



ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΗΘΙΚΗ ΣΤΙΣ ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ



Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

**" ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
ΣΤΟ ΠΕΔΙΟ ΤΗΣ ΜΑΧΗΣ "**

υπό

ΠΟΛΥΚΑΡΠΟΥ Ν. ΓΚΑΣΙΑΒΕΛΗ

Στρατιωτικού Οδοντιάτρου

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των
απαιτήσεων για την απόκτηση του
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης
«Δεοντολογία και Ηθική στις Βιοϊατρικές Επιστήμες»

Λάρισα, 2021

Επιβλέπων:

Ιωάννης Πανταζόπουλος, Επίκουρος Καθηγητής *Επείγουσας Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας*

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

1. Ιωάννης Πανταζόπουλος, Επίκουρος Καθηγητής *Επείγουσας Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας (Επιβλέπων),*
2. Αθανάσιος Γιαννούκας, Καθηγητής *Αγγειοχειρουργικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας*
3. Κωνσταντίνος Τεπετές, Καθηγητής *Γενικής Χειρουργικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας*

Τίτλος εργασίας στα αγγλικά:

Ethical dilemmas during the provision of medical care on the battlefield

Πίνακας περιεχομένων

Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή	5
1.1 Η ιατρική ηθική στην ειρήνη και τον πόλεμο.....	5
1.2 Η διττή ιδιότητα του στρατιωτικού υγειονομικού και η σύγκρουση καθηκόντων.....	6
1.3 Σκοπός.....	8
Κεφάλαιο 2: Μεθοδολογία	10
Κεφάλαιο 3: Ηθικά διλήμματα κατά τη διαλογή των τραυματιών και καθορισμός προτεραιοτήτων	12
3.1 Η διαλογή των τραυματιών (triage).....	12
3.2 Παροχή ιατρικής φροντίδας στις εχθρικές δυνάμεις.....	14
3.2.1 Παροχή ιατρικής φροντίδας σε αιχμαλώτους πολέμου.....	14
3.2.2 Παροχή ιατρικής φροντίδας σε τρομοκράτες.....	17
3.3 Παροχή ιατρικής φροντίδας σε πολίτες.....	18
3.4 Συμπεράσματα.....	21
Κεφάλαιο 4: Ηθικά διλήμματα σχετικά με τη συμμετοχή του ιατρικού προσωπικού στην ανακριτική διαδικασία	22
4.1 Τρόποι συμμετοχής του υγειονομικού προσωπικού στην ανακριτική διαδικασία.....	22
4.2 Νομικό και ηθικό πλαίσιο.....	23
4.3 Συμπεράσματα.....	24
Κεφάλαιο 5: Ηθικά διλήμματα σχετικά με τη συναίνεση και το ιατρικό απόρρητο του ασθενούς στο πεδίο της μάχης	26
5.1 Η συναίνεση του ασθενή στο πεδίο της μάχης.....	26
5.2 Η τήρηση του ιατρικού απορρήτου στο πεδίο της μάχης.....	27
5.3 Συμπεράσματα.....	29
Κεφάλαιο 6: Συζήτηση	31
Βιβλιογραφία	36

Περίληψη

Η παροχή ιατρικής φροντίδας στο πεδίο της μάχης διαφέρει από αυτήν σε περίοδο ειρήνης, διότι οι επαγγελματίες υγείας έρχονται αντιμέτωποι με μαζικές απώλειες υγείας, λόγω της εξέλιξης των οπλικών συστημάτων, έχοντας παράλληλα στη διάθεσή τους περιορισμένα υλικοτεχνικά μέσα. Αντικείμενο της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι να εξετάσει τόσο τις ιδιαίτερες επικρατούσες συνθήκες που καθορίζουν την παροχή ιατρικής φροντίδας στο πεδίο της μάχης, όσο και τα προβλήματα που προκύπτουν λόγω της διττής ιδιότητας του στρατιωτικού υγειονομικού προσωπικού, καθώς και να αναδείξει τα ηθικά διλήμματα με τα οποία έρχεται αντιμέτωπος ο επαγγελματίας υγείας. Στόχος της εργασίας είναι αφενός να ευαισθητοποιήσει το στρατιωτικό υγειονομικό προσωπικό που συμμετέχει σε πολεμικές αποστολές πάνω στα θέματα βιοηθικής που προκύπτουν, αφετέρου να το βοηθήσει να απαντήσει στα ηθικά διλήμματα που γεννώνται. Η μεθοδολογική έρευνα βασίστηκε στην αναζήτηση βιβλιογραφίας από τις βάσεις δεδομένων PUBMED και COCHRANE LIBRARY με τη χρήση κατάλληλων λέξεων-κλειδιών, σε υπάρχοντα βιβλία σχετικά με το θέμα, στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, στη Συνθήκη της Γενεύης και σε επίσημες οδηγίες του NATO προς το εμπλεκόμενο σε στρατιωτικές αποστολές υγειονομικό προσωπικό. Από τη βιβλιογραφική έρευνα προκύπτει ότι τα κύρια ηθικά διλήμματα που αναδύονται είναι η διαλογή των τραυματιών και ο καθορισμός προτεραιοτήτων κατά την παροχή ιατρικής φροντίδας, η περίθαλψη ή όχι των εχθρικών δυνάμεων, των αιχμαλώτων πολέμου, των τρομοκρατών και του ντόπιου πληθυσμού, η συμμετοχή του υγειονομικού προσωπικού στην ανακριτική διαδικασία, η λήψη της συναίνεσης του ασθενή και η τήρηση του ιατρικού απορρήτου. Απαντήσεις στα διλήμματα αυτά, δίδονται μέσα από τις επίσημες οδηγίες του NATO σχετικά με τη διαλογή τραυματιών (triage), μέσα από τη Συνθήκη της Γενεύης, η οποία καθορίζει το πλαίσιο αντιμετώπισης και τα δικαιώματα των αιχμαλώτων πολέμου, μέσα από τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας και μέσα από τις αρχές της βιοηθικής.

Λέξεις - κλειδιά: βιοηθική, διλήμματα, στρατιωτικός, ιατρική φροντίδα, πεδίο μάχης

Abstract

The provision of medical care on the battlefield is different from that in peacetime, because health professionals face massive health losses, due to the evolution of weapons systems, while having limited logistical resources at their disposal. The purpose of this literature review is to examine both the particular prevailing conditions that determine the provision of medical care on the battlefield and the problems that arise due to the dual loyalty of military medical personnel, as well as to highlight the ethical dilemmas faced by health professional. The aim of this paper is, on the one hand to sensitize the military medical personnel participating in military missions on the bioethical issues that arise, while on the other hand to help them respond to the arising moral dilemmas. This is a literature-based study, based on a bibliographic search of the PUBMED and COCHRANE LIBRARY databases using appropriate keywords, existing textbooks related to the subject, the Code of Medical Ethics, the Geneva Conventions and official NATO instructions to military personnel involved in military missions. The bibliographic research showcased that the main ethical dilemmas that arise are the sorting of the wounded and the setting of priorities in the provision of medical care, the treatment of enemy forces, prisoners of war, terrorists and the local population, the participation of medical staff in the interrogation process, obtaining the patient's consent and compliance with medical confidentiality. Answers to these dilemmas are given through NATO's official triage directives, through the Geneva Conventions, which set out the framework for dealing with prisoners of war and their rights, through the Code of Medical Ethics and through the principles of bioethics.

Key words: bioethics, dilemmas, military, medical care, battlefield

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Η ιατρική ηθική στην ειρήνη και τον πόλεμο

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Ιατρική Ένωση (World Medical Association), «η ιατρική ηθική κατά τη διάρκεια ένοπλης σύρραξης είναι η ίδια με αυτήν κατά τη διάρκεια της ειρήνης» [1]. Συνεπώς, ο στρατιωτικός ιατρός και κατ' επέκταση το στρατιωτικό υγειονομικό προσωπικό, καλείται να εφαρμόσει τις αρχές της βιοηθικής κατά την άσκηση του λειτουργήματός του, ανεξάρτητα από τις συνθήκες κάτω από τις οποίες βρίσκεται. Οι αρχές της βιοηθικής που πρέπει να τηρηθούν είναι οι εξής [2,3]:

α) Η αρχή της αυτονομίας (autonomy)

Σύμφωνα με την αρχή της αυτονομίας, κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα να αποφασίζει για τον εαυτό του. Αυτό, άλλωστε, προκύπτει και από την ετυμολογία της λέξης αυτονομία (εαυτός + νόμος). Με άλλα λόγια, καθένας έχει το δικαίωμα του αυτοπροσδιορισμού, ανεξάρτητα από τη σοφία της απόφασής του. Στο επίπεδο της παροχής ιατρικής φροντίδας, κάθε ασθενής δικαιούται να δεχτεί ή όχι την προτεινόμενη θεραπεία, έπειτα από πλήρη ενημέρωσή του από μέρους του θεράποντος ιατρού του, όπως επιβάλλεται, άλλωστε, και από τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας [4].

β) Η αρχή της ωφέλειας (beneficence)

Η αρχή αυτή υποχρεώνει το υγειονομικό προσωπικό να ωφελήσει τον ασθενή, δηλαδή να του κάνει καλό. Στο πεδίο της μάχης, η έννοια της ωφέλειας είναι δύσκολο να καθοριστεί. Μερικές φορές, μια πράξη που φαίνεται επωφελής για τον ασθενή, μπορεί στην πραγματικότητα να είναι η χειρότερη για αυτόν. Για παράδειγμα, για έναν τραυματία στρατιώτη, η παραμονή του στη μονάδα του μπορεί να έχει μεγαλύτερο όφελος για την υγεία του από το να απομακρυνθεί από αυτήν προς μια δομή υγείας. Υπάρχουν σημαντικά οφέλη από τους δεσμούς συνοχής με τους υπόλοιπους στρατιώτες και από την υποστήριξη που θα λάβει από αυτούς [5].

γ) Η αρχή του μη βλάπτειν (non-maleficence)

Η αρχή αυτή προέρχεται από τη λατινική έκφραση «primum non nocere», που σημαίνει «πρώτα να μη βλάψεις». Η λέξη «πρώτα», σύμφωνα με ορισμένους αναλυτές, σημαίνει ότι αυτή είναι η κυρίαρχη αρχή της ιατρικής ηθικής. Τη φράση αυτή τη συναντάμε και στα ιπποκρατικά κείμενα, με τη μορφή «ωφελέειν ή μη βλάπτειν», που σημαίνει «να ωφελείς και να μη βλάπτεις», η οποία συνοψίζει δύο βασικές αρχές της βιοηθικής (την αρχή της ωφέλειας και την αρχή του μη βλάπτειν).

δ) Η αρχή της δικαιοσύνης (justice)

Σύμφωνα με αυτήν την αρχή, πρέπει να υπάρχει ισότιμη κατανομή των αγαθών. Η αρχή της δικαιοσύνης εμπεριέχει σαφές κοινωνικό περιεχόμενο, διότι η κοινωνία είναι αυτή που ορίζει τι μπορεί να προσφέρει στο άτομο, δίνοντάς του το δικαίωμα να γίνει αποδέκτης της προσφοράς αυτής. Όσο αφορά το επίπεδο της ιατρικής φροντίδας, το ορίζει η κοινωνία, σύμφωνα με τα ιατρικά μέσα και το ιατρικό προσωπικό που διαθέτει στις δομές υγείας.

Ωστόσο, παρά την εξίσωση της ιατρικής ηθικής στην ειρήνη και τον πόλεμο από την Παγκόσμια Ιατρική Ένωση, υπάρχει και ο αντίλογος από ορισμένους ερευνητές [6,7]. Σύμφωνα με την άποψή τους, η ιατρική ηθική στην ειρήνη διαφέρει από αυτήν στον πόλεμο για δύο λόγους:

Πρώτον, γιατί στο πεδίο της μάχης απουσιάζουν οι βασικές αρχές βιοηθικής που, υπό φυσιολογικές συνθήκες, μας οδηγούν στη λήψη μιας σωστής από πλευράς βιοηθικής απόφασης [6]. Πράγματι, το πεδίο της μάχης αποτελεί ένα ιδιαίτερο περιβάλλον, στο οποίο καλείται να λειτουργήσει το εκάστοτε στρατιωτικό υγειονομικό προσωπικό και το οποίο δεν μπορεί να συγκριθεί με μια οργανωμένη δομή υγείας σε περίοδο ειρήνης. Είναι αλήθεια ότι στο πεδίο της μάχης υπάρχει συνήθως έλλειψη τόσο υλικοτεχνικής υποδομής (εγκαταστάσεις, ιατρικός εξοπλισμός, φαρμακευτικό υλικό), όσο και υγειονομικού προσωπικού. Η κατάσταση αυτή μπορεί να επιτρέψει μια παρέκκλιση από την εφαρμογή των κανόνων βιοηθικής [8]. Επίσης, ιδιαίτερα σε καταστάσεις μαζικών καταστροφών με πολλούς τραυματίες, είναι πιθανό να υπάρχει αδυναμία παροχής ιατρικής φροντίδας σε όλους τους τραυματίες. Αυτό έχει οδηγήσει στην εφαρμογή κανόνων διαλογής τραυματιών (triage) [8,9].

Δεύτερον, γιατί οι αρχές του σύγχρονου πολέμου μπορεί να υπερισχύσουν των βιοηθικών προβληματισμών [6]. Πράγματι, ο αρχηγός μιας στρατιωτικής αποστολής έχει ως στόχο, αφενός να προστατέψει το στράτευμά του, αφετέρου να νικήσει τον εχθρό του, χωρίς να ασχολείται με το αν θα τηρηθούν πιστά οι αρχές της βιοηθικής. Τέτοιες καταστάσεις γεννούν διλήμματα στο στρατιωτικό υγειονομικό προσωπικό. Λόγω της διττής του ιδιότητας (στρατιωτικός και υγειονομικός), προκαλείται μια σύγκρουση καθηκόντων, η οποία αποτυπώνεται στην αγγλική βιβλιογραφία με τον όρο «dual loyalty» (διπλή πίστη) [10].

1.2 Η διττή ιδιότητα του στρατιωτικού υγειονομικού και η σύγκρουση καθηκόντων

Το στρατιωτικό υγειονομικό προσωπικό, όπως ήδη αναφέρθηκε, έχει διττή ιδιότητα: αυτήν του στρατιωτικού και αυτήν του υγειονομικού.

Ως στρατιωτικός, σύμφωνα με τον όρκο που έδωσε κατά την κατάταξή του στις Ένοπλες Δυνάμεις, οφείλει να «φυλάττει πίστιν εις την Πατρίδα, υπακοήν εις το Σύνταγμα, τους Νόμους και τα Ψηφίσματα του Κράτους, υποταγήν εις τους ανωτέρους του και να εκτελεί προθύμως και άνευ αντιλογίας τας διαταγάς των» [11]. Ως υγειονομικός, καλείται να τηρεί τον ιπποκρατικό όρκο, τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας και τις βασικές αρχές βιοηθικής. Οφείλει, δηλαδή, να δρα προς το καλύτερο συμφέρον του ασθενή, να δίνει πρώτη προτεραιότητα στις ανάγκες του ασθενή, να σέβεται την προσωπικότητα και την αυτονομία του, να αποφεύγει να τον βλάψει και να διαθέτει με δίκαιο τρόπο τα ιατρικά μέσα και τους πόρους [12].

Στην Ελλάδα, οι Αξιωματικοί του Υγειονομικού Σώματος αποφοιτούν από τη Στρατιωτική Σχολή Αξιωματικών Σωμάτων (ΣΣΑΣ) και από τη Σχολή Αξιωματικών Νοσηλευτικής (ΣΑΝ). Κατά την εκπαίδευσή τους στις σχολές αυτές, γίνεται σαφής ο διπλός ρόλος που θα κληθούν να έχουν. Χαρακτηριστικός είναι ο ύμνος της ΣΣΑΣ, ο οποίος αναφέρεται στην «τρανή, διπλή αποστολή» που έχουν οι Αξιωματικοί του Υγειονομικού [13].

Για το στρατιωτικό υγειονομικό προσωπικό, δεν είναι πάντα εύκολο να τηρήσει και τους δύο όρκους που έδωσε. Από τη μία μεριά, καλείται να λάβει υπόψη του τη στρατιωτική αναγκαιότητα, δηλαδή την ανάγκη λήψης μέτρων τα οποία είναι απαραίτητα για τη διαφύλαξη των σκοπών του πολέμου και είναι νομικώς σύμφωνα με τους σύγχρονους νόμους του πολέμου [14]. Από την άλλη, είναι αντιμέτωπο με την ιατρική αναγκαιότητα, δηλαδή την παροχή ιατρικής φροντίδας ως αποτέλεσμα συνετούς κλινικής εξέτασης, τηρώντας όλους τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης. Πολλές φορές οι διαταγές των ανωτέρων έρχονται σε αντίθεση με την ιατρική ηθική και η στρατιωτική αναγκαιότητα υπερβαίνει την ιατρική αναγκαιότητα [8]. Για παράδειγμα, κατά τη διάρκεια της αποστολής του ολλανδικού υγειονομικού προσωπικού στη Σρεμπρένιτσα, το καλοκαίρι του 1995 με τις δυνάμεις προστασίας των Ηνωμένων Εθνών (UNPROFOR), παρόλο που το στρατιωτικό υγειονομικό προσωπικό θέλησε να παρέχει υγειονομική φροντίδα στους πολίτες της Βοσνίας, οι εντολές από τους ανωτέρους τους ήταν να παραμείνουν στα καταφύγια και να μην προσφέρουν βοήθεια, εξοικονομώντας τα ιατρικά αποθέματα για τυχόν περίθαλψη των στρατιωτών. Πολλοί, ωστόσο, αντέδρασαν και δεν υπάκουσαν, υποστηρίζοντας ότι αυτό δε συνάδει με την ιατρική τους ιδιότητα. Άλλοι, που υπάκουσαν στις εντολές, ακόμη και χρόνια μετά τη λήξη της αποστολής, βίωναν αρνητικά συναισθήματα θυμού και ενοχής για την πράξη τους [8].

Ψυχολογική επιβάρυνση του προσωπικού που αρνήθηκε παροχή περίθαλψης παρατηρήθηκε και σε άλλες αποστολές, με κύρια συναισθήματα την ντροπή και την ενοχή [15].

Πέρα από τους όρκους που έχουν δώσει, παρατηρείται μια διαφορά στον κώδικα συμπεριφοράς των αμιγώς στρατιωτικών με αυτόν του στρατιωτικού υγειονομικού προσωπικού. Το αμιγώς στρατιωτικό προσωπικό λαμβάνει την εκπαίδευσή του σε κλειστές δομές, στις οποίες καλλιεργείται το ομαδικό πνεύμα και αξίες, όπως είναι το θάρρος, η πίστη, η πειθαρχία και η υπακοή, η διαφύλαξη των οποίων αποτελεί πρώτη προτεραιότητά του. Με άλλα λόγια, το πιο σημαντικό για αυτούς είναι η συνοχή του στρατεύματος και η προστασία του από οποιονδήποτε εχθρικό εξωτερικό παράγοντα. Αντίθετα, το υγειονομικό προσωπικό εκπαιδεύεται σε ανοιχτές δομές, όπως είναι τα πανεπιστήμια και τα νοσοκομεία, έχοντας ως κύριο χαρακτηριστικό του κώδικα συμπεριφοράς του το συμφέρον τρίτων, δηλαδή των ασθενών [16,17]. Πράγματι, η ιατρική κοινότητα έχει ως κώδικα συμπεριφοράς τον Παγκόσμιο Κώδικα Ιατρικής Ηθικής, ο οποίος δίνει μεγαλύτερη βαρύτητα στις υποχρεώσεις και τη συμπεριφορά του γιατρού απέναντι στους ασθενείς του, παρά στις σχέσεις μεταξύ των συναδέλφων ιατρών [16,18].

Η σύγκρουση μεταξύ της στρατιωτικής και ιατρικής ιδιότητας του στρατιωτικού υγειονομικού προσωπικού συμβαίνει σε περιπτώσεις όπου οι ιατρικές απαιτήσεις εμποδίζουν τη στρατιωτική αναγκαιότητα. Σ' αυτές τις περιπτώσεις, το στρατιωτικό υγειονομικό προσωπικό δυσκολεύεται να χρησιμοποιήσει την πυξίδα της ηθικής του, η οποία θα το οδηγήσει στη λήψη μιας σωστής, από πλευράς ηθικής, απόφασης [8].

1.3 Σκοπός

Σκοπός της εργασίας, είναι να αναδείξει τα ηθικά διλήμματα με τα οποία έρχεται αντιμέτωπο το στρατιωτικό υγειονομικό προσωπικό στο πεδίο της μάχης και να δώσει απαντήσεις σε αυτά. Πιο συγκεκριμένα, σκοπός είναι να απαντηθούν τα παρακάτω ερωτήματα:

α) Κατά τη διαλογή των τραυματιών (triage), με ποια σειρά θα πρέπει να παρασχεθεί η ιατρική βοήθεια στους τραυματίες; Υπάρχει διαφορά στην αξία της ζωής κάθε τραυματία;

β) Κατά την παροχή ιατρικής βοήθειας σε αιχμαλώτους πολέμου ή τρομοκράτες, θα πρέπει το υγειονομικό προσωπικό να περιθάλψει τραυματίες που ανήκουν στο εχθρικό στράτευμα, και αν ναι, με ποια προτεραιότητα; Οι τρομοκράτες αποτελούν μια διαφορετική κατηγορία ανθρώπων ή έχουν τα ίδια δικαιώματα περίθαλψης με τους αιχμαλώτους πολέμου;

γ) Κατά την παροχή ιατρικής βοήθειας στον ντόπιο πληθυσμό, μπορεί το στρατιωτικό υγειονομικό προσωπικό να αρνηθεί την παροχή ιατρικής βοήθειας στον τραυματισμένο ντόπιο πληθυσμό ή αυτό αντίκειται στις αρχές της βιοηθικής;

δ) Κατά την ανακριτική διαδικασία, ποιος είναι ο ρόλος του υγειονομικού προσωπικού; Θα πρέπει το υγειονομικό προσωπικό, με τα ιατρικά μέσα που διαθέτει, να βοηθάει σε τυχόν βασανιστήρια των αιχμαλώτων πολέμου, προκειμένου να αποσπαστούν χρήσιμες πληροφορίες οι οποίες θα οδηγήσουν στη νίκη του πολέμου;

ε) Κατά την παροχή ιατρικής φροντίδας στο πεδίο της μάχης, το υγειονομικό προσωπικό μπορεί πάντα να εξασφαλίζει τη συναίνεση του ασθενή και την τήρηση του ιατρικού απορρήτου;

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Για την πραγματοποίηση της βιβλιογραφικής αυτής ανασκόπησης έγινε αναζήτηση πληροφοριών στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PUBMED και COCHRANE LIBRARY, στα βιβλία *Military Medical Ethics for the 21st Century* (Gross and Carrick, 1st Edition, New York, Routledge, 2013), *Military Medical Ethics: Issues regarding dual loyalties: Workshop Summary* (Weisfield and Liverman, Washington DC, The National Academies Press, 2009), *Military Medical Ethics, Volume 2* (Pellegrino, ED, Hartle, AE, Howe, EG, Beam, TE, Sparacino, LR, Washington DC, Department of the Army, 2003) και *Ιατρική ευθύνη και ηθική* (Μαυροφόρου-Γιαννούκα Α., 2^η έκδοση, Βόλος, Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας, 2012), καθώς και σε ισχύοντα θεσμικά κείμενα, όπως είναι η Συνθήκη της Γενεύης, οι οδηγίες του NATO, των Ηνωμένων Εθνών και της Παγκόσμιας Ιατρικής Ένωσης και ο ελληνικός Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας.

Οι λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων για την αναγνώριση της κατάλληλης βιβλιογραφίας ήταν: α) military, β) medical, γ) ethics και δ) dilemmas. Ο αλγόριθμος που χρησιμοποιήθηκε στην αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων ήταν: «military AND medical AND ethics AND dilemmas» σε ολόκληρο το κείμενο. Αναζητήθηκαν όσα άρθρα είχαν δημοσιευτεί μέχρι τον Αύγουστο του 2020 και προέκυψαν αρχικά 61 αποτελέσματα. Τα κριτήρια που τέθηκαν για την τελική επιλογή των άρθρων ήταν:

α) να είναι γραμμένα στην αγγλική γλώσσα,

β) να είναι προσβάσιμα,

γ) να απαντούν τουλάχιστον σε ένα από τα ακόλουθα ερωτήματα:

i) Υπάρχει σύγκρουση καθηκόντων του στρατιωτικού υγειονομικού προσωπικού που να σχετίζεται με τη διττή του ιδιότητα;

ii) Πώς γίνεται η διαλογή των τραυματιών στο πεδίο της μάχης;

iii) Μπορεί να παρέχεται ιατρική φροντίδα στο πεδίο της μάχης σε τραυματίες εχθρικών δυνάμεων, σε τρομοκράτες ή σε πολίτες;

iv) Μπορεί το στρατιωτικό υγειονομικό προσωπικό να συμμετέχει στην ανακριτική διαδικασία;

v) Μπορεί να δοθεί απρόσκοπτα η συναίνεση του ασθενή στο πεδίο της μάχης;

vi) Μπορεί να τηρηθεί το ιατρικό απόρρητο στο πεδίο της μάχης;

vii) Πώς μπορούν να λυθούν τα ηθικά διλήμματα που εγείρονται στο πεδίο της μάχης;

Μετά την εφαρμογή των παραπάνω κριτηρίων, ένα (1) άρθρο αποκλείστηκε, διότι ήταν γραμμένο στην κορεατική γλώσσα, τρία (3) αποκλείστηκαν διότι δεν υπήρχε διαθέσιμη πρόσβαση σε αυτά και είκοσι πέντε (25), επειδή δε σχετιζόταν με κανένα από τα ερωτήματα που τέθηκαν παραπάνω.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΗΘΙΚΑ ΔΙΔΗΜΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΛΟΓΗ ΤΩΝ ΤΡΑΥΜΑΤΙΩΝ ΚΑΙ ΤΟΝ ΚΑΘΟΡΙΣΜΟ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΩΝ

3.1 Η διαλογή των τραυματιών (triage)

Η διαλογή των τραυματιών αναφέρεται στη διεθνή βιβλιογραφία με τον όρο «triage». Η λέξη αυτή προέρχεται από τη γαλλική λέξη «trier» που σημαίνει διαλέγω. Χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον Γάλλο στρατιωτικό χειρουργό Baron Larrey, ο οποίος υπηρετούσε στο στρατό του Ναπολέοντα τον 18^ο αιώνα [19,20]. Ως διαλογή ορίζεται η πρακτική διαδικασία ταξινόμησης των θυμάτων με σκοπό την ορθολογική κατανομή των περιορισμένων πόρων [9].

Στα πολιτικά νοσοκομεία, η διαλογή των τραυματιών γίνεται βάσει ενός σκορ (Triage-revised trauma score, T-RTS), το οποίο είναι αποτέλεσμα τριών φυσιολογικών παραμέτρων: της συστολικής αρτηριακής πίεσης, του ρυθμού αναπνοής και της κλίμακας της Γλασκώβης [21].

Στο πεδίο της μάχης, ωστόσο, είναι δύσκολο να υπολογιστούν φυσιολογικές παράμετροι προκειμένου να γίνει η διαλογή, λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαίτερες επικρατούσες συνθήκες: έλλειψη εξοπλισμού, ανάγκη κάλυψης μεγάλων αποστάσεων, πολύ σοβαροί τραυματισμοί και ανάγκη λήψης πολύ γρήγορων αποφάσεων σχετικά με τον καθορισμό προτεραιοτήτων. Δεδομένου ότι τα σύγχρονα οπλικά συστήματα, καθώς και ο χημικός και βιολογικός πόλεμος μπορούν να προκαλέσουν ακόμη μεγαλύτερες βλάβες σε σχέση με το παρελθόν, οι μαζικές απώλειες υγείας είναι σχεδόν σίγουρες [9,22]. Σύμφωνα με τις μαρτυρίες του στρατιωτικού υγειονομικού προσωπικού που συμμετείχε σε αποστολές στο Ιράκ, το Αφγανιστάν και την Αφρική, οι τραυματισμοί από αυτοσχέδιους εκρηκτικούς μηχανισμούς ήταν η πρώτη αιτία τραυματισμών στο πεδίο της μάχης [23,24,25]. Δυσκολίες στη διαλογή των τραυματιών εμφανίζονται επίσης σε περιπτώσεις σύρραξης στη θάλασσα. Η μεταφορά των τραυματιών από ένα πολεμικό πλοίο απαιτεί πρόσθετα μέσα, όπως είναι τα ελικόπτερα και η επικοινωνία μεταξύ των συντονιστών καθίσταται ακόμη δυσκολότερη [26]. Προκειμένου να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά οι απώλειες υγείας λόγω των νέων ασύμμετρων απειλών και των μη συμβατικών όπλων, θα πρέπει οι στρατηγικές του στρατιωτικού υγειονομικού προσωπικού σχετικά με τη διαλογή τραυματιών, να προσαρμοστούν στα νέα δεδομένα [27].

Για τους λόγους αυτούς, η διαλογή των τραυματιών στο πεδίο της μάχης είναι διαφορετική από αυτήν στα πολιτικά νοσοκομεία. Πιο συγκεκριμένα, στόχος είναι η γρήγορη

επιστροφή στο πεδίο της μάχης του μεγαλύτερου δυνατού αριθμού στρατιωτών, με παράλληλη αποφυγή συνωστισμού τραυματιών στις δομές παροχής ιατρικής φροντίδας. [9] Υπάρχουν διαφορετικοί αλγόριθμοι διαλογής τραυματιών στο πεδίο της μάχης. Στην παρούσα εργασία, θα αναλυθεί το σύστημα διαλογής που εφαρμόζει ο Οργανισμός Βορειοατλαντικού Συμφώνου (North Atlantic Treaty Organization, NATO), διότι είναι το σύστημα που ακολουθείται και στην Ελλάδα. Σύμφωνα με το σύστημα διαλογής του NATO, οι τραυματίες χωρίζονται σε τέσσερις κατηγορίες [28]:

α) Άμεση θεραπεία (ομάδα T1, συνήθως επισημαίνεται με κόκκινο χρώμα): περιλαμβάνει τους τραυματίες που χρειάζονται άμεση χειρουργική θεραπεία για τη διατήρηση της ζωής τους. Αυτές οι διαδικασίες δε θα πρέπει να είναι χρονοβόρες και πρέπει να αφορούν μόνο όσους ασθενείς έχουν υψηλό ποσοστό επιβίωσης (για παράδειγμα, απόφραξη της αναπνευστικής οδού, προσβάσιμη αιμορραγία, επείγων ακρωτηριασμός).

β) Καθυστερημένη θεραπεία (ομάδα T2, συνήθως επισημαίνεται με κίτρινο χρώμα): περιλαμβάνει τους τραυματίες που ήδη έχουν ανάγκη από χρονοβόρα μείζονα χειρουργική θεραπεία, αλλά των οποίων η γενική κατάσταση της υγείας τους επιτρέπει αναβολή της χειρουργικής θεραπείας χωρίς να απειλείται η ζωή τους (για παράδειγμα, μεγάλα μυϊκά τραύματα, κατάγματα μειζόνων οστών, ενδοκοιλιακούς ή/και θωρακικούς τραυματισμούς, τραυματισμούς κεφαλής ή σπονδυλικής στήλης και απλά μείζονα εγκαύματα).

γ) Ελάχιστη θεραπεία (ομάδα T3, συνήθως επισημαίνεται με πράσινο χρώμα): περιλαμβάνει τους τραυματίες με σχετικά μικρά τραύματα που μπορούν να ιαθούν αποτελεσματικά μόνα τους ή αυτούς που μπορούν να βοηθηθούν από μη εκπαιδευμένο προσωπικό (για παράδειγμα, μικρές ρήξεις, εκδορές, μικρά κατάγματα οστών και μικρά εγκαύματα).

δ) Μελλοντική θεραπεία (ομάδα T4, συνήθως επισημαίνεται με μαύρο χρώμα): περιλαμβάνει τους τραυματίες που έχουν υποστεί σοβαρά και συνήθως πολλαπλά τραύματα και των οποίων η θεραπεία θα είναι χρονοβόρα και περίπλοκη, με μικρή πιθανότητα επιβίωσης. Μέχρι η κατάσταση μαζικών απωλειών να τεθεί υπό έλεγχο, οι τραυματίες αυτής της κατηγορίας θα λάβουν υποστηρικτική θεραπεία, η οποία εξαρτάται από τα διαθέσιμα υλικά και το διαθέσιμο υγειονομικό προσωπικό και περιλαμβάνει τη χορήγηση υψηλών δόσεων ναρκωτικών αναλγητικών φαρμάκων. Αυτοί οι άνθρωποι δε θα πρέπει να εγκαταλείπονται, αλλά πρέπει να καταβάλλεται κάθε προσπάθεια για την άνεσή τους, λαμβάνοντας υπόψη και την πιθανότητα επιβίωσής τους (για παράδειγμα, σοβαρά πολλαπλά

τραύματα, σοβαρά τραύματα κεφαλής ή σπονδυλικής στήλης και εκτεταμένα σοβαρά εγκαύματα).

Είναι σημαντικό να γνωρίζει το στρατιωτικό υγειονομικό προσωπικό ότι η διαλογή των τραυματιών είναι μια δυναμική και όχι στατική διαδικασία. Πολλοί παράγοντες επηρεάζουν την απόφαση για την κατηγοριοποίηση των τραυματιών και μια σημαντική αλλαγή σε κάποιον από αυτούς, μπορεί να οδηγήσει σε αλλαγή της κατηγοριοποίησής τους. Η όλη διαδικασία πρέπει να βρίσκεται υπό συνεχή επίβλεψη και θα πρέπει να κατευθύνεται από το καλύτερα εκπαιδευμένο ιατρικό προσωπικό (κατά προτίμηση από έναν έμπειρο αξιωματικό υγειονομικού με γνωστικό υπόβαθρο χειρουργικής) [28].

Το σύστημα διαλογής του NATO βασίζεται στο σύστημα απλής διαλογής και γρήγορης θεραπείας (Simple triage and rapid treatment, START). Η απλότητα του συστήματος START επιτρέπει τη γρήγορη χρήση του ως εργαλείο διαλογής και μπορεί να απομνημονευτεί με τον εξής τρόπο:

- α) όποιος δεν αναπνέει με απλούς χειρισμούς διάνοιξης των αεραγωγών είναι νεκρός.
- β) όποιος μπορεί να περπατήσει κατατάσσεται σε μη επείγουσα προτεραιότητα.
- γ) όποιος δεν μπορεί να περπατήσει, αλλά εκτελεί εντολές έχοντας ακτινικό παλμό και αναπνευστικό ρυθμό μικρότερο από 30 αναπνοές ανά λεπτό, κατατάσσεται ως τραυματίας με επείγουσα προτεραιότητα.

δ) όλοι οι υπόλοιποι κατατάσσονται ως τραυματίες με άμεση προτεραιότητα [9,29].

Συνεπώς, το σύστημα διαλογής του NATO ακολουθεί τις αρχές της ωφελμιστικής θεωρίας: πεθαίνουν λίγοι για να σωθούν οι πολλοί [30]. Εάν δινόταν προτεραιότητα στην ομάδα T4, για παράδειγμα, η ανατροφοδότηση μάχιμων στρατιωτών στο πεδίο της μάχης θα καθυστερούσε, με αποτέλεσμα την πιθανή ήττα και την απώλεια πολλών περισσότερων ζώων από αυτές των τραυματιών της ομάδας T4.

3.2. Παροχή ιατρικής φροντίδας στις εχθρικές δυνάμεις

Ένα ακόμη ηθικό δίλημμα με το οποίο έρχεται αντιμέτωπο το στρατιωτικό υγειονομικό προσωπικό στο πεδίο της μάχης, είναι η παροχή ιατρικής φροντίδας σε τραυματίες που ανήκουν σε εχθρικές δυνάμεις.

3.2.1. Παροχή ιατρικής φροντίδας σε αιχμαλώτους πολέμου

Σύμφωνα με τη συνθήκη της Γενεύης, «ως τραυματίες και ασθενείς θεωρούνται τα πρόσωπα, στρατιωτικοί ή πολίτες, που εξαιτίας τραύματος, ασθένειας ή άλλης φυσικής ή πνευματικής διαταραχής ή αναπηρίας έχουν ανάγκη ιατρικής παρακολούθησης ή φροντίδας και απέχουν από κάθε εχθροπραξία» [31]. Επίσης, «όλοι οι τραυματίες, οι ασθενείς και οι ναυαγοί, σε οποιαδήποτε πλευρά κι αν ανήκουν πρέπει να χαίρουν σεβασμού και προστασίας» [32]. Ακόμη, «οι τραυματίες και οι ασθενείς των στρατών που πέφτουν σε εχθρικά χέρια θα είναι αιχμάλωτοι πολέμου και θα εφαρμόζονται σε αυτούς οι προβλέψεις του διεθνούς δικαίου που αφορά τους αιχμαλώτους πολέμου» [33]. Από τα παραπάνω προκύπτει ότι το στρατιωτικό υγειονομικό προσωπικό οφείλει να περιθάλψει τραυματίες των εχθρικών δυνάμεων. Ωστόσο, τίθεται και ένα ακόμη ζήτημα: με ποια σειρά προτεραιότητας θα παρασχεθεί η ιατρική φροντίδα;

Σύμφωνα με τη συνθήκη της Γενεύης, «Σε κάθε περίπτωση πρέπει να τους φέρονται ανθρώπινα και πρέπει να λαμβάνουν στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό και με τη μικρότερη δυνατή καθυστέρηση, την ιατρική φροντίδα ή προσοχή που απαιτεί η κατάσταση τους. Δε θα υπάρχει διάκριση μεταξύ τους που να βασίζεται σε άλλους λόγους εκτός από ιατρικούς» [32]. Συνεπώς, κατά τη διαδικασία της διαλογής, οι τραυματίες των εχθρικών δυνάμεων κατατάσσονται στις ίδιες ομάδες (T1, T2, T3, T4) με τους τραυματίες της χώρας και η παροχή ιατρικής βοήθειας γίνεται με ισότιμο τρόπο.

Ωστόσο, υπάρχει η άποψη ότι η παροχή ιατρικής φροντίδας δε θα πρέπει να γίνεται με ισότιμο τρόπο, διότι οι ασθενείς δεν είναι απλοί θεατές, αλλά θεωρούνται υπεύθυνοι για το θάνατο συναδέλφων στρατιωτικών και γιατί η ισότιμη μεταχείριση μπορεί να ρίξει το ηθικό των εθνικών στρατιωτικών δυνάμεων, βλέποντας την καθυστέρηση της θεραπείας τους [34]. Ως εκ τούτου, θεωρούν δίκαιη την παραβίαση της Συνθήκης της Γενεύης. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η έρευνα του Carter κατά την οποία ερωτήθηκαν 600 ιατροί του Στρατού και του Ναυτικού 6 μήνες μετά την υπηρεσία τους στον Πόλεμο του Κόλπου το 1991. Παρόλο που είχαν διανεμηθεί έντυπα σχετικά με την προτεραιότητα στην ιατρική φροντίδα, 22% των ερωτηθέντων απάντησε ότι ανεξάρτητα από το είδος του τραυματισμού, οι Αμερικανοί στρατιώτες έπρεπε να αντιμετωπιστούν πρώτοι [35]. Επίσης, στην ίδια έρευνα, σε ερώτηση εάν είναι εξοικειωμένοι με τα αναγραφόμενα στη Συνθήκη της Γενεύης σχετικά με την παροχή φροντίδας σε εχθρικές δυνάμεις και πολίτες, το 84% των συμμετεχόντων απάντησε ότι ήταν, και το 60% ότι την είχε διαβάσει. Ωστόσο, όταν ρωτήθηκαν εάν

πιστεύουν ότι αυτές οι διεθνείς συμφωνίες έχουν εφαρμογή στην επιχείρηση Καταιγίδα της Ερήμου που συμμετείχαν, το 27% δήλωσε ότι δεν έχουν [35].

Από την άλλη, οι υποστηρικτές της ισότιμης μεταχείρισης των τραυματιών, πιστεύουν ότι το υγειονομικό προσωπικό της εχθρικής πλευράς θα συμπεριφερθεί με τον ίδιο τρόπο. Θεωρούν, επίσης, ότι το επιχείρημα ότι οι συμπατριώτες μας είναι «αδέρφια» μας, γι' αυτό πρέπει να περιθάλπονται πρώτοι, δεν ευσταθεί, διότι είναι απλά αποτέλεσμα συναισθηματικής φόρτισης και όχι στρατιωτικής αναγκαιότητας. Στρατιωτική αναγκαιότητα υπάρχει, όταν η άμεση ανατροφοδότηση του πεδίου της μάχης με μάχιμους στρατιώτες είναι εξαιρετικά αναγκαία για την έκβαση της μάχης ή όταν οι πόροι είναι ελάχιστοι. Σε αυτές τις περιπτώσεις, δε θεωρείται ανήθικη η μεροληπτική διαλογή των τραυματιών [36].

Από τα δεδομένα που υπάρχουν από τον Πόλεμο του Κόλπου, οι Αμερικανοί γιατροί περιέθαλψαν μεγαλύτερο αριθμό θυμάτων που ανήκαν στις εχθρικές δυνάμεις, σε σχέση με Αμερικανούς τραυματίες [34]. Επίσης, η ποιότητα της παρεχόμενης ιατρικής θεραπείας ήταν εξαιρετική. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι οι Ιρακινοί αιχμάλωτοι πολέμου αναζητούσαν οικειοθελώς ιατρική φροντίδα από το υγειονομικό προσωπικό του Αμερικανικού Στρατού, διότι θεωρούσαν ότι το επίπεδο της παρεχόμενης θεραπείας ήταν υψηλότερο από εκείνο στη χώρα τους. Ακόμη, όταν οι γιατροί έμαθαν ότι οι αιχμάλωτοι θα επιστρέψουν στη χώρα τους, ένιωσαν ανησυχία, γιατί πίστεψαν ότι θα μείνουν χωρίς θεραπεία ή θα πεθάνουν [37]. Αυτό υποδεικνύει μια σχέση εμπιστοσύνης και ενδιαφέροντος μεταξύ γιατρών και ασθενών.

Μερικές ιατρικές καταστάσεις με τις οποίες έρχεται αντιμέτωπο το ιατρικό στρατιωτικό προσωπικό κατά την περίθαλψη αιχμαλώτων πολέμου είναι χρόνιες νόσοι, όπως είναι η υπέρταση, η στεφανιαία νόσος, η υπερλιπιδαιμία, ο ινσουλινοεξαρτώμενος διαβήτης και η σχιζοφρένεια [37,38]. Σοβαρότερες παθήσεις, όπως είναι ο καρκίνος, είναι δύσκολο να διαγνωστούν, στην οποία περίπτωση, είναι δύσκολο να αντιμετωπιστούν. Πιθανές λύσεις στο πρόβλημα αυτό είναι η διακομιδή του αιχμαλώτου είτε προς ένα πολιτικό νοσοκομείο είτε προς μια τρίτη χώρα. Ωστόσο, υπάρχει πιθανότητα το πολιτικό νοσοκομείο να μην μπορεί να παρέχει κατάλληλου επιπέδου θεραπεία και η μεταφορά σε τρίτη χώρα να μην μπορεί να πραγματοποιηθεί για πολιτικούς λόγους. Αν δεν μπορέσει να δοθεί λύση μέσω της διπλωματίας, ο αιχμάλωτος παραμένει εντός της αναπτυγμένης στο πεδίο της μάχης υγειονομικής δομής, όπου γίνεται προσπάθεια να αντιμετωπιστεί η νόσος του με τον καλύτερο δυνατό τρόπο [39]. Η απεργία πείνας είναι άλλη μια κατάσταση με την οποία μπορεί να έρθει αντιμέτωπο το ιατρικό προσωπικό [38,39,40,41]. Οφείλει να τηρήσει όλες τις

βασικές αρχές της βιοηθικής, ιδιαίτερα την αρχή της αυτονομίας. Επίσης, είναι απαραίτητη η ψυχιατρική εκτίμηση, για να βεβαιωθεί η κατάσταση της ψυχικής υγείας του αιχμαλώτου [39,40]. Η απεργία πείνας μπορεί να χρησιμοποιείται από τον αιχμάλωτο ως μέσο πολιτικής πίεσης, γι' αυτό το υγειονομικό προσωπικό δεν πρέπει να πέσει σε αυτήν την παγίδα, αλλά πρέπει να τον αντιμετωπίσει όπως οποιονδήποτε άλλον ασθενή [39]. Σε κάθε περίπτωση, ωστόσο, η χορήγηση τροφής με τη βία, απαγορεύεται [38,39,40].

3.2.2. Παροχή ιατρικής φροντίδας σε τρομοκράτες

Σύμφωνα με τον ορισμό του FBI (Federal Bureau of Investigation) η τρομοκρατία χωρίζεται σε διεθνή και εγχώρια. Ο όρος διεθνής τρομοκρατία αφορά τις «βίαιες, εγκληματικές ενέργειες που διαπράττονται από μεμονωμένα άτομα ή/και ομάδες που εμπνέονται από συγκεκριμένες ξένες τρομοκρατικές οργανώσεις ή έθνη ή σχετίζονται με αυτές». Η εγχώρια τρομοκρατία αφορά τις «βίαιες, εγκληματικές ενέργειες που διαπράττονται από μεμονωμένα άτομα ή/και ομάδες με στόχο την προώθηση ιδεολογικών σκοπών που απορρέουν από εγχώριες επιρροές πολιτικής, θρησκευτικής, κοινωνικής, φυλετικής ή περιβαλλοντικής φύσης» [42]. Τα τελευταία χρόνια, έχει παρατηρηθεί αύξηση των τρομοκρατικών επιθέσεων με σημαντικότερη αυτήν της 11^{ης} Σεπτεμβρίου 2001 στους Δίδυμους Πύργους στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής. Αντίστοιχα, σε εμπόλεμες ζώνες παρατηρούνται επίσης τρομοκρατικά χτυπήματα [43].

Σύμφωνα με τη Συνθήκη της Γενεύης, οι τρομοκράτες δε θα πρέπει να χαιρούν προστασίας ως αιχμάλωτοι πολέμου, διότι σκόπιμα απειλούν και σκοτώνουν πολίτες, δεν ακολουθούν τους νόμους του πολέμου, δεν φέρουν σταθερό, διακριτό σήμα αναγνωρίσιμο από απόσταση και δεν φέρουν φανερά τα όπλα τους [43,44]. Επομένως, η απουσία συγκεκριμένων κατευθυντηρίων οδηγιών σχετικά με την αντιμετώπισή τους αποτελεί ένα ακόμη ηθικό δίλημμα για το στρατιωτικό υγειονομικό προσωπικό. Από ιατρικής πλευράς, η παροχή ιατρικής φροντίδας σε όποιον την έχει ανάγκη, θεωρείται δεδομένη. Προϋπόθεση, ωστόσο, αποτελεί η ασφάλεια του υγειονομικού προσωπικού. Δεν μπορεί, για παράδειγμα, ο γιατρός να προσφέρει ιατρική φροντίδα σε τρομοκράτη ο οποίος εξακολουθεί να φέρει όπλα ή είναι ζωσμένος με κάποιον εκρηκτικό μηχανισμό. Έπειτα, το υγειονομικό προσωπικό πρέπει να φροντίζει να τηρεί τις τέσσερις βασικές αρχές της βιοηθικής. Κατά την περίθαλψη, όμως, κάποιου τρομοκράτη, ενώ μπορούν να τηρηθούν οι τρεις πρώτες αρχές (αυτονομία, ωφέλεια, μη βλάπτειν), εγείρονται ερωτήματα σχετικά με την τήρηση της αρχής της

δικαιοσύνης [43]. Μπορεί να εφαρμοστεί η κοινωνική δικαιοσύνη σε κάποιον που αυτοτραυματίζεται, παραβιάζοντας σκόπιμα τις βασικές αρχές του ανθρωπισμού και τους κανόνες της κοινωνίας;

Απαντήσεις σε θέματα δικαιοσύνης ή σχετικά με το νομικό καθεστώς στο οποίο υπάγονται οι τρομοκράτες καλείται να δώσει το δικαστικό σύστημα μέσω των ειδικών δικαστηρίων για τα εγκλήματα πολέμου και την τρομοκρατία και όχι το υγειονομικό προσωπικό. Το μόνο μέλημα του ιατρικού προσωπικού είναι η παροχή ιατρικής φροντίδας, εφόσον ο τρομοκράτης δεν αποτελεί άμεσο κίνδυνο για αυτούς [43].

Οι Gesundheit και συν. σε άρθρο τους αναφέρουν δύο περιπτώσεις παροχής ιατρικής φροντίδας σε τρομοκράτες στην Παλαιστίνη [43]. Η ιατρική φροντίδα που τους παρασχέθηκε ήταν ισότιμη με τη φροντίδα που θα προσφερόταν σε οποιονδήποτε και το κόστος θεραπείας του ενός (\$350.000 USD) καλύφθηκε εξολοκλήρου από το ιατρικό κέντρο που νοσηλεύτηκε. Αξίζει να σημειωθεί, επίσης, ότι στον ένα τρομοκράτη δόθηκε προτεραιότητα στην παροχή περίθαλψης σε σύγκριση με θύματα τρομοκρατικής επίθεσης, λόγω του σοβαρού της κατάστασής του. Μετά την πλήρη ανάρρωσή τους, οδηγήθηκαν στο δικαστήριο, όπου καταδικάστηκαν [43].

Σε περιπτώσεις περίθαλψης τρομοκρατών, το στρατιωτικό υγειονομικό προσωπικό πρέπει να είναι σε εγρήγορση, λόγω του αυξημένου κινδύνου οι ασθενείς να εμφανίσουν αυτοκτονικές τάσεις. Ο κίνδυνος αυτός οφείλεται στην έλλειψη επικοινωνίας με την οικογένειά τους, στο γεγονός ότι δεν ξέρουν πότε και αν αφεθούν ελεύθεροι, όπως επίσης και στις σκληρές ανακρίσεις στις οποίες υπόκεινται. Στο Γκουαντάναμο, η 24ωρη παρακολούθηση των τρομοκρατών απέτρεψε και τις 19 απόπειρες αυτοκτονίας που επιχειρήθηκαν. Συνεπώς, το υγειονομικό προσωπικό πρέπει να προσπαθήσει να δημιουργήσει δεσμούς εμπιστοσύνης με τους ασθενείς [34].

3.3 Παροχή ιατρικής φροντίδας σε πολίτες

Στο πεδίο της μάχης, εκτός από το δίλημμα παροχής ιατρικής φροντίδας σε αιχμαλώτους πολέμου και τρομοκράτες, εγείρεται και το δίλημμα παροχής ιατρικής φροντίδας στους πολίτες που ανήκουν στο ντόπιο πληθυσμό της εμπόλεμης ζώνης. Η Συνθήκη της Γενεύης, όπως ήδη αναφέρθηκε παραπάνω, στον όρο τραυματίες και ασθενείς συμπεριλαμβάνει και τους πολίτες [31]. Επομένως, το στρατιωτικό υγειονομικό προσωπικό πρέπει να τους παρέχει ιατρική φροντίδα. Ωστόσο, θα πρέπει να λάβει υπόψη τις εξής

παραμέτρους: α) τις υποχρεώσεις που προκύπτουν από την ιατρική τους ιδιότητα και τους ανθρωπιστικούς νόμους, β) τις πολιτιστικές και κοινωνικές ιδιαιτερότητες του ντόπιου πληθυσμού και γ) την κατανομή των πόρων [45].

Όσον αφορά την ιατρική ιδιότητα και τους ανθρωπιστικούς νόμους, ο όρκος του Ιπποκράτη αναφέρει ότι «Θα χρησιμοποιώ τη θεραπεία για να βοηθήσω τους ασθενείς κατά τη δύναμη και την κρίση μου, αλλά ποτέ για να βλάψω ή να αδικήσω» [46]. Επίσης η Διακήρυξη για την Προστασία των Γυναικών και των Παιδιών σε Επείγουσες Καταστάσεις και σε Ένοπλη Σύρραξη, αναφέρει ότι πρέπει να παρέχεται ιατρική φροντίδα σε γυναίκες και παιδιά [47].

Όσον αφορά τις πολιτιστικές και κοινωνικές ιδιαιτερότητες, το στρατιωτικό υγειονομικό προσωπικό οφείλει να σέβεται αυτές τις ιδιαιτερότητες και να μην αποτελούν εμπόδιο στην παροχή της ιατρικής φροντίδας. Ο σεβασμός και η υποστήριξη του ντόπιου πληθυσμού, εξάλλου, βοηθάει το στρατό να αποκτήσει την εύνοια μιας μερίδας του ντόπιου πληθυσμού [48], οι οποίοι μπορούν να χρησιμοποιηθούν είτε ως μεταφραστές, είτε ως πληροφοριοδότες [45,49]. Σε περιπτώσεις ανθρωπιστικής βοήθειας στην οποία συμμετέχουν στρατιωτικοί, καλλιεργείται η κατανόηση της πολιτιστικής ποικιλομορφίας και ενδυναμώνονται οι διπλωματικοί δεσμοί με τη χώρα στην οποία παρέχεται η βοήθεια [50].

Η κατανομή των πόρων παίζει επίσης σπουδαίο ρόλο στην απόφαση παροχής ή όχι ιατρικής φροντίδας σε πολίτες. Όταν οι πόροι επαρκούν, η ιατρική φροντίδα παρέχεται. Όταν οι πόροι δεν είναι επαρκείς και υπάρχει στρατιωτική αναγκαιότητα, η οποία υπερβαίνει την ιατρική, τότε δεν είναι δυνατό να παρασχεθεί βοήθεια. Ωστόσο, γίνεται προσπάθεια για μεταφορά του τραυματία σε κάποιο πολιτικό νοσοκομείο, όπου θα μπορέσει να πραγματοποιηθεί η περίθαλψη [45].

Προκειμένου να δοθούν λύσεις σε κάποια από τα ηθικά διλήμματα στο πεδίο της μάχης, το 2003 εκδόθηκαν οδηγίες (guidelines) από τη Διεθνή Ομάδα Εργασίας για τη Διπλή Πίστη (International Dual Loyalty Working Group). Σύμφωνα με την πρώτη οδηγία, «η πρωταρχική ταυτότητα και προτεραιότητα του στρατιωτικού υγειονομικού προσωπικού είναι αυτή του επαγγελματία υγείας» [51]. Επίσης, η πέμπτη οδηγία αναφέρει ότι «το στρατιωτικό προσωπικό πρέπει να περιθάλψει τους αρρώστους και τους τραυματίες σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής αναγκαιότητας και της διαλογής» [51]. Συνεπώς, το υγειονομικό προσωπικό, οφείλει να περιθάλψει και τους πολίτες τραυματίες με τον ίδιο τρόπο που θα πράξει για τους υπολοίπους.

Το 2006, το στρατιωτικό υγειονομικό προσωπικό του NATO στο Αφγανιστάν εφάρμοσε τους Ιατρικούς Κανόνες Επιλεξιμότητας (Medical Rules of Eligibility), προκειμένου να βγει από το αδιέξοδο της παροχής ή όχι ιατρικής φροντίδας. Όσον αφορά τους πολίτες, οι τραυματίες που ήταν παράπλευρες απώλειες από κάποια ένοπλη επίθεση, περιθάλπονταν στη στρατιωτική υγειονομική δομή ακόμη κι αν τα τραύματα δεν ήταν σοβαρά. Με τον τρόπο αυτό, προσπαθούσαν να μη χάσουν την υποστήριξη που είχαν από τον ντόπιο πληθυσμό. Όταν ο τραυματισμός δε σχετιζόταν με κάποια ένοπλη επίθεση, η περίθαλψη εξαρτιόταν από το επείγον της κατάστασης της υγείας του ασθενή και από τη διαθεσιμότητα κλινών που υπήρχε στη στρατιωτική υγειονομική δομή. Εάν η παροχή ιατρικής βοήθειας ήταν επείγουσα (απειλή της ζωής, της όρασης ή κάποιου μέλους του σώματος), τότε αυτή πραγματοποιούταν στη στρατιωτική υγειονομική δομή, αλλιώς ο τραυματίας διακομιζόταν σε πολιτικό νοσοκομείο ή σε νοσοκομείο κάποιας μη κυβερνητικής οργάνωσης [52]. Εξάλλου, όσον αφορά τους πολίτες μιας χώρας, η ίδια η χώρα έχει πρωταρχική υποχρέωση να περιθάλψει τους πολίτες της [45,53]. Σε περιπτώσεις, όμως, που τα πολιτικά νοσοκομεία δεν έχουν τα μέσα, το στρατιωτικό υγειονομικό προσωπικό μπορεί να συνδράμει, όπως και έγινε στην περιοχή Σαχέλ στην Αφρική από Γάλλους χειρουργούς που αντιμετώπιζαν εγκαυματίες [53].

Σημαντικό ρόλο κατά την παροχή ιατρικής φροντίδας σε πολίτες, παίζει η ασφάλεια του στρατιωτικού υγειονομικού προσωπικού, όπως συμβαίνει και κατά την περίθαλψη των τρομοκρατών. Εάν, για παράδειγμα κάποιος πολίτης προσεγγίσει το στρατόπεδο προκειμένου να αναζητήσει ιατρική βοήθεια, πρέπει να διασφαλίσουμε ότι δεν έχει σκοπό να προκαλέσει κακό. Πρέπει να ελεγχθεί αν φέρει κάποιο όπλο ή είναι ζωσμένος με εκρηκτικά. Επίσης, αν το υγειονομικό προσωπικό κληθεί να παρέχει βοήθεια στο πεδίο της μάχης (για παράδειγμα βοήθεια σε πολίτες των οποίων το όχημα έχει ανατραπεί), πρέπει να διασφαλιστεί ότι δεν υπάρχει κάποιος κίνδυνος (ύπαρξη νάρκης), όπως επίσης ότι δεν πρόκειται για κάποια ενέδρα από τον εχθρικό στρατό [49]. Αυτό δικαιολογείται και από τη Διεθνή Επιτροπή Ερυθρού Σταυρού, σύμφωνα με την οποία «Όταν οι συνθήκες το επιτρέπουν, και ειδικά μετά από συμπλοκή, κάθε πλευρά που συμμετέχει στη συμπλοκή πρέπει χωρίς καθυστέρηση, να λάβει όλα τα απαραίτητα μέτρα για την αναζήτηση, συλλογή και απομάκρυνση των τραυματισμένων, ασθενών και ναυαγών χωρίς διακρίσεις» [54]. Η φράση «όταν οι συνθήκες το επιτρέπουν», αποτελεί τη λύση στο δίλημμα που προκύπτει σε τέτοιες καταστάσεις.

Η τελική απόφαση για την παροχή ιατρικής φροντίδας δε λαμβάνεται πάντα από το υγειονομικό προσωπικό, αλλά και από τον αρχηγό της στρατιωτικής αποστολής. Όταν υπάρχουν διχογνωμίες, ένα νέο δίλημμα γεννάται: το αν το προσωπικό θα υπακούσει στην εντολή του ανωτέρου του ή θα πράξει με γνώμονα τους κανόνες της ιατρικής ηθικής. Ανυπακοή στις διαταγές του ανωτέρου, αποτελεί παραβίαση του στρατιωτικού όρκου [11]. Από την άλλη, άρνηση στην παροχή ιατρικής φροντίδας αντίκειται στον ιπποκρατικό όρκο [46]. Σε τέτοιες περιπτώσεις, πρέπει να γίνει ένας γόνιμος διάλογος μεταξύ των δύο πλευρών, κατά τη διάρκεια του οποίου θα πρέπει το υγειονομικό στρατιωτικό προσωπικό να εξηγήσει ότι η παροχή βοήθειας επιβάλλεται από διεθνείς συμβάσεις, όπως είναι η Συνθήκη της Γενεύης. Μόνο σε εξαιρετικά κρίσιμες περιπτώσεις, όπως είναι περιπτώσεις σοβαρής έλλειψης πόρων ή ανάγκης για άμεση ανατροφοδότηση του πεδίου της μάχης με μάχιμους στρατιώτες, από την οποία διακυβεύεται το αποτέλεσμα του πολέμου, επιτρέπεται η άρνηση παροχής βοήθειας [30].

3.4 Συμπεράσματα

Η διαλογή των τραυματιών και ο καθορισμός των προτεραιοτήτων αποτελεί μια σημαντική πρόκληση για το στρατιωτικό υγειονομικό προσωπικό. Το σύστημα διαλογής τραυματιών του NATO προσφέρει σημαντική βοήθεια σε περιπτώσεις μαζικών καταστροφών, ούτως ώστε να διατηρηθεί στο μέγιστο δυνατό βαθμό η μάχιμη υπηρετούσα δύναμη των πολεμιστών. Απαντήσεις στα διλήμματα περίθαλψης αιχμαλώτων πολέμου και πολιτών μας δίνει σε μεγάλο βαθμό η Συνθήκη της Γενεύης. Όσον αφορά τους τρομοκράτες, η απουσία συγκεκριμένων οδηγιών και νομοθεσίας, δυσκολεύει τη μεταχείρισή τους. Σε κάθε περίπτωση, το στρατιωτικό υγειονομικό πρέπει να δρα έχοντας ως πρώτο γνώμονα την υγειονομική του ιδιότητα και να δρα σύμφωνα με τους κανόνες της βιοηθικής και τον όρκο του Ιπποκράτη. Σε περίπτωση αντιπαράθεσης με τον αρχηγό της αποστολής σε θέματα διαλογής και περίθαλψης των τραυματιών, η λύση είναι να γίνει μια συζήτηση μεταξύ των δύο πλευρών και να δοθεί από κοινού η καλύτερη δυνατή λύση. Μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις απουσίας πόρων ή όταν υπάρχει επείγουσα ανάγκη επιστροφής μεγάλου αριθμού στρατιωτών στο πεδίο της μάχης, από την οποία διακυβεύεται το αποτέλεσμα του πολέμου, το στρατιωτικό υγειονομικό μπορεί να παρακάμψει τους κανόνες και να δώσει προτεραιότητα στο στρατιωτικό προσωπικό της χώρας, σε βάρος των υπολοίπων ομάδων τραυματιών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΗΘΙΚΑ ΔΙΔΗΜΜΑΤΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΟΥ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΗΝ ΑΝΑΚΡΙΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Η ανακριτική διαδικασία των αιχμαλώτων πολέμου μπορεί να προσφέρει χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με τα σχέδια ή τις αδυναμίες των εχθρικών δυνάμεων, οι οποίες θα συμβάλουν στην επίτευξη της νίκης. Η ιστορία είναι γεμάτη από περιπτώσεις βασανιστηρίων κατά τη διαδικασία αυτή: στο Μεσαίωνα, στη Ρωμαϊκή Περίοδο, αλλά και πιο πρόσφατα, στον πόλεμο στο Ιράκ, στο Αφγανιστάν και στο Γκουαντάναμο [55].

Το ερώτημα που προκύπτει είναι εάν το στρατιωτικό υγειονομικό προσωπικό πρέπει να συμμετέχει στην ανακριτική διαδικασία, προκειμένου να αποσπαστούν γρηγορότερα πληροφορίες που θα οδηγήσουν στη νίκη του πολέμου.

4.1 Τρόποι συμμετοχής του υγειονομικού προσωπικού στην ανακριτική διαδικασία

Το υγειονομικό προσωπικό μπορεί να βοηθήσει στην ανακριτική διαδικασία με τους εξής τρόπους:

α) Χορηγώντας στους αιχμαλώτους πολέμου φαρμακευτικές ουσίες, προκειμένου να υποβληθούν ευκολότερα στην ανακριτική διαδικασία. Για παράδειγμα, με τη χορήγηση σουκινιλοχολίνης, προκαλείται παράλυση των αναπνευστικών μυών του θύματος. Το θύμα είναι σε εγρήγορση, ωστόσο δεν μπορεί να αναπνεύσει. Λόγω του πανικού που δημιουργείται, καθίσταται ευκολότερη η ομολογία του αιχμαλώτου. Άλλο παράδειγμα αποτελεί η χορήγηση του «ορού της αλήθειας», ο οποίος είναι βαρβιτουρικό που προκαλεί κατάσταση ύπνωσης και μείωση των αντιστάσεων. Συνεπώς, είναι πιο εύκολο να απαντήσει το θύμα στις ερωτήσεις που τίθενται [56].

β) Καθυστερώντας την παροχή ιατρικής φροντίδας στους αιχμαλώτους. Πολλές φορές, οι αιχμάλωτοι πολέμου είναι τραυματισμένοι. Προκειμένου να ομολογήσουν, η θεραπεία τους χρησιμοποιείται ως μέσο εκβιασμού. Με άλλα λόγια, αν δεν αποκαλύψουν όλες τις πληροφορίες που γνωρίζουν, δεν τους παρέχεται η αναγκαία θεραπεία [56].

γ) Χρησιμοποιώντας τις ιατρικές τους γνώσεις για τη δημιουργία συσκευών βασανιστηρίων. Παράδειγμα αποτελεί το «Τηλέφωνο του Τάκερ» (Tucker Telephone), το οποίο είναι μια γεννήτρια ηλεκτρικού ρεύματος με ηλεκτρόδια τα οποία συνδέονται στον αιχμάλωτο (ένα ηλεκτρόδιο στο μεγάλο δάκτυλο του ποδιού κι ένα στο πέος του) και του προκαλούν ηλεκτροσόκ [56].

δ) Διαρρέοντας πληροφορίες και στοιχεία από τον ιατρικό φάκελο του ασθενούς. Με τον τρόπο αυτό, οι ανακριτές γνωρίζουν τυχόν σωματικές ή ψυχολογικές αδυναμίες του αιχμαλώτου και μπορούν να σχεδιάσουν μια επιτυχή στρατηγική ανάκρισης. Στο σχεδιασμό της στρατηγικής, σημαντικό ρόλο παίζουν και οι ψυχίατροι, οι οποίοι μπορούν να δώσουν συμβουλές για αποτελεσματικές μεθόδους ψυχολογικής βίας [38,57]

ε) Ανανήπτοντας ασθενείς οι οποίοι έχουν λιποθυμήσει κατά τη διάρκεια των βασανιστηρίων. Με τη γρήγορη ανάνηψη των θυμάτων, αυξάνεται η διάρκεια των βασανιστηρίων [14].

στ) Εκδίδοντας ψευδή πιστοποιητικά θανάτου. Με τον τρόπο αυτό, το υγειονομικό προσωπικό συγκαλύπτει τα εγκλήματα που προκύπτουν κατά τη διάρκεια της σκληρής ανακριτικής διαδικασίας [14].

4.2 Νομικό και ηθικό πλαίσιο

Σύμφωνα με τη Συνθήκη της Γενεύης, σχετικά με τους αιχμαλώτους πολέμου, «απαγορεύεται αυστηρά κάθε απόπειρα εναντίον της ζωής τους ή βία εις βάρος των προσώπων τους· συγκεκριμένα, δε θα δολοφονηθούν ή εξολοθρευτούν, δε θα υποστούν βασανιστήρια ή βιολογικά πειράματα. Δε θα αφεθούν σκόπιμα χωρίς ιατρική βοήθεια και φροντίδα» [58]. Επίσης, η παράγραφος 4 του άρθρου 2 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, ορίζει ότι ο ιατρός «σέβεται την ανθρώπινη ζωή ακόμη και κάτω από απειλή και δεν χρησιμοποιεί τις γνώσεις του ενάντια στις αρχές του ανθρωπισμού. Δεν συντρέχει ούτε παρέχει υποστήριξη σε βασανιστήρια ή άλλες μορφές εξευτελιστικής και απάνθρωπης συμπεριφοράς ... σε καιρό ειρήνης ή πολέμου» [59]. Στο ίδιο πνεύμα κινείται και το Υπουργείο Άμυνας της Αμερικής [56], όπως και η έβδομη οδηγία (guideline) της Διεθνούς Ομάδας Εργασίας για τη Διπλή Πίστη (International Dual Loyalty Working Group) του 2003 [51].

Όσον αφορά την ηθική διάσταση του θέματος, ο ιατρός οφείλει να παρέχει ιατρική φροντίδα, τηρώντας τις αρχές της βιοηθικής, σεβόμενος τον ασθενή. Ο αιχμάλωτος δεν αποτελεί πλέον απειλή, οπότε πρέπει να αντιμετωπίζεται ως συνάνθρωπος [34]. Σχετικά με το σεβασμό του ιατρικού απορρήτου του αιχμαλώτου, θα πρέπει να αποκαλύπτονται στους ανακριτές μόνο οι απαραίτητες πληροφορίες οι οποίες έχουν ως στόχο τη βοήθεια του ασθενή και όχι τη χρήση του στην ανακριτική διαδικασία [38].

Ωστόσο, υπάρχουν κάποιοι που υποστηρίζουν τη χρησιμοποίηση του ιατρικού προσωπικού στην ανακριτική διαδικασία, με την προϋπόθεση ότι δε συμμετέχουν στην παροχή ιατρικής φροντίδας στο πεδίο της μάχης. Πιστεύουν ότι είναι αποδεκτή η συμμετοχή του, διότι δεν έχει υπάρξει παγιωμένη σχέση ιατρού-ασθενή [14]. Στο πνεύμα αυτό, ο Αμερικανικός Στρατός δημιούργησε τις Συμβουλευτικές Ομάδες Συμπεριφορικής Επιστήμης (Behavioral Science Consultation Teams, BSCT). Οι ομάδες αυτές αποτελούνται από ειδικά εκπαιδευμένο ιατρικό προσωπικό, τόσο σε θέματα ψυχολογίας, όσο και σε θέματα ψυχιατρικής, το οποίο δεν ανήκει στους παρόχους ιατρικής φροντίδας στο πεδίο της μάχης [39]. Η χρησιμοποίηση του ιατρικού προσωπικού στην ανακριτική διαδικασία δικαιολογείται επίσης, από ορισμένους, σε περιπτώσεις που ο αιχμάλωτος πολέμου είναι τρομοκράτης, διότι μια γρήγορη ομολογία μπορεί να οδηγήσει στη σωτηρία πολλών ανθρωπίνων ζωών. Εάν για παράδειγμα, πριν την επίθεση στους Διδύμους Πύργους στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, είχε συλληφθεί κάποιος τρομοκράτης, για τον οποίο υπήρχαν πληροφορίες ότι γνώριζε για μια επικείμενη επίθεση, θα δικαιολογούταν η χρησιμοποίηση όλων των διαθέσιμων μέσων κατά την ανακριτική διαδικασία, προκειμένου να σωθούν εκατοντάδες αθώοι πολίτες [56]. Πέντε Ανώτατα Δικαστήρια στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής έχουν διαχωρίσει σαφώς τις μεθόδους ανάκρισης που εφαρμόζονται στους τρομοκράτες σε σχέση με τους αιχμαλώτους πολέμου [34].

Η απόφαση του στρατιωτικού υγειονομικού προσωπικού, σχετικά με τη συμμετοχή του στην ανακριτική διαδικασία, μπορεί να επηρεαστεί και από άλλους παράγοντες. Για παράδειγμα, σε περίπτωση που ο αιχμάλωτος έχει πληροφορίες σχετικά με επικείμενη επίθεση σε κάποια καίριας σημασίας μονάδα, η καταστροφή της οποίας θα οδηγούσε στην ήττα του πολέμου, το στρατιωτικό υγειονομικό προσωπικό μπορεί να σκεφτεί να συμμετέχει στην ανακριτική διαδικασία, με το σκεπτικό ότι υπάρχει άμεση στρατιωτική αναγκαιότητα [56]. Το σκεπτικό αυτό είναι σύμφωνο με τη θεωρία του ωφελιμισμού [60,61], σύμφωνα με την οποία, βλάπτοντας ένα άτομο (τον αιχμάλωτο πολέμου), σώζονται πολλές περισσότερες ζωές, καθώς και η εθνική ανεξαρτησία του κράτους. Το ερώτημα που τίθεται, ωστόσο, είναι κατά πόσο μια βιοηθική θεωρία, όπως είναι αυτή του ωφελιμισμού, επιτρέπει την παραβίαση θεμελιωδών δικαιωμάτων ενός ατόμου, γεγονός το οποίο αντίκειται στην ηθική [51].

4.3 Συμπεράσματα

Το στρατιωτικό υγειονομικό προσωπικό έχει τη δύναμη να συμμετάσχει ενεργά στην ανακριτική διαδικασία, εφαρμόζοντας τις επιστημονικές του γνώσεις. Η συμμετοχή αυτή, ωστόσο, απαγορεύεται ρητά από τα ισχύοντα θεσμικά κείμενα (Συνθήκη της Γενεύης, Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας). Η ανακριτική διαδικασία είναι μια αμιγώς στρατιωτική διαδικασία, στην οποία δεν πρέπει να συμμετέχει το υγειονομικό προσωπικό. Ρόλος του υγειονομικού προσωπικού είναι η παροχή ιατρικής φροντίδας σε όλους όσους είναι τραυματίες ή ασθενείς. Σε περιπτώσεις που το στρατιωτικό υγειονομικό προσωπικό βρίσκεται σε δίλημμα, όπως είναι περιπτώσεις τρομοκρατών ή περιπτώσεις στρατιωτικής αναγκαιότητας, πρέπει να εξετάσει ποιες αξίες και δικαιώματα διακυβεύονται και με γνώμονα την ηθική του θεωρία και τη συνείδησή του να λάβει απόφαση για το αν θα συμμετάσχει στην ανακριτική διαδικασία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΚΑΙ ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΠΟΡΡΗΤΟ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΟ ΠΕΔΙΟ ΤΗΣ ΜΑΧΗΣ

Κατά την κατάταξη στις Ένοπλες Δυνάμεις, ο στρατιωτικός παραχωρεί μέρος της αυτονομίας του, διότι καλείται να εκτελέσει διαταγές που πολλές φορές δεν τον βρίσκουν σύμφωνο και μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τη ζωή του [62]. Συμβαίνει, ωστόσο, το ίδιο και με άλλα δικαιώματά του; Για παράδειγμα, μπορεί να παραληφθεί η υποχρέωση συναίνεσης του ασθενή για την πραγματοποίηση μιας ιατρικής πράξης; Επιπλέον, στο πεδίο της μάχης, διασφαλίζεται πάντα το ιατρικό απόρρητο του ασθενή;

5.1 Η συναίνεση του ασθενή στο πεδίο της μάχης

Σύμφωνα με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, «Ο ιατρός δεν επιτρέπεται να προβεί στην εκτέλεση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης χωρίς την προηγούμενη συναίνεση του ασθενή» [63]. Επίσης, η συναίνεση πρέπει «να μην είναι αποτέλεσμα πλάνης, απάτης ή απειλής και να μην έρχεται σε σύγκρουση με τα χρηστά ήθη» [63], αλλά «να παρέχεται μετά από πλήρη, σαφή και κατανοητή ενημέρωση» [63]. Ωστόσο, λόγω των ιδιαιτέρων συνθηκών που επικρατούν στο πεδίο της μάχης, έχουν παρατηρηθεί περιπτώσεις στις οποίες παραλήφθηκε η συναίνεση του ασθενή:

α) Κατά τη χορήγηση προφυλακτικών φαρμακευτικών σκευασμάτων, ενάντια σε βιολογική και χημική πολεμική απειλή: Κατά τη διάρκεια του Πολέμου του Κόλπου, στην επιχείρηση Καταιγίδα της Ερήμου, διακόσιες πενήντα χιλιάδες στρατιώτες διατάχθηκαν να τους χορηγηθεί πυριδοστιγμίνη, μια φαρμακευτική ουσία που θα τους προφύλασσε από πιθανή βιολογική ή χημική επίθεση με οργανοφωσφορικά (organophosphate) ή με τοξίνες αλλαντίασης (botulin toxins) . Η αποτελεσματικότητα της πυριδοστιγμίνης, ωστόσο δεν ήταν κλινικά αποδεδειγμένη, αλλά βρισκόταν σε πειραματικό στάδιο: υπήρχαν ενδείξεις μόνο σε θεωρητικό επίπεδο. Δεδομένου ότι ήταν αποδεδειγμένη η νευροτοξικότητα του φαρμάκου, ως ανεπιθύμητη ενέργεια, ήταν πιθανή η άρνηση μεγάλου μέρους των στρατιωτών σχετικά με τη χορήγησή της, διακινδυνεύοντας, με αυτόν τον τρόπο, τη στρατιωτική ετοιμότητα. Για το λόγο αυτό, το Υπουργείο Άμυνας της Αμερικής κατέστησε υποχρεωτική τη χορήγηση πυριδοστιγμίνης, παραβιάζοντας τον Κώδικα της Νυρεμβέργης, που απαγορεύει τη διεξαγωγή πειραμάτων χωρίς τη συναίνεση κατόπιν ενημέρωσης. Δικαιολόγησε, ωστόσο, την απόφασή του με το γεγονός ότι διακυβεύονταν νόμιμο κυβερνητικό συμφέρον που ξεπερνά το ατομικό συμφέρον [55,64].

β) Προβαίνοντας σε ευθανασία ασθενών: Ο Ρενέ – Νικολά Ντεζενέτ, γιατρός του Ναπολεόντιου Στρατού, διατάχθηκε από τον ίδιο τον Ναπολέοντα να χορηγήσει θανατηφόρα δόση λαβδάνου (οποίου) σε στρατιώτες που πέθαιναν από πανούκλα, προκειμένου να μην πέσουν στα χέρια και το έλεος των Τούρκων. Παρόλο που ο γιατρός αρνήθηκε, εικάζεται ότι ο φαρμακοποιός Ρουαγιέ χορήγησε θανατηφόρα δόση σε 50 στρατιώτες [65]. Πιο πρόσφατα, κατά τη διάρκεια αποστολής στο Αφγανιστάν, ένας Καναδός γιατρός ανέφερε την περίπτωση ενός Καναδού στρατιώτη ο οποίος ήταν πολύ σοβαρά τραυματισμένος σε σημείο που δεν ήταν σε θέση να δώσει τη συναίνεσή του και η ποιότητα της ζωής του θα ήταν η ελάχιστη. Δήλωσε ότι στα πλαίσια της μάταιης θεραπείας, ο ασθενής θα έπρεπε να αφεθεί να πεθάνει, πράγμα το οποίο έγινε [66].

Σχετικά με την παράλειψη εξασφάλισης της συναίνεσης του ασθενή, ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας αναφέρει ότι «δεν απαιτείται συναίνεση: α) στις επείγουσες περιπτώσεις, κατά τις οποίες δεν μπορεί να ληφθεί κατάλληλη συναίνεση και συντρέχει άμεση, απόλυτη και κατεπείγουσα ανάγκη παροχής ιατρικής φροντίδας, β) στην περίπτωση απόπειρας αυτοκτονίας ή γ) αν οι γονείς ανήλικου ασθενή ή οι συγγενείς ασθενή που δεν μπορεί για οποιονδήποτε λόγο να συναινέσει ή άλλοι τρίτοι, που έχουν την εξουσία συναίνεσης για τον ασθενή, αρνούνται να δώσουν την αναγκαία συναίνεση και υπάρχει ανάγκη άμεσης παρέμβασης, προκειμένου να αποτραπεί ο κίνδυνος για τη ζωή ή την υγεία του ασθενή» [63]. Συνεπώς, δε δικαιολογεί την παράλειψη συναίνεσης, ούτε σε περίπτωση προφυλακτικής χορήγησης φαρμακευτικών ουσιών σε πειραματικό στάδιο, ούτε σε περιπτώσεις ευθανασίας για λόγους αποφυγής βασανιστηρίων μετά τη σύλληψη από τους εχθρούς. Ακόμη και σε περιπτώσεις έρευνας της αποτελεσματικότητας μιας φαρμακευτικής ουσίας, η συναίνεση του συμμετέχοντα είναι απαραίτητη έπειτα από ολοκληρωμένη ενημέρωση [67]. Η περίπτωση, ωστόσο, του Καναδού γιατρού, εμπίπτει στην κατηγορία των περιπτώσεων, κατά τις οποίες δεν μπορεί να ληφθεί η συναίνεση του ασθενή. Λαμβάνοντας υπόψη ότι το πεδίο της μάχης είναι ένα ιδιαίτερο περιβάλλον που χαρακτηρίζεται από έλλειψη υποδομών, η παροχή μάταιης θεραπείας δεν έχει θέση, διότι με αυτόν τον τρόπο θα στερηθούν ιατρικής φροντίδας στρατιώτες με μεγαλύτερα ποσοστά επιβίωσης. Οπότε ηθικά, θα μπορούσε να θεωρηθεί σωστή η απόφαση του γιατρού.

5.2 Η τήρηση του ιατρικού απορρήτου στο πεδίο της μάχης

Σύμφωνα με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, «Ο ιατρός οφείλει να τηρεί αυστηρά απόλυτη εχεμύθεια για οποιοδήποτε στοιχείο υποπίπτει στην αντίληψή του ή του αποκαλύπτει ο ασθενής ή τρίτοι, στο πλαίσιο της άσκησης των καθηκόντων του, και το οποίο αφορά στον ασθενή ή τους οικείους του» [68]. Η τήρηση του ιατρικού απορρήτου διασφαλίζει μια σχέση εμπιστοσύνης ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή [69]. Ωστόσο, στο στρατιωτικό περιβάλλον, υπάρχουν περιπτώσεις κατά τις οποίες γεννάται το δίλημμα της άρσης του απορρήτου από το στρατιωτικό υγειονομικό προσωπικό.

Για παράδειγμα, το 1986 στο Ηνωμένο Βασίλειο, ένας γιατρός διέρρευσε πληροφορίες από το ιατρικό ιστορικό της συζύγου ενός συναδέλφου του στον Διοικητή της Μονάδας του. Η διαρροή έγινε προκειμένου να δικαιολογηθεί η μειωμένη απόδοση του συναδέλφου, στοχεύοντας παράλληλα στην υλοποίηση της μετάθεσης που είχε ζητήσει ο εν λόγω συναδέλφος. Τα στοιχεία που διέρρευσαν ήταν εξαιρετικά προσωπικού χαρακτήρα (κατάχρηση ουσιών, ιστορικό έκτρωσης). Η διαρροή έγινε χωρίς τη συναίνεση της συζύγου του συναδέλφου και γι' αυτό υπέβαλε αίτημα παραπόνων (complaint). Ο ιατρός δικαιώθηκε στο στάδιο της προκαταρκτικής εξέτασης, δικαιολογώντας την πράξη του με βάση τις Σημειώσεις για την Καθοδήγηση των Στρατιωτικών Υγειονομικών Αξιωματικών στην ιατρική εμπιστευτικότητα (Notes for the Guidance of Military Medical Officers on medical confidentiality), σύμφωνα με τις οποίες, το ισοδύναμο των Πολιτικών Δικαστηρίων για τους στρατιωτικούς, είναι οι εντολές του Διοικητή της Μονάδας ή το Στρατιωτικό Δικαστήριο. Εφόσον, λοιπόν, η άρση του ιατρικού απορρήτου επιτρεπόταν κατά την κατάθεση ενός πολίτη ιατρού στο Πολιτικό Δικαστήριο, αντίστοιχα δικαιολογήθηκε η άρση του απορρήτου και στην περίπτωση του Άγγλου γιατρού. Ωστόσο, στην περίπτωση αυτή εγείρεται και το ερώτημα της ποσότητας των ιατρικών πληροφοριών που διέρρευσαν από τον ιατρικό φάκελο [70]. Δεν ήταν αναγκαία η διαρροή τόσων πολλών και λεπτομερών πληροφοριών από το ιατρικό ιστορικό της ασθενούς. Μια απλή επισήμανση ότι υπάρχουν προβλήματα ιατρικής φύσης θα αρκούσε στη συγκεκριμένη περίπτωση, μόνο για να δικαιολογηθεί η μειωμένη απόδοση του συναδέλφου. Ιδανικά, εφόσον υπήρχε ενυπόγραφη συναίνεση της ασθενούς, δε θα υπήρχε κανένα δίλημμα για τη μεταβίβαση των απαραίτητων και μόνο ιατρικών πληροφοριών.

Σε άλλες περιπτώσεις, εκτός από την ποσότητα των πληροφοριών που θα αποκαλύψει το υγειονομικό στρατιωτικό προσωπικό, υπάρχει δίλημμα σχετικά με τον αριθμό των ατόμων που θα γίνουν κοινωνοί της πληροφορίας. Αυτό που πρέπει να συμβαίνει είναι η πληροφορία

να μεταβιβάζεται στον ελάχιστο απαιτούμενο αριθμό ατόμων, για τα οποία πρέπει να εξασφαλίσουμε ότι θα τηρήσουν το απόρρητο της ιατρικής πληροφορίας. Στις περιπτώσεις αιχμαλώτων πολέμου, τα άτομα που παρίστανται στο χώρο κατά τη λήψη του ιατρικού ιστορικού (διερμηνείς, φρουροί) πρέπει να περιορίζονται στο ελάχιστο, χωρίς να επηρεάζεται η ασφάλεια του στρατιωτικού υγειονομικού προσωπικού [66].

Το δίλημμα για άρση του ιατρικού απορρήτου από το στρατιωτικό υγειονομικό προσωπικό συμβαίνει συχνά και σε περιπτώσεις στις οποίες ο ασθενής αντιμετωπίζει ψυχολογικά ή ψυχιατρικά προβλήματα [71]. Ο στρατιωτικός που αντιμετωπίζει προβλήματα τέτοιας φύσης, δύσκολα αναζητά βοήθεια, διότι φοβάται ότι ο γιατρός θα προβεί σε άρση του ιατρικού απορρήτου, μεταβιβάζοντας υγειονομικές πληροφορίες στον εκάστοτε Διοικητή, γεγονός που μπορεί να σημαίνει ακόμη και αποπομπή από το στράτευμα [72]. Οι πληροφορίες αυτές συνήθως αφορούν ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα, όπως είναι ο σεξουαλικός προσανατολισμός και η χρήση ναρκωτικών ουσιών [73]. Σε περιπτώσεις διλήμματος σχετικά με την άρση του ιατρικού απορρήτου, προτείνεται η αναζήτηση συμβουλής από κάποιον έμπειρο συνάδελφο ή από κάποιον νομικό σύμβουλο [74]. Άρση του ιατρικού απορρήτου στο στρατιωτικό περιβάλλον μπορεί να συμβεί όταν επίκειται απειλή για υγεία ή την ασφάλεια του στρατιωτικού ή της Μονάδας που υπηρετεί. Δεδομένου ότι το στρατιωτικό προσωπικό έχει πρόσβαση σε όπλα, η απειλή αυτή μπορεί να είναι συχνότερη και μεγαλύτερη [70]. Η απόφαση αυτή έρχεται σε σύμπλευση με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας που ορίζει ότι η άρση του ιατρικού απορρήτου επιτρέπεται όταν «α) Ο ιατρός αποβλέπει στην εκπλήρωση νομικού καθήκοντος ... β) Ο ιατρός αποβλέπει στη διαφύλαξη έννομου ή άλλου δικαιολογημένου, ουσιώδους δημοσίου συμφέροντος ή συμφέροντος του ίδιου του ιατρού ή κάποιου άλλου, το οποίο δεν μπορεί να διαφυλαχθεί διαφορετικά. γ) Όταν συντρέχει κατάσταση ανάγκης ή άμυνας» [68].

5.3 Συμπεράσματα

Η λήψη συναίνεσης του ασθενή κατόπιν ενημέρωσής του από το υγειονομικό προσωπικό είναι απαραίτητη πριν από την πραγματοποίηση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης. Δίλημμα μπορεί να προκύψει όταν η λήψη συναίνεσης δεν είναι δυνατή, όπως είναι για παράδειγμα περίπτωση βαριά τραυματισμένου ατόμου που δεν έχει τις αισθήσεις του. Στις περιπτώσεις αυτές, που απειλείται άμεσα η ζωή του ασθενή, σύμφωνα με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, ο ιατρός έχει το δικαίωμα να επέμβει προκειμένου να σωθεί η ζωή

του ασθενή. Όσον αφορά το ιατρικό απόρρητο, πρέπει να τηρείται στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό. Στο στρατιωτικό περιβάλλον, λόγω της ιδιαιτερότητάς του, σε επείγουσες περιπτώσεις που πρέπει να αρθεί το ιατρικό απόρρητο, θα πρέπει να γίνεται με τέτοιον τρόπο, ώστε να διαρρέουν οι απαραίτητες μόνο πληροφορίες σε κάθε περίπτωση, και προς το μικρότερο δυνατό αριθμό ατόμων. Η ενυπόγραφη συναίνεση του ασθενή, εφόσον υπάρχει, λύνει ευκολότερα το δίλημμα του στρατιωτικού υγειονομικού προσωπικού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Κατά την παροχή ιατρικής φροντίδας στο πεδίο της μάχης, το στρατιωτικό υγειονομικό προσωπικό έρχεται αντιμέτωπο με πλήθος ηθικών διλημάτων, τα οποία δύνονται εύκολα, λόγω των ιδιαίτερων συνθηκών που επικρατούν. Διλήμματα σχετικά με τη διαλογή και τον καθορισμό προτεραιοτήτων κατά την παροχή ιατρικής φροντίδας, διλήμματα σχετικά με τη συμμετοχή του στρατιωτικού υγειονομικού προσωπικού στην ανακριτική διαδικασία, καθώς και διλήμματα σχετικά με τη συναίνεση και το ιατρικό απόρρητο του ασθενούς, καλούνται να απαντηθούν από το εμπλεκόμενο υγειονομικό προσωπικό στο πεδίο της μάχης. Απαντήσεις και οδηγίες για την επίλυση όλων αυτών των διλημάτων δίνουν οι βασικές αρχές βιοηθικής, οι Κώδικες Δεοντολογίας τόσο της Παγκόσμιας Ιατρικής Ένωσης, όσο και των Εθνικών Ιατρικών Συλλόγων, στρατιωτικά θεσμικά κείμενα, όπως είναι αυτά του NATO και των εθνικών στρατών, καθώς και η Συνθήκη της Γενεύης. Ωστόσο, σε κάποιες περιπτώσεις, είναι δύσκολη η λήψη μιας σωστής, από ηθικής πλευράς, απόφασης, λόγω της σύγκρουσης καθηκόντων που αντιμετωπίζει το στρατιωτικό υγειονομικό προσωπικό, εξαιτίας της διττής του ιδιότητας (στρατιωτικός – υγειονομικός). Σημαντικό πρόβλημα που αντιμετωπίζει το εμπλεκόμενο προσωπικό είναι διαφωνίες που ενδέχεται να υπάρξουν σχετικά με διαταγές ανωτέρων στη στρατιωτική ιεραρχία, οι οποίες καταστρατηγούν τόσο τις αρχές της βιοηθικής, όσο και διεθνή θεσμικά κείμενα. Σύμφωνα με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, «ο ιατρός που βρίσκεται μπροστά σε σύγκρουση καθηκόντων αντιμετωπίζει τη σύγκρουση αυτή με βάση την επιστημονική του γνώση, τη σύγκριση των έννομων αγαθών που διακυβεύονται, τον απόλυτο σεβασμό της ανθρώπινης ζωής και αξιοπρέπειας και τη συνείδησή του» [75]. Από την άλλη, ο στρατιωτικός όρκος επιβάλλει υποταγή στους ανωτέρους και εκτέλεση των διαταγών τους χωρίς αντιλογία. Επίσης, επιβάλλει σεβασμό στους νόμους και τα ψηφίσματα του κράτους [11]. Δεδομένου ότι ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας αποτελεί νόμο του κράτους, κάθε στρατιωτικός πρέπει να πειθαρχήσει σε αυτόν, ανεξάρτητα από την ειδικότητά του και τη θέση που κατέχει στη στρατιωτική ιεραρχία. Συνεπώς, σε περιπτώσεις που μια δοθείσα από ανώτερο διαταγή αντιβαίνει στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, το στρατιωτικό υγειονομικό προσωπικό οφείλει να αναφέρει στον ανώτερο ότι με τον τρόπο αυτό παραβιάζεται ένας από τους νόμους του κράτους και μέσα από γόνιμο διάλογο να μπορέσει να δοθεί λύση. Το ίδιο πρέπει να συμβαίνει και στις περιπτώσεις που καταστρατηγούνται Διεθνείς Συνθήκες που ακολουθούνται από το κράτος, όπως είναι η Συνθήκη της Γενεύης.

Η σωστή εκπαίδευση του στρατιωτικού υγειονομικού προσωπικού μπορεί να αποτελέσει αρωγό στην επίλυση των ηθικών διλημάτων που γεννώνται στο πεδίο της μάχης [53,76,77,78]. Από τη στιγμή της εισόδου τους στις Στρατιωτικές Σχολές, οι σπουδαστές που ανήκουν στο υγειονομικό σώμα, πρέπει να εκπαιδεύονται σε θέματα διαλογής και περίθαλψης τραυματιών, να μαθαίνουν τις βασικές αρχές της βιοηθικής και να μελετούν θεσμικά κείμενα, όπως είναι η Συνθήκη της Γενεύης. Η εισαγωγή μαθημάτων σχετικών με τα ανωτέρω στο στρατιωτικό πρόγραμμα σπουδών, θα συνδράμει στην παραγωγή καταρτισμένων υγειονομικών αξιωματικών, έτοιμων να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά ηθικά διλήματα σε κάποια αποστολή. Πέρα από τους σπουδαστές του υγειονομικού σώματος, οι εκκολαπτόμενοι αξιωματικοί και υπαξιωματικοί των λοιπών σωμάτων πρέπει να εκπαιδεύονται επαρκώς σε θέματα διεθνών συνθηκών, καθώς και σε θέματα ηγεσίας, προκειμένου να μπορέσουν να συνεργαστούν με το υφιστάμενο υγειονομικό προσωπικό.

Ακόμη και μετά την αποφοίτησή τους από τις Στρατιωτικές Σχολές, οι αξιωματικοί του υγειονομικού σώματος πρέπει να ενημερώνονται συνεχώς για τις εξελίξεις στα θέματα παροχής ιατρικής φροντίδας στο πεδίο της μάχης. Μέσα από ημερίδες και συνέδρια, όπως είναι το Ιατρικό Συνέδριο Ενόπλων Δυνάμεων που διοργανώνεται κάθε δύο έτη στη χώρα μας, πρέπει να δίνεται έμφαση στα ηθικά διλήματα που μπορεί να προκύψουν και να παρουσιάζονται πραγματικές περιπτώσεις διλημάτων σε πραγματοποιηθείσες αποστολές. Η συμμετοχή του στρατιωτικού υγειονομικού προσωπικού σε συνέδρια στα οποία αναλύονται θέματα βιοηθικής πρέπει να ενθαρρύνεται και να μοριοδοτείται ανάλογα. Επίσης, η χορήγηση εκπαιδευτικών αδειών στο στρατιωτικό υγειονομικό προσωπικό, προκειμένου να συμμετάσχουν σε μεταπτυχιακά προγράμματα σχετικά με τη βιοηθική και την υγειονομική περίθαλψη κατά τη διάρκεια εμπόλεμης κατάστασης, θα συντελούσε στην αποτελεσματική αντιμετώπιση των ηθικών διλημάτων που εγείρονται στο πεδίο της μάχης.

Σημαντικό ρόλο στην επίλυση των διλημάτων παίζει η εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού πριν την αναχώρησή του για κάποια αποστολή [78]. Όλο το εμπλεκόμενο υγειονομικό προσωπικό πρέπει να εκπαιδευτεί για ικανό χρονικό διάστημα πάνω στα ισχύοντα θεσμικά κείμενα και τις οδηγίες (guidelines) σχετικά με τη διαλογή και την περίθαλψη των τραυματιών. Οι εκπαιδευτές θα πρέπει να είναι άτομα με εμπειρία, τα οποία πιθανόν να είχαν συμμετάσχει σε κάποια αποστολή στο παρελθόν. Επίσης, οι εκπαιδευόμενοι πρέπει να χωρίζονται σε μικρές ομάδες, προκειμένου η εκπαίδευση να είναι αποτελεσματικότερη. Η εκπαίδευση δε θα πρέπει να είναι μόνο θεωρητική, αλλά και

πρακτική. Η χρήση αληθινών ή αληθοφανών σεναρίων, από μέρους των εκπαιδευτών, θα βοηθήσει τους εκπαιδευόμενους να αντιμετωπίσουν με επιτυχία παρόμοιες καταστάσεις στη νέα αποστολή. Οι ασκήσεις προσομοίωσης αποτελούν πολύτιμο εργαλείο στην επίλυση διλημάτων [78,79]. Στο πνεύμα αυτό, ο ελβετικός στρατός έχει δημιουργήσει μια σειρά σεναρίων για να προάγει την έρευνα και τη διδασκαλία θεμάτων ηθικής σε στρατιωτικό υγειονομικό προσωπικό. Τα σενάρια αυτά, είναι διαθέσιμα στο διαδίκτυο και περιλαμβάνουν μια βάση δεδομένων με τις εμπειρίες υγειονομικού προσωπικού που συμμετείχε σε αποστολές [53]. Επίσης, μετά τη λήξη κάθε αποστολής, θα πρέπει όλο το εμπλεκόμενο στρατιωτικό υγειονομικό προσωπικό να πραγματοποιεί σύσκεψη κατά την οποία θα καταγράφονται επακριβώς οι καταστάσεις κατά τις οποίες υπήρξε σύγκρουση συμφερόντων, καθώς και τα ηθικά διλήματα με τα οποία ήρθε αντιμέτωπο. Τα συμπεράσματα που θα προκύπτουν θα πρέπει να δημοσιεύονται, προκειμένου να αποτελούν οδηγό για μελλοντικές αποστολές. Στις συσκέψεις αυτές θα μπορούσαν να συμμετάσχουν και οι διοικητές των αναπτυχθέντων στρατιωτικών σχηματισμών, αφενός για να κατανοήσουν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει το υγειονομικό προσωπικό, αφετέρου για να δημιουργηθούν ισχυρότεροι δεσμοί συνεργασίας και κατανόησης μεταξύ του αμιγώς στρατιωτικού και του στρατιωτικού υγειονομικού προσωπικού. Επίσης, μέσα από τη συμμετοχή των διοικητών στις συσκέψεις, μπορεί να αποφευχθούν τυχόν μελλοντικές διαφωνίες μεταξύ αυτών και του υγειονομικού προσωπικού.

Οι εθνικοί στρατοί θα πρέπει να εκδώσουν εγχειρίδια για το στρατιωτικό υγειονομικό προσωπικό, τα οποία θα περιλαμβάνουν όλα τα ισχύοντα θεσμικά κείμενα σχετικά με την παροχή ιατρικής φροντίδας στο πεδίο της μάχης και στα οποία θα δίνονται σαφείς οδηγίες σχετικά με την αντιμετώπιση των περιστατικών. Με την έκδοση τέτοιου εγχειριδίου, θα αποφευχθούν τυχόν διαφωνίες μεταξύ του στρατιωτικού υγειονομικού προσωπικού και των ανωτέρων στρατιωτικών των λοιπών σωμάτων. Ωστόσο, η δημιουργία αυτού του εγχειριδίου απαιτεί πολύ χρόνο, πόρους και άρτια καταρτισμένο στρατιωτικό υγειονομικό προσωπικό που θα προβεί στη σύνταξή του και θα συνεργαστεί με επιστήμονες άλλων πεδίων, όπως για παράδειγμα νομικούς, διεθνολόγους και βιοηθικολόγους. Στο πλαίσιο αυτό, στο Ηνωμένο Βασίλειο εκδόθηκαν οι Σημειώσεις για την Καθοδήγηση των Στρατιωτικών Υγειονομικών Αξιωματικών στην ιατρική εμπιστευτικότητα (Notes for the Guidance of Military Medical Officers on medical confidentiality), οι οποίες χαρακτηρίστηκαν ελλιπείς σύμφωνα με το Γενικό Ιατρικό Συμβούλιο (General Medical Council, GMC). Παρόλο που έγιναν

προσπάθειες αναθεωρήσεων και συνεργασίας μεταξύ του στρατού και του Γενικού Ιατρικού Συμβουλίου, δεν μπόρεσαν να έρθουν σε απόλυτη συμφωνία οι δύο μεριές ως προς το περιεχόμενο του εγχειριδίου [70]. Εκτός από το εγχειρίδιο αυτό, εκδόθηκαν οι Κλινικές Οδηγίες για τις Επιχειρήσεις (Clinical Guidelines for Operations), οι οποίες προτείνουν την «προσέγγιση των τεσσάρων τεταρτημορίων» (four-quadrant approach, 4QA) στις περιπτώσεις που εγείρονται ηθικά διλήμματα [78]. Τα τέσσερα τεταρτημόρια είναι: οι ιατρικές ενδείξεις (medical indications), οι προτιμήσεις του ασθενή (patient preferences), η ποιότητα ζωής (quality of life) και τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα (contextual features). Συνυπολογίζοντας τις τέσσερις αυτές παραμέτρους, το στρατιωτικό υγειονομικό προσωπικό καταλήγει ευκολότερα στη λήψη μιας απόφασης. Σύμφωνα με τους Βρετανούς κλινικούς που συμμετείχαν σε αποστολή στο Αφγανιστάν, η «προσέγγιση των τεσσάρων τεταρτημορίων» αποτέλεσε χρήσιμο εργαλείο στην επίλυση ηθικών διλημάτων [78]. Επιπλέον, όταν σε μια αποστολή συμμετέχει υγειονομικό προσωπικό διαφορετικών εθνικοτήτων, η συνεργασία μεταξύ τους καθίσταται δύσκολη, διότι κάθε χώρα έχει ορίσει τους δικούς της κανόνες σχετικά με την αντιμετώπιση των καταστάσεων που προκύπτουν [78]. Για το λόγο αυτό, προτείνεται η δημιουργία πρωτόκολλων συνεργασίας τα οποία θα καθορίζουν τις ενέργειες σε περιπτώσεις που εγείρονται ηθικά διλήμματα [80].

Το θέμα της σύγκρουσης καθηκόντων και των ηθικών διλημάτων που αντιμετωπίζει το στρατιωτικό υγειονομικό προσωπικό στο πεδίο της μάχης αποτελεί μείζον θέμα, το οποίο πρέπει να διερευνηθεί περαιτέρω, μέσα από έρευνες και εργασίες. Μελλοντικά, θα μπορούσαν να εκπονηθούν εργασίες σχετικά με τα ηθικά διλήμματα που αντιμετωπίσει το στρατιωτικό υγειονομικό σε συγκεκριμένες αποστολές, όπως επίσης και εργασίες σχετικά με την εκπαίδευση του στρατιωτικού υγειονομικού προσωπικού σε θέματα βιοηθικής σε εμπόλεμη κατάσταση. Με τη χρήση ερωτηματολογίων, θα μπορούσε να διαπιστωθεί το επίπεδο των γνώσεων που έχει το εν ενεργεία στρατιωτικό υγειονομικό προσωπικό σε θέματα σύγκρουσης καθηκόντων και ηθικών διλημάτων κατά την παροχή ιατρικής φροντίδας στο πεδίο της μάχης. Με τον τρόπο αυτό, μπορεί να αξιολογηθεί η παρεχόμενη εκπαίδευση τόσο κατά τη φοίτησή του στις Στρατιωτικές Σχολές, όσο και μετά την αποφοίτησή του και να γίνει προσπάθεια βελτίωσής της.

Συμπερασματικά, η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση έδωσε επαρκείς απαντήσεις στα εγείρομενα ηθικά διλήμματα στο πεδίο της μάχης. Η διαλογή των τραυματιών πρέπει να γίνεται βάσει των οδηγιών που ακολουθεί ο κάθε στρατός, όπως είναι για παράδειγμα οι

οδηγίες του NATO. Όλοι οι τραυματίες πρέπει να αντιμετωπίζονται με σεβασμό της αξιοπρέπειας και της αξίας της ζωής τους, με ισότιμο τρόπο ανεξάρτητα από την ταυτότητα του κάθε τραυματία, όπως προστάζουν οι αρχές της βιοηθικής και οι Κώδικες Ιατρικής Δεοντολογίας. Μοναδική εξαίρεση στον ισότιμο τρόπο παροχής ιατρικής φροντίδας, αποτελούν καταστάσεις στις οποίες διακυβεύεται άμεσα το αποτέλεσμα του πολέμου και αναμετρώνται κι άλλες αξίες εκτός από την αξία της ζωής, όπως είναι η ελευθερία και η εθνική ανεξαρτησία. Επίσης, όσον αφορά τη συμμετοχή του στρατιωτικού προσωπικού στην ανακριτική διαδικασία, θα πρέπει να αποφεύγεται και να πραγματοποιείται μόνο από το στρατιωτικό προσωπικό. Πριν από κάθε ιατρική πράξη, το στρατιωτικό υγειονομικό προσωπικό πρέπει να λαμβάνει τη συναίνεση του ασθενή έπειτα από ενημέρωσή του, εκτός από επείγουσες περιπτώσεις κατά τις οποίες δεν είναι δυνατή η λήψη της. Επιπλέον, πρέπει να τηρείται το ιατρικό απόρρητο του ασθενή. Σε περιπτώσεις κατά τις οποίες τίθεται σε κίνδυνο η αποστολή και πρέπει να διαρρεύσουν ιατρικές πληροφορίες, πρέπει να γίνεται με τέτοιο τρόπο, ώστε να μεταφέρονται οι λιγότερες δυνατές πληροφορίες στο μικρότερο δυνατό αριθμό ατόμων και εφόσον είναι δυνατόν έπειτα από ενυπόγραφη συναίνεση του εμπλεκόμενου ασθενή. Τέλος, σε κάθε περίπτωση ηθικού διλήμματος, το στρατιωτικό υγειονομικό προσωπικό πρέπει να δρα σύμφωνα με τις βασικές αρχές βιοηθικής, τους διεθνείς κανονισμούς και τον προσωπικό κώδικα αξιών του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- [1] The World Medical Association Regulations in Times of Armed Conflict and Other Situations of Violence. Adopted 1956, edited 1957, revised 1983, 2004, 2006 and 2012. Ημερομηνία πρόσβασης: 27-10-2020 από <https://www.wma.net/policies-post/wma-regulations-in-times-of-armed-conflict-and-other-situations-of-violence/>
- [2] Page, K. The four principles: Can they be measured and do they predict ethical decision making? BMC Med Ethics. 2012;13:10
- [3] Μαυροφόρου-Γιαννούκα, Α. Ιατρική ευθύνη και ηθική, 2^η έκδοση, Βόλος, Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας. 2012;11-12
- [4] Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν.3418/2005, ΦΕΚ Α' 287/28-11-2005), Άρθρα 11-12. Ημερομηνία πρόσβασης: 27-10-2020 από <https://www.moh.gov.gr/articles/newspaper/nomothesia-kanonismoi/3246-nomothesia-hlektronikhs-ygeias?fdl=8083>
- [5] Pellegrino, ED, Hartle, AE, Howe, EG, Beam, TE, Sparacino, LR. Military Medical Ethics, Volume 2, Washington D.C., Department of the Army. 2003;376
- [6] Borow, M. Ethical Dilemmas for Physicians in Time of War. Isr Med Assoc J. 2010;12(3):172-173
- [7] Rosner, F. Ethical Dilemmas for Physicians in Time of War. Isr Med Assoc J. 2010;12(3):133-135
- [8] Hooft, FB. Legal framework versus moral framework: military physicians and nurses coping with practical and ethical dilemmas. J R Army Med Corps. 2019;165:279-281
- [9] Falzone, E, Pasquier, P, Hoffmann, C, Barbier, O, Boutonnet, M, Salvadori, A, Jarrassier, A, Renner, J, Malgras, B, Merat, S. Triage in military settings. Anaesth Crit Care Pain Med. 2017;36(1):43-51
- [10] Weisfield , NE, Weisfield ,VD, Liverman, CT. Military Medical Ethics: Issues regarding dual loyalties: Workshop Summary, Washington D.C., The National Academies Press. 2009;1-2
- [11] <https://www.hellenicnavy.gr/files/documents/diatakseis/chap13.pdf> Ημερομηνία πρόσβασης: 27-10-2020
- [12] Henning, J. The ethical dilemma of providing Intensive Care treatment to local civilians on operations J R Army Med Corps. 2009 Jun;155(2):84-6
- [13] <https://ssas.army.gr/el/files/umnos-ssas> Ημερομηνία πρόσβασης: 27-10-2020

- [14] Sessums, LL, Collen, JF, O'Malley, PG, Jackson, JL, Roy, MJ. Ethical Practice Under Fire: Deployed Physicians in Global War on Terrorism. *Mil Med.* 2009;174(5):441-447
- [15] Gibbons, SW, Shafer, M, Hickling, EJ, Ramsey, G. How do deployed health care providers experience moral injury? *Narrat Inq Bioeth.* 2013;3(3):247-259
- [16] Gross, ML, Carrick, D. *Military Medical Ethics for the 21st Century*, 1st Edition, New York, Routledge. 2013;60-61
- [17] Olstoorn, P. Dual loyalty in military medical ethics: a moral dilemma or a test of integrity? *J R Army Med Corps.* 2019;165(4):282-283
- [18] The World Medical Association International Code of Medical Ethics. Adopted 1949, amended 1968, 1983 and 2006. Ημερομηνία πρόσβασης: 27-10-2020 από <https://www.wma.net/policies-post/wma-international-code-of-medical-ethics/>
- [19] Robertson-Steel, I. Evolution of triage systems. *Emerg Med J.* 2006;23:154-155
- [20] Rignault, D, Wherry, D. And finally: Lessons from the past worth remembering: Larrey and triage. *Trauma.* 1999;1:85-89
- [21] Champion, H, Sacco, W, Copes, W. A revision of the trauma score. *J Trauma.* 1989;29:623-629
- [22] Holdstock, D. Chemical and biological warfare: some ethical dilemmas. *Camb Q Healthc Ethics.* 2006;15(4):356-365
- [23] Beekley, AC, Watts, DM. Combat trauma experience with the United States Army 102nd Forward Surgical Team in Afghanistan. *Am J Surg.* 2004;187:652-654
- [24] Tai, N, Hill, P, Kay, A, Parker, P. Forward trauma surgery in Afghanistan: lessons learnt on the modern asymmetric battlefield. *J R Army Med Corps.* 2008;154:14-18
- [25] Malgras, B, Barbier, O, Petit, L, Polycarpe, A, Rigal, S, et al. Initial deployment of the 14th Parachutist forward surgical team at the beginning of the operation Sangaris in Central African Republic. *Mil Med.* 2015;180:533-538
- [26] Glassberg, E, Lipsky, AM, Abramovich, A, Sergeev, I, Hochman, O, Ash, N. A dynamic mass casualty incident at sea: Lessons learned from the Mavi Marmara. *J Trauma Acute Care Surg.* 2013;75(2):292-297
- [27] Butler, FK, Smith, DJ, Carmona, RH. Implementing and preserving the advances in combat casualty care from Iraq and Afghanistan throughout the US Military. *J Trauma Acute Care Surg.* 2015;79:321-326

- [28] STANAG 2879 Med (edition 3). Principles of medical policy in the management of a Mass Casualty Situation. Ημερομηνία πρόσβασης: 27-10-2020 από <https://shape.nato.int/resources/site6362/medica-secure/publications/stanag%202879%20ed03.pdf>
- [29] Benson, M, Koenig, KL, Schultz, CH. Disaster triage: START, then SAVE-a new method of dynamic triage for victims of a catastrophic earthquake. Prehospital Disaster Med. 1996;11:117-124
- [30] Gross, ML, Carrick, D. Military Medical Ethics for the 21st Century, 1st Edition, New York, Routledge. 2013;36-37
- [31] International Committee of the Red Cross. Protocol Additional to the Geneva Convention of 12 August 1949, and Relating to the Protection of Victims of International Armed Conflicts (Protocol I), 8 June 1977, Part II, Article 8. Ημερομηνία πρόσβασης: 01-11-2020 από <https://ihl-databases.icrc.org/applic/ihl/ihl.nsf/Article.xsp?action=openDocument&documentId=F8579DB5D12F282FC12563CD0051D717>
- [32] International Committee of the Red Cross. 1977. Protocol Additional to the Geneva Convention of 12 August 1949, and Relating to the Protection of Victims of International Armed Conflicts (Protocol I), 8 June 1977, Part II, Article 10. Ημερομηνία πρόσβασης: 11-11-2020 από <https://ihl-databases.icrc.org/applic/ihl/ihl.nsf/Article.xsp?action=openDocument&documentId=F8579DB5D12F282FC12563CD0051D717>
- [33] International Committee of the Red Cross. 1976. The Geneva Convention I of 1949, Chapter II, Article 14. Ημερομηνία πρόσβασης: 01-11-2020 από <https://ihl-databases.icrc.org/applic/ihl/ihl.nsf/Article.xsp?action=openDocument&documentId=ECF4BF8BF836EC25C12563CD00519F9E>
- [34] Howe, EG. Dilemmas in Military Medical Ethics Since 9/11. Kennedy Inst Ethics J. 2003;13(2):175-188
- [35] Carter, BS. Ethical Concerns for Physicians Deployed to Operation Desert Storm. Mil Med. 1994;159(1):55-59
- [36] Gross, ML. Teaching Military Medical Ethics: Another Look at Dual Loyalty and Triage. Camb Q Healthc Ethics. 2010;19(4):458-464
- [37] Longmire, AW. The Medical Care of Iraqi Enemy Prisoners of War. Mil Med. 1991;156:645-648

- [38] Okie, S. Glimpses of Guantanamo – Medical Ethics and the War on Terror. *N Engl J Med.* 2005;353(24):2529-2534
- [39] Moy, RJ. Ethical Dilemmas in Providing Medical Care to Captured Persons on Operations. *J R Army Med Corps.* 2012;158(1):6-9
- [40] Xenakis, SN. Ethics Dilemmas in Managing Hunger Strikes. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2017;45(3):311-315
- [41] Kemp, KR, Thompson, JC, Jefferson, T, Ong, B, Sharkey, C, Jeffries, J, Nuñez, L. Ethics training for military medical trainees: The Brooke Army Medical Center experience. *Mil Med.* 2008;173(10):968-974
- [42] <https://www.fbi.gov/investigate/terrorism> Ημερομηνία πρόσβασης: 01-11-20
- [43] Gesundheit, B, Ash, N, Blazer, S, Rivkind, AI. Medical Care for Terrorists – To treat or Not to Treat? *Am J Bioeth.* 2009;9(10):40-42
- [44] International Committee of the Red Cross. 1976. The Geneva Convention III of 1949, Part I, Article 4. Ημερομηνία πρόσβασης: 01-11-2020 από <https://ihl-databases.icrc.org/applic/ihl/ihl.nsf/Article.xsp?action=openDocument&documentId=2F681B08868538C2C12563CD0051AA8D>
- [45] Tobin, J. The challenges and ethical dilemmas of a military medical officer serving with a peacekeeping operation in regard to the medical care of the local population. *J Med Ethics.* 2005;31:571-574
- [46] <https://school.med.uoa.gr/tmima/orkoi/> Ημερομηνία πρόσβασης: 01-11-2020
- [47] United Nations. Declaration on the protection of women and children in emergency and armed conflict. Adopted by the UN General Assembly 14 Dec 1974: resolution 3318 Ημερομηνία πρόσβασης: 01-11-2020 από <https://www.un.org/ruleoflaw/blog/document/declaration-on-the-protection-of-women-and-children-in-emergency-and-armed-conflict/>
- [48] Becker, T, Ray, PD, Link, M, Ziemba, M. Medical rules of engagement negative patients: The dilemma of forward surgical teams in counterinsurgency operations. *J Spec Oper Med.* 2011;11(2):12-15
- [49] Gross, ML, Carrick, D. *Military Medical Ethics for the 21st Century*, 1st Edition, New York, Routledge. 2013;20-21
- [50] Eagan, SM. Global health diplomacy and humanitarian assistance: understanding the intentional divide between military and non-military actors. *J R Army Med Corps.* 2019;165(4):244-247

- [51] London, L, Rubenstein, LS, Baldwin-Ragaven, L, Es, AV. Dual loyalty among military health professionals: Human rights and ethics in times of armed conflict. *Camb Q Healthc Ethics*. 2006;15(4):381-391
- [52] Gross, ML, Carrick, D. *Military Medical Ethics for the 21st Century*, 1st Edition, New York, Routledge. 2013;63-64
- [53] Lamblin, A, Derkenne, C, Radavidson, A. Burn wound care of civilians in Sahel region by French military surgical teams: ethical challenges and future training requirements. *BMJ Mil Health*. 2020;1-3
- [54] International Committee of the Red Cross. Customary International Humanitarian Law. Volume I; Rule 112. Ημερομηνία πρόσβασης: 01-11-2020 από https://ihl-databases.icrc.org/customary-ihl/eng/docs/v1_rul_rule112
- [55] Miles, SH. The new military medical ethics: Legacies of the Gulf War and the War on Terror. *Bioethics*. 2013;27(3):117-123
- [56] Pellegrino, ED, Hartle, AE, Howe, EG, Beam, TE, Sparacino, LR. *Military Medical Ethics*, Volume 2, Washington D.C., Department of the Army. 2003;395-398
- [57] Strous, RD. Ethical considerations during times of conflict: Challenges and pitfalls for the psychiatrist. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2013;50(2):122-129
- [58] International Committee of the Red Cross. 1976. The Geneva Convention I of 1949, Chapter II, Article 12. Ημερομηνία πρόσβασης: 05-11-2020 από <https://ihl-databases.icrc.org/applic/ihl/ihl.nsf/Article.xsp?action=openDocument&documentId=B97B83DC12AC4998C12563CD00519F56>
- [59] Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν.3418/2005, ΦΕΚ Α' 287/28-11-2005), Άρθρο 2. Ημερομηνία πρόσβασης: 27-10-2020 από <https://www.moh.gov.gr/articles/newspaper/nomothesia-kanonismoi/3246-nomothesia-hlektronikhs-ygeias?fdl=8083>
- [60] Cao, F, Zhang J, Song, L, Wang, S, Miao, D, Peng, J. Framing effect in the trolley problem and footbridge dilemma: number of saved lives matters. *Psychol Rep*. 2017;120(1):88-101
- [61] Xiao, W, Wu, Q, Yang, Q, Zhou, L, Jiang, Y, Zhang, J, Miao, D, Peng, J. Moral hypocrisy on the basis of construal level: to be a utilitarian personal decision maker or to be a moral advisor? *PLoS One*. 2015;10(2):e0117540
- [62] Gross, ML, Carrick, D. *Military Medical Ethics for the 21st Century*, 1st Edition, New York, Routledge. 2013;193

- [63] Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν.3418/2005, ΦΕΚ Α' 287/28-11-2005), Άρθρο 12. Ημερομηνία πρόσβασης: 27-10-2020 από <https://www.moh.gov.gr/articles/newspaper/nomothesia-kanonismoi/3246-nomothesia-hlektronikhs-ygeias?fdl=8083>
- [64] Pellegrino, ED. Society duty and moral complicity: The physician's dilemma of divided loyalty. *Int J Law Psychiatry*. 1993;16(3-4):371-391
- [65] Pellegrino, ED, Hartle, AE, Howe, EG, Beam, TE, Sparacino, LR. *Military Medical Ethics*, Volume 2, Washington D.C., Department of the Army. 2003;386-387
- [66] Rochon, C. Military physicians' ethical experience and professional identity: a Canadian perspective. *J R Army Med Corps*. 2019;165(4):236-243
- [67] Güereña-Burgueño, F. The centennial of the Yellow Fever Commission and the use of informed consent in medical research. *Salud Publica Mex*. 2002;44(2):140-144
- [68] Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν.3418/2005, ΦΕΚ Α' 287/28-11-2005), Άρθρο 13. Ημερομηνία πρόσβασης: 27-10-2020 από <https://www.moh.gov.gr/articles/newspaper/nomothesia-kanonismoi/3246-nomothesia-hlektronikhs-ygeias?fdl=8083>
- [69] Murray, TH. Divided loyalties for physicians: social context and moral problems. *Soc Sci Med*. 1986;23(8):827-832
- [70] Gross, ML, Carrick, D. *Military Medical Ethics for the 21st Century*, 1st Edition, New York, Routledge. 2013;213-222
- [71] Jeffrey, TB, Rankin, RJ, Jeffrey, LK. In service of two masters: The ethical – legal dilemma faced by military psychologists. *Prof Psychol Res Pr*. 1992;23(2):91-95
- [72] Dobmeyer, AC. Primary care behavioral health: ethical issues in military settings. *Fam Syst Health*. 2013;31(1):60-68
- [73] Moldavsky, D. Expanding the bounds of military psychiatry: three clinical encounters. *Anthropol Med*. 2008;15(3):151-161
- [74] Williamson, V, Murphy, D, Stevelink, SAM, Jones, E, Wessely, S, Greenberg, N. Confidentiality and psychological treatment of moral injury: the elephant in the room. *BMJ Mil Health*. 2020;0:1-3
- [75] Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν.3418/2005, ΦΕΚ Α' 287/28-11-2005), Άρθρο 15. Ημερομηνία πρόσβασης: 27-10-2020 από <https://www.moh.gov.gr/articles/newspaper/nomothesia-kanonismoi/3246-nomothesia-hlektronikhs-ygeias?fdl=8083>

- [76] Oberman, AS, Brosh-Nissimov, T, Ash, N. Medicine and the Holocaust: a visit to the Nazi death camps as a means of teaching medical ethics in the Israel Defence Forces Medical Corps. *J Med Ethics*. 2010;36(12):821-826
- [77] Elomaa-Krapu, M, Kaunonen, M, Astedt-Kurki, P. Volunteer experiences of wartime nursing in Finland during World War II. *Nurs Inq*. 2020;27(2):e12334
- [78] Bernthal, EM, Draper, HJA, Henning, J, Kelly, JC. 'A band of brothers' – an exploration of the range of medical ethical issues faced by British senior military clinicians on deployment to Afghanistan: a qualitative study. *J R Army Med Corps*. 2017;163:199-205
- [79] Lateef, F. Simulation-based learning: just like the real thing. *J Emerg Trauma Shock*. 2010;3(4):348-352
- [80] Cordell, RF. Multinational medical support to operations: challenges, benefits and recommendations for the future. *J R Army Med Corps*. 2012;158(1):22-28