



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
*«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»*

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

**«Διερεύνηση των γνώσεων, στάσεων και
αντιλήψεων των νοσηλευτών Μ.Ε.Θ. στα
δημόσια νοσηλευτήρια της Κύπρου σχετικά με
τις μεταμοσχεύσεις οργάνων»**

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ

ΘΕΛΜΑ ΣΤΥΛΙΑΝΟΥ

ΟΝΟΜΑ ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΑ ΚΑΘΗΓΗΤΗ

ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΟΚΤΩΒΡΗΣ, 2015

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	8
Absract	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	11
Α' ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 - Εννοιολογικοί Προσδιορισμοί και Θεσμικό Πλαίσιο Μεταμόσχευσης Οργάνων	13
1. Ορισμοί	13
1.1. Όργανο ανθρώπινης προελεύσεως	13
1.2. Μεταμόσχευσης Οργάνων	14
1.3. Δωρεά οργάνων	14
1.4. Όργανα μεταμόσχευσης	15
1.5. Κατηγοριοποίηση μεταμοσχεύσεων	16
1.6. Ιστοσυμβατότητα HLA	19
1.6.1. HLA αντιγόνα και Μεταμόσχευση Οργάνων	20
1.6.2. HLA αντισώματα και Μεταμόσχευση Οργάνων	20
1.6.3. Δοκιμασία ιστικής διασταύρωσης	21
1.7. Μοσχεύματα	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 - Ιστορική Αναδρομή και Διεθνής Τάσεις στη Μεταμόσχευση Οργάνων	26
2.1. Ιστορική αναδρομή των μεταμοσχεύσεων	26
2.1.1. Μεταμοσχεύσεις και Μύθοι	26
2.1.2. Πειράματα Μεταμοσχεύσεων σε ζώα	27
2.1.3. Πειράματα μεταμοσχεύσεων σε ανθρώπους	28
2.1.4. Χρονικό μεταμοσχεύσεων σε ανθρώπους	28
2.1.5. Κυπριακή και διεθνής πραγματικότητα μεταμοσχεύσεων	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 - Εν ζωή δότες οργάνων	35
3.1. Νομοθετικό Πλαίσιο	35
3.2. Ηθικά ζητήματα και απόφαση συναίνεσης για δωρεά	38
3.3. Μεταμόσχευση νεφρού από ζων δότη	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 - Πτωματικοί δότες οργάνων	45
4.1. Δότες οργάνων έπειτα από εγκεφαλικό θάνατο	45
4.1.1. Εγκεφαλικός θάνατος	45
4.1.2. Φροντίδα δότη έπειτα από εγκεφαλικό θάνατο	50
4.1.3. Μεταμόσχευση οργάνων από δότη με διάγνωση εγκεφαλικού θανάτου	53
4.2. Δότες οργάνων μετά από κυκλοφορικό θάνατο	66
4.2.1. Προέλευση δοτών μετά από κυκλοφορικό θάνατο	67
4.2.2. Κριτήρια επιλογής δότη	68
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 - Συντονισμός μεταμοσχεύσεων	73
5.1. Θεσμός του συντονιστή μεταμοσχεύσεων	74
5.2. Προφίλ συντονιστή μεταμοσχεύσεων	75
5.3. Ο ρόλος του συντονιστή μεταμοσχεύσεων	76

5.3.1. Ο ρόλος του συντονιστή στη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων	77
5.3.2. Ο ρόλος του συντονιστή στην ενημέρωση και εκπαίδευση	81
5.4. Η Κύπρος στον συντονισμό μεταμοσχεύσεων	81
5.5. Ευρωπαϊκοί Οργανισμοί Ανταλλαγής – Κατανομής Οργάνων	83
5.5.1. Eurotransplant	83
5.5.2. Scandiatransplant	84
5.5.3. South Alliance for Transplants (SAT)	85
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 - Θρησκευτικές αντιλήψεις στη μεταμόσχευση οργάνων	86
6.1. Ισλάμ	86
6.2. Ινδουισμός	87
6.3. Βουδισμός	88
6.4. Σιντοϊσμός	89
6.5. Ιουδαϊσμός	89
6.6. Ρωμαιοκαθολική Εκκλησία	90
6.7. Προτεσταντικές Ομολογίες	92
6.8. Μάρτυρες του Ιεχωβά	92
6.9. Ορθόδοξη Εκκλησία	93
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 - Ηθικά θέματα στη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων	95
7.1. Μεταμοσχεύσεις και κλωνοποίηση	95
7.2. Ξενομεταμόσχευση	97
7.3. Μεταμοσχεύσεις και ευθανασία	99
7.4. Εμπορευματοποίηση οργάνων	102
7.5. Συγκρότηση λίστας ληπτών	106
7.6. Εικαζόμενη συναίνεση	110
7.7. Ο ρόλος των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης (Μ.Μ.Ε.)	114
7.8. Η νομοθεσία της Κύπρου	119
Β' ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 - Μεθοδολογία της έρευνας	126
8.1. Σκοπός της έρευνας	126
8.2. Ερευνητικά ερωτήματα	126
8.3. Ηθική της έρευνας	126
8.3.1. Άδειες διεξαγωγής της έρευνας	126
8.3.2. Αποφυγή λογοκλοπής	127
8.3.3. Επιστημονική Αντικειμενικότητα	128
8.3.4. Αναγνώριση της συνεισφοράς ατόμων στην έρευνα	128
8.3.5. Διεύρυνση της επιστημονικής γνώσης	128
8.3.6. Καινοτομία και πρωτοτυπία της έρευνας	128
8.4. Ερευνητικό Πεδίο – Χρόνος Διεξαγωγής	129
8.5. Δείγμα – Πληθυσμός Έρευνας	130
8.6. Περιορισμοί έρευνας	131
8.7. Εργαλείο Έρευνας και Στατιστική Ανάλυση	132

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 - Παρουσίαση αποτελεσμάτων έρευνας	133
9.1. Παρουσίαση δεδομένων έρευνας	133
9.2. Παράθεση Σχολίων από τους συμμετέχοντες σχετικά με το ερωτηματολόγιο	152
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10 - Συμπερασματικές Διαπιστώσεις και Προτάσεις	159
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	175
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	211

Ευχαριστίες

Η ολοκλήρωση της παρούσης διατριβής επιτεύχθηκε με τη συμβολή σημαντικών ανθρώπων, χωρίς την βοήθεια των οποίων το αποτέλεσμα θα ήταν ελλιπές στην προσπάθεια παρουσίασης του θέματος από μια διαφορετική οπτική.

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέπων καθηγητή μου κ. Χαράλαμπο Οικονόμου για τις εύστοχες υποδείξεις του στη καθοδήγηση συγγραφής μιας διατριβής, ετοιμασίας ερευνητικού πρωτοκόλλου, σωστή παρουσίαση του ερωτηματολογίου καθώς και για την αμέριστη υποστήριξη του όποτε ζητήθηκε. Ευχαριστίες στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου για την ένταξή μου στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα «Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας» και στον ακαδημαϊκό υπεύθυνο του προγράμματος κ. Μάμα Θεοδώρου. Η επιτυχής ολοκλήρωση του προγράμματος με βοήθησε στη σύμπραξη της επιστημονικής γνώσης, στη γνώση βασισμένη σε ενδείξεις και πρακτικές σε καίρια θέματα υγείας, στο τρόπο που αυτά διαμορφώνονται και στη μεθοδολογία που πρέπει να ακολουθείται για λήψη πολιτικών αποφάσεων προσφέροντας το πολυτιμότερο αγαθό σε μια κοινωνία ανθρώπων την «υγεία».

Ευχαριστώ θερμά την Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου, τον Επίτροπο Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα και την Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας Κύπρου για την παροχή άδειας διεξαγωγής του ερευνητικού μέρους της διατριβής.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω προσωπικά και επονομαζόμενα τους συναδέλφους Παυλίνα Κλεάνθους (Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού), Ερμιόνη Καρεκλά και Παναγιώτη Σεργίου (Γενικό Νοσοκομείο Πάφου), Γιάννη Ταλιαδώρο (Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας) και τους/τις προϊσταμένους/ες των Μ.Ε.Θ. Γενικού Νοσοκομείου Λάρνακας και Αμμοχώστου, χωρίς τη συμβολή των οποίων η συμμετοχή στην έρευνα θα ήταν εμφανώς μικρότερη, καθώς και όλους τους συναδέλφους που αφιέρωσαν πολύτιμο χρόνο για να συμμετάσχουν στην έρευνα.

Ευχαριστώ θερμά την οικογένειά μου, τους δικούς μου ανθρώπους που σε κάθε περίπτωση με στήριξαν στην επίτευξη ολοκλήρωσης του στόχου μου, συμβιβάστηκαν

και ανέχτηκαν τα νέα δεδομένα της ζωής μου κατά τα τελευταία τρία χρόνια. Η στήριξη, η υπομονή, η αισιοδοξία τους συνετέλεσαν στην αντιμετώπιση των όποιων εμποδίων παρουσιάστηκαν.

«Αυτό που δίνει νόημα στη ζωή, δίνει νόημα και στο θάνατο».

Antoin de Saint-Exupery, 1900-1940, Γάλλος συγγραφέας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Στην Κύπρο η δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων από πτωματικούς δότες οργάνων με διάγνωση εγκεφαλικού θανάτου, παραμένει το κύριο πρόβλημα για την χώρα με αποτέλεσμα να παρουσιάζει ιδιαίτερα χαμηλό αριθμό δοτών με ένα έως δύο πτωματικούς δότες το χρόνο, μη πλησιάζοντας τα επιθυμητά αποτελέσματα των ευρωπαϊκών χωρών. Στην πλειονότητά τους έρευνες και δημοσιεύσεις αποδεικνύουν πως η εμπλοκή των επαγγελματιών υγείας στη δωρεά και μεταμοσχευτική διαδικασία δύναται να αυξήσουν το ποσοστό δωρεάς. Οι νοσηλευτές εργαζόμενοι στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας αποτελούν τα άτομα με πρωταγωνιστικό ρόλο στην αναγνώριση του δυνητικού δότη και την φροντίδα αυτού, καθώς και στη στήριξη της οικογένειάς του καθ' όλη τη διάρκεια της διαδικασίας. Κρίθηκε δε σκόπιμο όπως διερευνηθούν οι γνώσεις, οι αντιλήψεις και η στάση (θετική/αρνητική) των νοσηλευτών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας των δημοσίων νοσοκομείων της Κύπρου σχετικά με θέματα που αφορούν τη δωρεά οργάνων και τη μεταμοσχευτική διαδικασία.

Μεθοδολογία: Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο οχτώ ενοτήτων, συμπεριλαμβάνοντας δημογραφικά στοιχεία, ερωτήσεις που άπτονται της Κυπριακής νομοθεσίας επί της δωρεάς και μεταμόσχευσης οργάνων, τον εγκεφαλικό θάνατο, το συντονιστή μεταμοσχεύσεων, τη χρησιμότητα της δωρεάς οργάνων και ερωτήσεις με δυνητικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη στάση των νοσηλευτών σε θετική ή αρνητική προς τη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων. Το ερωτηματολόγιο δόθηκε προς συμπλήρωση σε όλους τους νοσηλευτές εργαζομένους σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας των δημοσίων νοσηλευτηρίων της Κύπρου. Η στατιστική ανάλυση του δεδομένων διενεργήθηκε με το στατιστικό πακέτο IBM SPSS V.22 και χρησιμοποιήθηκε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $\alpha = 0,05$ (p) ή μικρότερο του 0,05.

Αποτελέσματα: Στην έρευνα συμμετείχαν 167 από τους 200 νοσηλευτές που εργάζονται στα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου. Η κλίμακα ορθής γνώσης ανήλθε στο ποσοστό 60%. Η ηλικία, η προϋπηρεσία, η επαρχία εργοδότησης και η μεταπτυχιακή εκπαίδευση έχει διαπιστωθεί πως διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο ως προς τις ορθές απαντήσεις των νοσηλευτών και επομένως μεταβάλλουν άμεσα την αύξηση του ποσοστού της κλίμακα ορθής γνώσης.

Συμπεράσματα: Η έρευνα αποδεικνύει πως το χαμηλό ποσοστό ορθής γνώσης των νοσηλευτών Μ.Ε.Θ., συνάδει με τα χαμηλά ποσοστά που παρουσιάζει η Κύπρος σχετικά με τους πτωματικούς δότες με διάγνωση εγκεφαλικού θανάτου. Επομένως είναι μεγίστης σημασίας για τις υπηρεσίες υγείας της Κύπρου απασχολούμενες με μεταμοσχευτικά προγράμματα όπως εστιάζουν στη συνεχή ενημέρωση επί των θεμάτων που άπτονται της δωρεάς και μεταμόσχευσης οργάνων για όλους τους νοσηλευτές εργαζόμενους στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας.

Λέξεις κλειδιά: δωρεά οργάνων, μεταμόσχευση οργάνων, δότες οργάνων, εγκεφαλικός θάνατος, θρησκεία και μεταμοσχεύσεις, ηθικά θέματα και μεταμοσχεύσεις, νοσηλευτικό προσωπικό και δωρεά οργάνων.

ABSTRACT

Purpose: In Cyprus, the donation and transplantation of organs from deceased organ donors with brain death diagnosis, remains the main problem for the country. The fact is reflected by the very low number of donors, with one to two cadavers a year, not approaching the desired results among the rest of the European countries. The majority of researches and publications demonstrate that the involvement of health professionals in the donation and transplantation process may increase the donation rate. The nurses working in Intensive Care Units are people with a leading role in identifying the potential donor and thus the care of him/her, as well as supporting the cadaver's family throughout the process. It was therefore advisable to explore the knowledge, perceptions and attitudes (positive / negative) of nurses in Intensive Care Units employed at the public hospitals of Cyprus on issues related to organ donation and transplantation process.

Methodology: An eight modules questionnaire was used, including demographic information, questions pertaining to the Cyprus legislation on organ donation and transplantation, brain death, the transplant coordinator, the usefulness of organ donation and questions with potential factors affecting the positive or negative attitude of nurses towards organ donation and transplantation. The questionnaire was to be completed by all nursing professionals working in Intensive Care Units of public

hospitals of Cyprus. Statistical analysis of data was performed with the statistical package IBM SPSS V.22, using the significance level $\alpha = 0,05$ (p) or less than 0.05.

Results: The survey involved 167 of the 200 nurses working at the public hospitals of Cyprus. The scale of correct knowledge stood at 60%. Age, experience, the province of employment and postgraduate education, have been identified that play an important role in the correct answers of the nurses and therefore directly alter the growth rate of the scale of correct knowledge.

Conclusions: The study showed that the low rate of correct knowledge of nurses working at I.C.U. areas in Cyprus consists with the low rates presented by Cyprus concerning the cadaver donors with brain death diagnosis. Therefore, it is of utmost importance that the Health Services of Cyprus engaged with transplantation programs focus on regular training programs with correct information being transmitted on issues related to the donation and transplantation of organs for all nurses working in Intensive Care Units at the Public Sector.

Keywords: organ donation, organ transplant, organ donors, brain death, religion and transplantation, ethical issues and transplants, nurses and organ donation.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μεταμόσχευση οργάνων αποτελεί μια μοναδική διαδικαστική πράξη όπου άνθρωπος εν ζωή ή μετά θάνατον αποτελεί τη σωτήρια λύση ενός ασθενούς για να διατηρηθεί στη ζωή. Ως συλλογική προσπάθεια της κοινωνίας του ανθρώπου, προς μια πορεία υγής διαβίωσής του εν ζωή, σεβόμενη την διαφορετικότητα κάθε ζωής και επιτρέποντας τον εμπλουτισμό του ατόμου μέσω της διαρκούς ζωής των οργάνων του, η μεταμόσχευση οργάνων αποτελεί ένα ζωτικής σημασίας κύκλο γνωστό ως «κύκλο μεταμοσχεύσεων» περιλαμβάνοντας την κοινωνία, τη δωρεά οργάνων, την ανάκτηση οργάνων και τη μεταμόσχευση οργάνων. Η κοινωνία και η στάση της στο ζήτημα της μεταμόσχευσης οργάνων εξαρτάται κυρίως από πολιτιστικούς, θρησκευτικούς, οικονομικούς και εκπαιδευτικούς παράγοντες. Η εκπαίδευση της κοινωνίας σε θέματα που άπτονται της μεταμόσχευσης οργάνων, αποτελεί βασικό κλειδί στην επιτυχία προγραμμάτων μεταμόσχευσης, καθώς άδηλοι παράγοντες όπως φόβος, αμφιβολίες του ατόμου σπανίως εκφράζονται και δύναται να αντιμετωπιστούν με κατάλληλη εκπαίδευση και επιμόρφωση επί του θέματος. Ιδιαίτερης ζωτικής σημασίας στην διατήρηση του «κύκλου μεταμόσχευσης» και αναπόσπαστο μέρος μιας υγιούς κοινωνίας αποτελούν οι επαγγελματίες υγείας, ιατροί και νοσηλευτές, εργαζόμενοι σε Μονάδες Εντατικές Θεραπείας. Ο βαθμός επιμόρφωσής τους σε θέματα που άπτονται της δωρεάς και μεταμόσχευσης οργάνων είναι καθοριστικός στην διατήρηση του αδιάβλητου «κύκλου μεταμόσχευσης» και στη δημιουργία ευνοϊκού κλίματος με σκοπό τη προώθηση της ιδέας της δωρεάς οργάνων στοχεύοντας στην αύξηση της διάθεσής τους, βελτίωση της ποιότητας ζωής των ληπτών και εν κατά κλειδί τη σωτηρία ασθενών με τελικού σταδίου οργανικές παθήσεις .

Η παρούσα ερευνητική εργασία με θέμα «Διερεύνηση των γνώσεων, στάσεων και αντιλήψεων των νοσηλευτών Μ.Ε.Θ. στα δημόσια νοσηλευτήρια της Κύπρου σχετικά με τις μεταμοσχεύσεις οργάνων», παρουσιάζει το βαθμό γνώσεων των νοσηλευτών που εργάζονται στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας στα δημόσια νοσηλευτήρια της Κύπρου, τις απόψεις τους σχετικά με τη δωρεά οργάνων καθώς και τους άδηλους και πρόδηλους παράγοντες που επηρεάζουν τη θετική ή αρνητική στάση τους στη δωρεά οργάνων.

Η ερευνητική εργασία αποτελείται από δύο (2) μέρη το θεωρητικό μέρος και το ερευνητικό μέρος. Το θεωρητικό μέρος αναφέρεται σε βασικά επιμέρους θέματα της δωρεάς και μεταμόσχευσης οργάνων. Ως βασικά θέματα αναφοράς επιλέγηκαν οι μεταμοσχεύσεις οργάνων (ορισμοί, όργανα, είδη μεταμόσχευσης, ιστορική αναδρομή), προέλευση οργάνων (δότες), ο συντονιστής μεταμοσχεύσεων (θεσμός, ρόλος, αρμοδιότητες), οι οργανισμοί μεταμοσχεύσεων (διεθνής, ευρωπαϊκοί, στατιστικά δεδομένα μεταμοσχεύσεων των οργανισμών) και η Κυπριακή νομοθεσία σχετικά με τη δωρεά οργάνων. Επιπλέον, στο θεωρητικό μέρος παρουσιάζονται οι αποφάσεις των κύριων θρησκειών, ηθικά ζητήματα και φιλοσοφικές θεωρήσεις επί της δωρεάς και μεταμόσχευσης οργάνων.

Το ερευνητικό μέρος παρουσιάζει τη μεθοδολογία, τη διεξαγωγή της έρευνας και τα αποτελέσματά της, τα οποία επιδιώκουν να απαντήσουν στα βασικά ερευνητικά ερωτήματα. Η ερευνητική εργασία αποτελεί μια συγχρονική μελέτη, περιγραφικού μοντέλου έρευνας. Το δείγμα του πληθυσμού αποτελείται από όλο το νοσηλευτικό προσωπικό εργαζόμενο σε μονάδες εντατικής θεραπείας στα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου (Λευκωσίας, Λεμεσού, Πάφου, Λάρνακας, Αμμοχώστου).

Τα αποτελέσματα της ερευνητικής εργασίας αναμένεται να συμβάλουν στην προσπάθεια ένταξης βελτιωμένων προγραμμάτων εκπαίδευσης και ενημέρωσης των νοσηλευτών σχετικά με τη δωρεά οργάνων από τους Κυπριακούς φορείς απασχολούμενους με τη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Εννοιολογικοί Προσδιορισμοί και Θεσμικό Πλαίσιο Μεταμόσχευσης Οργάνων

1. Ορισμοί

Η θεματολογία που διέπει τις μεταμοσχεύσεις οργάνων περιλαμβάνει ποικίλες ιατρικές επιστήμες (γενετική, αιματολογία, χειρουργική, ορθοπεδική, κ.α.) καθώς και την επιστήμη της κοινωνιολογίας, τη νομική και τη βιοηθική επιστήμη. Η συμβολή των επιστημών στην πορεία των μεταμοσχεύσεων συνέβαλε στην καθιέρωση αποδεκτών όρων διεθνώς, με σκοπό τον καθορισμό με σαφήνεια των ιατρικών πράξεων και λεγομένων. Στις επιστήμες υγείας, η χρήση όρων είναι απαραίτητη καθώς ορίζονται καταστάσεις, συμβάντα με σαφήνεια επιτρέποντας την κατανόηση των δραστηριοτήτων που διενεργούνται, επιτρέποντας ταυτοχρόνως την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των συμβαλλόμενων ομάδων¹ και τη μη αποδοχή παρερμηνειών.

Η χρήση όρων συμβάλλει στη δημιουργία κοινής γλώσσας μεταξύ ομάδων και ανθρώπων με σκοπό την μη παρερμηνεία των πράξεων και λεγόμενων τους, την σαφήνεια με την οποία αυτά καθορίζονται, καθώς και στην αποδεκτή ερμηνεία, περιγραφή της λέξεως ή και έννοιας (Λεξικό κοινής νεοελληνικής, 2008²).

1.1. Όργανο ανθρώπινης προελεύσεως

Ως όργανο καθορίζεται *«το διαφοροποιημένο μέρος του ανθρώπινου σώματος, που σχηματίζεται από διάφορους ιστούς και που διατηρεί τη δομή του, την αγγείωσή του και τη δυνατότητά του να αναπτύσσει φυσιολογικές λειτουργίες με σημαντικό επίπεδο*

¹ Συμβαλλόμενες ομάδες όπως αυτές καθορίζονται στο Global Glossary of terms and definitions on donation and transplantation είναι το κοινό (πληθυσμός), οι επιστήμονες υγείας που απασχολούνται σε θέματα μεταμοσχεύσεων, οι νομικές υπηρεσίες και οι βιοηθικές επιτροπές των χωρών (WHO,2009).

² Όρος, Λεξικό κοινής νεοελληνικής

http://www.greek-language.gr/greekLang/modern_greek/tools/lexica/search.html?lq=%CF%8C%CF%81%CE%BF%CF%82&dq=

αυτονομίας» (WHO³, 2009. Νόμος 127(1)2012⁴. Ελληνική Δημοκρατία - Υπουργείο Υγείας, 2011⁵).

1.2. Μεταμόσχευσης Οργάνων

Πρακτικά, η μεταμόσχευση οργάνων αναφέρεται στη μεταφορά ενός ανθρωπίνου οργάνου ενός ατόμου στο σώμα ενός άλλου ατόμου του οποίου το όργανο ανεπαρκή σε λειτουργία. Ο WHO⁶ (2015), ορίζει ως μεταμόσχευση «την διαδικασία αφαίρεσης οργάνων από σώματα αποθανόντων ατόμων, προσθέτοντας ως προϋπόθεση τις νομικές απαιτήσεις που πρέπει να ακολουθηθούν συμπεριλαμβανομένου τον ορισμό του θανάτου και της συναίνεσης». Ο Ε.ΟΜ.⁷ θέτει την μεταμόσχευση οργάνων ως «την εγχείριση κατά την οποία υγιή όργανα μεταφέρονται από έναν εκλιπόντα ή ζωντανό δότη σε ασθενή χρονίως πάσχοντα, με σκοπό την αποκατάσταση της λειτουργίας του οργάνου που ανεπαρκή. Σε ορισμένες περιπτώσεις η ανεπάρκεια λειτουργίας του οργάνου μπορεί να αποκατασταθεί με μηχανικές υποστηρικτές μεθόδους»⁸.

1.3. Δωρεά οργάνων

Ο όρος δωρεά αναφέρεται στην παροχή ενός περιουσιακού αντικειμένου ενός ατόμου σε ένα άλλο άτομο έπειτα από μεταξύ τους συμφωνία προϋποθέτοντας την παροχή, καταβολής ή όχι ανταλλάγματος (Λεξικό της κοινής νεοελληνικής, 2008⁹). Στο ζήτημα της μεταμόσχευσης οργάνων ο WHO (2009)¹⁰, ορίζει τη δωρεά ως «η δωρεά οργάνων που προορίζεται για εφαρμογές στον άνθρωπο». Η Κυπριακή νομοθεσία (2012)¹¹, διευκρινίζει πως δωρεά οργάνου «σημαίνει τη δωρεά ανθρωπίνου οργάνου

³ World Health Organization – WHO – Global Glossary of terms and definitions on donation and transplantation. Σελίδα 12 (52)

<http://www.who.int/transplantation/activities/GlobalGlossaryonDonationTransplantation.pdf>

⁴ Κυπριακή νομοθεσία μεταμοσχεύσεων

⁵ Δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων <http://www.moh.gov.gr/articles/news/320-prosxedio-nomoy-laquo-dwrea-kai-metamosxeysh-organwn-kai-alles-diatakseis-raquo>

⁶ WHO- <http://www.who.int/transplantation/organ/en/>

⁷ Ε.Ο.Μ.= Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων, Ελλάδα.

http://www.eom.gr/index.php?option=com_k2&view=itemlist&layout=category&task=category&id=31&Itemid=97&lang=el

⁸ Ως υποστηρικτική μηχανική μέθοδος αναφέρεται ο τύπος αιμοκάθαρσης για ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια.

⁹ Λεξικό της κοινής νεοελληνικής - http://www.greek-language.gr/greekLang/modern_greek/tools/lexica/search.html?lq=%CE%B4%CF%89%CF%81%CE%B5%CE%AC&dq=

¹⁰ WHO – Global Glossary of terms and definitions on donation and transplantation. Σελίδα 9 (24) <http://www.who.int/transplantation/activities/GlobalGlossaryonDonationTransplantation.pdf>

¹¹ Νόμος 127(1)2012, Μέρος Ι – Εισαγωγικές Διατάξεις, Ερμηνεία (2), σελίδα 5 http://www.cylaw.org/nomoi/arith/2012_1_127.pdf

με σκοπό τη μεταμόσχευση». Η επίτευξη μεταμόσχευσης οργάνων προϋποθέτει την ύπαρξη δωρητή οργάνων, δότη οργάνων και λήπτη οργάνων.

Δωρητής οργάνων είναι εκείνο το άτομο που κατά την ενήλικη διαβίωσή του δηλώνει γραπτώς την επιθυμία του να προσφέρει όργανά του προς μεταμόσχευση μετά θάνατο και κατέχει κάρτα δωρητή οργάνων (Ε.Ο.Μ.¹²).

Δότης οργάνων σύμφωνα με τον WHO (2009¹³), «είναι το ανθρώπινο ον, ζωντανό ή νεκρό που αποτελεί πηγή οργάνων με σκοπό τη μεταμόσχευση».

Πραγματικός Δωρητής Οργάνων ορίζεται το άτομο, εκλιπόν ή ζωντανό, από το οποίο έχει ανακτηθεί ένα όργανό του ή μέρος αυτού με σκοπό τη μεταμόσχευση (WHO, 2009¹⁴). Η ερμηνεία που αποδίδει ο WHO, ως προς τον πραγματικό δωρητή οργάνων αποδίδεται από την Κυπριακή Νομοθεσία και από τον Ε.Ο.Μ. ως δότης οργάνων.

Λήπτης οργάνου είναι το άτομο του οποίου το όργανο ανεπαρκή σε λειτουργία και λαμβάνει μόσχευμα οργάνου από άλλο άτομο, δωρητή ή δότη οργάνων. (Νόμος 127(1)2012¹⁵).

1.4. Όργανα μεταμόσχευσης

Τα όργανα του ανθρώπου (συμπαγή όργανα) που δύναται να μεταμοσχευτούν είναι η καρδιά, οι πνεύμονες, το ήπαρ, το πάγκρεας, οι νεφροί και τμήμα του λεπτού εντέρου. Συμπαγή όργανα που μπορούν να μεταμοσχευτούν σε δύο διαφορετικούς λήπτες είναι οι πνεύμονες, οι νεφροί και το ήπαρ. Οι κερατοειδής χιτώνες, βαλβίδες καρδιάς, δέρμα, οστά, χόνδροι και αιμοποιητικά κύτταρα συγκαταλέγονται στη μεταμόσχευση ιστών και κυττάρων (Ε.Ο.Μ.¹⁶).

¹² Ποια είναι η διαφορά μεταξύ δωρητή και δότη οργάνων

http://www.eom.gr/index.php?option=com_k2&view=itemlist&layout=category&task=category&id=31&Itemid=97&lang=el

¹³ WHO – Global Glossary of terms and definitions on donation and transplantation. Σελίδα 10(26), <http://www.who.int/transplantation/activities/GlobalGlossaryonDonationTransplantation.pdf>

¹⁴ WHO – Global Glossary of terms and definitions on donation and transplantation. Σελίδα 8 (1), <http://www.who.int/transplantation/activities/GlobalGlossaryonDonationTransplantation.pdf>

¹⁵ Κυπριακή νομοθεσία μεταμοσχεύσεων, Μέρος I, Εισαγωγικές Διατάξεις, Ερμηνεία, σελίδα 6, http://www.cylaw.org/nomoi/arith/2012_1_127.pdf

¹⁶ Ποια όργανα, ιστοί ή κύτταρα μπορούν να μεταμοσχευτούν; Ε.Ο.Μ

http://www.eom.gr/index.php?option=com_k2&view=itemlist&layout=category&task=category&id=31&Itemid=97&lang=el

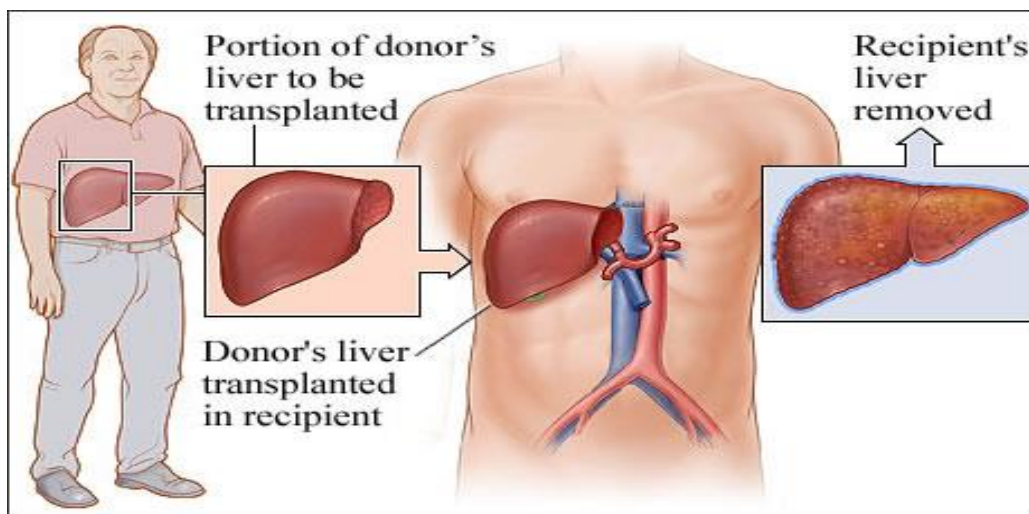
1.5. Κατηγοριοποίηση μεταμοσχεύσεων

Η κατηγοριοποίηση των μεταμοσχεύσεων γίνεται σύμφωνα με τη χειρουργική μέθοδο μεταμόσχευσης που διενεργείται και την πηγή ανάκτησης του οργάνου προς μεταμόσχευση.

Ορθοτοπική Μεταμόσχευση (Orthotopic Transplantation)

Καλείται η τοποθέτηση του οργάνου του δότη στην αντίστοιχη, ίδια θέση που καταλάμβανε το όργανο του λήπτη και το οποίο αντικαταστάθηκε λόγω ανεπάρκειας φυσιολογικής λειτουργίας. Τα όργανα που μεταμοσχεύονται κατά την ορθοτοπική μέθοδο μεταμόσχευσης είναι η καρδιά, οι πνεύμονες, οι νεφροί και το ήπαρ. (Γερολουκά – Κωστοπαναγιώτου & Συμυρνιώτης, 2000. Cooper, 1984. The Free Dictionary¹⁷). Η εικόνα 1.1. παρουσιάζει μεταμόσχευση ήπατος με ορθοτοπική μέθοδο, όπου το ήπαρ του δότη μεταμοσχεύεται στην αντίστοιχη φυσιολογική ανατομικά θέση του λήπτη, έπειτα από αφαίρεση του ήπατός του.

Εικόνα 1.1.



Πηγή: Highleyman, (2010)

http://www.hivandhepatitis.com/2010_conference/easl/docs/0504_2010_b.html

Ετεροτοπική Μεταμόσχευση (Heterotopic Transplantation)

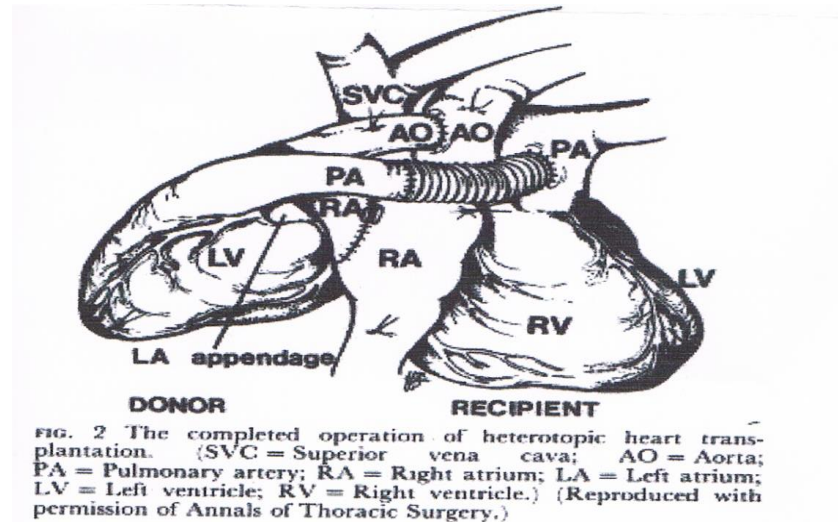
Η μέθοδος μεταμόσχευσης όπου το όργανο - μόσχευμα του δότη τοποθετείται σε διαφορετική περιοχή του σώματος του λήπτη από της φυσιολογικής του θέσης.

¹⁷ Orthotopic transplantation

<http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/orthotopic+transplantation>

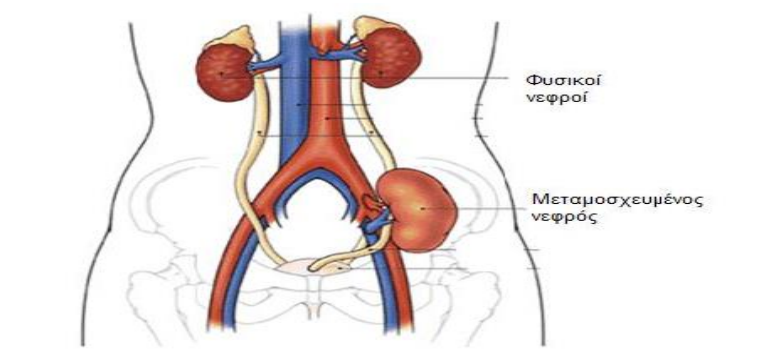
Όργανα που έχουν μεταμοσχευτεί με την ετεροτοπική μέθοδο μεταμόσχευσης και για τα οποία έχουν δημοσιευθεί κλινικές μελέτες είναι η καρδιά (Cooper, 1984), το ήπαρ (de Rave, Hansen, Groenland et al., 2005), οι νεφροί (Zhao, Gao, Wang, 2011) και το πάγκρεας (Παπανικολάου, Τακούδας, Μαργάρη και συν., 2000). Οι εικόνες 1.2. και 1.3. παρουσιάζουν ετεροτοπική μεταμόσχευση καρδιάς και νεφρού αντίστοιχα.

Εικόνα 1.2. Μεταμόσχευση καρδιάς με ετεροτοπική μέθοδο.



Πηγή: Cooper D.K. (1984), <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2492722/?page=2>

Εικόνα 1.3. Μεταμόσχευση νεφρού με ετεροτοπική μέθοδο.



Πηγή: Μπολέτης & Μελεξοπούλου, (2015).

<http://www.biomagazine.gr/index.php/site/article/28/2/BIO%20Health/xronia-nefrikh-nosos>

Μεταμόσχευση Ντόμινο (Domino Transplant)

Η μεταμόσχευση ντόμινο αποτελεί είδος μεταμόσχευσης όπου όργανο υποψήφιου λήπτη μοσχεύματος αφαιρείται και άμεσα μεταμοσχεύεται σε άλλο υποψήφιο λήπτη, με τον πρώτο λήπτη να μεταμοσχεύεται εκ νέου όργανο από εκλιπόντα δότη (WHO, 2009¹⁸).

Αυτόλογη Μεταμόσχευση (Autologous Transplantation)

Η περίπτωση μεταμόσχευσης όπου δότης και λήπτης μοσχεύματος είναι το ίδιο άτομο. Το μόσχευμα αφαιρείται και τοποθετείται στη πάσχουσα περιοχή του ίδιου ατόμου ή εγχύεται στο σώμα του ενδοφλεβίως (The Free Dictionary¹⁹). Οι συχνότερες αυτόλογες μεταμοσχεύσεις αφορούν τη μεταμόσχευση δέρματος και αιμοποιητικών κυττάρων.

Η μεταμόσχευση δέρματος διενεργείται με χειρουργική αφαίρεση υγιούς δέρματος από μία υγιές περιοχή σώματος του ατόμου και μεταμοσχεύεται στην πάσχουσα περιοχή του ίδιου ατόμου. Αυτόλογα μοσχεύματα δέρματος χρησιμοποιούνται σε ποικίλες παθολογικές καταστάσεις όπως συγγενές ανωμαλία ελλείψεως δέρματος, μόλυνση η οποία προκάλεσε μεγάλη απώλεια δέρματος, εγκαύματα όπου η ανασυγκρότηση δέρματος ανεπαρκή λόγω σοβαρής ιστικής βλάβης, ουλές και πληγές δέρματος από τραυματισμούς, σε χειρουργικές περιπτώσεις καρκίνου του δέρματος, σε βλάβες δέρματος έπειτα από χειρουργικές επεμβάσεις ή ογκολογικές εκτομές, σε φλεβικά έλκη ή έλκη πίεσης (κατακλίσεις) ή διαβητικά έλκη που δεν επουλώνονται με άλλες τεχνικές και μεθόδους, περιπτώσεις επεμβάσεων όπου ο χειρουργός δεν είναι σε θέση να κλείσει σωστά την πληγή και για αισθητικούς λόγους ή αναπλαστικές χειρουργικές επεμβάσεις όπως αποκατάσταση μαλλιών και ανοικοδόμηση θηλής (U.S. National Library of Medicine, 2013²⁰. Shimizu & Kishi, 2011).

Τα αιμοποιητικά κύτταρα λαμβάνονται από το μυελό των οστών, το περιφερικό αίμα και τον ομφάλιο λώρο. Η αυτόλογη μεταμόσχευση αφορά κυρίως τη μεταμόσχευση

¹⁸ WHO – Global Glossary of terms and definitions on donation and transplantation. Σελίδα 9 (23)
<http://www.who.int/transplantation/activities/GlobalGlossaryonDonationTransplantation.pdf>

¹⁹ Autologous transplantation
<http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/autologous+transplantation>

²⁰ Skin graft <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/002982.htm>

αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων, με βασικές ενδείξεις μεταμόσχευσης το πολλαπλό μυέλωμα και είδη λεμφωμάτων²¹, σπάνιες αιματολογικές κακοήθειες²², συμπαγείς όγκους²³ και αυτοάνοσα νοσήματα²⁴ (Ljungman, Urbano-Ispizua, Cavazznza-Calvo et al., 2006. Αγγελούπουλου, 2013).

Αλλογενής μεταμόσχευση (Allogenic Transplantation)

Ορίζεται ως η δωρεά κυττάρων (αιμοποιητικών), ιστών και οργάνων ενός ατόμου με σκοπό τη μεταμόσχευσή τους σε ένα άλλο άτομο (WHO, 2009²⁵). Η αλλογενής μεταμόσχευση προϋποθέτει υψηλή συμβατότητα αντιγόνων HLA μεταξύ δότη και λήπτη.

1.6. Ιστοσυμβατότητα HLA (Human Leukocyte Antigen Compatibility)

Ο όρος HLA μεταφράζεται ως ανθρώπινα λευκοκυτταρικά αντιγόνα και κληρονομούνται από τους γονείς στα παιδιά τους. Αποτελούν γονίδια του μείζονος συμπλέγματος ιστοσυμβατότητας MHC²⁶ (Major Histocompatibility Complex), με αναφορά στο χρωμόσωμα 6, περιλαμβάνουν γονίδια HLA τάξης I (A, B, C,) και γονίδια HLA τάξης II (DR, DP, DQ), αντιπροσωπεύοντας τον κώδικα των HLA μορίων που παρουσιάζονται ως αντιγόνα στα T-κύτταρα. Τα HLA μόρια είναι τα σημαντικότερα αντιγόνα της ιστικής συμβατότητας στον άνθρωπο και αποτελούν μία εκ των κατηγοριών των πρωτεϊνών (αντιγόνα) της κυτταρολογικής ανατομίας του ανθρώπου. Ανευρίσκονται στην επιφάνεια των κυττάρων, με ιδιαίτερη πολυμορφική μορφή καθορίζοντας την ταυτότητα και μοναδικότητα του ατόμου. Είναι ουσιώδη στη λειτουργία και διαφύλαξη του ανθρώπινου οργανισμού, καθώς επιτρέπουν τη διάκρισή τους από μη φυσιολογικά κύτταρα του ίδιου οργανισμού (καρκινικά κύτταρα), την εισβολή παθογόνων μικροοργανισμών και την μεταφορά – πρόληψη

²¹ Είδη λεμφωμάτων είναι η οξεία και χρόνια μυελοειδής λευχαιμία, οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία, λέμφωμα Hodgkin, λέμφωμα Non Hodgkin (ενδείκνυται μόνο σε υψηλού κινδύνου ασθενείς) και απλαστική αναιμία.

²² Σπάνιες αιματολογικές κακοήθειες που αναφέρονται είναι η AL-αμυλοείδωση, το σύνδρομο POEMS και η μακροσφαιριναιμία Waldenstrom.

²³ Αναφέρεται στο νευροβλάστωμα και στο σάρκωμα Ewing.

²⁴ Αυτοάνοσα νοσήματα με θεραπεία αυτόλογης μεταμόσχευσης είναι πολλαπλή σκλήρυνση, ρευματοειδής αρθρίτιδα, συστηματικός ερυθματώδης λύκος, συστηματική σκλήρυνση ή σκληρόδερμα, κυτταροπενία ανοσοποιητικού συστήματος, νόσος του Crohn.

²⁵ WHO – Global Glossary of terms and definitions on donation and transplantation. Allogenic, σελίδα 8 (3) <http://www.who.int/transplantation/activities/GlobalGlossaryonDonationTransplantation.pdf>

²⁶ Τα γονίδια HLA class III, αποτελούν γονίδια του κεντρικού συμπλέγματος MCH, δεν έχουν καμία δομική και λειτουργική συσχέτιση με τα γονίδια HLA class I και II και συμμετέχουν κυρίως στο ανοσοποιητικό σύστημα (Narinder 2001).

λοιμώδη νοσημάτων όπως Μαλάρια, Φυματίωση, Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοποιητικής Ανεπάρκειας (HIV/AIDS). Η τυποποίηση των HLA αντιγόνων ιστοσυμβατότητας, επιτρέπει την εφαρμογή τους 1. στη μεταμόσχευση οργάνων και ιστών, 2. για ανοσολογικό έλεγχο στις περιπτώσεις διάγνωσης αυτοάνοσων νοσημάτων, για ευαισθησία σε ιογενείς λοιμώξεις, για εμφάνιση του καρκίνου, 3. για έλεγχο πατρότητας (αποτελεί μέρος των βασικών εξετάσεων) και 4. για έλεγχο υπογονιμότητας κυρίως στις περιπτώσεις επαναλαμβανόμενων αυτόματων αποβολών. Η Ιστοσυμβατότητα HLA, ο καθορισμός αντιγόνων και αντισωμάτων HLA καθώς και η δοκιμασία ιστικής διασταύρωσης αποτελούν τις κρισιμότερες ενδείξεις στην επιτυχή εξέλιξη και έκβαση της μεταμόσχευσης (E.O.M.²⁷. Όμιλος Υγεία, 2010²⁸. McNicholl, Downer, Aidoo et al., 2000. International Transplant Nurses Society, 2013²⁹).

1.6.1. HLA αντιγόνα και Μεταμόσχευση Οργάνων

Η συμβολή της ιστοσυμβατότητας των HLA αντιγόνων στη μεταμόσχευση οργάνων είναι καθοριστικής σημασίας καθότι επιτρέπει την αποδοχή ή απόρριψη του μοσχεύματος του δότη στο λήπτη οργάνου. Η συμβατότητα μεταξύ δότη και λήπτη καθορίζεται από τον κοινό αριθμό των HLA μορίων τους, όσο περισσότερα κοινά HLA μόρια εξακριβωθούν τόσο μεγαλύτερη η συμβατότητα τους. Συνηθέστερα, η συμβατότητα είναι μεγαλύτερη μεταξύ αδελφών και στην περίπτωση κληρονόμησης ιδίων HLA μορίων, καλούνται ταυτόσημα συμβατοί (E.O.M.³⁰).

1.6.2. HLA αντισώματα και Μεταμόσχευση Οργάνων

Ωστόσο, η επιτυχία μιας μεταμόσχευσης εξαρτάται από τα αντισώματα HLA που ενδέχεται να ανιχνευθούν στο αίμα των ληπτών κατά τη διενέργεια εξετάσεων. Τα HLA αντισώματα, αναπτύσσονται στους ανθρώπους μετά την επαφή των κυττάρων τους με κύτταρα άλλων ανθρώπων με αναφορά περιπτώσεις μεταγίσεων, κήσεων και προηγούμενων μεταμοσχεύσεων. Η ανίχνευση HLA αντισωμάτων ενδέχεται να

²⁷ Ανοσολογία και ιστοσυμβατότητα

http://www.eom.gr/index.php?option=com_k2&view=item&id=58:%CE%B1%CE%BD%CE%BF%CF%83%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%AF%CE%B1

²⁸ Τυποποίηση αντιγόνων ιστοσυμβατότητα και εφαρμογές της τυποποίησης των αντιγόνων ιστοσυμβατότητας

<http://stem-health.gr/docs/hla.pdf>

²⁹ Transplant options when you don't have a 'Good Match'

http://www.itns.org/uploads/ITNS12_HRKidney.pdf

³⁰ Υποσημείωση 27

αυξήσει τις πιθανότητες απόρριψης μοσχεύματος. Η αντιδραστική ομάδα αντισωμάτων PRA (Panel Reactive Antibody), η οποία καθορίζει τα επίπεδα αντισωμάτων HLA στον οργανισμό του ατόμου δημιουργεί σοβαρά προβλήματα στην επιτυχή εξέλιξη της μεταμόσχευσης, με αποτέλεσμα να έχουν αναπτυχθεί θεραπείες με σκοπό τη μείωσή τους και την επιτυχή έκβαση της μεταμόσχευσης (E.O.M.³¹).

1.6.3. Δοκιμασία ιστικής διασταύρωσης (HLA crossmatch)

Αρχικά λαμβάνεται δείγμα αίματος του δότη και ταυτοποιείται με την ομάδα υποψηφίων δοτών (η ομάδα αίματος λήπτη και δότη πρέπει να είναι κατά κανόνα συμβατές). Έπειτα διενεργείται η δοκιμασία ιστικής διασταύρωσης (HLA crossmatch), επιτρέποντας την ανεύρεση του καταλληλότερου λήπτη οργάνου για επιτυχή μεταμόσχευση. Καθότι ο χρόνος βιωσιμότητας των οργάνων εκτός του σώματος δύναται να επηρεάσει τη καταλληλότητα του οργάνου με πιθανή απόρριψή του, η δοκιμασία ιστικής διασταύρωσης διενεργείται ταυτόχρονα σε διαφορετικούς δότες. Ο υποψήφιος δότης που ανευρίσκεται πρώτος θετικός στη δοκιμασία, λαμβάνει το μόσχευμα και κατά αυτό τον τρόπο δεν χάνεται πολύτιμος χρόνος (E.O.M.³²). Η θετική δοκιμασία ιστικής διασταύρωσης συνεπάγεται επίθεση των αντισωμάτων του λήπτη στο μόσχευμα επιβεβαιώνοντας τη μη καταλληλότητά του για μεταμόσχευση και η αρνητική δοκιμασία ιστικής διασταύρωσης συνεπάγεται μη επίθεση των αντισωμάτων του λήπτη στο μόσχευμα καταδεικνύοντάς τον κατάλληλο προς μεταμόσχευση (Johns Hopkins Medicine³³).

1.7. Μοσχεύματα

Οι πηγές μοσχευμάτων διαφοροποιούνται σύμφωνα με την προέλευση τους και τη γενετική σχέση μεταξύ λήπτη και δότη οργάνου. Σύμφωνα με τις πηγές μοσχευμάτων κατηγοριοποιούνται και τα είδη μεταμοσχεύσεων.

Σύμφωνα με τον Πίνακα 1.1.:

- Ζώντες Δότες - Live → Νεφροί, Ήπαρ, Ιστοί.

³¹ Υποσημείωση 27

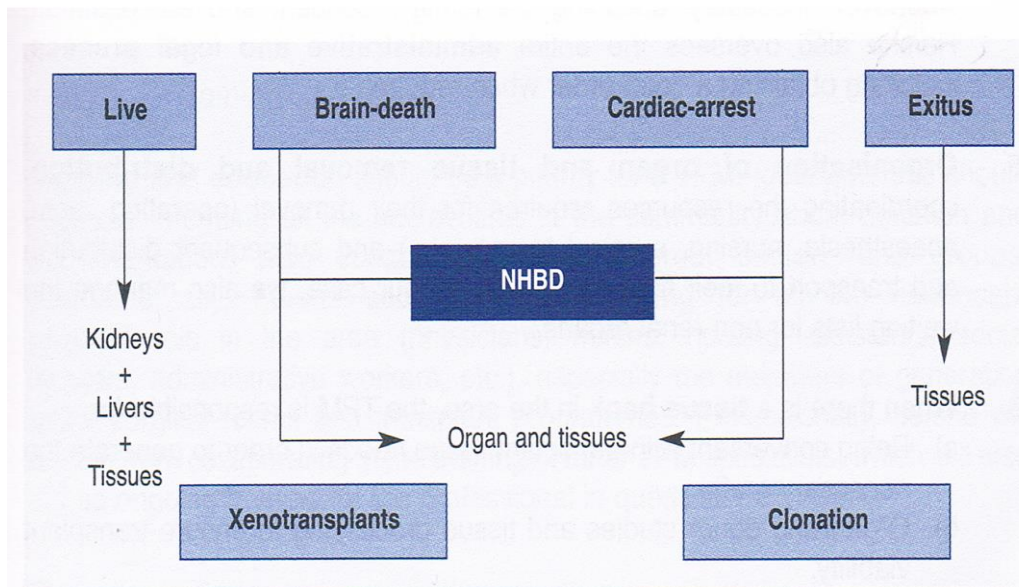
³² Υποσημείωση 27

³³ Positive crossmatch and sensitized patients

http://www.hopkinsmedicine.org/transplant/programs/kidney/incompatible/positive_crossmatch.html

- Μη πάλλοντες καρδιακοί δότες οργάνων – NHBD - δότες προερχόμενοι από εγκεφαλικό θάνατο ή καρδιακή ανακοπή → Όργανα, Ιστοί.
- Ξενομεταμοσχεύματα - Xenotransplants
- Κλωνοποίηση - Clonation
- Έξοδος - Exitus → Ιστοί

Πίνακας 1.1. Πηγές μοσχευμάτων, σύμφωνα με το εγχειρίδιο μεταμοσχεύσεων του Πανεπιστημίου Βαρκελώνης.



Πηγή: Manyalich et al., (2007), Transplant Coordination Manual. Chapter 1, p.13, TPM- Fundacio IL3- Universitat de Barcelona.

Ζώντες Δότες (Live) - Νεφροί, Ήπαρ, Ιστοί

Άτομα εν ζωή τα οποία δωρίζουν ένα όργανό τους ή μέρος αυτού με σκοπό τη μεταμόσχευση. Τα όργανα ή μέρος αυτών που δωρίζονται είναι ο ένας νεφρός, τμήμα του πνεύμονα (λοβός), μέρος του ήπατος, παγκρέατος και εντέρου (U.S. Department of Health & Human Services³⁴).

³⁴ Living Donor, Glossary, Organ Procurement and Transplantation Network <http://optn.transplant.hrsa.gov/resources/glossary>

Δότες προερχόμενοι από εγκεφαλικό θάνατο (Όργανα, Ιστοί)

Ο εκλιπών έχει διαγνωσθεί με εγκεφαλικό θάνατο σύμφωνα με τα κριτήρια διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου και τις πρόσθετες δοκιμασίες που διενεργούνται για εξέταση εγκεφαλικής λειτουργίας. Η διάγνωση εγκεφαλικού θανάτου διέπεται από νομοθετικές ρυθμίσεις των χωρών και διεθνείς νομοθετικές ρυθμίσεις (WHO, 2009³⁵).

Δότες προερχόμενοι από καρδιακή ανακοπή – Δότες με μη πάλλοντα καρδιακό ρυθμό NHBD – Non Heart Beating Donors

Η κατηγορία δοτών NHBD αναφέρεται σε εκλιπόντες των οποίων η καρδιά έχει σταματήσει να κτυπά και παρά τις προσπάθειες καρδιακής ανάταξης παραμένει σε ασυστολία, όπου και διαγιγνώσκετε ο θάνατος του ατόμου. Έπειτα γίνεται ανάκτηση των οργάνων και ιστών του με σκοπό τη μεταμόσχευση. (U.S. Department of Health & Human Services³⁶).

Ξενομεταμόσχευση (Xenotransplants)

Αφορά στη μεταμόσχευση όπου το ζώο είναι ο δότης μοσχεύματος και λήπτης ο άνθρωπος. Σύμφωνα με το WHO (2005³⁷), ορίζεται ως «η μεταμόσχευση ζωντανών κυττάρων, ιστών και οργάνων, ζωικής προελεύσεως ή και υγρά, κύτταρα, ιστοί, όργανα ανθρώπινης προελεύσεως τα οποία έχουν έπειτα από πειραματισμό (*ex vivo*), μετατραπεί σε ξενογενή υλικά με σκοπό τη μεταμόσχευσή τους στους ανθρώπους». Δύναται να αποτελέσουν εναλλακτική λύση ως προς το υλικό ανθρώπινης προελεύσεως και να γεφυρώσουν το έλλειμμα οργάνων για μεταμόσχευση προερχόμενα από ανθρώπους. Η ξενομεταμόσχευση βρίσκεται σε στάδιο ερευνών και κλινικών δοκιμών, παρότι ορισμένες χώρες τη χρησιμοποιούν ως παραδοσιακή και μη τεκμηριωμένη κλινικά και επιστημονικά θεραπεία. Η διεθνής ανησυχία σχετικά με τη ξενομεταμόσχευση αφορά στους κινδύνους μετάδοσης λοιμώξεων από τα ξενομοσχεύματα στον άνθρωπο και εν συνεχεία του λήπτη ξενομοσχεύματος στους οικείους του και το ευρύ κοινό, θέτοντας σε κίνδυνο τη δημόσια υγεία (WHO,

³⁵ WHO – Global Glossary of terms and definitions on donation and transplantation Deceased Donor, σελίδα 9(20)

<http://www.who.int/transplantation/activities/GlobalGlossaryonDonationTransplantation.pdf>

³⁶ Cardiac death, donation after circulatory death, <http://optn.transplant.hrsa.gov/resources/glossary>

³⁷ Xenotransplantation <http://www.who.int/transplantation/xeno/en/>

2005³⁸). Οι Boneva, Folks, Chapman (2001), αναφέρουν πως ασθενείς που λαμβάνουν μοσχεύματα προερχόμενα από ζώα δύναται να χρειαστούν μεγαλύτερες δόσεις ανοσοκατασταλτικής θεραπείας εκθέτοντάς τους σε μεγαλύτερους κινδύνους, επισημαίνοντας την ανάγκη εξεύρεσης μέτρων εφαρμογής για ελαχιστοποίηση των κινδύνων μετάδοσης λοιμώξεων σχετιζόμενες με τη ξενομεταμόσχευση. Αντιθέτως, ο Cooper (2012), αναφέρει πως υπάρχουν σαφείς ενδείξεις για επιτυχή διενέργεια ξενομεταμοσχεύσεων στο μέλλον, κυρίως από όργανα και ιστούς χοίρων στον άνθρωπο και σύμφωνα με τα μέχρι πρότινος δεδομένα που παρόλο ότι θεωρούνται «σκληρά», είναι ωστόσο επαρκή.

Κλωνοποίηση (Clonation)

Οι κύριοι τύποι κλωνοποίησης αφορούν 1. την κλωνοποίηση ανθρωπίνου DNA ή τεχνολογία ανασυνδυασμένου DNA, 2. την αναπαραγωγική κλωνοποίηση και 3. τη θεραπευτική κλωνοποίηση. Στη μεταμόσχευση οργάνων, η επιτυχία θεραπευτικής κλωνοποίησης αναμένεται να μειώσει το έλλειμμα που παρατηρείται στη ζήτηση ανθρώπινων οργάνων καθώς και τα σοβαρά προβλήματα που εξακολουθούν να υφίστανται κατά τη συμβατότητα των ιστών και οργάνων για την οποία χρησιμοποιείται ανοσοκατασταλτική θεραπεία με σοβαρές παρενέργειες. Οι ηθικές και τεχνικές απόψεις σχετικά με τη κλωνοποίηση οργάνων δίστανται με αποτέλεσμα να παραμένει θέμα συζήτησης στους επιστημονικούς κύκλους παρόλο που πιστεύεται πως θα καταστεί εφικτή σε διάφορες χώρες (Savulescu, 1999. Cloneorgans.com, 2015³⁹).

Έξοδος (Exitus) Ιστοί

Η έξοδος ιστών⁴⁰ αφορά την αφαίρεση ομάδας κυττάρων από ζωντανό ή νεκρό δότη, τα οποία μπορούν να μεταμοσχευτούν ή να εμφυτευτούν ως βιώσιμα κύτταρα, ή αλλιώς διατηρημένα, σταθερά ή τροποποιημένα. Περιλαμβάνει την αφαίρεση ιστών του καρδιαγγειακού συστήματος (φλέβες, αρτηρίες, βαλβίδες καρδιάς), μυοσκελετικού συστήματος (χόνδρους, τένοντες, μηνίσκους, οστά κυρίως μηρού, κνήμης, βραχίονα, σπονδυλικής στήλης), ιστών οφθαλμού (κερατοειδής χιτώνες),

³⁸ Υποσημείωση 37

³⁹ <http://www.cloneorgans.com/>

⁴⁰ WHO Global Glossary of terms and definitions on donation and transplantation, Tissues, Σελίδα 14(71), Ιστοί ορίζονται τα συστατικά μέρη του ανθρώπινου σώματος που αποτελούνται από κύτταρα. <http://www.who.int/transplantation/activities/GlobalGlossaryonDonationTransplantation.pdf>

νευρικά και εγκεφαλικά κύτταρα, το δέρμα, βλαστικά κύτταρα, εμβρυϊκούς ιστούς, και τα αναπαραγωγικά κύτταρα (ωάρια, σπέρμα). Η αφαίρεση ιστών προϋποθέτει την ύπαρξη ιδρυμάτων ιστών, που μπορεί να είναι τράπεζες ιστών, νοσοκομειακές μονάδες ή άλλοι φορείς (οργανισμοί) και οι οποίοι δραστηριοποιούνται στην επεξεργασία, συντήρηση, αποθήκευση, διανομή και προμήθεια ανθρώπινων ιστών και κυττάρων ή και τον έλεγχό τους. Η Οδηγία 2004/23/EU του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και Συμβουλίου, έχει ως βασικό σκοπό την θέσπιση υψηλών προτύπων ποιότητας και ασφάλειας των ανθρώπινων ιστών και κυττάρων που προορίζονται για θεραπευτική χρήση σε ανθρώπους. Στις περιπτώσεις που χώρες κράτη μέλη δεν ακολουθούν τις κατευθυντήριες γραμμές της οδηγίας, θα επιδέχονται ανάλογων κυρώσεων (WHO, 2009⁴¹. Europa.eu, 2004⁴². Europa.eu, 2010⁴³).

Είδη μοσχευμάτων

Σύμφωνα με τον Gosh (2012), τα είδη μοσχευμάτων κατανέμονται ως εξής:

- Αυτόλογα Μοσχεύματα: αφορά την αυτόλογη μεταμόσχευση.
- Ισομοσχεύματα ή Συγγενές Μόσχευμα: αφορά τη μεταμόσχευση μεταξύ δύο γενετικά πανομοιότυπων ατόμων που μπορεί να διενεργηθεί μόνο στην περίπτωση διδύμων αδελφών.
- Αλλομοσχεύματα: αφορά την αλλογενή μεταμόσχευση.
- Ξενομοσχεύματα: αφορά στη ξενομεταμόσχευση.

⁴¹ WHO Global Glossary of terms and definitions on donation and transplantation, Tissue establishment, σελίδα 14 (72)

<http://www.who.int/transplantation/activities/GlobalGlossaryonDonationTransplantation.pdf>

⁴² Directive 2004/23/EC of the European Parliament and of the Council, http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/;ELX_SESSIONID=XmnLJPyl0GZwBDt9MjqJCp92P0ngGgwblm63jrn9Hn2y4WPpQNVv!-1426870866?uri=CELEX:32004L0023

⁴³ Quality standards for human tissues and cells,

<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=URISERV:c11573>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Ιστορική Αναδρομή και Διεθνής Τάσεις στη Μεταμόσχευση Οργάνων

2.1. Ιστορική αναδρομή των μεταμοσχεύσεων

Η μεταμόσχευση οργάνων αποτελεί επίτευγμα της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, τροφοδοτήθηκε ωστόσο από την φαντασία των ανθρώπων προς σύλληψη μιας διαφορετικής διάστασης της ζωής, προς το μεταφυσικό ή το διαφορετικό. Η φαντασία του αρχαίου κόσμου στο συνδυασμό όντων με ανθρώπινο σώμα και μέλη ζώων, κινήθηκε σε ένα δυναμικό πλαίσιο πειραματισμού δημιουργώντας τις συνθήκες και εν συνεχεία τα δεδομένα για την κατάληξη και επίτευξη των μεταμοσχεύσεων που διενεργούνται σήμερα. Η φαντασία του αρχαίου ανθρώπου, δημιούργησε τις συνθήκες του σήμερα και αναμένεται η φαντασία του σύγχρονου ανθρώπου να πυροδοτήσει νέες εξελίξεις στην ιατρική των μεταμοσχεύσεων.

2.1.1. Μεταμοσχεύσεις και Μύθοι

Το ενδιαφέρον του αρχαίου κόσμου ως προς ένα διαφορετικό άνθρωπο, καταγράφεται σε αρχαία συγγράμματα και καλλιτεχνικές απεικονίσεις με γνωστά μυθικά πλάσματα να συνδυάζουν στη περίπτωση του Μινώταυρου, σώμα ανθρώπου και κεφάλι ζώου (ταύρου) ή και το αντίστροφο όπως οι Κένταυροι με σώμα αλόγου και κεφάλι ανθρώπου (Εγκυκλοπαίδεια Φάρος, 1979. Τζιαντζή, 1997). Οι καλλιτεχνικές απεικονίσεις σε έργα τέχνης του αρχαίου κόσμου και δη των αρχαίων Αιγυπτίων παρουσιάζουν τους Θεούς⁴⁴ λατρείας με σώματα ανθρώπων και κεφάλια ζώων με γνωστότερο το θεό Ανούβις να αναπαρίσταται με σώμα άνδρα και κεφάλι τσακαλιού. (Agnese et al, 2003). Η ιστορία της αρχαίας Ινδίας καταγράφει κατά τον έκτο αιώνα π.χ. την εμφάνιση του Ινδού Θεού Ganesha. Οι απεικονίσεις του Ganesha τον παρουσιάζουν με ανθρώπινο σώμα και κεφάλι ελέφαντα, όπου σύμφωνα με την μυθολογία το αγόρι έχασε το κεφάλι του μετά τη γέννησή του και στη θέση του οποίου τοποθετήθηκε κεφάλι ελέφαντα (Brown, 1991). Η αρχαία Κινέζικη ιατρική ιστορία καταγράφει κατά τον δεύτερο αιώνα Π.Χ. (προ Χριστού) τον χειρουργό Pien Ch'iao (Tsin Yue-Jen) να έχει χειρουργήσει με ανώδυνη μέθοδο και επιτυχώς να έχει

⁴⁴ Θεοί των αρχαίων Αιγυπτίων που απεικονίζονται με σώματα ανθρώπων και κεφάλια ζώων είναι ο θεός Ρα με σώμα άνδρα και κεφάλι γερακιού, ο θεός Όσιρις ως μούμια με κεφάλι ζωντανού άνδρα, ο θεός Γκεμπ ως μελαγός άνδρας με χήνα στο κεφάλι, η θεά Μπαστέτ ή Μπαστ ως γυναίκα με κεφάλι γάτας και η θεά Χαθόρ ως νέα γυναίκα με κέρατα αγελάδας. Ο θεός Όσιρις παρουσιάζεται ως μούμια με κεφάλι ζωντανού άνδρα (Agnese et al, 2003).

καταφέρει να ανταλλάξει τις καρδιές δύο ασθενών. Ο κινέζος ιατρός Hua To, γνωστός ως ιατρός των θαυμάτων κατά την εποχή του, το 200 π.χ. αναισθητοποιώντας τους ασθενείς του αντικαθιστούσε τα νοσούντα όργανα ασθενών του με υγιή όργανα (Markovitz, 2010. Veith, 2002). Στη μετά Χριστό εποχή καταγράφονται επιτυχής μεταμοσχεύσεις από αγίους και κληρικούς που αποδίδονται σε θαύματα. Η πρώτη αναφορά μεταμόσχευσης από νεκρό δότη σε ασθενή, αποδίδεται στους αγίους Κοσμά και Δαμιανό οι οποίοι φέρονται να είχαν επιτυχώς αντικαταστήσει το πόδι ασθενούς λόγω γάγγραινας με το πόδι ενός νεκρού μονομάχου. Ο άγιος Πέτρος αποκατέστησε το στήθος της αγίας Αγαθής έπειτα από βασανισμό της και ο κληρικός Φρανσουά Ραμπελέ (Francois Rabelais) σε βιβλίο του αναφέρει λεπτομερέστατα τον τρόπο αντικατάστασης ιστών και την επανατοποθέτηση κεφαλιού σε άνθρωπο που έχασε το κεφάλι του μετά από μάχη (Καλλιέρη, Καραμάνου, Μανδελάκη και συν. 2011). Αξιόλογο παραμένει σήμερα το μυθιστόρημα της Mary Wollstonecraft Shelley «Frankenstein», όπου ο ιατρός Victor Frankenstein ανασκευάζει ένα ανθρώπινο σώμα χρησιμοποιώντας όργανα από πτώματα (Markovitz, 2010).

2.1.2. Πειράματα Μεταμοσχεύσεων σε ζώα

Οι μύθοι του αρχαίου κόσμου και τα θαύματα των θρησκειών εποχής πυροδότησαν την φαντασία των επιστημόνων στη πραγματοποίηση πειραμάτων σε ζώα.

1804 – Baronio Giuseppe, διενήργησε τη πρώτη αυτόλογη μεταμόσχευση δέρματος σε κριάρι (Mazzola & Mazzola, 2013).

1898 – Ο καθηγητής Mathieu Jaboulay και ο μαθητής του Alexis Carrel ενσωμάτωσαν αγγειακή αναστόμωση στην καρωτιδική αρτηρία σε γαϊδούρι (Hamilton, 2012).

1902 – Η πρώτη αυτόλογη μεταμόσχευση από τον Emerich Ullman, ο οποίος μεταμόσχευσε το νεφρό σκύλου από τη φυσιολογική ανατομικά θέση του σε αγγεία του λαιμού του σκύλου (Hamilton, 2012).

1902 – Μεταμόσχευση νεφρού μεταξύ σκύλων από τον Alfred von Decastello. (Hamilton, 2012).

1905 – Alexis Carrel - διενέργεια νεφρικής αλλογενούς μεταμόσχευσης σε σκύλο με τη μέθοδο άμεσης αγγειακής αναστόμωσης. Έπειτα, σε συνεργασία με τον Charles C. Guthrie, ενσωματώνουν την έννοια της επιδιόρθωσης και του χρόνου ψυχρής ισχαιμίας στη διατήρηση αγγειακών ιστών (Sade, 2005).

1920 – Carl S. Williamson. Παρουσιάζει την δεκαετία του 1920 στην Mayo Clinic, τα ποσοστά επιβίωσης αυτομοσχευμάτων και αλλογενή μοσχευμάτων σε σκύλους. Η υπόθεσής του περί μηχανισμών άμυνας του οργανισμού αναπτύσσει την νέα επιστήμη Ανοσολογία (Hamilton, 2012).

1959 - Ο Lillehei C.R. και οι συνεργάτες του επιτυγχάνουν μεταμόσχευση λεπτού εντέρου σε σκύλους (Lillehei, Goot, Miller, 1959).

2.1.3. Πειράματα μεταμοσχεύσεων σε ανθρώπους

Κατά τη διάρκεια πειραματισμού μεταμοσχεύσεων σε ζώα, διενεργείται ταυτοχρόνως πειραματισμός μεταμοσχεύσεων σε ανθρώπους.

1906 Mathieu Jaboulay – Ανεπιτυχής μεταμόσχευση νεφρού από ένα χοίρο και μια κατσίκα στον αγκώνα και βουβωνική χώρα σε δύο γυναίκες (Roosevelt, 2007).

1909 Ernst Unger – Ανεπιτυχής μεταμόσχευση νεφρού από γαϊδούρι σε γυναίκα (Hamilton, 2012).

1942 – 1943 Κατά χρονική περίοδο διεξαγωγής του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου διαπράχθηκαν με εγκληματικό τρόπο πειράματα σε ανθρώπους. Μέρη οστών, μυών και νεύρων αφαιρούνταν από τα θύματα με σκοπό τη μελέτη αναγέννησής τους, καθώς και μεταμοσχεύσεις οστών από ένα άνθρωπο σε άλλο. Τα πειράματα που διαπράχθηκαν καταδικάστηκαν από την διεθνή κοινότητα (United States Holocaust Memorial Museum⁴⁵).

1964 Hardy JD. - Μεταμόσχευση καρδιάς από χιμπαντζή σε άνθρωπο (Hardy, 1999).

1990 Thomas Starzl - μεταμοσχεύει σε δύο ασθενείς ήπαρ από μπαμπούνους (Cooper, 2012).

2.1.4. Χρονικό μεταμοσχεύσεων σε ανθρώπους

1905 - Ο Eduard Zirm, αυστριακός οφθαλμολόγος, διενήργησε την πρώτη επιτυχή μεταμόσχευση κερατοειδή χιτώνα, η όραση του ασθενή ήταν πλήρης (Σταυρουλάκης, 2011).

1908 – Jacques Louis Reverdin, πρώτη μεταμόσχευση δέρματος με αλλογενή μόσχευμα (Παπασταύρου, Καραμάνου, Καλλιέρη και συν. 2011).

⁴⁵ <http://www.ushmm.org/information/exhibitions/online-features/special-focus/doctors-trial/indictment/count-two#F>

1933 - Voronoy Yu Yu, ανεπιτυχής προσπάθεια μεταμόσχευσης νεφρού από πτωματικό δότη με ομάδα αίματος B+, σε λήπτη οργάνου με ομάδα αίματος O+ (Hamilton, 2012).

1947 – Charles Hufnagel, David Hume και Ernest Landsteiner, επιτυχής μεταμόσχευση νεφρού στη Βοστώνη. Η μεταμόσχευση αφορά γυναίκα λήπτη νεφρού από πτωματικό δότη, το μόσχευμα τοποθετήθηκε στο χέρι της ασθενούς (Hamilton, 2012).

1952 - Επιτυχής μεταμόσχευση νεφρού από ζώντα συγγενή δότη. Η επέμβαση διενεργήθηκε από τους Louis Michon, Nicolas Economos και Jean Vaysse στη Γαλλία. Το μόσχευμα λήφθηκε από μητέρα και λήπτης ήταν ο γιος της, ο οποίος απεβίωσε αργότερα καθώς δεν χρησιμοποιήθηκαν ανοσοκατασταλτικά μέτρα κατά την επέμβαση (Josep, 2007).

1954 – John Merrill (ως νεφρολόγος), Joseph Murray και Hartwell Harrison (χειρουργοί επέμβασης). Η πρώτη επιτυχής μεταμόσχευση νεφρού μεταξύ δίδυμων αδελφών. Η τεχνική που ακολουθήθηκε ήταν η τεχνική επέμβασης που διενεργήθηκε το 1952 στη Γαλλία και εφόσον είχαν αρχικά διενεργηθεί εξετάσεις που αφορούσαν την ομάδα αίματος, ταίριασμα μοσχεύματος δέρματος χωρίς απόρριψη και λεπτομερή μελέτη δακτυλικών αποτυπωμάτων. Ο λήπτης επιβίωσε επτά χρόνια έπειτα από τη μεταμόσχευση με έμφραγμα μυοκαρδίου (Josep, 2007).

1962- Μεταμόσχευση καρδιάς από πτωματικό δότη με μη πάλλουσα καρδιά από την ομάδα του Hume's, ο λήπτης επιβίωσε για 16 μήνες (Hume, Williams, White et al., 1966).

1963 – Thomas Starzl, επιτυχής διενέργεια μεταμόσχευσης ήπατος (Onaca, Goldstein, Levy et al., 2003).

1963 – James D. Hardy, η πρώτη επιτυχής μεταμόσχευση πνεύμονα. Διενεργήθηκε στις 12 Ιουνίου το 1963 στο πανεπιστήμιο του Μισισσιπή (Hardy, 1999).

1966 – Dr W. Nelly, R.C. Lillehei, F. Merkel, Y. Idezuki, η πρώτη μεταμόσχευση παγκρέατος σε συνδυασμό με μεταμόσχευση νεφρού σε διαβητικό ασθενή. Παρότι το μόσχευμα λειτούργησε για δύο μήνες, ο ασθενής δεν χρειάστηκε χορήγηση ινσουλίνης καθώς διατηρούσε ικανοποιητικά επίπεδα σακχάρου αίματος (Ortega, 2012).

1967 - Barnand Christian, διενεργείται στις 2 Δεκεμβρίου η πρώτη μεταμόσχευση καρδιάς από εγκεφαλικά νεκρή δώτρια, ο λήπτης οργάνου απεβίωσε 18 μέρες μετά τη

μεταμόσχευση έπειτα από πνευμονία οφειλόμενη σε κατάρρευση του ανοσοποιητικού του συστήματος. (Markovitz, 2010).

1967- Lillehei Watson C., η πρώτη μεταμόσχευση εντέρου σε γυναίκα από εγκεφαλικά νεκρό δότη, η ασθενής απεβίωσε λίγες ώρες μετά την επέμβαση. Έπειτα από αποδείξεις του Thomas Starzl στην ελάχιστη απόρριψη μοσχευμάτων όταν συνοδεύοντα από το ήπαρ, πραγματοποιήθηκε από τον David Grant μεταμόσχευση εντέρου – ήπατος στο Οντάριο του Καναδά και η ασθενής (γυναίκα 46 ετών) επιβίωσε για τρία χρόνια (Σιδέρης, Καραμάνου, Μπεκιάρη και συν. 2011).

Σημαντικοί σταθμοί αναφοράς στην επιτυχή διενέργεια των μεταμοσχεύσεων και των οποίων οι ανακαλύψεις και επιτεύγματα στην ιατρική επιστήμη και φυσιολογία τιμήθηκαν με το Βραβείο Νόμπελ αφορούν:

1976 - Jean Borel, ο οποίος ανακαλύπτει την ισχυρή ανοσοκατασταλτική δράση της Κυκλοσπορίνης A και η οποία χρησιμοποιείται μετέπειτα ως φάρμακο επιλογής στη μη απόρριψη του μοσχεύματος (Starzi, 2000).

1960 – Peter Medawar, Nobel Prize for Medicine and Physiology. Το βραβείο δόθηκε σχετικά με την ανοσολογική ανοχή, την ανίχνευση παρουσίας ή απουσίας αντιγόνων και που αφορούσαν τη μεταμόσχευση δέρματος.

1912 - Alexis Carrel. Το Βραβείο Νόμπελ απονεμήθηκε ως αναγνώριση του έργου του στη συρραφή αγγείων και στη μεταμόσχευση αιμοφόρων αγγείων και οργάνων.

1919 - Jules Bordet. Ανακαλύψεις σχετιζόμενες με την ανοσία των οργανισμών.

1930 - Karl Landsteiner. Ανακάλυψη των ομάδων αίματος του ανθρώπου.

1933 - Thomas Hunt Morgan. Ανακάλυψη σχετικά με το ρόλο που διαδραματίζουν τα χρωμοσώματα στην κληρονομικότητα.

1960 - Peter Brian Medawar, Sir Frank Mcfarlane. Ανακάλυψη επίκτητης ανοσολογικής ανοχής.

1990 - Murray E.J., Thomas E.D. Τιμήθηκαν για τις ανακαλύψεις τους σχετικά με τη μεταμόσχευση οργάνων και ιστών στη θεραπεία των ανθρωπίνων νοσημάτων.

(Nobelprize.org - http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/)

2.1.5. Κυπριακή και διεθνής πραγματικότητα μεταμοσχεύσεων

Η Κυπριακή νομοθεσία σχετικά με τη δωρεά οργάνων ολοκληρώθηκε το 2012 με σκοπό την εναρμόνιση της Κύπρου με τις Ευρωπαϊκές διατάξεις. Στην Κύπρο

διενεργούνται μεταμοσχεύσεις οργάνων στην Μεταμοσχευτική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας. Η λειτουργία της κλινικής άρχισε τον Ιανουάριο 2011 και οι πρώτες μεταμοσχεύσεις διενεργήθηκαν το Φεβρουάριο 2011. Η κλινική αποτελείται από έξι (6) κλίνες, δύο (2) εκ των οποίων στεγάζονται στη Νεφρολογική Κλινική και οι υπόλοιπες τέσσερις (4) στην Ουρολογική Κλινική. Σύμφωνα με στοιχεία που παρουσιάζονται από τη Μεταμοσχευτική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας για το έτος 2011, έγιναν 27 μεταμοσχεύσεις νεφρού (3 αφορούσαν μεταθανάτιους δότες) και το 2012 έγιναν 29 μεταμοσχεύσεις νεφρού (12 αφορούσαν μεταθανάτιους δότες). Τον Ιούνιο του 2012 διενεργήθηκε η πρώτη ταυτόχρονη μεταμόσχευση νεφρού – παγκρέατος (Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Ετήσια έκθεση 2012).

Τα στατιστικά στοιχεία που παρουσιάστηκαν στο ‘4th Journalist Workshop On Organ Donation And Transplantation’ που διεξήχθη στις 7 Οκτωβρίου 2013, αναφέρουν πως στις 31 Δεκεμβρίου 2012 στην Ευρωπαϊκή Ένωση, πέραν των 63,800 ασθενών τέθηκαν σε λίστες αναμονής οργάνων σε σχέση με το 2011 όπου ασθενείς σε λίστες αναμονής για μόσχευμα ήταν 61,500. Συγκεκριμένα:

- πέραν των 50,000 ασθενών ανάμεναν για μεταμόσχευση νεφρού
- πέραν των 6,800 ασθενών ανάμεναν για μεταμόσχευση ήπατος
- περίπου 3,400 ασθενείς ανάμεναν για μεταμόσχευση καρδιάς
- περίπου 2,000 ασθενείς ανάμεναν για μεταμόσχευση πνεύμονα
- περίπου 1,400 ασθενείς ανάμεναν για μεταμόσχευση παγκρέατος.

Το 2011 στην Ευρωπαϊκή Ένωση 5,500 ασθενείς απεβίωσαν ενώ βρισκόντουσαν σε λίστες αναμονής για μεταμόσχευση οργάνου και για το 2012 εκτιμήθηκε πως θα πέθαιναν 3,780 ασθενείς που βρίσκονται σε λίστες αναμονής για μεταμόσχευση (europa.eu, 2013).

Ο Πίνακας 2.1. παρουσιάζει δεδομένα από το διεθνή χώρο στη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων για το έτος 2012.

Πίνακας 2.1. Donation and Transplantation Activity, Year 2012, International Data

Χώρες rmp	Αριθμός Αποθ. Λοτών	Δωρεά Θανόντες Δότες	Νεφρός Πτωμ. Δότης	Νεφρός Εν Ζωή Δότης	Ήπαρ rmp	Καρδιά rmp	Πνεύμονας rmp	Πάγκρεας rmp	Λήπτες αριθμός
--------------	---------------------------	----------------------------	--------------------------	---------------------------	-------------	---------------	------------------	-----------------	-------------------

		ρμρ	ρμρ	Ρμρ (αριθμός)					
Γαλλία 63,5	1642	25,9	42,3	5,6 (357)	18,3	6,6	5,4	1,1	4846
Φινλανδία 5,4	108	20,0	34,8	2,0 (11)	9,6	4,3	5,0	1,5	301
Εσθονία 1,3	32	24,6	43,8	1,5 (2)	6,9	0,0	1,5	0,0	70
Δανία 5,6	76	13,6	24,5	13,8 (77)	8,6	4,6	5,4	0,0	317
Τσεχία 10,6	216	20,4	34,1	6,7 (71)	10,8	6,9	1,9	2,5	643
Κύπρος 1,1	4	3,6	4,5	21,8 (24)	N/A	N/A	N/A	0,9	29
Κροατία 4,4	153	34,8	50,5	2,0 (9)	29,1	10,0	0,0	1,8	400
Βουλγαρία 7,4	2	0,3	0,5	1,2 (9)	0,5	0,3	N/A	0,0	19
Βέλγιο 10,8	326	30,2	44,4	5,3 (57)	26,1	7,1	11,9	1,2	1014
Αυστρία 8,4	198	23,6	42,9	7,5 (63)	15,0	7,4	14,8	1,7	731
Μάλτα 0,4	12	30,0	20,0	2,5 (1)	N/A	0,0	N/A	N/A	9
Λουξ/ούργο 0,5	4	8,0	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Λιθουανία 3,3	41	12,4	23,0	3,6 (12)	4,5	2,7	0,9	0,0	114
Λετονία 2,2	38	17,3	29,5	2,3 (5)	0,0	0,5	0,0	0,0	71
Ιταλία 61,0	1337	21,9	26,1	3,2 (193)	16,4	3,8	1,9	1,1	3118
Ιρλανδία 4,6	78	17,0	28,5	7,0 (32)	10,9	2,2	3,0	0,2	237
Ουγγαρία 9,9	143	14,4	22,5	5,4 (53)	4,1	3,3		0,6	338
Ελλάδα 11,4	77	6,8	11,4	3,6 (41)	4,1	1,6	N/A	N/A	236
Γερμανία 82,0	1047	12,8	22,2	9,3 (766)	13,4	4,2	4,4	2,0	4370
Αγγλία 62,8	1164	18,5	29,7	16,4 (1032)	13,0	2,3	2,9	4,0	4091
Σουηδία 9,5	143	15,1	25,6	16,3 (155)	16,1	4,9	6,3	2,9	662
Ισπανία 46,8	1643	35,1	46,8	7,7 (361)	23,2	5,3	5,1	1,8	4099

Σλοβενία 2,0	47	23,5	31,0	0,0 (0)	13,5	14,0	0,0	0,0	117
Σλοβακία 5,5	71	12,9	23,6	0,5 (3)	5,3	3,6	0,0	0,0	182
Ρουμανία 21,4	65	3,0	5,8	2,5 (53)	3,5	0,1	0,0	0,0	254
Πορτογαλία 10,7	252	23,6	35,7	4,4 (47)	13,1	2,8	1,3	1,9	661
Πολωνία 38,3	615	16,1	28,6	1,3 (51)	8,6	2,1	0,4	1,1	1608
Ολλανδία 16,7	256	15,3	28,5	29,0 (485)	8,7	2,2	4,8	1,7	1232
Ελβετία 7,7	96	12,5	20,1	12,5 (96)	13,0	4,5	6,8	3,8	448
Ρωσία 142,7	412	2,9	5,2	1,4 (195)	1,7	0,9	0,0	0,2	1332
Τουρκία 74,5	345	4,6	7,0	32,0 (2381)	13,4	0,8	0,3	0,1	3999
Ην. Πολιτείες 315,8	8143	25,8	37,0	17,8 (5617)	19,8	7,6	5,6	0,3	27211
Καναδάς 34,7	542	15,6	24,5	13,6 (471)	14,1	5,0	5,6	2,1	2264
Αυστραλία 22,9	354	11,2	26,5	10,3 (237)	10,1	3,3	6,5	1,7	1293

Χώρες rmp	Αριθμός Αποθ. Δοτών	Δωρεά Θανόντες Δότες rmp	Νεφρός Πτωμ. Δότη rmp	Νεφρός Ζων Δότη rmp	Ήπαρ rmp	Καρδιά rmp	Πνεύμονας rmp	Πάγκρεας rmp	Λήπτες αριθμός
--------------	---------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	------------------------------	-------------	---------------	------------------	-----------------	-------------------

Πηγή: Europa.eu, Newsletter Transplant 2013 – GODT p.34-37.

http://ec.europa.eu/health/blood_tissues_organs/docs/ev_20131007_rd4_en.pdf

Ανά εκατομμύριο πληθυσμού – (P.M.P).- Population (million inhabitants)

Αριθμός Αποθανόντων Δοτών (συμπεριλαμβάνει δότες με εγκεφαλικό θάνατο και δότες με μη πάλλουσα καρδιακό ρυθμό) - Actual Deceased Organ Donors (including DBD & DCD)

Νεφρός Πτωματικοί Δότες – Kidney TX. from Deceased Donors

Νεφρός Εν Ζωή Δότες - Kidney TX. From living donors

Ήπαρ - Liver Total TX. - all combinations included

Καρδιά - Heart Total TX. - all combinations included

Πνεύμονας - Lung Total TX. - all combinations included

Πάγκρεας - Pancreas Total TX. - all combinations included

Λήπτες - Total number of recipients transplanted

Ο Πίνακας 2.1 παρουσιάζει δεδομένα από τη δραστηριότητα Ευρωπαϊκών χωρών και μη (Ηνωμένες Πολιτείες, Καναδάς, Αυστραλία, Τουρκία) σχετικά με τη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων για το έτος 2012. Συμπεριλαμβάνει ασθενείς που μεταμοσχεύτηκαν σύμφωνα με επίσημες συμφωνίες μεταξύ των χωρών καθότι σε ορισμένες χώρες δεν διενεργούνται μεταμοσχεύσεις συγκεκριμένων οργάνων και οι ασθενείς των χωρών μεταβαίνουν σε άλλες χώρες για να μεταμοσχευτούν. Παραδείγματος χάριν στην Κύπρο δεν διενεργούνται μεταμοσχεύσεις ήπατος και καρδιάς και οι ασθενείς της χώρας μεταμοσχεύονται σε άλλη χώρα έπειτα από μεταξύ τους συμφωνία, ανεβάζοντας το ποσοστό μεταμόσχευσης για την εν λόγω χώρα.

Ο αριθμός αποθανόντων δωτών σύμφωνα με τα δεδομένα του Πίνακα 2.1 ανέρχεται σε 19.682, ο αριθμός δωρεάς από ζώντα δότη νεφρού ανέρχεται σε 12.967 και ο αριθμός ληπτών οργάνου ανέρχεται σε 66.316.

Η Κύπρος σύμφωνα με τα δεδομένα του Πίνακα 2.1. παρουσιάζει ιδιαίτερα χαμηλό αριθμό στη δωρεά οργάνων από αποθανόντες δότες γεγονός που δύναται να οφείλεται στην ελλιπή ενημέρωση του πληθυσμού σε θέματα που άπτονται της δωρεάς οργάνων από εκλιπόντες δότες και στο μη ενεργό ρόλο του συντονιστή μεταμόσχευσης. Ωστόσο, η Κύπρος συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες παρουσιάζει ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό (ως προς το ποσοστό πληθυσμού) στη δωρεά νεφρού από δότη εν ζωή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Εν ζωή δότες οργάνων

Βασική προϋπόθεση εφαρμογής των μεταμοσχεύσεων αποτελούν οι δότες οργάνων, οι οποίοι κατηγοριοποιούνται σε ζώντες δότες και πτωματικούς δότες. Ανεξαρτήτως της κατηγορίας δοτών υπάρχουν διεθνείς και εγχώριες νομοθετικές διατάξεις καθώς και ηθικά, δεοντολογικά ζητήματα που διέπουν την μεταμόσχευση οργάνων. Η επιλογή του κατάλληλου δότη συμβάλει στη μεγιστοποίηση των πλεονεκτημάτων της μεταμόσχευσης οργάνων και στην ελαχιστοποίηση δυνητικών κινδύνων που δύναται να επέλθουν κατά τη μεταμοσχευτική διαδικασία.

Η εν ζωή δωρεά οργάνων σκοπεύει ως εναλλακτική θεραπευτική προσέγγιση να βελτιώσει την ποιότητα ζωής ατόμων που αναμένουν όργανο προς μεταμόσχευση, αυξάνοντας την ποσότητα διάθεσης οργάνων. Η κύρια πρόθεση μιας δυνητικής δωρεάς οργάνων από εν ζωή δότη είναι η συμπληρωματική και όχι η υποκατάσταση της δωρεάς οργάνων από πτωματικούς δότες (Vilardell & Gainza, 2007).

3.1. Νομοθετικό Πλαίσιο

Ο Π.Ο.Υ.⁴⁶ καθορίζει ως ζων δότη, *«το άτομο εν ζωή, από το οποίο κύτταρα, ιστοί ή όργανα έχουν απομακρυνθεί / αφαιρεθεί με σκοπό τη μεταμόσχευση»*. Ο ζων δότης δύναται να έχει μία εκ των δύο πιθανών σχέσεων με το λήπτη:

α1. Γενετικά συγγενική σχέση: όπου υπάρχει πρώτος βαθμός γενετικά συγγενικής σχέσης (περιπτώσεις δωρεάς γονέων προς παιδιά και μεταξύ αδελφών) και δεύτερος βαθμός γενετικά συγγενικής σχέσης (περιπτώσεις δωρεάς από παππού, γιαγιά, εγγόνι, θείους/ες, ξαδέλφια, ανίψια).

α2. Συναισθηματική σχέση: α. μη γενετικά συναισθηματική σχέση (περιπτώσεις συζύγων, πεθερικών, υιοθετημένων παιδιών και φίλων) και β. μη σχετιζόμενοι συναισθηματικά ή/και γενετικά δότες οργάνων (WHO - Global Glossary, 2009⁴⁷).

Το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο δημιούργησε μια σειρά συστάσεων σχετικά με τη εν ζωή δωρεά οργάνων, οι οποίες περιλαμβάνονται στο Επιπρόσθετο Πρωτόκολλο, το οποίο

⁴⁶ WHO – Global Glossary of terms and definitions on donation and transplantation. Σελίδα 12 (47)

<http://www.who.int/transplantation/activities/GlobalGlossaryonDonationTransplantation.pdf>

⁴⁷ Υποσημείωση 46.

εγκρίθηκε από την Επιτροπή Υπουργών στο Στρασβούργο το 2002 κατά την Σύμβαση ανθρωπίνων δικαιωμάτων και βιοιατρικής. Το δημιουργηθέν Επιπρόσθετο Πρωτόκολλο περιλαμβάνεται στον «Οδηγό για την ασφάλεια και τη διασφάλιση ποιότητας για τα όργανα, τους ιστούς και τα κύτταρα» και αναφέρει:

Άρθρο 9 – Γενικός Κανόνας: *«Η αφαίρεσης οργάνων και ιστών από εν ζωή άτομο, επιτρέπεται εφόσον δεν υπάρχει διαθέσιμο όργανο ή ιστός από αποθανόντα δότη και δεν υφίσταται καμία άλλη αποτελεσματικά θεραπευτική μέθοδος. Διενεργείται αποκλειστικά και μόνο προς όφελος του λήπτη».*

Άρθρο 10 – Δυνητικοί Δότες Οργάνων: *«Η αφαίρεσης οργάνου που πραγματοποιείται από ζων δότη προς όφελος του λήπτη προϋποθέτει τη μεταξύ τους στενή προσωπική σχέση όπως αυτή ορίζεται δια νόμου. Στην περίπτωση απουσίας της σχέσης αυτής, η αφαίρεσης επιτρέπεται σύμφωνα με τις νομοθετικές διατάξεις και την έγκριση αρμόδιας ανεξάρτητης αρχής».*

Άρθρο 11 – Αξιολόγηση των κινδύνων για το δότη: *«Η αφαίρεσης οργάνου δεν επιτρέπεται εφόσον διαπιστωθεί πως υπόκειται κίνδυνος για τη ζωή και την υγεία του δότη. Κατάλληλες ιατρικές εξετάσεις και παρεμβάσεις πρέπει να διενεργούνται προ της αφαίρεσης με σκοπό την αξιολόγηση και μείωση κινδύνων στην ψυχολογική και σωματική υγεία του δότη».*

Άρθρο 12 – Ενημέρωση δότη: *«Η κατάλληλη πληροφόρηση για το σκοπό, τη φύση, τους κινδύνους και τις συνέπειες αυτών, σχετικά με τη δωρεά πρέπει να γίνεται προ της αφαίρεσης του οργάνου. Ο δότης πρέπει να ενημερώνεται για τα δικαιώματά του, τις εγγυήσεις που του παρέχονται από το νόμο και να προστατεύεται. Ειδικότερα, ο δότης πρέπει να ενημερώνεται για το αναφαίρετο δικαίωμά του να ενημερωθεί για τους κινδύνους που διέπουν τη δωρεά και να συμβουλευθεί από ανεξάρτητο επαγγελματία υγείας μη σχετιζόμενο με τη δωρεά και τις διαδικασίες μεταμόσχευσης».*

Άρθρο 13 – Συναίνεση του ζώντος δότη: *«Αφαίρεσης οργάνου ή ιστού από ζώντα δότη μπορεί να διενεργηθεί εφόσον ο δότης έχει δώσει ελεύθερα και έπειτα από ενημέρωση ειδική συγκατάθεση γραπτώς ή σε επίσημο αρμόδιο σώμα. Ο δότης μπορεί να αποσύρει τη συγκατάθεσή του ελεύθερα οποτεδήποτε το αποφασίσει».*

Άρθρο 14 – Προστασία ατόμων μη ικανά να συναινέσουν στην αφαίρεση οργάνου ή ιστών: *«Η αφαίρεσης οργάνου ή ιστού δεν επιτρέπεται εφόσον το άτομο δεν είναι ικανό να συναινέσει όπως ορίζει το Άρθρο 13 του Πρωτοκόλλου. Κατ' εξαίρεση και σύμφωνα με το νόμο, η αφαίρεση από δότη μη ικανό να συναινέσει δύναται να επιτραπεί στις περιπτώσεις όπου 1. δεν υπάρχει συμβατός δότης με ικανότητα να συναινέσει, 2. ο*

λήπτης είναι αδελφός/ή του δότη, 3. η δωρεά δύναται να αποβεί σωτήρια για το λήπτη, 4. έχει δοθεί γραπτή συγκατάθεση από αντιπρόσωπο του δότη ή αρμόδια αρχή / οργανισμό που εγκρίθηκε νομικά από αρμόδιο φορέα, 5. ο πιθανός δότης δεν φέρει καμία αντίρρηση».

Άρθρο 15 – Αφαίρεση κυττάρων από ζώντα δότη: «Ο νόμος σχετικά με τις διατάξεις του άρθρου 14 (εξαιρέσεις 2, 3), δύναται να μην εφαρμοσθούν εάν αποδειχθεί πως η αφαίρεση οργάνου ή ιστού συνεπάγεται ελάχιστο κίνδυνο και ελάχιστη επιβάρυνση για το δότη» (Council of Europe, 2002⁴⁸).

Η Κυπριακή νομοθεσία Νόμος 127(1)2012, αποσαφηνίζει ως ζων δότη⁴⁹ «το συγγενή εξ' αίματος μέχρι τρίτου βαθμού με το λήπτη ή πρόσωπο που έχει στενή προσωπική σχέση με το λήπτη». Συμπληρωματικά, αποσαφηνίζεται ο όρος στενή προσωπική σχέση⁵⁰ ως «η σχέση που διαπιστώνεται από το Συμβούλιο Μεταμοσχεύσεων ότι υπάρχει μεταξύ δότη και λήπτη και η οποία δικαιολογεί την ανιδιοτελή προσφορά του δότη προς το λήπτη». Οι διατάξεις του παρόν νόμου⁵¹ ακολουθούν τις νομοθετικές διατάξεις του Επιπρόσθετου Πρωτοκόλλου του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου με προσθήκη άρθρων που διέπουν τη δωρεά από ζώντα δότη:

Άρθρο 13(2): «Η δωρεά ανθρωπίνου οργάνου γίνεται εθελοντικά, άνευ όρων, απαγορεύεται η παραχώρηση αμοιβής ή ανταλλάγματος».

Άρθρο 13(3): «Η παραχώρηση αποζημίωσης στο δότη επιτρέπεται στην περίπτωση που ο δότης αιτηθεί για αποζημίωση και αφορά μόνο αποζημίωση ως αντιστάθμισμα των δαπανών και εξόδων που σχετίζονται με τη δωρεά. Η αποζημίωση αφορά περίοδο τριών (3) μηνών».

Άρθρο 15(2): «Η επιλογή δωρεάς από ζώντα δότη εφαρμόζεται με βάση γραπτού πρωτοκόλλου διαδικασίας και ο δότης επιλέγεται από ειδικά καταρτισμένους και ικανούς επαγγελματίες υγείας που έχουν εξετάσει το ιατρικό και ψυχολογικό ιστορικό του δότη».

Άρθρο 16: «Τηρείται μητρώο ζώντων δοτών, το οποίο επικαιροποιείται ετησίως με καταγραφή επιπλοκών σχετικά με τη δωρεά που πιθανόν να εμφανιστούν σε μεταγενέστερο χρόνο».

⁴⁸ Appendix 5 – Additional protocol to the convention of human rights and biomedicine, on transplantation of organs and tissues of human origin. Σελίδα 87-95.

http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/GuideSecurity2_en.pdf

⁴⁹ Νόμος 127(1)2012, σελίδα 6. http://www.cylaw.org/nomoi/arith/2012_1_127.pdf

⁵⁰ Νόμος 127(1)2012, σελίδα 7. http://www.cylaw.org/nomoi/arith/2012_1_127.pdf

⁵¹ Νόμος 127(1)2012 σελίδα 16-18. http://www.cylaw.org/nomoi/arith/2012_1_127.pdf

Άρθρο 17: «*Η κατάσταση υγείας των ζώντων δοτών παρακολουθείται σε ετήσια βάση για διαπίστωση επιπλοκών στην υγεία του δότη που σχετίζονται με τη δωρεά και για αναφορά πιθανού συμβάντος που σχετίζεται με το μεταμοσχευθέν όργανο, θέτοντας σε κίνδυνο την ασφάλεια του δότη*».

Άρθρο 18: «*Το κράτος υποχρεούται σε καταβολή αποζημίωσης στο δότη ή στους δικαιούχους του στην περίπτωση αναπηρίας ή θανάτου του δότη, στην περίπτωση που προκλήθηκαν έπειτα από τη δωρεά ή κατά τις προκαταρκτικές εξετάσεις*».

3.2. Ηθικά ζητήματα και απόφαση συναίνεσης για δωρεά

Οι ζώντες δότες αποτελούνται από άτομα εν ζωή που οικειοθελώς αποφασίζουν να δωρίσουν όργανά τους σε συνανθρώπους τους. Βασικά ερωτήματα που αναδείχθηκαν στη δωρεά οργάνων από εν ζωή δότη, αφορούν στο ποιος μπορεί να θεωρηθεί ζων δότης, ποια κίνητρα ωθούν τους ανθρώπους στη δωρεά, ποιο το ρίσκο έναντι οφέλους μεταξύ δότη και λήπτη και ποια η ισορροπία που πρέπει να υφίσταται στη σχέση δωρεάς οργάνων και μεταμόσχευσης. Επικρατέστερες απόψεις στην υπεράσπιση των ζωντανών δοτών αφορούν την ομάδα δοτών συναισθηματικά σχετιζόμενων με το λήπτη ως βασικό κίνητρο της ηθικότητας του δότη να βοηθήσει αγαπημένο του πρόσωπο είτε υπάρχει είτε όχι γενετικά συγγενική σχέση, η οποία δέχθηκε δριμύτατη κριτική ως εξαναγκασμός του ατόμου από την οικογένειά του στη δωρεά ή και προσωπικός ψυχαναγκασμός στη διενέργεια πράξης που ενώ δεν θέλει την πράττει από φόβο. Η άποψη της ερμηνείας ως μη αμφισβητήσιμη αλτρουιστική πράξη και πράξη δωρεάς, αποκαλούμενη και «*πράξη του καλού Σαμαρείτη*», δέχθηκε σωρεία αμφισβητήσεων καθότι τα κίνητρα δωρεάς σε άγνωστο άτομο πιθανών να αποτελούν ένδειξη ψυχο-κοινωνικής ασθένειας, πιθανόν να πηγάζουν από οικονομικά κίνητρα, να αποτελούν είδος προσωπικής διαφήμισης του δότη και να προέρχονται από καθαρά εγωιστικά κίνητρα καθότι η πράξη από μόνη της προσφέρει ευχαρίστηση μη συμβαδίζοντας με την έννοια του αλτρουισμού. (Vilardell & Gainza, 2007. Fortin, Dion-Labrie, Hebert, et al., 2010).

Η συναίνεση δωρεάς, ο τρόπος εξασφάλισής της και οι παράγοντες που επηρεάζουν στην απόφαση για συναίνεση αποτελούν μέρος της συζήτησης που αφορά στη δωρεά οργάνων από ζωντανό δότη. Η συναίνεση δωρεάς αφορά στην αυτονομία του ατόμου και αποτελεί μέρος έκφρασής της. Οι Beauchamp & Childress (2001), θεωρούν την αυτονομία του ατόμου ως έννοια αυτοδιαχείρισης, δικαίωμα ελευθερίας,

ιδιωτικότητας, προσωπικής επιλογής, ελευθερία της βούλησης και η οποία ως προσωπικός κανόνας του ατόμου δεν πρέπει να επιδέχεται έλεγχο από άλλα άτομα ή περιορισμούς. Η αυτονομία του ατόμου στην απόφαση συναίνεσης απαιτεί τη διαπίστευση ύπαρξης βασικών σημείων τα οποία καθορίζονται από τους Συγγραφείς για τους ζωντανούς δωρητές οργάνων – Ομάδα Συναίνεσης⁵² και από το University Health Network στο Πρόγραμμα Βιοηθικής του (2008) ως εξής:

1. Ικανότητα: *«η ικανότητα του ατόμου να αντιλαμβάνεται τη φύση της δωρεάς και τους κινδύνους που συνεπάγεται. Η ικανότητα του ατόμου να κατανοήσει τις πληροφορίες που του δίνονται, συνεπάγεται την παράθεση των πληροφοριών στη γλώσσα και στο μορφωτικό επίπεδο του δότη».*
2. Παράθεση: *«όλων των σχετικών πληροφοριών (χρονοδιάγραμμα, κίνδυνοι, οφέλη) στο δότη κατά τη διάρκεια όλης της διαδικασίας».*
3. Εθελοντισμός: *«η εκούσια συναίνεση του δότη πρέπει να σημειώνεται σε όλες τις φάσεις της διαδικασίας».*
4. Τεκμηρίωση: *«η ενυπόγραφη δήλωση συναίνεσης από το δότη και τη μεταμοσχευτική ομάδα. Οι πληροφορίες που αφορούν το δότη οφείλουν να παραμένουν εμπιστευτικές».*

Η έννοια της αυτονομίας και τα σημεία διαπίστευσης στην απόφαση συναίνεσης με σκοπό τη δωρεά οργάνων συνδέονται άμεσα με τη δωρεά από ζώντα δότη καθότι η μη αυτόνομη επιλογή δεν κρίνεται ως ηθικά επιτρεπτή (Watson–Moss, Taylor, Nolan, et al. 2005).

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την αυτονομία στην απόφαση συναίνεσης σύμφωνα με τους Nolan, Watson–Moss, Taylor, et al., (2004) και τους Lennerling, Meyer, Nyberg, et al., (2003), χωρίζονται σε επτά (7) κατηγορίες:

1. Επιθυμία να βοηθήσουν
2. Προσωπικό όφελος
3. Ταύτιση με το λήπτη
4. Αίσθημα ενοχής
5. Άσκηση πίεσης από άλλους
6. Θρησκευτικά κίνητρα
7. Αυτοεκτίμηση.

⁵² The Authors for the Live Organ Donor Consensus Group (2000).
https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/jama_article.pdf

Επιπρόσθετα, επισημαίνουν πως η στενή οικογενειακή σχέση μεταξύ δότη και λήπτη και η επί καθημερινής βάσεως μεταξύ τους αλληλεπίδραση, αυξάνει την ικανοποίηση του δότη σχετικά με τη μεταμοσχευτική εμπειρία. Η απόφαση συναίνεσης μπορεί να αποτελεί προσπάθεια του δότη να αντισταθμίσει παλαιότερες αδικίες, να ικανοποιήσει αισθήματα ενοχής και να αποκαταστήσει οικογενειακούς δεσμούς μέσω τη δωρεάς οργάνου. Ο εξαναγκασμός προς δωρεά δύναται να αποτελεί μέσο διατήρησης και ενδυνάμωσης των οικογενειακών δεσμών. Οι κοινωνικό-πολιτισμικές τάσεις εμπλέκονται στη δωρεά οργάνων από εν ζωή δότη, όπου η κοινωνική παραδοχή δύναται να σε καθιστά υπόχρεο στην πράξη της δωρεάς την οποία θεωρεί ως δώρο αναντικατάστατο. Η διαφορά πρόθεσης στην εν ζωή δωρεά φαίνεται να επηρεάζεται από το φύλο. Οι γυναίκες εμφανίζονται περισσότερο θετικές στην δωρεά οργάνου αποδεικνύοντας τη συσχέτιση της δωρεάς ως επέκταση των οικογενειακών υποχρεώσεων τους, ενώ οι άνδρες είναι θετικοί σε μικρό ποσοστό (6,5%) το κίνητρο των οποίων σχετίζεται με αισθήματα αυτοεκτίμησης. Οι πνευματικές πεποιθήσεις των ατόμων διακρίνονται σε θρησκευτικές και σε φιλοσοφικές επί της άποψης για τη ζωή και τη διάσταση του ατόμου.

Τα ηθικά διλήμματα που διαχρονικά εμφανίστηκαν και παραμένουν βασικά θέματα συζήτησης σχετικά με τη δωρεά οργάνων από εν ζωή δότες, έχουν εν μέρη καταλαγιάσει ως αποτέλεσμα της μειωμένης προσφοράς οργάνων από διαφορετικές πηγές, συγκριτικά με τη συνεχή αύξηση ζήτησης οργάνων για μεταμόσχευση, καθώς και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ληπτών και εν συνεχεία των οικογενειών τους. Τα όργανα που δύναται να μεταμοσχευτούν από ζωντανό δότη είναι ο νεφρός μέρος του ήπατος και ο πνεύμονας.

3.3. Μεταμόσχευση νεφρού από ζων δότη

Η μεταμόσχευση νεφρού σε ασθενείς με τελικού σταδίου νεφρική νόσο έχει αποδειχθεί σωτήρια ως διαδικασία επιλογής, βελτιώνοντας ταυτοχρόνως την ποιότητα ζωής των ληπτών μακροπρόθεσμα, συγκριτικά με τη ποιότητα ζωής ασθενών που παραμένουν σε θεραπεία αιμοκάθαρσης (Wolfe, Ashby, Milford, et al., 1999). Τα πλεονεκτήματα μεταμόσχευσης νεφρού από εν ζωή δότη είναι εμφανές, καθότι ως γρηγορότερος τρόπος μεταμόσχευσης αποδίδει σε καλύτερη μακροπρόθεσμα επιβίωση. Επιπλέον, πλεονεκτεί στην τεχνική διενέργειας λαπαροσκοπικής νεφρεκτομής και στην υπερπήδηση βιολογικών εμποδίων όπως η

ασυμβατότητα HLA και ABO⁵³ και η ασυμβατότητα έπειτα από δοκιμασία ιστικής διασταύρωσης (Davis & Delmonico, 2005). Σύμφωνα με τους Meier-Kriesche, Schold, Srinivas, et al. (2004), οι θάνατοι από καρδιαγγειακή νόσο αποτελούν το μεγαλύτερο μέρος θνησιμότητας των ασθενών που παραμένουν σε θεραπεία αιμοκάθαρσης, ενώ η μεταμόσχευση νεφρού παρουσιάζεται να επιφέρει μακροχρόνια μείωση της εξέλιξης της καρδιαγγειακής νόσου και της θνησιμότητας από αυτή.

Η επιλογή του κατάλληλου δότη αποτελεί το βασικό κλειδί επιτυχίας στη μεταμόσχευση νεφρού από εν ζωή δότη. Απαιτείται προσεκτική και λεπτομερής καταγραφή όλων των απαιτούμενων πληροφοριών καθώς και η αυστηρή ακολουθία των διαδικασιών. Οι αποδεκτές κατευθυντήριες οδηγίες σχετικά με την επιλογή και εκτίμηση του δότη επικεντρώνονται στη σημαντικότητα σωστής ενημέρωσης. Η πληροφόρηση εμπεριέχει τη συμβουλευτική καθοδήγηση του πιθανού δότη σε θέματα που αφορούν τη φύση των διαδικασιών διαλογής και εκτίμησης (συμπεριλαμβανομένου πλήρους και ενημερωμένης συγκατάθεσης καθώς και των νομικών απαιτήσεων που συνεπάγονται της δωρεάς), τη χειρουργική διαδικασία (συμπεριλαμβανομένου των κινδύνων νοσηρότητας και θνησιμότητας), τη φάση αποκατάστασης (κοινωνικές, συναισθηματικές, οικονομικές συνέπειες) και τις μακροχρόνιες συνέπειες που δύναται να εμφανιστούν. Η εκτίμηση δότη περιλαμβάνει ψυχολογική και σωματική εκτίμηση. Ο πιθανός δότης πρέπει να είναι κατά κανόνα ελεύθερος της οποιας διανοητικής ή ψυχικής ασθένειας, ωστόσο παρατηρούνται αποκλίσεις που σχετίζονται με τις νομοθετικές διατάξεις των χωρών με βασική προϋπόθεση να μην αποτελούν κίνδυνο για το λήπτη (Line P.D. 2007. Council of Europe, 2002⁵⁴).

Η διαλογή και κλινική εκτίμηση του πιθανού εν ζωή δότη νεφρού παρουσιάζεται στον Πίνακα 3.1.

Πίνακας 3.1. Διαλογή και κλινική εκτίμηση εν ζωή δότη νεφρού.

Διαλογή	Κλινική Εκτίμηση
Προκαταρκτική	<ul style="list-style-type: none"> Γρήγορη αναγνώριση προφανών αντενδείξεων.

⁵³ Ομάδες Αίματος - ABO

⁵⁴ Guide to safety and quality assurance for organs, tissues and cells
http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/GuideSecurity2_en.pdf

<p>Διαλογή</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Απουσία κινήτρου. • Απουσία εμφανούς ψυχιατρικής νόσου. • Απουσία ιατρικής αντένδειξης (αρτηριακή υπέρταση, καρδιακή νόσος, κακοήθης ασθένεια, σακχαρώδης διαβήτης). • Διαπίστευση συμβατότητας. • Ομάδα Αίματος (ABO) και Έλεγχος ιστοσυμβατότητας HLA (HLA typing).
<p>Κλινική Εξέταση</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Στεφανιαία νόσος και καρδιαγγειακοί παράγοντες κινδύνου. • Προηγούμενη Νεφρική Νόσος και πέτρες ουρητήρων. • Αρτηριακή Πίεση $\leq 140/90$ ή 24ωρη καταγραφή Αρτηριακής Πίεσης $\leq 137/87$. • Δείκτης Μάζας Σώματος ≤ 30. • Κακοήθης ασθένειες ιδιαίτερα του μαστού, προστάτη και παχέος εντέρου. • Κακοήθης ασθένειες με αυξημένο ποσοστό πιθανότητας μετάστασης. • Ιστορικό θρομβοεμβολικών επεισοδίων ή αιμορραγικής ασθένειας.
<p>Εκτίμηση Νεφρικής Λειτουργίας</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ρυθμός Σπειραματικής Διήθησης (GFR) ≤ 79 ml/min. • Ραδιονουκλιδική απεικόνιση (στις περιπτώσεις όπου η λειτουργία του ενός νεφρού υπολειτουργεί σε σημαντικό βαθμό. από τον άλλο νεφρό).
<p>Δοκιμασίες Πνευμονικής Λειτουργίας</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Έλεγχος ζωτικής χωρητικότητας. • Εκπνεόμενος όγκος σε ένα δευτερόλεπτο (FEV 1) ή και μέγιστη εκπνευστική ροή (PEF).
<p>Δοκιμασίες Καρδιακής Λειτουργίας</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ηλεκτροκαρδιογράφημα. • Τεστ Κοπώσεως για δότες ηλικίας ≥ 40 ετών. • Απεικονιστική νουκλεοτιδική απεικόνιση ή και Υπερηχογράφημα καρδιάς υπό πίεση (stress echocardiography). στις περιπτώσεις αυξημένου καρδιαγγειακού κινδύνου.

	<ul style="list-style-type: none"> • 24ωρη παρακολούθηση Αρτηριακής Πίεσης.
Απεικονιστικές Εξετάσεις	<ul style="list-style-type: none"> • Ακτινογραφία Θώρακος. • Αξονική Αγγειογραφία με αρτηριακή φάση, φάση παρεγχύματος, απεκκριτική φάση. • Υπερηχογράφημα για διαπίστωση ύπαρξης ή όχι νεφρικών κυστών. • Μαγνητική Τομογραφία (διενεργείται μόνο εάν ζητηθεί από το μεταμοσχευτικό κέντρο).
Εργαστηριακές Εξετάσεις	<ul style="list-style-type: none"> • Ομάδα Αίματος (ABO) - Ομάδα Ρέζους (Rh) – Έλεγχος αντιγόνων HLA (Human Leukocyte Antigen typing). • Ιογενή ορολογικές εξετάσεις (HIV, HBV, HCV, CMV, EBV, Syphilis, Τοχοπλάσμα) * Θετική εξέταση ιού HIV, HBV, Syphilis αποτελεί απόλυτη αντένδειξη. • Γενικές Εξετάσεις (Αιματολογία, Νεφρική και Ηπατική Λειτουργία). <p>Διπλότυπη Εξέταση Ούρων (Μικροσκοπική, Μικροβιολογική, Δείκτη για Ανθρώπινη Λευκοματίνη (Αλβουμίνες), Αίμα, Σάκχαρο.</p>
Εξέταση από ομάδα επαγγελματιών υγείας	<ul style="list-style-type: none"> • Φυσιοθεραπευτής • Κοινωνικός Λειτουργός • Ψυχολόγο ή Ψυχίατρο (όπου ενδείκνυται) • Σχετικούς ιατρούς υπο-ειδικοτήτων στις περιπτώσεις άλλων παθολογικών ευρημάτων

Πηγή: Line P.D. 2007 σελ.251-253. Council of Europe, 2002.

Οι διαδικασίες διαλογής και αξιολόγησης του πιθανού δότη διενεργούνται σε μονάδες με κατάλληλο ιατρό-τεχνολογικό εξοπλισμό και από ομάδες έμπειρων επαγγελματιών (Council of Europe, 2002).

Τα πλεονεκτήματα της μεταμόσχευσης νεφρού από εν ζωή δότη δεν αφορούν μόνο τον λήπτη αλλά και το Εθνικό Σύστημα Υγείας, καθότι μπορεί να επιφέρει γρηγορότερη εξοικονόμηση χρημάτων. Η οικονομική αποτίμηση στο Σύστημα Υγείας που προσφέρει η μεταμόσχευση νεφρού από ζωντανό δότη θα επιτρέψει την

προοπτική εξοικονόμησης χρημάτων, καθότι παρουσιάζεται ιδιαίτερα αποδοτική ως θεραπεία σε ασθενείς με τελικού σταδίου νεφρική νόσο. Σύμφωνα με τα στατιστικά δεδομένα του Ηνωμένου Βασιλείου που δόθηκαν τον Οκτώβριο 2009:

- Ασθενείς σε περιτοναϊκή κάθαρση (ποσοστό 24%) → Κόστος £17,500 ανά ασθενή το χρόνο.
- Ασθενείς σε αιμοδιάλυση εντός νοσοκομείου (ποσοστό 76%) → Κόστος £35,000 ανά ασθενή το χρόνο.
- Μέσος όρος δαπανών για αιμοκάθαρση → Κόστος £30,800 ανά ασθενή το χρόνο.
- Μεταμόσχευση Νεφρού → Κόστος £17,000 ανά ασθενή ανά μεταμόσχευση.
- Φαρμακευτική αγωγή Ανοσοκαταστολής για μεταμόσχευση → Κόστος £5,000 ανά ασθενή το χρόνο.

Σύμφωνα με την ανάλυση κόστους-οφέλους η μεταμόσχευση νεφρού σε σύγκριση με τη κάθαρση επιφέρει οικονομικό όφελος της τάξης του ποσού των £25,800 ετησίως ανά μεταμοσχευμένο άτομο για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) του Ηνωμένου Βασιλείου, από το οποίο δαπανείται το 3% του προϋπολογισμού του σε υπηρεσίες που αφορούν τη νεφρική ανεπάρκεια (NHS Blood and Transplant, 2009⁵⁵).

⁵⁵ Fact sheet, Cost-effectiveness of transplantation
https://nhsbtmediaservices.blob.core.windows.net/organ-donation-assets/pdfs/Organ_Donation_Registry_Fact_Sheet_7_21337.pdf

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Πτωματικοί δότες οργάνων

4.1. Δότες οργάνων έπειτα από εγκεφαλικό θάνατο.

Η διάθεσης οργάνων για μεταμόσχευση αφορά στην πλειονότητα όργανα προερχόμενα από δότες με διάγνωση εγκεφαλικού θανάτου (DBD – Donors Brain Death). Ο θάνατος του ανθρώπου, βιολογικά αποτελεί μια εξελικτική διαδικασία κατά την οποία η λειτουργία διαφόρων οργάνων σταδιακά φθείρει, επιφέροντας τη τελική μη αναστρέψιμη λειτουργία των κυττάρων. Η καταγραφή του θανάτου ενός ατόμου απαιτεί όχι μόνο την βιολογική διαπίστωση του θανάτου με σαφή καταγραφή των αιτιών θανάτου αλλά και την ώρα θανάτου (Dominguez-Roldan, Gonzalez, Alfaro, 2007). Στην περίπτωση διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου η ώρα θανάτου καταγράφεται έπειτα από την ολοκλήρωση των δοκιμασιών διαπίστωσης εγκεφαλικού θανάτου, σύμφωνα με τα νομοθετικά εγχώρια και διεθνές κριτήρια διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου.

4.1.1. Εγκεφαλικός θάνατος

Ο πλέον αποδεκτός ορισμός για τον εγκεφαλικό θάνατο αφορά στον ορισμό που έχει αποδοθεί από τον Π.Ο.Υ. ως *«Η μη αναστρέψιμη παύση των εγκεφαλικών λειτουργιών και της λειτουργίας του εγκεφαλικού στελέχους, που χαρακτηρίζεται από την απουσία ηλεκτρικής δραστηριότητας στον εγκέφαλο, αιματικής ροής προς τον εγκέφαλο, και λειτουργία του εγκεφάλου όπως προσδιορίζεται με την κλινική εκτίμηση των αποκρίσεων. Εγκεφαλικά νεκρός άνθρωπος είναι νεκρός, αν και καρδιοπνευμονική λειτουργία του μπορεί να διατηρηθεί τεχνητά για μια χρονική περίοδο»* (WHO – Global Glossary, 2009⁵⁶).

Ο εγκεφαλικός θάνατος ορίζεται κλινικά με τρεις αποδεκτούς διεθνώς τρόπους:

α) Εγκεφαλικός θάνατος στο σύνολο του εγκεφάλου. Αποτελεί το πιο διαδεδομένο τρόπο διάγνωσης και αφορά τη μη αναστρέψιμη παύση όλων των νευρολογικών λειτουργιών των ημισφαιρίων του εγκεφάλου και του εγκεφαλικού στελέχους.

⁵⁶ WHO – Global Glossary of terms and definitions on donation and transplantation. Σελίδα 8 (7)
<http://www.who.int/transplantation/activities/GlobalGlossaryonDonationTransplantation.pdf>

β) Θάνατος στελέχους του εγκεφάλου. Αφορά στη μη αναστρέψιμη απώλεια ικανότητας διατήρησης συνείδησης και επίγνωσης καθώς και στη απώλεια ικανότητας διατήρησης αυτόματης αναπνοής. Η διάγνωση εγκεφαλικού θανάτου βασίζεται στη κλινική εξέταση απουσίας των λειτουργιών του εγκεφαλικού στελέχους.

γ) Θάνατος φλοιού του εγκεφάλου. Ορίζει την απώλεια μη αναστρέψιμης συνείδησης, επίγνωσης που παραμένει έπειτα από έντονα ερεθίσματα διέγερσης. Η διάγνωση αφορά μόνο στη κλινική εξέταση για απόδειξη απώλειας ανώτερων ψυχικών και γνωσιακών λειτουργιών⁵⁷ (Jonsen, Veatch, Walters, 1998. Lazar, Shemie, Webster, et al. 2001. Smith, 2015).

Η διάγνωση εγκεφαλικού θανάτου σύμφωνα με τον Wijdicks (1995), διενεργείται μόνο εάν έχει διαπιστωθεί η αιτία που προκάλεσε το κώμα και εξακριβώθηκε η απουσία των παραγόντων που δύναται να μιμηθούν εγκεφαλικό θάνατο. Ο Πίνακας 4.1. παρουσιάζει τις βασικές προϋποθέσεις που πρέπει να υφίστανται πριν διενεργηθεί η διάγνωση εγκεφαλικού θανάτου.

Πίνακας 4.1. Βασικές Προϋποθέσεις Διάγνωσης Εγκεφαλικού Θανάτου

Βασικές Προϋποθέσεις Διάγνωσης Εγκεφαλικού Θανάτου	
Κώμα άγνωστης αιτιολογίας	<ul style="list-style-type: none"> • Διαπίστωση πιθανής αιτίας που προκάλεσε το κώμα.⁵⁸ • Κλινική εξέταση, Απεικονιστική εξέταση εγκεφάλου, Εξέταση εγκεφαλονωτιαίου υγρού.
Διαπίστωση παραγόντων που μιμούνται εγκεφαλικό θάνατο.	<ul style="list-style-type: none"> • Σοβαρή υποθερμία. • Τοξικότητα φαρμάκων. • Χορήγηση κατασταλτικών φαρμάκων. • Χορήγηση νευρομυϊκών αποκλειστών. • Σοβαρές ηλεκτρολυτικές διαταραχές. • Σοβαρή διαταραχή οξεοβασικής ισορροπίας.

⁵⁷ Αφορά στις λειτουργίες σκέψη, νόηση, αντίληψη, δημιουργία αισθημάτων. Jonsen, Veatch, Walters, (1998), Chapter 3, pp.126.

⁵⁸ Αιτίες που πιθανόν να προκαλέσουν κώμα είναι εγκεφαλική κάκωση, όγκος εγκεφάλου, ανοξία εγκεφάλου μετά από αναπνευστική ή/και καρδιακή ανακοπή (Harvard Ad Hoc Committee Medical School Report, 1968).

Πηγή: Wijdicks (1995), pp. 1004-1005.

Η νομοθεσία της Κύπρου - Νόμος 127(1)2012⁵⁹, χρησιμοποιεί για διαπίστωση του εγκεφαλικού θανάτου το θάνατο του εγκεφαλικού στελέχους. Καθορίζει ως εγκεφαλικό θάνατο «την παρουσία σημείων που συνάδουν με οριστική και μη αναστρέψιμη απουσία όλων των αντανακλαστικών του εγκεφαλικού στελέχους, τα οποία διαπιστώνονται από το πρωτόκολλο διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου». Το πρωτόκολλο διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου που έχει εγκριθεί από το Υπουργείο Υγείας Κύπρου, βασίζεται στα διεθνώς επικρατούντα επιστημονικά δεδομένα (Παράρτημα Α.1.)

Τα διεθνώς επικρατούντα επιστημονικά δεδομένα με τα οποία γίνεται η διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.2. Η διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου, προϋποθέτει τη νοσηλεία του ασθενούς σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) και απαιτεί τη διενέργεια επαναληπτικής κλινικής αξιολόγησης για διαπίστωση εγκεφαλικού θανάτου τουλάχιστον έξι (6) ώρες από την πρώτη αξιολόγηση. Οι ιατροί που δύναται να διαπιστώσουν εγκεφαλικό θάνατο, ορίζονται σύμφωνα με τις νομοθετικές διατάξεις των χωρών. Η νομοθεσία της Κύπρου, Νόμος 127(1)2012⁶⁰, απαιτεί όπως η διαπίστωση εγκεφαλικού θανάτου γίνεται από δύο ειδικούς ιατρούς (εντατικολόγο, πνευμονολόγο, γενικό παθολόγο, καρδιολόγο, αναισθησιολόγο, νευρολόγο, νευροχειρουργό) και οι οποίοι δεν πρέπει να έχουν ουδεμία σχέση με ζητήματα μεταμόσχευσης οργάνων.

Πίνακας 4.2. Κλινική Εξέταση Διάγνωσης Εγκεφαλικού Θανάτου

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ	
Εξέταση	Σημεία Προσοχής
A) Κινητική απόκριση άκρων σε ισχυρό ερέθισμα.	→ Διαπίστωση απουσίας συνδρόμων Guillain Barre και Locked in (LIS) – μίμηση εγκεφαλικού θανάτου. → Διαπίστωση απουσίας παραγόντων που μιμούνται εγκεφαλικό θάνατο (Πίνακας 2.2.)

⁵⁹ Μέρος V Αφαίρεση οργάνων μετά θάνατον, Κριτήρια θανάτου 21 (1) - (2), σελίδα 20

http://www.cylaw.org/nomoi/arith/2012_1_127.pdf

⁶⁰ Υποσημείωση 59.

	<p>→ Αυτόματη κινητική απόκριση νωτιαίου μυελού (Σημείο Λαζάρου), κατά τη δοκιμασία άπνοιας ή έπειτα από σοβαρά επεισόδια υπότασης και ανοξαιμίας εγκεφάλου.</p>
<p>B) Αντανακλαστικά εγκεφαλικού στελέχους.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Οφθαλμοκεφαλικό αντανακλαστικό - κινήσεις οφθαλμών κούκλας. (έλεγχος 3^{ης}, 4^{ης}, 11^{ης} εγκεφαλικής συζυγίας). • Αντανακλαστικό κόρης στο φως. (φωτοκινητικό). (έλεγχος 2^{ης}, 3^{ης} εγκεφαλικής συζυγίας). • Αντανακλαστικό κερατοειδούς. (έλεγχος 5^{ης}, 7^{ης} εγκεφαλικής συζυγίας). • Αιθουσο-οφθαλμικό αντανακλαστικό. → έλεγχος 3^{ης}, 5^{ης}, 8^{ης} εγκεφαλικής συζυγίας. • Αντανακλαστικές κινήσεις προσώπου σε ισχυρό ερέθισμα. (έλεγχος 5^{ης}, 7^{ης} εγκεφαλικής συζυγίας). • Φαρυγγολαρυγγικό αντανακλαστικό. (έλεγχος 9^{ης}, 10^{ης} εγκεφαλικής συζυγίας). 	<p>→ Δεν εφαρμόζεται σε ασθενείς με κάταγμα ή αστάθεια αυχενικής μοίρας σπονδυλικής στήλης (ΑΜΣΣ).</p> <p>→ Δεν εφαρμόζεται 1. σε ασθενείς μετά από χορήγηση φαρμάκων με αντιχολινεργική δράση, 2. σε ασθενείς με παθήσεις ή βλάβες οφθαλμών ή και των νεύρων των οφθαλμών.</p> <p>→ Αποφυγή κάκωσης και μόλυνσης κερατοειδούς (απαιτείται χρήση αποστειρωμένου βαμβακοφόρου στυλεού).</p> <p>→ Επιβεβαίωση βατότητας έξω ακουστικού πόρου.</p> <p>→ Διαπίστωση απουσίας παθήσεων ακουστικού οργάνου.</p> <p>→ Διαπίστωση απουσίας τοξικότητας φαρμάκων.</p> <p>→ Δύσκολη εφαρμογή σε ασθενείς με σοβαρά τραύματα προσώπου.</p> <p>→ Διαπίστωση μη χορήγησης φαρμάκων που προκαλούν νευρομυϊκό αποκλεισμό πριν από την εξέταση.</p> <p>→ Δύσκολη ερμηνεία σε ασθενείς με διασωλήνωση από το στόμα</p> <p>→ Αποκλεισμός κάκωσης ΑΜΣΣ και χορήγησης φαρμάκων που προκαλούν νευρομυϊκό αποκλεισμό πριν από την εξέταση.</p>
<p>Γ) Δοκιμασία της άπνοιας</p>	<p>→ Διαπίστωσης απουσίας παθολογικών καταστάσεων αναπνευστικού συστήματος (χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, αποϊκό σύνδρομο) πριν από την εξέταση.</p>

	→ Συνεχής παρακολούθηση παρακλίνιου καρδιοσκοπίου με καταγραφή ζωτικών λειτουργιών (καρδιακή συχνότητα και ρυθμός, αρτηριακή πίεση, παλμική οξυμετρία - SpO ₂ , τελοεκπνευστικό διοξείδιο - EtCO ₂).
Δ) Δοκιμασία χορήγησης ατροπίνης	→ Συνεχής παρακολούθηση για δέκα (10) λεπτά της καρδιακής συχνότητας έπειτα από ενδοφλέβια χορήγηση 2mg ατροπίνης.

Πηγή: Γιαννάκου-Πεφτουλίδου, 2005. Wijdicks, 1995. Wijdicks, Valeras, Gronseth et al. 2010. Ahmed, Faruq, Ahsan et al., 2013. Schnakers & Majerus, 2012 p.3, Rincon, 2013 p.1101).

Ο εγκεφαλικός θάνατος βασίζεται στην κλινική εξέταση του ασθενούς με χρήση πρωτοκόλλου διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου, ωστόσο διενεργούνται υποστηρικτικές εξετάσεις επιβεβαίωσης όπως αγγειογραφία τεσσάρων αγγείων εγκεφάλου, μαγνητική τομογραφία, διακρανιακή Doppler υπερηχογραφία, ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, σπινθηρογράφημα εγκεφάλου με τεχνητό ^{99m} (ΗΜΡΑΟ) και με τα προκλητά δυναμικά του εγκεφαλικού στελέχους. Η διενέργεια υποστηρικτικών δοκιμασιών υπόκειται σε νομοθετικές διατάξεις των χωρών εκτός των Ηνωμένων Πολιτειών και απαιτείται στις περιπτώσεις όπου δεν μπορούν να διενεργηθούν οι κλινικές δοκιμασίες (Wijdicks, 1995).

Η διαπίστωση εγκεφαλικού θανάτου με τις κλινικές και υποστηρικτικές δοκιμασίες αποτελεί τη διάγνωση θανάτου του ασθενούς και αναγράφεται στο πιστοποιητικό θανάτου του, καθότι θεωρείται νομικά νεκρός. Ο εκλιπόν είτε αποσυνδέεται από τη μηχανική υποστήριξη αναπνοής είτε παραμένει σε αυτή εάν έχει ληφθεί ενυπόγραφη συγκατάθεση από τους οικείους του για δωρεά οργάνων, οπότε και υποστηρίζονται με τεχνητά μέσα οι λειτουργίες των οργάνων που διαπιστώθηκαν ως ποιοτικά ασφαλές για μεταμόσχευση (Νόμος 127(1) 2012⁶¹).

⁶¹ Μέρος V Αφαίρεση οργάνων μετά θάνατον, Διαδικασία μετά την έκδοση πιστοποιητικού θανάτου σελίδα 20 22 (1)

http://www.cylaw.org/nomoi/arith/2012_1_127.pdf

4.1.2. Φροντίδα δότη έπειτα από εγκεφαλικό θάνατο

Η φροντίδα του δυνητικού δότη έπεται της διαπίστωσης εγκεφαλικού θανάτου, αποτελεί βασική πτυχή στη επιτυχή μεταμόσχευση οργάνων. Η εστίαση της φροντίδας αφορά σε παρεμβάσεις διαχείρισης με σκοπό τη βέλτιστη διατήρηση των συνθηκών διασφάλισης της λειτουργικότητας των οργάνων, καθιστώντας τα άθικτα (Smith, 2003). Ως εκ τούτου, η φροντίδα του δυνητικού δότη απαιτεί εντατική νοσηλεία που απομακρύνεται από τη νοσηλεία με επίκεντρο την ολική φροντίδα ασθενή, αλλά εστιάζει στη νοσηλεία διαχείρισης της βιωσιμότητας των οργάνων (Gordon & McKinlay, 2012). Δεδομένου ότι τα όργανα εκτίθενται σε ευρύ φάσμα προσβολών οφειλόμενες πρωτογενώς στο εγκεφαλικό τραύμα ή και δευτερογενώς ως απόρροια της εξελικτικής διαδικασίας του εγκεφαλικού θανάτου, η διαφύλαξη της λειτουργικότητας των οργάνων απαιτεί ειδικές γνώσεις σχετικές με τον εγκεφαλικό θάνατο (Cohen, Chernov, Ben-Shimon et al., 2002).

Η τυποποιημένη και συστηματική εντατική θεραπεία έχει αποδεδειγμένα αποδείξει πως σχετίζεται με αύξηση της ποσότητας και ποιότητας των μεταμοσχευμένων οργάνων, αποδεικνύοντας την ανάγκη όπως η φροντίδα παρέχεται από έμπειρο προσωπικό με χρήση πρωτοκόλλου φροντίδας δότη. Το πρωτοκόλλο αποτελεί ολοκληρωμένο χάρτη με κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες που ενισχύουν την απασχολούμενη ομάδα παραθέτοντας τα μέτρα και τις θεραπείες που θα πρέπει να δοθούν καθώς και λεπτομερείς στόχους στη διατήρηση φυσιολογικής λειτουργίας των οργάνων, μετατρέποντας μερίδα μη αποδεκτών δοτών σε πραγματικούς δότες. Η εστίαση του πρωτοκόλλου φροντίδας δότη, αφορά στην άμεση αντιμετώπιση καρδιαγγειακών, αναπνευστικών, ενδοκρινικών και μεταβολικών αλλαγών (Murthy, 2009. Bugge, 2009. Gordon & McKinlay, 2012).

Η φροντίδα δίδεται σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας απαιτώντας ιατρική – νοσηλευτική φροντίδα και υποστήριξη συγγενών του δότη. Οι βασικές αρχές της φροντίδας δυνητικού δότη (Πίνακας 4.3.) αφορούν στη διατήρηση αν όχι φυσιολογικής, πλησίον της φυσιολογικής ομοιόστασης με χρήση επεμβατικών και μη μέσων καθώς και στη θεμελιώδη φροντίδα που παρέχεται σε ασθενείς νοσηλευόμενους σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Powner, Darby, Kellum et.al. 2004).

Πίνακας 4.3. Βασικές Αρχές Φροντίδας Δυνητικού Δότη

Βασικές Αρχές Φροντίδας Δυνητικού Δότη

1. Διαχείριση φροντίδας δυνητικού δότη σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.
2. Καλέστε το Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων του Οργανισμού σας για συντονισμό διαδικασιών, ιεράρχηση και αξιολόγηση φροντίδας, αντιμετώπιση επιπλοκών με θεραπευτικές παρεμβάσεις.
3. Διατήρηση Συστολικής Αρτηριακής Πίεσης (Σ.Α.Π.) 90-140 mm Hg ή Μέσης Αρτηριακής Πίεσης (Μ.Α.Π.) 60-80 mm Hg
4. Διατήρηση Κεντρικής Φλεβικής Πίεσης (Κ.Φ.Π.) 6-12 mm Hg.
5. Καρδιακός Ρυθμός 60-120 σφύξεις/ανά λεπτό
6. Διατήρηση Θερμοκρασίας 36-37.5°C
7. Έλεγχος Διούρησης 0.5-1.0 ml/kg/ώρα και λιγότερη των 200 ml/ώρα
8. Διατήρηση Παλμικής Οξυμετρίας $\geq 92\%$
9. Αρτηριακά Αέρια Αίματος (ABG):
 - ✓ pH 7.35-7.45
 - ✓ PaCO₂ 35-45 mm Hg
 - ✓ PaO₂ > 70 mm Hg
 - ✓ Κάλιο (K) 3.5-5.0 mEq/L (mmol/L)
 - ✓ Νάτριο (Na) 135-145 mEq/L (mmol/L)
 - ✓ Ασβέστιο (Ca) – αντιμετώπιση μόνο της τιμής ιονισμένου ασβεστίου
 - ✓ Διττανθρακικά (HCO₃) 21-28 mEq/L (mmol/L) - εξαρτώμενη αντιμετώπιση (αναπνευστική και νεφρική αντιρρόπηση).
10. *Εργαστηριακός Έλεγχος:
 - ✓ Ηλεκτρολύτες: ιονισμένο ασβέστιο (Ca), μαγνήσιο (Mg), φωσφόρο (P).
 - ✓ Βιοχημική Εξέταση: ουρία, κρεατινίνη, γλυκόζη.
 - ✓ Αιματολογική Εξέταση: αιμοσφαιρίνη αίματος (Hgb), αιμοπετάλια (PLT), αιματοκρίτης (Hct), λευκά αιμοσφαίρια (WBC).
 - ✓ Πηκτικός Μηχανισμός: χρόνος προθρομβίνης (PT-INR), ενεργοποιημένος χρόνος πήξης μερικής (ατελούς) θρομβοπλαστίνης (aPTT), ινωδογόνο (Fibrinogen).
 - ✓ Ομάδα αίματος και συμβατότητα (εάν δεν έχει ελεγχθεί).
11. * Ηλεκτροκαρδιογράφημα 12-απαγωγών.
12. *Απεικονιστικός έλεγχος: ακτινογραφία θώρακος.
13. Φαρμακευτική αγωγή – επαναξιολόγηση και χορήγηση επί ενδείξεων –

συμβουλευτείτε το Συντονιστή Μεταμόσχευσης.

14. Βεβαιωθείτε για:

- ✓ Καταγραφή παραμέτρων μηχανικής υποστήριξης αναπνοής.
 - ✓ Καταγραφή ζωτικών λειτουργιών (2-7).
 - ✓ Καταγραφή αποτελεσμάτων αρτηριακών αερίων αίματος (8).
 - ✓ Διενέργεια εργαστηριακού ελέγχου – καταγραφή αποτελεσμάτων (9).
 - ✓ Άμεση διάθεση φαρμακευτικών σκευασμάτων για χορήγηση επί ενδείξεων.
 - ✓ Διατήρηση της κλίνης της κεφαλής του κρεβατιού στις 30 μοίρες.
 - ✓ Διατήρηση βατότητας αεραγωγού – βρογχοαναρρόφηση επί ενδείξεων με άσηπτο τεχνική.
 - ✓ Τοποθέτηση ορογαστρικού ή ρινογαστρικού σωλήνα.
 - ✓ Τοποθέτηση συσκευής διαδοχικής συμπίεσης – SCDs (στα κάτω άκρα).
 - ✓ Διάθεση συσκευής θέρμανσης κλινοσκεπασμάτων ή διάθεσης επιπλέον κουβέρτας επί υποθερμίας.
 - ✓ Εναλλαγή θέσεων σώματος.
 - ✓ Έλεγχο σακχάρου αίματος ανά 2ωρο επί αποτελεσμάτων <90 ή >180 mgm/dL, χρήση πρωτοκόλλου ενδοφλέβιας χορήγησης ινσουλίνης.
 - ✓ Προστασία οφθαλμών με χρήση τεχνητών δακρύων – κλείσιμο ματιών για αποφυγή παρατεταμένης έκθεσης σε φως (εις περίπτωση αφαίρεσης κερατοειδούς χιτώνα κατά την ανάκτηση οργάνων).
15. Μην παραλείπετε τη συνεχή υποστήριξη της οικογένειας του δότη.

* 10-11-12. Οι εργαστηριακές εξετάσεις και ο απεικονιστικός έλεγχος διενεργούνται κατά την αρχική αξιολόγηση του δότη και επαναλαμβάνονται για συνεχή αξιολόγηση λειτουργίας των οργάνων.

Πηγή: Powner, Darby, Kellum et.al. 2004. Murthy, 2009. McKeown, Bonser, Kellum, 2012.

Το 2004 στο Καναδικό Συνέδριο 'Βελτίωση Ιατρικής Διαχείρισης Δυνητικού Δότη Οργάνων', αναγνωρίστηκαν οι βασικές προϋποθέσεις στη φροντίδα του δυνητικού δότη:

1. η ανάταξη του καρδιο-πνευμονικού συστήματος ευνοεί στη καλή λειτουργία όλων των οργάνων.
2. είναι σημαντικό να ληφθεί ο απαραίτητος χρόνος στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας με σκοπό τη βελτίωση λειτουργίας των οργάνων βελτιώνοντας ταυτοχρόνως τα μεταμοσχευτικά αποτελέσματα.
3. η δυσλειτουργία οργάνων μπορεί να αντιμετωπισθεί με επιθετική ανάνηψη και συχνή επαναξιολόγηση
4. έπειτα της ολοκλήρωσης ανάταξης των οργάνων, η χειρουργική διαδικασία αφαίρεσης οργάνων πρέπει να διευθετηθεί άμεσα.

(Shemie, Ross, Pagliarello, et al. 2006).

Η αναγνώριση της σημαντικότητας στη φροντίδα του δυνητικού δότη, καταγράφεται στον Οδηγό για την ασφάλεια και τη διασφάλιση της ποιότητας οργάνων, ιστών και κυττάρων του Συμβουλίου της Ευρώπης. Επισημαίνεται πως κάθε κέντρο που φροντίζει δυνητικό δότη με διάγνωση εγκεφαλικού θανάτου οφείλει να αναπτύξει πρωτόκολλο παρακολούθησης και τεκμηρίωσης της παρεχόμενης φροντίδας καθώς και της αντιμετώπισης όλων των πιθανών εμφανιζόμενων επιπλοκών που θα παρουσιαστούν από τη στιγμή διαπίστωσης του εγκεφαλικού θανάτου μέχρι το χρονικό σημείο αφαίρεσης των οργάνων (Council Of Europe, 2004⁶²).

4.1.3. Μεταμόσχευση οργάνων από δότη με διάγνωση εγκεφαλικού θανάτου.

Η μεταμόσχευση οργάνων από δότη με διάγνωση εγκεφαλικό θάνατο αφορά σε μια αλυσιδωτή διαδικασία πράξεων άρρητα συνδεδεμένες μεταξύ τους. Η αξιολόγηση των οργάνων του δυνητικού δότη δεν αφορά μόνο την ολική φροντίδα του δυνητικού δότη διασφαλίζοντας την ποιότητα των μεταμοσχευτικών οργάνων, αλλά και την επιμέρους αξιολόγηση κάθε οργάνου ξεχωριστά με σαφή κριτήρια αποκλεισμού οργάνων και σχετικές αντενδείξεις καθορισμένες από τα μεταμοσχευτικά κέντρα.

Κατά τη φροντίδα του δυνητικού δότη η αξιολόγηση του για λήψη απόφασης έναρξης μεταμοσχευτικών διαδικασιών ή αποκλεισμού αφορά σε αρχικό έλεγχο της γενικής εκτίμησης του δότη. Η γενική αξιολόγηση του δότη αρχίζει από το πρώτο εικοσιτετράωρο (24ωρο) αναγνώρισης του δότη ως δυνητικού δότη και

⁶² Guide to safety and quality assurance for organs, tissues and cells
http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/GuideSecurity2_en.pdf

συμπεριλαμβάνει συνέντευξη με την οικογένεια του δότη, πλήρης έλεγχο ιατρικού φακέλου, συμπεριλαμβάνοντας ιστορικό κακοήθειας διαγνωσμένης ή εμφανιζόμενης κατά την αξιολόγηση του δότη, ιστορικό μεταδοτικών νοσημάτων και λοιμώξεων εμφανιζόμενες κατά τη νοσηλεία στη Μ.Ε.Θ. και την κλινική αξιολόγηση με επισκόπηση του σώματος του δότη. Η γενική αξιολόγηση συνάδει ταυτοχρόνως με τα κριτήρια αποκλεισμού του δότη (Πίνακας 4.4.). Η καταγραφή των πληροφοριών του δότη και η κλινική επισκόπηση του σώματος γίνεται πάντοτε με σεβασμό προς το δότη (Council of Europe, 2004⁶³).

Πίνακας 4.4. Κριτήρια Αξιολόγησης και Αποκλεισμού Δότη.

Κριτήρια Αξιολόγησης και Αποκλεισμού Δότη	
Γενική Αξιολόγηση	<u>Ιατρικό Ιστορικό και Ιστορικό Συμπεριφοράς</u>
Δότη	<ol style="list-style-type: none"> 1. ηλικία: διαφέρει για το κάθε όργανο, σχετίζεται με τα μεταμοσχευτικά αποτελέσματα. 2. φύλο δότη: σχετίζεται με την ηλικία και το όργανο μεταμόσχευσης. 3. αιτία θανάτου. 4. ιατρικό ιστορικό: αναγνώριση παθήσεων και μεταδοτικών νοσημάτων που αποκλείουν το δότη ή επιμέρους όργανα. 5. ιστορικό συμπεριφοράς: που αυξάνει το κίνδυνο μετάδοσης νοσημάτων (χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών και κατάχρησης αλκοόλ). 6. έκθεση σε χημικές – μη χημικές ουσίες ή ραδιενέργεια, συμπεριλαμβάνοντας χορήγηση ανοσοκοσταστατικής θεραπείας, χορήγηση εμβολίων, ορμονών. 7. πρόσφατα ταξίδια ή διαμονή στο εξωτερικό. 8. ιστορικό μεταγίσεων και μεταμοσχεύσεων. 9. οικογενειακό ιατρικό ιστορικό.
	<u>Κλινική Αξιολόγηση και Επισκόπηση Σώματος</u>
	<ol style="list-style-type: none"> 1. έλεγχος τρυπημάτων σώματος (σκουλαρίκια, τατουάζ) τους τελευταίους δώδεκα μήνες. 2. ψηλάφηση οργάνων (ηπατομεγαλία). 3. ψηλάφηση σώματος (πιθανή ανεύρεση όγκων ή τραύμα στη περιοχή αφαίρεσης οργάνων). 4. έλεγχος για ουλές και βλάβες δέρματος και βλεννογόνων.
	<u>Εργαστηριακός Έλεγχος</u>
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ιολογικός Έλεγχος (ιός HIV / Anti-HIV-1 /2, Ηπατίτιδα Β / HBsAg, anti-HBc, Ηπατίτιδα C / anti-HCV,

⁶³ Υποσημείωση 62.

Κυτταρομεγαλοϊός CMV / anti-CMV, ιός Epstein-Barr EBV / anti-EBV, Σύφιλης, Τοξόπλασμα.

- HTLV (human T-lymphotropic virus) διενεργείται σε δότες που προέρχονται ή κατοικούν σε χώρες με υψηλό επιπολασμό μεταδοτικών νόσων.
- 2. Ομάδα αίματος (ABO), ομάδα ρέζους (Rh) και ιστοσυμβατότητα (HLA).
- 3. Αιματολογικός έλεγχος.
- 4. Βιοχημεία αίματος με αξιολόγηση οργανικής λειτουργίας μεταμοσχευτικού οργάνου.

Καλλιέργειες

1. Καλλιέργειες αίματος.
2. Καλλιέργεια ούρων.
3. Καλλιέργεια βρογχικών εκκρίσεων.
4. Έλεγχος για φορεία⁶⁴ MRSA, MDR, VRE.

Γενικά Κριτήρια Αποκλεισμού Δότη

1. Μεταδοτικές ασθένειες (Θετικός ιολογικός έλεγχος HIV, HBsAg⁶⁵),
2. Κακοήθεις νεοπλασίες (εκτός πρωτοπαθών και μη μεταστατικών όγκων του κεντρικού νευρικού συστήματος, καρκινώματα δέρματος, καρκίνος τραχήλου μήτρας).
3. Σοβαρή συστηματική λοίμωξη (σήψη) μη θεραπεύσιμη ή αγνώστου αιτιολογίας.
4. Ιστορικό θεραπείας με ορμόνες υπόφυσης (π.χ. αυξητική ορμόνη)
5. Ιατρικό Ιστορικό δότη ή οικογένειας με παθήσεις σπογγώδους εγκεφαλοπάθειας, Creutzfeldt-Jakob.
6. Χρόνος Θερμής Ισχαιμίας (παρατεταμένη καρδιακή ανάνηψη – καρδιακή ανακοπή).

Πηγή: Council of Europe, 2004. Kovacs, Koval, Van Duin, et al. 2014. U.S. Department of Health and Human Services, 2015. Αντωνιάδης & Σκλάβος, 2010).

Η τελική απόφαση μεταμόσχευσης του οργάνου ανάκτησης αφορά τον χειρουργό αφαίρεσής του, ο οποίος μπορεί να διενεργήσει κατά την αφαίρεση επί τόπου μακροσκοπική αξιολόγηση και ιστολογική βιοψία κυρίως στις περιπτώσεις δοτών με συστηματικές νόσους (αυτοάνοσα νοσήματα).

⁶⁴ Έλεγχος για φορεία MRSA (ανθεκτικός στη μεθικιλίνη χρυσίζων σταφυλόκοκκος), VRE (ανθεκτικός στη βανκομυκίνη εντερόκοκκος), διενεργείται λαμβάνοντας δείγμα με στυλεό από τη μύτη και το πρωκτό. Σχετίζονται με νοσοκομειακές λοιμώξεις κυρίως σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε Μ.Ε.Θ. Η μεταμόσχευση οργάνων επιτρέπεται με τον δότη και τον λήπτη να λαμβάνουν την ανάλογη θεραπεία (Kovacs, Koval, Van Duin, et al. 2014. Γεωργιλής, 2008).

⁶⁵ Θετικός ιολογικός έλεγχος για τον ιό Ηπατίτιδας Β δεν αποτελεί απόλυτο κριτήριο αποκλεισμού καθώς εξαρτάται από τις νομοθετικές ρυθμίσεις των χωρών. Δότες με θετικό HBsAg, μπορούν να δώσουν όργανα σε λήπτες με θετικό HBsAg εφόσον ο λήπτης δηλώσει αποδοχή λήψης του μοσχεύματος.

Η γενική αξιολόγηση του δότη και ο μη αποκλεισμός του ακολουθείται με έλεγχο κριτηρίων για κάθε όργανο ξεχωριστά. Ωστόσο, βασικές πληροφορίες που ζητούνται από τα μεταμοσχευτικά κέντρα ανεξαρτήτως οργάνου είναι το ύψος και το βάρος του δότη, τα ζωτικά σημεία του δότη (αρτηριακή πίεση, καρδιακός ρυθμός, θερμοκρασία σώματος), φαρμακευτική αγωγή που δόθηκε κατά τη διάρκεια νοσηλείας, ο χρόνος νοσηλείας στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και η αιμοδυναμική κατάσταση του δυνητικού δότη με λεπτομερή καταγραφή επεισοδίων υπότασης, καρδιοπνευμονικής ανακοπής και ο τρόπος αντιμετώπισης.

Καρδιά

Οι κατευθυντήριες οδηγίες και οι απόλυτες αντενδείξεις για τη μεταμόσχευση καρδιάς παραμένουν άκαμπτες και οφείλεται κυρίως στην υψηλή ευαισθησία του καρδιακού μυός σε υποξαιμική βλάβη. Ως βασικές εξετάσεις που ζητούνται από τα μεταμοσχευτικά κέντρα είναι το ηλεκτροκαρδιογράφημα, υπερηχοκραδιογράφημα, καρδιακά ένζυμα, ακτινογραφία θώρακος, λιπίδια αίματος και στεφανιογραφία (αν δύναται να διενεργηθεί στο κέντρο νοσηλείας του δότη). Επιπρόσθετες πληροφορίες περιλαμβάνουν το χρόνο νοσηλείας στη Μ.Ε.Θ., χρόνο κάρδιο-πνευμονικής ανακοπής, αιμοδυναμικές μετρήσεις κατά τη φροντίδα και χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής (δοσολογία ινóτροπων και αγγειοσυσπαστικών σκευασμάτων), μέτρηση θωρακικής επιφάνειας και πλήρη καρδιολογική εκτίμηση. Η καρδιά συντηρείται εκτός σώματος δότη και μέχρι την επαναιμάτωσή της στο σώμα του λήπτη για διάστημα 4-6 ωρών. Ο Πίνακας 4.5. παρουσιάζει τις αντενδείξεις επιλογής καρδιάς για μεταμόσχευση (Council of Europe, 2004. U.S. Department of Health and Human Services, 2015. Guibert, Petrenko, Balaban et al., 2011, Andres A. 2007. Ambros & Grinyo Boira 2007).

Πίνακας 4.5. Αντενδείξεις επιλογής καρδιάς για μεταμόσχευση.

Αντενδείξεις επιλογής καρδιάς για μεταμόσχευση.

1. Απόλυτες αντενδείξεις
 - γενικά κριτήρια αποκλεισμού δότη (Πίνακας 4.4.).
 - ιστορικό καρδιακής νόσου (βαλβιδοπάθεια, ισχαιμικά επεισόδια).
2. Σχετικές αντενδείξεις
 - ηλικία: άντρες >40 ετών, γυναίκες >45 ετών.

- παράγοντες κινδύνου σχετιζόμενοι με εμφάνιση στεφανιαίας νόσου (αρτηριακή υπέρταση, διαβήτης, κάπνισμα, υπερλιπιδαιμία).
- 3. Παλαιότερο γνωστό επεισόδιο καρδιακής ανακοπής.
- 4. Παρατεταμένος χρόνος ψυχρής ισχαιμίας >4-5 ώρες.
- 5. Υψηλή δοσολογία ινóτροπων φαρμάκων.

Πηγή: Council of Europe, 2004. U.S. Department of Health and Human Services, 2015. Guibert, Petrenko, Balaban et al., 2011. Andres A. 2007. Ambros & Grinyo Boira, 2007.

Πνεύμονες

Η μεταμόσχευση πνευμόνων αποτελεί βασική θεραπεία επιλογής για ασθενείς με παθήσεις πνευμόνων τελικού σταδίου. Τα κριτήρια ανάκτησης πνευμόνων παραμένουν αυστηρά καθώς το ποσοστό θνησιμότητας ληπτών κατά τις πρώτες μετεγχειρητικές ώρες είναι ιδιαίτερα υψηλό. Η δυσλειτουργία του μοσχεύματος και εν τέλει η απόρριψή του οφείλεται σε επιβλαβή γεγονότα που σχετίζονται με τον εγκεφαλικό θάνατο, το χρονικό διάστημα ισχαιμίας από τη στιγμή συντήρησης των πνευμόνων έως και την επαναιμάτωσή τους, ο μηχανικός αερισμός διατήρησης και βελτίωσης επί πιθανών τραυματισμών. Οι κύριες στρατηγικές που αναπτύχθηκαν στη μεταμοσχευτική διαδικασία πνευμόνων αποσκοπούν στην ελαχιστοποίηση τραυματισμών που επισυμβαίνουν στη φάση ανάκτησης, στο χρονικό διάστημα ισχαιμίας και στη φάση επαναιμάτωσης (Churchill, 2004).

Οι απαιτούμενες πληροφορίες και εξετάσεις περιλαμβάνουν τη κοινωνική δραστηριότητα του δότη (λήψη οινοπνεύματος, χρήση καπνού, ναρκωτικών ουσιών), ιστορικό παλαιού θωρακικού τραύματος ή θωρακικής εγχείρησης, αρτηριακά αέρια αίματος επί παραμέτρων μηχανικού αερισμού (5cm/H₂O/PEEP συμπεριλαμβανομένου αναλογίας PO₂/FiO₂, διατήρηση FiO₂ με στόχο παλμική οξυμετρία >95% και PaO₂>80 mm Hg), ακτινογραφία θώρακος (κατά προτίμηση επαναληπτική 3 ώρες προ της αφαίρεσης), μαγνητική τομογραφία θώρακος (αν δύναται να διενεργηθεί στο κέντρο νοσηλείας του δότη), βρογχοσκόπηση και βρογχοκυψελιδική έκπλυση, καλλιέργεια βρογχικών εκκρίσεων, ηλεκτροκαρδιογράφημα και υπερηχοκραδιογράφημα. Ο χειρουργός αφαίρεσης πνευμόνων δύναται να απορρίψει το μόσχευμα εάν κατά την αφαίρεση παρατηρηθεί

μη φυσιολογικό χρώμα πνευμόνων, ατελεκτασία, όγκος και μη ικανοποιητική εμφύσηση. Το χρονικό διάστημα διατήρησης πνευμόνων εκτός του σώματος του δότη και μέχρι την επαναιμάτωσή τους στο σώμα του λήπτη είναι 4-6 ώρες. Ο Πίνακας 4.6. παρουσιάζει τις αντενδείξεις επιλογής πνευμόνων για μεταμόσχευση (Council of Europe, 2004. U.S. Department of Health and Human Services, 2015. Andres, 2007, Ambros & Grinyo Boira 2007).

Πίνακας 4.6. Αντενδείξεις επιλογής πνευμόνων για μεταμόσχευση.

Αντενδείξεις επιλογής πνευμόνων για μεταμόσχευση

1. Γενικά κριτήρια αποκλεισμού δότη (Πίνακας 4.4.).
2. Ηλικία > 55 ετών.
3. Ιστορικό αναπνευστικού νοσήματος.
4. Ιστορικό κακοήθειας, τραυματισμού, εγχείρησης, θλάσης πνεύμονα που θα αφαιρεθεί.
5. Ιστορικό καπνίσματος.
6. Πνευμονική εισρόφιση κατά τη διάρκεια νοσηλείας.
7. Συστηματική λοίμωξη κατά τη διάρκεια νοσηλείας.
8. Βρογχοσκόπηση με πυώδεις εκκρίσεις.
9. Μη φυσιολογική ακτινογραφία θώρακος*.
10. Μη ικανοποιητική ανταλλαγή αερίων ($PO_2 < 300$ με παραμέτρους μηχανική υποστήριξης $FiO_2=1$, $PEEP=5$ cm H_2O για 5 λεπτά.

* παρουσία πνευμοθώρακα δεν αποτελεί αντένδειξη

Πηγή: Council of Europe, 2004. U.S. Department of Health and Human Services, 2015. Andres, 2007.

Ήπαρ

Η μεταμόσχευση ήπατος αποτελεί τη βασική θεραπεία επιλογής για ασθενείς με οξεία ηπατική ανεπάρκεια, τελικού σταδίου ηπατική νόσο και πρώιμη κακοήθεια ήπατος (Dove & Brown, 2015). Σύμφωνα με τους Martin, Feng, Brown et al. (2014), η ηπατική νόσος αποτελεί την δωδέκατη συχνότερη αιτία θανάτου στους ενήλικες στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, με αποτέλεσμα το θάνατο 34, 000 ανθρώπων ετησίως από κίρρωση ήπατος. Αποτέλεσμα του φαινομένου ήταν η ψήφιση νομοθεσίας η οποία επιτρέπει τη διενέργεια μεταμόσχευσης ήπατος από δότη οροθετικό στον ιό

HIV και HBC. Βασικό κριτήριο της μεταμόσχευσης είναι ο λήπτης να είναι επίσης οροθετικός και να πληρεί τα κριτήρια για μεταμόσχευση ήπατος (Πίνακας 4.7.α.). Η σημαντικότητα της νομοθεσίας αφορά όχι μόνο τη βελτίωση ποιότητας ζωής των ληπτών και κατ' επέκταση του χρόνου ζωής τους, αλλά επιτρέπει τη γρηγορότερη μεταμόσχευση ήπατος σε λήπτες μη οροθετικούς καθότι η λίστα αναμονής μικραίνει (Malani, 2013). Ο συνήθης μέσος όρος ηλικίας δοτών ήπατος κυμαίνεται μεταξύ 25-50 ετών, με αποδεκτό όριο ηλικίας δότη να ανέρχεται στα 80 έτη, ωστόσο δότες μεγαλύτερης ηλικίας πρέπει να εξετάζονται αυστηρά καθώς η ηλικία σχετίζεται με εμφάνιση αρτηριακής υπέρτασης, σακχαρώδη διαβήτη, παχυσαρκία και στεάτωση επηρεάζοντας την έκβαση του μοσχεύματος και ακολούθως την επιβίωση του λήπτη (Busuttil & Tanaka, 2003. Nickkholgh, Weitz, Encke, et al. 2007. Alamo, Olivares, Jimenez, et al. 2013).

Οι εργαστηριακές εξετάσεις που διενεργούνται για αξιολόγηση του ήπατος αφορούν εκτίμηση ηπατικών ενζύμων, αποτελέσματα πηκτικού μηχανισμού και υπερηχογράφημα ήπατος (εξακρίβωση μεγέθους). Κατά τη διαδικασία αφαίρεσης μπορεί να διενεργηθεί επί τόπου βιοψία ήπατος για εξακρίβωση του βαθμού λιπώδης εκφύλισης ήπατος (Council of Europe, 2004⁶⁶). Το ήπαρ μπορεί να διατηρηθεί εκτός του σώματος του δότη και μέχρι την επαναιμάτωσή του στο σώμα του λήπτη για χρονικό διάστημα 12-18 ωρών, ενώ η διατήρησή του πέραν των 18 ωρών σχετίζεται με πρόωμη απόρριψη του μοσχεύματος σε ποσοστό 5% και επιβράδυνση λειτουργίας μοσχεύματος σε ποσοστό 16% (Ambros & Grinyo Boira 2007). Ο Πίνακας 4.7.β. παρουσιάζει τις αντενδείξεις επιλογής ήπατος για μεταμόσχευση.

Πίνακας 4.7.α. Αντενδείξεις επιλογής λήπτη ήπατος για μεταμόσχευση.

Αντενδείξεις επιλογής λήπτη για μεταμόσχευση.

1. Μοντέλο τελικού σταδίου ηπατικής νόσου (MELD⁶⁷) <15.
2. Σοβαρή καρδιακή ή πνευμονική νόσος.
3. Οροθετική εξέταση AIDS με ενεργό λοίμωξη.

⁶⁶ Υποσημείωση 62.

⁶⁷ Το μοντέλο τελικού σταδίου ηπατικής νόσου (MELD), είναι αριθμητική κλίμακα που χρησιμοποιείται για αξιολόγηση ασθενών με ηπατική νόσο. Ο βαθμός που λαμβάνει κάθε ασθενείς στην κλίμακα δείχνει το πόσο επείγον χρειάζεται μεταμόσχευση ήπατος εντός των επόμενων τριών μηνών. Η κλίμακα χρησιμοποιείται για ασθενείς δώδεκα ετών και άνω και κυμαίνεται από το 6 έως το 40, με τη μεγαλύτερη βαθμολογία να αντιστοιχεί σε πιο βαριά ηπατική νόσο (United Network for Organ Transplantation, 2008).

4. Μη διακοπέισα κατάχρηση αλκοόλης ή παράνομων ουσιών.
5. Ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα με μεταστάσεις.
6. Μη ελεγχόμενη σήψης.
7. Ανατομική ανωμαλία ήπατος απαγορευτική για μεταμόσχευση.
8. Ενδοηπατικό χολαγγειοκαρκίνωμα.
9. Εξωηπατική κακοήθεια.
10. Κεραυνοβόλος ηπατική ανεπάρκεια με εμμένουσα ICP > 50 mm Hg CPP < 40 mm Hg.⁶⁸
11. Αιμαγγειοσάρκωμα.
12. Επίμονη μη συμμόρφωση.
13. Έλλειψη επαρκούς συστήματος κοινωνικής υποστήριξης.

Πηγή: Martin, Feng, Brown et al. (2014).

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=ea3f3cc0-c501-4dfb-84dc-1dce75b2c1d9%40sessionmgr110&vid=1&hid=106>

Πίνακας 4.7.β. Αντενδείξεις επιλογής δότη ήπατος για μεταμόσχευση.

Αντενδείξεις επιλογής δότη ήπατος για μεταμόσχευση.

1. Γενικά κριτήρια αποκλεισμού δότη (Πίνακας 4.4.)
2. Ενεργός λοίμωξη HIV.
3. Σήψης ή μη ελεγχόμενη συστηματική λοίμωξη.
4. Πολυοργανική ανεπάρκεια.
5. Κακοήθης νόσος με αυξημένο κίνδυνο μετάστασης.
6. Χρόνια ηπατική νόσος οφειλόμενη σε ανατομική ανωμαλία ήπατος ή αγγειακή θρόμβωση.
7. Ιστορικό κατάχρησης αλκοόλης ή παράνομων ουσιών.

Πηγή: Council of Europe, 2004. Andres, 2007.

Πάγκρεας

Η μεταμόσχευση παγκρέατος ενδείκνυται στις περιπτώσεις όπου το όργανο ανεπαρκή σε λειτουργία δημιουργώντας κυρίως σοβαρές επιπλοκές στον οργανισμό οφειλόμενες στη μη ρύθμιση σακχάρου αίματος. Παρότι η μεταμόσχευση παγκρέατος

⁶⁸ ICP = Ενδοκράνια πίεση, PPC = Εγκεφαλική πίεση αιμάτωσης.

αποτελεί πιθανή θεραπεία για ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, δεν αποτελεί βασική θεραπευτική προσέγγιση. Ωστόσο, αξίζει να εξεταστεί ως εναλλακτική θεραπευτική προσέγγιση στις περιπτώσεις όπου ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 παραμένει αρρυθμιστος με χορήγηση συνήθους θεραπείας (ινσουλινο-θεραπεία), συχνές αντιδράσεις στη χορήγηση ινσουλίνης, συνεχής μη ικανοποιητικός έλεγχος σακχάρου αίματος και σοβαρή νεφρική βλάβη (Mayo Clinic, 2015. U.S. National Library of Medicine, 2015⁶⁹). Η κλινική μελέτη των Sutherland, Gruessner, Dunn et al., 2001 που αφορά το χρονικό διάστημα 33 ετών (16 Δεκεμβρίου 1966 έως 31 Μαρτίου 2000), διεξήχθη στο Πανεπιστήμιο Μινεσότα με σκοπό την εξακρίβωση των αποτελεσμάτων και κινδύνων της μεταμόσχευσης παγκρέατος, καθώς και την έκβασή της σε διαβητικούς λήπτες μοσχεύματος. Στη μελέτη τους συμπεριλήφθηκαν ασθενείς με μεταμόσχευση ολόκληρου του παγκρέατος ή μέρος αυτού (νησίδια του Langerhans) και ασθενείς με ταυτόχρονη μεταμόσχευση παγκρέατος-νεφρού και παγκρέατος-ήπατος. Τα αποτελέσματα τη μελέτης τους αναφέρουν πως υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι η μεταμόσχευση παγκρέατος παρατείνει το ποσοστό επιβίωσης διαβητικών ασθενών με νεφροπάθεια και νευροπάθεια.

Προ της μεταμόσχευσης παγκρέατος διενεργείται έλεγχος αναφορικά με το ατομικό ιατρικό ιστορικό του δυνητικού δότη (προηγούμενη πάθηση παγκρέατος, κατάχρηση αλκοόλης, ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη, κοιλιακό τραύμα). Οι εξετάσεις λειτουργικότητας του μοσχεύματος αφορούν έλεγχο παγκρεατικών ενζύμων, επίπεδα ασβεστίου αίματος, τιμές αμυλάσης ορού, επίπεδα σακχάρου αίματος και ανάγκες χορήγησης ινσουλίνης. Ο μορφολογικός έλεγχος παγκρέατος γίνεται με υπερηχογράφημα ή μαγνητική τομογραφία παγκρέατος (Council of Europe, 2004⁷⁰. U.S. Department of Health and Human Services, 2015⁷¹). Ο χρόνος διατήρησης παγκρέατος εκτός του σώματος του δότη και μέχρι την επαναιμάτωσή του στο σώμα του λήπτη ανέρχεται στις 30 ώρες εφόσον χρησιμοποιηθεί διάλυμα UW - University of Wisconsin Solution (Ambros & Grinyo Boira 2007). Πίνακας 4.8. παρουσιάζει τις αντενδείξεις επιλογής παγκρέατος για μεταμόσχευση.

⁶⁹ Pancreas Transplant: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/003007.htm>

⁷⁰ Υποσημείωση 62

⁷¹ OPTN Policies, Policy 2: Deceased Donor Organ Procurement, σελίδα 18-28
http://optn.transplant.hrsa.gov/ContentDocuments/OPTN_Policies.pdf#nameddest=Policy_02

Πίνακας 4.8. Αντενδείξεις επιλογής παγκρέατος για μεταμόσχευση.

Αντενδείξεις επιλογής παγκρέατος για μεταμόσχευση	
1.	Γενικά κριτήρια αποκλεισμού δότη (Πίνακας 4.4.).
2.	Ηλικία δότη >55 ετών.
3.	Ιστορικό αλκοολισμού.
4.	Ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη.
5.	Μη φυσιολογικά επίπεδα αμυλάσης αίματος.
6.	Μακροσκοπική εξέταση με ενδείξεις σοβαρού οιδήματος παγκρέατος, αιμορραγία, περιπαγκρεατικό αιμάτωμα.

Πηγή: Andres, 2007.

Νεφροί

Η αιμοκάθαρση και η μεταμόσχευση νεφρού παραμένουν οι βασικές θεραπείες ασθενών με τελικού σταδίου νεφρική νόσο, ωστόσο η μεταμόσχευση νεφρού σε νεότερους ασθενείς είναι η θεραπεία επιλογής καθότι πλεονεκτεί της αιμοκάθαρσης σε τρία βασικά σημεία 1. βελτίωση ποιότητας ζωής ασθενών, 2. απελευθέρωση από την «τυραννία» της αιμοκάθαρσης, 3. μεγαλύτερο ποσοστό επιβίωσης ασθενών (Brennan & Ramos 2013).

Ως ιδανικός δότης νεφρού θεωρείται ο δότης ηλικίας 10-39 ετών, χωρίς ιατρικό ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης και αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου και με τελική τιμή κρεατινίνης αίματος <1.5 mg/dl. Καθότι η λίστα αναμονής και οι θάνατοι ασθενών που αναμένουν νεφρό για μεταμόσχευση αυξάνεται δραματικά, τα κριτήρια δοτών νεφρού έχουν διερευνηθεί. Οι αποκαλούμενοι «οριακοί δότες» νεφρού αποτελούνται από δότες που προέρχονται από διαφοροποιημένο κοινωνικό και ιατρικό πλαίσιο από τους ιδανικούς δότες. Οι οριακοί δότες αφορούν σε δότες οι οποίοι 1. ηλικιακά είναι <5 ετών και >55 ετών, 2. παρουσιάζουν στο ιατρικό ιστορικό τους αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη, κίνδυνο εμφάνισης μεταδοτικών νοσημάτων και κακοήθειας, 3. έχουν ως αιτία θανάτου τραυματισμό ή εγκεφαλικό αγγειακό επεισόδιο, 4. ο μηχανισμός θανάτου δότη είναι είτε εγκεφαλικός θάνατος είτε κυκλοφορικός θάνατος, 5. παρουσιάζουν ανατομικές και μορφολογικές ανωμαλίες μοσχεύματος, 6. η λειτουργία μοσχεύματος με τιμές κρεατινίνης αίματος και υπολογιζόμενο ρυθμό σπειραματικής διήθησης είναι εκτός φυσιολογικών ορίων.

(Metzger, Delmonico, Feng, et al. 2003. Whiting, Woodward, Zavala, et al. 2000). Παρά το υψηλό ποσοστό απόρριψης νεφρικού μοσχεύματος από οριακό δότη συγκριτικά με νεφρικό μόσχευμα από ιδανικό δότη, η μεταμόσχευση νεφρού από οριακό δότη σχετίζεται με σημαντική μείωση της νοσηρότητας και αύξησης του προσδόκιμου ζωής ασθενών συγκριτικά με ασθενείς που παραμένουν σε θεραπεία αιμοκάθαρσης αναμένοντας μόσχευμα από ιδανικό δότη (Binnani, Bahadur, Gandhi, 2012).

Ανεξαρτήτως προελεύσεως του δότη (ιδανικός/οριακός), ο εργαστηριακός έλεγχος που απαραίτητως διενεργείται αφορά τη λειτουργικότητα του νεφρού (τελικές τιμές ουρίας, κρεατινίνης, παραγωγή ούρων ωριαία ή 24ωρη, καλλιέργεια ούρων) και τη μορφολογία νεφρού(υπερηχογράφημα αξιολόγησης νεφρών και έκτασής τους). Η βιοψία νεφρών είναι προαιρετική διαδικασία και διενεργείται κυρίως για μόσχευμα προερχόμενο από ηλικιακά μεγαλύτερο δότη ή δότη με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, σακχαρώδη διαβήτη, εγκεφαλική αιμορραγία αγνώστου αιτιολογίας (Council of Europe, 2004⁷², U.S. Department of Health and Human Services, 2015⁷³). Ο χρόνος διατήρησης νεφρικού μοσχεύματος εκτός του σώματος του δότη και μέχρι την επαναιμάτωσή του στο σώμα του λήπτη κυμαίνεται μεταξύ 18-60 ωρών (Ambros & Grinyo Boira 2007). Ο Πίνακας 4.9. παρουσιάζει τις αντενδείξεις επιλογής νεφρού για μεταμόσχευση.

Πίνακας 4.9. Αντενδείξεις επιλογής νεφρού για μεταμόσχευση.

Αντενδείξεις επιλογής νεφρού για μεταμόσχευση	
1.	Γενικά κριτήρια αποκλεισμού δότη (Πίνακας 4.4.)
Απόλυτες αντενδείξεις	
2.	Ενεργός λοίμωξη HIV.
3.	Σήψης ή μη ελεγχόμενη συστηματική λοίμωξη.
4.	Πολυοργανική ανεπάρκεια.
5.	Κακοήθης νόσος με αυξημένο κίνδυνο μετάστασης.
6.	Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια.
7.	Ορμονική θεραπεία υπόφυσης από πτωματικό δότη.

⁷² Υποσημείωση 62

⁷³ Υποσημείωση 71

8. Σύνδρομο Gersmann-Straussier, Kuru, ασθένεια Creutzfeldt-Jacob.

Σχετικές αντενδείξεις

9. Ηλικία.

10. Αρτηριακή Υπέρταση.

11. Σακχαρώδης Διαβήτης.

12. Οξεία νεφρική ανεπάρκεια.

13. Παρατεταμένος χρόνος θερμής ισχαιμίας.

14. Οροθετικοί ασθενείς στον ιό HIV, Hepatitis B, Hepatitis C.

15. Σπειραματονεφρίτιδα ή άλλες παθήσεις νεφρού με φυσιολογική νεφρική λειτουργία.

Πηγή: Andres, 2007.

Λεπτό έντερο

Η μεταμόσχευση λεπτού εντέρου αποτελεί καινοτομία στον τομέα μεταμοσχεύσεων με αποτέλεσμα να μην υπάρχει σχετικά διεθνώς αναγνωρισμένο πρωτόκολλο και κατευθυντήριες οδηγίες επί αυτής. Η επιλογή του δότη βασίζεται στα γενικά κριτήρια επιλογής δότη (Πίνακας 4.4.) και στα κριτήρια επιλογής ήπατος καθότι η μεταμόσχευση λεπτού συνήθως διενεργείται με ταυτόχρονη μεταμόσχευση ήπατος. Τα κύρια κριτήρια επιλογής λεπτού εντέρου βασίζονται 1. στην εκτίμηση ηλεκτρολυτών αίματος, λειτουργία ήπατος (ηπατικά ένζυμα), 2. στην εκτίμηση περισταλτικότητας εντέρου, η οποία επηρεάζεται από το χρονικό διάστημα νοσοκομειακής νοσηλείας, αιμοδυναμική σταθερότητα του δότη και χρήση αγγειοσυσπαστικών φαρμάκων, 3. τα αποτελέσματα εξετάσεων α) υπερηχογράφημα κοιλίας για αποκλεισμό παρουσίας ασκίτη, όγκων και βλαβών λεπτού εντέρου, β) ακτινογραφία κοιλίας επί ενδείξεων, γ) ενδοσκόπηση γαστρεντερικού συστήματος επί ενδείξεων και 4. μακροσκοπική εξέταση κατά τη διαδικασία αφαίρεσης όπου και εξετάζεται η περισταλτικότητα του λεπτού εντέρου και ελέγχεται για πιθανές αγγειακές και ανατομικές αλλοιώσεις (Council of Europe, 2004⁷⁴).

Η σημαντικότητα της μεταμόσχευσης λεπτού εντέρου σε λήπτη με ανεπάρκεια λειτουργίας του και συνύπαρξη επιπλοκών χρήσης ολικής παρεντερικής σίτισης είναι αδιαμφισβήτη. Σύμφωνα με τους O' Keefe & Matarese (2006), το 2001 το Center for

⁷⁴ Υποσημείωση 62

Medicare and Medicaid Services αναγνώρισε τη μεταμόσχευση λεπτού εντέρου ως πρότυπο θεραπείας για ασθενείς με χρόνια χορήγηση ολικής παρεντερικής σίτισης, καθώς τους επιτρέπει τη διάσωση από επιπλοκές⁷⁵ μετά από μακροχρόνια χρήση. Τα πλεονεκτήματα που αναφέρουν σχετικά με τη μεταμόσχευση λεπτού εντέρου είναι η βελτίωση ποιότητας ζωής των ασθενών, αποκατάσταση λειτουργίας πέψης και απέκκρισης, αυτόνομη θρέψη και μείωση κόστους σχετιζόμενο με το κόστος επιβίωσης των ληπτών. Οι Middleton & Jamieson (2005), αναφέρουν το κόστος των £40 000 για κάθε ασθενή το χρόνο που λαμβάνει θεραπεία ολικής παρεντερικής σίτισης, το οποίο αυξάνει καθότι οι επιπλοκές είναι πολύ συχνές, ενώ η μεταμόσχευση εντέρου κοστίζει £80 000, το οποίο αναμένεται να μειωθεί σημαντικά τα επόμενα έτη, προσθέτοντας ως χρόνο επιβίωσης των ληπτών μοσχεύματος λεπτού εντέρου για τον πρώτο χρόνο να ανέρχεται στο ποσοστό του 90%. Ο χρόνος διατήρησης παγκρέατος εκτός του σώματος του δότη και μέχρι την επαναιμάτωσή του στο σώμα του λήπτη ανέρχεται στις 10 ώρες (Churchill, 2004). Ο Πίνακας 4.10. παρουσιάζει τις αντενδείξεις επιλογής λεπτού εντέρου για μεταμόσχευση.

Πίνακας 4.10. Αντενδείξεις επιλογής λεπτού εντέρου για μεταμόσχευση.

Αντενδείξεις επιλογής λεπτού εντέρου για μεταμόσχευση

1. Γενικά κριτήρια αποκλεισμού δότη (Πίνακας 4.5.).
2. Κριτήρια αποκλεισμού ήπατος.
3. Παχυσαρκία.
4. Ιστορικό κατάχρησης αλκοόλης.
5. Μη ελεγχόμενες κοιλιακές λοιμώξεις.
6. Έκθεση σε τοξίνες που επηρεάζουν τη λειτουργία του λεπτού εντέρου.
7. Κοιλιακό τραύμα.
8. Ιστορικό παθήσεων εντέρου.
9. Διάρροια.
10. Νοσηλεία σε Μ.Ε.Θ > 5 ημερών.

Πηγή: Council of Europe, 2004.

⁷⁵ Ηπατική ανεπάρκεια με αύξηση χολερυθρίνης αίματος και ηπατικών ενζύμων, διαφοροποίηση μεγέθους σπλήνας, μείωση αιμοπεταλίων αίματος λόγω χρόνου προθρομβίνης, αιμορραγίες στόματος, ηπατική ίνωση και κίρρωση, θρομβώσεις κεντρικών φλεβών (υποκλειδίας-σφαγίτιδας-μηριαίας), συχνά επεισόδια σηψαιμίας σχετιζόμενα με τον καθετήρα χορήγησης και σοβαρά επαναλαμβανόμενα επεισόδια αφυδάτωσης.

4.2. Δότες οργάνων μετά από κυκλοφορικό θάνατο (DCD)

Η ονομασία της κατηγορίας δότες μετά από κυκλοφορικό θάνατο (πρώτη ονομασία δότες μετά από καρδιακό θάνατο) προήλθε από την αρχική ονομασία δότες με μη πάλλοντα καρδιακό ρυθμό⁷⁶ και οφείλεται στη συνεχή, ραγδαία αύξηση ασθενών που αναμένουν όργανο για μεταμόσχευση οδηγώντας στην εξεύρεση λύσης αντιμετώπισης του φαινομένου με ανάκτηση οργάνων από δότες μετά από κυκλοφορικό θάνατο (British Transplant Society, 2013⁷⁷). Ως δότες με κυκλοφορικό θάνατο είναι οι πιθανοί δότες που μετά από καρδιακή ανακοπή και παρ' όλες τις προσπάθειες ανάταξης και επαναφοράς της καρδιακής-κυκλοφορικής λειτουργίας με καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση, δεν επανέρχονται και πεθαίνουν (Valero & Cazaro, 2007). Οι Bernat, D'Alessandro, Port et al., (2006), αναφέρουν πως ο όρος δωρεά μετά από καρδιακό θάνατο αποσαφηνίζει πως ο θάνατος προηγείται της δωρεάς και ο θάνατος στη κατηγορία δοτών μετά από καρδιακό θάνατο, δεν διενεργείται με νευρολογικά κριτήρια καθότι δεν πληρούνται τα κριτήρια κλινικής διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου, αλλά ο θάνατος καθορίζεται με καρδιοπνευμονικά κριτήρια αποδεικνύοντας με κλινική εξέταση την απουσία κυκλοφορίας (απουσία καρδιακών ήχων, παλμού, αναπνευστικής προσπάθειας και ανταποκρισιμότητας.).

Το πλέον σημαντικό που αφορά την ομάδα αυτή των δοτών αποτελεί ο χρόνος θερμής ισχαιμίας και ο χρόνος ψυχρής ισχαιμίας. Ο χρόνος θερμής ισχαιμίας (WIT-Warm Ischaemia Time), νοείται ο χρόνος που έχει παρέλθει από τη στιγμή του θανάτου (διακοπή καρδιακής λειτουργίας) μέχρι την επαναιμάτωση του οργάνου μέσω συστήματος εξωσωματικής κυκλοφορίας⁷⁸ με σκοπό την οξυγόνωση και διατήρηση της λειτουργικότητάς του. Ο χρόνος θερμής ισχαιμίας συμπεριλαμβάνει το χρονικό διάστημα που χρησιμοποιήθηκε κατά την καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση, όπως και το χρονικό σημείο έναρξης απόσυρσης θεραπείας. Ο χρόνος ψυχρής ισχαιμίας (CIT-Cold Ischaemia Time), αφορά στο χρονικό διάστημα από τη στιγμή έγχυσης ψυχρού διαλύματος στο σώμα του δότη, ψύξης του οργάνου και συντήρησής του με ειδικά διαλύματα έπειτα από την ανάκτησή του οργάνου από το σώμα του

⁷⁶ Non Heart-Beating Donors (NHBD).

⁷⁷ Transplantation from Donors after Deceased Circulatory Death, p.1-118.
<http://www.bts.org.uk/Documents/2013-02-04%20DCD%20guidelines.pdf>

⁷⁸ NRP, Normothermic Regional Perfusion. Αποτελεί μηχανήμα εξωσωματικής κυκλοφορίας, όπου το περιφερικό κύκλωμα συνδέεται με το σώμα του δότη, ανακυκλώνει και επιστρέφει οξυγονωμένο αίμα στα κοιλιακά όργανα.

δότη, μέχρι το χρονικό σημείο μεταμόσχευσης του οργάνου και επαναιμάτωσής του στο σώμα του λήπτη (Dunne & Doherty, 2011. British Transplantation Society, 2013⁷⁹).

4.2.1. Προέλευση δοτών μετά από κυκλοφορικό θάνατο.

Το 1995 στο Μάαστριχ της Ολλανδίας διεξήχθη το Πρώτο Διεθνές Συνέδριο σχετικά με τους δότες μετά από καρδιακό θάνατο, ορίστηκαν τέσσερις (4) κατηγορίες δοτών και οι οποίες εγκρίθηκαν από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο (Jean-Paul, 2011). Σύμφωνα με τους Koostra & Heurn (2007), οι κατηγορίες 1 (I) και 2 (II) αφορούν σε μη ελεγχόμενους δότες και οι κατηγορίες 3 (III) και 4 (IV) αφορούν σε ελεγχόμενους δότες.

Κατηγορία 1 (I): Αφορά δότες που πεθαίνουν εκτός νοσοκομείου και η προσπάθεια ανάνηψης είναι άσκοπη καθώς ο χρόνος θερμής ισχαιμίας είναι άγνωστος.

Κατηγορία 2 (II): Η κατηγορία αναφέρεται σε δότες που προσέρχονται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών και Ατυχημάτων μετά από ανεπιτυχή ανάνηψη από το πλήρωμα του ασθενοφόρου (στη σκηνή ή εντός του ασθενοφόρου), ή από ασθενείς που νοσηλεύονται σε τμήματα του νοσοκομείου που υπέστησαν μη αναμενόμενη καρδιακή ανακοπή με μετέπειτα ανεπιτυχή ανάνηψη. Συνήθως οι ασθενείς πεθαίνουν μετά από σοβαρό τραυματισμό, ανοξία εγκεφάλου, καρδιακό ή εγκεφαλικό επεισόδιο.

Κατηγορία 3 (III): Αφορά σε ασθενείς που αναμένεται να καταλήξουν σε θάνατο και οι θεράποντες ιατροί δεν προβαίνουν σε περαιτέρω θεραπεία, αντιθέτως την αποσύρουν καθώς η εγκεφαλική βλάβη είναι μη αναστρέψιμη, (χωρίς ωστόσο να πληρούν τα κλινικά κριτήρια διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου) και η κρισιμότητα της κατάστασης αναμένεται να επιφέρει το θάνατο.

Κατηγορία 4 (IV): Η ομάδα δοτών αποτελείται από δότες οι οποίοι πεθαίνουν κατά τη διάρκεια διενέργειας της κλινικής διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου ή έπειτα από τη διάγνωση εγκεφαλικού θανάτου χωρίς να έχει αρχίσει η διαδικασία πιθανής δωρεάς οργάνων.

(Chaib, 2008)

⁷⁹ Υποσημείωση 77

Κατηγορία 5 (V): Αφορά σε βαριά πάσχοντα ασθενείς που νοσηλεύονται σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Η καρδιακή ανακοπή παρά τη κρισιμότητα της κατάστασης θεωρείται απροσδόκητο γεγονός. (Ridley, Bonner, Bray, et al. 2005). Η κατηγορία 5 (V), δεν περιλαμβάνεται στην αρχική κατάταξη (Zaltzman, 2005). Ο Πίνακας 4.11. παρουσιάζει τις κατηγορίες δοτών, το είδος, την περιγραφή και την προέλευση των δοτών με κυκλοφορικό θάνατο.

Πίνακας 4.11. Κατηγορίες δοτών με κυκλοφορικό θάνατο.

Κατηγορία	Είδος	Περιγραφή	Προέλευση
1 - I	Μη ελεγχόμενος δότης	Νεκρός κατά τη άφιξη	Τ.Ε.Π.Α ⁸⁰
2 – II	Μη ελεγχόμενος δότης	Ανεπιτυχής ανάνηψη	Τ.Ε.Π.Α, Νοσηλεία σε θάλαμο νοσοκομείου.
3 – III	Ελεγχόμενος δότης	Αναμονή καρδιακής ανακοπής	Νοσηλεία σε θάλαμο νοσοκομείου, Μ.Ε.Θ. ⁸¹
4 – IV	Ελεγχόμενος δότης	Καρδιακή ανακοπή κατά τη διάρκεια ή μετά από διαδικασίες διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου	Μ.Ε.Θ.
5 – V	Μη Ελεγχόμενος δότης	Απροσδόκητη καρδιακή ανακοπή σε βαριά πάσχοντα ασθενή	Μ.Ε.Θ.

Πηγή: Koostra & Van Heurn, 2007. Chaib, 2008. Ridley, Bonner, Falvey, et al. 2005.

4.2.2. Κριτήρια επιλογής δότη

Η επιλογή δότη μετά από κυκλοφορικό θάνατο γίνεται σύμφωνα με πρωτόκολλο, εστιάζοντας στα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού οργάνων για δωρεά και βασίζεται στις ρυθμιστικές, νομοθετικές διατάξεις των χωρών. Το πρωτόκολλο επιλογής δότη πρέπει να περιγράφει το χειρισμό δότη και τις στρατηγικές συντήρησής των οργάνων (Wind, Faut, Van Smaalen, et al. 2013).

Σημαντική πτυχή στο χειρισμό δότη αποτελεί ο «κανόνας του νεκρού δότη (dead donor rule)», σύμφωνα με τον οποίο καθορίζεται το χρονικό σημείο κατά το οποίο απαγορεύεται να ανακτηθούν όργανα από τον εκλιπόντα δότη. Η σύσταση του

⁸⁰ Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών και Ατυχημάτων

⁸¹ Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

Μάαστριχ, προτείνει την ανάκτηση οργάνων δέκα λεπτά (10) μετά από τη διαπίστωση κυκλοφορικού θανάτου. Το 2005, πραγματοποιήθηκε στην Αμερική το Διεθνές Συνέδριο δωρεάς μετά από κυκλοφορικό θάνατο, όπου εγκρίθηκε η σύσταση της Εταιρείας Εντατικής Θεραπείας όπως η ανάκτηση οργάνων διενεργείται 2 λεπτά (ελάχιστος χρόνος) έως 5 λεπτά (μέγιστος χρόνος) έπειτα από την διαπίστωση κυκλοφορικού θανάτου (Jean-Paul, 2011. Bernat, 2008). Το επιτρεπτό χρονικό διάστημα αναμονής για ανάκτηση οργάνων στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Πίνακας 4.12.) διαφέρει λόγω των νομοθετικών ρυθμίσεων των χωρών καθώς και σε οργανωτικά, τεχνικά εμπόδια. Από τις 27 χώρες κράτη μέλη, 10 χώρες έχουν εγκεκριμένο πρόγραμμα δραστηριοποίησης στην κατηγορία δοτών μετά από κυκλοφορικό θάνατο, 10 χώρες⁸² σχεδιάζουν την έναρξη προγράμματος και σε 7 χώρες⁸³ η ανάκτηση οργάνων από δότες με κυκλοφορικό θάνατο απαγορεύεται δια νόμου. (Dominguez-Gil, Haase-Kromwijk, Van Leiden, et al., 2011).

Ο Πίνακας 4.12. παρουσιάζει τις δέκα (10) Ευρωπαϊκές χώρες με τις κατηγορίες δότη μετά από κυκλοφορικό θάνατο, το χρονικό διάστημα αναμονής και τα όργανα ανάκτησης για μεταμόσχευση. Τα όργανα που ανακτώνται είναι ο νεφρός, το ήπαρ, το πάγκρεας και ο πνεύμονας, τα οποία διέπονται από ειδικά κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού που διαφέρουν για το κάθε όργανο (British Transplantation Society, 2013⁸⁴). Το σύστημα εγγραφής αφορά στο τρόπο εξασφάλισης συναίνεσης για ανάκτηση οργάνων με σκοπό τη μεταμόσχευση. Ο Thaler (2009), αναφέρει πως το σύστημα εγγραφής Opt out ή presumed consent (εικαζόμενη συναίνεση) θεωρεί πως οι πολίτες συναινούν στη δωρεά οργάνων εκτός και αν είχαν δηλώσει προηγουμένως την άρνησή τους, εν αντιθέσει το σύστημα Opt in ή explicit consent (ρητή συναίνεση), αφορά σε πολίτες που είχαν δηλώσει ρητά την προθυμία τους να γίνουν δότες οργάνων, ωστόσο δεν προέβηκαν σε ανάλογα μέτρα για να το πράξουν (μέσω ενυπόγραφης συγκατάθεσης).

⁸² Κύπρος, Εσθονία, Λουξεμβούργο, Νορβηγία, Πολωνία Πορτογαλία, Ρουμανία, Σλοβακία, Σλοβενία, Σουηδία.

⁸³ Φινλανδία, Γερμανία, Ελλάδα, Βοσνία-Ερζεγοβίνη, Ουγγαρία, Λιθουανία, Τουρκία.

⁸⁴ Υποσημείωση 77

Πίνακας 4.12. Ευρωπαϊκές χώρες με κατηγορία δότη μετά από κυκλοφορικό θάνατο

Χώρα	Σύστημα Εγγραφής	Κατηγορία Δότη	Χρονικό Διάστημα Αναμονής ⁸⁵	Όργανα Μεταμόσχευσης
Αυστρία	Opt out	II, III	10	Νεφροί
Βέλγιο	Opt out	II, III, IV	5	Νεφροί, Ήπαρ, Πάγκρεας, Πνεύμονες
Τσεχία	Opt out	I, II, III, IV	10	Νεφροί
Γαλλία	Opt out	I, II, IV	5	Νεφροί
Ιταλία	Opt out	II, III, IV	20	Νεφροί
Λετονία	Opt out	II, IV	15	Νεφροί
Ολλανδία	Opt in	II, III, IV	5	Νεφροί, Ήπαρ, Πάγκρεας, Πνεύμονες
Ηνωμένο Βασίλειο	Opt in	II, III, IV	5	Νεφροί, Ήπαρ, Πάγκρεας, Πνεύμονες
Ισπανία	Opt out	I, II, IV	5	Νεφροί, Ήπαρ, Πνεύμονες
Ελβετία	Opt in	I, II, III, IV	10	Νεφροί, Ήπαρ, Πνεύμονες

Πηγή: 1. Wind, Faut, Van Smaalen et al., 2013.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1432-2277.2011.01257.x/epdf>

2. Dominguez-Gil, Haase—Kromwijk, Van Leiden, et al., 2011.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4057469/>

Η ανάκτηση οργάνων μετά το απαιτούμενο χρονικό διάστημα αναμονής επιτρέπεται εφόσον έχουν εξασφαλισθεί οι απαιτούμενες προϋποθέσεις επιλογής δότη. Τα κριτήρια επιλογής δότη με κυκλοφορικό θάνατο (Πίνακας 4.13.) διαφέρουν σύμφωνα με τον οργανισμό μεταμοσχεύσεων των χωρών, ωστόσο έχουν αναγνωρισθεί διεθνώς κοινά αποδεκτά σημεία για όλους τους οργανισμούς με σκοπό την βιωσιμότητα του οργάνου μεταμόσχευσης και τη μείωση θνησιμότητας των ληπτών.

Πίνακας 4.13. Κριτήρια επιλογής δότη με κυκλοφορικό θάνατο.

Κριτήρια Επιλογής Δότη με Κυκλοφορικό Θάνατο
1. Ηλικία δότη
• Maastricht criteria - ηλικία < 65 ετών.

⁸⁵ The dead donor rule.

- Leicester protocol - ηλικία < 60 ετών.
 - Αυστραλία - ηλικία 12-65 ετών.
 - Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
 - New England Organ Bank - ηλικία 1-55 ετών.
 - Washington Hospital Center - ηλικία 18-60 ετών.
 - Cincinnati Ohio Valley Life Center - ηλικία 2-65 ετών.
2. Καρδιακή και κυκλοφορική ανακοπή
- Maastricht criteria - χρονικό διάστημα < 30 λεπτών
 - Leicester protocol - χρονικό διάστημα < 40 λεπτών
3. Ο ασθενής δεν ανήκει σε ομάδα υψηλού κινδύνου μόλυνσης για τον ιό HIV, ή μόλυνσης με Ηπατίτιδα Β ή C.
4. Δεν πρέπει να υπάρχουν σαφείς ενδείξεις χρήσης ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών.
5. Ο ασθενής δεν έχει ιστορικό πρωτογενούς νεφρικής νόσου, ανεξέλεγκτη αρτηριακή υπέρταση, μη περιπλέκουν ινσουλινο-εξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη. Δεν υπάρχουν ενδείξεις ενδοαγγειακής πήξης με ανουρία και ενδείξεις κακοήθειας (εκτός πρωτογενών όγκων του νευρικού συστήματος – μη μεταστατικών).
6. Δεν υπάρχουν ενδείξεις σήψης ή σοβαρής λοίμωξης τη στιγμή θανάτου.
7. Ασθενείς που απεβίωσαν με υποβοηθούμενη αυτοκτονία ή ευθανασία αποκλείονται (ισχύει για ορισμένα πρωτοκόλλα).

Πηγή: Kimber, Metcalfe, White, et al. 2001. Chaib, 2008. Baron, 2005. Australasian Transplant Coordinators Association, 2008, p. 64. Institute of Medicine (US), Division of Health Care Services, Committee on Non-Heart-Beating Transplantation, et al. 2000).

Ο καθορισμός κριτηρίων επιλογής δότη πρέπει να βασίζεται σε επιστημονικά δεδομένα, σε αποδεκτές αρχές και πρακτικές, με συντηρητική οριοθέτησή του, διατηρώντας την εμπιστοσύνη των πολιτών στα ζητήματα μεταμόσχευσης ακλόνητη (Bernat, 2008). Η μεταβλητότητα και ετερογενής ανάπτυξη πρωτοκόλλων διεθνώς δύναται να κλονίσει αυτή την εμπιστοσύνη, καθότι συνδέεται άμεσα με τον προσδιορισμό θανάτου, με τις πρακτικές συντήρησης οργάνων και τις μη ικανοποιητικές απαντήσεις σε ηθικού περιεχομένου ερωτήσεις (Wind, Faut, Van Smalen, et al., 2013). Η πρόταση του British Transplantation Society (2003),

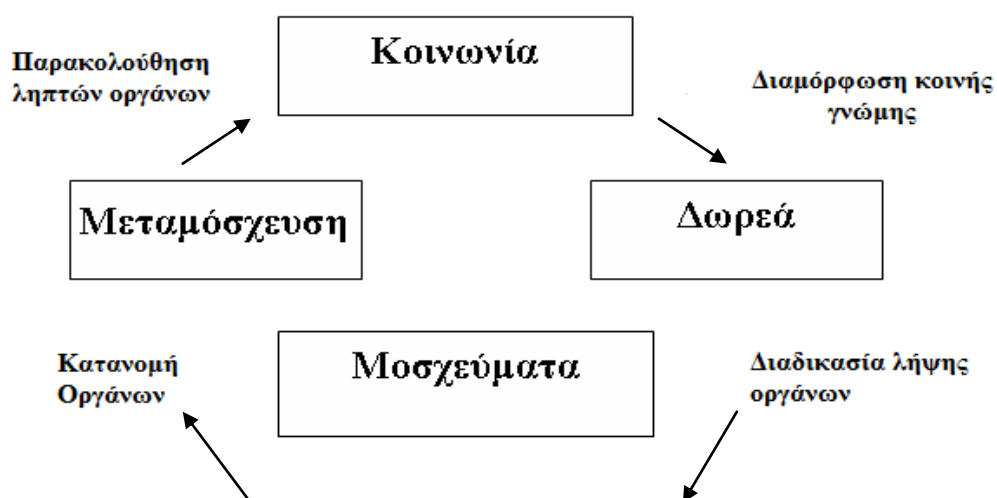
σύμφωνα με την οποία η ανάπτυξη προγράμματος σχετικά με τους δότες από κυκλοφορικό θάνατο πρέπει να περιλαμβάνει πτυχές που αφορούν τον ορισμό του θανάτου, την νομική και ηθική αποδοχή των πρακτικών διεθνώς, τους απαιτούμενους πόρους για το πρόγραμμα, την ενημέρωση του λήπτη οργάνου σχετικά με τα πλεονεκτήματα, τους κινδύνους και την μακροχρόνια λειτουργικότητα του οργάνου σύμφωνα με τα νεότερα δεδομένα, αποτελεί την καλύτερη στρατηγική διατήρησης της εμπιστοσύνης μεταξύ της κοινωνίας μεταμοσχεύσεων και της κοινωνίας των πολιτών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Συντονισμός μεταμοσχεύσεων

Στη διαδικασία μεταμόσχευσης, η κοινωνία αποτελεί το δότη καθώς και το λήπτη οργάνων, καθώς χωρίς δότες οργάνων δεν μπορούν να διενεργηθούν μεταμοσχεύσεις σε λήπτες που τα χρειάζονται. Σύμφωνα με τους Miranda, Lucas, Felipe et.al., (1999), οι πολίτες κάθε κοινωνίας, αποτελούν την κινητήριο δύναμή της και τους κύριους δικαιούχους της στη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων. Ωστόσο, η επίτευξη της μεταμοσχευτικής διαδικασίας με τη κοινωνία ως δότη και λήπτη οργάνων, χρήζει κατάλληλης εκπαίδευσης και πληροφόρησης της κοινωνίας με σκοπό τη θετική διαμόρφωση της κοινής γνώμης προς τη δωρεά οργάνων, διαδικασίας λήψης μοσχευμάτων και κατανομής τους στους κατάλληλους δότες και μετέπειτα παρακολούθησής τους (Διάγραμμα 5.1). Η μεταμόσχευση οργάνων ως διαδικασία είναι πολύπλοκη, πολυσύνθετη και απαιτείται ο συντονισμός όλων των εμπλεκόμενων ομάδων για εξασφάλιση επιτυχούς μεταμόσχευσης οργάνων. Ο συντονισμός της διαδικασίας μεταμόσχευσης οργάνων διενεργείται από τους συντονιστές μεταμοσχεύσεων, οι οποίοι ορίζονται από τον εθνικό οργανισμό μεταμοσχεύσεων του συστήματος υγείας των χωρών.

Διάγραμμα 5.1. Η κοινωνία ως δότης και λήπτης στη μεταμόσχευση οργάνων.



Πηγή: Γάκης, (2010)

5.1. Θεσμός του συντονιστή μεταμοσχεύσεων

Ο θεσμός του συντονιστή μεταμοσχεύσεων δημιουργήθηκε για πρώτη φορά το 1985 στην Ισπανία, δημιουργώντας μεταγενέστερα τον συντονιστή μεταμοσχεύσεων, ως απαραίτητη εξειδικευμένη ειδικότητα για την ανάπτυξη και ενδυνάμωση οργανισμών με μεταμοσχευτικά προγράμματα. Η δημιουργία του θεσμού έχει συμβάλει στην αύξηση των μεταμοσχεύσεων καθώς εξασφαλίζεται η έγκαιρη επισήμανση δυνητικών δωτών, η οργάνωση διανομής και εναλλαγής οργάνων με ηθικό και δίκαιο τρόπο αυξάνοντας τις πιθανότητες μεταμόσχευσης ασθενών σε λίστες αναμονής. Ο συντονιστής μεταμοσχεύσεων είναι απαραίτητο να ορίζεται από το εθνικό σύστημα υγείας και να είναι εγγεγραμμένος όχι μόνο σε εθνικό επίπεδο αλλά και σε διεθνές, καθώς η συμμετοχή του επιτρέπει την ανταλλαγή πληροφοριών και σύγκριση αποτελεσμάτων με σκοπό την βελτίωση και προώθηση ποιοτικών προγραμμάτων μεταμόσχευσης (Manyalich, M. Valero, R. Paredes, D. et al., 2007).

Η σημαντικότητα του θεσμού του συντονιστή μεταμοσχεύσεων επισημαίνεται στο δημοσιογραφικό εργαστήριο σχετικά με τη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων που διενεργήθηκε το Νοέμβριο 2014 στις Βρυξέλλες, παρουσιάζοντας τον συντονιστή μεταμοσχεύσεων σε νοσοκομειακό επίπεδο, ως το άτομο «κλειδί» με κύρια ευθύνη την ανάπτυξη προγράμματος για έγκαιρη ανίχνευση δωτών, δημιουργώντας ταυτοχρόνως το σημαντικότερο βήμα προώθησης της δωρεάς οργάνων και αύξησης των ποσοστών εξακρίβωσης πιθανών δωτών. Στατιστικά, η εφαρμογή του θεσμού του συντονιστή μεταμοσχεύσεων, επιβεβαιώνει τη σημαντικότητα του θεσμού καθώς έχει συμβάλει στην αύξηση του ποσοστού δωτών στις χώρες Ισπανία, Ελλάδα, Ρουμανία και Ιταλία. Συγκεκριμένα, η εφαρμογή του θεσμού στην Ισπανία αύξησε το ποσοστό δωρεάς σε 130% για δέκα έτη, στην Ελλάδα αύξησε το ποσοστό μεταμοσχεύσεων σε 132% μεταξύ των ετών 2001-2005, στην Ρουμανία διπλασίασε το ποσοστό δωρεάς από πτωματικούς δότες μεταξύ των ετών 2011-2013 και στην Ιταλία διπλασίασε το ποσοστό δωρεάς για ένα χρόνο (Europa.eu, 2014⁸⁶).

⁸⁶ Journalist Workshop On Organ donation and transplantation, Recent Facts and Figures http://ec.europa.eu/health/blood_tissues_organs/docs/ev_20141126_factsfigures_en.pdf

Η σημαντικότητα του θεσμού του συντονιστή μεταμοσχεύσεων επισημαίνεται ως προτεραιότητα υπαριθμόν ένα στο «Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα Δράσης σχετικά με τη Δωρεά και Μεταμόσχευση οργάνων⁸⁷» από την Ευρωπαϊκή Ένωση, η οποία υιοθέτησε το πρόγραμμα για τη διάρκεια των ετών 2009-2015, έπειτα από μελέτη στην οποία συμμετείχαν 27 χώρες (κράτη – μέλη) της Ευρωπαϊκής Ένωσης και 8 χώρες⁸⁸ (μη κράτη - μέλη). Ως πρώτη προτεραιότητα δράσης, καθορίστηκε η προώθηση του ρόλου των συντονιστών μεταμοσχεύσεων σε κάθε νοσοκομείο στο οποίο δύναται να υπάρξει δωρεά οργάνων, συμπεριλαμβάνοντας σχεδιασμό δεικτών για παρακολούθησή της και για την ενίσχυση της οποίας η Ευρωπαϊκή Ένωση ηδύνατο να προβεί σε περαιτέρω στήριξη με εκπαιδευτικά προγράμματα για τους συντονιστές μεταμόσχευσης (Europa.eu, 2013, ACTOR study⁸⁹).

5.2. Προφίλ συντονιστή μεταμοσχεύσεων

Το προφίλ του ατόμου που καθίσταται να ορισθεί ως συντονιστής μεταμοσχεύσεων ποικίλλει ανάμεσα στις Ευρωπαϊκές χώρες, γεγονός που οφείλεται στο επίπεδο το οποίο βρίσκονται και απασχολούνται είτε είναι εθνικό, περιφερειακό, νοσοκομειακό επίπεδο. Υπάρχει μια τεράστια ποικιλία σχετικά με τα γενικά χαρακτηριστικά των συντονιστών μεταμοσχεύσεων, γεγονός που κρίνεται φυσιολογικό, δεδομένου ότι οι διαφορές στο μέγεθος των χωρών και στα συστήματα υγείας και της εκπαίδευσης διαφέρουν και τα οποία είναι αναγκαία για την κατάλληλη κάλυψη αναγκών από το επίπεδο του νοσοκομείου προς τις ανάγκες εθνικού συντονισμού (Europa.eu, 2013⁹⁰).

Τα κύρια χαρακτηριστικά που απαντώνται στο προφίλ του συντονιστή μεταμοσχεύσεων είναι δύο και αφορούν το ατομικό προφίλ και το επαγγελματικό προφίλ. Το ατομικό προφίλ αφορά το φύλο, μπορεί να είναι άνδρας ή γυναίκα, την ηλικία που ιδανικά πρέπει να κυμαίνεται μεταξύ των τριάντα (30) έως (40) ετών, την εμπλοκή με ζητήματα δωρεάς όπου η προώθησης της δωρεάς και μεταμόσχευσης οργάνων οφείλει να αποτελεί αυτοσκοπό και όχι μέσο ικανοποίησης προσωπικών επιδιώξεων μη συνάδοντας με τη δωρεά και μεταμόσχευση και απαιτείται η εμπειρία και ικανότητά του στη διαφύλαξη και ενδυνάμωση διαπροσωπικών σχέσεων τόσο με

⁸⁷ European Action Plan on Organ Donation and Transplantation (2009-2015).

http://ec.europa.eu/health/blood_tissues_organs/docs/organs_actor_study_2013_en.pdf, page 6.

⁸⁸ Ισλανδία, Νορβηγία, Κροατία, Μακεδονία, Ελβετία, Τουρκία, Λιχτενστάιν και Μαυροβούνιο.

⁸⁹ Υοσημείωση 87

⁹⁰ Υποσημείωση 86

το κοινό όσο και με τους λοιπούς επαγγελματίες υγείας (Manyalich, M. Valero, R. Paredes, D. et al., 2007).

Η εκπαίδευση είναι το κύριο χαρακτηριστικό του επαγγελματικού προφίλ του συντονιστή μεταμοσχεύσεων. Σύμφωνα με τον E.O.M.⁹¹, ο συντονιστής μεταμοσχεύσεων είναι ο άριστα και ειδικά εκπαιδευμένος επαγγελματίας υγείας (συνήθως ιατροί και νοσηλευτές εργαζόμενοι σε εντατικές μονάδες) του οποίου ο επαγγελματισμός διαφυλάσσει όλες τις πτυχές και διαδικασίες μιας δωρεάς και μεταμόσχευσης οργάνων. Το TPM – DTI Foundation με έδρα τη Βαρκελώνη Ισπανίας, προσφέρει εξειδικευμένα προγράμματα, αναγνωρισμένα και πιστοποιημένα από την Ευρωπαϊκή Ένωση, τα οποία χρησιμοποιήθηκαν στην εκπαιδευτική έρευνα του προγράμματος ‘European Training Program on Organ Donation’ με στόχο τη βελτίωση των ποσοστών δωρεάς που διεξήχθη κατά τα έτη 2007-2009 σε χώρες της Ευρώπης (Manyalich, M. Guasch, X. Paez, G. et al., 2012). Τόσο το ατομικό όσο και το επαγγελματικό προφίλ του συντονιστή μεταμοσχεύσεων αποτελούν τα απαραίτητα συστατικά επιτυχίας στο σημαντικό ρόλο που έχει να διαδραματίσει και να επιδείξει.

5.3. Ο ρόλος του συντονιστή μεταμοσχεύσεων

Ιδανικός χώρος στον οποίο ο συντονιστής μεταμοσχεύσεων αναπτύσσει τη δραστηριότητα και τους ρόλους του είναι ο χώρος του νοσοκομείου. Ως εργαζόμενος σε νοσοκομείο πρέπει να είναι ανεξάρτητος εργαζόμενος εντός του νοσοκομείου και να υπάγεται απευθείας στη διοίκηση του νοσοκομείου. Στην Ελλάδα, σε νοσοκομεία που εφαρμόστηκε αυτή η ανεξάρτητη ιεραρχικά θέση του συντονιστή μεταμοσχεύσεων, συνέβαλε στην αύξηση των μεταμόσχευσεων καθώς ο τοπικός συντονιστής είχε την ευκαιρία να αναπτύξει τους ρόλους του (Γάκης, 2010). Στην Κροατία, η τοποθέτηση του συντονιστή μεταμοσχεύσεων εντός του νοσοκομείου αποτέλεσε το σημείο κλειδί στην αύξηση του ποσοστού δωρεάς και μεταμόσχευσης οργάνων λόγω της έγκαιρη ανίχνευσης και διαχείρισης δυνητικών δοτών (Zivcic-Cosic, S. Busic, M. Zupan, Z. 2013).

⁹¹ Ο Συντονιστής Μεταμοσχεύσεων
http://www.eom.gr/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=11&Itemid=130&lang=e
1

Ο ρόλος του συντονιστή μεταμοσχεύσεων αποτελείται από δύο κύριες πτυχές. Η πρώτη πτυχή αφορά θέματα που άπτονται της δωρεάς και μεταμόσχευσης οργάνων και η δεύτερη της ενημέρωσης και εκπαίδευσης.

5.3.1. Ο ρόλος του συντονιστή στη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων

Ο συντονιστής μεταμοσχεύσεων πρέπει να είναι ικανός να αναλύει και να εξετάζει μεθοδικά και λεπτομερώς τη δομή όλων των μεταμοσχευτικών πιθανοτήτων και όλες τις βασικές πτυχές συντονισμού (Πίνακας 5.1.).

Πίνακας 5.1. Ο ρόλος του συντονιστή μεταμοσχεύσεων.

Ρόλος του Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων
1. Έγκαιρη ανίχνευση και αναγνώριση πιθανού δότη οργάνων
2. Διάγνωση εγκεφαλικού θανάτου
3. Διαχείριση και βιωσιμότητα δότη
4. Ενημέρωση οικογένειας – εξασφάλιση ενυπόγραφης συναίνεσης
5. Επίβλεψη και συμμετοχή σε νομικές και διοικητικές διαδικασίες
6. Ανάκτηση, κατανομή και διανομή οργάνων
7. Προμήθεια ιστών και διανομή
8. Ανάπτυξη προγραμμάτων έρευνας
9. Διαχείριση πηγών και κόστους διαδικασιών μεταμόσχευσης

Πηγή: Manyalich, M. Valero, R. Paredes, D. et al., 2007

Ρόλος 1. Έγκαιρη ανίχνευση και αναγνώριση πιθανού δότη οργάνων.

Η ανίχνευση δοτών διενεργείται στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, όπου ασθενείς των οποίων η νευρολογική κατάσταση ορίζει ή δύναται να ορίσει εγκεφαλικό θάνατο, αποτελεί θεμελιώδη προτεραιότητα του συντονιστή μεταμοσχεύσεων και ως ρόλος απαιτεί τις καλύτερες διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ συντονιστή και προσωπικού των μονάδων. Η αναγνώριση του νοσηλευόμενου ατόμου ως πιθανού δότη οργάνων από πλευράς συντονιστή, κρίνεται απαραίτητη καθώς το προφίλ δότη και τα κριτήρια αποδοχής δότη, υπόκεινται σε αλλαγές και έχουν διευρυνθεί τα τελευταία έτη, γεγονός που απαιτεί συνεχή ενημέρωση και γνώσεις επί αυτών καθώς και επαγγελματισμό. Υπάρχουν δύο μηχανισμοί με τους οποίους μπορεί να διενεργηθεί η ανίχνευση και αναγνώριση πιθανού δότη. Ο πρώτος μηχανισμός είναι η διοικητική

οδός, όπου ο συντονιστής ενημερώνεται με λίστα για τις εισαγωγές ασθενών και τη διάγνωσή τους στη μονάδα νοσηλείας, έπειτα καταγράφει την πρόοδο τους και είναι σε ετοιμότητα για έναρξη διαδικασιών δωρεάς και μεταμόσχευσης στις περιπτώσεις όπου διαπιστωθεί εγκεφαλικός θάνατος. Ο δεύτερος μηχανισμός διενεργείται με κατ' ιδίαν αξιολόγηση των ασθενών από το συντονιστή, με σκοπό την πιο εμπειριστατωμένη κλινική και νευρολογική αξιολόγηση ασθενών. Ως μηχανισμός είναι πιο ενεργός, παρουσιάζει ωστόσο περισσότερες διαμάχες μεταξύ συντονιστή και προσωπικού μονάδας, καθώς απαιτεί ουσιαστική συνεργασία με σκοπό τη λήψη απαραίτητων πληροφοριών καθώς και επεξήγηση των λόγων αξιολόγησης του νοσηλευόμενου ασθενή ως δυνητικού δότη οργάνων από πλευράς συντονιστή (Ibanez, J. Garcia, A. Caamano, E. et al., 2007).

Ρόλος 2. Διάγνωση εγκεφαλικού θανάτου.

Ο συντονιστής εξασφαλίζει πως η διάγνωση εγκεφαλικού θανάτου μπορεί να διενεργηθεί οποιαδήποτε στιγμή διαπιστωθεί αλλαγή στη νευρολογική κατάσταση του ασθενούς, διαπιστώνει την ύπαρξη βασικών προϋποθέσεων διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου και συμβουλεύει στις περιπτώσεις αμφιλεγόμενων ελέγχων και παρέχει νομικές πληροφορίες σχετικά με τον εγκεφαλικό θάνατο εάν ζητηθεί (Manyalich, M. Valero, R. Paredes, D. et al., 2007).

Ρόλος 3. Διαχείριση και βιωσιμότητα δότη.

Στην περίπτωση ύπαρξης δότη οργάνων, εξασφαλίζεται η διάθεσης πρωτοκόλλου φροντίδας δότη στο προσωπικό της μονάδας και συμμετοχή στη φροντίδα καθώς η διαχείριση και η βιωσιμότητα του δυνητικού δότη απαιτεί ειδικές γνώσεις και παρεμβάσεις. Ο συντονιστής φροντίζει για την διενέργεια όλων των απαιτούμενων εξετάσεων ελέγχου βιωσιμότητας των οργάνων, ελέγχει τα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού για κάθε όργανο ξεχωριστά και σε συνεννόηση με το μεταμοσχευτικό κέντρο αποφασίζεται ποια όργανα θα δωρισθούν (Manyalich, M. Valero, R. Paredes, D. et al., 2007). Η σημαντικότητα του ρόλου έγκειται στο γεγονός της ανεπανόρθωτης βλάβης και τον προοδευτικά τελικό θάνατο όλων των οργάνων που επιτελείται σε χρονικό διάστημα 48-72 ωρών έπειτα της διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου. Η διατήρηση της λειτουργικότητας των οργάνων χρήζει κατάλληλης φροντίδας στη Μ.Ε.Θ., ώστε τα κατάλληλα όργανα να μεταμοσχευτούν και να χαρίσουν ζωή σε ασθενείς που τα χρειάζονται (Καραμπίνης, 2005).

Ρόλος 4. Ενημέρωση οικογένειας και εξασφάλιση ενυπόγραφης συναίνεσης.

Η διαδικασία ενημέρωσης της οικογένειας με σκοπό την εξασφάλιση ενυπόγραφης συναίνεσης για δωρεά οργάνων αποτελεί επιστημονική διαδικασία κλινικής πρακτικής. Ο συντονιστής κατά τη διάρκεια ενημέρωσης των συγγενών που μαθαίνουν τα τραγικά νέα της κατάστασης του ασθενούς τους, πρέπει να είναι σε θέση να επιδείξει δεξιότητες επικοινωνίας που σχετίζονται με ψυχολογικές παραμέτρους. Τα κύρια θέματα που άπτονται της ενημέρωσης των συγγενών αφορούν γνώσεις και κατανόηση του εγκεφαλικού θανάτου, αίτημα για δωρεά οργάνων, ανάκτηση πληροφοριών σχετικά με τον τρόπο ζωής του αποθανόντα περιλαμβάνοντας βιολογικούς κινδύνους και επαρκή εξήγηση για την ανάκτηση οργάνων και τη διαδικασία μεταμόσχευσης.

Οι παράμετροι που λαμβάνονται υπόψη κατά την ενημέρωση των συγγενών από τον συντονιστή είναι το αρχικό σοκ της οικογένειας για το τραγικό συμβάν, η διαδικασία αποδοχής της νέας πραγματικότητας (άρνηση – θυμός – διαπραγμάτευση – κατάθλιψη- αποδοχή) κατά την οποία ο συντονιστής στηρίζει την οικογένεια του δότη και επιβάλλεται να φροντίσει τη συμμετοχή επαγγελματιών υγείας όπως ψυχολόγου για στήριξη της οικογένειας εφόσον κριθεί αναγκαίο. Στην οικογένεια δίνεται η δυνατότητα να εκφράσει τα συναισθήματά της, να της απαντηθούν οι όποιες σχετικές απορίες σχετικά με τον εγκεφαλικό θάνατο και την θεραπευτική αγωγή που δίδεται στον αποθανόντα κατά την παραμονή του στη μονάδα εντατικής θεραπείας. Η εξασφάλιση της συναίνεσης αποτελεί ικανότητα του συντονιστή καθ' όλη τη διάρκεια ενημέρωσης με σκοπό την απόκτησή της. Η προβολή της σημαντικότητας της δωρεάς ως τρόπου αλληλεγγύης προς ασθενείς των οποίων η ζωή εξαρτάται από τη μεταμόσχευση, αναδεικνύοντας τη χρησιμότητα των μεταμοσχεύσεων καθώς και επικροτώντας αισθήματα επαίνου, γενναιοδωρίας και ικανοποίησης που το δικό τους άτομο μεταθανάτια θα έχει συμβάλει στη βελτίωση ποιότητας και παραμονής ασθενών στη ζωή καθότι βρίσκονται σε λίστες αναμονής οργάνου, αποτελούν επιτυχής μεθόδους εξασφάλισης της συναίνεσης. Αναντίρρητα, η εξασφάλιση ενυπόγραφης συναίνεσης ως διαδικασία δεν είναι εύκολη, καθώς ο συντονιστής σε πλείστες περιπτώσεις αντιμετωπίζει την αμετάβλητη άρνηση της οικογένειας για δωρεά, γεγονός που χρήζει εναλλακτικής στρατηγικής προσέγγισης (Villar, C. 2007).

Ρόλος 5. Επίβλεψη και συμμετοχή σε νομικές και διοικητικές διαδικασίες.

Κύριος σκοπός του ρόλου είναι η διαπίστωση της συμβατότητας των εκτελούμενων νομικών διαδικασιών όπως αυτές ορίζονται από το εθνικό δίκαιο της χώρας και στην περίπτωση της Κύπρου, η κυπριακή νομοθεσία έχει διαφοροποιηθεί με σκοπό την εναρμόνισή της με τις ευρωπαϊκές οδηγίες σχετικά με τη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων. Ταυτοχρόνως, ο συντονιστής επιβλέπει πως κατά τη διαδικασία δωρεάς δεν τίθενται παράνομα ζητήματα όπως η επιβολή ανταλλαγμάτων στους συγγενείς με σκοπό να συναινέσουν στη δωρεά. Ο συντονιστής πρέπει να είναι σε θέση να παραστεί σε δικαστήριο εάν του ζητηθεί. Οι διοικητικές διαδικασίες αφορούν την οργάνωση δωρεάς σε τοπικό και εθνικό επίπεδο, διαπίστευση ποιοτικών προγραμμάτων διαχείρισης και ανάπτυξη ερευνητικών προγραμμάτων (Manyalich, M. Valero, R. Paredes, D. et al., 2007).

Ρόλος 6. Ανάκτηση, κατανομή και διανομή οργάνων.

Η ανάκτηση οργάνων απαιτεί οργανωτικές ικανότητες για το συντονιστή καθώς θα πρέπει να φροντίσει για διάθεση επιπλέον χειρουργείου, αναισθησιολόγου και προσωπικού χειρουργείου, καθώς και τις ομάδες χειρουργών που θα ανακτήσουν τα όργανα. Στις περιπτώσεις που όργανα θα κατανεμηθούν εκτός της χώρας του δότη, εξασφαλίζεται η ενδεδειγμένη διανομή των οργάνων και καταγράφεται ο τρόπος μεταγωγής τους στη χώρα που θα μεταμοσχευτούν (Manyalich, M. Valero, R. Paredes, D. et al., 2007).

Ρόλος 7. Προμήθεια ιστών και διανομή.

Στη περίπτωση που υπάρχει τράπεζα ιστών στη χώρα και μεταμοσχευτική δυνατότητα, ο συντονιστής εξασφαλίζει έπειτα από την ανάκτηση οργάνων τις διαδικασίες ανάκτησης και διάθεσης των ιστών για αξιολόγηση βιωσιμότητας με σκοπό τη μεταμόσχευσή τους (Manyalich, M. Valero, R. Paredes, D. et al., 2007).

8. Ανάπτυξη προγραμμάτων έρευνας.

Πεδία που σχετίζονται με προγράμματα έρευνας και δύναται να αναπτυχθούν με σκοπό την αύξηση του ποσοστού δωρεάς και διάθεσης ποιοτικών οργάνων είναι η ενίσχυση έγκαιρης ανίχνευσης δοτών, καθορισμός δυνατότητας δωρεάς σε τοπικό εθνικό επίπεδο, ερευνητικές μελέτες για τη παρεχόμενη φροντίδα δυνητικού δότη οργάνων, διάγνωση εγκεφαλικού θανάτου, προοπτική δωρεάς από δότες με

κυκλοφορικό θάνατο και διαδικασίες επαναιμάτωσης οργάνων, ερευνητικές μελέτες διάθεσης οργάνων από οριακούς δότες (π.χ. δότες φορείς Ηπατίτιδας Β, ηλικιωμένους δότες κ.α.) και δημιουργία τράπεζας ιστών με ερευνητικά προγράμματα διαχείρισης και αναγέννησής τους (Manyalich, M. Valero, R. Paredes, D. et al., 2007).

9. Διαχείριση πηγών και κόστους διαδικασιών μεταμόσχευσης

Υπό την ευθύνη του συντονιστή μεταμοσχεύσεων είναι η διαχείριση πηγών και κόστους διαδικασιών μεταμόσχευσης. Ο συντονιστής οφείλει να γνωρίζει τις ανάγκες που απαιτούνται κατά τη διαδικασία μεταμοσχεύσης (π.χ. φαρμακευτική αγωγή κατά τη διαχείριση δότη, υλικά χειρουργείου ανάκτησης οργάνων και διαλύματα συντήρησής τους), τις πηγές προμήθειάς τους, τις διαδικασίες και χώρους συντήρησής τους και το κόστος για κάθε προμήθεια. Η χρηματοδότηση των διαδικασιών μεταμόσχευσης απαιτεί διαπραγματευτικές ικανότητες από πλευράς του συντονιστή με τις οποίες η αναγνώριση του κόστους – οφέλους στη μεταμοσχευτική διαδικασία θα δικαιολογεί την εξασφάλιση της από το φορέα χρηματοδότησης (Manyalich, M. Valero, R. Paredes, D. et al., 2007).

5.3.2. Ο ρόλος του συντονιστή στην ενημέρωση και εκπαίδευση

Η ενημέρωση του κοινού και η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σε θέματα δωρεάς και μεταμόσχευσης οργάνων αποτελεί βασική προτεραιότητα του συντονιστή μεταμόσχευσης, για τη επιτυχία της οποίας απαιτείται η συμβολή διαφορετικών ομάδων (όπως του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων, του Υπουργείου Υγείας, της Νομικής Υπηρεσίας, της Επιτροπής Βιοηθικής και Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας), καθώς η ανάπτυξη και προώθηση προγραμμάτων εκπαίδευσης και ενημέρωσης σε διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες διαφέρει (Manyalich, M. Valero, R. Paredes, D. et al., 2007).

5.4. Η Κύπρος στον συντονισμό μεταμοσχεύσεων.

Η Κύπρος έχει νομοθετικά εγκρίνει τον νόμο 127(1)/2012 - «Ο περί αφαιρέσεων και μεταμοσχεύσεων των οργάνων ανθρώπινης προελεύσεως Νόμος του 2012», με σκοπό την εναρμόνισή της με την Ευρωπαϊκή Οδηγία 2010/53/ΕΕ που αναφέρεται στα πρότυπα ποιότητας και ασφάλειας των ανθρωπίνων οργάνων με σκοπό τη μεταμόσχευση. Στο νέο-συσταθέν νόμο καθορίζεται ως αρμόδια αρχή για τη δωρεά κι

μεταμόσχευση οργάνων ο Υπουργός Υγείας, ή το πρόσωπο ή ομάδα προσώπων εξουσιοδοτημένα από τον Υπουργό Υγείας για επίβλεψη και εκτέλεση όλων των διαδικασιών δωρεάς και μεταμόσχευσης οργάνων. Παρότι η Κύπρος δεν έχει δημιουργήσει Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων, το Συμβούλιο Μεταμοσχεύσεων Κύπρου όπως καθορίζεται στη σχετική νομοθεσία, είναι το αρμόδιο σώμα για επίβλεψη, εκτέλεση και προώθηση όλων των ζητημάτων που σχετίζονται με τη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων. Ο συντονιστής μεταμοσχεύσεων στη Κύπρο, διορίζεται άμεσα από τον Υπουργό Υγείας. Η Παράγραφος 29(1) του νόμου 127(1)/2012, αναφέρει πως ο συντονιστής μεταμοσχεύσεων είναι το κατάλληλα και ειδικά εκπαιδευμένο άτομο (ιατρικό ή νοσηλευτικό προσωπικό) το οποίο είναι υπεύθυνο για το συντονισμό των διαδικασιών χαρακτηρισμού, αφαίρεσης, συντήρησης και διακομιδής οργάνων και ιστών που θα μεταμοσχευτούν και καθορίζει επακριβώς τις αρμοδιότητες - καθήκοντα, του συντονιστή μεταμοσχεύσεων (Πίνακας 5.2.). Η Παράγραφος 29(2) θέτει ως βασικό καθήκον του συντονιστή μεταμόσχευσης, την υποβολή ετήσιας έκθεσης με αναφορά των δραστηριοτήτων του στο Συμβούλιο Μεταμοσχεύσεων.

Πίνακας 5.2. Αρμοδιότητες συντονιστή μεταμοσχεύσεων σύμφωνα με το Νόμο 127(1)/2012.

Αρμοδιότητες Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων

1. Αναζήτηση δυνητικών πτωματικών δοτών και επαλήθευση ταυτότητάς του σε συνεργασία με τους θεράποντες ιατρούς.
2. Συνεργασία με τους ειδικούς ιατρούς που διαπιστώνουν το θάνατο και ενημέρωση του νενομισμένου αντιπροσώπου του δυνητικού πτωματικού δότη για το θάνατο.
3. Πλήρης και ανεξάρτητη ενημέρωση στο νενομισμένο αντιπρόσωπο του δυνητικού πτωματικού δότη (σε συνεργασία με το θεράποντα ιατρό), για τη δυνατότητα δωρεάς οργάνων για μεταμόσχευση και εξασφάλιση ενυπόγραφης συγκατάθεσης σε ειδικό έντυπο.
4. Επαλήθευση στοιχείων συναίνεσης, έγκρισης ή απουσίας αντιρρήσεων του δότη ή της οικογένειάς του προ της δωρεάς και αφαίρεση οργάνων.
5. Επαλήθευση ολοκλήρωσης χαρακτηρισμού του οργάνου του δότη που θα δωριθεί, καθώς και αναφορά όλων των απαραίτητων πληροφοριών στη

μεταμοσχευτική ομάδα προ της αφαίρεσης του οργάνου.

6. Στήριξη συγγενών των πτωματικών δοτών.
7. Συντονισμός της διαδικασίας αφαίρεσης, συσκευασίας, σήμανσης, μεταφοράς και διανομής μοσχευμάτων.
8. Συντήρηση των οργάνων του εγκεφαλικά νεκρού (πριν και μετά την αφαίρεση) σύμφωνα με τις συστάσεις του μεταμοσχευτικού κέντρου.
9. Συμμετοχή στην ενημέρωση, εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση των πολιτών, του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού για τη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων.
10. Συντονισμός χαρακτηρισμού των δυνητικών ζώντων δοτών και ληπτών κατόπιν συστάσεων από τον εκάστοτε διευθυντή του κρατικού μεταμοσχευτικού κέντρου.

Πηγή: Νόμος 127(1)/2012, σ.26-27.

http://www.cylaw.org/nomoi/arith/2012_1_127.pdf

5.5. Ευρωπαϊκοί Οργανισμοί Ανταλλαγής – Κατανομής Οργάνων

Στην Ευρώπη υπάρχουν τρεις οργανισμοί ανταλλαγής οργάνων οι οποίοι έχουν την ευθύνη για την κατανομή μοσχευμάτων σε λήπτες στις συμμετέχοντες χώρες, ανεξάρτητα της χώρας προελεύσεως του δότη. Η Κύπρος δεν ανήκει σε ένα εκ των τριών οργανισμών, αλλά ως χώρα παραμένει ανεξάρτητη με διμερείς συμφωνίες ανταλλαγής οργάνων με χώρες που έχουν εγκριθεί από το Συμβούλιο Μεταμοσχεύσεων Κύπρου. Η ανταλλαγή οργάνων διεξάγεται σε καθορισμένα νοσηλευτικά ιδρύματα χωρών, βάση διαπίστευσης και εξουσιοδότησης με σκοπό την εξασφάλιση της ιχνηλασιμότητας των οργάνων από το δότη έως το λήπτη και αντιστρόφως με σκοπό τη διασφάλιση πως τα μεταμοσχευθέντα όργανα πληρούν απαιτήσεις ποιότητας και ασφάλειας (Νόμος 127(1)/2012, σ.29-30).

5.5.1. Eurotransplant

Ο οργανισμός Eurotransplant, είναι μη κερδοσκοπικός οργανισμός που ιδρύθηκε το 1967 και είναι υπεύθυνος για την κατανομή οργάνων από πτωματικούς δότες μεταξύ των χωρών Αυστρίας, Βελγίου, Ολλανδίας, Κροατίας, Γερμανίας, Σλοβενίας, Ουγγαρίας και Λουξεμβούργου. Η αποστολή και βασικοί στόχοι του Eurotransplant,

είναι η εξασφάλιση της βέλτιστης χρήσης των διαθέσιμων οργάνων από δότες, μέσω συστήματος κατανομής που βασίζεται σε ιατρικά και ηθικά κριτήρια, καθώς και η προώθηση, διεξαγωγή επιστημονικών ερευνών στοχεύοντας στη συνεχή βελτίωση μεταμοσχευτικών αποτελεσμάτων. Κάθε επίπεδο του οργανισμού είναι διαμορφωμένο κατά τρόπο που οι εθνικές αρχές, οι εθνικές επιστημονικές κοινωνίες μεταμόσχευσης και τα μεταμοσχευτικά προγράμματα των συμμετεχόντων χωρών να διαμορφώνονται σε ένα κοινό πλαίσιο πολιτικής και πρακτικής αποδεκτό από όλες τις χώρες. Η χρηματοδότηση του Eurotransplant προέρχεται από τον ασφαλιστικό οργανισμό των χωρών, ο προϋπολογισμός και τα τέλη εγγραφής προκύπτουν έπειτα από ετήσια διαπραγμάτευση από τις εθνικές αρχές και τους οργανισμούς χρηματοδότησης. Ο πληθυσμός που καλύπτει ο οργανισμός ανέρχεται περίπου στα 135 εκατομμύρια κατοίκους, στα πλαίσια του οποίου υπάρχουν 1601 νοσοκομεία με δότες οργάνων και 72 κέντρα μεταμόσχευσης. Τα στατιστικά δεδομένα του Ιανουαρίου 2015 (Factsheet, January 2015), αναφέρουν πως μέχρι τις 31 Δεκεμβρίου 2014 στη λίστα αναμονής ήταν εγγεγραμμένοι 14928 ασθενείς που ανέμεναν όργανο για μεταμόσχευση και 7194 όργανα είχαν μεταμοσχευτεί. Το ποσοστό ανταλλαγής οργάνων στα πλαίσια του οργανισμού ανήλθε σε 24% για το έτος 2014 (www.eurotransplant.org. <http://www.eurotransplant.org/cms/>).

5.5.2. Scandiatransplant

Ο οργανισμός Scandiatransplant ιδρύθηκε το 1969, αποτελώντας τον υπεύθυνο οργανισμό ανταλλαγής οργάνων μεταξύ των σκανδιναβικών χωρών Δανίας, Νορβηγίας, Σουηδίας, Ισλανδίας και Φινλανδίας. Σκοπός του οργανισμού είναι η συμβολή της αποτελεσματικότητας ανταλλαγής οργάνων και ιστών, η διατήρηση βάσης δεδομένων και πληροφοριών, η προώθηση της παροχής ανθρώπινων οργάνων και ιστών για μεταμόσχευση και η στήριξη επιστημονικών δραστηριοτήτων σχετικά με τη μεταμόσχευση οργάνων στις συμμετέχουσες χώρες. Ο πληθυσμός που καλύπτει ανέρχεται περίπου στα 25 εκατομμύρια κατοίκους και περιλαμβάνει δέκα (10) νοσοκομεία που διενεργούν μεταμοσχεύσεις οργάνων στις χώρες συμμετοχής. Τα δεδομένα του οργανισμού για το έτος 2014⁹², αναφέρουν πως στη λίστα αναμονής μέχρι το τέλος του 2014 ο αριθμός ασθενών που ανέμεναν όργανο για μεταμόσχευση

⁹² Scandiatransplant Annual Report 2014.

<http://www.scandiatransplant.org/resources/AnnualScandiatransplantdatareport2014.pdf>

ανήλθε σε 2250, με 1984 ασθενείς να είχαν μεταμοσχευτεί (Scandiatransplant.org <http://www.scandiatransplant.org/>).

5.5.3. South Alliance for Transplants (SAT)

Η συμφωνία South Alliance for Transplants μεταξύ των χωρών Ιταλίας, Ισπανίας και Γαλλίας, προέκυψε με στόχο την καθιέρωση επίσημης συμφωνίας και συνεργασίας μεταξύ των αρμόδιων φορέων τους για εξεύρεση λύσεων στην αντιμετώπιση προβλημάτων σχετικά με τη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων. Η συμφωνία επιτεύχθηκε καθότι και οι τρεις χώρες έχουν κοινές αρχές βιοηθικής σε ζητήματα δωρεάς και μεταμόσχευσης οργάνων, παρόμοιο οργανωτικό – ρυθμιστικό σύστημα που βασίζεται κυρίως στη δωρεά και μεταμόσχευση από πτωματικούς δότες (trapianti in rete. <http://trapianti.net/en/sat-south-transplant-alliance/>). Η συμφωνία υφίσταται από τον Οκτώβριο 2012, ως οργανισμός χρηματοδοτείται από τις χώρες Ιταλία, Ισπανία και Γαλλία και σήμερα συμπεριλαμβάνει επιπλέον την Πορτογαλία, την Ελβετία και την Τσεχία ως παρατηρητή. Ο πληθυσμός που καλύπτει ανέρχεται σε 202 εκατομμύρια κατοίκους. Κατά το έτος 2013, ο αριθμός πτωματικών δοτών ανήλθε σε 5,274 από τους οποίους μεταμοσχεύτηκαν 14,573 όργανα (Europa.eu, 2014⁹³).

⁹³ Journalist Workshop On Organ donation and transplantation, Recent Facts and Figures http://ec.europa.eu/health/blood_tissues_organ/docs/ev_20141126_factsfigures_en.pdf

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Θρησκευτικές αντιλήψεις στη μεταμόσχευση οργάνων

Η θρησκεία μιας κοινωνίας ιδεολογικά εκφράζει τον κοινωνικό της χαρακτήρα και την ανθρώπινη κοινωνική δραστηριότητα των μελών της και θεσμικά μέσω των πνευματικών περιεχομένων νόμους της, διαμορφώνει την κοινωνία δημιουργώντας μια ενιαία εθνική συνείδηση, που προβάλλεται μέσω της εσωτερικής πολιτικής της προς σύγκλιση των νομοθεσιών της (Φακιολάς, 1993). Στο φλέγον θέμα της μεταμόσχευσης οργάνων, ο αρχιμανδρίτης Νικόλαος Χατζηνικολάου σε ομιλία του το 2002 στην ημερίδα ‘4th European Day on Organ Donation and Transplantation’, ανέφερε πως τα βασικά προβλήματα που έκαστη θρησκεία πρέπει να ξεπεράσει για να αποδεχθεί τη μεταμόσχευση οργάνων σχετίζονται με το βαθμό σεβασμού του ανθρωπίνου σώματος κατά την χειρουργική ανάκτηση των οργάνων και το ιδιαίτερο σημείο ταύτισης του εγκεφαλικού θανάτου με το θάνατο του ανθρώπου, υποστηρίζοντας πως οι διάφορες θρησκείες στην πλειονότητά τους, αποδέχονται την ιδέα της μεταμόσχευσης οργάνων ως έκφραση αγάπης και αλληλεγγύης στο συνάνθρωπο.

6.1. Ισλάμ

Η ισλαμική ηθική βασίζεται στο Κοράνι (ιερό βιβλίο αποκάλυψης των λόγων του Θεού στον Μωάμεθ), στο Χαντίθ (προφορική παράδοση των λόγων του Μωάμεθ από τους συντρόφους του) και στη Σαρία (ισλαμικός νόμος βασιζόμενος στο Κοράνι και στο Χαντίθ). Βασικές αρχές του ισλαμικού νόμου και ηθικής, είναι η προστασία του δικαιώματος στην επιλογή της πίστης, η διατήρηση της ζωής, της διάνοιας, της τιμής και ακεραιότητας του ατόμου, καθώς και η προστασία της ιδιοκτησίας του. Η πλειονότητα των ισλαμικών κοινοτήτων αποδέχεται τον εγκεφαλικό θάνατο που διαγιγνώσκετε από τρεις ανεξάρτητους ιατρούς (ένας εκ των οποίων να είναι νευρολόγος), με σκοπό την διακοπή θεραπείας στην υποστήριξη της ζωής. Στο θέμα της μεταμόσχευσης, η δωρεά οργάνων ενθαρρύνεται στις πλείστες αραβικές μουσουλμανικές χώρες καθότι ως πράξη θεωρείται ‘*διαρκής φιλανθρωπία*’ (Rispler-Chaim, 1989. Gatrad & Sheikh, 2001).

Το Ισλαμικό Νομικό Συμβούλιο, κατά τη διάρκεια της 8^η συνόδου του στη Μέκκα (19-28 Ιανουαρίου 1985), αποφάνθηκε στην αποδοχή της δωρεάς και μεταμόσχευσης οργάνων και την υιοθέτησε με τις εξής προϋποθέσεις:

- Η δωρεά οργάνων από εν ζωή δότη σε λήπτη είναι νομικά επιτρεπτή πράξη εφόσον θα σώσει τη ζωή του λήπτη, θα αποκαταστήσει τη λειτουργία του πάσχοντος οργάνου και διατηρείται ο σεβασμός του σώματος του δότη. Η δωρεά από εν ζωή δότη συνεπάγεται την εθελοντική προσφορά του, δεν αποτελεί κίνδυνο στη συνέχιση της φυσιολογικής του ζωής, δεν αποτελεί πράξη αυτοκτονίας που απαγορεύεται από τη Σαρία, η δωρεά είναι η μόνη θεραπεία επιλογής για το λήπτη και η επιτυχία της μεταμόσχευσης θεωρείται σχεδόν βέβαιη.
- Η δωρεά οργάνων από πτωματικό δότη επιτρέπεται εφόσον ο εκλιπών είχε συναινέσει στη δωρεά κατά τη διάρκεια της ζωής του.
- Η αυτομεταμόσχευση δέρματος και οστών επιτρέπεται, καθώς και η τοποθέτηση αντικειμένων στο σώμα εφόσον έχουν θεραπευτικούς σκοπούς.
- Η μεταμόσχευση οργάνων από ζώα επιτρέπεται εάν θεωρούνται νόμιμα ως φαγώσιμα, έχουν σφαγιαστεί νόμιμα και υπάρχει ανάγκη μεταμόσχευσής τους σε άνθρωπο (Al-Baar, Basalamah, Hasan, et al., 1985).

Σύμφωνα με τον Albar (1996), παρότι η Σαουδική Αραβία θεωρείται ως η πιο συντηρητική ισλαμική χώρα, αποτελεί ηγήτη του ισλαμικού κόσμου στη δωρεά οργάνων από πτωματικούς δότες. Αναφέρει πως το Ισλάμ, θα συνεχίσει να επιτρέπει όλα τα είδη δωρεάς οργάνων εφόσον τηρούνται οι απαραίτητες προϋποθέσεις, επισημαίνοντας πως η μεταμόσχευση από πτωματικούς δότες θα παραμείνει ιδιαίτερα περιορισμένη έως ότου οι διαδικασίες ανάνηψης βελτιωθούν και οι μονάδες εντατικής θεραπείας πολλαπλασιαστούν.

6.2. Ινδουισμός

Η δύο βασικές αρχές του Ινδουισμού είναι το ντάρμα (*dharma*) που σχετίζεται με την ενάρετη προσωπική συμπεριφορά του ατόμου και το κάρμα (*karma*) που σχετίζεται με τις πράξεις του ατόμου που αναλογικά θα έχουν θετικές ή αρνητικές συνέπειες στην επόμενη ζωή του (Bresnahan & Mahler, 2010). Στις γραφές του Ινδουισμού αναφέρεται πως η ψυχή είναι αθάνατη, θα αναγεννηθεί σε μορφή που θα αναλογεί στις πράξεις του ατόμου πριν το θάνατό του, καθορίζοντας πως η ακεραιότητα του

νεκρού σώματος δεν αποτελεί απαίτηση για τη μετενσάρκωση της ψυχής. Η δωρεά οργάνων είναι σύμφωνη με τον Ινδουισμό καθώς συμβάλει στη σωτηρία άλλων ανθρώπων, αποτελώντας αναπόσπαστο κομμάτι της φιλοσοφίας του Ινδουισμού (Oliver, Woywodt, Ahmed, 2010). Η δωρεά οργάνων στον Ινδουισμό δεν είναι άγνωστη καθώς οι απεικονίσεις του θεού Ganesha τον παρουσιάζουν με ανθρώπινο σώμα και κεφάλι ελέφαντα⁹⁴, συμβάλλοντας κατά αυτό τον τρόπο στην ομαλή αποδοχή της δωρεάς οργάνων.

6.3. Βουδισμός

Ο βουδισμός δεν μπορεί να τεθεί ως μια ενιαία θρησκεία με απόλυτες αρχές καθώς διέρχεται ζητημάτων φιλοσοφίας στον τρόπο ζωής του ανθρώπου. Σύμφωνα με την ηθική του Βουδισμού, ο άνθρωπος πρέπει να βρει το μονοπάτι της ζωής του που θα τον κατευθύνει στη σωτηρία του απέχοντας από το κακό, πράττοντας το καλό και διατηρώντας αγνότητα νου, για την επιτυχία των οποίων απαιτείται γενναιοδωρία, ηθική και ψυχική καλλιέργεια, ευλάβεια και σεβασμός, παροχή βοήθειας στους άλλους και διαφώτιση σε αυτούς που πράττουν το κακό⁹⁵. Η βάση του πνευματικού και θρησκευτικού πολιτισμού του Βουδισμού, θεωρεί την δωρεά οργάνων μετά θάνατον ως πράξη φιλανθρωπίας με την οποία μπορεί κανείς να μειώσει τον εγωισμό του και να αναπτύξει τις αρετές της φιλανθρωπίας, γενναιοδωρίας, αγάπης, συμπόνιας, ευγένειας και σοφίας. Σύμφωνα, με το βουδισμό, ο θάνατος επέρχεται όταν η συνείδηση του ατόμου δεν υφίσταται πλέον στο νεκρό σώμα που αποσυντίθεται. Η συνείδηση (πνεύμα, ψυχή, ψυχική ενέργεια) θα αναγεννηθεί και το σώμα θα καταλήξει στην αρχική του πηγή, θεωρώντας πως η άφεση της καταστροφής του σώματος δεν συνάδει με τις αρχές της καλής πράξης που διδάσκει ο βουδισμός (Dhammanada, 2012, pp. 83, 206, 220, 237, 238).

Το θέμα του εγκεφαλικού θανάτου σύμφωνα με τον Keown (2010), αποτελεί τον κύριο προβληματισμό συναίνεσης στη δωρεά οργάνων για το Βουδισμό. Ο εγκεφαλικός θάνατος είναι ασυμβίβαστος με τις διδαχές του Βουδισμού στο χρονικό

⁹⁴ Κεφάλαιο 2 - Μεταμοσχεύσεις και Μύθοι, σ.26

⁹⁵ Κακές πράξεις σύμφωνα με το Βουδισμό είναι ο φόνος ζωντανών πλασμάτων, η κλεψιά, τα σεξουαλικά παραπτώματα, η ψευδής ομιλία και η λήψη τοξικών ουσιών και οινοπνευματώδη ποτών (Dhammanada, 2012, σ.221).

θέμα που επιτελείται ο θάνατος, εγείροντας σοβαρά ηθικά και πνευματικά ζητήματα για τους βουδιστές που επιθυμούν να ενταχθούν σε προγράμματα δωρεάς οργάνων.

6.4. Σιντοϊσμός

Κύρια θρησκεία της Ιαπωνίας είναι ο Σιντοϊσμός, σύμφωνα με την οποία το πνεύμα και το σώμα αποτελούν ενιαία ολότητα του ανθρώπου. Το πνεύμα επικεντρώνεται θρησκοληπτικά στη σημαντικότητα του πνεύματος του ατόμου με το πνεύμα των προγόνων και η όποια επαφή με το νεκρό σώμα θεωρείται άκρως μολυσματική και προσβλητική για τους προγόνους του. Τα κριτήρια διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου αντιτίθενται στη φιλοσοφία του Σιντοϊσμού και αποδεδειγμένα οι Ιάπωνες ως λαός δεν αποδέχονται τη διαπίστωση θανάτου με εγκεφαλικά κριτήρια, καθώς αρνούνται τη διαχώριση πνεύματος και σώματος με την έννοια του πνεύματος να κατοικεί στον εγκέφαλο του ανθρώπου. Παρά τη μακροχρόνια διαμάχη σχετικά με τη διάγνωση εγκεφαλικού θανάτου στον επιστημονικό κόσμο της Ιαπωνίας, μόλις το 1997 η Ιαπωνία αποδέχτηκε μια ιδιαίτερα εστιασμένη νομοθεσία σχετικά με τα κριτήρια διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου με μόνο σκοπό τη μεταμόσχευση οργάνων. Οι προϋποθέσεις της νομοθεσίας είναι όπως η διάγνωση γίνεται μόνο για μεταμοσχευτικούς σκοπούς και η οικογένεια συναινεί στη μεταμόσχευση. Παρά ταύτα, οι Ιάπωνες αντιτίθενται έντονα στην ανακοίνωση εγκεφαλικού θανάτου (Veatch, 2000). Σύμφωνα με την Ιαπωνική ιστοσελίδα μεταμόσχευσης οργάνων (Japan Organ Transplant Network⁹⁶), ο εγκεφαλικός θάνατος υπολογίζεται σε ποσοστό λιγότερο του 1% από όλους τους θανάτους, το 2014 οι δότες από εγκεφαλικό θάνατο ήταν πενήντα (50) και με κυκλοφορικό θάνατο είκοσι επτά (27) ενώ ο υπολογιζόμενος πληθυσμός της Ιαπωνίας για το 2014 ήταν περίπου 127 εκατομμύρια κάτοικοι (World Population Review⁹⁷). Οι Oliver, Woywodt, Ahmed, (2010), αναφέρουν πως μόλις το 0.4% του πληθυσμού της Ιαπωνίας κατέχει κάρτα δωρητή οργάνων.

6.5. Ιουδαϊσμός

Η παράδοση του ιουδαϊσμού θεωρεί το ανθρώπινο σώμα ως αντανάκλαση του Θεού. Θέτει σαν βασική αρχή τη διατήρηση της αξιοπρέπειας και του σεβασμού του

⁹⁶ Donors and Transplants Data, 2014: <http://www.jotnw.or.jp/english/2014data.html>

⁹⁷ World Population Review, Japan: <http://worldpopulationreview.com/countries/japan-population/>

ανθρώπινου νεκρού σώματος ως σύμβολο μαρτυρίας σεβασμού στο Θεό. Η κακομεταχείριση ή καταστροφή του νεκρού σώματος απαγορεύεται από τον ιουδαϊκό νόμο, θεωρώντας πως ακόμη και ο πιο περιφρονημένος ή μισητός άνθρωπος πρέπει να θάβεται άμεσα σύμφωνα με το εβραϊκό τελετουργικό έθιμο, απαγορεύοντας την ταρίχευση, το κάψιμο και τη δημόσια προβολή του νεκρού σώματος (Frinkelman, 1989. Jewish Virtual Library⁹⁸).

Ο εγκεφαλικός θάνατος με κριτήρια διάγνωσης του εγκεφαλικού στελέχους, έγινε αποδεκτός από το Ισραηλινό Συμβούλιο Αρχηγών Ραβίνων, με σκοπό τη διενέργεια μεταμοσχεύσεων καρδιάς στο νοσοκομείο Hadassah. Παρότι η συζήτηση για τα κριτήρια διαπίστευσης θανάτου παραμένει ανοικτή στον ιουδαϊκό κόσμο, ως βασική προϋπόθεση και δείκτης θανάτου, τίθεται η τελική διακοπή παύσης της αναπνευστικής λειτουργίας (Breitowitz, 1992. Steinberg, 1999).

Στην πλειονότητά του ο ιουδαϊκός κόσμος δεν αντιτίθεται με τη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων. Αντιθέτως, αναφέρεται πως η μεταμόσχευση ως χειρουργική επέμβαση επιτρέπεται καθώς σώζει ζωές, προσθέτοντας δόξα και τιμή στο νεκρό. Καθότι απαίτησης ταφής ολοκλήρου του σώματος δεν υφίσταται στον ιουδαϊκό νόμο και το αφαιρεθέν όργανο δεν θεωρείται νεκρό ζώντας στο σώμα ενός άλλου άτομου, η διενέργεια μεταμόσχευσης επιτρέπεται με τον Ραβίνο Isaac Klein να προσθέτει πως στο τέλος το μεταμοσχευθέν όργανο θα ταφεί (Jewish Virtual Library⁹⁹). Με σκοπό την προώθηση δωρεάς οργάνων, ιδρύθηκε το Halachi Organ Donor Society, από τον Robert Berman, επιτυγχάνοντας την ένταξη πέραν των 30,000 ατόμων στον οργανισμό με σκοπό την ενημέρωση του ιουδαϊκού κόσμου για ιατρικά θέματα που σχετίζονται με τη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων (Halachi Organ Donor Society).

6.6. Ρωμαιοκαθολική Εκκλησία

Επίσημο κείμενο αποδοχής της μεταμόσχευσης οργάνων από τη ρωμαιοκαθολική εκκλησία ουσιαστικά δεν υφίσταται. Παρά ταύτα, το 1985 κατά την ποντιφική σύνοδο με θέμα “*Working Group on the Determination of Brain Death and its Relationship to Human Death*” στο Βατικανό, στην οποία συμμετείχαν

⁹⁸ Jewish Virtual Library, Jewish Medical Ethics: Organ Donation

<https://www.jewishvirtuallibrary.org/jsource/Judaism/organ.html>

⁹⁹ Υποσημείωση 98

αντιπρόσωποι από επιστημονικά πεδία θεολογίας, φιλοσοφίας, νομικής και ιατρικής, το λεπτό ζήτημα της μεταμόσχευσης οργάνων και της νομιμότητας αυτής στην αφαίρεση οργάνων προ της ανεπανόρθωτης βλάβης αυτών, κατέληξε σε τρία βασικά συμπεράσματα:

- Ο θάνατος του ατόμου αποτελεί το διαχωρισμό του πνεύματός του από το σώμα του.
- Η αξιοπρέπεια του ανθρωπίνου σώματος πρέπει να υφίσταται και μετά θάνατον καθώς το σώμα αποτελούσε την κατοικία πνεύματος του ατόμου, αποτελεί ένδειξη σεβασμού προς τον αποθανόντα καθώς το σώμα του συμβολίζει την ύπαρξή του και αποτελεί αντικείμενο λατρείας από τους οικείους του. Σχετικά με τις μεταμοσχεύσεις οργάνων, το μέλος του ανθρωπίνου σώματος πρέπει να διέπεται από την αρχή του σεβασμού καθώς πηγάζει από τη βαθιά αλληλεγγύη του ανθρώπου προς τον πλησίον.
- Ο θεμελιώδης καθορισμός συγκεκριμένων κριτηρίων θανάτου στην περίπτωση της μεταμόσχευσης οργάνων, είναι επιτρεπτός για διακοπή τεχνητών υποστηρικτών μέσων στη διατήρηση της ζωής καθώς επιτρέπει την παράταση ζωής πολλών ανθρώπων που υποφέρουν.

Η σύνοδος καταλήγει στη συμφωνία πως στη περίπτωση του εγκεφαλικού θανάτου, η διατήρηση τεχνητής αναπνοής διατηρεί την καρδιακή λειτουργία για μικρό χρονικό διάστημα, επομένως ενδείκνυται η αφαίρεσης οργάνων για μεταμόσχευση. Επισημαίνεται, πως η μεταμόσχευσης οργάνων χρήζει στήριξης από το ιατρικό επάγγελμα, των νομοθετών και του πληθυσμού γενικότερα. Ο σεβασμός στην επιθυμία του δότη και η συναίνεση των οικείων του στη δωρεά, δεν πρέπει έπ' ουδενί να παρεμβάλλεται (White, Angstwum, De Paula, 1992).

Η αποδοχή του εγκεφαλικού θανάτου και η υιοθέτηση της μεταμόσχευσης οργάνων επισημαίνεται στην ομιλία του Πάπα Ιωάννη Παύλου του 2^{ου}, στη διεξαγωγή του 18^{ου} Διεθνές Συνεδρίου της Εταιρείας Μεταμοσχεύσεων, αναφέροντας πως η διάγνωση εγκεφαλικού θανάτου με νευρολογικά κριτήρια αποτελεί ένδειξη της απουσίας ενιαίας σωματικής λειτουργικότητας του ατόμου και η αφαίρεσης οργάνων για μεταμόσχευση επιτρέπεται μόνο επί της διαπίστωσης θανάτου είτε με βιολογικά κριτήρια είτε με νευρολογικά κριτήρια (John Paul II, 2000).

6.7. Προτεσταντικές Ομολογίες

Η δωρεά οργάνων και η μεταμόσχευση στον Προτεσταντισμό, θεωρείται ως η απόλυτη ανθρωπιστική πράξη φιλανθρωπίας. Πράξεις όπως η φροντίδα, η ανταλλαγή, η συμπόνια και η θυσία αποτελούν το επίκεντρο της αληθινής ομολογίας που διδάσκει ο Προτεσταντισμός, συμβαδίζοντας με τη κύρια διδαχή του Χριστού που σταυρώθηκε για τη σωτηρία του κόσμου. Η κοινή ομολογία του Προτεσταντισμού, είναι ο σεβασμός στις ατομικές αποφάσεις και συνείδηση και το δικαίωμα του ατόμου να λαμβάνει αποφάσεις σχετικά με το σώμα του. Καθότι πιστεύεται πως με την ανάσταση νεκρών θα αναστηθεί το σώμα στη φυσική του υπόσταση, ο Προτεσταντισμός δεν αρνείται την πράξη της μεταμόσχευσης. Θεωρεί πως η ανάπτυξη της τεχνολογίας επέτρεψε τη διενέργεια μεταμοσχεύσεων επιτρέποντας στους ανθρώπους να γίνουν κοινωνοί με το Θεό, συμβάλλοντας στην παράταση της ζωής ως δώρο που δόθηκε από το Θεό. Έστω με τον ερχομό του θανάτου κανείς δεν μπορεί να εμποδίσει τον άνθρωπο να κάνει μια μεγαλόψυχη προσφορά και να χαρίσει ζωή σε απεγνωσμένους ανθρώπους που αναμένουν ένα όργανο από ένα κατάλληλο δότη. Η χριστιανική δέσμευση στο σεβασμό της ιερότητας του σώματος, αντανάκλαται στην ανθρωπιστική θυσία και προσφοράς του ανθρώπου στη μεταμόσχευση οργάνων όπου η ιερότητα της σάρκας και του αίματος βρίσκουν την απόλυτη ιερότητά ύπαρξής τους, καθώς στα μάτια του Θεού όλοι οι άνθρωποι είναι μια κοινωνία δεσμευμένη με αμοιβαία αγάπη και φροντίδα (UNOS.org¹⁰⁰). Τα κριτήρια διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου είναι αποδεκτά από την κοινότητα του Προτεσταντισμού, καθώς και ο θάνατος στο σύνολο του εγκεφάλου (Veatch, 2010).

6.8. Μάρτυρες του Ιεχωβά

Οι μάρτυρες του Ιεχωβά αντιτίθενται σθεναρά στη μετάγγιση αίματος, με πλειονότητα περιπτώσεων να παρουσιάζουν ασθενείς που βρίσκονται σε καταστάσεις προ θανάτου να αρνούνται τη μετάγγιση αίματος και παραγώγων του με σκοπό να σωθούν. Το γεγονός αυτής της άρνησης, έδωσε το έναυσμα στον ιατρικό κόσμο να αναπτύξει την ονομαζόμενη «αναίμακτη εγχείρηση» κατά την οποία χρησιμοποιούνται εναλλακτικές μέθοδοι κατά την διάρκεια επεμβάσεων. Δια νόμου οι Μάρτυρες του Ιεχωβά έχουν το νομικό δικαίωμα άρνησης μετάγγισης αίματος και των παραγώγων του (Miller, 1996). Στην περίπτωση της μεταμόσχευσης οργάνων, η

¹⁰⁰ United Network for Organ Sharing: Theological Perspectives <https://www.unos.org/donation/>

δωρεά και μεταμόσχευση ως χειρουργική επέμβαση θεωρείτο παλαιότερα κανιβαλισμός και ως άποψη αναθεωρήθηκε το 1980 σύμφωνα με την οποία η δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων αφορά ατομική επιλογή του ατόμου, που επιτρέπεται από την θρησκευτική κοινότητα των Μαρτύρων του Ιεχωβά μόνο στην περίπτωση που το μεταμοσχευθέν όργανο αποστραγγίστηκε από το αίμα του δότη (Oliver, Woywodt, Ahmed, 2010).

6.9. Ορθόδοξη Εκκλησία

Ο ρόλος της εκκλησίας στη μεταμοσχεύση οργάνων πηγάζει από το κοινωνικό ρόλο που έχει να επιδείξει στην πρόοδο της ιατρικής επιστήμης κατευθύνοντας τους πιστούς της σύμφωνα με τις πνευματικές αρχές που διέπουν την ορθοδοξία. Τα κύρια ερωτήματα που κλήθηκε να απαντήσει σε αυτό της το ρόλο αφορούν στο ποιος είναι πραγματικά ο πλησίον, με πιο τρόπο εκφράζεται η αγάπη προς τον πλησίον και με πιο τρόπο ο χριστιανός συμμετέχει στην προσφορά στον πλησίον του, καθορίζοντας τα κριτήριά της στην αποδοχή των μεταμοσχεύσεων ως πλήρως πνευματικά (Αντωνάκης, 2008. Χατζηνικολάου, 2002).

Επί αυτών των ζητημάτων, η Ειδική Συνοδική Επιτροπή Βιοηθικής της Ιεράς Συνόδου της Εκκλησίας της Ελλάδος, ετοίμασε κείμενο αποτελούμενο από (55) πενήντα πέντε θέσεις σχετικά με την ηθική των μεταμοσχεύσεων, το οποίο ενέκρινε το 1999 η Εκκλησία της Ελλάδος, παρά τις ενστάσεις και αμφισβητήσεις των μελών της, για τις οποίες ο Μητροπολίτης Περγάμου Ιωάννου, σε μια προσπάθεια διατήρησης χαμηλών τόνων στις όποιες ενστάσεις εξέφρασε την εξής διατύπωση *«απέναντι στις μεταμοσχεύσεις η εκκλησία δεν πρέπει να τηρήσει στάση ούτε προτρεπτική, ούτε αποτρεπτική, αλλά επιτρεπτική»* (Σταυροπούλου, Α. 2014). Στην ίδια κατεύθυνση ο Αρχιεπίσκοπος Χριστόδουλος διατύπωσε σε ομιλία του το 2001 την άποψη πως η εκκλησία αντιλαμβάνεται τις μεταμοσχεύσεις μέσα από την αγάπη, την ανιδιοτέλεια, το σεβασμό, την ανωτερότητα και την ακεραιότητα, ως ένα εγχείρημα κοινωνίας ψυχών και σωμάτων θεωρώντας πως η εκκλησία μπορεί να είναι ουραγός στις μεταμοσχεύσεις (Αρχιεπίσκοπος Χριστόδουλος, 2001).

Στον κανονισμό 101/1998 της Ιεράς Συνόδου, ο εγκεφαλικός θάνατος είναι αποδεκτός ως ο βιολογικός θάνατος του ανθρώπου, με την εκκλησία να θέτει τις δικές της αρχές σχετικά με τη διαπίστωσή του. Στον εν λόγω κανονισμό αναφέρονται:

- Διαφοροποίηση εγκεφαλικού θανάτου από φυτική κατάσταση.
- Εξασφάλιση ακριβούς τήρησης των αποδεκτών (διεθνώς) κριτηρίων διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου.
- Απαιτείται σαφής και αποδεδειγμένη διαπίστωση αιτιών που οδήγησε σε εγκεφαλικό θάνατο.
- Η διάγνωση εγκεφαλικού θανάτου να διενεργείται από ειδικούς που ουδεμία σχέση έχουν με ομάδες απασχολούμενες με αυτές της μεταμόσχευσης και βάση εργαστηριακών και κλινικών εξετάσεων.
- Η κλινική επιβεβαίωση του εγκεφαλικού θανάτου δεν είναι επαρκής, απαιτείται η προσθήκη εξετάσεων που αποδεικνύουν την παύση λειτουργιών του φλοιού του εγκεφάλου. Η μη διαπίστωση της αιτίας εγκεφαλικής βλάβης, απαιτεί την επανάληψη των εξετάσεων έστω και αν αυτή η καθυστέρηση οδηγήσει σε καταστροφή των οργάνων.
- Απαιτείται βιοχημικός έλεγχος προ της διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου για διαπίστωση φυσιολογικών τιμών ουρίας και ηλεκτρολυτών.
- Η διαπίστωση εγκεφαλικού θανάτου διενεργείται μετά από 24 ώρες του συμβάντος.
- Η διαπίστωση επίσημης δήλωσης του ατόμου ως δότη οργάνων, οφείλει να γίνεται μετά την οριστική διαπίστωση εγκεφαλικού θανάτου, καθορίζοντας το αμερόληπτο και ανεπηρέαστο της διάγνωσης.

Η εκκλησία της Ελλάδος θεωρεί τη δωρεά οργάνων από εγκεφαλικά νεκρούς ή από εν ζωή δότες, ως πράξη φιλαλληλίας, αγάπης και θέτει τη συμμετοχή της στον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων ως ρόλο καταλυτικό στη διατήρηση των αρχών του σεβασμού, της ελευθερίας και της αγάπης του προσώπου. Η ηθική της μεταμόσχευσης οργάνων ως πνευματικό ζήτημα, δεν πρέπει να υποβιβάζει τις πνευματικές αξίες, την ψυχή, αλλά να υπερβαίνει τον ατομικισμό και τη φιλοζωία. Η Εκκλησία δεσμεύτηκε να προστατεύσει και να υποστηρίξει τις μεταμοσχεύσεις εφόσον αυτές αποδεικνύουν την υπεροχή της πνευματικής ζωής από της βιολογικής (Ιερά Σύνοδος Εκκλησίας της Ελλάδος, 1999).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Ηθικά θέματα στη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων.

Η δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων αφορά την κοινωνία του ανθρώπου και στοχεύει στη διατήρηση της ζωής του και στη βελτίωση της ποιότητας αυτής. Η προσπάθεια εξεύρεσης λύσεων για το σκοπό αυτό με εφαρμοσμένες πολιτικές, νομοθετικές ρυθμίσεις των κρατών, πειραματισμούς σε ζώα συνέβαλαν σε σωρεία συζητήσεων και διαμαχών μεταξύ των φιλοσοφικών, νομικών, ηθικών και ιατρικών κύκλων. Σε αυτό το κεφάλαιο παρουσιάζονται προβληματισμοί που παραμένουν στο προσκήνιο συζήτησης και διαπληκτισμού στη δωρεά οργάνων όπως η εικαζόμενη συναίνεση, η συγκρότηση της λίστας ληπτών, η εμπορία οργάνων, καθώς και νεότεροι ηθικοί προβληματισμοί όπως η δωρεά οργάνων μετά από ευθανασία, μεταμόσχευση από κλωνοποιημένα όργανα ή όργανα ζώων (ξеноμεταμόσχευση). Πρόσθετα παρουσιάζεται η στάση των Μ.Μ.Ε. στη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων και προβληματισμοί επί της νομοθεσίας της Κύπρου στη διασφάλιση του ατόμου στη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων.

7.1. Μεταμοσχεύσεις και κλωνοποίηση

Η κλωνοποίηση στο θέμα της μεταμόσχευσης οργάνων αφορά στη θεραπευτική κλωνοποίηση. Οι επιστήμονες απασχολούμενοι με τη θεραπευτική κλωνοποίηση, ευελπιστούν πως η κλωνοποίηση οργάνων λαμβάνοντας κύτταρα από το DNA του ιδίου ατόμου τα οποία θα αναπτυχθούν μετέπειτα σε πλήρη όργανα γενετικά πλήρως συμβατά, θα συμβάλει στη μείωση της ανάγκης για χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων που χρησιμοποιούνται με σκοπό τη μη απόρριψη του μοσχεύματος στο λήπτη του σχετικού οργάνου, καθώς και στη μείωση των επιπλοκών που παρατηρείται από τη χρήση τους. (Organ Cloning, <http://www.cloneorgans.com/>). Το σημαντικό ρόλο που έχει να επιδείξει η κλωνοποίηση στη μεταμόσχευση οργάνων αναφέρει η Κοντογιάννη (2004), θεωρώντας πως η δημιουργία οργάνων ως γενετικά αντίγραφα πιθανόν να επιφέρει τεράστια οφέλη σε ανθρώπους που πάσχουν από σοβαρές ασθένειες, με τους Βασιλάκη, Βαφάκη, Μαρινάκη και συν. (2012), να προσθέτουν ως πλεονέκτημα της κλωνοποίησης πως το κλωνοποιημένο όργανο μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εφεδρικό στην περίπτωση που ένα σημαντικό όργανο

όπως η καρδιά ανεπαρκεί σε λειτουργία και ως εκ τούτου η αντικατάστασή της με το εφεδρικό κλωνοποιημένο όργανο θα αποτελεί σωτηρία για τον ασθενή.

Ο ηθικός προβληματισμός που αναδύεται στην κλωνοποίηση οργάνων, είναι το τεχνικό σημείο ανάπτυξης των βλαστοκυττάρων σε προέμβρυο το οποίο δύναται να εξελιχθεί σε ανθρώπινο ον, το οποίο πρέπει να τυγχάνει σεβασμού και η αφαίρεσης των οργάνων του συνεπάγεται την άμεση καταστροφή του. Η απάντηση στον προβληματισμό δεν έχει δοθεί με πειστικές ενδείξεις από τους επιστήμονες που ασχολούνται με τη θεραπευτική κλωνοποίηση, με αποτέλεσμα να παραμένει σημείο συζήτησης και προβληματισμού στην επιστημονική κοινότητα (Λουκά Μ. 2010). Ο Conger (2009), προσθέτει πως οι ηθικοί προβληματισμοί που σχετίζονται κυρίως με την εμβρυική κυτταρική έρευνα, συνέβαλε στη μεγιστοποίηση της θετικής στάσης του κόσμου σε εναλλακτικές μεθόδους όπως η ξενομεταμόσχευση, επισημαίνοντας πως με τη συνεχή ανάπτυξη της τεχνολογίας πιθανόν να μην χρειαστεί η αξιοποίηση των βλαστοκυττάρων με σκοπό την κλωνοποίηση οργάνων. Ο προβληματισμός που επισημαίνει η Savulescu (1999) στη θεραπευτική διάσταση της κλωνοποίησης στη μεταμόσχευση οργάνων, αφορά στο ερώτημα *«Είναι ηθικά σωστή η σκόπιμη δημιουργία ζωής με σκοπό την καταστροφή της;»*, θεωρεί πως η θετική απάντηση στο ερώτημα δύναται να αποβεί καταλυτική στη νομιμοποίηση των αμβλώσεων. Συμπληρώνει πως το δικαίωμα κάθε γυναίκας για άμβλωση ανεξαρτήτως των αιτιών που επικαλείται για αυτή την πράξη, συμβάλει στην καταστροφή χιλιάδων εμβρύων τα οποία θα μπορούσαν να αποτελέσουν δότες οργάνων γεγονός που θα μπορούσε να επιλυθεί με τη δημιουργία εμβρυϊκών τραπεζών. Θεωρεί πως η δημιουργία ζωής και έπειτα η καταστροφή της με άμβλωση γεγονός αποδεκτό σε αρκετές χώρες, δημιουργεί τις προϋποθέσεις και δικαιολογεί την κυοφορία κλωνοποιημένου εμβρύου της ίδιας γυναίκας ή άλλου άτομου με απώτερο σκοπό την μετέπειτα λήψη οργάνων του.

Η ραγδαία πρόοδος που παρουσιάζει η γενετική επιστήμη αναμένεται να επιφέρει σημαντικές εξελίξεις επί του θέματος με απώτερο σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και της σωτηρίας ανθρώπων που αναμένουν όργανο για μεταμόσχευση. Απαιτείται δε, η αυστηρή συναίνεση και ευαισθησία σε κάθε νέο επίτευγμα της ιατρικής και δη γενετικής επιστήμης, έτσι ώστε να έχει καθαρά θεραπευτικό προσανατολισμό, μη υπονομεύοντας ή να θέτοντας σε κίνδυνο την ανθρώπινη ζωή.

7.2. Ξενομεταμόσχευση

Η ξενομεταμόσχευση¹⁰¹ ως ιδέα παρουσιάζει διαχρονικά ιδιαίτερο ενδιαφέρον καθώς η μειωμένη προσφορά οργάνων από πτωματικούς δότες δεν συνάδει με τη συνεχή αύξηση και ζήτηση οργάνων για μεταμόσχευση. Σύμφωνα με τον Cooper (2012), ο πειραματισμός, οι κλινικές δοκιμασίες και προσπάθειες εξεύρεσης των κατάλληλων ειδών ζώων με σκοπό τη μεταμόσχευση οργάνων τους στον άνθρωπο, διενεργούνται κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριακοσίων (300) χρόνων και η υπόσχεση υπερπήδησης των εμποδίων που σχετίζονται με τη ξενομεταμόσχευση σταδιακά θα ξεπεραστούν. Το Nuffield Council on Bioethics (1999), αναφέρει πως η ξενομεταμόσχευση δύναται να εξαλείψει το κενό μεταξύ προσφοράς και ζήτησης των οργάνων κυρίως με τη γενετική τροποποίηση των ζώων συμβάλλοντας στην εξάλειψη της απόρριψης των μεταμοσχευμένων οργάνων από τα ζώα στους ανθρώπους. Η συμβολή της θα προσφέρει μεγάλο όφελος σε ασθενείς που θεωρούνται ακατάλληλοι ως λήπτες ανθρωπίνου οργάνου βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής τους, η διαδικασία της χειρουργικής επέμβασης που στην περίπτωση των ανθρωπίνων οργάνων πρέπει να διενεργηθεί σε σύντομο χρονικό διάστημα για διατήρηση της βιωσιμότητας του οργάνου εξαλείφεται καθώς η ξενομεταμόσχευση επιτρέπει καλύτερη προετοιμασία και συντονισμό μεταξύ των ομάδων μεταμόσχευσης και ασθενών. Προσθέτει, πως η ανάγκη ζήτησης από τους οικείους του πτωματικού δότη να συναινέσουν σε δωρεά των οργάνων του κατά τη περίοδο που βιώνουν έντονο στρες και συναισθηματική αναταραχή αντιμετώπισης της απώλειας του δικού τους ατόμου αποφεύγεται και το οικονομικό όφελος κυρίως με την εξοικονόμηση του κόστους που απαιτείται για αντιμετώπιση της επιδείνωσης της υγείας των ληπτών που βρίσκονται σε αναμονή για όργανο, τις μεταμοσχευτικές διαδικασίες, την απώλεια ζωής έπειτα από τη μεταμόσχευση είναι μεγίστης σημασίας για τη δημόσια υγεία και τη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας.

Η ωφελιμότητα της ξενομεταμόσχευσης εγείρει ηθικά ζητήματα που σχετίζονται τόσο με τον πειραματισμό στους ανθρώπους όσο και στα ζώα, όσο και με το οικονομικό κόστος του συστήματος υγείας και με τις κοινωνικές επιπτώσεις της. Τα κύρια ερωτήματα είναι:

¹⁰¹ Ο ορισμός της ξενομεταμόσχευσης παρατίθεται στο Κεφάλαιο 1, σελίδα 23

1. Ποιοι άνθρωποι, υπό ποιες προϋποθέσεις και με ποιο κόστος θα συμμετάσχουν στα πειράματα της ξενομεταμόσχευσης;
2. Ποια είδη ζώων (ιδιαίτερα αν αυτά τα είδη αφορούν είδος προς εξαφάνιση) θα συμμετάσχουν στα πειράματα, πόσα ζώα θα θυσιαστούν στο βωμό διατήρησης της ανθρώπινης ζωής και ποιες οι επιπτώσεις στο οικολογικό σύστημα;
3. Η μετάδοση παθολογικών οργανισμών και μεταδοτικών μολύνσεων κατά τη ξενομεταμόσχευση δύναται να επιφέρει επιπτώσεις στη δημόσια υγεία με πιθανές επιδημίες ή πανδημίες;
4. Το τελικό κόστος που πιθανόν να απαιτηθεί για τη διενέργεια ξενομεταμοσχεύσεων θα είναι επιβλαβές για το σύστημα υγείας; Αν θεωρητικά ειπωθεί θετική απάντηση στο ερώτημα τότε τίθενται δύο επιπλέον ερωτήματα. Σε ποιο βαθμό το σύστημα υγείας μπορεί να αντιμετωπίσει αυτό το κόστος; Ποιες δράσεις στη δημόσια θα απαλειφθούν από ένα σύστημα υγείας για εξοικονόμηση κόστους και ποιες οι επιπτώσεις αυτών;
5. Η θετική επιτυχία των ξενομεταμοσχεύσεων δύναται να επηρεάσει αρνητικά τη στάση των ανθρώπων σχετικά με τη δωρεά οργάνων από ανθρώπους; Σε υποθετικά θετική απάντηση του ερωτήματος, εγείρεται και πάλι το ερώτημα 2.
6. Η παράταση της ανθρώπινης ζωής που αναμένεται να επιφέρει η επιτυχής διενέργεια ξενομεταμοσχεύσεων, θα έχει επιπτώσεις στο οικολογικό σύστημα του πλανήτη, το οποίο ήδη τίθεται σε κίνδυνο με τον υπερπληθυσμό των ανθρώπων;

Αναντίρρητα, το πως βιώνουν συναισθηματικά οι άνθρωποι που αναμένουν όργανο για μεταμόσχευση την ιδέα της ξενομεταμόσχευσης, αποτελεί ένα κομβικό σημείο στη συνέχιση των κλινικών δοκιμών και πειραματισμών με σκοπό την επιτυχία της. Σε άρθρο του ο Presse-Agentur (2001) στο National Geographic, αναφέρει πως σε έρευνα που διενεργήθηκε σε πέραν των χιλίων (1000) ατόμων (εκ των οποίων 722 άτομα μεταμοσχεύτηκαν με ανθρώπινο όργανο και 327 άτομα ήταν σε λίστα αναμονής) το 77% των συμμετεχόντων ήταν πρόθυμοι να δεχτούν όργανο από ζώα και μόνο το 7% απέρριψε την ιδέα. Έπειτα από ενημέρωση των συμμετεχόντων για τους πρόσθετους κινδύνους που επιφυλάσσει η ξενομεταμόσχευση, η ιδέα λήψης οργάνου από ζώα ανήλθε σε ποσοστό 58%. Στην εν λόγω έρευνα που διεξήχθη από τον χειρουργό μεταμοσχεύσεων Hans Schlitt του Hanover University School of Medicine το 1999, η ηλικία, η θρησκεία, ο τύπος οργάνου και η περίοδος αναμονής σε λίστα για μεταμόσχευση συνέβαλαν καθοριστικά στον τρόπο με το οποίο οι

συμμετέχοντες ανταποκρίθηκαν στην έρευνα και το φύλο φάνηκε να παίζει σημαντικό ρόλο με το 20% των γυναικών να απορρίπτει την ιδέα ενώ στους άνδρες το αντίστοιχο ποσοστό ανήλθε μόλις στο 6%.

Αδιαμφισβήτητα, η διενέργεια ξενομεταμοσχεύσεων αποτελεί και αναμένεται να συνεχίσει να αποτελεί σημείο προβληματισμού στους επιστημονικούς κύκλους καθώς οι ηθικοί προβληματισμοί και τα ερωτήματα που εγείρονται οφείλουν να απαντηθούν τόσο για προστασία της ανθρώπινης ζωής αλλά και στη διασφάλιση των δικαιωμάτων των ζώων.

7.3. Μεταμοσχεύσεις και ευθανασία

Η ευθανασία ως όρος αναφέρεται στον καλό και ιδίως ανώδυνο θάνατο με σκοπό την πρόκληση θανάτου σε ασθενή με ανίατη ασθένεια ή μη αναστρέψιμη πορεία της κατάστασης της υγείας του και στην απόσυρση ή μη κλιμάκωση υποστηρικτών μέσων και θεραπειών από τους ιατρούς για διατήρηση του ασθενή στη ζωή με ελάχιστο έως και μηδαμινό ποσοστό επιβίωσης (Beuchamp, 2007, Κρανιδιώτης, Γεροβασίλης, Τασούλης και συν. 2009).

Στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας τα είδη ευθανασίας που έχουν καταγραφεί αφορούν :

1. Μη διενέργεια καρδιοπνευμονικής ανάνηψης σε ασθενή με καρδιακή ανακοπή. Ο γνωστός αγγλικός όρος DNR (Do Not Resuscitate) που αναγράφεται στο φύλλο πορείας του ασθενή από τον θεράπων ιατρό υποδεικνύει την μη έναρξη έγκαιρης καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης (CPR – Cardiac Pulmonary Resuscitation), από τους επαγγελματίες υγείας της Μ.Ε.Θ. (νοσηλευτικό – ιατρικό προσωπικό).
2. Μη χορήγηση θεραπείας σε ασθενή με μη αναστρέψιμη νόσο ή τελικού σταδίου νόσο. Στην προκείμενη περίπτωση η μη κλιμάκωση της θεραπείας ή απόσυρση της θεραπείας που χορηγείται αποσκοπεί στην αποφυγή περαιτέρω ταλαιπωρίας ψυχολογικής, συναισθηματικής και βιολογικής του ασθενούς που αναπόφευκτα θα καταλήξει. Στο χώρο της Μ.Ε.Θ. παρατηρείται συνήθως η μη κλιμάκωση θεραπείας καθώς η απόσυρσή της από τους ιατρούς είναι νομικά και ηθικά πιο βαρυσήμαντη εφόσον συνδέεται με γρηγορότερη επέλευση του θανάτου, δίνει στους ιατρούς την αίσθηση της παθητικής πράξης συγκριτικά με τη διακοπή της θεραπείας που

θεωρείται ενεργητική πράξη και τέλος η ελπίδα των οικείων του ασθενούς για πιθανή ανταπόκριση στην χορηγούμενη θεραπεία, συμβάλει στην αύξηση της απροθυμίας από μέρους των ιατρών για διακοπή της καταλήγοντας στη μη κλιμάκωσή της.

3. Διακοπή υποστήριξης των ζωτικών λειτουργιών με μηχανικά μέσα, ασθενών με διαπιστωμένο εγκεφαλικό θάνατο.

4. Χορήγηση θανατηφόρων δόσεων φαρμάκων για ευθανασία.

(Κρανιδιώτης, Γεροβασίλης, Τασούλης, και συν. 2010. Ανευλαβής, 2001. U.S. National Library of Medicine, 2015¹⁰²).

Σύμφωνα με τους Wilkinson & Savulescu 2010, αρκετοί ασθενείς πεθαίνουν στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας έπειτα από ευθανασία οφειλόμενη σε μη κλιμάκωση της θεραπείας ή απόσυρση της θεραπείας και των οποίων τα όργανα παρότι θα μπορούσαν να σώσουν την ζωή συνανθρώπων τους, θάβονται ή καίονται συμβάλλοντας σημαντικά στη μείωση διάθεσης και ανεύρεσης οργάνων για μεταμόσχευση. Θεωρούν πως η δωρεά οργάνων έπειτα από ευθανασία αποτελεί μια ορθολογική, βελτιωμένη λύση στην ανεύρεση οργάνων συγκριτικά με τις καθιερωμένες εφαρμοσμένες πρακτικές που αφορούν τη μη κλιμάκωση και απόσυρση της θεραπείας όπου τα όργανα αχρηστεύονται. Η επιχειρηματολογία τους υπέρ της δωρεάς οργάνων έπειτα από ευθανασία αφορά:

1. *την αρχή της μεγίστης χρησιμότητας, λαμβάνοντας εις γνώση πως από ένα δότη επωφελούνται εννέα λήπτες.*
2. *αποφυγή πρόκλησης σκόπιμων βλαβών στους ασθενείς από τους ιατρούς προς τους ασθενείς τους.*
3. *διατήρηση της αυτονομίας του ασθενούς. Υποστηρίζεται πως η αυτονομία του ασθενούς αυξάνει καθώς η επιθυμία του για διάθεση των οργάνων του είναι σεβαστή στον βαθμό που είναι σεβαστή και η επιθυμία ατόμων που εγράφησαν ως δότες οργάνων προτού ασθενήσουν ή που δεν ασθένησαν.*
4. *διατήρηση της οικογενειακής αυτονομίας. Η αίτηση για συναίνεση στη δωρεά οργάνων γίνεται συνήθως σε περιπτώσεις όπου ο ασθενής αδυνατεί να συγκατατεθεί. Η οικογενειακή συναίνεση προς την δωρεά αντικατοπτρίζει τα πιστεύω τόσο της οικογένειας όσο και του ασθενούς και πρόσθετα υποδεικνύει τις προτιμήσεις της οικογένειας σχετικά με την τελική φροντίδα που θέλει να*

¹⁰² U.S. National Library of Medicine, Do-not-resuscitate order
<https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/patientinstructions/000473.htm>

λάβει το αγαπημένο της άτομο. Η αυτονομία της οικογένειας διατηρείται στο βαθμό που οι επιθυμίες της γίνονται σεβαστές.

- 5. κανόνας του νεκρού δότη, ο οποίος απαγορεύει την αφαίρεση οργάνων από ασθενή που δεν έχει επισήμως ανακοινωθεί ως νεκρός. Η εναλλακτική λύση που προτείνεται αφορά στην αφαίρεση μη ζωτικών οργάνων ή μέρος αυτών προ της απόφασης για απόσυρση θεραπείας ή υποστηρικτικών μέσων διατήρησης της ζωής, καθώς η αφαίρεσή τους δεν επιταχύνει την έλευση του θανάτου. Η αφαίρεσης ζωτικών οργάνων δύναται να διενεργηθεί στις περιπτώσεις ενεργητικής ευθανασίας σε ελεγχόμενο περιβάλλον για άμεση αφαίρεση των οργάνων.*

Συμπεραίνουν δε, πως η ανάκτηση οργάνων από εγκεφαλικά νεκρούς δότες και εν συνεχεία από δότες με κυκλοφορικό θάνατο αποτελούσε σοκαριστική πρακτική για αρκετές κοινωνίες πριν λίγες δεκαετίες οι οποίες σήμερα τις εφαρμόζουν. Η ανάγκη των ανθρώπων που υποφέρουν και αναμένουν όργανο προς μεταμόσχευση ίσως αναθεωρήσει τις ηθικές αρχές των ανθρώπων, θεωρώντας πως η δωρεά οργάνων από ευθανασία ίσως μεταγενέστερα χρησιμοποιηθεί από περισσότερες κοινωνίες ως εναλλακτική λύση.

Στο μοτίβο υπέρ της δωρεάς οργάνων έπειτα από ευθανασία συμφωνούν οι Detry, Laureys, Faymonville, et al., (2008), αναφέροντας την περίπτωση γυναίκας ασθενούς με σύνδρομο Locked In¹⁰³ που μπορούσε να επικοινωνήσει μόνο με κινήσεις βλεφάρων. Η απαίτηση της ασθενούς για ευθανασία έγινε αποδεκτή καθώς πληρούσε τις προϋποθέσεις της νομοθεσίας του Βελγίου επί της ευθανασίας και η αίτηση για δωρεά βιώσιμων οργάνων της έγινε αποδεκτή. Δωρίθηκαν και μεταμοσχεύτηκαν το ήπαρ και οι δύο νεφροί σύμφωνα με τους Ευρωπαϊκούς κανονισμούς σχετικά με τον κανόνα του νεκρού δότη και οι τρεις λήπτες αναφέρεται πως απολαμβάνουν φυσιολογική ζωή με το μόσχευμα να είναι βιώσιμο. Διατείνονται πως οι περιπτώσεις όπου οι ασθενείς ζητούν αρχικά να τους γίνει ευθανασία και έπειτα να δωριστούν όργανά τους χρήζει σοβαρού προβληματισμού, καθώς ο τερματισμός μιας ζωής δύναται να βοηθήσει ένα άλλο άνθρωπο και στις χώρες όπου η ευθανασία είναι ηθικά, νομικά και πρακτικά αποδεκτή οφείλουν κατά τον ίδιο τρόπο να

¹⁰³ Το σύνδρομο Locked In προκαλείται από προσβολή της γέφυρας του εγκεφάλου έπειτα από έμφρακτο ή αιμορραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο ή τραυματισμό. Ο ασθενής παρουσιάζει τετραπληγία και αναρθρία διατηρώντας πλήρη συνείδηση. Η κίνηση που παρουσιάζουν οι ασθενείς με σκοπό τη διευκόλυνση της μη λεκτικής επικοινωνίας είναι η κίνηση των βλεφάρων (Smith & Delargy, 2005).

κατοχυρώσουν νομικά και ηθικά τη δωρεά οργάνων έπειτα της διενέργειας ευθανασίας.

Ο Cook (2014), διαφωνώντας με αυτή την πρακτική υποστηρίζει πως ασθενείς με νευροεκφυλιστικές νόσους και τελικού σταδίου παθήσεις που καταλήγουν σε υποστηρικτικά μέσα για διατήρηση της ζωής τους κακοποιούνται ψυχικά και συναισθηματικά μέσω έμμεσης πίεσης να τερματίσουν την ζωή τους και να δωρίσουν όργανά τους έτσι ώστε νεότεροι άνθρωποι που αναμένουν όργανο για μεταμόσχευση να ζήσουν περισσότερο. Κατακρίνει δε, πως αυτή η πρακτική έχει λανθασμένα διαμορφώσει τον ηθελημένο θάνατο ως έννοια «ολοκλήρωσης» καθώς μέσω της ευθανασίας και της δωρεάς οργάνων η ζωή τους αποκτά νόημα. Ένα νόημα για όλους τους ανθρώπους που βαρέθηκαν τη ζωή τους, έζησαν όσα έζησαν και υποχρεούνται να τη δωρίσουν σε άλλους. Θεωρεί πως η δωρεά οργάνων έπειτα της ευθανασίας αποτελεί καθαρή βαρβαρότητα, είναι κύριο χαρακτηριστικό του ωφελιμισμού του δυτικού κόσμου και απαξιώνει τον άνθρωπο καθώς αντιμετωπίζεται ως το μέσο για ένα τέλος και όχι ως αυτοσκοπός. Ο Smith (2013), συμμερίζοντας την άποψη του Cook (2004), γίνεται περισσότερο καυστικός αναφέροντας πως δεν υπάρχει τίποτα πιο επικίνδυνο από το να κάνεις ψυχικά ασθενείς ή ασθενείς με ειδικές ανάγκες ή τελικού σταδίου παθήσεις να πιστεύουν πως ο θάνατός τους έχει μεγαλύτερη αξία από την ζωή τους. Μια κοινωνία που δύναται να αποδεχθεί την ιδέα πως μπορεί να επωφεληθεί από την απελπιστική και οικονομικά δαπανηρή φροντίδα αυτών των ατόμων εις βάρος του λαού της, θα προκαλέσει παρά μόνο αυξημένη ευαισθητοποίηση και καθολική δημόσια αποστροφή.

Αναντίρρητα, εναπόκειται στην κάθε χώρα όπως αποφασίσει για την νέα προοπτική της δωρεάς οργάνων έπειτα από ευθανασία, εφόσον είναι νομικά αποδεκτή και να προβεί στις ανάλογες ρυθμίσεις σεβόμενη πάντοτε τις επιθυμίες των πολιτών της.

7.4. Εμπορευματοποίηση οργάνων

Η αγοραπωλησία οργάνων αποτελεί ένα καλά οργανωμένο έγκλημα. Οι συνένοχοι σε αυτό το έγκλημα δεν είναι μόνο οι πωλητές και αγοραστές των οργάνων. Συνένοχοι είναι οι μεσάζοντες που διευθετούν την αγοραπωλησία, τα ιατρικά κέντρα (νοσοκομεία – κλινικές) που επιτρέπουν τις παράνομες μεταμοσχεύσεις στο χώρο

τους, οι επαγγελματίες υγείας (ιατρικό – νοσηλευτικό προσωπικό κτλ) που διενεργούν τις μεταμοσχεύσεις, οι τράπεζες που αποθηκεύουν τα όργανα έως ότου μεταμοσχευτούν και το νομικό σύστημα των χωρών που με την ανεκτικότητα του και την ελλιπή παρακολούθηση επί του φαινομένου και τις αυστηρές κυρώσεις προς όλους του εμπλεκόμενους συμβάλει στη διαιώνιση του προβλήματος (UNODC¹⁰⁴, 2015).

Η νομοθεσία της Κύπρου, δηλώνει ρητά πως ένα άτομο κρίνεται ένοχο και υπόκειται σε φυλάκιση έως και πέντε (5) έτη ή και σε χρηματική ποινή έως και εκατόν χιλιάδες ευρώ (€100,000) στις περιπτώσεις όπου δίδει, δέχεται ή προσφέρεται να δώσει ανθρώπινο όργανο με ανταμοιβή ή ανταλλάγματα, συμμετέχει στη διαπραγμάτευση προσφοράς ή προμήθειας ανθρωπίνου οργάνου με ανταλλάγματα και που σχετίζεται με δημοσιεύματα τα οποία εν γνώση του τον αναφέρουν ως υπεύθυνο και πρόθυμο να προμηθεύσει και να προσφέρει ανθρώπινα όργανα με ανταλλάγματα (Νόμος 127(1)2012¹⁰⁵).

Διεθνώς η αγοραπωλησία ανθρωπίνων οργάνων αφορά το εμπόριο οργάνων, την διαφήμιση μεταμόσχευσης, τα ταξίδια για μεταμόσχευση και τα οποία ορίζονται επακριβώς στην Διακήρυξη της Κωνσταντινούπολης που έλαβε χώρα το 2008 στην ομώνυμη χώρα και στηρίζεται στη Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων. Ως εμπόριο οργάνων ορίζεται *«η στρατολόγηση, μεταφορά, μεταβίβαση, υπόθαλψη ή παραλαβή της ζωής ή εκλιπόντος ή των οργάνων τους, με χρήση απειλής, βίας ή άλλων μορφών εξαναγκασμού, απαγωγής, απάτης εξαπάτησης, κατάχρησης εξουσίας, ή ευάλωτης θέσης, ή την παροχή ή λήψη από ένα τρίτο άτομο χρημάτων ή ωφελημάτων για να επιτευχθεί η μεταβίβαση ελέγχου επί του δυνητικού δότη με σκοπό την εκμετάλλευση από την αφαίρεση οργάνων του για μεταμόσχευση»*. Η διαφήμιση μεταμόσχευσης αφορά την *«πολιτική ή πρακτική στην οποία ένα όργανο αντιμετωπίζεται ως εμπόρευμα, συμπεριλαμβάνοντας την αγορά ή πώληση ή χρήση του για υλικό κέρδος»*. Τα ταξίδια μεταμόσχευσης αποτελούν την *«κίνηση των οργάνων, δοτών, ληπτών, ή επαγγελματιών που σχετίζονται με μεταμοσχεύσεις πέρα από τα σύνορα διαμονής τους για σκοπούς μεταμόσχευσης. Το ταξίδι μεταμόσχευσης γίνεται*

¹⁰⁴ <https://www.unodc.org/unodc/en/organized-crime/emerging-crimes.html>

¹⁰⁵ ΜΕΡΟΣ ΙΧ ΠΟΙΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ, Ποινικά αδικήματα και ποινές (35), σ.30-31.
http://www.cylaw.org/nomoi/arith/2012_1_127.pdf

μεταμοσχευτικός τουρισμός αν συμπεριλαμβάνει εμπόριο οργάνων ή και διαφήμιση οργάνων ή αν οι πόροι (τα όργανα, οι επαγγελματίες υγείας και τα κέντρα μεταμόσχευσης) αφιερωθούν στην παροχή μεταμοσχεύσεων σε ασθενείς από το εξωτερικό μιας χώρας, υπονομεύοντας την ικανότητα της χώρας να παρέχει υπηρεσίες μεταμόσχευσης για το δικό της πληθυσμό». Σύμφωνα με την εν λόγω διακήρυξη υποστηρίζεται ότι οι φτωχοί άνθρωποι που πωλούν τα όργανά τους καταλήγουν ως θύματα από τους πλουσιότερους ανθρώπους είτε εντός της ίδιας τους της χώρας είτε από τουρίστες που επισκέπτονται τη χώρα τους. Οι συμμετέχοντες ανά το παγκόσμιο στην προκειμένη σύνοδο κορυφής, συμφώνησαν πως η διαφήμιση οργάνων και η εμπορία οργάνων αποτελεί υψηλό κίνδυνο για το μεταμοσχευτικό τουρισμό που κινδυνεύει από σοβαρές σωματικές βλάβες οφειλόμενες στην παράνομη μεταμοσχευτική διαδικασία, κυρίως στη μη ασφαλή πρακτική και έλεγχο των μοσχευμάτων θέτοντας σε κίνδυνο τόσο τους δότες όσο και τους λήπτες και ως εκ τούτου πρέπει να απαγορεύεται. (Steering Committee of the Istanbul Summit, 2008¹⁰⁶).

Η εμπορευματοποίηση οργάνων στοχεύει ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού όπως φυλακισμένους, πολιτικούς - οικονομικούς πρόσφυγες, αγράμματους, φτωχούς, μετανάστες χωρίς χαρτιά και πληθυσμό πολύ φτωχών χωρών. Η ραγδαία αύξηση του φαινομένου εμπορευματοποίησης οργάνων οφείλεται κατά κύριο λόγο στη μεγάλη ευκολία πρόσβασης προς τις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού που προσφέρει ο παγκόσμιος ιστός (internet). Οικονομικά ευκατάστατοι πολίτες με χρήση του παγκόσμιου ιστού δύνανται να επικοινωνήσουν με ιδιαίτερη ευκολία με άτομα τρίτων χωρών που διατίθενται να πωλήσουν όργανά τους προκειμένου να βελτιώσουν τις συνθήκες διαβίωσής τους με οικονομικό αντάλλαγμα (Steering Committee of the Istanbul Summit, 2008). Σύμφωνα με τον Shimazono (2007), οι χώρες αποδέκτες μεταμοσχευτικού τουρισμού είναι η Ταϊβάν, Κίνα, Πακιστάν, Φιλιππίνες, Μολδαβία, Ινδία, Τουρκία, Βραζιλία, Νότιος Αφρική, Αίγυπτος, Βολιβία, Ιράκ, Κολομβία, Περού και Ισραήλ. Οι χώρες που ο πληθυσμός τους αποτελεί μεταμοσχευτικό τουρισμό εισάγοντας όργανα καθότι μεταβαίνουν σε άλλες χώρες για μεταμόσχευση είναι οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, ο Καναδάς, η Αυστραλία, η Ιαπωνία, το Ομάν, η Σαουδική Αραβία και το Ηνωμένο Βασίλειο (υπολογίζεται πως περίπου 30-

¹⁰⁶ The Declaration of Istanbul on Organ Trafficking and Transplant Tourism
<http://cjasn.asnjournals.org/content/3/5/1227.long>

50 άτομα μεταβαίνουν στο εξωτερικό για εμπορική μεταμόσχευση νεφρού). Το Ιράν αποτελεί τη μοναδική χώρα που έχει νομικά κατοχυρώσει την εμπορική αγοραπωλησία νεφρού, ωστόσο υπάρχει αυστηρή ρύθμιση για την πώληση οργάνων σε μη - πολίτες του κράτους, περιορίζοντας κατά αυτό τον τρόπο το διεθνές εμπόριο οργάνων.

Εν αντίθεση, οι Erin & Harris (2003), θεωρούν πως η νομική κατοχύρωση της πώλησης οργάνων θα συμβάλει στη μείωση του αριθμού των πολιτών του Ηνωμένου Βασιλείου που μεταβαίνουν σε τρίτες χώρες για αγορά οργάνων. Προτείνουν τη δημιουργία ενός συστήματος πώλησης οργάνων που θα επιτηρείται αυστηρά από το Εθνικό Σύστημα Υγείας όπου άτομα που εθελοντικά θέλουν να πωλήσουν όργανά τους θα αμείβονται αδρά και το σύστημα πώλησης θα κατανέμει το όργανο στο συμβατό λήπτη. Πιστεύουν, πως η δημιουργία ενός τέτοιου μοναδικού συστήματος στο οποίο μπορούν να εγγραφούν μόνο πολίτες του κράτους οι οποίοι είτε θα πωλούν είτε θα λαμβάνουν μόσχευμα, θα συμβάλει στην αποφυγή άμεσης πώλησης – αγοράς οργάνων από τρίτες χώρες, θα παύσει η εκμετάλλευση χωρών με χαμηλό εισόδημα, τα όργανα θα είναι πλήρως ελεγμένα για μεταδοτικές ασθένειες, η προέλευση των οργάνων θα είναι γνωστή καθώς και η υγεία του δότη. Μέσω του συστήματος θα υπάρχουν αυστηροί έλεγχοι και κυρώσεις για αποτροπή των όποιων καταχρήσεων.

Στατιστικά δεδομένα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας αναφέρουν πως η παράνομη εμπορία οργάνων υπολογίζεται στο 10%, με 63 000 νεφρικά μοσχεύματα να μεταμοσχεύονται παράνομα. Πιθανοί λήπτες από Αυστραλία, Ευρώπη, Μέση Ανατολή και Ηνωμένες Πολιτείες επισκέπτονται κλινικές στο Πακιστάν πληρώνοντας 40 000 δολάρια για ένα νεφρό, με το δότη να λαμβάνει το ποσό των 1000 – 2000 δολαρίων (Garwood, 2007). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας στις κατευθυντήριες οδηγίες του στη μεταμόσχευση κυττάρων, ιστών και οργάνων δηλώνει την αυστηρή απαγόρευση της εμπορίας οργάνων (WHO¹⁰⁷, 2010).

Η αγοραπωλησία οργάνων αποτελεί διεθνώς θέμα προβληματισμού, καθώς επισημαίνει τη διαφθορά στην εκμετάλλευση της ανθρώπινης ζωής και τη σκόπιμη καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Εναπόκειται στην κάθε χώρα να προβεί

¹⁰⁷ http://www.who.int/transplantation/Guiding_PrinciplesTransplantation_WHA63.22en.pdf?ua=1

στις ανάλογες νομοθετικές ρυθμίσεις της, με ιδιαίτερα αυστηρές κυρώσεις στις περιπτώσεις όπου παρατηρούνται τέτοια φαινόμενα. Έκαστη χώρα δύναται να παρακολουθεί τέτοιες ενέργειες των πολιτών της με βοήθεια παρακολούθησης του ηλεκτρονικού εγκλήματος από τους αρμόδιους φορείς της και της απαγόρευσης πρόσβασης σε σελίδες παγκόσμιου ιστού που προσφέρουν τέτοιου είδους υπηρεσίες. Κατά αυτό το τρόπο ο εντοπισμός αυτών των ατόμων και η παρεμπόδιση πρόσβασης σε χώρους του παγκόσμιου ιστού, δύναται να καταπολεμήσουν το φαινόμενο της εμπορευματοποίησης οργάνων.

7.5. Συγκρότηση λίστας ληπτών

Η συνεχής αύξηση ζήτησης των οργάνων που απαιτούνται για την επιβίωση ασθενών με τελικού σταδίου παθήσεις παραμένει πολύ μεγαλύτερη συγκριτικά με τα όργανα που διατίθενται, επιβάλλοντας τη συγκρότηση συστήματος καταχώρησης ασθενών που αναμένουν όργανο για μεταμόσχευση. Με τη δωρεά οργάνων να αποτελεί πράξη αγάπης και προσφοράς, η συγκρότηση τη λίστας ληπτών δεοντολογικά πρέπει να βασίζεται στη διατήρηση του σεβασμού και της αγάπης που οι άνθρωποι με αυτή τους την πράξη προβάλλουν και στη δικαιοσύνη της ίσης μεταχείρισης και αντιμετώπισης των ληπτών.

Στη Κύπρο, ο Νόμος 127(1)/2012 καθορίζει όπως η κατανομή των οργάνων γίνεται βάση επιστημονικών κριτηρίων για τη σειρά προτεραιότητας των ληπτών και σύμφωνα με ειδικά κριτήρια της σειράς προτεραιότητας στην κατανομή των οργάνων από το Συμβούλιο Μεταμοσχεύσεων.¹⁰⁸ Οι εξετάσεις ιστοσυμβατότητας για ανίχνευση ιστοσυμβατού λήπτη διεξάγονται σε αναγνωρισμένο, ενεργό και διαπιστευμένο εργαστήριο ανοσογενετικής και ιστοσυμβατότητας διαπιστευμένο από την Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Ανοσογενετικής¹⁰⁹. Διεθνώς, ως θεμιτά κριτήρια αναγνωρίζονται το χρονικό διάστημα αναμονής στη λίστα, η ιστοσυμβατότητα μεταξύ δότη και λήπτη, η σοβαρότητα – το επείγον της κατάστασης της υγείας του ασθενούς, τα πιθανά οφέλη που αναμένονται για τον ασθενή έπειτα της μεταμόσχευσης οργάνου, η ηλικία του πιθανού λήπτη (δίδεται προτεραιότητα σε

¹⁰⁸ Νόμος 127(1)2012, ΜΕΡΟΣ V – ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΟΡΓΑΝΩΝ ΜΕΤΑ ΘΑΝΑΤΟΝ, Δωρεά προς ορισμένο πρόσωπο, Άρθρο 25, σ.22.

http://www.cylaw.org/nomoi/arith/2012_1_127.pdf

¹⁰⁹ Νόμος 127(1)2012, ΜΕΡΟΣ II – ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΟΡΓΑΝΩΝ, Χαρακτηρισμός οργάνου και δότη 7 (7), σ. 12. http://www.cylaw.org/nomoi/arith/2012_1_127.pdf

νεαρότερα άτομα), η γεωγραφική απόσταση μεταξύ δότη οργάνου και λήπτη¹¹⁰, η εθνικότητα του λήπτη (προηγούνται οι λήπτες κάτοικοι στη χώρα διαμονής του δότη) και το μέγεθος και το σχήμα του μοσχεύματος (Κωστάκης, Α. 2005). Ο Νόμος 127(1)/2012 δεν διευκρινίζει σαφώς τα κριτήρια της συγκρότησης της λίστας ατόμων που αναμένουν για μεταμόσχευση, ωστόσο θέτει ως αρμοδιότητα του Συμβουλίου Μεταμοσχεύσεων την εποπτεία κριτηρίων για καθορισμό εθνικού καταλόγου των ασθενών, ο οποίος λειτουργεί με χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή που κατατάσσει σε σειρά προτεραιότητας τους πιθανούς λήπτες μοσχευμάτων από πτωματικό δότη¹¹¹.

Ο προβληματισμός που σχετίζεται με τη λίστα συγκρότησης των ασθενών στην Κύπρο αφορά κυρίως τη χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή για την τήρηση εθνικού καταλόγου των ασθενών που αναμένουν για μεταμόσχευση οργάνου. Παρότι ο νόμος θέτει ως θεμελιώδες δικαίωμα την προστασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα με πλήρες και αποτελεσματικό τρόπο σε κάθε διαδικασία της μεταμόσχευσης οργάνου, δεν θέτει τη γνωστοποίηση των δεδομένων των ληπτών και των δοτών ως ποινικό αδίκημα, απαγορεύεται ωστόσο μόνο η αποκάλυψη της ταυτότητας του δότη στην οικογένεια του λήπτη που στην περίπτωση της Κύπρου η ταυτότητα του λήπτη εύκολα μπορεί να αποκαλυφθεί. Μια τέτοια περίπτωση αναφέρεται στο Υποκεφάλαιο 7.7. «Ο ρόλος των Μ.Μ.Ε.¹¹²» με αναφορά στην περίπτωση του ληστή φούρνων στην Κύπρο και της διαρροής της ταυτότητάς του τόσο στην Κύπρο όσο και στην Ελλάδα. Επιπλέον, ο νόμος 127(1)2012¹¹³ θέτει εις κρίση της αρμόδιας αρχής την αξιοποίηση της δυνατότητας χρήσης ηλεκτρονικής κρυπτογράφησης των ασθενών και κρίνει ως σκόπιμο όπως η πρόσβαση στην ηλεκτρονική λίστα προσωπικών δεδομένων γίνεται με χρήση προσωπικού κωδικού. Το ερώτημα που τίθεται είναι σε ποιο βαθμό η κυπριακή νομοθεσία πράγματι προστατεύει τα προσωπικά δεδομένα δοτών και ληπτών καθώς η κρυπτογράφηση των προσωπικών δεδομένων δεν απαιτείται δια νόμου αλλά εναπόκειται στην κρίση της αρμόδιας αρχής. Σε ποιο βαθμό η γνωστοποίηση τέτοιων δεδομένων από τα Μ.Μ.Ε. υπόκειται σε ποινικό αδίκημα και

¹¹⁰ Σύμφωνα με το χρονικό διάστημα διατήρησης της βιωσιμότητας του οργάνου εκτός του σώματος του πτωματικού δότη μέχρι την επαναιμάτωσή του στο σώμα του λήπτη. Αναλυτικότερα στο Κεφάλαιο 4, Υποενότητα 4.1.3. Μεταμόσχευση οργάνων από δότη με διάγνωση εγκεφαλικού θανάτου, σ.53.

¹¹¹ ¹¹¹ Νόμος 127(1)2012, ΜΕΡΟΣ VI – Συμβούλιο Μεταμοσχεύσεων, Αρμοδιότητες 28 (1)(α), σ. 24.
http://www.cylaw.org/nomoi/arith/2012_1_127.pdf

¹¹² Σελίδα 114

¹¹³ Νόμος 127(1)2012, ΜΕΡΟΣ X – ΠΟΙΚΙΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ 36 (4), σ. 32.

αν ειπωθεί πως δεν τίθεται ποινικό αδίκημα, μπορεί τότε να ειπωθεί πως με σκοπό την προώθηση των μεταμοσχεύσεων στην Κύπρο οι αρμόδιοι φορείς σε τέτοιες περιπτώσεις κλείνουν τα μάτια; Μήπως σε αυτή την περίπτωση ο σκοπός αγιάζει τα μέσα; Επιπρόσθετα, εφόσον δεν καθορίζονται τα άτομα με πρόσβαση στη λίστα ληπτών και δεν απαιτείται όπως η χρήση και πρόσβαση γίνεται μέσω προσωπικού κωδικού, πως διαφυλάσσετε πως οποιοσδήποτε δεν θα παραβιάσει τη λίστα προς δικό του όφελος ή για οικείο του άτομο; Τι εν τέλει θεωρεί ο νόμος ως ποινικό αδίκημα σχετικά με την γνωστοποίηση των προσωπικών δεδομένων και τη λίστα συγκρότησης των ασθενών;

Πρόσθετα ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα που σχετίζονται με τη λίστα συγκρότησης ληπτών αφορούν στα κριτήρια συγκρότησής της, στη σειρά προτεραιότητας των ληπτών και κατανομής των οργάνων. Τα κριτήρια συγκρότησης της λίστας σχετίζονται με μέτρα¹¹⁴ που θέτουν ιατρικώς οφέλη για τους πιθανούς λήπτες οργάνων, τα κυριότερα εκ των οποίων είναι το μέτρο της ποιοτικής ρύθμισης των ετών ζωής (QALYs) και το μέτρο των αναπροσαρμοσμένων ετών ζωής λόγω αναπηρίας (DALYs) του ατόμου, καθώς αξιολογούν την κατάσταση της υγείας του ατόμου, την ανάγκη άμεσης ιατρικής παρέμβασης, σχετίζονται με τους ρόλους του ατόμου στην κοινωνία και τον τρόπο ζωής του ατόμου (Brock, 2004). Η χρήση των QALYs και DALYs δεν αναφέρεται στη βιβλιογραφία σε θέματα μεταμόσχευσης οργάνων, παρατηρείται δε η πιθανή χρήση τους καθώς το Κέντρο Βιοηθικής του Πανεπιστημίου Μινεσότα (2004), αναφέρει πως επιτυχής μεταμόσχευση θεωρείται ο αριθμός των ετών που κερδίζει ο λήπτης καθώς η επιτυχής μεταμόσχευση παρατείνει τη ζωή του, θέτοντας την ηλικία του δότη ως σημαντικό κριτήριο. Ο Κωστάκης (2005), θεωρεί πως η ηλικία λειτουργεί ρατσιστικά εις βάρος των ηλικιωμένων ατόμων καθότι στη λίστα αναμονής δίδεται προτεραιότητα στα νεαρότερα άτομα.

Ο Cohen (2006), θέτει ως σημείο προβληματισμού τη μεταμόσχευση οργάνων από δότες σε λήπτες μη απόλυτα συμβατούς κυρίως στις περιπτώσεις όπου το επείγον της κατάστασής της υγείας τους απαιτεί άμεση μεταμόσχευση, αφήνοντας σε δεύτερη μοίρα λήπτη που είναι απόλυτα συμβατός. Θεωρεί δε, πως η κρισιμότητα της κατάστασης του πιθανού λήπτη δύναται να μην του προσδώσει μακροπρόθεσμα

¹¹⁴ Θεμελιώδη κριτήρια συγκρότησης λίστας ληπτών, σ.114

οφέλη, εν αντιθέσει στη περίπτωση υγιέστερου λήπτη που δύναται να ωφεληθεί σε μεγαλύτερο βαθμό. Το ερώτημα που τίθεται από τον Cohen (2006), είναι αν η ηθική υποχρέωση και το καθήκον του ανθρώπου στη σωτηρία του ατόμου από το θάνατο, επιτρέπει τη παραβίαση τη λίστας συγκρότησης περιθωριοποιώντας πιθανούς λήπτες που αναμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα όργανο και βρίσκονται στην κορυφή της λίστας θεωρείται ως δημοκρατικά δίκαιο.

Η χρήση των DALYs και QALYs στη συγκρότηση της λίστας δεν θεωρείται ηθικά επιτρεπτή σύμφωνα με τον Harris (2009), καθώς η ένταξη των ατομικών συνηθειών και του τρόπου ζωής των ατόμων με σκοπό την επιλογή μεταξύ ασθενών, συμβάλλει στη δημιουργία διακρίσεων στις διάφορες ομάδες των πολιτών και προκαλεί καταστροφική επίδραση στα θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα. Η αποκάλυψη αυτών των συνηθειών και η παράθεσή τους κατά τη συγκρότηση της λίστας δύναται να αποκλείσει του λήπτες ή να τους κατατάξει στο χαμηλότερο σημείο της ως ένδειξη τιμωρίας για τις αποφάσεις και τις συνήθειές τους. Ο Cohen (2006), προσθέτει πως η αξία της ζωής του λήπτη δεν μετράται με τις συνήθειες του ατόμου ή τον τρόπο διαβίωσής του και η ευκαιρία μεταμόσχευσης οργάνου για κάθε λήπτη πρέπει να είναι ηθικά αμερόληπτη.

Ο Kluge (1994), αντιτίθεται στα όσα παρατίθενται από τους Harris και Cohen υποστηρίζοντας πως τα άτομα που με ελεύθερη βούληση επιλέγουν ιδιαίτερα επιβλαβής συνήθειες για την υγεία τους όπως το κάπνισμα και η κατάχρηση αλκοόλ καταστρέφοντας τα όργανά τους, δεν πρέπει να έχουν ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και στη μεταμόσχευση οργάνων, καθώς η συνειδητή πράξη τους αφαιρεί το δικαίωμα από ευσυνείδητους πολίτες να λάβουν μόσχευμα. Θεωρεί πως η διατήρηση συνεχής ανέχειας και φροντίδας ασυνείδητων ασθενών με τον ίδιο τρόπο που φροντίζονται οι ευσυνείδητοι πολίτες από το σύστημα υγείας, παραβιάζει την αρχή της ισότητας και της δικαιοσύνης.

Εναπόκειται στην ηθική και πολιτισμική κουλτούρα κάθε χώρας όπως δημιουργεί και αποσαφηνίζει πως το σύστημα συγκρότησης της λίστας και κατανομής των οργάνων της διέπεται από τις αρχές του σεβασμού της ανθρώπινης ζωής, της ίσης μεταχείρισης και πρόσβασης των ατόμων στο σύστημα χωρίς διακρίσεις, διαφυλάσσοντας την αξιοπρέπειά τους.

7.6. Εικαζόμενη συναίνεση

Σύμφωνα με τον ορισμό της εικαζόμενης συναίνεσης, «όλοι οι πολίτες μιας χώρας θεωρούνται δια νόμου δυνητικοί δότες οργάνων εκτός και αν οι ίδιοι έχουν νομικά δηλώσει πως αρνούνται κατηγορηματικά να αφαιρεθούν όργανά τους μετά θάνατον με σκοπό να μεταμοσχευτούν» (E.O.M.¹¹⁵). Η εικαζόμενη συναίνεση αφορά ένα μοντέλο πολιτικής λήψης άδειας οργάνων από πτωματικούς δότες με σκοπό την αύξηση της προσφοράς οργάνων για μεταμόσχευση. Ως εφαρμοσμένη πολιτική στο ηθικό θέμα της δωρεάς και μεταμόσχευσης οργάνων, αποτέλεσε θέμα προβληματισμού και διαπληκτισμού μεταξύ του ιατρικού, φιλοσοφικού και ηθικού επιστημονικού κόσμου με την κάθε παράταξη να προβάλλει τα δικά της επιχειρήματα υπέρ και εναντίον της εφαρμογής της.

Σύμφωνα με το Βιδάλη (2008), η εικαζόμενη συναίνεση στη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων βασίζεται στην αντίληψη της ωφελιμότητας όπου το νεκρό άτομο χρησιμοποιείται ως «πράγμα» που διατίθεται σύμφωνα με αποφάσεις τρίτων προσώπων για τη σωτηρία ενός άλλου ανθρώπου. Η αναίρεση των πεποιθήσεων του εκλιπόντος που πιθανόν παραβιάζονται καθότι αντικειμενικά δεν δύναται να συγκατατεθεί στη δωρεά, δεν πρέπει να αναίρει τα δικαιώματα των οικείων του ατόμων για τα οποία το σώμα του αποτελεί συναισθηματική αξία, επηρεάζοντας την προσωπικότητά τους και ως εκ τούτου η εφαρμογή της εικαζόμενης συναίνεσης παραγκωνίζοντας τους οικείους του εκλιπόντος, δύναται να επιφέρει ολισθηρές αλλαγές στη διαμόρφωση της κοινωνικής συνείδησης ως προς τι αποτελεί πραγματικά αλληλεγγύη μεταξύ των πολιτών. Ο Αθανάσιος (2014), προσθέτει πως η ένταξη του συστήματος της εικαζόμενης συναίνεσης με νόμιμη αφαίρεση των οργάνων θα επιφέρει αρνητική δημοσιότητα στο ζήτημα της δωρεάς καθότι η περιθωριοποίηση της οικογένειας σε ένα τόσο σοβαρό ζήτημα και η διαφωνία της οικογένειας στη πιθανή δωρεά, δύναται να κλονίσει την εμπιστοσύνη μεταξύ

¹¹⁵ Τι είναι η «εικαζόμενη» συναίνεση και γιατί δεν εφαρμόζεται στην Ελλάδα
http://www.eom.gr/index.php?option=com_k2&view=item&id=114:%CF%84%CE%B9-%CE%B5%CE%AF%CE%BD%CE%B1%CE%B9-%CE%B7-%CE%B5%CE%B9%CE%BA%CE%B1%CE%B6%CF%8C%CE%BC%CE%B5%CE%BD%CE%B7-%CF%83%CF%85%CE%BD%CE%B1%CE%AF%CE%BD%CE%B5%CF%83%CE%B7-%CE%BA%CE%B1%CE%B9-%CE%B3%CE%B9%CE%B1%CF%84%CE%AF-%CE%B4%CE%B5%CE%BD-%CE%B5%CF%86%CE%B1%CF%81%CE%BC%CF%8C%CE%B6%CE%B5%CF%84%CE%B1%CE%B9-%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD-%CE%B5%CE%BB%CE%BB%CE%AC%CE%B4%CE%B1&Itemid=97&lang=el

οικογένειας και ιατρών με αισθήματα καχυποψίας, ανασφάλειας και αρνητικών διαθέσεων να αναδύονται στο κρίσιμο χρονικό σημείο όπου η θλίψη για το τέλος της ζωής του ανθρώπου τους είναι ιδιαίτερα έντονη.

Η Welbourn (2014), αναφέρει πως η εικαζόμενη συναίνεση αναιρεί τις ηθικές αρχές της αυτονομίας, της ευεργεσίας, της μη πρόκλησης βλαβών και της δικαιοσύνης όπως αυτές καθορίζονται από τους Beauchamp και Childress¹¹⁶. Η αυτονομία του ατόμου επί του σώματός του και των μερών αυτού, παραβιάζεται μετά θάνατον μη έχοντας την κυριαρχία επί αυτού σε περίπτωση μη επίσημης αρνητικής δήλωσης επί της δωρεάς. Η μη δεδηλωμένη αρνητική δήλωση μετά θάνατον, δεν πρέπει να συγχέεται ως πιθανή συγκατάθεση καθώς δύναται να οφείλεται σε οργανωτικά αίτια του συστήματος, απάθεια – αδιαφορία του ατόμου, ελλιπή πληροφόρηση ή και μη κατανόηση του συστήματος. Η ηθική αρχή της ευεργεσίας αφορά τον πιθανό δότη και την οικογένειά του, τον πιθανό λήπτη και την οικογένειά του και ολόκληρη την κοινωνία. Η παραβίαση της αρχής της ευεργεσίας - αλληλεγγύης μεταξύ των πολιτών αναιρεί το αίσθημα αλtruισμού, το αίσθημα της καλής πράξης, του μη άδικου χαμού του οικείου της οικογένειας και εν τέλει στην ήπια αποδοχή του θανάτου του. Ο λήπτης και η οικογένεια αυτού, στερούνται του δικαιώματος της έκφρασης αγάπης, αγαθοψυχίας και αλtruισμού που επέδειξαν οι οικείοι του δότη κατά την διάρκεια απώλειας του δικού τους ατόμου, για την δική του σωτηρία. Η εικαζόμενη συναίνεση επιφέρει αρνητικό αντίκτυπο στη σχέση μεταξύ της οικογένειας του ατόμου και των ιατρών. Η παραβίαση της ηθικής αρχής της μη πρόκλησης βλάβης, κλονίζει την μεταξύ τους εμπιστοσύνη καθώς η αντίληψη της συνεχούς προσπάθειας με κάθε δυνατό μέσο με σκοπό τη σωτηρία του ατόμου διαφέρει στο βαθμό που οι συγγενείς του ατόμου είναι σε θέση να αντιληφθούν τα πραγματικά ιατρικά δεδομένα και δύναται να θεωρήσουν πως ιατρικές πράξεις παραλείπονται με σκοπό ο οικείος τους να γίνει δωρητής οργάνων. Η ηθική αρχή της δικαιοσύνης μεταξύ των πολιτών δύναται να παραβιαστεί στην περίπτωση που άτομο δηλώνει επίσημα την άρνησή του για αφαίρεση οργάνων του μετά θάνατον και ταυτοχρόνως το σύστημα τον αφαιρεί ως πιθανό μεταγενέστερο λήπτη οργάνου.

¹¹⁶ Αναφορά σε βιβλιογραφία: Beauchamp TL and Childress JF. Principles of Biomedical Ethics, 5th ed. New York: Oxford University Press, 2001

Ιδιαίτερα επικριτικοί στην ονομασία της «εικαζόμενης συναίνεσης» είναι οι Veatch & Pitt (1995), θεωρώντας πως ως όρος είναι λανθασμένος και η αντικατάστασή του με την ορολογία «ρουτίνα διάσωσης» είναι επιβεβλημένη, καθώς στην πρακτική εφαρμογή της επιτρέπει στους ιατρούς να αφαιρέσουν διαθέσιμα όργανα χωρίς τη ρητή συναίνεση του δότη και ως εκ τούτου η ονομασία κρίνεται ως ανήθικη και μη πειστική για το νομικό σύστημα. Η ονομασία μιας πολιτικής με παραπλανητικό τρόπο θέτει μόνο σε κίνδυνο την ηθική σχέση που διέπει το άτομο και την κοινωνία, δεδομένου πως ουσιαστικά η κοινωνία δεν αγνοεί την αυτονομία του ατόμου. Η ονομασία εφαρμοσμένων πολιτικών με ειλικρινή τρόπο και δη σε θέματα δωρεάς οργάνων είναι υψίστης σημασίας στη διατήρηση της πρόθεσης του ατόμου για δωρεά, της πράξης ως «δώρο ζωής» με σκοπό να μπορεί να δικαιολογηθεί νομικά η κρατική απόφαση μη ατιμώνοντας την υπόσταση του ατόμου μετά το θάνατό του.

Σύμφωνα με τους English & Sommerville (2003), η λογική επιχειρηματολογία υπέρ της εικαζόμενης συναίνεσης στηρίζεται στο γεγονός πως στην πλειονότητά τους οι άνθρωποι όταν ερωτώνται για θέματα δωρεάς οργάνων εκφράζουν την προθυμία και επιθυμία τους να δωρίσουν τα όργανά τους μετά θάνατον. Η νομοθεσία περί της ρητής συναίνεσης του ατόμου εν ζωή για αφαίρεση των οργάνων του μετά θάνατον αντικειμενικά ορίζει την αντίρρηση στην εν λόγω πράξη. Λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός πως συμμετέχοντες σε πληθώρα ερευνών οι οποίοι δηλώνουν προθυμία να δωρίσουν όργανά τους μετά θάνατον, μικρός αριθμός από αυτούς κατέχει κάρτα δωρητή οργάνων κυρίως γιατί θεωρούν πως έχουν αρκετό χρόνο για να το δηλώσουν μεταγενέστερα. Προσθέτουν δε, πως είναι αξιοπερίεργο η κοινωνία να θεωρεί πως οι άνθρωποι είναι περισσότερο πρόθυμοι να αρνηθούν παρά να βοηθήσουν συνανθρώπους τους όταν δεν υφίσταται καμία βλάβη ούτε και όφελος για τον θανόντα. Πιστεύουν πως αν πρέπει να θεωρήσουμε ή να υποθέσουμε κάτι, είναι το πραγματικό γεγονός της ηθικά σωστής πράξης στην οποία θα προβούν οι άνθρωποι με τη δωρεά οργάνων τους με σκοπό να σώσουν μια ανθρώπινη ζωή μετά το θάνατό τους.

Ως δεύτερο και ουσιαστικό επιχείρημα που παρουσιάζουν οι English & Sommerville (2003), αφορά στο βαθμό που η εικαζόμενη συναίνεση ωφελεί ή βλάπτει τους οικείους του εκλιπόντος. Οι απόψεις των συγγενών για τις πράξεις και τις προθέσεις δικού τους ατόμου εν ζωή, μεταβάλλονται με το θάνατό του καθότι θεωρούν πως

αποκτούν δικαιώματα επί του πτώματος αυτού και καλούνται να αποφασίσουν με βάση δικά τους κριτήρια και πιστεύω για το σώμα του. Στη δεδομένη περίπτωση της δωρεάς οργάνων οι οικείοι καλούνται να αποφασίσουν ερωτώμενοι για την επιθυμία του δότη, που στην πλειονότητα των περιπτώσεων δεν γνωρίζουν πραγματικά ποια ήταν η επιθυμία του καθότι σπάνια συζητείται στο οικογενειακό περιβάλλον το θέμα της δωρεάς οργάνων και είτε αρνηθούν είτε συγκατατεθούν στη δωρεά η απόφαση αν επέλεξαν σωστά θα τους ακολουθεί πάντοτε επιφορτίζοντάς τους συναισθηματικά. Η εικαζόμενη συναίνεση ως σύστημα πλεονεκτεί καθώς μειώνει το βάρος της ευθύνης των συγγενών έστω και αν εξακολουθούν να συμμετέχουν στην απόφαση της δωρεάς, ωστόσο αποτρέπει συναισθηματική αναταραχή στη χρονική περίοδο που η θλίψη και το πένθος είναι ιδιαίτερα αυξημένα και είναι συναισθηματικά ανίκανοι να αποφασίσουν άμεσα καθώς η αφαίρεση οργάνων ως πράξη δεν πρέπει να καθυστερείτε. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην επίμονη άρνηση των συγγενών για δωρεά παρά την επιθυμία του θανόντος έστω και αν ακόμη κατέχει κάρτα δωρητή οργάνων. Σε αυτή την περίπτωση οι συγγενείς αρνούνται να συναινέσουν αποφασίζοντας σύμφωνα με τις δικές τους θρησκευτικές, πολιτισμικές αντιλήψεις, ως ένδειξη θυμού/άρνησης της απώλειας του δικού τους ατόμου ή ακόμη και ως κατηγορία για πιθανά ιατρικά λάθη και παραλείψεις που προκάλεσαν το θάνατο.

Η εικαζόμενη συναίνεση ως εφαρμοσμένη πολιτική σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες έχει αποδείξει πως όργανα από πτωματικούς δότες δεν χάνονται, αντιθέτως έχει συμβάλει σε αύξηση των ποσοστών διαθέσιμων οργάνων για μεταμόσχευση (Αθανάσιος, 2014). Στην Κύπρο δεν εφαρμόζεται η πολιτική της εικαζόμενης συναίνεσης και εις περίπτωση που εφαρμοστεί με σκοπό την αύξηση των διαθέσιμων οργάνων δύναται να επιφέρει σοβαρό κλονισμό στη σχέση του κράτους και των πολιτών δεδομένου του μικρού αριθμού των πτωματικών δοτών που καταγράφονται κάθε χρόνο συγκριτικά με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες. Η κύρια παρέμβαση του κράτους στην προκείμενη περίπτωση έγκειται στην προώθηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων για το κοινό και τους επαγγελματίες υγείας για τις υφιστάμενες πολιτικές δράσης και στην προώθηση της ιδέας της δωρεάς οργάνων και μετέπειτα στην ένταξη και ανάπτυξη περισσότερων πολιτικών δράσης.

7.7. Ο ρόλος των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης (Μ.Μ.Ε.)

Τα Μ.Μ.Ε. αναφέρονται στα έντυπα μέσα (περιοδικά, εφημερίδες) και ηλεκτρονικά μέσα (τηλεόραση, ραδιόφωνο, διαδίκτυο) μέσω των οποίων διοχετεύονται πληροφορίες στο ευρύτερο κοινό. Το σύνταγμα της Κυπριακής Δημοκρατίας διασφαλίζει την ελευθερία, την ανεξαρτησία και τη λειτουργία του τύπου χωρίς έλεγχο ή επέμβαση από οποιαδήποτε κρατική αρχή. Ιδιαίτερα διασφαλίζεται το δικαίωμα ελευθερίας του λόγου και της όποια εκφράσεως αυτού, καθώς και την ελευθερία έκφρασης προσωπικής γνώμης και ιδεών, λήψης και μετάδοσης πληροφοριών χωρίς παρεμβάσεις του δημοσίου τομέα. Σε περιπτώσεις που κατονομάζονται οργανισμοί, δημόσια ιδρύματα, πρόσωπα ή και αναφέρονται έμμεσα σε δημοσίευμα ή άρθρο τότε έχουν το δικαίωμα απάντησης εφόσον η πληροφορία που τους αφορά κρίνεται ως παραπλανητική ή αναληθής (Γραφείο Τύπου και Πληροφοριών, 2006). Σαφώς το Συμβούλιο Μεταμοσχεύσεων Κύπρου, είναι αδύνατο να παρακολουθεί τη δημοσίευση όλων των άρθρων που αναφέρονται στη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων και να απαντάει στις περιπτώσεις όπου η πληροφόρηση του κοινού είναι αναληθής. Κατά αυτό το τρόπο, επιτρέπεται η διοχέτευση αναληθών πληροφοριών στο κοινό χειραγωγώντας τη κοινή γνώμη και προπαγανδίζοντάς την αρνητικά προς τη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις όπου ο συγγραφέας (δημοσιογράφος) δεν αναφέρει τις πηγές του με σκοπό την επαλήθευση των πληροφοριών του από το κοινό, θέτοντας σε κίνδυνο τις όποιες προσπάθειες ανάπτυξης δράσεων στο ζήτημα της δωρεάς και μεταμόσχευσης οργάνων. Σε δημοσίευμα της η Χαραλαμπίδου (2014) στην ηλεκτρονική εφημερίδα «Ο Φιλελεύθερος», αναφέρει πως η Κύπρος πρέπει να υπερηφανεύεται για τα υψηλά ποσοστά της στη δωρεά οργάνων από εν ζωή δότες οργάνων ως ένδειξη αλτρουιστικής πράξης, ωστόσο προκαλεί τη κοινή γνώμη να προβληματιστεί εάν οι εν ζωή δότες οργάνων υφίστανται ηθικής μορφής εξαναγκασμού από το ίδιο το σύστημα μεταμοσχεύσεων με σκοπό να συναινέσουν στη δωρεά, δημιουργώντας άμεσα υπόνοιες ανήθικων πρακτικών όπως ο παράνομος εξαναγκασμός προσώπου, καθώς και αμφιβολιών ως προς τη διασφάλιση των διεθνών νόμων, κανονισμών και της νομοθεσίας της Κύπρου από τους αρμοδίους φορείς. Στο δημοσίευμα αναφέρεται η άποψη της συγγραφέως πως «η Κύπρος πολύ σωστά δεν έχει προσθέσει ως πρακτική την ένταξη της κατηγορίας δοτών με κυκλοφορικό θάνατο, εφόσον οι απόψεις και οι επιστημονικές έρευνες για αυτή τη κατηγορία δοτών είναι αντικρουόμενες», χωρίς

ωστόσο να παρουσιάζει δεδομένα και βιβλιογραφία που να τεκμηριώνουν την άποψη. Στο Κεφάλαιο 4, Ενότητα 4.2. παρουσιάζεται η κατηγορία δοτών με κυκλοφορικό θάνατο και οι αποδεκτές Ευρωπαϊκές και Διεθνείς πρακτικές. Για το σχετικό δημοσίευμα δεν έχει εξακριβωθεί η ύπαρξης απαντητικού δημοσιεύματος από το Συμβούλιο Μεταμοσχεύσεων Κύπρου. Η χειραγώγηση του κοινού προς αρνητική στάση του προς τη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων παρουσιάζεται και σε διεθνές επίπεδο σε δημοσιεύματα και σε προσωπικούς διαδικτυακούς ιστότοπους όπου εγκεφαλικά νεκροί ανανήπτουν, επικοινωνούν και ζουν. Ιδιαίτερα παρουσιάζονται τόσο από τους κάτοχους των ιστότοπων όσο και από τους σχολιαστές, οι εντατικολόγοι και οι μεταμοσχευτές ως συνωμότες σε ένα έγκλημα που ονομάζεται μεταμόσχευση οργάνων. Το πλαίσιο 7.1. παρουσιάζει μερικούς από τους ανοικτούς προς το κοινό ιστότοπους με σχόλια τόσο των κατόχων τους όσο και του κοινού.

Πλαίσιο 7.1.

<http://misha.pblogs.gr/>

- Όμως -επιτρέψτε μου να πω «ευτυχώς»-οι Έλληνες είναι υποψιασμένοι και δεν πέφτουν εύκολα στη λούμπα παρά το στενό πρέσινγκ των εντατικολόγων και μεταμοσχευτών - ι θιασώτες του εγκεφαλικού θανάτου μάς λένε πως δεν υπάρχουν περιπτώσεις ανάνηψης «εγκεφαλικός νεκρού.»

- είναι προφανές πως με την ανάπτυξη και την εξέλιξη της βιομηχανίας των μεταμοσχεύσεων ο αριθμός των κλινικά «νεκρών» που ανανήπτουν θα μειώνεται καθώς οι γιατροί των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας πιέζουν ασφυκτικά τους συγγενείς όσων βρίσκονται[...]

- είναι ο εγκεφαλικός θάνατος πραγματικός θάνατος ή είναι μια εφεύρεση της βιομηχανοποιημένης ιατρικής για να λαμβάνονται όργανα από ανθρώπους σε βαθύ κόμμα~ υπάρχουν εγκεφαλικά νεκροί που ανένηψαν 'και αν υπάρχουν γιατί αποκρύπτεται η ύπαρξη τους~ μήπως γιατί με την ύπαρξη ενός και μόνου ανανήψαντος εγκεφαλικός νεκρού καταρριπτεται όλο το οικοδόμημα των μεταμοσχεύσεων που στήθηκε την τελευταία δεκαετία~

http://antiparakmi.blogspot.com/2011/12/blog-post_13.html

Είδηση 2η:

"Εγκεφαλικά νεκρή" γυναίκα ΞΥΠΝΗΣΕ.

DROMMONDVILLE, Κεμπέκ, ΚΑΝΑΔΑΣ, 5 Ιουλίου 2011

(Πηγή αγγλικού κειμένου: <http://www.lifesitenews.com/news/brain-dead-quebec-woman-wakes-up-after-family-refuses-organ-donation>)

Είδηση 3η:

Η Κριστιν Νικόλ ανένηψε από εγκεφαλικό θάνατο

(Πηγή: Christina-Nicole , Survived 'DECLARED BRAIN DEAD')

Είδηση 4η:

«Καθυστερούσα να συνέλθω και βιάστηκαν να με... τελειώσουν»

Νοσηλευόταν σε κώμα, στην εντατική μεγάλου νοσοκομείου της Αθήνας και μερίδα γιατρών διέγνωσε... εγκεφαλικό θάνατο, πιέζοντας τους συγγενείς της να δωρίσουν τα όργανά της. Τελικά ανένηψε! (Πηγή: ΕΘΝΟΣ.gr)

Είδηση 5η:

Ένας νέος εγκεφαλικά νεκρός ανέζησε. (πηγή: <http://www.imgap.gr>)

Είδηση 6η:

Εγκεφαλικά νεκροί νικούν το θάνατο

πηγή (στα αγγλικά):

<http://www.lifesitenews.com/news/brain-dead-woman-recovers-after-husband-refuses-to-withdraw-life-support> .

Θα ήταν ασφαλώς λάθος να θεωρηθεί πως τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, χειραγωγούν απόλυτα την κοινή γνώμη προδιαθέτοντάς τη προς αρνητισμό στη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων. Η παράθεση περιπτώσεων εγκεφαλικά νεκρών που ανένηψαν, αναδεικνύει το σοβαρό πρόβλημα από πλευράς επαγγελματιών υγείας στη διασφάλιση του σωστού τρόπου διεξαγωγής και διαπίστωσης εγκεφαλικά νεκρού ατόμου με νευρολογικά κριτήρια και πιστή τήρηση των διεθνώς αποδεκτών κατευθυντήριων γραμμών, με αποτέλεσμα την ύπαρξη περιστατικών εγκεφαλικά νεκρών που «επανέρχονται στη ζωή» και εν συνεχεία στην διατήρηση αμφιβολιών του κοινού σχετικά με το ζήτημα του εγκεφαλικού θανάτου. Η περίπτωση του γνωστού ληστή φούρνων στην Κύπρο το 2013, ο οποίος πυροβολήθηκε από αστυνομικό και κατόπιν ανακοινώθηκε ο εγκεφαλικός του θάνατος, δημοσιοποιήθηκε από τα Μ.Μ.Ε. στην Κύπρο και την Ελλάδα με τίτλους όπως «Ζωή σε (8) οχτώ άτομα δίνει ο ληστής των φούρνων» (πηγή: www.newsbomb.gr), «Κύπρος: Στην Ελλάδα για μεταμόσχευση το ήπαρ του 34χρονου δράστη ληστείας. – Θα δώσει ζωή σε λήπτη στη Θεσσαλονίκη» (πηγή: www.protothema.gr).

Σύμφωνα με τους Paul, Singh, John (2013), τα Μ.Μ.Ε. μπορούν να επιφέρουν ριζικές αλλαγές και να βελτιώσουν την κοινωνία σε κοινωνικό, πολιτισμικό, πολιτικό, οικονομικό και αισθητικό επίπεδο. Η κοινωνική ευαισθητοποίηση με σκοπό την κοινωνική αλλαγή πρέπει να έχει ως σημείο αναφοράς τη θεωρία ατομικών

διαφορών, τη θεωρία κοινωνικής κατηγοριοποίησης, τη θεωρία των κοινωνικών σχέσεων και τη θεωρία των πολιτισμικών προτύπων, βάση των οποίων η επίτευξη επίδρασης των Μ.Μ.Ε. θα έχει θετικό αποτέλεσμα εάν καταφέρουν να διευρύνουν την ατομική σκέψη, εστιάσουν τη προσοχή τους στο θέμα συζήτησης, διοχετεύσουν το κοινό με ακριβείς πληροφορίες και αυξήσουν τις προσδοκίες του κοινού διαμορφώνοντας τη διαδικασία λήψης των αποφάσεών του. Συμπεραίνουν δε, πως η επιστημονική παιδεία πηγάζει από τη γνώση και την κατανόηση επιστημονικών εννοιών και διαδικασιών που κρίνονται απαραίτητες στην ατομική λήψη αποφάσεων και συμμετοχή σε θέματα ηθικού περιεχομένου καθώς η τελική τους απόφαση πρέπει να προέρχεται έπειτα από πλήρη και ενημερωμένη διαδικασία. Σε αυτό το σημείο έχουν εστιάσει αρκετές εκστρατείες διαφώτισης και ενημέρωσης του κοινού σκοπεύοντας στην έγκυρη ενημέρωση και διαμόρφωση θετικής στάσης του κοινού προς τη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων.

Ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων της Ισπανίας (ONT), κατάφερε να επιτύχει τα υψηλότερα ποσοστά δωρεάς από πτωματικούς δότες οργάνων. Μια κύρια στρατηγική στην οποία οφείλεται το αποτέλεσμα της επιτυχίας του Ισπανικού μοντέλου, πηγάζει από την διαπίστωση του σημαντικού ρόλου που έχουν να επιδείξουν τα Μ.Μ.Ε. στην παροχή πληροφοριών και στη βελτίωση του επιπέδου ενημέρωσης του κοινού σε αυτό το θέμα. Εν συνεχεία δημιούργησαν μια εθνική τηλεφωνική γραμμή εξυπηρέτησης των πολιτών για θέματα που σχετίζονται με τη μεταμόσχευση οργάνων, την οποία απαντούσαν εκπαιδευμένοι επαγγελματίες σε ζητήματα μεταμοσχεύσεων, στρατηγική που αποδείχθηκε απλή και αποτελεσματική με ακριβείς πληροφορίες να δίνονται από τους επαγγελματίες υγείας στους δημοσιογράφους και στο ευρύτερο κοινό (Matesanz & Miranda, 1996).

Χρησιμοποιώντας νεότερα μέσα ενημέρωσης οι Stefanone, Anker, Evans et al. (2012), χρησιμοποίησαν κατά την τριετή μελέτη τους (2008-2011) το κοινωνικό δίκτυο Facebook και Google με σκοπό την προώθηση της δωρεάς οργάνων. Οι ερευνητές χρησιμοποιώντας τον ισότοπο facebook, παρείχαν στους χρήστες του που έκαναν «like» στον ισότοπο, όλες τις πληροφορίες που αφορούν τη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων, δίνοντάς τους την ευκαιρία να διαβάσουν προσωπικές ιστορίες ατόμων που επωφελήθηκαν από μεταμόσχευση οργάνου και να τις κοινοποιήσουν σε φίλους τους επίσης χρήστες του ιστοτόπου, καθώς και να

παρακολουθήσουν σχετικά βίντεο. Επιπλέον, ο ισότοπος παρείχε τη δυνατότητα συμπλήρωσης δήλωσης για δωρεά οργάνων, η κάρτα δότη οργάνων αποστέλλοταν στο χρήστη χωρίς καταβολή αντιτίμου και συμπεριλάμβανε ευχαριστήριο σημείωμα. Η μελέτη τους κατέληξε στο συμπέρασμα πως η χρήση M.M.E. όπως το facebook και Google δεν αποτελεί τη καλύτερη μέθοδο προώθησης της μεταμόσχευσης με σκοπό την εγγραφή δοτών καθώς η μέθοδος άμεσης επαφής με το κοινό διαφαίνεται να έχει καλύτερα αποτελέσματα, επισημαίνοντας δε πως η χρήση αυτής της μεθόδου πρέπει να χρησιμοποιείται από τους επαγγελματίες του χώρου μεταμοσχεύσεων κυρίως για ευαισθητοποίηση του κοινού επί του θέματος.

Πέραν των εκατόν πενήντα (150) εκατομμυρίων ατόμων χρησιμοποιούν το κοινωνικό δίκτυο Facebook στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, το οποίο χρησιμοποιήθηκε από μεταμοσχευτικούς οργανισμούς σε συνεργασία με την ηγεσία του Facebook σε μια προσπάθεια προώθησης της δωρεάς οργάνων. Το Μάιο 2012 (1-28 Μαΐου) επιτράπηκε στους χρήστες να αναβαθμίσουν το προφίλ τους συμπεριλαμβάνοντας στο χρονολόγιό τους την παράθεση ενημέρωσής του ως «δότης οργάνων». Το αποτέλεσμα ήταν 57,451 χρήστες να αναβαθμίσουν το προφίλ τους προσθέτοντας «δότης οργάνων» και εγράφησαν 13,012 νέοι δότες οργάνων κατά την πρώτη μέρα της ανακοίνωσης, αποδεικνύοντας την επίδραση των M.M.E. στο κοινό και κατ' επέκταση το σημαντικό ρόλο που έχουν να επιδείξουν σε θέματα δημόσιας υγείας (Cameron, Massie, Alexander, et al., 2013).

Η Matesanz (2002), επισημαίνει πως τα M.M.E. μπορούν είτε να αποτελέσουν βασικό κλειδί στην προώθηση της δωρεάς και μεταμόσχευσης οργάνων, είτε να αποβούν επικίνδυνα και βλαπτικά κυρίως όταν η δωρεά οργάνων παρουσιάζεται σε συζητήσεις περιοδικών που στοχεύουν στην ενημέρωση του κοινού με σκάνδαλα και περιεχόμενα εντυπωσιασμού. Εναπόκειται δε, στην ηθική δεοντολογία που διέπει το δημοσιογραφικό επάγγελμα η παράθεση κειμένων που συνάδουν με την αλήθεια, τη διαφάνεια και την σωστή πληροφόρηση του κοινού σε θέματα που σχετίζονται με ηθικό περιεχόμενο. Αναντίρρητα, η έκφραση γεγονότων, η παράθεση πληροφοριών και της γνώμης του/της δημοσιογράφου δεν μπορεί να αναιρεθεί, ωστόσο θα ήταν ιδεατή η παράθεση των πηγών του και η πληροφόρηση του για το θέμα από επαγγελματίες υγείας προ της δημοσίευσης του άρθρου του. Στον σύγχρονο τομέα επικοινωνίας με χρήση διαδικτυακών ισotoπών όπως το Facebook, το Twitter, το

Linkendin κ.α. θα ήταν ιδιαίτερα επωφελές όπως οι διάφοροι οργανισμοί μεταμοσχεύσεων δημιουργήσουν τους δικούς τους ιστοχώρους επιτρέποντας στο κοινό να αντλεί πληροφορίες λύνοντας τις όποιες απορίες του, να χρησιμέψει ως χώρος δημόσιας συζήτησης και να οδηγήσει σε αμοιβαία συμφωνία απόψεων επί του θέματος στο μέλλον.

7.8. Η νομοθεσία της Κύπρου

Η έννοια της νομοθεσίας αναφέρεται σε ένα σύνολο αρχών και κανονισμών του γραπτού δικαίου ενός κράτους που ορίζει τη σχέση του κράτους και των πολιτών της, καθώς και τις σχέσεις μεταξύ των πολιτών με σκοπό τη διατήρηση της τάξης, της ηθικής και των αρετών τους σύμφωνα με τα πρότυπα του πολιτεύματός του για αρμονική συμβίωση (Μπαντές, 2015. Λεξικό της Κοινής Νεοελληνικής, 2008). Η Κύπρος με την ένταξή της στην Ευρωπαϊκή Ένωση υποχρεώθηκε στη ρύθμιση νομοθεσίας σχετικά με τη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων συμβαδίζοντας με την Ευρωπαϊκή οδηγία 2010/53/ΕΕ της 7^{ης} Ιουλίου 2010, του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της Ευρώπης σχετικά με τα πρότυπα ποιότητας και ασφάλειας των ανθρωπίνων οργάνων που προορίζονται για μεταμόσχευση (eur-lex.europa.eu, 2010). Ο Νόμος 127(1)/2012 αναφέρεται στον «*Ο περί αφαιρέσεων και μεταμοσχεύσεων των οργάνων ανθρωπίνης προελεύσεως νόμος του 2012*» της Κύπρου, στον οποίο δηλώνονται ρητά όλα τα σχετικά θέματα που διέπουν τη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων. Ωστόσο η έγκριση της νομοθεσίας παρουσιάζει σημεία που χρήζουν περαιτέρω αποσαφήνισης, περιέχουν ηθικούς προβληματισμούς και δεν συνάδουν με τις νέες διεθνείς τάσεις στη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων.

Σημείο 1.

Ο νόμος καθορίζει ως «αρμόδια αρχή» τον Υπουργό Υγείας, πρόσωπο ή ομάδα προσώπων που ορίζεται ως υπεύθυνη από τον Υπουργό Υγείας στη διασφάλιση των διατάξεων της νομοθεσίας. Ο Υπουργός Υγείας είναι το άμεσα υπεύθυνο άτομο που μπορεί να διορίσει το συντονιστή μεταμόσχευσης¹¹⁷. Το ερώτημα που τίθεται αφορά στο βαθμό ενημέρωσης του Υπουργού Υγείας σχετικά με τις ανάγκες που αφορούν τη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων και το βαθμό στον οποίο ο Υπουργός Υγείας μπορεί να διαθέσει τον απαιτούμενο χρόνο ώστε να ασχοληθεί με το ζήτημα. Με την

¹¹⁷ Νόμος 127(1)2012, Άρθρο 2, σ. 4, Άρθρο 29 (1), σ.26

Κύπρο να βρίσκεται σε οικονομική κρίση, με σημαντικές υποχρεώσεις λόγω μνημονίου και στις αλλαγές που υποχρεούται να προβεί στον τομέα της υγείας όπως η εισαγωγή Γενικού Συστήματος Υγείας και αυτονόμηση των δημοσίων νοσηλευτηρίων, τίθεται το ερώτημα αν ο Υπουργός Υγείας είναι το κατάλληλο άτομο να διορίζει τους συντονιστές μεταμόσχευσης με σκοπό την ανάπτυξη των δράσεών τους και προώθηση της δωρεάς και μεταμόσχευσης οργάνων ή αν αυτός ο διορισμός θα πρέπει να διενεργείται από το πρόσωπο ή την ομάδα προσώπων που ορίζει ο Υπουργός ως αρμόδια αρχή, διασφαλίζοντας πως η ανάπτυξη δράσεων επί του θέματος δεν θα περιθωριοποιείται (Υπουργείο Οικονομικών Κύπρου, 2013).

Σημείο 2.

Βασικό σημείο στην προώθηση της δωρεάς και μεταμόσχευσης οργάνων αποτελεί ο συντονιστής μεταμόσχευσης¹¹⁸. Η τοποθέτηση του συντονιστή μεταμοσχεύσεων στα νοσηλευτήρια της Κύπρου δεν αναφέρεται ρητά στο νόμο, με αποτέλεσμα η τοποθέτησής τους να υπόκειται στις ανάγκες των νοσηλευτηρίων. Στην Κύπρο είναι διορισμένοι δύο (2) συντονιστές μεταμοσχεύσεων οι οποίοι εργοδοτούνται στο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, αφήνοντας στην κρίση των ιατρών Μ.Ε.Θ. στα υπόλοιπα δημόσια και ιδιωτικά νοσηλευτήρια την απόφαση ενημέρωσης για πιθανό πτωματικό δότη οργάνων, μη συνάδοντας με το νόμο που καθορίζει ως αρμοδιότητα του συντονιστή μεταμοσχεύσεων την αναζήτηση δυνητικών πτωματικών δοτών.¹¹⁹ 29(1)(α). Στο Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού λειτουργεί εντατική μονάδα κλειστού τύπου με σκοπό τη νοσηλεία βαριά πασχόντων ασθενών της επαρχίας Λεμεσού και Πάφου και εναπόκειται στην κρίση των εντατικολόγων της Μ.Ε.Θ. η ενημέρωση των συντονιστών μεταμόσχευσης για ύπαρξη πιθανού πτωματικού δότη οργάνων, γεγονός που δεν συνάδει με τις διεθνείς τάσεις τοποθέτησης συντονιστών μεταμόσχευσης σε νοσηλευτήρια που νοσηλεύουν ασθενείς οι οποίοι δυνητικά θα αποτελούσαν πτωματικούς δότες οργάνων και θα μπορούσαν να ανιχνευθούν έγκαιρα και να διαχειριστούν από τον τοπικό συντονιστή μεταμοσχεύσεων (Γραφείο Τύπου και Πληροφοριών, 2009). Αξίζει να σημειωθεί πως το Υπουργείο Υγείας Κύπρου, έχει εκπαιδεύσει με υποτροφία του νοσηλεύτρια της Μ.Ε.Θ. Λεμεσού στο κέντρο TPM &

¹¹⁸ Ο θεσμός και ο ρόλος του συντονιστή μεταμοσχεύσεων παρουσιάζεται εκτενώς στο Κεφάλαιο 5.

¹¹⁹ Νόμος 127(1)2012, ΜΕΡΟΣ VI – Συμβούλιο Μεταμοσχεύσεων, Συντονιστές μεταμόσχευσης 29(1), σ. 26. http://www.cylaw.org/nomoi/arith/2012_1_127.pdf

DTI Foundation το 2013 ως συντονίστρια μεταμοσχεύσεων¹²⁰, η οποία δεν έχει διορισθεί από τον Υπουργό Υγείας και δεν εκτελεί καθήκοντα συντονίστριας μεταμοσχεύσεων για το Νοσοκομείο Λεμεσού.

Σημείο 3.

Το άρθρο 14 του Νόμου 127(1)2012, αναφέρεται στην αφαίρεση οργάνων από ζώντα δότη. Οι προϋποθέσεις της συναίνεσης παρουσιάζουν σημαντική διαφορά από τον Νόμο 187(1)2007 που αναφέρεται ως «*Ο περί προτύπων ποιότητας και ασφάλειας (Δωρεά, Προμήθεια, Έλεγχος, Επεξεργασία, Συντήρηση, Αποθήκευση και Διανομή) ανθρωπίνων ιστών, κυττάρων και παραγωγή προϊόντων νόμος του 2007*». Στον Νόμο 187(1)2007, δίδεται ιδιαίτερη σημασία και γίνεται εκτεταμένη αναφορά σχετικά με τις προϋποθέσεις συναίνεσης στη δωρεά ιστών και κυττάρων, καθώς αναφέρονται εκτενώς και επεξηγούνται το τι νοείται ως εν επίγνωση ελεύθερη συναίνεση, πως ορίζεται ο εξαναγκασμός προσώπου, η ψυχική πίεση, η απάτη και η ψευδός παράσταση με σκοπό ο δότης να συναίνεση στη δωρεά. Το ερώτημα που τίθεται είναι εάν οι νομοθέτες θεωρούν σημαντικότερη τη δωρεά ιστών και κυττάρων από ζώντα δότη συγκριτικά με τη δωρεά οργάνων ή μέρος αυτών από ζώντα δότη ή και πτωματικό δότη, καθότι στο Νόμο 127(1)/2012 δεν υπάρχει εκτενής αναφορά και επεξήγηση αυτών των εννοιών και ορισμών. Επιπλέον ο Νόμος 127(1)/2012 δεν παραπέμπει τον αναγνώστη του να διαβάσει το νόμο 187(1)2007 με σκοπό την αποσαφήνιση των εννοιών που παραλείπονται. Ο εξαναγκασμός του δότη να συναινέσει στη δωρεά οργάνων με χρήση σωματικής ή ψυχολογικής βίας αναφέρεται ως ποινικό αδίκημα στο άρθρο 35(1)(β)¹²¹ του νόμου 127(1)/2012, χωρίς ωστόσο να ορίζονται οι έννοιες σωματική και ψυχολογική βία.

Σημείο 4.

Οι αρχές που διέπουν την αφαίρεση οργάνων μετά θάνατον παρουσιάζονται στο *Μέρος V – Αφαίρεση οργάνων μετά θάνατον*¹²², δίνοντας στους ιατρούς την αρμοδιότητα να αποφασίσουν εάν η κατάσταση της υγείας του ασθενή οδηγεί ή πιθανόν να οδηγήσει σε εγκεφαλικό θάνατο και ως εκ τούτου εναπόκειται στη κρίση τους η ενημέρωση του αρμόδιου συντονιστή μεταμοσχεύσεων [Άρθρο 20(1)]. Τα

¹²⁰ Το πρόσωπο στο οποίο γίνεται η αναφορά είναι η συγγραφέας της διατριβής.

¹²¹ Ποινικά αδικήματα, σ.30. http://www.cylaw.org/nomoi/arith/2012_1_127.pdf

¹²² Σελίδα 18. http://www.cylaw.org/nomoi/arith/2012_1_127.pdf

κριτήρια θανάτου¹²³ καθορίζουν ως νεκρό, «άτομο το οποίο σύμφωνα με το πρωτόκολλο διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου παρουσιάζει οριστική και μη αναστρέψιμη απουσία όλων των αντανακλαστικών του εγκεφαλικού στελέχους». Η Παράγραφος 2 του Άρθρου 21¹²⁴, καθορίζει πως «το πρωτόκολλο διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου πρέπει να βασίζεται στα επικρατούντα επιστημονικά δεδομένα και θα διενεργείται η διάγνωση από δύο ειδικούς ιατρούς με ειδικότητα εντατικολογίας, πνευμονολογίας, γενικής παθολογίας, καρδιολογίας, νευροχειρουργικής, νευρολογίας ή αναισθησιολογίας και οι οποίοι δεν πρέπει να έχουν καμία σχέση με ομάδα ενδιαφερόμενη ή απασχολούμενη με την ομάδα των μεταμοσχεύσεων». Τα θέματα που δεν αποσαφηνίζει το Άρθρο 21 είναι η απαίτηση όπως το πρωτόκολλο διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου είναι εγκεκριμένο τόσο από το Συμβούλιο Μεταμοσχεύσεων Κύπρου όπως και από το Υπουργείο Υγείας Κύπρου και η χρήση του να είναι καθολική για όλα τα νοσηλευτήρια. Η απαίτηση αυτή θεωρείται αναγκαία και ουσιαστικής σημασίας καθώς δεν θα επιτρέπει σε κάθε νοσηλευτήριο (δημόσιο ή ιδιωτικό) τη δημιουργία δικού του πρωτοκόλλου διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου, προκαλώντας παρερμηνείες και σύγχυση. Επιπλέον, δεν αναφέρεται ως απαίτηση η παρακολούθηση των αρμοδίων φορέων σχετικά με πιθανή ύπαρξη νέων δεδομένων στην διάγνωση εγκεφαλικού θανάτου, με σκοπό την ενημέρωση και τροποποίηση του πρωτοκόλλου.

Βασικό ζήτημα που άπτεται σχολιασμού και συζήτησης και διέπεται από ηθικούς προβληματισμούς αφορά την Παράγραφο 2 του Άρθρου 21¹²⁵, σχετικά με τους ιατρούς που θα διαγνώσουν τον εγκεφαλικό θάνατο και τα ερωτήματα που τίθενται είναι τα εξής:

1. Οι γιατροί που προτίθεται να διαγνώσουν εγκεφαλικό θάνατο είναι εκπαιδευμένοι για να το πράξουν; Έχουν εκπαιδευθεί κατά την ιατρική φοίτησή τους για τον εγκεφαλικό θάνατο και τον σωστό τρόπο διεξαγωγής των κλινικών νευρολογικών δοκιμασιών; Είναι απαραίτητο να είναι πιστοποιημένοι πως κατέχουν τις απαραίτητες γνώσεις και δύναται να προβούν σε διάγνωση εγκεφαλικού θανάτου;
2. Σε ποιο βαθμό γνωρίζουν οι ιατροί το πρωτόκολλο διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου και τις προϋποθέσεις αυτού;

¹²³ Άρθρο 21(1), σ. 20. http://www.cylaw.org/nomoi/arith/2012_1_127.pdf

¹²⁴ Σελίδα 20. http://www.cylaw.org/nomoi/arith/2012_1_127.pdf

¹²⁵ Υποσημείωση 124.

3. Θεωρείται ηθικά σωστό οι εντατικολόγοι, που είναι οι θεράποντες ιατροί ασθενούς που πιθανόν να διαγνωσθεί εγκεφαλικά νεκρός να διαπιστώσουν οι ίδιοι τον εγκεφαλικό θάνατο ή απαιτείται η διάγνωση να επιτελείται με την προϋπόθεση ο ένας ιατρός να μην εμπλέκεται με τη νοσηλεία του ασθενούς;
4. Το ιδιαίτερα χαμηλό ποσοστό της Κύπρου σε πτωματικούς δότες οργάνων οφείλεται στη μη διαπίστωση από μέρους των ιατρών ότι η κατάσταση της υγείας του ασθενούς οδηγεί ή έχει οδηγήσει σε εγκεφαλικό θάνατο ή οφείλεται στη μη διεξαγωγή διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου με σκοπό την απόκρυψη ιατρικών λαθών κατά τη νοσηλεία ασθενών;
5. Το χαμηλό ποσοστό πτωματικών δοτών της Κύπρου θα μπορούσε να ειπωθεί πως συνάδει με την προϋπόθεση του πρωτοκόλλου διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου (Παράρτημα Α.1.) που απαιτεί εμπειρία των ιατρών που θα διαγνώσουν τον εγκεφαλικό θάνατο ;
6. Το ιδιαίτερα χαμηλό ποσοστό της Κύπρου σε πτωματικούς δότες οργάνων οφείλεται στην αρνητική στάση και στις απόψεις των ιατρών σχετικά με τη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων;
7. Η μη απαίτηση του νόμου για διατήρηση μητρώου καταγραφής ασθενών στους οποίους διενεργήθηκαν οι κλινικές δοκιμασίες εγκεφαλικού θανάτου με σαφή καταγραφή των αιτιών που δεν διαπιστώθηκε εγκεφαλικός θάνατος επιτρέπει την συνεχή διατήρηση του χαμηλού ποσοστού πτωματικών δοτών στην Κύπρο;

Ένα πρόσθετο σημείο που αφορά τη διάγνωση εγκεφαλικού θανάτου και που δεν αποσαφηνίζεται στο νόμο αφορά την ηλικία του ατόμου στο οποίο διενεργούνται οι κλινικές δοκιμασίες. Το πρωτόκολλο που παρατίθεται στο Παράρτημα Α.1. και το οποίο χρησιμοποιείται στα δημόσια νοσηλευτήρια της Κύπρου, καθορίζει πως το πρωτόκολλο αναφέρεται για ηλικίες ενός (1) έτους και άνω, ωστόσο δεν καθορίζεται τόσο στο πρωτόκολλο όσο και στη νομοθεσία η διαδικασία που ακολουθείται στις περιπτώσεις που παιδιά ηλικίας μικρότερης του ενός (1) έτους (νεογνά και βρέφη) παρουσιάζουν κλινικά σημεία τα οποία δύναται να ορίσουν ή ορίζουν εγκεφαλικό θάνατο. Επισημαίνεται πως μεταμόσχευση οργάνων από βρέφη και νεογνά επιτρέπεται σε αρκετές χώρες (Brierley & Hasan, 2012). Στην Ελλάδα υπάρχει αναφορά μεταμόσχευσης νεφρικών μοσχευμάτων από τρία (3) νεογνά και τρία βρέφη (Αντωνιάδης, Α. Τακούδας, Δ. Παπανικολάου, και συν. 2000).

Σημείο 5.

Πρόσθετο σημείο που χρήζει αποσαφήνισης στη νομοθεσία αφορά τη φροντίδα του δότη οργάνων. Η νομοθεσία δεν αναφέρει ρητά ποιο είναι το αρμόδιο άτομο που φροντίζει για τη βιωσιμότητα των οργάνων του δότη μέχρι την αφαίρεσή τους και τις προϋποθέσεις που επιβάλλονται για αυτή. Ωστόσο, αναφέρεται η υποχρέωση του θεράποντος ιατρού να ενημερώσει τον αρμόδιο συντονιστή μεταμοσχεύσεων για έναρξη της διαδικασίας αξιολόγησης του δότη αφήνοντας να νοηθεί πως ο θεράπων ιατρός θα κάνει την αξιολόγηση.¹²⁶ Στο Άρθρο 29(1)¹²⁷, αναφέρονται οι αρμοδιότητες του συντονιστή μεταμοσχεύσεων στις οποίες δεν περιλαμβάνεται η φροντίδα του πτωματικού δότη. Τα ερωτήματα που τίθενται είναι τα εξής:

- Εάν ο συντονιστής μεταμοσχεύσεων που θεωρείται από το νόμο ως το πλέον κατάλληλο και ειδικά εκπαιδευμένο άτομο ως συντονιστής μεταμοσχεύσεων και που σύμφωνα με τις διεθνείς τάσεις ένας από τους ρόλους του είναι η φροντίδα του δότη οργάνων, δεν έχει στις αρμοδιότητές του δια νόμου την εν λόγω φροντίδα, τότε ποιο άτομο θεωρείται σύμφωνα με το νόμο κατάλληλο για αυτή τη διαδικασία;
- Είναι ο θεράπων ιατρός άτομο με ειδικές γνώσεις και κατάλληλα εκπαιδευμένο για να προβεί σε αυτή την αξιολόγηση ή πρέπει να διενεργείται σε συνεργασία με το συντονιστή μεταμοσχεύσεων;

Η αναγκαιότητα καθορισμού στη νομοθεσία του ατόμου που έχει την κατάλληλη εκπαίδευση για τη φροντίδα του δότη πρέπει να αποσαφηνιστεί και να μην αφεθεί αποκλειστικά στην κρίση των ιατρών της Μ.Ε.Θ. καθώς οι ελλιπείς γνώσεις και επικίνδυνες πρακτικές θέτουν σε κίνδυνο τη βιωσιμότητα των οργάνων με αποτέλεσμα την πιθανή τελική απόρριψή τους ή και την αύξηση των κινδύνων και επιπλοκών για το λήπτη.

Σημείο 6.

Η συγκατάθεση του νενομισμένου αντιπρόσωπου του δυνητικού πτωματικού δότη οργάνων για αφαίρεση των οργάνων του με σκοπό τη μεταμόσχευση, απαιτείται δια νόμου έστω και αν ο δότης συγκατάθεσε εν ζωή για αφαίρεση των οργάνων του και

¹²⁶ Αρχές που διέπουν την αφαίρεση οργάνων μετά θάνατον 20(1), σ. 18.

http://www.cylaw.org/nomoi/arith/2012_1_127.pdf

¹²⁷ Σελίδα 26-27. http://www.cylaw.org/nomoi/arith/2012_1_127.pdf

κατέχει κάρτα δότη οργάνων.¹²⁸ Ο προβληματισμός που αναδύεται από αυτή την δια νόμου απαίτηση είναι τόσο ηθικός όσο και νομικός. Τίθενται τα εξής ερωτήματα:

1. Είναι δημοκρατικό και ηθικά δίκαιο η απόφαση ενός ανθρώπου που εν ζωή και έχοντας πλήρη συνείδηση των πράξεών του, η απόφαση όπως δωρίσει τα όργανά του μετά θάνατον, να ακυρώνεται ή να παραβλέπεται δια νόμου και να αποτελεί απόφαση τρίτων;
2. Ποιος ο λόγος ένα άτομο να δηλώσει με ενυπόγραφη συγκατάθεσή του ως δότης οργάνων και να κατέχει κάρτα δότη οργάνων εάν αυτή η πράξη δεν κατοχυρώνεται δια νόμου; Κατά αυτό το τρόπο δεν υφίσταται λόγος ένα άτομο να προβεί σε μια τέτοια πράξη καθώς μπορεί να ενημερώσει προφορικά τους οικείους του εάν σε περίπτωση που ερωτηθούν για δωρεά των οργάνων του όπως αρνηθούν ή συγκατατεθούν.
3. Ποίος έχει την τελική απόφαση για τη διάθεση ή όχι του νεκρού σώματός μας ή μέρους αυτού, αν όχι εμείς οι ίδιοι; Είμαστε ή όχι οι άμεσα υπεύθυνοι να αποφασίσουμε για το σώμα μας μετά θάνατον;

¹²⁸ ΜΕΡΟΣ V – ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΟΡΓΑΝΩΝ ΜΕΤΑ ΘΑΝΑΤΟΝ, Αρχές που διέπουν την αφαίρεση οργάνων μετά θάνατον, 20(2), (3), (5), σ. 18-19. http://www.cylaw.org/nomoi/arith/2012_1_127.pdf

B ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

Μεθοδολογία της έρευνας

8.1. Σκοπός της έρευνας

Σκοπός του ερευνητικού μέρους της διατριβής ήταν να εκτιμήσει το βαθμό γνώσεων των νοσηλευτών Μ.Ε.Θ. στα δημόσια νοσηλευτήρια της Κύπρου σχετικά με τις μεταμοσχεύσεις οργάνων και να διερευνήσει πιθανούς παράγοντες που επιδρούν στη θετική ή αρνητική στάση τους ως προς τη δωρεά οργάνων.

8.2. Ερευνητικά Ερωτήματα

Τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα που αναμένεται να απαντηθούν είναι τα ακόλουθα:

- οι γνώσεις των νοσηλευτών Μ.Ε.Θ. στα δημόσια νοσηλευτήρια σχετικά με το νομικό πλαίσιο της Κύπρου στις μεταμοσχεύσεις οργάνων και ιστών.
- οι γνώσεις των νοσηλευτών Μ.Ε.Θ. στα δημόσια νοσηλευτήρια σχετικά με τον εγκεφαλικό θάνατο.
- οι γνώσεις / απόψεις των νοσηλευτών Μ.Ε.Θ. στα δημόσια νοσηλευτήρια σε σχέση με το θεσμό και το ρόλο του συντονιστή μεταμοσχεύσεων.
- ο βαθμός πρόθεσης για δωρεά οργάνων (θετική – αρνητική στάση).
- οι αντιλήψεις και τα διλήμματα που επηρεάζουν τους νοσηλευτές Μ.Ε.Θ. στα δημόσια νοσηλευτήρια της Κύπρου προς τη δωρεά οργάνων (φόβος, θρησκευτικές πεποιθήσεις, άποψη για το σώμα, μετά θάνατον ζωή) .

8.3. Ηθική της έρευνας

Η ηθική της έρευνας έχει διασφαλισθεί ώστε να συνάδει με τους κανονισμούς που υπάγονται από το Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου και της Επιστημονικής Επιτροπής Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας Κύπρου.

8.3.1. Άδειες διεξαγωγής της έρευνας

1. Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου σχετικά με την εκπόνηση του θέματος της διατριβής.
2. Άδειες που αφορούν το ερωτηματολόγιο

- Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου από το δημιουργό του κ. Ιωάννη Χλιαουτάκη.
- Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου από την κ. Μαρία Καββαδία, στην εργασία της οποίας παρατίθεται το ερωτηματολόγιο του κ. Χλιαουτάκη. Επισυνάπτεται ο διαδικτυακός ισότοπος που παρατίθεται το ερωτηματολόγιο.
(<http://nefeli.lib.teicrete.gr/browse/seyp/ker/2008/KavvadiaMaria,LymperiAfroditi,SpilianakisManolis/attached-document/Kavvadia.2008.pdf>)
- Άδεια χρήσης άρθρου από τον κ. Νίκο Μπακάλη σχετικά με την ενότητα ΣΤ – Αντιλήψεις νοσηλευτών προς τη μεταμόσχευση οργάνων. Επισυνάπτεται ο διαδικτυακός ισότοπος στον οποίο παρατίθεται το άρθρο.
(http://magazine.enne.gr/wp-content/uploads/2011/02/i_stasi_fititon_me_tis_metamosxevisis.pdf)
- Άδεια χρήσης άρθρου από την κ. Μαρία Μάνιου σχετικά με την ενότητα Δ – Γνώσεις σχετικά με τις αρμοδιότητες του συντονιστή μεταμοσχεύσεων. Επισυνάπτεται ο διαδικτυακός ισότοπος στον οποίο παρατίθεται το άρθρο.
(http://www.vima-asklipiou.gr/volumes/2008/VOLUME%2002_08/VA_SP_1_07_02_08.pdf)

3. Άδεια διεξαγωγής της έρευνας από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου.
4. Άδεια διεξαγωγής της έρευνας από τον Επίτροπο Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα Κύπρου (έγκριση εισαγωγικού σημειώματος ερωτηματολογίου).
5. Άδεια διεξαγωγής της έρευνας από την Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας Κύπρου, με σκοπό τη διάθεση του ερωτηματολογίου στους νοσηλευτές των Μ.Ε.Θ. στα δημόσια νοσηλευτήρια της Κύπρου.

8.3.2. Αποφυγή λογοκλοπής

Το σύστημα ελέγχου λογοκλοπής του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, διασφαλίζει πως κάθε εργασία που παραδίδεται από το φοιτητή διέπεται σε έλεγχο λογοκλοπής με ειδικό λογισμικό έλεγχου.

8.3.3. Επιστημονική Αντικειμενικότητα

Όλα τα διαθέσιμα επιστημονικά δεδομένα τα οποία αφορούν το θεωρητικό και ερευνητικό μέρος παρουσιάζονται κατά τρόπο που δεν προϋδεάζουν τον αναγνώστη σχετικά με τις αντιλήψεις και πεποιθήσεις της ερευνήτριας σχετικά με το θέμα. Επιπρόσθετα, δεδομένα που δύναται να μην είναι υποστηρικτικά δεν έχουν αποκρυφτεί.

8.3.4. Αναγνώριση της συνεισφοράς ατόμων στην έρευνα

Η αναγνώριση ατόμων που συνέβαλαν στην ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής διατριβής αναφέρεται στις Ευχαριστίες κατά την αρχική παράθεση της διατριβής. Καθότι η συνεργασία πάντοτε αποδεικνύεται πως επιφέρει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα, η συμβολή αυτών των ατόμων αύξησε τον αριθμό των συμμετεχόντων με σκοπό το δείγμα πληθυσμού να αντικατοπτρίζει το πραγματικό αποτέλεσμα στο θέμα που διερευνάται.

8.3.5. Διεύρυνση της επιστημονικής γνώσης

Ο αναγνώστης μέσω της παρούσας διατριβής δύναται να διευρύνει της γνώσεις του σχετικά με το θέμα και να χρησιμοποιήσει το ερωτηματολόγιο ή και τα αποτελέσματα αυτού με σκοπό την περαιτέρω ανάπτυξη γνώσης. Η χρήση του ερωτηματολογίου απαιτεί άδεια χρήσης από την ερευνήτρια. Τα αποτελέσματα της διατριβής θα δοθούν στην Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου και στην Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας Κύπρου έπειτα από παράκλησή τους. Τα αποτελέσματα δύναται να χρησιμοποιηθούν για ανάπτυξη πολιτικών προγραμμάτων εκπαίδευσης και ενημέρωσης των νοσηλευτών Μ.Ε.Θ. στα δημόσια νοσηλευτήρια Κύπρου ή όπου θεωρείτε από τους αρμόδιους φορείς αναγκαίο. Πρόσθετα, έπειτα της επιτυχούς ολοκλήρωσης της διατριβής, αναμένεται τα αποτελέσματα να παρουσιασθούν σε παρουσιάσεις συνεδρίων και να δημοσιευθούν σε επιστημονικά περιοδικά.

8.3.6. Καινοτομία και πρωτοτυπία της έρευνας

Η εργασία αποσκοπεί στην διερεύνηση των γνώσεων, στάσεων και αντιλήψεων των νοσηλευτών που εργάζονται στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας των δημόσιων νοσοκομείων της Κύπρου, επί όλων των θεμάτων που διέπουν τις μεταμοσχεύσεις οργάνων. Παρόμοια ερευνητικά έργα / εργασίες δεν έχουν διεκπεραιωθεί στην

Κύπρου. Σε επισκόπηση των θεμάτων που δόθηκαν στην Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου¹²⁹ για αξιολόγηση για τα έτη 2012, 2013, 2014 και 2015, διαπιστώθηκε η ύπαρξη μίας μόνο ερευνητικής εργασίας που αφορά στο έτος 2014 και η οποία είχε ως θέμα «Γνώσεις του πληθυσμού της επαρχίας Λεμεσού σχετικά με τη δωρεά οργάνων». Η παρούσα ερευνητική εργασία πρωτοτυπεί καθώς θα συμπεριλαμβάνει στοχευόμενα νοσηλευτές εργαζόμενους μόνο σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) των δημοσίων νοσοκομείων της Κύπρου. Η καινοτομία και πρωτοτυπία του έργου δεν σχετίζεται μόνο με το δείγμα του πληθυσμού αλλά και με τη θεματολογία του ερωτηματολογίου διεξαγωγής του ερευνητικού έργου. Θέματα που έχουν προστεθεί με σκοπό τη διερεύνησή τους αφορούν 1. την Κυπριακή νομοθεσία μεταμοσχεύσεων, 2. τον εγκεφαλικό θάνατο και 3. το συντονισμό μεταμοσχεύσεων.

8.4. Ερευνητικό Πεδίο – Χρόνος Διεξαγωγής

Το ερευνητικό πεδίο στο οποίο διεξήχθη η έρευνα είναι οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας των δημοσίων νοσηλευτηρίων της Κύπρου. Η άδεια διενέργειας της έρευνας από το Υπουργείο Υγείας δόθηκε στις 03 Απριλίου 2015, παραλήφθηκε από την ερευνήτρια στις 15 Απριλίου, με άμεση διεξαγωγή της έρευνας και διανομή των ερωτηματολογίων στους συμμετέχοντες (Πίνακας 8.4.1.)

Πίνακας 8.4.1. Ερευνητικό Πεδίο – Χρόνος Διεξαγωγής

Νοσοκομείο	Ημερομηνία Διεξαγωγής	Αριθμός Νοσηλευτών
Γ. Ν. Λευκωσίας ΜΕΘ	16/04/2015 έως 30/04/2015	70
Γ. Ν. Λεμεσού ΜΕΘ Β	15/04/2015 έως 25/04/2015	30 ¹³⁰
Γ. Ν. Λεμεσού ΜΕΘ Α	15/04/2015 έως 30/04/2015	29
Γ. Ν. Πάφου ΜΕΘ	16/04/2015 έως 30/04/2014	22
Γ. Ν. Λάρνακας ΜΕΘ	17/04/2015 έως 30/04/2015	31
Γ. Ν. Αμμοχώστου ΜΕΘ	17/04/2015 έως 30/04/2014	18
Σύνολο	10 ημέρες για έκαστο νοσοκομείο	200

¹²⁹ Πρόσβαση στο http://www.bioethics.gov.cy/moh/cnbc/cnbc.nsf/index_gr/index_gr?opendocument

¹³⁰ Στον αριθμό νοσηλευτών συμπεριλαμβάνεται η ερευνήτρια, η οποία δεν συμμετέχει στην έρευνα.

Το χρονικό περιθώριο που δόθηκε στους συμμετέχοντες με σκοπό να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο ήταν δέκα (10) έως δεκαπέντε (15) ημέρες για κάθε νοσοκομείο. Ο σκοπός που επιλέχθηκε αυτό το χρονικό διάστημα, αφορούσε κυρίως την αποφυγή πιθανού εξαναγκασμού των συμμετεχόντων να συμμετάσχουν στην έρευνα με τη συνεχή παραμονή των ερωτηματολογίων στο χώρο διεξαγωγής της έρευνας και στην αποφυγή της ενημέρωσης των συμμετεχόντων για τα θέματα που διερευνά το ερωτηματολόγιο με σκοπό οι απαντήσεις τους να συνάδουν με το βαθμό γνώσεών τους προ της διεξαγωγής της. Επιπρόσθετα, με την παρουσία συντονιστών (νοσηλευτές εργαζόμενοι στις Μ.Ε.Θ.), υπενθυμιζόταν στους συμμετέχοντες η παρουσία των ερωτηματολογίων στις Μ.Ε.Θ. και κυρίως όσοι δεν επιθυμούσαν να συμμετάσχουν υπενθυμιζόνταν όπως συμπληρώσουν το αντίστοιχο τετραγωνάκι του εισαγωγικού σημειώματος και έπειτα να το αφήσουν στο κουτί συμπλήρωσης όλων των ερωτηματολογίων. Το εισαγωγικό σημείωμα του ερωτηματολογίου παρατίθεται στο Παράρτημα Β.1.

8.5. Δείγμα – Πληθυσμός Έρευνας

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσε όλο το νοσηλευτικό προσωπικό εργαζόμενο στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, στα πέντε μεγάλα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου (Λευκωσίας, Λεμεσού, Πάφου, Λάρνακας, Αμμοχώστου) κατά τη χρονική περίοδο διεξαγωγής της έρευνας (Πίνακας 8.5.1.) Ο αριθμός εργαζόμενων νοσηλευτών στις Μ.Ε.Θ. που αναφέρεται είναι έπειτα από ενημέρωση των προϊσταμένων των τμημάτων έκαστου νοσοκομείου. Η συμπερίληψη όλων των νοσηλευτών εργαζόμενων στις Μ.Ε.Θ. στα δημόσια νοσηλευτήρια αποσκοπεί στην αποφυγή του συστηματικού σφάλματος επιλογής των συμμετεχόντων στην έρευνα.

Πίνακας 8.5.1. Δείγμα - Πληθυσμός της έρευνας

Νοσοκομείο	Αριθμός Νοσηλευτών	Συμμετέχοντες
Γ. Ν. Λευκωσίας ΜΕΘ	70	53
Γ. Ν. Λεμεσού ΜΕΘ Β	30 ¹³¹	29
Γ. Ν. Λεμεσού ΜΕΘ Α	29	27
Γ. Ν. Πάφου ΜΕΘ	22	18
Γ. Ν. Λάρνακας ΜΕΘ	31	25
Γ. Ν. Αμμοχώστου ΜΕΘ	18	15
Σύνολο	200	167

¹³¹ Στον αριθμό νοσηλευτών συμπεριλαμβάνεται η ερευνήτρια, η οποία δεν συμμετέχει στην έρευνα.

8.6. Περιορισμοί έρευνας

Οι περιορισμοί της έρευνας αφορούν κυρίως:

1. Το μέγεθος του ερωτηματολογίου και το οποίο αποτελείται από ερωτήσεις που παρατίθενται σε δεκατέσσερις (14) σελίδες.
2. Οι εναλλαγές του προσωπικού στις Μ.Ε.Θ. για αντικατάσταση νοσηλευτών με μακροχρόνια άδεια ασθενείας ή άδεια μητρότητας. Οι νοσηλευτές που αντικατέστησαν συναδέλφους τους δύναται λόγω εργασίας τους σε άλλα τμήματα να μην σχετίζονται με θέματα της δωρεάς και μεταμόσχευσης οργάνων και να μην έχουν παρακολουθήσει ποτέ τα τεστ διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου με νευρολογικά κριτήρια, μειώνοντας πιθανώς το ποσοστό ορθών απαντήσεων του δείγματος.
3. Η απουσία της ερευνήτριας από τους χώρους διεξαγωγής με σκοπό την απάντηση σε ερωτήσεις που πιθανόν να έρχηζαν διευκρίνησης, ωστόσο στοιχεία επικοινωνίας με την ερευνήτρια δίνονταν στο εισαγωγικό σημείωμα για αυτό ακριβώς το σκοπό. Παρά ταύτα, δεν υπήρξε καμία επικοινωνία από τους συμμετέχοντες προς την ερευνήτρια για λύση αποριών και διευκρινήσεις σχετικά με τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου.
4. Η μη συμπερίληψη των νοσηλευτών Μ.Ε.Θ. που εργάζονται σε ιδιωτικά νοσοκομεία της Κύπρου. Η μη συμπερίληψη σχετίζεται με τη νοσηλεία των δυνητικών πτωματικών δότην, καθώς μέχρι σήμερα οι πτωματικοί δότες από τους οποίους αφαιρέθηκαν όργανα με σκοπό τη μεταμόσχευση είχαν νοσηλευθεί και διαχειριστεί στα δημόσια νοσηλευτήρια.
5. Το ερωτηματολόγιο δεν διερευνά την άποψη των νοσηλευτών σχετικά με θέματα ηθικού προβληματισμού (Κεφάλαιο 7), τα οποία πηγάζουν από τις νέες επιστημονικές τάσεις σε θέματα που άπτονται της μεταμόσχευσης οργάνων όπως η μεταμόσχευση οργάνων από κλωνοποιημένα όργανα του ιδίου του λήπτη, η άποψη των νοσηλευτών σχετικά με τη μεταμόσχευση από όργανα ζώων και η μεταμόσχευση οργάνων από δότες με εκούσια ή ακούσια ευθανασία.
6. Το ερωτηματολόγιο δεν περιλαμβάνει ερωτήσεις που να σχετίζονται με τη φροντίδα πτωματικού δότη καθώς οι δότες στην Κύπρο είναι 1 έως 2 τον αριθμό το χρόνο και νοσηλεύονται / διαχειρίζονται κατά κύριο λόγο στο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας. Η συμπερίληψη της φροντίδας του πτωματικού δότη θα αποτελούσε συστηματικό σφάλμα πληροφορίας.

8.7. Εργαλείο Έρευνας και Στατιστική Ανάλυση

Η συλλογή των στοιχείων της έρευνας έγινε με χρήση ερωτηματολογίου το οποίο αποτελείται από οχτώ (8) ενότητες με ερωτήσεις κλειστού τύπου (Ναι – Όχι, Σωστό – Λάθος – Δεν γνωρίζω/Δεν απαντώ) και με Ερωτήσεις κλίμακας Likert. Νοείται πως έχουν ληφθεί οι σχετικές άδειες από τους δημιουργούς του ερωτηματολογίου. Σχετικά με το ερωτηματολόγιο, έγινε πιλοτική εφαρμογή του σε δέκα (10) τουλάχιστον νοσηλευτές Μ.Ε.Θ. για έλεγχο αξιοπιστίας και εγκυρότητας καθότι συμπεριλαμβάνει περισσότερες ερωτήσεις (3 επιπρόσθετες ενότητες). Ελέγχθηκαν τα δεδομένα ώστε να είναι σύμφωνα με τα κυπριακά δεδομένα, αξιολογήθηκε ο χρόνος συμπλήρωσης (10-15 λεπτά περίπου) και ο βαθμός κατανόησης των ερωτήσεων. Το ερωτηματολόγιο δεν χρειάστηκε να τροποποιηθεί καθώς δεν υπήρξαν σχόλια των συμμετεχόντων ως προς την κατανόηση του περιεχόμενου και ο χρόνος συμπλήρωσης κρίθηκε ικανοποιητικός. Το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο Παράρτημα Β2.

Στατιστική Ανάλυση: Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πακέτο IBM SPSS V.22 και χρησιμοποιήθηκε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $\alpha = 0,05$ (p) ή μικρότερο του 0,05.

Οι συνολικές γνώσεις των συμμετεχόντων συγκρίθηκαν με το σύνολο των ορθών απαντήσεων του ερωτηματολογίου σύμφωνα με την κλίμακα της ορθής γνώσης CKN

$$\text{όπου CKN} = \frac{\text{Σύνολο ορθών απαντήσεων}}{\text{Σύνολο Απαντήσεων Ερωτηματολογίου (40)}}$$

Η δημιουργία της μεταβλητής CKN έλαβε τιμές από 0 (μηδέν) έως 1 (ένα) ή από 0% έως 100% δείχνοντας το ποσοστό των συνολικών ορθών απαντήσεων για τους συμμετέχοντες. Έπειτα ελέγχθηκε αν η κλίμακα ορθής γνώσης επηρεάζεται από τους συγγυτές του δείγματος φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, προϋπηρεσία, επαρχία εργασίας, τύπος Μ.Ε.Θ. στην οποία εργάζονται, μεταπτυχιακή εκπαίδευση και ειδικότητα νοσηλευτικής κατεύθυνσης. Στατιστικά σημαντική διαφορά παρουσιάζεται όπου $p < 0,05$.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

Παρουσίαση αποτελεσμάτων έρευνας

Το κεφάλαιο 9 παρουσιάζει τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων των ερωτηματολογίων που απαντήθηκαν από τους συμμετέχοντες σε πίνακες καθώς και το σχολιασμό αυτών.

9.1. Παρουσίαση δεδομένων έρευνας

Ο Πίνακας 9.1. παρουσιάζει τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων. Οι πλειοψηφία του δείγματος ήταν γυναίκες (65.3%) και 6 στους 10 δήλωσαν έγγαμοι. Παρόμοιο ποσοστό δήλωσε πως έχει παιδιά, με περίπου 8 στους 10 να έχουν δηλώσει μέχρι 2 παιδιά. Αναφορικά με την προϋπηρεσία, ποσοστό 60% δήλωσε κάτω από 10 έτη. Περίπου 1 στους 3 νοσηλευτές εργάζεται στη Λεμεσό με παρόμοιο ποσοστό στη Λευκωσία. Ποσοστό 50.6% εργάζεται σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας κλειστού τύπου. Όλοι είναι απόφοιτοι ανώτατης σχολής με ποσοστό 15.2% να έχει δηλώσει κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου. Ποσοστό 72.1% δήλωσε ειδικότητα Γενικής Νοσηλευτικής, με μόλις 21.7% να έχει δηλώσει ειδικότητα Εντατικής Νοσηλευτικής. Τέλος, ο μέσος όρος ηλικίας των εργαζόμενων νοσηλευτών Μ.Ε.Θ. στα δημόσια νοσηλευτήρια της Κύπρου ήταν 33.73 (Τ.Α. 7.40).

Πίνακας 9.1. Δημογραφικά στοιχεία

	N	Ποσοστό
Φύλο		
Άνδρας	58	34.7%
Γυναίκα	109	65.3%
Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση		
Άγαμος	57	34.5%
Έγγαμος	100	60.6%
Διαζευγμένος / Χήρος	8	4.8%
Έχετε παιδιά		
Ναι	102	61.8%
Όχι	63	38.2%
Αριθμός παιδιών		
1	38	38.8%
2	38	38.8%
3	15	15.3%
4	4	4.1%
5	2	2.0%
6	1	1.0%

Προϋπηρεσία		
≤5 έτη	49	29.5%
6-10 έτη	51	30.7%
11-15 έτη	32	19.3%
16-20 έτη	16	9.6%
21-25 έτη	6	3.6%
26-30 έτη	12	7.2%
Εργάζεστε στην επαρχία		
Λευκωσίας	53	31.7%
Λεμεσού	56	33.5%
Πάφου	18	10.8%
Λάρνακας	25	15.0%
Αμμοχώστου	15	9.0%
Η Μ.Ε.Θ. που εργάζεστε είναι		
Ανοικτού τύπου	81	49.4%
Κλειστού τύπου	83	50.6%
Προπτυχιακή εκπαίδευση		
Πτυχίο Ανώτατης Σχολής	164	100.0%
Μεταπτυχιακή εκπαίδευση		
Καμία	86	57.0%
Ειδικότητα νοσηλευτικής κατεύθυνσης	14	9.3%
Μεταπτυχιακός τίτλος - (MA / MSc 1/2 έτη)	23	15.2%
Μεταπτυχιακός φοιτητής	28	18.5%
Αναφέρετε την ειδικότητα νοσηλευτικής κατεύθυνσης που έχετε		
Γενική Νοσηλευτική	93	72.1%
Εντατική Νοσηλευτική	28	21.7%
Κοινωνική Νοσηλευτική	5	3.9%
Άλλη εξειδίκευση	3	2.3%
Ηλικία		
Μέσος Όρος		33.73
Τυπική Απόκλιση		7.40

Ο Πίνακας 9.2. αποτελεί ερώτηση πολλαπλής επιλογής. Διαφαίνεται ότι οι συμμετέχοντες μπορούν να ανακτήσουν πληροφορίες για το θέμα από διαφορετικούς χώρους και στο σύνολό τους οι απαντήσεις ανήλθαν σε 494 για τους 167 συμμετέχοντες. Οι ερωτηθέντες δήλωσαν ότι γνωρίζουν για τις μεταμοσχεύσεις οργάνων κυρίως από το διαδίκτυο και τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (Μ.Μ.Ε.).

Πίνακας 9.2. Ποσοστιαία κατανομή για το πεδίο πληροφόρησης σχετικά με τις μεταμοσχεύσεις οργάνων (πολλαπλής επιλογής)

	N	Ποσοστό
Σεμινάρια	90	55.6%
Συνέδρια	75	46.3%
Επιστημονικά περιοδικά	65	40.1%
Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης	92	56.8%
Διαδίκτυο	105	64.8%

Οικογένεια	19	11.7%
Φίλους	39	24.1%
Άλλο	9	5.6%
Σύνολο	494	

Ο Πίνακας 9.3. παρουσιάζει τα αποτελέσματα των απαντήσεων των συμμετεχόντων σχετικά με τις γνώσεις τους περί του νομικού πλαισίου της Κύπρου στη μεταμόσχευση οργάνων. Περίπου 7 στους 10 απάντησαν ότι υπάρχει σχετική νομοθεσία στην Κύπρο που να αφορά τις μεταμοσχεύσεις οργάνων. Μόλις το 11.4% δήλωσε ότι διάβασε το σχετικό περιεχόμενο, παρομοίως μόλις το 12% δήλωσε ότι η νομοθεσία αναφέρεται στο έτος 2012. Οι μισοί περίπου απάντησαν ότι η νομοθεσία απαιτεί συγκατάθεση πλησιέστερου συγγενή ενώ μόλις το 28.1% απάντησε ότι η νομοθεσία δεν επιτρέπει ο δότης να προκαθορίσει που θα δοθούν τα όργανά του. Λίγο περισσότερο από τους μισούς απάντησαν ότι η μεταμόσχευση οργάνων δεν επιτρέπεται εάν ο δότης ή οι συγγενείς του θέσουν όρους, αμοιβή και ανταλλάγματα. Ποσοστό 42.2% απάντησε ότι ο νόμος επιτρέπει να αλλάξει κάποιος γνώμη ενώ είχε ήδη δηλώσει δωρητής οργάνων. Ποσοστό 7.3% απάντησε πως η νομοθεσία δεν επιτρέπει τη λήψη οργάνων προς μεταμόσχευση από μη καρδιακούς δότες οργάνων. Περίπου 1 στους 3 δήλωσε ότι κάποιος μπορεί να γίνει δωρητής ανεξάρτητα από την ηλικία του.

Πίνακας 9.3. Ποσοστιαία κατανομή των γνώσεων του νομικού πλαισίου στην Κύπρο σχετικά με τις μεταμοσχεύσεις οργάνων.

	Ναι		Όχι		Δεν γνωρίζω	
	N	Ποσοστό	N	Ποσοστό	N	Ποσοστό
Στην Κύπρο υπάρχει σχετική νομοθεσία που να αναφέρεται στη δωρεά μεταμόσχευσης οργάνων.	115	69.3% ⁺	0	0.0%	51	30.7%
Γνωρίζεται / έχετε διαβάσει το περιεχόμενο της σχετικής νομοθεσίας;	19	11.4%	121	72.5%	27	16.2%
Η κυπριακή νομοθεσία σχετικά με τις μεταμοσχεύσεις οργάνων αναφέρεται στο έτος 2012.	20	12.0% ⁺	2	1.2%	145	86.8%
Η νομοθεσία απαιτεί τη συγκατάθεση πλησιέστερου συγγενή παρά την επιθυμία του	78	46.7% ⁺	13	7.8%	76	45.5%

δότη για πρόθεση δωρεάς οργάνων μεταθανάτια.						
Η νομοθεσία επιτρέπει σε περίπτωση εγκεφαλικά νεκρού δότη, ο δότης να έχει προκαθορίσει που θα δοθούν τα όργανά του.	29	17.4%	47	28.1% ⁺	91	54.5%
Η μεταμόσχευση οργάνων και ιστών επιτρέπεται εάν ο δότης ή και οι συγγενείς αυτού θέσουν όρους, αμοιβή και ανταλλάγματα.	2	1.2%	96	57.8% ⁺	68	41.0%
Η νομοθεσία επιτρέπει να αλλάξει κάποιος γνώμη ενώ έχει ήδη δηλώσει δωρητής οργάνων.	70	42.2% ⁺	8	4.8%	88	53.0%
Η νομοθεσία επιτρέπει τη λήψη οργάνων προς μεταμόσχευση από μη καρδιακούς δότες οργάνων.	36	21.8%	12	7.3% ⁺	117	70.9%
Μπορεί να γίνει κάποιος δωρητής ανεξάρτητα από την ηλικία του.	59	35.8% ⁺	45	27.3%	61	37.0%
⁺ Σωστή Απάντηση						

Στον Πίνακα 9.4. παρουσιάζονται τα αποτελέσματα επί των επακριβών καθορισμών της νομοθεσίας. Ποσοστό 43.1% απάντησε πως η νομοθεσία καθορίζει τον όρο ‘πτωματικός δότης’, με μόλις 30.7% να έχει δηλώσει πως ο νόμος καθορίζει επακριβώς τις αρμοδιότητες του Συμβουλίου Μεταμοσχεύσεων. Παρόμοιο ποσοστό 32.7% δήλωσε τον καθορισμό του νόμου για εφαρμογή συστήματος ταυτοποίησης δοτών και ληπτών. Περίπου 1 στους 3 δήλωσε πως ο νόμος προστατεύει τους εν ζωή δότες και λίγο περισσότεροι δήλωσαν πως ο νόμος καθορίζει επακριβώς τις προϋποθέσεις συναίνεσης και αφαίρεσης οργάνων από ζώντα δότη. Μόλις 19.3% δήλωσε ότι η νομοθεσία καθορίζει επακριβώς το νενομισμένο αντιπρόσωπο του ‘δυνητικού πτωματικού δότη’ και μόλις το 27.1% απάντησε ότι η νομοθεσία δεν απαιτεί να είσαι απόλυτα υγιής για να γίνεις δωρητής.

Πίνακας 9.4. Ποσοστιαία κατανομή των γνώσεων σε επακριβής καθορισμούς της Κυπριακής Νομοθεσίας

	Ναι		Όχι		Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	
	N	Ποσοστό	N	Ποσοστό	N	Ποσοστό
Τον όρο “πτωματικός δότης”	72	43.1% ⁺	2	1.2%	93	55.7%

Τις αρμοδιότητες του Συμβουλίου Μεταμοσχεύσεων.	51	30.7% ⁺	5	3.0%	110	66.3%
Την εφαρμογή συστήματος ταυτοποίησης δοτών και ληπτών.	54	32.7% ⁺	7	4.2%	104	63.0%
Την προστασία ζώντων δοτών.	56	33.7% ⁺	4	2.4%	106	63.9%
Τις προϋποθέσεις συναίνεσης, αφαίρεσης οργάνων από ζώντα δότη ανήλικο ή ενήλικο.	59	35.3% ⁺	5	3.0%	103	61.7%
Το νενομισμένο αντιπρόσωπο <δυνητικού πτωματικού δότη>.	32	19.3% ⁺	8	4.8%	126	75.9%
Πρέπει να είσαι απόλυτα υγιής για να γίνεις δωρητής.	41	24.7%	45	27.1% ⁺	80	48.2%
⁺ Σωστή Απάντηση						

Ο Πίνακας 9.5. διερευνά την άποψη των συμμετεχόντων επί πιθανής ένταξης της εικαζόμενης συναίνεσης στο νομικό πλαίσιο της Κύπρου σχετικά με τη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων. Την ερώτηση απάντησαν 165 από τους 167 νοσηλευτές. Οι μισοί από τους συμμετέχοντες (50.3%) δήλωσαν ότι 'Ναι', η νομοθεσία πρέπει να θεωρεί όλους τους Κύπριους πολίτες ως πιθανούς δότες. Δύο συμμετέχοντες δεν απάντησαν στη σχετική ερώτηση.

Πίνακας 9.5. Ποσοστιαία κατανομή της άποψης των νοσηλευτών για τους πιθανούς δότες

Πιστεύετε η Κυπριακή νομοθεσία πρέπει να θεωρεί όλο τον πληθυσμό της Κύπρου ως πιθανούς δότες οργάνων;			
	Συχνότητα	Ποσοστό	Ποσοστό στο Σταθμισμένο Δείγμα
Ναι	83	49.7	50.3
Όχι	82	49.1	49.7
Σύνολο	165	98.8	100.0
Δεν απάντησε	2	1.2	
Σύνολο	167	100.0	

Ο Πίνακας 9.6. διερευνά τη γνώση των συμμετεχόντων σχετικά με τον ορισμό του εγκεφαλικού θανάτου όπως ορίστηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και αποτελεί το διεθνώς αναγνωρισμένο ορισμό. Ποσοστό 80.8% απάντησε πως ο

ορισμός που παρατίθεται είναι σωστός ενώ ποσοστό 16.8% δεν γνωρίζει ή δεν απάντησε εάν ο ορισμός είναι σωστός.

Πίνακας 9.6. Ποσοστιαία κατανομή της γνώσης σχετικά με τον ορισμό του εγκεφαλικού θανάτου

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει ως εγκεφαλικό θάνατο:
«Η μη αναστρέψιμη παύση των εγκεφαλικών λειτουργιών και της λειτουργίας του εγκεφαλικού στελέχους, που χαρακτηρίζεται από την απουσία ηλεκτρικής δραστηριότητας στον εγκέφαλο, αιματικής ροής προς τον εγκέφαλο, και λειτουργία του εγκεφάλου όπως προσδιορίζεται με την κλινική εκτίμηση των αποκρίσεων. Εγκεφαλικά νεκρός άνθρωπος είναι νεκρός, αν και η καρδιοπνευμονική λειτουργία του μπορεί να διατηρηθεί τεχνητά για μια χρονική περίοδο».

	Συχνότητα	Ποσοστό
Σωστό	135	80.8 ⁺
Λάθος	4	2.4
Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	28	16.8
Σύνολο	167	100.0

⁺ Σωστή Απάντηση

Ο Πίνακας 9.7. αφορά στην παρακολούθηση των τεστ διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου. Ποσοστό 65.7% έχει παρακολουθήσει τα τεστ διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου με μέσο όρο 5.47 φορές (Τ.Α. 7.67).

Πίνακας 9.7. Ποσοστιαία κατανομή παρακολούθησης των τεστ διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου

		N	Ποσοστό	Μέσος όρος	Τυπική Απόκλιση
Έχετε παρακολουθήσει τη διαδικασία των τεστ εγκεφαλικού θανάτου;	Ναι	109	65.7%		
	Όχι	57	34.3%		
Παρακαλώ συμπληρώστε κατά προσέγγιση πόσες φορές παρακολουθήσατε τη διαδικασία				5.47	7.67

Ο Πίνακας 9.8. διερευνά το βαθμό γνώσεων των συμμετεχόντων σχετικά με τον εγκεφαλικό θάνατο. Ποσοστό 70.7% απάντησε πως το πρωτόκολλο διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου βασίζεται στα επικρατούντα επιστημονικά δεδομένα, με περίπου 1 στους 3 να δηλώνουν πως οι ιατροί που θα διαγνώσουν τον εγκεφαλικό

θάνατο δεν επιτρέπεται να σχετίζονται με ομάδα ενδιαφερόμενη ή απασχολούμενη με τη θεραπευτική των μεταμοσχεύσεων. Ποσοστό 67.5% απάντησε πως η διάγνωση εγκεφαλικού θανάτου γίνεται από δύο ειδικούς ιατρούς. Ποσοστό 76% δήλωσε πως ο εγκεφαλικός θάνατος δεν είναι αναστρέψιμος ενώ μεγαλύτερο ποσοστό (86.2%) δήλωσε πως ο εγκεφαλικός θάνατος και το κώμα δεν είναι ταυτόσημες έννοιες. Περίπου οι μισοί δήλωσαν πως τα τεστ διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου πρέπει να διενεργούνται σύμφωνα με την κλινική εικόνα του ασθενή.

Πίνακας 9.8. Ποσοστιαία κατανομή του βαθμού γνώσεων που άπτονται επί της διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου

	Σωστό		Λάθος		Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	
	N	Ποσοστό	N	Ποσοστό	N	Ποσοστό
Το πρωτόκολλο διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου βασίζεται στα επικρατούντα επιστημονικά δεδομένα	118	70.7% ⁺	3	1.8%	46	27.5%
Οι ιατροί που θα διαγνώσουν τον εγκεφαλικό θάνατο επιτρέπεται να έχουν σχέση προς οποιαδήποτε επιστημονική ομάδα ενδιαφερόμενη ή απασχολούμενη με τη θεραπευτική των μεταμοσχεύσεων	39	23.5%	61	36.7% ⁺	66	39.8%
Η διάγνωση εγκεφαλικού θανάτου γίνεται από δύο ειδικούς ιατρούς	112	67.5% ⁺	8	4.8%	46	27.7%
Ο εγκεφαλικός θάνατος είναι αναστρέψιμος	25	15.0%	127	76.0% ⁺	15	9.0%
Εγκεφαλικός θάνατος και κώμα είναι έννοιες ταυτόσημες	10	6.0%	144	86.2% ⁺	13	7.8%
Τα τεστ εγκεφαλικού θανάτου επιτρέπονται ανεξάρτητα της κλινικής εικόνας του ασθενή	20	12.3%	92	56.4% ⁺	51	31.3%

⁺ Σωστή Απάντηση

Η διερεύνηση του βαθμού γνώσης σχετικά με τα τεστ διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου, παρουσιάζεται στον Πίνακα 9.9. Ποσοστό 70-80% δήλωσε ως κριτήρια διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου τα κριτήρια 1, 2, 6 και 8. Μεγαλύτερο ποσοστό (80% - 83%) δήλωσε τα κριτήρια 3 και 7 ως κριτήρια διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου, ενώ ποσοστό 61.2% δήλωσε το κριτήριο 4 ως κριτήριο διάγνωσης και

περίπου οι μισοί δήλωσαν πως αναγνωρίζουν το κριτήριο 5 ως ένα από τα κριτήρια διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου.

Πίνακας 9.9. Ποσοστιαία κατανομή της γνώσης των κριτηρίων διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου

	Ναι		Όχι		Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	
	N	Ποσοστό	N	Ποσοστό	N	Ποσοστό
1. Απουσία αντίδρασης στο πόνο.	131	78.4% ⁺	9	5.4%	27	16.2%
2. Κόρες οφθαλμών 4 με 9 χιλιοστά χωρίς αντίδραση στο έντονο φως άμφω.	117	70.1% ⁺	17	10.2%	33	19.8%
3. Απουσία αντανακλαστικού κερατοειδούς άμφω.	138	82.6% ⁺	0	0.0%	29	17.4%
4. Παθολογικό οφθαλμοκινητικό αντανακλαστικό άμφω.	101	61.2% ⁺	9	5.5%	55	33.3%
5. Παθολογικό οφθαλμοιθουσαίο αντανακλαστικό άμφω	96	58.9% ⁺	11	6.7%	56	34.4%
6. Απουσία αντανακλαστικού φάρυγγα.	119	72.1% ⁺	8	4.8%	38	23.0%
7. Απουσία αντανακλαστικού βήχα με αναρρόφηση τραχείας.	134	80.2% ⁺	7	4.2%	26	15.6%
8. Παθολογική δοκιμασία άπνοιας.	116	74.4% ⁺	5	3.2%	35	22.4%

⁺ Σωστή Απάντηση

Ο Πίνακας 9.10 διερευνά το βαθμό γνώσης σχετικά με το θεσμό του συντονιστή μεταμοσχεύσεων. Οι 76 από τους 167 συμμετέχοντες δήλωσαν πως γνωρίζουν για το θεσμό του συντονιστή μεταμοσχεύσεων, με 77 συμμετέχοντες να γνωρίζουν την ύπαρξή του στο νοσοκομείο εργασίας τους και 74 άτομα να δηλώνουν πως γνωρίζουν ποιο είναι το άτομο που είναι ο συντονιστής μεταμοσχεύσεων. 136 από τους συμμετέχοντες δήλωσαν πως ο ρόλος του συντονιστή μεταμοσχεύσεων θα συμβάλει στην αύξηση των περιστατικών δωρεάς οργάνων ενώ περίπου οι μισοί (88 συμμετέχοντες) δήλωσαν πως χάνονται κατάλληλοι δότες στο νοσοκομείο τους λόγω απουσίας συντονιστή μεταμοσχεύσεων.

Πίνακας 9.10. Γνώσεις σχετικά με το θεσμό του συντονιστή μεταμοσχεύσεων.

	Ναι		Όχι		Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	
	N	Ποσοστό	N	Ποσοστό	N	Ποσοστό
Γνωρίζετε για το θεσμό του Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων;	76	45.5%	50	29.9%	41	24.6%

Γνωρίζετε εάν στο νοσοκομείο σας υπάρχει Συντονιστής Μεταμοσχεύσεων;	77	46.1%	45	26.9%	45	26.9%
Γνωρίζετε ποιος είναι ο Συντονιστής Μεταμοσχεύσεων στο Νοσοκομείο σας;	74	45.4%	42	25.8%	47	28.8%
Πιστεύετε πως ο ρόλος του Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων θα συμβάλλει στην αύξηση των περιστατικών δωρεάς οργάνων;	136	81.4%	5	3.0%	26	15.6%
Πιστεύεται πως χάνονται κατάλληλοι δότες στο νοσοκομείο σας λόγω απουσίας Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων;	88	52.7%	44	26.3%	35	21.0%

Ο Πίνακας 9.11. διερευνά την άποψη των συμμετεχόντων ως προς το ποιο άτομο θεωρούν ως κατάλληλο για είναι συντονιστής μεταμοσχεύσεων. Η ερώτηση αποτελεί ερώτηση πολλαπλής επιλογής και ως εκ τούτου στο σύνολό τους οι απαντήσεις ανήλθαν σε 183 για τους 167 συμμετέχοντες. 97 από τους συμμετέχοντες έκριναν πως ο συντονιστής μεταμοσχεύσεων πρέπει να είναι νοσηλευτής ενώ μόλις 54 συμμετέχοντες έκριναν πως πρέπει να είναι ιατρός. Στην τοποθέτηση «άλλο» οι 13 συμμετέχοντες δήλωσαν ομάδα αποτελούμενη από νοσηλευτή, ιατρό και ψυχολόγο.

Πίνακας 9.11. Άποψη ατόμου που κρίνεται κατάλληλος ως συντονιστής μεταμοσχεύσεων

Κατά την άποψή σας ο Συντονιστής Μεταμοσχεύσεων πρέπει να είναι:		
	N	Ποσοστό
Νοσηλευτής	97	58.8%
Ιατρός	54	32.7%
Ψυχολόγος	19	11.5%
Άλλο	13	7.9%
Σύνολο	183	

Ο Πίνακας 9.12. διερευνά την αντίληψη των συμμετεχόντων σχετικά με την τοποθέτηση του συντονιστή στα δημόσια νοσοκομεία και τη γνώση τους σχετικά με το θεσμό του συντονιστή όπως καθορίζεται από το νομικό πλαίσιο της Κύπρου. 93 από τους 167 συμμετέχοντες δήλωσαν πως ο συντονιστής μεταμοσχεύσεων δεν πρέπει να εργάζεται σε Μ.Ε.Θ. νοσοκομείου, 102 εκ των οποίων δηλώσαν πως πρέπει να είναι ανεξάρτητος εργαζόμενος εντός του νοσοκομείου. Στην πλειοψηφία τους οι συμμετέχοντες εκφράσανε την άποψη πως ο ιατρός οφείλει να ενημερώσει άμεσα το

συντονιστή μεταμοσχεύσεων σε περίπτωση που διαπιστώσει ότι η πορεία της υγείας του ασθενούς οδηγεί ή έχει οδηγήσει σε εγκεφαλικό θάνατο. Παρουσιάζεται ομοφωνία στην άποψη ότι ο συντονιστής μεταμοσχεύσεων πρέπει να είναι κατάλληλα και ειδικά εκπαιδευμένο άτομο ως συντονιστής μεταμοσχεύσεων με 165 από τους 167 να συμφωνούν.

Πίνακας 9.12. Άποψη σχετικά με τον θεσμό του συντονιστή μεταμοσχεύσεων

	Ναι		Όχι	
	N	Ποσοστό	N	Ποσοστό
Να εργάζεται σε Μ.Ε.Θ νοσοκομείου.	61	39.6%	93	60.4% ⁺
Να είναι ανεξάρτητος εργαζόμενος εντός του νοσοκομείου.	102	63.8% ⁺	58	36.3%
Να ενημερώνεται άμεσα από το θεράποντα ιατρό εάν διαπιστώσει ότι η πορεία υγείας του ασθενούς οδηγεί ή έχει οδηγήσει σε εγκεφαλικό θάνατο.	157	96.3% ⁺	6	3.7%
Να είναι κατάλληλα και ειδικά εκπαιδευμένο άτομο ως Συντονιστής Μεταμοσχεύσεων.	165	98.8% ⁺	2	1.2%

⁺ Σωστή Απάντηση

Ο Πίνακας 9.13 διερευνά το βαθμό γνώσης επί των αρμοδιοτήτων του συντονιστή μεταμοσχεύσεων όπως αυτές καθορίζονται στην Κυπριακή νομοθεσία. 140 έως 155 συμμετέχοντες αναγνωρίσαν ως αρμοδιότητες του συντονιστή μεταμοσχεύσεων τις αρμοδιότητες 1, 3, 5, 6 και 7, με μόλις 105 συμμετέχοντες να έχουν αναγνωρίσει ως αρμοδιότητα του συντονιστή μεταμοσχεύσεων την αναζήτηση δυνητικών πτωματικών δοτών (3) και 114 δήλωσαν ως μη αρμοδιότητα του συντονιστή μεταμοσχεύσεων τη διενέργεια των τεστ διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου.

Πίνακας 9.13. Βαθμός γνώσης των αρμοδιοτήτων του συντονιστή μεταμοσχεύσεων

	Ναι		Όχι	
	N	Ποσοστό	N	Ποσοστό
1. Συντονίζει τις διαδικασίες χαρακτηρισμού, αφαίρεσης, συντήρησης	155	93.4% ⁺	11	6.6%

και διακομιδής οργάνων με σκοπό τη μεταμόσχευση.				
2. Αναζητά δυνητικούς πτωματικούς δότες.	105	63.3% ⁺	61	36.7%
3. Επαληθεύει τη ταυτότητα του δότη σε συνεργασία με τους θεράποντες ιατρούς .	146	87.4% ⁺	21	12.6%
4. Διενεργεί τα τεστ εγκεφαλικού θανάτου.	53	31.7%	114	68.3% ⁺
5. Παρέχει πλήρη και ανεξάρτητη ενημέρωση στο νενομισμένο αντιπρόσωπο του δυνητικού δότη σε συνεργασία με το θεράποντα ιατρό.	147	88.0% ⁺	20	12.0%
6. Στηρίζει τους συγγενείς του πτωματικού δότη.	142	85.0% ⁺	25	15.0%
7. Συμμετέχει στην ενημέρωση, εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση για τη δωρεά οργάνων και τις μεταμοσχεύσεις.	154	92.2% ⁺	13	7.8%
⁺ Σωστή Απάντηση				

Στον Πίνακα 9.14. παρουσιάζεται η εμπειρία των συμμετεχόντων στη δωρεά οργάνων. Ποσοστό 81.4% δήλωσε πως δεν χρειάστηκε ποτέ συγγενικό ή φιλικό τους πρόσωπο μόσχευμα. Περίπου 6 στους 10 απάντησε πως δεν έχει δηλώσει επίσημα συγγενικό ή φιλικό τους πρόσωπο ότι θέλει να γίνει δωρητής οργάνων και περίπου 1 στους 3 δηλώσε πως δεν γνωρίζει αν οικείο του άτομο ενδιαφέρεται να γίνει δότης οργάνων. Περίπου οι μισοί δήλωσαν πως το περιβάλλον τους δεν έχει αρνητική στάση στη δωρεά οργάνων.

Πίνακας 9.14. Εμπειρία στη δωρεά οργάνων.

	Ναι		Όχι		Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	
	N	Ποσοστό	N	Ποσοστό	N	Ποσοστό
Χρειάστηκε ποτέ μόσχευμα κάποιο συγγενικό ή φιλικό σας πρόσωπο;	27	16.2%	136	81.4%	4	2.4%
Έχει δηλώσει επίσημα κάποιο συγγενικό ή φιλικό σας πρόσωπο ότι θα ήθελε να γίνει δωρητής οργάνων;	47	28.3%	98	59.0%	21	12.7%
Ενδιαφέρετε κάποιο συγγενικό ή φιλικό σας πρόσωπο να γίνει δότης;	44	26.5%	61	36.7%	61	36.7%
Το περιβάλλον σας έχει αρνητική στάση απέναντι στη δωρεά οργάνων;	22	13.2%	96	57.5%	49	29.3%

Ο Πίνακας 9.15. παρουσιάζει τις αντιλήψεις των νοσηλευτών ως προς τη χρησιμότητα της μεταμόσχευσης οργάνων. Περίπου οι μισοί συμμετέχοντες δήλωσαν πως συμφωνούν απόλυτα ότι η μεταμόσχευση οργάνων σώζει ζωές, με 6 στους 10 να δηλώνουν πως η μεταμόσχευση οργάνων δίνει δικαίωμα στη ζωή και είναι χρήσιμες και αναγκαίες. Περίπου 7 στους 10 απάντησαν ότι η μεταμόσχευση οργάνων είναι δώρο ζωής.

Πίνακας 9.15. Αντιλήψεις νοσηλευτών προς τη μεταμόσχευση οργάνων

	Διαφωνώ απόλυτα		Διαφωνώ		Συμφωνώ		Συμφωνώ απόλυτα	
	N	Ποσοστό	N	Ποσοστό	N	Ποσοστό	N	Ποσοστό
Η μεταμόσχευση οργάνων σώζει ζωές.	1	.6%	4	2.4%	66	39.5%	96	57.5%
Δίνουν δικαίωμα στη ζωή.	1	.6%	2	1.2%	57	34.1%	107	64.1%
Είναι δώρο ζωής.	1	.6%	3	1.8%	49	29.3%	114	68.3%
Είναι χρήσιμες και αναγκαίες.	1	.6%	2	1.2%	61	36.5%	103	61.7%

Ο Πίνακας 9.16. παρουσιάζει τις απόψεις των νοσηλευτών που συμμετείχαν στην έρευνα, σχετικά με την εκπαίδευση και ενημέρωση επί της δωρεάς και μεταμόσχευσης οργάνων. Ποσοστό 79.0% απάντησε πως η αρνητική στάση των επαγγελματιών υγείας και του κοινού οφείλεται στη μη σωστή και πλήρη ενημέρωσή τους σχετικά με τη δωρεά οργάνων. Ποσοστό 88.0% απάντησε πως σωστή και πλήρης ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τη δωρεά οργάνων πρέπει να αρχίζει από την έναρξη της εκπαίδευσής τους.

Πίνακας 9.16. Άποψη σχετικά με την εκπαίδευση και ενημέρωση

	Ναι		Όχι		Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	
	N	Ποσοστό	N	Ποσοστό	N	Ποσοστό
Πιστεύω δεν γίνεται σωστή και πλήρης ενημέρωση του κοινού σχετικά με τη δωρεά οργάνων με	132	79.0%	17	10.2%	18	10.8%

αποτέλεσμα οι επαγγελματίες υγείας και ο πληθυσμός να έχουν αρνητική στάση.

Πιστεύω πως σωστή και πλήρης ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τη δωρεά οργάνων πρέπει να αρχίζει από την έναρξη εκπαίδευσής τους.

146	88.0%	9	5.4%	11	6.6%
-----	-------	---	------	----	------

Στον Πίνακα 9.17. παρουσιάζεται η θετική πρόθεση στη δωρεά οργάνων. Ποσοστό 60.2% δήλωσε πως έχει θετική πρόθεση στη δωρεά οργάνων γιατί θέλει πραγματικά να βοηθήσει το συνάνθρωπό του. Περίπου 5 στους 10 απάντησαν πως η δωρεά οργάνων είναι σύμφωνη με τις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις, ενώ 6 στους 10 διαφώνησαν πως η θετική τους πρόθεση έχει επηρεαστεί από οικείο τους που είναι επίσης δότης. 54.8% απάντησε πως διαφωνεί ότι η θετική του πρόθεση έχει επηρεαστεί από οικείο του που χρειάστηκε μόσχευμα και 5 στους 10 δήλωσαν πως δεν θα γίνονταν δωρητές μόνο για δικό τους άτομο. Ποσοστό 39.8% διαφώνησε ότι η παρουσία συντονιστή μεταμοσχεύσεων στο νοσοκομείο του, το επηρέασε υπέρ του να γίνει δότης. Περίπου 4 στους 10 απάντησαν πως ο τίτλος του δωρητή οργάνων τους δίνει ικανοποίηση και υπερηφάνεια και αντίστοιχα συμφώνησαν πως προτίθενται να γίνουν δότες οργάνων καθώς ένα όργανό τους θα παραμείνει ζωντανό μετά θάνατον.

Πίνακας 9.17. Ποσοστιαία κατανομή πρόθεσης δωρεάς οργάνων - Θετική πρόθεση στη δωρεά οργάνων

	Διαφωνώ απόλυτα		Διαφωνώ		Συμφωνώ		Συμφωνώ απόλυτα	
	N	Ποσοστό	N	Ποσοστό	N	Ποσοστό	N	Ποσοστό
Θέλω πραγματικά να βοηθήσω το συνάνθρωπό μου.	0	0.0%	1	.6%	100	60.2%	65	39.2%
Η δωρεά οργάνων είναι σύμφωνη με τις	6	3.7%	19	11.7%	78	48.1%	59	36.4%

θρησκευτικές μου πεποιθήσεις. Με έχει επηρεάσει συγγενικό-φιλικό πρόσωπο που είναι επίσης δότης.	20	12.0%	99	59.6%	32	19.3%	15	9.0%
Έχω ευαισθητοποιηθεί από συγγενικό φιλικό πρόσωπο που χρειάστηκε μόσχευμα.	21	12.7%	91	54.8%	35	21.1%	19	11.4%
Θα γινόμουν δωρητής μόνο για κάποιο δικό μου άτομο.	37	22.3%	88	53.0%	27	16.3%	14	8.4%
Η παρουσία συντονιστή μεταμοσχεύσεων στο νοσοκομείο που εργάζομαι με έχει επηρεάσει υπέρ του να γίνω δότης.	26	16.1%	64	39.8%	55	34.2%	16	9.9%
Ο τίτλος του δωρητή μου δίνει ικανοποίηση και υπερηφάνεια.	19	11.7%	42	25.8%	70	42.9%	32	19.6%
Προτίθεμαι να γίνω δότης οργάνων καθώς ένα όργανό μου θα παραμείνει ζωντανό και μετά το θάνατο μου.	24	14.8%	40	24.7%	67	41.4%	31	19.1%

Στον Πίνακα 9.18. παρουσιάζονται οι παράγοντες που συμβάλουν στην αρνητική πρόθεση στη δωρεά οργάνων για τους συμμετέχοντες. Ποσοστό 45.8% διαφώνησε πως η αρνητική του στάση οφείλεται σε αίσθημα φόβου. Οι μισοί περίπου συμφώνησαν πως η Κυπριακή νομοθεσία παρουσιάζει κενά σχετικά με τη δωρεά οργάνων. Περίπου 4 στους 10 διαφώνησαν πως οι ιατροί δεν θα τους παρέχουν την απαιτούμενη φροντίδα γνωρίζοντας πως είναι δότες. Περίπου 1 στους 3 διαφώνησε με την άποψη πως τα όργανά του δεν θα δοθούν σε αυτούς που τα έχουν πραγματικά ανάγκη. Ποσοστό 45.1% διαφώνησε πως η αρνητική του στάση οφείλεται στο ότι το σώμα του δεν θα έχει το σεβασμό που του αρμόζει μετά θάνατον και ποσοστό 44.2% διαφώνησε ότι όργανα πρέπει να λαμβάνονται από μη καρδιακούς δότες. Περίπου 4 στους 10 διαφώνησαν ότι τους είναι απεχθές η ιδέα ύπαρξης οργάνου τους σε άλλο

σώμα. Περίπου 4 στους 10 διαφώνησαν ότι αμφισβητούν τον εγκεφαλικό θάνατο καθώς η ελπίδα για τη ζωή υφίσταται ως την τελευταία στιγμή.

Πίνακας 9.18. Πρόθεση δωρεάς οργάνων - Αρνητική πρόθεση στη δωρεά οργάνων

	Διαφωνώ απόλυτα		Διαφωνώ		Συμφωνώ		Συμφωνώ απόλυτα	
	Ζ	Ποσοστό	Ζ	Ποσοστό	Ζ	Ποσοστό	Ζ	Ποσοστό
Φοβάμαι.	24	14.5%	76	45.8%	54	32.5%	12	7.2%
Η Κυπριακή νομοθεσία παρουσιάζει κενά σχετικά με τη δωρεά οργάνων.	9	5.5%	35	21.5%	89	54.6%	30	18.4%
Πιστεύω οι ιατροί δεν θα μου παρέχουν την απαιτούμενη φροντίδα με σκοπό να δωρίσουν τα όργανά μου, γνωρίζοντας πως είμαι δότης.	49	29.9%	69	42.1%	38	23.2%	8	4.9%
Πιστεύω τα όργανά μου δεν θα δοθούν σε αυτούς που τα έχουν πραγματικά ανάγκη, προσφέρονται σε αυτούς με οικονομική ευμάρεια.	46	27.9%	58	35.2%	48	29.1%	13	7.9%
Δεν προτίθεμαι να γίνω δότης οργάνων καθώς πιστεύω το σώμα μου δεν θα έχει το σεβασμό που του αρμόζει μετά την αφαίρεση οργάνων.	54	32.9%	74	45.1%	28	17.1%	8	4.9%
Πιστεύω όργανα προς μεταμόσχευση πρέπει να λαμβάνονται από μη καρδιακούς δότες και όχι από εγκεφαλικά νεκρούς.	57	35.0%	72	44.2%	23	14.1%	11	6.7%
Μου είναι απεχθές η ιδέα ύπαρξης ενός οργάνου μου σε άλλο ανθρώπινο σώμα.	74	44.8%	74	44.8%	12	7.3%	5	3.0%
Αμφισβητώ τον εγκεφαλικό θάνατο, αφού η ελπίδα για την ζωή κάποιου υπάρχει ως την τελευταία στιγμή.	50	30.3%	65	39.4%	41	24.8%	9	5.5%

Ο Πίνακας 9.20. παρουσιάζει τους παράγοντες που επηρεάζουν τους συμμετέχοντες και που σχετίζονται με την απόφασή τους για επίσημη αίτηση απόκτησης κάρτας δότη οργάνων. 145 από τους 167 συμμετέχοντες δεν έχουν υπογράψει επίσημα κάρτα δότη, με 116 να έχουν δηλώσει πως δεν το έχουν σκεφτεί σοβαρά και 95 να έχουν δηλώσει πως δεν είναι ενήμεροι για το που πρέπει να απευθυνθούν. Ποσοστό 89.6% διαφώνησε πως σκοπός να υπογράψει κάρτα δότη είναι να υπογράψει με άλλο άτομο που επίσης ενδιαφέρεται να γίνει δότης. Περίπου 4 στους 10 δήλωσαν πως σκοπεύουν να το κάνουν σύντομα καθώς δεν είχαν την ευκαιρία. Ποσοστό 68.5% δήλωσε πως παρά του ότι είναι θετικό στη δωρεά οργάνων, χρειάζεται περισσότερες πληροφορίες λόγω ύπαρξης αποριών. Ποσοστό 75.2% δήλωσε πως η δωρεά οργάνων είναι κάτι που ακόμη διαπραγματεύεται μέσα του. Οι μισοί περίπου δήλωσαν πως δεν έχουν υπογράψει κάρτα δότη καθώς δεν αποφάσισαν ποια όργανά τους θα ήθελαν να δωρίσουν. Περίπου 7 στους 10 διαφώνησαν πως περιμένουν να μάθουν την επίσημη θέση της εκκλησίας με σκοπό να υπογράψουν κάρτα δότη.

Πίνακας 9.20. Σκοπός να υπογράψω κάρτα δότη

	N	Ποσοστό
Έχω ήδη υπογράψει επίσημα κάρτα δότη		
Ναι	22	13.2%
Όχι	145	86.8%
Το αμελώ δεν το έχω σκεφτεί σοβαρά		
Συμφωνώ	116	80.6%
Διαφωνώ	28	19.4%
Δεν είμαι ενήμερος/η για το που πρέπει να απευθυνθώ		
Συμφωνώ	95	66.4%
Διαφωνώ	48	33.6%
Θέλω να βρω ένα άτομο που να ενδιαφέρεται επίσης να γίνει δότης, ώστε να υπογράψουμε μαζί		
Συμφωνώ	15	10.4%
Διαφωνώ	129	89.6%
Σκοπεύω να το κάνω σύντομα, δεν είχα την ευκαιρία		
Συμφωνώ	59	41.3%
Διαφωνώ	84	58.7%
Είμαι θετικός/ή στο να γίνω δότης οργάνων απλά χρειάζομαι περισσότερες πληροφορίες, έχω κάποιες απορίες		
Συμφωνώ	98	68.5%
Διαφωνώ	45	31.5%
Νιώθω θετικός/ή αλλά είναι κάτι που ακόμα διαπραγματεύομαι μέσα μου		
Συμφωνώ	109	75.2%

Διαφωνώ	36	24.8%
Δεν έχω αποφασίσει ποια όργανά μου θα ήθελα να δωρίσω		
Συμφωνώ	82	56.6%
Διαφωνώ	63	43.4%
Περιμένω να μάθω ποια είναι η επίσημη θέση της εκκλησίας		
Συμφωνώ	44	30.3%
Διαφωνώ	101	69.7%

Ο Πίνακας 9.21. παρουσιάζει τα περιγραφικά δεδομένα της Κλίμακας Ορθής Γνώσης. Ο μέσος όρος της κλίμακας ορθής γνώσης ήταν 60% (Τ.Α. 18%), με ελάχιστη τιμή το 5% και μέγιστη τιμή το 95% των ορθών απαντήσεων.

Πίνακας 9.21. Περιγραφικά Δεδομένα Κλίμακα Ορθής Γνώσης

Ορθή Γνώση (%)					
N	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστο	Μέγιστο
167	.60	.18	.61	.05	.95

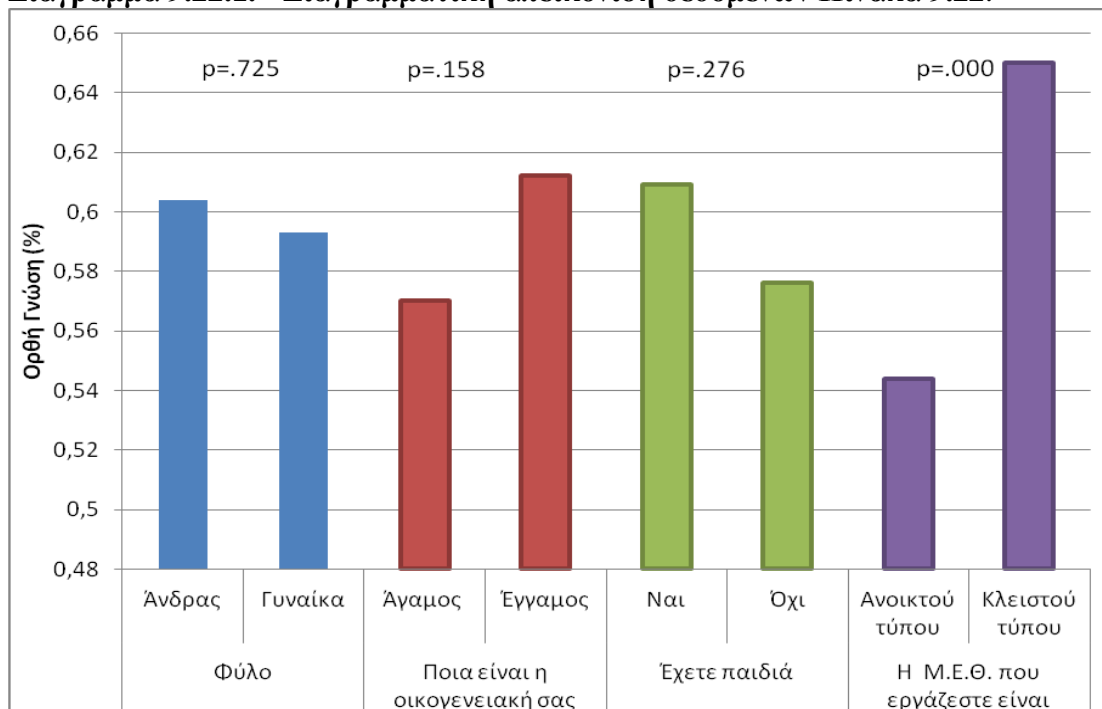
Ο Πίνακας 9.22. παρουσιάζει την Κλίμακα Ορθής Γνώσης λαμβάνοντας υπόψη τις μεταβλητές φύλο, οικογενειακή κατάσταση, ύπαρξη παιδιών, τύπος Μ.Ε.Θ. Δεν έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην κλίμακα της ορθής γνώσης με τις μεταβλητές φύλο ($p=0.725$), την οικογενειακή κατάσταση ($p=0.158$) και το κατά πόσον οι συμμετέχοντες έχουν παιδιά ($p=0.276$). Ακολουθώντας, παρουσιάζεται διαγραμματική απεικόνιση των δεδομένων του Πίνακα 9.22.

Πίνακας 9.22. Κλίμακα ορθής γνώσης με προσαρμογή των μεταβλητών φύλο, οικογενειακή κατάσταση, ύπαρξη παιδιών, τύπος εργασίας Μ.Ε.Θ.

Ορθή Γνώση					
		Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	t	p value
Φύλο	Άνδρας	.604	.188	.352	.725
	Γυναίκα	.593	.184		
Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση	Άγαμος / Διαζευγμένος / Χήρος	.570	.187	-1.421	.158

	Έγγαμος	.612	.183		
Έχετε παιδιά;	Ναι	.609	.188	1.094	.276
	Όχι	.576	.180		
Η Μ.Ε.Θ. που εργάζεστε είναι	Ανοικτού τύπου	.544	.204	-3.799	.000
	Κλειστού τύπου	.650	.150		

Διάγραμμα 9.22.1. - Διαγραμματική απεικόνιση δεδομένων Πίνακα 9.22.



Ο Πίνακας 9.23. παρουσιάζει την Κλίμακα Ορθής Γνώσης λαμβάνοντας υπόψη τις μεταβλητές ηλικία, προϋπηρεσία, επαρχία και εκπαίδευση.

Ηλικία: Έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην ηλικία και την κλίμακα ορθής γνώσης ($p=0.001$). Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα κάτω των 30 ετών διαφέρουν στατιστικά από τα άτομα άνω των 41 ετών με την εν λόγω κατηγορία να παρουσιάζει ορθότερη γνώση σχετικά με τις μεταμοσχεύσεις οργάνων.

Προϋπηρεσία: Έχει βρεθεί ότι η προϋπηρεσία ($p=0.000$), πιο συγκεκριμένα οι κατηγορίες <5 έτη και 6-10 έτη διαφέρουν στατιστικά με την κατηγορία ≥ 21 έτη υπηρεσίας.

Επαρχία: Έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά σχετικά με την επαρχία που εργάζονται ($p=0.000$). Οι επαρχίες Λευκωσίας και Λεμεσού έχουν το μεγαλύτερο μέσο όρο ορθών απαντήσεων και διαφέρουν στατιστικά με τις επαρχίες Λάρνακας, Αμμοχώστου και Πάφου.

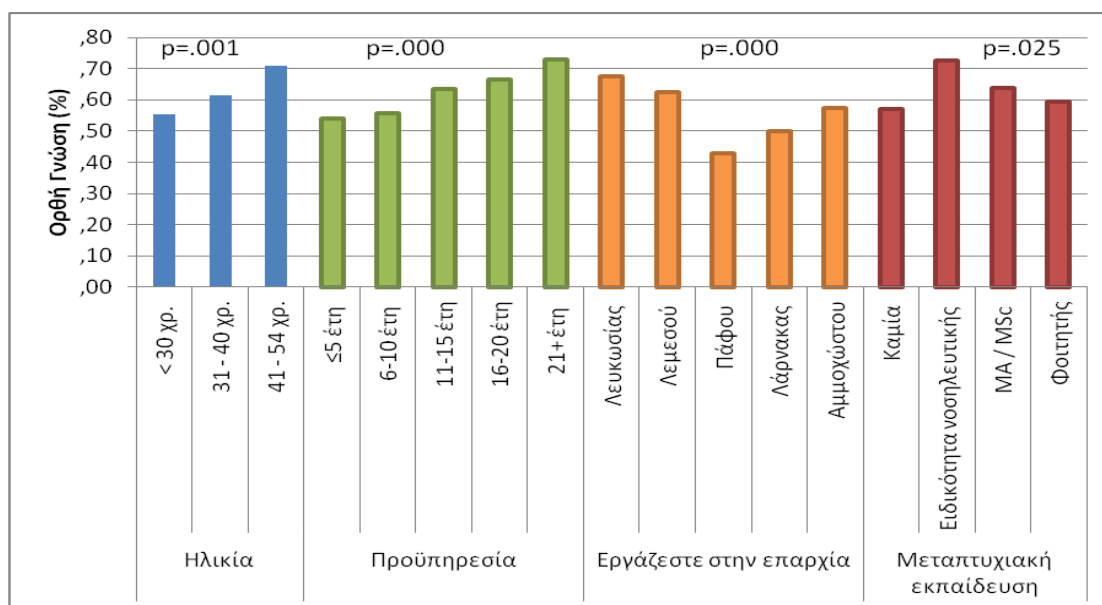
Εκπαίδευση: Έχει βρεθεί ότι τα άτομα που δεν έχουν καμία μεταπτυχιακή εκπαίδευση παρουσιάζουν το χαμηλότερο μέσο όρο ορθών απαντήσεων και διαφέρουν στατιστικά με τα άτομα που έχουν ειδικότητα νοσηλευτικής κατεύθυνσης. Ακολούθως, παρουσιάζεται διαγραμματική απεικόνιση των δεδομένων του Πίνακα 9.23.

Πίνακας 9.23. Κλίμακα ορθής γνώσης με προσαρμογή των μεταβλητών ηλικία, προϋπηρεσία, εργασία σε επαρχία και μεταπτυχιακή εκπαίδευση

		Ορθή Γνώση			
		Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	F	p value
Ηλικία	1.< 30 χρ. ⁽³⁾	.55	.16	7.712	.001
	2.31 - 40 χρ.	.61	.20		
	3.41 - 54 χρ. ⁽¹⁾	.71	.15		
Προϋπηρεσία	1.≤5 έτη ⁽⁵⁾	.54	.16	5.416	.000
	2.6-10 έτη ⁽⁵⁾	.56	.18		
	3.11-15 έτη	.63	.21		
	4.16-20 έτη	.67	.15		
	5.21+ έτη ^(1,2)	.73	.16		
Εργάζεστε στην επαρχία	1.Λευκωσίας ^(3,4)	.68	.12	10.195	.000
	2.Λεμεσού ^(3,4)	.63	.20		
	3.Πάφου ^(1,2)	.43	.19		
	4.Λάρνακας ^(1,2)	.50	.19		
	5.Αμμοχώστου	.58	.11		
Μεταπτυχιακή εκπαίδευση	1.Καμία ⁽²⁾	.57	.19	3.201	.025
	2.Ειδικότητα νοσηλευτικής κατεύθυνσης ⁽¹⁾	.72	.10		
	3.Μεταπτυχιακός τίτλος - (MA / MSc 1/2 έτη)	.64	.22		
	4.Μεταπτυχιακός φοιτητής	.59	.15		

Ο αριθμός στην παρένθεση υποδηλώνει στατιστικά σημαντική διαφορά με την ανάλογη κατηγορία (Tukey post-hoc)

Διάγραμμα 9.23.1. - Διαγραμματική απεικόνιση δεδομένων Πίνακα 9.23.



9.2. Παράθεση Σχολίων από τους συμμετέχοντες σχετικά με το ερωτηματολόγιο

Η τελευταία σελίδα του ερωτηματολογίου (σελίδα 14), αφορά στην εθελοντική παράθεση σχολίων των συμμετεχόντων σχετικά με τη φύση του ερωτηματολογίου και συμπλήρωσης θεμάτων ή θέσεών τους σε θέματα που άπτονται της δωρεάς και μεταμόσχευσης οργάνων, με κύριο σκοπό τη βελτίωση του ερωτηματολογίου (μορφή, περιεχόμενο, είδος ερωτήσεων και κατανόησής τους) ιδιαίτερα σε περίπτωση που πιθανόν ζητηθεί η χρήση του από τρίτους και επιπλέον για κατανόηση παραγόντων που πιθανών συνετέλεσαν στη συμμετοχή της έρευνας και στο βαθμό ορθών γνώσεων. Τα σχόλια παρατίθενται αυτούσια όπως διατυπώθηκαν από τους συμμετέχοντες.

Ενότητα Α – Δημογραφικά στοιχεία

Ερώτηση 7. Η Μ.Ε.Θ. που εργάζεστε είναι:

- Χρήζει διευκρίνησης

Διευκρίνηση: Από το σχόλιο του/της συμμετέχον διαφαίνεται η μη γνώση των πολιτικών του Υπουργείου Υγείας που αφορούν τη λειτουργία των Μονάδων

Εντατικής Θεραπείας. Η Μ.Ε.Θ του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας και η Μ.Ε.Θ. Β του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού είναι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας κλειστού τύπου, καθώς η λειτουργία τους προϋποθέτει την ύπαρξη ιατρών εντατικολόγων. Οι Μ.Ε.Θ. Α του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού, Πάφου, Λάρνακας και Αμμοχώστου είναι ανοικτού τύπου.

Ενότητα Β – Νομικό πλαίσιο μεταμοσχεύσεων

Ερώτηση Β1 (Β4). Η νομοθεσία απαιτεί τη συγκατάθεση πλησιέστερου συγγενή σε ενδεχόμενη δωρεά οργάνων παρά την επιθυμία του δότη για πρόθεση δωρεάς οργάνων μεταθανάτια.

- Όχι αλλά είναι πολιτική του τμήματος.

Διευκρίνιση: Η σχετική ερώτηση αναφέρεται στο νομικό πλαίσιο της Κύπρου [Άρθρο 20(3), σ.19]. Πέραν των απαντήσεων που δόθηκαν, το σχόλιο αποδεικνύει τη μη γνώση της σχετικής νομοθεσίας.

Ενότητα Γ – Γνώσεις σχετικά με τον εγκεφαλικό θάνατο

Ερώτηση Γ2. Έχετε παρακολουθήσει τη διαδικασία των τεστ εγκεφαλικού θανάτου;

- Νοσηλεύτης έχει συμπληρώσει ότι παρακολούθησε τα τεστ εγκεφαλικού θανάτου περίπου 60 φορές.

Διευκρίνιση: Η συμπλήρωση παρακολούθησης 60 φορές συνάδει με το Συμπέρασμα 4 και 5.

Ερώτηση Γ4. Οι ιατροί που θα διαγνώσουν τον εγκεφαλικό θάνατο επιτρέπεται να έχουν σχέση προς οποιαδήποτε επιστημονική ομάδα ενδιαφερόμενη ή απασχολούμενη με τη θεραπευτική των μεταμοσχεύσεων.

- Τι εννοείς με τον όρο σχέση

Διευκρίνιση: Η σχετική ερώτηση αναφέρεται στο νομικό πλαίσιο της Κύπρου [Άρθρο 21(2), σ.20]. Αποδεικνύεται δε, η μη γνώση της σχετικής νομοθεσίας.

Ερώτηση Γ8. Τα τεστ εγκεφαλικού θανάτου επιτρέπονται ανεξάρτητα της κλινικής εικόνας του ασθενή.

- Τι εννοείς με τον όρο κλινική εικόνα (αιμοδυναμικά ασταθής); Κάποιες ερωτήσεις χρειάζονται περαιτέρω διευκρίνιση (ειδικότητα προηγμένης εντατικής νοσηλευτικής).

- Τι εννοείς κλινική εικόνα;

- Θέλει διευκρίνιση.

Διευκρίνιση: Τα σχόλια των συμμετεχόντων αποδεικνύουν όχι μόνο τη μη γνώση του νομικού πλαισίου της Κύπρου στη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων [Άρθρο 20(1), σ.18 & Άρθρο 21(1)&(2), σ.20], αλλά και την άγνοια επί του πρωτοκόλου διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου (η κλινική εικόνα αναφέρεται στα βασικά σημεία του πρωτοκόλλου, στις προϋποθέσεις του, στις κλινικές δοκιμασίες του και οι υπό ποιες συνθήκες η κλινική εικόνα του ασθενή συνάδει με εγκεφαλικό θάνατο ώστε να διενεργηθούν τα τεστ εγκεφαλικού θανάτου με σκοπό τη διάγνωσή του). Σε παρένθεση κάτω από τον τίτλο του πρωτοκόλου αναφέρεται (Διάγνωση θανάτου με νευρολογικά κριτήρια), εξυπακούεται δε πως η κλινική εικόνα που αναφέρει η ερώτηση αφορά στη νευρολογική κλινική εικόνα του ασθενή.

Ενότητα Δ – Γνώσεις σχετικά με τις αρμοδιότητες του συντονιστή μεταμοσχεύσεων

Ερώτηση Δ4. Κατά την άποψή σας ο συντονιστής μεταμοσχεύσεων πρέπει να είναι:

- Κατά προτίμηση άτομο που να κατέχει ιατρική – ψυχολογική – νοσηλευτική μάθηση αλλά και εμπειρίες.

- Έμπειρο άτομο που να κατέχει.

- Κάτι μεταξύ ιατρού και ιδιότητα ψυχολόγου.

- Ομάδα από νοσηλεύτη, ιατρό, ψυχολόγο.

- Κάποιος με κατάρτιση στο θέμα.

- Ομάδα ειδική για τέτοια θέματα – εκπαιδευμένοι.

- Ανεξάρτητο άτομο με εξειδίκευση στο θέμα το οποίο δεν εργάζεται στο χώρο του νοσοκομείου ή στη ΜΕΘ.

- Θα μπορούσε να γίνει διεπιστημονική ομάδα με νοσηλεύτη, ιατρό, ψυχολόγο.

- Να υπάρχει νοσηλεύτης, ιατρός και ψυχολόγος - ομάδα μεταμοσχεύσεων.

- Ομάδα επαγγελματιών υγείας με το νοσηλεύτη και το ψυχολόγο να έχουν το κύριο ρόλο.

Διευκρίνιση: Η ερώτηση ζητάει την άποψη των νοσηλευτών ως προς το ποιο άτομο είναι κατάλληλο να ορισθεί ως συντονιστής μεταμοσχεύσεων. Ωστόσο, η νομοθεσία

καθορίζει το ιατρικό ή νοσηλευτικό προσωπικό με κατάλληλη και ειδική εκπαίδευση ως άτομα που μπορεί να διορίσει ο Υπουργός Υγείας ως συντονιστές μεταμοσχεύσεων [(Άρθρο 29, (1)].

Ερώτηση Δ8. Οι αρμοδιότητες του συντονιστή μεταμοσχεύσεων είναι:

- *Να μπει το δε ξέρω. Ο/Η συμμετέχον απάντησε ΝΑΙ στην ερώτηση αν γνωρίζει για το θεσμό του συντονιστή μεταμοσχεύσεων (Δ1), παρόλο που στο νοσοκομείο του αναφέρει πως δεν υπάρχει συντονιστής μεταμοσχεύσεων (Δ2), απάντησε θετικά στην Ερώτηση Δ5. και αρνητικά στην Ερώτηση Δ6.*

Διευκρίνιση: Η ερώτηση δεν συμπεριλαμβάνει σκόπιμα την επιλογή Δεν γνωρίζω/Δεν απαντώ, με σκοπό να διερευνηθεί εάν οι σχετικές ερωτήσεις που αφορούν το θεσμό, το ρόλο και τις αρμοδιότητες του συντονιστή μεταμοσχεύσεων συνάδουν με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων. Για ακριβή εξακρίβωση αυτής τη διερεύνησης, σκόπιμα τέθηκαν ερωτήσεις που αφορούν τις αρμοδιότητες του συντονιστή μεταμοσχεύσεων (Ερώτηση Δ8).

Ενότητα Ζ – Ζ1. Θετική πρόθεση στη δωρεά οργάνων

Ερώτηση Ζ1.5. Θα γινόμουν δωρητής μόνο για κάποιο δικό μου άτομο.

- *Θα μπορούσε να είναι πιο συγκεκριμένη γιατί αλλιώς θα το αντιμετώπιζε ένας ζωντανός δότης αν είχε επιλογή και αλλιώς ένας πτωματικός δότης που δεν έχει επιλογή έτσι και αλλιώς.*

Διευκρίνιση: Η ερώτηση αποσκοπεί στην διερεύνηση και σύγκρισή της σχετικά με τις Ενότητες Έ (Εμπειρία στη δωρεά οργάνων) και Στ. (Αντιλήψεις νοσηλευτών προς τη μεταμόσχευση οργάνων). Το σχόλιο αποδεικνύει τη μη γνώση σχετικά με τη νομοθεσία της Κύπρου στα θέματα που αφορούν 1. την αφαίρεση οργάνων από ζώντα δότη όπου καθορίζεται τότε επιτρέπεται η αφαίρεσης οργάνων [Άρθρο 13(5), σ. 16] και 2. την αφαίρεση οργάνων από πτωματικό δότη με εγκεφαλικό θάνατο όπου απαγορεύεται να προκαθορισθεί που θα δοθούν τα όργανα (Άρθρο 25, σ.22).

Ερώτηση Ζ1.8. Προτίθεμαι να γίνω δότης οργάνων καθώς ένα όργανό μου θα παραμείνει ζωντανό και μετά το θάνατό μου.

- *Εννοείς εγκεφαλικό θάνατο;*

Διευκρίνιση: Η ερώτηση σχετίζεται με τη νομοθεσία της Κύπρου και το σχόλιο αποδεικνύει τη μη γνώση της. Η νομοθεσία προνοεί ότι η αφαίρεση οργάνων μετά θάνατον επιτρέπεται μόνο στη περίπτωση που ο δότης έχει διαγνωσθεί ως νεκρός με διάγνωση εγκεφαλικού θανάτου [Άρθρο (1)&(2), σ.20].

Θετικά Σχόλια Ερωτηματολογίου

- *Συνάδελφε συγχαρητήρια για την επιλογή του θέματος. Πολύ καλό ερωτηματολόγιο. Σε συζήτηση με τους συναδέλφους στην (.....)¹³² συμφωνούμε ότι δεν γνωρίζουμε τίποτα για τις μεταμοσχεύσεις και πρέπει να μας ενημερώσετε άμεσα!*
- *Να μας κάνετε σεμινάρια σχετικά με το θέμα, χρειαζόμαστε σωστή ενημέρωση.*
- *Πολύ καλό!!! Καλή επιτυχία.*
- *Ζητώ άμεση ενημέρωση για το θέμα.*
- *Συγχαρητήρια!!! Πολύ εμπειριστατωμένο ερωτηματολόγιο και έχεις λάβει όλες τις πτυχές της δωρεάς οργάνων υπόψη σου.*
- *Σε γενικές γραμμές ήταν καλό. Εύστοχες ερωτήσεις. Καλή επιτυχία.*
- *Ενδιαφέρον θέμα εργασίας. Πολύ λεπτομερές ερωτηματολόγιο.*

Συζήτηση: Η ανάγκη για εκπαίδευση, ενημέρωση των νοσηλευτών/τριων επί των θεμάτων που διερευνά το ερωτηματολόγιο παρουσιάζεται στο Κεφάλαιο 10 «Συμπερασματικές Διαπιστώσεις και Προτάσεις».

Αρνητικά Σχόλια Ερωτηματολογίου

- *Ασάφειες ως προς την μορφή του ερωτηματολογίου.*

Διευκρίνιση: Δεν υπάρχει αναφορά από το/τη συμμετέχον ως προς ποια θέματα θεωρεί ασαφή.

- *Κάποιες από τις ερωτήσεις δεν είναι κατανοητό σε ποιόν απευθύνονται και κάποιες δεν είναι σωστά συντακτικά δοσμένες και για αυτό δεν απαντήθηκαν.*

Διευκρίνιση: Δεν απαντήθηκε όλη η ενότητα Ζ., ο/η συμμετέχον δήλωσε ως μεταπτυχιακός φοιτητής. Η Ενότητα Ζ αφορά στη θετική ή αρνητική πρόθεση στη δωρεά οργάνων και διερευνά τη θετική ή αρνητική στάση και την αντίληψη του/της συμμετέχον με ερωτήσεις που συμπεριλαμβάνουν την Κυπριακή Νομοθεσία, τον

¹³² Κρίνεται σκόπιμη η παράλειψη της επαρχίας που επονομάζετε για αποφυγή αρνητικού σχολιασμού σε σχέση με την επαρχία.

εγκεφαλικό θάνατο και το συντονιστή μεταμοσχεύσεων. Ο/Η συμμετέχων θα μπορούσε να απαντήσει τις ερωτήσεις είτε με την ιδιότητά του ως νοσηλευτής είτε ως απλό άτομο του πληθυσμού, καθώς και στις δύο περιπτώσεις η μεταμόσχευση οργάνων αφορά όλη την κοινωνία.

- *Θεωρώ ότι το συγκεκριμένο θέμα είναι πλέον κορεσμένο. Οι απόψεις των νοσηλευτών έχουν διατυπωθεί. Η γνώμη η δική μου θα ήταν να μελετούσατε τις απόψεις του κόσμου για να δούμε πόσο ενήμεροι είναι ώστε να εξαχθούν πληροφορίες χρήσιμες και να γίνει πιο μεθοδική και πλήρης διαφώτιση του κοινού.*

Διευκρίνιση: Το σχόλιο του/της συμμετέχων αναιρείται από το Κεφάλαιο 8, Υποενότητα 8.3.6. - Καινοτομία και πρωτοτυπία της έρευνας (σ.128), καθώς και από τα αποτελέσματα της έρευνας.

- *Μεγάλο ερωτηματολόγιο.*

- *Ήταν πολύ εκτεταμένο.*

Διευκρίνιση: Η έκταση και το μέγεθος του ερωτηματολογίου αναφέρεται στο Κεφάλαιο 8, Ενότητα 8.6. - Περιορισμοί έρευνας, σελίδα 132 (Περιορισμός 1). Ωστόσο παρά τη μεγάλη έκταση του ερωτηματολογίου το ποσοστό συμμετοχής ανήλθε σε 83.5% (από τους 200 νοσηλευτές συμμετείχαν οι 167).

Γενικότερες Απόψεις

- *Ο όρος εγκεφαλικός θάνατος δεν είμαι σίγουρη εάν πρέπει να ισχύει. Με φοβίζει το γεγονός εάν όντως κάποιος ασθενής θεωρείται εγκεφαλικά νεκρός, εάν όντως είναι νεκρός. Η επιστήμη προχωρά, πολλά δεδομένα που υπάρχουν σήμερα μπορεί να αλλάξουν, όπως και τα δεδομένα που έχουμε σήμερα, όπου με αυτά αποφασίζεται ο εγκεφαλικός θάνατος.*

Συζήτηση: Το σχόλιο συνάδει με άγνοια επί του εγκεφαλικού θανάτου. Η γνώση θεμάτων που άπτονται του εγκεφαλικού θανάτου από έγκυρες πηγές καθώς και η σωστή παρακολούθηση των τεστ διάγνωσής του δύναται να συμβάλουν στη διαμόρφωση της άποψης επί του θέματος.

- *Θα πρέπει να είναι όλοι υποψήφιοι δότες ώστε όσοι δεν θέλουν να πηγαίνουν και να διαγράφονται (ο/η συμμετέχων έχει δηλώσει επίσημα ότι δεν έχει κάρτα δότη).*

Συζήτηση: Στην Κύπρο δια νόμου δεν επιτρέπεται η εικαζόμενη συναίνεση. Η ανάλυση των δεδομένων στη σχετική ερώτηση (Ενότητα Β – Ερώτηση Β3.) αποδεικνύει τον ηθικό προβληματισμό σχετικά με την εικαζόμενη συναίνεση καθώς οι απόψεις δίστανται.

- Αρκετά εξειδικευμένο ερωτηματολόγιο. Υπάρχουν αρκετοί έκτακτοι νοσηλευτές οι οποίοι δεν θα μπορούν να απαντήσουν.

Συζήτηση: Ο μέσος όρος ηλικίας των νοσηλευτών Μ.Ε.Θ. είναι σύμφωνα με τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης 33.73 έτη (Τ.Α. 7.40), ηλικία στην οποία η πλειονότητα των νοσηλευτών είναι διορισμένοι. Επιπλέον, στη Μ.Ε.Θ. του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού, υπάρχουν έκτακτοι νοσηλευτές που εργάζονται στη μονάδα τα τελευταία 6 χρόνια, έχουν παρακολουθήσει τα τεστ διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου και έχουν φροντίσει πτωματικό δότη οργάνων.

- Για να απαντήσει κάποιος αυτό το ερωτηματολόγιο πρέπει να γνωρίζει πολύ καλά την κυπριακή νομοθεσία περί μεταμοσχεύσεων και να έχει ξεκαθαρίσει στο μυαλό του τις προθέσεις του εάν θα γίνει δωρητής οργάνων.

Συζήτηση: Η γνώση της κυπριακής νομοθεσίας αποτελεί ένα από τα ερευνητικά ερωτήματα της διατριβής. Η πρόθεση δωρεάς σχετίζεται με το βαθμό γνώσεων επί του θέματος και αποτελεί θέμα που διερευνάται στην παρούσα ερευνητική εργασία.

Η δωρεά οργάνων όπως και η πιθανή κλωνοποίηση οργάνων θα τυγχάνουν εκμετάλλευσης οικονομικής και πάντα θα έχουν σκοπό το οικονομικό όφελος. Το ανθρώπινο κύτταρο θα πρέπει να διαφυλάσσεται για το κάθε άνθρωπο στον κάθε άνθρωπο. Είναι ευλογία ή κατάρα;

Συζήτηση: Η μεταμόσχευση οργάνων από κλωνοποιημένα όργανα αποτελεί διεθνώς θέμα ηθικού προβληματισμού (Κεφάλαιο 7).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

Συμπερασματικές Διαπιστώσεις και Προτάσεις

Το Κεφάλαιο 10 διαμέσου συζήτησης, παράθεσης και σύγκρισης των αποτελεσμάτων της έρευνας με έρευνες ιδίου ενδιαφέροντος, καταλήγει στην εξαγωγή σημαντικών συμπερασμάτων για τα οποία παρουσιάζονται προτάσεις βελτίωσης των Κυπριακών δρώμενων στη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων.

Ερευνητικές εργασίες που να αφορούν αποκλειστικά τους νοσηλευτές εργαζόμενους στις Μ.Ε.Θ. των δημοσίων νοσηλευτηρίων της Κύπρου, δεν έχουν ανευρεθεί κατά τη βιβλιογραφική ανασκόπηση και δεν υπάρχει εγκριμένη παρόμοια ερευνητική εργασία κατά την τελευταία πενταετία σύμφωνα με τις καταγραφές της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου. Κρίθηκε δε σκόπιμο όπως τα αποτελέσματα της παρούσης έρευνας συγκριθούν με πρόσφατα δεδομένα από διεθνείς ερευνητικές εργασίες ιδίου αντικείμενου έρευνας. Αναφέρετε δε, πως κατά τη βιβλιογραφική ανασκόπηση επί του θέματος, ανέκυψε πληθώρα ερευνών οι οποίες μέσω συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης επιστημονικών άρθρων ανέδειξαν το σημαντικό ρόλο που διαδραματίζουν οι νοσηλευτές των Μ.Ε.Θ. στη μεταμόσχευση οργάνων.

Στην Κύπρο διενεργείται για πρώτη φορά προσπάθεια διερεύνησης των γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται στις Μ.Ε.Θ. των δημοσίων νοσοκομείων, σχετικά με το νομικό πλαίσιο της χώρας στη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων. Στην Αυστρία διενεργήθηκε από τους Stadlbauer, V., Steiner, P., Schweiger, M., et al. (2013), έρευνα σχετικά με τις γνώσεις και τη στάση των νοσηλευτών Μ.Ε.Θ. αναφορικά με τον Αυστριακό νόμο μεταμοσχεύσεων. Το ποσοστό γνώσης ύπαρξης της νομοθεσίας ανήλθε για τους νοσηλευτές σε 89%. Σε παρόμοια μελέτη η Κωνσταντίνου, Α. (2010), ερευνά τη γνώση των νοσηλευτών περί της ύπαρξης νομοθετικού πλαισίου στην Ελλάδα, αναφέροντας τα ποσοστά για τις Μονάδες Βενιζελείου και Κλινικές σε 85,4% και 77,6% (αντίστοιχα) και για τις Μονάδες Παγνή και Κλινικές τα ποσοστά 76% και 62% (αντίστοιχα). Συγκριτικά, για τη γνώση περί της ύπαρξης νομοθετικού πλαισίου στην Κύπρο, οι νοσηλευτές Μ.Ε.Θ. απάντησαν θετικά σε ποσοστό 69,3%.

Επιπρόσθετα, στη μελέτη των Μπακάλη, Α. & Θεοδωρακοπούλου, Γ. (2010), οι νοσηλευτές απάντησαν πως δεν γνωρίζουν τι προβλέπει η ισχύουσα νομοθεσία στην Ελλάδα για τη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων σε ποσοστό 62,5%, συμπληρώνοντας πως το 50% των νοσηλευτών θεωρούν τη νομοθεσία μη ασφαλή. Τα αντίστοιχα ποσοστά της παρούσας έρευνας στο προκείμενο ερώτημα είναι 72,5% (ποσοστό νοσηλευτών που δεν διάβασαν την νομοθεσία) και 54,6% (ποσοστό νοσηλευτών που πιστεύουν ως η Κυπριακή νομοθεσία παρουσιάζει κενά).

Σχετικά με την ερώτηση αν η νομοθεσία επιτρέπει να αλλάξει κάποιος γνώμη ενώ έχει ήδη δηλώσει δωρητής οργάνων θετικά απάντησαν οι συμμετέχοντες στην Κύπρο σε ποσοστό 42,2% ενώ στην μελέτη της Κωνσταντίνου Α.¹³³ (2010) τα ποσοστά ανήλθαν σε 77,6% στις Μονάδες Βενιζελείου και 70,8% για τις Κλινικές, ενώ για το Παγνή σε 66% και Κλινικές 62%.

Στην ερώτηση αν απαιτείται η συγκατάθεση του πλησιέστερου συγγενή παρά την επιθυμία του δότη για πρόθεση δωρεάς οργάνων μεταθανάτια οι συμμετέχοντες στην Κύπρο απάντησαν θετικά σε ποσοστό 46,7%, με τις Μονάδες Βενιζελείου – Κλινικές και Παγνή – Κλινικές να απαντούν θετικά σε ποσοστό 34,7% - 50% και 44% - 40% αντίστοιχα. Η ερευνητική μελέτη των Aghayan, H. Arjmand, B. Emami-Razani, S. (2009), στην ερώτηση ποιο είναι το αρμόδιο πρόσωπο να υπογράψει το έντυπο συγκατάθεσης για δωρεά, το ποσοστό 80.3% των συμμετεχόντων απάντησε πως γνωρίζει ποιο είναι αυτό το πρόσωπο όπως καθορίζεται από τη νομοθεσία στο Ιράν.

Ο θεσμός του συντονιστή μεταμοσχεύσεων αποτέλεσε θέμα έρευνας από τους Μανιού, Μ., Ιακωβίδου, Ε., Κωστόπουλος, Ε., και συν. (2009). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνάς τους, διαπίστωσαν πως οι συμμετέχοντες γνώριζαν για το θεσμό του συντονιστή μεταμοσχεύσεων σε ποσοστό 93% και ποιος είναι στο νοσοκομείο τους σε ποσοστό 90% . Οι συμμετέχοντες έκριναν πως ο θεσμός του συντονιστή μεταμοσχεύσεων συνέβαλε στην αύξηση μεταμοσχεύσεων σε ποσοστό 60%, θεωρώντας πως στο νοσοκομείο τους χάθηκαν περιστατικά (κατάλληλοι δότες) λόγω αμέλειας του συντονιστή μεταμοσχεύσεων σε ποσοστό 60%. Έκριναν δε, πως ο

¹³³ Γίνεται αναφορά στην ερευνητική εργασία της Κωνσταντίνου Α. (2010) καθότι το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνά της είναι το ίδιο που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα των Καββαδία και συν. το οποίο εδόθη από τον κ.Χλιαουτάκη.

καλύτερος επαγγελματίας υγείας για το ρόλο του συντονιστή μεταμοσχεύσεων είναι ο νοσηλευτής σε ποσοστό 33%. Τα δεδομένα του συγκριτικού πίνακα αποτελεσμάτων (Πίνακας 10.1.) παρουσιάζονται ιδιαίτερα αποθαρρυντικά σχετικά με το θεσμό του Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων, ο οποίος διαφαίνεται να είναι υποβαθμισμένος και μη ενεργός ως προς το ρόλο που πρέπει να διαδραματίζει για τις μεταμοσχεύσεις οργάνων στην Κύπρο.

Πίνακας 10.1 Συγκριτικός Πίνακας Αποτελεσμάτων

Ερώτηση	Στυλιανού, Θ. 2014	Μανιού, Μ., Ιακωβίδου, Ε., Κωστόπουλος, Ε., και συν. (2009)
Γνωρίζετε για το θεσμό του συντονιστή μεταμοσχεύσεων;	ΝΑΙ 45,5%	ΝΑΙ 93%
Γνωρίζετε ποιος είναι ο συντονιστής μεταμοσχεύσεων στο νοσοκομείο σας;	ΝΑΙ 45,4%	ΝΑΙ 90%
Κατά την άποψή σας ο Συντονιστής μεταμοσχεύσεων πρέπει να είναι :	Νοσηλευτής 58,8%	Νοσηλευτής 33,3%
Πιστεύεται πως ο ρόλος του συντονιστή μεταμοσχεύσεων θα συμβάλει/συνέβαλε στην αύξηση των περιστατικών δωρεάς / μεταμοσχεύσεων;	ΝΑΙ 81,4%	ΝΑΙ 60%

Οι γνώσεις των νοσηλευτών στην Κύπρο σχετικά με τον εγκεφαλικό θάνατο διαφέρουν ως προς την άποψή τους για αυτόν. Η πλειοψηφία των νοσηλευτών γνωρίζει τον ορθό ορισμό του εγκεφαλικού θανάτου όπως αυτός ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (80.8%) και τα τεστ διάγνωσής του (7-8 στους δέκα γνωρίζουν ποια είναι). Ωστόσο, παρότι δεν θεωρούν τον εγκεφαλικό θάνατο αναστρέψιμο και το κώμα ως ταυτόσημη έννοια η αμφισβήτησή τους πιστεύοντας πως υπάρχει ελπίδα για τη ζωή ως την τελευταία στιγμή συμβάλλει στην αρνητική

στάση τους προς τη δωρεά οργάνων. Στην έρευνα των Matten, M. Slieperovich, E. Sarvela, P. et al., (1991), η γνώση του ορθού ορισμού του εγκεφαλικού θανάτου ανήλθε στο ποσοστό 95.48% και στην ερευνητική μελέτη των Aghayan, H. Arjmand, B. Emami-Razani, S. (2009), η γνώση του ορθού ορισμού του εγκεφαλικού θανάτου πριν τη διενέργεια εκπαιδευτικού προγράμματος ανήλθε σε 90.91% και έπειτα της εκπαίδευσης σε 98.48%. Επιπρόσθετα, τα αποτελέσματα της έρευνας των Rozaidi, Sukro, Dan (2000), αποδεικνύουν πως οι επαγγελματίες υγείας με ολοκληρωμένη και σωστά δομημένη εκπαίδευση σχετικά με τον εγκεφαλικό θάνατο, έχουν ξεκάθαρη άποψη επί αυτού και μπορούν να συμβάλουν στην ανισορροπία που παρατηρείται μεταξύ προσφοράς και ζήτησης οργάνων από πτωματικούς δότες με εγκεφαλικό θάνατο.

Οι νοσηλευτές των Μ.Ε.Θ. στην Κύπρο, στην πραγματικότητα δεν γνωρίζουν τη χρησιμότητα των μεταμόσχευσεων, με μόλις 3 έως 4 στους δέκα νοσηλευτές να θεωρούν (συμφωνώ) πως η μεταμόσχευση οργάνων σώζει ζωές, δίνει δικαίωμα στη ζωή και είναι χρήσιμες και αναγκαίες. Με ένα τόσο ιδιαίτερα χαμηλό ποσοστό να προέρχεται από επαγγελματίες υγείας, μπορεί κανείς να υποθέσει ποιο θα είναι το αντίστοιχο ποσοστό επί παρόμοιας έρευνας στον πληθυσμό. Βεβαίως το αποτέλεσμα συνάδει με τα χαμηλά ποσοστά ενημέρωσης των νοσηλευτών σχετικά με τη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων από σεμινάρια, συνέδρια και επιστημονικά περιοδικά, καθώς και με τα ιδιαίτερα χαμηλά ποσοστά των απαντήσεών τους σχετικά με την εμπειρία τους στη δωρεά οργάνων. Η στάση του νοσηλευτικού προσωπικού (θετική ή αρνητική) στάση επηρεάζεται τόσο από την προσωπική, όσο και από την κλινική εμπειρία του, στις διαδικασίες δωρεάς και μεταμόσχευσης. Η έρευνα των Μπακάλης, Α. & Θεοδωρακοπούλου, Γ. (2010), έδειξε πως στη υποθετική ερώτηση που ο/η συμμετέχον ήταν νεφροπαθής το συντριπτικό ποσοστό της τάξεως του 92% απάντησε ότι θα προτιμούσε να κάνει μεταμόσχευση εάν βρισκόταν κατάλληλο μόσχευμα.

Ηθικά, θρησκευτικά και φιλοσοφικά θέματα που άπτονται της δωρεάς και μεταμόσχευσης οργάνων όπως η παράκαμψη της λίστας αναμονής των ληπτών που αναμένουν όργανο για μεταμόσχευση, ο φόβος μη σεβασμού προς το νεκρό σώμα μετά την αφαίρεση οργάνων, η μη παροχή φροντίδας με σκοπό τη λήψη οργάνων, η επίσημη θέση της εκκλησίας προς τη δωρεά οργάνων και ο φόβος δεν φαίνεται να συμβάλλουν στην αρνητική πρόθεση των νοσηλευτών με απώτερο σκοπό να

υπογράψουν κάρτα δότη. Αντιθέτως, η αδιαφορία, η αμέλεια και η ανάγκη για περισσότερη πληροφόρηση αποτελούν την κύρια επιβεβαίωση του χαμηλού ποσοστού (13,2%) των συμμετεχόντων που κατέχουν επίσημα κάρτα δότη οργάνων.

Η έρευνα των Gross, Marguccio, Martinoli (2000), υποδεικνύει πως πολλά προγράμματα πρέπει να διενεργηθούν με σκοπό να ενθαρρυνθεί το ιατρικό προσωπικό που εμπλέκεται στη δωρεά οργάνων για να αποκτήσει θετική στάση απέναντί της, ώστε να αποτελέσει παράδειγμα για την κοινωνία.

Σκοπός της ερευνητικής εργασίας ήταν η διερεύνηση των γνώσεων, στάσεων και αντιλήψεων των νοσηλευτών Μ.Ε.Θ. στα δημόσια νοσηλευτήρια της Κύπρου σχετικά με τις μεταμοσχεύσεις οργάνων και όχι η απλή καταγραφή του βαθμού γνώσης τους και κατά πόσο οι νοσηλευτές προτίθενται ή όχι να υπογράψουν επίσημα κάρτα δότη. Ως εκ τούτου, σύμφωνα με τα αποτελεσμάτα της έρευνας, τα συμπεράσματα που προκύπτουν είναι:

Συμπέρασμα 1. Οι συμμετέχοντες στην πλειονότητά τους γνωρίζουν για τις μεταμοσχεύσεις οργάνων από πληροφορίες που διοχετεύονται στο διαδίκτυο και από πληροφορίες που διοχετεύουν τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης που όπως αποδεικνύεται από το μέσο όρο της κλίμακας ορθής γνώσης, οι πληροφορίες που διοχετεύονται είναι συγκεχυμένες και αναξιόπιστες. Οι συμμετέχοντες δεν ανακτούν πληροφορίες από αξιόπιστους χώρους πρόσβασης. Το αποτέλεσμα συνάδει με τα χαμηλά ποσοστά της ενημέρωσης από επιστημονικά περιοδικά, συνέδρια και σεμινάρια.

Συμπέρασμα 2. Οι συμμετέχοντες δήλωσαν σε ποσοστό 69.3% ότι υπάρχει στην Κύπρο σχετική νομοθεσία που να αναφέρεται στη δωρεά οργάνων, με ένα σημαντικό ποσοστό (72.5%) να μην έχει διαβάσει τη σχετική νομοθεσία. Ως εκ τούτου, οι απαντήσεις σε ερωτήσεις σχετικά με τη νομοθεσία, παρουσιάζουν ιδιαίτερα χαμηλά ποσοστά ως προς τις ορθές γνώσεις των νοσηλευτών και επιπρόσθετα τα σχόλια των ερωτηθέντων αποδεικνύουν τη μειωμένη γνώση τους σχετικά με τη νομοθεσία.

Συμπέρασμα 3. Οι απόψεις των νοσηλευτών στο ερώτημα εάν η Κυπριακή νομοθεσία πρέπει να θεωρεί όλο τον πληθυσμό της Κύπρου ως πιθανούς δότες

οργάνων, δίστανται καθώς ποσοστό 49.7% συμφωνεί ενώ ποσοστό 49.1% διαφωνεί, γεγονός που αποδεικνύει τη διφορούμενη στάση των νοσηλευτών στην άποψη επί του θέματος και τη διαμάχη που ίσως επέλθει σε μια πιθανή ένταξη της υποχρεωτικής συναίνεσης (εικαζόμενη συναίνεση) στο νομοθετικό πλαίσιο της Κύπρου.

Συμπέρασμα 4. Η γνώση του ορισμού του εγκεφαλικού θανάτου όπως ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ποσοστό 80.8%), διαφαίνεται στην ορθή τοποθέτηση των συμμετεχόντων ότι ο εγκεφαλικός θάνατος δεν είναι αναστρέψιμος και δεν αποτελεί ταυτόσημη έννοια με το κώμα (ποσοστό 76% και 86.2% αντίστοιχα). Ωστόσο στο ερώτημα αν η αρνητική στάση στη δωρεά οργάνων οφείλεται σε αμφισβήτηση του εγκεφαλικού θανάτου, αφού η ελπίδα για την ζωή κάποιου υπάρχει ως την τελευταία στιγμή μόλις 3 στους 10 διαφώνησαν απόλυτα και 4 στους 10 διαφώνησαν. Αποδεικνύεται δε η μη ξεκάθαρη άποψη και πλήρης γνώση σχετικά με την πραγματική έννοια του εγκεφαλικού θανάτου, συνάδοντας και με τα σχόλια των ερωτηθέντων.

Συμπέρασμα 5. Παρότι οι συμμετέχοντες δήλωσαν σε ποσοστό 70.7% ότι το πρωτόκολλο διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου βασίζεται στα επικρατούντα επιστημονικά δεδομένα και ποσοστό 65.7% έχει παρακολουθήσει τη διαδικασία των τεστ εγκεφαλικού θανάτου με μέσο όρο παρακολούθησης 5.47 φορές (Τ.Α. 7.67), μόλις το 67.5% δήλωσε ότι η διάγνωση εγκεφαλικού θανάτου γίνεται από δύο ειδικούς ιατρούς, συμβαδίζοντας με το αποτέλεσμα της μη ανάγνωσης της νομοθεσίας στο σχετικό θέμα και εγείροντας το ερώτημα αν οι ιατροί που διενεργούν τα τεστ διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου στις Μ.Ε.Θ. των δημοσίων νοσηλευτηρίων είναι πάντοτε ειδικοί ιατροί και ακολουθούν τη σχετική διαδικασία όπως ορίζεται από τη νομοθεσία. Περίπου 7 στους 10 γνωρίζουν επακριβώς ποια είναι τα τεστ διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου. Περίπου οι 4 στους 10 δήλωσαν ότι τα τεστ διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου διενεργούνται ανεξάρτητα της κλινικής εικόνας του ασθενή και 3 στους 10 δεν γνωρίζουν πότε πρέπει να διενεργούνται, εγείροντας το ερώτημα αν τα τεστ διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου διενεργούνται σε ασθενείς που δεν παρουσιάζουν κλινικά νευρολογικά σημεία επί της κλινικής τους εικόνας που να συνάδουν με εγκεφαλικό θάνατο. Πρόσθετα, τα σχόλια που παρατίθενται και αφορούν την κλινική εικόνα σχετίζονται με τη μη γνώση ή και ανάγνωση του πρωτοκόλλου διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου.

Συμπέρασμα 6. Παρόλο που ποσοστό 81.4% συμφώνησε πως ο θεσμός του συντονιστή μεταμοσχεύσεων θα συμβάλει στην αύξηση των περιστατικών δωρεάς οργάνων και ποσοστό 63.3% δήλωσε πως η αναζήτηση δυνητικών πτωματικών δοτών είναι αρμοδιότητα του συντονιστή μεταμοσχεύσεων, περίπου οι μισοί έκριναν ότι δεν χάνονται κατάλληλοι δότες, εγείροντας το ερώτημα κατά πόσον οι νοσηλευτές γνωρίζουν ποιοι ασθενείς δύναται να αποτελούν δυνητικούς δότες οργάνων. Το χαμηλό ποσοστό της τάξης του 45.5% που δήλωσε ότι γνωρίζει για το θεσμό του συντονιστή μεταμοσχεύσεων, δεν συνάδει με το ποσοστό 85% - 94% που απάντησε ορθά στις ερωτήσεις σχετικά με τις αρμοδιότητες του συντονιστή μεταμοσχεύσεων γεγονός που δύναται να οφείλεται σε υπόθεση από μέρους των νοσηλευτών ως προς το ποιες πρέπει να είναι οι αρμοδιότητες του συντονιστή μεταμοσχεύσεων.

Συμπέρασμα 7. Η άποψη των νοσηλευτών ότι ο συντονιστής μεταμοσχεύσεων πρέπει να είναι νοσηλευτής (58.8%) ενώ μόλις 3 στους 10 (ποσοστό 32.7%) έκριναν ότι πρέπει να είναι ιατρός, πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι οι διορισμένες συντονίστριες μεταμοσχεύσεων στην Κύπρο είναι νοσηλεύτριες ή να θεωρούν πως οι νοσηλευτές στην Κύπρο μπορούν και είναι ικανοί να αναλάβουν ένα τόσο σημαντικό ρόλο. Πρόσθετα μπορεί να ειπωθεί η αναξιοπιστία προς το ιατρικό επάγγελμα.

Συμπέρασμα 8. Η άγνοια των νοσηλευτών ως προς το που πρέπει να απευθυνθούν για να υπογράψουν κάρτα δότη, ποσοστό της τάξεως του 66.4%, δήλωσε τη συνεχή ελλιπή ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας σε θέματα που άπτονται της δωρεάς και μεταμόσχευσης οργάνων, καθώς και τον υποβαθμισμένο ρόλο του συντονιστή μεταμόσχευσης. Το συμπέρασμα συνάδει με το ποσοστό 68.5% που δήλωσε ότι παρά τη θετική του πρόθεση στη δωρεά οργάνων, χρειάζεται περισσότερες πληροφορίες, ποσοστό που συνάδει με την κλίμακα ορθής γνώσης (0.6).

Συμπέρασμα 9. Η μειωμένη εμπειρία των νοσηλευτών σχετικά με τη δωρεά οργάνων, συνάδει με το αποτέλεσμα ότι μόλις 5 στους 10 συμφώνησαν απόλυτα ότι η μεταμόσχευση οργάνων σώζει ζωές και 6 στους 10 συμφώνησαν απόλυτα ότι οι μεταμοσχεύσεις οργάνων δίνουν δικαίωμα στη ζωή, είναι δώρο ζωής και είναι χρήσιμες και αναγκαίες. Επιπλέον, η μειωμένη εμπειρία των νοσηλευτών φαίνεται να επηρεάζει τη θετική τους πρόθεση στη δωρεά οργάνων καθώς ποσοστό 59.6% διαφώνησε ότι θα επηρεαζόταν από οικείο του άτομο που είναι δότης, ενώ 54.8%

διαφώνησε ότι έχει ευαισθητοποιηθεί από οικείο του πρόσωπο που χρειάστηκε μύσχευμα.

Συμπέρασμα 10. Ποσοστό 79.0% συμφώνησε πως δεν γίνεται σωστή και πλήρης ενημέρωση του κοινού σχετικά με τη δωρεά οργάνων, με αποτέλεσμα οι επαγγελματίες υγείας και ο πληθυσμός να έχουν αρνητική στάση. Ωστόσο, οι νοσηλευτές ως επαγγελματίες υγείας συμμετέχουν σε συνέδρια και σεμινάρια σχετικά με τις μεταμοσχεύσεις οργάνων σε ποσοστό 46.3% και 55.6% αντίστοιχα. Δύναται να ειπωθεί ότι η παρακολούθηση θεμάτων που άπτονται τις μεταμόσχευσης οργάνων να μην αποτελεί θέμα ειδικού ενδιαφέροντος για τους νοσηλευτές Μ.Ε.Θ. αλλά να προτιμάται η συμμετοχή και παρακολούθηση σε διαφορετικού περιεχομένου θέματα. Ωστόσο, ποσοστό 88.0% έκρινε ότι πρέπει να γίνεται σωστή και πλήρης ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τη δωρεά οργάνων η οποία πρέπει να αρχίζει από την έναρξη της εκπαίδευσής τους, αναγνωρίζοντας τη σημαντικότητα του θέματος πιθανόν λόγω της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου κατά τη διάρκεια του οποίου οι συμμετέχοντες αντιλήφθηκαν πως ο βαθμός γνώσης τους είναι μειωμένος σχετικά με τα θέματα που διερευνά και ο οποίος διαπιστώθηκε από το μέσο όρο της κλίμακας της ορθής γνώσης.

Συμπέρασμα 11. Στη θετική πρόθεση δωρεάς οργάνων ποσοστό 60.2% συμφώνησε πως η θετική του στάση οφείλεται στο γεγονός ότι θέλει πραγματικά να βοηθήσει το συνάνθρωπό του, στάση η οποία κρίνεται σύμφωνη με τα ποσοστά αντίληψης (συμφωνώ απόλυτα) των νοσηλευτών σχετικά με τις μεταμοσχεύσεις οργάνων (Ενότητα ΣΤ).

Συμπέρασμα 12. Οι μισοί από τους συμμετέχοντες (ποσοστό 54.6%) συμφώνησαν ότι η παρουσία κενών στη Κυπριακή νομοθεσία σχετικά με τη δωρεά οργάνων επηρεάζει αρνητικά τη στάση τους. Το οξύμωρο αυτής της στάσης οφείλεται στο γεγονός ότι οι συμμετέχοντες δεν έχουν διαβάσει το περιεχόμενο της σχετικής νομοθεσίας, ώστε να κρίνουν αντικειμενικά και να έχουν κατ' ιδίαν άποψη επί της νομοθεσίας και του περιεχομένου της. Επισημαίνεται για ακόμη μια φορά η παραπληροφόρηση επί του θέματος ή μπορεί να ειπωθεί ότι οι συμμετέχοντες θεωρούν με προσωπική τους άποψη ότι δεν δύναται η νομοθεσία να μην παρουσιάζει κενά. Αυτό ίσως οφείλεται στην κρίση των θεσμών που υφίσταται η Κύπρος λόγω

οικονομικής κρίσης, με διάφορα σκάνδαλα να αναδύονται στην επιφάνεια και παρατηρώντας ότι εφόσον κανείς δεν τιμωρείται, τότε η κάθε νομοθεσία παρουσιάζει κενά.

Συμπέρασμα 13. Οι θρησκευτικές αντιλήψεις και πεποιθήσεις των νοσηλευτών παρουσιάζουν ανομοιομορφία καθώς ποσοστό 69.7% δήλωσε πως δεν περιμένει να μάθει ποια είναι η θέση της εκκλησίας με σκοπό να υπογράψει κάρτα δότη, ενώ στη θετική πρόθεση στη δωρεά οργάνων ποσοστό 84.5% (συμφωνώ 48.1% - συμφωνώ απόλυτα 36.4%) δήλωσε πως η μεταμόσχευση οργάνων είναι σύμφωνη με τις θρησκευτικές του πεποιθήσεις. Το συμπέρασμα που εξάγεται είναι πως είτε οι νοσηλευτές υποθέτουν ότι η εκκλησία είναι θετική στη δωρεά οργάνων καθώς διενεργούνται μεταμοσχεύσεις οργάνων στην Κύπρο, είτε θεωρούν ότι η απόφαση στη δωρεά πρέπει να αποτελεί ατομική απόφαση μη επηρεαζόμενη από τη θρησκεία. Επιπλέον, μπορεί να ειπωθεί η αμφισβήτηση του θεσμού της εκκλησίας από τους συμμετέχοντες.

Συμπέρασμα 14. Στη διερεύνηση της θετικής πρόθεσης ποσοστό 60.5% δήλωσε πως προτίθεται να γίνει δότης οργάνων καθώς ένα όργανό του θα παραμείνει ζωντανό και μετά το θάνατό του (41.4% συμφωνώ και 19.1% συμφωνώ απόλυτα), ενώ μεγαλύτερο ποσοστό 89.6% (ίσο ποσοστό του 44.8% διαφωνώ και διαφωνώ απόλυτα) δήλωσε πως δεν του είναι απεχθές η ύπαρξη ενός οργάνου του σε ένα άλλο ανθρώπινο σώμα. Τα δύο ποσοστά δεν συνάδουν μεταξύ τους, ωστόσο μπορεί να ειπωθεί πως η πρόθεση στη δωρεά οργάνων σχετίζεται με δίλημμα των συμμετεχόντων στη διατήρηση της ίδιας ζωής του ατόμου μετά θάνατον το οποίο στην ερώτηση εάν δεν έχει υπογράψει κάρτα δότη γιατί δεν αποφάσισε ποια όργανά του θέλει να δωρίσει ποσοστό 56.6% συμφώνησε.

Συμπέρασμα 15. Η απόφαση για δωρεά οργάνων παρουσιάζεται ως αποκλειστικά ατομική απόφαση καθώς οι συμμετέχοντες δεν αναμένουν από τρίτα άτομα να συμμετάσχουν με σκοπό να υπογράψουν κάρτα δότη (89.6%) και δεν επηρεάζονται από οικείους στη θετική πρόθεση για δωρεά οργάνων σε ποσοστό 71.6% (διαφωνώ 59.6% και διαφωνώ απόλυτα 12.0%).

Τελικό Συμπέρασμα: Το ερωτηματολόγιο κατάφερε να διερευνήσει το βαθμό γνώσεων των νοσηλευτών σχετικά με την Κυπριακή νομοθεσία, τον εγκεφαλικό θάνατο και το θεσμό του συντονιστή μεταμοσχεύσεων και να αναδείξει πως ο βαθμός γνώσης τους επηρεάζει τη στάση και τις αντιλήψεις τους σχετικά με τη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων. Παρότι, μέσω του ερωτηματολογίου αναδεικνύονται οι παράγοντες που επηρεάζουν τόσο τη στάση όσο και την αντίληψή τους επί του θέματος, είναι ωστόσο συγκεκριμένοι καθώς χαμηλά ποσοστά σε ερωτήσεις γνώσεων δεν συνάδουν με υψηλά ποσοστά απαντήσεων σε θέματα διερεύνησης της συγκεκριμένης γνώσης επί του θέματος που διερευνάται.

Αναντίρρητα, η αναγκαιότητα βελτίωσης του παρόντος μεταμοσχευτικού προγράμματος στην Κύπρο κρίνεται επιτακτική σύμφωνα με τα στατιστικά αποτελέσματα και συμπεράσματα της έρευνας. Το μεγάλο κενό γνώσεων που παρουσιάζει η κλίμακα ορθής γνώσης καθώς και η άποψη των νοσηλευτών για έγκυρη και ουσιώδη ενημέρωση σε θέματα που άπτονται της δωρεάς και μεταμόσχευσης οργάνων επιβάλλουν ουσιαστικές και άμεσες αλλαγές στο υπάρχον σύστημα. Οι αλλαγές δε, δεν δύναται να είναι μονόπλευρες καθότι η δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων ως πολυσύνθετη διαδικασία εμπλέκει ολόκληρη την κοινωνία. Οι τομείς που αγγίζει ένα μεταρρυθμιστικό σύστημα στη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων, είναι νομοθετικοί, οργανωτικοί, οικονομικοί, κοινωνικοί και επιστημονικοί. Η επισήμανση των Manyalich, M. Gusah, X. Paez, G. (2013), στο ευρωπαϊκό εκπαιδευτικό πρόγραμμα στη δωρεά οργάνων, το οποίο στέφθηκε με επιτυχία, αφορά την πολυπαραγοντική προσέγγιση που ένα μεταρρυθμιστικό σύστημα οφείλει να έχει και δεν αφορά μόνο την κοινωνική ενημέρωση, τις εκστρατείες ενημέρωσης μέσω των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης, τις θρησκευτικές και ηθικές αντιλήψεις της κοινωνίας και τη νομοθετική ρύθμιση αλλά κυρίως την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στη δωρεά οργάνων, τη συμμετοχή τους στην αναγνώριση του πιθανού δυνητικού δότη, την φροντίδα αυτού και τη συμπαράσταση της οικογένειάς του και κυρίως την προώθηση του θεσμού του συντονιστή μεταμοσχεύσεων.

Πρωτίστης σημασίας αποτελεί η διαμόρφωση θετικής άποψης των επαγγελματιών υγείας σε θέματα δωρεάς οργάνων. Η δημιουργία Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων Κύπρου και η δημιουργία ενός ολοκληρωμένου διαδικτυακού

ισοτόπου, με ανοικτή πρόσβαση προς το κοινό συμπεριλαμβάνοντας όλες τις απαραίτητες πληροφορίες που αφορούν τη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων στην Κύπρο υπό την εποπτεία του Συμβουλίου Μεταμοσχεύσεων Κύπρου θα συμβάλει στην απόκτηση έγκυρων πληροφοριών και μείωση της παραπληροφόρησης.

Η απόφαση δημιουργίας Παγκύπριας Ημέρας ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του κοινού σχετικά με τη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων, κατά την οποία μέσω των Μέσω Μαζικής Ενημέρωσης θα γίνεται ενημέρωση του κοινού και θα δίδεται η ευκαιρία διευκρίνησης σε καίρια ερωτήματα, δύναται να αποτελέσει σημαντικό σημείο ενδιαφέροντος για τους επαγγελματίες υγείας κυρίως με ενεργή συμμετοχή τους στην εν λόγω ημερίδα. Η δημόσια επιβράβευση ατόμων που εν ζωή δώρισαν όργανό τους και των οικογενειών πτωματικών δωτών που συναίνεσαν στη δωρεά οργάνων του οικείου τους πτωματικού δότη με σκοπό τη σωτηρία συνανθρώπων τους καθώς και η συμμετοχή ληπτών οργάνων και ο βαθμός που η μεταμόσχευση βελτίωσε την ποιότητα ζωής τους, αποτελεί βασικό κλειδί στην αναθεώρηση της ατομικής συμπεριφοράς και αντίληψης του ατόμου στο θέμα της δωρεάς οργάνων. Το Health Resources and Services Administration (HRSA) υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών των Ηνωμένων Πολιτειών, δίδει πιστοποιητικό εκτίμησης (Εικόνα 10.1.) στις οικογένειες πτωματικών δωτών που συναίνεσαν στη δωρεά οργάνων και μπορεί να αποτελέσει παράδειγμα προς μίμηση για την Κύπρο με σκοπό την προώθηση της δωρεάς οργάνων τόσο από ζώντες δότες όσο και από πτωματικούς δότες.

Εικόνα 10.1.



Πηγή: <http://www.quora.com/How-can-organ-donation-rates-be-improved>

Η επανεξέταση του Νόμου 127(1)/2012, η αποσαφήνιση και αναθεώρηση των άρθρων στα οποία τίθενται ερωτήματα στο Κεφάλαιο 7, Ενότητα 7.8 (σ.120) είναι υψίστης σημασίας για διατήρηση της εμπιστοσύνης του πληθυσμού και των επαγγελματιών υγείας στις διαδικασίες του μεταμοσχευτικού συστήματος. Ασάφειες, παραλείψεις και αβεβαιότητα ως προς τις διαδικασίες, συμβάλλουν στη διχογνωμία αρμοδιοτήτων και καθηκόντων των εμπλεκομένων.

Ο ρόλος του συντονιστή μεταμοσχεύσεων στη Κύπρο, αναντίρρητα χρήζει άμεσης προώθησης στο βαθμό που να συνάδει με τις διεθνείς πρακτικές και τάσεις και η επιβολή της παρουσίας του στα νοσοκομεία που δύναται να προκύψει δυνητικός δότης οργάνων κρίνεται όπως επιβληθεί νομοθετικά. Η εμπλοκή του συντονιστή μεταμοσχεύσεων στην αναβάθμιση όλων των λειτουργικών διαδικασιών και πρωτοκόλλων που αφορούν τη μεταμοσχευτική διαδικασία όπως σωστά διαμορφωμένου πρωτοκόλλου διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου και φροντίδας πτωματικού δότη οργάνων, με επικύρωσή τους από το Συμβούλιο Μεταμοσχεύσεων Κύπρου είναι απαραίτητη καθώς αυτοί αποτελούν τους επαγγελματίες υγείας με ειδική και κατάλληλη εκπαίδευση επί αυτών των θεμάτων. Χρήζει όπως η διάγνωση εγκεφαλικού θανάτου διενεργείται εφόσον ο συντονιστής μεταμοσχεύσεων έχει διαπιστώσει πως τηρούνται οι προϋποθέσεις διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου και συνυπογράφει το πρωτόκολλο διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου με αναφορά πως οι προϋποθέσεις τηρήθηκαν και οι κλινικές δοκιμασίες διενεργήθηκαν σωστά από τους ιατρούς που τις διενήργησαν. Απώτερος σκοπός η εξάλειψη κάθε αμφισβήτησης από τους επαγγελματίες υγείας εργαζόμενους στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας ως προς τη σωστή και αυστηρή τήρηση των διαδικασιών σε βαθμό που η εμπιστοσύνη τους να μη δύναται να κλονιστεί. Σημαντική προσθήκη στις αρμοδιότητες του συντονιστή μεταμοσχεύσεων στην Κύπρο πρέπει να προστεθεί η διατήρηση μητρώου δυνητικών δοτών που δεν κατέληξαν πραγματικοί δότες με πλήρη αναφορά στους λόγους που συνέβαλαν στη μη δωρεά με στόχο να διερευνηθούν τα αίτια και να αντιμετωπιστούν.

Η αναβάθμιση του νομοθετικού συστήματος, η προώθηση της δωρεάς οργάνων στο κοινό με σωστή και στοχευόμενη χρήση των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης, επιτάσσει μετέπειτα την ουσιώδες ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας στα θέματα δωρεάς και μεταμόσχευσης οργάνων. Αναντίρρητα, οι διαλέξεις, τα σεμινάρια, τα συνέδρια αποτελούν βασικό σκέλος της ενημέρωσης. Ωστόσο, παρατηρείται στην

πλειονότητα των συνεδρίων να παρουσιάζεται η χρησιμότητα των μεταμοσχεύσεων με παρουσίαση στατιστικών δεδομένων. Αντιθέτως, η στοχευόμενη εκπαίδευση πρέπει να αφορά θέματα που αφορούν τη δωρεά οργάνων όπως η παρουσίαση του νομοθετικού πλαισίου της Κύπρου, τον εγκεφαλικό θάνατο και το πρωτόκολλο διάγνωσης του και το θεσμό του συντονιστή μεταμοσχεύσεων.

Σύμφωνα με την Tamburri, L. (2011), η δωρεά οργάνων αποτελεί προϊόν συνεργασίας της ομάδας μεταμόσχευσης, του συντονιστή μεταμόσχευσης, των νοσηλευτών που εργάζονται στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, της διοίκησης του νοσοκομείου, των ιατρών, των κοινωνικών λειτουργών, των θρησκευτικών ηγετών, της οικογένειας του δότη και του λήπτη οργάνου. Ως προϊόν συνεργασίας, θεωρεί πως η ανάπτυξη ενός κοινού πνεύματος συνεργασίας θα αυξήσει τα ποσοστά δωρεάς οργάνων. Η προώθηση του πνεύματος συνεργασίας αφορά κατά κύριο λόγο τους νοσηλευτές που εργάζονται στις μονάδες εντατικής θεραπείας, οι οποίοι πρέπει να είναι εκπαιδευμένοι στα εξής θέματα:

- 1. Αναγνώριση δυνητικού δότη: Μάθετε πως να αναγνωρίσετε ένα δυνητικό δότη οργάνων στη μονάδα σας, εξοικειωθείτε με τα πρωτόκολλα της μονάδας σας, καλέστε το συντονιστή μεταμόσχευσης άμεσα.*
- 2. Συνεργαστείτε με το συντονιστή μεταμόσχευσης: Συστηθείτε στο συντονιστή μεταμόσχευσης κατά την αξιολόγηση του δυνητικού δότη και βοηθήστε τον να γίνει μέρος της ομάδας, ανταλλάξτε πληροφορίες και συνεργαστείτε στη φροντίδα του δότη.*
- 3. Γίνεται συνήγοροι του ασθενή σας και της οικογένειά του: Τιμήστε τις τελευταίες επιθυμίες των ασθενών σας, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που σχετίζονται με τη δωρεά. Αναγνωρίστε το δικαίωμα της οικογένειας να συναινέσει στη δωρεά οργάνων. Να είστε συμπονετικοί και επικοινωνιακοί με την οικογένεια.*
- 4. Εκπαιδεύστε τον εαυτό σας και τους συναδέλφους σας: Ενημερωθείτε για τα θέματα που άπτονται της δωρεάς οργάνων, συζητήστε με το συντονιστή μεταμόσχευσης και καλέστε τον να διεξάγει σεμινάρια ενδοϋπηρεσιακής κατάρτισης στη μονάδα σας.*
- 5. Γίνεται εσείς το άτομο που θα επιφέρει την αλλαγή: Μετά τη φροντίδα δυνητικού δότη οργάνων, κάντε την αυτοκριτική σας επί των πράξεών σας, συζητείστε με μέλη της μονάδας σας τις διαδικασίες και τα αποτελέσματα.*

Εστιάστε την προσοχή σας σε θέματα του συστήματος, αναγνωρίστε αλλαγές που πρέπει να γίνουν και διασφαλίστε μελλοντική επιτυχία στη φροντίδα του επόμενου δότη σας.

6. *Κατανοήστε τα δεδομένα: Ζητήστε τα στοιχεία της χώρας σχετικά με τα αποτελέσματα και τις διαδικασίες της δωρεάς οργάνων και συγκρίνεται τα με άλλων χωρών. Παρουσιάστε προτάσεις για βελτίωση των πρακτικών στη χώρα σας. Δεσμευθείτε και αναλάβετε ευθύνες στην εθνική προσπάθεια για αύξηση της δωρεάς οργάνων στη χώρα σας.*

Η Tamburri, L. (2011), πολύ εύστοχα επισημαίνει το σημαντικό ρόλο που έχουν να επιδείξουν οι νοσηλευτές στις Μ.Ε.Θ., στη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων. Το πλαίσιο στο οποίο πρέπει να εστιάσουν τα συνέδρια, τα σεμινάρια και οι διαλέξεις στη Κύπρο χρήζει αλλαγή πλευσης ώστε να στοχεύει στην αλλαγή της αντίληψης και της κουλτούρας μετατρέποντάς τη σε θετική προς τη δωρεά οργάνων. Η αλλαγή δύναται να επέλθει όχι μόνο με εκπαίδευση στα βασικά θέματα της δωρεάς και μεταμόσχευσης οργάνων αλλά και με πρακτική εμπλοκή των νοσηλευτών κατά τις διαλέξεις με σκοπό τη βαθύτερη και βιωματική κατανόηση των θεμάτων και της σοβαρότητας αυτών. Καμία αλλαγή δεν μπορεί να στεφθεί με επιτυχία αν ο τρόπος και οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για επίτευξη αυτής της αλλαγής δεν αλλάξει ριζικά και παραμείνει ο ίδιος.

Η περιθωριοποίηση του ζητήματος, είναι ιδιαίτερα έντονη στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας. Στην Κύπρο τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα τα προγράμματα σπουδαστών του νοσηλευτικού επαγγέλματος δεν περιλαμβάνουν καμία πληροφόρηση ή θεματολογία για τους σπουδαστές τους σε ένα τόσο σημαντικό ζήτημα. Καθότι στην πραγματικότητα θα αποτελέσουν τους μελλοντικούς συνηγόρους του ασθενή, η εμπειρισταωμένη γνώση, η εξοικείωση στο θέμα της δωρεάς και η απομυθοποίηση πολλών λανθασμένων απόψεων, θα συμβάλει στην ξεκάθαρη άποψη επί της χρησιμότητας και αναγκαιότητας των μεταμοσχεύσεων. Είναι επιτακτική η ανάγκη όπως το Συμβούλιο Μεταμοσχεύσεων Κύπρου θέσει ως άμεση προτεραιότητα την συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας και το Υπουργείο Παιδείας Κύπρου, με σκοπό την ένταξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων στα προγράμματα σπουδών των φοιτητών και η διοργάνωση σεμιναρίων, συνεδρίων και διαλέξεων από οργανωμένους φορείς θα πρέπει να περιλαμβάνει θέματα δωρεάς και

μεταμόσχευσης οργάνων. Εάν η πολιτεία και οι εμπλεκόμενοι φορείς της δεν σχεδιάσουν και υλοποιήσουν προγράμματα κατάρτισης και ενημέρωσης, τότε η προσδοκία για τον πρωταρχικό ρόλο που έχουν να επιδείξουν οι κατάλληλα ενημερωμένοι νοσηλευτές στην δημόσια υγεία, εκμηδενίζεται.

Η κουλτούρα αποτελεί ένα δεδομένο που επιδέχεται αλλαγής και αλλάζει σύμφωνα με τα νέα δεδομένα που προκύπτουν για κάθε χώρα. Η ευαισθητοποίηση κυρίως από νεαρή ηλικία σε θέματα δωρεάς οργάνων είναι επιτακτική. Στην Κύπρο, οι μαθητές της 1^{ης} τάξεως του Γυμνασίου, ενημερώνονται επί του ορισμού της μεταμόσχευσης οργάνων και ποια όργανα του ανθρώπινου οργανισμού δύναται να μεταμοσχευτούν στο μάθημα βιολογίας (Μπαίτελιαν, Α. Χατζηχαμπής, Α. Μαπούρας, Δ. 2012). Παρότι ως πρακτική είναι αξιόπαινη, η μετέπειτα ενημέρωση των μαθητών και του πληθυσμού με στόχο τη συνεχή επαγρύπνηση και ευαισθητοποίηση διακόπτεται και η ανάγκη ικανοποίησης για συνεχή ενημέρωση εναπόκειται στο ίδιο το άτομο.

Η ανάγκη αύξησης του αριθμού δοτών στην Κύπρο συμβαδίζοντας με τα Ευρωπαϊκά δεδομένα, επιτάσσει την ένταξη προγραμμάτων ενημέρωσης των επαγγελματιών υγείας και του πληθυσμού γενικότερα. Μόνο στα πλαίσια εκπαίδευσης και ενημέρωσης μπορεί να εξαιρεθεί το έλλειμμα που παρατηρείται στην προσφορά οργάνων κυρίως από πτωματικούς δότες και να προσφερθεί η ευκαιρία της μεταμόσχευσης σε όσο το δυνατόν περισσότερους ασθενείς.

Η παρούσα ερευνητική εργασία αποδεικνύει την σημαντική έλλειψη αποτελεσματικών προγραμμάτων εκπαίδευσης για τους επαγγελματίες υγείας στην Κύπρο σχετικά με τη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων και την ανάγκη ένταξή τους αναβαθμίζοντας το ρόλο που έχουν να διαδραματίσουν οι νοσηλευτές των Μ.Ε.Θ. σε όλες τις διαδικασίες της δωρεάς.

Η παρούσα διατριβή δύναται να αποτελέσει σημείο προβληματισμού για περαιτέρω έρευνα, όπως η δημιουργία ερωτηματολογίου που θα συμπεριλαμβάνει θέματα τα οποία δεν αναφέρονται στον παρόν ερωτηματολόγιο με σκοπό τη διερεύνηση της στάσης και της αντίληψης των επαγγελματιών υγείας σε θέματα που άπτονται σε διεθνώς ηθικούς προβληματισμούς. Πρόσθετα, η παρούσα διατριβή δύναται να συμβάλλει σε περαιτέρω έρευνα με σκοπό την εξακρίβωση του αριθμού δυνητικών

πτωματικών δοτών με κυκλοφορικό θάνατο, είτε μέσω μιας αναδρομικής μελέτης είτε μέσω προοπτικής μελέτης με χρήση πρωτοκόλλου με σαφή κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού δοτών. Ο σκοπός μιας τέτοιου είδους έρευνας είναι η διαπίστωση εάν η εν λόγω κατηγορία δοτών δύναται να συμβάλει στην αύξηση του ποσοστού μεταμοσχεύσεων από πτωματικούς δότες στην Κύπρο. Βεβαίως η διενέργεια ανάλυσης κόστους – ωφέλειας, ανάλυση κόστους – αποτελεσματικότητας και ανάλυση κόστους - χρησιμότητας για τα Κυπριακά δεδομένα μεταμοσχεύσεων, θα αποδείξει τον βαθμό που η Κύπρος δύναται να συμπεριλάβει την εν λόγω κατηγορία στα μεταμοσχευτικά της προγράμματα. Καίριο ζήτημα το οποίο άπτεται περαιτέρω έρευνας και χρήζει αν όχι άμεσης, σύντομης επίλυσής του, αφορά στη δημιουργία ενός πλήρους και σωστά διαμορφωμένου πρωτοκόλλου διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου με νευρολογικά κριτήρια καθώς και πρωτοκόλλου φροντίδας δυνητικού δότη συμβατά με τα νέα επιστημονικά δεδομένα και πρακτικές εγκεκριμένα από το Υπουργείο Υγείας Κύπρου και το Συμβούλιο Μεταμοσχεύσεων Κύπρου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενογλώσση Βιβλιογραφία

1. Aghayan, HR. Arjmand, B. Emami-Razavi. S.H. Jafarian, A. Shabanzadeh, AR. Jalali, F. Goodarzi, P. Jebelifar, S. (2009), 'Organ donation workshop – A survey on nurses' knowledge and attitudes toward organ and tissue donation in Iran', *The International Journal of Artificial Organs*, 2009 Octo. 32(10):739-744.
2. Agnese, G. Re, M. (2003), 'The Gods of Ancient Egypt', in Agnese G. & Re M. (eds), *Ancient Egypt: Art and Archeology*, The American University in Cairo Press, Egypt, pp.26-29.
3. Ahmed, F. Faruq, M.O. Ahsan, ASM. A. Fatena, K. (2013), 'Guillain-Barre Syndrome Masquerading as Brain Death', *Bangladesh Critical Care Journal* 1(1):53-55.
4. Alamo, J.M. Olivares, C. Jimenez, G. Bernal, C. Marin, L.M. Tinoco, J. Suarez, G. Serrano, J. Padillo, J. Gomez, M.A. (2013), 'Donor characteristics that are associated with survival in liver transplant recipients older than 70 years with grafts', *Transplant Proc.* 45(10):3633-3636. Abstract only.
5. Al-Baar, S. Basalamah, A. Hasan, K. Al-Sayyid, A. Jumuh'ah, A. Al-Hajim, G. (1985), 'The First Resolution on Organ Transplant' in Muslim World League, Resolution of Islamic Fiqh Council, From 1st to 18th Sessions During 1398-1427H (1977-2006), pp.199-202.
<http://themwl.org/downloads/Resolutions-of-Islamic-Fiqh-Council-1.pdf>
6. Albar, M. (1996), 'Islamic Ethics of Organ Transplantation and Brain Death', *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation* 7(2):109-114.
<http://www.sjkdt.org/article.asp?issn=1319-2442;year=1996;volume=7;issue=2;spage=109;epage=114;aulast=Albar>

7. Ambros, J.T. Grinyo Boira, J.M. (2007), 'Chapter 9.1.: Preservation Solutions' in TPM- Fundacio IL3– Universitat de Barcelona (eds), *Transplant Coordination Manual*, Limpergraf S.L., pp.167-184.
8. Andres, A. (2007), 'Chapter 4: Organ Viability Criteria', in TPM- Fundacio IL3– Universitat de Barcelona (eds), *Transplant Coordination Manual*, Limpergraf S.L., pp.63-91.
9. Australasian Transplant Coordinators Association (2008), National Guidelines for organ and tissue donation, 4th Edition, p. 1-80.
<http://www.atca.org.au/files/F.pdf>
10. Baron, L. (2005), 'Donation after Cardiocirculatory Determination of Death: A Review', Edmonton: *The Canadian Council for Donation and Transplantation*, Vancouver, February 17-20, p. 1-39.
<http://www.organsandtissues.ca/s/wp-content/uploads/2011/11/Review-Donation-Cardio.pdf>
11. Bernat, J.L., D'Alessandro, A.M., Port, F.K., Bleck, T.P., Heard, S.O., Medina, J., Rosenbaum, S.H., Devita, M.A., Gaston, R.S., Merion, R.M., Barr, M.L., Marks, W.H., Nathan, H., O'connor, K., Rudow, D.L. Leichtman, A.B. Schwab, P. Ascher, N.L. Metzger, R.A., Mc Bride, V. Graham, W. Wagner, D. Warren, J. Delmonico, F.L. (2006), 'Report of a National Conference on Donation after cardiac death' *American Journal of Transplantation* 6(2):281-291.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-6143.2005.01194.x/epdf>
12. Bernat, J.L., (2008), 'The Boundaries of Organ Donation after Circulatory Death', *The New England Journal of Medicine* 359:669-671.
<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp0804161>
13. Beauchamp, L.T. Childress, F.J. (2001), 'Part II Chapter 3 Respect for Autonomy', in Beauchamp L.T. and Childress F.J. (5th eds), *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, New York, pp. 57-60 (online).

http://books.google.com.cy/books?id=_14H7MOw1o4C&pg=PA57&source=gbs_toc_r&cad=3#v=onepage&q&f=false

14. Binnani, P. Bahadur, M.M. Gandhi, B. (2012), Renal Transplantation from Expanded Criteria Donors, in Dr Layron Long (ed.), *Renal Transplantation, Updates an Advances*, In Tech, Europe, pp.17-26.

<http://cdn.intechopen.com/pdfs-wm/29960.pdf>

15. Boneva, S.R. Folks, M.T. Chapman, E.L. (January 2001), 'Infectious Disease Issues in Xenotransplantation', *Clinical Microbiology Reviews* 14(1):1-14.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC88959/>

16. Breitowitz, Y.A. (1992), The Brain Death Controversy in Jewish Law. JEWISH ACTION, pp.61-80.

<https://www.hods.org/pdf/Breitowitz%20Brain%20Death%20Controversy.pdf>

17. Brierley, J. Hasan, A. (2012), 'Aspects of deceased organ donation in paediatrics', *British Journal of Anaesthesia*, 108(1):192-195.

http://bja.oxfordjournals.org/content/108/suppl_1/i92.full

18. Brennan, D.C. Ramos, E. (2013), Renal transplantation and the older adult patient. Uptodate, Wolters Kluwer Health.

http://www.uptodate.com/contents/renal-transplantation-and-the-older-adult-patient?source=search_result&search=kidney+transplantation&selectedTitle=33~150

19. Bresnahan, M. Mahler, K. (2010), 'Ethical debate over organ donation in the context of brain death', *Bioethics* 24(2):54-60.

20. British Transplantation Society - BTS (2003), '2.0. Transplantation in General' in Standards of solid organ transplantation in the United Kingdom, pp.2-17.

http://www.rcseng.ac.uk/surgeons/surgical-standards/docs/Standards_For_Solid_Organ_Tranplantation_UK1.pdf

21. British Transplantation Society - BTS (2013), United Kingdom Guidelines: Transplantation from Donors after Deceased Circulatory Death, pp.1-118.
<http://www.bts.org.uk/Documents/2013-02-04%20DCD%20guidelines.pdf>
22. Brock, D. (2004), Ethical issues in the use of cost effectiveness analysis for the prioritization of health resources, in Khushf G. (ed.), *Handbook of Bioethics: Taking stock of the field from a philosophical perspective*, Kluwer Academic Publishers, Netherlands, pp.353-380.
23. Brown, R. (1991), 'Introduction: II Ganesa in Indian Myth', in Brown R. (ed), *Studies of an Asian God*, Albany: State University of New York Press, pp.1-18.
<https://books.google.com.cy/books?isbn=0791406563>
24. Bugge, J.F. (2009), 'Brain death and its implications for management of the potential donor', *The Acta Anaesthesiologica Scandinavia Foundation* 53(10):1239-1250.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1399-6576.2009.02064.x/epdf>
25. Busuttil, R.W. Tanaka, K. (2003), 'The Utility of Marginal Donors in Liver Transplantation', *Liver Transplantation* 9(7):651-663.
<http://laitns.org/documents/August%20Journal%20Club.pdf>
26. Cameron, A. Massie, A. Alexander, C. Stewart, B. Montgomery, R. Benavides, N. Fleming, G. Segev, D. (2013), 'Social Media and Organ Donor Registration: The Facebook Effect', *American Journal of Transplantation* 13:2059-2065.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ajt.12312/pdf>
27. Chaib, E. (2008), 'Non-Heart Beating Donors in England', *Clinics* 63(1):121-134.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2664192/#b7-cln63_1p0121
28. Churchill, T.A. (2004), '19. Organ preservation for transplantation' in Kenneth B. Storey (ed), *Functional Metabolism: Regulation and Adaptation*, Hoboken: Wiley-Liss, pp. 529-555.
http://tachurchill.com/uploads/3/0/7/9/3079279/chap19_organ_preservation.pdf

29. Cloneorgans.com, (2015), Organ Cloning.
<http://www.cloneorgans.com/>
30. Cohen, E. (2006), Organ Transplantation: Defining the Ethical and Policy Issues, Staff Discussion Paper. In: The Presidents Council of Bioethics, Meeting Agenda, June 22-23, 2006.
https://bioethicsarchive.georgetown.edu/pcbe/background/staff_cohen.html
31. Cohen, J. Chernov, K. Ben-Shimon, O. Singer, P. (2002), 'Management of the Brain-Dead, Heart-Beating Potential Donor', *Israel Medical Association Journal* (IMAJ), 4:243-246.
<https://www.ima.org.il/FilesUpload/IMAJ/0/55/27745.pdf>
32. Conger, C. (2008), Could we clone our organs to be used in transplant? HowStuff Works.com, Life Science, Genetic Science.
<http://science.howstuffworks.com/life/genetic/cloned-organ-transplant.htm>
33. Cook, M. (2014), 'Dutch doctors to approve organ donation euthanasia', MercatorNet.
http://www.mercatornet.com/careful/view/dutch_doctors_to_approve_organ_donation_euthanasia/15244
34. Cooper, D.K. (1984), 'Orthotopic and heterotopic transplantation of the heart: the Cape Town experience', *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 66(4):pp. 228-234.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2492722/>
35. Cooper, D.K. (2012 Jan), 'A brief history of cross-species organ transplantation', *Baylor University Medical Center Proceedings* 25(1):49-57.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3246856/>
36. Council of Europe, (2004), Guide to safety and quality assurance for organs, tissues and cells. Council of Europe Publishing. Printed in Belgium 2004.
http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/GuideSecurity2_en.pdf

37. Council of Europe, (2004), Guide to safety and quality assurance for organs, tissues and cells, Appendix 5 – Additional protocol to the convention of human rights and biomedicine, on transplantation of organs and tissues of human origin. Strasbourg: Council of Europe Publications 2002. Printed in Belgium 2004, pp.87-95.

http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/GuideSecurity2_en.pdf

38. Davis, C.L. Delmonico, F.L. (2005), ‘Living-Donor Kidney Transplantation: A Review of the Current Practices for the Live Donor’, *Journal of the American Society of Nephrology* 16(7):2098-2110.

<http://jasn.asnjournals.org/content/16/7/2098.long>

39. de Rave, S. Hansen, B.E. Groenland, T.H. Kazemier, G. de Man, R.A. Metselaar, H.J. Terpstra, O.T. Tilanus, H.W. IJzermans, J.H. Schalm, S.W. (April 2005), ‘Heterotopic vs. Orthotopic Liver Transplantation for Chronic Liver Disease: A case control Comparison of Short Term and Long Terms Outcomes’, *Liver Transplantation* 11(4):396-401.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/lt.20376/pdf>

40. Detry, O. Laureys, S. Faymonville, M. De Roover, A. Squifflet, J. Lamy, M. Meurisse, M. (2008), ‘Organ donation after physician-assisted death’, *Transplant International*, Letter to the Editor, 21(9):915

http://www.coma.ulg.ac.be/papers/death/Transplant_int08.pdf

41. Dhammanada, K. (2001), *What Buddhist Believe*, Expanded 4th Edition, Buddhist Missionary Society Malaysia, Kuala Lumpur, Malaysia.

http://www.buddhanet.net/pdf_file/whatbelieve.pdf

42. Dominguez-Roldan, J.M. Gonzalez, P.I.J. Alfaro, C.G. (2007), ‘Chapter 5 Diagnosis of Death by Brain Criteria’ in TPM- Fundacio IL3– Universitat de Barcelona (eds), *Transplant Coordination Manual*, Limpergraf S.L., pp. 93-113.

43. Dominguez-Gil, B. Haase-Kromwijk, B. Van Leiden, H. Neuberger, J. Coene, L. Morel. P. Corinne, A. Muehlbacher, F. Brezovsky, P. Costa. A.N. Rozental, R.

Matesanz, R. on behalf of the European Committee (Partial Agreement) on Organ Transplantation. Council of Europe (CD-P-TO), (2011), 'Current situation of donation after circulatory death in European countries', *Transplant International*, European Society for Organ Transplantation 24(2011):676-686.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1432-2277.2011.01257.x/epdf>

44. Dove, L.M. Brown, R.S. (2015), 'Liver transplantation in adults: Patient selection and pretransplantation evaluation', *Uptodate*, Wolters Kluwer Health.

<http://www.uptodate.com/contents/liver-transplantation-in-adults-patient-selection-and-pretransplantation-evaluation>

45. Dunne, K. Doherty, P. (2011), 'Donation after circulatory death', *British Journal of Anaesthesia* 11(3):82-86.

<http://ceaccp.oxfordjournals.org/content/11/3/82.full>

46. English, V. Sommerville, A. (2003), 'Presumed consent for transplantation: a dead issue after Alder Hey?', *Journal of Medical Ethics* (2003), Volume 29, Issue 3: 147-152.

<http://jme.bmj.com/content/29/3/147.full>

47. Erin, C. Harris, J, (2003), 'An ethical market in human organs', *Journal of Medical Ethics*, 29:137-138.

<http://jme.bmj.com/content/29/3/137.full>

48. Europa.eu. (2004), EU Law and Publications, EUR-Lex, Access to European Union law.

http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/;ELX_SESSIONID=XmnLJPYLOGZwBDt9MjqJCp92P0ngGgwblm63jjn9Hn2y4WPpQNVv!-1426870866?uri=CELEX:32004L0023

49. Europa.eu. (2010), Summaries of Eu Legislation, Public health, Threats to health: Quality standards for human tissues and cell.

http://europa.eu/legislation_summaries/public_health/threats_to_health/c11573_en.htm

50. Europa.eu. - eur-lex.europa.eu (2010), ‘Directive 2010/45/EU of the European Parliament and of the Council of 7 July 2010 on standards of quality and safety of human organs intended for transplantation’, *Official J Eur Union* 2010; 53: 14–29.

http://health.gov.ie/wp-content/uploads/2014/03/Directive2010_53_EU.pdf

51. Europa.eu (2013), ACTOR study: EU Action Plan on Organ Donation and Transplantation (2009-2015), pp.1-250.

http://ec.europa.eu/health/blood_tissues_organs/docs/organs_actor_study_2013_en.pdf

52. Europa.eu, Newsletter Transplant (2013), International Figures On Donation and Transplantation – 2012, Vol.18, No1, September 2013, pp.34-37

http://ec.europa.eu/health/blood_tissues_organs/docs/ev_20131007_rd4_en.pdf

53. Europa.eu, 4th Journalist Workshop: On Organ Donation And Transplantation, 7 October 2013, Recent Facts and Figures.

http://ec.europa.eu/health/blood_tissues_organs/docs/ev_20131007_rd3_en.pdf

54. Europa.eu (2014), Journalist Workshop On Organ donation and transplantation, Recent Facts and Figures. 26 November 2014, Brussels, European Commission.

http://ec.europa.eu/health/blood_tissues_organs/docs/ev_20141126_factsfigures_en.pdf

55. Eurotransplant.org

<http://www.eurotransplant.org/cms/>

56. Fortin, M.C. Dion-Labrie, M. Hebert, M.J. Doucet, H. (2010), ‘The enigmatic nature of altruism in organ transplantation: a cross –cultural study of transplant physicians’ views on altruism’, *BMC Res Notes* 3:216.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3161367/>

57. Frinkelman, E. (1998), Kee Tetze: On the dignity of the human body in death. JWeekly.com

<http://www.jweekly.com/includes/print/8977/article/kee-tetze-on-the-dignity-of-the-human-body-in-death/>

58. Garwood, P. (2007), 'Dilemma over live-donor transplantation', *Bulletin of the World Health Organization*, Volume 85, Number 1, January 2007, 1-84.

<http://www.who.int/bulletin/volumes/85/1/07-020107/en/>

59. Gatrad, A.R. Sheikh, A. (2001), 'Medical ethics and Islam: principles and practice', *Archives of disease in Childhood* 84:72-75.

<http://adc.bmj.com/content/84/1/72.full>

60. Ghosh, V. (Mar 21 2012), What are the different types of transplantation?

Preserve Articles.com

<http://www.preservearticles.com/2012032128422/what-are-the-different-types-of-transplantation.html>

61. Gross, T. Marguccio, I. Martinoli, S. (2000), 'Attitudes of hospital staff involved in organ donation to the procedure', *Transpl Int* (200), 13; 351-356.

http://www.researchgate.net/publication/12274947_Attitudes_of_hospital_staff_involved_in_organ_donation_to_the_procedure_Transpl_Int

62. Gordon, J.K. McKinlay, J. (2012), 'Physiological changes after brain stem death and management of the heart-beating donor', *Continuing Education on Anaesthesia, Critical Care & Pain*, pp.1-5.

<http://ceaccp.oxfordjournals.org/content/early/2012/05/23/bjaceaccp.mks026.full>

63. Guibert, E.E. Petrenko, A.Y. Balaban, C.L. Somov, A.V. Rodriguez, J.V. Fuller, B.J. (2011), 'Organ Preservation: Current Concepts and New Strategies for the Next Decade', *Transfusion Medicine and Hemotherapy* 38(2):125-142.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3088735/>

64. Halachi Organ Donor Society. HOST Activities: Lectures.

<http://www.hods.org/hods-activities/lectures/>

65. Hamilton, D. (2012), *A History of Organ Transplantation: Ancient Legends to Modern Practice* in Hamilton D. (ed), The University of Pittsburgh Press, Pittsburgh.
66. Hamilton, D. (2014), 'Chapter 1 Kidney Transplantation: A History', in Morris P. and Knechtle J.S. (eds), *Kidney Transplantation – Principles and Practice*, 7th Edition, Oxford: Saunders, pp.1-9. (e-Book- Elsevier Saunders Inc)
67. Hardy, J.D. (1999), 'The First Lung Transplant in Man (1963) and the First Heart Transplant in Man (1964)', *Transplantation Proceedings* 31 pp.25-29.
http://www.sbccc.org.br/residentes/downloads/area_cientifica/Primeiro%20Transplante%20Humanos%20-%20Hardy%20-%201964.pdf
68. Harris, J. (2009), 'Deciding between patients', in Kuhse H. and Singer P. (eds), *A Companion in Bioethics*, Basil Blackwell, Oxford, pp.335-350.
69. Harvard Ad Hoc Committee Medical School Report, (1968), 'A Definition of Irreversible Coma, Special Communication', *The Journal of the American Medical Association* 205(6):85-88.
<http://www.colorado.edu/philosophy/PHIL4260/Harvard%20Ad%20Hoc%20Committee%20Definition%20of%20Irreversible%20Coma%20JAMA%201968.pdf>
70. Highleyman, L. (2010 April), 'Protect Study Finds One-third of Liver Transplant Patients Sustained Response Achieve Sustained Response to Pegylated Interferon plus Ribavirin', 45th Annual Meeting of the European Association for the Study of the Liver (EASL 2010), Vienna, pp. 14-18. HIV and Hepatitis.com
http://www.hivandhepatitis.com/2010_conference/easl/docs/0504_2010_b.html
71. Hume, DM. Williams, GM. White, JH. Ferre, J. Wolf, JS. Prout, Jr GR. Slapak, M. O'Brien, J. Kilpatrick, SJ. Kauffman, Jr M. Cleveland, RJ. (1966 Sep), 'Comparative results of cadaver and related donor renal homografts in man, and immunologic implications of the outcome of and paired transplants', *Annals of Surgery* 164(3):352-397.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1477286/>

72. Ibanez, J. Garcia, A. Caamano, E. Vazquez, M. (2007), 'Chapter 2 Donor detection, clinical evaluation and expanded criteria' in TPM- Fundacio IL3 Heures- Universitat de Barcelona (eds), *Transplant Coordination Manual*, Limpergraf S.L., pp.27-45.

73. International Transplant Nurses Society (2013), 'Transplant Options When You Don't Have a 'Good Match', Patient Education.

<http://www.itns.org/patienteducation.html>

74. Institute of Medicine (US), Division of Health Care Services, Committee On Non-Heart-Beating Transplantation II, the Scientific and the Ethical Basis for Practice and Protocols, National Academy Press (US), (2000), 'Appendix F: Non-Heart Beating Donation Protocols', in *Non-Heart-Beating Organ Transplantation: Practice and Protocols*, National Academy Press, Washington.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225012/#ddd00167>

75. Japan Organ Transplant Network Homepage, 'Donors and Transplants Data', 2014.

<http://www.jotnw.or.jp/english/2014data.html>

76. Jean-Paul, S. (2011), 'Chapter 1: The History of Kidney Transplantation: Past, Present, and Future (with Special References to the Belgian History)', in Prof. Jorge O. Andre J. (eds), *Understanding the Complexities of Kidney Transplantation*, In Tech, Croatia, p 1-39.

<http://www.intechopen.com/books/understanding-the-complexities-of-kidney-transplantation/the-history-of-kidney-transplantation-past-present-and-future-with-special-references-to-the-belgian>

77. Jewish Virtual Library, Jewish Medical Ethics: Organ Donation.

<https://www.jewishvirtuallibrary.org/jsource/Judaism/organ.html>

78. John Paul II. Address to the 18th International Congress of Transplantation Society, August 29, 2000, Rome. © Copyright 2000 - Libreria Editrice Vaticana.

http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/en/speeches/2000/jul-sep/documents/hf_jp-ii_spe_20000829_transplants.html

79. Johns Hopkins Medicine. Comprehensive Transplant Center.

- Positive Crossmatch and Sensitized Patients

http://www.hopkinsmedicine.org/transplant/programs/kidney/incompatible/positive_crossmatch.html

80. Jonsen, A.R. Veatch, R.M. Wlators, R. (1998), 'Chapter 3: 'Defining Death: Medical, Legal and Ethical Issues in the Definition of Death' in Jonsen A.R. Veatch R.M. Wlators R. (eds), *Source Book in Bioethics – A Documentary History*, Washington D.C.: George Town University Press, pp. 118-142.

81. Josep, M. (2007), 'Chapter 9 History of Transplantation', in TPM- Fundacio IL3– Universitat de Barcelona (eds), *Transplant Coordination Manual*, Limpergraf S.L., pp.441-466.

82. Keown, D. (2010), Buddhism, 'Brain Death and Organ Transplantation', *Journal of Buddhist Ethics* 17, pp.1-36. GoldSmiths Research Online, GoldSmiths University of London.

http://research.gold.ac.uk/3372/1/HIS_Keown_2010a.pdf

83. Kimber, R.M. Metcalfe, M.S. White, S.A. Nicholson M.L. (2001), 'Use of non-heart-beating donors in renal transplantation', *Postgraduate Medical Journal* 77:681-685.

<http://pmj.bmj.com/content/77/913/681.full>

84. Kluge, E. (1994), 'Drawing the ethical line between organ transplantation and lifestyle abuse', *Canadian Medical Association Journal*, vol.150(5):745-746.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1486371/?page=1>

85. Koostra, G. Van Heurn, E.V. (2007), 'Non heartbeating donation of kidneys for transplantation', *Nephrology* 3:154-163. (Abstract)

86. Kovacs Jr, C.S. Koval, C.E. Van Duin, D. Guedes de Morais, A. Gonzales, B.E. Avery, R.K. Mawhorter, S.D. Brizendine, K.D. Cober, E.D. Cyndee, M. Shrestha, R.K. Teixeira, L. Mossad, S.B. (2014), 'Selecting suitable solid organ transplant donors: Reducing the risk of donor – transmitted infections', *World Journal of Transplantation* 4(2):43-56.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4094952/>

87. Lazar, N.M. Shemie, S. Webster, G.C. Dickens, B.M. (2001), 'Bioethics for clinicians: 24. Brain Death', *Canadian Medical Association Journal* (CMAJ) 164(6):833-836.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC80882/>

88. Lennerling, A. Forsberg, A. Meyer, K. Nyberg, G. (2003), 'Motives for becoming a living kidney donor', *Nephrology Dialysis Transplantation* 19(6):1600-1605.

<http://ndt.oxfordjournals.org/content/19/6/1600.long>

89. Lillehei, C.R. Goott, B. Miller, A.F. (1959 Oct), 'The Physiological Response of the Small Bowel of the Dog to ischemia Including Prolonged in Vitro Preservation of the Bowel with Successful Replacement and Survival', *Annals of Surgery* 150(4):543-559.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1613469/>

90. Line, P-D. (2007), 'Chapter 11.2. Living Donor Renal Transplantation' in TPM-Fundacio IL3– Universitat de Barcelona (eds), *Transplant Coordination Manual*, Limpergraf S.L., pp. 245-257.

91. Ljungman P. Urbano-Ispizua A. Cavazzna-Calvo M. Demier T. Dini G. Einsele H. Gratwohl A. Madrigal A. Niederwieser D. Passweg J. Rocha V. Saccaardi R. Schouten H. Schmitz N. Socie G. Sureda A. Apperley J. (2006), 'Allogenic and autologous transplantation for haematological diseases, solid tumors, and immune disorders: definitions and current practice in Europe', *Bone Marrow Transplantation*, 37, pp.439-449.

<http://www.nature.com/bmt/journal/v37/n5/full/1705265a.html#tbl1>

92. Malani, P. (2013), 'New Law Allows Organ Transplants From Diseased HIV-Infected Donors to HIV-Infected Recipients', *Journal of the American Medical Association* 310(23):2492-2493.

<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1790890>

93. Manyalich, M. Guasch, X. Paez, G. Valero, R. Istrate, M. The ETPOD partner consortium (2012), 'ETPOD (European Training Program on Organ Donation): a successful training program to improve organ donation', *Transplant International* Volume 26(4):373-384.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/tri.12047/pdf>

94. Manyalich, M. Valero, R. Zapata, P.D. Duarte, P.G. (2007), 'Chapter 1 Transplant Procurement Management: Transplant Coordination Organization Model for the Generation of Donors', in TPM- Fundacio IL3 Heures–Universitat de Barcelona (eds), *Transplant Coordination Manual*, Limpergraf S.L., pp. 9-25.

95. Marcovitz, H. (2010 September), 'Chapter 2: History of Donation', in Zee V.A. and Lewis P. (eds). *Organ and Body Donation (Essential Viewpoints)*. North Mankato, Edina, Minnesota, United States, Abdo Publishing Company, pp.16-25.

96. Martin, P. DiMartini, A. Feng, S. Brown, R. Fallon, M. (2014), 'Evaluation for Liver Transplantation in Adults: 2013 Practice Guideline by the American Association for the Study of Liver Diseases and the American Society of Transplantation', *Hepatology* 59(3):1144-1165

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hep.26972/epdf>

97. Matesanz, R. (2002), 'Organ Donation, Transplantation and Mass Media', *Transplantation Proceedings* 35:987-989.

<http://www.ont.es/publicaciones/Documents/Articulos/2002/Organ%20Donation,%20Transplantation,%20and%20Mass%20Media.pdf>

98. Matesanz, R. Miranda, B. (1996), 'Organ donation-the role of the media and the public opinion', *Nephrology Dialysis Transplantation* 11: Editorial Comments, pp.2127-2128.

<http://ndt.oxfordjournals.org/content/11/11/2127.full.pdf>

99. Matten, M. Sliepcevich, E. Sarvela, P. Lacey, E. Woehlke, P. Richardson, C. Wright, W. (1991), 'Nurses' knowledge, attitudes, and beliefs regarding organ and tissue donation and transplantation', *Public Health Reports*, 1991 March – April, 106(2):155-166.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1580217/?page=1>

100. Mayo Clinic, (2015), Patient Care and Health Info, Tests and Procedures, Pancreas Transplant: Definition, Why it's done.

<http://www.mayoclinic.org/tests-procedures/pancreas-transplant/basics/definition/prc-20014239>

101. Mazzola, F.R. Mazzola, C.I (2013), 'History of reconstructive and aesthetic surgery', in Gurtner G. and Neligan C.P. (eds), *Plastic Surgery: Volume 1: Principles, 3rd Edition*, New York: Elsevier Saunders, pp.11- 29.

102. McKeown, D.W. Bonser, R.S. Kellum J.A. (2012), 'Management of the heartbeating brain-dead organ donor', *British Journal of Anaesthesia* 108(1):i96-i107.

http://bj.oxfordjournals.org/content/108/suppl_1/i96.full

103. McNicholl M.J, Downer V.M, Aidoo M, Hodge T, Udhayakumar V. (2000). 'Part II Public Health Assessment: Chapter 10, Public Health Assessment of Genetic Susceptibility to Infectious Diseases: Malaria, TB and HIV'. in Khoury J.M, Burke W, Thompson J.E, (eds) *Genetics and Public Health in the 21st Century: Using Genetic Information to Improve Health and Prevent Disease*. New York. Oxford University Press, New York. pp.173-202.

Published online by CDC –Center for Disease Control and Prevention, Atlanta, USA

<http://www.cdc.gov/genomics/resources/books/21stcent/chap10.htm>

104. Meier-Kriesche, H.U. Schold, J.D. Srinivas, T.R. Reed, A. Kaplan, B. (2004), 'Kidney Transplantation Halts Cardiovascular Disease Progression in Patients with End-Stage Renal Disease', *American Journal of Transplantation* 4:1662-1668.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-6143.2004.00573.x/pdf>

105. Metzger, R.A. Delmonico, F.L. Feng, S. Port, F.K. Wynn, J.J. Merion, R.M. (2003), 'Expanded criteria donors for Kidney transplantation', *American Journal of Transplantation* 3(s4):114-125.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1034/j.1600-6143.3.s4.11.x/full>

106. Middleton, S.J. Jamieson, N.V. (2005), 'The current status of small bowel transplantation in the U.K. and internationally' *Gut*. 54(11): 1650-1657.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1774742/#r32>

107. Miller, J. (1996), Patients Gaining More in Saying Surgery. *New York Times*

<http://www.nytimes.com/1996/08/25/nyregion/patients-gaining-more-say-in-surgery.html>

108. Miranda, B. Lucas, M. Felipe, C. Naya, M. Gonzalez-Posada, J. Matesanz, R. (1999), 'Organ donation in Spain. *Nephrology*', *Dialyses Transplantation* 14(3):15-21.

http://ndt.oxfordjournals.org/content/14/suppl_3/15.full.pdf

109. Murthy, C.T. (2009), 'Organ Donation: Intensive Care Issues in Managing Brain Dead', *Medical Journal Armed Forces India* (MJAFI) 65(2):155-160.

<http://medind.nic.in/maa/t09/i2/maat09i2p155.pdf>

110. Narinder, M.K. (2001), 'Histocompatibility Agents', *Encyclopedia of Life Sciences*, pp.1-6. Nature Publishing Group/www.els.net.

http://web.udl.es/usuaris/e4650869/docencia/GenClin/content/recursos_clase_%28pdf%29/revisionsPDF/HLA.pdf

111. Nobelprize.org. All Nobel Laureates in Physiology or Medicine.

http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/

112. NHS Blood and Transplant (NHSBT), Cost-effectiveness of transplantation. Last updated, October 2009.

https://nhsbtmediaservices.blob.core.windows.net/organ-donation-assets/pdfs/Organ_Donation_Registry_Fact_Sheet_7_21337.pdf

113. Nickkholgh, A. Weitz, J. Encke, J. Sauer, P. Mehrabi, A. Buchler, M.W. Schmidt, J. Schemmer, P. (2007), 'Utilization of extended donor criteria in liver transplantation: a comprehensive review of the literature', *Nephrol. Dial Transplant* 22(8):viii29-viii36.
http://ndt.oxfordjournals.org/content/22/suppl_8/viii29.full.pdf
114. Nolan, M.T. Walton-Moss, B. Taylor, L. Dane, K. (2004), 'Living kidney donor decision making: state of the science and directions for future research', *Progress in transplantation* 14(3):201-9. (Abstract)
115. Nuffield Council of Bioethics (1996), *Animal-to-Human Transplants: the ethics of xenotransplantation*, Nuffield Council of Bioethics, London, pp.1-168.
<http://nuffieldbioethics.org/wp-content/uploads/xenotransplantation.pdf>
116. O' Keefe, J.D. Matarese, L. (2006), 'Small Bowel Transplantation', *Current Gastroenterology Reports* 8(5):360-366.
117. Oliver, M. Woywodt, A. Ahmed, A. Saif, I. (2010), 'Organ donation, transplantation and religion', *Nephrology Dialysis Transplantation* 26:437-444.
<http://ndt.oxfordjournals.org/content/early/2010/10/20/ndt.gfq628.full#ref-51>
118. Onaca, N. Goldstein, MR. Levy, FM. Klintmalm, BG. (2003), 'Baylor Regional Transplant Institute: an update on liver, kidney, and pancreas transplantation', *Baylor University Medical Center Proceedings* 16(3):297-301.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1200785/>
119. Ortega, F. (2012), 'Chapter 2: Organ Transplantation in the 21th Century', in Lopez-Larrea C. Lopez-Vazquez A. Suarez Alvarez B. (eds), *Stem Cell Transplantation, Series: Advances in Experimental Medicine and Biology*, Vol.741, Landes Bioscience and Spring Science+Business Media LLC, New York, USA, pp.13-26.

120. Paul, V. Singh, P. John, S. (2013), 'Role of Mass Media in Social Awareness', *International Journal of Humanities & Social Sciences*, Vol 1 (01), August 2013, pp. 34-38. Gyandhara International Academic Publications (GIAP), India.

http://issuu.com/giapindia/docs/ijhss_vol_1_01_august_2013_isbn_9

121. Powner, D.J. Darby, J.M. Kellum, J.A. (2004), 'Proposed Treatment Guidelines for Donor Care', *Progress in Transplantation*, 14(1): p. 16-28. American Association of Critical-Care Nurses. NATCO.metapress.com.

<http://www.natco1.org/Publications/files/Treatment%20Guidelines%20for%20Donor%20Care.pdf>

122. Presse- Agentur D. (2001), 'Animal Organ Transplants Debated by Doctors', National Geographic, 2010.

http://news.nationalgeographic.com/news/2001/06/0606_wireorgans.html

123. Ridley, S. Bonner, K. Bray, S. Falvey, S. Mackay, J, Manara, A. and The Intensive Care Society's Working Group on Organ and Tissue Donation (2005), 'UK Guidance for non-heart-beating donation', *British Journal of Anaesthesia* 95(5):592-595.

<http://bj.a.oxfordjournals.org/content/95/5/592.full.pdf>

124. Rincon, F. (2013), 'Part 6, Neurologic disease in the critically ill, Chapter 62 Neurologic Criteria for death in adults' in Parillo, J.E. Dellinger, R.P. (eds), *Critical Care Medicine: principles of diagnosis and management in adults, 4th Edition*, Philadelphia: Elsevier Saunders Copyright 2014, pp. 1099, 1101, 1103.

<http://www.worldcat.org/title/critical-care-medicine-principles-of-diagnosis-and-management-in-the-adult/oclc/838447766/viewport>

125. Rispler-Chaim, V. (1989), 'Islamic medical ethics in the 20th century', *Journal of medical ethics* 15(4):203-208.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1375837/?page=1>

126. Roosevelt, D.F. (2007), 'Chapter 15: Mathieu Jaboulay', in Friedman S. (ed.), *A History of Vascular Surgery*, Oxford: John Wiley & Sons, pp.171.

127. Rozaidi, S.W. Sukro, J. Dan, A. (2000), 'The Health Care Professional's Attitudes Towards Brain Death and Cadaveric Organ Transplantation: The Influence of Cadaveric Donor and Transplantation Programs – A Malaysian Survey', *Medical Journal Malaysia*, Med J Malaysia Vol 55, No 4, Dec 2000, pp. 478-485.

http://www.e-mjm.org/2000/v55n4/Brain_Death.pdf

128. Sade, M.R. (2005), 'Transplantation at 100 Years: Alexis Carrel, Pioneer Surgeon', *The Annals of Thoracic Surgery* 2005; 80:2415-2418, Published by Elsevier Inc.

<http://academicdepartments.musc.edu/humanvalues/pdf/Transplantationat100years.pdf>

129. Savulescu, J. (1999), 'Should we clone human beings? Cloning as source of tissue for transplantation', *Journal of Medical Ethics*, 1999 Apr 25(2):87-95.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC479188/?page=1>

130. Scandiatransplant.org

<http://www.scandiatransplant.org/resources/AnnualScandiatransplantdatareport2014.pdf>

131. Schnakers, C. Majerus, S. (2012), 'Chapter 1: Behavioral Assessment and Diagnosis of Disorders of Consciousness' in Schnakers C. & Majerus S (eds), *Coma and Disorders of Consciousness*, London: Springer, pp.1-10.

132. Shemie, S.D. Ross, H. Pagliarello, J. Baker, A.J. Greig, P.D. Brand, T. Cockfield, S. Keshavjee, S. Nickerson, P. Rao, V. Guest, C. Young, K. Doig, C. (2006), 'Organ Donor Management in Canada: recommendations of the forum on Medical Management to Optimize Donor Organ Potential', *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)* 174(6):513-530.

<http://www.cmaj.ca/content/174/6/S13.full>

133. Shimazono, Y. (2007), 'The state of the international organ trade: a provisional picture based on integration of available information', *Bulletin of the World Health Organization*, Volume 85, Number 12, December 2007, 901-980.

<http://www.who.int/bulletin/volumes/85/12/06-039370/en/>

134. Shimizu, R. Kishi, K. (2012), 'Skin Graft', *Plastic Surgery International*, Volume 2012. 5 pages.

<http://www.hindawi.com/journals/psi/2012/563493/>

135. Smith, E. Delargy, M. (2005), 'Locked in Syndrome', *British Medical Journal* (BMJ) 2005 February 19;330(7488): 406-409.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC549115/>

136. Smith, M. (2015), 'Brain Death: time for an international consensus', *British Journal of Anesthesia* 108(1):16-19.

http://bja.oxfordjournals.org/content/108/suppl_1/i6.full

137. Smith, S.L. (2003), 'Organ and Tissue Donation and Recovery', *Medscape*, March 2003, pp.9-10.

<http://www.medscape.com/viewarticle/451208>

138. Smith, W. (2013), 'Hunt on for Disabled – Euthanasia Organ Donors', *National Review.com*. Human Exceptionalism.

<http://www.nationalreview.com/human-exceptionalism/357247/hunt-disabled-euthanasia-organ-donors-wesley-j-smith>

139. Stadlbauer, V. Steiner, P. Schweiger, M. Sereiningg, M. Tscheliessnigg, K-H. Freidl, W. Stiegler, P. (2013), 'Knowledge and attitude of ICU nurses, students and patients towards the Austrian organ donation law', *BMC Medical Ethics* 2013, pp.14:32.

<http://www.biomedcentral.com/1472-6939/14/32>

140. Starzi E.T. (2000), 'History of Clinical Transplantation', *World J. Surgical* 24(7):759-782.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3091383/>

141. Steering Committee of the Istanbul Summit, (2008), 'The Declaration of Istanbul on Organ Trafficking and Transplant Tourism', *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, September 2008, Vol. 3, No 5:1227-1231.

<http://cjasn.asnjournals.org/content/3/5/1227.long>

142. Stefanone, M. Anker, A. Evans, M. Feeley, T. (2012), 'Click to "like" organ donation: the use of online media to promote organ donor registration'; *Progress in Transplantation* 22(2):168-174.

http://www.buffalo.edu/content/dam/cas/communication/files/Stefanone/Stefanone%20et%20al%202012_Click%20to%20Like.pdf

143. Steinberg, A. (1999), 'Defining Death in Jewish Law: Traditional sources point to the cessation of breathing as the moment of death', *My Jewish Learning*, Reprinted with permission from *Medicine and Jewish Law* edited by Fred Rosner and published by Jason Aronson Publishers.

<http://www.myjewishlearning.com/article/defining-death-in-jewish-law/>

144. Sutherland, D.E. Gruessner, R.W. Dunn, D.L. Matas, A.J. Humar, A. Kandaswamy, R. Mauer, S.M. Kennedy, W.R. Goetz, F.C. Robertson, R.P. Gruessner, A.C. Najarian, J.S. (2001), 'Lessons Learned From More Than 1,000 Pancreas Transplants at a Single Institution', *Annals of Surgery*, 233(4):463-501.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1421277/>

145. Tamburri, A. (2006) 'The Role of Critical Care Nurses in the Organ Donation Breakthrough Collaborative', *Critical Care Nurse*, April 2006, 26(2):20-23.

<http://ccn.aacnjournals.org/content/26/2/20.long>

146. Thaler, R.H. (2009), Opting in vs. Opting Out. *The New York Times*, 27 September 2009, Economy, p.6.

http://www.nytimes.com/2009/09/27/business/economy/27view.html?_r=0

147. The Authors for the Live Organ Donor Consensus Group (2000), 'Consensus Statement on the live organ donor', *Journal of the American Medical Association* 284(22):2919-2926.

https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/jama_article.pdf

148. The Free Dictionary. By Farlex.

- Orthotopic Transplantation, Medical Dictionary, Cite: Miller-Keane Encyclopedia and Dictionary of Medicine, Nursing, and Allied Health, Seventh Edition. © 2003 by Saunders, an imprint of Elsevier, Inc.

<http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/orthotopic+transplantation>

- Autologous Transplantation, Medical Dictionary, Cite: Gale Encyclopedia of Medicine, Copyright 2008, The Gale Group Inc.

<http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/autologous+transplantation>

149. Trapianti in rete. South Alliance for Transplants.

<http://trapianti.net/en/sat-south-transplant-alliance/>

150. United Network for Organ Sharing, (2008), Talking about transplantation: Questions & Answers for Transplant Candidates about MELD and PELD, pp.1-5.

https://www.unos.org/docs/MELD_PELD.pdf

151. United States Holocaust Memorial Museum: From the Indictment.

<http://www.ushmm.org/information/exhibitions/online-features/special-focus/doctors-trial/indictment/count-two#F>

152. University Health Network, Bioethics Program (2008), Ethical Guidelines for the Evaluation of Living Organ Donors, pp.1-16.

http://www.uhn.ca/MOT/About/Documents/MOT_TransplantBioethics_EthicalGuidelines.pdf

153. University of Minnesota, (2004), Ethics of Organ Transplantation, *Center of Bioethics* (ed.), pp. 1-48.

http://www.ahc.umn.edu/img/assets/26104/Organ_Transplantation.pdf

154. UNODC – United Nations Office of Drugs and Crime, (2015), Emergency Crimes, Organ Trafficking.

<https://www.unodc.org/unodc/en/organized-crime/emerging-crimes.html>

155. UNOS.org - United Network for Organ Sharing: Theological Perspectives
http://www.unos.org/donation/index.php?topic=fact_sheet_9
156. U.S. Department of Health & Human Services, Health Resources and Services Administration, Organ Procurement and Transplantation Network, Glossary.
- Donation after circulatory death (DCD)
<http://optn.transplant.hrsa.gov/resources/glossary>
 - Living Donor (LD).
<http://optn.transplant.hrsa.gov/resources/glossary>
157. U.S. Department of Health & Human Services, Health Resources and Services Administration, Organ Procurement and Transplantation Network, OPTN Policies – effective 2/19/2015, (Homepage of the internet). Policy 2, pp.18-28.
http://optn.transplant.hrsa.gov/ContentDocuments/OPTN_Policies.pdf#nameddest=Policy_02
158. U.S. National Library of Medicine, National Institute of Health, (2013),. Pancreas Transplant. Medline Plus. Last updated 15 May 2013.
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/003007.htm>
159. U.S. National Library of Medicine, National Institute of Health, (2013), Skin graft. Medline Plus. Last updated 28 January, 2013.
<https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/002982.htm>
160. U.S. National Library of Medicine, (2015), Do-not-resuscitate order. Medline Plus. Last updated 5 July 2014.
<https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/patientinstructions/000473.htm>
161. Valero, R. Cazaro, J. (2007), ‘Chapter 10, Non-Heart-Beating Donors (Donors after Cardiac Death)’ in TPM- Fundacio IL3– Universitat de Barcelona (eds), *Transplant Coordination Manual*, Limpergraf S.L., pp. 201-232.

162. Whiting, J. Woodward, R. Zavala, E. Cohen, D. Martin, J. Singer, G. Lowell, J. First, M. Brennan, D. Schnitzler, M. (2000), 'Economic cost of expanded criteria donors in cadaveric renal transplantation: analysis of Medicare payments 1,' *Transplantation* 70(5):755-760. Abstract only, copyright 2015, Wolters Kluwer Health Inc.

http://journals.lww.com/transplantjournal/Abstract/2000/09150/ECONOMIC_COST_OF_EXPANDED_CRITERIA_DONORS_IN.7.aspx

163. Veatch, R.M. (2000), 'Chapter One, Introduction: Religious and Cultural Perspectives on Organ Transplantation' in Veatch R (ed), *Transplantation Ethics*, Georgetown University Press, Washington D.C. United States of America, pp. 1-37.

164. Veatch, R.M. Pitt, J.B. (1995), 'The Myth of Presumed Consent: Ethical Problems in New Organ Procurement Strategies', *Transplantation Proceedings* Vol.27, No2 (April), 1995: pp. 1888- 1892.

http://www.researchgate.net/publication/15472728_The_myth_of_presumed_consent_Ethical_problems_in_organ_procurement_strategies

165. Veith, I. (Translator), Rose K. (Foreword), (2002), 'Introduction Analysis of the Huang Ti Nei Ching Su Wen: Introduction to the Nei Ching', in Veith I. (ed). *The Yellow Emperor's Classic of Internal Medicine*, University of California Press Ltd, London England, pp.1-26.

166. Vilardell, M. Gainza, P.M. (2007), 'Chapter 11.1. Living Donors: General Aspects', in TPM- Fundacio IL3– Universitat de Barcelona (eds), *Transplant Coordination Manual*, Limpergraf S.L., pp. 233-244.

167. Villar, C. (2007), 'Chapter 7 Family approach for organ donation' in TPM- Fundacio IL3 Heures–Universitat de Barcelona (eds), *Transplant Coordination Manual*, Limpergraf S.L., pp.135-152.

168. Watson-Moss, B.J. Taylor, L. Nolan, M.T. (2005), 'Ethical Analysis of Living Organ Donation', *Progress in Transplantation* 15(3):303-309. Abstract.

169. Welbourn, H. (2014), 'A principlist approach to presumed consent for organ donation', *Clinical Ethics* 2014, Vol.9(1):10-16.

<http://cet.sagepub.com/content/9/1/10.full.pdf+html>

170. White, R.J. Angstwum, H. De Paula, C. (eds.), '*Working Group on the Determination of Brain Death and its Relationship to Human Death*', 10-14 December 1989, Scripta Varia 83, Vatican City, 1992.

<http://www.casinapioiv.va/content/accademia/en/publications/scriptavaria/braindeath.html>

171. WHO (2005), Xenotransplantation.

<http://www.who.int/transplantation/xeno/en/>

172. WHO (2009), Global Glossary of Terms and Definitions on Donation and Transplantation, Geneva 2009.

<http://www.who.int/transplantation/activities/GlobalGlossaryonDonationTransplantation.pdf>

173. WHO – World Health Organization, (2010), Transplantation, Guiding Principles on Human Cell, Tissue and Organ Transplantation.

http://www.who.int/transplantation/Guiding_PrinciplesTransplantation_WHA63.22en.pdf

174. WHO (2015), Transplantation – Human Organ Transplantation

<http://www.who.int/transplantation/organ/en/>

175. World Population Review, Japan Population 2015. Population data via United Nations, 2014-09-13.

<http://worldpopulationreview.com/countries/japan-population/>

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

<http://www.neurologiaszakvizsga.usn.hu/pdfs/37.pdf>

177. Wijndicks, E.F.M. Varelas, P.N. Gronseth, G.S. Greer, D.M. (2010), 'Evidence-based guideline update: Determining brain death in adults: Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology', Special Article. *American Academy of Neurology* 74:1911-1918.

<https://www.aan.com/PressRoom/home/GetDigitalAsset/8470>

178. Wilkinson, D. Savulescu, J. (2012), 'Should we allow organ donation euthanasia? Alternatives for maximizing the number and quality of organs for transplantation', *Bioethics*, 26(1):32-48.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3267048/>

179. Wind, J. Faut, M. Van Smaalen, T.C. Van Heurn, E.L.W. (2013), 'Variability in protocols on donation after circulatory death in Europe', *Critical Care* 17(5):R217.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4057469/>

180. Wolfe, R.A. Ashby, V.B. Milford, E.L. Ojo A.O. Ettenger, R.E. Agodoa, L.Y. Held, P.J. Port, F.K. (1999), 'Comparison of Mortality in All Patients on Dialysis, Patients on Dialysis Awaiting for Transplantation, and Recipients of a First Cadaveric Transplant', *The New England Journal of Medicine* 341: 1725-1730.

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199912023412303#t=articleTop>

181. Zaltzman, J.S. (2005), 'Organ Donation after Cardiocirculatory Death: Allograft Outcomes', Edmonton: *The Canadian Council for Donation and Transplantation*, Vancouver, February 17-20, pp.1-25.

<http://www.organsandtissues.ca/s/wp-content/uploads/2011/11/Allograft-Outcomes.pdf>

182. Zhao, J. Gao, Z. Wang, K. (2011), 'Chapter 22 The transplant Operation and its surgical Complication', in Prof. Jorge Ortiz (ed) *Understanding the Complexities of Kidney transplantation*, InTechEurope, pp. 461-487.

<http://cdn.intechopen.com/pdfs-wm/19060.pdf>

183. Zivcic-Cosic, S. Busic, M. Zupan, Z. Pelcic, G. Juricic, M. Jurcic, Z. Ivanovski, M. Racki, S. (2013), 'Development of the Croatian model of organ donation and transplantation', *Croatian Medical Journal* 54(1):65-70.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3610255/>

Ελληνική Βιβλιογραφία

1. Αγγελοπούλου, Μ. (Ιούλιος – Σεπτέμβριος 2013), Πρόλογος. Αίμα: Αυτόλογη Μεταμόσχευση, Τόμος 4, Τεύχος 3, Περιοδική έκδοση της Ελληνικής Αιματολογικής Εταιρείας.

http://www.eae.gr/new2/periodiko/AIMA_2013-3_xoris-diafim.pdf

2. Αθανάσιος, Π. (2014), 'Μεταμοσχεύσεις και «εικαζόμενη συναίνεση»: οι νόμοι 2737/1999 και 3984/2011, η διεθνής εμπειρία και η ματιά προς το μέλλον', *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Τόμος 13, Τεύχος 3 (Ιούλιος – Σεπτέμβριος 2014), σ. 259-270.

<http://hypatia.teiath.gr/xmlui/bitstream/handle/11400/4674/%CE%9C%CE%95%CE%A4%CE%91%CE%9C%CE%9F%CE%A3%CE%A7%CE%95%CE%A5%CE%A3%CE%95%CE%99%CE%A3%20%CE%9A%CE%91%CE%99%20%CE%95%CE%99%CE%9A%CE%91%CE%96%CE%9F%CE%9C%CE%95%CE%9D%CE%97%20%CE%A3%CE%A5%CE%9D%CE%91%CE%99%CE%9D%CE%95%CE%A3%CE%97.pdf?sequence=1>

3. Ανευλαβής, Ε. (2001), 'Η ελεήμων θανάτωση (mercy killing) ή ευθανασία. Μια αποκλειστική διάζευξη', *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* (18)6.

<http://www.mednet.gr/archives/2001-6/pdf/555.pdf>

4. Αντωνάκης, Ε. (2008), 'Οι μεταμοσχεύσεις, Θέσεις της εκκλησίας και της πολιτείας', *Ραδάμανθς*, Περιοδική έκδοση του δικηγορικού συλλόγου Ηρακλείου, Τεύχος Ενδέκατο, Άνοιξη 2008, σ.38-49.

<http://dsh.gr/radamanthis/t11/files/assets/common/downloads/publication.pdf>

5. Αντωνιάδης, Α. Τακούδας, Δ. Παπανικολάου, Β. Ίμβριος, Γ. Γάκης, Δ. Παπαγιάννης, Α. Φούζας Ι. Βροχίδης, Δ. Μαντέλας, Μ. (2000), 'Μεταμόσχευση en

block νεογνικών και βρεφικών πτωματικών νεφρικών μοσχευμάτων: Προϋποθέσεις και προβληματισμοί', *Μεταμόσχευση Οργάνων & Ιστών* 5(1-3):13-16.

<http://www.vrochides.com/CV/contents/documents/tex6.pdf>

6. Αντωνιάδης, Ν. Σκλάβος, Α. (2010), 'Δότες Οργάνων; *Εταιρεία Αναισθησιολογίας και Εντατικής Ιατρικής Βορείου Ελλάδας*, Τόμος 20.41, σ.11-17.

http://anesthesia.gr/download/TOMOS_20/tefhos_41/11.pdf

7. Αρχιεπίσκοπος Χριστόδουλος, (2001), Εκκλησία και Μεταμοσχεύσεις. Στο Αρχιεπίσκοπος, Ομιλία κατά τα εγκαίνια του Κέντρου Βιοϊατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας.

http://www.ecclesia.gr/greek/archbishop/christodoulos.asp?id=89&what_main=1&what_sub=6&lang=gr&archbishop_heading=%CA%EF%E9%ED%F9%ED%DF%E1

8. Βασιλάκης, Γ. Βαφάκης, Π. Μαρινάκης, Α. Πωλιουδάκης, Μ. (2012), Βιοηθική: Τα όρια της Επιστήμης, 'Κλωνοποίηση'. Εργασία, ΓΕΛ Μοιρών.

<http://1lyk-moiron.ira.sch.gr/docs/prj2011-12/Bioithiki-Klonopoihsh.pdf>

9. Βιδάλης, Τ. (2008), 'Η εικαζόμενη συναίνεση', *Επιθεώρηση Βιοηθικής*, Τόμος 1, Τεύχος 1, Φθινόπωρο 2007 / Χειμώνας 2008, σ.107-111.

http://www.bioethicsreview.uoc.gr/Vol1/Issue1/v1i1a4_Vidalis.pdf

10. Γάκης, Δ. (2010), '05. Ο ρόλος του συντονισμού', *Εταιρεία Αναισθησιολογίας και Εντατικής Ιατρικής Βορείου Ελλάδος*, Τεύχος 20.41, Δεκέμβριος 2010, σ.39-47.

http://anesthesia.gr/download/TOMOS_20/tefhos_41/39.pdf

11. Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Ετήσια Έκθεση 2012, Υπουργείο Υγείας Κύπρου, σ. 29-31.

[http://www.moh.gov.cy/MOH/ngh/ngh.nsf/All/7424E5D1E39C46A1C2257C7B00451CE6/\\$file/%CE%95%CF%84%CE%AE%CF%83%CE%B9%CE%B1%20%CE%88%CE%BA%CE%B8%CE%B5%CF%83%CE%B7%202012.pdf](http://www.moh.gov.cy/MOH/ngh/ngh.nsf/All/7424E5D1E39C46A1C2257C7B00451CE6/$file/%CE%95%CF%84%CE%AE%CF%83%CE%B9%CE%B1%20%CE%88%CE%BA%CE%B8%CE%B5%CF%83%CE%B7%202012.pdf)

12. Γερολουκά – Κωστοπαναγιώτου, Γ. Σμυρνιώτης, Β. (2000), ‘Έντατική Θεραπεία και κεραυνοβόλος ηπατική ανεπάρκεια: Σύγχρονες μέθοδοι υποστήριξης της ηπατικής λειτουργίας’, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 13(3):285-292.

<http://www.mednet.gr/archives/2000-3/pdf/285.pdf>

13. Γεωργιλής, Κ. (2008), ‘Έλεγχος των ασθενών για ανθεκτικό στη μεθικιλίνη χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο’, *Ιατρικά Ανάλεκτα*, Τόμος Β, Τεύχος 20, Οκτώβριος - Δεκέμβριος 2008, σ.584-587. Τριμηνιαία έκδοση του ΔΘΚΑ Υγεία του Ομίλου Υγεία.

http://www.hygeia.gr/articlefiles/79-752-2009_10_22_gr.pdf

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

<http://oaji.net/articles/2015/1592-1422897536.pdf>

15. Γραφείο Τύπου και Πληροφοριών (2006), Κυπριακή Δημοκρατία.

<http://www.moi.gov.cy/moi/pio/pio.nsf/All/B34DE3658E236B78C2256D7F00389CB7?OpenDocument>

16. Γραφείο Τύπου και Πληροφοριών (2009), Δημοσιογραφική Διάσκεψη του Υπουργού Υγείας δρος Χρίστου Πατσαλίδη για τη Μ.Ε.Θ. του Νοσοκομείου Λεμεσού. Κυπριακή Δημοκρατία.

<http://www.moi.gov.cy/moi/pio/pio.nsf/All/157AB9A206C83B22C225765B004B8948?OpenDocument&print>

17. Εγκυκλοπαίδεια ΦΑΡΟΣ, Τόμος 9: Κένταυροι, Εκδόσεις Φάρος, Αθήνα 1979, σ. 124-125.

18. Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων (Ε.Ο.Μ.)

- Ανοσολογία και Ιστοσυμβατότητα

http://www.eom.gr/index.php?option=com_k2&view=item&id=58:%CE%B1%CE%BD%CE%BF%CF%83%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%AF%CE%B1

- Τι είναι μεταμόσχευση;

http://www.eom.gr/index.php?option=com_k2&view=itemlist&layout=category&task=category&id=31&Itemid=97&lang=el

- Μεταμόσχευση οργάνων – Ιστών – Κυττάρων

http://www.eom.gr/index.php?option=com_k2&view=itemlist&layout=category&task=category&id=31&Itemid=97&lang=el

- Ποια είναι η διαφορά μεταξύ δωρητή και δότη οργάνων

http://www.eom.gr/index.php?option=com_k2&view=itemlist&layout=category&task=category&id=31&Itemid=97&lang=el

- Ποια όργανα, ιστοί ή κύτταρα μπορούν να μεταμοσχευτούν;

http://www.eom.gr/index.php?option=com_k2&view=itemlist&layout=category&task=category&id=31&Itemid=97&lang=el

- Προϋποθέσεις

http://www.eom.gr/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=139&Itemid=143&lang=el

- ‘Ο συντονιστής μεταμοσχεύσεων’.

http://www.eom.gr/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=11&Itemid=130&lang=el

- ‘Τι είναι εικαζόμενη συναίνεση και γιατί δεν εφαρμόζεται στην Ελλάδα;’.

http://www.eom.gr/index.php?option=com_k2&view=item&id=114:%CF%84%CE%B9-%CE%B5%CE%AF%CE%BD%CE%B1%CE%B9-%CE%B7-%CE%B5%CE%B9%CE%BA%CE%B1%CE%B6%CF%8C%CE%BC%CE%B5%CE%BD%CE%B7-%CF%83%CF%85%CE%BD%CE%B1%CE%AF%CE%BD%CE%B5%CF%83%CE%B7-%CE%BA%CE%B1%CE%B9-%CE%B3%CE%B9%CE%B1%CF%84%CE%AF-%CE%B4%CE%B5%CE%BD-%CE%B5%CF%86%CE%B1%CF%81%CE%BC%CF%8C%CE%B6%CE%B5%CF%84%CE%B1%CE%B9-%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD-%CE%B5%CE%BB%CE%BB%CE%AC%CE%B4%CE%B1&Itemid=97&lang=el

19. Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδος (1999), Βασικές Θέσεις επί της Ηθικής των Μεταμοσχεύσεων.

<http://www.ecclesia.gr/greek/holysynod/committees/bioethics/k0005.htm>

20. Ελληνική Δημοκρατία, Υπουργείο Υγείας

- Δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων 2011

<http://www.moh.gov.gr/articles/news/320-prosxedio-nomoy-laquo-dwrea-kai-metamoskeysh-organwn-kai-alles-diatakseis-raquo>

21. Καλλιέρι, Μ. Καραμάνου, Μ. Μανδελάκη, Δ. Σκάρπας, Γ. Σαμαρά, Σ. Μαρινέλη, Φ. Ανδρούτσος, Γ. 2. Οι μεταμοσχεύσεις στη Μυθολογία, στην: *7^η Πανελλήνια Ημερίδα Ιστορίας της Ιατρικής, Ιστορία των μεταμοσχεύσεων*, Αθήνα, 14 Οκτωβρίου 2011, σ.50-51 (pdf). Υπό την αιγίδα του Ιδρύματος Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών και του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:flMKdT8de6EJ:www.bioacademy.gr/dfile/T5LT5mWHnsoVmdr57zl1Anf-qgy7PgpWIA/history-transplantations+&cd=1&hl=en&ct=clnk&gl=cy>

22. Καραμπίνης, Α. (2005), ‘Ο ρόλος της Μ.Ε.Θ. στη δωρεά οργάνων’ επιμέλεια Γραμματικοπούλου Ε. στο *Κοινωνία και Υγεία IV*, Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, σ.21-25.
<http://helios-eie.ekt.gr/EIE/bitstream/10442/854/1/M01.039.02.pdf>

23. Κοντογιάννη. Ε., (2004), ‘Θεραπευτική κλωνοποίηση: μια εκπληκτική πρόκληση.’, Περιοδικό ΚΡΑΜΑ.
http://www.ivf.gr/pressroom_82.html

24. Κρανιδιώτης, Γ. Γεροβασίλης, Β. Τασούλης, Α. Νανάς, Σ. (2010), ‘Προτελεύτια διλήμματα στη μονάδα εντατικής θεραπείας. Μη κλιμάκωση και απόσυρση της υποστηρικτικής της ζωής αγωγής’, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 27(1):18-36.
<http://www.mednet.gr/archives/2010-1/pdf/18.pdf>

25. Κωνσταντίνου, Α. (2010), *Διερεύνηση των γνώσεων του Νοσηλευτικού Προσωπικού στα Δημόσια Νοσοκομεία Ηρακλείου όσον αφορά τη δωρεά οργάνων*. MSc Thesis, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής.
http://mph.med.uoc.gr/images/HSA/konstantinou_2010.pdf

26. Κωστάκης, Α. (2005), *Ηθικά προβλήματα & Διλήμματα των Μεταμοσχεύσεων*. Transplantation.gr

http://www.transplantation.gr/article_patients.asp?patient_id=&medicine_id=6&category_id=&article_id=256

27. Λεξικό της κοινής νεοελληνικής, (2008), Πύλη για την Ελληνική γλώσσα, Νέα Ελληνική Γλώσσα.

http://www.greek-language.gr/greekLang/modern_greek/tools/lexica/triantafyllides/

28. Λουκά, Μ. (2010), 'Βλαστοκύτταρα – Κλωνοποίηση – Προβληματισμοί', Ομιλία μετά από πρόσκληση του Πολιτιστικού Συλλόγου «ΠΙΡΕΒΕΖΑ», Τεύχος 65.

http://www.elesme.gr/elesmegr/periodika/t65/t65_11.html

29. Μανιού, Μ. Ιακωβίδου, Ε. Κωστόπουλος, Ε. Πάλλη, Ε. Ζάραγκας, Σ. Σαλούστρου, Ε. (2009), 'Ο Συντονισμός των μεταμοσχεύσεων: Μέτρηση της συμπεριφοράς του Συντονιστή μεταμόσχευσης σε Μ.Ε.Θ. Γενικού Νοσοκομείου της Κρήτης', *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Τόμος 8^{ος}, Τεύχος 2^ο, Απρίλιος –Μάιος 2009.

[http://www.vima-](http://www.vima-asklipiou.gr/volumes/2009/VOLUME%2002_09/VA_OP_2_08_02_09.pdf)

[asklipiou.gr/volumes/2009/VOLUME%2002_09/VA_OP_2_08_02_09.pdf](http://www.vima-asklipiou.gr/volumes/2009/VOLUME%2002_09/VA_OP_2_08_02_09.pdf)

30. Μπαίτελμαν, Α. Χατζηχαμπής, Α. Μαπούρας, Δ. (2012), 'Κεφάλαιο 3 – Ανακαλύπτοντας την Οργάνωση των Ζωντανών Οργανισμών...' στο Μαπούρας Δ. (ed), *Βιολογία Α' Γυμνασίου, Βιβλίο Δραστηριοτήτων*, Υπουργείο Παιδείας και Πολιτισμού – Υπηρεσία Ανάπτυξης Προγραμμάτων, σελ.69-71.

31. Μπακάλης, Ν. Θεοδωρακοπούλου, Γ. (2010), 'Η στάση των φοιτητών νοσηλευτικής και των νοσηλευτών σχετικά με τις μεταμοσχεύσεις', *Ελληνικό Περιοδικό της νοσηλευτικής επιστήμης*, Τόμος 3, Τεύχος 4, Οκτώμβριος – Δεκέμβριος 2010, σ. 104-109.

http://journal-ene.gr/wp-content/uploads/2011/02/TOMOS3_TEFXOS4_GR.pdf

32. Μπαντές, Θ. (2015), 'Ο Αριστοτέλης, η αρετή του πολίτη και ο ελεύθερος άνθρωπος'. Ιστοσελίδα «Ερανιστής».

<http://eranistis.net/wordpress/2015/02/10/%CE%BF->

[%CE%B1%CF%81%CE%B9%CF%83%CF%84%CE%BF%CF%84%CE%AD%CE%BB%CE%B7%CF%82-%CE%B7-](http://eranistis.net/wordpress/2015/02/10/%CE%BF-%CE%B1%CF%81%CE%B9%CF%83%CF%84%CE%BF%CF%84%CE%AD%CE%BB%CE%B7%CF%82-%CE%B7-)

[%CE%B1%CF%81%CE%B5%CF%84%CE%AE-%CF%84%CE%BF%CF%85-%CF%80%CE%BF%CE%BB%CE%AF%CF%84%CE%B7-%CE%BA%CE%B1%CE%B9-%CE%BF/](#)

33. Μπολέτης, Ι.Ν. Μελεξοπούλου, Χ.Α. (2015), Χρόνια Νεφρική Νόσος. BIO Health.

<http://www.biomagazine.gr/index.php/site/article/28/2/BIO%20Health/xronia-nefrikh-nosos>

34. Νόμος 187(1)2007 - Ο περί προτύπων ποιότητας και ασφάλειας (Δωρεά, Προμήθεια, Έλεγχος, Επεξεργασία, Συντήρηση, Αποθήκευση και Διανομή) ανθρωπίνων ιστών, κυττάρων και παραγωγή προϊόντων νόμος του 2007, Κυπριακή Δημοκρατία.

http://www.cylaw.org/nomoi/arith/2007_1_187.pdf

35. Νόμος 127(1)2012 - Ο Περί αφαιρέσεων και μεταμοσχεύσεων των οργάνων ανθρώπινης προελεύσεως νόμος του 2012, Παγκύπριος Δικηγορικός Σύλλογος, Κυπριακή Δημοκρατία.

http://www.cylaw.org/nomoi/arith/2012_1_127.pdf

36. Όμιλος Υγεία, (2010).

- Τυποποίηση Αντιγόνων Ιστοσυμβατότητας, σ.1-2.

<http://stem-health.gr/docs/hla.pdf>

37. Παπανικολάου, Β. Τακούδας, Δ. Μαργάρη, Π. Βροχίδης, Δ. Γάκης, Δ. Ίμβριος, Γ. Παπαγιάννης, Α. Φούζας, Ι. Μαντέλας, Μ. Βισβάρδης, Μ. Μυσερλής, Γ. Βεργούλας, Γ. Καραμήτσος, Δ. Αντωνιάδης, Α. (2000), 'Μεταμόσχευσης νησιδίων παγκρέατος (Πρώτη κλινική εφαρμογή στην Ελλάδα)', *Μεταμόσχευση Οργάνων και ιστών* 5(1-3):9-12.

<http://www.vrochides.com/CV/contents/documents/tex5.pdf>

38. Παπασταύρου, Γ. Καραμάνου, Μ. Καλλιέρη Μ. Γκενεράλης, Γ. Τσουκαλάς, Γ. Σιδέρης, Γ. Ανδρούτσος, Γ. 9. Η ιστορία των δερματικών μεταμοσχεύσεων, στην 7^η Πανελλήνια Ημερίδα Ιστορίας της Ιατρικής, *Ιστορία των μεταμοσχεύσεων*, Αθήνα, 14

Οκτωβρίου 2011, σ.60-61 (pdf). Υπό την αιγίδα του Ιδρύματος Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών και του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:flMKdT8de6EJ:www.bioacademy.gr/dfile/T5LT5mWHnsoVmdr57z11Anf-qgy7PgpWIA/history-transplantations+&cd=1&hl=en&ct=clnk&gl=cy>

39. Σιδέρης, Γ. Καραμάνου, Μ. Μπεκιάρη, Α. Βελονάκη, Μ. Αρμένης, Ι. Μαρινέλη, Φ. Ανδρούτσος, Γ. 29. Η ιστορία μεταμόσχευσης λεπτού εντέρου στην: *7^η Πανελλήνια Ημερίδα Ιστορίας της Ιατρικής, Ιστορία των μεταμοσχεύσεων*, Αθήνα, 14 Οκτωβρίου 2011, σ.92-94. Υπό την αιγίδα του Ιδρύματος Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών και του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:flMKdT8de6EJ:www.bioacademy.gr/dfile/T5LT5mWHnsoVmdr57z11Anf-qgy7PgpWIA/history-transplantations+&cd=1&hl=en&ct=clnk&gl=cy>

40. Σταυροπούλου, Α. (2014), Βιοηθική και Ορθόδοξος Εκκλησία. Στο: Ιατρική Ευθύνη και Βιοηθική II, Σύγχρονες προσεγγίσεις και προοπτικές του μέλλοντος, Διεπιστημονικό Συνέδριο, 14-15 Μαρτίου, Αθήνα 2014, λήμμα στο Enciclopedia di Bioetica e Scienza giuridica.

<http://conferences.ionio.gr/mrbe2014/home>

41. Σταυρουλάκης, Ε. (2011), 7. Μεταμοσχεύσεις από το Μύθο στην πραγματικότητα στην: *7^η Πανελλήνια Ημερίδα Ιστορίας της Ιατρικής, Ιστορία των μεταμοσχεύσεων*, Αθήνα, 14 Οκτωβρίου 2011, σ.57-58. Υπό την αιγίδα του Ιδρύματος Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών και του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:flMKdT8de6EJ:www.bioacademy.gr/dfile/T5LT5mWHnsoVmdr57z11Anf-qgy7PgpWIA/history-transplantations+&cd=1&hl=en&ct=clnk&gl=cy>

42. Τζιαντζή, Μ. (1997), ‘Θεοί και Θνητοί’ in Αντωνάκου Σ. (ed), *Μύθοι από όλο τον κόσμο, Παγκόσμια Εικονογραφημένη Μυθολογία*, Αθήνα, ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ Α.Ε.Ε.Ε.,

σ.101-135. Πρωτότυπο βιβλίο από Philip, N. (1995), *The Illustrated Book of Myths – Tales and Legends of the World*, Dorling Kindersley Limited, London, 1995.

43. Υπουργείο Οικονομικών Κύπρου (2013), Επικαιροποιημένο Μνημόνιο Συναντίληψης Δεκέμβριος 2013 (Ανεπίσημη Μετάφραση).

<http://www.mof.gov.cy/mof/mof.nsf/All/307B9439AB112355C2257D5D0022C9A3?OpenDocument&highlight=%CE%BC%CE%BD%CE%B7%CE%BC%CF%8C%CE%BD%CE%B9%CE%BF>

44. Φακιολάς, Ε. (1993), 'Η θεώρηση της θρησκείας και ο σύγχρονος ρόλος της', *Θέσεις*, Τεύχος 42, Ιανουάριος-Μάρτιος 1993.

http://www.theseis.com/index.php?option=com_content&task=view&id=400&Itemid=29

45. Χαραλαμπίδου, Γ. Μεταμοσχεύσεις και δωρεά οργάνων στην Κύπρο. *Ο Φιλελεύθερος*, 18 Ιουνίου, 2014. Ηλεκτρονική πρόσβαση.

<http://www.philenews.com/el-gr/f-me-apopsi-eponymes-gnomes/385/204937/metamoscheyseis-kai-dorea-organon-stin-kypro>

46. Χατζηνικολάου, Ν. Αρχ. (2002), 'Θρησκευτικές πτυχές των μεταμοσχεύσεων', 4th *European Day on Organ Donation and Transplantation*, Λευκωσία – Κύπρος, 5 Οκτωβρίου, 2002. Κέντρο Βιοϊατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας, Ομιλίες.

http://www.bioethics.org.gr/05_frame.html

Internet sites

1. Quora.com

How can organ donation rates be improved.

<http://www.quora.com/How-can-organ-donation-rates-be-improved>

2. Organ Cloning, , WordPress (2015)

<http://www.cloneorgans.com/>

3. www.protothema.gr

<http://www.protothema.gr/greece/article/279108/kypros-sthn-ellada-gia-metamoskeysh-to-hpar-toy-34xronoy-drasth-lhsteias/>

4. www.newsbomb.gr

<http://www.newsbomb.gr/kypros/story/308028/kypros-zoi-se-okto-atoma-dinei-o-listis-ton-foyrnon>

5. - <http://misha.pblogs.gr>

6. <http://antiparakmi.blogspot>

http://antiparakmi.blogspot.com/2011/12/blog-post_13.html

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

A. Θεωρητικό Μέρος

A.1. Πρωτόκολλο Διάγνωσης Εγκεφαλικού Θανάτου του Υπουργείου Υγείας Κύπρου
(Το πρωτόκολλο δημιουργήθηκε από τον Δρ Γ. Μιξίδη, 2008)

**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΕΜΕΣΟΥ**



ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

**ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ
(Διάγνωση θανάτου με νευρολογικά κριτήρια)**

A. ΠΕΡΙΓΡΑΜΜΑ

Βασικά σημεία

Το πρωτόκολλο ισχύει από ηλικία ενός έτους και άνω.

Η διάγνωση εγκεφαλικού θανάτου είναι ΚΛΙΝΙΚΗ και εμπεριέχει την κρίση του Ιατρού.

Η κλινικές δοκιμασίες μπορούν να γίνουν μετά από τουλάχιστον 24 ώρες από την επάνοδο της κυκλοφορίας σε καρδιακή ανακοπή και τουλάχιστον 6 ώρες μετά την έλευση κώματος λόγω άλλης βαριάς εγκεφαλικής βλάβης.

Οι κλινικές δοκιμασίες πρέπει να γίνουν από 2 ιατρούς εγγεγραμμένους στο μητρώο Ιατρών Κύπρου και έχουν αναγνωρισμένη ειδικότητα από το Ιατρικό συμβούλιο Κύπρου. Οι Ιατροί αυτοί μπορεί να κάνουν την εξέταση χωριστά ή μαζί.

Η κλινικές δοκιμασίες επαναλαμβάνονται μετά από τουλάχιστον 6 ώρες.

Οι υποστηρικτικές δοκιμασίες γίνονται μόνο όταν οι Ιατροί που διεξάγουν την εκτίμηση κρίνουν ότι δεν ισχύει μία τουλάχιστον από τις προϋποθέσεις ή δεν μπορεί να ολοκληρωθεί τουλάχιστον μια από τις κλινικές δοκιμασίες (βλ. παρακάτω).

Προϋποθέσεις

Σαφώς διαγνωσμένη με κλινικά ή/και απεικονιστικά κριτήρια, βαριά μη αναστρέψιμη εγκεφαλική βλάβη που μπορεί να επιφέρει εγκεφαλικό θάνατο

Απουσία εμποδίων στην πλήρη κλινική αξιολόγηση. Αυτά είναι καταστάσεις που μπορεί να μιμηθούν εγκεφαλικό θάνατο ή καταστάσεις που εμποδίζουν την πλήρη κλινική εξέταση.

Κλινικές Δοκιμασίες

Κινητική αντίδραση στον πόνο.
Αντανακλαστικά εγκεφαλικών συζυγιών (στελέχους).
Δοκιμασία άπνοιας.

Υποστηρικτικές δοκιμασίες

Αγγειογραφία τεσσάρων αγγείων εγκεφάλου.
Σπινθηρογράφημα εγκεφάλου με Technetium 99m hexamethylpropyleneamineoxime (ΗΜΡΑΟ)
Άλλες επιστημονικά καθιερωμένες παρακλινικές εξετάσεις.

Η υποστηρικτικές δοκιμασίες εκτελούνται και ερμηνεύονται από Ιατρούς με εκπαίδευση και εμπειρία στην χρήση τους για την υποστήριξη ή απόρριψη διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΛΙΣΤΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΠΡΩΤΗΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑΣ

Βαριά μη αναστρέψιμη βλάβη του εγκεφάλου:

Είναι ΑΠΟΝΤΑ τα εξής (βλ. παρ Γ):
Σύνδρομο Locked-in ή βαρύ σύνδρομο Guillen Barre
Ασταθές κάταγμα Αυχενικής μοίρας ΝΜ
Βαρύ τραύμα προσώπου ή κρανίου τέτοιο που να εμποδίζει εξέταση αντανακλαστικών στελέχους
Τοξικά επίπεδα φαρμάκων ή ουσιών
Δράση παραλυτικών φαρμάκων
Ακραίες μεταβολικές διαταραχές
Η θερμοκρασία (core) κάτω από 34 βαθμούς Κελσίου

Κλινικές δοκιμασίες (βλ. παρ Δ)
Απουσία αντίδρασης στον πόνο
Κόρες 4 με 9 χιλιοστά χωρίς αντίδραση στο έντονο φως άμφω
Απόν αντανακλαστικό κερατοειδούς άμφω
Παθολογικό οφθαλμοκινητικό αντανακλαστικό άμφω
Παθολογικό οφθαλμοιθουσαίο αντανακλαστικό άμφω
Απουσία αντανακλαστικού φάρυγγα (gag reflex)
Απουσία αντανακλαστικού βήχα με αναρρόφηση τραχείας

Παθολογική δοκιμασία άπνοιας (βλ. παρ Β)

ΙΑΤΡΟΣ 1		ΙΑΤΡΟΣ 2	
ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ

(τιμές πιο κάτω)

pH

pCO₂

pO₂

Αέριο αίμ. προ άπνοιας:

Αέριο αίμ. μετά άπνοια:

Διάρκεια άπνοιας:

Υποστηρικτική δοκιμασία : ΝΑΙ/ ΟΧΙ.

Εάν ναι: Δοκιμασία:

Αποτέλεσμα:

Ιατρός 1

Ιατρός 2

Υπογραφή:

Υπογραφή:

Όνομα και τίτλος
Ημερομηνία και ώρα

Όνομα και τίτλος
Ημερομηνία και ώρα

Όνομα και τίτλος
Ημερομηνία και ώρα

Όνομα και τίτλος
Ημερομηνία και ώρα

B. ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΑΠΝΟΙΑΣ

Προϋποθέσεις

Συστολική αρτηριακή πίεση τουλάχιστον 90 mmHg με ή χωρίς αγγειοδραστικά φάρμακα

Απουσία σοβαρής καρδιακής αρρυθμίας

Επαρκής ενδοαγγειακός όγκος ή θετικό ισοζύγιο για τις προηγούμενες 6 ώρες.

Θερμοκρασία πάνω από 34 βαθμούς Κελσίου (core)

Διαδικασία

Σύνδεση με παλμικό οξύμετρο και συνεχής καταγραφή ΗΚΓ.

Ρύθμιση αερισμού για pH 7.35 με 7.45 και pCO₂ 35 με 45 mmHg εάν είναι δυνατό.

Οξυγόνωση με αύξηση FiO₂ για να γίνει το pO₂ πάνω από 200 mmHg εάν είναι δυνατό (γύρω στα 5 με 10 λεπτά)

Λήψη αερίων αίματος

Αποσύνδεση από τον αναπνευστήρα και τοποθέτηση κάνουλας στην τραχεία που να χορηγεί Οξυγόνο με ροή 6 ως 8 λίτρα/λεπτό

Παρακολούθηση για ύπαρξη επαρκούς αναπνευστικής κίνησης για διάρκεια 8 με 10 λεπτά

Λήψη αερίου αίματος με το τέλος της χρονικής περιόδου

Επανασύνδεση με τον αναπνευστήρα

Διακοπή δοκιμασίας εάν:

Πτώση αρτηριακού κορεσμού Οξυγόνου κάτω από 90 %

Πτώση συστολικής πίεσης κάτω από 90 mmHg

Εμφάνιση σοβαρής αρρυθμίας

Σε τέτοια περίπτωση λαμβάνεται άμεσα αέριο αίματος και γίνεται επανασύνδεση με τον αναπνευστήρα.

Ερμηνεία δοκιμασίας

Η δοκιμασία είναι συμβατή με εγκεφαλικό θάνατο εάν δεν υπάρξει επαρκής αναπνευστική κίνηση ΚΑΙ pH κάτω από 7.28 ΚΑΙ pCO₂ πάνω από 60 mmHg ή 20mmHg πάνω από της προ της άπνοιας τιμή.

Λεπτομέρειες δοκιμασίας

Αναπνευστική προσπάθεια θεωρείται η έκπτυξη Θώρακα ή Κοιλίας η οποία παράγει επαρκή όγκο. Αυτό συμβαίνει κατά κανόνα στην αρχή της δοκιμασίας. Ανεπαρκείς κινήσεις όπως ανύψωση και απαγωγή των ώμων, οπίσθια κάμψη του αυχένα ή έκπτυξη μόνο των μεσοπλευρίων μυών. Σε περίπτωση αμφιβολίας συνιστάται η χρήση σπιρομέτρου για μέτρηση του αναπνευστικού όγκου

Κατά την άπνοια το pCO₂ αυξάνεται κατά 3-6 mmHg ανά λεπτό.

Πιθανές επιλοκές είναι κοιλιακές αρρυθμίες και υπόταση.

Θεωρείται ότι η μέγιστη διέγερση του αναπνευστικού κέντρου επέρχεται με pCO₂ 60 mmHg αλλά δεν είναι βέβαιο ότι αυτό ισχύει σε ασθενείς με χρόνια υπερκαπνία. Σε αυτές τις περιπτώσεις μπορεί να χρειαστεί υποστηρικτική δοκιμασία.

Γ. ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΩΝ

Εάν δεν υπάρχουν σαφή παθολογικά ευρήματα στην Αξονική Τομογραφία εγκεφάλου ΚΑΙ σε εξέταση εγκεφαλονωτιαίου υγρού, η διάγνωση εγκεφαλικού θανάτου πρέπει να τεθεί σε αμφισβήτηση. Η Αξονική τομογραφία μπορεί να είναι χωρίς σαφή ευρήματα (ενώ επήλθε εγκεφαλικός θάνατος), σε περιπτώσεις ανοξικής βλάβης μετά καρδιακή ανακοπή ή σε μηνιγγοεγκεφαλίτιδα.

Ύπαρξη συνδρόμου Locked in όπου υπάρχει πλήρες επίπεδο συνείδησης αλλά μόνο κατακόρυφη κίνηση των οφθαλμικών βολβών ή σύνδρομο Guillen Barre με κατάληψη όλων των περιφερικών νεύρων μπορούν να μιμηθούν εγκεφαλικό θάνατο. Ασταθές κάταγμα στην Αυχενική μοίρα του Νωτιαίου μυελού παρεμποδίζει τον έλεγχο οφθαλμοκινητικού αντανακλαστικού.

Φάρμακα σε τοξικά αλλά όχι σε θεραπευτικά επίπεδα μπορεί να μιμηθούν εγκεφαλικό θάνατο. Τέτοια είναι τα Βαρβιτουρικά, Βενζοδιαζεπίνες, Οπιοειδή, Τρικυκλικά, Αλκοόλες, Αντιχολινεργικά, Αμινογλυκοσίδες, Αντιεπιληπτικά. Εάν υπάρχει τέτοια υποψία μπορεί να αναβληθούν οι δοκιμασίες για χρόνο ανάλογο με την υπολογιζόμενο χρόνο που απαιτείται για να πέσουν τα επίπεδα των φαρμάκων ή ουσιών σε μη τοξικά επίπεδα. Για όποια μπορούν να γίνουν επίπεδα στο αίμα τότε τα επίπεδα αυτά δεν πρέπει να είναι πάνω από τα θεραπευτικά. Εάν παρά τα πιο πάνω παραμένει αμφιβολία τότε πρέπει να γίνει υποστηρηκτική δοκιμασία.

Εάν υπάρχει υποψία υπολειπόμενης δράσης παραλυτικών, τότε πρέπει να γίνεται χρήση train of four με αποτέλεσμα 4 συσπάσεις (four out of four).

Ακραίες μεταβολικές διαταραχές: Ηλεκτρολυτών (Νάτριο, Κάλιο, Ασβέστιο, Φωσφόρο, Μαγνήσιο), Οξεοβασικής ισορροπίας, Γλυκόζης, Θυρεοειδούς, βαρεία Ηπατική ή Νεφρική ανεπάρκεια. Θεωρητικά μπορούν να παρεμποδίσουν αξιόπιστη κλινική εκτίμηση. Διεθνώς δεν αναφέρονται απόλυτες τιμές διότι η επίδραση τους στον οργανισμό εξαρτάται από την ταχύτητα εγκατάστασης, την συνύπαρξη διαταραχών και την ενδογενή ευπάθεια του κάθε ατόμου σε τέτοιες διαταραχές. Πιο κάτω αναφέρονται τιμές που προαιρετικά μπορούν να χρησιμεύσουν σαν οδηγός προς τους εξετάζοντες Ιατρούς. Εάν οι εξετάζοντες Ιατροί θεωρούν ότι μια διαταραχή μπορεί είναι απαγορευτική, τότε πρέπει να διορθωθεί πριν τις κλινικές δοκιμασίες.

Νάτριο > 160 ή < 120 mmol/l

Κάλιο < 2.5 ή > 6 mmol/l

Ασβέστιο (ιονισμένο) < 0.9 ή > 1.40 mmol/l

Φωσφόρος < 0.5 mmol/l

Μαγνήσιο > 4 mmol/l ή < 0.4 mmol/l

Γλυκόζη > 300 ή < 60 mg/dl

Ουρία > 300 mg/dl

Δ. ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΔΟΚΙΜΑΣΙΩΝ

Εάν τουλάχιστον μία κλινική δοκιμασία είναι ασύμβατη με εγκεφαλικό θάνατο, τότε όλη η λίστα ελέγχου επαναλαμβάνεται τουλάχιστον 12 ώρες μετά και από τους δύο Ιατρούς.

Κινητική αντίδραση στον πόνο ελέγχεται με πρόκληση επώδυνου ερεθίσματος στα άκρα, θώρακα και κρανίο (π.χ. πίεση ονύχων και των τεσσάρων άκρων, υπερκόγχια πίεση και τριβή στέρνου). Παρατήρηση για κινήσεις άκρων ή/και μορφασμούς προσώπου.

Εάν δεν είναι σαφές ότι υπάρχει αντίδραση της κόρης στο φως μπορεί να χρησιμοποιηθεί μεγεθυντικός φακός. Πρέπει να είναι απών και το άμεσο και το έμμεσο αντανακλαστικό της κόρης. Δεν μπορεί να ελεγχθεί σε προϋπάρχουσα αλλοίωση του σφιγκτήρα της κόρης ή κατά την περίοδο δράσης τοπικών μυδριατικών. Ενδοφλέβια Ατροπίνη σε συνήθεις δόσεις ανάνηψης δεν επηρεάζει το αντανακλαστικό ούτε και τα παραλυτικά φάρμακα.

Το αντανακλαστικό του κερατοειδούς ελέγχεται με αποστειρωμένο υλικό (στυλεός με βαμβάκι κατά προτίμηση)

Το οφθαλμοιθουσαίο γίνεται με έκχυση παγωμένου (4 °C) αποστειρωμένου νερού ή φυσιολογικού ορού.

με ποσότητα 50 ml με θέση κεφαλής στις 30°. Παρατήρηση για τουλάχιστον 1 λεπτό μετά την έκχυση και διαφορά 5 τουλάχιστον λεπτών μεταξύ αυτιών. Πρώτα πρέπει να βεβαιωθεί ότι είναι βατός ο έξω ακουστικός πόρος. Σε αμφιβολία γίνεται πρώτα ωτοσκόπηση με σκοπό να γίνει ορατό το τύμπανο. Απουσία κίνησης του βολβού προς την πλευρά της έκχυσης είναι συμβατή με εγκεφαλικό θάνατο.

Το αντανακλαστικό της κατάποσης ελέγχεται με την χρήση σπάτουλας και ερεθισμό του οπίσθιου τοιχώματος του φάρυγγα.

Το αντανακλαστικό του βήχα ελέγχεται αναρροφώντας την τραχεία μέσω του ενδοτραχειακού σωλήνα. Κίνηση του τραχειοσωλήνα και η εισαγωγή καθετήρα χωρίς αναρρόφηση δεν αποτελούν επαρκή ερεθίσματα.

ΔΕΝ είναι συμβατά με εγκεφαλικό θάνατο:

Παθολογική έκταση ή κάμψη (σημεία απεγκεφαλισμού και αποφλοίωσης)

Τονικοκλωνικοί σπασμοί

ΔΕΝ αποκλείουν εγκεφαλικό θάνατο:

Ταχυκαρδία, εφίδρωση, flushing.

Παρουσία τενόντιων αντανακλαστικών ή επιφανειακών κοιλιακών αντανακλαστικών.

Παρουσία αυτοματισμών ή/και αντανακλαστικών νωτιαίου μυελού (βλ. Βιβλ. 5, 7-10)

Αντανακλαστικό Babinski

Απουσία Απίου Διαβήτη

Απουσία υπότασης χωρίς αγγειοδραστικά φάρμακο ή απότομες αυξήσεις της Αρτηριακής πίεσης

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αφαίρεσης και Μεταμόσχευσης Βιολογικών Ουσιών Ανθρώπινης Προέλευσης
Νόμος του 1987 Ν. 97/1987

From brain death to brain stem death. Pallis C. Br Med J 1982;285:1487-1490.

The diagnosis of brain death. Wijdicks EF. N Engl J Med 2001; 344: 1215-21.

Brain death worldwide. Accepted fact but no global consensus in diagnostic criteria.
Wijdicks EF. Neurology 2002; 58:20–25

Practice parameters for determining brain death in adults (summary statement).
The Quality Standards Subcommittee of the American Academy of
Neurology. Neurology. 1995 May; 45(5):1012-4.

Determining brain death in adults
Eelco F.M. Wijdicks, MD. Neurology. 1995;45:1003-1011

Severe brain injury to neurological determination of death: Canadian forum
recommendations.
CMAJ. 2006 Mar 14; 174(6):S1-13.

The Diagnosis of Brain Death: A Checklist Approach. D. John Doyle
Educational Synopses in Anesthesiology and Critical Care Medicine
The Online Journal of Anesthesiology Vol 2 No 3 March 1995

Determination of Brain death. Protocol. MGH stroke service.
<http://www.massgeneral.org/stopstroke/protocolBrainDeath.aspx>. Accessed on
12/4/2007.

Spontaneous and reflex movements in brain death. Saposnik G et al. Neurology 2000;
54: 221-3.

Spinal automatism in cerebral death. Mandel S et al. N Engl J Med 1982; 307: 501.

Treatment of electrolyte disorders in adult patients in the intensive care unit Kraft et
al.
Am J Health Syst Pharm.2005; 62: 1663-1682.

B. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

B1. Εισαγωγικό Σημείωμα Ερωτηματολογίου



**ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
Π.Σ. «ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ & ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

Ερωτηματολόγιο Μεταπτυχιακής Διατριβής

ΘΕΜΑ:

«Διερεύνηση των γνώσεων, στάσεων και αντιλήψεων των νοσηλευτών Μ.Ε.Θ. στα δημόσια νοσηλευτήρια της Κύπρου σχετικά με τις μεταμοσχεύσεις οργάνων».

Φοιτήτρια: Θέλμα Στυλιανού

Αξιότιμε Κύριε / Κυρία,

Ονομάζομαι Θέλμα Στυλιανού, είμαι νοσηλευτική λειτουργός και εργάζομαι στην Εντατική Μονάδα του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού. Φοιτώ στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα «Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας», στα πλαίσια του οποίου θα εκπονήσω μεταπτυχιακή διατριβή με θέμα: «Διερεύνηση των γνώσεων, στάσεων και αντιλήψεων των νοσηλευτών Μ.Ε.Θ. στα δημόσια νοσηλευτήρια της Κύπρου σχετικά με τις μεταμοσχεύσεις οργάνων».

Η έλλειψη οργάνων προς μεταμόσχευση αποτελεί παγκόσμιο πρόβλημα, επηρεάζοντας τη ποιότητα ζωής ληπτών που αναμένουν όργανο προς μεταμόσχευση. Η Κύπρος συγκριτικά με τις Ευρωπαϊκές χώρες, βρίσκεται σε ιδιαίτερη χαμηλή κατάταξη σχετικά με τη δωρεά και τη μεταμόσχευση οργάνων. Ως εκ τούτου, κρίθηκε σκόπιμο να διερευνηθούν οι γνώσεις, στάσεις και αντιλήψεις των νοσηλευτών Μ.Ε.Θ. στα δημόσια νοσηλευτήρια της Κύπρου, καθότι οι νοσηλευτές με τη θετική ή αρνητική στάση τους δύναται να επηρεάσουν μια δωρεά οργάνων.

Καλείστε να συμμετάσχετε στην ερευνητική μελέτη που διεξάγετε από το Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα «Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας», με θέμα: **«Διερεύνηση των γνώσεων, στάσεων και αντιλήψεων των νοσηλευτών Μ.Ε.Θ. στα δημόσια νοσηλευτήρια της Κύπρου σχετικά με τις μεταμοσχεύσεις οργάνων».**

Επιλεχθήκατε να συμμετάσχετε στην μελέτη καθότι εργάζεστε σε Μ.Ε.Θ. στα δημόσια νοσηλευτήρια της Κύπρου.

Αναμένεται από εσάς να συμπληρώσετε το επισυναπτόμενο ερωτηματολόγιο για το οποίο χρειάζεται να διαθέσετε περίπου 10-15 λεπτά από το χρόνο σας.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από οχτώ (8) ενότητες, με ερωτήσεις κλειστού τύπου (Ναι – Όχι, Σωστό - Λάθος, Ερωτήσεις κλίμακας Likert). Μπορείτε να σημειώσετε την απάντησή σας χρησιμοποιώντας (X) ή (√) ή (+) στο αντίστοιχο τετράγωνο. Παρακαλείστε όπως συμπληρώσετε όλες τις ερωτήσεις ατομικά.

Συμμετογή. Η συμμετοχή σας στη μελέτη είναι εθελοντική, ανώνυμη και θα διατηρηθεί ο βαθμός εμπιστευτικότητας.

Άδεια για τη διεξαγωγή του ερωτηματολογίου έχει δοθεί από την Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου, από την Επιτροπή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα και από το Υπουργείο Υγείας Κύπρου. Το ερωτηματολόγιο έχει εγκριθεί προς χρήση από το Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου και έχει εξασφαλισθεί άδεια από τους δημιουργούς του.

Συγκατάθεση: παρακαλώ συμπληρώστε και τοποθετήστε το ερωτηματολόγιο στο ειδικό κουτί.

1. Επιθυμώ να συμμετάσχω στην έρευνα.

2. Δεν επιθυμώ να συμμετάσχω στην έρευνα.

Πληροφορίες σχετικά με τη διεξαγωγή της έρευνας, απορίες σχετικά με το ερωτηματολόγιο και ερωτήσεις παρακαλώ απευθυνθείτε:

Θέλμα Στυλιανού: thelma.stylianou@cytanet.com.cy ή στο τηλέφωνο εργασίας 25801426 – 427.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συμμετοχή σας.

Με εκτίμηση,

Θέλμα Στυλιανού

B2. Ερωτηματολόγιο

ΕΝΟΤΗΤΑ Α - Δημογραφικά στοιχεία.

1. Φύλο:

Ανδρας	
Γυναίκα	

2. Ηλικία _____

3. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση:

Άγαμος	
Έγγαμος	
Διαζευγμένος / Χήρος	

4. Έχετε παιδιά;

Ναι	Όχι

Αριθμός παιδιών

5. Προϋπηρεσία:

≤5 έτη	
6-10 έτη	
11-15 έτη	
16-20 έτη	
21-25 έτη	
26-30 έτη	

6. Εργάζεστε στην επαρχία:

Λευκωσίας	
Λεμεσού	
Πάφου	
Λάρνακας	
Αμμοχώστου	

7. Η Μ.Ε.Θ. που εργάζεστε είναι:

Ανοικτού τύπου	
Κλειστού τύπου	

Δίπλωμα Μέσης Σχολής	
----------------------	--

8. Προπτυχιακή εκπαίδευση:

Πτυχίο Ανώτατης Σχολής	
------------------------	--

9. Μεταπτυχιακή εκπαίδευση:

Καμία Ειδικότητα νοσηλευτικής κατεύθυνσης (συμπληρώστε την ερώτηση 10) Μεταπτυχιακός τίτλος - (MA / MSc 1/2 έτη) Μεταπτυχιακός φοιτητής Υποψήφιος Διδάκτωρ	
Κάτοχος Διδακτορικού διπλώματος	
Μεταδιδακτορικές σπουδές	

10. Αναφέρετε την ειδικότητα νοσηλευτικής κατεύθυνσης που έχετε:

Γενική Νοσηλευτική	
Εντατική Νοσηλευτική	
Κοινωνική Νοσηλευτική	
Ψυχιατρική Νοσηλευτική	
Χειρουργική Νοσηλευτική	
Παθολογική Νοσηλευτική	
Παιδιατρική Νοσηλευτική	
Άλλη εξειδίκευση	

Συμπληρώστε *άλλη εξειδίκευση*

.....

11. Γνωρίζετε για τις μεταμοσχεύσεις οργάνων και ιστών από:

	Ναι	Όχι
Σεμινάρια		
Συνέδρια		
Επιστημονικά περιοδικά		
Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης		
Διαδίκτυο		
Οικογένεια		

Φίλους		
Άλλο		

Διευκρινίστε σε περίπτωση που απαντήσατε *άλλο*

ΕΝΟΤΗΤΑ Β – Νομικό πλαίσιο μεταμοσχεύσεων.

B1 - Γνώσεις του νομικού πλαισίου στην Κύπρο σχετικά με τις μεταμοσχεύσεις οργάνων.

	Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω
B1. Στην Κύπρο υπάρχει σχετική νομοθεσία που να αναφέρεται στη δωρεά μεταμόσχευσης οργάνων.	√		
B2. Γνωρίζεται / έχετε διαβάσει το περιεχόμενο της σχετικής νομοθεσίας;			
B3. Η κυπριακή νομοθεσία σχετικά με τις μεταμοσχεύσεις οργάνων αναφέρεται στο έτος 2012.	√		
B4. Η νομοθεσία απαιτεί τη συγκατάθεση πλησιέστερου συγγενή σε ενδεχόμενη δωρεά οργάνων παρά την επιθυμία του δότη για πρόθεση δωρεάς οργάνων μεταθανάτια.	√		
B5. Η νομοθεσία επιτρέπει σε περίπτωση εγκεφαλικά νεκρού δότη, ο δότης να έχει προκαθορίσει που θα δοθούν τα όργανά του.		√	
B6. Η μεταμόσχευση οργάνων και ιστών επιτρέπεται εάν ο δότης ή και οι συγγενείς αυτού θέσουν όρους, αμοιβή και ανταλλάγματα.		√	

B7. Η νομοθεσία επιτρέπει να αλλάξει κάποιος γνώμη ενώ έχει ήδη δηλώσει δωρητής οργάνων.	√		
B8. Η νομοθεσία επιτρέπει τη λήψη οργάνων προς μεταμόσχευση από μη καρδιακούς δότες οργάνων.		√	
B9. Μπορεί να γίνει κάποιος δωρητής ανεξάρτητα από την ηλικία του.	√		

B.2. Η κυπριακή νομοθεσία καθορίζει επακριβώς τα εξής:

	Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ
B2α. Τον όρο <πτωματικός δότης>.	√		
B2β. Τις αρμοδιότητες του Συμβουλίου Μεταμοσχεύσεων.	√		
B2γ. Την εφαρμογή συστήματος ταυτοποίησης δοτών και ληπτών.	√		
B2δ. Την προστασία ζώντων δοτών.	√		
B2ε. Τις προϋποθέσεις συναίνεσης, αφαίρεσης οργάνων από ζώντα δότη ανήλικο ή ενήλικο.	√		
B2ζ. Το νενομισμένο αντιπρόσωπο <δυνητικού πτωματικού δότη>.	√		
B2ζ. Πρέπει να είσαι απόλυτα υγιής για να γίνεις δωρητής.		√	

B3. Πιστεύετε η Κυπριακή νομοθεσία πρέπει να θεωρεί όλο τον πληθυσμό της Κύπρου ως πιθανούς δότες οργάνων;

Ναι	Όχι

ΕΝΟΤΗΤΑ Γ - Γνώσεις σχετικά με τον εγκεφαλικό θάνατο.

Γ1. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει ως εγκεφαλικό θάνατο:

«Η μη αναστρέψιμη παύση των εγκεφαλικών λειτουργιών και της λειτουργίας του εγκεφαλικού στελέχους, που χαρακτηρίζεται από την απουσία ηλεκτρικής δραστηριότητας στον εγκέφαλο, αιματικής ροής προς τον εγκέφαλο, και λειτουργία του εγκεφάλου όπως προσδιορίζεται με την κλινική εκτίμηση των αποκρίσεων. Εγκεφαλικά νεκρός άνθρωπος είναι νεκρός, αν και καρδιοπνευμονική λειτουργία του μπορεί να διατηρηθεί τεχνητά για μια χρονική περίοδο».

Σωστό	Λάθος	Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ
√		

Γ2. Έχετε παρακολουθήσει τη διαδικασία των τεστ εγκεφαλικού θανάτου;

Ναι	Όχι

Αν απαντήσατε *Ναι* παρακαλώ συμπληρώστε κατά προσέγγιση πόσες φορές παρακολουθήσατε τη διαδικασία

.....

Γ3. Το πρωτόκολλο διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου βασίζεται στα επικρατούντα επιστημονικά δεδομένα.

Σωστό	Λάθος	Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ
√		

Γ4. Οι ιατροί που θα διαγνώσουν τον εγκεφαλικό θάνατο επιτρέπεται να έχουν σχέση προς οποιαδήποτε επιστημονική ομάδα ενδιαφερόμενη ή απασχολούμενη με τη θεραπευτική των μεταμοσχεύσεων.

Σωστό	Λάθος	Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ
	√	

Γ5. Η διάγνωση εγκεφαλικού θανάτου γίνεται από δύο ειδικούς ιατρούς (εντατικολόγο, πνευμονολόγο, καρδιολόγο, γενικό παθολόγο, αναισθησιολόγο, νευρολόγο ή νευροχειρουργό) σε δύο διαφορετικές χρονικές στιγμές, με χρονική διαφορά τουλάχιστον έξι (6) ώρες.

Σωστό	Λάθος	Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ
√		

Γ6. Ο εγκεφαλικός θάνατος είναι αναστρέψιμος.

Σωστό	Λάθος	Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ
	√	

Γ7. Εγκεφαλικός θάνατος και κόμα είναι έννοιες ταυτόσημες.

Σωστό	Λάθος	Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ
	√	

Γ8. Τα τεστ εγκεφαλικού θανάτου επιτρέπονται ανεξάρτητα της κλινικής εικόνας του ασθενή.

Σωστό	Λάθος	Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ
	√	

Γ9. Τα τεστ εξέτασης εγκεφαλικού θανάτου είναι:

	Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ
Γ9α. Απουσία αντίδρασης στο πόνο.	√		
Γ9β. Κόρες οφθαλμών 4 με 9 χιλιοστά χωρίς αντίδραση στο έντονο φως άμφω.	√		
Γ9γ. Απουσία αντανακλαστικού κερατοειδούς άμφω.	√		
Γ9δ. Παθολογικό οφθαλμοκινητικό αντανακλαστικό άμφω.	√		
Γ9ε. Παθολογικό οφθαλμοιθουσαίο αντανακλαστικό άμφω	√		
Γ9ζ. Απουσία αντανακλαστικού φάρυγγα.	√		
Γ9η. Απουσία αντανακλαστικού βήχα με αναρρόφηση τραχείας.	√		
Γ9θ. Παθολογική δοκιμασία άπνοιας.	√		

ΕΝΟΤΗΤΑ Δ - Γνώσεις σχετικά με τις αρμοδιότητες του συντονιστή μεταμοσχεύσεων.

Δ1. Γνωρίζετε για το θεσμό του Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων;

Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ

Δ2. Γνωρίζετε εάν στο νοσοκομείο σας υπάρχει Συντονιστής Μεταμοσχεύσεων;

Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ

Δ3. Γνωρίζετε ποιος είναι ο Συντονιστής Μεταμοσχεύσεων στο Νοσοκομείο σας;

Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ

Δ4. Κατά την άποψή σας ο Συντονιστής Μεταμοσχεύσεων πρέπει να είναι:

Νοσηλεύτης	Ιατρός	Ψυχολόγος	Άλλο

Διευκρινίστε σε περίπτωση που απαντήσατε *άλλο*

.....
.....

Δ5. Πιστεύετε πως ο ρόλος του Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων θα συμβάλλει στην αύξηση των περιστατικών δωρεάς οργάνων;

Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ

Δ6. Πιστεύεται πως χάνονται κατάλληλοι δότες στο νοσοκομείο σας λόγω απουσίας Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων;

Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ

Δ7. Ο Συντονιστής Μεταμοσχεύσεων πρέπει:

	Ναι	Όχι
Να εργάζεται σε Μ.Ε.Θ νοσοκομείου.		√
Να είναι ανεξάρτητος εργαζόμενος εντός του νοσοκομείου.	√	
Να ενημερώνεται άμεσα από το θεράποντα ιατρό εάν διαπιστώσει ότι η πορεία υγείας του ασθενούς οδηγεί ή έχει οδηγήσει σε εγκεφαλικό θάνατο.	√	
Να είναι κατάλληλα και ειδικά εκπαιδευμένο άτομο ως Συντονιστής Μεταμοσχεύσεων.	√	

Δ8. Οι αρμοδιότητες του Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων είναι:

	Ναι	Όχι
Δ8α. Συντονίζει τις διαδικασίες χαρακτηρισμού, αφαίρεσης, συντήρησης και διακομιδής οργάνων με σκοπό τη μεταμόσχευση.	√	
Δ8β. Αναζητά δυνητικούς πτωματικούς δότες.	√	
Δ8γ. Επαληθεύει τη ταυτότητα του δότη σε συνεργασία με τους θεράποντες ιατρούς .	√	
Δ8δ. Διενεργεί τα τεστ εγκεφαλικού θανάτου.		√
Δ8ε. Παρέχει πλήρη και ανεξάρτητη ενημέρωση στο νενομισμένο αντιπρόσωπο του δυνητικού δότη σε συνεργασία με το θεράποντα ιατρό.	√	
Δ8ζ. Στηρίζει τους συγγενείς του πτωματικού δότη.	√	
Δ8η. Συμμετέχει στην ενημέρωση, εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση των πολιτών και του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού για τη δωρεά οργάνων και τις μεταμοσχεύσεις.	√	

ΕΝΟΤΗΤΑ Ε - Εμπειρία στη δωρεά οργάνων.

	Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω
E1. Χρειάστηκε ποτέ μόσχευμα κάποιο συγγενικό ή φιλικό σας πρόσωπο;			
E2. Έχει δηλώσει επίσημα κάποιο συγγενικό ή φιλικό σας πρόσωπο ότι θα ήθελε να γίνει δωρητής οργάνων;			
E3. Ενδιαφέρετε κάποιο συγγενικό ή φιλικό σας πρόσωπο να γίνει δότης;			
E4. Το περιβάλλον σας έχει αρνητική στάση απέναντι στη δωρεά οργάνων;			

ΕΝΟΤΗΤΑ ΣΤ - Αντιλήψεις νοσηλευτών προς τη μεταμόσχευση οργάνων.**ΣΤ1. – Χρησιμότητα μεταμοσχεύσεων.**

	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
ΣΤ1α. Η μεταμόσχευση οργάνων σώζει ζωές.				
ΣΤ1β. Δίνουν δικαίωμα στη ζωή.				
ΣΤ1γ. Είναι δώρο ζωής.				
ΣΤ1δ. Είναι χρήσιμες και αναγκαίες.				

ΣΤ2. Πιστεύω δεν γίνεται σωστή και πλήρης ενημέρωση του κοινού σχετικά με τη δωρεά οργάνων με αποτέλεσμα οι επαγγελματίες υγείας και ο πληθυσμός να έχουν αρνητική στάση.

Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ

ΣΤ3. Πιστεύω πως σωστή και πλήρης ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τη δωρεά οργάνων πρέπει να αρχίζει από την έναρξη εκπαίδευσής τους.

Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ

ΕΝΟΤΗΤΑ Ζ - Πρόθεση δωρεάς οργάνων.

Z1. - Θετική πρόθεση στη δωρεά οργάνων.

	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Z1.1. Θέλω πραγματικά να βοηθήσω το συνάνθρωπό μου.				
Z1.2. Η δωρεά οργάνων είναι σύμφωνη με τις θρησκευτικές μου πεποιθήσεις.				
Z1.3. Με έχει επηρεάσει συγγενικό-φιλικό πρόσωπο που είναι επίσης δότης.				
Z1.4. Έχω ευαισθητοποιηθεί από συγγενικό φιλικό πρόσωπο που χρειάστηκε μόσχευμα.				
Z1.5. Θα γινόμουν δωρητής μόνο για κάποιο δικό μου άτομο.				
Z1.6. Η παρουσία συντονιστή μεταμοσχεύσεων στο νοσοκομείο που εργάζομαι με έχει επηρεάσει υπέρ του να γίνω δότης.				
Z1.7. Ο τίτλος του δωρητή μου δίνει ικανοποίηση και υπερηφάνεια.				
Z1.8. Προτίθεμαι να γίνω δότης οργάνων καθώς ένα όργανό μου θα παραμείνει ζωντανό και μετά το θάνατο μου.				

Z2. - Αρνητική στάση στη δωρεά οργάνων.

	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Z2.1. Φοβάμαι.				
Z2.2. Η Κυπριακή νομοθεσία παρουσιάζει κενά σχετικά με τη δωρεά οργάνων.				
Z2.3. Πιστεύω οι ιατροί δεν θα μου παρέχουν την απαιτούμενη φροντίδα με σκοπό να δωρίσουν τα όργανά μου, γνωρίζοντας πως είμαι δότης.				
Z2.4. Πιστεύω τα όργανά μου δεν θα δοθούν σε αυτούς που τα έχουν πραγματικά ανάγκη, καθώς η λίστα αναμονής παρακάμπτεται και προσφέρονται σε αυτούς με οικονομική ευμάρεια.				
Z2.5. Δεν προτίθεμαι να γίνω δότης οργάνων καθώς πιστεύω το σώμα μου δεν θα έχει το σεβασμό που του αρμόζει μετά την αφαίρεση οργάνων.				
Z2.6. Πιστεύω όργανα προς μεταμόσχευση πρέπει να λαμβάνονται από μη καρδιακούς δότες και όχι από εγκεφαλικά νεκρούς.				
Z2.7. Μου είναι απεχθές η ιδέα ύπαρξης ενός οργάνου μου σε άλλο ανθρώπινο σώμα.				
Z2.8. Αμφισβητώ τον εγκεφαλικό				

θάνατο, αφού η ελπίδα για την ζωή κάποιου υπάρχει ως την τελευταία στιγμή.				
--	--	--	--	--

ΕΝΟΤΗΤΑ Η – Σκοπός να υπογράψω κάρτα δότη.

Ηα. Έχω ήδη υπογράψει επίσημα κάρτα δότη.

Ναι	Όχι

Ηβ1. Δεν έχω υπογράψει κάρτα δότη επειδή:

Ναι	Όχι

Ηβ2. Το αμελώ δεν το έχω σκεφτεί σοβαρά.

Συμφωνώ	Διαφωνώ

Ηβ3. Δεν είμαι ενήμερος/η για το που πρέπει να απευθυνθώ.

Συμφωνώ	Διαφωνώ

Ηβ4. Θέλω να βρω ένα άτομο που να ενδιαφέρεται επίσης να γίνει δότης, ώστε να υπογράψουμε μαζί.

Συμφωνώ	Διαφωνώ

Ηβ5. Σκοπεύω να το κάνω σύντομα, δεν είχα την ευκαιρία.

Συμφωνώ	Διαφωνώ

Ηβ6. Είμαι θετικός/ή στο να γίνω δότης οργάνων απλά χρειάζομαι περισσότερες πληροφορίες, έχω κάποιες απορίες.

Συμφωνώ	Διαφωνώ

Ηβ7. Νιώθω θετικός/ή αλλά είναι κάτι που ακόμα διαπραγματεύομαι μέσα μου.

Συμφωνώ	Διαφωνώ

Ηβ8. Δεν έχω αποφασίσει ποια όργανά μου θα ήθελα να δωρίσω.

Συμφωνώ	Διαφωνώ

Ηβ9. Περιμένω να μάθω ποια είναι η επίσημη θέση της εκκλησίας.

Συμφωνώ	Διαφωνώ

Παρακαλώ συμπληρώστε σε περίπτωση που θα θέλατε να αναφέρετε οποιοδήποτε σχόλιο σχετικά με το ερωτηματολόγιο.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Σας ευχαριστώ για τη συμμετοχή σας.

Με εκτίμηση,

Θέμα Στυλιανού

