

Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Βιοηθική

*Τμήμα Φιλοσοφικών και Κοινωνικών Σπουδών - Τμήμα Ιατρικής -
Τμήμα Βιολογίας και Τμήμα Κοινωνιολογίας Πανεπιστημίου Κρήτης*

Εξεταστική Επιτροπή: Φιλαλήθης Αναστάσιος (επιβλέπων)

Μολύβας Γρηγόρης

Μάλλιος Ευάγγελος

Τίτλος: *Μεταμοσχεύσεις από πτωματικούς δότες: Μια βιοηθική προσέγγιση*

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια

Κονιδάκη Αικατερίνη – Φραντζέσκα

A.M.: 83

Διπλωματική Εργασία για το Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Ειδίκευσης

Πανεπιστημιακό Έτος

2009

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι.

I.1. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ: ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	3
I.2. Ο ΚΟΣΜΟΣ ΤΩΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΔΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	9
I.3. Η ΛΗΨΗ ΤΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ ΓΙΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΑΠΟ ΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥΣ ΔΟΤΕΣ.....	14
I.4. ΤΟ ΙΣΠΑΝΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΔΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ.....	20

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ.

II.1. ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ: ΚΛΙΝΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ.....	26
II.1.2. ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ ΑΠΟ ΑΛΛΕΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ.....	33
II.2. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΑΠΟΔΟΧΗ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ.....	38
II.3. ΜΕΤΑΘΑΝΑΤΙΑ ΒΛΑΒΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑΘΑΝΑΤΙΑ ΣΥΜΦΕΡΟΝΤΑ: ΜΠΟΡΟΥΜΕ ΝΑ ΒΛΑΨΟΥΜΕ ΤΟΝ ΝΕΚΡΟ?.....	46

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ.

III.1. ΒΙΟΗΘΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΟΥ Ν. 2737/99 ΓΙΑ ΤΙΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΑΠΟ ΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥΣ ΔΟΤΕΣ.....	67
III.1.1 Ο ΜΥΘΟΣ ΤΗΣ ΕΙΚΑΖΟΜΕΝΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ.....	73
III.1.2. Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΟΥ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ.....	82
III.2. Η ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΘΕΣΜΟΥ ΤΗΣ ΔΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ.....	89

IV. ΕΠΙΛΟΓΟΣ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....

95

V. ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....

99

VI. ABSTRACT.....

102

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....

104

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

I.1. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Στη μυθολογία ή στην ιστορία κάθε λαού με μακρά παράδοση καθώς και σε όλα τα μείζονα θρησκευτικά δόγματα αναφέρονται προσπάθειες μεταμοσχεύσεως για την απόλυση κάποιας ανθρώπινης συμφοράς. Έτσι σε ένα κινέζικο κείμενο γραμμένο το 300 π.Χ. αναφέρεται ότι ο χειρουργός Pien Chiaο έκανε αμοιβαία μεταμόσχευση καρδιάς μεταξύ δυο ανθρώπων. Κλασική είναι η ιστορική αναφορά ανάμεσα στους Αγίους Κοσμά και Δαμιανό στους οποίους αποδίδεται η μεταμόσχευση της κνήμης ενός Μαυρικανού σε ένα λευκό, θέμα το οποίο ενέπνευσε πολλούς αγιογράφους της Αναγεννήσεως. Πέρα όμως από την προϊστορία όπου ο μύθος διαπλέκεται με την πραγματικότητα, η επιστημονική βάση της μεταμόσχευσης ιστών και οργάνων στηρίζεται σε πρωτοποριακές μελέτες μεγάλων ερευνητών.¹

Η δυνατότητα αντικατάστασης ενός φθαρμένου ιστού ή οργάνου με υγιές από άτομο σε άτομο του ίδιου ή άλλου ζωικού είδους κέντρισε λοιπόν το ενδιαφέρον του ανθρώπου από τους αρχαίους χρόνους. Το ενδιαφέρον αυτό καθρεφτίζεται στην περιγραφή της χίμαιρας του τέρατος δηλαδή που σύμφωνα με τον Όμηρο είχε σώμα φτιαγμένο από τμήματα και όργανα διαφόρων άλλων ζώων. Το πρώτο όργανο που μεταμοσχεύθηκε φαίνεται ότι ήταν το δέρμα. Υπάρχουν θαυμάσιες περιγραφές της τεχνικής της δερματικής μεταμόσχευσης σε Ινδικά εγχειρίδια ηλικίας των 2.000 χρόνων καθώς και στα γραπτά του Κέλσου. Ισχωτοί δερματικοί κρημνοί για την κάλυψη ελλειμμάτων χρησιμοποιούνταν ευρύτατα από τους Ιταλούς γιατρούς του 15^{ου} αιώνα. Η πρακτική αυτή ήταν όμως αντίθετη με τις θεοκρατικές αντιλήψεις της εποχής για αυτό και αποθαρρύνθηκε.²

Οι μεταμοσχεύσεις ιστών βρίσκονται σε άμεση συσχέτιση με την πλαστική χειρουργική. Ήδη από το 700 π.Χ. υπάρχουν κείμενα αρχαίων Ινδών γιατρών οι οποίοι περιγράφουν τεχνικές αποκαταστάσεως ελλειμμάτων της μύτης και των ώτων οι οποίες είναι παρόμοιες με αυτές που χρησιμοποιούνται σήμερα. Ο γνωστός Ιταλός πλαστικός Gasparo Tagliacozzi κατέστη γνωστός με τη μέθοδο ρινοπλαστικής κατά την οποία λάμβανε μόσχευμα από το βραχίονα και η οποία είναι γνωστή μέχρι σήμερα ως Ιταλική μέθοδος.³

¹ Παπαδημητρίου, Ι. Δ. (1993). *Μεταμοσχεύσεις*. Αθήνα, σελ. 11

² Χάσουλας, Α. Ι. (1989). *Η κλινική εφαρμογή της ετεροτοπικής καρδιακής μεταμόσχευσης στην υποστήριξη της ανεπαρκούς καρδιάς*. Αθήνα, σελ. 19

³ Παπαδημητρίου, Ι. Δ. (1993). *Μεταμοσχεύσεις*. Αθήνα, σελ. 12

Η πραγματικότητα των μεταμοσχεύσεων ξεκίνησε με προόδους στην χημική αναισθησία και την ασηπτική χειρουργική. Το 1540 ο αλχημιστής Valerius Cordus συνδύασε και τα δύο και παρατήρησε τις επιδράσεις τους στα ζώα. Η χρήση των δυο για την χειρουργική και την οδοντιατρική διαδόθηκε στα μέσα του 18^{ου} αιώνα. Πιο συγκεκριμένα κατά τον 18^ο αιώνα έγιναν εκτεταμένα πειράματα μεταμόσχευσης δέρματος από ζώο σε ζώο και μερικά από αυτά που έγιναν στην περιοχή του Μιλάνου στέφθηκαν με επιτυχία ώστε όλοι να μιλούν «για τον καλό αέρα που φυσά στην περιοχή του Μιλάνου». Η μεταμόσχευση όμως άλλων οργάνων καθυστέρησε σημαντικά.⁴ Σύμφωνα με τις περιγραφές του Wodruff κατά τον 19^ο αιώνα πραγματοποιήθηκαν είτε σε πειραματικό είτε σε κλινικό επίπεδο οι ακόλουθες μεταμοσχεύσεις: τενόντων, δέρματος, νεύρων, χόνδρων, κερατοειδών, επινεφριδίων, θυρεοειδούς, παραθυρεοειδών, ωοθηκών, λίπους καθώς και τμημάτων του γαστρεντερικού και ουροποιητικού συστήματος.⁵

Η πρώτη επιτυχής μεταμόσχευση κερατοειδούς έγινε το 1837 σε ένα μοντέλο γαζέλας ενώ η πρώτη επιτυχής ανθρώπινη μεταμόσχευση κερατοειδούς έγινε το 1905 από τον Eduard Zirm.⁶ Επιπλέον στις αρχές της δεκαετίας του 19^{ου} αιώνα πραγματοποιήθηκε μια πρωτοποριακή δουλειά στη χειρουργική τεχνική των μεταμοσχεύσεων από τους Carrel και Guthrie. Προηγουμένως ο Carrel (1902-1908) είχε τελειοποιήσει τον τρόπο συρραφής των αγγείων που είχε προταθεί από τους Merphy και Beck. Για τη θαυμάσια του αυτή προσπάθεια ο μεγάλος Γάλλος ερευνητής κατέκτησε το βραβείο Νόμπελ της Ιατρικής. Στα πρώτα αυτά πειράματα χρησιμοποιήθηκε μόνο η ετεροτοπική τεχνική. Η πρώτη ετεροτοπική μεταμόσχευση καρδιάς που ανακοινώθηκε από τον Carrel ήταν αυτή κατά την οποία τοποθετήθηκε και συνδέθηκε με τα αγγεία του τραχήλου ενός σκύλου η καρδιά ενός άλλου μικρότερου από τον λήπτη. Μετά το τέλος της εγχείρησης η καρδιά άρχισε να χτυπά αν και αποτελεσματικές συστολές εμφάνισε μετά από μια περίπου ώρα. Λήφθηκε ηλεκτροκαρδιογράφημα και το πείραμα τελείωσε σύντομα αφού η εγχείρηση έγινε κάτω από σηπτικές συνθήκες. Κατά την εξέτασή της οι κοιλότητες βρέθηκαν να είναι γεμάτες από θρόμβους.⁷

⁴ www.emedicine.medscape.com

⁵ Παπαδημητρίου, Ι. Δ. (1993). *Μεταμοσχεύσεις*. Αθήνα, σελ. 12

⁶ www.organtransplants.org/understanding/history/

⁷ www./en.wikipedia.org/wiki/Organ_transplant#History

Ο Carrel πίστευε ότι η λειτουργικότητα του μεταμοσχευμένου οργάνου εξαρτάται αποκλειστικά και μόνο από την επιτυχημένη αγγειακή αναστόμωση. Η ιδέα αυτή επικράτησε σχεδόν μέχρι το 1940 βασανίζοντας πολλούς ερευνητές στην προσπάθεια να βρουν τελειότερες και ταχύτερες τεχνικές αγγειακής αναστόμωσης.⁸ Επίσης το 1908 οι γιατροί πραγματοποίησαν την πρώτη επιτυχή μεταμόσχευση γονάτου από πτωματικό δότη.⁹

Η ουσιαστική περίοδος των κλινικών εφαρμογών των μεταμοσχεύσεων αρχίζει από το 1953 όταν ο J. Murray πραγματοποίησε μια σειρά από επιτυχείς μεταμοσχεύσεις νεφρών μεταξύ μονοωογενών διδύμων. Η πρώτη ανεπιτυχής προσπάθεια αποδίδεται στο Ρώσο χειρουργό Yu Yu Vonoroy ο οποίος το 1936 μεταμόσχευσε ένα πτωματικό νεφρό σε ασθενή με δηλητηρίαση από ψευδάργυρο. Ο ερευνητής αυτός για την ακρίβεια μεταμόσχευσε νεφρό από πτωματικό δότη με ομάδα αίματος B, σε λήπτη ομάδας O. Μετά από 48 ώρες ο λήπτης πέθανε και ο θάνατος αποδόθηκε σε αντίδραση από την ασυμβατότητα των ομάδων του αίματος. Το έτος 1948 ανακοινώθηκε από τους Hufnagel, Hume και Landsteiner μεταμόσχευση νεφρού από έναν άνδρα που μόλις είχε πεθάνει, σε γυναίκα που βρισκόταν σε κωματώδη κατάσταση από οξεία σωληναριακή νέκρωση. Το μεταμοσχευμένο νεφρό έπαυσε να λειτουργεί μετά από τρεις ημέρες, δόθηκε όμως η ευκαιρία στην ασθενή να ανανήψει από το κόμα και να επιβιώσει.¹⁰

Η μακρά επιβίωση των ασθενών του Murray που είχαν ιστική συμβατότητα σε αντίθεση με την αποτυχία όλων των προηγούμενων προσπαθειών κατέστησε σαφή το ρόλο της ανοσοβιολογικής αντίδρασης στην απόρριψη των άλλων μοσχευμάτων.¹¹ Στα χρόνια που ακολούθησαν η ταυτόχρονη ανάπτυξη των τεχνικών αιμοκάθαρσης και των μέσων ανοσοκαταστολής σε συνδυασμό με την εξέλιξη των δυνατοτήτων καθορισμού ιστοσυμβατότητας και την αύξηση της εμπειρίας έχουν καταστήσει την μεταμόσχευση νεφρών μια ασφαλή και πολύτιμη μέθοδο στην θεραπευτική φαρέτρα της αντιμετώπισης των ασθενών με τελικού σταδίου νεφρική ανεπάρκεια.

Οι χειρουργοί στο νοσοκομείο Peter Bent Brigham στην Βοστώνη πραγματοποίησαν επίσης το 1962 επιτυχή μεταμόσχευση νεφρού από πτωματικό δότη

⁸ Χάσουλας, Α. Ι. (1989). *Η κλινική εφαρμογή της ετεροτοπικής καρδιακής μεταμόσχευσης στην υποστήριξη της ανεπαρκούς καρδιάς*. Αθήνα, σελ. 19

⁹ www.organtransplants.org/understanding/history/

¹⁰ www.transplantation.gr

¹¹ www.en.wikipedia.org/wiki/Organ_transplant#History

και ο ασθενής τους επέζησε 21 μήνες μετά την επέμβαση.¹² Η δυνατότητα μακράς επιβίωσης ασθενών με μεταμόσχευση νεφρού έδωσε το έναυσμα επέκτασης της ίδιας αρχής και σε άλλα όργανα. Η προσπάθεια αντικατάστασης του νοσούντος ήπατος σε ασθενείς με τελικού σταδίου ηπατική ανεπάρκεια ήταν το επόμενο λογικό βήμα. Αντιμετωπίστηκαν όμως μια σειρά από προβλήματα όχι τόσο ανοσοβιολογικά όσο τεχνικά αλλά και προβλήματα διαταραχών της όλης οικονομίας του οργανισμού.¹³

Το ήπαρ αποτελεί το πλέον πολυσύνθετο όργανο τόσο από πλευράς μεταβολικής όσο και ανατομικής. Είναι το όργανο για το οποίο δεν έχει επινοηθεί τεχνητή συσκευή υποστήριξης της λειτουργίας του και για αυτό το λόγο το μεταμοσχευθέν όργανο αν δεν λειτουργήσει αμέσως μόλις τοποθετηθεί τίθεται σε άμεσο κίνδυνο η ζωή του ασθενούς. Η πρώτη επιτυχής ηπατική μεταμόσχευση έγινε από τον Starlz και τους συνεργάτες του το 1963. Στις πρώτες πέντε μεταμοσχεύσεις δεν επιτεύχθηκε μακρά επιβίωση. Έγινε φανερό ότι τα κύρια προβλήματα που έπρεπε να επιλυθούν ήταν τεχνικά και αφορούσαν τόσο στην εκτομή του πάσχοντος οργάνου όσο και στις πολλές και δύσκολες αναστομώσεις.¹⁴

Το 1967 ο Starlz και οι συνεργάτες του μετά από επίπονη δουλειά στο πειραματικό χειρουργείο πραγματοποίησαν μεταμόσχευση σε νεαρό ασθενή που έπασχε από ηπάτωμα. Το παιδί έζησε 13 μήνες και κατέληξε από υποτροπή του ηπατώματος. Η πρώτη μεταμόσχευση πνεύμονος έγινε το 1963 από τον Hardy. Ο ασθενής έζησε για 18 ημέρες και κατέληξε από νεφρική ανεπάρκεια. Μέχρι το τέλος του 1990 είχαν πραγματοποιηθεί 432 μεταμοσχεύσεις πνευμόνων, ετεροπλεύρων 302, αμφιπλεύρων 130 με μέση επιβίωση μετά τους 2 μήνες 68%.¹⁵

Ο επόμενος σταθμός για τους χειρουργούς ήταν η μεταμόσχευση καρδιάς. Η πρώτη επιτυχής μεταμόσχευση καρδιάς πραγματοποιήθηκε στις 3 Δεκεμβρίου το 1967 από τον Christian Barnard στο Cape Town, στην Νότια Αφρική.¹⁶ Ο ασθενής επέζησε 18 ημέρες μετά την επέμβαση συνέπεια πνευμονικής λοιμώξεως. Το ενδιαφέρον των μ.μ.ε. για το γεγονός προκάλεσε μια συρροή μεταμοσχεύσεων. Πάνω από 100 μεταμοσχεύσεις καρδιάς πραγματοποιήθηκαν το 1968-69 αλλά όλοι οι ασθενείς

¹²Ethics of organ Transplantation, Center for Bioethics, February 2004

¹³ Παπαδημητρίου, Ι. Δ. (1993). *Μεταμοσχεύσεις*. Αθήνα, σελ. 13

¹⁴ Starlz, T.E., Marchioro, T.L., Von Kanla, K.N., Haermaun, G., Britain, R., Waddell, W.R. (1963). *Homotransplantation of the liver in the humans*. Surg. Gynecol. Obstet. 117:652.

¹⁵ Παπαδημητρίου, Ι. Δ. (1993). *Μεταμοσχεύσεις*. Αθήνα, σελ. 13-14

¹⁶ Barnard, C.N. (1967). *Human heart transplantation*. S Afr Med J 47: 41

απεβίωσαν μέσα σε διάστημα εξήντα ημερών. Ο δεύτερος ασθενής του Barnard, ο Philip Blaiberg, έζησε για 19 μήνες.¹⁷ Η επιτυχία αυτή άνοιξε νέους ορίζοντες στην αντιμετώπιση του τελικού σταδίου της καρδιακής ανεπάρκειας και το πρόγραμμα ξεκίνησε με μεγάλο ενθουσιασμό. Στην διαδρομή της κλινικής εφαρμογής της ορθοτοπικής μεταμόσχευσης καρδιάς φάνηκαν νέα προβλήματα που ζητούσαν επιτακτικά την λύση τους (πνευμονική υπέρταση, επιπτώσεις του εγκεφαλικού θανάτου στο μυοκάρδιο του δότη, χρόνος προσαρμογής της μεταμοσχευμένης καρδιάς στις άσχημες αιμοδυναμικές συνθήκες κυκλοφορίας του λήπτη, απόρριψη του μοσχεύματος κ.α.). Τα προβλήματα αυτά γέννησαν την ιδέα της ετεροτοπικής καρδιακής μεταμόσχευσης η οποία τεχνική αναπτύχθηκε στο εργαστήριο του νοσοκομείου Groote Schuur από τους Barnard και Losman και εφαρμόστηκε με επιτυχία κλινικά το 1974.¹⁸

Τελευταίο βήμα ήταν η συνδυασμένη μεταμόσχευση καρδιάς και πνευμόνων. Οι πρώτες ανεπιτυχείς προσπάθειες έγιναν από τον Cooley, Lillehei και το Barnard από το 1968 έως το 1971.¹⁹ Έκτοτε πέρασαν 13 χρόνια και το 1981 πραγματοποιήθηκε η πρώτη επιτυχής μεταμόσχευση καρδιάς και πνευμόνων από τον B. Reitz. Η μεταμόσχευση αυτή έγινε σε μια ασθενή η οποία έπασχε από τελικού σταδίου πρωτοπαθή πνευμονική υπέρταση και επέζησε επί πέντε χρόνια. Η τεχνική της συνδυασμένης μεταμόσχευσης καρδιάς – πνευμόνων αποτελεί σήμερα καθιερωμένη μέθοδο θεραπευτικής αντιμετώπισης ορισμένων παθήσεων αυτών των οργάνων.²⁰

Παράλληλα η βιολογία έχει παίξει επίσης σημαντικό ρόλο με την καλλιέργεια ιστών και οργάνων που άρχισε κυρίως στις αρχές του 20^{ου} αιώνα με τις εργασίες του Ross Harrison. Οι μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων συνδέονται άρρηκτα ωστόσο όπως προαναφέραμε με τις εργασίες του Γάλλου ερευνητή Alexis Carrel σχετικά με την τελικο-τελική αναστόμωση των αγγείων έτσι ώστε να αποφεύγονται οι θρομβώσεις οι οποίες είχαν ως συνέπεια να καταλήγουν σε αποτυχία όλες οι προηγούμενες προσπάθειες μεταμοσχεύσεων. Ο ίδιος ερευνητής προείδε ότι όργανα

¹⁷ www.en.wikipedia.org/wiki/Organ_transplant#History

¹⁸ Hassoulas, J., Barnard, C.N. (1984). Heterotopic cardiac transplantation: a seven year experience at Groote Schuur Hospital. *S Afr Med J*, 65: 675-682

¹⁹ Lillehei, C.W. (1979). Discussion in Wildevnur C.R.H. and Benfield J.R. A review of 23 human lung transplantation by 20 surgeons. *Ann. Thor. Surg*, 9: 489

²⁰ Reitz, B., Burton, W.A., Jamieson, S.W. et al. (1980). Heart and lung transplantation. *J Thorac. Cardiovasc. Surg.*, 80:360

προερχόμενα από άτομα-θύματα τροχαίων ατυχημάτων θα ήταν τα πλέον κατάλληλα. Πέρασαν όμως περισσότερες από τέσσερις δεκαετίες μέχρις ότου οι μεταμοσχεύσεις να γίνουν πραγματικότητα στην κλινική πράξη διότι έπρεπε στο μεταξύ πολυάριθμοι ερευνητές να λύσουν πολλαπλά προβλήματα και να αναπτυχθούν άλλοι τομείς της ιατρικής όπως η ανοσολογία και οι αντιμικροβιακοί παράγοντες.²¹

Το 1982 έγινε η πρώτη μεταμόσχευση τεχνητής καρδιάς, το 1983 η κυκλοσπρίνη ένα ανοσοκατασταλτικό φάρμακο εγκρίθηκε από το FDA, το 1986 μια καρδιά μπαμπούνου μεταμοσχεύθηκε στη Baby Faye και λειτούργησε για 20 ημέρες και το 1996 ένα πτωματικό νεφρό χωρίστηκε σε αρκετά κομμάτια για να μεταμοσχευθεί σε περισσότερα από ένα άτομα. Το 2001 ο αριθμός των μεταμοσχεύσεων από ζωντανούς δότες ξεπέρασε τον αριθμό των πτωματικών δωρεών οργάνων για μεταμόσχευση.²²

Η μεταμόσχευση οργάνων, το μεγάλο αυτό επίτευγμα της ιατρικής επιστήμης, το ξεχωριστό από κάθε άλλη χειρουργική πράξη που τόσα ηθικά, κοινωνικά, θρησκευτικά και συναισθηματικά προβλήματα εγείρει, δεν παρουσιάζει πια αξιόλογες τεχνικές δυσχέρειες. Η χειρουργική επιστήμη προς τιμήν των εκπροσώπων της έχει κατορθώσει να μεταμοσχεύσει τα περισσότερα ανθρώπινα όργανα. Σημαντικό πρόβλημα ακόμη και σήμερα παραμένει η απόρριψη η οποία παρά τις προσπάθειες για την αντιμετώπισή της, αποτελεί μόνιμο σοβαρό κίνδυνο. Η καλπάζουσα όμως πρόοδος της ανοσολογίας και των άλλων συναφών ειδικοτήτων έχει επιτύχει σημαντική πρόοδο και στον τομέα αυτό. Η εκπληκτική πρόοδος που έχει σημειωθεί στο θέμα των μεταμοσχεύσεων μας έχει οδηγήσει σε ένα κόσμο ικανό να μπορούμε να παρέχουμε βοήθεια ο ένας στον άλλο με τρόπους που οι προηγούμενες γενεές δεν θα μπορούσαν ποτέ να φανταστούν. Η ιστορία των μεταμοσχεύσεων αποτελεί ένα επικό ταξίδι που περιγράφει την προσπάθεια της ιατρικής κοινότητας να κατανοήσει το πώς λειτουργεί το ανθρώπινο σώμα και τις πιο ριψοκίνδυνες προσπάθειες που έχουν καταβάλλει επιστήμονες στην διάρκεια του χρόνου προκειμένου να αψηφιστεί ο θάνατος και η ασθένεια. Οι μεταμοσχεύσεις θα μπορούσαμε να πούμε ότι αποτελούν την τελευταία γραμμή άμυνας της ιατρικής του τέλους.

²¹ Παπαδημητρίου, Ι. Δ. (1993). *Μεταμοσχεύσεις*. Αθήνα, σελ. 12

²² Ethics of organ Transplantation, Center for Bioethics, February 2004

Ι.2. Ο ΚΟΣΜΟΣ ΤΩΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΔΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην χώρα μας η περίοδος των κλινικών μεταμοσχεύσεων άρχισε το 1967 όταν ο καθηγητής Κ. Τούντας πραγματοποίησε την πρώτη επιτυχή μεταμόσχευση νεφρού στη Θεσσαλονίκη. Επακολούθησε μια σχετικώς μακρά περίοδος με διστακτικά βήματα στον τομέα της οργάνωσης και αναποφασιστικότητα στις κλινικές εφαρμογές μεταμοσχεύσεων των άλλων οργάνων. Το μεγάλο άλμα για την χώρα μας στον τομέα των μεταμοσχεύσεων έγινε το 1990 οπότε και πραγματοποιήθηκε η πρώτη επιτυχής μεταμόσχευση ήπατος στο Αρεταίειο Νοσοκομείο. Ακολούθησε η πρώτη επιτυχής μεταμόσχευση καρδιάς στον Ευαγγελισμό και παγκρέατος στο Λαϊκό Νοσοκομείο. Τέλος η πρώτη εμφύτευση νησιδίων παγκρέατος έγινε από τον Επ. Καθηγητή κ. Β. Παπανικολάου στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης το 1999.²³

Οι μεταμοσχεύσεις οργάνων και ιστών εφαρμόζονται συστηματικά στην Ελλάδα από το τέλος του 1960 όπως στην Ευρώπη και στην Βόρεια Αμερική από όπου προέρχεται και ο θεσμός. Ωστόσο για πολλά χρόνια σε αντίθεση με τα μεταμοσχευτικά κέντρα του εξωτερικού γίνονταν μεταμοσχεύσεις μόνο κερατοειδούς χιτώνα και νεφρών. Στην Ελλάδα η πρώτη μεταμόσχευση κερατοειδούς έγινε το 1936 και η πρώτη μεταμόσχευση νεφρού από νεκρό δότη έγινε το 1968 και από ζωντανό το 1970. Σε όλο αυτό το διάστημα το μεγαλύτερο ποσοστό μοσχευμάτων προερχόταν από ζωντανούς δότες παρά τη νομιμοποίηση της πτωματικής δωρεάς από το 1978. Γενικά, η Ελλάδα υπολείπεται κατά πολύ σε σχέση με τις άλλες χώρες – μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης ως προς την προσφορά πτωματικών μοσχευμάτων και κατά συνέπεια ως προς τη δυνατότητα αύξησης των αναγκαίων μεταμοσχεύσεων.²⁴ Στην Ελλάδα, παρατηρείται επίσης το εξής οξύμωρο: έχουμε το υψηλότερο ποσοστό θανάτων από τροχαία ατυχήματα, αλλά βρισκόμαστε στις τελευταίες θέσεις μεταξύ των χωρών στην Ευρωπαϊκή Ένωση όσον αφορά τη δωρεά οργάνων με πτωματικούς δότες.²⁵

Όσον αφορά στα μεταμοσχευτικά κέντρα ιστών και οργάνων στην Ελλάδα έχουμε τα ακόλουθα: α. 4 κέντρα για νεφρά: Λαϊκό, Ευαγγελισμός, Ιπποκράτειο

²³ Παπαδημητρίου, Ι. Δ. (1993). *Μεταμοσχεύσεις*. Αθήνα, σελ. 14-15

²⁴ Βάρκα- Αδάμη, Α. (1993). *Το Δίκαιο των Μεταμοσχεύσεων*. Αθήνα-Κομοτηνή, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, σελ. 22-27

²⁵ Καθημερινή, *Γιατί οι Εντατικές Μονάδες «απορρίπτουν» τα μοσχεύματα*, Ημερομηνία Δημοσίευσης 10-2-08

Θεσσαλονίκης, Ρίο Πάτρας, β. 2 κέντρα για ήπαρ: Λαϊκό Ιπποκράτειο Θεσσαλονίκης, γ. 1 κέντρο για καρδιά: Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, δ. 1 κέντρο για πνεύμονες: Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, ε. 12 κέντρα για κερατοειδή χιτώνα, στ. 1 κέντρο για οστά: Ασκληπιείο Βούλας ζ. 1 κέντρο για Δέρμα: Γενικό Κρατικό Αθηνών και η. 4 κέντρα για μυελό των οστών: Παίδων Αγία Σοφία, Ευαγγελισμός, Γ.Ν.Θ.Γ. Παπανικολάου, Π.Ν. Πατρών.²⁶

Τα αίτια που αποδίδονταν από ειδικούς και μη στην αρνητική στάση των Ελλήνων προς τη μεταθανάτια δωρεά είναι ποικίλα. Σύμφωνα με εκτενή έρευνα που έγινε σε γιατρούς, φοιτητές, νοσοκόμους, δημοσίους υπαλλήλους και άτομα άλλων επαγγελματικών κατηγοριών οι Έλληνες πιστεύουν ότι οι αιτίες έλλειψης μοσχευμάτων στην χώρα μας κατά σειρά αξιολόγησης ήταν: α. η ανεπαρκής ενημέρωση του κοινού, β) η νοοτροπία του Έλληνα, γ) διάφοροι θρησκευτικοί και δεοντολογικοί λόγοι δ) η έλλειψη εμπιστοσύνης στους γιατρούς ε) η έλλειψη εμπιστοσύνης στο Εθνικό Σύστημα Υγείας στ) η υπάρχουσα νομοθεσία και ζ) άλλες αιτίες όπως προσωπικοί και οικογενειακοί λόγοι, η μη προβολή των ατόμων που σώθηκαν από με μεταμόσχευση, καθώς και οι μεγάλες διευκολύνσεις που παρέχει το Ελληνικό Δημόσιο σε ασθενείς να μεταβαίνουν στο εξωτερικό για μεταμόσχευση.²⁷ Οι απόψεις αυτές που προέρχονται από μη ειδικούς συμπίπτουν με τις απόψεις των ειδικών.²⁸

Η έμπρακτη άρνηση των Ελλήνων στην μεταθανάτια ή πτωματική δωρεά αποδίδεται κατά πολύ στο ότι οι σύγχρονοι Έλληνες έχουν απολέσει εν μέρει την κοινωνικο-κεντρική και συναισθηματική πλευρά της ελληνικής τους ταυτότητας διότι έχουν αστικο-δυτικοποιηθεί χωρίς όμως να έχουν αποβάλει τελείως τις «κακές» συνήθειες της ταυτότητάς τους. Έτσι ενώ ο σύγχρονος Έλληνας θέλει να επιβιώσει ως άτομο και να γίνει λήπτης οργάνων δεν γίνεται μεταθανάτιος δωρητής αν και είναι πρόθυμος να προσφέρει εν ζωή το νεφρό του στο παιδί του προκειμένου να διατηρήσει την πυρηνική του οικογένεια. Τα μέτρα που έχουν προταθεί για την αλλαγή της αρνητικής στάσης του ελληνικού κοινού προς τη μεταθανάτια δωρεά και επομένως για την κατανόηση του θεσμού περιλαμβάνουν κυρίως τη χρήση

²⁶ www.epr.gr/release/120446

²⁷ Δαρδαβέσης, Θ. (1990). *Απόψεις δειγμάτων πληθυσμού για το θεσμό της Δωρεάς Οργάνων και τις Μεταμοσχεύσεις*. Μεταμόσχευση1(1): 29-36

²⁸ Κονιαβίτου, Κ. Βάρκα – Αδάμη, Α. (1997). Η εθνική μας πολιτική στον τομέα των μεταμοσχεύσεων. *Ιατρικό Βήμα*: 46-50

επικοινωνιακών μοντέλων που δεν θα βασίζονται πλέον στον ερασιτεχνισμό και σε συναισθηματικά στοιχεία αλλά στην κοινωνική και γνωστική ψυχολογία.²⁹

Ο νοήμων Έλληνας πολίτης αφού κατανοήσει τις αρχές του θεσμού μέσω νευρογλωσσικών προγραμμάτων που στοχεύουν στην βραχυπρόθεσμη μνήμη του ατόμου ενδέχεται να αλλάξει στάση ως προς το μεταφυσικό χαρακτήρα της μεταθανάτιας σωματικής ακεραιότητας και της δωρεάς οργάνων. Οι συνεχείς αναφορές των Ελλήνων ειδικών στα επιτεύγματα της Ισπανίας ως προς τη ραγδαία αύξηση δοτών πτωματικών οργάνων και οι συγκρίσεις τους με τη χαμηλή απόδοση της Ελλάδας δεν είναι τυχαίες. Η Ισπανία έχει γίνει το μόνιμο παράδειγμα προς μίμηση για τους Έλληνες διότι έχοντας υιοθετήσει τα ευρω-αμερικάνικα πρότυπα συντονισμού κατόρθωσε να υπερβεί πλέον τα μεσογειακά άρα μη δυτικοευρωπαϊκά και επομένως υποανάπτυκτα χαρακτηριστικά που μέχρι πρότινος μοιραζόταν με την Ιταλία και την Ελλάδα.

Σύμφωνα με το δελτίο τύπου για τον ετήσιο απολογισμό δραστηριότητας τον οποίο εξέδωσε ο Ε.Ο.Μ. (Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων) σημειώθηκε αύξηση της τάξεως του 54% στον αριθμό των δοτών οργάνων και 89% στις πραγματοποιούμενες μεταμοσχεύσεις, σε σχέση με το 2007. Πιο συγκεκριμένα από τις αρχές του 2008 οι 97 εκλιπόντες δότες χάρισαν ζωή σε 264 ασθενείς, που μεταμοσχεύτηκαν με νέα καρδιά, πνεύμονες, ήπαρ ή νεφρούς, ενώ το Νοέμβριο η μεταμοσχευτική κοινότητα της χώρας ξεπέρασε τον προηγούμενο αριθμό μεταμοσχεύσεων δηλαδή τις 211 μεταμοσχεύσεις που είχαν πραγματοποιηθεί το 2005. Κάνοντας ένα γενικότερο απολογισμό της δραστηριότητας του Ε.Ο.Μ. από το 2001, που ξεκίνησε ουσιαστικά τη λειτουργία του, παρατηρείται αύξηση των μεταμοσχεύσεων από εκλιπόντες δότες, της τάξεως του 172%, αφού το 2001 μεταμοσχεύτηκαν μόλις 97 ασθενείς, ενώ το έτος 2008 οι μεταμοσχεύσεις έφτασαν τον αριθμό 264.

Για την ακρίβεια το 2008 πραγματοποιήθηκαν 184 μεταμοσχεύσεις νεφρού, 58 ήπατος, 16 καρδιάς, 3 πνευμόνων, 2 διπλές μεταμοσχεύσεις νεφρού-παγκρέατος και 1 διπλή μεταμόσχευση ήπατος-νεφρού. Σύμφωνα με τη γεωγραφική προέλευση των δοτών, 20 Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) της Αθήνας, έχουν δώσει 49

²⁹ Παπαγαρουφάλη, Ε. (2002). *Δώρα Ζωής Μετά Θάνατον*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, σελ. 76-80

δότες, 4 Μ.Ε.Θ. της Θεσσαλονίκης έχουν δώσει 14 δότες, ενώ από τη λοιπή περιφέρεια από 14 Μ.Ε.Θ. έχουν προκύψει 34 δότες οργάνων. Τα αποτελέσματα αυτά σύμφωνα με το δελτίο τύπου του Ε.Ο.Μ. προκύπτουν λόγω της αυξανόμενης διεύρυνσης της δεκτικότητας των οικογενειών των εκλιπόντων στη δωρεά των οργάνων τους καθώς και λόγω των εντατικών προσπαθειών των Ιατρών και Συντονιστών των Μ.Ε.Θ. σε συνεργασία με τον Ε.Ο.Μ., προς την κατεύθυνση αυτή.³⁰

Ετήσιος απολογισμός Μεταμοσχευτικής Δραστηριότητας στην Ελλάδα για το έτος 2008

Έτος	Εκλιπόντες Δότες	Σύνολο Μεταμοσχεύσεων	Πτωματικές Μεταμοσχεύσεις					
			Νεφρού	Ήπατος	Καρδιάς	Πνευμόνων	Πάγκρεας-Νεφρό	Ήπαρ-Νεφρό
2007 έως 31/12	63	140	101	32	5	2	0	0
2008 έως 31/12	97	264	184	58	16	3	2	1
Αύξηση τάξεως	54%	89%	82%	81%	220%	50%		

Σημαντικό ρόλο στην αύξηση των μεταμοσχεύσεων φαίνεται να διαδραμάτισε το μεμονωμένο περιστατικό της δωρεάς οργάνων από τον 20χρονο Αυστραλό Ντουζόν Ζάμιτ στις 1 Αυγούστου του 2009, που το γενναίο παράδειγμα της οικογένειάς του, φαίνεται ότι ευαισθητοποίησε έστω και πρόσκαιρα την Ελληνική κοινωνία ως προς το θεσμό της δωρεάς οργάνων. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι η οργάνωση ενός αποτελεσματικού και αξιόπιστου συστήματος δωρεάς οργάνων βασίζεται σε δύο κυρίως παράγοντες: τον άνθρωπο και την Πολιτεία. Εάν δεν πειστεί πρώτα απόλα ο ίδιος ο πολίτης για την σημασία της δωρεάς οργάνων όσα μέτρα και να πάρει η Πολιτεία, όσες μονάδες, όσα κέντρα και να δημιουργήσει το αποτέλεσμα θα είναι το ίδιο. Και αντίστροφα, αν η Πολιτεία δεν οργανώσει, δεν καταγράψει, δεν

³⁰ Δελτίο Τύπου Ε.Ο.Μ., Αθήνα 31 Δεκεμβρίου 2008(www.eom.gr)

ενισχύσει και δε συντονίσει τη μεταμοσχευτική προσπάθεια κάθε καλοπροαίρετη βούληση, κάθε διάθεση προσφοράς θα πάει χαμένη.

Η οποιαδήποτε θετική πορεία στις πτωματικές μεταμοσχεύσεις μπορεί να επιτευχθεί με τη συνεισφορά δοτών από τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας πολλών Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων της χώρας γεγονός που απαιτεί μια εξαιρετική συνεργασία μεταξύ των γιατρών που τα στελεχώνουν και την ανταπόκρισή τους στην έκκληση του E.O.M. ως προς τον εντοπισμό και την αξιοποίηση των εγκεφαλικά νεκρών ασθενών και δυνητικών δωτών οργάνων. Επιπροσθέτως σημαντική ενέργεια αποτελεί η συνέχιση του έργου της διάδοσης της ιδέας δωρεάς ιστών και οργάνων και της ανάπτυξης του μεταμοσχευτικού προγράμματος στη χώρα μας ακολουθώντας πιστά τις Ευρωπαϊκές κατευθυντήριες γραμμές και ανταποκρινόμενοι στα νέα επιστημονικά δεδομένα.

Ο εντοπισμός των κινήτρων που φαίνεται να ώθησαν αρκετούς Έλληνες στη μεταθανάτια δωρεά μπορεί να δείξει στους ενδιαφερόμενους εάν και ποιες δυνατότητες έχει η ιδέα της δωρεάς οργάνων να καθιερωθεί στην σύγχρονη ελληνική κοινωνία. Τα κίνητρα ή οι ερμηνείες για τις μεταθανάτιες δωρεές οργάνων ίσως και να φανεί ότι συσχετίζονται έμμεσα και άμεσα με ευρύτερα ζητήματα της κοινωνίας μας και των σχέσεών της με άλλες κοινωνίες στον διεθνή καταμερισμό εξουσίας και δύναμης. Η σχέση εν προκειμένω της μεταθανάτιας δωρεάς με την εκσυγχρονισμένη ή ευρωπαϊκή ταυτότητα των Ελλήνων συμπίπτουν με την επίσημη ρητορική για τις μεταμοσχεύσεις. Η πράξη της δωρεάς ιστών και οργάνων μπορεί και πρέπει να αποτελέσει περιεχόμενο της ατομικής και συλλογικής συνείδησης, δείγμα κοινωνικής ευαισθητοποίησης και πόλο συσπείρωσης της κοινωνίας μας προκειμένου να μπορέσει με τη σειρά της να ανταποκριθεί στις προκλήσεις των καιρών.

Ι.3. Η ΛΗΨΗ ΤΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ ΓΙΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΑΠΟ ΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥΣ ΔΟΤΕΣ

Η ολότητα σχεδόν των μεταμοσχεύσεων που γίνονται σήμερα στην ευρύτερη κλινική πράξη εστιάζεται στους νεφρούς, στο ήπαρ, στο πάγκρεας, στην καρδιά, τους πνεύμονες και στους κερατοειδείς χιτώνες του οφθαλμού. Στο σύνολό τους τα όργανα που μπορούν να μεταμοσχευθούν είναι η καρδιά, οι πνεύμονες, το ήπαρ, το πάγκρεας, το έντερο, τα μάτια, τα αυτιά και η μύτη, το δέρμα, η ουροδόχος κύστη, ο εγκέφαλος και ο νωτιαίος μυελός, η χοληδόχος κύστη, ο σκελετός, το στομάχι, η γλώσσα, οι μύες και το πρόσωπο (ολική ή μερική μεταμόσχευση).³¹ Έτσι ο σημερινός πτωματικός δότης είναι δότης πολλών οργάνων και αυτό απαιτεί όχι μόνο τις αντίστοιχες γνώσεις της τεχνικής της αφαιρέσεως των διαφόρων οργάνων αλλά και μια σημαντική οργάνωση που αφορά στην διατήρηση σε καλή κατάσταση του δότη, στο συντονισμό των διαφόρων χειρουργικών ομάδων και στην μεταφορά των οργάνων.³²

Την κύρια πηγή πτωματικών οργάνων για μεταμόσχευση αποτελούν άτομα τα οποία έχουν διαγνωσθεί ως «εγκεφαλικά νεκρά» και των οποίων η καρδιοαναπνευστική λειτουργία έχει διατηρηθεί με μηχανικά μέσα ώστε τα ζωτικά τους όργανα να διατηρηθούν σε μια κατάσταση κατάλληλη για μεταμόσχευση. Εντούτοις αν και η επιστήμη της μεταμοσχευτικής χειρουργικής έχει ακμάσει ο αριθμός των ατόμων με οργανικές βλάβες που πληρούν τις προϋποθέσεις για μεταμόσχευση έχει αυξηθεί. Παρά την αυξανόμενη ζήτηση οργάνων, ο αριθμός των εγκεφαλικά νεκρών δωρητών παραμένει περιορισμένος. Κατά συνέπεια αναζητώνται εναλλακτικές πηγές, συμπεριλαμβανομένης της ανάκτησης οργάνων από άτομα που ορίζονται νεκρά με καρδιοαναπνευστικά κριτήρια και τα οποία είναι γνωστά ως πτωματικοί δότες με μη πάλλουσα καρδιά (NHBD: non-heart beating donors).³³

Η μέθοδος λήψης οργάνων από NHBD εγκαταλείφθηκε τις δεκαετίες του 70 και 80 για να αρχίσει και πάλι να αποκτά ενδιαφέρον λόγω της μεγέθυνσης του προβλήματος της έλλειψης μοσχευμάτων. Διαπιστώθηκε ότι ένας αριθμός δυνητικών δοτών χανόταν είτε γιατί δεν προλάβαιναν να ολοκληρωθούν οι διαδικασίες για την εξακρίβωση του εγκεφαλικού θανάτου, είτε γιατί ποτέ δεν προλάβαιναν να φτάσουν στη ΜΕΘ, είτε γιατί ιατρικοί λόγοι επέβαλλαν τη διακοπή της μηχανικής υποστήριξης

³¹ Ethics of organ Transplantation, Center for Bioethics, February 2004

³² Παπαδημητρίου, Ι. Δ. (1993). *Μεταμοσχεύσεις*. Αθήνα, σελ. 133

³³ Edwards, J.M., Hasz, R.D. Jr, Robertson, V.M. (1999). Non-heart-beating organ donation: process and review. *AACN Clin Issues*; 10: 293-300

χωρίς εγκεφαλικό θάνατο, είτε γιατί το περιβάλλον δεν συμβιβαζόταν με την ιδέα της προκλητής διακοπής της κυκλοφορίας.

Η λογική λοιπόν της χρήσης οργάνων από εγκεφαλικά νεκρούς δότες μετά την παύση της κυκλοφορίας τους οφείλεται στο γεγονός ότι 1^{ov} αποτελούσαν την κύρια πηγή οργάνων για μεταμόσχευση πριν από την ανάπτυξη και την υιοθέτηση των εγκεφαλικών κριτηρίων θανάτου 2^{ov} η ανάκτηση οργάνων από NHBD δεν παραβιάζει την ηθική αρχή του κανόνα του νεκρού δότη 3^{ov} ο προσδιορισμός του θανάτου με καρδιοαναπνευστικά κριτήρια είναι περισσότερο συνήθης. Το 1995 προτάθηκαν οι ακόλουθες κατηγορίες για λήψη νεφρών από δότες με μη πάλλουσα καρδιά, γνωστές και ως κατηγορίες Maastricht: α. νεκρός κατά την άφιξη στα επείγοντα β. ανεπιτυχής αναζωογόνηση γ. απόφαση για διακοπή της υποστήριξης στη Μ.Ε.Θ δ. ανακοπή και παύση κυκλοφορίας κατά ή μετά τη διαδικασία βεβαίωσης εγκεφαλικού θανάτου ε. απροσδόκητη ανακοπή και παύση κυκλοφορίας νοσηλευόμενου στη Μ.Ε.Θ.³⁴

Μια πρακτική ταξινόμηση των NHBD είναι σε μη ελεγχόμενους και σε ελεγχόμενους σε αναφορά με το αν η καρδιοαναπνευστική τους λειτουργία σταματάει αυτογενώς ή αφού έχει αποσυρθεί η ιατρική υποστηρικτική θεραπεία. Αφού εκτιμηθεί ότι είναι ανώφελη η ιατρική υποστήριξη του ασθενούς, εκείνος μπορεί να θεωρείται δυνητικός δότης και προσεγγίζονται οι συγγενείς του προκειμένου να συναινέσουν για την δωρεά.³⁵

Η σύγκρουση που υπάρχει ανάμεσα στα συμφέροντα του δυνητικού λήπτη και του δυνητικού δότη έχει καθιερώσει την πρακτική οι επαγγελματίες υγείας που είναι υπεύθυνοι για τους ασθενείς που είναι ακόμα υπό την παρακολούθηση και φροντίδα τους να διαφοροποιούνται από την ομάδα των ειδικών που έχει αναλάβει την ενδεχόμενη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων. Αυτή η διαφοροποίηση των ρόλων αποτελεί μια προσπάθεια να διασφαλιστεί ότι η φροντίδα των ασθενών δεν διακυβεύεται από συμπεριφορές που προορίζονται να ενισχύσουν το εμπόριο οργάνων.³⁶ Η ανάκτηση των οργάνων από τους ελεγχόμενους NHBD αρχίζει αμέσως μετά τον καθορισμό του θανάτου. Σε ορισμένα κέντρα οι μεταθανάτιες παρεμβάσεις αποσκοπούν στο να ελαχιστοποιήσουν τις συνέπειες της θερμής ισχαιμίας στο

³⁴ Doig, C.J., Rocker, J. (2003). Retrieving Organs from non-heart-beating organ donors: a review of medical and ethical issues. *Can J Anesth*, pp. 1069-1076

³⁵ Koostera, G., Kievit, J.K., Heinemann, E. (1997). The non-heart-beating donor. *Br Med Bull*; 53: 844-53

³⁶ Guest, C.B., Devitt, J.H. (2000). Non Heart beating organ donation. *CMAJ*. 162-194

διάστημα που μεσολαβεί από την απόσυρση της θεραπείας, τον ορισμό του θανάτου και την αφαίρεση των οργάνων.

Οι μη ελεγχόμενοι NHBD είναι ασθενείς που είτε ήταν νεκροί κατά την άφιξη στα επείγοντα είτε ήταν ανεπιτυχής η αναζωογόνησή τους είτε είχαν μια απροσδόκητη ανακοπή και παύση κυκλοφορίας κατά τη νοσηλεία τους στη Μ.Ε.Θ. Η ανάκτηση οργάνων στους μη ελεγχόμενους NHBD είναι περισσότερο περίπλοκη καθώς το διάστημα που μεσολαβεί ανάμεσα στην παύση της καρδιακής δραστηριότητας και της ανάκτησης οργάνων αυξάνεται και υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος βλάβης των οργάνων λόγω θερμής ισχαιμίας. Κατά συνέπεια περιορίζεται ο χρόνος αξιολόγησης του ατόμου ως δυνητικού δότη, η έναρξη των συζητήσεων με την οικογένειά του και κατά επέκταση ο χρόνος που έχουν οι συγγενείς να αναστοχαστούν και να συναινέσουν για τη μεταμόσχευση. Προκειμένου να αυξηθεί αυτό το διάστημα ορισμένα κέντρα πραγματοποιούν επί τόπου διατήρηση των οργάνων του ατόμου. Υπάρχουν στοιχεία σύμφωνα με τα οποία η επί τόπου διατήρηση μπορεί να επιμηκύνει την περίοδο ανάμεσα στον προσδιορισμό του θανάτου και στην αφαίρεση οργάνων από μια έως έξι ώρες.³⁷

Τα αποτελέσματα των μεταμοσχεύσεων νεφρών από NHBD είναι περίπου τα ίδια με αυτά των μεταμοσχεύσεων από δότες με πάλλουσα καρδιά με δύο εξαιρέσεις: από τους δότες με μη πάλλουσα καρδιά μόνο το 70 - 80 % κρίνεται κατάλληλο για χρήση, ενώ και η καθυστερημένη έναρξη λειτουργίας (πρωτοπαθής δυσλειτουργία) είναι συχνότερη. Για το ήπαρ τα αποτελέσματα είναι αντίστοιχα: η πρωτοπαθής μη λειτουργία φθάνει το 10%, ενώ για τους πτωματικούς δότες με πάλλουσα καρδιά είναι 1 - 2%. Το ενθαρρυντικό πάντως είναι πως η μεσομακροπρόθεσμη λειτουργία τόσο για τους νεφρούς όσο και για το ήπαρ δεν έχει διαφορά από τα μοσχεύματα δοτών με πάλλουσα καρδιά. Τέλος εκτός από τα νεφρά κατά κύριο λόγο και το ήπαρ δευτερευόντως έχουν χρησιμοποιηθεί και παγκρεατικά μοσχεύματα αλλά και πνεύμονες.³⁸

Όσον αφορά στη λήψη οργάνων από εγκεφαλικά νεκρούς δότες με πάλλουσα καρδιά αυτό που ξεκινάει την διαδικασία είναι μία τηλεφωνική κλήση από το συντονιστικό όργανο των μεταμοσχεύσεων. Οι πληροφορίες που χρειάζονται αρχικά

³⁷ Doig, C.J., Rocker, J. (2003). Retrieving Organs from non-heart-beating organ donors: a review of medical and ethical issues. *Can J Anesth*, pp. 1069-1076

³⁸ Clayton, H.A., Swift, S.M., Turner, J.M., James, R.F., Bell, P.R. (2000). Non-heart-beating organ donors: A potential source of islets for transplantation? *Transplantation*, 69:2094-8

για την αποδοχή ή όχι των μοσχευμάτων από τις μεταμοσχευτικές ομάδες περιλαμβάνουν: ηλικία, φύλο, βάρος, ύψος, αιτία εγκεφαλικού θανάτου, διάρκεια και ιστορικό νοσηλείας, ημερομηνία διασωλήνωσης, χρόνο καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης, αιμοδυναμική κατάσταση, είδος και δόση ινοτρόπων, ομάδα ABO και Rhesus. Με αυτές τις πληροφορίες οι περισσότερες μεταμοσχευτικές ομάδες μπορούν να εκτιμήσουν καταρχήν την ποιότητα του δότη και των αντίστοιχων οργάνων. Απαραίτητο σε αυτή τη φάση είναι να υπάρχουν βέβαια και καταγεγραμμένα δύο στοιχεία: χρόνος ολοκλήρωσης της διαδικασίας του εγκεφαλικού θανάτου και συγκατάθεση για τη δωρεά όπως ο νόμος ορίζει.³⁹

Με την ύπαρξη λοιπόν ασθενούς με εγκεφαλικό θάνατο ειδοποιείται η Κρατική Υπηρεσία Συντονισμού και Ελέγχου των Μεταμοσχεύσεων (Υ.Σ.Ε.Μ.) στην οποία πρέπει να υπάρχουν αρχειοθετημένοι όλοι οι υποψήφιοι λήπτες οργάνων. Η υπηρεσία αυτή στέλνει ειδικό Συντονιστή στο νοσοκομείο που υπάρχει ο δότης, εκτιμά την κατάσταση και παίρνει δείγμα αίματος από τον δότη για μελέτη ιστοσυμβατότητας. Στην συνέχεια η Υ.Σ.Ε.Μ. ειδοποιεί τα νοσοκομεία στα οποία υπάρχουν οι συμβατοί λήπτες των οργάνων και συντονίζει τις χειρουργικές ομάδες οι οποίες θα επέμβουν για την λήψη των οργάνων. Από τη στιγμή που ένας εγκεφαλικά νεκρός χαρακτηριστεί δότης οργάνων η Μ.Ε.Θ. μέσα στην οποία νοσηλεύεται φροντίζει με μεγάλη επιμέλεια για την αιμοδυναμική και αναπνευστική σταθερότητά του.⁴⁰

Στην Ελλάδα όπως και σε όλες τις χώρες που ισχύει η μεταμοσχευτική πρακτική, η απόκτηση της κάρτας του δωρητή είναι μια απλή και σύντομη διαδικασία. Ο ενδιαφερόμενος ή η ενδιαφερόμενη υπογράφουν μια υπεύθυνη δήλωση την οποία προμηθεύονται σε νοσοκομεία, συλλόγους δωρητών και άλλους κοινωνικούς φορείς. Μετά από ένα μικρό χρονικό διάστημα η αρμόδια εθνική υπηρεσία συντονισμού και ελέγχου των μεταμοσχεύσεων όπου καταλήγουν όλες οι υπεύθυνες δηλώσεις στέλνει ταχυδρομικώς στους ενδιαφερόμενους την κάρτα του δωρητή πάνω στην οποία αναγράφονται όλα τα απαραίτητα στοιχεία τους. Σε ορισμένες χώρες όπως για παράδειγμα στον Καναδά ή και στην Αμερική η ιδιότητα του εγγεγραμμένου δωρητή μπορεί να αναγραφεί και στην άδεια οδήγησης.⁴¹ Επιπροσθέτως ισχύει η εθνική λίστα αναμονής υποψήφιων ληπτών βάσει της οποίας και μόνο επιτρέπονται οι

³⁹ www.transplantation.gr

⁴⁰ Παπαδημητρίου, Ι. Δ. (1993). *Μεταμοσχεύσεις*. Αθήνα, σελ. 134

⁴¹ Παπαγαρουφάλη, Ε. (2002). *Δώρα Ζωής Μετά Θάνατον*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, σελ. 19-20

μεταμοσχεύσεις και η οποία πρέπει να ενημερώνεται για κάθε τρέχουσα μεταβολή των κλινικο-εργαστηριακών στοιχείων των ασθενών ώστε να εξασφαλίζεται η επιλογή των καταλληλότερων ληπτών.⁴²

Η τεκμηρίωση του εγκεφαλικού θανάτου γίνεται μέσα στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) από ομάδα γιατρών στην οποία συμπεριλαμβάνεται αναισθησιολόγος και νευρολόγος ή νευροχειρουργός οι οποίοι δεν έχουν σχέση με την εν γένει μεταμόσχευση και δεν πρόκειται να συμμετάσχουν στην Μεταμόσχευση. Η διαδικασία της τεκμηρίωσης επαναλαμβάνεται μετά από 24 ώρες εκτός και αν προκύψει εν τω μεταξύ θέμα αιμοδυναμικής αστάθειας ή ολιστικού θανάτου του ασθενούς οπότε η λήψη των οργάνων αποκτά εξαιρετικώς επείγοντα χαρακτήρα και συμπληρώνεται και τις δυο φορές ειδικό πρωτόκολλο που υπογράφεται από τους υπεύθυνους γιατρούς.⁴³

Η ανάκτηση των οργάνων πραγματοποιείται στο χειρουργείο του νοσοκομείου στο οποίο νοσηλεύεται ο δότης. Ο Συντονιστής μεταμόσχευσης επιτηρεί την άφιξη και αναχώρηση της χειρουργικής μεταμοσχευτικής ομάδας η οποία συντίθεται από τον ίδιο, τους χειρουργούς, τις νοσοκόμες και έναν τεχνικό συντήρησης των οργάνων. Τα όργανα υποβάλλονται σε μια έκπλυση και συντήρηση καθότι πρέπει να διατηρηθούν για ορισμένο χρονικό διάστημα μέχρι να επαναιματοθούν μέσα στο σώμα του δέκτη. Ανάλογα με το χρονικό διάστημα συντήρησης του κάθε μοσχεύματος είναι και ο προγραμματισμός για την εγχείρηση της μεταμοσχεύσεως του λήπτη. Τα όργανα τοποθετούνται σε αποστειρωμένη συσκευασία με κύβους πάγου και μεταφέρονται στο μεταμοσχευτικό κέντρο που υποδεικνύεται προκειμένου να ξεκινήσει η εγχείρηση της μεταμοσχεύσεως στους λήπτες των οργάνων.⁴⁴

Η λήψη των οργάνων, η επιλογή των δεκτών και η διαδικασία των μεταμοσχεύσεων υπόκεινται σε μια σειρά ηθικών και δεοντολογικών προβλημάτων και δοκιμασιών που απασχολούν τις μονάδες μεταμοσχεύσεως και γίνεται προσπάθεια να επιλυθούν πάντα με ομαδική συνεργασία και με μοναδικό ανα την περίπτωση τρόπο με σκοπό την διατήρηση μιας ισορροπίας ανάμεσα στον σεβασμό του νεκρού δότη και την διάθεση που υπάρχει για προσφορά ζωής. Οι χώρες που ασκούν την μεταμοσχευτική πρακτική έχουν ιδρύσει εθνικές υπηρεσίες ελέγχου και συντονισμού

⁴² Σαρρής, Μ. Σταυροπούλου-Γκιόκα, Α. (1999). *Η καθιέρωση της πτωματικής μεταμόσχευσης στην Ελλάδα*. Αθήνα. Roche (Hellas) A.E., σελ. 43-50

⁴³ Παπαδημητρίου, Ι. Δ. (1993). *Μεταμοσχεύσεις*. Αθήνα, σελ. 134

⁴⁴ www.donatelifeny.org/transplant/organ_organ.html

των μεταμοσχεύσεων, κάνουν διαφημιστικές καμπάνιες και συνεργάζονται μεταξύ τους μέσω διακρατικών δικτύων ανταλλαγών. Τα συνεργαζόμενα δίκτυα ανταλλαγών καλύπτουν πολλά εκατομμύρια πληθυσμού ή μεγάλες δεξαμενές υποψηφίων δοτών και ληπτών. Ανταλάσσουντα όργανα αλλά και πληροφορίες πολλαπλασιάζουν τις πιθανότητες μιας ασφαλούς, διαφανούς και ισότιμης πρόσβασης στην υπηρεσία των μεταμοσχεύσεων και συμβάλλουν στην τεχνοεπιστημονική εναρμόνιση όλων των χωρών που είναι και πρόκειται να γίνουν μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.⁴⁵

Η υιοθέτηση της μεταμοσχευτικής πρακτικής μαζί με τη θέσπιση της μεταθανάτιας δωρεάς και του εγκεφαλικού θανάτου αποτελούν ένα ακόμα τρόπο διατήρησης της εξουσίας, υποδεικνύοντας στα άτομα το πώς πρέπει να αισθάνονται το σώμα τους εν ζωή για μετά θάνατον και πιο συγκεκριμένα διαμορφώνοντας την πολιτισμική ταυτότητα νεκρών και ζωντανών ώστε να συγκλίνει με την ταυτότητα των εκσυγχρονισμένων ευρω-αμερικανικών αστικών κέντρων. Ωστόσο σε όλες τις χώρες του κόσμου οι μεταμοσχεύσεις πτωματικών οργάνων εξαρτώνται απόλυτα από τη συναίνεση των πολιτών τους. Οι φορείς που ενδιαφέρονται για την διάδοση της ιδέας της δωρεάς πτωματικών οργάνων θα πρέπει να δημιουργήσουν τις προϋποθέσεις που θα εξασφαλίσουν την συλλογική συναίνεση των πολιτών με ένα τρόπο που να τους εμπνέει εμπιστοσύνη και να τους πείθει να συνεργαστούν με την Πολιτεία για αυτό τον σκοπό.

⁴⁵ Παπαγαρουφάλη, Ε. (2002). *Δώρα Ζωής Μετά Θάνατον*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, σελ. 71-72

I.4. ΤΟ ΙΣΠΑΝΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΔΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ

Ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων της Ισπανίας (ONT) αποτελεί ένα θεσμικό όργανο το οποίο ανήκει στο Ισπανικό Υπουργείο Υγείας και Κατανάλωσης και το οποίο τέθηκε σε ισχύ προκειμένου να βελτιωθεί το φάσμα των αρμοδιοτήτων που σχετίζονται με την παροχή και κλινική χρήση οργάνων, ιστών και κυττάρων και διευθύνεται από τον Rafael Matesanz. Μετά την ίδρυση του ONT το 1989 παρατηρήθηκε αύξηση από 14.3 δότες ανά εκατομμύριο πληθυσμού σε 21.7 δότες ανά εκατομμύριο πληθυσμού με αποτέλεσμα να παρουσιάσει η Ισπανία όχι μόνο στην Ευρώπη αλλά και σε παγκόσμια κλίμακα ένα από τα υψηλότερα ποσοστά στη δωρεά οργάνων.⁴⁶ Συγκεκριμένα οι μεταμοσχεύσεις πτωματικών οργάνων αυξήθηκαν από 550 το 1989 σε 1334 το 1999, δηλαδή παρατηρήθηκε αύξηση της τάξης του 142%.

Πολύ σημαντικό είναι το γεγονός ότι το 1/3 των δωρητών οργάνων στην Ισπανία εντοπίζονται σε νοσοκομεία που δεν διαθέτουν μεταμοσχευτική μονάδα. Η Ισπανική επιτυχία μπορεί λοιπόν να αποδοθεί στο γεγονός ότι η διαδικασία ανίχνευσης και δωρεάς οργάνων έχει εφαρμοστεί σε όλα τα νοσοκομεία ακόμα και σε εκείνα που δεν διαθέτουν μεταμοσχευτική μονάδα.⁴⁷ Επιπλέον δεν υπήρξε αλλαγή στη νομοθεσία της Ισπανίας κατά την διάρκεια αυτής της περιόδου και όπως στις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες η συναίνεση της οικογένειας εξασφαλίζεται πριν από την δωρεά των οργάνων.⁴⁸

Προκειμένου να επιτύχει τον προαναφερόμενο στόχο του ο ONT λειτουργεί σαν μια τεχνική λειτουργική μονάδα η οποία τηρεί τις αρχές της συνεργασίας, της αποτελεσματικότητας, της αλληλεγγύης και εκπληρώνει την αποστολή του συντονίζοντας τις δραστηριότητες της δωρεάς, της αφαίρεσης, της συντήρησης, της διανομής και ανταλλαγής οργάνων, κυττάρων και ιστών για μεταμόσχευση σε όλες τις αυτόνομες κοινότητες της Ισπανίας. Το πρωταρχικό καθήκον του ONT είναι σε αυτήν την περίπτωση να προωθήσει και να διευκολύνει την δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων, κυττάρων και ιστών. Επιπροσθέτως εγγυάται για την πιο κατάλληλη και

⁴⁶ Matesanz, R., Miranda, B., and Felipe, C. (1994). Organ procurement and renal transplants in Spain: the impact of transplant coordination. *Nephrol Dial Transplant* (1994) 9: 475-481

⁴⁷ Matesanz, R., Miranda, B. (2002). A decade of continuous improvement in cadaveric organ donation: the Spanish model. *J Nephrol*. 15(1):22-8

⁴⁸ Matesanz, R., Miranda, B. (2001). Expanding the organ donor pool: The Spanish Model. *Kidney International* 59, 1594–1594

σωστή διανομή σύμφωνα με την τεχνική γνώση και τις αρχές ισότητας που αποτελούν βασικό άξονα της μεταμοσχευτικής δραστηριότητας.⁴⁹

Το Ισπανικό Μοντέλο έχει οργανωθεί με βάση τις ακόλουθες αρχές: 1^ο είναι απαραίτητο ένα άτομο ή ένα σύνολο ατόμων να καταστούν υπεύθυνα για τον συντονισμό των μεταμοσχεύσεων στα νοσοκομεία 2^ο υπάρχουν τοπικοί συντονιστές σε κάθε τοπικό τμήμα υγείας και κάθε περιοχή έχει σαφή ευθύνη για τις αποφάσεις της 3^ο η βασική προτεραιότητα για τους εθνικούς, τοπικούς και νοσοκομειακούς συντονιστές είναι η διακίνηση και μεταμόσχευση των οργάνων 4^ο οι σημαντικές αποφάσεις που αφορούν στην μεταμοσχευτική δραστηριότητα συζητούνται σε εθνικό συμβούλιο στο οποίο όλες οι περιοχές αντιπροσωπεύονται από τον αντίστοιχο τοπικό συντονιστή 5^ο ο ONT λειτουργεί σαν μια υπηρεσία με ουσιαστικό συντονιστικό ρόλο μεταξύ των νοσοκομείων 6^ο ο ONT και οι συντονιστικές μεταμοσχευτικές ομάδες διατηρούν στενές σχέσεις με τα μ.μ.ε., τους κοινωνικούς δρώντες και τον οποιοδήποτε που θα μπορούσε να έχει επιρροή στην μεταμοσχευτική δραστηριότητα 7^ο ο ONT οργανώνει εκπαιδευτικά σεμινάρια για τους συντονιστές στα νοσοκομεία και τους επαγγελματίες υγείας προκειμένου να καλύψει τις διαφορετικές απόψεις που σχετίζονται με την μεταμόσχευση οργάνων και 8^ο φροντίζει να παρέχει επαρκείς πληροφορίες και εξηγήσεις στο κοινό προκειμένου να επιτύχει μια θετική ατμόσφαιρα όσον αφορά στη δωρεά οργάνων.⁵⁰

Η αυξανόμενη μείωση πτωματικών δοτών παραμένει το βασικό εμπόδιο για την επίτευξη ικανοποιητικών ποσοστών μεταμοσχεύσεων. Στην Ισπανία το ολοκληρωμένο μεταμοσχευτικό πρόγραμμα που έχει θεσπιστεί βασίζεται σε ένα δίκτυο καλά εκπαιδευμένων συντονιστών μεταμόσχευσης. Σε κάθε νοσοκομείο που υπάρχει ένας δυνητικός υποψήφιος για δωρεά οργάνων, υπάρχει μια μεταμοσχευτική ομάδα, συμπεριλαμβανομένων γιατρών και νοσοκόμων, η οποία είναι υπεύθυνη για όλα τα στάδια της μεταμοσχευτικής διαδικασίας από τον εντοπισμό των δυνητικών δοτών έως τη μεταμόσχευση των οργάνων. Η προαναφερόμενη επιτυχημένη προσέγγιση έχει καταφέρει να υπερπηδήσει εμπόδια όπως η δυσκολία εντοπισμού

⁴⁹ www.en.wikipedia.org/wiki/Spanish_Transplant_Organization

⁵⁰ Lucas, M.F., Matesanz, B.M., Alonso, M. (1996). Organ Procurement in Spain: The National Transplant Organization. *Transplantation Proceedings*, Vol. 28, No. 6, pp. 3357-3358

δωρητών, το ανεκπαιδευτο ή όχι τόσο καλά εκπαιδευμένο προσωπικό και την αпроθυμία να προσεγγιστούν οι οικογένειες που πενθούν.⁵¹

Σημαντική είναι η προσπάθεια που καταβάλλεται στην Ισπανία για την σωστή ενημέρωση των Μ.Μ.Ε. σε θέματα που αφορούν στη δωρεά και στις μεταμοσχεύσεις οργάνων προκειμένου να επιτευχθεί κατά επέκταση η βελτίωση του πληροφοριακού επιπέδου του Ισπανικού πληθυσμού σε αυτά τα θέματα. Συγκεκριμένα, έχει δημιουργηθεί μια 24ωρη τηλεφωνική γραμμή παροχής πληροφοριών, περιοδικές συναντήσεις λαμβάνουν χώρα μεταξύ δημοσιογράφων και επαγγελματιών υγείας όπως επίσης πραγματοποιούνται εκπαιδευτικά σεμινάρια επικοινωνίας για τους συντονιστές μεταμόσχευσης ενώ παράλληλα αναπτύσσονται αμφιλεγόμενα θέματα όπως ο εγκεφαλικός θάνατος και το εμπόριο οργάνων.⁵²

Το Ισπανικό Μοντέλο συντίθεται από ένα δίκτυο συντονιστών μεταμόσχευσης σε τρία επίπεδα: το Εθνικό, το Περιφερειακό και το Τοπικό. Σε Εθνικό Επίπεδο ο ONT στελεχώνεται από 4 γιατρούς, 7 νοσηλευτές και 6 διοικητικούς υπαλλήλους. Σε αυτό το επίπεδο δεν υφίσταται συντονισμός σε ότι αφορά στους δότες. Ο ONT απλά εποπτεύει το συντονισμό της μεταμοσχευτικής διαδικασίας σε τοπικό επίπεδο, τηρεί την εθνική λίστα οργάνων, συντάσσει και προωθεί πρωτόκολλα λειτουργίας και συνεργασίας σε κάθε στάδιο της μεταμοσχευτικής διαδικασίας, ενημερώνει και εκπαιδεύει τους επαγγελματίες υγείας καθώς και το κοινό και προωθεί τη διεθνή συνεργασία με αντίστοιχους οργανισμούς άλλων εθνών.⁵³

Σε Περιφερειακό Επίπεδο οι δραστηριότητες του συντονισμού είναι ανάλογες προς αυτές του ONT αλλά σαφώς επικεντρωμένες σε κάθε μια από τα περιφέρειες. Οι 17 Περιφερειακοί Συντονιστές όσες δηλαδή και οι περιφέρειες της χώρας αποτελούν τον συνδετικό κρίκο ανάμεσα στον ONT και τα κατά τόπους νοσοκομεία και τους επαγγελματίες υγείας. Μεριμνούν ώστε μόλις βρεθεί ένας δότης όλοι οι εξωνοσοκομειακοί παράγοντες (υπηρεσίες υγείας, αστυνομία, δημοσιογράφοι,

⁵¹Matesanz, R., Miranda, B., Felipe, C. (1994). Organ procurement and renal transplants in Spain: the impact of transplant coordination. Spanish National Transplant Organization (ONT). *Nephrol Dial Transplant*. 9(5):475-81.

⁵² Matesanz, R. (2004). Factors That Influence The Development of an Organ Donation Program. *Transplantation Proceedings*, 36, 739-741

⁵³ Matesanz, R., Miranda, B., Felipe, C. (1994). Organ procurement and renal transplants in Spain: the impact of transplant coordination. Spanish National Transplant Organization (ONT). *Nephrol Dial Transplant*.; 9(5):475-81.

εκκλησία κα) να λειτουργήσουν απρόσκοπτα και συντονισμένα. Οι Περιφερειακοί Συντονιστές συγκαλούν κάθε χρόνο ένα συμβούλιο, όπου ανταλλάσσουν απόψεις, αναφέρουν τα προβλήματα που ανακύπτουν κατά την λειτουργία της μεταμοσχευτικής διαδικασίας στις Περιφέρειές τους, σχεδιάζουν και προτείνουν στον ONT το πρόγραμμα δράσης του επόμενου έτους και τις ρυθμίσεις που πρέπει να γίνουν σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο προκειμένου να αμβλυνθούν τα προβλήματα που έχουν δημιουργηθεί και που μπορεί να αποτελέσουν εμπόδιο στην αυξητική πορεία των μεταμοσχεύσεων.

Ο Τοπικός Συντονιστής Μεταμοσχεύσεων είναι αυτός που αναλαμβάνει και διεκπεραιώνει το σημαντικότερο μέρος της μεταμοσχευτικής διαδικασίας: εντοπίζει το δυνητικό δότη, διαγιγνώσκει μαζί με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας που είναι αρμόδιοι τον εγκεφαλικό θάνατο, συντηρεί το δότη και προωθεί τη διαδικασία αφαίρεσης των μοσχευμάτων. Πρόκειται για γιατρό (εντατικολόγο ή αναισθησιολόγο) ο οποίος εργάζεται με καθεστώς μερικής απασχόλησης ως Συντονιστής της όλης διαδικασίας. Ο ONT αναγνωρίζει ότι πρόκειται για ένα αρκετά εξοντωτικό και ψυχοφθόρο λειτούργημα που χρειάζεται κυρίως αφοσιωμένο και κατόπιν κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό για αυτό και στηρίζει τους Τοπικούς Συντονιστές Μεταμοσχεύσεων σε κάθε τομέα: πρακτικό, θεωρητικό, επιστημονικό και ψυχολογικό.⁵⁴

Ο Συντονιστής θα πρέπει να έχει την ακλόνητη πεποίθηση ότι η δωρεά οργάνων και η μεταμόσχευσή τους συνάδει απόλυτα με τις αρχές του σεβασμού της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και για αυτό το λόγο οι επαγγελματίες υγείας που για λόγους θρησκευτικούς ή προσωπικούς έχουν ενστάσεις απέναντι στη διαδικασία εξορισμού αποκλείονται από τις συγκεκριμένες θέσεις. Είναι γενικώς αποδεκτό ότι η καθοδηγητική ένδειξη για την επιτυχία του Ισπανικού Μοντέλου αποτελεί η ανάπτυξη ενός δικτύου Συντονιστών Μεταμόσχευσης που συντίθεται από νέους και ενθουσιώδεις γιατρούς, κατάλληλα εκπαιδευμένους και περιοδικά εναλλασσόμενους προκειμένου να αποφευχθεί το σύνδρομο ολοκληρωτικής εξάντλησης (burn out syndrome) το οποίο περιγράφει μια επαγγελματική παθολογία που εκδηλώνεται με

⁵⁴ Matesanz, R., Miranda, B. (2001). Expanding the organ donor pool: The Spanish Model. *Kidney International* 59, 1594–1594

μεγάλη συχνότητα σε όσους ασκούν κοινωνικό λειτούργημα (γιατρούς, νοσοκόμους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς).⁵⁵

Το νομικό υπόβαθρο στην Ισπανία είναι τεχνικά παρόμοιο με αυτό άλλων δυτικών κοινωνιών και συμπεριλαμβάνει το ακόλουθο πλαίσιο ιδεών: τον ορισμό του εγκεφαλικού θανάτου, την αφαίρεση των οργάνων μετά την συγκατάθεση της οικογένειας και καμιά αποζημίωση είτε για την δωρεά οργάνων είτε για ήδη μεταμοσχευμένα όργανα. Η Ισπανία, από θεωρητική σκοπιά, έχει ένα νόμο που αφορά στην εικαζόμενη συναίνεση αλλά από πρακτική σκοπιά επιζητείται η συγκατάθεση της οικογένειας του δότη και οι επιθυμίες των συγγενών γίνονται σεβαστές όπως και σε όλες τις άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Αυτό που έχει καταστεί σαφές είναι ότι η αυξανόμενη δωρεά οργάνων κατά την διάρκεια της δεκαετίας του 1990 στην Ισπανία δεν μπορεί σε καμιά περίπτωση να αποδοθεί σε κάποια αλλαγή στην Ισπανική νομοθεσία αφού αυτή καθαυτή δεν έχει υποστεί καμιά μετατροπή από το 1979.⁵⁶

Στο Ισπανικό Μοντέλο εντοπίζουμε τρεις βασικούς τομείς: την ανίχνευση των δυνητικών δοτών, την διαχείριση των δοτών και την προσέγγιση της οικογένειας. Η ανίχνευση των δωρητών αποτελεί την αφετηρία για τις μεταμοσχεύσεις και η μεθοδολογία περιλαμβάνει μια συνεχή διαδικασία ελέγχου και την καταγραφή των αναμενόμενων ποσοστών θανάτου σε κάθε νοσοκομείο. Συγκεκριμένα, η συστηματική καταγραφή των επικείμενων εγκεφαλικών θανάτων που συμπληρώνεται από την ανασκόπηση αναδρομικών ιατρικών αρχείων προκειμένου να αποφευχθούν λάθη ή λανθασμένες εκτιμήσεις για τη «δεξαμενή» δυνητικών δοτών έχουν εισαχθεί σε όλες τις Περιφέρειες. Η προσέγγιση της οικογένειας αποτελεί στοιχείο-κλειδί της διαδικασίας και προφανέστατα το πιο κρίσιμο καθότι λαμβάνει χώρα τη στιγμή που διαδραματίζεται το ανθρώπινο δράμα που προκαλεί ο θάνατος ενός ατόμου. Εκπαιδευτικά προγράμματα που σχεδιάζονται για τον συγκεκριμένο σκοπό έχουν ως σκοπό την παροχή επαρκούς καθοδήγησης-συμβουλευτικής των συντονιστών μεταμόσχευσης και του υπόλοιπου ιατρικού προσωπικού.

Ο ρόλος του Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων στην Ισπανία στηρίζεται στην φιλοσοφία να δοθεί η δυνατότητα να ακουστούν όλες οι απόψεις, να συζητηθούν διεξοδικά τα συναισθήματα της οικογένειας, οι επιθυμίες, οι προβληματισμοί και οι

⁵⁵ Matesanz, R., Miranda, B. (2002). A decade of continuous improvement in cadaveric organ donation: the Spanish model. *J Nephrol.* 15(1):22-8

⁵⁶ Matesanz, R. (2004). Factors That Influence The Development of an Organ Donation Program. *Transplantation Proceedings*, 36, 739-741

ενδοιασμοί ώστε να μπορέσει η οικογένεια να λειτουργήσει συλλογικά κάτω από αυτές τις συνθήκες. Απαραίτητη προϋπόθεση για αυτό αποτελεί η εστίαση των προσπαθειών στη συνεχή και πλήρη εκπαίδευση της ομάδας των επαγγελματιών υγείας. Η συζήτηση με τους συγγενείς εν προκειμένω θα πρέπει να σχεδιάζεται με προσοχή και οι συντονιστές δεν πρέπει σε καμιά περίπτωση να δείξουν ότι βιάζονται ή νευριάζουν, δείχνοντας ασέβεια στο ρυθμό προσαρμογής των συγγενών στο θάνατο του ασθενούς και εν δυνάμει δότη. Οι περισσότερες οικογένειες πιστεύουν ότι η δωρεά παρέχει ένα θετικό αποτέλεσμα από το θάνατο και βοηθάει στη διαδικασία πένθους.⁵⁷

Συνοψίζοντας, η έλλειψη πτωματικών δοτών αποτελεί ένα καθολικό πρόβλημα που θέτει ένα σοβαρό περιορισμό στον αριθμό των ασθενών που μπορούν να ωφεληθούν από τις μεταμοσχεύσεις. Ένα σημαντικό μέρος της φιλοσοφίας του Ισπανικού Μοντέλου εντοπίζεται στο γεγονός ότι η έλλειψη δωρητών οργάνων δεν οφείλεται στην απουσία δυνητικών δοτών αλλά στην αδυναμία να μετατραπούν πολλοί δυνητικοί δότες σε πραγματικούς δότες. Η Ισπανία αποτελεί παγκοσμίως το μοναδικό παράδειγμα συνεχούς βελτίωσης των μεταμοσχεύσεων από πτωματικούς δότες την τελευταία δεκαετία και η επιτυχία της αυτή οφείλεται σε ένα οργανωμένο πρόγραμμα εντοπισμού δοτών που διεξάγεται από καλά εκπαιδευμένους συντονιστές μεταμόσχευσης, την εισαγωγή στα νοσοκομεία του ελέγχου των συστηματικών θανάτων, στον συνδυασμό μιας θετικής κοινωνικής ατμόσφαιρας και μιας επαρκούς διαχείρισης των M.M.E. και σε μια ικανοποιητική οικονομική αποζημίωση για όλα τα νοσοκομεία ανάλογα με τα τοπικά εκτιμώμενα έξοδα.

⁵⁷ Matesanz, R., Miranda, B. (2002). A decade of continuous improvement in cadaveric organ donation: the Spanish model. *J Nephrol.* 15(1):22-8

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ.

ΙΙ.1. ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ: ΚΛΙΝΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Η κύρια πηγή των οργάνων για μεταμόσχευση είναι οι «πτωματικοί δότες». Ο όρος είναι αρκετά υπερβατικός διότι τα όργανα δεν λαμβάνονται από πτώμα αλλά από εγκεφαλικά νεκρό ασθενή ο οποίος μάλιστα πρέπει να είναι σε πολύ καλή και σταθερή αιμοδυναμική κατάσταση με απόλυτα φυσιολογικές όλες τις υπόλοιπες πλην της εγκεφαλικής λειτουργίες.⁵⁸ Ο ορισμός του θανάτου είναι ιστορικά στενά συσχετιζόμενος με τις μεταμοσχεύσεις. Ο εγκεφαλικός θάνατος είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει μια κατάσταση κατά την οποία ο εγκέφαλος έχει καταστραφεί εντελώς και κατά την οποία η κατάπαυση της λειτουργίας όλων των άλλων οργάνων είναι επικείμενη και αναπόφευκτη.

Τα ακριβή κριτήρια για τον ορισμό του εγκεφαλικού θανάτου καθίστανται απαραίτητα καθώς είναι εξαιρετικά δύσκολο για το κοινό να διακρίνει τους ασθενείς που είναι ζωντανοί από αυτούς που χάρη στην ανάπτυξη της τεχνολογίας φαίνονται ζωντανοί ενώ στην ουσία δεν είναι. Ο εγκεφαλικός θάνατος είναι μια κατάσταση που απαιτεί διάγνωση για την οποία χρειάζονται κριτήρια κατανοητά, αδιαμφισβήτητα και αλάνθαστα., διαφορική διάγνωση και ακολουθία αποφάσεων.⁵⁹

Αν και η έννοια του εγκεφαλικού θανάτου είχε διατυπωθεί από το 1959 στη Μ. Βρετανία, ωστόσο το 1968, στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου του Harvard, ΗΠΑ, καθιερώθηκε ο ορισμός του εγκεφαλικού θανάτου και καθορίστηκαν όλες εκείνες οι δοκιμασίες, με τις οποίες ο γιατρός θα μπορεί να τον διαπιστώσει με ασφάλεια. Ο εγκεφαλικός θάνατος θεωρείται ως η διαχωριστική γραμμή μεταξύ ζωής και θανάτου του ατόμου. Έτσι, άνθρωποι με εγκεφαλικό θάνατο δεν πρέπει να αντιμετωπίζονται θεραπευτικά ως ζώντες. Αυτοί υποβάλλονται σε κατάλληλη μηχανική υποστήριξη προκειμένου να διατηρηθούν τα όργανα τους στην καλύτερη δυνατή βιολογική κατάσταση, ώστε να μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε περίπτωση δωρεάς για μεταμόσχευση.⁶⁰

⁵⁸ Παπαδημητρίου, Ι. Δ. (1993). *Μεταμοσχεύσεις*. Αθήνα, σελ. 133

⁵⁹ Γιαννάκου-Πεφτουλίδου, Μ. (2005). Η έννοια του εγκεφαλικού θανάτου. *Ελληνικό Περιοδικό Περιεγχειρητικής Ιατρικής*; 3: 27-40

⁶⁰ A definition of irreversible coma: Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death. (August, 5, 1968). *JAMA*, Vol. 205, Issue 6: 337-340

Η βλάβη του εγκεφαλικού στελέχους συνεπάγεται διαταραχή της λειτουργίας του δικτυωτού σχηματισμού και συνεπώς, δυσλειτουργία ολοκλήρου του εγκεφάλου. Για το λόγο αυτό, αποδεχόμαστε ότι η ανεπανόρθωτη βλάβη του εγκεφαλικού στελέχους είναι ικανή και αναγκαία προϋπόθεση για να θεωρηθεί ο εγκέφαλος νεκρός. Αυτό διατυπώνεται και στο μνημόνιο της Βρετανικής Ιατρικής Ακαδημίας, το 1976, για τον προσδιορισμό της έννοιας του εγκεφαλικού θανάτου, που έχουν υιοθετήσει και οι χώρες της Δ. Ευρώπης. Στις ΗΠΑ, εκτός από την απώλεια των λειτουργιών του εγκεφαλικού στελέχους, συμπληρώνεται απαραίτητα και η απώλεια των λειτουργιών του φλοιού, η οποία επέρχεται σε πολύ σύντομο χρόνο μετά την παύση λειτουργίας του εγκεφαλικού στελέχους.⁶¹

Στο παρελθόν η παύση της καρδιακής λειτουργίας και της αυτογενούς αναπνοής πάντα κατέληγαν στον άμεσο θάνατο του εγκεφάλου και ομοίως η καταστροφή του εγκεφάλου συνεπαγόταν την άμεση διακοπή της αναπνοής και της κυκλοφορίας. Σε αυτά τα πλαίσια ήταν λογικό ότι η απουσία παλμού και αναπνοής έγιναν τα παραδοσιακά κριτήρια για την αναγγελία του θανάτου. Πρόσφατα όμως οι τεχνολογικοί πρόοδοι έκαναν πιθανή την διατήρηση των εγκεφαλικών λειτουργιών με την απουσία αυτογενούς αναπνοής και καρδιακής λειτουργίας με αποτέλεσμα ο θάνατος ενός ατόμου να μην εξισώνεται πλέον με την απώλεια των δυο τελευταίων ζωτικών λειτουργιών. Επιπροσθέτως είναι πιθανό ο εγκέφαλος ενός ατόμου να έχει καταστραφεί ακόμα και αν η κυκλοφορία και η αναπνοή διατηρούνται τεχνητά με μηχανικά μέσα.⁶²

Έχει υποστηριχθεί πειστικά κοινώς ότι ένα άτομο του οποίου ο εγκέφαλος έχει καταστραφεί ολοσχερώς είναι νεκρό και αυτή η προκείμενη έχει κερδίσει αξιοσημείωτη αποδοχή σε όλο τον κόσμο σε ευρύ κοινό και επαγγελματίες από πολλά σχετικά πεδία. Η ανακοίνωση του θανάτου με την έννοια της παύσης όλων των εγκεφαλικών λειτουργιών είναι πλέον συνήθης και είναι ιδιαίτερα σημαντική στην μεταμόσχευση οργάνων καθότι διευκολύνει την ανάκτηση οργάνων από πτωματικούς δότες στους οποίους τα όργανα είναι άθικτα από ισχαιμική βλάβη ή βιαστική εξαγωγή.

⁶¹ www.transplantation.gr

⁶² Veith, J.F. (1978). Brain Death and Organ Transplantation. *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 315, issue 1 Brain Death, pp. 417-441

Το ΚΕΣΥ το 1985 με την απόφαση 9 της 21^{ης} ολομέλειας γνωμοδότησε για τα κριτήρια διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου, σύμφωνα με την οποία η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου απαιτεί δυο προϋποθέσεις: α. την ύπαρξη βασικών συνθηκών β. την εκτέλεση κλινικών δοκιμασιών για τον έλεγχο της λειτουργικότητας του εγκεφαλικού στελέχους.⁶³ Οι βασικές συνθήκες-προαπαιτούμενα για την διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου είναι: α. ο ασθενής να βρίσκεται σε απνεϊκό κώμα β. ο καθορισμός της αιτίας του κώματος για την διαπίστωση δυνητικά αναστρέψιμων βλαβών γ. ο αποκλεισμός πιθανά αναστρέψιμης καταστολής του εγκεφαλικού στελέχους π.χ. κατασταλτικά φάρμακα του ΚΝΣ, φάρμακα που προκαλούν αποκλεισμό της νευρομυκικής σύναψης, μεταβολικές και ενδοκρινολογικές διαταραχές και βαθειά υποθερμία.⁶⁴

Η κλινική εξέταση έχει ως σκοπό: α. τη συσχέτιση και την αξιολόγηση κάθε ευρήματος με το κώμα και το χρόνο εμφάνισής του β. τη διαπίστωση του είδους και της σοβαρότητας της βλάβης που θα καθορίσει το μη αναστρέψιμό της (π.χ. βαριά κρανιοεγκεφαλική κάκωση) γ. την αναζήτηση σημείων που αποκλείουν το θάνατο του εγκεφαλικού στελέχους όπως επιληπτικοί σπασμοί (η ύπαρξή τους σημαίνει ότι διέρχονται ερεθίσματα διά του στελέχους). Αυτόνομες κινήσεις από το νωτιαίο μυελό δεν αποκλείουν θάνατο του εγκεφαλικού στελέχους. Μερικές φορές δηλαδή αν και πληρούνται τα κριτήρια του εγκεφαλικού θανάτου, μπορεί να εμφανίζονται ανεξήγητες κινήσεις, όπως έκταση των σκελών και του κορμού, κινήσεις βάδισης, στροφής κεφαλής, συσπάσεις του προσώπου, καθώς και παραμένοντα αντανακλαστικά, όπως Babinski, τενόντια, κοιλιακά ή κρεμαστήρια. Επίσης, μπορεί να εμφανιστούν ασυνήθιστες κινήσεις, όπως σαν να θέλει να πιάσει τον τραχειοσωλήνα κατά τη στιγμή της διακοπής του μηχανικού αερισμού στη δοκιμασία άπνοιας, υπέρταση, εφίδρωση ή δακρύρροια.⁶⁵

Οι προαναφερόμενες αντανακλαστικές κινήσεις καλούνται τραγικά αντανακλαστικά ή Σημεία του Λαζάρου - Lazarous signs. Αποτελούν κινήσεις νωτιαίου αυτοματισμού και εκδηλώνονται όταν η ανασταλτική επίδραση των ανώτερων εγκεφαλικών κέντρων έχει διακοπεί. Η ακριβής αιτιολογία τους στον εγκεφαλικό θάνατο είναι άγνωστη, αλλά θεωρείται ότι είναι ανάλογη με των

⁶³ www.eom.gr

⁶⁴ Wijdicks, E.F.M.(1995). Determining brain death in adults. *Neurology*. 45:1003-1011.

⁶⁵ Black, P.M. (1991). Conceptual and practical issues in the declaration of death by brain criteria. *Neurosurg Clin North Am.*;2:493-501.

αντανακλαστικών που παρατηρούνται στους τετραπληγικούς. Η παρουσία αντανακλαστικών νωτιαίου αυτοματισμού και ανεξήγητων τέτοιων κινήσεων δεν αναιρεί τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου, μπορεί όμως να δημιουργήσει σύγχυση σχετικά με την επιβεβαίωση του και για αυτό απαιτείται περαιτέρω επιβεβαιωτικός εργαστηριακός έλεγχος, όπως το ισοηλεκτρικό ηλεκτροεγκεφαλογράφημα ή η απουσία αιματικής ροής στις ενδοκράνιες αρτηρίες στην αγγειογραφία τεσσάρων αγγείων του εγκεφάλου. Όταν δεν υπάρχει δυνατότητα πραγματοποίησης τέτοιου εργαστηριακού ελέγχου, τότε παρατείνεται η περίοδος κλινικής παρατήρησης για τουλάχιστον 12 ώρες.⁶⁶

Επιπροσθέτως διεξάγεται α. παρακλινικός έλεγχος για την διερεύνηση σημαντικών διαταραχών οξεοβασικής και ηλεκτρολυτικής ισορροπίας ή και ενδοκρινολογικής και μεταβολικής λειτουργίας β. τοξικολογικές εξετάσεις για τον ποιοτικό και ποσοτικό προσδιορισμό βλαβερών ουσιών στον οργανισμό και γ. ειδικές εξετάσεις κατά την κρίση του θεράποντος ιατρού. Αφού ολοκληρωθούν οι παραπάνω ενέργειες πρέπει να εξαντληθεί κάθε θεραπευτική προσπάθεια και δυνατότητα για την αποκατάσταση κάθε επανορθώσιμης διαταραχής της λειτουργίας του εγκεφαλικού στελέχους. Εάν υπάρχει η παραμικρή αμφιβολία ο θεράπων ιατρός δεν πρέπει να προχωρήσει στην εκτέλεση δοκιμασιών ελέγχου του εγκεφαλικού στελέχους αλλά να επανεκτιμήσει την όλη κατάσταση.⁶⁷

Ο σκοπός των κλινικών δοκιμασιών είναι να αποδείξει την οριστική κατάργηση των αντανακλαστικών του στελέχους. Η παρουσία έστω και ενός αντανακλαστικού αποκλείει την διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου. Τα αντανακλαστικά που πρέπει να είναι όλα καταργημένα είναι τα εξής: 1^{ov} οφθαλμοκεφαλικό αντανακλαστικό (κινήσεις οφθαλμών κούκλας) έλεγχος 3^{ης}, 4^{ης} και 11^{ης} εγκεφαλικής συζυγίας 2^{ov} αντανακλαστικό κόρης στο φως (φωτοκινητικό): έλεγχος 2^{ης} και 3^{ης} εγκεφαλικής συζυγίας 3^{ov} αντανακλαστικό κερατοειδούς: έλεγχος 5^{ης} και 7^{ης} εγκεφαλικής συζυγίας (αντανάκλαση του κερατοειδούς και των βλεφάρων μετά την άσκηση πίεσης στον κερατοειδή) 4^{ov} αιθουσο-οφθαλμικό αντανακλαστικό έλεγχος 3^{ης}, 5^{ης} και 8^{ης} συζυγίας (νυσταγμός ή απόκλιση των οφθαλμών κατά την έγχυση ψυχρού φυσιολογικού ορού στο αυτί) 5^{ov} φαρυγγο-λαρυγγικό αντανακλαστικό: έλεγχος 9^{ης} και 10^{ης} εγκεφαλικής

⁶⁶ www.translantation.gr

⁶⁷ Sullivan, J., Seem, D.L., Chabalewski, F. (1999). Determining Brain Death. *Crit Care Nurse*. 19(2): 37-46

συζυγίας (καταποτική κίνηση κατά τον ερεθισμό του οπισθίου φάρυγγα) 6^ο αντανακλαστικές κινήσεις προσώπου σε ισχυρό ερέθισμα: έλεγχος 5^{ης} και 7^{ης} εγκεφαλικής συζυγίας.⁶⁸

Ένα απαραίτητο συστατικό στον κλινικό προσδιορισμό του εγκεφαλικού θανάτου είναι η διαπίστωση της άπνοιας. Η απώλεια της λειτουργίας του εγκεφαλικού στελέχους καταλήγει στην απώλεια της κεντρικά ελεγχόμενης αναπνοής με αποτέλεσμα την άπνοια. Αυτό το στοιχείο είναι ικανό και επαρκές για να θέσει τη διάγνωση του θανάτου του εγκεφαλικού στελέχους και συνεπώς, του θανάτου του ατόμου. Κατά τη διάρκεια της δοκιμασίας άπνοιας, δεν επιτρέπεται η εφαρμογή συνεχούς θετικής πίεσης στις αεροφόρες οδούς διότι σε ορισμένους αναπνευστήρες ο τύπο αυτός αερισμού διακόπτει τη συνεχή ροή του οξυγόνου όταν δεν υπάρχει αυθόρμητη πυροδότηση του αερισμού, γεγονός που καθιστά αναξιόπιστο το αποτέλεσμα της δοκιμασίας.⁶⁹

Πέρα από τον κλινικό έλεγχο του εγκεφαλικού στελέχους έχουν αναζητηθεί και παρακλινικές επιβεβαιωτικές δοκιμασίες ελέγχου σε περιπτώσεις αμφιβολίας, αν αυτό επιτάσσει η ανάλογη νομοθεσία σε κάποιες χώρες και σε περιπτώσεις όπου οι κλινικές δοκιμασίες δεν είναι δυνατόν να διενεργηθούν (πχ σε διατομή του νωτιαίου μυελού στο ύψος της αυχενικής μοίρας). Οι μέθοδοι που έχουν προταθεί επιγραμματικά είναι: 1. Η αγγειογραφία του εγκεφάλου 2. Η μαγνητική αγγειογραφία 3. Η διακρανιακή Doppler υπερηχογραφία 4. Σπινθηρογράφημα εγκεφάλου με τεχνητό με χαρακτηριστική την απουσία ροής (φαινόμενο του κενού εγκεφάλου) 5. Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα 6. Προκλητά δυναμικά.⁷⁰

Οι κλινικές δοκιμασίες πρέπει να επαναλαμβάνονται δυο φορές για να αποφευχθεί η πιθανότητα λάθους. Το διάστημα μεταξύ των δυο κλινικών δοκιμασιών εξαρτάται από το είδος της αρχικής βλάβης και από την κλινική πορεία του ασθενούς. Ο χρόνος που απαιτείται για να εκπληρωθούν οι βασικές συνθήκες από την έναρξη του κόματος είναι τουλάχιστον 24 ώρες εφόσον δεν έχουν χορηγηθεί κατασταλτικά φάρμακα ή ο χρόνος που απαιτείται μέχρι τη μη αντίχνευση των ουσιών στο αίμα. Το χρονικό διάστημα μεταξύ των δυο δοκιμασιών είναι τουλάχιστον οκτώ ώρες. Σε

⁶⁸ Γιαννάκου-Πεφτουλίδου, Μ. (2005). Η έννοια του εγκεφαλικού θανάτου. *Ελληνικό Περιοδικό Περιεγχειρητικής Ιατρικής*; 3: 27-40

⁶⁹ Visram, A., Marshall, C. (1997). Paco2 and apnoea testing for brain stem death. *Anaesthesia*. pp. 52:87.

⁷⁰ Wijdicks, E.F.M. (2001). The Diagnosis of Brain Death. *NEJM*. 344: 1215-21

περιπτώσεις έκδηλης καταστροφής του εγκεφάλου το διάστημα αυτό μπορεί να είναι βραχύτερο. Τα αποτελέσματα της κλινικής εκτέλεσης των δοκιμασιών πρέπει να καταχωρούνται σε ειδικό φύλλο διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου που θα πρέπει να περιλαμβάνεται στον φάκελο του ασθενούς και υπογράφεται από τον θεράπων ιατρό, τον νευρολόγο ή νευροχειρουργό και τον αναισθησιολόγο. Στο πιστοποιητικό θανάτου αναγράφεται ως ώρα θανάτου η ώρα περάτωσης των δεύτερων κλινικών δοκιμασιών.⁷¹

Για να χαρακτηριστεί ωστόσο ένας ασθενής εγκεφαλικά νεκρός ως κατάλληλος δότης θα πρέπει να πληρεί μια σειρά από προϋποθέσεις. Σε γενικές γραμμές πρέπει: 1^ο να υπάρχει εγκεφαλικός θάνατος με ανεπηρέαστη καρδιοαιμοδυναμική κατάσταση 2^ο παντελής έλλειψη αυτόματης αναπνοής: ο ασθενής πρέπει να είναι διασωληνωμένος και να διατηρείται στη ζωή με αναπνευστήρα 3^ο αιτία του εγκεφαλικού θανάτου να είναι μια κρανιοεγκεφαλική κάκωση ή ρήξη ενδοκρανιακού ανευρύσματος ή αποπληξία ή κάτι παρόμοιο 4^ο να έχουμε ανεπιτυχή εφαρμογή για πέντε τουλάχιστον ημέρες εντατικής Νοσηλείας και Θεραπείας για το κρανιοεγκεφαλικό πρόβλημα 5^ο ηλικία μικρότερη των 60 ετών και ειδικώς για την καρδιά και το ήπαρ μικρότερη των 50 ετών 6^ο απουσία δηλητηρίασεως, βαριάς λοιμώξεως ή AIDS κακοήθους νόσου ή βαριάς ενδοκρινικής νόσου 7^ο απουσία ιστορικού συστήματος χρήσεως ναρκωτικών και εν γένει τοξικών ουσιών 8^ο απουσία τραυμάτων των ενδιαφερόντων οργάνων ή των χώρων μέσα στα οποία βρίσκονται αυτά 9^ο φυσιολογικές, εργαστηριακές παράμετροι για το κάθε ενδιαφέρον όργανο και απουσία χρονίου νοσήματος από αυτό 10^ο τεκμηρίωση του εγκεφαλικού θανάτου και προσέγγιση των άμεσων συγγενών για την απόκτηση της συναίνεσής τους για την δωρεά/ λήψη των οργάνων για μεταμόσχευση.⁷²

Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα των κλινικών δοκιμασιών για τον έλεγχο του εγκεφαλικού στελέχους είναι σαφή και κατηγορηματικά για την διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου διότι αναφέρονται στην παρουσία ή απουσία αντιδράσεων και όχι σε διαβαθμίσεις που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε αμφίβολες καταστάσεις. Οι κλινικές δοκιμασίες αποτελούν αξιόπιστο και επαρκές κριτήριο για την διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου και η αξιοπιστία τους κατοχυρώνεται με: α. αυστηρή τήρηση

⁷¹ Γιαννάκου-Πεφτουλίδου, Μ. (2005). Η έννοια του εγκεφαλικού θανάτου. *Ελληνικό Περιοδικό Περιεγχειρητικής Ιατρικής*; 3: 27-40

⁷² Παπαδημητρίου, Ι. Δ. (1993). *Μεταμοσχεύσεις*. Αθήνα, σελ. 133

των αναγκαίων προϋποθέσεων β. την εκτέλεση της σειράς των δοκιμασιών γ. την συμμετοχή τριών έμπειρων γιατρών στην διαδικασία δ. την επανάληψη και επανεκτίμηση των δοκιμασιών. Εφόσον τεθεί η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου το άτομο θεωρείται νεκρό και η παραπέρα θεραπευτική υποστήριξη θεωρείται άσκοπη εκτός και εάν πρόκειται να γίνει δότης οργάνων.

II.1.2. ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ ΑΠΟ ΑΛΛΟΥ ΕΙΔΟΥΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ

Σύμφωνα με όσα προαναφέραμε, στον εγκεφαλικό θάνατο έχουμε την ανεπανόρθωτη απώλεια της ικανότητας για συνείδηση σε συνδυασμό με την ανεπανόρθωτη απώλεια της ικανότητας για αυτόματη αναπνοή που αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την διατήρηση της καρδιακής λειτουργίας. Η λειτουργία κοινώς του εγκεφάλου αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για τη λειτουργία της αναπνοής και της κυκλοφορίας. Βλάβη ή νέκρωση του εγκεφαλικού στελέχους συνεπάγεται την κατάργηση της αυτόματης αναπνοής και της κυκλοφορίας ενώ η βλάβη των εγκεφαλικών ημισφαιρίων καθιστά αδύνατη τη γνωστική ή συναισθηματική ζωή. Στον εγκεφαλικό θάνατο η έκταση της εγκεφαλικής βλάβης είναι τόσο εκτεταμένη και αμετάκλητη έτσι ώστε το συγκεκριμένο όργανο δεν έχει καμιά πιθανότητα ανάκαμψης και δεν μπορεί να διατηρήσει την ομοίωση του οργανισμού. Ανεξάρτητα από κάθε υποστηρικτικό μέσο ο θάνατος του ατόμου εντός μιας εβδομάδας αποτελεί αναπόφευκτο γεγονός.⁷³

Υπάρχει ωστόσο σαφέστατη διαφορά μεταξύ της φυτικής κατάστασης και του εγκεφαλικού θανάτου. Η φυτική κατάσταση είναι ένας όρος που προτάθηκε από τους Jennett και Plum για να περιγράψει την χρονική κατάσταση που αναδύεται μετά από σοβαρή εγκεφαλική βλάβη και εμπεριέχει την αϋπνία που συνοδεύεται από μια προφανή και ολοσχερή απώλεια συνείδησης. Εντούτοις οι ασθενείς αυτοί διατηρούν φυσιολογικά επίπεδα καρδιαγγειακής λειτουργίας και ελέγχου αναπνοής. Δεν μπορούν να αρθρώσουν ήχους αν και τα μάτια τους είναι ανοιχτά ως αντίδραση σε εξωτερικά ερεθίσματα και κύκλοι αϋπνίας διαμορφώνονται. Η επίμονη ή χρόνια φυτική κατάσταση αναφέρεται σε αυτή την κατάσταση στην μόνιμή της μορφή και υποδηλώνει υποκείμενα που επιζούν για παρατεταμένες χρονικές περιόδους χωρίς ποτέ να ανακτούν κάποια εμφανή εκδήλωση ανώτερων διανοητικών λειτουργιών.⁷⁴

Η μόνιμη φυτική κατάσταση αποτελεί μια σοβαρότατη εγκεφαλική βλάβη, που όμως δεν σημαίνει θάνατο του ατόμου. Οφείλεται σε σοβαρή βλάβη του εγκεφάλου και αντιστοιχεί σε μια υποτυπώδη μορφή ζωής. Η κλινική εικόνα αντανακλά την καταστροφή κριτικών στοιχείων του κεντρικού νευρικού συστήματος, αφήνοντας τον

⁷³ Korein, J. (1978). *Terminology, Definitions, and Usage*. Annals of the New York Academy of Sciences, vol. 315, issue 1 Brain Death, pp. 6-10

⁷⁴ Jennett, W.B., Plum, F. (1972). Persistent vegetative state after brain damage: a syndrome looking for a name, Lancet, Vol. I, pp. 734-737

ασθενή σε μια αμετάκλητη κατάσταση στην οποία δεν υπάρχει καμιά ένδειξη συνείδησης. Με τον όρο "συνείδηση" εννοούμε τη γνώση του εαυτού και του περιβάλλοντος. Η συνείδηση εμπεριέχει δύο στοιχεία: το περιεχόμενο και την εγρήγορση. Το περιεχόμενο είναι το σύνολο των νοητικών λειτουργιών και έχει σχέση με τη λειτουργία των ημισφαιρίων του εγκεφάλου. Η εγρήγορση, που σε πρακτικό επίπεδο συμπεριφοράς είναι στενά συνδεδεμένη με την προσοχή, έχει σχέση με τη λειτουργία του συστήματος εγρήγορσης του δικτυωτού σχηματισμού στο εγκεφαλικό στέλεχος. Σε κάθε νόσο του εγκεφάλου αυτά τα δύο στοιχεία της συνείδησης δεν προσβάλλονται στον ίδιο βαθμό, αλλά η ποσότητα δυσλειτουργίας του καθενός μπορεί να κυμαίνεται από 0% - 100% σε σχέση με το υποκείμενο νόσημα.⁷⁵

Η νευροφυσιολογική βάση της μόνιμης φυτικής κατάστασης περιγράφεται αποτελεσματικά από τους Brierley, Adams, Graham και Simpson. Οι εγκέφαλοι των ασθενών που εξετάστηκαν έδειξαν σταθερή βλάβη στο εμπρόσθιο τμήμα του εγκεφάλου με νέκρωση του φλοιού τόσο εκτεταμένη ώστε να φτάνει στην ολοκληρωτική απώλεια του εγκεφαλικού φλοιού.⁷⁶ Στην μόνιμη φυτική κατάσταση οι ανώτερες λειτουργίες του εγκεφάλου έχουν εκλείψει και δεν υπάρχει καμιά αποφασιστική αντίδραση σε εξωτερικό ερέθισμα. Ο ασθενής αν και έχει απολέσει όλα εκείνα τα στοιχεία που συνθέτουν την προσωπικότητα του ατόμου, μπορεί με κατάλληλη φροντίδα να διατηρείται στη ζωή για πολλά χρόνια. Εντούτοις έχει συμβεί σε σπάνιες περιπτώσεις ασθενών με οριακή εγκεφαλική βλάβη, να επέλθει ανάνηψη από αυτήν την κατάσταση.⁷⁷ Σε καμία περίπτωση ωστόσο τα άτομα σε μόνιμη φυτική κατάσταση δεν μπορούν να χαρακτηριστούν ως εγκεφαλικά νεκροί και ακόμη περισσότερο να θεωρηθούν ως δότες οργάνων. Η αγγειογραφία του εγκεφάλου τους είναι φυσιολογική και το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα καταγράφει δραστηριότητα του εγκεφάλου που σε καμιά περίπτωση δε μοιάζει με τα ευρήματα στην περίπτωση του εγκεφαλικού θανάτου. Σε καμία περίπτωση λοιπόν δεν μπορεί να ταυτισθεί με τον εγκεφαλικό θάνατο, όπου υπάρχει μη αναστρέψιμη βλάβη ολοκλήρου του εγκεφάλου.

Στο κόμα έχουμε μια παθολογική κατάσταση, παρατεταμένης, βαθιάς απώλειας των αισθήσεων. Ο ασθενής σε κόμα είναι ζωντανός αλλά δεν μπορεί να κινηθεί ή να

⁷⁵ www.iatrikionline.gr (Δελτίο Α Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών για το κόμα)

⁷⁶ Brierley, J.B., Adams, J.H., Graham, D.I., Simpson, J.A. (1971). "Neocortical death after cardiac arrest", *Lancet*, vol. II, pp. 560-565

⁷⁷ Jennett, B. (2002). The vegetative state. *J Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. 73(4): 355-357

ανταποκριθεί σε ερεθισμούς από το περιβάλλον του.⁷⁸ Το κόμα *depassé* είναι ένας όρος που χρησιμοποιήθηκε από μια σχολή Γάλλων νευροφυσιολόγων το 1959. Ο όρος αναφέρεται σε ασθενείς που βρίσκονται σε αδιαφοροποίητο κόμα, είναι απνεικοί και δεν έχουν ηλεκτροφυσιολογική δραστηριότητα σε επιφανειακά ή βαθιά επίπεδα στον εγκέφαλο. Το 1970 συμπεριλήφθηκε ως επιπρόσθετο κριτήριο για το κόμα *depassé* η απουσία ενδοκρανιακής ροής αίματος. Στο κόμα χωρίς απόκριση που αποτελεί τη πιο σοβαρή μορφή κόμματος ο ασθενής συνήθως δεν ανταποκρίνεται καθόλου σε εξωτερικά ερεθίσματα με αυθόρμητες κινήσεις.⁷⁹ Η καθήλωση των οφθαλμών σε συγκεκριμένο σημείο στους ασθενείς με κόμα δεν υποδηλώνει πάντα απουσία εγκεφαλικής λειτουργίας. Το ίδιο ισχύει και για την απουσία αναπνοής και κινητικής δραστηριότητας.⁸⁰

Το σύνδρομο *locked-in* περιγράφει μια κατάσταση πλήρης παράλυσης του οργανισμού και των κατώτερων κρανιακών νεύρων χωρίς ωστόσο να έχει καμιά επίπτωση στην συνείδηση του ασθενή. Η παράλυση εμποδίζει τον ασθενή να επικοινωνήσει με το περιβάλλον του λεκτικά ή με κινήσεις αν και έχει πλήρη συνείδηση όλων όσων συμβαίνουν γύρω του. Συνήθως αλλά όχι πάντα οι ασθενείς με αυτό το σύνδρομο έχουν την ικανότητα να κινούν τα μάτια τους ή να ανοιγοκλείνουν τα βλέφαρά τους προκειμένου να καθιστούν εφικτή την συνείδηση των εσωτερικών και εξωτερικών ερεθισμάτων που έχουν. Ορισμένοι ασθενείς με αυτό το σύνδρομο έχουν με την πάροδο του χρόνου διδαχθεί να επικοινωνούν με σήματα Morse με τα μάτια τους.⁸¹ Το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα είναι φυσιολογικό σε αυτούς τους ασθενείς και είναι ουσιαστικά το μόνο στοιχείο ότι αυτοί οι ασθενείς δεν βρίσκονται σε κωματώδη κατάσταση.⁸²

Ο εγκεφαλικός θάνατος είναι μόνο μια από τις πιθανές περιγραφές της εγκεφαλικής λειτουργίας και της σχέσης του εγκεφάλου με το κοινωνικό περιβάλλον.

⁷⁸ Russell, T. (2000). *Brain Death: Philosophical concepts and problems*. Aldershot, England; Burlington, Ashgate

⁷⁹ Korein, J. (1978). *Terminology, Definitions, and Usage*. *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 315, issue 1 Brain Death, pp. 6-10

⁸⁰ Posner, J.B. (1978). Coma and other states of consciousness: The differential diagnosis of brain death. *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 315, issue , pp. 215-223

⁸¹ Fieldman, M.H. (1971). Physiological observations in a chronic case of locked-in syndrome, *Neurology*, vol. 21, pp. 459-478

⁸² Posner, J.B. (1978). Coma and other states of consciousness: The differential diagnosis of brain death. *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 315, issue , pp. 215-223

Υπάρχουν ωστόσο τέσσερις γενικές κατηγορίες που περιγράφουν την εγκεφαλική λειτουργία και τη σχέση της με τον κόσμο: α. οι καταστάσεις στις οποίες οι γνωστικές λειτουργίες είναι φυσιολογικές και ο ασθενής ανταποκρίνεται πλήρως στα ερεθίσματα ακόμα και αν δεν έχει πλήρη συνείδηση τη στιγμή που ξεκινάει η εξέταση β. οι καταστάσεις στις οποίες οι γνωστικές λειτουργίες έχουν μειωθεί αλλά ο ασθενής αποκρίνεται σε κάποια τουλάχιστον εξωτερικά ερεθίσματα (ντελίριο, άνοια ή καταπληξία) γ. οι καταστάσεις στις οποίες οι γνωστικές λειτουργίες έχουν μειωθεί και ο ασθενής δεν αποκρίνεται σε κανένα ερέθισμα (κώμα) και δ. στις καταστάσεις στις οποίες οι γνωστικές λειτουργίες είναι σχεδόν φυσιολογικές αλλά ο ασθενής δε αποκρίνεται σε κανένα στάδιο της νευρολογικής εξέτασης (ψευδοκώμα).

Σημαντική κατάσταση μειωμένης συνειδητότητας είναι εκείνη στην οποία ο ασθενής δεν αντιδρά χωρίς αυτό να σημαίνει ότι έχει έλλειψη επίγνωσης. Οι ασθενείς με κατατονία για παράδειγμα έχουν πλήρη συναίσθηση αλλά δεν αντιδρούν στα περιβαλλοντικά ερεθίσματα. Αυτοί που έχουν ψυχιατρική κατατονία μπορεί να επανέλθουν και συνήθως είναι ικανοί να αναφέρουν όλα τα γεγονότα κατά την διάρκεια της υποτιθέμενης έλλειψης συνειδητότητας. Η κατατονία ωστόσο είναι ένα σύμπτωμα και όχι μια ασθένεια και συμπτώματα παρεμφερή με την ψυχιατρική κατατονία συμβαίνουν όταν υπάρχει δυσλειτουργία στον εμπρόσθιο λοβό και σχετίζονται με καταστάσεις εθισμού σε φάρμακα. Ορισμένοι ασθενείς με σοβαρή βλάβη στον εμπρόσθιο λοβό του εγκεφάλου είναι τόσο αποξενωμένοι από το περιβάλλον τους με αποτέλεσμα να φαίνεται ότι έχουν μειωμένη συνειδητότητα και μπορεί περιστασιακά να συγχέεται ότι βρίσκονται σε κώμα αν και στην πραγματικότητα ο ασθενής έχει πλήρη συναίσθηση.⁸³

Σε αντίθεση με εγκεφαλικές βλάβες όπως η μόνιμη φυτική κατάσταση, το κώμα και το σύνδρομο locked-in οι οποίες χαρακτηρίζονται από διαφορετικά επίπεδα συνείδησης ο εγκεφαλικός θάνατος αποτελεί μια κατάσταση στην οποία έχουμε οριστική και αμετάκλητη απώλεια της συνείδησης και της ικανότητας να διατηρείται το σώμα στην φυσιολογική του ομοιόσταση.⁸⁴ Υπάρχει μια ποικιλία λοιπόν από κωματώδεις καταστάσεις και άλλου είδους εγκεφαλικές βλάβες οι οποίες ωστόσο δεν πρέπει να συγχέονται με τον εγκεφαλικό θάνατο καθότι ο διαχωρισμός τους είναι

⁸³ Posner, J.B. (1978). Coma and other states of consciousness: The differential diagnosis of brain death. *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 315, issue , pp. 215-223

⁸⁴ Wijdicks, E.F.M. (2001). The Diagnosis of Brain Death. *NEJM*. 344: 1215-21

επιστημονικά σαφής. Η πρώτη κατάσταση είναι το κώμα το οποίο διακρίνεται σε μετακλητές και αμετάκλητες καταστάσεις χωρίς εντούτοις να ταυτίζεται σε καμιά περίπτωση το αμετάκλητο κώμα με τον εγκεφαλικό θάνατο. Μια δεύτερη κατάσταση είναι το ψευδοκώμα το οποίο διακρίνεται σε αυτό που οφείλεται σε ψυχογενή αιτία και σε οργανική/ μεταβολική ασθένεια. Η τρίτη κατάσταση είναι αυτή του εγκεφαλικού θανάτου κατά την οποία έχουμε χάσει οριστικά την ικανότητα ελέγχου της ομοιόστασης του οργανισμού η οποία είναι θεμελιώδης για την ζωή. Σε κάθε περίπτωση που έχουμε υπόνοια για εγκεφαλικό θάνατο είναι απαραίτητη μια λεπτομερής κλινική και παρακλινική εξέταση του ασθενή ιδιαίτερα με αναφορά στις μεταβολικές διαταραχές που μπορούν να προκαλέσουν έλλειψη συνειδητότητας και απόκρισης σε περιβαλλοντικά ερεθίσματα.

II.2. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΑΠΟΔΟΧΗ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ

Οι επιφυλάξεις και αμφισβητήσεις του εγκεφαλικού θανάτου προέρχονται κυρίως από φιλοσοφικούς και βιοηθικούς κύκλους και σε μικρότερο βαθμό από την ιατρική κοινότητα και εντοπίζονται στην υποψία ότι δημιουργήθηκε προκειμένου να εξυπηρετήσει διαφόρων ειδών σκοπιμότητες. Η διαφωνία όσον αφορά στον εγκεφαλικό θάνατο έγκειται στο κατά πόσο κάποιος που είναι εγκεφαλικά νεκρός μπορεί να έχει όργανα που λειτουργούν και καρδιά που πάλλεται. Το ερώτημα που δημιουργείται είναι εάν τελικά ο νέος εγκεφαλικός ορισμός θανάτου σε αντίθεση με τον παλιό ταυτίζει πλέον τον νου του κάθε ατόμου με τις νευροχημικές λειτουργίες του με αποτέλεσμα να υποβαθμίζει το υπόλοιπο σώμα σε απλό προσάρτημα του εγκεφάλου και να το καθιστά ένα απανθρωποιημένο, άψυχο και απρόσωπο αντικείμενο.

Ο Becker υποστηρίζει ότι δεν υπάρχει αποτελεσματικός τρόπος για να προσδιορίσουμε με καθαρά βιολογικούς όρους τόσο το σημείο στο οποίο ξεκινάει μια ανθρώπινη ζωή όσο και το σημείο στο οποίο αυτή τελειώνει. Σε κάθε περίπτωση αν τα τελικά σημεία πρόκειται να χρησιμοποιηθούν ως ηθικά ορόσημα πρέπει να προσδιοριστούν με όρους ηθικά σχετικών χαρακτηριστικών και όχι απλά βιολογικούς.⁸⁵ Ο θάνατος συναθροίζοντας μια αρχή και ένα τέλος μοιάζει να διεγείρει από παλιά τα φιλοσοφικά πνεύματα προς μια βαθύτερη και αποφασιστική αναμέτρηση. Ο ισχυρισμός ότι ο θάνατος επέρχεται όταν το εγκεφαλικό στέλεχος νεκρώνεται είναι μια άποψη που τεκμηριώνεται μεν επιστημονικά και πιο συγκεκριμένα από την ιατρική σκοπιά ωστόσο ο τελικός ορισμός του θανάτου ως βιολογικού φαινομένου και ως έννοια δεν μπορεί παρά να απασχολεί το φιλοσοφικό στοχασμό που θέτει το ερώτημα για το πότε ο ασθενής θεωρείται νεκρός και πότε μπορούν να αφαιρεθούν τα όργανά του για μεταμόσχευση.⁸⁶

Ο Shewmon αποτελεί τον κύριο εκφραστή της αμφισβήτησης του εγκεφαλικού θανάτου η οποία αμφισβήτηση δεν αφορά την ακρίβεια ή την εγκυρότητα της διαπιστώσεως της μη αναστρέψιμης νέκρωσης του εγκεφάλου, αλλά την ταύτιση του εγκεφαλικού θανάτου με το θάνατο, με την έννοια ότι δεν είναι δυνατόν η νέκρωση ενός

⁸⁵ Becker, L.C. (1988). Human Being: The boundaries of the concept, in M.F. Goodman(ed.), What is a person? Humana Press Clifton, pp. 57-81

⁸⁶ Lynn, J. (1993). Are the patients who become organ donors under the Pittsburg protocol for “non heart-beating donors” really dead? Kennedy Instit Ethics J; 3:167-78

οργάνου όσο καίριο και να είναι, ακόμη και του εγκεφάλου, να ταυτίζεται με το θάνατο όλου του οργανισμού. Υποστήριξε ότι ο θάνατος επέρχεται μόνον μετά την μη αναστρέψιμη παύση της καρδιακής λειτουργίας και ότι και μετά τον εγκεφαλικό θάνατο υπάρχουν ακόμα κάποιες ολοκληρωμένες ρυθμιστικές λειτουργίες του οργανισμού.⁸⁷ Η γέννηση υγιών νεογνών από εγκεφαλικά νεκρές έγκυες γυναίκες μέχρι 107 ημέρες μετά τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου αποτελεί όπως υποστηρίζει ένα ισχυρό επιχείρημα για την παρουσία απαρτιωτικής λειτουργίας σε επίπεδο οργανισμού ενώ απουσιάζει η εγκεφαλική λειτουργία. Ο Shewmon έχει επίσης επισημάνει ότι η απαρτιωτική ενότητα του ανθρωπίνου σώματος οφείλεται στην αμοιβαία, δυναμική αλληλεπίδραση των διαφόρων μερών του και όχι στον κυρίαρχο ρόλο ενός κριτικού οργάνου επί του αθροίσματος των οργάνων και των ιστών.

Σχετικά με την καταστροφή του φλοιού του εγκεφάλου που είναι ένα κοινό χαρακτηριστικό τόσο των εγκεφαλικά νεκρών ασθενών όσο και των ασθενών που βρίσκονται σε μόνιμη φυτική κατάσταση ο Shewmon επισημαίνει ότι οι ασθενείς με διάχυτη καταστροφή του εγκεφαλικού φλοιού δεν εκδηλώνουν κλινικά σημεία εγρήγορσης ωστόσο δεν υπάρχει θετική μαρτυρία ότι τέτοιοι ασθενείς δεν έχουν καθόλου συνείδηση καθότι η απλή απουσία της μαρτυρίας δεν συνιστά μαρτυρία απουσίας. Σύμφωνα με το προαναφερόμενο σκεπτικό η διάχυτη καταστροφή του εγκεφάλου και κατά συμπέρασμα η απώλεια του περιεχομένου της συνείδησης σε εγκεφαλικά νεκρούς ασθενείς κατά τον Shewmon δεν είναι δυνατόν να επαληθευθεί πριν από τη μη αναστρέψιμη καρδιακή ανακοπή.⁸⁸

Ο καθηγητής Robert Tiug υποστήριξε ότι ο εγκεφαλικός θάνατος αποτελεί μια εντελώς αναχρονιστική έννοια που επικράτησε σε μια εποχή που δεν υπήρχαν επαρκή κριτήρια για να προσδιορίσουν τη διατήρηση ή τη διακοπή της μηχανικής υποστήριξης ατόμων με σοβαρές εγκεφαλικές κακώσεις, αποτελώντας ουσιαστικά μια νομική μηχανή που διευκόλυνε συγκεκριμένες ιατρικές πράξεις. Εφόσον λοιπόν το κοινωνικό περιβάλλον είχε ωριμάσει και συζητούσε την ενεργητική ευθανασία πίστευε ότι μπορεί να δεχθεί πιο εύκολα ως ορισμό του θανάτου την κατάσταση απώλειας της λειτουργικότητας του φλοιού κατά την οποία ο ασθενής χάνει την συνείδησή του και

⁸⁷ Shewmon, D.A. (2001). The brain and somatic integration: insights into the standard biological rationale for equating “brain death” with death. *Journal of Medicine and Philosophy* 26(5):457-478

⁸⁸ Shewmon, D.A. (1997). Recovery from “brain death”. A neurologist's apologia. *Linacre Quarterly*, pp. 31-96.

κατά επέκταση την προσωπικότητά του υποστηρίζοντας συνεπώς ότι πρέπει να περιλαμβάνονται στον ορισμό του θανάτου όχι μόνο οι εγκεφαλικά νεκροί αλλά και οι ασθενείς σε εμμένουσα φυτική κατάσταση και τα παιδιά με ανεγκεφαλία.⁸⁹

Τον εγκεφαλικό θάνατο τον έχει αμφισβητήσει και ο Robert Taylor, επίκουρος καθηγητής της Νευρολογίας για τον οποίο ο καλύτερος ορισμός του θανάτου είναι το γεγονός που ξεχωρίζει τη διαδικασία του θανάτου από τη διαδικασία της αποσυνθέσεως. Υπό αυτή την έννοια και δεδομένου ότι τα σώματα των εγκεφαλικά νεκρών δεν έχουν αποσυντεθεί υποστηρίζει ότι ο καλύτερος ορισμός του θανάτου είναι η οριστική παύση της κυκλοφορίας του αίματος. Παρά ταύτα δεδομένου ότι τυχόν απόρριψη της ιδέας του εγκεφαλικού θανάτου όπως και του κανόνα του νεκρού δότη θα δημιουργούσε σοβαρά προβλήματα νομικής και πολιτικής φύσης ως εναλλακτική λύση και ευκολότερα αποδεκτή πρότεινε την ταύτιση του εγκεφαλικού θανάτου με το νομικό θάνατο και την παράλληλα σαφή όμως διάκριση του από το βιολογικό θάνατο.⁹⁰ Ο Toole επίσης υποστήριξε ότι ο εγκεφαλικός θάνατος αποτελεί ένα ιδιαίτερα ευαίσθητο ζήτημα το οποίο άφηνε και θα αφήνει πάντα περιθώρια αμφισβήτησης. Σε αντίθεση με την παραδοσιακή στιγμή θανάτου για την οποία είχαν συμφωνήσει νομικοί και γιατροί το κριτήριο που υποδεικνύει το τέλος στην περίπτωση του εγκεφαλικού θανάτου αποτελεί ζήτημα το οποίο δεν είναι προφανές σε όλους.⁹¹

Ο Evans πίστευε ότι ο θάνατος επέρχεται όταν η καρδιά έχει σταματήσει να χτυπάει. Υπάρχουν πολλά όργανα και οργανικά συστήματα στο σώμα τα οποία λειτουργούν προκειμένου να μπορεί ο οργανισμός σαν σύνολο να συνεχίσει να λειτουργεί φυσιολογικά. Εντούτοις πολλές από τις λειτουργίες τους δεν είναι εύκολα ανιχνεύσιμες. Για τον Evans το πιο εμφανές σημάδι της λειτουργίας του ανθρώπινου σώματος είναι οι κινήσεις στο στήθος που προκαλούνται αφενός από την αναπνοή και αφετέρου από τον χτύπο της παλλόμενης καρδιάς.⁹² Υποστήριξε ότι η συμπεριφορά μας ως προς κάποιον ο οποίος εξακολουθεί να είναι ζωντανός είναι θεμελιωδώς

⁸⁹ Truog, R.D. (2007). Brain Death – too flawed to endure, too ingrained to abandon. *J Law Med Ethics*. 35(2):273-81.

⁹⁰ Taylor, R. (1997). Re-examining the Definition and Criteria of Death. *Seminars in Neurology* 17, No.3, pp 65-70

⁹¹ Toole, J.F. (1971). The neurologist and the concept of brain death. *Perspectives in Biology and Medicine*, Vol. 14, pp. 599-607

⁹² Evans, M. (1990). A plea for the heart, *Bioethics*, Vol. 4(3), pp. 227-231

διαφορετική από την συμπεριφορά μας σε κάποιον που βλέπουμε ότι είναι νεκρός και η διαφοροποίηση αυτή έγκειται στην αλλαγή από ένα ροζ, ζεστό και γεμάτο ζωή υποκείμενο σε ένα κρύο, χλωμό και χωρίς ζωή υποκείμενο.⁹³ Η έννοια του εγκεφαλικού θανάτου για τον Evans δείχνει ασυνεπής με την κατανόηση που έχουμε για τον θάνατο και η λύση φαίνεται ότι μπορεί να επέλθει μόνο όταν η τεχνολογική πρόοδος στην ανοσολογία καταστήσει την έννοια του εγκεφαλικού θανάτου απαρχαιωμένη.⁹⁴

Ο McCullagh υποστήριξε ότι η συνείδηση έχει αποκτήσει μεγάλο μέρος του βάρους που της δίνεται από τον πρωταρχικό ρόλο που παίζει στην έκφραση της ανθρώπινης δυναμικής για λογικότητα και προτείνει ότι μια έγκυρη υπόθεση μπορεί να είναι ότι η ασυνείδητη δραστηριότητα αποτελεί ένα αποκλειστικό χαρακτηριστικό των ανθρωπίνων όντων. Σε περίπτωση ωστόσο που δεχτούμε αυτή την υπόθεση τότε ακόμα και στην μόνιμη και αμετάκλητη έλλειψη συνειδητότητας εξακολουθεί να υπάρχει κάποιο χαρακτηριστικό στοιχείο της ανθρώπινης ύπαρξης. Ουσιαστικά ισχυρίστηκε ότι ο εγκεφαλικός θάνατος αποτελεί ένα κριτήριο που μας προειδοποιεί για τον θάνατο αλλά δεν είναι από μόνος του μια μορφή θανάτου.⁹⁵

Ο Jonas υποστήριξε ότι η απουσία αντίληψης σε ένα υποκείμενο απλά υποδεικνύει ότι το άτομο έχει περάσει το όριο μεταξύ συνειδητότητας και μη συνειδητότητας και όχι της διαχωριστικής γραμμής μεταξύ ζωής και θανάτου.⁹⁶ Έθεσε την πιθανότητα αντικατάστασης των λειτουργιών του εγκεφάλου από μια εξωτερική συσκευή και ισχυρίστηκε ότι ο ασθενής δεν πρέπει να θεωρείται νεκρός λόγω της μη αυθόρμητης λειτουργίας του εγκεφάλου με το ίδιο σκεπτικό που δεν θεωρείται νεκρός ένας ασθενής με μεταμοσχευμένη καρδιά.⁹⁷ Ο Lamb πίστευε ότι η αμετακλητότητα είναι το απαραίτητο συστατικό κάθε έννοιας θανάτου γεγονός που αποδεικνύει ότι αν

⁹³ Evans, M. (1994). Against the definition of brainstem death, in R. Lee and D. Morgan (eds), *Death Rites*, Routledge, London, p.6

⁹⁴ Truog, R.D. (2007). Brain Death – too flawed to endure, too ingrained to abandon. *J Law Med Ethics*. 35(2):273-81

⁹⁵ McCullagh, P.J. (1993). *Brain dead, brain absent, brain donors*. John Wiley & Sons Ltd, England, pp. 14-20

⁹⁶ Jonas, H. (1974). Against the stream: comments on the definition and redefinition of death, in *Philosophical Essays. From ancient creed to technological man*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, pp. 130

⁹⁷ Russell, T. (2000). *Brain Death: Philosophical Concepts and Problems*. Ashgate New Critical Thinking in Philosophy, pp.20-21

και η ιατρική και η θρησκεία προσφέρουν διαφορετικές έννοιες θανάτου συμφωνούν στο ότι ο θάνατος είναι η αμετάκλητη παύση της φυσικής συνέχισης. Υποστήριξε ωστόσο ότι η ζωή χωρίς συνειδητή εμπειρία μπορεί να είναι όντως ανώφελη, πιθανότατα μάταιη αλλά δεν αποτελεί θάνατο.⁹⁸

Η πιο σοβαρή κατηγορία κατά τον Veatch που προσάγεται στον εγκεφαλικό θάνατο είναι ότι υπόκειται στο επιχείρημα της ολισθηρής πλαγιάς. Αν επιμείνουμε στην άποψη ότι όλες οι λειτουργίες του εγκεφάλου θα πρέπει να έχουν αμετάκλητα απολεσθεί προκειμένου να θεωρηθεί ένα άτομο νεκρό φαίνεται σαν να μην υπάρχει τέλος στο ολίσθημα του περιορισμού των λειτουργιών που δεν θεωρούνται σημαντικές. Σύμφωνα με το επιχείρημα τα υποκείμενα που αν και έχουν κάποιες εναπομείνουσες εγκεφαλικές λειτουργίες θεωρηθούν νεκρά τότε με ανάλογο σκεπτικό όλα τα υποκείμενα με οριακές εγκεφαλικές λειτουργίες θα αντιμετωπίζονται ως νεκρά.⁹⁹

Ενδιαφέρον παρουσιάζει από φιλοσοφική άποψη ως προς την ενίσχυση της θέσης όλων όσων αντιτίθενται στον εγκεφαλικό θάνατο και η θέση του Τόμας Χομπς ο οποίος με βάση την θεωρία των κινήσεων του Γαλιλαίου θεμελίωσε τη φιλοσοφική του θεωρία αφού συνήγαγε όλα τα φαινόμενα φυσικά και κοινωνικά σε μηχανικές κινήσεις. Για τον Χομπς ότι υπάρχει δεν είναι τίποτα άλλο παρά κίνηση. Υποστήριξε ότι στο βάθος τα πάντα είναι κίνηση και ότι κάθε λογής φυσική επεξεργασία πρέπει να εξηγείται με την αναγωγή των περίπλοκων φαινομένων στις βασικές κινήσεις από τις οποίες συνίστανται.¹⁰⁰ Μια καρδιά λοιπόν που πάλλεται έστω και μηχανικά υποβοηθούμενη και μόνο με την κίνησή της υποδεικνύει ότι κάποια δραστηριότητα συνεχίζει να συντελείται σε αυτόν τον οργανισμό χωρίς κάποιος να μπορεί να προσδιορίσει ακριβώς πότε θα πάψει η κίνηση αν δεν αφαιρέσουμε τα μηχανήματα υποστήριξης.

Κατά τον Singer ο εγκεφαλικός θάνατος με την έννοια της μόνιμης, μη αναστρέψιμης απώλειας κάθε εγκεφαλικής λειτουργίας όπως ορίζεται με συγκεκριμένα κριτήρια αποτελεί ιατρικά ή και νομικά σε πολλές χώρες τον νέο

⁹⁸ Lamb, D. (1985). *Death, Brain Death and Ethics*. State University of New York Press, pp. 3

⁹⁹ Veatch, R. (2000). *Transplantation Ethics*. Georgetown University Press, Washington, D.C., pp. 109

¹⁰⁰ Sabine, G.H. (1961). *Η Ιστορία των Πολιτικών Θεωριών*. Εκδόσεις Ατλαντίς, Αθήνα, σελ. 496-497

ορισμό θανάτου.¹⁰¹ Όπως υποστηρίζει ως εκ τούτου βιώνουμε ουσιαστικά μια μεταβατική περίοδο στην αντίληψη που αφορά στην ιερότητα της ανθρώπινης ζωής η οποία προκαλεί σύγχυση και διχασμό.¹⁰²

Ο όρος εγκεφαλικός θάνατος αφήνει να υπονοείται ότι μόνο ο εγκέφαλος πεθαίνει. Εντούτοις πρέπει να καταστεί σαφές ότι ο θάνατος αφορά σε ολόκληρο τον οργανισμό και ο εγκέφαλος αποτελεί απλά το κριτήριο με το οποίο γίνεται η εκτίμηση. Δεν μπορούν πλέον να γίνουν αποδεκτές ανακριβείς χρήσεις του όρου ιδιαίτερα όταν μια τέτοια τακτική αφήνει περιθώρια για την ανάδυση θεωριών που υποστηρίζουν την διαίρεση του ατόμου σε τμήματα και πιο συγκεκριμένα σε απομονωμένα οργανικά συστήματα και λειτουργίες.¹⁰³ Το άτομο θα πρέπει να πληρεί τα κριτήρια του ολικού εγκεφαλικού θανάτου προκειμένου να οριστεί ως νεκρός από τους αρμόδιους επαγγελματίες υγείας. Βιολογικά αυτό σημαίνει ότι ο εγκεφαλικός φλοιός έχει σταματήσει να λειτουργεί, ενώ φιλοσοφικά υποδεικνύει ότι η συστηματική ενιαία λειτουργία του οργανισμού που προσδιορίζει την ζωή έχει χαθεί αμετάκλητα.¹⁰⁴ Ειδικοί όπως ο William Sweet της ιατρικής σχολής του Χάρβαρντ υποστηρίζουν ότι ο θάνατος είναι μια κατάσταση κατά την οποία ο εγκέφαλος είναι νεκρός. Το υπόλοιπο σώμα υπάρχει για να υποστηρίξει τον εγκέφαλο. Ο εγκέφαλος είναι το άτομο.¹⁰⁵

Η έρευνα για τα βιολογικά κριτήρια θανάτου είναι η έρευνα για το κρίσιμο σύστημα που εκπληρώνει την ενιαία λειτουργία τουλάχιστον εννέα οργανικών συστημάτων. Τα βιολογικά κριτήρια αλλάζουν καθώς η επιστημονική γνώση προχωρά με αλματώδεις ρυθμούς. Πρωτίτερα, η κυκλοφορία του αίματος και η αναπνοή αποτελούσαν τα κριτικά συστήματα σε ένα ανθρώπινο ον αλλά λόγω των εξελίξεων στην φυσιολογία υπάρχει μια γενική παραδοχή που τοποθετεί την κορυφαία λειτουργία στον εγκέφαλο. Ο Πρόεδρος της Επιτροπής για την μελέτη ηθικών

¹⁰¹ Singer, P. (1995). Is the Sanctity of life Ethic Terminally Ill? *Bioethics*. Volume 9, Issue 3, Pages 327 - 343

¹⁰² Singer, P. (1995). Is Our Changing Definition of Death for the Better? USA Today, May 18

¹⁰³ Veatch, R. (2000). *Transplantation Ethics*. Georgetown University Press, Washington, D.C., pp. 90

¹⁰⁴ Trainor, R. (1989). Should the Newly Dead be Used to Help the Living? An Issue in Our Time. Aug; 56(3): 51-63

¹⁰⁵ Veatch, R. (2000). *Transplantation Ethics*. Georgetown University Press, Washington, D.C., pp. 47

προβλημάτων στην ιατρική, στην βιοιατρική και στην έρευνα της συμπεριφοράς όσον αφορά στον προσδιορισμό του θανάτου αναγνώρισε την υπεροχή του εγκεφάλου σε σχέση με τα άλλα όργανα ως ρυθμιστικός παράγοντας του σώματος.¹⁰⁶ Πιο συγκεκριμένα, ο Henry Beecher πρόεδρος της επιτροπής του Harvard υποστήριξε ότι ένα άτομο θεωρείται νεκρό όταν υπάρχει αμετάκλητη απώλεια της συνειδητότητας, της προσωπικότητας, της ικανότητας για μνήμη, κρίση, αιτιολόγηση, δράση οι οποίες λειτουργίες εντοπίζονται όλες στον εγκέφαλο. Γίνεται σαφές λοιπόν ότι όταν ο εγκέφαλος έχει καταστραφεί το άτομο παύει να υπάρχει ως πρόσωπο και θεωρείται νεκρό.¹⁰⁷

Ο Tom Russell υποστηρίζει την υιοθέτηση ενός βιολογικού κριτηρίου θανάτου παραθέτοντας εν συντομία το ακόλουθο συλλογισμό: α. όλα τα ανθρώπινα όντα είναι μέλη εκείνης της ανθρώπινης τάξης που αποκαλούμε ζώα β. όλα τα ζώα πεθαίνουν γ. αφού ο θάνατος αποτελεί κοινό τόπο για όλα τα ζώα η έννοια του θανάτου θα πρέπει να είναι η ίδια για όλα τα ζώα δ. μια πανομοιότυπη έννοια θανάτου για όλα τα ζώα δεν μπορεί να επιτευχθεί σε μια γλώσσα διαφορετική από την βιολογική υπονοώντας την απώλεια της ικανότητας του οργανισμού να διατηρήσει την ομοιόστασή του.¹⁰⁸

Ο Merkle έχει δηλώσει ότι ο εγκέφαλος αποτελεί ένα διακεκριμένο πλέγμα ατόμων καθένα από τα οποία είναι εξίσου ξεχωριστό εφόσον βέβαια διατηρείται η διευθέτησή τους. Ως ευλόγως όλα τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας αποδίδονται και είναι κωδικογραφημένα σε αυτό το πλέγμα. Για τον Merkle ένα άτομο θεωρείται νεκρό εφόσον η προσωπικότητα και η μνήμη του, σε θεωρητικό τουλάχιστον επίπεδο παροχής πληροφοριών, έχουν αποδιοργανωθεί σε τέτοιο βαθμό με αποτέλεσμα να μην υπάρχει καμιά πιθανότητα να τις αποκαταστήσουν πάλι σε επιθυμητά λειτουργικά επίπεδα.¹⁰⁹ Ο Ιπποκράτης ήταν ο πρώτος παθολόγος που πίστεψε ότι οι σκέψεις, οι ιδέες, και τα συναισθήματα προέρχονται από τον εγκέφαλο και όχι από την καρδιά όπως άλλοι της τότε εποχής. Συγκεκριμένα στο έργο του

¹⁰⁶ Presidents Commission for the Study of ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. (July/3/1981). Defining Death, Chapter 3

¹⁰⁷ Veatch, R. (2000). *Transplantation Ethics*. Georgetown University Press, Washington, D.C., pp. 92-93

¹⁰⁸ Russell, T. (2000). *Brain Death: Philosophical Concepts and Problems*. Ashgate New Critical Thinking in Philosophy, pp. 110-112

¹⁰⁹ Merkle, R.C. (1992). The technical feasibility of cryonics. *Med Hypotheses*, 39:6-16

«Περί της Ιερής Νόσου» παρουσιάζει τον εγκέφαλο ως έδρα της ψυχής και των νοητικών λειτουργιών.¹¹⁰

Οι ψυχικές και γνωστικές λειτουργίες, όπως σκέψη, αντίληψη, μνήμη, που έχουν ως κέντρο το φλοιό του εγκεφάλου, εξαρτώνται κυρίως από το δικτυωτό σχηματισμό του εγκεφαλικού στελέχους. Η βλάβη του εγκεφαλικού στελέχους συνεπάγεται διαταραχή της λειτουργίας του δικτυωτού σχηματισμού και συνεπώς, δυσλειτουργία ολοκλήρου του εγκεφάλου. Για το λόγο αυτό, αποδεχόμαστε ότι η ανεπανόρθωτη βλάβη του εγκεφαλικού στελέχους είναι ικανή και αναγκαία προϋπόθεση για να θεωρηθεί ο εγκέφαλος νεκρός. Ο εγκεφαλικός θάνατος εκφράζει το θάνατο του ατόμου και όχι την παρουσία ενός νεκρού εγκεφάλου μέσα σε ένα ζωντανό ακόμη σώμα.¹¹¹

Τα εγκεφαλικά νεκρά άτομα εμφανίζουν στοιχεία που παραπέμπουν σε ζωή καθώς είναι θερμά, έχουν καρδιακό παλμό και αιματική ροή, απορροφούν και μεταβολίζουν τις τροφές ενώ παράλληλα έχουν χαρακτηριστικά συναφή με την κλασική αντίληψη του νεκρού χωρίς ωστόσο να διαθέτουν καμιά ουσιαστική ελπίδα αποκατάστασης. Ο βιολογικός θάνατος είναι ένα συμβάν και όχι μια διαδικασία. Κάποιος είναι είτε ζωντανός είτε νεκρός δεν μπορεί να είναι και τα δύο ή τίποτε από τα δύο. Ένα εγκεφαλικά νεκρό άτομο δεν αντιλαμβάνεται τίποτα, δεν σκέπτεται, δεν πονά, δεν αισθάνεται, δεν έχει τη δυνατότητα να σταματήσει την πορεία του προς την ολοκληρωτική φθορά, έχει χάσει τη λειτουργική αυτονομία του και όλα αυτά έχουν συμβεί οριστικά και αμετάκλητα.

¹¹⁰ www.el.wikipedia.org

¹¹¹ www.transplantation.gr

II.3. ΜΕΤΑΘΑΝΑΤΙΑ ΒΛΑΒΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑΘΑΝΑΤΙΑ ΣΥΜΦΕΡΟΝΤΑ:

ΜΠΟΡΟΥΜΕ ΝΑ ΒΛΑΨΟΥΜΕ ΤΟΝ ΝΕΚΡΟ?

Η μελέτη των φιλοσοφικών επιχειρημάτων για την υιοθέτηση της θέσης για μεταθανάτια βλάβη και μεταθανάτιων συμφερόντων καταλαμβάνει σημαντικό τμήμα της ηθικής μας φιλοσοφίας και επιχειρεί να δικαιολογήσει τον μεταθανάτιο σεβασμό των επιθυμιών του αποθανόντα. Για τους περισσότερους αποτελεί κοινή πεποίθηση η μεταχείριση του νεκρού με σεβασμό και η τήρηση των υποσχέσεων που του είχαμε δώσει ακόμα και όταν έχει πεθάνει. Η λήψη οργάνων από νεκρούς εγείρει τον ηθικό προβληματισμό και συγκεκριμένα θέτει το ερώτημα αν μπορούμε να βλάψουμε τον νεκρό και να παραβλέψουμε τις επιθυμίες του. Πολλοί βιοηθικιστές υποστηρίζουν ότι είτε η συναίνεση του αποθανόντα (όταν ήταν ακόμα στη ζωή) είτε η συναίνεση της οικογένειας του είναι απαραίτητη προκειμένου να δικαιολογήσουμε και να προχωρήσουμε στην αφαίρεση και κατά επέκταση στην μεταμόσχευση οργάνων.¹¹² Η πορεία δράσεων που θα εφαρμοστεί οφείλει να είναι εκείνη που θα σεβαστεί τον εν δυνάμει δότη και τους συγγενείς του.¹¹³

Ο Feinberg στο έργο του *Harm and Self-Interest* υπερασπίζεται μια θεωρία βλάβης σύμφωνα με την οποία είναι δυνατό να βλάψουμε κάποιον και μετά τον θάνατό του και πιστεύει ότι η βλάβη αυτή οφείλεται στο γεγονός ότι προσβάλλονται τα συμφέροντά του.¹¹⁴ Πιο συγκεκριμένα κατά τον Feinberg μπορούμε να θεωρήσουμε ότι τα συμφέροντα ενός προσώπου εξακολουθούν να υπάρχουν και μετά τον θάνατό του όπως το ίδιο συμβαίνει με τα χρέη και τις υποχρεώσεις του. Υποστηρίζει ότι το υποκείμενο των συμφερόντων που εξακολουθούν να υπάρχουν μετά θάνατο και της βλάβης ή του οφέλους που μπορεί να προκληθεί μετά το θάνατο του προσώπου είναι το προ-θανάτιο πρόσωπο στο οποίο ανήκαν τα συμφέροντα.¹¹⁵ Τα γεγονότα που λαμβάνουν χώρα μετά τον θάνατο του προσώπου μπορούν να ματαιώσουν ή να προωθήσουν τα συμφέροντα που συνεχίζουν να υπάρχουν και μετά από τον θάνατό του. Αυτό συμπεριλαμβάνει τόσο τα εγω-κεντρικά όσο και τα

¹¹² Hinkley, C. (2005). *Moral Conflicts of Organ Retrieval: A case for constructive pluralism*. Editions Rodopi, pp. 77

¹¹³ Trainor, R. (1989). Should the Newly Dead be Used to Help the Living? An Issue in Our Time. *Linacre Quarterly*; 56(3): 51-63

¹¹⁴ Feinberg, J. (1977). *Harm and Self-Interest in Law, Morality and Society: Essays in Honour of H.L.A. Hart*, ed. P.M.S. Hacker, pp. 284-308

¹¹⁵ Fisher, J. (2001). Harming and Benefiting the Dead. *Death Studies*. 25: 557-568

δημόσια συμφέροντά του για το πώς θα τον σκέπτεται ο κόσμος. Η μεταθανάτια βλάβη συμβαίνει όταν τα συμφέροντα του αποθανόντα ματαιώνονται σε χρονική στιγμή που ακολουθεί τον θάνατό του.¹¹⁶

Με το ίδιο σκεπτικό στο έργο του *Harm to Others* εξετάζει το ερώτημα για το αν μπορεί να υποστεί βλάβη ένα πρόσωπο μετά τον θάνατό του δηλαδή για το αν η μεταθανάτια βλάβη αποτελεί μια λογική πιθανότητα.¹¹⁷ Αν και πιστεύει ότι ο θάνατος αποτελεί το οριστικό τέλος του προσώπου υποστηρίζει παραταύτα ότι μπορεί να υποστεί μεταθανάτια βλάβη ή να παραβιαστούν τα συμφέροντά του με την διάπραξη αδικιών όπως είναι η ακύρωση της θέλησής του και η αθέτηση των υποσχέσεων που του είχαμε δώσει.¹¹⁸ Έστω για παράδειγμα ότι ένα πρόσωπο επιθυμεί να γίνει δωρητής οργάνων και το γνωστοποιεί στους δικούς του ώστε να έχουν γνώση της επιθυμίας του και εάν προκύψει σχετική περίπτωση να δωρίσουν τα όργανά του και οι δικοί του με τη σειρά τους το διαβεβαιώνουν ότι η επιθυμία του θα γίνει σεβαστή. Έστω λοιπόν ότι το πρόσωπο σκοτώνεται σε ένα αυτοκινητιστικό ατύχημα και οι δικοί του αρνούνται να συναινέσουν για δωρεά των οργάνων του. Στην περίπτωση αυτή το πρόσωπο έχει υποστεί βλάβη από τους δικούς του επειδή είχε ένα συμφέρον πριν το θάνατό του το οποίο εξακολουθεί να υφίσταται μετά θάνατο και το οποίο οι δικοί του παραβίασαν μεταθανάτια.¹¹⁹

Σύμφωνα με την αρχή του συμφέροντος για να αποτελεί μια οντότητα φορέα δικαιωμάτων θα πρέπει να έχει συμφέροντα καθότι χωρίς συμφέροντα είναι αδύνατο να ωφεληθεί ή να υποστεί βλάβη. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι τα συμφέροντα δεν μπορούν να εξακολουθούν να έχουν ισχύ και να ασκούν πίεση και μετά το θάνατο του φορέα των συμφερόντων.¹²⁰ Αν και είναι νεκρός αυτό δεν μας εμποδίζει στο να αναφερθούμε στα συμφέροντά του. Όπως άλλωστε χαρακτηριστικά αναφέρει ο

¹¹⁶ Feinberg, J. (1977). *Harm and Self-Interest in Law, Morality and Society: Essays in Honour of H.L.A. Hart*, ed. P.M.S. Hacker, pp. 304-305

¹¹⁷ Feinberg, J. (1987). *Harm to Others. The moral limits of the criminal law*. Oxford University press, pp. 79-93

¹¹⁸ Feinberg, J. (1987). *Harm to Others. The moral limits of the criminal law*. Oxford University press, pp. 79-82

¹¹⁹ Fisher, J. (2001). Harming and Benefiting the Dead. *Death Studies*, 25: 557-568

¹²⁰ Fisher, J. (2001). Harming and Benefiting the Dead. *Death Studies*. 25: 557-568

Feinberg η τελευταία σελίδα του βιβλίου της ζωής ενός ατόμου κλείνει κάποιο χρονικό διάστημα μετά το θάνατό του.¹²¹

Επισημαίνει ότι τα συμφέροντα ενός προσώπου μπορούν να συνεχίσουν να υπάρχουν και μετά από το θάνατό του. Ένα παράδειγμα που παραθέτει είναι αυτό της καλής φήμης και υποστηρίζει ότι τα συμφέροντα του προσώπου που συνεχίζουν να υπάρχουν μετά τον θάνατό του μπορούν να υποστούν βλάβη με την μεταθανάτια παραβίασή τους. Αν αυτό το θεωρήσουμε ως βλάβη στο πρόσωπο που προηγήθηκε αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι εξακολουθούμε να θεωρούμε ότι τα συμφέροντα είναι δικά του.¹²² Υπό την παραπάνω άποψη ένα συμφέρον προσδιορίζεται με βάση την προτίμηση ενός προσώπου που κάποτε υπήρξε. Αυτό που εξακολουθεί να υπάρχει και μετά τον θάνατο είναι η πιθανότητα ενός γεγονότος να ματαιώσει την προτίμηση και να προκαλέσει βλάβη. Η ισχύς του συμφέροντος είναι αυτή που εξακολουθεί να υπάρχει μετά τον θάνατο του προσώπου το οποίο είχε το συμφέρον.¹²³ Τα μεταθανάτια πρόσωπα είναι πτώματα και συνεπώς αδύνατο να υποστούν βλάβη. Επομένως το υποκείμενο των συμφερόντων που εξακολουθούν να υπάρχουν και του οφέλους ή της βλάβης που προκαλείται μετά το θάνατο ενός προσώπου είναι το ζωντανό πρόσωπο πριν το θάνατο το οποίο είχε το συμφέρον.¹²⁴

Ο Feinberg υποστηρίζει λοιπόν ότι α. η μεταθανάτια βλάβη συμβαίνει όταν τα συμφέροντα που εξακολουθούν να υπάρχουν μετά θάνατο ματαιώνονται με κάποιο τρόπο β. ότι τα συμφέροντα αυτά αφορούν στα προθανάτια πρόσωπα ακόμα και όταν γ. τα προθανάτια πρόσωπα έχουν παύσει να υπάρχουν. Το υποκείμενο της βλάβης στο θάνατο είναι το ζωντανό πρόσωπο πριν το θάνατο του οποίου τα συμφέροντα ματαιώθηκαν. Το γεγονός του θανάτου του προσώπου επιβεβαιώνει ότι τα συμφέροντά του επρόκειτο να ματαιωθούν και κατά συνέπεια το προ-θανάτιο πρόσωπο υπέστη την βλάβη.¹²⁵ Για παράδειγμα όταν αθετώ μια υπόσχεση σε ένα

¹²¹ Feinberg, J. (1987). *Harm to Others. The moral limits of the criminal law*. Oxford University press, pp. 83

¹²² Levenbook, B.B. (1984). Harming Someone after His Death. *Ethics* 94, Chicago: University of Chicago, pp. 407-419

¹²³ Fisher, J. (2001). Harming and Benefiting the Dead. *Death Studies*. 25: 557-568

¹²⁴ Feinberg, J. (1987). *Harm to Others. The moral limits of the criminal law*. Oxford University press, pp. 93

¹²⁵ Feinberg, J. (1987). *Harm to Others. The moral limits of the criminal law*. Oxford University press, pp. 92-93

προ-θανάτιο πρόσωπο που είναι πλέον νεκρό, αθετώ την υπόσχεση που του είχα δώσει πριν τον θάνατο και επομένως αποτελώ παραβάτη της υπόσχεσής μου στο προθανάτιο πρόσωπο. Υποστηρίζει ότι το πρόσωπο βρισκόταν σε μια επιβλαβή κατάσταση από την στιγμή είχε το συμφέρον μέχρι τη στιγμή του θανάτου του. Κατά συνέπεια η επιβλαβής κατάσταση προϋπήρχε πολύ πριν συμβεί το επιβλαβές γεγονός το οποίο με τη σειρά του δεν είναι αυτό που προκαλεί τη βλάβη γιατί δεν υπάρχει πρόσωπο για να την υποστεί. Εν αντιθέσει επιβεβαιώνει ότι η βλάβη συμβαίνει σε κάποια προγενέστερη χρονική στιγμή όταν υπήρχε το πρόσωπο και είχε το συμφέρον.¹²⁶

Τα συμφέροντα συνδέονται με τις επιθυμίες του προσώπου και στην περίπτωση των αιώτερων συμφερόντων με αιώτερους σκοπούς. Το επιχείρημα του Feinberg για τα συμφέροντα βασίζεται στην διάκριση που κάνει ο W.D.Ross ανάμεσα στην εκπλήρωση μιας επιθυμίας και στην ικανοποίηση μιας επιθυμίας. Η εκπλήρωση μιας επιθυμίας αποτελεί απλά την πραγματοποίηση εκείνου του οποίου κάποιος επιθυμεί ενώ η ικανοποίηση της επιθυμίας είναι η εμπειρία της ευχαρίστησης που βιώνει το άτομο όταν πιστεύει ότι η επιθυμία του έχει εκπληρωθεί. Η διάκριση ανάμεσα στις δυο έννοιες γίνεται ευδιάκριτη αν σκεφτούμε ότι οι επιθυμίες μπορούν να πραγματοποιηθούν και χωρίς ικανοποίηση.

Πιο συγκεκριμένα πιστεύει ότι μπορεί ένα πρόσωπο να έχει εκπλήρωση μιας επιθυμίας του χωρίς ικανοποίηση και αντίστοιχα ικανοποίηση χωρίς εκπλήρωση των επιθυμιών του υπό την προϋπόθεση ότι πιστεύει έστω και εσφαλμένα ότι η επιθυμία του θα πραγματοποιηθεί. Υποστηρίζει ότι η βλάβη στα συμφέροντα του προσώπου προσδιορίζεται καλύτερα με όρους αντικειμενικής παρεμπόδισης στόχων και ματαίωσης επιθυμιών και η ενίσχυση ή προώθηση ενός συμφέροντος ορίζεται με όρους προσωπικών καταστάσεων απόλαυσης. Πιστεύει ότι για τα περισσότερα άτομα το πιο σημαντικό ζήτημα έγκειται στην εκπλήρωση των επιθυμιών τους ακόμα και αν αυτό δεν πρόκειται να τους προξενήσει συναισθήματα χαράς.¹²⁷

Σημειώνει επίσης την διάκριση που κάνει ο Derek Parfit ανάμεσα σε καταστάσεις στις οποίες από την εκπλήρωση της επιθυμίας του προσώπου δεν μπορεί να παραχθεί ικανοποίηση καθότι το πρόσωπο δεν θα βρεθεί ποτέ σε θέση να γνωρίζει

¹²⁶ Waluchow, W.J. (1986). Feinberg's Theory of Preposthumous Harm. *Dialogue* XXV, pp. 732-733

¹²⁷ Ross, W.D. (1939). *Foundations of Ethics*. Oxford: Clarendon Press, pp. 300, Feinberg, J. (1977). *Harm and Self-Interest in Law, Morality and Society: Essays in Honour of H.L.A. Hart*, ed. P.M.S. Hacker, pp. 302-303

ότι οι επιθυμίες του έχουν εκπληρωθεί και καταστάσεις που η εκπλήρωσή τους αν και μπορεί να παράγει ικανοποίηση δεν επιφέρει τελικά αυτό το αποτέλεσμα. Το αντικείμενο ενός στόχου αποτελεί την βάση του συμφέροντος και όπως το αντικείμενο κάθε επιθυμίας δεν είναι απλά η ικανοποίηση με ανάλογο σκεπτικό και η βλάβη ενός συμφέροντος δεν μπορεί να αναγνωρίζεται με βάση την απογοήτευση που προκαλεί. Κατά συνέπεια ο θάνατος μπορεί να αποτελέσει την ματαίωση των συμφερόντων του προσώπου που έχει πεθάνει ακόμα και αν δεν πρόκειται το άτομο που υφίσταται τη βλάβη να νοιώσει πόνο ή να μάθει την ματαίωση των επιθυμιών του.¹²⁸

Όπως επισημαίνει ο Αριστοτέλης ένα νεκρό άτομο πιστεύεται ότι μπορεί να έχει τόσο καλή όσο και κακή τύχη, προνόμια και ατίμωση, ευημερία ή την απώλειά της μεταξύ των παιδιών και των απογόνων του γενικά με τον ίδιο ακριβώς τρόπο που θα γινόταν αν ήταν ζωντανός αλλά δεν είχε επίγνωση του τι συνέβαινε.¹²⁹ Ο Atfield υποστήριξε ομοίως ότι αν ένα γεγονός είναι επιβλαβές για ένα πρόσωπο ακόμα και αν δεν το μάθει ποτέ του, είναι ανάλογα επιβλαβές για το πρόσωπο που πλέον δεν υπάρχει και κατά συνέπεια δεν θα μάθει ποτέ του ότι τα συμφέροντά του έχουν παραβιαστεί. Ισχυρίστηκε συνεπώς ότι εφόσον η ύπαρξη συμφερόντων αποτελεί μια επαρκή συνθήκη για την ηθική υπόσταση, και μέρος του τι ακριβώς σημαίνει για μια οντότητα να έχει ηθική υπόσταση είναι ότι μπορεί να υποστεί βλάβη ή να ωφεληθεί, τότε οι νεκροί διαθέτουν ηθική υπόσταση.¹³⁰

Τα ανθρώπινα δικαιώματα δεν πηγάζουν ούτε δικαιώνονται θεωρητικά από τη βιολογική υφή της ανθρώπινης φύσης αλλά από την ηθική της διάσταση ή τις προϋποθέσεις της ανθρώπινης πράξης.¹³¹ Σύμφωνα με την Αριστοτελική φιλοσοφία αυτή η σύνδεση προκύπτει από τον φυσικό νόμο και την εσωτερική αξία που διαθέτει κάθε άτομο απλά και μόνο επειδή κάποτε άνηκε στην ανθρώπινη κοινότητα.¹³²

¹²⁸ Feinberg, J. (1987). *Harm to Others. The moral limits of the criminal law*. Oxford University press, pp. 84-85

¹²⁹ Aristotle. (1953). *Nicomachean Ethics*, trans. J.A.K. Thomson. Baltimore: Penguin Books, pp. 10, Feinberg, J. (1987). *Harm to Others. The moral limits of the criminal law*. Oxford University press, pp. 88

¹³⁰ Fisher, J. (2001). Harming and Benefiting the Dead. *Death Studies*. 25: 557-568

¹³¹ O' Neill, O. (2002). *Autonomy and Trust in Bioethics*. Cambridge University Press, pp. 6

¹³² Plevak, J. (2008). The emergence of personhood in organ procurement. *Transplantation Reviews*. 22: 163-166

Ο Feinberg υποστηρίζει ότι το αντικείμενο των συμφερόντων ενός προσώπου συνήθως αποβλέπει σε γεγονότα τα οποία λαμβάνουν χώρα έξω από την άμεση εμπειρία και σε κάποια μελλοντική στιγμή η σφαίρα στην οποία μπορεί να υποστεί βλάβη είναι ευρύτερη της υποκειμενικής του εμπειρίας και της βιολογικής του ζωής.¹³³ Ο Nagel συμφωνεί ότι υπάρχουν καλά και κακά τα οποία είναι συσχετιζόμενα και αποτελούν χαρακτηριστικά των σχέσεων του προσώπου μέσα στα χωρικά και χρονικά σύνορα με γεγονότα τα οποία είναι δυνατό να μην συμπίπτουν με τον ίδιο στο χώρο και το χρόνο. Αν αυτή η άποψη βέβαια είναι ορθή συνεπάγεται ότι το λάθος του να αθετούμε μια προθανάτια υπόσχεση οφείλεται στη βλάβη που προκαλούμε στο νεκρό.¹³⁴

Κατά τον Nagel η ζωή ενός ατόμου περιλαμβάνει αρκετά πράγματα τα οποία δεν λαμβάνουν χώρα μέσα στα συνήθη πλαίσια του σώματος και του νου και πολλά από εκείνα που του συμβαίνουν μπορεί να συμπεριλάβουν πολλά που δεν λαμβάνουν χώρα μέσα στα πλαίσια της ζωής του. Αυτά τα πλαίσια συνήθως χαρακτηρίζονται από την ατυχία του να υποστεί κάποιος απάτη ή περιφρόνηση ή προδοσία. Αν αυτό ισχύει κατά τον Nagel η εκτίμησή του για το που βρίσκεται το λάθος όταν αθετούμε μια προθανάτια υπόσχεση εντοπίζεται στη βλάβη που προκαλούμε στο νεκρό. Όταν ένα πρόσωπο πεθαίνει μένουμε με το πτώμα του και ενώ στην ουσία δεν μπορεί να πονέσει περισσότερο από οποιοδήποτε υλικό αντικείμενο το οποίο δεν μας προκαλεί συμπόνοια το νεκρό άτομο μας προκαλεί. Αν δεν είχε πεθάνει όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Nagel θα μπορούσε να διαθέσει όπως ο ίδιος επιθυμεί ότι αγαθό επιθυμεί.¹³⁵

Ο Feinberg φαίνεται να δεσμεύεται σε ένα δόγμα αιτιολόγησης όπου ένα γεγονός μετά από κάποιο χρονικό διάστημα αλλάζει και θέτει το ζήτημα σε κάποιο προγενέστερο χρονικό διάστημα αντιμετωπίζοντας το υποκείμενο της μεταθανάτιας βλάβης σαν να έχει υποστεί βλάβη από κάποιο σημείο της ύπαρξής του που προϋπήρχε του θανάτου του. Δεν αποτελούν κοινώς τα μεταθανάτια γεγονότα επιβλαβή για το πρόσωπο αλλά το γεγονός ότι πρόκειται να συμβούν το οποίο είναι

¹³³ Feinberg, J. (1977). *Harm and Self-Interest in Law, Morality and Society: Essays in Honour of H.L.A. Hart*, ed. P.M.S. Hacker, pp. 304

¹³⁴ Nagel, T. (1971). *Death in Moral Problems*, ed. Ames Rachels, 1st ed. New York: Harper & Row, pp. 366

¹³⁵ Nagel, T. (1997). *Mortal Questions*. Leader Books A.E., pp. 6-7

επιβλαβές για το ίδιο.¹³⁶ Η θεωρία του Joel Feinberg παρέχει υποστήριξη της πεποίθησης ότι τα νεκρά όντα έχουν ηθικό κύρος και εμείς έχουμε ηθική υποχρέωση προς αυτά η οποία πηγάζει από τις ιδιότητες που έχει ο νεκρός ως προ-θανάτιο πρόσωπο.¹³⁷

Υποστηρίζει ότι είναι παράλογο να πιστεύουμε ότι εφόσον το άτομο είναι νεκρό η υπόσχεση που του είχαμε δώσει ενόσω ήταν ακόμα ζωντανό παύει να αποτελεί μια μορφή σοβαρής αδικίας. Αν ανακαλέσουμε στη μνήμη το προδομένο πρόσωπο που πλέον είναι νεκρό όπως ήταν στην προθανάτια κατάσταση εμπιστοσύνης συνειδητοποιούμε ότι κάθε ερέθισμα να δώσουμε μια διαστρεβλωμένη εικόνα του ζητήματος σταματάει. Μιλάει με ευαισθησία και σεβασμό για τον νεκρό με τρόπο που μας καθλώνει να τον συμμεριστούμε.¹³⁸ Ένα νεκρό σώμα αποτελεί ένα φυσικό σύμβολο ενός ζωντανού προσώπου με το οποίο έχει εκπληκτική ομοιότητα. Όταν κατά συνέπεια αφαιρούμε μέρη από ένα νεκρό σώμα πράττουμε κάτι που μοιάζει ανάλογο με την ασέλγεια ενός πραγματικού προσώπου και η επιβλαβής πράξη που διαπράττουμε προβάλλεται πάνω στο συμβολικό πρόσωπο.¹³⁹

Ο Pitcher όπως και ο Feinberg, αντιμετωπίζει την βλάβη ως παρακώλυση συμφερόντων. Διακρίνει ανάμεσα σε ένα προ-θανάτιο πρόσωπο που αποτελεί το ζωντανό πρόσωπο σε κάποιο στάδιο της ζωής του και ένα μετα-θανάτιο πρόσωπο δηλαδή τη σωρό του προσώπου μετά τον θάνατό του. Σύμφωνα με τον ίδιο μόνο τα προθανάτια πρόσωπα μπορούν να υποστούν βλάβη και αποτελούν τα υποκείμενα της βλάβης που προκαλείται από μεταθανάτια γεγονότα. Την στιγμή του θανάτου παύουμε να υπάρχουμε και κατά συνέπεια δεν υπάρχει πρόσωπο για να υποστεί βλάβη.¹⁴⁰ Στην πρώτη περιγραφή αναφερόμαστε στο προ-θανάτιο πρόσωπο μετά το θάνατό του ενώ στην δεύτερη περίπτωση αναφερόμαστε στην περιγραφή του μεταθανάτιου προσώπου μετά τον θάνατο. Παρά το γεγονός ότι τόσο το προ-θανάτιο

¹³⁶ Feinberg, J. (1987). *Harm to Others. The moral limits of the criminal law*. Oxford University press, pp. 90

¹³⁷ Hamer, C.L., Rivlin M.M. (2003). A stronger policy of organ retrieval from cadaveric donors: some ethical consideration. *Journal of Medical Ethics*. 29:196-200

¹³⁸ Feinberg, J. (1987). *Harm to Others. The moral limits of the criminal law*. Oxford University press, pp. 95

¹³⁹ Feinberg, J. (1987). *Harm to Others. The moral limits of the criminal law*. Oxford University press, pp. 55-56

¹⁴⁰ Pitcher, G. (1993). The Misfortunes of the Dead. In John Martin Fischer, ed. *The Metaphysics of Death*. Stanford, CA: Stanford University Press, pp.161

όσο και το μεταθανάτιο πρόσωπο μπορούν να περιγραφούν μετά τον θάνατό τους υποστηρίζει ότι μόνο τα προ-θανάτια πρόσωπα μπορούν να υποστούν βλάβη.

Σύμφωνα με τον Pitcher ένα πρόσωπο μπορεί να βρίσκεται σε κατάσταση δυστυχίας πάσχοντας από μια θανατηφόρα ασθένεια ακόμα και αν δεν το γνωρίζει η οποία μειώνει την ενέργεια και την παραγωγικότητα του προσώπου. Αφού λοιπόν ένα ζωντανό πρόσωπο μπορεί να υποστεί βλάβη και χωρίς να το γνωρίζει οι Pitcher και Feinberg δεν θεωρούν παράδοξο το να ισχυριστούν ότι μπορούμε να βλάψουμε τον νεκρό στην περίπτωση που ματαιώνονται οι προθανάτιες επιθυμίες του. Τόσο ο Pitcher όσο και ο Feinberg αναγνωρίζουν την ανάγκη να εξηγήσουμε το πώς ένα τωρινό ή μελλοντικό γεγονός μπορεί να βλάψει ένα νεκρό υποκείμενο. Ξεπερνούν το πρόβλημα που προκύπτει ισχυριζόμενοι ότι δεν υφίσταται μεταθανάτια βλάβη και για να επιχειρηματολογήσουν ως προς αυτό ο Pitcher προτείνει και ο Feinberg υιοθετεί την προαναφερόμενη διάκριση μεταξύ ενός προθανάτιου και ενός μεταθανάτιου προσώπου μετά τον θάνατό του.¹⁴¹

Η βλάβη που διαπράττεται ως προς το νεκρό αφορά στο προθανάτιο εαυτό του. Τα μεταθανάτια πρόσωπα και κατά επέκταση το ανθρώπινο πτώμα ως πράγμα δεν μπορεί να υποστεί άμεσα βλάβη σε δικαιώματα αλλά μόνο με ένα δευτερογενή τρόπο. Το ερώτημα που θέτει ο Pitcher είναι εάν τελικά είναι πιθανό ένα γεγονός το οποίο συμβαίνει μετά το θάνατο ενός προσώπου να προκαλέσει βλάβη στο ζωντανό πρόσωπο που υπήρξε πριν το θάνατό του.¹⁴² Υποστηρίζει ότι το προ-θανάτιο πρόσωπο είναι εκείνο για το οποίο νοιώθουμε θλίψη και δεν υπάρχει φιλοσοφικό λάθος σε αυτά τα συναισθήματα απεναντίας η σύγχυση προκύπτει όταν θεωρούμε ότι απαρτίζουν μια ηθική δέσμευση όσον αφορά στην έννοια της βλάβης προς τον νεκρό.¹⁴³

Η θέση ότι ένα προθανάτιο πρόσωπο μπορεί να υποστεί βλάβη από γεγονότα που συμβαίνουν μετά τον θάνατό του φαίνεται να υποδηλώνει ότι όταν συμβαίνει ένα ατυχές μετα-θανάτιο γεγονός, τότε για πρώτη φορά το προ-θανάτιο πρόσωπο υφίσταται βλάβη. Ο Pitcher υποστηρίζει ότι ο τρόπος με τον οποίο ένα προ-θανάτιο πρόσωπο βλάπτεται από ένα ατυχές γεγονός μετά τον θάνατό του οφείλεται στο

¹⁴¹ Hinkle, C. (2005). *Moral Conflicts of Organ Retrieval: A Case for Constructive Pluralism*. Editions Rodopi, pp. 80

¹⁴² Pitcher, G. (1984). The Misfortunes of The Dead. *American Philosophical Quarterly*, Vol. 21, No. 2, pp. 183-184

¹⁴³ Callahan, J. (1987). On harming the dead. *Ethics*. Vol. 97, No. 2, pp. 341-352

γεγονός ότι το περιστατικό επιβεβαιώνει πως πριν το θάνατο του προσώπου, το προ-θανάτιο πρόσωπο υπέστη βλάβη υπό την έννοια ότι η βλάβη επρόκειτο να συμβεί. Εάν το μετα-θανάτιο γεγονός δεν συνέβαινε το προ-θανάτιο πρόσωπο δεν θα υφίστατο βλάβη. Κατά συνέπεια θα πρέπει να αποδώσουμε στο μετα-θανάτιο περιστατικό την προ-θανάτια βλάβη.¹⁴⁴

Το υποκείμενο της βλάβης μετά θάνατο είναι το ζωντανό πρόσωπο πριν το θάνατο του οποίου τα συμφέροντα καταπατώνται. Τα συμφέροντα του προσώπου τα οποία συνεχίζουν να υπάρχουν και μετά τον θάνατό του είναι εκείνα τα απώτερα συμφέροντα τα οποία μπορούν να προωθηθούν ή να ματαιωθούν από μεταγενέστερα γεγονότα. Η μεταθανάτια βλάβη λαμβάνει χώρα όταν κάποιο από τα επιβιώσιμα συμφέροντα του αποθανόντα ματαιώνονται μετά τον θάνατό του. Το υποκείμενο του συμφέροντος που έχει επιβιώσει και της βλάβης που μπορεί να προκληθεί μετά το θάνατο του προσώπου είναι το ζωντανό πρόσωπο πριν το θάνατο.¹⁴⁵

Το μεταθανάτιο πρόσωπο είναι όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Pitcher σκόνη και συνεπώς δεν μπορεί να υποστεί βλάβη σε αντίθεση με το προθανάτιο πρόσωπο το οποίο είναι το ζωντανό πρόσωπο που μπορεί να υποστεί βλάβη. Ο Pitcher αναφέρει για παράδειγμα ότι εάν ένα πρόσωπο ενόσω είναι ζωντανό του έχουν υποσχεθεί να θαφτεί σε κοιμητήριο αλλά τελικά πωληθεί σε μια ιατρική σχολή για εκπαιδευτικούς σκοπούς τότε το προ-θανάτιο πρόσωπο είναι εκείνο το οποίο υφίσταται τη βλάβη. Με ανάλογο τρόπο μπορούμε να υποθέσουμε ότι το ίδιο ισχύει και σε περιπτώσεις που το υποκείμενο δεν επιθυμεί να δωρίσει τα όργανά του για μεταμόσχευση μετά θάνατο και παραταύτα οι προ-θανάτιες επιθυμίες του παραβιάζονται μέσω μιας πολιτικής εικαζόμενης συναίνεσης είτε σε περιπτώσεις που η οικογένεια του αποθανόντα δεν συναινεί στις προγενέστερες επιθυμίες του για δωρεά οργάνων.¹⁴⁶

Το προ-θανάτιο πρόσωπο είναι εκείνο το οποίο υφίσταται την βλάβη καθότι αποτελεί το φορέα των συμφερόντων τα οποία ανατράπηκαν ανεξάρτητα από το αν έχει γνώση του γεγονότος. Δεν γίνεται αναδρομικά αληθές ότι το υποκείμενο του οποίου τα συμφέροντα ανατράπηκαν υπέστη την βλάβη αλλά ήταν από την πρώτη

¹⁴⁴ Pitcher, G. (1984). The Misfortunes of The Dead. *American Philosophical Quarterly*, Vol. 21, No. 2, pp. 185-188

¹⁴⁵ Feinberg, J. (1987). *Harm to Others. The moral limits of the criminal law*. Oxford University press, pp. 92

¹⁴⁶ Hinkle, C. (2005). *Moral Conflicts of Organ Retrieval: A Case for Constructive Pluralism*. Editions Rodopi, pp. 81

στιγμή προφανές. Η λύπη ωστόσο που νοιώθουμε για το πρόσωπο που υπέστη την βλάβη μπορεί να είναι αναδρομική καθότι εάν γνωρίζαμε την ματαίωση των συμφερόντων του πριν τον θάνατό του θα νοιώθαμε την ίδια λύπη που νοιώθουμε μετά το θάνατό του αναδρομικά.¹⁴⁷

Ο Serafini υποστηρίζει ότι πρέπει να στρέψουμε την προσοχή μας από τον νεκρό στις ιδιότητες που είχε και εξακολουθούν να συνεχίζουν να υπάρχουν μετά τον θάνατο του. Αν και αναγνωρίζει τον πειρασμό να υποθέσουμε ότι μια οντότητα πρέπει να υπάρχει συγχρόνως με τις ιδιότητές της επικαλείται αρκετούς λόγους για να σκεφτούμε διαφορετικά. Μόνο οι ζωντανές οντότητες έχουν συμφέροντα ενώ όλα τα υπόλοιπα πράγματα συμπεριλαμβανομένων και των νεκρών έχουν ιδιότητες. Πιστεύει ότι οι ιδιότητες ενός προσώπου εξακολουθούν να υπάρχουν όχι μόνο στην μνήμη εκείνων που εξακολουθούν να ζουν αλλά ως ζητήματα που μπορούν να αποτελέσουν αντικείμενο ηθικού στοχασμού.

Πρόκειται για τις ιδιότητες που παραμένουν, όπως για παράδειγμα το άρωμα που εξακολουθεί να αναβλύζει από το φλιτζάνι του καφέ ακόμα και όταν έχει αδειάσει. Με ανάλογο σκεπτικό και η φήμη του ατόμου παραμένει ζωντανή ακόμα και μετά το θάνατό του. Υποστηρίζει ότι αν και κάποιες από τις ιδιότητες που έχουν τα ζωντανά πρόσωπα όπως η νοημοσύνη και η ευγένεια παύουν να υπάρχουν όταν ένα πρόσωπο πεθάνει παραταύτα ο θάνατος δεν εξαλείφει όλες τις σχετικές ηθικές ιδιότητες. Το επιχείρημά του είναι ενδιαφέρον: ισχυρίζεται ότι εάν θεωρήσουμε ότι ο νεκρός έχει φήμη και εμείς με τη σειρά μας μπορούμε να προκαλέσουμε ζημιά στη φήμη του τότε κατά επέκταση μπορούμε να βλάψουμε τον κάτοχο της φήμης. Και εφόσον μπορούμε να βλάψουμε τελικά τον νεκρό μπορούμε να ισχυριστούμε ανάλογα ότι αυτό ακριβώς συμβαίνει όταν αγνοούμε τις επιθυμίες του για δωρεά οργάνων.¹⁴⁸

Ο Ernest Partridge υποστηρίζει όπως και οι Feinberg-Pitcher ότι για να βλάψεις κάποιον θα πρέπει να παραβιάσεις τα συμφέροντά του. Απορρίπτει ωστόσο την ιδέα ότι τα συμφέροντα επιβιώνουν και μετά τον θάνατο των φορέων των συμφερόντων. Θα πρέπει να κατανοήσουμε ότι αυτό το οποίο δεν γνωρίζει κάποιος δεν μπορεί να

¹⁴⁷ Feinberg, J. (1987). *Harm to Others. The moral limits of the criminal law*. Oxford University press, pp. 91

¹⁴⁸ Hinkle, C. (2005). *Moral Conflicts of Organ Retrieval: A Case for Constructive Pluralism*. Editions Rodopi, pp. 83-84

τον βλάβει, εστιάζοντας στο φερόμενο θύμα.¹⁴⁹ Πιστεύει ότι μετά το θάνατο του προσώπου όταν πλέον είναι νεκρό δεν έχει να χάσει ή να κερδίσει κάτι και κατά επέκταση αρνείται την πιθανότητα μεταθανάτιας βλάβης. Ισχυρίζεται ότι αν και μιλάμε πολλές φορές μεταφορικά για τα συμφέροντα του νεκρού μια πιο προσεκτική προσέγγιση υποδεικνύει ότι χωρίς φορέα συμφερόντων μια συζήτηση για μεταθανάτια βλάβη είναι επουσιώδης καθότι για να προκαλέσουμε βλάβη σε ένα πρόσωπο θα πρέπει να προσβάλλουμε τα συμφέροντά του τα οποία όμως παύουν να υπάρχουν μετά τον θάνατο.¹⁵⁰

Μια απαραίτητη συνθήκη για την εφαρμογή των εννοιών της βλάβης και του συμφέροντος είναι η ικανότητα του ατόμου να δεχτεί επίδραση. Ωστόσο μετά τον θάνατο κανένα γεγονός δεν μπορεί να αλλάξει έστω και λίγο τη ζωή ενός προσώπου καθότι δεν υπάρχει τίποτα το οποίο να μπορεί να επηρεαστεί. Τα συμφέροντα τα οποία εκτείνονται κατά μήκος της ζωής του ατόμου εξαφανίζονται την στιγμή που η ζωή του προσώπου τελειώνει. Το γεγονός ότι το πρόσωπο έχει πεθάνει συνεπάγεται ότι δεν έχει πλέον συμφέροντα και δεν μπορεί πλέον να συμβεί τίποτα το οποίο να επηρεάσει τις επιθυμίες τους.¹⁵¹ Κατά τον Partridge εάν η επίγνωση, η προσδοκία, η πίστη, η επιθυμία και ο σκοπός συνθέτουν το νόημα της έννοιας του συμφέροντος, όπως ισχυρίζεται και ο Feinberg, τότε η αντίληψη της μεταθανάτιας βλάβης είναι ασυναφής εφόσον το νεκρό υποκείμενο στερείται όλων των παραπάνω ικανοτήτων και επομένως δεν έχει συμφέροντα.¹⁵²

Προσπαθεί παραταύτα να διασώσει τον σεβασμό στο νεκρό με ένα επιχείρημα βασισμένο σε μια άποψη για την ηθική προσωπικότητα και μια συνεπειοκρατική κοινωνική θεωρία συμβολαίου.¹⁵³ Η έννοια της ηθικής προσωπικότητας ή πιο απλά η έννοια του προσώπου υποδηλώνει ένα ον το οποίο μπορεί να μεταχειρίζεται τον εαυτό του ως αντικείμενο συνειδητού στοχασμού και κατά συνέπεια μπορεί στην φαντασία

¹⁴⁹ Partridge, E. (1981). Posthumous Interests and Posthumous Respect. *Ethics* 91. Chicago: University of Chicago, pp. 251

¹⁵⁰ Levenbook, B.B. (1984). Harming Someone after His Death. *Ethics* 94. Chicago: University of Chicago, pp. 407-419

¹⁵¹ Partridge, E. (1981). Posthumous Interests and Posthumous Respect. *Ethics* 91. Chicago: University of Chicago, pp. 249

¹⁵² Partridge, E. (1981). Posthumous Interests and Posthumous Respect. *Ethics* 91. Chicago: University of Chicago, pp. 260

¹⁵³ Partridge, E. (1981). Posthumous Interests and Posthumous Respect. *Ethics* 91. Chicago: University of Chicago, pp. 243-264

του να υπερβαίνει το χώρο και τον χρόνο της προσωπικής του βιολογικής διάρκειας ζωής. Σύμφωνα με αυτές τις ικανότητες τα πρόσωπα μπορούν να βασίζονται σε συμβόλαια, προσωπικά και προμελετημένα όσο επίσης αφηρημένα και υποθετικά. Επίσημα έγγραφα αλλά και ανεπίσημες συμφωνίες όπως οι υποσχέσεις που έχουν δοθεί μπορούν σκόπιμα και κατανοητά να προστατέψουν τα συμφέροντα των ζωντανών και να επηρεάσουν γεγονότα και μετά τον θάνατό τους.

Οι ζωντανοί έχοντας παρόμοια κίνητρα προστατεύουν τα συμφέροντά του αποθανόντος σεβόμενοι τις επιθυμίες του και ενισχύοντας την ακριβοδίκαια παράδοση και τα κοινωνικά συμβόλαια που προστατεύουν τα συμφέροντα και τις προσδοκίες όλων όσων είναι ζωντανοί να ασκούν μεταθανάτια επίδραση.¹⁵⁴ Επισημαίνει λοιπόν ότι μπορεί να προκληθεί βλάβη στον νεκρό η οποία συσχετίζεται όμως είτε με τα συμφέροντα που είχε ο νεκρός ως ζωντανό ον είτε με νόμιμες προσδοκίες και συμφωνίες που είχε συνάψει με άλλα πρόσωπα όσο ήταν ζωντανός και πιο συγκεκριμένα με την παραβίαση των εκπεφρασμένων επιθυμιών του.¹⁵⁵

Για να επιθυμεί κατά τον Partridge ένα ον να προστατευθούν τα συμφέροντά του μετά θάνατο θα πρέπει απαραίτητα να διαθέτει ορισμένες ιδιότητες τις οποίες αναγνωρίζουμε στον εαυτό μας. Καταρχάς, θα πρέπει να έχει την ικανότητα να συλλογίζεται γεγονότα και καταστάσεις που είναι απομακρυσμένα από τον άμεσο χρόνο και τόπο της επίγνωσης που έχει και της σωματικής του θέσης. Επίσης θα πρέπει να εμπεριέχει μια έννοια εαυτού ως ένα ον που αντιλαμβάνεται και στοχάζεται σε φυσικά και χρονικά όρια και τέλος να λαμβάνει υπόψη του τους άλλους και να ενδιαφέρεται για την ευημερία τους χωρίς αυτή απαραίτητα να περιορίζεται σε σύντομα και δεσμευτικά πλαίσια χρόνου και συνθηκών. Χωρίς την τελευταία ιδιότητα μπορεί να αντιλαμβάνεται γεγονότα τα οποία όμως θα του είναι αδιάφορα ενώ οι δυο πρώτες ιδιότητες αποτελούν απαραίτητα κριτήρια του προσώπου. Ο Partridge ωστόσο διευκρινίζει ότι δεν παρέχει μια πλήρη εξήγηση της έννοιας του προσώπου αλλά εντοπίζει εκείνα τα κριτήρια της έννοιας που εξυπηρετούν την άποψή του για τον μεταθανάτιο σεβασμό.

Σε ώριμες ηθικές προσωπικότητες οι τρεις προαναφερόμενες ιδιότητες μπορούν να οδηγήσουν σε μια τέταρτη την οποία ο Partridge αποκαλεί ικανότητα ηθικής

¹⁵⁴ Partridge, E. (1981). Posthumous Interests and Posthumous Respect. *Ethics* 91. Chicago: University of Chicago, pp.254

¹⁵⁵ Partridge, E. (1981). Posthumous Interests and Posthumous Respect. *Ethics*. Vol. 91, No. 2, pp. 246-248

αφαίρεσης και η οποία υποδηλώνει την ικανότητα να αποσυνδέει γενικές ηθικές κατηγορίες από συγκεκριμένες περιστάσεις και κατά συνέπεια να εκτιμά αυτές τις κατηγορίες αντικειμενικά και αφηρημένα. Για παράδειγμα οδηγούμαστε από την ικανότητα να αγανακτούμε για την προδοσία προσωπικών υποσχέσεων σε συναισθήματα αγανάκτησης για την προδοσία που διαπράχθηκε και τελικώς σε συναισθήματα ηθικής αποδοκιμασίας. Με ένα σύνολο αφηρημένων ηθικών εννοιών είμαστε ικανοί να διαμορφώσουμε γενικές ηθικές αρχές και μέσω αυτών μια ηθικότητα αρχών όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Rawls. Ο Partridge υποστηρίζει ότι με τις τέσσερις προαναφερόμενες ηθικές αρχές μπορούν τα πρόσωπα να μεριμνούν για το μεταθανάτιο μέλλον και για την ευρέως διαδεδομένη πίστη ότι αυτή η μέριμνα μπορεί να διεξαχθεί. Κατά τον Partridge ένα πρόσωπο έχει συμφέρον να επηρεάσει γεγονότα τα οποία βρίσκονται πέρα από τον θάνατό του επειδή μπορεί να φανταστεί και να εκτιμήσει αυτά τα γεγονότα στο τώρα και να αντιληφθεί την επίδραση που θα έχουν στα άλλα άτομα.¹⁵⁶

Ο Partridge υποστηρίζει ότι δεν υπάρχουν μεταθανάτια συμφέροντα των νεκρών αλλά μεταθανάτια συμφέροντα των ζωντανών όπως για παράδειγμα η νομικά κατοχυρωμένη επιθυμία ενός ατόμου για τη μετά θάνατο αυτοδιάθεση του σώματός του ενόσω είναι ακόμα ζωντανός.¹⁵⁷ Υποστηρίζει ότι ο λόγος για τον οποίο τείνουμε να νοιώθουμε υποχρεωμένοι να εκπληρώσουμε τις επιθυμίες των νεκρών είναι επειδή αυτές συνήθως συμπίπτουν με άλλες αξίες τις οποίες θεωρούμε σημαντικές και οι οποίες αποτελούν αίτημα των προσώπων πριν τον θάνατό τους.¹⁵⁸ Κατά τον Partridge τίποτα επιβλαβές δεν μπορεί να συμβεί στον νεκρό. Κανένα μεταθανάτιο γεγονός δεν μπορεί να αλλάξει έστω και μια στιγμή των γεγονότων που συνθέτουν μια ολόκληρη ζωή. Κατά την άποψή του, μετά τον θάνατο με το να σταματήσει να αποτελεί το πρόσωπο φορέα συμφερόντων δεν μπορεί να υπάρξει βλάβη. Δεν μπορούμε να βλάψουμε τον νεκρό και κατά συνέπεια δεν υπάρχουν μεταθανάτια συμφέροντα.¹⁵⁹

¹⁵⁶ Partridge, E. (1981). Posthumous Interests and Posthumous Respect. *Ethics* 91. Chicago: University of Chicago, pp. 255-256

¹⁵⁷ Partridge, E. (1981). Posthumous Interests and Posthumous Respect. *Ethics* 91. Chicago: University of Chicago, pp. 254-255

¹⁵⁸ Callahan, J. (1987). On harming the dead. *Ethics*. Vol. 97, No. 2, pp. 341-352

¹⁵⁹ Partridge, E. (1981). Posthumous Interests and Posthumous Respect. *Ethics* 91. Chicago: University of Chicago, pp. 253

Καθότι οι ζωντανοί έχουν προσδοκία και ανησυχία να γίνονται σεβαστές οι επιθυμίες τους έχουν με το ίδιο σκεπτικό συμφέρον να σέβονται τις επιθυμίες του αποθανόντα. Επομένως αποτελεί συμφέρον των ζωντανών να διατηρήσουν τα δίκαια συστήματα που διασφαλίζουν τις επιθυμίες που εκφράζονται από τους νεκρούς κατά την διάρκεια της ζωής τους. Τα μεταθανάτια συμφέροντα των ζωντανών προστατεύονται από την αποφασιστικότητά τους να σεβαστούν τα «εν μέρει» συμφέροντα του αποθανόντος. Αν αντίθετα παραβιάσουν οι ζωντανοί τα «εν μέρει» συμφέροντα του νεκρού ελαχιστοποιούν την δυνατότητά τους να επηρεάζουν τις συνθήκες ζωής πέρα από τα όρια της ζωής τους με την ικανότητά τους να τηρούν τις υποσχέσεις που έχουν δώσει.¹⁶⁰

Ο Partridge αρνείται το γεγονός ότι ο νεκρός μπορεί να υποστεί βλάβη καθότι δεν υπάρχει και τα όντα που δεν υπάρχουν δεν μπορούν να υποστούν βλάβη. Παραταύτα υποστηρίζει είναι λάθος να αθετούμε τις υποσχέσεις που είχαμε δώσει στο πρόσωπο πριν το θάνατό του και να χειριζόμαστε το νεκρό σώμα του όπως επιθυμούμε. Το καθήκον που έχουμε ως προς τα άτομα που είναι πλέον νεκρά σχετίζεται με το γεγονός ότι υπάρχουν επιθυμίες τις οποίες έχουμε συμφέρον να τηρήσουμε. Συμπεριφερόμαστε με συγκεκριμένο τρόπο στο νεκρό γιατί αποτελεί καθήκον μας το οποίο επιβάλλεται από τους κανόνες που προσδιορίζουν συγκεκριμένες πρακτικές οι οποίες είναι χρήσιμες για τους ζωντανούς. Κατά την άποψη του Partridge οι δράσεις που αφορούν στην παραμέληση αυτών των καθηκόντων προκαλούν βλάβη όχι στα άτομα που είναι ήδη νεκρά αλλά στο ευρύ κοινό και η οποία συνίσταται στην αποδυνάμωση των πρακτικών που εξυπηρετούν τα συμφέροντα των ζωντανών. Η αθέτηση των υποσχέσεων και επιθυμιών του ατόμου μετά θάνατο έχει σοβαρές ηθικές συνέπειες στην κοινωνία και κατά επέκταση στα άτομα που ζουν και ενεργούν μέσα σε αυτή.¹⁶¹ Ο κανονολογικός ωφελμισμός είναι εκείνος ο οποίος μας προσδιορίζει κατά τον Partridge τα καθήκοντά μας απέναντι στον νεκρό.

Στον ωφελμισμό των κανόνων μια συγκεκριμένη πράξη αξιολογείται με αναφορά στο αν ακολουθεί ένα ηθικά ορθό κανόνα και ένας κανόνας χαρακτηρίζεται ως ηθικά ορθός εάν και μόνο αν η γενική συμμόρφωση προς αυτόν, η αποδοχή του,

¹⁶⁰ Partridge, E. (1981). Posthumous Interests and Posthumous Respect. *Ethics* 91. Chicago: University of Chicago, pp. 261

¹⁶¹ Partridge, E. (1981). Posthumous Interests and Posthumous Respect. *Ethics* 91. Chicago: University of Chicago, pp. 257-258

οδηγεί στη μεγιστοποίηση της ωφέλειας για το μεγαλύτερο αριθμό ατόμων. Αυτή η θεωρία όμως και πάλι έχει κριθεί εσφαλμένη καθότι συνδέει την ηθικότητα του ατόμου με την επιτέλεση πράξεων που παράγουν καλά αποτελέσματα.¹⁶² Η διαδικασία επίτευξης της αρχής επιβάλλεται να εξετάζεται ως προς το αν είναι ηθικά ορθή διαφορετικά ακόμα και εσφαλμένες ηθικά πράξεις θα μπορούσαν να θεωρηθούν ηθικά ορθές εάν συνέβαλλαν στην ικανοποίηση της αρχής.¹⁶³

Είναι γεγονός ότι η ευρύτερη απήχηση του ωφελιμισμού εξηγείται και από την φαινομενική ευκολία εφαρμογής της αρχής της. Δύσκολα παραδοσιακά ηθικά διλήμματα βρίσκουν πρακτική λύση χάρη στην ωφελιμιστική ανάλυση. Δε χρειάζεται κανείς να διαθέτει ιδιαίτερη σοφία για να την κατανοήσει και να την εφαρμόσει και δεν είναι τυχαίο ότι η κοινωνικοπολιτική πρακτική της εποχής μας και η φιλοσοφική της στήριξη επικαλούνται ωφελιμιστικά επιχειρήματα. Εντούτοις η απλότητα και η προφάνεια της αρχής της ωφέλειας αποτελεί ίσως και τη μεγαλύτερη αδυναμία της.¹⁶⁴

Σύμφωνα με τον Partridge στην περίπτωση που δεν εκπληρώνεται η επιθυμία του νεκρού αυτό αποτελεί παραβίαση της προσδοκίας που είχε ότι θα πραγματοποιηθεί όσο ήταν ζωντανός. Η αθέτηση της επιθυμίας του νεκρού υπό το σκεπτικό ότι βρίσκεται πέρα από κάθε βλάβη μειώνει τις προσδοκίες εκείνων που παραβιάζουν την θέλησή του να διασφαλιστεί και διεξαχθεί η προσωπική τους επιθυμία μετά θάνατο. Πρόκειται για τον σεβασμό των μεταθανάτιων «εν μέρει» συμφερόντων τους. Εάν δηλαδή η ακύρωση των επιθυμιών του νεκρού αποτελέσει μια γενικότερη τακτική τότε οι επιζήσαντες με την σειρά τους θα έχουν ελάχιστη διασφάλιση ότι μπορούν να επαναπαυθούν στις υποσχέσεις που τους δίνονται εν ζωή για την τήρηση της επιθυμίας τους μετά θάνατο.¹⁶⁵

Η Levenbook επαναπροσδιορίζει σε σχέση με τον Partridge την βλάβη σαν μια απώλεια που είναι επιβλαβής για εκείνον που την υφίσταται, αν και οι δυο τους απορρίπτουν την θέση του Feinberg. Η άποψη της Levenbook για την μεταθανάτια βλάβη βασίζεται στον ισχυρισμό ότι όταν ένα πρόσωπο δολοφονείται βιώνει μια απώλεια ακριβώς τη στιγμή του θανάτου του και ορίζει το θάνατο ως αυτό το οποίο

¹⁶² Joel Feinberg (1967). The Forms and Limits of Utilitarianism. *Philosophical Review* 76 (3):368-381

¹⁶³ Brody, B. (1983). *Ethics and its applications*. HarcourtBrace Jovanovich, pp. 17

¹⁶⁴ Βιρβιδάκης, Σ. (2000). *Εισαγωγή στην Ηθική Φιλοσοφία*. Αθήνα, σελ. 33-36

¹⁶⁵ Partridge, E. (1981). Posthumous Interests and Posthumous Respect. *Ethics* 91. Chicago: University of Chicago, pp. 260-261

συμβαίνει την πρώτη στιγμή που ο Α δεν υπάρχει πλέον. Εάν ο Α μπορεί να χάσει κάτι την πρώτη στιγμή που παύει πλέον να υπάρχει τότε δεν θεωρείται ασυνεπές να του αποδοθούν απώλειες λίγο νωρίτερα ή αργότερα από τον θάνατό του. Αφού λοιπόν ένα πρόσωπο μπορεί να χάσει κάτι μετά τον θάνατό του μπορεί να υποστεί μεταθανάτια βλάβη.¹⁶⁶

Όταν ένα άτομο έχει παύσει να υπάρχει δεν έχει πλέον στόχους ή επιθυμίες ή απαιτήσεις που θα ήθελε να εκπληρωθούν, να προαχθούν ή να παρεμποδιστούν και να μην εφαρμοστούν. Ακόμα και αν η βλάβη που προκαλείται σε ένα πρόσωπο πρόκειται να μετρηθεί με όρους μιας συνολικής επίδρασης σε ένα δίκτυο συμφερόντων διευθετημένων σε ιεραρχία χωρίς συγκρούσεις δεν υπάρχει πιθανότητα βλάβης του προσώπου το οποίο δεν υπάρχει πλέον βασιζόμενοι σε μια εκτίμηση βλάβης που αφορά στην προσβολή συμφερόντων.¹⁶⁷ Επιλέγει και προτείνει λοιπόν την ανάλυση της βλάβης με όρους απώλειας σε σχέση με όρους παραβίασης συμφερόντων.

Η απώλεια όπως και η προσβολή συμφερόντων αποτελούν γεγονότα και επομένως συμβαίνουν σε κάποια συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Πιο συγκεκριμένα η Levenbook κάνει τις ακόλουθες υποθέσεις: α. κάποιος μπορεί να υποστεί βλάβη την στιγμή που παύει να υπάρχει και β. κάποια γεγονότα τα οποία λαμβάνουν χώρα εκείνη την χρονική στιγμή μπορούν να είναι επιβλαβή για τον ίδιο. Σε αντίθεση με τις θεωρίες που βασίζονται στα συμφέροντα που επιβιώνουν η προκύπτουσα εκτίμηση της βλάβης από την Levenbook εξηγεί το πώς κάτι το οποίο αποτελούσε για ένα πρόσωπο προσωπικό αντικείμενο διαβούλευσης μπορεί να λειτουργήσει αρνητικά μετά τον θάνατό του.¹⁶⁸ Επειδή ένα πρόσωπο μπορεί να υποστεί βλάβη (την απώλεια του να μπορεί να βιώνει) την στιγμή του θανάτου του την οποία εντοπίζει την πρώτη στιγμή που παύει κάποιος να υπάρχει φαίνεται λογικό για την ίδια να ισχυριστεί ότι ένα πρόσωπο μπορεί να υποστεί βλάβη και σε άλλες χρονικές στιγμές μετά τον θάνατό του.¹⁶⁹

¹⁶⁶ Levenbook, B.B. (1984). Harming Someone after his death. *Ethics* 94. Chicago: University of Chicago, pp. 410

¹⁶⁷ Levenbook, B.B. (1985). Harming the Dead Once Again. *Ethics* 96. Chicago: University of Chicago: pp. 162-164

¹⁶⁸ Levenbook, B.B. (1984). Harming Someone after his death. *Ethics* 94. Chicago: University of Chicago: pp 412-414

¹⁶⁹ Fisher, J. (2001). Harming and Benefiting the Dead. *Death Studies*. 25: 557-568

Το κεντρικό επιχείρημα της Levenbook είναι ότι η μεταθανάτια βλάβη που προκαλεί η αθέτηση μιας υπόσχεσης προς το νεκρό μπορεί να κατανοηθεί με όρους απώλειας για το πρόσωπο. Η υπόθεσή της βασίζεται στον ισχυρισμό ότι αν μπορούμε να κατανοήσουμε την βλάβη που προκαλεί ένας φόνος ως απώλεια για το θύμα τότε η μεταθανάτια βλάβη μπορεί να κατανοηθεί με ανάλογο σκεπτικό ως απώλεια. Η απώλεια που υφίσταται κάποιος σε μια δεδομένη χρονική στιγμή μπορεί να αποδοθεί ως απώλεια ακόμα και αν το γεγονός της απώλειας λαμβάνει χώρα όταν το πρόσωπο έχει παύσει πλέον να υπάρχει.¹⁷⁰ Ο Silverstein υποθέτει ομοίως ότι είναι δυνατό μια σειρά καταστάσεων να είναι επιβλαβή για το πρόσωπο ακόμα και όταν έχει πάψει πλέον να υπάρχει. Ο Silverstein πιστεύει ότι ένα πρόσωπο μπορεί να συνεχίσει να υπάρχει και μετά θάνατο και να συνυπάρχει με όλα τα γεγονότα παντοτινά. Αρνείται ότι ο θάνατος του ατόμου αποτελεί το τέλος της ύπαρξής του αν και θεωρεί ότι θα μπορούσαμε να πούμε ότι αποτελεί το προσωρινό τέλος της ύπαρξής του.¹⁷¹

Η Fisher υποστηρίζει ότι αν και τα πρόσωπα μπορούν να έχουν επιθυμίες όσο είναι ζωντανά δεν προκύπτει ότι όλες οι επιθυμίες τους μπορούν να ικανοποιηθούν ή να ματαιωθούν μόνο όσο το πρόσωπο είναι ζωντανό. Η διάκριση μεταξύ προσωπικών και υπερβατικών επιθυμιών προσδιορίζει τις επιθυμίες που μπορούν να ικανοποιηθούν ή να ματαιωθούν μετά θάνατο. Η προσωπική επιθυμία ενός προσώπου για παράδειγμα να φάει μια σοκολάτα μπορεί να ικανοποιηθεί μόνο όσο είναι ζωντανός ενώ η υπερβατική επιθυμία του ατόμου μπορεί να ικανοποιηθεί ή να ματαιωθεί ανεξάρτητα από το αν το πρόσωπο είναι ζωντανό όπως για παράδειγμα η επιθυμία του πως θα διαθέσει μετά θάνατο το σώμα του.

Αν θα ικανοποιηθεί η επιθυμία του προσώπου εξαρτάται από το τι θα συμβεί αφού πεθάνει. Εάν για παράδειγμα γίνει δωρητής οργάνων ενώ ο ίδιος δεν το επιθυμούσε τότε η επιθυμία του έχει ματαιωθεί και έχει υποστεί βλάβη καθώς η προθανάτια επιθυμία του αναφορικά με το τι θα συμβεί μετά θάνατο έχει ματαιωθεί. Η διάκριση μεταξύ προσωπικών επιθυμιών και επιθυμιών που ξεπερνούν τα όρια του αισθητού κόσμου η οποία χρησιμοποιείται για τον εντοπισμό των επιθυμιών που μπορούν να ματαιωθούν ή να εκπληρωθούν μεταθανάτια συσχετίζεται με τα συμφέροντα που εξακολουθούν να ασκούν πίεση και μετά το θάνατο του φορέα των

¹⁷⁰ Marquis, D. (1985). Harming the Dead. *Ethics* 96. Chicago: University of Chicago: 159-161

¹⁷¹ Silverstein, S. (1980). The Evil of Death. *Journal of Philosophy* 77: 401-424

συμφερόντων.¹⁷² Κάθε ισχυρισμός ότι οι επιθυμίες μπορούν να ματαιωθούν μετά θάνατο βλάπτοντας το θύμα μπορεί επίσης να εκφραστεί με όρους συμφερόντων τα οποία παραβιάζονται μεταθανάτια βλάπτοντας συνεπώς το θύμα. Χωρίς επιθυμίες δεν υπάρχουν συμφέροντα καθότι τα συμφέροντα προϋποθέτουν τις επιθυμίες.

Κάθε υποστηρικτής της μεταθανάτιας βλάβης πρέπει να γνωρίσει σε βάθος το επιχείρημα του Επίκουρου σύμφωνα με το οποίο είμαστε συνηθισμένοι να πιστεύουμε ότι ο θάνατος δεν είναι τίποτα για εμάς καθότι τόσο το καλό όσο και το κακό υποδηλώνουν συναισθήματα ενώ ο θάνατος αποτελεί την στέρηση όλων των συναισθημάτων. Ο θάνατος επομένως το χειρότερο όλων των συμφορών δεν αποτελεί τίποτα για εμάς γιατί όταν υπάρχουμε ο θάνατος δεν έρχεται και όταν έρχεται παύουμε να υπάρχουμε. Δεν αποτελεί κατά συνέπεια τίποτα βλαβερό τόσο για το ζωντανό όσο και τον νεκρό εφόσον στους ζωντανούς δεν υπάρχει και οι νεκροί δεν υπάρχουν οι ίδιοι για να τον υποστούν.¹⁷³ Η δυσκολία σύμφωνα με την άποψη του Επίκουρου έγκειται στο ότι ο θάνατος φαίνεται να υπολείπεται ένα υποκείμενο. Δευτερολογώντας, ενώ όταν κάποιος είναι ζωντανός δεν έχει βιώσει το κακό του θανάτου όταν είναι νεκρός δεν υπάρχει πλέον για να γίνει δέκτης ωφέλιμων ή βλαβερών γεγονότων. Σύμφωνα με την παραπάνω άποψη ο θάνατος αποτελεί τον οριστικό και αμετάκλητο αφανισμό του προσώπου.¹⁷⁴

Το πιο θεμελιώδες επιχείρημα για τον Επίκουρο αφορά στην ύπαρξη ενός υποκειμένου. Επομένως αγνοώντας όλες τις υποθετικές και υπερφυσικές εξηγήσεις για τη συνεχιζόμενη ύπαρξη της ψυχής και μετά τον θάνατο δεν υπάρχει πρόσωπο το οποίο να υποφέρει.¹⁷⁵ Ο Steven Rosenbaum ένας σύγχρονος οπαδός του Επίκουρου παρέχει μια λογική δομή για το προαναφερόμενο επιχείρημα. Μια ενέργεια μπορεί να είναι επιβλαβής για ένα πρόσωπο εφόσον μπορεί να υποστεί κάποιου είδους επίδραση από αυτήν. Εφόσον όμως ένα πρόσωπο δεν μπορεί να επηρεαστεί από οτιδήποτε αφού

¹⁷² Fisher, J. (2001). Harming and Benefiting the Dead. *Death Studies*. 25: 557-568

¹⁷³ Pitcher, G. (1993). The Misfortunes of the Dead. In John Martin Fischer, ed. *The Metaphysics of Death*. Stanford, CA: Stanford University Press, pp. 121

¹⁷⁴ Silverstein, S. (1980). The Evil of Death. *The Journal of Philosophy* 77: 401-424

¹⁷⁵ F. Tomasini. F. (2008). Research on the recently dead: an historical and ethical examination. *British Medical Bulletin*. 85(1):7-16

παύσει να υπάρχει, για ένα πρόσωπο που πλέον είναι νεκρό δεν μπορεί να προκαλέσει την οποιαδήποτε βλάβη.¹⁷⁶

Η Callahan επισημαίνει ότι σύγχυση και μόνο μπορεί να προκληθεί όταν θεωρήσουμε ότι το νεκρό άτομο είναι εκείνο το οποίο αποτελεί αντικείμενο προσβολής, βλάβης και παραβίασης δικαιωμάτων εφόσον ως νεκρό έχει στερηθεί πλέον αυτών. Σύμφωνα με την ίδια δεν είναι το νεκρό άτομο που βλάπτουμε με τις πράξεις μας αλλά τα πρόσωπα που συνδέονται με αυτό. Μια αντίθετη άποψη αν και μπορεί να έχει ισχυρό συναισθηματικό περιεχόμενο δεδομένου ότι όσοι συναισθηματικά δεμένοι με το νεκρό τον αντιμετωπίζουν σαν να εξακολουθεί να αποτελεί προ-θανάτιο πρόσωπο αποτελεί περισσότερο αντικείμενο μελέτης των ψυχοκοινωνικών επιστημών.¹⁷⁷

Κατά την Callahan τα συμφέροντα που είχε το πρόσωπο πριν το θάνατό του επιβιώνουν ως συμφέροντα και μετά τον θάνατό του μόνο στην περίπτωση που μεταβιβάζονται σε ζωντανούς φορείς συμφερόντων. Αυτό σημαίνει ότι τα συμφέροντά του νεκρού μεταβιβάζονται σε άλλους ζωντανούς δρώντες και γίνονται δικά τους συμφέροντα με το να μοιράζονται το ίδιο αντικείμενο διαβούλευσης που είχε το πρόσωπο πριν το θάνατό του.¹⁷⁸ Σύμφωνα με την ίδια οι θεωρητικές μας διαισθήσεις αναφορικά με την βλάβη προς το νεκρό δεν αποτελούν γνήσιες ηθικές πεποιθήσεις αλλά αποτελούν κρίσεις που έχουμε την τάση να κάνουμε επειδή θεωρούμε ότι ο νεκρός είναι το ίδιο πρόσωπο με αυτό που ήταν πριν το θάνατό του, αποτελούν κοινώς συναισθήματα τα οποία θα πρέπει να εκτιμηθούν από ψυχολογική σκοπιά.

Αναφέρει ότι ο Dworkin έχει επισημάνει ένα σύνολο κριτηρίων που πρέπει να πληρούνται προκειμένου μια θέση να χαρακτηριστεί ως ηθική. Ανάμεσα σε αυτές τις προϋποθέσεις είναι να δώσει ο υποστηρικτής της μια πλήρη αιτιολόγηση για την θέση του. Εάν εντούτοις η θέση του βασίζεται αποκλειστικά σε συναισθηματικά κριτήρια τότε αυτό δεν επαρκεί για να χαρακτηριστεί ηθική.¹⁷⁹ Τα επιχειρήματα για τη βλάβη που υφίσταται το νεκρό άτομο, όπως υποστηρίζουν άλλοι φιλόσοφοι, για την Callahan αποτυγχάνουν, ως προς το σημείο ότι δεν υπάρχει υποκείμενο για να υποστεί την

¹⁷⁶ Sperling, D. (2008). *Posthumous Interests: Legal and Ethical Perspectives*. Cambridge University Press, pp. 50

¹⁷⁷ Callahan, J. (1987). On harming the dead. *Ethics*. Vol. 97, No. 2, pp. 341-352

¹⁷⁸ Callahan, J. (1987). On harming the dead. *Ethics*. Vol. 97, No. 2, pp. 344

¹⁷⁹ Dworkin, R. (1977). *Taking Rights Seriously*. Harvard University Press, pp. 250

βλάβη και κατά συνέπεια η πεποίθηση ότι ο νεκρός μπορεί να υποστεί βλάβη εξαιρείται από το να αποτελεί ένα γνήσιο ηθικό επιχείρημα.¹⁸⁰

Υποστηρίζει ότι νοιώθουμε υποχρεωμένοι να εκπληρώσουμε τις επιθυμίες του νεκρού επειδή αυτές συμπίπτουν με άλλες αξίες τις οποίες θεωρούμε σημαντικές χωρίς αυτό να σημαίνει ότι οι αξίες εκτιμώνται ανεξάρτητα από τις προθέσεις του ζωντανού προσώπου και οι οποίες μας προκαλούν το αίσθημα της υποχρέωσης να σεβαστούμε τις επιθυμίες του νεκρού. Σημαντικό τμήμα αυτής της άποψης αποτελεί η ηθική πεποίθηση ότι τα πρόσωπα έχουν το δικαίωμα να διαθέσουν όπως επιθυμούν την ιδιοκτησία τους όπως κατά επέκταση και το σώμα τους και δεδομένου ότι μια τέτοια ενέργεια μπορεί να συμβεί μόνο μετά το θάνατό τους έχουμε μια γνήσια ηθική υποχρέωση να το κάνουμε.¹⁸¹ Πιστεύει ότι οι διαισθήσεις μας αναφορικά με την βλάβη που προκαλούμε όταν αγνοούμε τις επιθυμίες του νεκρού εμπλέκουν άλλες αξίες όπως τα δικαιώματα και τα συμφέροντα των προσώπων. Ισχυρίζεται κοινώς ότι κάποιες από τις πράξεις που κρίνουμε αρνητικά επειδή βλάπτουν τον νεκρό είναι τελικά επιβλαβείς επειδή εμπεριέχουν την θυσία εσωτερικά πολύτιμων αγαθών και κατά συνέπεια σημαντικών ηθικών αποτυχιών.¹⁸² Ο νεκρός δεν έχει δικαιώματα όμως το σώμα του αποτελεί αντικείμενο προστασίας του δικαιώματος των οικείων του στην προσωπικότητά τους.¹⁸³

Κατά την Nussbaum όταν αναφερόμαστε σε δικαιώματα εννοούμε τις ελεύθερες επιλογές που γίνονται ή είχαν γίνει από άτομα ικανά να αποφασίσουν για τον εαυτό τους και οι οποίες θα πρέπει να παραμείνουν σεβαστές και μετά θάνατο. Όταν χειριζόμαστε το σώμα ενός προσώπου σαν να μην αποτελεί το σώμα του συγκεκριμένου ατόμου αντικειμενοποιούμε όχι μόνο το σώμα αλλά και το πρόσωπο το οποίο κάποτε υπήρξε αρνούμενοι ουσιαστικά όπως ορίζει η Nussbaum την αυτονομία του.¹⁸⁴

¹⁸⁰ Callahan, J. (1987). On harming the dead. *Ethics*. Vol. 97, No. 2, pp. 347

¹⁸¹ Callahan, J. (1987). On harming the dead. *Ethics*. Vol. 97, No. 2, pp. 349-351

¹⁸² Callahan, J. (1987). On harming the dead. *Ethics*. Vol. 97, No. 2, pp. 352

¹⁸³ Βιδάλης, Τ.Κ. (2007). Βιοδίκαιο. Πρώτος Τόμος: Το πρόσωπο, Σάκκουλας, Αθήνα, σελ. 135

¹⁸⁴ Wilkinson, S. (2003). *Bodies for Sale: ethics and exploitation in the human body trade*. Routledge, Taylor & Francis Group, pp. 52-54

Συνοψίζοντας, η άποψη ότι είναι λάθος να βλάπτουμε τους άλλους είναι μια ευρέως διαδεδομένη ηθική αρχή.¹⁸⁵ Εάν δεχτούμε ότι ο νεκρός μπορεί να υποστεί βλάβη από τις δράσεις των ζωντανών τότε μπορεί να υποστηριχτεί η άποψη ότι υπάρχουν εξελισσόμενες σχέσεις μεταξύ νεκρών και ζωντανών τις οποίες πρέπει να εκτιμήσουμε από μια ηθική σκοπιά.¹⁸⁶ Πιο συγκεκριμένα, εάν υιοθετήσουμε την θέση ότι ο νεκρός μπορεί να υποστεί βλάβη ως προς τα πρόσωπα που συνδέονται με αυτόν σε αυτή την περίπτωση η μεταμόσχευση οργάνων από νεκρό δότη μπορεί να αποτελέσει ανήθικη πρακτική υπό την απουσία συναίνεσης ή υπό την καθιέρωση της πρακτικής της εικαζόμενης συναίνεσης.¹⁸⁷ Βασική αρχή της ηθικότητας άλλωστε δεν αποτελεί το να πράττουμε για να ωφελησουμε κάποιον άλλο αλλά να εντοπίσουμε τον λόγο για τον οποίο η πράξη που ωφελεί συσχετίζεται με όλα τα εμπλεκόμενα μέλη της.

Τα άτομα και οι κοινωνίες βλάπτονται αν οι πράξεις εκτελούνται σε αντίθεση με την αρχή για το σεβασμό του νεκρού. Ο σεβασμός του πτωματικού δότη και συνεπώς των δικαιωμάτων των προσώπων που συνδέονται με αυτό αποτελεί βασικό ζήτημα για την προώθηση των μεταμοσχεύσεων. Σε μια κοινωνία λοιπόν ηθικών προσώπων και δίκαιων συστημάτων όχι απλά μας επιτρέπεται να αποδώσουμε στο νεκρό ότι του οφείλουμε αλλά είμαστε ηθικά υποχρεωμένοι να το κάνουμε με αναφορά στους ζωντανούς. Μπορούμε να υποθέσουμε ότι οι περισσότεροι από εμάς θα νοιώθαμε μεγάλη ικανοποίηση εάν γνωρίζαμε ότι οι επιθυμίες μας θα γίνονταν σεβαστές και μετά τον θάνατό μας. Η αποδοχή και διατήρηση της έννοιας της βλάβης του νεκρού τόσο στο ηθικό όσο και νομικό μας σύστημα αποτελεί ένα αποτελεσματικό τρόπο για να διασφαλίσουμε το σεβασμό ως προς το νεκρό και συνεπώς ως προς τη δικαιοδοσία των ζωντανών για το σώμα του νεκρού.

¹⁸⁵ Beauchamp, T.L. (1989). Ethical theory and Bioethics. In T.L. Beauchamp and LeR. Walters (eds). *Contemporary Issues in Bioethics*, Belmont, California: Wadsworth Publishing Company, pp. 1-43

¹⁸⁶ Fisher, J. (2001). Harming and Benefiting the Dead. *Death Studies*. 25: 557-568

¹⁸⁷ Nelson, J.L. (2003). Harming the Dead and Saving the Living. *The American Journal of Bioethics*. Vol. 3, No. 1, pp. 13-15

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ.

ΙΙΙ.1. ΒΙΟΗΘΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΟΥ Ν. 2737/99 ΓΙΑ ΤΙΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΑΠΟ ΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥΣ ΔΟΤΕΣ

Οι μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων από πτωματικούς δότες αποτελούν μια από τις σημαντικότερες εξελίξεις της ιατρικής επιστήμης που έκαναν πραγματικότητα των προσδοκία των ανθρώπων για παράταση και καλύτερη ποιότητα ζωής. Όμως οι μεταμοσχεύσεις ως σύνθετες και πολυπρόσωπες ιατροχειρουργικές επεμβάσεις δημιουργούν δυσεπίλυτους νομικούς, ηθικούς και κοινωνικούς προβληματισμούς. Κυρίως η έλλειψη μοσχευμάτων σε σχέση με την ζήτησή τους και η λήψη τους εν προκειμένω από νεκρό ανθρώπινο σώμα καθώς και η εννοιολογική θεώρηση του θανάτου που επιβλήθηκε από την εξέλιξη της ιατρικής τεχνολογίας είναι τα προβλήματα που καθιστούν για κάθε νομοθέτη δύσκολη την ισορροπία ανάμεσα στην αποδοχή της νέας μεθόδου και στην προστασία του ύψιστου δικαίου αγαθού της ανθρώπινης προσωπικότητας στις ειδικότερες εκφάνσεις του.

Η ανάγκη ενιαίας αντιμετώπισης των νομικών, ηθικών και κοινωνικών προβλημάτων που έχουν προκύψει με τις μεταμοσχεύσεις αποτελεί και το ισχυρότερο κίνητρο για μια διανθρώπινη, διεπιστημονική και διακρατική συνεργασία. Αποτέλεσμα αυτής της συνεργασίας είναι η έκδοση από αρμόδιους φορείς της Ευρωπαϊκής Ένωσης και γενικότερα της διεθνούς έννομης τάξης οδηγιών και ψηφισμάτων που θεμελιώνουν τις βασικές αρχές πάνω στις οποίες πρέπει να βασίζεται η δωρεά οργάνων για μεταμόσχευση με στόχο την προστασία της ανθρώπινης προσωπικότητας και αξιοπρέπειας. Με τις αρχές αυτές θα πρέπει να εναρμονίζεται και ο κάθε νομοθέτης που καλείται να επανεξετάσει το νομοθετικό πλαίσιο εφαρμογής των μεταμοσχεύσεων.

Στην Ελλάδα αρχικά νομοθετήθηκαν μόνο οι μεταμοσχεύσεις κερατοειδούς χιτώνα με το Ν.Δ. 3372/1955 «περί κερατοπλαστικών εγχειρήσεων» το οποίο εκδόθηκε κατά το πρότυπο του αντίστοιχου Γαλλικού νομοθετήματος του 1947 και το οποίο παρέμεινε ανεφάρμοστο κυρίως λόγω του ότι δεν εκδόθηκαν οι εκτελεστικές διατάξεις που προέβλεπαν τη σύσταση και την οργάνωση οφθαλμών. Ακολούθησε ο νόμος 821/78 «περί αφαιρέσεων και μεταμοσχεύσεων βιολογικών ουσιών ανθρώπινης προελεύσεως» ο οποίος δεν εφαρμόστηκε λόγω των επιστημονικών λαθών που

περιείχε τα οποία αποτέλεσαν τροχοπέδη κυρίως για την πτωματική μεταμοσχευση.¹⁸⁸ Ο νόμος αυτός αντικαταστάθηκε με τον νόμο 1383/83 για τις «μεταμοσχεύσεις ανθρώπινων ιστών και οργάνων» ο οποίος επίσης δεν εφαρμόστηκε ολοκληρωμένος αφού δεν εκδόθηκαν πολλές από τις εκτελεστικές του διατάξεις.¹⁸⁹ Με τον νόμο 2737/1999 τέθηκε το πλαίσιο που διέπει τις μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων, καθιερώθηκαν οι διαδικασίες των μεταμοσχεύσεων και ιδρύθηκε ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων (Ε.Ο.Μ.). Στην χώρα μας παρά το γεγονός ότι οι πολιτικές δυνάμεις της χώρας και η εκκλησία είναι σύμφωνες με την δωρεά οργάνων ο αριθμός των μεταμοσχεύσεων από πτωματικούς δότες δεν είναι ικανοποιητικός σε σχέση με τις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες.¹⁹⁰

Δυο είναι τα όργανα μέσω των οποίων υλοποιείται η οργάνωση και ο συντονισμός των μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα: α. ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων (Ε.Ο.Μ.) και β. ο Συντονιστής Μεταμοσχεύσεων. Ο Ε.Ο.Μ. κατάργησε το προϋφιστάμενο Εθνικό Συμβούλιο Μεταμοσχεύσεων και την Υπηρεσία Συντονισμού και Ελέγχου Μεταμοσχεύσεων (Υ.Σ.Ε.Μ) και σήμερα αποτελεί τη βασικό μηχανισμό διοικητικής υποστήριξης της μεταμοσχευτικής διαδικασίας.

Ο Ε.Ο.Μ. ιδρύθηκε το 1999 ως Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου με έδρα την Αθήνα, διοικείται από 11μελές διοικητικό συμβούλιο, τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και επιχορηγείται σχεδόν εξολοκλήρου από τον τακτικό προϋπολογισμό του χωρίς να οριοθετείται το ύψος της ετήσιας επιχορήγησης που επαφίεται στην κρίση του εκάστοτε υπουργού Υγείας και δευτερευόντως από χορηγίες που προέρχονται από δωρεές, κληρονομίες και λοιπές χορηγίες τρίτων. Στόχος του Ε.Ο.Μ. σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι η ανάπτυξη του μεταμοσχευτικού προγράμματος της χώρας μας καθώς και η ευαισθητοποίηση και ενημέρωση του κοινού γύρω από την ιδέα της δωρεάς ιστών και οργάνων με στόχο την αύξηση των μεταμοσχεύσεων.¹⁹¹

¹⁸⁸ Βάρκα-Αδάμη, Α. (2003). Το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο για τις μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων. Φιλελεύθερη Έμφαση, Εκδόσεις Σιδέρης, σελ. 39-57

¹⁸⁹ Κονιαβίτου, Κ., Βάρκα-Αδάμη, Α. (1997). Η Εθνική μας Πολιτική στον τομέα των Μεταμοσχεύσεων», *Ιατρικό Βήμα*, τ. 50, σελ. 46

¹⁹⁰ Αιτιολογική έκθεση στην πρόταση « Τροποποίηση και Συμπλήρωση του ν. 2737/1999 «Μεταμοσχεύσεις Ανθρώπινων Ιστών και Οργάνων και άλλες Διατάξεις»

¹⁹¹ www.hellenic-health.gr

Εισηγείται μέτρα για την χάραξη της εθνικής πολιτικής στον τομέα των μεταμοσχεύσεων που οργανώνει και συντονίζει σε διεθνές και εθνικό επίπεδο τη διακίνηση των μοσχευμάτων και εισηγείται τους όρους, τις προϋποθέσεις και τη διαδικασία των μεταμοσχεύσεων και τον κώδικα δεοντολογίας των μεταμοσχευτικών κέντρων.¹⁹² Προτείνει τη χορήγηση ή μη άδειας λειτουργίας Τραπεζών Ιστών για μεταμόσχευση οι οποίες μπορούν να είναι μόνο νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου ή ιδιωτικού μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα.¹⁹³ Το ίδιο ισχύει και για τις Μονάδες Μεταμόσχευσης οι οποίες επίσης είναι νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου κοινωφελούς και μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα.¹⁹⁴ Συγκεκριμένα ελέγχει και αξιολογεί το έργο τους και προτείνει τη χορήγηση ή την ανάκληση της άδειας λειτουργίας τους, προφανώς παρακάμπτοντας τη Διοίκηση του νοσοκομείου στο οποίο αυτές ανήκουν. Από τα παραπάνω καθίσταται σαφές ότι στον Ε.Ο.Μ. απονέμονται αρμοδιότητες οι οποίες προσιδιάζουν σε νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου καθόσον έχουν άμεση σχέση με την άσκηση δημόσιας εξουσίας. Ως εκ τούτου έχει επισημανθεί ότι ενδέχεται στο μέλλον να ανακύψουν προβλήματα στη λειτουργία των άλλων νομικών προσώπων δημόσιου δικαίου όπως οι τράπεζες ιστών ή οι Μονάδες Μεταμόσχευσης που εποπτεύονται από τον Ε.Ο.Μ.¹⁹⁵

Οι Συντονιστές Μεταμοσχεύσεων προσφέρουν υπηρεσίες για την προώθηση των μεταμοσχεύσεων και υποβοηθούν το μεταμοσχευτικό έργο. Οι θέσεις τους συστήνονται στον Ε.Ο.Μ. και στις μονάδες των νοσηλευτικών ιδρυμάτων που συμμετέχουν στην μεταμοσχευτική διαδικασία. Οι θέσεις αυτές καλύπτονται από πτυχιούχους επαγγελματιών υγείας, Πανεπιστημίου ή Τ.Ε.Ι. μετά από εξειδίκευση στο αντικείμενο του συντονιστή.¹⁹⁶ Στο προεδρικό διάταγμα 93/2002 περιγράφονται αναλυτικά τα προσόντα και καθήκοντα των Συντονιστών Μεταμοσχεύσεων.

Ο νόμος 2737/1999 όσον αφορά στο μέρος των μεταμοσχεύσεων χωρίζεται σε πέντε κεφάλαια: στο πρώτο κεφάλαιο και στα άρθρα 1-9 περιλαμβάνονται γενικές διατάξεις, που ορίζουν το πεδίο εφαρμογής του νόμου, την απαγόρευση προσφοράς ιστών και οργάνων έναντι ανταλλάγματος, τη μορφή και τις προϋποθέσεις της λειτουργίας των μεταμοσχευτικών κέντρων και των τραπεζών ιστών, θέματα που

¹⁹²Κεφ. Β', Άρθρο 15, παρ. 1, 2, 3, ν. 2737/2009

¹⁹³Κεφ. Α, Άρθρο 6, παρ. 1 και 2 ν. 2737/2009

¹⁹⁴Κεφ. Α, Άρθρο 4, ν. 2737/2009

¹⁹⁵Βάρκα-Αδάμη, Α. (2005). *Το Δίκαιο των Μεταμοσχεύσεων*. Εκδόσεις Σάκκουλας, σελ. 141

¹⁹⁶Κεφ. Α, Άρθρο 5, ν. 2737/2009

αφορούν τους συντονιστές μεταμόσχευσης και την τήρηση Εθνικού Μητρώου εγγραφής των υποψηφίων ληπτών και δωρητών. Στο δεύτερο κεφάλαιο ορίζονται οι προϋποθέσεις των μεταμοσχεύσεων με μοσχεύματα από ζώντες δότες, ενώ στο τρίτο κεφάλαιο και στα άρθρα 12-14 ορίζονται οι προϋποθέσεις των μεταμοσχεύσεων με μοσχεύματα από πτωματικούς δότες. Το τέταρτο κεφάλαιο αναφέρεται στην ίδρυση του Ε.Ο.Μ. ενώ το τελευταίο κεφάλαιο περιέχει ποινικές διατάξεις.

Σε γενικές γραμμές ο νόμος 2737/1999 είναι εναρμονισμένος με τις βασικές κατευθυντήριες γραμμές που ορίζει για τις μεταμοσχεύσεις η σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική, γνωστή και ως Σύμβαση του Οβιέδο, την οποία έχει ενσωματώσει η Ελλάδα στην νομοθεσία της με τον νόμο 2619/1998 καθώς και με το πρόσθετο για τις μεταμοσχεύσεις που υπογράφηκε στο πλαίσιο της ανωτέρω σύμβασης. Για παράδειγμα το άρθρο 1 του νόμου 2737/1999 επιτρέπει τις αφαιρέσεις ιστών και οργάνων από ζώντες ή πτωματικούς δότες με σκοπό τη μεταμόσχευση μόνο για θεραπευτικούς σκοπούς, εναρμονιζόμενο έτσι με τα οριζόμενα στο άρθρο 19, παρ. 1 της Σύμβασης για την Βιοιατρική (ν. 2619/1998). Εντούτοις προκάλεσε έντονες αντιδράσεις στους συλλόγους και στο νομικό, τον ιατρικό, τον πολιτικό και τον εκκλησιαστικό κόσμο ήδη από τη στιγμή που δημοσιεύτηκε ως προσχέδιο νόμου.

Μέσα από αυτές τις αντιδράσεις γίνεται ακόμα πιο φανερή η συνύπαρξη ενός λιγότερου και ενός περισσότερο αμιγούς αλτρουιστικού δώρου και στη σύγχρονη ελληνική κοινωνία πλέον. Κοινό γνώρισμα η έμφαση στην ελευθερία που πρέπει να έχει το άτομο- πρόσωπο ώστε να αποφασίζει πόσο πλησίον θα έρθει προς τον άλλο με την ιδιότητα είτε του δωρητή είτε του λήπτη. Οι νομικοί και οι γιατροί που σχετίζονται με τις μεταμοσχεύσεις ενώ ενέκριναν τα κίνητρα, επέκριναν τον νόμο, επειδή περιόρισε τη ζώσα δωρεά στους συγγενείς και δεν υιοθέτησε την αρχή της εικαζόμενης συναίνεσης ώστε να πάντουν οι συγγενείς ολοκληρωτικά να υποκαθιστούν την προσωπική βούληση του δότη.¹⁹⁷

Ο νέος νόμος επικρίθηκε επίσης από γιατρούς σχετιζόμενους με Μονάδες Εντατικής Θεραπείας για τον ανεπαρκή ορισμό του εγκεφαλικού θανάτου, για τις προβλεπόμενες ποινές εναντίον των γιατρών των ΜΕΘ οι οποίοι για λόγους συνείδησης ενδέχεται να αρνούνταν την διακοπή της μηχανικής υποστήριξης των

¹⁹⁷ Παπαγαρουφάλη, Ε. (2002). *Δώρα Ζωής Μετά Θάνατον*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, σελ. 158-159

βαρύτητα πασχόντων ασθενών τους, για τον έμμεσο χαρακτηρισμό των μοσχευμάτων ως εθνικού πλούτου, επομένως ως αντικειμένων που ανήκουν στην δικαιοδοσία του κράτους και όχι στον κάθε δότη και τέλος για τον εκβιαστικό χαρακτήρα που αποκτά η δωρεά μέσω της επιβεβλημένης διακοπής των μηχανημάτων αν δεν προσφερθούν τα όργανα του νεκρού από τους συγγενείς.¹⁹⁸ Επίσης ο νέος νόμος ανατρέπει την έννοια και τη σημασία της δωρεάς η οποία πρέπει να είναι προϊόν ελεύθερης βούλησης που θα οδηγεί σε αυθόρμητη πρωτοβουλία και πάντα σε μη ανταλλακτική βάση.

Η δωρεά οργάνων στο νέο νόμο παρουσιάζεται ως μια μακροπρόθεσμη προσοδοφόρα ατομική επένδυση ή και ανταλλαγή: ενώ ο υποψήφιος δωρητής ενδέχεται να μην γίνει ποτέ δότης, εντούτοις αν αρρωστήσει θα γίνει σίγουρα λήπτης. Ενώ λοιπόν ο νέος νόμος είναι υπέρ του αυτεξούσιου δωρητή δυσπιστεί στην πλήρη ανιδιοτέλειά του και του υπόσχεται ανταλλάγματα.¹⁹⁹ Το άρθρο 2, παρ. 1 του νόμου 2737/1999 με τον τίτλο απαγόρευση ανταλλάγματος ορίζει ότι η αφαίρεση ιστών και οργάνων με σκοπό τη μεταμόσχευση γίνεται χωρίς οποιοδήποτε αντάλλαγμα. Ωστόσο στην έννοια του οποιοδήποτε ανταλλάγματος που ορίζει ο νόμος περιλαμβάνονται διάφορα και ουσιαστικά κίνητρα τα οποία μπορούν να προβλεφθούν στο μέλλον για την προώθηση των μεταμοσχεύσεων, επομένως ο ίδιος νόμος φαίνεται να αλληλοαναιρείται.

Συγκεκριμένα στο άρθρο 7, παρ. 3 του ν. 2737/1999 ορίζεται ότι αν στην κατανομή δωρισθέντων μοσχευμάτων υπάρχουν περισσότεροι του ενός κατάλληλοι υποψήφιοι λήπτες τότε θα «προηγούνται τα πρόσωπα που έχουν δηλώσει πριν παρουσιασθεί για αυτά η ανάγκη της μεταμόσχευσης, τη συναίνεσή τους για την αφαίρεση των οργάνων τους ύστερα από τον θάνατό τους». Το κίνητρο αν και είναι ευγενές καθότι στοχεύει στην αύξηση της προσφοράς οργάνων δεν παύει να αποτελεί αντάλλαγμα στη δηλωθείσα συναίνεση για τη μετά θάνατο δωρεά των οργάνων.²⁰⁰

Ο ελληνικός νόμος περί δωρεάς μοσχευμάτων όσο εκσυγχρονίζεται τείνει να τονίζει ολοένα και περισσότερο το τοπικό-εθνικό σώμα στο όνομα του εξελικτικού μοντέλου του εξευρωπαϊσμού και της τοπικής-εθνικής σύγκλισης με αυτό. Ο υποβόσκων λόγος της μεταμοντερνικότητας και του εκσυγχρονισμού με την

¹⁹⁸ Βρεττός Μ, Γιαννούλης Ε, Γκιάλα Μ. (1999). "Προβλήματα και ασάφειες του νόμου 2737/1999 για τις μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων ιστών και οργάνων". *Ιατρικό Βήμα*: 70-72

¹⁹⁹ Παπαγαρουφάλη, Ε. (2002). *Δώρα Ζωής Μετά Θάνατον*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, σελ. 157

²⁰⁰ Βάρκα-Αδάμη, Α. (1993). *Το Δίκαιο των Μεταμοσχεύσεων*. Εκδόσεις Σάκκουλας, σελ. 99

ικανότητα που έχει να ανανεώνει συνεχώς το περιεχόμενο του νέου ανάλογα με τις διεθνείς συγκυρίες από τη μια μεριά πιέζει προς μια επιλεκτική δημόσια μνήμη και από την άλλη καταλήγει συνεχώς στον εντοπισμό τοπικών απωλειών ή ελλείψεων σε σύγκριση με πιο αναπτυγμένες χώρες όπως την Ισπανία. Τέλος, ο νόμος 2737/1999 αναφέρεται στο άρθρο 12, παρ. 6 αναφέρει ότι η επέλευση του θανάτου θεωρείται δεδομένη με την αμετάκλητη παύση της λειτουργίας του εγκεφαλικού στελέχους. Ο θάνατος του εγκεφαλικού στελέχους θεωρείται επαρκής και αναγκαία συνθήκη για να χαρακτηριστεί ολόκληρος ο εγκέφαλος νεκρός όπως καθορίζει και η 9^η απόφαση της 21^{ης} Ολομέλειας του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας που συνήλθε στις 20-3-1985.

Συνοψίζοντας, η χώρα μας έχοντας έγκαιρα λοιπόν αντιληφθεί την δυναμική που φέρει το νέο επίτευγμα της βιοιατρικής, οι μεταμοσχεύσεις, προέβει από εικοσιπενταετίας στη λήψη θεσμικών μέτρων προκειμένου να διαμορφώσει το αναγκαίο οργανωτικό πλαίσιο για την διευκόλυνση της διενέργειας των μεταμοσχεύσεων. Στην Ελλάδα ισχύει ο νόμος 2737/1999 ο οποίος θεωρείται ότι αντιμετωπίζει με επάρκεια τα βασικά οργανωτικά ζητήματα, τόσο πριν όσο και κατά την διάρκεια της μεταμοσχευτικής διαδικασίας. Σε αντίθεση με τον προηγούμενο δεν συμπεριλαμβάνει την μεταθανάτια προσφορά ολόκληρου του σώματος, απαλείφει την έκφραση «χαριστική αιτία» και αντί αυτής χρησιμοποιεί τους όρους «δωρεά» και «δωρητής» σε αρκετά άρθρα του. Συγχρόνως περιορίζει το ρόλο της συγγένειας στη μεταθανάτια δωρεά οργάνων ενώ η πτωματική δωρεά γίνεται πλέον μόνο για θεραπευτικούς και όχι ερευνητικούς σκοπούς.²⁰¹

²⁰¹ Κεφ. Α, Άρθρα 8, 9, 14, 15, Ν. 2737/1999

III.1.1. Ο ΜΥΘΟΣ ΤΗΣ ΕΙΚΑΖΟΜΕΝΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Το πρόβλημα της περιορισμένης δωρεάς οργάνων με σκοπό τη μεταμόσχευση έχει φέρει στην επιφάνεια το ζήτημα της εικαζόμενης συναίνεσης. Υποστηρίζεται δηλαδή ότι όταν ένα πρόσωπο ούτε έχει δωρίσει ούτε έχει βεβαιωμένα αρνηθεί να δωρίσει τα όργανά του στην περίπτωση που χάσει την ζωή του τότε ο γιατρός μπορεί να εικάσει ότι θα συναινούσε στη δωρεά αν είχε την ευκαιρία να σκεφτεί το ζήτημα και να αφαιρέσει τα όργανά του ώστε να χρησιμοποιηθούν για μεταμόσχευση.²⁰² Η έντονη έλλειψη οργάνων για μεταμοσχεύσεις είναι αυτή που οδήγησε σε ένα αυξημένο ενδιαφέρον των νομοθετών για νόμους που έχουν σχεδιαστεί να αυξήσουν τον αριθμό των οργάνων για μεταμόσχευση όπως είναι αυτός της εικαζόμενης συναίνεσης. Ο λόγος για την υιοθέτησή της υποστηρίζουν ότι οφείλεται στο γεγονός ότι αν υιοθετήσουμε την εικαζόμενη συναίνεση θα υπάρχει μια ουσιώδης αύξηση της ποσότητας των διαθέσιμων οργάνων για μεταμόσχευση.²⁰³

Η εικαζόμενη συναίνεση φαίνεται να βασίζεται σε μια αντίληψη ωφελιμότητας και αντικειμενικής αλληλεγγύης σύμφωνα με την οποία αν πρόκειται για τη σωτηρία του πλησίον είναι εύλογο να υποτεθεί ότι οποιοδήποτε μέλος της κοινωνίας αντιμετώπιζε το δίλημμα θα δώριζε τα όργανά του.²⁰⁴ Εντούτοις έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 1993 και αφορούσε στην εικαζόμενη συναίνεση έδειξε ότι μόνο το 37% του πληθυσμού των Αμερικανών ήταν πολύ πιθανό να ήθελε να μεταμοσχευθούν μετά θάνατο τα όργανά του ενώ το 32% δήλωνε κάπως πιθανό. Επιπροσθέτως από το 55% των συμμετεχόντων στην έρευνα που ήταν πρόθυμοι να γίνουν δωρητές οργάνων μόνο το 28% είχε προβεί στις απαιτούμενες διαδικασίες.²⁰⁵

Σύμφωνα με την πρόταση νόμου «τροποποίηση και συμπλήρωση του νόμου 2737/1999 «Μεταμοσχεύσεις Ιστών και Οργάνων και άλλες διατάξεις» κάθε πολίτης θεωρείται δυνητικός δότης ιστών ή οργάνων σύμφωνα με τους όρους της κείμενης νομοθεσίας, εκτός εάν έχει δηλώσει ο ίδιος ή οι ασκούντες την επιμέλειά του ή οι νόμιμοι συμπαραστάτες του την σχετική άρνησή του. Με την εισαγωγή ενός τέτοιου

²⁰² Wright, L. (2007). Is presumed consent the answer to organ shortages? No. *BMJ*. 334:1089

²⁰³ Veatch, R. (2000). *Transplantation Ethics*. Georgetown University Press, Washington, D.C., pp. 167

²⁰⁴ Βιδάλης, Κ. (2008). Η εικαζόμενη συναίνεση. *Επιθεώρηση Βιοηθικής*, Τόμος Ι, Τεύχος Ι, σελ. 107-111

²⁰⁵ Veatch, R. (2000). *Transplantation Ethics*. Georgetown University Press, Washington, D.C., pp. 169-170

νόμου υπονομεύεται πλήρως η ελευθερία του ανθρώπου. Αν η εικαζόμενη συναίνεση εφαρμοσθεί τότε αντιλαμβανόμαστε ότι θα ζήσουμε σε μια κοινωνία της κατευθυνόμενης βούλησης.

Το συνταγματικά κατοχυρωμένο δικαίωμα κάθε πολίτη για αυτοδιάθεση, αυτοκαθορισμό και ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας (άρθρο 5, παρ. 1Σ) καθώς και για σεβασμό στην αξιοπρέπειά του (άρθρο 2, παρ. 1Σ) σε συνδυασμό με διεθνή νομοθετήματα και δεοντολογικές αρχές που επικύρωσε η χώρα μας καθώς και διατάξεις του εσωτερικού δικαίου συνηγορούν σε αυτό. Όποιος δεν έχει εκφραστεί αρνητικά για κάτι δημοσίως θα σημαίνει ότι συγκατατίθεται με αποτέλεσμα να δημιουργούνται πολλά προβλήματα για την ζωή του και την συμπεριφορά του στην κοινωνία. Η εικαζόμενη συναίνεση αν και αφήνει περιθώρια ανάκλησης προβληματίζει για την δυνατότητα ή ακόμα την γνώση που θα μπορούσαν να έχουν οι πολίτες για το συγκεκριμένο νόμο προκειμένου να προβούν στις απαιτούμενες διαδικασίες.

Η συναίνεση έχει εξηγηθεί ποικιλοτρόπως. Ορισμένοι την αντιμετωπίζουν σαν μια έκφραση συμφωνίας ή ψυχολογικής αναγνώρισης ενώ για άλλους αποτελεί όχι απλά μια θέση αλλά μια πράξη η οποία ωστόσο μπορεί να προκαλέσει αμφιβολίες. Γίνεται αντιληπτή σαν μια μορφή εξουσιοδότησης, σαν μια μορφή υπόσχεσης ή σαν μια αυτο-εικαζόμενη υποχρέωση. Η απόκτηση και τήρηση της συναίνεσης επιβεβαιώνει την υπόσταση των ατόμων ως προσώπων, εμπλέκοντάς τους άμεσα ως συν-εταίρους σε δραστηριότητες ίσης κοινωνικής υπόστασης που αποτελούν μέσω της συναίνεσης κοινό εγχείρημα. Η συναίνεση εκφράζει μια μορφή συνεργασίας στην ενέργεια ενός άλλου ατόμου με τέτοιο τρόπο ώστε το μέλος που συναινεί γίνεται με το άλλο μέλος που πράττει κομιστής ευθύνης για την πράξη για την οποία έχει δοθεί ήδη η συναίνεση.²⁰⁶

Η κατανόηση του όρου εικαζόμενη συναίνεση στη δωρεά οργάνων αντιμετωπίζεται από επαγγελματίες νομικούς και γιατρούς ως ένας παραπλανητικός και ανακριβής ορισμός. Όσοι αντιτίθενται στην συγκεκριμένη ορολογία υποστηρίζουν ότι η απουσία της προθυμίας του νεκρού για δωρεά των οργάνων του δεν είναι ηθικά αποδεκτή καθότι αντιμετωπίζεται ως παραβίαση των επιθυμιών του. Μάλιστα έχει προταθεί ο όρος εικαζόμενη συναίνεση να αντικατασταθεί με τον όρο

²⁰⁶ Kleinig, J. (1982). The ethics of consent. In Kai Nielsen and Steven C. Patten (eds.) *New essays in ethics and public policy*, *Canadian Journal of Philosophy*, Vol. VIII, pp. 91-118

«προδιαγεγραμμένη αντίρρηση» προκειμένου να δοθεί έμφαση στη πράξη και όχι στην υπόθεση.²⁰⁷ Ουσιαστικά με τον τρόπο αυτό η προσοχή εστιάζεται στο πως μπορεί να διατηρηθεί η λειτουργικότητα των οργάνων του ατόμου και στο πως μπορούν κατά συνέπεια να αξιοποιηθούν με τον καλύτερο τρόπο τα όργανά του παρά στην σημασία που έχει η συναίνεση του ατόμου στη δωρεά οργάνων στερώντας και αλλοιώνοντας την έννοια της δωρεάς οργάνων από τον δότη.²⁰⁸

Η προσφορά οργάνων πρέπει να είναι ελεύθερη και ρητά εκφρασμένη. Η εικαζόμενη συναίνεση καταργεί το δωρητή και τον υποκαθιστά με την απρόσωπη επιτροπή που αποφασίζει για τα αισθήματά του υποβαθμίζοντας τον μάλιστα από δωρητή σε δεξαμενή οργάνων. Δωρίζω σημαίνει δίνω ελεύθερα αυτό που έχω και όχι μου παίρνουν χωρίς να το γνωρίζω αυτό που μου ανήκει. Στην περίπτωση αυτή, η μεταμόσχευση, ενώ γίνεται με τα όργανα του δότη, δεν γίνεται με τη συγκατάθεση του καθότι αυτός είναι αποξενωμένος από την πράξη του.²⁰⁹ Με τον τρόπο αυτό κατά επέκταση ο λήπτης στερείται το βίωμα ότι ζει από την ελεύθερα εκφρασμένη αγάπη κάποιου συνανθρώπου του αντικαθιστώντας το με την αίσθηση του ότι επιβιώνει μηχανικά από τη νομική απόφαση της κοινωνίας.

Οι μεταθανάτιες παρεμβάσεις όπως η επί τόπου κρυσυντήρηση, οι καρδιακές μαλάξεις, ο μηχανικός αερισμός και το καρδιοπνευμονικό bypass συχνά διεξάγονται με την απουσία συναίνεσης. Η λογική της θέσπισης αυτών των παρεμβάσεων βασίζεται στην λογική ότι η χρήση τους εμποδίζει την θερμή ισχαιμία και παρέχει στις οικογένειες την δυνατότητα δωρεάς οργάνων προς όφελος της κοινής ωφέλειας.²¹⁰ Από την άλλη πλευρά αν οι οικογένειες που αρνούνται την δωρεά δεν ενημερώνονται για τις προαναφερθέντες διαδικασίες διακυβεύεται η αρχή του σεβασμού του νεκρού και της οικογένειάς του. Η αναγνώριση και ο σεβασμός των δικαιωμάτων λειτουργεί

²⁰⁷ Gundle, K. (2005). Presumed Consent: An International Comparison and Possibilities for Change in the United States. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 14:113–118.

²⁰⁸ Zink, S., Werlieb, S.L. (2004). Forced altruism is not altruism. *The American Journal of Bioethics*. 4:29–31

²⁰⁹ Sells, R.A. (1993). Consent for Organ Donation: What are the ethical principles?. *Transplantation Proceedings*, Vol. 25, No 1, pp. 39-41

²¹⁰ Doig, C.J., Rocker, G. (2003). Retrieving Organs from non heart beating donors: a review of medical and ethical issues. *Can J Anesth*, pp 1069-1076

ως αντίσταση σε κάθε αυθαιρεσία και σε κάθε ενέργεια που παραβιάζει την ανθρώπινη αξιοπρέπεια.²¹¹

Στις παραγράφους 2,3,4,5 του άρθρου 12 του νόμου 2737/1999 καθορίζονται στην Ελλάδα οι προϋποθέσεις κάτω από τις οποίες μπορεί να γίνει αφαίρεση ιστών και οργάνων από πτωματικό δότη για μεταμόσχευση. Στον τομέα της μετά θάνατον δωρεάς οργάνων ο ισχύον νόμος καθιερώνει ένα σύστημα συναίνεσης και αντίρρησης αλλά και υποκατάστασης της θέλησης του πτωματικού δότη από ορισμένους μόνο συγγενείς. Συγκεκριμένα επιτρέπεται αφαίρεση ιστών ή οργάνων από νεκρό μόνο όταν ο ίδιος είχε συναινέσει εγγράφως σε αυτήν και αποκλείεται αν είχε εκφράσει την αντίρρησή του στη δωρεά οργάνων. Σε περίπτωση που δεν είχε εκφράσει ούτε την συναίνεσή του ούτε την άρνησή του, επιτρέπεται η αφαίρεση ιστών ή οργάνων για μεταμόσχευση εφόσον δεν αντιτίθεται σε αυτήν, ο σύζυγος, τα ενήλικα τέκνα, οι γονείς ή τα αδέρφια του.

Όλοι οι ενήλικοι που έχουν δικαιοπρακτική ικανότητα μπορούν να γίνουν μετά θάνατον δωρητές οργάνων υπογράφοντας σχετικό έντυπο στα διάφορα νοσοκομεία ή στον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων. Ο νόμος προβλέπει μάλιστα η δήλωση συναίνεσης ή άρνησης της μετά θάνατον δωρεάς οργάνων να γίνεται σε κάθε απογραφή του πληθυσμού ή κατά τις συναλλαγές με τους δήμους και τα ασφαλιστικά ταμεία.²¹² Οι ανωτέρω διατάξεις εντούτοις δεν βοήθησαν και δεν πρόκειται να βοηθήσουν στην προώθηση των μεταμοσχεύσεων διότι ένα τόσο ευαίσθητο και προσωπικό θέμα δεν μπορεί να αποφασίζεται και να δηλώνεται στον υπάλληλο της Στατιστικής Υπηρεσίας ή κατά τις απρόσωπες συναλλαγές με τους δήμους και τα ασφαλιστικά ταμεία.

Η έννοια του θανάτου και ιδιαίτερα του εγκεφαλικού θανάτου δεν είναι αποδεκτή από νομικής απόψεως σε κάθε χώρα και εξίσου σημαντικό είναι ότι διαφορετικοί νόμοι προβλέπουν διαφορετικές προϋποθέσεις για την μετά θάνατον δωρεά των οργάνων. Μέχρι πρόσφατα μόνο ένας μικρός αριθμός Ευρωπαϊκών χωρών επιτρέπουν την αφαίρεση οργάνων εφόσον είτε ο θανών είχε εκφράσει την βούλησή του ενώ ζούσε είτε ο πλησιέστερος συγγενής του μετά θάνατον. Όλες οι άλλες χώρες (Φιλανδία, Δανία, Σουηδία, Αυστρία, Νορβηγία, Βέλγιο κ.α.) έχουν αποδεχτεί την

²¹¹ Δραγώνα-Μονάχου, Μ. (2002). Ηθική και Βιοηθική. *Επιστήμη και Κοινωνία*, Τεύχος 8-9, σελ. 16-19

²¹² άρθρο 12, παρ. 3, ν. 2737/1999

αρχή της εικαζόμενης συναίνεσης με την οποία επιτρέπεται η αφαίρεση οργάνων σε όλες τις περιπτώσεις με εξαίρεση εκείνων κατά τις οποίες ο θανών είχε εκφράσει την αντίρρησή του κατά την διάρκεια της ζωής του.²¹³ Εντούτοις παρατηρείται ότι αν και πολλές από τις προαναφερθείσες χώρες όπως η Φιλανδία, η Ιταλία, η Ισπανία και η Ελβετία έχουν υιοθετήσει τον νόμο που αφορά στην εικαζόμενη συναίνεση από πρακτική σκοπιά επιζητείται η συγκατάθεση της οικογένειας του δότη και γίνονται σεβαστές οι επιθυμίες των συγγενών του.²¹⁴

Ένας πτωματικός δότης που δεν έχει εκφράσει όσο βρίσκεται στη ζωή τη βούλησή του να μεταμοσχευθούν μετά θάνατο τα όργανά του βρίσκεται προφανώς σε μειονεκτικότερη θέση από αυτή του λήπτη. Ο δότης με διαγεγνωσμένο εγκεφαλικό θάνατο δεν έχει την δυνατότητα να υπερασπιστεί και να διαφυλάξει την σωματική του ακεραιότητα αλλά ούτε να ελέγξει καταστάσεις που άμεσα ή έμμεσα τον αφορούν. Με δεδομένη την σημασία της αυτοπρόσωπης συναίνεσης στην ιατρική πράξη ο ηθικός προβληματισμός είναι μεγάλος. Η ηθικότητα είναι ο συσχετισμός των πράξεων προς την αυτονομία της θέλησης δηλαδή προς την καθολική νομοθεσία που είναι δυνατή μόνο με τους γνώμονες της θέλησης. Η πράξη που μπορεί να εναρμονίζεται με τους γνώμονες της θέλησης επιτρέπεται, η πράξη που δεν εναρμονίζεται απαγορεύεται.²¹⁵

Ο Καντ υποστηρίζει ότι για να έχουν ηθική αξία οι πράξεις δεν αρκεί να γίνονται σύμφωνα με όσα προστάζει το καθήκον, η αναγκαιότητα δηλαδή που προκύπτει από σεβασμό για τον ηθικό νόμο αλλά πρέπει να γίνονται από καθήκον δηλαδή επειδή αυτή είναι η ηθική προσταγή και όχι επειδή έτσι θα προκύψουν κάποια οφέλη. Το βασικό επιχείρημα το οποίο επικαλούνται αρκετοί σήμερα βασιζόμενοι στην θέση του Καντ είναι ότι η παρέμβαση του κράτους μέσω απόλυτων νόμων θα προσπαθούσε να κηδεμονεύσει τους πολίτες του, επιδεικνύοντάς τους εκείνο που οι ίδιοι πρέπει να

²¹³ Barbara, K.P. (2008). What is presumed when we presume consent? *BMC Med Ethics*. 9: 8 /Βούλτσος, Π., Χατζητόλιος, Α. (2006). Η συναίνεση του ασθενούς στα πλαίσια του νέου κώδικα ιατρικής δεοντολογίας. *Ιατρικό Βήμα*, σελ. 34-38/ www.medicalnewstoday.com

²¹⁴Veatch, R. (2000). *Transplantation Ethics*. Georgetown University Press, Washington, D.C., pp. 169

²¹⁵ Kant, I. (1984). *Τα Θεμέλια της Μεταφυσικής των ηθών*. μτφρ Γιάννη Τζαβάρα, Εκδόσεις Δωδώνη, Αθήνα, σελ 88

αξιολογούν θετικά ως αυτόνομα και έλλογα όντα, επιλέγοντας δηλαδή την πράξη εκείνη που έχει ηθική αξία και πραγματώνει το αγαθό.²¹⁶

Η σημασία των ηθικών περιορισμών σε δράσεις που αφορούν στον νεκρό μπορούν να δικαιολογηθούν με αναφορά στη σημασία που έχουν για τους ζωντανούς. Ο ίδιος ο νεκρός δεν έχει δικαιώματα όμως η συναισθηματική αξία του σώματός του ιδίως για τους συγγενείς και τους φίλους του επηρεάζει την δική τους προσωπικότητα και πρέπει να θεωρείται ένα από τα αντικείμενα προστασίας του δικού τους δικαιώματος στην προσωπικότητα. Η πραγματική δική τους συναίνεση φαίνεται να είναι ο μόνος τρόπος προστασίας αυτού του δικαιώματος και όχι η παράκαμψή τους με την εικαζόμενη συναίνεση του δότη.²¹⁷ Η εφαρμογή της εικαζόμενης συναίνεσης δείχνει ελκυστική στο να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα της σπανιότητας των οργάνων εντούτοις το πρόβλημα θα μπορούσε πιθανότατα να αντιμετωπιστεί με την *argiogi* διαμόρφωση μιας κοινωνικής συνείδησης για την δωρεά οργάνων.

Η κοινωνία ως σύνολο, νομικοί και επαγγελματίες υγείας οφείλουν να προσέλθουν σε διάλογο και να θέσουν τα ζητήματα που απασχολούν την κάθε πλευρά προκειμένου να καταλήξουν σε συλλογικές συναινετικές αποφάσεις που θα ικανοποιούν την κάθε πλευρά χωριστά και όλους μαζί. Εκείνο που μπορεί να μας προσφέρει ένας ανοικτός διάλογος είναι πίσω από τις διαφωνίες που προκύπτουν όσον αφορά στις μεταμοσχεύσεις από πτωματικούς δότες να βρεθούν κάποιες άλλες εξίσου σημαντικές συναινέσεις. Γιατί, σύμφωνα με τον Dworkin, κανείς δεν μπορεί να διαφωνεί σοβαρά με τους άλλους εάν δεν συμφωνεί μαζί τους ότι η διαφωνία εκδηλώνεται γύρω από κάτι το οποίο και οι δυο πλευρές θεωρούν σημαντικό. Πρέπει λοιπόν να αποκαλυφθεί τι είναι αυτό για το οποίο οι διαφωνούντες συμφωνούν ότι είναι άκρως σημαντικό.

Συνοψίζοντας, στην πρόταση νόμου «τροποποίηση και συμπλήρωση του νόμου 2737/1999 «Μεταμοσχεύσεις Ιστών και Οργάνων και άλλες διατάξεις» προτείνεται ως «λύση» για την προώθηση των μεταμοσχεύσεων η υιοθέτηση του συστήματος της ρητής αντίρρησης δηλαδή να θεωρείται δυνητικός δότης ο οποιοσδήποτε καθόλη την διάρκεια της ζωής του έστω και την τελευταία στιγμή δεν έχει εκφράσει την αντίρρησή

²¹⁶ Kant, I. (1984). *Τα Θεμέλια της Μεταφυσικής των ηθών*, μτφρ Γιάννη Τζαβάρα, Εκδόσεις Δωδώνη, Αθήνα, σελ.27-28

²¹⁷Βιδάλης, Τ.Κ. (2007). Βιοδίκαιο. Πρώτος Τόμος: Το πρόσωπο, Σάκκουλας, Αθήνα, σελ. 135

του στη μετά θάνατον δωρεά οργάνων.²¹⁸ Η ενδεχόμενη ωστόσο καθιέρωση του συστήματος της εικαζόμενης συναίνεσης για την εξασφάλιση μοσχευμάτων από νεκρούς δότες θα δυσκολέψει παρά θα διευκολύνει αυτόν τον σκοπό.

Οι μεταμοσχεύσεις σήμερα βασίζονται στον θεσμό της δωρεάς οργάνων και ακριβώς για το λόγο αυτό περιβάλλονται με ιδιαίτερη κοινωνική αίγλη. Εάν ο θεσμός της δωρεάς οργάνων υποκατασταθεί με μια απόλυτη κρατική επιταγή που επιβάλλει την αφαίρεση των οργάνων αγνοώντας το σεβασμό του νεκρού και των προσώπων που συνδέονται με τον νεκρό οι μεταμοσχεύσεις μοιραία θα στερηθούν αυτή την αίγλη.²¹⁹ Το αποτέλεσμα θα είναι η μεν εικαζόμενη συναίνεση να παραμείνει πρακτικά ανεφάρμοστη αφού κανείς γιατρός δεν είναι πιθανόν να προβεί σε αφαίρεση οργάνων χωρίς τη συναίνεση των συγγενών η δε Πολιτεία να κινδυνεύσει να επαναπαυθεί σε ένα απλό θεσμικό τέχνασμα.²²⁰ Η εικαζόμενη συναίνεση δεν έχει εφαρμοσθεί ποτέ άλλωστε όπως προαναφέραμε σε χώρες που την έχουν ήδη καθιερώσει νομοθετικά όπως για παράδειγμα η Ισπανία. Αντιθέτως το σύστημα εκεί βασίζεται στην εξαιρετικά επιτυχημένη πολιτική ενθάρρυνσης της ιδέας της δωρεάς οργάνων.²²¹

Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί σε κάθε περίπτωση σε αυτούς που παίρνουν τις αποφάσεις εκ μέρους του δυνητικού δότη. Οι συγγενείς είναι αυτοί που παρέχουν πληροφορίες για τον νεκρό συμπεριλαμβανομένων παραγόντων που μπορούν να αποκλείσουν την δωρεά και αυτοί από τους οποίους ζητάμε να συναινέσουν στη δωρεά. Αυτό αντανακλά ορισμένες αντιπαραθέσεις για το πώς αντιμετωπίζουμε τα δικαιώματα των ζωντανών και των νεκρών. Όταν οι ασθενείς είναι μεν ζωντανοί αλλά διανοητικά ή σωματικά ανίκανοι να εκφράσουν την επιθυμία τους οι συγγενείς παρέχουν μέρος της εκτίμησης για το συμφέρον του ασθενή αλλά δεν μπορούν ποτέ να είναι απόλυτα προσδιοριστικοί. Έχουν κοινώς ένα σημαντικό αλλά περιορισμένο ρόλο στο να βοηθήσουν τους επαγγελματίες υγείας να αποφασίσουν για το καλύτερο συμφέρον του ασθενή, όταν όμως ο ασθενής πεθάνει ο ρόλος της οικογένειας αλλάζει.

²¹⁸ Άρθρο. 12, παρ.2 της πρόταση νόμου «τροποποίηση και συμπλήρωση του νόμου 2737/1999 «Μεταμοσχεύσεις Ιστών και Οργάνων και άλλες διατάξεις»

²¹⁹ Veatch, R. (2000). *Transplantation Ethics*. Georgetown University Press, Washington, D.C., pp. 177

²²⁰ www.bioethics.gr

²²¹ Matesanz, R. (2004). Factors That Influence The Development of an Organ Donation Program. *Transplantation Proceedings*, 36, 739-741

Οι συγγενείς δεν παρέχουν απλά πληροφορίες για τις επιθυμίες του ασθενή αλλά τους ζητείται να αποφασίσουν εκ μέρους του νεκρού ατόμου. Οι αποφάσεις για τη δωρεά πρέπει να γίνονται γρήγορα και αν συνοδεύονται από αβεβαιότητα οι συγγενείς προσφεύγουν σε μια αρνητική στάση την οποία ωστόσο φαίνεται ότι οι περισσότεροι μεταγενέστερα μετανιώνουν.²²² Οι συγγενείς που αρνούνται να δώσουν τη συγκατάθεσή τους δεν μπορούν να αποδεχτούν το θάνατο, είναι συναισθηματικά φορτισμένοι, δεν προσεγγίζονται σωστά από τους γιατρούς και φοβούνται την κατακρεούργηση του σώματος του νεκρού και μήπως αλλάξουν γνώμη για τη συναίνεσή τους στο μέλλον. Αντίθετα όσοι προσεγγίζονται σωστά βρίσκουν τα αποθέματα της δύναμης να δωρίσουν τα όργανα του αγαπημένου τους προσώπου, πιστεύοντας πως έτσι θα βρουν παρηγοριά και ανακούφιση. Το θέμα βέβαια δεν είναι σε τελική ανάλυση ποιος αποφασίζει αλλά τι και γιατί το αποφασίζει.²²³ Σημαντικό ρόλο στην προσπάθεια προώθησης της δωρεάς οργάνων φαίνεται να παίζει η διαδικασία μέσα από την οποία λαμβάνονται οι αποφάσεις.²²⁴

Σε κάθε πολιτική για την εξασφάλιση μοσχευμάτων πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ο ευαίσθητος χαρακτήρας του ζητήματος, ιδίως όσον αφορά τον σεβασμό του νεκρού και της οικογένειάς του. Οι μεταμοσχεύσεις δεν είναι ένα απλό τεχνοκρατικό ζήτημα ούτε υπάγονται σε μια μονοσήμαντη ανταποδοτική λογική, οικονομική ή άλλη. Ο λόγος που απασχολούν σήμερα διεθνώς τη βιοηθική είναι ότι η προώθησή τους συνδέεται απόλυτα με την ευαισθητοποίηση της κοινωνίας. Ο νόμος 2737/1999 έχει προσανατολισθεί στην ευαισθητοποίηση αυτή προβλέποντας ποικίλες δυνατότητες δραστηριοποίησης της Πολιτείας. Είναι ηθικά επιλήψιμο και αβάσιμο να θεωρούμε ότι ο νεκρός εφόσον δεν έχει αρνηθεί την δωρεά συνεπάγεται ότι την δέχεται και πρακτικά θα μπορούσε να θέσει σε κίνδυνο το ήδη εύθραυστο μεταμοσχευτικό μας σύστημα.

Κρίσιμοι θεσμοί, όπως αυτός του συντονιστή μεταμοσχεύσεων πρέπει να αναπτυχθούν και να λειτουργήσουν πλήρως στο επίπεδο των μονάδων της εντατικής θεραπείας. Παράλληλα λοιπόν με τις αναγκαίες εκστρατείες ενημέρωσης της κοινής γνώμης, ο Ε.Ο.Μ. και το αρμόδιο Υπουργείο είναι ανάγκη να επικεντρώσουν τις

²²² English, V., Sommerville, A. (2003). Presume consent for transplantation: a dead issue after Alder Hey? *J. Med. Ethics*. 29: 147-152

²²³ Emanuel, E.J. (1994). *The Ends of Human Life: Medical Ethics in a Liberal Polity*. Harvard University Press, second edition, USA, pp. 59

²²⁴ McIntyre, P., Barnett, M.A., Shanteau, H.J., Skowronski, J., Klassen, M. (1987). Psychological factors influencing decisions to donate organs. *Adv Consum R.* 14: 331-334

προσπάθειές τους στον συντονιστή μεταμόσχευσης, κάτι που αποδείχθηκε κλειδί της επιτυχίας σε πολλές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.²²⁵ Η κατάλληλη ενημέρωση των συγγενών προϋποθέτει ένα πλαίσιο στήριξης αυτών για να αντιμετωπίσουν με νηφαλιότητα την βεβαίωση της επέλευσης του θανάτου του οικείου τους. Αν αυτό το πλαίσιο-η διαδικασία λήψης αποφάσεων δεν εξασφαλίζεται η απλή ενημέρωση για την κατάσταση του ασθενή δεν βοηθάει τους συγγενείς στην λήψη της απόφασης για δωρεά οργάνων εφόσον φυσικά αυτό δεν έρχεται σε αντίθεση με τις επιθυμίες του δυνητικού δότη όσο ήταν στη ζωή.

²²⁵ www.bioethics.gr

III.1.2. Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΟΥ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ

Η ανάπτυξη των μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα δημιούργησε επιτακτική την ανάγκη στελέχωσης των μεταμοσχευτικών ομάδων με επιστήμονες διάφορων ειδικοτήτων. Στόχος ήταν η παρακολούθηση της πορείας των ασθενών όχι μόνο σε σχέση με το μεταμοσχευμένο όργανο αλλά και με τον οργανισμό τους ως σύνολο. Ταυτόχρονα δημιουργήθηκε η ανάγκη παρουσίας ατόμων που θα μπορούσαν να οργανώσουν την λήψη των οργάνων με ασφάλεια και με συνέπεια. Η πρώτη επίσημη προσπάθεια εφαρμογής συντονισμού στη μεταμοσχευτική διαδικασία υλοποιήθηκε στην Ελλάδα το 1948 με τη δημιουργία της Υπηρεσίας Συντονισμού και Ελέγχου Προγράμματος τελικού σταδίου χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας και Μεταμοσχεύσεων που αργότερα μετονομάστηκε σε Υπηρεσία Συντονισμού και Ελέγχου Μεταμοσχεύσεων (Υ.Σ.Ε.Μ.) και που είχε ως κύριο στόχο της την ανάπτυξη των Μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα προσαρμοσμένη ωστόσο στις ιδιαιτερότητες της χώρας μας.²²⁶ Μετά την για πρώτη φορά ίδρυση ειδικού κρατικού φορέα η δωρεά οργάνων και η μεταμοσχευτική δραστηριότητα στην Ελλάδα φαίνεται να εξελίσσονταν θετικά.²²⁷

Η ανάγκη για την ύπαρξη συντονιστών μεταμοσχεύσεων διατυπώθηκε το 1984 στο κείμενο του Υπουργείου Υγείας η οποία καθόριζε τους όρους και τις προϋποθέσεις για τη λειτουργία των Μονάδων Μεταμόσχευσης. Το ζήτημα επανήλθε τρία χρόνια αργότερα από την Υ.Σ.Ε.Μ. στην ετήσια έκθεσή της το 1987 όπου γινόταν αναφορά της αναγκαιότητας για χωροταξική κατανομή των συντονιστών μεταμόσχευσης ανά την χώρα. Το δίκτυο των τοπικών συντονιστών ως ενδιάμεσων κρίκων μεταξύ Μ.Ε.Θ. και Υ.Σ.Ε.Μ. προβλεπόταν για να λειτουργήσει σε πρώτη φάση στα μεγάλα νοσοκομεία της Περιφέρειας, όπου λειτουργούσαν Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, ενώ στην Αττική ανά συγκρότημα νοσοκομείων. Παράλληλα σε εισήγησή της στο Υπουργείο Υγείας η ΥΣΕΜ τόνιζε την αναγκαιότητα ύπαρξης Κλινικών Συντονιστών στις Μονάδες Μεταμοσχεύσεων και Περιφερειακών

²²⁶ Ομπέση, Φ., Μανιού, Μ. (2008). Οργάνωση της Μεταμοσχευτικής Διαδικασίας: Ο θεσμός του Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων. *Το Βήμα του Ασκληπιού*. Τόμος 7^{ος}, Τεύχος 2^ο, σελ 94

²²⁷ www.transplantation.gr/article_patients.asp?patient_id=&medicine_id=6&categoryid.=0&articleid=209

Συντονιστών στις Υγειονομικές Περιφέρειες Θεσσαλονίκης, Πάτρας, Ιωαννίνων, Ηρακλείου, Καβάλας, Λάρισας.²²⁸

Ο νόμος 2737/1999 προβλέπει την ύπαρξη Συντονιστών Μεταμοσχεύσεων οι οποίοι προσφέρουν υπηρεσίες για την προώθηση των μεταμοσχεύσεων και υποβοηθούν το μεταμοσχευτικό έργο. Οι θέσεις τους συστήνονται στον Ε.Ο.Μ. και στις μονάδες των νοσηλευτικών ιδρυμάτων που συμμετέχουν στην μεταμοσχευτική διαδικασία. Οι θέσεις αυτές καλύπτονται από πτυχιούχους επαγγελματιών υγείας, Πανεπιστημίου ή Τ.Ε.Ι. μετά από εξειδίκευση στο αντικείμενο του συντονιστή. Σε έρευνα μάλιστα που πραγματοποιήθηκε στη Μ.Ε.Θ. Γενικού Νοσοκομείου της Κρήτης επισημάνθηκε μεταξύ άλλων από τους ερωτώμενους ότι ο συντονιστής μεταμόσχευσης θα πρέπει να είναι μια ομάδα που να αποτελείται κατά κύριο λόγο από νοσηλεύτη, γιατρό και ψυχολόγο.²²⁹

Σε γενικές γραμμές ο Συντονιστής Μεταμόσχευσης είναι ο επαγγελματίας ο οποίος: α. αναζητεί και εντοπίζει τους πιθανά εγκεφαλικά νεκρούς β. αναλαμβάνει την ενημέρωση σε συνεργασία με τον θεράποντα ιατρό του συζύγου και των τέκνων του εγκεφαλικά νεκρού ή ελλείπει τούτων των γονέων και ενήλικων αδελφών του, για το θάνατο και τη δυνατότητα δωρεάς των ιστών και των οργάνων για μεταμόσχευση με στόχο την εξασφάλιση της συναίνεσής τους για δωρεά. γ. διευκολύνει την διαδικασία διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου δ. συντονίζει όλες τις διαδικασίες αφαίρεσης και διακομιδής των οργάνων στα κατάλληλα κέντρα για μεταμόσχευση ε. συνεργάζεται με άλλα κέντρα του εξωτερικού και συντονίζει τις διαδικασίες για πολλαπλή αφαίρεση οργάνων στ. επιβεβαιώνει ότι το σώμα του νεκρού χειρίζεται με σεβασμό και εκτελούνται οι επιθυμίες των οικείων.²³⁰

Ο Τοπικός Συντονιστής Μεταμοσχεύσεων είναι το πρόσωπο επικοινωνίας από πλευράς του νοσηλευτικού ιδρύματος με τον Ε.Ο.Μ. στην αναφορά δυνητικού δότη και συντονισμού της μεταμοσχευτικής διαδικασίας καθώς και για την προσέγγιση των

²²⁸ Ομπέση, Φ., Μανιού, Μ. (2008). Οργάνωση της Μεταμοσχευτικής Διαδικασίας: Ο θεσμός του Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων. *Το Βήμα του Ασκληπιού*. Τόμος 7^{ος}, Τεύχος 2^ο, σελ. 82-112

²²⁹ Μανιού, Μ., Ιακωβίδου, Ε., Κωστόπουλος Ε., Πάλλη, Ε., Ζάραγκας, Σ., Σαλούστρου, Ε. (2009). Ο Συντονισμός των μεταμοσχεύσεων: Μέτρηση της συμπεριφοράς του συντονιστή μεταμόσχευσης σε Μ.Ε.Θ. Γενικού Νοσοκομείου της Κρήτης. *Το Βήμα του Ασκληπιού*. Τόμος 8^{ος}, Τεύχος 2^ο, σελ. 137-158

²³⁰ www.cyna.org.

συγγενών από τους οποίους ζητείται η συγκατάθεση για την αφαίρεση οργάνων.²³¹ Σήμερα σε όλα σχεδόν τα νοσηλευτικά Ιδρύματα υπάρχουν Τοπικοί Συντονιστές οι οποίοι είναι σε άμεση συνεργασία με τον οργανισμό. Για την καλλίτερη εκπαίδευση αυτών πραγματοποιήθηκαν εκπαιδευτικά σεμινάρια και δόθηκαν πιστοποιητικά εξειδίκευσης συντονιστών με συνέπεια ο αριθμός των δοτών και κατά επέκταση των μεταμοσχεύσεων να αυξηθεί σε βαθμό το οποίο τα προηγούμενα έτη φαινόταν ως μακρινός στόχος. Ο εντοπισμός των δυνητικών δοτών, η προσέγγιση και υποστήριξη της οικογένειας του δότη από τον Τοπικό Συντονιστή είναι ιδιαίτερα σημαντική αν λάβουμε υπόψη ότι συνήθως το 1/3 των δοτών δεν εντοπίζεται, το 1/2 των δυνητικών δοτών δεν αξιοποιείται και το 15,7% οφείλεται σε άρνηση των συγγενών.²³²

Η εμπιστοσύνη στην ιατρική διάγνωση από τους συγγενείς και η προτροπή εν προκειμένω για δωρεά των οργάνων του νεκρού αυξάνεται όταν υπάρχει η αίσθηση ότι οι άλλοι σέβονται τα δικαιώματα και τα συμφέροντα που είχε ο άλλοτε ζωντανός ασθενής και που πλέον αποτελεί αντικείμενο προστασίας του δικού τους δικαιώματος στην προσωπικότητα.²³³ Ο συντονιστής μεταμοσχεύσεων προσφέρει τεράστιο κοινωνικό έργο και η συνεισφορά του είναι ανεκτίμητη. Η αγάπη του για τον άνθρωπο, ο αλτρουϊσμός και η προθυμία να προσφέρει με ανιδιοτέλεια είναι στοιχεία που χαρακτηρίζουν τον συντονιστή μεταμοσχεύσεων. Χρειάζεται να είναι συνεπής, οργανωτικός, μεθοδικός, εχέμυθος και να διακρίνεται για το θάρρος την ψυχραιμία και τις επικοινωνιακές του δεξιότητες. Επίσης πρέπει να έχει τη θέληση αλλά και την ικανότητα να προσφέρει συμπαράσταση και ψυχολογική υποστήριξη τόσο στον ασθενή όσο και στους συγγενείς. Ο συντονιστής μεταμοσχεύσεων μπορεί να είναι γιατρός (συνήθως εντατικολόγος), νοσηλευτής, ψυχολόγος, κοινωνιολόγος ή βιολόγος που εκτός από την ειδικότητά του έχει εκπαιδευτεί για ορισμένο χρονικό διάστημα σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας σε Μεταμοσχευτικά Κέντρα και κυρίως στην Υπηρεσία Συντονισμού Μεταμοσχεύσεων προκειμένου να αποκτήσει τις

²³¹ www.eom.gr

²³² Μανιού, Μ., Ιακωβίδου, Ε., Κωστόπουλος Ε., Πάλλη, Ε., Ζάραγκας, Σ., Σαλούστρου, Ε. (2009). Ο Συντονισμός των μεταμοσχεύσεων: Μέτρηση της συμπεριφοράς του συντονιστή μεταμόσχευσης σε Μ.Ε.Θ. Γενικού Νοσοκομείου της Κρήτης. *Το Βήμα του Ασκληπιού*. Τόμος 8^{ος}, Τεύχος 2^ο, σελ. 137-158

²³³ O' Neill, O. (2002). *Autonomy and Trust in Bioethics*. Cambridge University Press, pp. 7-8

απαιτούμενες ιατρικές, νομικές, τεχνικές και διάφορες άλλες γνώσεις και ικανότητες που απαιτούνται για την άσκηση της συγκεκριμένης ειδικότητας.²³⁴

Σε εκτέλεση σχετικής πρόβλεψης του άρθρου 5 του νόμου 2737/1999 εκδόθηκε το προεδρικό διάταγμα 93/2002 το οποίο διακρίνει τους συντονιστές σε τρεις κατηγορίες και περιγράφει αναλυτικά τις λεπτομέρειες σχετικά με την εξειδίκευσή τους. Οι συντονιστές διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες: κλινικούς, τοπικούς και κεντρικούς. Οι κλινικοί συντονιστές υπηρετούν αποκλειστικά σε μονάδες μεταμοσχεύσεων ιστών, οργάνων και μυελού των οστών. Ασχολούνται με την λειτουργία των εξωτερικών ιατρείων των προαναφερθεισών μονάδων και συνεργάζονται με τους γιατρούς στη συμπλήρωση των προμεταμοσχευτικών ελέγχων ασθενών-υποψηφίων ληπτών μοσχεύματος. Ομοίως παρακολουθούν τους υποψήφιους λήπτες μοσχεύματος πριν, κατά την διάρκεια και μετά την μεταμόσχευση. Συμμετέχουν στην ανάπτυξη προγραμμάτων σχετικών με την διάδοση της ιδέας της δωρεάς ιστών, οργάνων και μυελού των οστών προς μεταμόσχευση καθώς και στις ομάδες λήψης οργάνων και μυελού. Αναλαμβάνουν την επικοινωνία τόσο με τα τμήματα ιστοσυμβατότητας των νοσηλευτικών ιδρυμάτων όσο και με τον Ε.Ο.Μ. για να διευκολυνθεί η διεκπεραίωση αναζήτησης συμβατού δότη και συμμετέχουν τέλος στην διεκπεραίωση της μεταμοσχευτικής διαδικασίας, φροντίζοντας συγγενείς και δότες.

Οι Τοπικοί Συντονιστές εργάζονται, όπως ήδη είπαμε, σε παραρτήματα του Ε.Ο.Μ. και όχι σε Μονάδες Μεταμοσχεύσεων. Ασχολούνται όπως και οι Κλινικοί Συντονιστές με την διάδοση της ιδέας της δωρεάς οργάνων, φροντίζουν για την αναγνώριση και τον έλεγχο των δυνητικών δοτών, συμμετέχουν στην αφαίρεση οργάνων κατά την διαδικασία της λήψης τους και βρίσκονται σε συνεχή επικοινωνία με τις Μ.Ε.Θ. των νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Οι Κεντρικοί Συντονιστές υπηρετούν στην έδρα του Ε.Ο.Μ. και συνεργάζονται με τους Κλινικούς και Τοπικούς Συντονιστές με στόχο την κοινή προώθηση και εφαρμογή του Εθνικού Μεταμοσχευτικού Προγράμματος. Φροντίζουν για τον συντονισμό και την διεκπεραίωση της εκάστοτε μεταμοσχευτικής διαδικασίας συμπεριλαμβανομένης και της κατανομής των προσφερόμενων μοσχευμάτων. Συμμετέχουν όπως και στις άλλες δυο κατηγορίες στην ανάπτυξη προγραμμάτων σχετικών με την προώθηση και διάδοση της ιδέας της δωρεάς οργάνων καθώς και στην οργάνωση εκδηλώσεων με

²³⁴ www.epagelmata.oaed.gr/show.php

τους εμπλεκόμενους φορείς.²³⁵ Από τη διεθνή εμπειρία η ανάπτυξη ενός συστήματος δεν είναι δυνατή εάν δεν στηρίζεται στην ανάπτυξη αποκεντρωμένων δομών σε τοπικό και περιφερειακό επίπεδο.²³⁶

Η εκπαίδευση των Συντονιστών επικεντρώνεται στην παροχή συγκεκριμένων δεξιοτήτων ή βοήθειας προκειμένου να διορθώσουν τις ανεπάρκειες στην επίδοσή τους. Στόχος της εκπαίδευσης είναι η σχετική βελτίωση της απόδοσης των εργαζομένων.²³⁷ Η προσέγγιση της οικογένειας του δυνητικού δότη αποτελεί ένα πολύ σημαντικό στοιχείο όσον αφορά στην επιτυχία των μεταμοσχεύσεων και για το λόγο αυτό αποτελεί αντικείμενο εκπαίδευσης των Συντονιστών. Η καθιέρωση προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης θα πρέπει να είναι από τις πρώτες προτεραιότητες όσον αφορά στον Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων και ο Ε.Ο.Μ. θα πρέπει να συμβάλλει στην καθιέρωσή της ειδικότητας του συντονιστή μεταμοσχεύσεων και στην παρακολούθηση ενός σύντομου αλλά εντατικού προγράμματος σπουδών για την απόκτησή της. Στην Αμερική οι περισσότεροι σε αυτές τις θέσεις είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών στη Δημόσια Υγεία ή είναι κάτοχοι Διδακτορικού με κατεύθυνση την Ψυχολογία ή την Κοινωνική Εργασία.²³⁸

Το εύρος των δραστηριοτήτων των συντονιστών μεταμοσχεύσεων αντανακλά και τη σημασία του ρόλου τους για την προώθηση των μεταμοσχεύσεων. Η σωστή ενημέρωση του κοινού και των επαγγελματιών υγείας επιδρά άμεσα στην επιτυχία των μεταμοσχευτικών προγραμμάτων: το κοινό εξοικειώνεται με την ιδέα της δωρεάς οργάνων και την αποδέχεται σε περίπτωση ενός τραγικού και αναπάντεχου θανάτου με αποτέλεσμα οι γιατροί και οι νοσηλευτές να διευκολύνονται κατά την έναρξη της μεταμοσχευτικής διαδικασίας. Περαιτέρω η συστηματική συνεργασία του συντονιστή με το προσωπικό υγείας, νοσηλευτικό και ιατρικό, διασφαλίζει την αποδοτικότερη

²³⁵ Ομπέση, Φ., Μανιού, Μ. (2008). Οργάνωση της Μεταμοσχευτικής Διαδικασίας: Ο θεσμός του Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων. *Το Βήμα του Ασκληπιού*. Τόμος 7^{ος}, Τεύχος 2^ο, σελ. 82-112

²³⁶ Matesanz, R., Miranda, B. (2001). Expanding the organ donor pool: The Spanish Model. *Kidney International* 59, 1594-1594

²³⁷ Κυριακόπουλος, Δ. (2005). Η υποκίνηση προσωπικού στο Δημόσιο Νοσοκομείο. *Επιθεώρηση Υγείας*, 16(95), σελ.17-20

²³⁸ Μανιού, Μ., Ιακωβίδου, Ε., Κωστόπουλος Ε., Πάλλη, Ε., Ζάραγκας, Σ., Σαλούστρου, Ε. (2009). Ο Συντονισμός των μεταμοσχεύσεων: Μέτρηση της συμπεριφοράς του συντονιστή μεταμόσχευσης σε Μ.Ε.Θ. Γενικού Νοσοκομείου της Κρήτης. *Το Βήμα του Ασκληπιού*. Τόμος 8^{ος}, Τεύχος 2^ο, σελ. 137-158

λειτουργία του όλου συστήματος. Με την ενημέρωση και τα κριτήρια αναγνώρισης για ένα δυνητικό δότη οργάνων, το συντονισμό των διαδικασιών σε κάθε στάδιο, και την προσέγγιση της οικογένειας του δυνητικού δότη διευκολύνονται οι διαδικασίες εντός των χρονικών περιορισμών διεκπεραίωσης όλων των σταδίων του συντονισμού μεταξύ των εμπλεκόμενων ατόμων και ομάδων.²³⁹ Αποστολή του ατόμου άλλωστε είναι η απόκτηση της γνώσης, η μετάδοση της, καθώς και η σωστή για την κάθε εποχή και κοινωνία εφαρμογή και χρήση της.²⁴⁰

Οι προτάσεις που μπορούν να γίνουν για την βελτίωση του μεταμοσχευτικού προγράμματος στην χώρα μας και αφορούν στον συντονιστή μεταμόσχευσης έχουν να κάνουν με τον σαφή καθορισμό ρόλων και αρμοδιοτήτων όλων όσων εμπλέκονται στην διαδικασία καθώς και η δημιουργία Πρωτοκόλλων για κάθε στάδιό της. Οι ελλείψεις σε ανθρώπινο δυναμικό και σε υλικοτεχνική υποδομή στις Μ.Ε.Θ. θα πρέπει να καλυφθούν και η έμφαση θα πρέπει να δοθεί στους Συντονιστές Μεταμόσχευσης οι οποίοι έχουν σαν στόχο τη συστηματική ανάλυση της δωρεάς οργάνων βήμα προς βήμα. Η ελληνική νομοθεσία για τον Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων ακολουθεί σε γενικές γραμμές τις επιλογές των διεθνών προτύπων με εξαίρεση ότι στο νόμο 2737/1999 δεν προβλέπεται η ύπαρξη συντονιστών σε Περιφερειακό επίπεδο και η διεθνής εμπειρία αποδεικνύει ότι η έλλειψη αυτή αφήνει ένα σημαντικό κενό ανάμεσα στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και στον Ε.Ο.Μ.

Συμπερασματικά ο θεσμός του Συντονιστή μεταμοσχεύσεων είναι ιδιαίτερα σημαντικός και θα πρέπει να δοθεί έμφαση στην πλήρη και ορθή εφαρμογή του η οποία αν λάβουμε υπόψη τα ευρωπαϊκά πρότυπα μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την ευαισθητοποίηση και διάδοση της ιδέας για δωρεά οργάνων και κατά επέκταση την αύξηση των μεταμοσχεύσεων από πτωματικούς δότες. Η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κόσμου όσον αφορά στην δωρεά οργάνων είναι ένα από τα κομβικά ζητήματα στα οποία θα πρέπει να προσανατολιστεί η Πολιτεία και όχι η υιοθέτηση συστημάτων του τύπου της ρητής αντίρρησης που είναι η άλλη όψη της συναίνεσης, στο να θεωρείται δηλαδή δυνητικός δότης όποιος κατά την διάρκεια της ζωής του έστω και την τελευταία στιγμή δεν είχε εκφράσει την αντίρρησή του στη μετά θάνατο δωρεά. Το πραγματικό κλειδί της υπόθεσης είναι το δίκτυο των

²³⁹ Koostra, G., Husberg, B., Van der Vliet, J.A. (1984). *Proceedings of the First International Congress on Organ Procurement*. Transplant Procure.;16, pp. 48

²⁴⁰ Αλαχιώτης, Σ.Ν. (2004). *Βιοηθική - Αναφορά στους γενετικούς και τεχνολογικούς νεωτερισμούς*. εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, σελ. 68

συντονιστών μεταμοσχεύσεων που θα φροντίζουν για την αναζήτηση, την αναγνώριση και την αναφορά δυνητικών δοτών, την ενημέρωση των οικογενειών των δοτών και τη συζήτηση μαζί τους όσον αφορά στην δωρεά, ενώ παράλληλα ασχολούνται και συμμετέχουν στην ανάπτυξη προγραμμάτων σχετικά με τη διάδοση της ιδέας της δωρεάς οργάνων.

III.2. Η ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΘΕΣΜΟΥ ΤΗΣ ΔΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ

Πριν από μερικές δεκαετίες ελάχιστοι άνθρωποι θα μπορούσαν να διανοηθούν την αλματώδη πρόοδο της βιοιατρικής και των συναφών επιστημών πάνω στην οποία στηρίζεται η πρακτική, η μεθοδολογία αλλά και η φιλοσοφία του θεσμού της δωρεάς οργάνων και της μεταμόσχευσής τους σε άλλο άτομο που τα χρειάζεται. Η πρόοδος αυτή συνοδεύεται με δεοντολογικά και ηθικά ζητήματα τα οποία σχετίζονται άμεσα με θέματα που μπορούν να ενταχθούν στο πλαίσιο του ψυχοκοινωνικού προβληματισμού. Το θέμα άλλωστε της μετά θάνατο δωρεάς οργάνων είναι αναμφίβολα πολυεπίπεδο και πολυσύνθετο.

Η οικογένεια είναι αυτή που έρχεται στο προσκήνιο για να αποφασίσει είτε με την τακτική της εικαζόμενης συναίνεσης είτε με την ρητή συναίνεση του ίδιου του δότη. Η ευθύνη για την μοίρα του νεκρού, ιδιαίτερα αν δεν είναι γνωστή ο ριγιστή η επιθυμία του, εναποτίθεται σε αυτήν φέρνοντάς την ξαφνικά αντιμέτωπη με μια εξολοκλήρου νέα για εκείνη ηθική κρίση καθότι το συναίσθημα του αλτρουισμού υπερισχύει και εξαντλείται συνήθως στα στενά πλαίσια της ελληνικής πυρηνικής οικογένειας. Αποτελεί κοινά αποδεκτή θέση άλλωστε ότι στα σύγχρονα αστικοβιομηχανικά κοινωνικά πλέγματα τα συστήματα αξιών που διέπουν τις σχέσεις των ανθρώπων και οι στρατηγικές κοινωνικοποίησης συνηγορούν περισσότερο στον εγωκεντρισμό και τον ατομικισμό και λιγότερο στον αλτρουισμό.²⁴¹

Όσον αφορά στη δωρεά οργάνων από πτωματικούς δότες και πιο συγκεκριμένα στη διαδικασία λήψης των αποφάσεων για δωρεά σημαντικό ρόλο φαίνεται να παίζει η δομή, η λειτουργία και το επίπεδο επικοινωνίας στο ενδο-οικογενειακό σύστημα της οικογένειας αλλά και στις σχέσεις των μελών στην ευρύτερη κοινότητα. Σύμφωνα με την συστημική θεραπεία, η οικογένεια αποτελεί ένα ολοκληρωμένο σύνολο του οποίου τα μέλη αλληλεξαρτώνται και αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Η εκτίμηση της δυναμικής στο επίπεδο των σχέσεων ανάμεσα στα μέλη μιας οικογένειας αποτελεί βασική προϋπόθεση για το προσωπικό υγείας και συγκεκριμένα τον συντονιστή μεταμόσχευσης που θα προσεγγίσει το μέλος εκείνο που έχει την ικανότητα και την δυναμική να επηρεάσει και τα υπόλοιπα μέλη της.²⁴² Η διαδικασία της οικογενειακής

²⁴¹ Πιπερόπουλος, Γ. (1990). Οι ψυχοκοινωνικές Διαστάσεις του Θεσμού της Δωρεάς Οργάνων σώματος ανθρώπου. *Μεταμόσχευση*. 1,2: 90-96

²⁴² L' Albate, L., Ganahl, G., Hansen, J.C. (1986). *Methods of Family Therapy*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey, pp. 9-19

απόφασης επηρεάζεται από το λειτουργικό ρόλο που είχε το νεκρό πλέον άτομο μέσα στο οικογενειακό σύστημα. Όσο περισσότερο εξαρτιόταν η οικογένεια λειτουργικά από το νεκρό άτομο (ένα γονιό που αποφάσιζε για τους υπόλοιπους) ή συναισθηματικά (ένα παιδί) τόσο πιο δύσκολη είναι η λήψη αποφάσεων με αποτέλεσμα να διαταράσσεται η συνοχή του οικογενειακού συστήματος.²⁴³

Το πρόβλημα της ψυχοκοινωνικής σύγχυσης που προκύπτει ανάμεσα στη συνειδητή πράξη της δωρεάς ενός οργάνου ή και ολόκληρου του σώματος και της υποσυνείδητης ανάγκης μας για την αίσθηση της αρτιμέλειας και της σωματικής ακεραιότητας προβάλλει έντονο όταν κανείς αναλογισθεί ότι η δωρεά θα είναι μεταθανάτια πράξη, όταν δηλαδή κανείς πάψει να υπάρχει ως μυοσκελετική και ψυχοκοινωνική οντότητα, ως εαυτός. Η υποκειμενική αίσθηση του εαυτού μας αναφέρεται είτε καθολικά στο σώμα είτε σε ένα συγκεκριμένο όργανό μας και από εδώ μπορούμε να υποθέσουμε ότι ξεκινάει ο πρώτος αρνητισμός απέναντι στην ιδέα και στην πράξη της μεταθανάτιας δωρεάς οργάνου δηλαδή από την υποκειμενική αίσθηση του διαμελισμού ή του ακρωτηριασμού της σωματικής μας ακεραιότητας.²⁴⁴

Η απόφαση στην περίπτωση της δωρεάς οργάνων διακρίνεται από ορισμένα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά: α. περιλαμβάνει τρεις εναλλακτικές επιλογές: τη συναίνεση όλων των οργάνων, τη συναίνεση ορισμένων οργάνων και τέλος την άρνηση οποιασδήποτε δωρεάς β. αποτελεί μια μη αναστρέψιμη απόφαση γ. λαμβάνεται κάτω από συνθήκες έντονου στρες ή κρίσης σε εξαιρετικά περιορισμένο χρονικό διάστημα δ. συμμετέχει συνήθως όλη η οικογένεια στη διαδικασία της λήψης απόφασης ε. οι επιπτώσεις της απόφασης είναι σημαντικές για κάθε μέλος της οικογένειας αλλά και για τις μεταξύ τους σχέσεις στ. παρόλο που δεν υπάρχει άμεσο κόστος ή όφελος για το ίδιο το εγκεφαλικά νεκρό άτομο, η οικογένεια εκλαμβάνει τη συναίνεση για τη δωρεά οργάνων ως απώλεια και της τελευταίας ελπίδας να επανέλθει ο άνθρωπος στη ζωή.²⁴⁵

Κοινωνικοί ψυχολόγοι έχουν εντοπίσει βάσει ερευνών την εξής ισχύουσα διαδικασία στην λήψη αποφάσεων για δωρεά οργάνων: 1^{ov} επίγνωση ότι κάποιο άλλο άτομο χρειάζεται βοήθεια 2^{ov} η ερμηνεία της κατάστασης από το άτομο υπό συνθήκες

²⁴³ Μπελλάλη, Θ, Παπαδάτου. (2002). Πρότυπα της διαδικασίας λήψης αποφάσεων για δωρεά οργάνων εγκεφαλικά νεκρού ατόμου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 19(1): 40-50

²⁴⁴ Πιπερόπουλος, Γ. (1990). Οι ψυχοκοινωνικές Διαστασεις του Θεσμού της Δωρεάς Οργάνων σώματος ανθρώπου. *Μεταμόσχευση*. 1,2: 90-96

²⁴⁵ Μπελλάλη, Θ, Παπαδάτου. (2002). Πρότυπα της διαδικασίας λήψης αποφάσεων για δωρεά οργάνων εγκεφαλικά νεκρού ατόμου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 19(1): 40-50

πίεσης χρόνου για το άτομο που βρίσκεται σε ανάγκη 3^{ov} αναγνώριση της προσωπικής ευθύνης για παροχή βοήθειας 4^{ov} αντίληψη της ικανότητας να βοηθήσουμε καθότι η επιθυμία να βοηθήσουμε και η ικανότητα να βοηθήσουμε αποτελούν δυο τελείως διαφορετικές καταστάσεις. Το άτομο θα πρέπει να αντιληφθεί ότι υπάρχει μια πορεία από πράξεις που είναι ικανό να ακολουθήσει και οι οποίες θα βοηθήσουν ουσιαστικά εκείνους που το έχουν ανάγκη 5^{ov} πραγματοποίηση της διάθεσης για βοήθεια. Οι οργανισμοί που ασχολούνται με αυτό το ζήτημα θα πρέπει να διευκολύνουν όσο το δυνατόν περισσότερο την διαδικασία της δωρεάς ώστε να μπορέσει ο δότης ή η οικογένειά του να μετατρέψει την πρόθεση που έχει σε πραγματική βοήθεια.²⁴⁶

Οι Fulton et al. θεωρούν ότι η δωρεά οργάνων είναι αποτέλεσμα της λήψης αποφάσεων βάσει ηθικών επιταγών. Για τη ακρίβεια υποστηρίζουν ότι το άτομο για να πάρει την απόφαση να βοηθήσει κάποιο συνάνθρωπό του ακολουθεί μια διαδικασία τριών σταδίων: α. τη συνειδητοποίηση ότι οι πράξεις του έχουν επιπτώσεις στην ευημερία κάποιου άλλου ατόμου β. την ανάληψη προσωπικής ευθύνης στην διαδικασία της απόφασης και γ. την αποδοχή ότι η πράξη της δωρεάς είναι μια ευγενής πράξη. Το μοντέλο αυτό σε σχέση με το κλασικό ορθολογικό μοντέλο στο οποίο το άτομο αποφασίζει μετά από προσεκτική σκέψη και ορθολογική στάθμιση των συνεπειών όλων των εναλλακτικών λύσεων, δεν συνειδητοποιεί καν την συμμετοχή του στη διαδικασία λήψης αποφάσεων αφού θεωρεί δεδομένη την απόφασή του από τη στιγμή που γίνεται η πρόταση της δωρεάς καθότι υπερτερεί η αίσθηση της ηθικής υποχρέωσης που έχει απέναντι στους συμπολίτες του.

Επίσης υπάρχει το μοντέλο της αναβολής ή καθυστέρησης της λήψης απόφασης το οποίο αποτελεί ουσιαστικά ένα μοντέλο αποφυγής λήψης απόφασης. Το άτομο καθυστερεί αναβάλλοντας την επιλογή του καθώς επεξεργάζεται διεξοδικά και με προσοχή τη μια ή την άλλη εναλλακτική λύση δηλαδή της συναίνεσης ή της άρνησης της δωρεάς. Στην πρώτη περίπτωση η αναβολή μέχρι την χρονική στιγμή που τα όργανα δεν θα είναι πλέον κατάλληλα για δωρεά βγάζει τον αποφασίζοντα από την δύσκολη θέση να αρνηθεί ανοιχτά την προσφορά βοήθειας ειδικά αν κάποια μέλη της οικογένειας διαφωνούν μεταξύ τους με αποτέλεσμα να απειλείται η συνοχή του οικογενειακού συστήματος. Στην δεύτερη περίπτωση το άτομο καθυστερεί

²⁴⁶ Guy, B., Patton, E.W. (1989). The Marketing of Altruistic Causes: Understanding why people help. *The Journal of Consumer Marketing*. Vol. 6, No. 1, pp. 19-30

αναζητώντας όλο και περισσότερες πληροφορίες για την διαδικασία της δωρεάς και της αφαίρεσης οργάνων με αποτέλεσμα να νοιώθει δεσμευμένο απέναντι στο προσωπικό που το ενημερώνει και τελικά να συναινεί έστω και καθυστερημένα.²⁴⁷

Προκειμένου να φτάσει στους δυνητικούς δότες το μήνυμα της ανάγκης για δωρεά μπορεί να χρειαστεί η χρήση των μ.μ.ε. παρά το γεγονός ότι το απρόσωπο που εκπέμπουν μπορεί να παρεμποδίσει την αποτελεσματικότητα των άμεσων εκκλήσεων λόγω της ανικανότητας των μ.μ.ε να χειριστούν τον δυνητικό δότη ως μοναδική οντότητα και να του μεταδώσουν το αίσθημα της προσωπικής ευθύνης. Ωστόσο τα μ.μ.ε. μπορούν να είναι ιδιαίτερα χρήσιμα και αποτελεσματικά στην επισήμανση με λεπτομέρειες της ανάγκης για δωρεά και των ενδεχόμενων συνεπειών που προκύπτουν από την έλλειψη οργάνων.²⁴⁸

Ο Pelletier σε έρευνά του επισήμανε ότι οι πιο στρεσογόνοι παράγοντες στη διαδικασία της δωρεάς είναι: α. η απειλή της απώλειας ενός αγαπημένου προσώπου β. η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου και η αποτυχία των ειδικών να εντοπίσουν τον δυνητικό δότη και να προσαρμοστούν στις απαιτήσεις της περίπτωσης. Ο Tymstra ισχυρίστηκε ότι στη διαδικασία λήψης αποφάσεων των οικογενειών θα πρέπει να δίνεται πλήρης ελευθερία η οποία όμως εξαρτάται από το βαθμό των πληροφοριών που έχουν οι συγγενείς για την διαδικασία της μεταμόσχευσης. Υποστήριξε επίσης ότι οι αποφάσεις των μελών της οικογένειας μπορούν να επηρεαστούν θετικά μέσα από μια ειλικρινή και ανοιχτή συζήτηση για την επικείμενη δωρεά.²⁴⁹

Ο Turner περιγράφει τρεις τύπους οικογενειακών αποφάσεων όσον αφορά στην δωρεά οργάνων: α. την απόφαση κατόπιν κοινής συμφωνίας μεταξύ των μελών που υποστηρίζουν ομόφωνα την τελική επιλογή β. την απόφαση συμβιβασμού και προσαρμογής που προκύπτει όταν κάποια μέλη της οικογένειας που δεν διατηρούν νομικά τουλάχιστον πρωτεύοντα ρόλο στη λήψη της απόφασης αποδέχονται και προσαρμόζονται με την κοινή απόφαση των υπολοίπων νοιώθοντας όμως αγνοημένοι από τους συγγενείς τους γ. την de facto απόφαση η οποία λαμβάνεται χωρίς να

²⁴⁷ Μπελλάλη, Θ, Παπαδάτου. (2002). Πρότυπα της διαδικασίας λήψης αποφάσεων για δωρεά οργάνων εγκεφαλικά νεκρού ατόμου. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 19(1): 40-50

²⁴⁸ Guy, B., Patton, E.W. (1989). The Marketing of Altruistic Causes: Understanding why people help. *The Journal of Consumer Marketing*. Vol. 6, No. 1, pp. 19-30

²⁴⁹ Sque, M., Payne, S.A. (1996). Dissonant Loss: The experiences of donor relatives. *Soc. Sci. Med.* Vol. 43, No. 9, pp. 1359-1370

συμμετέχει ολόκληρη η οικογένεια στην τελική επιλογή. Ο Turner υποστηρίζει ότι τέτοιου είδους αποφάσεις λαμβάνονται όταν το θέμα θεωρείται ιδιαίτερα φορτισμένο για να συζητηθεί ανοιχτά με αποτέλεσμα να αποφασίζει ένα μέλος της οικογένειας βάσει των προσωπικών του ηθικών επιταγών και αξιών. Η de facto απόφαση λαμβάνεται όταν εμπλέκονται περισσότερες από μία γενιές με αποτέλεσμα ένα άτομο για παράδειγμα η σύζυγος του εγκεφαλικά νεκρού να αποφασίζει χωρίς να ζητάει τη γνώμη των γονιών του συντρόφου της.²⁵⁰

Ένα μοντέλο για τις εμπειρίες των συγγενών των δωρητών σκιαγραφεί τα στάδια από τα οποία περνούν οι συγγενείς κατά την παραμονή τους στην Μ.Ε.Θ. και οδηγούν στη λήψη μιας απόφασης. Πιο συγκεκριμένα έχουμε α. το στάδιο της ανάμνησης κατά το οποίο οι συγγενείς αναφέρονται στις τελευταίες στιγμές που μοιράστηκαν με τον ασθενή, β. το στάδιο της ενημέρωσης για την σοβαρή αποδιοργάνωση του οργανισμού του ασθενή γ. την ελπίδα κατά την αναμονή της διάγνωσης του ασθενή κατά την οποία εκφράζονται οι ελπίδες και προσδοκίες των συγγενών του δ. την συνειδητοποίηση ότι δεν υπάρχει πιθανότητα αποκατάστασης της υγείας του ασθενή, δηλαδή την αντίληψη ότι ο θάνατος έχει επέλθει ε. την επιβεβαίωση του εγκεφαλικού θανάτου και το δίλημμα που τους τίθεται για δωρεά οργάνων κατά την οποία ωστόσο οι συγγενείς νοιώθουν ότι για πρώτη φορά κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο έχουν την δυνατότητα να ασκήσουν έλεγχο. Οι επαγγελματίες υγείας που προσεγγίζουν την οικογένεια θα πρέπει να δίνουν σημασία στην εξέταση των συναισθημάτων των συγγενών τα οποία παίζουν καθοριστικό ρόλο στην απόφασή τους για την δωρεά. στ. το στάδιο του αποχωρισμού κατά το οποίο εκφράζουν μια αίσθηση εγκατάλειψης και μη επαρκούς στήριξης για την απώλεια που βιώνουν ζ. την αντιμετώπιση της θλίψης που νοιώθουν για τον νεκρό και της απόφασης που έχουν πάρει για την δωρεά. Το πιο σημαντικό στοιχείο για την δωρεά είναι ότι δεν μειώνει την θλίψη που νοιώθουν οι συγγενείς του νεκρού αλλά αλλάζει την αρνητική έμφαση που δίνεται με τον θάνατο του ασθενή στο θετικό αποτέλεσμα, δηλαδή στη συνέχιση της ζωής άλλων ατόμων, που επιτυγχάνεται μέσω της δωρεάς.

Έρευνες επιβεβαιώνουν την ανάγκη για την ανάπτυξη και βελτίωση των παρεχόμενων υποστηρικτικών συμβουλευτικών υπηρεσιών για τους συγγενείς του δυνητικού δωρητή. Ο Parker ισχυρίζεται ότι οι υποστηρικτικές υπηρεσίες θα είναι

²⁵⁰ Μπελλάλη, Θ, Παπαδάτου. (2002). Πρότυπα της διαδικασίας λήψης αποφάσεων για δωρεά οργάνων εγκεφαλικά νεκρού ατόμου. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 19(1): 40-50

περισσότερο αποτελεσματικές αν ενταχθούν στις υπηρεσίες των επαγγελματιών υγείας. Η συνεργασία αυτή θα διασφαλίσει ότι το προσωπικό υγείας θα καταρτιστεί με την απαραίτητη γνώση που απαιτεί ο χειρισμός των προαναφερθέντων καταστάσεων.²⁵¹

Ίσως τελικά να αποτελεί ένα σημαντικό χαρακτηριστικό στοιχείο η συνειδητοποίηση ότι τα άτομα που πραγματικά αγαπούν την ζωή είναι εκείνα που χωρίς δισταγμό και μετά από ώριμη σκέψη προχωρούν στην πράξη της μετά θάνατον δωρεάς οργάνων του σώματός τους διότι για να χαρίσει κανείς ζωή θα πρέπει να αγαπά ο ίδιος την ζωή. Όταν η δική μας προσωπική ύπαρξη στο χρόνο σταματάει αποτελεί ένδειξη σεβασμού, αγάπης και κατανόησης του δικού μας «είναι» η πράξη σεβασμού, αγάπης και κατανόησης της ανάγκης κάποιας άλλης ύπαρξης να συνεχίσει την δική της πορεία μέσα στο χρόνο επειδή εμείς ακριβώς δώσαμε αυτή την ευκαιρία. Είναι απαραίτητη μια υγιής τοποθέτηση απέναντι στο ζήτημα της μεταθανάτιας δωρεάς οργάνων παρουσιάζοντάς την ως πράξη εκδήλωσης αγάπης πρώτα προς την ζωή και κατόπιν προς τον συνάνθρωπο προκειμένου να ευαισθητοποιηθούν και να αλλάξει στάση ο κόσμος για αυτό το θέμα.

²⁵¹ Sque, M., Payne, S.A. (1996). Dissonant Loss: The experiences of donor relatives. *Soc. Sci. Med.* Vol. 43, No. 9, pp. 1359-1370

IV. ΕΠΙΛΟΓΟΣ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Κάθε σύγχρονο μεταμοσχευτικό πρόγραμμα για την οργάνωση και προαγωγή των μεταμοσχεύσεων θα πρέπει να βασίζεται σε τρεις πυλώνες: α. στην ιατρική γνώση η οποία είναι σε θέση να εξασφαλίζει την επιβίωση των ασθενών και των μοσχευμάτων αλλά το κυριότερο, είναι σε θέση να διαπιστώνει το τέλος της ζωής β. στην κοινωνία των πολιτών η οποία εκφράζεται μέσα από οργανώσεις ενεργών πολιτών καθότι η συνειδητοποίηση από τον κάθε πολίτη της σημασίας της δωρεάς οργάνων αποτελεί τον πρωταρχικό παράγοντα για την ουσιαστική του συμβολή στο έργο της ανάπτυξης του μεταμοσχευτικού προγράμματος της χώρας μας. Μάλιστα η ιδιαιτερότητα των μεταμοσχεύσεων οφείλεται στο γεγονός ότι η ανάπτυξη και η διάδοσή τους, δεν εξαρτάται αποκλειστικά από την επιστημονική και τεχνολογική πρόοδο αλλά κυρίως από την ευαισθητοποίηση και συμμετοχή των κοινωνικών φορέων και όλου του κοινωνικού συνόλου. γ. στην Πολιτεία, η οποία μέσα από την οργάνωση, τον έλεγχο, την διασφάλιση των συμφερόντων των ατόμων, την ενίσχυση και τον συντονισμό της μεταμοσχευτικής προσπάθειας είναι σε θέση να αξιοποιήσει κάθε διάθεση προσφοράς και να διασφαλίσει τη μετουσίωσή της σε δώρο ζωής.

Παρά το γεγονός ότι έχει μελετηθεί εκτεταμένα η διαδικασία λήψης αποφάσεων που καλούνται να πάρουν οι επαγγελματίες υγείας σε κλινικά θέματα δεν έχει δοθεί η απαιτούμενη προσοχή στη διαδικασία της λήψης αποφάσεων που παίρνουν οι οικογένειές τους σε θέματα που σχετίζονται με τη ζωή και το θάνατο. Όσον αφορά στη δωρεά οργάνων από πτωματικούς δότες προσοχή θα πρέπει να δοθεί α. στη στάση που τηρούν οι οικογένειες στο θέμα της δωρεάς β. στους ηθικοδεοντολογικούς παράγοντες που ωθούν τους συγγενείς να συναινέσουν ή να αρνηθούν την δωρεά γ. στα ατομικά χαρακτηριστικά των συναινούντων δ. στις στρεσογόνες καταστάσεις που αντιμετωπίζουν οι συγγενείς πριν, κατά την διάρκεια και μετά την έγκριση για δωρεά.

Σε πολλές περιπτώσεις η οικογένεια είναι αυτή που καλείται να συνομολογήσει στο ζήτημα της δωρεάς οργάνων το οποίο συμβαίνει γιατί η κοινωνία και όχι μόνο η ελληνική δεν είναι ακόμα έτοιμη να δεχτεί ένα απόλυτο νομικό πλαίσιο το οποίο θα δικαιοδοτεί το κράτος να ορίζει τη δωρεά οργάνων των πολιτών του.²⁵² Θεωρείται αρκετά σημαντικό να δοθούν απαντήσεις στο γιατί κάποιες οικογένειες συναινούν ενώ

²⁵² Land, W., Cohen, B. (1992). Postmortem and living Donation in Europe: transplant laws and activities. *Transplant Proc.* 24: 2165-2167

κάποιες άλλες αρνούνται την δωρεά αλλά και πως καταλήγουν σε μια απόφαση. Ο τρόπος προσέγγισης της οικογένειας του δυνητικού δότη αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά στάδια στην διαδικασία της μεταμόσχευσης το οποίο οι γιατροί πρέπει να λάβουν την κατάλληλη εκπαίδευση για να το αντιμετωπίσουν. Πρόκειται για μια τακτική ιδιαίτερα σημαντική αν λάβουμε υπόψη μας το γεγονός ότι εφαρμόζεται ανεξαιρέτως τόσο σε χώρες που δεν ισχύει η εικαζόμενη συναίνεση όσο και σε χώρες που έχει κατοχυρωθεί νομικά.

Η παρουσία ενός βασικού αρμόδιου προσώπου για τη δωρεά οργάνων σε επίπεδο νοσοκομείου όπως είναι ο συντονιστής μεταμοσχεύσεων με κύρια αρμοδιότητα την ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου και συντονισμένου προγράμματος εντοπισμού δότη αποτελεί το σημαντικότερο βήμα προς τη βελτιστοποίηση της δωρεάς οργάνων και την αύξηση των ποσοστών εντοπισμού δότη. Η βασική επομένως επιδίωξη για την αύξηση του αριθμού των μεταμοσχεύσεων είναι η ουσιαστική εισαγωγή ενεργειών που έχουν προτεραιότητα το διορισμό συντονιστών μεταμοσχεύσεων σε όλα τα νοσοκομεία στα οποία υπάρχει η υποδομή για δωρεά οργάνων με την παράλληλη εφαρμογή αποτελεσματικών προγραμμάτων εκπαίδευσης των συντονιστών μεταμοσχεύσεων.

Είτε η απόφαση αφορά στη συναίνεση είτε στην άρνηση της δωρεάς ο ρόλος των συντονιστών μεταμόσχευσης πρέπει να βασίζεται πάντα στην επιδίωξη να στηριχτεί η οικογένεια που αντιμετωπίζει δύσκολες στιγμές λόγω της απώλειας του αγαπημένου της προσώπου. Ο ρόλος αυτός απαιτεί εξειδικευμένες γνώσεις, δεξιότητες και πάνω από όλα σεβασμό στην οικογένεια του αποθανόντα. Τα όργανα και κατά επέκταση το σώμα του νεκρού δεν αποτελούν ιδιοκτησία του νοσοκομείου και κατά επέκταση του κράτους για να αποτελούν αντικείμενο εκμετάλλευσης μέσω μιας πολιτικής εικαζόμενης συναίνεσης. Αν και ο νεκρός δεν μπορεί να υποστεί βλάβη συγκεκριμένες πράξεις ως προς το νεκρό σώμα του μπορούν να είναι επιβλαβείς καθότι τα συμφέροντά του μπορούν να επιβιώσουν μέσω των ζωντανών που αποτελούν φορείς των συμφερόντων του.

Ο κύριος λόγος για τον οποίο η ιδέα της δωρεάς οργάνων δεν είναι τόσο διαδεδομένη στην Ελλάδα είναι η μη επαρκής πληροφόρηση του πληθυσμού από την πολιτεία αλλά και η έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού στις μονάδες εντατικής θεραπείας που να ασχολείται με την προσέγγιση των ατόμων του συγγενικού περιβάλλοντος του δυνητικού δότη και την ενημέρωσή τους. Υπάρχει ανάγκη να βελτιωθούν οι επικοινωνιακές γνώσεις και δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας και

των ομάδων στήριξης των ασθενών σχετικά με τη μεταμόσχευση οργάνων. Εξίσου σημαντικός λόγος για τον οποίο υπάρχει αρνητική στάση των ατόμων όσον αφορά στην ιδέα της δωρεάς οργάνων είναι η γενικότερη αμφιβολία που υφίσταται λόγω ελλιπής ενημέρωσης είτε για το αν η αφαίρεση οργάνων υπάρχει περίπτωση να γίνει πριν τον θάνατο του ασθενή είτε αν οι γιατροί μπορούν να επιταχύνουν το θάνατό ενός ατόμου με σκοπό να πάρουν τα όργανά του. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στις πληροφορίες που δίνονται στα μέσα μαζικής ενημέρωσης από τους επιστήμονες προκειμένου να παρέχουν συστηματική και διεξοδική ενημέρωση σχετικά με τη δωρεά και τη μεταμόσχευση οργάνων. Ερευνητές υποστήριξαν ότι η χρήση των μέσων μαζικής ενημέρωσης στην Ισπανία για το θέμα της δωρεάς οργάνων συνέβαλε σε μεγάλο βαθμό στη δημιουργία θετικής ατμόσφαιρας στην κοινωνία για τη δωρεά και τη μεταμόσχευση οργάνων.²⁵³

Είναι απαραίτητη μια βιοηθική παιδεία, ώστε να μπορούν οι πολίτες να συμμετέχουν στις αποφάσεις με κριτήριο τη γνώση και όχι με τον ενστικτώδη φόβο για το νέο και το άγνωστο. Για την αύξηση του ποσοστού δωρεάς οργάνων προϋποτίθεται η ενεργός συμμετοχή του κοινωνικού συνόλου και η εμπιστοσύνη του προς τους φορείς συντονισμού και ελέγχου των μεταμοσχεύσεων οι οποίοι με την σειρά τους θα δείχνουν τον απαιτούμενο σεβασμό στον νεκρό και συνεπώς στην οικογένειά του και δεν θα τους παρακάμπτουν μέσω μιας πολιτικής εικαζόμενης συναίνεσης. Η πλειονότητα του πληθυσμού άλλωστε θα αισθανόταν περισσότερο ασφαλής εάν γνώριζε ότι μετά το θάνατό του ο νόμος θα διασφάλιζε την ικανοποίηση των επιθυμιών του και κατά επέκταση τον σεβασμό ως προς το νεκρό καθώς και ως προς την δικαιοδοσία των ζωντανών για το σώμα του νεκρού.

Με την ίδια λογική οι συγγενείς του νεκρού θα πρέπει με τη σειρά τους να ενεργούν βάσει των προθανάτιων επιθυμιών του από το να αποφασίζουν με βάση τις προσωπικές τους ηθικές - φιλοσοφικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις. Θα πρέπει να λάβουμε υπόψη την περίπτωση ένα σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού που δεν αντιτίθεται στην δωρεά οργάνων να νοιώσει προσβεβλημένο από την εφαρμογή της εικαζόμενης συναίνεσης και να εναντιωθεί στο σύστημα των μεταμοσχεύσεων. Ηθικά είναι λάθος να συνάγουμε ότι ο αποθανών θα συναινούσε στην δωρεά εφόσον δεν είχε εκφράσει τη ρητή του αντίρρηση όσο ήταν εν ζωή παραβλέποντας παράλληλα

²⁵³ Matesanz, R., Miranda, B. (2002). A decade of continuous improvement in cadaveric organ donation: the Spanish model. *J Nephrol.* 15(1):22-8

σύμφωνα με την πολιτική της εικαζόμενης συναίνεσης την συναίνεση των συγγενών του. Πρακτικά μια πολιτική όπως η προαναφερθείσα θα προκαλούσε κύμα αντιδράσεων θέτοντας σε κίνδυνο ένα ήδη εύθραυστο σύστημα.

Η παραπάνω προσέγγιση για τις μεταμοσχεύσεις από πτωματικούς δότες αναδεικνύει την ανάγκη προστασίας της πρακτικής των μεταμοσχεύσεων από κάθε παράμετρο που προσβάλλει το πνεύμα τους. Οι μεταμοσχεύσεις δεν θα προχωρήσουν με κηρύγματα περί αλληλεγγύης και αλτρουισμού των άλλων ούτε με παραπλανητικές διαφημίσεις των μεταμοσχευτικών οργανισμών ούτε μέσω μιας πολιτικής εικαζόμενης συναίνεσης. Αγνοώντας τις επιθυμίες του αποθανόντα αγνοούμε συγχρόνως άλλες σημαντικές αξίες όπως τα δικαιώματα και τα συμφέροντα των ζωντανών. Ο με κάθε τρόπο σεβασμός των συμφερόντων του νεκρού και κατά συνέπεια της οικογένειάς του που αποτελεί φορέα αυτών των συμφερόντων καθώς επίσης η ουσιαστική συνεργασία με τους κάθε λογής αρμόδιους αποτελούν απαραίτητη προϋπόθεση για να προχωρήσουν οι μεταμοσχεύσεις στη συνείδηση του κόσμου και να δοθεί μια κοινωνική συναίνεση που θα αποφέρει τελικά πολύ περισσότερα μοσχεύματα από κάθε μορφής εικαζόμενη συναίνεση.

V. ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η μεταμόσχευση η οποία αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες κατακτήσεις της ιατρικής επιτρέπει την αποκατάσταση των λειτουργιών του σώματος που είχαν μέχρι εκείνη τη στιγμή χαθεί και σε μερικές περιπτώσεις είχαν μερικώς υποκατασταθεί με μια μηχανικού τύπου μέθοδο. Η τεχνική επιτυχία των μεταμοσχεύσεων εξελίχθηκε παράλληλα με την ανάπτυξη της χειρουργικής τεχνικής για τη λήψη όλων των δυνατών οργάνων από ένα δότη. Προϋπόθεση όμως για την εφαρμογή των μεταμοσχεύσεων είναι η προσφορά οργάνων, ιστών και κυττάρων μετά την ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης και την αποδοχή της ιδέας της δωρεάς οργάνων, ιστών και κυττάρων.

Ένα από τα περισσότερο συζητημένα θέματα στον χώρο της μεταμόσχευσης είναι ο εγκεφαλικός θάνατος ο οποίος ορίζεται ως η μη αναστρέψιμη βλάβη του εγκεφάλου με μόνιμη απώλεια όλων των λειτουργιών του εγκεφαλικού στελέχους. Σε καμία περίπτωση, τα άτομα με παρατεταμένο κώμα ή μόνιμη φυτική κατάσταση δεν μπορούν να χαρακτηριστούν ως εγκεφαλικά νεκρά και ακόμη περισσότερο να θεωρηθούν ως δότες οργάνων. Τα κριτήρια προσδιορισμού του θανάτου είναι πολύ αυστηρά και αποδεκτά από ιατρικής και νομικής πλευράς προκειμένου να μπορούμε να θέτουμε ως αίτημα την δωρεά οργάνων. Στα ιατρικά χρονικά δεν υπάρχει ούτε μία περίπτωση επανόδου στη ζωή ατόμου που χαρακτηρίστηκε ως εγκεφαλικά νεκρό.

Ο θάνατος του εγκεφαλικού στελέχους θεωρείται επαρκής και αναγκαία συνθήκη για να χαρακτηριστεί ολόκληρος ο εγκέφαλος νεκρός όπως καθορίζει η 9^η απόφαση της 21^{ης} Ολομέλειας του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας που συνήλθε στις 20-3-1985. Την κύρια πηγή πτωματικών οργάνων για μεταμόσχευση αποτελούν άτομα τα οποία έχουν διαγνωσθεί ως εγκεφαλικά νεκρά και των οποίων η καρδιοαναπνευστική λειτουργία διατηρείται με μηχανικά μέσα. Εφόσον τεθεί η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου το άτομο θεωρείται νεκρό και η παραπέρα θεραπευτική υποστήριξη θεωρείται άσκοπη εκτός και εάν πρόκειται να γίνει δότης οργάνων.

Κάθε πολιτική για την εξασφάλιση μοσχευμάτων πρέπει να λαμβάνει υπόψη τον ευαίσθητο χαρακτήρα του ζητήματος ιδιαίτερα όσον αφορά στον σεβασμό του νεκρού. Ο νόμος 2737/1999 έχει προσανατολισθεί στην ευαισθητοποίηση της κοινωνίας προβλέποντας ποικίλες δυνατότητες δραστηριοποίησης της Πολιτείας όπως για παράδειγμα την ανάπτυξη και λειτουργία του συντονιστή μεταμόσχευσης. Ο θεσμός του Συντονιστή μεταμοσχεύσεων είναι ιδιαίτερα σημαντικός και θα πρέπει να δοθεί έμφαση στην πλήρη και ορθή εφαρμογή του η οποία αν λάβουμε υπόψη τα

ευρωπαϊκά πρότυπα μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την ευαισθητοποίηση και διάδοση της ιδέας για δωρεά οργάνων και κατά επέκταση την αύξηση των μεταμοσχεύσεων από πτωματικούς δότες. Το πραγματικό κλειδί της υπόθεσης είναι το δίκτυο των συντονιστών μεταμοσχεύσεων που θα φροντίζουν για την αναζήτηση, την αναγνώριση και την αναφορά δυνητικών δοτών, την ενημέρωση των οικογενειών των δοτών και τη συζήτηση μαζί τους όσον αφορά στην δωρεά, ενώ παράλληλα ασχολούνται και συμμετέχουν στην ανάπτυξη προγραμμάτων σχετικά με τη διάδοση της ιδέας της δωρεάς οργάνων.

Η πολιτική της εικαζόμενης συναίνεσης δείχνει «ελκυστική» στο να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα της έλλειψης μοσχευμάτων και της παράλληλης δυσκολίας εύρεσης δοτών εντούτοις η ενδεχόμενη καθιέρωσή της για την εξασφάλιση μοσχευμάτων από πτωματικούς δότες ενδέχεται να δυσκολέψει παρά να διευκολύνει αυτό τον σκοπό. Η έμφαση στα συστήματα συναίνεσης που τελικά εφαρμόζονται οφείλει να αποσκοπεί στη διατήρηση μιας ισορροπίας ανάμεσα στον σεβασμό των επιθυμιών του νεκρού και την διάθεση που υπάρχει για προσφορά ζωής. Η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κόσμου όσον αφορά στην δωρεά οργάνων είναι ένα από τα κομβικά ζητήματα στα οποία θα πρέπει να προσανατολιστεί η Πολιτεία και όχι η υιοθέτηση συστημάτων του τύπου της ρητής αντίρρησης που είναι η άλλη όψη της συναίνεσης, στο να θεωρείται δηλαδή δυνητικός δότης όποιος κατά την διάρκεια της ζωής του έστω και την τελευταία στιγμή δεν είχε εκφράσει την αντίρρησή του στη μετά θάνατο δωρεά.

Η λήψη οργάνων από νεκρούς εγείρει τον ηθικό προβληματισμό και συγκεκριμένα θέτει το ερώτημα αν μπορούμε να βλάψουμε τον νεκρό και να παραβλέψουμε τις επιθυμίες του. Μια ανασκόπηση των φιλοσοφικών επιχειρημάτων για την υιοθέτηση της θέσης για μεταθανάτια βλάβη και μεταθανάτιων συμφερόντων καταλαμβάνει σημαντικό τμήμα της ηθικής μας φιλοσοφίας και επιχειρεί να δικαιολογήσει τον μεταθανάτιο σεβασμό των επιθυμιών του αποθανόντα. Η διατήρηση της έννοιας της βλάβης και του συμφέροντος του νεκρού τόσο στο ηθικό όσο και νομικό μας σύστημα αποτελεί ένα αποτελεσματικό τρόπο για να διασφαλίσουμε το σεβασμό ως προς το νεκρό και συνεπώς ως προς τη δικαιοδοσία των ζωντανών για το σώμα του νεκρού.

Η εικόνα που παρουσιάζει σήμερα η δωρεά οργάνων μπορεί και πρέπει να αλλάξει. Απαραίτητη προϋπόθεση όμως αποτελεί η συνεχής, συνεπής και υπεύθυνη συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων φορέων, ο εποικοδομητικός διάλογος, η

ανταλλαγή απόψεων και η κατάθεση υπεύθυνων προτάσεων με απώτερο σκοπό την ευαισθητοποίηση και συμμετοχή όλης της κοινωνίας. Η ουσιαστική συνεργασία του κοινωνικού συνόλου με τους φορείς συντονισμού και ελέγχου των μεταμοσχεύσεων και ο σεβασμός από την πλευρά τους των προσώπων που συνδέονται με τον νεκρό αποτελούν απαραίτητη προϋπόθεση για να προχωρήσουν οι μεταμοσχεύσεις στη συνείδηση του κόσμου και να δοθεί μια κοινωνική συναίνεση που θα αποφέρει τελικά πολύ περισσότερα μοσχεύματα από κάθε μορφής εικαζόμενη συναίνεση.

VI. ABSTRACT

Transplantation which is one of the most important acquisitions of medicine allows the rehabilitation of body's functions that have been lost or in some cases have been partly replaced by an automatic mechanical method. The technical success evolved in parallel with the development of surgical techniques for the procurement of all organs from a donor. The donation of organs, tissues and cells predicates the process of transplantation and consequently it is crucial to yield the idea of donating organs, tissues and cells to public in order to get accustomed with this practice.

One of the most important subjects in the field of transplantation is brain death which is determined as the irreversible impairment of the brain function with a permanent loss of all the functions of brain stem. In no case a person with a sustaining coma or persistent vegetative or non cognitive state can be characterized as brain dead and more importantly to be defined as a potential organ donor. The standards for the determination of death are very rigorous and medically and legally acceptable in order to acquire the right to set the request for organ donation. During the medical chronicles there is not even one case of a brain dead person's revival.

The death of brain stem is considered as a sufficient and necessary condition in order to define a whole brain death as it is determined by the 9th decision of the 21st plenum of the Central Council of Health that took place in 20-3-1985. The majority of organs for transplantation come from persons that have been diagnosed as brain dead and their cardiorespiratory function is maintained artificially. Since the diagnosis of brain death has been completed the person is labeled as dead and any further medical support considers being useless.

Every policy for the reassurance of transplants must take into account the sensitive side of the subject particularly in regard to respect the dead. The law 2737/1999 has been orientated to sensitize society foreseeing various movements to activate them, namely the development and establishment of the transplant coordinator. The institution of transplant coordinator is very important and attention must be paid to its complete and proper application which could have as a result the sensitization and diffusion of the organ donation idea and consequently the increase of cadaveric transplants. The real key of this case is the network of transplant coordinators that are responsible for the search, the recognition and record of potential donors, the information of the donors' family and the discussion with them about

organ donation while in parallel they participate in the development of programs concerning the spread of idea of organ donation.

The policy of presumed consent seems to be attractive in order to encounter the problems that arise from the shortage of organ transplants and the difficulty in finding transplant donors. Nevertheless the potential establishment of this policy for the saving of transplants from cadaveric donors probably would encumber rather than facilitate this goal. The emphasis at the methods of consent that are finally applied should aim to keep a balance between respect to the wishes of the dead and the mood to offer life. The information and sensitization of the public about organ donation is one of the most nodal subjects that state should pay attention rather than the adoption of systems like explicit refusal which is the other aspect of consent, in particular to consider as potential donor anyone who hadn't expressed his denial for posthumous donation during his life.

The procurement of organs from dead persons stimulates the philosophical brainstorming and particularly puts forward the question if we could harm the dead and ignore his will. A retrospection of the philosophical arguments for the adoption of the aspect about posthumous harm and posthumous interests occupies a significant part of our ethical philosophy and tries to justify the posthumous respect of the wishes of the dead. The maintenance of the concept of harm in our ethical and legal system consists one of the most effective and powerful ways to ensure respect not only to the dead but mainly to the jurisdiction of the living for the body of the dead.

The idea we have about transplantations nowadays can and should change. On this account it is essential to formulate a constant and accountable cooperation between all the involved agents and organizations, a meaningful dialogue, an exchange of views and an expression of responsible and reliable proposals with ultimate end to sensitize society. The substantial cooperation of public with the organs that coordinate and manage the transplantation system as well as the respect they show to the persons that are related to the dead are considered to be a prerequisite in order to ground transplantations in people conscience so as to give a social consent which will accrue much more transplants than any other form of presume consent.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Α. ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

ΒΙΒΛΙΑ

- Aristotle. (1953). *Nicomachean Ethics*, trans. J.A.K. Thomson. Baltimore: Penguin Books
- Beauchamp, T.L. (1989). Ethical theory and Bioethics. In T.L. Beauchamp and LeR. Walters (eds). *Contemporary Issues in Bioethics*, Belmont, California: Wadsworth Publishing Company
- Becker, L.C. (1988). Human Being: The boundaries of the concept, in M.F. Goodman(ed.), *What is a person?* Humana Press Clifton
- Brody, B. (1983). *Ethics and its applications*. Harcourt Brace and Jovanovich, New York
- Dworkin, R. (1977). *Taking Rights Seriously*. Harvard University Press
- Dworkin, R. (1994). *Life's Dominion*. New York
- Emanuel, E.J. (1994). *The Ends of Human Life: Medical Ethics in a Liberal Polity*. Harvard University Press, second edition, USA
- Evans, M. (1994). Against the definition of brainstem death, in R. Lee and D. Morgan (eds), *Death Rites*, Routledge, London
- Feinberg, J. (1977). *Harm and Self-Interest in Law, Morality and Society: Essays in Honour of H.L.A. Hart*, ed. P.M.S. Hacker
- Feinberg, J. (1987). *Harm to Others. The moral limits of the criminal law*. Oxford University press
- Hinkley, C. (2005). *Moral Conflicts of Organ Retrieval: A case for constructive pluralism*. Editions Rodopi
- Jonas, H. (1974). Against the stream: comments on the definition and redefinition of death, in *Philosophical Essays. From ancient creed to technological man*. Prentice Hall, Englewood Cliffs
- L' Albate, L., Ganahl, G., Hansen, J.C. (1986). *Methods of Family Therapy*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey
- Lamb, D. (1985). *Death, Brain Death and Ethics*. State University of New York Press
- McCullagh, P.J. (1993). *Brain dead, brain absent, brain donors*. John Wiley & Sons Ltd, England

- Nagel, T. (1997). *Mortal Questions*. Leader Books A.E
- Nagel, T. (1971). *Death in Moral Problems*, ed. Ames Rachels, 1st ed. New York: Harper& Row
- O' Neill, O. (2002). *Autonomy and Trust in Bioethics*. Cambridge University Press
- Pallis, C. (1983). *ABC of Brainstem death*. Brit. Med. Ass., London.
- Pitcher, G. (1993). *The Misfortunes of the Dead*. In John Martin Fischer, ed. *The Metaphysics of Death*. Stanford, CA: Stanford University Press
- Ross, W.D. (1939). *Foundations of Ethics*. Oxford: Clarendon Press
- Russell, T. (2000). *Brain Death: Philosophical Concepts and Problems*. Ashgate New Critical Thinking in Philosophy
- Sabine, G.H. (1961). *Η Ιστορία των Πολιτικών Θεωριών*. Εκδόσεις Ατλαντίς, Αθήνα
- Sperling, D. (2008). *Posthumous Interests: Legal and Ethical Perspectives*. Cambridge University Press
- Veatch, R. (2000). *Transplantation Ethics*. Georgetown University Press, Washington, D.C.
- Wispe, L. (1978). *Altruism, Sympathy and Helping*. New York: Academic Press

ΑΡΘΡΑ

- A definition of irreversible coma: Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death. (August, 5, 1968). *JAMA*, Vol. 205, Issue 6: 337-340
- Agich, G.J. (1999). From Pittsburg to Cleveland: NHBD controversies and Bioethics. *Camb Q Health Ethics*. 8: 269-74
- Barbara, K.P. (2008). What is presumed when we presume consent? *BMC Med Ethics*. 9: 8
- Barnard, C.N. (1967). *Human heart transplantation*. *S Afr Med J* 47: 41
- Black, P.M. (1991). Conceptual and practical issues in the declaration of death by brain criteria. *Neurosurg Clin North Am*. 2:493-501.
- Brierley, J.B., Adams, J.H., Graham, D.I., Simpson, J.A. (1971). "Neocortical death after cardiac arrest", *Lancet*, vol. II, pp. 560-565
- Callahan, J. (1987). On harming the dead. *Ethics*. Vol. 97, No. 2, pp. 341-352

- Cameron, S., Forsythe, J. (2001). How can we improve organ donation rates? Research into the identification of factors which may influence the variation. *Nefrologia*, Vol. XXI, Suplemento 5, pp. 68-77
- Clayton, H.A., Swift, S.M., Turner, J.M., James, R.F., Bell, P.R. (2000). Non-heart-beating organ donors: A potential source of islets for transplantation? *Transplantation*, 69:2094-8
- Doig, C.J., Rocker, J. (2003). Retrieving Organs from non-heart-beating organ donors: a review of medical and ethical issues. *Can J Anesth*, pp. 1069-1076
- Edwards, J.M., Hasz, R.D. Jr, Robertson, V.M. (1999). Non-heart-beating organ donation: process and review. *AACN Clin Issues*; 10: 293-300
- English, V., Sommerville, A. (2003). Presume consent for transplantation: a dead issue after Alder Hey? *J. Med. Ethics*. 29: 147-152
- Evans, D.V. (2007). Seeking an ethical and legal way of procuring transplantable organs from the dying without further attempts to redefine human death. *Philos Ethics Humanit Med*. 29;2:11
- Evans, M. (1990). A plea for the heart, *Bioethics*, Vol. 4(3), pp. 227-231
- F. Tomasini. F. (2008). Research on the recently dead: an historical and ethical examination. *British Medical Bulletin*. 85(1):7-16
- Fieldman, M.H. (1971). Physiological observations in a chronic case of locked-in syndrome, *Neurology*, vol. 21, pp. 459-478
- Fisher, J. (2001). Harming and Benefiting the Dead. *Death Studies*. 25: 557-568
- Guest, C.B., Devitt, J.H. (2000). Non Heart beating organ donation. *CMAJ*. 162-194
- Gundle, K. (2005). Presumed Consent: An International Comparison and Possibilities for Change in the United States. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*.;14:113–118.
- Hamer, C.L., Rivlin M.M. (2003). A stronger policy of organ retrieval from cadaveric donors: some ethical consideration. *Journal of Medical Ethics*. 29:196-200
- Hassoulas, J., Barnard, C.N. (1984). Herotopic cardiac transplantation: a seven year experience at Groote Schuur Hospital. *S Afr Med J*, 65: 675-682
- Jennett, B. (2002). The vegetative state. *J Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. 73(4): 355-357

- Jennett, W.B., Plum, F. (1972). Persistent vegetative state after brain damage: a syndrome looking for a name, *Lancet*, Vol. I, pp. 734-737
- Joel Feinberg (1967). The Forms and Limits of Utilitarianism. *Philosophical Review* 76 (3):368-381
- Kleinig, J. (1982). The ethics of consent. In Kai Nielsen and Steven C. Patten (eds.) New essays in ethics and public policy, *Canadian Journal of Philosophy*, Vol. VIII, pp. 91-118
- Koostra, G., Husberg, B., Van der Vliet, J.A. (1984). Proceedings of the First International Congress on Organ Procurement. *Transplant Procure.*;16, pp. 1-336
- Koostra, G., Kievit, J.K., Heinemann, E. (1997). The non-heart-beating donor. *Br Med Bull*; 53: 844-53
- Korein, J. (1978). Terminology, Definitions, and Usage. *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 315, issue 1 Brain Death, pp. 6-10
- Land, W., Cohen, B. (1992). Postmortem and living Donation in Europe: transplant laws and activities. *Transplant Proc.* 24: 2165-2167
- Levenbook, B.B. (1984). Harming Someone after His Death. *Ethics* 94, Chicago: University of Chicago, pp. 407-419
- Levenbook, B.B. (1985). Harming the Dead Once Again. *Ethics* 96. Chicago: University of Chicago: pp. 162-164
- Lillehei, C.W. (1979). Discussion in Wildevnur C.R.H. and Benfield J.R. A review of 23 human lung transplantation by 20 surgeons. *Ann. Thor. Surg*, 9: 489
- Lucas, M.F., Matesanz, B.M., Alonso, M. (1996). Organ Procurement in Spain: The National Transplat Organization. *Transplantation Proceedings*, Vol. 28, No. 6, pp. 3357-3358
- Lynn, J. (1993). Are the patients who become organ donors under the Pittsburg protocol for “non heart-beating donors” really dead? *Kennedy Instit Ethics J*; 3:167-78
- Marquis, D. (1985). Harming the Dead. *Ethics* 96. Chicago: University of Chicago: 159-161
- Matesanz, R. (2004). Factors That Influence The Development of an Organ Donation Program. *Transplantation Proceedings*, 36, 739-741

- Matesanz, R., Miranda, B. (2001). Expanding the organ donor pool: The Spanish Model. *Kidney International* 59, 1594–1594
- Matesanz, R., Miranda, B. (2002). A decade of continuous improvement in cadaveric organ donation: the Spanish model. *J Nephrol.* 15(1):22-8
- Matesanz, R., Miranda, B., Felipe, C. (1994). Organ procurement and renal transplants in Spain: the impact of transplant coordination. Spanish National Transplant Organization (ONT). *Nephrol Dial Transplant.*; 9(5):475-81.
- McIntyre, P., Barnett, M.A., Shanteau, H.J., Skowronski, J., Klassen, M. (1987). Psychological factors influencing decisions to donate organs. *Adv Consum R.* 14: 331-334
- Merkle, R.C. (1992). The technical feasibility of cryonics. *Med Hypotheses*, 39:6-16
- Nelson, J.L. (2003). Harming the Dead and Saving the Living. *The American Journal of Bioethics.* Vol. 3, No. 1, pp. 13-15
- Partridge, E. (1981). Posthumous Interests and Posthumous Respect. *Ethics.* Vol. 91, No. 2, pp. 243-264
- Plevak, J. (2008). The emergence of personhood in organ procurement. *Transplantation Reviews.* 22: 163-166
- Posner, J.B. (1978). Coma and other states of consciousness: The differential diagnosis of brain death. *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 315, issue , pp. 215-223
- President's Commission for the Study of ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. (July/3/1981). Defining Death, Chapter 3
- Reitz, B., Burton, W.A., Jamieson, S.W. et al. (1980). Heart and lung transplantation. *J Thorac. Cardiovasc. Surg.*, 80:360
- Sells, R.A. (1993). Consent for Organ Donation: What are the ethical principles?. *Transplantation Proceedings*, Vol. 25, No 1, pp. 39-41
- Shewmon, D.A. (1997). Recovery from “brain death”. A neurologist's apologia. *Linacre Quarterly*, pp. 31-96.
- Shewmon, D.A. (2001). The brain and somatic integration: insights into the standard biological rationale for equating “brain death” with death. *Journal of Medicine and Philosophy* 26(5):457-478
- Silverstein, S. (1980). The Evil of Death. *Journal of Philosophy* 77: 401-424

- Singer, P. (1995). Is Our Changing Definition of Death for the Better? USA Today, May 18
- Singer, P. (1995). Is the Sanctity of life Ethic Terminally Ill? *Bioethics*. Volume 9, Issue 3, Pages 327 – 343
- Sque, M., Payne, S.A. (1996). Dissonant Loss: The experiences of donor relatives. *Soc. Sci. Med.* Vol. 43, No. 9, pp. 1359-1370
- Starlz, T.E., Marchioro, T.L., Von Kanla, K.N., Haermaun, G., Britain, R., Waddell, W.R. (1963). *Homotransplantation of the liver in the humans*. *Surg. Gynecol. Obstet.* 117:652.
- Sullivan, J., Seem, D.L., Chabalewski, F. (1999). Determining Brain Death. *Crit Care Nurse*. 19(2): 37-46
- Taylor, R. (1997). Re-examining the Definition and Criteria of Death. *Seminars in Neurology* 17, No.3, pp 65-70
- Toole, J.F. (1971). The neurologist and the concept of brain death. *Perspectives in Biology and Medicine*, Vol. 14, pp. 599-607
- Trainor, R. (1989). Should the Newly Dead be Used to Help the Living? An Issue in Our Time. *Linacre Quarterly*, 56(3): 51-63
- Truog, R.D. (2007). Brain Death – too flawed to endure, too ingrained to abandon. *J Law Med Ethics*. 35(2):273-81.
- Veatch, R. (1978). The Definition of Death: Ethical, Philosophical and Policy Confusion. In *Brain Death: Interrelated Medical and Social Issues*. Annals of the New York Academy of Sciences, Vol. 315
- Veith, J.F. (1978). Brain Death and Organ Transplantation. *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 315, issue 1 Brain Death, pp. 417-441
- Visram, A., Marshall, C. (1997). Paco₂ and apnoea testing for brain stem death. *Anaesthesia*. pp. 52:87.
- Waluchow, W.J. (1986). Feinberg's Theory of Preposthumous Harm. *Dialogue* XXV, pp. 732-733
- Wijdicks, E.F.M. (2001). The Diagnosis of Brain Death. *NEJM*. 344: 1215-21
- Wijdicks, E.F.M.(1995). Determining brain death in adults. *Neurology*. 45:1003-1011.
- Wilkinson, S. (2003). *Bodies for Sale: ethics and exploitation in the human body trade*. Routledge, Taylor& Francis Group

- Wright, L. (2007). Is presumed consent the answer to organ shortages? No. *BMJ*. 334:1089
- Zink, S., Werlieb, S.L. (2004). Forced altruism is not altruism. *The American Journal of Bioethics*. 4:29–31

Β.ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ

ΒΙΒΛΙΑ

- Kant, I. (1984). *Τα Θεμέλια της Μεταφυσικής των ηθών*, μτφρ Γιάννη Τζαβάρα, Εκδόσεις Δωδώνη, Αθήνα
- Αλαχιώτης, Σ.Ν. (2004). *Βιοηθική - Αναφορά στους γενετικούς και τεχνολογικούς νεωτερισμούς*. εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
- Βάρκα- Αδάμη, Α. (1993). *Το Δίκαιο των Μεταμοσχεύσεων*. Αθήνα-Κομοτηνή, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα
- Βάρκα-Αδάμη, Α. (2003). Το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο για τις μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων. *Φιλελεύθερη Έμφαση*, Εκδόσεις Σιδέρης
- Βάρκα-Αδάμη, Α. (2005). *Το Δίκαιο των Μεταμοσχεύσεων*. Εκδόσεις Σάκκουλας
- Βιδάλης, Τ.Κ. (2007). *Βιοδίκαιο*. Πρώτος Τόμος: Το πρόσωπο, Σάκκουλας, Αθήνα
- Βιρβιδάκης, Σ. (2000). *Εισαγωγή στην Ηθική Φιλοσοφία*. Αθήνα
- Παπαγαρουφάλη, Ε. (2002). *Δώρα Ζωής Μετά Θάνατον*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
- Παπαδημητρίου, Ι. Δ. (1993). *Μεταμοσχεύσεις*. Αθήνα
- Σαρρής, Μ. Σταυροπούλου-Γκιόκα, Α. (1999). *Η καθιέρωση της πτωματικής μεταμόσχευσης στην Ελλάδα*. Αθήνα. Roche (Hellas) A.E.
- Χάσουλας, Α. Ι. (1989). *Η κλινική εφαρμογή της ετεροτοπικής καρδιακής μεταμόσχευσης στην υποστήριξη της ανεπαρκούς καρδιάς*. Αθήνα

ΑΡΘΡΑ

- Βιδάλης, Κ. (2008). Η εικαζόμενη συναίνεση. *Επιθεώρηση Βιοηθικής*, Τόμος Ι, Τεύχος Ι
- Βούλτσος, Π., Χατζητόλιος, Α. (2006). Η συναίνεση του ασθενούς στα πλαίσια του νέου κώδικα ιατρικής δεοντολογίας. *Ιατρικό Βήμα*, τεύχος 103

- Βρεττός Μ, Γιαννούλης Ε, Γκιάλα Μ. (1999). Προβλήματα και ασάφειες του νόμου 2737/1999 για τις μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων ιστών και οργάνων. *Ιατρικό Βήμα*: 70-72
- Γιαννάκου-Πεφτουλίδου, Μ. (2005). Η έννοια του εγκεφαλικού θανάτου. *Ελληνικό Περιοδικό Περιεγχειρητικής Ιατρικής*; 3: 27-40
- Δαρδαβέσης, Θ. (1990). Απόψεις δειγμάτων πληθυσμού για το θεσμό της Δωρεάς Οργάνων και τις Μεταμοσχεύσεις. *Μεταμόσχευση*1(1): 29-36
- Δραγώνα-Μονάχου, Μ. (2002). Ηθική και Βιοηθική. *Επιστήμη και Κοινωνία*, Τεύχος 8-9
- Καθημερινή, *Γιατί οι Εντατικές Μονάδες «απορρίπτουν» τα μοσχεύματα*, Ημερομηνία Δημοσίευσης 10-2-08
- Κονιαβίτου, Κ., Βάρκα-Αδάμη, Α. (1997). Η Εθνική μας Πολιτική στον τομέα των Μεταμοσχεύσεων», *Ιατρικό Βήμα*, τεύχος 50
- Κυριακόπουλος, Δ. (2005). Η υποκίνηση προσωπικού στο Δημόσιο Νοσοκομείο. *Επιθεώρηση Υγείας*, 16(95), σελ.17-20
- Μανιού, Μ., Ιακωβίδου, Ε., Κωστόπουλος Ε., Πάλλη, Ε., Ζάραγκας, Σ., Σαλούστρου, Ε. (2009). Ο Συντονισμός των μεταμοσχεύσεων: Μέτρηση της συμπεριφοράς του συντονιστή μεταμόσχευσης σε Μ.Ε.Θ. Γενικού Νοσοκομείου της Κρήτης. *Το Βήμα του Ασκληπιού*. Τόμος 8^{ος}, Τεύχος 2^ο, σελ. 137-158
- Μπελλάλη, Θ, Παπαδάτου. (2002). Πρότυπα της διαδικασίας λήψης αποφάσεων για δωρεά οργάνων εγκεφαλικά νεκρού ατόμου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 19(1): 40-50
- Νόμος 2737/1999 (ΦΕΚ 174Α') Μεταμοσχεύσεις Ανθρώπινων Ιστών και Οργάνων και άλλες διατάξεις
- Ομπέση, Φ., Μανιού, Μ. (2008). Οργάνωση της Μεταμοσχευτικής Διαδικασίας: Ο θεσμός του Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων. *Το Βήμα του Ασκληπιού*. Τόμος 7^{ος}, Τεύχος 2^ο, σελ. 82-112
- Πιπερόπουλος, Γ. (1990). Οι ψυχοκοινωνικές Διαστασεις του Θεσμού της Δωρεάς Οργάνων σώματος ανθρώπου. *Μεταμόσχευση*. 1,2: 90-96
- πρόταση νόμου «τροποποίηση και συμπλήρωση του νόμου 2737/1999 «Μεταμοσχεύσεις Ιστών και Οργάνων και άλλες διατάξεις»

Γ. ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

- www./en.wikipedia.org/wiki/Organ_transplant#History
- www.ahc.umn.edu (Ethics of organ Transplantation, Center for Bioethics, February 2004)
- www.bioethics.gr
- www.cyna.org.
- www.donatelifeny.org/transplant/organ_organ.html
- www.el.wikipedia.org
- www.emedicine.medscape.com
- www.en.wikipedia.org/wiki/Spanish_Transplant_Organization
- www.eom.gr
- www.epagelmata.oaed.gr/show.php
- www.epr.gr/release/120446
- www.hellenic-health.gr
- www.iatrikionline.gr (Δελτίο Α Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών για το κόμμα)
- www.medicalnewstoday.com
- www.organtransplants.org/understanding/history/
- www.thefreedictionary.com/Philosophy
- www.translantation.gr