



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ & ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Διερεύνηση των γνώσεων του Νοσηλευτικού
προσωπικού στα Δημόσια Νοσοκομεία Ηρακλείου όσον
αφορά τη δωρεά οργάνων.**

**Κωνσταντίνου Αναστασία
Νοσηλεύτρια ΓΕ**

**Επιβλέπων: Α. Φιλαλήθης, Αναπληρωτής Καθηγητής,
Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα
Ιατρικής, Παν. Κρήτης**

Ηράκλειο, Φεβρουάριος 2010

© 2010
Κωνσταντίνου Αναστασία
ALL RIGHTS RESERVED

Ευχαριστίες

Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή δεν θα μπορούσε να υλοποιηθεί δίχως τη συμβολή κάποιων σημαντικών ανθρώπων και συνεργατών, οι οποίοι υπήρξαν αρωγοί αυτής της προσπάθειας και τους οποίους ευχαριστώ θερμά.

Καταρχάς, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα της μεταπτυχιακής διατριβής, τον Αναπληρωτή Καθηγητή και Διευθυντή του Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής κ. Αναστάσιο Φιλαλήθη, όχι μόνο για την πολύτιμη καθοδήγησή του στον σχεδιασμό, στην πραγμάτωση και στην ολοκλήρωση του ερευνητικού πρωτοκόλλου, αλλά και για τις καίριες παρατηρήσεις και για την ενθουσιώδη υποστήριξή του σε αυτό το ταξίδι στη γνώση. Η μαθητεία κοντά του, μου έδωσε το έναυσμα για την αναζήτηση της διασύνδεσης μεταξύ της επιστημονικής γνώσης και της πρακτικής βασισμένης σε ενδείξεις.

Ευχαριστώ επίσης, θερμά:

Τον Καθηγητή Εφαρμογών και Στατιστικό στο ΑΤΕΙ Κρήτης, κ. Γιώργο Μαρκάκη, για την σημαντική συμβολή του στην στατιστική ανάλυση της παρούσας έρευνας, ιδιαίτερα στο μεθοδολογικό στάδιο και στην ανάλυση των αποτελεσμάτων.

Τον Καθηγητή Εφαρμογών στο τμήμα Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Κρήτης κ. Μιχάλη Ροβίθη, για την αμέριστη συμπαράσταση και συμβολή σε όλα τα στάδια αυτής της δουλειάς.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω το Νοσηλευτικό Προσωπικό των δυο Νοσοκομείων Ηρακλείου, το οποίο συμμετείχε με ενθουσιασμό στην εκπόνηση αυτής της μελέτης, αφιερώνοντας τον πολύτιμο χρόνο του στην συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Καταλήγοντας, θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς το σύζυγό μου Κωνσταντίνο Πυλιώτη για την αμέριστη, συνεχή συμπαράσταση και υποστήριξή του, χωρίς την οποία δεν θα μπορούσε να ολοκληρωθεί η παρούσα εργασία.

Επίσης, ευχαριστώ από καρδιάς, τα παιδιά μου Γιάννη και Θανάση και τους γονείς μου, που μου συμπαραστάθηκαν σε αυτή την στιγμή της ζωής μου και βοήθησαν να γίνει το όνειρό μου πραγματικότητα.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

SUMMARY

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Α' ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

- 1.1 Ιστορική αναδρομή των μεταμοσχεύσεων.
- 1.2 Πορεία των Μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα και τον Διεθνή χώρο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

- 2.1 Ελληνικό Θεσμικό πλαίσιο.
- 2.2 Νομοθετικές διατάξεις για δωρεά οργάνων στην Ευρώπη.
- 2.3 Νομοθετικές ρυθμίσεις των Μεταμοσχεύσεων από ζώντες δότες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ

- 3.1 Ορισμός του Εγκεφαλικού Θανάτου.
- 3.2 Μηχανισμός Επέλευσης Εγκεφαλικού Θανάτου.
 - 3.2.1 Προϋποθέσεις διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου.
 - 3.2.2 Κλινικά κριτήρια για τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου.
 - 3.2.3 Κλινικός Έλεγχος Εγκεφαλικών συζυγιών- αντανακλαστικών του στελέχους.
 - 3.2.4 Απουσία αυθόρμητης αναπνοής.
- 3.3 Διαφορική Διάγνωση.
 - 3.3.1 Αρχική Εκτίμηση Ασθενούς.
 - 3.3.2 Κλίμακα Γλασκώβης (GLASCOW COMA SCALE- GCS).
 - 3.3.3 Ανεξήγητες κινήσεις «Σημείο του Λάζαρου - LAZAROUS SIGN» ή «Τραγικά αντανακλαστικά».
 - 3.3.4 Πότε επιβάλλεται η εργαστηριακή επιβεβαίωση του εγκεφαλικού θανάτου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

- 4.1 Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων.
- 4.2 Η στρατηγική του Ε.Ο.Μ.
- 4.3 Δωρεά Οργάνων.
 - 4.3.1 Δωρητής Οργάνων.
 - 4.3.2 Δότης (donor).
 - 4.3.3 Λήπτης (recipient).
 - 4.3.4 Μεταμόσχευση.

4.3.5 Είδη μοσχευμάτων

4.3.6 Πηγές Μοσχευμάτων

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

5.1 Ο ρόλος του Νοσηλευτή ως συντονιστής στην ομάδα των μεταμοσχεύσεων.

5.2 Το πεδίο δραστηριοτήτων του συντονιστή μεταμοσχεύσεων.

5.3 Διοικητικές και λοιπές δραστηριότητες του συντονιστή μεταμοσχεύσεων

5.4 Εκπαιδευτικές δραστηριότητες

5.5 Εκπαίδευση των επιστημόνων υγείας, συμπεριλαμβανομένου και του νοσηλευτικού προσωπικού.

5.6 Δραστηριοποίηση των επιστημόνων υγείας συμπεριλαμβανομένου και του νοσηλευτικού προσωπικού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ

6.1 Εισαγωγή

6.2 Ρωμαιοκαθολική Εκκλησία

6.3 Ιουδαϊσμός

6.4 Ισλάμ

6.5 Ινδουισμός

6.6 Βουδισμός

6.6.1 Η πολυποικίλη και πολυεπίπεδη αντιμετώπιση των μεταμοσχεύσεων από την Ορθόδοξη Εκκλησιαστική Πλευρά.

6.7 Θεολογικές θέσεις για το πρόβλημα των μεταμοσχεύσεων

6.7.1 Βασικές θέσεις της Εκκλησίας της Ελλάδος επί της ηθικής των Μεταμοσχεύσεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΒΙΟΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

7.1 Βίο- Ηθική.

7.2 Ανθρώπινα Όργανα και Ιστοί.

7.3 Οι ψυχοκοινωνικές διαστάσεις του θεσμού της δωρεάς οργάνων.

7.4 Ψυχοκοινωνική αξιολόγηση των μεταμοσχεύσεων.

7.5 Δεοντολογικά Ζητήματα.

7.6 Το πρόβλημα του εγκεφαλικού θανάτου.

7.7 Εικαζόμενη, τεκμαιρόμενη και συγγενική συναίνεση.

- 7.8 Μεταμοσχεύσεις και Ευθανασία.
- 7.9 Διαδικασία συγκρότησης της λίστας.
- 7.10 Εμπορευματοποίηση των Μεταμοσχευμάτων
- 7.11 Ενημέρωση του Δότη και του Λήπτη.
- 7.12 Το τεράστιο κόστος.
- 7.13 Ο ρόλος των Μ.Μ.Ε.

Β' ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

- 8.1 Σκοπός έρευνας
- 8.2 Ερευνητικά Ερωτήματα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

9.1 Υλικό και Μέθοδος

- Ερευνητικό Πεδίο – Χρόνος Διεξαγωγής
- Δειγματοληπτική μέθοδος
- Ερευνητικό εργαλείο

9.2 Στατιστική Ανάλυση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11^ο

- 11.1 Συζήτηση – Συμπεράσματα
- 11.2 Προτάσεις

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

Ξένη

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγιο

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

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 την οποία έχει τόσο ανάγκη ο τόπος, στην προσπάθειά του να ανταποκριθεί στις προκλήσεις των καιρών.

Ιδιαίτερα σημαντικός στην ανάπτυξη αυτού του προγράμματος θεωρείται ο ρόλος των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού των μεγάλων νοσοκομειακών μονάδων καθώς και των Συλλόγων που έχουν ως στόχο τους τη διάδοση της ιδέας δωρεάς ιστών και οργάνων.

Σκοπός: να εκτιμηθούν οι γνώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε Δημόσια Νοσοκομεία του Ν. Ηρακλείου σχετικά με την δωρεά οργάνων, καθώς και να διερευνηθεί η ενδεχόμενη επίδραση διαφόρων παραγόντων στην πρόθεση δωρεάς οργάνων. **Υλικό & Μέθοδος:** η έρευνα διεξήχθη στο ΠΑ.Γ.Ν.Η & Βενιζέλειο - Πανάνειο Γ. Ν. Η. Κρήτης. Το δείγμα αποτέλεσαν 200 νοσηλευτές, τυχαία επιλεγμένα, από τους οποίους 100 εργάζονταν σε Μονάδες και 100 σε κλινικές. Το ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε 5 ενότητες: Κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία – γνώσεις σχετικά με τη δωρεά – εμπειρία δωρεάς οργάνων – πρόθεση δωρεάς. Εφαρμόστηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση. **Αποτελέσματα:** Οι συνολικές γνώσεις των ερωτώμενων μετρήθηκαν με το σύνολο των σωστών απαντήσεων στις ερωτήσεις 1-14 και ειδικότερα με την κλίμακα ορθής γνώσης CKN, όπου $CKN = \frac{\text{Σύνολο Σωστών Απαντήσεων}}{14}$

Σε όλο το δείγμα η μέση τιμή του CKN ήταν 0,709 με τυπική απόκλιση 1,56. Όσον αφορά την πρόθεση δωρεάς το 79,6% απάντησε θετικά, ενώ μόνο το 20,4% απάντησε αρνητικά. **Συμπεράσματα:** Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το επίπεδο γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με θέματα δωρεάς οργάνων ήταν υψηλό και ιδιαίτερα φάνηκε μια μικρή διαφορά στο επίπεδο εκπαίδευσης. Είναι σημαντικό το γεγονός, ότι ο φόβος και η έλλειψη εμπιστοσύνης στις οργανώσεις και τους γιατρούς συγκεντρώνουν ένα πολύ μεγάλο ποσοστό επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι διατηρούν αρνητική στάση απέναντι στη δωρεά.

Λέξεις – κλειδιά: δωρεά οργάνων – γνώσεις- εμπειρία- νοσηλευτικό προσωπικό

SUMMARY

The practice of organ and tissue donation can and must become part of individual and collective consciousness, an example of social sensitization and a point at which our community can come together, which this country so greatly needs in its attempts to respond to the challenges of the times.

The role of the doctors and the nursing staff in the big hospitals is considered especially significant to the development of this program, as is that of the Associations which aim to spread the idea of tissue and organ donation.

Aim: To estimate the knowledge of the nursing staff which works in the public hospitals of the Prefecture of Heraklion in relation to organ donation, as well as to investigate the possible effect of various factors on the public's willingness to donate organs. **Material & Method:** The research was conducted at the University Hospital of Heraklion (PAGNH) and the General Peripheral Hospital of Heraklion "Venizeleio-Pananeio" in Crete. The sample consisted of 200 nurses, chosen at random, of whom 100 worked at Units and 100 in clinics. The questionnaire is divided into five units: socio-demographic details; knowledge regarding organ donation; experience with organ donation; and willingness to donate. A descriptive statistical analysis was applied. **Result:** The total knowledge the respondents was counted against the total of correct answers to questions 1-14, in particular with the correct knowledge scale CKN, where $CKN = \text{total correct answers} / 14$.

In the entire sample the average CKN was 0.709 with a 1.56 standard of deviation. With regards to the willingness to donate, 79.6% answered in the affirmative, while only 20.4% responded negatively. **Conclusion:** The results show that the level of knowledge of the nursing staff regarding matters of organ donation was high and in particular there was a small difference in the level of education. It is significant that a very large percentage of people in the field of professional health fear and do not trust organizations and doctors, and maintain a negative stance against organ donation.

Keywords: organ donation – knowledge – experience – nursing staff

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία με θέμα «διερεύνηση των γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε Δημόσια Νοσοκομεία του Ν. Ηρακλείου σχετικά με τη δωρεά οργάνων» ασχολείται μ' ένα θέμα που τελευταία απασχολεί όλο και περισσότερο και έχει διχάσει πολλούς, την δωρεά οργάνων και προσπαθεί να διευκρινίσει τις απόψεις των νοσηλευτών που εργάζονται στο χώρο της υγείας, σχετικά με την δωρεά οργάνων.

Η εργασία χωρίζεται σε δύο μέρη το θεωρητικό και το ερευνητικό. Στο θεωρητικό μέρος γίνεται αναφορά στην πορεία των μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα και τον διεθνή χώρο, καθώς επίσης και σε στοιχεία του θεσμικού πλαισίου της μεταμόσχευσης σε Ελλάδα και Ευρώπη. Επιπλέον αναλύονται όροι και ορισμοί σχετικά με την μεταμόσχευση, την διαδικασία της δωρεάς και τις προϋποθέσεις που πρέπει να υφίστανται. Γίνεται μια εκτενέστερη αναφορά στο συντονισμό και κατανομή των οργάνων προς μεταμόσχευση, όπως επίσης και στο σχέδιο λειτουργίας και διασύνδεσης των Μεταμοσχευτικών Κέντρων στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Αναλύονται οι ηθικές διαστάσεις των Μεταμοσχεύσεων και τέλος, γίνεται ιδιαίτερη μνεία στην θέση και τις στάσεις των περαιτέρω θρησκειών απέναντι στην Μεταμόσχευση.

Το ερευνητικό μέρος αναλύει την έρευνα η οποία είχε σαν σκοπό να εκτιμηθεί η θετική ή η αρνητική στάση των επαγγελματιών υγείας απέναντι στην δωρεά, καθώς και οι παράγοντες που την επηρεάζουν. Η έρευνα αυτή ήταν περιγραφική συσχέτισης και συμμετείχαν σε αυτήν νοσηλευτές όλων των κατηγοριών από το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου και από το Βενιζέλειο και Πανάνειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου. Στην παρούσα έρευνα έλαβαν μέρος 200 νοσηλευτές συνολικά κι από τα δυο Νοσοκομεία Ηρακλείου.

Για την συγκέντρωση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που παραχωρήθηκε από το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας Τ.Ε.Ι. Κρήτης και συγκεκριμένα από τον κ. Χλιαουτάκη Αναπληρωτή Καθηγητή του τμήματος Κοινωνικής εργασίας και το οποίο ήδη έχει εφαρμοστεί σε μελέτη σχετικά με την «Μελέτη γνώσεων, στάσεων και προθέσεων φοιτητών ανώτατης εκπαίδευσης ως προς τη δωρεά οργάνων» (2008). Το ερωτηματολόγιο αυτό κατασκευάστηκε βασισμένο σε ανάλογη διεθνή βιβλιογραφία (Shannon 1993, Edwards & Weale

2004, Bolognas & Kurt 2004, Schaeffner & Windisch 2004, Felley & Servoss 2005, Burra & Bonna. 2005).

Το ερωτηματολόγιο με βάση τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσα μελέτης, συμπεριέλαβε μικρότερο αριθμό ερωτήσεων που απαντούν στα ερευνητικά ερωτήματα τη μελέτης, ενώ ανάλογα, τα δημογραφικά στοιχεία διαμορφώθηκαν έτσι ώστε να ανταποκρίνονται στα χαρακτηριστικά του προς επιλογήν δείγματος της παρούσας μελέτης. Το ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε 5 ενότητες: Κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία – γνώσεις σχετικά με τη δωρεά – εμπειρία δωρεάς οργάνων – πρόθεση δωρεάς.

Α' ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 Ιστορική αναδρομή των μεταμοσχεύσεων

Προσδοκία των ανθρώπων όλων των εποχών, ήταν η αντικατάσταση των φθαρμένων οργάνων τους με νέα υγιή, για την εξασφάλιση όχι μόνο της μακροζωίας, αλλά κυρίως της καλύτερης ποιότητας ζωής.

Η ιατρική επιστήμη βράδυνε επί πολλούς αιώνες. Προσπάθειες για μεταμόσχευση ιστών έχουν γίνει από το Βρετανό ερευνητή Hunter (1771). Το 1804 ο Baronio, απέδειξε μετά από πειραματική προσπάθεια, ότι η ελεύθερη δερματική αυτομεταμόσχευση σε πρόβατο θα μπορούσε να πετύχει. Η αληθινή μεταμόσχευση οργάνων αρχίζει από τις αρχές του 19^{ου} αιώνα. Στηρίχτηκε στη δυνατότητα αποκατάστασης ροής του αίματος στο μόσχευμα, μετά τη συρραφή και την αιμάτωση των αγγείων που εκτέλεσε ο Alexis Carrel το 1902. Ήταν μια προσπάθεια που τιμήθηκε με το βραβείο Νόμπελ. Την πρώτη μεταμόσχευση νεφρού από άνθρωπο σε άνθρωπο πραγματοποίησε ο Ρώσος Voronos το 1936. Ο ερευνητής αυτός μεταμόσχευσε νεφρό από πτωματικό δότη με ομάδα αίματος B Rh(+) σε λήπτη με ομάδα O Rh(+). Μετά από 48 ώρες ο λήπτης πέθανε και ο θάνατος αποδόθηκε σε αντίδραση από την ασυμβατότητα των δυο ομάδων αίματος.(Baronio, 1804)

Το 1954 οι Murray και Harrison, στο Πανεπιστήμιο Harvard, έκαναν την πρώτη επιτυχή μεταμόσχευση νεφρού, τοποθετώντας το νεφρό του δότη στον πανομοιότυπο δίδυμο αδερφό του. Στα μέσα της δεκαετίας του '60, οι Shumway και Lower, εργαζόμενοι στο Πανεπιστήμιο του Stanford, τελειοποίησαν τις χειρουργικές μεθόδους για τη μεταμόσχευση καρδιάς σε σκύλους. (EOM, 2008)

Ο Barnard, στην Ν. Αφρική, μετά από παρακολούθηση του ερευνητικού προγράμματος του Πανεπιστημίου του Stanford, πέτυχε την πρώτη επιτυχή μεταμόσχευση καρδιάς σε άνθρωπο το 1967 (Sade, 2007) . Στις αρχές του 1970, ο Calne, στην Μ. Βρετανία και ο Starzi στο Denver, αφού ανέπτυξαν τις τεχνικές για τη μεταμόσχευση του ήπατος σε σκύλους, τις εφάρμοσαν με επιτυχία σε ανθρώπους. (Κωστάκης, 2004).

Σήμερα είναι εφικτή η μεταμόσχευση πολλών οργάνων ταυτόχρονα: ήπατος, λεπτού εντέρου και παγκρέατος ή ακόμη και περισσότερων ενδοκοιλιακών οργάνων μαζί. Η σύγχρονη έρευνα στοχεύει στη δυνατότητα μεταμόσχευσης κυττάρων ή τμήματος ενός οργάνου αντί ολόκληρου του οργάνου.

Σημαντικό σταθμό στην επιβίωση των μοσχευμάτων αποτέλεσε η εφαρμογή της κυκλοσπορίνης – Α, στις ανοσοκατασταλτικές ιδιότητες της οποίας απέδειξε για πρώτη φορά στον κόσμο ο καθηγητής της Χειρουργικής και Μεταμοσχεύσεων της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών κ. Κωστάκης, πραγματοποιώντας μεταμοσχεύσεις καρδιάς της διετίας 1975- 1977. Έκτοτε, το φάρμακο αυτό χρησιμοποιείται επί 25 συνεχή χρόνια ως το κύριο ανοσοκατασταλτικό φάρμακο στις μεταμοσχεύσεις όλων των οργάνων με εξαιρετικά αποτελέσματα.

Στην Ελλάδα, η πρώτη μεταμόσχευση νεφρού από πτωματικό δότη έγινε στη Θεσσαλονίκη από τον καθηγητή κ. Κ. Τούντα και τους συνεργάτες του το 1968 και στην Αθήνα από τον καθηγητή κ. Παπαδημητρίου και τους συνεργάτες του. Η πρώτη μεταμόσχευση παγκρέατος που ήταν διπλή, ταυτόχρονη μεταμόσχευση νεφρού και παγκρέατος έγινε από τους καθηγητές κ. Σκαλκέα και κ. Κωστάκη, το 1989 στο Λαϊκό Νοσοκομείο Αθηνών. (ΕΟΜ, 2009)

1.2 Πορεία των Μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα και τον Διεθνή χώρο

Μέχρι το τέλος του 2001 σύμφωνα με το Διεθνές Αρχείο Μεταμοσχεύσεων είχαν γίνει 940.563 μεταμοσχεύσεις σε ολόκληρο τον κόσμο, ενώ σήμερα ξεπερνούν το 1.000.000.

Το 1999 στην Γαλλία έγιναν 1760 μεταμοσχεύσεις νεφρού από πτωματικούς δότες και 77 από ζώντες δότες. Από αυτές οι 699 ήταν μεταμοσχεύσεις ήπατος και οι 349 μεταμοσχεύσεις καρδιάς. Στην Ισπανία έγιναν 2006 μεταμοσχεύσεις νεφρού από πτωματικούς δότες, 17 από ζώντες δότες, 960 μεταμοσχεύσεις ήπατος και 336 μεταμοσχεύσεις καρδιάς. Στην Μ. Βρετανία έγιναν 1432 μεταμοσχεύσεις νεφρού από πτωματικούς δότες, 269 νεφρού από ζώντες δότες και 289 μεταμοσχεύσεις καρδιάς.

Μεταμοσχεύσεις στο διεθνή χώρο για το έτος 1999

ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΕΘΝΗ ΧΩΡΟ ΓΙΑ ΤΗ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΤΙΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ 1999								
ΧΩΡΕΣ	Γαλλία	Ελλάδα	Euro Transplant**	Η.Π.Α	Ισπανία	Κύπρος	Μ. Βρετανία	Πορτογαλία
Πληθυσμός (εκατ.)	59,9	10	114,5	268	39,66	0,6	62,88	9,96
Πτωματικοί δότες	970	45	1704	-	1334	6	816	190
Δότες πολλαπλών οργάνων (%)	77,4%	80%	70,6%	-	85,3%	83,3%	83,8%	77,9%
Α.Ε.Π.*	16,2	4,5	14,9	-	33,6	10,0	13,0	19,1
Μετ. νεφρού (πτωμ. δότης)	1760	69	3055	8087	2006	12	1432	358
Α.Ε.Π.	29,4	6,9	26,7	30,2	50,6	20,0	22,8	35,9
Μετ. νεφρού (ζων δότης)	77	85	579	4430	17	29	269	9
Α.Ε.Π.	1,3	8,5	5,1	16,5	0,4	48,3	4,3	0,9
Μετ. ήπατος	699	12	1194	4700	960	-	703	159
Α.Ε.Π.	11,7	1,2	10,4	17,5	24,2	-	11,2	16,0
Μετ. καρδιάς	349	7	736	2233	336	-	289	12
Α.Ε.Π.	5,8	0,7	6,4	8,3	8,5	-	4,6	1,2
Μετ καρδιάς- πνευμόνων	28	-	28	48	4	-	50	-
Α.Ε.Π.	0,5	-	0,2	0,2	0,1	-	0,8	-
Μετ. παγκρέατος	50	-	309	1556	25	-	40	-
Α.Ε.Π.	0,8	-	2,7	5,8	0,6	-	0,6	-

* ΑΝΑ ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

** ΓΕΡΜΑΝΙΑ, ΑΥΣΤΡΙΑ, ΒΕΛΓΙΟ, ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ

Πηγή: NEWSLETTER TRANSPLANT, September 2000, Vol. 5, N. 1, p. 18-19.

(Πίνακας 1. Μεταμοσχεύσεις στο διεθνή χώρο για το έτος 1999.)

Μεταμοσχεύσεις στο διεθνή χώρο για το έτος 2000

ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΕΘΝΗ ΧΩΡΟ ΓΙΑ ΤΗ ΛΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΤΙΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ 2000								
ΧΩΡΕΣ	Γαλλία	Ελλάδα	Euro Transplant**	Η.Π.Α	Ισπανία	Κύπρος	Μ. Βρετανία	Πορτογαλία
Πληθυσμός (εκατ.)	60	10,5	118,4	268	39,66	0,6	62,88	9,96
Πτωματικοί δότες	1016	20	1678	-	1345	5	845	194
Δότες πολλαπλών οργάνων (%)	77,6%	-	72,0%	-	81,3%	40,0%	83,8%	81,4%
Α.Ε.Π.*	17,0	1,9	14,2	-	33,9	8,3	13,4	19,5
Μετ. νεφρού (πτωμ. δότης)	1840	32	2867	-	1919	10	1442	346
Α.Ε.Π.	30,7	3,0	24,2	-	48,4	16,7	22,9	34,7
Μετ. νεφρού (ζων δότης)	84	72	563	-	19	29	336	10
Α.Ε.Π.	1,4	6,9	4,8	-	0,5	48,3	5,3	1,0
Μετ. ήπατος	806	10	1285	-	954	-	710	162
Α.Ε.Π.	13,4	1,0	10,9	-	24,1	-	11,3	16,3
Μετ. καρδιάς	353	2	642	-	353	-	251	15
Α.Ε.Π.	5,9	0,2	5,4	-	8,9	-	4,0	1,5
Μετ καρδιάς- πνευμόνων	25	-	20	-	5	-	33	-
Α.Ε.Π.	0,4	-	0,2	-	0,1	-	0,5	-
Μετ. παγκρέατος	54	-	330	-	48	-	41	3
Α.Ε.Π.	0,9	-	2,8	-	1,2	-	0,7	0,3

- ΑΝΑ ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

** ΓΕΡΜΑΝΙΑ, ΑΥΣΤΡΙΑ, ΒΕΛΓΙΟ, ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ

- *Πηγή: NEWSLETTER TRANSPLANT, September 2000, Vol. 5, N. 1, p. 18-19.*

(Πίνακας 2. Μεταμοσχεύσεις στο διεθνή χώρο για το έτος 2000.)

Το 2001 στη Γαλλία έγιναν 1921 μεταμοσχεύσεις νεφρού από πτωματικούς δότες 101 μεταμοσχεύσεις νεφρού από ζώντες δότες, 803 ήπατος και 342 καρδιάς. Στην Ισπανία έγιναν 1893 μεταμοσχεύσεις νεφρού από ζώντες δότες, 31 νεφρού από ζώντες δότες 972 ήπατος, 341 καρδιάς. Στην Μ. Βρετανία έγιναν 1333 μεταμοσχεύσεις νεφρού από πτωματικούς δότες, 675 ήπατος και 198 καρδιάς.

Μεταμοσχεύσεις στο διεθνή χώρο για το έτος 2001

ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΕΘΝΗ ΧΩΡΟ ΓΙΑ ΤΗ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΤΙΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ 2001								
ΧΩΡΕΣ	Γαλλία	Ελλάδα	Euro Transplant**	Η.Π.Α.	Ισπανία	Κύπρος	Μ. Βρετανία	Πορτογαλία
Πληθυσμός (εκατ.)	60	11	100,95	268	41,1	0,65	59,1	10
Πτωματικοί δότες	1066	32	1491	6081	1335	2	777	202
Α.Ε.Π.*	17,8	2,9	14,8	22,6	32,5	3	13,1	20,2
Μετ. νεφρού (πτωμ. δότης)	1921	74	2693	8859	1893	4	1333	359
Α.Ε.Π.	32	6,7	26,7	33	46	6	22,5	35,9
Μετ. νεφρού (ζων δότης)	101	89	447	5293	31	26	358	10
Α.Ε.Π.	1,7	8,1	4,4	19,7	0,75	40	6,1	1,0
Μετ. ήπατος	803	18	1086	5177	972	-	675	184
Α.Ε.Π.	13,4	1,6	10,8	19,3	23,6	-	11,4	18,4
Μετ. καρδιάς	342	5	559	2202	341	-	198	17
Α.Ε.Π.	5,7	0,5	5,5	8,2	8,3	-	3,4	1,7
Μετ. καρδιάς - πνευμόνων	26	-	19	27	4	-	32	-
Α.Ε.Π.	0,4	-	0,2	0,1	-	-	0,5	-
Μετ. παγκρέατος	53	-	240	884	56	-	41	4
Α.Ε.Π.	0,9	-	2,4	3,2	1,3	-	0,7	0,4

- ΑΝΑ ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

** ΓΕΡΜΑΝΙΑ, ΑΥΣΤΡΙΑ, ΒΕΛΓΙΟ, ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ

- **Πηγή:** NEWSLETTER TRANSPLANT, September 2002, Vol. 7, N. 1, p. 16-18.

(Πίνακας 3. Μεταμοσχεύσεις στο διεθνή χώρο για το έτος 2001.)

Στον ελλαδικό χώρο οι μεταμοσχεύσεις υφίστανται μεν αλλά σε πολύ μικρότερο ποσοστό: το 1985 έγιναν 18 μεταμοσχεύσεις νεφρού από ζώντες δότες, 22 νεφρού από πτωματικούς δότες, το 1990 έγιναν 64 νεφρού από πτωματικούς δότες και μόνο 3 μεταμοσχεύσεις ήπατος. Το 1995 πραγματοποιήθηκαν 89 νεφρού από ζώντες δότες, 42 νεφρού από πτωματικούς δότες, 7 ήπατος, και 10 καρδιάς. Το 2000 πραγματοποιήθηκαν 72 νεφρού από

ζώντες δότες, 10 ήπατος, και 2 καρδιάς ενώ το 2002 έγιναν 85 νεφρού από ζώντες δότες 107 νεφρού από πτωματικούς δότες 21 ήπατος και μόλις 9 καρδιάς.

Παρατηρούμε ότι τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα δεν έχουν πραγματοποιηθεί καθόλου μεταμοσχεύσεις πνευμόνων ή συνδυαστικές μεταμοσχεύσεις όπως αυτές των νεφρών και του ήπατος μαζί. (Πίνακας 4. Μεταμοσχεύσεις στην Ελλάδα 1985-2002).

Μεταμοσχεύσεις στην Ελλάδα

ΟΙ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (1985 - 2002)													
ΕΤΟΣ	Α	β	γ	δ	ε	στ	ζ	η	θ	ι	ια	ιβ	ιγ
1985	18	22	40	-	-	-	-	-	-	-	98	-	-
1986	35	20	55	-	-	-	-	-	-	-	101	-	-
1987	48	18	66	-	-	-	-	-	-	-	101	-	-
1988	55	19	74	-	-	-	-	-	-	-	74	-	-
1989	58	35	93	-	-	-	-	1	-	-	108	-	-
1990	64	83	147	3	5	-	-	2	-	-	135	-	-
1991	70	104	174	7	10	-	-	6	-	-	132	-	-
1992	68	92	160	8	12	2	1	-	-	1	111	-	-
1993	55	86	141	13	10	-	-	1	1	-	101	-	1366
1994	67	46	113	7	13	4	-	2	-	-	64	-	1489
1995	89	42	131	7	10	1	-	-	-	-	52	-	1423
1996	60	46	106	10	7	3	1	-	-	2	57	-	1627
1997	90	55	145	18	8	1	-	1	-	-	78	-	1200
1998	82	87	169	18	13	-	-	-	-	-	83	-	-
1999	85	69	154	12	7	-	-	-	-	1	52	1	-
2000	72	32	104	10	2	-	-	-	-	-	-	-	-
2001	89	74	163	18	5	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	85	107	192	21	9	-	-	1	-	-	-	-	-

α = ζώσες μεταμοσχεύσεις νεφρού, β = πτωματικές μεταμοσχεύσεις νεφρού, γ = σύνολο μεταμοσχεύσεων νεφρού, δ = μεταμοσχεύσεων ήπατος, ε = μεταμοσχεύσεις καρδιάς, στ = μεταμοσχεύσεις πνευμόνων, ζ = μεταμοσχεύσεις νεφρών + ήπατος, η = μεταμοσχεύσεις νεφρών + παγκρέατος, θ = μεταμοσχεύσεις ήπατος + παγκρέατος, ι = μεταμοσχεύσεις καρδιάς + πνευμόνων, ια = μεταμοσχεύσεις κερατοειδούς, ιβ = μεταμοσχεύσεις παγκρέατος, ιγ = υποψήφιοι λήπτες νεφρού. Πηγή: Ε.Ο.Μ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο**ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ****2.1 Ελληνικό Θεσμικό Πλαίσιο**

Η ελληνική νομοθεσία, εναρμονισμένη και με τις αρχές της WHO, θεωρεί ότι η μεταμόσχευση ως ιδέα υπερβαίνει τη στενά ευνοούμενη τεχνική ιατρική διάσταση και αντανακλά μείζονες κοινωνικές αξίες του πολιτισμού μας με πρώτη την αξία της κοινωνικής αλληλεγγύης.

Σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία περί Μεταμοσχεύσεων ανθρωπίνων ιστών και οργάνων (ν.2737/99), οι προϋποθέσεις που πρέπει να πληρούνται για την προσφορά οργάνων και ιστών για μεταμόσχευση είναι οι εξής:

Α: Γενικές Διατάξεις:

Άρθρο 1: Η αφαίρεση ιστών και οργάνων γίνεται μόνο για θεραπευτικούς λόγους.

Άρθρο 2: Η αφαίρεση γίνεται χωρίς οποιοδήποτε αντάλλαγμα.

Άρθρο 3: Κάθε δαπάνη απαραίτητη για την αφαίρεση, μεταφορά και συντήρηση ιστών και οργάνων από ζώντα ή νεκρό δότη με σκοπό την μεταμόσχευση βαραίνει τον ασφαλιστικό οργανισμό του λήπτη ή του υποψήφιου λήπτη. Αν αυτός είναι οικονομικά αδύνατος και ανασφάλιστος, οι δαπάνες καλύπτονται από ειδική πίστωση που εγγράφεται κάθε έτος στον Προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

Άρθρο 4: Οι μεταμοσχεύσεις διενεργούνται αποκλειστικά σε ειδικά οργανωμένες μονάδες (Μονάδες Μεταμόσχευσης) και μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. κοινωφελούς και μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα.

Άρθρο 7: Ο Ε.Ο.Μ. τηρεί Εθνικό Μητρώο στο οποίο εγγράφει τους υποψήφιους λήπτες όταν πιστοποιηθεί ότι είναι κατάλληλοι για μεταμοσχεύσεις. Η κατανομή των μοσχευμάτων στους υποψήφιους λήπτες του Εθνικού Μητρώου, διενεργείται αναλόγως με το όργανο που μεταμοσχεύεται και με βάση κριτήρια όπως ομάδα αίματος, η ιστοσυμβατότητα, το ιατρικώς πιστοποιημένο επειγόν της επέμβασης, ο χρόνος αναμονής, η ηλικία, το σωματικό βάρος, η εγγύτητα του τόπου λήψης του μοσχεύματος προς τον τόπο μεταμόσχευσης..

Άρθρο 8: Στον Ε.Ο.Μ., τηρούνται μητρώα δωρητών κατά όργανο και ιστό, καθώς και αρχείο εκείνων από τους οποίους έχουν ληφθεί όργανα και ιστοί για μεταμόσχευση.

Άρθρο 9: Το Εθνικό Μητρώο με τους λήπτες και τα αρχεία των Δωρητών περιέχουν ευαίσθητα δεδομένα κατά την έννοια του Ν. 2472/1997.(Μυγιάκη, 2007).

B. Αφαίρεση Ιστών και Οργάνων από ζώντα δότη

Άρθρο 10: Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από ζώντα δότη επιτρέπεται μόνο όταν πρόκειται να γίνει μεταμόσχευση στο σύζυγο του δότη ή σε συγγενή μέχρι και δεύτερο βαθμό εξ αίματος σε ευθεία ή πλάγια γραμμή. Ο περιορισμός δεν ισχύει για μεταμόσχευση μυελού των οστών. Η αφαίρεση γίνεται από ενήλικο πρόσωπο και η συναίνεση του δότη είναι ελευθέρως ανακλητή έως τη στιγμή κατά την οποία αρχίζει η διαδικασία της αφαίρεσης.

Άρθρο 11: Σε περίπτωση αναπηρίας ή θανάτου του δότη ή υποψηφίου δότη εξαιτίας επιπλοκών από την αφαίρεση ή τις σχετικές προκαταρκτικές εξετάσεις καταβάλλεται αποζημίωση από το Δημόσιο πέραν των παροχών των ασφαλιστικών οργανισμών στον ίδιο ή στους δικαιούχους διατροφής (Λαζαρίδης, 1999).

Γ: Αφαίρεση Ιστών και Οργάνων από νεκρό δότη

Άρθρο 12: Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από νεκρό δότη με σκοπό τη μεταμόσχευση επιτρέπεται μόνο για θεραπευτικούς λόγους. Η αφαίρεση διενεργείται μετά την επέλευση του θανάτου, έστω κι αν οι λειτουργίες ορισμένων οργάνων διατηρούνται με τεχνητά μέσα. Η αφαίρεση αποκλείεται αν είχε εγγράφως εκφράσει την άρνησή του.

Αν ο δυνητικός δότης δεν είχε εκφράσει τη συναίνεσή του ή την άρνησή του, η αφαίρεση διενεργείται εφόσον δεν αντιτίθεται σε αυτήν ο σύζυγος, τα ενήλικα τέκνα, οι γονείς ή τα αδέρφια του. Η συναίνεση ή η άρνησή είναι πάντοτε ελεύθερα ανακλητή.

Όταν ο θεράπων ιατρός διαγνώσει νέκρωση του εγκεφαλικού στελέχους και εφόσον οι λειτουργίες ορισμένων οργάνων διατηρούνται με τεχνητά μέσα, υποχρεούται να προβεί από κοινού με έναν αναισθησιολόγο και ένα νευρολόγο ή νευροχειρουργό στη σύνταξη του σχετικού πιστοποιητικού θανάτου.

Στην πιστοποίηση του θανάτου δεν συμμετέχει ιατρός που ανήκει στην μεταμοσχευτική ομάδα. Ο θεράπων ιατρός υποχρεούται να ενημερώσει αμέσως τις Υπηρεσίες του Ε.Ο.Μ. και σε συνεργασία με αυτές ενημερώνει τον σύζυγο ή τους συγγενείς για το θάνατο καθώς και για τη δυνατότητα δωρεάς ιστών και οργάνων με σκοπό τη μεταμόσχευση για να εκφράσουν την κατά την παρ.4 συναίνεση ή άρνησή τους αν ο δυνητικός δότης δεν είχε εγγράφως συναινέσει ή αποκλείσει τη μεταμόσχευση. Μόνο αν πρόκειται να γίνει μεταμόσχευση συνεχίζεται η τεχνητή υποστήριξη (Βάρκα- Αδάμη, 1993., Λαζαρίδης, 1999).

Άρθρο 13: Η ταυτότητα του νεκρού δότη δεν αποκαλύπτεται στο λήπτη και την οικογένειά του. Δεν αποκαλύπτεται επίσης η ταυτότητα του λήπτη οικογένεια του νεκρού δότη.

Άρθρο 14: Η δωρεά ιστών και οργάνων για μετά το θάνατο του δότη δεν επιτρέπεται να γίνεται προς ορισμένο λήπτη.

4: Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων

Άρθρο 15: Ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων είναι Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου το οποίο τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

Σκοπός του Ε.Ο.Μ. είναι η υποβοήθηση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για τη χάραξη εθνικής πολιτικής στον τομέα των μεταμοσχεύσεων. Για την εκπλήρωση του σκοπού του Ε.Ο.Μ. μεταξύ άλλων, εισηγείται τους όρους, τις προϋποθέσεις και τη διαδικασία των μεταμοσχεύσεων, καθώς και κώδικα δεοντολογίας για τη λειτουργία των Μονάδων Μεταμοσχεύσεων και των Τραπεζών Ιστών προς Μεταμόσχευση.

Οργανώνει και συντονίζει σε τοπικό, κρατικό και διακρατικό επίπεδο τη διακίνηση μοσχευμάτων, στα οποία συμπεριλαμβάνεται ο μυελός των οστών.

Προτείνει στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας τη χορήγηση άδειας για την ίδρυση Μονάδας Μεταμόσχευσης ή Τράπεζας Ιστών προς Μεταμόσχευση.

Προβαίνει σε ετήσια εκτίμηση και αξιολόγηση του τρόπου λειτουργίας και των αποτελεσμάτων των Μονάδων Μεταμοσχεύσεων που υποβάλλει έκθεση στο Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, συνεργάζεται με αντιστοίχους οργανισμούς και Μεταμοσχευτικά κέντρα της αλλοδαπής για την προμήθεια και ανταλλαγή μοσχευμάτων.

Μεριμνά για την ψυχοκοινωνική υποστήριξη των ληπτών, των ζώντων δοτών και των συγγενών των δοτών.

Επιδιώκει με κάθε πρόσφορο τρόπο και ιδίως με την οργάνωση κατάλληλης ενημέρωσης και πληροφόρησης του κοινού, την αύξηση του αριθμού των προοριζομένων για μεταμόσχευση οργάνων (EOM, 2008).

2.2 Νομοθετικές διατάξεις για δωρεά οργάνων στην Ευρώπη

Το νομικό καθεστώς των μεταμοσχεύσεων οργάνων δεν είναι ομοιόμορφο στην Ευρώπη παρά τις οδηγίες που δόθηκαν για το ζήτημα αυτό από το Συμβούλιο της Ευρώπης το 1978. Υπάρχουν βέβαια και χώρες όπως η Ολλανδία, η Ιρλανδία, η Ισλανδία, η Μάλτα, και η Δ. Γερμανία στις οποίες δεν υφίσταται σαφείς νομικές διασαφηνίσεις.

Η έννοια του θανάτου, περιλαμβανόμενου και 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 θάνατο δωρεά οργάνων (Χρυσολόγος, 2002).

Μέχρι προσφάτως μόνο ένας μικρός αριθμός ευρωπαϊκών χωρών όπως η Μ. Βρετανία, η Ολλανδία, η Τουρκία, επιτρέπουν την αφαίρεση οργάνων μόνο εφόσον ο θανών είχε εκφράσει την βούλησή του ενώ ζούσε είτε ο πλησιέστερος συγγενής του μετά τον θάνατό του.

Όλες οι άλλες χώρες με τελευταίο το Βέλγιο, έχουν αποδεχτεί την αρχή της εικαζόμενης συναίνεσης. Η αρχή της εικαζόμενης συναίνεσης επιτρέπει την αφαίρεση οργάνων από νεκρό άτομο σε όλες τις περιπτώσεις με την εξαίρεση εκείνων κατά τις οποίες ο θανών είχε εκφράσει την αντίρρηση του κατά τη διάρκεια της ζωής του (Βάρκα- Αδάμη, 2008).

Μόνο μια μικρή μειονότητα χωρών καθιστούν την σαφώς διατυπωμένη βούληση του θανόντα το μοναδικό κριτήριο για την αφαίρεση οργάνων. Στις περισσότερες χώρες είναι δυνατόν να διατυπωθεί η αντίρρηση από τους πλησιέστερους συγγενείς παρά το γεγονός ότι δεν είναι πάντοτε σαφές εάν αυτό αποτελεί την πραγματική βούληση του θανόντα.

Η Αυστρία είναι μια από αυτές τις χώρες στην οποία εφαρμόζεται η αρχή της εικαζόμενης συναίνεσης χωρίς κανένα συμβιβασμό. Η αφαίρεση οργάνων

επιτρέπεται πάντοτε, εάν δεν ανευρίσκεται δήλωση του θανόντα με την οποία εκφράζει την αντίρρηση του.

Οι γαλλικοί και οι βελγικοί νόμοι το 1978 και του 1986 είναι περισσότερο ελαστικοί και ήπιοι. Βασίζονται επίσης στην εικαζόμενη συναίνεση αλλά επιτρέπουν περισσότερη άνεση και ελευθερία για συζήτηση των διαφόρων απόψεων σύμφωνα με τις οποίες η βούληση του θανόντα είχε εκφραστεί. Στο Βέλγιο και τη Γαλλία δεν υπάρχει ρητή υποχρέωση για την ενημέρωση των πλησιέστερων συγγενών αλλά από τα συμφραζόμενα του νόμου και τις υπάρχουσες προβλέψεις προκύπτει ότι οι ιατροί είναι δυνατόν ή οφείλουν να συζητήσουν με την οικογένεια του νεκρού για την προτιθέμενη αφαίρεση των οργάνων. Ο γαλλικός νόμος π.χ. απαιτεί ρητώς ότι πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οποιαδήποτε γεγονότα και περιστάσεις οι οποίες είναι δυνατόν να ερμηνευτούν ως αντίρρησης του θανόντα όπως π.χ. θρησκευτικές ή φιλοσοφικές πεποιθήσεις (Κονιδάρη, Παμπούκη, 2001).

Οι σκανδιναβικοί νόμοι βασίζονται επίσης στην αρχή της εικαζόμενης συναίνεσης αν και υπάρχουν ορισμένες τροποποιήσεις όπως οι πλησιέστεροι συγγενείς να ενημερώνονται ότι πρόκειται να γίνει αφαίρεση οργάνων επιτρέπονται έτσι να διατυπωθεί οποιαδήποτε αντίρρηση.

Η Σουηδία το 1988 πρώτη ενέκρινε ένα νέο νόμο για τις μεταμοσχεύσεις σύμφωνα με τον οποίο η αφαίρεση οργάνων επιτρέπεται να γίνεται μόνο εάν υπάρχει συγκατάθεση των στενών συγγενών εφόσον απουσιάζει εκφρασθείσα ή υποτιθέμενη βούληση του θανόντος προσώπου.

Η Δανία ενέκρινε ένα παρόμοιο νόμο το 1990 σύμφωνα με τον οποίο αφαίρεση οργάνων επιτρέπεται να διενεργείται μόνο εφόσον ο θανών βεβαίωσε γραπτώς ή προφορικώς ότι αυτή ήταν η βούλησή του. Εκτός από τις ανωτέρω περιπτώσεις συγκομιδή οργάνων επιτρέπεται να διενεργείται μόνο εφόσον ο θανών δεν εξέφρασε σε οποιοδήποτε χρόνο την αντίρρηση του γι' αυτό και οι στενοί συγγενείς τους έχουν δώσει τη συγκατάθεσή τους. Κάτι τέτοιο σημαίνει ότι η Σουηδία και η Δανία δεν συνηγορούν υπέρ της εικαζόμενης συναίνεσης, κάτι που αναμένεται να αλλάξει.

Ο χαρακτηρισμός «εικαζόμενη συναίνεση» σημαίνει ότι, εφόσον δεν υπάρχει αρνητική δήλωση του δότη, όταν βρισκόταν στη ζωή και είχε πλήρη συνείδηση, η βούληση του «εικάζεται», δηλαδή υποτίθεται ότι είναι θετική για τη μεταθανάτιο δωρεά των οργάνων του (Βάρκα- Αδάμη, 2008).

2.3 Νομοθετικές ρυθμίσεις των Μεταμοσχεύσεων από ζώντες δότες

Όλες οι αποδεκτές θεραπευτικές στρατηγικές των μεταμοσχεύσεων απαιτούν το κατάλληλο νομικό πλαίσιο το οποίο διευκολύνει την εφαρμογή τους το πλαίσιο θεμελιωδών αρχών και κριτηρίων ηθικής. Ωστόσο η δωρεά οργάνων για μεταμόσχευση από ζωντανούς δότες στερείται εντυπωσιακά αναλόγου νομικού πλαισίου, δημιουργώντας ασάφειες και αμφιβολίες σε ότι αφορά την θέση τους και την πρακτική εφαρμογή τους.

Οι μεταμοσχεύσεις γενικότερα και η δωρεά οργάνων ειδικότερα, έχουν καθιερωθεί ως η πλέον αποτελεσματική και οικονομική από ουσιαστικής απόψεως θεραπεία του τελικού σταδίου ανεπάρκειας των διαφόρων οργάνων, ιδίως μακροπρόθεσμα. Οι θεμελιώδης όροι που συνδέονται με την χρησιμοποίηση της μεταμόσχευσης οργάνων από ζώντες, υπακούν στην Ιπποκρατική αρχή του 'Μη Βλάπτειν' που σημαίνει ότι όπου υπάρχουν διαθέσιμες άλλες πηγές οργάνων πρέπει να προτιμούνται σε σχέση με τους ζωντανούς δότες και ότι η δωρεά από ζωντανούς δότες γίνεται μόνο όταν δεν υπάρχει πιθανότητα να προκληθεί βλάβη στον δότη.

Η πιο συνηθισμένη μορφή δωρεάς από ζωντανό δότη είναι η δωρεά νεφρού και αποτελεί κεντρικό γνώρισμα της στρατηγικής των μεταμοσχεύσεων πολλών κρατών σήμερα, ακόμη και εκείνων με εκτεταμένα προγράμματα πτωματικών μεταμοσχεύσεων, μια κατάσταση τόσο πραγματική στην Ευρώπη όσο και σε πολλά μέρη του κόσμου (Βάρκα- Αδάμη, 1993).

Δεν υπάρχει κοινός νόμος για όλα τα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ωστόσο όλα προσανατολίζονται και ασπάζονται την αρχή του 'Μη Βλάπτειν' όπως αναφέρθηκε παραπάνω. Πιο συγκεκριμένα, ο Βελγικός Νόμος ορίζει ρητά ότι μεταμοσχεύσεις από ζωντανούς δότες επιτρέπεται να εκτελούνται μόνο αν η μεταμόσχευση οργάνων και ιστών από ένα νεκρό πρόσωπο δεν είναι δυνατό να αποδώσει ένα εξίσου ικανοποιητικό αποτέλεσμα.

Το Συμβούλιο της Ολλανδίας διατυπώνει την άποψη ότι οι μεταμοσχεύσεις από ζωντανούς δότες είναι αποδεκτές αν δεν υπάρχει πιθανότητα να εξευρεθεί πτωματικός δότης στο άμεσο μέλλον.

Στη Σλοβενία ο νόμος του 1996 αναφέρει ότι η μεταμόσχευση από ζωντανό δότη επιτρέπεται μόνο όταν δεν είναι δυνατόν να εξευρεθεί πτωματικό μόσχευμα μέσα σε λογικό χρονικό διάστημα. Με την έννοια «λογικό χρονικό διάστημα» εδώ, δεν εννοούμε μόνο τη χρονική διάρκεια αλλά και την ιατρική ανάγκη και την

ποιότητα ζωής του ασθενούς. Η έννοια αυτή δεν σημαίνει μόνο τη χρονική διάρκεια αλλά και την ιατρική ανάγκη και την ποιότητα ζωής του ασθενούς.

Μεγάλη σημασία έχει και στην Νορβηγία αφού ο χρόνος αναμονής ελαττώνει την πιθανότητα επιτυχούς τελικού αποτελέσματος και αυξάνει την πιθανότητα θνησιμότητας ή αυξημένης νοσηρότητας.

Στην Ρουμανία αναφέρουν ότι οι μεταμοσχεύσεις από ζωντανούς δότες επιτρέπεται να γίνονται υπό τον όρο ότι απλά δεν θα προκύψει απειλή για τη ζωή του δότη, ενώ στην Δανία ή την Νορβηγία υπό τον όρο ότι δεν απειλείται η υγεία του δότη.

Σε περιπτώσεις όπως το Βέλγιο και η Πορτογαλία δεν πρέπει να υφίσταται σοβαρός κίνδυνος για την υγεία του δότη.

Οι νομοθετικές διατάξεις και οι εκθέσεις της δημόσιας πολιτικής είναι τυπικά σιωπηλές ως προς το βαθμό του προσδοκώμενου οφέλους του λήπτη, ή απλά του εγγυώνται όπως πράττει και το Συμβούλιο της Ευρώπης στη Διακήρυξη του για τα δικαιώματα του ανθρώπου και της Βιοϊατρικής και την ανάγκη θεραπευτικής χρησιμοποίησεως οποιουδήποτε οργάνου.

Απαραίτητος όρος για τη δωρεά οργάνου από ζωντανό δότη είναι η συναίνεση αυτού κατόπιν ενημέρωσης. Πράγματι το άρθρο 2 του ψηφίσματος 78 του Συμβουλίου της Ευρώπης αναφέρει ότι πρέπει να δίνονται πληροφορίες στο δότη σχετικά με τις πιθανές επιπτώσεις της δωρεάς, συμπεριλαμβανομένου των ιατρικών, κοινωνικών και ψυχολογικών συνεπειών προτού αυτός αποφασίσει (Κονιδάρη, Παμπούκη, 2001, Λαζαρίδης, 1999).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ

3.1 Ορισμός του Εγκεφαλικού Θανάτου

Εγκεφαλικός θάνατος (brain death), είναι η κατάσταση της μη αναστρέψιμης βλάβης του εγκεφάλου, με απώλεια όλων των λειτουργιών του εγκεφαλικού στελέχους (brain stem death) (Black, 1978).

Ο ανθρώπινος οργανισμός αποτελείται από την συνύπαρξη πολλών τύπων κυττάρων. Η παρουσία, όμως, ζωντανών κυττάρων, χωρίς τον κεντρικό έλεγχο ρυθμιστικών συστημάτων, όπως του Κ.Ν.Σ, του ενδοκρινικού και του ανοσολογικού συστήματος, δεν μπορεί να εξασφαλίσει τη ζωή. Ο «εγκεφαλικός θάνατος» αποτελεί μια πολύπλοκη διεργασία και εκφράζει το θάνατο ολόκληρου του οργανισμού και όχι μόνον την παρουσία ενός νεκρού εγκεφάλου, μέσα σε ένα ζωντανό σώμα. Ενώ, η παύση της λειτουργίας του Κ.Ν.Σ και της καρδιάς επιφέρει τη διακοπή της επικοινωνίας μεταξύ του ρυθμιστικού κέντρου και των περιφερικών κυττάρων, δηλαδή το θάνατο του ατόμου, η διακοπή της λειτουργίας του ενδοκρινικού και ανοσολογικού συστήματος, πρακτικά, δεν συνεπάγεται άμεσα την έννοια του θανάτου (Μπαλογιάννης, 1986).

Εγκεφαλικός θάνατος, λοιπόν, είναι η κατάσταση κατά την οποία ο εγκέφαλος οδηγείται προοδευτικά, αρχικά σε διακοπή της λειτουργίας του και κατόπιν σε αυτόλυση των κυττάρων. Ο θάνατος του εγκεφάλου, όπως και ο θάνατος όλων των ιστών, δεν είναι μια στιγμιαία διαδικασία, αλλά μια προοδευτική διεργασία που επέρχεται μέσα σε μερικές ώρες (Mori et al., 2000).

Ο εγκεφαλικός θάνατος αποτελεί συναισθηματικά, μια επώδυνη εμπειρία για αυτούς που εντέλλονται να φροντίσουν τον εγκεφαλικά νεκρό, δηλαδή το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό της ΜΕΘ, αλλά και ένα δραματικό γεγονός για την οικογένεια και το περιβάλλον του ατόμου που φεύγει από τη ζωή (Stark et al., 1984).

Οι ανώτερες ψυχικές λειτουργίες, όπως η μνήμη, η σκέψη, η αντίληψη και οι υπόλοιπες γνωστικές λειτουργίες, που έχουν ως κέντρο το φλοιό του εγκεφάλου, εξαρτώνται πρωτίστως από το δικτυωτό σχηματισμό του εγκεφαλικού στελέχους. Διαταραχή της λειτουργίας του δικτυωτού σχηματισμού, λόγω βλάβης του εγκεφαλικού στελέχους, προκαλεί συνολική δυσλειτουργία του εγκεφάλου.

Γι' αυτό το λόγο, σύμφωνα με το μνημόνιο της Βρετανικής Ιατρικής Ακαδημίας (1976) αποδεχόμαστε ότι: « η ανεπανόρθωτη βλάβη του εγκεφαλικού στελέχους είναι ικανή και αναγκαία προϋπόθεση για να θεωρηθεί όλος ο εγκέφαλος νεκρός. Υφίσταται σαφής διάκριση μεταξύ της σοβαρής εγκεφαλικής βλάβης και του εγκεφαλικού θανάτου. Οι γιατροί πρέπει να αντιλαμβάνονται αυτή τη διαφορά διότι «εγκεφαλικός θάνατος» συνεπάγεται ότι η τεχνητή διατήρηση της ζωής είναι ανώφελη και ο μόνος λόγος για τον οποίο δικαιολογείται η παράτασή της, είναι η προσφορά οργάνων για μεταμόσχευση» . Ο θάνατος του εγκεφαλικού στελέχους έχει σαν συνέπεια, μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα το θάνατο ολόκληρου του εγκεφάλου (Pallis, 1990).

Ο εγκεφαλικός θάνατος ακολουθείται από το «σωματικό θάνατο», δηλαδή το θάνατο όλων των οργάνων του σώματος, σε μεσοδιάστημα που διαρκεί συνήθως 48-72 ώρες ή και περισσότερο για τους ενήλικες και 10-15 ώρες για τα παιδιά. Στο μεσοδιάστημα αυτό, αν και επέρχεται προοδευτικά η απορρύθμιση όλων των λειτουργιών των οργανικών συστημάτων, μπορεί με την κατάλληλη φροντίδα στη ΜΕΘ, να διατηρηθεί η βιολογική ζωή των οργάνων και συνεπώς, αυτά μπορούν να ληφθούν για μεταμόσχευση και να δώσουν ζωή σε άλλους ανθρώπους (Γερολούκα-Κωστοπαναγιώτου, 2002).

3.2 Μηχανισμός επέλευσης εγκεφαλικού θανάτου

Ανεξάρτητα από την πρωτοπαθή αιτία που αποτέλεσε το κύριο υπόβαθρο για την επέλευση των μη αναστρέψιμων βλαβών του εγκεφάλου, η πλήρης νέκρωση της εγκεφαλικής ουσίας είναι το αποτέλεσμα της πλήρους και οριστικής διακοπής της κυκλοφορίας του αίματος σε όλα τα αγγεία του εγκεφάλου. Όταν όμως η καρδιακή λειτουργία διατηρείται. Εξασφαλίζοντας έτσι κυκλοφορία του αίματος στα ζωτικά όργανα, η οριστική διακοπή της κυκλοφορίας του αίματος στον εγκέφαλο, είναι αποτέλεσμα της μεγάλης αύξησης της ενδοκράνιας πίεσης η οποία και επιφέρει νέκρωση της εγκεφαλικής ουσίας (Wijdicks, 2001).

3.2.1 Προϋποθέσεις διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου

Μεταξύ των γιατρών (εντατικολόγων και αναισθησιολόγων), που διαγιγνώσκουν τον εγκεφαλικό θάνατο, θεωρείται απαραίτητη η συμμετοχή ενός

νευρολόγου ή νευροχειρουργού, διότι η κλινική νευρολογική εκτίμηση παραμένει η ασφαλής μέθοδος προσδιορισμού του εγκεφαλικού θανάτου και έχει υιοθετηθεί από τις περισσότερες χώρες (Ασκητοπούλου, 1991., Van Norman, 1999., Wace, 2000).

Εκτός όμως από τις διαδοχικές προσεκτικές εξετάσεις και νευρολογικές εκτιμήσεις, ο προσδιορισμός του εγκεφαλικού θανάτου χρειάζεται απαραίτητα τα εξής:

- i. Καθορισμός της αιτίας του κώματος.
- ii. Αποκλεισμό αναστρέψιμης αιτίας κώματος.
- iii. Διαφορική διάγνωση από άλλα αίτια που μπορούν να μιμηθούν εγκεφαλικό θάνατο.
- iv. Διόρθωση κάθε αιτίας που θα μπορούσε να επιφέρει σύγχυση στη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου. Οι καταστάσεις κατά τις οποίες τα όργανα από τον εγκεφαλικό νεκρό μπορεί να δοθούν για μεταμόσχευση είναι όσο αφορά στους ενήλικες:
 - a) Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις
 - b) Πρωτοπαθή νεοπλάσματα εγκεφάλου
 - c) Υπερδοσολογία φαρμάκων
 - d) Εγκεφαλική ανοξία.

3.2.2 Κλινικά κριτήρια για τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου

Η πλήρης κλινική νευρολογική εξέταση για τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου περιλαμβάνει.

- Την επιβεβαίωση του κώματος
- Την απουσία των αντανακλαστικών του εγκεφαλικού στελέχους
- Την άπνοια

Για την κλινική εκτίμηση της ακεραιότητας του εγκεφαλικού στελέχους χρησιμοποιούνται χαρακτηριστικές αντανακλαστικές απαντήσεις που σχετίζονται με τους πυρήνες που αρδεύουν εκεί (αντανακλαστικά του εγκεφαλικού στελέχους). Οι κλινικές αυτές δοκιμασίες έχουν σαν σκοπό να αποδείξουν την απώλεια των αντανακλαστικών του εγκεφαλικού στελέχους και να επιβεβαιώσουν τη διαρκή και μόνιμη άπνοια. Πρέπει να γίνονται με απόλυτη προσοχή και λεπτομέρεια, διότι με τις δοκιμασίες αυτές αποφαινεται κανείς για το θάνατο κάποιου ατόμου (Fisher., 1999).

Πίνακας 5. Τα κλινικά κριτήρια του εγκεφαλικού θανάτου σε ενήλικες και παιδιά

- Κώμα
- Απουσία αντίδρασης κορών στο φως-κόρες σε μέση θέση, με διαστολή 4-6mm
- Απουσία αντίδρασης στο ψυχρό
- Απουσία φαρυγγικών αντανακλαστικών
- Απουσία βήχα, ως απάντησης σε αναρρόφηση της τραχείας
- Απουσία αντανακλαστικών θηλασμού (νεογνά, βρέφη)
- Απουσία λειτουργίας αναπνευστικού κέντρου σε PaCO₂ 60mmHg +20mmHg πάνω από τα συνήθη επίπεδα.

(Πηγή : Εταιρεία Αναισθησιολογίας και Εντατικής Ιατρικής, 1998).

3.2.3 Απουσία αυθόρμητης αναπνοής

Η διαπίστωση διαρκούς απουσίας της αυθόρμητης αναπνοής αποτελεί το τελικό στάδιο των κλινικών δοκιμασιών για την επιβεβαίωση του εγκεφαλικού θανάτου. Για το σκοπό αυτό πραγματοποιείται η «δοκιμασία της άπνοιας». Απαραίτητη προϋπόθεση για την πραγματοποίηση της δοκιμασίας της άπνοιας, είναι να αποκλειστούν προηγουμένως, οι παράγοντες που θα μπορούσαν να προκαλέσουν παρατεταμένη άπνοια και συνεπώς, να δημιουργήσουν σύγχυση στη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου (Ασκητοπούλου, 1991., Brilli RJ, Bigos D, 2000).

Πίνακας 6. Δοκιμασία άπνοιας (σύμφωνα με την Βρετανική Ιατρική Ακαδημία 1976)

1. Μηχανικός αερισμός: υπεραερισμός με χορήγηση οξυγόνου 100% για 20 λεπτά.
2. Ανάλυση αερίων αίματος: paCO₂>40mmHg
3. Αν όχι: επανάληψη
Αν ναι: αποσύνδεση από τον αναπνευστήρα.
4. Χορήγηση 6lit O₂ μέσω του τραχειοσωλήνα.
5. Ανάλυση αερίων αρτηριακού αίματος μετά από 5-10 λεπτά (ανάλογα με το αρχικό paCO₂): αν paCO₂>60mmHg : απόδειξη άπνοιας

Αν paCO₂<60mmHg και paCO₂<150mmHg : επανασύνδεση με τον αναπνευστήρα υπό οξυγόνο 100%, υπεραερισμό και επανάληψη της δοκιμασίας.

3.3 Διαφορική διάγνωση

Αίτια που μπορεί να προκαλέσουν σύγχυση κατά τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου, πρέπει να αποκλείονται ή να διορθώνονται πριν από οποιαδήποτε εξέταση για επιβεβαίωση του. Τέτοια αίτια είναι: η καταπληξία, οι μεταβολικές διαταραχές (π.χ. σοβαρή υποφωσφαταιμία, οι ενδοκρινολογικές διαταραχές), η υποθερμία (<32° C), φάρμακα κατασταλτικά του Κ.Ν.Σ (οπιοειδή, βαρβιτουρικά, βενζοδιαζεπίνες, κλπ), μυοχαλαρωτικά, άλλοι φαρμακευτικοί ή παθολογικοί παράγοντες, που μπορεί να προκαλέσουν παράλυση ή βαριά εγκεφαλοπάθεια. Σε περίπτωση κώματος άγνωστης αιτιολογίας, θα πρέπει προηγουμένως να έχει αποκλειστεί η παν-υποφυσιακή ανεπάρκεια, η ανεπάρκεια του φλοιού των επινεφριδίων ή το μυξοιδηματικό κώμα, μέσω μέτρησης της TSH και των επιπέδων κορτιζόλης στο αίμα (Ασκητοπούλου., 1991, Marino et al, 2000., Detterbeck et al., 1993).

3.3.1 Αρχική εκτίμηση ασθενούς

Αρχικά εκτιμάται η κατάσταση του ασθενούς, εφόσον ακόμη δεν έχει διαπιστωθεί ο εγκεφαλικός θάνατος και διερευνώνται με λεπτομέρεια τα εξής (Kiberd, 1992., Heffron 1998., Saposnik., et al., 2000):

- Ιστορικό
- Παρούσα Νόσος
- Λήψη φαρμάκων
- Κλινικός έλεγχος:
 - Φυσική εξέταση
 - Θέση και στάση του σώματος
 - Μυϊκός τόνος
 - Θερμοκρασία σώματος
 - Καρδιαγγειακή λειτουργία
 - Απουσία αυθόρμητης αναπνοής
 - Αντιδράσεις σε εξωγενή ερεθίσματα
 - Αντανακλαστικά:
 - Του εγκεφαλικού στελέχους

- Του φλοιού
 - Κλίμακα Γλασκόβης

3.3.2 Κλίμακα Γλασκόβης (GLASGOW COMA SCALE- GCS)

Όπως και τις άλλες κωματώδεις καταστάσεις, έτσι και στην περίπτωση ασθενών με υποπτευόμενο εγκεφαλικό θάνατο, η αξιολόγηση του βάθους του κόματος γίνεται σύμφωνα με την κλίμακα Γλασκόβης (Pal., 1989., Norton., 1992).

Επί εγκεφαλικού θανάτου όταν η κλίμακα Γλασκόβης δίνει βαθμολογία μεγαλύτερη του 3, τότε αποκλείεται ο εγκεφαλικός θάνατος.

Πίνακας 7. Βαθμολογία κόματος με την κλίμακα Γλασκόβης			
Δραστηριότητα	Ποιοτική Αξιολόγηση	Ανταπόκριση	Βαθμολογία
Μάτια	Άνοιγμα	Αυτόματα	4
		Με προφορική εντολή	3
		Σε επώδυνο ερέθισμα	2
		Καμιά ανταπόκριση	1
Καλύτερη κινητική	Σε προφορική εντολή	Υπακοή	6
Ανταπόκριση	Σε επώδυνο ερέθισμα	Εντοπισμός πόνου	5
		Κάμψη – απόσυρση	4
		Κάμψη- κίνηση αποφλοιώσεως	3
		Ένταση- κίνηση απεγκεφαλισμού	2
		Καμιά	1

		ανταπόκριση	
Καλύτερη προφορική ανταπόκριση		Είναι προσανατολισμένος και συνομιλεί	5
		Έχει διαταραχή του προσανατολισμού αλλά συνομιλεί	4
		Ακατάλληλες λέξεις	3
		Ακατάληπτοι ήχοι	2
		Καμιά ανταπόκριση	1

3.3.3 Ανεξήγητες κινήσεις «Σημείο του Λαζάρου – Lazarous sign» ή «τραγικά αντανακλαστικά»

Μερικές φορές άτομα που πληρούν τα κριτήρια του εγκεφαλικού θανάτου, μπορεί να εμφανίζουν «περίεργες» κινήσεις, που χαρακτηρίζονται με τον όρο «νωτιαίος αυτοματισμός» είτε ως «σημείο Lazarus sign» ή ως «τραγικά αντανακλαστικά». Αυτές οι κινήσεις περιλαμβάνουν έκταση των σκελών και του κορμού, κινήσεις βάδισης, κινήσεις δραγμού (σαν να πιάνει κάτι), στροφή κεφαλής, συσπάσεις του προσώπου και επιμένοντα αντανακλαστικά babinski, τενόντια, κοιλιακά ή κρεμαστήρια (Bueri., et al., 2000).

Ακόμη, ασυνήθιστες κινήσεις των χεριών – σαν να θέλουν να πιάσουν τον τραχειοσωλήνα – μπορεί να παρατηρηθούν τόσο κατά τη στιγμή της διακοπής της μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής, μετά την συγκομιδή των οργάνων στο χειρουργείο, όσο και κατά την αποσύνδεση από τον μηχανικό αερισμό κατά την πραγματοποίηση της «δοκιμασίας άπνοιας» Υπέρταση, εφίδρωση ή δακρύρροια μπορεί να εμφανιστούν επίσης.

Οι ανεξήγητες αυτές αντανακλαστικές κινήσεις, που είναι ουσιαστικά, κινήσεις αυτοματισμού εκ μέρους του νωτιαίου μυελού, εκδηλώνονται όταν η ανασταλτική επίδραση των ανωτέρων εγκεφαλικών κέντρων έχει διακοπεί. Ωστόσο,

μπορεί να παρατηρηθούν και σε άλλες καταστάσεις εκτός του εγκεφαλικού θανάτου παθολογικές και μη, όπως π.χ. στα φυσιολογικά νεογνήτα. Η ακριβής αιτιολογία αυτών των αντιδράσεων στον εγκεφαλικά νεκρό είναι άγνωστη, αλλά πιστεύεται ότι είναι ανάλογες με το αντανακλαστικό που παρατηρείται στους τετραπληγικούς ασθενείς (Ασκητοπούλου., 1991).

Όμως η παρουσία αυτόματων νωτιαίων αντανακλαστικών, υπό τη μορφή ανεξήγητων κινήσεων «Lazarus sign», δεν αναιρεί τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου.

Ο εγκεφαλικά νεκρός μπορεί να εμφανίσει αυτόματες αντανακλαστικές κινήσεις σε ποσοστό 38%, χωρίς αυτό να αναιρεί τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου. Στην περίπτωση που εμφανίζονται τέτοιες κινήσεις, μπορεί να δημιουργηθεί σύγχυση σχετικά με τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου και ενδεχόμενα να απαιτηθεί, επιπλέον επιβεβαιωτικός έλεγχος, όπως ισοηλεκτρικό ΗΕΓ ή αγγειογραφία εγκεφάλου τεσσάρων αγγείων που να δείχνει πλήρη απουσία ροής αίματος στις ενδοκράνιες αρτηρίες.

Όταν δεν υπάρχει δυνατότητα πραγματοποίησης εργαστηριακών δοκιμασιών για την επιβεβαίωση της διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου, η συνιστώμενη περίοδος επιπρόσθετης κλινικής παρατήρησης είναι τουλάχιστον 12 ώρες ακόμη. Όταν υπάρχουν αξιόπιστοι έλεγχοι, που δείχνουν απουσία αιματικής ροής στον εγκέφαλο (π.χ. αγγειογραφία εγκεφάλου τεσσάρων αγγείων), σε συνδυασμό με τις κλινικές παρατηρήσεις της απουσίας όλων των εγκεφαλικών λειτουργιών, η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου μπορεί να επιβεβαιωθεί εντός 6 ωρών. Για τα παιδιά κάτω του ενός έτους έχουν δημοσιευθεί ειδικά κριτήρια για αντικειμενικές επιβεβαιωτικές δοκιμασίες (Bueri et al., 2000).

3.3.4 Πότε επιβάλλεται η εργαστηριακή επιβεβαίωση του εγκεφαλικού θανάτου

Όταν ο θάνατος του εγκεφαλικού στελέχους είναι αδιαμφισβήτητος, με τα κλινικά κριτήρια και η αιτιολογία του θανάτου προφανέστατη (π.χ. μια βαρύτατη κρανιοεγκεφαλική κάκωση, με εμφανή την καταστροφή του εγκεφάλου), οι διάφοροι εργαστηριακοί έλεγχοι επιβεβαίωσης του δεν χρειάζονται ή είναι προαιρετικοί. Οι επιβεβαιωτικές εργαστηριακές δοκιμασίες, αν και μη υποχρεωτικές στους ενήλικες, συνιστώνται ιδιαίτερα στα παιδιά που είναι μικρότερα του ενός έτους.

Η εργαστηριακή επιβεβαίωση του εγκεφαλικού θανάτου είναι επιβεβλημένη στις εξής περιπτώσεις:

- Όταν η κλινική εικόνα του εγκεφαλικού θανάτου αφήνει ερωτηματικά (π.χ. ανεξήγητες κινήσεις).
- Όταν υπάρχουν διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα και η κλινική κατάσταση συγχέεται με την εικόνα του εγκεφαλικού θανάτου.
- Όταν η νομοθεσία της χώρας ή η πολιτική του νοσοκομείου το επιβάλλει.

Εάν υφίσταται και η παραμικρή αμφιβολία για τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου, τότε όλα τα διαθέσιμα μέσα εργαστηριακού ελέγχου πρέπει να εξαντλούνται και δεν δηλώνεται εγκεφαλικός θάνατος, μέχρι την πλήρη επιβεβαίωσή του (Ασκητοπούλου, 1991, Norton., 1992).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο**4.1 Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων**

Ο Ε.Ο.Μ. αποτελεί νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου εποπτευόμενο από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, ιδρύθηκε με τον Ν.2737/1999 (μεταμοσχεύσεις ανθρώπινων ιστών και οργάνων) και έχει νομοθετημένη αρμοδιότητα τη χάραξη της στρατηγικής της χώρας μας για την ανάπτυξη των μεταμοσχεύσεων. Ο Ε.Ο.Μ. φιλοδοξεί να συμβάλλει στη χάραξη εθνικής πολιτικής στον τομέα των μεταμοσχεύσεων και στην ανάπτυξη του μεταμοσχευτικού προγράμματος της πατρίδας μας, προγράμματος που οφείλει αφενός να παρακολουθεί τις διεθνείς εξελίξεις και αφετέρου να ανταποκρίνεται στις ιδιαιτερότητες της χώρας, οι οποίες σε έναν διαρκώς μεταβαλλόμενο κόσμο, σε ένα διαρκώς εναλλασσόμενο περιβάλλον, έμειναν οι ίδιες (Ομπέση., Μανιού., 2008., ΕΟΜ, 2009). Ο Ε.Ο.Μ. ανάμεσα στις άλλες αρμοδιότητες του:

- Εισηγείται τους όρους, τις προϋποθέσεις και τη διαδικασία των μεταμοσχεύσεων, καθώς και τον κώδικα δεοντολογίας για της λειτουργία των μονάδων μεταμοσχεύσεων και των τραπεζών ιστών προς μεταμόσχευση.
- Οργανώνει και συντονίζει σε τοπικό, κρατικό και διακρατικό επίπεδο τη διακίνηση μοσχευμάτων, στα οποία συμπεριλαμβάνεται ο μυελός των οστών.
- Καταγράφει τους δωρητές των ιστών και οργάνων, τους δυνητικούς και τους αξιοποιηθέντες δότες, καθώς και τους υποψήφιους λήπτες.
- Προτείνει στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας τη χορήγηση αδείας για την ίδρυση μονάδας μεταμόσχευσης ή τράπεζας ιστών προς μεταμόσχευση.
- Προβαίνει σε ετήσια εκτίμηση και αξιολόγηση του τρόπου λειτουργίας και των αποτελεσμάτων των μονάδων μεταμοσχεύσεων και υποβάλλει έκθεση στο υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.
- Συνεργάζεται με αντίστοιχους οργανισμούς και μεταμοσχευτικά κέντρα της αλλοδαπής για την προμήθεια και ανταλλαγή μοσχευμάτων.
- Μεριμνά για την ψυχοκοινωνική υποστήριξη των ληπτών, των ζώντων δοτών και των συγγενών των δοτών.

- Επιδιώκει με κάθε πρόσφορο τρόπο και ιδίως με την οργάνωση κατάλληλης ενημέρωσης και πληροφόρησης του κοινού, την αύξηση του αριθμού των προοριζόμενων για μεταμόσχευση οργάνων.

4.1 Η στρατηγική του Ε.Ο.Μ.

Η εικόνα που παρουσιάζει σήμερα η δωρεά οργάνων στη χώρα μας μπορεί και πρέπει να αλλάξει. Απαραίτητη όμως προϋπόθεση αποτελεί η συνεχής, συνεπής και υπεύθυνη συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων φορέων, ο εποικοδομητικός διάλογος, η ανταλλαγή απόψεων και η κατάθεση υπεύθυνων προτάσεων. Στα πλαίσια αυτά ο Ε.Ο.Μ. έχει συγκεκριμενοποιήσει τη στρατηγική του οι βασικές αρχές της οποίας στηρίζονται σε 4 άξονες:

1. Διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου και κλινική διαχείριση των εν δυνάμει δωρητών, που έχει σχέση με τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ) καθώς και έγκαιρη δήλωση των περιπτώσεων αυτών στις αρμόδιες υπηρεσίες του Ε.Ο.Μ.
2. Επικοινωνία και ενημέρωση του πληθυσμού, που έχει σχέση με την ενεργοποίηση του υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και φυσικά όλων των εμπλεκόμενων με τη μεταμόσχευση φορέων.
3. Επικοινωνία και ενημέρωση των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού.
4. Διασφάλιση της δημόσιας εμπιστοσύνης με τη δίκαιη κατανομή και την καλύτερη αξιοποίηση των μοσχευμάτων που έχει σχέση με την ιστοσυμβατότητα και τη χρήση ευρέως αποδεκτού, λειτουργικού και δίκαιου συστήματος μοριοποίησης σύμφωνα με τα κριτήρια της EURO TRANSPLANT. (Ε.Ο.Μ. 2009., Crombie, Nicolls, 1992).

4.3 Δωρεά Οργάνων

Είναι το μέσο για την πραγματοποίηση της μεταμόσχευσης. Επιπλέον θεωρείται μια από τις σημαντικότερες μορφές εθελοντισμού αφού ο δότης δεν προσφέρει απλά βοήθεια χωρίς αντάλλαγμα αλλά τα ίδια του τα όργανα ως υπέρτατο αγαθό-δώρο

ζωής για κάποιον συνάνθρωπο του. Ως πράξη χαρακτηρίζεται από στοιχεία αγάπης, ανιδιοτέλειας και αλτρουισμού (Ραψομανίκη και συν. 2009., Church, 2002, Morgan, Miller, 2002).

4.3.1 Δωρητής Οργάνων

Είναι εκείνος που όντας στη ζωή, δηλώνει ότι επιθυμεί να δωρίσει, το/ τα όργανά του για μεταμόσχευση, μετά το θάνατό του. Επίσης, μπορεί να δωρίσει κανείς, όντας στη ζωή, μυελό των οστών ή τον ένα νεφρό του ή τμήμα του παγκρέατος ή τον ένα νεφρό του ή τμήμα του παγκρέατος ή ένα λοβό του πνεύμονα ή τον ένα λοβό του ήπατος (μεταμοσχεύσεις από ζωντανό δότη) (Γερολούκα-Κωστοπαναγιώτου, 2002).

4.3.2 Δότης (donor)

Αυτός που προσφέρει το μόσχευμα.

4.3.3 Λήπτης (recipient)

Αυτός που λαμβάνει το μόσχευμα.

4.3.4 Μεταμόσχευση

Σημαίνει εμφύτευση ενός ιστού, κυττάρων ή οργάνου που καλείται μόσχευμα και που αναλαμβάνει τη λειτουργία του αντιστοίχου ανεπαρκούντος οργάνου. Αυτό γίνεται με ή χωρίς αφαίρεση του νοσούντος οργάνου (Bothamley, 1999., Huckaby, 1986).

- **Ορθοτοπική Μεταμόσχευση** καλείται η αφαίρεση του πάσχοντος οργάνου και η αντικατάστασή του στην ίδια θέση, με το μόσχευμα, που έχει φυσιολογική λειτουργία.
- **Ετεροτοπική Μεταμόσχευση**, είναι η μεταμόσχευση κατά την οποία το μόσχευμα τοποθετείται σε άλλη θέση εντός του σώματος, εκτός της φυσικής του θέσης.

- Τα όργανα που μπορούν να μεταμοσχευτούν είναι οι νεφροί, η καρδιά, το ήπαρ, οι πνεύμονες, το πάγκρεας και τμήμα του λεπτού εντέρου. Οι ιστοί και τα κύτταρα που μπορούν σήμερα να μεταμοσχευτούν είναι δέρμα, επιδερμίδα, οστά, χόνδροι, μύες, τένοντες, σύνδεσμοι, περιτονίες, αγγεία, βαλβίδες της καρδιάς, κερατοειδής χιτώνας του οφθαλμού, σκληρός χιτώνας του οφθαλμού, εμβρυϊκή μεμβράνη, χόριο, ενδοκρινείς ιστοί, μυελός των οστών και ενδοκρινικά κύτταρα, νευρικά κύτταρα, αιμοποιητικά κύτταρα κ.α. Οι τεχνικές συνεχώς βελτιώνονται και σύντομα θα είναι δυνατή η μεταμόσχευση κι άλλων οργάνων, ιστών και κυττάρων.
- **Συντονιστής Μεταμόσχευσης** είναι επαγγελματίας υγείας που έχει γνώση των θεμάτων της μεταμόσχευσης και είναι υπεύθυνος για την οργάνωση όλων των διαδικασιών που αφορούν τις επεμβάσεις δότη και λήπτη. Επιμελείται για την ψυχοκοινωνική υποστήριξη των ληπτών και των οικογενειών των δοτών οργάνων καθώς και για την παροχή σωστής ιατρικής φροντίδας στους δότες και λήπτες οργάνων (Ομπέση, Μανιού, 2008).

4.3.5 **Είδη μοσχευμάτων**

Ανάλογα με τη γενετική σχέση μεταξύ του δότη και του λήπτη, διακρίνονται 3 είδη Μοσχευμάτων (Kusaka., Pratschike, 2000):

A) **Αυτομοσχεύματα**: Αυτά προέρχονται από το ίδιο το άτομο, π.χ. δερματικά μοσχεύματα, οστικά μοσχεύματα.

B) **Αλλομοσχεύματα**: Όταν ο δότης και ο λήπτης του μοσχεύματος είναι γενετικά διαφορετικοί, αλλά ανήκουν στο ίδιο ζωικό είδος, π.χ. μόσχευμα από άνθρωπο σε άνθρωπο.

Γ) **Ξενομοσχεύματα:** όταν ο δότης και ο λήπτης είναι άτομα προερχόμενα από διαφορετικό ζωικό είδος, π.χ. μόσχευμα προερχόμενο από βαβουίνο σε άνθρωπο (Αλλήλων Μέλη, 2005).

4.3.6 **Πηγές Μοσχευμάτων**

Οι πηγές των μοσχευμάτων σήμερα μπορούν να ταξινομηθούν ως εξής:

- **Πτωματικοί δότες με πάλλουσα καρδιά.** Πρόκειται για άτομα με εγκεφαλικό θάνατο, που ήδη νοσηλεύονται σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, βρίσκονται υπό μηχανική υποστήριξη της αιμοδυναμικής και μεταβολικής τους κατάστασης, μέχρις ότου ληφθεί η απόφαση για δωρεά οργάνων. Αυτοί αποτελούν τη μεγαλύτερη πηγή μοσχευμάτων σήμερα.
- **Πτωματικοί δότες χωρίς πάλλουσα καρδιά.** Αυτοί αποτελούν πολύ μικρό ποσοστό δοτών οργάνων σήμερα και αφορούν άτομα που χάνουν τη ζωή τους αιφνίδια, λόγω ανατάξιμης βλάβης π.χ. καρδιακής ανακοπής, της οποίας η ανάταξη δεν κατέστη δυνατή από εξωτερικά ιατρεία., ΜΕΘ ή άλλο τμήμα του νοσοκομείου ή μέσα στο ασθενοφόρο. Από αυτούς μπορεί να γίνει λήψη οργάνου ή οργάνων, συνήθως των νεφρών, εφόσον τηρηθούν οι νόμιμες διαδικασίες για τη δωρεά των οργάνων (Γαλάνης, Καλοκαιρινού, 2005)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ****5.1 Ο ρόλος του Νοσηλεύτη ως συντονιστής στην ομάδα μεταμοσχεύσεων**

Η αναγκαιότητα ύπαρξης του θεσμού του συντονιστή μεταμοσχεύσεων εμφανίζεται στο τέλος της δεκαετίας του '70. Σκοπός του ήταν η διευκόλυνση του συντονισμού των μεταμοσχεύσεων, εν όψει της ταχύτητας που πρέπει να διέπει τόσο την πληροφόρηση για την ύπαρξη, όσο και τη διακίνηση των μοσχευμάτων. Όταν αυτά αναφερθούν, μέσω του συντονιστή μεταμοσχεύσεων, αξιοποιούνται στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό τα προσφερόμενα μοσχεύματα και βελτιώνεται ποιοτικά η μεταμοσχευτική διαδικασία με την καθιέρωση κοινών πρωτοκόλλων που τη διευκολύνουν (Ομπέση, Μανιού, 2008., Molzahn, 1997., Bidigare, Oermann, 1991).

Οι πρώτοι συντονιστές εμφανίστηκαν, όπως προαναφέρθηκε, τη δεκαετία του '70, στις ΗΠΑ, όπου, σήμερα, περισσότεροι από 700 επαγγελματίες υγείας επανδρώνουν το θεσμό προσφέροντας τις υπηρεσίες τους σε 120 μεταμοσχευτικά προγράμματα ανά τη χώρα. Η πρώτη χώρα που εισήγαγε το θεσμό στην Ευρώπη ήταν η Ολλανδία το 1979 και εν συνεχεία η Μ. Βρετανία. Υπολογίζεται ότι σήμερα υπάρχουν περισσότερες από 200 ομάδες Συντονιστών Μεταμοσχεύσεων σε όλες τις χώρες της Ευρώπης. Το 50% από αυτούς είναι νοσηλευτές, το 33% γιατροί, 12% είναι φοιτητές και οι υπόλοιποι είναι διοικητικοί υπάλληλοι.

Το 1979 δημιουργήθηκε η πρώτη Ένωση Συντονιστών στις Η.Π.Α. (North American Transplant Coordinators Organization-NATO). Το 1982 ιδρύθηκε και στην Ευρώπη αντίστοιχη ένωση, η Ευρωπαϊκή Οργάνωση των Συντονιστών Μεταμοσχεύσεων (European Transplant Coordinators Organization –ETCO). Σκοπός των ενώσεων αυτών είναι η παροχή στο ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό και στο κοινό πληροφοριών για τις μεταμοσχεύσεις προκειμένου να γίνεται η καλύτερη δυνατή εξασφάλιση και αξιοποίηση των μοσχευμάτων με την κατάρτιση εκπαιδευτικών προγραμμάτων και την υποστήριξη των συντονιστών στην άσκηση των καθηκόντων τους.

5.2 Το πεδίο δραστηριοτήτων του συντονιστή μεταμοσχεύσεων

Παρόλο που τα μεταμοσχευτικά προγράμματα διαφέρουν, όπως θα δούμε στη συνέχεια, από χώρα σε χώρα, οι δραστηριότητες των συντονιστών μεταμοσχεύσεων μπορούν να ομαδοποιηθούν ως εξής (Kiberd, Kiberd, 1992., Ομπέση, Μανιού, 2008):

1. Τήρηση και διαρκής ενημέρωση της λίστας αναμονής των υποψήφιων ληπτών, έτσι ώστε οι ασθενείς να είναι ανά πάσα στιγμή σε ετοιμότητα, αφού η ενημέρωση για τις τυχόν μεταβολές των κλινικών και εργαστηριακών τους στοιχείων είναι συνεχής.
2. Συντονισμός των διαδικασιών εξασφάλισης και αφαίρεσης οργάνων. Οι συντονιστές μεταμοσχεύσεων αποτελούν τα πρόσωπα στα οποία αναφέρονται όλοι οι δυνητικοί δότες από τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και τα νευροχειρουργικά τμήματα των νοσοκομείων της περιφέρειας στην οποία προσφέρουν τις υπηρεσίες τους. Εξάλλου οι συντονιστές είναι τα πρόσωπα τα οποία (Vernale, 1991., Willis, Skeley, 1992):
 - Προσεγγίζουν τους συγγενείς από τους οποίους ζητείται η συγκατάθεση για την αφαίρεση οργάνων (Weber, 1985).
 - Ρυθμίζουν τα ζητήματα που ανακύπτουν σε περιπτώσεις αιφνιδίων θανάτων ή ατυχημάτων που χρήζουν ιατρικής πραγματογνωμοσύνης.
 - Ελέγχουν εάν παρέχεται η κατάλληλη φροντίδα στο δότη προκειμένου να διατηρηθούν τα όργανα σε καλή κατάσταση.
 - Μεριμνούν ώστε να αποστέλλονται ταχέως δείγματα ορρών για την εκτέλεση των αναγκαίων εργαστηριακών εξετάσεων.
 - Επικοινωνούν με τα εργαστήρια ιστοσυμβατότητας για την έγκαιρη τυποποίηση του δότη.
 - Ενημερώνουν τα μεταμοσχευτικά κέντρα και ανταλλάσσουν πληροφορίες σχετικά με την ύπαρξη κατάλληλων ληπτών για προσφερόμενα όργανα.
 - Συμμετέχουν στην οργάνωση και προετοιμασία του χειρουργείου.
 - Οργανώνουν τη μεταφορά οργάνων και ιατρικών ομάδων και

- Αναφέρουν και αποδέχονται μοσχεύματα προς και από τις υπηρεσίες διάθεσης μοσχευμάτων.

5.3 Διοικητικές και λοιπές δραστηριότητες του συντονιστή μεταμοσχεύσεων

1. Διατήρηση της επικοινωνίας και ενημέρωσης της οικογένειας του δότη για τα αποτελέσματα των εξετάσεων.
2. Ενημέρωση του νοσοκομείου του δότη για την εξέλιξη των διαδικασιών δωρεάς οργάνων.
3. Ετήσια έκθεση δραστηριοτήτων συντονισμού.
4. Συνεργασία και ανταλλαγή πληροφοριών και εμπειριών με άλλους Συντονιστές Μεταμοσχεύσεων.
5. Έρευνα και αρθρογραφία σχετικά με το αντικείμενο της δραστηριότητάς τους (Gaber et al., 1990., Huckaby, 1986).

5.4 Εκπαιδευτικές δραστηριότητες

Οι Συντονιστές οργανώνουν συναντήσεις με στόχο την ενημέρωση άλλων επαγγελματιών υγείας (ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό) των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, των Νευροχειρουργικών τμημάτων, αλλά και των άλλων τμημάτων των νοσοκομείων σχετικά με τη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων (Crombie, Nicolls, 1992). Όμοιες συναντήσεις οργανώνονται, επίσης, για την ενημέρωση ομάδων του πληθυσμού σε συνεργασία με κοινωνικούς φορείς. Η ενημέρωση αφορά:

- Στις ανάγκες της χώρας σε μοσχεύματα.
- Στις τρέχουσες μεθόδους θεραπείας των παθήσεων από τις ανεπάρκειες των οργάνων.
- Στα ευεργετικά αποτελέσματα των μεταμοσχεύσεων για τον λήπτη.
- Στο κοινωνικό οικονομικό όφελος για την πολιτεία και την κοινωνία, γενικότερα που απορρέει από τη διάδοση και προώθηση των μεταμοσχεύσεων ως θεραπευτικής μεθόδου.
- Στα ποσοστά επιτυχίας των μεταμοσχεύσεων.

- Στην παρουσίαση των κανόνων και των πρωτόκολλων για την έγκαιρη αναγνώριση δυνητικών δότην, την αναγνωρισμένη νομικά διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου, τις απαιτούμενες πληροφορίες για την αξιολόγηση της λειτουργίας των οργάνων, τη φροντίδα για το δότη και τις χειρουργικές τεχνικές αφαίρεσης των οργάνων.

Το εύρος των δραστηριοτήτων των συντονιστών μεταμοσχεύσεων προσδιορίζει και τη σημασία του ρόλου τους για την προώθηση των μεταμοσχεύσεων. Η σωστή οργάνωση της λίστας αναμονής των υποψηφίων ληπτών είναι το πρώτο βήμα για την εκτίμηση των αναγκών και την ετοιμότητα των ασθενών για μεταμόσχευση. Εξάλλου, 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 αναπάντεχου θανάτου με αποτέλεσμα, οι ιατροί και οι νοσηλευτές να διευκολύνονται κατά την έναρξη της μεταμοσχευτικής διαδικασίας (Heffron, 1998., Morgan, Miller, 2002., Μυγιάκη, 2007).

Περαιτέρω, η συστηματική συνεργασία του συντονιστή μεταμοσχεύσεων με το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό, διασφαλίζει την αποδοτικότερη λειτουργία του όλου συστήματος: με την ενημέρωση για τα κριτήρια αναγνώρισης και υποστήριξης ενός δυνητικού δότη οργάνων, για τη ροή των διαδικασιών του συντονισμού σε κάθε στάδιο, για την προσέγγιση των ασθενών αίρεται η παρατηρούμενη απροθυμία του προσωπικού να εμπλακεί στις διαδικασίες λόγω άγνοιας ή φόβου εργασίας (Zambudio et al., 2009).

Τέλος, η καθιέρωση του συντονιστή μεταμοσχεύσεων ως προσώπου αναφοράς διευκολύνει τις επικοινωνίες και τη ροή των διαδικασιών στους αιτούμενους χρονικούς περιορισμούς διεκπεραίωσης όλων των σταδίων του συντονισμού μεταξύ των εμπλεκόμενων ατόμων και ομάδων. Ιδιαίτερης σημασίας είναι η άσκηση του ρόλου του συντονιστή μεταμοσχεύσεων στις περιπτώσεις των δότην πολλαπλών οργάνων, όπου η περιπλοκότητα του περιστατικού σε συνδυασμό με τη συνύπαρξη ταυτόχρονα πολλών ιατρικών ομάδων σε διαφορετικές περιοχές από αυτήν του νοσοκομείου του δότη, καθώς και με την απαιτούμενη ελαχιστοποίηση του χρόνου μεταφοράς ιατρικών ομάδων και μοσχευμάτων, απαιτούν

την αποτελεσματική παρέμβαση του συντονιστή έτσι ώστε να ωφεληθούν όσο το δυνατόν περισσότεροι ασθενείς από ένα δότη (Ομπέση Φ, Μανιού Μ, 2008).

5.5 Εκπαίδευση των επιστημόνων υγείας, συμπεριλαμβανομένου και του νοσηλευτικού προσωπικού

Η ενημέρωση και η εκπαίδευση των επιστημόνων υγείας στο θέμα της δωρεάς ιστών και οργάνων είναι πρωταρχικής σημασίας, καθώς είναι εκείνοι που θα αναλάβουν στη συνέχεια τον ρόλο της ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης του κοινού. Σύμφωνα με μία μελέτη των Schutt και Bruns που πραγματοποιήθηκε στη Γερμανία, διαπιστώθηκε πως ο ρόλος των επιστημόνων υγείας στην ενημέρωση του κοινού σχετικά με τις μεταμοσχεύσεις είναι εξαιρετικά σημαντικός.

Για να μπορέσουν, βέβαια, οι επιστήμονες υγείας να ανταποκριθούν στο δύσκολο αυτό ρόλο θα πρέπει καταρχήν να έχουν οι ίδιοι διαμορφώσει θετική στάση απέναντι στη δωρεά οργάνων. Σύμφωνα με μια άλλη έρευνα των Schutt και Bruns (1997) διαπιστώθηκαν απογοητευτικά αποτελέσματα, λόγω της προσωπικής απροθυμίας των επιστημόνων υγείας να γίνουν οι ίδιοι δωρητές και την έλλειψη χρόνου να συζητούν με τους ασθενείς τις τυχόν απορίες και ερωτήσεις τους. Παρά το ότι το κοινό θεωρεί τους επιστήμονες υγείας μια σημαντική πηγή ενημέρωσης, ίσως και τη σημαντικότερη, ένα σημαντικό ποσοστό από αυτούς είναι αντίθετοι στη δωρεά ιστών και οργάνων.

Για το λόγο αυτόν είναι εξαιρετικά σημαντική η ενημέρωση και η εκπαίδευση των επιστημόνων υγείας. Προς αυτή την κατεύθυνση μπορούν να συμβάλλουν αποφασιστικά τα εξής:

1. Διαλέξεις, σεμινάρια και ομιλίες από ειδικά καταρτισμένους επιστήμονες, με στόχο την ενημέρωση των επιστημόνων υγείας και την αντιμετώπιση των προκαταλήψεών τους.
2. Θεωρητικά μαθήματα με στόχο την αύξηση και τη συνεχή ανανέωση των γνώσεων
3. Ανάπτυξη των τεχνικών επικοινωνίας και προσέγγισης του κοινού.
4. Χρησιμοποίηση των θεωρητικών γνώσεων στην πράξη.

5. Ανάπτυξη της ικανότητας αναγνώρισης των δυνητικών δωρητών ιστών και οργάνων.
6. Συνεχής εκτίμηση και ανανέωση των προγραμμάτων εκπαίδευσης (αγωγή υγείας), με στόχο την προσαρμογή τους στα σύγχρονα δεδομένα.

Ειδικότερα όσον αφορά στο θέμα της δωρεάς ιστών και οργάνων, πρέπει να γίνει συνείδηση όλων των επιστημόνων υγείας ότι απαιτείται να αυξηθεί όσο το δυνατόν ο αριθμός των δωρητών οργάνων. Για να έχει αντίκρισμα βέβαια η ενημέρωση αυτή, θα πρέπει στη συνέχεια να μεταφέρουν τις γνώσεις τους και την εμπειρία τους στο κοινό, με στόχο την ευαισθητοποίησή του πάνω σε αυτό το τόσο σημαντικό θέμα. Οι επιστήμονες υγείας έρχονται καθημερινά σε επαφή με τους πολίτες και αναπτύσσεται έτσι μια φιλική σχέση, οπότε είναι πιο εύκολο να εμπιστευτεί κάποιος ένα επιστήμονα υγείας και να ακολουθήσει τη συμβουλή του. Επομένως, είναι ανάγκη οι επιστήμονες υγείας όχι απλώς να διαμορφώσουν θετική στάση απέναντι στην ιδέα της δωρεάς ιστών και οργάνων, αλλά και να αποτελέσουν με τη συμπεριφορά τους, παράδειγμα προς μίμηση για το κοινό.(Γαλάνης Π, Καλοκαιρινού Α, 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο**ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ****6.1 Εισαγωγή**

Οι περισσότερες θρησκείες, παρά τις ποικίλες ευαισθησίες τους στα θέματα του σώματος και του θανάτου και τη δυσκολία τους να αποδεχθούν άνευ όρων το επιστημονικό τόλμημα, ή και να υιοθετήσουν απερίφραστα τη διείσδυση της επιστήμης σε μεταφυσικούς χώρους, διαβλέποντας μια έντονη έκφραση ανθρώπινης αγάπης και αλληλεγγύης, γενικώς αποδέχονται την ιδέα και την πρακτική των μεταμοσχεύσεων. Τα δύο όμως βασικά προβλήματα που θα έπρεπε η κάθε θρησκεία να ξεπεράσει προκειμένου να συναινέσει στη δωρεά σώματος και τις μεταμοσχεύσεις, είναι αφενός μεν το κατά πόσο οι νέες αυτές χειρουργικές πρακτικές τραυματίζουν το σεβασμό προς το σώμα κι αφετέρου δε το αν ο εγκεφαλικός θάνατος ταυτίζεται με το θάνατο του ανθρώπου (Κονιδάρη, Παμπούκη, 2001).

Παρόλα αυτά, το γεγονός του θανάτου, εκτός από τον καθαρά ιατρικό χαρακτήρα του έχει έντονα συναισθηματική, προσωπική και μεταφυσική διάσταση που αφορά ιδιαίτερα τις θρησκείες. Για το λόγο αυτό συχνά στον προσδιορισμό του παρεμβάλλονται λόγοι συνειδήσεως. Από την άλλη πλευρά πρέπει να λάβουμε υπόψη, ότι μια ενημέρωση και άμεση εμπειρία του τί σημαίνει εγκεφαλικός θάνατος συντελούν ουσιαστικά στην κατανόηση του όλου προβλήματος και στη συνέχεια στην ορθότερη θεολογική του προσέγγιση.

Το 1996 έγινε στο Colorado των Η.Π.Α. μια έρευνα μεταξύ 813 θρησκευτικών ηγετών, κληρικών, νοσοκομειακών ιερέων και ιεροσπουδαστών σχετικά με τη δωρεά οργάνων και τον εγκεφαλικό θάνατο. Στο πρώτο ερώτημα της δωρεάς οργάνων, σχεδόν όλοι συναίνεσαν. Στο δεύτερο, σχετικά με το αν η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου σημαίνει ότι το άτομο είναι οριστικά νεκρό, ενώ μόνο το 62% των κληρικών και το 77% των ιεροσπουδαστών συμφώνησαν, το ποσοστό των νοσοκομειακών ιερέων, που φυσικά είχαν περισσότερη εμπειρία του γεγονότος, ήταν 90%. Αυτό που κατά κύριο λόγο διευκολύνει τις θρησκευτικές συνειδήσεις να ξεπεράσουν τους δισταγμούς τους στα παραπάνω θέματα, είναι η αξιοποίηση της ελεύθερης συνείδησης και η καλλιέργεια της αγάπης. Αν δηλαδή κάποιος έχει συνειδητά συναινέσει στη δωρεά των οργάνων του σώματός του και επιπλέον

επικαλείται λόγους αγάπης και συναλληλίας, τότε αυτά θεωρούνται ισχυρός λόγος για να ξεπερασθεί κάθε συνειδησιακή αναστολή στο θέμα της δωρεάς οργάνων (Κωστάκης, 2008).

6.2 Ρωμαιοκαθολική Εκκλησία

Παρά το γεγονός ότι δεν υπάρχει ένα επίσημο κείμενο γενικής αποδοχής σχετικό με τις μεταμοσχεύσεις, η Ρωμαιοκαθολική εκκλησία έχει ευλογήσει τη δωρεά οργάνων ως πράξη ύψιστης αγάπης και φιλαλληλίας. Ο Πάπας Πίος ο 12^{ος}, έχει αναφερθεί θετικά στην δωρεά οργάνων ως πράξη ιδιαίτερα ευγενή, ο δε Πάπας Παύλος ο 2^{ος}, την χαρακτηρίζει υπηρεσία στη ζωή. Όσον αφορά στον εγκεφαλικό θάνατο, κατά την παρελθούσα δεκαετία τρεις ποντιφικές σύνοδοι και ακαδημίες, αποδοχής του ως συμφώνου με την πίστη και τη διδασκαλία της Ρωμαιοκαθολικής εκκλησίας.

Επιπλέον, σε επίσημη ομιλία του στο 18^ο Διεθνές Συνέδριο της εταιρείας μεταμοσχεύσεων που έλαβε χώρα στις 29 Αυγούστου του 2000 στη Ρώμη, ο Πάπας Ιωάννης Παύλος ο 2^{ος}, υιοθέτησε τον εγκεφαλικό θάνατο. Παρόλα αυτά, μεταξύ των καθολικών κύκλων και θεολόγων υπάρχουν και αυτοί οι οποίοι εκφράζουν επίμονη αντίθεση στο ότι ο εγκεφαλικός θάνατος ταυτίζεται με το θάνατο του ανθρώπου, με κύριους εκπροσώπους τους Paul Byrne και Sean Reilly. Το αξιοσημείωτο πάντως είναι, ότι σε όλα αδιακρίτως τα ρωμαιοκαθολικά νοσοκομεία γίνεται διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου και επιτρέπεται η δωρεά οργάνων, στις δε καθολικές κατά το θρήσκευμα χώρες, λαμβάνουν χώρα οι περισσότερες μεταμοσχευτικές επεμβάσεις (Αλλήλων Μέλη, 2005).

6.3 Ιουδαϊσμός

Σύμφωνα με τον Ιουδαϊκό νόμο επιτρέπεται η λήψη οργάνων από έναν άνθρωπο σε άλλον, εφόσον κάτι τέτοιο δεν επισπεύδει το θάνατο του δότη και γίνεται με σεβασμό στο ανθρώπινο σώμα. Γενικά, η ιουδαϊκή θρησκεία ενθαρρύνει τις μεταμοσχεύσεις. Παρόλα αυτά, δεν υπάρχει μια εγκύκλιος γενικής ισχύος δεσμευτική για όλους τους Εβραίους (Αλλήλων Μέλη, 2005).

Οι γενικές αρχές που διέπουν την αντίληψη περί ζωής, θανάτου και σώματος της Ιουδαϊκής θρησκείας είναι συνοπτικά οι ακόλουθες:

- A) Η προστασία της ζωής κάθε ανθρώπου διεκδικεί προτεραιότητα έναντι οποιασδήποτε άλλης αξίας. Για την προάσπιση της ζωής, επιτρέπεται η χρήση κάθε μέσου, ακόμη και βίας.
- B) Η αξία της φυσικής κατασκευής του ανθρώπου είναι απαραβίαστη και επιβάλλεται η υπεράσπισή της.
- Γ) Η μέριμνα για τη θεραπεία και ανάρρωση του αρρώστου θεωρείται επίσης ύψιστη αξία.
- Δ) Ο ασθενής πρέπει να ξέρει την αλήθεια για την κατάσταση της υγείας του, στο μέτρο που η γνώση αυτή συντελεί στην θεραπεία του, λαμβάνοντας υπόψη την προσωπικότητα, την ψυχολογική του κατάσταση και τις συγκυρίες.
- E) Ο νεκρός αξίζει κάθε ξεχωριστής τιμής και σεβασμού. Η αρχή αυτή δεν παραβιάζεται όταν το σώμα του χρησιμοποιείται προκειμένου να ευεργετηθεί κάποιος ζωντανός.
- Στ) Καθήκον του ιατρού είναι να παρατείνει τη ζωή κάθε ανθρώπου, όχι όμως να επιμηκύνει τη διαδικασία του θανάτου.

6.4 Ισλάμ

Ο Ισλαμισμός γενικά απαγορεύει κάθε χρήση του νεκρού σώματος ακόμη και των ζώων. Εξάιρεση αποτελεί η περίπτωση κατά την οποία με τον τρόπο αυτό σώζεται μια άλλη ζωή που κινδυνεύει. Έτσι το 1986 το Συμβούλιο της Ισλαμικής Νομικής Ακαδημίας, στην 3η Συνέλευση του στο Αμάν της Ιορδανίας, αποδέχτηκε τον εγκεφαλικό θάνατο και υιοθέτησε ως κριτήρια διαγνώσεώς τους τα προτεινόμενα από την Αμερικανική Ακαδημία Νευρολογίας.

Σύμφωνα με το Κοράνιο, και πιο συγκεκριμένα με τον Ισλαμικό Κώδικα Ηθικής, οι μεταμοσχεύσεις επιτρέπονται με την προϋπόθεση ότι υπάρχει συναίνεση του δότη, ευγενής πρόθεση, σεβασμός του ατόμου και του γεγονότος του θανάτου και σαφής αίσθηση ότι όλοι και όλα ανήκουν στο θεό.

Αυτή η θεώρηση στηρίζεται στις βασικές αρχές και διδασκαλίες του Κορανίου περί αλτρουισμού, καθήκοντος γενναιοδωρίας, δωρεάς, υπευθυνότητας, συνεργασίας και φυσικά στο δικαίωμα και την υποχρέωση του ανθρώπου να

επιδιώξει την υγεία και την ιατρική θεραπεία. Επίσης δεν υπάρχει διάκριση φύλου μεταξύ δοτών ή ληπτών ούτε διαφοροποιείται η πράξη στη περίπτωση που ο δότης ή ο λήπτης δεν είναι μωαμεθανός (Αλλήλων Μέλη, 2005, Ραγομανίκη, Ρουσάκη, Στοϊδης, 2009).

6.5 Ινδουισμός

Στην Ινδουιστική σκέψη δεν υπάρχουν γενικά αποδεκτές ηθικές αρχές. Αυτό όμως που έχει σημασία είναι να παραμένουν ανόθευτες οι διδασκαλίες της μετενσάρκωσης, του ντάρμα και του κάρμα. Ντάρμα είναι το καθήκον, η δικαιοσύνη και η θρησκεία. Ως υπέρτατο ντάρμα ορίζεται η αναγνώριση της αλήθειας στην καρδιά. Το κάρμα αντιστοιχεί στο νόμο αιτίας και αιτιατού, καταδεικνύει τον προορισμό κάποιου ατόμου, όπως αυτός προσδιορίζεται από πράξεις του παρελθόντος ή από άλλες ζωές (μετενσάρκωση). Επειδή η Ινδουιστική θρησκεία στηρίζεται στο νόμο του κάρμα και τη μετενσάρκωση, η ιδέα των μεταμοσχεύσεων δεν είναι μόνο αποδεκτή αλλά και απόλυτα συμβατή με τη διδασκαλία του (Αλλήλων Μέλη, 2005, Καββαδία και συν. 2008).

6.6 Βουδισμός

Η Βουδιστική φιλοσοφία δέχεται τη δωρεά μέρους ή και ολόκληρου του σώματος - ζώντος ή νεκρού- ως πράξη γενναιοδωρίας και σύμπνοιας. Η προσφορά είναι αληθινή και αγνή, όταν είναι ξένη προς κάθε σκέψη ανταπόδοσης. Ο προσφέρων πρέπει να ξεχνά και τον ευεργετούμενο και την πράξη της προσφοράς καθαυτή (Αλλήλων Μέλη, 2005).

6.6.1 Η πολυποίκιλη και πολυεπίπεδη αντιμετώπιση των μεταμοσχεύσεων από την Ορθόδοξη Εκκλησιαστική Πλευρά.

Σύμφωνα με την εισήγηση του Μητροπολίτη Ναυπάκτου Ιερόθεου, η οποία είναι δημοσιευμένη ύστερα από την ανάθεση της επεξεργασίας του θέματος των Μεταμοσχεύσεων στον ίδιο, από την Ιερά Σύνοδο, τον Μακαριότατο Πρόεδρο και

των Αρχιεπίσκοπο Αθηνών και Πάσης Ελλάδος κ. Χριστόδουλο, παρουσιάζονται τα διάφορα επίπεδα στα οποία αντιμετωπίζεται το θέμα.

- 1) Το πρώτο επίπεδο είναι το αλτρουιστικό και το ψυχολογικό. Θεωρείται ότι η αγάπη για τους άλλους ανθρώπους πρέπει να οδηγεί στην προσφορά των οργάνων του σώματος για να ζήσει κάποιος άλλος συνάνθρωπος που υποφέρει. Ακόμη το να αισθάνεται κανείς ότι π.χ. τα μάτια του παιδιού του βρίσκονται σε κάποιον άλλον άνθρωπο και να μπορεί σ' αυτόν να βλέπει τη συνέχεια της ζωής του παιδιού του, είναι ασφαλώς ψυχολογικό γεγονός που μπορεί να δικαιολογεί την προσφορά μοσχευμάτων σε άλλους ανθρώπους.
- 2) Το δεύτερο επίπεδο είναι το κοινωνικό. Η προσφορά των οργάνων ασφαλώς λύει κοινωνικά προβλήματα και αντιμετωπίζει διάφορες κοινωνικές πλευρές από πλευράς του λήπτη. Όταν βρίσκεται ένας δότης και προσφέρεται η δυνατότητα να ζήσει ο ασθενής αλλά και να ηρεμήσουν τα άλλα μέλη της οικογένειας, τότε γίνεται αντιληπτή η αξία της προσφοράς.
- 3) Το τρίτο επίπεδο είναι το βιοηθικό, που συνίσταται στους δεοντολογικούς κανόνες μέσα στους οποίους θα υπάρχει σωστή συνεργασία μεταξύ δότη και λήπτη μοσχευμάτων. Έτσι και στο θέμα των μεταμοσχεύσεων πρέπει να εξετάζεται οπωσδήποτε η βιοηθική πλευρά και να τίθενται ηθικοί και δεοντολογικοί κανόνες. Εδώ εμπλέκονται η νομική και η ιατρική επιστήμη και βέβαια οι διάφοροι Παγκόσμιοι Οργανισμοί.
- 4) Το τέταρτο επίπεδο είναι το νομικό. Σε ένα τόσο σοβαρό ζήτημα είναι φυσικό να εισέρχεται και ο νομικός παράγοντας. Έτσι, με την νομοθεσία πρέπει να διασφαλίζεται η δικαιοπρακτική ικανότητα του δότη, η ελεύθερη γραπτή συγκατάθεσή του, η ακεραιότητα της σωματικής ζωής του δότη μετά την αφαίρεση ιστών, ο τρόπος αφαίρεσης των ιστών και των οργάνων, ο καθορισμός του σκοπού της αφαιρέσεως ιστού και οργάνων που πρέπει να είναι θεραπευτικός και επιστημονικός, η επιβεβαίωση ότι ο δότης έχει υποστεί το λεγόμενο εγκεφαλικό θάνατο κ.λ.π. Όλα αυτά είναι απαραίτητα να εξετάζονται με τον καταρτισμό και την ψήφιση νόμων, κατόπιν συνεργασίας ιατρών, νομικών και άλλων παραγόντων που εμπλέκονται σε τέτοια ζητήματα.
- 5) Το πέμπτο επίπεδο είναι καθαρά ιατρικό. Οι μεταμοσχεύσεις οργάνων γίνονται ενώ ακόμη ο άνθρωπος διατηρείται, έστω με μηχανική υποστήριξη, στη ζωή, ενώ δηλαδή τα μοσχεύματα είναι «ζωντανά». Οπότε τίθεται το πρόβλημα του θανάτου, δηλαδή πότε επέρχεται ο θάνατος. Η ιατρική επιστήμη εξετάζει το πρόβλημα του

προσδιορισμού του θανάτου θέτοντας διάφορες λύσεις όπως το «μη αναστρέψιμο κώμα», η διάγνωση του «εγκεφαλικού θανάτου» κ.λ.π. σαφώς πρέπει να διευκρινιστούν οι όροι κλινικός καρδιακός θάνατος, εγκεφαλικός θάνατος και βιολογικός θάνατος. Η άποψη ότι η νέκρωση του εγκεφάλου ταυτίζεται με τον βιολογικό θάνατο, δεν πρέπει να θεωρείται δεδομένη.

6) Το έκτο επίπεδο αντιμετώπισης του προβλήματος των μεταμοσχεύσεων είναι το θεολογικό κι αυτό ενδιαφέρει περισσότερο από όλα την Εκκλησία. Εδώ υπάγεται και η ουσιαστικότερη προσφορά της Εκκλησίας πάνω στο θέμα εξετάζοντας τι είναι ζωή και ο θάνατος, τι είναι το πρόσωπο και οι σχέσεις του με τον Θεό και τους ανθρώπους, ποια η σχέση της ψυχής με το σώμα, τι σχέση υπάρχει μεταξύ του νου και του λόγου, ποιες οι δυνατότητες της ελευθερίας του ανθρώπου, ο άνθρωπος είναι ανεξάρτητη και αυτοπροσδιοριζόμενη ύπαρξη ή είναι μια εξαρτημένη και προσδιοριζόμενη δεδομένη ύπαρξη, πώς προσδιορίζεται η αγάπη και σωτηρία κ.λ.π. (Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας, 1999).

6.7 Θεολογικές θέσεις για το πρόβλημα των μεταμοσχεύσεων

A) Σεβασμός της ιατρικής επιστήμης και επικρότηση κάθε προσπάθειας για τη θεραπεία των ασθενών και την παράταση της ζωής των ανθρώπων, η οποία ζωή έχει μεγάλη σημασία για την πνευματική ολοκλήρωση του ανθρώπου. Αρκεί βέβαια και η ιατρική επιστήμη, καθώς επίσης και οι ιατρικές έρευνες να κινούνται μέσα στα πλαίσια των ιατρικών και βιοηθικών δεοντολογικών κανόνων και οι οποίοι κανόνες προστατεύουν τον άνθρωπο ως προσωπικότητα (πρέπει να γίνεται κλινική και εργαστηριακή διαπίστωση του θανάτου).

B) Σεβασμός της ελευθερίας των ανθρώπων εκείνων που για διάφορους λόγους δεν επιθυμούν να γίνουν δότες οργάνων του σώματός τους, καθώς επίσης σεβασμός της ελευθερίας των ιατρών εκείνων, οι οποίοι από ευαισθησία και για λόγους συνειδήσεως δεν επιθυμούν να συμβάλλουν στη θανάτωση ζωντανών υπάρξεων για να εξυπηρετήσουν κάποια άλλη ύπαρξη.

Γ) Σεβασμός της ελεύθερης επιθυμίας (προσωπική συναίνεση) εκείνων που επιθυμούν να γίνουν δότες οργάνων του σώματός τους, αρκεί βέβαια αυτό να γίνεται μέσα στο πνεύμα της αυτοθυσίας και ολοκληρωτικής αγάπης και όχι για άλλους σκοπούς (εμπορικές συναλλαγές).

Δ) Σεβασμός της επιθυμίας των ασθενών εκείνων που με τη λήψη μοσχευμάτων επιθυμούν να παρατείνουν τον χρόνο της βιολογικής τους ζωής, με την προϋπόθεση ότι θα συντελέσει στην πνευματική τους ολοκλήρωση και την επίτευξη του σκοπού της υπάρξεώς τους.

Ε) Γενικά, η αντιμετώπιση των δοτών, των ληπτών και των ιατρών, πρέπει να είναι τέτοια, ώστε με όλους αυτούς τους τρόπους να δοξάζεται ο Θεός, να ολοκληρώνονται πνευματικά οι άνθρωποι και η ασθένεια ή η παράταση ζωής να γίνουν προϋπόθεση για την εκπλήρωση του βαθύτερου σκοπού της δημιουργίας τους (Αλλήλων Μέλη, 2005).

6.7.1 Βασικές θέσεις της Εκκλησίας της Ελλάδος επί της ηθικής των Μεταμοσχεύσεων

Η Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδας τοποθετείται στο θέμα των μεταμοσχεύσεων κατά τη συνεδρία της Ιεραρχίας της Εκκλησίας της Ελλάδας, με επίσημο κείμενο στις 7 Οκτωβρίου 1999. Στο κείμενο αυτό, παρουσιάζονται οι γενικές και ειδικές αρχές που διέπουν τον προβληματισμό της Εκκλησίας σχετικά με τις μεταμοσχεύσεις (Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας, 1999).

Γενικές Αρχές:

1) Η Εκκλησία, αντικρίζει τις μεταμοσχεύσεις, ως και κάθε τι που σχετίζεται με την υγεία του ανθρώπου και την πάλη του με το θάνατο, με ιδιαίτερη συμπάθεια και κατανόηση. Αντιλαμβάνεται και το μέγεθος του προβλήματος και τις δυνατότητες των μεταμοσχεύσεων, όπως επίσης και το μεγάλο χρέος προς την κοινωνία, την ιατρική πράξη, τους λήπτες και τους δότες. Επιθυμεί να βοηθήσει το λήπτη, αλλά οφείλει να σεβαστεί και το δότη.

2) Το κριτήριο της εκκλησιαστικής ηθικής των μεταμοσχεύσεων, όπως και κάθε προβλήματος, είναι πνευματικό. Εάν κάτι βλάπτει τη ψυχή ή υποβιβάζει την πνευματική αξία, ανεπιφύλακτα το αποφεύγει. Αντιθέτως, το επιστημονικό επίτευγμα που είναι συμβατό με τη θεολογική παράδοση και διδασκαλία της, και δεν σχετίζεται με άλλες σκοπιμότητες, αντιμετωπίζεται ως πνευματική καινοτομία.

3) Κάθε τι το οποίο υπερβαίνει τον ατομικισμό και συνδέει τους ανθρώπους με σχέση

αμοιβαιότητας, οτιδήποτε αποδεικνύει την υπεροχή της πνευματικής ζωής επί της βιολογικής επιβίωσης, η Εκκλησία το προστατεύει και το υποστηρίζει.

Ειδικές αρχές:

Σχετικά με τον εγκεφαλικό θάνατο, θα μπορούσε να δεχτεί την διεθνώς ομόφωνη άποψη ότι ο εγκεφαλικός θάνατος ταυτίζεται με το αμετάκλητο βιολογικό τέλος του ανθρώπου. Δηλαδή σέβεται αυτή την ιατρική άποψη χωρίς όμως να υιοθετεί και μία ανεπιφύλακτη ταύτιση των δύο αυτών όρων. Η Εκκλησία παρουσιάζεται όμως σύμφωνη με τη δωρεά οργάνων από εγκεφαλικά νεκρούς δότες.

Επιπλέον απορρίπτει τη λήψη οργάνων από ανεγκέφαλα βρέφη, την εμπορευματοποίηση των μεταμοσχεύσεων και την εικαζόμενη συναίνεση. Η συνειδητή συναίνεση αποτελεί προϋπόθεση της δωρεάς οργάνων, ενώ εννοείται ως πράξη αγάπης από την πλευρά του δότη.

Η εικαζόμενη συναίνεση δεν γίνεται αποδεκτή, διότι παρεμβαίνει στο αυτεξούσιο, η περίπτωση όμως της συγγενικής συναίνεσης γίνεται αποδεκτή όταν δεν αντιτίθενται σε αυτή του δότη. Κατά αυτό τον τρόπο αποφεύγεται και η οποιαδήποτε υποψία εμπορευματοποίησης των μοσχευμάτων από τους συγγενείς (Αλλήλων Μέλη, 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΒΙΟΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

7.1 Βίο- Ηθική

Η βίο-ηθική μπορεί να θεωρηθεί μία εννοιολογική επιστήμη με φιλοσοφικές, διαστάσεις και ταυτόχρονα ένας οδηγός για τις πρακτικές μας δραστηριότητες. Από φιλοσοφική σκοπιά, πηγάζει από την αρχή του σεβασμού προς τη ζωή. Η βιο-ηθική προσφέρει τα ηθικά και φιλοσοφικά θεμέλια για την ιδέα της ειρηνικής και αρμονικής παράλληλης εξέλιξης της ανθρωπότητας και του βίο- περιβάλλοντος. Αυτή η άποψη, που κηρύσσει την ενότητα της ανθρώπινης και μη ανθρώπινης ζωής, συνεπάγεται την υπευθυνότητα των ανθρώπων για όλες τις μορφές βίου και είναι ένα ουσιαστικό τμήμα της βιοπολιτικής (Πελεgrίνης Ν. Θεοδόσιος 1997).

Η βιο-ηθική ασχολείται πρώτιστα με τα θέματα ηθικής που έχουν σχέση με όλες τις μορφές ζωής. Με αυτό τον τρόπο συμπληρώνει τη βίο-νομοθεσία. Σε πολλές περιπτώσεις, η βιο-ηθική και η βιο-νομοθεσία θα πρέπει να χρησιμοποιούνται από κοινού, όπως για παράδειγμα, στη γενετική μηχανική όπου έχουν ανακύψει θέματα με νομικές και ηθικές διαστάσεις. Κεφαλαιώδη σημασία έχει για τη βιο-ηθική η φιλοσοφική άποψη ότι κάθε μονάδα, οποιασδήποτε μορφής βίου, έχει μοναδική, απόλυτη αξία. Αυτή η ιδέα προϋποθέτει μία σφαιρική αντίληψη "του Σύμπαντος, της Γης και όλων των ζώντων οργανισμών. Κάθε ένα έχει τη δική του φωνή, το δικό του ρόλο, τη δική του δύναμη πάνω στο σύνολο (Βιδάλης, 2007., Μυγιάκη, 2007).

Η ανάπτυξη της βίο-ηθικής απαιτεί την υπέρβαση της ακόλουθης αντιμετώπισης του βίου:

- τεχνολογική αντιμετώπιση των έμβιων όντων ως χρήσιμων εργαλείων και μόνο, περιοριστική αντιμετώπιση της ζωής, η οποία αρνείται τη βασική διαφορά ανάμεσα στα έμβια και τα άψυχα όντα.

Αναλυτές συμπεριφοράς έδειξαν, ότι τα ζώα έχουν ικανότητα για μάθηση και επικοινωνία σε προχωρημένο στάδιο, δυνατότητα επιλογών, καταγραφής της γύρω περιοχής, καθώς και δημιουργίας νέων ιδεών. Αρκετοί κορυφαίοι ερευνητές έχουν την τάση να αποδίδουν στοιχεία συνείδησης στα πιο προηγμένα ζώα. Οι βιολόγοι τείνουν να αποφεύγουν τη χρήση του όρου ένστικτο όταν ασχολούνται με τη συμπεριφορά των ζώων. Η έννοια του 'ένστικτου' εξηγεί μόνο φαινομενικά γιατί, π.χ μία μέλισσα χτίζει την κηρύθρα με τρόπο σταθερά γεωμετρικό. Όπως ξέρουμε τώρα,

ακόμα και οι κατώτερες μορφές ασπόνδυλων, συνδυάζουν στη συμπεριφορά τους έμφυτες και επίκτητες αντιδράσεις με ένα πολύ περίπλοκο τρόπο και αυτό ισχύει ακόμη περισσότερο στα εξελικτικώς προηγμένα ζώα. Η μέλισσα που χτίζει την κηρύθρα, στην πραγματικότητα, δεν χρησιμοποιεί πάντα το ίδιο γενετικώς προγραμματισμένο σχέδιο στην εργασία της. Έχει τη δυνατότητα ορισμένων επιλογών. Οι επιλογές αυτές αντιπροσωπεύουν στιγμές περιστασιακής εκμάθησης, ακόμα και ενστικτώδους συμπεριφοράς (Λαζαρίδης, 1999).

Οι σημερινοί βιολόγοι αντί να εστιάζουν την προσοχή τους μόνο σε γενετικώς προσδιοριζόμενα πρότυπα συμπεριφοράς (παρόλο που αυτά πραγματικά υπάρχουν), προτείνουν την εισαγωγή του πιο ελεύθερου όρου ανοικτά ένστικτα. Αυτό σημαίνει ότι μόνο η γενική στρατηγική, με άλλα λόγια η γαλούχηση των νεογνών ή η υπεράσπιση του ζωτικού χώρου μπορεί να καθοριστεί γενετικά, αλλά οι λεπτομέρειες της τακτικής διαφέρουν, ανάλογα με την κατάσταση και τις προϋπάρχουσες γνώσεις. Σε γενικές λοιπόν γραμμές, ο όρος ανοικτά ένστικτα αποδίδεται ακόμα και στον άνθρωπο, γιατί και εμείς έχουμε γενικά πρότυπα συμπεριφοράς, που καθορίζονται από τη φύση.

Πρόσφατες έρευνες σε ζώα έδειξαν ότι η ζωή τους δεν περιορίζεται μόνο στην πάλη για επιβίωση και στη φυσική επιλογή, παρ' ότι αυτή παίζει σημαντικό ρόλο στο βασίλειο των ζώων καθώς και στα άλλα βασίλεια της φύσης. Ο βίος χαρακτηρίζεται επίσης από την αμοιβαία βοήθεια και συνεργασία, παράγοντες δυναμικούς στην προοδευτική εξέλιξη. Πάντως, η ιδέα της μοναδικότητας του βίου έχει υιοθετηθεί τόσο από τα νέα κινήματα ηθικής όσο και από τις πρωτοβουλίες που πήραν πρόσφατα μορφή σε όλο τον κόσμο (Μυγιάκη, 2007).

7.2 Ανθρώπινα Όργανα και Ιστοί

Με την πρόοδο στην καλλιέργεια ιστών και κυττάρων, ανέκυψε το ηθικό-νομικό πρόβλημα που αφορά στην ιδιοκτησία των ιστών/κυττάρων, που διατηρούνται στο εργαστήριο. Ανήκουν στο δωρητή ή σ' αυτούς που ασχολήθηκαν με την καλλιέργειά τους; Έχουμε ήδη αναφέρει το ερώτημα αυτό, σε μία ιδιαίτερα περίπλοκη παραλλαγή, όταν δηλαδή ο ιστός ανήκει σε ένα έμβρυο. Ένα, επίσης, περίπλοκο θέμα ανακύπτει, όταν ένα νεογέννητο μωρό είναι ο δότης αιματοκυττάρων, τα οποία έχει ζωτική ανάγκη κάποιος άλλος.

Το θέμα της ιδιοκτησίας συνδέεται στενά με το θέμα της νομιμότητας του εμπορίου ανθρωπίνων σωματικών οργάνων και ιστών. Όπως έχει αναφερθεί, τα Βρετανικά νοσοκομεία αγόραζαν νεφρά στην τιμή των 2.500 έως 3.360 λιρών ανά όργανο. Η σκέψη που κυριαρχεί αυτή τη στιγμή είναι να τεθούν φραγμοί στην εμπορευματοποίηση των ανθρωπίνων οργάνων και ιστών. Παρ' όλα αυτά, δεν έχουν ακόμα αναπτυχθεί επαρκώς κάποιες εναλλακτικές λύσεις, στη διάθεση, με αυτόν τον τρόπο, τμημάτων του ανθρωπίνου σώματος (Βάρκα – Αδάμη, 1993).

Ένας δωρητής νεφρού, μετά τη μεταμόσχευση, μένει με ένα μόνο νεφρό. Ανεξάρτητα από το αν δελεάζεται από τα οικονομικά ανταλλάγματα, που του προσφέρονται για τη δωρεά του νεφρού, ή επιθυμεί να σώσει τη ζωή ενός συγγενή του, το ηθικό και νομικό καθήκον του γιατρού είναι να πληροφορήσει σωστά τον εθελοντή για τους πιθανούς κινδύνους που συνδέονται με τη δωρεά αυτή. Για παράδειγμα, μία νέα κοπέλα, που σώζει την αδελφή της προσφέροντας το νεφρό της, αντιμετωπίζει τον κίνδυνο εμφάνισης σοβαρών προβλημάτων κατά τη διάρκεια μίας μελλοντικής εγκυμοσύνης (Αλλήλων Μέλη, 2005).

Τα άλλα ζωτικά όργανα που μεταμοσχεύονται, η καρδιά, το συκώτι και το πάγκρεας, δεν βρίσκονται εις διπλούν, σε αντίθεση με τα νεφρά. Κατά συνέπεια, το βιο-ηθικό θέμα είναι ότι το άτομο που περιλαμβάνεται σε μία λίστα αναμονής για μεταμόσχευση οργάνου, στην ουσία περιμένει το θάνατο κάποιου άλλου προσώπου. Ο δότης αυτός θα είναι κατά προτίμηση ένας νέος, υγιής άνθρωπος, ο ξαφνικός θάνατος του οποίου θα οφείλεται σε ατύχημα.

Το θέμα έχει διαστάσεις τόσο νομικές όσο και ηθικές και περιλαμβάνει τα δικαιώματα των μελών της οικογενείας σε σχέση με τα όργανα του αποθανόντος. Έχουν το δικαίωμα να αποφασίζουν ως προς τη μεταμόσχευση ή όχι των οργάνων του συγγενή τους; Αυτά τα σοβαρά ηθικά ερωτήματα κατά ένα μεγάλο μέρος δεν υφίστανται, εάν έχει ήδη δοθεί η συγκατάθεση του δωρητή για μεταμόσχευση οργάνου. Με το να συγκατατίθεται κάποιο πρόσωπο από πριν στη χρήση των οργάνων προς όφελος των άλλων, παίρνει μία εξαιρετικά σημαντική βιο-ηθική απόφαση, καθώς είναι εκ των προτέρων έτοιμος να βοηθήσει τους άλλους στην πραγματοποίηση του δικαιώματος προς το ζην (Dworkin R., 1990).

7.3 Οι ψυχοκοινωνικές διαστάσεις του θεσμού της δωρεάς οργάνων

Πριν από μερικές μόνο δεκαετίες άνθρωποι θα τολμούσαν να διανοηθούν την αλματώδη πρόοδο της βιοϊατρικής και των συναφών επιστημών, πάνω στην οποία στηρίζεται η πρακτική, μεθοδολογία αλλά και φιλοσοφία του θεσμού της δωρεάς οργάνων και της μεταμόσχευσής τους σε άλλο άτομο που τα χρειάζεται. Μαζί με τα αμιγή επιστημονικής φύσης προβλήματα καθώς και την προβληματική των μεταμοσχεύσεων έχει προκύψει και μια ολόκληρη προβληματική δεοντολογικών και ηθικών θεμάτων, που σχετίζονται και άμεσα και ζωτικά με θέματα που μπορεί να ενταχθούν στα πλαίσια του ψυχοκοινωνικού, (ψυχολογικού και κοινωνιολογικού), προβληματισμού (Shannon, 1993).

7.4 Ψυχοκοινωνική αξιολόγηση των μεταμοσχεύσεων

Είναι μεγάλη η απόσταση, που διαφοροποιεί την υποκειμενική θεώρηση της πράξης της δωρεάς οργάνων σώματος εκείνου που θα είναι δότης, από εκείνον που θα είναι αποδέκτης. Αποτελεί κοινά αποδεκτή θέση η παρατήρηση, ότι στα σύγχρονα αστικά βιομηχανικά κοινωνικά πλέγματα αξιών που διέπουν τις σχέσεις των ανθρώπων και οι στρατηγικές κοινωνικοποίησης, συνηγορούν περισσότερο στον εγωκεντρικό και τον ατομικισμό στον αλτρουισμό και την αίσθηση ότι είμαστε συνάνθρωποι και όχι μικρές κεντρομόλες υπάρξεις.

Το θέμα της μετά θάνατο δωρεάς οργάνων σώματος, είναι αναμφίβολα και πολύ επίπεδο και πολύ σύνθετο. Η προσωπική μας θεώρηση αυτού του φαινομένου, θα στηριχθεί πάνω σε τρεις θεμελιακούς άξονες ανάλυσης και αξιολόγησης και συγκεκριμένα :

1. Στον ψυχολογικό που είναι σχεδόν συνώνυμος με την υποκειμενική αίσθηση του εαυτού μας, με το « self concept ». Μια έννοια που συμπεριλαμβάνει, τόσο τα μυελοσκελετικά δεδομένα της οντότητάς μας, όσο και τις ποικίλες ψυχολογικές και κοινωνιολογικές παραμέτρους.

2. Στον κοινωνικό, που αναφέρεται στις λειτουργίες και τις μεθόδους της κοινωνικοποίησης μέσα από την οποία σε κάθε άτομο μετουσιώνεται από βιολογικό ον σε ανθρώπινη κοινωνική ύπαρξη.

3. Στον υπαρξιακό, που ταυτίζεται με την έννοια της ώριμης αντιμετώπισης και αποδοχής του κύκλου « ζωής - θανάτου » με εκείνα τα πανάρχαια και γνωστά

δεδομένα, που η Κινέζικη παράδοση χαρακτηρίζει ως Ying και Yang, με αυτό που θα μπορούσαμε να αποκαλέσουμε εμείς εδώ, πράξη ύψιστης Χριστιανικής εκδήλωσης αγάπης προς τον συνάνθρωπό μας.

Ο θεμελιακός πυρήνας της παραπάνω θέσης μας συνιστάται στην υπόθεση, ότι για να γίνει ένα άτομο « δωρητής » χρειάζεται να έχει μια υγιή τοποθέτηση απέναντι στην έννοια και την πραγματικότητα που αποκαλούμε ζωή (Αλλήλων Μέλη, 2005).

7.5 Δεοντολογικά Ζητήματα

Είναι ευνόητο ότι οι μεταμοσχεύσεις δεν αποτελούν μια καθαρά ιατρική πράξη, αλλά ο πρωτόγνωρα παρεμβατικός τους τρόπος, ο καθοριστικός χαρακτήρας των αποφάσεων που πρέπει να ληφθούν, η δυνατότητα να ανταλλάσουμε όργανα, οι οικονομικές παράμετροι που υπονοούν, η συναλλαγή μεταξύ ζωής και θανάτου που προϋποθέτουν, εφοδιάζουν τους ανθρώπους με υπερβολική δύναμη, δημιουργούν τεράστιες δυνατότητες και φέρνουν σε σύγκρουση υποχρεώσεις και δικαιώματα.

Εκείνο που σίγουρα κανείς δεν μπορεί να αντιπαρέλθει, είναι το γεγονός ότι οι μεταμοσχεύσεις συνδέονται με ένα πλήθος ερωτημάτων ηθικών και δεοντολογικών που, επειδή ακριβώς άπτονται εννοιών πολύ λεπτών, όπως η ζωή, ο θάνατος, το ανθρώπινο αυτεξούσιο, η επί του σώματος μας εξουσία κ.λ.π. δεν είναι και τόσο εύκολο να απαντηθούν (Αλλήλων Μέλη, 2005).

Μέσα σε όλη αυτήν την ατμόσφαιρα, οι κοινωνίες καλούνται να απαντήσουν σε ερωτήματα δύσκολα και να προβούν σε ρυθμίσεις πολύ λεπτές, που και το σεβασμό στον άνθρωπο θα διασφαλίσουν και το δικαίωμα στην υγεία και τη ζωή θα προστατεύσουν και την ισορροπία των ανθρωπίνων σχέσεων θα προφυλάξουν (Κωστάκης Α. 2005).

Ως ενδεικτικά βιοηθικά προβλήματα που σχετίζονται με τις μεταμοσχεύσεις, θα μπορούσε κανείς να αναφέρει τα εξής:

1. Για να γίνει μια μεταμόσχευση από νεκρό δότη απαιτούνται δυο πράγματα: πόσο ο εγκεφαλικός θάνατος είναι πράγματι θάνατος και όχι επινόημα που υπηρετεί ποικίλες σκοπιμότητες και συμφέροντα; Αλλά και η συναίνεση, όταν εικάζεται, είναι πράγματι συναίνεση ή μήπως ένα δόλιο κατασκευάσμα προκειμένου να βρεθούν τα απαιτούμενα μοσχεύματα;

2. Τα ισχύοντα κριτήρια του εγκεφαλικού θανάτου είναι επαρκή στον προσδιορισμό της μη αναστρέψιμης νεκρώσεως του εγκεφάλου (ή του εγκεφαλικού στελέχους); Ή μήπως υπάρχει το ενδεχόμενο να γίνουν προσεκτικά όλες οι δοκιμασίες, να διαπιστωθεί ο εγκεφαλικός θάνατος και τελικά ο άνθρωπος να ζει;
3. Είναι δυνατόν στην πράξη, λόγω συγκεκριμένων συνθηκών και ποικίλων παραγόντων (πίεση χρόνου, τεχνικές δυσκολίες, έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού κ.λ.π.) να τηρηθούν επακριβώς τα κριτήρια του εγκεφαλικού θανάτου;
4. Αν κάποιος δεν έχει συναινέσει ρητά, μπορούν οι συγγενείς του να υποκαταστήσουν τη βούληση του ή δικαιούνται αυτοί να συναινέσουν αντί αυτού; Μπορούμε δηλαδή με κάποιον τρόπο να δεχτούμε τη συγγενική συναίνεση;
5. Αν κάποιος είναι δότης και οι συγγενείς του για ποικίλους συναισθηματικούς ή ιδεολογικούς λόγους αρνούνται να δεχτούν τον εγκεφαλικό θάνατο, τίνος η επιθυμία πρέπει να εισακουσθεί;
6. Με δεδομένο ότι στην πράξη η ηθική κακοποίηση των μεταμοσχεύσεων (εμπορευματοποίηση, βιαστική ή λανθασμένη διάγνωση εγκεφαλικού θανάτου, παραβίαση της λίστας κ.λ.π.) φαίνεται σχετικά εύκολη, θα μπορούσαμε να δεχθούμε τις μεταμοσχεύσεις απερίφραστα; Όλη αυτή η εκστρατεία που συνοδεύεται από κηρύγματα αγάπης, αλληλεγγύης και προσφοράς στον συνάνθρωπο κατά πόσον είναι εντεταγμένη στη σκοπιμότητα των μεταμοσχεύσεων και κατά πόσον στον ιερό σκοπό τους;
7. Γιατί τόσος λόγος για τις μεταμοσχεύσεις, τη στιγμή που αναφέρονται σε ελάχιστα άτομα, το δε κόστος τους είναι δυσανάλογα υψηλό;
8. Αν υπάρχουν κάποια συμφέροντα, αυτά ποια είναι; Είναι δυνατόν αυτά να τεθούν υπό τον έλεγχο κατάλληλων νομοθετικών ρυθμίσεων; Κατά πόσον αυτές οι ρυθμίσεις μπορούν να εφαρμοστούν;
9. Τα μεταμοσχευτικά κέντρα που διαθέτουμε είναι σε θέση να εξασφαλίσουν το μέγιστο επιβίωσης των μοσχευμάτων και των ασθενών;

10. Πως θα μπορούσε να προστατευθεί ο κάθε πολίτης-δότης από αυθαιρεσίες ή άλλες εγκληματικές πράξεις που συχνά παρουσιάζονται ως ενδεχόμενα από τα ΜΜΕ;
11. Προκειμένου να εξασφαλίσουμε τα απαιτούμενα μοσχεύματα για ασθενείς που έχουν απόλυτη ανάγκη, θα μπορούσαμε να πάρουμε όργανα από νεογέννητα βρέφη που οι συγγενείς αναπηρίες τους (π.χ. ανεγκεφαλία) τα καθιστούν πρακτικώς μη βιώσιμα;
12. Η ιδέα της επινοήσεως και κατασκευής τεχνητών οργάνων ή αυτή των ζωικών μοσχευμάτων (ξеноμεταμοσχεύσεις) ενέχει κάποιους κινδύνους που θα έπρεπε εκ των προτέρων να προσδιορίσουμε και ενδεχομένως να προλάβουμε το αποτέλεσμα τους; Και αν ναι, ποιοί είναι αυτοί;
13. Η έρευνα για την παρασκευή κλωνοποιημένων οργάνων, αλλά και η διαδικασία παραγωγής τους, κατά πόσον συνοδεύονται από παράλληλη καταστροφή ανθρώπινων ζώων σε εμβρυϊκό στάδιο; Υπάρχει διάθεση η παραγωγή των οργάνων να μη συνδυάζεται με την καταστροφή της ανθρώπινης εμβρυϊκής ζωής; Πώς τελικά επιτυγχάνεται ή θα μπορούσε να επιτευχθεί κάτι τέτοιο;

Η αλυσίδα των ερωτημάτων αυτού του τύπου μπορεί ασφαλώς να επεκταθεί ακόμη περισσότερο. Γενικά όμως ο προβληματισμός στηρίζεται και συνοψίζεται στις απαντήσεις των παραπάνω ερωτημάτων (Κονιδάρη Χ, Παμπούκη Χ, 2001).

7.6 Το πρόβλημα του εγκεφαλικού θανάτου

Μη τήρηση των κριτηρίων του εγκεφαλικού

Η νομοθεσία, διεθνώς και στον τόπο μας, περιλαμβάνει συγκεκριμένες διατάξεις. Έτσι η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου δεν διενεργείται από έναν μόνο γιατρό αλλά από τρεις το γιατρό του ασθενούς ή έναν εντατικολόγο ή παθολόγο, ένα νευρολόγο ή νευροχειρουργό και έναν αναισθησιολόγο. Οι γιατροί αυτοί θα πρέπει να έχουν προϋπηρεσία τουλάχιστον δύο χρόνων από τη λήψη της ειδικότητας τους. Για να διασφαλιστεί κατά το δυνατόν το ανεπηρέαστο της αποφάσεως της διαγνωστικής ομάδας αποκλείεται από αυτήν κάθε γιατρός που ανήκει στη

μεταμοσχευτική ομάδα. Παράλληλα, επιβάλλεται μαζί με τον κλινικό έλεγχο να διενεργηθούν και κάποιες εργαστηριακές εξετάσεις (αξονική τομογραφία, εγκεφαλογράφημα)(Ασκητοπούλου, 1991., Norton DJ., 1992).

Οι κλινικές δοκιμασίες πρέπει να επαναληφθούν εντός 24ωρου, ή τουλάχιστον μετά παρέλευση δώρου, ώστε να αποκλεισθεί κάθε ενδεχόμενο εσφαλμένης διάγνωσης και να διασφαλιστεί ο απόλυτος σεβασμός του δότη. Το διάστημα επανάληψης των κλινικών ελέγχων εξαρτάται από τη φύση της αρχικής πάθησης και την κλινική πορεία του ατόμου. Επίσης, η διαδικασία εκτέλεσης των δοκιμασιών αρχίζει τουλάχιστον 24 ώρες από την έναρξη του κώματος. Συχνά, η εμπειρία των ιατρών που εργάζονται στις ΜΕΘ (Μονάδες Εντατικής Θεραπείας) γεννά τέτοια αυτοπεποίθηση που από κάποια εργαστηριακά δεδομένα και την κλινική μόνον εκτίμηση και εικόνα συνάγεται και η διάγνωση. Έτσι οι γιατροί, δίχως να προβούν στη διενέργεια όλων ανεξαιρέτως των προβλεπόμενων δοκιμασιών διαγνώσεως του εγκεφαλικού θανάτου, καταλήγουν στην τελική διάγνωση (Γερολούκα-Κωστοπαναγιώτου, 2002., Μπαλογιάννης Σ., 1986).

Αντιλαμβάνεται κανείς, ότι το ενδεχόμενο να διαγνωστεί θάνατος, χωρίς στην πραγματικότητα να συμβαίνει κάτι τέτοιο, είναι πλέον ή υπαρκτό. Αποτέλεσμα αυτού είναι τα περιστατικά ανάνηψης, όπως λέγεται εγκεφαλικά νεκρών, που συχνά βλέπουν το φως της δημοσιότητας. Προφανώς στις περιπτώσεις αυτές, η επιστροφή στη ζωή οφείλεται σε λάθος διάγνωση του θανάτου, ενώ στην ουσία πρόκειται περί κώματος.

Προς αποφυγή τέτοιων φαινομένων συνιστάται η γνώση, η εκπαίδευση και η επαρκής ενημέρωση των αρμοδίων γιατρών για τα σύγχρονα πρωτόκολλα διαγνώσεως του θανάτου, η επιμελής και ακριβής τήρηση των σχετικών οδηγιών και κανόνων, η επανάληψη των δοκιμασιών εντός των προβλεπόμενων χρονικών ορίων, η βιντεοσκόπηση της όλης διαδικασίας και η τήρηση σχετικού αρχείου.

7.7 Εικαζόμενη, τεκμαιρόμενη και συγγενική συναίνεση

Στην περίπτωση των πτωματικών μεταμοσχεύσεων, η λήψη των οργάνων προϋποθέτει τη συναίνεση του δότη, η οποία όμως συχνά δεν υπάρχει, χωρίς ταυτόχρονα να υπάρχει και κάποια ένδειξη άρνησης του. Η έλλειψη μοσχευμάτων και η παράλληλη δυσκολία εξευρέσεως δοτών είχαν ως αποτέλεσμα την επινόηση δυο όρων και προϋποθέσεων που εσχάτως χρησιμοποιήθηκαν ευρέως από τους αρμόδιους

οργανισμούς και φορείς βρήκαν τη νομοθετική τους κατοχύρωση σε διάφορες χώρες και προκάλεσαν έντονες συζητήσεις και προβληματισμό.

Ο πρώτος όρος είναι αυτός της εικαζόμενης συναίνεσης, που σημαίνει ότι σε περίπτωση που ένας εγκεφαλικά νεκρός δεν έχει αρνηθεί εγγράφως τη μετά το θάνατο του προσφορά των οργάνων του, θεωρείται αυτομάτως δότης, οπότε και νόμιμα μπορούν να του αφαιρεθούν τα όργανα. Πιο ελαφρύς όρος είναι η τεκμαιρόμενη συναίνεση, που σημαίνει ότι αν ο εγκεφαλικά νεκρός δεν είναι δηλωμένος δότης, ούτε και έχει αρνηθεί εγγράφως, τη δωρεά των οργάνων, εξ αυτού τεκμαίρεται η συναίνεση του, οπότε νομιμοποιείται η αφαίρεση των οργάνων του (Βάρκα- Αδάμη, 1993 και 2008, Βιδάλης 2007).

Η νομοθεσία αυτή χρησιμοποιείται στην Ισπανία, στην Αυστρία, στο Βέλγιο, στη Γαλλία και σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες και έχει βοηθήσει σημαντικά στην αύξηση του αριθμού των διαθέσιμων οργάνων και κατ'επέκταση στις μεταμοσχεύσεις. Παράλληλα όμως έχει έντονα αμφισβητηθεί διότι στην ουσία καθιστά τα σώματα μας δημόσια περιουσία. Δίπλα σε αυτές τις μορφές συναίνεσης θα μπορούσε κανείς να τοποθετήσει και τη συναίνεση των συγγενών, η οποία φαίνεται να απολαμβάνει γενικής αποδοχής, αν και γι αυτό έχουν εκφραστεί επιφυλάξεις και από ορισμένους θεωρείται αντισυνταγματική.

Τα σχετικά ηθικά ερωτήματα που εγείρονται είναι και λεπτά και επιτακτικά.

1. Εάν και κατά πόσον δικαιούται κανείς να προσφέρει τα όργανα του και εκ των προτέρων να καθορίσει τη μετά θάνατο τύχη τους;
2. Ποιά η αξία της προσφοράς των οργάνων, όταν αυτή γίνεται μετά θάνατο δίχως θυσία ή κόστος;
3. Εάν η συναίνεση μπορεί να εικάζεται και ποιος είναι αυτός που μπορεί να εκφράσει τη μετά θάνατο βούληση κάποιου, όταν αυτή δεν έχει σαφώς και επαρκώς διατυπωθεί εν ζωή;
4. Ποια η λογική που ελλείπει προσωπικής συναινέσεως του δότη, αυτή μπορεί να υποκαθίσταται από τη συναίνεση των συγγενών;

Στη φιλοσοφική ηθική και νομική διάλεκτο το σώμα είναι αναπόσπαστο μέρος της προσωπικότητας του ατόμου, οπότε όταν παρέχεται εν ζωή η ρητή συναίνεση περί της μετά θάνατο τύχης του, νομικά τουλάχιστον, η αποδοχή της και η συμμόρφωση προς αυτήν διασφαλίζει τον απόλυτο σεβασμό των εκδηλώσεων της προσωπικότητάς του αλλά και της αυτονομίας της βούλησης του (Αλλήλων Μέλη, 2005).

Από την άλλη πλευρά, η νομική άποψη ότι το πτώμα αποτελεί υπόλειμμα της προσωπικότητας οδηγεί εύκολα στο συμπέρασμα ότι η υποκατάσταση της βούλησης του νεκρού από τη βούληση των συγγενών του θα μπορούσε να αποτελεί προσβολή της προσωπικότητάς του. Βέβαια, είναι δυνατόν κανείς να ισχυριστεί ότι ο ιδιάζων σύνδεσμος των συγγενών με το νεκρό τους, τους δίνει τέτοια δικαιώματα, ώστε στην περίπτωση που η μεταμοσχευτική ομάδα δοκίμαζε να αφαιρέσει όργανα δίχως τη συναίνεσή τους, αυτό θα αποτελούσε προσβολή της δικής τους προσωπικότητας (Vernale, 1991., Weber 1985, Willis, Skelley, 1992).

Το πρόβλημα γενικά της συναίνεσης δεν είναι τόσο απλό όσο φαίνεται εκ πρώτης όψεως, διότι συχνά συνδέεται με περαιτέρω περιπλοκές που στις περισσότερες των περιπτώσεων εγείρουν ερωτήματα τα οποία είναι πολύ δύσκολο να απαντηθούν. Έτσι, για παράδειγμα, τι γίνεται στην περίπτωση που κάποιος είναι δότης και έχει υπογράψει τη σχετική δήλωση, αλλά οι συγγενείς του για λόγους συναισθηματικούς (π.χ. δυσκολεύονται να δεχτούν τη διάγνωση του θανάτου και διερωτώνται μήπως έχει γίνει λάθος ή λειτουργούν στη λογική του λίγο ακόμα), ιδεολογικούς (π.χ. απορρίπτουν τον εγκεφαλικό θάνατο) κ.ά., αρνούνται να συναινέσουν;

Τι γίνεται επίσης όταν μεταξύ των συγγενών υπάρχει διαφωνία και, ενώ συναινεί ο πατέρας ή τα παιδιά, αρνείται να δώσει τη συγκατάθεσή της η μητέρα ή ο/η σύζυγος; Στις διάφορες χώρες οι νομοθεσίες ιεραρχούν τα πρόσωπα, το ερώτημα όμως είναι εάν τελικά μέσα στις τόσο λεπτές και φορτισμένες συναισθηματικά αυτές καταστάσεις και στιγμές μπορεί ο νόμος να επιβάλει τη λύση που προνοεί. Πέραν τούτων, το γεγονός ότι συχνά δεν ανευρίσκονται άμεσα κάποιοι εκ των στενών συγγενών, ή ακόμη σε μερικές περιπτώσεις δεν υπάρχουν τέτοιοι (π.χ. αλλοδαποί ή άτομα χωρίς δικές τους οικογένειες που ζουν μόνα τους και έχουν μόνο μακρινούς συγγενείς), θα μπορούσε να έχει ως αποτέλεσμα, μη υπάρχουσας αρνήσεως, να αφαιρούνται τα όργανα δίχως κάποια συναίνεση. Αυτό στην ουσία σημαίνει ότι τα όργανα δεν προσφέρονται από το δότη ούτε από τους συγγενείς του, αλλά αφαιρούνται από την πολιτεία, η οποία τα χειρίζεται και αποφασίζει σαν να αποτελούν περιουσία και κτήμα της (Βιδάλης, 2007).

Πιο ακραία είναι η άποψη ότι το σώμα δεν αποτελεί κτήμα του προσώπου αλλά ο κάθε άνθρωπος εξουσιάζει αυτό κατά τη διάρκεια και μόνον της ζωής του. Με το θάνατο του ανθρώπου η φροντίδα και επιμέλεια του σώματος περιέρχεται σε κάποια τράπεζα οργάνων, η οποία είναι και αρμόδια για το μέλλον και την περαιτέρω

χρήση του. Υπό την έννοια αυτήν, η οικογένεια δεν συναινεί, αλλά απλά καλείται να αποδεχθεί ότι έχει προαποφασίσει η πολιτεία, η οποία και χρησιμοποιεί όπως θέλει τα νεκρά σώματα με κριτήριο τη δημόσια ωφέλεια.

7.8 Μεταμοσχεύσεις και Ευθανασία

Ένα λεπτό πρόβλημα που δεν διακρίνεται με την πρώτη ματιά είναι ότι η χρησιμοθηρική αντίληψη που επικρατεί στις σύγχρονες κοινωνίες, σε συσχετισμό με την τάση αποδοχής και νομιμοποίησης της ευθανασίας, θα μπορούσε κάλλιστα να συνδέσει τις μεταμοσχεύσεις με την ευθανασία. Το επιχείρημα που ακούγεται είναι ότι, αφού κάποιος ούτως ή άλλως επιλέγει την επίσπευση του θανάτου του και ταυτόχρονα είναι δυνατό κάποια από τα όργανα του μεταμοσχευμένου να δώσουν ζωή, θα μπορούσε σαν ύστατη πράξη καλής θέλησης να προσφέρει ιστούς και όργανα του σώματός του σε συνανθρώπους του. Με τον τρόπο αυτόν, ο θάνατός του και τον ίδιο θα ανακούφιζε και σε άλλους ανθρώπους θα χάριζε ζωή. Ορισμένοι λοιπόν προτείνουν άτομα που συνδυάζουν τη διάθεση ευθανασίας με την επιθυμία δωρεάς των οργάνων τους, με κάποιο τρόπο να καθίστανται εγκεφαλικά νεκροί. Δεδομένου μάλιστα ότι στην περίπτωση αυτήν θα μπορούσαμε να έχουμε και τη ρητά και εκφρασμένη συναίνεσή τους, ξεπερνιούνται και όλα τα νομικά κωλύματα (Αλλήλων Μέλη, 2005).

Το ενδιαφέρον είναι ότι αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι, ενώ η αφαίρεση των οργάνων, για την περίπτωση των λεγομένων πτωματικών μεταμοσχεύσεων, προϋποθέτει οπωσδήποτε τον ορθώς διαγνωσμένο θάνατο του δότη, συχνά ακούγονται φωνές που τοποθετούν τις μεταμοσχεύσεις σε εντελώς διαφορετική βάση από αυτήν της ζωής.

Στην περίπτωση αυτή, ως προϋπόθεση δωρεάς δεν θεωρείται ο θάνατος του δότη, αλλά η βούληση ή η ποιότητα της ζωής του. Με άλλα λόγια, τα όργανα δεν αφαιρούνται μόνον όταν ο δότης είναι νεκρός, αλλά όταν ο ίδιος το αποφασίσει ή όταν η ποιότητα της ζωής του δεν θεωρείται με κάποια κριτήρια ικανοποιητική. Στην πρώτη περίπτωση προκρίνεται η αξιοποίηση της ευθανασίας, ενώ στη δεύτερη των φυτικών καταστάσεων. Βασικός εκπρόσωπος αυτής της αντίληψης είναι ο Dr. Robert Truog, ο οποίος, ενώ αμφισβητεί τον εγκεφαλικό θάνατο, κατά παράδοξο τρόπο υποστηρίζει τις μεταμοσχεύσεις από φυτικούς ασθενείς ή και ανεγκέφαλα βρέφη (Truog, 2007).

7.9 Διαδικασία συγκρότησης της λίστας

Ένα από τα πιο δύσκολα προβλήματα που πρέπει να αντιμετωπίσουν οι επιτροπές δεοντολογίας, είναι η συγκρότηση της λίστας αναμονής των ληπτών για κάθε είδος μεταμόσχευσης με κριτήρια κατά το δυνατόν αδιάβλητα και αξιοκρατικά. Όσο μάλιστα το μεταμοσχευτικό χάσμα, δηλαδή η διαφορά αριθμού ληπτών και δοτών, διευρύνεται τόσο η ανάγκη για ένα μόσχευμα γίνεται πιο επιτακτική και η υποχρέωση δίκαιης κατανομής των μοσχευμάτων επιβεβλημένη. Η λίστα πρέπει να είναι δίκαιη, να περιλαμβάνει όλες τις περιπτώσεις και για κανένα λόγο να μην παραβιάζεται. Οι υποψήφιοι λήπτες εγγράφονται στη λίστα αναμονής και η κατανομή των μοσχευμάτων γίνεται με βάση τα στοιχεία ιστοσυμβατότητας, το χρόνο αναμονής, την ηλικία- τα νεαρότερα άτομα έχουν προτεραιότητα-, τη γεωγραφική απόσταση από το μόσχευμα, το επείγον της καταστάσεως ή σε περιπτώσεις ορισμένων οργάνων (καρδιά, ήπαρ, πνεύμονες) το μέγεθος και το σχήμα του μοσχεύματος. Στα μεγάλα κέντρα του εξωτερικού προηγούνται οι έχοντες την εθνικότητα του κέντρου και έπονται οι ξένοι (Αλλήλων Μέλη, 2005).

Στην Ελλάδα, η μοριοποίηση και συνεπώς η κατάταξη των ληπτών στην Εθνική Λίστα έχει οριστεί με υπουργική απόφαση του 1996, το δε άρθρο 7 παρ.3 του νόμου 2737/1999 προσδιορίζει τα βασικά κριτήρια της. Σε όλα αυτά που προαναφέρθηκαν θα μπορούσε κανείς να εκφράσει τις ενστάσεις του ως προς το πόσο δίκαια είναι τα κριτήρια. Έτσι επί παραδείγματι η παράμετρος της ηλικίας θα μπορούσε να λειτουργήσει ρατσιστικά εις βάρος των ηλικιωμένων ατόμων. Από την άλλη πάλι πλευρά, αν η λίστα είναι βεβαρημένη με μεγάλο αριθμό υπερηλικών ατόμων, τότε ο χρόνος αναμονής για τους νεαρότερους ασθενείς και το ενδεχόμενο συνακόλουθων επιπλοκών αυξάνει. Άλλο πρόβλημα που πολύ δύσκολα μπορεί να αντιμετωπιστεί είναι το τι πρέπει να προκρίνουμε ως κριτήριο προτεραιότητας, το επείγον του περιστατικού, που όμως έχει μεγάλο ρίσκο, ή το προσδόκιμο της επιβίωσης του μοσχεύματος; Και ποιος τελικά θα είναι αυτός που θα προσδιορίσει τα τελειότερα και πιο αδιάβλητα κριτήρια; Φαίνεται πως το πρόβλημα ξεπερνά τα μέτρα μας (Μυγιάκη, 2007).

Παρόλα αυτά, τα υφιστάμενα κριτήρια είναι γενικώς αποδεκτά. Το τελικό ερώτημα είναι αν και κατά πόσον αυτή η λίστα στην πράξη τηρείται. Η δυνατότητα σκανδαλώδους ευνοίας των επωνύμων και ευπόρων ληπτών και ποικίλων ρατσιστικών διακρίσεων φαντάζει προφανής. Παρά ταύτα, τα πράγματα δεν είναι

τόσο εύκολα στην πράξη. Η ανάγκη ιστοσυμβατότητας, το επείγον ως προϋπόθεση της καταστάσεως του λήπτη, ο χρόνος παραμονής στη λίστα, η γεωγραφική εγγύτητα προς το δυνητικό δότη, η αυστηρότατη νομοθεσία-όροι που πολύ δύσκολα μπορούν να παραβιαστούν-αποτελούν εγγενείς δυσκολίες στην παραβίαση των αυστηρών ιατρικών κριτηρίων προς όφελος των κοινωνικώς ευνοουμένων προσώπων.

7.10 Εμπορευματοποίηση των Μεταμοσχεύσεων

Η αγοροπωλησία των οργάνων απαγορεύεται ρητά από το νόμο και μάλιστα κάθε παράβαση τιμωρείται με υψηλό πρόστιμο και φυλάκιση. Παρόλα αυτά, κατά καιρούς εμφανίζονται υποστηρικτές της απόψεως ότι μια τέτοια δυνατότητα αφ ενός μεν αποτελεί δικαίωμα του κάθε ανθρώπου, αφ ετέρου δε θα έλυνε το πρόβλημα της ελλείψεως μοσχευμάτων. Το διεθνές δίκαιο προστατεύει γενικότερα τις μεταμοσχεύσεις από την οικονομική εκμετάλλευση. Μάλιστα στη χώρα μας, η προσπάθεια προστασίας των μεταμοσχεύσεων από τέτοιου είδους εκτροπές είχε ως αποτέλεσμα ο νέος νόμος να αποφεύγει και τη θέσπιση λογικών κινήτρων (π.χ. μία μονάδα εντατικής θεραπείας που προσφέρει περισσότερους δότες να επιχορηγείται περισσότερο) ή να αποκλείει περιπτώσεις που δεν έρχονται σε αντίθεση με βασικές ηθικές αρχές (π.χ. να προσδιορίσει ο δότης το λήπτη παραβιάζοντας τη σειρά που προβλέπει η λίστα). Με τον τρόπο αυτόν επιβάλλονται αυστηρά κριτήρια και περιοριστικές διατάξεις ώστε κατά το δυνατόν να αποκλειστεί η περίπτωση εμπορευματοποίησης των μεταμοσχεύσεων (Βάρκα- Αδάμη, 1993).

Παρόλα αυτά, υπάρχουν χώρες, κυρίως του τρίτου κόσμου- όπου κάτι τέτοιο δεν είναι πρακτικά δυνατόν να ελεγχθεί. Το νομικό καθεστώς είναι τόσο χαλαρό ώστε συχνά αναφέρονται περιστατικά που ενδεείς άνθρωποι υποχρεώνονται να πουλήσουν κάποιο από τα διπλά τους όργανα (συνήθως ένα νεφρό) αντί, στις περισσότερες των περιπτώσεων, κάποιου εξευτελιστικού ανταλλάγματος προκειμένου να αντιμετωπίσουν τις βασικές ανάγκες επιβιώσής τους. Ενώ η απόρριψη του εμπορίου των οργάνων ακούγεται προφανής, είναι ιδιαίτερα αξιοσημείωτη η άποψη ορισμένων ηθικολόγων, οι οποίοι σε κάποιες περιπτώσεις δέχονται την επικείμενη αμοιβή προσφορά των οργάνων και ιστών (Λαζαρίδης, 1999).

Πιο συγκεκριμένα, πιστεύουν ότι το να αξιώσει η κοινωνία από έναν πτωχό να δωρίσει χωρίς αντάλλαγμα ένα πολύτιμο όργανο του εμπεριέχει κάποιο βαθμό εκμετάλλευσης, μια που κάτι τέτοιο εναποθέτει τεράστιο ηθικό βάρος στους ώμους

ανθρώπων που συν τοις άλλοις υποφέρουν. Προχωρούν μάλιστα και υποστηρίζουν ότι, εφόσον η οικονομική επάρκεια συνδυάζεται με καλύτερης ποιότητας και μακροβιότερη ζωή, η δωρεά και μη οικονομική αξιοποίηση του οργάνου θα μπορούσε έμμεσα να σημαίνει και συντόμευση της ζωής του δότη! (Αλλήλων Μέλη, 2005).

7.11 Ενημέρωση του Δότη και του Λήπτη

Ένα από τα πιο σημαντικά θέματα της ηθικής των μεταμοσχεύσεων είναι η ενημέρωση αμοτέρων, τόσο του δότη όσο και του λήπτη περί της διαδικασίας, των κινδύνων, του ποσοστού επιτυχίας, του ενδεχόμενου απόρριψης του μοσχεύματος, των πιθανών επιπλοκών κ.λ.π. Στην περίπτωση που η μεταμόσχευση γίνεται από ζώντα δότη, στην ουσία, προκειμένου να θεραπευτεί ο λήπτης, γίνεται ασθενής ο δότης με συνέπειες απρόβλεπτες και στη φύση και στο χρόνο και στο μέγεθός τους. Έτσι για παράδειγμα, αν κάποιος δωρίσει τον ένα νεφρό του και του συμβεί στο μέλλον κάποιο ατύχημα ή προσβληθεί από μία νεφρική ασθένεια, ασφαλώς θα αντιμετωπίσει προβλήματα και κινδύνους που είναι αναγκαίο να έχει υπόψη του και να έχει σταθμίσει δεόντως πριν προβεί στη δωρεά του οργάνου του. Επειδή μάλιστα η πράξη της δωρεάς, ιδίως μεταξύ συγγενών, λαμβάνει χώρα κάτω από συνθήκες ιδιαίτερης συναισθηματικής έντασης και δικαιολογημένης πολλές φορές άγνοιας, είναι απόλυτα επιβεβλημένο ο αρμόδιος και έμπειρος γιατρός να ενημερώσει λεπτομερώς το δότη πριν αποφασίσει τη δωρεά του (Βάρκα- Αδάμη, 2008).

Παράλληλα, βέβαια, πρέπει να είναι ενήμερος και για το απόμακρο ενδεχόμενο μιας εσφαλμένης ή ελλιπούς διαγνώσεως της καταστάσεως του ή ακόμη και κάποιων απρόβλεπτων επιπλοκών κατά την αφαίρεση του οργάνου, όπως και της πιθανότητας η μεταμόσχευση να αποτύχει ή το όργανο να απορριφθεί και τελικά να χαθεί και για το δότη και για το λήπτη. Αναγκαίο επίσης, είναι να έχουν σταθμιστεί εκ των προτέρων τα οφέλη που θα προκύψουν για το λήπτη από τη μεταμόσχευση σε σχέση με την αναπόφευκτη βλάβη και τους κινδύνους στους οποίους θα εκτεθεί η υγεία του δότη. Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει η μεταμόσχευση να αποτελεί μοναδική θεραπευτική λύση και ελπίδα για το λήπτη, οι δε κίνδυνοι της υγείας του δότη να θεωρούνται ασήμαντοι (Αλλήλων μέλη, 2005., Χρυσογόνος, 2002).

Για τους λόγους αυτούς, δεν είναι λίγοι αυτοί που προτείνουν ότι καλό είναι παράλληλα με τη δήλωση συναίνεσης που κάνει ο δότης να αναφέρεται και το όνομα

του υπεύθυνου ιατρού που επιφορτίστηκε με το έργο της ενημέρωσής του. Ανάλογα πρέπει να ενημερώνεται και ο λήπτης. Αυτός πρέπει να γνωρίζει λεπτομέρειες της μεταμοσχευτικής διαδικασίας την οποία θα υποστεί τις πιθανότητες επιτυχίας, το ενδεχόμενο της απόρριψης του μοσχεύματος και επανάληψης της επέμβασης, στατιστικά δεδομένα της συγκεκριμένης τεχνικής και περιπτώσεως κ.α.

7.12 Το τεράστιο κόστος

Είναι γεγονός ότι το κόστος μιας μεταμοσχεύσεως είναι υπερβολικά υψηλό. Αποτέλεσμα αυτού, είναι οι μεταμοσχεύσεις να αποτελούν αποκλειστικό προνόμιο των πλουσίων και οικονομικά αναπτυγμένων χωρών και γι' αυτό συχνά να υφίστανται δριμεία κριτική. Κάτι τέτοιο όμως θα μπορούσε κανείς να ισχυριστεί ότι συμβαίνει γενικότερα με την παρεμβατική χειρουργική και άλλους τομείς της κοινωνικής ζωής. Η απάντηση σε αυτήν την πρόκληση είναι η πρόοδος της επιστήμης που οδηγεί σε αποτελεσματικότερη και φθηνότερη τεχνολογία, η βελτίωση της αποτελεσματικότητας των φαρμάκων, η επινόηση πιο εξαπλουστευμένων χειρουργικών τεχνικών, η ευκολότερη εξεύρεση μοσχευμάτων κ.λ.π. Όλα αυτά γεννούν την ελπίδα ότι θα μειωθεί το κόστος σημαντικά και οι ευεργετικές συνέπειες των μεταμοσχεύσεων θα μπορέσουν να καλύψουν ευρύτερο φάσμα ασθενών (Αλλήλων Μέλη, 2005).

7.13 Ο ρόλος των Μ.Μ.Ε

Τα Μ.Μ.Ε αποτελούν έναν τομέα πραγματικής κακοποίησης των μεταμοσχεύσεων. Συχνά, είτε με υπερβολές τις δυσφημούν είτε με άδικες προβολές συγκεκριμένων ατόμων και περιστατικών τις κακοδιαφημίζουν. Φαίνεται πως δεν είναι αναληθές ότι, σε υπανάπτυκτες χώρες, επιτήδειοι εκμεταλλευτές βρίσκουν τρόπους να θυσιάζουν αθώους ανθρώπους, κυρίως παιδιά, στο βωμό των μεταμοσχευτικών συμφερόντων. Όταν αυτά τα μεμονωμένα περιστατικά προβάλλονται με ιδιάζουσα συναισθηματική φόρτιση και επιμελημένες αφηγηματικές υπερβολές στα κεντρικά δελτία ειδήσεων χωρών όπως η δική μας, που είναι εντελώς ξένες με αυτή τη λογική και πρακτική, τότε γκρεμίζουν κάθε σκέψη αγάπης και διάθεση προσφοράς στον συνάνθρωπο, κλονίζουν την εμπιστοσύνη στο

μεταμοσχευτικό καθεστώς και δημιουργούν ατμόσφαιρα φόβου και κλίμα καχυποψίας.

Από την άλλη πλευρά, μόλις εμφανιστεί κάποιο περιστατικό κατά το οποίο πονεμένοι συγγενείς προσφέρουν τα όργανα προσφιλών τους προσώπων, συχνά τα Μ.Μ.Ε υπερτονίζουν το γεγονός της επιτυχίας των μεταμοσχευτών, πράγμα που αφ ενός μεν βελτιώνει μεροληπτικά την εικόνα ή ακόμη υποβοηθεί τα συμφέροντά τους, αφ ετέρου δε υποβιβάζει έμμεσα το ρόλο των γιατρών του δότη. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα συχνά οι δεύτεροι, που έχουν και την πιο δύσκολη συνειδησιακά και πρακτικά συνεισφορά στην υπόθεση (αυτοί ομολογούν την απώλεια του δικού τους ασθενούς, προσυπογράφουν το θάνατό του, ενημερώνουν και προτείνουν τη δυνατότητα προσφοράς οργάνων στους συγγενείς, συντηρούν το δότη σε τέτοια κατάσταση ώστε τα όργανά του να είναι μεταμοσχεύσιμα), να βρίσκονται σε τόσο δύσκολη θέση που να δυσκολεύονται να επαναλάβουν τη συνεργασία τους.

Έτσι, ενώ οι μεταμοσχεύσεις φαινομενικά κερδίζουν στον κόσμο, η υπόθεση χάνεται στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας από τους γιατρούς. Η απάντηση σε αυτήν την κατάσταση είναι η αποξένωση των επί μέρους μεταμοσχευτικών γεγονότων και επιτυχιών από την προβολή των συγκεκριμένων προσώπων και τα Μ.Μ.Ε. Η δημοσιογραφική προβολή των μεταμοσχεύσεων θα είναι ανεκτίμητη όταν οι κάμερες και τα μικρόφωνα μεταφερθούν από τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας στα studios των ραδιοτηλεοπτικών σταθμών (Αλλήλων Μέλη, 2005).

B' ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

8.1 ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός αυτής της έρευνας ήταν να εκτιμηθούν οι γνώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε Δημόσια Νοσοκομεία του Ν. Ηρακλείου σχετικά με την δωρεά οργάνων καθώς και να διερευνηθεί η ενδεχόμενη επίδραση διαφόρων παραγόντων στην πρόθεση δωρεάς οργάνων.

8.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

1. Ποιες είναι οι γνώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε Δημόσια Δευτεροβάθμια & Τριτοβάθμια Νοσοκομεία του Νομού Ηρακλείου;
2. Επηρεάζουν τα θρησκευτικά πιστεύω την πρόθεση του νοσηλευτικού προσωπικού για να γίνουν δότες οργάνων;
3. Επηρεάζει το συγγενικό περιβάλλον την πρόθεση του νοσηλευτικού προσωπικού για να γίνουν δότες οργάνων;
4. Επηρεάζει η ενημέρωση σχετικά με το θέμα την πρόθεση του νοσηλευτικού προσωπικού για να γίνουν δότες οργάνων;
5. Επηρεάζουν παράγοντες εμπιστοσύνης σχετικά με την διαδικασία και τις οργανώσεις μεταμόσχευσης την πρόθεση του νοσηλευτικού προσωπικού για να γίνουν δότες οργάνων;

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο**ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ****9.1 ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ****ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΕΔΙΟ-ΧΡΟΝΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ**

Η έρευνα διεξήχθη στα δύο Δημόσια Νοσοκομεία του νομού Ηρακλείου. Συγκεκριμένα στο Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου το οποίο θεωρείται ίδρυμα που παρέχει Πρωτοβάθμια-Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Κρήτη και στα νησιά της Δωδεκανήσου και απασχολεί 808 άτομα νοσηλευτικού προσωπικού σύμφωνα με την 7^η ΥΠΕ Κρήτης 2009. Επίσης, στο Βενιζέλειο-Πανάνειο Γενικό Νοσοκομείο το οποίο παρέχει Πρωτοβάθμια-Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Κρήτη και σε αυτό περιλαμβάνονται και τα Κέντρα Υγείας του Νομού και απασχολεί 554 άτομα νοσηλευτικού προσωπικού από τα οποία τα 342 υπηρετούν σε οργανικές θέσεις στο Νοσοκομείο σύμφωνα με τη 7^η ΥΠΕ Κρήτης 2009.

Η συλλογή των δεδομένων για την έρευνα διήρκησε τρεις μήνες, κατά το διάστημα Οκτωβρίου 2009 - Ιανουαρίου 2010.

ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΠΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ

Στην παρούσα μελέτη εφαρμόστηκε η δειγματοληψία ευκολίας, η οποία επιτρέπει τη χρησιμοποίηση όλων των υποκειμένων τα οποία είναι διαθέσιμα μέχρι να συγκεντρωθεί το μέγεθος του δείγματος που επιθυμεί ο ερευνητής (Burns et al 1995).

Η δειγματοληψία ευκολίας θεωρείται «φτωχή» ερευνητική μέθοδος προσέγγισης του δείγματος, διότι ο ερευνητής δεν είναι σε θέση να εξασφαλίσει την αντικειμενικότητα των επιλογών των ατόμων και να εξαλείψει τις προκαταλήψεις με αποτέλεσμα να μειώνεται η αξιοπιστία της έρευνας και να υπάρχει η πιθανότητα το δείγμα να μην θεωρείται αντιπροσωπευτικό.

Παρ' όλα αυτά η συγκεκριμένη μέθοδος επιλέχθηκε με βάση το σκοπό της μελέτης που αναφέρεται στην περιγραφή και καταγραφή της υπάρχουσας κατάστασης και όχι στην ανάλυση των αιτιάσεων που επιδρούν και καθορίζουν το συγκεκριμένο κλινικό περιβάλλον.

Επίσης, σημαντικοί λόγοι που καθόρισαν την επιλογή της συγκεκριμένης μεθόδου για την συγκέντρωση των στοιχείων αποτέλεσαν η ευκολία πρόσβασης στο δείγμα, το χαμηλό οικονομικό κόστος κατά την διαδικασία συγκέντρωσης των πληροφοριών και η μειωμένη χρονική διάρκεια που απορρέει από αυτόν τον τύπο δειγματοληψίας.

Σύμφωνα με την σχετική βιβλιογραφία που αφορά την μεθοδολογία έρευνας (Polit & Hungler 1995), η δειγματοληψία ευκολίας όταν χρησιμοποιείται με ακρίβεια και σε συνδυασμό με καλή θεωρητική κατάρτιση από μέρος του ερευνητή, δεν είναι τόσο «φτωχή» ως ερευνητική μέθοδος επιλογής του δείγματος που θα συμπεριληφθεί σε μία μελέτη. Ως κριτήρια εισαγωγής στο δειγματοληπτικό πλαίσιο της παρούσας μελέτης ορίστηκαν:

- Οι συμμετέχοντες να φέρουν τον επαγγελματικό τίτλο του βοηθού νοσηλεύτη (ΔΕ κατηγορία) ή του Νοσηλεύτη (Τ.Ε και Π.Ε κατηγορίας)
- Να έχουν προϋπηρεσία μεγαλύτερη ή ίση των 2 ετών
- Να εργάζονται σε Δημόσια Δευτεροβάθμιο- Τριτοβάθμιο Νοσοκομείο του Ν. Ηρακλείου

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ

Η μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας, το είδος της μελέτης και ο σκοπός της καθόρισαν και υπέδειξαν την ανάγκη για χρήση ερωτηματολογίου ως ερευνητικού εργαλείου για την συγκέντρωση των δεδομένων.

Για την συγκέντρωση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που παραχωρήθηκε από το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας Τ.Ε.Ι. Κρήτης και συγκεκριμένα από τον κ. Χλιαουτάκη Ιωάννη Αναπληρωτή Καθηγητή του τμήματος Κοινωνικής εργασίας και το οποίο ήδη έχει εφαρμοστεί σε μελέτη σχετικά με την «Μελέτη γνώσεων, στάσεων και προθέσεων φοιτητών ανώτατης εκπαίδευσης ως προς τη δωρεά οργάνων» (2008). Το ερωτηματολόγιο αυτό κατασκευάστηκε βασισμένο σε ανάλογη διεθνή βιβλιογραφία (Shannon 1993, Edwards & Weale 2004, Bolognas & Kurt 2004, Schaeffner & Windisch 2004, Felley & Servoss 2005, Burra & Bonna. 2005).

Το ερωτηματολόγιο με βάση τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσα μελέτης, συμπεριέλαβε μικρότερο αριθμό ερωτήσεων που απαντούν στα ερευνητικά ερωτήματα τη μελέτης, ενώ ανάλογα, τα δημογραφικά στοιχεία διαμορφώθηκαν έτσι ώστε να ανταποκρίνονται στα χαρακτηριστικά του προς επιλογή δείγματος της παρούσας μελέτης. Για να διαμορφωθεί στην τελική του μορφή το ερωτηματολόγιο, προηγήθηκε πιλοτική μελέτη σε δείγμα 5 νοσηλευτών τριτοβάθμιας εκπαίδευσης που εργαζόταν σε διάφορες κλινικές του νοσοκομείου και 5 νοσηλευτές κλειστών τμημάτων.

Από την πιλοτική μελέτη προέκυψαν χρήσιμα συμπεράσματα τα οποία βοήθησαν στον επανασχεδιασμό του ερωτηματολογίου σε σχέση με τον τύπο των ερωτήσεων, στην τελική διαμόρφωση της εμφάνισης του ερωτηματολογίου και στην ορθή και αντικειμενική διατύπωση των ερωτήσεων σε απλή και κατανοητή γλώσσα. Οι παρατηρήσεις, τα σχόλια καθώς και οι απορίες αυτές των νοσηλευτών που συμμετείχαν στην πιλοτική μελέτη βοήθησαν σημαντικά στην αντικειμενική και ακριβή επαναδιατύπωση των ερωτήσεων, που συμπεριλήφθηκαν και αποτέλεσαν στο σύνολό τους την τελική, ολοκληρωμένη μορφή του ερωτηματολογίου, ενώ έδωσαν την ευκαιρία να διευκρινιστούν και να καθοριστούν με ακρίβεια οι έννοιες και οι ορισμοί που χρησιμοποιήθηκαν στο ερωτηματολόγιο, ώστε να έχουν την ίδια μονοσήμαντη έννοια για όλους τους αποκρινόμενους.

Στα ερωτηματολόγια που συγκεντρώθηκαν από την πιλοτική μελέτη βασίστηκαν οι αλλαγές που διαμόρφωσαν το ερωτηματολόγιο στην τελική του μορφή.

Το ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε 5 ενότητες: Κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία – γνώσεις σχετικά με τη δωρεά – εμπειρία δωρεάς οργάνων – πρόθεση δωρεάς.

Για την συγκέντρωση των πληροφοριών έγινε επίσκεψη στους νοσηλευτές των δύο Νοσοκομείων, αφού προηγήθηκε γραπτή έγκριση συγκατάθεσης για διεξαγωγή της μελέτης. Στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου η συγκατάθεση μετά από μελέτη του σχετικού ερευνητικού πρωτοκόλλου δόθηκε από τον Αναπληρωτή Διοικητή του Νοσοκομείου (απόφαση 488/7/10/2009) και από το Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (αριθμός πρωτοκόλλου Ε.Κ.Ε.Π.Υ/6087/16/11/2009). Στο Βενιζέλειο και Πανάνειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου η έγκριση δόθηκε μετά από εισήγηση

της Διευθύντριας της Νοσηλευτικής υπηρεσίας και από τον Διοικητή του Νοσοκομείου (αριθμός πρωτοκόλλου 13313/ 6/10/2009).

Οι νοσηλευτές-νοσηλεύτριες ρωτήθηκαν προφορικά εάν επιθυμούν να συμμετάσχουν στην έρευνα. Όσοι συμφωνούσαν να συμμετάσχουν στην έρευνα, συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο, αφού πρώτα τους παρέχονταν από τον ερευνητή οι απαραίτητες διευκρινήσεις για την σωστή συμπλήρωσή του.

Ο χρόνος που δόθηκε για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου σε κάθε νοσηλευτή ήταν 9 λεπτά και κατά το διάστημα αυτό ο ερευνητής περίμενε έξω από το χώρο στον οποίο ο νοσηλευτής συμπλήρωνε το ερωτηματολόγιο, ώστε να μην επηρεασθεί η κρίση του.

Ο συντελεστής αξιοπιστίας του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου Cronbach A για τις ερωτήσεις που αφορούν στις γνώσεις σχετικά με τη δωρεά είναι 0,504, για τις ερωτήσεις που αφορούν στην εμπειρία δωρεάς οργάνων είναι 0,622. Όσον αφορά τις ερωτήσεις σχετικά με την πρόθεση δωρεάς, ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach A είναι για την ενότητα Γ : 0,612 και για την ενότητα Δ : 0,624.

9.2 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Εφαρμόστηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση.

Για την ανάλυση των δεδομένων της μελέτης, τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων μετά την κωδικοποίησή τους καταχωρήθηκαν σε ηλεκτρονική βάση δεδομένων (υπολογιστικό φύλο Excel, Microsoft Office- version 2007).

Για την στατιστική επεξεργασία και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS (version 14.0).

Αρχικά, δημιουργήθηκαν συγκεντρωτικοί πίνακες συχνοτήτων για τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων. Οι κατηγορικές μεταβλητές εκφράζονται σε εκατοστιαίες αναλογίες.

Για τη συσχέτιση των μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν στατιστικοί έλεγχοι υποθέσεων, θέτοντας ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 95% (p -value < 0.05) (Bowling 2002).

Για διχοτομικές διακριτές μεταβλητές και συγκεκριμένα στις ερωτήσεις της Α' ενότητας, εφαρμόστηκε ο στατιστικός έλεγχος χ^2 - statistic. Επειδή οι ερωτήσεις της

συγκεκριμένης ενότητας ήταν ποιοτικές (ΝΑΙ/ΟΧΙ), εξετάστηκε η σχέση τους με άλλα στοιχεία του δείγματος (μονάδες εργασίας, πρόθεση δωρεάς, προϋπηρεσία, πτυχίο) με έλεγχο χ^2 . Με το συντελεστή αξιοπιστίας Cronbach Alpha (Intraclass Correlation Coefficient), υπολογίζεται η συνέπεια (consistency) των δεδομένων. Επίσης, έγινε σύγκριση ανάμεσα στις διάφορες κατηγορίες νοσηλευτών, όσον αφορά την κλίμακα ορθής γνώσης (CKN). Η σύγκριση έγινε με ανάλυση διασποράς (ANOVA).

Για τις ερωτήσεις των ενοτήτων Γ' και Δ' χρησιμοποιήθηκε η μη παραμετρική μέθοδος σύγκρισης Kruskal – Wallis. Προτιμήθηκε η μη παραμετρική μέθοδος αντί της παραμετρικής ANOVA. Στατιστικά σημαντικές θεωρήθηκαν οι διαφορές που είχαν αντίστοιχες τιμές P μικρότερες από 0,05.

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 200 νοσηλευτές (100 από το Βενιζέλειο-Πανάνειο και 100 από το ΠΑΓΝΗ). Από τους 100 νοσηλευτές κάθε νοσοκομείου, οι 50 υπηρετούν σε μονάδες και οι 50 σε κλινικές.

Η κατανομή κατά φύλο ήταν 30 άνδρες και 170 γυναίκες (15% και 85% αντίστοιχα), ενώ ανά πτυχίο ήταν 141 ΑΕΙ (9 Πανεπιστήμια και 132 ΤΕΙ) και 59 ΔΕ (70,5% και 29,5% αντίστοιχα). Η κατανομή σε χρόνια προϋπηρεσίας, ήταν

Προϋπηρεσία	Ποσοστό (%)
2-5 έτη	18,3
6-10 έτη	18,3
11-15 έτη	20,8
16-20 έτη	18,8
21-25 έτη	18,8
26+ έτη	5,0

(Πίνακας 8 - Κατανομή του δείγματος με βάση τα χρόνια προϋπηρεσίας)

Η ηλικία κυμαίνονταν από 24 μέχρι 58 ετών, με μέση τιμή 38,3 έτη, διάμεσο 39 έτη και τυπική απόκλιση 6,3 έτη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Α. ΓΝΩΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ

Όσον αφορά την ερώτηση αν η εκκλησία επιτρέπει τη δωρεά οργάνων, το 54,2% των ερωτηθέντων στις Μονάδες του Βενιζελείου και του ΠΑΓΝΗ έδωσε θετική απάντηση, ενώ το ποσοστό αυτό στις Κλινικές γίνεται 46% για το Βενιζέλειο και 24% για το ΠΑΓΝΗ.

Στην ερώτηση αν πρέπει να είναι κανείς απόλυτα υγιής για να γίνει δωρητής οργάνων το 57,1% των ερωτηθέντων στις Μονάδες του Βενιζελείου απάντησαν θετικά στην ερώτηση, ενώ το ποσοστό αυτό στις Κλινικές γίνεται 66%. Όσον αφορά το ΠΑΓΝΗ, τα ποσοστά αυτά ήταν 53,1% και 50% αντίστοιχα. Όσον αφορά την εκπαίδευση ανάμεσα στους νοσηλευτές και στους βοηθούς νοσηλευτών φάνηκε στατιστική διαφορά στην συγκεκριμένη ερώτηση με $p=0,037$.

Στην ερώτηση αν υπάρχει λίστα αναμονής για τους υποψήφιους λήπτες το 95,9% των ερωτηθέντων στις Μονάδες του Βενιζελείου έδωσαν θετική απάντηση στην ερώτηση, ενώ το ποσοστό αυτό στις Κλινικές γίνεται 96%. Παρόμοια ήταν τα ποσοστά αυτά στο ΠΑΓΝΗ 96% και 94% αντίστοιχα. Επίσης και σε αυτή την ερώτηση φαίνεται να υπάρχει στατιστική διαφορά ανάμεσα στους νοσηλευτές και στους βοηθούς νοσηλευτών με $p=0,014$.

Στην ερώτηση αν η ιστοσυμβατότητα μεταξύ δότη και λήπτη είναι καθοριστική για την επιλογή του δεύτερου, το 93,9% των ερωτηθέντων στις Μονάδες και στις κλινικές του Βενιζελείου απάντησαν θετικά στην ερώτηση, ενώ το ποσοστό αυτό στο ΠΑΓΝΗ, ήταν 95,8% στις Μονάδες και 88% στις κλινικές.

Όσον αφορά την ερώτηση αν σε περίπτωση εγκεφαλικού θανάτου αποφασίζουν οι συγγενείς για το αν θα δωρίσουν κάποιο όργανο άσχετα με το τι έχει δηλώσει το θύμα όσο ζούσε, το 34,7% των ερωτηθέντων στις Μονάδες του Βενιζελείου απάντησαν θετικά, ενώ το ποσοστό αυτό στις Κλινικές γίνεται 50%. Θετική απάντηση έδωσαν και στο ΠΑΓΝΗ, όπου τα ποσοστά αυτά ήταν 44% για τις Μονάδες και 40% στις κλινικές.

Στην ερώτηση αν υπάρχει σχετικό νομοθετικό πλαίσιο για τη δωρεά οργάνων και τη μεταμόσχευση, ένα υψηλό ποσοστό της τάξεως του 85,4% των ερωτηθέντων στις Μονάδες του Βενιζελείου έδωσαν θετική απάντηση στην

ερώτηση, ενώ το ποσοστό αυτό στις Κλινικές γίνεται 77,6%. Όσον αφορά το ΠΑΓΝΗ, τα ποσοστά αυτά ήταν 76% και 62% αντίστοιχα. Όσον αφορά την εκπαίδευση (ΑΕΙ και ΔΕ) φάνηκε στατιστική διαφορά στην ερώτηση με $p=0,041$). Συγκεκριμένα, 79% απάντησαν θετικά από τους αποφοίτους ΑΕΙ και 66% από τους ΔΕ.

Στην ερώτηση αν θα πρέπει να είναι εγκεφαλικά νεκρός ο υποψήφιος δότης προκειμένου να αφαιρεθεί κάποιο όργανο του, θετικά απάντησε το 79,6% των ερωτηθέντων στις Μονάδες του Βενιζελείου στην ερώτηση, ενώ το ποσοστό αυτό στις Κλινικές γίνεται 82%. Όσον αφορά το ΠΑΓΝΗ, τα ποσοστά αυτά ήταν 76% και 82% αντίστοιχα.

Στην ερώτηση αν ο εγκεφαλικά νεκρός δότης εξετάζεται για μεταδιδόμενα νοσήματα, απάντησαν ένα πολύ υψηλό ποσοστό θετικά της τάξεως του 87,8% των ερωτηθέντων στις Μονάδες του Βενιζελείου, ενώ το ποσοστό αυτό στις Κλινικές γίνεται 81,6%. Επίσης υψηλά ήταν και τα ποσοστά στο ΠΑΓΝΗ, όπου το 90% από τις Μονάδες έδωσε θετική απάντηση και το 74% από τις κλινικές.

Όσον αφορά την ερώτηση, αν μπορεί κανείς να αλλάξει γνώμη, ενώ έχει ήδη δηλώσει δωρητής, το 77,6% των ερωτηθέντων στις Μονάδες του Βενιζελείου απάντησαν θετικά στην ερώτηση, ενώ το ποσοστό αυτό στις Κλινικές γίνεται 70,8%. Όσον αφορά το ΠΑΓΝΗ στην συγκεκριμένη ερώτηση, τα ποσοστά αυτά ήταν 66% και 62% αντίστοιχα.

Στην ερώτηση αν μπορεί κάποιος να γίνει δωρητής οργάνων ανεξάρτητα από την ηλικία του, το 55,1% των ερωτηθέντων στις Μονάδες του Βενιζελείου έδωσαν θετική απάντηση στην ερώτηση, ενώ το ποσοστό αυτό στις Κλινικές γίνεται 58%. Όσον αφορά το ΠΑΓΝΗ, τα ποσοστά αυτά ήταν 46% και 40% αντίστοιχα.

Στην ερώτηση αν ο εγκεφαλικός θάνατος και Κώμα είναι έννοιες ταυτόσημες, το 6,1% των ερωτηθέντων στις Μονάδες του Βενιζελείου απάντησαν θετικά στην ερώτηση, ενώ το ποσοστό αυτό στις Κλινικές γίνεται 12%. Όσον αφορά το ΠΑΓΝΗ, τα ποσοστά αυτά ήταν 8% και 12% αντίστοιχα. Όσον αφορά την εκπαίδευση (ΑΕΙ και ΔΕ) φάνηκε στατιστική διαφορά στις ερώτηση με $p=0,003$. Συγκεκριμένα, 91% έδωσαν αρνητική απάντηση από τους αποφοίτους ΑΕΙ και 78% από τους ΔΕ.

Όσον αφορά την ερώτηση αν ο εγκεφαλικός θάνατος είναι αναστρέψιμος, ένα μικρό ποσοστό της τάξεως του 14% των ερωτηθέντων στις Μονάδες και στις κλινικές του Βενιζελείου απάντησαν θετικά στην ερώτηση, ενώ θετική απάντηση στο ΠΑΓΝΗ, έδωσε το 8% των ερωτηθέντων στις Μονάδες και το 22% στις

κλινικές αντίστοιχα. Όσον αφορά την εκπαίδευση (ΑΕΙ και ΔΕ) φάνηκε στατιστική διαφορά στην συγκεκριμένη ερώτηση όπου έδωσαν αρνητική απάντηση το 86% του συνόλου των ερωτηθέντων νοσηλευτών και το 68% από τους βοηθούς νοσηλευτών με $p=0,011$.

Στην ερώτηση αν σε περίπτωση εγκεφαλικού θανάτου ο δότης μπορεί να έχει προκαθορίσει που θα δοθούν τα όργανα, το 16% των ερωτηθέντων στις Μονάδες του Βενιζελείου απάντησαν θετικά στην ερώτηση, ενώ το ποσοστό αυτό στις Κλινικές διπλασιάζεται και γίνεται 30%. Όσον αφορά την συγκεκριμένη ερώτηση, τα ποσοστά αυτά στο ΠΑΓΝΗ ήταν 24,5% και 32,7% αντίστοιχα.

Στην ερώτηση αν η δωρεά οργάνων σώζει ζωές, το 100% των ερωτηθέντων και στα δυο Νοσοκομεία απάντησαν θετικά στην ερώτηση αυτή.

Τέλος, αναφορικά με την ενημέρωση σχετικά με τη δωρεά οργάνων, τα ποσοστά ανά κατηγορία ήταν:

Γιατρό	29 %
Οικογένεια	4 %
Φιλικό περιβάλλον	13 %
M.M.E	58 %
Περιοδικά Ιατρικά	51 %
Συνέδρια – Εκδηλώσεις	29 %
Άλλο	17 %

(Πίνακας 9 – Ενημέρωση για τη δωρεά οργάνων).

Παρατηρείται ότι τα M.M.E έχουν το μεγαλύτερο ποσοστό 58% όσον αφορά την ενημέρωση των νοσηλευτών σχετικά με τη δωρεά οργάνων, 2^η έρχεται η ενημέρωση των νοσηλευτών από Ιατρικά περιοδικά 51%, ενώ μόνο το 29% έχει ενημερωθεί σχετικά με το θέμα από γιατρό και ιατρικά συνέδρια. Παράλληλα ένα πολύ μικρό ποσοστό έχει ενημερωθεί σχετικά με το θέμα από φίλους και οικογένεια, ποσοστά 13% και 4% αντίστοιχα.

Συσχετίσεις Ενότητας Γνώσεων

Συγκρίνοντας μεταξύ τους τα δύο Νοσοκομεία καθώς και τα τμήματα (μονάδες – κλινικές), με τον έλεγχο X^2 , δεν διαπιστώθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά σε καμία περίπτωση (όλα τα X^2 ήταν μη σημαντικά, $p>0.05$).

Στη συνέχεια ερευνήθηκε με έλεγχο X^2 , αν κάποια άλλα στοιχεία παίζουν ρόλο στις γνώσεις των νοσηλευτών (π.χ. χρόνια προϋπηρεσία, εκπαίδευση).

Όσον αφορά τα χρόνια προϋπηρεσίας, σε καμιά από τις ερωτήσεις A1-A13 δεν φάνηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση (όλα τα X^2 ήταν μη σημαντικά, $p > 0.05$).

B. ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΔΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ

Όσον αφορά την ερώτηση αν χρειάστηκε ποτέ μόσχευμα κάποιο συγγενικό ή φιλικό τους πρόσωπο, το 84,9 % του συνόλου των ερωτηθέντων απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση, ενώ μόνο το 15,1% φαίνεται να έχει εμπειρία δωρεάς οργάνων σε συγγενικό ή φιλικό πρόσωπο.

Στην ερώτηση αν έχει δηλώσει επίσημα κάποιο συγγενικό ή φιλικό τους πρόσωπο ότι θα ήθελε να γίνει δωρητής οργάνων, το 69% του συνόλου των ερωτηθέντων έδωσαν αρνητική απάντηση στην ερώτηση, ενώ μόνο ένα μικρό ποσοστό της τάξεως του 20,8% δηλώνει ότι έχει εμπειρία από συγγενικό ή φιλικό πρόσωπο που θα ήθελε να γίνει δωρητής οργάνων, ενώ ακόμα ένα μικρότερο ποσοστό της τάξεως του 10,2% δηλώνει ότι δεν γνωρίζει.

Όσον αφορά την ερώτηση αν ενδιαφέρεται κάποιο συγγενικό τους ή φιλικό τους πρόσωπο να γίνει δότης, το 47,2% του συνόλου των ερωτηθέντων απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση, ενώ το 27,4% έδωσε θετική απάντηση στην ερώτηση, ενώ ένα ποσοστό 25,4% του συνόλου των ερωτηθέντων απάντησαν ότι δεν γνωρίζει αν κάποιο συγγενικό ή φιλικό πρόσωπο ενδιαφέρεται να γίνει δότης.

Όσον αφορά την ερώτηση αν το περιβάλλον τους έχει αρνητική στάση απέναντι στη δωρεά οργάνων, το 66,7% του συνόλου των ερωτηθέντων έδωσαν αρνητική απάντηση στην ερώτηση, ενώ το 20,2% απάντησαν ότι δεν γνωρίζουν αν το περιβάλλον τους έχει αρνητική στάση απέναντι στη δωρεά οργάνων, ενώ ένα μικρό ποσοστό της τάξεως του 13,1% απάντησε θετικά στην ερώτηση, ότι δηλαδή το περιβάλλον τους έχει αρνητική στάση απέναντι στο θέμα της δωρεάς οργάνων.

Στην ερώτηση αν θα γινόντουσαν ποτέ δωρητές οργάνων, από το γενικό σύνολο των ερωτηθέντων απάντησαν θετικά **156 από τους νοσηλευτές** και από τους βοηθούς νοσηλευτών, ένα ποσοστό δηλ. 79,6% ενώ αρνητική απάντηση έδωσαν **40** επί του συνόλου των ερωτηθέντων, ένα ποσοστό δηλαδή 20,4%.

ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΔΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ (Πίνακας 10)

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ
Χρειάστηκε ποτέ μόσχευμα συγγενικό ή φιλικό όχι πρόσωπο;	15,1%	84,9%	
Έχει δηλώσει επίσημα συγγενικό ή φιλικό όχι πρόσωπο ότι θα ήθελε να γίνει δωρητής οργάνων;	20,8%	69%	10,2%
Ενδιαφέρεται κάποιο συγγενικό ή φιλικό όχι πρόσωπο να γίνει δότης οργάνων;	27,4%	47,2%	25,4%
Έχει το περιβάλλον όχι αρνητική στάση απέναντι στη δωρεά οργάνων;	13,1%	66,7%	20,2%
Θα γινόσασταν ποτέ δωρητής οργάνων;	79,6%	20,4%	

Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάμεσα στα Νοσοκομεία και όχι μονάδες-κλινικές, ($X^2=2,42$, $p=0,49 >0,05$), αφού τα αποτελέσματα ειδικότερα είχαν ως εξής:

	BENIZ – ΜΟΝΑΔΕΣ	BENIZ – ΚΛΙΝΙΚΕΣ	ΠΑΓΝΗ – ΜΟΝΑΔΕΣ	ΠΑΓΝΗ – ΚΛΙΝΙΚΕΣ
ΝΑΙ	86%	73,5%	80%	78,7%
ΟΧΙ	14%	26,5%	20%	21,3%

	ΓΕΝΙΚΑ
ΝΑΙ	79,6%
ΟΧΙ	20,4%

(Πίνακας 11 & 12 – Πρόθεση Δωρεάς Οργάνων)

Συσχετίσεις

Στη συνέχεια έγινε συσχέτιση της ερώτησης B5 αν θα γινόντουσαν ποτέ δωρητές οργάνων, με τις ερωτήσεις B1, B2, B3 και B4.

Συγκεκριμένα στην B1 ερώτηση αν χρειάστηκε ποτέ μόσχευμα κάποιο συγγενικό ή φιλικό τους πρόσωπο,

- Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση ($X^2=2,22$ και $p=0.137$).

Ενώ στην B2 ερώτηση αν έχει δηλώσει επίσημα κάποιο συγγενικό ή φιλικό τους πρόσωπο ότι θα ήθελε να γίνει δωρητής οργάνων,

- Βρέθηκε μια μικρή σχέση ($X^2=4,18$ και $p=0,041$).

Συγκεκριμένα υπήρξε μια μικρή διαφοροποίηση στα ποσοστά αυτών που δηλώνουν επιθυμία να γίνουν δωρητές μεταξύ αυτών που έχουν κάποιο συγγενικό πρόσωπο που έχει δηλώσει επίσημα δωρητής (90%) και αυτών που δεν έχουν ένα τέτοιο πρόσωπο (75%).

Επίσης στην ερώτηση B3 αν ενδιαφέρεται κάποιο συγγενικό τους ή φιλικό τους πρόσωπο να γίνει δότης,

- Βρέθηκε μια σημαντική σχέση ($X^2=19,3$ και $p<0,001$).

Συγκεκριμένα υπήρξε μια διαφοροποίηση στα ποσοστά αυτών που δηλώνουν επιθυμία να γίνουν δωρητές μεταξύ αυτών που έχουν κάποιο συγγενικό πρόσωπο που ενδιαφέρεται να γίνει δωρητής (96%) και αυτών που δεν έχουν ένα τέτοιο πρόσωπο (64%).

Τέλος, στην ερώτηση B4 αν το περιβάλλον τους έχει αρνητική στάση απέναντι στη δωρεά οργάνων,

- Βρέθηκε μια σημαντική σχέση ($X^2=12,9$ και $p=0,001$).

Συγκεκριμένα υπήρξε μια διαφοροποίηση στα ποσοστά αυτών που δηλώνουν επιθυμία να γίνουν δωρητές μεταξύ αυτών που το περιβάλλον τους έχει αρνητική στάση (58%) και αυτών που το περιβάλλον τους δεν έχει αρνητική στάση (87%).

Για τις ερωτήσεις Γ1-Γ8 και Δ1-Δ8, χρησιμοποιήθηκε η ποσοτική διακριτή κλίμακα 1-4. Η απάντηση «Δεν Γνωρίζω» έδωσε πολύ μικρά ποσοστά στις ερωτήσεις Γ1-Γ8 και δεν χρησιμοποιήθηκε στις στατιστικές αναλύσεις. Οι συγκρίσεις ανάμεσα στις κατηγορίες (Βενιζέλειο-Μονάδες, Βενιζέλειο-Κλινικές, ΠΑΓΝΗ-μονάδες και ΠΑΓΝΗ-κλινικές) έγινε με μη παραμετρικό έλεγχο Kruskal Wallis (KS).

ΠΡΟΘΕΣΗ ΔΩΡΕΑΣ

Γ. Θα γινόμεουν δωρητής γιατί:

Στην ερώτηση που αφορά την πρόθεση δωρεάς αν θα γινόταν δωρητές οργάνων γιατί θέλει πραγματικά να βοηθήσει το συνάνθρωπό του, το 62,8% των ερωτηθέντων στις Μονάδες του Βενιζελείου απάντησε ότι συμφωνούν απόλυτα στην ερώτηση, ενώ το 34,9% ότι συμφωνεί, ενώ το ποσοστό αυτό στις Κλινικές 55,6% και 44,4% αντίστοιχα.. Όσον αφορά το ΠΑΓΝΗ, τα ποσοστά αυτά ήταν στις Μονάδες 52,5% και 45% αντίστοιχα, ενώ στις Κλινικές τα ποσοστά αυτά ήταν 35,1% και 64,1% αντίστοιχα. Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά (KS, $p=0.126$).

Όσον αφορά την ερώτηση δίνοντας κανείς ένα όργανο, σώζει μια ζωή, αν είναι σύμφωνα με τις θρησκευτικές του πεποιθήσεις, ένα υψηλό ποσοστό της τάξεως το 51,2% των ερωτηθέντων στις Μονάδες του Βενιζελείου απάντησε ότι συμφωνεί με την ερώτηση, ενώ το 34,9% ότι συμφωνεί απόλυτα, ενώ ένα ποσοστό μικρότερο ποσοστό 9,3% απάντησε ότι διαφωνεί με την ερώτηση. Αντίθετα, το ποσοστό που συμφωνεί στις Κλινικές διαμορφώνεται στο 41,7% και 33,3% αντίστοιχα, ενώ διαφωνεί το 19,4%. Όσον αφορά το ΠΑΓΝΗ, τα ποσοστά αυτά ήταν στις Μονάδες 35%, 40% και 15% αντίστοιχα, ενώ στις Κλινικές τα ποσοστά αυτά ήταν 75% ,13,9% και 8,3% αντίστοιχα. Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά (KS, $p=0.586$).

Στην ερώτηση αν έχει επηρεαστεί από συγγενικό – φιλικό πρόσωπο που είναι επίσης δότης, το 50% των ερωτηθέντων στις Μονάδες του Βενιζελείου απάντησε ότι διαφωνεί με την ερώτηση, ενώ το 31% ότι διαφωνεί απόλυτα, ενώ το ποσοστό αυτό, που επίσης διαφωνεί στις Κλινικές ήταν 61,8% και 14,7% αντίστοιχα.. Όσον αφορά το ΠΑΓΝΗ, τα ποσοστά αυτά ήταν στις Μονάδες 42,1% και 23,7% αντίστοιχα, ενώ στις Κλινικές τα ποσοστά αυτά ήταν 57,1% και 20%. Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά (KS, $p=0.323$).

Όσον αφορά την ερώτηση αν έχουν ευαισθητοποιηθεί από συγγενικό– φιλικό πρόσωπο που χρειάστηκε μόσχευμα, το 47,6% των ερωτηθέντων στις Μονάδες του Βενιζελείου απάντησε ότι διαφωνεί στην ερώτηση, το 21,4% ότι διαφωνεί απόλυτα, ενώ ένα 16,7% απάντησε ότι συμφωνεί με την ερώτηση, ενώ το ποσοστό αυτό στις Κλινικές ήταν 48,5%, 12,1% και 15,2% αντίστοιχα.. Όσον αφορά το ΠΑΓΝΗ, τα ποσοστά αυτά ήταν στις Μονάδες 32,5% , 20% και 22,5% αντίστοιχα, ενώ στις

Κλινικές τα ποσοστά αυτά ήταν 45,9%, 18,9% και 24,3%. Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά (KS, $p=0.457$).

Στην ερώτηση αν θα γινόταν δωρητής μόνο για κάποιο δικό του άτομο, το 48,8% των ερωτηθέντων στις Μονάδες του Βενιζελείου απάντησε ότι διαφωνεί απόλυτα στην ερώτηση, το 41,9% ότι διαφωνεί, ενώ ένα μικρό ποσοστό της τάξεως του 9,3% απάντησε ότι θα γινόταν δωρητές μόνο για κάποιο δικό του άτομο, ενώ το ποσοστό αυτό στις Κλινικές ήταν 37,1%, 45,7% και 8,6% αντίστοιχα.. Όσον αφορά το ΠΑΓΝΗ, τα ποσοστά αυτά ήταν στις Μονάδες 33,3% , 48,7% και 5,1% αντίστοιχα, ενώ στις Κλινικές τα ποσοστά αυτά ήταν 21,6%, 43,2% και 18,9%.

Στην συγκεκριμένη ερώτηση υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά (KS, $p=0.030$). Συγκεκριμένα περισσότερο συμφωνούν οι εργαζόμενοι στις κλινικές του ΠΑΓΝΗ ότι θα γινόταν δωρητές μόνο για κάποιο δικό τους άτομο σε σχέση με τις άλλες τρεις κατηγορίες.

Στην ερώτηση αν τα Μ.Μ.Ε επηρεάζουν υπέρ της δωρεάς οργάνων, το 44,2% των ερωτηθέντων στις Μονάδες του Βενιζελείου απάντησε ότι διαφωνεί στην ερώτηση, ενώ το 37,2% απάντησε ότι συμφωνεί, ενώ το ποσοστό αυτό στις Κλινικές ήταν 22,9% και 51,4% αντίστοιχα.. Όσον αφορά το ΠΑΓΝΗ, τα ποσοστά αυτά ήταν στις Μονάδες 33,3% και 30,8% αντίστοιχα, ενώ στις Κλινικές τα ποσοστά αυτά ήταν 35,1% και 45,9%. Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά (KS, $p=0.152$).

Όσον αφορά την ερώτηση αν ο τίτλος του δωρητή δίνει ικανοποίηση και υπερηφάνεια, το 32,6% των ερωτηθέντων στις Μονάδες του Βενιζελείου απάντησε ότι συμφωνεί στην ερώτηση, το 20,9% απάντησε ότι συμφωνεί απόλυτα, ενώ το 27,9% ότι διαφωνεί με την ερώτηση, ενώ το ποσοστό αυτό στις Κλινικές ήταν 47,2%, 22,2% και 19,4% αντίστοιχα.. Όσον αφορά το ΠΑΓΝΗ, τα ποσοστά αυτά ήταν στις Μονάδες 28,2%, 33,3% και 17,9% αντίστοιχα, ενώ στις Κλινικές τα ποσοστά αυτά ήταν 62,2%, 13,5% και 21,6%. Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά (KS, $p=0.587$).

Τέλος, στην ερώτηση αν με το να γίνει κανείς δωρητής ξέρει ότι ένα όργανο του θα παραμείνει ζωντανό και μετά τον θάνατό του, το 34,9% των ερωτηθέντων στις Μονάδες του Βενιζελείου απάντησε ότι συμφωνεί απόλυτα στην ερώτηση, το 27,9% απάντησε ότι συμφωνεί, ενώ το 20,9% ότι διαφωνεί με την ερώτηση, ενώ το ποσοστό αυτό στις Κλινικές ήταν 41,7%, 36,1% και 16,7% αντίστοιχα.. Όσον αφορά το ΠΑΓΝΗ, τα ποσοστά αυτά ήταν στις Μονάδες 28,2%, 33,3% και 25,6%

αντίστοιχα, ενώ στις Κλινικές τα ποσοστά αυτά ήταν 13,5% , 62,2%, και 18,9%. Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά (KS, $p=0.416$).

Δ. Δεν θα γινόμεουν δωρητής γιατί:

Στα παρακάτω στατιστικά αποτελέσματα πρέπει να λάβουμε υπόψη μας ότι το Δ' μέρος του ερωτηματολογίου απάντησαν 7/50 νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών από τις Μονάδες του Βενιζελείου, 11/50 από τις κλινικές, ενώ στο ΠΑΓΝΗ 9/50 και 10/50 αντίστοιχα.

Στην ερώτηση αν ο φόβος παίζει σημαντικό ρόλο στην απόφαση τους να γίνουν δωρητές οργάνων, το 42,9% των ερωτηθέντων στις Μονάδες του Βενιζελείου απάντησε ότι συμφωνεί στην ερώτηση, ενώ το 14,3% απάντησε ότι διαφωνεί, ενώ το ποσοστό αυτό στις Κλινικές ήταν 27,3% και 27,3% αντίστοιχα.. Όσον αφορά το ΠΑΓΝΗ, τα ποσοστά αυτά ήταν στις Μονάδες 33,3% και 11,1% αντίστοιχα, ενώ στις Κλινικές τα ποσοστά αυτά ήταν 70% και 10%. Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά (KS, $p=0.093$).

Όσον αφορά την ερώτηση αν εμπιστεύεται τις οργανώσεις, θεωρώντας ότι δεν θα λάβει την περίθαλψη που του πρέπει γνωρίζοντας ότι είναι δότης, το 57,1% των ερωτηθέντων στις Μονάδες του Βενιζελείου απάντησε ότι συμφωνεί με την ερώτηση, ενώ το 28,6% απάντησε ότι δεν γνωρίζει , ενώ το ποσοστό αυτό στις Κλινικές ήταν 54,5% και 18,2% αντίστοιχα.. Όσον αφορά το ΠΑΓΝΗ, τα ποσοστά αυτά ήταν στις Μονάδες 55,6% και 11,1% αντίστοιχα, ενώ στις Κλινικές τα ποσοστά αυτά ήταν 40% και 30%. Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά (KS, $p=0.288$).

Στην ερώτηση αν δεν εμπιστεύεται τους γιατρούς και τον τρόπο που θα αντιμετωπιστεί σε περίπτωση που νοσηλευτεί, γνωρίζοντας ότι είναι δότης, το 71,4% των ερωτηθέντων στις Μονάδες του Βενιζελείου απάντησε ότι διαφωνεί στην ερώτηση ενώ το 28,6% απάντησε ότι συμφωνεί. Αντίθετα, το ποσοστό αυτό στις Κλινικές ήταν 27,3% και 27,3% αντίστοιχα.. Όσον αφορά το ΠΑΓΝΗ, τα ποσοστά αυτά ήταν στις Μονάδες 11,1% και 22,2% αντίστοιχα, ενώ στις Κλινικές τα ποσοστά αυτά ήταν 20% και 40%. Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά (KS, $p=0.707$).

Στην ερώτηση που αφορά την εμπιστοσύνη για το αν θα χρησιμοποιηθεί σωστά το μόσχευμα, το 57,1% των ερωτηθέντων στις Μονάδες του Βενιζελείου απάντησε ότι διαφωνεί στην ερώτηση και το 42,9% απάντησε ότι συμφωνεί , ενώ το ποσοστό αυτό στις Κλινικές ήταν 8,3% και 41,7% αντίστοιχα.. Όσον αφορά το

ΠΑΓΝΗ, τα ποσοστά αυτά ήταν στις Μονάδες 33,3% και 22,2% αντίστοιχα, ενώ στις Κλινικές το 55,6% απάντησε ότι συμφωνεί με την ερώτηση, ενώ το 40% απάντησε ότι δεν γνωρίζει τι γίνεται στην προκειμένη περίπτωση. Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά (KS, $p=0.317$).

Όσον αφορά την ερώτηση ότι αδιαφορεί και δεν τον αφορά το θέμα της δωρεάς, ένα σχετικά ικανοποιητικό ποσοστό το 28,6% των ερωτηθέντων στις Μονάδες του Βενιζελείου απάντησε ότι διαφωνεί στην ερώτηση, το 14,3% απάντησε ότι διαφωνεί απόλυτα ενώ μόνο το 14,3% απάντησε ότι συμφωνεί με την ερώτηση, ενώ το ποσοστό αυτό στις Κλινικές ήταν 18,2%, 45,5% και 27,3% αντίστοιχα.. Όσον αφορά το ΠΑΓΝΗ, τα ποσοστά αυτά ήταν στις Μονάδες 55,6%, 33,3% και 0% αντίστοιχα, ενώ στις Κλινικές απάντησε το 100% ότι διαφωνεί με την ερώτηση. Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά (KS, $p=0.582$).

Στην ερώτηση αν είναι θέμα αμέλειας και δεν το έχει σκεφτεί σοβαρά, το 28,6% των ερωτηθέντων στις Μονάδες του Βενιζελείου απάντησε ότι συμφωνεί στην ερώτηση και το 14,3% απάντησε ότι διαφωνεί, ενώ το ποσοστό αυτό στις Κλινικές ήταν 50% και 8,3% αντίστοιχα.. Όσον αφορά το ΠΑΓΝΗ, τα ποσοστά αυτά ήταν στις Μονάδες 44,4% ότι συμφωνεί και 44,4% ότι συμφωνεί απόλυτα, ενώ στις Κλινικές το 50% απάντησε ότι συμφωνεί, το 20% ότι διαφωνεί με την ερώτηση. Στη συγκεκριμένη ερώτηση υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά (KS, $p=0.005$). Συγκεκριμένα περισσότερο συμφωνούν ότι είναι θέμα αμέλειας, οι εργαζόμενοι στις μονάδες των δύο Νοσοκομείων παρά οι εργαζόμενοι στις κλινικές.

Όσον αφορά την ερώτηση αν παίζει ρόλο στην απόφαση του, να γίνει κανείς δωρητής οργάνων το γεγονός ότι δεν είναι ακόμη συνειδητοποιημένος-κατασταλαγμένος, όσον αφορά το θέμα της δωρεάς οργάνων, το 28,6% των ερωτηθέντων στις Μονάδες του Βενιζελείου απάντησε ότι συμφωνεί στην ερώτηση, το 57,1% απάντησε ότι συμφωνεί απόλυτα, ενώ διαφωνεί μόνο το 14,3% με την ερώτηση. Αντίθετα το ποσοστό αυτό στις Κλινικές ήταν 54,5%, 9,1% και 9,1% αντίστοιχα, ενώ ένα αρκετά υψηλό ποσοστό της τάξεως του 27,3% διαφωνεί απόλυτα με την ερώτηση. Όσον αφορά το ΠΑΓΝΗ, τα ποσοστά αυτά ήταν στις Μονάδες 55,6%, 33,3% και 0% αντίστοιχα, ενώ μόνο ένα 11,1% διαφωνεί απόλυτα, ενώ στις Κλινικές τα ποσοστά αυτά ήταν 70% και 30%. Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά (KS, $p=0.098$).

Στην ερώτηση αν αμφισβητεί τον εγκεφαλικό θάνατο, αφού η ελπίδα για τη ζωή κάποιου υπάρχει ως την τελευταία στιγμή, το 28,6% των ερωτηθέντων στις

Μονάδες του Βενιζελείου απάντησε ότι συμφωνεί στην ερώτηση και το 14,3% απάντησε ότι διαφωνεί, ενώ το ποσοστό αυτό στις Κλινικές ήταν 16,7% και 41,7% αντίστοιχα.. Όσον αφορά το ΠΑΓΝΗ, τα ποσοστά αυτά ήταν στις Μονάδες 33,3% και 22,2% αντίστοιχα, ενώ στις Κλινικές τα ποσοστά αυτά ήταν 50% και 40%. Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά (KS, $p=0.186$).

ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Οι συνολικές γνώσεις των ερωτώμενων μετρήθηκαν με το σύνολο των σωστών απαντήσεων στις ερωτήσεις 1-14 και ειδικότερα με την κλίμακα ορθής γνώσης CKN, όπου

$$CKN = \text{Σύνολο Σωστών Απαντήσεων} / 14$$

Με τον τρόπο αυτό δημιουργήθηκε μια νέα μεταβλητή που παίρνει τιμές από το 0 μέχρι το 1 (ή από το 0% μέχρι το 100%) και δείχνει το ποσοστό των σωστών ερωτήσεων που απάντησε ο κάθε νοσηλευτής. Σε όλο μας το δείγμα η μέση τιμή του CKN ήταν 0,709 με τυπική απόκλιση 1,56. Συγκρίνοντας την με την αντίστοιχη κλίμακα της εργασίας (Καββαδία κ.α 2008) που η μέση τιμή του CKN ήταν 0,54, αυτή ήταν αρκετά υψηλότερη.

Στη συνέχεια εξετάστηκε αν η κλίμακα ορθής γνώσης, αυτή είχε κάποια σχέση με άλλα στοιχεία της έρευνας

α. με την προϋπηρεσία (Πίνακας 13)

	Μέση τιμή	Τυπ. απόκλιση
2-5 έτη	0,683	0,184
6-10 έτη	0,687	0,158
11-15 έτη	0,728	0,180
16-20 έτη	0,718	0,120
21-25 έτη	0,716	0,132
26+ έτη	0,743	0,118

Στον πίνακα φαίνεται ότι ανάλογα με τα χρόνια προϋπηρεσίας αυξάνονται οι γνώσεις, αλλά η αύξηση αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική (ANOVA, $p=0.685$)

β. με την πρόθεση δωρεάς οργάνων (Πίνακας 14)

	Μέση τιμή	Τυπ. απόκλιση
ΝΑΙ	0,722	0,144
ΟΧΙ	0,671	0,181

Στον πίνακα φαίνεται ότι οι γνώσεις αυτών που προτίθενται να γίνουν δωρητές είναι λίγο μεγαλύτερες από αυτούς που δεν επιθυμούν να γίνουν δωρητές, αλλά η διαφορά αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική (ANOVA, $p=0.064$)

γ. με το πτυχίο (Πίνακας 15)

	Μέση τιμή	Τυπ. απόκλιση
ΑΕΙ	0,722	0,142
ΔΕ	0,676	0,180

Στον πίνακα φαίνεται ότι οι γνώσεις αυτών που έχουν αποφοιτήσει από Πανεπιστήμιο ή ΤΕΙ είναι λίγο μεγαλύτερες από αυτούς που δεν έχουν αποφοιτήσει από ανώτατη Σχολή, αλλά η διαφορά αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική (ANOVA, $p=0.052$) .

δ. με το Τμήμα που εργάζονται (Πίνακας 16)

Βενιζέλειο	–		
Μονάδες		0,740	0,176
Βενιζέλειο - Κλινικές		0,710	0,152
ΠΑΓΝΗ - Μονάδες		0,736	0,132
ΠΑΓΝΗ - Κλινικές		0,649	0,146

Στην περίπτωση αυτή βρέθηκε μια στατιστικά σημαντική διαφορά (ANOVA, $p=0.011 < 0.05$), η οποία εντοπίζεται στη διαφορά των εργαζομένων στις Κλινικές του ΠΑΓΝΗ και στις άλλες τρεις κατηγορίες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11^ο

11.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ -ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην Ελλάδα πρώτη φορά γίνεται προσπάθεια μελέτης των γνώσεων και στάσεων του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) για τις μεταμοσχεύσεις οργάνων και ιστών. Μελέτες που έχουν γίνει αναφέρονται στις γνώσεις και απόψεις φοιτητών νοσηλευτικής σχετικά με τη μεταμόσχευση (Αντωνοπούλου και συν. 2004) και τη δωρεά οργάνων και στο ρόλο του συντονιστή μεταμοσχεύσεων στην προσέγγιση της οικογένειας για τη συναίνεσή της (Μενουδάκου και συν. 2006).

Στο εξωτερικό έχουν πραγματοποιηθεί σαφώς περισσότερες έρευνες πάνω στο θέμα, μιας και η ενασχόληση επιστημών με το θέμα την μεταμόσχευσης και της δωρεάς ξεκινά χρόνια πριν φτάσει στην Ελλάδα. Μία από τις έρευνες (Edwards et al., 2004) που έλαβε χώρα στη Καλιφόρνια σε φοιτητές ιατρικής με σκοπό να καθοριστούν οι παράγοντες που επηρεάζουν την στάση των φοιτητών απέναντι στη δωρεά και την πρόθεσή τους να γίνουν δότες. Ένα από τα στοιχεία που καθορίζει τη στάση είναι η καταγωγή και η ευαισθητοποίηση τους που προήλθε μέσω μιας ενημερωτικής βιντεοταινίας που παρακολούθησαν.

Μια δεύτερη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο πανεπιστήμιο του Buffalo στις ΗΠΑ από τους Feeley και Servoss 2005, εξετάζει την πρόθεση φοιτητών στο να γίνουν δωρητές και μέσω της χρήσης ερωτηματολογίων εξετάζονται οι στάσεις οι αντιλήψεις και οι προθέσεις των φοιτητών. Εμμένοντας περισσότερο στα κίνητρα αρνητικής στάσης αναλύει τα εξής: φόβος της διαδικασίας της δωρεάς, καθαρή αδιαφορία για το θέμα, απλή αμέλεια κ.λ.π. Δευτερεύοντες στόχοι της έρευνας ήταν η συμμετοχή τους σε προγράμματα προώθησης της δωρεάς οργάνων ή στο να γίνουν κάτοχοι κάρτας δωρεάς σε περίπτωση θανάτου τους.

Μια τρίτη έρευνα (Sanner, 2002) πραγματοποιήθηκε στη Σουηδία σε μαθητές, στο ίδιο «μοτίβο» με αυτή το πανεπιστημίου των ΗΠΑ και σαν αποτέλεσμα είχε ότι οι στάσεις οι αντιλήψεις και οι προθέσεις των μαθητών πάνω στο θέμα της δωρεάς έχουν να κάνουν με το φύλο, την καταγωγή, τις θρησκευτικές πεποιθήσεις των ίδιων και των γονιών τους όπως και το μορφωτικό επίπεδο. Οι συγκεκριμένοι παράγοντες επέδρασαν θετικά στη πρόθεση ως προς τη δωρεά. Αναφέρονται, επίσης, αλτρουιστικά κίνητρα, προσωπική ικανοποίηση προερχόμενη από την κατοχή του

τίτλου «δωρητής οργάνων», ευαισθητοποίηση από εμπειρία φιλικού και συγγενικού προσώπου κ.λ.π.

Το θέμα της Δωρεάς Οργάνων απασχολεί πλέον αρκετά και την Ελλάδα τα τελευταία χρόνια, ωστόσο, όπως ήδη αναφέρθηκε δεν έχει ερευνηθεί το θέμα στην χώρα μας. Αρκετές έρευνες έχουν γίνει στο εξωτερικό, λίγες όμως ήταν αυτές που απευθύνονταν σε γνώσεις – στάσεις – αντιλήψεις νεαρών ατόμων (μαθητών – φοιτητών) ως προς την δωρεά οργάνων.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας (Καββαδία και συν. 2008) που διεξήχθη σε φοιτητές ΤΕΙ και ΑΕΙ Κρήτης, μεγάλο ποσοστό φοιτητών γνώριζε κάποια πράγματα για την δωρεά οργάνων, ενώ μικρό ήταν το ποσοστό εκείνο που είχε εμβαθύνει τις γνώσεις του.

Στην παρούσα μελέτη τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το επίπεδο γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με θέματα δωρεάς οργάνων ήταν υψηλό και ιδιαίτερα φάνηκε μια μικρή διαφορά στο επίπεδο εκπαίδευσης. Είναι σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας να διαθέτουν τις απαραίτητες γνώσεις σε ένα τόσο επίκαιρο και εξειδικευμένο θέμα της εποχής μας. Αντίθετα, σε παρόμοια μελέτη καταγραφής των γνώσεων σχετικά με τη δωρεά οργάνων που διεξήχθη επίσης σε νοσηλευτές φάνηκε χαμηλό το επίπεδο των γνώσεων (Ραψομανίκη και συν. 2008).

Στην παρούσα μελέτη τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι θρησκευτικές πεποιθήσεις επηρεάζουν την πρόθεση των νοσηλευτών που εργάζονται σε Δημόσια Νοσοκομεία του Ν. Ηρακλείου όσον αφορά τη δωρεά οργάνων. Παρόμοια αποτελέσματα έδειξε και η μελέτη που διεξήχθη (Ρουσάκη και συν. 2009) σε νοσηλευτικό προσωπικό του Ν. Ηρακλείου (94,4%) που φαίνεται ότι κι εδώ οι θρησκευτικές πεποιθήσεις του ατόμου επηρεάζουν την πρόθεσή τους να γίνουν δότες.

Στην παρούσα μελέτη ιδιαίτερα χαμηλό παρουσιάζεται το ποσοστό των ερωτηθέντων, όσον αφορά την εμπειρία δωρεάς οργάνων μέσω συγγενικού ή φιλικού προσώπου, (15,1%). Αντίθετα σε μελέτη που διεξήχθη σε φοιτητές τέσσερις στους δέκα φοιτητές είχαν εμπειρία δωρεάς οργάνων μέσω συγγενικού ή φιλικού προσώπου (40,9%), ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό (89%) των σπουδαστών είναι θετικοί απέναντι στην δωρεά με σκοπό την βοήθεια προς τον συνάνθρωπο. Αντίθετα, όσοι σπουδαστές ήταν αρνητικοί απέναντι στην δωρεά εξηγούσαν την στάση τους σαν αποτέλεσμα «φόβου» ή «αδιαφορίας».

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας (Καββαδία και συν. 2008), οι μισοί φοιτητές από αυτούς που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν ενήμεροι για το θέμα απ' τα Μ.Μ.Ε, ενώ μόνο το 12% είχαν πληροφορίες μέσα απ' τον κύκλο σπουδών τους. Παρόμοια υψηλά ποσοστά παρατηρούνται επίσης και στα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας, όπου το 58% του συνόλου των ερωτηθέντων απάντησαν ότι είναι ενημερωμένοι σχετικά με το θέμα από τα Μ.Μ.Ε. όσον αφορά την ενημέρωση των νοσηλευτών σχετικά με τη δωρεά οργάνων, 2^η έρχεται η ενημέρωση των νοσηλευτών από Ιατρικά περιοδικά 51%, ενώ μόνο το 29% έχει ενημερωθεί σχετικά με το θέμα από γιατρό και ιατρικά συνέδρια. Παράλληλα ένα πολύ μικρό ποσοστό έχει ενημερωθεί σχετικά με το θέμα από φίλους και οικογένεια.

Είναι σημαντικό το γεγονός ότι ο φόβος και η έλλειψη εμπιστοσύνης στις οργανώσεις και τους γιατρούς συγκεντρώνουν ένα πολύ μεγάλο ποσοστό επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι διατηρούν αρνητική στάση απέναντι στη δωρεά. Φαίνεται βέβαια ότι ο φόβος είναι αποτέλεσμα της ελλιπής ενημέρωσης και έτσι επιβεβαιώνεται το παραπάνω συμπέρασμα ότι χρειάζεται περισσότερη και πιο ολοκληρωμένη ενημέρωση και γνώση. Παρόμοια αποτελέσματα έδειξε και η έρευνα που έγινε σε φοιτητές (Καββαδία και συν. 2008).

11.2 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Μέσα από τα αποτελέσματα και τα στατιστικά συμπεράσματα της έρευνας φαίνεται ότι παρά το γεγονός υπάρχουν θετικές απόψεις και αντιλήψεις του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τη δωρεά οργάνων, υπάρχουν μεγάλα κενά γνώσεων που οφείλονται στην ελλιπή ενημέρωση και κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας.

Η ενημέρωση και η εκπαίδευση των επιστημόνων υγείας στο θέμα της δωρεάς ιστών και οργάνων είναι πρωταρχικής σημασίας, καθώς είναι εκείνοι που θα αναλάβουν στη συνέχεια τον ρόλο της ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης του κοινού. Σύμφωνα με μία μελέτη των Schutt και Bruns που πραγματοποιήθηκε στη Γερμανία, διαπιστώθηκε πως ο ρόλος των επιστημόνων υγείας στην ενημέρωση του κοινού σχετικά με τις μεταμοσχεύσεις είναι εξαιρετικά σημαντικός.

Για να μπορέσουν, βέβαια, οι επιστήμονες υγείας να ανταποκριθούν στο δύσκολο αυτό ρόλο θα πρέπει καταρχήν να έχουν οι ίδιοι διαμορφώσει θετική στάση απέναντι στη δωρεά οργάνων. Σύμφωνα με μια άλλη έρευνα των Schutt και Bruns (1997) διαπιστώθηκαν απογοητευτικά αποτελέσματα, λόγω της προσωπικής απροθυμίας των επιστημόνων υγείας να γίνουν οι ίδιοι δωρητές και την έλλειψη χρόνου να συζητούν με τους ασθενείς τις τυχόν απορίες και ερωτήσεις τους. Παρά το ότι το κοινό θεωρεί τους επιστήμονες υγείας μια σημαντική πηγή ενημέρωσης, ίσως και τη σημαντικότερη, ένα σημαντικό ποσοστό από αυτούς είναι αντίθετοι στη δωρεά ιστών και οργάνων.

Η βελτίωση της στάσης των εργαζομένων υγειονομικής περίθαλψης έναντι της δωρεάς οργάνων θα μπορούσε να επιτευχθεί με την καλύτερη συνειδητοποίησή τους γύρω από αυτό το θέμα, έτσι ώστε να κατανοήσουν τα οφέλη της δωρεάς οργάνων.

Για το λόγο αυτόν είναι εξαιρετικά σημαντική η ενημέρωση και η εκπαίδευση των επιστημόνων υγείας. Προς αυτή την κατεύθυνση μπορούν να συμβάλλουν αποφασιστικά τα εξής:

1. Διαλέξεις, σεμινάρια και ομιλίες από ειδικά καταρτισμένους επιστήμονες, με στόχο την ενημέρωση των επιστημόνων υγείας και την αντιμετώπιση των προκαταλήψεών τους.
2. Θεωρητικά μαθήματα με στόχο την αύξηση και τη συνεχή ανανέωση των γνώσεων.
3. Ανάπτυξη των τεχνικών επικοινωνίας και προσέγγισης του κοινού.
4. Χρησιμοποίηση των θεωρητικών γνώσεων στην πράξη.
5. Ανάπτυξη της ικανότητας αναγνώρισης των δυνητικών δωρητών ιστών και οργάνων.
6. Συνεχής εκτίμηση και ανανέωση των προγραμμάτων εκπαίδευσης (αγωγή υγείας), με στόχο την προσαρμογή τους στα σύγχρονα δεδομένα.

Όλα τα μέλη της ομάδας υγείας, που λαμβάνουν μέρος στη μεταμοσχευτική διαδικασία, θα πρέπει να είναι εξειδικευμένοι και ειδικά καταρτισμένοι, έτσι ώστε να

είναι ικανοί και να μπορούν να αντιμετωπίσουν κάθε είδους πρόβλημα (σωματικό, συναισθηματικό, κοινωνικό), που μπορεί να παρουσιαστεί, καθώς και να αναπτυχθεί κλίμα εμπιστοσύνης.

Είναι πρωτίστης ανάγκης, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να είναι σωστά ενημερωμένοι και καταρτισμένοι, ώστε να είναι σε θέση να μεταφέρουν τις γνώσεις τους και την εμπειρία τους στο κοινό, αναγνωρίζοντας τις ανησυχίες και τους φόβους του που σχετίζονται με το πρόβλημα, με στόχο την ευαισθητοποίηση του πάνω σε αυτό το τόσο σημαντικό θέμα. Επίσης πρέπει να είναι ικανό να προετοιμάσει τους νέους παραλήπτες και τις οικογένειές τους, με την παροχή εκπαιδευτικής και ψυχολογικής υποστήριξης. Διδακτικά βίντεο και γραπτό υλικό μπορεί να είναι χρήσιμα για την εκπαίδευση αυτών.

Τα οικογενειακά μέλη πρέπει να ενθαρρύνονται, για την ομαλή συνέχιση των μεταξύ τους σχέσεων. Οι ασθενείς και οι οικογένειές τους μπορούν να ωφεληθούν από τη μεταξύ τους συζήτηση, για τυχόν φόβους και ανησυχίες που τους απασχολούν, με τη βοήθεια ομάδων υποστήριξης, που μπορούν να τους προσφέρουν επίσης και συναισθηματική υποστήριξη.

Ιδιαίτερα σημαντικός στην ανάπτυξη αυτού του προγράμματος θεωρείται ο ρόλος των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού των μεγάλων νοσοκομειακών μονάδων, καθώς και των Συλλόγων που έχουν ως στόχο τους τη διάδοση της ιδέας δωρεάς ιστών και οργάνων. Επιπλέον, αρκετά σημαντική είναι η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού για την αναφορά των δυνητικών δοτών στον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων.

Η εκπαίδευση των επιστημόνων υγείας είναι απαραίτητη, έτσι ώστε να μπορέσουν εκείνοι στη συνέχεια να συμβάλλουν αποφασιστικά στην ενημέρωση και στην ευαισθητοποίηση του κοινού σχετικά με τις μεταμοσχεύσεις και τη δωρεά οργάνων.

Είναι απαραίτητη η πραγματοποίηση ενημερωτικών ομιλιών, διαλέξεων και σεμιναρίων από επιστήμονες υγείας που είναι ειδικά καταρτισμένοι στο θέμα των μεταμοσχεύσεων και της δωρεάς. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται κάτι εξαιρετικά σημαντικό και πολύ δύσκολο, που είναι η διαπροσωπική επικοινωνία μεταξύ του κοινού και των επιστημόνων υγείας. Έτσι κάθε πολίτης μπορεί να θέσει τα ερωτήματά του και να ενημερωθεί από τους πλέον καταρτισμένους επιστήμονες. Οι

τελευταίοι έρχονται με τον τρόπο αυτό σε επαφή με το κοινό, γεγονός που θα τους δώσει την δυνατότητα να διαπιστώσουν τα θέματα εκείνα τα οποία αγνοεί το κοινό (Bidigare, Oermann, 1991).

Στην περίπτωση αυτή οι επιστήμονες υγείας πρέπει να διαθέτουν όσο το δυνατόν περισσότερες γνώσεις σχετικά με τις μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων, έτσι ώστε να είναι σε θέση να προσφέρουν επαρκή ενημέρωση στο κοινό και να απαντούν σε οποιοδήποτε ερώτημα. Ο ρόλος τους βέβαια δεν περιορίζεται μόνο στην περίπτωση αυτή. Τόσο οι επιστήμονες υγείας που εργάζονται σε ιδιωτικά ιατρεία, κλινικές και νοσοκομεία, όσο κι εκείνοι που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία, έρχονται σε καθημερινή επαφή με το κοινό. Γι' αυτό πρέπει να είναι όσο το δυνατόν περισσότερο ενημερωμένοι σχετικά με τις μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων και να προωθούν συνεχώς την ιδέα της δωρεάς ιστών και οργάνων. Πρόκειται για ιερό καθήκον των επιστημόνων υγείας, που δεν το επιβάλλει κανένας νόμος, παρά μόνο η ηθική και η ανθρωπιά. Ακόμη κι αν χάνουν μέρος από το τον πολύτιμο χρόνο τους, το κέρδος από την αύξηση της προσφοράς ιστών και οργάνων είναι ανεκτίμητο (Crombie, Nicolls, 1992., Morgan, Miller, 2002).

Οι επιστήμονες υγείας μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο και στις «ομάδες στρατολόγησης» που αναφέρθησαν εκτενώς παραπάνω. Οι ομάδες αυτές υπάρχουν στις Η.Π.Α. και σε άλλες χώρες και η δράση τους συνέβαλλε αποφασιστικά στην αύξηση του αριθμού δωρητών οργάνων. Θα πρέπει ο Ε.Ο.Μ. να αντιληφθεί τη σπουδαιότητα της δράσης αυτών των ομάδων και να δημιουργήσει αντίστοιχες στην Ελλάδα. Οι «ομάδες στρατολόγησης» βρίσκονται σε άμεση συνεργασία με τη δεξαμενή δωρητών οργάνων και κάθε μια επικεντρώνει τη δράση της σε μια συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα. Κάθε ομάδα αποτελείται από επιστήμονες και μη, απλούς εθελοντές, που έχουν εκπαιδευτεί με τον πλέον κατάλληλο τρόπο στο πώς να προσεγγίζουν και να ενημερώνουν το κοινό. Μέσω των ομάδων αυτών, οι επιστήμονες υγείας μπορούν να ευαισθητοποιήσουν και να ενημερώσουν το κοινό, να επιλύσουν τις τυχόν απορίες του και να προσελκύσουν έτσι νέους δωρητές οργάνων.

Ιδιαίτερα σημαντικός είναι ο ρόλος των επιστημόνων υγείας στην εκπαίδευση και ενημέρωση μαθητών και φοιτητών. Και αυτό γιατί, όσο ενημερωμένοι και αν είναι οι δάσκαλοι και οι καθηγητές σχετικά με τις μεταμοσχεύσεις οργάνων, σε καμία περίπτωση δεν είναι δυνατόν να διαθέτουν τις γνώσεις και την εμπειρία των επιστημόνων υγείας. Έτσι, απαιτείται η ύπαρξη ειδικά καταρτισμένων επιστημόνων,

που να διαθέτουν εξειδικευμένες γνώσεις πάνω σε ηθικά, νομικά, ιατρικά, θρησκευτικά, ψυχολογικά και οικονομικά ζητήματα σε σχέση με τις μεταμοσχεύσεις. Οι επιστήμονες αυτοί θα πρέπει να πραγματοποιούν διαλέξεις και σεμινάρια, έτσι ώστε να ενημερώνονται οι νέοι (Γαλάνης Π., Καλοκαιρινού Α.,2005).

Τελικά, η Δωρεά οργάνων είναι το μέσο για την πραγματοποίηση της μεταμόσχευσης η οποία αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα επιτεύγματα της Ιατρικής. Επιπλέον θεωρείται μια από τις σημαντικότερες μορφές εθελοντισμού αφού ο δότης δεν προσφέρει απλά βοήθεια χωρίς αντάλλαγμα αλλά τα ίδια του τα όργανα ως υπέρτατο αγαθό-δώρο ζωής για κάποιον συνάνθρωπο του. Ως πράξη χαρακτηρίζεται από στοιχεία αγάπης, ανιδιοτέλειας και αλtruισμού.

Επομένως, 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, την οποία έχει τόσο ανάγκη ο τόπος, στην προσπάθειά του να ανταποκριθεί στις προκλήσεις των καιρών. Επίσης, είναι ανάγκη προς την κατεύθυνση αυτή όλοι οι κοινωνικοί θεσμοί, η αυτοδιοίκηση, η εκκλησία, η εκπαίδευση, οι επιστημονικές και πνευματικές δυνάμεις, τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης να παίζουν ένα θετικό ρόλο.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αλλήλων Μέλη (2005), «Οι Μεταμοσχεύσεις στο Φως της Ορθόδοξης Θεολογίας και Ζωής», 6: 63-69, 7: 71-89, 9: 105- 114. Εκδόσεις Αθ. Σταμούλης, Αθήνα.
2. Ασκητοπούλου Ελένη (1991), Επείγουσα και Εντατική Ιατρική, 14(3) «Διάγνωση Εγκεφαλικού Θανάτου». Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα.
3. Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας (1999), «Βασικές θέσεις επί της Ηθικής των Μεταμοσχεύσεων», Αθήνα.
4. Βάρκα -Αδάμη Α. Το δίκαιο των μεταμοσχεύσεων. Εκδόσεις Α. Σάκκουλα, Αθήνα, 1993:43.
5. Βάρκα – Αδάμη Α., Αδάμης Σ., (2008), «Ενημέρωση και συναίνεση του ασθενούς. Η περίπτωση του υποψήφιου δότη και λήπτη ιστών ή οργάνων για μεταμόσχευση». Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 25(5):577-583.
6. Βιδάλης Τ.,(2007), «Βιοδίκαιο. Το πρόσωπο» 1: 41, Εκδόσεις Α. Σάκκουλα, Αθήνα.
7. Γαλάνης Πέτρος Α., Καλοκαιρινού Αθηνά, «Μεταμοσχεύσεις μυελού των οστών στην Ελλάδα», Νοσηλευτική 44(3), Ιούνιος – Σεπτέμβριος 2005, σελ.271-278.
8. Γερολούκα – Κωστοπαναγιώτου Γεωργία, (2002), «Εγκεφαλικός θάνατος και φροντίδα του δότη οργάνων στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και το χειρουργείο», Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
9. Γερολούκα – Κωστοπαναγιώτου Γεωργία, (2002), «Δότης Οργάνων», Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα.
10. Δαρδαβέσης Θ., Νικολαΐδης Π., Δαρδαβέσης Δ., Ευσταθίου Μ., Γιαννόπουλος Ζ., Λοϊζίδης Θ., (1990), «Απόψεις δειγμάτων πληθυσμού για το θεσμό της δωρεάς οργάνων και τις μεταμοσχεύσεις» Μεταμόσχευση.
11. Εταιρεία Αναισθησιολογίας και Εντατικής Ιατρικής, Μάιος, (1998), «Βασικές Αρχές στη διάγνωση Εγκεφαλικού Θανάτου», Κλινικό φροντιστήριο, Θεσσαλονίκη.
12. Καββαδία Μ., Λυμπέρη Α., Σπηλιανάκης Μ., Φεβρουάριος (2008) «Μελέτη γνώσεων, στάσεων και προθέσεων φοιτητών ανώτατης εκπαίδευσης ως προς τη δωρεά οργάνων», Ηράκλειο.

13. Κονιδάρη Χ., Παμπούκη Χ., (2001), «Νομική θεώρηση των μεταμοσχεύσεων: από Ιερά Σύνοδο της Εκκλησίας της Ελλάδος, Ειδική Συνοδική Επιτροπή επί της βιοηθικής Εκκλησία των Μεταμοσχεύσεων», εκδόσεις κλάδου Επικοινωνιακής και Μορφωτικής Υπηρεσίας της Εκκλησίας της Ελλάδος, σελ. 149, Αθήνα.
14. Κωστάκης Αλκιβιάδης, Ι.,(2004), «Μεταμοσχεύσεις Ιστών και Οργάνων – Δώρο ζωής» εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε.
15. Κωστάκης Αλκιβιάδης, Οκτώβρης (2008), «Διαθρησκευτική θεώρηση των μεταμοσχεύσεων».
16. Λαζαρίδης Π., (1999), «Οι ηθικές και νομικές πλευρές της μεταμόσχευσης οργάνων και ιστών». Εκδόσεις ΑΠΘ. Θεσσαλονίκη.
17. Μπαλογιάννης Σ., (1986), «Εγκεφαλικός Θάνατος», 51:319, Ελληνική Ιατρική.
18. Μυγιάκη Αφροδίτη, (2007), «Κριτήρια κατανομής μοσχευμάτων. Βιοηθικά και νομικά ζητήματα που ανακύπτουν από την εφαρμογή του νόμου 2737/1999». Ρέθυμνο.
19. Νόμος 2737/99 (ΦΕΚ 174 Α'), «Μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων ιστών και οργάνων».
20. Ομπέση Φ., Μανιού Μ., Απρίλιος – Ιούνιος (2008), «Οργάνωση της μεταμοσχευτικής διαδικασίας: Ο θεσμός του Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων», Το Βήμα του Ασκληπείου, Τόμος 7^{ος}, τεύχος 2^ο.
21. Πελεgrίνης Ν. Θεοδόσιος, (1997), «Ηθική φιλοσοφία».
22. Ραφομανίκη Π., Ρουσάκη Ε., Στοϊδης Χ., (2009) «Γνώσεις, απόψεις και αντιλήψεις υγειονομικού και μη προσωπικού σχετικά με τη δωρεά οργάνων». ΑΤΕΙ Κρήτης, Ηράκλειο.
23. Χρυσογόνος Χ.Κ., (2002) «Ατομικά και Κοινωνικά Δικαιώματα», β' έκδοση αναθεωρημένη και συμπληρωμένη, εκδόσεις Α. Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή.

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Baronio, G., Degli Innessi Animali, Stamperia e Fonderia del Genio, Guiseppe Baronio and the Sheep, Milan, 1804.
2. Bidigare S.A., Oermann M.H., Attitudes and knowledge of nurses regarding organ procurement, [Heart Lung](#). 1991, Jan;20(1): 20-4.
3. Black PM., Brain Death, NEJM, 1978, 299:338.
4. Bolungas N., Kurt P., The ideas of University students about organ donation, Turkey, 2004.
5. Bothamley J., Organ donation--a review of the literature. Br J Theatre Nurs., 1999, Nov;9(11):521-30.
6. Bowling Ann, Research Methods in Health: Investigating health and health services, Open University Press, 2002, Buckingham – Philadelphia.
7. Bueri JA., Saposnik G., Maurino J., Saizar R., Garretto NS., Lazarous sign in brain death, Mov Disord 2000,15:583.
8. Burra P., Bonna M., Changing attitude to organ donation and transplantation in University students during the years of Medical school in Italy, Italy, 2005.
9. Church EJ., Organ donation and transplantation. [Radiol Technol](#). 2002, Jul-Aug;73(6):537-64; quiz 569-72, 567.
10. Crombie A, Nicolls J., Organ donation and the theatre nurse. [Br J Theatre Nurs](#). 1992, May;2(2):4-6.
11. Detterbeck FC., Mill MR., Williams W., Organ donation and the management of the multiple organ donor, Contemp Surg 1993, 42:281.
12. Dworkin R., Taking Rights Seriously, London, 1977.
13. Edwards A.G., Weale A.R., Morgan J.D., A survey of medical students to access their exposure to and knowledge of renal transplantation BMC Medical Education, 2004, 4:32.
14. Feeley T.H, Servoss TJ. Examining college students' intentions to become organ donors. Journal of Health Communication. 2005;10:237-250.
15. Fisher J., Re-examining death: against a higher brain criterion, J Med Ethics, 1999, 25:473.
16. Gaber AO., Hall G., Philips DC., Tolley EA., Britt LG., Survey of attitudes of health care professionals toward organ donation, 1990.

17. Heffron TG., Care of the multiorgan donor, In: Hall JB., Schmidt GA., Wood LH., Principles of critical care, Mc Graw-Hill, New York, 1998, p.1345.
18. Huckaby C., Organ donation: an emergency nurse makes a difference. [J Emerg Nurs](#). 1986, Jul-Aug;12(4):20A-23A.
19. Kiberd MC, Kiberd BA, Nursing attitudes towards organ donation, procurement, and transplantation, [Heart Lung](#). 1992, Mar;21(2):106-11.
20. Kusaka M., Pratschike J., Wihelm F., Early and late inflammatory changes occurring in rat renal isograft from brain dead donors, International Congress of the transplantation Society, Rome, 2000.
21. Marino IR., Doyle HR., Kang Y., Kormos RL., Starzi TE., Multiple organ procurement, In: Grenvick A., Ayers SM., Holbrook PR., Shoemaker WC., Textbook of Critical care, WB Saunders, Philadelphia, 2000, p.1910.
22. Molzahn AE, Knowledge and attitudes of critical care nurses regarding organ donation, [Can J Cardiovasc Nurs](#). 1997, 8(2):13-8.
23. Morgan E. Susan., Jenny K. Miller., Communicating About Gifts of Life: The effect of Knowledge, Attidutes and Altruism on Behaviour and Behavioural Intentions regarding Organ Donation, Journal of Applied Communication Research, vol.30, No 2, May 2002, PP. 163-178.
24. Mori K., Shingu K., Nakao S-I., Brain death, In: Miller RD., Anaesthesia, Churchill Livingstone, Philadelphia, 2000, p.2560.
25. Neugarten J., Silbiger SR., The impact of gender on renal transplantation, Transplantation, 1994, 58: 1145.
26. Niv Y., Mor E., Tzakis A., Small bowel transplantation – A Clinical review, AM J Gastroenterology, 1999, 94: 3126.
27. Norton DJ., Clinical applications of brain death protocols, J Neurosci Nurs 1992, 24: 354.
28. Pallis C., Brainstem death, In: Braakman R., Handbook of Clinical Neurology, Elsevier Science Publishers BV, Amsterdam, 1990.
29. Pal J., The value of the Glasgow Coma Scale and injury severity Score in predicting outcome in multiple trauma patients with head injury, J Trauma, 1989, 29: 746.
30. Polit F.D., Hungler P.B., Research design and methology, Nursing Research: Principles and Methods, 1995; 2:33.

31. Predictive value of Glasgow Coma score for awaking after out-of-hospital cardiac, Cerebral Resuscitation Study Group of the Belgian Society for Intensive Care, Lancet, 1988, 1:137.
32. Randell T., Orko R., Hockerstedt K., Per operative fluid management of the brain dead multiorgan donor, Acta Anaesthesiology Scand, 1990, 34: 23.
33. Sanner A. Margarita, 2002, Swedish survey of young's people views on organ donation and transplantation, Sweden.
34. Saposnik G., Bueri JA., Maurino J., Saizar R., Garretto NS., Spontaneous and reflex movements in brain death, Neurology, 2000, 54: 221.
35. Schaeffner E., Windisch W., Knowledge and attitude regarding organ donation among medical students and physicians, Germany, 2004.
36. Schutt and Hennebruns., Organ Donation: The influence of personal Attitude on professional behaviour, 1997.
37. Shannon Thomas, Bioethics: basic writings on the key ethical questions that surround the major, modern, biological possibilities and problems, Mahwah , N.J. Paulist Press, 1993.
38. Stark JL., Reiley P., Osiecki A., Cook L., Attitudes affecting organ donation in the intensive care unit, [Heart Lung](#). 1984, Jul; 13(4):400-4.
39. Starzl T. E., Koep L., and Porter K. A., Decline in survival after liver transplantation, Archives of Surgery, 1980, vol. 115, no. 7, pp. 815–819.
40. Starzl, T. E., Klintmalm, G. B. G., Porter K. A., Iwatsuki S., and Schroter, G. P., Liver transplantation with use of cyclosporin A and prednisone, The New England Journal of Medicine, vol. 305, no. 5, pp. 266–269, 1981.
41. Truog D. Robert., Brain Death – Too Flawed to Endure, too Ingrained to Abandon, The Journal of Law, Medicine & Ethics, 2007, vol. 35, Issue 2, pp.273-281.
42. Van Norman GA., A matter of life and death, Anaesthesiology, 1999, 91: 275.
43. Van Norman GA., A matter of life and death: What every anaesthesiologist should know about the medical, legal and ethical aspects of declaring brain death, Anaesthesiology, 1999, 91: 275.

44. Vernale C., Critical care nurses' interactions with families of potential organ donors, Focus Crit Care. 1991, Aug; 18(4):335-9.
45. Wace J., Wace M., Anaesthesia for organ donation in the brainstem death, Anaesthesia, 2000, 55: 590.
46. Weber P, The human connection: the role of the nurse in organ donation, J Neurosurg Nurs. 1985, Apr;17 (2):119-22.
47. Wijdicks EFM., Current concepts: The diagnosis of brain death, NEJM, 2001, 344: 1215.
48. Willis R., Skelley L., Serving the needs of donor families: the role of the critical care nurse, Crit Care Nurs Clin North Am. 1992, Mar;4(1):63-77.
49. Zambudio Rios Antonio, Martinez Alarcon Laura, Pascual P., Ramirez D., Attitude of nursing staff toward organ donation in a Spanish hospital with a solid-organ transplant program. Progress in Transplantation 2009; 19:371-377.

Βιβλιογραφικές παραπομπές από τον Παγκόσμιο Ιστό :

Βιοηθική και Δίκαιο: Νομοθεσία: διαθέσιμο στην ιστοσελίδα

http://www.bioethics.gr/category.php?category_id=63

Προσπελάστηκε την [28/7/2009]

Βιοηθική και Δίκαιο : Νομοθεσία : Μεταμοσχεύσεις: διαθέσιμο στην ιστοσελίδα

http://www.bioethics.gr/document.php?category_id=63&document_id=225

Προσπελάστηκε την [28/7/2009]

Βιοηθική και Δίκαιο : Νομοθεσία : Μεταμοσχεύσεις:

Νόμος 2737/1999 : διαθέσιμο στην ιστοσελίδα

http://www.bioethics.gr/media/pdf/biolaw/human/transplantation_gr.pdf

Προσπελάστηκε την [28/7/2009]

Βιοηθική και Δίκαιο : Νομοθεσία : Μεταμοσχεύσεις:

Κοινοτική οδηγία 2004/23: διαθέσιμο στην ιστοσελίδα

http://www.bioethics.gr/media/pdf/biolaw/human/tissue_directive_gr.pdf

Προσπελάστηκε την [30/7/2009]

Βιοηθική και Δίκαιο : Νομοθεσία : Μεταμοσχεύσεις:

Προεδρικό διάταγμα την υπ' αριθμόν 26/24.3.2008: διαθέσιμο στην ιστοσελίδα

http://www.bioethics.gr/media/pdf/biolaw/human/cell_and_tissue_PD26_24032008.pdf Προσπελάστηκε την [30/7/2009]

EOM: διαθέσιμο στην ιστοσελίδα

http://www.eom.gr/articles_list.asp?e_cat_serial=001001001&e_cat_id=3

Προσπελάστηκε την [26/6/2009]

EOM : Οι μεταμοσχεύσεις στην Ελλάδα: διαθέσιμο στην ιστοσελίδα

http://www.eom.gr/article_detail.asp?e_cat_id=3&e_article_id=6

Προσπελάστηκε την [26/6/2009]

EOM: Ιστορία των μεταμοσχεύσεων : διαθέσιμο στην ιστοσελίδα

http://www.eom.gr/article_detail.asp?e_cat_id=4&e_article_id=17

Προσπελάστηκε την [26/6/2009]

EOM : Εγκεφαλικός Θάνατος: διαθέσιμο στην ιστοσελίδα

http://www.eom.gr/articles_list.asp?e_cat_serial=001001003&e_cat_id=5

Προσπελάστηκε την [30/6/2009]

EOM: Στατιστικά στοιχεία: Μεταμοσχεύσεις στο διεθνή χώρο για το έτος 1999:
διαθέσιμο στην ιστοσελίδα

http://www.eom.gr/article_detail.asp?e_cat_id=12&e_article_id=45

Προσπελάστηκε την [29/6/2009]

EOM: Στατιστικά στοιχεία: Μεταμοσχεύσεις στην Ελλάδα 1985-2002: διαθέσιμο
στην ιστοσελίδα

http://www.eom.gr/article_detail.asp?e_cat_id=12&e_article_id=34

Προσπελάστηκε την [29/6/2009]

EOM: Εκκλησία και Ηθικά ζητήματα: διαθέσιμο στην ιστοσελίδα

http://www.eom.gr/articles_list.asp?e_cat_serial=001001007&e_cat_id=9

Προσπελάστηκε την [3/7/2009]

EOM: Θέσεις της Ιεράς συνόδου της Εκκλησίας της Ελλάδος επί της ηθικής των
μεταμοσχεύσεων : διαθέσιμο στην ιστοσελίδα

http://www.eom.gr/article_detail.asp?e_cat_id=9&e_article_id=23

Προσπελάστηκε την [3/7/2009]

Organ transplant: διαθέσιμο στην ιστοσελίδα

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/organtransplantation.html>

προσπελάστηκε την [12/7/2009]

organ transplant: διαθέσιμο στην ιστοσελίδα

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=organ+transplantation\[majr\]+AND+humans\[mh\]+AND+english\[la\]+AND+\(jsubsetaim\[text\]+OR+jsubsetk\[text\]+OR+jsubset](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=organ+transplantation[majr]+AND+humans[mh]+AND+english[la]+AND+(jsubsetaim[text]+OR+jsubsetk[text]+OR+jsubset)

[n\[text+OR+patient+education+handout\[pt\]\)+NOT+\(letter\[pt\]+OR+editorial\[pt\]\)+AND+%22last+1+Year%22\[edat\]&tool=MedlinePlus](#)

προσπελάστηκε την [14/7/2009]

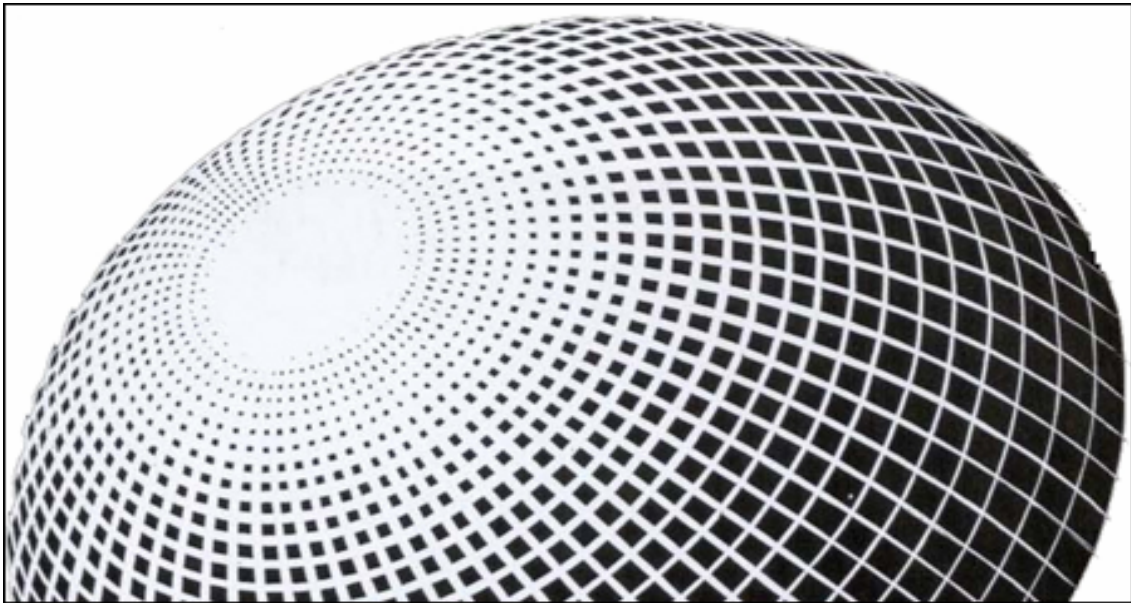
Κωστάκης Μεσογίτης: Δωρεά Οργάνων: διαθέσιμο στην ιστοσελίδα

<http://www.kostakimesogitis.gr/organon.html>

προσπελάστηκε την [12/7/2009]

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΝΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΘΕΣΗΣ ΔΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ



Ερευνητής: Κωνσταντίνου Αναστασία

Επιβλέπων: Φιλαλήθης Αναστάσιος



Συνήθης χρόνος συμπλήρωσης Ερωτηματολογίου: 9 λεπτά

A. ΓΝΩΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ

	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ
A1. Η εκκλησία επιτρέπει τη δωρεά οργάνων.	1	2	3
A2. Πρέπει να είσαι απόλυτα υγιής για να γίνεις δωρητής	1	2	3
A3. Υπάρχει λίστα αναμονής για Τους υποψήφιους λήπτες.	1	2	3
A4. Η ισοσυμβατότητα μεταξύ δότη και λήπτη είναι καθοριστική για την επιλογή του δεύτερου.	1	2	3
A5. Σε περίπτωση εγκεφαλικού θανάτου αποφασίζουν οι συγγενείς για το αν θα δωρίσουν κάποιο όργανο άσχετα με το τι έχει δηλώσει το θύμα όσο ζούσε.	1	2	3
A6. Υπάρχει σχετικό νομοθετικό πλαίσιο για τη δωρεά οργάνων και τη μεταμόσχευση.	1	2	3
A7. Για να αφαιρεθεί κάποιο όργανο από τον υποψήφιο δότη, θα πρέπει αυτός να είναι εγκεφαλικά νεκρός.	1	2	3
A8. Ο εγκεφαλικά νεκρός δότης εξετάζεται για μεταδιδόμενα νοσήματα.	1	2	3
A9. Μπορώ να αλλάξω γνώμη, ενώ έχω ήδη δηλώσει δωρητής.	1	2	3
A10. Μπορεί κάποιος να γίνει δωρητής οργάνων ανεξάρτητα από την ηλικία του.	1	2	3
A11. Εγκεφαλικός θάνατος και Κώμα είναι έννοιες ταυτόσημες.	1	2	3

	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ
A12. Ο εγκεφαλικός θάνατος είναι αναστρέψιμος.	1	2	3
A13. Σε περίπτωση εγκεφαλικού θανάτου ο δότης μπορεί να έχει προκαθορίσει που θα δοθούν τα όργανα.	1	2	3
A14. Η δωρεά οργάνων σώζει ζωές.	1	2	3

A15. Έχετε ενημερωθεί σχετικά με τη δωρεά οργάνων από :

- Γιατρό
- Οικογένεια
- Φιλικό περιβάλλον
- Μ.Μ.Ε
- Περιοδικά Ιατρικά
- Συνέδρια - Εκδηλώσεις
- Άλλο.....

B. ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΔΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ

Στις παρακάτω ερωτήσεις αν η απάντησή σας είναι **ΝΑΙ** κυκλώστε το 1, αν είναι **ΟΧΙ** κυκλώστε το 2, αν είναι **ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ** κυκλώστε το 3.

B1. Χρειάστηκε ποτέ μύσχευμα κάποιου συγγενικό ή φιλικό σας πρόσωπο;	1	2	3
B2. Έχει δηλώσει επίσημα κάποιος συγγενικό ή φιλικό σας πρόσωπο ότι θα ήθελε να γίνει δωρητής οργάνων;	1	2	3
B3. Ενδιαφέρεται κάποιος συγγενικό σας ή φιλικό σας πρόσωπο να γίνει δότης;	1	2	3
B4. Το περιβάλλον σας έχει αρνητική στάση απέναντι στη δωρεά οργάνων;	1	2	3
B5. Εσείς θα γινόσασταν ποτέ δωρητής οργάνων;	1	2	3

Αν απαντήσατε **ΝΑΙ** στην προηγούμενη ερώτηση προχωρήστε στην ερώτηση **Γ**.

Αν απαντήσατε **ΟΧΙ** στην προηγούμενη ερώτηση προχωρήστε στην ερώτηση **Δ**.

ΠΡΟΘΕΣΗ ΔΩΡΕΑΣ**Γ. Θα γινόμουν δωρητής γιατί:**

Αν ΔΙΑΦΩΝΕΙΤΕ ΑΠΟΛΥΤΑ κυκλώστε το 1, αν ΔΙΑΦΩΝΕΙΤΕ κυκλώστε το 2, αν ΣΥΜΦΩΝΕΙΤΕ κυκλώστε το 3, αν ΣΥΜΦΩΝΕΙΤΕ ΑΠΟΛΥΤΑ κυκλώστε το 4, για το ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ κυκλώστε το 5.

Γ1. Θέλω πραγματικά να βοηθήσω το συνάνθρωπό μου.	1	2	3	4	5
Γ2. Δίνοντας ένα όργανο, σώζεις μια ζωή, πράγμα το οποίο είναι σύμφωνα με τις θρησκευτικές μου πεποιθήσεις.	1	2	3	4	5
Γ3. Με έχει επηρεάσει συγγενικό - φιλικό πρόσωπο που είναι επίσης δότης.	1	2	3	4	5
Γ4. Έχω ευαισθητοποιηθεί από συγγενικό-φιλικό πρόσωπο που χρειάστηκε μόσχευμα.	1	2	3	4	5
Γ5. Θα γινόμουν δωρητής μόνο για κάποιο δικό μου άτομο.	1	2	3	4	5
Γ6. Τα Μ.Μ.Ε με έχουν επηρεάσει υπέρ του να γίνω δότης.	1	2	3	4	5
Γ7. Ο τίτλος του δωρητή μου δίνει ικανοποίηση και υπερηφάνεια.	1	2	3	4	5
Γ8. Με το να γίνω δωρητής ξέρω ότι ένα όργανο μου θα παραμείνει ζωντανό και μετά τον θάνατό μου.	1	2	3	4	5

Δ. Δεν θα γινόμεουν δωρητής γιατί:

Αν ΔΙΑΦΩΝΕΙΤΕ ΑΠΟΛΥΤΑ κυκλώστε το 1, αν ΔΙΑΦΩΝΕΙΤΕ κυκλώστε το 2, αν ΣΥΜΦΩΝΕΙΤΕ κυκλώστε το 3, αν ΣΥΜΦΩΝΕΙΤΕ ΑΠΟΛΥΤΑ κυκλώστε το 4, για το ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ κυκλώστε το 5.

Δ1. Φοβάμαι.	1	2	3	4	5
Δ2. Δεν εμπιστεύομαι τις οργανώσεις, θεωρώντας ότι δεν θα λάβω την περίθαλψη που μου πρέπει γνωρίζοντας ότι είμαι δότης.	1	2	3	4	5
Δ3. Δεν εμπιστεύομαι τους γιατρούς και τον τρόπο που θα με αντιμετωπίσουν σε περίπτωση που νοσηλευτώ, γνωρίζοντας ότι είμαι δότης.	1	2	3	4	5
Δ4. Δεν έχω εμπιστοσύνη για το αν θα χρησιμοποιηθεί σωστά το μόσχευμα.	1	2	3	4	5
Δ5. Αδιαφορώ, δεν με αφορά το θέμα της δωρεάς.	1	2	3	4	5
Δ6. Το αμελώ, δεν το έχω σκεφτεί σοβαρά.	1	2	3	4	5
Δ7. Δεν είμαι ακόμη συνειδητοποιημένος-κατασταλαγμένος, όσον αφορά το θέμα της δωρεάς οργάνων.	1	2	3	4	5
Δ8. Αμφισβητώ τον εγκεφαλικό θάνατο, αφού η ελπίδα για τη ζωή κάποιου υπάρχει ως την τελευταία στιγμή.	1	2	3	4	5

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Φύλο: Άντρας

Ηλικία: _____

Γυναίκα

Έχετε παιδιά; Ναι

Όχι

Σε ποιο τμήμα εργάζεστε; _____

Προϋπηρεσία :

3- 5 έτη

6-10 έτη

11-15 έτη

16-20 έτη

21-25 έτη

26-30 έτη

31 και άνω

Είστε απόφοιτος/η:

ΠΕ

ΤΕ

ΔΕ

Σας διαβεβαιώνουμε ότι θα μεταχειριστούμε τις απαντήσεις σας με πλήρη εχεμύθεια. Ενδιαφερόμαστε μόνο για την καλύτερη κρίση σας. Οι πληροφορίες που θα συγκεντρωθούν, θα αφορούν αποκλειστικά τους σκοπούς της έρευνας. Τα δεδομένα θα διαφυλαχθούν με κάθε ευσυνειδησία και θα τα χειριστούμε ως αυστηρώς εμπιστευτικά. Δε θα γίνει δε, καμία αναφορά που να διευκολύνει την αναγνώριση προσώπων ή οργανισμών σε καμία από τις εκθέσεις που θα προκύψουν από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας

Σας ευχαριστούμε για το χρόνο που διαθέσατε για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου!