



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

&
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΔΙΔΡΥΜΑΤΙΚΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΜΑΘΗΣΗΣ
“ΕΠΙΚΑΙΡΟΠΟΙΗΣΗ ΣΕ ΒΑΣΙΚΕΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΕ ΝΕΕΣ ΠΡΟΗΓΜΕΝΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ
ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΠΟΥ ΑΠΑΙΤΟΥΝΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΙΩΝ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ”

ΕΝΟΤΗΤΑ Γ

ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Σημειώσεις Σεμιναρίου

Χρυσούλα Β. Λεμονίδου
Καθηγήτρια
Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ

ΑΘΗΝΑ 2014



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο



ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΜΑΘΗΣΗ
επένδυση στην κοινωνία της γνώσης

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ, ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΜΑΘΗΣΗΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ

Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης



ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ

Χρυσούλα Β. Λεμονίδου, Καθηγήτρια

Τμήμα Νοσηλευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Αθηνών

Σύμφωνα με τη Θεωρία των Αξιών του Rokeach (1973) η αξία αποτελεί μια πεποίθηση ή στάση σχετικά με συγκεκριμένο τύπο συμπεριφοράς ή κατάστασης που θεωρείται επιθυμητή. Η αξία είναι κάτι που αξίζει ή είναι άριστο (ιδεατό). Οι αξίες βρίσκονται στον πυρήνα της ανθρώπινης συμπεριφοράς και εκφράζονται σε κάθε ανθρώπινη απόφαση και ενέργεια.

Στις ανθρωπιστικές επιστήμες ο όρος «αξία» συχνά εναλλάσσεται με τους στόχους, τις στάσεις και τις πεποιθήσεις. Εν τούτοις οι αξίες είναι πιο βασικές από τις στάσεις και τις επηρεάζουν. Βρίσκονται στον πυρήνα της ζωής του ανθρώπου και των ενεργειών του, χρησιμεύουν δε ως κριτήρια με τα οποία επιλέγονται ως επί το πλείστον οι πεποιθήσεις και οι στόχοι. Οι αξίες αντιπροσωπεύουν τον τρόπο ζωής, δίνουν κατεύθυνση και κάνουν τη διαφορά στη ζωή του ανθρώπου. Συνήθως αναπτύσσονται ως μέρος της διεργασίας μαθήσεως με την παρατήρηση και τη συναναστροφή με ανθρώπους, ιδέες και κοινωνικά ιδρύματα. Ιδιαίτερα όμως οι αξίες αναπτύσσονται μέσα στην οικογένεια. Εφόσον το άτομο έχει ενστερνιστεί την αξία, τότε ενσυνείδητα ή ασυνείδητα η αξία γίνεται κριτήριο ή μέτρο που κατευθύνει τις πράξεις, αναπτύσσει και διατηρεί διαθέσεις προς σχετικές συνθήκες και αντικείμενα, κρίνει ηθικά τον εαυτό του και τους άλλους και συγκρίνει τον εαυτό του με άλλους. Αντιπροσωπεύουν το ιδεατό και περιλαμβάνουν τις βασικές πεποιθήσεις για το τι είναι σωστό, καλό ή επιθυμητό και κινητοποιούν τόσο την κοινωνική όσο και την επαγγελματική συμπεριφορά. (Altun 2002, Weis & Schank 2002, Hendel, Steinman 2002, Itzhaky, Gerber, Dekel 2004).

Οι αξίες αναδύονται από τις ανάγκες ή τις επιθυμίες (Glen 1999) και εκπηγάζουν από το πολιτισμικό περιβάλλον του ατόμου, την οικογένεια, τους συναδέλφους, ή το εργασιακό περιβάλλον, τις κοινωνικές ομάδες, την εκπαίδευση (σύστημα γνώσης) και την προηγούμενη εμπειρία (Rokeach 1973).

Μπορούν εύκολα να αναγνωριστούν στις εμπειρίες της καθημερινής ζωής ενός ατόμου και να συναχθούν από τη λεκτική και μη λεκτική συμπεριφορά του. Οι αξίες οργανώνονται ιεραρχικά σε ένα σύστημα (αξιών) που έχει νόημα για το άτομο, δηλαδή, σύμφωνα με τις προτεραιότητες του κάθε ατόμου (Rassin, 2008). Ορισμένες αξίες είναι πιο σημαντικές από άλλες και τίθενται σε προτεραιότητα μέσα στο σύστημα αξιών ενός ατόμου. Η διαχρονική ιεράρχηση αυτών των αξιών συνήθως είναι αρκετά σταθερή αλλά ορισμένες αξίες πιθανόν να αντικαταστήσουν άλλες ιεραρχικά υψηλότερες, με βάση τις εμπειρίες της ζωής και την επαναξιολόγησή τους από το άτομο (Rokeach 1973). Αυτό σημαίνει ότι οι άνθρωποι μπορεί να αλλάζουν τη συμπεριφορά και τη στάση τους ως αποτέλεσμα της αλλαγής των αξιών (Altun, 2002).

Αυτό σημαίνει ότι όταν μία αξία αποτελεί μέρος του συστήματος αξιών ενός ατόμου, θα πρέπει να έχει τη δύναμη να κινητοποιεί τις επιλογές του. Δυστυχώς, τα άτομα συχνά δεν γνωρίζουν τις αξίες που κινητοποιούν τις επιλογές και τις αποφάσεις τους. Η κατανόηση των αξιών του ατόμου θα πρέπει να είναι το ΠΡΩΤΟ ΒΗΜΑ στη λήψη ηθικών αποφάσεων (Fry and Johnstone 2002)

Δηλαδή τι κάνουν οι αξίες; Μας καθοδηγούν και μας οδηγούν να λάβουμε συγκεκριμένη θέση σε συγκεκριμένα κοινωνικά ζητήματα και συχνά λειτουργούν ως πρότυπα που χρησιμοποιούν οι άνθρωποι για να κάνουν κρίσεις και για να επιβραβεύσουν ή να κατηγορήσουν τον εαυτό τους ή τους άλλους. Όταν κάποιος κάνει ένα αγενές σχόλιο σε ένα φίλο μπορεί να το δικαιολογεί ότι «απλά ήμουν τίμιος», ένα επιθετικό κράτος μπορεί να δικαιολογεί στις ενέργειές του στο όνομα της εθνικής ασφάλειας, της αυτοάμυνας ή της διατήρησης της ελευθερίας (Rokeach 1973).

Πιθανόν το πιο σημαντικό φιλοσοφικό ερώτημα που μπορεί να γίνει σε μια εφαρμοσμένη επιστήμη, όπως η νοσηλευτική είναι «τι καθοδηγεί την πρακτική;» Στη νοσηλευτική ιστορικά, ένας μακρύς κατάλογος από παραδόσεις, αξίες και κανόνες από διάφορες πηγές λειτούργησε για την καθοδήγηση της πρακτικής. Ζούμε με τις αξίες μας. Ο κάθε επαγγελματίας μπορεί να διαμορφώσει μια προσωπική απάντηση στη βασική ερώτηση «τι καθοδηγεί την πρακτική μου;» Οι αξίες και οι αρετές

αναπτύσσονται όταν οι άνθρωποι εξετάζουν με ειλικρίνεια, τα κίνητρα και τον σκοπό τους: «Γιατί κάνουμε αυτά που κάνουμε;» Χρειάζεται βαθύτερη επίγνωση της πραγματικότητας, πέρα από φιλοδοξίες και το κυνήγι για θέση και εξουσία.

Η ισχυρότερη επιβεβαίωση ότι μια αξία καθοδηγεί την πρακτική μας είναι να ενεργούμε με βάση αυτή επανειλημμένα, να μπορεί, δηλ., να καθοδηγεί τη συμπεριφορά μας. Ο επαγγελματίας επιλέγει πώς θα εργαστεί με βάση τις προσωπικές αξίες. Τα άτομα επιλέγουν τι φροντίδα θα λάβουν με βάση τις δικές τους προσωπικές αξίες. Στο τέλος ο επαγγελματίας παρέχει τη φροντίδα έτσι ώστε να περιλαμβάνει τις ανάγκες και επιθυμίες των ανθρώπων και με βάση τα καλύτερα διαθέσιμα δεδομένα.

Οι αξίες δεν δείχνουν μόνο τι είναι σημαντικό για το άτομο, την οικογένεια, τις ομάδες, ή τις κοινότητες, αλλά πληροφορούν μέσα και έξω από ένα επάγγελμα (επιστήμη) τι είναι αυτό που ενδιαφέρει περισσότερο ή αποτελεί προτεραιότητά του. (Parse 1998)

Η νοσηλευτική ως εφαρμοσμένη επιστήμη είναι πλούσια σε αξίες και έχει ως κεντρικό χαρακτηριστικό ότι οι νοσηλευτές, εργάζονται σε στενή και συνεχή επαφή με τους ασθενείς οι οποίοι είναι ευάλωτοι και μερικώς ή πλήρως εξαρτημένοι από το νοσηλευτή για τη ικανοποίηση των βασικών τους αναγκών.

Επομένως, είναι ουσιαστικής σημασίας οι νοσηλευτές να αναπτύξουν τις επιθυμητές και αναγκαίες ικανότητες μέσω της εκπαίδευσης, για ηθική συμπεριφορά, η οποία σχετίζεται άμεσα με την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Με άλλα λόγια, η εκπαίδευση πρέπει να στοχεύει στην ανάπτυξη μιας επαγγελματικής ταυτότητας του μελλοντικού νοσηλευτή. Αν και η επαγγελματική ταυτότητα αποτελεί συχνό θέμα συζήτησης και ανησυχίας, συχνά αποδίδονται αντιφατικά νοήματα στην έννοια αυτή. Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι η επαγγελματική ταυτότητα συχνά αναφέρεται με τον όρο επαγγελματισμός και πολλοί τη συνδέουν απευθείας με την καθημερινή νοσηλευτική πρακτική. Επίσης, η επαγγελματική ταυτότητα ορίζεται ως οι αξίες και οι πεποιθήσεις που έχει ο νοσηλευτής και που καθοδηγούν τη σκέψη, τις ενέργειες και την αλληλεπίδρασή του με τον ασθενή (Fagermoen, 1997).

Με βάση όλα όσα προαναφέρθηκαν, είναι σημαντικό οι νοσηλευτές να γνωρίζουν τις αξίες που κινητοποιούν τη συμπεριφορά και τις κρίσεις τους προκειμένου πχ. οι διάφορες προκαταλήψεις να μην παρεμβαίνουν στην παροχή της φροντίδας. Από τη στιγμή που οι νοσηλευτές γνωρίζουν τις αξίες που τους κινητοποιούν, είναι περισσότερο ικανοί να αποδεχθούν τις στάσεις και συμπεριφορές των ασθενών και βελτιώνεται η ικανότητά τους να λύνουν προβλήματα και να παίρνουν αποφάσεις. Από την άλλη πλευρά, εάν οι νοσηλευτές δεν γνωρίζουν τις επαγγελματικές και προσωπικές τους αξίες, θα έχουν δυσκολία να εκπληρώσουν τον επαγγελματικό τους ρόλο (Altun 2002).

Αξίες κατά την Άσκηση της Νοσηλευτικής

Αδρά οι αξίες χαρακτηρίζονται ως ηθικής και μη ηθικής φύσεως. Εμείς σήμερα θα ασχοληθούμε με τις αξίες ηθικής φύσεως. Οι νοσηλευτές σε όλο τον κόσμο ακολουθούν κοινές ομάδες επαγγελματικών αξιών, η ορολογία μπορεί να διαφέρει, αλλά οι βασικές πεποιθήσεις που υπονοούνται είναι παρόμοιες. Ας δούμε μαζί χρονολογικά ποιες αξίες έχουν αναφερθεί από τους νοσηλευτές στις διάφορες μελέτες ως σημαντικές κατά την άσκηση της Νοσηλευτικής.

Το 1997 αναφέρθηκαν, σύμφωνα με την Fagermoen αναφέρθηκαν οι ακόλουθες αξίες:

Αξιοπρέπεια (δίνει έμφαση στην αξία του ασθενούς, όπως να του δίνεται η ευκαιρία να συμμετέχει στη λήψη των αποφάσεων, να του παρέχεται ποιοτική φροντίδα σώματος και να του εξασφαλίζεται αξιοπρεπής θάνατος).

Μοναδικότητα του ατόμου (αντανακλά ενέργειες που στοχεύουν στη διαχείριση των ασθενών ως πρόσωπα με τη μοναδικότητά τους και όχι απλά ως ιατρικές περιπτώσεις).

Συμπεριφορά από συνάνθρωπο προς συνάνθρωπο (υπονοεί την προσπάθεια του νοσηλευτή να κατανοήσει την κατάσταση του ασθενούς από τη δική του προοπτική και να τον αντιμετωπίζει ως πρόσωπο, και όχι μόνο ως επαγγελματία, Πιθανόν αποτελεί προϋπόθεση για αμοιβαία εμπιστοσύνη).

Ακεραιότητα (περιλαμβάνει ενέργειες που δίνουν έμφαση στον ασθενή ως όλον με παρελθόν, παρόν και μέλλον)

Ασφάλεια και Ελπίδα (εφαρμόζονται για να διατηρήσουν ή να αποκαταστήσουν τη σωματική και ψυχολογική ακεραιότητα ως μέσα για διατήρηση της αξιοπρέπειας).

Ιδιωτικότητα, (δίνεται η δυνατότητα στον ασθενή να διατηρήσει κάτι για τον εαυτό του, συνδέεται με την αξία της **αυτονομίας**. Ενώ άλλες διαστάσεις της ιδιωτικότητας, όπως η κάλυψη των ευαίσθητων περιοχών του ασθενούς σχετίζονται με τη διατήρηση ή την αποκατάσταση της αξιοπρέπειας). Ένας νοσηλευτής σε σχόλιό του ανέφερε για το δικαίωμα των ασθενών να αντιμετωπίζονται ως ανθρώπινα όντα μόνο όταν αυτός είναι έξω από την υπηρεσία. Η προσέγγιση αυτή θεωρείται ότι αντανακλά την αξία του γενικού ανθρωπισμού και αποτελεί πατερναλιστική ή μητριαρχική προσέγγιση στο πλαίσιο της νοσηλευτικής

Αλτρουισμός (ο ηθικός προσανατολισμός της φροντίδας, φαίνεται να καθοδηγεί ως φιλοσοφία την πρακτική των νοσηλευτών).

Η ανθρώπινη αξιοπρέπεια θεωρείται η κεντρική αξία. Όλες οι άλλες αξίες φαίνεται να συνδέονται με την ανθρώπινη αξιοπρέπεια είτε επειδή αναδύονται από αυτή και/ή στοχεύουν στη διατήρηση αυτής της βασικής αξίας. Όπως φαίνεται λοιπόν και στη διαφάνεια, οι διαφορετικές αυτές αξίες αλληλοσυνδέονται

Σε πιο πρόσφατη μελέτη, το 2002, βρέθηκε ότι οι αξίες που επικρατούν στη νοσηλευτική περιλαμβάνουν (Altun 2002):

Αισθητική (ιδιότητες των αντικειμένων, γεγονότων, και προσώπων που παρέχουν ικανοποίηση, προσωπικές ιδιότητες όπως φαντασίωση, ευαισθησία, δημιουργικότητα),

Αλτρουισμός (ενδιαφέρον για την ευημερία των άλλων, όπως δέσμευση, συμπόνια, γενναιοδωρία, καρτερικότητα, καλοσύνη και συμπάθεια),

Ισότητα (τα ίδια δικαιώματα και προνόμια),

Ελευθερία (η ελευθερία επιλογών και ενεργειών, προσωπικές ιδιότητες όπως αυτοκατεύθυνση, αυτοκυριαρχία, ανεξαρτησία και ικανότητα να κάνει επιλογές),

Ανθρώπινη αξιοπρέπεια (η εγγενής αξία ενός ατόμου, προσωπικές ιδιότητες όπως ευγένεια, σεβασμός, τιμιότητα, εμπιστοσύνη, τήρηση υποσχέσεων, ενσυναίσθηση),

Δικαιοσύνη (δίκαιη μεταχείριση μέσω ηθικών και νομικών αρχών, προσωπικές ιδιότητες όπως ηθικότητα, θάρρος, αντικειμενικότητα)

Ειλικρίνεια (αλήθεια για την πραγματικότητα, προσωπικές ιδιότητες όπως γνώση, ρεαλισμός, αυτοπεποίθηση, ευθύνη, λογική).

Το 2008 έγινε προσπάθεια για Ιεραρχική Κατάταξη των Αξιών με Βάση τη Σπουδαιότητα (Rassin 2008). Θα δούμε τις πρώτες 10 κατά σειρά επαγγελματικές αξίες όπως αυτές ταξινομήθηκαν από τους νοσηλευτές.

Ανθρώπινη αξιοπρέπεια (γνώση των αξιών και πεποιθήσεων του ασθενούς και σεβασμός τους)

Ισότητα μεταξύ των ασθενών (ο ασθενής έχει το δικαίωμα να τον μεταχειρίζονται χωρίς διακρίσεις σύμφωνα με το φύλο, την προέλευση, την εθνικότητα, τη θρησκεία και την οικονομική κατάσταση)

Πρόληψη του «υποφέρειν» (ο ασθενής πρέπει να αισθάνεται όσο το δυνατόν πιο άνετα και να υποφέρει όσο το δυνατόν από λιγότερο πόνο και άγχος)

Αξιοπιστία (οι νοσηλευτές πρέπει να αναφέρουν κάθε λάθος που κάνουν και να έχουν την ευθύνη για τις ενέργειές τους)

Αυτονομία (ο ασθενής έχει το δικαίωμα να λάβει πληροφορίες σχετικές με τη διάγνωση, τη θεραπεία και την πρόγνωση, λαμβάνοντας υπόψη την επιθυμία και τη δυνατότητά του να κατανοήσει αυτές τις πληροφορίες)

Ποιότητα και ασφάλεια (οι νοσηλευτές πρέπει να ενεργούν με επαγγελματικό τρόπο, με επιδεξιότητα και ασφάλεια, σύμφωνα με τις αποδεκτές νοσηλευτικές διαδικασίες και να είναι βέβαιοι ότι ο ασθενής είναι ασφαλής)

Σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ επαγγελματιών και ασθενών (ο ασθενής έχει δικαίωμα να λάβει θεραπεία με βάση την εμπιστοσύνη, συμπεριλαμβανομένης της αποφυγής παραπλάνησης και απόκρυψης πληροφοριών)

Ελεύθερη επιλογή (ο ασθενής έχει το δικαίωμα να λάβει ή να αρνηθεί θεραπεία)

Ανεξαρτησία και υπευθυνότητα (αναγνώριση του δικαιώματος του ασθενούς και υπευθυνότητα να παίρνει ή να λαμβάνει μέρος σε αποφάσεις σχετικές με τον τρόπο που του παρέχεται η φροντίδα)

Ιδιωτικότητα (ο ασθενής δεν πρέπει να εκτίθεται πέρα από αυτό που είναι απαραίτητο για τη θεραπεία).

Αξίες και Ευθύνη προς τους Ασθενείς

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι οι 10 πρώτες επαγγελματικές αξίες είναι εκείνες που αφορούν στην ευθύνη των νοσηλευτών προς τους ασθενείς. Είναι ενδιαφέρον ότι η εμπιστευτικότητα (εχεμύθεια) βαθμολογήθηκε ως 11^η. Είναι πιθανόν άλλες αξίες όπως η εμπιστοσύνη μεταξύ επαγγελματιών και ασθενών, να θεωρήθηκαν ως μέρος της εμπιστευτικότητας. Ο αλτρουισμός, που βαθμολογήθηκε 12^{ος}, επιβεβαιώνει τα

ευρήματα άλλων ερευνητών, οι οποίοι ανέφεραν την απαξίωση αυτής της αξίας ανάμεσα στους νοσηλευτές και τους φοιτητές της νοσηλευτικής (O'Neill 1989, Vincent et al 1993, Fagerberg, Ekman & Ericsson 1997, Williams, Bloch & Blair 1978). Για χρόνια ο αλτρουισμός θεωρούνταν η πιο σημαντική νοσηλευτική αξία (Fagerberg, Winblad & Ekman 2000) και με αυτό το δεδομένο, η απαξίωσή της είναι ανησυχητική όταν η αλλαγή αυτή διαπερνά ακόμη και επαγγέλματα που έχουν από τη φύση τους σχεδιαστεί να υπηρετούν τους ανθρώπους και την κοινωνία (Thorpe & Loo 2003). Ορισμένοι πιστεύουν ότι ο ναρκισσισμός, το αντίθετο του αλτρουισμού, αντιπροσωπεύει τις σύγχρονες κοινωνικές τάσεις. Σύμφωνα με αυτό, η βοήθεια προς τους άλλους δεν αντανακλά αισθήματα συμπόνιας και ευσπλαχνίας αλλά ξεκινά από την ανάγκη να επιτευχθεί κάτι για την προσωπική εξέλιξη και ταυτότητα. Η ανάπτυξη, ο μιμητισμός και ο καταναλωτισμός είχαν ως αποτέλεσμα να ισοπεδωθούν οι πραγματικές αξίες και να επικρατήσει ο ζήλος για την κατάκτηση του χρήματος. Το χρήμα από μέσο για τις συναλλαγές έγινε αυτοσκοπός, έγινε αξία και οι πραγματικές αξίες όπως η εντιμότητα, το ήθος, η ειλικρίνεια, η εργατικότητα, η αξιοπρέπεια και η ανιδιοτέλεια απαξιώθηκαν. Αντιλαμβανόμαστε ότι υπό τις συνθήκες αυτές ο ρόλος του νοσηλευτή γίνεται ακόμη πιο δυσχερής.

Πρόκειται κυριολεκτικά για άσκηση ισορροπίας. Ο νοσηλευτής καλείται να αντιμετωπίσει μείζονα οικονομικά και κοινωνικά προβλήματα που αντιμετωπίζει ο χώρος της υγείας. Προβλήματα που συσσωρεύτηκαν λόγω αδιαφορίας επίλυσής τους ή μη αποτελεσματικής αντιμετώπισής τους επί σειρά ετών από το πολιτικό σύστημα. Ορισμένοι νοσηλευτές δεν θεωρούν το επάγγελμά τους ως την ιδανική καριέρα, το έχουν επιλέξει για ακαδημαϊκούς λόγους, για την ποικιλία επιλογών καριέρας και της μεγάλης πιθανότητας εξεύρεσης εργασίας (Fagerberg, Winblad & Ekman 2000).

Ευθύνες προς το Επάγγελμα και την Κοινωνία

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

Αν και η εξέλιξη που συνέβη την τελευταία 15ετία άλλαξε τα νοσηλευτικά προγράμματα για να συμπεριληφθούν μαθήματα για την έρευνα και να δίνεται έμφαση στη σημαντικότητα της έρευνας (Mawn & Reece 2000), η αξία της νοσηλευτικής έρευνας βαθμολογήθηκε τελευταία στις επαγγελματικές αξίες. Πιθανόν οι νοσηλευτές συνεχίζουν να περιορίζονται στα παραδοσιακά μοντέλα τα οποία δεν επιτρέπουν να ξεφύγουν από τις παλιές αντιλήψεις τους για το επάγγελμα (Rassin 2008).

Αξίες και Εκπαίδευση

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

Αξίες και Θέση και Εξειδίκευση

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

Η γενική εικόνα που αναδύθηκε από τα αποτελέσματα είναι ότι το πνεύμα της εποχής δεν έχει αλλάξει τις θεμελιώδεις επαγγελματικές αξίες της νοσηλευτικής: ανθρώπινη αξιοπρέπεια, ισότητα ανάμεσα στους ασθενείς, ιδιωτικότητα (που συνδέεται με την αυτονομία), ελευθερία (ανεξαρτησία και πρόληψη του υποφέρειν. Μελέτη 311 νοσηλευτών υποστηρίζει από επτά Ευρωπαϊκές χώρες, η οποία έδειξε ότι αν και οι πλειονότητα των συμμετεχόντων δεν ήταν εξοικειωμένοι με το περιεχόμενο του κώδικά τους της ηθικής, ενεργούσαν σύμφωνα με τις αξίες του επειδή οι επαγγελματικές του αξίες υπήρχαν ήδη στο σύστημα αξιών των νοσηλευτών και είχαν γίνει μέρος της ταυτότητάς τους (Tadd et al 2006).

Επιπλέον οι αξίες φαίνεται να αναθεωρούνται καθώς οι νοσηλευτές αποκτούν εμπειρία μέσω της εργασίας και αλληλεπίδρασης με τους συναδέλφους, τους ασθενείς και τους συγγενείς τους (Fagermoen, 1997). Επίσης, οι νοσηλευτές, ακολουθώντας τις τάσεις που υπαγορεύτηκαν από την κοινωνία, ερευνούν για ευκολία, οικονομία, σταθερότητα, εξουσία και έλεγχο, αφήνοντας αξίες όπως ο αλτρουισμός και η ισότητα (Spiro, Bogdasarian & Campo 2006, Johnson et al 2007, Rognstad & Aasland 2007). Οι γρήγορες εξελίξεις στην τεχνολογία έχουν οδηγήσει σε δραματικές αλλαγές στα επαγγέλματα υγείας. Σήμερα, περισσότερο από ποτέ άλλοτε, υπάρχει σύγκρουση μεταξύ προσωπικών, επαγγελματικών, ιδρυματικών και κοινωνικών αξιών (Hartrick Doane 2002, Irving & Snider 2002, Martin, Yarbrough & Alfred 2003, Pask 2003).

Παράγοντες που Επηρεάζουν τις Αξίες

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας ανέδειξε μια σειρά παραγόντων που επηρεάζουν τις αξίες των νοσηλευτών και περιλαμβάνουν την κουλτούρα, την εμπειρία και την επαγγελματική εκπαίδευση και κατάρτιση (Rassin 2008).

Επαγγελματική Εμπειρία: Οι Schank and Weis (1989) βρήκαν ότι η εμπειρία δεν αλλάζει τις προσωπικές και επαγγελματικές αξίες. Άλλοι ερευνητές (17-19) έχουν δείξει το αντίθετο, ότι με την αύξηση σε επαγγελματική εμπειρία ανάμεσα σε φοιτητές και νοσηλευτές υπήρχε μείωση στις αξίες του αλτρουισμού και της ισότητας (Rassin 2008).

Εκπαίδευση και Επαγγελματική Κατάρτιση: Τα διάφορα επαγγέλματα έχουν τις δικές τους (διαφορετικές) αξίες. Έρευνα μεταξύ 365 νοσηλευτών και κοινωνικών λειτουργών έδειξε ότι οι κεντρικές αξίες των κοινωνικών λειτουργών ήταν η κοινωνική δικαιοσύνη και η προσωπική ελευθερία, ενώ ανάμεσα στους νοσηλευτές οι πιο σημαντικές ήταν η ανθρώπινη αξιοπρέπεια, η φροντίδα, ο ανθρωπισμός, και ο σεβασμός της ιδιωτικότητας (Itzhaky, Gerber & Dekel 2004). Σε μελέτη 152 φοιτητών νοσηλευτικής και 11 φοιτητών της διοίκησης, η κύρια διαφορά που παρατηρήθηκε ήταν η υψηλή βαθμολογία που έδωσαν οι φοιτητές της νοσηλευτικής στην αξία του αλτρουισμού σε σύγκριση με τους φοιτητές της διοίκησης που βαθμολόγησαν υψηλότερα την προσωπική εξέλιξη, τις κοινωνικές σχέσεις, τα επιτεύγματα, και την οικονομική ασφάλεια. (Sagive & Schwartz 2000).

Ηθικό Αδιέξοδο

Έχει βρεθεί ότι η ηλικία δεν είναι ο μόνος λόγος που οι νοσηλευτές εγκαταλείπουν το επάγγελμα. Πολλές φορές στην έλλειψη νοσηλευτών προστίθεται και η απώλεια εμπειρών νοσηλευτών λόγω της ηθικής έντασης (ηθικού αδιεξόδου) που προκαλείται από τη σύγκρουση αξιών. Η ένταση αυτή συνδέεται με το «συνειδησιακό στρες» που συμβαίνει όταν οι νοσηλευτές δεν μπορούν να παρέχουν την ποιοτική φροντίδα (Glasberg, Eriksson, Norberg 2007). Για παράδειγμα, τα περιβαλλοντικά εμπόδια, όπως η απουσία υποστήριξης για την εμπλοκή του νοσηλευτή στη λήψη ηθικών αποφάσεων και την απουσία ενδιαφέροντος για την ασφάλεια των νοσηλευτών, μπορεί να οδηγήσουν σε σύγκρουση αξιών και το αποτέλεσμα να αποβεί σε βάρος της φροντίδας των αρρώστων (Holly 1993). Αυτή η σύγκρουση συμβάλλει στη διαρροή προσωπικού με επακόλουθο την έλλειψη νοσηλευτών (Yarbrough, Alfred, Martin 2008).

Επιπρόσθετα, η μεγάλη ευθύνη για τη διασφάλιση της ευεξίας των ασθενών και την πρόληψη αρνητικών εκβάσεων μπορεί να είναι ένας μεγάλος στρεσογόνος παράγοντας για τους νοσηλευτές. (Glasberg, Eriksson, Norberg 2007). Για παράδειγμα, εάν οι νοσηλευτές δεν έχουν χρόνο για επαρκή αλληλεπίδραση με τους ασθενείς για την κάλυψη των βασικών τους αναγκών πιθανόν να αισθάνονται ανεπαρκείς ως επαγγελματίες. Το στρες αυτό δημιουργεί συγκρούσεις γιατί οι νοσηλευτές πρέπει να ενεργήσουν με τρόπους που πιθανόν δεν είναι σε συμφωνία με τις επαγγελματικές τους αξίες. Όταν δεν υπάρχει ταύτιση μεταξύ των αξιών των

εργαζομένων και του εργασιακού περιβάλλοντος, το αποτέλεσμα μπορεί να είναι επαγγελματική εξουθένωση ή εγκατάλειψη του επαγγέλματος. (Yarbrough, Alfred, Martin, 2008).

Συγκρούσεις Αξιών

Οι αξίες (ηθικής και μη ηθικής φύσεως) μπορεί να περιέλθουν σε σύγκρουση μεταξύ τους, με τα δικαιώματα των ασθενών και τα επαγγελματικά καθήκοντα. Σε περίπτωση σύγκρουσης αξιών, ο νοσηλευτής πρέπει να αναγνωρίσει:

- τις εμπλεκόμενες αξίες
- την ισχύ και τη σχετικότητα των δικαιωμάτων ή καθηκόντων και τις πιθανές συγκρούσεις μεταξύ αξιών, δικαιωμάτων και/ή καθηκόντων

Στη συνέχεια, θα πρέπει να αποφασίσει με βάση τη σπουδαιότητα των αξιών και των δικαιωμάτων που χρήζουν μεγαλύτερο σεβασμό. Πρέπει να επισημανθεί ότι όταν εμπλέκονται ηθικές αξίες, δικαιώματα και αντίστοιχα καθήκοντα η επίλυση είναι πολύπλοκη (Fry and Johnstone 2002).

Ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει ότι οι ασθενείς έχουν το δικό τους σύστημα αξιών το οποίο πιθανόν να διαφέρει σημαντικά από το σύστημα αξιών το δικό του. Επομένως, η κατανόηση των αξιών τόσο του ασθενούς όσο και των δικών του τον βοηθάει στην καθημερινή πρακτική πρακτική του.

Αυτό σημαίνει ότι όταν οι αξίες συγκρούονται μεταξύ τους, ο νοσηλευτής οφείλει να σέβεται τις αξίες των άλλων, όπως και τις δικές του και να εξισορροπεί τα δικαιώματα των ασθενών με τα επαγγελματικά του καθήκοντα (Fry and Johnstone 2002).

Ωστόσο ίσως δεν είναι σωστό κάποιος ασθενείς να μη δέχεται νοσηλευτική φροντίδα απλά επειδή δεν το επιτρέπει το σύστημα αξιών και πεποιθήσεων του νοσηλευτή. Παρόλα αυτά κανένας νοσηλευτής δεν αναμένεται να παρέχει νοσηλευτική φροντίδα ενάντια στη συνείδησή του (Johnstone 1999). Ο Ελληνικός Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας (ΠΔ 216 2001) αναφέρει:

...Σύμφωνα με τη νοσηλευτική ηθική, ο νοσηλευτής εξαιτίας των προσωπικών του πεποιθήσεων έχει τη δυνατότητα αποχής από τη διαδικασία αναπαραγωγής ή διακοπής της κύησης (άρθρο 20)

Φυσικά, δεδομένου ότι πρωταρχικό καθήκον του νοσηλευτή είναι απέναντι στους ανθρώπους που χρειάζονται νοσηλευτική φροντίδα (ICN 2000), μπορεί να αρνηθεί την παροχή της μόνο εφόσον αντικατασταθεί από άλλο νοσηλευτή για να αποφευχθεί ο κίνδυνος βλάβης του ασθενή. Άλλη περίπτωση κατά την οποία ο νοσηλευτής μπορεί να αρνηθεί την παροχή φροντίδας είναι όταν αυτή ενέχει μεγάλο κίνδυνο για το νοσηλευτή. Την περίπτωση αυτή ο νοσηλευτής πρέπει να χρησιμοποιήσει την καλύτερη κρίση του για τον υπολογισμό του βαθμού του κινδύνου (ICN 1998).

Το ερώτημα ίσως είναι που βρίσκει κανείς ποιες είναι οι αξίες που διέπουν την άσκηση μιας επιστήμης, στην προκειμένη περίπτωση της νοσηλευτικής. Η απάντηση είναι, στους Κώδικες Ηθικής ή Δεοντολογίας. Οι επαγγελματικές οργανώσεις και οι διάφοροι οργανισμοί έχουν αναπτύξει κώδικες ηθικής για να καθοδηγούν τη λήψη ηθικών αποφάσεων στην εκπαίδευση, την πρακτική και την έρευνα.

Οι κώδικες ηθικής κάνουν γνωστές τις αξίες του επαγγέλματος και λειτουργούν ως συστηματικές κατευθυντήριες οδηγίες για τη διαμόρφωση της ηθικής συμπεριφοράς των μελών της επαγγελματικής ομάδας (Butts & Rich, 2005).

Ωστόσο, σύμφωνα με τους Beauchamp and Childress (2001) κανένας κώδικας δεν μπορεί να εξασφαλίσει απόλυτες κατευθύνσεις που να παρέχουν απαντήσεις σε όλα τα προβλήματα, αλλά οι Αρχές της Ηθικής είναι η Βάση για την ερμηνεία και ανάλυση των κλινικών καταστάσεων και τη λήψη αποφάσεων. Επίσης, οι αρχές και οι έννοιες που βρίσκονται στα θεωρητικά πλαίσια της νοσηλευτικής καθοδηγούν τις ενέργειες και την πρακτική των νοσηλευτών. Άλλωστε κάθε νοσηλευτής καθοδηγείται από κάποιο φιλοσοφικό πλαίσιο και κάποιο σύστημα αξιών. (Fagermoen, 1997).

Επίλογος

Για πολλά χρόνια οι διοικήσεις των υπηρεσιών υγείας κλείνουν τα μάτια ή δεν γνωρίζουν την επίδραση που έχει η σύγκρουση των αξιών στο νοσηλευτικό τους

προσωπικό (Ελληνικός Κώδικας). Το κόστος φυσικά είναι υψηλό τόσο για τα ιδρύματα όσο και για το νοσηλευτικό προσωπικό, αλλά κυρίως για τους ασθενείς, οι οποίοι δεν λαμβάνουν τη φροντίδα που δικαιούνται. Και ενώ υπάρχουν δεδομένα για την ύπαρξη συγκρούσεων αξιών, δεν υπάρχουν διαθέσιμες αντίστοιχες πληροφορίες για προσπάθειες να μειωθεί αυτή ή να εξαλειφθεί. Οι οργανισμοί υγείας που θέλουν να επιβιώσουν με την έλλειψη νοσηλευτών πρέπει να ενεργήσουν γρήγορα για να συγκεντρώσουν καλά εκπαιδευμένους και έμπειρους νοσηλευτές.

Οι διευθυντές θα πρέπει να διερευνούν την ιεράρχηση των αξιών των νοσηλευτών γιατί αυτό θα τους βοηθήσει να κατανοήσουν καλύτερα τι τους κινητοποιεί και να τους τοποθετούν σε τμήματα όπου μπορούν να εκφραστούν καλύτερα οι προσωπικές τους αξίες (Rassin, 2008).

Στο μέλλον απαιτείται έρευνα για να υπάρξει περισσότερη εν τω βάθει αξιολόγηση του εργασιακού περιβάλλοντος εξετάζοντας την επίδραση που αυτό έχει στις προσωπικές και επαγγελματικές αξίες των νοσηλευτών (Rassin, 2008).

Βιβλιογραφία

- Altun I (2002) Burnout and Nurses' Personal and Professional Values. *Nurs Ethics*, (9) 269-278.
- Beauchamp TL and Childress JF (2001) *Principles of biomedical ethics* 5th ed. New York: Oxford University Press, 165.
- Butts J & Rich K (2005) *Nursing ethics. Across the curriculum and into practice.* Sudbury, MS: Jones and Bartlett..
- Fagerberg I, Ekman SL & Ericsson K (1997) Two studies of the new nursing education in Sweden: 1. The place of gerontology and geriatrics, 2. Student characteristics and expectation. *Nurse Educ Today*, 17: 150-57.
- Fagerberg I, Winblad B & Ekman SL (2000) Influencing aspects in nursing education on Swedish nursing students' choices of first work area as graduated nurses. *J Nursing Educ*, 39: 2111-18.
- Fagermoen MS (1997) Professional identity: values embedded in meaningful nursing practice. *Jouran of Advanced Nursing*, 25: 434-441.
- Fry ST and Johnstone M (2002) *Ethics in Nursing Practice: A Guide to Ethical Decision Making*, 2nd ed. Oxford: Blackwell Science.
- Glasberg AI, Eriksson S, Norberg A (2007) Burnout and stress of conscience among healthcare personnel. *J Adv Nurs*, 57(4): 392-403.
- Glen (1999) Educating for interprofessional collaboration: Teaching about values. *Nursing Ethics*, 6(3), 202-213.
- Hartrick Doane GA (2002) Am I still ethical? The socially-mediated process of nurses' moral identity. *Nurs Ethics*, 9: 623-35.
- Hendel T, Steinman M (2002) Israeli nurse managers' organizational values in today's health care environment. *Nurs Ethics*, 9: 651-62.
- Holly CM (1993) The ethical quandaries of acute care nursing practice. *J Prof Nurs*, 9(2): 110-115.
- International Council of Nurses (1998) *ICN position statement: Nurses and human rights.* Geneva, Switzerland: ICN.
- International Council of Nurses (2000) *Code of ethics for nurses.* Geneva, Switzerland: ICN

- Irving JA & Snider J (2002) Preserving professional values (Legal and ethical issues). *J Prof Nurs*, 18(1): 5.
- Itzhaky H, Gerber P, Dekel R (2004) Empowerment, skills and values: a comparative study of nurses and social workers. *Int J Nurs Stud*, 41: 447-55.
- Johnson M, Johnson M, Haigh C, Yates-Bolton N (2007) Valuing of altruism and honesty in nursing students: a two decade replication study. *J Adv Nurs*, 57: 366-74.
- Johnstone M (1999) *Bioethics: A nursing perspective*, 3rd ed. Sydney: Harcourt Saunders..
- Martin M, Yarbrough S & Alfred D (2003) Professional values held by baccalaureate and associate degree nursing students. *J Nurs Sch*, 35: 291-96.
- Mawn B & Reece SM (2000) Reconfiguring a curriculum for the new millennium: the process of change. *J Nurs Educ*, 39: 101-108.
- O'Neill MF (1989) A study of baccalaureate nursing student values. *Nurs Res*, 22: 437-43.
- Parse RR (1998) *The human becoming school of thought. A perspective for nurses and other health professionals*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Pask EJ (2003) Moral agency in nursing: seeing value in the work and believing that I make a difference. *Nurs Ethics*, 10: 165-74..
- Rassin M (2008) Nurses' Professional and Personal Values. *Nursing Ethics*, 15(5): 614-630.
- Rognstad MK & Aasland O (2007) Change in career aspirations and job values from study time to working life. *J Nurs Manage*, 15: 424-32.
- Rokeach M (1973) *The nature of human values*. New York: Free Press.
- Sagive L & Schwartz SH (2000) Value priorities and subjective well being: direct relations and congruity effects. *Eur J Soc Psychol*, 30: 177-98.
- Schank JM and Weis D (1989) A study of values of baccalaureate nursing students, and graduate nurses from a secular and nonsecular program. *J Prof Nurs*, 5(1): 17-22.
- Spiro H, Bogdasarian M & Campo R (2006) The medical humanities and medical education. *JAMA*, 295: 997-98.
- Tadd W, Clarke A, Lloyd L et al (2006) The value of nurses' codes: European nurses' views. *Nurs Ethics*, 13: 376-93.

- Thorpe K & Loo R (2003) The values profile of nursing undergraduate students: implications for education and professional development. *J Nurs Educ*, 42: 83-90.
- Vincent R, Brewer MJ, Aslakson H, Swanson M (1993) Are we teaching leadership as a value? *Nurs Manage*, 24(7): 65-67.
- Weis D & Schank MJ (2002) Development and Psychometric evaluation of the nurses professional values scale-revised. *Journal of Nursing Measurement*, 17(3): 221-227.
- Williams MA, Bloch DW & Blair EM (1978) Values and value changes of graduate nursing students: their relationship to faculty values and to selected educational factors. *Nurs Res*, 27: 181-89.
- Yarbrough BS, Alfred D, Martin P (2008) Research Study: Professional values and retention. *Nursing Management*, 10-18.
- ΠΔ 216 (2001)

Αρχές της ηθικής στη λήψη ηθικώς αποδεκτών αποφάσεων
Παράδειγμα εφαρμογής

Τις τελευταίες δεκαετίες το μέλλον της φροντίδας υγείας αποτελεί ένα σημαντικό κοινωνικό και πολιτικό ζήτημα. Μια σημαντική διάσταση αποτελεί ο έλεγχος και η συγκράτηση του κόστους ενώ θα ικανοποιούνται οι προσδοκίες των χρηστών των υπηρεσιών υγείας. Αυτό οφείλεται κατά ένα μέρος στο βάρος, κυρίως στις αναπτυγμένες χώρες, των χρόνιων νοσημάτων όπως είναι και ο διαβήτης (Arun Bal 2005). Από την άλλη πλευρά, η γήρανση του πληθυσμού και η αστικοποίηση αυξάνουν συνεχώς το βάρος του διαβήτη στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου οι πόροι για την αντιμετώπιση των κλινικών προβλημάτων είναι σπάνιοι (Shaw, Sicree, & Zimmet 2010).

Έχει υπολογιστεί ότι το ποσοστό του διαβήτη παγκόσμια θα αυξηθεί από 4 % το 1995 σε 5.4 % το 2025. Ο αριθμός των ενηλίκων με διαβήτη θα αυξηθεί από 135 σε πάνω από 300 εκατομμύρια την ίδια περίοδο. Η αύξηση θα είναι μεγαλύτερη στις αναπτυσσόμενες χώρες (από 84 εκ. σε 228 εκ.). Οι αναπτυγμένες χώρες θα είναι υπεύθυνες για το 75 % των διαβητικών το 2025 (62% το 1995) (King 1998). Πιο πρόσφατα δεδομένα δείχνουν ότι ο επιπολασμός του διαβήτη μεταξύ των ηλικιών 20-79 έτη θα είναι 6,4% που αντιστοιχεί σε 285 εκατομμύρια ενήλικες, το 2010, και θα αυξηθεί στο 7,7 και 439 εκατομμύρια ενήλικες το 2030. Επομένως, μεταξύ 2010 και 2030, θα υπάρξει 69% αύξηση στον αριθμό των ενηλίκων με διαβήτη στις αναπτυσσόμενες χώρες και 20% αύξηση στις αναπτυγμένες. Οι προβλέψεις αυτές δείχνουν αύξηση του βάρους του διαβήτη, ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες (Shaw, Sicree, & Zimmet 2010).

Η μακροχρόνια φροντίδα για τα χρόνια νοσήματα, όπως ο διαβήτης πηγαίνει πέρα από τα παραδοσιακά όρια της ιατρικής και της ευθύνης ενός μόνο τομέα. Ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά των χρόνιων νοσημάτων είναι η εμπλοκή φροντιστών και άλλων επαγγελματιών από πολλές επιστήμες (Bal 2000), δεδομένου ότι υπάρχουν ιατροκοινωνικά θέματα λόγω της ανάγκης μακροχρόνιας φροντίδας. Είναι γνωστό ότι ένας από τους κύριους σκοπούς της φροντίδας στο διαβήτη είναι η επίτευξη καλής κατάστασης ευεξίας παρουσία του χρόνιου νοσήματος και συχνά κάποιας αναπηρίας.

Ωστόσο, πρέπει να αναγνωριστεί ότι η ιατροκοποίηση της χρόνιας φροντίδας δεν βοηθάει στην επίτευξη αυτού του στόχου. (Jenning 1988) και επιπλέον, στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες, η ιατροκοποίηση αυξάνει τα κόστη της φροντίδας υγείας χωρίς την ικανοποίηση των μη ιατρικών ψυχοκοινωνικών αναγκών των ατόμων (Bal 2000).

Σύμφωνα με τον Παπαγούνο (2009), η Ηθική -και οι θεωρίες της- έχουν δύο στόχους: Πρώτον, να αξιολογήσουν, από ηθικής σκοπιάς δεδομένες πράξεις και ενέργειες και να αποφανθούν κατά πόσον αυτές είναι ηθικά αποδεκτές. Δεύτερος στόχος είναι να επιτρέψουν – μέσω της εμπλοκής τους στο συλλογισμό του ατόμου που ενεργεί - να επιλέξει αυτό που θα κάνει κάθε φορά διότι θα το έχει προκρίνει ως ηθικά αποδεκτό. Συνεπώς, η Ηθική επιτρέπει την κρίση πράξεων και ενεργειών και, βάσει αυτών, των ατόμων που θα τις εφαρμόσουν

Παράγοντες που Συμβάλλουν στην Ανάγκη για Παροχή Φροντίδας Υγείας με Ηθικό Τρόπο

- Η ραγδαία εξέλιξη της τεχνολογίας. Οι διαθέσιμες νέες τεχνολογίες δημιουργούν επιλογές που δεν υπήρχαν προηγουμένως
- Οι αλλαγές στη δομή της κοινωνίας
- Η αύξηση των γνώσεων των ανθρώπων για την υγεία τους και τις πιθανές παρεμβάσεις
- Η μείωση της χρηματοδότησης για την υγεία

Είναι γεγονός ότι η αύξηση του αριθμού των ατόμων με διαβήτη είναι πιθανό να έχει σοβαρή επίδραση στα συστήματα φροντίδας υγείας. Αυτό εγείρει πολλά ηθικά και κοινωνικά ζητήματα και ηθικά διλήμματα που σχετίζονται με το διαβήτη, κυρίως σχετικά με την πρόσβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και την εντατική (προηγμένη τεχνολογικά) φροντίδα για τις επιπλοκές. Επομένως, υπάρχει ανάγκη να μελετηθούν παρεμβάσεις δημόσιας υγείας για να μειωθεί η επιβάρυνση από τη νόσο και κατ' επέκταση να μειωθεί το οικονομικό και το κοινωνικό κόστος (Bal 2000).

Χωρίς τις στρατηγικές πρόληψης σε επίπεδο δημόσιας υγείας, ο αριθμός των αδιάγνωστων και χωρίς φροντίδα διαβητικών θα αυξηθεί, όπως και ο αριθμός των

επιπλοκών που απαιτούν υψηλή τεχνολογική υποστήριξη. Αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα την περιορισμένη πρόσβαση στη φροντίδα υγείας για μεγάλο αριθμό ασθενών, ενώ από την άλλη πλευρά η καλύτερη ενημέρωση των καταναλωτών είναι πιθανόν να αυξήσει τις προσδοκίες των ασθενών (Bal 2000).

Είναι ζωτικής σημασίας για την επιτυχία των στρατηγικών πρωτογενούς πρόληψης η καλή οργάνωση των υπηρεσιών. Δυστυχώς σήμερα, η απουσία οργανωμένων υπηρεσιών και η υπο-χρηματοδότηση είναι μερικοί παράγοντες υπεύθυνοι για τη χαμηλή ποιότητα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη χώρα μας. Το προσωπικό πρέπει να κινητοποιηθεί, να ενθαρρυνθεί η φιλικότητα των ασθενών, και να αποιατρικοποιηθούν οι υπηρεσίες για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της επιδημίας του διαβήτη. Η αύξηση της επίγνωσης των καταναλωτών (Bal 2000).

Επίσης, σημαντικό παράγοντα σήμερα αποτελεί η ορθολογική διαχείριση των οικονομικών. Πριν την κατανομή των περιορισμένων πόρων της φροντίδας υγείας πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι επιστημονικές ενδείξεις για την αποτελεσματικότητα των διαφόρων μέτρων. Οι στρατηγικές πρωτογενούς πρόληψης που περιορίζουν ή καθυστερούν την έναρξη του διαβήτη είναι πιθανόν οι πιο επιθυμητές και αποτελεσματικές όσον αφορά στο κόστος. Φυσικά το ερώτημα της κατανομής των οικονομικών μεταξύ της πρωτογενούς πρόληψης και της έρευνας πιθανόν να προκαλέσει έντονες πολιτικές, κοινωνικές και ηθικές αντιπαραθέσεις (Bal 2000). Ωστόσο, οι κόστος/αποτελεσματικές παρεμβάσεις σε πρωτοβάθμιο επίπεδο, που απαιτούν ελάχιστη τεχνολογική υποστήριξη, μπορούν να παρέχουν φροντίδα υγείας σε μεγάλο αριθμό ασθενών και να βοηθήσουν στη μείωση των επιπλοκών του διαβήτη με την έγκαιρη διάγνωση.

Ωστόσο, πιθανόν ορισμένοι ιδιωτικοί φορείς να προτιμούν να θεραπεύουν τη νόσο παρά να εκπαιδεύουν τους ασθενείς και να τους ενθαρρύνουν να εμπλακούν στον έλεγχό της. Μία μελέτη έδειξε ότι τα περισσότερα άτομα που χρησιμοποίησαν την εναλλακτική ιατρική ήταν όχι γιατί ήταν δυσαρεστημένοι από την κλασική ιατρική αλλά γιατί οι επαγγελματίες εναλλακτικής ιατρικής τους ενθάρρυναν να εμπλακούν στο πρόβλημα, γεγονός που βρέθηκε ότι αφενός βελτιώνει την ικανοποίηση των ασθενών και αφετέρου τα κλινικά αποτελέσματα (Street & Voigt 1997). Οι κατάλληλες τεχνικές λήψης ιστορικού και οι πρακτικές λεκτικής και μη λεκτικής

επικοινωνίας μπορούν να παίζουν σημαντικό ρόλο στην ικανοποίηση των ασθενών. Δυστυχώς, ακόμη σήμερα, στα θέματα αυτά δεν δίνεται έμφαση στην ιατρική πρακτική, που συνήθως εστιάζει στην τεχνολογία και τη «θεραπεία», κάτι που μπορεί να έχει σοβαρές επιπτώσεις στα χρόνια νοσήματα όπως ο διαβήτης (Bal 2000).

Δεν Υπάρχουν απόλυτες κατευθύνσεις που να παρέχουν απαντήσεις σε όλα τα προβλήματα, αλλά οι Αρχές της Ηθικής είναι η βάση για την ερμηνεία και ανάλυση των κλινικών καταστάσεων και τη λήψη αποφάσεων. Οι αρχές της ηθικής με τη μεγαλύτερη εφαρμογή στη φροντίδα υγείας είναι:

- Η Αρχή της Ευεργεσίας: Το καθήκον να κάνουμε καλό στους άλλους
- Η Αρχή της Μη βλαπτικότητας: Η αποφυγή βλάβης στον ασθενή
- Η αρχή της Δικαιοσύνης: Η ισότιμη κατανομή πόρων και κινδύνων
- Η αρχή της Ειλικρίνειας: Η υποχρέωση να λέμε την αλήθεια
- Η αρχή της Αυτονομίας: Το δικαίωμα των ατόμων για αυτοδιάθεση
- Η αρχή της Πιστότητας: Η υποχρέωση για συνέπεια στις υποσχέσεις

Κατά την παροχή της φροντίδας οι αρχές της ηθικής μπορεί να περιέλθουν σε σύγκρουση και να δημιουργηθούν ηθικά διλήμματα, δηλαδή, καταστάσεις στις οποίες υπάρχουν τα ακόλουθα:

- Είναι διαθέσιμες δύο ή περισσότερες ηθικά ορθές επιλογές
- Είναι δύσκολο να προσδιοριστεί ποια επιλογή είναι η καλύτερη
- Οι ανάγκες όσων εμπλέκονται δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν με τις διαθέσιμες εναλλακτικές
- Πάντα το επίκεντρο πρέπει να είναι ο άρρωστος, ωστόσο χωρίς να παραβιάζονται και οι προσωπικές πεποιθήσεις των επαγγελματιών.

Η βασική αρχή στη διαχείριση του διαβήτη είναι η επίτευξη επαρκούς ελέγχου στα επίπεδα της γλυκόζης του αίματος. Πολλές κλινικές δοκιμές έχουν δείξει ότι ο αυστηρός έλεγχος του διαβήτη μπορεί να ωφελήσει σημαντικά τους ασθενείς. Οι επιπλοκές όπως η γάγγραινα μπορεί να μειωθεί κατά 40 % με 60 %, απλά με τον αυστηρό έλεγχο της γλυκόζης του αίματος. Αυτό μπορεί να γίνει από κάθε ασθενή και σε οποιοδήποτε επίπεδο της φροντίδας υγείας. Η αποτελεσματική εκπαίδευση του αρρώστου για τη σημασία του ελέγχου της γλυκόζης θα μειώσει σημαντικά αφενός

τις επιπλοκές και αφετέρου τα χρήματα που δαπανώνται στη θεραπεία των επιπλοκών (Das 2000).

Ωστόσο οι γιατροί συχνά αντιμετωπίζουν ηθικό δίλημμα που έχει οικονομικές ρίζες. Όπως για παράδειγμα, με τη γάγγραινα των κάτω άκρων που συχνά είναι πιθανή η σωτηρία του άκρου, αλλά μόνο με υψηλό κόστος. Η οικογένεια πρέπει να δαπανήσει μεγάλο χρηματικό ποσό γι' αυτή τη θεραπεία με υψηλή τεχνολογία. Η εναλλακτική πιθανόν είναι ο ακρωτηριασμός. Η δύσκολη απόφαση του ακρωτηριασμού συχνά βασίζεται σε κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες. Στα νέα άτομα με διαβήτη, η απώλεια ενός άκρου μπορεί να αποτελεί σοβαρή αναπηρία και να επηρεάσει ακόμα και την εργασία τους. Παρόμοια, στην περίπτωση νεφρικής ανεπάρκειας τελικού σταδίου, όπου δεν είναι εφικτή η μεταμόσχευση νεφρού και ο ασθενής έχει πολυοργανική ανεπάρκεια, το ερώτημα είναι για πόσο πρέπει να συνεχιστεί η αιμοκάθαρση από την άποψη του αυξανόμενου κόστους και μια καθόλου βέβαιη έκβαση. Τέτοια διλήμματα είναι πιθανόν να αυξηθούν καθώς αυξάνεται ο αριθμός των ατόμων με διαβήτη που παρουσιάζει επιπλοκές και ο περιορισμός των πόρων είναι σοβαρός. Είναι βέβαιο ότι πρέπει να υπάρχει μεγαλύτερη συζήτηση για τα ηθικά, κοινωνικά και οικονομικά ζητήματα που συνδέονται με τις διαβητικές επιπλοκές (Bal 2000).

Οι συνεργασίες με τις φαρμακοβιομηχανίες έχουν προσφέρει σημαντικά στη βελτίωση της διαχείρισης του διαβήτη. Μεγάλες κλινικές μελέτες συχνά χρειάζονται οικονομικούς πόρους τους οποίους μόνο οι βιομηχανίες μπορούν να παρέχουν και θέλουν να παρέχουν. Ωστόσο, το όφελος από τη συνεργασία με τις βιομηχανίες δεν πρέπει να καλύπτει τα ηθικά ζητήματα και δεν πρέπει να παρεμβαίνει στην κρίση του επαγγελματία υγείας (Lefebvre 2004).

Σήμερα, υπάρχουν επιστημονικές μελέτες στη βιβλιογραφία σχετικές με την έκταση και το κόστος των ιατρικών κυρίως αλλά και των νοσηλευτικών λαθών και πρόσφατα άρχισαν να εμφανίζονται άρθρα για την ηθική απάντηση στα λάθη. Ακόμη, υπάρχει ιστοσελίδα η οποία είναι αφιερωμένη στην ανάλυση και συζήτηση περιπτώσεων ιατρικών λαθών και η οποία είναι πολύ σημαντική για την ιατρική εκπαίδευση και την εκπαίδευση των επιτροπών ηθικής των νοσοκομείων. Επομένως, ίσως είναι απαραίτητες οι επαγγελματικές συναντήσεις όπου θα συζητιούνται θέματα που θα

αφορούν στην ασφάλεια των ασθενών, θα εκτίθενται τεχνικές για τη μείωση των λαθών και θα γίνεται ανάλυση των ηθικών διαστάσεών τους (Bach 2003).

Τα ερωτήματα που τίθενται είναι: Πώς πρέπει να απαντήσουν οι επαγγελματίες υγείας στην ανησυχία του κοινού για την ασφάλεια των ασθενών και τα λάθη; Πώς πρέπει να απαντήσουν σε προσωπικό, νοσοκομειακό και επαγγελματικό επίπεδο και ποια πρέπει να είναι η ηθική βάση αυτής της απάντησης; Αφού υπάρχει επαγγελματικό καθήκον για ενέργειες προς όφελος των ασθενών και την αποφυγή πρόκλησης βλάβης όταν είναι δυνατό, έχουν, τουλάχιστο, ηθική υποχρέωση να εφαρμόζουν τις διαθέσιμες τεχνικές για τη μείωση των λαθών. Πρέπει επίσης να μελετήσουν την υποχρέωση να προχωρήσουν πέρα από αυτό που είναι ήδη γνωστό και να υποστηρίξουν την έρευνα για νέες τεχνικές που θα έχουν στόχο την αύξηση της ασφάλειας των ασθενών (Bach 2003).

Υπάρχει επίσης η προσδοκία ότι όταν οι ασθενείς υποστούν βλάβη, θα ενημερωθούν αμέσως. Οι ασθενείς θέλουν μία ειλικρινή εξήγηση και, εάν χρειάζεται, απολογία. Επιπλέον, ενδιαφέρονται ώστε να μην υποστούν παρόμοια βλάβη άλλοι ασθενείς και επομένως πρέπει να ενημερώνονται ότι οι παράγοντες που συνετέλεσαν στη βλάβη τους θα διερευνηθούν προκειμένου να μειωθεί η πιθανότητα επανάληψης. Πολλές φορές οι ασθενείς ή οι οικογένειές τους προσφεύγουν σε ένδικα μέσα γιατί δεν έχουν επαρκή πληροφόρηση και υποπτεύονται συγκάλυψη. Αναμφισβήτητα είναι δύσκολο να συζητηθούν τα λάθη με τους ασθενείς και τους συνεργάτες, και φυσικά να το παραδεχθεί ο ίδιος ο επαγγελματίας. Υπάρχει ακόμη ο φόβος της ποινικής δίωξης παρόλο που τα στοιχεία δείχνουν το αντίθετο. Γενικά, οι ασθενείς όταν υποστούν βλάβη επιθυμούν να ενημερώνονται αμέσως και να έχουν μία ειλικρινή εξήγηση (ή απολογία) (Kramen & Hamm 1999).

Ωστόσο, παρόλο που η έγκαιρη διάγνωση, ο επαρκής έλεγχος και η άμεση αναγνώριση και θεραπεία των επιπλοκών παραμένουν τα κύρια μέσα για την αντιμετώπιση του διαβήτη, από την πλευρά των ασθενών αλλά και της δημόσιας υγείας, η γνώση αυτών των θεμάτων στην κοινωνία και στους επαγγελματίες υγείας είναι χαμηλή. Ο διαβήτης είναι νόσημα τόσο των αστικών όσο και των αγροτικών περιοχών, αλλά οι διαβητικοί των αγροτικών περιοχών αναγκάζονται να εξαρτώνται από μη εκπαιδευμένους επαγγελματίες για τη διάγνωση και θεραπεία (Das 2000).

Ένας σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει σημαντικά στο παρών πρόβλημα είναι η άνιση κατανομή και διαθεσιμότητα των γιατρών και των νοσηλευτών στη χώρα. Ιδιαίτερα για τους νοσηλευτές προστίθεται και η μεγάλη έλλειψή τους και ορισμένες φορές η έλλειψη διάθεσης να αφιερώσουν χρόνο με τους διαβητικούς. Το πώς κατανέμουμε ή διαθέτουμε το χρόνο μας είναι ηθική ενέργεια. Για παράδειγμα, η αρχή της τυπικής δικαιοσύνης λέει ότι τα ίσα πρέπει να αντιμετωπίζονται ισότιμα και τα άνισα σύμφωνα με τις ανάγκες τους (Beauchamp & Childress 2001).

Μία αποτελεσματική στρατηγική για την πρόληψη και θεραπεία των διαβητικών επιπλοκών είναι η οργάνωση φροντίδας στο σπίτι από πυρήνα εκπαιδευμένων επαγγελματιών. Μία άλλη περιοχή που μπορεί να ευεργετήσει τους διαβητικούς είναι η διαθεσιμότητα ειδικών υποδημάτων. Σήμερα, παρά το μεγάλο αριθμό ασθενών με προβλήματα των κάτω άκρων, δεν υπάρχουν ευρέως διαθέσιμα επιστημονικά σχεδιασμένα υποδήματα ακόμα και στις αστικές περιοχές. Όλα αυτά τα μέτρα είναι αποτελεσματικά και απαιτούν λιγότερους πόρους σε σχέση με τα ποσά που δαπανώνται για τη θεραπεία των επιπλοκών (Bal 2000).

Ο σεβασμός στον ασθενή εκφράζεται με το να του λέμε την αλήθεια, να είμαστε ειλικρινείς. Η εμπιστοσύνη στο σύστημα υγείας και φυσικά η εμπιστοσύνη στους νοσηλευτές και στους γιατρούς, βασίζεται στην προσδοκία της ειλικρίνειας και την πεποίθηση ότι δουλεύουν για τα συμφέροντα των ασθενών τους (Bach 2003).

Διεθνώς, οι οδηγίες για τη ρύθμιση της διαδικασίας της πληροφορημένης συναίνεσης επικυρώθηκαν για πρώτη φορά το 1964 με τη Διακήρυξη του Ελσίνκι. Από τότε αναθεωρήθηκαν πολλές φορές. Οι οδηγίες για τη βιοιατρική έρευνα σε ανθρώπους επικεντρώνονται στο διττό σκοπό του σεβασμού του δικαιώματος των ανθρώπων να παίρνουν αποφάσεις και της προστασίας των ευάλωτων ανθρώπων στη βιοιατρική έρευνα.

Τα άτομα έχουν το δικαίωμα να αποφασίζουν για τον εαυτό τους, π.χ. να δεχθούν ή να αρνηθούν θεραπεία, διαγνωστική εξέταση, χειρουργική επέμβαση κ.λ.π. και το δικαίωμά τους αυτό προστατεύεται από το νόμο. Αποτελεί ένα από τα βασικά δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς που είναι θεσμοθετημένα με το άρθρο 47 του Νόμου 2071/92. Η Ελλάδα είναι η πρώτη χώρα που κατοχύρωσε τα δικαιώματα

του νοσοκομειακού ασθενούς σε νόμο, ενώ προστατεύονται και από τις Γενικές Διατάξεις του Συνταγματικού, Αστικού, Ποινικού και Διοικητικού Δικαίου και τους Κώδικες Δεοντολογίας των λειτουργών υγείας. Οι πολύπλοκες επιδράσεις του διαβήτη απαιτούν προσεκτική συνεργατική προσέγγιση. Το άτομο με διαβήτη θεωρείται από τους επαγγελματίες υγείας όχι απλά ως παθητικός δέκτης της θεραπείας, αλλά ως ισότιμος συνεργάτης στην παροχή της καλύτερης φροντίδας. Η συνεργασία ασθενών-επαγγελματιών πρέπει να βασίζεται στον αμοιβαίο σεβασμό (Lefebvre 2004).

Ο διαβήτης είναι χρόνιο νόσημα που συνδέεται με τον τρόπο ζωής. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να αναπτύξουν κατάλληλη επικοινωνία με τους ασθενείς. Εκτός από τα φάρμακα, άλλα θέματα της θεραπείας όπως είναι ο έλεγχος του διατολογίου, η διαχείριση του στρες και η άσκηση μπορούν να εφαρμοστούν μόνο εάν ο ασθενής είναι κινητοποιημένος και εμπλέκεται στη θεραπεία. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την εκπαίδευση, η οποία θα πρέπει να είναι διαθέσιμη σε όλα τα άτομα με διαβήτη και τις οικογένειές τους.

Υπάρχει επείγουσα ανάγκη για την:

- παροχή της κατάλληλης εκπαίδευσης σχετικά με την ηθική της φροντίδας υγείας στους γιατρούς, στους νοσηλευτές και στους άλλους επαγγελματίες υγείας
- ανάπτυξη ενός πυρήνα εκπαιδευμένων επαγγελματιών στη βασική διαχείριση του διαβήτη

Μέχρι σήμερα έχουν αντιμετωπιστεί με επιτυχία άλλες προκλήσεις όπως π.χ. η ευλογία. Ωστόσο, ως «αργός φονιάς» ο διαβήτης χρειάζεται διαφορετική στρατηγική. Επίσης, τα φάρμακα και οι γιατροί δεν μπορούν να ελέγξουν τα προβλήματα δημόσιας υγείας του διαβήτη. Απαιτείται η ύπαρξη ενός πυρήνα εκπαιδευμένων επαγγελματιών υγείας για να εκπαιδεύουν τους ασθενείς για τον έλεγχο της διαίτας, τη διαχείριση του στρες, τις αλλαγές στον τρόπο ζωής και άλλα «μη-ιατρικά» ζητήματα της θεραπείας. Σήμερα με την οικονομική κρίση που βιώνει ολόκληρος ο πλανήτης, οι γιατροί, οι νοσηλευτές και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας πρέπει να εκπαιδευτούν στις επιστημονικές μεθόδους διαχείρισης του διαβήτη με το μικρότερο δυνατό κόστος (Das 2000).

Τα μη μολυσματικά νοσήματα αποτελούν την πρόκληση της νέας χιλιετιρίδας. Για την αντιμετώπιση της πρόκλησης πρέπει να υπάρχουν καλά εκπαιδευμένοι, ενημερωμένοι και κινητοποιημένοι επαγγελματίες και ποσοστιαία κατανομή των πόρων για την υγεία έτσι ώστε να αντιμετωπίζονται οι ανάγκες των ασθενών με χρόνια νοσήματα (Bal 2000).

Βιβλιογραφία

- Bach S. Ethics Corner – Responding to Medical Error. *The Endocrine Society News*, 2003, 28(4).
- Bal Arun. Diabetes: ethical, social and economic aspects. *Indian Journal of Medical Ethics*, 2000, 8(3).
- Beauchamp TL & Childress JF. *Principles of biomedical ethics*, 5th ed. New York: Oxford University Press, 2001
- Das AK. Drug for diabetes: unscrupulous advertisements. *Indian Journal of Medical Ethics*, 2000, 8(3)
- Jenning B et al. Ethical challenge of chronic illness. *Hastings Center Report*, 1988Q19 1-16.
- King H. Global burden of diabetes. *Diabetes Care*, 1998, 21: 1414-1431.
- Kramen S, Hamm G. Risk management: extreme honesty may be the best policy. *Ann Intern Med*, 1999, 131: 963-7.
- Lefebvre P. The logic and ethics of partnership. *Diabetes Voice*, 2004, 49(1): 2.
- Παπαγούνος Γ. Η φροντίδα χρόνιων ασθενών και ασθενών με οξεία νοσήματα: Είναι τα ηθικά διλήμματα ίδια; *Νοσηλεία και Έρευνα*. 2009, 25: 13-14.
- Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 87(1), 4-14.
- Street RL, Voigt B. Patient participation in decision making and subsequent quality of life. *Medical Decision Making*, 1997:17, 298-30.

**Χρυσούλα Β. Λεμονίδου, Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών
Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής**

Εισαγωγή

Είναι γνωστό ότι καθώς οι ρόλοι και τα καθήκοντα του νοσηλευτικού προσωπικού διευρύνονται, αυξάνεται και η νομική του ευθύνη. Αντίθετα με το παρελθόν, σήμερα οι νοσηλευτές μπορούν αυτόνομα να αξιολογούν, να θέτουν διαγνώσεις, να προγραμματίζουν, να εφαρμόζουν και να εκτιμούν τα αποτελέσματα της νοσηλευτικής φροντίδας στον ασθενή, αναλαμβάνοντας πλήρως την ευθύνη των ενεργειών τους. Επομένως, για την αποφυγή των νομικών επιπτώσεων θα πρέπει να γνωρίζουν την ισχύουσα νομοθεσία προκειμένου να προσδιορίζουν τις νομικές παραμέτρους της νοσηλευτικής πρακτικής, να λειτουργούν στο πλαίσιο των ικανοτήτων τους, να αναγνωρίζουν τις δυνητικές νομικές ευθύνες της πρακτικής τους και να αναπτύσσουν στρατηγικές πρόληψής τους.

Στόχος αυτού του κεφαλαίου είναι α) η παράθεση της κύριας νομοθεσίας που αφορά και επηρεάζει άμεσα ή έμμεσα την άσκηση της νοσηλευτικής.

Η Ελληνική Νομοθεσία

Τις τελευταίες τρεις δεκαετίες έχουν γίνει σημαντικές αλλαγές σε πολλές χώρες σχετικές με τη ρύθμιση των επαγγελμάτων. Στη χώρα μας μέχρι τη θεσμοθέτηση της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος (ΕΝΕ) τον Ιούλιο του 2004 (Ν. 3252)⁷, η ρύθμιση και λειτουργία της νοσηλευτικής βασιζόνταν κυρίως στην ισχύουσα νομοθεσία για τους δημόσιους υπαλλήλους και στους αναχρονιστικούς εσωτερικούς κανονισμούς των υπηρεσιών υγείας (Ν.Δ. 683/1948, Υ.Α 5740/1968)^{8,9}.

Οι πρώτες αλλαγές για τη θέση των νοσηλευτών στο σύστημα υγείας εισήχθησαν με το νόμο 1397 το 1983 με τον οποίο νομοθετήθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.)¹⁰ και καθιέρωσε για πρώτη φορά τη νοσηλευτική υπηρεσία ως ανεξάρτητη και ισότιμη με την ιατρική και τη διοικητική. Οι πιο πρόσφατες νομοθετικές παρεμβάσεις στο χώρο της νοσηλευτικής επιστήμης περιλαμβάνουν την αναβάθμιση του νοσηλευτικού επαγγέλματος (Ν. 2071/1992, 2889/2001 & 3329/2005)^{11,12,13}, τον Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας (Π.Δ. 216/2001)¹⁴ κατά τα πρότυπα άλλων

παραδοσιακών επαγγελμάτων αυξημένου κοινωνικού κύρους, τη θεσμοθέτηση της δυνατότητας άσκησης ελεύθερου νοσηλευτικού επαγγέλματος (Ν. 3204/2003)¹⁵ και τη θεσμοθέτηση της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος ως ρυθμιστικού οργάνου του νοσηλευτικού επαγγέλματος (Ν. 3252/2004)⁷. Όλα τα προαναφερθέντα αποτελούν προσπάθειες του νομοθέτη για τυπική και ουσιαστική στήριξη του κλάδου της νοσηλευτικής.

Παρά το γεγονός ότι έχουν τεθεί τα θεμέλια για μια νέα περίοδο για τη νοσηλευτική, ένα μεγάλο μέρος της νοσηλευτικής φροντίδας στα νοσοκομεία, ακόμη και στις ΜΕΘ συνεχίζει να παρέχεται από βοηθούς νοσηλευτών (δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης), οι οποίοι δεν είναι σε θέση να προάγουν τον ανεξάρτητο ρόλο της νοσηλευτικής. Δεν έχουν την αρμοδιότητα, λόγω του χαμηλού επιπέδου εκπαίδευσης, για παράδειγμα να εκτελούν σημαντικές νοσηλευτικές διαδικασίες χωρίς την επίβλεψη νοσηλεύτη¹⁶, να ενημερώνουν ή να παρέχουν πληροφορίες στους ασθενείς ή τους συγγενείς τους. Επιπλέον, ακόμη και οι νοσηλευτές, αφ' ενός λόγω της μεγάλης έλλειψης προσωπικού, και αφ' ετέρου λόγω του ιατρο-κεντρικού μοντέλου παροχής της φροντίδας υγείας, ήταν περισσότερο προσανατολισμένοι στις τεχνικές διαστάσεις της φροντίδας. Η εικόνα αυτή άρχισε να αλλάζει με την αύξηση του αριθμού των νοσηλευτών, την αποφοίτηση νοσηλευτών πανεπιστημιακής εκπαίδευσης από το 1984 και τη θεσμοθέτηση των νοσηλευτικών ειδικοτήτων με το νόμο 1579/1985¹⁷, ο οποίος έδωσε τη δυνατότητα στους νοσηλευτές να ειδικευτούν σε τέσσερις βασικούς τομείς (παθολογική νοσηλευτική, χειρουργική νοσηλευτική, παιδιατρική νοσηλευτική και ψυχιατρική νοσηλευτική). Ορισμένοι από τους νοσηλευτές με μία από τις προαναφερθείσες ειδικότητες εργάζονται σε ΜΕΘ, ενώ έχει και ανεπίσημα καθιερωθεί ένα είδος εκπαίδευσης/εξειδίκευσης στις ΜΕΘ υπό μορφή ενδοϋπηρεσιακής κατάρτισης. Εδώ πρέπει να τονιστεί το οξύμωρο ότι ενώ δεν υπάρχει ειδική εκπαίδευση σε τριτοβάθμιο επίπεδο για τη νοσηλευτική μονάδων εντατικής θεραπείας, υπάρχει σε επίπεδο Ινστιτούτων Επαγγελματικής Κατάρτισης (Ι.Ε.Κ) με θεσμοθετημένα επαγγελματικά δικαιώματα των αποφοίτων (Π.Δ. 210/2001)¹⁶. Το 1989 έγινε ένα ακόμη βήμα με την κατοχύρωση των επαγγελματικών δικαιωμάτων των νοσηλευτών αποφοίτων ΤΕΙ (Π.Δ 351/1989)¹⁸. Τα δικαιώματα αυτά εισαγάγουν σε ένα βαθμό την ανεξάρτητη νοσηλευτική πρακτική και την άσκηση ελεύθερου επαγγέλματος, που νομοθετήθηκε πολύ αργότερα (Ν. 3204/2003, άρθρο 22)¹⁵.

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '90, εκδόθηκε μια σειρά νόμων για τη ρύθμιση σημαντικών θεμάτων της φροντίδας υγείας και της νοσηλευτικής. Τον Ιούλιο του 1992 ψηφίστηκε ο νόμος 2071 σχετικά με τον Εκσυγχρονισμό και την Οργάνωση του Ε.Σ.Υ¹¹, στον οποίο για πρώτη φορά προβλεπόταν η έκδοση Π.Δ. για τον Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας, ο οποίος, ωστόσο, δεν εξεδόθη μέχρι τον Ιούλιο του 2001. Με τις διατάξεις των παρ. 1 και 2 του άρθρου 105 του Ν. 2071/1992 θεσπίστηκαν δύο σημαντικότερες παροχές ειδικά για το νοσηλευτικό προσωπικό, που εργάζεται σε μονάδες εντατικής θεραπείας και χειρουργεία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, σύμφωνα με τις οποίες μπορεί να χορηγείται πρόσθετη ειδική ετήσια άδεια μετ' αποδοχών τουλάχιστον 6 εργάσιμων ημερών πέραν της κανονικής και το ειδικό επίδομα της Κ.Υ.Α. υπ' αριθ. 2003075/204/0022/95 των Υπουργών Προεδρίας της Κυβερνήσεως, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων¹⁹

Σύμφωνα με τις διατάξεις της Κ.Υ.Α. με αριθμό 2003075/204/0022/95/20-1-95: «Σε νοσηλευτές, μαίες, βοηθούς νοσηλευτές και φυσικοθεραπευτές πλήρους απασχόλησης που εργάζονται σε χειρουργεία, ανάνηψη, μονάδες εντατικής θεραπείας, αυξημένης φροντίδας, στεφανιαίων νόσων, τεχνητού νεφρού, περιτοναϊκής κάθαρσης, AIDS, πρόωρων, αίθουσες τοκετών και παραλαβής, υπηρεσίες αιμοδοσίας, μονάδες μεσογειακής αναιμίας και αιμορροφιλικών, των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων Ν.Π.Δ.Δ. και Ν.Π.Ι.Δ. μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και νοσοκομεία του Ι.Κ.Α. θα χορηγούνται: 1).....2) Ειδική πρόσθετη άδεια μετ' αποδοχών δέκα (10) ημερών πέραν της κανονικής. Η ειδική άδεια χορηγείται μετά από συνεχή υπηρεσία ενός (1) έτους στις ανωτέρω μονάδες και σε χρονικό διάστημα που δεν διαταράσσεται η εύρυθμη λειτουργία των ιδρυμάτων». Η άδεια αυτή δεν συμψηφίζεται σε καμία περίπτωση με άλλου είδους άδεια, ωστόσο, περικόπτεται ανάλογα με το χρόνο της μη απασχόλησης του νοσηλευτή στην ειδική μονάδα που δικαιολογεί και τη χορήγηση της ειδικής άδειας.

Επίσης, στο κεφάλαιο ζ' του ίδιου νόμου, το σχετικό με την αναβάθμιση των νοσηλευτικών υπηρεσιών, αναφέρεται η σύσταση του Εθνικού Συμβουλίου Ανάπτυξης της Νοσηλευτικής (Ε.Σ.Α.Ν.), συμβουλευτικού οργάνου του Υπουργού Υγείας & Πρόνοιας, η σύνθεση και η λειτουργία του οποίου καθορίστηκαν με την Υπουργική Απόφαση Υ7/3147²⁰. Μεταξύ των αρμοδιοτήτων του οργάνου αυτού περιλαμβάνονται και η μελέτη και γνωμοδότηση για όλα τα νοσηλευτικά θέματα, όπως η επάρκεια και αξιοποίηση του προσωπικού, η εναρμόνιση της Ελληνικής

Νοσηλευτικής Πολιτικής με την αντίστοιχη άλλων Κρατών και Διεθνών Οργανισμών και Φορέων, η θέσπιση νέων νοσηλευτικών ειδικοτήτων (έχει ήδη καταρτισθεί πρόγραμμα ειδικότητας στην εντατική νοσηλευτική φροντίδα), η θέσπιση κριτηρίων για την αξιολόγηση της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας και η διαμόρφωση δεικτών ποιότητας και μεθόδων ελέγχου της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας των νοσηλευτικών υπηρεσιών, η συμμετοχή στο σχεδιασμό της Εθνικής Πολιτικής Υγείας, ο καθορισμός των καθηκόντων του νοσηλευτικού προσωπικού και η περιγραφή των νοσηλευτικών πράξεων και η προαγωγή και η προστασία του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Αυτό αποτελεί ένα πολύ θετικό βήμα για τη νοσηλευτική γιατί δίνεται η δυνατότητα παρέμβασης σε σημαντικά θέματα που καθορίζουν το παρόν και το μέλλον των νοσηλευτών, συμπεριλαμβανομένων των εργαζομένων στις ΜΕΘ.

Το Φεβρουάριο του 2007 κυρώθηκε ο Κώδικας Κατάστασης Δημοσίων Πολιτικών Διοικητικών Υπαλλήλων και Υπαλλήλων Ν.Π.Δ.Δ. Ι(Νόμος 3528)²¹. Σκοπός του Κώδικα είναι η καθιέρωση ενιαίων και ομοιόμορφων κανόνων που διέπουν την πρόσληψη και την υπηρεσιακή κατάσταση των πολιτικών διοικητικών υπαλλήλων, σύμφωνα ιδίως με τις αρχές της ισότητας, της αξιοκρατίας και της κοινωνικής αλληλεγγύης και την ανάγκη διασφάλισης της μέγιστης δυνατής απόδοσης κατά την εργασία τους (άρθρο 1). Ιδιαίτερη σημασία για το νοσηλευτικό προσωπικό, αλλά και για όλους τους εργαζόμενους στο χώρο της υγείας (δημόσιο και ιδιωτικό), έχει η ρύθμιση των θεμάτων που σχετίζονται με τους διάφορους τύπους αδειών, όπως κανονική άδεια (άρθρα 48 και 49), άδειες διευκολύνσεων (δικαίωμα ειδικής μηχανογραφικής άδειας άρθρο 50 (για τους υπαλλήλους που χειρίζονται ηλεκτρονικό υπολογιστή και απασχολούνται μπροστά σε οθόνη οπτικής καταγραφής για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των πέντε (5) ωρών του ημερήσιου ωραρίου εργασίας), άδειες χωρίς αποδοχές άρθρο 51, άδειες μητρότητας άρθρο 52, διευκολύνσεις υπαλλήλων με οικογενειακές υποχρεώσεις άρθρο 53), αναρρωτικές άδειες (άρθρα 54, 55, 56 και 57 που αφορά στα έξοδα κηδείας), ειδικές άδειες (υπηρεσιακής εκπαίδευσης άρθρο 58, για επιμορφωτικούς ή επιστημονικούς λόγους άρθρο 59 και εξετάσεων άρθρο 60).

Συμπερασματικά, από τις αρχές της δεκαετίας του '80, η νοσηλευτική βιώνει συνεχείς αλλαγές. Οι αλλαγές στη νοσηλευτική, φυσικά, δεν έγιναν από εξωτερικές δυνάμεις μόνο, πολλές από τις εξελίξεις στις δεκαετίες του '80 και '90 ήταν αποτέλεσμα της επιθυμίας του επαγγέλματος για αλλαγή στην πρακτική, και για

ανάλογες βελτιώσεις στη νοσηλευτική εκπαίδευση. Οι προσπάθειες της νοσηλευτικής κοινότητας πρέπει να κατευθυνθούν προς τη θεσμοθέτηση ενιαίας πανεπιστημιακής προπτυχιακής νοσηλευτικής εκπαίδευσης και περισσότερα μεταπτυχιακά προγράμματα και προγράμματα νέων νοσηλευτικών ειδικοτήτων.

Βιβλιογραφία

1. Νόμος 3252. Σύσταση Ένωσης Νοσηλευτών – Νοσηλευτριών Ελλάδος και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 132, Αθήνα 1989, 5215-5229.
2. Νομοθετικό Διάταγμα 683. Περί διπλωματούχων αδελφών νοσοκόμων και επισκεπτριών. ΦΕΚ 124, Αθήνα 1948.
3. Υπουργική Απόφαση 5740. Περί εγκρίσεως του κανονισμού καθηκόντων του προσωπικού νοσηλευτικών ιδρυμάτων. ΦΕΚ 172, Αθήνα 1968.
4. Νόμος 1397. Εθνικό σύστημα υγείας. ΦΕΚ 143, Αθήνα 1983, 2229-2247.
5. Νόμος 2071. Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας. ΦΕΚ 123, Αθήνα 1992, 2348-2394.
6. Νόμος 2889. Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 37, Αθήνα 2001, 1079-1104.
7. Νόμος 3329. Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις. ΦΕΚ 81, Αθήνα 2005, 883-909.
8. Προεδρικό Διάταγμα 216. Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας. ΦΕΚ 167, Αθήνα 2001, 2540-2524.
9. Νόμος 3204. Τροποποίηση και συμπλήρωση της νομοθεσίας για το Εθνικό Σύστημα Υγείας και ρυθμίσεις άλλων θεμάτων αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. ΦΕΚ 296, Αθήνα 2003, 4997-5018.
10. Προεδρικό Διάταγμα 210. Επαγγελματικά Δικαιώματα των κατόχων Διπλώματος Ο.Ε.Ε.Κ επιπέδου Μεταδευτεροβάθμιας Επαγγελματικής Κατάρτισης των ειδικοτήτων «Νοσηλευτική Τραυματολογία», «Νοσηλευτική Ογκολογικών Παθήσεων», «Νοσηλευτής Χειρουργείου», «Νοσηλευτική Μονάδων Εντατικής Θεραπείας» των Ινστιτούτων Επαγγελματικής Κατάρτισης (Ι.Ε.Κ.) και των πτυχιούχων Τ.Ε.Ε. Α΄ και Β΄ κύκλου της ειδικότητας «Βοηθών Νοσηλευτών, καθώς και καθορισμός των προϋποθέσεων και της διαδικασίας χορήγησης της άδειας ασκήσεως των ανωτέρω επαγγελμάτων. ΦΕΚ 165, Αθήνα 2001.
11. Νόμος 1579. Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 217, Αθήνα 1985, 4181-4199.
12. Προεδρικό Διάταγμα 351. Καθορισμός επαγγελματικών δικαιωμάτων των πτυχιούχων των τμημάτων α) Νοσηλευτικής, β) Μαιευτικής.Επισκεπτών της Σχολής Επαγγελμάτων Υγείας και Πρόνοιας και δ) του τμήματος Διοίκησης

- μονάδων Υγείας και Πρόνοιας της Σχολής Διοίκησης και Οικονομίας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων. ΦΕΚ159, Αθήνα 1989, 3878-3879.
13. Υπουργική Απόφαση 2003075/204/0022. Καθορισμός ειδικής ετήσιας άδειας και ειδικού επιδόματος στο προσωπικό του άρθρου 105 του Ν. 2071/92. ΦΕΚ 33, Αθήνα 1995.
 14. Υπουργική Απόφαση Υ7/3147. Σύνθεση και λειτουργία του Εθνικού Συμβουλίου Ανάπτυξης Νοσηλευτικής (Ε.Σ.Α.Ν.). ΦΕΚ 700, Αθήνα 1993.
 15. Νόμος 3528. Κύρωση του Κώδικα Κατάστασης Δημοσίων Πολιτικών Διοικητικών Υπαλλήλων και Υπαλλήλων Ν.Π.Δ.Δ. ΦΕΚ 26, Αθήνα 2007.

Η διαμόρφωση του πλαισίου της βιοηθικής και της νοσηλευτικής δεοντολογίας από τη νομοθεσία και τα ευρωπαϊκά κείμενα

Η Οικουμενική Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων (1948) του ΟΗΕ αναγνωρίζει το αγαθό της ανθρώπινης ζωής ως ένα από τα σοβαρότερα ανθρώπινα δικαιώματα. Στο άρθρο 3 ορίζεται ότι «έκαστος έχει δικαίωμα επί της ζωής».

Στο ίδιο πνεύμα κινείται και η Σύμβαση της Ρώμης (1950)¹, για την προάσπιση των δικαιωμάτων του ανθρώπου και των θεμελιωδών ελευθεριών. Η σύμβαση αυτή υπογράφηκε και από την Ελλάδα και ψηφίστηκε από το Ελληνικό Κοινοβούλιο με το Ν. 2329/53², ενώ κυρώθηκε και πάλι, μετά την επανένταξή της στο Συμβούλιο της Ευρώπης, με το Ν.Δ. 53/1974.

Επισημαίνεται ότι οι Ιπποκρατικές αρχές είναι και σήμερα αποδεκτές από την ιατρική και νοσηλευτική δεοντολογία. Επίσης, σε διάφορες διακηρύξεις σε διεθνές επίπεδο τονίζεται ότι «ο γιατρός οφείλει να σέβεται την ανθρώπινη ζωή, από την αρχή της» (Παγκόσμιος Χάρτης της Ιατρικής, του 1947, η Διακήρυξη της Γενεύης του 1948, ο Διεθνής Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας του 1968, η Διακήρυξη του Όσλο του 1983)

Στο χώρο της υγείας, τα ζητήματα της δεοντολογίας αφορούν τόσο τη δεοντολογία των επαγγελματιών υγείας όσο και τα δικαιώματα των ασθενών. Τα ηθικά προβλήματα που συχνά ανακύπτουν απαιτούν σαφή γνώση της ηθικής και ηθικής λογικής για την ερμηνεία και ανάλυση των κλινικών καταστάσεων και τη λήψη αποφάσεων με βάση τις αρχές της ηθικής της φροντίδας υγείας και τους κώδικες δεοντολογίας³.

Με βάση το νόμο 1565/1939⁴, για την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος, ο οποίος επιγράφεται ως «Κώδικας Άσκησης Ιατρικού Επαγγέλματος», εκδόθηκε με Β.Δ. το 1955⁵ ο Κανονισμός Ιατρικής Δεοντολογίας, ο οποίος εξειδικεύει τις βιοηθικές αρχές που επικρατούσαν την εποχή εκείνη κατά τα τότε δεδομένα της ιατρικής επιστήμης. Οι διατάξεις αυτές αναφέρονταν έμμεσα στο λοιπό προσωπικό υγείας και κυρίως στο νοσηλευτικό, ενώ σήμερα υπάρχουν ειδικές διατάξεις που ρυθμίζουν τις σχέσεις αυτές, όπως εκείνες του Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας⁶ και του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν 3418/2005, αντικατέστησε το ΒΔ του 1955)⁷, οι οποίες έχουν δεσμευτική ισχύ. Ο Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας αποτελείται από 24 άρθρα και αφορά στις υποχρεώσεις και στα καθήκοντα των

νοσηλευτών προς τους ασθενείς, το επάγγελμα, τους συναδέλφους και τους συνεργάτες, ενώ δεν υπάρχει καμία αναφορά στα δικαιώματα και στην προστασία των νοσηλευτών, γεγονός που προκάλεσε αρνητική κριτική από τους νοσηλευτές και τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας στο πλαίσιο ποιοτικής έρευνας για την ανάλυση των κωδίκων νοσηλευτικής δεοντολογίας επτά χωρών της Ευρώπης⁸. Το μεγαλύτερο μέρος του Κώδικα αναφέρεται στις υποχρεώσεις των νοσηλευτών έναντι των ασθενών και σε διαφορετικές περιοχές της νοσηλευτικής πρακτικής, όπως νοσηλευτική ενηλίκων, παιδιατρική νοσηλευτική, ψυχιατρική και κοινοτική νοσηλευτική. Οι κύριες έννοιες που περιλαμβάνονται στον κώδικα είναι: σεβασμός στον ασθενή, παροχή πληροφοριών, ενημερωμένη συναίνεση για τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις και την έρευνα, απόρρητο, ισότητα (αποφυγή διακρίσεων) και σεβασμός προς τους συναδέλφους και τους συνεργάτες. Στα επιμέρους άρθρα γίνεται σαφές ότι ο νοσηλευτής α) οφείλει σεβασμό στην προσωπικότητα του ασθενούς, στις πεποιθήσεις και στις αποφάσεις του, β) προστατεύει τα δικαιώματα των ασθενών, παίρνει όλα τα μέτρα και χρησιμοποιεί όλα τα μέσα για την πρόληψη κάθε είδους κακοποίησης, γ) παρέχει πληροφορίες στον ασθενή για τη διάγνωση, τη θεραπεία, την πρόγνωση και τους κινδύνους, δ) λαμβάνει την πληροφορημένη συναίνεση του ασθενούς πριν από κάθε νοσηλευτική και ιατρική παρέμβαση, ε) διατηρεί την εμπιστευτικότητα των νοσηλευτικών και ιατρικών δεδομένων. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις προϋποθέτουν πάντα την αυτονομία και την ελεύθερη επιλογή του ασθενούς. Επιπλέον, κατά τη διεξαγωγή έρευνας οι νοσηλευτές πρέπει να ακολουθούν τις αρχές της ηθικής που ορίζονται από τους διεθνείς οργανισμούς και τον Κώδικα Νοσηλευτής Δεοντολογίας.

Η Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος που έχει συσταθεί ως Ν.Π.Δ.Δ. (Νόμος 3252/2004), όπως και ο Εθνικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών Ελλάδος και οι συνδικαλιστικές νοσηλευτικές οργανώσεις, διαμορφώνουν τη διοικητική πρακτική για τα θέματα βιοηθικής. Επίσης, με τον παραπάνω νόμο συστήνονται Ανώτατο Πειθαρχικό Συμβούλιο και επιτροπές για την εποπτεία του νοσηλευτικού κλάδου. Οι αποφάσεις των πειθαρχικών οργάνων θεωρούνται εκτελεστές διοικητικές πράξεις και ως εκ τούτου υπόκεινται στον ακυρωτικό έλεγχο των διοικητικών δικαστηρίων, όπου υπό το φως των οικείων διατάξεων διαμορφώνονται δια μέσου της νομολογίας βιοηθικές αρχές. Επίσης οι βιοηθικές αρχές διαμορφώνονται βάσει της πλούσιας νομολογίας των ποινικών δικαστηρίων σε περιπτώσεις ποινικών διώξεων, για αμελή συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας⁹.

Στο Ν. 1397/83¹⁰, για το «Εθνικό Σύστημα Υγείας», στη διάταξη του άρθρου 12, ορίζεται ότι σε κάθε νοσοκομείο συγκροτείται επιστημονική επιτροπή, η οποία λειτουργεί για την επίλυση των βιοηθικών θεμάτων που προκαλούνται κατά την άσκηση της ιατρικής και γενικότερα κατά την παροχή των υπηρεσιών υγείας στα νοσοκομεία και στα Κέντρα Υγείας. Ωστόσο, μόνο σε ελάχιστες περιπτώσεις εφαρμόστηκε η διάταξη αυτή.

Με το Ν. 2071/92¹¹, νομοθετήθηκε το Εθνικό Συμβούλιο Ιατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας με σκοπό τη χάραξη της πολιτικής του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας επί ζητημάτων ιατρικής ηθικής και δεοντολογίας, η γνωμοδότηση επί όλων των αναφερόμενων ζητημάτων ηθικής και δεοντολογίας, καθώς και η δημιουργία του Κέντρου Ιατρικής Ηθικής, για τη συλλογή βιβλιογραφικών και άλλων στοιχείων σε ειδική προς τούτο βιβλιοθήκη προς ενημέρωση των ενδιαφερομένων, για τη διοργάνωση ειδικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων, που θα απευθύνονται στα επαγγέλματα υγείας και συγγενείς επιστήμες, για τη συνεργασία με παρόμοια κέντρα και παρόμοιες δραστηριότητες των χωρών της Ε.Ε., του Συμβουλίου της Ευρώπης και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (άρθρο 61 παρ. 2 εδ. β). Στον προαναφερθέντα νόμο νομοθετήθηκαν τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς στο άρθρο 47. Στη χώρα μας, η προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών, εκτός από το νόμο αυτό, στηρίζεται επίσης στις γενικές διατάξεις του Συνταγματικού, Αστικού, Ποινικού, Διοικητικού Δικαίου και στους Κώδικες Δεοντολογίας των επαγγελματιών υγείας. Τα δικαιώματα αυτά περιλαμβάνουν: το σεβασμό της αξιοπρέπειας του ασθενούς, το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη, το δικαίωμα στην πληροφόρηση, το δικαίωμα να πληροφορηθεί εκ των προτέρων για τους πιθανούς κινδύνους, που ενδέχεται να προκύψουν και να συγκατατεθεί ή όχι σε πειραματικές ή εκπαιδευτικές διαδικασίες, το απόρρητο της ιδιωτικής του ζωής και των πληροφοριών του φακέλου του, το δικαίωμα αναγνώρισης των θρησκευτικών και ιδεολογικών του πεποιθήσεων και το δικαίωμα να διαμαρτυρηθεί και να λάβει πλήρη γνώση των ενεργειών και αποτελεσμάτων. Το κείμενο του νόμου σήμερα κρίνεται ως γενικό, ασαφές και ελλιπές και οι προσπάθειες που γίνονται, μετά την έκδοσή του, για την προαγωγή των Δικαιωμάτων των Ασθενών δεν θεωρούνται επαρκείς¹². Επειδή στην πράξη οι διατάξεις αυτού του άρθρου δεν λειτούργησαν ουσιαστικά, το 1997 με το νόμο 2519¹³ καθιερώθηκαν τα Όργανα Προστασίας Δικαιωμάτων των Ασθενών. Σύμφωνα με το νόμο αυτό συνιστώνται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας: α) Η αυτοτελής υπηρεσία

προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών, η οποία υπάγεται απ' ευθείας στο γενικό γραμματέα του Υπουργείου και β) Η επιτροπή ελέγχου προστασίας δικαιωμάτων των ασθενών. Δύο χρόνια μετά, με το νόμο 2716/1999¹⁴, θεσμοθετήθηκε και η «Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας Δικαιωμάτων Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές» και το Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές. Παράλληλα δημιουργήθηκαν και λειτουργούν σε κάθε νοσοκομείο: Γραφείο Επικοινωνίας με τον Πολίτη και Επιτροπή Προάσπισης Δικαιωμάτων του Πολίτη.

Στην Ευρώπη ψηφίστηκε κοινό πλαίσιο με τη Διακήρυξη του Amsterdam το 1994 για την Προαγωγή των Δικαιωμάτων των Ασθενών με στόχο να αποτελέσουν κείμενο αναφοράς για τα κράτη μέλη και δυναμικό εργαλείο ικανό να εισαγάγει νέο τρόπο σκέψης στη φροντίδα υγείας¹⁵. Δέκα πέντε χρόνια αργότερα, το 2007, η Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή (European Economic and Social Committee) υιοθέτησε τα δικαιώματα των ασθενών (SOC/221 Patients' rights), δηλαδή εκείνων που χρησιμοποιούν τα συστήματα φροντίδας υγείας, υγιών ή ασθενών όπως ορίζονται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας¹⁶.

Το νομοθετικό κενό όσον αφορά στην προστασία των προσωπικών δεδομένων των Ελλήνων πολιτών, με εφαρμογή και στο χώρο της υγείας, συμπληρώθηκε με την ψήφιση στις 9 Απριλίου του 1997 του Νόμου 2472¹⁷ με τον οποίο θεσπίστηκαν οι προϋποθέσεις για την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα προς προστασία των δικαιωμάτων και των θεμελιωδών ελευθεριών των φυσικών προσώπων και ιδίως της ιδιωτικής ζωής. Ο νόμος καθιερώνει τις απαιτήσεις για την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και την προστασία των δικαιωμάτων και της υπέρτατης ελευθερίας του ατόμου. Σε επτά (7) άρθρα περιλαμβάνονται διατάξεις σχετικά με: 1) Τα χαρακτηριστικά δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, 2) Τις προϋποθέσεις επεξεργασίας, 3) Τη γνωστοποίηση, 4) Την επεξεργασία ευαίσθητων δεδομένων, 5) Τη διασύνδεση των αρχείων, 6) Τη διασυνοριακή ροή δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, 7) Το απόρρητο και την ασφάλεια της επεξεργασίας. Τέλος, σε έξι (6) άρθρα περιγράφονται αναλυτικά τα σχετικά με τη σύσταση, την αποστολή και τη νομική φύση της αναφερθείσας αρχής, ενώ σε τρία ακόμη άρθρα περιγράφονται οι κυρώσεις (διοικητικές, ποινικές, αστική ευθύνη) οι σχετικές με παραβιάσεις των προσωπικών δεδομένων. Ο νόμος αυτός συμπληρώθηκε και τροποποιήθηκε από το Νόμο 3471/2006¹⁸ για την προστασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και της ιδιωτικής ζωής στον τομέα των ηλεκτρονικών επικοινωνιών. Το άρθρο 4 του νόμου αυτού αναφέρεται στο απόρρητο, η άρση του

οποίου είναι επιτρεπτή μόνο υπό τις προϋποθέσεις και τις διαδικασίες που προβλέπονται από το άρθρο 19 του Συντάγματος (για λόγους εθνικής ασφάλειας ή για διακρίβωση ιδιαίτερα σοβαρών εγκλημάτων)Η ψήφιση των νόμων αυτών άλλαξε τα δεδομένα και στο χώρο της υγείας γιατί οι ασθενείς πλέον διεκδικούν και απαιτούν, το σεβασμό του απορρήτου των πληροφοριών που δίνουν στους επαγγελματίες υγείας. Παράλληλα, οι επαγγελματίες υγείας συνειδητοποιούν την υποχρέωση προστασίας του απορρήτου του ασθενούς.

Σημαντικό βήμα για τη διαμόρφωση των σύγχρονων βιοηθικών αρχών έγινε ένα χρόνο αργότερα με το Ν. 2619/1998¹⁹, με τον οποίο κυρώθηκε από το ελληνικό κοινοβούλιο η «Σύμβαση για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής: Σύμβαση για τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη βιοϊατρική», το κείμενο της οποίας έγινε αποδεκτό από το Συμβούλιο της Ευρώπης στις 4 Απριλίου του 1997 στο Oviedo της Ισπανίας. Στόχος της σύμβασης είναι τα συμβαλλόμενα μέρη να προστατεύουν την αξιοπρέπεια και την ταυτότητα κάθε ανθρώπινου όντος και να εγγυώνται το σεβασμό της ακεραιότητας και των λοιπών θεμελιωδών ελευθεριών αυτών χωρίς διάκριση (άρθρο 1), να αναλαμβάνουν την ισότιμη πρόσβαση στην κατάλληλη παροχή των υπηρεσιών υγείας, και να επιτελούν κάθε επέμβαση στον τομέα της υγείας (άρθρο 3), συμπεριλαμβανομένης και της έρευνας σύμφωνα με τις σχετικές επαγγελματικές υποχρεώσεις και τα πρότυπα (άρθρο 4).

Επίσης, κατοχυρώνονται οι κύριες αρχές για τα ζητήματα βιοηθικής, όπως ο γενικός κανόνας της κατάλληλης ενημερωμένης συναίνεσης (άρθρο 5), η προστασία των προσώπων που βρίσκονται σε αδυναμία να συναινέσουν (άρθρο 6), η προστασία των προσώπων που πάσχουν από διανοητική διαταραχή (άρθρο 7), οι αναγκαίες (χωρίς συναίνεση) ιατρικές πράξεις σε επείγουσες καταστάσεις (άρθρο 8) και η αναγνώριση της εγκυρότητας των επιθυμιών που εκφράστηκαν εκ των προτέρων σχετικά με την ιατρική παρέμβαση, προκειμένου για ασθενή ο οποίος κατά το χρόνο της επέμβασης δεν είναι σε θέση να εκφράσει τις επιθυμίες του (άρθρο 9). Επιπλέον, τίθεται η αρχή της αυτονομίας του ασθενή και γενικότερα το δικαίωμα σεβασμού της προσωπικής ζωής σε σχέση με την πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας και οι εξαιρέσεις από αυτή την αρχή, που αφορούν τόσο στο σεβασμό της επιθυμίας του προσώπου να μην ενημερωθεί για την κατάσταση της υγείας του, όσο και στην αρχή της ευεργεσίας για περιορισμένη ενημέρωση προς το συμφέρον του ασθενή (άρθρο 10).

Όσον αφορά στην ελευθερία της επιστημονικής βιοϊατρικής έρευνας τίθεται ως προϋπόθεση η διασφάλιση της προστασίας του ανθρώπινου όντος (άρθρα 15, 16) και ειδικότερα η προστασία εκείνων που αδυνατούν να συναινέσουν στη διενέργεια της έρευνας (άρθρο 17). Οι λοιπές διατάξεις αναφέρονται στο «Ανθρώπινο γονιδίωμα» (άρθρα 11, 12, 13 & 14) και θέματα σχετικά με την «αφαίρεση οργάνων και ιστών από ζώντες δότες με σκοπό τη μεταμόσχευση» (άρθρο 19 % 20), την «Απαγόρευση οικονομικού οφέλους και διάθεση τμήματος του ανθρώπινου σώματος» (άρθρο 21) και σε διαδικαστικά ζητήματα για την αποτελεσματική νομική προστασία, καθώς και για την ερμηνεία και παρακολούθηση της εφαρμογής της Σύμβασης.

Η πιο πάνω σύμβαση συμπληρώθηκε με το Πρόσθετο Πρωτόκολλο της Σύμβασης για τη Βιοϊατρική Έρευνα, το οποίο και έχει υπογράψει η Ελλάδα. Σκοπός του πρόσθετου πρωτοκόλλου η προστασία της αξιοπρέπειας και της ταυτότητας όλων των ανθρώπων και η παροχή εγγύησης προς όλους, χωρίς διάκριση, για σεβασμό της ακεραιότητάς τους και για άλλα δικαιώματα και ουσιώδεις ελευθερίες σε σχέση με οποιαδήποτε έρευνα που ενέχει παρεμβάσεις σε ανθρώπους στο πεδίο της βιοιατρικής²⁰.

Για την εφαρμογή αυτής της Σύμβασης, με το Ν. 2667/1998²¹ συστήθηκε η Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου και η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, οι οποίες υπάγονται κατ' ευθείαν στον Πρωθυπουργό. Ειδικότερα, η Εθνική Επιτροπή υποστηρίζεται ως προς τη στελέχωση και την υποδομή από τη Γενική Γραμματεία του Υπουργικού Συμβουλίου και αποτελεί συμβουλευτικό όργανο της Πολιτείας με αποστολή τη διαρκή παρακολούθηση των θεμάτων που σχετίζονται με τις εφαρμογές των βιολογικών επιστημών και τη διερεύνηση των ηθικών, κοινωνικών και νομικών διαστάσεων και επιπτώσεών τους.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τη νοσηλεία βαρέως πασχόντων σε ΜΕΘ έχει η σύσταση 1418/1999²² του Συμβουλίου της Ευρώπης, η οποία καθορίζει την προστασία των ανθρώπινων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του προσώπου, που βρίσκεται στο τελικό στάδιο νόσου, αναφέροντας μεταξύ άλλων: «Η πρόοδος της ιατρικής σήμερα κάνει δυνατή τη θεραπεία ασθενειών που προηγουμένα ήταν αθεράπευτες και μοιραίες για τη ζωή των ανθρώπων, τη βελτίωση των ιατρικών τεχνικών και την εξέλιξη των τεχνικών αναζωογόνησης, οι οποίες παρατείνουν την επιβίωση του προσώπου και διαφοροποιούν τη στιγμή του θανάτου. Ως αποτέλεσμα η ποιότητα της ζωής του θνήσκοντα παραμελείται, η μοναξιά και ο πόνος αγνοούνται, τόσο από τα μέλη της οικογένειάς του, όσο και από τους παρέχοντες φροντίδα σ' αυτούς. Παλαιότερα με την 613/1976 Απόφαση, η συνέλευση διακήρυξε ότι «έχει την

πεποίθηση πως εκείνο που θέλουν οι περισσότεροι ασθενείς είναι να πεθάνουν με ειρήνη και αξιοπρέπεια, αν είναι δυνατόν με τη συμπαράσταση της οικογένειάς τους και των φίλων τους» και πρόσθεσε με την 779/1976 Σύσταση ότι «η παράταση της ζωής δε θα πρέπει να αποτελεί το μόνο αποκλειστικό σκοπό της ιατρικής πρακτικής, η οποία θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη επίσης και την ανακούφιση από τον πόνο»²³.

Την απουσία επιτροπών ηθικής στα νοσοκομεία κάλυψε ο νόμος 2889/2001²⁴ με τη σύσταση του Επιστημονικού Συμβουλίου σε κάθε νοσοκομείο το οποίο μεταξύ των άλλων αρμοδιοτήτων του, έχει και αρμοδιότητες Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας, παρόλο που τα μέλη του είναι αιρετά και δεν προβλέπονται γι' αυτά ειδικές γνώσεις και δεξιότητες σχετικές με την ηθική και δεοντολογία της φροντίδας υγείας. Το θετικό βήμα αυτού του νόμου, σε σχέση με προηγούμενη νομοθεσία, είναι η συμμετοχή στο Επιστημονικό Συμβούλιο επαγγελματιών υγείας όλων των κλάδων, συμπεριλαμβανομένης της νοσηλευτικής.

Κανόνες δεοντολογίας που αφορούν και την άσκηση της νοσηλευτικής σε οποιοδήποτε χώρο παροχής υπηρεσιών υγείας, περιλαμβάνονται και στον πρόσφατο Δημοσιοϋπαλληλικό Κώδικα (Ν. 3528/2007)²⁵. Σύμφωνα με το άρθρο 26 «ο υπάλληλος οφείλει να τηρεί εχεμύθεια για θέματα που χαρακτηρίζονται ως απόρρητα από τις κείμενες διατάξεις. Οφείλει, επίσης να τηρεί εχεμύθεια σε κάθε περίπτωση που αυτό επιβάλλεται από την κοινή πείρα και λογική για γεγονότα ή πληροφορίες των οποίων λαμβάνει γνώση κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του ή επ' ευκαιρία αυτών». Επίσης, σύμφωνα με την παράγραφο 3 του ίδιου άρθρου «Μαρτυρία ή πραγματογνωμοσύνη για θέματα απόρρητα επιτρέπεται μόνο με άδεια του οικείου Υπουργού». Επιπλέον το άρθρο 27 του ίδιου νόμου αναφέρεται στη συμπεριφορά του υπαλλήλου εντός και εκτός της υπηρεσίας κατά τρόπο ώστε να καθίσταται άξιος της κοινής εμπιστοσύνης, στη συμπεριφορά με ευπρέπεια στους διοικούμενους και στην αποφυγή διακρίσεων προς όφελος ή σε βάρος των πολιτών, εξαιτίας των πολιτικών, των φιλοσοφικών ή των θρησκευτικών τους πεποιθήσεων.

Συμπερασματικά, οι νοσηλευτές πρέπει να χρησιμοποιούν τις γνώσεις τους περί ηθικής και ηθικής λογικής για να παίρνουν ηθικά αποδεκτές αποφάσεις για τα κρίσιμα προβλήματα που αντιμετωπίζουν κατά τη νοσηλεία των ασθενών. Συχνά για την προστασία ή τη συνηγορία συγκεκριμένων δικαιωμάτων των ασθενών, οι νοσηλευτές δεν είναι πάντοτε βέβαιοι εάν νομικά ή ηθικά πρότυπα αιτιολογούν τις ενέργειές τους. Αυτό δεν αποτελεί έκπληξη αφού τα νομικά και ηθικά πρότυπα συχνά αναπτύσσονται μέσα στο ίδιο ιστορικό, κοινωνικό, πολιτισμικό και φιλοσοφικό

πλαίσιο. Είναι σημαντικό να αναγνωρίζονται οι διαφορές μεταξύ ηθικής και Δικαίου. Πολλές νοσηλευτικές ενέργειες, για παράδειγμα, είναι τόσο ηθικές όσο και νόμιμες, ενώ άλλες πιθανόν να είναι νόμιμες αλλά όχι ηθικές, ή ηθικές αλλά όχι νόμιμες. Επίσης, πολλά ηθικά δικαιώματα των ασθενών (π.χ. αυτοδιάθεση) προστατεύονται από το νόμο (για παράδειγμα, η πληροφορημένη συναίνεση για οποιαδήποτε παρέμβαση), αλλά αυτό δεν συμβαίνει πάντα. Το γεγονός αυτό πρέπει να οδηγήσει τη νοσηλευτική κοινότητα και κατ' επέκταση το νομοθέτη στην ανάπτυξη ενός πληρέστερου και σαφέστερου δεοντολογικού πλαισίου για τη νοσηλευτική και τους νοσηλευτές, το οποίο αφενός θα ρυθμίζει τη συμπεριφορά των νοσηλευτών και θα προάγει τα συμφέροντα και την εικόνα της νοσηλευτικής και αφετέρου θα προστατεύει και θα προάγει τα συμφέροντα της κοινωνίας.

Βιβλιογραφία

1. Συμβούλιο της Ευρώπης. Ευρωπαϊκή Σύμβαση των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (ΕΣΔΑ), Ρώμη, 1950
2. Νόμος 2329. Σύμβαση για την προάσπιση των δικαιωμάτων του ανθρώπου και των θεμελιωδών ελευθεριών. Αθήνα, 1953
3. Fry S, Johnstone MJ. Ethics in nursing practice: A guide to ethical decision making. Blackwell Science, International Council of Nurses, 2002.
4. Νόμος 1565. Κώδικας Άσκησης Ιατρικού Επαγγέλματος. ΦΕΚ Α/16, Αθήνα 1939. Βασιλικό Διάταγμα. Κανονισμός Ιατρικής Δεοντολογίας. ΦΕΚ Α/171, Αθήνα 1955.
5. Βασιλικό Διάταγμα. Κανονισμός Ιατρικής Δεοντολογίας. ΦΕΚ Α/171, Αθήνα 1955.
6. Προεδρικό Διάταγμα 216. Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας. ΦΕΚ 167, Αθήνα 2001, 2540-2524.
7. Νόμος 3418. Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας. ΦΕΚ 287, Αθήνα 2005.
8. Λεμονίδου Χ., Πέτσιος Κ., Πατηράκη Ε., Van der Arend A.. Ελληνικός Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας: Εστιασμένη Μελέτη του Περιεχομένου και των Λειτουργιών. 31ο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Τόμος Περιλήψεων, σελ. 64, Αθήνα 2004.
9. Νόμος 3252. Σύσταση Ένωσης Νοσηλευτών – Νοσηλευτριών Ελλάδος και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 132, Αθήνα 1989, 5215-5229.
10. Νόμος 1397. Εθνικό σύστημα υγείας. ΦΕΚ 143, Αθήνα 1983, 2229-2247.
11. Νόμος 2071. Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας. ΦΕΚ 123, Αθήνα 1992, 2348-2394.
12. Λεμονίδου Χ, Πέτσιος Κ, Πατηράκη Ε, Van der Arend A. Διερεύνηση της διαχρονικής εξέλιξης των κωδίκων νοσηλευτικής ηθικής και δεοντολογίας και της σχετικής νομοθεσίας στην Ελλάδα: Μέρος Β'. Νοσηλευτική 2003, 42:150-156.
13. Νόμος 2519. Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για τα φάρμακα και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 165, Αθήνα 1997.
14. Νόμος 2716. Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 96, Αθήνα 1999.
15. Who Regional Office for Europe. Declaration on the promotion of patients' rights in Europe-Amsterdam March 1994. Copenhagen 1994.

16. European Economic and Social Committee. SOC/221 Patients\ rights. Brussels 2007.
17. Νόμος 2472. Προστασία του ατόμου από την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα. ΦΕΚ 50, Αθήνα 1997, 685-696.
18. Νόμος 3471. Προστασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και της ιδιωτικής ζωής στον τομέα των ηλεκτρονικών επικοινωνιών και τροποποίηση του ν. 2472/1997. Αθήνα, ΦΕΚ 133, 2006.
19. Νόμος 2619. Κύρωση της Σύμβασης του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής: Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική. ΦΕΚ 132, Αθήνα 1998, 1899-1916β.
20. Πρόσθετο Πρωτόκολλο της Σύμβασης για τη Βιοϊατρική Έρευνα. Στρασβούργο, 2005
21. Νόμος 2667. Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου. ΦΕΚ Α'281, Αθήνα 1998.
22. Σύσταση 1418. Προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του προσώπου που βρίσκεται στο τελικό στάδιο νόσου. Συμβούλιο της Ευρώπης, 1999.
23. Αναπλιώτης Α. Το δικαίωμα στην ευθανασία – αθανασία. Zyme1, Αθήνα 2003.
24. Νόμος 2889. Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 37, Αθήνα 2001, 1079-1104.
25. Νόμος 3528. Κύρωση του Κώδικα Κατάστασης Δημοσίων Πολιτικών Διοικητικών Υπαλλήλων και Υπαλλήλων Ν.Π.Δ.Δ. ΦΕΚ 26, Αθήνα 2007.

Πρότυπα για Ηθική Συμπεριφορά- Κώδικες Νοσηλευτικής Δεοντολογίας

Χρυσούλα Λεμονίδου, Καθηγήτρια Νοσηλευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Αθηνών

Οι κώδικες ηθικής της φροντίδας υγείας εμφανίστηκαν στην αρχαιότητα όταν συγκεκριμένες ομάδες ανθρώπων ενοποιήθηκαν με κοινή βάση ένα επάγγελμα ¹. Η ανάπτυξη ενός κώδικα ηθικής που να καθοδηγεί την πρακτική αποτελεί ένα από τα ουσιαστικά χαρακτηριστικά των σημερινών επαγγελμάτων και θεωρείται ότι είναι ένα σημαντικό μέρος της διεκδίκησης της επαγγελματοποίησης^{2,3,4,5}. Οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι για την ευεξία και την ποιότητα ζωής πολλών ανθρώπων και επομένως πρέπει να έχουν υψηλά πρότυπα και ικανότητα λήψης ηθικών αποφάσεων. Επίσης, η μεγάλη ευθύνη των νοσηλευτών για την ασφάλεια και ευεξία των εύλωτων ανθρώπων απαιτεί υψηλά πρότυπα τεχνικής και ηθικής ικανότητας. Η πιο κοινή μορφή ηθικής καθοδήγησης είναι ο κώδικας ηθικής/επαγγελματικής πρακτικής.

Σήμερα, οι κώδικες οριοθετούν τα ιδανικά επίπεδα του επαγγελματία και περιγράφουν με σαφήνεια την επιθυμητή συμπεριφορά του. Παρόλο που δεν προσφέρουν λύσεις στα ηθικά διλήμματα που ανακύπτουν στην καθημερινή πρακτική καθορίζουν τα δικαιώματα, τις υποχρεώσεις, τις αξίες και τις αρχές που πρέπει να διέπουν την επαγγελματική άσκηση, προς όφελος των επαγγελματιών αλλά και ολόκληρης της κοινωνίας⁶. Περιλαμβάνουν γενικές αρχές ή κανόνες συμπεριφοράς για τις ευθύνες, τα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις των επαγγελματιών προς τους ασθενείς και την κοινωνία και παρέχουν κατευθύνσεις για την εκπλήρωση του επαγγελματικού ρόλου, παρά άμεσες οδηγίες ή ομάδα «έτοιμων» απαντήσεων σε σύγχρονα ηθικά θέματα^{7,1}.

Στον τομέα της φροντίδας υγείας, παραδοσιακά οι κώδικες ηθικής υιοθετούνταν και οι όρκοι δίνονταν αποκλειστικά από τους γιατρούς, γεγονός που σηματοδοτούσε ότι η επαγγελματική φροντίδα υγείας ήταν θέμα που αφορούσε κυρίως το γιατρό και τον ασθενή. Στην αρχαιότητα, οι κώδικες υπογράμμιζαν την προσωπική δέσμευση του γιατρού στο επαγγελματικό καθήκον. Ο αρχαιότερος και με τη μεγαλύτερη διαχρονικότητα ιατρικός όρκος του Δυτικού πολιτισμού είναι ο Όρκος του Ιπποκράτη

(5^{ος} αιώνας π.Χ). Ακολούθησε η Διακήρυξη της Γενεύης, την οποία υιοθέτησε η Αμερικανική Ιατρική Ένωση το 1948 και το 1949 ο Διεθνής Κώδικας Ιατρικής Ηθικής⁸.

Η χρονική περίοδος μεταξύ 13^{ου}-5^{ου} αιώνα π.Χ. αποτέλεσε το απαραίτητο προπαρασκευαστικό διάστημα κατά το οποίο διαμορφώθηκαν οι πρώτες δεοντολογικές αρχές της ιατρικής τέχνης και εκφράστηκαν με την ιατρική φιλοσοφία. Θεμελιωτής της ιατρικής τέχνης που δικαίως ονομάστηκε «Πατέρας» της Ιατρικής, είναι ο Ιπποκράτης. Στο έργο του «Νόμος» κάνει αναφορά στην έλλειψη νομοθετικής ρύθμισης της ιατρικής ευθύνης⁹. Ο Ιπποκράτης έδειξε ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τη νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών και χρησιμοποιεί τον όρο «τεχνική», με την οποία υπονοεί τη νοσηλευτική¹⁰. Ο Ιπποκράτης παρατήρησε ότι η ιατρική, υπό την πίεση των φιλελεύθερων ιδεών, σταδιακά ξέφευγε από τα χέρια μιας κλειστής ομάδας ανθρώπων και περνούσε στα χέρια του λαού. Έτσι, ήταν ορατή πλέον η ανάγκη θέσπισης ενός όρκου που θα εξασφάλιζε την άσκηση της ιατρικής τέχνης με τρόπο ηθικό, δεδομένου ότι άρχισε να ασκείται ως ελεύθερο επάγγελμα. Ο Ιπποκράτειος όρκος αναφέρει με ιδιαίτερη σαφήνεια και απλότητα τον τρόπο εκπαίδευσης και τις υποχρεώσεις του μελλοντικού γιατρού¹¹. Επίσης, είναι ο αρχαιότερος, ευρύτερα γνωστός και παγκόσμιος αποδεκτός κώδικας ηθικής στο χώρο της υγείας. Οι αρχές του παραμένουν επίκαιρες και ανευρίσκονται σε όλους τους σύγχρονους Κώδικες Ιατρικής Δεοντολογίας. Αποτελούν μέρος του Όρκου των μελλοντικών γιατρών και νοσηλευτών σε παγκόσμιο επίπεδο και παραμένουν ορόσημο για την ηθική διάσταση των λειτουργών υγείας.

Στη νοσηλευτική, το πρώτο γνωστό επίσημο κείμενο που αποτελούσε «ηθική υπόσχεση», ήταν η «Υπόσχεση για Νοσηλευτές» της Florence Nightingale. Αν και δεν επρόκειτο για κώδικα, η υπόσχεση θεωρείται από πολλούς νοσηλευτές ως ο πρώτος κώδικας ηθικής του νοσηλευτικού επαγγέλματος και ως πρόδρομος των κειμένων ηθικής που προτάθηκαν από ορισμένες επαγγελματικές ομάδες. Η υπόσχεση είναι ένα σημαντικό ιστορικό κείμενο γιατί δείχνει ότι για πάνω από εκατό χρόνια οι νοσηλευτές βίωναν την ανάγκη για ένα επίσημο κείμενο που να καθοδηγεί την ηθική συμπεριφορά. Είναι ενδιαφέρον ότι η υπόσχεση εμπεριέχει στοιχεία από τον όρκο του Ιπποκράτη (απαγορεύει τη χρήση βλαβερών φαρμάκων και προτρέπει το νοσηλευτή στη διατήρηση της εμπιστευτικότητας των πληροφοριών)^{12,13,14,15,16}.

Ωστόσο, ο πρώτος Εθνικός (Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών 1950) και ο πρώτος Διεθνής (Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών 1953) κώδικας εξέφραζαν με συστηματικό τρόπο τις κεντρικές αξίες, τους κανόνες και τους στόχους του νοσηλευτικού επαγγέλματος και παρείχαν τα πρότυπα για την υπεύθυνη επαγγελματική συμπεριφορά των νοσηλευτών^{13,7,15}. Καθώς οι νοσηλευτές συνεχίζουν να αγωνίζονται και να αντιμετωπίζουν τις εγγενείς και ηθικές προκλήσεις που συνδέονται με τις σημαντικές αλλαγές στην παροχή φροντίδας υγείας, χρειάζονται υποστήριξη και καθοδήγηση. Η ανάπτυξη κωδίκων ηθικής είναι ένα μέσον παρουσίασης και ερμηνείας των κοινών αξιών και κανόνων που είναι σχετικοί με το επάγγελμα της νοσηλευτικής¹⁶.

Οι κώδικες ηθικής της νοσηλευτικής λειτουργούν ως βάση για την επαγγελματική καταξίωση με τέσσερις τρόπους. Πρώτον, ο κώδικας ηθικής δείχνει στην κοινωνία ότι οι νοσηλευτές αναμένεται να κατανοήσουν και να αποδεχθούν την εμπιστοσύνη και την ευθύνη που επένδυσε σ' αυτούς (εξωτερική λειτουργία). Επομένως, οι κώδικες ηθικής είναι το συμβόλαιο για τη σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ νοσηλευτών και κοινωνίας. Δεύτερον, ο κώδικας ηθικής παρέχει τις κατευθύνσεις για επαγγελματική συμπεριφορά και σχέσεις που αποτελούν τη βάση για την ηθική πρακτική (εσωτερική λειτουργία) και την εφαρμογή αποδεκτών προτύπων νοσηλευτικής φροντίδας. Τρίτον, ο κώδικας ηθικής ορίζει τις σχέσεις των νοσηλευτών με τους ασθενείς (ως συνήγορος), με τους άλλους επαγγελματίες υγείας (ως συνεργάτης), με το νοσηλευτικό επάγγελμα (ως μέλος που συνεισφέρει) και με την κοινωνία (ως εκπρόσωπος της φροντίδας υγείας για όλους) (εσωτερική και εξωτερική λειτουργία). Τέταρτον, ο κώδικας ηθικής παρέχει το μέσον για αυτο-ρύθμιση του επαγγέλματος (εσωτερική λειτουργία). Η λειτουργία της αυτο-ρύθμισης είναι αυτή που επηρεάζει τα πρότυπα (standards) της νοσηλευτικής πρακτικής^{2,3,4,5}.

Σήμερα, όλο και περισσότερο αναδύονται ηθικά διλήμματα, κυρίως σε μεγάλους οργανισμούς υγείας όπου η φροντίδα παρέχεται από διεπιστημονικές ομάδες και επηρεάζεται από τρίτους, όπως διοικητές νοσοκομείων (managers), διοικητικά συμβούλια και κυβερνήσεις. Έτσι, δημιουργήθηκε έντονα η ανάγκη για την ανάπτυξη κωδίκων ηθικής που να καλύπτουν όλα τα επαγγέλματα υγείας¹⁷.

Στην Ελλάδα, μια χώρα με πλούσια πολιτισμική κληρονομιά η νοσηλευτική, όπως και σε ολόκληρο τον κόσμο, αρχικά θεωρούνταν ως οικογενειακή υπόθεση και όχι ως

επάγγελμα. Επίσης, θεωρούνταν ως καθήκον κάθε γυναίκας και ο ιδανικός νοσηλευτής χαρακτηρίζονταν με βάση την εικόνα της στοργικής μητέρας¹⁸. Έτσι, η ανασκόπηση της Ελληνικής βιβλιογραφίας αναδεικνύει ότι υπάρχουν πολύ λίγα δεδομένα σχετικά με την ηθική στη νοσηλευτική, την περίοδο που η φροντίδα παρέχονταν κυρίως στο σπίτι των ασθενών από ανύπανδρες γυναίκες ή τις μητέρες των ασθενών. Τα περισσότερα δεδομένα αφορούν την ιατρική ηθική. Η πρώτη σαφής αναφορά στη νοσηλευτική και τις υποχρεώσεις της ως επάγγελμα, ανευρίσκεται στη Βυζαντινή περίοδο, όταν η φροντίδα των ασθενών μεταφέρθηκε από το σπίτι στα μοναστήρια και παρέχονταν κυρίως από μοναχές και μοναχούς και αργότερα από νοσηλευτές.

Σήμερα υπάρχει ο Κώδικας για Νοσηλευτές του Διεθνούς συμβουλίου Νοσηλευτών, στον οποίο βασίστηκαν οι Νοσηλευτικοί Κώδικες των διαφόρων χωρών. Στη χώρα μας το 2001 ψηφίστηκε ο Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας με το Προεδρικό Διάταγμα 216/2001¹⁹ και ο οποίος περιλαμβάνει 24 Άρθρα για τις Υποχρεώσεις και τα Καθήκοντα των Νοσηλευτών προς:

- τους ασθενείς
- το επάγγελμα
- τους συναδέλφους
- τους συνεργάτες

Οι Κύριες Έννοιες που περιλαμβάνονται στον Κώδικα είναι οι ακόλουθες:

- Σεβασμός στον ασθενή
- Παροχή πληροφοριών
- Πληροφορημένη συναίνεση στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις και την έρευνα
- Απόρρητο
- Ισότητα (αποφυγή διακρίσεων)
- Σεβασμός προς συναδέλφους και συνεργάτες

Ειδικότερα, ο Νοσηλευτής:

- Οφείλει σεβασμό στην προσωπικότητα του ασθενούς, τις πεποιθήσεις και τις αποφάσεις του
- Προστατεύει τα δικαιώματα των ασθενών

- Παίρνει όλα τα μέτρα και χρησιμοποιεί όλα τα μέσα για την πρόληψη κάθε είδους κακοποίησης
- Συμμετέχει στην παροχή πληροφοριών στον ασθενή για τη διάγνωση, τη θεραπεία, την πρόγνωση και τους κινδύνους
- Λαμβάνει τη συναίνεση του ασθενούς, μετά από ενημέρωση, πριν από κάθε νοσηλευτική και
- ιατρική παρέμβαση
- Διατηρεί την εμπιστευτικότητα των νοσηλευτικών και ιατρικών δεδομένων

Τα ερωτήματα που πρέπει να απαντηθούν είναι:

- Σε πια έκταση οι νοσηλευτές είναι υποχρεωμένοι να παρέχουν φροντίδα σε κάθε ασθενή, πχ. στους ασθενείς με AIDS;
- Υπάρχει επαγγελματική ή ηθική υποχρέωση να νοσηλεύουν κάθε ασθενή;

Σύμφωνα με τους Κώδικες ο νοσηλευτής μπορεί να αρνηθεί την παροχή φροντίδας:

1. Για λόγους υπεράσπισης του ασθενούς
2. Όταν ο νοσηλευτής απορρίπτει ηθικά κάποια συγκεκριμένη παρέμβαση, εφόσον ενημερώσει και αντικατασταθεί από άλλο νοσηλευτή
3. Όταν ο πιθανός κίνδυνος για το νοσηλευτή είναι μεγαλύτερος από το όφελος του ασθενούς. Ο κίνδυνος προσδιορίζεται σύμφωνα με την κρίση κάθε φορά του νοσηλευτή
4. Όταν ο νοσηλευτής κρίνει ότι δεν έχει την απαραίτητη γνώση ή πείρα

Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας - Προεδρικό Νόμος 3418/2005²⁰

- Τονίζεται η ανάγκη ύπαρξης ποιότητας, ασφάλειας και αποτελεσματικότητας κατά την παροχή φροντίδας υγείας
- Εισάγεται η σημασία της συνεχιζόμενης δια βίου εκπαίδευσης του ιατρού
- Υπογραμμίζεται η ανάγκη ενημέρωσης και λήψης της συγκατάθεσης του ασθενή. Δίδεται έμφαση στον κοινωνικό χαρακτήρα του ιατρικού επαγγέλματος καθώς και στην υποχρέωση του ιατρού να αποφεύγει κάθε μορφής διακριτική μεταχείριση και να παρέχει ιδιαίτερη φροντίδα στις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού
- Προβλέπεται ειδικά και συγκεκριμένο πλαίσιο παρουσίας και προβολής των ιατρών στο Διαδίκτυο

- Οριοθετείται η επιστημονική έρευνα υπό το πρίσμα των δεοντολογικών κανόνων που ισχύουν σύμφωνα με τα διεθνώς κρατούντα
- Εισάγεται ειδικό κεφάλαιο σχετικά με το ρόλο του ιατρού στη φροντίδα της ψυχικής υγείας
- Εισάγει την έννοια του σεβασμού στην πολιτισμική διάσταση της υγείας
- Εισάγεται κεφάλαιο που αφορά σε ειδικά θέματα τα οποία προκύπτουν από την εξέλιξη της σύγχρονης κοινωνίας και της σύγχρονης βιοϊατρικής τεχνολογίας (αντιμετώπιση ασθενών που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής, υποβοήθηση στην ανθρώπινη αναπαραγωγή, τεχνητή διακοπή της κύησης, μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων, αιμοδοσία, προστασία της γενετικής ταυτότητας)
- Ρυθμίζει τη συμπεριφορά του ιατρού κατά την άσκηση του λειτουργήματός του, τόσο στον ιδιωτικό όσο και στο δημόσιο τομέα
- Ορίζει τις πειθαρχικές κυρώσεις σε κάθε παράβαση του νόμου

Βιβλιογραφία

1. Παπαγούνος Γ. Κείμενα ηθικής. Αθήνα, Παπαζήσης, 1999.
2. Bandman EL & Bandman B. Moral Implications in Codes Of Nursing. In: EL Bandman & B Bandman, Nursing Ethics through the Life Span. 2nd ed., Norwalk, Appleton and Lange, 1990: 23-39.
3. Bandman EL & Bandman B. Models of Professional Relationships. In: EL Bandman & B Bandman, Nursing Ethics through the Life Span. 4th ed., New Jersey, Prentice Hall, 2002: 19 -34.
4. Scanlon C & Glover J. A professional code of ethics: providing a moral compass for turbulent times. Oncology Nursing Forum, 1995: 22,(10), 1515-1521.
5. Van der Arend AJ. Ontwikkelingen in verpleegkundig-ethische codes (Developments in nursing – ethical codes). In: HB van Allen, AJ van der Arend & JGFM De Beer, Ethiek recht en zorg – dilemma's bij euthanasia, AIDS, begin van leven, en grenzen van zorg (Ethics, law and care – Dilemmas regarding euthanasia, AIDS, the beginning of life, and boundaries of care. Amstelveen, Stichting Sympoz, 1986: 15-18.
6. Μαργαριτίδου-Τυμπλαλέξη Β. Ηθική και δεοντολογία στην υγεία και τη νοσηλευτική. Αθήνα, Λίτσας, 1993.
7. Fry ST, Ethics in Nursing Practice: A guide to ethical decision making. International Council of Nurses, Geneva, 1994.
8. Veatch RM. Medical Codes and Oaths: History. In Reich WT, Encyclopedia of Bioethics. New York, Simon & Schuster Mac Millan, 1995: 1419-1427.
9. Κουτσελίνης Α, Μιχαλοδημητράκης Μ. Ιατρική ευθύνη. Αθήνα, Gutenberg, 1984.
10. Lanara V. Nursing Education in a United Europe: The Greek Case. European Nurse, 1996, 1 (1): 37 – 48.
11. Downie R, Calman K. Υγής Σεβασμός: η ηθική στη φροντίδα υγείας. Αθήνα, Λίτσας, 1997.
12. Purtilo R.B., Cassell C.K.. Health professional as Individual – The Role of Character Traits in Professional Practice. In Purtilo R.B. & Cassell C.K. Ethical Dimensions in the Health Professions. Philadelphia, 1981:37-38.

13. Curtin L, Flaherty M. Ethical Policy for Nursing. In: L Curtin, M Flaherty Nursing Ethics: Theories and Pragmatics. Bonie, Brady Communications, 1982: 141-143.
14. Fowler M. Nursing's Ethics. In: AJ Davis, MA Aroskar, J Liaschenko, TS Drought. Ethical Dilemmas and Nursing Practice. Stamford, Appleton and Lange, 1997: 17-34.
15. Thompson et al. Codes of ethics. In: Thomson et al, Nursing Ethics. 2nd ed, Edimburg, Churchill Livingstone. 1992:54-58.
16. Limentani AE. The role of ethical principles in health care and the implications for ethical codes. Journal of Medical Ethics, 1999: 25, 394-398.
17. Gastmans C. De 'goede verpleegkundige' in beeld: Een historisch overzicht (The "Good Nurse": A historical Survey). In: C Gastmans & B Dierckx de Casterle, Verpleegkundige excellentie: Verpleegkunde tussen praktijk en ethiek (Nursing excellence: Nursing Between practice and ethics) Maarssen, Elsevier, 2000: 17-33.
18. Scanlon C. A professional code of ethics provides guidance for genetic nursing practice. Nursing Ethics, 2000: 7, (3), 262-268.
19. Προεδρικό Διάταγμα 216. Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας. ΦΕΚ 167, Αθήνα 2001, 2540-2524.
20. Νόμος 3418. Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας. ΦΕΚ 287, Αθήνα 2005.