτύπων και ένας κώδικας συμπεριφοράς, που διέπει τις αλληλεπιδράσεις ενός ατόμου με άλλα άτομα του κοινωνικού συνόλου. Αν

και οι νόμοι είναι πιο κατάλληλοι να είναι καθολικοί κανόνες που τηρούνται από όλους, διαφορετικοί πολιτισμοί έχουν διαφορετικούς ηθικούς κώδικες. Επομένως, δεν υπάρχουν καθολικές αλήθειες στην ηθική γιατί είναι δύσκολο να οριστεί ότι τα έθιμα είναι είτε σωστά είτε λανθασμένα. Κάθε πρότυπο ηθικής είναι δεσμευμένο σε πολιτισμό. Ο προσωπικός κωδικός ενός ατόμου δεν έχει ειδικό καθεστώς (Lewis *et al.*, 2012).

Οι ακόλουθες τέσσερις ηθικές αρχές θα βοηθήσουν στον καθορισμό των ηθικών συστάσεων (Leadbeater *et al.*, 2018; McClung *et al.*, 2021):

- i. εξασφάλιση του μέγιστου οφέλους και της ελάχιστης βλάβης,
- ii. επίτευξης δικαιοσύνης,
- iii. εξάλειψης της ανισότητας στην υγεία και
- iv. επίτευξης διαφάνειας.

1.2 Η έννοια της βιοηθικής

Η σύγχρονη έννοια της βιοηθικής προέκυψε τη δεκαετία του 1960, αρχικά στη Βόρεια Αμερική και τη Δυτική Ευρώπη και τελικά σε ολόκληρο τον κόσμο, ως απάντηση στην τεράστια άνοδο της επιρροής της ιατρικής και των βιοϊατρικών επιστημών τον 20ό αιώνα. Η βιοηθική παραμένει ένας σημαντικός τομέας ενδιαφέροντος, με υποβολές όχι μόνο από ηθικούς φιλοσόφους, αλλά και από ιατρούς, παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, κοινωνικούς επιστήμονες και δικηγόρους. Τα προβλήματα της μεταμόσχευσης οργάνων και ιστών, η διαφορεική πρόσβαση σε φάρμακα που σώζουν ζωές και νέες αντισυλληπτικές θεραπείες και η σημαντική αύξηση του αριθμού και του είδους των κλινικών δοκιμών συζητούνται από επαγγελματίες υγείας, υγειονομικές αρχές και κρατικούς εισαγγελείς (Coleman *et al.*, 2007).

Η βιοηθική αναφέρεται στις ηθικές επιπτώσεις της βιοϊατρικής τεχνολογίας και των πρακτικών της. Το πρόθεμα «βιο» αναφέρεται στη ζωή και τα ζητήματα της βιοηθικής αφορούν συχνά ζητήματα ζωής και θανάτου. Τα ηθικά και βιοηθικά πρότυπα μπορεί να είναι προσωπικά, οργανωτικά, θεσμικά ή παγκόσμια (Lewis *et al.*, 2012).

Ιδιαίτερα σημαντική είναι η συμβολή του Potter σε ότι αφορά τη θεωρία της βιοηθικής. Ο Potter παραπονέθηκε ότι ο νέος όρος «βιοηθική» έγινε εύκολα αποδεκτός και χρησιμοποιήθηκε ευρέως, αλλά μόνο ως ένα νέο φανταχτερό όνομα για την «ιατρική ηθική», όχι ως μια διαφορετική προσέγγιση σε ηθικά ζητήματα. Η αποδοχή του όρου υποδηλώνει λανθασμένα ότι υπήρχε κάτι νέο, όπως ο ίδιος σκόπευε επινοώντας τον όρο, αλλά στην πραγματικότητα συνέχισε μόνο την παραδοσιακή προσέγγιση, αν και με διαφορετικό πρόσχημα (Lane and Lane, 1991). Η προσέγγιση της βιοηθικής που έγινε κυρίαρχη, ειδικά υπό την επιρροή του Ινστιτούτου Κένεντι στο Πανεπιστήμιο Τζορτζτάουν (που ιδρύθηκε το 1971, με τη «βιοηθική» στο αρχικό του όνομα) έχει δύο ελαττώματα σύμφωνα με τον Potter.

Πρώτον, ασχολείται με την οπτική γωνία του κάθε ασθενούς. Το κύριο μέλημά της είναι πώς θα μπορούσαν να βελτιωθούν, να διατηρηθούν και να παραταθούν οι ατομικές ζωές μέσω της εφαρμογής ιατρικών τεχνολογιών. Δεύτερον, ενδιαφέρεται αποκλειστικά για τις βραχυπρόθεσμες συνέπειες των ιατροτεχνολογικών παρεμβάσεων. Δεν ασχολείται με αυτά που ο Potter θεωρούσε ως τα βασικά και πιο επείγοντα ηθικά προβλήματα της ανθρωπότητας που απειλούν την ανθρώπινη

επιβίωση, προβλήματα όπως η ρύπανση, η φτώχεια και η βία. Αυτά τα ελαττώματα διασφαλίζουν ότι η σύγχρονη βιοηθική δεν δημιουργεί πραγματικά νέες προοπτικές και νέες συνθέσεις που επικεντρώνονται στη διαφύλαξη του μέλλοντος του ανθρώπινου είδους. Προκειμένου να επαναλάβει ότι μια νέα προσέγγιση είναι απαραίτητη, ο Potter εισήγαγε ξανά στα τέλη της δεκαετίας του 1980 έναν νέο όρο: παγκόσμια βιοηθική (Lane and Lane, 1991). Αυτό που σήμερα είναι η βιοϊατρική ηθική ή η ιατρική βιοηθική.

Αυτό που θα πρέπει να ληφθεί υπόψη είναι μια αναμφισβήτητα καινοτόμος και διεπιστημονική προσέγγιση που συνδυάζει ιατρικές και ατομικές προοπτικές με κοινωνικές και οικολογικές ανησυχίες, έτσι ώστε να έχει παγκόσμια εμβέλεια, όχι μόνο με την έννοια ότι έχει παγκόσμια σημασία, αλλά επίσης να είναι περιεκτική και ευρεία (Ten Have and Gordijn, 2014).

Τρεις διακηρύξεις, συγκεκριμένα η Οικουμενική Διακήρυξη για το Ανθρώπινο Γονιδίωμα και τα Ανθρώπινα Δικαιώματα ('Universal Declaration on the Human Genome and Human Rights, Unesco', 1998), η Διεθνής Διακήρυξη για τα Ανθρώπινα Γενετικά Δεδομένα (Abbing, 2004) και η Οικουμενική Διακήρυξη για τη Βιοηθική και τα Ανθρώπινα Δικαιώματα (*Universal Declaration on Bioethics and Human Rights: UNESCO, 2005*) είναι ιδιαίτερα γνωστές σχετικά με τη βιοηθική. Αυτές οι διακηρύξεις ήταν αποτέλεσμα διαβουλεύσεων μεταξύ επιστημόνων, όσων εργάζονται στον τομέα της βιοηθικής, ανεξάρτητων εμπειρογνομόνων και άλλων υπηρεσιών όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. Σήμερα, αυτές οι τρεις διακηρύξεις παρέχουν ένα διεθνές νομικό και ηθικό πλαίσιο για όλα τα κράτη μέλη.

Η Διεθνής Διακήρυξη για τα Ανθρώπινα Γενετικά Δεδομένα εγκρίθηκε από τη Γενική Συνέλευση της UNESCO το 2003 και σχετίζεται με πολλά τρέχοντα προβλήματα, αν και παρέμενε πάντα στη σκιά των δύο παγκοσμίων βιοηθικών διακηρύξεων της UNESCO για το ανθρώπινο γονιδίωμα και τη βιοηθική και Ανθρώπινα δικαιώματα. Αυτή η Διακήρυξη επισήμανε την ευαισθησία των γονιδιωματικών και πρωτεομικών δεδομένων, υπέδειξε κατευθυντήριες γραμμές για τις επιλογές των ατόμων των οποίων το γενετικό υλικό ελεγχόταν και έδωσε σταθερές κατευθυντήριες οδηγίες για τις συνθήκες για τις οποίες πρέπει να ελέγχονται ανήλικοι και γενικά άτομα που δεν μπορούν να εκφράσουν τη συγκατάθεσή τους.

Πρέπει να σημειωθεί ότι η προαναφερθείσα πρόταση του Αμερικανικού Κολλεγίου Ιατρικής Γενετικής και Γονιδιωματικής έρχεται σε αντίθεση με πολλά σημεία της Διεθνούς Διακήρυξης για τα Ανθρώπινα Γενετικά Δεδομένα, συγκεκριμένα με το άρθρο 10 σχετικά με το δικαίωμα να αποφασίζει κάποιος εάν θα ενημερώνεται ή όχι για τα αποτελέσματα της έρευνας. Ωστόσο, σε κάποιο βαθμό έρχεται σε αντίθεση με το άρθρ. 8(δ) το οποίο δηλώνει ότι, «ο έλεγχος ανηλίκων και ενηλίκων που δεν μπορούν να συναινέσουν θα είναι κανονικά αποδεκτοί μόνο από ηθική άποψη όταν έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου και λαμβάνουν υπόψη το συμφέρον του/της». Αυτό αναφέρεται λεπτομερέστερα στην Οικουμενική Διακήρυξη για τη Βιοηθική και τα Ανθρώπινα Δικαιώματα, η οποία αναφέρει ότι κατά άρθρο 7 (β), «Έρευνα που δεν έχει δυνητικό άμεσο όφελος για την υγεία πρέπει να αναλαμβάνεται μόνο κατ' εξαίρεση». Αυτό θεωρείται γενικά ότι σημαίνει ότι οι δοκιμές για ασθένειες σε άτομα που δεν μπορούν να συναινέσουν θα πρέπει να πραγματοποιούνται μόνο εάν τα αποτελέσματα τους ωφελούν άμεσα και γενικά ερμηνεύεται ως μη ανάλυση γονιδίων για ασθένειες όπως ο κληρονομικός καρκίνος του μαστού ή η νόσος του Huntington που εκδηλώνεται μόνο σε ενήλικη ηλικία. Αξίζει να αναφερθεί ότι υπάρχουν μερικές εξαιρετικές εργασίες που περιγράφουν πότε και πώς πρέπει να κοινοποιούνται τέτοια αποτελέσματα, αλλά ίσως η κρίσιμη περιγραφή είναι ότι πρέπει να είναι «κλινικά ενεργά» τα άτομα (Wolf *et al.*, 2012).

1.3 Η έννοια της δεοντολογίας

Η δεοντολογία συνήθως εκφράζεται νομοθετικά. Οι νόμοι είναι κοινωνικοί κανόνες ή κανονισμοί, που είναι σκόπιμο ή υποχρεωτικό να τηρούνται. Η μη τήρηση του νόμου επιφέρει κυρώσεις. Οι νόμοι προστατεύουν την ευημερία και την ασφάλεια της κοινωνίας, επιλύουν τις συγκρούσεις με τακτικό και μη βίαιο τρόπο και εξελίσσονται συνεχώς σύμφωνα με μια ολοένα και πιο πλουραλιστική κοινωνία. Οι νόμοι διέπουν την ανθρωπότητα και την πρακτική της ιατρικής εδώ και χιλιάδες χρόνια. Σήμερα οι κυβερνήσεις έχουν συνταγματική εξουσία να δημιουργούν και να επιβάλλουν νόμους (Lewis *et al.*, 2012).

Η δεοντολογία της πρόσφατης έρευνας για την πολιτική και το σύστημα υγείας στερείται σε μεγάλο βαθμό μια ποικιλία κανονιστικών και περιγραφικών σημαντικών ερωτημάτων. Οι ηθικές αξίες της έρευνας για την πολιτική και το σύστημα υγείας τονίζουν τη δέσμευσή του για μείωση της ανισότητας στην υγεία. Ως εκ τούτου, η δεοντολογία των πολιτικών της υγείας επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από νομικά ζητήματα σχετικά με τη δικαιοσύνη (Pratt *et al.*, 2017).

Οι επαγγελματικοί κώδικες έχουν εξελιχθεί σε όλη την ιστορία, καθώς οι επαγγελματίες αντιμετώπιζαν διάφορα ηθικά και βιοηθικά ζητήματα. Όλο και περισσότερο, ομάδες επαγγελματιών έχουν ορίσει πώς πρέπει να συμπεριφέρονται τα μέλη του επαγγέλματός τους. Ο όρκος του Ιπποκράτη εξακολουθεί να βρίσκεται στους τοίχους πολλών εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης και κλινικών. Ο όρκος, που γράφτηκε για πρώτη φορά τον πέμπτο αιώνα π.Χ., εκχριστιανίστηκε τον δέκατο ή τον ενδέκατο αιώνα μ.Χ. για να εξαλειφθεί η αναφορά σε ειδωλολατρικούς θεούς. Ο όρκος του Ιπποκράτη προστάτευε τα δικαιώματα των ασθενών και έκανε έκκληση στα εσωτερικά και ενσυναίσθητα ένστικτα του ιατρού χωρίς να επιβάλλει κυρώσεις (Lewis *et al.*, 2012).

Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας της Σύμβασης της Γενεύης, που θεσπίστηκε από την Παγκόσμια Ιατρική Ένωση το 1949, είναι παρόμοιος με τον όρκο του Ιπποκράτη. Αυτός ο κώδικας αναφέρεται στους συναδέλφους ως αδέρφια και δηλώνει ότι η θρησκεία, η φυλή και άλλοι τέτοιοι παράγοντες δεν λαμβάνονται υπόψη για τη φροντίδα του ατόμου. Αυτός ο κώδικας αντικατοπτρίζει το γεγονός ότι η ιατρική θα

έπρεπε να είναι διαθέσιμη σε όλους κατά τη διάρκεια αυτής της εποχής (Lewis *et al.*, 2012).

Ο Κώδικας της Νυρεμβέργης θεσπίστηκε μεταξύ 1946 και 1949 ως αποτέλεσμα των δίκων των εγκληματιών πολέμου μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο. Αυτός ο κώδικας προτείνει οδηγίες για τον ανθρώπινο πειραματισμό. Οι συγγραφείς ήλπιζαν ότι ο κώδικας θα διασφάλιζε την ασφάλεια των ανθρώπων στα επόμενα χρόνια. Η Διακήρυξη του Ελσίνκι, που γράφτηκε μεταξύ 1964 και 1975, είναι μια ενημέρωση για τον ανθρώπινο πειραματισμό. Πολύ πιο λεπτομερής από τον Κώδικα της Νυρεμβέργης, περιλαμβάνει οδηγίες τόσο για θεραπευτική όσο και για επιστημονική κλινική έρευνα (Lewis *et al.*, 2012).

Σε αντίθεση με τον Κώδικα της Νυρεμβέργης, η Διακήρυξη του Ελσίνκι απευθύνεται στον κόσμο της ιατρικής και όχι στον κόσμο γενικότερα. Ο Κώδικας Δεοντολογίας του Ιατρού Βοηθού απευθύνεται στον ιατρό βοηθό και στον βοηθό γραφείου και κλινικής. Ο κώδικας υιοθετήθηκε από την Αμερικανική Ένωση Ιατρικών Βοηθών. Η Αμερικανική Ιατρική Ένωση καθιέρωσε τις Αρχές της Ιατρικής Ηθικής το 1847 και τις ενημέρωσε το 1957, το 1980 και ξανά το 2000. Το προοίμιο και οι εννέα αρχές έχουν χρησιμεύσει ως κατευθυντήριες οδηγίες για τους ιατρούς για πολλά χρόνια (Lewis *et al.*, 2012).

1.4 Κοινωνικοπολιτικές προεκτάσεις ηθικών διλημμάτων σε περιόδους κρίσεων

Οι πολιτικές υγείας εντάσσονται σε μια σειρά από ομοσπονδιακές και μη κυβερνητικές αποφάσεις και στρατηγικές για την προώθηση των προτεραιοτήτων στην υγειονομική περίθαλψη. Οι πολιτικές μπορεί να είναι προσανατολισμένες σε άτομα, νοσοκομεία, ασφαλιστικούς φορείς ή υπηρεσίες υγείας. Παραδείγματα περιλαμβάνουν πολιτικές πρόληψης κατά του καπνίσματος και πολιτικές που στοχεύουν στη διασφάλιση δίκαιης πρόσβασης στη φροντίδα. Οι πολιτικές καθοδηγούνται από την αναθεώρηση των νομικών εξουσιών και ευθυνών μιας χώρας για να διασφαλιστεί ότι οι άνθρωποι είναι υγιείς και να διασφαλιστεί ότι η χώρα έχει τη δυνατότητα να παρέχει ισόνομα την αυτονομία, την ελευθερία, την ιδιωτική ζωή και άλλα έννομα συμφέροντα των ατόμων για κοινό καλό. Αυτές οι στρατηγικές πρέπει να ακολουθούν τα ηθικά πρότυπα που απαιτούν τεκμηριωμένους κανόνες δημόσιας υγείας που βασίζονται σε ολοκληρωμένες πληροφορίες υψηλής ποιότητας τόσο για νομικές ενέργειες όσο και για τους βέλτιστους στόχους για την υγεία και την ευημερία. Οι κυβερνώντες έχουν συνήθως την ηθική ευθύνη να διασφαλίζουν ότι οι κανόνες της δημόσιας υγείας συμμορφώνονται με τη βιοηθική και να εκπληρώνουν με επιτυχία τους στόχους τους. Προκειμένου να εντοπιστούν οι επιπτώσεις της εφαρμογής της καθιερωμένης νομοθεσίας, επανεξετάζεται συνεχώς η επιστημονική έρευνα και επανεξετάζονται στοιχεία στη διαδικασία χάραξης πολιτικής για να διαμορφωθούν οι προτιμήσεις πολιτικής για τις τρέχουσες και τις μελλοντικές ανάγκες (Lowrey, Morain and Baugh, 2016; Phillips *et al.*, 2022).

Η εφαρμογή δεδομένων δημόσιας υγείας σε συγκεκριμένες κοινότητες χρειάζεται πληροφορίες σχετικά με την αποτελεσματικότητα, τη σχετική ζημιά και το κέρδος των πρωτοβουλιών δημόσιας υγείας, πώς μπορεί να αναληφθεί η πρωτοβουλία, εάν επηρεάζει τα πιο ευάλωτα άτομα και την επιμελητεία που εμπλέκεται στη διαδικασία υλοποίησης (Gopichandran *et al.*, 2016).

Η παροχή καθολικής κάλυψης υγείας αποτελεί ένα από τους στόχους βιώσιμης ανάπτυξης και διασφαλίζει ότι όλοι απολαμβάνουν υγειονομική περίθαλψη ανεξάρτητα από τις προσωπικές τους οικονομικές δυσκολίες. Καθίσταται, ως εκ τούτου, ζωτικής σημασίας να ενισχυθεί η ισχύς των πολιτικών για την υγεία σε περιοχές με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό κεφάλαιο (Zielinski *et al.*, 2014).

Κεφάλαιο 2^ο

2.1 Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις των ασθενών

Το δικαίωμα ως όρος απαντάται σε πλείστα κείμενα διεθνώς και αποτελεί ένα βασικό χαρακτηριστικό των σύγχρονων κοινωνιών. Τα δικαιώματα μπορεί να αναφέρονται σε διάφορες κατηγορίες και ομάδες ατόμων ή ακόμα και καταστάσεων όπως τα δικαιώματα που απορρέουν από την εργασία, τα δικαιώματα που απορρέουν από την ιδιότητα του γυναικείου φύλου και της παιδικής ηλικίας και εν γένει τα ανθρώπινα δικαιώματα. Η οριοθέτηση του δικαιώματος αφορά στην ελευθερία του ατόμου το οποίο δύναται να απολαύσει ορισμένα αγαθά και υπηρεσίες ως απόρροια της έννομης τάξης η οποία εκλύεται είτε από την πολιτεία είτε από τους ηθικούς κανόνες, συνήθως άγραφους. Οι δύο βασικές διακηρύξεις που θεωρούνται σημεία σταθμοί για τα ανθρώπινα δικαιώματα, τις προεκτάσεις τους και τη θεμελίωσή και ένταξή τους στην κοινωνία αποτελούν η Διακήρυξη της Ανεξαρτησίας των ΗΠΑ του 1776 και η Οικουμενική Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων του 1948. Πρόσθετος σταθμός σε ότι αφορά τα δικαιώματα του ατόμου και τη συσχέτισή τους με την υγεία αποτελεί και ο Κώδικας της Νυρεμβέργης το 1957. Η Διακήρυξη της Αμερικάνικης Νοσοκομειακής Ένωσης του 1972 αποτελεί την πρώτη επίσημη αναφορά, η οποία εμπεριέχει την έννοια και συγκεκριμένες διατάξεις για τα δικαιώματα των ασθενών και συγκεκριμένα αναφέρεται στο δικαίωμα των ασθενών προς ενημέρωση από τον ιατρό τους, στο δικαίωμα της ίσης μεταχείρισης και της αντιμετώπισης από όλους τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης με σεβασμό (ΙΑΑ, 2005).

Η θεωρητική και πρακτική εφαρμογή των γενικών αρχών για τα ανθρώπινα δικαιώματα σε ότι αφορά την υγειονομική αντιμετώπιση των ατόμων εμπερικλείεται στη γενική έννοια των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, ως καθίσταται σαφές δυνάμει της βασικής οριοθέτησης των δικαιωμάτων του ανθρώπου. Βασική παράμετρος των δικαιωμάτων των ασθενών αποτελεί η σχέση η οποία αναπτύσσεται μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και των ίδιων των ασθενών. Εφαρμόζει γενικά τις αρχές των δικαιωμάτων σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο ή περιβάλλον. Αξίζει να αναφερθεί ότι το πλαίσιο στο οποίο επικεντρώνεται η έννοια των δικαιωμάτων των ασθενών είναι καθολική, καθώς δεν αποκλείει κάποια συγκεκριμένη ομάδα ανθρώπων, παρόλη τον εννοιολογικό περιορισμό του ασθενούς. Το ιατρικό λεξικό του Dorland ορίζει την

«περίθαλψη των ασθενών» ως «τις υπηρεσίες που παρέχονται από τα μέλη του επαγγέλματος της υγείας και τους μη επαγγελματίες προς όφελος του ασθενούς». Η φροντίδα των ασθενών αναφέρεται στους ασθενείς ως θεμελιώδεις παράγοντες και τους τελικούς αποδέκτες των υπηρεσιών. Η εστίαση στους ασθενείς, χωρίς να είναι αποκλειστική, είναι συνεπής, με τον τρόπο με τον οποίο η προσέγγιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων συμβάλλει στον εντοπισμό και την αντιμετώπιση των τρωτών σημείων (Cohen Jonathan and Ezer Tamar, 2013).

Σύμφωνα με τους Ακινόσογλου και συν (2006) «...Αδιαμφισβήτητα η σχέση ιατρού-ασθενούς, σε αντίθεση με οποιαδήποτε άλλη επαγγελματική συνεργασία, οφείλει να πλαισιώνεται από ιδιαίτερα ξεχωριστούς κανόνες. Και αυτό γιατί η παραπάνω σχέση υφίσταται πολύ από κάθε άλλη διαπροσωπική επαγγελματική συνεργασία του τύπου «ζήτησης-παροχής υπηρεσιών». Οι υπηρεσίες που ανταλλάσσονται εδώ έχουν να κάνουν με το πολυτιμότερο αγαθό της υγείας. Επιπλέον, όμως, αυτή η συνεργασία είναι στο βάθος της διαδικασίας συναισθηματικής αλληλεπίδρασης, που θέτει συνεχώς σε δοκιμασία σχέσεις, όπως αμοιβαίας εμπιστοσύνης και αλληλοκατανόησης. Ποιος όμως καθορίζει και πως κατοχυρώνεται η διατήρηση της σχέσης ιατρού-ασθενούς σε επίπεδα τέτοια, ώστε από τη μία να εξασφαλίζεται η υψηλή ποιότητα ιατρικής υπηρεσίας και από την άλλη η συναισθηματική σχέση να διατηρείται αλώβητη; Και αυτό ιδιαίτερα για περιπτώσεις, στις οποίες συγκρούονται ηθικοί κανόνες της καθιερωμένης ηθικής με τους κανόνες της ιδεώδους άσκησης της ιατρικής επιστήμης...» (Ακινόσογλου και συν, 2006).

Η θεσμική αναγνώριση των δικαιωμάτων των ασθενών ενυπάρχει σε πληθώρα διεθνών κειμένων όπως η Οικουμενική Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων του ΟΗΕ που συστάθηκε το 1948, ο πρώτος κώδικας δικαιωμάτων του ασθενή το 1973 στις ΗΠΑ, η Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την Προστασία των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου το 1950, ο Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης το 1961 που επικυρώθηκε από την Ελλάδα το 1984, η Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και τη βιοϊατρική το 1997, οι τρεις διακηρύξεις της UNESCO αναφορικά με τη βιοηθική και τη γενετική και η διακήρυξη για την προαγωγή των δικαιωμάτων των ασθενών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας το 1994 (Μητροσύλη, 2009).

Στο Ελληνικό Σύνταγμα και συγκεκριμένα στο άρθρο 21 παρ. 3 τίθεται η συνταγματική κατοχύρωση του δικαιώματος του πολίτη της Ελλάδας (όχι μόνο του Έλληνα) σε ότι αφορά την υγεία. Το δικαίωμα αυτό χαρακτηρίζεται από τρία βασικά στοιχεία: την

καθολικότητα, την υπευθυνότητα και την ισότητα και πέντε πρόσθετες αρχές: της πληροφόρησης, της συναίνεσης, της εμπιστευτικότητας, της ιδιωτικότητας και του σεβασμού της αξίας και της προσωπικότητας, που σε συνδυασμό συνθέτουν τη βάση για τη θέσπιση του δικαιώματος του ασθενή (Παπαρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη, 2009).

Η Ελληνική Πολιτεία θέλοντας να προάγει την την προστασία των δικαιωμάτων των νοσοκομειακών ασθενών αναφέρει σύμφωνα με το Άρθρο 47 του Νόμου 2071/1992 *«...τη σύσταση της αυτοτελούς Υπηρεσίας Προστασίας Δικαιωμάτων Ασθενών σε επίπεδο τμήματος, υπαγόμενη στο Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, για την παρακολούθηση και τον έλεγχο της προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών, την εξέταση παραπόνων και καταγγελιών που αφορούν την παροχή υπηρεσιών προς τους ασθενείς και την εισήγηση προς το Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας σχετικά με τα θέματα αυτά...»* Πρόσθετα το ελληνικό θεσμικό πλαίσιο αναγνωρίζει τα δικαιώματα των νοσοκομειακών ασθενών και στους χρήστες υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας βάσει του Νόμου 2519/ 1997. Τέλος σημαντική είναι η παράμετρος της κύρωσης της Σύμβασης του Οβιέδο, με το Νόμο 2619/1998 που αφορά στην προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου αναφορικά με τις εφαρμογές της βιοιατρικής και βιοτεχνολογίας (Αλεξιάδης, 2000).

Τέλος σημαντικός είναι και ο ρόλος του Γραφείου Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας που θεσπίστηκε με το Νόμο 4368/2016 και στις αρμοδιότητες του συγκαταλέγονται τα σχετικά με τα δικαιώματα των χρηστών ενδονοσοκομειακών και εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας και συγκεκριμένα σε ότι αφορά την υποδοχή, την ενημέρωση σχετικά με τις διαδικασίες που θα πρέπει να ακολουθούνται και τα δικαιώματα των ασθενών, τη διοικητική υποστήριξη, τη διευκόλυνση της σύνδεσης του πολίτη με το Συνήγορο του Πολίτη, τις Εθνικές Επιτροπές Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και Βιοηθικής, τις Επιτροπές Δικαιωμάτων του Υπουργείου Υγείας και τις διάφορες άλλες αρμόδιες ελεγκτικές αρχές.

2.1.1 Η ενημερωμένη συναίνεση

Μάλλον δεν είναι υπερβολή να πούμε ότι η συναίνεση έχει γίνει μια από τις πιο σημαντικές έννοιες στον βιοηθικό λόγο. Αρχής γενομένης από το νόμο (Rothman, 2001) που απαγορεύει την ανεπιθύμητη ή μη εξουσιοδοτημένη επαφή ενός ατόμου με άλλο – ο νόμος της επίθεσης, ή της καταπάτησης του ατόμου – η προφανής έλξη της έννοιας για τον αναπτυσσόμενο τομέα της βιοηθικής ήταν η δέσμευσή της για το απαραβίαστο του ανθρώπινου. Αυτή η άποψη του ατόμου ως άξιου προστασίας και σεβασμού ήταν ήδη παρούσα, αν και σε σχετικά στοιχειώδη μορφή, σε ορισμένα νομικά συστήματα, αλλά αναφέρεται στην ευρύτερη δημόσια συνείδηση από τις αποκαλύψεις που ακολούθησαν τις δίκες των ναζί ιατρών στη συνέχεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου.

Ο Κώδικας της Νυρεμβέργης (1947) που προέκυψε από αυτές τις δοκιμές, και ο οποίος απευθυνόταν ειδικά στο ζήτημα του πειραματισμού στον άνθρωπο, ήταν κατηγορηματικός στη δήλωσή του ότι «Η εκούσια συναίνεση του ανθρώπινου υποκειμένου είναι απολύτως απαραίτητη» (άρθρο 1). Αν και επικεντρώθηκε στον πειραματισμό με ανθρώπινο υποκείμενο, ο Κώδικας είχε ευρύτερες προεκτάσεις και επιρροή, έτσι ώστε «η συγκατάθεση με πληροφόρηση ήταν αξίωμα της κλινικής έρευνας και πρακτικής μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο...» (Weindling, 2001).

Τον Κώδικα της Νυρεμβέργης ακολούθησε η Διακήρυξη των Ηνωμένων Εθνών για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα (1948), η οποία ξεκινά με τη δέσμευση ότι, «όλα τα ανθρώπινα όντα γεννιούνται ελεύθεροι και ίσοι σε αξιοπρέπεια και δικαιώματα. Είναι προικισμένοι με λογική και συνείδηση και πρέπει να ενεργούν ο ένας προς τον άλλον με πνεύμα αδελφοσύνης». Το άρθρο 3 συνεχίζει ότι «καθένας έχει δικαίωμα στη ζωή, την ελευθερία και την προσωπική του ασφάλεια». Στη συνέχεια, οργανισμοί όπως η Παγκόσμια Ιατρική Ένωση έχουν εκδώσει συγκεκριμένους ηθικούς κώδικες σχετικά με τον ανθρώπινο πειραματισμό, ενώ έθνη στην Ευρώπη, την Αφρική και αλλού έχουν υπογράψει περιφερειακές και διεθνείς διακηρύξεις ανθρωπίνων δικαιωμάτων, οι οποίες ενσωματώνουν τη δέσμευση για το απαραβίαστο του ανθρώπου.

Στη βιβλιογραφία της βιοηθικής, η βασική νομική έννοια της συναίνεσης έχει επεξεργαστεί και αναπτυχθεί περαιτέρω χρησιμοποιώντας έννοιες όπως ο σεβασμός της ακεραιότητας, ο σεβασμός της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και ο σεβασμός της

αυτονομίας. Ενώ η «αξιοπρέπεια» παραμένει μια έννοια που είναι δύσκολο να περιγραφεί με οποιαδήποτε σαφήνεια, οι επιπτώσεις της είναι προφανείς. Έχει να κάνει με το σεβασμό των άλλων, τις αξίες τους, το πρόσωπο και τα πιστεύω τους. Ομοίως, η ακεραιότητα μπορεί να φαίνεται κάπως ασαφής έννοια, αλλά μπορεί να κατανοηθεί ευρέως ο σκοπός και το περιεχόμενό της. Αν και σε καμία περίπτωση μια απλή έννοια, η αυτονομία (ή ο σεβασμός της αυτονομίας) αναμφισβήτητα διαδραμάτισε κεντρικό ρόλο στην αναπτυσσόμενη νομολογία σχετικά με τη συναίνεση και επηρέασε σημαντικά την αναπτυσσόμενη πειθαρχία της βιοηθικής. Αυτό επηρέασε όχι μόνο τον ανθρώπινο πειραματισμό (ή ακριβέστερα την έρευνα), αλλά έχει επίσης επηρεάσει την κλινική πρακτική, έτσι ώστε η ανάγκη σεβασμού της αυτονομίας του ασθενούς με τη λήψη της συναίνεσης μεμονωμένων συμμετεχόντων στην έρευνα και ασθενών θεωρείται πλέον σχεδόν δεδομένη από τους επιστήμονες και τους ιατρούς. Όπως τονίζει η Διεθνής Επιτροπή Βιοηθικής της UNESCO (IBC), «η συναίνεση είναι μία από τις βασικές αρχές της βιοηθικής επειδή συνδέεται στενά με την αρχή της αυτονομίας και επειδή αντανάκλα την επιβεβαίωση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της ανθρώπινης αξιοπρέπειας που είναι οι βασικές αξίες των δημοκρατικών κοινωνιών».

Η σημασία της συναίνεσης, τόσο στη θεωρία όσο και στην πράξη, ενισχύεται από το γεγονός ότι αναφέρεται (μερικές φορές πολύ συχνά) σε όλες τις εκθέσεις της Διεθνούς Επιτροπής Βιοηθικής, ακόμη και σε αυτές που προηγούνται της δημοσίευσης της Διακήρυξης για τη Βιοηθική και τα Ανθρώπινα Δικαιώματα (2005). Πράγματι μόνο η έκθεση για τα τρόφιμα, τη βιοτεχνολογία των φυτών και την ηθική (1996) δεν περιέχει καμία συγκεκριμένη αναφορά συγκατάθεσης.

Για τον Kant (1785), «η αυτονομία εκδηλώνεται σε μια ζωή στην οποία εκπληρώνονται τα καθήκοντα, στην οποία υπάρχει σεβασμός για τους άλλους και τα δικαιώματά τους, παρά σε μια ζωή απελευθερωμένη από όλους τους δεσμούς... είναι θέμα δράσης σε ορισμένες αρχές, και συγκεκριμένα στις αρχές της υποχρέωσης» (O'Neill, 2002). Η αυτονομία, στην ιδεολογία του Kant, έχει τις ρίζες της στα καθήκοντα παρά στα δικαιώματα. Δηλαδή, το να είσαι αυτόνομος σημαίνει «το να μην μπορείς να κάνεις ή να έχεις ό,τι θέλεις, αλλά μάλλον να έχεις την ικανότητα για ορθολογική αυτοδιακυβέρνηση» (Downie and Macnaughton, 2007).

Για ορισμένες φεμινίστριες θεωρητικές προσεγγίσεις, η αυτονομία θεωρείται καλύτερα ως σχεσιακή παρά ως ατομική έννοια. Αυτό έχει δύο συνέπειες. Πρώτον, υποστηρίζεται ότι καθώς το άτομο είναι «ενσωματωμένο στις κοινωνικές σχέσεις, κάποιος άλλος που μοιράζεται τον πολιτισμό μπορεί να είναι σε θέση να καταλάβει καλύτερα από ό,τι καταλαβαίνει τον εαυτό του» (Williams, 2005). Αυτό υποδηλώνει ότι η απλή ικανότητα λήψης απόφασης δεν πρέπει να θεωρείται ισοδύναμη με αυτονομία. Αντίθετα, τα άτομα μοιράζονται υποθέσεις και δεσμεύσεις που διαμορφώνουν αυτές τις αποφάσεις. Η δεύτερη πτυχή του σχεσιακού λογαριασμού είναι η ανησυχία του για τον αντίκτυπο των αποφάσεών του ατόμου στους άλλους. Απορρίπτοντας αυτό που έχει ονομαστεί «ηθικός ατομισμός», (Pellegrino and Thomasma, 1987) υποστηρίζεται ότι «κάθε έννοια της αυτονομίας που αποτυγχάνει να ενσωματώσει κοινωνικά τοποθετημένες διαπροσωπικές σχέσεις βασίζεται στην ψευδαίσθηση» (Donchin, 2000).

2.1.2 Οι βασικές αρχές που διέπουν τα δικαιώματα των ασθενών

Η ευεργεσία είναι ένας από τους πυλώνες της ιατρικής –η παροχή ευεργετικής θεραπείας στον ασθενή με παράλληλη αποφυγή ή πρόληψη βλάβης– πηγάζει από τον σεβασμό για τη ζωή που πρέπει να στηρίζει κάθε ιατρική πρακτική. Η αυτονομία προϋποθέτει ευθύνη από την πλευρά των ασθενών και την ικανότητά τους να λαμβάνουν αποφάσεις για τον εαυτό τους. Στην περίπτωση των ιατρικών πρακτικών, η ελεύθερη και ενημερωμένη συναίνεση πρέπει να λαμβάνει υπόψη τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προτεινόμενης θεραπείας. Η αρχή της δικαιοσύνης βασίζεται στην ίση κατανομή των πόρων και των δαπανών της υγειονομικής περίθαλψης και στην αποφυγή των διακρίσεων. Όσον αφορά τη θεραπεία, είτε στη σύγχρονη είτε στην παραδοσιακή ιατρική, η αρχή της δικαιοσύνης απαιτεί όλοι οι ασθενείς με παρόμοιες καταστάσεις να έχουν πρόσβαση στην ίδια περίθαλψη και ότι όταν διατίθενται πόροι σε μια ομάδα, ο αντίκτυπος αυτής της επιλογής σε άλλους θα πρέπει να είναι αξιολογηθεί. Η ίδια αρχή απαιτεί όλοι οι ασθενείς να έχουν πρόσβαση σε αποτελεσματική και υψηλής ποιότητας θεραπεία, ωστόσο, αυτό δεν μπορεί να επιτευχθεί εάν δεν καταβληθεί συντονισμένη προσπάθεια για την αξιολόγηση των θεραπειών που διατίθενται στη σύγχρονη και παραδοσιακή ιατρική.

Αρχικά στο άρθρο 2 § 1 και άρθρο 5 § 1 αναφέρονται ρητά τα δικαιώματα της αξίας και της αξιοπρέπειας και της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας του ατόμου. Ως εκ τούτου, ο νομοθέτης αποβλέπει στη συνταγματική κατοχύρωση των δικαιωμάτων του ανθρώπου ως ατόμου και ως μέλους της κοινωνίας. (Σύνταγμα της Ελλάδας)

Σύμφωνα με τον Αστικό Κώδικα και συγκεκριμένα στα άρθρα 914 και 932 προκύπτει ευθύνη προς αποζημίωση ή χρηματική ικανοποίηση από αδικοπραξία σε συμπεριφορά υπαίτια και παράνομη, επέλευση ζημίας και σε αιτιώδη συνάφεια μεταξύ της παράνομης και υπαίτιας συμπεριφοράς ενός ατόμου και ζημίας δευτέρου ατόμου. (Δρόλιας Δ, 2008)

Στον Ποινικό Κώδικα αναφέρονται τα άρθρα 304 σε ότι αφορά την τεχνητή διακοπή κύησης κατά το οποίο «...όποιος χωρίς τη συναίνεση της εγκύου διακόπτει την εγκυμοσύνη της τιμωρείται με κάθειρξη. Όποιος με τη συναίνεση της εγκύου διακόπτει ανεπίτρεπτα την εγκυμοσύνη της ή προμηθεύει σε αυτή μέσα για τη διακοπή της

τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον έξι μηνών και αν ενεργεί κατά συνήθεια με τις πράξεις αυτές τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον δύο ετών. Αν από τη πράξη της προηγούμενης διάταξης προκληθεί βαριά πάθηση του σώματος ή της διάνοιας της εγκύου, επιβάλλεται φυλάκιση τουλάχιστον δύο ετών και αν προκλήθηκε θάνατος της, επιβάλλεται κάθειρξη μέχρι δέκα έτη. Έγκυος που διακόπτει ανεπίτρεπτα την εγκυμοσύνη της ή επιτρέπει σε άλλον να τη διακόψει τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι ένα έτος. Δεν είναι άδικη πράξη η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης που ενεργείται με τη συναίνεση της εγκύου από ιατρό μαιευτήρα-γυναικολόγο με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου, σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα αν συντρέχει μία από τις ακόλουθες περιπτώσεις: α) δεν έχουν συμπληρωθεί δώδεκα εβδομάδες κύησης, β) έχουν διαπιστωθεί με τα σύγχρονα μέσα προγεννητικής διάγνωσης, ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου που επάγονται τη γέννηση παθολογικού νεογνού και η εγκυμοσύνη δεν έχει διάρκεια περισσότερο από είκοσι τέσσερις εβδομάδες, γ) υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της σωματικής ή ψυχικής υγείας της. Στην περίπτωση αυτή απαιτείται σχετικά βεβαίωση και του κατά περίπτωση αρμόδιου ιατρού. δ) η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού, αποπλάνησης ανήλικης, αιμομιξίας ή κατάχρησης γυναίκας ανίκανης να αντισταθεί και εφόσον δεν έχουν συμπληρωθεί δεκαεννέα εβδομάδες κύησης...» (ΠΚ)

Επίσης στο άρθρο 304Α του ΠΚ ορίζεται ότι «... όποιος επενεργεί παράνομα στην έγκυο με αποτέλεσμα να προκληθεί βαριά βλάβη στο έμβρυο ή να εμφανίσει στο νεογνό βαριά πάθηση του σώματος ή της διανοίας τιμωρείται κατά τις διατάξεις του άρθρου 310...» (ΠΚ)

Στο άρθρο 306 ορίζεται ότι «... όποιος εκθέτει άλλον και έτσι τον καθιστά αβοήθητο, καθώς και όποιος με πρόθεση αφήνει αβοήθητο ένα πρόσωπο που το έχει υπό την προστασία του ή που έχει υποχρέωση να το διατρέφει και να το περιθάλπει ή να το μεταφέρει ή ένα πρόσωπο που ο ίδιος το τραυμάτισε υπαίτια, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον έξι μηνών...» (ΠΚ)

Το άρθρο 300 ΠΚ αναφέρει ότι «... όποιος αποφάσισε και εκτέλεσε ανθρωποκτονία ύστερα από σπουδαία και επίμονη απαίτηση του θύματος και από οίκτο γι' αυτόν που έπασχε από ανίατη ασθένεια τιμωρείται με φυλάκιση...» (ΠΚ)

Σε ότι αφορά την απλή σωματική βλάβη κατά τον ΠΚ και το άρθρο 308 ορίζεται ότι «... όποιος με πρόθεση προξενεί σε άλλον σωματική κάκωση ή βλάβη της υγείας του

τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι τριών ετών. Αν η κάκωση ή η βλάβη της υγείας που του προξένησε είναι όλως ελαφρά, τιμωρείται με κράτηση έως έξι μήνες ή με πρόστιμο έως 3.000 ευρώ. Η σωματική βλάβη δεν είναι άδικη όταν επιχειρείται με τη συναίνεση του παθόντος και δεν προσκρούει στα χρηστά ήθη...» (ΠΚ)

2.1.3 Η έννοια της συνείδησης

Στην κλινική πρακτική, οι έννοιες που περιβάλλουν τη συνείδηση έχουν οριστεί και λειτουργήσει με τρόπο που να αποτελεί μια ξεχωριστή αλλά συμπληρωματική θεώρηση για τα δύσκολα προβλήματα με τα οποία οι φιλόσοφοι αντιμετώπιζαν εδώ και αιώνες. Ειδικά στο ρόλο τους ως συμβούλων, οι ιατροί καλούνται τακτικά να αξιολογήσουν τα επίπεδα συνείδησης των ασθενών, να προβλέψουν τα αποτελέσματα όταν η συνείδηση έχει χαθεί ή μειωθεί, να εντοπίσουν ευκαιρίες για την προώθηση της νευροανάρρωσης και να συμβουλευθούν τις οικογένειες σχετικά με το τι θα μπορούσαν να περιμένουν και πώς να προετοιμαστούν βέλτιστα για πιθανά αποτελέσματα. Με τη σειρά τους, αυτές οι αξιολογήσεις και συστάσεις αποτελούν τον κυρίαρχο άξονα γύρω από τον οποίο λαμβάνονται σημαντικές αποφάσεις σχετικά με την ένταση και τη διάρκεια της φροντίδας που πρέπει να προσφερθεί. Οι αξιολογήσεις των βαθμών συνείδησης και των ικανοτήτων για ανάκαμψη κατέχουν εξέχουσα θέση στις αποφάσεις περιορισμού ή συνέχισης της θεραπείας διατήρησης της ζωής, με δυναμική αναφορά στον κεντρικό ρόλο της συνείδησης στην έννοια της προσωπικότητας και σε αυτό που κάνει τη ζωή να αξίζει (Levy, 2014; Fins, 2015; Young, 2017).

Η παρατεταμένη χρήση περιορισμένων πόρων εντατικής ή υποστηρικτικής φροντίδας για ασθενείς που θεωρείται ότι δεν έχουν ικανότητα για πρόσθετη νευρολογική ανάρρωση μπορούν επίσης να προκαλέσουν ηθική δυσφορία στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης (Amoroso and Chalela, 2019; Colville *et al.*, 2019; Hildesheim *et al.*, 2021). Με αυτόν τον τρόπο, η ηθική σημασία της σαφήνειας σχετικά με τη θεραπεία διατήρησης της ζωής γίνεται άμεσα εμφανής. Αξίζει να αναφερθεί η θέση του Wilder Penfield. Ο Penfield παρατήρησε ότι «ο κεντρικός στόχος της νευρολογίας είναι να κατανοήσει τον ίδιο τον άνθρωπο». Αναφερόμενος σχετικά, ο Penfield επέλεξε να παρουσιάσει τον αφορισμό του Γαληνού ότι «έχω δει τον τραυματισμένο εγκέφαλο να θεραπεύεται», μια αναμνηστική που αντέκρουε τη μηδενιστική ιπποκρατική άποψη για τον εγκεφαλικό τραυματισμό (Adams and Fins, 2017; Ladino, Rizvi and Téllez-Zenteno, 2018).

Από έξω προς τα μέσα, τα όρια της συνείδησης, τα όρια που ορίζουν την παρουσία ή την απουσία της, είναι ασαφή. Αυτό οφείλεται τόσο στη φύση των μεθόδων απόδοσης της συμπεριφοράς που χρησιμοποιούνται παραδοσιακά για την ανίχνευση της συνείδησης όσο και στην κακώς καθορισμένη και κυμαινόμενη φύση της ίδιας της

συνείδησης (Nolet, 1968; Young, 2018). Με εξαίρεση την περίπτωση της αυτοαξιολόγησης, όπου κάποιος μπορεί να έχει άμεση πρόσβαση στις δικές του εσωτερικές σκέψεις και ψυχικές καταστάσεις, η συνείδηση αναγνωρίστηκε ως συναχθείσα μόνο από την εμφάνιση και τις συμπεριφορές των άλλων . Αυτό το συμπερασματικό χάσμα μεταξύ των αντιλήψεων των συμπεριφορών και της απόδοσης συνειδητών καταστάσεων σε άλλους έχει δημιουργήσει πολυάριθμους φιλοσοφικούς γρίφους γύρω από «το πρόβλημα των άλλων μυαλών¹». Η σύγχρονη έρευνα στη φιλοσοφία του νου διακρίνει μεταξύ προσεγγίσεων για τη γνώση του εάν ένα άλλο ον είναι συνειδητό ή όχι και των προσεγγίσεων που περιβάλλουν τη γνώση του περιεχομένου αυτής της συνείδησης.

Ενώ οι τεχνολογίες παραμένουν ατελείς και δεν μπορούν να αντικαταστήσουν τα μέτρα συμπεριφοράς, η ικανότητά τους να ανιχνεύουν τη συνείδηση που χάνεται από τα μέτρα συμπεριφοράς αμφισβητεί τη μακροχρόνια ιστορική και κατηγορηματική εξάρτηση από μέτρα συμπεριφοράς στην απόδοση συνειδητών καταστάσεων, τόσο στην κλινική πράξη όσο και στη φιλοσοφική παράδοση. Ομοίως, οι αναδύμενες νευροτεχνολογίες και μέθοδοι ανάλυσης δεδομένων, ιδιαίτερα όταν προτείνουν ένα επίπεδο συνείδησης που υπερβαίνει αυτό που ανιχνεύεται από τα μέτρα συμπεριφοράς, δημιουργούν ένα σημαντικό ερευνητικό και κλινικό δίλημμα για το οποίο η ρητή καθοδήγηση θα ήταν επωφελής για τους κλινικούς ιατρούς, τους ερευνητές, τις οικογένειες και, τελικά, τους ασθενείς. Η ρεαλιστική ενσωμάτωση των φιλοσοφικών ιδεών με τις κλινικές κατηγορίες μπορεί να βοηθήσει στη γείωση των προοπτικών και στην πληροφόρηση της ταξινόμησης (Young *et al.*, 2021).

Όμως πως ορίζεται η συνείδηση;

Οι φιλόσοφοι και άλλοι θεωρητικοί έχουν συζητήσει αυτό το θέμα για αιώνες. Ο Πίνακας 1 καταγράφει μια σειρά από διαφορετικές θεωρίες και ορισμούς που προτάθηκαν από βασικούς στοχαστές και επιστήμονες όλα αυτά τα χρόνια, ξεκινώντας από τον Ιπποκράτη. Εκτός από τις δυτικές αντιλήψεις για τη συνείδηση, ποικίλες αντιλήψεις για τη συνείδηση είναι εμφανείς διαπολιτισμικά τόσο στις ιστορικές μη δυτικές φιλοσοφικές αναφορές όσο και στη σύγχρονη ψυχολογική βιβλιογραφία (Fenton, 2009; Ma-Kellams, 2014; Zhao, 2018). Αν και είναι πέρα από το παρόν πεδίο

1 The problem of other minds.

εφαρμογής να πραγματοποιηθεί εμβάθυνση σε καθεμία από αυτές τις θέσεις και την ιστορία τους ή να παρασχεθεί μια ολοκληρωμένη περιγραφή όλων των θεωριών της συνείδησης, η αντιπαράθεση αυτών των ορισμών υπογραμμίζει την ετερογένειά τους και υπογραμμίζει την εγγενώς ελαστική και κακώς καθορισμένη φύση της έννοιας της συνείδησης, που αναφέρουν οι Cheyne, Plum και Posner. Εξετάζοντας το τοπίο όσων έχουν αναφερθεί για τη συνείδηση, καθίσταται σαφές ότι δεν είναι μια ενιαία κατάσταση αλλά μάλλον μια έννοια συστάδας που περιλαμβάνει έναν αριθμό αλληλοσυμπληρούμενων συστατικών. Μεμονωμένα, το καθένα δεν είναι αρκετό, αλλά όταν συνδυάζεται μεταβλητά παράγει μια σειρά καταστάσεων που εμπίπτουν σε ένα φάσμα αυτού που ονομάζεται συνείδηση και καθεμία από τις οποίες μπορεί να διαταραχθεί ποικίλα σε όλο το φάσμα των καταστάσεων που καλούνται να αξιολογήσουν οι ιατροί (Young, 2017). Σε όλους τους ορισμούς, η συνείδηση φαίνεται να είναι υποκειμενική, να σχετίζεται με την εμπειρία και να χρησιμεύει ως βάση για τη δυνατότητα άλλων ικανοτήτων.

Πίνακας 1. Θεωρίες και στοχασμοί σχετικά με τη συνείδηση (Young et al., 2021)

Έτος	Θεωρητικός	Χαρακτηρισμός της συνείδησης
460 π.Χ.	Ιπποκράτης	Ο εγκέφαλος, και μόνο από τον εγκέφαλο, προέρχονται οι απολαύσεις, οι χαρές, τα γέλια και τα αστεία μας, καθώς και οι λύπες, οι πόνοι, οι στεναχώριες και τα δάκρυά μας. Μέσα από αυτό... σκεφτόμαστε, βλέπουμε, ακούμε και ξεχωρίζουμε το άσχημο από το όμορφο, το κακό από το καλό, το ευχάριστο από το δυσάρεστο.
~450 π.Χ.	Majjhima Nikāya	Με την εμφάνιση των σχηματισμών υπάρχει και η ανάδυση της συνείδησης... η συνείδηση υπολογίζεται από τη συγκεκριμένη κατάσταση που εξαρτάται από την οποία προκύπτει.
400 π.Χ.	Αριστοτέλης	Ό,τι είναι (άψυχο) δεν έχει επίγνωση, ενώ ό,τι είναι (άψυχο) δεν αγνοεί... Ενώ κοιμάται, οι κρίσιμες δραστηριότητες, που περιλαμβάνουν τη σκέψη, την αίσθηση, την ανάκληση και τη μνήμη, δεν λειτουργούν όπως λειτουργούν κατά τη διάρκεια της εγρήγορσης
~ 100–400 π.Χ.	Dīgha Nikāya	Η συνείδηση ρυθμίζει το μυαλό και το σώμα
40	Philo	Πού, σε ποιο μέρος κρύβεται αυτό το μυαλό; Έχει δεχτεί κάποια εγκατεστημένη κατοίκηση; Γιατί κάποιοι το έχουν αφιερώσει στο κεφάλι μας, ως την κύρια ακρόπολη, γύρω από την οποία όλες οι εξωτερικές αισθήσεις έχουν τις φωλιές τους

175	Γαληνός	Τα νεύρα λαμβάνουν την ψυχική δύναμη (δυνατότητα) από τον εγκέφαλο... Η χρησιμότητα των νεύρων, λοιπόν, έγκειται στη μεταφορά της δύναμης της αίσθησης και της κίνησης από την πηγή της στα διάφορα μέρη
762	Wang Bing Huangdi Neijing Su Wen	Η συνείδηση και η κίνηση δημιουργούνται από τον μηχανισμό των πνευμάτων
1111	Al Ghazali	Μόνο αυτό που ενυπάρχει στις αισθήσεις ενυπάρχει στο μυαλό
1479	Μαϊμωνίδης	Αποτελείται από «πέντε σχολές· το θρεπτικό/φυτικό, το ευαίσθητο, το ευφάνταστο, το ορεκτικό και το λογικό... που είναι μια μονάδα και μπορεί να συγκριθεί με την ύλη στο ότι έχει επίσης μια μορφή, που είναι ο λόγος».
1489	Da Vinci	Φαίνεται να κατοικεί στην έδρα της κρίσης και το δικαστικό μέρος φαίνεται να βρίσκεται σε εκείνο το μέρος όπου όλες οι αισθήσεις ενώνονται, το οποίο ονομάζεται «senso comune»
1624	Zhang Jie Bin, Su Wen	Η προέλευση του γενεσιουργού τσι όλων των ζώων που έχουν αίμα, τσι, καρδιά και συνείδηση αποθηκεύεται στις πέντε εσωτερικές [αποθήκες]
1681	Descartes	«Cogito ergo sum»· «Η σκέψη ορίζει τη συνείδηση. Μια κατάσταση που δεν σκέπτεται, δεν ονειρεύεται δεν είναι ούτε συνειδητή ούτε ζωντανή».
1781	Kant	«Μια πολλαπλή εμπειρική εσωτερική διαίσθηση: Αυτή η ενδελεχής συνθετική ενότητα των αντιλήψεων είναι η μορφή

		της εμπειρίας. Δεν είναι τίποτα λιγότερο από τη συνθετική ενότητα των εμφανίσεων σύμφωνα με τις έννοιες».
1888	Hume	«Τίποτα άλλο παρά μια δέσμη ή μια συλλογή διαφορετικών αντιλήψεων, που διαδέχονται η μια την άλλη με μια ασύλληπτη ταχύτητα και βρίσκονται σε αέναη ροή και κίνηση».
1889	Herzen	«Η ένταση της συνείδησης βρίσκεται σε αντίστροφη αναλογία με την ευκολία και την ταχύτητα της κεντρικής μετάφρασης του ερεθίσματος σε δράση».
1903	Moore	«Τη στιγμή που προσπαθούμε να εστιάσουμε την προσοχή μας στη συνείδηση και να δούμε τι είναι ξεκάθαρα, φαίνεται να εξαφανίζεται... Ωστόσο, μπορεί να διακριθεί αν κοιτάξουμε αρκετά προσεκτικά και αν γνωρίζουμε ότι υπάρχει κάτι να ψάξουμε».
1892	Hill	«Η συνείδηση είναι η χορδή πάνω στην οποία δένονται τα μαργαριτάρια της αίσθησης. Σπάστε τη χορδή, και τα μαργαριτάρια σκορπίζονται, αλλά δεν παύουν να είναι... η «έδρα» της συνείδησης είναι πάντα το ανώτερο συντονιστικό κέντρο».
1915	Jackson	«όχι το αποτέλεσμα ενός ξεχωριστού συστήματος στον εγκέφαλο. Μάλλον, η συνείδηση αναδύεται από τη λειτουργία των φλοιών συσχέτισης».
1921	Russell	«Λέμε ότι έχουμε «συνείδηση» αυτού που βλέπουμε και ακούμε, αυτού που

		θυμόμαστε και των δικών μας σκέψεων και συναισθημάτων... δεν μπορούμε να ισχυριστούμε ότι ξέρουμε τι εννοούμε λέγοντας ότι έχουμε «συνείδηση».
1921	Jung	«Η συνείδηση είναι η λειτουργία ή η δραστηριότητα που διατηρεί τη σχέση του ψυχικού περιεχομένου με το εγώ».
1930	Husserl	«Όλη η συνείδηση είναι συνείδηση για κάτι.»
1940	Freud	«Η διαδικασία του να γίνει κάτι συνειδητό είναι πάνω απ' όλα συνδεδεμένη με τις αντιλήψεις που λαμβάνουν τα αισθητήρια όργανα μας από τον εξωτερικό κόσμο».
1943	Sartre	«Η συνείδηση είναι ένα ον τέτοιο που στην ύπαρξή του, η ύπαρξή του αμφισβητείται στο βαθμό που αυτό το ον υπονοεί ένα ον εκτός από τον εαυτό του».
1953	Wittgenstein	«Τα ανθρώπινα όντα... είναι οι δικούς τους μάρτυρες ότι έχουν συνείδηση».
1969	Plum and Posner	«Τα όρια της συνείδησης είναι δύσκολο να καθοριστούν με ικανοποιητικό τρόπο, και μπορούμε να συμπεράνουμε την αυτογνωσία των άλλων μόνο από την εμφάνισή τους και τις πράξεις τους».
1972	Tart	«Επίγνωση που προκύπτει από τη λειτουργία του εγκεφάλου».
1974	Nagel	«Βασικά ένας οργανισμός έχει συνειδητές νοητικές καταστάσεις, αν και μόνο αν υπάρχει κάτι είναι σαν να είναι αυτός ο οργανισμός - κάτι που είναι για τον οργανισμό... τον υποκειμενικό χαρακτήρα της εμπειρίας».

1977	Thatcher	«Διαδικασία κατά την οποία οι πληροφορίες ... συνδυάζονται σε μια ενοποιημένη πολυδιάστατη αναπαράσταση της κατάστασης του συστήματος και του περιβάλλοντός του και ενσωματώνονται με πληροφορίες σχετικά με τις μνήμες και τις ανάγκες του οργανισμού».
1980	Block	«Η συνείδηση είναι ένας μηχανισμός αυτο-σάρωσης στο ΚΝΣ».
1983	Churchland	«μια συστοιχία συστημάτων παρακολούθησης, με ποικίλο εύρος δραστηριότητας και με διαφορετικούς βαθμούς απόδοσης»
1991	Dennett	«Ένα θέμα αναπαράστασης που υπερβαίνει κάποιο όριο ενεργοποίησης σε ολόκληρο τον φλοιό ή μεγάλα μέρη του»
1994	Crick	‘1. Δεν αντιστοιχούν όλες οι λειτουργίες του εγκεφάλου στη συνείδηση. 2. Η συνείδηση περιλαμβάνει κάποια μορφή μνήμης, πιθανώς πολύ βραχυπρόθεσμη. 3. Η συνείδηση συνδέεται στενά με την προσοχή.
1996	Chambers	«Η υποκειμενική ποιότητα της εμπειρίας... υπάρχει κάτι που νιώθεις σαν να είσαι γνωστικός παράγοντας. Αυτή η εσωτερική πτυχή είναι η συνειδητή εμπειρία».
1998	Searle	«Δεν είναι δυνατόν να δώσουμε έναν ορισμό της «συνείδησης»... Αυτό που εννοώ με τον όρο «συνείδηση» μπορεί να εξηγηθεί καλύτερα με παραδείγματα.»

1999	Damasio	«Το ενιαίο νοητικό μοτίβο που φέρνει κοντά το αντικείμενο και τον εαυτό».
2004	Tonini	«Η θεωρία [ολοκληρωμένων πληροφοριών] υποστηρίζει ότι η συνείδηση είναι μια θεμελιώδης ιδιότητα που κατέχεται από φυσικά συστήματα που έχουν συγκεκριμένες αιτιακές ιδιότητες ... βαθμολογείται [και] είναι κοινή μεταξύ των βιολογικών οργανισμών».
2006	Buzsaki	«Δεν υπάρχει καν καλή συμφωνία για το πώς θα ήταν η θεωρία για τη συνείδηση».
2011	Tye	«Η συνείδησή μας για τα πράγματα ... χρησιμεύει ως βάση ή δικαιολογία για πεποιθήσεις σχετικά με αυτό που βιώνουμε».
2014	Dahaene	«Η συνείδηση είναι μια παγκόσμια ενημέρωση που μεταδίδεται μέσα στον φλοιό».

Ένας τομέας φιλοσοφικής έρευνας στο ερώτημα του πώς να χαρακτηριστεί η συνείδηση περιβάλλει τον τρόπο κατανόησης της ενότητας της συνείδησης. Πώς δηλαδή τα επιμέρους περιεχόμενα της αναπαραστατικής εμπειρίας ενώνονται (χρονικά και ποιοτικά) σε ένα συνεκτικό σύνολο (Bayne and Chalmers, 2012). Οι προσεγγίσεις σε αυτό το ερώτημα έχουν τονίσει τη σημασία της αυτοσυνείδησης και των συγγενών θεωριών της προσωπικής ταυτότητας για την εξήγηση της διάχυτης συνεκτικής φαινομενολογίας της συνείδησης (Parfit, 2014). Παθολογικές αλλοιώσεις σε αυτή την αξιοσημείωτη ικανότητα μπορεί περιστασιακά να παρατηρηθούν σε μια σειρά από νευρολογικές και ψυχιατρικές καταστάσεις, όπως σύνδρομο Anton, σύνδρομο παραληρητικής λανθασμένης αναγνώρισης, αμνησιακά σύνδρομα, διασχιστικές και δυσμορφικές διαταραχές, νευροεκφυλιστικές καταστάσεις, νευροεκφυλιστικές καταστάσεις, επιληψία, τραυματική εγκεφαλική βλάβη και διαταραχές συμπεριφοράς ύπνου (Beadle *et al.*, 2016; Arroyo-Anlló *et al.*, 2017; Reddy *et al.*, 2017).

2.2 Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού

Η ηθική αρχή της ευεργεσίας ορίζει ότι ένας ιατρός πρέπει να ενεργεί προς το καλύτερο συμφέρον των ασθενών του. Ωστόσο, επειδή οι ασθενείς είναι συχνά ανεπαρκώς ενημερωμένοι για τις πτυχές της ιατρικής θεραπείας, η ευεργεσία συνήθως ασκείται από τον ιατρό με βάση το τι πιστεύουν ότι θα λειτουργήσει για τον ασθενή.

Η ηθική αρχή της μη βλάβης υπαγορεύει ότι ένας ιατρός δεν πρέπει να κάνει κακό όταν φροντίζει ασθενείς (Andersson *et al.*, 2010).

Η παγκόσμια υγεία ασχολείται με ζητήματα εθνικών συνόρων. Έτσι, οι λύσεις περιλαμβάνουν παγκόσμιο συντονισμό και διασφάλιση δικαιοσύνης για την υγεία για όλες τις κοινότητες, ανεξαρτήτως φυλής. Είναι ένα διεπιστημονικό σύστημα, συμπεριλαμβανομένων των ανησυχιών για την υγεία, ρητά ή έμμεσα. Από την άλλη πλευρά, η διεθνής υγεία ασχολείται περισσότερο με προβλήματα σε άλλες χώρες που υποφέρουν, ιδίως σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος. Έτσι, οι λύσεις περιλαμβάνουν διασυνοριακό συντονισμό μεταξύ δύο χωρών. Η παγκόσμια υγεία επιδιώκει να υποστηρίξει μέσω της αλληλεπικάλυψης μεταξύ διαφόρων επιστημονικών κλάδων, αλλά δεν είναι πολυεπιστημονική (Robson *et al.*, 2019).

Στην Ελλάδα, ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας σύμφωνα με τον Νόμο 3418/2005 περιλαμβάνει πειθαρχικής και διοικητικής φύσεως διατυπωμένους κανόνες συμπεριφοράς σε ότι αφορά την ιατρική ευθύνη, αλλά και τη λειτουργία της ποινικής αξίωσης της Πολιτείας και τις υποχρεώσεις της ιατρικής κοινότητας. Διαχωρίζεται σε τμήματα εκ των οποίων το πρώτο περιέχει ορισμούς και το δεύτερο γενικούς κανόνες άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος. Τα επόμενα τέσσερα κεφάλαια αναφέρονται στη σχέση του ιατρού με τον ασθενή, την κοινωνία, τους συναδέλφους και τον ιατρικό σύλλογο. Τα κεφάλαια έβδομο και όγδοο αναφέρονται στην υποχρέωση των ιατρών προς έρευνα και εκχώρηση γνώσεων σε νεότερους ιατρούς. Τα υπόλοιπα κεφάλαια αναφέρονται σε ιδιαίτερα ευαίσθητα θέματα της σημερινής εποχής, όπως μεταμοσχεύσεις, ψυχική υγεία, αιμοδοσία, προστασία της γενετικής ταυτότητας, καθώς και των ηθικών προεκτάσεων τους. (Λασκαρίδης Ε, 2013)

Σύμφωνα με τα οριζόμενα στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας ο ιατρός έχει αντικείμενο ιατρικής πρακτικής και επαγγελματικής δραστηριότητας τον άνθρωπο και συγκεκριμένα τον πάσχοντα άνθρωπο. Ως εκ τούτου δεν μπορεί να λειτουργεί εις βάρος

του, αλλά προς όφελος του καθώς ευθύνεται και ο ίδιος για την κατάσταση της υγείας του και για την ευημερία του, προστατεύοντας τα έννομα αγαθά, όπως η ζωή, η υγεία και η σωματική ακεραιότητα. (Δρόλιας Δ, 2008)

Συγκεκριμένα στο άρθρο 2 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Η άσκηση της ιατρικής ως λειτούργημα) αναγράφεται στην παράγραφο 1, ότι «... η άσκηση της ιατρικής είναι λειτούργημα που αποσκοπεί στη διατήρηση, βελτίωση και αποκατάσταση της σωματικής, πνευματικής και ψυχικής υγείας του ανθρώπου καθώς και στην ανακούφιση από τον πόνο...» Στην παράγραφο 2 αναφέρεται, ότι «... ο ιατρός τηρεί τον όρκο του Ιπποκράτη, ασκεί το έργο του σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία και πρέπει, κατά την άσκηση του επαγγέλματός του, να αποφεύγει κάθε πράξη ή παράλειψη, η οποία μπορεί να βλάψει την τιμή και την αξιοπρέπεια του ιατρού και να κλονίσει την πίστη του κοινού προς το ιατρικό επάγγελμα. Οφείλει, επίσης, να διατηρεί σε υψηλό επίπεδο την επαγγελματική του συμπεριφορά, ώστε να καταξιώνεται στη συνείδηση του κοινωνικού συνόλου και να προάγει το κύρος και την αξιοπιστία του ιατρικού σώματος. Ο ιατρός πρέπει να επιδεικνύει τη συμπεριφορά αυτή όχι μόνον κατά την άσκηση του επαγγέλματός του, αλλά και στο πλαίσιο της γενικότερης κοινωνικής έκφρασης της προσωπικότητάς του...» (Ν. 3418/2005)

Το άρθρο 3 αναφέρεται στον τρόπο που «... ο ιατρός θα πρέπει να ενεργεί, δηλαδή με βάση την εκπαίδευση που του έχει παρασχεθεί κατά τη διάρκεια των προπτυχιακών του σπουδών, την άσκησή του για την απόκτηση τίτλου ιατρικής ειδικότητας και τη συνεχιζόμενη ιατρική του εκπαίδευση, την πείρα και τις δεξιότητες που αποκτά κατά την άσκηση της ιατρικής και τους κανόνες της τεκμηριωμένης και βασισμένης σε ενδείξεις ιατρικής επιστήμης...» (Ν. 3418/2005)

Σύμφωνα με τον Πολίτη Χ σε ότι αφορά τον ορισμό της ιατρικής ευθύνης αναφέρει ότι «...Η ιατρική ευθύνη πολλές φορές είναι συνώνυμη με την ιατρική αμέλεια ή το ιατρικό σφάλμα. Σημαίνει ότι ο γιατρός πρέπει να ενεργεί πάντοτε σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, τέχνης και δεοντολογίας και να επιδεικνύει προς τον ασθενή εκείνο το ενδιαφέρον που πρέπει, εκείνο το ενδιαφέρον που αναμένει η κοινωνία και η πολιτεία να δείξει ένας μέσος εξειδικευμένος γιατρός. Το κριτήριο αυτό είναι αντικειμενικό. Ο δικαστής δηλαδή αναμένει την επιμέλεια ενός μέσου γιατρού. Δεν περιμένει ενός καθηγητή ιατρικής αλλά ούτε και ενός αρχάριου ή ενός ειδικευόμενου, χωρίς να υπάρχει

η κατάλληλη επίβλεψη. Αυτή είναι καταρχάς η έννοια της ιατρικής ευθύνης...» (Πολίτης X, 2015)

Στον Ιατρικό Σύλλογο Αθηνών ο Πολίτης X αναφέρει για το δικονομικό πλαίσιο ότι «...Με την πάροδο του χρόνου και από τις δημοσιευμένες αποφάσεις των δικαστηρίων παρατηρείται μια ολοένα και πιο αυστηρή τάση των δικαστηρίων έναντι των γιατρών. Αν ρωτήσει κανείς ένα δικαστή αν το πρόβλημα της ιατρικής ευθύνης είναι μεγάλο, θα απαντήσει όχι. Αυτό γιατί ο ποινικός και ο αστικός δικαστής αντιμετωπίζουν σωρεία άλλων αδικημάτων και το ποσοστό ιατρικής ευθύνης που φθάνει στους δικαστές σε σχέση με τα λοιπά αδικήματα είναι μικρό. Αν όμως ρωτήσει κανείς τους γιατρούς θα συνειδητοποιήσει ότι πρόβλημα λαμβάνει τεράστιες διαστάσεις, ιδίως στις χειρουργικές ειδικότητες. Οι δικαστές εφαρμόζουν την αρχή που διαπνέει το ποινικό μας δίκαιο της «ηθικής απόδειξης», της αξιολόγησης δηλαδή των αποδεικτικών μέσων κατά συνείδηση. Θα πρέπει να πούμε ότι βεβαίως ο δικαστής δεν είναι εξοικειωμένος με τις ιδιαιτερότητες της ιατρικής επιστήμης. Δεν γνωρίζει ιατρικούς όρους και έχει ανασφάλεια ως προς το πώς πρέπει να δικάσει. Η εμπειρία του με το κοινό έγκλημα δεν βοηθά πολλές φορές, ιδίως όταν έχει να κάνει με επιπλοκές στις οποίες δεν είναι βέβαιο αν ο γιατρός «μπορούσε» και «όφειλε» να αποτρέψει. Υποβοηθείται από μάρτυρες με ειδικές γνώσεις, έγγραφα, τεχνικούς συμβούλους και βεβαίως πραγματογνώμονες. Όταν όμως οι ιατρικές πραγματογνωμοσύνες είναι αντιφατικές, τότε τα πράγματα γίνονται ακόμη πιο δύσκολα. Αυτό οφείλεται στην πρακτική και των τροχαίων ατυχημάτων. Η διαδικασία στο ποινικό δικαστήριο δίνει την ευκαιρία σε πολύ καλό αποδεικτικό υλικό που έγκειται σε έγγραφα, αλλά πολύ περισσότερο, στην πράξη, σε μαρτυρικές καταθέσεις, σε καταθέσεις πραγματογνωμόνων, τεχνικών συμβούλων, μαρτύρων κλπ. Ο ποινικός δικαστής έχει μια κατά το δυνατόν πλήρη εικόνα των πραγματικών περιστατικών και εκτιμήσεων που σχετίζονται με τη δίκη. Στο αστικό δικαστήριο, κυρίως πολυμελές πρωτοδικείο για τον ιδιώτη γιατρό, η διαδικασία έχει γίνει έγγραφη με ένα μάρτυρα από κάθε πλευρά. Αν το δημόσιο είναι ο αστικός υπεύθυνος, η διαδικασία είναι έγγραφη και μόνο. Οι δικονομικοί κανόνες διαφέρουν αρκετά σε κάθε δικαστήριο. Όμως με την ποινική δίκη ο ασθενής ή οι οικείοι του προσπαθούν αταβιστικά να «τιμωρήσουν» το γιατρό, να του «ανταποδώσουν» ένα μέρος του πόνου που έχουν αισθανθεί οι ίδιοι από μία ατυχή έκβαση μιας επέμβασης ή μιας νοσηλείας...» (Πολίτης X, 2015)

Τέλος, σύμφωνα με τη Φουντεδάκη, «... Η υποχρέωση του ιατρού να μη διενεργεί ιατρικές πράξεις χωρίς τη συναίνεση του ασθενούς καθώς και η υποχρέωσή του να

παρέχει στον ασθενή πληροφορίες αφενός για τη γενική κατάσταση της υγείας του, αφετέρου για τη φύση, το σκοπό και τους κινδύνους επικείμενης ιατρικής πράξης (υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς), αποτυπώνονται στην Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική, που ισχύει στην Ελλάδα υπερισχύοντας του κοινού δικαίου, στα άρθρα 5-10...». (Φουντεδάκη, 2006)

Κεφάλαιο 3^ο

3.1 Βασικά βιοηθικά διλήμματα κατά την άσκηση της ιατρονοσηλευτικής πρακτικής

3.1.1 Υποβοήθηση τερματισμού της ζωής

Το Medical Assistance in Dying (MAiD) αναφέρεται σε μία διαδικασία κατά την οποία ένας ιατρός ή νοσηλευτικό προσωπικό βοηθά και υποστηρίζει έναν ασθενή που θέλει να τερματίσει οικειοθελώς και σκόπιμα τη ζωή του. Η διαδικασία πραγματοποιείται μέσω συνταγογράφησης φαρμακευτικών ουσιών είτε μέσω μεθόδων ενεργητικής διακοπής της ζωής (Li *et al.*, 2017). Η διάκριση μπορεί να καταστεί σημαντική, ανάλογα με την εστίαση των παραγόντων παρακίνησης της απόφασης ανάληψης της διαδικασίας. Η αμεσότητα και η οριστικότητα της διαδικασίας αυτής εγείρει πλείστα βιοηθικά διλήμματα.

Ενώ ο Καναδάς, η Ολλανδία, η Ελβετία, το Βέλγιο και πολλές πολιτείες των ΗΠΑ έχουν παραχωρήσει νομίμως σε άτομα το δικαίωμα MAiD (Emanuel *et al.*, 2016; Pope, 2018), η αποδοχή του στον δυτικό κόσμο δεν είναι ευρέως διαδεδομένη. Σε πολλές άλλες χώρες, το MAiD είναι μια ηθική και νομική «γκρίζα περιοχή» στην οποία η ιατρική πρακτική έρχεται σε αντίθεση με το νόμο, σηματοδοτώντας πιθανώς ότι η πρακτική μπορεί να διαφοροποιήσει την κοινή γνώμη, η γνώμη να διαφοροποιηθεί με την πρακτική ή και συνδυασμός των ανωτέρω. Για παράδειγμα, η θέση της Νότιας Αφρικής στο θέμα είναι ασαφής (Bac and Meyer, 2019). Η πρακτική είναι παράνομη αλλά, στις περιπτώσεις που διενεργήθηκε MAiD, δεν υπήρχαν νομικές συνέπειες. Εν τω μεταξύ, στη Νέα Ζηλανδία, το MAiD πρόκειται να γίνει νόμιμο στα τέλη του 2021 με ανάμεικτες απόψεις (Nie *et al.*, 2021). Στον Καναδά, η διαδικασία είναι διαθέσιμη μόνο σε ενήλικες, που πάσχουν από μια μη ψυχική ασθένεια, χωρίς να είναι δυνατή η ανάρρωση. Ωστόσο, σε άλλες χώρες, όπως το Βέλγιο και η Ολλανδία, η διαδικασία είναι διαθέσιμη σε ανηλίκους και σε όσους πάσχουν από ανίατη ψυχική ασθένεια (Buote *et al.*, 2021).

Η αντίληψη για το εάν οι ικανότητές κάποιου έχουν υποβαθμιστεί σε σημείο που να δικαιολογεί την επιλεξιμότητα για MAiD καθοδηγείται από την θεωρία, την αντίληψη και τα στερεότυπα ικανότητας (Koggel, 2006). Αυτό αναμφίβολα καθιστά δύσκολο τον

καθορισμό της υποψηφιότητας για τη διαδικασία. Η διαμάχη μεταξύ κοινωνικών ή προσωπικών αντιρρήσεων και νομικού εκτελεστικού καθήκοντος προσθέτει στην πολυπλοκότητα γύρω από τη νομοθεσία σχετικά με το MAiD. Η Έκθεση Belmont περιγράφει την ανάγκη προστασίας εκείνων των ατόμων των οποίων η ικανότητα να λαμβάνουν αυτόνομες αποφάσεις έχει μειωθεί ('The Belmont Report. Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research', 2014). Ο COVID-19 έχει προσθέσει νέους στρεσογόνους παράγοντες σε όλη την κοινωνία, αλλά τα ηλικιωμένα άτομα, που είναι ήδη πιο πιθανό να προτιμήσουν το MAiD, έχουν αντιμετωπίσει μοναδικές προκλήσεις λόγω της αδυναμίας τους.

Η νομιμοποίηση του MAiD ήταν μια μακρά και επίπονη διαδικασία λόγω ηθικών επιχειρημάτων και από τις δύο πλευρές. Προς υποστήριξη του MAiD, τα επιχειρήματα αφορούν τον σεβασμό της αυτονομίας του ασθενούς και την ανακούφιση από τον πόνο (Dugdale, Lerner and Callahan, 2019). Πιο πρόσφατα, το επιχείρημα για ασφαλή ιατρική πρακτική αναφέρεται εκτενώς. Το MAiD αφορά στον θάνατο με έναν ασφαλή και αξιοπρεπή τρόπο που άλλες μέθοδοι αυτοκτονίας δεν μπορούν (Dugdale, Lerner and Callahan, 2019). Εναλλακτικά, η αντίθεση στο MAiD περιλαμβάνει: το επιχείρημα της έλλειψης αυτονομίας, τη διεκδίκηση των υπάρχουσών εναλλακτικών λύσεων, τις ανισότητες και τον ανταγωνισμό μεταξύ του ιατρικά υποβοηθούμενου θανάτου και της παρηγορητικής φροντίδας (Barutta and Vollmann, 2015). Δεδομένων αυτών των αντιθετικών επιχειρημάτων, η υιοθέτηση από όλα τα ενδιαφερόμενα μέρη υστερεί ακόμη και όταν νομιμοποιηθεί. Αυτό περιλαμβάνει παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, οι οποίοι ενδέχεται να υποχρεωθούν νομικά να παρέχουν MAiD, παρά τις προσωπικές ηθικές αντιρρήσεις.

Αποφασιστικής σημασίας για τη λήψη αποφάσεων, η αρχή της αυτονομίας είναι ένα από τα πιο θεμελιώδη εργαλεία της ιατρικής δεοντολογίας. Σε αντίθεση με τον πατερναλισμό, η αυτονομία του ασθενούς επιδιώκει να διασφαλίσει το δικαίωμα του ασθενούς να λαμβάνει τις δικές του αποφάσεις μετά από την παροχή ρεαλιστικών πληροφοριών χωρίς αδικαιολόγητη επιρροή (Taylor, 2018). Επομένως, η αυτονομία του ασθενούς πρέπει να έχει προτεραιότητα σε οποιαδήποτε απόφαση που σχετίζεται με το MAiD, ανεξάρτητα από τη θέση του ατόμου σε αυτό το θέμα.

Ωστόσο, οι ασθενείς λαμβάνουν αποφάσεις με βάση διάφορους παράγοντες, συμπεριλαμβανομένης της εκπαίδευσης, της οικογένειας, των θρησκευτικών αξιών,

του πολιτισμού και των προηγούμενων εμπειριών, τα οποία επηρεάζουν την αυτονομία. Η κοινωνία διαμορφώνει επίσης αντιλήψεις γύρω από την αναπηρία σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο κάποιος μπορεί να υφίσταται μεταχείριση ή διάκριση (Shakespeare, 2019). Όπου είναι διαχειρίσιμο, ένας ασθενής μπορεί να δει τις αποκλίνουσες ανάγκες ως εξουθενωτικές και το κοινωνικό στίγμα μπορεί να ενισχύσει αυτήν την ιδέα, με αποτέλεσμα μια απόφαση MAiD μπορεί να αποφευχθεί.

Καθώς η ιατρική απομακρύνεται περισσότερο από τον πατερναλισμό, η αυτονομία του ασθενούς τίθεται όλο και περισσότερο σε προτεραιότητα. Οι υποστηρικτές του MAiD υποστηρίζουν ότι η αρχή της αυτονομίας επιτρέπει σε ένα άτομο να διάγει όλες τις ιατρικές επιλογές στη ζωή του, συμπεριλαμβανομένης της επιλογής τερματισμού αυτής. Αυτό ευθυγραμμίζεται με την εκσυγχρονισμένη φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή (Bokhour *et al.*, 2018), η οποία έχει εξελιχθεί για να αντικατοπτρίζει την αυτονομία στη θέση της παραδοσιακής πατερναλιστικής πρακτικής. Στο πλαίσιο του MAiD, ωστόσο, η αυτονομία του ασθενούς παραμένει ασαφής. Εάν ένας ασθενής αποφασίσει ότι το MAiD αποτελεί ένα προτιμώμενο αποτέλεσμα, οι ιατροί ενδέχεται να μην έχουν την άδεια να ενεργήσουν ανάλογα. Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, μεγάλο μέρος του κόσμου δεν επιτρέπει νομικά αυτή τη διαδικασία, συγκαταλεγόμενης και της Ελλάδας.

3.1.2 Η ηθική στην έρευνα

Οι Benatar και Singer πρότειναν ότι η ηθική στην έρευνα πρέπει να διασφαλίζει τη μείωση των παγκόσμιων χασμάτων στον τομέα της υγείας και την προώθηση της δικαιοσύνης στις ιατρικές μελέτες και τις μελέτες υγείας (Benatar and Singer, 2000). Επίσης, προτείνεται η εναρμόνιση της ηθικής της υγείας όσον αφορά τις πολιτικές, τις πρακτικές και τις διαδικασίες του τομέα της υγείας, ιδιαίτερα, σε χώρες υπό παρόμοιες συνθήκες όπως η γεωγραφική κατανομή (Motari, Ota and Kirigia, 2015; Pratt and Hyder, 2015). Η διασφάλιση της μείωσης του χάσματος μπορεί να χαρακτηριστεί περισσότερο έντονη κατά τη διάρκεια πανδημιών, καθώς κάθε χώρα πρέπει να είναι έτοιμη με τα προγράμματα δημόσιας υγείας, υγειονομικής περίθαλψης όχι μόνο των ανθρώπων αλλά και των ζώων με σκοπό την επίτευξη του βέλτιστου σχεδιασμού, ακόμα και σε περίοδο προ της πανδημική (ή άλλης) κρίσης (Whyte and Olivier, 2020).

3.1.3 Η σημασία των οικονομικών πόρων στη βέλτιστη ιατρονοσηλευτική πρακτική

Όπως καθίσταται σαφές, η βασική παράμετρος του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης είναι η διασφάλιση ότι η βέλτιστη δυνατή ιατρική περίθαλψη παρέχεται σε όσους την έχουν ανάγκη, σε συνεργασία με τις εκάστοτε κυβερνήσεις και τους διεθνείς φορείς. Ακόμα και προ της πανδημικής κρίσης, και δη κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης, συχνά οι δυνατότητες και οι πόροι των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να χαρακτηρίζονταν ως περιορισμένοι. Το γεγονός αυτό δημιουργεί ένα πλαίσιο προκλήσεων, οι οποίες προκλήσεις σχετίζονται με την αντιμετώπιση των αυξανόμενων αναγκών του πληθυσμού. *Ceteris paribus* μπορεί να υποτεθεί ότι μία τέτοια πρόκληση αποτελεί και η πανδημία του covid-19. Έννοιες όπως η διαφάνεια, η συνεκτικότητα, η συνέπεια και η επαρκής λογοδοσία μπορούν να θεωρηθούν θεμελιώδη στοιχεία για τη διασφάλιση της τήρησης των ηθικών αξιών που άπτονται της κατανομής των πόρων (WHO, 2019).

Σε καταστάσεις κρίσεων ή καταστροφών, οι περιορισμένες υπηρεσίες και πόροι υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να διατίθενται με δικαιολογημένο και ηθικό τρόπο, με σκοπό όχι μόνο την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών, αλλά και την εγκαθίδρυση μίας σχέσης εμπιστοσύνης με τον γενικό πληθυσμό (Ehni, Marckmann and Munthe, 2020). Για παράδειγμα σε ότι αφορά την πανδημική κρίση, οι συσκευές υποβοήθησης της αναπνοής, οι φαρμακευτικές ουσίες, τα εμβόλια και η εισαγωγές στα νοσοκομεία αποτέλεσαν, και δυστυχώς αποτελούν τους κύριους τομείς προκλήσεων, που αποφάσεις ηθικής ιεράρχησης πρέπει να ληφθούν (WHO, 2019).

3.1.4 Η ηθική στη δωρεά οργάνων και στη μεταμόσχευση οργάνων

Η παγκόσμια έλλειψη οργάνων για μεταμόσχευση έχει οδηγήσει σε ανήθικες πρακτικές στη μεταμόσχευση οργάνων, όπως η εμπορευματοποίηση οργάνων και η εμπορία. Έχουν εκφραστεί ανησυχίες για την άδικη και μεροληπτική κατανομή των διαθέσιμων οργάνων σε προγράμματα μεταμόσχευσης οργάνων καθώς και για την εκμετάλλευση και τον στιγματισμό ατόμων που παρέχουν τα όργανά τους μέσω της εμπορίας οργάνων και του τουρισμού. Έχουν γίνει παγκόσμιες προσπάθειες για να περιγραφούν πρακτικές στη μεταμόσχευση οργάνων και στην αντιμετώπιση της εμπορευματοποίησης και της εμπορίας οργάνων, τα διεθνή έγγραφα έχουν δικαιολογήσει τα επιχειρήματά τους που βασίζονται κυρίως στην εκμετάλλευση που είναι εγγενής στις πωλήσεις οργάνων και στο εμπόριο.

Η τεχνολογία μεταμόσχευσης που σώζει ζωές έχει αυξηθεί δραματικά. Ωστόσο, υπάρχει έλλειψη ανθρώπινων οργάνων. Υπάρχει επίσης αυξανόμενη ζήτηση για μεταμόσχευση κυττάρων και ιστών. Στην παρούσα κατάσταση, η ζήτηση για μεταμοσχεύσεις έχει αυξηθεί πολύ πιο γρήγορα από την προσφορά διαθέσιμων οργάνων. Προκειμένου να ξεπεραστεί η έλλειψη οργάνων, έχουν εισαχθεί αρκετές προτάσεις για την επέκταση της δεξαμενής δωρητών (Bagheri, 2007).

Ωστόσο, η αμφιλεγόμενη πρακτική των αγορών οργάνων και η εμπορευματοποίηση για την αντιμετώπιση της ανάγκης για μεταμόσχευση οργάνων και η ηθικά καταδικαστέα πρακτική της εμπορίας οργάνων για την παροχή οργάνων σε ασθενείς έχουν υποβληθεί σε κρίσιμες εξετάσεις. Στην πραγματικότητα και οι δύο πρακτικές προκαλούν εκμετάλλευση, διακρίσεις και στιγματισμό των παρόχων οργάνων ή/και των ληπτών οργάνων (International *et al.*, 2014). Αν και, οι διακρίσεις και ο στιγματισμός μπορεί να συμβούν σε όλους τους τομείς της υγειονομικής περίθαλψης και της ιατρικής έρευνας, θα πρέπει να γίνει αναφορά πώς τα άτομα μπορεί να υποστούν διακρίσεις ή/και στιγματισμό κατά την εφαρμογή της διαδικασίας μεταμόσχευσης.

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες, διεθνείς οργανισμοί όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Noel, 2010) και επαγγελματικές ενώσεις έχουν αναπτύξει κατευθυντήριες οδηγίες και συστάσεις για την αντιμετώπιση της εμπορευματοποίησης και της εμπορίας οργάνων, ωστόσο, κανένας από αυτούς δεν έχει εξετάσει το ζήτημα στο πλαίσιο των

διακρίσεων και του στιγματισμού με επαρκή λεπτομέρεια. Είναι σημαντικό να διερευνηθεί διεξοδικά πώς η εφαρμογή της τεχνολογίας μεταμόσχευσεων μπορεί να προκαλέσει στιγματισμό και/ή διακρίσεις σε ένα νόμιμο πρόγραμμα προμηθειών καθώς και μέσω της εμπορίας οργάνων και του τουρισμού. Η πρόσφατη έκθεση της UNESCO-IBC σχετικά με την αρχή του μη στιγματισμού και της μη διάκρισης έχει επικεντρωθεί σε αυτό το θέμα και εάν εφαρμοστούν οι συστάσεις της, θα είναι πολύ αποφασιστικής σημασίας για την πρόληψη του στιγματισμού και των διακρίσεων στη μεταμόσχευση οργάνων.

Από το 1987, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ενεπλάκη στη ρύθμιση της μεταμόσχευσης οργάνων όταν η Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας εξέφρασε ανησυχία για το εμπόριο ανθρωπίνων οργάνων. Το 1991, το έγγραφο, Κατευθυντήριες Αρχές του ΠΟΥ για τη Μεταμόσχευση Ανθρώπινων Οργάνων εγκρίθηκε από τα κράτη μέλη. Αργότερα, μετά από μια μακρά διαδικασία εκτεταμένων διαβουλεύσεων σε εθνικό, περιφερειακό και υποπεριφερειακό επίπεδο με όλους τους ενδιαφερόμενους φορείς, το έγγραφο αυτό αναθεωρήθηκε και μετονομάστηκε σε Κατευθυντήριες Αρχές του ΠΟΥ για τη Μεταμόσχευση Ανθρώπινων Κυττάρων, Ιστών και Οργάνων και εγκρίθηκε τον Μάιο του 2010. Οι Κατευθυντήριες Αρχές είχαν σκοπό να παρέχουν ένα τακτικό, ηθικό και αποδεκτό πλαίσιο για την απόκτηση και τη μεταμόσχευση ανθρωπίνων κυττάρων, ιστών και οργάνων για θεραπευτικούς σκοπούς. Το έγγραφο εισήγαγε 11 κατευθυντήριες αρχές που τονίζουν την ανάγκη: δωρεά οργάνων χωρίς χρηματική πληρωμή ή άλλη ανταμοιβή χρηματικής αξίας, προστασία της προσωπικής ανωνυμίας και της ιδιωτικής ζωής των δοτών και των ληπτών, ενήμερη και εθελοντική συναίνεση του δότη για εν ζωή δωρεά και χορήγηση οργάνων, κυττάρων και ιστών με βάση κλινικά κριτήρια και ηθικούς κανόνες, όχι οικονομικούς ή άλλους λόγους (Noel, 2010).

Η έκθεση της Διεθνούς Επιτροπής Βιοηθικής της UNESCO (IBC) σχετικά με την αρχή της μη διάκρισης και του στιγματισμού (2014) έχει επικεντρωθεί στο παγκόσμιο πρόβλημα της μεταμόσχευσης οργάνων και της εμπορίας οργάνων στο πλαίσιο των αρχών της μη διάκρισης και του μη στιγματισμού, όπως ορίζεται στο άρθρο 11 της Οικουμενικής Διακήρυξης για τη Βιοηθική και τα Ανθρώπινα Δικαιώματα (2005). Το άρθρο 11 αυτής της Διακήρυξης ορίζει ότι «Κανένα άτομο ή ομάδα δεν πρέπει να υφίσταται διακρίσεις ή να στιγματίζεται για οποιονδήποτε λόγο, κατά παράβαση της ανθρωπίνης αξιοπρέπειας, των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και των θεμελιωδών

ελευθεριών» (*Universal Declaration on Bioethics and Human Rights: UNESCO, 2005*).

Ο γενικός στόχος αυτής της αρχής είναι ότι, σε οποιαδήποτε απόφαση ή πρακτική, κανείς δεν θα υπόκειται σε διακρίσεις βάσει οποιωνδήποτε λόγων, συμπεριλαμβανομένων σωματικών, ψυχικών ή κοινωνικών συνθηκών, ασθενειών ή γενετικών χαρακτηριστικών, ούτε θα γίνεται επίκληση ή χρήση τέτοιων συνθηκών ή χαρακτηριστικών να στιγματίσουν ένα άτομο, μια οικογένεια ή μια ομάδα (Ten Have and Gordijn, 2014). Η έκθεση της UNESCO σκοπεύει επίσης να διασφαλίσει ότι τα προγράμματα μεταμόσχευσης οργάνων προάγουν τα ανθρώπινα δικαιώματα και τηρούν τις υψηλότερες ηθικές αρχές, ιδίως όσον αφορά το άρθρο 3 (Ανθρώπινη αξιοπρέπεια και ανθρώπινα δικαιώματα), Άρθρο 4 (Οφέλη και βλάβη), άρθρο 8 (Σεβασμός της ανθρώπινης ευαλωτότητας και προσωπική ακεραιότητα), άρθρο 10 (δικαιοσύνη και ισότητα), καθώς και τα άρθρα 11 και 13 (Αλληλεγγύη και συνεργασία) της Διακήρυξης.

Η έκθεση της UNESCO για την απαγόρευση των διακρίσεων και τον μη στιγματισμό ορίζει τη διάκριση ως: «Από τη διατύπωση της αρχής μπορεί να συναχθεί ότι μόνο εκείνες οι διακρίσεις που θίγουν την ανθρώπινη αξιοπρέπεια, τα ανθρώπινα δικαιώματα ή τις θεμελιώδεις ελευθερίες δικαιωματικά αποκαλούνται μεροληπτικές σύμφωνα με το άρθρο 11. Μια απόφαση ή μια πρακτική που εισάγει διακρίσεις είναι αυτή που παραβιάζει αυτές τις θεμελιώδεις έννοιες και τέτοιες αποφάσεις ή πρακτικές είναι απαράδεκτες». Ορίζει επίσης τον στιγματισμό ως: «Σε αντίθεση με τις διακρίσεις, ο στιγματισμός είναι περισσότερο κοινωνική ανησυχία παρά νομική έννοια. Στην πιο κοινή του έννοια, ο στιγματισμός είναι σημάδι ντροπής, ή απαξίωσης». Σε αυτήν την Έκθεση, το θέμα των διακρίσεων και του στιγματισμού στη μεταμόσχευση οργάνων και τη διακίνηση επιλέχθηκε μαζί με πέντε άλλα ζητήματα ως συμφραζόμενα παραδείγματα: νευροεπιστήμες, νανοτεχνολογίες, βιοτραπεζική, τροπικές ασθένειες και HIV/AIDS.

Το άρθρο 11 έχει τις ρίζες του στο διεθνές δίκαιο για τα ανθρώπινα δικαιώματα. Η πιο σημαντική από αυτές τις αναφορές είναι η Οικουμενική Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων του 1948, η οποία στο πρώτο άρθρο της αναφέρει ότι: «...Όλοι οι άνθρωποι γεννιούνται ελεύθεροι και ίσοι στην αξιοπρέπεια και τα δικαιώματα...». Επιπλέον, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι το άρθρο 7 της Οικουμενικής Διακήρυξης

των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων αφορά ειδικά τις διακρίσεις και αναφέρει ότι: «Όλοι είναι ίσοι ενώπιον του νόμου και δικαιούνται χωρίς καμία διάκριση ίση προστασία του νόμου. Όλοι έχουν δικαίωμα σε ίση προστασία έναντι οποιασδήποτε διάκρισης κατά παράβαση της παρούσας Διακήρυξης και έναντι οποιασδήποτε υποκίνησης σε τέτοιες διακρίσεις» (Διακήρυξη του ΟΗΕ 1948).

Η υγειονομική περίθαλψη, συμπεριλαμβανομένης της σωτήριας μεταμόσχευσης, πρέπει να κατανεμηθεί έτσι ώστε όλοι οι άνθρωποι που έχουν την ίδια ανάγκη μεταμόσχευσης να έχουν δίκαιη ευκαιρία να λάβουν αυτή τη θεραπεία. Επιπλέον, όπως απαιτείται από τις διεθνείς κατευθυντήριες γραμμές, τα όργανα για μεταμόσχευση θα πρέπει να διατίθενται με δωρεά χωρίς προτροπή, εξαναγκασμό ή στιγματισμό (Noel, 2010). Ως εκ τούτου, είναι απαραίτητο να ληφθούν μέτρα για την πρόληψη των διακρίσεων και του στιγματισμού στα προγράμματα μεταμόσχευσης οργάνων, καθώς και να ληφθούν μέτρα για την πρόληψη της εμπορίας οργάνων. Για το σκοπό αυτό, είναι σημαντικό να διερευνηθεί πώς οι λήπτες οργάνων μπορεί να υποστούν διακρίσεις ενώ χρειάζονται μεταμόσχευση οργάνων και πώς οι ζωντανοί δότες οργάνων μπορεί να υποστούν στιγματισμό.

Οι τρέχουσες διεθνείς πρωτοβουλίες έχουν οικοδομήσει τα επιχειρήματά τους ως επί το πλείστον με βάση την εκμετάλλευση που είναι εγγενής στην εμπορία οργάνων, αλλά καμία από αυτές τις πρωτοβουλίες δεν εξέτασε τις προοπτικές των ευάλωτων ασθενών ως λήπτες οργάνων και των φτωχών ως παρόχων οργάνων, και τις διακρίσεις και τον στιγματισμό που βιώνουν. Προγράμματα μεταμοσχεύσεων που δεν βασίζονται σε μια ηθικά ορθή πολιτική ή βασίζονται σε αγορές οργάνων θέτουν σοβαρά προβλήματα στη δικαιοσύνη και συνεπάγονται διακρίσεις στο τέλος της κατανομής (στην επιλογή ενός λήπτη οργάνου) καθώς και στιγματισμό των παρόχων οργάνων στο τέλος της διαδικασίας. Παρόλο που οι κίνδυνοι διάκρισης και στιγματισμού είναι μερικές από τις κύριες ανησυχίες για την εμπορία οργάνων και τον μεταμοσχευτικό τουρισμό, αυτοί οι κίνδυνοι υπάρχουν και σε ένα νόμιμο πρόγραμμα μεταμόσχευσης οργάνων. Αυτοί οι κίνδυνοι καθίστανται σοβαροί ειδικά εάν τα προγράμματα προμήθειας και κατανομής οργάνων δεν βασίζονται σε δεοντολογικές κατευθυντήριες οδηγίες που εκδίδονται από διεθνείς οργανισμούς όπως οι κατευθυντήριες αρχές του ΠΟΥ (2010) ή εάν το δεοντολογικό πρότυπο δεν έχει τηρηθεί και εφαρμοστεί πλήρως.

Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι οι πωλητές οργάνων είναι ως επί το πλείστον απελπισμένοι άνθρωποι που χρειάζονται χρήματα για να επιβιώσουν ή να πληρώσουν τα χρέη τους (Awaya and Toledano, 2009; Ten Have and Gordijn, 2014). Αρκετές ανθρωπολογικές μελέτες έχουν δείξει πώς οι πωλητές οργάνων υποφέρουν από στίγμα στις κοινότητές τους (Zargooshi, Barry and Gritsch, 2001) και ακόμη και λόγω του φόβου του στιγματισμού είναι απρόθυμοι να παρακολουθήσουν κλινικές δοτών μετά την αφαίρεση οργάνων (Ghods and Mahdavi, 2007). Ωστόσο, όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, στην προμήθεια οργάνων, μπορεί επίσης να υπάρξουν διακρίσεις. Για παράδειγμα, η πιθανότητα δωρεάς οργάνων από ένα νεαρό, άγαμο και θήλυ μέλος της οικογένειας σε ένα μέλος της οικογένειας είναι μεγαλύτερη από την πιθανότητα δωρεάς από άλλα μέλη της οικογένειας. Επιπλέον, σε ορισμένα μέρη του κόσμου, για άτομα που παρέχουν όργανα, είτε μέσω αλτρουιστικής δωρεάς είτε μέσω εμπορευματισμού, υπάρχουν επίσης κίνδυνοι διάκρισης στον χώρο εργασίας καθώς και κατά την υποβολή αίτησης για ασφάλιση υγείας ή ζωής. Όσον αφορά την απασχόληση, αυτή που έχει δωρίσει ένα όργανο μπορεί να έχει μικρότερες πιθανότητες να προσληφθεί ή να συνεχίσει την εργασία της, εάν οι εργοδότες γνωρίζουν τη δωρεά οργάνων της. Με βάση τα τρέχοντα ασφαλιστήρια συμβόλαια, το κόστος ασφάλισης υγείας και ζωής είναι μεγαλύτερο για τους δωρητές οργάνων από ό,τι για εκείνους που δεν έχουν δωρίσει κάποιο όργανο.

3.1.5 Η ηθική στην έκτρωση

Ο ορισμός της ιατρικής διαδικασίας τεχνητής διακοπής κύησης ποικίλλει διεθνώς. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1997), ο όρος αναφέρεται στον τερματισμό της κύησης από οποιαδήποτε αιτία, πριν το έμβρυο να είναι βιώσιμο εκτός μήτρας και διαχωρίζεται σε αυτόματη έκτρωση, που προκαλείται δηλαδή από τραυματισμό ή φυσικά αίτια και σε προκλητή έκτρωση, που αναφέρεται στη διακοπή κύησης για θεραπευτικούς λόγους ή από επιλογή της εγκύου.

Σύμφωνα με το Σύνταγμα της Ελλάδας, αναγνωρίζεται η ισονομία των Ελλήνων πολιτών: «... οι Έλληνες πολίτες είναι ίσοι ενώπιον του νόμου και έχουν δικαιώματα και υποχρεώσεις...» (άρθρο 4 παρ 1 και 2 Σ). Στο άρθρο 5 θεμελιώνεται «...η ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας, η προσωπική ελευθερία και η προστασία της ζωής στην οποία περιλαμβάνονται και τα δικαιώματα επί της τεκνοθεσίας και τεκνοποιίας...» . (Σύνταγμα της Ελλάδας, 2008)

Η υγεία κατοχυρώνεται όχι μόνο ως αγαθό, αλλά και ως δικαίωμα. Σύμφωνα με το άρθρο 21 παρ. 3 του Συντάγματος, «... το κράτος έχει την υποχρέωση να μεριμνά για την υγεία των πολιτών του...» . Το κράτος οφείλει να δημιουργεί τις κατάλληλες υποδομές παροχής υπηρεσιών ιατρικής περίθαλψης, όχι μόνο σε επίπεδο θεραπείας, αλλά και σε επίπεδο πρόσληψης. Το άρθρο αναφέρεται γενικά στην υγεία χωρίς να δίνει έναν ορισμό σε αντίθεση με τον Καταστατικό Χάρτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας που η υγεία νοείται ως κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας. (Χρυσόγονος, 2002)

Στο «Ιατρική Ποινική Ευθύνη» (Λιούρδη Α) αναφέρεται η χαρακτηριστική υπόθεση Vo v. France (8.7.2004). Παρατίθεται το κάτωθι: «... Τα πραγματικά περιστατικά έχουν συνοπτικά ως εξής: η προσφεύγουσα –έξι μηνών έγκυος- εισήχθη στο νοσοκομείο της Λυών για εξετάσεις. Από λάθος όμως και επειδή υπήρχε και άλλη κυρία με το ίδιο επώνυμο στο νοσοκομείο για αφαίρεση διαφράγματος, ο ιατρός χωρίς να την εξετάσει και μελετώντας απλά το λανθασμένο ιατρικό φάκελο, ξεκίνησε την επέμβαση για την αφαίρεση του διαφράγματος, και κατ' αυτήν τρύπησε τον αμνιακό σάκο με αποτέλεσμα να χαθεί μεγάλη ποσότητα αμνιακού υγρού. Η προσφεύγουσα εισήχθη στο νοσοκομείο όπου προσπάθησαν ξανά να της αφαιρέσουν το διάφραγμα, αλλά λόγω των διαμαρτυριών της δεν εισήχθη στο χειρουργείο. Εν τέλει η εγκυμοσύνη της τερματίστηκε λόγω βλάβης

στον αμνιακό σάκο. Η προσφεύγουσα υπέβαλαν μήνυση για ανθρωποκτονία εξ αμελείας αφορώσα το έμβρυο. Το δικαστήριο έκρινε ότι σε βάρος ενός εμβρύου 20-21 εβδομάδων δεν μπορεί να τελεστεί ανθρωποκτονία, επειδή δεν είναι «άνθρωπος» και δεν μπορεί να επιζήσει πριν τους έξι μήνες...» (Λιούρδη Α, 2014)

Ως εκ τούτου αν και το έμβρυο δεν αντιμετωπίζεται πλήρως νομικά ως «πρόσωπο», αναγνωρίζεται όμως ως τμήμα του μητρικού σώματος και το ποινικό δίκαιο του αναγνωρίζει ορισμένη αξία και προστασία ως αντικείμενο δικαίου. (Λιούρδη Α, 2014) Η επιτρεπόμενη εν κινδύνω δράση προϋποθέτει την επιλογή της ενδεδειγμένης ιατρικά μεθόδου με στάθμιση του οφέλους σε σύγκριση με τον κίνδυνο, την πλήρη ενημέρωση του ασθενούς, τη ρητή και σαφή συναίνεση του ασθενούς και την πραγματοποίηση της ιατρικής πράξης *lege artis*, δηλαδή σύμφωνα με τις επιταγές της ιατρικής επιστήμης.

Κατά άρθρο 8 παρ 1 της ΕΣΔΑ ορίζεται ότι κάθε πρόσωπο έχει το δικαίωμα του σεβασμού της ιδιωτικής και οικογενειακής του ζωής. Σε αυτό το πλαίσιο το άρθρο 21 του Συντάγματος επικυρώνει την υποχρέωση του κράτους να μεριμνά για την υγεία των πολιτών, που συνδέοντας αυτήν την υποχρέωση με την άμβλωση θα πρέπει να προστατευτεί ο εσωτερικός κόσμος της γυναίκας.

Σύμφωνα με τον Σούρλα «...Η κρατούσα νομική φιλολογία δέχεται πάντως ότι η ρύθμιση του άρθρου 36 ΑΚ αποτελεί εξαίρεση εκείνης του άρθρου 35. Υπονοείται έτσι – διαφορετικά δε θα ήταν αντιληπτό που έγκειται η εξαίρεση – (ή και ενίοτε υποστηρίζεται ρητά) ότι ο κυοφορούμενος διαθέτει ήδη πριν από τη γέννηση του κάτι νομικά υποστατό, έστω και ατελώς, ως προς τα δικαιώματα που επάγονται σε αυτόν, το οποίο μετατρέπεται σε πλήρες αν και όταν γεννηθεί ζων, ενώ αν συμβεί το αντίθετο χάνεται και μάλιστα αναδρομικά... Πρόσωπο από νομική άποψη, έστω και μόνο ως φορέας δικαιωμάτων (και όχι και υποχρεώσεων) είναι αδιανόητο να υφίσταται πριν από τη γέννηση. Απλώς ο νόμος θεωρεί ότι ορισμένοι γενεσιουργοί λόγοι δικαιωμάτων μπορούν να συντρέξουν και πριν από τη γένεση, όπως και ότι («κατά πλάσμα δικαίου») ορισμένες νομικές συνέπειες, ιδίως η επαγωγή της κληρονομίας, μπορούν επίσης να ανατρέξουν και πριν από τη γέννηση...». (Σούρλας, 2008)

Όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται από την Οικονομοπούλου «Στο Περί φύσιος παιδιού συμβουλεύει μία άγαμη γυναίκα, για κοινωνικούς λόγους, να προβεί σε προκλητή διακοπή στον πρώτο μήνα της κύησης με επαναλαμβανόμενες αναπηδήσεις πάνω

στους γλουτούς της με αποτέλεσμα την αποβολή μετά την έβδομη αναπλήδηση.» (Οικονομοπούλου, 2007)

Σύμφωνα με την Εθνική Επιτροπή Βιοηθική στη συνεδρίαση της 9/3/2007 σχετικά με τα ηθικά και κοινωνικά ζητήματα αρμοδιότητάς της για την προγεννητική και προεμφυτευτική διάγνωση και τη μεταχείριση του εμβρύου βάσει των επαγόμενων αποτελεσμάτων, αναφέρεται: «Η Επιτροπή θεωρεί δικαιολογημένη την επιλογή εμβρύου ως γενική δυνατότητα των υποψήφιων γονέων ύστερα από διενέργεια προγεννητικής ή προεμφυτευτικής διάγνωσης. Η αξιοποίηση των μέσων που παρέχει η σύγχρονη τεχνολογία για την πρόληψη του πόνου, των ταλαιπωριών, ακόμη και της έκθεσης ενός προσώπου σε κοινωνικές προκαταλήψεις, επιβάλλεται από τον ίδιο τον σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια. Η αποδοχή της γέννησης παιδιών με σοβαρές βλάβες στην υγεία τους, όσο κι αν θα μπορούσε να δικαιολογηθεί σε εντελώς ακραίες περιπτώσεις (π.χ. όταν οι ενδιαφερόμενοι αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα γονιμότητας), κατά κανόνα ελέγχεται ηθικά. Πράγματι, ακόμη και αν η αποδοχή αυτή βασίζεται σε συγκεκριμένες μεταφυσικές αντιλήψεις (και όχι σε απλό εγωισμό) του μελλοντικού γονέα, δεν μπορεί να παραβλεφθεί ότι παραγνωρίζει ανεπίτρεπτα την ποιότητα της μελλοντικής ζωής ενός νέου ανθρώπου». (Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, 2007)

Σύμφωνα με τη Λιούρδη, «Το προστατευόμενο έννομο αγαθό σύμφωνα με το αρ 304 εμφανίζει ποιοτική διαφορά με το έννομο αγαθό της ανθρώπινης ζωής. Το έμβρυο κατά την κύηση είναι οργανικά συνδεδεμένο με την έγκυο, εξαρτάται από αυτήν και δεν είναι αυτόνομο. Επομένως φορέας του δικαιώματος είναι η μητέρα. Από την άλλη πλευρά ο Μπέκας υποστηρίζει ότι και το έμβρυο είναι φορέας του δικαιώματος από τη στιγμή που παρότι δεν είναι άνθρωπος μπορεί είναι υποκείμενο δικαίου όπως για παράδειγμα στο αστικό δίκαιο (α1711 ΑΚ) επειδή ενσωματώνει προσδοκία ανθρώπινης ζωής. Σύμφωνα με τη διάταξη κληρονόμος μπορεί να γίνει και το τέκνο που γεννήθηκε από μεταθανάτια τεχνητή γονιμοποίηση». (Λιούρδη, 2014)

Κεφάλαιο 4^ο

4.1 Προκύπτοντα βιοηθικά διλήμματα κατά την περίοδο της πανδημικής κρίσης

4.1.1 Συνοπτική αναφορά στην εμφάνιση του covid-19

Τον Δεκέμβριο του 2019, μία εμφάνιση κρουσμάτων λοίμωξης του κατώτερου αναπνευστικού εντοπίστηκε στην πόλη Wuhan στην επαρχία Hubei της Κίνας. Ελλείπει γνωστού αιτιολογικού παράγοντα, οι πρώτες περιπτώσεις ταξινομήθηκαν ως «πνευμονία άγνωστης αιτιολογίας». Μετά από προσεκτικές έρευνες από το τοπικό CDC (Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων), η αιτιολογία της νόσου αποδόθηκε στο σοβαρό οξύ αναπνευστικό σύνδρομο κοροναϊού 2 (SARS-CoV-2). Η νέα ασθένεια του κοροναϊού ονομάστηκε «νόσος του κορωνοϊού 19» (COVID-19) και ανακηρύχθηκε ως πανδημία από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) τον Μάρτιο του 2020 (De-Giorgio *et al.*, 2021).

Η κλινική πορεία του COVID-19 είναι εξαιρετικά ετερογενής. Η πλειοψηφία των ασθενών είναι είτε ασυμπτωματικοί είτε εμφανίζουν μόνο ήπια συμπτώματα (π.χ. εμπύρετο, ξηρό βήχα, δύσπνοια) (Salerno *et al.*, 2020). Αντίθετα, σε ορισμένες περιπτώσεις, η νόσος προκαλεί σοβαρά αναπνευστικά συμπτώματα, που συχνά απαιτούν οξυγόνωση και εισαγωγή σε μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ), με συμπτώματα και σημεία πολυοργανικών εκδηλώσεων. Αυτή η εκτεταμένη νόσηση μπορεί εν μέρει να εξηγηθεί από τον υψηλό τροπισμό που επιδεικνύει ο ιός προς το ένζυμο μετατροπής της αγγειοτενσίνης II (ACE2). Οι υποδοχείς ACE2 εκφράζονται παντού στο σώμα (πνεύμονες, αγγεία, συκώτι, νεφροί, σπλήνα, δέρμα, μυς και νευρικές δομές) και η δέσμευσή τους με τον SARS-CoV-2 αντιπροσωπεύει ένα ουσιαστικό βήμα για την ιική εισβολή των ανθρώπινων κυττάρων (Lin, Kantor and Clark, 2021).

Τα πρωτόκολλα φυσικής απόστασης, οι εντολές παραμονής στο σπίτι, οι ταξιδιωτικοί περιορισμοί και οι εκτεταμένες ακυρώσεις μαθημάτων, εργασίας και εκδηλώσεων έχουν συμβάλει στην αυξημένη απομόνωση στις περισσότερες εκτάσεις της καθημερινότητας του ατόμου. Οι Armitage και Nellums (2020) διαπίστωσαν ότι η απομόνωση που προκαλείται από πανδημία ήταν ιδιαίτερα σοβαρή για τους ηλικιωμένους (Armitage and Nellums, 2020). Επιπλέον, πολλοί ηλικιωμένοι βασίζονται σε δραστηριότητες έξω από τα σπίτια τους για την επίτευξη της κοινωνικής

συνδεσιμότητας, όπως κοινοτικά κέντρα και χώρους λατρείας (Eghtesadi, 2020), οι οποίες έχουν σταματήσει. Οι ηλικιωμένοι τείνουν επίσης να στερούνται παιδείας σχετικά με την τεχνολογία. Ενώ πολλοί άνθρωποι χρησιμοποιούν την τεχνολογία για να διατηρήσουν σχέσεις, οι ηλικιωμένοι είναι λιγότερο πιθανό να χρησιμοποιήσουν αυτό το εργαλείο λόγω τεχνολογικής ανικανότητας (Sayin Kasar and Karaman, 2021). Τέλος, πολλοί ηλικιωμένοι και τα αγαπημένα τους πρόσωπα επέλεξαν να αυξήσουν οικειοθελώς τα μέτρα απομόνωσης ως μέσο αυτοσυντήρησης, δεδομένου του αυξημένου κινδύνου σοβαρών επιπλοκών από τον COVID-19. Οι Briguglio et al. (2020) παρατήρησαν επίσης ότι η απομόνωση προκάλεσε μειωμένη ανθεκτικότητα στους ηλικιωμένους, γεγονός που μπορεί να έχει επιδεινώσει τις καταστάσεις που σχετίζονται με την ηλικία (Briguglio et al., 2020).

4.1.2 Επιδημιολογικά διλήμματα

Η μόλυνση από τον COVID-19 αντιπροσωπεύει μια σύνθετη πρόκληση και συνεχή απειλή για τη δημόσια υγεία. Για παράδειγμα σε ότι αφορά την παθοφυσιολογία της θνησιμότητας λόγω covid -19 εξακολουθεί να υπάρχει γενική έλλειψη γνώσης. Αναμφίβολα, τα σημεία και τα συμπτώματα που σχετίζονται με τον COVID-19 είναι εξαιρετικά ποικίλα και η κλινική πορεία της νόσου μπορεί να διαφέρει από άτομο σε άτομο. Ωστόσο, οι μελέτες σχετικά με τα αίτια και τους υποκείμενους μηχανισμούς νοσηρότητας και θνησιμότητας μπορεί να χαρακτηρίζονται ακόμα και ως ανεπαρκείς και αυτό μεταφράζεται αυτόματα σε μια μη ρεαλιστική εκτίμηση των ποσοστών θνησιμότητας που σχετίζονται με λοιμώξεις. Κατά συνέπεια, μπορεί να προκύψουν προβλήματα τόσο από επιδημιολογικής πλευράς όσο και από κλινικής άποψης, με τους ιατρούς να πρέπει να αντιμετωπίσουν δυσάρεστες καταστάσεις. Πράγματι, η έλλειψη πληροφοριών σχετικά με τις πιθανές αιτίες θανάτου μπορεί να εμποδίσει την εφαρμογή σωστών μέτρων πρόληψης και θεραπείας σε συγκεκριμένους ασθενείς. Προτείνεται φυσικά ανεξάρτητα από το ηθικό δίλημμα που προκύπτει η τήρηση συγκεκριμένων οδηγιών και συστάσεων σχετικά με τα βέλτιστα πρότυπα πρακτικής και μέτρα ασφαλείας (Salerno *et al.*, 2020).

Στο πλαίσιο της νομικής ιατρικής, το ερώτημα εάν ένας ασθενής έχει πεθάνει με ή λόγω COVID-19 είναι πολύ εκτεταμένο, ειδικά λαμβάνοντας υπόψη τις επιπτώσεις που έχει αυτό το συγκεκριμένο θέμα όσον αφορά την επαγγελματική ευθύνη. Συχνά ζητείται από τους ιατροδικαστές να αξιολογήσουν εάν ο COVID-19 διαδραμάτισε άμεσο ρόλο στον θάνατο ενός ασθενούς, καθώς και εάν η θεραπεία και η διαχείριση του ιατρικού προσωπικού ήταν κατάλληλες. Πράγματι, οι περιπτώσεις ιατρικής αμέλειας δεν είναι ασυνήθιστες. Στις αρχές της πανδημίας, παρατηρήθηκε αύξηση του κινδύνου μόλυνσης, καθώς και του συνολικού αριθμού θετικών κρουσμάτων. Ένας από τους λόγους που συνετέλεσε σε αυτή την αύξηση ήταν ότι πολλοί ασθενείς με COVID-19 μεταφέρθηκαν σε οίκους ευγηρίας και σε εγκαταστάσεις διαβίωσης προορισμένες για το σκοπό της θεραπείας λόγω έλλειψης νοσοκομειακών κλινών, ειδικότερα σε χώρες του εξωτερικού όπως η Ιταλία και η Ισπανία, οι οποίες επλήγησαν ιδιαίτερα από υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας (Logar, 2020; De Angelis *et al.*, 2021; Filograna *et al.*, 2021). Εντύπωση προκαλεί ακόμα και η χρήση του όρου «covid-19

hotspots» στην Ιταλία, όρος που χρησιμοποιείται περισσότερο για τους χώρους προσέλευσης προσφύγων (Logar, 2020).

Επιπλέον, τα δεδομένα σχετικά με τη νόσο, τη θεραπεία της και τα προληπτικά μέτρα ήταν περιορισμένα. Ως αποτέλεσμα, η αντιμετώπιση ζητημάτων επαγγελματικής ευθύνης δύναται να αντιπροσωπεύει ένα πολύπλοκο έργο για τους ιατροδικαστές. Σε αυτό το πλαίσιο, παρά τον υψηλό κίνδυνο μόλυνσης για το προσωπικό, οι ιατροδικαστικές εκθέσεις διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο, επειδή καθορίζουν τη σοβαρότητα της άμεσης ιογενούς βλάβης και αξιολογούν εάν η ανεπάρκεια οργάνων διαδραματίζει ρόλο στο θάνατο ενός ασθενούς ή η ιατρονοσηλευτική αμελής πρακτική. Πολλαπλές πηγές δεδομένων, όπως μικροβιολογικές δοκιμές πριν και μετά το θάνατο, αξονικές τομογραφίες, πλήρης ιατροδικαστική αυτοψία και ιστολογικές αναλύσεις, μπορεί να είναι σχετικές από αυτή την άποψη (Filograna *et al.*, 2021).

Όσον αφορά το φύλο, άνδρες και γυναίκες αντιμετωπίζουν διαφορετικές προκλήσεις λόγω του COVID-19. Αρκετές μελέτες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι οι άνδρες έχουν υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας από COVID-19 (UK Government, 2020; Williamson *et al.*, 2020). Αυτό μπορεί να αποδοθεί στους θεσμοθετημένους ρόλους των φύλων καθώς και στην κουλτούρα και τους κανόνες που επηρεάζουν τον κίνδυνο των ανδρών με μόλυνση από COVID-19 και την προσβασιμότητά τους σε δοκιμαστικές διαδικασίες (CMAJ, 2021). Από την άλλη πλευρά, άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι ο COVID-19 επηρεάζει τις γυναίκες διαφορετικά. Ο COVID-19 έχει αυξήσει την επιβάρυνση της φροντίδας για τις γυναίκες (Power, 2020), τη βία λόγω φύλου (Onyango *et al.*, 2019; Johnson *et al.*, 2020) και την ανεργία, ειδικά για τις μητέρες (Landivar *et al.*, 2020).

Η εθνικότητα θεωρείται επίσης καθοριστικός παράγοντας. Οι εθνοτικές μειονότητες σε όλο τον κόσμο επηρεάζονται επίσης δυσανάλογα από το COVID-19. Πολλές μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε διαφορετικές χώρες έχουν δείξει τέτοιες ανισότητες (Khunti *et al.*, 2020; Williams and Cooper, 2020). Επιπλέον, η αυξημένη πίεση στα συστήματα υγείας κατά τη διάρκεια του COVID-19 δημιούργησε ανησυχίες για την υπάρχουσα αύξηση των ανισοτήτων όσον αφορά την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας από τον περιθωριοποιημένο πληθυσμό, η οποία επεκτείνεται σε υπηρεσίες υγείας που δεν σχετίζονται με τον COVID-19, όπως η μεταμόσχευση οργάνων και λοιπές θεραπείες για χρόνιες παθήσεις (Essien, Eneanya and Crews, 2020).

4.1.3 Το δίλημμα της αυτονομίας του ασθενούς κατά την περίοδο της πανδημικής κρίσης

Η αποτυχία αναγνώρισης νέων πιέσεων αναφέρεται ότι αποτελεί τροχοπέδη σε ότι αφορά την αυτονομία των ασθενών. Οι παράγοντες που θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται σε συζητήσεις που άπτονται ευαίσθητα θέματα ηθικής περιλαμβάνουν τις ιατρονοσηλευτικές πρακτικές, τη διαθεσιμότητα πόρων, την προσφερόμενη κοινωνική υποστήριξη και η αυτονομία του ασθενούς. Υπό το πρίσμα της «παραδοσιακής» ηθικής, το δικαίωμα του ασθενούς στην αυτόνομη λήψη αποφάσεων αποτελεί κεντρικό σημείο αναφοράς και θα πρέπει να καθίσταται σεβαστό και να τηρείται (Khawaja and Khawaja, 2021).

Ωστόσο, όπως αναφέρει η Walker, καμία απόφαση δεν είναι πραγματικά αυτόνομη (Walker, 2008). Η πανδημία χαρακτηρίζεται από την κοινωνική απομόνωση, που επηρέασε και επηρεάζει ιδιαίτερα τον γηράσκον πληθυσμό. Πρόσθετες πιέσεις, ειδικά σε ότι αφορά τους πόρους τους σχετιζόμενους με την υγεία, δύνανται να επηρέασαν την αυτόνομη λήψη αποφάσεων, γεγονός που δημιουργεί ένα ηθικό δίλημμα για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, που επιδιώκουν να ενεργήσουν προς το συμφέρον των ασθενών τους.

Καθώς η πανδημία COVID-19 έχει συσχετιστεί σε μεγάλη αύξηση της κατάθλιψης και του άγχους (Ettman *et al.*, 2020), οι τρέχουσες συνθήκες μπορεί να επηρεάσουν τις αποφάσεις των ασθενών με τρόπο που δεν ευθυγραμμίζεται με το πνεύμα της αυτονομίας. Η φθίνουσα ψυχική υγεία μπορεί επίσης να έχει ως αποτέλεσμα οι ασθενείς να αρνούνται την ευεργετική θεραπεία και να ασκούν την επιλογή του δικαιώματος στον θάνατο (Sulmasy *et al.*, 2018). Ο προσδιορισμός των πραγματικών επιθυμιών ενός ασθενούς μπορεί να είναι δύσκολος, ακόμη και σε βέλτιστες συνθήκες. Την τελευταία περίοδο, αυτή η διαδικασία μπορεί να αποδειχθεί πιο επισφαλής για το καταπονημένο προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης σε συστήματα που επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τον COVID-19. Η αποτυχία να ληφθεί επαρκώς υπόψη η ψυχική κατάσταση ενός ασθενούς μπορεί να οδηγήσει σε αποφάσεις κατ' επιλογής ευθανασίας που θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί υπέρ των παρεμβάσεων ψυχικής υγείας. Οι ιατροί μπορεί επίσης να διστάσουν να εκτελέσουν τη διαδικασία με βάση προσωπικές, ηθικές ή πνευματικές αντιρρήσεις, καθώς και κάποια ανησυχία ότι η διαδικασία είναι

«εκτός πεδίου εφαρμογής» για επαγγελματίες του ιατρικού τομέα (Vekaria *et al.*, 2021).

Οι ασθενείς πρέπει να λαμβάνουν πλήρεις πληροφορίες, συμπεριλαμβανομένης μιας διεξοδικής συζήτησης σχετικά με τη διάγνωση, τις επιλογές θεραπείας και την πρόγνωση, εάν θέλουν να λάβουν τεκμηριωμένες αποφάσεις και να ασκήσουν το δικαίωμα της αυτονομίας. Αυτές οι συζητήσεις πρέπει να γίνονται με τρόπο που να είναι κατανοητός από τον ασθενή, με σεβασμό του μοναδικού πολιτιστικού και εκπαιδευτικού του υπόβαθρου. Η ικανότητα παροχής ολοκληρωμένων πληροφοριών που σέβονται όλες τις πτυχές της αυτονομίας και συμμορφώνονται με τις πολιτιστικές αξίες μπορεί να επηρεαστεί από τους περιορισμένους πόρους και τη διαθεσιμότητα προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης. Όταν ένας ασθενής είναι πιθανό να πεθάνει από COVID-19 ή με άλλο τρόπο και η θεραπεία του θα καταναλώσει περιορισμένους διαθέσιμους πόρους, οι πιέσεις θα μπορούσαν να επηρεάσουν έναν καταπονημένο επαγγελματία υγείας να παρέχει ελλιπείς πληροφορίες και να ωθήσει τον ασθενή προς μία κατ' επιλογή ευθανασία με τρόπο που παραβιάζει την αυτονομία. Για αυτούς τους λόγους, πρέπει να επιτευχθεί μια ισορροπία μεταξύ των ιατρικών στοιχείων, των πεποιθήσεων των ασθενών και της στάσης των ασθενών απέναντι στη ζωή και τον θάνατο (Khawaja and Khawaja, 2021).

4.1.4 Διλήμματα που αφορούν την αντιμετώπιση, προτεραιοποίηση, καθολικότητα

Κατά την πανδημική κρίση τέθηκε το ερώτημα της προτεραιότητας των ασθενών και δη των ασθενών με απειλητικές για τη ζωή τους ιατρικές παθήσεις ανεξάρτητες του covid, αλλά επιπλεκόμενες δυνάμει αυτού, σε ότι σχετίζεται με την πρόσβασή τους στην περίθαλψη. Το ερώτημα που εκτίθετο αφορούσε την ίση μεταχείριση ασθενών και στην ίση πρόσβαση όλων των ατόμων που λόγω της φύσης των επιπλοκών του ιού θα μπορούσαν να έχουν παρόμοια ή περισσότερο δυσμενή κατάληξη ακόμα και οι ασθενείς με μη κρίσιμες ιατρικές παθήσεις. Λόγω του φόρτου των υγειονομικών μονάδων και του υγειονομικού προσωπικού, δόθηκε χαμηλότερη προτεραιότητα σε ασθενείς που βάσει της ιατρικής πραγματογνωμοσύνης ήταν σε θέση να ανεχθούν την καθυστέρηση των υπηρεσιών υγείας (McGuire *et al.*, 2020).

Η ιεράρχηση των αναγκών εκάστου ασθενή με σκοπό την διάθεση των πόρων, που μπορούν να διατεθούν, μπορεί σε άλλες εποχές να φάνταζε ακραία. Όμως λόγω της υψηλής ζήτησης και μείωσης των διαθέσιμων πόρων πολλές χώρες αναγκάστηκαν να καταναείμουν τους διαθέσιμους πόρους ειδικά σε ΜΕΘ βάσει συγκεκριμένων κατευθυντήριων κριτηρίων. Για παράδειγμα στην Ιταλία, προτάθηκαν ορισμένα περιοριστικά μέτρα αφορούσα τα σχετικά με την αναισθησία και την εντατική θεραπεία, καθώς και τη χρήση βοηθητικών αναπνευστικών συσκευών, τα οποία περιλάμβαναν την ηλικία και το μέγιστο κλινικό όφελος που θα μπορούσε να επιτευχθεί (Chew and Ko, 2020).

Τα οφέλη μπορούν να επιτευχθούν με τη χρήση ενός συστήματος κλινικής βαθμολόγησης που εστιάζει στην εξοικονόμηση ετών «ποιότητας ζωής». Παρά το γεγονός ότι αποτελεί μια αντικειμενική μέθοδος, το σύστημα κλινικής βαθμολόγησης έχει τον κίνδυνο να αποδώσει λάθος ή μη ακριβές αποτέλεσμα, καθώς μπορεί να δημιουργήσει διαφορετικούς κινδύνους θνησιμότητας για ασθενείς που παρουσιάζουν την ίδια κλινική εικόνα. Ως αποτέλεσμα, η ομάδα υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να χρησιμοποιήσει το σύστημα βαθμολόγησης σε συνδυασμό με την κλινική κρίση για να λάβει μια αμερόληπτη και ηθική απόφαση (McGuire *et al.*, 2020). Ως εκ τούτου, η ύπαρξη μιας έμπειρης και εξειδικευμένης ιατρικής ομάδας είναι απαραίτητη σε αυτήν την περίπτωση για το μέγιστο όφελος του ασθενούς (Morley *et al.*, 2020).

Μια άλλη ηθική πρόκληση για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης είναι να αποφασίσουν εάν θα παρέχουν μη βασικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης τη στιγμή του COVID-19. Σε αρκετές επαρχίες του Καναδά, αλλά και στην Ελλάδα, έχουν ληφθεί αποφάσεις να σταματήσουν ή να μειωθούν οι μη απαραίτητες ιατρικές παρεμβάσεις στο ελάχιστο μέχρι νεωτέρας, και να αντικατασταθούν με τηλεϊατρική όποτε είναι δυνατόν. Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης αναμένεται να λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά με μη βασικές ιατρικές παρεμβάσεις με βάση συγκεκριμένα κριτήρια, όπως η αναλογικότητα του κινδύνου, η αρχή της βλάβης (ελαχιστοποίηση της βλάβης), η δικαιοσύνη και η αμοιβαιότητα (αμοιβαίο όφελος) (Turnham *et al.*, 2020).

Επιπλέον, λόγω των περιορισμένων πόρων για ασθενείς που δεν έχουν COVID-19, η τυπική θεραπεία ενδέχεται να μην είναι διαθέσιμη και θα πρέπει να αντικατασταθεί από άλλη θεραπεία. Το πιο σημαντικό είναι ότι ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται από τον ιατρό για την τρέχουσα κατάσταση και τη φύση της θεραπείας υποκατάστασης, καθώς και για το είδος της θεραπείας ρουτίνας, για να παρέχει τη βέλτιστα ενημερωμένη συναίνεση στον ασθενή (Monaghesh and Hajizadeh, 2020).

Ο αριθμός των νοσηλευτών μπορεί να επηρεάσει την ανάρρωση του ασθενούς. Σύμφωνα με την Εθνική Υπηρεσία Υγείας (NHS), έξι ασθενείς ΜΕΘ θα χρειαστούν φροντίδα από μία νοσοκόμα εντατικής θεραπείας, δύο νοσηλευτές με εμπειρία στη ΜΕΘ για υποστήριξη, άλλες δύο νοσηλεύτριες χωρίς εμπειρία στη ΜΕΘ και τέσσερις βοηθούς εργαζομένους. Εδώ μπορεί να προκύψουν ηθικά και κλινικά ζητήματα, όπως ο τύπος της αναλογίας νοσηλευτών-ασθενών που απαιτείται κατά τη διάρκεια της πανδημίας και εάν η ιεράρχηση των ασθενών είναι έγκυρη όσον αφορά τη φροντίδα της ιατρικής ομάδας (Morley *et al.*, 2020).

Οι ιατρικοί κι ηθικοί νόμοι της κάθε χώρας ετέθησαν στο προσκήνιο λόγω της έκτακτης αυτής πανδημικής κρίσης. Για παράδειγμα, στην Αίγυπτο, δεν επιτρέπεται να αρνηθεί κανείς το δικαίωμα σε έναν ασθενή να λάβει μια σωτήρια ιατρική υπηρεσία και να αντικατασταθεί από άλλον ασθενή του οποίου η πιθανότητα επιβίωσης είναι μεγαλύτερη (El-Bakary, 2020).

4.1.5 Το δίλημμα του εμβολιασμού

Μια πτυχή που σχετίζεται με την πανδημία της νέας νόσου του κορωνοϊού (COVID-19) και μια από τις λύσεις που είναι διαθέσιμες στον κόσμο - ο μαζικός εμβολιασμός – αποτέλεσε ιδιαίτερο θέμα συζήτησης τις σελίδες των μέσων μαζικής ενημέρωσης από τη στιγμή που τα πρώτα εμβόλια εγκρίθηκαν από ρυθμιστικούς φορείς. Αντιθετικά, σχεδόν μετά από δύο χρόνια περιορισμών και απώλειας ανθρώπινου δυναμικού μεταξύ της ομάδας υγειονομικής περίθαλψης, αυτή η παρέμβαση, που θεωρείται πιθανή λύση, αντιμετωπίζεται με αντίσταση σε ορισμένα μέρη του κόσμου (*Coronavirus en EE.UU.: con casi 300.000 casos nuevos en un día, crece el rechazo de médicos y enfermeros a la vacuna*, 2020; Shalby *et al.*, 2020). Μέχρι πρόσφατα ο εμβολιασμός ήταν εθελοντικός παγκοσμίως. Όμως τον τελευταίο καιρό οι κυβερνήσεις αναγκάστηκαν να αντιμετωπίσουν την άρνηση εμβολιασμού του γενικού πληθυσμού αλλά και συγκεκριμένων επαγγελματικών ομάδων, όπως για παράδειγμα οι επαγγελματίες υγείας.

Στη πρόσφατη πανδημία που αντιμετωπίζεται παγκοσμίως, ελλείπει αρχικά εμβολιαστικής πολιτικής και εν συνεχεία ελλείπει καθολικότητας εμβολιασμού σε όλες τις χώρες ή ελλείπει αποτελεσματικής φροντίδας λόγω, οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν μερικούς από τους παλαιότερους και ευκολότερους τρόπους ρύθμισης των μεταδοτικών ασθενειών, όπως η καραντίνα, ο αποκλεισμός, ο φυσικός διαχωρισμός και η κατασκευή φραγμών. Αυτή η κατάσταση επιτρέπει στο άτομο να κατανοήσει την αξία των κατάλληλων διαγνωστικών παρεμβάσεων, θεραπειών και, ιδιαίτερα, ενός εμβολίου ως τρόπου αποκατάστασης της οικονομικής και πολιτιστικής ζωής με σκοπό την άμεση επανένωση οικογενειών και φίλων. Ωστόσο, η παρασκευή ενός εμβολίου θέτει πολλά ερωτήματα δεοντολογίας για τη δημόσια υγεία που αποτελούν και ηθικολογική συζήτηση, συμπεριλαμβανομένων των επιπτώσεων μιας γρήγορης αναζήτησης για εμβόλια, της ίσης παράδοσης ενός σπάνιου εμβολίου στην αρχή, της νομιμοποίησης της υποχρεωτικότητας και των επιπτώσεων του σχετικά υψηλού βαθμού της εγγραφής στο παγκόσμιο πρόγραμμα εμβολιασμού (Verwei and Dawson, 2020).

Ιστορικά, τα τυπικά χρονοδιαγράμματα για την ανάπτυξη του εμβολίου ήταν 10-20 χρόνια (Lurie *et al.*, 2020). Στο πλαίσιο μιας παγκόσμιας πανδημίας, τα εμβόλια SARS-CoV-2 αναπτύχθηκαν στο πλαίσιο της πρωτοβουλίας Operation Warp Speed εντός 9 μηνών. Τα δεδομένα των εθνικών ερευνών των ΗΠΑ διαπιστώνουν ότι ένα σημαντικό ποσοστό (25%) του πληθυσμού έχει μικρή ή καθόλου εμπιστοσύνη στην έρευνα και

ανάπτυξη εμβολίων. Ένα μεγαλύτερο ποσοστό (39%) αναφέρει μεγάλη εμπιστοσύνη ότι οι επιστήμονες θα ενεργήσουν προς το συμφέρον του κοινού (Funk and Tyson, 2020). Αν και οι προθέσεις εμβολίων και η διστακτικότητα είναι δυναμικές με ποικίλες εκτιμήσεις σε εθνικό και παγκόσμιο επίπεδο από τον Νοέμβριο του 2020, το 39% των ερωτηθέντων σε εθνική έρευνα των ΗΠΑ ανέφεραν ότι πιθανότατα ή σίγουρα θα αρνηθούν την ανοσοποίηση του SARS-CoV-2 (Funk and Tyson, 2020).

Το ποσοστό των ατόμων που πρέπει να εμβολιαστούν για να επιτευχθεί ανοσία της αγέλης εξαρτάται από πολλούς παράγοντες και εκτιμάται ότι κυμαίνεται από 67 έως 90% (Anderson *et al.*, 2020). Επιπλέον, η εμπιστοσύνη του εμβολίου συνδέεται στενά με την αντιληπτή ασφάλεια των προϊόντων εμβολίου (Salmon and Dudley, 2020). Αν και η τεχνολογία εμβολίων mRNA έχει μελετηθεί την τελευταία δεκαετία, είναι μια σχετικά νέα πλατφόρμα χωρίς προηγούμενα εγκεκριμένα από τον FDA εμβόλια mRNA στην αγορά. Σαφώς, η κατανόηση και η αντιμετώπιση των ανησυχιών των αναποφάσιστων και των διστακτικών μπορεί να υποστηρίξει την αίσθηση της συνεργασίας που απαιτείται για την αποδοχή, καθώς οι εκστρατείες εμβολιασμού κατά του SARS-CoV-2 συνεχίζονται, αλλά ταυτόχρονα λαμβάνονται και μέτρα υποχρεωτικότητας του εμβολιασμού (Godlee, 2020).

Αρκετά ζητήματα σχετικά με τις ηθικές αρχές ήταν προφανή: (α) συνεχιζόμενες κλινικές δοκιμές Φάσης III και (β) δημόσια διανομή και χρήση ενός εμβολίου. Ο σεβασμός για τους συμμετέχοντες και η ανάληψη κινδύνου εκτιμήθηκε ιδιαίτερα, με μέτρια υποστήριξη για τη διατήρηση της αυστηρότητας, μεταξύ άλλων μέσω ευέλικτων σχεδίων δοκιμών (Wendler *et al.*, 2020). Για το κοινό, τα σχόλια υπογράμμισαν ανησυχίες σχετικά με τις εντολές εμβολίων και την παραβίαση των προσωπικών δικαιωμάτων. Για τη δημόσια διανομή και χρήση, εκφράστηκε σημαντική ανησυχία για την απώλεια της δυνατότητας και της επιλογής εάν επιβληθεί ο εμβολιασμός, με ορισμένες αξιοσημείωτες εξαιρέσεις που ευνοούσαν την εξέταση εντολών για συγκεκριμένες καταστάσεις.

Από τα προκύπτοντα ερωτήματα, ορισμένες απαντήσεις μπορούν να αξιολογηθούν από τη σκοπιά των κλασικών δογμάτων της βιοηθικής, της δεοντολογίας (Kant) και της τελεολογίας (Mill) ή της θεωρίας των αρχών (Beauchamp και Childress). Η κατηγορηματική επιταγή του Καντ παρουσιάζεται σε τρεις διατυπώσεις που αποτελούν τον πυρήνα της ηθικής του φιλοσοφίας: καθολικότητα (δρώντας με βάση αξιώματα που

μπορούν να εφαρμοστούν σε όλους τους ανθρώπους), ανθρωπιά (οι άνθρωποι ως αυτοσκοπός και όχι ως μέσο για κάτι άλλο) και αυτονομία (η ικανότητα των ανθρώπων να αποφασίζουν μόνοι τους) (University, 2003). Η δυνατότητα άρνησης της λήψης ενός εμβολίου με βάση την αρχή της καθολικότητας θα ήταν ανεκτή μόνο σε έναν κόσμο όπου όλοι αρνούσαν τον εμβολιασμό. Αυτό είναι αντίθετο με την τρέχουσα γνώμη της πλειοψηφίας και με το πρότυπο πρόληψης που ισχύει εδώ και δεκαετίες στις περισσότερες χώρες. Η αυτονομία είναι η πιο αμφιλεγόμενη πτυχή επειδή, όταν το άτομο ζει σε μια κοινότητα, κάθε άτομο πρέπει να συνεισφέρει κάτι για το κοινό καλό, και μια τέτοια απόφαση μπορεί να είναι αντίθετη με τις ατομικές πεποιθήσεις (Monteverde, 2021).

Ένα άτομο που οι ιδέες του άπτονται του φιλελευθερισμού μπορεί να πει ότι ο σκοπός της κατηγορικής επιταγής μπορεί να είναι ο σεβασμός μιας μεμονωμένης απόφασης, συμμορφώνοντας έτσι με την πρώτη (κάθε άτομο παίρνει τη δική του απόφαση σχετικά με το πρόγραμμα εμβολιασμού), δεύτερον (σεβασμός στη βούληση κάθε ατόμου, για λόγους ότι μια μαζική απόρριψη είναι ανεκτή γι' αυτούς), και τρίτες διατυπώσεις (γιατί τέτοιες αποφάσεις λαμβάνονται με πλήρη ισχύ της αυτονομίας του κάθε ατόμου). Επιπλέον, η αρχή της βλάβης από τον John S. Mill, ο οποίος δήλωσε ότι «ο μόνος λόγος για τον περιορισμό της δράσης ενός ατόμου είναι να αποτραπεί η βλάβη σε άλλους», είναι επίσης χρήσιμη για να εξεταστεί το πρόβλημα από μια διαφορετική οπτική γωνία, επειδή αυτή η αρχή είναι μια από τους πυλώνες του κλασικού φιλελευθερισμού (Yaylali, 2019).

Η «ηθική» πτυχή μπορεί να τεκμηριωθεί μέσω μιας ηθικής αρχής που αναγνωρίζει τους άλλους. Η ηθική του εμβολιασμού αντιπαραθέτει την ευθύνη σε ατομικό επίπεδο (να έχεις την επιλογή να εμβολιαστείς), σε συλλογικό επίπεδο (για να επιτευχθεί ανοσία της αγέλης) και σε θεσμικό επίπεδο (να διασφαλίσει πολιτικές για την ανοσία της αγέλης όπως ο υποχρεωτικός εμβολιασμός) (Giubilini, 2021). Οι ηθικοί προβληματισμοί για την ψυχική υγεία στους εμβολιασμούς μπορούν να υιοθετήσουν μια «ανοιχτόμυαλη επιστημολογία» που συγχωνεύει αποτελεσματικά στατιστικά και ανθρωπολογικά δεδομένα (Jan Gresil S. Kahambing, 2021). Η επικείμενη αντίθεση σε αυτό είναι ο ηθικός συντηρητισμός που αρνείται τις εντολές με βάση τις θρησκευτικές ή φιλοσοφικές πεποιθήσεις κάποιου. Η βιοηθική αρχή της αυτονομίας μπορεί να προωθηθεί ακόμη και στην επιλογή των εμπορικών σημάτων των εμβολίων. Οι εξαιρέσεις εμβολιασμού, είτε φιλοσοφικές είτε θρησκευτικές, αναφέρονται σε κάποιες

χώρες ως επιλογή. Παρόλα αυτά, εξακολουθεί να είναι ζωτικής σημασίας να δοθεί έμφαση στον εμβολιασμό της κοινότητας (Jan Gresil S Kahambing, 2021).

4.1.6 Το δίλημμα της πνευματικής ιδιοκτησίας και της πατεντοποίησης των θεραπειών

Η έννοια της πνευματικής ιδιοκτησίας επιτρέπει στο άτομο ή στο νομικό πρόσωπο να εδραιώνει στη δημιουργικότητά του και την καινοτομία των ιδεών του με τον ίδιο τρόπο που μπορεί να κατέχει ένα είδος φυσικής ιδιοκτησίας. Ο κάτοχος της πνευματικής ιδιοκτησίας μπορεί να ελέγχει και να ανταμείβεται για τη χρήση της, γεγονός που δύναται να ενθαρρύνει την περαιτέρω καινοτομία και δημιουργικότητα προς όφελος του γενικού πληθυσμού. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η πνευματική ιδιοκτησία η οποία αφορά προϊόντα, ιδέες, θεραπείες, ειδικά σε περιόδους κρίσεων μπορεί να εγείρει πλείστα βιοηθικά διλήμματα (Sateesh, 2008).

Οι τέσσερις βασικοί τύποι πνευματικής ιδιοκτησίας αφορούν (Sateesh, 2008):

- i. Διπλώματα ευρεσιτεχνίας για εφευρέσεις—νέα και βελτιωμένα προϊόντα και διαδικασίες που μπορούν να εφαρμοστούν στη βιομηχανία
- ii. Εμπορικά σήματα για την ταυτότητα της επωνυμίας — αγαθών και υπηρεσιών που επιτρέπουν τη διάκριση μεταξύ διαφορετικών εμπορών
- iii. Σχέδια για εμφάνιση προϊόντος — ολόκληρου ή μέρους ενός προϊόντος που προκύπτει από τα χαρακτηριστικά, ιδίως, των γραμμών, των περιγραμμάτων, των χρωμάτων, του σχήματος, της υφής ή των υλικών του ίδιου του προϊόντος ή της εμφάνισής του
- iv. Πνευματικά δικαιώματα για υλικό—λογοτεχνικό και καλλιτεχνικό υλικό, μουσική, ταινίες, ηχογραφήσεις και εκπομπές, συμπεριλαμβανομένου λογισμικού και πολυμέσων.

Ένα δίπλωμα ευρεσιτεχνίας δίνει σε έναν εφευρέτη το δικαίωμα για περιορισμένο χρονικό διάστημα να εμποδίσει άλλους να χρησιμοποιήσουν ή να πουλήσουν μια εφεύρεση χωρίς την άδεια του εφευρέτη. Αποτελεί μια συμφωνία μεταξύ ενός εφευρέτη και του κράτους μέσω του οποίου επιτρέπεται στον εφευρέτη ένα βραχυπρόθεσμο μονοπώλιο με αντάλλαγμα να επιτρέψει τη δημοσιοποίηση της εφεύρεσης μετά τη λήξη της ημερομηνίας της πατέντας (Sateesh, 2008).

4.1.7 Οικονομικά διλήμματα σχετιζόμενα με την πανδημία

Ένα από τα πιο απαιτητικά ηθικά διλήμματα που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας και οι υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων κατά τη διάρκεια πανδημιών είναι ο εξορθολογισμός των πόρων υγειονομικής περίθαλψης. Η υψηλή ζήτηση για μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) κατά τη διάρκεια του COVID-19 μεταξύ διαφορετικών πληθυσμών, καθιστά τον κοινό κανόνα, για παράδειγμα, «Όποιος έρχεται πρώτος έρχεται, εξυπηρετείται πρώτος» δεν θα πρέπει να ισχύει σε ένα τέτοιο πλαίσιο. Η ηθική αυτή προέκταση δεν αποτελεί απόρροια της πανδημικής κρίσης (Robert *et al.*, 2020), αλλά χρονολογείται παλαιότερα σε περιπτώσεις αντιρετροϊκής θεραπείας (McGough *et al.*, 2005). Για παράδειγμα, το 1960, ο Belding Scribner και οι συνεργάτες του ανέπτυξαν μία τεχνική διαδικασία παροχέτευσης η οποία μπορούσε να καταστήσει εφικτή την διαδικασία της αιμοκάθαρσης τρεις φορές την εβδομάδα, σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Προ της νέας αυτής διαδικασίας, οι ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια δεν μπορούσαν να λάβουν κάποια εβδομαδιαία θεραπευτική επιλογή, αλλά η θεραπευτική επιλογή αφορούσε μόνο τη θεραπεία της οξείας νεφρικής ανεπάρκειας (McGuire *et al.*, 2020). Ως αποτέλεσμα των περιορισμένων πόρων (αριθμών μηχανημάτων αιμοκάθαρσης και εξειδικευμένου προσωπικού), κρίθηκε αναγκαία η σύσταση επταμελούς επιτροπής, στην οποία ανατέθηκε η ιεράρχηση της θεραπείας ανά ασθενή.

Σε ότι αφορά την πανδημία covid-19 τέθηκε το ηθικό δίλημμα της ιεράρχησης των ασθενών σε ότι αφορά την πρόσβασή τους σε πόρους όπως αναπνευστήρες, νοσηλεία σε ΜΕΘ, εμβολιασμός. Λαμβάνοντας όμως υπόψη τις αρχές διαφάνειας και πρόσβασης στην υγεία άνευ αποκλεισμών, καθώς και τις δεοντολογικές επιταγές για συνέπεια και υπευθυνότητα από την ιατρονοσηλευτική κοινότητα, προτάθηκε αρχικά η ιατρική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων του ασθενούς και της πρόγνωσης των εκάστοτε περιστατικών (WHO, 2019). Ως εκ τούτου, τα προγνωστικά συστήματα βαθμολόγησης θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για τη λήψη ιατρικά αιτιολογημένων αποφάσεων σε περιπτώσεις με καλύτερα προβλέψιμα αποτελέσματα υγείας και πρόγνωση. Τέτοια βαθμονομημένα εργαλεία θεωρούνται το Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) για τους ενήλικους (Jones, Trzeciak and Kline, 2009) και το Pediatric Logistic Organ Dysfunction (PELOD) για τους ανηλικούς (George and Namboodiripad, 2018). Σημαντικό ωστόσο να σημειωθεί ότι η προγνωστική εγκυρότητα της βαθμονομημένης κλίμακας SOFA σε ότι αφορά την αναπνευστική ανεπάρκεια απόρροια της νόσου Covid-19 δεν έχει επικυρωθεί, γεγονός

που θέτει την έννοια της πρόβλεψης και αιτιολογημένης απόφαση μη επαρκή για την συγκεκριμένη περίπτωση (McGuire *et al.*, 2020).

Από όλους τους πόρους που απαιτούνται για τη διατήρηση της λειτουργίας των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας είναι οι πιο σημαντικοί. Ωστόσο, η πανδημία ήταν εξαιρετικά επιβαρυντική για αυτό το ανθρώπινο δυναμικό. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), περισσότεροι από 100.000 εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας έχουν πεθάνει από επιπλοκές της νόσου (World Health Organization, 2021), ενώ αναρίθμητοι άλλοι έχουν υποστεί τεράστιες συνέπειες. Εκτός από τους θανάτους, ο σημαντικότερος απολογισμός αφορά την ψυχική και συναισθηματική ευημερία των εργαζομένων στον τομέα της υγείας.

Στην πραγματικότητα, οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας είναι ένας από τους πιο ουσιαστικούς πόρους για την καταπολέμηση της πανδημίας. Λαμβάνοντας υπόψη την ουσιαστική σημασία της θέσης των εργαζομένων στην υγεία, θα μπορούσε να τεθεί το ηθικό δίλημμα της προτεραιοποίησης τους σε ότι αφορά τη λήψη ιατρικής περίθαλψης και προστατευτικών μέσων, όπως ατομικό προστατευτικό εξοπλισμό, προτεραιότητα νοσηλείας σε ΜΕΘ, προτεραιότητα σε ότι αφορά την εμβολιαστική κάλυψη (McGuire *et al.*, 2020; Fallucchi, Faravelli and Quercia, 2021; Hassan *et al.*, 2021).

Σε ότι αφορά τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας, κάθε μέρα, πρέπει να αποφασίζουν «πώς να κατανέμουν πενιχρούς πόρους σε ασθενείς, πώς να εξισορροπούν τις δικές τους ανάγκες σωματικής και ψυχικής περίθαλψης με αυτές των ασθενών, πώς να ευθυγραμμίζουν την επιθυμία και το καθήκον τους προς τους ασθενείς με εκείνες της οικογένειας και των φίλων τους και πώς να παρέχουν φροντίδα σε όλους τους ασθενείς με σοβαρή αδιαθεσία με περιορισμένους ή ανεπαρκείς πόρους» (Greenberg *et al.*, 2020).

Αυτή η πίεση επιδεινώθηκε από τις άνευ προηγουμένου ελλείψεις προσωπικού, καθώς οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας διέτρεχαν ιδιαίτερα υψηλό κίνδυνο να προσβληθούν οι ίδιοι από τον ιό. Ως αποτέλεσμα, η ακραία εξάντληση, η εξουθένωση, οι τραυματισμοί στο χώρο εργασίας, η διαταραχή μετατραυματικού στρες, το άγχος και η κατάθλιψη έγιναν ευρέως διαδεδομένα (Greenberg, 2020). Ως αποτέλεσμα, ορισμένοι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να δυσκολεύονται να επιδείξουν το ίδιο υψηλό επίπεδο φροντίδας και ενσυναίσθησης.

Η σημασία των οικονομικών πόρων και του εργατικού δυναμικού κατά τη διάρκεια της πανδημικής κρίσης αποτελεί εκτός από μία πραγματικότητα για τους εμπλεκόμενους, και μία πολιτική διαμάχη, σχετιζόμενη με τη διαμόρφωση των εκάστοτε κανονισμών για την κατανομή των πόρων (Bennett and Carney, 2010). Η σημασία της διαμόρφωσης των κανονισμών που σχετίζονται με την κατανομή των πόρων ευθυγραμμίζεται με την έννοια της διαφάνειας και της ενσωμάτωσης του προτεινόμενου εκ του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, πλαισίου, το οποίο λαμβάνει υπόψη τη δημόσια δέσμευση σε ότι αφορά τη χάραξη πολιτικών και διευθέτηση πρακτικών οι οποίες τείνουν να προωθούν την εμπιστοσύνη και ενισχύουν την εφαρμογή των κατευθυντηρίων οδηγιών (Schoch-Spana *et al.*, 2020).

Πρόσθετα των ανωτέρω, ιδιαίτερα σημαντική παράμετρος η οποία σχετίζεται με την κατανομή των πόρων αφορά στη διαθεσιμότητα των συσκευών δοκιμών για τον έλεγχο της θετικότητας στον covid-19, γεγονός που καθίσταται ιδιαίτερα σημαντικό λόγω του ελέγχου των συμπτωματικών ασθενών προς όφελος της έγκαιρης διάγνωσης και λήψης κατάλληλης θεραπείας, ελαχιστοποιώντας τη μετάδοση της λοίμωξης, αλλά και των ασυμπτωματικών ασθενών για την ελαχιστοποίηση κινδύνου μετάδοσης ιδιαίτερα σε άτομα υψηλού κινδύνου (Kramer, Brown and Kopar, 2020). Η διαθεσιμότητα κατάλληλων πόρων για την κάλυψη αυτής της ανάγκης ήταν ίσως περισσότερο αναγνωρισμένη κατά το πρώτο διάστημα της εξάπλωσης της λοίμωξης, λόγω των περισσότερο δυσμενών αποτελεσμάτων στην υγεία του ατόμου και της ανάγκης ιχνηλασιμότητας προς μείωση της διασποράς στην κοινότητα, παρά στη σημερινή μετάλλαξη της Όμικρον.

Ειδικό μέρος

Κεφάλαιο 1^ο

1.1 Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής θέσης είναι η διερεύνηση των απόψεων των νοσηλευτών του Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων» σχετικά με ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας κατά τη νοσηλευτική τους πρακτική κατά την περίοδο της πανδημίας COVID-19. Η μελέτη περιλαμβάνει μόνο το νοσηλευτικό προσωπικό. Επιπρόσθετα, οι πρόσθετοι στόχοι της μελέτης συμπεριλαμβάνουν και τυχόν συσχετίσεις με τις παραμέτρους του ερωτηματολογίου, καθώς και των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων.

1.2 Ερευνητικά ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα αφορούν στα εξής:

- i. Σε ποιο βαθμό οι νοσηλευτές του υπό μελέτη Νοσοκομείου έρχονται αντιμέτωποι με ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας κατά τη νοσηλευτική τους πρακτική κατά την περίοδο της COVID-19;
- ii. Ποιες είναι οι απόψεις των νοσηλευτών σχετικά με τα ζητήματα βιοηθικής;
- iii. Ποιος ο τρόπος διαχείρισης των αναφερόμενων ηθικών, δεοντολογικών και νομικών προβλημάτων των νοσηλευτών;

Κεφάλαιο 2^ο

2.1 Επιλογή ερευνητικής μεθοδολογίας

Για τις ανάγκες της παρούσης έρευνας, επιλέχθηκε η ποσοτική ερευνητική μεθοδολογία για τη διερεύνηση των απόψεων των νοσηλευτών σε ότι αφορά τα ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας κατά την περίοδο της πανδημικής κρίσης. Το κύριο πλεονέκτημα των ποσοτικών μεθόδων έγκειται στη χρησιμότητά τους στην παραγωγή πραγματικών και αξιόπιστων δεδομένων αποτελεσμάτων. Οι στατιστικές μέθοδοι που σχετίζονται με την ποσοτική έρευνα είναι κατάλληλες για την εξεύρεση τρόπων μεγιστοποίησης εξαρτημένων μεταβλητών με βάση ανεξάρτητες, γεγονός που μεταφράζεται σε ικανότητα εντοπισμού και εφαρμογής των παρεμβάσεων που μπορούν να μεγιστοποιήσουν την ποιότητα και την ποσότητα ζωής του μελετώμενου πληθυσμού.

2.2 Ο «υπό μελέτη» πληθυσμός

Ο υπό μελέτη πληθυσμός είναι νοσηλευτές του Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων» και η χρονική διάρκεια της μελέτης αφορά στο σύνολο 5 μήνες, ήτοι από τον Οκτώβριο 2021 έως και τον Ιανουάριο 2022. Κριτήρια ένταξης των συμμετεχόντων είναι αρχικά η κατανόηση της ελληνικής γλώσσας και η ηλικία των συμμετεχόντων ≥ 18 ετών. Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα, ώστε οι συμμετέχοντες να αισθάνονται άνετα κατά τη συμπλήρωση των ερωτήσεων. Οι εντασσόμενοι στη μελέτη βάσει των κριτηρίων ένταξης στη συνέχεια ενημερώθηκαν από τον ερευνητή σε ότι αφορά το σκοπό της μελέτης. Οι συμμετέχοντες που πληρούν τα κριτήρια εισόδου στη μελέτη ενημερώθηκαν πρόσθετα από τον ερευνητή για τους σκοπούς και τον τρόπο διεξαγωγής της παρούσας μελέτης. Μετά την λήψη γραπτή συγκατάθεση των νοσηλευτών σε σχετικό έντυπο συγκατάθεση, ο συμμετέχων εντάχθηκε στην ερευνητική διαδικασία.

Προς επίρρωση της αξιοπιστίας και εγκυρότητας του αριθμού του δείγματος, ζητήθηκε από το Τμήμα Προσωπικού του Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων» ο ακριβής αριθμός των εργαζόμενων νοσηλευτών κατά την περίοδο διεξαγωγής της

παρούσας έρευνας. Οι μόνιμοι νοσηλευτές που απασχολούνται στο Νοσοκομείο είναι στο σύνολο 450, και συγκεκριμένα 250 Τεχνολογικής Εκπαίδευσης, 25 Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης και 175 Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης. Πρόσθετα, για την κάλυψη των αναγκών του Νοσοκομείου, εργάζονται 130 νοσηλευτές με σύμβαση εργασίας ορισμένου χρόνου, και συγκεκριμένα 23 Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης, 28 Τεχνολογικής Εκπαίδευσης και 79 Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης. Το σύνολο των νοσηλευτών ανέρχεται στους 580 νοσηλευτές. Για την πλήρωση του κριτηρίου της αντιπροσωπευτικότητας των νοσηλευτών του του Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων», αλλά και για πρόσθετη γενίκευση στο σύνολο των νοσηλευτών, επιχειρήθηκε η συγκέντρωση όσο το δυνατόν μεγαλύτερου δείγματος. Διαμοιράστηκαν 300 ερωτηματολόγια και επιστράφηκαν πλήρως συμπληρωμένα και κατάλληλα προς επεξεργασία 251.

2.3 Παρουσίαση ερευνητικού εργαλείου

Για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης χρησιμοποιήθηκε κατάλληλο ερωτηματολόγιο το οποίο στο πρώτο μέρος περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών, ενώ στο δεύτερο μέρος χρησιμοποιείται ειδικό ερευνητικό εργαλείο το οποίο καταγράφει τις απόψεις των νοσηλευτών σχετικά με την ηθική και δεοντολογία. Το εν λόγω ερευνητικό εργαλείο (Ζαφειρίου, 2019) προέκυψε ως εξής: μέρος αυτού του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα «Knowledge , attitudes and practice of healthcare ethics and law among doctors and nurses in Barbados» του Seetharaman Hariharan από τον οποίο και δόθηκε η σχετική άδεια (Hariharan et al. 2006). Μεταφράστηκε στα Ελληνικά, προστέθηκαν οκτώ νέες ερωτήσεις, προσαρμόστηκε στο νοσηλευτικό προσωπικό και πραγματοποιήθηκε μια πρώτη πιλοτική μελέτη για να γίνει validation του ερωτηματολογίου. Το σχετικό άρθρο για την στάθμιση του εργαλείου έχει γίνει αποδεκτό προς δημοσίευση από τα Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. Η άδεια χρήσης των συγγραφέων παρατίθεται στο Παράρτημα 1. Πρόσθετα, κατατέθηκε αίτηση στο αρμόδιο Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων» μετά βεβαίωσης του επιβλέποντα καθηγητή για τη διεξαγωγή της έρευνας. Και τα δύο αναφερόμενα έγγραφα παρατίθενται στα Παραρτήματα 2 και 3 αντίστοιχα.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 34 ερωτήσεις. Διαχωρίζεται σε πέντε μέρη: το πρώτο μέρος αντιστοιχεί σε έξι ερωτήσεις σχετικές με τα δημογραφικά – κοινωνικά - επαγγελματικά στοιχεία. Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει τέσσερις ερωτήσεις, που διερευνούν την συχνότητα και τη δυσκολία αντιμετώπισης ηθικών και νομικών ζητημάτων στην καθημερινή πρακτική. Το τρίτο μέρος πέντε ερωτήσεις, σχετικά με τη γνώση σε ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας. Το τέταρτο μέρος περιλαμβάνει δεκατέσσερις ερωτήσεις σχετικά με τη διαχείριση ηθικών διλημάτων και το πέμπτο μέρος 5 ερωτήσεις σχετικά με τις αντιλήψεις περί ζητημάτων βιοηθικής. Οι συμμετέχοντες καλούνται να επιλέξουν μια από τις εναλλακτικές απαντήσεις που προτείνονται σε κάθε ερώτηση, σε μια κλίμακα Likert που κυμαίνεται από το 1 έως το 5 (1=διαφωνώ απόλυτα, 2=διαφωνώ, 3=δεν είμαι σίγουρος, 4=συμφωνώ, 5=συμφωνώ απόλυτα). Το έντυπο συγκατάθεσης κατόπιν ενημέρωσης των συμμετεχόντων καθώς και το ερωτηματολόγιο παρατίθενται στα Παραρτήματα 4 και 5 αντίστοιχα.

2.4 Περιγραφή στατικής ανάλυσης

Η στατιστική ανάλυση διενεργήθηκε με το στατιστικό πακέτο SPSS, ενώ η μεταφορά των Γραφημάτων διενεργήθηκε μέσω Excel, για λόγους αισθητικής. Κατά την καταχώρηση των παραμέτρων, πραγματοποιήθηκε κωδικοποίηση των ερωτήσεων όπως αποτυπώνονται στον κάτωθι Πίνακα.

Πίνακας 2. Κωδικοποιήσεις των ερωτήσεων στο στατιστικό λογισμικό Spss

Αρ.	Ερώτηση	Κωδικοποίηση στο Spss
1	Ηλικία	Age ή Age.R
2	Φύλο	Gender
3	Οικογενειακή κατάσταση	Fam.Stat
4	Διάρκεια εργασιακής εμπειρίας σε έτη	Work.Exp
5	Εκπαιδευτική βαθμίδα	Educat ή Educat.R
6	Μεταπτυχιακός τίτλος	MSc.Degr
7	Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε ένα ηθικό ή νομικό πρόβλημα κατά την κλινική σας πρακτική;	Q.7
8	Πόσο τα ηθικά προβλήματα δυσκολεύουν την καθημερινή σας κλινική πρακτική;	Q.8 ή Q.8.R
9	Πόσο συχνά στα πλαίσια των καθηκόντων σας αναγκάζεστε να προβείτε σε πράξεις και ενέργειες οι οποίες σας βρίσκουν ηθικά και νομικά αντίθετο;	Q.9 ή Q.9.R
10	Πόσο συχνά έρχεστε σε σύγκρουση για ηθικά / δεοντολογικά ζητήματα με τους συναδέλφους σας;	Q.10 ή Q.10.R
11	Γνωρίζετε τους νόμους οι οποίοι σχετίζονται με την άσκηση των καθηκόντων σας;	Q.11
12	Πόσο σημαντική θεωρείτε ότι είναι η γνώση της δεοντολογίας στη δουλειά σας;	Q.12
	Πως αποκτήσατε τις γνώσεις σας σχετικά με τη δεοντολογία και την ηθική;	
13	Κατά την εκπαίδευση	Q.13.1

14	Από εργασιακή εμπειρία	Q.13.2
15	Σεμινάρια / Διαλέξεις	Q.13.3
16	Προσωπική μελέτη και αναζήτηση	Q.13.4
17	Άλλη πηγή (εφημερίδες, διαδίκτυο)	Q.13.5
18	Άλλο	Q.13.6
	Γνωρίζετε το περιεχόμενο των ακολούθων;	
19	Όρκος του Ιπποκράτη	Q.14.1
20	Κώδικας της Νυρεμβέργης	Q.14.2
21	Κώδικας νοσηλευτικής δεοντολογίας	Q.14.3
22	Διακήρυξη του Ελσίνκι	Q.14.4
	Πόσο χρήσιμα είναι καθένα από τα παρακάτω μέσα στην απόκτηση γνώσεων σχετικών με την δεοντολογία και το δίκαιο;	
23	Περιοδικά	Q.15.1
24	Βιβλία	Q.15.2
25	MME	Q.15.3
26	Διαλέξεις	Q.15.4
27	Συνέδρια	Q.15.5
	Με ποιον θα προτιμούσατε να συζητήσετε κάποιο ηθικό πρόβλημα το οποίο μπορεί να προκύψει στο χώρο εργασίας;	
28	Συνάδελφο	Q.16.1
29	Προϊστάμενο	Q.16.2
30	Διευθυντή Νοσηλευτικής Υπηρεσίας	Q.16.3
31	Ιατρό	Q.16.4

32	Διοικητή νοσοκομείου	Q.16.5
33	Συνδικαλιστικές –Επαγγελματικές Ενώσεις	Q.16.6
34	Ιερέα	Q.16.7
35	Διαδίκτυο	Q.16.8
36	Φίλους / οικογένεια	Q.16.9
	Με ποιον θα προτιμούσατε να συζητήσετε κάποιο νομικό πρόβλημα το οποίο μπορεί να προκύψει στο χώρο εργασίας;	
37	Συνάδελφο	Q.17.1
38	Προϊστάμενο	Q.17.2
39	Διευθυντή Νοσηλευτικής Υπηρεσίας	Q.17.3
40	Ιατρό	Q.17.4
41	Διοικητή	Q.17.5
42	Ασφαλιστική εταιρεία	Q.17.6
43	Δικηγόρο	Q.17.7
44	Συνδικαλιστικές Οργανώσεις	Q.17.8
45	Πιστεύετε ότι θα έπρεπε να υπάρχει επιτροπή δεοντολογίας στο ίδρυμά σας;	Q.18
	Ποιος νομίζετε ότι μπορεί να είναι ο ρόλος αυτής της επιτροπής;	
46	Να συμβουλεύει το προσωπικό όταν αντιμετωπίζει ηθικά / νομικά ζητήματα	Q.19.1
47	Να συμβουλεύει τη διοίκηση σχετικά με την ηθική και τους κανόνες του ιδρύματος	Q.19.2
48	Να επιλύει τις συγκρούσεις μεταξύ των επαγγελματιών υγείας	Q.19.3

49	Να επιλύει τις συγκρούσεις μεταξύ των επαγγελματιών και συγγενών των ασθενών	Q.19.4
50	Να διδάσκει την ιατρική ηθική στους φοιτητές	Q.19.5
51	Να διεξάγει συνέδρια περί δεοντολογίας	Q.19.6
52	Να εγκρίνει και να κατευθύνει την έρευνα	Q.19.7
53	Η υιοθέτηση δεοντολογικής συμπεριφοράς είναι σημαντική μόνο για την αποφυγή νομικών επιπτώσεων	Q.20
54	Οι ιατροί πρέπει να πράττουν το καλύτερο ανεξαρτήτως της γνώμης των ασθενών	Q.21
55	Οι επιθυμίες του ασθενούς πρέπει να λαμβάνονται πάντα υπόψη	Q.22
56	Ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται πάντα ακόμη και στην περίπτωση ιατρικού λάθους	Q.23
57	Ο ασθενής θα πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένος ώστε να μπορεί να αναλαμβάνει ενεργό ρόλο στη λήψη κλινικών αποφάσεων που αφορούν την υγεία του	Q.24
58	Η συγκατάθεση των ασθενών χρειάζεται μόνο στην περίπτωση των χειρουργικών επεμβάσεων και όχι για δοκιμές / τεστ ή φάρμακα	Q.25
59	Η εμπιστευτικότητα και το ιατρικό απόρρητο δε μπορούν να τηρηθούν στη σύγχρονη ιατρική φροντίδα και πρέπει να εγκαταλειφθούν ως έννοιες	Q.26
60	Οι στενοί συγγενείς πρέπει πάντα να ενημερώνονται πλήρως για την κατάσταση του ασθενούς	Q.27

61	Ο ασθενής πρέπει να γνωρίζει όλη την αλήθεια για την κατάσταση της υγείας του ακόμα και όταν πάσχει από σοβαρό νόσημα το οποίο απειλεί άμεσα την υγεία του	Q.28
62	Ιατροί και νοσηλευτές θα πρέπει να αρνούνται τη θεραπεία ασθενών οι οποίοι συμπεριφέρονται βίαια	Q.29
63	Ένας ασθενής ο οποίος επιθυμεί να πεθάνει πρέπει να βοηθηθεί να το πράξει ανεξάρτητα από την ασθένειά του	Q.30
	Τι θα πρέπει να κάνει κατά τη γνώμη σας ένας επαγγελματίας υγείας όταν κάποιος ασθενής αρνείται να μεταγγιστεί, να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση ή να δεχθεί οποιαδήποτε θεραπεία;	
64	Να σεβαστεί την απόφαση του ασθενή	Q.31.1
65	Να του υποδείξει το σωστό	Q.31.2
66	Να προσπαθήσει να εκτελέσετε τη διαδικασία χωρίς τη θέλησή του	Q.31.3
67	Να προσπαθήσει να τον μεταπείσει	Q.31.4
68	Οτιδήποτε άλλο (καθορίστε)	Q.31.5
69	Ο νόμος επιτρέπει την εκτέλεση αμβλώσεων. Ο νοσηλευτής δεν μπορεί να αρνηθεί να συμμετάσχει σε μία άμβλωση.	Q.32
70	Τα παιδιά (εκτός από την περίπτωση έκτακτης ανάγκης) δεν πρέπει ποτέ να υποβάλλονται σε θεραπεία χωρίς τη συγκατάθεση των γονέων ή των κηδεμόνων τους.	Q.33
71	Η δωρεά οργάνων είναι μία διαδικασία η οποία πρέπει να γίνεται αυτόματα χωρίς τη συναίνεση και την άδεια των συγγενών.	Q.34

Στη συνέχεια διενεργήθηκε έλεγχος κανονικότητας με την εντολή explore και εξήχθησαν μέτρα κεντρικής τάσης, μέτρα διασποράς, η λοξότητα και κύρτωση, και

τέλος ιστογράμματα για κάθε μεταβλητή-ερώτηση ξεχωριστά. Βάση των αποτελεσμάτων, κανονική κατανομή ή κοντά στην κανονική (δυνάμει της θεωρίας των κοινωνικών επιστημών) ακολουθούν οι μεταβλητές-ερωτήσεις Q.7, Q.8, Q.9, Q.10, Q.11, Q.20, Q.21, Q.22, Q.23, Q.24, Q.25, Q.26, Q.27, Q.28, Q.29, Q.30, Q.32, και Q.34 ενώ, οι Q.12, και Q.33 δεν ακολουθούν κανονική κατανομή. Στο Παράρτημα 6 παρατίθενται οι πίνακες και τα διαγράμματα όπου αποτυπώνονται τα αποτελέσματα της ως άνω εντολής στο spss.

Πραγματοποιήθηκε τέλος περιγραφική και επαγωγική στατιστική ανάλυση.

2.5 Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας

Για τη διεξαγωγή της μελέτης διασφαλίστηκε σχετική άδεια από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Επίσης το πρωτόκολλο κατατέθηκε προς έγκριση και στο Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων», όπως αναφέρθηκε ανωτέρω. Ακολουθήθηκαν τα οριζόμενα σχετικά με τη συγκατάθεση, μετά από ενημέρωση, όσων συμμετάσχουν στην έρευνα. Θα πρέπει να επισημανθεί ότι δεν συμμετείχαν στην ερευνητική διαδικασία άτομα που δεν είναι ικανά να δώσουν τη συγκατάθεσή τους ή ανήλικοι. Πρόσθετα, τηρήθηκε αυστηρά η εχεμύθεια και η ανωνυμία των συμμετεχόντων καθώς και ελήφθη άδεια χρήσης του ερωτηματολογίου της ελληνικής και σταθμισμένης έκδοσης. Επισημαίνεται ότι πραγματοποιήθηκε αυστηρή τήρηση των διαδικασιών για τη δεοντολογικά ορθή και σύννομη λήψη και αξιοποίηση των δεδομένων (περιγράφεται αναλυτικά στο έντυπο συγκατάθεσης στο Παράρτημα).

Κεφάλαιο 3^ο

Αποτελέσματα έρευνας

Μετά τη συγκέντρωση των ερωτηματολογίων και την αρχική ποιοτική αξιολόγησή τους, πραγματοποιήθηκε η καταχώρηση των αποτελεσμάτων στο στατιστικό πακέτο SPSS και η εξαγωγή της περιγραφικής στατιστικής.

Συγκεκριμένα στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων.

Πίνακας 3. Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων

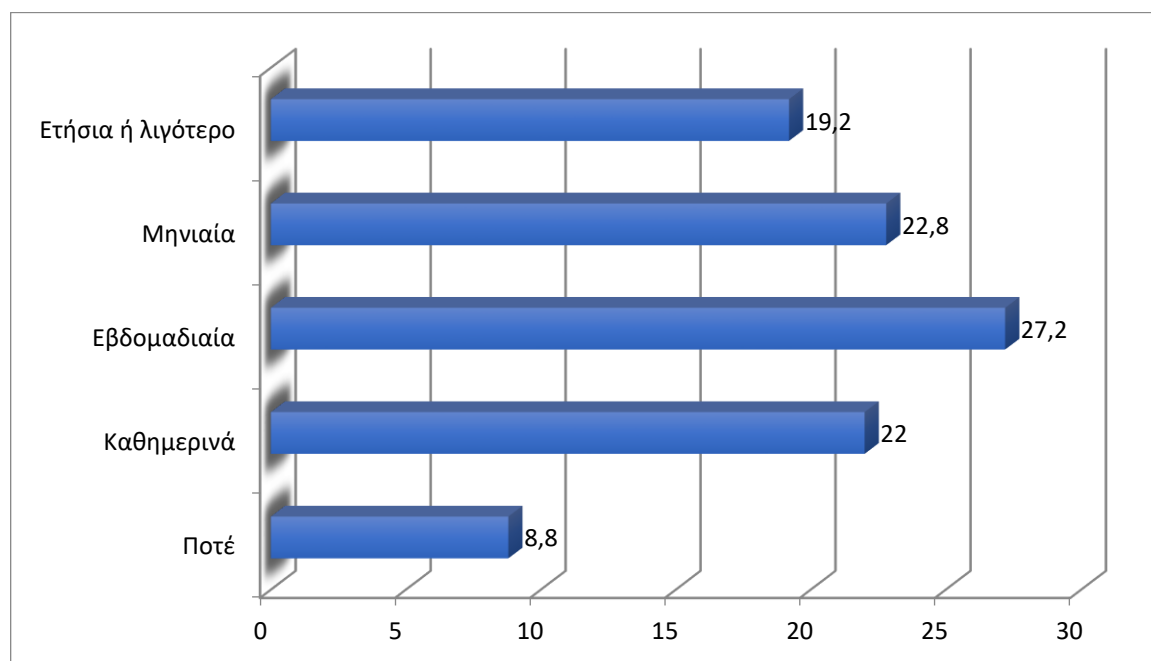
	Σύνολο Δείγματος (N=250)	
	Συχνότητα	%
Ηλικία		
18-20	6	2,4
21-30	38	15,2
31-40	58	23,2
41-50	76	30,4
51-60	67	26,8
>60	5	2,0
Φύλο		
Άνδρας	46	18,4
Γυναίκα	204	81,6
Οικογενειακή Κατάσταση		
Άγαμος	94	37,6
Έγγαμος	156	62,4

Διάρκεια εργασιακής εμπειρίας σε έτη		
<5	54	21,6
6-10	33	13,2
11-15	28	11,2
16-20	32	12,8
21-25	42	16,8
>25	61	24,4
Εκπαιδευτική Βαθμίδα		
ΠΕ	32	12,8
ΤΕ	135	54,0
ΔΕ	82	32,8
ΥΕ	1	0,4
Μεταπτυχιακός Τίτλος		
Όχι	176	70,4
Ναι	74	29,6

Οι κύριες ηλικιακές ομάδες που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο ήταν οι ομάδες 18-20 ετών, 21-30 ετών, 31-40 ετών, 41-50 ετών, 51-60 ετών, και >60 ετών με ποσοστά 2,4%, 15,2%, 23,2%, 30,4%, 26,8, και 2,0% αντίστοιχα. Η ποσοστιαία καταγραφή παρουσιάζεται υπέρ των γυναικών επαγγελματιών υγείας έναντι των αντρών με 81,6% και 18,4% αντίστοιχα για τα δύο φύλα. Το 62,4% των ερωτώμενων ήταν έγγαμοι με το υπόλοιπο 37,6% να δηλώνουν άγαμοι. Όσον αφορά την εργασιακή εμπειρία, <5 έτη είχε το 21,6%, 11-15 έτη είχε το 13,2%, 16-20 έτη είχε το 12,8%, 21-25 είχε το 16,8%, και >25 είχε το 24,4%. Σε ότι αφορά το μορφωτικό επίπεδο των ερωτώμενων η πλειοψηφία ήταν ανώτερης εκπαίδευσης, απόφοιτοι ΤΕ με ποσοστό 54,0% με την επιλογή της ΔΕ να ακολουθεί με ποσοστό 32,8%. Τέλος, το 70,4% των ερωτώμενων

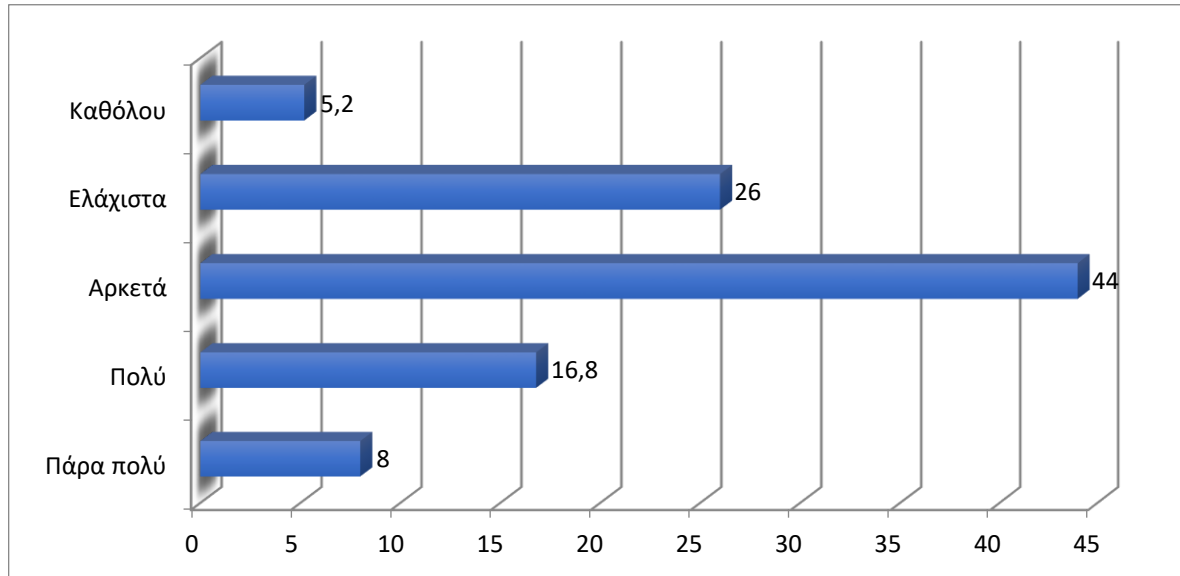
δεν κατείχε τίτλο μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών σε αντίθεση με το 29,6% το οποίο δήλωσε πως είχε ολοκληρώσει τουλάχιστον ένα.

Γράφημα 1. Ιστόγραμμα συχνοτήτων για την ερώτηση «Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε ένα ηθικό ή νομικό πρόβλημα κατά την κλινική σας πρακτική;»



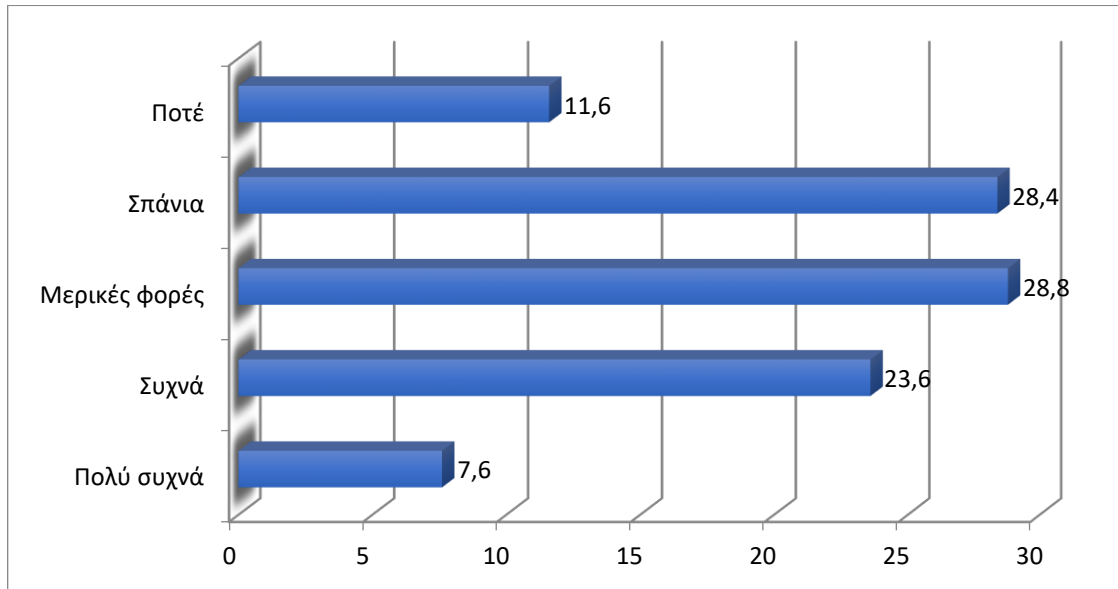
Εν συνόλω, το 19,2% δήλωσε πως αντιμετωπίζει κάποιο ηθικό ή νομικό πρόβλημα κατά την κλινική του πρακτική σε ετήσια βάση, το 22,8% σε μηνιαία βάση, το 27,2% σε εβδομαδιαία βάση, το 22% σε καθημερινή βάση ενώ τέλος το 8,8% δήλωσε πως ποτέ δεν έχει αντιμετωπίσει τέτοιου είδους περιστατικό.

Γράφημα 2. Ιστόγραμμα συχνοτήτων για την ερώτηση «Πόσο τα ηθικά προβλήματα δυσκολεύουν την καθημερινή σας κλινική πρακτική;»



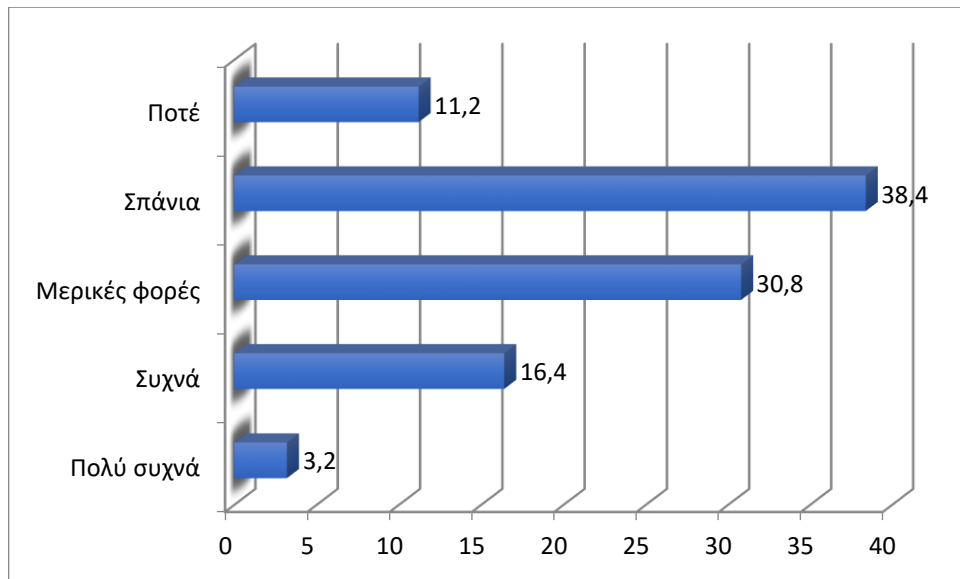
Συγκριτικά με το κατά πόσο τα ηθικά προβλήματα δυσκολεύουν την καθημερινή κλινική πρακτική των επαγγελματιών υγείας η πλειοψηφία απάντησε από αρκετά έως πολύ σε ποσοστό 60,8%, με το 26% να δηλώνει ελάχιστα.

Γράφημα 3. Ιστόγραμμα συχνοτήτων για την ερώτηση «Πόσο συχνά στα πλαίσια των καθηκόντων σας αναγκάζεστε να προβείτε σε πράξεις και ενέργειες οι οποίες σας βρίσκουν ηθικά και νομικά αντίθετο;»



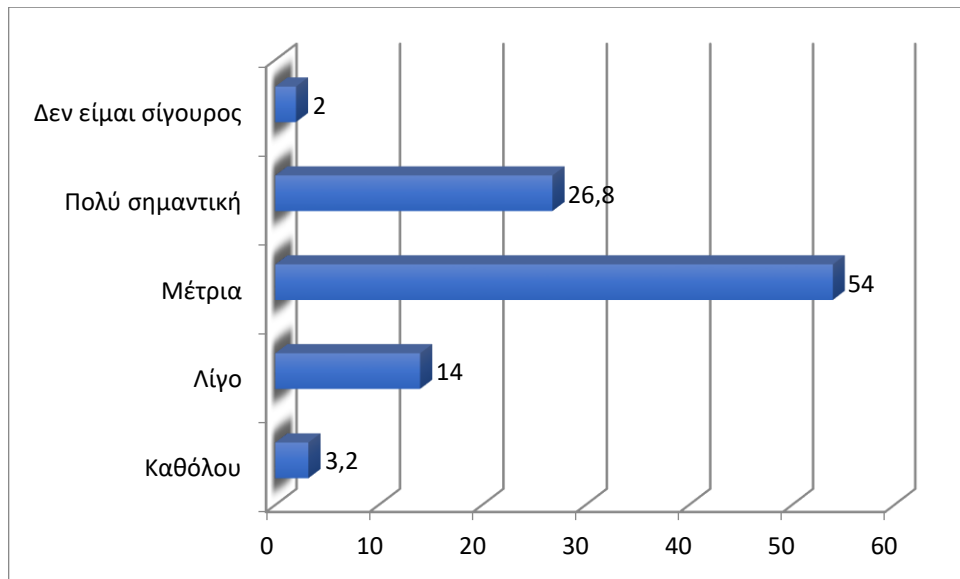
Αναφορικά με την συχνότητα που αναγκάζονται, οι επαγγελματίες υγείας, να προβούν σε πράξεις και ενέργειες οι οποίες τους βρίσκουν ηθικά και νομικά αντίθετους, το 11,6% δήλωσε πως ποτέ δεν αναγκάστηκε να προβεί σε τέτοιους είδους πράξεις, το 28,4% σπάνια, το 28,8% μερικές φορές, το 23,6% συχνά, ενώ τέλος το 7,6% πολύ συχνά.

Γράφημα 4. Ιστόγραμμα συχνοτήτων για την ερώτηση «Πόσο συχνά έρχεστε σε σύγκρουση για ηθικά / δεοντολογικά ζητήματα με τους συναδέλφους σας;»



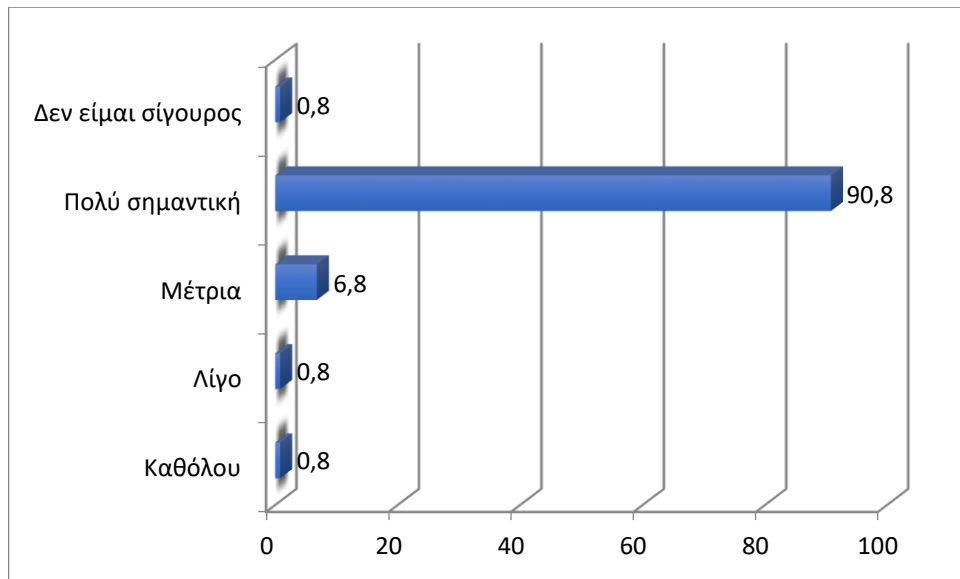
Σχετικά με την συχνότητα των συγκρούσεων με συναδέλφους για ηθικά/δεοντολογικά ζητήματα, στην πλειοψηφία τους οι επαγγελματίες υγείας απάντησαν από σπάνια έως μερικές φορές σε ποσοστό 68,4%, με το 16,4% να δηλώνει συχνά.

Γράφημα 5. Ιστόγραμμα συχνοτήτων για την ερώτηση «Γνωρίζετε τους νόμους οι οποίοι σχετίζονται με την άσκηση των καθηκόντων σας;»



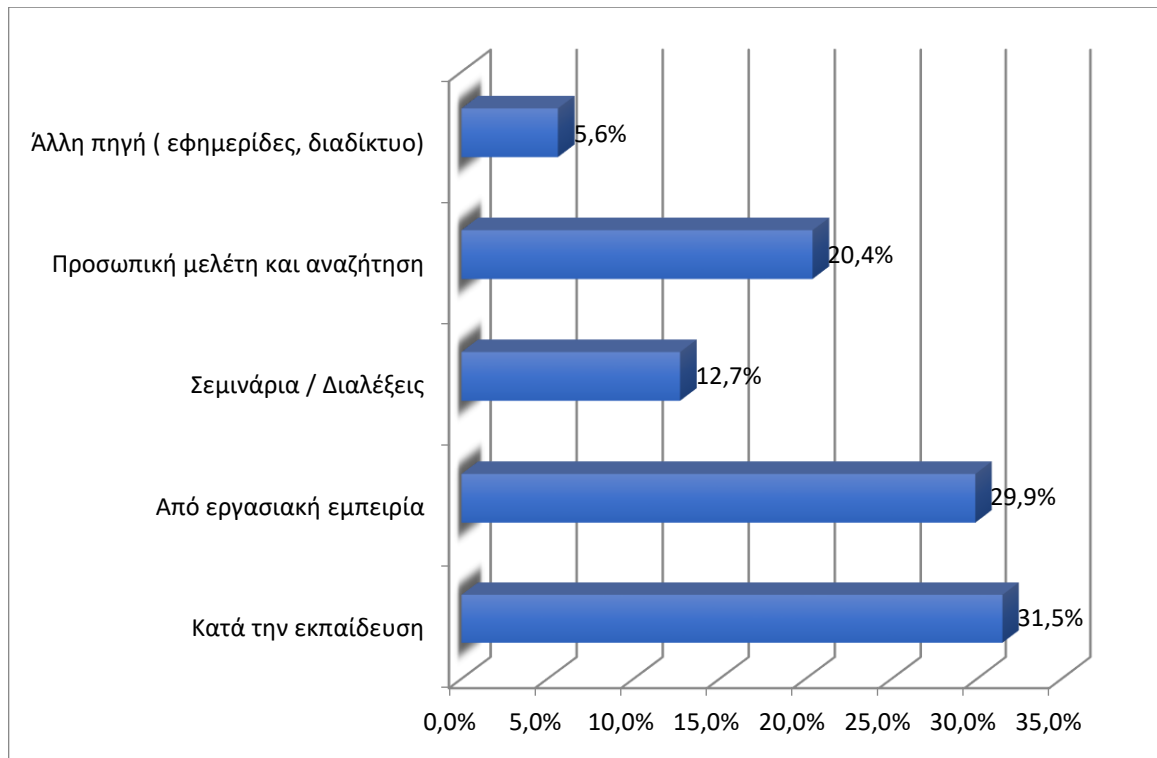
Στη συνέχεια οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να απαντήσουν για το αν γνωρίζουν τους νόμους οι οποίοι σχετίζονται με την άσκηση των καθηκόντων σας. Η πλειοψηφία απάντησε μέτρια έως πολύ σημαντική σε ποσοστό 80,8%, με το 14% να δηλώνει λίγο.

Γράφημα 6. Ιστόγραμμα συχνοτήτων για την ερώτηση «Πόσο σημαντική θεωρείτε ότι είναι η γνώση της δεοντολογίας στη δουλειά σας;»



Εξετάζοντας την σημαντικότητα της γνώσης για την δεοντολογία στην δουλειά τους, οι ερωτώμενοι στην πλειοψηφία τους απάντησαν την επιλογή πολύ σημαντική σε ποσοστό 90,8%.

Γράφημα 7. Ιστόγραμμα συχνοτήτων για την ερώτηση «Πως αποκτήσατε τις γνώσεις σας σχετικά με τη δεοντολογία και την ηθική;»

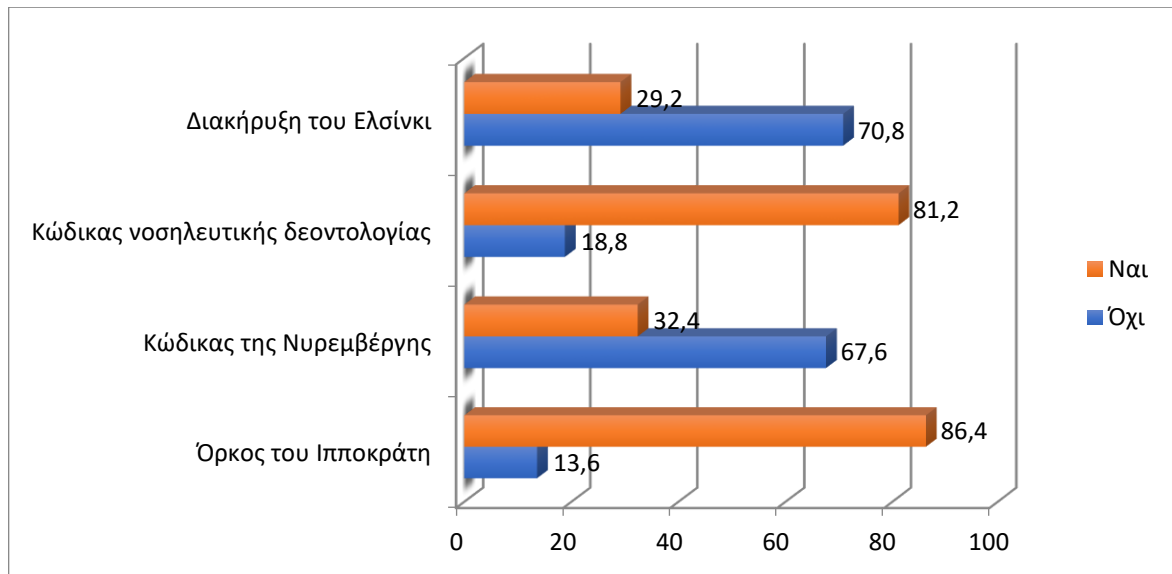


Στην επόμενη ερώτηση οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να απαντήσουν σε πολλαπλής τύπου ερώτηση σχετικά με το πως απόκτησαν τις γνώσεις τους σχετικά με τη δεοντολογία και την ηθική. Το 31,5% δήλωσε κατά την εκπαίδευση του, το 29,9% από την εργασιακή του εμπειρία, το 12,7% από σεμινάρια/διαλέξεις, το 20,4% από προσωπική μελέτη και αναζήτηση, και τέλος από διαφορετική πηγή όπως π.χ. εφημερίδες, διαδίκτυο, κ.α. σε ποσοστό 5,6%.

Πίνακας 4. Συνολική συχνότητα για την ερώτηση «Πως αποκτήσατε τις γνώσεις σας σχετικά με τη δεοντολογία και την ηθική;»

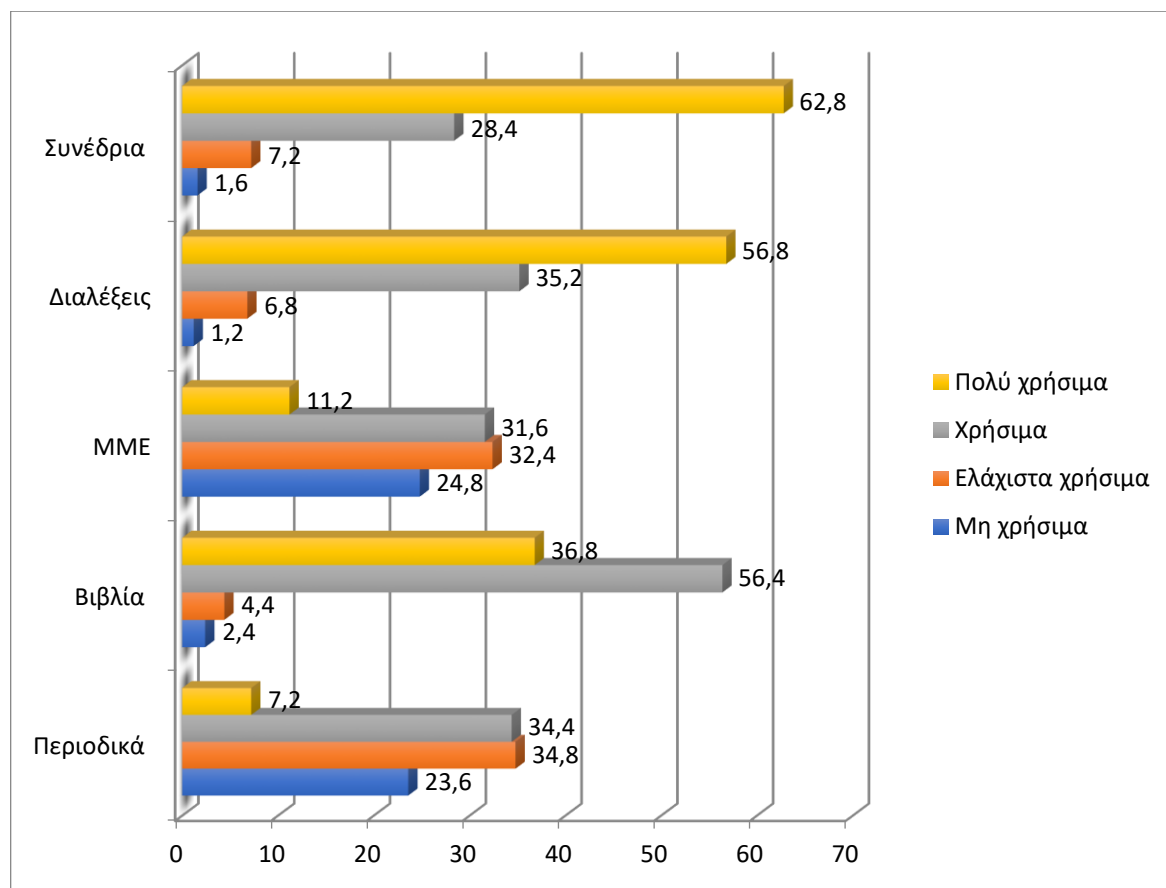
	Συχνότητα	%
Κατά την εκπαίδευση		
Όχι	114	45,6
Ναι	136	54,4
Από εργασιακή εμπειρία		
Όχι	121	48,4
Ναι	129	51,6
Σεμινάρια / Διαλέξεις		
Όχι	195	78,0
Ναι	55	22,0
Προσωπική μελέτη και αναζήτηση		
Όχι	162	64,8
Ναι	88	35,2
Άλλη πηγή (εφημερίδες, διαδίκτυο)		
Όχι	226	90,4
Ναι	24	9,6
Άλλο		
Όχι	250	100,0
Ναι	0	0

Γράφημα 8. Ιστόγραμμα συχνοτήτων για την ερώτηση «Γνωρίζετε το περιεχόμενο των ακολούθων;»



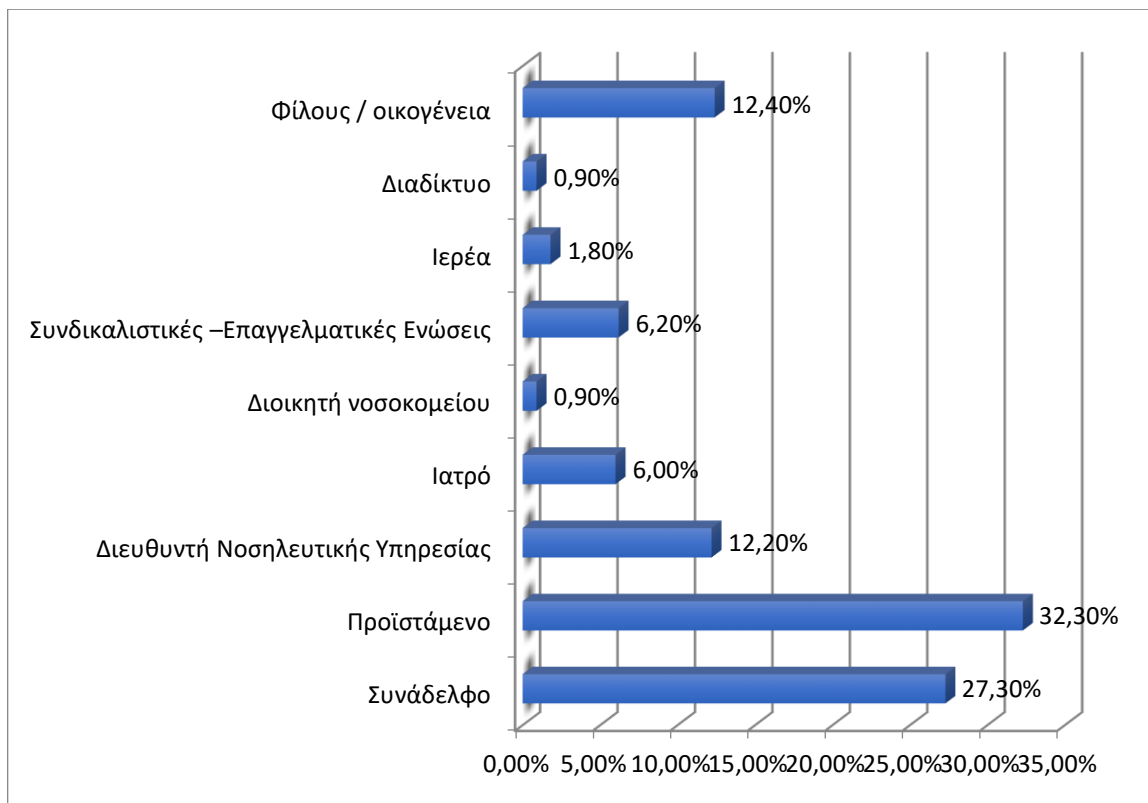
Στη συνέχεια οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να απαντήσουν αναφορικά με το αν γνωρίζουν το περιεχόμενο του όρκου του Ιπποκράτη, του κώδικα της Νυρεμβέργης, του κώδικα νοσηλευτικής δεοντολογίας καθώς επίσης και για τη διακήρυξη του Ελσίνκι. Σχετικά με τον όρκου του Ιπποκράτη και τον κώδικα νοσηλευτικής δεοντολογίας στην πλειοψηφία τους οι ερωτώμενοι απάντησαν πως γνωρίζουν το περιεχόμενο σε ποσοστό 86,4% και 81,2% αντίστοιχα. Για τον κώδικα της Νυρεμβέργης και τη διακήρυξη του Ελσίνκι στην πλειοψηφία τους οι ερωτώμενοι απάντησαν αρνητικά σε ποσοστό 67,6% και 70,8%.

Γράφημα 9. Ιστόγραμμα συχνοτήτων για την ερώτηση «Πόσο χρήσιμα είναι καθένα από τα παρακάτω μέσα στην απόκτηση γνώσεων σχετικών με την δεοντολογία και το δίκαιο;»



Όσον αφορά την χρησιμότητα των περιοδικών, των βιβλίων, των ΜΜΕ, των διαλέξεων, και των συνεδρίων για την χρησιμότητα τους στην απόκτηση γνώσεων σχετικών με την δεοντολογία και το δίκαιο, οι ερωτώμενοι για τα περιοδικά απάντησαν ελάχιστα χρήσιμα έως χρήσιμα σε ποσοστό 69,2%, για τα βιβλία απάντησαν χρήσιμα έως πολύ χρήσιμα σε ποσοστό 93,2%, για τα ΜΜΕ απάντησαν ελάχιστα χρήσιμα έως χρήσιμα σε ποσοστό 64%, με το 24,8% να μην τα θεωρεί χρήσιμα, για τις διαλέξεις απάντησαν χρήσιμα έως πολύ χρήσιμα σε ποσοστό 92%, και τέλος για τα συνέδρια απάντησαν χρήσιμα έως πολύ χρήσιμα σε ποσοστό 91,4%.

Γράφημα 10. Ιστόγραμμα συχνοτήτων για την ερώτηση «Με ποιον θα προτιμούσατε να συζητήσετε κάποιο ηθικό πρόβλημα το οποίο μπορεί να προκύψει στο χώρο εργασίας;»



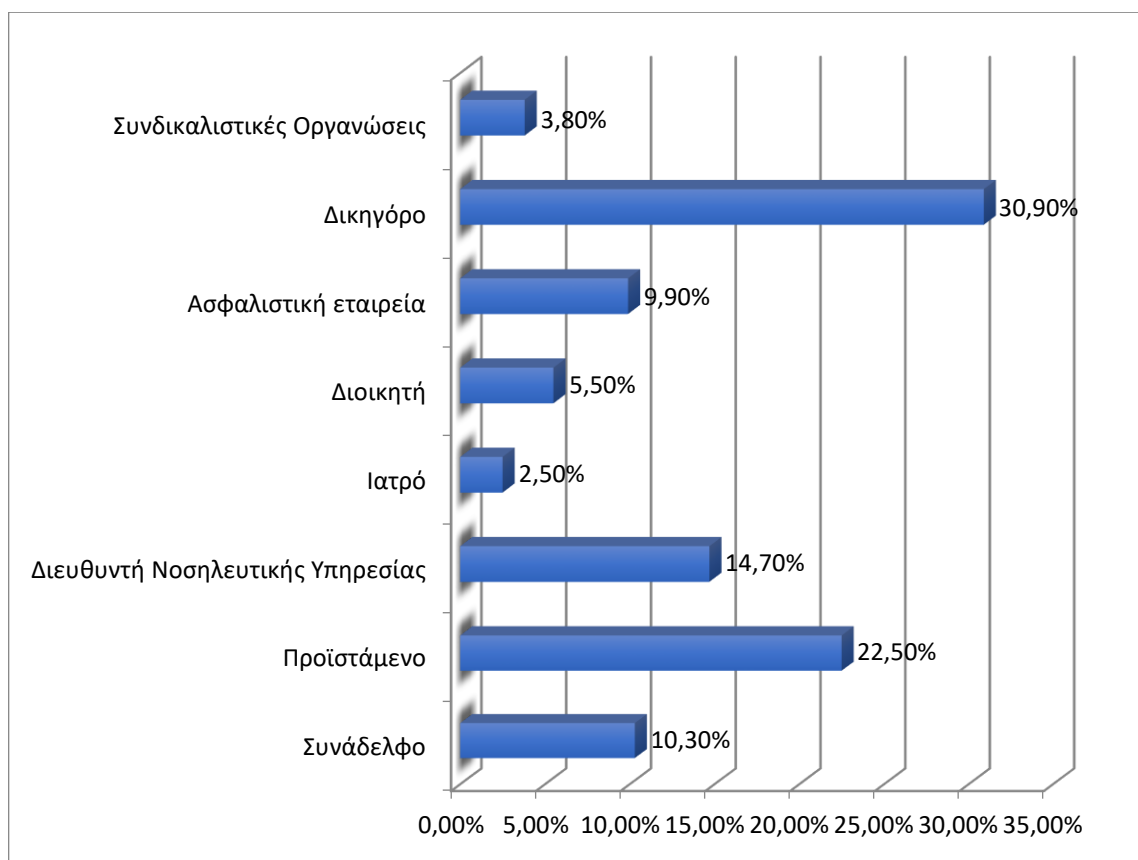
Στη συνέχεια οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερώτηση πολλαπλής επιλογής αναφορικά με το ποιον θα προτιμούσαν να συζητήσουν κάποιο ηθικό πρόβλημα το οποίο μπορεί να προκύψει στο χώρο εργασίας. Σε ποσοστό 27,3% απάντησαν με τον συνάδελφό τους, το 32,3% με τον/την προϊστάμενο/η τους, το 12,2% με τον διευθυντή νοσηλευτικής υπηρεσίας, και το 12,4% με τους φίλους/οικογένεια τους. Οι υπόλοιπες επιλογές παρουσίασαν μη σημαντικά ποσοστά κατανομής.

Πίνακας 5. Συχνότητες για την ερώτηση «Με ποιον θα προτιμούσατε να συζητήσετε κάποιο ηθικό πρόβλημα το οποίο μπορεί να προκύψει στο χώρο εργασίας;»

	Συχνότητα	%
Συνάδελφο		
Όχι	131	52,4
Ναι	119	47,6
Προϊστάμενο		
Όχι	109	43,6
Ναι	141	56,4
Διευθυντή Νοσηλευτικής Υπηρεσίας		
Όχι	197	78,8
Ναι	53	21,2
Ιατρό		
Όχι	224	89,6
Ναι	26	10,4
Διοικητή νοσοκομείου		
Όχι	246	98,4
Ναι	4	1,6
Συνδικαλιστικές –Επαγγελματικές Ενώσεις		
Όχι	223	89,2
Ναι	27	10,8
Ιερέα		

Όχι	242	96,8
Ναι	8	3,2
Διαδίκτυο		
Όχι	246	98,4
Ναι	4	1,6
Φίλους / οικογένεια		
Όχι	196	78,4
Ναι	54	21,6

Γράφημα 11. Ιστόγραμμα συχνοτήτων για την ερώτηση «Με ποιον θα προτιμούσατε να συζητήσετε κάποιο νομικό πρόβλημα το οποίο μπορεί να προκύψει στο χώρο εργασίας;»



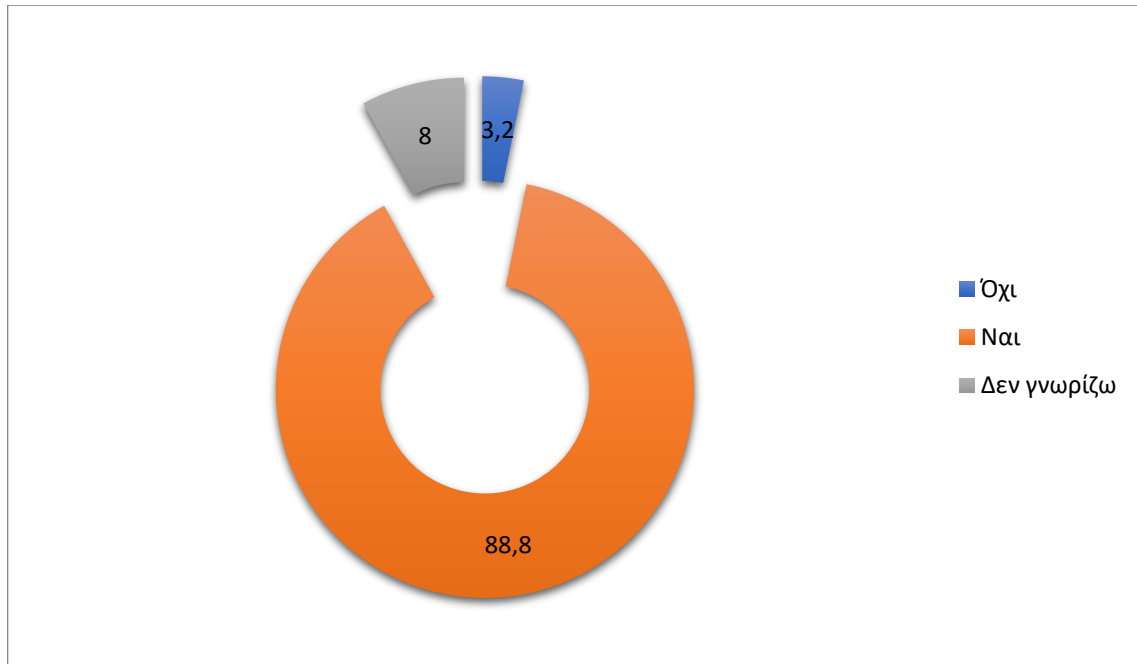
Στη συνέχεια οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερώτηση πολλαπλής επιλογής αναφορικά με το ποιον θα προτιμούσαν να συζητήσουν κάποιο νομικό πρόβλημα το οποίο μπορεί να προκύψει στο χώρο εργασίας. Σε ποσοστό 10,3% απάντησαν με τον συνάδελφό τους, το 22,5% με τον/την προϊστάμενο/η τους, το 14,7% με τον διευθυντή νοσηλευτικής υπηρεσίας, και το 30,9% με τον δικηγόρο. Οι υπόλοιπες επιλογές παρουσίασαν μη σημαντικά ποσοστά κατανομής.

Πίνακας 6. Συχνότητες για την ερώτηση «Με ποιον θα προτιμούσατε να συζητήσετε κάποιο νομικό πρόβλημα το οποίο μπορεί να προκύψει στο χώρο εργασίας;»

	Συχνότητα	%
Συνάδελφο		
Όχι	201	80,4
Ναι	49	19,6
Προϊστάμενο		
Όχι	143	57,2
Ναι	107	42,8
Διευθυντή Νοσηλευτικής Υπηρεσίας		
Όχι	180	72,0
Ναι	70	28,0
Ιατρό		
Όχι	238	95,2
Ναι	12	4,8
Διοικητή		
Όχι	224	89,6
Ναι	26	10,4

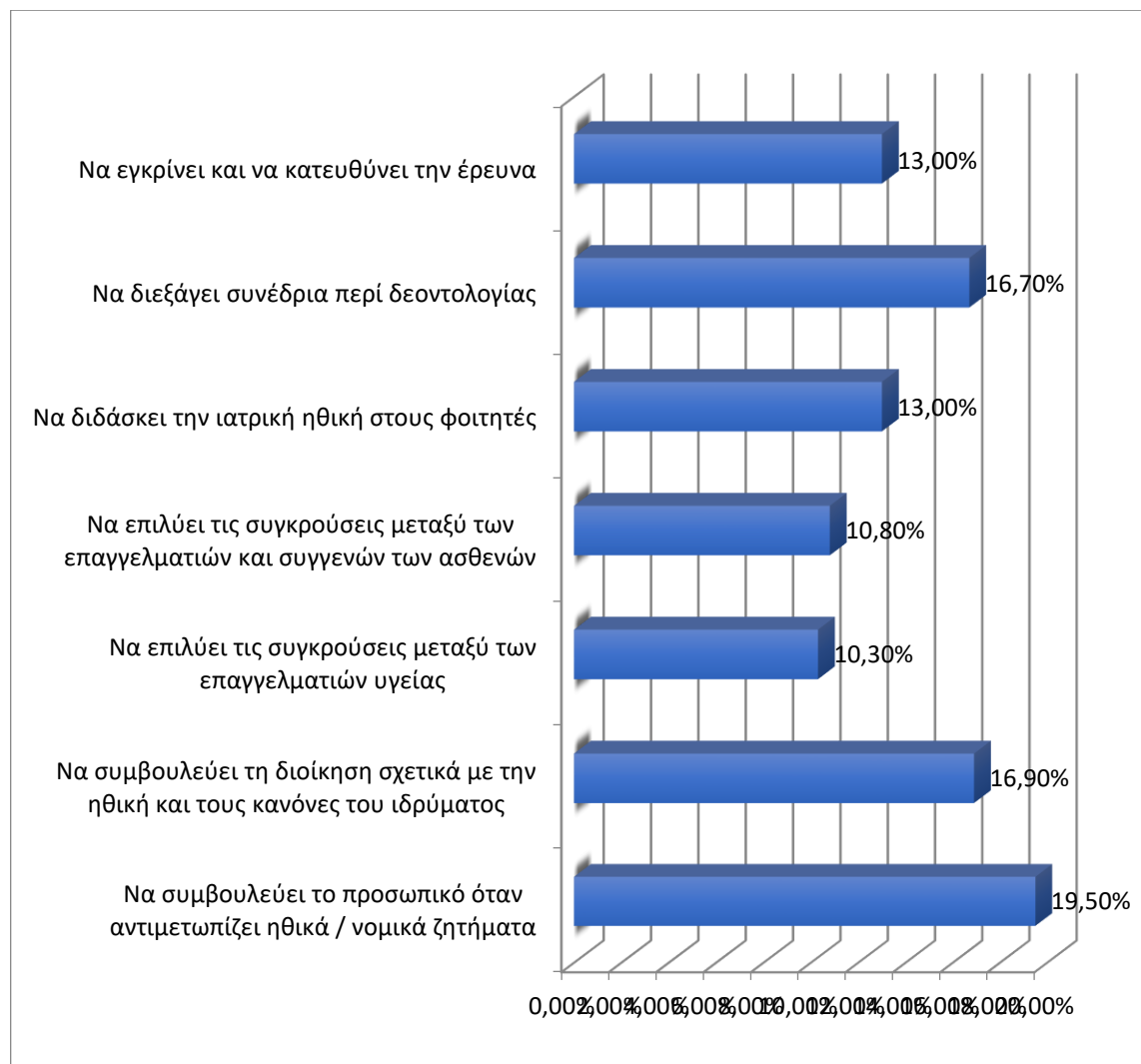
Ασφαλιστική εταιρεία		
Όχι	203	81,2
Ναι	47	18,8
Δικηγόρο		
Όχι	103	41,2
Ναι	147	58,8
Συνδικαλιστικές Οργανώσεις		
Όχι	232	92,8
Ναι	18	7,2

Γράφημα 12. Κατανομή συχνοτήτων για την ερώτηση «Πιστεύετε ότι θα έπρεπε να υπάρχει επιτροπή δεοντολογίας στο ίδρυμά σας;»



Στην ερώτηση για το αν πιστεύουν πως θα έπρεπε να υπάρχει επιτροπή δεοντολογίας στο ίδρυμα τους, οι ερωτώμενοι στην πλειοψηφία τους απάντησαν θετικά σε ποσοστό 88,8%.

Γράφημα 13. Κατανομή συχνοτήτων για την ερώτηση «Ποιος νομίζετε ότι μπορεί να είναι ο ρόλος αυτής της επιτροπής;»



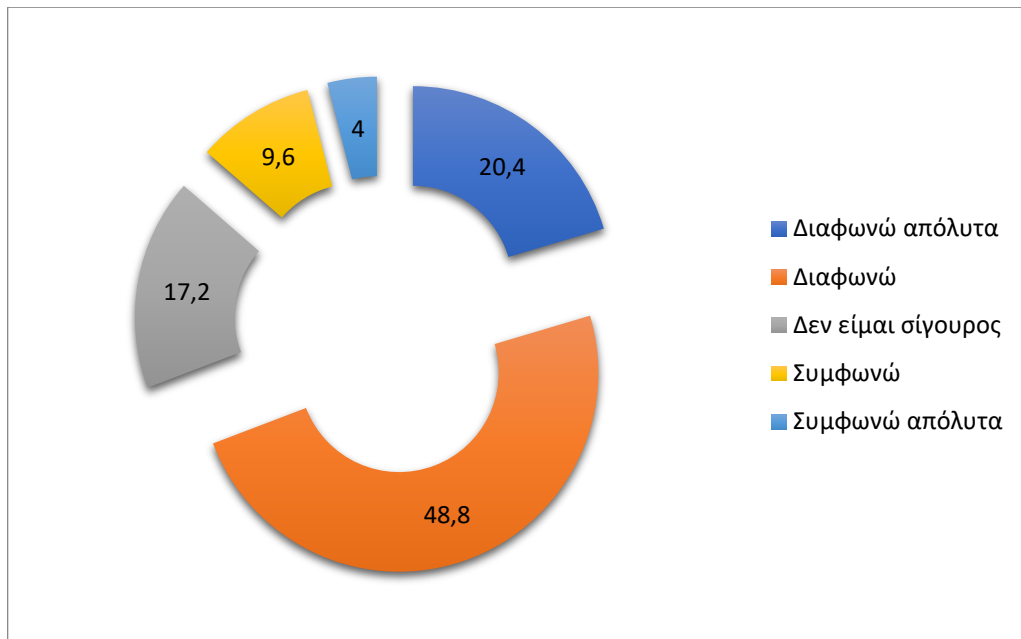
Σε ότι αφορά για τον ρόλο που νομίζουν ότι μπορεί να έχει η επιτροπή, οι ερωτώμενοι απάντησαν να συμβουλεύει το προσωπικό όταν αντιμετωπίζει ηθικά / νομικά ζητήματα σε ποσοστό 19,5%, να συμβουλεύει τη διοίκηση σχετικά με την ηθική και τους κανόνες του ιδρύματος σε ποσοστό 16,9%, να επιλύει τις συγκρούσεις μεταξύ των επαγγελματιών υγείας σε ποσοστό να επιλύει τις συγκρούσεις μεταξύ των επαγγελματιών και συγγενών των ασθενών σε ποσοστό 10,8%, να διδάσκει την ιατρική ηθική στους φοιτητές σε ποσοστό 13%, να διεξάγει συνέδρια περί δεοντολογίας σε ποσοστό 16,7%, και τέλος να εγκρίνει και να κατευθύνει την έρευνα σε ποσοστό 13%.

Πίνακας 7. Συνολική κατανομή συχνοτήτων για την ερώτηση «Ποιος νομίζετε ότι μπορεί να είναι ο ρόλος αυτής της επιτροπής;»

	Συχνότητα	%
Να συμβουλεύει το προσωπικό όταν αντιμετωπίζει ηθικά / νομικά ζητήματα		
Όχι	4	1,6
Ναι	239	95,6
Δεν γνωρίζω	7	2,8
Να συμβουλεύει τη διοίκηση σχετικά με την ηθική και τους κανόνες του ιδρύματος		
Όχι	14	5,6
Ναι	207	82,8
Δεν γνωρίζω	29	11,6
Να επιλύει τις συγκρούσεις μεταξύ των επαγγελματιών υγείας		
Όχι	68	27,2
Ναι	126	50,4
Δεν γνωρίζω	56	22,4
Να επιλύει τις συγκρούσεις μεταξύ των επαγγελματιών και συγγενών των ασθενών		
Όχι	70	28,0
Ναι	132	52,8
Δεν γνωρίζω	48	19,2

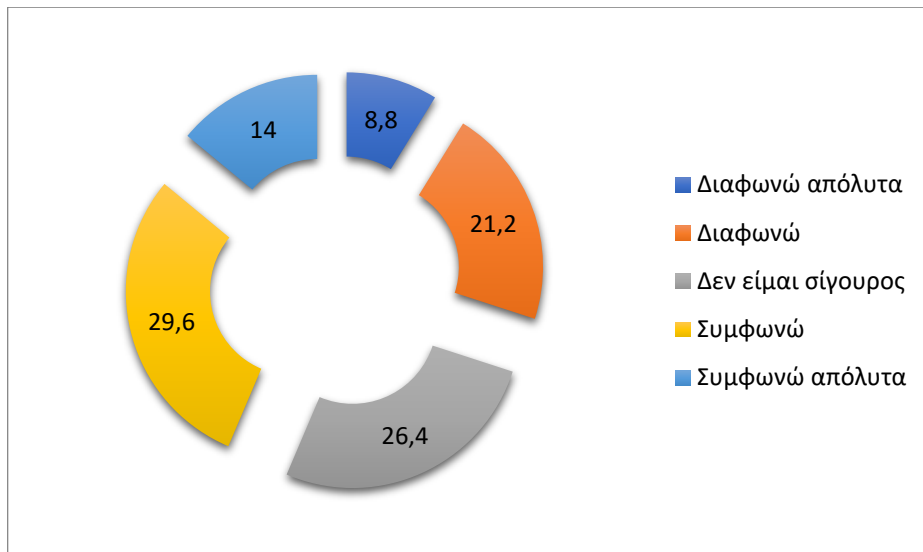
Να διδάσκει την ιατρική ηθική στους φοιτητές		
Όχι	47	18,8
Ναι	159	63,6
Δεν γνωρίζω	44	17,6
Να διεξάγει συνέδρια περί δεοντολογίας		
Όχι	14	5,6
Ναι	205	82,0
Δεν γνωρίζω	31	12,4
Να εγκρίνει και να κατευθύνει την έρευνα		
Όχι	33	13,2
Ναι	159	63,6
Δεν γνωρίζω	58	23,2

Γράφημα 14. Κατανομή συχνοτήτων για την ερώτηση «Η υιοθέτηση δεοντολογικής συμπεριφοράς είναι σημαντική μόνο για την αποφυγή νομικών επιπτώσεων»



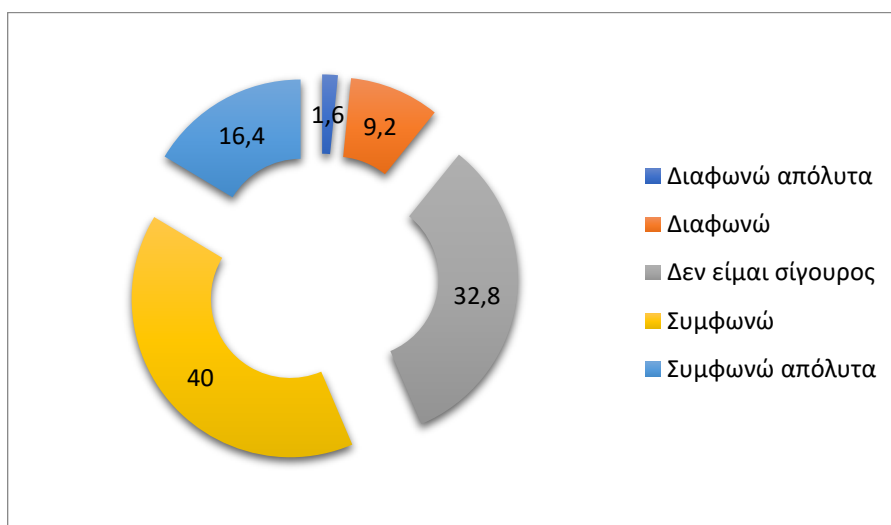
Σχετικά με την ερώτηση πως η υιοθέτηση δεοντολογικής συμπεριφοράς είναι σημαντική μόνο για την αποφυγή νομικών επιπτώσεων, οι ερωτώμενοι στην πλειοψηφία τους απάντησαν διαφωνώ έως διαφωνώ απόλυτα σε ποσοστό 69,2%.

Γράφημα 15. Κατανομή συχνοτήτων για την ερώτηση «Οι ιατροί πρέπει να πράττουν το καλύτερο ανεξαρτήτως της γνώμης των ασθενών»



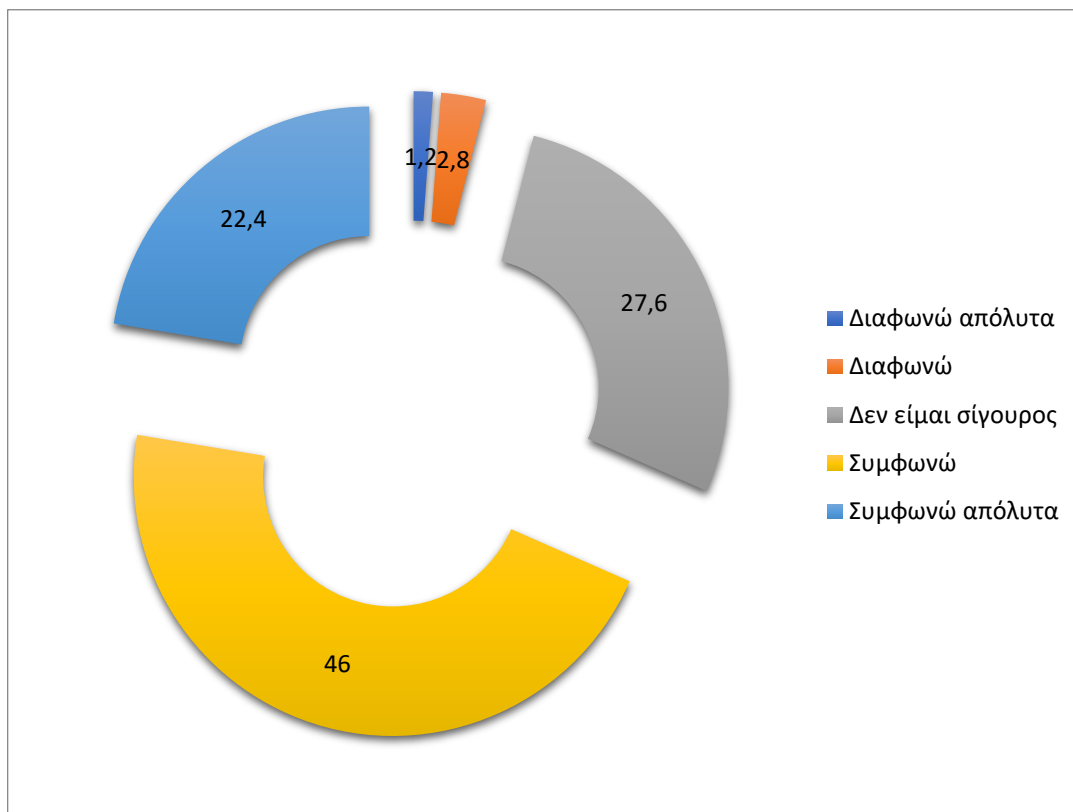
Σχετικά με την ερώτηση πως οι ιατροί πρέπει να πράττουν το καλύτερο ανεξαρτήτως της γνώμης των ασθενών, οι απαντήσεις των ερωτώμενων ήταν μοιρασμένες με το 8,8% να διαφωνεί απόλυτα, το 21,2% να διαφωνεί, το 26,4% να μην είναι σίγουρο, το 29,6 να συμφωνεί, και το 14% να συμφωνεί απόλυτα.

Γράφημα 16. Κατανομή συχνοτήτων για την ερώτηση «Οι επιθυμίες του ασθενούς πρέπει να λαμβάνονται πάντα υπόψη»



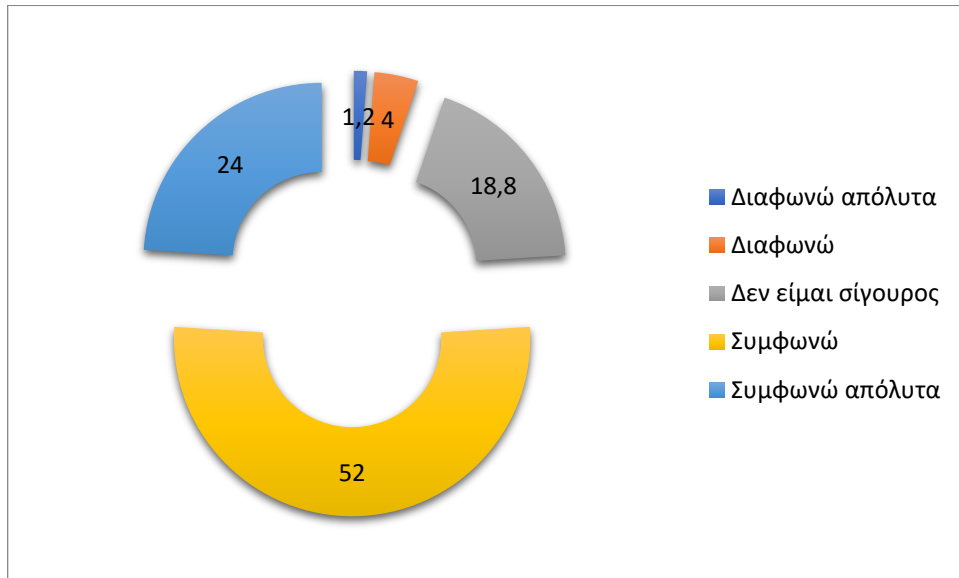
Αναφορικά για το αν οι επιθυμίες του ασθενούς πρέπει να λαμβάνονται πάντα υπόψη, οι ερωτώμενοι απάντησαν δεν είμαι σίγουρος έως συμφωνώ σε ποσοστό 32,8% και 40% αντίστοιχα, με το 16,4% να συμφωνεί απόλυτα.

Γράφημα 17. Κατανομή συχνοτήτων για την ερώτηση «Ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται πάντα ακόμη και στην περίπτωση ιατρικού λάθους»



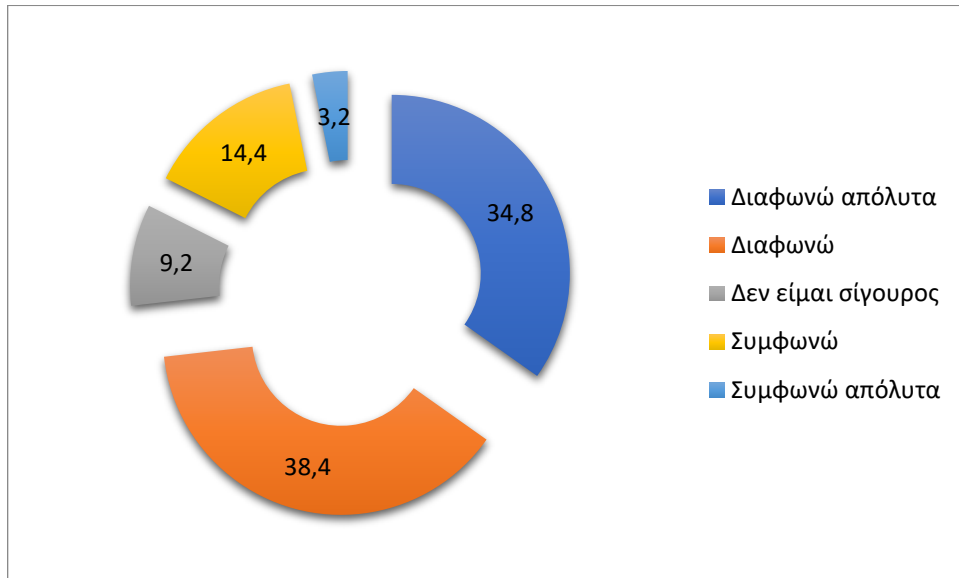
Αναφορικά με το ότι ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται πάντα ακόμη και στην περίπτωση ιατρικού λάθους, οι ερωτώμενοι στην πλειοψηφία τους συμφωνούσαν ή συμφωνούσαν απόλυτα σε ποσοστό 68,4%, με το 27,6% να μην είναι σίγουρο.

Γράφημα 18. Κατανομή συχνοτήτων για την ερώτηση «Ο ασθενής θα πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένος ώστε να μπορεί να αναλαμβάνει ενεργό ρόλο στη λήψη κλινικών αποφάσεων που αφορούν την υγεία του»



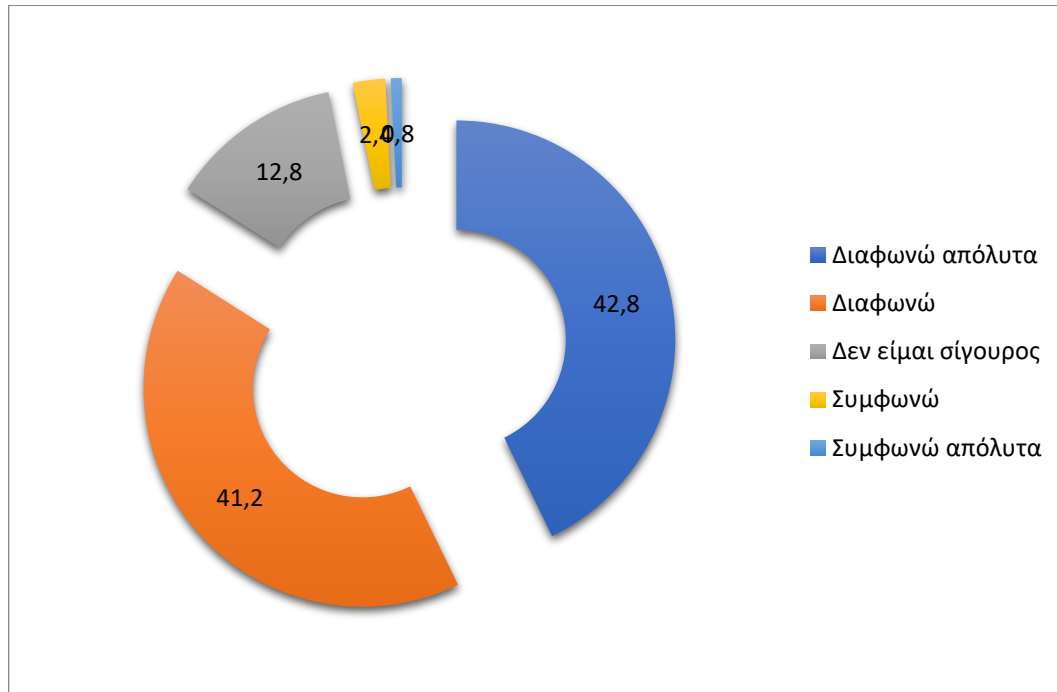
Σχετικά με την ερώτηση πως ο ασθενής θα πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένος ώστε να μπορεί να αναλαμβάνει ενεργό ρόλο στη λήψη κλινικών αποφάσεων που αφορούν την υγεία του, οι ερωτώμενοι στην πλειοψηφία τους συμφωνούσαν ή συμφωνούσαν απόλυτα σε ποσοστό 76%, με το 18,8% να μην είναι σίγουρο.

Γράφημα 19. Κατανομή συχνοτήτων για την ερώτηση «Η συγκατάθεση των ασθενών χρειάζεται μόνο στην περίπτωση των χειρουργικών επεμβάσεων και όχι για δοκιμές / τεστ ή φάρμακα»



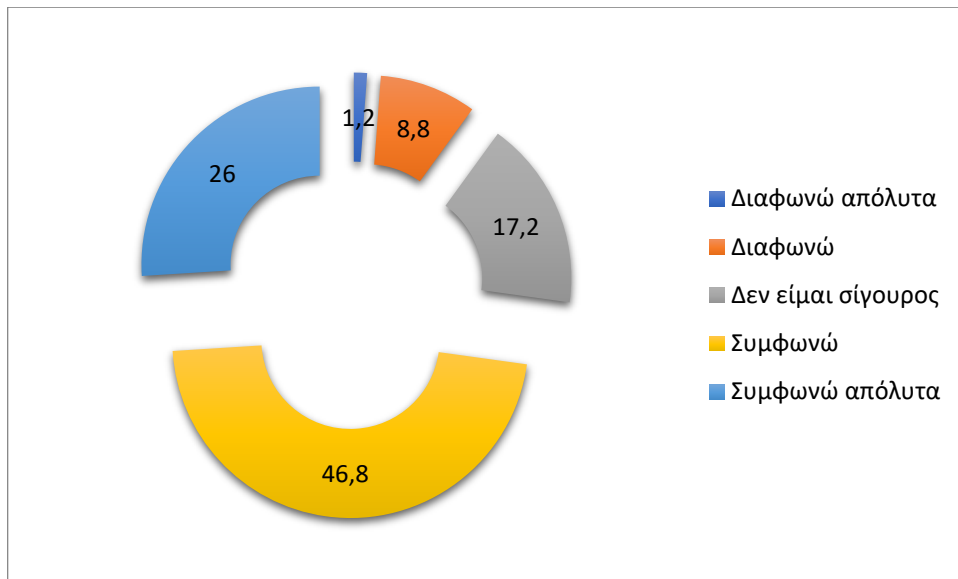
Εξετάζοντας την ερώτηση η συγκατάθεση των ασθενών χρειάζεται μόνο στην περίπτωση των χειρουργικών επεμβάσεων και όχι για δοκιμές / τεστ ή φάρμακα, οι ερωτώμενοι στην πλειοψηφία τους διαφωνούσαν ή διαφωνούσαν απόλυτα σε ποσοστό 73,2%, με το 14,4% να συμφωνεί.

Γράφημα 20. Κατανομή συχνοτήτων για την ερώτηση «Η εμπιστευτικότητα και το ιατρικό απόρρητο δε μπορούν να τηρηθούν στη σύγχρονη ιατρική φροντίδα και πρέπει να εγκαταλειφθούν ως έννοιες»



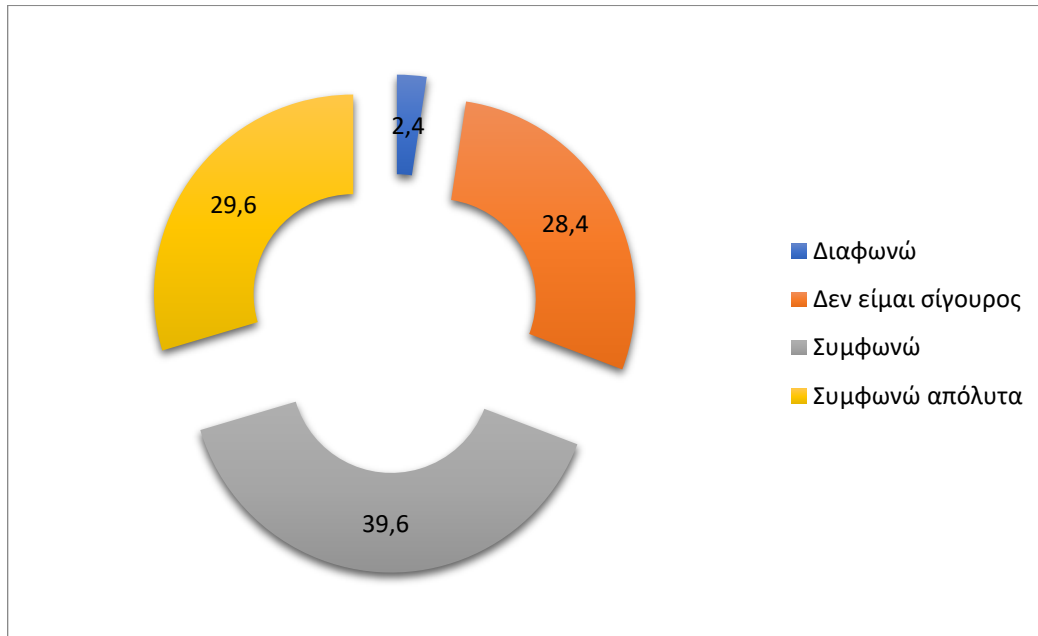
Εξετάζοντας την ερώτηση η εμπιστευτικότητα και το ιατρικό απόρρητο δε μπορούν να τηρηθούν στη σύγχρονη ιατρική φροντίδα και πρέπει να εγκαταλειφθούν ως έννοιες, οι ερωτώμενοι στην πλειοψηφία τους διαφωνούσαν ή διαφωνούσαν απόλυτα σε ποσοστό 84%, με το 12,8% να μην είναι σίγουρο.

Γράφημα 21. Κατανομή συχνοτήτων για την ερώτηση «Οι στενοί συγγενείς πρέπει πάντα να ενημερώνονται πλήρως για την κατάσταση του ασθενούς»



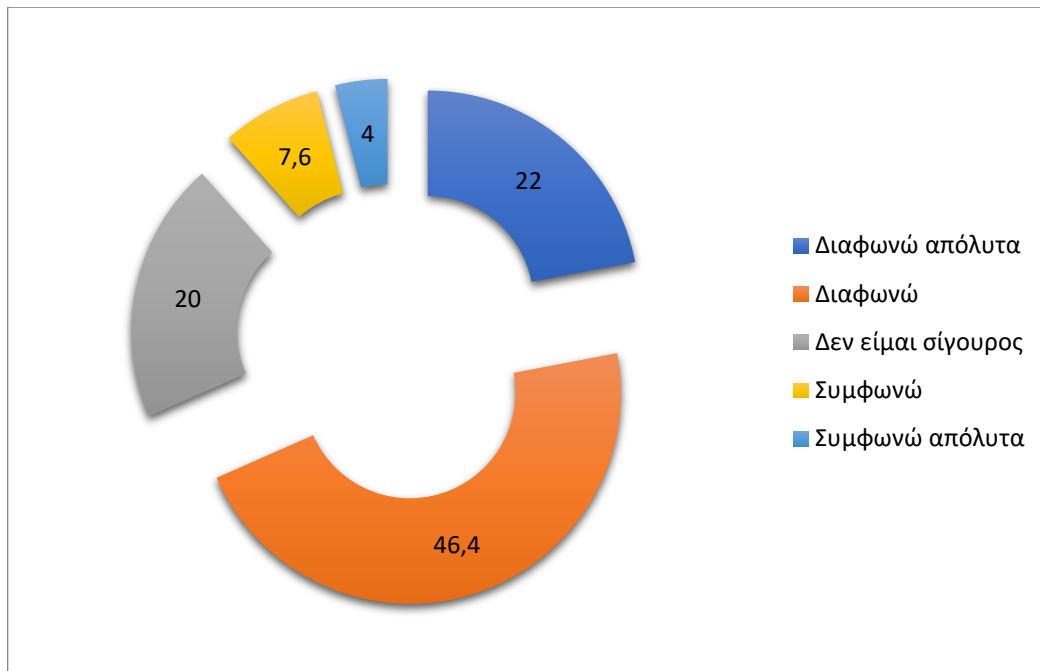
Στην επόμενη ερώτηση οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να απαντήσουν πως οι στενοί συγγενείς πρέπει πάντα να ενημερώνονται πλήρως για την κατάσταση του ασθενούς, η πλειοψηφία απάντησε συμφωνώ ή συμφωνώ απόλυτα σε ποσοστό 72,8%, με το 17,2% να μην είναι σίγουρο.

Γράφημα 22. Κατανομή συχνοτήτων για την ερώτηση «Ο ασθενής πρέπει να γνωρίζει όλη την αλήθεια για την κατάσταση της υγείας του ακόμα και όταν πάσχει από σοβαρό νόσημα το οποίο απειλεί άμεσα την υγεία του»



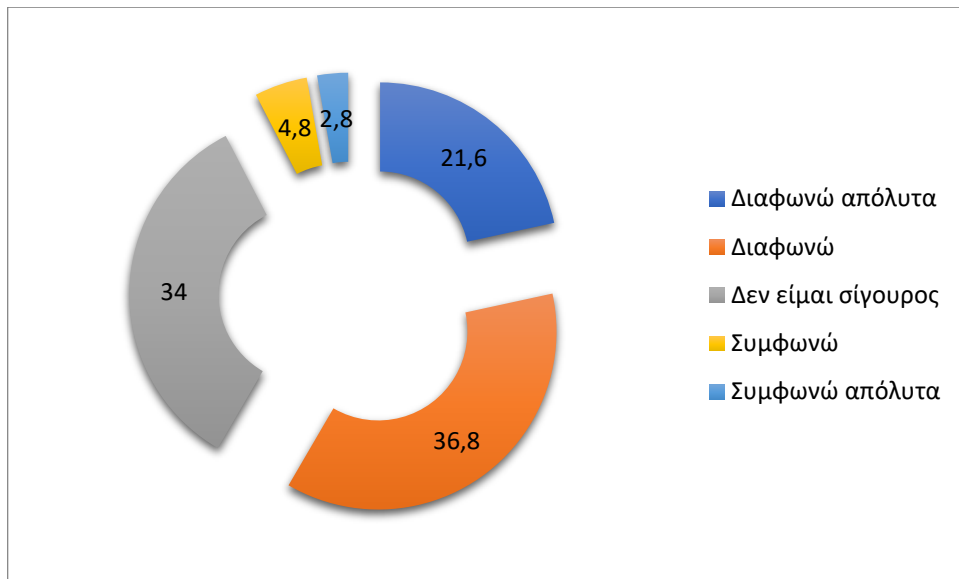
Στην επόμενη ερώτηση οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να απαντήσουν πως ο ασθενής πρέπει να γνωρίζει όλη την αλήθεια για την κατάσταση της υγείας του ακόμα και όταν πάσχει από σοβαρό νόσημα το οποίο απειλεί άμεσα την υγεία του, η πλειοψηφία απάντησε συμφωνώ ή συμφωνώ απόλυτα σε ποσοστό 69,2%, με το 28,4% να μην είναι σίγουρο.

Γράφημα 23. Κατανομή συχνοτήτων για την ερώτηση «Ιατροί και νοσηλευτές θα πρέπει να αρνούνται τη θεραπεία ασθενών οι οποίοι συμπεριφέρονται βίαια»



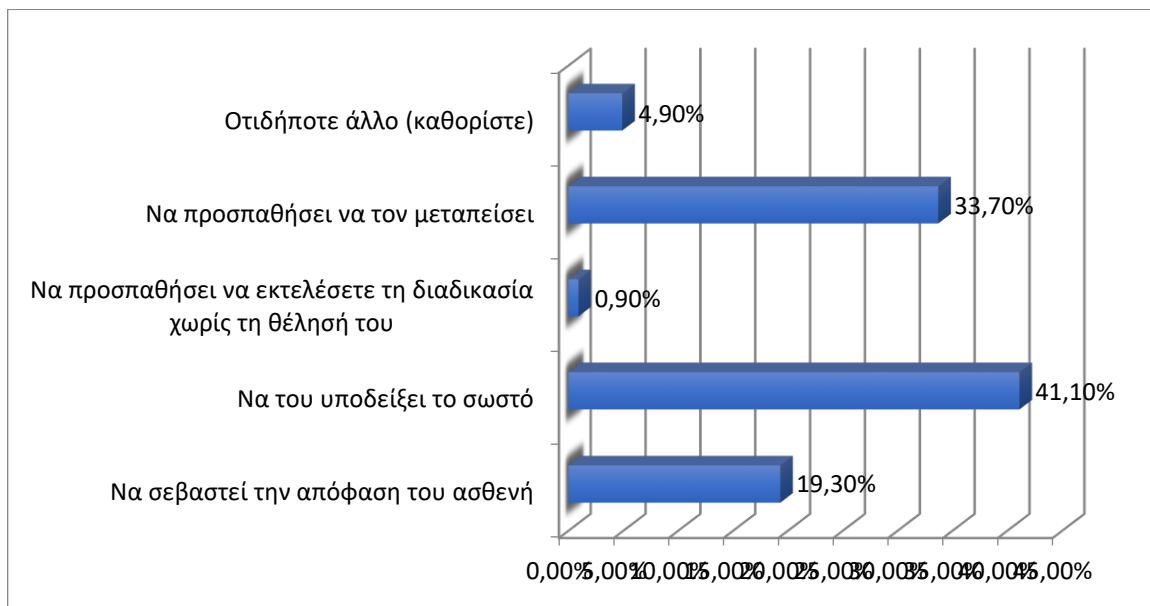
Σχετικά με το πώς ιατροί και νοσηλευτές θα πρέπει να αρνούνται τη θεραπεία ασθενών οι οποίοι συμπεριφέρονται βίαια, οι ερωτώμενοι στην πλειοψηφία τους απάντησαν πως διαφωνούν ή διαφωνούν απόλυτα σε ποσοστό 68,4%, με το 20% να μην είναι σίγουρο.

Γράφημα 24. Κατανομή συχνοτήτων για την ερώτηση «Ένας ασθενής ο οποίος επιθυμεί να πεθάνει πρέπει να βοηθηθεί να το πράξει ανεξάρτητα από την ασθένειά του»



Αναφορικά με το αν ένας ασθενής ο οποίος επιθυμεί να πεθάνει πρέπει να βοηθηθεί να το πράξει ανεξάρτητα από την ασθένειά του, οι ερωτώμενοι διαφωνούσαν ή διαφωνούσαν απόλυτα σε ποσοστό 58,4%, με το 34% να μην είναι σίγουρο.

Γράφημα 25. Ιστόγραμμα συχνοτήτων για την ερώτηση «Τι θα πρέπει να κάνει κατά τη γνώμη σας ένας επαγγελματίας υγείας όταν κάποιος ασθενής αρνείται να μεταγιστεί, να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση ή να δεχθεί οποιαδήποτε θεραπεία;»

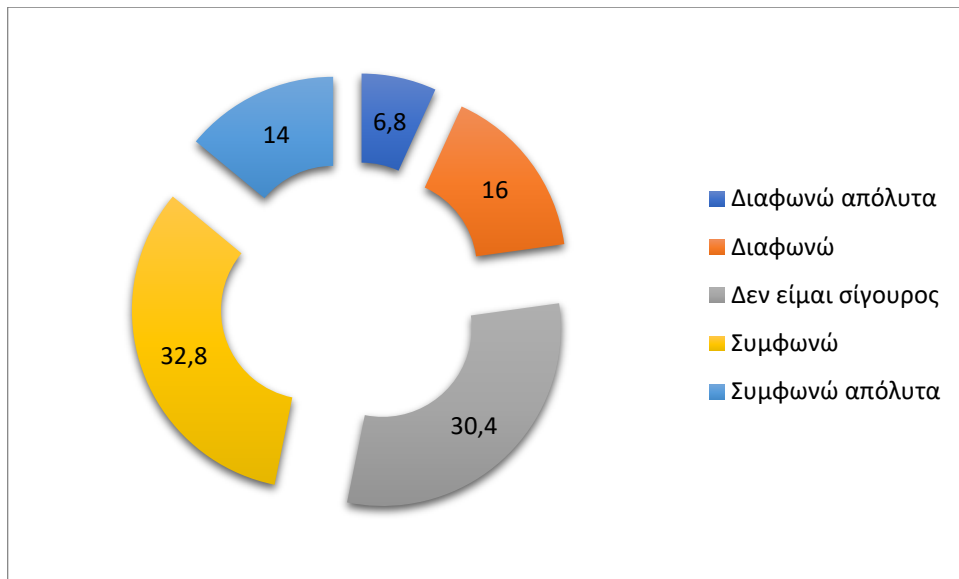


Στην ερώτηση για το τι θα πρέπει να κάνει κατά τη γνώμη σας ένας επαγγελματίας υγείας όταν κάποιος ασθενής αρνείται να μεταγιστεί, να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση ή να δεχθεί οποιαδήποτε θεραπεία, το 19,3% απάντησε να σεβαστεί την απόφαση του ασθενή, το 41,1% απάντησε να του υποδείξει το σωστό, το 0,9% να προσπαθήσει να εκτελέσετε τη διαδικασία χωρίς τη θέλησή του, το 33,7% απάντησε να προσπαθήσει να τον μεταπέισει, και τέλος το 4,9% απάντησε διαφορετική μέθοδος που χρειάζεται να ακολουθηθεί για την εν λόγω κατάσταση.

Πίνακας 8. Συνολικές συχνότητες για την ερώτηση «Τι θα πρέπει να κάνει κατά τη γνώμη σας ένας επαγγελματίας υγείας όταν κάποιος ασθενής αρνείται να μεταγγιστεί, να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση ή να δεχθεί οποιαδήποτε θεραπεία;»

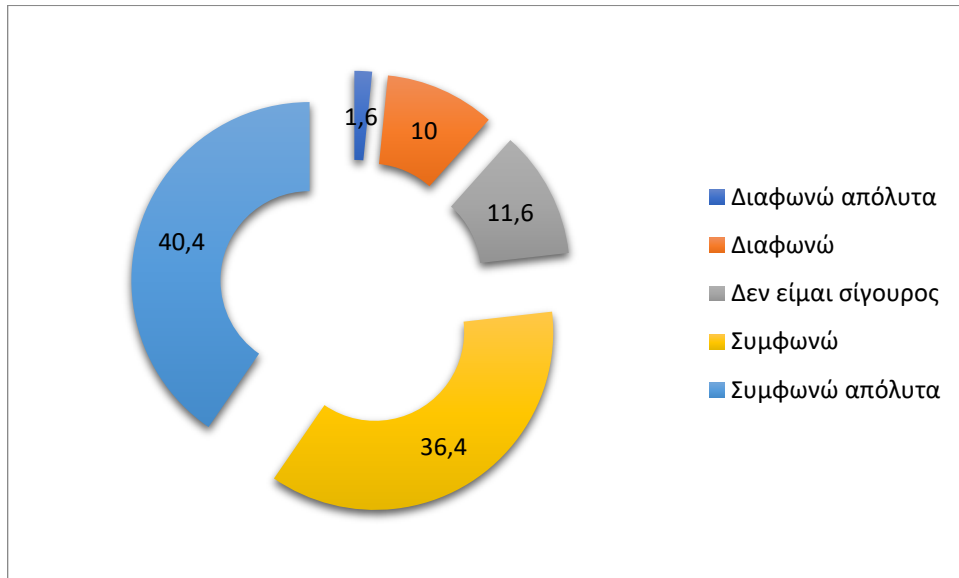
	Συχνότητα	%
Να σεβαστεί την απόφαση του ασθενή		
Όχι	187	74,8
Ναι	63	25,2
Να του υποδείξει το σωστό		
Όχι	116	46,4
Ναι	134	53,6
Να προσπαθήσει να εκτελέσετε τη διαδικασία χωρίς τη θέλησή του		
Όχι	247	98,8
Ναι	3	1,2
Να προσπαθήσει να τον μεταπείσει		
Όχι	140	56,0
Ναι	110	44,0
Οτιδήποτε άλλο		
Όχι	234	93,6
Ναι	16	6,4

Γράφημα 26. Κατανομή συχνοτήτων για την ερώτηση «Ο νόμος επιτρέπει την εκτέλεση αμβλώσεων. Ο νοσηλευτής δεν μπορεί να αρνηθεί να συμμετάσχει σε μία άμβλωση.»



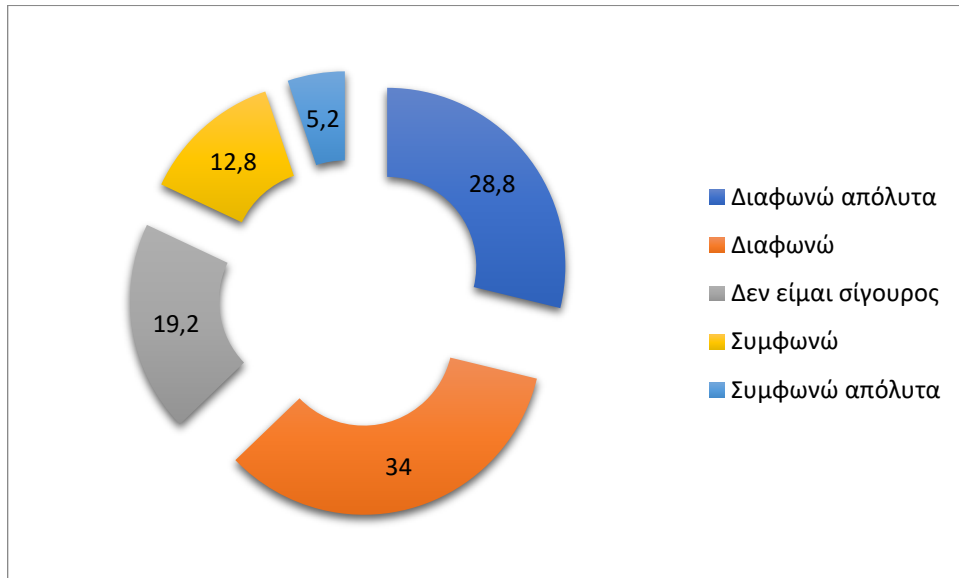
Στη συνέχεια οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να απαντήσουν πως ο νόμος επιτρέπει την εκτέλεση αμβλώσεων. Ο νοσηλευτής δεν μπορεί να αρνηθεί να συμμετάσχει σε μία άμβλωση. Το 6,8% των ερωτώμενων διαφώνησαν απόλυτα, το 16% διαφώνησαν, το 30,4% δεν είναι σίγουρο, το 32,8% συμφώνησε, και τέλος το 14% συμφώνησε απόλυτα.

Γράφημα 27. Κατανομή συχνοτήτων για την ερώτηση «Τα παιδιά (εκτός από την περίπτωση έκτακτης ανάγκης) δεν πρέπει ποτέ να υποβάλλονται σε θεραπεία χωρίς τη συγκατάθεση των γονέων ή των κηδεμόνων τους.»



Στην επόμενη ερώτηση οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να απαντήσουν πως τα παιδιά (εκτός από την περίπτωση έκτακτης ανάγκης) δεν πρέπει ποτέ να υποβάλλονται σε θεραπεία χωρίς τη συγκατάθεση των γονέων ή των κηδεμόνων τους., η πλειοψηφία απάντησε συμφωνά ή συμφωνά απόλυτα σε ποσοστό 76,8%, με το 11,6% να μην είναι σίγουρο και το 10% να διαφωνεί.

Γράφημα 28. Κατανομή συχνοτήτων για την ερώτηση «Η δωρεά οργάνων είναι μία διαδικασία η οποία πρέπει να γίνεται αυτόματα χωρίς τη συναίνεση και την άδεια των συγγενών.»



Εξετάζοντας την ερώτηση η δωρεά οργάνων είναι μία διαδικασία η οποία πρέπει να γίνεται αυτόματα χωρίς τη συναίνεση και την άδεια των συγγενών, οι ερωτώμενοι στην πλειοψηφία τους διαφωνούσαν ή διαφωνούσαν απόλυτα σε ποσοστό 62,8%, με το 19,2% να μην είναι σίγουρο και το 12,8% να συμφωνεί.

Στη συνέχεια διενεργήθηκε επαγωγική στατιστική. Αρχικά πραγματοποιήθηκαν συγκρίσεις με το δημογραφικό παράγοντα του φύλου.

Πίνακας 9. Cross-tabulation και στατιστική σημαντικότητα για την ερώτηση τι θα πρέπει να κάνει κατά τη γνώμη σας ένας επαγγελματίας υγείας όταν κάποιος ασθενής αρνείται να μεταγιστεί, να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση ή να δεχθεί οποιαδήποτε θεραπεία; και πιο συγκεκριμένα για την επιλογή να προσπαθήσει να τον μεταπέσει

			Να προσπαθήσει να τον μεταπέσει		Σύνολο	P-value
			Όχι	Ναι		
Φύλο	Ανδρας	Αριθμός	32	14	46	P<0.05
		Ποσοστό	69,6%	30,4%	100,0%	
	Γυναίκα	Αριθμός	108	96	204	
		Ποσοστό	52,9%	47,1%	100,0%	
Σύνολο		Αριθμός	140	110	250	
		Ποσοστό	56,0%	44,0%	100,0%	

Εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του φύλου και του αν οι συμμετέχοντες θα προσπαθήσουν να τον μεταπέσουν ή όχι ($p<0.05$), και συγκεκριμένα βρέθηκε ότι οι γυναίκες θα προσπαθήσουν να τον μεταπέσουν σε ποσοστό 47,1%, το οποίο είναι μεγαλύτερο σε σύγκριση με το 30,4% των ανδρών.

Πίνακας 10. Αποτελέσματα του t-test και το effect size σε σύγκριση με το φύλο

	Άνδρας		Γυναίκα		t(248)	p	Cohen's d
	μ.ο	τ.α	μ.ο	τ.α			
Πόσο τα ηθικά προβλήματα δυσκολεύουν την καθημερινή σας κλινική πρακτική;	2.63	0.80	3.04	1.00	-2,587	<0.01	0.41

Πραγματοποιήθηκε t-test ανεξάρτητων δειγμάτων για τη διερεύνηση πιθανών διαφορών μεταξύ ανδρών και γυναικών όσον αφορά πόσο τα ηθικά προβλήματα δυσκολεύουν την καθημερινή κλινική πρακτική των επαγγελματιών υγείας. Βρέθηκε ότι οι γυναίκες παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερη δυσκολία στην καθημερινή κλινική τους πρακτικής λόγω των ηθικών προβλημάτων (μ.ο=3.04, τ.α=1.00) από τους άνδρες (μ.ο=2.63, τ.α=0.80) που συμμετείχαν στο δείγμα ($t(248) = -2,587, p < 0.01$).

Πραγματοποιήθηκαν στη συνέχεια συγκρίσεις με το δημογραφικό παράγοντα της ηλικίας των συμμετεχόντων.

Πίνακας 11. Cross-tabulation και στατιστική σημαντικότητα για την ερώτηση πως αποκτήσατε τις γνώσεις σας σχετικά με τη δεοντολογία και την ηθική; και πιο συγκεκριμένα για την επιλογή κατά την ηλικία

			Κατά την εκπαίδευση		Σύνολο	P-value
			Όχι	Ναι		
Ηλικία	<30	Αριθμός	12	32	44	<0.05
		Ποσοστό	27,3%	72,7%	100,0%	
	31-40	Αριθμός	25	33	58	
		Ποσοστό	43,1%	56,9%	100,0%	

41-50	Αριθμός	40	36	76
	Ποσοστό	52,6%	47,4%	100,0%
>51	Αριθμός	37	35	72
	Ποσοστό	51,4%	48,6%	100,0%
Σύνολο	Αριθμός	114	136	250
	Ποσοστό	45,6%	54,4%	100,0%

Εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της ηλικίας και του αν οι συμμετέχοντες απέκτησαν τις γνώσεις τους σχετικά με τη δεοντολογία και την ηθική κατά την εκπαίδευση ή όχι ($p < 0.05$), και συγκεκριμένα βρέθηκε ότι η ηλικιακή ομάδα <30 αποκτούν τις εν λόγω γνώσεις κατά την εκπαίδευση σε ποσοστό 72,7%, το οποίο είναι μεγαλύτερο σε σύγκριση με υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες. Ενδεικτικά, η ηλικιακή ομάδα 31-40 αποκτά τις εν λόγω γνώσεις κατά την εκπαίδευση σε ποσοστό 56,9%, η 41-50 αποκτά τις εν λόγω γνώσεις κατά την εκπαίδευση σε ποσοστό 47,4%, και τέλος η >51 αποκτά τις εν λόγω γνώσεις κατά την εκπαίδευση σε ποσοστό 48,6%.

Πίνακας 12. Αποτελέσματα της One-way Ανονα και τα effect size σε σύγκριση με την ηλικία

	<30		31-40		41-50		>51		F(3, 246)	η^2
	μ.ο	τ.α	μ.ο	τ.α	μ.ο	τ.α	μ.ο	τ.α		
Πόσο τα ηθικά προβλήματα δυσκολεύουν την καθημερινή σας κλινική πρακτική;	2.55	0.79	3.05	0.98	3.07	0.97	3.04	1.04	3.353**	0.04
Πόσο συχνά στα πλαίσια των καθηκόντων σας αναγκάζεστε να προβείτε σε πράξεις και ενέργειες οι οποίες σας βρίσκουν ηθικά και νομικά αντίθετο;	2.50	1.00	3.16	1.21	3.00	1.20	2.74	0.99	3.584**	0.04
Πόσο συχνά έρχεστε σε σύγκρουση για ηθικά / δεοντολογικά ζητήματα με τους	2.14	0.95	2.78	1.03	2.67	0.97	2.74	0.93	4.548*	0.05

συναδέλφους σας;											
Ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται πάντα ακόμη και στην περίπτωση ιατρικού λάθους	3.98	0.93	4.10	0.85	3.67	0.88	3.78	0.65	3.542**	0.04	
Ο ασθενής πρέπει να γνωρίζει όλη την αλήθεια για την κατάσταση της υγείας του ακόμα και όταν πάσχει από σοβαρό νόσημα το οποίο απειλεί άμεσα την υγεία του	4.18	0.81	4.21	0.83	3.84	0.85	3.76	0.72	4.906*	0.06	
Ο νόμος επιτρέπει την εκτέλεση αμβλώσεων. Ο νοσηλευτής δεν μπορεί να αρνηθεί να	2.66	0.94	3.12	1.09	3.36	1.09	3.82	1.00	12.191*	0.13	

συμμετάσχει σε μία άμβλωση.										
-----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Σημείωση: * $p < 0.01$, ** $p < 0.05$

Υλοποιήθηκε μονοπαραγοντική ανάλυση διακύμανσης (One-Way ANOVA) και βρέθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ των κατηγοριών της ηλικίας ως προς πόσο τα ηθικά προβλήματα δυσκολεύουν την καθημερινή σας κλινική πρακτική ($F(3, 246) = 3.353, p < 0.05$). Πιο συγκεκριμένα, οι ηλικίας < 30 φαίνεται πως δυσκολεύονται λιγότερο στην καθημερινότητα τους από τα ηθικά προβλήματα που μπορεί να προκύψουν ($\mu.o = 2.55, \tau.a = 0.79$) σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες καθώς εμφανίζουν υψηλότερους μέσους όρους.

Εντοπίστηκε σημαντική διαφορά μεταξύ των κατηγοριών της ηλικίας ως προς το πόσο συχνά στα πλαίσια των καθηκόντων σας αναγκάζεστε να προβείτε σε πράξεις και ενέργειες οι οποίες σας βρίσκουν ηθικά και νομικά αντίθετο ($F(3, 246) = 3.584, p < 0.05$). Πιο συγκεκριμένα, οι ηλικίας < 30 φαίνεται πως δεν αναγκάζονται συχνά να προβούν σε πράξεις και ενέργειες οι οποίες τους βρίσκουν ηθικά και νομικά αντίθετους ($\mu.o = 2.50, \tau.a = 1.00$) σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες καθώς εμφανίζουν υψηλότερους μέσους όρους.

Εντοπίστηκε σημαντική διαφορά μεταξύ των κατηγοριών της ηλικίας ως προς το πόσο συχνά έρχεστε σε σύγκρουση για ηθικά / δεοντολογικά ζητήματα με τους συναδέλφους σας ($F(3, 246) = 4.548, p < 0.01$). Πιο συγκεκριμένα, οι ηλικίας < 30 φαίνεται πως δεν έρχονται συχνά σε σύγκρουση με τους συναδέλφους τους όσον αφορά ηθικά ζητήματα ($\mu.o = 2.14, \tau.a = 0.95$) σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες καθώς εμφανίζουν υψηλότερους μέσους όρους.

Εντοπίστηκε σημαντική διαφορά μεταξύ των κατηγοριών της ηλικίας ως προς το ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται πάντα ακόμη και στην περίπτωση ιατρικού λάθους ($F(3, 246) = 3.542, p < 0.05$). Πιο συγκεκριμένα, οι ηλικίας 41-50 εν μέρει δεν συμφωνούν πως πάντα χρειάζεται να ενημερώνεται ο ασθενής ακόμη και στην περίπτωση ιατρικού λάθους ($\mu.o = 3.67, \tau.a = 0.88$) σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες καθώς εμφανίζουν υψηλότερους μέσους όρους.

Εντοπίστηκε σημαντική διαφορά μεταξύ των κατηγοριών της ηλικίας ως προς το ο ασθενής πρέπει να γνωρίζει όλη την αλήθεια για την κατάσταση της υγείας του ακόμα και όταν πάσχει από σοβαρό νόσημα το οποίο απειλεί άμεσα την υγεία του ($F(3, 246)=4.906, p<0.01$). Πιο συγκεκριμένα, οι ηλικίας >51 εν μέρει δεν συμφωνούν πως ο ασθενής πρέπει να γνωρίζει όλη την αλήθεια για την κατάσταση της υγείας του ακόμα και όταν πάσχει από σοβαρό νόσημα το οποίο απειλεί άμεσα την υγεία του ($\mu.o=3.76, \tau.a=0.72$) σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες καθώς εμφανίζουν υψηλότερους μέσους όρους.

Εντοπίστηκε σημαντική διαφορά μεταξύ των κατηγοριών της ηλικίας ως προς το ο νόμος επιτρέπει την εκτέλεση αμβλώσεων. Ο νοσηλευτής δεν μπορεί να αρνηθεί να συμμετάσχει σε μία άμβλωση. ($F(3, 246)= 12.191, p<0.01$). Πιο συγκεκριμένα, οι ηλικίας <30 εν μέρει δεν συμφωνούν πως ο νοσηλευτής δεν μπορεί να αρνηθεί να συμμετάσχει σε μία άμβλωση ($\mu.o=2.66, \tau.a=0.94$) σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες καθώς εμφανίζουν υψηλότερους μέσους όρους.

Διενεργήθηκε σύγκριση με το δημογραφικό παράγοντα της οικογενειακής κατάστασης

Πίνακας 13. Αποτελέσματα του t-test και τα effect size σε σύγκριση με την οικογενειακή κατάσταση

	Άγαμος		Έγγαμος		t(248)	p	Cohen's d
	μ.ο	τ.α	μ.ο	τ.α			
Πόσο τα ηθικά προβλήματα δυσκολεύουν την καθημερινή σας κλινική πρακτική;	2,73	0,93	3,10	0,98	-2,926	<0.01	0.38
Πόσο συχνά έρχεστε σε σύγκρουση για ηθικά / δεοντολογικά	2,44	1,08	2,73	0,92	-2,294	<0.05	0.27

ζητήματα με τους συναδέλφους σας;							
Ο νόμος επιτρέπει την εκτέλεση αμβλώσεων. Ο νοσηλευτής δεν μπορεί να αρνηθεί να συμμετάσχει σε μία άμβλωση.	2,98	1,06	3,51	1,09	-3,790	<0.01	0.49

Υλοποιήθηκε t-test ανεξάρτητων δειγμάτων για τη διερεύνηση πιθανών διαφορών μεταξύ άγαμων και έγγαμων όσον αφορά πόσο τα ηθικά προβλήματα δυσκολεύουν την καθημερινή κλινική πρακτική των επαγγελματιών υγείας. Βρέθηκε ότι οι έγγαμοι παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερη δυσκολία στην καθημερινή κλινική τους πρακτικής λόγω των ηθικών προβλημάτων ($\mu.o=3,10$, $\tau.a=0.98$) από τους άγαμους ($\mu.o=2,73$, $\tau.a=0.93$) που συμμετείχαν στο δείγμα ($t(248)=-2,926$, $p<0.01$).

Στο t-test ανεξάρτητων δειγμάτων εντοπίστηκε πιθανή διαφορά μεταξύ άγαμων και έγγαμων όσον αφορά πόσο συχνά έρχεστε σε σύγκρουση για ηθικά / δεοντολογικά ζητήματα με τους συναδέλφους σας. Βρέθηκε ότι οι έγγαμοι έρχονται πιο συχνά σε σύγκρουση με τους συναδέλφους τους σε ζητήματα ηθικής/δεοντολογίας ($\mu.o=2,73$, $\tau.a=0,92$) από τους άγαμους ($\mu.o=2,44$, $\tau.a=1.08$) που συμμετείχαν στο δείγμα ($t(248)=-2,294$, $p<0.05$).

Επίσης, στο t-test ανεξάρτητων δειγμάτων εντοπίστηκε πιθανή διαφορά μεταξύ άγαμων και έγγαμων όσον αφορά ο νόμος επιτρέπει την εκτέλεση αμβλώσεων. Ο νοσηλευτής δεν μπορεί να αρνηθεί να συμμετάσχει σε μία άμβλωση.. Βρέθηκε ότι οι έγγαμοι συμφωνούν σε μεγαλύτερο βαθμό πως ο νοσηλευτής δεν μπορεί να αρνηθεί να συμμετάσχει σε μία άμβλωση ($\mu.o=3,51$, $\tau.a=1.09$) από τους άγαμους ($\mu.o=2,98$, $\tau.a=1.06$) που συμμετείχαν στο δείγμα ($t(248)=-3,790$, $p<0.01$).

Διενεργήθηκαν τα κατάλληλα τεστ για τη σύγκριση με τη διάρκεια εργασιακής εμπειρίας σε έτη.

Πίνακας 14. Αποτελέσματα της One-way Anova και τα effect size σε σύγκριση με την διάρκεια εργασιακής εμπειρίας σε έτη

	<5		6-10		11-15		16-20		21-25		>25		F(5, 244)	η^2
	μ.ο	τ.α	μ.ο	τ.α	μ.ο	τ.α	μ.ο	τ.α	μ.ο	τ.α	μ.ο	τ.α		
Ο ασθενής πρέπει να γνωρίζει όλη την αλήθεια για την κατάσταση της υγείας του ακόμα και όταν πάσχει από σοβαρό νόσημα το οποίο απειλεί άμεσα την υγεία του	4,02	0,81	4,30	0,85	4,00	0,90	4,19	0,74	3,76	0,82	3,74	0,75	3,216*	0.06
Ο νόμος επιτρέπει την εκτέλεση αμβλώσεων. Ο νοσηλευτής δεν μπορεί να αρνηθεί	2,76	1,01	3,18	1,10	2,96	1,23	3,34	1,07	3,60	0,94	3,82	1,01	7,256*	0.13

να συμμετάσχει σε μία άμβλωση														
----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Σημείωση: * $p < 0.01$

Υλοποιήθηκε μονοπαραγοντική ανάλυση διακύμανσης (One-Way ANOVA) και βρέθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ των κατηγοριών της εργασιακής εμπειρίας ως προς ο ασθενής πρέπει να γνωρίζει όλη την αλήθεια για την κατάσταση της υγείας του ακόμα και όταν πάσχει από σοβαρό νόσημα το οποίο απειλεί άμεσα την υγεία του ($F(5, 244) = 3,216, p < 0.01$). Πιο συγκεκριμένα, οι ερωτώμενοι με εργασιακή εμπειρία 6-10 έτη συμφωνούν σε μεγαλύτερο βαθμό ($\mu.o = 4,30, \tau.a = 0,85$) σε σύγκριση με τους υπόλοιπους ερωτώμενους διαφορετικής εργασιακής κλίμακας καθώς εμφανίζουν χαμηλότερους μέσους όρους.

Εντοπίστηκε σημαντική διαφορά μεταξύ των κατηγοριών της εργασιακής εμπειρίας ως προς ο νόμος επιτρέπει την εκτέλεση αμβλώσεων. Ο νοσηλευτής δεν μπορεί να αρνηθεί να συμμετάσχει σε μία άμβλωση ($F(5, 244) = 7,256, p < 0.01$). Πιο συγκεκριμένα, οι ερωτώμενοι με εργασιακή εμπειρία >25 έτη συμφωνούν σε μεγαλύτερο βαθμό ($\mu.o = 3,82, \tau.a = 1,01$) σε σύγκριση με τους υπόλοιπους ερωτώμενους διαφορετικής εργασιακής κλίμακας καθώς εμφανίζουν χαμηλότερους μέσους όρους.

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκαν συγκρίσεις με το δημογραφικό παράγοντα της εκπαιδευτικής βαθμίδας των ερωτώμενων.

Πίνακας 15. Cross-tabulation και στατιστική σημαντικότητα για την ερώτηση πως αποκτήσατε τις γνώσεις σας σχετικά με τη δεοντολογία και την ηθική; και πιο συγκεκριμένα για την επιλογή κατά την εκπαίδευση

			Κατά την εκπαίδευση		Σύνολο	P-value	Cramer's Phi
			Όχι	Ναι			
Εκπαιδευτική βαθμίδα	ΤΕ-ΠΕ	Αριθμός	67	100	167	<0.05	0.16
		Ποσοστό	40,1%	59,9%	100,0%		
	ΥΕ-ΔΕ	Αριθμός	47	36	83		
		Ποσοστό	56,6%	43,4%	100,0%		
Σύνολο		Αριθμός	114	136	250		
		Ποσοστό	45,6%	54,4%	100,0%		

Εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της εκπαιδευτικής βαθμίδας και της κατά την εκπαίδευση ή όχι ($p < 0.05$), και συγκεκριμένα βρέθηκε ότι οι ΤΕ-ΠΕ αποκτούν τις γνώσεις τους σχετικά με την δεοντολογία και την ηθική κατά την εκπαίδευση σε ποσοστό 59,9%, το οποίο είναι μεγαλύτερο σε σύγκριση με το 43,4% των ΥΕ-ΔΕ.

Πίνακας 16. Cross-tabulation και στατιστική σημαντικότητα για την ερώτηση πως αποκτήσατε τις γνώσεις σας σχετικά με τη δεοντολογία και την ηθική; και πιο συγκεκριμένα για την επιλογή σεμινάρια / διαλέξεις

			Σεμινάρια / Διαλέξεις		Σύνολο	P-value	Cramer's Phi
			Όχι	Ναι			
Εκπαιδευτική βαθμίδα	ΤΕ-ΠΕ	Αριθμός	120	47	167	<0.01	0.21
		Ποσοστό	71,9%	28,1%	100,0%		
	ΥΕ-ΔΕ	Αριθμός	75	8	83		
		Ποσοστό	90,4%	9,6%	100,0%		
Σύνολο		Αριθμός	195	55	250		
		Ποσοστό	78,0%	22,0%	100,0%		

Εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της εκπαιδευτικής βαθμίδας και από σεμινάρια / διαλέξεις ή όχι ($p < 0.01$), και συγκεκριμένα βρέθηκε ότι οι ΤΕ-ΠΕ αποκτούν τις γνώσεις τους σχετικά με την δεοντολογία και την ηθική από σεμινάρια / διαλέξεις σε ποσοστό 28,1%, το οποίο είναι μεγαλύτερο σε σύγκριση με το 9,6% των ΥΕ-ΔΕ.

Πίνακας 17. Cross-tabulation και στατιστική σημαντικότητα για την ερώτηση γνωρίζετε το περιεχόμενο των ακολούθων; και πιο συγκεκριμένα για την επιλογή όρκος του Ιπποκράτη

			Όρκος του Ιπποκράτη		Σύνολο	P-value	Cramer's Phi
			Όχι	Ναι			
Εκπαιδευτική βαθμίδα	ΤΕ-ΠΕ	Αριθμός	17	150	167	<0.05	0.14
		Ποσοστό	10,2%	89,8%	100,0%		
	ΥΕ-ΔΕ	Αριθμός	17	66	83		
		Ποσοστό	20,5%	79,5%	100,0%		
Σύνολο		Αριθμός	34	216	250		
		Ποσοστό	13,6%	86,4%	100,0%		

Εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της εκπαιδευτικής βαθμίδας και του όρκου του Ιπποκράτη ή όχι ($p < 0.05$), και συγκεκριμένα βρέθηκε ότι οι ΤΕ-ΠΕ γνωρίζουν καλύτερα το περιεχόμενο του όρκου του Ιπποκράτη σε ποσοστό 89,8%, το οποίο είναι μεγαλύτερο σε σύγκριση με το 79,5% των ΥΕ-ΔΕ.

Πίνακας 18. Cross-tabulation και στατιστική σημαντικότητα για την ερώτηση γνωρίζετε το περιεχόμενο των ακολούθων; και πιο συγκεκριμένα για την επιλογή διακήρυξη του Ελσίνκι

			Διακήρυξη του Ελσίνκι		Σύνολο	P-value	Cramer's Phi
			Όχι	Ναι			
Εκπαιδευτική βαθμίδα	ΤΕ-ΠΕ	Αριθμός	110	57	167	<0.05	0.15
		Ποσοστό	65,9%	34,1%	100,0%		
	ΥΕ-ΔΕ	Αριθμός	67	16	83		

		Ποσοστό	80,7%	19,3%	100,0%		
Σύνολο		Αριθμός	177	73	250		
		Ποσοστό	70,8%	29,2%	100,0%		

Εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της εκπαιδευτικής βαθμίδας και της διακήρυξης του Ελσίνκι ή όχι ($p < 0.05$), και συγκεκριμένα βρέθηκε ότι οι ΤΕ-ΠΕ γνωρίζουν καλύτερα το περιεχόμενο της διακήρυξης του Ελσίνκι σε ποσοστό 34,1%, το οποίο είναι μεγαλύτερο σε σύγκριση με το 19,3% των ΥΕ-ΔΕ.

Πίνακας 19. Cross-tabulation και στατιστική σημαντικότητα για την ερώτηση με ποιον θα προτιμούσατε να συζητήσετε κάποιο ηθικό πρόβλημα το οποίο μπορεί να προκύψει στο χώρο εργασίας; και πιο συγκεκριμένα για την επιλογή συνδικαλιστικές – επαγγελματικές ενώσεις

			Συνδικαλιστικές – Επαγγελματικές Ενώσεις		Σύνολο	P-value	Cramer's Phi
			Όχι	Ναι			
Εκπαιδευτική βαθμίδα	ΤΕ-ΠΕ	Αριθμός	144	23	167	<0.05	0.14
		Ποσοστό	86,2%	13,8%	100,0%		
	ΥΕ-ΔΕ	Αριθμός	79	4	83		
		Ποσοστό	95,2%	4,8%	100,0%		
Σύνολο		Αριθμός	223	27	250		
		Ποσοστό	89,2%	10,8%	100,0%		

Εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της εκπαιδευτικής βαθμίδας και των Συνδικαλιστικών –Επαγγελματικών Ενώσεων ή όχι ($p < 0.05$), και συγκεκριμένα βρέθηκε ότι οι ΤΕ-ΠΕ θα συζητούσαν κάποιο ηθικό πρόβλημα που μπορεί να προκύψει

στο χώρο εργασίας με Συνδικαλιστικές –Επαγγελματικές Ενώσεις σε ποσοστό 13,8%, το οποίο είναι μεγαλύτερο σε σύγκριση με το 4,8% των ΥΕ-ΔΕ.

Πίνακας 20. Cross-tabulation και στατιστική σημαντικότητα για την ερώτηση τι θα πρέπει να κάνει κατά τη γνώμη σας ένας επαγγελματίας υγείας όταν κάποιος ασθενής αρνείται να μεταγιστεί, να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση ή να δεχθεί οποιαδήποτε θεραπεία; και πιο συγκεκριμένα για την επιλογή οτιδήποτε άλλο

			Οτιδήποτε άλλο		Σύνολο	P-value	Cramer's Phi
			Όχι	Ναι			
Εκπαιδευτική βαθμίδα	ΤΕ-ΠΕ	Αριθμός	152	15	167	<0.05	0.15
		Ποσοστό	91,0%	9,0%	100,0%		
	ΥΕ-ΔΕ	Αριθμός	82	1	83		
		Ποσοστό	98,8%	1,2%	100,0%		
Σύνολο		Αριθμός	234	16	250		
		Ποσοστό	93,6%	6,4%	100,0%		

Εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της εκπαιδευτικής βαθμίδας και των λοιπών μεθόδων ή όχι ($p < 0.05$), και συγκεκριμένα βρέθηκε ότι οι ΤΕ-ΠΕ θα επέλεγαν λοιπές μεθόδους προκειμένου αντιμετωπίσουν ασθενείς που αρνούνται ιατρικές πράξεις σε ποσοστό 9,0%, το οποίο είναι μεγαλύτερο σε σύγκριση με το 1,2% των ΥΕ-ΔΕ.

Πίνακας 21. Αποτελέσματα του t-test και τα effect size σε σύγκριση με την εκπαιδευτική βαθμίδα

	ΤΕ-ΠΕ		ΥΕ-ΔΕ		t	df	p	Cohen's d
	μ.ο	τ.α	μ.ο	τ.α				
Οι ιατροί πρέπει να πράττουν το καλύτερο ανεξαρτήτως της γνώμης των ασθενών	3,02	1,17	3,53	1,13	-3,298	248	<0.01	0.44
Οι επιθυμίες του ασθενούς πρέπει να λαμβάνονται πάντα υπόψη	3,69	0,89	3,43	0,96	2,071	248	<0.05	0.27
Ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται πάντα ακόμη και στην περίπτωση ιατρικού λάθους	3,95	0,79	3,66	0,90	2,490	146,120	<0.01	0.32
Η συγκατάθεση των ασθενών χρειάζεται μόνο στην περίπτωση των χειρουργικών επεμβάσεων και όχι για δοκιμές / τεστ ή φάρμακα	2,02	1,16	2,34	1,07	-2,066	248	<0.05	0.27
Η εμπιστευτικότητα και το ιατρικό απόρρητο δε μπορούν να τηρηθούν στη σύγχρονη ιατρική	1,68	0,82	1,96	0,80	-2,634	248	<0.01	0.34

φροντίδα και πρέπει να εγκαταλειφθούν ως έννοιες								
Οι στενοί συγγενείς πρέπει πάντα να ενημερώνονται πλήρως για την κατάσταση του ασθενούς	3,80	0,99	4,04	0,80	-2,052	197,287	<0.05	0.24

Υλοποιήθηκε t-test ανεξάρτητων δειγμάτων για τη διερεύνηση πιθανών διαφορών μεταξύ TE-ΠΕ και ΥΕ-ΔΕ όσον αφορά οι ιατροί πρέπει να πράττουν το καλύτερο ανεξαρτήτως της γνώμης των ασθενών. Βρέθηκε ότι οι ΥΕ-ΔΕ συμφωνούν σε μεγαλύτερο βαθμό (M=3,53, SD=1,13) από τους TE-ΠΕ (M=3,02, SD=1,17) που συμμετείχαν στο δείγμα ($t(248) = -3,298, p < 0.01$). Ομοίως διενεργήθηκε και εντοπίστηκε στατιστική σημαντικότητα και για τις υπόλοιπες μεταβλητές-ερωτήσεις όπως διαφαίνεται και στον πίνακα.

Επίσης διενεργήθηκαν συγκρίσεις με τη δημογραφική μεταβλητή του κατόχου μεταπτυχιακού τίτλου.

Πίνακας 22. Cross-tabulation και στατιστική σημαντικότητα για την ερώτηση γνωρίζετε το περιεχόμενο των ακολούθων; και πιο συγκεκριμένα για την επιλογή κώδικας της Νυρεμβέργης

		Κώδικας της Νυρεμβέργης		Σύνολο	P-value	Cramer's Phi
		Όχι	Ναι			
Όχι	Αριθμός	128	48	176	<0.01	0.17
	Ποσοστό	72,7%	27,3%	100,0%		

Μεταπτυχιακός Τίτλος	Ναι	Αριθμός	41	33	74		
		Ποσοστό	55,4%	44,6%	100,0%		
Σύνολο		Αριθμός	169	81	250		
		Ποσοστό	67,6%	32,4%	100,0%		

Εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του μεταπτυχιακού τίτλου και του κώδικα της Νυρεμβέργης ή όχι ($p < 0.01$), και συγκεκριμένα βρέθηκε ότι όσοι έχουν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών γνωρίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό τον κώδικα της Νυρεμβέργης σε ποσοστό 44,6%, το οποίο είναι μεγαλύτερο σε σύγκριση με το 27,3% οι οποίοι δεν έχουν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών.

Πίνακας 23. Cross-tabulation και στατιστική σημαντικότητα για την ερώτηση γνωρίζετε το περιεχόμενο των ακολούθων; και πιο συγκεκριμένα για την επιλογή διακήρυξη του Ελσίνκι

			Διακήρυξη του Ελσίνκι		Σύνολο	P-value	Cramer's Phi
			Όχι	Ναι			
Μεταπτυχιακός Τίτλος	Όχι	Αριθμός	139	37	176	<0.01	0.28
		Ποσοστό	79,0%	21,0%	100,0%		
	Ναι	Αριθμός	38	36	74		
		Ποσοστό	51,4%	48,6%	100,0%		
Σύνολο		Αριθμός	177	73	250		
		Ποσοστό	70,8%	29,2%	100,0%		

Εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του μεταπτυχιακού τίτλου και της διακήρυξης του Ελσίνκι ή όχι ($p < 0.01$), και συγκεκριμένα βρέθηκε ότι όσοι έχουν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών γνωρίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό την διακήρυξη του Ελσίνκι σε ποσοστό 48,6%, το οποίο είναι μεγαλύτερο σε σύγκριση με το 21,0% οι οποίοι δεν έχουν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών.

Πίνακας 24. Cross-tabulation και στατιστική σημαντικότητα για την ερώτηση με ποιον θα προτιμούσατε να συζητήσετε κάποιο ηθικό πρόβλημα το οποίο μπορεί να προκύψει στο χώρο εργασίας; και πιο συγκεκριμένα για την επιλογή προϊστάμενο

			Προϊστάμενο		Σύνολο	P-value	Cramer's Phi
			Όχι	Ναι			
Μεταπτυχιακός Τίτλος	Όχι	Αριθμός	68	108	176	<0.05	0.15
		Ποσοστό	38,6%	61,4%	100,0%		
	Ναι	Αριθμός	41	33	74		
		Ποσοστό	55,4%	44,6%	100,0%		
Σύνολο		Αριθμός	109	141	250		
		Ποσοστό	43,6%	56,4%	100,0%		

Εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του μεταπτυχιακού τίτλου και του προϊσταμένου ή όχι ($p < 0.01$), και συγκεκριμένα βρέθηκε ότι όσοι δεν έχουν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών θα προτιμούσαν να συζητήσουν κάποιο ηθικό πρόβλημα με τον προϊστάμενο τους σε ποσοστό 61,4%, το οποίο είναι μεγαλύτερο σε σύγκριση με το 44,6% οι οποίοι έχουν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών.

Πίνακας 25. Cross-tabulation και στατιστική σημαντικότητα για την ερώτηση με ποιον θα προτιμούσατε να συζητήσετε κάποιο νομικό πρόβλημα το οποίο μπορεί να προκύψει στο χώρο εργασίας; και πιο συγκεκριμένα για την επιλογή προϊστάμενο

			Προϊστάμενο		Σύνολο	P-value	Cramer's Phi
			Όχι	Ναι			
Μεταπτυχιακός Τίτλος	Όχι	Αριθμός	92	84	176	<0.05	0.15
		Ποσοστό	52,3%	47,7%	100,0%		
	Ναι	Αριθμός	51	23	74		
		Ποσοστό	68,9%	31,1%	100,0%		

Σύνολο	Αριθμός	143	107	250		
	Ποσοστό	57,2%	42,8%	100,0%		

Εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του μεταπτυχιακού τίτλου και του προϊσταμένου ή όχι ($p < 0.05$), και συγκεκριμένα βρέθηκε ότι όσοι δεν έχουν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών θα προτιμούσαν να συζητήσουν κάποιο νομικό πρόβλημα με τον προϊστάμενο τους σε ποσοστό 47,7%, το οποίο είναι μεγαλύτερο σε σύγκριση με το 31,1% οι οποίοι έχουν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών.

Πίνακας 26. Cross-tabulation και στατιστική σημαντικότητα για την ερώτηση ποιους νομίζετε ότι μπορεί να είναι ο ρόλος αυτής της επιτροπής; και πιο συγκεκριμένα για την επιλογή να συμβουλευτεί τη διοίκηση σχετικά με την ηθική και τους κανόνες του ιδρύματος

			Να συμβουλευτεί τη διοίκηση σχετικά με την ηθική και τους κανόνες του ιδρύματος			Σύνολο	P-value	Cramer's V	
			Όχι	Ναι	Δεν γνωρίζω				
Μεταπτυχιακός Τίτλος	Όχι	Αριθμός	11	139	26	176	<0.05	0.16	
		Ποσοστό	6,3%	79,0%	14,8%	100,0%			
	Ναι	Αριθμός	3	68	3	74			
		Ποσοστό	4,1%	91,9%	4,1%	100,0%			
Σύνολο	Αριθμός	14	207	29	250				
	Ποσοστό	5,6%	82,8%	11,6%	100,0%				

Εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του μεταπτυχιακού τίτλου και του να συμβουλευτεί τη διοίκηση σχετικά με την ηθική και τους κανόνες του ιδρύματος ή όχι ($p < 0.05$), και συγκεκριμένα βρέθηκε ότι όσοι έχουν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών συμφωνούν πως ο ρόλος της επιτροπής θα μπορούσε να ήταν να συμβουλευτεί τη

διοίκηση σχετικά με την ηθική και τους κανόνες του ιδρύματος σε ποσοστό 91,9%, το οποίο είναι μεγαλύτερο σε σύγκριση με το 79,0% οι οποίοι δεν έχουν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών.

Πίνακας 27. Cross-tabulation και στατιστική σημαντικότητα για την ερώτηση ποιος νομίζετε ότι μπορεί να είναι ο ρόλος αυτής της επιτροπής; και πιο συγκεκριμένα για την επιλογή να διδάσκει την ιατρική ηθική στους φοιτητές

			Να διδάσκει την ιατρική ηθική στους φοιτητές			Σύνολο	P-value	Cramer's V
			Όχι	Ναι	Δεν γνωρίζω			
Μεταπτυχιακός Τίτλος	Όχι	Αριθμός	27	111	38	176	<0.01	0.19
		Ποσοστό	15,3%	63,1%	21,6%	100,0%		
	Ναι	Αριθμός	20	48	6	74		
		Ποσοστό	27,0%	64,9%	8,1%	100,0%		
Σύνολο		Αριθμός	47	159	44	250		
		Ποσοστό	18,8%	63,6%	17,6%	100,0%		

Εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του μεταπτυχιακού τίτλου και του να διδάσκει την ιατρική ηθική στους φοιτητές ή όχι ($p < 0.05$), και συγκεκριμένα βρέθηκε ότι όσοι έχουν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών συμφωνούν πως ο ρόλος της επιτροπής θα μπορούσε να ήταν να διδάσκει την ιατρική ηθική στους φοιτητές σε ποσοστό 64,9%, το οποίο είναι μεγαλύτερο σε σύγκριση με το 63,1% οι οποίοι δεν έχουν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών.

Πίνακας 28. Cross-tabulation και στατιστική σημαντικότητα για την ερώτηση ποιος νομίζετε ότι μπορεί να είναι ο ρόλος αυτής της επιτροπής; και πιο συγκεκριμένα για την επιλογή να διεξάγει συνέδρια περί δεοντολογίας

			Να διεξάγει συνέδρια περί δεοντολογίας			Σύνολο	P-value	Cramer's V
			Όχι	Ναι	Δεν γνωρίζω			
Μεταπτυχιακός Τίτλος	Όχι	Αριθμός	10	138	28	176	<0.05	0.16
		Ποσοστό	5,7%	78,4%	15,9%	100,0%		
	Ναι	Αριθμός	4	67	3	74		
		Ποσοστό	5,4%	90,5%	4,1%	100,0%		
Σύνολο		Αριθμός	14	205	31	250		
		Ποσοστό	5,6%	82,0%	12,4%	100,0%		

Εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του μεταπτυχιακού τίτλου και του να διεξάγει συνέδρια περί δεοντολογίας ή όχι ($p < 0.05$), και συγκεκριμένα βρέθηκε ότι όσοι έχουν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών συμφωνούν πως ο ρόλος της επιτροπής θα μπορούσε να ήταν να διεξάγει συνέδρια περί δεοντολογίας σε ποσοστό 90,5%, το οποίο είναι μεγαλύτερο σε σύγκριση με το 78,4% οι οποίοι δεν έχουν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών.

Πίνακας 29. Cross-tabulation και στατιστική σημαντικότητα για την τι θα πρέπει να κάνει κατά τη γνώμη σας ένας επαγγελματίας υγείας όταν κάποιος ασθενής αρνείται να μεταγιστεί, να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση ή να δεχθεί οποιαδήποτε θεραπεία; και πιο συγκεκριμένα για την επιλογή να του υποδείξει το σωστό

			Να του υποδείξει το σωστό		Σύνολο	P-value	Cramer's Phi
			Όχι	Ναι			
Μεταπτυχιακός Τίτλος	Όχι	Αριθμός	74	102	176	<0.05	0.13
		Ποσοστό	42,0%	58,0%	100,0%		
	Ναι	Αριθμός	42	32	74		
		Ποσοστό	56,8%	43,2%	100,0%		
Σύνολο		Αριθμός	116	134	250		
		Ποσοστό	46,4%	53,6%	100,0%		

Εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του μεταπτυχιακού τίτλου και του να του υποδείξει το σωστό ή όχι ($p < 0.05$), και συγκεκριμένα βρέθηκε ότι όσοι δεν έχουν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών θεωρούν πως ο επαγγελματίας υγείας χρειάζεται να προβεί στο να υποδείξει το σωστό σε ασθενείς που αρνούνται να λάβουν ιατρικής πράξης σε ποσοστό 58,0%, το οποίο είναι μεγαλύτερο σε σύγκριση με το 43,2% οι οποίοι έχουν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών.

Πίνακας 30. Αποτελέσματα του t-test και τα effect size σε σύγκριση με τον μεταπτυχιακό τίτλο

	Όχι		Ναι		t(248)	p	Cohen's d
	μ.ο	τ.α	μ.ο	τ.α			
Οι ιατροί πρέπει να πράττουν το καλύτερο	3,31	1,151	2,89	1,200	2,605	<0.01	0.35

ανεξαρτήτως της γνώμης των ασθενών							
Οι επιθυμίες του ασθενούς πρέπει να λαμβάνονται πάντα υπόψη	3,49	,932	3,86	,849	-2,944	<0.01	0.40

Υλοποιήθηκε t-test ανεξάρτητων δειγμάτων για τη διερεύνηση πιθανών διαφορών μεταξύ αυτών που είχαν ή όχι μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών όσον αφορά για το αν οι ιατροί πρέπει να πράττουν το καλύτερο ανεξαρτήτως της γνώμης των ασθενών. Βρέθηκε ότι αυτοί που δεν είχαν μεταπτυχιακό τίτλο συμφωνούσαν σε υψηλότερο βαθμό (M=3,31, SD=1,151) από αυτούς που είχαν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών (M=2,89, SD=1,200) που συμμετείχαν στο δείγμα ($t(248)= 2,605, p<0.01$).

Σε σχέση με το αν οι επιθυμίες του ασθενούς πρέπει να λαμβάνονται πάντα υπόψη, βρέθηκε πως αυτοί που είχαν μεταπτυχιακό τίτλο συμφωνούσαν σε υψηλότερο βαθμό (M=3,86, SD=0,85) από αυτούς που δεν είχαν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών (M=3,49, SD=0,93) που συμμετείχαν στο δείγμα ($t(248)= -2,944, p<0.01$).

Κεφάλαιο 4°

Συμπεράσματα

Αναμφισβήτητα, κάθε άνθρωπος έχει ατομικά και κοινωνικά δικαιώματα τα οποία ως αρχή είναι αποδεκτά από όλες τις ανθρώπινες κοινωνίες. Συγκεκριμένα, οι πιο ευάλωτες ομάδες της κοινωνίας έχουν ειδικά δικαιώματα. Οι ασθενείς είναι μία από τις πιο ευάλωτες κοινωνικές ομάδες που είναι ευάλωτες, είτε σωματικά είτε ψυχολογικά, κοινωνικά και οικονομικά. Τις τελευταίες δεκαετίες, με εκπληκτική πρόοδο στην ιατρική επιστήμη και την έλευση της σύγχρονης θεραπείας και των προόδων των μεθόδων ιατρικής τεχνολογίας, η αλληλεπίδραση πεδίου και οι ιατρικές παρεμβάσεις έχουν επεκταθεί σε μεγάλο βαθμό και έχουν μεγάλες ηθικές προκλήσεις. Το αποτελεσματικό σύστημα υγείας απαιτεί την ενεργό συμμετοχή των αποδεκτών και των παρόχων υπηρεσιών υγείας. Απαιτεί συνεργασία μεταξύ ασθενών και ιατρών και άλλων επαγγελματιών του τομέα της υγείας (Parsapoor, Bagheri and Larijani, 2014).

Η επαρκής και ειλικρινής επικοινωνία, ο σεβασμός των προσωπικών και επαγγελματικών αξιών και η ευαισθησία στις διαφορές είναι απαραίτητες για την ποιότητα της περίθαλψης των ασθενών. Τα νοσοκομεία ως ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία της υγειονομικής υπηρεσίας και ως οργάνωση πρέπει να κατανοούν και να σέβονται τα δικαιώματα των ασθενών, των οικογενειών τους, των ιατρών και άλλων φροντιστών ('A patient's bill of rights.', 1973).

Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης έχουν φαινομενικά τροποποιηθεί στον απόηχο του COVID-19. Η έναρξη της πανδημίας COVID-19 έχει απαιτήσει την πρόοδο στις βιοηθικές προσεγγίσεις στη λήψη ιατρικών αποφάσεων (Butchart, Krumenacker and Baig, 2021). Τα αποτελέσματα της προσπάθειας αυτής μπορούν να οριοθετήσουν σε μεγάλο βαθμό τα ηθικά προβλήματα τα οποία αντιμετωπίζει το νοσηλευτικό προσωπικό και να προαχθεί η πρόσθετη μη τυπική διαδικασία εκπαίδευσης μέσω παρεμβατικών δράσεων και προγραμμάτων ενημέρωσης προς επίρρωση της μείωσης τυχόν ηθικών «γκρίζων ζωνών» και την επακόλουθη βέλτιστη παροχή νοσηλευτικής φροντίδας.

Η προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών από νοσηλευτές εξασφαλίζει την ποιότητα της φροντίδας των ασθενών και ενισχύει το επίπεδο ικανοποίησης των

ασθενών. Η έλλειψη πρακτικής ορισμένων δικαιωμάτων των ασθενών από τους νοσηλευτές βασίζεται στη γνώση αυτών των πτυχών. Η επαρκής γνώση σχετικά με τα δικαιώματα των ασθενών μεταξύ των νοσηλευτών θα είναι καρποφόρα για τη διάδοση της ευαισθητοποίησης των ασθενών. Η μελέτη των Souza et al στοχεύει στην αξιολόγηση της γνώσης του ασθενούς και της πρακτικής του νοσηλευτή σχετικά με τα δικαιώματα των ασθενών. Έχει υιοθετηθεί μια περιγραφική ερευνητική προσέγγιση στην οποία εστιάστηκε στα έξι δικαιώματα των ασθενών. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από 75 ασθενείς που έγιναν δεκτοί στις ιδιωτικές αίθουσες του επιλεγμένου νοσοκομείου χρησιμοποιώντας ένα δομημένο ερωτηματολόγιο. Η συχνότητα, το ποσοστό, η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση υπολογίστηκαν για τα δεδομένα. Η μελέτη αποκαλύπτει ότι η συνειδητοποίηση των δικαιωμάτων ήταν υψηλή στους περισσότερους ασθενείς. Οι βαθμολογίες για γνώση διαφόρων πτυχών των δικαιωμάτων των ασθενών είναι: το δικαίωμα στην εμπιστευτικότητα 84%, το δικαίωμα στην ιδιωτική ζωή 82,7%, το σεβασμό στο 74,7% και το δικαίωμα στην πληροφόρηση 50,7%. Χαμηλότερες γνώσεις παρατηρήθηκαν για το δικαίωμα συγκατάθεσης 45,3% και το δικαίωμα για διαμαρτυρίας 37,3%. Οι ασθενείς ανέφεραν την πρακτική των νοσοκόμων να είναι υψηλή σχετικά με το δικαίωμα στην εμπιστευτικότητα 94,7%, το δικαίωμα σεβασμού 84%, το δικαίωμα στην ιδιωτική ζωή 85,3%, το δικαίωμα ενημέρωσης 61,3% και το δικαίωμα συναίνεσης 60%. Σχετικά χαμηλότερο ποσοστό πρακτικής παρατηρήθηκε για δικαίωμα επανόρθωσης παράπονα 24%. Αυτή η μελέτη έχει επιπτώσεις στην νοσηλευτική εκπαίδευση και πρακτική. Όλοι οι επαγγελματίες νοσηλευτές πρέπει να λαμβάνουν εκπαίδευση για να αποκτήσουν γνώσεις και να εξασκήσουν τα δικαιώματα των ασθενών. Οι νοσηλευτές πρέπει επίσης να αναλάβουν την ευθύνη για την εκπαίδευση των ασθενών στα δικαιώματα των ασθενών (Souza, Jeelani and Leena, 2016).

Στη μελέτη τους για φοιτητές νοσηλευτικής, οι Ozcelik et al. (2014) διαπίστωσαν ότι η ηθική υπόσταση και η θρησκευτική πίστη κάποιου μπορούν να επηρεάσουν την αντίληψή του για το MAiD (Ozcelik et al., 2014).

Σε μελέτη των Perumalswami et al (2021) εξετάστηκαν οι εμπειρίες των ογκολόγων που παρέχουν φροντίδα σε βαριά άρρωστα άτομα κοντά στο τέλος της ζωής τους στο πλαίσιο της πανδημίας COVID-19. Κατά την ποιοτική έρευνα σε 22 άτομα, οι ερωτηθέντες περιέγραψαν αρκετά προβλήματα που δημιουργήθηκαν από την πανδημία του COVID-19, όπως: (1) ηθικές προκλήσεις, (2) η ανάγκη διαχείρισης της

αβεβαιότητας —σωματικά και συναισθηματικά— τόσο από την πλευρά των ασθενών όσο και από τους ογκολόγους και (3) τη δυσκολία ενσωμάτωσης τεχνολογίας και επικοινωνίας για βαριά άρρωστα άτομα. Αυτά τα προβλήματα έγιναν πιο περίπλοκα λόγω των χαρακτηριστικών της πανδημίας: σπανιότητα πόρων (και ανάγκη δίκαιης κατανομής πόρων), καθυστερήσεις στη φροντίδα, υψηλά επίπεδα φόβου και αυξημένη σημασία του εκ των προτέρων σχεδιασμού φροντίδας (Perumalswami *et al.*, 2021).

Οι εκάστοτε πολιτικές αντικατοπτρίζουν σε μεγάλο βαθμό τα κριτήρια για την αντιμετώπιση των άμεσων ή βραχυπρόθεσμων επιπτώσεων βιοηθικής που ενδέχεται να προκύψουν. Η βασική συνιστώσα μπορεί να θεωρηθεί ο ανθρωποκεντρικός προσανατολισμός. Ωστόσο, εξακολουθεί να υπάρχει ανάγκη για πολιτικές που θα μπορούσαν να προλάβουν τις συνέπειες των εκάστοτε ιατρονοσηλευτικών πράξεων σε ότι αφορά το πλαίσιο της ηθικής. Η πλειονότητα των πολιτικών επικεντρώνεται κυρίως ή επισκιάζεται από τα νομικά συστήματα των επιμέρους χωρών που μπορεί να θεωρούνται ως βασικές παράμετροι για την καθοδήγηση της κοινής γνώμης αλλά και της οριοθέτησης της ιατρονοσηλευτικής πρακτικής. Η ανάγκη για διεθνείς προσεγγίσεις (συμπεριλαμβανομένης της εκπαίδευσης και των κατευθυντήριων οδηγιών) βασίζεται σε πολλά επιχειρήματα, όπως για παράδειγμα η κοινή βιολογική κληρονομιά και το πεπρωμένο των ανθρώπων σε όλα τα «έθνη», ο παροδικός χαρακτήρας των «εθνών» και η βασική συνιστώσα του διεθνούς δικαίου αφορούσα στην προστασία του κοινού συμφέροντος της ανθρωπότητας, οι κοινές αντιλήψεις και ο βιοηθικός συλλογισμός των λαών, υπό το πρίσμα μίας καθολικής βιοηθικής, ειδικά σε περιόδους κρίσεων, όπως η πανδημική κρίση.

Πρόσθετα, θα πρέπει να αναγνωριστεί ένα παγκόσμιο στρατηγικό πλαίσιο, δεδομένης της παγκοσμιοποίησης και των συμφερόντων των κυβερνητικών, κοινωνικών και επιχειρηματικών φορέων, που δυνάμει των συνθηκών, ήτοι παγκόσμια κρίση σε υγειονομικό επίπεδο, να μπορεί άμεσα να δραστηριοποιείται εντός ενός πλαισίου που να βασίζεται στις αρχές της ηθικής και στα ηθικά όρια τα οποία αποτιμώνται από τον σεβασμό στον άνθρωπο και στην αξιοπρέπειά του.

Η ανάγκη για μια ευρύτερη προσέγγιση γίνεται σταδιακά κατανοητή. Οι ιδέες τόσο της ηθικής της δημόσιας υγείας όσο και της πολιτικής υγείας αντιμετωπίζουν την ευημερία, τα κοινωνικά δικαιώματα και τις συλλογικές ανησυχίες σχετικά με τους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες. Συνεχίζονται οι συζητήσεις σχετικά με τη θέση του

κλάδου, τις νομικές λειτουργίες, τον περιορισμό και τη μελέτη σεναρίων, τις αντιδράσεις στη νέα τεχνολογία και τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης (Prah Ruger, 2020).

Οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής για την υγεία σε παγκόσμιο επίπεδο πρέπει να εφαρμόσουν καθολική κάλυψη υγείας, ειδικά στην εποχή της πανδημίας (Wagstaff and Neelsen, 2020). Η έλλειψη καθολικής πρόσβασης σε ασφαλή και βιώσιμη υγειονομική περίθαλψη θέτει επίσης σε κίνδυνο τις μακροπρόθεσμες ευκαιρίες ανάπτυξης και εκθέτει τις κυβερνήσεις στις απειλές των πανδημιών ('Universal Health Coverage Overview – World Bank Group', 2018).

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

- ‘A patient’s bill of rights.’ (1973) *Journal of the American Osteopathic Association*, 72(7), pp. 667–669. doi: 10.1177/002216788102100309.
- Abbasi, M. *et al.* (2018) ‘The evolution of public health ethics frameworks: systematic review of moral values and norms in public health policy’, *Medicine, Health Care and Philosophy*. *Med Health Care Philos*, pp. 387–402. doi: 10.1007/s11019-017-9813-y.
- Abbing, H. D. C. R. (2004) ‘International Declaration on Human Genetic Data.’, *European journal of health law*, 11(1), pp. 93–107. doi: 10.1163/157180904323042399.
- Adams, Z. M. and Fins, J. J. (2017) ‘Penfield’s ceiling: Seeing brain injury through Galens eyes’, *Neurology*, 89(8), pp. 854–858. doi: 10.1212/WNL.00000000000004267.
- Amoroso, S. and Chalela, J. A. (2019) ‘Perception of provision of futile care among clinicians in the neuroscience intensive care unit’, *Journal of Neuroscience Nursing*, 51(5), pp. 249–252. doi: 10.1097/JNN.0000000000000462.
- Anderson, R. M. *et al.* (2020) ‘Challenges in creating herd immunity to SARS-CoV-2 infection by mass vaccination’, *The Lancet*. Elsevier, pp. 1614–1616. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32318-7.
- Andersson, G. B. J. *et al.* (2010) ‘Do no harm: The balance of “beneficence” and “non- Maleficence”’, *Spine*, 35(SUPPL. 9S). doi: 10.1097/BRS.0b013e3181d9c5c5.
- De Angelis, E. *et al.* (2021) ‘COVID-19 incidence and mortality in Lombardy, Italy: An ecological study on the role of air pollution, meteorological factors, demographic and socioeconomic variables’, *Environmental Research*, 195. doi: 10.1016/j.envres.2021.110777.
- Armitage, R. and Nellums, L. B. (2020) ‘COVID-19 and the consequences of isolating the elderly’, *The Lancet Public Health*. Elsevier, p. e256. doi:

10.1016/S2468-2667(20)30061-X.

- Arroyo-Anlló, E. M. *et al.* (2017) 'Self-Consciousness Deficits in Alzheimer's Disease and Frontotemporal Dementia', *Journal of Alzheimer's Disease*, 55(4), pp. 1437–1443. doi: 10.3233/JAD-160770.
- Awaya, T. and Toledano, S. J. (2009) 'Failure of Informed Consent in Compensated Non-Related Kidney Donation in the Philippines Failure of Informed Consent in Compensated Non-Related Kidney Donation in the Philippines', 1(2), pp. 138–143.
- Bac, M. and Meyer, E. (2019) 'Medical students' perspectives on euthanasia and physician-assisted suicide and their views on legalising these practices in South Africa', *South African Medical Journal*. South African Medical Association, p. 135. doi: 10.7196/SAMJ.2019.v109i3.13816.
- Bagheri, A. (2007) 'Asia in the Spotlight of the International Organ Trade: Time to Take Action', *Asian J. WTO & Int'l Health L & Pol'y*2, 2(11), pp. 11–23. Available at: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1019746&fbclid=IwAR3pn9UHSDT7euHEZmK4yaqjltml2t8y9wvM0N_2pDANOdwroc3RIbOaYwA (Accessed: 14 January 2022).
- Barutta, J. and Vollmann, J. (2015) 'Physician-assisted death with limited access to palliative care', *Journal of Medical Ethics*, 41(8), pp. 652–654. doi: 10.1136/medethics-2013-101953.
- Bayne, T. and Chalmers, D. J. (2012) 'What is the unity of consciousness?', in *The Unity of Consciousness: Binding, Integration, and Dissociation*. doi: 10.1093/acprof:oso/9780198508571.003.0002.
- Beadle, E. J. *et al.* (2016) 'The impact of traumatic brain injury on self-identity: A systematic review of the evidence for self-concept changes', *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 31(2), pp. E12–E25. doi: 10.1097/HTR.0000000000000158.
- Benatar, S. R. and Singer, P. A. (2000) 'A new look at international research ethics', *British Medical Journal*. British Medical Journal Publishing Group, pp. 824–

826. doi: 10.1136/bmj.321.7264.824.

Bennett, B. and Carney, T. (2010) 'Law, ethics and pandemic preparedness: The importance of cross-jurisdictional and cross-cultural perspectives', *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 34(2), pp. 106–112. doi: 10.1111/j.1753-6405.2010.00492.x.

Bokhour, B. G. *et al.* (2018) 'How can healthcare organizations implement patient-centered care? Examining a large-scale cultural transformation', *BMC Health Services Research*, 18(1), pp. 1–11. doi: 10.1186/s12913-018-2949-5.

Briguglio, M. *et al.* (2020) 'Consequences for the Elderly After COVID-19 Isolation: FEaR (Frail Elderly amid Restrictions)', *Frontiers in Psychology*, 11, p. 565052. doi: 10.3389/fpsyg.2020.565052.

Brosemer, K. *et al.* (2020) 'The energy crises revealed by COVID: Intersections of Indigeneity, inequity, and health', *Energy Research and Social Science*. *Energy Res Soc Sci*. doi: 10.1016/j.erss.2020.101661.

Buote, L. C. *et al.* (2021) 'Maid in Canada: Controversies, guidelines, and the role of psychologists in relation to Bill C-14.', *Canadian Psychology*. doi: 10.1037/cap0000286.

Butchart, L., Krumenacker, K. and Baig, A. (2021) 'Different approach to medical decision-making in difficult circumstances: Kittay's Ethics of Care', *Journal of Medical Ethics*, p. medethics-2021-107521. doi: 10.1136/medethics-2021-107521.

de Cássio Zequi, S. *et al.* (2021) 'Informed consent and a risk-based approach to oncologic surgery in a cancer center during the COVID-19 pandemic', *Journal of Surgical Oncology*, 123(8), pp. 1659–1668. doi: 10.1002/jso.26452.

Chadwick, R. (2020) 'COVID-19 and the possibility of solidarity', *Bioethics*. *Bioethics*, p. 637. doi: 10.1111/bioe.12813.

Chadwick, R. (2021) 'COVID-19 and bioethics: Looking back and looking forward', *Bioethics*. *Bioethics*, p. 117. doi: 10.1111/bioe.12843.

Chen, C. *et al.* (2020) 'Replacing Paper Informed Consent with Electronic Informed Consent for Research in Academic Medical Centers: A Scoping Review.',

- AMIA Joint Summits on Translational Science proceedings. AMIA Joint Summits on Translational Science*, 2020, pp. 80–88. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32477626/> (Accessed: 29 September 2021).
- Chew, C. and Ko, D. (2020) ‘Medical ethics in the era of COVID-19: Now and the future’, *Respirology*. *Respirology*, pp. 1033–1034. doi: 10.1111/resp.13927.
- CMAJ (2021) ‘The influence of sex and gender domains on covid-19 cases and mortality’, *CMAJ*. *CMAJ*, p. E252. doi: 10.1503/cmaj.210192.
- Cohen Jonathan and Ezer Tamar (2013) ‘Human rights in patient care: A theoretical and practical framework | Health and Human Rights Journal’, *Health Human Rights*. Available at: <https://www.hhrjournal.org/2013/12/human-rights-in-patient-care-a-theoretical-and-practical-framework/?fbclid=IwAR1nDLabSVTlx7xNwHnQSWx3AeybELG5n5dnWsGyX9htB23DvOtVHfIDsA> (Accessed: 15 January 2022).
- Coleman, C. H. *et al.* (2007) ‘How should ethics be incorporated into public health policy and practice?’, *Bulletin of the World Health Organization*. World Health Organization, p. 504. doi: 10.2471/BLT.07.044040.
- Colville, G. A. *et al.* (2019) ‘A survey of moral distress in staff working in intensive care in the UK’, *Journal of the Intensive Care Society*, 20(3), pp. 196–203. doi: 10.1177/1751143718787753.
- Coronavirus en EE.UU.: con casi 300.000 casos nuevos en un día, crece el rechazo de médicos y enfermeros a la vacuna* (no date). Available at: https://www.clarin.com/mundo/vacuna-crece-rebelion-personal-salud-unidos-pese-avance-coronavirus_0_ZCtRYS-fb.html?fbclid=IwAR3mdZ0gfPY9yrCKMwKH8moD-DMwuFAyk68SbTRSeTOLXaZ1xVjF6yxqqMY (Accessed: 14 January 2022).
- De-Giorgio, F. *et al.* (2021) ‘Dying “from” or “with” covid-19 during the pandemic: Medico-legal issues according to a population perspective’, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), p. 8851. doi: 10.3390/ijerph18168851.

- Donchin, A. (2000) ‘Autonomy, interdependence, and assisted suicide: Respecting boundaries/crossing lines’, *Bioethics*. Bioethics, pp. 187–204. doi: 10.1111/1467-8519.00190.
- Downie, R. and Macnaughton, J. (2007) *Bioethics and the humanities: Attitudes and perceptions, Bioethics and the Humanities: Attitudes and Perceptions*. Routledge-Cavendish. doi: 10.4324/9780203945025.
- Druml, C. (2020) ‘COVID-19 and ethical preparedness?’, *Wiener Klinische Wochenschrift*. Wien Klin Wochenschr, pp. 400–402. doi: 10.1007/s00508-020-01709-7.
- Dugdale, L. S., Lerner, B. H. and Callahan, D. (2019) ‘Pros and cons of physician aid in dying’, *Yale Journal of Biology and Medicine*, 92(4), pp. 747–750. Available at: /pmc/articles/PMC6913818/ (Accessed: 9 January 2022).
- Eghtesadi, M. (2020) ‘Breaking Social Isolation Amidst COVID-19: A Viewpoint on Improving Access to Technology in Long-Term Care Facilities’, *Journal of the American Geriatrics Society*. Wiley-Blackwell, pp. 949–950. doi: 10.1111/jgs.16478.
- Ehni, H.-J., Marckmann, G. and Munthe, C. (2020) *Public Health Ethics and Covid-19: The ethical dimensions of public health decision-making during a pandemic, Physical Education and Sport for Children and Youth with Special Needs Researches – Best Practices – Situation*. Edited by G. Balint et al. Slovak Scientific Society for Physical Education and Sport and FIEP. doi: 10.2/JQUERY.MIN.JS.
- El-Bakary, A. (2020) ‘COVID 19: Some Ethical Issues for Health Care Institutions; an Egyptian View’, *Mansoura Journal of Forensic Medicine and Clinical Toxicology*, 28(2), pp. 0–0. doi: 10.21608/mjfmct.2020.34108.1017.
- Emanuel, E. J. et al. (2016) ‘Attitudes and practices of euthanasia and physician-assisted suicide in the United States, Canada, and Europe’, *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 316(1), pp. 79–90. doi: 10.1001/jama.2016.8499.
- Essien, U. R., Eneanya, N. D. and Crews, D. C. (2020) ‘Prioritizing Equity in a Time

- of Scarcity: The COVID-19 Pandemic’, *Journal of General Internal Medicine*.
 J Gen Intern Med, pp. 2760–2762. doi: 10.1007/s11606-020-05976-y.
- Ettman, C. K. *et al.* (2020) ‘Prevalence of depression symptoms in US adults before and during the COVID-19 pandemic’, *JAMA Network Open*, 3(9), pp. e2019686–e2019686. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.19686.
- Fallucchi, F., Faravelli, M. and Quercia, S. (2021) ‘Fair allocation of scarce medical resources in the time of COVID-19: What do people think?’, *Journal of Medical Ethics*, 47(1), pp. 3–6. doi: 10.1136/medethics-2020-106524.
- Fenton, A. (2009) ‘Buddhism and neuroethics: The ethics of pharmaceutical cognitive enhancement’, *Developing World Bioethics*, 9(2), pp. 47–56. doi: 10.1111/j.1471-8847.2007.00226.x.
- Filograna, L. *et al.* (2021) ‘Claimed medical malpractice in fatal SARS-CoV-2 infections: the importance of combining ante- and post-mortem radiological data and autopsy findings for correct forensic analysis’, *Forensic Imaging*, 25, p. 200454. doi: 10.1016/j.fri.2021.200454.
- Fins, J. J. (2015) *Rights come to mind: Brain injury, ethics, and the struggle for consciousness*, *Rights Come to Mind: Brain Injury, Ethics, and the Struggle for Consciousness*. Cambridge University Press. doi: 10.1017/CBO9781139051279.
- Funk, C. and Tyson, A. (2020) ‘Intent to Get a COVID-19 Vaccine Rises to 60% as Confidence in Research and Development Process Increases’, *Pew Research Center*, (December), pp. 1–29. Available at: <https://www.pewresearch.org/science/2020/12/03/intent-to-get-a-covid-19-vaccine-rises-to-60-as-confidence-in-research-and-development-process-increases/?fbclid=IwAR003hYq2mZrkTqHk2fUt6fp7kgeZG2Pd7oC53Z5fMeKySMvgyMq2--FRuA> (Accessed: 14 January 2022).
- Gennari, R. and Naspro, R. (2020) ‘Do we need an ad-hoc informed consent for patients treated in the COVID-19 era? The risk of falling from heroes to zeros’, *Minerva Urologica e Nefrologica*. Edizioni Minerva Medica, pp. 517–518. doi: 10.23736/S0393-2249.20.03930-2.

- George, J. P. and Namboodiripad, A. (2018) 'Evaluation of modified paediatric logistic organ dysfunction scoring system in predicting the outcome in critically ill children', *International Journal of Contemporary Pediatrics*, 5(3), p. 879. doi: 10.18203/2349-3291.ijcp20181506.
- Ghods, A. J. and Mahdavi, M. (2007) 'Organ transplantation in Iran.', *Saudi journal of kidney diseases and transplantation : an official publication of the Saudi Center for Organ Transplantation, Saudi Arabia*. Medknow Publications, pp. 648–655. Available at: <https://www.sjkdt.org/article.asp?issn=1319-2442;year=2007;volume=18;issue=4;spage=648;epage=655;aulast=ghods> (Accessed: 14 January 2022).
- Giubilini, A. (2021) 'Vaccination ethics', *British medical bulletin*. Oxford Academic, pp. 4–12. doi: 10.1093/bmb/ldaa036.
- Godlee, F. (2020) 'Covid-19: Transparency and communication are key', *The BMJ*. British Medical Journal Publishing Group. doi: 10.1136/bmj.m4764.
- González-Duarte, A., Kaufer-Horwitz, M. and Aguilar-Salinas, C. A. (2020) 'Bioethics in the COVID-19 Pandemic Research: Challenges and Strategies', *Revista de investigaci³ en Cl³nica*, 72(5), pp. 265–270. doi: 10.24875/ric.20000258.
- Gopichandran, V. *et al.* (2016) 'Developing the ethics of implementation research in health', *Implementation Science*, 11(1). doi: 10.1186/s13012-016-0527-y.
- Greenberg, N. *et al.* (2020) 'Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic', *The BMJ*. BMJ. doi: 10.1136/bmj.m1211.
- Greenberg, N. (2020) 'Mental health of health-care workers in the COVID-19 era', *Nature Reviews Nephrology*. Nat Rev Nephrol, pp. 425–426. doi: 10.1038/s41581-020-0314-5.
- Hassan, Z. *et al.* (2021) 'Protecting frontline healthcare workers should be the top priority in low-resource health systems: Bangladesh and COVID-19', *Infection Control and Hospital Epidemiology*. Infect Control Hosp Epidemiol, pp. 121–122. doi: 10.1017/ice.2020.208.
- Ten Have, H. A. M. J. and Gordijn, B. (2014) *Handbook of global bioethics*,

Handbook of Global Bioethics. Springer Netherlands. doi: 10.1007/978-94-007-2512-6.

Hildesheim, H. *et al.* (2021) ‘Moral distress among residents in neurology: a pilot study’, *Neurological Research and Practice*, 3(1). doi: 10.1186/s42466-021-00104-5.

International, T. *et al.* (2014) ‘Report of the IBC on the Principle of’, (September 2013).

Johnson, K. *et al.* (2020) ‘The impact of COVID-19 on services for people affected by sexual and gender-based violence’, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 150(3), pp. 285–287. doi: 10.1002/ijgo.13285.

Jones, A. E., Trzeciak, S. and Kline, J. A. (2009) ‘The Sequential Organ Failure Assessment score for predicting outcome in patients with severe sepsis and evidence of hypoperfusion at the time of emergency department presentation’, *Critical Care Medicine*, 37(5), pp. 1649–1654. doi: 10.1097/CCM.0b013e31819def97.

Kahambing, Jan Gresil S (2021) ‘Geophilosophical exemption to mandatory vaccination’, *Journal of Public Health*. doi: 10.1093/pubmed/fdab166.

Kahambing, Jan Gresil S. (2021) ‘Mental health ethics in COVID-19 vaccination’, *Asian Journal of Psychiatry*. Elsevier Science B.V., p. 102659. doi: 10.1016/j.ajp.2021.102659.

Khawaja, M. and Khawaja, A. (2021) ‘The ethics of dying: Deciphering pandemic-resultant pressures that influence elderly patients’ medical assistance in dying (maid) decisions’, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), p. 8819. doi: 10.3390/ijerph18168819.

Khunti, K. *et al.* (2020) ‘Is ethnicity linked to incidence or outcomes of covid-19?’, *The BMJ*. BMJ. doi: 10.1136/bmj.m1548.

Kim, S. Y. H. and Grady, C. (2020) ‘Ethics in the time of COVID: What remains the same and what is different’, *Neurology*. Neurology, pp. 1007–1008. doi: 10.1212/WNL.00000000000009520.

Koggel, C. (2006) *Moral Issues in Global Perspective: Volume 2: Human Diversity*

and Equality. Available at: <https://broadviewpress.com/product/moral-issues-in-global-perspective-second-edition/> (Accessed: 9 January 2022).

- Kramer, J. B., Brown, D. E. and Kopar, P. K. (2020) 'Ethics in the Time of Coronavirus: Recommendations in the COVID-19 Pandemic', *Journal of the American College of Surgeons*, 230(6), pp. 1114–1118. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2020.04.004.
- Ladino, L. D., Rizvi, S. and Téllez-Zenteno, J. F. (2018) 'The Montreal procedure: The legacy of the great Wilder Penfield', *Epilepsy and Behavior*. *Epilepsy Behav*, pp. 151–161. doi: 10.1016/j.yebeh.2018.04.001.
- Landivar, L. C. *et al.* (2020) 'Early Signs Indicate That COVID-19 Is Exacerbating Gender Inequality in the Labor Force', *Socius: Sociological Research for a Dynamic World*, 6, p. 237802312094799. doi: 10.1177/2378023120947997.
- Lane, G. and Lane, L. W. (1991) 'Global Bioethics: Building on the Leopold Legacy', *Perspectives in Biology and Medicine*, 34(3), pp. 464–466. doi: 10.1353/pbm.1991.0023.
- Leadbeater, B. J. *et al.* (2018) 'Ethical Challenges in Promoting the Implementation of Preventive Interventions: Report of the SPR Task Force', *Prevention Science*, 19(7), pp. 853–865. doi: 10.1007/s11121-018-0912-7.
- Levy, N. (2014) 'The value of consciousness', *Journal of Consciousness Studies*, 21(1–2), pp. 127–138. doi: 10.1093/analys/anz045.
- Lewis, M. A. *et al.* (2012) 'Medical law, ethics & bioethics for the health professions', 7th, p. 271. Available at: <https://bookshelf.vitalsource.com/#/books/9780803647039/cfi/6/16!/4/16/6@0:16.2> (Accessed: 14 January 2022).
- Li, M. *et al.* (2017) 'Medical Assistance in Dying — Implementing a Hospital-Based Program in Canada', *New England Journal of Medicine*, 376(21), pp. 2082–2088. doi: 10.1056/nejmms1700606.
- Lin, S., Kantor, R. and Clark, E. (2021) 'Coronavirus Disease 2019', *Clinics in Geriatric Medicine*. Edited by S. K. Saxena. Singapore: Springer Singapore (Medical Virology: From Pathogenesis to Disease Control), pp. 509–522. doi:

10.1016/j.cger.2021.05.001.

Logar, S. (2020) 'Care home facilities as new COVID-19 hotspots: Lombardy Region (Italy) case study', *Archives of gerontology and geriatrics*. Elsevier, p. 104087. doi: 10.1016/j.archger.2020.104087.

Lowrey, K. M., Morain, S. R. and Baugh, C. M. (2016) 'DO ETHICS DEMAND EVALUATION OF PUBLIC HEALTH LAWS? SHIFTING SCIENTIFIC SANDS AND THE CASE OF YOUTH SPORTS-RELATED TRAUMATIC BRAIN INJURY LAWS.', *Journal of health care law & policy*, 19(1), pp. 99–117. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28104996/> (Accessed: 9 January 2022).

Lurie, N. *et al.* (2020) 'Developing Covid-19 Vaccines at Pandemic Speed', *New England Journal of Medicine*, 382(21), pp. 1969–1973. doi: 10.1056/nejmp2005630.

Ma-Kellams, C. (2014) 'Cross-cultural differences in somatic awareness and interoceptive accuracy: A review of the literature and directions for future research', *Frontiers in Psychology*. *Front Psychol*. doi: 10.3389/fpsyg.2014.01379.

McClung, N. *et al.* (2021) 'The Advisory Committee on Immunization Practices' Ethical Principles for Allocating Initial Supplies of COVID-19 Vaccine—United States, 2020', *American Journal of Transplantation*, 21(1), pp. 420–425. doi: 10.1111/ajt.16437.

McGough, L. J. *et al.* (2005) 'Which patients first? Setting priorities for antiretroviral therapy where resources are limited', *American Journal of Public Health*. *Am J Public Health*, pp. 1173–1180. doi: 10.2105/AJPH.2004.052738.

McGuire, A. L. *et al.* (2020) 'Ethical Challenges Arising in the COVID-19 Pandemic: An Overview from the Association of Bioethics Program Directors (ABPD) Task Force', *American Journal of Bioethics*, 20(7), pp. 15–27. doi: 10.1080/15265161.2020.1764138.

McMillan, J. (2020) 'COVID-19 and justice', *Journal of Medical Ethics*. *J Med Ethics*, pp. 639–640. doi: 10.1136/medethics-2020-106877.

- Monaghesh, E. and Hajizadeh, A. (2020) 'The role of telehealth during COVID-19 outbreak: A systematic review based on current evidence', *BMC Public Health*. BMC Public Health. doi: 10.1186/s12889-020-09301-4.
- Monteverde, E. (2021) 'Respect for individual autonomy and a collective benefit: Arguments in favor of compulsory SARS-CoV-2 vaccination among health care professionals', *Archivos Argentinos de Pediatría*, 119(4). doi: 10.5546/aap.2021.eng.e298.
- Morley, G. *et al.* (2020) 'Covid-19: Ethical Challenges for Nurses', *Hastings Center Report*. John Wiley & Sons, Ltd, pp. 35–39. doi: 10.1002/hast.1110.
- Motari, M., Ota, M. O. and Kirigia, J. M. (2015) 'Readiness of ethics review systems for a changing public health landscape in the WHO African Region Ethics in Biomedical Research', *BMC Medical Ethics*, 16(1). doi: 10.1186/s12910-015-0078-9.
- Nie, L. *et al.* (2021) 'New Zealand medical students' views of euthanasia/assisted dying across different year levels', *BMC Medical Education*, 21(1), pp. 1–12. doi: 10.1186/s12909-021-02558-2.
- Noel, L. (2010) 'Who guiding principles on human cell, tissue and organ transplantation', *Transplantation*, pp. 229–233. doi: 10.1097/TP.0b013e3181ec29f0.
- Nolet, Y. (1968) 'Philosophische Untersuchungen. Philosophical Investigations', *Revue Philosophique de Louvain*, 66(89), pp. 132–133. Available at: <https://www.wiley.com/en-us/Philosophical+Investigations%2C+4th+Edition-p-9781405159289> (Accessed: 14 January 2022).
- O'Neill, O. (2002) *Autonomy and Trust in Bioethics*, *Autonomy and Trust in Bioethics*. Cambridge University Press. doi: 10.1017/cbo9780511606250.
- Ogbogu, U. and Hardcastle, L. (2021) 'Bioethics and practical justice in the post-COVID-19 era', *Developing World Bioethics*, 21(1), pp. 31–35. doi: 10.1111/dewb.12279.
- Onyango, M. A. *et al.* (2019) 'Gender-Based Violence Among Adolescent Girls and Young Women: A Neglected Consequence of the West African Ebola

- Outbreak’, in, pp. 121–132. doi: 10.1007/978-3-319-97637-2_8.
- Ozcelik, H. *et al.* (2014) ‘Nursing students’ approaches toward Euthanasia’, *Omega (United States)*, 69(1), pp. 93–103. doi: 10.2190/OM.69.1.f.
- Parfit, D. (2014) ‘Reasons and persons’, in *Essays and Reviews: 1959-2002*. Oxford University Press, pp. 218–224. doi: 10.5840/ipq198525324.
- Parsapoor, A., Bagheri, A. and Larijani, B. (2014) ‘Patient’s rights charter in Iran’, *Acta Medica Iranica*, 52(1), pp. 24–28. Available at: <https://acta.tums.ac.ir/index.php/acta/article/view/4746> (Accessed: 15 January 2022).
- Pellegrino, E. D. and Thomasma, D. C. (1987) ‘The conflict between autonomy and beneficence in medical ethics: proposal for a resolution.’, *The Journal of contemporary health law and policy*, pp. 23–46. Available at: <https://scholarship.law.edu/jchlp/vol3/iss1/7> (Accessed: 14 January 2022).
- Perumalswami, C. R. *et al.* (2021) “‘I’m Being Forced to Make Decisions I Have Never Had to Make Before’’: Oncologists’ Experiences of Caring for Seriously Ill Persons With Poor Prognoses and the Dilemmas Created by COVID-19’, *JCO Oncology Practice*, 18(1), p. OP.21.00119. doi: 10.1200/op.21.00119.
- Phillips, A. *et al.* (2022) ‘Informing relatives of their genetic risk: an examination of the Belgian legal context’, *European Journal of Human Genetics 2021*, pp. 1–6. doi: 10.1038/s41431-021-01016-3.
- Pope, T. M. (2018) ‘Legal history of medical aid in dying: Physician assisted death in U.S. courts and legislatures’, *New Mexico Law Review*, 48(2), pp. 267–301. Available at: <https://open.mitchellhamline.edu/facsch/432> (Accessed: 9 January 2022).
- Power, K. (2020) ‘The COVID-19 pandemic has increased the care burden of women and families’, *Sustainability: Science, Practice, and Policy*, 16(1), pp. 67–73. doi: 10.1080/15487733.2020.1776561.
- Prah Ruger, J. (2020) ‘Positive Public Health Ethics: Toward Flourishing and Resilient Communities and Individuals’, *American Journal of Bioethics*, 20(7), pp. 44–54. doi: 10.1080/15265161.2020.1764145.

- Pratt, B. *et al.* (2017) 'Ethics of health policy and systems research: A scoping review of the literature', *Health Policy and Planning*. Health Policy Plan, pp. 890–910. doi: 10.1093/heapol/czx003.
- Pratt, B. and Hyder, A. A. (2015) 'Applying a global justice lens to health systems research ethics: An initial exploration', *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 25(1), pp. 35–66. doi: 10.1353/ken.2015.0005.
- Prevention, K. S. of I. D. and K. C. for D. C. and (2020) 'Analysis on 54 mortality cases of Coronavirus disease 2019 in the Republic of Korea from January 19 to March 10, 2020', *Journal of Korean Medical Science*, 35(12). doi: 10.3346/JKMS.2020.35.E132.
- Reddy, A. *et al.* (2017) 'A biopsychosocial investigation of changes in self-concept on the Head Injury Semantic Differential Scale', *Neuropsychological Rehabilitation*, 27(8), pp. 1103–1123. doi: 10.1080/09602011.2015.1114499.
- Robert, R. *et al.* (2020) 'Ethical dilemmas due to the Covid-19 pandemic', *Annals of Intensive Care*. Springer, pp. 1–9. doi: 10.1186/s13613-020-00702-7.
- Robson, G. *et al.* (2019) 'Global health ethics: Critical reflections on the contours of an emerging field, 1977-2015', *BMC Medical Ethics*. BMC Med Ethics. doi: 10.1186/s12910-019-0391-9.
- Rothman, D. J. (2001) 'The origins and consequences of patient autonomy: A 25-year retrospective', *Health Care Analysis*. Health Care Anal, pp. 255–264. doi: 10.1023/A:1012937429109.
- Sabatello, M. *et al.* (2020) 'Disability, ethics, and health care in the COVID-19 pandemic', *American Journal of Public Health*. Am J Public Health, pp. 1523–1527. doi: 10.2105/AJPH.2020.305837.
- Salerno, M. *et al.* (2020) 'No autopsies on COVID-19 deaths: A missed opportunity and the lockdown of science', *Journal of Clinical Medicine*. Multidisciplinary Digital Publishing Institute, p. 1472. doi: 10.3390/jcm9051472.
- Salmon, D. A. and Dudley, M. Z. (2020) 'It is time to get serious about vaccine confidence', *The Lancet*. Lancet, pp. 870–871. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31603-2.

- Sateesh, M. K. (2008) 'Bioethics and Biosafety', *I. K. International Pvt Ltd*, (7150), p. 820. Available at: www.stemcell8.cn (Accessed: 8 January 2022).
- Sayin Kasar, K. and Karaman, E. (2021) 'Life in lockdown: Social isolation, loneliness and quality of life in the elderly during the COVID-19 pandemic: A scoping review', *Geriatric Nursing*, 42(5), pp. 1222–1229. doi: 10.1016/j.gerinurse.2021.03.010.
- Schoch-Spana, M. *et al.* (2020) 'Influence of community and culture in the ethical allocation of scarce medical resources in a pandemic situation: Deliberative democracy study', *Journal of Participatory Medicine*, 12(1). doi: 10.2196/18272.
- Shakespeare, T. (2019) 'When the political becomes personal: Reflecting on disability bioethics', *Bioethics*, 33(8), pp. 914–921. doi: 10.1111/bioe.12668.
- Shalby, C. *et al.* (2020) *Some Healthcare Workers Refuse to Take COVID-19 Vaccine*, *Los Angeles Times*. Available at: https://www.latimes.com/california/story/2020-12-31/healthcare-workers-refuse-covid-19-vaccine-access?fbclid=IwAR2ujHFi8RUukZdARV8Y3abc_GxahjCsxRuVce1a0kXkkzZNMkDHDRqfywU (Accessed: 14 January 2022).
- Silva, D. S. and Smith, M. J. (2020) 'Social distancing, social justice, and risk during the COVID-19 pandemic', *Canadian Journal of Public Health*, 111(4), pp. 459–461. doi: 10.17269/s41997-020-00354-x.
- Skapetis, T., Law, C. and Rodricks, R. (2021) 'Systematic review: bioethical implications for COVID-19 research in low prevalence countries, a distinctly different set of problems', *BMC Medical Ethics*, 22(1), pp. 1–8. doi: 10.1186/s12910-021-00589-4.
- Souza, S. E. D., Jeelani, G. and Leena, Q. (2016) 'PATIENT RIGHTS : A STUDY ON PATIENT'S KNOWLEDGE AND NURSE'S PRACTICE IN A MULTISPECIALTY TEACHING HOSPITAL', *International Education & Research Journal*, pp. 25–26.

- Sulmasy, D. P. *et al.* (2018) ‘Physician-Assisted Suicide: Why Neutrality by Organized Medicine Is Neither Neutral Nor Appropriate’, *Journal of General Internal Medicine*, 33(8), pp. 1394–1399. doi: 10.1007/s11606-018-4424-8.
- Taylor, J. S. (2018) ‘Introduction: Autonomy in Healthcare’, *HEC Forum*. HEC Forum, pp. 187–189. doi: 10.1007/s10730-018-9360-9.
- ‘The Belmont Report. Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research’ (2014) *The Journal of the American College of Dentists*, 81(3), pp. 4–13. doi: 10.1017/cbo9780511550089.028.
- Turnham, H. L. *et al.* (2020) ‘Consent in the time of COVID-19’, *Journal of Medical Ethics*, 46(9), pp. 565–568. doi: 10.1136/medethics-2020-106402.
- UK Government (2020) *COVID-19: Review of disparities in risks and outcomes - GOV.UK, Public Health England*. Available at: https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-review-of-disparities-in-risks-and-outcomes?fbclid=IwAR3aizhdjBA6wWu_PwAnHxU6VA9vkW7bX0RDgnvoOKKLKSLWVKDLKSYLp8g (Accessed: 10 January 2022).
- Universal Declaration on Bioethics and Human Rights: UNESCO (2005) The United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*. Available at: http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html (Accessed: 14 January 2022).
- ‘Universal Declaration on the Human Genome and Human Rights, Unesco’ (1998) *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 22(2), pp. 38–41. doi: 10.1007/bf03055779.
- ‘Universal Health Coverage Overview – World Bank Group’ (2018). Available at: https://www.worldbank.org/en/topic/universalhealthcoverage?fbclid=IwAR2nKOgbH1b70B8av3ngxgcnkFMYdsDkz5BUkQWb4CZopHmkx9DvvK_AYE A#1 (Accessed: 9 January 2022).
- University, M. R. (no date) ‘What Is the Free Rider Problem?’ Available at: <https://www.youtube.com/watch?v=Uo51GDk8G1Q> (Accessed: 14 January 2022).

2022).

Vekaria, B. *et al.* (2021) ‘Hospital length of stay for COVID-19 patients: Data-driven methods for forward planning’, *BMC Infectious Diseases*, 21(1), pp. 1–15. doi: 10.1186/s12879-021-06371-6.

Verwei, M. and Dawson, A. (2020) ‘Public health ethics in a pandemic’, *Public Health Ethics*, 13(2), pp. 125–126. doi: 10.1093/phe/phaa032.

Wagstaff, A. and Neelsen, S. (2020) ‘A comprehensive assessment of universal health coverage in 111 countries: a retrospective observational study’, *The Lancet Global Health*, 8(1), pp. e39–e49. doi: 10.1016/S2214-109X(19)30463-2.

Walker, R. L. (2008) ‘Medical ethics needs a new view of autonomy’, *Journal of Medicine and Philosophy*. *J Med Philos*, pp. 594–608. doi: 10.1093/jmp/jhn033.

Weindling, P. (2001) ‘The origins of informed consent: The international scientific commission on medical war crimes, and the Nuremberg Code’, *Bulletin of the History of Medicine*, 75(1), pp. 37–71. doi: 10.1353/bhm.2001.0049.

Wendler, D. *et al.* (2020) ‘COVID-19 vaccine trial ethics once we have efficacious vaccines: Some placebo-controlled trials can continue ethically after a candidate vaccine is found to be safe and efficacious’, *Science*. *Science*, pp. 1277–1279. doi: 10.1126/science.abf5084.

WHO (2019) *Coronavirus disease (COVID-19): Ethics, resource allocation and priority setting*, *World Health Organization*. Available at: https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/coronavirus-disease-covid-19-ethics-resource-allocation-and-priority-setting?fbclid=IwAR3aizhdjBA6wWu_PwAnHxU6VA9vkW7bX0RDgnvoOKKLSLWVKDLKSYLp8g (Accessed: 9 January 2022).

Whyte, E. and Olivier, J. (2020) ‘Social values and health systems in health policy and systems research: A mixed-method systematic review and evidence map’, *Health Policy and Planning*. *Health Policy Plan*, pp. 735–751. doi: 10.1093/heapol/czaa038.

- Williams (2005) ‘Comment: Autonomy and the Public-Private Distinction in Bioethics and Law’, *Indiana Journal of Global Legal Studies*, 12(2), p. 483. doi: 10.2979/gls.2005.12.2.483.
- Williams, D. R. and Cooper, L. A. (2020) ‘COVID-19 and Health Equity - A New Kind of “herd Immunity”’, *JAMA - Journal of the American Medical Association*. American Medical Association, pp. 2478–2480. doi: 10.1001/jama.2020.8051.
- Williamson, E. *et al.* (2020) ‘OpenSAFELY: Factors associated with COVID-19-related hospital death in the linked electronic health records of 17 million adult NHS patients’, *medRxiv*, p. 2020.05.06.20092999. doi: 10.1101/2020.05.06.20092999.
- Wolf, S. M. *et al.* (2012) ‘Managing incidental findings and research results in genomic research involving biobanks and archived data sets’, *Genetics in Medicine*, 14(4), pp. 361–384. doi: 10.1038/gim.2012.23.
- World Health Organisation (2007) ‘Ethical considerations in developing a public health response to pandemic influenza Epidemic and pandemic alert and response Ethical considerations in developing a public health response to pandemic influenza’, *World Health Organization*. Available at: www.who.int/csr/resources/publications/ (Accessed: 29 September 2021).
- World Health Organization (2021) *Director-General’s opening remarks at the World Health Assembly - 24 May 2021*, *World Health Organization*. Available at: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/director-general-s-opening-remarks-at-the-world-health-assembly---24-may-2021?fbclid=IwAR16LKUPvp9BSB8TFq8BF--CGdPQyAlOGH46psgMfrOuMmGbmis9k5TJyqI> (Accessed: 9 January 2022).
- Yaylali, M. (2019) ‘El principio del daño: El equilibrio del progreso social en la filosofía política de John Stuart Mill’, *Foro Interno*, 19, pp. 77–92. doi: 10.5209/foin.65818.
- Young, M. (2018) ‘Pathologies of thought and first-person authority’, *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, 25(3), pp. 151–159. doi: 10.1353/ppp.2018.0023.

- Young, M. J. (2017) “‘Consciousness’ as a Vague Predicate’, *AJOB Neuroscience*. Taylor & Francis, pp. 157–159. doi: 10.1080/21507740.2017.1366589.
- Young, M. J. *et al.* (2021) ‘The neuroethics of disorders of consciousness: a brief history of evolving ideas’, *Brain*, 144(11), pp. 3291–3310. doi: 10.1093/brain/awab290.
- Zargooshi, J., Barry, J. M. and Gritsch, A. (2001) ‘Iranian kidney donors: Motivations and relations with recipients’, *Journal of Urology*, 165(2), pp. 386–392. doi: 10.1097/00005392-200102000-00008.
- Zhao, J. (2018) ‘Disorders of Consciousness in China’, *Neuroscience Bulletin*. *Neurosci Bull*, pp. 605–614. doi: 10.1007/s12264-018-0263-1.
- Zielinski, C. *et al.* (2014) ‘Research ethics policies and practices in health research institutions in sub-Saharan African countries: Results of a questionnaire-based survey’, *Journal of the Royal Society of Medicine*, 107(1 suppl), pp. 70–76. doi: 10.1177/0141076813517679.

Ελληνόγλωσση βιβλιογραφία

- Ακινόσογλου και συν, (2006) Τα δικαιώματα του ασθενούς και ποιος τα προστατεύει, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 24(6):605-611
- Αλεξιάδης Α, (2000) Η προστασία του νοσοκομειακού ασθενούς, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2000, 17(1):101-108
- Δρόλιας Δ, Ιατρικό Δίκαιο, Ιατρικά Ανάλεκτα, Τόμος Β, Τεύχος 20, 2008
- Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, 2007. Δίκαιο και Βιοηθική. Πρακτικά Ημερίδας. s.l.:Νομική Βιβλιοθήκη.
- Λασκαρίδης Ε, Ερμηνεία Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν 3418/2005), 2013, Νομική Βιβλιοθήκη
- Λιούρδη Α, Ιατρική ποινική ευθύνη, Γενικές έννοιες και ειδικά ζητήματα, 2014, Νομική Βιβλιοθήκη
- Μητροσύλη Μ, (2009) Δίκαιο της Υγείας, Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήση, Νομική Βιβλιοθήκη
- Ιερά Αρχιεπισκοπή Αθηνών, (2005) Πιλοτικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα εθελοντών, τόμος εισηγήσεων, Αθήνα
- Οικονομοπούλου, Α., 2007. Η Μαιευτική και η Γυναικολογία στην Αρχαία Ελλάδα. Αρχαιολογία & Τέχνες, Τόμος 102.
- Παπαρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη, (2009) Το δημόσιο δίκαιο της υγείας, Αθήνα, Νομική Βιβλιοθήκη
- Ποινικός Κώδικας της Ελλάδας
- Πολίτης Χ, Ερωτήσεις και απαντήσεις σχετικά με την Ιατρική ευθύνη από ιστοσελίδα του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών, προσπελάστηκε Οκτώβριο 2021
- Σούρλας, Π., 2008. Μέλλοντα πρόσωπα. Επιθεώρηση Βιοηθικής, Τόμος Ι(Τεύχος Ι). Σύνταγμα της Ελλάδας
- Φουντεδάκη, Κ., 2004. Αστική Ιατρική Ευθύνη. Αθήνα-Θεσσαλονίκη: εκδόσεις Σάκκουλα.

Χρυσόγονος, Κ., 2002. Ατομικά και κοινωνικά δικαιώματα. 2η αναθεωρημένη και συμπληρωμένη έκδοση επιμ. s.l.:εκδ. Σάκκουλα.

Παραρτήματα

Παράρτημα 1. Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου από τους συγγραφείς

«Κυρία Κουρουλή καλησπέρα.

Με χαρά σας παραχωρούμε την έγκριση χρήσης του ερωτηματολογίου ηθικής και δεοντολογίας για τους σκοπούς της διπλωματικής σας εργασίας.

Θα πρέπει να γνωρίζετε ότι η μελέτη στάθμισης του συγκεκριμένου εργαλείου είναι υπό δημοσίευση στο περιοδικό "Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής", οπότε μπορείτε να παραθέσετε στην ΔΕ και την αντίστοιχη βιβλιογραφική αναφορά.

Σας εύχομαι καλή επιτυχία!

ΚΤ

Aikaterini Toska

Assistant Professor, Nursing Department University of Thessaly, Lamia, Greece

Academic Tutor, Open Hellinic University

Scientific Fellow, Department of Social & Educational Policy, University of Peloponnese, Corinthos, Greece»

Παράρτημα 2. Βεβαίωση του επιβλέποντα καθηγητή για την αίτηση χορήγησης άδειας διεξαγωγής έρευνας στο Νοσοκομείο



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΠΜΣ «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας»

M.Sc. in Health and Social Care Management

Ημερομηνία: 16/11/2021

ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Βεβαιώνεται ότι η μεταπτυχιακή φοιτήτρια του ΠΜΣ «**Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας**», του τομέα Κοινωνικής Πολιτικής, του τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων, του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής Ιωάννα Κουρουλή εκπονεί Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία με θέμα: *«Διερεύνηση γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού σε ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας στην περίοδο της οικονομικής κρίσης και της πανδημίας COVID-19»*.

Σας παρακαλούμε όπως διευκολύνετε την ανωτέρω φοιτήτρια στη συλλογή των απαραίτητων δεδομένων. Σημειώνεται ότι τα αποτελέσματα της έρευνας θα σας κοινοποιηθούν.

Θεωρούμε ότι ανάλογες ερευνητικές προσπάθειες που υλοποιούνται σε συνεργασία Μονάδων Υγείας και Ανώτατων Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων συμβάλλουν συστηματικά στην ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας αλλά και στη βελτίωση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων των εξειδικευμένων τμημάτων στο πεδίο των Οικονομικών και της Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας.

Με ιδιαίτερη εκτίμηση


Ο α' επιβλέπων της Μεταπτυχιακής Διπλωματικής Εργασίας

Δρ. Αριστομένης Συγγελάκης

Παράρτημα 3. Άδεια διεξαγωγής έρευνας στο Νοσοκομείο

1

ΑΡΧΗ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2^{ης} Υ.ΠΕ. ΠΕΙΡΑΙΟΣ & ΑΙΓΑΙΟΥ
Γ.Ν.ΝΙΚΑΙΑΣ - ΠΕΙΡΑΙΑ «ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΟΝ»
Γ.Ν.ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ «Η ΑΓΙΑ ΒΑΡΒΑΡΑ»
Δ/ΝΣΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ Γ.Ν.ΝΙΚΑΙΑΣ-ΠΕΙΡΑΙΑ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΚΥΡ. ΜΕΪΜΑΡΗΣ
ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ: ΜΑΡΙΑ ΜΙΧΕΛΙΔΑΚΗ
ΑΡΓΥΡΩ ΜΑΡΚΟΥ
Τηλ: 2132076235 -6300
Email: diy@nikaia-hosp.gr

Νίκαια: 20.12.2021
Αρ. Πρωτ.:

ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2^{ης} Υ.ΠΕ. ΠΕΙΡΑΙΟΣ & ΑΙΓΑΙΟΥ
Γ.Ν.ΝΙΚΑΙΑΣ - ΠΕΙΡΑΙΑ
Γ.Ν.ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ «Η ΑΓΙΑ ΒΑΡΒΑΡΑ»
Δ/ΝΣΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ Γ.Ν.ΝΙΚΑΙΑΣ-ΠΕΙΡΑΙΑ
→ προς την νοσηλεύτρια
κ. Κουρούλη Ιωάννα
2021-12-20 Κοινοποίηση

ΘΕΜΑ: «Αίτημα χορήγησης άδειας ερευνητικού ερωτηματολογίου της νοσηλεύτριας κ. Κουρούλη . »

Σας διαβιβάζουμε την υπ' αριθμ. 12^η Απόφαση της 19^{ης}/15.12.2021 Συνεδρίασης του Επιστημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου μας και παρακαλούμε για τις δικές σας ενέργειες.

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ:

12. Αίτημα χορήγησης άδειας ερευνητικού ερωτηματολογίου της νοσηλεύτριας κ. Κουρούλη

Το Επιστημονικό Συμβούλιο εγκρίνει την διεξαγωγή .

Κοινοποίηση:
Τμήμα Προσωπικού

Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ
ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΜΕΪΜΑΡΗΣ

Παράρτημα 4. Έντυπο Συγκατάθεσης Κατόπιν Ενημέρωσης

Καλείστε να συμμετέχετε σε μια έρευνα που διεξάγεται από την **Ιωάννα Κουρουλή, Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας» του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής**, στο πλαίσιο της εκπόνησης της διπλωματικής της εργασίας, υπό την επιστημονική επίβλεψη του **Δρ. Αριστομένη Συγγελάκη**.

Μπορείτε να αφιερώσετε όσο χρόνο χρειάζεστε για να διαβάσετε **το Έντυπο Συγκατάθεσης Κατόπιν Ενημέρωσης**.

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΕ ΑΥΤΗΝ

Σας ζητάμε να συμμετέχετε στην παρούσα έρευνα της οποίας ο σκοπός είναι η διερεύνηση ζητημάτων ηθικής και δεοντολογίας στην περίοδο της οικονομικής κρίσης και της πανδημίας *COVID-19 σε νοσηλευτικό προσωπικό του Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων»*.

Η συμμετοχή σας είναι απολύτως οικειοθελής και προαιρετική.

Η συμπλήρωση και επιστροφή του ερωτηματολογίου σημαίνει τη συγκατάθεση της συμμετοχής σας στην παρούσα έρευνα.

ΕΝΔΕΧΟΜΕΝΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ

Δεν υπάρχουν κίνδυνοι που προκύπτουν από τη συμμετοχή σας στην παρούσα έρευνα.

ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

Δεν θα έχετε οικονομικό όφελος από τη συμμετοχή σας στην παρούσα έρευνα.

ΕΝΔΕΧΟΜΕΝΗ ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ ΣΥΜΦΕΡΟΝΤΩΝ

Κατά τη δήλωση των ερευνητών της έρευνας δεν υπάρχει σύγκρουση συμφερόντων.

ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ

Οι πληροφορίες που θα παρέχετε θα είναι **αυστηρά απόρρητες** και θα τηρηθεί **ανωνυμία** σύμφωνα με τον νέο Ευρωπαϊκό Κανονισμό 2016/679, περί προσωπικών δεδομένων (GDPR). Όλες οι προσωπικές πληροφορίες που συλλέγονται θα αντιμετωπίζονται ως εμπιστευτικές και η πρόσβαση σε αυτές θα ελέγχεται αυστηρά και θα περιορίζεται μόνο στον ερευνητή.

Τα δεδομένα θα φυλάσσονται με ευθύνη του ερευνητή.

Σε περίπτωση που τα αποτελέσματα της έρευνας δημοσιευτούν ή παρουσιαστούν σε συνέδρια δεν θα συμπεριληφθούν πληροφορίες που θα αποκαλύπτουν την ταυτότητά σας.

ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

Μπορείτε να αποσύρετε τη συγκατάθεσή σας οποιαδήποτε στιγμή και να διακόψετε τη συμμετοχή σας χωρίς να υποστείτε καμία κύρωση.

ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΕΡΕΥΝΗΤΩΝ

Αν έχετε οποιεσδήποτε ερωτήσεις ή ανησυχίες σε σχέση με την έρευνα, μη διστάσετε να επικοινωνήσετε με τον ερευνητή.

Ακολουθούν τα πλήρη στοιχεία επικοινωνίας του ερευνητή:

Ιωάννα Κουρουλή, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια,

Τηλ. 6977676605, email:joanna.kourouli@gmail.com

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για την πολύτιμη συμμετοχή σας στην έρευνα και για το χρόνο που θα διαθέσετε για να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο.

Παρακαλώ σημειώστε με X εάν δέχεστε ή όχι να συμμετάσχετε στη μελέτη.

Δέχομαι να συμμετάσχω στη μελέτη

Δεν δέχομαι να συμμετάσχω στη μελέτη, γιατί

.....

Παράρτημα 5. Ερωτηματολόγιο

Ενημερωτικό σημείωμα για τους συμμετέχοντες

Καθώς οι επιπτώσεις της πανδημίας απειλούν περαιτέρω την υγεία, την οικονομία και την κοινωνία και φέρνουν στο προσκήνιο τις ηθικές διαστάσεις και προεκτάσεις της υγειονομικής περίθαλψης, κρίνεται σημαντική η διερεύνηση των γνώσεων και απόψεων των νοσηλευτών του Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων» σχετικά με ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας κατά τη νοσηλευτική τους πρακτική στην περίοδο της πανδημίας COVID-19.

Στο πλαίσιο εκπόνησης της Μεταπτυχιακής Διπλωματικής Εργασίας με θέμα: *«Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας στην περίοδο της οικονομικής κρίσης και της πανδημίας COVID-19»*, που εκπονείται στο πλαίσιο του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκησης και Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, υπό την καθοδήγηση του επιβλέποντος καθηγητή Δρ. Αριστομένη Συγγελάκη, θα πραγματοποιηθεί η συμπλήρωση ερωτηματολογίου σχετικής θεματολογίας.

Η συμβολή σας στη συγκεκριμένη έρευνα είναι ιδιαίτερα σημαντική τόσο για την συλλογή αξιόπιστων αποτελεσμάτων όσο και για την εκπόνηση της μελέτης μου.

Σας ευχαριστώ για τη συμμετοχή σας εκ των προτέρων

Ιωάννα Κουρουλή

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

A Μέρος: Δημογραφικά

1. Ηλικία

- 18-20
- 21-30
- 31-40
- 41-50
- 51-60
- >60

2. Φύλο

- Άνδρας
- Γυναίκα

3. Οικογενειακή κατάσταση

- Άγαμος
- Έγγαμος

4. Διάρκεια εργασιακής εμπειρίας σε έτη

- <5
- 6-10
- 11-15
- 16-20

21-25

>25

5. Εκπαιδευτική βαθμίδα

ΠΕ

ΤΕ

ΔΕ

ΥΕ

6. Μεταπτυχιακός τίτλος

Ναι

Όχι

Αντιμετώπιση ηθικών ζητημάτων στην καθημερινή πρακτική

7. Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε ένα ηθικό ή νομικό πρόβλημα κατά την κλινική σας πρακτική;

Ποτέ

Καθημερινά

Εβδομαδιαία

Μηνιαία

Ετήσια ή λιγότερο

8. Πόσο τα ηθικά προβλήματα δυσκολεύουν την καθημερινή σας κλινική πρακτική;

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Αρκετά
- Ελάχιστα
- Καθόλου

9. Πόσο συχνά στα πλαίσια των καθηκόντων σας αναγκάζεστε να προβείτε σε πράξεις και ενέργειες οι οποίες σας βρίσκουν ηθικά και νομικά αντίθετο;

- Πολύ συχνά
- Συχνά
- Μερικές φορές
- Σπάνια
- Ποτέ

10. Πόσο συχνά έρχεστε σε σύγκρουση για ηθικά / δεοντολογικά ζητήματα με τους συναδέλφους σας;

- Πολύ συχνά
- Συχνά
- Μερικές φορές
- Σπάνια
- Ποτέ

Γνώσεις

11. Γνωρίζετε τους νόμους οι οποίοι σχετίζονται με την άσκηση των καθηκόντων σας;

- Καθόλου
- Λίγο
- Μέτρια
- Πολύ σημαντική
- Δεν είμαι σίγουρος

12. Πόσο σημαντική θεωρείτε ότι είναι η γνώση της δεοντολογίας στη δουλειά σας;

- Καθόλου
- Λίγο
- Μέτρια
- Πολύ σημαντική
- Δεν είμαι σίγουρος

13. Πως αποκτήσατε τις γνώσεις σας σχετικά με τη δεοντολογία και την ηθική;

Κατά την εκπαίδευση	
Από εργασιακή εμπειρία	
Σεμινάρια / Διαλέξεις	
Προσωπική μελέτη και αναζήτηση	
Άλλη πηγή (εφημερίδες, διαδίκτυο)	
Άλλο	

14. Γνωρίζετε το περιεχόμενο των ακολούθων;

- Όρκος του Ιπποκράτη Ναι Όχι
- Κώδικας της Νυρεμβέργης Ναι Όχι
- Κώδικας νοσηλευτικής δεοντολογίας Ναι Όχι
- Διακήρυξη του Ελσίνκι Ναι Όχι

15. Πόσο χρήσιμα είναι καθένα από τα παρακάτω μέσα στην απόκτηση γνώσεων σχετικών με την δεοντολογία και το δίκαιο;

Μέσα	Μη χρήσιμα	Ελάχιστα χρήσιμα	Χρήσιμα	Πολύ χρήσιμα
Περιοδικά				
Βιβλία				
MME				
Διαλέξεις				
Συνέδρια				

Διαχείριση ηθικών ζητημάτων

16. Με ποιον θα προτιμούσατε να συζητήσετε κάποιο ηθικό πρόβλημα το οποίο μπορεί να προκύψει στο χώρο εργασίας;

Συνάδελφο	
Προϊστάμενο	
Διευθυντή Νοσηλευτικής Υπηρεσίας	
Ιατρό	
Διοικητή νοσοκομείου	
Συνδικαλιστικές –Επαγγελματικές Ενώσεις	
Ιερέα	
Διαδίκτυο	
Φίλους / οικογένεια	

17. Με ποιον θα προτιμούσατε να συζητήσετε κάποιο νομικό πρόβλημα το οποίο μπορεί να προκύψει στο χώρο εργασίας;

Συνάδελφο	
Προϊστάμενο	
Διευθυντή Νοσηλευτικής Υπηρεσίας	
Ιατρό	
Διοικητή	
Ασφαλιστική εταιρεία	
Δικηγόρο	
Συνδικαλιστικές Οργανώσεις	

18. Πιστεύετε ότι θα έπρεπε να υπάρχει επιτροπή δεοντολογίας στο ίδρυμά σας;

- Ναι
- Όχι
- Δεν γνωρίζω

19. Ποιος νομίζετε ότι μπορεί να είναι ο ρόλος αυτής της επιτροπής;

Ρόλος	Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω
Να συμβουλεύει το προσωπικό όταν αντιμετωπίζει ηθικά / νομικά ζητήματα			
Να συμβουλεύει τη διοίκηση σχετικά με την ηθική και τους κανόνες του ιδρύματος			
Να επιλύει τις συγκρούσεις μεταξύ των επαγγελματιών υγείας			
Να επιλύει τις συγκρούσεις μεταξύ των επαγγελματιών και συγγενών των ασθενών			
Να διδάσκει την ιατρική ηθική στους φοιτητές			
Να διεξάγει συνέδρια περί δεοντολογίας			
Να εγκρίνει και να κατευθύνει την έρευνα			

20. Η υιοθέτηση δεοντολογικής συμπεριφοράς είναι σημαντική μόνο για την αποφυγή νομικών επιπτώσεων

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Δεν είμαι σίγουρος	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
--------------------	---------	-----------------------	---------	--------------------

21. Οι ιατροί πρέπει να πράττουν το καλύτερο ανεξαρτήτως της γνώμης των ασθενών

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Δεν είμαι σίγουρος	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

22. Οι επιθυμίες του ασθενούς πρέπει να λαμβάνονται πάντα υπόψη

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Δεν είμαι σίγουρος	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

23. Ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται πάντα ακόμη και στην περίπτωση ιατρικού λάθους

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Δεν είμαι σίγουρος	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

24. Ο ασθενής θα πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένος ώστε να μπορεί να αναλαμβάνει ενεργό ρόλο στη λήψη κλινικών αποφάσεων που αφορούν την υγεία του

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Δεν είμαι σίγουρος	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

25. Η συγκατάθεση των ασθενών χρειάζεται μόνο στην περίπτωση των χειρουργικών επεμβάσεων και όχι για δοκιμές / τεστ ή φάρμακα

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Δεν είμαι σίγουρος	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

26. Η εμπιστευτικότητα και το ιατρικό απόρρητο δε μπορούν να τηρηθούν στη σύγχρονη ιατρική φροντίδα και πρέπει να εγκαταλειφθούν ως έννοιες

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Δεν είμαι σίγουρος	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

27. Οι στενοί συγγενείς πρέπει πάντα να ενημερώνονται πλήρως για την κατάσταση του ασθενούς

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Δεν είμαι σίγουρος	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

28. Ο ασθενής πρέπει να γνωρίζει όλη την αλήθεια για την κατάσταση της υγείας του ακόμα και όταν πάσχει από σοβαρό νόσημα το οποίο απειλεί άμεσα την υγεία του

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Δεν είμαι σίγουρος	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

29. Ιατροί και νοσηλευτές θα πρέπει να αρνούνται τη θεραπεία ασθενών οι οποίοι συμπεριφέρονται βίαια

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Δεν είμαι σίγουρος	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

Αντιλήψεις περί ζητημάτων βιοηθικής

30. Ένας ασθενής ο οποίος επιθυμεί να πεθάνει πρέπει να βοηθηθεί να το πράξει ανεξάρτητα από την ασθένειά του

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Δεν είμαι σίγουρος	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

31. Τι θα πρέπει να κάνει κατά τη γνώμη σας ένας επαγγελματίας υγείας όταν κάποιος ασθενής αρνείται να μεταγγιστεί, να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση ή να δεχθεί οποιαδήποτε θεραπεία;

Να σεβαστεί την απόφαση του ασθενή	
Να του υποδείξει το σωστό	
Να προσπαθήσει να εκτελέσετε τη διαδικασία χωρίς τη θέλησή του	
Να προσπαθήσει να τον μεταπείσει	
Οτιδήποτε άλλο (καθορίστε)	

32. Ο νόμος επιτρέπει την εκτέλεση αμβλώσεων. Ο νοσηλευτής δεν μπορεί να αρνηθεί να συμμετάσχει σε μία άμβλωση.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Δεν είμαι σίγουρος	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

33. Τα παιδιά (εκτός από την περίπτωση έκτακτης ανάγκης) δεν πρέπει ποτέ να υποβάλλονται σε θεραπεία χωρίς τη συγκατάθεση των γονέων ή των κηδεμόνων τους.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Δεν είμαι σίγουρος	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

34. Η δωρεά οργάνων είναι μία διαδικασία η οποία πρέπει να γίνεται αυτόματα χωρίς τη συναίνεση και την άδεια των συγγενών.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Δεν είμαι σίγουρος	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

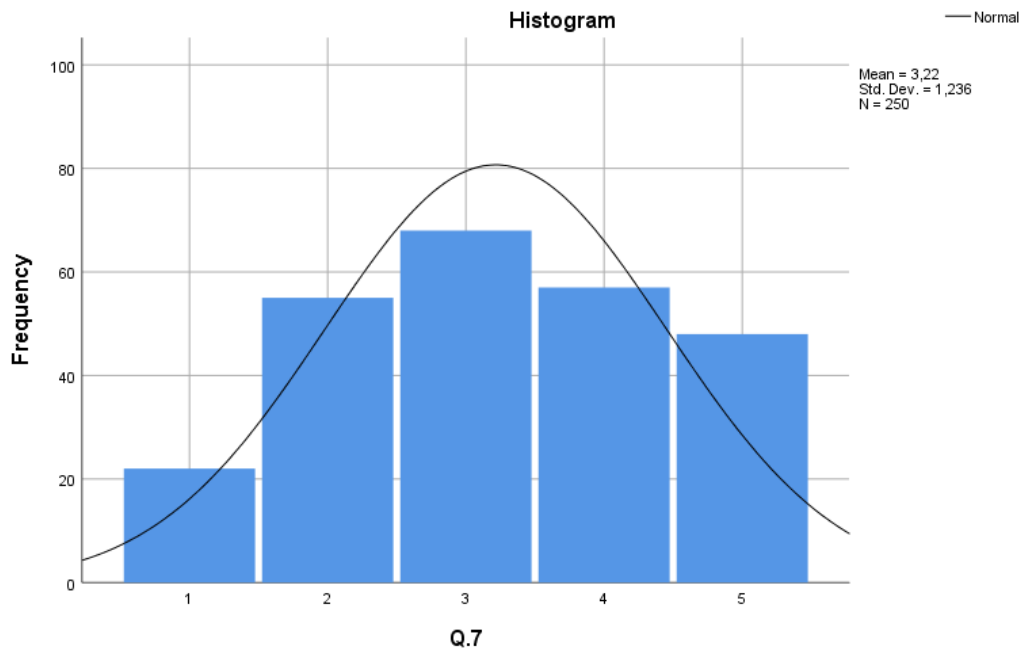
Σας ευχαριστούμε πολύ για τη συμμετοχή σας.

Παράρτημα 6. Αποτελέσματα ελέγχου κανονικότητας

Πίνακας 31. Μέτρα κεντρικής θέσης και διασποράς ερώτησης Q7

Descriptives				
		Statistic	Std. Error	
Q.7	Mean	3.22	.078	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3.06	
		Upper Bound	3.37	
	5% Trimmed Mean	3.24		
	Median	3.00		
	Variance	1.527		
	Std. Deviation	1.236		
	Minimum	1		
	Maximum	5		
	Range	4		
	Interquartile Range	2		
	Skewness	-.084	.154	
	Kurtosis	-.993	.307	

Γράφημα 29. Ιστόγραμμα συχνοτήτων ελέγχου κανονικότητας ερώτησης Q7

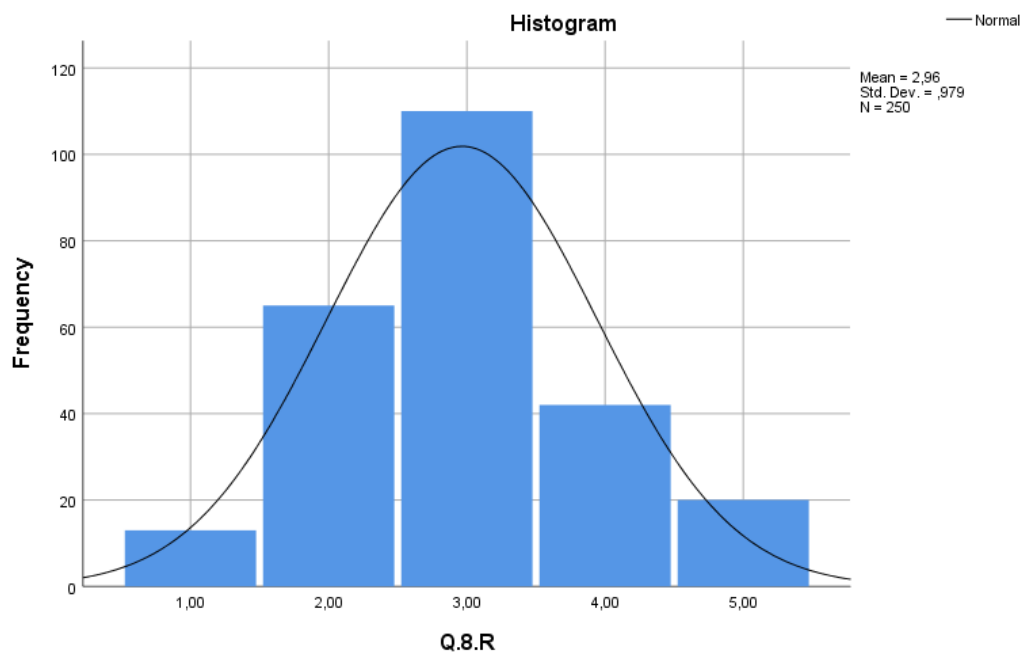


Πίνακας 32. Μέτρα κεντρικής θέσης και διασποράς ερώτησης Q8

Descriptives			
		Statistic	Std. Error
Q.8.R	Mean	2.9640	.06192
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2.8420
		Upper Bound	3.0860
	5% Trimmed Mean	2.9600	
	Median	3.0000	
	Variance	.959	
	Std. Deviation	.97905	
	Minimum	1.00	

Maximum	5.00	
Range	4.00	
Interquartile Range	1.25	
Skewness	.254	.154
Kurtosis	-.164	.307

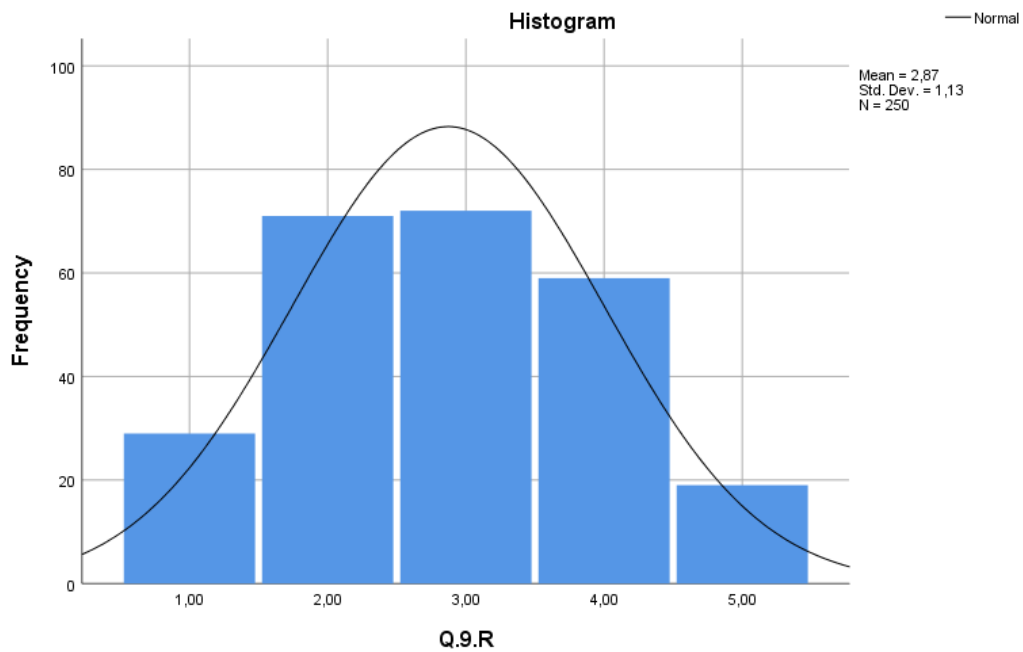
Γράφημα 30. Ιστόγραμμα συχνότητων ελέγχου κανονικότητας ερώτησης Q8



Πίνακας 33. Μέτρα κεντρικής θέσης και διασποράς ερώτησης Q9

Descriptives				
		Statistic	Std. Error	
Q.9.R	Mean	2.8720	.07146	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2.7313	
		Upper Bound	3.0127	
	5% Trimmed Mean	2.8578		
	Median	3.0000		
	Variance	1.277		
	Std. Deviation	1.12992		
	Minimum	1.00		
	Maximum	5.00		
	Range	4.00		
	Interquartile Range	2.00		
	Skewness	.086	.154	
	Kurtosis	-.810	.307	

Γράφημα 31. Ιστόγραμμα συχνοτήτων ελέγχου κανονικότητας ερώτησης Q9

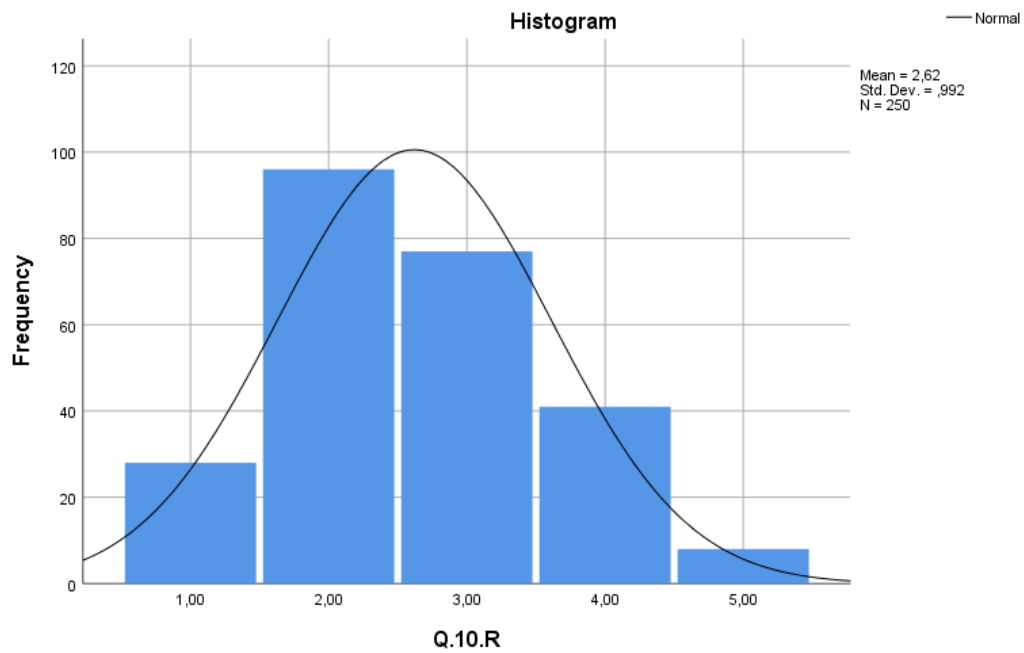


Πίνακας 34. Μέτρα κεντρικής θέσης και διασποράς ερώτησης Q10

Descriptives				
		Statistic	Std. Error	
Q.10.R	Mean	2.6200	.06272	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2.4965	
		Upper Bound	2.7435	
	5% Trimmed Mean	2.5978		
	Median	3.0000		
	Variance	.984		
	Std. Deviation	.99173		
	Minimum	1.00		
	Maximum	5.00		
	Range	4.00		

	Interquartile Range	1.00	
	Skewness	.323	.154
	Kurtosis	-.425	.307

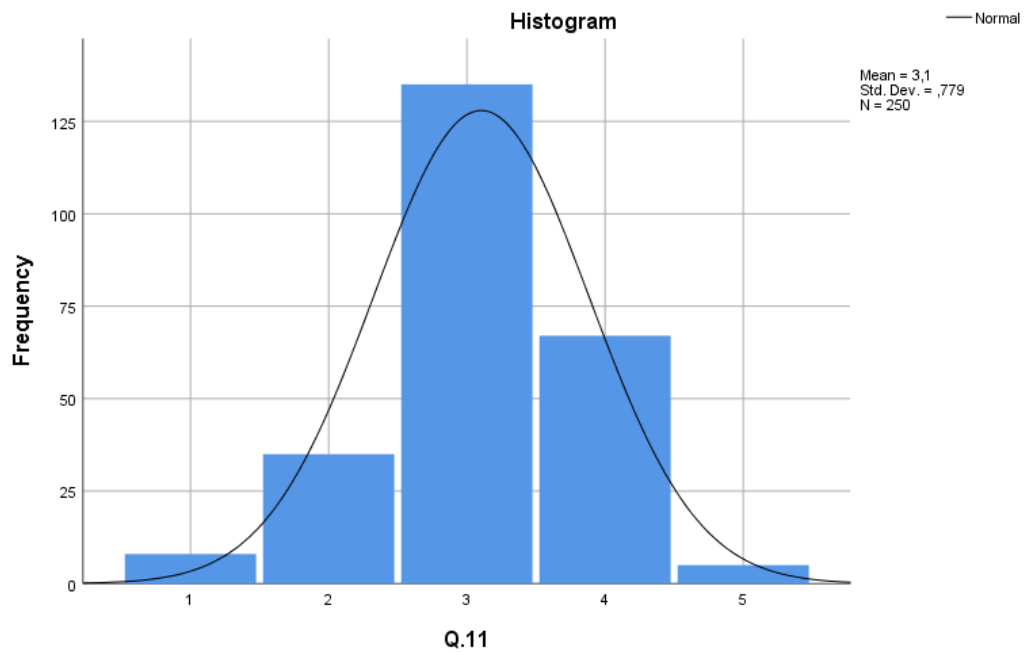
Γράφημα 32. Ιστόγραμμα συχνοτήτων ελέγχου κανονικότητας ερώτησης Q10



Πίνακας 35. Μέτρα κεντρικής θέσης και διασποράς ερώτησης Q11

Descriptives				
		Statistic	Std. Error	
Q.11	Mean	3.10	.049	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3.01	
		Upper Bound	3.20	
	5% Trimmed Mean	3.13		
	Median	3.00		
	Variance	.608		
	Std. Deviation	.779		
	Minimum	1		
	Maximum	5		
	Range	4		
	Interquartile Range	1		
	Skewness	-.338	.154	
	Kurtosis	.491	.307	

Γράφημα 33. Ιστόγραμμα συχνοτήτων ελέγχου κανονικότητας ερώτησης Q11

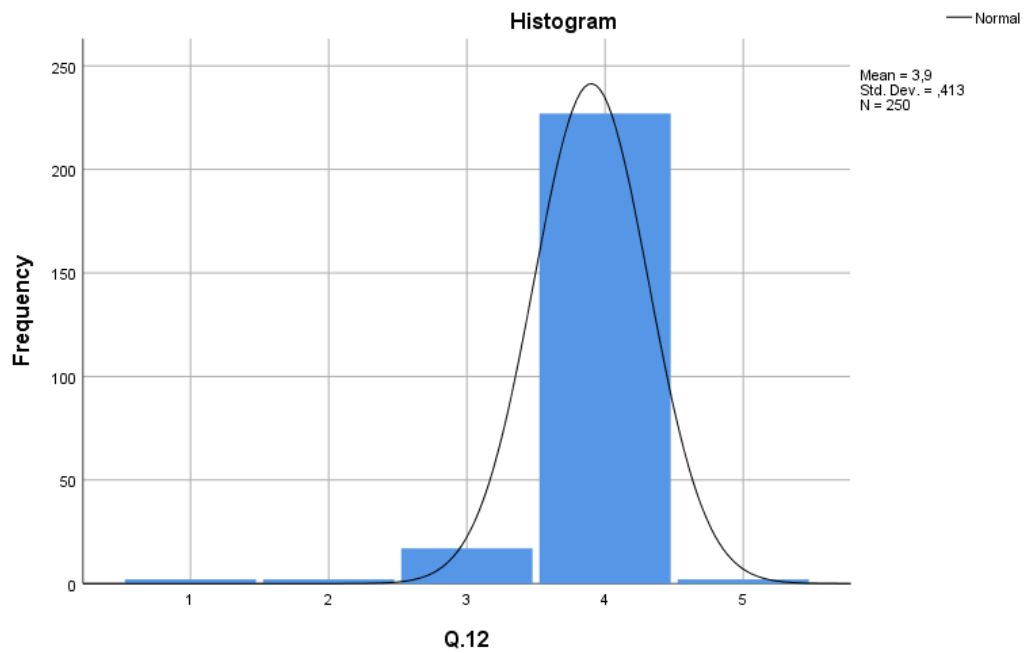


Πίνακας 36. Μέτρα κεντρικής θέσης και διασποράς ερώτησης Q12

Descriptives				
		Statistic	Std. Error	
Q.12	Mean		3.90	.026
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3.85	
		Upper Bound	3.95	
	5% Trimmed Mean		3.96	
	Median		4.00	
	Variance		.171	
	Std. Deviation		.413	
	Minimum		1	
	Maximum		5	
	Range		4	

Interquartile Range	0	
Skewness	-4.134	.154
Kurtosis	22.612	.307

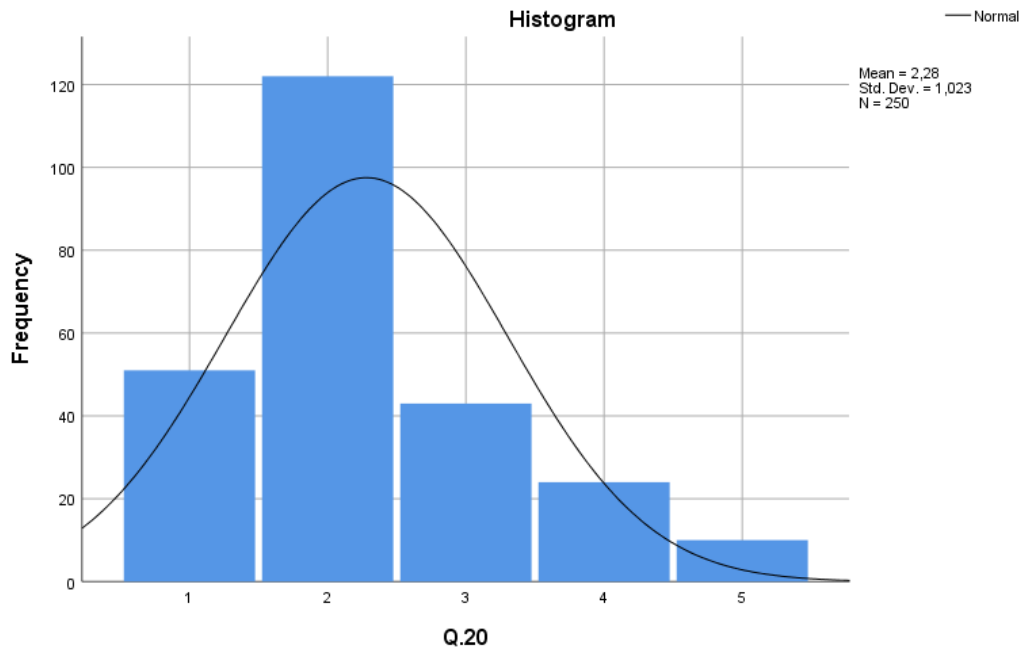
Γράφημα 34. Ιστόγραμμα συχνοτήτων ελέγχου κανονικότητας ερώτησης Q12



Πίνακας 37. Μέτρα κεντρικής θέσης και διασποράς ερώτησης Q20

Descriptives				
		Statistic	Std. Error	
Q.20	Mean	2.28	.065	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2.15	
		Upper Bound	2.41	
	5% Trimmed Mean	2.21		
	Median	2.00		
	Variance	1.046		
	Std. Deviation	1.023		
	Minimum	1		
	Maximum	5		
	Range	4		
	Interquartile Range	1		
	Skewness	.870	.154	
	Kurtosis	.374	.307	

Γράφημα 35. Ιστόγραμμα συχνοτήτων ελέγχου κανονικότητας ερώτησης Q20

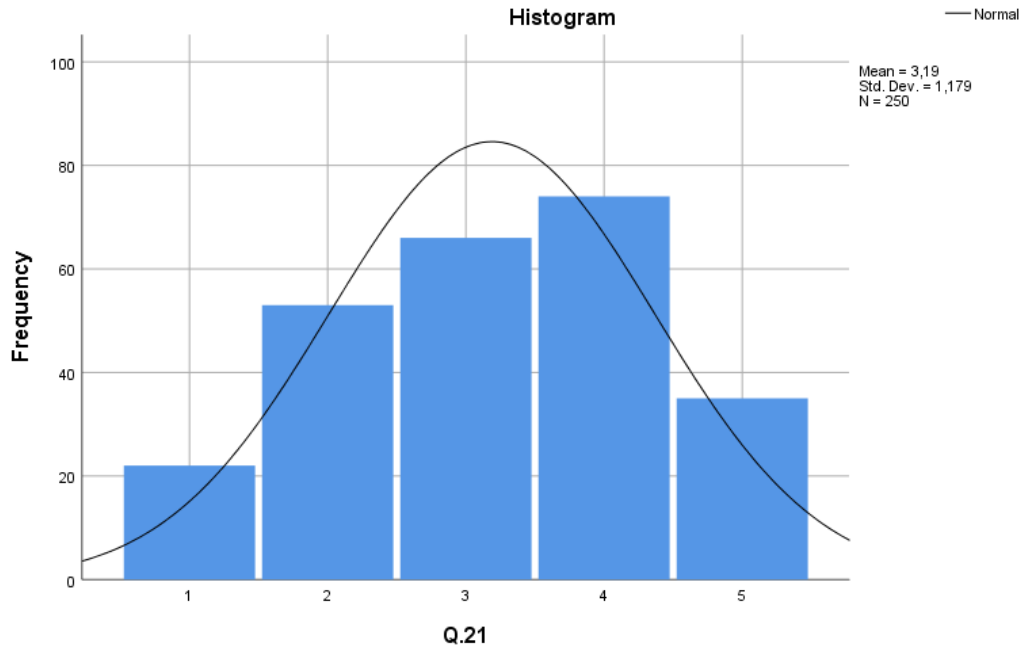


Πίνακας 38. Μέτρα κεντρικής θέσης και διασποράς ερώτησης Q21

Descriptives				
		Statistic	Std. Error	
Q.21	Mean	3.19	.075	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3.04	
		Upper Bound	3.33	
	5% Trimmed Mean		3.21	
	Median		3.00	
	Variance		1.390	
	Std. Deviation		1.179	
	Minimum		1	
	Maximum		5	
	Range		4	
	Interquartile Range		2	

Skewness	-.178	.154
Kurtosis	-.867	.307

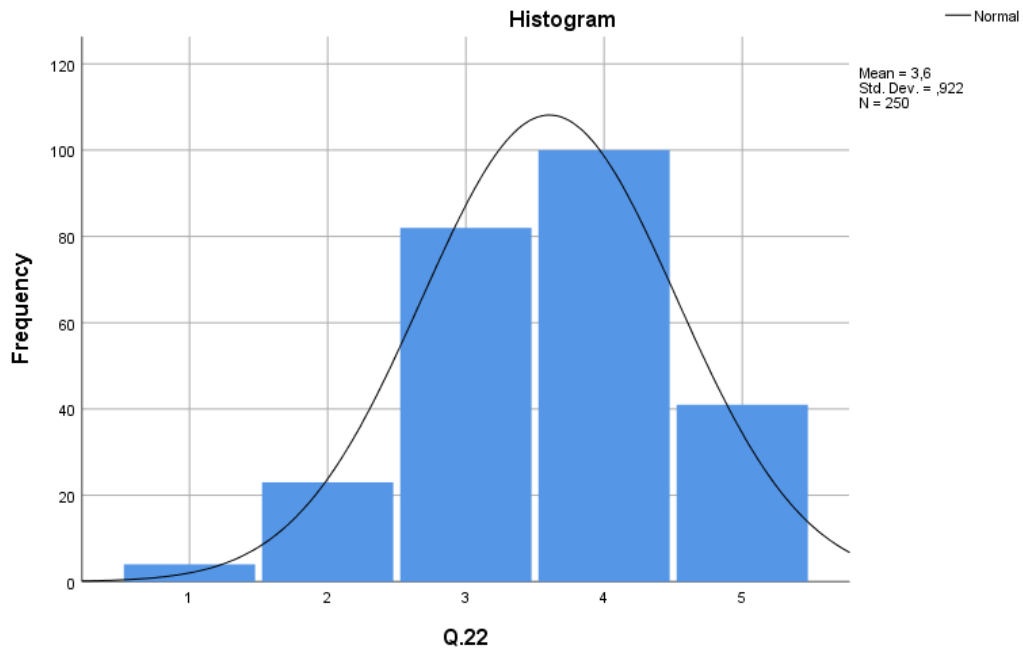
Γράφημα 36. Ιστόγραμμα συχνότητων ελέγχου κανονικότητας ερώτησης Q21



Πίνακας 39. Μέτρα κεντρικής θέσης και διασποράς ερώτησης Q22

Descriptives				
		Statistic	Std. Error	
Q.22	Mean	3.60	.058	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3.49	
		Upper Bound	3.72	
	5% Trimmed Mean	3.63		
	Median	4.00		
	Variance	.851		
	Std. Deviation	.922		
	Minimum	1		
	Maximum	5		
	Range	4		
	Interquartile Range	1		
	Skewness	-.340	.154	
	Kurtosis	-.163	.307	

Γράφημα 37. Ιστόγραμμα συχνοτήτων ελέγχου κανονικότητας ερώτησης Q22

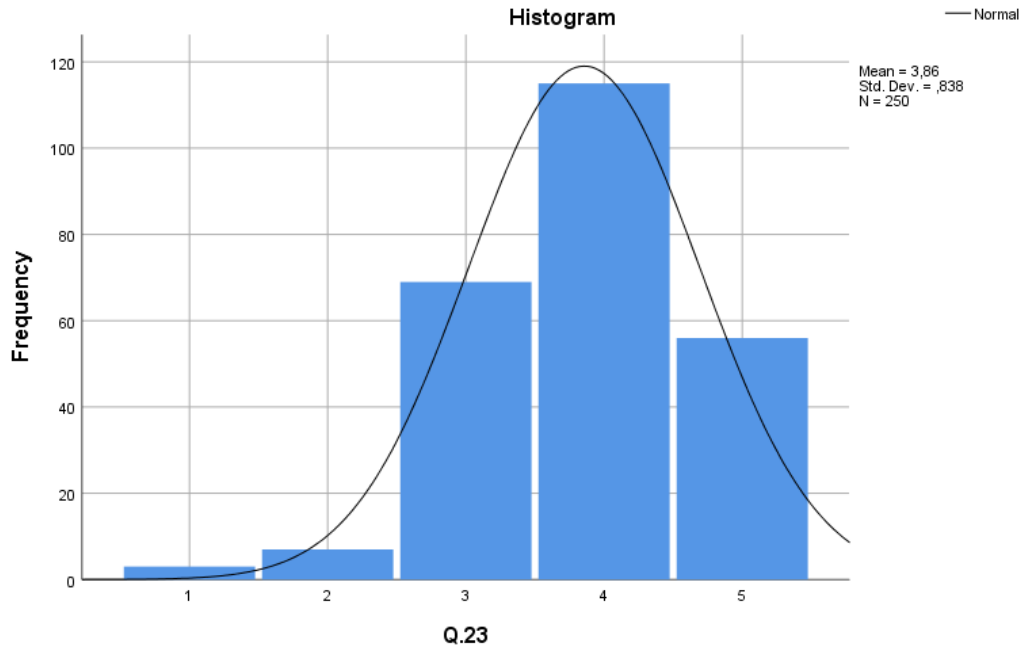


Πίνακας 40. Μέτρα κεντρικής θέσης και διασποράς ερώτησης Q23

Descriptives				
		Statistic	Std. Error	
Q.23	Mean	3.86	.053	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3.75	
		Upper Bound	3.96	
	5% Trimmed Mean	3.90		
	Median	4.00		
	Variance	.702		
	Std. Deviation	.838		
	Minimum	1		
	Maximum	5		
	Range	4		
	Interquartile Range	1		

Skewness	-.507	.154
Kurtosis	.433	.307

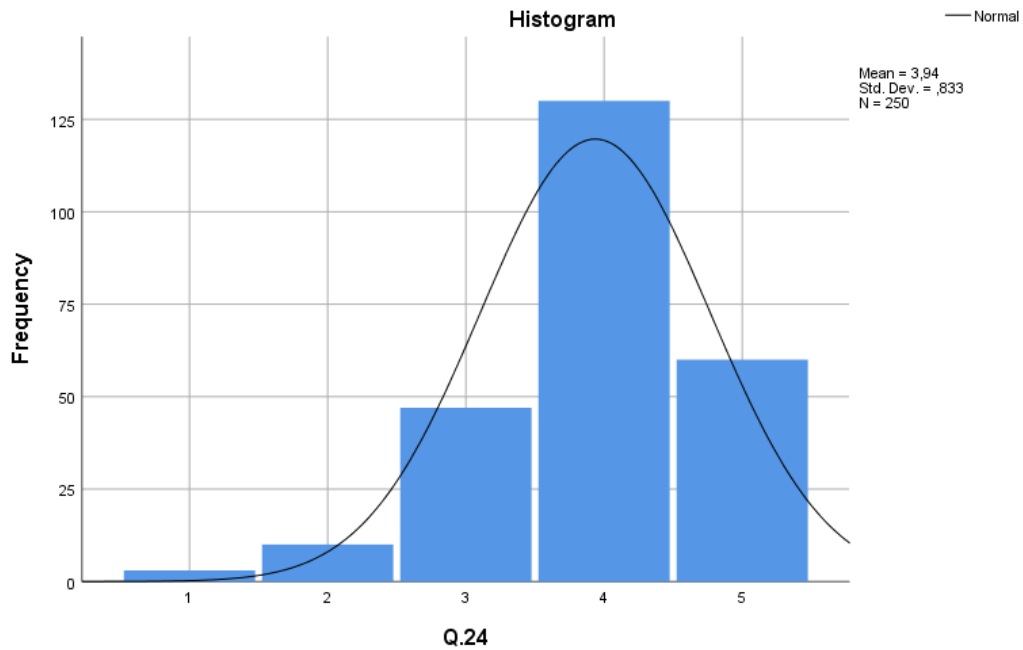
Γράφημα 38. Ιστόγραμμα συχνοτήτων ελέγχου κανονικότητας ερώτησης Q23



Πίνακας 41. Μέτρα κεντρικής θέσης και διασποράς ερώτησης Q24

Descriptives				
		Statistic	Std. Error	
Q.24	Mean	3.94	.053	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3.83	
		Upper Bound	4.04	
	5% Trimmed Mean	4.00		
	Median	4.00		
	Variance	.695		
	Std. Deviation	.833		
	Minimum	1		
	Maximum	5		
	Range	4		
	Interquartile Range	0		
	Skewness	-.802	.154	
	Kurtosis	1.025	.307	

Γράφημα 39. Ιστόγραμμα συχνοτήτων ελέγχου κανονικότητας ερώτησης Q24

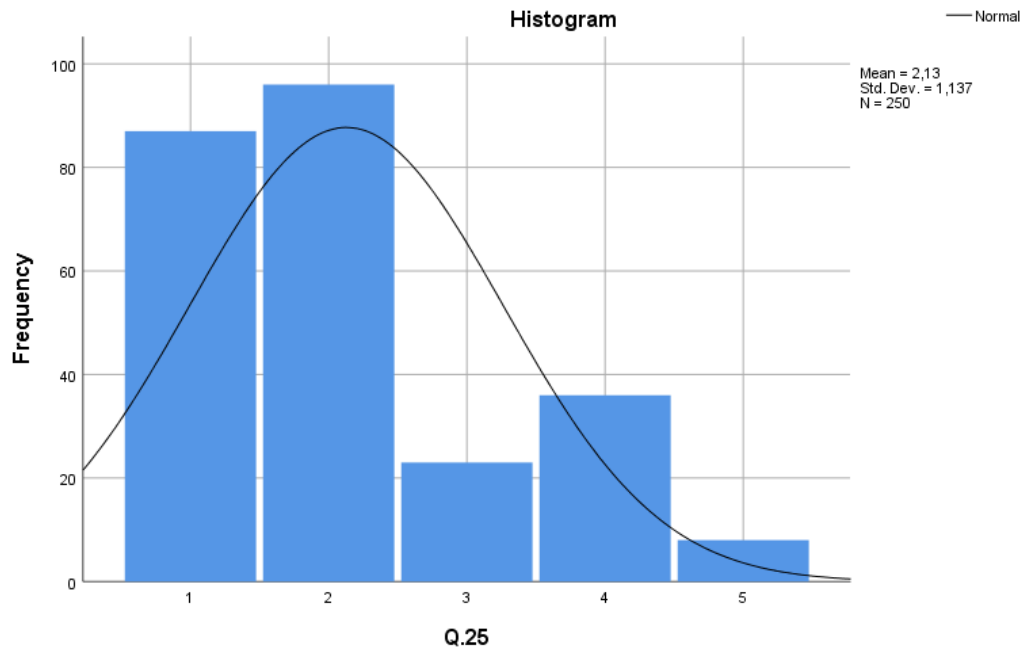


Πίνακας 42. Μέτρα κεντρικής θέσης και διασποράς ερώτησης Q25

Descriptives				
		Statistic	Std. Error	
Q.25	Mean	2.13	.072	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1.99	
		Upper Bound	2.27	
	5% Trimmed Mean	2.05		
	Median	2.00		
	Variance	1.293		
	Std. Deviation	1.137		
	Minimum	1		
	Maximum	5		
	Range	4		
	Interquartile Range	2		

	Skewness	.870	.154
	Kurtosis	-.229	.307

Γράφημα 40. Ιστόγραμμα συχνοτήτων ελέγχου κανονικότητας ερώτησης Q25

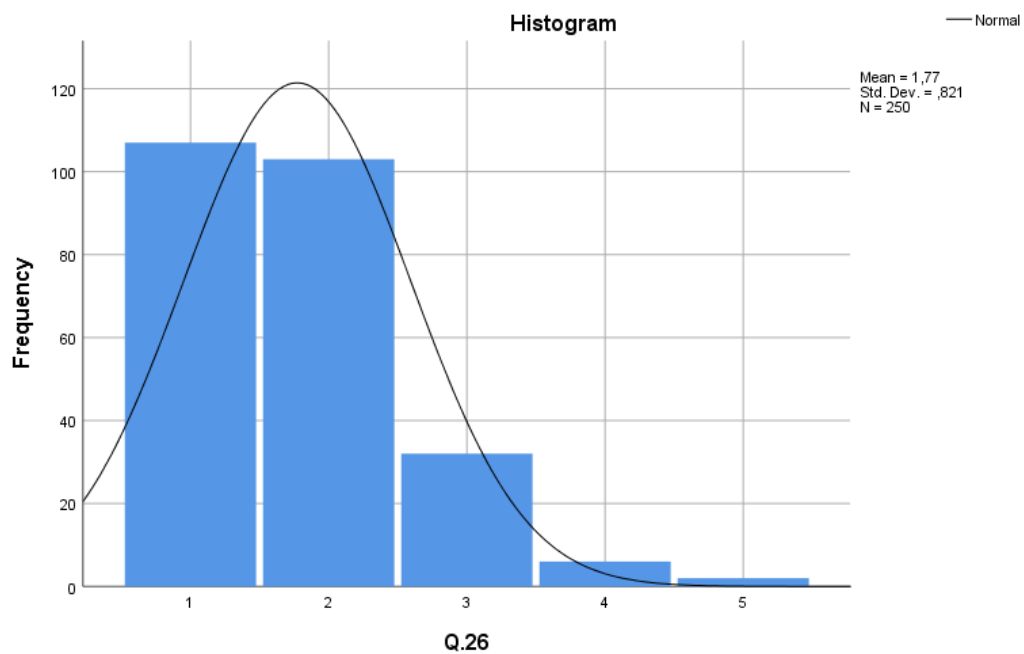


Πίνακας 43. Μέτρα κεντρικής θέσης και διασποράς ερώτησης Q26

Descriptives				
		Statistic	Std. Error	
Q.26	Mean	1.77	.052	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1.67	
		Upper Bound	1.87	
	5% Trimmed Mean	1.70		
	Median	2.00		
	Variance	.675		
	Std. Deviation	.821		
	Minimum	1		

	Maximum	5	
	Range	4	
	Interquartile Range	1	
	Skewness	1.058	.154
	Kurtosis	1.266	.307

Γράφημα 41. Ιστόγραμμα συχνότητας ελέγχου κανονικότητας ερώτησης Q26

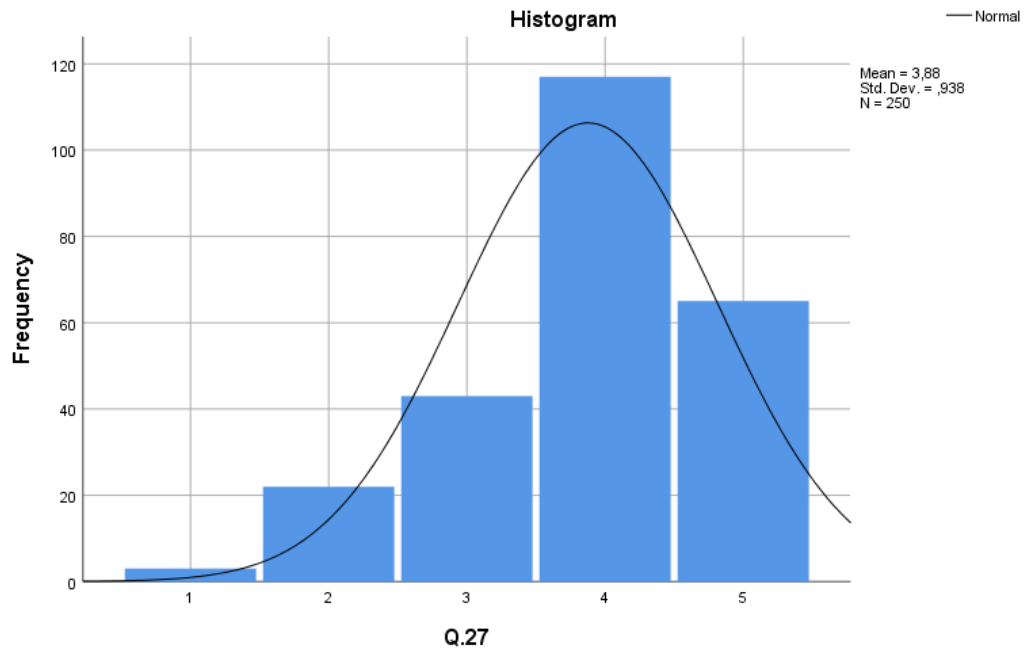


Πίνακας 44. Μέτρα κεντρικής θέσης και διασποράς ερώτησης Q27

Descriptives			
		Statistic	Std. Error
Q.27	Mean	3.88	.059
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3.76
		Upper Bound	3.99

5% Trimmed Mean	3.93	
Median	4.00	
Variance	.880	
Std. Deviation	.938	
Minimum	1	
Maximum	5	
Range	4	
Interquartile Range	2	
Skewness	-.750	.154
Kurtosis	.186	.307

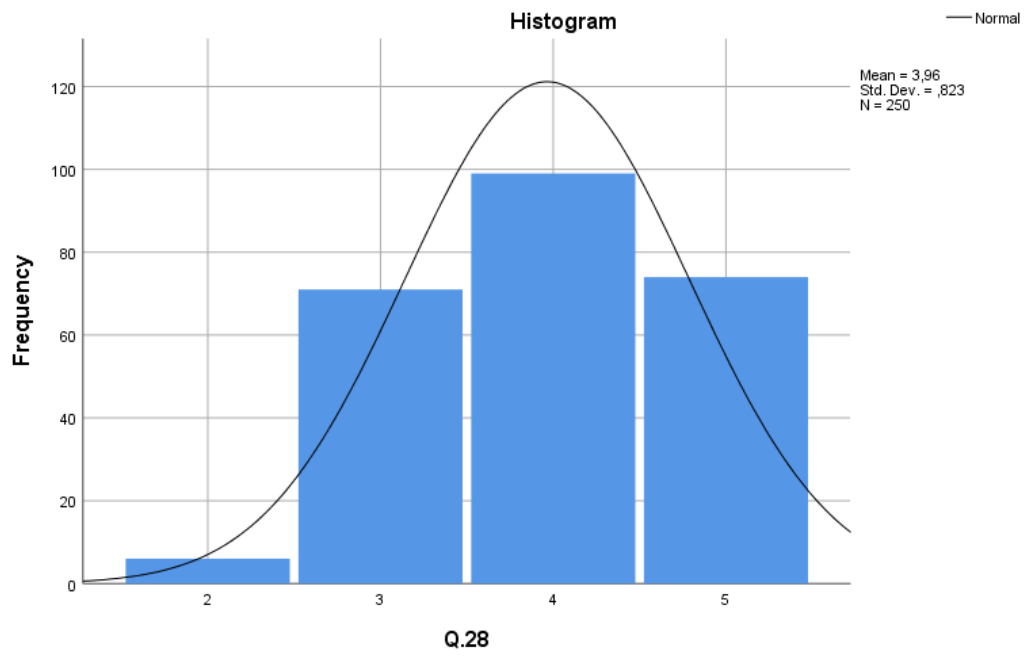
Γράφημα 42. Ιστόγραμμα συχνοτήτων ελέγχου κανονικότητας ερώτησης Q27



Πίνακας 45. Μέτρα κεντρικής θέσης και διασποράς ερώτησης Q28

Descriptives				
		Statistic	Std. Error	
Q.28	Mean	3.96	.052	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3.86	
		Upper Bound	4.07	
	5% Trimmed Mean	3.99		
	Median	4.00		
	Variance	.677		
	Std. Deviation	.823		
	Minimum	2		
	Maximum	5		
	Range	3		
	Interquartile Range	2		
	Skewness	-.194	.154	
	Kurtosis	-.922	.307	

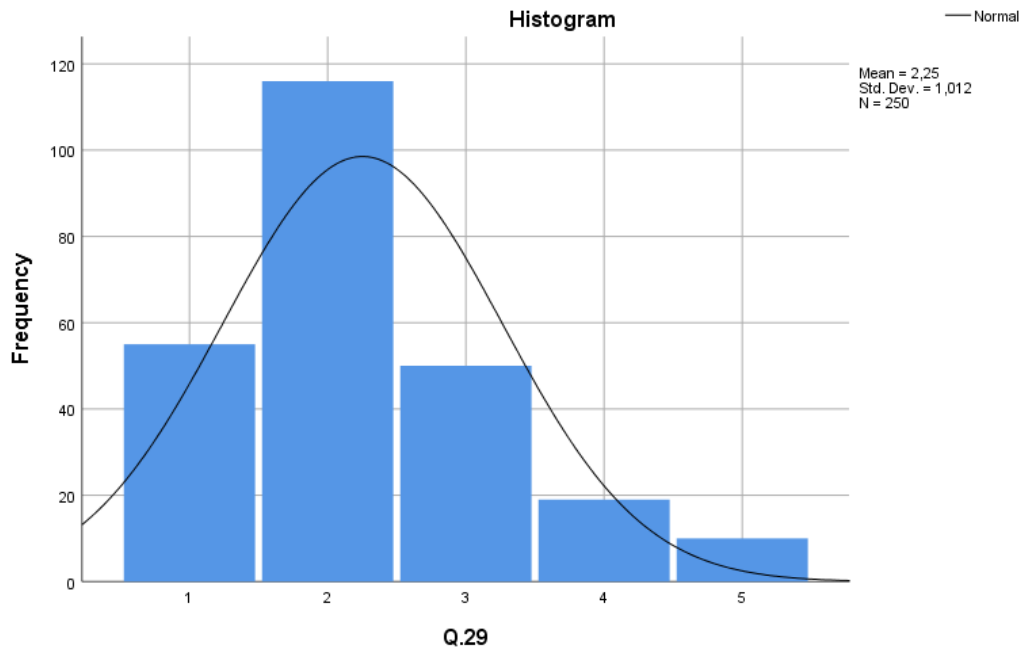
Γράφημα 43 Ιστόγραμμα συχνοτήτων ελέγχου κανονικότητας ερώτησης Q28



Πίνακας 46. Μέτρα κεντρικής θέσης και διασποράς ερώτησης Q29

Descriptives				
		Statistic	Std. Error	
Q.29	Mean	2.25	.064	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2.13	
		Upper Bound	2.38	
	5% Trimmed Mean	2.18		
	Median	2.00		
	Variance	1.025		
	Std. Deviation	1.012		
	Minimum	1		
	Maximum	5		
	Range	4		
	Interquartile Range	1		
	Skewness	.859	.154	
	Kurtosis	.486	.307	

Γράφημα 44. Ιστόγραμμα συχνοτήτων ελέγχου κανονικότητας ερώτησης Q29

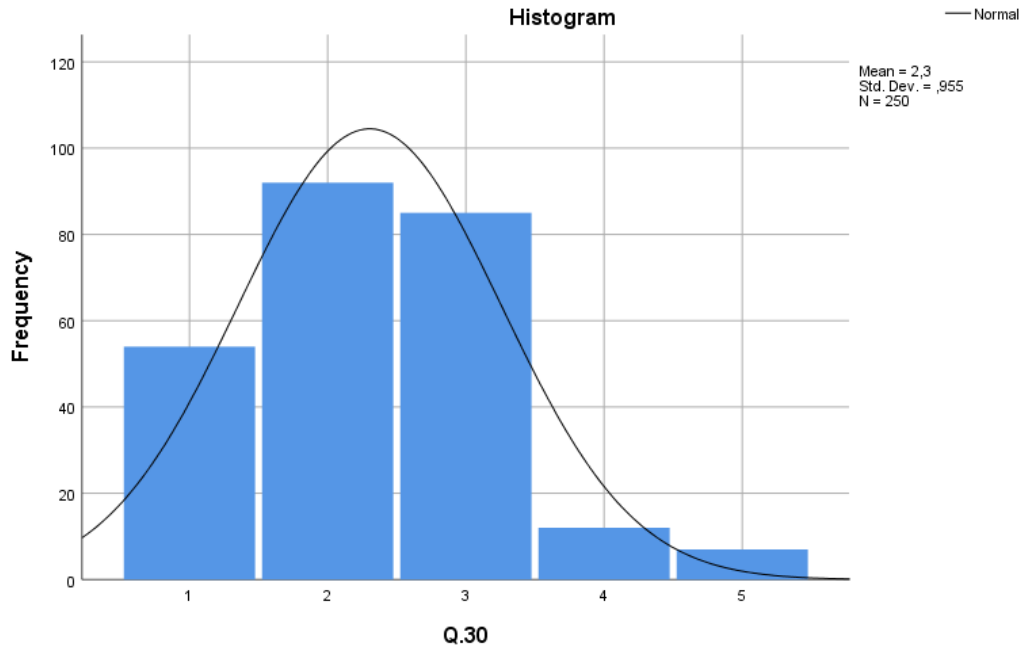


Πίνακας 47. Μέτρα κεντρικής θέσης και διασποράς ερώτησης Q30

Descriptives				
		Statistic	Std. Error	
Q.30	Mean	2.30	.060	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2.19	
		Upper Bound	2.42	
	5% Trimmed Mean	2.25		
	Median	2.00		
	Variance	.911		
	Std. Deviation	.955		
	Minimum	1		
	Maximum	5		
	Range	4		
	Interquartile Range	1		

Skewness	.475	.154
Kurtosis	.164	.307

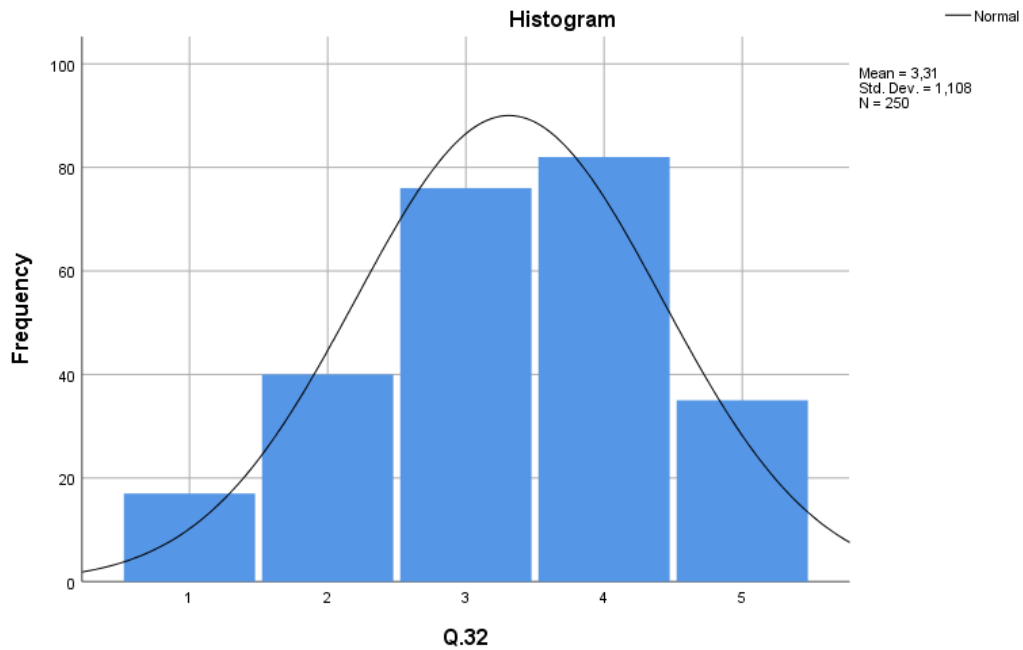
Γράφημα 45. Ιστόγραμμα συχνότητων ελέγχου κανονικότητας ερώτησης Q30



Πίνακας 48. Μέτρα κεντρικής θέσης και διασποράς ερώτησης Q32

Descriptives				
		Statistic	Std. Error	
Q.32	Mean	3.31	.070	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3.17	
		Upper Bound	3.45	
	5% Trimmed Mean		3.35	
	Median		3.00	
	Variance		1.228	
	Std. Deviation		1.108	
	Minimum		1	
	Maximum		5	
	Range		4	
	Interquartile Range		1	
	Skewness		-.321	.154
	Kurtosis		-.559	.307

Γράφημα 46. Ιστόγραμμα συχνοτήτων ελέγχου κανονικότητας ερώτησης Q32

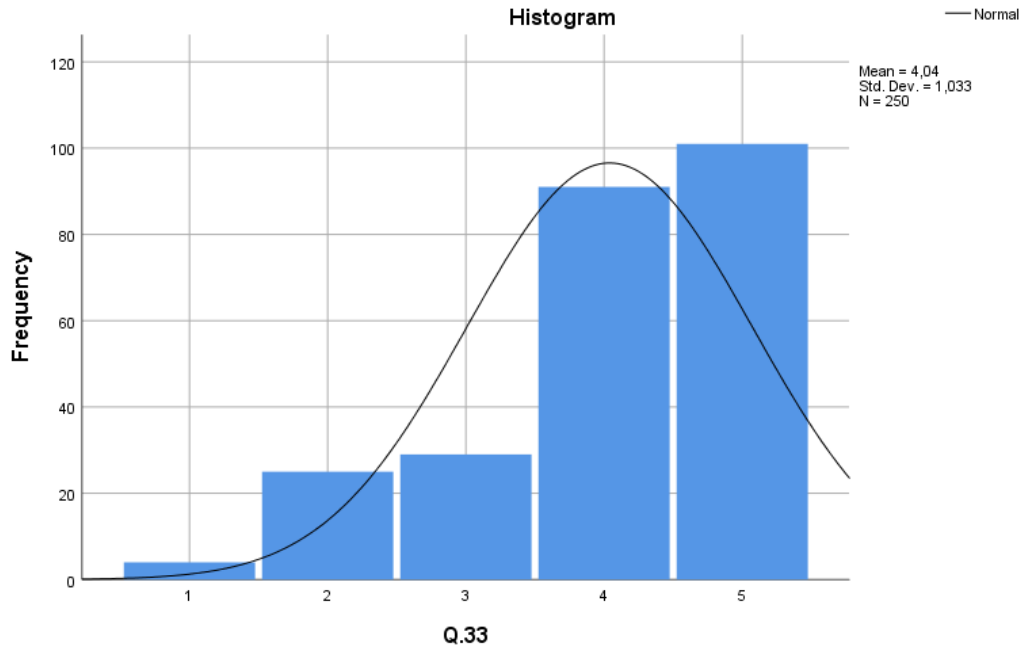


Πίνακας 49. Μέτρα κεντρικής θέσης και διασποράς ερώτησης Q33

Descriptives				
		Statistic	Std. Error	
Q.33	Mean	4.04	.065	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3.91	
		Upper Bound	4.17	
	5% Trimmed Mean	4.12		
	Median	4.00		
	Variance	1.067		
	Std. Deviation	1.033		
	Minimum	1		
	Maximum	5		
	Range	4		
	Interquartile Range	1		

Skewness	-.984	.154
Kurtosis	.197	.307

Γράφημα 47. Ιστόγραμμα συχνότητας ελέγχου κανονικότητας ερώτησης Q33



Πίνακας 50. Μέτρα κεντρικής θέσης και διασποράς ερώτησης Q34

Descriptives				
		Statistic	Std. Error	
Q.34	Mean	2.32	.074	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2.17	
		Upper Bound	2.46	
	5% Trimmed Mean		2.24	
	Median		2.00	
	Variance		1.366	
	Std. Deviation		1.169	
	Minimum		1	
	Maximum		5	
	Range		4	
	Interquartile Range		2	
	Skewness		.641	.154
	Kurtosis		-.479	.307

Γράφημα 48. Ιστόγραμμα συχνοτήτων ελέγχου κανονικότητας ερώτησης Q34

