**ΒΙΟΗΘΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ**

**1. Θεωρητικές προσεγγίσεις των ηθικών ζητημάτων της ιατρικής**

Θα μπορούσε να ειπωθεί ότι η βιοηθική αποτελεί ένα κλάδο της εφαρμοσμένης φιλοσοφίας, που εμπλέκει επίσης τις κοινωνικές επιστήμες, στην προσπάθειά της να δώσει απαντήσεις και λύσεις σε ηθικά ερωτήματα και διλήμματα, που εγείρονται κατά τις βιολογικές και ιατρικές εφαρμογές. Η μελέτη και ανάλυση της βιοηθικής, ωστόσο, μπορεί να έχει ποικίλες προσεγγίσεις, ανάλογα με τις αρχές (principles), τους κανόνες (rules) και τα κανονιστικά πρότυπα (norms), που χρησιμοποιούνται κάθε φορά από τους φιλοσόφους που ασχολούνται με τα ζητήματα της βιοηθικής.

Η βασισμένη σε αρχές προσέγγιση (principle-based approach) οφείλει να δέχεται, κατ’ ελάχιστο, την ύπαρξη ορισμένων κανονιστικών προτύπων ή κατευθυντήριων οδηγιών δράσης ως στοιχειώδες υπόβαθρο της ηθικής αιτιολόγησης (Childress, 2005)[[1]](#footnote-2). Μερικά κανονιστικά πρότυπα ή οδηγίες δράσης μπορεί να συνιστούν αρχές, ενώ άλλα μπορεί να συνιστούν κανόνες. Τόσο οι αρχές όσο και οι κανόνες αποτελούν «γενικές οδηγίες δράσης, που επιτρέπουν τη διάκριση του εάν ένα είδος δράσης απαγορεύεται, απαιτείται ή επιτρέπεται σε συγκεκριμένες καταστάσεις» (Solomon, 1978)[[2]](#footnote-3).

Στην κανονιστική ηθική περιλαμβάνεται η προσέγγιση του απόλυτου κανόνα και η ωφελιμιστική προσέγγιση. Η προσέγγιση του απόλυτου κανόνα (absolute rule approach) βρίσκει εφαρμογή στην ηθική φιλοσοφία του Kant, καθώς και στην παράδοση του φυσικού νόμου της Καθολικής Εκκλησίας, που έχει τις ρίζες του στην ηθική θεολογία του Θωμά Ακινάτη (Boyle, 2005)[[3]](#footnote-4). Το χαρακτηριστικό σε αυτή την περίπτωση είναι ότι ο βασικός ηθικός κανόνας ή αρχή γίνεται αποδεκτός και εφαρμόζεται χωρίς εξαιρέσεις. Ο καθολικός ηθικός κανόνας ή αρχή μπορεί να έχει απόλυτο βάρος σε σχέση με άλλες αρχές, ωστόσο απαιτεί την ύπαρξη μιας περιγραφής του είδους της δράσης του σε κανονιστικό επίπεδο (Donagan, 1977)[[4]](#footnote-5). Η ωφελιμιστική προσέγγιση (utilitarian approach) από την άλλη πλευρά δέχεται ότι εκείνο που προσδιορίζει την ηθική ποιότητα μιας δράσης, δηλαδή εκείνο που καθορίζει ότι κάτι είναι σωστό ή εσφαλμένο, είναι οι συνέπειές του. Η επίτευξη «της μεγαλύτερης ευτυχίας για το μεγαλύτερο αριθμό ανθρώπων» θεωρείται κριτήριο της σωστής δράσης (Mackie, 1990)[[5]](#footnote-6). Ωστόσο, μια επαρκής ηθική θεωρία χαρακτηρίζεται τόσο από τη βαρύτητα των συνεπειών των πράξεων όσο και από τη σημασία των κανόνων που ενσωματώνει (Hare, 2005)[[6]](#footnote-7).

Η προσέγγιση της ηθικής που βασίζεται στην αρετή (virtue-based approach) αποτελεί έκφραση του ανανεωμένου φιλοσοφικού ενδιαφέροντος για την αρχαία αντίληψη περί αρετής, που έχει τις ρίζες του στο άρθρο της Elisabeth Anscombe «*Modern Moral Philosophy*», που δημοσιεύθηκε το 1958 (Anscombe, 1958). Η προσέγγιση αυτή χαρακτηρίζεται από την αντίθεσή της τόσο προς την ωφελιμιστική προσέγγιση όσο και προς την καντιανή ηθική θεώρηση, για τις οποίες υποστηρίζει ότι εστιάζουν στην ηθική διάσταση των πράξεων των υποκειμένων και όχι στην ηθική διάσταση των ίδιων των υποκειμένων σε συγκεκριμένες καταστάσεις και συνθήκες (Oakley, 2005)[[7]](#footnote-8).

Η προσέγγιση της φροντίδας (care approach) συνιστά ένα νέο τρόπο αντίληψης ορισμένων βαθιά ηθικών διαστάσεων της βιοηθικής και παρέχει ένα σημαντικό εργαλείο μελέτης, ανάλυσης, συζήτησης και τελικά πρακτικής σε ζητήματα βιοηθικής. Η προσέγγιση της φροντίδας ενσωματώνει πέντε βασικές ιδέες: την ηθική προσοχή, την κατανόηση με συμπάθεια, τη συναίσθηση της σχέσης, την υπηρέτηση και την ενεργή δράση ως απάντηση στην ανθρώπινη ανάγκη (Manning, 2005)[[8]](#footnote-9).

Η περιπτωσιολογική προσέγγιση (case approach) επιτρέπει την εφαρμογή θεωρητικών αρχών ή κανόνων σε συγκεκριμένες περιπτώσεις. Αν και η περιπτωσιολογία (casuistry) έχει μια μακρά και αμφιλεγόμενη ιστορική πορεία ως ηθική προσέγγιση, αναδύθηκε εκ νέου τα τελευταία χρόνια ως εναλλακτική μορφή σε σχέση με την κυρίαρχη προσέγγιση της βιοηθικής, που δίνει έμφαση στη σημασία των ηθικών αρχών και την ευρεία εφαρμογή των ηθικών θεωριών (Arras, 2005)[[9]](#footnote-10).

Εξαιτίας της διαμάχης, ωστόσο, που παρατηρείται μεταξύ καντιανής και μιλλιανής φιλοσοφικής θεώρησης, αναπτύχθηκαν ηθικές αρχές, βάσει των οποίων εξετάζονται τα ζητήματα που αναδύονται στην ιατρική πρακτική. Κατά τους αμερικανούς φιλοσόφους Beauchamp και Childress υπάρχουν τέσσερις *prima facie* αρχές, που διέπουν τη βιοϊατρική ηθική: η αρχή του σεβασμού της αυτονομίας, η αρχή της αγαθοεργίας, η αρχή του μη βλάπτειν και η αρχή της δικαιοσύνης (Beauchamp and Childress, 2001). Η έκφραση *prima facie*, που προτάθηκε από τον άγγλο φιλόσοφο W. D. Ross, σημαίνει ότι κάθε ηθική αρχή είναι δεσμευτική, εκτός εάν έρχεται σε αντιπαράθεση με άλλη ηθική αρχή, οπότε είναι αναγκαία η επιλογή μεταξύ αυτών (Gillon, 1994).

Ωστόσο, στο χώρο της υγείας είναι δύσκολο να τηρηθούν αρχές ή κανόνες, που είναι απόλυτοι ή δεν υπόκεινται σε αντιπαράθεση. Κι αυτό γιατί, από τη μια πλευρά, ο υγειονομικός χώρος παρουσιάζει πληθώρα και ποικιλομορφία κλινικών καταστάσεων και από την άλλη πλευρά, διάφορες ηθικές αρχές φαίνεται πως μπορούν να βρουν εφαρμογή σε διάφορες περιπτώσεις. Με την προϋπόθεση ότι δε θεωρούνται απόλυτες, οι αρχές αυτές εξυπηρετούν την ανάγκη ύπαρξης οδηγιών κατά την άσκηση της κλινικής πρακτικής. Με το πέρασμα του χρόνου, οι τέσσερις ηθικές αρχές κέρδισαν την αποδοχή για την εφαρμογή τους στην ανάλυση των ηθικών ζητημάτων που ανακύπτουν στην ιατρική (McCormick, 1998. Beauchamp, 2003. Macklin, 2003).

Εκτός από τις τέσσερις αυτές αρχές, οι Beauchamp και Childress στο βιβλίο τους *Principles of Biomedical Ethics* υποστηρίζουν ότι υπάρχουν και άλλοι δευτερεύοντες κανόνες, που διέπουν την ιατρική ηθική, όπως η υποχρέωση της παροχής αλήθειας στον ασθενή (tell the truth), η προστασία της ιδιωτικότητας (protect the privacy) και η τήρηση του ιατρικού απορρήτου (confidenciality), καθώς και διάφοροι άλλοι κανόνες, όπως η ενήμερη συναίνεση (informed consent). Πολλοί από αυτούς τους κανόνες θεωρούνται παράγωγοι των αρχών της Βιοηθικής. Ως παράδειγμα μπορεί να αναφερθεί η αποκάλυψη της αλήθειας στον ασθενή, που είναι απότοκη της αρχής του σεβασμού της αυτονομίας, καθώς ο ασθενής δε μπορεί να πάρει αυτόνομες αποφάσεις για την υγεία του χωρίς επαρκή και ειλικρινή ενημέρωση (Childress, 2005)[[10]](#footnote-11).

Υπάρχουν πολλοί υποστηρικτές της προσέγγισης των τεσσάρων αρχών, αλλά και αρκετοί αντίπαλοι. Ο Robert Veatch στο βιβλίο του *A Theory of Medical Ethics* συμφωνεί με τις τέσσερις αρχές, προσθέτει ωστόσο και μερικές άλλες, όπως ο σεβασμός της σύμβασης μεταξύ ιατρού και ασθενούς, η τιμιότητα και η αποφυγή πρόκλησης θανάτωσης (Veatch, 1981). Ο Engelhardt στο βιβλίο του *Foundations of Bioethics* αποδέχεται τις αρχές της αυτονομίας και της αγαθοεργίας, αλλά υποβιβάζει την αρχή της δικαιοσύνης σε σχέση με τις δυο προηγούμενες (Engelhardt, 1995), ενώ ο Toulmin υποστηρίζει ότι η ύπαρξη αρχών και κανόνων είναι απαραίτητη στις ανθρώπινες σχέσεις μεταξύ αγνώστων, όχι όμως και μεταξύ οικείων προσώπων (Toulmin, 1981). Αντιδράσεις στην υιοθέτηση και εφαρμογή των τεσσάρων αρχών της Βιοηθικής έχουν επίσης εκφραστεί και από άλλους επιστήμονες του χώρου της Βιοηθικής, όπως οι Clouser και Gert, οι οποίοι κάνουν λόγο για «principlism» (Clouser and Gert, 1990) και ο John Harris (Harris, 2003).

**2. Αρχή του σεβασμού της αυτονομίας**

Σύμφωνα με την αρχή του σεβασμού της αυτονομίας (principle of respect for autonomy), κάθε λογικό υποκείμενο μπορεί να ενημερώνεται και να πράττει ελεύθερα και ανεπηρέαστα, λαμβάνοντας τις απαραίτητες αποφάσεις για τον εαυτό του. Η αυτονομία μπορεί να οριστεί ως η δυνατότητα ενός ανθρώπου να σκέπτεται, να αποφασίζει και να πράττει με τρόπο, ώστε η σκέψη και η πράξη του να είναι ελεύθερες, ανεξάρτητες, χωρίς δεσμεύσεις ή εμπόδια (Gillon, 1985).

Στον τομέα της ιατρικής φροντίδας, ο σεβασμός στην αυτονομία του ασθενούς επιτρέπει την ελεύθερη και χωρίς καταναγκασμό λήψη αποφάσεων για την υγεία του, μετά από κατάλληλη ενημέρωση. Η θεμελιώδης αρχή της αυτονομίας στην περίπτωση αυτή σημαίνει την αναγνώριση του ασθενούς ως προσώπου, που έχει πρόσβαση στα βασικά ανθρώπινα δικαιώματα, όπως το δικαίωμα στην ενημέρωση, το δικαίωμα στην ιδιωτικότητα, το δικαίωμα στη λήψη φροντίδας και θεραπείας (Thompson *et al*, 1994).

H έννοια της αυτονομίας συνδέεται στενά με το σεβασμό του προσώπου, την ενήμερη συναίνεση και τα θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα (O’Neill, 2002)[[11]](#footnote-12). Ενήμερη συναίνεση είναι η διαδικασία εκείνη, κατά την οποία ένας πλήρως ενημερωμένος ασθενής μπορεί να συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων, που αφορούν στη φροντίδα της υγείας του και στη συνέχιση της πορείας της ζωής του. Η ενήμερη συναίνεση πηγάζει από το νομικό και ηθικό δίκαιο, σύμφωνα με το οποίο ο ασθενής έχει το δικαίωμα να κατευθύνει οτιδήποτε συμβαίνει στο σώμα του και από το ηθικό καθήκον του ιατρού να βοηθήσει τον ασθενή να πάρει μέρος στη φροντίδα της υγείας του (Edwards, 1998).

Η έννοια της ενήμερης συναίνεσης δεν αναφέρεται σε ιατρικά ή άλλα κείμενα από τους αρχαίους χρόνους μέχρι πολύ πρόσφατα. Η ενήμερη συναίνεση δεν περιλαμβάνεται στον Ιπποκρατικό Όρκο, δεδομένου ότι ο ιατρός είναι αυτός που αποφασίζει για τον ασθενή του και ως εκ τούτου η λήψη της σχετικής απόφασης αποτελεί ηθική υποχρέωση του ιατρού. Ο ιατρός, ως φορέας της εξειδικευμένης ιατρικής γνώσης, είναι ο πλέον αρμόδιος, ώστε να αποφασίζει ποιο είναι το καλύτερο για τον ασθενή, σύμφωνα με την επιστημονική του κατάρτιση και την ιατρική του κρίση (O’Neill, 2002)[[12]](#footnote-13). Επιπλέον, στο πλαίσιο της ανάπτυξης σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενούς και ιατρού, η ανάγκη για πληροφόρηση του ασθενούς δεν κρίνεται απαραίτητη, αφού αυτός δε λαμβάνει μέρος στη λήψη της απόφασης, που αφορά στην αποκατάσταση ή τη βελτίωση της υγείας του.

Ωστόσο, από τα μέσα του 18ου αιώνα η θεώρηση αυτή αρχίζει να μεταβάλλεται. Η φιλελεύθερη φιλοσοφική παράδοση του Mill, σύμφωνα με την οποία η ελευθερία του κάθε ανθρώπου πραγματώνεται όταν ο καθένας επιδιώκει το δικό του καλό με το δικό του τρόπο, επηρεάζει βαθιά τον τρόπο λήψης των αποφάσεων που αφορούν στην ατομική υγεία. Το μοντέλο της ενήμερης συγκατάθεσης αποστασιοποιείται από τον αποφασιστικό χαρακτήρα της λήψης και επιβολής της ιατρικής γνώμης και αναδεικνύει, θεωρητικά και πρακτικά, τη μεγάλη σημασία της έκφρασης της αυτονομίας και του δικαιώματος του αυτοκαθορισμού τους ασθενούς (Μαρκεζίνη, 2002).

Σύμφωνα με τον Brody, η ιατρική ηθική μπορεί να διακριθεί και να χαρακτηριστεί ως «παλαιά» και «νέα» με βάση τον τρόπο λήψης των ιατρικών αποφάσεων (Brody, 1989)[[13]](#footnote-14). Η νέα ηθική θεώρηση μετακυλύει σταδιακά την ευθύνη της λήψης της απόφασης για την υγεία από τον ιατρό στον ασθενή και φανερώνει τον κυριαρχικό πλέον ρόλο του ασθενούς στην απόφαση για την εφαρμογή διαγνωστικών, θεραπευτικών ή προληπτικών παρεμβάσεων στο σώμα του. Δεν υπάρχει ένα αντικειμενικό καλό για τον ασθενή, που γνωρίζει μόνο ο ιατρός, αλλά ένα ατομικό καλό, αποτέλεσμα καθορισμού και συνεκτίμησης ποικίλων παραγόντων από τον ίδιο τον ασθενή, που αφορά τον ίδιο και παράγεται και προάγεται από τον ίδιο.

Ο τρόπος αυτός λήψης των ιατρικών αποφάσεων έχει την αρχή του στην εφαρμογή της έννοιας της αυτονομίας, η οποία αναγορεύεται από τον Kant σε θεμελιώδες αξίωμα ηθικότητας (Kant, 1984)[[14]](#footnote-15). Ωστόσο, η αρχή της αυτονομίας έχει αρκετές πηγές μέσα στην ηθική φιλοσοφία. Μια από αυτές είναι η *Δεύτερη* *Πραγματεία για τη Διακυβέρνηση (Second Treatise on Government)* του Lock, σύμφωνα με την οποία ο άνθρωπος βρίσκεται σε μια φυσική κατάσταση ελευθερίας και ισότητας τέτοια, ώστε κανένας άνθρωπος δε μπορεί να εξουσιάζει έναν άλλο άνθρωπο, εκτός από την περίπτωση όπου υπάρχει και ισχύει ένα κοινωνικό συμβόλαιο, το οποίο έχει υιοθετηθεί ελεύθερα (Lock, 2004)[[15]](#footnote-16). Για να γίνει αντιληπτό το δικαίωμα στην πολιτική εξουσία και η προέλευσή του, υποστηρίζει ο Lock, πρέπει να γίνει αντιληπτό ότι ο άνθρωπος βρίσκεται από τη φύση του σε μια κατάσταση πλήρους ελευθερίας να ορίζει τις πράξεις του. Ο άνθρωπος υπόκειται στις δεσμεύσεις του φυσικού νόμου, ανεξάρτητα από τη θέληση οποιουδήποτε άλλου ανθρώπου (Lock, 2004)[[16]](#footnote-17). Η θεώρηση αυτή του Lock οδηγεί στην έννοια των «αρνητικών δικαιωμάτων» ή των δικαιωμάτων του ατόμου που δεν παρεμποδίζονται από τους άλλους, τα οποία για ορισμένους φιλοσόφους θεμελιώνουν την έννοια της ελεύθερης δημοκρατίας.

Σύμφωνα με τον Kant, όλα τα έλλογα όντα ως τέτοια μπορούν να νομοθετούν και να αυτοϋποτάσσονται στον ίδιο τους το νόμο από καθήκον. Η αυτοϋποταγή στον ηθικό νόμο από καθήκον, η αυτονομία, βασίζεται στην ιδιότητα της διϋποκειμενικότητας του ατομικού γνώμονα, ο οποίος με τον τρόπο αυτό ισχύει ως καθολικός νόμος. Κάθε γνώμονας, υποστηρίζει ο Kant, προσδιορίζει τις ανθρώπινες πράξεις, ενώ ο ηθικός νόμος προσδιορίζει αυτό που οφείλει ο άνθρωπος να πράττει, το οποίο λαμβάνει χαρακτήρα αυτοσκοπού. Η διϋποκειμενικότητα του γνώμονα ή με άλλα λόγια η καθολικότητα του ηθικού νόμου συνιστά αυτοσκοπό. Ο ίδιος ο άνθρωπος ως έλλογο ον και κατ’ επέκταση ολόκληρη η ανθρωπότητα συνιστά αυτοσκοπό. Υπό την έννοια αυτή, υποστηρίζει ο Kant, κανένας άνθρωπος δεν επιτρέπεται να χρησιμοποιείται μόνο ως μέσο (Kant, 1984)[[17]](#footnote-18).

Σύμφωνα με τον Kant, για την επίτευξη της ηθικότητας απαιτείται μια καθ’ εαυτή καλή θέληση ως αποτέλεσμα του αληθινού προορισμού της λογικής (Kant, 1984)[[18]](#footnote-19). Η καλή θέληση δεν είναι το μόνο αγαθό, είναι όμως το ανώτατο αγαθό για την ύπαρξη και επίτευξη οποιουδήποτε άλλου και κυρίως του καθήκοντος (Kant, 1984)[[19]](#footnote-20). «Το καθήκον είναι η αναγκαιότητα μιας πράξης, που προκύπτει από σεβασμό για τον ηθικό νόμο», ο οποίος με τον τρόπο αυτό συνιστά το υπέρτατο καλό, υποστηρίζει ο Kant (Kant, 1984)[[20]](#footnote-21).

Προϋπόθεση της αυτονομίας, κατά τον Kant, είναι η ελευθερία (Kant, 1984)[[21]](#footnote-22). Η έλλειψή της υποσκάπτει την ηθικότητα και οδηγεί στην ετερονομία, η οποία αποτελεί πηγή κίβδηλων ηθικών αξιωμάτων (Kant, 1984)[[22]](#footnote-23). Η ιδέα της ελευθερίας είναι επίτευγμα της κεκαθαρμένης από κάθε εμπειρικό στοιχείο λογικής και συμμετέχει στη σύσταση ενός νοητού κόσμου, ο οποίος υπερβαίνει τον αισθητό κόσμο και αποτελεί ηθικό αίτημα (Kant, 1984)[[23]](#footnote-24). Ως προϊόν ελευθερίας, ο ηθικός νόμος «εξαναγκάζει» τη θέληση να επεκτείνει τον υποκειμενικό γνώμονα, έτσι ώστε αυτός να αποκτήσει καθολικό κύρος (Kant, 1984)[[24]](#footnote-25). Υπό αυτή την έννοια, υποστηρίζει ο Kant, ο καθολικός ηθικός νόμος έχει προστακτικό χαρακτήρα και μάλιστα κατηγορικής υπόστασης (Kant, 1984)[[25]](#footnote-26). Ο ίδιος δίνει ορισμένες διατυπώσεις της κατηγορικής προσταγής, με αναφορά στον καθολικό νόμο, στο νόμο της φύσης, στον αυτοσκοπό, στην αυτονομία, στο κράτος των σκοπών (Kant, 1984)[[26]](#footnote-27).

Μια άλλη πηγή αναφοράς στην αυτονομία αποτελεί το δοκίμιο του John S. Mill *Περί Ελευθερίας (On Liberty)*. Σύμφωνα με την O’Neill, ο Mill προσπάθησε το δύσκολο φιλοσοφικό εγχείρημα της ενσωμάτωσης της αυτονομίας του ατόμου στη φυσιοκρατική διάσταση της πράξης (O’Neill, 2002)[[27]](#footnote-28). Αν και χρησιμοποιεί ελάχιστα τη λέξη στα συγγράμματά του, φαίνεται ότι η σύγχρονη αναγνώριση της ιδέας της ατομικής ή προσωπικής αυτονομίας οφείλεται εν πολλοίς στον Mill (O’Neill, 2002)[[28]](#footnote-29). Ο Mill θεωρεί ότι η Κοινωνική Ελευθερία (Civil or Social Liberty) είναι ο μοναδικός τρόπος για την εξασφάλιση της ανάπτυξης «προσώπων με ατομικότητα και χαρακτήρα», δηλαδή προσώπων που διαθέτουν αυτό που σήμερα ονομάζεται συνήθως προσωπική ή ατομική αυτονομία, υποστηρίζει η O’Neill (O’Neill, 2002)[[29]](#footnote-30).

O Mill υποστηρίζει ότι ο άνθρωπος έχει το δικαίωμα της ελεύθερης έκφρασης των απόψεών του, υπάρχει όμως περιορισμός της ελευθερίας κατά την επιτέλεση των πράξεων. Ο περιορισμός συνίσταται στην υποχρέωση του ανθρώπου να μην προκαλέσει βλάβη σε άλλους, να μη βλάψει κανένα άλλο άνθρωπο (Mill, 2002)[[30]](#footnote-31). Αυτή η αντίληψη, σε συνδυασμό με την ιδέα του Locke για τα αρνητικά δικαιώματα, αποτελεί τον κρίκο ανάμεσα στη φιλοσοφική θεώρηση της αυτονομίας και τη νομική αντίληψη για την ιδιωτικότητα. Χρησιμοποιείται επίσης κατά την επίλυση αντιπαραθέσεων, που αφορούν στη λήψη της τελικής απόφασης για την αποδοχή ή την άρνηση μιας ιατρικής θεραπείας, κυρίως από το δικαστικό σύστημα των ΗΠΑ.

Ωστόσο, διαμάχη για τη θέση της αυτονομίας στη Βιοηθική έχει προκύψει τόσο σε θεωρητικό πλαίσιο όσο και σε πρακτικό επίπεδο. Ως εκ τούτου, αν και οι τέσσερις αρχές της Βιοηθικής χρησιμοποιούνται ως ισότιμες, φιλόσοφοι και άλλοι επιστήμονες θεωρούν ότι η αρχή του σεβασμού της αυτονομίας θα πρέπει να κατέχει μια ξεχωριστή θέση στη βιοηθική πρακτική ως «πρώτη μεταξύ ίσων» (*primus inter pares*) σε σχέση με τις υπόλοιπες. Σύμφωνα με τον Gillon, υπάρχουν δυο σοβαροί λόγοι που ενισχύουν αυτή τη διαφοροποίηση (Gillon, 2003). Ο πρώτος έχει να κάνει με την ουσία, το περιεχόμενο και τις προϋποθέσεις της αυτονομίας, που δίνουν στον άνθρωπο τη δυνατότητα να σκέπτεται για τον εαυτό του, να λαμβάνει αποφάσεις για τη ζωή του και γενικά να κατευθύνει την πορεία της ζωής του με βάση τις επιθυμίες του. Αυτή ακριβώς η δυνατότητα έκφρασης της ελεύθερης θέλησης, υποστηρίζει ο Gillon, συνιστά την ηθικότητα (morality). Ο δεύτερος λόγος έχει να κάνει με την εξάρτηση της αρχής της αγαθοεργίας και της αρχής του μη βλάπτειν από την εφαρμογή της αρχής του σεβασμού της αυτονομίας, δεδομένου ότι οι ανθρώπινες ανάγκες, τα οφέλη και οι βλάβες αξιολογούνται με άλλοτε άλλο τρόπο από τα άτομα. Από την άλλη πλευρά, έχει υποστηριχθεί ότι η αρχή του σεβασμού της αυτονομίας έχει χρησιμοποιηθεί μεροληπτικά στη βιοηθική πρακτική. Σύμφωνα με τον Holm, η ανάπτυξη της θεωρίας των βιοηθικών αρχών από τους Beauchamp και Childress οδήγησε σταδιακά στη μεγέθυνση, θεωρητικά και πρακτικά, της αξίας και της χρήσης της αρχής της αυτονομίας με συνέπεια την ανεπαρκή ενσωμάτωση των αρχών της αγαθοεργίας και της δικαιοσύνης στην επίλυση των βιοηθικών ζητημάτων (Holm, 1995).

Αντιπαράθεση αναδύεται επίσης κατά την εφαρμογή της αρχής της αυτονομίας σε σχέση με την αρχή της αγαθοεργίας (Pellegrino and Thomasma, 1987), κυρίως στις περιπτώσεις εκείνες, όπου οι στόχοι του ασθενούς δε συνάδουν με τους στόχους της επιστήμης. Η αγαθοεργία και η αυτονομία φαίνεται ότι μπορεί να λειτουργούν αντίθετα, όταν η πρώτη αντιμετωπίζει τον ασθενή μόνο ως οργανισμό, αγνοώντας τα ιδιαίτερα γνωρίσματα και τις επιδιώξεις του, καθώς και στην περίπτωση που η αντιμετώπιση του ασθενούς ως οργανισμού είναι ασυμβίβαστη με την αντιμετώπισή του ως προσώπου (Richman, 2004)[[31]](#footnote-32). Με τη θεώρηση αυτή συμφωνούν και οι Beauchamp και Childress, οι οποίοι αναγνωρίζουν ότι μερικές φορές φαίνεται ότι η αρχή της αυτονομίας είναι πιο σημαντική από την αρχή της αγαθοεργίας στην ιατρική ηθική (Beauchamp and Childress, 1994)[[32]](#footnote-33).

**3. Αρχή της αγαθοεργίας**

Σύμφωνα με την αρχή της αγαθοεργίας (principle of beneficence), κάθε άνθρωπος έχει ηθική υποχρέωση να παρέχει τη βοήθειά του στον πλησίον του με σκοπό την επίτευξη των σημαντικών και νόμιμων συμφερόντων του (Beauchamp and Childress, 2001)[[33]](#footnote-34), χωρίς να θέτει σε κίνδυνο τη δική του ασφάλεια και ζωή. Τυπικοί κανόνες που απορρέουν από την αρχή της αγαθοεργίας είναι η υποχρέωση για προστασία και υποστήριξη των δικαιωμάτων των άλλων (protect and defend the rights of others) και η παροχή βοήθειας για τη σωτηρία ανθρώπων που βρίσκονται σε κίνδυνο (rescue persons in danger) (Beauchamp and Childress, 2001)[[34]](#footnote-35). Στο χώρο της υγείας η αρχή της αγαθοεργίας σημαίνει το ηθικό καθήκον του ιατρού να προσφέρει τη βοήθειά του με σκοπό το όφελος του ασθενούς και την πρόληψη ή αποφυγή της βλάβης της υγείας του ή και της ζωής του. Η αρχή της αγαθοεργίας βρίσκει εφαρμογή τόσο σε ατομικό επίπεδο με την προσφορά βοήθειας σε κάθε πάσχοντα άνθρωπο όσο και σε επίπεδο γενικού πληθυσμού με τη λήψη ενεργειών προς αποφυγή της εξάπλωσης των διαφόρων νοσημάτων.

Η αρχή της αγαθοεργίας περιλαμβάνεται στον Ιπποκρατικό Όρκο: «*Διαιτήμασί τε χρήσομαι επ’ ωφελείη καμνόντων κατά δύναμιν και κρίσιν εμήν, επί δηλήσει δε και αδικίη είρξειν*», δηλαδή «Συνταγές θα δίνω ιατρικές που θα ‘ναι –όσο από τη δύναμη και τη δική μου κρίση εξαρτάται- μόνο για το καλό του αρρώστου, και θα φυλάγομαι μη δώσω συνταγή για το κακό ή για να βλάψω» και ακόμα «*Ες οικίας δε οκόσας αν εσίω, εσελεύσομαι επ’ ωφελείη καμνόντων*», δηλαδή «Σε όποια σπίτια θα μπαίνω, για το καλό θα μπαίνω των αρρώστων» (Λυπουρλής, 2001)[[35]](#footnote-36). Περιλαμβάνεται επίσης ως πρώτο συστατικό στην Ιπποκρατική ρήση «*ωφελέειν ή μη βλάπτειν*» (Επιδημιών το Πρώτον, ΙΙ 11), την πιο σημαντική αρχή για την παραδοσιακή ιατρική (Λυπουρλής, 2000)[[36]](#footnote-37).

Η αρχή της αγαθοεργίας, όπως και η αρχή του μη βλάπτειν, κρίνεται πολύ σημαντική για την άσκηση της ιατρικής κατά την πρώιμη φάση της ιατρικής ηθικής (Faden and Beauchamp, 1986)[[37]](#footnote-38). Αργότερα, ωστόσο, και κυρίως προς το τέλος του 20ου αιώνα, η αρχή της αυτονομίας αρχίζει να αναδύεται σε βάρος της αρχής της αγαθοεργίας (Faden and Beauchamp, 1986)[[38]](#footnote-39). Για τους υποστηρικτές του δικαιώματος της αυτονομίας των ασθενών, η υποχρέωση του ιατρού για τήρηση του ιατρικού απορρήτου, ενήμερη συναίνεση και προστασία της ιδιωτικότητας είναι σαφώς πρωταρχική σε σχέση με την αρχή της αγαθοεργίας, υποστηρίζουν οι Beauchamp και Childress (Beauchamp and Childress, 1994)[[39]](#footnote-40). Αντίθετα, άλλοι υποστηρίζουν ότι αυτές ακριβώς οι υποχρεώσεις των ιατρών αποτελούν μέρος της υποχρεωτικής αγαθοεργίας (obligatory beneficence) στο πλαίσιο άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, καθώς για τους ιατρούς πρώτιστη υποχρέωση αποτελεί το ιατρικό όφελος του ασθενούς. Ωστόσο, σύμφωνα με τον Kant, τα θετικά ηθικά καθήκοντα, όπως η αγαθοεργία, είναι πεπερασμένα και ατελή, καθώς είναι δυνατό να επηρεάζονται και να περιορίζονται από άλλα. Ως εκ τούτου, η υποχρεωτική αγαθοεργία ενός ανθρώπου προς τους άλλους μπορεί να υπόκειται σε περιορισμούς για διάφορους λόγους. Η υποχρέωση της αγαθοεργίας είναι σαφώς ένα καθήκον, δεν είναι όμως «μια απόλυτη υποχρέωση» (Sallivan, 1989)[[40]](#footnote-41).

Σύμφωνα με τον Reeder, εκτός από το γενικό καθήκον της αγαθοεργίας, το οποίο εκφράζεται με την παροχή κοινής βοήθειας (mutual aid) προς τους άλλους, υπάρχει επίσης η μορφή της αγαθοεργίας από υπερβάλλοντα ζήλο (Reeder, 1982)[[41]](#footnote-42). Ωστόσο, η ιατρική θεραπεία δε μπορεί να αποτελεί αντικείμενο κοινής βοήθειας ή υπερβολικής αγαθοεργίας (supererogatory beneficence), όταν παρέχεται στο πλαίσιο ενός κοινωνικού θεσμού παροχής ιατρικής φροντίδας από ειδικευμένα γι’ αυτό το σκοπό άτομα. Σε αυτές τις περιπτώσεις και εν τη απουσία ασυνήθων και επειγουσών καταστάσεων, «η αγαθοεργία που είναι κατάλληλη για την εφαρμογή της θεραπείας είναι το καθήκον της δικαιοσύνης», υποστηρίζει ο Reeder (Shelp, 1982)[[42]](#footnote-43).

Στο παρελθόν, η αγαθοεργία από υπερβάλλοντα ζήλο έδωσε τη δυνατότητα ανάπτυξης του ιατρικού πατερναλισμού (medical paternalism). Σύμφωνα με τον Childress, πατερναλισμός είναι η παρέμβαση ενός ατόμου στη θέληση και τις επιθυμίες ενός άλλου με σκοπό την επίτευξη του καλού αυτού του ατόμου (Childress, 1979)[[43]](#footnote-44). Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, όμως, η εφαρμογή της αρχής της αυτονομίας έχει αντικαταστήσει εν πολλοίς την πατερναλιστική πρακτική στην άσκηση της ιατρικής. Οι Beauchamp και Childress αντιπαρατίθενται έντονα στην ιδέα του πατερναλισμού και μεταξύ άλλων αναφέρουν ότι η υπεροχή της επαγγελματικής γνώσης, των δεξιοτήτων και της εκπαίδευσης πρέπει να δώσει τη θέση της στην υποχρέωση των επαγγελματιών υγείας να γνωρίζουν τις προσδοκίες των ασθενών και να πράττουν προς όφελος αυτών (Bartter, 2001)[[44]](#footnote-45).

Στην ασθενή του μορφή, ο ήπιος πατερναλισμός (weak paternalism) επιτρέπει την παραβίαση της ατομικής αυτονομίας, στην περίπτωση που το άτομο δεν είναι ή δε μπορεί να εμφανιστεί ως αυτόνομο ή στην περίπτωση που απαιτείται μια ελάχιστη παρέμβαση προκειμένου να καθοριστεί εάν είναι αυτόνομο (McCarthy, 2004)[[45]](#footnote-46). Ως εκ τούτου, ο ήπιος πατερναλισμός έχει παραμείνει γενικά αποδεκτός ως αιτιολογημένη εξαίρεση της αρχής της αυτονομίας, υποστηρίζει ο McCarthy. Ασθενείς που βρίσκονται στην κατάσταση της σωματικής και ψυχικής έντασης που δημιουργεί η ασθένεια μπορεί να θεωρηθεί ότι δεν είναι αυτόνομοι και επομένως ικανοί για τη λήψη ορθολογικής απόφασης είτε αυτή αφορά μια ιατρική παρέμβαση είτε την ίδια τη ζωή. Ωστόσο, αρκετοί θεωρούν ότι ο ήπιος πατερναλισμός δεν πρέπει να θεωρείται πατερναλισμός. Αντίθετα, ο ισχυρός πατερναλισμός (strong paternalism), δηλαδή η παραβίαση της ατομικής ελευθερίας ενός ανθρώπου λόγω του ότι αυτός λαμβάνει λανθασμένες αποφάσεις σχετικά με τον εαυτό του ή αποφάσεις που μπορεί να τον βλάψουν, δε θεωρείται ηθικά δικαιολογημένη, ώστε να αγνοηθεί η αυτονομία του ασθενούς, υποστηρίζει ο McCarthy.

H αρχή της αγαθοεργίας δημιουργεί επίσης ορισμένα προβλήματα κατά την εφαρμογή της. Κι αυτό γιατί η παροχή βοήθειας σε έναν άνθρωπο μπορεί να προκαλεί βλάβη είτε στον ίδιο είτε σε κάποιον άλλο, όπως συμβαίνει, για παράδειγμα, κατά την εφαρμογή μιας ιατρικής παρέμβασης σε ένα ασθενή ή στη λήψη ενός οργάνου από ένα δωρητή με σκοπό τη μεταμόσχευση, αντίστοιχα. Σε αυτή και πολλές άλλες παρόμοιες περιπτώσεις, η αρχή της αγαθοεργίας έρχεται σε αντίθεση με την αρχή του μη βλάπτειν, καθώς γίνεται φανερό ότι η εφαρμογή μιας δράσης μπορεί να επιφέρει διπλό αποτέλεσμα (double effect). Ως εκ τούτου, το καθήκον της αγαθοεργίας έχει όρια, που προστατεύουν από άδικη, ανώφελη και ανεπανόρθωτη βλάβη. Συγκεκριμένα, (α) αυτός που δέχεται τη βοήθεια πρέπει να βρίσκεται σε σημαντικό κίνδυνο, (β) η παρεχόμενη βοήθεια πρέπει να σχετίζεται άμεσα με τον κίνδυνο αυτό, (γ) η παρεχόμενη βοήθεια μπορεί πραγματικά να αποτρέψει τον κίνδυνο και (δ) το όφελος που λαμβάνει ο δέκτης πρέπει να είναι σημαντικά μεγαλύτερο της βλάβης του δότη και να μη συνεπάγεται σημαντικό κίνδυνο γι’ αυτόν (Γαλανάκης, 2005).

Σύμφωνα με τον Gillon, το φαινόμενο του διπλού αποτελέσματος πρέπει να ικανοποιεί τέσσερις προϋποθέσεις: (i) η δράση που επιφέρει το διπλό αποτέλεσμα πρέπει να είναι αγαθή ή τουλάχιστον ηθικά ουδέτερη, (ii) το ηθικό υποκείμενο πρέπει να αποσκοπεί μόνο στην επίτευξη του καλού ή αγαθού αποτελέσματος, (iii) το δυσμενές αποτέλεσμα δεν πρέπει να αποτελεί το μέσο επίτευξης του καλού αποτελέσματος και (iv) το καλό και το κακό αποτέλεσμα πρέπει να μπορούν να σταθμιστούν (Gillon, 1990)[[46]](#footnote-47).

Συχνά η επιλογή μιας απόφασης σχετικά με ένα βιοηθικό ζήτημα απαιτεί τη δυνατότητα ισορροπίας μεταξύ των ηθικών αρχών, που τη διέπουν. Οι ηθικές αποφάσεις χρειάζονται επίσης την παρουσία ηθικών αξιών από την πλευρά του υποκειμένου, που στοχεύει στη λήψη μιας τέτοιας απόφασης. Η συμπάθεια, το ηθικό σθένος και η επιμονή επηρεάζουν τo αποτέλεσμα της απόφασης (Pellegrino and Thomasma, 1981).

**4. Αρχή του μη βλάπτειν**

Η αρχή του μη βλάπτειν (principle of nonmaleficence) συνίσταται στην υποχρέωση της αποφυγής της εκούσιας πρόκλησης βλάβης είτε στο πλαίσιο ιατρικής συνδρομής προς τον ασθενή είτε με τη μορφή παράλειψης. Στην τυπική της μορφή, η βλάβη μπορεί να είναι σωματική ή διανοητική. Ωστόσο, μπορεί επίσης να σχετίζεται με άλλες διαστάσεις της ανθρώπινης ζωής και ευημερίας, όπως με μια ιδιότητα ή ένα δικαίωμα που με άδικο τρόπο δεν αποδίδεται στον κάτοχό του ή με παρόμοιο τρόπο αφαιρείται από αυτόν (Shannon, 1993)[[47]](#footnote-48). Η βλάβη μπορεί επίσης να αποδεικνύεται με βάση τα αποτελέσματα και τις συνέπειες από συγκεκριμένες πράξεις ή να είναι δυνητική.

Η αρχή του μη βλάπτειν έχει τις ρίζες της στα Ιπποκρατικά κείμενα, «*ωφελέειν ή μη βλάπτειν*» (Επιδημιών το Πρώτον, ΙΙ 11) και θεωρείται ως μια από τις πιο παραδοσιακές αρχές της ιατρικής ηθικής (Λυπουρλής, 2000)[[48]](#footnote-49). Κατά την άσκηση της ιατρικής, ο ιατρός θα πρέπει να προσφέρει βοήθεια στον ασθενή, προσπαθώντας ταυτόχρονα να μην προσθέτει τα λάθη του, δηλαδή τις ιατρογενείς βλάβες, στο «κακό» της νόσου (Λασκαράτος, 2003)[[49]](#footnote-50). Η προτροπή αυτή εκπλήσσει το Γαληνό πέντε αιώνες αργότερα, καθώς τη θεωρεί αυτονόητη και κοινότοπη. Ωστόσο, είναι ο ίδιος ο Γαληνός που δίνει την εξήγηση της Ιπποκρατικής ρήσης, αναλογιζόμενος, όπως γράφει, το πλήθος των σφαλμάτων που από ανικανότητα ή αλαζονεία έκαναν οι ιατροί της εποχής του και προτιμώντας τελικά να δει στη φράση αυτή την ταπεινοφροσύνη που προσιδιάζει στο γνήσιο επιστήμονα (Λυπουρλής, 2003)[[50]](#footnote-51).

Σε ορισμένες περιπτώσεις, η αρχή του μη βλάπτειν φαίνεται να είναι απλά το αντίθετο της αρχής της αγαθοεργίας. Ωστόσο, η δεύτερη επενδύεται με ιδιαίτερη έμφαση, υπενθυμίζοντας στον επαγγελματία υγείας την ανάγκη αξιολόγησης του κινδύνου και εκτίμησης της σχέσης του κινδύνου έναντι του οφέλους (Crellin and Ania, 2002)[[51]](#footnote-52). Παραδοσιακά, η υποχρέωση εφαρμογής της αρχής του μη βλάπτειν περιλαμβάνεται στα αρνητικά καθήκοντα, δηλαδή στα καθήκοντα που εκφράζουν απαγόρευση, σε αντίθεση με τα θετικά καθήκοντα που εκφράζουν προαγωγή ή αρετή (Gordijn and ten Have, 2001)[[52]](#footnote-53). Σύμφωνα με τους Gordijn και ten Have, τα άτομα μπορούν να πράττουν τα δεύτερα στο πλαίσιο της αυτονομίας τους, όχι όμως τα πρώτα, που έχουν καθιερωθεί από το Θεό και τη φύση, μέσω του φυσικού νόμου, γεγονός που συνιστά τη βασική διαφορά μεταξύ αγαθοεργίας και μη βλάπτειν.

Σύμφωνα με τον McCormick, η ισορροπία οφέλους και βλάβης, που συνοδεύει τις ιατρικές πράξεις, ρυθμίζεται από μια αναλογική αιτιολόγηση (proportional reason), μια εξισορρόπηση δηλαδή της επιζητούμενης αξίας, που στη συγκεκριμένη περίπτωση είναι η υγεία, των προθέσεων του δρώντος και του επιζητούμενου «καλού», που είναι η θεραπεία για μια ορισμένη ασθένεια. Η αναλογική ανάλυση πρέπει να περιλαμβάνει τρεις παράγοντες σε σχέση με την παρεχόμενη προσφορά: (α) πρέπει να αφορά μια αξία τουλάχιστον ισοδύναμη με τη θυσιαζόμενη, (β) να μην υπάρχει λιγότερο βλαπτικός τρόπος στο συγκεκριμένο χώρο και χρόνο για την προστασία του αγαθού που κινδυνεύει και (γ) ο τρόπος εξασφάλισης μιας αξίας να μη διακινδυνεύει το μέλλον αυτής της αξίας (McCormick, 1973).

Είναι γεγονός ότι η παροχή ιατρικής φροντίδας σύμφωνα με ορισμένα πρότυπα, όπως είναι οι κατευθυντήριες οδηγίες, αποτρέπει ή μειώνει την πιθανότητα πρόκλησης βλάβης στον ασθενή. Και αυτό γιατί οι κατευθυντήριες οδηγίες -ιατρικές, νομικές, ηθικές- απομακρύνουν τους επαγγελματίες υγείας από την υιοθέτηση ιδεών, όπως το ότι μπορεί να υπάρχει επαρκής αιτιολόγηση για την παροχή λιγότερης, ποιοτικά και ποσοτικά, ιατρικής φροντίδας σε ένα ασθενή και ειδικά προς όφελος ενός άλλου (Huijer, 2001)[[53]](#footnote-54). Από την άλλη πλευρά, έχει υποστηριχθεί ότι η αύξηση του όγκου των κατευθυντήριων οδηγιών μπορεί να προκαλέσει τόση αβεβαιότητα και σύγχυση όση και η απουσία τέτοιων οδηγιών (Sharpe and Faden, 1998)[[54]](#footnote-55).

Ωστόσο, η αποφυγή πρόκλησης βλάβης δεν επιβάλλεται μόνο από τον ηθικό νόμο για την προστασία της ανθρώπινης ζωής, αλλά απαιτείται και από τους νόμους της πολιτείας. Σε ένα σύστημα παροχής επαγγελματικής φροντίδας η αμέλεια επιτέλεσης μιας ιατρικής πράξης μπορεί επίσης να επιφέρει αναστρέψιμη ή μη βλάβη. Τα νομικά κριτήρια που τεκμηριώνουν την αμέλεια είναι τα εξής: (i) ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να έχει καθήκον απέναντι στον ασθενή, (ii) ο επαγγελματίας πρέπει να έχει αθετήσει αυτό το καθήκον, (iii) ο ασθενής πρέπει να έχει βιώσει μια βλάβη και (iv) η βλάβη αυτή πρέπει να έχει προκληθεί από την αθέτηση του καθήκοντος (McCormick, 1999).

Σύμφωνα με τους Beauchamp και Childress, παραδείγματα εφαρμογής της αρχής του μη βλάπτειν αποτελούν η αποφυγή πρόκλησης θανάτωσης (do not kill) και η αποφυγή πρόκλησης πόνου σε άλλους (do not inflict suffering to others) (Beauchamp and Childress, 2001)[[55]](#footnote-56). Τυπικά, στον χώρο της υγείας, η αρχή του μη βλάπτειν σχετίζεται με ζητήματα, που αφορούν την άμβλωση και την ευθανασία (Veatch, 2003). Ένας από τους κυριότερους κινδύνους που ελλοχεύουν κατά την άσκηση της ιατρικής και βρίσκει εφαρμογή σε ζητήματα αυτού του είδους είναι το ονομαζόμενο «επιχείρημα της ολισθηρής πλαγιάς» (the slippery slope argument). Η κεντρική ιδέα του επιχειρήματος συνίσταται στο ότι, όταν ένα άτομο αποδεχτεί μια συγκεκριμένη κατάσταση, είναι πολύ δύσκολο έως πραγματικά αδύνατο να μην αποδεχτεί πιο ακραίες καταστάσεις από την αρχική (Hope and Hope, 2004)[[56]](#footnote-57). Το πρόβλημα είναι ότι το επιχείρημα της ολισθηρής πλαγιάς περιγράφει μια κατάσταση που έχει συμβεί σε μια δεδομένη χρονική στιγμή στο παρελθόν, ωστόσο δε μπορεί να προβλέψει ότι μια παρόμοια κατάσταση θα λάβει χώρα λογικά στο μέλλον (Louhiala, 2003)[[57]](#footnote-58).

**5. Αρχή της δικαιοσύνης**

Η αρχή της δικαιοσύνης (principle of justice) αφορά κυρίως στην κατανομή των αγαθών και των υπηρεσιών προς τους ανθρώπους. Σύμφωνα με τον Rawls, η «έννοια της δικαιοσύνης ορίζεται από το ρόλο των αρχών της στην απονομή δικαιωμάτων και υποχρεώσεων και στον προσδιορισμό του προσήκοντος καταμερισμού των κοινωνικών πλεονεκτημάτων» (Ρωλς, 2001)[[58]](#footnote-59). Συχνά η εφαρμογή της αρχής της δικαιοσύνης βασίζεται σε ορισμένα κριτήρια. Ο καθορισμός της μορφής και του περιεχομένου των κριτηρίων αυτών έχει απασχολήσει τις κοινωνίες από αρχαιοτάτων εποχών. Σύμφωνα με τον Αριστοτέλη[[59]](#footnote-60), η ιδιαίτερη σημασία της δικαιοσύνης έγκειται τόσο στη μη παράβαση του νόμου όσο και στην αποχή από την πλεονεξία, δηλαδή στην αποφυγή προσπορισμού ίδιου οφέλους είτε με τη μορφή της υφαρπαγής ενός αγαθού που ανήκει σε άλλο άτομο είτε με τη μορφή της άρνησης απόδοσης ενός αγαθού σε κάποιον, στον οποίο αυτό ανήκει.

Έχουν αναπτυχθεί διάφορες θεωρίες δικαιοσύνης και γενικά υποστηρίζεται ότι κάθε θεωρία περί ηθικής μπορεί να μετασχηματιστεί σε θεωρία της δικαιοσύνης. Ο ωφελιμισμός, η φιλελεύθερη παράδοση, οι υποστηρικτές της ισονομίας έχουν αναπτύξει αντίστοιχες θεωρίες της δικαιοσύνης. Για τον ωφελιμισμό (utilitarianism), το κριτήριο της δικαιοσύνης συνίσταται στην επίτευξη του μεγαλύτερου αγαθού για το μεγαλύτερο αριθμό ατόμων. Σύμφωνα με τον πρακτικό ωφελιμισμό (act utilitarianism), μια πράξη είναι δίκαιη αν και μόνο αν μεγιστοποιεί τη συνολική ευημερία στην κοινωνία. Σύμφωνα με τον κανονιστικό ωφελιμισμό (rule utilitarianism), μια πράξη είναι δίκαιη αν και μόνο αν, εναρμονιζόμενη με τους κανόνες, μεγιστοποιεί τη συνολική ευημερία στην κοινωνία (Smart and Williams, 1973). Η ωφελιμιστική ιδέα ενισχύεται επίσης από τον τρόπο σύνδεσης των δυο βασικών εννοιών της ηθικής, δηλαδή της έννοιας του ορθού και της έννοιας του αγαθού. Σύμφωνα με τον τρόπο σύνδεσης που υιοθετεί η τελειοκρατία, το αγαθό ορίζεται ανεξάρτητα από το ορθό και στη συνέχεια ως ορθό ορίζεται αυτό που μεγιστοποιεί το αγαθό (Frankena, 1963)[[60]](#footnote-61). Ως εκ τούτου, μεταξύ των υφιστάμενων εναλλακτικών λύσεων προτείνεται εκείνη η πράξη που παράγει το περισσότερο αγαθό ή τουλάχιστον τόσο αγαθό όσο και οποιαδήποτε άλλη πράξη[[61]](#footnote-62).

Οι οπαδοί της φιλελεύθερης παράδοσης (libertarianism) εστιάζουν στην ατομική ελευθερία και δέχονται ότι μια πράξη είναι δίκαιη αν και μόνο αν δεν παραβιάζει τα δικαιώματα κανενός ελεύθερου ατόμου, δικαιώματα που πηγάζουν από την πλήρη κυριότητα του εαυτού και τη δυνατότητα απόκτησης και ιδιοκτησίας πραγμάτων. Η κεντρική ιδέα της πλήρους κυριότητας του εαυτού συνοψίζεται στην ιδέα ότι το άτομο έχει την πλήρη κυριότητα του εαυτού του με τον τρόπο που μπορεί να έχει την κυριότητα των άψυχων αντικειμένων. Κατά τον παραδοσιακό φιλελευθερισμό, οι φυσικοί πόροι, οι οποίοι δεν αποτελούν προϊόν ανθρώπινης δραστηριότητας, μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τα μέλη της κοινωνίας, χωρίς τη λήψη άδειας ή την καταβολή σημαντικού τιμήματος (Nozick, 1974. Rothbard, 1978).

Σύμφωνα με τον Rawls, έναν από τους μεγαλύτερους πολιτικούς φιλοσόφους του προηγούμενου αιώνα, οι αρχές που διέπουν τη δικαιοσύνη θα πρέπει να διακριθούν σε αυτές που αφορούν τους θεσμούς και σε αυτές που αφορούν τα άτομα. Στην πρώτη κατηγορία, ο Rawls αναγνωρίζει δυο αρχές: (α) κάθε πρόσωπο έχει ίσο δικαίωμα στο πλέον εκτεταμένο σχήμα ίσων βασικών ελευθεριών, το οποίο είναι συμβατό με ένα παρόμοιο σχήμα ελευθερίας για τους άλλους και (β) οι κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες διευθετούνται έτσι, ώστε να αναμένεται εύκολα ότι θα αποβούν προς όφελος όλων και ταυτόχρονα να τελούν σε συνάρτηση με θέσεις και αξιώματα που είναι ανοικτά σε όλους (Ρωλς, 2001)[[62]](#footnote-63). Ο Rawls εισάγει την «αρχή της διαφοράς», η οποία «συνιστά στην πραγματικότητα μια συμφωνία να θεωρείται η διανομή των φυσικών δεξιοτήτων ως ένα, σε κάποιο βαθμό, κοινό κεφάλαιο» (Ρωλς, 2001)[[63]](#footnote-64). Ο Rawls υποστηρίζει ότι κανείς δεν αξίζει τη θέση του στη διανομή προικοδοτήσεων περισσότερο από ότι αξίζει την αρχική του θέση εκκίνησης στην κοινωνία και προτείνει την ακριβοδίκαιη ισότητα ευκαιριών (Ρωλς, 2001)[[64]](#footnote-65).

Υπάρχουν δυο βασικοί τύποι δικαιοσύνης. Η συγκριτική δικαιοσύνη (comparative justice) υποστηρίζει ότι το μερίδιο που αναλογεί σε ένα άτομο ή μια ομάδα ατόμων εξαρτάται από το μερίδιο που αναλογεί σε άλλα άτομα ή ομάδες και την εξισορρόπηση των απαιτήσεων των διαφόρων μερών. Η διανομή των αγαθών μπορεί να γίνεται με βάση το ίσο μερίδιο, τις υφιστάμενες ανάγκες, την καταβληθείσα προσπάθεια, το επίπεδο ικανοτήτων των ατόμων. Η μη συγκριτική δικαιοσύνη (noncomparative justice) πραγματοποιεί τη διανομή των αγαθών με κριτήρια ανεξάρτητα από τις ανάγκες και τις απαιτήσεις των ατόμων. Στην περίπτωση αυτή, τα κριτήρια είναι αριθμητικά και η αναλογία καθορίζεται από τη νομική θεώρηση ότι όλοι είναι ίσοι στη διανομή του αγαθού έως αποδείξεως του εναντίου, δηλαδή η διανομή γίνεται με βάση τη θεώρηση και όχι με βάση την ανάγκη. Η δικαιοσύνη διακρίνεται επίσης σε διανεμητική (distributive justice) και διορθωτική δικαιοσύνη (corrective justice). Η πρώτη σχετίζεται με την κατανομή των αγαθών και των υποχρεώσεων εν τη απουσία προηγούμενης αδικοπραξίας, ενώ η δεύτερη έχει να κάνει με την αντιμετώπιση υφιστάμενης άδικης πράξης κατά το παρελθόν, όπως επιβολή τιμωρίας ή αποζημίωσης.

Το δικαίωμα στην υγεία έχει απασχολήσει τους ανθρώπους από τους αρχαίους χρόνους ως συστατικό ικανοποιητικής διαβίωσης και επαρκούς ευημερίας. Ιστορικά, η προστασία της δημόσιας υγείας συνοδεύτηκε συχνά από νομοθετικές ρυθμίσεις. Θεωρείται μάλιστα ότι το δίκαιο της υγείας συνιστά μια από τις πρωταρχικές μορφές δικαίου. Το δικαίωμα στην υγεία περιλαμβάνει την ιατρική φροντίδα για τη σωματική υγεία, την ψυχική υγεία και την πρόληψη, και ακόμα τη διατροφή, την υγιεινή και την προστασία από τη ρύπανση του νερού και του αέρα. Πιο πρόσφατα, περιέλαβε την προστασία της υγείας κατά την άσκηση της επαγγελματικής δραστηριότητας, με σκοπό την αποφυγή χρόνιων βλαβών και νοσημάτων ως αποτέλεσμα ανθυγιεινών και επικίνδυνων συνθηκών εργασίας. Η *Παγκόσμια Διακήρυξη για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα* στο άρθρο 25 παρ. 1, ορίζει ότι κάθε άνθρωπος έχει δικαίωμα σε ένα ορισμένο επίπεδο υγείας και ευημερίας για τον εαυτό του και την οικογένειά του, το οποίο περιλαμβάνει την τροφή, την ένδυση, την κατοικία, την ιατρική φροντίδα και άλλα (United Nations, 1948)[[65]](#footnote-66). Το δικαίωμα στην υγεία απορρέει επίσης έμμεσα από τα άρθρα του *Ιατρικού Κώδικα Ηθικής* της *Διακήρυξης της Γενεύης* (World Medical Association, 1948). Η *Διεθνής Σύμβαση για τον Περιορισμό Όλων των Μορφών Φυλετικής Διάκρισης* στο άρθρο 5 επιβεβαιώνει το δικαίωμα «στη δημόσια υγεία, την ιατρική θεραπεία, την κοινωνική ασφάλεια και την κοινωνική υπηρεσία» ανεξάρτητα από κάθε φυλετική διάκριση (United Nations, 1966). Η *Διεθνής Σύμβαση για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτισμικά Δικαιώματα* στο άρθρο 7 περιλαμβάνει την ανάγκη για ασφαλείς και υγιεινές συνθήκες εργασίας (United Nations, 1966)[[66]](#footnote-67), ενώ η *Παγκόσμια Διακήρυξη για την Εξάλειψη της Πείνας και του Υποσιτισμού* ορίζει ότι «κάθε άνδρας, γυναίκα και παιδί έχει αναφαίρετο δικαίωμα στην αποφυγή της πείνας και του υποσιτισμού με σκοπό την πλήρη ανάπτυξή του και τη διατήρηση των σωματικών και ψυχικών ικανοτήτων του» (United Nations, 1974)[[67]](#footnote-68).

Εκτός από τη γενική αυτή θεώρηση του δικαιώματος στην υγεία, τα τελευταία χρόνια γίνεται λόγος για τα ελάχιστα δικαιώματα που σχετίζονται με την υγεία (minimum health-related rights) ή το δικαίωμα στη βασική ιατρική φροντίδα (the right to receive basic health care), που έχει να κάνει με την εφαρμογή των εμβολιασμών, τη θεραπεία των διαφόρων νοσημάτων, την παροχή γηριατρικής φροντίδας και άλλα. Δικαιώματα αναγνωρίζονται επίσης σε ειδικές καταστάσεις που σχετίζονται με την υγεία, όπως είναι η μητρότητα, η παιδική ηλικία, η τρίτη ηλικία, η ύπαρξη ψυχικών νοσημάτων, η συμμετοχή στις κλινικές δοκιμές και την ιατρική έρευνα, τα άτομα με ειδικές ανάγκες, τα άτομα με παθήσεις που απαιτούν αιμοκάθαρση ή μεταμόσχευση, οι ασθενείς που νοσηλεύονται σε μονάδες εντατικής νοσηλείας.

Ωστόσο, το μεγαλύτερο ίσως πρόβλημα στην παροχή υπηρεσιών υγείας είναι η διανομή και χρήση των πόρων, που διατίθενται για την υγεία. Το ζήτημα της κατανομής των πόρων (resource allocation) σχετίζεται άμεσα με τη θεώρηση της υγείας ως ιδιωτικού ή κοινωνικού αγαθού. H άποψη ότι η υγεία αποτελεί ιδιωτικό αγαθό διαμορφώθηκε στις αρχές της δεκαετίας του 1960 και υποστηρίχθηκε αρχικά από τον Lees (Lees, 1960. Lees, 1967), τον Wiseman (Wiseman, 1963) και τους οπαδούς της Σχολής του Σικάγου. Σύμφωνα με τον Lees, οι δυνάμεις της αγοράς μπορούν να επιφέρουν μια ορθολογική και αποτελεσματική κατανομή των πόρων της υγείας, όπως ακριβώς συμβαίνει με όλα τα άλλα ιδιωτικά αγαθά. Το 1963, ο Arrow έδειξε ότι η υγεία διαφοροποιείται από τα υπόλοιπα ιδιωτικά αγαθά και υποστήριξε ότι οι δυνάμεις της αγοράς αποτυγχάνουν στην προσπάθεια επίτευξης της δίκαιης κατανομής των πόρων στον τομέα της υγείας (Arrow, 1963). Η ανισότητα στην κατανομή των πόρων της υγείας συνοδεύεται από άλλες ανισότητες που σχετίζονται με την υγεία, όπως ανισότητες σχετικά με το φύλο, την ηλικία, το ατομικό εισόδημα, τη γεωγραφική θέση, τις ευπαθείς και ευάλωτες ομάδες, τους μετακινούμενους πληθυσμούς και άλλα. Συχνά, η προσφορά πόρων σε ένα τομέα υγείας υπονομεύει τη χρηματοδότηση ενός άλλου τομέα. Σύμφωνα με τον Coase, το ίδιο ισχύει επίσης σε ατομικό επίπεδο, δηλαδή κανενός η μερίδα (lot) δε μπορεί να βελτιωθεί χωρίς ταυτόχρονα να μειωθεί εκείνη κάποιου άλλου (Coase, 1960).

Η κατανομή των συχνά περιορισμένων πόρων οδήγησε στην ανάγκη καθορισμού προτεραιοτήτων (priorities) στο χώρο της υγείας. Ωστόσο, το ερώτημα είναι εάν και κατά πόσο είναι δυνατό να γίνεται αναφορά σε προτεραιότητες στον τομέα της υγείας και εάν ναι με ποια κριτήρια. Σύμφωνα με τους Daniels και Sabin, τα δυο βασικά κριτήρια για τον καθορισμό προτεραιοτήτων είναι (α) η νομιμότητα, δηλαδή το σύνολο των συνθηκών και των αρχών, κάτω από τις οποίες ένα κράτος, οργανισμός ή άτομο θα επιλέξει τις υπηρεσίες που θα προσφέρει και (β) η αμεροληψία, δηλαδή το πότε ένας ασθενής ή επαγγελματίας υγείας θα έχει επαρκή αιτιολόγηση, προκειμένου να αποδεχτεί ως δίκαιη την επιλογή μιας συγκεκριμένης προτεραιότητας (Daniels and Sabin, 1997). Ωστόσο, ζητήματα εγείρονται όσον αφορά στην κατανομή των πόρων και σε σχέση με την ατομική ευθύνη και τις επιλογές συμπεριφοράς, που έχουν επίδραση στην υγεία, στην ποιότητα της ζωής και στην ίδια τη ζωή.

**6. Επίλογος**

Παρά τη φιλοσοφική αντιπαράθεση, που φαίνεται να αναδύεται μεταξύ των αρχών της βιοηθικής, δεν παύουν να κατέχουν πλέον εξέχουσα θέση στην καθημερινή ιατρική πρακτική, ενισχύοντας την υπευθυνότητα από την πλευρά των ασθενών ως σύνολο αντιλήψεων απαραίτητων για τη λήψη ορθών αποφάσεων, αντικαθιστώντας σταδιακά τον ιατρικό πατερναλισμό, δίνοντας τη δυνατότητα στους ασθενείς να λαμβάνουν οι ίδιοι αποφάσεις για την υγεία τους και την παρέμβαση στο σώμα τους.

1. Childress J (2005). A principle-based approach. In: Kuhse H, Singer P (eds). *A Companion to Bioethics*. Malden, MA: Blackwell Publishing, pp 61. [↑](#footnote-ref-2)
2. Solomon WD (1978). Rules and Principles. In: Reich WT (ed). *Encyclopedia of Bioethics*. New York: Free Press. vol 1, pp 408. [↑](#footnote-ref-3)
3. Boyle J (2005). An absolute approach. In: Kuhse H, Singer P (eds). *A Companion to Bioethics*. Malden, MA: Blackwell Publishing, pp 72. [↑](#footnote-ref-4)
4. Donagan A (1977). *The Theory of Morality*. Chicago: University of Chicago Press, pp 66-68. [↑](#footnote-ref-5)
5. Mackie JL (1990). *Ethics. Inventing Right and Wrong*. England: Penguin Books, pp 125. [↑](#footnote-ref-6)
6. Hare RM (2005). A Utilitarian approach. In: Kuhse H, Singer P (eds). *A Companion to Bioethics*. Malden, MA: Blackwell Publ, pp 80. [↑](#footnote-ref-7)
7. Oakley J (2005). A virtue ethics approach. In: Kuhse H, Singer P (eds). *A Companion to Bioethics*. Malden, MA: Blackwell Publishing, pp 86. [↑](#footnote-ref-8)
8. Manning RC (2005). A care approach. In: Kuhse H, Singer P (eds). *A Companion to Bioethics*. Malden, MA: Blackwell Publishing, pp 98. [↑](#footnote-ref-9)
9. Arras JD (2005). A case approach. In: Kuhse H, Singer P (eds). *A Companion to Bioethics*. Malden, MA: Blackwell Publishing, pp 106. [↑](#footnote-ref-10)
10. Childress J (2005). A principle-based approach. In: Kuhse H, Singer P (eds). *A Companion to Bioethics*. Malden, MA: Blackwell Publishing, pp 62. [↑](#footnote-ref-11)
11. O’Neill O (2002). *Autonomy and Trust in Bioethics*. Cambridge: Cambridge University Press, pp 17. [↑](#footnote-ref-12)
12. O’Neill O (2002). *Autonomy and Trust in Bioethics*. Cambridge: Cambridge University Press, pp 16-21. [↑](#footnote-ref-13)
13. Brody H (1989). The physician-patient relationship. In: Veatch R (ed). *Medical ethics*. Boston and Prtola Valley: Jones and Bartlett, pp 65-91. [↑](#footnote-ref-14)
14. Kant I (1984). *Τα θεμέλια της Μεταφυσικής των ηθών [1785]*. Αθήνα – Γιάννινα: Δωδώνη, σελ. 86: «Αυτό το θεμελιώδες αξίωμα θα το ονομάσω αξίωμα της *αυτονομίας* της θέλησης, σε αντίθεση προς κάθε άλλο αξίωμα, το οποίο συγκαταλέγω στην *ετερονομία* », και αλλού. [↑](#footnote-ref-15)
15. Lock J (2004). *The Second Treatise on Government* [1690]. New York: Barnes and Noble Publ, Chap. II, pp 3-10. [↑](#footnote-ref-16)
16. Lock J (2004). *The Second Treatise on Government* [1690]. New York: Barnes and Noble Publ, Chap. II, pp 3: «To understand political power right, and derive it from its original, we must consider what state all men are naturally in, and that is, the state of perfect freedom to order their actions, and dispose of their possessions and persons as they think fit, within the bounds of the law of Nature, without asking leave or depending upon the will of any other man». [↑](#footnote-ref-17)
17. Kant I (1984). *Τα θεμέλια της Μεταφυσικής των ηθών [1785]*. Αθήνα – Γιάννινα: Δωδώνη, σελ. 80: «Ισχυρίζομαι λοιπόν ότι: ο άνθρωπος και γενικά κάθε έλλογο ον *υπάρχει* ως *αυτοσκοπός*, *όχι απλά ως μέσο* για την αυθαίρετη χρήση της τάδε ή της δείνα θέλησης» και σελ. 81: «Το θεμέλιο αυτού του αξιώματος είναι: η έλλογη φύση υπάρχει ως αυτοσκοπός». [↑](#footnote-ref-18)
18. Kant I (1984). *Τα θεμέλια της Μεταφυσικής των ηθών [1785]*. Αθήνα – Γιάννινα: Δωδώνη, σελ. 37: «λοιπόν, ο αληθινός προορισμός της λογικής είναι να δημιουργήσει μια θέληση όχι ως μέσο για άλλους σκοπούς, αλλά *μια καθ’ εαυτήν καλή θέληση*», σελ. 57: «όλες οι ηθικές έννοιες έχουν την έδρα και την πηγή τους εντελώς a priori μέσα στη λογική, και μάλιστα τόσο μέσα στην πιο κοινή ανθρώπινη λογική όσο και στην ανώτατα θεωρητική», και αλλού. [↑](#footnote-ref-19)
19. Kant I (1984). *Τα θεμέλια της Μεταφυσικής των ηθών* [1785]. Αθήνα – Γιάννινα: Δωδώνη, σελ. 38. [↑](#footnote-ref-20)
20. Kant I (1984). *Τα θεμέλια της Μεταφυσικής των ηθών* [1785].Αθήνα – Γιάννινα: Δωδώνη, σελ. 43. [↑](#footnote-ref-21)
21. Kant I (1984). *Τα θεμέλια της Μεταφυσικής των ηθών* [1785].Αθήνα – Γιάννινα: Δωδώνη, σελ. 106-109 και συνέχεια. [↑](#footnote-ref-22)
22. Kant I (1984). *Τα θεμέλια της Μεταφυσικής των ηθών* [1785].Αθήνα – Γιάννινα: Δωδώνη, σελ. 99. [↑](#footnote-ref-23)
23. Kant I (1984). *Τα θεμέλια της Μεταφυσικής των ηθών* [1785].Αθήνα – Γιάννινα: Δωδώνη, σελ. 113. [↑](#footnote-ref-24)
24. Kant I (1984). *Τα θεμέλια της Μεταφυσικής των ηθών* [1785]. Αθήνα – Γιάννινα: Δωδώνη, σελ. 45: «Οφείλω να ενεργώ πάντα με τέτοιο τρόπο, ώστε να μπορώ να θέλω να γίνει ο υποκειμενικός μου γνώμονας ένας καθολικός νόμος». [↑](#footnote-ref-25)
25. Kant I (1984). *Τα θεμέλια της Μεταφυσικής των ηθών* [1785].Αθήνα – Γιάννινα: Δωδώνη, σελ. 59: «Ένα αντικειμενικό αξίωμα, κατά το μέτρο που εξαναγκάζει τη θέληση, ονομάζεται προσταγή (της λογικής), και η διατύπωση της προσταγής ονομάζεται *προστακτική*», σελ. 61: «Η κατηγορική προσταγή εκφράζει την αντικειμενική αναγκαιότητα μιας πράξης ανεξάρτητα από κάθε άλλο σκοπό». [↑](#footnote-ref-26)
26. Kant I (1984). *Τα θεμέλια της Μεταφυσικής των ηθών* [1785]. Αθήνα – Γιάννινα: Δωδώνη, σελ. 71, 81, 88, 92, 93. [↑](#footnote-ref-27)
27. O’Neill O (2002). *Autonomy and Trust in Bioethics*. Cambridge: Cambridge University Press, pp 29. [↑](#footnote-ref-28)
28. O’Neill O (2002). *Autonomy and Trust in Bioethics*. Cambridge: Cambridge University Press, pp 30: «Contemporary admiration for individual or personal autonomy still owes, I believe, far more to Mill than to Kant: although many of its admirers crave and claim Kantian credentials, they mostly seek an account of individual autonomy that fits within a naturalistic account of human action». [↑](#footnote-ref-29)
29. O’Neill O (2002). *Autonomy and Trust in Bioethics*. Cambridge: Cambridge University Press, pp 31. [↑](#footnote-ref-30)
30. Mill JS (2002). *On Liberty* [1859]. USA: Courier Dover Publications, pp 63-64. [↑](#footnote-ref-31)
31. Richman KA (2004). *Ethics and the Metaphysics of Medicine: Reflections on Health and Beneficence*. Cambridge, USA: MIT Press, pp 113-114. [↑](#footnote-ref-32)
32. Beauchamp and Childress (1994). *Principles of Biomedical Ethics* (4th edn). New York: Oxford University Press, pp 272. [↑](#footnote-ref-33)
33. Beauchamp and Childress (2001). *Principles of Biomedical Ethics* (5th edn). New York: Oxford University Press, chapt 5. [↑](#footnote-ref-34)
34. Beauchamp and Childress (2001). *Principles of Biomedical Ethics* (5th edn). New York: Oxford University Press, pp 167. [↑](#footnote-ref-35)
35. Λυπουρλής Δ (2001). *Ιπποκράτης. Ιατρική Δεοντολογία και Νοσολογία*. Θεσσαλονίκη: Ζήτρος, σελ. 42-43. [↑](#footnote-ref-36)
36. Λυπουρλής Δ (2000). *Ιπποκράτης. Ιατρικά Θέματα*. Θεσσαλονίκη: Ζήτρος, σελ 64-65 [↑](#footnote-ref-37)
37. Faden RR , Beauchamp TL (1986). *A History and Theory of Informed Consent*. New York: Oxford University Press, pp 60-63 και pp 74. [↑](#footnote-ref-38)
38. Faden RR , Beauchamp TL (1986). *A History and Theory of Informed Consent*. New York: Oxford University Press, pp 74. [↑](#footnote-ref-39)
39. Beauchamp TL, Childress JF (1994). *Principles of Biomedical Ethics* (4th edn). New York: Oxford University Press, pp 272. [↑](#footnote-ref-40)
40. Sallivan R (1989). *Immanuel Kant’s Moral Theory*. Cambridge University Press, pp 52. [↑](#footnote-ref-41)
41. Reeder JP (1982). Beneficence, Supererogation, and Role Duty. In: Shelp EE (ed). *Beneficence and Health Care*. The Netherlands: Springer, pp 83. [↑](#footnote-ref-42)
42. Shelp EE (1982). *Beneficence and Health Care*. Dordrecht, Boston: D. Reidel Publishing Company, pp x. [↑](#footnote-ref-43)
43. Childress (1979). In: Robison WL, Pritchard MS (eds). *Medical Responsibility: Paternalism, Informed Consent and Euthanasia*. NJ: Humana Press, pp 18 και συνέχεια. [↑](#footnote-ref-44)
44. Bartter K (2001). *Ethical Issues in Advanced Nursing Practice*. UK: Elsevier Health Sciences, pp 8. [↑](#footnote-ref-45)
45. McCarthy RL (2004). Health Care Ethics. In: McCarthy RL, Schafermeyer KW (eds). *Introduction to Health Care Delivery: A Primer for Pharmacists*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers, pp 210. [↑](#footnote-ref-46)
46. Gillon R (1990). *Philsophical Medical Ethics*. Chichester: John Wiley and Sons, pp 133-139. [↑](#footnote-ref-47)
47. Shannon TA (1993). Introduction. Thematic Ethical Issues. In: Shannon TA (ed). *Bioethics: basic writings on the key ethical questions that surround the major, modern biological possibilities and problems* (4th edn). New York: Paulist Press, pp 6. [↑](#footnote-ref-48)
48. Λυπουρλής Δ (2000). *Ιπποκράτης. Ιατρικά Θέματα*. Θεσσαλονίκη: Ζήτρος, σελ 64-65. «Ασκέειν, περί τα νουσήματα, δύο, ωφελέειν ή μη βλάπτειν», δηλαδή, σχετικά με τις αρρώστιες ο ιατρός οφείλει να κάνει δυο πράγματα: να προσφέρει βοήθεια ή τουλάχιστον να μην προκαλεί βλάβη. [↑](#footnote-ref-49)
49. Λασκαράτος Ι (2003). *Ιστορία της Ιατρικής*. Αθήνα: Πασχαλίδης, 1: 175. [↑](#footnote-ref-50)
50. Λυπουρλής Δ (2000). *Ιπποκράτης. Ιατρικά Θέματα*. Θεσσαλονίκη: Ζήτρος, σελ 145-146. [↑](#footnote-ref-51)
51. Crellin JK, Ania F (2002). *Professionalism and Ethics in Complementary and Alternative Medicine*. Binghamton, New York: Haworth Press, pp 132. [↑](#footnote-ref-52)
52. Gordijn B, ten Have H (2001). *Bioethics in a European Perspective*. Dordrecht; Boston, MA : Kluwer Academic Publishers, pp 27. [↑](#footnote-ref-53)
53. Huijer M (2001). Losing empathy: Commentary. In: Kushner TK, Thomasma DC (eds). *Ward Ethics: Dilemmas for medical students and doctors in training*. Cambridge: Cambridge University Press, pp 110. [↑](#footnote-ref-54)
54. Sharpe VA, Faden AI (1998). *Medical Harm: Historical, Conceptual and Ethical Dimensions of Iatrogenic Illness*. Cambridge: Cambridge University Press, pp 102. [↑](#footnote-ref-55)
55. Beauchamp TL, Childress JF (2001). *Principles of Biomedical Ethics* (5th edn). New York: Oxford University Press, pp 117. [↑](#footnote-ref-56)
56. Hope A, Hope RA (2004). *Medical Ethics: A Very Short Introduction*. New York: Oxford University Press, pp 70. [↑](#footnote-ref-57)
57. Louhiala P (2003). *Preventing Intellectual Disability: ethical and clinical issues*. Cambridge: Cambridge University Press, pp 61. [↑](#footnote-ref-58)
58. Ρωλς Τ (2001). *Θεωρία της Δικαιοσύνης*. Αθήνα: Πόλις, σελ. 35. [↑](#footnote-ref-59)
59. Λυπουρλής Δ. *Αριστοτέλης. Ηθικά Νικομάχεια*. Θεσσαλονίκη: Ζήτρος, τομ. 2, 1129b–1130b5, σελ. 22-25. [↑](#footnote-ref-60)
60. Frankena WK (1963). *Ethics*. Engelwood Cliffs, NJ: Prentice Hall Inc, pp 13. [↑](#footnote-ref-61)
61. Προϋπόθεση για την επίτευξη αυτή, υποστηρίζει ο Ρωλς, είναι να αποδοθεί στην κοινωνία ως σύνολο η αρχή της ορθολογικότητας, που διέπει τις επιλογές ενός και μόνο ατόμου [Ρωλς Τ (2001). *Θεωρία της Δικαιοσύνης*. Αθήνα: Πόλις, σελ. 54. [↑](#footnote-ref-62)
62. Ρωλς Τ (2001). *Θεωρία της Δικαιοσύνης*. Αθήνα: Πόλις, σελ. 92. [↑](#footnote-ref-63)
63. Ρωλς Τ (2001). *Θεωρία της Δικαιοσύνης*. Αθήνα: Πόλις, σελ. 107-112. [↑](#footnote-ref-64)
64. Ρωλς Τ (2001). *Θεωρία της Δικαιοσύνης*. Αθήνα: Πόλις, σελ. 116-122. [↑](#footnote-ref-65)
65. United Nations (1948). *Universal Declaration for Human Rights*, άρθρο 25 παρ. 1 **«Everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well being of himself and of his family, including food, clothing, housing and medical care».** [↑](#footnote-ref-66)
66. United Nations (1966). *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*, άρθρο 7: «safe and healthy working conditions». [↑](#footnote-ref-67)
67. United Nations (1974). *Universal Declaration on the Eradication of Hunger and Malnutrition*: «Every man, woman and child has the inalienable right to be free from hunger and malnutrition in order to develop fully and maintain their physical and mental faculties» [↑](#footnote-ref-68)