

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

Τμήμα Φιλοσοφικών και Κοινωνικών Σπουδών

Τμήμα Ιατρικής - Τμήμα Βιολογίας - Τμήμα Κοινωνιολογίας

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

Νομική Σχολή

Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «ΒΙΟΗΘΙΚΗ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Υποχρεωτικοί Παιδιατρικοί Εμβολιασμοί: Βιοηθικοί προβληματισμοί»

Ιωάννα - Σοφία Ζερβακάκου του Μιχαήλ

A.M. 195

Μέλη Τριμελούς Επιτροπής:

Βασιλική Πετούση (επιβλέπουσα)

Εμμανουήλ Γαλανάκης

Κωνσταντίνος Κουκουζέλης

Ρέθυμνο, Ιούνιος 2018

Copyright ©, **Ιωάννα - Σοφία Ζερβακάκου, 2018**

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 τη συγγραφέα και δεν πρέπει να ερμηνευθεί ότι αντιπροσωπεύουν τις επίσημες θέσεις του Πανεπιστημίου Κρήτης.

Στον σύζυγό μου Μύρωνα και στη μητέρα μου Ζωή

«Δεν αρκεί ν' ανοίξεις την πύλη του παραδείσου, για να τον χαρείς.

Η ευτυχία στεριώνεται στη συνεχή νομή».

(Μ. Καραγάτσης, Τα Στερνά του Μίχαλου)

Περιεχόμενα:

Περίληψη.....	σ. 6
Abstract.....	σ. 7
Εισαγωγή	σ. 8
Κεφάλαιο 1: Εμβολιασμοί	σ. 12
1.1 Ορισμός.....	σ. 12
1.2 Τύποι Εμβολίων	σ. 12
1.3 Η Ιστορία των Εμβολίων.....	σ. 15
1.4 Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών	σ. 17
1.5 Αποτελεσματικότητα και οφέλη	σ. 19
1.6 Ανεπιθύμητες ενέργειες και κίνδυνοι	σ. 20
Κεφάλαιο 2: Αντι-εμβολιαστικά Κινήματα	σ. 22
2.1 Επιχειρήματα αντι-εμβολιαστικών κινήματων	σ. 25
2.2 Το φαινόμενο του λαθρεπιβάτη “free-riding”	σ. 28
Κεφάλαιο 3: Δημόσια Υγεία.....	σ. 31
3.1 Ορισμός	σ. 33
3.2 Ηθική δικαιολόγηση της Δημόσιας Υγείας	σ. 35
3.2.1 Υγεία και το δικαίωμα στην υγεία	σ. 35
3.2.2 Ωφελιμισμός	σ. 37
3.2.3 Συλλογική δράση	σ. 39
3.2.4 Κοινωνική δικαιοσύνη	σ. 40
3.2.5 Πατερναλισμός	σ. 42
3.2.6 Αρχή της βλάβης	σ. 44
Κεφάλαιο 4: Ηθική και παιδιά	σ. 46
4.1. Η Ηθική των Παιδιατρικών Εμβολιασμών.....	σ. 50
Κεφάλαιο 5: Συμπεράσματα – Προτάσεις	σ. 59
Βιβλιογραφία.....	σ. 65

Περίληψη

Στην παρούσα εργασία εξετάζονται οι ηθικοί προβληματισμοί που δημιουργούνται γύρω από τους παιδιατρικούς εμβολιασμούς. Αναφέρονται οι βασικές έννοιες γύρω από τη δημόσια υγεία, τους εμβολιασμούς και αναπτύσσονται εκτενώς τα επιχειρήματα των αντι-εμβολιαστικών κινήματων που αποτελούν και τη βασική «φωνή» αντίδρασης για τα εμβόλια. Στη συζήτηση εντάσσεται και το φαινόμενο του λαθρεπιβάτη “free-riding” που τείνει να λαμβάνει αυξανόμενες τάσεις στη συζήτηση περί εμβολίων. Επίκεντρο της εργασίας αποτελούν τα ερωτήματα: *Είναι ηθικά ορθό ο γονέας να αναβάλλει ή να αρνείται τον εμβολιασμό του παιδιού του; Ποιους κινδύνους ενέχει μία τέτοια συμπεριφορά για την υγεία του ατόμου (παιδιού) και του κοινωνικού συνόλου;* - *Ποια είναι η ισορροπία μεταξύ της προσωπικής επιλογής και της προστασίας της υγείας του υπόλοιπου πληθυσμού;* - *Είναι σκόπιμο να επιβληθεί υποχρεωτικός εμβολιασμός σε περίπτωση ενδημικών εξάρσεων;* *Εάν ναι, ποιος πρέπει να αποφασίζει για τον εμβολιασμό;* Από την εξέταση της τρέχουσας βιβλιογραφίας και των ηθικών θεωριών γίνεται εμφανές ότι οι παιδιατρικοί εμβολιασμοί αποτελούν ζήτημα συλλογικής δράσης που χρήζει επίλυσης και συμμετοχής από όλους. Η άρνηση εμβολιασμού, ως συμπεριφορά υγείας μπορεί να προκαλέσει κίνδυνο τόσο στο ίδιο το άτομο όσο και στο κοινωνικό σύνολο. Σε περιπτώσεις ενδημικών εξάρσεων η χάραξη πολιτικής υγείας στοχεύει στη διατήρηση της υγείας του πληθυσμού. Ο γονέας, εφόσον δεν συντρέχουν σοβαροί λόγοι (υγείας, θρησκευτικοί, ιδεολογικοί) οφείλει να ακολουθεί τις οδηγίες των αρχών περί εμβολιασμού. Το δίλημμα του σεβασμού της αυτονομίας των γονέων έναντι της προστασίας της δημόσιας υγείας δεν είναι εύκολο. Η ελευθερία επιλογής δεν θα πρέπει να ερμηνεύεται σε ένα καθαρά ατομικιστικό πλαίσιο. Αντίθετα, το άτομο οφείλει να δρα μέλος του κοινωνικού συνόλου.

Λέξεις – κλειδιά: εμβόλια, παιδιατρικοί εμβολιασμοί, συλλογική ανοσία, ηθική, δημόσια υγεία, συλλογική δράση, Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών, αντι-εμβολιαστικό κίνημα

Abstract

This thesis focuses on the ethical considerations that arise from childhood immunizations. We mention the basic meaning of public health, vaccinations and we develop extensively the arguments of the anti-vaccination movements which are the basic reaction “voice” for the vaccines. In the debate we also discuss about the free-riding problem which tends to receive increasing rates in vaccinations. The center of our thesis consists of the following questions. Is it ethical correct for the parent to delay or refuse his child’s vaccination? This attitude may involve any danger for the child’s health or the public health? Is there a balance between the personal choice and the protection of the population health? Is it useful to impose mandatory vaccination in case of outbreak and who is going to decide for the vaccination? Through the analysis of the current bibliography and the moral theories becomes obvious that childhood immunizations are an issue of collective action which requires resolution and participation by everyone. The vaccination refusal as a health behavior can pose a risk to both the individual and the society as a whole. In cases of endemic outbreaks, health policy aims to maintain the health of the population. Parents, if there are no serious reasons (health, religious, ideological), must follow the instructions of the authorities about vaccination. The dilemma of respecting the parents' autonomy over the protection of public health is not easy. Freedom of choice should not be interpreted in a purely individualistic context. Instead, every person has to act as a member of the community.

Keywords: vaccines, childhood immunizations, herd immunity, ethics, public health, collective action, National Immunization Program, anti-vaccination movement

Εισαγωγή

Ο Edward Jenner το 1796 ανακάλυψε¹ το εμβόλιο της ευλογιάς και χάρη σε αυτή την ανακάλυψη, το 1980 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας διακήρυξε ότι οι κάτοικοι του πλανήτη είναι «απαλλαγμένοι από την ενδημική ευλογιά». Έκτοτε, αρκετά εμβόλια ανακαλύφθηκαν και ισάριθμες πανδημίες προλήφθηκαν μέσω της ανοσοποίησης (Riedel, 2005, σ.21-5). Σύμφωνα με τις επιδημιολογικές συνθήκες και τα σκευάσματα εμβολίων που κυκλοφορούν σε κάθε χώρα καταρτίζεται και το ανάλογο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών (ΕΠΕ). Με την επιβολή του υποχρεωτικού εμβολιασμού, σε κάποιες χώρες, υπήρξαν και οι πρώτες κινητοποιήσεις «κατά του εμβολιασμού» αρχής γενομένης στις ΗΠΑ το 1879 (Blume, 2006). Συνοπτικά τα επιχειρήματα των αντι-εμβολιαστικών κινημάτων αναφέρονται σε τρία πεδία: α) την ασφάλεια των εμβολίων και τις παρενέργειες τους, β) την ελευθερία της επιλογής και την αυτονομία έναντι του συλλογικού καλού και γ) τη σχέση γιατρού - ασθενούς.

Ειδικότερα για το ζήτημα της ελευθερίας της επιλογής και την αυτονομία έναντι του συλλογικού καλού κάποιοι μελετητές υποστηρίζουν ότι το αντι-εμβολιαστικό κίνημα εκμεταλλεύεται τα πλεονεκτήματα της συλλογικής ανοσίας ως ένα είδος “free-rider” (φαινόμενο του λαθρεπιβάτη) (Ibuka et al., 2014). Με άλλα λόγια κάποιοι γονείς επικαλούνται το επιχείρημα της συλλογικής ανοσίας προκειμένου να μην εμβολιάσουν τα παιδιά τους, υπονοώντας ότι δεν είναι απαραίτητο να εκθέσουν το παιδί τους στον κίνδυνο πιθανών παρενεργειών από τον εμβολιασμό από τη στιγμή που εάν εμβολιαστούν οι υπόλοιποι θα εμποδιστεί η εξάπλωση της νόσου. Έτσι, τα ανεμβολίαστα παιδιά επωφελούνται από τις πράξεις των άλλων και «καρπώνονται» τα οφέλη της συλλογικής ανοσίας χωρίς να πάρουν το «ρίσκο» του εμβολιασμού.

¹ Αξίζει να αναφέρουμε κάτι που δεν είναι ευρέως γνωστό και αφορά τη συμβολή δύο Ελλήνων ιατρών του 18ου αιώνα στην ανακάλυψη των εμβολίων. Πρόκειται για τους Εμμανουήλ Τιμόνη (1669-1718/1720) και Ιάκωβο Πυλαρινό (1659-1718), οι οποίοι το 1714 δημοσίευσαν στο Αγγλικό περιοδικό “Philosophical Transactions” της Royal Society του Λονδίνου, την πρώτη επιστημονική εφαρμογή του εμβολιασμού που ονομάστηκε «ευλογιασμός» (variolatio) και αποτέλεσε πρόδρομο μέθοδο του δαμαλισμού (vaccinatio), ως προληπτικής μεθόδου κατά πολλών και σοβαρών ασθενειών της παιδικής ηλικίας. Ο Edward Jenner αξιοποίησε τις εμπειρικές του παρατηρήσεις και αναμφίβολα είχε υπόψη του τις πρωτότυπες εργασίες των Ελλήνων ιατρών Τιμόνη και Πυλαρινού. Έτσι πέτυχε να επιλύσει ριζικά το πρόβλημα της ευλογιάς και κατετάγη στη λίστα των Μεγάλων Ιατρών και Ευεργετών της Ανθρωπότητας. Εντούτοις δεν έκανε καμία αναφορά στο έργο των Τιμόνη και Πυλαρινού (Κοτέλη, 2006, σ.81-2).

Παρά τα αναγνωρισμένα πλεονεκτήματά του, τόσο για το άτομο όσο και για την κοινότητα, ο υποχρεωτικός εμβολιασμός εγείρει έντονο προβληματισμό στο πεδίο της βιοηθικής. Ο προβληματισμός αυτός αφορά κυρίως τη σύγκρουση που δημιουργείται ανάμεσα στην ατομική ελευθερία και το καθήκον της πολιτείας να ασκήσει μία πολιτική πρόληψης. Όπως αναφέρει η Onoga O’neill στο βιβλίο της «*Αυτονομία και εμπιστοσύνη στη βιοηθική*», τα ζητήματα δημόσιας υγείας «θεωρούνται περιθωριακά σε μεγάλο μέρος της βιοηθικής σκέψης», καθώς στην ηθική ανάλυσή τους η έννοια της αυτονομίας δεν καθίσταται τόσο κεντρική όσο στην ιατρική ηθική (O’neill, 2011, σ.19). Στο επίκεντρο της μελέτης της δημόσιας υγείας βρίσκεται η πρόληψη και όχι η θεραπεία, ο πληθυσμός και όχι το άτομο, το συλλογικό αγαθό και όχι το προσωπικό συμφέρον. Έτσι, το καλό του συνόλου αποτελεί καθοριστικό παράγοντα στη διαμόρφωση πολιτικών υγείας ή στη λήψη αποφάσεων, σε θέματα δημόσιας υγείας όπως είναι και οι εμβολιασμοί παιδιών.

Ο βασικός διάλογος που προκύπτει κατά την επίλυση ηθικών ζητημάτων στο θέμα των εμβολιασμών, αφορά στην εξισορρόπηση ανάμεσα στο δημόσιο συμφέρον και την αυτονομία του ατόμου. Κάτι τέτοιο, απαιτεί, είτε την υποχώρηση των ατομικών δικαιωμάτων για χάρη του δημόσιου συμφέροντος, είτε την εξομάλυνση μέσω των πολιτικών υγείας που στοχεύουν στη διατήρηση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και δείχνουν σεβασμό προς όλα τα μέλη της κοινωνίας. Για κάποιους οι επιλογές στη δημόσια υγεία, με δεδομένο τον ωφελμιστικό χαρακτήρα της, πρέπει να αποτιμώνται βάση της υπολογιστικής σχέσης κόστους – οφέλους. Κάτι τέτοιο, επιτρέπει τη θυσία των θεμελιωδών ατομικών δικαιωμάτων για χάρη του κοινωνικού συνόλου (Gostin, 2002, σ.12). Για άλλους, η σχέση ανάμεσα στα ατομικά δικαιώματα και τα δημόσια αγαθά είναι ζήτημα κοινωνικής δικαιοσύνης. Η κοινωνική δικαιοσύνη αφορά την ανθρώπινη ευημερία, που περιλαμβάνει πολλαπλές και μη αναστρέψιμες διαστάσεις που είναι οι εξής: η υγεία, η προσωπική ασφάλεια, η λογική, ο σεβασμός, οι δεσμοί και η αυτοδιάθεση. Αυτές οι διαστάσεις είναι αλληλεπικαλυπτόμενες και αλληλοσυνδεόμενες και χαρακτηρίζουν την αξιοπρεπή ζωή του ατόμου. Η κοινωνική δικαιοσύνη έχει ως στόχο η πολιτική ηγεσία να εξασφαλίζει ένα ικανοποιητικό επίπεδο της κάθε διάστασης για το κάθε άτομο. Η δέσμευση για κοινωνική δικαιοσύνη απαιτεί ειδική μέριμνα για τις ομάδες που υφίστανται αρνητικές διακρίσεις και βρίσκονται σε μειονεκτική κοινωνικο-οικονομική θέση. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τη δημόσια υγεία καθώς ευάλωτες, περιθωριοποιημένες ή

κοινωνικά αποκλεισμένες ομάδες οι οποίες υφίστανται αρνητικές διακρίσεις συχνά αντιμετωπίζουν αυξημένους κινδύνους υγείας. Κατά συνέπεια τα ευάλωτα άτομα και ομάδες πλήττονται συχνότερα σε σχέση με τα μέλη άλλων κοινωνικών τάξεων (Powers & Faden, 2006 σ.15). Η έννοια της συλλογικής δράσης αποτελεί μία ακόμη αιτιολόγηση της δημόσιας υγείας σύμφωνα με την οποία ο καθένας πρέπει να συμβαδίζει με τους κανονισμούς δημόσιας υγείας διότι, ελλείψει της συμμετοχής του, ούτε ο ίδιος ούτε οποιοσδήποτε άλλος δεν μπορεί να αποκομίσει το όφελος μιας υγιούς κοινωνίας. Από μία άλλη σκοπιά, η αρχή της βλάβης χρησιμοποιείται για να δικαιολογήσει διάφορες παρεμβάσεις ελέγχου μολυσματικών ασθενειών, συμπεριλαμβανομένης της καραντίνας, της απομόνωσης και της υποχρεωτικής θεραπείας. Στις δημοκρατικές κοινωνίες, η αρχή της βλάβης συχνά θεωρείται η πιο επιτακτική αιτιολόγηση των πολιτικών δημόσιας υγείας που παρεμβαίνουν στην ατομική ελευθερία (Faden & Shebaya, 2015).

Όπως φαίνεται από τα παραπάνω οι πολιτικές δημόσιας υγείας αν και στοχεύουν στην προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, την πρόληψη της ασθένειας και τη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία, πολλές φορές εγείρουν ζητήματα ηθικής δικαιολόγησης και κοινωνικής αποδοχής. Ο εμβολιασμός σημαντικό μέτρο προαγωγής υγείας και πρόληψης σοβαρών μεταδοτικών νοσημάτων και κατά συνέπεια μείωσης της θνησιμότητας βρίσκεται τα τελευταία χρόνια στο επίκεντρο σοβαρών αμφισβητήσεων που αφορούν τόσο την ασφάλεια των εμβολίων όσο και τον υποχρεωτικό χαρακτήρα τους. Τα ζητήματα όμως που σχετίζονται με τον εμβολιασμό και δη τον υποχρεωτικό του συνόλου του πληθυσμού έχουν ιδιαίτερα σημασία για την Ελλάδα ιδίως καθώς τα πρόσφατα χρόνια η χώρα δέχεται μεγάλους αριθμούς μετακινούμενων πληθυσμών και κατά συνέπεια αυξάνει η πιθανότητα μεταδοτικών ασθενειών. Στην παρούσα διπλωματική εργασία προκειμένου να εξετάσουμε τα σχετικά ζητήματα θα μας απασχολήσουν έννοιες που αφορούν το παιδί και τα δικαιώματα αυτού, τη σχέση μεταξύ γονέα και παιδιού, μία σχέση που χαρακτηρίζεται από ασυμμετρία καθώς τα παιδιά είναι φορείς δικαιωμάτων αλλά όχι πλήρεις φορείς υποχρεώσεων και με αυτή την έννοια τίθενται υπό την αυθεντία των γονέων. Ακολούθως, θα μας απασχολήσουν ερωτήματα που προκύπτουν από τη συλλογιστική των προγραμμάτων υποχρεωτικών εμβολιασμών όπως: *Είναι ηθικά ορθό ο γονέας να αναβάλλει ή να αρνείται τον εμβολιασμό του παιδιού του; Ποιους κινδύνους ενέχει μία τέτοια συμπεριφορά για την υγεία του ατόμου (παιδιού) και του*

κοινωνικού συνόλου; - Ποια είναι η ισορροπία μεταξύ της προσωπικής επιλογής και της προστασίας της υγείας του υπόλοιπου πληθυσμού; - Είναι σκόπιμο να επιβληθεί υποχρεωτικός εμβολιασμός σε περίπτωση ενδημικών εξάρσεων; Εάν ναι, ποιος πρέπει να αποφασίζει για τον εμβολιασμό; τα οποία και θα αποπειραθούμε να απαντήσουμε με βάση το θεωρητικό πλαίσιο της ηθικής φιλοσοφίας, έχοντας ως πυλώνα το αξίωμα της ατομικής αυτονομίας σύμφωνα με την Καντιανή φιλοσοφία και ιδιαίτερος την αυτονομία βάσει αρχών.

Η δέσμευση στην αυτονομία βάσει αρχών απαιτεί να δώσουμε σημασία στις αρχές της ηθικότητας, όπως η απόρριψη της πρόκλησης βλάβης (O'Neill, 2011 σ. 124). Η αποφυγή πρόκλησης βλάβης έχει θεμελιώδη σημασία για την ηθική και ιδίως την ηθική της δημόσιας υγείας. Η δέσμευση του δρώντος υποκειμένου στην αποφυγή της πρόκλησης βλάβης μπορεί να εκφραστεί με θετική σημασία στην αποφυγή έκθεσης του συνόλου σε κίνδυνο. Η αυτονομία βάσει αρχών απαιτεί μία δέσμευση στην εντιμότητα, την αξιοπιστία και την επικοινωνία χωρίς να προϋποθέτει διαφάνεια σε όλες τις περιστάσεις.

Ολοκληρώνοντας την εργασία μας θα παραθέσουμε τη Σύσταση της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής για τους παιδιατρικούς εμβολιασμούς και θα τοποθετηθούμε σε σχέση με τα θεωρητικά ερωτήματα που τέθηκαν αρχικά έχοντας ως γνώμονα την προάσπιση της δημόσιας υγείας, την πρόληψη της νοσηρότητας και της θνησιμότητας αλλά και το σεβασμό της ελευθερίας του ατόμου.

Κεφάλαιο 1: Εμβολιασμοί

1.1 Ορισμός

Εμβόλιο ορίζεται ένα βιολογικό παρασκεύασμα που βελτιώνει την ανοσία έναντι συγκεκριμένη ασθένεια. Ένα εμβόλιο συνήθως περιέχει έναν νοσογόνο παράγοντα ο οποίος είναι υπεύθυνος για μια ασθένεια και προέρχεται από εξασθενημένες ή αδρανοποιημένες μορφές του μικροβίου, των τοξινών του ή κάποιας επιφανειακής πρωτεΐνης. Συνοπτικά, η χορήγηση των εμβολίων οδηγεί στην επίτευξη τεχνητής ενεργητικής ανοσίας (WHO, 2017c).

Τα εμβόλια περιλαμβάνουν:

Αντιγόνα μικροοργανισμών – βακτηρίων ή ιών	DNA με μειωμένη ανοσογονικότητα	Ψευδάργυρο
Απομονωμένα αντιγόνα – πρωτεΐνες	Νερό	Αντιβιοτικά
Πολυσακχαρίτες	Φυσιολογικό ορό	Φαινόλες
	Πρωτεΐνη (ασπράδι αυγού, ζελατίνη κ.ά.)	Φωσφορικό αλουμίνιο
		Υπεροξειδίο του αλουμινίου

1.2 Τύποι Εμβολίων

Διακρίνονται οι παρακάτω τύποι εμβολίων ανάλογα με την προέλευσή τους:

- Εμβόλια από ζώντες εξασθενημένους μικροοργανισμούς
- Αδρανοποιημένα εμβόλια
- Εμβόλια από αδρανοποιημένες τοξίνες μικροβίων
- Πολυσακχαριδικά ή Συζευγμένα εμβόλια
- Ανασυνδυασμένα εμβόλια.

Εμβόλια από ζώντες εξασθενημένους μικροοργανισμούς

Τα εμβόλια από ζώντες εξασθενημένους μικροοργανισμούς περιέχουν ζωντανούς ή εξασθενημένους μικροοργανισμούς που έχουν αποδυναμωθεί στο εργαστήριο έτσι ώστε να μην προκαλούν νόσηση. Επειδή τα συγκεκριμένα εμβόλια είναι η πλησιέστερη μορφή στη φυσική λοίμωξη, αποτελούν τους «καλούς δασκάλους» του ανοσοποιητικού συστήματος καθώς προκαλούν ισχυρές αντιγονικές

και αντισωματικές αποκρίσεις και συχνά παρέχουν ισόβια ανοσία με μία ή δύο δόσεις εμβολίου (NIAID, 2012).

Τέτοιου είδους εμβόλια μπορούν να δημιουργηθούν και για ορισμένους ιούς όπως για παράδειγμα η ιλαρά ή η ανεμευλογιά. Αντίστοιχα με τα εμβόλια για μικροοργανισμούς και τα εμβόλια για τους ιούς μπορεί να έχουν χαμηλή αποδοτικότητα λόγω της εξασθένησής τους κατά την ανάπτυξή τους σε κύτταρα που δεν αναπαράγονται καλά (NIAID, 2012). Ωστόσο, παρατηρούνται μεταβολές που μπορούν να προκληθούν στους μικροοργανισμούς και κάποιοι από αυτούς τους εξασθενημένους μικροοργανισμούς μπορεί να μεταστραφούν σε λοιμογόνο παράγοντα και να προκαλέσουν ασθένεια. Έτσι, άτομα με εξασθενημένο ανοσοποιητικό σύστημα (φορείς HIV, ανοσοκατασταλμένοι κ.ά.) δεν επιτρέπεται να εμβολιαστούν με αυτή την κατηγορία εμβολίων (NIAID, 2012). Τέλος, πλημμελείς και ακατάλληλες συνθήκες συντήρησης και μεταφοράς των εμβολίων που προέρχονται από εξασθενημένους ζώντες μικροοργανισμούς μπορεί να προκαλέσουν αλλοίωσή τους (NIAID, 2012).

Αδρανοποιημένα εμβόλια

Οι επιστήμονες δημιουργούν αδρανοποιημένα εμβόλια σκοτώνοντας το μικρόβιο που προκαλεί την ασθένεια με χημικές ουσίες, θερμότητα ή ακτινοβολία. Αυτά τα εμβόλια είναι πιο σταθερά και ασφαλή από τα ζώντα. Τα αδρανοποιημένα εμβόλια συνήθως δεν χρειάζονται ειδικές συνθήκες συντήρησης και μπορούν να μεταφερθούν εύκολα γεγονός που τα κάνει προσβάσιμα και από τον πληθυσμό των αναπτυσσόμενων χωρών (NIAID, 2012).

Τα περισσότερα αδρανοποιημένα εμβόλια αντίθετα από τα εμβόλια από ζώντες εξασθενημένους μικροοργανισμούς προκαλούν ασθενή ανοσολογική απάντηση. Εξαιτίας αυτού, χρειάζονται περισσότερες ή αναμνηστικές δόσεις εμβολίων για να διατηρηθεί η ανοσία. Κάτι τέτοιο ίσως αποτελεί μειονέκτημα για τους ανθρώπους που δεν έχουν άμεση πρόσβαση στα εμβόλια και υπάρχει πιθανότητα να καθυστερήσουν να λάβουν μία επαναληπτική δόση εμβολίου. Τέλος, υπάρχουν και περιπτώσεις όπου έχει προκληθεί νόσηση λόγω μη επαρκούς αδρανοποίησης του ιού (NIAID, 2012). Εμβόλια από αδρανοποιημένες τοξίνες μικροβίων

Τα εμβόλια αυτά χρησιμοποιούνται όταν η βακτηριακή τοξίνη είναι η κύρια αιτία της ασθένειας. Οι ερευνητές έχουν ανακαλύψει ότι μπορούν να

αδρανοποιήσουν τις τοξίνες χρησιμοποιώντας φορμαλίνη, ένα διάλυμα φορμαλδεΰδης και αποστειρωμένου νερού. Αυτές οι «αδρανοποιημένες» τοξίνες, ονομάζονται ανατοξίνες και είναι ασφαλείς για χρήση στα εμβόλια (NIAID, 2012).

Όταν το ανοσοποιητικό σύστημα λαμβάνει ένα εμβόλιο που περιλαμβάνει μία αβλαβή ανατοξίνη, μαθαίνει πώς να αντιμετωπίζει μία φυσική τοξίνη. Το ανοσοποιητικό σύστημα παράγει αντισώματα που κλειδώνουν και μπλοκάρουν την τοξίνη. Σε αυτό το είδος εμβολίων ως μειονέκτημα μπορεί να θεωρηθεί η αναγκαιότητα χορήγησης αναμνηστικών δόσεων λόγω μειωμένης παραγωγής μνημονικών κυττάρων. Τέτοια εμβόλια είναι τα εμβόλια κατά του τετάνου και της διφθερίτιδας (NIAID, 2012).

Πολυσακχαριδικά ή Συζευγμένα εμβόλια

Οι πολυσακχαριδικές επιστρώσεις μετατρέπουν τα βακτηριακά αντιγόνα με σκοπό το ανώριμο ανοσοποιητικό σύστημα των παιδιών και των εφήβων να μην μπορεί να τα αναγνωρίσει ή να αντιδράσει σε αυτά. Όταν κατασκευάζουν ένα συζευγμένο εμβόλιο οι ειδικοί, συνδέουν αντιγόνα ή τοξίνες από ένα μικρόβιο με έναν πολυσακχαρίτη. Αυτή η σύνδεση βοηθάει το ανώριμο ανοσοποιητικό σύστημα να αντιδρά στα πολυσακχαριδικά επιχρίσματα και προστατεύει τον οργανισμό από το βακτήριο που προκαλεί την ασθένεια. Το εμβόλιο κατά του Αιμόφιλου Ινφλουέντζας τύπου B (Hib) είναι ένα συζευγμένο εμβόλιο (NIAID, 2012).

Ανασυνδυσασμένα εμβόλια

Πρόκειται για πειραματικά εμβόλια που χρησιμοποιούν εξασθενημένους ιούς ή βακτήρια για να εισάγουν μικροβιακό DNA στο κύτταρο. Στη φύση, οι ιοί γαντζώνονται στα κύτταρα και μεταφέρουν το γενετικό τους υλικό μέσα στο κύτταρο. Στο εργαστήριο, οι επιστήμονες έχουν ξεπεράσει αυτό το στάδιο. Έχουν κατανοήσει πώς να αποσπών το γονιδίωμα από ορισμένους αβλαβείς ή εξασθενημένους ιούς και να εισάγουν τμήματα γενετικού υλικού από άλλα μικρόβια μέσα σε αυτά, έπειτα οι φορείς μεταφέρουν το μικροβιακό DNA στο κύτταρο. Τα ανασυνδυσασμένα εμβόλια μιμούνται τη φυσική λοίμωξη και επομένως διεγείρουν το ανοσοποιητικό σύστημα. Τα εμβόλια αυτά, δεν χρειάζεται να χορηγηθούν σε πολλές δόσεις προκειμένου να επιτευχθεί η ανοσία. Αυτό όμως που δυσκολεύει την επιστημονική κοινότητα είναι

ότι τα συγκεκριμένα εμβόλια κωδικοποιούν μόνο πρωτεϊνικά αντιγόνα και όχι πολυσακχαριδικά. Οι επιστήμονες εργάζονται πάνω σε αυτή την κατηγορία εμβολίων προκειμένου να δημιουργήσουν εμβόλια για τον ιό του HIV και της λύσσας αλλά και εμβόλια που θα περιλαμβάνουν συνδυασμό γονιδίων, πρωτεϊνών και κυτταροκινών-χημειοκινών που προάγουν την ανοσοαπόκριση (NIAID, 2012).

Ανάλογα με τους αντιγονικούς παράγοντες που περιέχουν τα εμβόλια, διακρίνονται σε μονοδύναμα (περιέχουν ένα μόνον αντιγονικό παράγοντα) και πολυδύναμα (περιέχουν περισσότερους του ενός αντιγονικούς παράγοντες). Με τη χορήγηση πολυδύναμων εμβολίων επιτυγχάνουμε καλύτερη συμμόρφωση του πληθυσμού καθώς απαιτούνται λιγότερες επισκέψεις στον θεράποντα ιατρό, μείωση του αριθμού των ενέσεων που θα διενεργηθούν στο παιδί και συνολική μείωση του κόστους των εμβολιασμών λόγω της συγχορήγησης πολλών αντιγονικών παραγόντων μέσω ενός φαρμακευτικού σκευάσματος.

1.3 Η Ιστορία των Εμβολίων

Η τεχνική των εμβολιασμών ξεκινά με τον άγγλο ιατρό Edward Jenner (1749-1823) ο οποίος θεωρείται ιστορικά ο πατέρας των εμβολίων στο δυτικό κόσμο μιας και το 1796 ανακάλυψε το εμβόλιο της ευλογιάς (smallpox) (IMAC, 2017). Η ευλογιά είναι μία οξεία λοιμώδης και συχνά θανατηφόρος ιογενής νόσος η οποία κατά τον 18^ο αιώνα μάστιζε την Ευρώπη και προκαλούσε 400.000 θανάτους ετησίως, ενώ το 1/3 των ασθενών που επιβίωναν παρέμεναν τυφλοί και εμφάνιζαν δύσμορφες δερματικές ουλές. Η θνητότητα της νόσου άγγιζε το 60% των ασθενών και στα παιδιά το ποσοστό ανερχόταν στο 80% (CDC, 2016).

Ο Jenner παρατηρούσε ότι οι κτηνοτρόφοι και τα άτομα που ασχολούνταν με τις αγελάδες και την επεξεργασία του γάλακτος όταν προσβάλλονταν από τον ιό της δαμαλίτιδας (cowpox) σπάνια νοσούσαν από την ευλογιά. Βασιζόμενος σε αυτή την παρατήρηση η οποία θεμελίωσε την ανοσία του πληθυσμού, εφάρμοσε την τεχνική του εμβολιασμού που ονομάστηκε «βατσίνα» από τη λατινική ονομασία «vaccination» η οποία προερχόταν από τη λατινική λέξη *vacca* που σημαίνει αγελάδα (Riedel 2005, σ.21-25). Ο Jenner παίρνοντας υγρό από τις δερματικές φυσαλίδες μίας γυναίκας η οποία έπασχε από δαμαλίτιδα ενστάλαξε το υγρό αυτό στο μπράτσο ενός δεκατριώνχρονου αγοριού στο οποίο πριν είχε προκαλέσει αμυχές με ένα νυστέρι. Έπειτα από έξι εβδομάδες μόλυνε το αγόρι με υγρό φυσαλίδων από έναν ασθενή που

έπασχε από τον ιό της ευλογιάς, το αγόρι παρέμεινε υγιές και δε νόσησε, γεγονός που υποδηλώνει ότι είχε αναπτύξει ανοσία έναντι της ευλογιάς (IMAC, 2017). Χάρη σε αυτή την ανακάλυψη σώθηκαν εκατομμύρια ανθρώπινες ζωές και το 1980 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) διακήρυξε ότι οι κάτοικοι του πλανήτη είναι «απαλλαγμένοι από την ενδημική ευλογιά» (WHO, 2017b).

Πίνακας 1. Χρονολογίες ανακάλυψης εμβολίων (WHO, 2013)

		1955 Polio (IPV) 1962 Polio (OPV) 1963 Measles 1967 Mumps 1969 Meningitis A 1970 Rubella 1972 Haemophilus	1981 Hepatitis B 1986 Meningitis B Hepatitis A 1995 Varicella zoster	
1798 Smallpox	1923 Diphtheria 1923 Tuberculosis	influenza 1976 Viral		
1885 Cholera	1924 Tetanus	influenza		
1885 Rabies	1926 Pertussis	1976 Pneumococcal		2000 Pneumococcal
1891 Anthrax	1927 Tetanus	polysaccharide	1998 Rotavirus	conjugate
1896 Typhoid	1935 Yellow fever	1977 Meningitis C	1999 Meningitis C	2006 Human
1897 Plague	1943 Typhus	(polysaccharide)	(conjugate)	papilloma virus
1800 – 1899	1900 – 1949	1950 – 1979	1980 – 1999	2000

Ο Louis Pasteur ανακάλυψε το εμβόλιο της χολέρας και της ζωνόσου του άνθρακα κατά τα έτη (1897 και 1904 αντίστοιχα). Το εμβόλιο της πανώλης ανακαλύφθηκε κατά τα τέλη του 19^{ου} αιώνα. Μεταξύ του 1890 και 1950, αναπτύχθηκαν βακτηριακά εμβόλια όπως το εμβόλιο κατά της φυματίωσης (BCG), που χρησιμοποιείται μέχρι σήμερα. Το 1923 ο Alexander Glenny ανακάλυψε μία μέθοδο αδρανοποίησης της τοξίνης του τετάνου με φορμαλδεύδη και η ίδια μέθοδος χρησιμοποιήθηκε και για την δημιουργία του εμβολίου για τη διφθερίτιδα το 1926. Το εμβόλιο του κοκκύτη πήρε περισσότερο χρόνο για να δημιουργηθεί και κυκλοφόρησε για πρώτη φορά στις Η.Π.Α. το 1948. Τις δεκαετίες 1950 έως 1980 μετά από ανάπτυξη διαφόρων επιστημονικών μεθόδων δημιουργήθηκε το πόσιμο εμβόλιο για την πολυομυελίτιδα. Ο μαζικός εμβολιασμός οδήγησε σε εξάλειψη της νόσου από πολλές περιοχές ανά τον κόσμο (IMAC, 2017). Στον πίνακα 1 αναφέρεται η χρονολογική σειρά ανακάλυψης των εμβολίων από το 1800 μέχρι και τις μέρες μας (WHO, 2013).

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (WHO, 2017a) οι εμβολιασμοί, που αποτελούν την πιο αποτελεσματική πολιτική προστασίας της δημόσιας υγείας, σώζουν 2 έως 3 εκατομμύρια ζωές ανά έτος από διφθερίτιδα, τέτανο, κοκκύτη και ιλαρά. Εκτιμάται επίσης ότι η βέλτιστη της παγκόσμιας εμβολιαστικής κάλυψης θα συνέβαλε στην αποφυγή επιπλέον 1,5 εκατομμυρίων θανάτων. Η θέση ωστόσο του ΠΟΥ για τη σημαντικότητα των εμβολιαστικών προγραμμάτων δεν γίνεται αποδεκτή από όλους καθώς κάποιες ομάδες αντιστέκονται στον εμβολιασμό. Οι αντιδράσεις και οι κινητοποιήσεις «κατά του εμβολιασμού» ξεκινούν ταυτόχρονα με την επιβολή του υποχρεωτικού εμβολιασμού, αρχής γενομένης στις ΗΠΑ το 1879. Οι δράσεις αυτές συνήθως οργανώνονται από μεμονωμένους γιατρούς υποστηρικτές κυρίως εναλλακτικών θεραπειών. Από τη δεκαετία του 1930 σε κάποια κράτη, μετά την επιβολή του υποχρεωτικού εμβολιασμού αρχίζουν να αναδύονται και τα πρώτα κινήματα κατά των εμβολιασμών. Η περίοδος 1970 έως 1980 υπήρξε μία περίοδος πολλών δικαστικών αγώνων και μειωμένης κερδοφορίας για τη βιομηχανία των εμβολίων γεγονός που οδήγησε σε αποστροφή τις εταιρίες παραγωγής εμβολίων (IMAC, 2017). Μετά από μία αδρανή περίοδο, επανεμφανίζονται, πριν από μερικές δεκαετίες, τα αντι-εμβολιαστικά κινήματα όταν άρχισε να απασχολεί τους πολίτες το θέμα της ασφάλειας των εμβολίων (Blume, 2006). Παρακάτω θα αναπτύξουμε εκτενέστερα την ιδεολογία αυτών των κινήματων.

1.4 Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών

Σύμφωνα με τις επιδημιολογικές συνθήκες και τα σκευάσματα εμβολίων που κυκλοφορούν σε κάθε χώρα καταρτίζεται και το ανάλογο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών (ΕΠΕ) το οποίο αναθεωρείται και επικαιροποιείται όποτε υπάρχει ενδημική έξαρση ή κυκλοφορήσει κάποιο νέο εμβόλιο. Τα συνιστώμενα εμβόλια εξαρτώνται από την ισορροπία του κινδύνου που αναμένεται από την ασθένεια ή το εμβόλιο και από την ωφέλεια που προκύπτει από τον εμβολιασμό. Η ισορροπία αυτή ελέγχεται συνεχώς και πραγματοποιούνται οι αντίστοιχες αλλαγές στα εμβολιαστικά προγράμματα. Η επιλογή της ηλικίας εμβολιασμού εξαρτάται από την ικανότητα του οργανισμού για ανοσολογική απάντηση και από την πιθανότητα μόλυνσης των επίνωσων ατόμων. Το ΕΠΕ κατηγοριοποιείται σύμφωνα με την ομάδα πληθυσμού στην οποία απευθύνεται. Ειδικότερα, το ΕΠΕ απευθύνεται στη μεγάλη πληθυσμιακή ομάδα παιδιών και εφήβων, υπάρχει ειδικό πρόγραμμα για τα παιδιά και τους

εφήβους που δεν εμβολιάστηκαν στην συνιστώμενη ηλικία καθώς και για τους ενήλικες. Στην εργασία μας θα ασχοληθούμε με το ΕΠΕ που αφορά τα παιδιά και τους εφήβους.

Το ΕΠΕ στη χώρα μας προτείνεται από την Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών. Η Επιτροπή έχει συσταθεί εδώ και κάποια χρόνια και με την απόφαση του Υπουργείου Υγείας Υ1/ΓΠ 161682/2008, ορίστηκε ότι η Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών αποτελεί τον κατά νόμο αρμόδιο φορέα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ο οποίος, γνωμοδοτεί για τα υποχρεωτικά εμβόλια προς την πολιτική ηγεσία του Υπουργείου η οποία αποδέχεται ή όχι τη γνωμοδότηση και καθορίζει το ΕΠΕ με έκδοση Κοινής Υπουργικής Απόφασης του υπουργού Οικονομικών, του υπουργού Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και του υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Η Επιτροπή απαρτίζεται από μέλη με εξειδίκευση και εμπειρία στον τομέα της πρόληψης, προαγωγής της υγείας και των εμβολίων και συνήθως έχει τριετή θητεία ανάλογα την εκάστοτε Υπουργική Απόφαση. Η Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών ανασυγκροτήθηκε το 2017 με απόφαση του Γενικού Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας, αποτελείται από 21 μέλη και έχει τριετή θητεία (ΑΔΑ: 6336465ΦΥΟ-Ρ0Ρ).

Τα νοσήματα για τα οποία ο εμβολιασμός συνιστάται από το ΕΠΕ είναι τα εξής:

Ηπατίτιδα Β	Μηνιγγιτιδόκοκκος ορομάδας C	Ανεμευλογιά
Ηπατίτιδα Α	Μηνιγγιτιδόκοκκος ορομάδας A, C, W135, Y	Ιός Ανθρωπίνων Θηλωμάτων
Διφθερίτιδα	Μηνιγγιτιδόκοκκος ορομάδας B	Φυματίωση
Τέτανος	Ιλαρά	Γρίπη
Κοκκύτης	Ερυθρά	Ρότα ιός (Υπουργείο Υγείας, 2017).
Πολιομυελίτιδα	Παρωτίτιδα	
Αιμόφιλος ινφλουέντζας τύπου β		
Πνευμονιόκοκκος		

Σύμφωνα με το τρέχον ΕΠΕ τα συνιστώμενα εμβόλια παρέχονται δωρεάν στους πολίτες που διαθέτουν ασφαλιστική κάλυψη καθώς και στους ανασφάλιστους που είναι δικαιούχοι του άρθρου 33 του νόμου 4368/2016. Εξαιρείται το εμβόλιο του ρότα ιού το κόστος του οποίου καλύπτεται κατά 75%.

1.5 Αποτελεσματικότητα και οφέλη

Πριν την ανακάλυψη των εμβολίων, ο μόνος τρόπος απόκτησης ανοσίας σε μία ασθένεια ήταν η νόσηση με την ελπίδα για επιβίωση. Αυτή η ανοσία αναφέρεται ως ενεργητική επίκτητη ανοσία. Με αυτό το είδος ανοσίας ο ασθενής είναι αντιμέτωπος με τα συμπτώματα της νόσου και διατρέχει τον κίνδυνο εμφάνισης επιπλοκών που μπορεί, εάν είναι σοβαρές, να είναι θανατηφόρες. Αντίθετα, η ανοσία που προσφέρουν τα εμβόλια αναφέρεται ως επίκτητη, προλαμβάνει τη νόσο πρωτογενώς και έτσι δεν χρειάζεται θεραπεία ενώ παράλληλα μειώνεται ο κίνδυνος επιπλοκών από τη νόσο (NIAID, 2014).

Η διάρκεια της ανοσίας διαφοροποιείται ανάλογα με τον τύπο του εμβολίου και το νόσημα που προλαμβάνει, σχετίζεται με πολλούς παράγοντες βασικότερος των οποίων είναι το εμβόλιο καθαυτό. Σε άτομα πολύ μικρής ή πολύ μεγάλης ηλικίας για παράδειγμα η διάρκεια της ανοσίας και άρα η παρεχόμενη προστασία μπορεί να περιοριστεί. Με την εξέλιξη της επιστήμης και την ανακάλυψη νέων εμβολίων, τα δεδομένα για τη διάρκεια προστασίας ενός εμβολίου ανανεώνονται συνεχώς.

Παρόλα αυτά όμως, εάν μεγάλος αριθμός ανθρώπων σε μία κοινωνία δεν είναι εμβολιασμένος, οι ασθένειες μπορεί να επανεμφανιστούν, να ξεσπάσουν επιδημίες και οι ευάλωτες ηλικιακά ομάδες να αρρωσταίνουν πιο εύκολα ή να οδηγούνται στο θάνατο. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα της Ιαπωνίας. Μέχρι το 1974 η Ιαπωνία είχε ένα επιτυχημένο εμβολιαστικό πρόγραμμα για τον κοκκύτη και σχεδόν το 80% των παιδιών ήταν εμβολιασμένα. Εκείνη τη χρονιά εμφανίστηκαν μόνο 393 κρούσματα κοκκύτη χωρίς να υπάρχουν θάνατοι. Σε συνάρτηση όμως, διαδόθηκαν όμως φήμες ότι από τη μια ο εμβολιασμός δεν είναι πλέον απαραίτητος και από την άλλη ότι το συγκεκριμένο εμβόλιο δεν είναι ασφαλές. Το 1976, μόλις δύο χρόνια μετά το ποσοστό των παιδιών που είχε εμβολιαστεί για τον κοκκύτη έπεσε στο 10%. Ως αποτέλεσμα, το 1979 η Ιαπωνία αντιμετώπισε μία μεγάλη επιδημία κοκκύτη με περισσότερα από 13.000 κρούσματα και 41 θανάτους. Το 1981 ξεκίνησε μαζικός εμβολιασμός με το ακυταρρικό εμβόλιο του κοκκύτη και τα ποσοστά κρουσμάτων μειώθηκαν (CDC, 2017). Αντίστοιχα, το 1989 στις Η.Π.Α. ο χαμηλός δείκτης εμβολιασμού για την ιλαρά οδήγησε σε επανεμφάνιση της νόσου γεγονός που προκάλεσε 55.000 περαστικά νόσησης και 136 θανάτους σχετιζόμενους με την ιλαρά (NIAID, 2014). Επιπλέον, σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας, έχει εκδηλωθεί επιδημία ιλαράς που βρίσκεται ακόμη σε εξέλιξη. Κατά

την περίοδο 2016 – 2018 έχουν καταγραφεί πάνω από 20.000 περιστατικά και 57 θάνατοι. Στη χώρα μας, μέχρι και τις 8/3/2018 είχαν καταγραφεί 2.200 κρούσματα και 3 θάνατοι (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2018).

1.6 Ανεπιθύμητες ενέργειες και κίνδυνοι

Ως φαρμακευτικά σκευάσματα τα εμβόλια και πιθανόν να προκαλέσουν αντιδράσεις στον οργανισμό μετά τη χορήγησή τους. Οποιαδήποτε ιατρική εκδήλωση εμφανιστεί μετά τον εμβολιασμό, χαρακτηρίζεται ως ανεπιθύμητη ενέργεια από το εμβόλιο, είτε αυτή όντως σχετίζεται με το εμβόλιο, είτε όχι (WHO 2013, σ.19).

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες μετά τον εμβολιασμό διαβαθμίζονται από ήπιες έως σοβαρές και από συχνές έως σπάνιες. Ταξινομούνται επίσης ως εξής: αντιδράσεις στο εμβόλιο (σχετιζόμενες με το προϊόν, σχετιζόμενες με την ποιότητα του προϊόντος, σχετιζόμενες με λανθασμένο προϊόν), εκδηλώσεις άγχους που σχετίζονται με τον εμβολιασμό και τυχαίες εκδηλώσεις (WHO 2013, σ.19).

Συνήθεις ανεπιθύμητες ενέργειες μετά τη χορήγηση του εμβολίου περιλαμβάνουν μία προσωρινή, τοπική ή γενικευμένη αντίδραση του οργανισμού σε ένα συγκεκριμένο εμβόλιο (π.χ. λεμφαδενοπάθεια, τοπικές αντιδράσεις). Δευτερευόντως και σπανίως μπορεί να εμφανιστούν επιπλοκές μετά τον εμβολιασμό. Αυτές αφορούν μία υπερβολική ή παθολογική αντίδραση του οργανισμού, με τα χαρακτηριστικά της μετα-εμβολιαστικής νόσου, η οποία σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να οδηγήσει σε μόνιμη βλάβη, απειλή για τη ζωή ή ακόμη και θάνατο (π.χ. πυρετός >39°C, θρομβοπενία). Τέλος, σπανιότερες είναι οι επιπλοκές που σχετίζονται με το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ) όπως εγκεφαλοπάθεια, παραλυτική πολυομυελίτιδα, εγκεφαλίτιδα, μηνιγγίτιδα, Σύνδρομο Guillain-Barre, εμπύρετοι (ή μη) σπασμοί (Sienkiewicz et al., 2012).

Οι νευρολογικές επιπλοκές, σύμφωνα με τους Sienkiewicz et al. (2012), διακρίνονται σε δύο κατηγορίες ανάλογα με τα χαρακτηριστικά τους. Στην πρώτη κατηγορία εντάσσονται οι λεγόμενες ήπιες και ασήμαντες επιπλοκές που εμφανίζονται έως και για 48 ώρες από τον εμβολιασμό και υποχωρούν χωρίς να αφήσουν μόνιμες βλάβες (π.χ. κλάμα, υπερδιέγερση, πυρετός). Ενώ στη δεύτερη κατηγορία ανήκουν οι μείζονες επιπλοκές που διαρκούν για περισσότερες από 48 ώρες μετά τον εμβολιασμό και μπορούν να είναι το αποτέλεσμα μίας μόνιμης νευρολογικής βλάβης (π.χ. εγκεφαλίτιδα, αυτισμός).

Οι επιπλοκές που σχετίζονται με το ΚΝΣ, είναι αυτές που προκαλούν το μεγαλύτερο κύμα αντιδράσεων των πολιτών σχετικά με την ασφάλεια των εμβολίων. Κατά καιρούς στη δημοσιότητα εμφανίζονται αναφορές σε σοβαρά προβλήματα που προκλήθηκαν σε παιδιά μετά από εμβολιασμό. Κάποιες από αυτές τις αναφορές εμφανίζονται ως αποτελέσματα επιστημονικών ερευνών. Ως τέτοια έχουν αυξημένες πιθανότητες να γίνουν αποδεκτές από το ευρύ κοινό.

Ο αυτισμός για παράδειγμα, που χαρακτηρίζεται ως μία δυσεξήγητη νευροαναπτυξιακή διαταραχή, συνδέθηκε στο παρελθόν με το τριπλό εμβόλιο ιλαράς – ερυθράς – παρωτίτιδας (MMR). Αφορμή αποτέλεσε μία φερόμενη ως μελέτη παρατήρησης του Άγγλου ιατρού Andrew Wakefield (1998) και δώδεκα συνεργατών του που δημοσιεύτηκε στο έγκριτο ιατρικό περιοδικό “Lancet” σύμφωνα με την οποία υποστήριζαν ότι το εμβόλιο MMR προδιέθετε για αυτισμό, αναπτυξιακές διαταραχές και φλεγμονώδη νόσο του εντέρου στα παιδιά. Παρόλο που ο αριθμός των συμμετεχόντων ήταν πολύ μικρός (12) το άρθρο έλαβε μεγάλη δημοσιότητα και τα ποσοστά εμβολιασμού με το MMR μειώθηκαν σημαντικά καθώς οι γονείς ανησυχούσαν για τον κίνδυνο εμφάνισης αυτισμού στα παιδιά τους (DeStefano & Chen, 1999). Ακολούθησαν αρκετές επιδημιολογικές μελέτες από διεθνείς οργανισμούς (Αμερικάνικη Παιδιατρική Εταιρεία, CDC, Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας κ.ά.) και όλες αποφάνθηκαν ότι δεν υπάρχει καμία σύνδεση του αυτισμού με το εμβόλιο MMR (Dales et al., 2001; Taylor et al., 1999). Για το λόγο αυτό, η συντακτική ομάδα του “Lancet” εξέδωσε επίσημη επιστολή συγγνώμης προς την επιστημονική κοινότητα (Horton, 2004). Το Φεβρουάριο του 2010 το άρθρο αποσύρθηκε πλήρως αφού αποδείχθηκε παραποίηση δεδομένων, επιλεκτική δειγματοληψία, πολλαπλή σύγκρουση συμφερόντων και καταστρατήγηση κανόνων ερευνητικής δεοντολογίας και ακεραιότητας (Eggertson, 2010).

Σε μία παρόμοια πρόσφατη έρευνα που δημοσιεύτηκε στο *Jama Pediatrics* (Zerbo et al., 2017) τον Ιανουάριο του 2017 οι συγγραφείς θέλησαν να μελετήσουν εάν υπάρχει συσχέτιση του εμβολιασμού της κυοφορούσας μητέρας με την εμφάνιση αυτισμού στο παιδί που θα φέρει στον κόσμο. Στην έρευνα συμμετείχαν περισσότερα από 196.000 παιδιά, 3.103 εκ των οποίων εμφάνιζαν Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος και των οποίων οι μητέρες είχαν εμβολιαστεί κατά της γρίπης στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης τους. Η έρευνα δεν μπόρεσε να αποδείξει τη σύνδεση μεταξύ αυτισμού και εμβολιασμού και οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι πρόκειται για

τυχαίο εύρημα. Βλέπουμε λοιπόν και μέσω αυτής της πρόσφατης μελέτης δεν αναδεικνύεται συσχέτιση του εμβολιασμού με την εμφάνιση διαταραχών αυτιστικού φάσματος.

Κεφάλαιο 2: Αντι-εμβολιαστικά Κινήματα

Η αρχή των αντιεμβολιαστικών κινήματων σχεδόν συμπίπτει χρονικά με την έναρξη των υποχρεωτικών εμβολιασμών. Έτσι, κατά το δεύτερο μισό του 19^{ου} αιώνα σημειώνονται οι πρώτες αντιδράσεις για το εμβόλιο της ευλογιάς στην Αγγλία και την Αμερική και συγκεκριμένα διαμάχες για την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των εμβολίων καθώς και για τη χρήση συντηρητικών που περιείχαν υδράργυρο. Ωστόσο, όπως γράφει ο ιστορικός Martin Kaufman (1967) σχετικά με τα κινήματα του 19^{ου} και 20^{ου} αιώνα στην Αμερική: *«Η πρόοδος στην ιατρική επιστήμη και η μεγάλη αποδοχή της σημαντικότητας της δημόσιας υγείας από την κοινωνία και τις κυβερνήσεις οδήγησε τους αντι-εμβολιαστές σε παρακμή και τα κινήματα σε κατάρρευση»*.

Ειδικότερα: Στο Ηνωμένο Βασίλειο το εμβολιαστικό κίνημα του 1840 παρείχε δωρεάν εμβόλια για την ευλογιά σε άτομα χαμηλού οικονομικού επιπέδου. Όσοι όμως γονείς αντιστέκονταν ή αγνοούσαν τον εμβολιασμό κατέβαλαν πρόστιμο ή οδηγούνταν στη φυλακή (Porter & Porter, 1988). Μετά το τέλος του 1853 ωστόσο, παράλληλα με την ψήφιση του νόμου για τον υποχρεωτικό εμβολιασμό άρχισαν να εμφανίζονται αντιδράσεις. Την ίδια χρονιά ιδρύεται το Αντι-Εμβολιαστικό Κίνημα στο Λονδίνο το οποίο αποτελεί τον κύριο πυρήνα των αντιπάλων των εμβολίων (Porter & Porter, 1988). Το 1867 ψηφίζεται νέος νόμος ο οποίος καθιστά υποχρεωτικό τον εμβολιασμό των παιδιών κάτω των 14 ετών. Ο ίδιος νόμος προέβλεπε οικονομική επιβράβευση στους γιατρούς που πετύχαιναν υψηλά ποσοστά εμβολιασμού. Επιπλέον, εφαρμόστηκαν συνεχείς και σωρευτικές κυρώσεις, έτσι ώστε ένας γονέας που δεν είχε εμβολιάσει το παιδί του θεωρούνταν ένοχος και του επιβάλλονταν ποινή που αυξανόταν κάθε φορά. Ως αποτέλεσμα της ψήφισης αυτού του νόμου, η επιχειρηματολογία του αντιεμβολιαστικού κινήματος διαφοροποιείται και η αντιπαράθεση γίνεται με όρους παραβίασης της προσωπικής ελευθερίας και του δικαιώματος για επιλογή (Porter & Porter, 1988).

Τις δεκαετίες 1870 και 1880 στην Αγγλία, εκδίδεται και δημοσιεύεται μεγάλος αριθμός βιβλίων, άρθρων, περιοδικών που τάσσονταν κατά των εμβολιασμών, όπως “Anti-Vaccinator” (1869), “Vaccination Inquirer” (1879), “National Anti-Compulsory Vaccination Reporter” (1879) (Porter & Porter, 1988). Αντι-εμβολιαστική δραστηριότητα εμφανίζεται και στην Αμερική κατά τα τέλη του 19^{ου} αιώνα όταν ο εκτεταμένος εμβολιασμός προκάλεσε επιδημίες ευλογιάς. Ως αποτέλεσμα το εμβόλιο έγινε στόχος σχολιασμού και αντιδράσεων και η πολιτεία προσπάθησε να επαναπροσδιορίσει τους υπάρχοντες νόμους για τον εμβολιασμό και να δημιουργήσει νέους. Στο πλαίσιο αυτό δημιουργήθηκαν νέα αντι-εμβολιαστικά κινήματα (Kaufman, 1967).

Μετά από πιέσεις του αντι-εμβολιαστικού κινήματος, το Ηνωμένο Βασίλειο κατήργησε τις ποινές για όσους γονείς δεν εμβολίαζαν τα παιδιά τους. Οι γονείς που πίστευαν ότι ο εμβολιασμός δεν είναι ασφαλής ή αποδοτικός μπορούσαν να αρνηθούν να εμβολιάσουν τα παιδιά τους με σχετική ενυπόγραφη δήλωση (certificate of exemption). Με αυτό τον τρόπο στην Αγγλική νομοθεσία εισάγεται η έννοια του «αντιρρησία συνείδησης» (Williamson, 1984).

Στα τέλη του 20^{ου} αιώνα έχουμε επανεμφάνιση των κινήματων κατά των εμβολιασμών. Οι αντιρρήσεις όμως τώρα συνδέονται με προβληματισμούς για ευρύτερα θέματα, όπως η συγκάλυψη των κινδύνων από επαγγελματίες υγείας, η γραφειοκρατία που ρύθμιζε την ανατροφή των παιδιών και τέλος η εξαρτώμενη από το κέρδος, βιομηχανία φαρμάκων (Leask et al., 2006).

Ο Blume (2006) ωστόσο σε σχετική μελέτη του υποστηρίζει ότι η επανεμφάνιση των κινήματων φαίνεται να συνδέεται τουλάχιστον εν μέρει με τη δημοσίευση του άρθρου του Wakefield για τους υποτιθέμενους κινδύνους από το εμβόλιο ιλαράς – ερυθράς – παρωτίτιδας (MMR) και τις αμφισβητήσεις που πυροδότησε ως προς την ασφάλεια των εμβολίων. Τις τελευταίες δεκαετίες, τα συστατικά των εμβολίων δεύτερης γενιάς είναι αυτά που απασχολούν περισσότερο τα αντι-εμβολιαστικά κινήματα και ειδικότερα η ύπαρξη θειομερσάλης (thimerosal) η οποία χαρακτηρίζεται από τοξικές και αλλεργικές ιδιότητες. Θειομερσάλη υπάρχει στα εξής εμβόλια: ιλαράς –ερυθράς – παρωτίτιδας, ηπατίτιδας Β, διφθερίτιδας – τετάνου, διφθερίτιδας – τετάνου – κοκκύτη και τη συναντάμε με τη μορφή της οργανικής ένωσης *sodium-salt thimerosal* (CDC, 2015).

Οι ανησυχίες για τους κινδύνους από συστατικά εμβολίων και συγκεκριμένα τη θειομερσάλη ενισχύονται καθώς μελέτη των Geier & Geier (2004) απέδειξε ότι τα αυξημένα ποσοστά θειομερσάλης στα εμβόλια σχετίζονται με τον αυτισμό στα παιδιά. Μεγαλύτερη συσχέτιση (>50%) υπάρχει με το εμβόλιο ιλαράς - ερυθράς - παρωτίτιδας (MMR). Βλέπουμε εδώ ότι ενώ το αντι-εμβολιαστικό κίνημα ξεκίνησε με υποτιθέμενα στοιχεία, πλέον στα εμβόλια δεύτερης γενιάς έχουν βάση οι αντιρρήσεις καθώς μελέτες συνδέουν τη θειομερσάλη με παρουσίαση ανεπιθύμητων ενεργειών.

Η διάδοση της χρήσης του διαδικτύου και των μέσων κοινωνικής δικτύωσης προσέφερε νέα μέσα στο αντιεμβολιαστικό κίνημα (Blume, 2006). Οι Zimmerman et al. (2005) αναφέρουν ότι οι αντι-εμβολιαστικές ιστοσελίδες αυξάνονται με την πάροδο των ετών. Το 2000 υπήρχαν 22 ιστότοποι κατά του εμβολιασμού ενώ το 2004 έφτασαν τους 78. Στην ίδια μελέτη, σχετικά με το περιεχόμενο των πληροφοριών που παραθέτουν οι ιστοσελίδες κατά των εμβολίων στο πεδίο των ηθικών ισχυρισμών αναφέρονται τα εξής: οι πληροφορίες για την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των εμβολίων είναι εσφαλμένες, οι κίνδυνοι και οι πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες από τον εμβολιασμό συγκαλύπτονται σε ποσοστό 76%, η ελευθερία των πολιτών παραβιάζεται αφαιρώντας το δικαίωμα της επιλογής από τους γονείς σε ποσοστό 70%, υπάρχει σύγκρουση συμφερόντων μεταξύ γιατρών, φαρμακοβιομηχανιών και της πολιτείας (66%), η υποχρεωτικότητα των εμβολίων παραβιάζει τα δικαιώματα των γονέων στο 63% των ερωτηθέντων, σχεδόν οι μισοί από τους ερωτηθέντες (46%) θεωρούν ο εμβολιασμός αποτελεί ένα ανήθικο επιχείρημα πρώτον γιατί οι μελέτες των εμβολίων γίνονται σε κύτταρα που προέρχονται από αμβλώσεις και δεύτερον γιατί ο καθολικός εμβολιασμός είναι μία ωφελμιστική προσέγγιση που θυσιάζει τους λίγους για το όφελος των πολλών και τέλος των 33% των ιστοσελίδων στηρίζουν ότι οι κυβερνήσεις καλύπτουν τους γιατρούς και τις βιομηχανίες από την ευθύνη της βλάβης από τον εμβολιασμό (Zimmerman et al., 2005, σ.1070). Επίσης σε μία άλλη μελέτη για την ακεραιότητα των ισχυρισμών των ιστοσελίδων που επικρίνουν τους εμβολιασμούς αποκαλύπτει ότι υπάρχουν αρκετά «κατασκευάσματα και διαστρεβλώσεις» και υποπαρουσίαση δεδομένων από έγκριτα ιατρικά περιοδικά (Friedlander, 2001).

Στην Ελλάδα σε μελέτη των Παναγιωτόπουλου και συν (2013) που είχε ως στόχο την εκτίμηση της κατάστασης εμβολιασμού στην Ελλάδα και δείγμα 1.046

παιδιά ηλικίας 6 ετών και 1.004 γονείς, μία από τις παραμέτρους που διερευνήθηκαν ήταν και οι αντιλήψεις των γονέων για παράγοντες που επηρεάζουν τον εμβολιασμό. Περίπου οι μισοί από τους γονείς του δείγματος θεωρούσαν ότι δεν είναι σωστά ενημερωμένοι για τους εμβολιασμούς ενώ 1 στους 3 δήλωσαν ότι η στάση τους για τα εμβόλια έγινε πιο επιφυλακτική μετά τις αμφισβητήσεις για το εμβόλιο της πανδημικής γρίπης του 2009. Σε αντίστοιχη έρευνα που έγινε το 2012 (Maltezu et al.) και αφορούσε την άρνηση των γονέων για εμβολιασμό ρωτήθηκαν σχετικά 201 παιδίατροι. Το 90% του δείγματος των παιδιάτρων που συμμετείχαν στη μελέτη ανέφεραν ότι είχαν αντιμετωπίσει τουλάχιστον μία περίπτωση γονικής άρνησης εμβολιασμού στο παρελθόν. Με βάση την παραπάνω έρευνα φαίνεται ότι οι παιδίατροι αντιμετώπισαν κατά μέσο όρο 10,5 υποθέσεις αρνήσεων εμβολιασμού ανά 1000 εμβολιασμούς. Το εμβόλιο για τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV) ήταν το εμβόλιο το οποίο αρνήθηκαν οι περισσότεροι γονείς, ακολουθούμενο από το εμβόλιο MMR. «Ο φόβος για τις δυσμενείς επιπτώσεις» ήταν η πιο συχνή αιτία άρνησης του εμβολιασμού (83,8%), ακολουθούμενη από την «Χρήση της εναλλακτικής ιατρικής» (46,4%) και την «Κατά του εμβολιασμού θεωρία απέναντι σε όλα τα εμβόλια» (45,3%). Το διαδίκτυο ήταν η πιο συχνή πηγή πληροφόρησης των γονέων που αρνήθηκαν τον εμβολιασμό. Από τους 201 παιδίατρους περισσότεροι από τους μισούς δήλωσαν ότι «ο παιδικός εμβολιασμός θα πρέπει να είναι υποχρεωτικός πριν την εισαγωγή των παιδιών στο νηπιαγωγείο», ενώ μόλις 28 δήλωσαν ότι «Οι γονείς έχουν το δικαίωμα να αρνηθούν τον εμβολιασμό των παιδιών τους» (Maltezu et al., 2012).

Σε έρευνα που έγινε στο γενικό πληθυσμό σε 67 χώρες στον κόσμο οι Larson et al. (2016) αναφέρουν ότι το υψηλότερο ποσοστό αρνητικής αξιολόγησης της σημαντικότητας, ασφάλειας και αποτελεσματικότητας των εμβολίων εμφανίζεται στην Ευρώπη (15,8%). Η Γαλλία εμφανίζεται ως η πιο «καχύποπτη» χώρα με ποσοστό 41%, στην Ελλάδα το αντίστοιχο ποσοστό είναι 25%.

2.1 Επιχειρήματα αντι-εμβολιαστικών κινήματων

Παρά τη συχνή αναφορά στο αντι-εμβολιαστικό κίνημα, δεν υπάρχει συμφωνία για το αν οι κινηματικές αυτές δράσεις πληρούν τα κριτήρια και χαρακτηριστικά ενός κοινωνικού κινήματος. Η διερεύνηση του αν οι δράσεις αυτές αποτελούν ή όχι κοινωνικό κίνημα είναι εκτός των στόχων της παρούσας

διπλωματικής. Ωστόσο, παρουσιάζει πρακτικό και πολιτικό ενδιαφέρον και θα πρέπει να μελετηθεί. Σε κάθε περίπτωση όμως αναγνωρίζονται κοινά ιδεολογικά χαρακτηριστικά στις διάφορες κινηματικές ομάδες στόχος των περισσότερων εκ των οποίων φαίνεται να είναι: η ενημέρωση του κοινού σχετικά με τους εμβολιασμούς, η διασφάλιση της ελευθερίας και της ενημερωμένης επιλογής, η παροχή υποστήριξης στους γονείς ανεξάρτητα από την επιλογή που θα κάνουν, η ενημέρωση σχετικά με τις εναλλακτικές επιλογές και η παράθεση πληροφοριών σχετικά με τους εμβολιασμούς σε οποιοδήποτε ενδιαφέρεται (Blume, 2006).

Τα επιχειρήματα που προβάλλονται από τους αντι-εμβολιαστές είναι διαφόρων ειδών προσωπικά, κοινωνικά, θρησκευτικά, φιλοσοφικά κ.ά. Ως γενικές τάσεις όμως φαίνεται ότι τα αντιεμβολιαστικά επιχειρήματα επικεντρώνονται σε προσωπικές εμπειρίες και βιώματα, σε ζητήματα που σχετίζονται με την ασφάλεια των εμβολίων και τη διατάραξη του φυσικού τρόπου ζωής και στον περιορισμό της ελευθερίας των γονέων να αποφασίσουν για το καλύτερο συμφέρον των παιδιών τους από οικονομικά και άλλα συμφέροντα. Προσωπικές εμπειρίες και βιώματα (π.χ. ασθένειες και άλλες παρενέργειες που προκλήθηκαν από εμβολιασμούς ή βιώματα διάκρισης εξαιτίας της ιδεολογικής θέσης ενάντια στα εμβόλια) είναι εκείνα που προβάλλονται συχνότερα από τους αντι-εμβολιαστές (Davies et al., 2002, σ.24).

Μία άλλη ομάδα επιχειρημάτων επικεντρώνεται σε ζητήματα ασφάλειας των εμβολίων και στην προσλαμβανόμενη ως διατάραξη του φυσικού τρόπου ζωής. Στο πλαίσιο αυτό οι παιδικές ασθένειες θεωρούνται ως μέρος της φυσιολογικής ανάπτυξης του παιδιού και αποτελούν απαραίτητα αναπτυξιακά ορόσημα ενώ παράλληλα δημιουργούν φυσική ανοσία. «Επιστροφή στη φύση», εναλλακτικές θεραπείες (λ.χ. ομοιοπαθητική) και ο φυσικός τρόπος ζωής είναι οι λύσεις που προτείνονται για την πρόληψη των ασθενειών. Το επιχείρημα περί της «επιστροφής στη φύση» αφορά ένα επιχείρημα τρόπου ζωής μέσα στην κοινωνία σύμφωνα με τον οποίο, οι γονείς επιλέγοντας έναν πιο «πρωτόγονο» τρόπο ζωής θεωρούν ότι ο εμβολιασμός προσθέτει χημικά ή φάρμακα στον οργανισμό του παιδιού τους κάτι το οποίο αντιβαίνει σε μία υγιεινή καθημερινότητα (NHS, 2016). Με βάση τη λογική αυτών των επιχειρημάτων οι γονείς που αρνούνται τον εμβολιασμό πράττουν υπεύθυνα, με αγάπη και σύμφωνα με τις γονεϊκές τους υποχρεώσεις εξασφαλίζοντας έτσι το βέλτιστο συμφέρον των παιδιών τους (Davies et al., 2002, σ.23). Ουσιαστικά

όμως, αυτό που πετυχαίνουν οι γονείς είναι να αυξάνουν τον κίνδυνο το παιδί τους να νοσήσει από σοβαρές ή και θανατηφόρες ασθένειες.

Μία άλλη γραμμή επιχειρηματολογίας συμπεριλαμβάνει τον υποχρεωτικό εμβολιασμό σε μια ευρύτερη ‘συνωμοσία’ καταστρατήγησης της ατομικής ελευθερίας και άσκησης κυβερνητικού ελέγχου. Η προώθηση των εμβολίων θεωρείται ως μέρος μιας συμμαχίας του κέρδους που κινητοποιείται με σκοπό το χρηματικό όφελος γιατρών, φαρμακευτικών εταιρειών, πολιτικών και ερευνητών. Σε αυτό το πλαίσιο υποστηρίζουν οι γονείς που αρνούνται τον εμβολιασμό οι μόνοι που είναι ικανοί να λάβουν ελεύθερη και ενημερωμένη απόφαση για τον εμβολιασμό ή όχι των παιδιών τους είναι οι ίδιοι (Davies et al., 2002, σ.23).

Στα παραπάνω όμως θα πρέπει να προστεθεί και η επίδραση που φαίνεται να έχει στην ανάπτυξη αντιεμβολιαστικών επιχειρημάτων και την πλημμελή ενημέρωση των γονέων το περιεχόμενο της σχέσης γιατρού-ασθενούς. Συχνά οι γιατροί δεν παρουσιάζονται πρόθυμοι να μιλήσουν με τους γονείς, να τους ενημερώσουν για τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των εμβολιασμών, να λύσουν τις απορίες τους και να καταρρίψουν τους μύθους περί εμβολιασμών επιδεινώνοντας έτσι φόβους και ανησυχίες (Davies et al., 2002, σ.23). Από τη μεριά μας να επισημάνουμε ότι ο παιδίατρος έχει ηθικό και νομικό καθήκον να ενημερώσει πλήρως τους γονείς για τα οφέλη και τους κινδύνους του εμβολιασμού, να εκφράσει την επιστημονικά τεκμηριωμένη αποψη του και να αφουγκραστεί τους προβληματισμούς των γονέων με σκοπό να τους δώσει τα κατάλληλα εφόδια για να αποφασίσουν εάν θα εμβολιάσουν το παιδί τους. Το παλαιό πρότυπο στη σχέση γιατρού και ασθενούς, το λεγόμενο «πατερναλιστικό» πρότυπο, σύμφωνα με το οποίο ο ασθενής ανέθετε τις αποφάσεις στον ιατρό του χωρίς να γνωρίζει ποιο είδος θεραπείας θα ακολουθηθεί, έχει εγκαταλειφθεί. Πλέον, κεντρική θέση στη σχέση γιατρού – ασθενούς έχει ο σεβασμός στην αυτονομία του ασθενούς και ο σχεδιασμός της θεραπευτικής παρέμβασης έπειτα από την κατάλληλη ενημέρωσή του.

Συνοψίζοντας θα μπορούσαμε να αναφέρουμε τα βασικά ερωτήματα αντιεμβολιαστών και πως θα μπορούσαμε να απαντήσουμε σε αυτά.

1. Τα εμβόλια περιέχουν τοξικές ουσίες όπως το αλουμίνιο και ο υδράργυρος

Τα πρόσθετα χημικά χρησιμοποιούνται τα εμβόλια (όπως και σε άλλα φάρμακα) προκειμένου να ενισχύσουν την ανοσολογική απάντηση και να μειώσουν τη δράση του ιού ή του βακτηρίου του εμβολίου. Στην καθημερινότητα αναπνέουμε,

τρώμε ή πίνουμε 30–50mg αλουμινίου δοσολογία είκοσι φορές πιο υψηλή από την περιεκτικότητα σε ένα εμβόλιο.

2. Τόσα πολλά εμβόλια μπορεί να υπερδιεγείρουν το ανοσοποιητικό σύστημα του παιδιού

Από τη στιγμή της γέννησής μας εκτιθέμεθα σε έναν μεγάλο αριθμό ιών και βακτηρίων. Το ανοσοποιητικό μας σύστημα είναι κατασκευασμένο ώστε να αναγνωρίζει και να αποδυναμώνει έναν μεγάλο αριθμό αυτών. Τα παιδιά εκτίθενται σε ένα μεγάλο ποσοστό περιβαλλοντικών αντιγονικών παραγόντων στην καθημερινή τους ζωή, ποσοστό πολύ μεγαλύτερο από τους ιούς και τα βακτήρια που περιέχονται στα εμβόλια σε αδρανοποιημένο μορφή.

3. Η φυσική ανοσία είναι καλύτερη

Πράγματι για κάποιους παθογόνους μικροοργανισμούς η φυσική ανοσία πιθανώς να διαρκεί περισσότερο από αυτή που προέρχεται από τον εμβολιασμό. Παρόλα αυτά ο κίνδυνος που συνδέεται με τη φυσική μόλυνση δεν μπορεί να συσχετιστεί με οποιοδήποτε κίνδυνο μπορεί να υπάρξει από τον εμβολιασμό.

4. Τα εμβόλια προκαλούν αυτοάνοσα νοσήματα, άσθμα και αλλεργίες

Αληθεύει ότι η νοσηρότητα του άσθματος, των αλλεργιών και των αυτοάνοσων νοσημάτων αυξάνεται στις αναπτυγμένες χώρες. Το φαινόμενο αυτό φαίνεται να βασίζεται στο περιβάλλον διαβίωσης μας και στην ανθεκτικότητα του σύγχρονου ανθρώπου στα αντιβιοτικά χωρίς όμως να υπάρχει σαφής συσχέτιση με τους εμβολιασμούς. Οι νέοι γονείς έχουν βέβαια τη δυνατότητα να θέσουν τα ερωτήματά τους στον θεράποντα ιατρό και να λάβουν μία σαφή και τεκμηριωμένη απάντηση σχετικά με τους κινδύνους των εμβολίων (Sarukhan, 2015).

2.2 Το φαινόμενο του λαθρεπιβάτη “free - riding”

Πρόσφατη βιβλιογραφία που μελετάει τα αντιεμβολιαστικά κινήματα και συμπεριφορές εισάγει ως έννοια το φαινόμενο του λαθρεπιβάτη “free-riding” (Ibuka et al., 2014). Το φαινόμενο του λαθρεπιβάτη μπορεί σε γενικές γραμμές να περιγραφεί ως εξής: ένας πληθυσμός που είναι κατάλληλα εμβολιασμένος για εξαιρετικά μολυσματικές ασθένειες, έχει θετικό αντίκτυπο σε όλα τα μέλη που ανήκουν στην κοινωνία αυτή τόσο εκείνα που είναι εμβολιασμένα όσο και εκείνα που

δεν είναι. Η διατήρηση όμως του κοινού καλού προϋποθέτει ότι όλοι όσοι μπορούν να εμβολιαστούν, θα εμβολιαστούν. Στο πλαίσιο όπως του αντιεμβολιαστικού κινήματος, κάποιοι αρνούνται να εμβολιαστούν οι ίδιοι και να εμβολιάσουν τα παιδιά τους αλλά για μη ιατρικούς λόγους. Η αύξηση όμως του αριθμού των ατόμων που δεν εμβολιάζονται για λόγους άλλους εκτός ιατρικών αντενδείξεων, επιδρά αρνητικά στο σύνολο του πληθυσμού τόσο του εμβολιασμένου όσο και του ανεμβολίαστου με αποτέλεσμα να διακυβεύεται τόσο η γενική όσο και η ατομική ευημερία και υγεία.

Στην οικονομική θεωρία, από όπου και ξεκίνησε, η συμπεριφορά του λαθρεπιβάτη εμφανίζεται στην αγορά των δημοσίων αγαθών που έχουν δύο βασικά χαρακτηριστικά τον μη-ανταγωνισμό και τον μη-αποκλεισμό της κατανάλωσης. Η μη-ανταγωνιστική κατανάλωση υποδηλώνει ότι η κατανάλωση ενός αγαθού από ένα άτομο δεν επηρεάζει τις ποσότητες που θα καταναλωθούν από άλλα άτομα. Τα αγαθά που περιλαμβάνουν τον μη-αποκλεισμό είναι δαπανηρά και αρκετές φορές είναι αδύνατο να περιοριστούν τα οφέλη τους σε ορισμένα άτομα. Η παραγωγή δημοσίων αγαθών έχει ως αποτέλεσμα θετικές εξωτερικές επιδράσεις. Ο εμβολιασμός έχει και τα δύο χαρακτηριστικά: μη-ανταγωνισμό και μη-αποκλεισμό και κατά συνέπεια τα αποτελέσματα της συλλογικής ανοσίας περιγράφονται ως θετικές εξωτερικές επιδράσεις (Ibuka et al., 2014).

Οι Ibuka και συν. (2014) προκειμένου να εξετάσουν τον τρόπο λήψης απόφασης για τον εμβολιασμό χρησιμοποίησαν ένα ηλεκτρονικό διαδραστικό παιχνίδι σε προσομοίωση λοίμωξης από τον ιό της γρίπης. Στόχος τους ήταν να καθορίσουν τα κίνητρα του 'λαθρεπιβάτη' καθώς και άλλους παράγοντες που συμβάλλουν στη λήψη αποφάσεων περί εμβολιασμού. Προσπάθησαν να εξετάσουν τον τρόπο με τον οποίο αποφασίζουν τα άτομα, σε συνάρτηση με τις αποφάσεις που λήφθηκαν από άλλους, ελέγχοντας αυτά τα αποτελέσματα με πειραματικές μεθόδους. Εξαιτίας της αβεβαιότητας ως προς το αποτέλεσμα, η απόφαση για εμβολιασμό εξαρτάται από περισσότερους παράγοντες, πέραν των οικονομικών, όπως η συνολική κατάσταση υγείας, οι ατομικές πεποιθήσεις, ψυχολογικοί παράγοντες όπως ο φόβος και η λύπη και άλλα. Αξίζει να αναφερθεί ότι σε αυτή τη μελέτη αναδείχθηκε η επικράτηση της συμπεριφοράς του λαθρεπιβάτη στην περίπτωση των εμβολιασμών. Συγκεκριμένα, η πιθανότητα ενός παίκτη να εμβολιαστεί μειώνεται κατά 19% όταν παρατηρούνται υψηλά ποσοστά εμβολιασμού του συνόλου. Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι οι μεμονωμένες αποφάσεις μπορούν να καθοδηγηθούν από το

κίνητρο του λαθρεπιβάτη, γεγονός που πρέπει να ληφθεί υπόψη από τους υπευθύνους χάραξης πολιτικών υγείας προκειμένου να επιτευχθεί το απαιτούμενο επίπεδο εμβολιασμού.

Το φαινόμενο του ‘λαθρεπιβάτη’, η άρνηση δηλαδή κάποιου να εμβολιαστεί επειδή άλλοι στην πληθυσμό είναι εμβολιασμένοι επιβεβαιώνεται εμπειρικά στις περιπτώσεις εμβολιασμού ενηλίκων, σε περιπτώσεις δηλαδή που κάποιος αποφασίζει ο ίδιος για τον εαυτό του (Ibuka et al., 2014). Επίκληση του επιχειρήματος της συλλογικής ανοσίας, του επιχειρήματος δηλαδή ότι δεν είναι απαραίτητο κάποιος να εμβολιαστεί για να προστατευθεί από μία ασθένεια εφόσον ο συλλογικός εμβολιασμός εμποδίζει την εξάπλωση της νόσου, γίνεται και από κάποιους γονείς που αρνούνται τον εμβολιασμό. Ωστόσο, τα εμπειρικά δεδομένα είναι ασαφή ως προς την επικράτηση του επιχειρήματος του ‘λαθρεπιβάτη’ μεταξύ των γονέων που αρνούνται τον εμβολιασμό των παιδιών τους ενώ παραπέρα σχετική έρευνα συσχετίζει αυτή τη στάση των γονέων με ελλείψεις στην επικοινωνία με το κοινό ως προς τα κοινωνικά οφέλη από τους εμβολιασμούς και τον επιπολασμό του φαινομένου του λαθρεπιβάτη μεταξύ των γονέων που αποφασίζουν για τον εμβολιασμό των παιδιών τους (Hendrix et al., 2014).

Αναφορικά ειδικότερα με το θέμα των παιδιατρικών εμβολιασμών η N. Berlinger (2006, σ.681) εισάγει δύο νέες έννοιες σχετικά με τη «μη συνέπεια» στους εμβολιασμούς: την έννοια του υπο-εμβολιασμού και την έννοια της αμέλειας ως προς την περίθαλψη για να υποδηλώσει καταστάσεις ανεπαρκούς εμβολιασμού που μπορούν να αποδυναμώσουν τη συλλογική ανοσία. Ως υπο-εμβολιασμός (undervaccination) αναφέρεται η κατάσταση στην οποία ένα παιδί είτε έχει παραλείψει κάποιες δόσεις εμβολίων είτε δεν έχει ολοκληρώσει το εμβολιαστικό σχήμα λόγω αδυναμίας πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας ή συχνών μετεγκαταστάσεων της οικογένειάς του. Η κατάσταση του υπο-εμβολιασμού είναι διαφορετική από την άρνηση εμβολιασμού αλλά αποτελεί σημαντικό πρόβλημα για τη δημόσια υγεία καθώς εξαιτίας της απειλείται εξίσου η συλλογική ανοσία. Η δεύτερη έννοια που προτείνεται από την Berlinger (2006, σ.682) είναι η έννοια της αμέλειας ως προς την περίθαλψη (medical neglect) με την οποία περιγράφεται η άρνηση των γονέων να εξασφαλίσουν επαρκή ιατρική περίθαλψη για το παιδί τους παρά το γεγονός ότι έχουν τη δυνατότητα να το κάνουν (Asser & Swan, 1998). Η

Αμερικάνικη Παιδιατρική Ακαδημία θεωρεί αυτή την κατάσταση ως μία μορφή παιδικής παραμέλησης (Ross & Aspinwall, 1997).

Είναι εύλογο ότι στο πλαίσιο δημοκρατικών και ελεύθερων κοινωνιών δεν νοούνται περιορισμοί στην έκφραση και εκδήλωση σκέψεων και δράσεων όπως των αντι-εμβολιαστικών κινημάτων ή πράξεων και στάσεων που παρουσιάζουν τα χαρακτηριστικά του ‘λαθρεπιβάτη’. Ωστόσο, με δεδομένο ότι σε μια περίοδο αυξημένου δισταγμού, αβεβαιότητας και αντιπαράθεσης ως προς την ασφάλεια και την υποχρεωτικότητα των παιδιατρικών εμβολίων, πολίτες των χωρών του λεγόμενου πρώτου κόσμου ή των λεγόμενων ανεπτυγμένων χωρών γίνονται μάρτυρες αναζωπύρωσης ασθενειών που μπορούν να προληφθούν μέσω των εμβολιασμών (Omer et al., 2006) μεγαλύτερη έμφαση θα έπρεπε να δοθεί στην ορθή, πλήρη και εύκολα κατανοητή ενημέρωση των γονέων ότι τα εμβόλια ενισχύουν τη συλλογική ανοσία και στοχεύουν μέσω της προαγωγής της δημόσιας υγείας στην πρόληψη των ασθενειών και τη διατήρηση και της ατομικής υγείας.

Αν και οι αντιδράσεις στον εμβολιασμό ξεκίνησαν ταυτόχρονα με τους εμβολιασμούς (Wolfe & Sharpe, 2002) στις μέρες μας έχουν καταστεί συχνό φαινόμενο που εκδηλώνεται σε κατά πρόσωπο συναντήσεις και ενισχύεται με τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης (Brunson, 2013 και Opel & Marcuse, 2013). Στο βαθμό όμως που ως φαρμακευτικές ουσίες, τα εμβόλια περνούν από ενδελεχείς ελέγχους καταλληλότητας πριν ξεκινήσει η διάθεσή τους στους πολίτες οφείλουμε χρησιμοποιώντας κάθε πρόσφορο μέσο να επικοινωνήσουμε αυτή την πραγματικότητα, να ενημερώσουμε με σαφήνεια και πληρότητα και να απαντήσουμε στους φόβους, τις ανησυχίες και τις αμφισβητήσεις του αντι-εμβολιαστικού κινήματος και των γονέων που αρνούνται τον εμβολιασμό των παιδιών τους.

Κεφάλαιο 3: Δημόσια Υγεία

Η απόφαση για να εμβολιαστεί ένα παιδί, δεν αφορά μόνο την υγεία του ίδιου του παιδιού. Κάθε άτομο που δεν έχει εμβολιαστεί, δυνητικά μπορεί να γίνει φορέας ενός λοιμογόνου παράγοντα και να τον μεταφέρει σε κάποιον συνάνθρωπό του. Στην περίπτωση των εμβολιασμών τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα αυτών αφορούν πολλά μέλη της κοινωνίας. Η ανοσία του ατόμου ενισχύει την ανοσία του συνόλου, παρομοίως η ανοσία του συνόλου προστατεύει την ανοσία του ατόμου.

Εάν τα ποσοστά εμβολιασμού μίας χώρας μειωθούν τότε αυξάνεται η πιθανότητα επανεμφάνισης μίας νόσου.

Σύμφωνα με τους Field και Caplan (2008, σ. 122), ο υποχρεωτικός εμβολιασμός εξασφαλίζει το κατώτατο όριο εμβολιασμένων ατόμων που απαιτούνται για να εξασφαλίσουμε συλλογική ανοσία². Η εξασφάλιση της συλλογικής ανοσίας μάλλον είναι και το σημαντικότερο όφελος που προκύπτει από τα υποχρεωτικά προγράμματα εμβολιασμών. Η δυνατότητα επίτευξης της συλλογικής ανοσίας αυξάνει τη σύγκρουση μεταξύ των ατομικών προτιμήσεων και των συμφερόντων της κοινωνίας από τη στιγμή που η άρνηση εμβολιασμού μπορεί να είναι απειλητική για την υγεία ενός μεγάλου αριθμού ατόμων που δεν έχουν τη δυνατότητα να εμβολιαστούν. Η ηθική της δημόσιας υγείας «παλεύει» με τη σύγκρουση ανάμεσα στην ατομική αυτονομία και την υποχρεωτικότητα των εμβολίων (Field & Caplan, 2008 σ. 123).

Επομένως, η απόφαση των γονέων για εμβολιασμό ή όχι του παιδιού τους, επηρεάζει άμεσα και τη δημόσια υγεία. Οι γονείς βρίσκονται αντιμέτωποι με αρκετά ερωτήματα των οποίων η λύση φαντάζει πολυσύνθετη. Εκ του περιεχομένου τους όμως αυτά τα ερωτήματα αναφέρονται σε ζητήματα δημόσιας υγείας και ειδικότερα σε ηθικά διλήμματα στο χώρο της δημόσιας υγείας.

Τα ηθικά διλήμματα που σχετίζονται με τη δημόσια υγεία δεν απασχόλησαν από την αρχή τη βιοηθική. Πολλοί πίστευαν ότι η δημόσια υγεία απαιτεί διαφορετική προσέγγιση από ό,τι η κλινική ιατρική εξάλλου η δημόσια υγεία αναφέρεται σε πληθυσμούς και δίνει έμφαση στην προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών, ενώ η κλινική ιατρική αναφέρεται στο άτομο και σε ζητήματα που

² Το όριο της συλλογικής ανοσίας για κάποιες επιλεγμένες ασθένειες αναφέρεται στο ποσοστό των ατόμων του πληθυσμού που έχουν ανοσία και μπορούν να αποτρέψουν τη νόσηση. Όσο πιο εύκολα μεταδιδόμενη είναι μία ασθένεια, τόσο πιο υψηλά είναι τα ποσοστά εμβολιασμού που απαιτούνται (Solet et al., 2013, σ.3). Στον πίνακα που ακολουθεί αναφέρονται τα ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης προκειμένου να διατηρηθεί η συλλογική ανοσία για κάθε ασθένεια ξεχωριστά.

Ασθένεια	Ποσοστό
Διφθερίτιδα	85%
Ιλαρά	83 – 94%
Παρωτίτιδα	75 – 86%
Κοκκύτης	92 – 94%
Πολιομυελίτιδα	80 – 86%
Ερυθρά	80 – 85%
Ανεμευλογιά	83 – 85%

σχετίζονται με τις ελευθερίες των πολιτών και την αυτονομία. Παρόλα αυτά, εξαιτίας της σημαντικότητας και των δύο πεδίων της επιστήμης που αφορούν την υγεία του ατόμου, εδώ και δεκάδες χρόνια έχει ξεκινήσει η συζήτηση για την ηθική στο πεδίο της δημόσιας υγείας με σκοπό την ανάπτυξη και αυτού του τομέα που ενώ δίνει έμφαση στους πληθυσμούς απώτερο στόχο έχει τη διασφάλιση της υγείας του ατόμου.

3.1 Ορισμός

Ο όρος «Δημόσια Υγεία» συναντάται με διαφορετικές περιγραφές στην βιβλιογραφία. Ιστορικά προκύπτει ότι πρώτος ο C.-E.A. Winslow (1920, σ.30) όρισε τη δημόσια υγεία ως την επιστήμη και την τέχνη της πρόληψης ασθενειών, της παράτασης της ζωής και της προαγωγής της φυσικής υγείας μέσα από οργανωμένες προσπάθειες εξυγίανσης του περιβάλλοντος, ελέγχου των λοιμωδών νοσημάτων, εκπαίδευσης του πληθυσμού στην ατομική υγιεινή, οργάνωσης των ιατρικών και νοσηλευτικών παρεχόμενων υπηρεσιών για την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία της νόσου, καθώς και ανάπτυξης κοινωνικού μηχανισμού που θα εξασφαλίσει σε όλους ένα επίπεδο διαβίωσης κατάλληλο για τη διατήρηση της υγείας και την επίτευξη της μακροζωίας.

Πολλές δεκαετίες αργότερα, ένας πιο συνοπτικός ορισμός για τη δημόσια υγεία προτείνεται από τον D. Acheson (Acheson, 1988) σύμφωνα με τον οποίο δημόσια υγεία είναι η επιστήμη και η τέχνη της πρόληψης των νοσημάτων, της παράτασης της ζωής και της προαγωγής της υγείας μέσα από τις οργανωμένες προσπάθειες της κοινωνίας. Σύμφωνα με το Αμερικάνικο Ινστιτούτο Ιατρικής (1988) στόχος της δημόσιας υγείας είναι η συλλογική εξασφάλιση συνθηκών τέτοιων ώστε οι άνθρωποι να είναι υγιείς.

Οι Childress και συν. (2002) υποστηρίζουν ότι η δημόσια υγεία ασχολείται πρωτίστως με την υγεία ολόκληρου του πληθυσμού, παρά με την υγεία του ατόμου. Τα χαρακτηριστικά της δίνουν έμφαση στην προαγωγή της υγείας και την πρόληψη νοσημάτων και αναπηριών, στη συλλογή και χρήση των επιδημιολογικών δεδομένων, στην επιτήρηση του πληθυσμού και σε άλλες μορφές εμπειρικής ποσοτικής εκτίμησης, στην αναγνώριση της πολυδιάστατης φύσης των προσδιοριστών της υγείας. Παράλληλα, η δημόσια υγεία δίνει έμφαση στις πολύπλοκες αλληλεπιδράσεις

διαφόρων παραγόντων – βιολογικών, συμπεριφορικών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών – με σκοπό την ανάπτυξη αποτελεσματικών παρεμβάσεων.

Στην Ελλάδα, το περιεχόμενο της δημόσιας υγείας ορίζεται στα άρθρα 1 και 2 του Νόμου 3370/2005 άρθρα 1 και 2 σύμφωνα με τα οποία:

Η δημόσια υγεία είναι επένδυση για τη διατήρηση και βελτίωση του ανθρώπινου κεφαλαίου της χώρας. Ως δημόσια υγεία ορίζεται το σύνολο των οργανωμένων δραστηριοτήτων της πολιτείας και της κοινωνίας, που είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες και αποβλέπουν στην πρόληψη νοσημάτων, στην προστασία και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Η δημόσια υγεία έχει χαρακτήρα πολυτομεακό, απευθύνεται κυρίως σε πληθυσμούς και κοινότητες και, ως έννοια, είναι ευρύτερη της υγιεινής και της πρόληψης ή της κοινωνικής ιατρικής ή της ιατρικής στη δημόσια υγεία. Η δημόσια υγεία περιλαμβάνει διατομεακές δραστηριότητες και ασκείται με διεπιστημονική μεθοδολογία και προσέγγιση. Η δημόσια υγεία είναι, πρωτίστως, άσκηση δημόσιας πολιτικής και γίνεται με την ευθύνη του κράτους (αρθ. 1 Ν. 3370/2005)

Στενά συνδεδεμένες με την έννοια της δημόσιας υγείας είναι οι έννοιες της ανάπτυξης και προαγωγής της υγείας, της εκτίμησης των επιπτώσεων στην υγεία διαφόρων πολιτικών και προγραμμάτων, της διαχείρισης του κινδύνου για την υγεία, της βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών και των συνθηκών διαβίωσης, καθώς και των προτεραιοτήτων για την υγεία. Στην ευρύτερη έννοια της δημόσιας υγείας περιλαμβάνονται, επίσης, ο σχεδιασμός και η αποτίμηση των υπηρεσιών υγείας, καθώς και η κοινωνικοοικονομική αξιολόγηση των υγειονομικών προγραμμάτων και παρεμβάσεων. Δράσεις που σχετίζονται με την κοινωνική φροντίδα και τις ειδικές ανάγκες ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού, που ζουν σε μειονεκτικές, κοινωνικά, συνθήκες, όπως η φτώχεια, η ανεργία, το γήρας, ο κοινωνικός αποκλεισμός, η απουσία εισοδήματος, και η προσπάθεια άμβλυνσης των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στην υγεία, περιέχονται στην ευρύτερη έννοια της δημόσιας υγείας (άρθ. 2 Ν. 3370/2005).

Όπως φαίνεται λοιπόν ο Έλληνας νομοθέτης υιοθετεί το περιεχόμενο των επιστημονικών ορισμών για το περιεχόμενο, την έννοια και τους σκοπούς και στόχους της δημόσιας υγείας.

3.2 Ηθική δικαιολόγηση της Δημόσιας Υγείας

Η ηθική της δημόσιας υγείας ασχολείται πρωτίστως με τα ηθικά θεμέλια και αιτιολογήσεις για τη δημόσια υγεία, με τις διάφορες ηθικές προκλήσεις που αναδύονται εξαιτίας των περιορισμένων πόρων για την προαγωγή της υγείας και με τις πραγματικές ή υποθετικές συγκρούσεις μεταξύ του συλλογικού οφέλους και της ατομικής ελευθερίας (Faden & Shebaya, 2015).

3.2.1 Υγεία και το δικαίωμα στην υγεία

Από το 1946 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει ότι υγεία είναι «η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας» (WHO, 2016). Στην κλίμακα της αναγκαιότητας και σημασιολογικής κατάταξης, μετά τη ζωή ακολουθεί η υγεία του ανθρώπου, καθώς η φυσική κατάσταση του ανθρώπου αποτελεί τη βάση και την προϋπόθεση της άσκησης πολλών συνταγματικών δικαιωμάτων. Αναγόμενη στην ίδια την υπόσταση του ανθρώπου, η υγεία νοείται ως φυσικό αγαθό και ως τέτοιο απειλείται από πολλαπλούς παράγοντες, στους οποίους συγκαταλέγονται φυσικοί λόγοι, αλλά και ανθρώπινες ενέργειες εκ μέρους τόσο των φορέων της εξουσίας όσο και των ιδιωτών. Επιπλέον, η υγεία αποτελεί προϋπόθεση της ανθρώπινης ευημερίας, της ελευθερίας και της αυτονομίας και σχετίζεται με την κοινωνική δικαιοσύνη. Για το λόγο αυτό, καθίσταται επιτακτική η προστασία του συγκεκριμένου αγαθού.

Το Ελληνικό Σύνταγμα κατοχυρώνει την υγεία όχι μόνο αντικειμενικά ως αγαθό, αλλά και υποκειμενικά, ως δικαίωμα κοινωνικό και ατομικό. Το κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία θεμελιώνεται στο άρθρο 21 παρ. 3 του Συντάγματος το οποίο ορίζει ότι: «Το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων». Κατά συνέπεια, στο πλαίσιο του Ελληνικού Συντάγματος, η προστασία της υγείας αποτελεί μέρος της κρατικής πρόνοιας και υποχρέωση της Ελληνικής πολιτείας. Προϋπόθεση του κοινωνικού δικαιώματος στην υγεία αποτελεί το αντίστοιχο ατομικό δικαίωμα στην υγεία το οποίο ρυθμίζεται στο άρθρο 7 παρ. 2 του Συντάγματος που ορίζει ότι: «τα βασανιστήρια, οποιαδήποτε σωματική κάκωση, βλάβη υγείας, ή άσκηση ψυχολογικής βίας, καθώς και κάθε άλλη προσβολή της ανθρώπινης αξιοπρέπειας απαγορεύονται και τιμωρούνται, όπως νόμος ορίζει» (Δαγτόγλου, 2012, σ.206). Το κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία έχει ως προϋπόθεση το

σεβασμό του αντίστοιχου ατομικού δικαιώματος χωρίς ωστόσο να το περιορίζει. Στο φορέα του δικαιώματος δίνεται η ευχέρεια να προβαίνει αλλά και να δέχεται τις αναγκαίες ενέργειες για την προστασία της υγείας του.

Η σημαντικότητα όμως της δημόσιας υγείας στο πλαίσιο του Συντάγματος αναδεικνύεται ιδιαίτερα στην ερμηνευτική δήλωση του άρθρου 5 του Συντάγματος το οποίο αναφέρεται στην απαγόρευση του περιορισμού της ελεύθερης κίνησης των πολιτών με διοικητικά μέτρα. Σύμφωνα με την παραπάνω ερμηνευτική δήλωση κατ' εξαίρεση και προκειμένου να προστατευτεί η δημόσια υγεία ή η υγεία ασθενών είναι δυνατόν να ληφθούν «ατομικά διοικητικά μέτρα που περιορίζουν σε οποιονδήποτε Έλληνα την ελεύθερη κίνηση ή εγκατάσταση στη Χώρα, καθώς και την ελεύθερη έξοδο και είσοδο σ' αυτήν» (ερμηνευτική δήλωση άρθρο 5 του Συντάγματος). Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη διάταξη επομένως, η ασθένεια ενός προσώπου αναγνωρίζεται ρητά ως παράγοντας που μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την υγεία άλλων προσώπων και της δημόσιας υγείας συνολικά. Επιπλέον, ο κίνδυνος υγείας άλλων προσώπων και της δημόσιας υγείας δικαιολογεί ειδική κυριαρχική σχέση μεταξύ πολιτών και κράτους, τέτοια που επιτρέπει αποκλίσεις ακόμη και από τη γενική απαγόρευση λήψης ατομικών διοικητικών μέτρων. Καθώς η προστασία της υγείας που απαιτεί ο πολίτης δεν ικανοποιείται μόνο με την οργάνωση υπηρεσιών υγείας, δηλαδή με μέτρα κοινωνικής πρόνοιας και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, αλλά και με την πρόληψη, δηλαδή την αποτροπή δημιουργίας επικίνδυνων καταστάσεων για την υγεία του, στο πλαίσιο του Συντάγματος περιλαμβάνεται η παραπάνω απόκλιση ως θεμιτός περιορισμός, πιθανώς με τη μορφή αναγκαστικής εξέτασης και θεραπείας, ακόμη και ενάντια στη βούληση του φορέα, κυρίως όταν πρόκειται για μεταδοτικά νοσήματα που μπορεί να προκαλέσουν επιδημία ή πανδημία και θεωρούνται κατά συνέπεια ότι αποτελούν προσβολή της δημόσιας υγείας. Η δημόσια υγεία επομένως στο πλαίσιο της Ελληνικής έννομης τάξης αν και ρητά νοείται ως η υγεία των φυσικών προσώπων συνολικά, ουσιαστικά εξαρτάται από την υγεία των επιμέρους μελών του κοινωνικού συνόλου.

Η φιλοδοξία για βελτίωση της υγείας των πληθυσμών υποδηλώνει το θετικό στόχο της δικαιοσύνης στη δημόσια υγεία. Η κοινωνική δικαιοσύνη κατά συνέπεια είναι θεμελιώδης για τη δημόσια υγεία. Επιπλέον, η μείωση και καταπολέμηση των συνθηκών που επηρεάζουν ιστορικά τις κοινωνικές ομάδες που βρίσκονται σε δυσμενή θέση αποτελεί έναν ακόμη στόχο για την ευημερία του πληθυσμού. Αυτό

αφορά κυρίως τα παιδιά τα οποία αντιμετωπίζουν προκλήσεις υγείας· ιδιαίτερα στα πρώιμα στάδια της σωματικής και πνευματικής τους ανάπτυξης, που τα καθιστούν ευάλωτα στον υποσιτισμό και τις μολυσματικές ασθένειες ενώ στο στάδιο της εφηβείας σε προβλήματα σεξουαλικής, αναπαραγωγικής και ψυχικής υγείας (OHCHR, 2008, σ.14). Πιο συγκεκριμένα, οι περισσότεροι θάνατοι κατά τη βρεφική και παιδική ηλικία αποδίδονται κυρίως σε οξείες αναπνευστικές λοιμώξεις, διάρροια, ιλαρά, ελονοσία και υποσιτισμό ή σε συνδυασμό αυτών (OHCHR, 2008, σ.14).

Οι κυβερνήσεις και οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να αντιμετωπίζουν όλα τα παιδιά και τους εφήβους χωρίς διακρίσεις. Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να δίνουν ιδιαίτερη προσοχή στις ανάγκες και τα δικαιώματα των συγκεκριμένων ομάδων, όπως π.χ. σε παιδιά μειονοτικών πληθυσμών, παιδιά διαζευγμένων γονιών, νεαρά κορίτσια, εφήβους που σε πολλές περιπτώσεις δεν έχουν ελεύθερη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Η θέσπιση αποτελεσματικών προγραμμάτων πρόληψης πρέπει να διασφαλίζει την ισότιμη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και επιστημονική πληροφόρηση (OHCHR, 2008, σ.14).

3.2.2 Ωφελισμός

Μία άποψη της ηθικής της δημόσιας υγείας αφορά την ηθική θεμελίωση της δημόσιας υγείας ως μέσου για τη μεγιστοποίηση της ευημερίας και ως εκ τούτου της υγείας ως συστατικού της ευημερίας (Faden & Shebaya, 2015). Σύμφωνα με τον Levy (1998, σ.191) το ωφελμιστικό στοιχείο που χαρακτηρίζει τη δημόσια υγεία φαίνεται να προκρίνεται έναντι άλλων αξιών. Οι αξίες της ηθικής της δημόσιας υγείας φαίνεται να διαφέρουν από εκείνες της κλινικής ιατρικής. Οι δράσεις της δημόσιας υγείας είναι ηθικά αποδεκτές όταν τείνουν να μεγιστοποιούν την ευτυχία για το μεγαλύτερο αριθμό ατόμων.

Η προσέγγιση που φαίνεται να επικρατεί στην ηθική της δημόσιας υγείας τοποθετείται κάπου ανάμεσα στην υιοθέτηση και την απόρριψη της ωφελμιστικής θεωρίας. Η προσέγγιση αυτή βασίζεται στη διατήρηση της αρχής της ωφέλειας και στην απόρριψη της ωφελμιστικής θεωρίας καθώς μπορεί να θεμελιώσει ολόκληρο το πεδίο της ηθικής της δημόσιας υγείας μόνο στην μεμονωμένη αρχή της ωφέλειας. Αυστηρά μιλώντας, αυτή η προσέγγιση είναι ισοδύναμη με την απόρριψη της θεωρίας του ωφελισμού καθώς η μεγιστοποίηση μόνο της ωφέλειας δεν υποστηρίζεται. Η αρχή της ωφέλειας ουσιαστικά χάνει την ιδιότητα της θεμελιώδους

και πρωταρχικής αρχής στη θεωρία αυτή και τοποθετείται σε αντίστοιχο επίπεδο με άλλες αρχές όπως η ισότητα, η δικαιοσύνη, η αυτονομία κ.ά. που πρέπει επίσης να ληφθούν υπόψη κατά τη διάρκεια του ηθικού προβληματισμού (Bellefleur & Keeling, 2016, σ.8).

Έτσι, μία άλλη μορφή της αρχής της ωφέλειας βρίσκεται σε πολλά πλαίσια ηθικής της δημόσιας υγείας. Συχνά αναφέρεται ως αρχή της αναλογικότητας των κινδύνων, του κόστους, των επιβαρύνσεων και των οφελών. Μερικές φορές τα χαρακτηριστικά της χωρίζονται σε διάφορες αρχές (λ.χ. αρχή της αποτελεσματικότητας ή της αποδοτικότητας) αλλά πάντα συνοδεύεται από άλλες αρχές που μπορούν να περιορίσουν την εφαρμογή και τη συνάφειά της κατά την αξιολόγηση συγκεκριμένων περιπτώσεων (Bellefleur & Keeling, 2016, σ.8).

Στόχος της αρχής της ωφέλειας είναι η μεγιστοποίηση της ωφέλειας του συνόλου και όχι μόνο εκείνων που προτιμούνται από ένα άτομο ή μία κοινωνική ομάδα. Τα σημαντικότερα ηθικά προβλήματα στη δημόσια υγεία εντοπίζονται στη σύγκρουση μεταξύ των ατομικών δικαιωμάτων και των συμφερόντων του κοινωνικού συνόλου. Σύμφωνα με κάποιους, ο ωφελιμισμός, ιδιαίτερα όταν εφαρμόζεται σε κοινωνικές και πολιτικές αποφάσεις, μπορεί να θεωρηθεί ως ηθική θεωρία που αντιμετωπίζει τα άτομα δίκαια λαμβάνοντας υπόψη την ωφέλεια του καθενός και διατηρώντας τη σε μία αυστηρά ισότιμη βάση. Κατά άλλους, η μεγιστοποίηση της ωφέλειας πιθανόν να συγκρούεται με άλλες αξίες, όπως η κοινωνική δικαιοσύνη. Ο Beauchamp (1976) αναφέρει ότι η δημόσια υγεία ασχολείται εγγενώς με την κοινωνική δικαιοσύνη (Bellefleur & Keeling, 2016, σ.3).

Από τη σκοπιά αυτή, η ηθική της δημόσιας υγείας χαρακτηρίζει την ηθική θεμελίωση της δημόσιας υγείας ως κοινωνικής δικαιοσύνης. Ενώ η εξισορρόπηση των ατομικών ελευθεριών με την προαγωγή των κοινωνικών αγαθών είναι ένα πεδίο προβληματισμού, είναι ενσωματωμένη με την ευρύτερη υποχρέωση για τη διασφάλιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου υγείας για όλους και τον περιορισμό των ανισοτήτων. Γίνεται αντιληπτό ότι, η ηθική της δημόσιας υγείας θέτει σημαντικούς ηθικούς προβληματισμούς σε ευρύτερα ζητήματα όπως η κοινωνική δικαιοσύνη, η φτώχεια κ.ά. (Faden & Shebaya, 2015).

3.2.3 Συλλογική δράση

Ένα βασικό ερώτημα που σχετίζεται με την ηθική της δημόσιας υγείας είναι «Τίνος υποχρέωση είναι η εξασφάλιση του δικαιώματος στην υγεία;». Αναλύοντας παραπάνω την έννοια της υγείας ως αγαθό αλλά και ως δικαίωμα με διττή υπόσταση, η απάντηση που δίνουμε σε αυτό το ερώτημα είναι ότι η εξασφάλιση του δικαιώματος στην υγεία αφορά τόσο το κράτος όσο και το άτομο. Από τη μία μεριά, οι κυβερνήσεις οφείλουν να παρέχουν δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στους πολίτες, να χαράσσουν πολιτικές εξάλειψης των κοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν αρνητικά την υγεία και να μειώνουν τις ανισότητες στην υγεία φροντίζοντας να έχουν όλοι ίση πρόσβαση. Από την άλλη μεριά, το άτομο ως μέλος μίας κοινωνίας, οφείλει με τη συμπεριφορά του να μη βλάψει την υγεία των συνανθρώπων του και να προσπαθεί να συμβάλλει στη διατήρηση της συλλογικής υγείας σε υψηλά επίπεδα (Faden & Shebaya, 2015). Υπό την οπτική αυτή, η υγεία αποτελεί δημόσιο αγαθό, η επιδίωξη του οποίου δεν είναι εφικτή χωρίς βασικούς κανόνες για συλλογική δράση και σχεδόν καθολική συμμετοχή. Έτσι, η δημόσια υγεία θεωρείται ότι έχει τη δομή ενός προβλήματος συντονισμού ή συλλογικής αποδοτικότητας (Faden & Shebaya, 2015). Μπορούμε κατά συνέπεια να υποθέσουμε ότι αν κάποιο μέρος του πληθυσμού παραμένει ανεμβολίαστο αυτό μπορεί να επιφέρει δυσμενείς συνέπειες και στην υγεία άλλων ομάδων στον πληθυσμό και ιδιαίτερα των ευπαθών ομάδων.

Η θεμελίωση της δημόσιας υγείας ως φαινομένου συλλογικής δράσης προϋποθέτει ότι ο καθένας ατομικά συμμορφώνεται και ακολουθεί τους κανονισμούς δημόσιας υγείας διότι, ελλείψει της συμμετοχής του, ούτε ο ίδιος ούτε οποιοσδήποτε άλλος μπορεί να αποκομίσει το όφελος μιας υγιούς κοινωνίας. Από την άλλη μεριά, σε πολλά ζητήματα δημόσιας υγείας, ο αποτελεσματικός τρόπος εφαρμογής μίας πολιτικής επηρεάζει ολόκληρο τον πληθυσμό, αφήνοντας καθόλου ή απειροελάχιστες δυνατότητες άρνησης συνεργασίας από μεμονωμένα άτομα. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα της φθορίωσης του νερού. Σε αυτή την περίπτωση οι πιθανότητες μη συμμόρφωσης είναι ελάχιστες (OHCHR, 2008, σ.14).

Η αιτιολόγηση της υγείας ως συλλογικής δράσης θεμελιώνεται σε επιχειρήματα που λαμβάνουν υπόψη και αφορούν τον τεράστιο αριθμό και την τεχνική πολυπλοκότητα των αποφάσεων που πρέπει να ληφθούν με σκοπό την προστασία της υγείας και του περιβάλλοντος. Τα επιχειρήματα αυτά σχετίζονται

περιατέρω με άλλα επιχειρήματα αναφορικά με τους γνωστικούς περιορισμούς και τον περιορισμό της λήψης αποφάσεων των ατόμων. Επιπλέον, η πολιτική εξουσία σε συνδυασμό με τα εταιρικά συμφέροντα χρησιμοποιούν πρακτικές για να χειραγωγήσουν και να εκμεταλλευτούν τις γνωστικές αδυναμίες του πληθυσμού ενάντια στα συμφέροντα της υγείας του (Faden & Shebaya, 2015).

Η νοηματοδότηση της δημόσιας υγείας ως συλλογικής δράσης αποτυπώνεται χαρακτηριστικά στον ορισμό που προτείνεται από τους Beaglehole και συν (2004, σ.2084). Για τους Beaglehole και συν (2004) οι αλλαγές που έχουν συμβεί στη δημόσια υγεία δεν αποτυπώνονται στους υφιστάμενους ορισμούς οι οποίοι τείνουν να εστιάζουν στην έννοια του δημόσιου συμφέροντος και στους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας. Αντίθετα υποστηρίζουν ο ορισμός της δημόσιας υγείας οφείλει να υπογραμμίζει χαρακτηριστικά γνωρίσματα των σύγχρονων πρακτικών της δημόσιας υγείας, όπως οι δράσεις και οι καινοτομίες που απαιτούν συλλογική δράση, η βιωσιμότητα, οι στόχοι για τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και ο περιορισμός των ανισοτήτων. Έτσι προτείνουν τον παρακάτω ορισμό: «δημόσια υγεία είναι η συλλογική δράση για αειφόρο ανάπτυξη της υγείας του πληθυσμού» Beaglehole και συν. (2004, σ.2084) με βάση τον οποίο μεταξύ άλλων μπορεί να αποτιμηθεί καλύτερα και η σημασία της αντίδρασης ή συμμόρφωσης των πολιτών στις πολιτικές δημόσιας υγείας.

Οι αντιδράσεις των πολιτών είναι ιδιαίτερα σημαντικές για τη χάραξη και την εφαρμογή πολιτικών δημόσιας υγείας ιδιαίτερα σε περιπτώσεις στις οποίες η συλλογική συμμετοχή αποτελεί προϋπόθεση για την επίτευξη συγκεκριμένου στόχου όπως η συλλογική ανοσία. Ανεπαρκής αποδοχή των μέτρων και συμμετοχή των πολιτών στην εφαρμογή τους περιορίζει τα αναμενόμενα αποτελέσματα δράσεων δημόσιας υγείας. Σε τέτοιες περιπτώσεις αναδύεται ο προβληματισμός είτε της εγκατάλειψης του επιθυμητού δημόσιου αγαθού είτε της εύρεσης τρόπου να πεισθούν οι πολίτες για ικανοποιητική συνεργασία (Siegal et al., 2009).

3.2.4 Κοινωνική Δικαιοσύνη

Στο πεδίο της εφαρμογής της δημόσιας υγείας εντάσσεται και ο εντοπισμός των ανισοτήτων στην υγεία, ιεράρχησή τους και η αντίστοιχη προτεραιοποίηση των πολιτικών δημόσιας υγείας προκειμένου να πληρωθούν οι απαιτήσεις κοινωνικής δικαιοσύνης η οποία όπως αναφέρθηκε αποτελεί βασικό στόχο της δημόσιας υγείας.

Υπό το πρίσμα αυτό οι Powers και Faden (2006, σ. 15) υποστηρίζουν ότι η κοινωνική δικαιοσύνη αφορά την ανθρώπινη ευημερία, που περιλαμβάνει πολλαπλές και μη αναστρέψιμες διαστάσεις καθεμία από τις οποίες αντιπροσωπεύει κάτι ανεξαρτήτως ηθικής σημασίας. Οι διαστάσεις της ανθρώπινης ευημερίας που αποτελούν κριτήριο για την αξιολόγηση των απαιτήσεων της κοινωνικής δικαιοσύνης στο πλαίσιο της δημόσιας υγείας είναι οι εξής: η υγεία, η προσωπική ασφάλεια, η λογική, ο σεβασμός, οι δεσμοί και η αυτοδιάθεση. Αυτές οι διαστάσεις είναι αλληλεπικαλυπτόμενες και αλληλοσυνδεόμενες, κατά συνέπεια η μία επηρεάζει την άλλη. Οι διαστάσεις αυτές είναι που χαρακτηρίζουν την αξιοπρεπή ζωή του ατόμου. Η κοινωνική δικαιοσύνη προϋποθέτει ότι η πολιτική ηγεσία εξασφαλίζει ένα ικανοποιητικό επίπεδο της κάθε διάστασης για το κάθε άτομο. Αρκετές φορές η αδυναμία επίτευξης ικανοποιητικού επιπέδου σε μία διάσταση οδηγεί και τις υπόλοιπες διαστάσεις σε υποβιβασμό με αποτέλεσμα να δημιουργούνται ανισότητες. Η δέσμευση για κοινωνική δικαιοσύνη απαιτεί ειδική μέριμνα για τις ομάδες που υπόκεινται συνεχώς σε διακρίσεις και μειονεκτούν εν γένει. Αναφορικά με τα ζητήματα δημόσιας υγείας δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι οι κίνδυνοι για την υγεία εντοπίζονται συχνά στα άτομα με χαμηλή κοινωνική θέση και επιδεινώνονται σε σχέση με τις πολλαπλές διαστάσεις της ευημερίας. Κατά συνέπεια τα ευάλωτα άτομα πλήττονται συχνότερα σε σχέση με τα μέλη άλλων κοινωνικών τάξεων και άρα απαιτείται ιδιαίτερη μέριμνα για αυτά (Powers & Faden, 2006 σ.15).

Ειδικότερα για τα παιδιά οι Powers και Faden (2006) υποστηρίζουν ότι η κοινωνική δικαιοσύνη απαιτεί, στο μέτρο του δυνατού, όλα τα παιδιά να απολαμβάνουν ένα ικανοποιητικό επίπεδο υγείας. Οι ανισότητες στην υγεία των παιδιών, εγείρουν ηθικούς προβληματισμούς που προκύπτουν από το γεγονός ότι η υγεία των παιδιών εξαρτάται από αποφάσεις και πράξεις άλλων καθώς και από τα χαρακτηριστικά της κοινωνίας στην οποία ζουν και στα οποία τα παιδιά δεν έχουν έλεγχο. Επιπροσθέτως, οι συνθήκες διαβίωσης κατά την παιδική ηλικία επηρεάζουν το επίπεδο ευζωίας στην εφηβεία συμπεριλαμβανομένης και της ανάπτυξης γνωστικών δεξιοτήτων απαραίτητων στην επίτευξη του αυτοκαθορισμού. Στο βαθμό λοιπόν που η υγεία των παιδιών και των εφήβων εξαρτάται από ενέργειες άλλων που γίνονται για λογαριασμό τους, η ευθύνη της κοινωνίας και της πολιτείας αλλά και η ηθική υποχρέωσή τους είναι επαυξημένες.

Οι Powers και Faden (2006, σ. 15) διατυπώνουν ότι η κοινωνική δικαιοσύνη αφορά την ανθρώπινη ευημερία, που περιλαμβάνει πολλαπλές και μη αναστρέψιμες διαστάσεις καθεμία από τις οποίες αντιπροσωπεύει κάτι ανεξαρτήτως ηθικής σημασίας. Οι διαστάσεις της ανθρώπινης ευημερίας που αποτελούν κριτήριο για την αξιολόγηση των απαιτήσεων της κοινωνικής δικαιοσύνης στο πλαίσιο της δημόσιας υγείας είναι οι εξής: η υγεία, η προσωπική ασφάλεια, η λογική, ο σεβασμός, οι δεσμοί και η αυτοδιάθεση. Αυτές οι διαστάσεις είναι αλληλεπικαλυπτόμενες και αλληλοσυνδεόμενες, κατά συνέπεια η μία επηρεάζει την άλλη. Οι διαστάσεις αυτές είναι που χαρακτηρίζουν την αξιοπρεπή ζωή του ατόμου. Η κοινωνική δικαιοσύνη προϋποθέτει η πολιτική ηγεσία να εξασφαλίζει ένα ικανοποιητικό επίπεδο της κάθε διάστασης για το κάθε άτομο. Αρκετές φορές η αδυναμία επίτευξης ικανοποιητικού επιπέδου σε μία διάσταση οδηγεί και τις υπόλοιπες διαστάσεις σε υποβιβασμό με αποτέλεσμα να δημιουργούνται ανισότητες. Η δέσμευση για κοινωνική δικαιοσύνη απαιτεί την ειδική μέριμνα των ομάδων που υπόκεινται συνεχώς σε διακρίσεις και μειονεκτούν εν γένει. Αναφορικά με τα ζητήματα δημόσιας υγείας δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι οι κίνδυνοι για την υγεία εντοπίζονται συχνά στα άτομα με χαμηλή κοινωνική θέση και επιδεινώνονται σε σχέση με τις πολλαπλές διαστάσεις της ευημερίας. Κατά συνέπεια τα ευάλωτα άτομα πλήττονται συχνότερα σε σχέση με τα μέλη άλλων κοινωνικών τάξεων (Powers & Faden, 2006 σ.15).

3.2.5 Πατερναλισμός

Στο ευρύτερο πεδίο της δημόσιας υγείας αναδύεται το ζήτημα του πατερναλισμού, το οποίο συνυφαίνεται κυρίως με τις κυβερνητικές δράσεις και με την ανάπτυξη κατάλληλου νομικού ρυθμιστικού πλαισίου, που θα ρυθμίζει ζητήματα συγκρούσεων μεταξύ ατόμων και συλλογικών συμφερόντων υγείας. Σύμφωνα με τους Childress και συν. (2002), αναφορικά με την ηθική δικαιολόγηση πατερναλιστικών παρεμβάσεων στη δημόσια υγεία, οι παράγοντες δικαιολόγησης περιλαμβάνουν τη φύση της παρέμβασης, το βαθμό που καταπατεί τις θεμελιώδεις αξίες του ατόμου, το μέγεθος του κινδύνου για το άτομο κ.ο.κ.

Η δημόσια υγεία περήφανα προωθεί την υποστήριξη της αυτονομίας προκειμένου να προφυλάξει και να προάγει την υγεία. Υπάρχει μία ειδοποιός διαφορά μεταξύ του ελέγχου των ατόμων που φέρουν μία ασθένεια και του ελέγχου των ατόμων που έχουν μία συμπεριφορά. Ενώ οι χώρες αναπτύσσονται οικονομικά ο

τομέας της δημόσιας υγείας φαίνεται να μην αναπτύσσεται τόσο και να εμφανίζονται αυξημένα ποσοστά στη θνησιμότητα και τη θνητότητα. Αυτή η διαφορά που αναδεικνύεται έχει σημαντικές προεκτάσεις και βάζει υπό σκέψη όλους μας γύρω από τη δημόσια υγεία και τις παρεμβάσεις που πρέπει να γίνουν τόσο σε ηθικό όσο και σε επιστημονικό επίπεδο (Buchanan, 2008, σ.16).

Σε ένα άρθρο του 1993 με τίτλο “Actual Causes of Death in the United States” (McGinnis & Foege, σ.2207) οι συγγραφείς εξηγούν ότι παρόλο που οι άνθρωποι πεθαίνουν από έμφραγμα του μυοκαρδίου ή καρκίνο, οι πραγματικές αιτίες θανάτου είναι ο τρόπος ζωής, το κάπνισμα, η κακή διατροφή, η έλλειψη άσκησης, η αυξημένη χρήση αλκοόλ κ.ά. Εφόσον αυτές τα ποσοστά της θνησιμότητας και της θνητότητας έχουν αυξηθεί οι επιστήμονες που ασχολούνται με τη δημόσια υγεία παρουσιάζουν επιχειρήματα που στηρίζονται σε ηθική επιχειρηματολογία προκειμένου ο πληθυσμός να τροποποιήσει τις μη υγιεινές συνήθειες ζωής. Παραδείγματα τέτοιου είδους είναι οι παρεμβάσεις που αφορούν τη χρήση ζώνης ασφαλείας στο αυτοκίνητο ή τη χρήση κράνους στη μηχανή ή ο αντικαπνιστικός νόμος (Buchanan, 2008, σ.16).

Στο πλαίσιο των πατερναλιστικών παρεμβάσεων το συμπέρασμα που προκύπτει και στηρίζει ότι, περιορίζεται η αυτονομία του ατόμου με σκοπό την προώθηση της υγείας του πληθυσμού είναι σε μεγάλο βαθμό λανθασμένο τόσο ηθικά όσο και εμπειρικά. Σε εμπειρική βάση δεν υπάρχει αμφιβολία ότι τα άτομα που έχουν το μεγαλύτερο ποσοστό αυτονομίας στον εαυτό τους απολαμβάνουν και καλύτερη ποιότητα ζωής. Αντιθέτως, τα άτομα με τη μικρότερη αυτονομία στην υγεία τους, τον τρόπο ζωής τους, την εργασία τους έχουν χαμηλότερο επίπεδο υγείας (Jones, 2010, σ.49). Το συμπέρασμα που προκύπτει είναι ότι για να προαχθεί υγεία του πληθυσμού, η δημόσια υγεία θα πρέπει να επικεντρωθεί στην εξεύρεση τρόπων για την επέκταση της αυτονομίας του ατόμου χωρίς τον περιορισμό αυτής (Buchanan, 2008, σ.17). Σε ηθική βάση πολλές φιλοσοφικές θεωρίες αναγνωρίζουν την αυτονομία ως καθοριστικό συστατικό στοιχείο στην ανθρώπινη ευημερία και ως τη θεμελιώδη προϋπόθεση για ηθική ικανοποίηση. Στα έργα των Immanuel Kant και John Rawls η αυτονομία αποτελεί τον κρίσιμο σύνδεσμο μεταξύ των αρχών της δικαιοσύνης και της έννοιας της ελευθερίας και της ισότητας των ανθρώπων. Η αυτονομία είναι η απαραίτητη προϋπόθεση που επιτρέπει στα έλλογα όντα να σχηματίζουν ελεύθερη και ορθολογική άποψη απέναντι στη δημόσια αρχή της δικαιοσύνης (Buchanan, 2008, σ.17).

3.2.6 Αρχή της βλάβης

Η επόμενη αιτιολόγηση της ηθικής της δημόσιας υγείας αποτελεί η αρχή της βλάβης. Ο J.S. Mill στο δοκίμιό του *Περί Ελευθερίας* (1859) αναφέρεται στην αρχή της βλάβης, την οποία χαρακτηρίζει ως τη μόνη δικαιολογία για παρεμβολή στην ελευθερία ενός ατόμου, ενάντια στη θέλησή του. Σύμφωνα με το Mill, ο μόνος λόγος για τον οποίο επιτρέπεται τέτοιου είδους παρέμβαση είναι προκειμένου να αποφευχθεί η βλάβη στους άλλους. Η αρχή της βλάβης χρησιμοποιείται ιδίως για να δικαιολογήσει διάφορες παρεμβάσεις ελέγχου μολυσματικών ασθενειών ενώ στις δημοκρατικές κοινωνίες αποτελεί την πλέον επιτακτική αιτιολόγηση των πολιτικών δημόσιας υγείας που παρεμβαίνουν στην ατομική ελευθερία.

Στα ζητήματα της δημόσιας υγείας δεν μπορούμε να αναφερόμαστε σε απλή άρνηση συμμετοχής καθώς η άρνηση αυτή συναντά πολλαπλούς αποδέκτες (μέλη της κοινωνίας, ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, οικονομικοί πόροι του κράτους κ.ά.) που συνήθως επηρεάζονται αρνητικά. Έτσι ο Mill θεωρεί ότι κατά τη διαμόρφωση των πολιτικών δημόσιας υγείας όλα τα συμφέροντα της ελευθερίας δεν απολαμβάνουν ίσο τεκμήριο οφέλους. Ο Mill διακρίνει συμφέροντα που είναι τόσο σημαντικά ώστε να μην επηρεάζονται από την κρατική παρέμβαση, συμφέροντα που απολαμβάνουν τεκμήριο υπέρ της ελευθερίας και συμφέροντα που δεν καλύπτονται από αυτό το τεκμήριο. Εντούτοις, το σημαντικό στη θεωρία του είναι ότι ο καθένας αντιλαμβάνεται την ελευθερία καλύτερα προς το δικό του βέλτιστο συμφέρον. Θέλοντας να αποτυπώσουμε τη θέση μας σε σχέση με την ηθική δικαιολόγηση της δημόσιας υγείας και ειδικότερα των εμβολιασμών, θεωρούμε το ζήτημα των εμβολιασμών άξιο συλλογικής δράσης. Στην περίπτωση των εμβολιασμών η συλλογική δράση είναι απαραίτητη για την επίτευξη της συλλογικής ανοσίας. Από τη στιγμή που θα επιτευχθεί αυτή η ανοσία, τα πλεονεκτήματα από τη μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας είναι ορατά σε όλους. Ωστόσο, όσοι αρνούνται τον εμβολιασμό είναι καλυμμένοι εξαιτίας του εμβολιασμού των συμπολιτών τους. Οι ανεμβολίαστοι πολίτες ως εκ τούτου είναι προστατευμένοι (από τη συλλογική ανοσία) με μηδενικό κόστος (χορήγηση φαρμάκου και πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες). Εάν ένας μεγάλος αριθμός ατόμων αποφεύγει τον εμβολιασμό, θα υπάρξει ανεπαρκής συλλογική ανοσία και εμφάνιση επιδημιών.

Τα δημόσια αγαθά δημιουργούνται και διατηρούνται ως αποτέλεσμα μίας επιτυχούς συντονισμένης δράσης και είναι εξ ορισμού μη εξαιρέσιμα

(nonexcludable). Αυτό σημαίνει ότι οποιοσδήποτε μπορεί να απολαύσει τα οφέλη ενός δημοσίου αγαθού (συλλογική ανοσία, καθαρό περιβάλλον κ.ά.) ακόμη και κάποιος που δεν «θυσιάσε» τα προσωπικά του συμφέροντα για το συλλογικό συμφέρον. Εντούτοις, εάν αρκετά άτομα αποτυγχάνουν να συνεισφέρουν στα δημόσια αγαθά, τα αγαθά απειλούνται. Ελλείψει επαρκούς ελέγχου ή παρέμβασης, η ύπαρξη και η ποιότητα αυτών των δημοσίων αγαθών τίθεται σε κίνδυνο. Στις συζητήσεις για τα δημόσια αγαθά, η πρόκληση για τις κυβερνήσεις είναι η παρακίνηση των πολιτών να συμβάλλουν είτε ενεργώντας, είτε ασκώντας αυτοσυγκράτηση.

Το βασικό ερώτημα όμως που προκύπτει είναι αν και πότε πρέπει να χρησιμοποιηθεί κάποιου είδους εξαναγκασμός προς συμμόρφωση σε μια θεωρούμενη συλλογική υποχρέωση. Η επίτευξη ενός συλλογικού στόχου στον τομέα της υγείας αποτελεί μία ιδιαίτερη πρόκληση καθώς άπτεται απαιτητικών ζητημάτων όπως είναι η προστασία των ατομικών δικαιωμάτων, η κατανομή των κοινωνικών πόρων, η ορθή και πλήρης ενημέρωση για τα επιστημονικά δεδομένα κλπ και απαιτεί νομικό, πολιτικό και κοινωνικό σχεδιασμό που θα σέβεται την αυτονομία του ατόμου και παράλληλα θα ενισχύει το συλλογικό συμφέρον.

Ο εμβολιασμός είναι η κλασσική απεικόνιση του παράδοξου της συλλογικής δράσης. Οι περισσότεροι άνθρωποι σήμερα δεν έχουν ανάμνηση ενός παιδιού που πεθαίνει από ασφυξία λόγω οξείας διφθερίτιδας, ούτε εκτίμηση των σοβαρών νευρολογικών επιπτώσεων της ιλαράς, αλλά πολλοί έχουν συζητήσει τους πιθανούς κινδύνους που σχετίζονται με τον εμβολιασμό. Σε αυτές τις περιπτώσεις, τείνουν να υποτιμούν την πραγματική αξία του εμβολιασμού και είναι πιο σύνηθες να αποφασίζουν να παραμένουν απροστάτευτοι. Μία επιτυχημένη προσπάθεια συλλογικής δράσης χαρακτηρίζεται από αυτοδιάθεση. Ως εκ τούτου, αναμένονται διακυμάνσεις στα άτομα που θα συμμετέχουν. Η ανάγκη παρέμβασης προκύπτει όταν η διαρροή είναι μεγάλη, μειώνοντας το ποσοστό εμβολιασμού κάτω από το επιθυμητό για τη συλλογική ανοσία.

Θεωρούμε ότι είναι ηθική υποχρέωση του γονέα απέναντι στα μέλη της κοινότητας, στην οποία ανήκει και ο ίδιος, και περισσότερο στα αδύναμα μέλη της να τα προστατέψει με τον συνεπή εμβολιασμό των παιδιών του. Εάν κάποιος γονέας δεν αντιλαμβάνεται το καθήκον για τη διατήρηση και την προαγωγή της υγείας του

πληθυσμού, τότε ίσως η πολιτεία θα πρέπει να πράξει ή έστω να λάβει αποφάσεις υπέρ της κοινωνίας και των ειδικών πληθυσμιακών ομάδων.

Κεφάλαιο 4: Ηθική και παιδί

Ο προβληματισμός και τα διλήμματα που προκύπτουν από τις εφαρμογές της βιοτεχνολογίας παραμένουν, επαναδιατυπώνονται και κατά το δυνατόν επιλύονται, τόσο μέσω της επιστημονικής γνώσης, του νομοθετικού πλαισίου, των δεοντολογικών αρχών αλλά και της βιοηθικής. Η πρόοδος των βιο-επιστημών παρουσιάζει τη δυνατότητα να επηρεάσει τα ανθρώπινα δικαιώματα και γιαυτό και η βιοηθική δίνει ιδιαίτερη βαρύτητα σε αυτά. Αν όμως αυτό ισχύει για τους ενήλικες, τι ισχύει στην περίπτωση των παιδιών; Εκδηλώνεται ίσως κάποιο ιδιαίτερο ενδιαφέρον ή προκλήσεις για τη βιοηθική στην περίπτωση των παιδιών; Όπως για τους ενήλικες, έτσι και για τα παιδιά δημιουργούνται προκλήσεις από τη σκοπιά της βιοηθικής. Αφενός, οι νέες τεχνολογίες και τα ιατρικά επιτεύγματα μπορεί να ενέχουν κινδύνους για την υγεία του παιδιού και έτσι δημιουργούνται νέα διλήμματα που απαιτούν λύσεις. Αφετέρου, λόγω της έμφασης που δίνεται από τους ανθρώπους για την προστασία των δικαιωμάτων του παιδιού, αναζωπυρώνονται παλαιότερα προβλήματα βιοηθικής λαμβάνοντας μεγαλύτερες διαστάσεις. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι και αυτό της δυσπιστίας στους παιδιατρικούς εμβολιασμούς.

Ως παιδί νοείται το πρόσωπο εκείνο του οποίου η ανάπτυξη εξελίσσεται. Εξαιτίας αυτού, τα ενήλικα πρόσωπα έχουν ειδικές υποχρεώσεις προς τα παιδιά, όπως καθήκοντα φροντίδας, διατροφής, εκπαίδευσης κ.ά. Τα καθήκοντα αυτά πολλές φορές ασκούνται από τους γονείς ή τους ενήλικες που ασκούν τη γονική μέριμνα, με πατερναλιστικό τρόπο ανεξαρτήτως εάν τα παιδιά συναινούν ή όχι στη μόρφωση, την πειθαρχία, την εκπαίδευση κ.τ.τ. (Τσινόρεμα, 2018, σ. 98). Ο πατερναλισμός ως όρος στην ηθική και πολιτική φιλοσοφία έχει αποδυναμωθεί καθώς θεωρείται ότι η βούληση ενός ανθρώπου υπάγεται στη βούληση κάποιου άλλου ο οποίος δρά για το καλό του (Τσινόρεμα, 2018, σ. 99).

Στη σχέση μεταξύ γονέα – παιδιού δεν εγείρονται ηθικά προβλήματα καθώς το να μεταχειρίζεται κάποιος ένα παιδί ως παιδί αποτελεί τη μεταχείριση που του αρμόζει λόγω της ανωριμότητας, της ευαλωτότητας και της αδυναμίας του παιδιού να ικανοποιήσει τα συμφέροντά του (Τσινόρεμα, 2018, σ. 100-1). Η σχέση αυτή δεν

είναι αμοιβαία καθώς αναφερόμαστε σε πρόσωπα που είναι ενήλικες και σε πρόσωπα που είναι παιδιά. Πρόκειται για ασύμμετρη σχέση που θέτει τα παιδιά υπό την αυθεντία των ενηλίκων. Οι ενήλικες έχουν στάση καθοδήγησης και εποπτείας αντί γι' αυτήν της ισότιμης μεταχείρισης. Τα παιδιά ενώ έχουν ίσα δικαιώματα με τους ενήλικες για την προαγωγή των συμφερόντων τους, δεν έχουν τη δυνατότητα να αποφασίζουν για οτιδήποτε επηρεάζει τα συμφέροντά τους (Τσινόρεμα, 2018, σ. 103). Για παράδειγμα, δεν έχουν το δικαίωμα να μην πάνε σχολείο ή να εμβολιασθούν εάν οι γονείς τους δεν είναι σύμφωνοι. Αν και είναι φορείς δικαιωμάτων, τα παιδιά δεν είναι πλήρως φορείς υποχρεώσεων/καθηκόντων. Οι ενήλικες έχουν σαφείς ηθικές υποχρεώσεις απέναντι στα παιδιά ενώ το αντίστροφο, δεν ισχύει. Τα παιδιά πρόκειται να ωριμάσουν και να γίνουν ελεύθερα πρόσωπα. Αυτό αποτελεί και τη βάση για τη θεώρηση και την αποδοχή της αυθεντίας των ενηλίκων για το καλό των παιδιών (Τσινόρεμα, 2018, σ. 104).

Ένα ερώτημα που προκύπτει από το πατερναλιστικό αυτό μοντέλο είναι “Πότε οφείλουν οι γονείς να αποφασίζουν για το καλό των παιδιών τους και πότε πρέπει να υποχωρούν;” (Τσινόρεμα (2018, σ. 103). Το βέλτιστο συμφέρον των παιδιών αποτελεί την προτεινόμενη βάση για τη λήψη αποφάσεων που αφορούν τα παιδιά. Τέτοιες αποφάσεις είναι και εκείνες που αφορούν θέματα υγείας οι οποίες επιπλέον είναι πιθανόν να έχουν μεγάλο αντίκτυπο τόσο στον παρόντα χρόνο όσο και μελλοντικά στη ζωή του παιδιού, όπως ο εμβολιασμός στην παιδική ηλικία (Elliston, 2007, σ. 1).

Οι αυξανόμενες ανάγκες προστασίας των παιδιών κατά την ανωριμότητα έχουν επηρεάσει τη σύνταξη νομοθετικών κειμένων αλλά και διεθνών διακηρύξεων ή συστάσεων από έγκριτες επιτροπές. Την ίδια ώρα, τα δικαιώματα των γονέων να αποφασίζουν για την ανατροφή των παιδιών τους καθώς και των παιδιών να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων έχουν ενισχυθεί (Elliston, 2007, σ. 1).

Στην περίπτωση της λήψης απόφασης για μία πράξη προληπτικής ιατρικής (του εμβολιασμού) ποιά είναι η θέση του παιδιού που δεν είναι ικανό να αποφασίσει για τον εαυτό του; Η πλειονότητα των αποφάσεων λαμβάνεται από τους γονείς σε συνδυασμό με τους επαγγελματίες υγείας. Όταν οι άνθρωποι λαμβάνουν αποφάσεις για λογαριασμό κάποιου άλλου, αυτή η δύναμη (της λήψης αποφάσεων) δεν πρέπει να ισχύει άνευ περιορισμού, θα πρέπει να υπάρχει μία ανεξάρτητη επίβλεψη (Elliston, 2007, σ. 2).

Τα δικαστήρια χρησιμοποιούν την αρχή της ευημερίας (principle of welfare) ή του βέλτιστου συμφέροντος του παιδιού προκειμένου να αποφασίσουν. Κάτι τέτοιο όμως προϋποθέτει την εμπλοκή δικαστικών αρχών πράγμα που μπορεί να συμβεί σε περιπτώσεις που οι γονείς παρά του ότι φέρουν την ευθύνη για την ανατροφή των παιδιών τους, δεν είναι ικανοί να αποφασίσουν σύμφωνα με το συμφέρον τους. Σε κάποιες περιπτώσεις βέβαια, ίσως θα έπρεπε τα δικαστήρια να αποφασίζουν όχι μόνο με το βέλτιστο συμφέρον του παιδιού αλλά με την μη έκθεση του παιδιού σε κίνδυνο σύμφωνα με την τεκμηριωμένη άποψη των γονέων (Elliston, 2007, σ. 2).

Στην περίπτωση που τα παιδιά, αν και ανήλικοι, είναι ικανά να λάβουν αποφάσεις και διαφωνούν με τις αποφάσεις των γονέων τους, τί πρέπει να δεχτούμε, την επιλογή του γονέα ή του ανήλικου τέκνου; Γενικότερα είναι αποδεκτό ότι αποφασίζει κάποιος άλλος μόνο στην περίπτωση που ένα άτομο είναι ανίκανο να αποφασίσει. Κάτι τέτοιο θα μπορούσε να ισχύει για ένα βρέφος 6 μηνών αλλά όχι για έναν έφηβο 13 ετών. Τα παιδιά θα πρέπει να ενισχύονται στη λήψη αποφάσεων, εφόσον έχουν την ικανότητα, ανάλογα με το επίπεδο της ωριμότητάς τους, αρκεί αυτές οι αποφάσεις να μην υπονομεύουν την αυτονομία τους ή να τους θέτουν σε κίνδυνο.

Για παράδειγμα εάν ένα παιδί 8 ετών αρνείται τον εμβολιασμό του ενώ οι γονείς του και ο παιδίατρος συμφωνούν τότε ποια απόφαση πρέπει να ληφθεί υπόψη; Η διαφωνία του παιδιού σε αυτή την ηλικία μπορεί να παρακαμφθεί και ο εμβολιασμός να διενεργηθεί κανονικά εφόσον είναι απόφαση των γονέων έπειτα από σύσταση του θεράποντος ιατρού. Στη συνέχεια πρέπει να δώσουν στο παιδί τις κατάλληλες διευκρινήσεις, με τρόπο τέτοιο που μπορεί να τις αντιληφθεί στην ηλικία που βρίσκεται, σύμφωνα με τις οποίες θα αιτιολογούν ότι ο εμβολιασμός είναι μία πράξη που έπρεπε να γίνει για το καλό του. Οι γονείς αλλά και ο θεράπων ιατρός έχουν την υποχρέωση να ενθαρρύνουν το παιδί και να του δείξουν την αγάπη που του αναλογεί εξηγώντας του ότι οι αντιρρήσεις σε αυτή την ηλικία που βρίσκεται δεν είναι βάσιμες και η χορήγηση του εμβολίου πρέπει να γίνει καθώς οι ίδιοι έχουν δέσμευση απέναντι στην υγεία και την καλή ανατροφή του. Τέλος, η ευημερία του παιδιού μακροπρόθεσμα θα πρέπει να είναι και το βασικό κριτήριο για οποιαδήποτε διαδικασία λήψης αποφάσεων για την υγεία του παιδιού και συγκεκριμένα για τον εμβολιασμό.

Εάν στο παράδειγμά μας είχαμε ένα παιδί εφηβικής ηλικίας το οποίο ανάλογα με την ωριμότητα του πιθανόν να θεωρούνταν ικανό να λάβει κάποια είδους απόφαση σχετικά με τον εμβολιασμό του, τότε οι γονείς και ο γιατρός θα έπρεπε να συνυπολογίσουν την άποψη του εφήβου και με κριτήριο το βέλτιστο συμφέρον του να αποφάσιζαν εάν θα έκαναν ή όχι τον εμβολιασμό. Τα παιδιά θα πρέπει να ενισχύονται στη λήψη αποφάσεων, εφόσον έχουν την ικανότητα, αρκεί αυτές οι αποφάσεις να μην υπονομεύουν την αυτονομία τους ή να τους θέτουν σε κίνδυνο.

Εξαιτίας της ανώριμης ηλικίας τους, τα παιδιά, δεν έχουν ανεπτυγμένη την ικανότητα λήψης αποφάσεων και ειδικά ιατρικών αποφάσεων, θα πρέπει να λαμβάνουμε υπόψη ότι στόχος είναι το καλύτερο συμφέρον του παιδιού ανεξάρτητα αν η απόφαση έρθει από τους γονείς, από το γιατρό, από την πολιτεία ή από το συνδυασμό αυτών.

Σχετικά με το βέλτιστο συμφέρον του παιδιού επικρατούν δύο ερμηνείες. Η πρώτη ερμηνεία αναφέρει πως το βέλτιστο συμφέρον ερμηνεύεται με όρους μεγιστοποίησης της ευημερίας και του καλού ενός ατόμου. Ουσιαστικά η κρίση γίνεται με βάση τα βέλτιστα συμφέροντα του ατόμου ανεξάρτητα από το τί πιστεύει το ίδιο το άτομο για τον εαυτό του. Το αποτέλεσμα της πράξης καθορίζεται από στοιχεία που προκύπτουν μετά την επιλογή της γεγονός που μειονεκτεί καθώς η επιλογή της πράξης βασίζεται σε ένα υποθετικό αποτέλεσμα το οποίο να μην σχετίζεται με ένα συγκεκριμένο άτομο, ένα παιδί στην περίπτωσή μας, χωρίς όμως να λαμβάνεται υπόψη το συμφέρον του συνόλου (UNHCR, 2008, σ.23-4).

Σύμφωνα με τη δεύτερη ερμηνεία το βέλτιστο συμφέρον ερμηνεύεται με όρους που σχετίζονται με το τί θεωρεί το ίδιο το άτομο ως βέλτιστο συμφέρον για τον εαυτό του. Αν για παράδειγμα ένα άτομο δίνει ιδιαίτερη αξία στη θρησκεία του και μία πράξη έρχεται σε αντίθεση με αυτήν η πράξη αυτή δεν πρέπει να γίνει καθώς θα θεωρηθεί ότι οι πεποιθήσεις του αγνοήθηκαν. Στην περίπτωση όμως των παιδιών δεν μπορούμε να λάβουμε σοβαρά υπόψη τις πεποιθήσεις τους ειδικά για θρησκευτικά ή φιλοσοφικά ζητήματα καθώς αυτές δεν έχουν ακόμη διαμορφωθεί λόγω της ανωριμότητας τους. Σε αυτή τη συγκεκριμένη περίπτωση η απόφαση λαμβάνεται με βάση τη μεγιστοποίηση της ευημερίας του παιδιού (UNHCR, 2008, σ.23-4).

4.1. Η Ηθική των Παιδιατρικών Εμβολιασμών

Η σημαντικότητα του ζητήματος των εμβολιασμών αναδεικνύεται σαφώς στη σχετική βιβλιογραφία. Σύμφωνα με τον Ubaka Ogbogu (2015) ο εμβολιασμός ενός παιδιού δεν είναι απλά το σωστό που πρέπει να κάνει ένας γονιός, ο εμβολιασμός είναι το μόνο πράγμα που έχει να κάνει ένας γονιός για να προφυλάξει το παιδί του από μολυσματικές ασθένειες. Συνεχίζει λέγοντας ότι οι κυβερνήσεις δεν πρέπει να επαναπαύονται στις (θετικές ή αρνητικές) απόψεις των γονέων αλλά πρέπει να προωθούν ο,τιδήποτε είναι καλό για το παιδί. Ακόμη, θα μπορούσαν να επιβάλλουν τους παιδιατρικούς εμβολιασμούς ως προκαθορισμένο πρότυπο και ακολούθως να εστιάσουν στους γονείς βοηθώντας τους να αντιληφθούν τη σημαντικότητα των εμβολίων.

Η διαμάχη γύρω από τα εμβόλια θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως ένας αγώνας για τη διεκδίκηση ηθικών αξιών. Η αυτονομία αναγνωρίζει το δικαίωμα του ατόμου να υπερασπίζεται την άποψή του και για να ασκηθεί αυτό το δικαίωμα πρέπει το άτομο να είναι απαλλαγμένο από επιρροές και περιορισμούς, να είναι ελεύθερο και να έχει την ικανότητα να κατανοήσει τους άλλους χωρίς να επηρεάζεται από τις προσωπικές του πεποιθήσεις (Field & Caplan, 2008 σ. 113). Από την άλλη πλευρά η κυβέρνηση από τη φύση της, ασκεί καταναγκαστικό έργο, αυτή είναι η ουσία της επιβολής του νόμου. Μία κυβέρνηση, θα μπορούσε να έχει έναν αυτοπεριορισμό στη συμπεριφορά των ατόμων, για παράδειγμα στην χρήση παράνομων ουσιών ή στην αποδοχή των εμβολίων. Η ηθική πρόκληση σε αυτές τις περιπτώσεις είναι η εκτίμηση της σχετικής σημαντικότητας της αξίας που αναιρείται καθώς και των χαρακτηριστικών και συνθηκών που υπόκεινται σε κυβερνητικά προγράμματα. (Field & Caplan, 2008 σ. 114).

Η μεγαλύτερη συζήτηση στο πεδίο της ηθικής θεώρησης των παιδιατρικών εμβολιασμών γίνεται γύρω από την αυτονομία του ατόμου (στην περίπτωσή μας του γονέα που αποφασίζει για το παιδί του). Μία θεώρηση της αυτονομίας την καθιστά ως μορφή ανεξαρτησίας. Η ανεξαρτησία καθ' εαυτή όμως δεν ορίζει τις πράξεις ως δίκαιες ή άξιες. Ουσιαστικά, σε αυτή την περίπτωση, μιλάμε για μία προσωπική αυτονομία που εκφράζεται μέσω απλών επιλογών (O' Neill, 2011 σ. 45).

Από μία άλλη θεώρηση, η ατομική αυτονομία, συχνά εκφράζεται ως αυτονομία των ασθενών. Οι πολύπλευρες αντιλήψεις περί ατομικής αυτονομίας συχνά ενθαρρύνουν μορφές αυτοέκφρασης, προβληματικές από ηθική άποψη, που

αρκετές φορές αυξάνουν τη δυσπιστία του κοινού απέναντι στην ιατρική και τις λοιπές επιστήμες υγείας (O' Neill, 2011 σ. 97). Κάτι αντίστοιχο διακρίνουμε και στον τομέα των εμβολίων καθώς οι αντι-εμβολιαστικές δράσεις, που χαρακτηρίζονται από κοινές αντιλήψεις κατά των εμβολίων, αποτελούν ουσιαστικά κινηματικές δράσεις αυτοέκφρασης αντιλήψεων χωρίς αυτές να βασίζονται σε ηθικά πρότυπα. Αποτέλεσμα αυτών είναι η δυσπιστία ακόμη περισσότερων ατόμων, για τους εμβολιασμούς και την προληπτική ιατρική εν γένει.

Κάποιοι, θα μπορούσαν εδώ να αντιδράσουν ισχυριζόμενοι ότι η άρνηση εμβολιασμού ως εκδήλωση ατομικής έχει ηθική δικαιολόγηση και μπορεί να συνδυαστεί με τη μιλλιανή αρχή της αποφυγής της βλάβης. Στην περίπτωση των εμβολιασμών, μία τόσο ατομοκεντρική θεώρηση θα έχει δυσμενείς συνέπειες για το σύνολο. Το καθήκον της μη βλάβης εκφράζεται μέσω της παράλειψης (του εμβολιασμού) και όχι μέσω της πράξης. Η αναμενόμενη λοιπόν, μεγιστοποίηση της ευτυχίας πιθανόν να επιφέρει πιο βλαβερές συνέπειες στην υγεία του πληθυσμού (O' Neill, 2011 σ. 97). Είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε ότι ο Mill δεν θεωρεί ότι κατά τη διαμόρφωση των πολιτικών υγείας όλες οι ελευθερίες έχουν ίδια αντιμετώπιση προς όφελος τους. Ο Mill κάνει μία διάκριση μεταξύ των συμφερόντων που είναι αρκετά σημαντικά ώστε να προστατεύονται από το κράτος και μεταξύ των συμφερόντων που δεν χρειάζονται κάποιου είδους προστασία. Μιλάμε πιθανόν για ένα δεύτερο είδος ελευθερίας όπου η αρχή της μη βλάβης έχει σημαντική θέση (Powers et al., 2012).

Σύμφωνα με το Μιλλιανό μοντέλο, το πρόσωπο, ως φορέας αξιοπρέπειας, έχει τη δυνατότητα αυτονομίας μέσω της εμπειρίας. Ουσιαστικά, η αυτονομία βασίζεται στα εμπειρικά δεδομένα. Τα παιδιά όμως έχουν περιορισμένη ή στερούνται εμπειρίας. Κατά συνέπεια, λόγω έλλειψης εμπειρίας δεν είναι ικανά να αποφασίσουν θετικά ή αρνητικά για τον εμβολιασμό. Επομένως, στην περίπτωση των παιδιών βρίσκει εφαρμογή η αρχή προστασίας του βέλτιστου συμφέροντος που δεσμεύει τους γονείς. Ο καθένας πρέπει να δρα με βάση τα βέλτιστα συμφέροντα του παιδιού και όχι με βάση την ατομική του αυτονομία. Στο μοντέλο αυτό, το άτομο (παιδί) δεν έχει εμπειρικά στοιχεία (λόγω ηλικίας) αλλά έχει βέλτιστο συμφέρον. Ως ηθικά όντα, λοιπόν οι γονείς, πρέπει να δρουν με κριτήριο την αρχή της μη βλάβης και του βέλτιστου συμφέροντος του παιδιού και όχι με βάση την ατομική τους αυτονομία.

Στις σύγχρονες εποχές, υπάρχει περισσότερος σκεπτικισμός γύρω από τη σημαντικότητα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και τη θέση που έχουν στην προστασία μειονοτικών ομάδων και ατόμων. Στο δυτικό κόσμο, τα δικαιώματα έχουν μία τάση να ενισχύουν την ποιότητα ζωής των ατόμων και να τα προφυλάσσουν από απροσδιόριστες παρεμβολές τρίτων. Για την επίτευξη αυτών, έχουν εκδοθεί συμβάσεις και οδηγίες που ισχύουν καθολικά, όπως η Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου και των Θεμελιωδών Ελευθεριών (European Convention on Human Rights and Fundamental Freedoms – ECHR) ή η Διεθνής Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού (Convention on the Rights of the Child) (Elliston, 2007, σ. 6). Η τελευταία, έχει διεθνή αναγνώριση και προάγει την αρχή του βέλτιστου συμφέροντος του παιδιού στοχεύοντας στη διαφύλλαξη της ευημερίας των παιδιών κατά τη διάρκεια της κρίσιμης περιόδου της ανάπτυξής τους. Παρατηρούμε ότι η επίκληση στην Παγκόσμια Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων των Ηνωμένων Εθνών του 1948, είναι πολύ συχνή. Παρόλο που κανείς δεν αμφισβητεί την εγκυρότητά τους από νομικής πλευράς, καθώς έχει γίνει επικύρωσή τους από τα κράτη μέλη (συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας), η Onora O’Neill (2011, σ. 99) θέτει ένα λογικό επιχείρημα σύμφωνα με το οποίο, οι διακηρύξεις αυτές αποτελούν διατυπώσεις που επικαλούνται την αυθεντία, είναι ευρέως γνωστές, αλλά δεν μπορούν να τύχουν ηθικής δικαιολόγησης. Η πολιτική νομιμοποίησή τους δεν συνεπάγεται και την ηθική αποδοχή των αρχών αυτών, πρόκειται για μία απλή αναφορά σε καταστατικούς χάρτες (O’Neill, 2011 σ. 100).

Στη συζήτηση περί δικαιωμάτων αξίζει να υπενθυμίσουμε ότι κάθε ανθρώπινο δικαίωμα πρέπει να αντιστοιχίζεται και με μία υποχρέωση. Δεν μπορούμε να διαχωρίσουμε τα δικαιώματα από τις υποχρεώσεις. Η συλλογιστική των υποχρεώσεων εστιάζει στις σχέσεις μεταξύ των φορέων των υποχρεώσεων και αυτών που λαμβάνουν ωφέλεια (O’Neill, 2011 σ. 107). Στην περίπτωση που οι υποχρεώσεις δεν έχουν συγκεκριμένο αποδέκτη, αλλά απευθύνονται στο σύνολο της κοινωνίας, πρέπει να διευκρινίσουμε ποιες πράξεις είναι απαραίτητες για να εκπληρωθούν σωστά (O’Neill, 2011 σ. 108). Η υποχρέωση για τη διατήρηση και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού επιτάσσει τη συμμετοχή και την υλοποίηση προγραμμάτων δημόσιας υγείας (όπως οι εμβολιασμοί). Μη συμμετοχή σε αυτά αποδίδει έμφαση στα δικαιώματα έναντι των υποχρεώσεων καταρρίπτοντας τον αρχικό συλλογισμό: δικαίωμα ⇔ υποχρέωση.

Δυστυχώς, συναντάμε συχνά την επίκληση των δικαιωμάτων χωρίς την εγγενή σύνδεσή τους με τις υποχρεώσεις (O'Neill, 2011 σ. 105). Οι γονείς που αρνούνται τον εμβολιασμό επικαλούνται το δικαίωμα της μη συναίνεσης στην ιατρική πράξη (στον εμβολιασμό) χωρίς όμως να λογίζονται την υποχρέωση που έχουν για τη διασφάλιση της υγείας τόσο των παιδιών τους, όσο και του ευρύτερου πληθυσμού. Οι δρώντες - εν προκειμένω οι γονείς - επικαλούνται υποτιθέμενα και αφηρημένα δικαιώματα, χωρίς να σέβονται το δικαίωμα των υπολοίπων για ευζωία. Με τον όρο «υπολοίπων» εννοούμε τα άτομα του κοινωνικού συνόλου που είτε δεν μπορούν να εμβολιαστούν για ιατρικούς λόγους, είτε η ηλικιακή ομάδα που ανήκουν δεν το επιτρέπει. Η επιφανειακή προσέγγιση των δικαιωμάτων πιθανόν να οδηγήσει σε δυσφήμιση για την ίδια τη φύση των δικαιωμάτων.

Η έννοια της ατομικής αυτονομίας στο πεδίο της ιατρικής και της βιοτεχνολογίας δεν προσφέρει ικανοποιητική προσέγγιση αρκετών ηθικών ζητημάτων, διότι τα ζητήματα αυτά δεν επιλύονται μόνο με την μη πρόκληση βλάβης, αλλά είναι πολύπλευρα (O'Neill, 2011 σ. 123). Κάθε μέλος της κοινωνίας αντιμετωπίζει τους άλλους ως ισότιμα μέλη με αυτόν, άξια καταλογισμού. Το πρόσωπο έχει την ικανότητα του λόγου και του αυτοπροσδιορισμού έχοντας παράλληλα και το αίσθημα της αυταξίας.

Στην περίπτωση των ανήλικων τέκνων η λήψη αποφάσεων περιορίζεται και οι ηθικές αποφάσεις λαμβάνονται από τους γονείς. Στην καντιανή φιλοσοφία η αυτονομία βασίζεται στις ηθικές κρίσεις. Σύμφωνα με τον Καντ η αυτονομία αποτελεί τη δυνατότητα ηθικής αυτό-νομοθεσίας. Η αρχή της αυτονομίας προκύπτει από την κατηγορική προσταγή εκ της οποίας λαμβάνει υπόσταση η έννοια της ελευθερίας. Η αυτονομία είναι η ελευθερία που συμβαδίζει με τον ηθικό νόμο, αποτελεί πηγή ηθικών υποχρεώσεων και ειδικότερα πηγή υποχρεώσεων προς την ανθρωπότητα (του εαυτού προς τους άλλους). Έτσι, ο Καντ αναφέρει πως η αυτονομία είναι το «μοναδικό αξίωμα της ηθικότητας», είναι ο ηθικός νόμος ελευθερίας και η πηγή ηθικών υποχρεώσεων προς την ανθρωπότητα (Τσινόρεμα, 2006 σ. 236-7).

Ο ηθικά δρών είναι αυτόνομος και αυτό πηγάζει από την ικανότητά του να νομοθετεί αλλά και να δεσμεύεται από τον καθολικό νόμο. Εφόσον οι ηθικά δρώντες θεωρούνται συννομοθέτες πρέπει να αντιμετωπίζονται ως σκοποί καθ' εαυτοί και ποτέ ως μέσα για την επίτευξη σκοπών. Η αυτονομία αποτελεί πηγή ηθικών

υποχρεώσεων από την οποία προκύπτει η δεσμευτικότητα της ηθικής αρχής. Οι αρχές της αυτόνομης πράξης ισχύουν για όλους τους ανθρώπους (Τσινόρεμα, 2006 σ. 237). Συμπερασματικά, η καθολικευσιμότητα στην ηθική από την οποία προέρχεται η αρχή της αυτονομίας παράγει και την αρχή της ισότητας.

Το αξίωμα της αυτονομίας εμφανίζεται σε έναν τύπο ζωής όπου επικρατεί αναγνώριση και σεβασμός απέναντι στους άλλους και τα δικαιώματά τους. Η έννοια της αυτονομίας που προκύπτει από την ηθικότητα δεν είναι εμπειρικός προσδιορισμός αλλά όρος της πράξης. Απαιτεί μία δέσμευση ως προς την καθολικευσιμότητα των κανόνων. Αυτονομία συναντάμε στην πράξη εκείνη που ο κανόνας της μπορεί να υιοθετηθεί από όλους. Η αρχή και ο σεβασμός της αυτονομίας αφορούν τόσο τον σεβασμό της ανθρώπινης υπόστασης, όσο και της ανθρώπινης ιδιαιτερότητας και ατομικότητας των δρώντων. Επειδή στην ηθική αναφερόμαστε σε ανθρώπινα όντα δεν αρκεί μόνο να υιοθετούμε αρχές με τις οποίες θα μπορούσαν να συμφωνήσουν αλλά πρέπει να λαμβάνουμε υπόψη μας τις συγκεκριμένες ικανότητές τους για αυτονομία, την επίτευξη της αυτο-πραγμάτωσής τους αλλά και να λαμβάνουμε υπόψη τυχόν φυσικές αδυναμίες και την αμοιβαία κοινωνική εξάρτησή τους (Τσινόρεμα, 2006 σ. 238).

Το να μοιραζόμαστε τους ίδιους σκοπούς των αυτόνομων και μη ατόμων συνεπάγεται την υιοθέτηση συγκεκριμένων και διαφοροποιημένων ηθικών αρχών, λόγω του σεβασμού της αυτονομίας. Ο σεβασμός της αυτονομίας δεν συνεπάγεται απαραίτητα την ηθική απολυτοκρατία αλλά, την αρχή της μη βλάβης των άλλων, σύμφωνα με την οποία δεν μπορούμε ηθικά να επιφέρουμε βλάβη στους άλλους (Τσινόρεμα, 2006 σ. 239).

Η αρχή της αυτονομίας αποτελεί θεμελιώδη έννοια της απόρριψης του εξαναγκασμού και της εξαπάτησης. Ο εξαναγκασμός δεν μπορεί να γενικευθεί ως αρχή καθώς αντιβαίνει με την ηθικότητα και όσοι επιθυμούν να τον υιοθετήσουν δεν έχουν συνετούς σκοπούς. Όποιος αξιώνει την αρχή του εξαναγκασμού, αξιώνει ως καθολικεύσιμη αρχή την άσκηση οποιασδήποτε μορφής βίας ή εκφοβισμού. Εάν γίνονταν αποδεκτό σε μία κοινωνία να υπήρχε έστω και μία εξαναγκαστική αρχή, τότε κάποια πρόσωπα δεν θα μπορούσαν να υιοθετήσουν μία αρχή εξαναγκασμού καθώς οι ικανότητές τους για πράξη θα υπονομεύονταν από την εξαναγκαστική πράξη των άλλων. Μία καθολική δέσμευση του εξαναγκασμού έρχεται σε σύγκρουση με τις προϋποθέσεις της. Το πρόσωπο που εξαναγκάζει δεν μπορεί να θέλει ο

εξαναγκασμός να ισχύει καθολικά. Όσοι λοιπόν λειτουργούν με γνώμονα τον εξαναγκασμό κάνουν εξαίρεση για τον εαυτό τους χωρίς αυτό να σημαίνει ότι τον υιοθετούν και ως ηθική αρχή (Τσινόρεμα, 2006 σ. 239-40).

Ομοίως, εάν όλοι εξαπατούσαν τους άλλους τότε η εξαπάτηση δεν θα μπορούσε να αποτελέσει ηθική αρχή της πράξης. Ο εξαπατών θα επιθυμούσε να εξαπατά τους άλλους αλλά ταυτοχρόνως θα ήθελε να απαγορευθεί η εξαπάτηση ως καθολικός νόμος (προκειμένου να μην εξαπατούν τον ίδιο) (Τσινόρεμα, 2006 σ. 240). Η εξαπάτηση, όπως και ο εξαναγκασμός, ως νόμος καθολικής ισχύος συγκρούεται με τις προϋποθέσεις της. Ουσιαστικά, όποιος επιθυμεί να εξαπατά κάνει εξαίρεση για τον εαυτό του.

Προκειμένου να αναπτυχθούν ουσιαστικά ηθικά κριτήρια ή ηθικές αρχές, που εφαρμόζονται στη βιοηθική και σχετίζονται με το σεβασμό της προσωπικότητας, πρέπει να αποφεύγεται ο εξαναγκασμός και η εξαπάτηση. Στο σεβασμό της προσωπικότητας ανήκουν τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις ελευθερίας, εμπιστοσύνης, ιδιωτικότητας κ.τ.τ. Η σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ γιατρού και ασθενούς απαιτεί την απόρριψη κάθε εξαναγκασμού και εξαπάτησης καθώς επίσης και την αποφυγή της χειραγώγησης, της διαφθοράς, του ψεύδους ή άλλων μορφών παραπλάνησης (Τσινόρεμα, 2006 σ. 240).

Η έννοια της αυτονομίας έχει αξία επειδή αποτελεί όρο για κάθε υποκειμενική επιλογή, αποτελεί όρο για κάθε πράξη. Η αυτονομία δεν είναι ζήτημα ατομικής αυτο-έκφρασης ή έλλειψης εξωτερικής δέσμευσης, είναι ζήτημα αμοιβαίας αναγνώρισης των προσώπων. Αυτό συνεπάγεται το σεβασμό της ιδιαιτερότητας και της ατομικότητας των δρώντων καθώς και τη φροντίδα σε άτομα ευάλωτων κοινωνικών ομάδων (Τσινόρεμα, 2006 σ. 244-5).

Όσα προαναφέραμε βασίζονται στην Καντιανή φιλοσοφία με την αυτονομία να στηρίζεται σε συγκεκριμένες αρχές. Η αυτονομία βάσει αρχών διαφέρει από την απλή προσωπική αυτονομία. Ο Καντ προσδιορίζει την αυτονομία ως αυτονομία του λόγου και της βούλησης χωρίς να την εξομοιώνει με την αυτο-έκφραση (O'Neill, 2011 σ. 109). Η αυτονομία αποτελεί ηθική αρχή κάθε ανθρώπου ενώ παράλληλα είναι και ένας ηθικός νόμος ελευθερίας που οδηγεί τον γονέα στην ηθική υποχρέωση να φροντίζει το παιδί του (π.χ. πρόληψη νόσησης μέσω του εμβολιασμού).

Η αρχή της αυτονομίας δεσμεύει το άτομο να έχει ως αρχή του η κάθε πράξη του να είναι αποδεκτή. Η αρχή της αυτονομίας αποτελεί δηλαδή την ελεύθερη

βούληση του ατόμου που προκύπτει από ορθολογικό συλλογισμό και αναστοχασμό. Η αυτονομία αποτελεί δικαίωμα στην αξιοπρέπεια. Η αξιοπρέπεια πηγάζει από την ηθική αυτονομία την οποία πρέπει να σέβονται όλα τα έλλογα όντα. Η υπεράσπιση του αληθούς συμφέροντος του παιδιού, προκύπτει με βάση το καθήκον που αποτελεί κατά τον Καντ τον αλάνθαστο γνώμονα λειτουργίας του ηθικού νόμου.

Σύμφωνα με το Καντιανό μοντέλο αυτονομία είναι η υπακοή σε καθολικούς νόμους, έγκυρους από τη σκοπιά όλων, που όλοι μαζί έχουμε “συννομοθετήσει”. Η αυτονομία αυτή είναι ηθική, του ηθικού λόγου και της ηθικής βούλησης, όχι ατομική. Αυτός ο συλλογισμός ξεκινά από την αξίωση ότι το πρόσωπο έχει αυταξία, ότι η αξία του προέρχεται από την ίδια την ύπαρξή του και δεν αποτελεί μέσο για κάποιον σκοπό.

Ο Kant δεν εξομοιώνει ποτέ την έννοια της αυτονομίας με εκείνη της ανεξαρτησίας ή της αυτοέκφρασης (O’Neill, 2011 σ. 109). Αναφέρεται “στην αυτονομία του λόγου, στην αυτονομία της ηθικής, στην αυτονομία των αρχών και στην αυτονομία του βούλεσθαι” (O’Neill, 2011 σ. 109). Σύμφωνα με την καντιανή αυτονομία υπάρχει σεβασμός των άλλων και των δικαιωμάτων τους και αφορά το πράττειν βάσει αρχών υποχρέωσης (O’Neill, 2011 σ. 109). Η αυτονομία βάσει αρχών προτάσσει να ενεργούμε σύμφωνα με τις αρχές που μπορούν να ισχύσουν ως αρχές για όλους και να διέπουν τις σχέσεις ανάμεσα στους δρώντες (O’Neill, 2011 σ. 123). Το άτομο πρέπει να είναι ελεύθερο και υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις ένας μικρός βαθμός αυτονομίας μπορεί να είναι χρήσιμος αρκεί να μην υπερκαλύπτει την αυτονομία βάσει αρχών. Επειδή η αυτονομία βάσει αρχών αφορά στην πράξη της οποίας η αρχή θα μπορούσε να υιοθετηθεί από όλους τους άλλους, όποια αντίληψη θεωρεί την αυτονομία ως έκφραση ατομικότητας, αναφέρεται στην ατομική αυτονομία (O’Neill, 2011 σ. 110-111). Η αυτονομία βάσει αρχών περιλαμβάνει την έννοια της αυτονομοθεσίας. Η καντιανή αυτή έννοια, στην πραγματικότητα, δεν αφορά κάποιον νομοθέτη που θα θέσπιζε νόμους προς υλοποίηση από τους δρώντες, αφορά τον τρόπο σκέψης ή βούλησης που χαρακτηρίζεται από πειθαρχία ώστε να μπορεί να είναι κατανοητός από όλους και ανοικτός στην κριτική, την απόρριψη ή την συμφωνία (O’Neill, 2011 σ. 111-112).

Η δέσμευση στην αυτονομία βάσει αρχών απαιτεί να δώσουμε σημασία στις αρχές της ηθικότητας, όπως η απόρριψη της πρόκλησης βλάβης (O’Neill, 2011 σ. 124). Η αποφυγή πρόκλησης βλάβης έχει θεμελιώδη σημασία για την ηθική και ιδίως

την ηθική της δημόσιας υγείας. Όποιος αποδέχεται την αυτονομία βάσει αρχών δε μπορεί να πορεύεται στη ζωή του στηριζόμενος στην πρόκληση βλάβης. Η δέσμευση του δράντος υποκειμένου στην αποφυγή της πρόκλησης βλάβης μπορεί να εκφραστεί με θετική σημασία στην αποφυγή έκθεσης του συνόλου σε κίνδυνο. Η αυτονομία βάσει αρχών απαιτεί δέσμευση στην εντιμότητα, την αξιοπιστία και την επικοινωνία χωρίς να προϋποθέτει διαφάνεια σε όλες τις περιστάσεις, δεν αποτελεί ατομική επιλογή αλλά έχει μία πιο συλλογική χροιά.

Σύμφωνα με την κατηγορική προσταγή του I. Kant (1785, 52) *«Πράττε μόνο σύμφωνα με ένα τέτοιο γνώμονα μέσω του οποίου να μπορείς συνάμα να θέλεις αυτός ο γνώμονας να γίνει καθολικός νόμος»* θέτοντας ως καθολικό νόμο με αρνητική ερμηνεία τον μη εμβολιασμό των παιδιών, ποιο αποτέλεσμα θα είχαμε; Αφενός οι υπέρμαχοι αυτού του καθολικού νόμου θα ήταν ικανοποιημένοι καθώς δεν θα “παρανομούσαν” ενώ άφηναν τα παιδιά τους ανεμβολίαστα, αφετέρου ένας τέτοιος καθολικός νόμος θα είχε σημαντικό αντίκτυπο στην υγεία του πληθυσμού. Αν συλλογιστούμε ως καθολικό νόμο τον μη εμβολιασμό των παιδιών, αυτομάτως πρέπει να σκεφτούμε κοινωνίες με επιδημίες, θανάτους, χαμηλά ποσοστά επιβίωσης και αυξημένες νοσηλείες. Σίγουρα αυτή η εικόνα που περιγράφουμε δεν είναι αρεστή σε κανέναν. Σε μία τέτοια κοινωνία απουσιάζει το καθήκον της αγάπης και του σεβασμού προς τον πλησίον. Σύμφωνα με το καθήκον της αγάπης, ο κάθε ένας θέτει ως σκοπούς του τους σκοπούς των άλλων, εφόσον αυτοί δεν είναι ανήθικοι. Σύμφωνα με το καθήκον του σεβασμού προς τον πλησίον, οφείλει να μην απαξιώνει κανέναν άλλο άνθρωπο καθιστώντας τον απλώς και μόνο ως μέσο για την επίτευξη των σκοπών του (Kant, 1797, 450).

Μέρος των καθηκόντων του ατόμου είναι το να προσφέρει στον εαυτό του όσα ακριβώς είναι αναγκαία προκειμένου να είναι ευχαριστημένος. Η εύνοια αυτή είναι η ευχαρίστηση για την ευημερία των άλλων, η ευεργεσία είναι ο γνώμονας για να θέτει κανείς την εύνοια ως σκοπό και το καθήκον είναι ο εξαναγκασμός του υποκειμένου να αποδεχθεί αυτόν το γνώμονα ως καθολικό νόμο (Kant, 1797, 452).

Κάθε άνθρωπος έχει καθήκον να είναι ευεργέτης, να βοηθά τους άλλους ανάλογα με τις δυνατότητές του χωρίς να περιμένει κάποιο αντάλλαγμα. Η ευεργεσία μπορεί να αφορά τις ανάγκες τους ή την ευδαιμονία τους (Kant, 1797, 453). Στην περίπτωση των εμβολιασμών, η ευεργεσία αφορά στη διατήρηση της υγείας του πληθυσμού. Ένα παιδί, ως ευεργέτης, δεν προσδοκά κάποιο αντάλλαγμα από τους

συνανθρώπους τους οποίους προστάτεψε μέσω της συλλογικής ανοσίας. Ο ευεργέτης βοηθά και βοηθιέται. Όλοι είναι συνάνθρωποι ανεξαρτήτως ηλικίας, φύλου και φυλής.

Ως γονείς, εστιάζουμε στη σωστή ανάπτυξη των δικών μας παιδιών. Αλλά δεν είναι τόσο απλό. Ζούμε σε κοινωνίες όπου οι ζωές μας επικαλύπτονται. Και ενώ πολλές επιλογές γονέων είναι προσωπικές, σε κάποιο βαθμό έχουμε και ηθική ευθύνη να προστατεύουμε τα παιδιά των υπολοίπων. Επομένως, όταν πρόκειται για εμβόλια - δεν θα έπρεπε να εξετάσουμε μόνο την προσωπική μας επιλογή αλλά και την ηθική μας ευθύνη.

Οι παιδιατρικοί εμβολιασμοί είναι ένα ζήτημα ταυτόχρονα σύγχρονο και διαχρονικό, σχετίζεται με το άτομο, τους συνανθρώπους του και τους επαγγελματίες υγείας. Οι επαγγελματίες υγείας, έχουν έναν σημαντικό ρόλο στην ενημέρωση του πληθυσμού σχετικά με τους εμβολιασμούς. Συμβάλλουν με έναν τρόπο στην προτροπή ή αποτροπή του ατόμου να εμβολιαστεί. Συνήθως οι εξάρσεις επιδημιών είναι αυτές που οδηγούν τους γονείς να συμβουλευτούν τους επαγγελματίες υγείας σχετικά με τους εμβολιασμούς, οι οποίοι με τη σειρά τους εφόσον δώσουν τις συμβουλές τους είναι και αρμόδιοι για την πραγματοποίηση του εμβολιασμού.

Ο επαγγελματίας υγείας συμμετέχει αρκετές φορές σε ζητήματα που διαμορφώνουν τη ζωή του λήπτη υπηρεσιών υγείας. Σε όλη τη διάρκεια της επαγγελματικής του ζωής έρχεται σε επαφή με άτομα που θα τον συμβουλευθούν και έχει καθοριστικό ρόλο στη λήψη των αποφάσεών τους. Η συνεργασία αυτή προϋποθέτει αμοιβαία εμπιστοσύνη και κατανόηση. Στόχος κάθε επαγγελματία υγείας είναι και πρέπει είναι η διατήρηση του πολύτιμου αγαθού της υγείας. Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στην αναγνώριση και επίλυση των ηθικών προκλήσεων στην καθημερινή πρακτική είναι μείζονος σημασίας. Η σωστή ενημέρωση του πληθυσμού είναι ιδιαίτερα σημαντική καθώς και η αξιολόγηση της κατανόησης της πληροφορίας που έχει δοθεί από τον επαγγελματία υγείας.

Το ζήτημα των εμβολιασμών στα παιδιά εξέτασε και η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής (2015) η οποία εξέδωσε σχετική σύσταση το Μάιο του 2015 σύμφωνα με την οποία η διενέργεια εμβολιασμού, όπως και κάθε ιατρική πράξη, προϋποθέτει τη συναίνεση του προσώπου (στην περίπτωσή μας του γονέα) ύστερα από την κατάλληλη πληροφόρηση. Ο ιατρός πρέπει να πληροφορεί τους γονείς σχετικά με τα εμβόλια βασιζόμενος στην τρέχουσα επιστημονική βιβλιογραφία, διατηρώντας

παράλληλα την ελευθερία της επιστημονικής του γνώμης. Επιπρόσθετα, η Επιτροπή Βιοηθικής επισημαίνει την αξία του εμβολιασμού στα παιδιά για την προστασία της δημόσιας υγείας και την πρόληψη των νοσημάτων και όπως έχουμε ήδη αναφέρει, τονίζει ότι η ασφάλεια των εμβολίων είναι τεκμηριωμένη και προκύπτει από επιστημονικές μελέτες.

Κεφάλαιο 5: Συμπεράσματα – Προτάσεις

Κάθε κοινωνία πρέπει να επιδιώκει την ανάπτυξη πολιτικών δημόσιας υγείας με στόχο την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της ασθένειας και τη διαμόρφωση ίσων ευκαιριών μεταξύ παιδιών και νέων, στο πλαίσιο της βιώσιμης ανάπτυξης και της κοινωνικής δικαιοσύνης. Οι εμβολιασμοί στοχεύουν ακριβώς στην πρόληψη των ασθενειών και τη διατήρηση της υγείας του πληθυσμού. Η αγωγή υγείας των γονέων, σε ζητήματα που αφορούν την πρόληψη των ασθενειών, τη θεραπεία, τα οφέλη και τους κινδύνους θα συνδράμει θετικά στη λήψη της σωστής απόφασης προς αντικειμενικό όφελος των παιδιών τους, απαλλαγμένη από στερεοτυπικές αντιλήψεις. Η ελευθερία της επιλογής δεν πρέπει να ερμηνεύεται υπό ένα καθαρά ατομικιστικό πρίσμα, αλλά το άτομο πρέπει να αποτελεί και μέλος του κοινωνικού συνόλου.

Τα εμβόλια χρησιμοποιούνται στις μέρες μας για έναν συγκεκριμένο σκοπό, την πρόληψη των νοσημάτων και πάντα προς όφελος των ατόμων. Λόγω της φύσης τους (φαρμακευτικά σκευάσματα) μπορεί ενδεχομένως να προκαλέσουν κάποια ανεπιθύμητη ενέργεια στο άτομο. Εντούτοις, η σύγκριση κινδύνων και ωφελειών είναι άνιση καθώς οι κίνδυνοι από φυσική νόσηση είναι πολλοί περισσότεροι σε σύγκριση με τους κινδύνους από εμβολιασμό. Τις ανεπιθύμητες ενέργειες σαφώς και δεν τις υποτιμούμε, αλλά η επιστημονική κοινότητα τις μελετά προκειμένου να τις περιορίσει. Σήμερα στην Ελλάδα η υποχρεωτικότητα των εμβολιασμών συνίσταται στην υποχρέωση προσκόμισης του βιβλιαρίου εμβολίων του παιδιού για την εγγραφή του στις βαθμίδες της εκπαίδευσης. Εξαιτίας του γεγονότος ότι τα ΕΠΕ δεν έχουν δεσμευτικό χαρακτήρα αλλά συνιστούν στους γονείς τα εμβόλια ανάλογα με την ηλικία του παιδιού τους, κανένας γονιός δεν είναι υπόλογος νομικά εάν δεν εμβολιάσει το παιδί του, εκτός από την περίπτωση που υπάρξει κίνδυνος για τη δημόσια υγεία (π.χ. επιδημία). Σε περιπτώσεις ειδικών πληθυσμιακών ομάδων (ρομά, μετανάστες κ.ά.) είναι απαραίτητη η συνεργασία φορέων προκειμένου να διενεργηθούν οι συνιστώμενοι εμβολιασμοί. Η επίκληση αβάσιμων λόγων για την

αποφυγή του εμβολιασμού δεν πρέπει να γίνεται αποδεκτή. Η κοινωνική συμπεριφορά που στηρίζεται στο «φαινόμενο του λαθρεπιβάτη» είναι λανθασμένη, καθώς κανείς δεν γνωρίζει στην πραγματικότητα πόσα άτομα είναι εμβολιασμένα. Πρέπει να σκεφτούμε σοβαρά ότι τα νοσήματα που προλαμβάνονται με εμβολιασμό δεν έχουν εξαφανιστεί, απλά τα έχουμε ξεχάσει. Μία ενδεχόμενη μείωση των ποσοστών συλλογικής ανοσίας θα τα φέρει πάλι στο προσκήνιο. Ειδική εξαίρεση μπορεί να δοθεί μόνο στα παιδιά που για ιατρικούς λόγους δεν μπορούν να εμβολιαστούν (π.χ. αλλεργία σε κάποιο έκδοχο του εμβολίου, ανοσοκαταστολή) και στα παιδιά που λόγω των θρησκευτικών τους πεποιθήσεων δεν επιτρέπεται να εμβολιαστούν. Επισημαίνουμε εδώ, ότι ο εμβολιασμός δεν αποτελεί επείγουσα ιατρική πράξη προκειμένου να μην λάβουμε υπόψη τις θρησκευτικές πεποιθήσεις ενός παιδιού. Παρόλα αυτά, εάν προκύψει σοβαρό ζήτημα ασφάλειας της δημόσιας υγείας και ο νομοθέτης ορίσει τον υποχρεωτικό εμβολιασμό τότε θα χρειαστεί περιπτωσιολογικά να επανεξεταστούν οι εξαιρέσεις προκειμένου να μην υπάρξει κίνδυνος για την υγεία του πληθυσμού.

Έχοντας επισημάνει τα βασικά χαρακτηριστικά της αυτονομίας βάσει αρχών, θα μπορούσαμε να αναγάγουμε αυτή τη μορφή ηθικής θεμελίωσης στην περίπτωση των παιδιατρικών εμβολιασμών. Από την πλευρά των γονέων, οι οποίοι, ως έλλογα όντα προσπαθούν να πραγματώσουν την αυτονομία βάσει αρχών, πρέπει να συλλογιστούν ότι οφείλουν να σκέφτονται σύμφωνα με αρχές που θα μπορούσαν να διέπουν τη σκέψη όλων αυτών στους οποίους απευθύνονται και πρέπει να ενεργούν με αρχές που θα μπορούσαν να χαρακτηρίζουν και τις πράξεις των υπολοίπων. Δεν αναφερόμαστε σε μία καθαρά ατομική – προσωποκεντρική ερμηνεία της αυτονομίας αλλά σε μία ερμηνεία πιο συλλογική. Από την πλευρά των κυβερνήσεων, η αυτονομία βάσει αρχών έχει μεγάλη ηθική σημασία σε κάθε δράση καθώς απαιτεί δέσμευση στην έντιμη και αξιόπιστη πράξη, που θεωρούμε ότι οι εμβολιασμοί εντάσσονται σε αυτόν το συλλογισμό, καθώς ιστορικά, έχει αποδειχθεί με επιστημονικά δεδομένα πόσο έχουν ωφελήσει τις κοινωνίες μέσω της μείωσης των δεικτών νοσηρότητας και θνησιμότητας.

Σίγουρα, το δίλημμα του σεβασμού της αυτονομίας των γονέων έναντι της προστασίας της δημόσιας υγείας δεν είναι εύκολο. Η εκπαίδευση και ενημέρωση των γονέων, θα συνδράμει θετικά στη λήψη της σωστής απόφασης προς αντικειμενικό όφελος των παιδιών τους απαλλαγμένα από στερεοτυπικές αντιλήψεις, θρησκευτικές

ή πολιτισμικές. Η ελευθερία της επιλογής δεν πρέπει να ερμηνεύεται υπό ένα καθαρά ατομικιστικό πρίσμα, αλλά το άτομο πρέπει να αποτελεί και μέλος του κοινωνικού συνόλου.

Στη συζήτηση για τα ζητήματα των παιδιατρικών εμβολιασμών διακρίνουμε περισσότερο την σύγκρουση του ατομικού καλού με το καλό του συνόλου. Ειδικότερα αναδύονται ηθικά ερωτήματα όπως:

α) *Είναι ηθικά ορθό ο γονέας να αναβάλλει ή να αρνείται τον εμβολιασμό του παιδιού του; Ποιους κινδύνους ενέχει μία τέτοια συμπεριφορά για την υγεία του ατόμου (παιδιού) και του κοινωνικού συνόλου;*

Η άρνηση εμβολιασμού, ως συμπεριφορά για την υγεία, προκαλεί κίνδυνο τόσο στο ίδιο το άτομο όσο και στο κοινωνικό σύνολο. Η μείωση των ποσοστών της συλλογικής ανοσίας σε μία κοινωνία θα έχει δυσμενείς συνέπειες σε όλο τον πληθυσμό και ειδικά στα άτομα των ευάλωτων ομάδων. Η επιλογή του εμβολιασμού δεν πρέπει να θεωρείται απόρροια εξαναγκασμού. Οι γονείς και όχι μόνο, πρέπει να αντιληφθούν το όφελος από την πρόληψη των νοσημάτων. Κανένας δεν μπορεί να πείσει τον συνάνθρωπο του να επιλέξει μία στάση για την υγεία ενώ δεν το επιθυμεί πραγματικά. Ακόμα και τακτικές κρατικής επιβολής έχουμε δει ιστορικά ότι δέχονται αρνητικά σχόλια. Κυρίαρχος στόχος είναι η αναγκαιότητα ενημέρωσης και συγκατάθεσης του ενδιαφερόμενου για να δημιουργηθεί μέσω της κριτικής σκέψης η στάση υπέρ του εμβολιασμού.

β) *Ποια είναι η ισορροπία μεταξύ της προσωπικής επιλογής και της προστασίας της υγείας του υπόλοιπου πληθυσμού;*

Η πολιτεία οφείλει εξίσου να επιδεικνύει σεβασμό στο άτομο και να προασπίζεται το συμφέρον του συνόλου των μελών της ακόμη και με πιθανό βραχυπρόθεσμο περιορισμό της ελευθερίας του ατόμου (όπως γίνεται και με άλλα ζητήματα δημόσια υγείας, όπως η υποχρεωτική ζώνη ασφάλεια ή το κράνος, η απαγόρευση χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών κ.ά.) χωρίς αυτό να συνεπάγεται και την κακή μεταχείριση του ατόμου. Καταλήγουμε εδώ σε μία διαβάθμιση της σχέσης κινδύνου – οφέλους τόσο σε ατομικό όσο και σε συλλογικό επίπεδο.

γ) *Είναι σκόπιμο να επιβληθεί υποχρεωτικός εμβολιασμός σε περίπτωση ενδημικών εξάρσεων; Εάν ναι, ποιος πρέπει να αποφασίζει για τον εμβολιασμό;*

Μέσα από πολλά παραδείγματα ενδημικών εξάρσεων τόσο στη χώρα μας όσο και στο εξωτερικό, έχουμε παρατηρήσει ότι τα προγράμματα μαζικών εμβολιασμών είναι πιο

αποτελεσματικά. Σε περιπτώσεις κρίσης η χάραξη μίας πολιτικής της υγείας σίγουρα στοχεύει στη διατήρηση της υγείας του πληθυσμού. Η Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών σε συνεργασία με τα συναρμόδια Υπουργεία είναι ο θεσμικός φορέας που θα προτείνει το πλαίσιο δράσης στην περίπτωση επιδημιών. Ο γονέας, εφόσον δεν συντρέχουν σοβαροί λόγοι (υγείας, θρησκευτικοί, ιδεολογικοί) οφείλει να ακολουθεί τις οδηγίες των αρχών περί εμβολιασμού. Επιπλέον, ο γονέας μπορεί αν ζητήσει τη γνώμη του θεράποντα ιατρού, η οποία σε κάθε περίπτωση έχει συμβουλευτικό ρόλο. Ο νόμος μπορεί να δικαιολογήσει την επιβολή των εμβολιασμών επεκτείνοντας το νομοθέτημα που αφορά άλλες επείγουσες καταστάσεις για τη ζωή του παιδιού, όπου με εισαγγελική εντολή παρακάμπτεται η γνώμη των γονέων για μη συμμετοχή στον εμβολιασμό και λαμβάνεται η απόφαση σύμφωνα με το βέλτιστο συμφέρον του παιδιού.

Σκοπός μας στο πλαίσιο αυτής της εργασίας είναι η επανεξέταση των αιτημάτων και των αντιλήψεων για τα εμβόλια και από τις δύο πλευρές. Προκειμένου να γίνουν αλλαγές στον τρόπο που σκέφτεται και αποφασίζει ο σύγχρονος γονέας πρέπει και η αντίπερα όχθη (η κρατική μηχανή) να ασχοληθεί με τον γονέα και να τον εκπαιδεύσει. Τα ιατρικά ζητήματα, όπως τα εμβόλια, δεν είναι θέματα συζήτησης στα ΜΜΕ ή σε ιστοσελίδες ευρέως ενδιαφέροντος. Ο,τιδήποτε αφορά μία ιατρική πράξη (έστω και προληπτική) πρέπει να επικοινωνείται από εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας. Οι επαγγελματίες αυτοί, θα πρέπει να ενημερώσουν τον πληθυσμό για τα εμβόλια και ό,τι σχετίζεται με αυτά, θα πρέπει να αντιμετωπίσουν τις ανησυχίες των γονέων σχετικά με τα εμβόλια βασιζόμενοι στην επιστημονική βιβλιογραφία. Μείζονος σημασίας είναι και η ενίσχυση της ευαισθητοποίησης του πληθυσμού για τον κίνδυνο επανεμφάνισης ασθενειών που προλαμβάνονται με εμβολιασμό και τέλος, το πιο σημαντικό είναι η προαγωγή της έννοιας της συλλογικής ανοσίας. Εάν οι γονείς δεν κατανοήσουν την έννοια και την σημαντικότητα της συλλογικής ανοσίας, πάντα θα έρχονται σε σύγκρουση με το ατομικό τους συμφέρον.

Στην περίπτωση των εμβολιασμών, υπό το πρίσμα της αποφυγής της βλάβης και της δυνητικής έκθεσης του συνόλου σε κίνδυνο, θα μπορούσαμε να δεχτούμε τον υποχρεωτικό εμβολιασμό των παιδιών προκειμένου να διατηρήσουμε υψηλά επίπεδα συλλογικής ανοσίας και να προλάβουμε τη νόσηση των ειδικών πληθυσμιακών ομάδων με πιθανή επιβάρυνση του συστήματος υγείας ή ακόμη και θανάτους. Ο κίνδυνος για την υγεία του πληθυσμού μπορεί να δικαιολογήσει τον περιορισμό της

αυτονομίας του ατόμου ως προς τις αποφάσεις του για τα θέματα υγείας του (εν προκειμένω το ζήτημα εμβολιασμού του παιδιού του). Ο γονέας λοιπόν έχει ηθική υποχρέωση απέναντι στα υπόλοιπα μέλη της κοινότητας, και ιδιαίτερα στα αδύναμα μέλη της να τα προστατέψει συναινώντας στον εμβολιασμό των παιδιών του. Η μη επιβολή περιορισμών στους γονείς που αρνούνται να εμβολιάσουν τα παιδιά τους προσβάλλει την αξίωση των υπολοίπων στο δικαίωμα για υγεία. Εάν αποδεχτούμε ότι η επιβολή εμβολιασμού σε όσους δεν επιθυμούν παραβιάζει το δικαίωμα στην υγεία και την ελεύθερη επιλογή τότε παράλληλα πρέπει να αποδεχτούμε ότι παραβιάζονται ακριβώς τα ίδια δικαιώματα αυτών που είναι συνεπείς στους εμβολιασμούς. Τέλος, εφόσον διακρίνουμε μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού να αρνείται τον εμβολιασμό πρέπει να αναλογιστούμε και να προτείνουμε πιθανές λύσεις για το πρόβλημα αυτό οι οποίες θα έχουν σαν στόχο την επίλυση του προβλήματος και το συνετισμό των αρνητών. Σε ένα πρώτο επίπεδο θα μπορούσαμε να προτείνουμε την επιβολή φορολογίας στους γονείς που δεν επιθυμούν να εμβολιάσουν τα παιδιά τους, μέτρο το οποίο λόγω και της οικονομικά δυσχερούς κατάστασης που επικρατεί πιθανόν να οδηγούσε τους γονείς στην αλλαγή στάσης και συμπεριφοράς για τους παιδιατρικούς εμβολιασμούς. Σε δεύτερο επίπεδο και μετά από πολλαπλές αρνήσεις εμβολιασμού ίσως θα ήταν δόκιμο να δεχτούμε την άρνηση εμβολιασμού ως ένα φαινόμενο κακής άσκησης της γονικής μέριμνας κατ' αναλογία ίσως της άσκησης ενδοοικογενειακής βίας. Παρομοίως, εάν και ο γονέας δεν εμβολιάζει το παιδί του, θα τεκμαίρεται η κακή άσκηση της γονικής μέριμνας και θα αφαιρείται από αυτόν το γονέα. Αντίστοιχο παράδειγμα προκύπτει από την ελληνική νομολογία και την απόφαση 378/2016 του Μονομελούς Πρωτοδικείου Λάρισας³ για αφαίρεση της γονικής μέριμνας από μητέρα η οποία δεν δεχόταν να γίνει καμία προληπτική ή θεραπευτική ιατρική πράξη στα παιδιά της. Γνωρίζουμε ότι αυτό το μέτρο είναι αυστηρό καθώς οι γονείς αυτοί θεωρούν ότι αρνούνται τον εμβολιασμό για καλό των παιδιών τους στηριζόμενοι σε αβάσιμες επιστημονικά πληροφορίες.

Το ζήτημα των παιδιατρικών εμβολιασμών θεωρούμε ότι συγκαταλέγεται στα προβλήματα συλλογικής δράσης που χρήζουν επίλυσης και συμμετοχής από όλους,

³ Σύμφωνα με την απόφαση αυτή η γονική μέριμνα αφαιρέθηκε από τη μητέρα και ανατέθηκε στον πατέρα η επιμέλεια των ανήλικων τέκνων. Η μητέρα, δήλωνε επηρεασμένη από αμφίβολης επιστημονικής βάσης θεωρίες περί της αναγκαιότητας του εμβολιασμού και αρνούνταν να εμβολιάσει τα ανήλικα τέκνα της ή να ακολουθήσει οποιαδήποτε θεραπεία, με αποτέλεσμα τα τέκνα διαρκώς να υποτροπιάζουν (Βάση Νομικών Πληροφοριών ΝΟΜΟΣ 689521).

ενώ δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι είμαστε εξαρτώμενοι από τη συλλογική ανοσία για τη διατήρηση της υγείας σε προσωπικό, τοπικό αλλά και παγκόσμιο επίπεδο.

Βιβλιογραφία

Ελληνική:

Δαγτόγλου, Π. (2012). *Ατομικά Δικαιώματα. Συνταγματικό Δίκαιο*, Αθήνα – Θεσσαλονίκη: Σάκκουλας

Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής (2015). Σύσταση: Εμβολιασμοί σε παιδιά. Διαθέσιμο στο:

http://www.bioethics.gr/images/pdf/GNOMES/RECOMMENDATION_Immunization_In_Children_Final_GR.pdf [Πρόσβαση 10 Ιουλίου 2017]

Kant, I. (1785). *Τα θεμέλια της μεταφυσικής των ηθών*, μτφρ. Τζαβάρας Γ. Αθήνα – Γιάννινα: Δωδώνη

Kant, I. (1797). *Μεταφυσική των ηθών*, μτφρ. Ανδρουλιδάκης Κ. Αθήνα: Σμίλη

Κέντρο Ελέγχου & Πρόληψης Νοσημάτων (2017). Επιδημία Ιλαράς στην Ευρώπη και την Ελλάδα. Διαθέσιμο στο:

http://www.keelpno.gr/Portals/0/Αρχεία/Προλαμβάνονται%20με%20εμβολιασμό/Ιλαρά/2018/ΜΗΝΙΑΙΑ%20ΕΚΘΕΣΗ%20ΙΛΑΡΑΣ_8.3.2018.pdf [Πρόσβαση 9 Μαρτίου 2018]

Κοτέλη, Α. (2006) «Ευλογία: μία πανάρχαια νόσος», *Ιατρικά Θέματα*, 44, σσ.81-2

Κουτσελίνη, Α. (1999). *Βασικές Αρχές Βιοηθικής, Ιατρικής Δεοντολογίας και Ιατρικής Ευθύνης*, Αθήνα: Παρισιάνου

Mill, J.S. (1859). *Περί Ελευθερίας*, μτφρ. Μπάλης Ν. Αθήνα: Επίκουρος

Ο'Neill, O. (2011). *Αυτονομία και εμπιστοσύνη στη βιοηθική*, μτφρ. Δρίτσας Θ. Αθήνα: Αρσενίδης

Παναγιωτόπουλος, Τ., Παπαμιχαήλ, Δ., Σταύρου, Δ., Λάγγας, Δ., Γαβανά, Μ., Σαλονικιώτη, Α., Γκόγκογλου, Β., Θεοχαρόπουλος, Γ., Κουτεντάκης, Κ. και συν. (2013) «Εθνική μελέτη κατάστασης εμβολιασμού των παιδιών στην Ελλάδα, 2012», *Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας*. Διαθέσιμο στο: http://www.nsph.gr/files/011_Ygeias_Paidiou/Ereunes/ekthesi_emvolia_2012.pdf [Πρόσβαση 25 Αυγούστου 2017]

Τσινόρεμα, Σ. (2006) «Η βιοηθική και η σύγχρονη κριτική της πράξης. Η ηθική στην εποχή της βιοτεχνολογίας», *Δευκαλίων*, σσ.213-50

Τσινόρεμα, Σ. (2018) “Αναπαραγωγικές επιλογές, αναπαραγωγική αυτονομία και η ηθική υπόσταση των παιδιών”. Σε Κανελλοπούλου – Μπότη, Μ., Πρωτοπαπαδάκης, Ε. και Παναγοπούλου – Κουτνάτζη, Φ. επιμ. *Βιοηθικοί Προβληματισμοί III – Το παιδί*. Αθήνα: Παπαζήση

Ξενόγλωσση:

Acheson, D. (1988). *Public Health in England*, Cmnd 289. London: HMSO

Asser, S.M. and Swan, R. (1998) “Child fatalities from religion-motivated medical neglect”, *Pediatrics*, 101(4), pp.625-9

Beaglehole, R., Bonita, R., Horton, R., Adams and McKee M. (2004) “Public health in the new era: improving health through collective action”, *The Lancet*, 363(9426), pp.2084-86

Bellefleur, O. and Keeling, M. (2016). “*Utilitarianism in Public Health*”, Montreal, Quebec: National Collaborating Center for Healthy Public Policy

Berlinger, N. (2006) “Parental Resistance to Childhood Immunizations: Clinical, Ethical, and Policy Considerations”, *Virtual Mentor*, 8(10), pp.681-4

Blume, S. (2006) “Anti-vaccination movements and their interpretations”, *Social Science & Medicine*, 62(3), pp.628-42

Brunson, E.K. (2013) “The impact of social networks on parents’ vaccination decisions”, *Pediatrics*, 131(5), e1397-e1404

Buchanan, D. (2008) “Autonomy, Paternalism and Justice: Ethical Priorities in Public Health”, *Health Policy and Ethics*, 98(1), pp.15-21

Centers for Disease Control and Prevention (2016). Smallpox. Διαθέσιμο στο: <https://www.cdc.gov/smallpox/history/history.html> [Πρόσβαση 29 Ιουλίου 2017]

Centers for Disease Control and Prevention (2017). Why Immunize? Διαθέσιμο στο: <https://www.cdc.gov/vaccines/vac-gen/why.htm> [Πρόσβαση 31 Αυγούστου 2017]

Childress, J.F., Faden, R.R., Gaare, R.D., Gostin, L.O., Kahn, J., Bonnie, R.J., Kass, N.E., Mastroianni, A.C., Moreno, J.D. and Nieburg, P. (2002), “Public health ethics: mapping the terrain”, *J Law Med Ethics*, 30(2), pp.170-8

Dales, L., Hammer, S.J. and Smith, N.J. (2001) “Time trends in autism and in MMR immunization coverage in California”, *JAMA*, 285(9), pp.1183-5

Davies, P., Chapman, S. and Leask, J. (2002) “Antivaccination activists on the world wide web”, *Arch Dis Child*, 87, pp.22-5

DeStefano, F. and Chen, R.T. (1999) “Negative association between MMR and autism”, *Lancet*, 353(9169), pp.1987-8

Eggertson, L. (2010) “Lancet retracts 12-year-old article linking autism to MMR vaccines”, *CMAJ*, 182(4), E199-200

Elliston, S. (2007). *The Best Interests of the Child in Healthcare*, London & New York: Routledge-Cavendish

Faden, R. and Powers, M. (2008) “Health inequities and social justice”, *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 51(2), pp.151-7

Faden, R. and Shebaya S. (2015) “Public Health Ethics”, *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Διαθέσιμο στο: <https://plato.stanford.edu/entries/publichealth-ethics/> [Πρόσβαση 10 Σεπτεμβρίου 2017]

Field, R. and Caplan, A. (2008) “A proposed ethical framework for vaccine mandates:

competing values and the case of HPV”, *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 18(2), pp.111-24

Friedlander, ER. (2001). “Opposition to immunization: a pattern of deception”, *Scientific Review of Alternative Medicine*, 5(1), pp.18-23

Gostin, L. (2002). *Public Health Law and Ethics*. New York: University of California Press

Gostin, L. (2015) “Law, Ethics, and Public Health in the Vaccination Debates: Politics of the Measles Outbreak”, *JAMA*, 313(11), pp.1099-1100

Hendrix, KS., Finnell, SM., Zimet, GD., Sturm, LA., Lane, KA. and Downs, SM. (2014) “Vaccine message framing and parents’ intent to immunize their infants for MMR”, *Pediatrics*, 134(3), e675–e683

Horton, R. (2004) “A statement by the editors of The Lancet”, *Lancet*, 363(9411), pp.820-1

Ibuka, Y., Li, M., Vietri, J., Chapman, GB. and Galvani, AP. (2014) “Free-riding behavior in vaccination decisions: an experimental study”, *The PloS One*, 9(1), e87164.

Institute of Medicine. (1988). *The future of public health*, Washington: The National Academies Press

Jones, C. (2010) “Why Should We Eliminate Health Disparities? The Moral Problem of Health Disparities”, *Health Policy and Ethics*, 100(1), pp.47-51
Kaufman, M. (1967) “The American anti-vaccinationists and their arguments”, *Bull Hist Med*, 41(5), pp.463-78

Larson, H., DeFigueiredo, A., Xiahong, Z., Schulz, W.S., Verger, P., Johnston, I.G., Cook, A.R. and Jones, N. (2016) “The State of Vaccine Confidence 2016: Global Insights Through a 67-Country Survey”, *EBioMedicine*, 12, pp.295-301

Leask, J., Champan, S., Hawe, P. and Burgess M. (2006) “What maintains parental support for vaccination when challenged by anti-vaccination messages? A qualitative study”, *Vaccine*, 24(49-50), pp. 7238-45

Levy, B.S. (1998) “Creating the future of public health: values, vision and leadership”, *American Journal of Public Health*, 88, pp.188-92

Maltezou, HC., Gargalianos, P., Nikolaidis, P., Tedoma, N., Maltezos, E. and Lazanas, M. (2012) “Attitudes towards mandatory vaccination and vaccination coverage against vaccine-preventable diseases among health-care workers in tertiary-care hospitals”, *Journal of Infection*, 64(3), pp.319-24

McGinnis, M. and Foege, W. (1993) “Actual Causes of Death in the United States”, *JAMA*, 270(18), pp.2207-12

National Institute of Allergy and Infectious Diseases (2012). Vaccine Types. Διαθέσιμο στο: <https://www.niaid.nih.gov/research/vaccine-types> [Πρόσβαση 31

Αυγούστου 2017]

National Institute of Allergy and Infectious Diseases (2014). Vaccine Benefits. Διαθέσιμο στο: <https://www.niaid.nih.gov/research/vaccine-benefits> [Πρόσβαση 31 Αυγούστου 2017]

Nelson, M.C. and Rogers, J. (1992) “The right to die? Anti-vaccination activity and the 1874 smallpox epidemic in Stockholm”, *Soc Hist Med*, 5(3), pp.369-88

NHS (2016). Benefits and risks of vaccination. Διαθέσιμο στο: <https://www.nhs.uk/conditions/vaccinations/benefits-and-risks/> [Πρόσβαση 15 Ιουνίου 2018]

Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR) (2008). The Right to Health. Διαθέσιμο στο: <http://www.ohchr.org/EN/Issues/ESCR/Pages/Health.aspx> [Πρόσβαση 1 Φεβρουαρίου 2018]

Ogbogu, U. (2015) “Vaccines and the Ethics of Parental Choice”, *Impact Ethics*. Διαθέσιμο στο: <https://impactethics.ca/2015/02/17/vaccines-and-the-ethics-of-parental-choice/> [Πρόσβαση 20 Ιανουαρίου 2018]

Omer, S., Pan, W., Halsey, N., Stokley, S., Moulton, L., Navar, A.M., Pierce, M. and Salmon, D. (2006) “Nonmedical exemptions to school immunization requirements: secular trends and association of state policies with pertussis incidence”, *JAMA*, 296(14), pp.1757-63

Opel, D.J. and Marcuse, E.K. (2013) “Window or mirror: social networks’ role in immunization decisions”, *Pediatrics*, 131(5), e1619-20

Porter, D. and Porter, R. (1988) “The politics of prevention: anti-vaccinationism and public health in nineteenth-century England”, *Med Hist*, 32(3), pp.231-52

Powers, M., and Faden, R. (2006). *Social Justice*, New York: Oxford University Press

Powers, M., Faden, R. and Saghai, Y. (2012) “Liberty, Mill and the Framework of Public Health Ethics”, *Public Health Ethics*, 5(1), pp.6–15

Riedel, S. (2005) “Edward Jenner and the history of smallpox and vaccination”, *Baylor University Medical Center Proceedings*, 18(1), pp. 21-25

Ross, L.F. and Aspinwall, T.J. (1997) “Religious exemptions to the immunization statutes: balancing public health and religious freedom”, *J Law Med Ethics*, 25(2-3), pp.202-9

Sarukhan, A. (2015) “How to Scientifically Dismantle the 4 main Anti-Vaccine Arguments”, *Barcelona Institute of Global Health*. Διαθέσιμο στο: <https://www.isglobal.org/en/healthisglobal/-/custom-blog-portlet/como-desmontar-cientificamente-los-4-principales-argumentos-antivacunas/3098670/0> [Πρόσβαση: 15 Ιουνίου 2018]

Scwartz, J., Caplan, A. (2011) “Ethics of vaccination programs”, *Current Opinion in*

Virology, 1, pp.263-267

Siegal, G., Siegal, N. and Bonnie, R. (2009) “An Account of Collective Actions in Public Health”, *Am J Public Health*, 99(9), pp.1583-7

Sienkiewicz, D., Kułak, W., Okurowska-Zawada, B. and Paszko-Patej G. (2012) ”Neurologic adverse events following vaccination”, *Progress in Health Sciences*, (2)1, pp. 129-141

Solet, J.L., Baroux, N., Lernout, T., Filleul, L., Petit, A., de Montera, AM., Mazeau, F. and Folliot-Garou, F. (2013) “Estimation of the Immunization Coverage in Mayotte in 2010”, *The Open Public Health Journal*, 6, pp.1-5

Taylor, B., Miller, E., Farrington, C.P., Petropoulos, M.C., Favot-Mayaud, I., Li, J. and Waight, P.A. (1999) “Autism and measles, mumps, and rubella vaccine: No epidemiologic evidence for a causal association”, *Lancet*, 353(9169), pp.2026-9

The Immunisation Advisory Center (2017). A brief history of vaccination. Διαθέσιμο στο: <http://www.immune.org.nz/vaccines/vaccine-development/brief-history-vaccination> [Πρόσβαση 28 Ιουλίου 2017]

UNHCR (2008). UNHCR Guidelines on Determining the Best Interests of the Child. Διαθέσιμο στο: <https://www.unhcr.org/4566b16b2.pdf> [Πρόσβαση 15 Ιουνίου 2018]

Wakefield, AJ., Murch, SH., Anthony, A., Linnell, J., Casson, DM., Malik, M., Berelowitz, M., Dhillon, AP., Thomson, MA., Harvey, P., Valentine, A., Davies, SE. and Walker – Smith, JA. (1998) “RETRACTED: Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children”, *Lancet*, 351(9103), pp.637-41

Williamson, S. (1984) “Anti-vaccination leagues”, *Arch Dis Childhood*, 59, pp.1195-6

Winslow, C.E. (1920) “The untilled fields of public health”, *Science*, 51(1306), pp.23-33
Wolfe, R.M. and Sharpe, L.K. (2002) “Anti-vaccinationists past and present”, *BMJ*, 325(7361), pp.430-32

World Health Organization (2013). Vaccine Safety Basics learning manual. Διαθέσιμο στο: http://www.who.int/vaccine_safety/initiative/tech_support/Vaccine-safety-E-course-manual.pdf?ua=1 [Πρόσβαση 29 Ιουλίου 2017]

World Health Organization (2016). Constitution of WHO: Principles. Διαθέσιμο στο: <http://www.who.int/about/mission/en/> [Πρόσβαση 31 Αυγούστου 2017]

World Health Organization (2017a). Immunization coverage. Διαθέσιμο στο: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs378/en/> [Πρόσβαση 31 Αυγούστου 2017]

World Health Organization (2017b). Smallpox. Διαθέσιμο στο: <http://www.who.int/csr/disease/smallpox/en/> [Πρόσβαση 29 Ιουλίου 2017]

World Health Organization (2017c). Vaccines. Διαθέσιμο στο:

<http://www.who.int/topics/vaccines/en/> [Πρόσβαση 31 Αυγούστου 2017]

Zerbo, O., Qian, Y., Yoshida, C., Fireman, B.H., Klein, N.P. and Croen, L.A. (2017) “Association between Influenza Infection and Vaccination During Pregnancy and Risk of Autism Spectrum Disorder”, *JAMA Pediatrics*, 171(1), e163609

Zhou, F., Santoli, J., Messonnier, M., Yusuf, H., Shefer, A., Chu, S., and Harpaz, R. (2001) “Economic Evaluation of the 7-Vaccine Routine Childhood Immunization Schedule in the United States”, *Arch Pediatr Adolesc Med*, 159(12), pp.1136-1144

Zimmerman, R., Wolfe, R., Fox, D., Fox, J., Nowalk, M.P., Troy, J., and Sharp, L. (2005) “Vaccine Criticism on the World Wide Web”, *Journal of Medical Internet Research*, 7(2), e17