



ΤΕΙ Κρήτης
Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης

Σχολή Επαγγελμάτων Υγείας και Πρόνοιας

Τμήμα Νοσηλευτικής

Πτυχιακή εργασία

**“Στάσεις και απόψεις φοιτητών του τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης
σχετικά με τη δωρεά οργάνων”**



ΤΩΝ ΣΠΟΥΔΑΣΤΩΝ:

Μάρα Βασιλεία

Μουχαρρέμι Ρέινα

Μουχαρρέμι Ουρανία

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Τζαγκαράκη Ελευθερία

RN, MSc Ε.Τ.Ε.Π. Νοσηλευτικής

ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΜΑΡΤΙΟΣ 2019

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η ολοκλήρωση της παρούσης πτυχιακής 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 θέλαμε να ευχαριστήσουμε ιδιαίτερα την καθηγήτρια μας και καθοδηγήτη της πτυχιακής μας εργασίας Τζαγκαράκη Ελευθερία, για την πολύτιμή βοήθεια της σε όλα τα στάδια εκτέλεσης και καταγραφής της πτυχιακής μας εργασίας, για το ενδιαφέρον της σε κάθε δυσκολία που αντιμετωπίσαμε, για την υπομονή που έδειξε αλλά και για τις γνώσεις που μας πρόσφερε απλόχερα.

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους τους εκπαιδευτικούς του τμήματος Νοσηλευτικής του Α. Τ. Ε. Ι. Κρήτης για την κατανόηση τους σε όλη την διάρκεια των σπουδών μας Αναμφίβολα ευχαριστούμε πολύ τις οικογένειες μας και όλους τους δικούς μας ανθρώπους, που μας στήριξαν και κυρίως πίστεψαν σε εμάς. Η πίστη, η στήριξη και η αγάπη τους λειτούργησαν ενθαρρυντικά.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλω στους συμφοιτητές μου, που δέχθηκαν να αφιερώσουν λίγα λεπτά από το χρόνο τους για να συμμετάσχουν στην έρευνα, καθώς και τους καθηγητές που μου επέτρεψαν να μοιραστούν τα ερωτηματολόγια, λίγο πριν τα εξεταστέα μαθήματα τους.

Περιεχόμενα

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	2
Περίληψη	6
Abstract	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ	10
ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΣΤΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΟΡΓΑΝΩΝ	10
1.1 Εισαγωγή.....	10
1.2 Ιστορική αναδρομή	11
1.3 Είδη μεταμόσχευσης.....	14
1.3.1 Μεταμοσχεύσεις νεφρών	14
1.3.2 Μεταμοσχεύσεις καρδιάς	16
1.3.3 Μεταμοσχεύσεις ήπατος	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	18
ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ.....	18
2.1 Ελληνικό Θεσμικό Πλαίσιο.....	18
2.2 Νομοθετικές ρυθμίσεις των Μεταμοσχεύσεων από ζώντες δότες.....	20
2.3 Ιστορική αναδρομή	22
2.4 Οργάνωση μεταμοσχεύσεων (Ε.Ο.Μ).....	25
2.5 Αφαίρεση ιστών και οργάνων από ζώντα δότη.....	25
2.6 Είδη μοσχευμάτων	28
2.7 Πηγές Μοσχευμάτων	28
Οι πηγές των μοσχευμάτων είναι οι εξής:.....	28
2.8 Δωρεά οργάνων	29
2.9 Δωρητές οργάνων	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ-ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ	33
3.1 Ορισμός του εγκεφαλικού θανάτου	33

3.2 Προϋποθέσεις διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου.....	36
3.3 Κλινικά κριτήρια για τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου	37
3.4 Κλίμακα Γλασκώβης.....	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ	41
ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ.....	41
4.1 Διαθρησκειακές στάσεις για τις μεταμοσχεύσεις και τη δωρεά οργάνων	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ	44
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΈΡΕΥΝΑΣ.....	44
5.1 Σκοπός της μελέτης.....	44
5.2 Μεθοδολογία της έρευνας	44
• Τρόπος συλλογής δεδομένων.....	45
• Δεοντολογία της έρευνας	46
5.5 Στατιστική ανάλυση	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ.....	48
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	48
6.1 Δημογραφικά Στοιχεία.....	48
6.2 Απόψεις σχετικά με τη δωρεά οργάνων.....	53
6.3 Γνώσεις σχετικά με τη δωρεά οργάνων.....	60
6.4 Εμπειρία δωρεάς οργάνων.....	61
6.5 Δωρητές Οργάνων. Ναι ή Όχι;	62
6.6 Απόψεις για Κάρτα Δότη.....	63
6.7 Κοινωνικό - Δημογραφικά Χαρακτηριστικά και στάση στη δωρεά οργάνων	64
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ	74
ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	74
7.1 Συζήτηση	74
7.2 Συμπεράσματα.....	80
7.3 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	81

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	82
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι	91
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	91

Περίληψη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η δωρεά οργάνων αποτελεί μια ύψιστη μορφή εθελοντισμού, αλtruισμού και δείγμα κοινωνικής ευαισθητοποίησης για την πραγματοποίηση των μεταμοσχεύσεων. Χαρακτηρίζεται ως ανεκτίμητο δώρο ζωής σε έναν ασθενή που χρειάζεται μεταμόσχευση για να ζήσει.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να καταγράψει τις στάσεις και τις γνώσεις των φοιτητών του τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης σχετικά με τη δωρεά οργάνων.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Τμήμα Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας ΑΤΕΙ Κρήτης, Ιανουάριο – Φεβρουάριο 2018. Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από φοιτητές 2^{ου} και 6^{ου} εξαμήνου και αποτελεί δείγμα ευκολίας. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, ενώ η στατιστική ανάλυση έγινε με το Στατιστικό Πακέτο για τις Κοινωνικές Επιστήμες έκδοση 21 (SPSS v.21).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το 61,11% του δείγματος ήταν γυναίκες, ενώ το 55,56% φοιτούσαν στο 2ο και το υπόλοιπο 44,44% στο 6^ο εξάμηνο. Το 79,8% του δείγματος είχαν θετική στάση στη δωρεά οργάνων για μεταμόσχευση, ενώ το 63,1% θα συναινούσε σε δωρεά οργάνων. Σύμφωνα με την έρευνα, το ~69% δεν έχει συζητήσει με την οικογένεια του το συγκεκριμένο ζήτημα, ενώ οι τρεις κυριότερες έννοιες που συνδέονται με τη δωρεά οργάνων είναι: 1. Ζωή, 2. Προσφορά, 3. Αλληλεγγύη. Επιπλέον, σημαντικό είναι ότι το ~82,8% του δείγματος θα ήταν θετικό σε όλες τις μεταμοσχεύσεις, παρόλο που οι γνώσεις τους δεν είναι ολοκληρωμένες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το βασικότερο συμπέρασμα της παρούσας μελέτης είναι το ότι οι περισσότεροι εν δυνάμει νοσηλευτές είναι ιδιαίτερα θετικοί ως προς τη δωρεά οργάνων, παρόλο που δεν είναι ενημερωμένοι πλήρως και δεν έχουν εγγραφεί ως δωρητές, κυρίως λόγω αμέλειας. Το συγκεκριμένο εύρημα επιδεικνύει ότι υπάρχει ανάγκη εκπαίδευσης και ευαισθητοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού, προκειμένου να οδηγηθεί από τη θετική στάση σε μια θετική πράξη, δηλαδή να γίνει δωρητής οργάνων και να μπορέσει στην πορεία να επηρεάσει θετικά και το κοινό.

Λέξεις κλειδιά: δωρεά οργάνων, μεταμόσχευση, στάσεις φοιτητών

Abstract

INTRODUCTION: Organ donation is a top form of volunteering, altruism, and a social awareness of transplantation. It's characterized as an invaluable gift of life to a patient who needs transplantation to live.

OBJECTIVE: The aim of the present study is to record the attitudes and knowledge of the students of the Nursing Department of TEI of Crete regarding organ donation.

METHODOLOGY: The research was carried out at the Department of Nursing of the School of Occupational Health and Welfare of the ATEI of Crete, January - February 2018. The sample of the study consists of 2nd and 6th semester students and is a sample of convenience. An anonymous self-referral questionnaire was used to collect the data, while the statistical analysis was done with the Social Science Edition version 21 (SPSS v.21).

RESULTS: 61,11% of the sample were women, while 55,56% were in the second and the remaining 44,44% in the 6th semester. The 79.8% of the sample had a positive attitude to organ donation for transplantation, while 63.1% would consent to donation of organs. According to the survey, the ~69% have not discussed this issue with their family, while the three main concepts associated with organ donation are: 1. Life, 2. Offer, 3. Solidarity. Moreover, it is important that ~ 82.8% of the sample would be positive for all transplants, although their knowledge is not complete.

CONCLUSIONS: The main conclusion of this study is that most potential nurses are very positive in organ donation, although they are not fully informed and not registered as donors, mainly due to negligence. This finding demonstrates that there is a need to educate and sensitize nursing staff in order to be guided by a positive attitude towards a positive action, in order to become an organ donor and to be able to influence positively the public along the way.

Key words: organ donation, transplantation, student attitudes

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η δωρεά οργάνων αποτελεί μια ύψιστη μορφή εθελοντισμού, αλtruισμού και δείγμα κοινωνικής ευαισθητοποίησης για την πραγματοποίηση των μεταμοσχεύσεων και χαρακτηρίζεται ως ένα ανεκτίμητο δώρο ζωής. Είναι το δώρο ενός οργάνου σε έναν ασθενή που χρειάζεται μεταμόσχευση για να ζήσει (E.O.M). Επιτυγχάνεται με χειρουργική επέμβαση κατά την οποία υγιή όργανα, ιστοί ή κύτταρα του ενός ζωντανού δότη μεταμοσχεύονται σε έναν ασθενή, έτσι ώστε να αποκατασταθεί η λειτουργία του οργάνου που είναι ανεπαρκές. Τα όργανα τα οποία μπορούν να μεταμοσχευτούν είναι οι νεφροί, η καρδιά, το ήπαρ, οι πνεύμονες, το πάγκρεας και τμήμα του λεπτού εντέρου. Ιστοί και κύτταρα που μπορούν να μεταμοσχευτούν, είναι το δέρμα, τα οστά, οι χόνδροι, οι βαλβίδες της καρδιάς, ο κερατοειδής χιτώνας του οφθαλμού, αιμοποιητικά κύτταρα (Βουδούρη, 2005).

Παρά την αλματώδη εξέλιξη της γνώσης παρατηρείται ότι στην Ελλάδα οι μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων βρίσκονται σε χαμηλότερα επίπεδα σε σχέση με άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Παρόλο που οι λίστες αναμονής εμφανίζουν σημαντική άνοδο, ο αριθμός των ενεργών δοτών παραμένει σε στάσιμα επίπεδα. Έτσι, ενώ ο αριθμός των ασθενών στις λίστες μεταμόσχευσης αυξάνεται (περίπου 12% κατ'έτος για τα έτη 2005-2008 στη χώρα μας), η προσφορά μοσχευμάτων δεν ακολουθεί ανάλογους ρυθμούς. Η χώρα μας παρουσιάζει σημαντική υστέρηση στον τομέα αυτό, καθώς ο αριθμός των αξιοποιημένων δοτών ανά εκατομμύριο πληθυσμού είναι κάτω του 10, από τους χαμηλότερους στην Ευρώπη, όταν αντίστοιχα στην Ισπανία είναι 35 δότες, στην Πορτογαλία 31 και στην Αγγλία 23,5 (Symvoulakis, 2010).

Το θεσμικό πλαίσιο που ισχύει σήμερα στην Ελλάδα για τις μεταμοσχεύσεις καλύπτεται από τρεις νόμους. Το νόμο 2619/1998, ο οποίος επικυρώνει τη Διεθνή Σύμβαση του Οβιέδο για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική, το νόμο 2737/1999 με τίτλο «μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων και άλλες διατάξεις» και το νόμο 3418/2005 ο οποίος περιέχει μερικές σχετικές με τις μεταμοσχεύσεις διατάξεις και περιέχει τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας. Ο νόμος 2737/1999 θεσπίστηκε, σύμφωνα με τους εισηγητές του για να επιλύσει το πρόβλημα της έλλειψης μοσχευμάτων στην Ελλάδα και να εναρμονίσει τη νομοθεσία των μεταμοσχεύσεων με τα προβλεπόμενα στη Σύμβαση του Οβιέδο για τα ανθρώπινα δικαιώματα (Νίκου, 2009).

Μία προϋπόθεση για τη δωρεά οργάνων και ιστών είναι ο δότης να είναι κλινικά και εγκεφαλικά νεκρός. Έτσι προκύπτει η έκβαση του εγκεφαλικού θανάτου. Ως εγκεφαλικός θάνατος ορίζεται η κατάσταση εκείνη του μη αναστρέψιμου βαθέως κώματος, κατά την οποία απουσιάζει πλήρως η λειτουργία τόσο του τελικού εγκεφάλου, όσο και του εγκεφαλικού στελέχους, όπως αυτή τεκμαίρεται από την αναπνευστική παύση και την απουσία όλων των αντανακλαστικών του στελέχους του εγκεφάλου. Η ανεπανόρθωτη επομένως βλάβη του εγκεφαλικού στελέχους είναι ικανή και αναγκαία συνθήκη για να

θεωρηθεί όλος ο εγκέφαλος νεκρός, όπως καθορίστηκε το 1976 από το μνημόνιο της Βρετανικής Ιατρικής Ακαδημίας και ισχύει μέχρι σήμερα (Βολάνη και συν., 2002).

Φαίνεται ότι ο αλτρουισμός, η ικανότητα να σώζονται ζωές, η ολότητα και η αξιοπρέπεια του σώματος, ο φόβος της ιατρικής αμέλειας, η οικογενειακή στάση και η θρησκεία του δυνητικού δότη, η θλίψη και ο φόβος από την οικογένεια των δωτών οφείλονται στην έλλειψη ευαισθητοποίησης για δωρεά οργάνων (Irving et al., 2012).

Η διαθεσιμότητα των οργάνων προς μεταμόσχευση καθορίζεται σε σημαντικό βαθμό από το επίπεδο γνώσεων. Οι απόφοιτοι των σχολών επαγγελματιών υγείας μπορούν να χρησιμεύσουν ως άμεσος και άριστος φορέας γνώσης και να προάγουν τη δωρεά οργάνων στο ευρύ κοινό (Μπακάλης, Θεοδωρακοπούλου, 2010). Για το λόγο αυτό θεωρείται σημαντική η διερεύνηση των στάσεων και των απόψεων των φοιτητών του τμήματος νοσηλευτικής, γιατί ως αυριανοί νοσηλευτές θα μπορέσουν να ευαισθητοποιήσουν τον πληθυσμό και να μεταλαμπαδεύσουν τις γνώσεις τους σε αυτούς. Η ευαισθητοποίηση του πληθυσμού μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση του πληθυσμού δωτών οργάνων σώματος που σύμφωνα με τις μελέτες παραμένει χαμηλός.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΣΤΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΟΡΓΑΝΩΝ

1.1 Εισαγωγή

Η μεταμόσχευση οργάνων του ανθρώπινου σώματος χρησιμοποιείται επιτυχώς από το 1954, για θεραπεία σοβαρών καταστάσεων υγείας (EC, 2010), μέσω αφαίρεσής τους από ένα άτομο και μεταφοράς τους στον πάσχοντα. Η μεγάλη σημασία της μεταμόσχευσης και της δωρεάς οργάνων αφορά στη βελτίωση του προσδόκιμου επιβίωσης και της ποιότητας ζωής των ληπτών, εμπεριέχοντας ταυτόχρονα μία ανώτερη διάσταση ανθρωπιστικής προσφοράς, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις αποτελεί τη μόνη θεραπευτική λύση (EOM, 2015).

Ωστόσο, γεγονός είναι ότι σήμερα, σε παγκόσμιο επίπεδο, η προσφορά οργάνων υπολείπεται σημαντικά της ζήτησής τους (EC, 2010; HRSA, 2013). Μεταξύ των λόγων απροθυμίας καταγράφονται στους πολίτες ζητήματα δυσπιστίας, προκαταλήψεων, ελλιπούς γνώσης κλπ. Στην Ελλάδα, παρά την ύπαρξη του νομοθετικού πλαισίου, το επίπεδο ενδιαφέροντος είναι χαμηλό, όπως και η γνώση για το θέμα (EC, *ibid*) και η ιδέα δεν φαίνεται να προωθείται κεντρικά, ούτε σε επίπεδο ενημέρωσης της οικογένειας.

Οι ερευνητικές προσπάθειες σε πολίτες για τη δωρεά οργάνων συνήθως καταγράφουν αντιλήψεις, στάσεις και συμμετοχή δωρητών. Ωστόσο, πληρέστερη θεωρείται η χρήση κοινωνικογνωστικών μοντέλων, για την ανίχνευση της φύσης των παραγόντων που διαμορφώνουν τις αντίστοιχες στάσεις και συμπεριφορές, που ενδείκνυνται για τις στρατηγικές αλλαγής των συμπεριφορών υγείας.

Η ιατρική πράξη της μεταμόσχευσης ακολουθεί δύο στάδια, την αρχική αφαίρεση (οργάνων, κυττάρων ή ιστών) από ένα άτομο και τη μετέπειτα μεταφορά του σε άλλο άτομο. Αποδίδεται ως «η διαδικασία μέσω της οποίας επιχειρείται η αποκατάσταση ορισμένων λειτουργιών του ανθρώπινου σώματος με τη μεταφορά ενός οργάνου από ένα δότη σε ένα λήπτη» (ΦΕΚ 150, 2011: άρ.3, σ.3179-3180).

Σύμφωνα με το Ν. 3984/2011, δότης είναι «κάθε άνθρωπος που προβαίνει στη δωρεά ενός ή περισσότερων οργάνων κατά τη διάρκεια της ζωής του ή μετά το θάνατό του» και λήπτης είναι «το πρόσωπο που λαμβάνει μόσχευμα ενός οργάνου».

Η μεταμόσχευση οργάνων σήμερα χρησιμοποιείται ως θεραπευτική μέθοδος σοβαρών καταστάσεων υγείας. Τα όργανα μπορούν να προέρχονται από ζώντες ή εκλιπόντες δότες. Πρόκειται για συνηθισμένη διεθνή ιατρική πρακτική και αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα των σύγχρονων υγειονομικών συστημάτων. Η μεταμόσχευση μπορεί να σώσει πολλές ανθρώπινες ζωές αποκαθιστώντας ουσιώδεις λειτουργίες, όταν δεν υφίστανται

εναλλακτικές ιατρικές λύσεις, συγκρίσιμης αποτελεσματικότητας. Συχνά αποτελεί τη μοναδική θεραπεία κατά το τελικό στάδιο ανεπάρκειας οργάνων, όπως ο πνεύμονας, το ήπαρ και η καρδιά. Για τη νεφρική ανεπάρκεια, παρότι υπάρχουν και άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις, η μεταμόσχευση νεφρού γενικά είναι η πιο ενδεδειγμένη λύση και αποτελεί την πλέον συχνή μέθοδο μεταμοσχεύσεων παγκοσμίως (WHO, 2016, EOM, 2015, EC, 2003).

Όταν πρόκειται για αφαίρεση οργάνων από εκλιπόντες δότες, η διαδικασία ρυθμίζεται νομικά, συμπεριλαμβανομένων των ορισμών του «θανάτου» και της «συναίνεσης» (WHO). Η σπουδαιότητα της δωρεάς οργάνων για μεταμόσχευση έχει καταγραφεί διεθνώς. Η μεταμόσχευση συμβάλλει κυρίως στη βελτίωση του προσδόκιμου επιβίωσης και στην ποιότητα ζωής των ληπτών, κατέχοντας υψηλότερους δείκτες ποιότητας σε σύγκριση με άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις. Αφορά επίσης σε πολύ υψηλό επίπεδο αλτρουισμού, ανθρωπισμού και προόδου της ιατρικής επιστήμης.

Μακροπρόθεσμα, σημαντική είναι και η πρόβλεψη για τη συμβολή της μεθόδου στη μείωση των δαπανών υγείας του συστήματος (EC., 2003; EOM, 2015). Όπως συμπεραίνεται σε μελέτη μετα-ανάλυσης ερευνών μεταμοσχεύσεων νεφρού και ήπατος, που πραγματοποιήθηκε μεταξύ 2000-2010, οι εξεταζόμενες παρεμβάσεις μπορούσαν να θεωρηθούν αποδοτικές, τόσο με όρους αναλύσεων κόστους/αποδοτικότητας όσο και αναλύσεων κόστους/χρησιμότητας. Για τις μεταμοσχεύσεις άλλων οργάνων τα συμπεράσματα ήταν ασαφή (Jarl & Gerdtam, 2012, στο Αντωνίου, 2015).

1.2 Ιστορική αναδρομή

Η ιδέα των μεταμοσχεύσεων έχει τις ρίζες της πολλούς αιώνες πριν, ήδη από την αρχαία ελληνική μυθολογία, κυρίως μέσω μορφών μεταμοσχεύσεων από ζώα σε ανθρώπους. Αναφορά σε αμοιβαία μεταμόσχευση καρδιάς μεταξύ δύο ανθρώπων υπάρχει σε αρχαίο κινεζικό κείμενο του 300 π.Χ., ενώ πρώιμες μεταμοσχεύσεις ανθρώπινων ιστών πραγματοποιούνταν από τον Ινδό γιατρό Sushruta, πάνω από 2000 χρόνια πριν (Αντωνίου, 2015).

Τόσο η εκκλησιαστική ιστορία όσο και η ιατρική λογοτεχνία εμπεριέχουν αναφορές πρώιμων μορφών μεταμοσχεύσεων, οι οποίες χρονολογούνται από το 13^ο έως το 19^ο αιώνα. Τέτοια παραδείγματα είναι μεταμοσχεύσεις δοντιών και δέρματος το 16^ο αιώνα, από τους Pare & Tagliacozzi αντίστοιχα (Αντωνίου, 2015), ενώ επίσης σε ιατρικές εκδόσεις καταγράφονται μεταμοσχεύσεις ιστών και δέρματος που έγιναν από τους Hunter, το 1771 και τον Baronio, το 1804 (Hamilton, 2012).

Ολοκληρωμένη μεταμόσχευση οργάνων θεωρείται πως έγινε αρχικά με αγγειοραφή από τον Carrel το 1902 και ακολούθησαν μεταμοσχεύσεις νεφρών σε πειραματόζωα από τους Ullman, De Castello και Carrel (Σκόκου, 2006). Ο Carrel ανέπτυξε την ιατρική τεχνική της αποκατάστασης της ροής του αίματος, που αποτέλεσε πρόοδο στην ιστορία των

μεταμοσχεύσεων και για το επίτευγμά του αυτό βραβεύθηκε με το Νόμπελ Ιατρικής. Επίσης, το 1905 πραγματοποιήθηκε η πρώτη μεταμόσχευση κερατοειδούς από τον Zirm (Hamilton, 2012).

Η πρώτη μεταμόσχευση νεφρού από άνθρωπο σε άνθρωπο έγινε από τον Ρώσο Voronι, το 1936(Hamilton, 2012), παρότι ο λήπτης απεβίωσε σε σύντομο διάστημα, λόγω ασυμβατότητας. Παρά την επίλυση των εγχειρητικών προβλημάτων, οι πρώτες μεταμοσχεύσεις έγιναν χωρίς ανοκατασταλτικά φάρμακα και τα περισσότερα μοσχεύματα αποβλήθηκαν σε σύντομο διάστημα. Στη συνέχεια, οι ιατρικές φαρμακευτικές παρεμβάσεις επικεντρώθηκαν στην αντιμετώπιση της απόρριψης των οργάνων από το ανθρώπινο σώμα.

Το 1940, το έργο του Sir Peter Medawar αφορούσε στη μελέτη του ανοσοποιητικού και συνέβαλε στην ανάπτυξη της ανοσολογίας των μεταμοσχεύσεων, με την έννοια του ελέγχου της συμβατότητας μεταξύ δότη και λήπτη, βελτιώνοντας την επιτυχία των μεταμοσχεύσεων (Hamilton, 2012). Το 1954 έγινε η πρώτη επιτυχής μεταμόσχευση νεφρού παγκοσμίως από τους Murray & Harrison του Χάρβαρντ (Νόμπελ Ιατρικής) (Garcia et al., 2012).

Το 1958, ο Γάλλος Jean Dausset ανακάλυψε γενετικά χαρακτηριστικά των λευκοκυττάρων που διέφεραν σε κάθε άτομο. Το 1965, περιέγραψε την πρώτη ομάδα αντιγόνων, που είναι γνωστά ως HLA-system (αντιγόνα των ανθρώπινων λευκοκυττάρων/σύστημα ιστοσυμβατότητας). Στη συνέχεια, ο φυσικός Van Rood απέδειξε ότι ο συνδυασμός του τύπου HLA μεταξύ δότη και λήπτη είχε θετικό αποτέλεσμα στη μεταμόσχευση(Turney, 2001).

Το 1963, έγινε από το Hadry η πρώτη μεταμόσχευση πνεύμονα(Hardy, 1999). Το 1967 πραγματοποιήθηκε η πρώτη μεταμόσχευση καρδιάς από τον Barnard, παρότι η καρδιά λειτούργησε για 18 μέρες, λόγω καταστολής του ανοσοποιητικού (Lund et al., 2014; Hardy, 1999 Τη δεκαετία του '70 έγιναν με επιτυχία και οι πρώτες μεταμοσχεύσεις παγκρέατος από τον Kelly (Sutherland et al., 2001) και ήπατος από τους Calne (Duffy et al., 2007).

Τη δεκαετία του '80 η μεταμόσχευση ιστών και οργάνων προωθήθηκε σημαντικά, με την αναβάθμιση των χειρουργικών τεχνικών, των ιατρικών γνώσεων και της ιατρικής τεχνολογίας, οπότε βελτιώθηκαν σημαντικά και τα ποσοστά των ληπτών. Κατά συνέπεια, σημειώθηκε κατακόρυφη άνοδος των μεταμοσχεύσεων, ενώ πλέον έγινε εφικτή η μεταμόσχευση περισσότερων του ενός οργάνων ταυτόχρονα (Kim & Mooney, 1998).

Σημαντικές ανακαλύψεις επίσης έγιναν για τις μεθόδους συντήρησης των μοσχευμάτων, για την ασφάλή τους λήψη και μεταφορά. Οι ερευνητικές μελέτες στον τομέα σήμερα αποσκοπούν στη βελτίωση των μέσων ανοσοκαταστολής και της βελτίωσης της

ανοσιακής ανοχής του οργανισμού του λήπτη, προκειμένου να περιορισθούν τα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα. (Foster et al., 2002).

Στην Ελλάδα, από το τέλος της δεκαετίας του '60 εφαρμόστηκαν συστηματικά μεταμοσχεύσεις οργάνων, ιστών, κερατοειδούς και νεφρών. Το 1968, στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ της Θεσσαλονίκης πραγματοποιήθηκε η πρώτη μεταμόσχευση νεφρού από πτωματικό δότη, από την ομάδα Βαλή, Τούντα και Μαρσέλου. Στη συνέχεια, στο ίδιο νοσοκομείο, ο καθηγητής Λαζαρίδης πραγματοποίησε μεταμόσχευση νεφρού από ζώντα δότη (Dardavessis et al., 2011).

Σημαντική εφαρμογή για την επιβίωση των μοσχευμάτων ήταν η «κυκλοσπορίνη-Α», που πρώτη φορά αποδείχθηκε για τις ανοσοκατασταλτικές της ιδιότητες από τον Έλληνα Καθηγητή του Πανεπιστημίου Αθηνών, Κωστάκη. Το φάρμακο αυτό έκτοτε χρησιμοποιείται ως κύριο ανοσοκατασταλτικό για τις μεταμοσχεύσεις όλων των οργάνων με πολύ καλά αποτελέσματα (Cavet et al., 1999).

Το 1989 έγινε η πρώτη διπλή μεταμόσχευση παγκρέατος και νεφρού από τους Καθηγητές Σκαλκέα και Κωστάκη (Κωνσταντίνου, 2010) και το 1990 οι πρώτες μεταμοσχεύσεις καρδιάς και ήπατος σε νοσοκομεία της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης. Το 1992 πραγματοποιήθηκε διπλή μεταμόσχευση καρδιάς και πνευμόνων (Κωστάκης, 2005).

Ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της τελευταίας 20ετίας, η πρακτική της μεταμόσχευσης οργάνων αυξήθηκε σημαντικά (EUR-Lex, 2014). Η άνοδος του ποσοστού επιτυχίας των μεταμοσχεύσεων, αφενός εξαρτάται από την πρόοδο της ιατρικής επιστήμης και της τεχνολογίας, αφετέρου από περισσότερο μεθοδευμένες προσπάθειες ενημέρωσης των πολιτών. Στην εποχή μας, οι επιτυχημένες μεταμοσχεύσεις, ανάλογα με τον τύπο του οργάνου, κυμαίνονται παγκοσμίως σε ποσοστό μεταξύ 70-95% (Josiah, 2006).

Μέχρι το 2001 είχαν πραγματοποιηθεί παγκοσμίως 940.563 μεταμοσχεύσεις (Μπακάλης & Θεοδωρακοπούλου, 2011). Σύμφωνα με το Διεθνές Παρατηρητήριο Δωρεάς και Μεταμόσχευσης Οργάνων (Mahillo et al., 2013), η μέθοδος της μεταμόσχευσης οργάνων προάγεται περισσότερο στις πιο αναπτυγμένες χώρες. Οι περισσότερες μεταμοσχεύσεις γίνονται στην Ευρώπη και στην Αμερική και κυρίως αφορούν στους νεφρούς και το συκώτι.

Στην πλειοψηφία τους πραγματοποιούνται με όργανα από θανάοντα δότη. Οι ευρωπαϊκές χώρες που συμμετείχαν περισσότερο στη διαδικασία, με στοιχεία έτους 2013, ήταν η Νορβηγία, η Ισπανία, η Αυστρία, το Βέλγιο, η Κροατία, η Γαλλία, η Αγγλία, η Σουηδία, η Ολλανδία και η Πορτογαλία.

Οι μεταμοσχεύσεις ωστόσο, αφορούν μόλις στο 10% περίπου των παγκόσμιων αναγκών (GODT, 2013). Στις ΗΠΑ, παρά τη γενικά θετικότερη στάση που καταγράφεται απέναντι

στη δωρεά οργάνων, το 2013 υπήρχαν 118.661 άτομα σε λίστα αναμονής για μεταμόσχευση. Παρότι οι δωρητές (εν ζωή και μετά θάνατο) ήταν περίπου 14.000 (παρέχοντας τη δυνατότητα για περίπου 28.000 μεταμοσχεύσεις οργάνων), το κενό παραμένει μεγάλο και διευρύνεται, με αποτέλεσμα να πεθαίνουν περίπου 100 άνθρωποι εβδομαδιαίως, από όσους βρίσκονται σε λίστα αναμονής, λόγω έλλειψης μοσχευμάτων (Mahillo et al., 2013).

Στην Ευρώπη επίσης καταγράφεται σημαντικό έλλειμμα μοσχευμάτων για όλα τα όργανα σώματος, καθώς η ζήτηση υπερβαίνει σημαντικά την προσφορά τους. Το 2009, υπήρχαν περισσότεροι από 56.000 ασθενείς σε λίστα για λήψη οργάνων από συμβατό δότη (Beyar, 2011). Συγκρίνοντας μεταξύ διαφόρων ευρωπαϊκών χωρών παρατηρούνται εκτεταμένες διαφορές στο ρυθμό δωρεών, που δεν επεξηγούνται μόνο από τις διαφορετικές στάσεις των πολιτών, ούτε από τους δείκτες θνησιμότητας, αλλά σημαντικό ρόλο θεωρείται πως παίζει και το θεσμικό πλαίσιο (Rithalia et al., 2009).



Εικόνα 1. Η πρώτη επιτυχής κλινική μεταμόσχευση νεφρού στον κόσμο, το 1954, από την ομάδα της Βοστόνης.

1.3 Είδη μεταμόσχευσης

1.3.1 Μεταμοσχεύσεις νεφρών

Μεταμοσχεύσεις νεφρών πραγματοποιούνται σε ασθενείς που βρίσκονται σε τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας. Οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν απώλεια νεφρικής λειτουργίας που φθάνει στο 90-95%, με παράλληλη μόνιμη μείωση του ρυθμού σπειραματικής διήθησης στο ένα τρίτο περίπου της φυσιολογικής τιμής, πράγμα που τους επιβάλλει να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα τους με μία από τις μεθόδους Θεραπείας Υποκατάστασης Νεφρικής Λειτουργίας (Κοντοδημόπουλος, 2006).

Αναφερόμενες ως Θεραπείες Υποκατάστασης Νεφρικής Λειτουργίας εννοούνται η αιμοκάθαρση, η περιτοναϊκή κάθαρση ή η μεταμόσχευση νεφρών (Ελληνική Νεφρολογική Εταιρεία). Προσπάθειες για μεταμόσχευση πτωματικών νεφρών έγιναν στο

Παρίσι και τη Βοστώνη από το 1954 έως και το 1958, αλλά ουσιαστικά ξεκίνησε επίσημα στις αρχές της δεκαετίας του 1960 (Κοντοδημόπουλος, 2006).

Η μέθοδος της αιμοκάθαρσης είναι η πιο συνήθης μέθοδος για την σταθεροποίηση της ασθένειας και τη σωτηρία του ασθενή. Μέθοδος που χρησιμοποιείται στην Ελλάδα, με μεγάλη αύξηση των μονάδων που την πραγματοποιούν, λόγω της συνεχόμενης αύξησης των περιστατικών που χρήζουν αγωγή.

Η μεταμόσχευση νεφρών είναι η μόνιμη λύση για την αντιμετώπιση της πάθησης, αλλά ο αριθμός των περιστατικών που προβαίνουν σε αυτή είναι μικρός λόγω της έλλειψης ή ακαταλληλότητας των μοσχευμάτων. Μεταμόσχευση νεφρών μπορεί να πραγματοποιηθεί από πτωματικό δότη, δηλαδή εγκεφαλικά νεκρό, από συγγενή ζωντανό δότη, όπως ο γονέας ή τα αδέρφια, ή από μη συγγενή ζωντανό δότη, όπως ο σύζυγος ή κάποιος φίλος.

Μελέτες που έχουν γίνει αποδεικνύουν ότι η οικονομικότερη μέθοδος για την ίαση της νεφρικής ανεπάρκειας είναι η μεταμόσχευση νεφρού και πιο ακριβή είναι η αιμοκάθαρση, ειδικότερα αυτή που εκτελείται σε νοσοκομειακές μονάδες τεχνητού νεφρού. Σύμφωνα με τον Πρόεδρο του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων, κ. Καραμπίνη, το κόστος της αιμοκάθαρσης ανά έτος για περίπου 11.000 αιμοκαθαρόμενους νεφροπαθείς ανέρχεται στα 500.000.000€, καθώς επίσης οι μεταμοσχεύσεις νεφρών επιφέρουν ένα κόστος ενδεικτικά 10% μικρότερο αυτών της αιμοκάθαρσης.

Ωστόσο, αναφέρεται ότι το κόστος των 50 μεταμοσχεύσεων σε κέντρα του εξωτερικού πλησιάζει τα 10.000.000 ευρώ ετησίως, γεγονός που αποδεικνύει ότι η αύξηση των μεταμοσχεύσεων νεφρών στον ελλαδικό χώρο θα βοηθούσε πολλούς αιμοκαθαρόμενους ασθενείς να γιατρευτούν καθώς επίσης θα ζημίωνε λιγότερο τα ασφαλιστικά ταμεία και το ελληνικό δημόσιο. Συγκεκριμένα, το 2006, το ετήσιο κόστος αιμοκάθαρσης ήταν 250.000.000€.

Το κόστος αυτό αφορούσε 7.200 ασθενείς για αιμοκάθαρση, χωρίς να έχει υπολογιστεί σε αυτό το κόστος η πιθανότητα νοσηλείας τους. Το ποσό αυτό προκύπτει υπολογίζοντας ότι για κάθε ασθενή το ετήσιο κόστος ανέρχεται στο ποσό των 35.000€, προσθέτοντας το άμεσο και έμμεσο κόστος για τον καθένα. Αντίστοιχα, το κόστος μεταμόσχευσης νεφρού υπολογίζεται συνολικά στο ποσό των 33.318,22€ από ζώντα δότη και 30.109,12€ από πτωματικό δότη.

Στο σύνολο του κόστους για μεταμόσχευση νεφρού έχει περιληφθεί το προμεταμοσχευτικό κόστος, η μεταμοσχευτική νοσηλεία, καθώς επίσης το κόστος των ελέγχων του μεταμοσχευμένου ασθενή (Κοντοδημόπουλος, 2006).

1.3.2 Μεταμοσχεύσεις καρδιάς

Οι μεταμοσχεύσεις καρδιάς πραγματοποιούνται στο Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο. Ο αριθμός των μεταμοσχεύσεων καρδιάς που πραγματοποιήθηκαν στη χώρα μας από το έτος 2002 έως και 2012 ανέρχεται στους 94 ασθενείς (ΕΟΜ, 2016). Οι ασθενείς με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια τελικού σταδίου προβαίνουν σε μεταμόσχευση καρδιάς, τηρώντας όλες τις απαραίτητες διαδικασίες και εισάγονται στη λίστα αναμονής προς μεταμόσχευση.

Η κατάσταση τους είναι μη αναστρέψιμη, αντιμετωπίζουν συνεχόμενη μείωση της φυσικής τους λειτουργικότητας, με αποτέλεσμα η μεταμόσχευση να είναι η μόνη ιατρική μέθοδος προς επιβίωση. Λόγω του μεγάλου χρόνου αναμονής για την μεταμόσχευση καρδιάς, υπάρχουν κάποιες περιπτώσεις ασθενών που χρησιμοποιούν μια σύγχρονη εναλλακτική μέθοδο, τη Συσκευή Υποστήριξης της Αριστερής Κοιλίας (L-VAD) ή Συσκευή Κοιλιακής Υποβοήθησης (Bi-Vad). Η συσκευή εμφυτεύεται χειρουργικά και βοηθάει την καρδιά του ασθενή να αντλεί αίμα.

Ασθενείς που προβαίνουν σε αυτή τη μέθοδο θεραπείας, ως τη χρονική στιγμή της μεταμόσχευσης, είναι εκείνοι που δεν έχουν χρονικά περιθώρια επιβίωσης ως τη μεταμόσχευση, όσοι χειρουργήθηκαν στην καρδιά αλλά η καρδιά τους δεν μπορεί να ανταπεξέλθει άμεσα (την αφαιρούν συνήθως μετά από λίγες ημέρες χρήσης), καθώς οι ασθενείς που είναι ακατάλληλοι προς μεταμόσχευση καρδιάς λόγω σοβαρών αντενδείξεων.

Η τοποθέτηση της Συσκευής Υποστήριξης Αριστερής Κοιλίας δεν είναι η μόνη λύση για την θεραπεία της καρδιακής ανεπάρκειας τελικού σταδίου, αλλά είναι η γέφυρα σωτηρίας στους περισσότερους ασθενείς που αναμένουν μόσχευμα.

1.3.3 Μεταμοσχεύσεις ήπατος

Μεταμοσχεύσεις ήπατος στην Ελλάδα πραγματοποιούνται στο Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο» Θεσσαλονίκης. Τα έτη 2006 έως 2009, μεταμοσχεύσεις ήπατος διενεργούνταν ταυτόχρονα στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό». Ο αριθμός των μεταμοσχεύσεων ήπατος δεν είναι αρκετά μεγάλος ανά έτος και αυτό οφείλεται, όπως και σε άλλες περιπτώσεις, στην έλλειψη δωρεάς οργάνων.

Η μεταμόσχευση ήπατος είναι από τις δυσκολότερες χειρουργικές πράξεις σε όλη την ιατρική, λόγω της πολυπλοκότητας του ήπατος, καθώς επίσης και του ενδελεχούς ελέγχου που πρέπει να πραγματοποιηθεί στον προμεταμοσχευμένο ασθενή. Προς μεταμόσχευση ήπατος προβαίνουν ασθενείς οι οποίοι αντιμετωπίζουν προβλήματα με χρόνιες ηπατικές νόσους. Στις περισσότερες περιπτώσεις ασθενών με ηπατική ανεπάρκεια η αγωγή που δίδεται είναι συντηρητική με ειδική διαίτα και φάρμακα.

Όπως αναφέρεται από τον ΕΟΜ είναι λίγες οι περιπτώσεις περιστατικών που προβαίνουν στο χειρουργείο, καθώς στο τελικό στάδιο ηπατικής ανεπάρκειας εξετάζεται ενδελεχώς η περίπτωση της μεταμόσχευσης τους, εφόσον έχουν εξαντληθεί όλα τα περιθώρια για συντηρητική αντιμετώπιση.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

2.1 Ελληνικό Θεσμικό Πλαίσιο

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

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

A. Γενικές Διατάξεις:

- **Άρθρο 1:** Η αφαίρεση ιστών και οργάνων γίνεται μόνο για θεραπευτικούς λόγους.
- **Άρθρο 2:** Η αφαίρεση γίνεται χωρίς οποιοδήποτε αντάλλαγμα.
- **Άρθρο 3:** Κάθε δαπάνη απαραίτητη για την αφαίρεση, μεταφορά και συντήρηση ιστών και οργάνων από ζώντα ή νεκρό δότη με σκοπό την μεταμόσχευση βαρύνει τον ασφαλιστικό οργανισμό του λήπτη ή του υποψήφιου λήπτη. Αν αυτός είναι οικονομικά αδύνατος και ανασφάλιστος, οι δαπάνες καλύπτονται από ειδική πίστωση που εγγράφεται κάθε έτος στον Προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.
- **Άρθρο 4:** Οι μεταμοσχεύσεις διενεργούνται αποκλειστικά σε ειδικά οργανωμένες μονάδες (Μονάδες Μεταμόσχευσης) και μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα.
- **Άρθρο 7:** Ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων τηρεί Εθνικό Μητρώο στο οποίο εγγράφει τους υποψήφιους λήπτες όταν πιστοποιηθεί ότι είναι κατάλληλοι για μεταμοσχεύσεις. Η κατανομή των μοσχευμάτων στους υποψήφιους λήπτες του Εθνικού Μητρώου, διενεργείται αναλόγως με το όργανο που μεταμοσχεύεται και με βάση κριτήρια όπως ομάδα αίματος, η ιστοσυμβατότητα, το ιατρικώς πιστοποιημένο επειγόν της επέμβασης, ο χρόνος αναμονής, η ηλικία, το σωματικό βάρος, η εγγύτητα του τόπου λήψης του μοσχεύματος προς τον τόπο μεταμόσχευσης.
- **Άρθρο 8:** Στον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων, τηρούνται μητρώα δωρητών κατά όργανο και ιστό, καθώς και αρχείο εκείνων από τους οποίους έχουν ληφθεί όργανα και ιστοί για μεταμόσχευση.
- **Άρθρο 9:** Το Εθνικό Μητρώο με τους λήπτες και τα αρχεία των Δωρητών περιέχουν ευαίσθητα δεδομένα κατά την έννοια του Ν.2472/1997.(Μυγιάκη 2007)

B. Αφαίρεση Ιστών και Οργάνων από ζώντα δότη

- **Άρθρο 10:** Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από ζώντα δότη επιτρέπεται μόνο όταν πρόκειται να γίνει μεταμόσχευση στο σύζυγο του δότη ή σε συγγενή μέχρι και δεύτερο βαθμό εξ αίματος σε ευθεία ή πλάγια γραμμή. Ο περιορισμός δεν ισχύει για μεταμόσχευση μυελού των οστών. Η αφαίρεση γίνεται από ενήλικο πρόσωπο και η συναίνεση του δότη είναι ελευθέρως ανακλητή έως τη στιγμή κατά την οποία αρχίζει η διαδικασία της αφαίρεσης.
- **Άρθρο 11:** Σε περίπτωση αναπηρίας ή θανάτου του δότη ή υποψηφίου δότη εξαιτίας επιπλοκών από την αφαίρεση ή τις σχετικές προκαταρκτικές εξετάσεις καταβάλλεται αποζημίωση από το Δημόσιο πέραν των παροχών των ασφαλιστικών οργανισμών στον ίδιο ή στους δικαιούχους διατροφής.(Λαζαρίδης 1999)

Γ. Αφαίρεση Ιστών και Οργάνων από νεκρό δότη

- **Άρθρο 12:** Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από νεκρό δότη με σκοπό τη μεταμόσχευση επιτρέπεται μόνο για θεραπευτικούς λόγους. Η αφαίρεση διενεργείται μετά την επέλευση του θανάτου, έστω κι αν οι λειτουργίες ορισμένων οργάνων **διατηρούνται με τεχνητά μέσα. Η αφαίρεση αποκλείεται αν είχε εγγράφως εκφράσει την άρνηση του.**
- Αν ο δυνητικός δότης δεν είχε εκφράσει τη συναίνεσή του ή την άρνησή του, η αφαίρεση γίνεται εφόσον δεν εναντιώνονται σε αυτήν ο σύζυγος, τα ενήλικα τέκνα, οι γονείς ή τα αδέρφια του. Όταν ο θεράπων ιατρός διαγνώσει νέκρωση του εγκεφαλικού στελέχους και εφόσον οι λειτουργίες ορισμένων οργάνων διατηρούνται με τεχνητά μέσα, υποχρεούται να προβεί από κοινού με έναν αναισθησιολόγο και ένα νευρολόγο ή νευροχειρουργό στη σύνταξη του σχετικού πιστοποιητικού θανάτου.
- Στην πιστοποίηση του θανάτου δεν συμμετέχει ιατρός που ανήκει στην μεταμοσχευτική ομάδα. Ο θεράπων ιατρός υποχρεούται να ενημερώσει αμέσως τις Υπηρεσίες του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων και σε συνεργασία με αυτές ενημερώνει τον σύζυγο ή τους συγγενείς για το θάνατο καθώς και για τη δυνατότητα δωρεάς ιστών και οργάνων με σκοπό τη μεταμόσχευση για να εκφράσουν την κατά την παρ.4 συναίνεση ή άρνησή τους αν ο δυνητικός δότης δεν είχε εγγράφως συναινέσει ή αποκλείσει τη μεταμόσχευση. Μόνο αν πρόκειται να γίνει μεταμόσχευση συνεχίζεται η τεχνητή υποστήριξη
- **Άρθρο 13:** Η ταυτότητα του νεκρού δότη δεν αποκαλύπτεται στο λήπτη και την οικογένειά του. Δεν αποκαλύπτεται επίσης η ταυτότητα του λήπτη στην οικογένεια του νεκρού δότη.
- **Άρθρο 14:** Η δωρεά ιστών και οργάνων για μετά το θάνατο του δότη δεν επιτρέπεται να γίνεται προς ορισμένο λήπτη.(Λαζαρίδης 1999)(Αδάμη 1993)

Δ. Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων

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

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

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

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

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

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

Επιδιώκει με κάθε πρόσφορο τρόπο και ιδίως με την οργάνωση κατάλληλης ενημέρωσης και πληροφόρησης του κοινού, την αύξηση του αριθμού των προοριζομένων για μεταμόσχευση οργάνων.(ΕΟΜ., 2012)

2.2 Νομοθετικές ρυθμίσεις των Μεταμοσχεύσεων από ζώντες δότες

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

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

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

Δεν υπάρχει κοινός νόμος για όλα τα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ωστόσο όλα προσανατολίζονται και ασπάζονται την αρχή του 'Μη Βλάπτειν' όπως αναφέρθηκε παραπάνω.

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

Σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία (Ν. 3984/2011, Α.4), που ενσωματώνει τους ευρωπαϊκούς κανονισμούς, η αφαίρεση οργάνων από ζώντα ή θανάττα δότη γίνεται μόνον για θεραπευτικούς σκοπούς, εφόσον δεν υπάρχει εναλλακτική αποτελεσματική ιατρική μέθοδος (ΦΕΚ 150, 2011). Μετά από σχετική τροποποίηση του παραπάνω νόμου, η αφαίρεση οργάνων από εκλιπόντα δότη πραγματοποιείται «εφόσον αυτός δεν είχε εκφράσει αντίρρηση όσο ζούσε», αλλά και «κατόπιν συναίνεσης της οικογένειάς του» (Ν. 4075/2012, Α.55, παρ. 4).

Επίσης, προβλέπεται η υποβολή έγγραφης δήλωσης αντίρρησης (άρνησης 31 για δωρεά), η οποία μπορεί οποτεδήποτε να ανακληθεί ελεύθερα. Η μη υποβολή έγγραφης δήλωσης αντίρρησης αφαίρεσης οργάνων θεωρείται «εικαζόμενη» ή «τεκμαιρόμενη» συναίνεση (ΦΕΚ 89, 2012). Παρότι αυτό δυνητικά αυξάνει τον αριθμό των δωρητών, αποτελεί ταυτόχρονα ένα σημείο έντονης συζήτησης και κριτικής για την ηθική του διάσταση. Στο Ν. 3984/2011, ορίζονται μεταξύ άλλων: (α) η προϋπόθεση της πιστοποίησης του εγκεφαλικού θανάτου του λήπτη (νέκρωση του εγκεφαλικού στελέχους) (Κεφ. 2, παρ. 2.2), (β) η απαγόρευση ανταλλάγματος και (γ) η τήρηση της ανωνυμίας των δωρητών και των ληπτών (στους δότες επιτρέπεται να αποκαλυφθεί μόνον η επιτυχής έκβαση της μεταμόσχευσης).

Διαδικαστικά, μετά τη διάγνωση της νέκρωσης του εγκεφαλικού στελέχους, όταν η λειτουργία διατηρείται με τεχνητά μέσα, ο θεράπων γιατρός από κοινού με αναισθησιολόγο και νευρολόγο ή νευροχειρουργό συντάσσουν το πιστοποιητικό θανάτου του υποψήφιου δότη. Οι γιατροί που ανήκουν στη μεταμοσχευτική ομάδα δε θα πρέπει να συμμετέχουν στην πιστοποίηση του θανάτου του δότη. Στη συνέχεια, ενημερώνεται ο συντονιστής μεταμοσχεύσεων, προκειμένου να διαπιστώνεται αν από τον εκλιπόντα έχει δηλωθεί άρνηση δωρεάς οργάνων και μετέπειτα υπάρχει η υποχρέωση της ενημέρωσης των αρμόδιων (συγγενικών κλπ.) προσώπων, προκειμένου να συναινέσουν.

Η λήψη οικονομικού ανταλλάγματος άμεσα ή έμμεσα απαγορεύεται, όπως και η γνωστοποίηση της ανάγκης, που να αποσκοπεί σε οικονομικό όφελος. Στην έννοια του οικονομικού ανταλλάγματος δεν υπάγονται περιπτώσεις δαπανών στις οποίες προβαίνουν οι δωρητές για το σκοπό της δωρεάς, για τις οποίες δαπάνες προβλέπονται αποζημιώσεις, όπως και για την αντιστάθμιση της σχετικής απώλειας εισοδήματος που συνεπάγεται η δωρεά (ΦΕΚ 150, 2011).

Η μεταθανάτια δωρεά οργάνων αφορά σχεδόν σε κάθε άτομο, ανεξάρτητα από την ηλικία του (ΕΟΜ,2015). Κατ' εξαίρεση, υπάρχουν κάποιες αντενδείξεις (για παράδειγμα, κακοήθεια κατά την τελευταία πενταετία ή γενικευμένες λοιμώξεις κλπ.) (Αντωνίου, 2015). Η δωρεά οργάνων μετά το θάνατο δεν επιτρέπεται να γίνεται προς ορισμένο λήπτη, αλλά τηρείται καθορισμένη σειρά προτεραιότητας (ΦΕΚ 150, 2011).

Η δωρεά οργάνων από ζώντα λήπτη ακολουθεί ειδικότερες ρυθμίσεις.

Για τα στάδια διαδικασιών από τη δωρεά ως τη μεταμόσχευση νομικά προβλέπεται πλαίσιο ποιότητας και ασφάλειας που αφορά στα ιατρικά πρωτόκολλα, στους επαγγελματίες υγείας, στις εγκαταστάσεις, στον εξοπλισμό, στην τήρηση αρχείων και σε άλλα σχετικά θέματα (ΦΕΚ 150, στο ίδιο). Η κατανομή των μοσχευμάτων στους υποψήφιους λήπτες γίνεται με βάση το Εθνικό Μητρώο, ανάλογα με το όργανο που μεταμοσχεύεται και ακολουθώντας κριτήρια όπως: η επείγουσα φύση της επέμβασης (ιατρικά πιστοποιημένη), ο χρόνος αναμονής, η ομάδα αίματος, η ιστοσυμβατότητα, η εγγύτητα του τόπου λήψης του μοσχεύματος προς τον τόπο της μεταμόσχευσης και άλλα σωματικά και ατομικά κριτήρια. Στις λίστες υποψηφίων ληπτών οργάνων - εφόσον τα άλλα κριτήρια είναι ισοδύναμα - προηγούνται τα άτομα που έχουν δηλώσει τη συναίνεσή τους για αφαίρεση οργάνων τους προς δωρεά μετά το θάνατό τους (Σκόκου, 2006).

Το Εθνικό Μητρώο Δωρητών Οργάνων για άτομα που έχουν δηλωθεί με κάρτα δωρητή προστατεύεται από το Νόμο για τη διαφύλαξη του απορρήτου των πληροφοριών. Η συναίνεση για δωρεά είναι επίσης ελεύθερα ανακλητή οποτεδήποτε. Οι μονάδες μεταμόσχευσης είναι μη κερδοσκοπικού και κοινωφελούς χαρακτήρα νομικά πρόσωπα δημόσιου ή ιδιωτικού δικαίου, με σχετική άδεια για τη μεταμόσχευση οργάνων (ΦΕΚ 150, 2011). Για το θέμα της ενημέρωσης για τη δωρεά και τη μεταμόσχευση οργάνων, οι πολίτες μπορούν να απευθύνονται σε φορείς υπηρεσιών υγείας, σε μονάδες μεταμόσχευσης, στους Συντονιστές Μεταμοσχεύσεων και στον ΕΟΜ.Ο ΕΟΜ προβλέπεται να αναλαμβάνει ειδικές ενημερωτικές εκστρατείες

2.3 Ιστορική αναδρομή

Ο νόμος 2737/1999 «Μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων ιστών και οργάνων και άλλες διατάξεις», όπως και οι κανονιστικές πράξεις που εκδόθηκαν κατ' εξουσιοδότηση αυτού, αποτέλεσαν για την εποχή τους ένα σημαντικό και καινοτόμο νομικό πλαίσιο, για τις μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων. Στον εν λόγω νόμο, σχετικά με τη δικαιοδοσία και την έκταση της ιατρικής ευθύνης, ο νομικός χαρακτηρισμός της συναίνεσης έχει πρακτική σημασία: πλέον, ο πιθανός δότης μπορεί να δηλώσει αν συναινεί ή όχι για τη δωρεά οργάνων του, πριν το θάνατό του, στον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων. Για την αφαίρεση οργάνων από εγκεφαλικά νεκρούς δότες υπάρχουν διάφοροι τρόποι, προς τη νομική εξασφάλιση της συναίνεσης:

- α) η ρητή συναίνεση εν ζωή από το δυνητικό δότη,
- β) μέσω της συναίνεσης των συγγενών,

γ) μέσω της μαρτυρίας των συγγενών, περί της βούλησης του εγκεφαλικά νεκρού ασθενή (εικαζόμενη ή τεκμαιρόμενη συναίνεση / υποτιθέμενη συγκατάθεση / σύστημα αντίρρησης), και

δ) μέσω της μη αντίθεσης σε αυτήν την πράξη.

Η νομοθεσία, σχετικά με την αφαίρεση ιστών και οργάνων από ζώντα δότη με σκοπό την μεταμόσχευση, προβλέπει ότι η διαδικασία αυτή διενεργείται αποκλειστικά προς το θεραπευτικό όφελος του λήπτη και εφόσον τηρούνται τα εξής:

α) δεν διατίθενται ιστοί και όργανα από αποβιώσαντα πρόσωπα, μέχρι τη στιγμή της διενέργειας λήψης του οργάνου,

β) δεν υφίσταται άλλη θεραπευτική μέθοδος ανάλογης αποτελεσματικότητας, και

γ) δεν συνεπάγεται προφανής σοβαρός κίνδυνος για τη ζωή ή την υγεία του δότη.

Οι προϋποθέσεις α και β συναποτελούν την «αρχή της επικουρικότητας». Επειδή οι φυλακισμένοι και τα άτομα που βρίσκονται σε στερητική δικαστική συμπαράσταση δεν είναι σε θέση να δώσουν ελεύθερα τη συναίνεσή τους και ενδέχεται να υποστούν πιέσεις, τα όργανά τους δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται προς μεταμόσχευση, παρά μόνο αν πρόκειται να δοθούν σε πολύ κοντινά μέλη της οικογένειάς τους.

Δώδεκα χρόνια αργότερα, και μετά τη θλιβερή διαπίστωση ότι η χώρα μας κατέχει την τελευταία θέση σε ευρωπαϊκό επίπεδο στις μεταμοσχεύσεις οργάνων, κρίθηκε αναγκαία η μεταρρύθμιση του νομικού αυτού πλαισίου. Το σημαντικότερο νομοθέτημα, που ισχύει στη χώρα μας για τις μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων, είναι ο νόμος 3984/2011 «Δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων και άλλες διατάξεις», που ενσωματώνει στην ελληνική νομοθεσία την Οδηγία 2010/53/ΕΕ (αρχικά 2010/45/ΕΕ) του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 7ης Ιουλίου 2010 και ο οποίος αντικατέστησε τον προηγούμενο νόμο 2737/1999. Ωστόσο, το άρθρο 9 § 2 τροποποιήθηκε γρήγορα με το άρθρο 55 § 4 του νόμου 4075/2012 (προστέθηκε η φράση «και κατόπιν συναίνεσης της οικογένειάς του»).

Άρα, δεν αρκεί πλέον να μην είχε εκφράσει την αντίθεσή του ο δότης για τη δωρεά οργάνων του, αλλά απαιτείται να είναι σύμφωνη και η οικογένεια. Η λύση αυτή φαίνεται δογματικά ορθότερη και σύμφωνη με τις επικρατούσες αντιλήψεις στην ελληνική κοινωνία, αφού οι στενοί συγγενείς του νεκρού (σύζυγος, παιδιά, γονείς) πιστεύουν ότι έχουν «δικαιώματα» πάνω στο νεκρό σώμα του ανθρώπου τους. Το ζήτημα των μεταμοσχεύσεων ρυθμίζεται και από το νόμο 3418/2005, με τον οποίο τέθηκε σε ισχύ ο νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας. Τέλος, η Ελλάδα έχει κυρώσει αι την Ευρωπαϊκή Σύμβαση του Ονιέδο για τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη βιοϊατρική (1997), με το νόμο 2619/1998. Ακολουθεί μία συνοπτική λίστα με όλη την ελληνική νομοθεσία, που αφορά στις μεταμοσχεύσεις και τη δωρεά οργάνων, κατά χρονολογική σειρά και με τους αντίστοιχους διαδικτυακούς ιστότοπους.

- Το πρώτο νομοθετικό πλαίσιο για τις μεταμοσχεύσεις αποτελείτο από το νόμο 821/1978 «Περί αφαιρέσεων και μεταμοσχεύσεων βιολογικών ουσιών ανθρώπινης προελεύσεως».

- Ο νόμος 1383/1983 «Αφαιρέσεις και μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων ιστών και οργάνων», ο οποίος κατήργησε στο σύνολό του τον προηγούμενο νόμο (821/1978).
- Το άρθρο 47 του νόμου 2071/1992 «Δικαιώματα νοσοκομειακού ασθενούς» (www.medlaw-bioethics.gr/material/patient_rights_gr.pdf).
- Ο νόμος 2619/1998, με τον οποίο κυρώνεται η Σύμβαση του Oviedo (www.fst.aua.gr/sites/fst.aua.gr/files/oviedo_convention_gr.pdf).
- Ο νόμος 2737/1999 (ΦΕΚ Α' 174/27-08-1999) «Μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων ιστών και οργάνων και άλλες διατάξεις», ο οποίος αντικατέστησε τον προηγούμενο(1383/1983)(www.nurs.uoa.gr/fileadmin/nurs.uoa.gr/uploads/Nomothesia_Nosilefton/Nomoi/Nomos_2737_FEK_174_A_1999.pdf).
- Το Πρόσθετο Πρωτόκολλο της Σύμβασης του Oviedo για τις μεταμοσχεύσεις (2002), το οποίο η Ελλάδα έχει υπογράψει, αλλά δεν έχει κυρώσει ακόμα (www.bioethics.gr/images/pdf/BIODIKAI0/NOMOTHESIA/METAMOSXEUSEIS/Additional_protocol_Oviedo_transplantation.pdf).
- Η Κοινοτική Οδηγία 2004/23/ΕΚ, η οποία ρυθμίζει τα πρότυπα ποιότητας και ασφάλειας σχετικά με τη δωρεά, την προμήθεια, τον έλεγχο, την επεξεργασία, τη συντήρηση, την αποθήκευση και τη διανομή ανθρωπίνων ιστών και κυττάρων προς μεταμόσχευση (για τα ανθρώπινα όργανα εκδόθηκε η επόμενη Κοινοτική Οδηγία) (www.bioethics.gr/images/pdf/BIODIKAI0/NOMOTHESIA/METAMOSXEUSEIS/Directive_2004-23.pdf). Η οδηγία αυτή ενσωματώθηκε στην ελληνική νομοθεσία με το Προεδρικό Διάταγμα 26/24-03-2008 (www.bioethics.gr/images/pdf/BIODIKAI0/NOMOTHESIA/METAMOSXEUSEIS/Presidential_Decree_26-24-3-2008.pdf).
- Ο νόμος 3418/2005 (ΦΕΚ Α' 287/28-11-2005) «Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας», με ζητήματα που αφορούν τόσο την ιατρική δεοντολογία όσο και τα δικαιώματα των ασθενών (www.dsanet.gr/Epikairothta/Nomothesia/n3418_05.htm), ο οποίος αντικατέστησε το βασιλικό διάταγμα 3372/1955 «Περί κερατοπλαστικών εγχειρήσεων»(www.medlaw-bioethics.gr/material/code_of_practice_gr.pdf). Ειδικότερα, το άρθρο 29 του ν. 3418/2005 αναφέρεται στην ευθανασία.
- Η Κοινοτική Οδηγία 2010/53/ΕΕ (αρχικά Οδηγία 2010/45/ΕΕ) του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 7ης Ιουλίου 2010, σχετικά με τα πρότυπα ποιότητας και ασφάλειας των ανθρωπίνων οργάνων που προορίζονται για μεταμόσχευση(www.eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2010:207:0014:0029:EL:pdf).
- Ο νόμος 3984/2011 (ΦΕΚ Α' 150/27-06-2011) «Δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων και άλλες διατάξεις», ο οποίος αντικατέστησε τον προηγούμενο (2737/1999)(www.bioethics.gr/images/pdf/BIODIKAI0/NOMOTHESIA/METAMOSXEUSEIS/N3984-2011.pdf).

- Η Αιτιολογική Έκθεση του νόμου 3984/2011 (www.hellenicparliament.gr/UserFiles/2f026f42-950c-4efc-b950-340c4fb76a24/dorgam-eis.pdf).
- Ο νόμος 4075/2012 (ΦΕΚ Α' 89/11-04-2012), Κεφάλαιο Ζ – Λοιπές Διατάξεις, Άρθρο 55 «Ρυθμίσεις θεμάτων Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και νοσοκομείων Ε.Σ.Υ.», παράγραφος 4, όπου προστίθεται η φράση «και κατόπιν συναίνεσης της οικογένειάς του», στο τέλος του πρώτου εδαφίου της παραγράφου 2 του άρθρου 9 του ν. 3984/2011.

2.4 Οργάνωση μεταμοσχεύσεων (Ε.Ο.Μ)

Ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων είναι ο αρμόδιος φορέας για την εξυπηρέτηση ασθενών που έχουν ανάγκη μεταμόσχευσης συμπαγών ή μη οργάνων. Υπάγεται στο Υπουργείο Υγείας και αποτελεί Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου. Ρόλος του Οργανισμού είναι η τήρηση των νομικών διατάξεων σχετικά με τις μεταμοσχεύσεις οργάνων σε ασθενείς, καθώς επίσης η τέλεση της διαδικασίας υλοποίησης της μεταμόσχευσης, αρχίζοντας με την ένταξη του ασθενή στη λίστα μεταμοσχεύσεων. Στόχος του Οργανισμού ταυτόχρονα είναι η εύρεση δοτών οργάνων ή πιθανών δοτών συμπαγών οργάνων σε συνεργασία με τα μεταμοσχευτικά εξειδικευμένα κέντρα της χώρας μας.

Είναι ο οργανισμός που έχει ως ρόλο τον συντονισμό και την πραγματοποίηση μιας μεταμόσχευσης, τηρώντας το νομικό πλαίσιο περί μεταμοσχεύσεων που υπάρχει στη χώρα μας και προσπαθώντας να εξυπηρετήσει όλο και μεγαλύτερο αριθμό ασθενών που βρίσκονται σε τελικό στάδιο χρόνιων παθήσεων. Ωστόσο, υπάρχει μέσω του ΕΟΜ άμεση συνεργασία με μεταμοσχευτικά κέντρα του εξωτερικού, με πρωτεύοντα της Ιταλίας, λόγω διακρατικής συνεργασίας. Αρμοδιότητα του επιπλέον είναι η πιστοποίηση της αναγκαιότητας για μεταμόσχευση ενός ασθενούς, καθώς επίσης η άμεση μετακίνησή του στο εξωτερικό.

2.5 Αφαίρεση ιστών και οργάνων από ζώντα δότη

Στο ελληνικό δίκαιο, όπως και σε άλλα δίκαια, η εξέταση του θέματος γίνεται με βάση τις συναφείς συνταγματικές διατάξεις, τη Σύμβαση του Oviedo (την οποία η Ελλάδα κύρωσε με το ν. 2619/1998) και τις διατάξεις του Ποινικού Κώδικα. Από το δικαίωμα περί ανάπτυξης της προσωπικότητας, σε συνδυασμό με την προστασία της αξίας του ανθρώπου, η θεωρία έχει επεξεργαστεί την έννοια του «δικαιώματος για έναν αξιοπρεπή θάνατο»: σε γενικές γραμμές, προβάλλεται η δυνατότητα του ατόμου να «ρυθμίσει» τις τελευταίες στιγμές της ζωής του και να λάβει τις κατάλληλες αποφάσεις, ώστε τα τέλη του να είναι ανώδυνα, ανεπαίσχυντα και ειρηνικά· ενώ, δηλαδή, το δικαίωμα στη ζωή σημαίνει ότι η ανθρώπινη ζωή προστατεύεται έναντι πάσης φύσεως προσβολών, το δικαίωμα για έναν αξιοπρεπή θάνατο σημαίνει ότι δεν επιτρέπεται να εξαναγκαστεί κάποιος να ζήσει, εάν αυτό συνεπάγεται συνθήκες, που τις αντιλαμβάνεται ως μαρτύριο. Τίθεται, βεβαίως, το ερώτημα εάν στην έννοια της ανάπτυξης της προσωπικότητας

μπορεί να υπαχθεί και η δυνατότητα του ατόμου να αρνηθεί την περαιτέρω συνέχιση θεραπείας, σε περίπτωση που αυτή δεν συνδέεται με καμία προοπτική ίασης, αλλά συνεπάγεται μόνο επώδυνες στιγμές. Είναι δυνατό να θεωρηθεί ότι συντελεί στην «ανάπτυξη της προσωπικότητας» η άρνηση μιας θεραπείας, όταν πιθανολογείται ότι το αποτέλεσμα θα είναι ο θάνατος; Εφόσον αναφερόμαστε στον ασθενή, που μπορεί να λάβει αποφάσεις και να τις πραγματοποιήσει (π.χ. γνωρίζει ότι βρίσκεται σε τελευταίο στάδιο καρκίνου και επιθυμεί να πεθάνει στο οικογενειακό του περιβάλλον), τότε η απάντηση είναι καταφατική. Ήδη, έχει γίνει προ πολλού δεκτό ότι ο ασθενής δεν είναι δυνατό να «εξαναγκαστεί» σε θεραπεία, εάν αυτό αντίκειται στις θρησκευτικές ή φιλοσοφικές του δοξασίες.

Η Σύμβαση περί Βιοϊατρικής (Σύμβαση Oviedo) αναφέρεται στη συναίνεση του ασθενούς, την οποία θεωρεί ως τη βασική προϋπόθεση, που δικαιολογεί κάθε επέμβαση στο πεδίο της υγείας (άρθρο 5 και επόμενα). Στην Αιτιολογική Έκθεση της Σύμβασης υπογραμμίζεται η σημασία της συναίνεσης ως εργαλείου, μέσω του οποίου εκφέρεται η ελεύθερη και αυτόνομη απόφαση του ατόμου και περιορίζονται οι πατερναλιστικές επεμβάσεις, από πλευράς των ιατρικών λειτουργιών (στοιχείο 33 και επόμενα). Εξυπακούεται ότι η συναίνεση στη θεραπεία ή η αντίστοιχη άρνηση θα πρέπει να βασίζονται σε πλήρη και ενδελεχή ενημέρωση του ασθενούς, από πλευράς ιατρικού ή/και νοσηλευτικού προσωπικού. Κατά την επιγραμματική φράση ενός διαπρεπούς Γερμανού ποινικολόγου: «Εάν ο ασθενής εκδηλώσει τη ψύχραιμη και αποφασιστική επιθυμία να σταματήσει την περαιτέρω θεραπεία, ώστε να μπορέσει να πεθάνει ήσυχος, έχουμε κάθε λόγο να σεβαστούμε αυτήν την κυριολεκτικά θανατηφόρο απαίτησή του, όπως ακριβώς τη σεβόμαστε στην περίπτωση που, εκ των προτέρων, αποκλείει τη θεραπεία».

Πρέπει να επισημάνουμε ότι στη φάση αυτή δεν πρόκειται, κατ' ακριβολογία, για ευθανασία, αλλά για άρνηση θεραπείας. Όταν γίνεται λόγος για ευθανασία, αναφερόμαστε σε ασθενείς, που δεν είναι πλέον σε θέση οι ίδιοι να λάβουν αποφάσεις για τη ζωή τους (ή πολύ περισσότερο να τις εκτελέσουν), αλλά χρειάζονται τη «βοήθεια» κάποιου τρίτου, ιατρού ή μέλους του νοσηλευτικού προσωπικού· πρόκειται για καταστάσεις, στις οποίες επιδιώκεται να «μετατοπιστεί» η ευθύνη της απόφασης τερματισμού της ζωής, από τον ενδιαφερόμενο στον κατεξοχήν υπεύθυνο για τη διατήρηση της ζωής: στο θεράποντα ιατρό. Η Σύμβαση του Oviedo περιλαμβάνει μερικές γενικές διατάξεις, σχετικά με την προστασία των ατόμων, που δεν είναι σε θέση να δώσουν τη συναίνεσή τους, για διάφορους λόγους (σε αυτήν την κατηγορία περιλαμβάνονται οι ανήλικοι, τα άτομα με ψυχικές διαταραχές και εκείνα που δεν είναι σε θέση να διαμορφώσουν μια επιθυμία ή να την εκφράσουν, εξαιτίας ενός ατυχήματος ή επειδή βρίσκονται σε κώμα). Στην περίπτωση αυτή, επεμβάσεις είναι δυνατό να διενεργηθούν, μόνο αν έχουν άμεσο όφελος (άρθρο 6 § 1) και κατόπιν άδειας του νόμιμου αντιπροσώπου του ασθενή ή μιας ειδικής αρχής (άρθρο 6 § 3).

Μια άλλη διάταξη της Σύμβασης (άρθρο 9) αναφέρεται στις επιθυμίες που έχει εκδηλώσει κάποιος εκ των προτέρων και σε ανύποπτο χρόνο, σχετικά με μια ιατρική

επέμβαση· ορίζεται δε ότι οι επιθυμίες αυτές θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη αν, κατά τη στιγμή της επέμβασης, το άτομο δεν είναι πια σε θέση να εκφράσει τη βούλησή του. Στην Ερμηνευτική Έκθεση της διάταξης γίνεται μνεία σε άτομα, που έχουν προβλέψει ότι πιθανόν να μην μπορούν να εκφράσουν έγκυρα τη βούλησή τους, την κρίσιμη στιγμή (γιατί π.χ. θα έχουν γεροντική άνοια)· στη συνέχεια, όμως, υπογραμμίζεται ότι οι απόψεις που εξέφρασε κάποιος δεν σημαίνει ότι θα πρέπει απαραίτητα ν' ακολουθηθούν.

Ο ιατρός είναι εκείνος, που θα εκτιμήσει αν οι επιθυμίες του ασθενούς ανταποκρίνονται στην παρούσα κατάσταση και αν έχουν ισχύ με βάση την, εν τω μεταξύ, επελθούσα τεχνολογική πρόοδο. Εκτός από τη Σύμβαση, οι διατάξεις του Ποινικού Κώδικα, που αναφέρονται στην κατάσταση ανάγκης (άρθρο 25) και στην ανθρωποκτονία με συναίνεση (άρθρο 300), δύνανται να έχουν εφαρμογή σε ορισμένες περιπτώσεις ευθανασίας.

Τα αίτια, για τα οποία η ενεργητική ευθανασία απορρίπτεται από την πλειονότητα των νομικών και των γιατρών, οφείλονται στους εγγενείς κινδύνους κατάχρησης· η ζωή ασθενών και ηλικιωμένων θα έμπαινε σε κίνδυνο ή, ίσως, θα μπορούσε να ασκηθεί ψυχολογική πίεση σε ασθενείς να ζητήσουν τη θανάτωσή τους και, εκ των υστέρων, να είναι δύσκολο ν' αποδειχθεί αν η θανάτωση επήλθε, πράγματι, μετά από δική τους απαίτηση.

Οι νομοθέτες και οι δικαστές είναι υποχρεωμένοι να δίνουν απαντήσεις στα διλήμματα που προκύπτουν από τις καλπάζουσες εξελίξεις στη σύγχρονη ιατρική, είτε με τη θέσπιση νέων κανόνων δικαίου, είτε με την ερμηνεία των υπαρχόντων. Οποσδήποτε, στις ερμηνευτικές αυτές προσπάθειες παραμένει πάντοτε χρήσιμη η προσφυγή στις γενικές ρήτρες των χρηστών ηθών, της καλής πίστης και της επιείκειας, καθώς και της απαγόρευσης κατάχρησης δικαιώματος.

Παρ' όλες τις προσπάθειες που καταβάλλονται, η έλλειψη πτωματικών μοσχευμάτων είναι μεγάλη και θα αυξάνει με την πάροδο του χρόνου, αφού το επιστημονικό πεδίο της μεταμόσχευσης διευρύνεται. Αυτό ανάγκασε πολλούς να ζητήσουν προσαρμογή της νομοθεσίας σε πιο ρεαλιστικές λύσεις, γιατί θεωρούν ότι η ισχυρή πιθανότητα σωτηρίας συνανθρώπων υπερτερεί έναντι της ηθικής σκοπιμότητας, που έχει η συναίνεση των συγγενών του νεκρού. Ας μην παραβλέπουμε, όμως, ότι η συναίνεση περιφρουρεί την ελεύθερη βούληση του ατόμου και του επιτρέπει να καθορίζει την τύχη του, σύμφωνα με τις θέσεις του για τις αξίες της ζωής. Γι' αυτό, νόμος που δεν στηρίζεται στη συναίνεση είναι δύσκολο να εφαρμοστεί σε δημοκρατικές κοινωνίες. Η Ελλάδα, σύμφωνα με τα επίσημα στατιστικά στοιχεία, αντιμετωπίζει πρόβλημα μεταμοσχεύσεων κυρίως από νεκρούς δότες και όχι από ζώντες.

Επομένως, βασικός στόχος για την προώθηση των μεταμοσχεύσεων δεν μπορεί να είναι οι ζώσες (πωλώ δε μάλλον, όταν η μεταμόσχευση από ζώντα δότη αποτελεί την έσχατη λύση) πρόκειται για μια διεθνώς καθιερωμένη γενική αρχή (άρθρο 9 στη Σύμβαση Oviedo), η οποία ισχύει ακριβώς λόγω του αυξημένου κινδύνου προσβολής της

αξιοπρέπειας, της σωματικής ακεραιότητας, της προσωπικότητας και άλλων ανθρωπίνων δικαιωμάτων, που διατρέχει, εκ των πραγμάτων, ο ζων δότης.

2.6 Είδη μοσχευμάτων

Ανάλογα με τη γενετική σχέση μεταξύ του δότη και του λήπτη, διακρίνονται 3 είδη μοσχευμάτων:

- ✓ Αυτομοσχεύματα: Αυτά προέρχονται από το ίδιο άτομο όπως δερματικά μοσχεύματα και οστικά μοσχεύματα
- ✓ Αλλομοσχεύματα: Όταν ο δότης και ο λήπτης του μοσχεύματος είναι γενετικά διαφορετικοί, αλλά ανήκουν στο ίδιο ζωικό είδος όπως μόσχευμα από άνθρωπο σε άνθρωπο.
- ✓ Ξενομοσχεύματα: Όταν ο δότης και ο λήπτης είναι άτομα προερχόμενα από διαφορετικό ζωικό είδος, όπως μόσχευμα προερχόμενο από βαβουίνο σε άνθρωπο.(Kusaka et al. 2000)

2.7 Πηγές Μοσχευμάτων

Οι πηγές των μοσχευμάτων είναι οι εξής:

- **Ζώντες Συγγενείς Δότες**

Είναι μέλη της ίδιας οικογένειας ιστοσυμβατά με τον λήπτη, που προσφέρουν για μεταμόσχευση το ένα όργανο όπως ένα νεφρό ή τμήμα ενός οργάνου όπως την ουρά του παγκρέατος ή λοβό του πνεύμονα ή ένα λοβό του ήπατος, ή άλλο ιστό όπως μυελό οστών. Η μεταμόσχευση αυτή γίνεται προγραμματισμένα, αφού προηγηθεί ο κατάλληλος έλεγχος ιστοσυμβατότητας και προεγχειρητική εκτίμησης του υποψήφιου δότη. Στις περιπτώσεις αυτές, υπάρχει το τεχνικό πλεονέκτημα της ελαχιστοποίησης των βλαβών που παρατηρούνται κατά την συγκομιδή και συντήρηση του μοσχεύματος, όπως συμβαίνει στην περίπτωση του εγκεφαλικά νεκρού δότη. Οι ιδανικότεροι συγγενείς δότες είναι η πανομοιότυποι δίδυμοι. Όπως είναι αντιληπτό, απαιτείται λεπτομερέστατη προεγχειρητική εκτίμηση του δότη, δεδομένου ότι αυτός είναι άνθρωπος και θα ζήσει το υπόλοιπο της ζωής του με μειωμένη συγκεκριμένη οργανική λειτουργία, όπως με ένα νεφρό ή με ένα λοβό πνεύμονα. Θα υποβληθεί αν και απόλυτα υγιής σε μία σοβαρή χειρουργική επέμβαση, προκειμένου να δωρίσει ένα όργανο του ή μέρος οργάνου του, σε κάποιο πάσχοντα συγγενή του.(Κωστάκης,2005).

- **Ζώντες μη Συγγενείς Δότες**

Η δωρεά οργάνου ή ιστού από μη συγγενή δότη γίνεται από άτομα που είτε έχουν συναισθηματική σχέση ή απλή γνωριμία με τον υποψήφιο λήπτη ή μπορεί και να μην τον γνωρίζει καθόλου, αλλά έχουν δηλώσει στα αρμόδια Εθνικά Κέντρα, ότι επιθυμούν να είναι δωρητές. Οι περιπτώσεις δωρεάς μοσχευμάτων από ζώντες μη συγγενείς δότες με οικονομική συναλλαγή απαγορεύεται στις περισσότερες πολιτισμένες χώρες.(Κωστάκης,2005).

- **Πτωματικοί δότες με πάλλουσα καρδιά**

Πρόκειται για άτομα με εγκεφαλικό θάνατο, που ήδη νοσηλεύονται σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, βρίσκονται υπό μηχανική υποστήριξη της αιμοδυναμικής και μεταβολικής τους κατάσταση, μέχρι να ληφθεί η απόφαση για δωρεά οργάνων. Αυτά τα άτομα αποτελούν την μεγαλύτερη πηγή μοσχευμάτων σήμερα.(Κωστάκης, 2005).

- **Πτωματικοί δότες με μη πάλλουσα καρδιά**

Αποτελούν πολύ μικρό ποσοστό δοτών οργάνων σήμερα και αφορούν άτομα που χάνουν την ζωή τους αιφνίδια, λόγω ανατάξιμης βλάβης όπως καρδιακής ανακοπής στα εξωτερικά ιατρεία, στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ή άλλο τμήμα του νοσοκομείου ή στο ασθενοφόρο. Από αυτά τα άτομα μπορεί να γίνει λήψη οργάνου ή οργάνων, συνήθως των νεφρών, εφόσον τηρηθούν οι νόμιμες διαδικασίες για την δωρεά των οργάνων.

Στόχος είναι να περιοριστεί, ο χρόνος της θερμής ισχαιμίας και γίνεται προσπάθεια για την καλύτερη εξασφάλιση ροής στα όργανα, ενώ κατά την αφαίρεση του μοσχεύματος γίνεται, όσο το δυνατόν συντομότερα, η έκπλυση του με ψυχρό διάλυμα συντήρησης, πριν την παρατεταμένη ισχαιμία προλάβει να του προκαλέσει μη αντιστρεπτή βλάβη, δηλαδή θρόμβωση των αγγείων και αυτόλυση των ιστών. Η μηχανική αντλία καρδιακών μαλάξεων, είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στην περίπτωση των δοτών χωρίς πάλλουσα καρδιά.(Κωστάκης,2005).

- **Ξενομοσχεύσεις**

Έχουν γίνει διάφορες προσπάθειες να χρησιμοποιηθούν μοσχεύματα από ζώα του ίδιου ζωικού είδους όπως βαβουίνου, κουνέλι, αρνί και χοίρο. Η τελευταία προσπάθεια αφορούσε την μεταμόσχευση ήπατος βαβουίνου σε ασθενή, που επιβίωσε 70 ημέρες. Δεν έχουν επιλυθεί όμως ακόμη τα προβλήματα, σχετικά με την ξενομεταμόσχευση, όπως ανοσολογικά που σχετίζονται με την μετάδοση ζωνόσων, χειρουργικά-τεχνικά ή ηθικό δεοντολογικά. Η ανάπτυξη προγράμματος χρησιμοποίησης διαγονιδιακών μοντέλων, αποτελεί προς το παρόν, φιλοδοξία για το μέλλον. Ωστόσο οι σύγχρονες πρόοδοι της βιοτεχνολογίας αναμένεται να συμβάλουν στο τομέα των μεταμοσχεύσεων, ώστε να μπορέσουν να εξασφαλιστούν καλής ποιότητας μοσχεύματα και στο κατάλληλο χρόνο.(Μεσογίτης, 2012).

2.8 Δωρεά οργάνων

Η δωρεά ανθρώπινων ιστών και οργάνων, ένα από τα σπουδαιότερα ιατρικά επιτεύγματα του 20^{ου} αιώνα, έκανε πραγματικότητα την προσδοκία χιλιάδων δοκιμαζόμενων συνανθρώπων μας, για παράταση και καλύτερη ποιότητα ζωής. Στη χώρα μας υπάρχουν εξειδικευμένα μεταμοσχευτικά κέντρα ιστών και οργάνων: Για μεταμοσχεύσεις νεφρού είναι το Λαϊκό, ο Ευαγγελισμός, το Ιπποκράτειο Θεσσαλονίκης, το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ρίου Πατρών και το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων. Τα «δώρα», που αξιοποιούνται από αυτήν την μεγάλη ιδέα, είναι κυρίως Μάτια / Κερατοειδής χιτώνας, Πνεύμονες, Καρδιά και καρδιακές βαλβίδες, Συκώτι, Νεφροί, Πάγκρεας, Έντερο, Μηριαία και Σαφηνής φλέβα, Δέρμα, Οστά και μυελός των οστών, Τένοντες.

Η διαδικασία της δωρεάς οργάνων επιγραμματικά αναφέρεται παρακάτω:

- Σοβαρή εγκεφαλική κάκωση ή βλάβη
- Αναγνώριση δυνητικού δότη
- Διάγνωση εγκεφαλικού θανάτου
- Αναφορά στον συντονιστή μεταμοσχεύσεων
- Ενημέρωση EOM
- Έλεγχος Εθνικού Μητρώου Αρνήσεων
- Ενημέρωση και προσέγγιση συγγενών
- Συναίνεση της οικογένειας στη δωρεά οργάνων
- Κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος δυνητικού δότη
- Κλινική συντήρηση του δυνητικού δότη
- EOM: ενημέρωση - συντονισμός αρμόδιων μεταμοσχευτικών κέντρων για την αφαίρεση των οργάνων
- EOM: επιλογή κατάλληλων ληπτών νεφρικού μοσχεύματος (Εθνική Λίστα)
- Μεταμοσχευτικά κέντρα ήπατος - καρδιάς: επιλογή κατάλληλων ληπτών (ιατρικά κριτήρια)
- Αφαίρεση των οργάνων
- Μεταμόσχευση των οργάνων
- Αιτιολόγηση της επιλογής των ληπτών απ' τα μεταμοσχευτικά κέντρα
- Ενημέρωση της οικογένειας του δότη

Η διαδικασία της προσέγγισης της οικογένειας και της λήψης της απόφασης για συναίνεση ή μη, που αποτελεί και το βασικό θέμα της παρούσας εργασίας θα παρουσιαστεί παρακάτω. Εάν δεν υπάρξει συναίνεση της οικογένειας, η όλη διαδικασία διακόπτεται, αποσύρεται η υποστήριξη του δυνητικού δότη και η οικογένεια παραλαμβάνει το σώμα για να κηδευτεί.

Εάν εξασφαλιστεί η συναίνεση, η προσπάθεια επικεντρώνεται στην κλινική υποστήριξη του δυνητικού δότη, έργο εξαιρετικά δύσκολο γιατί η επέλευση του εγκεφαλικού θανάτου, κινητοποιεί μια διαδικασία ραγδαίας επιδείνωσης όλων των λειτουργιών και συστημάτων του οργανισμού. Παράλληλα, πραγματοποιείται μια σειρά εξετάσεων εργαστηριακών και απεικονιστικών, με σκοπό τη διακρίβωση της λειτουργικής κατάστασης κάθε οργάνου χωριστά, ώστε να εξασφαλιστεί τόσο η ποιότητα του προσφερόμενου οργάνου, όσο και η ασφάλεια του υποψήφιου λήπτη (Rech et al, 2013).

Στην κουλτούρα και την εκπαίδευση των Ελλήνων, η δωρεά οργάνων δεν είναι θερμή, με αποτέλεσμα πολλές περιπτώσεις δυνητικών δότη να μην παρουσιάζονται, είτε από άγνοια είτε από μη σωστή ενημέρωση των συγγενικών τους προσώπων. Η οικονομική κατάσταση και ο τρόπος λειτουργίας του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, αυξάνουν τη μείωση δότη, καθώς οι δυνητικοί δότες οργάνων μπορούν να εντοπιστούν σε οποιοδήποτε μέρος της χώρας υπάρχει Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, αλλά ο

εντοπισμός και η κινητοποίηση των διαδικασιών δωρεάς οργάνων δεν επιτυγχάνεται πάντοτε έγκαιρα.

Η εκπαίδευση των πολιτών σχετικά με τη δωρεά οργάνων είναι στάσιμη, με αποτέλεσμα να μην δίνεται αυτοβούλως η συναίνεση τους σε πιθανή δωρεά. Σύμφωνα με Έρευνα της Eurotransplant, υπολογίζεται ότι η Ελλάδα το 2008 με πληθυσμό 11.000.000 κατοίκους είχε 70 δότες οργάνων όπου ο αριθμός δοτών ανά εκατομμύρια πληθυσμό άγγιζε το 6.3 του Α.Ε.Π., ενώ το Βέλγιο με πληθυσμό 10.296.000 κατοίκους είχε 265 δότες οργάνων και ο αριθμός δοτών ανά εκατομμύρια πληθυσμού περιλάμβανε το 25,7 του Α.Ε.Π. της χώρας.

2.9 Δωρητές οργάνων

Δωρητής οργάνων είναι εκείνος που, εν ζωή, δηλώνει ότι επιθυμεί να δωρίσει μετά θάνατο τα όργανά του για μεταμόσχευση, ενώ δυνητικός δότης είναι αυτός, ο οποίος βρίσκεται σε συνθήκες σύμφωνα με τις οποίες θα μπορούσαν να αφαιρεθούν απ' αυτόν όργανα προς μεταμόσχευση εάν συναινέσει η οικογένεια και δότης αυτός απ' τον οποίο τελικά αφαιρείται έστω και ένα όργανο προς μεταμόσχευση.

Δωρητές οργάνων μπορεί να γίνουν άτομα με τρεις διαφορετικούς τρόπους. Πρώτον αν υπάρχει κλινικά νεκρός ασθενής – εγκεφαλικά νεκρός, ο οποίος έχει διαπιστευθεί από θεράποντες ιατρούς σε μονάδα εντατικής παρακολούθησης κάποιου νοσοκομειακού ιδρύματος. Δεύτερον, από ασθενείς των οποίων η καρδιά έχει σταματήσει να λειτουργεί – νεκροί δότες και τρίτον από ζώντα άτομα, τα οποία συνδέονται με τον προ μεταμοσχευμένο ασθενή σε α' βαθμού συγγένεια ή είναι συναισθηματικά συνδεδεμένα μαζί του.

Στην Ελλάδα, οι μεταμοσχεύσεις πραγματοποιούνται κυρίως από ασθενείς εγκεφαλικά νεκρούς που νοσηλεύονται στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας νοσοκομειακών ιδρυμάτων της χώρας μας (Καραμπίνης, 2015). Τα ποσοστά των δοτών οργάνων συγκριτικά με τον πληθυσμό και τον αριθμό των ασθενών στη χώρα μας που είναι εγγεγραμμένοι στην λίστα μεταμοσχεύσεων είναι αρκετά μικρά.

Η δωρεά οργάνων γίνεται από τους εν δυνάμει δότες ύστερα από συναίνεση του οικογενειακού τους περιβάλλοντος. Από τη στιγμή που θα δοθεί η συναίνεση για δωρεά οργάνων, προβαίνουν οι ιατροί στη διαδικασία συντήρησης των οργάνων για μεταμόσχευση και την γρήγορη διαδικασία πραγματοποίησης της (Αντωνίου, 2015).

Τα άτομα, που επιθυμούν να γίνουν δότες οργάνων, είναι καλό να γνωρίζουν τα ακόλουθα και να πράξουν κατά τη θέλησή τους (ειδικά, για την περίπτωση μοιραίου συμβάντος με εγκεφαλικό θάνατο):

- α) Είναι θεμιτό να πληροφορήσουν τους συγγενείς, τους φίλους και το γιατρό τους ότι είναι η επιθυμία τους να γίνουν δότες οργάνων,
- β) Έχουν τη δυνατότητα να συμπληρώσουν σχετικό έντυπο και να έχουν την αντίστοιχη κάρτα δότη πάντοτε μαζί τους· επίσης, μπορούν να δώσουν αντίγραφα στο γιατρό τους, στην οικογένεια και στο δικηγόρο τους,

γ) Είναι καλό να μεριμνήσουν, μαζί με το δικηγόρο τους, ώστε να προβούν στις σχετικές νομικές διαδικασίες, για το ποιος θα μπορεί ν' αποφασίζει γι' αυτούς, σε ενδεχόμενο εγκεφαλικού θανάτου.

Σχεδόν οποιοσδήποτε μπορεί να δωρίσει όργανα και ιστούς καθώς το ηλικιακό όριο για να γίνει κάποιος δεκτός ως δότης, διαρκώς διευρύνεται. Υπάρχουν βέβαια ορισμένες απόλυτες αντενδείξεις που αποκλείουν κάποιον εγκεφαλικά νεκρό από το να θεωρηθεί δυνητικός δότης. Αυτές οι αντενδείξεις περιλαμβάνουν όσους έχουν αναπτύξει την τελευταία πενταετία οποιαδήποτε κακοήθεια(με εξαίρεση κάποιους πρωτοπαθείς όγκους του ΚΝΣ, τον βασεοκυτταρικό καρκίνο του δέρματος και τον in situ καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και εκείνους που πάσχουν από γενικευμένες λοιμώξεις (σηψαιμία, ενεργός φυματίωση, γενικευμένη ιογενής λοίμωξη). Υπάρχει επίσης μια σειρά από σχετικές αντενδείξεις (τραύμα, λοίμωξη, χρόνια νόσος), όπου η καταλληλότητα θα εξεταστεί κατά περίπτωση. Κάποιες φορές το επείγον και η σοβαρότητα της κατάστασης του υποψήφιου λήπτη μπορεί να επιτρέψει κάποια ευελιξία στα κριτήρια καταλληλότητας (European Commission,2014). Απ' την άλλη πλευρά, υπάρχουν τρεις συγκεκριμένες και απαραίτητες προϋποθέσεις που αφορούν το πού και το πώς θα πεθάνει κάποιος, ώστε να θεωρηθεί δυνητικός δότης οργάνων. Για να προχωρήσει η διαδικασία της δωρεάς οργάνων είναι απαραίτητο:

- Ο δυνητικός δότης να νοσηλεύεται διασωληνωμένος σε ΜΕΘ
- Να έχει γίνει η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου με τη διαδικασία που αναφέρθηκε παραπάνω.
- Να συναινέσει η οικογένεια του (De Groot Y.,2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ

3.1 Ορισμός του εγκεφαλικού θανάτου

Είναι γεγονός ότι, από την αρχαιότητα ακόμη, υπήρχε μεταξύ των Ελλήνων ιατρών της εποχής προβληματισμός σχετικά με τον προσδιορισμό του οργάνου που αντιπροσώπευε το κέντρο της ζωής και ταύτιζαν, τελικά, το όργανο αυτό με την καρδιά. Ως εκ τούτου, η παύση της καρδιακής λειτουργίας συνεπαγόταν την έλευση του θανάτου, παρότι τόσο ο Γαληνός όσο και ο Ιπποκράτης πίστευαν ήδη ότι ο εγκέφαλος είναι η έδρα του λόγου, της αίσθησης και της κίνησης. Οι Εβραίοι ταύτιζαν το θάνατο με την παύση της αναπνοής. Ο πρώτος, που μετέφερε το κέντρο της ζωής στον εγκέφαλο, ήταν ο ιατρός και ραβίνος του 12ου αιώνα Μωυσής Μαϊμονίδης, ο οποίος ισχυριζόταν ότι ένα αποκεφαλισμένο άτομο ήταν αυτομάτως νεκρό, παρά το ενδεχόμενο κάποιων μυϊκών κινήσεων (οι οποίες, ωστόσο, δεν παρουσίαζαν ενδείξεις κάποιου κεντρικού ελέγχου).

Η έννοια του εγκεφαλικού θανάτου εισήχθη στην ιατρική ορολογία και πρακτική το 1968, από την επιτροπή της Ιατρικής Σχολής του Harvard (αποτελούμενη από ιατρούς, θεολόγους και νομικούς), που εξέδωσε ανακοίνωση με τίτλο «ένας ορισμός του ανεπανόρθωτου κώματος» («a definition of irreversible coma») και στην οποία περιγράφονταν τα κριτήρια διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου (αναθεωρήθηκαν το 1974 και 1975). Τα κριτήρια του Harvard, λοιπόν, καθορίστηκαν ως εξής: α) έλλειψη ικανότητας του ατόμου να προσλάβει ερεθίσματα και να ανταποκριθεί σε αυτά, β) απουσία κινήσεων για διάστημα τουλάχιστον 1 ώρας, γ) απουσία αναπνοής για 3 λεπτά μετά την αποσύνδεση από τον αναπνευστήρα, δ) έλλειψη προκλητών αντανακλαστικών του εγκεφαλικού στελέχους, και ε) ισοηλεκτρικό ηλεκτροεγκεφαλογράφημα.

Ο πρόεδρος της επιτροπής του Harvard, Henry Beecker, υποστήριζε, αφενός, ότι ζωή είναι το να μπορεί κάποιος να λειτουργεί και να επικοινωνεί με το περιβάλλον του και, αφετέρου, ότι ο θάνατος ορίζεται σε πολλά επίπεδα (όπως κυτταρικός, βιολογικός, πνευματικός, διανοητικός, κοινωνικός). Έτσι, ο εγκεφαλικός θάνατος, ενώ αρχικά περιλάμβανε την κατάπαυση των λειτουργιών όλου του νευρικού συστήματος - κεντρικού και περιφερικού-, το 1981, η επιτροπή εμπειρογνομόνων του Προέδρου των Η.Π.Α., με τον «ενιαίο ορισμό του θανάτου» («The United States uniform determination of death act»), περιόρισε την έννοιά του στην μη αναστρέψιμη παύση όλων των λειτουργιών του εγκεφάλου.

Έτσι, λοιπόν, το παλαιό κριτήριο για τον ορισμό του θανάτου ήταν η μη αναστρέψιμη διακοπή της καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας, ενώ αργότερα, το κριτήριο θανάτου εντοπίστηκε στο απνοϊκό κώμα (μία κατάσταση, στην οποία δεν διαπιστώνονται αντανακλαστικά). Ωστόσο, από το 1973 στην Μ. Βρετανία, και από το 1985 στην Ελλάδα, γίνονται αποδεκτά τα κριτήρια της Minnesota (καθορισμένα από τους νευροχειρουργούς Mohandas και Chou του Πανεπιστημίου της Minnesota το 1971), με τα οποία ο

εγκεφαλικός θάνατος περιορίζεται στην μη αναστρέψιμη βλάβη του εγκεφαλικού στελέχους (brain stem death) και ταυτίζεται με τον οριστικό θάνατο του ασθενούς. Τα κριτήρια αυτά σχηματοποιήθηκαν τελειωτικά το 1995 από τον Wijdicks και την υποεπιτροπή της Αμερικανικής Νευρολογικής Ακαδημίας.

Βάσει όλων των ανωτέρω, προκύπτει ότι για την ασφαλή διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου, σήμερα, θα πρέπει: α) να υπάρχουν ορισμένες προϋποθέσεις και συνθήκες, καθώς και ο αποκλεισμός κάθε αναστρέψιμης και μη οριστικής καταστολής του εγκεφαλικού στελέχους, β) να εκτελούνται δοκιμασίες για τον έλεγχο της απώλειας της λειτουργικότητας του εγκεφαλικού στελέχους με κλινικά και εργαστηριακά κριτήρια. Ο έλεγχος πρέπει να γίνεται από τρεις γιατρούς (με τουλάχιστον διετή προϋπηρεσία), που δεν έχουν ιεραρχική σχέση μεταξύ τους, εκ των οποίων ο ένας είναι ο υπεύθυνος γιατρός του αρρώστου, ο δεύτερος είναι αναισθησιολόγος και ο τρίτος νευρολόγος ή νευροχειρουργός· και οι τρεις υπογράφουν ένα ειδικό πρωτόκολλο και πρέπει να υπάρχει πλήρης συμφωνία. Κατόπιν, οι δοκιμασίες επαναλαμβάνονται και συμπληρώνεται νέο πρωτόκολλο, σε διάστημα όχι μικρότερο των 8 ωρών, για τον αποκλεισμό πιθανότητας λάθους. Τότε μόνο τίθεται η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου και ενημερώνονται οι συγγενείς του ασθενούς για το θέμα διακοπής της αναπνευστικής υποστήριξης ή της λήψης οργάνων προς μεταμόσχευση. Κανείς από τους γιατρούς, που θέτει τη διάγνωση του θανάτου, δεν πρέπει να έχει οποιαδήποτε σχέση με την μεταμοσχευτική ομάδα.

Στην Ελλάδα, ο εγκεφαλικός θάνατος ορίζεται ως «ανεπανόρθωτη απώλεια της ικανότητας για συνείδηση σε συνδυασμό με την ανεπανόρθωτη απώλεια της ικανότητας για αυτόματη αναπνοή».(ΚΕΣΥ,1985)

Ο εγκεφαλικός θάνατος αποτέλεσε αντικείμενο ευρείας συζήτησης τα τελευταία έτη, ιδίως μετά την επιτυχή μεταμόσχευση ζωτικών οργάνων. Ο εγκεφαλικός θάνατος, που απορρέει από την πλήρη και μη αναστρέψιμη αλλοίωση όλου του εγκεφάλου, σε τέτοιο σημείο ώστε να μην υφίστανται πλέον βιώσιμες νευρωτικές νησίδες, διαγιγνώσκεται επί τη βάση κριτηρίων τα οποία καθορίζονται σε κλινικό και παρακλινικό επίπεδο και μέσω των οποίων καταδεικνύεται: η πλήρης έλλειψη εγκεφαλικής λειτουργικότητας, η πλήρης έλλειψη μεταβολικής δραστηριότητας στο εγκεφαλικό στέλεχος και τους υπερσκληνίδιους σχηματισμούς και η ολοσχερής διακοπή της αιματικής κυκλοφορίας εκ των έσω καρωτίδων και της σπονδυλοβασικής αρτηρίας στον ενδοκράνιο χώρο. Οι μορφολογικές μελέτες του εγκεφάλου με το ηλεκτρονικό μικροσκόπιο, λίγα λεπτά ήδη από την επέλευση του εγκεφαλικού θανάτου, αποδεικνύουν την ισχαιμική νέκρωση των νευρικών κυττάρων, ενώ, συν τω χρόνο, επέρχεται αυτόλυση του συνόλου της εγκεφαλικής ουσίας.

Τόσο από τα μορφολογικά, όσο και από τα νευροχημικά και νευροφυσιολογικά δεδομένα, καθίσταται αναμφισβήτητη η ολική και αμετάστροπτη νέκρωση όλων των ενδοκράνιων δομών του ΚΝΣ. Στον εγκεφαλικό θάνατο, που είναι συνέπεια της πλήρους απώλειας του νευρωνικού ελέγχου της καρδιακής λειτουργίας, της αναπνοής και του μεταβολικού και λειτουργικού έργου των υπόλοιπων ζωτικών οργάνων, η διατήρηση της

μορφολογικής και λειτουργικής συνέχειας αυτών γίνεται εφικτή μόνο μέσω της μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής, της φαρμακολογικής διατήρησης της καρδιακής λειτουργίας και του αγγειοκινητικού τόνου και των αδιάλειπτων προσπαθειών διατήρησης του ιστικού ομοιοστατικού ισοζυγίου.

Κατανοούμε, λοιπόν, ότι ο ασθενής αποκλείεται να κρατηθεί στη ζωή χωρίς μηχανική υποστήριξη της αναπνοής του και φαρμακευτική συντήρηση της αρτηριακής του πίεσης (δηλαδή, το άτομο δεν αποτελεί μια ανεξάρτητη και αυτόνομη βιολογική μονάδα). Επιπλέον, γνωρίζουμε ότι το εγκεφαλικό στέλεχος (και συγκεκριμένα ο δικτυωτός σχηματισμός), στην περίπτωση ενός υγιούς ανθρώπου, δημιουργεί μηχανισμούς εγρήγορσης, οι οποίοι θέτουν σε λειτουργία (switching on) τα εγκεφαλικά ημισφαίρια και γίνεται δυνατή η ολοκλήρωση των εγκεφαλικών λειτουργιών· μόνο έτσι ενεργοποιείται ο μηχανισμός συνείδησης και καθίσταται εφικτή η γνωστική και συναισθηματική ζωή. Άρα, ένα άτομο με οριστική και ανεπανόρθωτη καταστροφή, είτε ολόκληρου του εγκεφάλου, είτε μόνο του εγκεφαλικού στελέχους α) δεν είναι βιολογικά αυτόνομο, β) δεν έχει νοητική, συναισθηματική και συνειδησιακή εγκεφαλική δραστηριότητα. Η διατήρηση στη ζωή ενός τέτοιου ατόμου γίνεται μόνο με τεχνητά μέσα και, πάλι, δεν μπορεί να είναι απεριόριστη· παρά την υποστήριξη, τα άτομα αυτά καταλήγουν, με κατάργηση και των υποστηριζόμενων λειτουργιών (αναπνοή, κυκλοφορία) και, τελικά, επέρχεται ο καθολικός θάνατος.

Με αυτά τα δεδομένα, διαμορφώνονται δύο καταστάσεις θανάτου, από τις οποίες εξίσου λείπει η έννοια της συνειδητής ζωής:

α) ο καρδιακός θάνατος, κατά τον οποίο επέρχεται διακοπή της καρδιακής και αναπνευστικής λειτουργίας, πλήρης νέκρωση του εγκεφάλου και σταδιακά εγκαθιστάμενη νέκρωση των ζωτικών οργάνων και των ιστών, και

β) ο εγκεφαλικός θάνατος, κατά τον οποίο επέρχεται πλήρης νέκρωση όλου του εγκεφάλου και, διατηρώντας μηχανικά και φαρμακευτικά την καρδιοπνευμονική λειτουργία, επέρχεται σταδιακά και εντός ευρύτερων χρονικών πλαισίων η νέκρωση των ζωτικών οργάνων και ιστών. Όπως διαφαίνεται, η έννοια του εγκεφαλικού θανάτου και η έννοια του καρδιακού θανάτου δεν καθορίζουν δύο διαφορετικές εκφράσεις του θανάτου ή της οντολογικής ολότητάς του, αλλά οριοθετούν το ίδιο φαινόμενο, υπό δύο διαφορετικές χρονικές διαστάσεις (της επιμέρους νέκρωσης και της μετέπειτα αποσύνθεσης των συστημάτων και των ιστών του σώματος).

Πρέπει, μάλιστα, να τονιστεί ότι ο εγκεφαλικός θάνατος δεν ταυτίζεται ούτε προσεγγίζει την έννοια της μη συνειδητής ζωής, όπως αυτή υφίσταται στο αμετάτρεπτο κώμα ή την μετάπτωση του ατόμου σε μόνιμη φυτική κατάσταση (στην επόμενη ενότητα θα εξηγηθούν αυτοί οι όροι αναλυτικά), δεδομένου ότι μη συνειδητή ζωή είναι δυνατό να υπάρξει επί πολλά έτη, διατηρούμενης ακέραιας της εσωτερικής ομοιόστασης του ατόμου, με μικρές περιεγραμμένες βλάβες των σχηματισμών της μέσης γραμμής του στελέχους, των δύο θαλάμων και με κάποια λειτουργική ή μορφολογική αλλοίωση του φλοιού, που αποτελούν συνέπεια της ανοξίας, της παρατεταμένης φαρμακολογικής δράσης, της επίδρασης τοξικών παραγόντων και της αμετάκλητης συναπτικής ή

νευροδιαβιβαστής διαταραχής (χωρίς, όμως, να μεταβάλλεται η βιωσιμότητα του εγκεφάλου και να παρεμποδίζονται οι φυτικές και ομοιοστατικές λειτουργίες του).

Έτσι, η έννοια του εγκεφαλικού θανάτου έχει ευρύτερες διαστάσεις ακόμα και από την έννοια του υπερβεβηκότος κώματος (coma dépassé), την οποία εισήγαγαν οι Mollaret και Goulon, το 1959 πρόκειται για δύο Γάλλους νευρολόγους της εντατικής, οι οποίοι ανακάλυψαν ότι, μερικές φορές, σε ασθενείς τους, που είχαν ήδη υποστεί διαδικασία μηχανικής υποβοήθησης της αναπνοής, η κωματώδης κατάσταση:

α) ήταν τόσο έκδηλη, ώστε να προκύπτει ότι οφείλεται σε δυσλειτουργία του εγκεφαλικού στελέχους,

β) δεν ήταν αναστρέψιμη,

γ) συσχετιζόταν με εγκεφαλογράφημα χωρίς ηλεκτρικό σήμα, και

δ) είχε ως αναπόφευκτη συνέχεια το θάνατο (καρδιακό), μετά από λίγες ώρες έως λίγες μέρες.

Γι' αυτό, ονόμασαν την παραπάνω κατάσταση ως «coma dépassé» (δηλαδή, «μετακωματώδης κατάσταση») και, αργότερα, οι Αμερικανοί επιστήμονες του Harvard τής απέδωσαν τον όρο «brain death» («εγκεφαλικός θάνατος»). Επίσης, ο «κλινικά νεκρός», δηλαδή το άτομο στο οποίο έχει παύσει η λειτουργία της καρδιάς, δεν είναι ακόμη νεκρός· κατά τα λίγα λεπτά της φάσης του κλινικού θανάτου μπορεί να επιτευχθεί καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση και ο άνθρωπος να επανέλθει στη ζωή.

Ανάλογα, βέβαια, με το πόσο έγκαιρη είναι αυτή η αναζωογόνηση, μπορεί να επανέλθει πλήρως ή να έχει υποστεί από μικρές έως βαριές και μη ανατάξιμες εγκεφαλικές βλάβες. Συνεπώς, μπορεί ο εγκεφαλικός θάνατος να διαδέχεται τον κλινικό, αλλά δεν ταυτίζεται μαζί του. Μία επιπλέον παράμετρος, που πρέπει να ληφθεί υπόψη, είναι ότι η λειτουργία του νωτιαίου μυελού μπορεί να διατηρείται στον εγκεφαλικό θάνατο και ο ασθενής να εμφανίζει αντανάκλαστικά των άκρων (το γνωστό «σημείο του Λαζάρου» - «Lazarus sign»), ακόμα και κάμψεις του κορμού, πράγμα που μπορεί να προκαλέσει σύγχυση, τόσο στους γιατρούς όσο και στους συγγενείς του αρρώστου.

3.2 Προϋποθέσεις διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου

Η ελληνική ιατρική κοινότητα, έχοντας υιοθετήσει τα επιστημονικά κριτήρια, τα εφαρμόζει κάθε φορά ενιαία, όπως έχουν αποφασιστεί. Έτσι, οι απαραίτητες ενέργειες, πριν τη διαδικασία διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου, είναι:

α) Η απόδειξη ότι ο ασθενής βρίσκεται σε απνοϊκό κώμα και υποστηρίζεται από αναπνευστήρα, χωρίς αυτόματες κινήσεις ή άνοιγμα των οφθαλμών, ή απόκριση σε παραγγέλματα ή επώδυνα ερεθίσματα· πρέπει να τονιστεί ότι, αν δεν υπάρχει άπνοια, δεν μπορεί να τεθεί θέμα ανεπανόρθωτης βλάβης του εγκεφαλικού στελέχους.

β) Ο καθορισμός της αιτίας, που προκάλεσε το κώμα και την ανεπανόρθωτη βλάβη του εγκεφάλου. Η διάγνωση μπορεί να είναι άμεσα εμφανής, όπως π.χ. βαριά κρανιοεγκεφαλική κάκωση, ενδοεγκεφαλική αιμορραγία, νεόπλασμα εγκεφάλου ή πρόσφατη νευροχειρουργική επέμβαση. Σε άλλες, όμως, καταστάσεις απαιτείται χρονικό διάστημα παρατήρησης και έρευνας για την τεκμηρίωση της μη αναστρέψιμης

εγκεφαλικής βλάβης, όπως π.χ. μετά από καρδιακή ανακοπή, επεμβάσεις επαναιμάτωσης του μυοκαρδίου ή κατά την πορεία μιας εγκεφαλίτιδας.

γ) Ο αποκλεισμός της αναστρέψιμης καταστολής του εγκεφαλικού στελέχους: στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται: η λήψη ηρεμιστικών ή μυοχαλαρωτικών φαρμάκων, ναρκωτικών ουσιών, η παρουσία μεταβολικών διαταραχών (οξέωση, υπογλυκαιμία, ουραιμία), ενδοκρινολογικών διαταραχών, υποξαιμίας, υπερκαπνίας, shock ή μεγάλης υποθερμίας. Όταν δεν υπάρχει δυνατότητα εργαστηριακής ανίχνευσης φαρμακευτικών ουσιών, τότε θα πρέπει να περάσουν τουλάχιστον 3 μέρες, ώστε να εξαφανιστεί η δράση των φαρμάκων και μετά να εκτελεστούν οι διαγνωστικές δοκιμασίες του εγκεφαλικού θανάτου. Εάν υπάρχει μεταβολική ή ενδοκρινολογική διαταραχή, τότε κρίνεται αναγκαίο να γίνει προσπάθεια αποκατάστασης αυτών των διαταραχών. Τέλος, η θερμοκρασία του σώματος θα πρέπει να διατηρηθεί τουλάχιστον στους 33°C, προτού γίνουν οι παραπάνω δοκιμασίες. Σε κάθε περίπτωση, πάντως -και αυτό πρέπει να γίνει κατανοητό-, η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου είναι επιβεβλημένη ιατρική πράξη, ανεξάρτητη από το ενδεχόμενο της δωρεάς οργάνων.

3.3 Κλινικά κριτήρια για τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου

Τα κριτήρια του εγκεφαλικού θανάτου είναι τα εξής:

A) Βασικές Συνθήκες

- Διάγνωση της αιτίας του κώματος
- Χρόνος και έναρξη του κώματος
- Όχι κατασταλτικά φάρμακα
- Όχι μυοχαλαρωτικά φάρμακα
- Όχι υποθερμία
- Όχι καταπληξία
- Όχι σοβαρές ηλεκτρολυτικές διαταραχές
- Όχι μεταβολικές – ενδοκρινικές αιτίες
- Όχι επιληπτικοί σπασμοί
- Όχι στάσεις αποφλοίωσης απεγκεφαλισμού

B) Κλινική εκτίμηση

- Αριθμός ιατρών: 3
- Αριθμός ελέγχων: 2
- Κώμα: Ναι
- PaCO₂ > 50mmHg
- Όχι αντανακλαστικά στελέχους
- Όχι αντίδραση των κορών στο φως
- Όχι οφθαλμαιοφθαλμικό αντανακλαστικό
- Όχι αντανακλαστικό κερατοειδούς
- Όχι αντανακλαστικό κατάποσης, βήχας

Γ) Περίοδος παρατήρησης:

- Πρωτοπαθής εγκεφαλική βλάβη: 12 ώρες
- Δευτεροπαθής εγκεφαλική βλάβη: 12 ώρες

Δ) Εργαστηριακές δοκιμασίες

- Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, αγγειογραφία, προκλητά δυναμικά, Doppler.

3.4 Κλίμακα Γλασκώβης

Η νέκρωση του εγκεφαλικού στελέχους πρέπει να αποδεικνύεται με όλα τα διαθέσιμα στην ιατρική επιστήμη κλινικά, παρακλινικά και εργαστηριακά μέσα (αξονική τομογραφία, μέτρηση ενδοκράνιας πίεσης κ.λπ.). Σε περιπτώσεις όπου δεν μπορεί να διευκρινιστεί η αιτία απώλειας της συνείδησης (κώμα), η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου δεν μπορεί να τεθεί και, ασφαλώς, δεν τίθεται. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, κανένα άτομο δεν επέζησε ή ανέκτησε τη συνείδησή του (παρότι υποστηρίχθηκε με τεχνητά μέσα μέχρι της πλήρους παύσης της καρδιακής του λειτουργίας), εφόσον είχε διαγνωστεί προηγουμένως ο εγκεφαλικός θάνατος, με τα κριτήρια λειτουργίας του εγκεφαλικού στελέχους.

Η λειτουργική ικανότητα του φλοιού του εγκεφάλου (με τον οποίο συνδέονται η ομιλία και οι εκούσιες κινήσεις) είναι αναγκαία προϋπόθεση και για την ύπαρξη της συνείδησης, τουτέστιν χωρίς φλοιό δεν υπάρχει συνείδηση στον άνθρωπο. Το εγκεφαλικό στέλεχος (από το οποίο προέρχονται μη συνειδητές εντολές, όπως η αναπνοή, η στάθμη θερμοκρασίας του σώματος, ο αριθμός σφυγμών, η πίεση του αίματος κ.ά.) είναι απαραίτητο, ούτως ώστε να υπάρχει φυσιολογική λειτουργία του φλοιού· και αυτό διότι από το εγκεφαλικό στέλεχος ξεκινούν νευρικές ίνες, που απολήγουν στο φλοιό και είναι υπεύθυνες για τη συνείδηση του ανθρώπου. Αν, λοιπόν, το στέλεχος είναι νεκρό, η συνείδηση του ανθρώπου είναι ανύπαρκτη. Η ιατρική επιστήμη, παρά την πρόοδο της τεχνολογίας, δεν έχει βρει τον τρόπο, μέχρι στιγμής, να εξακριβώσει το περιεχόμενο της συνείδησης, ακόμη και σε υγιείς. Όμως, η ύπαρξη της συνείδησης συνδέεται άρρηκτα με μια απαραίτητη νευροβιολογική συνθήκη: τη σωστή λειτουργία του εγκεφαλικού στελέχους.

Συνήθως, όταν έχουμε νέκρωση του εγκεφαλικού στελέχους καταστρέφονται μαζί με αυτό και όλες οι νευρικές ίνες που περνούν από το στέλεχος· ακόμα και αν υποθεθεί ότι διατηρούνται ορισμένες οδοί, προερχόμενες από το νωτιαίο μυελό, και κατορθώνουν να φτάσουν, μέσω του στελέχους, σε υποφλοιώδεις περιοχές του πρόσθιου εγκεφάλου, τα μηνύματά τους δεν μπορούν να διοχετευτούν στο φλοιό, γιατί ο φλοιός πεθαίνει με το θάνατο του εγκεφαλικού στελέχους. Η ισοηλεκτρική γραμμή στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, που παραμένει σταθερή και αμετάβλητη μετά από μόνιμη βλάβη του στελέχους, αποδεικνύει του λόγου το αληθές.

Ο όρος «εγκεφαλικός θάνατος» δεν είναι ταυτόσημος ούτε με τον όρο «κλινικός θάνατος», ούτε με τη «φυτική κατάσταση» και ούτε με την «κωματώδη κατάσταση». Η «φυτική κατάσταση» (vegetative state) είναι μια σοβαρότατη εγκεφαλική βλάβη, κατά την οποία ο εγκεφαλικός φλοιός έχει παύσει να λειτουργεί, ενώ διατηρείται ικανοποιητική η λειτουργία του εγκεφαλικού στελέχους, δηλαδή, ο ασθενής έχει

αυτόματη αναπνοή και καρδιαγγειακή λειτουργία. Η «κωματώδης κατάσταση» (ή κώμα) είναι μια παθολογική κατάσταση βαθιάς απώλειας των αισθήσεων, που συμβαίνει μετά από κάποια εγκεφαλική βλάβη, από ηλίαση, επιληψία, δηλητηρίαση, κ.ά.: ο ασθενής σε κώμα είναι ζωντανός, αλλά δεν μπορεί να κινηθεί ή ν' ανταποκριθεί σε ερεθίσματα από το περιβάλλον του. Τέλος, ο «κλινικός θάνατος» (ή υπέρβαθες κώμα) είναι η τελική και βαθύτατη μορφή κώματος.

Οι ασθενείς που βρίσκονται σε φυτική ή κωματώδη κατάσταση ή σε κλινικό θάνατο δεν μπορούν, σε καμία περίπτωση, να χαρακτηριστούν ως βιολογικά νεκροί και άρα δεν μπορούν να θεωρηθούν ως πιθανοί δότες οργάνων και ιστών.

Στον επόμενο πίνακα παρουσιάζεται η κλίμακα σώματος Γλασκόβης, η οποία πρόκειται για μια κλίμακα, που χρησιμοποιείται για τον προσδιορισμό του επιπέδου συνείδησης του ασθενή και αποτελεί μια βαθμολόγηση από το 3 έως το 15 της ικανότητας του ασθενή να ανοίξει τους οφθαλμούς του, να αντιδράσει λεκτικά και να κινηθεί φυσιολογικά. Η κλίμακα GCS χρησιμοποιείται κυρίως κατά τη φυσική εξέταση ασθενών με τραύμα ή αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Η επαναλαμβανόμενη αξιολόγηση της κλίμακας καθορίζει αν η εγκεφαλική λειτουργία του ασθενή βελτιώνεται ή επιδεινώνεται. Στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, η κλίμακα GCS χρησιμοποιείται για τον καθορισμό των ασθενών που έχουν ένδειξη άμεσης διασωλήνωσης.

ΚΛΙΜΑΚΑ ΚΩΜΑΤΟΣ ΓΛΑΣΚΟΒΗΣ (GLASGOW COMA SCALE)**I. Άνοιγμα ματιών**

Αυθόρμητα (4)

Σε προφορικά παραγγέλματα (3)

Στον πόνο (2)

Καμμία αντίδραση (1)

II. Προφορική απάντηση

Προσανατολισμένη (5)

Συγκεκριμένη (4)

Απρόσφορη ομιλία – λέξεις, μονοσύλλαβη (3)

Ακατανόητοι ήχοι, ακατάληπτη ομιλία (2)

Καμμία αντίδραση (1)

III. Κινητική αντίδραση

Υπακούει σε εντολές (6)

Εντοπίζει επώδυνα ερεθίσματα (5)

Αποσύρει – αδύναμη κάμψη σε επώδυνα ερεθίσματα (4)

Ανόμαλη κάμψη σε επώδυνα ερεθίσματα (3)

Ανόμαλη έκταση σε επώδυνα ερεθίσματα, απεγκεφαλισμός (2)

Καμμία αντίδραση (1)

ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ (άθροισμα I+II+III)

Ελάχιστη βαθμολογία

3 (εγκεφαλικός θάνατος)

Χρήζει υποστήριξης σε Μ.Ε.Θ.

7 – 9

Κώμα

< 8

Μέγιστη βαθμολογία

15 (ήπια εγκεφαλική βλάβη)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ

4.1 Διαθρησκειακές στάσεις για τις μεταμοσχεύσεις και τη δωρεά οργάνων

Οι διαδικασίες της μεταθανάτιας δωρεάς και μεταμόσχευσης αφορούν το συμβάν του θανάτου, όπως και το χειρισμό του ανθρώπινου σώματος. Το γεγονός του θανάτου έχει επιπλέον θρησκευτικό και μεταφυσικό χαρακτήρα, οπότε στον προσδιορισμό του ενέχονται και λόγοι συνείδησης, όπως της θρησκευτικής. Η χρήση των θρησκευτικών πεποιθήσεων στη διάρκεια του πένθους, όταν χάνονται αγαπημένα πρόσωπα, αφορά όχι μόνο σε διαδικασία συναισθηματικής ανακούφισης και συμφιλίωσης με την ιδέα του θανάτου και της απώλειας, αλλά και αφομοίωσης της σημασίας της ζωής, της ύπαρξης θεού και της σχέσης των ανθρώπων με «ανώτερες δυνάμεις» (Καραδήμας 2005). Από την άλλη πλευρά, έρευνες σε δωρητές οργάνων ή σώματος έδειξαν ότι αυτοί αμφισβητούσαν σε κάποιο βαθμό τις απαντήσεις που δίνει ο χριστιανισμός σε θέματα ζωής και θανάτου ή/και είχαν επηρεασθεί από ανατολικές θρησκείες.

Γενικά, τους δωρητές δεν τους απασχολούσαν οι νεκρώσιμες ακολουθίες και κάποια παλαιότερη έρευνα σε μικρό δείγμα Ελλήνων δωρητών κατέληξε σε παρόμοια αποτελέσματα, με τους περισσότερους να αντιτίθενται ή να μην ενδιαφέρονται για τις ελληνοχριστιανικές τελετουργίες και τις διαδικασίες εκταφής, ενώ θα προτιμούσαν την καύση του σώματός τους μετά τη δωρεά (Παπαγαρουφάλη, 2002).

Από την πλευρά της επίσημης θρησκείας, τα κύρια ζητήματα που αυτή αντιμετωπίζει απέναντι στις μεταμοσχεύσεις είναι αφενός η αξιολόγηση της έννοιας του εγκεφαλικού θανάτου και αφετέρου η αντίληψη για το σεβασμό του σώματος που ενέχεται στην πρακτική αυτή.

Όπως φαίνεται από θεολογικά κείμενα, η αντίθεση στην έννοια του εγκεφαλικού θανάτου αφορά στην ταύτιση της νέκρωσης του εγκεφάλου με την παύση της ενεργοποίησης της συνείδησης και όχι με την οριστική της απώλεια. Σύμφωνα με το Δαμασκηνό, Αγιορείτη, η νέκρωση του εγκεφάλου σημαίνει ότι παύει η δυνατότητα εκδήλωσης της ψυχής, όχι όμως αναγκαστικά ο αφανισμός της (Αντωνίου, 2010).

Ωστόσο, σήμερα, η δωρεά οργάνων και ιστών για θεραπευτικούς λόγους γενικά υποστηρίζεται από όλες τις λεγόμενες «μεγάλες» θρησκείες (Παπαγαρουφάλη, 2002), επειδή εμπεριέχει έκφραση αλληλεγγύης, αγάπης και ανθρωπισμού. Στην Ορθόδοξη Χριστιανική Εκκλησία υπάρχουν θέσεις ευνοϊκές για τη δωρεά και μεταμόσχευση από επίσημους εκπροσώπους της και μερικοί μάλιστα από αυτούς ήταν οι ίδιοι δωρητές οργάνων.

Επίσης, σε πιο πρόσφατες εγκυκλίους διαφαίνεται αποδοχή των μεταμοσχεύσεων υπό όρους. Συγκεκριμένα, η Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδος, πρώτη μεταξύ των Ορθόδοξων Εκκλησιών, έλαβε θέση στο θέμα από το 1999. Στο σχετικό κείμενο

παρουσιάζονται οι προβληματισμοί και οι γενικές και ειδικές αρχές σχετικά με τις μεταμοσχεύσεις.

Η προστασία του δότη περιβάλλεται με ιδιαίτερη ευαισθησία ως πρόσωπο και ως αξία, που βαραίνει περισσότερο από την παράταση της βιολογικής ζωής του λήπτη. Παράλληλα, απορρίπτονται θέματα εμπορευματοποίησης, αλλά και η εικαζόμενη συναίνεση. Αδιαπραγμάτευτη είναι η ρητή συναίνεση του δότη και η συγγενική συναίνεση γίνεται αποδεκτή υπό όρους (Τσουτσούλη,2010).

Κατά την Εκκλησία, ο δότης πρέπει να είναι η κυρίαρχη μορφή και να ενεργεί μόνο ως συνειδητά συναινών δωρητής. Σύμφωνα με τον Πρόεδρο της Επιτροπής Βιοηθικής της Ιεράς Συνόδου της Εκκλησίας της Ελλάδος, η συναίνεση αυτή «αποτελεί μία κατ' εξοχήν ιερή πράξη αυταπάρνησης, αυθυπέμβασης και αγάπης», διότι η παροχή της σημαίνει ότι ο δότης δέχεται μία ανυπολόγιστη προσφορά χωρίς αντάλλαγμα (Παπαγαρουφάλη, 2002).

Για τον εγκεφαλικό θάνατο, αποφεύγεται η θεολογική ερμηνεία, αλλά δηλώνεται σεβασμός απέναντι στην ομόφωνη ιατρική άποψη, αν και όχι ανεπιφύλακτα. Συμπερασματικά, η επικρατούσα θέση της Ορθόδοξης Εκκλησίας είναι επιτρεπτική, αν και όχι προτρεπτική, ούτε αποτρεπτική.

Η Εκκλησία της Ελλάδος απορρίπτει τη λήψη οργάνων από ανεγκέφαλα βρέφη (εφόσον, αυτά διαθέτουν εγκεφαλικό στέλεχος σε λειτουργία και, άρα, ανήκουν σε μια κατηγορία ατόμων παρεμφερή με τη χρόνια φυτική κατάσταση ή με σοβαρές ανωμαλίες του ΚΝΣ ή με παρατεταμένο κώμα), καθώς επίσης την εμπορευματοποίηση των μεταμοσχεύσεων, την εικαζόμενη συναίνεση (για την οποία, η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής δημοσίευσε κείμενο με τίτλο «Εισήγηση για τη Νομοθετική Αντιμετώπιση των Μεταμοσχεύσεων» – 16/12/2005), ενώ δέχεται υπό όρους και κατ' οικονομία τη συγγενική συναίνεση.

Η ρητή συναίνεση του δότη και η έκφραση ύψιστου σεβασμού προς τις τελευταίες στιγμές του ανθρώπου (είτε είναι δωρητής είτε όχι) αποτελούν αδιαπραγμάτευτες προϋποθέσεις για την αποδοχή των μεταμοσχεύσεων. Σαφέστατα, η τροπολογία (ν. 4075/2012), που καθιστά τους συγγενείς κοινωνούς της απόφασης για τη δωρεά οργάνων σε περίπτωση εγκεφαλικού θανάτου, έδωσε νέα θετική κατεύθυνση για τις μεταμοσχεύσεις σε σχετική ανακοίνωσή της, η Διαρκής Ιερά Σύνοδος αποδέχεται την τροποποίηση του νόμου, αφού «καταργεί κατ' ουσίαν την εικαζόμενη συναίνεση και υπερέχει του παλαιότερου νόμου 2737/1999, διότι εκεί αρκούσε η σιωπή των στενών συγγενών, ενώ τώρα απαιτείται οπωσδήποτε η συναίνεσή τους».

Έτσι, η Ορθόδοξη Εκκλησία προκρίνει μια ηθική ελευθερίας, διότι προβάλλει μεν την ιερότητα της προσφοράς, κατανοεί όμως και όσους, για διάφορους λόγους, δεν επιθυμούν να γίνουν δότες οργάνων του σώματός τους. Δυστυχώς, παρά την τροποποίηση της νομοθεσίας για την εικαζόμενη συναίνεση και τη νέα ενημερωτική – προτρεπτική εγκύκλιο της Διαρκούς Ιεράς Συνόδου, δεν φαίνεται να έχουν εκλείψει οι σημαντικές διαφορές και διαφωνίες, που χωρίζουν τις δύο κυρίαρχες απόψεις μέσα στο πλήρωμα της Ελλαδικής Εκκλησίας.

Η Ρωμαιοκαθολική Εκκλησία, παρότι δεν έχει δημοσιεύσει κάποιο επίσημο σχετικό κείμενο, κάνει αποδεκτό τόσο τον εγκεφαλικό θάνατο όσο και τη δωρεά οργάνων. Σαφής αποδοχή γίνεται και από τις Προτεσταντικές θρησκείες. Η Ιουδαϊκή θρησκεία επίσης ενθαρρύνει τις μεταμοσχεύσεις, παρότι γίνεται αρκετή συζήτηση για το θέμα του εγκεφαλικού θανάτου.

Ο Ισλαμισμός γενικά απαγορεύει τη χρήση του νεκρού σώματος, ακόμα και στα ζώα. Υπάρχει όμως η εξαίρεση να δωρίζονται, όταν με αυτόν τον τρόπο σώζεται μία άλλη ζωή. Η Ισλαμική Νομική Ακαδημία έχει αποδεχθεί τον εγκεφαλικό θάνατο. Σύμφωνα με το Κοράνιο, επιτρέπονται οι μεταμοσχεύσεις, όταν υπάρχει συναίνεση του δότη, ενώ απαγορεύεται η αγοραπωλησία (Τσουτσούλη,2010).

Κατά περίπτωση και κάτω από ειδικές περιστάσεις, σύμφωνα με τους Daar & Marshall (1998), πληρωμές για ανθρώπινα όργανα επιτρέπονται στο Ισλάμ, ενώ και μεταξύ διαφόρων Εβραίων ακαδημαϊκών έχει υποστηριχθεί η τεχνική καταλληλότητα της πληρωμής. Γενικά ωστόσο, οι περισσότεροι ηγέτες των θρησκειών είναι κατά της αγοραπωλησίας.

Στην Ινδουιστική θρησκεία, οι μεταμοσχεύσεις είναι συμβατές με τη διδασκαλία περί μετενσάρκωσης. Ο Βουδισμός δέχεται τη δωρεά μέρους ή και ολόκληρου του σώματος ως πράξη γενναιοδωρίας, χωρίς σκέψεις ανταπόδοσης.

Στην Ιαπωνία όμως, σύμφωνα με τη φιλοσοφία των Σίντο που επικρατεί, υπάρχει αντίθεση στην ιδέα της δωρεάς οργάνων (Κωστάκης,2005, Τσουτσούλη,2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1 Σκοπός της μελέτης

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των γνώσεων και στάσεων των φοιτητών του τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης σχετικά με τη δωρεά οργάνων και ιστών.

Επιμέρους στόχοι της έρευνας είναι οι ακόλουθοι:

- Η καταγραφή των γνώσεων σχετικά με τη δωρεά οργάνων των φοιτητών του τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης.
- Η διερεύνηση της επίδρασης του οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος στην επιλογή τους για δωρεά οργάνων.
- Η διερεύνηση της επιρροής των Μ.Μ.Ε. στην πρόθεση δωρεάς οργάνων.
- Η επίδραση δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών για την επιλογή τους ως δωρητές οργάνων.

5.2 Μεθοδολογία της έρευνας

- **Είδος Μελέτης**

Για την επίτευξη του σκοπού της εργασίας καθώς επίσης και για να απαντηθούν τα παραπάνω ερευνητικά ερωτήματα έχει επιλεγεί η χρήση της ποσοτικής έρευνας. Η ποσοτική έρευνα αποτελεί μια από τις ευρέως χρησιμοποιούμενες ερευνητικές προσεγγίσεις όταν στόχος των ερευνητών είναι να διερευνήσουν τις στάσεις και τις γνώσεις ενός συγκεκριμένου πληθυσμού πάνω σε ένα κοινωνικό ζήτημα (Creswell, 2011). Το στοιχείο αυτό αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους λόγους για τους οποίους έχει επιλεγεί η χρήση της ποσοτικής έρευνας, καθώς σκοπός της εργασίας είναι να διερευνηθούν οι γνώσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στον εγκεφαλικό θάνατο και στη δωρεά οργάνων.

Ακόμη, ένα χαρακτηριστικό της ερευνητικής προσέγγισης σχετίζεται με την επιλογή της, στις περιπτώσεις εκείνες όπου υπάρχουν ευρήματα άλλων ερευνών πάνω σε ένα συγκεκριμένο ζήτημα και ο ερευνητής επιλέγει να εξετάσει αν τα ευρήματα αυτά γενικεύονται και στον πληθυσμό του ενδιαφέροντος του (Williams, 2007). Για το ζήτημα των γνώσεων πάνω στη δωρεά οργάνων υπάρχουν έρευνες, οι οποίες όμως αφορούν σε επαγγελματίες υγείας άλλων χωρών και όχι της Ελλάδας. Μέσα από την παρούσα

ερευνητική εργασία, γίνεται μια προσπάθεια να διερευνηθεί αν και οι μελλοντικοί επαγγελματίες υγείας της χώρας έχουν γνώσεις και την κατάλληλη πληροφόρηση πάνω στο ζήτημα της δωρεάς οργάνων στα ίδια επίπεδα με τις άλλες χώρες.

- **Χώρος μελέτης και χρονική διάρκεια**

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο ΤΕΙ Κρήτης στην Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του τμήματος Νοσηλευτικής απάντησαν τα ερωτηματολόγια 198 φοιτητές.

Η συλλογή των δεδομένων για την έρευνα διήρκεσε 2 μήνες κατά τη χρονική περίοδο Ιανουάριο - Φεβρουάριο 2018.

- **Δείγμα της έρευνας**

Ο πληθυσμός της έρευνας αποτελείτο από το σύνολο των φοιτητών του 2ου και 6ου εξαμήνου φοίτησης του τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ. Η δειγματοληπτική μέθοδος που ακολουθήσαμε ήταν δειγματοληψία ευκολίας και το δείγμα που συγκεντρώθηκε ήταν 198 φοιτητές. Σημειώνεται ότι η εν λόγω μέθοδος δεν ήταν τυχαία, καθώς το δείγμα επιλέχθηκε ως ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα μελλοντικών επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι δύναται να διαδραματίσουν μελλοντικά σημαντικό ρόλο στη διαδικασία της δωρεάς οργάνων.

- **Τρόπος συλλογής δεδομένων**

Για τη συλλογή των δεδομένων θα χρησιμοποιηθεί ανώνυμο ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που βασίστηκε σε σχετικές μελέτες της ελληνικής και ξενόγλωσσης βιβλιογραφίας. Επίσης χρησιμοποιήθηκε σε 2 μελέτες σχετικά με τη Μελέτη γνώσεων, στάσεων και προθέσεων φοιτητών ανώτατης εκπαίδευσης της Κρήτης (2008), και σε μεταπτυχιακή μελέτη σχετικά με τη Διερεύνηση των γνώσεων Νοσηλευτικού προσωπικού στα Δημόσια Νοσοκομεία Ηρακλείου όσον αφορά τη 1Δωρεά οργάνων (2010). Το ερωτηματολόγιο αυτό κατασκευάστηκε βασιζόμενο σε ανάλογη διεθνή βιβλιογραφία(Shannon 1993),(Bolungas & Kurt 2004)(Edwards et al. 2004),(Schaeffner & Windish 2004),(Feely & Servoss 2005),(Burra & Bonna 2005). Για να διαμορφωθεί στη τελική του μορφή, προηγήθηκε μελέτη σε δείγμα πέντε φοιτητών και μετά από έγκριση του επιβλέπων καθηγητή. Έπειτα έγινε η τελική διαμόρφωση της εμφάνισης του ερωτηματολογίου με απλή και κατανοητή γλώσσα.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από διχοτομικές ερωτήσεις, από ερωτήσεις σωστού λάθους, ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής και ερωτήσεις συμφωνίας-ασυμφωνίας.

Η μέθοδος που ακολουθήθηκε για την συλλογή των στοιχείων της παρούσας μελέτης ήταν η συμπλήρωση ανώνυμου ερωτηματολογίου (Παράρτημα Ι). Το ερωτηματολόγιο το

οποίο χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα αποτελείτο από επτά (7) διακριτές ενότητες ερωτήσεων και συγκεκριμένα:

- 1^η Ενότητα – Δημογραφικά Στοιχεία
- 2^η Ενότητα – Απόψεις σχετικά με τη δωρεά οργάνων
- 3^η Ενότητα – Γνώσεις σχετικά με τη δωρεά οργάνων
- 4^η Ενότητα – Εμπειρία δωρεάς οργάνων
- 5^η Ενότητα – Διερεύνηση απόψεων σχετικά με την πρόθεση δωρεάς οργάνων (Θα γινόμουν δωρητής οργάνων)
- 6^η Ενότητα - Διερεύνηση απόψεων σχετικά λόγους άρνησης δωρεάς οργάνων (γιατί δε θα γινόμουν δωρητής οργάνων)
- 7^η Ενότητα – Απόψεις για Κάρτα Δότη

Η χρήση του ερωτηματολογίου είναι ίσως η πιο διαδεδομένη μέθοδος συλλογής δεδομένων που παρέχει τη δυνατότητα στους ερευνητές να συγκεντρώνουν στοιχεία και πληροφορίες από μεγάλο δείγμα ατόμων σε μικρό χρονικό διάστημα. Εκτός από τις γενικές πληροφορίες μπορούν μέσω των αποτελεσμάτων να κάνουν διάφορες συγκρίσεις, να πραγματοποιούν ποσοτικές αναλύσεις δεδομένων, να συσχετίζουν τις μεταβλητές και να μετρούν στάσεις ή διαφοροποιήσεις απόψεων των ερωτηθέντων. Η ανωνυμία επίσης διασφαλίζει την πραγματική γνώμη τους (Christensen, 2007) και την ειλικρίνεια των απαντήσεων (Βάμβουκας, 2000).

Επιλέχτηκε ως το καταλληλότερο εργαλείο συλλογής δεδομένων διότι παρουσιάζει τα ακόλουθα πλεονεκτήματα:

- ✓ είναι λιγότερο δαπανηρό και χρειάζεται λιγότερο χρόνο και ενέργεια για την διαχείριση του.
- ✓ παρέχει τη δυνατότητα πλήρους ανωνυμίας, που μπορεί να είναι καθοριστική στη λήψη πληροφοριών για κοινωνικά μη αποδεκτές συμπεριφορές.
- ✓ στις απαντήσεις του δεν υπάρχουν προκαταλήψεις, καθώς ο ερευνητής δεν είναι παρών ώστε να επηρεαστεί η απάντηση του υποκειμένου (Μερκούρης, 2008).

Για την τελική μορφή του ερωτηματολογίου προηγήθηκε πιλοτική μελέτη σε δείγμα 5 ατόμων.

- **Δεοντολογία της έρευνας**

Οι αρχές ηθικής και δεοντολογίας θα πρέπει να τηρούνται αυστηρά ώστε να διασφαλίζουν και να καθορίζουν κανόνες ηθικής μέσα από τους οποίους εξελίσσεται και ολοκληρώνεται μία έρευνα με σκοπό να αποκλειστεί το ενδεχόμενο να επηρεαστούν αρνητικά τα άτομα που λαμβάνουν μέρος σε αυτή. Η διαδικασία λήψης ηθικών αποφάσεων πρέπει να βασίζεται σε τέσσερις βασικές οικουμενικές αρχές της βιοηθικής δηλαδή την αυτονομία, τη δικαιοσύνη, την ωφέλεια και την μη βλάβη. Η τήρηση των αρχών αυτών αποτελεί σημείο σεβασμού στην ανθρώπινη ελευθερία και αξιοπρέπεια (Βολάνη και συν., 2002).

Στα πλαίσια της έρευνας θα κατατεθεί προς έγκριση το πρωτόκολλο στη γραμματεία της σχολής για να ληφθεί η άδεια ώστε να ξεκινήσει η ερευνητική διαδικασία. Οι ερωτώμενοι θα ενημερωθούν για το ερωτηματολόγιο, θα διευκρινιστεί ότι η έρευνα γίνεται καθαρά για ακαδημαϊκούς σκοπούς, ότι είναι ανώνυμη και τα ερευνητικά στοιχεία που θα ζητηθούν θα είναι εμπιστευτικά και θα είναι σε γνώση μόνο των ερευνητών και του επιστημονικού υπευθύνου από τη σχολή. Κατόπιν θα ζητηθεί από τους φοιτητές να υπογράψουν το έντυπο συγκατάθεσης για τη συμμετοχή τους στην έρευνα.

5.3 Στατιστική ανάλυση

Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων θα χρησιμοποιηθεί το Στατιστικό Πακέτο για τις Κοινωνικές Επιστήμες έκδοση 21 (Statistical Package of Social Sciences 21th edition, SPSS).

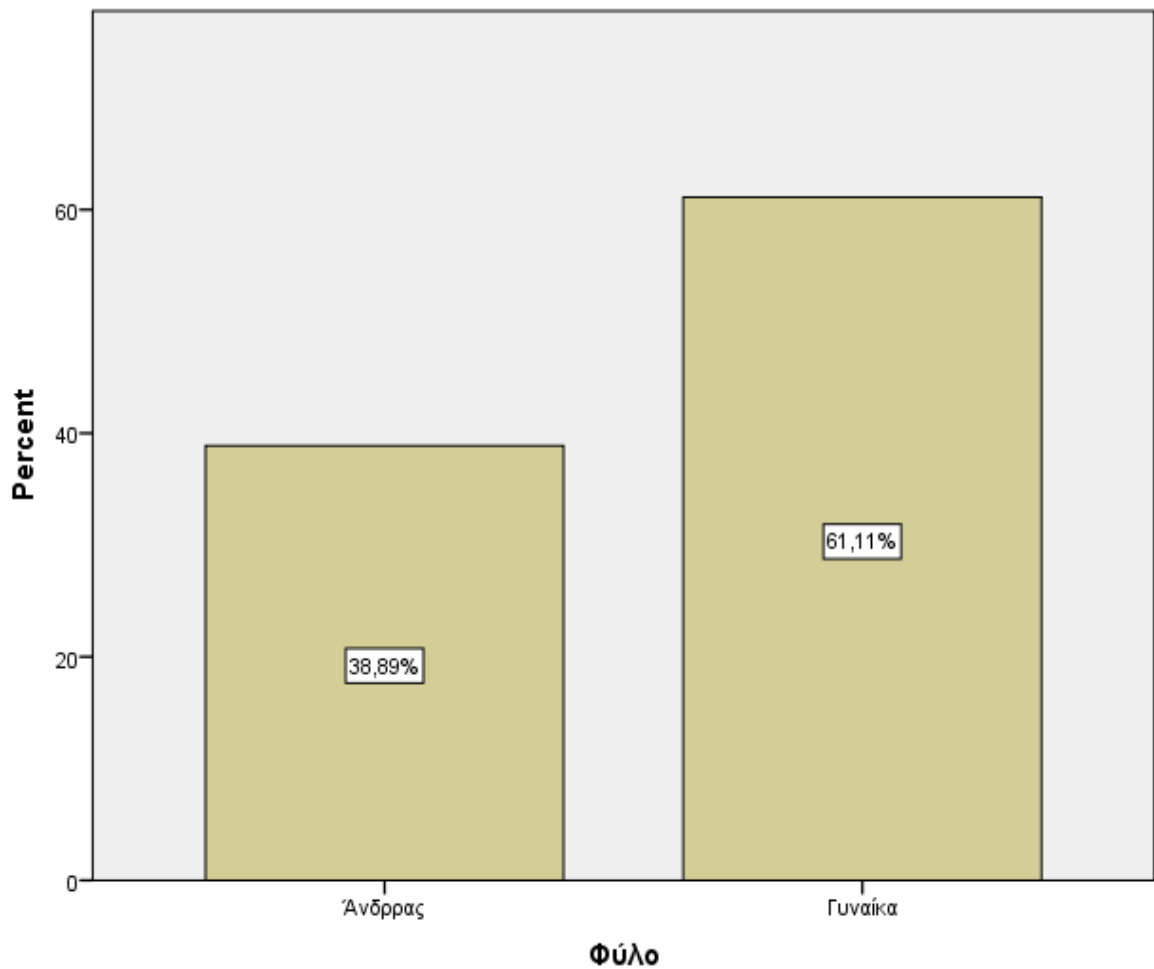
Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή, τυπική απόκλιση, διάμεσος, ελάχιστη τιμή και μέγιστη τιμή. Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t (student's t-test). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας κατηγορικής μεταβλητής με >2 κατηγορίες χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διασποράς (analysis of variance). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο ποσοτικών μεταβλητών που ακολουθούσαν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (Pearson's correlation coefficient). Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05.

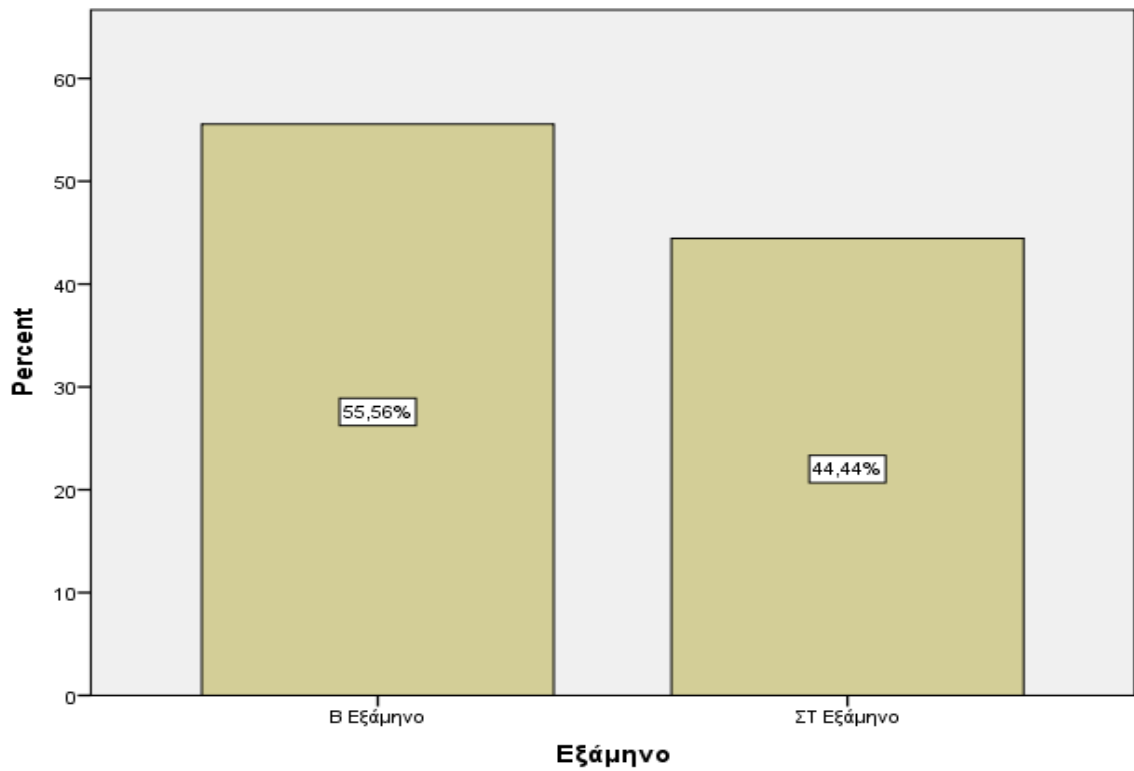
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

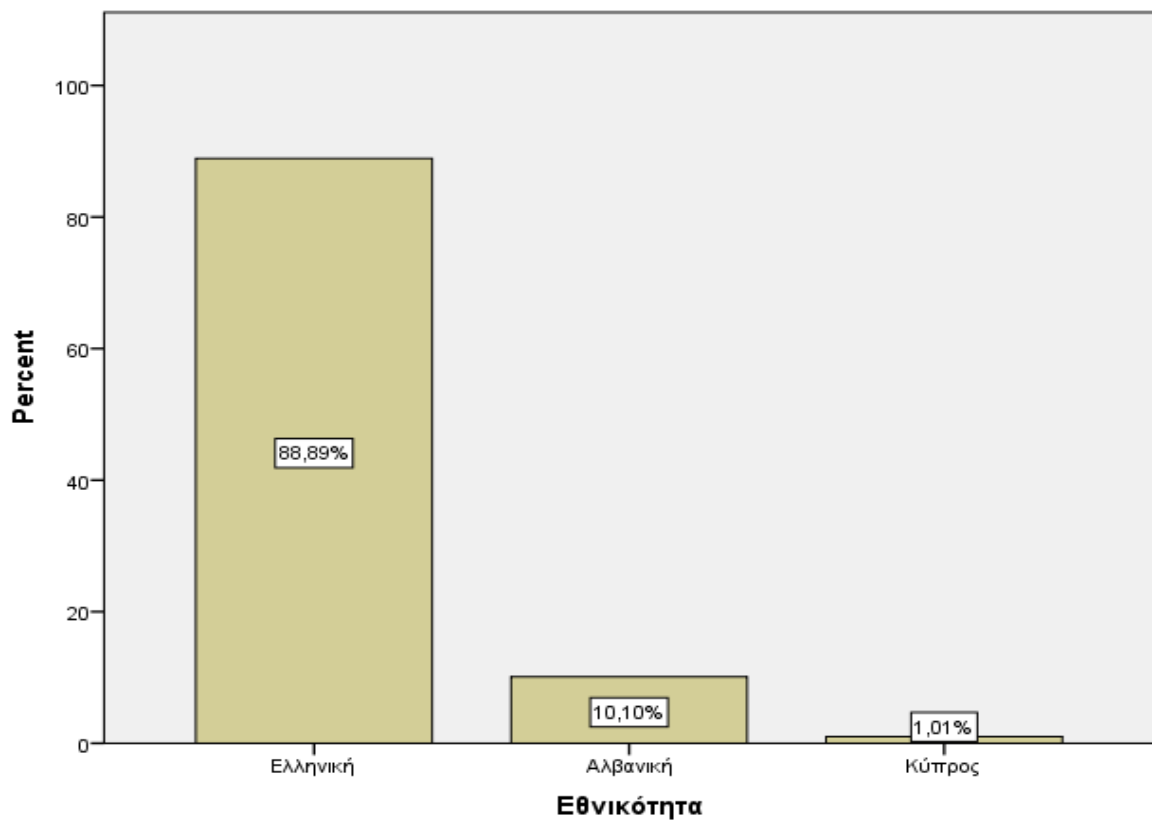
6.1 Δημογραφικά Στοιχεία

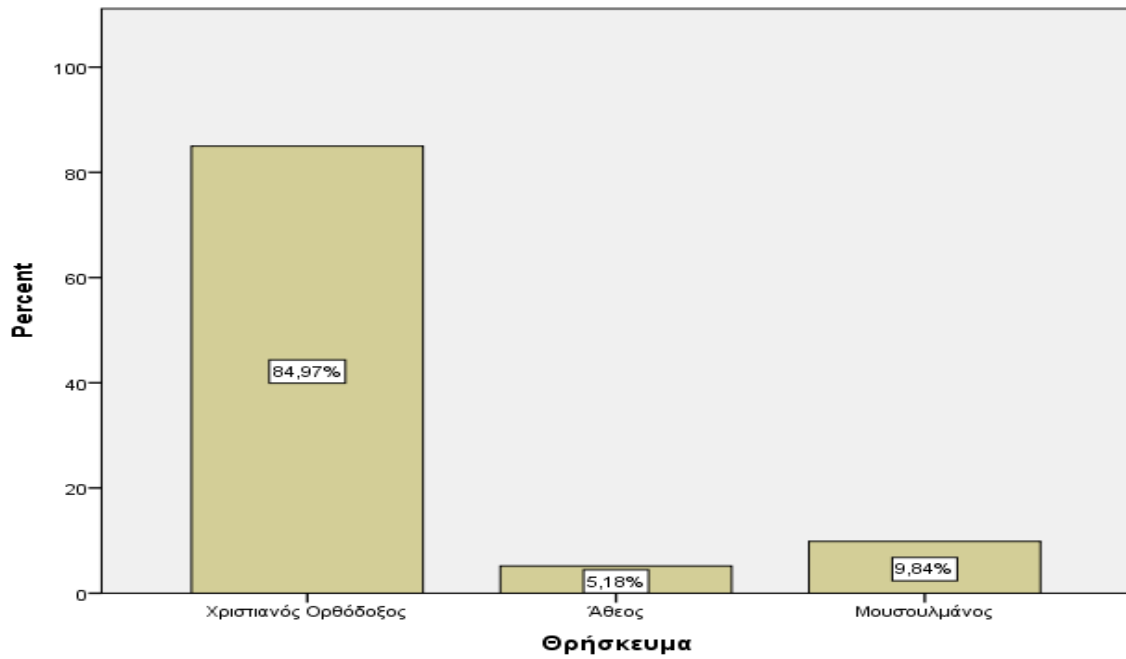
Σύμφωνα με τα στοιχεία των επόμενων γραφημάτων, το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος (61,11%) αποτελείται από γυναίκες, ενώ το 55,56% ήταν στο 2^ο εξάμηνο και το υπόλοιπο 44,44% στο 6^ο εξάμηνο.



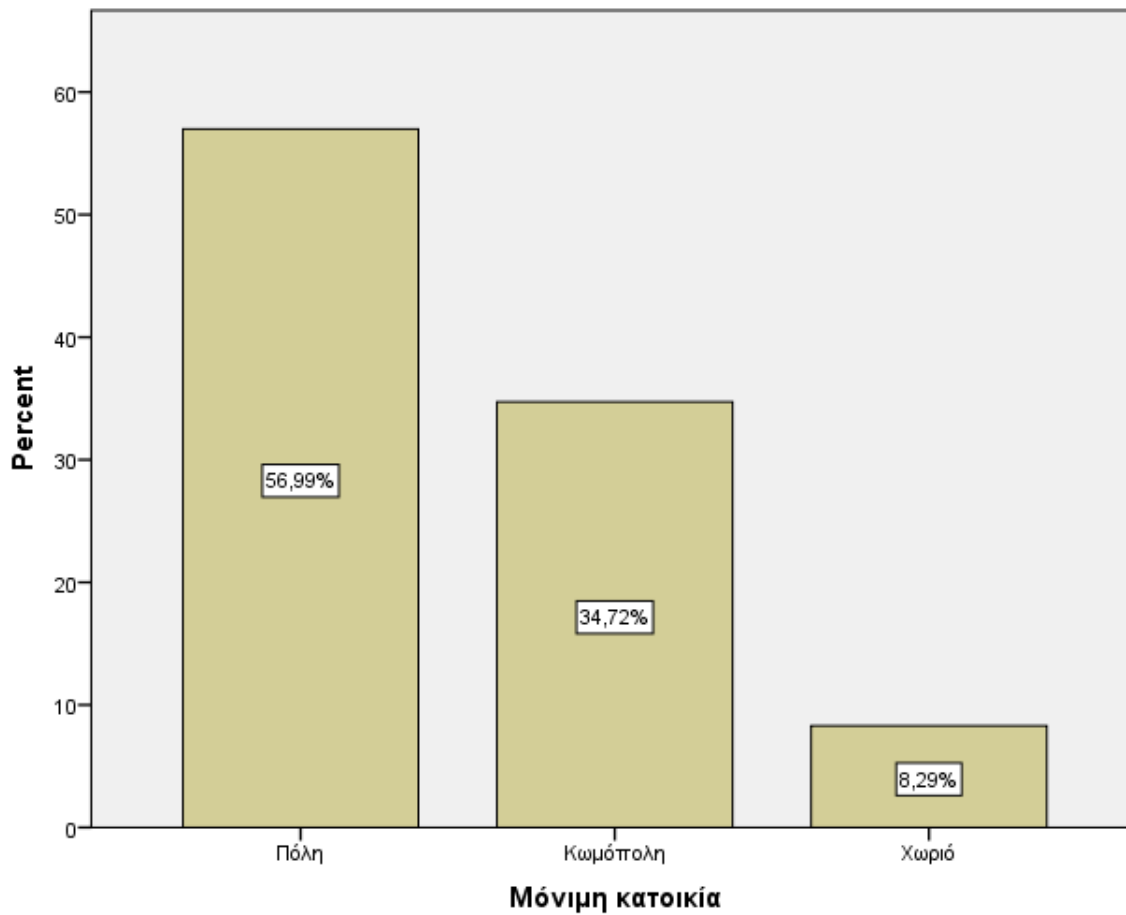


Το 89% του δείγματος είχαν ελληνική εθνικότητα, το 10,1% Αλβανική, ενώ μόλις 1,01% Κυπριακή, ενώ το ~85% του δείγματος ήταν Χριστιανοί Ορθόδοξοι, το 9,84% Μουσουλμάνοι και το 5,18% Άθεοι.

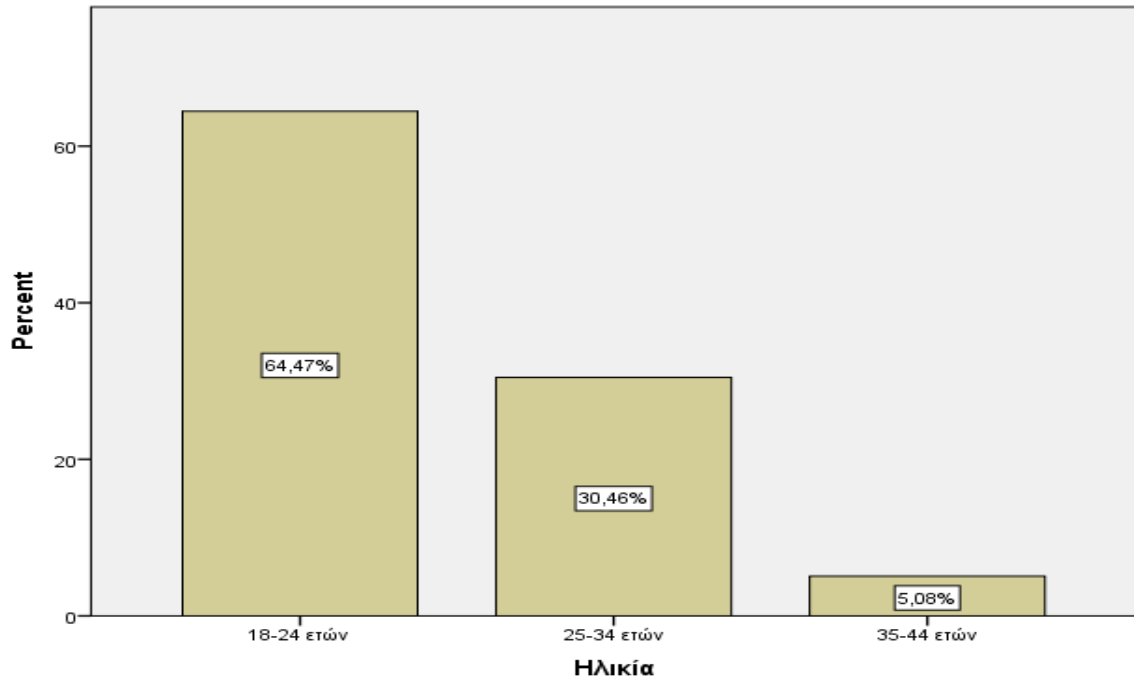




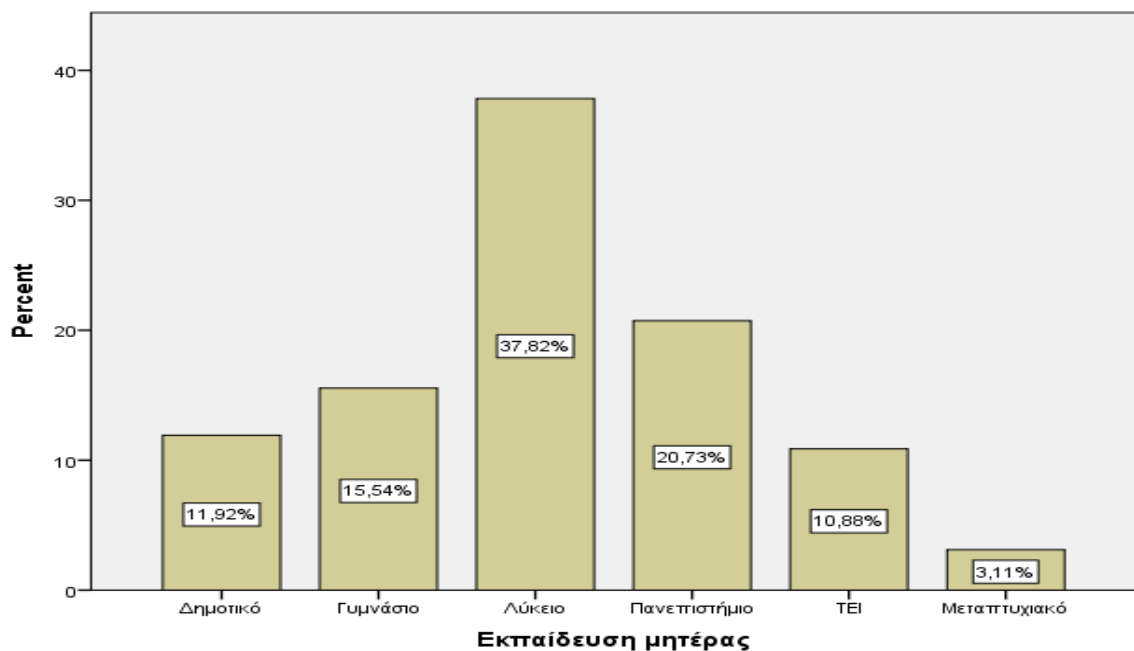
Το 56,99% του δείγματος διέμενε σε πόλη, το 34,72% είχε μόνιμη κατοικία σε κωμόπολη και το 8,29% του δείγματος έμενε σε χωριό.

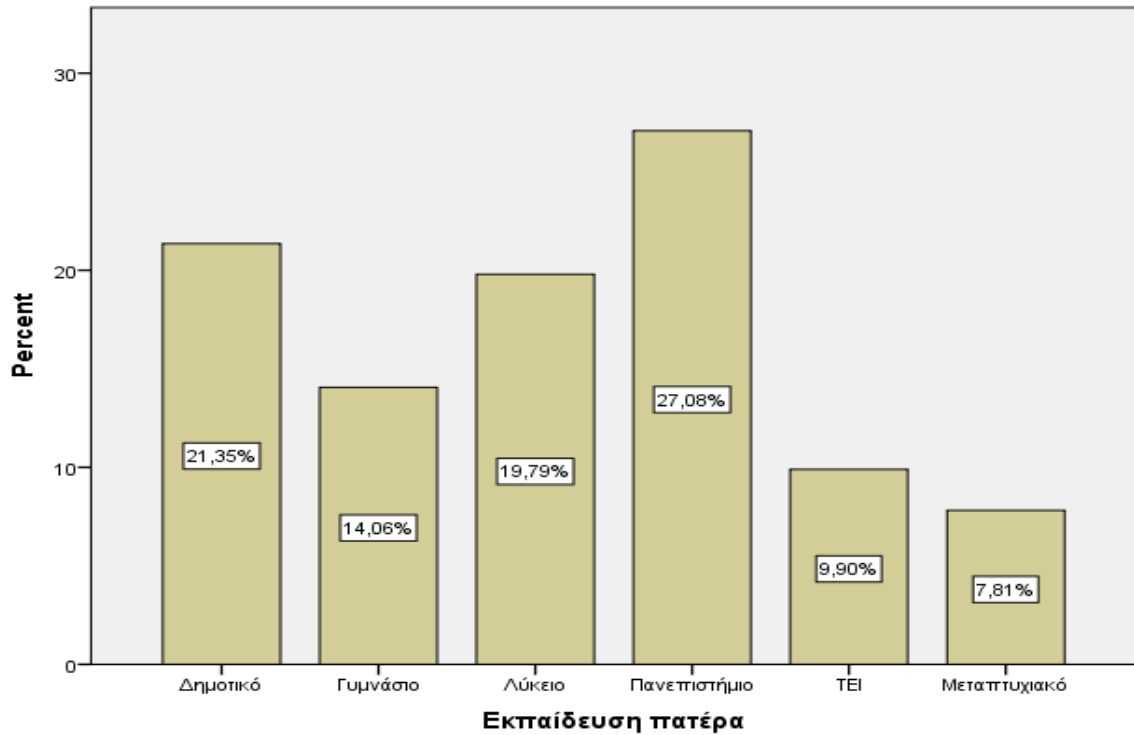


Όσον αφορά την ηλικία, η πλειοψηφία του δείγματος 64,47% ήταν 18-24 ετών, το 30,46% του δείγματος ήταν 25-34 ετών και το 5,08% 35-44 ετών.

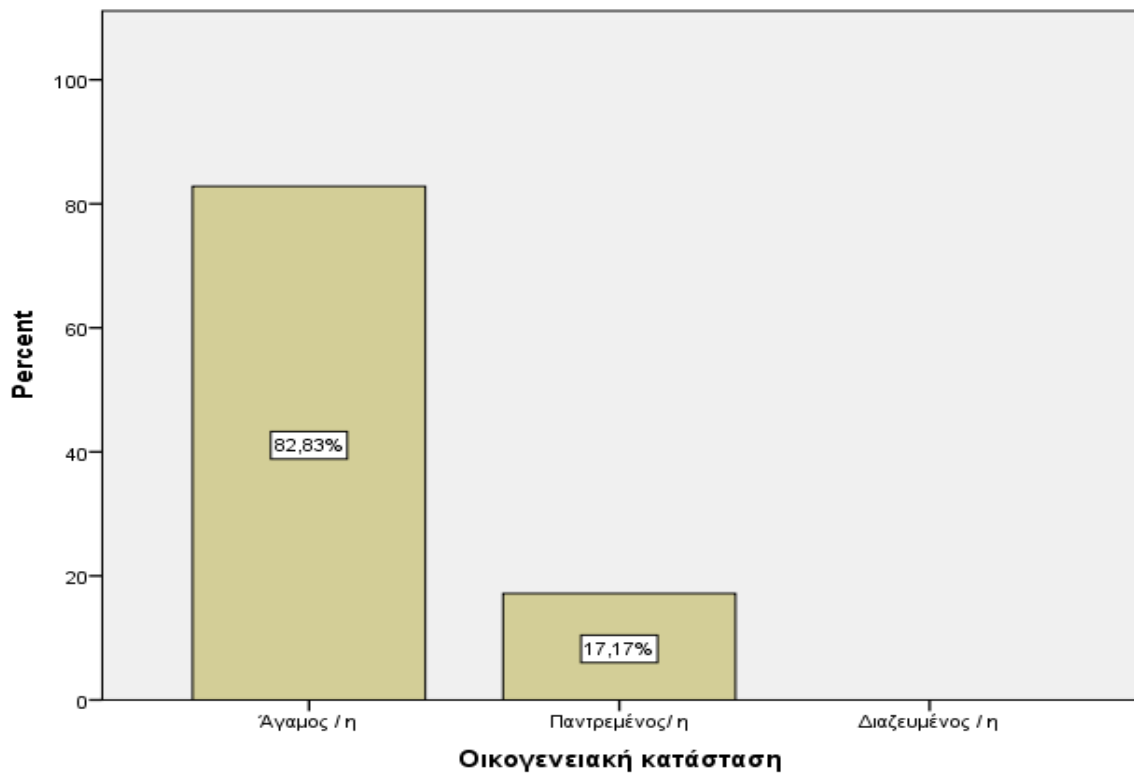


Όσον αφορά την εκπαίδευση των γονέων, το 37,82% του δείγματος δήλωσε ότι η μητέρα ήταν απόφοιτη Λυκείου, ενώ το 20,73% είχε ολοκληρώσει Πανεπιστημιακή εκπαίδευση. Αντίστοιχα, το 19,79% του δείγματος δήλωσε ότι ο πατέρας είχε τελειώσει το Λυκειο, ενώ το 27,08% το Πανεπιστήμιο. Όσον αφορά τις μητέρες των ερωτηθέντων, το 11,92% ήταν απόφοιτες δημοτικού και το 15,54% Γυμνασίου, ενώ το 21,35% του δείγματος δήλωσε ότι ο πατέρας του έχει ολοκληρώσει το Δημοτικό και το 14,06% το Γυμνάσιο.





Μεταπτυχιακές σπουδές είχε ολοκληρώσει η μητέρα στο ~3% του δείγματος και ο πατέρας στο 7,81% του δείγματος.



Όσον αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση, η συντριπτική πλειοψηφία σε ποσοστό 82,83% ήταν άγαμοι και το 17,17% ήταν παντρεμένοι.

6.2 Απόψεις σχετικά με τη δωρεά οργάνων

Σύμφωνα με τα στοιχεία του επόμενου πίνακα, φαίνεται ότι οι περισσότεροι είναι ιδιαίτερα θετικοί όσον αφορά τη δωρεά οργάνων για μεταμόσχευση. Συγκεκριμένα, το 79,8% του δείγματος (n=158) είχαν θετική στάση, ενώ μόλις το 8,6% (n=17) δήλωσαν αρνητική στάση. Επιπλέον, 23 άτομα δήλωσαν ότι δεν είχαν ενημέρωση, προκειμένου να διαμορφώσουν συγκεκριμένη στάση ως προς τη δωρεά οργάνων.

Το 51,5% του δείγματος (n=102) δήλωσε ότι δεν έχει επαρκή ενημέρωση σχετικά με τους νόμους και κανονισμούς της χώρας μας που ρυθμίζουν τη δωρεά & μεταμόσχευση ανθρώπινων οργάνων, ενώ το 19,2% (n=38) έδωσε θετική απάντηση.

Η πλειοψηφία του δείγματος, σε ποσοστό 84,8% (n=168) δήλωσε ότι γνωρίζει ότι πολλοί συνάνθρωποι τους χάνονται κάθε χρόνο περιμένοντας ένα όργανο, που θα σώσει τη ζωή τους ή θα βελτιώσει την ποιότητα της, ενώ 25 άτομα δε γνωρίζουν τη συγκεκριμένη κατάσταση και (5) ερωτηθέντες έμειναν αδιάφοροι.

Το 63,1% του δείγματος (n=125) δήλωσε ότι θα συναινούσε σε δωρεά οργάνων αν τους ρωτούσαν, ενώ το 24,7% (n=49) δηλώνει όχι, διότι δεν έχει ενημέρωση και το 12,1% (n=24) δε θα συναινούσε.

Ποια είναι η στάση σας απέναντι στη δωρεά οργάνων ιστών για μεταμόσχευση	Θετική	Αρνητική	Δεν έχω ενημέρωση	Σύνολο
	79,8% (158)	8,6% (17)	11,6 % (23)	100% (198)
Η δωρεά οργάνων & μεταμόσχευση υπόκειται σε εθνική νομοθεσία. Γνωρίζετε τους νόμους και κανονισμούς της χώρας μας που ρυθμίζουν τη δωρεά & μεταμόσχευση ανθρώπινων οργάνων;	Ναι	Όχι	Δεν έχω επαρκή ενημέρωση	Σύνολο
	19,2 % (38)	29,3% (58)	51,5% (102)	100% (198)
Γνωρίζετε ότι πολλοί συνάνθρωποι μας χάνονται κάθε χρόνο περιμένοντας ένα όργανο, που θα σώσει τη ζωή τους ή θα βελτιώσει την ποιότητα της;	Ναι	Όχι	Δε με ενδιαφέρει	Σύνολο
	84,8% (168)	12,6% (25)	2,5 % (5)	100% (198)
Αν σας ρωτούσαν στο νοσοκομείο, θα δίνετε τη συναίνεση σας για τη Δωρεά Οργάνων	Ναι	Όχι	Όχι, γιατί δεν έχω ενημέρωση	Σύνολο
	63,1% (125)	12,1% (24)	24,7% (49)	100 % (198)

Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος, σύμφωνα με το επόμενο γράφημα, σε ποσοστό ~69% δεν έχει συζητήσει με την οικογένεια του το ζήτημα της δωρεάς οργάνων, ενώ το 31,31% έχει κάνει μια τέτοια συζήτηση.

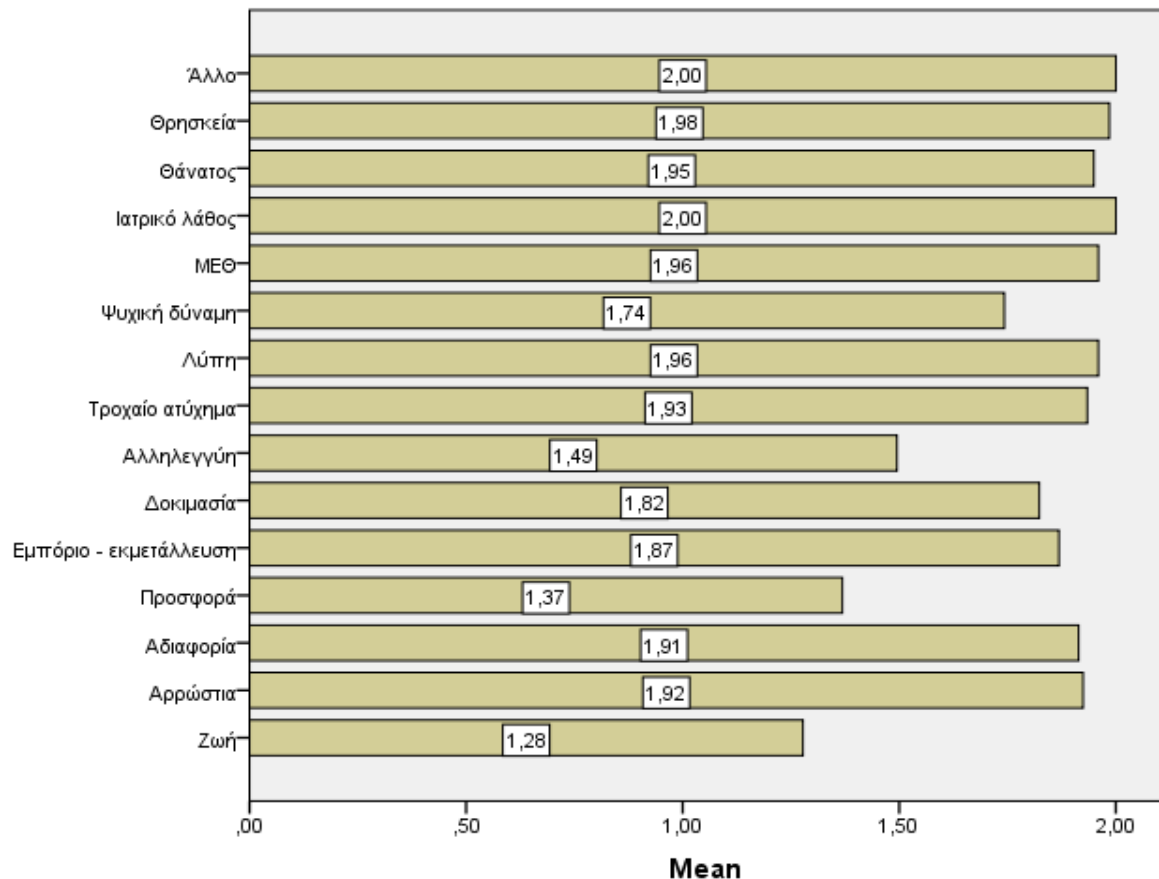


Στην ερώτηση τι σημαίνει για τον καθένα η δωρεά οργάνων και ποια λέξη τους έρχεται στο μυαλό, η κάθε απάντηση κωδικοποιήθηκε ανεξάρτητα, με τον εξής τρόπο: σε περίπτωση επιλογής η απάντηση κωδικοποιούνταν με τον αριθμό 1, ενώ σε περίπτωση μη επιλογής με τον αριθμό 2. Με τη χρήση του Mean, οι απαντήσεις που έτειναν προς το 1 είχαν περισσότερες θετικές απαντήσεις, ενώ σε αντίθετη περίπτωση είχαν αρνητικές απαντήσεις. Επομένως, σύμφωνα με τα παραπάνω, οι λέξεις - έννοιες που τους έρχονται στο μυαλό με στο άκουσμα της δωρεάς οργάνων είναι κατά σειρά:

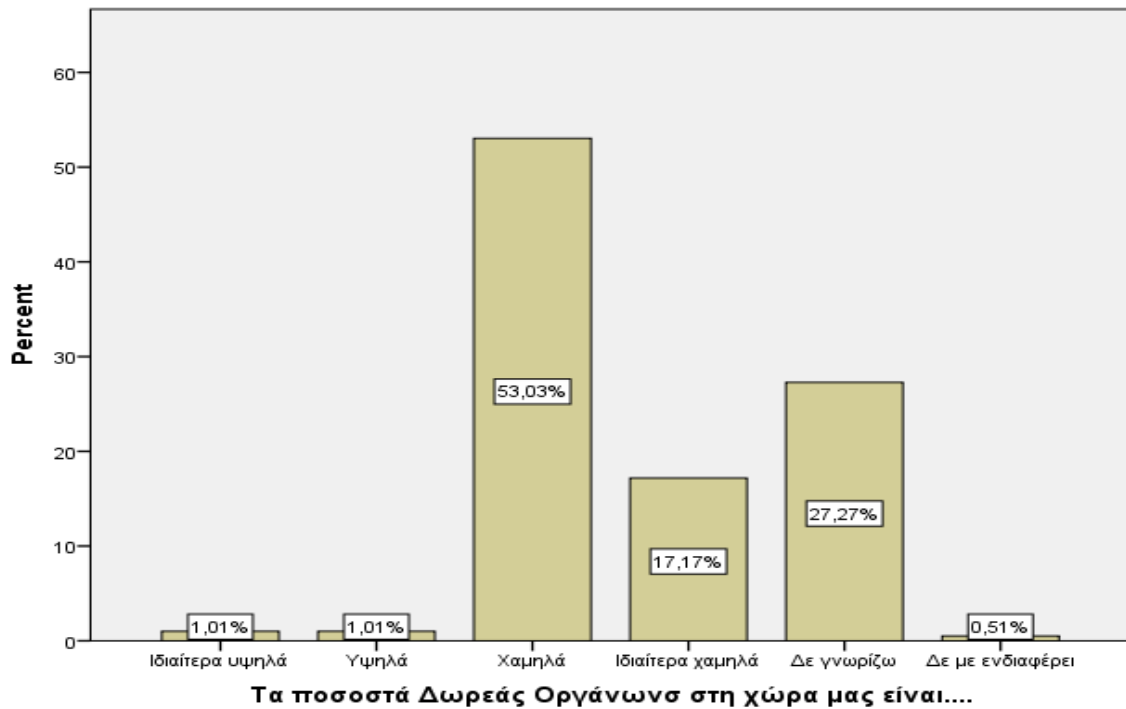
1. Ζωή
2. Προσφορά
3. Αλληλεγγύη
4. Ψυχική Δύναμη
5. Δοκιμασία
6. Εμπόριο – εκμετάλλευση
7. Αδιαφορία
8. Αρρώστια

9. Τροχαίο ατύχημα
10. Θάνατος
11. ΜΕΘ – Λύπη
12. Θρησκεία

Σε κανέναν δεν έρχεται στο μυαλό στο άκουσμα της λέξης δωρεά οργάνων το «ιατρικό λάθος».



Όσον αφορά τα ποσοστά δωρεάς οργάνων στη χώρα μας, το 53,03% του δείγματος θεωρεί ότι είναι χαμηλά και το 17,17% θεωρεί ότι είναι ιδιαίτερα χαμηλά. Το 27,27% του δείγματος δε γνωρίζει ποια είναι τα ποσοστά δωρεάς οργάνων στη χώρα μας, ενώ το 2,02% θεωρεί ότι είναι υψηλά και ιδιαίτερα υψηλά.

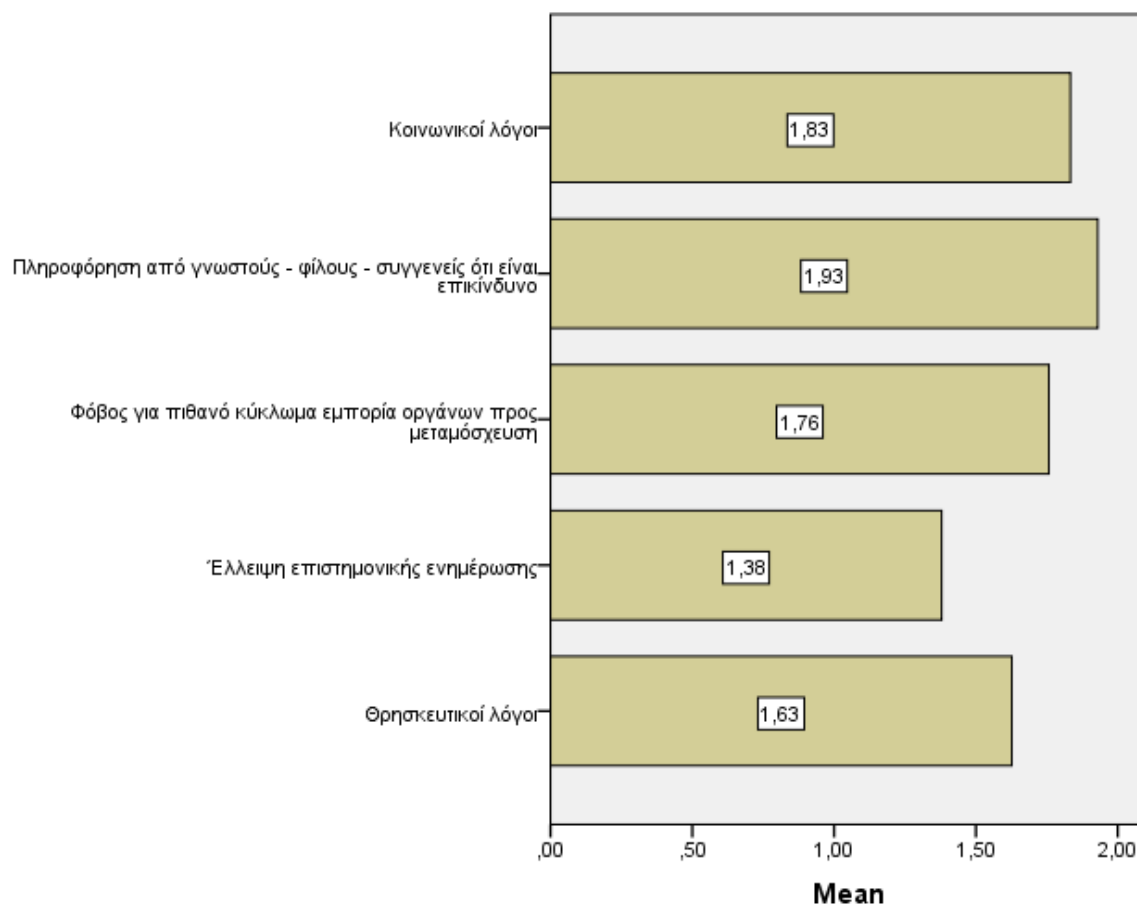


Όσον αφορά τη θέση της Ορθόδοξης Εκκλησίας ως προς τη Μεταμόσχευση Οργάνων μόνο το 12,63% γνωρίζει ποια είναι, ενώ το 73,23% δε γνωρίζει. Το 14,14% του δείγματος δεν ενδιαφέρεται.



Για την κατάταξη των λόγων οι απαντήσεις που επιλέχθηκαν κωδικοποιούνται με τον αριθμό 1, ενώ εκείνες που δεν επιλέχθηκαν με τον αριθμό 2. Επομένως

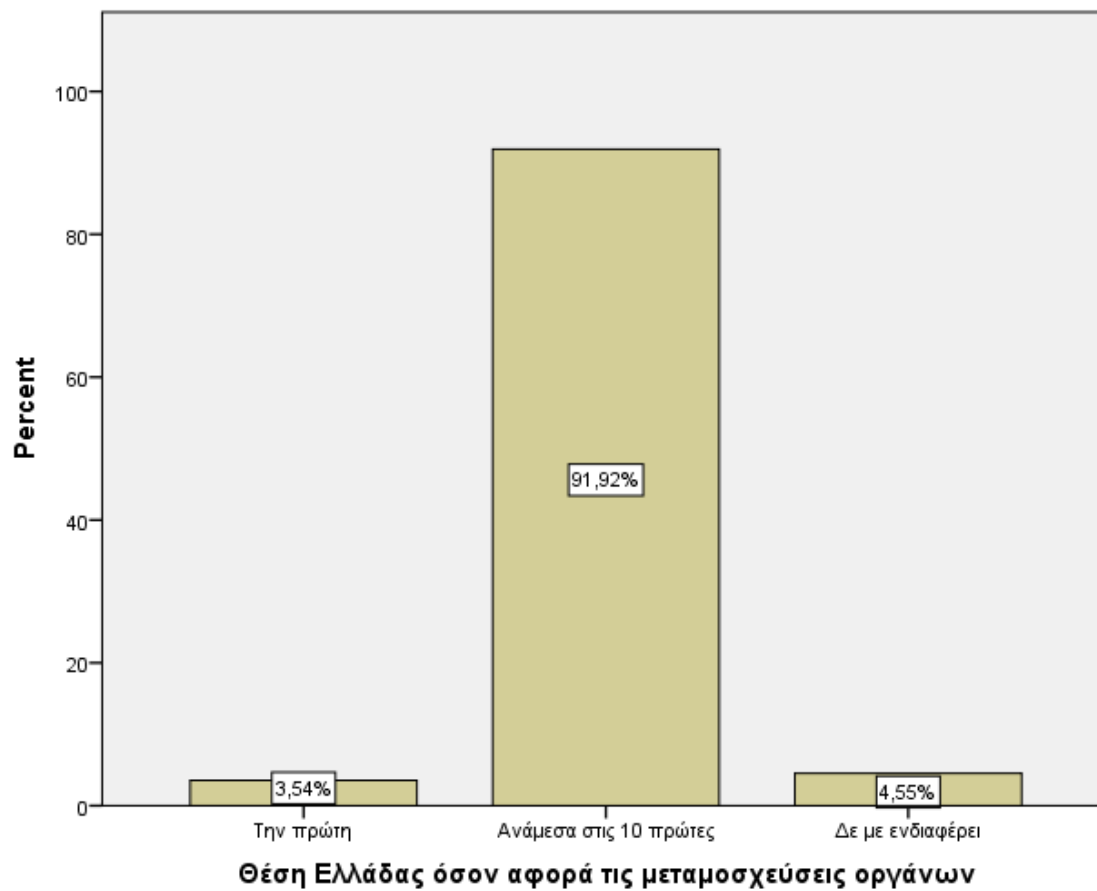
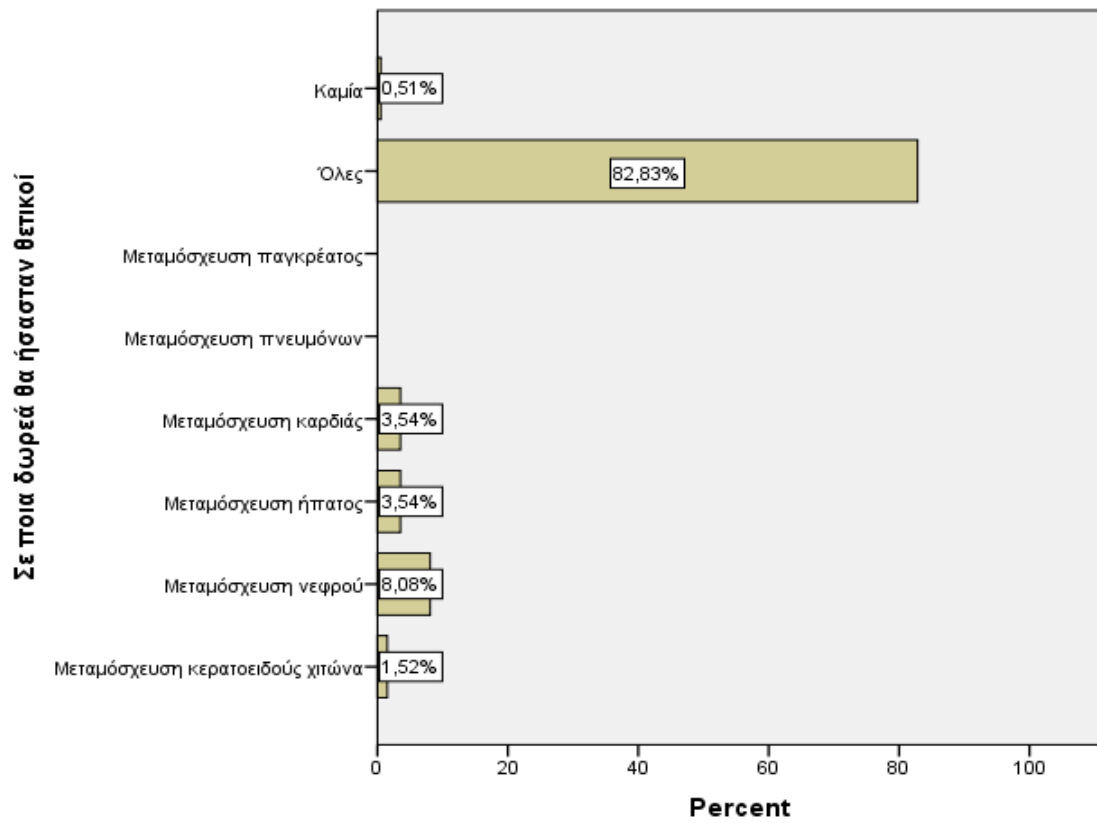
χρησιμοποιώντας το μέσο Mean, όσες έτειναν στο 1 ήταν υψηλότερα στις προτιμήσεις του δείγματος, ενώ όσες έτειναν στο 2 επιλέχθηκαν από μικρότερο ποσοστό του δείγματος.

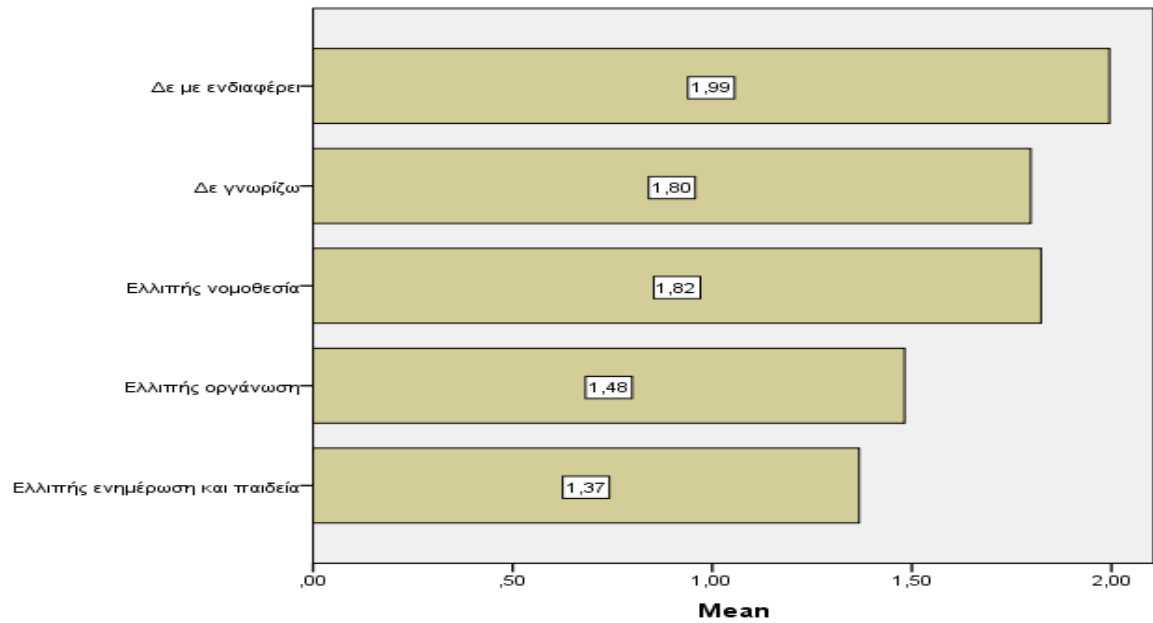


Σύμφωνα με τα στοιχεία του προηγούμενου γραφήματος, η κατάταξη των λόγων είναι οι εξής:

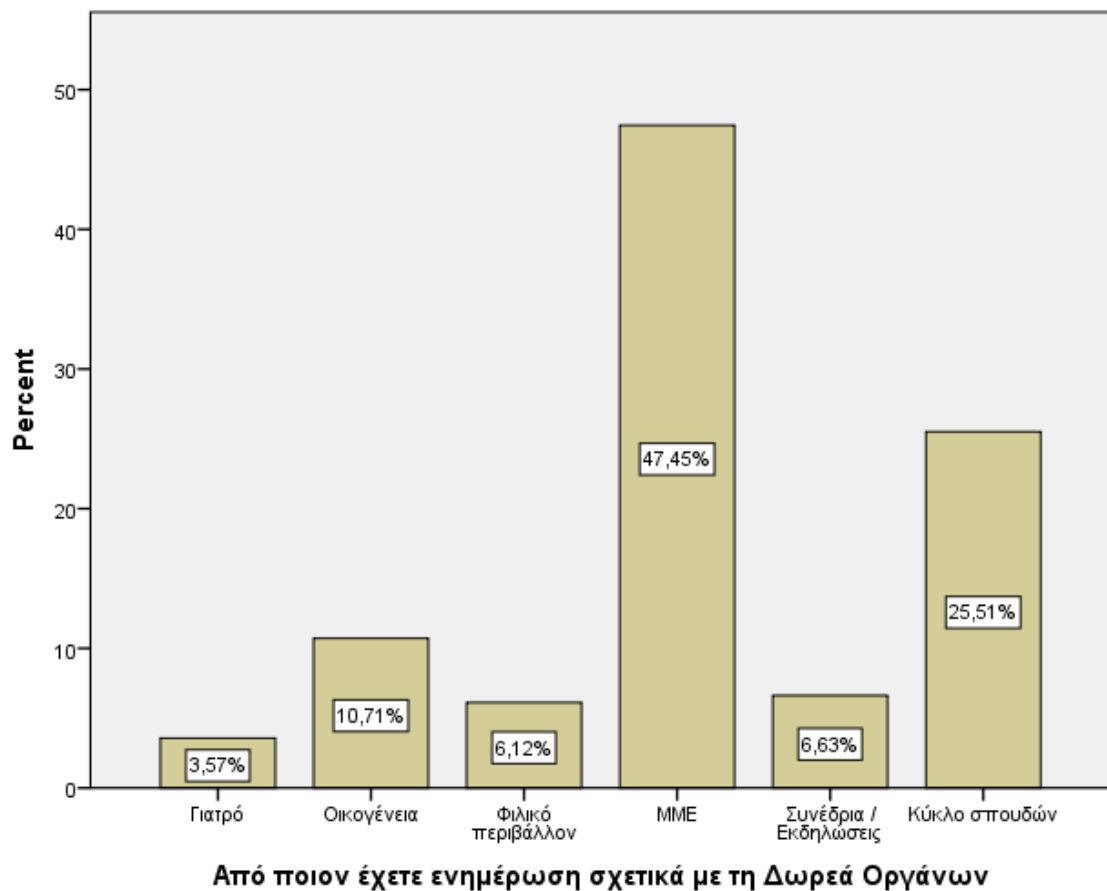
1. Έλλειψη επιστημονικής ενημέρωσης
2. Θρησκευτικοί λόγοι
3. Φόβος για πιθανό κύκλωμα εμπορίας οργάνων προς μεταμόσχευση
4. Κοινωνικοί Λόγοι
5. Πληροφόρηση από γνωστούς – φίλους – συγγενείς ότι είναι επικίνδυνο.

Βέβαια, το 82,83% του δείγματος θα ήταν θετικό σε όλες τις μεταμοσχεύσεις ενώ το 91,92% του δείγματος θεωρεί ότι η Ελλάδα θα έπρεπε να βρίσκεται στις δέκα πρώτες θέσεις όσον αφορά τις μεταμοσχεύσεις.





Όσον αφορά τις πηγές πληροφόρησης τους σχετικά με τη μεταμόσχευση, το 47,45% του δείγματος πληροφορείται από τα ΜΜΕ, ενώ το 25,51% από τον Κύκλο Σπουδών και το 10,71% από την οικογένεια, Μικρό ποσοστό της τάξης του 6,12% από Φιλικό περιβάλλον και το 6,63% από συνέδρια, ενώ ακόμη μικρότερο από γιατρούς.



6.3 Γνώσεις σχετικά με τη δωρεά οργάνων

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του επόμενου πίνακα, το 70,3% του δείγματος δε γνωρίζει αν η εκκλησία επιτρέπει τη δωρεά οργάνων, ενώ το 67,7% θεωρεί ότι είναι σωστή η δήλωση ότι πρέπει κάποιος να είναι απόλυτα υγιής για να γίνει δωρητής. Το 91,4% θεωρεί ότι πράγματι υπάρχει λίστα αναμονής για τους υποψήφιους λήπτες, ενώ το 78,3% δήλωσε ως σωστή την πρόταση ότι η ιστοσυμβατότητα μεταξύ δότη & λήπτη είναι καθοριστική για την επιλογή του δεύτερου.

Το 70,2% δήλωσε ως σωστή την πρόταση ότι υπάρχει σχετικό νομοθετικό πλαίσιο για τη δωρεά οργάνων και τη μεταμόσχευση, ενώ το 41,4% δε γνωρίζει αν σε περίπτωση εγκεφαλικού θανάτου αποφασίζουν οι συγγενείς για το αν δωρίσουν κάποιο όργανο άσχετα με το τι έχει δηλώσει το άτομο όσο ζούσε.

Το ~39% δε γνωρίζει αν ο εγκεφαλικός νεκρός δότης οργάνων εξετάζεται για μεταδιδόμενα νοσήματα ενώ αντίστοιχο περίπου ποσοστό θεωρεί ότι η συγκεκριμένη πρόταση είναι σωστή.

Το 48,2% του δείγματος πιστεύει ότι για να αφαιρεθεί κάποιο όργανο από τον υποψήφιο δότη πρέπει αυτός να είναι εγκεφαλικά νεκρός, ενώ το 39,1% του δείγματος θεωρεί την πρόταση λανθασμένη. Το 71,2% θεωρεί ως σωστή την πρόταση ότι μπορεί κάποιος να αλλάξει γνώμη ενώ έχει δηλώσει ήδη δωρητής, ενώ το 61,4% θεωρεί ότι η πρόταση ότι μπορεί κάποιος να γίνει δωρητής οργάνων ανεξάρτητα από την ηλικία του είναι σωστή.

Το 83,3% του δείγματος πιστεύει ότι η πρόταση ότι ο εγκεφαλικός θάνατος και το κώμα είναι έννοιες ταυτόσημες είναι λανθασμένη, ενώ το 64,3% δήλωσε ως λανθασμένη την πρόταση ότι ο εγκεφαλικός θάνατος είναι αναστρέψιμος.

Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος σε ποσοστό 96% θεωρεί ότι πράγματι η δωρεά οργάνων σώζει ζωές.

Τέλος, το 41,6% του δείγματος δεν γνωρίζει αν περίπτωση εγκεφαλικού θανάτου ο δότης μπορεί να έχει προκαθορίσει που θα δοθούν τα όργανα του, ενώ το 39,1% θεωρεί ότι η συγκεκριμένη πρόταση είναι σωστή και το 19,3% λανθασμένη.

	Σωστό	Λάθος	Δε γνωρίζω
Η εκκλησία επιτρέπει τη δωρεά οργάνων	14,1% (27)	15,6% (30)	70,3% (135)
Πρέπει να είσαι απόλυτα υγιής για να γίνεις δωρητής	67,7% (132)	26,7% (52)	5,6% (11)
Υπάρχει λίστα αναμονής για τους υποψήφιους λήπτες	91,4% (181)	1,5% (3)	7,1% (14)
Η ιστοσυμβατότητα μεταξύ δότη & λήπτη είναι καθοριστική για την επιλογή του δεύτερου	78,3% (155)	12,6% (25)	9,1% (18)
Σε περίπτωση εγκεφαλικού θανάτου αποφασίζουν οι συγγενείς για το αν δωρίσουν κάποιο όργανο άσχετα με το τι έχει δηλώσει το άτομο όσο ζούσε	26,3% (52)	32,3% (64)	41,4% (82)
Υπάρχει σχετικό νομοθετικό πλαίσιο για τη δωρεά οργάνων και τη μεταμόσχευση	70,2% (139)	7,1% (14)	22,7 % (45)
Ο εγκεφαλικός νεκρός δότης οργάνων εξετάζετε για μεταδιδόμενα νοσήματα	39,4% (76)	21,8% (42)	38,9% (75)
Για να αφαιρεθεί κάποιο όργανο από τον υποψήφιο δότη πρέπει αυτός να είναι εγκεφαλικά νεκρός	48,2% (95)	39,1% (95)	12,7% (25)
Μπορώ να αλλάξω γνώμη ενώ έχω δηλώσει ήδη δωρητής	71,2% (141)	3% (6)	25,8% (51)
Μπορεί κάποιος να γίνει δωρητής οργάνων ανεξάρτητα από την ηλικία του	61,4% (121)	22,8% (45)	15,7% (31)
Ο εγκεφαλικός θάνατος και το κώμα είναι έννοιες ταυτόσημες	12,6% (25)	83,3% (165)	4% (8)
Ο εγκεφαλικός θάνατος είναι αναστρέψιμος	24,5% (48)	64,3% (126)	11,2% (22)
Η δωρεά οργάνων σώζει ζωές	96% (190)	1,5% (3)	2,5% (5)
Σε περίπτωση εγκεφαλικού θανάτου ο δότης μπορεί να έχει προκαθορίσει που θα δοθούν τα όργανα του	39,1% (77)	19,3% (38)	41,6% (82)

6.4 Εμπειρία δωρεάς οργάνων

Όπως φαίνεται στον επόμενο πίνακα, το 93,4% δε χρειάστηκε ποτέ μόσχευμα οι ίδιοι ή κάποιο συγγενικό τους πρόσωπο, ενώ το 75,3% απάντησε ότι κανένα συγγενικό ή φιλικό πρόσωπο δεν έχει δηλώσει επίσημα ότι θα ήθελε να γίνει δωρητής οργάνων.

Το 70,2% δήλωσε ότι δεν ενδιαφέρεται κάποιο συγγενικό ή φιλικό πρόσωπο να γίνει δότης, ενώ το ~41% δε γνωρίζει αν το περιβάλλον του έχει αρνητική ή θετική στάση απέναντι στη δωρεά οργάνων. Αντιθέτως το 39,4% δήλωσε ότι γνωρίζει αν το περιβάλλον τους έχει αρνητική ή θετική στάση απέναντι στη δωρεά οργάνων.

	Ναι	Όχι	Δε γνωρίζω
Χρειάστηκε ποτέ μόσχευμα εσύ ή κάποιο συγγενικό / φιλικό σας πρόσωπο;	2,5% (5)	93,4% (185)	4% (8)
Έχει δηλώσει επίσημα κάποιο συγγενικό ή φιλικό σας πρόσωπο ότι θα ήθελε να γίνει δωρητής οργάνων;	15,2% (30)	75,3% (149)	9,6% (19)
Ενδιαφέρετε κάποιο συγγενικό ή φιλικό σας πρόσωπο να γίνει δότης;	12,6% (25)	70,2% (139)	17,2% (34)
Το περιβάλλον σας έχει αρνητική ή θετική στάση απέναντι στη δωρεά οργάνων;	39,4% (78)	19,7% (39)	40,9% (81)

6.5 Δωρητές Οργάνων. Ναι ή Όχι;

Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος ~98,5% συμφωνεί σε κάποιο βαθμό ότι θέλει πραγματικά να βοηθήσει το συνάνθρωπο, ενώ το~83% θεωρεί ότι δίνοντας ένα όργανο και σώζοντας μια ζωή είναι σύμφωνο με τις θρησκευτικές του πεποιθήσεις.

Το 84,8% δεν έχει ευαισθητοποιηθεί από συγγενικό ή φιλικό πρόσωπο που χρειάστηκε μόσχευμα, ενώ το 84,3% δήλωσε ότι δε θα γινόταν δωρητής μόνο για κάποιο δικό μου άτομο.

Το 54,5% του δείγματος δήλωσε ότι τα ΜΜΕ δεν τους έχουν επηρεάσει υπέρ του να γίνουν δότες, ενώ για το ~82% του δείγματος, ο τίτλος του δωρητή είναι περηφάνια. Τέλος, το 85,4% του δείγματος θεωρεί ότι με το να γίνει δωρητής ένα όργανο του θα παραμείνει ζωντανό και μετά το θάνατο.

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
Θέλω πραγματικά να βοηθήσω το συνάνθρωπο μου	65,7% (130)	32,8% (65)	1% (2)	0,5% (1)
Δίνοντας ένα όργανο και σώζοντας μια ζωή είμαι σύμφωνος με τις θρησκευτικές μου πεποιθήσεις	61,1% (121)	21,7% (43)	10,6% (21)	6,6% (13)
Έχω ευαισθητοποιηθεί από συγγενικό ή φιλικό πρόσωπο που χρειάστηκε μόσχευμα	3% (6)	12,1% (24)	50% (99)	34,8% (69)
Θα γινόμουν δωρητής μόνο για κάποιο δικό μου άτομο	5,1% (10)	10,6% (21)	31,3% (62)	53% (105)
Τα ΜΜΕ με έχουν επηρεάσει υπέρ του να γίνω δότης	8,4% (16)	37,2% (71)	41,4% (79)	13,1% (25)
Ο τίτλος του δωρητή μου δίνει ικανοποίηση και περηφάνια	38,9% (77)	42,9% (85)	12,6% (25)	5,6% (11)
Με το να γίνω δωρητής ξέρω ότι ένα όργανο μου θα παραμείνει ζωντανό και μετά το θάνατο	60,1% (119)	25,3% (50)	9,6% (19)	5,1% (10)

Το 71,2% δήλωσε ότι δε φοβάται να γίνει δωρητής, ενώ το 68,7% εμπιστεύεται τις οργανώσεις και το 72,8% δήλωσε ότι εμπιστεύεται τους γιατρούς. Το 66,6% εμπιστεύεται το πώς θα χρησιμοποιηθούν τα όργανα του, ενώ το 88,3% δείχνει ενδιαφέρον για το θέμα της δωρεάς. Για το 51% του δείγματος ο λόγος που δεν έχει γίνει δωρητής είναι η αμέλεια, ενώ το 66,1% θεωρεί ότι δεν είναι ακόμα συνειδητοποιημένοι ή κατασταλαγμένοι ως προς το συγκεκριμένο θέμα. Το 19,7% αμφισβητεί τον εγκεφαλικό θάνατο ενώ το 11,6% έχει υπογράψει κάρτα δότη.

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
Φοβάμαι	2,5% (5)	26,3% (52)	48% (95)	23,2% (46)
Δεν εμπιστεύομαι τις οργανώσεις	6,1% (12)	25,3% (50)	42,9% (85)	25,8% (51)
Δεν εμπιστεύομαι τους γιατρούς και τον τρόπο που θα με αντιμετωπίσουν	6,6% (13)	20,7% (41)	46,5% (92)	26,3% (52)
Δεν έχω εμπιστοσύνη για το αν θα χρησιμοποιηθούν σωστά τα όργανα	5,1% (10)	28,3% (56)	44,9% (89)	21,7% (43)
Δε με αφορά το θέμα της δωρεάς	1,5% (3)	10,1% (20)	44,9% (89)	43,4% (86)
Το αμελώ, δεν το έχω σκεφτεί σοβαρά	9,1% (18)	41,9% (83)	33,3% (66)	15,7% (31)
Δεν είμαι ακόμα συνειδητοποιημένος / η, κατασταλαγμένος / η	12,1% (24)	54% (107)	17,7% (35)	16,2% (32)
Αμφισβητώ τον εγκεφαλικό θάνατο	1,6% (3)	18,1% (35)	47,7% (92)	32,6% (63)
Έχω ήδη υπογράψει επίσημα κάρτα δότη	4,5% (9)	7,1% (14)	32,3% (64)	56,1% (111)

6.6 Απόψεις για Κάρτα Δότη

Όσον αφορά την κάρτα δότη, το 72,2% δήλωσε ότι δεν είναι ενήμεροι για το που πρέπει να απευθυνθούν, ενώ το 16,7% δήλωσε ότι προκειμένου να την εκδώσει θέλει να βρει ένα άτομο που να ενδιαφέρεται επίσης να γίνει δότης, να υπογράψουν μαζί. Το 64,6% απλά δεν είχε την ευκαιρία να εκδώσει την κάρτα αλλά σκοπεύει να το κάνει σύντομα. Επιπλέον, το 91,2% είναι θετικός / η στο να γίνει δότης απλά θέλει πρώτα κάποιες παραπάνω πληροφορίες για να λύσει τις απορίες του, ενώ το 86,4% νιώθει θετικό / η αλλά είναι κάποια πράγματα που ακόμα διαπραγματεύεται μέσα του. Όσον αφορά τη θέση της εκκλησίας οι απαντήσεις είναι σχεδόν μοιρασμένες, καθώς το 49% περιμένει να μάθει ποια είναι η θέση της εκκλησίας ενώ το 51% διαφωνεί ως προς το συγκεκριμένο κριτήριο για να εκδώσει κάρτα αιμοδότη.

	Συμφωνώ	Διαφωνώ
Δεν είμαι ενήμερος για το που πρέπει να απευθυνθώ	72,2% (143)	27,8% (55)
Θέλω να βρω ένα άτομο που να ενδιαφέρεται επίσης να γίνει δότης, να υπογράψουμε μαζί	16,7% (33)	83,3% (165)
Απλά δεν είχα την ευκαιρία αλλά σκοπεύω να το κάνω σύντομα	64,6% (128)	35,4% (70)
Είμαι θετικός / η στο να γίνω δότης απλά θέλω πρώτα κάποιες παραπάνω πληροφορίες για να λύσω τις απορίες μου	91,2% (177)	8,8% (17)
Νιώθω θετικό / η αλλά είναι κάποια πράγματα που ακόμα διαπραγματεύομαι μέσα μου	86,4% (171)	13,6% (27)
Περιμένω να μάθω ποια είναι η θέση της εκκλησίας	49% (97)	51% (101)

6.7 Κοινωνικό - Δημογραφικά Χαρακτηριστικά και στάση στη δωρεά οργάνων

Προκειμένου να διερευνήσουμε το κατά πόσο κάποια χαρακτηριστικά επηρεάζουν τη στάση των ατόμων ως προς τη δωρεά οργάνων πραγματοποιήθηκαν crosstabs με τη χρήση του παράγοντα chi-squared.

			Φύλο		Total	
			Άνδρας	Γυναίκα		
Ποια είναι η στάση σας απέναντι στη δωρεά οργάνων ιστών για μεταμόσχευση	Θετική	Count	54	104	158	
		% within Ποια είναι η στάση σας απέναντι στη δωρεά οργάνων ιστών για μεταμόσχευση	34,2%	65,8%	100,0%	
		% within Φύλο	70,1%	86,0%	79,8%	
		% of Total	27,3%	52,5%	79,8%	
		Count	13	4	17	
	Αρνητική	% within Ποια είναι η στάση σας απέναντι στη δωρεά οργάνων ιστών για μεταμόσχευση	76,5%	23,5%	100,0%	
		% within Φύλο	16,9%	3,3%	8,6%	
		% of Total	6,6%	2,0%	8,6%	
		Δεν έχω	Count	10	13	23

ενημέρωση	% within Ποια είναι η στάση σας απέναντι στη δωρεά οργάνων ιστών για μεταμόσχευση	43,5%	56,5%	100,0%
	% within Φύλο	13,0%	10,7%	11,6%
	% of Total	5,1%	6,6%	11,6%

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του προηγούμενου πίνακα, οι γυναίκες είναι περισσότερο θετικές από τους άνδρες στη δωρεά οργάνων με στατιστικά σημαντική διαφορά ($p\text{-value}=0.03<0.05$)

Αντίστοιχα τεστ έγιναν με ανεξάρτητη μεταβλητή το Εξάμηνο το οποίο δεν επηρεάζει τη στάση των ατόμων ως προς τη δωρεά οργάνων ($p\text{-value}=0,565>0,05$) και την εθνικότητα, η οποία επίσης είναι μη στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα ($p\text{-value}=0180>0.05$).

			Μόνιμη κατοικία			Total
			Πόλη	Κωμόπολη	Χωριό	
Ποια είναι η στάση σας απέναντι στη δωρεά οργάνων ιστών για μεταμόσχευση	Θετική	Count	94	44	15	153
		% within Ποια είναι η στάση σας απέναντι στη δωρεά οργάνων ιστών για μεταμόσχευση	61,4%	28,8%	9,8%	100,0%
		% within Μόνιμη κατοικία	85,5%	65,7%	93,8%	79,3%
		% of Total	48,7%	22,8%	7,8%	79,3%
	Αρνητική	Count	4	13	0	17
		% within Ποια είναι η στάση σας απέναντι στη δωρεά οργάνων ιστών για μεταμόσχευση	23,5%	76,5%	0,0%	100,0%
		% within Μόνιμη κατοικία	3,6%	19,4%	0,0%	8,8%
		% of Total	2,1%	6,7%	0,0%	8,8%
Δεν έχω	Count	12	10	1	23	

	ενημέρωση	% within Ποια είναι η στάση σας απέναντι στη δωρεά οργάνων ιστών για μεταμόσχευση	52,2%	43,5%	4,3%	100,0%
		% within Μόνιμη κατοικία	10,9%	14,9%	6,3%	11,9%
		% of Total	6,2%	5,2%	0,5%	11,9%

Όσον αφορά τη μόνιμη κατοικία, φαίνεται να επηρεάζει τη στάση των ατόμων, καθώς όσοι μένουν σε κωμόπολη είναι περισσότερο θετικοί στη δωρεά οργάνων με στατιστικά σημαντική διαφορά (p-value=0.002<0.05).

			Ηλικία			Total
			18-24 ετών	25-34 ετών	35-44 ετών	
Ποια είναι η στάση σας απέναντι στη δωρεά οργάνων ιστών για μεταμόσχευση	Θετική	Count	103	48	6	157
		% within Ποια είναι η στάση σας απέναντι στη δωρεά οργάνων ιστών για μεταμόσχευση	65,6%	30,6%	3,8%	100,0%
		% within Ηλικία	81,1%	80,0%	60,0%	79,7%
		% of Total	52,3%	24,4%	3,0%	79,7%
	Αρνητική	Count	12	1	4	17
		% within Ποια είναι η στάση σας απέναντι στη δωρεά οργάνων ιστών για μεταμόσχευση	70,6%	5,9%	23,5%	100,0%
		% within Ηλικία	9,4%	1,7%	40,0%	8,6%
		% of Total	6,1%	0,5%	2,0%	8,6%
	Δεν έχω ενημέρωση	Count	12	11	0	23
		% within Ποια είναι η στάση σας απέναντι στη δωρεά οργάνων ιστών για μεταμόσχευση	52,2%	47,8%	0,0%	100,0%
		% within Ηλικία	9,4%	18,3%	0,0%	11,7%
		% of Total	6,1%	5,6%	0,0%	11,7%

Αντίστοιχα, στατιστικά σημαντική διαφορά (p -value=0.001) εμφανίζεται και όσον αφορά την ηλικία, καθώς τα άτομα μικρότερων ηλικιών είναι πιο θετικά στη δωρεά οργάνων, συγκριτικά με τις μεγαλύτερες ηλικίες.

			Εκπαίδευση μητέρας					Total	
			Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	Πανεπιστήμιο	ΤΕΙ		Μεταπτυχιακό
Ποια είναι η στάση σας απέναντι στη δωρεά οργάνων ιστών για μεταμόσχευση	Θετική	Count	21	29	37	39	21	6	153
		% within Ποια είναι η στάση σας απέναντι στη δωρεά οργάνων ιστών για μεταμόσχευση	13,7%	19,0%	24,2%	25,5%	13,7%	3,9%	100,0%
		% within Εκπαίδευση μητέρας	91,3%	96,7%	50,7%	97,5%	100,0%	100,0%	79,3%
		% of Total	10,9%	15,0%	19,2%	20,2%	10,9%	3,1%	79,3%
	Αρνητική	Count	2	1	14	0	0	0	17
		% within Ποια είναι η στάση σας απέναντι στη δωρεά οργάνων ιστών για μεταμόσχευση	11,8%	5,9%	82,4%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% within Εκπαίδευση μητέρας	8,7%	3,3%	19,2%	0,0%	0,0%	0,0%	8,8%
		% of Total	1,0%	0,5%	7,3%	0,0%	0,0%	0,0%	8,8%
	Δεν έχω ενημέρωση	Count	0	0	22	1	0	0	23
		% within Ποια είναι η στάση σας απέναντι στη δωρεά οργάνων ιστών για μεταμόσχευση	0,0%	0,0%	95,7%	4,3%	0,0%	0,0%	100,0%
		% within Εκπαίδευση μητέρας	0,0%	0,0%	30,1%	2,5%	0,0%	0,0%	11,9%
		% of Total	0,0%	0,0%	11,4%	0,5%	0,0%	0,0%	11,9%

			Εκπαίδευση πατέρα						Total
			Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	Πανεπιστήμιο	ΤΕΙ	Μεταπτυχιακό	
Ποια είναι η στάση σας απέναντι στη δωρεά οργάνων ιστών για μεταμόσχευση	Θετική	Count	26	27	27	40	19	14	153
		% within Ποια είναι η στάση σας απέναντι στη δωρεά οργάνων ιστών για μεταμόσχευση	17,0%	17,6%	17,6%	26,1%	12,4%	9,2%	100,0%
		% within Εκπαίδευση πατέρα	63,4%	100,0%	71,1%	76,9%	100,0%	93,3%	79,7%
		% of Total	13,5%	14,1%	14,1%	20,8%	9,9%	7,3%	79,7%
	Αρνητική	Count	4	0	1	12	0	0	17
		% within Ποια είναι η στάση σας απέναντι στη δωρεά οργάνων ιστών για μεταμόσχευση	23,5%	0,0%	5,9%	70,6%	0,0%	0,0%	100,0%
		% within Εκπαίδευση πατέρα	9,8%	0,0%	2,6%	23,1%	0,0%	0,0%	8,9%
		% of Total	2,1%	0,0%	0,5%	6,3%	0,0%	0,0%	8,9%
	Δεν έχω ενημέρωση	Count	11	0	10	0	0	1	22
		% within Ποια είναι η στάση σας απέναντι στη δωρεά οργάνων ιστών για μεταμόσχευση	50,0%	0,0%	45,5%	0,0%	0,0%	4,5%	100,0%

	% within Εκπαίδευση πατέρα	26,8%	0,0%	26,3%	0,0%	0,0%	6,7%	11,5%
	% of Total	5,7%	0,0%	5,2%	0,0%	0,0%	0,5%	11,5%

Επιπλέον, το υψηλότερο επίπεδο της μητέρας και του πατέρα διαμορφώνει θετικές απόψεις σχετικά με τη δωρεά οργάνων (p-value=.00)

			Οικογενειακή κατάσταση		Total
			Άγαμος / η	Παντρεμένος/ η	
Ποια είναι η στάση σας απέναντι στη δωρεά οργάνων ιστών για μεταμόσχευση	Θετική	Count	126	32	158
		% within Ποια είναι η στάση σας απέναντι στη δωρεά οργάνων ιστών για μεταμόσχευση	79,7%	20,3%	100,0%
		% within Οικογενειακή κατάσταση	76,8%	94,1%	79,8%
		% of Total	63,6%	16,2%	79,8%
	Αρνητική	Count	15	2	17
		% within Ποια είναι η στάση σας απέναντι στη δωρεά οργάνων ιστών για μεταμόσχευση	88,2%	11,8%	100,0%
		% within Οικογενειακή κατάσταση	9,1%	5,9%	8,6%
		% of Total	7,6%	1,0%	8,6%
	Δεν έχω ενημέρωση	Count	23	0	23
		% within Ποια είναι η στάση σας απέναντι στη δωρεά οργάνων ιστών για μεταμόσχευση	100,0%	0,0%	100,0%
		% within Οικογενειακή κατάσταση	14,0%	0,0%	11,6%
		% of Total	11,6%	0,0%	11,6%

Η οικογενειακή κατάσταση τέλος επηρεάζει θετικά τις απόψεις των ατόμων σχετικά με τη δωρεά οργάνων, (p-value=0.04)

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του επόμενου πίνακα, τα άτομα μικρότερων ηλικιών θέλουν περισσότερο πραγματικά να βοηθήσουν το συνάνθρωπο τους (p-value=.00)

			Ηλικία			Total
			18-24 ετών	25-34 ετών	35-44 ετών	
Θέλω πραγματικά να βοηθήσω το συνάνθρωπο μου	Συμφωνώ απόλυτα	Count	73	53	4	130
		% within Θέλω πραγματικά να βοηθήσω το συνάνθρωπο μου	56,2%	40,8%	3,1%	100,0%
		% within Ηλικία	57,5%	88,3%	40,0%	66,0%
		% of Total	37,1%	26,9%	2,0%	66,0%
	Συμφωνώ	Count	52	6	6	64
		% within Θέλω πραγματικά να βοηθήσω το συνάνθρωπο μου	81,3%	9,4%	9,4%	100,0%
		% within Ηλικία	40,9%	10,0%	60,0%	32,5%
		% of Total	26,4%	3,0%	3,0%	32,5%
	Διαφωνώ	Count	2	0	0	2
		% within Θέλω πραγματικά να βοηθήσω το συνάνθρωπο μου	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% within Ηλικία	1,6%	0,0%	0,0%	1,0%
		% of Total	1,0%	0,0%	0,0%	1,0%
	Διαφωνώ απόλυτα	Count	0	1	0	1
		% within Θέλω πραγματικά να βοηθήσω το συνάνθρωπο μου	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
		% within Ηλικία	0,0%	1,7%	0,0%	0,5%
		% of Total	0,0%	0,5%	0,0%	0,5%

Επιπλέον, τα άτομα τα οποία γνωρίζουν τη στάση του περιβάλλοντος τους στη δωρεά οργάνων έχουν θετική στάση σε αυτό (p-value =0,001).

			Το περιβάλλον σας έχει αρνητική ή θετική στάση απέναντι στη δωρεά οργάνων			Total
			Ναι	Όχι	Δε γνωρίζω	
Ποια είναι η στάση σας απέναντι στη δωρεά οργάνων ιστών για μεταμόσχευση	Θετική	Count	54	34	70	158
		% within Ποια είναι η στάση σας απέναντι στη δωρεά οργάνων ιστών για μεταμόσχευση	34,2%	21,5%	44,3%	100,0%
		% within Το περιβάλλον σας έχει αρνητική ή θετική στάση απέναντι στη δωρεά οργάνων	69,2%	87,2%	86,4%	79,8%
		% of Total	27,3%	17,2%	35,4%	79,8%
	Αρνητική	Count	12	5	0	17
		% within Ποια είναι η στάση σας απέναντι στη δωρεά οργάνων ιστών για μεταμόσχευση	70,6%	29,4%	0,0%	100,0%
		% within Το περιβάλλον σας έχει αρνητική ή θετική στάση απέναντι στη δωρεά οργάνων	15,4%	12,8%	0,0%	8,6%
		% of Total	6,1%	2,5%	0,0%	8,6%
	Δεν έχω ενημέρωση	Count	12	0	11	23
		% within Ποια είναι η στάση σας απέναντι στη δωρεά οργάνων ιστών για μεταμόσχευση	52,2%	0,0%	47,8%	100,0%
		% within Το περιβάλλον σας έχει αρνητική ή θετική στάση απέναντι στη δωρεά οργάνων	15,4%	0,0%	13,6%	11,6%
		% of Total	6,1%	0,0%	5,6%	11,6%

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του επόμενου πίνακα, η θετική στάση των ατόμων προς τη δωρεά οργάνων φαίνεται να μην έχει επηρεασθεί από τα MME (p-value=.00).

			Τα MME με έχουν επηρεάσει υπέρ του να γίνω δωρητής				Total
			Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	
Ποια είναι η στάση σας απέναντι στη δωρεά οργάνων ιστών για μεταμόσχευση	Θετική	Count	16	49	65	21	151
		% within Ποια είναι η στάση σας απέναντι στη δωρεά οργάνων ιστών για μεταμόσχευση	10,6%	32,5%	43,0%	13,9%	100,0%
		% within Τα MME με έχουν επηρεάσει υπέρ του να γίνω δωρητής	100,0%	69,0%	82,3%	84,0%	79,1%
		% of Total	8,4%	25,7%	34,0%	11,0%	79,1%
	Αρνητική	Count	0	12	2	3	17
		% within Ποια είναι η στάση σας απέναντι στη δωρεά οργάνων ιστών για μεταμόσχευση	0,0%	70,6%	11,8%	17,6%	100,0%
		% within Τα MME με έχουν επηρεάσει υπέρ του να γίνω δωρητής	0,0%	16,9%	2,5%	12,0%	8,9%
		% of Total	0,0%	6,3%	1,0%	1,6%	8,9%
	Δεν έχω	Count	0	10	12	1	23

	ενημέρωση	% within Ποια είναι η στάση σας απέναντι στη δωρεά οργάνων ιστών για μεταμόσχευση	0,0%	43,5%	52,2%	4,3%	100,0%
		% within Τα ΜΜΕ με έχουν επηρεάσει υπέρ του να γίνω δωρητής	0,0%	14,1%	15,2%	4,0%	12,0%
		% of Total	0,0%	5,2%	6,3%	0,5%	12,0%

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

7.1 Συζήτηση

Σύμφωνα με αρκετές έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί τα τελευταία χρόνια, ο ρόλος των νοσηλευτών είναι καθοριστικής σημασίας κατά τη διαδικασία των μεταμόσχευσεων, καθώς πρόκειται για έναν παράγοντα που μπορεί να καθορίσει τις επιλογές των συγγενών των ασθενών, σχετικά με την απόφαση δωρεάς των οργάνων με σκοπό τη μεταμόσχευση (Vlaisavljević et al., 2014). Ειδικότερα, οι Mercado – Martinez et al., (2015) υποστηρίζουν ότι οι νοσηλευτές μπορούν να αποτελέσουν το κλειδί της επιτυχίας ή της αποτυχίας των προγραμμάτων υλοποίησης μεταμόσχευσεων, καθώς μπορούν να επηρεάσουν είτε θετικά είτε αρνητικά τους συγγενείς των ασθενών να λάβουν απόφαση σχετικά με τη δωρεά, στις περιπτώσεις εκείνες που δε γνωρίζουν τις απόψεις των ασθενών.

Οι επαγγελματίες υγείας εν γένει διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη μεταμόσχευση οργάνων και θα μπορούσαν να είναι εν μέρει υπεύθυνοι για την έλλειψη οργάνων που χρειάζονται για μεταμόσχευση (Walters, 2009). Οι νοσηλευτές, παγκοσμίως δείχνουν μια θετική στάση απέναντι στις μεταμόσχευσεις οργάνων, παρά τις πολιτιστικές και παραδοσιακές διαφορές (Kim, 2006).

Σε έρευνα που διεξήχθη το 2009, σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού της Σερβίας, βρέθηκε ότι ο πληθυσμός γενικά δεν είναι ενημερωμένος σχετικά με το νόμο και τις διαδικασίες που αφορούν τη μεταμόσχευση οργάνων (Vlaisavljević et al., 2014). Η έρευνα αυτή έδειξε την ελλιπή ενημέρωση και την ελλιπή πληροφόρηση του γενικού πληθυσμού και η στάση των νοσηλευτών αναμενόταν να είναι παρόμοια.

Πολλοί είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν την κρίση των εργαζόμενων στον τομέα της υγείας, ειδικότερα των νοσηλευτών, όσον αφορά τη μεταμόσχευση οργάνων. Η αποτυχία των επαγγελματιών υγείας να εντοπίσουν δυνητικούς δότες (Daly, 2006), η ελλιπής πληροφόρηση των οικογενειών που σχετίζεται με την ικανότητα χορήγησης έγκρισης δωρεάς οργάνων των θανόντων μελών ή η άρνηση συναίνεσης για δωρεά

οργάνων είναι μερικά από τα πιο σημαντικά προβλήματα στην εύρεση οργάνων (Zambudio, 2009). Ίσως ο παραδειγματισμός από τους επαγγελματίες υγείας, θα μπορούσε να επιφέρει θετικά αποτελέσματα στις οικογένειες των θανόντων, δίνοντας τη συγκατάθεσή τους για δωρεά οργάνων. Η σημαντικότητα των επαγγελματιών υγείας στην προώθηση της δωρεάς οργάνων, έγκειται και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Οι ιατροί που εργάζονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ανέφεραν ότι οι γνώσεις τους σχετικά με τη νομοθεσία και τη μεταμόσχευση ήταν πολύ περιορισμένες (Thornton, 2010). Οι νοσηλευτές και οι γιατροί θα πρέπει να έχουν την απαραίτητη κατάρτιση σχετικά με τη μεταμόσχευση οργάνων και τη δωρεά, έτσι ώστε η προώθησή της θα μπορούσε να ξεκινήσει από το επίπεδο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Σε έρευνα των Vlaisavljević et al, (2014), βρέθηκε ότι η γνώση και η στάση των επαγγελματιών υγείας απέναντι στη μεταμόσχευση οργάνων, συνδέονται με το επίπεδο εκπαίδευσης και τα έτη επαγγελματικής εμπειρίας. Η εκπαίδευση για να αλλάξει η στάση απέναντι στη δωρεά οργάνων κρίθηκε απαραίτητη, δεδομένου ότι οι νοσηλευτές δεν είχαν επαρκή γνώση σύμφωνα με την παραπάνω μελέτη. Επίσης η πληροφόρηση με νέα δεδομένα θα μπορούσε να δώσει στους επαγγελματίες υγείας τη δυνατότητα για το σχηματισμό μιας θετικής στάσης και στην απαλλαγή αφενός από τις προκαταλήψεις και αφετέρου θα είχε σημαντικό αντίκτυπο στη συμπεριφορά των πολιτών.

Άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους Randuz et al., (2010), έδειξε ότι απαιτείται περισσότερη εκπαίδευση και αυξημένη διαφάνεια της μεταμοσχευτικής πρακτικής, ώστε το προσωπικό του νοσοκομείου να ενεργεί με επιτυχία ως παρακινητής. Το προσωπικό του νοσοκομείου με θετική στάση απέναντι στη δωρεά οργάνων μπορεί να έχει θετικό αντίκτυπο στη στάση του κοινού απέναντι στη δωρεά οργάνων.

Η μελέτη των Rios et al.,2010, που αφορούσε στη στάση του ισπανικού και λατινοαμερικάνικου νοσηλευτικού προσωπικού στη δωρεά οργάνων, έδειξε διαφορές μεταξύ των χωρών. Αποκλίσεις παρατηρήθηκαν στη στάση όσον αφορά τη δωρεά οργάνων. Θεώρησαν ότι είναι πιθανό οι φόβοι να αυξάνονται όταν η δωρεά οργάνων θεωρείται σαν ένα κοινό φαινόμενο στην καθημερινή κλινική πράξη. Έκριναν απαραίτητη την προώθηση ενημερωτικών εκστρατειών για την παροχή πληροφοριών καθώς τα άτομα που εργάζονται σε κέντρα υγειονομικής περίθαλψης με τη στάση τους μπορεί να έχουν ισχυρό αρνητικό αντίκτυπο στο ευρύ κοινό.

Οι Zambudio et al (2009), θεώρησαν την αύξηση της ευαισθητοποίησης των επαγγελματιών υγείας ως θεμελιώδη πτυχή της δωρεάς οργάνων και της μεταμόσχευσης.

Σε άλλη έρευνα βρέθηκε ότι η στάση απέναντι στη δωρεά οργάνων και τη μεταμόσχευση στα νοσηλευτικά ιδρύματα της Κίνας δεν ήταν υπερβολικά αισιόδοξη και θεωρήθηκε απαραίτητη η βελτίωση της κατάρτισης. Οι νοσηλευτές αποτελούν μια σημαντική ομάδα που μπορεί να επηρεάσει τον πληθυσμό και οι αρνητικές τους συμπεριφορές μπορεί να έχουν σημαντικό αντίκτυπο στη στάση της κοινωνίας απέναντι στη δωρεά οργάνων (Xie et al., 2017).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, οι ερωτώμενοι ήταν ιδιαίτερα θετικοί όσον αφορά τη δωρεά οργάνων για μεταμόσχευση, ενώ αρκετοί ήταν εκείνοι που δήλωσαν ότι δεν είχαν ενημέρωση, προκειμένου να διαμορφώσουν συγκεκριμένη στάση ως προς τη δωρεά οργάνων. Η θετική στάση ίσως σχετίζεται με το γεγονός ότι οι περισσότεροι θεωρούσαν ότι η δωρεά οργάνων σώζει ζωές, δεδομένου ότι πολλοί άνθρωποι χάνονται κάθε χρόνο περιμένοντας ένα όργανο, που θα σώσει τη ζωή τους ή θα βελτιώσει την ποιότητα της. Μάλιστα, η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος, άνω του 80% είναι θετικοί σε όλες τις μεταμοσχεύσεις, ενώ πάνω από το 90% των ερωτώμενων θεωρεί ότι η Ελλάδα θα έπρεπε να βρίσκεται στις δέκα πρώτες θέσεις όσον αφορά τις μεταμοσχεύσεις. Σχεδόν οι μισοί ερωτώμενοι θεωρούν ότι τα ποσοστά δωρεάς οργάνων στη χώρα μας είναι μικρά. Σύμφωνα με προγενέστερες έρευνες, σε γενικές γραμμές, μπορεί να σημειωθεί ότι οι νοσηλευτές, έχουν θετική στάση σχετικά με τις μεταμοσχεύσεις οργάνων (Roels et al., 2010; Erasmus et al., 2009; Cohen et al., 2008; Kim, 2006).

Σημειώνεται ότι οι γυναίκες είναι περισσότερο θετικές από τους άνδρες στη δωρεά οργάνων με στατιστικά σημαντική διαφορά. Σε αυτό συμφωνούν και προγενέστερες μελέτες (π.χ. Wakefield et al., 2010), δείχνουν θετικότερη στάση των γυναικών στη δωρεά οργάνων και ειδικά στις περιπτώσεις συγγενικών και φιλικών προσώπων. Το εξάμηνο και η εθνικότητα δεν επηρεάζουν τη στάση των φοιτητών σχετικά με τη δωρεά οργάνων. Σύμφωνα με προγενέστερες έρευνες, το εξάμηνο φοίτησης δεν επηρεάζει τη στάση των φοιτητών ως προς τη δωρεά οργάνων (Chung et al., 2008; Burra et al., 2005; Chernenko et al., 2005).

Αντιθέτως, η περιοχή κατοικίας και η ηλικία επηρεάζει τη στάση των φοιτητών και πιο συγκεκριμένα, όσοι μένουν σε κωμόπολη είναι περισσότερο θετικοί στη δωρεά οργάνων από εκείνους που μένουν σε πόλη ή αλλού, ενώ άτομα μικρότερων ηλικιών είναι πιο θετικά στη δωρεά οργάνων, συγκριτικά με τις μεγαλύτερες ηλικίες. Επιπλέον, το εκπαιδευτικό επίπεδο των γονέων επηρεάζει θετικά τη στάση των ερωτώμενων με το υψηλότερο επίπεδο της μητέρας και του πατέρα να διαμορφώνει περισσότερο θετικές απόψεις σχετικά με τη δωρεά οργάνων. Όσον αφορά την ελλιπή ενημέρωση, περισσότεροι από τους μισούς ερωτώμενους δεν είχαν επαρκή ενημέρωση σχετικά με τους νόμους και κανονισμούς της χώρας μας που ρυθμίζουν τη δωρεά & μεταμόσχευση ανθρώπινων οργάνων. Σημειώνεται ότι οι περισσότεροι ενημερώνονται για τη δωρεά οργάνων κυρίως από τα ΜΜΕ.

Περίπου 63% των ερωτώμενων θα συναινούσαν σε δωρεά οργάνων αν τους ρωτούσαν, ενώ το 12% δε θα συναινούσε, εξαιτίας ελλιπούς ενημέρωσης. Σχετικά μικρό είναι το ποσοστό εκείνων (~30%) που έχει συζητήσει με την οικογένεια του το θέμα της δωρεάς οργάνων. Το συγκεκριμένο εύρημα συζητήθηκε και σε προγενέστερη μελέτη, η οποία έδειξε ότι το θέμα της μεταμόσχευσης παραμένει σχετικά ένα «δύσκολο» θέμα προς συζήτηση μέσα στις οικογένειες, καθώς αποτελούν θέματα «taboo» οι συζητήσεις σχετικά με το θάνατο στους κόλπους μιας οικογένειας και κυρίως λόγω οικογενειακών αντιρρήσεων για τη δωρεά οργάνων και την ενόχληση για τη συζήτηση του ίδιου του θανάτου (Chung et al., 2008).

Οι πρώτες πέντε έννοιες που έρχονται στο μυαλό κάποιου ακούγοντας τη λέξη δωρεά οργάνων είναι ζωή, προσφορά, αλληλεγγύη, ψυχική δύναμη και δοκιμασία, ενώ όσον αφορά τις γνώσεις των ερωτηθέντων σχετικά με τη δωρεά οργάνων, οι περισσότεροι:

- δε γνωρίζουν αν η εκκλησία επιτρέπει τη δωρεά οργάνων
- πιστεύουν ότι πρέπει κάποιος να είναι απόλυτα υγιής για να γίνει δωρητής
- θεωρούν ότι πράγματι υπάρχει λίστα αναμονής για τους υποψήφιους λήπτες
- θεωρούν ότι η ιστοσυμβατότητα μεταξύ δότη & λήπτη είναι καθοριστική για την επιλογή του δεύτερου
- γνωρίζουν ότι υπάρχει σχετικό νομοθετικό πλαίσιο για τη δωρεά οργάνων και τη μεταμόσχευση

- δε γνωρίζουν αν σε περίπτωση εγκεφαλικού θανάτου αποφασίζουν οι συγγενείς για το αν δωρίσουν κάποιο όργανο άσχετα με το τι έχει δηλώσει το άτομο όσο ζούσε
- πιστεύουν ότι για να αφαιρεθεί κάποιο όργανο από τον υποψήφιο δότη πρέπει αυτός να είναι εγκεφαλικά νεκρός
- πιστεύουν ότι μπορεί κάποιος να αλλάξει γνώμη ενώ έχει δηλώσει να είναι δωρητής
- γνωρίζουν ότι ο εγκεφαλικός θάνατος και το κώμα δεν είναι έννοιες ταυτόσημες
- θεωρούν ότι η δωρεά οργάνων σώζει ζωές.
- δεν γνωρίζουν αν περίπτωση εγκεφαλικού θανάτου ο δότης μπορεί να έχει προκαθορίσει που θα δοθούν τα όργανα

Γενικότερα δεν μπορεί να ειπωθεί ότι οι γνώσεις των ερωτώμενων είναι ιδιαίτερα αυξημένες γεγονός το οποίο δύναται να επηρεάσει αρνητικά τη στάση τους απέναντι στη δωρεά οργάνων. Πολλοί είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν την κρίση των εργαζόμενων στον τομέα της υγείας, ειδικότερα των νοσηλευτών, όσον αφορά τη μεταμόσχευση οργάνων. Μεταξύ αυτών, η ελλιπής πληροφόρηση των οικογενειών που σχετίζεται με την ικανότητα χορήγησης έγκρισης δωρεάς οργάνων των θανόντων μελών ή η άρνηση συναίνεσης για δωρεά οργάνων (Zambudio, 2009) και οι περιορισμένες γνώσεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τη νομοθεσία και τη μεταμόσχευση (Thornton, 2010) είναι από τα πιο σημαντικά προβλήματα στην εύρεση οργάνων.

Σε έρευνα των Vlaisavljević et al, (2014), βρέθηκε ότι η γνώση και η στάση των επαγγελματιών υγείας απέναντι στη μεταμόσχευση οργάνων, συνδέονται με το επίπεδο εκπαίδευσης και τα έτη επαγγελματικής εμπειρίας, ενώ στην έρευνα των Randuz et al (2010) και σε μεταγενέστερη έρευνα των Xie et al (2017) φάνηκε ότι απαιτείται περισσότερη εκπαίδευση και αυξημένη διαφάνεια της μεταμοσχευτικής πρακτικής, ώστε το προσωπικό του νοσοκομείου να ενεργεί με επιτυχία ως παρακινητές.

Επομένως, η δημιουργία ολοκληρωμένης γνώσης στο προσωπικό του νοσοκομείου οδηγεί σε θετική στάση απέναντι στη δωρεά οργάνων, η οποία μπορεί να έχει θετικό αντίκτυπο στη στάση του κοινού απέναντι στη δωρεά οργάνων (Randuz et al., 2010;

Chung et al., 2008). Οι Zambudio et al. (2009), θεώρησαν την αύξηση της ευαισθητοποίησης των επαγγελματιών υγείας ως θεμελιώδη πτυχή για την αύξηση της δωρεάς οργάνων και της μεταμόσχευσης (Zambudio et al., 2009).

Σύμφωνα με τους Irving et al. (2011), η στάση των ατόμων να γίνουν δωρητές και κατ' επέκταση η απόφαση τους να δωρίσουν κάποιο όργανο επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες και κυρίως, (i) τους σχεσιακούς δεσμούς με τον λήπτη, (ii) τις θρησκευτικές πεποιθήσεις, (iii) τις πολιτισμικές επιρροές (iv) τις οικογενειακές επιρροές (v) την ακεραιότητα του σώματος τους (vi) τις προηγούμενες αλληλεπιδράσεις με το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης - ιατρική δυσπιστία, εγκυρότητα του εγκεφαλικού θανάτου και φόβος πρόωμης ανάκτησης οργάνων, (vii) τις γνώσεις του ατόμου σχετικά με τη διαδικασία δωρεάς οργάνων και (viii) σημαντικές επιφυλάξεις σχετικά με τη διαδικασία δωρεάς, ακόμη και σε όσους υποστηρίζουν τη δωρεά οργάνων.

Στην παρούσα έρευνα, οι ερωτώμενοι δε χρειάστηκαν ποτέ μόσχευμα οι ίδιοι ή κάποιο συγγενικό τους πρόσωπο, ενώ κανένα συγγενικό ή φιλικό τους πρόσωπο δεν έχει δηλώσει επίσημα ότι θα ήθελε να γίνει δωρητής οργάνων.

Όσον αφορά την επιρροή που δέχονται από το περιβάλλον τους, σημειώνεται ότι οι περισσότεροι δεν ενδιαφέρονται αν κάποιο συγγενικό ή φιλικό πρόσωπο γίνει δότης και δε γνωρίζουν τη στάση του περιβάλλοντος τους σχετικά με τη δωρεά οργάνων. Βέβαια, σύμφωνα με την έρευνα, τα άτομα τα οποία γνωρίζουν τη στάση του περιβάλλοντος τους στη δωρεά οργάνων έχουν περισσότερο θετική στάση, ενώ σε κάθε περίπτωση, δε θα γινόταν δωρητές μόνο για κάποιο δικό τους άτομο, παρόλο που δεν έχουν ευαισθητοποιηθεί από το συγγενικό ή φιλικό τους περιβάλλον ή τα ΜΜΕ, σχετικά με μεταμόσχευση και τη δωρεά οργάνων.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος θέλει πραγματικά να βοηθήσει το συνάνθρωπο, ενώ θεωρεί ότι δίνοντας ένα όργανο και σώζοντας μια ζωή είναι σύμφωνο με τις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις. Σημειώνεται ότι τα άτομα μικρότερων ηλικιών θέλουν περισσότερο πραγματικά να βοηθήσουν το συνάνθρωπο τους, συγκριτικά με τα άτομα μεγαλύτερων ηλικιών.

Γενικότερα, παρατηρείται ότι δεν υπάρχει φόβος σχετικά με τη δωρεά οργάνων και υπάρχει αυξημένη εμπιστοσύνη προς τους γιατρούς και πιο συγκεκριμένα, για το πώς θα

χρησιμοποιηθούν τα όργανα του. Βέβαια, για τους περισσότερους, ο λόγος που δεν έχει γίνει δωρητής είναι η αμέλεια, ενώ αρκετοί δεν είναι ακόμα συνειδητοποιημένοι ή κατασταλαγμένοι ως προς το συγκεκριμένο θέμα.

7.2 Συμπεράσματα

Ολοκληρώνοντας την παρούσα μελέτη, σημειώνεται ότι το βασικότερο συμπέρασμα είναι το ότι οι περισσότεροι δυνητικοί νοσηλευτές είναι ιδιαίτερα θετικοί ως προς τη δωρεά οργάνων, παρόλο που δεν έχουν εγγραφεί ως δωρητές, κυρίως λόγω αμέλειας ή εξαιτίας του ότι δεν είναι απόλυτα συνειδητοποιημένοι / κατασταλαγμένοι σε αυτή την απόφαση. Το συγκεκριμένο εύρημα σε συνδυασμό με τις σχετικά περιορισμένες γνώσεις που δηλώνουν ότι έχουν σχετικά με τη δωρεά οργάνων επιδεικνύει ότι υπάρχει ανάγκη εκπαίδευσης και ευαισθητοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού, προκειμένου να οδηγηθεί από τη θετική στάση σε μια θετική πράξη, δηλαδή να γίνει δωρητής οργάνων και να μπορέσει στην πορεία να επηρεάσει θετικά και το κοινό.

Σημειώνεται ότι σταδιακά θα πρέπει να γίνουν ενέργειες προκειμένου να αυξηθούν τα ποσοστά δωρεάς οργάνων στη χώρα μας, καθώς η δωρεά οργάνων αποδεικνύεται όλο και περισσότερο απαραίτητη για την παροχή στους ασθενείς όλων των κατάλληλων και διαθέσιμων θεραπευτικών επιλογών. Ωστόσο, η πράξη της δωρεάς είναι από μόνη της μια ατομική απόφαση που απαιτεί ένα βάθος κατανόησης που αλληλεπιδρά με το κοινωνικό περιβάλλον και το θεσμικό πλαίσιο το οποίο υιοθετείται από ένα άτομο. Προκειμένου να επιτευχθεί ο στόχος αύξησης των ποσοστών μεταμόσχευσης θα πρέπει να γίνουν κατανοητοί στο ευρύ κοινό, οι παράγοντες που οδηγούν σε μείωση τους, εξετάζοντας τον τρόπο με τον οποίο η νομοθεσία της χώρας, η ευαισθητοποίηση των ατόμων σχετικά με το ρυθμιστικό πλαίσιο, οι κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και οι κοινωνικό-δημογραφικοί παράγοντες επηρεάζουν την προθυμία των ατόμων να δώσουν τα δικά τους όργανα ή τα όργανα συγγενών τους.

7.3 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Μέσα από την ανάλυση που πραγματοποιήθηκε διαπιστώνεται ότι υπάρχει επιτακτική ανάγκη ολοκληρωμένης πληροφόρησης και ενημέρωσης των νοσηλευτών σχετικά με τη δωρεά οργάνων και τη μεταμόσχευση. Είναι αναγκαίο προκειμένου να επιτευχθεί ο εν λόγω σκοπός να σχεδιασθούν και να υλοποιηθούν προγράμματα ενημέρωσης και επιμορφωτικά προγράμματα με στόχο τη βελτίωση των γνώσεων των νοσηλευτών σχετικά με τη δωρεά οργάνων και τις έννοιες / ζητήματα που σχετίζονται με αυτή (πχ εγκεφαλικό θάνατο).

Η συμμετοχή τους σε προγράμματα επιμόρφωσης και εκπαίδευσης δύναται να συμβάλλει στην κατανόηση της συγκεκριμένης πράξης και στην εμπάθυνση των γνώσεων τους σχετικά με τη μεταμόσχευση, τον εγκεφαλικό θάνατο, το κώμα, προκειμένου να οδηγηθούν στο συμπέρασμα, το οποίο θα μεταδώσουν και σε ασθενείς αλλά και οικογένειες ότι δηλαδή η δωρεά οργάνων δεν αποτελεί μια κίνηση που τερματίζει τη ζωή των δοτών αλλά στη συνέχιση της. Οι νοσηλευτές μέσα από τα κατάλληλα προγράμματα θα κατανοήσουν ότι η δωρεά οργάνων πρόκειται για ένα πολύ σημαντικό ζήτημα το οποίο πρέπει να αντιμετωπίζεται με ευαισθησία.

Οι νοσηλευτές μπορούν να γίνουν αρωγοί μιας τιτάνιας προσπάθειας για τον υπόλοιπο κόσμο, προκειμένου να αυξηθεί ο αριθμός των δοτών αλλά και των μεταμοσχεύσεων. Τέλος, οι ίδιες οι μονάδες υγείας προτείνεται να δημιουργήσουν ένα περιβάλλον στο οποίο θα ενθαρρύνεται η δωρεά οργάνων. Με πιο απλά λόγια, προτείνεται σε όλες τις μονάδες υγείας να διορισθεί συντονιστής και ομάδα μεταμοσχεύσεων που θα συντονίζουν όλες τις διαδικασίες. Όλοι οι επαγγελματίες υγείας των μονάδων θα πρέπει να ενημερώνονται από την ομάδα μεταμοσχεύσεων και τον συντονιστή προκειμένου να γνωρίζουν σε ποιον θα πρέπει να απευθύνονται οι δότες και πως μπορούν να προχωρήσουν τη διαδικασία.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αιτιολογική Έκθεση του νόμου 3984/2011
2. Αντωνίου, Ε (2015) Πρακτικά 18ου Πανελληνίου Συνεδρίου Μεταμοσχεύσεων 23-25 Οκτωβρίου, Εταιρία Ελληνικών Μεταμοσχεύσεων
3. Βουδούρη, Ε., Ζκέρη Α. & Κυριακοπούλου, Μ. (2005). Στάση Σπουδαστών Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας Απέναντι στην Δωρεά Οργάνων
4. Κοινοτική Οδηγία 2004/23/ΕΚ για τα πρότυπα ποιότητας και ασφάλειας σχετικά με τη δωρεά, την προμήθεια, τον έλεγχο, την επεξεργασία, τη συντήρηση, την αποθήκευση και τη διανομή ανθρώπινων ιστών και κυττάρων προς μεταμόσχευση
5. Κοινοτική Οδηγία 2010/53/ΕΕ (αρχικά Οδηγία 2010/45/ΕΕ) του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 7ης Ιουλίου 2010, σχετικά με τα πρότυπα ποιότητας και ασφάλειας των ανθρώπινων οργάνων που προορίζονται για μεταμόσχευση
6. Κοντοδημόπουλος, Ν. (2006). Μέτρηση αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας στις υπηρεσίες υγείας: εφαρμογή στον τομέα της νεφροπάθειας στην Ελλάδα (Doctoral dissertation, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο (ΕΑΠ). Σχολή Κοινωνικών Επιστημών).
7. Κωστάκης Α. (2005) Η επιστημονική εξέλιξη των μεταμοσχεύσεων . Διαθέσιμο στο: <https://helios-eie.ekt.gr/EIE/bitstream/10442/853/1/M01.039.01.pdf>
8. Μπακάλης, Ν. και Θεοδωρακοπούλου Φ. (2010) Η στάση των φοιτητών νοσηλευτικής και των νοσηλευτών σχετικά με τις μεταμοσχεύσεις Ελληνικό Περιοδικό της νοσηλευτικής επιστήμης, Τόμος 3, Τεύχος 4, Οκτώβριος – Δεκέμβριος 2010, σ. 104 - 109
9. Νίκου, Κ. (2009) ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΩΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ, ΚΡΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ, διαθέσιμο στο: http://dione.lib.unipi.gr/xmlui/bitstream/handle/unipi/7684/Nikou_Konstantina.pdf?sequence=1
10. Νόμος 821/1978 «Περί αφαιρέσεων και μεταμοσχεύσεων βιολογικών ουσιών ανθρώπινης προελεύσεως».
11. Νόμος 1383/1983 «Αφαιρέσεις και μεταμοσχεύσεις ανθρώπινων ιστών και οργάνων»
12. Νόμος υπ' αριθ. 2619 ΦΕΚ Α`132/19/6/98 Κύρωση της Σύμβασης του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρώπινων δικαιωμάτων και της

αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής: Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική. Διαθέσιμος στο:

13. Νόμος 2737/1999 (ΦΕΚ 174 Α΄) ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ
14. Νόμος 3418/2005 (ΦΕΚ Α΄ 287/28-11-2005) «Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας», με ζητήματα που αφορούν τόσο την ιατρική δεοντολογία όσο και τα δικαιώματα των ασθενών
15. Νόμος 3984/2011 Δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων και άλλες διατάξεις
16. Νόμος 4075/2012 (ΦΕΚ Α΄ 89/11-04-2012), Κεφάλαιο Ζ – Λοιπές Διατάξεις, Άρθρο 55 «Ρυθμίσεις θεμάτων Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και νοσοκομείων Ε.Σ.Υ.», παράγραφος 4, όπου προστίθεται η φράση «και κατόπιν συναίνεσης της οικογένειάς του», στο τέλος του πρώτου εδαφίου της παραγράφου 2 του άρθρου 9 του ν. 3984/2011
17. Παπαγαρουφάλη, Ε. (2002) Δώρο Ζωής μετά θάνατον, Αθήνα: ΠΑΤΑΚΗΣ
18. Τσουτσούλη, Α. (2010) Μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://ikee.lib.auth.gr/record/126521/files/GRI-2011-6677.pdf>

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ahmari, S. A., Bunch, T. J., Chandra, A., Chandra, V., Ujino, K., Daly, R. C. & McGregor, C. G. (2006). Prevalence, pathophysiology, and clinical significance of post-heart transplant atrial fibrillation and atrial flutter. *The Journal of heart and lung transplantation*, 25(1), 53-60.
2. Baars, B. J., & Gage, N. M. (2010). *Cognition, brain, and consciousness: Introduction to cognitive neuroscience*. Academic Press.
3. Barlow, P. (2012). A practical review of the Glasgow Coma Scale and Score. *the surgeon*, 10(2), 114-119.
4. Beecher, H. K. (1969). Report of the ad hoc committee of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death: The definition of irreversible coma. *Transplantation*, 7(3), 204.

5. Bennett, M. V., & Zukin, R. S. (2004). Electrical coupling and neuronal synchronization in the mammalian brain. *Neuron*, 41(4), 495-511.
6. Bernat, J. L., Culver, C. M., & Gert, B. (1981). On the definition and criterion of death. *Annals of Internal Medicine*, 94(3), 389-394.
7. Bernat, J. L. (1998). A defense of the whole-brain concept of death. *Hastings Center Report*, 28(2), 14-23.
8. Beauregard, M. (2012). Functional neuroimaging studies of emotional self-regulation and spiritual experiences. In *Exploring frontiers of the mind-brain relationship* (pp. 113-139). Springer, New York, NY.
9. Beyar, R. (2011). Challenges in organ transplantation. *Rambam Maimonides medical journal*, 2(2).
10. Bordini, A. L., Luiz, T. F., Fernandes, M., Arruda, W. O., & Teive, H. A. (2010). Coma scales: a historical review. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, 68(6), 930-937.
11. Burra, P., De Bona, M., Canova, D., d'Aloiso, M. C., Germani, G., Rumiati, R., ... & Ancona, E. (2005, March). Changing attitude to organ donation and transplantation in university students during the years of medical school in Italy. In *Transplantation proceedings* (Vol. 37, No. 2, pp. 547-550). Elsevier.
12. Cárdenas, V., Thornton, J. D., Wong, K. A., Spigner, C., & Allen, M. D. (2010). Effects of classroom education on knowledge and attitudes regarding organ donation in ethnically diverse urban high schools. *Clinical transplantation*, 24(6), 784-793.
13. Cavet, J., Middleton, P. G., Segall, M., Noreen, H., Davies, S. M., & Dickinson, A. M. (1999). Recipient Tumor Necrosis Factor- α and Interleukin-10 Gene Polymorphisms Associate With Early Mortality and Acute Graft-Versus-Host Disease Severity in HLA-Matched Sibling Bone Marrow Transplants. *Blood*, 94(11), 3941-3946.

14. Chernenko, S. M., Jensen, L., Newburn-Cook, C., & Bigam, D. L. (2005). Organ donation and transplantation: a survey of critical care health professionals in nontransplant hospitals. *Progress in Transplantation*, *15*(1), 69-77.
15. Chung, C. K., Ng, C. W., Li, J. Y., Sum, K. C., Man, A. H., Chan, S. P., ... & Lee, P. P. (2008). Attitudes, knowledge, and actions with regard to organ donation among Hong Kong medical students. *Hong Kong Med J*, *14*(4), 278-85.
16. Cohen, J., Ami, S. B., Ashkenazi, T., & Singer, P. (2008). Attitude of health care professionals to brain death: influence on the organ donation process. *Clinical transplantation*, *22*(2), 211-215.
17. Cooley, S., Weisdorf, D. J., Guethlein, L. A., Klein, J. P., Wang, T., Le, C. T., ... & Ladner, M. (2010). Donor selection for natural killer cell receptor genes leads to superior survival after unrelated transplantation for acute myelogenous leukemia. *Blood*, blood-2010.
18. Dardavessis, T., Xenophontos, P., Haidich, A. B., Kiritsi, M., & Vayionas, M. A. (2011). Knowledge, attitudes and proposals of medical students concerning transplantations in Greece. *International journal of preventive medicine*, *2*(3), 164.
19. Degterev, A., Huang, Z., Boyce, M., Li, Y., Jagtap, P., Mizushima, N., ... & Yuan, J. (2005). Chemical inhibitor of nonapoptotic cell death with therapeutic potential for ischemic brain injury. *Nature chemical biology*, *1*(2), 112.
20. Doyle, D. J. (2011). Life, Death and Brain Death: A Critical Examination. *Ethics in Biology, Engineering and Medicine: An International Journal*, *2*(1).
21. Duffy, J. P., Vardanian, A., Benjamin, E., Watson, M., Farmer, D. G., Ghobrial, R. M., ... & Tong, M. J. (2007). Liver transplantation criteria for hepatocellular carcinoma should be expanded: a 22-year experience with 467 patients at UCLA. *Annals of surgery*, *246*(3), 502.
22. Erasmus, V., Brouwer, W., Van Beeck, E. F., Oenema, A., Daha, T. J., Richardus, J. H., ... & Brug, J. (2009). A qualitative exploration of reasons for poor hand hygiene

- among hospital workers lack of positive role models and of convincing evidence that hand hygiene prevents cross-infection. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 30(5), 415-419.
23. Fernandez-Mercado, M., Manterola, L., Larrea, E., Goicoechea, I., Arestin, M., Armesto, M., ... & Lawrie, C. H. (2015). The circulating transcriptome as a source of non-invasive cancer biomarkers: concepts and controversies of non-coding and coding RNA in body fluids. *Journal of cellular and molecular medicine*, 19(10), 2307-2323.
24. Foster III, C. E., Philosophe, B., Schweitzer, E. J., Colonna, J. O., Farney, A. C., Jarrell, B., ... & Bartlett, S. T. (2002). A decade of experience with renal transplantation in African-Americans. *Annals of surgery*, 236(6), 794.
25. Garcia, G. G., Harden, P., & Chapman, J. (2012). The global role of kidney transplantation. *American journal of nephrology*, 35(3), 259-264.
26. Halevy, A., & Brody, B. (1993). Brain death: reconciling definitions, criteria, and tests. *Annals of Internal Medicine*, 119(6), 519-525.
27. Hamilton, D. (2012). *A history of organ transplantation: ancient legends to modern practice*. University of Pittsburgh Pre.
28. Hardy, J. D. (1999, February). The first lung transplant in man (1963) and the first heart transplant in man (1964). In *Transplantation proceedings* (Vol. 31, No. 1-2, pp. 25-29). Elsevier.
29. Hunt, S. A., Abraham, W. T., Chin, M. H., Feldman, A. M., Francis, G. S., Ganiats, T. G., ... & Oates, J. A. (2009). 2009 focused update incorporated into the ACC/AHA 2005 guidelines for the diagnosis and management of heart failure in adults: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines developed in collaboration with the International Society for Heart and Lung Transplantation. *Journal of the American College of Cardiology*, 53(15), e1-e90.

30. Irving, M. J., Tong, A., Jan, S., Cass, A., Rose, J., Chadban, S., ... & Howard, K. (2011). Factors that influence the decision to be an organ donor: a systematic review of the qualitative literature. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 27(6), 2526-2533.
31. Irving, M. J., Tong, A., Jan, S., Cass, A., Chadban, S., Allen, R. D., ... & Howard, K. (2012). Community attitudes to deceased organ donation: a focus group study. *Transplantation*, 93(10), 1064-1069.
32. Jarl, J., Gerdtham, U. G., Desatnik, P., & Prütz, K. G. (2018). Effects of Kidney Transplantation on Labor Market Outcomes in Sweden. *Transplantation*, 102(8), 1375-1381.
33. Josiah, R. (2006). Evaluating the determinants of a successful organ donor process in a multi-hospital system.
34. Kemp, W. L., & Barnard, J. J. (2016). Forensic Pathology. In *Essentials of Anatomic Pathology* (pp. 443-491). Springer, Cham.
35. Kim, B. S., & Mooney, D. J. (1998). Development of biocompatible synthetic extracellular matrices for tissue engineering. *Trends in biotechnology*, 16(5), 224-230
36. Koenig, H., Koenig, H. G., King, D., & Carson, V. B. (2012). *Handbook of religion and health*. Oup Usa.
37. Kroeger, D., Florea, B., & Amzica, F. (2013). Human brain activity patterns beyond the isoelectric line of extreme deep coma. *PloS one*, 8(9), e75257.
38. Lamarche, F., Carcenac, C., Gonthier, B., Cottet-Rousselle, C., Chauvin, C., Barret, L., ... & Fontaine, E. (2013). Mitochondrial permeability transition pore inhibitors prevent ethanol-induced neuronal death in mice. *Chemical research in toxicology*, 26(1), 78-88.
39. Lipuma, S. H. (2013). Continuous sedation until death as physician-assisted suicide/euthanasia: a conceptual analysis. *Journal of Medicine and Philosophy*, 38(2), 190-204.

39. Lund, L. H., Edwards, L. B., Kucheryavaya, A. Y., Benden, C., Christie, J. D., Dipchand, A. I., ... & Yusen, R. D. (2014). The registry of the International Society for Heart and Lung Transplantation: thirty-first official adult heart transplant report—2014; focus theme: retransplantation. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 33(10), 996-1008.
40. Mahillo, B., Carmona, M., Álvarez, M., Noel, L., & Matesanz, R. (2013). Global Database on Donation and Transplantation: goals, methods and critical issues (www.transplant-observatory.org). *Transplantation Reviews*, 27(2), 57-60.
41. Middleton, P. M. (2012). Practical use of the Glasgow Coma Scale; a comprehensive narrative review of GCS methodology. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 15(3), 170-183.
42. Morrissey, P. E. (2012). The case for kidney donation before end-of-life care. *The American Journal of Bioethics*, 12(6), 1-8.
43. Moschella, M. (2016, April). Deconstructing the brain disconnection—brain death analogy and clarifying the rationale for the neurological criterion of death. In *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine* (Vol. 41, No. 3, pp. 279-299). Journal of Medicine and Philosophy
44. IncRithalia, A., McDaid, C., Suekarran, S., Myers, L., & Sowden, A. (2009). Impact of presumed consent for organ donation on donation rates: a systematic review. *Bmj*, 338, a3162.
45. Nakagawa, T. A., Ashwal, S., Mathur, M., Mysore, M., & Society of Critical Care Medicine. (2011). Clinical report—Guidelines for the determination of brain death in infants and children: an update of the 1987 task force recommendations
45. Roels, L., Spaight, C., Smits, J., & Cohen, B. (2010). Critical Care staffs' attitudes, confidence levels and educational needs correlate with countries' donation rates: data from the Donor Action® database. *Transplant International*, 23(8), 842-850.

46. Sutherland, D. E., Gruessner, R. W., & Gruessner, A. C. (2001). Pancreas transplantation for treatment of diabetes mellitus. *World journal of surgery, 25*(4), 487-496.
47. Symvoulakis, E. K., Stavroulaki, E., Morgan, M., & Jones, R. (2010). Kidney organ donation: developing family practice initiatives to reverse inertia. *BMC health services research, 10*(1), 127.
48. Thayer, J. F., & Lane, R. D. (2007). The role of vagal function in the risk for cardiovascular disease and mortality. *Biological psychology, 74*(2), 224-242.
49. Truog, R. D. (2017). Is it time to abandon brain death?. In *Organ and Tissue Transplantation* (pp. 3-11). Routledge.
50. Truog, R. D., & Robinson, W. M. (2003). Role of brain death and the dead-donor rule in the ethics of organ transplantation. *Critical care medicine, 31*(9), 2391-2396.
51. Turney, J. (Ed.). (2001). *Medicine and Health Science*. Taylor & Francis.
52. Vlaisavljević, Ž., Milutinović, D., Miličić, B., & Ješić-Vukićević, R. (2014). Attitudes and knowledge of nurses on organ legacy and transplantation. *Srpski arhiv za celokupno lekarstvo, 142*(3-4), 213-218.
53. Wakefield, C. E., Watts, K. J., Homewood, J., Meiser, B., & Siminoff, L. A. (2010). Attitudes toward organ donation and donor behavior: a review of the international literature. *Progress in Transplantation, 20*(4), 380-391.
54. Wijdicks, E. F. (2001). The diagnosis of brain death. *New England Journal of Medicine, 344*(16), 1215-1221.
55. Wijdicks, E. F. (2003). The neurologist and Harvard criteria for brain death. *Neurology, 61*(7), 970-976.
56. Wijdicks, E. F. (2010). The case against confirmatory tests for determining brain death in adults. *Neurology, 75*(1), 77-83.

57. World Health Organization. (2011). A guide to clinical management and public health response for hand, foot and mouth disease (HFMD).
58. Youngner, S. J., Arnold, R. M., & Schapiro, R. (Eds.). (2002). *The definition of death: contemporary controversies*. JHU Press
59. Zambudio, A. R., Martínez-Alarcón, L., Parrilla, P., & Ramírez, P. (2009). Attitude of nursing staff toward organ donation in a Spanish hospital with a solid-organ transplant program. *Progress in Transplantation*, 19(4), 371-377.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ: “Στάσεις και απόψεις φοιτητών του τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης σχετικά με τη δωρεά οργάνων”

Των
φοιτητριών

Μάρα Βασιλεία
Μουχαρρέμι Ρέινα
Μουχαρρέμι
Ουρανία

Αγαπητέ/ή συμφοιτητή/τρια

Το παρόν ανώνυμο ερωτηματολόγιο διερευνά τις στάσεις και τις γνώσεις των φοιτητών του τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης σχετικά με τη δωρεά οργάνων και να εξεταστεί πόσοι αποδέχονται και πόσοι θα συμμετείχαν στην ύψιστη αυτή πράξη. Αποτελεί μεθοδολογικό εργαλείο σχετικής μελέτης που πραγματοποιούμε στα πλαίσια της πτυχιακής μας εργασίας. Η συμμετοχή σας απαιτεί τη διάθεση χρόνου 10 περίπου λεπτών για να απαντήσετε με ειλικρίνεια τις ερωτήσεις που ακολουθούν. Θα θέλαμε να τονίσουμε ότι το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο. Όλα τα στοιχεία που θα σας ζητηθούν θα είναι εμπιστευτικά και θα είναι σε γνώση μόνο των ερευνητών και του επιστημονικού υπευθύνου από τη σχολή. Τα επεξεργασμένα στοιχεία θα χρησιμοποιηθούν συλλογικά και ανώνυμα.

Ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τον χρόνο που θα μας διαθέσετε.

Εάν συμφωνείτε παρακαλώ υπογράψτε/μονογράψτε παρακάτω:

(Το παρόν φύλλο θα αποκολληθεί από το ερωτηματολόγιο πριν την επεξεργασία των ερωτηματολογίων για να διαφυλαχτεί η ανωνυμία των συμμετεχόντων).

Υπογραφή.....

Ημερομηνία.....

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

A. Δημογραφικά στοιχεία

- A1. Φύλο:** α) Άνδρας β) Γυναίκα
- A2. Εξάμηνο:** α) Δεύτερο β) Έκτο
- A3. Εθνικότητα:** _____
- A4. Θρήσκευμα:** _____
- A5. Μόνιμη κατοικία:** α) Πόλη β) Κωμόπολη γ) Χωριό
- A6. Ποια είναι η ηλικία σας;**
α) 18-24 β) 25-34 γ) 35-44
- A7. Εκπαίδευση Μητέρας:**
α) Δημοτικό β) Γυμνάσιο γ) Λύκειο
δ) Πανεπιστήμιο ε) ΤΕΙ
στ) Μεταπτυχιακό
- A8. Εκπαίδευση Πατέρα:**
α) Δημοτικό β) Γυμνάσιο γ) Λύκειο
δ) Πανεπιστήμιο ε) ΤΕΙ
στ) Μεταπτυχιακό
- A9. Οικογενειακή κατάσταση**
α) Άγαμος/η β) Παντρεμένος/η
γ) Διαζευγμένος/η

B. ΑΠΟΨΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ

- B1. Ποια είναι η στάση σας απέναντι στη δωρεά οργάνων – ιστών για μεταμόσχευση;**
α) Θετική β) Αρνητική γ) Δεν έχω ενημέρωση
- B2. Η δωρεά και μεταμόσχευση ανθρώπινων οργάνων υπόκειται σε Εθνική Νομοθεσία. Γνωρίζετε τους νόμους και κανονισμούς της χώρας μας που ρυθμίζουν τη δωρεά και μεταμόσχευση ανθρώπινων οργάνων;**
α) Ναι β) Όχι γ) Δεν έχω επαρκή ενημέρωση
- B3. Γνωρίζεται ότι πολλοί συνάνθρωποί μας χάνονται κάθε χρόνο περιμένοντας ένα όργανο που θα σώσει τη ζωή τους ή θα βελτιώσει την ποιότητά της;**
α) Ναι β) Όχι γ) Δεν με ενδιαφέρει

B4. Έχετε συζητήσει ποτέ με την οικογένειά σας το θέμα της δωρεάς ανθρώπινων οργάνων προς μεταμόσχευση;

α) Ναι

β) Όχι

B5. Αν σας ρωτούσαν στο νοσοκομείο, θα δίνετε τη συναίνεσή σας για τη δωρεά οργάνου κάποιου συγγενή σας που θα πέθαινε;

α) Ναι

β) Όχι

γ) Όχι γιατί δεν έχω ενημέρωση

B6. Ποια η πρώτη σας σκέψη στο άκουσμα των λέξεων δωρεά οργάνων; (Επιλέξτε ως 3 απαντήσεις)

1. Ζωή

2. Αρρώστια

3. Αδιαφορία

4. Προσφορά

5. Εμπόριο – εκμετάλλευση

6. Δοκιμασία

7. Αλληλεγγύη

8. Τροχαίο ατύχημα

9. Λύπη

10. Ψυχική δύναμη

11. ΜΕΘ

12. Ιατρικό λάθος

13. Θάνατος

14. Θρησκεία

15. Άλλο: _____

B7. Πιστεύετε ότι τα ποσοστά δωρεάς οργάνων - μεταμοσχεύσεων στη χώρα μας είναι:

α) Ιδιαίτερα υψηλά

β) Υψηλά

γ) Χαμηλά

δ) Ιδιαίτερα χαμηλά

ε) Δεν γνωρίζω

στ) Δεν με ενδιαφέρει

B8. Γνωρίζετε τη θέση της Ορθόδοξης Εκκλησίας όσον αφορά τη μεταμόσχευση οργάνων;

α) Ναι

β) Όχι

γ) Δεν με ενδιαφέρει

B9. Για ποιο λόγο ή για ποιους λόγους θα βλέπατε αρνητικά τη δωρεά οργάνων γενικότερα. (Εδώ μπορούν να δοθούν περισσότερες από μία απαντήσεις)

α) Θρησκευτικοί λόγοι

β) Έλλειψη επιστημονικής ενημέρωσης

γ) Φόβος για πιθανό κύκλωμα εμπορίας οργάνων προς μεταμόσχευση

δ) Πληροφόρηση από γνωστούς – φίλους – συγγενείς ότι είναι επικίνδυνο

ε) Κοινωνικοί λόγοι (φόβος απόρριψης ή στιγματισμού)

B10. Απέναντι σε ποια δωρεά - μεταμόσχευση οργάνου – ιστού θα ήσασταν θετικοί;

α) Μεταμόσχευση κερατοειδούς χιτώννα (μάτι)

β) Μεταμόσχευση

νεφρού

γ) Μεταμόσχευση ήπατος

δ) Μεταμόσχευση καρδιάς

ε) Μεταμόσχευση πνευμόνων

στ) Μεταμόσχευση

παγκρέατος

ζ) Όλες

η) Καμία

B11. Η Ισπανία κατέχει την 1η θέση στον κόσμο όσον αφορά τις μεταμοσχεύσεις οργάνων, ενώ η Ελλάδα 32η. Σύμφωνα με τα παραπάνω, ποια θέση θα θέλατε να κατακτήσει η Ελλάδα;

α) Την πρώτη

β) Ανάμεσα στις πρώτες δέκα

γ) Δε με ενδιαφέρει

B12. Το σύνολο των μεταμοσχεύσεων νεφρού στην Ελλάδα το 1985 ήταν 40, ενώ το 2002 ήταν 192 ετησίως. Οι υποψήφιοι λήπτες νεφρού ανέρχονται στους 600, πολλαπλάσιο του αριθμού αυτού. Για το αποτέλεσμα αυτό ευθύνεται: (μπορούν να δοθούν περισσότερες από μία απαντήσεις).

α) Ελλιπής ενημέρωση και παιδεία

β) Ελλιπής οργάνωση

γ) Ελλιπής νομοθεσία

δ) Δεν γνωρίζω

ε) Δεν με ενδιαφέρει

B13. Απο ποιόν έχετε ενημέρωση σχετικά με τη δωρεά οργάνων:

α) Γιατρό

β) Οικογένεια

γ) Φιλικό περιβάλλον

δ) ΜΜΕ

ε) Συνέδρια/εκδηλώσεις

στ) Κύκλο σπουδών

Γ. ΓΝΩΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ

	Σωστό	Λάθος	Δεν γνωρίζω
Γ1. Η εκκλησία επιτρέπει τη δωρεά οργάνων			
Γ2. Πρέπει να είσαι απόλυτα υγιής για να γίνεις δωρητής			
Γ3. Υπάρχει λίστα αναμονής για τους υποψήφιους λήπτες			
Γ4. Η ιστοσυμβατότητα μεταξύ δότη και λήπτη είναι καθοριστική για την επιλογή του δεύτερου			
Γ5. Σε περίπτωση εγκεφαλικού θανάτου αποφασίζουν οι συγγενείς για το αν δωρίσουν κάποιο όργανο άσχετα με το τι έχει δηλώσει το άτομο όσο ζούσε			
Γ6. Υπάρχει σχετικό νομοθετικό πλαίσιο για την δωρεά οργάνων και τη μεταμόσχευση			
Γ7. Ο εγκεφαλικά νεκρός δότης οργάνων εξετάζεται για μεταδιδόμενα νοσήματα			
Γ8. Για να αφαιρεθεί κάποιο όργανο από τον υποψήφιο δότη πρέπει αυτός να είναι εγκεφαλικά νεκρός			
Γ9. Μπορώ να αλλάξω γνώμη ενώ έχω δηλώσει ήδη δωρητής			
Γ10. Μπορεί κάποιος να γίνει δωρητής οργάνων ανεξάρτητα από την ηλικία του			

Γ11.Ο εγκεφαλικός θάνατος και το κώμα είναι έννοιες ταυτόσημες			
Γ12.Ο εγκεφαλικός θάνατος είναι αναστρέψιμος			
Γ13.Η δωρεά οργάνων σώζει ζωές			
Γ14.Σε περίπτωση εγκεφαλικού θανάτου ο δότης μπορεί να έχει προκαθορίσει που θα δοθούν τα όργανα του			

Δ.ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΔΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ
Δ1.Χρειάστηκε ποτέ μόσχευμα εσύ ή κάποιο συγγενικό ή φιλικό σας πρόσωπο;			
Δ2.Έχει δηλώσει επίσημα κάποιο συγγενικό ή φιλικό σας πρόσωπο ότι θα ήθελε να γίνει δωρητής οργάνων;			
Δ3.Ενδιαφέρετε κάποιο συγγενικό ή φιλικό σας πρόσωπο να γίνει δότης;			
Δ4.Το περιβάλλον σας έχει αρνητική ή θετική στάση απέναντι στη δωρεά οργάνων;			

Ε.ΘΑ ΓΙΝΟΜΟΥΝ ΔΩΡΗΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΝ

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
E1.Θέλω πραγματικά να βοηθήσω το συνάνθρωπο μου				
E2.Δίνοντας ένα όργανο και σώζοντας μια ζωή είμαι σύμφωνος με τις θρησκευτικές μου πεποιθήσεις				
E3.Έχω ευαισθητοποιηθεί από συγγενικό ή φιλικό πρόσωπο που χρειάστηκε μόσχευμα				
E4.Θα γινόμεν δωρητής μόνο για κάποιο δικό μου άτομο				
E5.Τα ΜΜΕ με έχουν επηρεάσει υπέρ του να γίνω δότης				
E6.Ο τίτλος του δωρητή μου δίνει ικανοποίηση και περηφάνια				
E7.Με το να γίνω δωρητής ξέρω ότι ένα όργανο μου θα παραμείνει ζωντανό και μετά το θάνατο μου				

ΣΤ.ΓΙΑΤΙ ΔΕΝ ΘΑ ΓΙΝΟΜΟΥΝ ΔΩΡΗΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΝ

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
ΣΤ1. Φοβάμαι				
ΣΤ2. Δεν εμπιστεύομαι τις οργανώσεις				
ΣΤ3. Δεν εμπιστεύομαι τους γιατρούς και τον τρόπο που θα με αντιμετωπίσουν				
ΣΤ4. Δεν έχω εμπιστοσύνη για το αν θα χρησιμοποιηθούν σωστά τα όργανα				
ΣΤ5. Δε με αφορά το θέμα της δωρεάς				
ΣΤ6. Το αμελώ, δεν το έχω σκεφτεί σοβαρά				
ΣΤ7. Δεν είμαι ακόμα συνειδητοποιημένος/η κατασταλαγμένος/η				
ΣΤ8. Αμφισβητώ τον εγκεφαλικό θάνατο				
ΣΤ9. Έχω ήδη υπογράψει επίσημα κάρτα δότη				

Ζ.ΔΕΝ ΕΧΩ ΚΑΡΤΑ ΔΟΤΗ ΓΙΑΤΙ:

	Συμφωνώ	Διαφωνώ
Z1. Δεν είμαι ενήμερος για το που πρέπει να απευθυνθώ		
Z2. Θέλω να βρω ένα άτομο που να ενδιαφέρετε επίσης να γίνει δότης για να υπογράψουμε μαζί		
Z3. Απλά δεν είχα την ευκαιρία αλλά σκοπεύω να το κάνω σύντομα		
Z4. Είμαι θετικός/η στο να γίνω δότης απλά θέλω πρώτα κάποιες παραπάνω πληροφορίες για να λύσω τις απορίες μου		
Z5. Νιώθω θετικός/η αλλά είναι κάποια πράγματα που ακόμα διαπραγματεύομαι μέσα μου		
Z6. Περιμένω να μάθω ποια είναι η θέση της εκκλησίας		