

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου
Σχολή Ανθρωπιστικών και Κοινωνικών Επιστημών

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών
Βιοηθική - Ιατρική Ηθική

Μεταπτυχιακή Διατριβή



**Ο Πραγματισμός του William James στη Διερώτηση μιας
Ηθικής Μάταιων Θεραπειών και ο Ιατρικός Πατερναλισμός**

Μαρία Πιζή

Επιβλέπων Καθηγητής
Παναγιώτης Ηλιόπουλος

Μάιος 2023

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου
Σχολή Ανθρωπιστικών και Κοινωνικών Επιστημών

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών
Βιοηθική – Ιατρική Ηθική

Μεταπτυχιακή Διατριβή

**Ο Πραγματισμός του William James στη Διερώτηση μιας
Ηθικής Μάταιων Θεραπειών και ο Ιατρικός Πατερναλισμός**

Μαρία Πιζή

**Επιβλέπων Καθηγητής
Παναγιώτης Ηλιόπουλος**

Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή υποβλήθηκε προς μερική εκπλήρωση των απαιτήσεων για απόκτηση μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών στην Βιοηθική – Ιατρική Ηθική από τη Σχολή Ανθρωπιστικών και Κοινωνικών Επιστημών του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου.

Μάιος 2023

Περίληψη

Η καθημερινή και συνεχιζόμενη εξέλιξη της ιατρικής δίδει σήμερα στους θεράποντες ιατρούς τη δυνατότητα να διατηρήσουν στη ζωή ασθενείς που υπό άλλες συνθήκες θα βρίσκονταν σε μη αναστρέψιμη κατάσταση οδηγώντας σε πρακτικές αμφίβολης βελτιστοποίησης. Έτσι υποστηρικτικές ιατρικές παρεμβάσεις που βασίζονται στην πρόοδο της σύγχρονης τεχνολογίας έχουν συμβάλει θεαματικά στη βελτίωση της πρόγνωσης των βαρέως πασχόντων ασθενών. Έχουν, όμως, ταυτόχρονα, ορισμένες φορές, το μειονέκτημα να παρατείνουν για μεγάλο χρονικό διάστημα τη ζωή ασθενών με πολύ πτωχή ή μηδενική πρόγνωση, εγείροντας έτσι δύσκολα ηθικά διλήμματα στην καθημερινή κλινική πράξη. Συχνά ο ιατρός, ως «αυθεντία», αναλαμβάνει την απόφαση για μια ιατρική πράξη με μικρή έως καθόλου συμμετοχή του ασθενούς ή έστω της οικογενείας αυτού, καταλήγοντας σε άσκοπες ή αλλιώς μάταιες θεραπείες, όπου μάταιη θεωρείται η θεραπεία όταν δεν μπορεί να ματαιώσει την έλευση του θανάτου, να παρατείνει τη ζωή για μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο και να διατηρήσει μια αποδεκτή ποιότητα ζωής. Η εγωιστική παράταση της διαδικασίας του θανάτου ή η παρεμπόδιση της επέλευσής του επιτείνουν το ψυχικό και το σωματικό άλγος του ασθενούς, υπονομεύουν την αξιοπρέπειά του ως προσώπου και επιβαρύνουν ποικιλοτρόπως την οικογένειά του.

Η αρχή του φιλοσοφικού ρεύματος του πραγματισμού, όπως προτείνεται από τον William James, έγκειται στο ότι το νόημα κάθε έννοιας που έχουμε κατά νου σχετίζεται με την πρακτική συνέπεια που αυτή παράγει. Ο James αναφέρει ότι μια ιδέα είναι αληθής στο βαθμό που το να πιστεύουμε σε αυτήν είναι επωφελές για τη ζωή μας. Το ότι οι ιατροί οφείλουν να απομακρυνθούν από πρακτικές του παρελθόντος όπου ο ιατρικός πατερναλισμός και η επιλογή των μάταιων θεραπειών ήταν η κύρια επιλογή τους, θα μπορούσε έμμεσα να επεξηγείται από τον James με την ακόλουθη άποψή του: Η ελεύθερη βούληση από τη σκοπιά του πραγματισμού σημαίνει καινοτομίες στον κόσμο, το δικαίωμα να προσδοκούμε ότι στα βαθύτερα στοιχεία του, όπως επίσης και στα επιφανειακά του φαινόμενα, το μέλλον ενδέχεται να μην επαναλαμβάνει και να μη μιμείται πανομοιότυπα το παρελθόν.

Επομένως, σύμφωνα με τη συγκεκριμένη θεώρηση του πραγματισμού, όπως εκφράζεται στη φιλοσοφία του W. James, η εξασφάλιση ενός ειρηνικού και ανώδυνου τέλους για τον ασθενή δύναται να συνιστά ιατρικό καθήκον εξίσου επιτακτικό με την παροχή όλων των ενδεδειγμένων θεραπειών στον ασθενή που μπορεί να σωθεί.

Summary Error! Bookmark not defined.

The continuous development of medicine gives the physicians the ability to preserve the lives of patients that would otherwise be in an irreversible condition leading to dubious optimization practices. These supportive medical interventions based on the progress of modern technology, have complemented spectacularly in improving the prognosis of critically ill patients. At the same time however, the disadvantage of prolonging the patient's life with a very poor or zero prognosis, is raising difficult ethical problems, in the daily clinical practice. Often the physician, as the "authority", makes the decision for a medical practice with some or no participation of the patient or even their family, resulting in pointless or otherwise futile treatments. Futile treatment is considered to be the one which cannot prevent death, to prolong life for a certain period of time and maintain an acceptable quality of life. The selfish prolongation of the dying process or the prevention of its occurrence increases the mental and physical pain of the patient, undermines his personal dignity and burdens his family in various ways.

The principle of the philosophical stream of pragmatism, as it is supported by William James, is that the meaning of any concept we have in mind is related to the practical consequence it infers. James stated that believing in it is beneficial to our lives. The physicians need to move away from practices of the past where medical paternalism and the choice of futile treatments have been their primary choice. This is illustrated by James in the following statement: free will, from the point of pragmatism, means innovations in the world, the right to expect that in its deepest elements, as well as in its superficial phenomena, the future may not repeat and imitate identically the past.

Therefore, according to the pragmatist views expressed in the philosophy of W. James, ensuring a peaceful and painless end for the patient is capable of being a doctors' most important duty as well as providing all appropriate treatments to the patient who can be saved.

Ευχαριστίες

Στον σύζυγό μου, που είναι πάντοτε υποστηρικτικός σε κάθε μου προσπάθεια.

Φυσικά στα παιδιά και στους γονείς μου.

Στη νεογέννητη εγγονούλα μου Κωνσταντίνα, που έφερε τόση χαρά στη ζωή μας.

Στον συνεργάτη ιατρό και φίλο Δρ. Σπαρτάλη για τις συζητήσεις και τους αμοιβαίους προβληματισμούς μας όσον αφορά στις μάταιες θεραπείες.

Τέλος, στον κ. Ηλιόπουλο, που ενώ πολλές φορές ήμουν έτοιμη να εγκαταλείψω, εντούτοις κάθε φορά με την ψυχραιμία και την καθοδήγησή του με έκανε να προχωρώ και να φέρω εις πέρας την παρούσα προσπάθεια.

Περιεχόμενα

Περίληψη	4
Summary	5
Ευχαριστίες	6
Εισαγωγή	8
Σκοπός Έρευνας	9
Μεθοδολογία	9
Βασικά ερευνητικά ερωτήματα	10
Αναγκαιότητα και σπουδαιότητα της έρευνας	10
Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας	11
Λέξεις κλειδιά	11
Κεφάλαιο 1: Μάταιες Θεραπείες	12
1.1 Ορισμός	13
1.2 Γιατί υπάρχουν Μάταιες Θεραπείες	14
1.3 Η Ηθική Διάσταση των Μάταιων Θεραπειών	19
Κεφάλαιο 2: Η Ιατρική Πρακτική	23
2.1 Ιατρικός Πατερναλισμός	24
2.2 Το Θεραπευτικό Προνόμιο του Ιατρού	29
Κεφάλαιο 3: Τα Δικαιώματα του Ασθενή	32
3.1 Αρχές της Βιοηθικής	33
3.2 Αυτονομία του Ασθενούς	35
3.3 Ενήμερη Συγκατάθεση	41
Κεφάλαιο 4: Το φιλοσοφικό Ρεύμα του Πραγματισμού	47
4.1 Ο Πραγματισμός του William James	48
4.2 Αρχή της Επαληθευσιμότητας στην Ιατρική	50
Επιλεγόμενα	55
Βιβλιογραφία	62
Παράρτημα 1: Ο όρκος του Ιπποκράτη	66

Εισαγωγή

Η καθημερινή και συνεχιζόμενη εξέλιξη της ιατρικής δίδει σήμερα στους θεράποντες ιατρούς τη δυνατότητα να διατηρήσουν στη ζωή ασθενείς που υπό άλλες συνθήκες θα βρίσκονταν σε μη αναστρέψιμη κατάσταση οδηγώντας σε πρακτικές αμφίβολης βελτιστοποίησης. Συχνά ο ιατρός, ως η «αυθεντία», αναλαμβάνει την απόφαση για μια ιατρική πράξη με μικρή έως καθόλου συμμετοχή του ασθενούς ή έστω της οικογενείας αυτού, καταλήγοντας σε άσκοπες ή αλλιώς μάταιες θεραπείες. Τα ηθικά διλήμματα, όσον αφορά σε αυτές τις μάταιες θεραπείες που αποφασίζονται κάτω από την σκέπη του «ιατρικού πατερναλισμού» αδιαφορώντας για την αυτονομία του ασθενούς και την αξία της ενήμερης συγκατάθεσης, είναι αδιαμφισβήτητα.

Εγείρονται επιπλέον θέματα ηθικού προβληματισμού σχετικά με το νόημα της ζωής και του θανάτου, αλλά και με την ανθρώπινη αντίληψη για το ρόλο και τις αρχές άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος.

Μέσα από μια συστηματική διεξοδική μελέτη τα ερευνητικά ερωτήματα που θα μελετηθούν θα αφορούν στο αν υπάρχουν στην πραγματικότητα μάταιες ιατρικές θεραπείες και αν υπάρχει ηθική δεοντολογία πίσω από αυτές. Επιπλέον πώς ο πραγματισμός, ο οποίος σαν φιλοσοφικό ρεύμα επιλέχθηκε, πρωτίστως, λόγω της εφαρμογής της αρχής της επαληθευσιμότητας σε ζητήματα εύρεσης τιμών αλήθειας, επεξηγεί τον ιατρικό πατερναλισμό και την επιλογή των ιατρών στις μάταιες θεραπείες.

Σκοπός έρευνας

Μέσα από μια συστηματικά διεξοδική μελέτη θα μελετηθούν έννοιες όπως οι μάταιες θεραπείες και το αν υπάρχει ηθική πίσω από αυτές, ο ιατρικός πατερναλισμός και αν αυτός επεμβαίνει στην αυτονομία του ασθενούς και την ενήμερη συγκατάθεση. Όλα τα παραπάνω σε συνάρτηση με το φιλοσοφικό ρεύμα του πραγματισμού του φιλοσόφου William James ως μεθόδου επαλήθευσης με συγκεκριμένες τιμές αληθείας.

Μεθοδολογία

Η μεθοδολογία που θα ακολουθηθεί θα είναι η αναλυτική, και όπως έχει ήδη ειπωθεί παραπάνω, αρχικά θα επικεντρωθεί στη μελέτη του κατά πόσον υπάρχουν μάταιες θεραπείες ή όχι, και εάν πίσω από αυτές διαπιστώνεται ορισμένη ηθική υπόσταση. Η συγγραφέας θα ερευνήσει εάν η ιατρική αυθεντία, που συχνά οδηγεί σε μια μορφή πατερναλισμού συνδέεται με αυτές τις θεραπείες με την σύμφωνη ή όχι γνώμη του ασθενούς και της οικογένειάς του, αναφέροντας επιπλέον την αυτονομία του ασθενούς και την αξία της ενήμερης συγκατάθεσης.

Τέλος θα μελετηθεί το φιλοσοφικό ρεύμα του πραγματισμού, όπως αυτό διατυπώθηκε από τον φιλόσοφο William James. Η συγκεκριμένη φιλοσοφική θεωρία επιλέχθηκε, πρωτίστως, λόγω της εφαρμογής της αρχής της επαληθευσιμότητας και των πρακτικών της οριοθετήσεων.

Βασικά ερευνητικά ερωτήματα

Μετά από μια συστηματικά διεξοδική μελέτη τα ερευνητικά ερωτήματα που θα μελετηθούν θα αφορούν:

1. Στο αν υπάρχουν στην πραγματικότητα μάταιες ιατρικές θεραπείες ή όχι.
2. Στην διερεύνηση του αν υπάρχει ηθική δεοντολογία πίσω από ιατρικές μάταιες θεραπείες.
3. Πώς ο πραγματισμός επεξηγεί τον ιατρικό πατερναλισμό και την επιλογή των ιατρών στις μάταιες θεραπείες.

Αναγκαιότητα και σπουδαιότητα της έρευνας

Όλα τα παραπάνω επιβεβαιώνουν την αναγκαιότητα και τη σπουδαιότητα της έρευνας αφού εγείρονται θέματα ηθικού προβληματισμού σχετικά με το νόημα της ζωής και του θανάτου, αλλά και με την ανθρώπινη αντίληψη για το ρόλο και τις αρχές άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος.

Με την παρούσα συγγραφή επιθυμώ να εξάγω συμπεράσματα τα οποία μετέπειτα θα ήθελα να παρουσιάσω σε ιατρικά και νοσηλευτικά συνέδρια, με στόχο την εκμάθηση εννοιών που προέρχονται από θεωρήσεις όπως το φιλοσοφικό ρεύμα του πραγματισμού, από έννοιες και πρακτικές όπως οι μάταιες θεραπείες και η ηθική πίσω από αυτές, και ο ιατρικός πατερναλισμός.

Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας

Η βιβλιογραφία θα στηριχτεί κυρίως σε ελληνικά συγγράμματα αλλά και σε αγγλικές συγγραφές. Για την ανάλυση του κυρίως μέρους της παρούσας εργασίας χρησιμοποιήθηκε η ενδελεχής βιβλιογραφική ανασκόπηση. Προκειμένου να αποσαφηνιστούν οι κύριες έννοιες και το περιεχόμενο του θέματος η αναζήτηση συμπεριέλαβε πραγματικές αλλά και ηλεκτρονικές πηγές, ενώ τα προκαθορισμένα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού βοήθησαν στην επιλογή των καλύτερων μεθοδολογικά σχεδιασμένων μελετών που έχουν δημοσιευτεί στην ελληνική και ξένη βιβλιογραφία, καθώς και σε έγκυρες πηγές ηλεκτρονικών ιστοσελίδων.

Η βιβλιογραφία θα στηριχτεί στο βιβλίο *Πραγματισμός* όπως αυτό μεταφράστηκε από τον Χρήστο Σταματέλο, του William James, σε συναφείς με τον πραγματισμό μελέτες της διεθνούς δευτερεύουσας βιβλιογραφίας, σε συγγράμματα επίσης τα οποία σχετίζονται με έννοιες όπως: οι μάταιες θεραπείες, το τέλος της ζωής, ο ιατρικός πατερναλισμός, η αυτονομία και η ενήμερη συγκατάθεση.

Λέξεις κλειδιά

Μάταιες Θεραπείες, Ιατρική ηθική, Ιατρικός Πατερναλισμός, Το Θεραπευτικό Προνόμιο του Ιατρού, Αυτονομία, Ενήμερη Συγκατάθεση, Πραγματισμός.

Futile treatments, Medical Ethics, Paternalism, Autonomy, Informed Consent, Pragmatism.

Κεφάλαιο 1

Μάταιες Θεραπείες

Η καθημερινή και συνεχιζόμενη εξέλιξη της ιατρικής δίδει στους θεράποντες ιατρούς τη δυνατότητα να διατηρήσουν στη ζωή ασθενείς που υπό άλλες συνθήκες θα βρίσκονταν σε μη αναστρέψιμη κατάσταση. Αυτό επιβάλλει ο Ιπποκρατικός όρκος ο οποίος αναφέρει χαρακτηριστικά και τα ακόλουθα «θα χρησιμοποιώ τη θεραπεία για να βοηθήσω τους ασθενείς κατά τη δύναμη και την κρίση μου, αλλά ποτέ για να βλάψω ή να αδικήσω». Έτσι «υποστηρικτικές ιατρικές παρεμβάσεις που βασίζονται στην πρόοδο της σύγχρονης τεχνολογίας, όπως για παράδειγμα η αιμοκάθαρση, ο μηχανικός αερισμός και η παρεντερική διατροφή, έχουν συμβάλει θεαματικά στη βελτίωση της πρόγνωσης των βαρέως πασχόντων ασθενών. Έχουν όμως ταυτόχρονα, ορισμένες φορές, το μειονέκτημα να παρατείνουν για μεγάλο χρονικό διάστημα τη ζωή ασθενών με πολύ πτωχή ή μηδενική πρόγνωση, εγείροντας έτσι δύσκολα ηθικά διλήμματα στην καθημερινή κλινική πράξη» (Τζιόλας, 2018:v).

Συχνά ο ιατρός, ως αυθεντία, αναλαμβάνει την απόφαση για μια ιατρική πράξη με μικρή έως καθόλου συμμετοχή του ασθενούς ή έστω της οικογενείας αυτού, καταλήγοντας σε άσκοπες ή αλλιώς μάταιες θεραπείες, όπου «Μάταιη θεωρείται η θεραπεία όταν δεν μπορεί να ματαιώσει την έλευση του θανάτου, να παρατείνει τη ζωή για μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο και να διατηρήσει μια αποδεκτή ποιότητα ζωής» (Αθανασιάδου, 2019:16).

Η παρηγορητική ιατρική αναφέρεται στην αγγλική βιβλιογραφία ως παρηγορητική φροντίδα (palliative care) και όχι παρηγορητική θεραπεία ακριβώς για το λόγο ότι οι στόχοι διαφέρουν από εκείνους της κλασσικής θεραπευτικής. Παρηγορητική φροντίδα

είναι μια προσέγγιση η οποία βελτιώνει την ποιότητα φροντίδας των ασθενών και των οικείων τους που αντιμετωπίζουν απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις, μέσω της πρόληψης και της ανακούφισης από την κακουχία, χρησιμοποιώντας τρόπους ανακούφισης από τον πόνο και άλλων προβλημάτων, οργανικών, ψυχοκοινωνικών και πνευματικών. Αυτός ο ολοκληρωμένος ορισμός από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας προσδιορίζει και τους στόχους οι οποίοι είναι η ανακούφιση από τον πόνο και την ψυχική καταπόνηση, η θεώρηση του θανάτου ως φυσιολογική διαδικασία, η μη αποφυγή ή αναβολή του θανάτου, η υποστήριξη των συγγενών, η ενσωμάτωση ψυχοκοινωνικών θεωρήσεων, η προαγωγή της ποιότητας ζωής (Ζαγκούτης, 2019:55).

1.1 Ορισμός

Ο όρος μάταιες θεραπείες είναι δύσκολο να αποσαφηνιστεί. Ως όρος η ματαιότητα από ιατρική άποψη αναφέρεται σε μια θεραπευτική ενέργεια που πρέπει να σταματήσει για τέσσερεις βασικούς λόγους: είτε γιατί έχει αποτύχει, είτε γιατί είναι βέβαιο ότι θα αποτύχει, είτε γιατί υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι δεν θα είναι επωφελής, είτε γιατί μπορεί να προκαλέσει μείζονα βλάβη στον ασθενή (Terra and Powell, 2012 από Βολτέας και Φανάρας, 2021:22).

Ο μελετητής Griffin Trotter περιγράφει ένα σαφή ορισμό της ιατρικής ματαιότητας όπως αυτός διατυπώθηκε από το American Medical Association's Council on Ethical and Judicial Affairs και το Society of Critical Care Medicine's Ethics Committee. Ο Trotter διευκρινίζει ότι η ιατρική ματαιότητα συμβαίνει όταν 1. Υπάρχει ένας στόχος, 2. Υπάρχει δράση και δραστηριότητα με στόχο την επίτευξη αυτού του στόχου, 3. Υπάρχει ουσιαστική βεβαιότητα ότι αυτές θα αποτύχουν (Kasman, 2004:1054).

Η έννοια της ματαιότητας στην ιατρική δεν είναι καινούργια. Ο Ιπποκράτης ορκίζεται ότι θα αρνείται να θεραπεύσει εκείνους τους ασθενείς που καταδικάστηκαν από τη νόσο τους

συνειδητοποιώντας ότι σε τέτοιες περιπτώσεις η ιατρική είναι ανίσχυρη. Βάσει της διαφοράς μεταξύ του αποτελέσματος και της χρησιμότητας, η ματαιοπονία μπορεί να ταξινομηθεί σε τρεις τύπους: 1. Τη φυσιολογική ματαιοπονία που αναφέρεται σε θεραπείες οι οποίες δεν παράγουν το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα. 2. Την ποσοτική ματαιοπονία που αφορά στο ποσοστό επιτυχίας μιας θεραπείας και ο ορισμός της αναφέρεται στη φτωχή πιθανότητα παραγωγής των επιθυμητών αποτελεσμάτων. 3. Στην ποιοτική ματαιοπονία που αναφέρεται στην αξία μιας θεραπείας με όρους ποιότητας ζωής. Άρα, ποιοτικά μάταιες θεραπείες θεωρούνται αυτές που ενώ έχουν επιθυμητά φυσιολογικά αποτελέσματα, αυτά είναι άχρηστα ή άνευ αξίας για τον ασθενή (Νταντάνα, 2018:35-36).

1.2 Γιατί Υπάρχουν Μάταιες Θεραπείες;

Οι μάταιες θεραπείες εκτός του ότι σπαταλούν σημαντικούς πόρους της υγειονομικής περίθαλψης, μπορεί να παρατείνουν ή να αυξήσουν τον πόνο του ασθενή, και να προκαλέσουν ηθική δυσφορία στους εργαζομένους στον τομέα της υγείας. Επομένως, ένας σημαντικός στόχος των υπηρεσιών υγείας είναι να μειώσουν τα περιστατικά μάταιων θεραπειών που δίνουν οι θεράποντες στο τέλος της ζωής. Για να το πετύχουν αυτό πρέπει πρώτα να κατανοηθούν οι περίπλοκοι λόγοι για τους οποίους μια τέτοια θεραπεία παρέχεται. Η βιβλιογραφία δίνει έμφαση στο αίτημα της οικογένειας και του ασθενούς, στην κακή επικοινωνία με τους ασθενείς και τις οικογένειες τους, στην έλλειψη γνώσης σχετικά με τις επιθυμίες των ασθενών, στη σύγκρουση μεταξύ ιατρών συναδέλφων και λόγω νομικών ανησυχιών (Willmott et al, 2016:2).

Πολλοί ασθενείς συνεχίζουν να λαμβάνουν μια μάταιη θεραπεία για λόγους που σχετίζονται με τον ιατρό, τον ίδιο τον ασθενή, αλλά και το νοσηλευτικό ίδρυμα όπου αυτός φιλοξενείται (Willmott et al, 2016:4). Οι πλέον σημαντικοί είναι προφανώς οι σχετιζόμενοι με τον ιατρό, δεδομένου ότι αυτός σε όλη του τη ζωή εκπαιδεύεται και

επιδιώκει την θεραπεία, θεωρώντας οτιδήποτε άλλο, και κυρίως την απόσυρση από την θεραπεία, ως εγκατάλειψη του ασθενούς. Για το λόγο αυτό πολλοί θεράποντες συνεχίζουν να διενεργούν κλινικές, εργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις που είναι πρακτικά δίχως νόημα, αλλά γίνονται απλά για να καθησυχάσουν τον ασθενή και τους οικείους του για το ότι η ομάδα συνεχίζει να ασχολείται με ζήλο με το πρόβλημα του. Συχνά επίσης οι θεράποντες αποφασίζουν και πραγματοποιούν επεμβάσεις και παρεμβάσεις χωρίς ιδιαίτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα, εντασόμενες απλώς στα πλαίσια της αντιλήψεως ότι ο θάνατος δεν πρέπει να επέλθει «αμαχητί» (Βολτέας και Φανάρας, 2021:23).

Στην Αυστραλία πραγματοποιήθηκε ένα ερευνητικό πρόγραμμα από τους Willmott et al (2016:496-503) το οποίο είχε ως στόχο να διερευνήσει λεπτομερώς τις αντιλήψεις των ιατρών σχετικά με τους βασικούς λόγους για τους οποίους παρέχονται μάταιες θεραπείες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπήρχαν λόγοι που σχετίζονταν με τους ιατρούς, άλλοι που σχετίζονταν με τους ασθενείς και λόγοι που αφορούσαν το ίδιο το νοσηλευτικό ίδρυμα. Στους λόγους που σχετίζονταν με τους ιατρούς συμπεριλαμβάνονταν και οι ακόλουθοι: οι ιατροί πίστευαν ότι εκπαιδεύτηκαν για να θεραπεύουν παρά για να καταφεύγουν σε ανακουφιστική φροντίδα στο τέλος της ζωής, ότι ήθελαν να βοηθήσουν τον ασθενή και να μην εγκαταλείψουν την ελπίδα ότι μια ακόμη θεραπεία θα μπορούσε να προσφέρει ένα όφελος. Ένας ακόμα παράγοντας που οδηγεί σε μάταιη θεραπεία αποτελεί η προγνωστική αβεβαιότητα και η δυσκολία εκτίμησης της ματαιότητας σε ορισμένες περιπτώσεις. Ανάφεραν απειρία στη διαχείριση του θανάτου και κακούς επικοινωνιακούς χειρισμούς με τους ετοιμοθάνατους ασθενείς και τις οικογένειες τους, επίσης ότι θα αισθάνονταν πιο άνετα να παρέχουν μια μάταιη θεραπεία για περιορισμένο χρονικό διάστημα έως ότου επέλθει ο θάνατος. Ανάφεραν επίσης την συναισθηματική δέσμευση με τον ασθενή να δυσκολεύει περαιτέρω την απόφασή τους. Διαφάνηκε επιπλέον ότι θα μπορούσαν ευκολότερα να προχωρήσουν σε μάταιες θεραπείες στα πρώτα χρόνια του εργασιακού βίου τους και ότι οι θρησκευόμενοι ιατροί ήταν πιο πιθανό να παρέχουν μια μάταιη θεραπεία. Στην έρευνα φάνηκε επίσης ότι οι ιατροί που είχαν οι ίδιοι βιώσει τον θάνατο ενός μέλους της οικογενείας τους ήταν πιο πιθανό να μην

επιμένουν σε θεραπείες που θα είχαν ως αποτέλεσμα μια κακή ποιότητα ζωής για τον ασθενή. Πολλοί ιατροί ανέφεραν ότι ένας μοχλός πίεσης για μάταιη θεραπεία ήταν η επιθυμία να ικανοποιηθούν οι ίδιοι οι ασθενείς, οι οικογένειες τους, ακόμη και οι ίδιοι οι επαγγελματίες υγείας. Τέλος, ανέφεραν ότι προχωρούσαν σε μάταιες θεραπείες υπό το φόβο εκδήλωσης παραπόνων και νομικών συνεπειών.

Στους παράγοντες που σχετίζονταν με τον ασθενή συμπεριλαμβάνονταν το αίτημα για περαιτέρω θεραπεία από τον ίδιο τον ασθενή ή/και την οικογένεια του. Η έλλειψη γνώσης της επιθυμίας των ασθενών αποτελούσε ακόμα ένα παράγοντα για παροχή μιας μάταιης θεραπείας, ιδιαίτερα σε χώρους παροχής επείγουσας θεραπείας. Όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω, η προγνωστική αβεβαιότητα αποτελούσε ένα παράγοντα αβεβαιότητας και εκδήλωσης θέλησης για μάταιη θεραπεία.

Συνεχίζοντας, στους παράγοντες που σχετίζονται με το νοσηλευτικό ίδρυμα, η εξειδίκευση θεωρήθηκε σαν παράγοντας παροχής μιας μάταιης θεραπείας αφού αυτό σήμαινε αυτόματα ότι περισσότερα άτομα συμμετείχαν στη φροντίδα ενός ασθενούς. Αυτό επιδεινώνει ζητήματα επικοινωνίας μεταξύ των ομάδων και αποτελούσε εμπόδιο στη συντονισμένη φροντίδα. Επίσης, ήταν πρακτικά δύσκολη η αντικατάσταση μιας θεραπείας με μια παρηγορητική προσέγγιση. Σαν παράγοντας χρησιμοποίησης μιας μάταιης θεραπείας αναφέρθηκε η πίεση του χρόνου και επίσης η ιατρική ιεραρχία, αφού όσο υψηλότερα είναι ένας ιατρός στην ιεραρχία τόσο λιγότερο χρόνο αφιερώνει στους ασθενείς και τις οικογένειες τους.

Συμπερασματικά, οι ιατροί πιστεύουν ότι πολλοί παράγοντες συμμετέχουν στην ύπαρξη μάταιων θεραπειών. Ένας συνδυασμός από στρατηγικές είναι απαραίτητες για να μειώσουν τις μάταιες θεραπείες. Αυτές περιλαμβάνουν εκπαίδευση των ιατρών που χειρίζονται ασθενείς στο τέλος της ζωής τους, εκπαίδευση της κοινωνίας για τα όρια της ιατρικής και την ανάγκη προγραμματισμού του τέλους της ζωής, και φυσικά διαρθρωτική μεταρρύθμιση σε νοσοκομειακό επίπεδο (Willmott *et al*, 2016:13).

Οι Mobley et al στους Dzend et al (2016: 93-99) ανέφεραν ότι η ένταση και η συχνότητα της ηθικής δυσφορίας των επαγγελματιών υγείας αυξανόταν ανάλογα με το χρόνο έκθεσης αυτών σε φροντίδα ασθενών, με αποτέλεσμα αρνητικών επιπτώσεων στην εργασιακή ικανοποίηση, την ψυχολογική και σωματική ευεξία και την αυτοεκτίμησή τους, οδηγώντας σε συναισθηματική και εργασιακή εξουθένωση. Αυτό προερχόταν από το αίσθημα της παράτασης του πόνου αντί της παροχής ανακουφιστικής φροντίδας. Σε έρευνα που διενεργήθηκε από τους Dzen et al μεταξύ 22 εκπαιδευόμενων ιατρικής σε τρία Αμερικάνικα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία αυτοί αντιμετώπισαν σημαντική ηθική δυσφορία όταν ήταν υποχρεωμένοι να παρέχουν μάταιες θεραπείες στο τέλος της ζωής των ασθενών. Ανέφεραν λέξεις όπως «βασανιστήρια, αποτρόπαιη πράξη, κακομεταχείριση, ακρωτηριασμός, σκληρότητα», λέξεις που παραπέμπουν σε δικτατορικά καθεστώτα παρά σε νοσηλευτήρια. Ορισμένοι από αυτούς ανέφεραν ότι ανέπτυξαν αποστασιοποιημένες και απάνθρωπες στάσεις απέναντι στους ασθενείς, ως μηχανισμό αντιμετώπισης, με αποτέλεσμα την απώλεια της ενσυναίσθησης. Το ηθικό τίμημα που επιβλήθηκε σε αυτούς τους ιατρούς περιγράφηκε με λέξεις όπως «παραβίαση» και «τραύμα». Οι επιτυχημένες στρατηγικές αντιμετώπισης αυτής της πρακτικής περιλάμβαναν επίσημες και ανεπίσημες συνομιλίες με άλλους επαγγελματίες υγείας σχετικά με τις ηθικές και συναισθηματικές προκλήσεις για την παροχή φροντίδας στο τέλος της ζωής.

Μέσα από την πολύχρονη εμπειρία μου στα ιατρικά και νοσηλευτικά δρώμενα τείνω να υποστηρίξω ότι η χαμηλή αυτοπεποίθηση και η αδυναμία στοιχειοθέτησης επιχειρημάτων εκ μέρους των ιατρών, υπέρ μιας παρηγορητικής φροντίδας σε ασθενείς στο τέλος της ζωής τους, οδηγεί με μαθηματική ακρίβεια στην επιλογή μιας μάταιης θεραπείας. Σε ηθικό αδιέξοδο επομένως και στην επιλογή μιας μάταιης θεραπείας μπορεί να οδηγήσουν αιτιολογικοί παράγοντες. Αυτοί αφορούν εσωτερικούς παράγοντες που όπως ο Καπετανάκης (2022:7) αναφέρει χαρακτηριστικά, όσον αφορά στους ιατρούς, οι εσωτερικοί περιορισμοί στην ανάπτυξη ηθικού αδιεξόδου συχνά εντοπίζονται στο ξεκίνημα της επαγγελματικής τους καριέρας και περιλαμβάνουν την αντιληπτή

αδυναμία, την έλλειψη ηθικής ευαισθησίας ή ικανότητας για ηθικό προβληματισμό, την χαμηλή αυτοεκτίμηση, την έλλειψη γνώσης ή ακόμα και τον φόβο.

Οι Κομσέλη και συνεργάτες (2022:47) αναφέρουν την νοοτροπία ως έννοια που επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την ικανότητα της ανθεκτικότητας στα άτομα. Στο επίπεδο του ατόμου, ανθεκτικότητα είναι η δυναμική αντιμετώπιση των πραγματικών προβλημάτων της ζωής ξεπερνώντας με επιτυχία τις προκλήσεις, με μια από αυτές να θεωρείται, κατά την άποψή μου, η ατομική επιλογή ή όχι μιας μάταιης θεραπείας. Σε συλλογικό επίπεδο αφορά στη χάραξη πολιτικής ανθεκτικότητας για την αντιμετώπιση πολυεπίπεδων κρίσεων όπως πχ η πανδημία. Επιστρέφοντας στη νοοτροπία αναφέρεται ότι τα άτομα που έχουν στατική νοοτροπία αποθαρρύνονται από τις προκλήσεις, τις αλλαγές και τις δυσκολίες και αυτό τα εμποδίζει στο να αναπτυχθούν, να εξελιχθούν και να διαχειριστούν τις αλλαγές που συμβαίνουν στη ζωή ή στην εργασία τους. Αντίθετα τα άτομα που έχουν νοοτροπία εξέλιξης αντιμετωπίζουν τις αλλαγές και τις προκλήσεις ως ευκαιρία για μάθηση, για προσωπική εξέλιξη και ανάπτυξη. Μελέτη που δημοσιεύτηκε στο *The Journal of Positive Psychology* έχει καταδείξει ότι τα άτομα με υψηλή αυτοεκτίμηση τείνουν να ανταποκρίνονται σε μεγάλες προκλήσεις και επιτεύγματα, σε αντίθεση με τα άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση που θεωρούν ότι η ικανότητα επίλυσης προβλημάτων και μάθησης νέων πραγμάτων είναι μάλλον προκαθορισμένη και δεν υπάρχουν σε αυτή περιθώρια βελτίωσης (Κομσέλη και συνεργάτες, 2022:43-48). Παρομοίως οι ιατροί με χαμηλή αυτοεκτίμηση επιλέγουν την μάταιη θεραπεία, μη θέλοντας να αντιμετωπίσουν την πρόκληση υποστήριξης σε συνεργάτες, λοιπούς επαγγελματίες υγείας και οικογένεια όσον αφορά στην επιλογή μιας ανακουφιστικής πορείας.

Η μη κλιμάκωση ή η απόσυρση της υποστηρικτικής της ζωής αγωγής (στη ΜΕΘ) δεν πρέπει να συγχέεται με την ευθανασία ή την υποβοηθούμενη από τον ιατρό αυτοκτονία. Στην ευθανασία, ο ιατρός, διά των πράξεων (ενεργητική) ή των παραλείψεων του (παθητική), αποσκοπεί στο θάνατο του ασθενούς. Το ίδιο ισχύει και για την υποβοηθούμενη από τον ιατρό αυτοκτονία, όπου ο ιατρός προμηθεύει τον ασθενή με

θανατηφόρο φάρμακο, γνωρίζοντας ότι ο τελευταίος θα το χρησιμοποιήσει για να αυτοκτονήσει. Αντιθέτως, με τη μη κλιμάκωση ή απόσυρση της αγωγής (στη ΜΕΘ) ο ιατρός αποσκοπεί στην ανακούφιση του ασθενούς από το φορτίο της ψυχοσωματικής ταλαιπωρίας που επισωρεύουν οι ανώφελες επιθετικές θεραπείες, ενώ ο θάνατος επέρχεται ως φυσική και αναπότρεπτη συνέπεια της προόδου της υποκείμενης νόσου (Κρανιδιώτης και συνεργάτες, 2010, από Σπανάκη, 2019: 67). Η εγωιστική παράταση της διαδικασίας του θανάτου ή η παρεμπόδιση της επέλευσής του επιτείνουν το ψυχικό και το σωματικό άλγος του ασθενούς, υπονομεύουν την αξιοπρέπεια του ως προσώπου και επιβαρύνουν ποικιλοτρόπως την οικογένεια του. Επομένως, η εξασφάλιση ενός ειρηνικού και ανώδυνου τέλους για τον ασθενή συνιστά ιατρικό καθήκον εξίσου επιτακτικό με την παροχή όλων των ενδεδειγμένων θεραπειών στον ασθενή που μπορεί να σωθεί (Σπανάκη, 2019:12).

Το Αμερικανικό Κολλέγιο Επειγοντολόγων (ACEP) δέχεται ότι οι ιατροί δεν έχουν ηθική υποχρέωση συνέχισης της θεραπείας όταν κρίνουν ότι δεν υπάρχουν ρεαλιστικές πιθανότητες για όφελος των ασθενών. Αναφέρει επίσης ότι η κρίση αυτή των ιατρών πρέπει να είναι απαλλαγμένη από προκαταλήψεις και βασισμένη στην επιστημονική έρευνα και τα επαγγελματικά πρότυπα και να λαμβάνει υπόψη τις διαφορετικές απόψεις σχετικά με την αξία της ιατρικής παρέμβασης σε διάφορες καταστάσεις. Συνεπώς ο ιατρός θα πρέπει να αποφασίσει με βάση τις αρχές της βιοηθικής, τη γνώση από τη σύγχρονη επιστημονική έρευνα και την εμπειρία του λαμβάνοντας υπόψιν πιθανές πρότερες επιθυμίες και την άποψη των οικείων βάζοντας πάνω από όλα το συμφέρον του ασθενούς.

1.3 Η Ηθική Διάσταση των Μάταιων Θεραπειών

Τα ηθικά διλήμματα όσον αφορά στις μάταιες θεραπείες που αποφασίζονται είτε από τους θεράποντες μόνο, είτε σε συνεργασία με τους ίδιους τους ασθενείς ή/και τις

οικογένειες τους είναι αδιαμφισβήτητα. Ο Καπετανάκης (2022:3) αναφέρει ότι η ύπαρξη ηθικών αδιεξόδων αποτελεί ένα σημαντικό ζήτημα που επιδρά αρνητικά τόσο στην νοσηλευτική κοινότητα (Erstein et al., 2019) όσο και σε άλλους επαγγελματίες υγείας (Deschenes et al., 2020) απασχολώντας όλο και περισσότερο τα τελευταία χρόνια την διεθνή βιβλιογραφία (Fourie, 2015). Με τον όρο ηθικό αδιέξοδο περιγράφεται «η επώδυνη ψυχολογική διεργασία που συντελείται όταν ένα άτομο γνωρίζει (ή τουλάχιστον έτσι πιστεύει) ποιος είναι ο ηθικά σωστός τρόπος χειρισμού μιας κατάστασης αλλά διάφοροι λόγοι δεν του επιτρέπουν να τον εφαρμόσει» (Hamric and Blackhall, 2007). Πιο εμπειριστατωμένος μπορεί να θεωρηθεί ο ορισμός από το American Association of Critical-Care Nurses που αναφέρει ότι: «το ηθικό αδιέξοδο εμφανίζεται όταν γνωρίζετε την ηθικά κατάλληλη ενέργεια που πρέπει να κάνετε, αλλά δεν είστε σε θέση να ενεργήσετε βάσει αυτής. Ενεργείτε με τρόπο αντίθετο ως προς τις προσωπικές και επαγγελματικές σας αξίες, που υπονομεύει την ακεραιότητα και την αυθεντικότητά σας» (AACN, 2005 από Καπετανάκης 2022:6).

Όταν η εξελιγμένη υποστήριξη της ζωής και οι μέγιστες θεραπευτικές προσπάθειες συνεχίζονται σε ένα βαριά ασθενή και η προβλεπόμενη εξέλιξη δεν είναι άλλη παρά ο θάνατος, τότε ανακύπτουν ιατρικά, ηθικά, συναισθηματικά και οικονομικά ερωτηματικά, όσον αφορά τη δικαιολογημένη συνέχιση της προσπάθειας. Η υπεύθυνη ιατρική και νοσηλευτική ομάδα, καθώς και οι συγγενείς, πρέπει να αντιμετωπίσουν ένα δίλημμα, το αν η συνέχιση της θεραπείας αποτελεί δικαιολογημένη προσπάθεια για την παράταση της ζωής ή αν η νόσος του έχει φτάσει σε τέτοιο στάδιο ώστε οποιαδήποτε επιπλέον εντατική θεραπεία μετατοπίζει στην πραγματικότητα την ώρα του θανάτου (Τζιόλας, 2018:29).

Η βιβλιογραφία δείχνει πολλά σημαντικά κοινωνικά, οικονομικά και ηθικά ζητήματα όσων αφορά στις μάταιες θεραπείες, συμπεριλαμβανομένων, την σπατάλη πολύτιμων πόρων της υγειονομικής περίθαλψης, της παράτασης της ταλαιπωρίας των ασθενών και ηθική δυσφορία στους επαγγελματίες υγείας. Το αποτέλεσμα είναι ο καθημερινός

προβληματισμός και η δημιουργία ηθικών διλημμάτων περί της εφαρμογής, της συνέχισης ή της απόσυρσης της τεχνητά υποστηριζόμενης ζωής.

Ο Šarić et al (2017:331-332) αναφέρει μεταξύ άλλων και τα ακόλουθα. Με τη διαχείριση της ιατρικής ματαιότητας οι ιατροί και οι λοιποί επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να γνωρίζουν κάποιες ηθικές αρχές. Αυτές μπορούν να διευκολύνουν τη λήψη αποφάσεων που αφορούν τις μάταιες θεραπείες, ειδικά σε περιπτώσεις που οι νομικές κατευθυντήριες οδηγίες είναι ανεπαρκείς. Η κατανόηση αυτών των ηθικών αρχών μπορεί να ανακουφίσει την πίεση που νιώθουν οι επαγγελματίες υγείας όταν αντιμετωπίζουν την ιατρική ματαιότητα. Η πρώτη αρχή αφορά το γεγονός ότι όσον αφορά στην ηθική υποχρέωση του θεράποντος δεν υπάρχει ουσιαστική διαφορά μεταξύ της μη κλιμάκωσης ή της απόσυρσης μιας θεραπείας αφού και οι δύο έχουν σκοπό τον «καλό» θάνατο. Η δεύτερη αρχή είναι ότι υπάρχει μεγάλη διαφορά ανάμεσα στο να σκοτώνει ο θεράπωντας ένα ασθενή και στο να τον αφήνει να πεθάνει. Είναι ηθικό καθήκον του ιατρού να σταματήσει θεραπείες που στοχεύουν απλώς την παράταση της ζωής και στην έναρξη παρηγορητικής φροντίδας που βελτιώνει την άνεση, διατηρώντας ταυτόχρονα την αξιοπρέπεια του ασθενή και της οικογένειάς του. Η τρίτη αρχή αντιμετωπίζει τις συνέπειες της παρηγορητικής φροντίδας, νοουμένου ότι υπάρχει σαφής διάκριση ανάμεσα στη χορήγηση φαρμάκων με σκοπό τη θανάτωση και στη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής για παρηγορητική φροντίδα και άνεση.

Μέσα από τα χρόνια έχουν γίνει πολλές αλλαγές στην ιατρική δεοντολογία και στους νόμους που διέπουν την ιατρική πρακτική.

Ο τεχνολογικός εξοπλισμός σήμερα δεν πρέπει να μετατρέπεται σε εργαλείο παράτασης της διαδικασίας του θανάτου. Η θεραπεία δεν πρέπει να καθίσταται χειρότερη από την ασθένεια. Η μη κλιμάκωση και η απόσυρση της υποστηρικτικής της ζωής αγωγής σε ασθενείς που δεν ανταποκρίθηκαν στη θεραπεία που ήδη εφαρμόστηκε, και των οποίων η πορεία προς το θάνατο είναι μη αναστρέψιμη, συνιστούν ιατρικά δόκιμες, ηθικά αποδεκτές και παγκόσμια διαδεδομένες πρακτικές, ενώ δεν πρέπει να συγχέονται με την

ευθανασία. Όλα αυτά τονίζουν την ανάγκη ενημέρωσης, εκπαίδευσης και αποσαφήνισης ορισμένων σκοτεινών σημείων, έτσι ώστε να γίνει κατανοητό ότι αυτό το στενά συνδεδεμένο με πολλές προκαταλήψεις θέμα δεν πρέπει να αποτελεί μια λύση, αλλά θέμα διαλόγου και προβληματισμού, καθιστώντας αναγκαία την ύπαρξη κατευθυντήριων γραμμών (Garani et al, 1996 από Νταβώνη et al, 2013:7).

Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Νόμος υπ' αριθμό 3418/2005) λαμβάνοντας υπόψη ζητήματα που αφορούν σύγχρονους ηθικούς προβληματισμούς και ιατρικές αποφάσεις στο τέλος της ζωής, στο άρθρο 29, παρ. 1, δεσμεύει τον ιατρό σε πρακτικές παρηγορητικής αγωγής όταν πλέον εξαντληθούν όλες οι ιατρικές θεραπευτικές επιλογές. Συγκεκριμένα αναφέρει «Ο ιατρός σε περίπτωση ανίατης ασθένειας που βρίσκεται στο τελικό στάδιο, ακόμη και αν εξαντληθούν όλα τα ιατρικά θεραπευτικά περιθώρια, οφείλει να φροντίζει για την ανακούφιση των ψυχοσωματικών πόνων του ασθενή. Του προσφέρει παρηγορητική αγωγή και συνεργάζεται με τους οικείους του ασθενή προς αυτή την κατεύθυνση. Σε κάθε περίπτωση, συμπαρίσταται στον ασθενή μέχρι το τέλος της ζωής του και φροντίζει ώστε να διατηρεί την αξιοπρέπεια του μέχρι το σημείο αυτό».

Συμπερασματικά, θα πρέπει να καταβληθούν προσπάθειες για προώθηση μιας ηθικής ιατρικής περίθαλψης που περιλαμβάνει φροντίδα για τους ασθενείς με στόχο τη βελτίωση της άνεσης του και ελαχιστοποίηση της ταλαιπωρίας τόσο του ασθενή όσο και της οικογενείας του. Αυτό είναι εξίσου σημαντικό με την προσπάθεια για διάσωση της ζωής του ασθενή, αφού μια θεραπεία μπορεί να θεωρηθεί μάταιη, αλλά η ανακουφιστική φροντίδα ποτέ.

Κεφάλαιο 2

Η Ιατρική πρακτική

Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Νόμος υπ' αριθμό 3418/2005) αναφέρει στο άρθρο 1, παρ. 1 τα εξής: «Ιατρική πράξη είναι εκείνη που έχει ως σκοπό τη με οποιοδήποτε επιστημονική μέθοδο, πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας του ανθρώπου».

Το άρθρο 2 αναφέρεται στην άσκηση της ιατρικής ως λειτούργημα:

- Παρ. 1 «Η άσκηση της ιατρικής είναι λειτούργημα που αποσκοπεί στη διατήρηση, βελτίωση και αποκατάσταση της σωματικής, πνευματικής και ψυχικής υγείας του ανθρώπου, καθώς και στην ανακούφισή του από τον πόνο».
- Συνεχίζει δε στην παρ. 2 πως «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».
- Και στην παρ. 3 αναφέρει ενδεικτικά πως «Το ιατρικό λειτούργημα ασκείται σύμφωνα με τους γενικά αποδεκτούς και ισχύοντες κανόνες της ιατρικής επιστήμης. Διέπεται από απόλυτο σεβασμό στην ανθρώπινη ζωή και την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και απευθύνεται σε όλους τους ανθρώπους χωρίς

διάκριση φύλου, φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, ηλικίας, σεξουαλικού προσανατολισμού, κοινωνικής θέσης ή πολιτικής ιδεολογίας».

Το ιατρικό επάγγελμα δεν είναι κατά βάση επάγγελμα αλλά λειτουργήμα. Ένα λειτουργήμα το οποίο έχει ως αποδέκτες όλους τους ανθρώπους, ανεξαρτήτως φύλου, εθνικότητας, φυλής, κοινωνικού, οικονομικού και πολιτικού υποστρώματος, από τη γέννηση μέχρι και τον θάνατό τους. Σταδιακά όμως, μέσα από την πάροδο των χρόνων το ιατρικό επάγγελμα απομυθοποιήθηκε και η ιατρική μετατράπηκε από λειτουργήμα σε επάγγελμα.

2.1 Ο Ιατρικός Πατερναλισμός

Ο πατερναλισμός έχει τις ρίζες του πολύ παλαιότερα και συγκεκριμένα στον όρκο του Ιπποκράτη, ο οποίος αναφέρει χαρακτηριστικά ότι «Θα χρησιμοποιώ τη θεραπεία για να βοηθήσω τους ασθενείς κατά τη δύναμη και την κρίση μου». Η τελευταία ακριβώς φράση φανερώνει τον πατερναλιστικό τότε χαρακτήρα της ιατρικής, όπου ο ιατρός αποφάσιζε και ο ασθενής απλά αποδεχόταν.

Στην αρχαία Ελλάδα, τα Ασκληπιεία, με τις ιαματικές μυσταγωγίες των ιερέων του Ασκληπιού στις οποίες έδειχνε σαφή προτίμηση η μεγάλη μάζα του λαού, συνυπάρχουν με την ορθολογική – εμπειρική άσκηση της ιατρικής, όπως περιγράφεται στα έργα του Ιπποκράτη. Έτσι, ενώ η σχέση του προσερχόμενου στα Ασκληπιεία για εγκοίμηση με τον ιερέα – θεραπευτή θυμίζει τη σχέση ικέτη – ιερέα – θεότητας που συναντούμε στην αρχαία Αίγυπτο, οι Ιπποκρατικές αρχές προτείνουν μια διαφορετική σχέση ιατρού - αρρώστου, αναγνωρίζοντας στον άρρωστο την ιδιότητα του προσώπου. Διαπιστώνει κανείς εδώ τον πατερναλιστικό χαρακτήρα που επικρατούσε στη σχέση ιατρού - αρρώστου, όταν ο άρρωστος είχε αντιρρήσεις για την προτεινόμενη φαρμακευτική ή χειρουργική θεραπεία, ο ιατρός επιστράτευε κάποιον ρήτορα για να τον πείσει. Η

πεποίθηση ότι ο ιατρός ενεργεί πάντοτε προς όφελος της υγείας του αρρώστου μεταβιβάστηκε από γενιά σε γενιά στη διάρκεια των αιώνων, παραχωρώντας στον ιατρό το ηθικό δικαίωμα να αποφασίζει για την τύχη του αρρώστου, προνόμιο που εμμέσως πλην σαφώς συνεπάγεται την υποχρέωση του αρρώστου να υπακούει στις εντολές του ιατρού. Έτσι, στον Κώδικα Δεοντολογίας του 1847 (έκδοση 1848) του Αμερικανικού Ιατρικού Συλλόγου συναντά κανείς την εξής παράγραφο (άρθρο 6): «Η υπακοή του αρρώστου στις οδηγίες του γιατρού του πρέπει να είναι άμεση και απόλυτη. Δεν πρέπει ποτέ να επιτρέπει η δική του επιπόλαιη γνώμη να επηρεάζει την προσήλωσή του σ' αυτές» (Μουντοκαλάκης, 2020:119-120).

Ο ιατρικός πατερναλισμός αναφέρεται σε έννοια που αφορά στη λήψη αποφάσεων από τον ιατρό για τη βελτίωση της υγείας και τη θεραπεία του ασθενούς, «για το καλό του», χωρίς προηγουμένως να τον ενημερώσει αναλυτικά, αδιαφορώντας για τις προτιμήσεις και τις επιθυμίες του (Βούλτσος, Τσούγκας, 2007 από Νταντάνα, 2018:48).

Πατερναλιστική συμπεριφορά ενίοτε επιδεικνύουν και τα κράτη μέσω της νομοθετικής τους εξουσίας επιβάλλοντας μια συγκεκριμένη απαγόρευση με στόχο την προστασία του αποδέκτη της. Στην περίπτωση αυτή μιλούμε για νομικό πατερναλισμό. Στην πρόσφατη ιστορία ένα χαρακτηριστικό αυτού του πατερναλισμού αποτέλεσαν τα υποχρεωτικά μέτρα ενάντια την πανδημία Covid 19 που σκοπό είχαν την προστασία όλων των πολιτών. Η λήψη μέτρων περιορισμού θεμελιωδών δικαιωμάτων για την αντιμετώπιση της πρωτόγνωρης πανδημίας του covid 19 προκάλεσε προβληματισμό και συνακόλουθα ένα δημιουργικό επιστημονικό διάλογο. Το σύνολο του νομικού κόσμου δεν αμφισβήτησε την ανάγκη που επέβαλε τη λήψη έκτακτων περιορισμών για την προστασία του υπέρτατου αγαθού, αυτού της υγείας και της ζωής. Τα μέτρα θεωρήθηκαν αναγκαία και πρόσφορα, άρα σύμφωνα με την αρχή της αναλογικότητας. Οι επακόλουθες επιφυλάξεις αφορούν στην έκταση και διάρκεια των μέτρων και στη διαδικασία νομοθέτησής τους. Η ευρεία αποδοχή περιορισμών δικαιωμάτων για προστασία της δημόσιας υγείας δυστυχώς αποτελούσε τη δεδομένη στιγμή μονόδρομο.

Μορφή πατερναλισμού αποτελεί επίσης η επιβολή ζώνης ασφαλείας και τα παιδικά καθίσματα στο αυτοκίνητο, κράνος και στολή για τους μοτοσικλετιστές και τους ποδηλάτες και τόσα άλλα. Στο πλαίσιο της ωφελμιστικής προσέγγισης, η επίτευξη της προστασίας του ατόμου προβάλλεται ως δικαιολογητική βάση των πατερναλιστικών νομικών ρυθμίσεων.

Η άσκηση της ιατρικής χαρακτηριζόταν από την αρχαιότητα από την πατερναλιστική συμπεριφορά των ιατρών που ως η αυθεντία στο πεδίο τους, τους επέτρεπε να συμπεριφέρονται έτσι. Επιπλέον η ιατρική ορολογία με δυσνόητους όρους για τους πιο πολλούς επέτρεπε στους ιατρούς να επιβληθούν τόσο στον ασθενή όσο και στο οικογενειακό του περιβάλλον. Με το πρόσχημα του Ιπποκρατικού όρκου «ωφελέειν ή μη βλάπτειν» ο ιατρός δικαιολογείτο στο να ακολουθεί παραπλανητικές ή και εξαναγκαστικές μεθόδους θεραπείας, με στόχο τη βελτίωση της υγείας ή αν μη τι άλλο στη μη χειροτέρευση της.

Η Νταντάνα (2018:54) αναφέρει έρευνα των Murray et al στις ΗΠΑ, που αφορούσε στις απόψεις των ιατρών σχετικά με τη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Συγκεκριμένα η έρευνα αναφέρει πως το 75% των ιατρών προτιμά την από κοινού λήψη αποφάσεων μεταξύ ιατρών και ασθενών, το 14% προτιμά το πατερναλιστικό μοντέλο και το 11% προτιμά τη συγκατάθεση ύστερα από ενημέρωση. Επιπλέον, ενδιαφέρον παρουσιάζει το εύρημα για το ότι οι άνω των 50 ετών ιατροί ήταν πιο πιθανό να προτιμούσαν το πατερναλιστικό μοντέλο.

Η απόκρυψη της σκληρής αλήθειας από τον ασθενή ο οποίος υποφέρει από κάποια επικίνδυνη ή μοιραία για τη ζωή του ασθένεια είναι μια τακτική η οποία ακολουθείται εδώ και αιώνες τόσο από την ιατρική κοινότητα όσο και από το οικείο περιβάλλον του ασθενή. Πρόκειται για ένα είδος πατερναλιστικής συμπεριφοράς εκ μέρους τους, αφού αδιαμφισβήτητα καταπατά το δικαίωμα του ασθενούς για πλήρη ενημέρωση σε σχέση με την κατάσταση της υγείας του, ωστόσο ωθείται από αλτρουιστικά κίνητρα. Σκοπός της απόκρυψης είναι η διατήρηση της καλής ψυχολογίας του, η οποία θεωρείται

θεμελιώδους σημασίας για την πορεία της υγείας του (Γαλανάκης και Ιωαννίδου, 2008 από Καραλίδη, 2017:44).

Στη βιοηθική μπορεί να θεωρηθεί ότι υπάρχουν δύο θεωρίες όσον αφορά στην ενημέρωση του ασθενούς. Η πρώτη αφορά τη θεωρία της αυτονομίας, με την ιδιαιτερότητα σε αυτή ότι ο ασθενής οφείλει να γνωρίζει πλήρως το τι συμβαίνει στο σώμα του και να αποφασίζει για αυτό ο ίδιος. Η δεύτερη θεωρία είναι αυτή της ωφελιμότητας ή ιατρικού πατερναλισμού, με την ιδιαιτερότητα του να λέγεται στον ασθενή τόση αλήθεια όση είναι απαραίτητη για το συμφέρον του (Παππά, 2003:57).

Ενδιαφέρον προκαλεί η νομικό - πολιτική διαμάχη Nicolas Perruche στην Γαλλία στις αρχές του 2000. Συγκεκριμένα, η μητέρα του Nicolas Perruche κατά τη διάρκεια της κυοφορίας του προσβλήθηκε από ερυθρά. Παρά την ασθένειά της, εμποδίστηκε από το να προβεί σε άμβλωση για ιατρικούς λόγους μολονότι είχε εκ νόμου δικαίωμα. Σαν υποσημείωση να αναφερθεί ότι στο γαλλικό δίκαιο επιτρέπεται η άμβλωση υπό προϋποθέσεις σε δύο ειδών περιπτώσεις, είτε επειδή η μητέρα είναι σε απόγνωση (με μόνη την έκφραση της βούλησης της μητέρας), είτε για ιατρικούς λόγους, όταν μεταξύ άλλων πιθανολογείται ότι το έμβρυο πάσχει από ασθένεια που θεωρείται ανίατη κατά το χρόνο που η μητέρα ζητά την άμβλωση. Η σημαντική πρακτική διαφορά των δύο περιπτώσεων έγκειται στους χρονικούς περιορισμούς που θέτει ο νόμος. Στη μεν πρώτη περίπτωση η άμβλωση επιτρέπεται μέχρι τη δωδέκατη εβδομάδα της κύησης, ενώ στη δεύτερη περίπτωση η άμβλωση επιτρέπεται μέχρι και την ολοκλήρωση της κύησης. Η αιτία της μη άμβλωσης Perruche υπήρξε το ιατρικό λάθος το οποίο αφορούσε στη μη διάγνωση της ερυθράς κατά την κύηση, και ως εκ τούτου στη δημιουργία της εσφαλμένης πεποίθησης στη μητέρα ότι δεν είχε προσβληθεί από την ασθένεια. Σε αυτή την περίπτωση, η άποψή μου είναι ότι ο ιατρός εσφαλμένα πράττοντας, χρησιμοποίησε τον κλασικό ιατρικό πατερναλισμό, παρόλο που είχε νομικό καθήκον αξιόπιστης πληροφόρησης της μητέρας. Αυτό το περιστατικό εμπίπτει στην κατηγορία των σοβαρών ηθικών διλημάτων για ιεράρχηση μεταξύ «υγιών» ζώων που αξίζει τον κόπο να βιωθούν και ζώων «παθολογικών» ως προς τις οποίες θεμελιώνεται ένα νομικό

δικαίωμα «προγεννητικής ευθανασίας». Μια τέτοια αντίληψη βρίσκεται σε ευθεία αντίθεση με την αρχή της ανθρώπινης αξιοπρέπειας που επιβάλλεται να αποδίδεται σε όλες τις ανθρώπινες ζωές η ίδια αφηρημένη αξία.

Οι στάσεις και οι αντιλήψεις των ανθρώπων όσον αφορά στην υγεία και στην ασθένεια αλλάζουν και διαμορφώνονται συχνά σε σχέση με τις πολιτισμικές και τις κοινωνικές επιρροές τους. Η μετάβαση από το πατερναλιστικό πρότυπο στην αυτονομία των ασθενών είναι διαδικασία που έμμεσα πραγματοποιείται μέχρι και σήμερα. Οι ιατροί έχουν το προβάδισμα λόγω της ραγδαίας ανάπτυξης της γνώσης στον κλάδο της πρόληψης, της διάγνωσης και της θεραπείας. Παράλληλα η ιατρική εξειδίκευση και η δυσνόητη ιατρική ορολογία επιτρέπει στους ιατρούς να διατηρούν την κυριαρχία τους έναντι των ασθενών. Εντούτοις τόσο οι ασθενείς όσο και η οικογένεια τους έχουν πλέον εύκολη πρόσβαση σε άπειρες βάσεις δεδομένων στο διαδίκτυο, λαμβάνοντας έτσι απαντήσεις σε πολλά από τα ερωτήματα υγείας που τους απασχολούν. Έτσι συχνά αμφισβητείται η ιατρική αυθεντία και η απόφαση μεταφέρεται στον ίδιο τον ασθενή και τους οικείους του, όπως έπρεπε από την αρχή να ήταν σαν σχέση σεβασμού και αλληλεπίδρασης.

Τα ανθρώπινα δικαιώματα και η ελευθερία του ανθρώπου να ορίζει τη ζωή και το σώμα του απεγκλώβισαν το άτομο από το πατερναλιστικό μοντέλο ιατρικής. Η εποχή του αυτόνομου ανθρώπου εγκαθιδρύθηκε πλέον με την έννοια της αυτονομίας και της ενήμερης συγκατάθεσης, και οι δύο αρχές στο σύγχρονο δίκαιο και στην ιατρική δεοντολογία.

2.2 Το Θεραπευτικό Προνόμιο του Ιατρού

Στην καθημερινή παροχή ιατρικών υπηρεσιών προκύπτουν διλήμματα και ηθικά ερωτήματα τα οποία πρέπει να απαντηθούν από τον ιατρό. Ο ιατρός οφείλει να τα επιλύει βασιζόμενος στις βασικές αρχές της βιοηθικής, τα καθήκοντα που διέπουν το επάγγελμά του και την υποχρέωσή του να διαφυλάττει τα δικαιώματα του ασθενούς.

Ως θεραπευτικό προνόμιο ορίζεται η περίπτωση που ο ιατρός μπορεί να παραλείψει την ενημέρωση του ασθενούς, κυρίως για τη διάγνωση της ασθένειας του και δευτερευόντως για άλλα θέματα, κινδύνους εγχειρήσεων ή επεμβάσεων, παρενεργειών φαρμάκων κλπ, όταν ο ίδιος κρίνει ότι η αποκάλυψη της αληθινής κατάστασης του ασθενούς ενδέχεται να επιφέρει αρνητικές συνέπειες στην σωματική ή ψυχολογική του υγεία ή ότι μπορεί να μειώσει τις πιθανότητες βελτίωσης του και ανταπόκρισης του στη θεραπεία (Κανελλοπούλου-Μπότη, 1999 από Χαιρετίδου 2018:40).

Η Κονιδάρη και Σκρέτη (2011:27) αναφέρουν ότι θεραπευτικό προνόμιο είναι η ιατρικά ενδεδειγμένη απόκρυψη της ασθένειας, του είδους της θεραπευτικής αγωγής, των παρενεργειών και των κινδύνων της από τον ασθενή και η διενέργεια ιατρικών πράξεων χωρίς τη θέληση του ασθενούς.

Η σύμβαση του Oviedo (Κύρωση της Σύμβασης του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρώπινων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής: Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική) ορίζει ότι σε εξαιρετικές περιπτώσεις είναι δυνατή η επιβολή περιορισμών στην άσκηση των δικαιωμάτων του ασθενούς. Συγκεκριμένα αναφέρει στο Άρθρο 10 το οποίο ασχολείται με την προσωπική ζωή και το δικαίωμα στην ενημέρωση πως:

1. Όλοι έχουν το δικαίωμα σεβασμού της προσωπική τους ζωής σε σχέση με την πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας τους.

2. Όλοι δικαιούνται να λαμβάνουν γνώση κάθε πληροφορίας σχετικής με την κατάσταση της υγείας τους. Θα είναι σεβαστές, ωστόσο, οι επιθυμίες των ατόμων που επιλέγουν να μην ενημερώνονται σχετικά.

3. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις, είναι δυνατή η επιβολή περιορισμών από το νόμο στην άσκηση των δικαιωμάτων που αναφέρονται στην παρ. 2 προς το συμφέρον του ασθενούς.

Η Κονιδάρη και Σκρέτη (2011:27-28), μέσα από τη θεωρία διατύπωσαν ορισμένα κριτήρια σχετικά με τον περιορισμό της υποχρέωσης ενημέρωσης:

1. Η υπερβολική ψυχική φόρτιση. Πχ σε περιπτώσεις καλπάζουσας λευχαιμίας ή μεταστατικού καρκίνου.
2. Η επαύξηση των κινδύνων από την ενημέρωση. Πχ αποφυγή συγκινησιακών γεγονότων σε περιπτώσεις ασθενή με καρδιακά νοσήματα.
3. Η πρόληψη αδικήματος ή προστασία τρίτων. Πχ ενημέρωση ατόμου σχετικά με άτομο από το οποίο κακοποιήθηκε.
4. Ο κίνδυνος άρνησης αναγκαίας θεραπείας.
5. Ο κίνδυνος της δημόσιας υγείας. Πχ σε μεταδοτικές λοιμώδεις νόσους.

Επισημαίνεται αντίθετα όμως, πως το άρθρο 11 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας δεν προβλέπει δικαίωμα του γιατρού να παραλείψει ή να περιορίσει κατά την κρίση του την αναγκαία ενημέρωση, καθώς αναφέρεται πως «ο γιατρός έχει καθήκον αληθείας προς τον ασθενή».

Το θεραπευτικό προνόμιο αποτελεί λύση στη σύγκρουση του καθήκοντος αληθείας του ιατρού και της διαφύλαξης της σωματικής και ψυχικής υγείας του ασθενούς. Σχετικά με τη σύγκρουση καθηκόντων στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, άρθρο 15, αναφέρεται πως: «Ο ιατρός που βρίσκεται μπροστά σε σύγκρουση καθηκόντων αντιμετωπίζει τη σύγκρουση αυτή με βάση την επιστημονική του γνώση, τη σύγκριση των έννομων αγαθών που διακυβεύονται, τον απόλυτο σεβασμό της ανθρώπινης ζωής και αξιοπρέπειας και τη συνείδησή του στο πλαίσιο των αρχών του άρθρου 2».

Στην πραγματικότητα, η αποδοχή του θεραπευτικού προνομίου δεν είναι τίποτε άλλο από αποδοχή του ιατρικού πατερναλισμού. Η εφαρμογή του θεραπευτικού προνομίου θα πρέπει να γίνεται με μεγάλη προσοχή έτσι ώστε ο ασθενής να μην χρησιμοποιείται ως μέσο για την επίτευξη του σκοπού.

Κεφάλαιο 3

Τα Δικαιώματα του Ασθενή

Οι σχέσεις ιατρού και ασθενή πρέπει απαραίτητα να διέπονται από σχέση εμπιστοσύνης και σεβασμού. Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας αναφέρει στο άρθρο 8 τα ακόλουθα:

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

παραπέμπει τους ασθενείς σε εξετάσεις οι οποίες δεν είναι προς το συμφέρον τους».

3.1 Αρχές της Βιοηθικής

Ο όρος Βιοηθική μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να καλύψει μια σειρά από τομείς όπως η ιατρική ηθική, η κλινική ηθική, η ηθική της έρευνας ή/και η βιοϊατρική ηθική. Όλα όμως συμφωνούν με τον ορισμό του Daniel Callahan, ο οποίος χαρακτηρίζει τη βιοηθική σαν την εφαρμογή της ηθικής θεωρίας στα διλήμματα που θέτει η σύγχρονη πρακτική ιατρική, ειδικά σε εκείνα τα προβλήματα που δημιουργούνται από τις εφαρμογές των νέων τεχνολογιών (Hedgcoe, 2004: 121).

Η Βιοηθική μπορεί να χαρακτηριστεί ως μετεξέλιξη της ιατρικής ηθικής, για να καταλήξει σήμερα, σύμφωνα με την Δραγώνα- Μονάχου (2015:1) ως αυτόνομη και σύνθετη ηθικο-κοινωνική οικουμενική δραστηριότητα. Καθιερώθηκε ως ένας από τους σημαντικότερους κλάδους της εφαρμοσμένης ηθικής και αποκρυσταλλώθηκε ως έρευνα των ηθικών προβλημάτων και διλημάτων που προκύπτουν από την ιλιγγιώδη ανάπτυξη των βιοεπιστημών και της βιοτεχνολογίας.

Η ιστορία της βιοηθικής δεν μπορεί να καταστεί αντικείμενο αφήγησης χωρίς την αναφορά στους Tom Beauchamp και James Childress. Δύο κορυφαίους χαρακτήρες που δεν έπαιξαν μόνο καθοριστικό ρόλο στην δημιουργία της βιοηθικής, αλλά παραμένουν δύο από τις πιο σημαντικές προσωπικότητες της. Οι δύο τους τοποθέτησαν τις σημαντικότερες τέσσερις αρχές της βιοηθικής. Όπως αναφέρει ο ίδιος ο Beauchamp (2007:3-4) οι αρχές χρησιμοποιήθηκαν κυρίως για την παρουσίαση πλαισίων αξιολογών υποθέσεων, έτσι ώστε να μπορούν να χρησιμοποιηθούν και να κατανοηθούν εύκολα από άτομα με πολλές διαφορετικές μορφές επαγγελματικής κατάρτισης. Οι αρχές στηρίχτηκαν σε δύο κυρίως συγγράμματα: στο *The Belmont Report of the National*

Commission for the Protection of Human Subjects και στο βιβλίο *Principles of Biomedical Ethics* από τους *Beauchamp and Childress*.

Ο Πιτσαργιώτης αναφέρει ότι το σύνολο των βασικών ηθικών αρχών, που υπερασπίζονται οι *Beauchamp and Childress*, λειτουργεί ως ένα αναλυτικό πλαίσιο γενικών κανόνων που προέρχονται από την κοινή ηθική και αποτελούν την κατάλληλη αφετηρία για προβληματισμό σχετικά με ηθικά προβλήματα στη βιοϊατρική ηθική. Η βασική τους θεώρηση έγκειται στο ότι οι αρχές παρέχουν τους περισσότερους γενικούς και ολοκληρωμένους κανόνες που καθοδηγούν τις ενέργειες. Η διαφορά τους όμως είναι ότι οι αρχές είναι πιο περιεκτικές και λιγότερο συγκεκριμένες, ενώ οι κανόνες είναι πιο συγκεκριμένοι ως προς το περιεχόμενο αλλά πιο περιορισμένοι ως προς το πεδίο εφαρμογής από τις αρχές (Jahr από Πιτσαργιώτη, 2022: 24).

Οι ηθικές αρχές που διέπουν τη βιοϊατρική ηθική αφορούν την πρακτική της ιατρικής ή αλλιώς κλινική πρακτική. Οι κλινικοί ιατροί πρέπει να καθοδηγούνται από τον βιοηθικό συλλογισμό που βασίζεται σε αποδεκτούς ηθικούς κανόνες, προηγούμενες βιοηθικές αποφάσεις που προέρχονται από στοχαστικό προβληματισμό και αναγνώριση μοναδικών παραγόντων που διαφοροποιούν τις περιπτώσεις μεταξύ τους. Αυτή η μέθοδος συλλογισμού ορίζεται ως κλινική συλλογιστική που έχει ως επίκεντρο τη ηθική συμπεριφορά και τις αρχές που διέπουν τα μέλη του ιατρικού επαγγέλματος. Ο βιοηθικός συλλογισμός διέπεται από συγκεκριμένα κριτήρια που αποτελούν την ηθική βάση της βιοϊατρικής ηθικής και έχουν τεθεί από καθολικά ηθικές αρχές, οι οποίες έχουν αποδοθεί ως «αρχοκρατία» (Principlism) και έχουν αποτελέσει το ηγεμονικό πλαίσιο για τη βιοηθική (Πιτσαργιώτης, 2022: 24).

Οι αρχές ομαδοποιήθηκαν σε τέσσερις γενικές κατηγορίες:

- Στην αρχή της αυτονομίας, η οποία αναφέρεται στο δικαίωμα του ασθενή στην αυτοδιάθεση, δηλαδή στο να λαμβάνει ο ίδιος τις τελικές αποφάσεις που αφορούν την υγεία του αφού προηγουμένως έχει πληροφορηθεί σωστά.

- Στην αρχή της ευεργεσίας, η οποία περιγράφει την υποχρέωση των επαγγελματιών υγείας να ενεργούν πάντα προς το όφελος του ασθενή.
- Στην αρχή της μη βλαπτικότητας, η οποία αναφέρεται στην αποφυγή ενεργειών που ενδεχομένως να θέσουν σε κίνδυνο την ασφάλεια του ασθενή.
- Στην αρχή της δικαιοσύνης, η οποία αναφέρεται στο δικαίωμα της ισότητας στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών προς τον ασθενή όπως και στον δίκαιο καταμερισμό των υφιστάμενων πόρων.

Ο Καπετανάκης (2022:2) αναφέρει χαρακτηριστικά ότι στον χώρο της υγείας, η ηθική δεοντολογία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στον τρόπο με τον οποίο οι επαγγελματίες υγείας διαχειρίζονται τα διλήμματα που αφορούν τη φροντίδα του ασθενή και λαμβάνουν τις ανάλογες αποφάσεις με βάση τον αξιακό τους κώδικα και τηρώντας συγχρόνως το νομικό πλαίσιο (Östman et al., 2019; Trobec and Starcic, 2015). Στις βασικότερες ηθικές αρχές σύμφωνα με τις οποίες λαμβάνεται κάθε απόφαση κατά την διάρκεια της υγειονομικής φροντίδας εκτός από τις τέσσερις προαναφερόμενες συμπεριλαμβάνονται και οι εξής (Fry et al., 2011):

- Η αρχή της ειλικρίνειας, δηλαδή το δικαίωμα που κατέχει ο ασθενής να γνωρίζει την αλήθεια προς αποφυγή εξαπάτησής του.
- Η αρχή της πιστότητας, όπου ο ασθενής αναμένει να τηρηθούν όλες εκείνες οι υποσχέσεις που του έχουν δοθεί με ταυτόχρονη διασφάλιση του ιατρικού απορρήτου.

3.2 Αυτονομία του Ασθενούς

Η κλινική ηθική ως κλάδος της ιατρικής ηθικής, ο οποίος έχει ως αντικείμενο την παροχή μιας συστηματικής προσέγγισης στην ιατρική αντιμετώπιση των ηθικών διλημάτων μέσα στο κλινικό περιβάλλον, μεταξύ άλλων, διαπραγματεύεται τη σχέση μεταξύ ιατρού-ασθενούς στο κλινικό περιβάλλον, τη συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς, της

σωστής και εμπεριστατωμένης πληροφόρησης, των δικαιωμάτων των ασθενών, της ανακουφιστικής φροντίδας, της φροντίδας στο τέλος της ζωής. Στη σημερινή κλινική ηθική κυριαρχεί το αίτημα του σεβασμού της αυτονομίας του ασθενούς με χαρακτηριστικό γνώρισμα την κοινή απόφαση ιατρού-ασθενούς, πρακτική η οποία έρχεται σε αντιπαράθεση με την παραδοσιακή πατερναλιστική ιατρική όπου ο ασθενής ήταν απλά ο σιωπηλός αποδέκτης των αποφάσεων της ιατρικής αυθεντίας.

Σύμφωνα με τον Brody, η ιατρική ηθική μπορεί να διακριθεί και να χαρακτηριστεί ως παλαιά και νέα με βάση τον τρόπο λήψης των ιατρικών αποφάσεων. Η νέα ηθική θεώρηση μετακυλίει σταδιακά την ευθύνη της λήψης της απόφασης για την υγεία από τον ιατρό στον ασθενή και φανερώνει τον κυριαρχικό πλέον ρόλο του ασθενούς στην απόφαση για την εφαρμογή διαγνωστικών, θεραπευτικών ή προληπτικών παρεμβάσεων στο σώμα του. Δεν υπάρχει ένα αντικειμενικό καλό για τον ασθενή, που γνωρίζει μόνο ο ιατρός, αλλά ένα ατομικό καλό, αποτέλεσμα καθορισμού και συνεκτίμησης ποικίλων παραγόντων από τον ίδιο τον ασθενή, που αφορά τον ίδιο και παράγεται και προάγεται από τον ίδιο (Σπανάκη, 2019: 34).

Η παλαιά και σύγχρονη ηθική φιλοσοφία εμπεριέχει σοβαρά στους κόλπους της την αρχή της αυτονομίας. Ο Kant αναγορεύει την αυτονομία σε θεμελιώδες αξίωμα ηθικότητας σε αντίθεση προς κάθε άλλο αξίωμα. Θεμελιώνοντας την αυτονομία στην ηθική υποστηρίζει ότι ο ηθικός νόμος τίθεται μόνο με τη χρήση της καθαρής λογικής, της κριτικής ικανότητας και της αγαθής ανθρώπινης βούλησης. Προϋπόθεση της αυτονομίας κατά τον Kant είναι η ελευθερία. Το άτομο στηρίζεται στην καθαρή λογική, η οποία καθορίζει την ηθική συμπεριφορά μέσω της χρήσης της καθαρής βούλησης και θεσπίζει τον εκ των προτέρων ηθικό νόμο. Έτσι επιτυγχάνει την αυτονομία η οποία επιβάλλει δέσμευση και υπακοή στον ηθικό νόμο.

Ο Mill υποστήριζε την θεωρία του ωφελιμισμού, η οποία καθορίζει τον ελάχιστο βαθμό του δέοντος και της ηθικής. Αναφέρεται στην έννοια της αυτονομίας ως την ελευθερία που έχει ο άνθρωπος να εκφράζει τις απόψεις του και να επιδιώκει το όφελός του με το

δικό του τρόπο, αλλά με έναν περιορισμό. Ο περιορισμός έγκειται στην υποχρέωση του ατόμου να μην προκαλέσει βλάβη σε άλλους, να μην ζημιώσει, δηλαδή, άλλο άνθρωπο. Επίσης, υποστήριζε ότι κάθε άνθρωπος είναι ο ίδιος ο καλύτερος προστάτης της υγείας του (Γαβριηλίδου, 2018:9). Ο κάθε άνθρωπος, κατά τον Mill, έχει απόλυτη ανεξαρτησία όσον αφορά στον εαυτό του, γιατί ο ίδιος είναι κυρίαρχος όχι μόνο πάνω στο πνεύμα του αλλά και στο σώμα του. Ο Mill εξυψώνει την ελευθερία της σκέψης, του συναισθήματος, στόχων και επιδιώξεων σε υπέρτατη αξία, θεωρώντας ότι ο καθένας πρέπει να είναι ελεύθερος να διαμορφώνει και να επιδιώκει ένα σχέδιο ζωής σύμφωνα με τον χαρακτήρα του και τις απόψεις του (Μαρκεζίνη, 2015: 67).

Η Onora O’Niell έχει μια κριτική στάση απέναντι στην αυτονομία ως ατομική επιλογή, την οποία θεωρεί σχετική ως αυτονομία από κάτι, επιλεκτική ως προς κάτι και διαβαθμιζόμενη ως προς τον βαθμό αυτονομίας του ατόμου, η αυτονομία δε αυτή στερείται ηθικού βάρους. Αυτή η θεώρηση της ατομικής αυτονομίας δικαιολογεί και την έλλειψη εμπιστοσύνης του κοινού διότι η εμπιστοσύνη προϋποθέτει σχέση και αμοιβαίες υποχρεώσεις, ενώ η ατομική αυτονομία σχετίζεται με δικαιώματα και διεκδικήσεις.

Τα κριτικά συμφέροντα είναι συστατικά της αυτονομίας στον Dworkin, η οποία έγκειται στην ικανότητα να έχει κάποιος ένα διακριτό χαρακτήρα και να δρα με μια αίσθηση ταύτισης με τις αξίες του, την λεγόμενη ατομικότητα. Στην Επικράτεια της Ζωής (σελ. 319), ορίζει την αυτονομία ως εξής: «Η αξία της αυτονομίας, κατ’ αυτήν την άποψη, απορρέει από την ικανότητα που προστατεύει: την ικανότητα του καθενός να εκφράζει τον χαρακτήρα του, τις αξίες του, τις δεσμεύσεις του, τις πεποιθήσεις του, καθώς και τα κριτικά και τα απλώς βιωματικά συμφέροντά του, κατά τη διάρκεια του βίου του. Η αναγνώριση ενός ατομικού δικαιώματος στην αυτονομία καθιστά δυνατή την αυτοπραγμάτωση».

Οι Beauchamp and Childress υποστηρίζουν ότι οι βασικές αρχές της βιοηθικής είναι τέσσερις και αφορούν στην αρχή της προσφοράς, της μη βλάβης, της αυτονομίας και της δικαιοσύνης. Οι δύο τους αναγνώρισαν ότι η αρχή της αυτονομίας εκλαμβάνόταν μερικές φορές στη βιοηθική ως η πλέον σημαντικότερη, αφού για τους υποστηρικτές της αυτή θεμελιώνεται με την υποχρέωση του ιατρού έναντι των ασθενών να παρουσιάζει σε αυτούς πάντοτε την αλήθεια επιζητώντας την συγκατάθεσή τους με εμπιστευτικότητα και διακριτικότητα (O' Niell, 2011:53).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το 2000 στο πλαίσιο της αξιολόγησης των συστημάτων υγείας διεθνώς χρησιμοποίησε σαν βασικό κριτήριο την υπευθυνότητα. Το κριτήριο αυτό περιλαμβάνει τον σεβασμό της αξιοπρέπειας των προσώπων και των οικογενειών τους, και την προστασία της αυτονομίας τους στη λήψη αποφάσεων για την υγεία τους. Με τον τρόπο αυτό ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας θέτει την αυτονομία του ασθενούς και τον ιατρικό ανθρωπισμό στο επίκεντρο των συστημάτων υγείας. Στην ιατρική πράξη ο σεβασμός της αυτονομίας έχει ως στόχο την καλύτερη δυνατή εφαρμογή της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, με τρόπο όμως που γίνονται σεβαστές οι ανάγκες και οι επιθυμίες των ασθενών (Νταβώνη και συνεργάτες, 2013:8).

Η αυτονομία μπορεί να οριστεί ως, η δυνατότητα ενός ανθρώπου να σκέπτεται, να αποφασίζει και να πράττει με τρόπο, ώστε η σκέψη και η πράξη του να είναι ελεύθερες, ανεξάρτητες, χωρίς δεσμεύσεις ή εμπόδια (Gillon, 1985 από Σπανάκη, 2019:32).

Ένα ανθρώπινο ον διαθέτει την ικανότητα αυτόνομης δράσης όταν μαζί με άλλα διαθέτει ιδιότητες όπως η αυτοσυνειδησία, η στοιχειώδης ευφυΐα και η δυνατότητα συλλογής και επεξεργασίας πληροφοριών. Βάσει αυτών καταλήγουμε στο ότι κοινή συνισταμένη όλων των πιο πάνω είναι ότι η αρχή της προσωπικής αυτονομίας επιτάσσει ότι κανένα πρόσωπο δεν πρέπει να εμποδίζεται κατά την εκτέλεση των αποφάσεων που συνειδητά λαμβάνει, και επιπλέον εφόσον οι πράξεις του δεν παραβιάζουν αδικαιολόγητα την αυτονομία των άλλων. Άρα ο νεομισμένος αντιπρόσωπος σύμφωνα με την νομοθεσία

δεν πρέπει να είναι τίποτα περισσότερο από εκφραστής και εκτελεστής των αποφάσεων αυτού που βρίσκεται τη δεδομένη στιγμή σε αδυναμία να αποφασίσει.

Η Συμεωνίδου – Καστανίδου (2021:4) αναφέρει ότι στον κανόνα που κατοχυρώνει την αυτονομία των ασθενών υπάρχουν έξι εξαιρέσεις. Αυτές αφορούν στις ακόλουθες ομάδες προσώπων:

- Άτομα νεότερα των δεκαοκτώ ετών, επί των οποίων μπορούν να ενεργηθούν ιατρικές πράξεις, ακόμα και παρά την θέλησή τους, εφόσον είναι αναγκαίες για τη βελτίωση της υγείας τους και υπάρχει προς τούτο η σύμφωνη γνώμη των νόμιμων εκπροσώπων τους.
- Άτομα που δεν έχουν ικανότητα να διατυπώσουν έγκυρη βούληση, οπότε αρκεί η συναίνεση των νόμιμων αντιπροσώπων τους και αν αυτοί δεν έχουν οριστεί, των συγγενών τους.
- Άτομα που πάσχουν από ψυχική διαταραχή, δεν είναι ικανά να κρίνουν τι είναι καλό για την υγεία τους και η έλλειψη νοσηλείας θα έχει ως συνέπεια είτε να αποκλεισθεί η θεραπεία τους είτε να επιδεινωθεί η κατάσταση της υγείας τους, τα οποία υποβάλλονται σε υποχρεωτική θεραπεία με εισαγγελική εντολή.
- Άτομα που πάσχουν από ψυχική διαταραχή και η νοσηλεία είναι απαραίτητη για να αποτραπούν πράξεις βίας κατά των ιδίων ή τρίτων, οπότε μπορεί να διαταχθεί η υποχρεωτική νοσηλεία τους.
- Άτομα που κατά την τέλεση αξιόποινης πράξης μεγάλης βαρύτητας ήταν ακαταλόγιστα και το δικαστήριο κρίνει ότι αν αφεθούν ελεύθερα υπάρχει κίνδυνος να τελέσουν και άλλα ανάλογης βαρύτητας εγκλήματα, οπότε διατάσσεται η υποβολή τους σε ψυχιατρική θεραπευτική αγωγή.
- Άτομα που εκτίουν ποινή στέρησης της ελευθερίας και αρνούνται να συναινέσουν σε ιατρική πράξη που κρίνεται αναγκαία για την υγεία τους.

Αναφέρει επιπλέον ότι αναπτύσσονται ιδιαίτερα ζητήματα όταν ο ασθενής δεν είναι σε θέση να εκφράσει τη βούληση του αλλά έχει ήδη εκφράσει τη βούληση του σε προγενέστερο χρόνο, με χαρακτηριστικό παράδειγμα τον ασθενή που βρίσκεται σε κώμα ή σε καρκίνο τελικού σταδίου, ασθενείς οι οποίοι ζητούν από τους ιατρούς να μην προχωρήσουν σε διαδικασία ανάνηψης σε περίπτωση καρδιακής ανακοπής. Το άρθρο 29 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας που αναφέρεται στις «Ιατρικές αποφάσεις στο τέλος της ζωής» ακολουθώντας το άρθρο 9 της Σύμβασης του Οβιέδο, προβλέπει ότι «ο γιατρός λαμβάνει υπόψη τις επιθυμίες που είχε εκφράσει ο ασθενής, ακόμα και αν, κατά το χρόνο της επέμβασης ο ασθενής δεν είναι σε θέση να το επαναλάβει» (Συμεωνίδου – Καστανίδου, 2021:16).

Κεντρική σημασία για τη βιοϊατρική ηθική έχει αποκτήσει το ερώτημα αν θα πρέπει να αποδοθεί προτεραιότητα στην έννοια της αυτονομίας των ασθενών έναντι της επαγγελματικής προσφοράς. Για τους υποστηρικτές του δικαιώματος των ασθενών στην αυτονομία, η υποχρέωση του γιατρού έναντι των ασθενών να παρουσιάζει την αλήθεια, να επιζητεί τη συγκατάθεση τους, να λειτουργεί με εμπιστευτικότητα και διακριτικότητα θεμελιώνεται κατά κύριο λόγο (ή ενδεχομένως αποκλειστικά) στην αρχή του σεβασμού της αυτονομίας. Άλλοι, αντιθέτως, θεμελιώνουν αυτές τις υποχρεώσεις στην υποχρέωση προσφοράς εκ μέρους των επαγγελματιών. Η κύρια υποχρέωση του θεραπευτή είναι να ενεργεί με γνώμονα την ιατρική ωφέλεια των ασθενών και όχι την αυτόνομη λήψη αποφάσεων. Παρ' όλα αυτά το δικαίωμα στην αυτονομία έχει αποκτήσει τόσο μεγάλη επιρροή, που σήμερα είναι πια δύσκολο να συναντήσει κανείς μια ξεκάθαρη θέση υπέρ των παραδοσιακών μοντέλων ιατρικής προσφοράς (Beauchamp and Childress από O' Niell, 2011:53).

3.3 Ενήμερη Συγκατάθεση

Η Ο' Niell επισημαίνει ότι ο πολυσυζητημένος θρίαμβος της αυτονομίας είναι κατά κύριο λόγο, ο θρίαμβος των απαιτήσεων για ενήμερη συγκατάθεση. Η έννοια της αυτονομίας σχετίζεται με την έννοια της συγκατάθεσης, ώστε να υπάρχει ο σεβασμός και η αμοιβαία αναγνώριση των ατόμων, τα οποία αντιμετωπίζονται ως πρόσωπα και απορρίπτονται οι έννοιες του καταναγκασμού και της εξαπάτησης (Ο' Niell, 2011 από Γαβριηλίδου 2018: 12).

Η συναίνεση του ασθενούς είναι απαραίτητη για το επιτρεπτό κάθε ιατρικής πράξης. Η προϋπόθεση της έγκυρης συναίνεσης του ασθενούς προκύπτει από την προστασία της προσωπικότητας του ασθενούς, το δικαίωμα κάθε προσώπου να αυτοκαθορίζεται σε σχέση με τη σωματική του ακεραιότητα και την υγεία του (Λιάπη, 2013:32).

Στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας και συγκεκριμένα στο Άρθρο 11 αναγράφεται εκτενώς η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενή και της οικογένειάς του.

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

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

Στην παρ. 4: Αν τα πρόσωπα δεν έχουν την ικανότητα να συναινέσουν για την εκτέλεση ιατρικής πράξης, ο ιατρός τα ενημερώνει στο βαθμό που αυτό είναι εφικτό. Ενημερώνει, επίσης, τα τρίτα πρόσωπα, που έχουν την εξουσία να συναινέσουν για την εκτέλεση της πράξης αυτής, κατά τις διακρίσεις του επόμενου άρθρου.

Το Άρθρο 12 περιλαμβάνει την Συναίνεση του Ενημερωμένου Ασθενή όπου:

Στην παρ. 1 αναφέρεται πως: Ο ιατρός δεν επιτρέπεται να προβεί στην εκτέλεση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης χωρίς την προηγούμενη συναίνεση του ασθενή.

Στην παρ. 2 αναφέρονται οι προϋποθέσεις της έγκυρης συναίνεσης του ασθενή, και αυτές είναι οι ακόλουθες:

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

β) Ο ασθενής να έχει ικανότητα για συναίνεση.

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

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

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

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

Στην παρ. 3 αναφέρεται πού κατ' εξαίρεση δεν απαιτείται συναίνεση:

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

β) στην περίπτωση απόπειρας αυτοκτονίας,

γ) αν οι γονείς ανήλικου ασθενή ή οι συγγενείς ασθενή που δεν μπορεί για οποιονδήποτε λόγο να συναινέσει ή άλλοι τρίτοι, που έχουν την εξουσία συναίνεσης για τον ασθενή, αρνούνται να δώσουν την αναγκαία συναίνεση και υπάρχει ανάγκη άμεσης παρέμβασης, προκειμένου να αποτραπεί ο κίνδυνος για τη ζωή ή την υγεία του ασθενή.

Επιπλέον στη Σύμβαση του Oviedo

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Στο άρθρο 5, αναφέρεται σαν γενικός κανόνας: Επέμβαση σε θέματα υγείας μπορεί να υπάρξει μόνον αφού το ενδιαφερόμενο πρόσωπο δώσει την ελεύθερη συναίνεσή του, κατόπιν προηγούμενης σχετικής ενημέρωσής του. Το πρόσωπο αυτό θα ενημερώνεται εκ των προτέρων καταλλήλως ως προς το σκοπό και τη φύση της επέμβασης, καθώς και ως προς τα επακόλουθα και κινδύνους που αυτή συνεπάγεται. Το ενδιαφερόμενο πρόσωπο μπορεί ελεύθερα και οποτεδήποτε να ανακαλέσει τη συναίνεση του.

Στο άρθρο 6, Προστασία των προσώπων που βρίσκονται σε αδυναμία να συναινέσουν:

1. Κατά τα άρθρα 17 και 20 κατωτέρω, επέμβαση δύναται να διενεργηθεί μόνο επί προσώπου που δεν διαθέτει την ικανότητα να συναινέσει, για άμεσο όφελος του.
2. Στις περιπτώσεις που, σύμφωνα με το νόμο, ο ανήλικος δεν διαθέτει την ικανότητα να συναινέσει σε επέμβαση, η επέμβαση επιτρέπεται μόνο κατόπιν εξουσιοδότησης του αντιπροσώπου του ή των αρχών ή του προσώπου ή σώματος που προβλέπεται από το

νόμο. Η γνώμη του ανηλίκου θα λαμβάνεται υπόψη σαν αυξανόμενος καθοριστικός παράγοντας σε αναλογία με την ηλικία και το βαθμό ωριμότητάς του.

3. Σε περιπτώσεις όπου, σύμφωνα με το νόμο, ο ενήλικος δεν διαθέτει την ικανότητα συναίνεσης σε επέμβαση εξαιτίας διανοητικής αναπηρίας, νόσου ή για παρεμφερείς αιτίες, η επέμβαση επιτρέπεται μόνο κατόπιν εξουσιοδότησης του αντιπροσώπου του ή αρχής ή προσώπου η σώματος που προβλέπεται από τη νομοθεσία. Το ενδιαφερόμενο άτομο θα λαμβάνει, στο μέτρο του δυνατού, μέρος στη διαδικασία εξουσιοδότησης.

4. Στον αντιπρόσωπο, την αρχή, το πρόσωπο ή το σώμα που αναφέρονται στις παραγράφους 2 και 3 ανωτέρω, θα παρέχεται, υπό τις αυτές προϋποθέσεις, η ενημέρωση που αναφέρεται στο άρθρο 5.

5. Η εξουσιοδότηση που αναφέρεται στις παραγράφους 2 και 3 ανωτέρω δύναται να ανακληθεί οποτεδήποτε προς το συμφέρον του ενδιαφερόμενου προσώπου.

Στο άρθρο 7, Προστασία των ατόμων που πάσχουν από διανοητική διαταραχή: Με την επιφύλαξη των προστατευτικών διατάξεων που ορίζονται από το νόμο, συμπεριλαμβανομένης της εποπτικής, ελεγκτικής και αναιρετικής διαδικασίας, το πρόσωπο που πάσχει από διανοητική διαταραχή σοβαράς μορφής δύναται να υποβληθεί, χωρίς τη συγκατάθεση του, σε επέμβαση που αποσκοπεί στη θεραπεία της διανοητικής του διαταραχής, μόνο στις περιπτώσεις κατά τις οποίες, χωρίς αυτή τη θεραπεία, είναι πιθανόν να ανακύψει σοβαρή βλάβη της υγείας του.

Στο άρθρο 8, Επείγουσες καταστάσεις: Όταν λόγω του επείγοντος της κατάστασης δεν δύναται να ληφθεί η δέουσα συναίνεση, επιτρέπεται να επιτελείται άμεσα κάθε ιατρικώς αναγκαία επέμβαση προς όφελος της υγείας του ενδιαφερόμενου ατόμου.

Στο άρθρο 9, Επιθυμίες εκφρασθείσες εκ των προτέρων: Οι προγενέστερα εκφρασθείσες επιθυμίες του ασθενούς σχετικά με ιατρική επέμβαση θα λαμβάνονται υπόψη, προκειμένου για ασθενή, ο οποίος, κατά το χρόνο της επέμβασης, δεν είναι σε θέση να εκφράσει τις επιθυμίες του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3,

στο άρθρο 10, Προσωπική ζωή και δικαίωμα στην ενημέρωση:

1. Όλοι έχουν το δικαίωμα σεβασμού της προσωπική τους ζωής σε σχέση με την πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας τους.
2. Όλοι δικαιούνται να λαμβάνουν γνώση κάθε πληροφορίας σχετικής με την κατάσταση της υγείας τους. Θα είναι σεβαστές, ωστόσο, οι επιθυμίες των ατόμων που επιλέγουν να μην ενημερώνονται σχετικά.
3. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις, είναι δυνατή η επιβολή περιορισμών από το νόμο στην άσκηση των δικαιωμάτων που αναφέρονται στην παρ. 2 προς το συμφέρον του ασθενούς.

Η ενημερωμένη συναίνεση του ασθενή αποτελεί ζήτημα μεγάλου ενδιαφέροντος τόσο για την ιατρική όσο και για την βιοηθική. Η υποχρέωση του ιατρού να μη διενεργεί ιατρικές πράξεις χωρίς τη συναίνεση του ασθενούς, καθώς και η υποχρέωση του να παρέχει στον ασθενή πληροφορίες, αποτελεί ηθική δέσμευση του ιατρού, με νομική και δεοντολογική διάσταση (Γκόγκου, 2019:34).

Με βάσει τα σύγχρονα δεδομένα, την ταχεία διάχυση πληροφοριών και την εύκολη ενημέρωση του κοινού σε θέματα υγείας από πάμπολλες πηγές, ολοένα και περισσότερες περιπτώσεις διεκδίκησης δικαιωμάτων και δικαίου των ασθενών βλέπουν το φως της δημοσιότητας. Όλα αυτά κάνουν επιβεβλημένη την αυτόνομη, εθελούσια και ενυπόγραφη εξουσιοδότηση του ατόμου για οποιαδήποτε ιατρική παρέμβαση.

Η ενήμερη συγκατάθεση στην ιατρική πράξη είναι η σημαντικότερη διάσταση της αυτονομίας στην ιατρική ηθική. Η προηγούμενη ρηχή συγκατάθεση, η ενυπόγραφη δηλαδή ανάληψη ευθύνης από τον ασθενή για οποιαδήποτε παρέμβαση μετά από μια απλή προειδοποίηση για τους κινδύνους της, δεν αποτελεί πλέον πραγματική συναίνεση. Είναι έκδηλο ότι στα προαναφερόμενα ζωτική σημασία κατέχει η αρχή της προάσπισης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Αυτό εξασφαλίζεται και μέσω νομικών γνωματεύσεων

και βάσει αυτών υποχρεώνονται όλοι οι επαγγελματίες υγείας στην εξασφάλιση ενυπόγραφης συγκατάθεσης πριν από την οποιαδήποτε παροχή φροντίδας.

Οι τέσσερις αρχές της βιοηθικής, δηλαδή, ο σεβασμός της αυτονομίας, της μη βλάβης, της αγαθοπραξίας και της δικαιοσύνης υποχρεώνει και παράλληλα προσφέρει στους λειτουργούς υγείας την υποχρέωση να λαμβάνουν αποφάσεις και να χειρίζονται ηθικά ζητήματα. Η αναγκαιότητα στη λήψη συνειδητής συγκατάθεσης θεωρείται ουσιαστική για μια ιατρική πράξη αφού με αυτή επιβεβαιώνεται η αυτονομία και η ελεύθερη βούληση του ατόμου. Με αυτή δύναται να προστατευτεί ο ασθενής από ενδεχόμενες αυθαιρεσίες, δύναται να αποφευχθεί η εξαπάτηση ή η αδικαιολόγητη πίεση στην εφαρμογή θεραπευτικών χειρισμών, και έτσι καλλιεργείται το κατάλληλο κλίμα λήψης αποφάσεων οι οποίες είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες, με απώτερο στόχο το συμφέρον του ασθενούς. Εκτός αυτών προστατεύεται παράλληλα και το ιατρικό επάγγελμα αφού ενθαρρύνεται η λεπτομερής εξέταση του περιστατικού και επιπλέον μπορεί να προσφέρει σε θεράποντες και λοιπούς επαγγελματίες υγείας νομική προστασία.

Κεφάλαιο 4

Το Φιλοσοφικό Ρεύμα του Πραγματισμού

Ο πραγματισμός είναι η φιλοσοφική στάση που υπερασπίζεται ότι μια φιλοσοφική και επιστημονική γνώση μπορεί να θεωρηθεί αληθής μόνο ως προς τις πρακτικές της συνέπειες. Ο πραγματισμός εμφανίστηκε επίσημα το 1870 στις Ηνωμένες Πολιτείες και σε γενικές γραμμές προτείνει ότι, έγκυρη είναι μόνο η γνώση που έχει πρακτική χρήση. Υποδηλώνει επίσης ότι το κύριο καθήκον της φιλοσοφίας και της επιστήμης είναι να δημιουργούν συνθήκες που είναι πρακτικές και χρήσιμες. Πατέρας του πραγματισμού θεωρείται ο Charles Sanders Peirce και συνεχιστής του φιλοσοφικού αυτού του ρεύματος ο William James.

Ο Peirce αναφέρει ότι ο όρος πραγματισμός προέρχεται από την ελληνική λέξη «πράγμα», που σημαίνει αυτό το οποίο πράττεται, και από την οποία προέρχονται οι ελληνικές λέξεις πρακτική και πρακτικός. Ο Peirce, αφού σημειώνει ότι οι πεποιθήσεις μας στην πραγματικότητα είναι κανόνες για πράξη, αναφέρει ότι, «για να αναπτύξουμε το νόημα μιας σκέψης, χρειάζεται μόνο να προσδιορίσουμε τι είδους συμπεριφορά της ταιριάζει. Αυτή η συμπεριφορά είναι για εμάς η μόνη της σημασία. Και το μόνο από πράγμα στη βάση όλων των νοητικών μας διακρίσεων, ακόμα και των πιο λεπτών, είναι ότι όλες τους, ακόμα και οι πιο εξεζητημένες, δεν έγκεινται σε τίποτε άλλο παρά μόνο σε μια διαφορά στο επίπεδο της πρακτικής. Επομένως, για να επιτύχουμε απόλυτη σαφήνεια στις σκέψεις μας για ένα αντικείμενο, χρειάζεται μόνο να εξετάσουμε ποια εύλογα πρακτικά αποτελέσματα μπορεί να ενέχει αυτό το αντικείμενο – τι είδους συναισθήματα πρέπει να προσδοκούμε από αυτό και για τι είδους αντιδράσεις πρέπει να είμαστε προετοιμασμένοι. Η αντίληψη μας γι' αυτά τα αποτελέσματα, είτε άμεση είτε απώτερη,

συνιστά για εμάς το σύνολο της αντίληψης μας για το αντικείμενο, από τη στιγμή που η αντίληψη έχει απόλυτα θετική σημασία» (James από Σταματέλο, 2006:61-62).

Στην ενότητα που ακολουθεί θα επικεντρωθώ σε συγγράμματα από το βιβλίο *Πραγματισμός*, όπως αυτό έχει μεταφραστεί από τον Χρήστο Σταματέλο. Το βιβλίο αυτό περιλαμβάνει μια σειρά διαλέξεων που ο James είχε δώσει στη Βοστώνη και στη Νέα Υόρκη το 1906-1907. Στην περίληψη του βιβλίου αναφέρεται ότι «η θεμελιακή υπόθεση που διατρέχει το σύνολο των οκτώ διαλέξεων του βιβλίου είναι ότι το νόημα των ιδεών μας διαπλέκεται άμεσα με τις δυνητικές συνέπειες του. Χωρίς τις τελευταίες οι ιδέες είναι άνευ νοήματος. Ο James φρονεί ότι αυτή είναι η μέθοδος που χρησιμοποιείται από τους επιστήμονες για να προσδιορίσουν τις έννοιες τους και να ελέγξουν τις υποθέσεις τους, οι οποίες εφόσον έχουν νόημα, καταλήγουν σε επιτυχείς προβλέψεις. Οι υποθέσεις μπορούν να θεωρηθούν αληθείς, εάν λάβουν χώρα τα γεγονότα που προβλέφθηκαν. Από την άλλη, οι περισσότερες μεταφυσικές θεωρίες στερούνται νοήματος, καθώς δεν περιέχουν προβλέψεις ικανές να ελεγχθούν. Οι θεωρίες που έχουν νόημα αποτελούν εργαλεία για να διαχειριστούμε προβλήματα τα οποία προκύπτουν από την εμπειρία».

Βάσει συγγραμμάτων από τον φιλοσοφικό πραγματισμό θα γίνει προσπάθεια επεξήγησης του ιατρικού πατερναλισμού και της επιλογής των ιατρών στις μάταιες θεραπείες.

4.1 Ο Πραγματισμός του William James

Για τον James ο πραγματισμός αποτελεί μια φιλοσοφική άσκηση στο πεδίο της γνωσιολογίας, της ψυχολογίας, της επιστήμης και της θεολογίας. Η αρχή του πραγματισμού έγκειται στο ότι το νόημα κάθε έννοιας που έχουμε κατά νου είναι η πρακτική συνέπεια που αυτή συνάγει (Σταματέλος, 2006:10). Αναφέρει χαρακτηριστικά: «Προσδοκώ πλήρως να δω την αντίληψη περί αλήθειας του πραγματισμού να διατρέχει

τα κλασικά στάδια της ανάπτυξης μιας θεωρίας. Γνωρίζετε ότι μια νέα θεωρία πρώτα δέχεται επίθεση ως παράλογη, έπειτα γίνεται αποδεκτή ως αληθής αλλά κοινότοπη και άνευ σημασίας και, τέλος, θεωρείται τόσο σημαντική, που οι πολέμιοι της ισχυρίζονται ότι αυτοί οι ίδιοι την ανακάλυψαν» (από Σταματέλο, 2006:192).

Η μέθοδος του πραγματισμού, σύμφωνα με τον James, αποπειράται να ερμηνεύσει κάθε έννοια αναζητώντας τις ιδιαίτερες πρακτικές της συνέπειες. «Η αξία των εννοιών των οποίων οι πρακτικές συνέπειες δεν υπόκεινται ακόμη σε επιστημονικό έλεγχο εξαρτάται από τη βούληση. Επομένως, ανάμεσα σε δύο υποθέσεις εκ των οποίων καμία δεν μπορεί να ελεγχθεί επιστημονικά, η επιλογή γίνεται από τη βούληση στη βάση της χρησιμότητας. Ωστόσο, ο James θεωρεί ότι ο πραγματισμός είναι εξίσου μια μέθοδος για την ανάλυση φιλοσοφικών προβλημάτων και μια θεωρία αλήθειας. Επίσης, τον αντιλαμβάνεται ως μια επέκταση της μεθόδου του εμπειρισμού (είναι η θεωρία που υποστηρίζει πως η πηγή και τα συστατικά της ανθρώπινης γνώσης προέρχονται από την εμπειρία που αποκτάται μέσω των αισθήσεων, είτε αυτές είναι η ακοή, όραση, αφή, όσφρηση, γεύση, είτε είναι οι εσωτερικές αισθήσεις όπως ο πόνος και η ευχαρίστηση), ως προς το ότι απομακρύνεται από αφηρημένες θεωρίες και παγιωμένες ή απόλυτες αρχές και στρέφεται προς συγκεκριμένα γεγονότα, πράξεις και σχετικές αρχές. Οι θεωρίες είναι, σύμφωνα με τη θεωρία του πραγματισμού, εργαλεία που οι άνθρωποι τα χρησιμοποιούν για να επιλύουν προβλήματα και θα πρέπει να κρίνονται με βάση τις πρακτικές συνέπειες που έχουν για την ανθρώπινη συμπεριφορά» (Σταματέλος, 2006:11).

«Ο πραγματισμός αντιπροσωπεύει μια απόλυτα οικεία στάση στη φιλοσοφία, την εμπειριστική στάση, αλλά φαίνεται ότι την αντιπροσωπεύει με μια πιο ριζοσπαστική και λιγότερο αντιδραστική μορφή από όσο μέχρι τώρα έχει υποτεθεί. Ένας πραγματιστής στρέφει την πλάτη του αποφασιστικά και οριστικά σε πολλές αθεράπευτες συνήθειες προσφιλείς σε επαγγελματίες φιλοσόφους. Απομακρύνεται από την αφαίρεση και την ανεπάρκεια, από λεκτικά σχήματα, από επισφαλείς a priori λόγους, από πάγιες αρχές, από περικόκιστα συστήματα και υποτιθέμενες απολυτότητες και απαρχές. Προσεγγίζει την ακρίβεια και την επάρκεια, τα γεγονότα, την πράξη και την ισχύ. Αυτό σημαίνει ότι ο

εμπειριστικός χαρακτήρας υπερισχύει και ο ορθολογιστικός χαρακτήρας αληθινά εγκαταλείπεται. Σημαίνει τον ανοικτό κόσμο και τις δυνατότητες της φύσης ενάντια στο δόγμα, στην τεχνικότητα και την υποκρισία του τελεσίδικου χαρακτήρα της αλήθειας. Ο πραγματισμός εμφανίζεται όχι ως μια λύση, αλλά ως πρόγραμμα προς εκπόνηση και, πιο συγκεκριμένα, ως μια ένδειξη για τους τρόπους με τους οποίους μπορούν να μεταβληθούν οι υπάρχουσες πραγματικότητες. Επομένως πραγματισμός μέχρι τώρα σημαίνει όχι συγκεκριμένα αποτελέσματα, αλλά μόνο έναν τρόπο προσανατολισμού. Τον τρόπο να αποστρέφουμε το βλέμμα μας από πρωταρχικά πράγματα, αρχές, κατηγορίες, υποτιθέμενες αναγκαιότητες και να προσβλέπουμε σε έσχατα πράγματα, επακόλουθα, συνέπειες, γεγονότα» (James από Σταματέλο, 2006:67-70).

4.2 Αρχή της επαληθευσιμότητας στην ιατρική

Η έννοια ιατρική ματαιότητα εμφανίστηκε περί τα τέλη της δεκαετίας του 1980 και είχε ως σκοπό την διακοπή ιατρικών πράξεων διατήρησης στη ζωή ασθενών σε τελικό στάδιο. Για λόγους που η ερμηνεία τους δεν μπορεί να διευκρινιστεί, η ιατρική, με τη βοήθεια της ραγδαίας αναπτυσσόμενης τεχνολογίας, κατέστησε εφικτή τη διατήρηση στη ζωή ασθενών σε τελικό στάδιο χωρίς όμως να υπάρχει ελπίδα και για τη θεραπεία τους. Για αυτούς τα διαθέσιμα θεραπευτικά μέσα παρίστανται ως μάταια, όταν χωρίς να βελτιώνουν την κατάσταση της υγείας τους επιτείνουν τον πόνο, την ταλαιπωρία και την επιθανάτια αγωνία τους, μειώνοντας κατά συνέπεια την ποιότητα ζωής τους (Μιχαλούδη, 2020:5).

Όπως έχει ήδη αναφερθεί άνωθεν, οι ορκισμένοι στον όρκο του Ιπποκράτη ιατροί υποχρεούνται νομικά και ηθικά στην προστασία και παροχή ιατρικής θεραπείας στους ασθενείς τους μέχρι το τέλος της επίγειας ζωής τους, καταφεύγοντας έτσι ακόμα και σε μάταιες θεραπείες. Στις διαλέξεις του ο William James φαίνεται να απορρίπτει την

επιλογή αυτού του φαινομένου. Αναφέρει ότι, «μια ιδέα είναι αληθής στο βαθμό που το να πιστεύουμε σε αυτήν είναι επωφελές για τη ζωή μας. Το ότι είναι καλή από τη στιγμή που αποφέρει κάποιο όφελος είναι κάτι που με ευχαρίστηση θα το αποδεχόσαστε. Εάν ότι κάνουμε με τη βοήθεια της είναι καλό, θα αποδεχόμασταν την ιδέα ότι είναι καθαυτή καλή καθόσον λειτουργεί κατ' αυτό τον τρόπο, γιατί είμαστε αυτοί που την κατέχουν καλύτερα» (James από Σταματέλο, 2006:89).

«Ο μόνος έλεγχος στον οποίο ο πραγματισμός υποβάλλει μια πιθανή αλήθεια έγκειται στο ότι επιτυγχάνει την καλύτερη καθοδήγησή μας, στο τι ταιριάζει καλύτερα σε κάθε μέρος της ζωής και συνδυάζεται με το σύνολο των απαιτήσεων της εμπειρίας, χωρίς να παραλείπεται τίποτα». Και συνεχίζει με την διαπίστωση ότι, «η αντικειμενική αλήθεια πρέπει να είναι μη ωφελμιστική, αγέρωχη, εκλεπτυσμένη, αποστασιοποιημένη, μεγαλοπρεπής, υψηλή, μια απόλυτη αντιστοιχία των σκέψεων μας με μια εξίσου απόλυτη πραγματικότητα, να είναι αυτό που οφείλουμε να σκεπτόμαστε χωρίς προϋποθέσεις. Αληθές είναι το όνομα οποιουδήποτε πράγματος αποδεικνύεται καλό στο επίπεδο της πίστης, για συγκεκριμένους λόγους που μπορούν να του αποδοθούν» (James από Σταματέλο, 2006:82-94).

Η επεξήγηση της συνεχιζόμενης, παρά την ιατρική εξέλιξη βάσει αληθινών γεγονότων, επιλογής των μάταιων θεραπειών εκ μέρους των ιατρών φαίνεται να επεξηγείται στο ακόλουθο κομμάτι, το οποίο υποστηρίζει την μεταβίβαση κουλτούρας, στάσεων και αντιλήψεων διαμέσου των χρόνων. «Οι νόες μας επομένως αναπτύσσονται κατά τόπους και αυτοί οι τόποι, όπως οι κηλίδες, διαχέονται. Αλλά επιτρέπουμε να διαχέονται όσο το δυνατόν λιγότερο και διατηρούμε αμετάβλητη όση περισσότερη μπορούμε από την παλαιά γνώση, τις παλαιές προκαταλήψεις και πίστεις μας. Επιδιορθώνουμε και επισκευάζουμε περισσότερα από όσα ανανεώνουμε. Ο νεωτερισμός διαποτίζει και διαβρώνει την παλαιά μάζα γνώσης, αλλά επίσης επηρεάζεται από ότι τον απορροφά. Το παρελθόν μας συναισθάνεται και συνεργάζεται. Και εντός της νέας ισορροπίας, με την οποία περατώνεται κάθε βήμα προς τα μπρος κατά τη διαδικασία της μάθησης, πολύ

σπάνια συμβαίνει το νέο γεγονός να προστίθεται ανεπεξέργαστο. Το πιο σύνηθες είναι να ενσωματώνεται επεξεργασμένο ή, όπως θα μπορούσε να πει κανείς μεταφορικά, να σιγοψήνεται μέσα στη σάλτσα του παλαιού.

Οι νέες αλήθειες επομένως αποτελούν τα επιφαινόμενα νέων και παλαιών εμπειριών που συνδυάζονται και αμοιβαία τροποποιούν η μια την άλλη. Και καθώς έτσι συμβαίνει σήμερα στις αλλαγές των απόψεων, δεν υπάρχει λόγος να υποθέσουμε ότι κάτι τέτοιο δεν συνέβαινε ανέκαθεν. Συνάγεται λοιπόν ότι οι πλέον αρχέγονοι τρόποι σκέψης μπορεί να έχουν επιβιώσει στις απόψεις των ανθρώπων μέσα από όλες τις μετέπειτα αλλαγές. Οι πιο πρωτόγονοι τρόποι του σκέπτεσθαι μπορεί να μην έχουν εξαλειφθεί πλήρως: Όπως ακριβώς τα πέντε μας δάκτυλα, τα οστά του αυτιού μας, η ατροφική ουραία απόληξη ή οι άλλες υπολειμματικές μας ιδιαιτερότητες, ενδέχεται να παραμείνουν ως ανεξάλειπτα δείγματα συμβάντων στην ιστορία του γένους μας. Οι πρόγονοι μας μπορεί κάποτε να ήρθαν αντιμέτωποι με τρόπους του σκέπτεσθαι τους οποίους δεν είχαν μέχρι τότε συλλάβει, αλλά από τη στιγμή που συνέβη αυτό και έπειτα, η παράδοση συνεχίζεται. Όταν ξεκινάς ένα μουσικό κομμάτι με ένα συγκεκριμένο μουσικό κλειδί, πρέπει να το διατηρήσεις αυτό μέχρι τέλους. Μπορείς να αλλάξεις το σπίτι σου κατά βούληση, αλλά το σχέδιο των θεμελίων του πρώτου αρχιτέκτονα παραμένει, μπορείς να κάνεις εκτεταμένες αλλαγές, αλλά δεν μπορείς να αλλάξεις μια γοτθική εκκλησία σε δωρικό ναό. Μπορείς να ξεπλύνεις ξανά και ξανά ένα μπουκάλι, αλλά δεν μπορείς να απαλλαγείς από τη γεύση του φαρμάκου ή του ποτού με το οποίο αρχικά ήταν γεμάτο» (James από Σταματέλο, 2006:166-167).

Η πεποίθηση ότι ο ιατρός ενεργεί πάντοτε προς όφελος της υγείας του ασθενή παραχωρεί θεωρητικά, και εν μέρει πρακτικά, σε αυτόν το δικαίωμα να αποφασίζει για την τύχη του ασθενούς, άρα ο ίδιος ο ασθενής είναι εμμέσως πλην σαφώς υποχρεωμένος να υπακούει στις εντολές του ιατρού. Ο ιατρικός πατερναλισμός και η καταφυγή στις μάταιες θεραπείες από τους ιθύνοντες μπορούν άνετα να επεξηγηθούν στις παρακάτω δηλώσεις. «Το να συμφωνεί κάτι, υπό μια ευρεία έννοια, με μια πραγματικότητα μπορεί μόνο να σημαίνει ότι καθοδηγούμαστε κατευθείαν σε αυτήν ή κάπου κοντά της, ή ότι

ερχόμαστε σε λειτουργική επαφή με αυτήν, ώστε να διαχειριζόμαστε είτε αυτήν είτε κάτι που συνδέεται με αυτήν με καλύτερο τρόπο από όσο εάν ήμασταν σε ασυμφωνία. Με καλύτερο τρόπο είτε διανοητικά είτε πρακτικά! Και συχνά ασυμφωνία σημαίνει μόνο το αρνητικό γεγονός ότι τίποτε αντιφατικό από αυτό το τμήμα της πραγματικότητας δεν εμπλέκεται με τον τρόπο με τον οποίο οι παραστάσεις μας μας καθοδηγούν κάπου αλλού. Το να αντιγράψουμε μια πραγματικότητα (στην προκειμένη η επιλογή μιας μάταιης θεραπείας υπό την υπόδειξη της ιατρικής αυθεντίας) είναι πράγματι ένας πολύ σημαντικός τρόπος να συμφωνούμε με αυτήν, αλλά πόρρω απέχει από το να είναι και ουσιώδης. Το ουσιώδες είναι η διαδικασία της καθοδήγησης. Κάθε παράσταση που μας βοηθάει να συνδιαλλαγούμε, είτε σε πρακτικό είτε σε διανοητικό επίπεδο, με την πραγματικότητα ή με όσα ανήκουν σε αυτή, που δεν μας οδηγεί σε συγχύσεις αλλά ταιριάζει και προσαρμόζει τη ζωή μας στο σύνολο της πραγματικότητας, θα συμφωνεί επαρκώς ώστε να ικανοποιεί αυτή την απαίτηση. Θα αληθεύει γι' αυτή την πραγματικότητα» (James από Σταματέλο, 2006:205).

Και δυστυχώς το ότι το παρόν συνδέεται άρρηκτα με το παρελθόν επιβεβαιώνεται από τη δήλωση του James, δηλαδή, το ότι «το παρελθόν ήταν καθεαυτό αληθές το εγγυάται η συνοχή του με ότι είναι παρόν. Αν το παρόν είναι αληθές, το ίδιο θα ισχύει και για το παρελθόν» (James από Σταματέλο, 2006:206).

Το ότι οι ιατροί οφείλουν να απομακρυνθούν από πρακτικές του παρελθόντος όπου ο ιατρικός πατερναλισμός και η επιλογή των μάταιων θεραπειών ήταν αυτό καθαυτό η κύρια επιλογή τους, επεξηγείται από τον James με την ακόλουθη δήλωση, «Η ελεύθερη βούληση από τη σκοπιά του πραγματισμού σημαίνει καινοτομίες στον κόσμο, το δικαίωμα να προσδοκούμε ότι στα βαθύτερα στοιχεία του, όπως επίσης και στα επιφανειακά του φαινόμενα, το μέλλον ενδέχεται να μην επαναλαμβάνει και να μην μιμείται πανομοιότυπα το παρελθόν (James από Σταματέλο, 2006:125). Επιπλέον, μια παράσταση συμφωνεί με την πραγματικότητα, και επομένως είναι αληθής, μόνο εάν εμπλέκεται με επιτυχία στην επιδίωξη ανθρωπίνων σκοπών και ενδιαφερόντων, δηλαδή

εάν μας καθοδηγεί στην επίλυση μια προβληματικής κατάστασης» (Σταματέλος, 2006:16), όπου προβληματική κατάσταση μπορεί να θεωρηθεί η άσκοπη και ανούσια παράταση της ζωής ενός βαρέως πάσχοντα.

Επιλεγόμενα

Εκτιμώ ότι ως κατάληξη της παρούσας εργασίας θα πρέπει και πάλι να χρησιμοποιηθούν αποσπάσματα από τις εμπνευσμένες διαλέξεις του William James και τη χρησιμότητα του πραγματισμού στις τελικές αποφάσεις των ανθρώπων, αφού βάσει αυτού, η γνώση μπορεί να θεωρηθεί αληθής μόνο ως προς τις πρακτικές της συνέπειες.

Μέσα από τη μελέτη έχω καταλήξει στο ότι δεν υπάρχει ορθό και λάθος, ούτε στην εφαρμογή του ιατρικού πατερναλισμού, ούτε καν στην επιλογή ή όχι μιας μάταιης θεραπείας. Ο James αναφέρει πως «Αληθείς παραστάσεις είναι εκείνες που μπορούμε να τις αφομοιώσουμε, να τις επικυρώσουμε, να τις βεβαιώσουμε και να τις επαληθεύσουμε, ενώ ψευδείς είναι εκείνες που δεν μπορούμε. Αυτή είναι η πρακτική διαφορά που προκύπτει με το να έχουμε αληθείς παραστάσεις, και αυτό επομένως είναι το νόημα της αλήθειας, επειδή σε γενικές γραμμές αλήθεια είναι πρακτική γνώση» (James από Σταματέλο, 2006:194). «Η έννοια της αλήθειας γενικά, η οποία με φυσικό τρόπο και χωρίς στοχασμό υποθέτουμε ότι σημαίνει τον απλό αναδιπλασιασμό από τον νου μιας προκατασκευασμένης και δεδομένης πραγματικότητας, αποδεικνύεται δύσκολο να κατανοηθεί με σαφήνεια. Δεν διαθέτουμε κανέναν απλό έλεγχο για να αποφανθούμε εκ του προχείρου για την ορθότητα των διαφόρων τύπων σκέψης που ισχυρίζονται ότι την κατέχουν. Ο κοινός νους, η κοινή επιστήμη ή η μοριακή φιλοσοφία, η υπερκριτική επιστήμη ή η επιστήμη της ενέργειας και η κριτική ή η ιδεαλιστική φιλοσοφία, όλες φαίνονται, από μια άποψη, ανεπαρκώς αληθείς και αφήνουν μια αίσθηση ανικανοποίητου. Είναι προφανές ότι η διαπάλη αυτών των τόσο πολύ διαφορετικών συστημάτων μας υποχρεώνει να εξετάσουμε ενδελεχώς την ίδια την ιδέα της αλήθειας, γιατί προς το παρόν δεν διαθέτουμε οριστικό ορισμό του τι μπορεί να σημαίνει η λέξη» (James από Σταματέλο, 2006:189).

Πολιτισμικές και κοινωνικές επιρροές φαίνεται να αλλάζουν και να διαμορφώνουν τις στάσεις και τις αντιλήψεις των ανθρώπων όσον αφορά την υγεία και την ασθένεια. Η μετάβαση από το πατερναλιστικό πρότυπο στην αυτονομία των ασθενών, στην πραγματικότητα αποτελούσε μονόδρομο και αυτή η διαδικασία πραγματοποιείται μέχρι και σήμερα. «Ένας τεράστιος αριθμός πραγμάτων στον κόσμο υπηρετεί έναν κοινό σκοπό. Όλα τα ανθρωπογενή συστήματα, διοικητικά, βιομηχανικά, στρατιωτικά και διάφορα άλλα, υπάρχουν με σκοπό τον έλεγχο. Κάθε έμβιο ον επιδιώκει τους δικούς του ιδιαίτερους σκοπούς. Συνεργάζονται, σύμφωνα με τον βαθμό ανάπτυξης τους, για σκοπούς του συνόλου ή του είδους στο οποίο ανήκουν, έτσι ώστε μακροπρόθεσμοι στόχοι να ενσωματώνουν βραχυπρόθεσμους, μέχρις ότου να μπορεί να επιτευχθεί ένας απόλυτα απλός έσχατος και κρίσιμος σκοπός προς τον οποίο κατατείνουν χωρίς εξαίρεση όλα τα πράγματα. Είναι περιττό να πούμε ότι τα φαινόμενα έρχονται σε σύγκρουση με αυτή την άποψη. Κάθε επιφανόμενο, μπορεί να έχει σχεδιαστεί εκ των προτέρων, αλλά κανένα από τα αποτελέσματα που πραγματικά γνωρίζουμε σε αυτό τον κόσμο δεν έχει σχεδιαστεί εκ των προτέρων με όλες του τις λεπτομέρειες. Οι άνθρωποι και τα έθνη έχουν αφετηρία τους την ασαφή ιδέα να γίνουν πλούσιοι ή μεγάλοι ή καλοί (με τον ίδιο απολύτως τρόπο που οι ιατροί επιθυμούν την καλή έκβαση στην υγεία των ασθενών τους, θεωρώντας αποτυχία την απώλεια και τον θάνατο). Κάθε βήμα που κάνουν τους φέρνει ενώπιον απρόσμενων ευκαιριών και αποκλείει παλαιότερες προοπτικές, και οι προσδιορισμοί του γενικού σκοπού πρέπει να αλλάζουν σε καθημερινή βάση. Αυτό που επιτυγχάνεται στο τέλος μπορεί να είναι καλύτερο ή χειρότερο από εκείνο που έχει προταθεί, αλλά πάντοτε είναι πιο περίπλοκο και διαφορετικό» (James από Σταματέλο, 2006:142-143).

«Επομένως ο κοινός νους εμφανίζεται ως απόλυτα καθορισμένο στάδιο στην κατανόηση των πραγμάτων εκ μέρους μας, ένα στάδιο που ικανοποιεί με έναν ασυνήθιστο επιτυχή τρόπο τους σκοπούς για τους οποίους σκεφτόμαστε. Τα πράγματα σαφώς υπάρχουν ακόμη κι όταν δεν τα βλέπουμε. Τα είδη επίσης. Επιδρούν μέσω των ποιοτήτων, κι αυτές με τη σειρά τους επηρεάζουν εμάς, κι αυτές επίσης υπάρχουν» (James από Σταματέλο, 2006:177).

Καθώς όμως η συνεχιζόμενη ιατρική εξέλιξη ανοίγεται καθημερινά μπρος στα μάτια μας, και μας δίδεται απλόχερα για χρησιμοποίηση ο άνθρωπος – ιατρός – επαγγελματίας υγείας καλείται να ακολουθήσει και ταυτόχρονα να προσαρμοστεί σε αυτή, αφού σήμερα τείνει να κυριαρχεί ο σεβασμός της αυτονομίας του ασθενούς με χαρακτηριστικό γνώρισμα τις μεταξύ τους κοινές αποφάσεις που αφορούν την υγεία του δευτέρου. Ο James αναφέρει χαρακτηριστικά, «Αλλά η επιστημονική τάση στην κριτική σκέψη, μολονότι αρχικά διαπνεόταν από αμιγώς διανοητικά κίνητρα, έχει διανοίξει ένα εντελώς απρόσμενο εύρος πρακτικών χρήσεων μπροστά στα έκπληκτα μάτια μας. Ο Γαλιλαίος μας παρείχε ακριβή ρολόγια και ακριβείς βολές πυροβολικού, οι χημικοί μας κατέκλυσαν με καινούργια φάρμακα και βαφές, ο Αμπέρ και ο Φαραντέυ μας έχουν παράσχει τον υπόγειο σιδηρόδρομο της Νέας Υόρκης και τους τηλεγράφους του Μαρκόνι. Τα πράγματα που υποτίθεται ότι αυτοί οι άνδρες έχουν εφεύρει, οριζόμενα όπως αυτοί τα έχουν ορίσει, αποδεικνύουν μια ασυνήθιστη γονιμότητα, όσον αφορά τις συνέπειες που οι αισθήσεις μας επιβεβαιώνουν. Η λογική μας μπορεί να εξαγάγει από αυτές μια συνέπεια μόνο κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες. Τώρα όμως μπορούμε να πραγματώσουμε αυτές τις συνθήκες και, στη στιγμή, η συνέπεια να παρουσιαστεί ενώπιον μας. Η εμβέλεια του πρακτικού ελέγχου της φύσης που μας έχει εσχάτως δοθεί από τους επιστημονικούς τρόπους του σκέπτεσθαι, ξεπερνά κατά πολύ την εμβέλεια του παλαιού ελέγχου που θεμελιωνόταν στον κοινό νου. Η αύξηση επιτυγχάνεται με τέτοιον ρυθμό, ώστε να μην μπορεί κανείς να καθορίσει το όριο. Μπορεί, ενδεχομένως, κανείς να φοβάται ότι το είναι του ανθρώπου μπορεί να συντριβεί από τις δικές του δυνάμεις και ότι η καθορισμένη ως οργανισμός φύση του ενδέχεται να μην αποδειχθεί επαρκής ώστε να αντέξει την ένταση των διαρκώς αυξανόμενων θαυμαστών, σχεδόν θεϊκών, δημιουργικών λειτουργιών, τις οποίες η διάνοια του, όλο και περισσότερο, του επιβάλλει να χειρίζεται» (από Σταματέλο, 2006:182-183).

Όσον αφορά την απομάκρυνση από πάγιες τακτικές όπως οι μάταιες θεραπείες ως μέσο αποφυγής άμεσων και έμμεσων κοινωνικών αλλά και ηθικών προβλημάτων, παρά το πέρασμα των χρόνων, ο James αναφέρει απόψεις που ισχύουν μέχρι και σήμερα: «Όλη η ανθρώπινη σκέψη αποτελεί αντικείμενο έλλογης διαπραγμάτευσης. Ανταλλάσσουμε

παραστάσεις, δανείζουμε και δανειζόμαστε επαληθεύσεις, τις οποίες αποκτούμε μέσω κοινωνικής επαφής. Κατ' αυτό τον τρόπο το σύνολο της αλήθειας οικοδομείται προφορικά, συσσωρεύεται και καθίσταται διαθέσιμο στον καθένα. Επομένως πρέπει να μιλάμε με συνέπεια, όπως ακριβώς πρέπει και να σκεφτόμαστε, γιατί και στην ομιλία και στη σκέψη έχουμε να κάνουμε με είδη. Επομένως η συμφωνία αποδεικνύεται ότι είναι ουσιαστικά μια υπόθεση καθοδήγησης – καθοδήγηση που είναι χρήσιμη επειδή αφορά περιοχές που περιλαμβάνουν αντικείμενα τα οποία είναι σημαντικά. Οι αληθείς παραστάσεις μας οδηγούν σε χρήσιμες γλωσσικές και εννοιολογικές περιοχές, όπως επίσης και σε χρήσιμους αισθητούς περιορισμούς. Μας οδηγούν στη συνέπεια, τη σταθερότητα και τη συνεχή ανθρώπινη επαφή, και μας απομακρύνουν από την εκκεντρικότητα και την απομόνωση, την άσκοπη και άγונה σκέψη. Η αβίαστη ροή της διαδικασίας της καθοδήγησης, η γενική της αποδέσμευση από την σύγκρουση και την αντίφαση, θεωρείται η έμμεση επαλήθευσή της. Αυτός είναι ο χαλαρός τρόπος με τον οποίο ο πραγματιστής ερμηνεύει τη λέξη «συμφωνία». Τη μεταχειρίζεται, στο σύνολο της, με πρακτικό τρόπο και της επιτρέπει να καλύπτει κάθε διαδικασία αναγωγής, από μια παρούσα παράσταση έως ένα μελλοντικό προορισμό, υπό τη μόνη προϋπόθεση να λειτουργεί αποδοτικά» (James από Σταματέλο, 2006:206-207).

Ο James επισημαίνει ότι ο άνθρωπος δεν μπορεί χωρίς συνέπειες να λειτουργεί ευκαιριακά, όπως δεν μπορεί να λειτουργεί ευκαιριακά και στο πρακτικό επίπεδο του κοινού νου. Πρέπει να βρεθεί, αναφέρει, «μια θεωρία που θα λειτουργεί και η οποία πρέπει να διαμεσολαβεί ανάμεσα σε όλες τις προγενέστερες αλήθειες και σε συγκεκριμένες νέες εμπειρίες. Πρέπει, επιπλέον, να διαταράσσει όσο το δυνατόν λιγότερο τον κοινό νου και τις προγενέστερες πίστεις και πρέπει να οδηγεί σε κάποιον από προορισμό ή σε κάτι που να μπορεί επακριβώς να επαληθευτεί» (από Σταματέλο, 2006:208).

Η εναλλαγή από άσκοπες και μάταιες πρακτικές προς την παρηγορητική ή/και ανακουφιστική ιατρική αποτελεί πλέον μονόδρομο, με μόνη απαίτηση την στοιχειοθετημένη επεξήγηση της δεύτερης επιλογής. Ο James μπορεί να συσχετισθεί με την πιο πάνω δήλωση αφού αναφέρει ότι «η θεώρηση μας περί αλήθειας είναι μια θεώρηση αληθειών στον πληθυντικό και διαδικασιών καθοδήγησης που γίνονται αντιληπτές στα πράγματα και έχουν από κοινού μόνο αυτή την ποιότητα, ότι δηλαδή αποδίδουν. Αποδίδουν με το να μας καθοδηγούν προς ή έναντι κάποιου τμήματος ενός συστήματος που υπεισέρχεται σε πολλά σημεία εντός των αισθητηριακών ενεργημάτων, που ενδέχεται να τα αντιγράψουμε νοητικά ή όχι, αλλά με τα οποία βρισκόμαστε, σε κάθε περίπτωση, σε ένα είδος συνδιαλλαγής, που με ασάφεια υποσημαίνεται ως επαλήθευση. Η αλήθεια για εμάς είναι απλώς ένα συλλογικό όνομα για τις διαδικασίες επαλήθευσης, όπως ακριβώς η υγεία, ο πλούτος, η δύναμη κ.ο.κ. αποτελούν ονόματα για άλλες διεργασίες οι οποίες συνδέονται με τη ζωή και τις οποίες εξίσου επιδιώκουμε επειδή αποδίδει το να τις επιδιώκει κανείς. Η αλήθεια αποκτάται, όπως ακριβώς αποκτάται η υγεία, ο πλούτος και η δύναμη στη διάρκεια της εμπειρίας μας (James από Σταματέλο, 2006:209-210). «Το αληθές», εν ολίγοις, είναι μόνο υποκατάστατο για τον τρόπο με τον οποίο σκεπτόμαστε, όπως ακριβώς «το σωστό» είναι μόνο ένα υποκατάστατο για τη συμπεριφορά μας. Υποκατάστατο σχεδόν με κάθε τρόπο, σε όλη την πορεία και καθ' όλη τη διάρκεια. Γιατί ό,τι ικανοποιεί άμεσα το σύνολο της προφανούς εμπειρίας δεν θα ικανοποιεί αναγκαστικά και όλες τις περαιτέρω εμπειρίες εξίσου ικανοποιητικά. Η εμπειρία όπως γνωρίζουμε, διαθέτει τρόπους εκτόνωσης και μας κάνει να διορθώνουμε τους παρόντες τύπους μας. Το «απολύτως» αληθές, με την έννοια αυτού που καμιά περαιτέρω εμπειρία δεν θα το μεταβάλει ποτέ, είναι αυτό το ιδεατό σημείο τομής στο οποίο φανταζόμαστε ότι όλες μας οι προσωρινές αλήθειες μια μέρα θα συγκλίνουν. Ταυτίζεται με τον πάνσοφο άνθρωπο και με την απολύτως πλήρη εμπειρία. Και αν αυτά τα ιδανικά πραγματωθούν ποτέ, θα πραγματωθούν όλα μαζί. Εν τω μεταξύ θα πρέπει να ζήσουμε προς το παρόν με όποια αλήθεια μπορούμε να έχουμε σήμερα, και να είμαστε προετοιμασμένοι αύριο να την αποκαλέσουμε ψεύδος» (James από Σταματέλο, 2006:213-214).

Η νέα αναγκαία πραγματικότητα, βάσει εμπειρίας, της απόσυρσης από μάταιες, άσκοπες και ανούσιες ιατρικές θεραπείες και η νόμιμη αντικατάστασή τους με μια παρηγορητική/ανακουφιστική φροντίδα παρουσία αγαπημένων ατόμων, επιβεβαιώνονται από τον James με την παρακάτω δήλωση, «όταν οι νέες εμπειρίες οδηγούν σε αναδρομικές κρίσεις, με τη χρήση του παρελθόντος χρόνου, αυτό που οι κρίσεις εκφέρουν ήταν αληθές, παρ' ότι κανένας στοχαστής του παρελθόντος δεν είχε οδηγηθεί σε αυτό το συμπέρασμα. Ζούμε κοιτάζοντας μπροστά, είχε πει ο Δανός στοχαστής Κίρκεγκωρ, αλλά κατανοούμε βλέποντας προς τα πίσω. Το παρόν ρίχνει ένα φως προς τα πίσω, στις προηγούμενες διεργασίες που αφορούν τον κόσμο. Μπορεί να υπάρχουν διαδικασίες αλήθειας για όσους συμμετέχουν σε αυτές, αλλά δεν αφορούν αυτόν που γνωρίζει τι έχει αποκαλυφθεί εκ των υστέρων. Αυτή η ρυθμιστική έννοια μιας εν δυνάμει καλύτερης αλήθειας, η όποια θα θεμελιωθεί αργότερα και που είναι πιθανόν μια μέρα να θεμελιωθεί απόλυτα και να έχει ικανότητες αναδρομικής νομιμοποίησης, στρέφει το πρόσωπο της, όπως όλες οι πραγματιστικές έννοιες, προς το απτό γεγονός και το μέλλον. Όπως οι εν μέρει αλήθειες, η απόλυτη αλήθεια θα πρέπει να κατασκευαστεί ως μια σχέση ενδεχομενική στην ανάπτυξη του συνόλου της επαληθευτικής εμπειρίας, στην οποία οι εν μέρει αληθείς παραστάσεις συνεισφέρουν όσο τους αναλογεί. Έχω ήδη επιμείνει στο γεγονός ότι η αλήθεια, σε μεγάλο βαθμό, κατασκευάζεται από προηγούμενες αλήθειες. Οι εκάστοτε πίστεις των ανθρώπων κάθε στιγμή θεμελιώνονται, ως επί το πλείστον, στην εμπειρία. Αλλά οι πίστεις καθεαυτές αποτελούν τμήματα του συνόλου της εμπειρίας του κόσμου και επομένως καθίστανται υλικό για μελλοντικές διεργασίες θεμελίωσης. Καθόσον πραγματικότητα σημαίνει πραγματικότητα που μπορεί να αποτελέσει αντικείμενο εμπειρίας, εξίσου αυτή και οι αλήθειες που αποκτά ο άνθρωπος γι' αυτήν βρίσκονται αέναα σε διαδικασία μεταλλαγής, μεταλλαγή προς έναν καθορισμένο σκοπό, αλλά εντούτοις μεταλλαγή» (James από Σταματέλο, 2006:214-216).

Καταλήγοντας και πάλι με αποσπάσματα του James μιας και αυτός υπήρξε η πηγή ανεξάντλητων στοιχείων αλήθειας και πραγματικότητας, «ανεξάρτητα από το πόσο καθορισμένα μπορεί να είναι τα στοιχεία της πραγματικότητας, διατηρούμε ακόμη κάποια ελευθερία στις σχέσεις μας με αυτά. Δείτε τα αισθήματά μας. Αναμφισβήτητα, δεν

τα ελέγχουμε. Αλλά το σε ποια επικεντρώνουμε την προσοχή μας, ποια παρατηρούμε και σε ποια αποδίδουμε έμφαση στα συμπεράσματα μας, εξαρτάται από τα ενδιαφέροντα μας, και ανάλογα με το αν αποδίδουμε την έμφαση εδώ ή εκεί, ανακύπτουν τελείως διαφορετικές διατυπώσεις της αλήθειας. Διαβάζουμε τα ίδια γεγονότα με διαφορετικό τρόπο. Το Βατερλώ, με τις ίδιες καθορισμένες λεπτομέρειες, απηχεί μια νίκη για έναν Εγγλέζο, ενώ για έναν Γάλλο μια ήττα. Με παρόμοιο τρόπο, για έναν αισιόδοξο φιλόσοφο το σύμπαν απηχεί τη νίκη, για έναν απαισιόδοξο την ήττα. Επομένως ότι λέμε για την πραγματικότητα εξαρτάται από την προοπτική στην οποία την τοποθετούμε. Το περιεχόμενο αφορά την ίδια, αλλά το τι λέμε εξαρτάται από την προοπτική και αυτή η προοπτική ανήκει σε εμάς» (James από Σταματέλο, 2006:232-233).

«Καταδυόμαστε στο πεδίο της νέας εμπειρίας μας με τις πίστεις τις οποίες οι πρόγονοί μας και εμείς έχουμε ήδη δημιουργήσει. Αυτές καθορίζουν τι παρατηρούμε. Το τι παρατηρούμε καθορίζει αυτό που κάνουμε. Το τι κάνουμε προσδιορίζει, με τη σειρά του, αυτό που βιώνουμε. Έτσι, από το ένα πράγμα στο άλλο, μολονότι εξακολουθεί να ισχύει ως άτεγκτο γεγονός το ότι υπάρχει μια ροή αισθημάτων, το τι είναι αληθές γι' αυτήν τη ροή, από την αρχή ως το τέλος, φαίνεται να είναι σε μεγάλο βαθμό ζήτημα δικής μας δημιουργίας» (James από Σταματέλο, 2006:241-242).

Βιβλιογραφία

Αθανασιάδη, Κ., *Ηθικά Διλήμματα*. 2021.

Βολτέας, Σ., Φανάρας, Β., Η Μάταιη Θεραπεία (Futile treatment): Ιατρική και Θεολογική Προσέγγιση. *Βιοηθικά*, 2021, 7(1), 20-33.

Γαβριήλιδου, Π., *Προσωπικά Δεδομένα και η Αυτονομία της Ιατρικής Ηθικής*. Αλεξανδρούπολη, 2018.

Γκόγκου, Θ., *Βιοηθική και Ιατρική Ηθική. Ιατρική και Δεοντολογία στην παροχή Υπηρεσιών Υγείας*. Αλεξανδρούπολη, 2019.

Δραγώνα-Μονάχου, Μ., Ηθική και βιοηθική. *Επιστήμη και Κοινωνία: Επιθεώρηση Πολιτικής και Ηθικής Θεωρίας*, 8, 1-26.

Ζαγκούτη, Α., *Ηθικά Διλήμματα κατά την Άσκηση της Κλινικής Ιατρικής. Το Παράδειγμα της Καρδιολογίας*. Αλεξανδρούπολη, 2019.

Καπετανάκης, Ν., *Η Ανάπτυξη Ηθικού Αδιεξόδου στους Επαγγελματίες Υγείας και ο Ρόλος των Επαγγελματικών Αξιών*. Καρπενήσι, 2022.

Καραλίδη, Φ., *Η Συναίνεση στη Βιοϊατρική Έρευνα. Αυτονομία και Πατερναλισμός*. Αλεξανδρούπολη, 2017.

Κομσέλη, Φ., Κοττώρης, Σ., Κουτσοσίμου, Μ., Μαρκιανίδου, Ε., *Βελτίωση Κοινωνικών Ικανοτήτων: Ανάπτυξη Ψυχολογικής Ανθεκτικότητας στο Χώρο Εργασίας (Psychological*

Resilience). Υπόεργο: Υπόεργο 3 «Δράσεις Βελτίωσης Ποιότητας Επιμορφωτικών Προγραμμάτων. Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης. Υπουργείο Εσωτερικών, Ελληνική Δημοκρατία, 2022.

Κονιδάρη. Α., Σκρέτη. Ε., *Βαθμός Ικανοποίησης Ασθενών από την Ενημέρωση για τα Προβλήματα Υγείας τους και από τη Συμμετοχή τους στη Λήψη των Σχετικών Ιατρικών Αποφάσεων*. Ηράκλειο, 2011.

Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας. Νόμος υπ' αριθμό 3418/2005 [ΦΕΚ Α' 287].

Λιάπη. Π., *Η Νομική Προστασία των Ασθενών στο Πλαίσιο των Ιατρικών Σφαλμάτων. Η Περίπτωση της Ελληνικής Νομοθεσίας*. Αθήνα, 2013.

Μαρκεζίνη. Κ., *Η έννοια της συγκατάθεσης ως έκφραση αυτονομίας του ασθενούς. Επιστήμη και Κοινωνία: Επιθεώρηση Πολιτικής και Ηθικής Θεωρίας*. Τόμος 8, 2015.

Μιχαλούδη. Ρ., *Η Ιατρική Ματαιοπονία ως Όριο της Ιατρικής Ευθύνης. Βιο-νομικά*, Τόμος 2, Τεύχος 1, 2020.

Μουντοκαλάκης. Θ., *Η Εξέλιξη της Αντίληψης για τα Δικαιώματα του Αρρώστου από την Αρχαιότητα Μέχρι τη Σύγχρονη Εποχή. Από το Ο Ιπποκρατικός Κατά το Ήθος και τα Έργα Γιατρός και τα Δικαιώματα του Αρρώστου την Εποχή της Υψηλής Ιατρικής Τεχνολογίας. Εταιρεία Διάδοσης Ιπποκράτειου Πνεύματος*. Τόμος 16^{ος}. Αθήνα, 2020.

Νταβώνη. Γ., Μπαγιάτη-Λεβάκου. Μ., Δάντσιου. Μ., *Ηθικοί Προβληματισμοί για τον Περιορισμό της Θεραπείας και Αποφάσεις στο Τέλος της Ζωής. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*. Αθήνα, 2013, 6(2), 5-15.

Νταντάνα. Α., *Οι απόψεις και οι Αντιλήψεις των Επαγγελματιών Υγείας στα Θέματα που αφορούν «Το Τέλος της Ζωής στη ΜΕΘ» στην Ελλάδα*. Ιωάννινα, 2018.

Παππά. Ε., *Υποχρέωση Ενημέρωσης Ασθενούς και τα Δικαιώματα των Ασθενών*. Καλαμάτα, 2003.

Πιτσαργιώτης. Ε., *Έντυπα Ενημέρωσης και Συναίνεσης του Ασθενούς στην Πλαστική Χειρουργική*. Αλεξανδρούπολη, 2022.

Σπανάκη. Α., *Βιοηθικά Διλήμματα στο Τέλος της Ζωής*. Αλεξανδρούπολη, 2019.

Συμεωνίδου – Καστανίδου. Ε., Η Κατοχύρωση της Αυτονομίας του Ασθενούς στο Ποινικό Δίκαιο. *Βιο-νομικά*. Τόμος 3, Τεύχος 1, 2021.

Τζιόλας. Β., *Η Έννοια της Ιατρικής Ματαιότητας*. Αλεξανδρούπολη, 2018.

Beauchamp. T. L., The Four Principles. Approach to Health Care Ethics. *Principles of Health Care Ethics*. Edited by Ashcroft. A., Dawson. A., Draper. H., McMillan. J.R., by Wiley & Sons, 2007.

Dzeng. E., Colaianni. A., Roland. M., Levine. D., Michael. P. K., Barclay. S., Thomas J. S., Moral Distress Amongst American Physician Trainees Regarding Futile Treatments at the End of Life: A Qualitative Study. *Journal of General Internal Medicine*. Vol. 31, pages 93–99, 2016.

Dworkin. R., *Η επικράτεια της ζωής*. Εκδόσεις Αρσενίδη. Αθήνα, 2013.

Hedgecoe. A.M., Critical Bioethics: Beyond the Social Science Critique of Applied Ethics. *Bioethics*, Vol. 18, 2: 120-143, 2004.

James. W., *Πραγματισμός*. Μετάφραση: Χρήστος Σταματέλος. Εκδόσεις Εκκρεμές. Αθήνα, 2006.

O' Niell. O., *Αυτονομία και Εμπιστοσύνη στη Βιοηθική*. Εκδόσεις Αρσενίδη. Αθήνα, 2011.

Šarić. L., Prkić. I., Jukić. M., Futile Treatment—A Review. *Bioethical Inquiry*, 2017, 14, 329–337.

Willmott. L., White. B., Gallois. C., Parker. M., Graves. N., Winch. S., Callaway. L., Shepherd. N., Close. E., Reasons Doctors Provide Futile Treatment at the End of Life: a Qualitative Study. *Journal of Medical Ethics*, 42(8), 496-503.

Παράρτημα 1

Επειδή η συγγραφέας αναφέρθηκε επανειλημμένα στον Ιπποκρατικό όρκο, θεώρησε σωστό να τον συμπεριλάβει στην μεταπτυχιακή διατριβή. Θα συμπεριληφθεί επίσης η Δήλωση της Γενεύης που χρησιμοποιείται σήμερα από πολλές σχολές στην ορκωμοσία των ιατρών.

Στα Αρχαία Ελληνικά

Ὅμνυμι Ἀπόλλωνα ἰητρὸν, καὶ Ἄσκληπιὸν, καὶ Ὑγίαν, καὶ Πανάκειαν, καὶ θεοὺς πάντας τε καὶ πάσας, ἴστορας ποιούμενος, ἐπιτελέα ποιήσεις κατὰ δύναμιν καὶ κρίσιν ἐμὴν ὄρκον τόνδε καὶ ξυγγραφὴν τήνδε.

Ἠγήσασθαι μὲν τὸν διδάξαντά με τὴν τέχνην ταύτην ἴσα γενέτησιν ἐμοῖσι, καὶ βίου κοινώσασθαι, καὶ χρεῶν χρηρίζοντι μετάδοσιν ποιήσασθαι, καὶ γένος τὸ ἐξ ωυτέου ἀδελφοῖς ἴσον ἐπικρινέειν ἄρρεσι, καὶ διδάξειν τὴν τέχνην ταύτην, ἣν χρηρίζωσι μανθάνειν, ἄνευ μισθοῦ καὶ ξυγγραφῆς, παραγγελίης τε καὶ ἀκροήσιος καὶ τῆς λοιπῆς ἀπάσης μαθήσιος μετάδοσιν ποιήσασθαι υἱοῖσί τε ἐμοῖσι, καὶ τοῖσι τοῦ ἐμὲ διδάξαντος, καὶ μαθηταῖσι συγγεγραμμένοισί τε καὶ ὠρκισμένοις νόμῳ ἰητρικῷ, ἄλλω δὲ οὐδενί.

Διαιτήμασί τε χρήσομαι ἐπ' ὠφελείῃ καμνόντων κατὰ δύναμιν καὶ κρίσιν ἐμὴν, ἐπὶ δηλήσει δὲ καὶ ἀδικίῃ εἴρξειν.

Οὐ δώσω δὲ οὐδὲ φάρμακον οὐδενὶ αἰτηθεὶς θανάσιμον, οὐδὲ ὑφηγήσομαι ξυμβουλίην τοιήνδε. Ὅμοίως δὲ οὐδὲ γυναικὶ πεσσὸν φθόριον δώσω. Ἄγνῶς δὲ καὶ ὀσίως διατηρήσω βίον τὸν ἐμὸν καὶ τέχνην τὴν ἐμὴν.

Οὐ τεμέω δὲ οὐδὲ μὴν λιθιῶντας, ἐκχωρήσω δὲ ἐργάτησιν ἀνδράσι πρήξιος τῆσδε.

Ἐς οἰκίας δὲ ὀκόσας ἂν ἐσίω, ἐσελεύσομαι ἐπ' ὠφελείῃ καμνόντων, ἐκτὸς ἐὼν πάσης ἀδικίης ἐκουσίης καὶ φθορίας, τῆς τε ἄλλης καὶ ἀφροδισίων ἔργων ἐπὶ τε γυναικείων σωμαίων καὶ ἀνδρώων, ἐλευθέρων τε καὶ δούλων.

Ἄ δ' ἂν ἐν θεραπείῃ ἢ ἴδω, ἢ ἀκούσω, ἢ καὶ ἄνευ θεραπείης κατὰ βίον ἀνθρώπων, ἃ μὴ χρή ποτε ἐκλαλέεσθαι ἔξω, σιγήσομαι, ἄρρητα ἠγεύμενος εἶναι τὰ τοιαῦτα.

Ὅρκον μὲν οὖν μοι τόνδε ἐπιτελέα ποιέοντι, καὶ μὴ ξυγχείοντι, εἴη ἐπαύρασθαι καὶ βίου καὶ τέχνης δοξαζομένῳ παρὰ πᾶσιν ἀνθρώποις ἐς τὸν αἰεὶ χρόνον. παραβαίνοντι δὲ καὶ ἐπιорκοῦντι, τάναντία τουτέων.

Σε Δημοτική Γλώσσα

Ορκίζομαι στο θεό Απόλλωνα τον ιατρό και στο θεό Ασκληπιό και στην Υγεία και στην Πανάκεια και επικαλούμενος τη μαρτυρία όλων των θεών ότι θα εκτελέσω κατά τη δύναμη και την κρίση μου τον όρκο αυτόν και τη συμφωνία αυτή.

Να θεωρώ τον διδάσκαλό μου της ιατρικής τέχνης ίσο με τους γονείς μου και την κοινωνία του βίου μου. Και όταν χρειάζεται χρήματα να μοιράζομαι μαζί του τα δικά μου. Να θεωρώ την οικογένειά του αδέρφια μου και να τους διδάσκω αυτήν την τέχνη αν θέλουν να την μάθουν χωρίς δίδακτρα ή άλλη συμφωνία.

Να μεταδίδω τους κανόνες ηθικής, την προφορική διδασκαλία και όλες τις άλλες ιατρικές γνώσεις στους γιους μου, στους γιους του δασκάλου μου και στους εγγεγραμμένους μαθητές που πήραν τον ιατρικό όρκο, αλλά σε κανέναν άλλο.

Θα χρησιμοποιώ τη θεραπεία για να βοηθήσω τους ασθενείς κατά τη δύναμη και την κρίση μου, αλλά ποτέ για να βλάψω ή να αδικήσω. Ούτε θα δίνω θανατηφόρο φάρμακο σε κάποιον που θα μου το ζητήσει, ούτε θα του κάνω μια τέτοια υπόδειξη.

Παρομοίως, δεν θα εμπιστευτώ σε έγκυο μέσο που προκαλεί έκτρωση. Θα διατηρώ αγνή και άσπιλη και τη ζωή και την τέχνη μου. Δεν θα χρησιμοποιώ νυστέρι ούτε σε αυτούς που πάσχουν από λιθίαση, αλλά θα παραχωρώ την εργασία αυτή στους ειδικούς της τέχνης.

Σε όσα σπίτια πηγαίνω, θα μπαίνω για να βοηθήσω τους ασθενείς και θα απέχω από οποιαδήποτε εσκεμμένη βλάβη και φθορά, και ιδίως από γενετήσιες πράξεις με άνδρες και γυναίκες, ελεύθερους και δούλους. Και όσα τυχόν βλέπω ή ακούω κατά τη διάρκεια της θεραπείας ή και πέρα από τις επαγγελματικές μου ασχολίες στην καθημερινή μου ζωή, αυτά που δεν πρέπει να μαθευτούν παραέξω δεν θα τα κοινοποιώ, θεωρώντας τα θέματα αυτά μυστικά.

Αν τηρώ τον όρκο αυτό και δεν τον παραβώ, ας χαίρω πάντοτε υπολήψεως ανάμεσα στους ανθρώπους για τη ζωή και για την τέχνη μου. Αν όμως τον παραβώ και επιορκήσω, ας πάθω τα αντίθετα.

Ο Όρκος του Ιπποκράτη σήμερα

Ο όρκος αυτός δίδεται κατά την τελετή ορκωμοσίας των τελειοφοίτων φοιτητών Ιατρικής που περάτωσαν επιτυχώς τις εξετάσεις όλων των μαθημάτων:

”Του πτυχίου της Ιατρικής αξιωθείς, όρκον ομνύω προ του Πρυτάνεως και του Προέδρου της Ιατρικής Σχολής και πίστιν καθομολογώ τήνδε: Από του ιερού περιβόλου του σεπτού τούτου τεμένους των Μουσών εξερχόμενος κατ’ επιστήμην βιώσομαι, ασκών ταύτην δίκην θρησκείας εν πνεύματι και αληθεία. Ούτω χρήσιμον εμαυτόν καταστήσω προς άπαντας τους δεσμένους της εμής αρωγής, και εν πάση ανθρώπων κοινωνίας αεί προς ειρήνην και χρηστότητα ηθών συντελέσω, βαίνων εν ευθεία του βίου οδώ, προς την αλήθειαν και το δίκαιον αποβλέπων και τον βίον ανυψών εις τύπον αρετής υπό την σκέπην της σοφίας. Ταύτην την επαγγελίαν επιτελούντι εΐη μοι, συν τη ευλογία των εμών καθηγητών και πεφιλημένων δασκάλων, ο θεόν εν τω βίω βοηθός.

Στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Κρήτης, οι τελειόφοιτοι καθομολογούν τα εξής:

“Αφού κρίθηκα άξιος του πτυχίου της ιατρικής, ενώπιον του πρυτάνεως και του Προέδρου του τμήματος ιατρικής, δίνω τον όρκο:

Να ασκώ την ιατρική επιστήμη, αφιερώνοντας τη ζωή μου στην υπηρεσία της ανθρωπότητας. Να σέβομαι και να ευγνωμονώ τους δασκάλους μου και να θεωρώ τους συνεπιστήμονές μου ως αδερφούς μου. Να ασκώ την ιατρική με ευσυνειδησία και αξιοπρέπεια και να διαφυλάττω με όλες μου τις δυνάμεις την τιμή και τις ευγενείς παραδόσεις του ιατρικού λειτουργήματος. Η υγεία και η αξιοπρέπεια των ασθενών μου να είναι η κύρια φροντίδα μου και να τηρώ εχεμύθεια σε ό,τι αυτοί μου εμπιστεύονται. Να μην επιτρέψω να παρεμποδίσουν θρησκευτικές, εθνικές, φυλετικές, πολιτικές ή κοινωνικές διαφορές την εκπλήρωση του καθήκοντός μου προς τους ασθενείς μου. Να περιβάλλω με πλήρη σεβασμό την ανθρώπινη ζωή και να μη χρησιμοποιήσω τις ιατρικές μου γνώσεις εναντίον της ανθρωπότητας, ακόμα και αν βρεθώ υπό απειλή. Ορκίζομαι, με πλήρη ελευθερία βούλησης να τηρώ με τη βοήθεια του Θεού τις παραπάνω υποσχέσεις σε όλη μου τη ζωή”.

Declaration of Geneva

Δήλωση που υιοθετήθηκε το 1948 από τη Δεύτερη Γενική Συνέλευση της Παγκόσμιας Ιατρικής Ένωσης. Ορισμένες σχολές ιατρικής τη χρησιμοποιούν στην απονομή των πτυχίων.

«Κατά τη στιγμή της αποδοχής μου ως μέλους του ιατρικού επαγγέλματος δεσμεύομαι επισήμως να αφιερώσω τη ζωή μου στην υπηρεσία της ανθρωπότητας. Θα αποδώσω στους διδασκάλους μου τον πρέποντα σεβασμό και ευγνωμοσύνη. Θα ασκήσω το επάγγελμά μου ευσυνείδητα και αξιοπρεπώς. Η υγεία του ασθενούς θα είναι πρωτίστης σημασίας. Θα σεβαστώ τα μυστικά που θα μου εμπιστευτούν. Θα διατηρήσω με όλες μου

τις δυνάμεις, την τιμή και τις ευγενικές παραδόσεις του ιατρικού επαγγέλματος. Οι συνάδελφοί μου θα είναι αδελφοί μου. Δεν θα επιτρέψω αντιλήψεις για τη θρησκεία, την εθνικότητα, τη φυλή, τα πολιτικά πιστεύω ή την κοινωνική τάξη να αποτελέσουν εμπόδιο ανάμεσα στον καθήκον μου και τον ασθενή μου. Από τη στιγμή της σύλληψης θα δείχνω τον ύψιστο σεβασμό προς την ανθρώπινη ζωή. Ακόμα και υπό απειλή, οι γνώσεις μου στην ιατρική δεν θα έρθουν σε αντίθεση προς τους νόμους της ανθρωπότητας. Τα παραπάνω υπόσχομαι επισήμως, ελεύθερα και στην τιμή μου».