



ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ - REVIEW

Δεοντολογία και διαχείριση ηθικών διλημμάτων στα επαγγέλματα υγείας

Τριανταφυλλίδου Σ. Σοφία¹, Παπαγεωργίου Γ. Ευάγγελος²

1. Δρ. Ψυχολογίας, Επιστ. Συνεργάτης Α.Τ.Ε.Ι. Αθήνας, ΣΕΥΠ.

2. Dr., Med., Νευρολόγος, Ψυχίατρος, Ψυχοθεραπευτής, Καθ. Ψυχιατρικής Α.Τ.Ε.Ι. Αθήνας, ΣΕΥΠ.

Α.Τ.Ε.Ι. Αθήνας, ΣΕΥΠ, Γενικό Τμήμα Βασικών Ιατρικών Μαθημάτων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Καθώς το σημαντικότερο μέλημα του επαγγελματία υγείας είναι η ευημερία των θεραπευόμενων - εξυπηρετούμενων του, η λήψη ηθικών αποφάσεων αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία του επαγγελματισμού του.

Σκοπός: Η παρούσα εργασία αποσκοπεί να καταδείξει το ρόλο της ηθικής κρίσης και της επονομαζόμενης «ηθικής φαντασίας» στα επαγγέλματα υγείας.

Υλικό και μέθοδος: Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε περιελάμβανε ανασκόπηση θεωρητικών και ερευνητικών πηγών, πρόσφατης και παλαιότερης βιβλιογραφίας, σχετικά με τα δεοντολογικά διλήμματα που ενδέχεται να αντιμετωπίσει ο επαγγελματίας υγείας και τους προτεινόμενους τρόπους διαχείρισης αυτών των διλημμάτων.

Αποτελέσματα: Οι επαγγελματίες υγείας συχνά καλούνται να δράσουν μέσα σε καταστάσεις που χαρακτηρίζονται από πολυπλοκότητα. Όπως δείχνει η βιβλιογραφική ανασκόπηση, οι ηθικές αποφάσεις των επαγγελματιών δεν διαμορφώνονται μόνο από τους κώδικες δεοντολογίας, αλλά και από άλλες συλλογικές πρακτικές, όπως η «κουλτούρα» της υπηρεσίας όπου εργάζονται και τα πολιτισμικά σχήματα για το ρόλο του επαγγελματία υγείας. Η καταφυγή στη σχηματοποιημένη σκέψη μπορεί να απαλλάξει προσωρινά τον επαγγελματία από τους προβληματισμούς, αλλά μακροπρόθεσμα ενδέχεται να του στερήσει την αίσθηση ικανοποίησης από την εργασία και τη δυνατότητα για προφορά της βέλτιστης φροντίδας των εξυπηρετούμενων του. Η επιστράτευση της επονομαζόμενης «ηθικής φαντασίας», επιτρέπει στον επαγγελματία να προχωρήσει από την τυπική τήρηση των κανόνων στην ουσιαστική ηθική κρίση.

Συμπεράσματα: Η λήψη ηθικών αποφάσεων προϋποθέτει όχι μόνο την καλή γνώση του κώδικα δεοντολογίας, αλλά και την ανάπτυξη μιας διευρυμένης συλλογιστικής πάνω στις ηθικές όψεις ενός ζητήματος (ηθική φαντασία), που θα επιτρέψει στους επαγγελματίες υγείας να υπερβούν τη σχηματοποιημένη σκέψη και να αναζητήσουν σφαιρικές λύσεις στα ηθικά διλήμματα.

Λέξεις κλειδιά: Ηθική ικανότητα, δεοντολογία, ηθικά διλήμματα, σχηματοποιημένη σκέψη, ηθική φαντασία.

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

Τριανταφυλλίδου Σοφία,
Καρυάτιδων 60,
17455 Άλιμος, Αθήνα,
Τηλ.: (210)9885514,
E-mail: s30l@yahoo.gr

Code of ethics and ethical dilemmas' management in health professions

Triadafyllidou S. Sophia,¹ Papageorgiou G. Evangelos²

1. *Dr., Psychologist, staff - member of the Technological Educational Institute of Athens, School of Health and Welfare Professions.*
2. *Dr., Med., Neurologist, Psychiatrist, Psychotherapist, Professor of Psychiatry at the Technological Educational Institute of Athens, School of Health and Welfare Professions.*

Technological Educational Institute of Athens, School of Health and Welfare Professions, General Department of Basic Medical Courses.

ABSTRACT

As the main interest of health professionals is for the well-being of patients/clients, ethical decision making is one of the prominent elements of his/her professionalism.

Aim: The present study aims to illustrate the role of ethical judgment and the so-called "moral imagination" in health professions.

Method and material: Review of theoretical and research literature, including both classic and recent sources about ethical dilemmas that health professionals may anticipate, as well as the suggested ways to manage these dilemmas.

Results: Health professionals often have to act in complicated situations. Review of relevant literature indicates that the professionals' ethical decisions are structured not only through the codes of ethics, but also through other collective practices, such as organizational culture and cultural schemas about the role of health professional. Resorting to schematic thinking may



temporarily release the professional from his/her concerns, but in the long run, it may devoid him/her of the sense of satisfaction from work and of the ability to offer clients the optimal care. The development of the so-called “moral imagination” permits the professional to advance from the typical application of the rules to actual ethical judgment.

Conclusions: Ethical decision making presupposes not only a thorough knowledge of ethical guidelines, but also the development of the ability to openly reflect upon the ethical dimensions of an issue (moral imagination) that allows health professionals to overcome schematic thinking and investigate comprehensive solutions to ethical dilemmas.

Keywords: Moral ability, ethics, ethical dilemmas, schematic thinking, moral imagination.

CORRESPONDING AUTHOR

*Triadafyllidou Sophia,
60, Karyatidon str.,
17455 Alimos, Athens,
Tel.: (210)9885514,
E-mail: s30l@yahoo.gr*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Ηθική Ικανότητα

Σύμφωνα με έναν γενικό ορισμό, ηθική είναι η ικανότητα του ατόμου να αξιολογεί τις πράξεις του,¹ να διακρίνει το «καλό» από το «κακό» και να δρα αποβλέποντας προς το «καλό».^{2,3} Ένας πιο ανεπτυγμένος ορισμός, περιγράφει την ηθική ικανότητα ως «εσωτερική κατάσταση στάσεων, κινήτρων και συναισθημάτων», η οποία προσδίδει ένα σταθερό προσανατολισμό τόσο στην πρόθεση όσο και στην εκφρασμένη συμπεριφορά του ατόμου, προς τις αξίες που αποσκοπούν να διασφαλίσουν τα ανθρώπινα δικαιώματα και την κοινωνική ευημερία.⁴ Οι απόψεις για την πηγή της ηθικής σκέψης και πράξης είναι

ποικίλες. Ωστόσο, στις περισσότερες προσεγγίσεις βρίσκουμε την ιδέα ότι η ανάπτυξη της ηθικής ικανότητας ξεκινά από τη συμμόρφωση – πειθαρχία σε εξωτερικά επιβαλλόμενους κανόνες ή μαθημένα πρότυπα, για να εξελιχθεί μέχρι το επίπεδο της συνειδητής ηθικής επιλογής και του αναστοχασμού.

Η ψυχοδυναμική προσέγγιση, τοποθετεί την αφετηρία της ηθικής, στη χρονική περίοδο που αναπτύσσεται το Υπερεγώ (5-6 ετών), στη βάση της ενοχής που νιώθει το παιδί απέναντι στις διάφορες απαγορευμένες πράξεις. Εντούτοις, κατά τον Freud, στον πυρήνα της ηθικής συλλογιστικής, δεν βρίσκονται οι επιταγές του Υπερεγώ. Όπως δείχνει η μελέτη του Freud σχετικά με το

χιούμορ, ο ίδιος αναγνωρίζει ότι η ουσιαστική ηθική ικανότητα έγκειται στη δυνατότητα του ατόμου να στοχάζεται, δηλαδή να δημιουργεί έναν ασφαλή ενδοψυχικό χώρο, όπου η ανάγκη για εκτόνωση θα μείνει σε εκκρεμότητα για όσο χρειάζεται προκειμένου ένα θέμα να διερευνηθεί χωρίς το φόβο λογοκρισίας ή τιμωρίας.⁵ Έτσι το άτομο μπορεί να περάσει από τη δράση που βασίζεται στις ενορμήσεις και τις επιταγές του Υπερεγώ, στον δεοντολογικό στοχασμό.

Κατά το ριζοσπαστικό συμπεριφορισμό του Skinner,^{6,7} θα ήταν προτιμότερο να εγκαταλείψει κανείς την άκριτη προσκόλληση σε αφηρημένες αρχές «όπως η ευτυχία, η ελευθερία και η αρετή» και να στραφεί στην επιστήμη για την εκτίμηση των ηθικών ζητημάτων, με βάση ορθολογικά στοιχεία που θα δικαιολογούν τη χρησιμότητα κάποιων ηθικών κανόνων. Δηλαδή, ενώ η ηθική θεωρείται αποτέλεσμα μάθησης όπως και όλες οι υπόλοιπες συμπεριφορές, αναγνωρίζεται κι εδώ ένα περιθώριο κριτικής εξέτασης των ηθικών αρχών. Μεγαλύτερη έμφαση αποκτά αυτή η ιδέα στην κοινωνιο-γνωστική προσέγγιση του Bandura,⁸ όπου αναγνωρίζεται ότι «η πιο διακριτή ανθρώπινη ικανότητα» είναι ο αναστοχασμός, ήτοι, η ικανότητα του ατόμου να κατανοεί τις εμπειρίες του, να προχωρά σε αυτο-αξιολόγηση και να τροποποιεί ανάλογα τη σκέψη, τη συμπεριφορά του και τις τάσεις

που θα καλλιεργήσει (π.χ. συνεργασία, ειρηνική επίλυση συγκρούσεων κ.λ.π.).⁹

Σύμφωνα με τη γνωστική - αναπτυξιακή προσέγγιση, η ηθική ανάπτυξη συνίσταται στη σταδιακή καλλιέργεια όλο και πιο σύνθετων γνωστικών δομών. Το ανώτερο επίπεδο ηθικής ανάπτυξης είναι εκείνο της αυτόνομης ηθικής, όπου το άτομο διαθέτει μεγαλύτερη ικανότητα επίλυσης προβλημάτων. Χαρακτηριστικά, κατά τον Piaget,¹⁰ το παιδί εξελίσσεται από την ετερόνομη ηθική, όπου η τήρηση των ηθικών κανόνων εκλαμβάνεται ως υπακοή, προς την αυτόνομη ηθική (9^ο έτος), όπου είναι πλέον σε θέση να αντιληφθεί τη λειτουργικότητα των ηθικών κανόνων, να κρίνει τη σοβαρότητα ενός ηθικού σφάλματος με βάση την πρόθεση του δράστη και να δώσει επαρκέστερες λύσεις σε διάφορα ηθικά διλήμματα που του παρουσιάζονται. Ομοίως, σύμφωνα με τον Kohlberg,¹¹ η ηθική ανάπτυξη του παιδιού ξεκινά από την εστίαση στην υπακοή και το «συμφέρον» για το ίδιο το άτομο και εξελίσσεται σταδιακά μέχρι την ανάπτυξη της αυτόνομης ηθικής, όπου η ηθική θεωρείται πλέον υπόθεση της προσωπικής συνείδησης και βασίζεται σε αφηρημένες αρχές.¹²

Άλλοι θεωρητικοί εστίασαν στο ρόλο του συναισθήματος στις ηθικές αποφάσεις, υποστηρίζοντας ότι μια ηθική πρόταση δεν μπορεί να είναι αποτέλεσμα μιας καθαρά λογικής συλλογιστικής, αλλά προϋποθέτει και



εκφράζει επίσης μια συναισθηματική στάση.¹³ Ο Hoffman¹⁴ τοποθετεί ως βάση της ηθικής ανάπτυξης την ενσυναίσθηση, που ξεκινά από τις συναισθηματικές συναλλαγές του βρέφους με το άτομο που το φροντίζει και οδηγεί σταδιακά στην ανάπτυξη των γνωστικών ικανοτήτων.

Τέλος, σε άλλες προσεγγίσεις τα θέματα ηθικής εξετάζονται σε σχέση με την έννοια της ταυτότητας και των ιδεολογιών, στη βάση των οποίων δομείται η ταυτότητα.¹⁵ Η ηθική συμπεριφορά, καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό και από την τάση των ατόμων να ταυτίζονται με ορισμένες κοινωνικές ομάδες (επαγγελματικές, θρησκευτικές, ιδεολογικές κ.λ.π.), και να διαφοροποιούνται από άλλες ομάδες που αναπαριστούν το ανεπιθύμητο - αντίθετο για τον εαυτό ή και την ομάδα στην οποία εντάσσονται.¹⁶

Ο τρόπος με τον οποίο εκλαμβάνεται η πηγή και τα κίνητρα της ηθικής συμπεριφοράς, εξαρτάται από ποικίλες πολιτισμικές αποδοχές και γνωσεολογικά συστήματα σχετικά με τη φύση του προσώπου ως δράστη, την ελεύθερη βούληση, την έννοια της αυτονομίας, της δικαιοσύνης, του αγαθού και άλλες πολιτισμικά καθορισμένες έννοιες. Ορισμένες από τις βασικές αυτές αποδοχές αποτυπώνονται και στους κώδικες δεοντολογίας των επαγγελματικών ομάδων.

Κώδικες Δεοντολογίας και Ηθικά Διλήμματα στα Επαγγέλματα Υγείας

Ηθικά ζητήματα περιλαμβάνονται σε κάθε σχεδόν κατάσταση. Ακόμη και μια εκ πρώτης όψεως απλή περιγραφική δήλωση, ενδέχεται να εμπεριέχει μια αξιολογική στάση.¹⁷ Μέσα στην καθημερινή επαγγελματική πράξη, εκφράζεται η άρρητη στάση του επαγγελματία προς την αυθεντία του ειδικού, προς το δικαίωμα αυτοκαθορισμού του θεραπευόμενου κ.ο.κ. Αλλά ο ρόλος της ηθικής κρίσης είναι εμφανέστερος στις πιο περίπλοκες καταστάσεις, όπου ο επαγγελματίας υγείας χρειάζεται να αποφασίσει πώς να δράσει σε σχέση με τους θεραπευόμενούς του. Ο ποσοτικός και ποιοτικός φόρτος εργασίας, η πίεση για αποτελεσματικότητα, οι περιορισμοί των θεσμικών πλαισίων και των διαθέσιμων πόρων, που δεν επιτρέπουν πάντοτε την «ιδανική λύση»,¹⁸ ενδέχεται να δημιουργήσουν καταστάσεις που θα απαιτήσουν από τον επαγγελματία υγείας να προχωρήσει σε μια ηθική απόφαση.

Στη λήψη ηθικών αποφάσεων, οι επαγγελματίες υγείας υποβοηθούνται από τον κώδικα δεοντολογίας του επαγγέλματός τους, το σύστημα κανόνων και αξιών που χρησιμεύει ως οδηγός συμπεριφοράς για τα μέλη της συγκεκριμένης επαγγελματικής ή επιστημονικής ομάδας, υποδηλώνοντας τις γενικές ηθικές αρχές στις οποίες βασίζεται η εφαρμογή του επαγγέλματος ή της

επιστήμης.¹⁹ Οι αρχές αυτές λειτουργούν ως «επαγγελματική δέσμευση» που προσδιορίζει σε αδρές γραμμές, «τι πρέπει και τι δεν πρέπει να κάνει» ο επαγγελματίας υγείας.

Σύμφωνα με τις δεοντολογικές αρχές όλων των επαγγελμάτων υγείας, ο βασικός γνώμονας των αποφάσεων του επαγγελματία υγείας είναι η ευεργεσία / το «καλό» του θεραπευόμενου. Ωστόσο, το να καθοριστεί ποιο είναι το «καλό» σε μια συγκεκριμένη περίπτωση και ποιες είναι οι ενδεικνυόμενες δράσεις που απορρέουν από την επιθυμία για ευεργεσία του θεραπευόμενου, δεν είναι απλό και αυτονόητο. Το ίδιο ισχύει για όλες τις βασικές δεοντολογικές αρχές, όπως ο σεβασμός της αυτονομίας, αξιοπρέπειας και ιδιωτικότητας του ατόμου, η ισότητα, η ειλικρίνεια, η εμπιστοσύνη κ.λ.π.

Παρόμοια διλήμματα ενδέχεται να ανακύψουν όταν συνυπάρχουν διαφορετικά μεταξύ τους αξιακά σχήματα, όπως συμβαίνει στις πλουραλιστικές κοινωνίες. Η Borys²⁰ βρήκε μεγάλη διαφοροποίηση ανάμεσα στους επαγγελματίες διαφόρων επαγγελμάτων υγείας (ψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς), ως προς το τι θεωρούσαν αποδεκτό και τι όχι στη σχέση με τους θεραπευόμενούς τους. Αυτές οι διαφορές οφείλονταν εν μέρει και σε διαφορές στη σχολή/ παράδοση που υιοθετούσαν οι διάφοροι επιστήμονες (π.χ., για έναν συμπεριφοριστή ψυχολόγο το να επισκεφθεί κατ' οίκον κάποιον θεραπευόμενο

προκειμένου να εφαρμόσει μια τεχνική απευαισθητοποίησης μπορεί να αποτελεί αποδεκτή πρακτική, ενώ για έναν ψυχαναλυτή όχι).

Οι ηθικές αποφάσεις μπορεί να αποβούν ακόμη πιο δύσκολες λόγω της ταυτόχρονης ύπαρξης συγκρουόμενων αξιών μέσα στην ίδια περίπτωση. Ο επαγγελματίας υγείας συχνά καλείται να διακρίνει τι οφείλει στον θεραπευόμενό του, τι οφείλει στην οικογένεια του θεραπευόμενου, τι οφείλει στον εαυτό του κ.λ.π. Μια δράση που σχεδιάζεται προς όφελος ενός θεραπευόμενου, μπορεί να εμφανίζεται αντίθετη προς αυτό που θα ήταν το βέλτιστο για ένα άλλο άτομο με το οποίο σχετίζεται ο θεραπευόμενος. Η ανακοίνωση μιας επώδυνης αλήθειας μπορεί να έχει θετικό αντίκτυπο σε ένα άτομο και αρνητικό σε κάποιο άλλο. Η εστίαση στις υποχρεώσεις ενός ατόμου μπορεί σε μια περίπτωση να έχει μεγαλύτερη σημασία από την εστίαση στα δικαιώματά του ενώ σε μια άλλη περίπτωση μπορεί να ισχύει το αντίθετο.

Σε πολλές περιπτώσεις απαιτείται οξυμένη διάκριση, καθώς ένας ηθικός κανόνας ή μια γενική ηθική αρχή δεν αρκεί για να υποδείξει τον βέλτιστο τρόπο δράσης. Ο επαγγελματίας υγείας καλείται να δώσει τις προσωπικές του απαντήσεις στα ηθικά διλήμματα που αντιμετωπίζει στην καθημερινή του πράξη, με βάση όχι μόνο την επιστημονική του γνώση, αλλά και «τη συνείδησή του».²¹ Έτσι, η επίλυση των περίπλοκων ηθικών ζητημάτων



που ενδέχεται να αντιμετωπίσουν οι επαγγελματίες υγείας προϋποθέτει, όχι μόνο την εξοικείωση με τον κώδικα δεοντολογίας, αλλά και την καλλιέργεια μιας ευρείας σειράς γνωστικών ικανοτήτων.²²

Παραδοσιακά, στο χώρο των επαγγελμάτων υγείας το συναίσθημα θεωρείται συνήθως ως ένα από τα σημαντικά εμπόδια στην επαγγελματική πράξη, καθώς ταυτίζεται με την απομάκρυνση από τη λογική, με την ένταση και τη σύγχυση.²³ Κατά τον Osler,²⁴ όταν ο επαγγελματίας υγείας «δείχνει στο πρόσωπό του ακόμη και τη μικρότερη αλλοίωση, έκφραση ανησυχίας ή φόβου, δεν έχει τα νωτιαία νευρικά του κέντρα υπό έλεγχο και είναι κάθε στιγμή επιρρεπής στην καταστροφή». Ωστόσο, όπως θα δειχθεί στη συνέχεια, ακόμη κι όταν επιχειρεί κανείς να βασίσει την ηθική στην «καθαρή γνώση», η ίδια η δημιουργία της γνώσης ενέχει αρκετά παράδοξα και αντιφάσεις και διατηρεί τη δική της δυναμική, αλληλένδετη με τη δυναμική του πλαισίου μέσα στο οποίο αναπτύσσεται.²⁵

Η Επίδραση της Σχηματοποιημένης ΓΝΩΣΗΣ

Η αντίληψη του ατόμου για τον κόσμο και τον εαυτό, δεν τοποθετείται τυχαία στο νου, αλλά διαμεσολαβείται από σχήματα, γνωστικές δομές που διατηρούνται στη μνήμη^{26,27} και αναπαριστούν με έναν γενικευμένο τρόπο, «τη γνώση μας σχετικά με μια έννοια ή έναν

τύπο ερεθισμάτων».²⁶ Κατ' αυτόν τον τρόπο ομαδοποιούνται και οργανώνονται οι πληροφορίες που διαθέτει το άτομο σχετικά με διάφορα αντικείμενα ή καταστάσεις. Τα σχήματα που διατηρούνται στη μνήμη επηρεάζουν τον τρόπο επεξεργασίας των νέων εισερχόμενων πληροφοριών και επιτρέπουν στο άτομο να αντιληφθεί και να ερμηνεύσει τις καταστάσεις με λίγη γνωστική προσπάθεια.²⁸ Ωστόσο, καθώς τα σχήματα κατευθύνουν τις ερμηνείες του ατόμου για μια κατάσταση, οδηγούν στην παραμέληση άλλων -ενδεχομένως σημαντικών- πληροφοριών που είναι ασύμβατες με αυτά.²⁹

Η ερμηνεία καταστάσεων με ηθικό περιεχόμενο, βασίζεται συχνά στη σχηματοποιημένη γνώση.³⁰ Κατά τους Singer και MacKenzie,³¹ το «κέρδος» και η «ηθική» αποτελούν διαφορετικά γνωστικά σχήματα. Τα σχήματα του επαγγελματία υγείας για τον εαυτό και τον επαγγελματικό του ρόλο, επηρεάζουν τις προσδοκίες του και υπαγορεύουν κάποια σενάρια δράσης μέσα σε μια δεδομένη κατάσταση,³² καθοδηγώντας την ηθική του κρίση. Έτσι, για παράδειγμα, εάν ο επαγγελματίας υγείας αντιλαμβάνεται τον εαυτό του μέσα στον επαγγελματικό του ρόλο ως σωτήρα, ως γονεϊκή φιγούρα, ή ως διευκολυντή, αυτό θα έχει ανάλογο αντίκτυπο στην επικοινωνία με τον εξυπηρετούμενό του και στις δράσεις του.

Η σχηματοποιημένη γνώση δεν αποτελεί μια καθαρά ατομική διαδικασία, αλλά εξελίσσεται μέσω κοινωνικών διαδικασιών και εγγράφεται στο πλαίσιο των πολιτισμικών πρακτικών.³³ Υπάρχουν πολιτισμικά σχήματα, γνωστικές δομές που δημιουργούνται από τη συλλογική εμπειρία και τις οποίες μοιράζονται τα μέλη μιας ομάδας.^{34,35} Οι ανθρώπινες αλληλεπιδράσεις που λαμβάνουν χώρα μέσα στο επαγγελματικό πλαίσιο, διέπονται από σχήματα τα οποία μεταβιβάζονται ως μέρος της κουλτούρας του πλαισίου (οργανισμού / υπηρεσίας / επαγγελματικής ομάδας) όπου εντάσσεται ο επαγγελματίας υγείας. Τέτοια σχήματα είναι πιθανό να λειτουργούν και ως «θεσμοποιημένες άμυνες»,^{36,37,38} αποσκοπώντας να απαλλάξουν τον επαγγελματία υγείας από την ένταση που θα μπορούσε να προκαλέσει η αντιμετώπιση περίπλοκων ζητημάτων.³⁹ Έτσι διακινούνται και εδραιώνονται διάφορα συλλογικά σχήματα για το ρόλο του επαγγελματία υγείας, με αντίστοιχες ηθικές – δεοντολογικές προεκτάσεις.^{40,41} Το περιεχόμενο αυτών των σχημάτων είναι σε πολλές περιπτώσεις μεταφορικό:^{33,42,43}

(α) Σύμφωνα με τη «στρατιωτική» μεταφορά, οι επαγγελματίες υγείας αντιλαμβάνονται τον εαυτό ως μαχητή σε «πόλεμο» κατά των προβλημάτων των εξυπηρετούμενων τους (π.χ., «κατά των ναρκωτικών», «κατά του AIDS»). Η μεταφορά του

πολέμου είναι εμπυχωτική, αλλά ενέχει τον ηθικό κίνδυνο να στιγματίσει το πρόβλημα και κατ' επέκταση τους ασθενείς.⁴⁴

(β) Η εμπορική μεταφορά, που αντλείται από τον κόσμο των εμπορικών συναλλαγών, θέτει τον θεραπευόμενο ως «πελάτη» (καταναλωτή) των υπηρεσιών υγείας και τον ειδικό ως «πωλητή» του προϊόντος. Αυτή η μεταφορά μπορεί μεν να δώσει κίνητρα αποτελεσματικότητας («παραγωγικότητας») στον ειδικό, αλλά και να οδηγήσει σε αποστασιοποίηση μεγαλύτερη από την επιθυμητή και σε απουσία ουσιαστικού ενδιαφέροντος για τον θεραπευόμενο ως πρόσωπο.

(γ) Η μηχανιστική μεταφορά, όπου η έμφαση δίδεται στη λειτουργικότητα. Η ασθένεια εμφανίζεται ως «βλάβη» και η θεραπεία ως «επιδιόρθωση» ή «αποκατάσταση της βλάβης». Το μοντέλο αυτό δίνει έμφαση στις δεξιότητες του ειδικού, αλλά ενέχει τον κίνδυνο να οδηγήσει σε αποπροσωποποίηση των εξυπηρετούμενων και σε τυποποίηση στην εργασία, παραλληλίζοντας την παροχή υπηρεσιών υγείας με μια βιομηχανική γραμμή συναρμολόγησης.

(δ) Η μεταφορά της προσωπικής φροντίδας,^{45,46} εστιάζει στη σχέση μεταξύ επαγγελματία και θεραπευόμενου και στις ιδιαίτερες ανάγκες του δεύτερου. Ο επαγγελματίας καλείται να παρέχει



φροντίδα και να ανταποκριθεί στους θεραπευόμενούς του με βάση τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και ανάγκες τους. Αυτή η μεταφορά ενδέχεται να αποδώσει έναν γονεϊκό ρόλο στον επαγγελματία.

Τέτοιες μεταφορικές και σχηματοποιημένες συλλήψεις, πλαισιώνουν την πρακτική του επαγγελματία υγείας, επιδρούν στον τρόπο με τον οποίο ο επαγγελματίας θα νοηματοδοτήσει την κατάσταση και δίνουν μια βασική κατεύθυνση στην αντιμετώπιση των ηθικών ζητημάτων που ενδέχεται να ανακύψουν.

Οι Kushner και Thomasma στην αναφορά τους στα διλήμματα που αντιμετωπίζουν οι ειδικευόμενοι ιατροί στην αρχή της πρακτικής τους,²⁴ παραθέτουν το παράδειγμα μιας ειδικευόμενης η οποία παρακολουθούσε μια νέα γυναίκα με χρόνια πόνο ανεξήγητης αιτιολογίας. Η εκπαιδευόμενη αναφέρει: «Ο πόνος της με έχει νικήσει (...) Έχω εξαντλήσει το κουράγιο και την επινοητικότητα μου κι ωστόσο δεν έχει μειωθεί ο πόνος της. Η ζωή της λεηλατείται από τον πόνο κι εγώ στέκομαι δίπλα της αδύναμη». Το πρώτο πρόβλημα που διαφαίνεται αφορά στο βαθμό της συναισθηματικής εμπλοκής της ειδικευόμενης, που φαίνεται δυσλειτουργικός. Ωστόσο, είναι εξίσου πιθανό η ειδικευόμενη να προσπαθεί να φανεί αντάξια ενός σχήματος για τον επαγγελματικό της ρόλο που είναι

υπερβολικά απαιτητικός και δεν της επιτρέπει να αποδεχθεί τους περιορισμούς της. Ως «στρατιώτης», «μηχανικός», «επιχειρηματίας», ή «καλή μητέρα», θα όφειλε να είναι σε θέση να νικήσει τον πόνο της ασθενούς της.

Παρόμοια, ένας άλλος ειδικευόμενος ιατρός καταγράφει τους ηθικούς προβληματισμούς του, σχετικά με την αδυναμία του να παράσχει τη βέλτιστη φροντίδα σε ορισμένους «δύσκολους» ασθενείς: «Οι ασθενείς που δεν συμπαθώ, ανήκουν σε δύο κατηγορίες: εκείνοι που είναι αγενείς, επιθετικοί και δεν θα τους συμπαθούσα κάτω από οποιεσδήποτε συνθήκες και εκείνοι που συμπεριφέρονται με τρόπο που με δυσκολεύει στη δουλειά μου, που δεν με ακούνε (...) Πιστεύω ότι σε αυτούς τους ασθενείς διαθέτω λιγότερη ενέργεια και χρόνο και, αναπόφευκτα, η φροντίδα τους δεν είναι η καλύτερη δυνατή».²⁴

Το φαινόμενο γίνεται καλύτερα κατανοητό εάν το παραλληλίσουμε με τις συμπεριφορές γονεϊκής φροντίδας, όπου η επιβεβαίωση αποτελεί κίνητρο για περαιτέρω φροντίδα. Παλαιότερες και πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι τα βρέφη με δύσκολη ιδιοσυγκρασία προκαλούν ποικίλα αρνητικά συναισθήματα στους γονείς (π.χ., κατάθλιψη, άγχος, ενοχές, θυμό), με αποτέλεσμα να λαμβάνουν λιγότερο «ευαίσθητη» φροντίδα, δηλαδή φροντίδα που δεν είναι καλά συντονισμένη στις ανάγκες του

παιδιού.^{47,48,49,50} Οι γονείς των «δύσκολων» βρεφών, νιώθουν συχνότερα «κακοί γονείς» και επειδή αντλούν λιγότερη ικανοποίηση από αυτή τη σχέση, τείνουν να περνούν και λιγότερο χρόνο με τα βρέφη τους, σε σύγκριση με τους γονείς βρεφών με «εύκολη ιδιοσυγκρασία».^{51,52}

Παρομοίως από την πλευρά του επαγγελματία υγείας, μια εξιδανικευμένη εικόνα για τον εαυτό του ως «καλό φροντιστή», θα μπορούσε να προκαλέσει επανειλημμένες ματαιώσεις, όπως αυτές που φαίνεται να βιώνουν οι γονείς των «δύσκολων» βρεφών. Μια πιο ευέλικτη αντίληψη για τον επαγγελματικό ρόλο, συνοψίζεται στην αρχή «δράσε υπεύθυνα και όχι σαν να ήσουν ο υπεύθυνος» (για όλες τις επιλογές του θεραπευόμενου).⁵³ Αυτή η οπτική γωνία θα υποβοηθούσε τον επαγγελματία υγείας να απομακρυνθεί από τη φαντασίωση της «τελειότητας» στην παροχή φροντίδας, να αποκτήσει επίγνωση των διακρίσεων που έχει την τάση να κάνει, να αποδεχθεί και να εξετάσει τις ιδιαιτερότητες και τις ασυνείδητες αντιστάσεις του θεραπευόμενου, αλλά και να διευρύνει περαιτέρω τις επαγγελματικές του δεξιότητες.

Συμπεράσματα – Συζήτηση

Η Καλλιέργεια της Ηθικής Φαντασίας

Στα επαγγέλματα υγείας όπου το σημαντικότερο μέλημα του επαγγελματία

είναι η ευημερία των θεραπευόμενων / εξυπηρετούμενων του, η λήψη ηθικών αποφάσεων αποτελεί ένα από τα κυριότερα στοιχεία επαγγελματισμού. Σε ορισμένες περιπτώσεις, τα σχήματα για τον επαγγελματικό ρόλο υπαγορεύουν ότι ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να αποσιωπά τις ηθικές ανησυχίες και τα συναφή συναισθήματά του, διότι ενδέχεται να θεωρηθούν ενδείξεις επαγγελματικής ανεπάρκειας.²⁴

Ωστόσο, εάν ο επαγγελματίας υγείας δεν έχει ευκαιρίες να καλλιεργήσει την ηθική του κρίση, είναι πιθανό να εγκλωβιστεί μέσα σε προκατασκευασμένα σχήματα σκέψης και σε μη ρεαλιστικά πρότυπα που είναι προορισμένα να επιφέρουν ματαιώση.⁵⁴ Η καταφυγή σε άκαμπτα σχήματα καθιστά τον επαγγελματία υγείας «διαχειριστή αδιέξοδων καταστάσεων»⁵⁵ και έχει αρνητικό μακροπρόθεσμο αντίκτυπο, στερώντας την αίσθηση ικανοποίησης από την εργασία, την ευελιξία και τη δυνατότητα για παροχή της βέλτιστης φροντίδας στους ασθενείς. Όπως το εκφράζει ο Βιον,⁵⁶ ακόμη και η καλύτερη θεωρητική κατάρτιση ενδέχεται να μετατραπεί σε «πνευματική απολίθωση», όταν «μαθαίνουμε αυτές τις θεωρίες, του Freud, του Jung, της Klein και προσπαθούμε να τις κάνουμε τόσο άκαμπτες ώστε να αποφύγουμε να βρεθούμε στην ανάγκη περισσότερης σκέψης». Κατά τους Cecchin και συν.⁵⁵ «η υπερβολική αφοσίωση σε μια



συγκεκριμένη ιδέα», μπορεί να λειτουργήσει ως άμυνα, εφόσον «καθιστά το άτομο που την ασπάζεται ανεύθυνο σχετικά με τις ηθικές συνέπειες (...). Εάν συμβεί κάτι καταστροφικό, δεν ευθύνεται το άτομο αλλά η ιδέα (με «I» κεφαλαίο) από την οποία πηγάζει η πράξη (...)».

Η απλή γνώση και προσήλωση στον κώδικα δεοντολογίας, δεν αρκεί για την ανάπτυξη ηθικής κρίσης. Ο Βίον θέτει ως απαραίτητο εφόδιο του επαγγελματία υγείας την «ανοικτότητα» της αντίληψης,⁵⁶ μια νοητική στάση που επιτρέπει την ανοχή σε καταστάσεις αβεβαιότητας.⁵⁷ Για να επιτευχθεί η ανοχή στην αβεβαιότητα, τα συστήματα ερμηνευτικών κατασκευών (σχημάτων και αναπαραστάσεων του κόσμου) που υιοθετεί ο επαγγελματίας υγείας χρειάζεται να διαθέτουν όχι μόνο σχετική σταθερότητα, αλλά και σχετική ευελιξία. Οι ερμηνευτικές κατασκευές που χρησιμοποιούν οι επαγγελματίες υγείας για να κατανοήσουν τον κόσμο (συμπεριλαμβανομένων και των εξυπηρετούμενων τους), θα πρέπει να έχουν αρκετή ανοικτότητα, ώστε να επιτρέπουν την κατανόηση του νέου και τη διαχείριση του απρόβλεπτου.³⁹ «Ο επαγγελματίας υγείας χρειάζεται να «αντιμετωπίζει με σκεπτικισμό τις πολικότητες»⁵⁵ και να είναι σε θέση να εγκαταλείψει μια ιδέα η οποία έχει φανεί δυσλειτουργική.

Σε αυτή τη βάση, η πεμπτουσία της ηθικής κρίσης και των ηθικών αποφάσεων του

επαγγελματία υγείας, δεν έγκειται τόσο στην αφομοίωση μιας θεωρίας ή ενός ηθικού σχήματος, αλλά στην ικανότητα του επαγγελματία να εμπλακεί ενεργητικά σε μια διαδικασία συλλογιστικής πάνω στα ηθικά στοιχεία μιας απόφασης.⁵⁸ Η ικανότητα αυτή έχει ονομαστεί και «ηθική φαντασία» (moral imagination).^{59,60,61}

Η ηθική φαντασία επιτρέπει στον επαγγελματία υγείας να ελέγχει, να διερευνά νοερά και να αξιολογεί διαφορετικές εναλλακτικές δράσεις (νοερή λύση προβλημάτων), προκειμένου να διακρίνει ποιες ενέργειες θα ήταν επωφελείς ή βλαπτικές για τους ανθρώπους τους οποίους φροντίζει.⁶² Σε αυτό το πλαίσιο, ο όρος «φαντασία», πλησιάζει σε μεγάλο βαθμό τις διαδικασίες δημιουργικής σκέψης, καθώς εκφράζει την ανάγκη για μια πιο ανοικτή συλλογιστική διεργασία. Προκειμένου να κρίνει κανείς μια άποψη σφαιρικά, θα πρέπει να μπορεί να συλλάβει (να «φανταστεί») άλλες εναλλακτικές απόψεις.

Έτσι, η ουσιαστική ηθική κρίση, προϋποθέτει: (α) την προσωρινή αποστασιοποίηση του επαγγελματία υγείας από τον τυπικό του ρόλο, προκειμένου να προσλάβει την οπτική γωνία των άλλων δρώντων προσώπων που εμπλέκονται στην απόφαση που θα ληφθεί, (β) τον εντοπισμό και την εξέταση του σχήματος που υιοθετεί ο επαγγελματίας υγείας, ή που είναι κυρίαρχο μέσα στο συγκεκριμένο πλαίσιο, προκειμένου να

υπάρξει «χώρος» για να αναπτυχθούν νέες ερμηνείες σχετικά με την περίπτωση και (γ) την εξέταση εναλλακτικών τρόπων θεώρησης και λύσεων στα ζητήματα που ανακύπτουν (πέρα από τους συμβατικούς).^{22,43,63}

Συνεπώς, κατά την αντιμετώπιση ενός ηθικού προβλήματος, είναι απαραίτητος ο εντοπισμός των κεντρικών σχημάτων που το πλαισιώνουν και η αναζήτηση των προεκτάσεών τους. Στη συνέχεια, ο κριτικός στοχασμός θα επιτρέψει τον εντοπισμό των παραγόντων που επηρέασαν τις ηθικές αποφάσεις του επαγγελματία, την αναθεώρηση των δυσλειτουργικών προτύπων και τη διερεύνηση άλλων πιθανών τρόπων δράσης.⁶³

Ωστόσο, δεν θα πρέπει να παραβλέπει κανείς το γεγονός ότι «πρέπει να γνωρίζεις κάτι πάρα πολύ καλά για να είσαι “ασεβής” απέναντί του».⁵⁵ Η γνωσεολογική κατάρτιση και η ειδίκευση σε τουλάχιστον μία προσέγγιση του πεδίου ενασχόλησης του επαγγελματία υγείας, όπως και η καλή γνώση των βασικών δεοντολογικών αρχών, είναι απαραίτητες προϋποθέσεις προκειμένου στη συνέχεια να επιστρατευτεί δημιουργικά η ηθική κρίση. Όπως ακριβώς, ένας επιτυχημένος αυτοσχεδιασμός στην τέχνη, προϋποθέτει μακρόχρονη, υπομονετική και πειθαρχημένη ενασχόληση με τις βασικές αρχές, τεχνοτροπίες και παραδόσεις αυτής της τέχνης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Παρασκευόπουλος Ι. Εξελικτική ψυχολογία. Αθήνα, Χ.Ε., 1984.
2. Κακαβούλης Α. Ηθική ανάπτυξη και αγωγή. Αθήνα, Έκδοση του συγγραφέα, 1994.
3. Lickona T. Educating for character: how our schools can teach respect and responsibility. New York, Bantam, 1991.
4. Ματσαγγούρας Η. Η σχολική τάξη. Αθήνα, Γρηγόρης, 2000, σ. 441.
5. Levin C, Amzallag Y. Liminal smile: ethics in psychoanalysis and the problem of regulation. Canadian J Psychoanal Spring 2010(18):60-85.
6. Skinner BF. Science and human behavior. New York, Macmillan, 1953, σ. 432
7. Skinner BF. Beyond freedom and dignity. New York, Knopf, 1971.
8. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall, 1986, σ. 21
9. Ποταμιάνος Γ. Θεωρίες προσωπικότητας και κλινική πρακτική. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 2002, σ. 177.
10. Piaget J. Intelligence and affectivity: Their relationship during child development. Palo Alto, CA, Annual Reviews, 1981.
11. Kohlberg L. Moral stages and moralization: The cognitive-developmental approach. In T. Lickona (Editor), Moral development and behavior: Theory, research and social issues. New York: Holt Rinehart and Winston, 1976, pp. 31-53.
12. Power FC, Higgins A, Kohlberg L. Lawrence Kohlberg's approach to moral education. New York, Columbia University Press, 1989.
13. Ayer AJ. Language, truth and logic. Harmondsworth, Penguin Books, 1971.



14. Hoffman ML. Empathy and moral development. New York, Cambridge University Press, 2000.
15. Erikson EH. Identity and the life cycle. New York, International Universities Press, 1959.
16. Zavalloni M, Louis-Guerin C. Κοινωνική ταυτότητα και συνείδηση. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 1996.
17. DeVries R. Framing neuroethics: a sociological assessment of the neuroethical imagination. *Am J Bioeth* 2005, 5(2):5-18.
18. Reamer FG. Ethical dilemmas in social service (2nd ed). New York, Columbia University Press, 1990.
19. Chadwick R. Professional ethics. In E. Craig (Editor), *Routledge Encyclopedia of Philosophy*. London: Routledge, 1998. Retrieved October 20, 2006, from <http://www.rep.routledge.com/article/L077>
20. Borys D. Dual relationships between therapists and client: A national survey of clinicians attitudes and practices. Unpublished doctoral dissertation, UCLA, 1988.
21. Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας. Ν3418, Φ.Ε.Κ. Α' 287, 28-11-2005, άρθρο 2:3
22. Μασσού Μ, Μανιάτη Ε. Ηθική ανάπτυξη και αντιμετώπιση των εθνοπολιτισμικών ανισοτήτων. 4^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ελληνικού Ινστιτούτου Εφαρμοσμένης Παιδαγωγικής και Εκπαίδευσης (ΕΛΛ.Ι.Ε.Π.ΕΚ.), με θέμα «Σχολείο ίσο για παιδιά άνισα», Αθήνα, 4-6 Μαΐου 2007.
23. Costalat Founeau AM. Identite sociale et dynamique representationelle. Rennes, Presses Universitaires, 1997, p. 87.
24. Kushner TK, Thomasma DC. Δεοντολογία και ηθική στην κλινική πράξη. Αθήνα, Επιστ. Εκδ. Παρισιάνου, 2007, σσ. 113-4, 117-8.
25. Kroflic R. Ethical basis of education for tolerance and multi-cultural values in pre-school and primary education. Fifth European CICE Conference: Europe of Many Cultures, Universidade do Minho, Braga, Portugal. 8 - 10 Maj 2003. London, CICE publication, pp. 165-170.
26. Fiske ST, Taylor SE. *Social cognition*. 2nd ed. N.Y., McGraw Hill, 1991, p. 98.
27. Bartlett F. *Remembering*. Cambridge, Cambridge University Press, 1967.
28. Parkin A. Μνήμη. Ένας επιστημονικός οδηγός. Αθήνα, Παρισιάνου, 2002.
29. Billig M. *Social cognition*. In D. Howitt (Editor) *Social psychology: conflicts and communities*. Milton Keynes, The Open University Press, 1989, pp. 99-121.
30. Benford RD, Snow DA. Framing processes and social movements: an overview and assessment. *Annu Rev Sociol* 2000, 26:611-639.
31. Singer M., McKenzie A. Differential encoding of the two fundamental ethical standards. *J Soc Behav Pers* 2002, 30:765-772.
32. Schank RC, Abelson RP. *Scripts, plans, goals, and understanding: An inquiry into human knowledge structures*. Hillsdale (NJ) Lawrence Erlbaum, 1977.
33. Lakoff G, Johnson M. *Philosophy in the flesh: The embodied mind and its challenge to Western thought*. New York, Basic Books/Perseus Books Group, 1999.
34. Nishida H. Cultural schema theory. In WB Gudykunst (Editor), *Theorizing about intercultural communication*. Thousand Oaks CA, Sage Publications, 1999, pp. 401-418.
35. Garro LC. Remembering what one knows and the construction of the past: A comparison of cultural consensus theory and cultural schema theory. *Ethos* 2000, 28(3):275-319.

36. Menzies Lyth IEP. Containing anxiety in institutions. London, Free Associations Press, 1988.
37. Jaques E. Social systems as a defence against persecutory and depressive anxiety. In M Klein, P Heimann, R Money-Kyrle (Editors), *New directions in psychoanalysis*. London, Tavistock Publications, 1955, pp. 478-498.
38. Bion WR. *Experience in groups*. London, Tavistock, 1961.
39. Τριανταφυλλίδου Σ. Διαχείριση του συναισθήματος και θεσμοποιημένες άμυνες στην κοινωνική εργασία. *Κοινωνική Εργασία*, 2005, έτος 20 (78):85-100.
40. Joseph MV. Ethical decision-making in clinical practice: a model for ethical problem solving. In CB Germaine (Editor), *Advances in clinical social work*. Silver Spring, National Association of Social Workers, 1985, pp. 207-217.
41. O'Reilly CA, Chatman J. Culture and social control: corporations, cults and commitment. In LL Cummings and BM Staw (Editors), *Research in organizational behavior*. Greenwich, JAI Press, 1996, pp. 157-200.
42. Nordgren A. Ethics and imagination. Implications of cognitive semantics for medical ethics. *Theor Med Bioeth* 1998, 19: 117-141.
43. Johnson M. *Moral imagination: implications of cognitive science for ethics*. Chicago, University of Chicago Press, 1993.
44. Sontag S. *Illness as Metaphor; and AIDS and its Metaphors*. New York: Doubleday Anchor Books, 1990.
45. Gilligan C. *In a different voice: psychological theory and women's development*. Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 1982.
46. Benner P, Wrubel J. Skilled clinical knowledge: the value of perceptual awareness, part 1. *J Nurs Adm.* 1982, 12:11-4.
47. Crockenburg SB. Infant irritability, mother responsiveness, and social support influences on the security of infant-mother attachment. *Child Dev* 1981, 52:857-865.
48. Barkley RA. The social interactions of hyperactive children: Developmental changes, drug effects, and situational variation. In R McMahon, R Peters (Editors), *Childhood disorders: Behavioral-developmental approaches*. New York, Brunner/Mazel, 1985, pp. 218-43.
49. Kagan J. *The growth of the child*. New York, Norton, 1978.
50. Brazelton TB, Cramer BG. *The earliest relationship: parents, infants and the drama of early attachment*. London, Karnac, 1991.
51. Sameroff AJ. The social context of development . In M Woodhead, R Carr, P Light (Editors), *Becoming a Person*. Florence, KY, Taylor & Frances/Routledge, 1991, pp. 167-189.
52. Κακαβούλης ΑΚ. *Ηθική ανάπτυξη και αγωγή*. Αθήνα, Χ.Ε., 1994.
53. Gedge EB. Collective moral imagination: making decisions for persons with dementia. *J Med Philos* 2004, 29(4):435-450.
54. Jordan JV, Kim D, Silver MH. Shattered trust. Technical and moral lessons from an interrupted first visit. *Harv Rev Psychiatr* 2002, 10 (1):37-46.
55. Cecchin G, Lane G, Ray WA. *Ασέβεια. Μια στρατηγική επιβίωσης για θεραπευτές*. Θεσσαλονίκη, University Studio Press, 2009, σσ. 29-30.
56. Bion WR. *Four discussions with W.R. Bion*. Perthshire, Clunie Press, 1978, p. 6.



57. French P. Negative capability, dispersal and the containment of emotion. *Teaching and Res Rev* 2000, 3. Retrieved March 10, 2003 from:
http://www.uwe.ac.uk/bbs/trr/Issue3/Is3-2_1.htm
58. Caldwell DF, Moberg, D. An exploratory investigation of the effect of ethical culture in activating moral imagination. *J Bus Ethics* 2007, 73:193-204.
59. Kekes J. Moral imagination, freedom and the humanities. *Am Phil Q* 1991, 28:101-111.
60. Nussbaum M. *Love's knowledge*. New York, Oxford University Press, 1990.
61. Tivnan E. *The moral imagination*. New York, Simon & Shuster, 1995.
62. Werhane PH. *Moral imagination and management decision making*. New York, Oxford University Press, 1999.
63. Moberg DJ, Seabright M. The development of moral imagination. *Bus Ethics Q* 2000, 10:845-884.