



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών
— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —

ΝΟΜΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

της Μοσκοφίδου Μαρία

Α.Μ.: 7340011718004

Η κοινωνική πρόσληψη του δικαιώματος της ενημερωμένης
συναίνεσης (του ασθενούς)

Επιβλέποντες:

Ρεθυμιωτάκη Ελένη

ΑΘΗΝΑ 2019

Copyright © [*Μαρία Μοσκοφίδου, 2019*]

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα.

Οι απόψεις και θέσεις που περιέχονται σε αυτήν την εργασία εκφράζουν τον συγγραφέα και δεν πρέπει να ερμηνευθεί ότι αντιπροσωπεύουν τις επίσημες θέσεις του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Περίληψη

Η παρακάτω εργασία εξετάζει τις συνέπειες που έχει η ενημέρωση και η συναίνεση των ασθενών σε μια ιατρική διαδικασία και την κοινωνική ευθύνη που έχει ο γιατρός. Στόχος είναι να καταγραφούν οι λόγοι που την κάνουν σημαντική και οι νομικές συνέπειες που έχουν οι γιατροί.

Θα παρουσιαστούν αρχικά οι λόγοι που θεωρείται ότι οι γιατροί έχουν κοινωνική ευθύνη. Στη συνέχεια θα περιγράψουν οι τρόποι και τα μοντέλα επικοινωνίας που υπάρχουν μεταξύ γιατρού και ασθενή. Θα παρουσιαστεί πλήρως η δεοντολογία σχετικά με την ενημέρωση του ασθενή αλλά και οι περιπτώσεις στις οποίες η ενημέρωση παραβλέπεται. Θα αναλυθεί η διαδικασία στις επείγουσες καταστάσεις και σε περιπτώσεις που ο ασθενής δεν επιθυμεί ή δεν μπορεί να συναίνεση. Τέλος θα παρουσιαστεί η ελληνική νομολογία που προστατεύει τον ασθενή και του δίνει το δικαίωμα στην ενημέρωση.

Abstract

The following essay examines the consequences of informing and consenting patients to a medical procedure and the social responsibility of the physician. The purpose is to record the reasons that make it important and the legal consequences for doctors.

The reasons why doctors are considered to be socially responsible will be presented first. Following will describe the ways and patterns of communication between a physician and a patient. The ethics of informing the patient and the cases in which the information is overlooked will be fully presented. The procedure will be analyzed in emergency situations and in cases where the patient does not want or cannot consent. Finally, the Greek case law that protects the patient and gives him the right to information will be presented.

Περιεχόμενα

1. Εισαγωγή	5
2. Βιβλιογραφική Ανασκόπηση.....	9
2.1. Κοινωνική Πρόσληψη.....	9
2.2. Η Σχέση του Ιατρού και του Ασθενούς.....	11
2.3. Δικαίωμα για την Ενημέρωση.....	15
2.4. Διάγνωση, Διαδικασία και Κίνδυνος	16
2.5. Περιπτώσεις Ζωτικής Σημασίας	19
2.6. Ο Κίνδυνος της Παράλειψης Ενημέρωσης	22
2.7. Λόγοι Έλλειψης Ενημέρωσης.....	24
2.8. Ενημέρωση στις Επείγουσες Περιπτώσεις.....	29
2.9. Επιθυμία Ασθενούς για μη Ενημέρωση.....	30
2.10. Το Άρθρο 11 παρ 2 Ν. 2619/1998 και Ν. 3418/2005.....	33
2.11. Υπόλοιπο Σχετικό Νομικό Πλαίσιο	37
2.12. Κοινωνιολογική προσέγγιση υγείας και της ασθένειας.....	39
2.13. Κοινωνιολογική προσέγγιση σώματος.....	52
2.14. Κοινωνιολογική προσέγγιση: Βιοπολιτική.....	57
3. Συμπεράσματα.....	63
4. Βιβλιογραφία	66

1. Εισαγωγή

Η συζήτηση σχετικά με το δικαίωμα των ασθενών να ενημερώνονται για την κατάσταση της υγείας τους και τη θεραπεία τους άρχισε στα μέσα του 20ου αιώνα στις Ηνωμένες Πολιτείες. Πλέον, στις ΗΠΑ τα δικαιώματα αυτά έχουν πλήρως εδραιωθεί και αποτελούν παράδειγμα για τον υπόλοιπο κόσμο. Το σημερινό ενδιαφέρον για την ενημέρωση και τη συναίνεση πηγάζει από διάφορους παράγοντες: την αύξηση των χρόνιων ασθενειών και την προοδευτική γήρανση του πληθυσμού, το ενδιαφέρον των ιατρών για την κατανομή των ευθυνών για τις αποφάσεις που λαμβάνονται, και το αρχικό αίτημα της κοινωνίας για υψηλής ποιότητας πληροφόρηση για τα θέματα υγείας. Εκτός από τις ηθικές πτυχές, υπάρχει ένας σαφής οικονομικός παράγοντας. Οι ενημερωμένοι ασθενείς είναι ενεργοί εργαζόμενοι στη διαδικασία ανάκαμψής τους επειδή είναι πιο υπεύθυνοι για τις θεραπείες τους. Αυτό οδηγεί σε μείωση του κόστους υγείας των δημόσιων διοικήσεων και των ασφαλιστικών εταιρειών (Ανδρουλιδάκη – Δημητριάδη, 1993).

Τα σύγχρονα βιοηθικά πρότυπα τείνουν να δημιουργούν σεβασμό για τον ασθενή στους επαγγελματίες του τομέα της υγείας, γεγονός που αυξάνει επίσης τον αυτοσεβασμό των επαγγελματιών του τομέα υγείας. Κάθε πελάτης της υγειονομικής περίθαλψης, ως άνθρωπος καθώς και ως καταναλωτής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, έχει ειδικά δικαιώματα όσον αφορά την παροχή υγειονομικής περίθαλψης (Καράμπελας, 2009). Οι επαγγελματίες υγείας, ως πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης, πρέπει να είναι καταρτισμένοι και πρέπει να σέβονται αυτά τα δικαιώματα. Μεταξύ των σημαντικότερων σύγχρονων βιοηθικών προτύπων που σχετίζονται με τα δικαιώματα των ασθενών περιλαμβάνονται αυτονομία και ενημερωμένη συναίνεση.

Τα τελευταία χρόνια, τα δικαιώματα του ασθενούς προσφέρουν όλο και περισσότερα περιθώρια για την ανάπτυξη νομοθετικών πρωτοβουλιών σε πολλές χώρες. Η εφαρμογή τους συνδέεται άμεσα με τη διασφάλιση της υψηλότερης δυνατής ποιότητας υπηρεσίας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και της μέγιστης ικανοποίησης των χρηστών σε σχέση με αυτές τις υπηρεσίες. Εμπνευσμένοι από τις καθολικές ανθρώπινες αξίες και τα ιδανικά, συμβαδίζουν με τις σύγχρονες ανάγκες του ασθενούς, ο οποίος είναι καλύτερα ενημερωμένος και συχνά πιο κατηγορηματικός όταν πρόκειται για αποφάσεις που επηρεάζουν την ιατρική τους περίθαλψη (Nettleton, 2002).

Ο ασθενής, ανεξάρτητα από τον τρόπο με τον οποίο δεν έχει ενημερωθεί, έχει το δικαίωμα να ακουστεί η άποψή του, να ενημερωθεί για όλες τις σχετικές παραμέτρους που σχετίζονται με την υγεία του, να κάνει επιλογές, να αισθάνεται ασφαλής όταν πρόκειται για θέματα που επηρεάζουν την ιατρική περίθαλψή τους και για να λάβουν διαβεβαιώσεις ότι η θεραπεία που κάνουν είναι κατάλληλη και συναισθηματική. Όταν αισθάνονται ότι η φροντίδα που λαμβάνουν δεν είναι η καλύτερη, δεν διστάζουν να επιλέξουν άλλο γιατρό ή, σε περίπτωση ιατρικών λαθών, να αναλάβουν νομικές ενέργειες. Ο γιατρός είναι υποχρεωμένος να βοηθήσει τον ασθενή να λάβει τη σωστή απόφαση, ενημερώνοντάς τον πλήρως για τη φύση, τους κινδύνους και τα οφέλη της συγκεκριμένης ιατρικής διαδικασίας (Λιούρδη, 2014).

Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι διττός. Αρχικά θα παρουσιαστούν τα θεσμικά στοιχεία και οι νομοθεσίες που αφορούν τον ασθενή και την ενημέρωσή του καθώς και τα όσα ορίζει η βιοηθική σχετικά με την ενημέρωσή του. Ο δεύτερος σκοπός αφορά τα όσα ορίζει η κοινωνιολογία σχετικά με την ασθένεια και την υγεία καθώς και της παρεμβάσεις στο σώμα. Η έννοια της βιοπολιτικής που έχει άμεση συσχέτιση

με την ασθένεια και το πώς αυτή αντιμετωπίζεται από την κοινωνία θα αναλυθεί εκτενώς.

Είναι προφανές πως η κοινωνία έχει άμεση συσχέτιση με την ηθική και τις αξίες. Ο τρόπος με τον οποίο συνδέονται είναι εμφανής. Οι άνθρωποι μέσα από τις πράξεις τους είναι αυτοί που δημιουργούν τις αξίες και τους κανόνες σε μια κοινωνία. Παρόλα αυτά ορισμένες συμπεριφορές προς τους ασθενείς σύμφωνα με την κοινωνιολογία δείχνουν πως υπάρχουν προβληματικές συμπεριφορές, οι οποίες πρέπει να λυθούν για να μπορέσει η κοινωνία να λειτουργήσει ομαλά. Οι ασθενείς ή πρώην ασθενείς είναι αυτοί που λαμβάνουν παρεξηγημένες συμπεριφορές από τους άλλους. Οι συμπεριφορές αυτές είναι κατάλοιπα άλλοτε του πολιτισμού έχουν ριζώσει βαθιά στη ψυχοσύνθεση των ανθρώπων και άλλοτε εμφανίζονται λόγω της ψυχολογίας και των βιωμάτων τους. Η ανάλυση της συμπεριφοράς τους προς τους ασθενείς αποτελεί ένα σημαντικό κομμάτι της μελέτης της κοινωνιολογίας.

Η υγεία και η ιατρική είναι βασικοί τομείς της κοινωνιολογικής εξειδίκευσης, αλλά μπροστά στις ραγδαίες παγκόσμιες προκλήσεις εμφανίζουν συνεχής αλλαγές που τις οδηγούν σε συνεχές μελέτες. Η ανάγκη για αλλαγή γίνεται όλο και πιο επείγουσα και χρειάζεται να αξιολογηθεί η συνάφεια ορισμένων παραδοσιακών προσεγγίσεων, πλαισίων και θεωρητικών προοπτικών. Υποστηρίζεται ότι πιο καινοτόμες προσεγγίσεις και πιο στοχευμένα ερευνητικά ζητήματα θα καθοδηγούσαν τους κοινωνιολόγους να ανταποκριθούν στις ανάγκες και να εξειδικευτούν ως ιατροί κοινωνιολόγοι.

Για αρκετό καιρό, η κοινωνιολογία της υγείας και της ιατρικής ήταν μια σημαντική ειδικότητα της κοινωνιολογίας. Τις τελευταίες δεκαετίες υπήρξε ένας ενεργός διάλογος όχι μόνο στο πλαίσιο της γενικής κοινωνιολογίας αλλά και σε άλλους

επιστημονικούς τομείς, κυρίως στον τομέα της ιατρικής και, πιο πρόσφατα, στην έρευνα και την οικονομία της κοινωνικής πολιτικής. Αυτό έχει εμπλουτίσει τις μεθοδολογικές και θεωρητικές προσεγγίσεις που διατίθενται για την κοινωνιολογία της υγείας και της ιατρικής. Παρόλο που τα ερευνητικά ερωτήματα έχουν ποικίλη στο θέμα σε μεγάλο βαθμό από μια περίοδο και ένα παράδειγμα στο άλλο, ο αριθμός των ερευνητικών θεμάτων έχει συνεχιστεί και έχει βρει νέες αποχρώσεις. Τα πολλαπλά ερωτήματα, π.χ. σχετικά με τις κοινωνικές, υγειονομικές και οικονομικές συνθήκες του γηράσκοντος πληθυσμού, εξακολουθούν να είναι ακριβείς. Επιπλέον, παρόλο που η υγεία βελτιώνεται συνεχώς, οι ανισότητες στον τομέα της υγείας και οι νέες εκδηλώσεις, εξακολουθούν να είναι ορατά. Η αλλαγή του κλίματος και η παγκόσμια μετανάστευση, εκτός από τις συνέπειες της ψηφιοποίησης και των νέων τεχνολογιών στην εργασία, την ισορροπία μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής, την υγεία και τις υπηρεσίες, συγκαταλέγονται στις νεότερες εξελίξεις που επηρεάζουν έντονα τα συμφέροντα και τις συζητήσεις στον τομέα της κοινωνιολογίας της υγείας και της ιατρικής (Bradby, 2016).

Στη παρακάτω εργασία θα παρουσιαστούν οι λόγοι και για τους οποίους είναι απαραίτητο να ενημερώνεται ο ασθενής για την κατάσταση. Ακόμη θα παρουσιαστούν οι λόγοι για τους οποίους η ενημέρωση αυτή θα προστατέψει το κοινωνικό σύνολο και όχι μόνο τον ασθενή μεμονωμένα.

2. Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

2.1. Κοινωνική Πρόσληψη

Οι κώδικες δεοντολογίας αποσκοπούν στην προστασία της ποιότητας και της ανεξαρτησίας ενός συγκεκριμένου επαγγέλματος, όπως η ιατρική, η δημοσιογραφία ή η νομική. Αναγνωρίζονται και προστατεύονται από το εθνικό και το διεθνές δίκαιο. Δεδομένης της εξουσίας που έχουν οι γιατροί για τη ζωή και το θάνατο των ασθενών και για τη σωματική και ψυχική τους υγεία, η επαγγελματική ιατρική ηθική αναπτύχθηκε από την αρχαιότητα, κυρίως με τον περίφημο Ιπποκράτειο όρκο.

Υπάρχουν ειδικοί κανόνες για περιπτώσεις όπου ο ασθενής ή ο γιατρός είναι ευάλωτοι ή βρίσκονται σε κίνδυνο (Παναγιώτου, 2018). Αυτά ισχύουν σε περιπτώσεις ένοπλων συγκρούσεων και κράτησης, αλλά και σε ιατρικές έρευνες και γενικά σε καταστάσεις όπου ένας γιατρός βρίσκεται υπό την πίεση της διπλής υποχρέωσης να υπερασπίζεται το ατομικό συμφέρον του ασθενούς και τα συλλογικά συμφέροντα της κοινωνίας (Morgan, 2012).

Η μη τήρηση των αρχών της ιατρικής δεοντολογίας μπορεί να υπόκειται σε πειθαρχικές κυρώσεις που επιβάλλονται από επαγγελματικές οργανώσεις στον ιατρό και να οδηγεί σε αποζημίωση του θύματος ενώπιον των πολιτικών δικαστηρίων. Μπορεί επίσης να αποτελέσει ποινικό αδίκημα που μπορεί να διωχθεί ενώπιον των δικαστηρίων σε περίπτωση παραβίασης του ιατρικού απορρήτου ή συνέπειες της κακομεταχείρισης και των βασανιστηρίων (Nettleton, 2002).

Αυτή τη στιγμή γίνεται αντιληπτό ότι η υγεία και η ασθένεια δεν είναι μόνο βιολογικά καθορισμένες, αλλά είναι κοινωνικά καθορισμένες, καθώς επηρεάζονται από την κοινωνική και εκτενέστερη εξωτερική κατάσταση στην οποία το άτομο

γεννιέται, μεγαλώνει, εκπαιδεύεται, εργάζεται και ζει. Έρευνες έχουν αποδείξει ότι η υγεία και η ασθένεια είναι πολύ κοντά στα οικιακά ζητήματα, όμως είναι κοινωνικά και μπορούν να γίνουν αντιληπτά με δύο διαφορετικούς τρόπους. Αρχικά, εμφανίζουν κοινωνικά παραδείγματα. Επίσης, δεύτερον, συνδέονται με τις κοινωνικές σχέσεις που αποτελούν κομμάτι της καθημερινής μας ζωής και της πιο εκτεταμένης κοινωνίας.

Οι πρόσφατες έρευνες έδειξαν τη σημασία των κοινωνικών μετρήσεων στην αιτιολογία της πάθησης και στη βελτίωση των προγραμμάτων πρόβλεψης (Πελλένη – Παπαγεωργίου, 2016). Μέχρι και δύο δεκαετίες πίσω, η επίσημη εντύπωση της βελτίωσης της υγείας του πληθυσμού ανακοινώθηκε από την πεποίθηση της συνεπούς βελτίωσης των χρήσιμων τεχνικών αποκατάστασης για τη θεραπεία κάθε νόσου. Έχει ανακαλυφθεί αργά ότι ο βαθμός της υγείας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από μεταβλητές εκτός του ελέγχου του πλαισίου υγείας ενός έθνους που σημαίνουν βελτίωση των κοινωνικών συνθηκών αντί για θεραπευτικές διαμεσολάβειες (Παναγιώτου, 2018).

Η ενημέρωση του ασθενούς για την κατάσταση της υγείας του προφυλάσσει ολόκληρη την κοινωνία. Ο ασθενής γνωρίζοντας πλήρως την κατάσταση του μπορεί ανά πάσα στιγμή να προστατευθεί και να προφυλάξει τους γύρω του. Σε περίπτωση που δεν γνωρίζει ακριβώς την κατάσταση του τότε υπάρχει μεγάλος κίνδυνος για παραπληροφόρηση και έκθεση σε κίνδυνο ανθρώπους που αγαπά.

Σε περίπτωση που ο γιατρός αποκρύψει τα στοιχεία σε θέσει σε κίνδυνο ολόκληρη την κοινωνία τότε θα πράξει αδίκημα. Ο γιατρός οφείλει να προστατέψει την κοινωνία μέσα από την ενημέρωση των ασθενών. Έχει κοινωνική ευθύνη και χρειάζεται να προστατέψει την κοινωνία (Cushman et. All. 2010).

2.2. Η Σχέση του Ιατρού και του Ασθενούς

Η καλή σχέση ιατρού-ασθενούς έχει μεγάλη θεραπευτική ικανότητα. Η βασική στιγμή της ιατρικής πράξης είναι η στιγμή που ένα άρρωστο άτομο αναζητεί συμβουλές από έναν γιατρό στον οποίο έχει εμπιστοσύνη. Αυτές οι συναντήσεις είναι συχνές και τακτικές μεταξύ των γιατρών και των ασθενών τους. Η επιτυχία εξαρτάται όχι μόνο από τις κλινικές γνώσεις και τις τεχνικές δεξιότητες των ιατρών αλλά και από τη φύση της κοινωνικής σχέσης που υπάρχει μεταξύ του γιατρού και του ασθενούς (Φουντεδάκη, 2018).

Η σχέση μεταξύ ενός γιατρού και ασθενούς είναι η βάση της επιτυχούς κλινικής ιατρικής. Αυτή η σχέση είναι σημαντική για τη βελτίωση της υγείας των ασθενών. Αν και οι επαγγελματικές γνώσεις και δεξιότητες του γιατρού για την ασφαλή άσκηση της ιατρικής είναι σημαντικές. Η σχέση με τον ασθενή επηρεάζει τα αποτελέσματα.

Ιστορικά, η σχέση ιατρού-ασθενούς περιλάμβανε την εξάρτηση των ασθενών από την επαγγελματική εξουσία των ιατρών. Η πεποίθηση των ασθενών ότι θα ωφεληθούν από τις ενέργειες, οδήγησε στην αγνόηση των προτιμήσεων του ασθενούς. Αυτή η έννοια της ευεργεσίας επέτρεψε σε αυτό το αυταρχικό μοντέλο να αναπτυχθεί με τους ασθενείς να είναι παθητικοί λήπτες της ιατρικής περίθαλψης. Όμως, τώρα υπάρχει ανάγκη για πρακτική αμοιβαία αποδεκτού μοντέλου σχέσης γιατρού-ασθενούς σε κλινική εγκατάσταση (Ανδρουλιδάκη – Δημητριάδη, 1993).

Παρακάτω περιγράφονται εν συντομία τα τέσσερα μοντέλα της αλληλεπίδρασης ιατρού-ασθενούς:

Στο πατερναλιστικό μοντέλο, ο γιατρός ενεργεί ως θεματοφύλακας του ασθενούς, αρθρώντας και εφαρμόζοντας αυτό που είναι καλύτερο για τον ασθενή. Οι γιατροί χρησιμοποιούν τις γνώσεις και τις δεξιότητές τους για να καθορίσουν την ιατρική

κατάσταση του ασθενούς, το στάδιο της νόσου και να προσδιορίσουν τις ιατρικές εξετάσεις και τις θεραπείες για την αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς ή την ανακούφιση του πόνου. Στη συνέχεια, ο γιατρός παρουσιάζει τον ασθενή με επιλεγμένες πληροφορίες που ενθαρρύνουν τον ασθενή να υποστηρίξει την παρέμβαση που θεωρεί το γιατρό καλύτερο. Τέλος, πιστεύεται ότι ο ασθενής θα είναι ευγνώμων για τις αποφάσεις του ιατρού ακόμα κι αν αυτός ή αυτή δεν θα συμφωνούσε μαζί τους εκείνη την εποχή. Ως εκ τούτου, ο γιατρός μπορεί να καθορίσει ποιο είναι το καλύτερο συμφέρον του ασθενούς με περιορισμένη συμμετοχή ασθενούς (Ha, & Longnecker, 2010).

Στόχος του επιστημονικού μοντέλου είναι να παράσχει στον ασθενή όλες τις σχετικές πληροφορίες, για τον ασθενή να επιλέξει τις ιατρικές παρεμβάσεις και για το γιατρό να εκτελέσει τις επιλεγμένες παρεμβάσεις. Ο ασθενής ενημερώνεται για την κατάσταση της νόσου, τη φύση των πιθανών διαγνωστικών και θεραπευτικών παρεμβάσεων, τη φύση και την πιθανότητα κινδύνων και οφελών που συνδέονται με τις παρεμβάσεις και τυχόν αβεβαιότητες της γνώσης. Εδώ, οι γιατροί έχουν σημαντική ευθύνη να παρέχουν ειλικρινείς πληροφορίες, να είναι ικανές στον τομέα της εμπειρογνωμοσύνης τους και να συμβουλεύονται τους άλλους όταν δεν διαθέτουν γνώσεις και δεξιότητες (Banerjee & Sanyal, 2012).

Ο σκοπός του ερμηνευτικού μοντέλου είναι να διαφωτίσει τις αξίες του ασθενούς και τι θέλει πραγματικά ο ασθενής και να βοηθήσει τον ασθενή να επιλέξει τις διαθέσιμες ιατρικές παρεμβάσεις. Σε αυτό το μοντέλο ο γιατρός δεν υπαγορεύει στον ασθενή. Είναι ο ασθενής που αποφασίζει ποιες αξίες και πορεία δράσης ταιριάζει καλύτερα ποιος είναι αυτός ή αυτή. Ο γιατρός ενεργεί ως σύμβουλος και δεν κρίνει τις αξίες του ασθενούς αντί να βοηθά τον ασθενή να καταλάβει και να τις χρησιμοποιήσει στην ιατρική κατάσταση. Εκτός από την παροχή σχετικών πληροφοριών, τη

διευκρίνιση των αξιών και την υποβολή των ιατρικών παρεμβάσεων που πραγματοποιούν αυτές τις αξίες, ο γιατρός έχει την ευθύνη να εμπλέξει τον ασθενή σε μια κοινή διαδικασία κατανόησης (Ridd, Lewis, Peters & Salisbury, 2011).

Στο συμβουλευτικό μοντέλο, ο γιατρός παρέχει πληροφορίες σχετικά με την κλινική κατάσταση του ασθενούς και βοηθάει στην αποσαφήνιση των τύπων των προσωπικών τιμών στις διαθέσιμες επιλογές. Ο γιατρός υποδεικνύει γιατί ορισμένες αξίες σχετικές με την υγεία είναι απαραίτητες και πρέπει να επιδιωχθούν. Εδώ, ο γιατρός και ο ασθενής λαμβάνουν υπόψη το είδος των αξιών που σχετίζονται με την υγεία που θα αφορούν τον ασθενή και θα πρέπει να ακολουθήσει. Στο συμβουλευτικό μοντέλο, ο γιατρός ενεργεί ως δάσκαλος ή φίλος, εμπλέκοντας τον ασθενή στο διάλογο σχετικά με το ποια πορεία δράσης θα ήταν καλύτερο. Όχι μόνο ο γιατρός υποδεικνύει τι μπορεί να κάνει ο ασθενής, αλλά γνωρίζει τον ασθενή και επιθυμεί το καλύτερο και υποδεικνύει ότι ο ασθενής πρέπει να κάνει - ποια απόφαση σχετικά με την ιατρική θεραπεία θα είναι άξια (Ruberton, et. all., 2016).

Τα βασικά συστατικά μιας καλής σχέσης γιατρού-ασθενούς είναι η επικοινωνία, ο σεβασμός, η εμπιστοσύνη και η επαγγελματική ειλικρίνεια.

Η αποτελεσματική επικοινωνία ήταν πάντα σημαντική στη σχέση γιατρού-ασθενούς. Οι ασθενείς σήμερα θεωρούνται καταναλωτές υγείας και θέλουν να συμμετέχουν ενεργά στις αποφάσεις για την υγεία τους. Οι γιατροί, που εκπαιδεύουν τους ασθενείς, ενθαρρύνουν τους ασθενείς να μιλάνε, να γελάσουν και να χρησιμοποιούν χιούμορ τείνουν να έχουν λιγότερο επίσημες καταγγελίες από εκείνους που δεν κάνουν αυτά τα πράγματα (Φουντεδάκη, 2018).

Για καλύτερη επικοινωνία, ο γιατρός θα πρέπει να καθίσει και να παρακολουθεί τον ασθενή με άνεση, επαφή με τα μάτια, να ακούει χωρίς να διακόπτει, να δείχνει την προσοχή με μη λεκτικές ενδείξεις όπως κούνημα και χειρονομίες, να αναγνωρίζει και να νομιμοποιεί τα συναισθήματα, να εξηγεί και να καθησυχάζει κατά τη διάρκεια της εξέτασης (Dang et all, 2017).

Ο γιατρός έχει το καθήκον να συνεχίσει την περίθαλψη ενός ασθενούς μετά τη συγκατάθεσή του για την παροχή ιατρικής περίθαλψης, εκτός εάν ο ασθενής δεν χρειάζεται πλέον θεραπεία για την ασθένεια. Ο γιατρός πρέπει να ειδοποιήσει τον ασθενή και να μεταφέρει τη φροντίδα σε άλλο αποδεκτό γιατρό εάν σχεδιάζει να αποσυρθεί. Οι γιατροί μπορεί να χρεώνονται με αμέλεια για εγκατάλειψη της σχέσης με τον ασθενή χωρίς κατάλληλη παραπομπή, μεταφορά ή απόρριψη. Παρόλο που οι γιατροί είναι ελεύθεροι να επιλέξουν ποιοι ασθενείς θα θεραπεύσουν, οι γιατροί θα πρέπει να προσφέρουν τη βέλτιστη φροντίδα σε ασθενείς που χρειάζονται θεραπεία πρώτων βοηθειών έκτακτης ανάγκης (Robert & Siegler, 2017).

2.3. Δικαίωμα για την Ενημέρωση

Η αξιοπρέπεια, η ιδιωτικότητα και η αυτοδιάθεση των ασθενών διασφαλίζονται με την εξασφάλιση της πρόσβασης στις πληροφορίες. Το δικαίωμα ενημέρωσης του ασθενούς είναι απαραίτητο για τη δημιουργία μιας σχέσης εμπιστευτικής θεραπείας μεταξύ του ασθενούς και των επαγγελματιών του τομέα υγείας.

Ένας ασθενής δικαιούται να λαμβάνει πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση της υγείας, τη θεραπεία, τις εναλλακτικές θεραπευτικές αγωγές και τις επιπτώσεις της θεραπείας. Οι πληροφορίες σχετικά με εναλλακτικές θεραπείες πρέπει να παρέχονται εθελοντικά χωρίς να ζητούνται από τον ασθενή και να εξηγούνται με τρόπο που να γίνεται κατανοητός από τον ασθενή. Ο ασθενής έχει επίσης το δικαίωμα να αρνηθεί αυτές τις πληροφορίες (Ψαρούλης και Βούλτσος, 2010).

Η κατανόηση της σημασίας του δικαιώματος του ασθενούς να λαμβάνει πληροφορίες είναι απαραίτητη για τη δημιουργία μιας εμπιστευτικής σχέσης μεταξύ ενός ασθενούς και του προσωπικού της υγειονομικής περίθαλψης.

Ένας ασθενής έχει το δικαίωμα να ελέγξει τα δεδομένα που αφορούν τον εαυτό του και έχουν εισαχθεί σε έγγραφα ασθενούς. Τα ζητούμενα δεδομένα πρέπει να παρέχονται χωρίς αδικαιολόγητη καθυστέρηση (Jonathan, 2018). Όταν ένας ασθενής επιθυμεί να ασκήσει το δικαίωμά του να επανεξετάσει τα δεδομένα που έχουν εισαχθεί στα έγγραφα ασθενούς, τα έγγραφα μπορούν να τεθούν στη διάθεση του ασθενούς παρουσία παρόχου επαγγελματικής φροντίδας. Κατόπιν αιτήματος, τα δεδομένα πρέπει να παραδίδονται γραπτώς. Ένα τέλος μπορεί να χρεωθεί μόνο εάν περάσει λιγότερο από ένα έτος από την τελευταία στιγμή που ο ασθενής εξέτασε τα δεδομένα που εισήχθησαν στα έγγραφα ασθενούς (Manson and Laurie, 2010).

Οι πληροφορίες που περιέχονται στα έγγραφα ασθενών είναι εμπιστευτικές. Τα άτομα που απασχολούνται στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης δεν έχουν την ευχέρεια να αποκαλύψουν οποιαδήποτε πληροφορία που περιέχεται στα έγγραφα ασθενούς σε τρίτους χωρίς τη γραπτή άδεια του ασθενούς ή του νόμιμου εκπροσώπου του ασθενούς. τρίτος είναι ένα πρόσωπο που δεν συμμετέχει στη φροντίδα του ασθενούς ή οποιαδήποτε συναφή καθήκοντα. Ο ασθενής διατηρεί το δικαίωμα να αποσύρει οποιαδήποτε άδεια ανά πάσα στιγμή (Ψαρούλης και Βούλτσος, 2010).

Τα δεδομένα που αφορούν έναν ασθενή μπορούν να αποκαλυφθούν σε τρίτους χωρίς τη γραπτή συγκατάθεση του ασθενούς ή του νόμιμου αντιπροσώπου του όταν ο αιτών τις πληροφορίες είναι αρχή με το νόμιμο δικαίωμα να ζητήσει έγγραφα ασθενούς.

Οι νόμοι, τα διατάγματα, οι κανονισμοί, οι ευθύνες και οι πρακτικές που διέπουν τη συλλογή και τη διατήρηση των αρχείων των ασθενών έχουν περιγραφεί λεπτομερώς στις συνημμένες προδιαγραφές αρχείου ασθενών (Jonathan, 2018).

2.4. Διάγνωση, Διαδικασία και Κίνδυνος

Ένας από τους βασικούς κανόνες της ιατρικής πρακτικής είναι ο σεβασμός του δικαιώματος του ασθενούς για αυτοδιάθεση. Με αυτό συνεπάγεται ότι οποιαδήποτε ιατρική δραστηριότητα πρέπει να βασίζεται στη νόμιμη συγκατάθεση του ασθενούς. Επιπλέον, η νομιμότητα της συγκατάθεσης εξαρτάται, εκτός από άλλα πράγματα, από τα προηγούμενα δεδομένα του ασθενούς σχετικά με την ασθένειά του (εύρεση, εικασία, στρατηγική για θεραπεία, εκλεκτικές θεραπείες, πιθανούς κινδύνους), με στόχο να μπορεί να ασκεί πλήρως κάθε μία από τις παραμέτρους το προνόμιο της αυτοδιάθεσης και να το εγκαταστήσει. Με τον τρόπο αυτό η δέσμευση για την

εκπαίδευση του ασθενούς μετατρέπεται σε ουσιαστική δέσμευση του ιατρού (Manson and Laurie, 2010).

Οι γιατροί θα δώσουν πληροφορίες σχετικά με μια συγκεκριμένη θεραπεία ή δοκιμασία προκειμένου ο ασθενής να αποφασίσει εάν επιθυμεί ή όχι να υποβληθεί σε θεραπεία ή τεστ. Αυτή η διαδικασία κατανόησης των κινδύνων και των οφελών της θεραπείας είναι γνωστή ως συνειδητή συναίνεση.

Η ενημερωμένη συγκατάθεση βασίζεται στην ηθική και νομική προϋπόθεση της αυτονομίας των ασθενών. "Εσείς ως ασθενής έχετε το δικαίωμα να αποφασίζετε για τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνεται." (Charnock, & Owens, 2017).

Ο ασθενής πρέπει να δώσει την εθελοντική συνειδητή συγκατάθεσή του για θεραπεία και για τις περισσότερες ιατρικές εξετάσεις και διαδικασίες. Ο νομικός όρος για την αποτυχία λήψης συναίνεσης κατόπιν ενημέρωσης πριν από την εκτέλεση μιας δοκιμής ή μιας διαδικασίας σε έναν ασθενή ονομάζεται "battery" (μορφή επίθεσης). Για πολλούς τύπους αλληλεπιδράσεων (για παράδειγμα, μια φυσική εξέταση με γιατρό), υπονοείται σιωπηρή συναίνεση. Για περισσότερες επεμβατικές εξετάσεις ή για δοκιμές ή θεραπείες με σημαντικούς κινδύνους ή εναλλακτικές λύσεις, θα πρέπει να ζητηθεί ρητή (γραφτή) συναίνεση (Morgan, 2012).

Υπάρχουν συγκεκριμένα στοιχεία συναινετικής συγκατάθεσης. Ο ασθενής οφείλει να έχει την ικανότητα να πάρει την απόφαση, ο ιατρός ως πάροχος οφείλει να αποκαλύψει πληροφορίες σχετικά με την επικείμενη θεραπεία, δοκιμασία ή διαδικασία, συμπεριλαμβανομένων των αναμενόμενων οφελών και κινδύνων και την πιθανότητα ότι τα οφέλη και οι κίνδυνοι θα προκύψουν. Θα πρέπει να κατανοήσουν τις σχετικές πληροφορίες, και να δώσουν τη συγκατάθεσή τους, χωρίς εξαναγκασμό ή καταναγκασμό (Jonathan, 2018).

Προκειμένου ο ασθενής να δώσει τη συγκατάθεσή του για θεραπεία ή τεστ, ο γιατρός ή ο πάροχος υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να δώσει (ή να αποκαλύψει) επαρκείς πληροφορίες ώστε να μπορέσει να λάβει τεκμηριωμένη απόφαση. Δεν είναι απαραίτητο ή αναμενόμενο να λαμβάνει ο ασθενής κάθε λεπτομέρεια από τη δοκιμή, τη θεραπεία ή τη διαδικασία. Ο ασθενής χρειάζεται μόνο τις πληροφορίες που θα περίμενε κανείς από ένα λογικό άτομο να πάρει τη σωστή απόφαση. Οι πληροφορίες αυτές πρέπει να περιλαμβάνουν τους κινδύνους και την πιθανότητα (ή πιθανότητα) κάθε κινδύνου και τα οφέλη και την πιθανότητα (ή πιθανότητα) του οφέλους. Οποιοσδήποτε ερωτήσεις ένας ασθενής πρέπει να εξηγηθεί πλήρως, σε γλώσσα και ορολογία που μπορεί να καταλάβει.

Για πολλές δοκιμές και διαδικασίες, όπως συνήθεις εξετάσεις αίματος, ακτινογραφίες και νάρθηκες ή χυτά, η συγκατάθεση είναι σιωπηρή. Δεν υπάρχει γραπτή τεκμηρίωση της διαδικασίας συναίνεσης. Για πολλές επεμβατικές εξετάσεις ή για θεραπείες με σημαντικό κίνδυνο, ο ασθενής θα πρέπει να λάβει γραπτή μορφή συγκατάθεσης και προφορική επεξήγηση, και οι δύο κατά προτίμηση στη μητρική σας γλώσσα (Peabody, 2015).

Τα παρακάτω στοιχεία πρέπει να συζητηθούν και να συμπεριληφθούν στη γραπτή μορφή συγκατάθεσης. Μια εξήγηση της ιατρικής κατάστασης που δικαιολογεί τη δοκιμή, τη διαδικασία ή τη θεραπεία, εξήγηση του σκοπού και των οφελών της προτεινόμενης δοκιμής, διαδικασίας ή θεραπείας, εξήγηση ή περιγραφή της προτεινόμενης δοκιμής, διαδικασίας ή θεραπευτικής αγωγής, συμπεριλαμβανομένων τυχόν επιπλοκών ή αντίθετων συμβάντων, περιγραφή εναλλακτικών θεραπειών, διαδικασιών ή δοκιμών, εάν υπάρχουν, καθώς και των σχετικών οφελών και κινδύνων τους, συζήτηση των συνεπειών της μη αποδοχής της δοκιμής, της διαδικασίας ή της θεραπείας

Το έντυπο συγκατάθεσης πρέπει να υπογράφεται και να φέρει ημερομηνία τόσο από το γιατρό όσο και από τον ασθενή. Ένας γονέας θα υπογράψει για το παιδί του στην περίπτωση που το παιδί είναι ο ασθενής. Οι ασθενείς μπορούν να ζητήσουν αντίγραφο της υπογεγραμμένης φόρμας συγκατάθεσης (Epstein & Street, 2011).

2.5. Περιπτώσεις Ζωτικής Σημασίας

Ο ασθενής έχει δικαίωμα σε σαφή, αληθή και ουσιαστική εξήγηση, με τρόπο και γλώσσα κατανοητή για τον ασθενή, όλων των προτεινόμενων διαδικασιών, είτε διαγνωστικών, προληπτικών, θεραπευτικών, αποκαταστατικών διαδικασιών, όπου το άτομο που θα εκτελέσει την εν λόγω διαδικασία να παρέχει το όνομα και τα διαπιστευτήρια του στον ασθενή, τις πιθανότητες κινδύνου θνησιμότητας ή σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών, τα προβλήματα που σχετίζονται με την αποκατάσταση και την πιθανότητα επιτυχίας και λογικούς κινδύνους (Peabody, 2015). Υπό τον όρο ότι ο ασθενής δεν θα υποβληθεί σε καμία διαδικασία χωρίς την έγγραφη ενημέρωσή του συγκατάθεση, εκτός από σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης, όταν ο ασθενής βρίσκεται σε άμεσο κίνδυνο σωματικής βλάβης, παρακράτηση θανάτου εάν η θεραπεία παραμείνει ή αναβληθεί. Σε τέτοιες περιπτώσεις, ο γιατρός μπορεί να κάνει οποιαδήποτε διαγνωστική ή θεραπευτική διαδικασία, όπως η ορθή πρακτική της ιατρικής υπαγορεύει χωρίς τέτοια συγκατάθεση. Επίσης όταν η υγεία του πληθυσμού εξαρτάται από τη θέσπιση προγράμματος μαζικής υγείας για τον έλεγχο της επιδημίας αλλά και όταν ο νόμος υποχρεώνει τον καθένα να υποβάλει μια διαδικασία (Ha, & Longnecker, 2010).

Όταν ο ασθενής είναι είτε ανήλικος, είτε νομικά ανίκανος, οπότε σε αυτή την περίπτωση, απαιτείται η συναίνεση τρίτου μέρους αλλά και όταν η αποκάλυψη των

ουσιωδών πληροφοριών στον ασθενή θα θέσει σε κίνδυνο την επιτυχία της θεραπείας, στην περίπτωση αυτή η γνωστοποίηση και η συγκατάθεση τρίτων πρέπει να είναι κανονικά. Τέλος όταν ο ασθενής παραιτηθεί από το δικαίωμά του γραπτώς.

Ενημερωμένη συγκατάθεση πρέπει να λαμβάνεται από τον ενδιαφερόμενο ασθενή εάν είναι νόμιμης ηλικίας και υγιούς νου. Σε περίπτωση που ο ασθενής δεν είναι σε θέση να δώσει τη συγκατάθεσή του και απαιτείται η συγκατάθεση τρίτου, τα ακόλουθα πρόσωπα, με τη σειρά προτεραιότητας που ορίζεται παρακάτω, μπορούν να δώσουν συγκατάθεση γιος ή κόρη νόμιμης ηλικίας, είτε γονέας, αδελφός ή αδελφή νόμιμης ηλικίας, κηδεμόνας (Λιούρδη, 2014).

Η συγκατάθεση δεν απαιτείται σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης. Εάν ο οικογενειακός ιατρός ή οι ειδικοί είχαν θεωρήσει την κατάσταση ως έκτακτη ανάγκη, θα μπορούσαν να αντιμετωπίσουν το παιδί παρά τις αντιρρήσεις των γονέων.

Για τους ανήλικους, η απαραίτητη θεραπεία δεν χρειάζεται να φτάσει στο επίπεδο έκτακτης ανάγκης για έναν γιατρό ώστε να μπορεί να κάνει θεραπεία χωρίς συγκατάθεση. Το κράτος έχει το δικαίωμα να παρακάμπτει τους γονείς σύμφωνα με το δόγμα του "parens patriae", όταν το κράτος μπορεί να ενεργεί ως γονέας και να δώσει τη συγκατάθεσή του. Οι υπηρεσίες προστασίας των παιδιών των περισσότερων κρατών μπορούν να καλούνται και θα δώσουν συναίνεση, αν χρειαστεί. (Ψαρούλης και Βούλτσος 2010).

Για να είναι πραγματικά ενημερωμένη η συγκατάθεσή, ο γιατρός πρέπει να συζητά με τον ασθενή ή τους νόμιμους κηδεμόνες όχι μόνο τους κινδύνους και τα οφέλη της συνιστώμενης θεραπείας, αλλά και τους κινδύνους και τα οφέλη των εναλλακτικών λύσεων, συμπεριλαμβανομένης της απουσίας θεραπείας. Η συνομιλία πρέπει να τεκμηριωθεί στο ιατρικό αρχείο στο ιατρικό αρχείο (Καράμπελας, 2009).

Εάν ο ασθενής είναι ανήλικος, η συγκατάθεσή του πρέπει να γίνει από τους γονείς του ή από τον νόμιμο κηδεμόνα του. Εάν οι συγγενείς, οι γονείς ή οι νόμιμοι κηδεμόνες αρνούνται να δώσουν τη συγκατάθεσή τους για ιατρική ή χειρουργική διαδικασία που είναι απαραίτητη για τη διάσωση της ζωής ή του άκρου ενός ανηλίκου ή ενός ασθενούς που δεν είναι σε θέση να δώσει συγκατάθεση, τα δικαστήρια, μετά από αναφορά του γιατρού ή οποιουδήποτε ενδιαφερομένου η ευημερία του ασθενούς, σε συνοπτική διαδικασία, μπορεί να εκδώσει εντολή με τη συγκατάθεση (Manson and Laurie 2010).

Υπάρχουν αρκετές εξαιρέσεις από τον κανόνα της ενημερωμένης συγκατάθεσης

Έκτακτες ανάγκες. Σε μια επείγουσα ιατρική περίθαλψη, δεν υπάρχει χρόνος για να περιγραφούν οι σχετικοί κίνδυνοι και ο γιατρός πρέπει να δράσει γρήγορα για να σώσει μια ζωή. Ένας ασθενής δεν μπορεί να μην ασκήσει αγωγή για έλλειψη ενημερωμένης συγκατάθεσης σε αυτή την κατάσταση, ακόμα κι αν αυτός ή αυτή δεν θα είχε επιτρέψει τη θεραπεία (Gordon, Sheppard, & Anaf, 2010).

Συναισθηματικά εύθραυστες ασθενείς. Εάν ένας γιατρός γνωρίζει ότι ο ασθενής είναι τόσο απογοητευμένος που θα αρνηθεί την απαραίτητη θεραπεία, ο γιατρός μπορεί να μην χρειαστεί να πάρει την ενημερωμένη συγκατάθεση του ασθενούς. Για παράδειγμα, αν ένας όγκος στον εγκέφαλο είναι απειλητικός για τη ζωή, αλλά η αφαίρεση συνεπάγεται τρομακτικούς κινδύνους όπως η παράλυση, μπορεί να είναι σκόπιμο ο γιατρός να είναι ασαφής στην περιγραφή των κινδύνων.

Επίσης, αν αποκαλυφθούν πάρα πολλές λεπτομέρειες σχετικά με μια αναγκαία διαδικασία μπορεί να κάνει έναν ασθενή να νοσεί με άγχος, έτσι ο γιατρός μπορεί να είναι σε θέση να παρακρατήσει κάποιες πληροφορίες. Ο γιατρός μπορεί να αποφασίσει πόσο να αποκαλύψει με βάση τις ιδιαιτερότητες του κάθε ασθενούς, αλλά

πρέπει να είναι σε θέση να αποδείξει έναν σαφή λόγο για τον οποίο οι κίνδυνοι δεν αποκαλύφθηκαν (Aacharya, Gastmans, & Denier, 2011).

2.6. Ο Κίνδυνος της Παράλειψης Ενημέρωσης

Μία ειδική κατηγορία ιατρικών σφαλμάτων έχει να κάνει με την ενημέρωση των ασθενών πριν από οποιαδήποτε θεραπεία. Το σφάλμα αυτό αποτελεί μία πολύ συχνή αιτία κατά την οποία διαταράσσονται οι σχέσεις ανάμεσα σε ιατρούς και ασθενείς. Πιο συγκεκριμένα το παραπάνω αποτελεί είτε την λάθος ενημέρωση του ασθενούς, είτε την αποφυγή ενημέρωσης του αλλά και την αποφυγή κατάλληλης ενημέρωσης για τα πιθανά αποτελέσματα και την εγκυρότητα της θεραπείας (Epstein, & Street, 2011). Παραδείγματα του σφάλματος αυτού είναι η αποφυγή της ενημέρωσης σχετικά με την διάγνωση αλλά και της πρόγνωση μία ασθένειας, το περιεχόμενο της, την φύση αλλά και τον λόγο για το οποίο έγινε επιλογή συγκεκριμένης θεραπείας, αποφυγή ενημέρωσης σχετικά με τις εναλλακτικές λύσεις αλλά και αποφυγή ενημέρωσης του ασθενούς σχετικά με τα στατιστικά στοιχεία από προηγούμενες εφαρμογές της συγκεκριμένης θεραπείας και τα κοινωνικό-οικονομικά ζητήματα γύρο από αυτήν (Nettleton, 2002).

Μέρος κάθε θεραπευτικής ενημέρωσης αποτελεί η παροχή οδηγιών από τον γιατρό που αφορούν την χορήγηση ενός φαρμάκου και τις παρενέργειες που μπορεί να υπάρχουν καθώς και η αποφυγή συμβουλών ασφαλείας σχετικά με την χρήση του φαρμάκου αλλά και την συμπεριφοράς που θα πρέπει να εγκατασταθεί από τον ασθενή μέχρι να έχει ολοκληρωθεί η θεραπεία. Οι κατευθυντήριες γραμμές αυτές αποτελούνται από απλές αλλαγές στην καθημερινότητα ενός ασθενή ανάλογα με την θεραπεία που του έχει χορηγηθεί (Ανδρουλιδάκη – Δημητριάδη, 1993).

Όλες οι επεμβάσεις στο σώμα αποτελούν παράνομες προσβολές στην φυσική αποκατάσταση της προσωπικότητας ενός ασθενούς. Για να αποφευχθεί αυτό είναι απαραίτητο να υπάρχει συναίνεση από τον ασθενή. Εάν αυτό δεν γίνει τότε ο γιατρός μπορεί να κατηγορηθεί για παράνομη βία ή και σωματική βλάβη. Με την συναίνεση προϋποθέτεται σε όλες τις περιπτώσεις η σωστή ενημέρωση του ασθενούς η οποία έχει άμεση σχέση με την διαφάνεια στο δημόσιο όπως για παράδειγμα η υποχρέωση των δημόσιων υπαλλήλων να δηλώνουν την ιδιότητα τους. Στις περιπτώσεις κατά τις οποίες υπάρχουν και εναλλακτικές θεραπευτικές λύσεις, οι ιατροί είναι υποχρεωμένοι να ενημερώνουν τους ασθενείς τους σχετικά με αυτές καθώς και όλα τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των θεραπειών αυτών (Wolf, Annas, & Elias, 2013).

Στις περιπτώσεις μη ενημέρωσης ή μη ορθής ενημέρωσης του ασθενούς, η συναίνεση του ασθενούς πάσχει από ακυρότητα και καθιστά επίσης την ιατρική πράξη παράνομη προσβολή της προσωπικότητας του ασθενούς. Μέσω των παραπάνω αναφερόμενων δηλαδή μέσω της συναίνεσης του ασθενούς αφαιρείται ο παράνομος χαρακτήρας στις επεμβάσεις στην προσωπικότητα του ατόμου. Κατ' αποτέλεσμα είναι έγκυρη η συναίνεση του παθόντος για απλή σωματική βλάβη, αλλά και στις περιπτώσεις τεχνητής διακοπής εγκυμοσύνης στις περιπτώσεις που ορίζει ο νόμος. Κατά συνέπεια εκλείπει ο άδικος χαρακτήρας της ιατρικής πράξης, όταν αυτή έγινε *lege artis* και κατόπιν έγκυρης συναίνεσης (Young, 2010).

Ο βαθμός υπαιτιότητας του ιατρού για μη ενημέρωση του ασθενούς διαφοροποιεί την υπαγωγή και τις έννομες συνέπειες στο αγγλοαμερικανικό δίκαιο. Στην περίπτωση από αμέλεια παράλειψης ενημέρωσης γίνεται λόγος για *negligence* ενώ του δόλου για *battery* και *assault*. Συχνά τα αγγλικά δικαστήρια αναγνωρίζουν ότι η απουσία δεδομένων από τον ασθενή δεν δυσφημεί τη συγκατάθεση του ασθενούς για να μην

καταδικάσει τον θεράποντα ιατρό για battery και να υπομείνει τα πραγματικά αληθή αποτελέσματα του. Κατά συνέπεια, υπάρχει μια αναπτυσσόμενη αναγνώριση της απροσεξίας σε περιπτώσεις κατακερματισμένων ή ελλιπών δεδομένων. Ωστόσο, αυτή η κατάσταση των βρετανικών δικαστηρίων έχει επίσης καταδικαστεί καταρχήν από τον Ian Kennedy για την ανεπαρκή εξυπηρέτηση των πλεονεκτημάτων του ασθενούς. Υποστηρίζει ότι η ιδέα του battery θα πρέπει να αποκρυπτογραφείται εκτεταμένα και να ενσωματώνει καταστάσεις όπου δεν υπάρχει φυσική επαφή με έναν γιατρό ασθενή, για παράδειγμα, στον προσδιορισμό του φαρμάκου. Παρά το γεγονός ότι στο ελληνικό νόμιμο αίτημα, όπως και σε διαφορετικά έθνη της ηπειρωτικής Ευρώπης, το επίπεδο των ελλείψεων του ειδικού για μη εκπαίδευση δεν επηρεάζει τα νόμιμα αποτελέσματα. Δηλαδή, ο γιατρός θα πληρώσει παρόμοια αποπληρωμή δίνοντας ελάχιστο σεβασμό στο αν ο ασθενής δεν φωτίζει τον ασθενή με συνολικό ή σκόπιμο τρόπο. Το επίπεδο ελάττωσης θα μπορούσε απλώς να επηρεάσει το μέτρο της μη χρηματικής ζημίας (Morgan, 2012).

2.7. Λόγοι Έλλειψης Ενημέρωσης

Η γνώση της ασθένειας από τον ασθενή

Η δέσμευση για ενημέρωση μειώνεται ή απορρίπτεται εάν ο γιατρός αναλύσει ότι ο ασθενής είναι σίγουρα ενήμερος για την ασθένειά του. Σε περίπτωση που ο ασθενής είναι ενημερωμένος, δεν θα πρέπει να ενημερωθεί εκ νέου από το γιατρό διότι ο λόγος και το κίνητρο πίσω από τα δεδομένα είναι να ενημερωθεί ο ασθενής, για να μην υποβληθεί σε οποιαδήποτε διαδικασία χωρίς να έχει επίγνωση των επιπτώσεων. Παρά ταύτα, ο γιατρός πρέπει να εξασφαλίσει ότι το συγκεκριμένο άτομο έχει ενημερωθεί από ένα κατάλληλο άτομο, το οποίο είναι σε θέση να έχει δώσει μία

κατάλληλη εξήγηση ανεξάρτητα από το αν υπάρχει συγγενής ή κάποιο γνωστό πρόσωπο με παρόμοια ασθένεια οπότε η πληροφορίες του ασθενή έχουν ληφθεί εμπειρικά (Paternotte, et all, 2015).

Η οξύνοια και η μόρφωση του ασθενούς

Ανάλογα με κάθε περίπτωση η υποχρέωση για ενημέρωση μπορεί να διαφέρει. Η μόνη διαπίστωση η οποία είναι γενική είναι αυτή κατά την οποία είναι σαφές πως ο συγκεκριμένος ασθενής πραγματικά είναι ενημερωμένος σχετικά με την θεραπευτική διαδικασία, εναλλακτικές λύσεις κ.τ.λ. Σε κάθε μία ειδική περίπτωση όμως η υποχρέωση ενημέρωσης εξαρτάται από την οξύνοια, την μόρφωση αλλά και τις προηγούμενες εμπειρίες του ασθενούς. Όσο πιο έξυπνος είναι ο ασθενής ή όσο μεγαλύτερη εμπειρία έχει όσον αφορά τις ασθένειες και τις θεραπευτικές αγωγές τόσο πιο εύκολο είναι για εκείνον να κατανοήσει τις πιθανές επιπτώσεις και συνέπειες της εκάστοτε θεραπείας. Ακόμα και ο πιο έξυπνος ασθενής φυσικά είναι δυνατό να μην γνωρίζει ή να μην μπορεί να κατανοήσει τις συνέπειες της θεραπείας του διότι το πιο πιθανό είναι να μην έχει γνώση της ιατρικής επιστήμης. Έτσι μοναδικό κριτήριο είναι η κατανόηση των πραγματικών γεγονότων σε όλες τις περιπτώσεις ασθενών. Τεράστιας σημασίας ως προς την ενημέρωση του ασθενούς έχει να κάνει η συμπεριφορά του ίδιου απέναντι στον γιατρό, διότι από εκεί μπορεί να διαπιστωθεί εάν όντως έχει κατανοήσει την πραγματικότητα που συνοδεύει την θεραπεία του. Εάν η συμπεριφορά του ασθενούς δείξει στον γιατρό πως ο ίδιος έχει καταλάβει πλήρως την θεραπευτική διαδικασία που θα ακολουθήσει, μπορεί να δίνει την λάθος εντύπωση, και για τον λόγο αυτό ο ασθενής είναι υποχρεωμένος να δώσει μία εξήγηση των προσωπικών του συνθηκών με σκοπό ο γιατρός να έχει την

δυνατότητα να καταλάβει τι είδος έκτακτης ενημέρωσης χρειάζεται (Song et. all. 2015).

Ο “αποφασισμένος” ασθενής

Κριτήριο για τον 'περιορισμό της έκτασης της υποχρέωσης ενημέρωσης αποτελεί και η περίπτωση του “αποφασισμένου” ασθενούς, δηλαδή εκείνου, ο οποίος δέχεται να υποβληθεί σε θεραπευτική αγωγή την οποία έχει ήδη προαποφασίσει. Αυτή η περίπτωση συχνότερα συμβαίνει σε ιατρικές διαδικασίες που έχουν προκαθοριστεί από άλλο γιατρό, ωστόσο εκτελούνται σε κλινικές ή εγκαταστάσεις έκτακτης ανάγκης, όπου ο ασθενής μπαίνει για να λάβει αυτή τη θεραπεία με ιατρικές μεθόδους που εκτελούνται από διάφορους γιατρούς. Το ζήτημα εδώ είναι ότι ο γιατρός που εργάζεται ο ασθενής πρέπει να διαπιστώσει ότι η επιλογή θεραπείας είναι επιλογή του ασθενούς να βιώσει ιατρική διαδικασία και έχει προκληθεί από νόμιμα δεδομένα από τον θεράποντα γιατρό του (Young, 2010).

Χρονικοί περιορισμοί

Οι ηλεκτρονικές απαιτήσεις τεκμηρίωσης και τα μη κλινικά καθήκοντα επιτρέπουν μικρότερο χρονικό διάστημα για κάθε ασθενή. Προκειμένου να παραδώσει κακά νέα, όπως μια τερματική διάγνωση, ένας υπεύθυνος γιατρός πρέπει όχι μόνο να αφιερώνει χρόνο προσεκτικά δίνοντας ένα σαφές μήνυμα, αλλά πρέπει επίσης να είναι έτοιμος για να χειριστεί την αντίδραση και τις ερωτήσεις που θα ακολουθήσουν αναπόφευκτα. Πολλοί γιατροί μπορεί να αποφύγουν τη συζήτηση δύσκολων ζητημάτων εξαιτίας της έλλειψης διαθέσιμου χρόνου για τη διάγνωση του ασθενούς και της οικογένειας. Πρέπει να δημιουργηθούν τρόποι μείωσης της διοικητικής

επιβάρυνσης για τους ιατρούς και να μπορούν να κάνουν περισσότερα από αυτά που κάνουν και να παρέχουν υψηλότερης ποιότητας φροντίδα στους ασθενείς.

Πρέπει να προβάλλονται εύλογες και ουσιαστικές απαιτήσεις τεκμηρίωσης. Επί του παρόντος, πολλοί γιατροί δαπανούν πολύ περισσότερο χρόνο να δακτυλογραφούν σε έναν υπολογιστή παρά να αλληλεπιδρούν με τρόπο ουσιαστικό με τους ασθενείς κατά τη διάρκεια των επισκέψεων γραφείου τους. Η επαφή με τα μάτια, η ανθρώπινη αλληλεπίδραση και η ενσυναίσθηση γίνονται όλο και πιο σπάνια στην αίθουσα των εξετάσεων. Αυτό ασφαλώς περιορίζει την αποτελεσματική παράδοση κακών (ή καλών) ειδήσεων στους ασθενείς. Προτεραιότητα πρέπει να δοθεί στην πραγματική φροντίδα παρά στην τεκμηριωμένη από τον υπολογιστή τεκμηρίωση της εν λόγω περίθαλψης (Aacharya, Gastmans, & Denier, 2011).

Η συρρίκνωση μακροχρόνιων σχέσεων γιατρού-ασθενούς

Τα δίκτυα των νοσοκομείων, των παρόχων και των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης έχουν διαταράξει σημαντικά τα παραδοσιακά πρότυπα παραπομπής και τα σχέδια μακροχρόνιας περίθαλψης. Πολλοί ασθενείς που έχουν εγγραφεί στις ανταλλαγές ACA τώρα λένε ότι δεν μπορούν να δουν τους προηγούμενους παρόχους τους (Καλδάνης, 2015).

Έλλειψη αποτελεσματικών θεραπειών για τη θεραπεία μίας νόσου

Κανένας γιατρός δεν θέλει να προσφέρει κακά νέα. Κανένας γιατρός δεν θέλει να παραδεχτεί την "ήττα" στα χέρια της ασθένειας. Συχνά ορισμένοι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης δεν θα αποκαλύψουν ορισμένες πτυχές της διάγνωσης εάν

δεν υπάρχουν αποτελεσματικές θεραπείες. Επικρατεί διαφωνία σχετικά με αυτή την πρακτική της παρακράτησης σχετικών πληροφοριών, καθώς κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα να γνωρίζει τι μπορεί να αντιμετωπίζει ενώ πολλοί θα κάνουν σημαντικές επιλογές για την ζωή εάν γνωρίζουν ότι έχουν μια προοδευτικά εξουθενωτική ασθένεια (Ρήγας, 2018).

Έλλειψη επικοινωνιακής εκπαίδευσης γιατρών

Οι ιατροί είναι συχνά συγκλονισμένοι με γεγονότα που απομνημονεύουν στη καθημερινότητα τους στην εργασία τους, τα οποία αφορούν την αποτελεσματική αλληλεπίδραση με τους ασθενείς καθώς και τους συναδέλφους τους. Πρέπει να παρακολουθήσουν διαλέξεις σχετικά με τον τρόπο διαχείρισης της θλίψης και του θρήνου από το πρώτο έτος της ιατρικής σχολής. Η σύνδεση με τους ασθενείς πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα για τους ιατρούς. Οι εκπαιδευόμενοι γιατροί πρέπει να γνωρίζουν τα απαραίτητα για το επάγγελμα τους. Οι ηγέτες στον ιατρικό τομέα διακρίνονται από τον τρόπο με τον οποίο μοιράζονται κακά νέα (Καλδάνης, 2015).

2.8. Ενημέρωση στις Επείγουσες Περιπτώσεις

Ο γιατρός μπορεί, ακόμη και χωρίς τη συγκατάθεσή του, να ακολουθήσει μια επικίνδυνη θεραπεία ή να παίξει μια πραγματική ιατρική διαδικασία. Ο καθηγητής J. Faure λέει: «επί επείγουσας τινός εγχειρήσεως, δισταγμός τις, επιβράδυνσής ολίγων ωρών, σημαίνει τον θάνατον. Ο δισταγμός δεν επιτρέπεται, η επιβράδυνση δεν έχει δικαιολογία. Ο χειρουργός δεν έχει το δικαίωμα της αποχής». Το ίδιο ισχύει και για το άρθρο 12 της ΚΠΕ. Η αξιοπιστία της διεύρυνσης της ιατρικής διαδικασίας πέρα από αυτό που διευθετήθηκε κατά την ενημέρωση του ασθενούς θα έπρεπε επίσης να εξεταστεί (Manson and Laurie 2010).

Στην ιατρική διαδικασία είναι συνηθισμένη η κατάσταση ότι ο ασθενής δίνει τη συγκατάθεσή του να πραγματοποιηθεί μια συγκεκριμένη θεραπεία, ωστόσο είναι ενδο-εγχειρητικό να διαπιστώσει ότι παρά τον υποκείμενο προσδιορισμό είναι μια άλλη ασθένεια που απαιτεί πολύ πιο γνήσια ιατρική διαδικασία. Για αυτή την κατάσταση προκύπτει η συνοδευτική έρευνα: «Ο ιατρός δύναται να ενεργήσει τη συμπληρωματική εγχείρηση χωρίς την συναίνεση του πάσχοντος εφόσον αυτός δε μπορεί να την εκφράσει καθώς βρίσκεται υπό γενική αναισθησία κι εφόσον δε μπορεί να πάρει τη συγκατάθεση από τους οικείους του;» «Ακόμη και αν οι συνέπειες της επέμβασης θα ήταν πολύ βαρύτερες από εκείνες που θα αντιμετώπιζονταν πριν την εγχείρηση και για τις οποίες ο ασθενής έδωσε την εξουσιοδότηση του;» (Ψαρούλης και Βούλτσος 2010).

Η νομολογία απαντά ναι: ο ειδικός μπορεί, χωρίς σαφή συγκατάθεση και αδυναμία, να διευρύνει την ιατρική διαδικασία και να κάνει τα πάντα που απαιτούνται από τους όρους που έχουν μοναδικό οδηγό προσεκτικής ίντριγκας: Για παράδειγμα: μια περίπτωση γυναικολογικής ιατρικής διαδικασίας, για να νοσηλευτεί για " κάμψη της

μήτρας " βρέθηκε να έχει κυστική εκφύλιση των δύο ωοθηκών. Ο γιατρός που ανέλαβε την ιατρική της επέμβαση προχώρησε σε εκτομή των ωοθηκών χωρίς τη συγκατάθεσή της (Παναγιώτου, 2018).

Η υπόθεση αυτή ακολούθησε τη νόμιμη πορεία. Το δικαστήριο αναγνώρισε ότι τα ηθικά και νόμιμα ζητήματα που προέκυψαν από την εκπαίδευση και τη συγκατάθεση των ασθενών όταν η ιατρική διαδικασία δεν προκάλεσε καμία απροσεξία ή λάθος. Σε κάθε περίπτωση, η σκέψη για τη διάσωση της κυρίας προκάλεσε μια επέκταση της μεθόδου καθώς ήταν μη ρεαλιστική παρέμβαση στη δραστηριότητα, να ξυπνήσει τον ασθενή, να δώσει τη συγκατάθεσή του και να προχωρήσει με τη δραστηριότητα. Είναι σημαντικό στην επέκταση της μεθόδου ότι η σοβαρότητα του συστήματος είναι γνήσια και ότι είναι πολύτιμη. Από την άλλη πλευρά, όταν η υγεία του ασθενούς δεν κινδυνεύει, ο γιατρός πρέπει να παρεμβαίνει στην ιατρική διαδικασία, να συμβουλευτεί τον ασθενή ή τους συγγενείς του και, ύστερα από τη συγκατάθεσή του, σχεδιάζει την ακόλουθη ιατρική διαδικασία (Jonathan 2018).

2.9. Επιθυμία Ασθενούς για μη Ενημέρωση

Για να είναι απαλλαγμένος ένα ιατρός από την ευθύνη της μη ενημέρωσης του ασθενούς του είναι απαραίτητο να αποδειχθεί πως ο ασθενής είναι ελεύθερος να μην ενημερωθεί και αυτό αποτελεί αποκλειστικά δική του απόφαση. Η σύνταξη της απόρριψης δεν είναι επαρκής, πρέπει να προέρχεται από την επαφή του ασθενούς με τον γιατρό. Θα μπορούσε να αναμένεται η παραίτηση από τα δεδομένα για διανοητικούς λόγους (Φουντεδάκη, 2018). Αυτό είναι ιδιαίτερα πιθανό όταν ο ασθενής γνωρίζει την ασθένειά του, συναινεί στη θεραπεία τους, αλλά δεν επιθυμεί να εκπαιδευτεί για τη θεραπεία ή τη μέθοδο ούτε για τους εν λόγω κινδύνους, αλλά ο

ασθενής μπορεί να φύγει και η δραστηριότητα ενός συγκεκριμένου ιδεώδους σε μια συγκεκριμένη ασθένεια και χρόνο της μετακίνησής της μόνο ως ειδική μεταχείριση. Η βασική προϋπόθεση για την παραχώρηση του αποκλεισμού ή της παρεμπόδισης του επανασχεδιασμού του κινδύνου με το αιτιολογικό ότι ο ασθενής δεν ενδιαφέρεται είναι η αποδεδειγμένη σύνδεση μεταξύ γιατρό και ασθενή. Η παρουσία μιας εγγεγραμμένης σχέσης που ταξινομείται, νομιμοποιεί την παραίτηση του ασθενούς από ένα προνόμιο στα δεδομένα. Όπως και να είναι, δεδομένου ότι η απόρριψη του ασθενούς είναι απλά σωστή, ο γιατρός δεν έχει τα προσόντα για να ζητήσει από τον ασθενή αν το συγκεκριμένο άτομο να ενημερωθεί αναγκαστικά. Η παραίτηση από τα δεδομένα ενδέχεται να έχει ολοκληρωθεί ή να είναι ατελής (Ανδρουλιδάκη – Δημητριάδη, 1993).

Είναι βασικό να ενημερώνεται ο ασθενής μπροστά από την αναλυτική και αποκαταστατική διαδικασία. Πλήρης άγνοια του ασθενούς για τη καθόλου ιατρική αγωγή είναι εντελώς αδιανόητη, διότι στην περίπτωση αυτή ο ασθενής μεταβάλλεται σε αντικείμενο.

Ιδιαίτερα επικίνδυνο είναι όταν ο ασθενής δεν επιθυμεί να ενημερωθεί, αλλά ο γιατρός γνωρίζει ότι η περίπτωση του ασθενούς παρουσιάζει γνήσιους κινδύνους που ο ασθενής δεν μπορεί να γνωρίζει. Σε τέτοιες περιπτώσεις είναι υποχρέωση του γιατρού να προσελκύσει την προσοχή του ασθενούς σχετικά με τους ιδιαίτερα υψηλού και κινδύνου. Έχει το προνόμιο να αρνηθεί να συμβουλευτεί οποιοδήποτε άτομο πρέπει να εκπαιδευτεί σχετικά με τη νόσο και τη διαδικασία θεραπείας (Nettleton, 2002).

Υποθέτοντας ότι τα δεδομένα δίνονται σε ξένους που φροντίζουν τον ασθενή, η κύρια εξήγηση πίσω από τον αποκλεισμό των δεδομένων είναι να αποδειχθεί η σχέση

εμπιστοσύνης μεταξύ των ανθρώπων που ανησυχούν για τον ασθενή και τον γιατρό . Ο καλύτερος δυνατός χρόνος για ανανέωση είναι πριν από οποιαδήποτε ιατρική δραστηριότητα. Ταυτόχρονα, η δέσμευση να εκπαιδευτεί αναιρείται εάν ο ασθενής δεν επιθυμεί να εκπαιδευτεί. Είναι ολοένα και πιο σωστό να δεχόμαστε ότι ο ασθενής μπορεί να αποσυρθεί από την προετοιμασία πριν από τη θεραπεία και κατά συνέπεια να στερηθεί το δικαίωμά του για συγκατάθεση ή να αρνηθεί την ιατρική περίθαλψη, επιπλέον δε είναι ικανός για μη ανακλαστική εκπαίδευση. Όλα τα πράγματα που εξετάζονται, μετά την παραίτηση σημαίνει συναίνεση για τις ιατρικές δραστηριότητες του γιατρού (Cushman, et all, 2010).

Η παράδοση δεδομένων των ασθενών σπάνια ολοκληρώνεται. Ο ασθενής μπορεί πάντα να ζητήσει μια ενημέρωση, επανεξετάζοντας τη μοναδική αξιολόγησή της. Ως εκ τούτου, η απαλλαγή του γιατρού από την ευθύνη για την απουσία των δεδομένων καλύπτει μόνο περιπτώσεις για τις οποίες ο ασθενής δεν επιθυμούσε να εκπαιδευτεί και μόνο μέχρι να τροποποιήσει την επιλογή του να μην εκπαιδευτεί. Η παραίτηση από τα δεδομένα είναι η εξαίρεση και δεν τολμά να είναι μια έγκυρη επιλογή του ασθενούς, σε οποιαδήποτε φάση της διαδικασίας θεραπείας όπου εμφανίζονται νέοι κίνδυνοι, ο γιατρός πρέπει να αποφασίσει αν ο ασθενής δεν επιθυμεί ακόμα να εκπαιδευτεί. Αναγνωρίζεται έτσι ότι είναι αμφίβολη τόσο η αδιαμφισβήτητη όσο και η συνακόλουθη απόσυρση δεδομένων από τον ασθενή (Roberts, & Siegler, 2017).

Όσον αφορά την αδιαμφισβήτητη συναίνεση, θα πρέπει να παρατηρηθεί ότι πρέπει να προέρχεται από μια ρητή συσχέτιση του ασθενούς, είτε ότι γνωρίζει τα πράγματα και δεν χρειάζεται να ασχοληθεί με τα δεδομένα, είτε ότι πιστεύει στον γιατρό του και του επιτρέπει να εκτελεί ιατρικές πρακτικές χωρίς να απαιτούνται στοιχεία και λεπτές λεπτομέρειες της διαδικασίας επιδιόρθωσης ή δεν θα ήθελε να γνωρίζει επακριβώς τι θα συμβεί. (Charnock, & Owens, 2017).

Όλο και πιο ενοχλητικό, ιδιαίτερα στην απόδειξη της, είναι η κατάσταση της σιωπηρής παραίτησης των δεδομένων. Ο δισταγμός του ασθενούς για την παροχή δεδομένων πρέπει να είναι αποτέλεσμα της συμπεριφοράς του ασθενούς. Η μακρόχρονη ατομική εξέταση του ασθενούς από τον γιατρό ή σαφή σημάδια βεβαιότητας λόγω της αξίωσης για δόξα του γιατρού κλπ. Υπάρχει επίσης περίπτωση μακρινής απόρριψης όταν ο ασθενής, κατόπιν της πρότασης του γιατρού για τη θεραπεία του, συναινεί χωρίς να έχει μάθει απολύτως τίποτα. Σε κάθε περίπτωση, η ησυχία του ασθενούς δεν μπορεί να θεωρηθεί ως παραίτηση. Το βάρος της επαλήθευσης έγκειται στον ιατρό ο οποίος πρέπει να αποδείξει ότι ο ασθενής έχει αναβάλει το προνόμιο για δεδομένα σχετικά με την θεραπεία του, ώστε να απελευθερωθεί η υποχρέωσή τους όσον αφορά την παραμέληση της παροχής δεδομένων ή την παραμέληση της παροχής συμβουλών στον ασθενή (Καλδάνης, 2015).

2.10. Το Άρθρο 11 παρ 2 Ν. 2619/1998 και Ν. 3418/2005

Στον νέο Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας και άρθρο 11 θεσπίζεται το καθήκον αλήθειας από τους ιατρούς, το οποίο ουσιαστικά αποτελεί την υποχρέωση τους να ενημερώνουν τον ασθενή με ακρίβεια σχετικά με την ιατρική πρακτική που θα ακολουθηθεί.

Αυτές οι υποχρεώσεις των ιατρών συνοδεύονται και από το δικαίωμα των ασθενών για ενημέρωση και παροχή συναίνεσης από αυτούς. Το δικαίωμα αυτό είναι κατοχυρωμένο από τον νόμο ν.3418/2005 και άρθρο 5 της Ευρωπαϊκής Σύμβασης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ανθρώπου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής (Σύμβαση Οβιέδο 1997) που

είναι ενσωματωμένες στο εσωτερικό δίκαιο .2619/1998. Το κείμενο της σύμβασης προβλέπει πως: «επέμβαση σε θέματα υγείας μπορεί να υπάρξει μόνο, αφού το ενδιαφερόμενο πρόσωπο δώσει την ελεύθερη συναίνεση του κατόπιν προηγούμενης σχετικής ενημέρωσης του (Σαχπατζίδου, 2016). Το πρόσωπο αυτό θα ενημερώνεται εκ των προτέρων καταλλήλως ως προς το σκοπό και τη φύση της επέμβασης, καθώς και ως προς τα επακόλουθα και κινδύνους που αυτή συνεπάγεται. Το ενδιαφερόμενο πρόσωπο μπορεί ελεύθερα και οποτεδήποτε ν' ανακαλέσει τη συναίνεση του». Εξάλλου για τους νοσοκομειακούς ασθενείς προϋπήρχε το άρθρο 47 του ν.2071/1992 «Εκσυγχρονισμός και οργάνωση συστήματος υγείας», το οποίο προέβλεπε την υποχρέωση ενημέρωσης ορίζοντας στην παράγραφο 4 ότι «ο ασθενής δικαιούται να ζητήσει να πληροφορηθεί ό,τι αφορά την κατάστασή του. Το συμφέρον του ασθενούς είναι καθοριστικό και εξαρτάται από την πληρότητα και ακρίβεια των πληροφοριών που του δίνονται. Η πληροφόρηση του ασθενούς πρέπει να του επιτρέπει να σχηματίσει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων της κατάστασής του και να λαμβάνει αποφάσεις ο ίδιος ή να μετέχει στη λήψη αποφάσεων που είναι δυνατό να προδικάσουν τη μετέπειτα ζωή του» (Παναγιώτου, 2018).

N. 2619/1998

Ο ασθενής έχει το προνόμιο να είναι πλήρως ενημερωμένος για την πραγματική κατάσταση της υγείας του. Η ενημέρωση του ασθενούς θα πρέπει να ολοκληρώνεται πλήρως και να είναι κατανοητή και προσεκτική, ώστε ο ασθενής να έχει μια συνολική εικόνα των κοινωνικών και ιατρικών στοιχείων της κατάστασής του και να ρυθμίζει τις βασικές επιλογές για τον εαυτό του ή να τις μεταδίδει σε άλλους (άρθρο

47) (4 και 5 του Ν. 2071/1992). Ομοίως, όσον αφορά την πλήρη πληροφόρηση, ο ασθενής έχει δικαίωμα πρόσβασης σε ιατρικά αρχεία σχετικά με την περίθαλψή του, ώστε να λάβει γνώση της θεραπείας του και της πραγματικής του κατάστασης υγείας (Άρθρο 10 Ν. 2619/1998, πρότυπο 4.4, Δήλωση της ΠΟΥ) (Ψαρούλης και Βούλτσος 2010). Οι πληροφορίες μπορούν να παρέχονται είτε στον ίδιο τον ασθενή είτε στον νόμιμο αντιπρόσωπό του και πρέπει να απεικονίζουν σαφώς και οριστικά την ακριβή κατάσταση της υγείας τους, διαμεσολάβησης και διαφορετικών καθηκόντων. Σε κάθε περίπτωση, οι πληροφορίες θα μπορούσαν να αποφευχθούν από τον ασθενή ασυνήθιστα όταν υπάρχει έγκυρη δικαιολογία για να δεχτεί ότι αυτές οι πληροφορίες, χωρίς επιθυμία για σαφή οφέλη, θα προκαλέσουν πραγματική βλάβη. υποχρεούται να σέβεται την επιθυμία του ασθενούς να μην ενημερώνει τον εαυτό του και τους ξένους. Η δέσμευση ενημέρωσης του ασθενούς για την προσωπικότητα και την ιδιότητα του ειδικού για τους προμηθευτές υγειονομικής περίθαλψης ενσωματώνεται επιπλέον στο πλαίσιο της ενημέρωσης του ασθενούς (Πελλένη – Παπαγεωργίου, 2016).

N. 3418/2005

Ο νέος κώδικας ιατρικής δεοντολογίας περιλαμβάνει την πιο πρόσφατη νομικά χρονική βάση για την υποχρέωση ενημέρωσης και κατευθύνει με μεγαλύτερη λεπτομέρεια τα θέματα ενημέρωσης και συγκατάθεσης των ασθενών στα άρθρα 11 και 12 με τίτλο Υποχρέωση ενημέρωσης και συγκατάθεση του ενημερωμένου ασθενούς, που υποδεικνύεται από την επεξηγηματική δομή ειδοποιήσεων, ο εκσυγχρονισμένος νόμος του κέντρου, καθώς εκφράζουν το σεβασμό για την ανεξαρτησία και την αυτοδιάθεση (Ψαρούλης και Βούλτσος 2010).

Το περιεχόμενο της αιτιολογικής έκθεσης δηλώνει 1) ότι η ενημέρωση του ασθενούς είναι η ισορροπία μεταξύ του γιατρού που γνωρίζει και του ασθενούς που δεν γνωρίζει, έτσι ώστε η ψυχολογική έλλειψη του ασθενούς να είναι ισοδύναμη με την ιατρική σύμβαση και 2) , το οποίο μεταδίδει το δικαίωμα του ασθενούς σε πιθανότητα αρθρώσεων, πιθανόν να υπάρχει όταν είναι ελεύθερος και ενημερωμένος (Σαχπατζίδου, 2016).

Η αναλογία της υποβολής της υποχρέωσης πληροφόρησης είναι επομένως εκεί όπου συναντάμε την ασφάλιση του ατόμου σε σχέση με το σώμα και την υγεία του μέσω συμφωνίας, μια συμφωνία που θα χρειαζόταν σημασία και αξία εάν το ζήτημα των ανισοτήτων δεν τείνει σε πνευματικά δικαιώματα και ασυμμετρία μεταξύ των πληροφοριών. Αυτός είναι ο λόγος σε διαφορετικές διαλέκτους για τους όρους «informed consent», «consentement libre et éclairé», τον οποίο ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας μνημονεύει ουσιαστικά στο άρθρο 12, ως ενημερωμένη συγκατάθεση του ασθενούς, αντί για το τρομερό όσες χρησιμοποιούνται επίσης, αλλά σημασιολογικοί όροι «ενημερωμένοι» ή «ενημερωμένη συγκατάθεση». Λαμβανομένου υπόψη του ποσοστού της υποχρέωσης πληροφόρησης στην προοπτική της πληροφόρησης ως κατάσταση της νομιμότητάς της ή της δυναμικής συγκατάθεσής της, ιδίως δεδομένου ότι η ίδια η συμφωνία δεν εμπίπτει στην εκτίμηση ενός νόμου, θα μπορούσε να είναι δογματικά ανοιχτό να μιλάμε για ευπαθή. ακόμη περισσότερο και όχι για τις ιδιαίτερες ταξινομήσεις των ελλείψεων των ανταλλαγών. Σε κάθε περίπτωση, το άρθρο 12 (2) (α) αναφέρεται σε πληροφορίες ως κατάσταση της νομιμότητας της συγκατάθεσης (Παναγιώτου, 2018).

Σχετικά με την έκταση της υποχρέωσης ενημέρωσης το άρθρο 11 παρ.1 ορίζει τα εξής: «ο ιατρός έχει καθήκον αληθείας προς τον ασθενή. Οφείλει να ενημερώνει πλήρως και κατανοητά τον ασθενή για την πραγματική κατάσταση της υγείας του, το

περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις συνέπειες και τους ενδεχόμενους κινδύνους ή επιπλοκές από την εκτέλεση της, τις εναλλακτικές προτάσεις, καθώς και για τον πιθανό χρόνο αποκατάστασης, έτσι ώστε ο ασθενής να μπορεί να σχηματίσει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων και συνεπειών της κατάστασης του και να προχωρεί ανάλογα στη λήψη αποφάσεων». Η πλήρης, σαφής και κατανοητή ενημέρωση του ασθενούς αποτελεί κατά το άρθρο 12 παρ.2 εδ.α' όρο της έγκυρης συναίνεσης του ασθενούς.

Η υποχρέωση παροχής πληροφοριών, όπως απεικονίζεται στον νέο Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, προέρχεται από τον κανόνα της αυτοδιάθεσης του ατόμου ως ανεξάρτητου και ελεύθερου στοιχείου, το οποίο, όπως αναφέρθηκε στα άρθρα 2 και 5 του Σ αλλά και στο άρθρο 5παρ.5Σ, το οποίο προστατεύει την αμυντική πλευρά του δικαιώματος στην υγεία (άρθρο 21 παρ.3) (Ψαρούλης και Βούλτσος 2010).

2.11. Υπόλοιπο Σχετικό Νομικό Πλαίσιο

Αστικός Κώδικας – Νόμος 2251/1994 – Διεθνή κείμενα – Σύνταγμα

Η υποχρέωση ενημέρωσης, παρά τις δύο προαναφερθείσες γραπτές εκδόσεις, εκ των οποίων, μία επέκτεινε την δέουσα νομιμότητα, είναι επιπρόσθετα από νομική άποψη και μέσα στο κοινό μας δίκαιο που εξασφαλίζεται αναμφισβήτητα από το δικαίωμα στην εξασφάλιση του χαρακτήρα και τη διευθέτηση του άρθρου 57ΑΚ που προστατεύει όλα τα αγαθά που συναπαρτίζουν την προσωπικότητα. Μία από τις εκφάσεις του δικαιώματος του χαρακτήρα είναι το δικαίωμα του ασθενούς να γνωρίζει την ασθένεια που βιώνει και να επιλέξει εάν και ποιο είδος θεραπείας θα λάβει. Αυτό το τμήμα της ελεύθερης βελτίωσης του χαρακτήρα του βλάπτεται από

την απουσία πληροφοριών ή από την έλλειψη πληροφοριών σε σχέση με τον γιατρό. Επιπρόσθετα στον Αστικό Κώδικα μας είναι η αξιόπιστη σύνδεση μεταξύ ασθενούς και γιατρού, ανεξάρτητα από τη νομική ιδέα αυτού που του προσφέρουμε, επιφέρει μια ουσιαστική και γενικά βοηθητική υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς και είναι βασισμένη στην καλή πίστη(ΑΚ 288). Στη συνέχεια, δεν πρέπει να παραλείψουμε το άρθρο 8 του νόμου 2525/1994 και τα παγκόσμια γραπτά, για παράδειγμα τον Χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή τη Διεθνή Δήλωση για τα Ανθρώπινα Γενετικά Δεδομένα ή την Παγκόσμια Διακήρυξη της UNESCO για τη Βιοηθική και την UNESCO Δικαιώματα, μηνύματα που, αν και λείπουν (εν πάση περιπτώσει τα τελευταία δύο) διοικητικής εξουσίας, δίνουν στους εθνικούς διαχειριστές τη δυνατότητα να λαμβάνουν σημαντικά νομοθετήματα κριτήρια για την αποκρυπτογράφηση του σχετικού νόμου. Από όλα τα νομικά ιδρύματα, παρά το γεγονός ότι η ανάθεση του φωτισμού στον ασθενή, πραγματικής σημασίας, ως βασική και γενική πηγή και κορυφαία ασφάλεια των ατομικών δικαιωμάτων, είναι το Σύνταγμα μας, το οποίο διασφαλίζει τον σεβασμό και την ασφάλιση της ανθρώπινης αξίας (άρθρο 2δ), την ελεύθερη εξέλιξη του χαρακτήρα (άρθρο 5 ΣΤ) και τη διασφάλιση της σωματικής και συναισθηματικής ευεξίας (άρθρο 7 Σ) (Ψαρούλης και Βούλτσος 2010).

2.12. Κοινωνιολογική προσέγγιση υγείας και της ασθένειας

Η υγεία είναι το πολυτιμότερο αγαθό για τον άνθρωπο. Ως υγεία δεν ορίζεται η απουσία οποιασδήποτε μορφής αναπηρίας ή της ύπαρξης κάποιας ασθένειας αλλά η ισορροπημένη σωματική και ψυχική κατάσταση του ατόμου. Για να είναι ένας άνθρωπος υγιής οφείλει να προσαρμόσει τους ρυθμούς της ζωής τους με τέτοιο τρόπο ώστε η τελική ποιότητα της να του προσφέρει πλήρη σωματική και ψυχική υγεία. Η υγεία έχει άμεση σχέση με όλες τις εκδηλώσεις του ανθρώπου, ο οποίος τις θεωρεί ως ενιαίες καθώς έχει την αίσθηση πως επιδράνε εξίσου στη σωματική αλλά και την πνευματική του ολότητα. Τα παραπάνω δείχνουν πως η υγεία θεωρείται κάτι το «όλον» και αφορά όλες τις πτυχές του ατόμου, δηλαδή το σώμα, τη ψυχή, το πνεύμα. Το άτομο θεωρείται υγιές όταν τα παραπάνω συνυπάρχουν σε αρμονία. Αποτελεί τη σημαντικότερη από τις ανθρώπινες αξίες και την πρώτη ελευθερία του ανθρώπου καθώς αποτελεί τη βάση ώστε να μπορέσει αυτός να αναπτυχθεί και να ενταχθεί ομαλά στη κοινωνία. (Stuckler, and Basu, 2013).

Η εύρυθμη λειτουργία της κοινωνίας σε όλες τις χωροχρονικές διαστάσεις της έχει ως βασική προϋπόθεση την ατομική και κοινωνική ευεξία των μελών της. Σε περιπτώσεις όπου η ευεξία διαταραχθεί τότε η κοινωνία μπορεί να διαταραχθεί εξαιτίας της διαταραχής των ατόμων από τα οποία αποτελείται, με αποτέλεσμα να δημιουργηθούν προβλήματα. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) αναφέρει πως η υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής υγείας ευεξίας. Αυτό δείχνει πως η υγεία είναι κάτι παραπάνω από την απουσία ασθένεια ή / και αναπηρίας (WHO, 2008).

Η υγεία μπορεί να διακριθεί σε ατομική ή ομαδική όταν αφορά ένα κοινωνικό σύνολο. Η ανθρώπινη ζωή έχει δομηθεί με τέτοιο τρόπο ώστε σε όλα της τα επίπεδα

να είναι οργανωμένη, δηλαδή ακόμα και από το κυτταρικό, τα συστήματα του οργανισμού του και του σώματος τους (πρώτο επίπεδο) μέχρι και τις κοινωνικές σχέσεις που αναπτύσσει με τα μέλη της οικογένειας (δεύτερο επίπεδο) του αλλά και με τα μέλη του κοινωνικού του περιγύρου (τρίτο επίπεδο). Τα τρία αυτά επίπεδα έχουν την ίδια αξία για τον άνθρωπο και τη ζωή του. Το άτομο οφείλει να έχει ευεξία και ισορροπία και στα τρία επίπεδα.

Είναι προφανές, πως η υγεία δεν επηρεάζεται αποκλειστικά από την επιστήμη της ιατρικής αλλά και από πολλούς παράπλευρους παράγοντες όπως το περιβάλλον, η οικογένεια, το επάγγελμα, η οικονομική – πολιτισμική κατάσταση και τον χαρακτήρα του κάθε ανθρώπου. Είναι λοιπόν απαραίτητη προϋπόθεση για να μπορέσει να ανταπεξέλθει στις ανάγκες της κοινωνίας το άτομο να είναι υγιές. Χρειάζεται να προστατεύει την υγεία του και να κάνει τις απαραίτητες ενέργειες ώστε να το επιτύχει. (Stuckler, and Basu, 2013).

Η κοινωνία αφορά μια ομάδα ατόμων όπου συμβιώνουν μαζί αρμονικά όλα τα μέλη υπακούοντας συγκεκριμένους κανόνες που εκείνοι έχουν ορίσει και βάση αυτών αλληλοεπιδρούν καθημερινά μεταξύ τους. Οι παράγοντες που επιδρούν στην υγεία του ατόμου έχουν άμεση συσχέτιση με την κοινωνία αλλά και στον τρόπο που συμπεριφέρονται τα άτομα σε διάφορες καταστάσεις. Η κοινωνική αναπαράσταση της υγείας και της αρρώστιας αποτελεί ένα ιεραρχημένο σύνολο ζητημάτων, το οποίο έχει δημιουργήσει η κοινωνία μέσα από τις αποφάσεις της. Το ιεραρχημένο σύνολο θεμάτων αποτελεί και αυτό ένα είδος ομάδας. Η κοινωνική αναπαράσταση της υγείας και της ασθένειας θεωρούνται πως έχουν μια ιδιαίτερη δομή: όσοι γεννιούνται υγιείς θεωρείται πως έχουν τύχη ενώ οι υπόλοιποι άτυχοι. Όταν κάποιος είναι ασθενής η κοινωνία θεωρεί πως αυτό οφείλεται στο περιβάλλον, στο τεχνητό του χαρακτήρα, στη μόλυνση του περιβάλλοντος, τη κακή διατροφή και τους έντονους ρυθμούς της

ζωής. Η κοινωνική αναπαράσταση της υγείας και της ασθένειας σχετίζεται άμεσα με τη μελέτη του βιολογικού κόσμου αλλά και του κοινωνικού. Αυτή η συσχέτιση συμβαίνει από τα παλιά χρόνια, από την περίοδο της βιομηχανικής επανάστασης και αποδίδεται στο γεγονός πως όλες οι κοινωνίες έχουν την τάση να συνδέουν την βιολογική με την κοινωνική τάξη του κάθε ανθρώπου (Lupton, 2015).

Βάση αυτών των αντιλήψεων που υπάρχουν για την ασθένεια είναι προφανές πως η κοινωνία έχει άμεση σχέση μαζί της. Μια ασθένεια μπορεί να θεωρηθεί από την κοινωνία επικίνδυνη και το άτομο που την έχει να καταπιέζεται και να την κρύβει. Η ασθένεια αποτελεί μια ενσάρκωση και αποκρυστάλλωση της κοινωνικής επιθετικότητας. Η σπουδαιότητα που αποδίδεται στην υγεία είναι συνδεδεμένη με τις ενέργειες των ανθρώπων ώστε να διατηρήσουν την υγεία τους σε μια καλή κατάσταση ή να την ανακτήσουν σε περίπτωση που την χάσουν μέσα από ιατρικές παρεμβάσεις. Σύμφωνα με τις νόρμες τα άτομα οφείλουν να είναι υγιείς και να προσέχουν τον εαυτό τους σε περίπτωση που νοσήσουν. Από την πλευρά της η κοινωνία οφείλει να κατανοεί τόσο την υγεία όσο και την ασθένεια όταν αυτές γίνονται αντιληπτές και σιγουρευτούν μέσω του γιατρού. Η οπτική που υπάρχει για το σώμα και τη συσχέτιση του με την υγεία, τις λειτουργίες και τις δυσλειτουργίες του μπορεί να δείξει αν κάποιος είναι υγιείς ή όχι. Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις της υγείας και της ασθένειας εξηγούν σε έναν βαθμό τους λόγους για τους οποίους εμφανίζονται φαινόμενα όπως η μόδα για τις υγιεινές τροφές, την μακροβιοτική, τους διάφορους τύπους «ήπιας ιατρικής» και την γρήγορη εξάπλωση των οικολογικών ιδεών στις τεχνολογικά ανεπτυγμένες χώρες (Bhambra and Santos, 2017).

Η υγεία και η κοινωνία έχουν μια συνεχή σχέση αλληλεξάρτησης. Η υγεία θεωρείται ως ο σπουδαιότερος παράγοντας ευημερίας μιας χώρας καθώς παίζει καθοριστικό παράγοντα στη κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη της. Η σχέση που έχει

δημιουργηθεί μεταξύ των δύο είναι αλληλεξαρτώμενη καθώς συνεχώς αλληλοεπιδρούν μεταξύ τους. Η σχέση αυτή δεν έχει αλλάξει καθόλου από τα αρχαία χρόνια και τις πρώτες οργανωμένες κοινωνίες μέχρι και σήμερα. Αυτό που έχει αλλάξει είναι ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν τους ασθενείς και του υγείας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν οι επιδημίες, οι οποίες στο μεσαίωνα αποτελούσαν απειλή όχι μόνο για τις μικρές κοινωνίες αλλά και για ολόκληρες χώρες καθώς μπορούσε να τις αφανίσει. Οι επιδημίες οδηγούσαν στο θάνατο δεκάδες χιλιάδες άτομα με αποτέλεσμα να προκαλέσουν δημογραφικές ανισότητες και να καταστρέψουν τις κοινωνίες. Τα χρόνια του μεσαίωνα οι άνθρωποι ήταν σκληρά εργαζόμενοι και δούλευαν κάτω από αντίξοες συνθήκες στα χωράφια (Μαλάμου, 2015). Οι άνθρωποι δεν μπορούσαν να αποφύγουν τα ακραία καιρικά φαινόμενα που ευθύνονταν για την εμφάνιση πληθώρας ασθενειών καθώς οι εργασίες αυτές ήταν σημαντικές για την εξασφάλιση της τροφής τους. Η πείνα και η εξαθλίωση τους έκαναν ακόμα πιο αδύναμους με αποτέλεσμα οι επιδημίες να εξαπλώνονται ευκολότερα, σε συνδυασμό με τις οικονομικές δυσκολίες που είχαν δεν μπορούσαν να λάβουν την απαραίτητη θεραπεία. Η μείωση του πληθυσμού λόγω των επιδημιών οδηγούσε σε μείωση της ανάπτυξης της κοινωνίας, εμφάνιζε έλλειψη τροφής και προβλήματα στη καθημερινότητα. Είναι λοιπόν φανερό, ότι η σχέση μεταξύ της ανάπτυξης μιας κοινωνίας και του επιπέδου υγείας του πληθυσμού είναι σημαντική. Σήμερα, αυτές οι συνθήκες συναντώνται σε χώρες του τρίτου κόσμου, όπου οι άνθρωποι ζουν σε συνθήκες φτώχειας, δίχως τι κατάλληλες συνθήκες υγιεινής με αποτέλεσμα να αυξάνονται οι επιδημίες και ο αριθμός των θανάτων (Germov, 2014).

Στις μέρες μας, οι βελτιωμένες συνθήκες ζωής και το αναπτυγμένο επίπεδο ζωής καθώς και η ανάπτυξη ενός σύγχρονου και εξελιγμένου ιατρικού συστήματος έχει

μειώσει την εμφάνιση των επιδημιών και τα ποσοστά της θνησιμότητας παγκοσμίως. Οι θάνατοι από λοιμώξεις είναι πλέον μηδαμινές λόγω των φαρμάκων και υπάρχει έντονη αύξηση του πληθυσμού. Η ραγδαία εξέλιξη της επιστήμης που έχει επηρεάσει θετικά την ιατρική έπαιξε σημαντικό ρόλο στην αύξηση της ανάπτυξης του πληθυσμού παγκοσμίως. Η αλλαγή από τις κοινωνίες με σταθερά αυξημένα ποσοστά θανάτων σε κοινωνίες με σταθερά χαμηλά ποσοστά θνησιμότητας είναι γνωστή ως δημογραφική μετάβαση (Βραχνέλη, 2017).

Οι αναπτυγμένες χώρες, προσφέρουν στους πολίτες της καλύτερο επίπεδο υγειονομικής περίθαλψης σε σχέση με τις αναπτυσσόμενες χώρες. Σε αυτό παίζει ρόλο το ΑΕΠ της κάθε χώρας, οι συνθήκες που επικρατούν και η προσβασιμότητα των ατόμων στις υπηρεσίες υγείας. Οι αναπτυγμένες χώρες έχουν υψηλά ποσοστά διαβίωσης και υγιεινής. Πλέον το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού εργάζεται σε δουλείες της πόλης, σε γραφεία και υπηρεσίες με αποτέλεσμα να μην επιβαρύνεται η υγεία τους από αυτές, όπως παλιά με τους αγρότες. Αντιθέτως οι αναπτυσσόμενες χώρες που έχουν μεν αύξηση στα οικονομικά και το ΑΕΠ, είναι κατά κύριο λόγο ημι – βιομηχανικές χώρες. Η πλειοψηφία του πληθυσμού εργάζεται στη βιομηχανία, είναι εργάτες και αγρότες, πράγμα που τους κάνει λίγο περισσότερο ευάλωτους όσον αφορά την υγεία. Τέλος, τα μη αναπτυγμένα κράτη, όπως η Αφρική και η Ασία, που πλήττονται από τη φτώχεια και τον υποσιτισμό, έχουν αυξημένη θνησιμότητα, εμφάνιση ασθενειών και επιδημιών. Σε αυτές τις χώρες οι κάτοικοι ασχολούνται ως αγρότες, σε δραστηριότητες αστικού τομέα και εργοστάσια (Coreil, 2010).

Η υγεία των ατόμων επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες. Η υγεία δεν είναι αποτέλεσμα μόνο της ανθρώπινης βιολογίας αλλά είναι αποτέλεσμα πολλών περιβαλλοντικών παραγόντων όπως η τροφή, το επάγγελμα και τα χαρακτηριστικά της κοινωνίας που ζει ο κάθε ένας. Οι ερευνητές έχουν βρει πως το βιοϊατρικό

μοντέλο ανήκει στο κοινωνικό περιβάλλον και αλλάζει ανάλογα με τις πολιτικές, πολιτισμικές και οικονομικές εξελίξεις της κοινωνίας.

Σε μια κοινωνιολογική μελέτη που έγινε βρέθηκε ότι υπάρχει εννοιολογική διαφορά μεταξύ της ασθένειας και της νόσου. Η ασθένεια αναφέρεται σε υποκειμενικές ερμηνείες που δίνει το κάθε άτομο στα συμπτώματα παρατηρεί και ομαδοποιεί, είναι δηλαδή μια βιωματική εξήγηση της υγείας του οργανισμού. Η νόσος αναφέρεται στις παθολογικές ή /και οργανικές μεταβολές της υγείας ενός οργανισμού. Στην νόσο αναφέρονται κυρίως οι γιατροί που είναι γνώστες των παθολογικών φαινομένων. Η νόσος αφορά μια αντικειμενική καταγραφή των σημείων και των συμβάντων που συμβαίνουν στον οργανισμό (Bury, 2013).

Οι παράγοντες όπως η διατροφή, το κάπνισμα, το αλκοόλ, οι ναρκωτικές ουσίες επηρεάζουν την υγεία, καθώς είναι γνωστοί οι δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας. Οι δείκτες αυτοί αλληλοεπιδρούν με το περιβάλλον, το οποίο αν είναι τοξικό τόσο στην εργασία όσο και στην οικογένεια επηρεάζουν αρνητικά την υγεία. Μελέτες δείχνουν ότι όσοι άνθρωποι ανήκουν σε χαμηλές κοινωνικές τάξεις και έχουν χαμηλό εισόδημα και εκπαιδευτικό επίπεδο έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες για νοσηρότητα και θνησιμότητα σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό. Το ίδιο ισχύει και για άτομα που προέρχονται από υποβαθμισμένες κοινωνικές ομάδες, τα οποία έχουν υψηλά ποσοστά εμφάνισης ψυχοσωματικών νοσημάτων όπως κατάθλιψη, άγχος, ξεσπάσματα θυμού. Οι άνθρωποι που δεν έχουν σταθερή επαγγελματική σχέση, ή που αλλάζουν συνεχώς κατοικίες έχουν αυξημένα ποσοστά εμφάνισης νοσηρότητας καθώς έχουν άγχος που τους οδηγεί να υιοθετήσουν κάποιους από τους παραπάνω δείκτες νοσηρότητας όπως το αλκοόλ, το κάπνισμα και οι ναρκωτικές ουσίες. Οι δείκτες επιβαρύνουν την υγεία και επηρεάζουν κυρίως τη ψυχική υγεία του ατόμου.

Η αστικοποίηση και η ανάπτυξη των βιομηχανικών περιοχών οδήγησαν σε απώλεια των ηθικών φραγμών και στην θρησκευτική απελευθέρωση. Η αύξηση του πληθυσμού στις αστικές πόλεις οδήγησε στη σεξουαλική απελευθέρωση και παράλληλα στην αύξηση της μετάδοσης των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων που λειτούργησαν ως ένα είδος επιδημίας της σύγχρονης εποχής (Weiss & Lonquist, 2017).

Η εργασία και η ανεργία είναι δυο βασικοί τομείς που επηρεάζουν την υγεία του ατόμου και κυρίως των ψυχικό του κόσμο και ευθύνονται για την ωριμότητα του, το πόσο κοινωνικός είναι και την οικονομική κατάσταση του. Η ανεργία στερεί από το άτομο την συμμετοχή του στο κοινωνικό σύνολο. Όταν σε μια κοινωνία τα ποσοστά ανεργίας είναι υψηλά τότε παρατηρούνται υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας. Τα παιδιά των ατόμων που προέρχονται από γονείς από χαμηλές κοινωνικές τάξεις έχουν εξίσου υψηλές πιθανότητες να νοσήσουν και να χρειαστούν εισαγωγή σε νοσοκομείο σε αντίθεση με τα παιδιά από αναπτυγμένες κοινωνίες και γονείς που προέρχονται από αυτές (Germov, 2014).

Η Ελλάδα τις τελευταίες δεκαετίες έχει αντιμετωπίσει πολλές οικονομικές δυσκολίες και έχουν αυξηθεί τα ποσοστά ανεργίας, με αποτέλεσμα να αυξηθούν τα νοσήματα. Οι αλλαγές που έγιναν στις συνθήκες εργασίας, οι οποίες επιβάρυναν την δουλειά όλων των επαγγελματιών και αύξησαν τα επαγγελματικά νοσήματα. Ακόμη αύξηση έδειξαν οι δείκτες νοσηρότητας, οι οποίοι επιβάρυναν την ήδη καταβεβλημένη ψυχική υγεία των ανθρώπων και ευθυνόταν για την εμφάνιση σωματικών νοσημάτων. Οι αλλαγές της συμπεριφοράς των ανθρώπων οφείλονται πέρα από τις δυσκολίες και τις εξαρτήσεις και στην κοινωνική τάξη και εκπαίδευση του καθενός.

Εκτός από την Ελλάδα η οικονομική κρίση έπληξε όλο τον κόσμο με αποτέλεσμα άνθρωποι σε όλη την υφήλιο να εμφανίσουν παρόμοια προβλήματα υγείας. Η πλειοψηφία των ανθρώπων εμφάνισε χαμηλή αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση, η οποία προήλθε από την ανεργία και την μείωση των εισοδημάτων. Παράλληλα αυξήθηκαν τα ποσοστά αυπνιών, άγχους, ανασφάλειας, κρίσεων πανικού και κατάθλιψης. Όλα αυτά οδήγησαν σε αύξηση των αυτοκτονιών και στη αύξηση του αριθμού των ατόμων που ζούσαν σε συνθήκες φτώχειας και συνεπώς σε κατώτερες κοινωνικές ομάδες. Η εργασία παίζει σημαντικό ρόλο για το άτομο καθώς είναι σημαντική για τη ψυχική του υγεία. Οι άνδρες έχουν υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης διαταραχών της ψυχικής υγείας. Οι γονείς όταν δεν έχουν κακή ψυχική κατάσταση μπορεί να επηρεάσουν και τη ψυχολογία των παιδιών και των εφήβων και να υπάρξουν άσχημες συνέπειες και για την οικογένεια αλλά και για την κοινωνία. Φιλανδοί ερευνητές, που μελέτησαν την επιρροή της οικονομικής κρίσης στα παιδιά που γεννήθηκαν κατά τη διάρκεια αυτής. Το 25% των νέων έδειξε μελλοντικά παραβατική συμπεριφορά ή έχριζαν ψυχιατρικής φροντίδας (Wahlbeck K, McDaid D, 2012). Επομένως, οι κοινωνικοοικονομικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες φαίνεται πως επηρεάζουν τη ψυχική υγεία των ατόμων. Οι συνέπειες σε αυτή οδηγούν τα άτομα σε πράξεις που διαταράσσουν τις ισορροπίες της κοινωνίας και φέρνουν έντονες διαμάχες ανάμεσα τους και εντείνουν τα κρούσματα του κοινωνικού αποκλεισμού.

Όταν οι άνθρωποι έχουν μια ενεργή κοινωνική ζωή και αναπτύσσουν σχέσεις μαζί με άλλα άτομα δίχως να δημιουργούνται προβλήματα, τότε οι πιθανότητες να εμφανίσει ψυχικές νόσους, νοσηρότητα και θνησιμότητα είναι μηδαμινές. Οι άνθρωποι αυτοί σπάνια εμφανίζουν ασθένειες που σχετίζονται με την καρδιά όπως όπως η αρτηριοσκλήρυνση, η αρτηριακή υπέρταση, το υποτροπιάζον έμφραγμα του

μυοκαρδίου αλλά και τα κακοήθη νεοπλασίες. Τα άτομα διαγνωσμένα με στεφανιαία νόσο αλλά δραστήρια κοινωνική ζωή έχουν 3% λιγότερες πιθανότητες όσον αναφορά τη θνησιμότητα. Ωστόσο, πέρα από τη συμμετοχή στις κοινωνικές δραστηριότητες μεγάλο ρόλο παίζει και η συμμετοχή των ανθρώπων στις θρησκευτικές δραστηριότητες καθώς και η σύναψη σχέσεων και ειδικότερα ο γάμος, ο οποίος έχει θετική επίδραση για την ψυχική υγεία του ανθρώπου. Τα άτομα που δεν έχουν σχέση εμπιστοσύνης και αγάπης και δεν έχουν σχηματίσει οικογένεια είναι πιο επιρρεπής ως προς την εμφάνιση ασθενειών. Ακόμη έρευνες έχουν δείξει πως οι γυναίκες έχουν χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας από τους άντρες καθώς επισκέπτονται συχνότερα τους γιατρούς. Παρόλα αυτά, οι γυναίκες εμφανίζουν χαμηλότερα ποσοστά εμφάνισης κάποιας οργανικής νόσου όμως είναι πιο επιρρεπείς στις ψυχικής νόσου (Βραχνέλη, 2017).

Στην Ελλάδα παρόλες τις δυσκολίες φαίνεται πως το προσδόκιμο επιβίωσης έχει αυξηθεί. Στη δεκαετία του 90' για τους άντρες το προσδόκιμο έφτανε στα 75 έτη ενώ σήμερα τα 80. Σε αυτό βοήθησε και η αστικοποίηση, η οποία έφερε οικονομική ανάπτυξη αλλά και καλύτερες συνθήκες διαβίωσης Παρόλα αυτά όμως, ο θόρυβος, τα απόβλητα, η έλλειψη χώρου, η κοινωνική αποξένωση, η έλλειψη πάρκων, αποτελούν αξιόλογους παράγοντες κινδύνου για την υγεία (Μαλάμου, 2015).

Η λειτουργικότητα ορίζει τον τρόπο με τον οποίο η υγεία και οι ασθένειες επηρεάζουν την κοινωνική τάξη, καθώς και τον ρόλο των ασθενών και των παροχών υγειονομικής περίθαλψης. Η λειτουργικότητα είναι μια θεωρητική προσέγγιση που ορίζει την κοινωνία ως ένα διασυνδεδεμένο σύστημα θεσμών. Αυτοί οι κοινωνικοί θεσμοί λειτουργούν ως σύνθετες κοινωνικές δυνάμεις που ενθαρρύνουν σταθερά και αξιόλογα πρότυπα συμπεριφοράς σε μια κοινωνία. Η οικογένεια, η εκπαίδευση και η θρησκεία είναι παραδείγματα κοινωνικών θεσμών. Η ιατρική είναι επίσης ένας

σημαντικός κοινωνικός θεσμός. Ο θεσμός της ιατρικής περιλαμβάνει οργανώσεις όπως οι κλινικές και τα νοσοκομεία, καθώς και τα βασικά στοιχεία όπως οι γιατροί και οι νοσηλευτές. Περιλαμβάνει επίσης την υγεία και την ασθένεια μέσα σε μια κοινωνία. Οι ειδικοί παρομοιάζουν την λειτουργία μιας κοινωνίας με αυτή ενός σώματος, με διαφορετικούς κοινωνικούς θεσμούς που εκτελούν κάθε μία ιδιαίτερη λειτουργία και εργάζονται μαζί. Όταν ένα μέρος της κοινωνίας δεν λειτουργεί καλά, μπορεί να επηρεάσει ολόκληρη την κοινωνία. Εάν μια κοινωνία δεν έχει αρκετούς γιατρούς και νοσηλευτές ή εάν οι παροχείς δεν είναι καλά εκπαιδευμένοι, αυτό θα έχει αντίκτυπο στην ευρύτερη κοινωνία. Λιγότερα άτομα μπορούν να λάβουν την απαραίτητη υγειονομική περίθαλψη, το οποίο μπορεί να επηρεάσει άλλα τμήματα της κοινωνίας όπως η οικογένεια και η οικονομία. Οι γονείς που δεν λαμβάνουν φροντίδα είναι συχνά πολύ άρρωστοι για να φροντίσουν τα παιδιά τους ή μπορεί να πεθάνουν, αφήνοντας την κοινωνία να φροντίζει τα παιδιά τους. Οι άνθρωποι που δεν λαμβάνουν φροντίδα δεν μπορούν να δουλέψουν ή μπορεί να μην λειτουργούν αποτελεσματικά, πράγμα που σημαίνει ότι η οικονομία είναι λιγότερο παραγωγική. Με αυτούς τους τρόπους ο θεσμός της ιατρικής συνδέεται και επηρεάζει άλλα μέρη της κοινωνίας.

Μια λειτουργική προσέγγιση για την ανάλυση της υγείας και της ασθένειας εξετάζει πώς τα επίπεδα της υγείας και της ασθένειας επηρεάζουν τη συνολική κοινωνική τάξη. Η ασθένεια, ιδιαίτερα η εκτεταμένη ασθένεια, αποτελεί απειλή για την κοινωνική τάξη. Αποτρέπει τους ανθρώπους από το να εργάζονται και να εκπληρώνουν τις κοινωνικές τους λειτουργίες. Η ιατρική είναι επομένως απαραίτητη για την ομαλή λειτουργία της κοινωνίας. Ιδιαίτεροι κανόνες και προσδοκίες καθορίζουν τον τρόπο αντιμετώπισης των ασθενών. Ο λειτουργικός κοινωνιολόγος, ο Talcott Parsons (1902-79), δημιούργησε τον όρο «ρόλος ασθενούς» για να

περιγράφει τον κοινωνικό ρόλο που παίζουν οι άνθρωποι όταν είναι άρρωστοι, περιγράφοντας τα δικαιώματα και τις ευθύνες που δίνει η κοινωνία σε αυτούς που είναι άρρωστοι. Ο Parsons εντόπισε δύο δικαιώματα των ατόμων στο ρόλο του άρρωστου: δικαιολογούνται από τα συνήθη κοινωνικά καθήκοντα και δεν ευθύνονται για την ασθένειά τους. Προσδιόρισε επίσης δύο ευθύνες: οι άρρωστοι αναμένεται να προσπαθήσουν να γίνουν καλά και αναμένεται να συνεργαστούν με τους γιατρούς ή άλλους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Ο ρόλος των γιατρών και του συστήματος υγείας είναι η διάγνωση ασθενειών, η νομιμοποίηση του ρόλου ασθενούς ενός ατόμου, επιβεβαιώνοντας ότι το άτομο είναι πραγματικά άρρωστο και η παροχή θεραπείας ώστε οι άνθρωποι να μπορούν να επιστρέψουν στους φυσιολογικούς κοινωνικούς τους ρόλους. Όσοι πάσχουν από χρόνιες ασθένειες παραμένουν μόνιμα σε ρόλο άρρωστου (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2015).

Θεωρία της σύγκρουσης για την υγεία και την υγειονομική περίθαλψη

Οι θεωρητικοί σύγκρουσης αναλύουν τον τρόπο με τον οποίο η υγεία και η υγειονομική περίθαλψη αντικατοπτρίζουν την ανισότητα και τον ανταγωνισμό μεταξύ των κοινωνικών ομάδων.

Η θεωρία των συγκρούσεων βλέπει την κοινωνία ως έναν αγώνα για τους πόρους. Μέσω αυτής της οπτικής, οι κοινωνιολόγοι θεωρούν την ίδια την υγειονομική περίθαλψη ως πόρο. Υπάρχουν μόνο τόσοι γιατροί, τόσα πολλά νοσοκομειακά κρεβάτια και τόσα φάρμακα. Οι θεωρητικοί σύγκρουσης ρωτούν πώς κατανέμονται αυτά. Η κατανομή της υγειονομικής περίθαλψης τείνει να ακολουθεί τις διαφορές ισχύος σε μια κοινωνία. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, ο πλούτος και το επάγγελμα των ανθρώπων συνδέεται άμεσα με την πρόσβασή τους στην υγειονομική περίθαλψη και

την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης που λαμβάνουν. Ωστόσο, ακόμη και ο πλούτος μπορεί να μην εξασφαλίζει ποιοτική φροντίδα, εάν υπάρχουν άλλες μορφές διακρίσεων (Orton-Johnson & Prior, 2013). Μελέτες έχουν δείξει ότι οι γιατροί τείνουν να δίνουν στις μαύρες γυναίκες λιγότερο φάρμακα για το πόνο από τις λευκές γυναίκες, πιστεύοντας ότι υπερβαίνουν τα επίπεδα του πόνου τους. Οι παχύσαρκοι ασθενείς αναφέρουν συχνά ότι έχουν δυσκολία να πείσουν τους γιατρούς ότι έχουν πραγματικές ιατρικές καταστάσεις που χρειάζονται θεραπεία. Τα άτομα με διακρίσεις συχνά απορρίπτουν τις ιατρικές υπηρεσίες εντελώς. Οι θεωρητικοί των συγκρούσεων εξετάζουν αυτές τις αποκλίσεις για να κατανοήσουν καλύτερα πώς επηρεάζεται η υγεία από την κοινωνική δυναμική (Smith, Flowers & Osborn, 2013).

Συμβολική αλληλεπιδραστική άποψη της υγείας και της ασθένειας

Η συμβολική αλληλεπίδραση υποστηρίζει ότι το νόημα της υγείας και της ασθένειας εξαρτάται από ιστορικά, πολιτιστικά και περιστασιακά πλαίσια.

Η συμβολική αλληλεπίδραση δίνει έμφαση στην υποκειμενική κατανόηση του ατόμου και της κοινωνίας. Αυτή η προσέγγιση επιδιώκει να αναλύσει τα κοινωνικά φαινόμενα και τη συμπεριφορά εξετάζοντας τους τρόπους με τους οποίους δημιουργείται νόημα μέσω κοινωνικών αλληλεπιδράσεων. Οι ειδικοί ερευνητές εξετάζουν τι σημαίνει η υγεία και η ασθένεια για μια κοινωνία και πώς κατασκευάζεται αυτό το νόημα. Τα μέλη της κοινωνίας ορίζουν συλλογικά ορισμένες προϋποθέσεις, όπως υγεία ή ασθένεια (Murray, 2014). Ένα παράδειγμα είναι η παχυσαρκία. Το εργαλείο που χρησιμοποιείται συνήθως για τη διάγνωση της παχυσαρκίας, ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) χρησιμοποιεί τη σχέση του ατόμου με

το βάρος σε ύψος για τον υπολογισμό της σωματικής μάζας. Ο ΔΜΣ χρησιμοποιείται ευρέως για να προσδιοριστεί αν ένα άτομο έχει υγιές βάρος, είναι υπέρβαρο ή είναι παχύσαρκο. Ωστόσο, δεν προβλέπει πάντοτε με ακρίβεια τα αποτελέσματα στην υγεία, στο βαθμό που ταξινομεί τους περισσότερους επαγγελματίες αθλητές ως παχύσαρκους. Μια συμβολική ανάλυση αλληλεπίδρασης θα έδειχνε πώς αυτό το εργαλείο αντικατοπτρίζει τα κανονιστικά πρότυπα του σώματος. Θα επισημάνει επίσης τον τρόπο με τον οποίο ο ΔΜΣ έχει περισσότερη ιατρική εξουσία από άλλα εργαλεία, όπως η μέτρηση του σωματικού λίπους σε σχέση με τη μυϊκή μάζα ή μοντέλα που βασίζονται σε στοιχεία που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την πρόβλεψη ειδικών συνθηκών υγείας όπως η υπέρταση. Ο δείκτης μάζας σώματος μπορεί να θεωρηθεί ως αντανάκλαση της κοινωνικής δομής της υγείας και της ασθένειας. Ένα κοινωνικό κατασκεύασμα είναι μια ιδέα που έχει δημιουργηθεί και γίνεται αποδεκτή από μια κοινωνία. Η συμβολική αλληλεπίδραση εξετάζει πώς μια κοινωνία καταλαβαίνει ότι οι ιδιαίτερες συνθήκες αντιπροσωπεύουν την υγεία ή την ασθένεια (Contrada & Baum, 2010).

Το επίκεντρο της συμβολικής αλληλεπίδρασης είναι οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ των ατόμων. Οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας και οι ασθενείς αλληλοεπιδρούν με συγκεκριμένους τρόπους. Αυτές οι αλληλεπιδράσεις διέπονται από κοινωνικούς κανόνες και προσδοκίες. Οι συμβολικοί αλληλεπιδραστές εξετάζουν τη γλώσσα, τα σύμβολα και τις ρυθμίσεις αυτών των αλληλεπιδράσεων. Μπορούν να αναλύσουν πώς οι στολές που φορούν οι γιατροί και οι νοσηλευτές επηρεάζουν τις κοινωνικές ανταλλαγές που έχουν με τους ασθενείς ή τους τρόπους με τους οποίους έχει συσταθεί γραφείο γιατρού και πώς μπορεί να επηρεάσει τα συναισθήματα των ασθενών και τις κατανοήσεις της εμπειρίας τους εκεί. Η συμβολική αλληλεπίδραση εξετάζει επίσης τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν ή νοούν το να

είναι άρρωστοι και πώς οι στάσεις απέναντι σε μια ασθένεια ή κατάσταση διαμορφώνουν την εμπειρία των ασθενών από την ασθένεια. Για παράδειγμα, οι άνθρωποι που πάσχουν από ελκώδη κολίτιδα, μια ασθένεια του εντέρου, αντιδρούν με έντονο τρόπο όποτε εκδηλώνεται η ασθένειά τους. Επειδή οι ασθενείς ταύτιζουν τις ασθένειες του εντέρου με αμηχανία, ακαθαρσίες και απώλεια ελέγχου, αναπτύσσουν στρατηγικές που τους βοήθησαν να παρουσιαστούν ως "κανονικοί" και υγιείς σε άλλους. Οι ειδικοί εξετάζουν αυτό το είδος αλληλεπίδρασης ατόμων με την ασθένεια, καθώς και τους τρόπους με τους οποίους οι άνθρωποι ενσωματώνουν κοινωνικές δομές υγείας ή ασθένειας στην αίσθηση του εαυτού τους (Leventhal, Benyamini & Shafer, 2014).

2.13. Κοινωνιολογική προσέγγιση σώματος

Ο Michel Foucault υποστήριξε ότι η μετατόπιση του τρόπου με τον οποίο συσχετιζόμαστε με το σώμα μας τον 18ο και τον 19ο αιώνα είναι κεντρικό στοιχείο για τη δημιουργία σύγχρονων θεσμών και κοινωνιών. Σε μοναστικές πρακτικές, στρατιωτική πειθαρχία, οργάνωση εργοστασίων, σχεδιασμό νοσοκομείων, αποκατάσταση φυλακών και εκπαιδευτικά προγράμματα, το σώμα επαναπροσδιορίστηκε ως κάτι που έπρεπε να εκπαιδευτεί, να πειθαρχηθεί και να μεταμορφωθεί. Για πρώτη φορά στην ιστορία, το σώμα έγινε το κέντρο πολλών λεπτομερών διαδικασιών που αποσκοπούσαν στη βελτίωση των επιδόσεών του σε ποικίλα θεσμικά πλαίσια. Ταυτόχρονα, οι ιδιότητες της ζωής του πληθυσμού στο

σύνολό τους θεωρήθηκαν ως ανησυχία για την κυβέρνηση: δημόσια υγεία, υγειονομικές συνθήκες στις πόλεις, ρυθμός αύξησης του πληθυσμού, ανάγκη για παραγωγικό εργατικό δυναμικό.

Ο Foucault αποκαλεί αυτή την εποχή της βιοπολιτικής: «την είσοδο της ζωής στην ιστορία» ή τη στιγμή που «η διοίκηση των σωμάτων και η υπολογισμένη διαχείριση της ζωής» έγιναν προτεραιότητα στην οργάνωση της κοινωνικής ζωής. Οι αρχές και τα ίδια τα άτομα άρχισαν να αναζητούν τρόπους για να προωθήσουν τη ζωή και να βελτιώσουν την ικανότητα του σώματος για αποδοτικότητα, υγεία, μάθηση, δεξιότητες και ικανότητα απόκρισης. Σήμερα, η διατήρηση και προαγωγή της ζωής μπορεί να είναι η κεντρική ενοποιητική αξία που αποτελεί τη βάση της πολιτικής και όλων των ανησυχιών για την κοινωνική πολιτική (Shilling, 2012).

Ο Foucault παραθέτει ένα στρατιωτικό διάταγμα του 1764 σχετικά με τη στρατιωτική εκπαίδευση προσληφθέντων:

Οι νεοσύλλεκτοι συνηθίζουν να «κρατούν ψηλά και όρθια τα κεφάλια τους, να στέκονται όρθιοι, χωρίς να λυγίζουν την πλάτη, να ρουφάνε την κοιλιά, να πετούν έξω το στήθος και να ρίχνουν πίσω τους ώμους. και, για να τους βοηθήσουν να αποκτήσουν τη συνήθεια, τους δίνεται αυτή η θέση ενώ στέκονται πάνω σε έναν τοίχο, έτσι ώστε τα τακούνια, οι μηροί, η μέση και οι ώμοι να τον αγγίζουν, όπως και οι παλάμες των χεριών, τα χέρια προς τα έξω, χωρίς να τα μετακινούν μακριά από το σώμα. Ομοίως, θα διδαχθούν να μην έχουν ποτέ προσκολλημένα τα μάτια τους στο έδαφος, αλλά να κοιτάζουν κατ' ευθείαν εκείνους που περνούν, να παραμένουν ακίνητοι μέχρι να δοθεί η εντολή, χωρίς να μετακινούν τα κεφάλια, τα χέρια ή τα πόδια τους. Τέλος, να πορεύονται με ένα τολμηρό βήμα, με τα γόνατα και τα καλάμια

των ποδιών τεντωμένα, τα οποία θα πρέπει να βλέπουν προς τα έξω » (Petersen & Bunton, 1997).

Εάν, πριν από τον 18ο αιώνα, το σώμα του ατόμου και η ζωή του πληθυσμού ήταν αδιάφορα για τις αρχές θέματα, μετά τον 18ο αιώνα, είναι δυνατόν να υποστηριχθεί ότι όλη η θεσμική ζωή επικεντρώθηκε στην πειθαρχία και τη βελτίωση του ατομικού σώματος και της συλλογικής ζωής.

Σε αυτό το πλαίσιο η έννοια της νόρμας έγινε τόσο σημαντική. Μια νόρμα είναι ένας κοινωνικά καθορισμένος κανόνας που επιτρέπει να διακριθεί τι συμμορφώνεται με τα αποδεκτά πρότυπα και τι δεν το κάνει. Στη βιοπολιτική εποχή, οι κανόνες συνήθως νοούνται λιγότερο ως ηθικοί κανόνες για το τι είναι ηθικά ορθό ή καλό και περισσότερο ως υπολογιζόμενοι μέσοι όροι που καθορίζουν ποια είναι η στατιστικά κανονική συμπεριφορά και τι αποκλίνει από τον κανόνα. Κατά τη σχολική φοίτηση, για παράδειγμα, τα πρότυπα ορίζουν ποιο επίπεδο γνώσης πρέπει να έχει κάθε βαθμός. Σε κάθε βαθμίδα, οι επιδόσεις των μαθητών κρίνονται σε σχέση με αυτούς τους κανόνες, και κατά συνέπεια λαμβάνουν βαθμούς Α, Β, Γ κ.λπ., έτσι ώστε να γνωρίζουν πού βρίσκονται σε σχέση με την νόρμα (και σε σχέση με τους άλλους). Η όλη διαδικασία μάθησης εξαρτάται από τον λεπτομερή έλεγχο των φορέων των μαθητών, καθώς πρέπει να μάθουν να διαβάζουν και να γράφουν, να κάθονται ήσυχα και να ακούνε οδηγίες, να οργανώνουν ρουτίνες γύρω από ένα σταθερό πρόγραμμα και να λαμβάνουν μέτρα για να βελτιώσουν τις ικανότητές τους (Shaw, 2016).

Το ίδιο μπορεί να ειπωθεί για τους κανόνες της υγείας στο ιατρικό σύστημα, τους κανόνες της παραγωγικότητας στο χώρο εργασίας, τους στρατιωτικούς κανόνες στο στρατό και τους κανόνες της "καλής συμπεριφοράς" στο σύστημα των φυλακών. Σε κάθε περίπτωση, θεσπίζεται πειθαρχική διαδικασία για τη βελτίωση των ικανοτήτων

του ατόμου έτσι ώστε να μπορεί να γίνει κανονική (π.χ. να απολαμβάνει κανονική υγεία ή να εργάζεται σε ένα κανονικό επίπεδο παραγωγικότητας). Επομένως, όσον αφορά την καθιέρωση κανόνων και αυτό που ο Foucault ονομάζει ομαλοποιημένη κοινωνία, το πρόβλημα της αποκλίσεως έγινε πιο εμφανές κατά τον 19ο και 20ό αιώνα. Το πρόβλημα των αναπηριών είναι ένα καλό παράδειγμα ιατρικής απόκλισης. Τα άτομα με αναπηρίες δεν συμμορφώνονται με τους κανόνες του υγιούς σώματος και ως εκ τούτου, από τον 19ο αιώνα, επιστήμονες και μεταρρυθμιστές ζήτησαν την αποκατάστασή τους με ιατρικές, τεχνολογικές, θεραπευτικές και εκπαιδευτικές παρεμβάσεις (Gilleard & Higgs, 2014).

Σήμερα, η σχέση με το σώμα έχει γίνει ακόμη πιο περίπλοκη. Οι άνθρωποι είναι υποχρεωμένοι από τα διάφορα θεσμικά όργανα να ενεργήσουν με συγκεκριμένους τρόπους στο σώμα τους: να είναι πιο αποτελεσματικοί στην εργασία, να ανακάμπτουν από τραυματισμούς ή ασθένειες, μέσω του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, να αναπτύξουν καλές συνήθειες μελέτης στο σχολείο κλπ. Ωστόσο, οι άνθρωποι επίσης ανησυχούν όλο και περισσότερο για τη βελτίωση των οργάνων τους σε εθελοντική βάση. Μεμονωμένα, απευθύνονται σε ειδικούς σε ποικίλους τομείς που τους συμβουλεύουν σχετικά με διαφορετικές διαδικασίες που δρουν στο σώμα τους, όπως τα καθεστώτα άσκησης, η διαίτα, η αισθητική χειρουργική, τα προϊόντα φροντίδας δέρματος, οι τεχνικές διαλογισμού, η γιόγκα, η σεξουαλική θεραπεία, οι πολεμικές τέχνες κ.λπ. Είναι διαθέσιμο ένα μπερδεμένο ποσό πληροφοριών σχετικά με τη βελτίωση της ζωής και πολλές ανταγωνιστικές επιλογές. Όλο και περισσότερο, οι άνθρωποι ζούν σε μια εποχή ιατρικού πλουραλισμού, όπου κανένα μοντέλο ιατρικής πρακτικής δεν μπορεί να ισχυριστεί με επιτυχία ότι παρέχει την οριστική αλήθεια για το πώς να επιτύχει την υγεία. Ωστόσο, όπως υποστηρίζει ο Zygmunt Bauman (2005),

η αυξημένη ικανότητα ελέγχου των σωμάτων, ελλείπει βεβαιότητας για τον καλύτερο τρόπο, μόνο αυξάνει το άγχος (Vannini, 2016).

Επιπλέον, ο έλεγχος του οργανισμού έχει γίνει ολοένα και περισσότερο «μοριακοποιημένος» μέσω των προόδων της γενετικής και βιοχημικής έρευνας. Δηλαδή, υπάρχουν προσπάθειες δράσης και αλλαγής στο σώμα, σε επίπεδο πρωτογενών βιοχημικών, κυτταρικών, μοριακών διεργασιών όπως η σύνθεση ριβοσωμικών πρωτεϊνών. Ο Nikolas Rose (2007) ισχυρίστηκε ότι αυτό οδηγεί σε εντελώς νέες μορφές σωματικής ύπαρξης και γενετικού κινδύνου στις οποίες ο άνθρωπος φτάνει να ορίζει τον εαυτό του βάσει γενετικών δεικτών και επιδιώκει όχι μόνο να θεραπεύσει ασθένειες ή να αποτρέψει τις συγγενείς διαταραχές σε ασθένειες, αλλά να βελτιστοποιήσει την ύπαρξή του μέσω της γενετικής μηχανικής, των φαρμακευτικών προϊόντων σχεδιαστών και των επιγενετικών θεραπειών (Evans, 2017).

Κάθε κοινωνική και γεωγραφική ανισότητα του ιατρικού τομέα είναι σύνθετη και αρκετά πολύπλοκη. Αυτό οφείλεται κυρίως επειδή βρίσκονται στην επήρεια της κατανομής δύναμης και πλούτου, του φύλου, του επαγγέλματος, της εκπαίδευσης, του τρόπου ζωής των κοινωνιών, καθώς και από το πόσο ανεπτυγμένες είναι οι γεωγραφικές περιοχές και πόσο επαρκείς οι υγειονομικές υπηρεσίες. Βάσει μελέτης στην Μ. Βρετανία, του Douglas Black (1980) και των συνεργατών του, έτσι ώστε να παρατηρηθούν οι σχέσεις μεταξύ της υγείας και της κοινωνικής και επαγγελματικής τάξης σε μια κοινωνία, χρησιμοποιήθηκαν στατιστικοί δείκτες για την θνησιμότητα και την κοινωνική ανισότητα, και διαπιστώθηκε πως το ποσοστό θνησιμότητας ήταν σχεδόν τριπλάσιο στα χαμηλά κοινωνικά στρώματα σε σχέση με τα υψηλότερα και, τελικά, πως γινόταν περισσότερη χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών από τις επαγγελματικά υψηλά κοινωνικές τάξεις. Η θέση που έχει ένα άτομο στην κοινωνία,

το πως σχετίζεται με τα μέσα παραγωγής, το πως έχει ενταχθεί στις διαδικασίες παραγωγής, οι υλικές συνθήκες ύπαρξης, οι κοινωνικές αξίες και οι κυρίαρχες ιδεολογίες, έχουν διαμορφώσει και θα συνεχίζουν να διαμορφώνουν κάθε κοινωνική τάξη και στρώμα, εντός των οποίων υπάρχει παρουσία σημαντικών διαφορών αναφορικά με την υγεία. Η κοινωνική ανισότητα μπορεί να καταγραφεί και εκ των δεικτών νοσηρότητας. Υποστηρίζεται πως η ανισότητα της υγείας είναι περισσότερο έντονη αναφορικά της νοσηρότητας απ' ό τι της θνησιμότητας. Είναι εμφανής ο ρόλος των κοινωνικών παραγόντων με επίδραση στην υγεία, σε περιοχές όπου βασική αιτία για την νοσηρότητα και την θνησιμότητα είναι τα λοιμώδη νοσήματα. Κάθε χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική τάξη υποφέρει από κακή διατροφή, ελλείψεις σε καθαρό πόσιμο νερό, θέρμανση, αποχετεύσεις, στέγη και το ανθυγιεινό των εργασιακών συνθηκών. Κάθε παράγοντας επιδρά σαφώς στο να διασπαρθούν λοιμώδη νοσήματα (Shilling, 2012).

2.14. Κοινωνιολογική προσέγγιση: Βιοπολιτική

Μετά από μια συγκεκριμένη παρατήρηση, μπορεί να διαπιστωθεί ότι στο θέμα της ευθανασίας υπάρχει ένας κανονισμός, μια βιο-ρύθμιση, που κυβερνάται από το κράτος και βεβαίως από την κοινωνία, η οποία δεν λαμβάνει υπόψη ή για την ακρίβεια, αγνοεί τις διαθέκες των εμπλεκόμενων ασθενών και επιβάλλει ιατρική εξουσία-γνώση, η οποία αρνείται να παραιτηθεί στη «μάχη» της με το θάνατο και τη φθορά. Με άλλα λόγια, η βιοπολιτική, η πολιτική εξουσία, ορίζει πραγματικά τι είναι υγιές, τι πρέπει να γίνει όχι μόνο στη ζωή αλλά και στον θάνατο και αρνείται έντονα

τη νομιμοποίηση της ευθανασίας. Από την άλλη πλευρά, οι γιατροί στην πλειοψηφία τους ενδιαφέρονται να σώσουν μια ζωή με οποιοδήποτε κόστος, αλλά πρέπει να έχουν κατά νου ότι η ζωή δεν σημαίνει τίποτα χωρίς το θάνατο όπως προαναφέρθηκε (Mayes, 2015). Είναι σημαντικό να γίνει αποδεκτό ότι η ζωή έχει ορισμένα κριτήρια αξιοπρέπειας και ένα ανθρώπινο σώμα που αναπνέει και ίσως μόνο μιλάει, δεν είναι στην πραγματικότητα ένα ανθρώπινο ον, τουλάχιστον για μια μειοψηφία των ανθρώπων. Αυτό δεν σημαίνει ότι οι κοινωνίες και οι εξουσίες έχουν την άδεια να εξοντώσουν όλους όσους είναι διαφορετικοί, άρρωστοι ή ανάπηροι και το θέμα της ευθανασίας πρέπει να συζητηθεί μόνο αφού το ζητήσει ο ασθενής. Θα πρέπει να μελετηθεί κοινωνικά η ευθανασία, δηλαδή από μια οπτική που ενδιαφέρεται αφενός για τους κοινωνικούς θεσμούς, για τις ανθρώπινες σχέσεις και για τη δυναμική τους αλληλεπίδραση, και αφετέρου για το ανθρώπινο σώμα και τη χρήση του. Η κοινωνιολογία ενδιαφέρεται επίσης για τον θάνατο του ανθρώπου (Κοινωνιολογία του Θανάτου), τον τρόπο με τον οποίο οδηγείται σε αυτόν και τη σχέση ανθρώπου-θανάτου τόσο ατομικά όσο και συλλογικά. Μια κρίσιμη και βασική ερώτηση, είναι εάν η κοινωνιολογία είναι σε θέση να μελετήσει την ευθανασία. Η απάντηση είναι θετική, από τη στιγμή που η Κοινωνιολογία ως επιστήμη εξετάζει τους θεσμούς και τις σχέσεις μεταξύ των θεσμών καθώς και μεταξύ μελών της κοινωνίας και κοινωνικών ομάδων (Wright & Harwood, 2012).

Ο θάνατος και η ζωή ελέγχονται από την πολιτική κοινωνία και κατά συνέπεια πολιτικοποιούνται και ιδεολογούνται, ειδικά όταν οι άλλοι αποφασίζουν για τον τρόπο θανάτου ενός ανθρώπου και για το πώς θα χρησιμοποιήσει το σώμα του, ένα γεγονός που δεν είναι ιστορικά μοναδικό (βλ. δικαίωμα για τη ζωή και το θάνατο του βασιλιά για τους υποκειμένους του, το δικαίωμα του πατρός της οικογένειας στα μέλη της οικογένειάς του κατά τη διάρκεια της Ρωμαϊκής Αυτοκρατορίας, *jus primae*

noctis στο Μεσαίωνα κλπ.). Σε ένα κοινωνικό πλαίσιο συνεχούς αναζήτησης του τι ορίζεται ως ζωή και τι ορίζεται ως θάνατος, ποιος τους καθορίζει και αποφασίζει γι' αυτούς, αναδύονται τα ηθικά ζητήματα της ζωής και του θανάτου και πιο συγκεκριμένα τα ηθικά ζητήματα του να ζει κάποιος και τα ηθικά ζητήματα του να πεθαίνει (Williams, 2010). Ο τρόπος ζωής κάθε ανθρώπου και ο τρόπος του θανάτου του διαμορφώνουν τα προσωπικά του ηθικά ζητήματα, τα οποία δεν πρέπει να ορίζονται και να επιβάλλονται από άλλους από τη στιγμή που δεν πλήττουν την ανθρώπινη κοινωνία. Ως εκ τούτου, υποστηρίζεται ότι είναι λάθος να διαλογίζεται η ζωή και ο θάνατος με οποιοδήποτε επιστημονικό τρόπο (νομικά, φιλοσοφικά, κοινωνιολογικά) και να μην παραμένει κατά νου ένα από αυτά τα δύο συνιστάμενα στοιχεία, δηλαδή τη ζωή και το θάνατο, επειδή το ένα είναι συνυφασμένο με το άλλο όχι μόνο φιλοσοφικά αλλά και κοινωνικά. Με βάση αυτή τη διαλεκτική συλλογιστική βασίζεται το δικαίωμα του θανάτου, ένα αμφιλεγόμενο δικαίωμα σύμφωνα με πολλούς στοχαστές, πράγμα που σημαίνει ότι εάν γίνει αποδεκτό το δικαίωμα της ζωής, τότε είναι διαλεκτικά ανάρμοστο να γίνει άρνηση του δικαιώματος του θανάτου λόγω των λόγων που εκτέθηκαν προηγουμένως (Lemke, Casper, & Moore, 2011).

Ακολουθώντας τον M. Foucault (1979) κάποιος θα μιλούσε για την βιοδυναμία για να υποδείξει τι έφερε τη ζωή και τους μηχανισμούς της στη σφαίρα των σαφών υπολογισμών και έτσι η δύναμη της γνώσης μπορούσε να καθοριστεί ως παράγοντας μετασχηματισμού της ανθρώπινης βιοπολιτικής ως η κλιμάκωση της ενσωμάτωσης και της υποταγής της "φυσικής" ζωής του ανθρώπου στους μηχανισμούς, τις αξιολογήσεις και τα σχέδια της εξουσίας. Έχοντας αυτές τις διατριβές ως σημείο εκκίνησης και επιπλέον τον διαλογισμό του G. Agamben (2005) για την πολιτικοποίηση της ζωής και του θανάτου, υποστηρίζεται - προτείνεται μια διαφορετική και ενδεχομένως αναστρέψιμη ερμηνεία του θέματος, ότι η ευθανασία

αποτελεί ζήτημα βιοπολιτικής, επειδή η πολιτική δύναμη επιθυμεί και φιλοδοξεί να ελέγξει το ρυθμό και τον τρόπο ζωής και θανάτου των ανθρώπων, επιβάλλοντας τη ζωή σε οποιαδήποτε μορφή και απομακρύνει τον θάνατο από το δημόσιο βλέμμα. Από την άλλη, η ευθανασία δεν μπορεί να εφαρμοστεί σε κανέναν, επειδή στην περίπτωση αυτή γίνεται επίσης μέρος της βιοπολιτικής, αλλά με πολύ διαφορετικό και επικίνδυνο τρόπο, όπως η εξάλειψη ενός αδύναμου σώματος, η οποία αντιφάσκει με την το μοντέλο του σώματος της σύγχρονης κοινωνίας και σίγουρα όχι ως η λύτρωση ή η ανακούφιση από τον πόνο όπως θα έπρεπε. Με άλλα λόγια, η ευθανασία θα πρέπει να επιτρέπεται μόνο μετά από κρίση και έλεγχο, διότι σε κάθε άλλη περίπτωση ένας άνθρωπος που υποβλήθηκε σε ευθανασία είναι στην πραγματικότητα μια μορφή «homo sacer», μια μορφή «γυμνής ζωής» σύμφωνα με τον G. Agamben και αυτό είναι μια κατάσταση επιβολής της βιοπολιτικής στο σώμα των ανυποψίαστων ανθρώπων (Shaw, 2016).

Είναι προφανές και απολύτως αποδεκτό ότι η ευθανασία είναι ζήτημα βιοηθικής και αναμένεται να αναφερθεί στη σχετική δήλωση της UNESCO. Το 2005 η UNESCO δημοσίευσε την Οικουμενική Διακήρυξη για τη Βιοηθική και τα Ανθρώπινα Δικαιώματα. Σε αυτό το έγγραφο αναφέρονται μερικές πολύ ενδιαφέρουσες απόψεις για την ανθρώπινη ζωή και την αξιοπρέπεια, αλλά δεν υπάρχει μια ενιαία αναφορά στο θέμα της ευθανασίας. Στο προοίμιο αναφέρεται ότι έχουν υιοθετηθεί τα ακόλουθα άρθρα: «αναγνωρίζοντας ότι η υγεία δεν εξαρτάται αποκλειστικά από την επιστημονική και τεχνολογική έρευνα, αλλά και από ψυχοκοινωνικούς και πολιτιστικούς παράγοντες» και επίσης «έχοντας κατά νου ότι η ταυτότητα ενός ατόμου περιλαμβάνει βιολογικά, ψυχολογικά, κοινωνικά, πολιτιστικές και πνευματικές διαστάσεις». Ένας από τους βασικούς στόχους αυτής της δήλωσης είναι «να σεβαστεί την ανθρώπινη αξιοπρέπεια, τα ανθρώπινα δικαιώματα και τις

θεμελιώδεις ελευθερίες» (άρθρο 2, παράγραφος δ και άρθρο 3, παράγραφος 1). Εκτός αυτού, «τα συμφέροντα και η ευημερία του ατόμου πρέπει να έχουν προτεραιότητα έναντι του αποκλειστικού ενδιαφέροντος της επιστήμης ή της κοινωνίας» (άρθρο 3, παράγραφος 2), πράγμα που σημαίνει ότι σε μια περίπτωση ευθανασίας πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη η θέληση ενός ατόμου. Αλλά για άλλη μια φορά δεν αναφέρεται η ευθανασία και κατά συνέπεια θα μπορούσε να συμπεριληφθεί τόσο όσο εξαιρείται από τη συζήτηση, και από αυτήν την άποψη, η δήλωση θα μπορούσε να διαβαστεί με διαφορετικές ερμηνείες. Στο τέλος της δήλωσης αναφέρεται ότι "οι ενδιαφερόμενοι άνθρωποι και επαγγελματίες και η κοινωνία στο σύνολό της θα πρέπει να συμμετέχουν σε διάλογο σε τακτική βάση" και ότι θα πρέπει να προωθηθούν "ευκαιρίες για ενημερωμένο πλουραλιστικό δημόσιο διάλογο, με στόχο την έκφραση όλων των συναφών απόψεων" (Άρθρο 18, παράγραφοι 2, 3) (Williams, 2010).

Έγινε παρουσίαση των βασικών σημείων της δήλωσης της UNESCO για να επισημανθούν δύο πράγματα. Πρώτα απ' όλα, ακόμη και σε μια προοδευτική και ανθρωπιστική οργάνωση και στη δήλωση της, το ζήτημα του θανάτου και η απόφαση σε αυτόν δεν έχει συγκεκριμένο τόπο και ότι, αφετέρου, παρόλο που οι κοινωνίες ενθαρρύνονται να έρθουν σε διάλογο για τέτοια θέματα, η ευθανασία στην Ελλάδα είναι εκτός ατζέντας. Επιπλέον, η δήλωση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα του ΟΗΕ (1948) δηλώνει στο πρώτο άρθρο ότι «όλοι οι άνθρωποι γεννιούνται ελεύθεροι και ίσοι στην αξιοπρέπεια και τα δικαιώματα» και στο άρθρο 3 ότι «ο καθένας έχει το δικαίωμα στη ζωή, την ελευθερία και την ασφάλεια του ατόμου ». Δεν αναφέρεται όμως ίσο δικαίωμα θανάτου και με αυτό εννοείται η προσωπική επιλογή αξιοπρεπούς ζωής και αξιοπρεπούς θανάτου και συνεπώς, μπορούν να υπάρξουν ερωτήσεις για το

πώς είναι δυνατόν να καθιερωθεί δικαίωμα για ζωή χωρίς να δημιουργηθεί δικαίωμα θανάτου με όλες τις απαραίτητες προϋποθέσεις (Wright & Harwood, 2012).

3. Συμπεράσματα

Μελετώντας την σχέση μεταξύ γιατρού και ασθενούς φαίνεται ότι η σχέση τους είναι πολύ σημαντική. Η σχέση αυτή επηρεάζει όχι μόνο την υγεία του ασθενή αλλά και ολοκλήρου του περιβάλλοντος. Η κοινωνική ευθύνη που έχει ο γιατρός είναι μεγάλη και έχει κυρώσεις σε περίπτωση που δεν την τηρήσει.

Ο ασθενής έχει κάθε νόμιμο δικαίωμα για να ενημερωθεί από τον γιατρό για κάθε διαδικασία ή θεραπεία επρόκειτο να ακολουθήσει και φυσικά για την κατάσταση της υγείας του. Ο γιατρός από την πλευρά του είναι υποχρεωμένος να τον ενημερώσει για τα παραπάνω λεπτομερώς. Ωστόσο, υπάρχουν ορισμένες περιπτώσεις που η ενημέρωση δεν γίνεται. Μια τέτοια περίπτωση είναι όταν ο ίδιος ο ασθενής δεν επιθυμήσει να μάθει λεπτομέρειες για την υγεία του και δώσει στον γιατρό την ελευθερία να κάνει ό,τι θεωρεί εκείνος καλύτερο για αυτό. Ακόμη σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης, και ιδιαιτέρως όταν ο ασθενής δεν είναι σε θέση να δώσει τη συναίνεση του ο γιατρός οφείλει να κάνει ό,τι για να του σώσει τη ζωή. Από την άλλη όταν υπάρχει χρόνος και δεν κινδυνεύει άμεσα ο ασθενής αλλά δεν είναι σε θέση να δώσει τη συναίνεση του ο γιατρός οφείλει να ενημερώσει τους συγγενείς και να λάβει συναίνεση από αυτούς.

Η πρώτη προτεραιότητα ενός αφοσιωμένου ιατρού είναι να εξετάσει την υγεία και την ευημερία του ασθενούς. Υπάρχει σημαντική δύναμη αποκατάστασης στη συμμαχία ιατρού-ασθενούς. Συνεργώντας μαζί και έτσι μπορεί να έχουν καλύτερα αποτελέσματα που μπορούν να βελτιώσουν σημαντικά την ποιότητα ζωής και την κατάσταση υγείας του ασθενούς. Αυτή η σχέση ιατρού ασθενούς θα βοηθήσει στη σύγχυση, στον φόβο και στην αμφιβολία των ασθενών πράγμα που αργότερα μπορεί να μετατραπεί σε σαφήνεια, ανακούφιση και διασφάλιση. Με τον θετικό ρόλο των

γιατρών, οι ασθενείς θα έχουν μεγαλύτερη ικανοποίηση, καλύτερη προσκόλληση και καλύτερη υγεία. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι αυτή η μικρή χειρονομία από τους γιατρούς θα είναι ένα πολύτιμο δώρο για την ανθρωπότητα.

Σε περίπτωση που ο γιατρός δεν ενημερώσει τον ασθενή τότε θέτει σε κίνδυνο τόσο τον ίδιο όσο και την κοινωνία. Ο ασθενής χρειάζεται να γνωρίζει για την κατάσταση της υγείας του για να μπορέσει να προφυλαχθεί αλλά και να προφυλάξει τους άλλους. Αυτό όμως αποτελεί ευθύνη του γιατρού, και είναι γνωστό ως κοινωνική ευθύνη. Από την άλλη ο ασθενής πρέπει να ξέρει όλες τις εναλλακτικές, τις παρενέργειες και τα ποσοστά επιτυχίας των διαδικασιών ώστε να μπορέσει ο ίδιος να επιλέξει το κατάλληλο για αυτόν.

Η υγεία πέρα από ατομική ευθύνη είναι και κοινωνική. Η υγεία ή η ασθένεια ενός ατόμου μπορεί να επηρεάσει ολόκληρη την κοινωνία γι' αυτό είναι σημαντικό ο ασθενής να έχει πλήρη επίγνωση της κατάστασης τους ώστε να μπορέσει να προστατέψει όχι μόνο τον εαυτό του και τους γύρω τους. Ωστόσο, πολλές φορές οι ασθενείς φοβούνται να μιλήσουν ανοιχτά για θέματα της υγείας τους καθώς φοβούνται την αντίδραση της κοινωνίας και των ανθρώπων. Λόγω του ότι στο παρελθόν οι ασθένειες θεωρούνταν υπεύθυνες για την εξαφάνιση των πληθυσμών, μέχρι και σήμερα παρόλο την ανάπτυξη της τεχνολογίας και την πρόοδο των φαρμάκων και των θεραπειών, υπάρχει προκατάληψη στους ασθενείς. Ο κόσμος αλλά και πολλοί ειδικοί της υγείας αντιμετωπίζουν με διαφορετικό τρόπο τους ασθενείς. Οι άνθρωποι που έχουν κοινωνική ζωή και μια ισορροπημένη γενικώς καθημερινότητα αλλά και όσοι κατάγονται από ανώτερα κοινωνικά στρώματα έχουν λιγότερες πιθανότητες να νοσήσουν αλλά και καλύτερη υγειονομική περίθαλψη από τους άλλους.

Το σώμα παίζει σημαντικό ρόλο για τον τρόπο που αντιμετωπίζεται ένας άνθρωπος από την κοινωνία. Συγκεκριμένα, σε ορισμένα επαγγέλματα χρειάζεται οι άνθρωποι να έχουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά σώματος για να προσληφθούν. Ακόμη, ο τρόπος που αντιμετωπίζονται άτομα με αναπηρίες ή άτομα με παραπάνω κιλά από την κοινωνία μέχρι και σήμερα τις περισσότερες φορές είναι ρατσιστικός, καθώς οδηγεί αυτά τα άτομα στο περιθώριο και στην απομόνωση. Το σύστημα υγείας δεν δύναται να τους εξυπηρετήσει άλλοτε λόγω των προκαταλήψεων τους και άλλοτε λόγω των ελλείπων δομών του. Τέλος, η βιοπολιτική ορίζει ότι όλοι οι άνθρωποι έχουν ίσα δικαιώματα στη ζωή και των θάνατο καθώς και στις παροχές υγείας. Παρόλα αυτά χρειάζεται να γίνουν ακόμα πολλές αλλαγές ώστε να υπάρξει αυτή η ισορροπία και ισότητα προς όλους δίχως προκαταλήψεις.

Συνοψίζοντας, η ενημέρωση και η συναίνεση του ασθενή από τον γιατρό είναι απαραίτητη. Σε περίπτωση που ο γιατρός παρακάμψει αυτά τα δύο τότε θα υποστεί τις συνέπειες του νόμου. Τόσο η ελληνική όσο και η παγκόσμια νομοθεσία προστατεύουν τους ασθενείς και την κοινωνία μέσα από τους νόμους τους.

4. Βιβλιογραφία

- Aacharya, R. P., Gastmans, C., & Denier, Y. (2011). Emergency department triage: an ethical analysis. *BMC emergency medicine*, *11*(1), 16.
- Banerjee, A., & Sanyal, D. (2012). Dynamics of doctor–patient relationship: A cross-sectional study on concordance, trust, and patient enablement. *Journal of Family and Community Medicine*, *19*(1), 12.
- Bhambra, G. K., and de Sousa Santos, B. (2017). Introduction: Global challenges for sociology. *Sociology* 51, 3–10
- Bradby, H. (2016). Research Agenda in Medical Sociology. *Frontiers in Sociology*, 1.
- Bury, M. (2013). *Health and illness in a changing society*. Routledge.
- Charnock, E., & Owens, D. (2017). *Patient consent*. Routledge.
- Contrada, R., & Baum, A. (2010). *The handbook of stress science: Biology, psychology, and health*. Springer Publishing Company.
- Coreil, J. (2010). *Social and behavioral foundations of public health*. Sage.
- Cushman, R., Froomkin, AM, Cava, A., Abril, P., and Goodman, KW (2010). Ηθικά, νομικά και κοινωνικά θέματα για προσωπικά αρχεία υγείας και εφαρμογές. *Εφημερίδα της βιοϊατρικής πληροφορικής* , *43* (5), S51-S55.
- Dang, B. N., Westbrook, R. A., Njue, S. M., & Giordano, T. P. (2017). Building trust and rapport early in the new doctor-patient relationship: a longitudinal qualitative study. *BMC medical education*, *17*(1), 32.
- Epstein, R. M., & Street, R. L. (2011). The values and value of patient-centered care.

Evans, M. (2017). *Real bodies: A sociological introduction*. Macmillan International Higher Education.

Germov, J. (2014). *Second opinion: an introduction to health sociology*. Oxford University Press, USA.

Gilleard, C., & Higgs, P. (2014). *Cultures of ageing: Self, citizen and the body*. Routledge.

Gordon, J., Sheppard, L. A., & Anaf, S. (2010). The patient experience in the emergency department: A systematic synthesis of qualitative research. *International emergency nursing*, 18(2), 80-88.

Ha, J. F., & Longnecker, N. (2010). Doctor-patient communication: a review. *Ochsner Journal*, 10(1), 38-43.

Jonathan H. (2018). *Medical law and Ethics*, 7th edition, UK: Oxford

Lemke, T., Casper, M. J., & Moore, L. J. (2011). *Biopolitics: An advanced introduction*. NYU Press.

Leventhal, H., Benyamini, Y., & Shafer, C. (2014). Lay beliefs about health and illness. In *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine, Second Edition* (pp. 124-128). Cambridge University Press.

Lupton, D. (2015). *Digital Sociology*. London; New York, NY: Routledge.

Manson L.K and Laurie G.T. (2010). *Mason and McCall Smith Law and medical ethics*, 3rd edition, USA: Paperback

Mayes, C. (2015). *The biopolitics of lifestyle: Foucault, ethics and healthy choices*. Routledge.

- Morgan, D. (2012). *Issues in medical law and ethics*. Routledge-Cavendish.
- Murray, M. (2014). *Critical health psychology*. Macmillan International Higher Education.
- Nettleton Sh. (2002). Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας, μτφρ Βακάκη Α., Αθήνα: Τυπωθητώ
- Orton-Johnson, K., & Prior, N. (2013). *Digital sociology: Critical perspectives*. Springer.
- Paternotte, E., van Dulmen, S., van der Lee, N., Scherpbier, A. J., & Scheele, F. (2015). Factors influencing intercultural doctor–patient communication: A realist review. *Patient education and counseling*, 98(4), 420-445.
- Peabody, F. W. (2015). The care of the patient. *Jama*, 313(18), 1868-1868.
- Petersen, A. R., & Bunton, R. (1997). *Foucault, health and medicine*. Psychology Press.
- Ridd, M. J., Lewis, G., Peters, T. J., & Salisbury, C. (2011). Patient-doctor depth-of-relationship scale: development and validation. *The Annals of Family Medicine*, 9(6), 538-545.
- Roberts, L. W., & Siegler, M. (2017). The Doctor-Patient Relationship. *Clinical Medical Ethics: Landmark Works of Mark Siegler, MD*, 57, 91.
- Ruberton, P. M., Huynh, H. P., Miller, T. A., Kruse, E., Chancellor, J., & Lyubomirsky, S. (2016). The relationship between physician humility, physician–patient communication, and patient health. *Patient education and counseling*, 99(7), 1138-1145.

Shaw, R. M. (2016). *Ethics, moral life and the body: Sociological perspectives*. Springer.

Shilling, C. (2012). *The body and social theory*. Sage.

Smith, J. A., Flowers, P., & Osborn, M. (2013). Interpretative phenomenological analysis and the psychology of health and illness. In *Material discourses of health and illness* (pp. 77-100). Routledge.

Song, M. K., Lin, F. C., Gilet, C. A., Arnold, R. M., Bridgman, J. C., & Ward, S. E. (2013). Patient perspectives on informed decision-making surrounding dialysis initiation. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 28(11), 2815-2823.

Stuckler, D., and Basu, S. (2013). *The Body Economic. Why Austerity Kills. Recessions, Budget Battles, and the Politics of Life and Death*. New York, NY: Basic Books

Vannini, P. (2016). *Body/embodiment: Symbolic interaction and the sociology of the body*. Routledge.

Weiss, G. L., & Lonnquist, L. E. (2017). *The sociology of health, healing, and illness*. Routledge.

WHO (2008). *Closing the Gap in a Generation. Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final report of the commission on social determinants of health*. Geneva: World Health Organization.

Williams, S. J. (2010). The biopolitics of chronic illness: Biology, power and personhood. In *New Directions in the Sociology of Chronic and Disabling Conditions* (pp. 205-224). Palgrave Macmillan, London.

Wolf, S. M., Annas, G. J., & Elias, S. (2013). Patient autonomy and incidental findings in clinical genomics. *Science*, 340(6136), 1049-1050.

Wright, J., & Harwood, V. (2012). *Biopolitics and the 'obesity epidemic': governing bodies* (Vol. 3). Routledge.

Young, R. (2010). *Informed consent and patient autonomy*.

Ανδρουλιδάκη – Δημητριάδη Ισμ. (1993). Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, Αθήνα –Κομοτηνή: Σακκούλα

Βραχνέλη, Α. (2017). Πρωτοβάθμια Περίθαλψη και Σύστημα Υγείας: Μεταρρυθμιστικές προσπάθειες, προβλήματα και προοπτικές.

Καλδάνης, Α. (2015). Ενημέρωση και συναίνεση ασθενούς.

Καράμπελας Λ. (2009). Ιατρικές πράξεις και ποινική ευθύνη. Αθήνα: Σακκουλας

Λιούρδη Α. (2014). Ιατρική ποινική ευθύνη - Γενικές έννοιες και ειδικά ζητήματα. Αθήνα: Νομική βιβλιοθήκη

Μαλάμου, Θ. (2015). Κοινωνικοί Προσδιοριστικοί Παράγοντες της Υγείας. *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*, 54(3), 236-237.

Παναγιώτου, Μ. (2018). *Η αστική ευθύνη του ιατρού σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία* (Master's thesis, Πανεπιστήμιο Πειραιώς).

Πελλένη - Παπαγεωργίου Α. (2016). Ιατρική αστική ευθύνη και συναίνεση ασθενούς. Αθήνα: Σακκουλας

Ρήγας, Ι. (2018). Η συναίνεση στο ιατρικό δίκαιο. *Expressis Verbis Law Journal*, 2.

Σαχπατζίδου, Ι. (2016). Η αστική ευθύνη του δημοσίου στα πλαίσια της παροχής ιατρικών υπηρεσιών από τα δημόσια νοσοκομεία.

Υφαντόπουλος, Γ. Ν., & Σαρρής, Μ. (2015). Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής.

Φουντεδάκη Κ. (2018). Παραδόσεις αστικής ιατρικής ευθύνης - Διάλογος με τη νομολογία. Αθήνα: Νομική βιβλιοθήκη

Ψαρούλης Δ. και Βούλτσος Π. (2010). Ιατρικό δίκαιο - Στοιχεία βιοηθικής. Αθήνα: University studio press