

Α.Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Μελέτη γνώσεων, στάσεων και προθέσεων φοιτητών ανώτατης
εκπαίδευσης ως προς τη δωρεά οργάνων**



ΕΠΟΠΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
Χλιαουτάκης Ιωάννης

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ
Καβαδία Μαρία
Λυμπέρη Αφροδίτη
Σπηλιανάκης Μανώλης

ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2008
ΗΡΑΚΛΕΙΟ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Α ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	3
----------------------	----------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 Ιστορική ανασκόπηση.....	4
------------------------------	---

1.2 Πορεία Μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα και τον διεθνή χώρο	6
---	---

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

2.1 Ελληνικό θεσμικό πλαίσιο	13
------------------------------------	----

2.2 Νομοθετικές διατάξεις για δωρεά οργάνων στην Ευρώπη.....	15
--	----

2.3 Νομοθετικές ρυθμίσεις των Μεταμοσχεύσεων από ζώντες δότες.....	18
--	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο ΟΡΟΙ ΚΑΙ ΟΡΙΣΜΟΙ

3.1 Μεταμόσχευση	20
------------------------	----

3.2 Δωρεά οργάνων.....	20
------------------------	----

3.3 Εγκεφαλικός θάνατος	21
-------------------------------	----

3.3.1. Μηχανισμός επέλευσης του εγκεφαλικού θανάτου.....	22
--	----

3.3.2. Προϋποθέσεις διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου.....	23
--	----

3.3.3. Κλινικά κριτήρια για τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου...	23
--	----

3.4 Είδη μοσχευμάτων.....	24
---------------------------	----

3.5 Πηγές μοσχευμάτων.....	27
----------------------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑΣ ΔΟΤΩΝ ΚΑΙ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΩΝ

4.1 Κριτήρια δοτών.....	29
-------------------------	----

4.2 Κριτήρια μοσχευμάτων.....	32
-------------------------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΟΡΓΑΝΩΝ

5.1 Συντονισμός των Μεταμοσχεύσεων.....	36
---	----

5.2 Κατανομή Μοσχευμάτων	38
--------------------------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο ΗΘΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ

6.1 Βιο- ηθική.....	41
---------------------	----

6.2 Ανθρώπινα όργανα και ιστοί.....	42
-------------------------------------	----

6.3 Οι ψυχοκοινωνικές διαστάσεις του θεσμού της δωρεάς οργάνων.....	44
---	----

6.4 Η « έννοια του εαυτού».....	45
---------------------------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7⁰ ΔΙΑΘΡΗΣΚΕΙΑΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ

7.1 Η πολυποίκιλη και πολυεπίπεδη αντιμετώπιση των μεταμοσχεύσεων από την ορθόδοξη Εκκλησιαστική πλευρά.....	55
7.2 Θεολογικές θέσεις για το πρόβλημα της μεταμόσχευση.....	57
7.3 Βασικές θέσεις της εκκλησίας της Ελλάδας επι της ηθικής των Μεταμοσχεύσεων	58

Β ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Παρουσίαση έρευνας.....	61
2. Συμπεράσματα έρευνας	73

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	77
--------------------------	-----------

Ευχαριστίες

Με την ευκαιρία της ολοκλήρωσης αυτής της προσπάθειας , θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά τον επόπτη-καθηγητή της πτυχιακής εργασίας για το αμείωτο ενδιαφέρον που έδειξε και τις ιδιαίτερα χρήσιμες κατευθύνσεις του καθ όλη την διάρκεια της συνεργασίας μας .

Θα θέλαμε επίσης να ευχαριστήσουμε τους γονείς μας για την στήριξη που μας προσέφεραν σε όλη την διάρκεια των σπουδών μας .

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία με θέμα «Μελέτη Στάσεων και Προθέσεων Φοιτητών ανώτατης εκπαίδευσης ως προς την Δωρεά Οργάνων» ασχολείται μ' ένα θέμα που τελευταία απασχολεί όλο και περισσότερο και έχει διχάσει πολλούς, την δωρεά οργάνων και προσπαθεί να διευκρινίσει τις απόψεις των νέων σχετικά με την δωρεά.

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

Το ερευνητικό μέρος αναλύει την έρευνα η οποία είχε σαν σκοπό να εκτιμηθεί η θετική ή η αρνητική στάση των νέων απέναντι στην δωρεά καθώς και οι παράγοντες που την επηρεάζουν. Η έρευνα αυτή ήταν ποσοτική και συμμετείχαν σε αυτήν 300 σπουδαστές από τα τμήματα Κοινωνικής Εργασίας, Νοσηλευτικής, Ιατρικής, Βιολογίας, Ηλεκτρολογίας, Εφαρμοσμένης Πληροφορικής και Πολυμέσων, Μαθηματικών πάντα σε αναλογία σχετική με το σύνολο φοιτητών κάθε τμήματος. Το ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε 5 ενότητες: Κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία – γνώσεις σχετικά με τη δωρεά – εμπειρία δωρεάς οργάνων – πρόθεση δωρεάς – σκοπός υπογραφής κάρτα δότη.

Τα δεδομένα της έρευνας αναλύθηκαν με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS.

Τα αποτελέσματα που προκύπτουν από την έρευνα παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον αφού επαληθεύουν τις αρχικές υποθέσεις και τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας εργασίας, πάντα σε σύγκριση με τις μελέτες που έλαβαν χώρο στο εξωτερικό και αποτέλεσαν το αρχικό ερέθισμα για τη διεξαγωγή της έρευνας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 Ιστορική ανασκόπηση

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

Η ιατρική επιστήμη βράδυνε επί πολλούς αιώνες. Προσπάθειες για μεταμόσχευση ιστών έχουν γίνει από τον Βρετανό ερευνητή J. Hunter (1771). Το 1804 ο Baronio, απέδειξε, μετά από πειραματική προσπάθεια, ότι η ελεύθερη δερματική αυτομεταμόσχευση σε πρόβατο θα μπορούσε να πετύχει.¹ Η αληθινή μεταμόσχευση οργάνων αρχίζει από τις αρχές του 19^{ου} αιώνα. Στηρίχτηκε στη δυνατότητα αποκατάστασης της ροής του αίματος στο μόσχευμα, μετά τη συρραφή και την αιμάτωση των αγγείων που εκτέλεσε ο Alexis Carrel το 1902. Ήταν μια προσπάθεια που τιμήθηκε με το βραβείο Νόμπελ. Την πρώτη μεταμόσχευση νεφρού από άνθρωπο σε άνθρωπο πραγματοποίησε ο Ρώσος Voronov το 1936.² Ο ερευνητής αυτός μεταμόσχευσε νεφρό από πτωματικό δότη με ομάδα αίματος B (Rh +), σε λήπτη με ομάδα O (Rh+). Μετά από 48 ώρες, ο λήπτης πέθανε και ο θάνατος αποδόθηκε σε αντίδραση από την ασυμβατότητα των δύο ομάδων αίματος.

Το 1954, οι Murray και Harrison, στο Πανεπιστήμιο Harvard, έκαναν την πρώτη επιτυχή μεταμόσχευση νεφρού, τοποθετώντας το νεφρό του δότη στον πανομοιότυπο δίδυμο αδερφό του. Στα μέσα της δεκαετίας, το 1960, οι Shumway και Lower, εργαζόμενοι στο Πανεπιστήμιο του Stanford, τελειοποίησαν τις χειρουργικές μεθόδους για τη μεταμόσχευση καρδιάς σε σκύλους.

Ο Barnard, στην Ν. Αφρική, μετά από παρακολούθηση του ερευνητικού προγράμματος του Πανεπιστημίου του Stanford, πέτυχε την πρώτη επιτυχή μεταμόσχευση καρδιάς σε άνθρωπο το 1967. Στις αρχές του 1970, ο R. Calne, στην Μ. Βρετανία και ο T. Starzi στο Denver, αφού ανέπτυξαν τις τεχνικές για τη μεταμόσχευση του ήπατος σε σκύλους, τις εφάρμοσαν με επιτυχία σε ανθρώπους.³

Σήμερα είναι εφικτή η μεταμόσχευση πολλών οργάνων ταυτόχρονα: ήπατος, λεπτού εντέρου και παγκρέατος ή ακόμη και περισσοτέρων ενδοκοιλιακών οργάνων μαζί. Η σύγχρονη έρευνα στοχεύει στη δυνατότητα μεταμόσχευσης κυττάρων ή τμήματος ενός οργάνου αντί ολόκληρου του οργάνου.⁴

Σημαντικό σταθμό στην επιβίωση των μοσχευμάτων αποτέλεσε η εφαρμογή της κυκλοσπορίνης – A, στις ανοσοκατασταλτικές ιδιότητες στις οποίες απέδειξε για πρώτη φορά στον κόσμο ο καθηγητής της Χειρουργικής και Μεταμοσχεύσεων της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών κ. Α. Κωστάκης, πραγματοποιώντας μεταμοσχεύσεις καρδιάς τη διετία

1975-1977.⁵ Έκτοτε, το φάρμακο αυτό χρησιμοποιείται επί 25 συνεχή χρόνια ως το κύριο ανοσοκατασταλτικό φάρμακο στις μεταμοσχεύσεις όλων των οργάνων με εξαιρετικά αποτελέσματα.

Στην Ελλάδα η πρώτη μεταμόσχευση νεφρού από πτωματικό δότη έγινε στη Θεσσαλονίκη από τον καθηγητή κ. Τούντα Κ. και τους συνεργάτες του το 1968 και στην Αθήνα από τον καθηγητή κ. Σκαλκέα το 1971.⁶ Η πρώτη μεταμόσχευση ήπατος έγινε στη Θεσσαλονίκη από τον καθηγητή κ. Αντωνιάδη το 1990 και την ίδια χρονολογία στην Αθήνα από τον καθηγητή κ. Παπαδημητρίου και τους συνεργάτες του. Η πρώτη μεταμόσχευση παγκρέατος που ήταν διπλή ταυτόχρονη μεταμόσχευση νεφρού και παγκρέατος έγινε από τους καθηγητές κ. Σκαλκέα και κ. Κωστάκη το 1989 στο Λαϊκό Νοσοκομείο Αθηνών.

1.2 Πορεία Μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα και τον διεθνή χώρο

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

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

**ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΕΘΝΗ ΧΩΡΟ
ΓΙΑ ΤΗ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΤΙΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ
1999**

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

Α.Ε.Π.	5,8	0,7	6,4	8,3	8,5	-	4,6	1,2
Μετ. καρδιάς – πνευμόνω ν	28	-	28	48	4	-	50	-
Α.Ε.Π.	0,5	-	0,2	0,2	0,1	-	0,8	-
Μετ. παγκρέατο ς	50	-	309	1556	25	-	40	-
Α.Ε.Π.	0,8	-	2,7	5,8	0,6	-	0,6	-

* ΑΝΑ ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

** ΓΕΡΜΑΝΙΑ, ΑΥΣΤΡΙΑ, ΒΕΛΓΙΟ, ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ

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

ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΕΘΝΗ ΧΩΡΟ ΓΙΑ ΤΗ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΤΙΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ 2000								
ΧΩΡΕΣ	Γαλλί α	Ελλάδ α	Euro Transplant* *	Η.Π.Α .	Ισπανί α	Κύπρο ς	Μ. Βρετανί α	Πορτογαλί α
Πληθυσμό ς (εκατ.)	60	10,5	118,4	268	39,66	0,6	62,88	9,96
Πτωματικό ί δότες	1016	20	1678	-	1345	5	845	194
Δότες πολλαπλώ ν οργάνων (%)	77,6 %	-	72,0%	-	81,3%	40,0%	83,8%	81,4%
Α.Ε.Π.*	17,0	1,9	14,2	-	33,9	8,3	13,4	19,5

Μετ. νεφρού (πτωμ. δότης)	1840	32	2867	-	1919	10	1442	346
Α.Ε.Π.	30,7	3,0	24,2	-	48,4	16,7	22,9	34,7
Μετ. νεφρού (ζων δότης)	84	72	563	-	19	29	336	10
Α.Ε.Π.	1,4	6,9	4,8	-	0,5	48,3	5,3	1,0
Μετ. ήπατος	806	10	1285	-	954	-	710	162
Α.Ε.Π.	13,4	1,0	10,9	-	24,1	-	11,3	16,3
Μετ. καρδιάς	353	2	642	-	353	-	251	15
Α.Ε.Π.	5,9	0,2	5,4	-	8,9	-	4,0	1,5
Μετ. καρδιάς – πνευμόνω ν	25	-	20	-	5	-	33	-
Α.Ε.Π.	0,4	-	0,2	-	0,1	-	0,5	-
Μετ. παγκρέατο ς	54	-	330	-	48	-	41	3
Α.Ε.Π.	0,9	-	2,8	-	1,2	-	0,7	0,3

* ΑΝΑ ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

** ΓΕΡΜΑΝΙΑ, ΑΥΣΤΡΙΑ, ΒΕΛΓΙΟ, ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ

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

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

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

καρδιάς								
Α.Ε.Π.	5,7	0,5	5,5	8,2	8,3	-	3,4	1,7
Μετ. καρδιάς – πνευμόνων	26	-	19	27	4	-	32	-
Α.Ε.Π.	0,4	-	0,2	0,1	-	-	0,5	-
Μετ. παγκρέατος	53	-	240	884	56	-	41	4
Α.Ε.Π.	0,9	-	2,4	3,2	1,3	-	0,7	0,4

* ΑΝΑ ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

** ΓΕΡΜΑΝΙΑ, ΑΥΣΤΡΙΑ, ΒΕΛΓΙΟ, ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ

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

Στον ελλαδικό χώρο οι μεταμοσχεύσεις υφίστανται μεν αλλά σε πολύ μικρότερο ποσοστό: το 1985 έγιναν 18 μεταμοσχεύσεις νεφρού από ζώντες δότες, 22 νεφρού από πτωματικούς δότες, το 1990 έγιναν 64 νεφρού από πτωματικούς δότες και μόνο 3 μεταμοσχεύσεις ήπατος. Το 1995 πραγματοποιήθηκαν 89 νεφρού από ζώντες δότες, 42 νεφρού από πτωματικούς δότες, 7 ήπατος, και 10 καρδιάς. Το 2000 πραγματοποιήθηκαν 72 νεφρού από ζώντες δότες, 10 ήπατος, και 2 καρδιάς ενώ το 2002 έγιναν 85 νεφρού από ζώντες δότες 107 νεφρού από πτωματικούς δότες 21 ήπατος και μόλις 9 καρδιάς.

Παρατηρούμε ότι τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα δεν έχουν πραγματοποιηθεί καθόλου μεταμοσχεύσεις πνευμόνων ή συνδυαστικές μεταμοσχεύσεις όπως αυτές των νεφρών και του ήπατος μαζί.

Μεταμοσχεύσεις στην Ελλάδα

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

2001	89	74	163	18	5	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	85	107	192	21	9	-	-	1	-	-	-	-	-

α= ζώσες μεταμοσχεύσεις νεφρού, **β** = πτωματικές μετ. νεφρού, **γ** = σύνολο μετ. νεφρού, **δ** = μετ. ήπατος, **ε** = μετ. καρδιάς, **στ** = μετ. πνευμόνων, **ζ** = μετ. νεφρών + ήπατος, **η** = μετ. νεφρών + παγκρέατος, **θ** = μετ. ήπατος + παγκρέατος, **ι** = μετ. καρδιάς + πνευμόνων, **ια** = μετ. κερατοειδούς, **ιβ** = μετ. παγκρέατος, **ιγ** = υποψήφιοι λήπτες νεφρού.

Πηγή: Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2) ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

2.1 Ελληνικό Θεσμικό Πλαίσιο

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

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

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 βαραίνει τον ασφαλιστικό οργανισμό του λήπτη ή του υποψήφιου λήπτη. Αν αυτός είναι οικονομικά αδύνατος και ανασφάλιστος, οι δαπάνες καλύπτονται από ειδική πίστωση που εγγράφεται κάθε έτος στον Προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

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

Άρθρο 7: Ο Ε.Ο.Μ. τηρεί Εθνικό Μητρώο στο οποίο εγγράφει τους υποψήφιους λήπτες όταν πιστοποιηθεί ότι είναι κατάλληλοι για μεταμοσχεύσεις. Η κατανομή των μοσχευμάτων στους υποψήφιους λήπτες του Εθνικού Μητρώου, διενεργείται αναλόγως με το όργανο που μεταμοσχεύεται και με βάση κριτήρια όπως ομάδα αίματος, η ιστοσυμβατότητα, το ιατρικώς

πιστοποιημένο επείγον της επέμβασης, ο χρόνος αναμονής, η ηλικία, το σωματικό βάρος, η εγγύτητα του τόπου λήψης του μοσχεύματος προς τον τόπο μεταμόσχευσης

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

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

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 ελεύθερα 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.

Γ: Αφαίρεση Ιστών και Οργάνων από νεκρό δότη

Άρθρο 12: Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από νεκρό δότη με σκοπό τη μεταμόσχευση επιτρέπεται μόνο για θεραπευτικούς λόγους. Η αφαίρεση διενεργείται μετά την επέλευση του θανάτου, έστω κι αν οι λειτουργίες ορισμένων οργάνων διατηρούνται με τεχνητά μέσα. Η αφαίρεση αποκλείεται αν είχε εγγράφως εκφράσει την άρνησή του. Αν ο δυνητικός δότης δεν είχε εκφράσει τη συναίνεσή του ή την άρνησή του, η αφαίρεση διενεργείται εφόσον δεν αντιτίθεται σε αυτήν ο σύζυγος, τα ενήλικα τέκνα, οι γονείς ή τα αδέρφια του. Η συναίνεση ή η άρνησή είναι πάντοτε ελεύθερα ανακλητή. Όταν ο θεράπων ιατρός διαγνώσει νέκρωση του εγκεφαλικού στελέχους και εφόσον οι λειτουργίες ορισμένων οργάνων διατηρούνται με τεχνητά μέσα, υποχρεούται να προβεί από κοινού με έναν αναισθησιολόγο και ένα νευρολόγο ή νευροχειρουργό στη σύνταξη του σχετικού πιστοποιητικού θανάτου. Στην πιστοποίηση του θανάτου δεν συμμετέχει ιατρός που ανήκει στην μεταμοσχευτική ομάδα. Ο θεράπων ιατρός υποχρεούται να ενημερώσει αμέσως τις Υπηρεσίες του Ε.Ο.Μ. και σε συνεργασία με αυτές ενημερώνει τον σύζυγο ή τους συγγενείς για το θάνατο καθώς και για τη δυνατότητα δωρεάς ιστών και οργάνων με σκοπό τη μεταμόσχευση για να εκφράσουν την κατά την παρ.4

συναίνεση ή άρνησή τους αν ο δυνητικός δότης δεν είχε εγγράφως συναιέσει 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 οικογένεια του νεκρού δότη.

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

Δ: Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων

Άρθρο 15: Ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων είναι Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου το οποίο τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Σκοπός του Ε.Ο.Μ. είναι η υποβοήθηση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για τη χάραξη εθνικής πολιτικής στον τομέα των μεταμοσχεύσεων. Για την εκπλήρωση του σκοπού του Ε.Ο.Μ. μεταξύ άλλων:εισηγείται τους όρους, τις προϋποθέσεις και τη διαδικασία των μεταμοσχεύσεων, καθώς και κώδικα δεοντολογίας για τη λειτουργία των Μονάδων Μεταμοσχεύσεων και των Τραπεζών Ιστών προς Μεταμόσχευση. Οργανώνει και συντονίζει σε τοπικό, κρατικό και διακρατικό επίπεδο τη διακίνηση μοσχευμάτων, στα οποία συμπεριλαμβάνεται ο μυελός των οστών. Προτείνει στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας τη χορήγηση άδειας για την ίδρυση Μονάδας Μεταμόσχευσης ή Τράπεζας Ιστών προς Μεταμόσχευση. Προβαίνει σε ετήσια εκτίμηση και αξιολόγηση του τρόπου λειτουργίας και των αποτελεσμάτων των Μονάδων Μεταμοσχεύσεων που υποβάλλει έκθεση στο Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, συνεργάζεται με αντιστοίχους οργανισμούς και Μεταμοσχευτικά κέντρα της αλλοδαπής για την προμήθεια και ανταλλαγή μοσχευμάτων. Μεριμνά για την ψυχοκοινωνική υποστήριξη των ληπτών, των ζώντων δοτών και των συγγενών των δοτών. Επιδιώκει με κάθε πρόσφορο τρόπο και ιδίως με την οργάνωση κατάλληλης ενημέρωσης και πληροφόρησης του κοινού, την αύξηση του αριθμού των προοριζομένων για μεταμόσχευση οργάνων.

2.2 Νομοθετικές διατάξεις για δωρεά οργάνων στην Ευρώπη

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

Η έννοια του θανάτου, περιλαμβανόμενου και του εγκεφαλικού θανάτου δεν είναι αποδεκτή από νομικής απόψεως σε κάθε χώρα και εξίσου σημαντικό είναι ότι διαφορετικοί νόμοι προβλέπουν διαφορετικές προϋποθέσεις για την μετά θάνατο δωρεά οργάνων.

Μέχρι προσφάτως μόνο ένας μικρός αριθμός ευρωπαϊκών χωρών όπως η Μ. Βρετανία, η Ολλανδία, η Τουρκία, επιτρέπουν την αφαίρεση οργάνων μόνο εφ'όσον ο θανών είχε εκφράσει την βούλησή του ενώ ζούσε είτε ο πλησιέστερος συγγενής του μετά τον θάνατό του. Όλες οι άλλες χώρες με τελευταίο το Βέλγιο, έχουν αποδεχτεί την αρχή της εικαζόμενης συναίνεσης. Η αρχή της εικαζόμενης συναίνεσης επιτρέπει την αφαίρεση οργάνων από νεκρό άτομο σε όλες τις περιπτώσεις με την εξαίρεση εκείνων κατά τις οποίες ο θανών είχε εκφράσει την αντίρρηση του κατά τη διάρκεια της ζωής του. Μόνο μια μικρή μειονότητα χωρών καθιστούν την σαφώς διατυπωμένη βούληση του θανόντα το μοναδικό κριτήριο για την αφαίρεση οργάνων.⁷ Στις περισσότερες χώρες είναι δυνατόν να διατυπωθεί η αντίρρηση από τους πλησιέστερους συγγενείς παρά το γεγονός ότι δεν είναι πάντοτε σαφές εάν αυτό αποτελεί την πραγματική βούληση του θανόντα.

Η Αυστρία είναι μια από αυτές τις χώρες στην οποία εφαρμόζεται η αρχή της εικαζόμενης συναίνεσης χωρίς κανένα συμβιβασμό. Η αφαίρεση οργάνων επιτρέπεται πάντοτε, εάν δεν ανευρίσκεται δήλωση του θανόντα με την οποία εκφράζει την αντίρρηση του.

Οι γαλλικοί και οι βελγικοί νόμοι το 1978 και του 1986 είναι περισσότερο ελαστικοί και ήπιοι. Βασίζονται επίσης στην εικαζόμενη συναίνεση αλλά επιτρέπουν περισσότερη άνεση και ελευθερία για συζήτηση των διαφόρων απόψεων σύμφωνα με τις οποίες η βούληση του θανόντα είχε εκφραστεί.⁸ Στο Βέλγιο και τη Γαλλία δεν υπάρχει ρητή υποχρέωση για την ενημέρωση των πλησιέστερων συγγενών αλλά από τα συμφραζόμενα του νόμου και τις υπάρχουσες προβλέψεις προκύπτει ότι οι ιατροί είναι δυνατόν ή οφείλουν να συζητήσουν με την οικογένεια του νεκρού για την προτιθέμενη αφαίρεση των οργάνων. Ο γαλλικός νόμος π.χ. απαιτεί ρητώς ότι πρέπει να λαμβάνονται υπ'όψιν οποιαδήποτε γεγονότα και περιστάσεις οι οποίες είναι δυνατόν να ερμηνευτούν ως αντίρρησης του θανόντα όπως π.χ. θρησκευτικές ή φιλοσοφικές πεποιθήσεις.

Οι σκανδιναβικοί νόμοι βασίζονται επίσης στην αρχή της εικαζόμενης συναίνεσης αν και υπάρχουν ορισμένες τροποποιήσεις όπως οι πλησιέστεροι συγγενείς να ενημερώνονται ότι πρόκειται να γίνει αφαίρεση οργάνων επιτρέπονται έτσι να διατυπωθεί οποιαδήποτε αντίρρηση. Η Σουηδία το 1988 πρώτη ενέκρινε ένα νέο νόμο για τις μεταμοσχεύσεις σύμφωνα με τον οποίο η αφαίρεση οργάνων επιτρέπεται να γίνεται μόνο εάν υπάρχει συγκατάθεση των στενών συγγενών εφόσον απουσιάζει εκφρασθείσα ή υποτιθέμενη βούληση του θανόντος προσώπου.

Η Δανία ενέκρινε ένα παρόμοιο νόμο το 1990 σύμφωνα με τον οποίο αφαίρεση οργάνων επιτρέπεται να διενεργείται μόνο εφόσον ο θανών βεβαίωσε γραπτώς ή προφορικώς ότι αυτή ήταν η βούλησή του.⁹ Εκτός από τις ανωτέρω περιπτώσεις συγκομιδή οργάνων επιτρέπεται να διενεργείται μόνο εφόσον ο θανών δεν εξέφρασε σε οποιοδήποτε χρόνο την αντίρρηση του γι' αυτό και οι στενοί συγγενείς τους έχουν δώσει τη συγκατάθεσή τους. Κάτι τέτοιο σημαίνει ότι η Σουηδία και η Δανία δεν συνηγορούν υπέρ της εικαζόμενης συναίνεσης, κάτι που αναμένεται να αλλάξει.

Πίνακας 15. Ο τύπος της συναίνεσης, που απαιτείται, στις διάφορες χώρες, για την αφαίρεση οργάνων από έναν εγκεφαλικό νεκρό δότη (Από: Στοιχεία Επιτροπής Εμπειρογνομόνων για τις Μεταμοσχεύσεις, του Συμβουλίου των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, Στρασβούργο, 1998).

ΤΥΠΟΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ		
Εικαζόμενη*		
Φιλανδία	ΗΠΑ	Ισπανία
Πορτογαλία	Λατινική Αμερική	Ιταλία
Αυστρία	Μεγάλη Βρετανία	Ελλάδα
Σουηδία	Ιρλανδία	Βέλγιο
Δημοκρατία της Τσεχίας	Δανία	Λουξεμβούργο
Δημοκρατία της Σλοβενίας	Ολλανδία	Γαλλία
Ουγγαρία	Γερμανία	
Πολωνία		

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

2.3 Νομοθετικές ρυθμίσεις των Μεταμοσχεύσεων από ζώντες δότες

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

Οι μεταμοσχεύσεις γενικότερα και η δωρεά οργάνων ειδικότερα, έχουν καθιερωθεί ως η πλέον αποτελεσματική και οικονομική από ουσιαστικής απόψεως θεραπεία του τελικού σταδίου ανεπάρκειας των διαφόρων οργάνων, ιδίως μακροπρόθεσμα. Οι θεμελιώδης όροι που συνδέονται με την χρησιμοποίηση της μεταμόσχευσης οργάνων από ζώντες, υπακούν στην Ιπποκρατική αρχή του ‘Μη Βλάπτειν’¹⁰ που σημαίνει ότι όπου υπάρχουν διαθέσιμες άλλες πηγές οργάνων πρέπει να προτιμούνται σε σχέση με τους ζωντανούς δότες και ότι η δωρεά από ζωντανούς δότες γίνεται μόνο όταν δεν υπάρχει πιθανότητα να προκληθεί βλάβη στον δότη.

Η πιο συνηθισμένη μορφή δωρεάς από ζωντανό δότη είναι η δωρεά νεφρού και αποτελεί κεντρικό γνώρισμα της στρατηγικής των μεταμοσχεύσεων πολλών κρατών σήμερα, ακόμη και εκείνων με εκτεταμένα προγράμματα πτωματικών μεταμοσχεύσεων, μια κατάσταση τόσο πραγματική στην Ευρώπη όσο και σε πολλά μέρη του κόσμου¹.

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

πιθανότητα να εξευρεθεί πτωματικός δότης στο άμεσο μέλλον. Στη Σλοβενία ο νόμος του 1996 αναφέρει ότι η μεταμόσχευση από ζωντανό δότη επιτρέπεται μόνο όταν δεν είναι δυνατόν να εξευρεθεί πτωματικό μόσχευμα μέσα σε λογικό χρονικό διάστημα. Με την έννοια ‘ λογικό χρονικό διάστημα’ εδώ δεν εννοούμε μόνο τη χρονική διάρκεια αλλά και την ιατρική ανάγκη και την ποιότητα ζωής του ασθενούς. Η έννοια αυτή δεν σημαίνει μόνο τη χρονική διάρκεια αλλά και την ιατρική ανάγκη και την ποιότητα ζωής του ασθενούς. Μεγάλη σημασία έχει και στην Νορβηγία αφού ο χρόνος αναμονής ελαττώνει την πιθανότητα επιτυχούς τελικού αποτελέσματος και αυξάνει την πιθανότητα θνησιμότητας ή αυξημένης νοσηρότητας. Στην Ρουμανία αναφέρουν ότι οι μεταμοσχεύσεις από ζωντανούς δότες επιτρέπεται να γίνονται υπό τον όρο ότι απλά δεν θα προκύψει απειλή για τη ζωή του δότη ενώ στην Δανία ή την Νορβηγία υπό τον όρο ότι δεν απειλείται η υγεία του δότη. Σε περιπτώσεις όπως το Βέλγιο και η Πορτογαλία δεν πρέπει να υφίσταται σοβαρός κίνδυνος για την υγεία του δότη.

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

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΟΡΟΙ ΚΑΙ ΟΡΙΣΜΟΙ

3.1 Μεταμόσχευση

Σημαίνει εμφύτευση ενός ιστού, κυττάρων ή οργάνου που καλείται μόσχευμα και που αναλαμβάνει τη λειτουργία του αντιστοίχου ανεπαρκούντος οργάνου. Αυτό γίνεται με ή χωρίς αφαίρεση του νοσούντος οργάνου.¹¹

Ορθοτοπική Μεταμόσχευση καλείται η αφαίρεση του πάσχοντος οργάνου και η αντικατάσταση του στην ίδια θέση, με το μόσχευμα, που έχει φυσιολογική λειτουργία¹²

Ετεροτοπική Μεταμόσχευση, είναι η μεταμόσχευση κατά την οποία το μόσχευμα τοποθετείται σε άλλη θέση εντός του σώματος, εκτός της φυσικής του θέσης

Τα όργανα που μπορούν να μεταμοσχευτούν είναι οι νεφροί, η καρδιά, το ήπαρ, οι πνεύμονες, το πάγκρεας και τμήμα του λεπτού εντέρου. Οι ιστοί και τα κύτταρα που μπορούν σήμερα να μεταμοσχευτούν είναι δέρμα, επιδερμίδα, οστά, χόνδροι, μύες, τένοντες, σύνδεσμοι, περιτονίες, αγγεία, βαλβίδες της καρδιάς, κερατοειδής χιτώνας του οφθαλμού, σκληρός χιτώνας του οφθαλμού, εμβρυϊκή μεμβράνη, χόριο, ενδοκρινείς ιστοί, μυελός των οστών και ενδοκρινικά κύτταρα, νευρικά κύτταρα, αιμοποιητικά κύτταρα κ.α.¹³ Οι τεχνικές συνεχώς βελτιώνονται και σύντομα θα είναι δυνατή η μεταμόσχευση κι άλλων οργάνων, ιστών και κυττάρων.

Συντονιστής Μεταμόσχευσης¹⁴ είναι επαγγελματίας υγείας που έχει γνώση των θεμάτων της μεταμόσχευσης και είναι υπεύθυνος για την οργάνωση όλων των διαδικασιών που αφορούν τις επεμβάσεις δότη και λήπτη. Επιμελείται για την ψυχοκοινωνική υποστήριξη των ληπτών και των

οικογενειών των δωτών οργάνων καθώς και για την παροχή σωστής ιατρικής φροντίδας στους δότες και λήπτες οργάνων.

3.2 Δωρεά Οργάνων

Δωρεά Οργάνων¹⁵

Είναι το μέσο για την πραγματοποίηση της μεταμόσχευσης. Επιπλέον θεωρείται μια από τις σημαντικότερες μορφές εθελοντισμού αφού ο δότης δεν προσφέρει απλά βοήθεια χωρίς αντάλλαγμα αλλά τα ίδια του τα όργανα ως υπέρτατο αγαθό-δώρο ζωής για κάποιο συνάνθρωπο του. Ως πράξη χαρακτηρίζεται από στοιχεία αγάπης, ανιδιοτέλειας και αλtruισμού.

Δωρητής Οργάνων¹⁶

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

Δότης (donor)

Αυτός που προσφέρει το μόσχευμα.

Λήπτης (recipient)

Αυτός που λαμβάνει το μόσχευμα.

3.3 Εγκεφαλικός Θάνατος

Εγκεφαλικός θάνατος είναι η κατάσταση της μη αναστρέψιμης βλάβης του εγκεφάλου, με απώλεια όλων των λειτουργιών του εγκεφαλικού στελέχους.¹⁷

Εγκεφαλικός θάνατος λοιπόν είναι η κατάσταση κατά την οποία ο εγκέφαλος οδηγείται προοδευτικά, αρχικά σε διακοπή της λειτουργίας του και κατόπιν σε αυτόλυση των κυττάρων. Κάτι τέτοιο δεν είναι μια στιγμιαία διαδικασία αλλά μια προοδευτική διεργασία, που επέρχεται μέσα σε μερικές ώρες.

Έχει γίνει πλέον αποδεκτό ότι θάνατος του εγκεφάλου σημαίνει θάνατος του ατόμου, δηλαδή το βιολογικό τέλος κάθε ατόμου. Αν και η έννοια του εγκεφαλικού θανάτου είχε διατυπωθεί από το 1959 στη Μ. Βρετανία, ωστόσο το 1968, στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου του Harvard καθιερώθηκε ο ορισμός του εγκεφαλικού θανάτου και καθορίστηκαν όλες εκείνες οι δοκιμασίες με τις οποίες ο κλινικός γιατρός θα μπορεί με ασφάλεια να τον διαπιστώσει. Ο εγκεφαλικός θάνατος

θεωρείται ως η διαχωριστική γραμμή μεταξύ ζωής και θανάτου του ατόμου. Έτσι, άνθρωποι με εγκεφαλικό θάνατο δεν πρέπει να αντιμετωπίζονται θεραπευτικά ως ζώντες. Αυτοί υποβάλλονται σε κατάλληλη υποστήριξη προκειμένου να διατηρηθούν τα όργανά τους στην καλύτερη δυνατή βιολογική κατάσταση, ώστε να μπορούν να προσφέρουν ζωή σε άλλους ανθρώπους.

Η ανεπανόρθωτη βλάβη του εγκεφαλικού στελέχους είναι ικανή και αναγκαία προϋπόθεση για να θεωρηθεί όλος ο εγκέφαλος νεκρός¹⁸. Υφίσταται σαφής διάκριση μεταξύ της σοβαρής εγκεφαλικής βλάβης και του εγκεφαλικού θανάτου. Οι γιατροί πρέπει να αντιλαμβάνονται αυτή τη διαφορά διότι ‘εγκεφαλικός θάνατος’ συνεπάγεται ότι η τεχνητή διατήρηση της ζωής είναι ανώφελη και ο μόνος λόγος για τον οποίο δικαιολογείται η παράταση της είναι η προσφορά των οργάνων για μεταμόσχευση.¹⁹

Ο εγκεφαλικός θάνατος ακολουθείται από τον ‘σωματικό θάνατο’ δηλαδή, το θάνατο όλων των οργάνων του σώματος, σε μεσοδιάστημα που διαρκεί συνήθως 48-72 ώρες ή και περισσότερο για τους ενήλικες και 10-15 ώρες για τα παιδιά.²⁰ Στο μεσοδιάστημα αυτό, αν και επέρχεται προοδευτικά η απарίθμηση όλων των λειτουργιών των οργανικών συστημάτων μπορεί με την κατάλληλη φροντίδα στη Μ.Ε.Θ, να διατηρηθεί η βιολογική ζωή των οργάνων και συνεπώς αυτά μπορούν να ληφθούν για μεταμόσχευση και να δώσουν ζωή σε άλλους ανθρώπους.

3.3.1. Μηχανισμός επέλευσης εγκεφαλικού θανάτου

Ανεξάρτητα από την πρωτοπαθή αιτία που αποτέλεσε το κύριο υπόβαθρο για την επέλευση των μη αναστρέψιμων βλαβών του εγκεφάλου, η πλήρης νέκρωση της εγκεφαλικής ουσίας είναι το αποτέλεσμα της πλήρους και οριστικής διακοπής της κυκλοφορίας του αίματος σε όλα τα αγγεία του εγκεφάλου. Όταν όμως η καρδιακή λειτουργία διατηρείται. Εξασφαλίζοντας έτσι κυκλοφορία του αίματος στα ζωτικά όργανα, η οριστική διακοπή της κυκλοφορίας του αίματος στον εγκέφαλο, είναι αποτέλεσμα της μεγάλης αύξησης της ενδοκρανιακής πίεσης η οποία και επιφέρει νέκρωση της εγκεφαλικής ουσίας.²¹

3.3.2. Προϋποθέσεις διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου

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

κλινική νευρολογική εκτίμηση παραμένει η ασφαλής μέθοδος προσδιορισμού του εγκεφαλικού θανάτου και έχει υιοθετηθεί από τις περισσότερες χώρες.

Εκτός όμως από τις διαδοχικές προσεκτικές εξετάσεις και νευρολογικές εκτιμήσεις, ο προσδιορισμός του εγκεφαλικού θανάτου χρειάζεται απαραίτητα τα εξής: ²²

- i. Καθορισμός της αιτίας του κόματος
- ii. Αποκλεισμό αναστρέψιμης αιτίας κόματος
- iii. Διαφορική διάγνωση από άλλα αίτια που μπορούν να μιμηθούν εγκεφαλικό θάνατο
- iv. Διόρθωση κάθε αιτίας που θα μπορούσε να επιφέρει σύγχυση στη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου.

Οι καταστάσεις κατά τις οποίες τα όργανα από τον εγκεφαλικό νεκρό μπορεί να δοθούν για μεταμόσχευση είναι όσο αφορά στους ενήλικες: ²³

- a) Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις
- b) Πρωτοπαθή νεοπλάσματα εγκεφάλου
- c) Υπερδοσολογία φαρμάκων
- d) Εγκεφαλική ανοξία.

3.3.3. Κλινικά κριτήρια για τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου

Η πλήρης κλινική νευρολογική εξέταση για τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου περιλαμβάνει: ²⁴

- ❖ Την επιβεβαίωση του κόματος
- ❖ Την απουσία των αντανακλαστικών του εγκεφαλικού στελέχους
- ❖ Την άπνοια

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

Πίνακας 11. Τα κλινικά κριτήρια του εγκεφαλικού θανάτου σε ενήλικες και παιδιά (σύμφωνα με wijdicks EFM. Current Concepts: The Diagnosis of Brain Death-NE.JM 2001:344:1215)

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

3.4 Είδη μοσχευμάτων

Ανάλογα με τη γενετική σχέση μεταξύ του δότη και του λήπτη, διακρίνονται 3 είδη μοσχευμάτων:²⁵

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

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

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

Ιστοσυμβατότητα²⁶

Σύστημα ιστοσυμβατότητας, θεωρούμε εξ ορισμού, πρωτεϊνικές ομάδες εντοπισμένες πάνω στις μεμβράνες των εμπύρηνων κυττάρων των θηλαστικών που καθορίζουν την αντιγονική τους έκφραση. Τα αντιγόνα αυτά κληρονομούνται με την μορφή απλοτύπου από κάθε γονέα.

Ανοχή

Είναι ανοσοβιολογικό φαινόμενο, που αφορά σε φυσική ή επίκτητη αδυναμία του οργανισμού να αντιδρά στην παρουσία συγκεκριμένου αντιγόνου. Έτσι, ο ξενιστής δέχεται το μόσχευμα, χωρίς να δημιουργεί αντίδραση απόρριψης.

Απόρριψη

Πρόκειται για πολύπλοκη ανοσοβιολογική διεργασία, κατά την οποία επέρχεται ιστική βλάβη και νέκρωση του μοσχεύματος, όταν δεν υπάρχει φυσική ή χημική (φαρμακευτική), ανοχή. Αυτό συμβαίνει, διότι ο ξενιστής (οργανισμός του λήπτη) δεν συμβιβάζεται, κατά κάποιο τρόπο με την παρουσία του μοσχεύματος (ξένου σώματος). Η απόρριψη αποτελεί τη σοβαρότερη επιπλοκή κάθε μεταμόσχευσης. Η απόρριψη, ανάλογα με το χρόνο εμφάνισης της, διακρίνεται σε υπεροξεία, οξεία και χρονία:²⁷

A) Υπεροξεία απόρριψη: Εμφανίζεται λίγα λεπτά ή ώρες μετά τη μεταμόσχευση και προκαλεί εντονότερες κλινικές εκδηλώσεις.

B) Οξεία απόρριψη: Παρατηρείται λίγες εβδομάδες ή μήνες μετά από τη μεταμόσχευση, αλλά και ανεξαρτήτως χρόνου μπορεί να επιπλέξει την πορεία μιας μεταμόσχευσης και να διαταράξει όχι μόνο την ομαλή λειτουργία του μεταμοσχευμένου οργάνου, αλλά και να συνοδεύεται και από συστηματικές εκδηλώσεις.

Γ) Χρονία απόρριψη: Εμφανίζεται μερικούς μήνες ή χρόνια μετά τη μεταμόσχευση. Είναι ύπουλη διεργασία που καταστρέφει προοδευτικά το μόσχευμα

Οι διάφορες μορφές απόρριψης διαφέρουν μεταξύ τους ως προς το βιολογικό μηχανισμό επέλευσης. Υπό αυτή την έννοια διακρίνονται σε α) κυτταρική απόρριψη και β) απόρριψη μέσω αντισωμάτων. Το μόσχευμα εμφανίζει ιδιαίτερη ιστολογική εικόνα σε κάθε περίπτωση.

Ανοσοκατασταλτική θεραπεία²⁸

Η εμφάνιση απόρριψης του μοσχεύματος προλαμβάνεται ή αντιμετωπίζεται με τη χορήγηση ανοσοκατασταλτικής θεραπείας (δηλαδή διαφόρων παραγόντων που σταματούν το φυσικό μηχανισμό άμυνας του οργανισμού του λήπτη να επιτίθεται εναντίον του μοσχεύματος). Η ανοσοκατασταλτική αγωγή χορηγείται ισοβίως, μετά από κάθε μεταμόσχευση. Αυτή, ρυθμίζεται έτσι ώστε, αφενός μεν να είναι επαρκής για την αποτροπή της απόρριψης, αφετέρου δε να μην είναι υπερβολική και προκαλεί ανεπιθύμητες επιδράσεις, όπως λοιμώξεις, νεοπλασίες και τοξικότητα από τα διάφορα όργανα (νεφροτοξικότητα, νευροτοξικότητα, λευκοπενία, θρομβοπενία κ.λ.π.). Οι ανεπιθύμητες αυτές επιδράσεις ευθύνονται σημαντικά για τη νοσηρότητα και θνητότητα των ασθενών μετά τη μεταμόσχευση.

Χρόνος θερμής ισχαιμίας²⁹

Αν και η χρονική διάρκεια, κατά την οποία τα όργανα παραμένουν με ανεπαρκή αιμάτωση πριν από καρδιοπνευμονική παύση, καθώς και ο χρόνος που απαιτείται για την ψύξη των οργάνων, κατά την αφαίρεσή τους από το σώμα του δότη, αντιστοιχούν σε ισχαιμική περίοδο, ωστόσο, ως χρόνος θερμής ισχαιμίας, στην πράξη, χαρακτηρίζεται ο χρόνος που μεσολαβεί από τη στιγμή που το

μόσχευμα εξάγεται από το δοχείο συντήρησης (ψύξη και υγρό συντήρησης) μέχρι τη συμπλήρωση των αγγειακών ανομοστομόσεων και επαναιμάτωση του μοσχεύματος, μέσα στο σώμα του λήπτη.

Χρόνος ψυχρής ισχαιμίας

Είναι ο χρόνος, κατά τον οποίο το μόσχευμα στερείται αιμάτωσης και διατηρείται μόνο με τη ψύξη και το διάλυμα συντήρησης. Ο κρίσιμος αυτός χρόνος είναι καθοριστικός παράγοντας για τη λειτουργία του μοσχεύματος και την έκβαση της μεταμόσχευσης. Έχει παρατηρηθεί ότι όσο μεγαλύτερος είναι ο χρόνος ψυχρής ισχαιμίας πάνω από ένα συγκεκριμένο για κάθε όργανο, χρονικό όριο, τόσο υψηλότερο είναι και το ποσοστό πρωτοπαθούς δυσλειτουργίας του μοσχεύματος μετά τη μεταμόσχευση. Ως έναρξη του χρόνου ψυχρής ισχαιμίας λαμβάνεται η χρονική στιγμή του αποκλεισμού της αορτής του δότη, κατά τη συγκομιδή των οργάνων και η έναρξη έγχυσης του ψυχρού διαλύματος συντήρησης των μοσχευμάτων.

3.5 Πηγές Μοσχευμάτων

Οι πηγές των μοσχευμάτων σήμερα μπορούν να ταξινομηθούν ως εξής:³⁰

Πτωματικοί δότες με πάλλουσα καρδιά

Πρόκειται για άτομα με εγκεφαλικό θάνατο, που ήδη νοσηλεύονται σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, βρίσκονται υπό μηχανική υποστήριξη της αιμοδυναμικής και μεταβολικής τους κατάστασης, μέχρις ότου ληφθεί η απόφαση για δωρεά οργάνων. Αυτοί αποτελούν τη μεγαλύτερη πηγή μοσχευμάτων σήμερα.

Πτωματικοί δότες χωρίς πάλλουσα καρδιά

Αυτοί αποτελούν πολύ μικρό ποσοστό δοτών οργάνων σήμερα και αφορούν άτομα που χάνουν τη ζωή τους αιφνίδια, λόγω ανατάξιμης βλάβης π.χ. καρδιακής ανακοπής, της οποίας η ανάταξη δεν κατέστη δυνατή από εξωτερικά ιατρεία., ΜΕΘ ή άλλο τμήμα του νοσοκομείου ή μέσα στο ασθενοφόρο. Από αυτούς μπορεί να γίνει λήψη οργάνου ή οργάνων, συνήθως των νεφρών, εφόσον τηρηθούν οι νόμιμες διαδικασίες για τη δωρεά των οργάνων.

Επειδή ο στόχος είναι να περιοριστεί, κατά το δυνατόν, ο χρόνος της θερμής ισχαιμίας, καταβάλλεται προσπάθεια για την καλύτερη εξασφάλιση αιματικής ροής στα όργανα, ενώ κατά την αφαίρεση του μοσχεύματος γίνεται, όσο το δυνατόν συντομότερα, η έκπλυση του με ψυχρό διάλυμα συντήρησης, πριν η 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.

Ζώντες συγγενείς δότες

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

Ζώντες μη συγγενείς δότες

Η δωρεά οργάνου ή ιστού από μη συγγενή δότη γίνεται από άτομα που είτε έχουν συναισθηματική σχέση ή συγγένεια εξ αγχιστείας (π.χ. σύζυγοι) ή απλή γνωριμία με τον υποψήφιο λήπτη ή μπορεί και να μην το γνωρίζουν καθόλου, αλλά έχουν δηλώσει στα αρμόδια Εθνικά Κέντρα, ότι επιθυμούν να είναι δωρητές ιστού (π.χ. μυελού των οστών). Οι περιπτώσεις δωρεάς μοσχευμάτων από ζώντες μη συγγενείς δότες με οικονομική συναλλαγή απαγορεύεται τόσο στις ΗΠΑ, όσο και στις περισσότερες πολιτισμένες χώρες, καθώς όχι μόνο αντιβαίνουν προς το πραγματικό πνεύμα της προσφοράς οργάνων, αλλά και διότι συνδέονται με μεγάλα ποσοστά επιπλοκών (κυρίως λοιμώξεων) και κακής έκβασης της μεταμόσχευσης. Αυτό έχει αποδείξει η εμπειρία από τέτοιες περιπτώσεις μεταμοσχεύσεων νεφρών που πραγματοποιήθηκαν σε φτωχές χώρες, όπως η Ινδία, κάτω από συνθήκες κακής νοσοκομειακής υποδομής.

Ξενομοσχεύσεις

Έχουν γίνει διάφορες προσπάθειες να χρησιμοποιηθούν μοσχεύματα από ζώα του ίδιου ζωικού είδους (π.χ. κουνέλι, αρνί, χιμπατζή, χοίρο, βαβουίνο, κ.λ.π.). Η τελευταία προσπάθεια αφορούσε τη μεταμόσχευση ήπατος βαβουίνου σε ασθενή, που επιβίωσε 70 ημέρες. Υφίστανται ακόμη ποικίλα δυσεπίλυτα προβλήματα, σχετικά με την ξενομεταμόσχευση, όπως ανοσολογικά , προβλήματα που σχετίζονται με τη μετάδοση ζωνόσων, χειρουργικά- τεχνικά, ηθικοδεοντολογικά, κ.λ.π. Η ανάπτυξη προγράμματος χρησιμοποίησης διαγονιδιακών μοντέλων, αποτελεί προς το παρόν, φιλοδοξία για το μέλλον. Ωστόσο, οι σύγχρονες πρόοδοι της βιοτεχνολογίας αναμένεται να συμβάλλουν επωφελώς στον τομέα των μεταμοσχεύσεων, ώστε να μπορέσουν να εξασφαλιστούν καλής ποιότητας μοσχεύματα και στον κατάλληλο χρόνο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑΣ ΔΟΤΩΝ ΚΑΙ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΩΝ

4.1 Κριτήρια Δοτών

Οι ασθενείς που πιθανόν να εξελιχθούν σε δότες οργάνων, αναγνωρίζονται συνήθως, εντός των πρώτων 24 ωρών από τη στιγμή της εισαγωγής τους στο νοσοκομείο ή στη ΜΕΘ, από τη βαρύτητα της κατάστασης τους, την κλινική εικόνα και το ιστορικό.

Αρχικά όλες οι θεραπευτικές προσπάθειες αποσκοπούν, όπως είναι αυτονόητο, στη διάσωση του ασθενούς. Από τη στιγμή όμως που τίθεται η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου και η μάχη για τη ζωή έχει πλέον χαθεί, η αγωγή τροποποιείται με κύριο στόχο την υποστήριξη των προς μεταμόσχευση οργάνων.³¹

Η υποστήριξη αυτή αίρεται μόνο εφόσον υπάρχουν αντενδείξεις για την καταλληλότητα των οργάνων προς μεταμόσχευση ή μετά από αμετάκλητη άρνηση του άμεσου οικογενειακού περιβάλλοντος του υποψήφιου δότη για την δωρεά των οργάνων.

Η αποδοχή της καταλληλότητας ενός εγκεφαλικά νεκρού, ως δότη οργάνων για μεταμόσχευση, βασίζεται καταρχήν στη βιολογική του κατάσταση, στην ηλικία και ιδιαίτερα στη έλλειψη ιστορικού νόσου ή κλινικο-εργαστηριακών ευρημάτων ενδεικτικών δυσλειτουργίας ή κάκωσης του ή των υπό εκτίμηση οργάνου ή οργάνων. Σε ότι αφορά το ηλικιακό όριο του δότη, η αποδοχή ενός οργάνου προσδιορίζεται από τις ανάγκες του λήπτη και τη βιολογική κατάσταση του κάθε οργάνου χωριστά.

Η βιοψία από το μόσχευμα, πριν αρχίσει η χειρουργική επέμβαση της μεταμόσχευσης στο λήπτη, μπορεί να δώσει κρίσιμα στοιχεία, ιδιαίτερα σε φαινομενικώς όχι πολύ καλά μοσχεύματα (π.χ. αυτά με πιθανές ισχαιμικές αλλοιώσεις κ.λ.π.).

Οι δυνητικοί δότες συμπαγών οργάνων (νεφρού, ήπατος, παγκρέατος, καρδιάς, πνευμόνων) μπορούν να θεωρηθούν κατάλληλοι και για δότες ιστών (κερατοειδούς, δέρματος, οστών, μυελού οστών), εφόσον δεν υφίσταται χρόνιο νόσημα ή άμεση βλάβη αυτών.³²

Ο εργαστηριακός έλεγχος που συμπληρώνει την εκτίμηση της καταλληλότητας των οργάνων για μεταμόσχευση, καλό είναι να πραγματοποιείται πριν από τη μετάγγιση αίματος στον πιθανό δότη – εφόσον αυτό είναι εφικτό. Αυτό γίνεται προκειμένου να αποφευχθούν ψευδή αποτελέσματα δοκιμασιών ανοσολογικού ελέγχου και ελέγχου για λοιμώξεις, μετά από μετάγγιση. Για παράδειγμα, όταν ο δότης έχει πολυμεταγγιστεί, μπορεί ο έλεγχος για HIV να βρεθεί ψευδώς αρνητικός, με αποτέλεσμα την μετέπειτα ανάπτυξη συνδρόμου επίκτητης ανοσοποιητικής ανεπάρκειας (AIDS) στο λήπτη ή στους λήπτες των μοσχευμάτων. Όρος αίματος λαμβανόμενος κατά την εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο, πρέπει να φυλάσσεται σε κατάλληλη ψύξη, για μελλοντικό ανοσολογικό ή άλλο έλεγχο. Γενικά η μετάγγιση του αίματος αποφεύγεται στον υποψήφιο δότη οργάνων, αν και αυτό δεν είναι πάντοτε εφικτό, κυρίως όταν υπάρχει αιμορραγία ή διαταραχή πήκτικότητας.

Σε κάθε περίπτωση δυνητικού δότη οργάνων για μεταμόσχευση, θα πρέπει να αποκλείεται επισταμένα η περίπτωση μετάδοσης οποιουδήποτε παράγοντα, τοξικού ή λοιμώδους, που θα μπορούσε να προκαλέσει βλάβη στο λήπτη του μοσχεύματος. Λοίμωξη στο δότη, που έχει αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά, δεν αποτελεί αντένδειξη για λήψη μοσχευμάτων. Αντίθετα όταν υπάρχει αμφιβολία για την αιτία που προκάλεσε τον εγκεφαλικό θάνατο και πιθανολογείται από την κλινική εικόνα και το ιστορικό, λοιμώδης ή τοξικός παράγοντας, τότε η λήψη μοσχευμάτων αποκλείεται, διότι ο παράγοντας που σκότωσε το δότη μπορεί να κάνει το ίδιο και στο λήπτη του μοσχεύματος. Για παράδειγμα, όταν το αίτιο του εγκεφαλικού θανάτου είναι ιογενής εγκεφαλίτιδα, της οποίας η διάγνωση έχει τεθεί μόνο από την κλινική εικόνα και το ιστορικό, αλλά ο εργαστηριακός έλεγχος είτε είναι αρνητικός ή δεν έχουν ληφθεί ακόμα τα αποτελέσματα, η λήψη μοσχευμάτων αποκλείεται.

Η πολυήμερη παραμονή του δότη, συνήθως περισσότερο από 5 ημέρες σε ΜΕΘ, μπορεί να αποτελέσει αντένδειξη λήψης οργάνων για μεταμόσχευση, λόγω του κινδύνου μικροβιακού αποικισμού των οργάνων και μετέπειτα ανάπτυξη σοβαρών λοιμώξεων στο λήπτη. Οι λοιμώξεις αυτές, που μεταδίδονται μέσω του μοσχεύματος στο λήπτη, μπορεί να αποβούν καταστροφικές για το ίδιο το μόσχευμα (σήψη στο μόσχευμα), αλλά και τη ζωή του λήπτη μετά τη μεταμόσχευση, καθώς η χορηγούμενη ανοσοκατασταλτική αγωγή ευνοεί την ανάπτυξη τους. Βέβαια, το θέμα της διάρκειας παραμονής του δότη στη ΜΕΘ, κρίνεται η απόρριψη ή μη των μοσχευμάτων.

Τα γενικά κριτήρια αποκλεισμού ενός δότη, τα ειδικά κριτήρια αποκλεισμού κάθε οργάνου χωριστά και τα χρονολογικά όρια ηλικίας του δότη είναι τα εξής:

Πίνακας 38. Γενικά κριτήρια αποκλεισμού του δότη, ειδικά κριτήρια αποκλεισμού κάθε οργάνου χωριστά και χρονολογικά όρια ηλικίας του δότη σύμφωνα με το Pittsburgh Transplant Institute, των ΗΠΑ.¹²

ΓΕΝΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΔΟΤΗ		
Λοίμωξη Μη θεραπευμένη βακτηριακή ή μυκητιασική λοίμωξη Ιογενής ηπατίτιδα Ιογενής εγκεφαλίτιδα HIV Ενεργός λοίμωξη από κυτταρομεγαλοϊό ή συστηματική λοίμωξη από ιό έρπητα Ενεργός φυματίωση Μη θεραπευμένη σύφιλη Χρήση τοξικών ουσιών i.v., κατά το πρόσφατο παρελθόν		
Κακόηθες νόσημα Όλα τα κακοήθη νοσήματα, εκτός από πρωτοπαθή νεοπλασμάτα εγκεφάλου και εντοπισμένα δερματικά και κраниκά καρκινώματα		
Ιστορικό σοβαρού χρόνιου νοσήματος (π.χ. αυτοάνοσα νοσήματα) Παρατεταμένα διαστήματα ισχαιμίας (υπόταση, καρδιακή ανακοπή)		
ΕΙΔΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΚΑΘΕ ΟΡΓΑΝΟΥ		
Όργανο	Επιτρεπτά όρια ηλικίας (έτη)	Κριτήρια αποκλεισμού
Καρδιά	< ή = 60*	Στεφανιαία νόσος, βαλβιδοπάθεια, σοβαρή κάκωση του μυοκαρδίου
Ήπαρ/Πνεύμονες	< ή = 60*	Χρόνιο/πνευμονικό νόσημα, σοβαρή κάκωση των πνευμόνων, αποφρακτικό νόσημα, ατελεκτασία λόγω απόφραξης, πνευμονία, εισρόφηση γαστρικού περιεχομένου, βαρύς καπνιστής
Νεφροί	1 μήνας - 75 έτη*	Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, άμεση κάκωση, ενδοκοιλιακή σήψη
Ήπαρ	< 75*	Χρόνιο ηπατικό νόσημα, ιογενής ηπατίτιδα, άμεση κάκωση, ενδοκοιλιακή σήψη
Πάγκρεας	< 65*	Προϋπάρχων σακχαρώδης διαβήτης, άμεση κάκωση, ενδοκοιλιακή σήψη
Έντερο	?	Χρόνιο νόσημα ή άμεση βλάβη, ενδοκοιλιακή σήψη
Μυελός οστών	< ή = 75*	Χρόνιο νόσημα ή άμεση βλάβη
Δέρμα	15-65	Χρόνιο νόσημα ή άμεση βλάβη
Καρδιακές βαλβίδες	< ή = 55*	Χρόνιο νόσημα ή άμεση βλάβη
Κερατοειδής	1-65	Χρόνιο νόσημα ή άμεση βλάβη
* Σε ότι αφορά το ηλικιακό όριο του δότη, η αποδοχή ενός οργάνου προσδιορίζεται από τις ανάγκες του λήπτη και τη βιολογική κατάσταση (βιολογική ηλικία) του κάθε οργάνου χωριστά. ²¹⁻²⁷		

Μερικές φορές απαιτούνται πιο ειδικοί έλεγχοι, προκειμένου να εκτιμηθεί ακριβέστερα η καταλληλότητα ενός οργάνου για μεταμόσχευση. Η καταλληλότητα του κάθε οργάνου προκειμένου να χρησιμοποιηθεί ως μόσχευμα, κρίνεται ιδιαίτερα, ώστε να διασφαλιστεί η μεγαλύτερη πιθανότητα ομαλής λειτουργίας του μετά τη μεταμόσχευση.

4.2 Κριτήρια μοσχευμάτων:

1.Καρδιά:

Εκτός από το αρνητικό ιστορικό για καρδιακό νόσημα και τη φυσιολογική ακτινογραφία θώρακα, ο υποψήφιος δότης καρδιακού μοσχεύματος πρέπει να έχει φυσιολογική φυσική εξέταση- ακρόαση καρδιάς και πλήρες ηλεκτρο-καρδιογράφημα. Η κλινική εξέταση της καρδιάς μπορεί να αποκαλύψει βαλβιδοπάθεια. Πλήρες ηλεκτρο-καρδιογράφημα, πρέπει πάντοτε να πραγματοποιείται στον υποψήφιο δότη, προκειμένου να αποκλειστεί η ύπαρξη παλαιού ή πρόσφατου εμφράγματος του μυοκαρδίου. Άλλες πιθανές εξετάσεις που πραγματοποιούνται για την αξιολόγηση των υποψήφιων δοτών είναι το *Υπερηχοκαρδιογράφημα*, η *Οισοφάγιος Υπερηχοκαρδιογραφία* και η *Μέτρηση των επιπέδων των καρδιακών ισοενζύμων* ειδικά μετά από επεισόδιο καρδιακής ανακοπής. Σε άρρενες δυνητικούς δότες, ηλικίας μεγαλύτερης από 55 ετών, η συχνότητα στεφανιαίας νόσου είναι αυξημένη, ειδικότερα όταν συνυπάρχουν παράγοντες κινδύνου όπως οικογενειακό ιστορικό καρδιακού νοσήματος ή συνήθεια καπνίσματος. Η *Αγγειογραφία των στεφανιαίων* μπορεί να συμβάλλει στην εκτίμηση της καταλληλότητας δοτών μεγαλύτερης ηλικίας, αλλά γενικά δεν συνιστάται σαν εξέταση ρουτίνας. Ωστόσο, ο έμπειρος καρδιολόγος που θα αξιολογήσει το ιστορικό, το ηλεκτροκαρδιογράφημα και το υπερηχοκαρδιογράφημα, είναι αυτός που θα θέσει την ένδειξη για την πραγματοποίησή της. Γενικά μη σημαντικές αλλοιώσεις στο ΗΚΓ ή το υπερηχοκαρδιογράφημα, εντοπισμένη λοίμωξη, παροδικά υποτασικά επεισόδια, επιτυχώς αναταχθείσα καρδιακή ανακοπή και θωρακικά τραύματα χωρίς σοβαρές κακώσεις μυοκαρδίου, δεν αποτελούν αντένδειξη για τη λήψη καρδιακού μοσχεύματος.

Σήμερα τα κριτήρια επιλογής του δότη καρδιακού μοσχεύματος έχουν διευρυνθεί. Έτσι το όριο ηλικίας έχει αυξηθεί μέχρι 55-60 έτη και η διάρκεια ψυχρής ισχαιμίας > 4-5 ώρες με επιτυχή έκβαση της μεταμόσχευσης καρδιάς.³³

2. Πνεύμονες ή καρδιά και πνεύμονες

Τα κριτήρια για λήψη πνευμόνων και καρδιάς μαζί ή του ενός ή και των δύο πνευμόνων είναι όμοια με αυτά που ισχύουν και στη λήψη καρδιάς. Επιπλέον, βαρείς καπνιστές, ασθενείς με ιστορικό χρόνιου αναπνευστικού νοσήματος ή πνευμονική εισρόφηση, αποκλείονται ως δότες πνευμόνων.

Το κύριο κριτήριο για την αποδοχή των πνευμόνων για μεταμόσχευση, είναι η *ανταλλαγή των αερίων*. Η χαμηλή δυναμική ενδοτικότητα των πνευμόνων μπορεί να αποτελέσει κριτήριο αποκλεισμού τους.

Η *ακτινογραφία του θώρακα* δεν πρέπει να εμφανίζει σοβαρές ανωμαλίες. Δότες με βεβαρημένη καρδιακή λειτουργία (υπέρταση, έμφραγμα, τραύμα,) ή με τραυματισμό του ενός μόνο πνεύμονα, που κρίνονται ακατάλληλοι για δότες καρδιάς ή συνδυασμού καρδιάς και πνευμόνων, μπορούν να είναι αποδεκτοί για λήψη του ενός ή και των δύο πνευμόνων.

Η πνευμονική εισρόφιση είναι συχνή στους εγκεφαλικά νεκρούς και ο έλεγχος των **βρογχικών εκκρίσεων** είναι αναγκαίος.

Το σωματικό βάρος και η περιφέρεια του θώρακα του δότη πνευμόνων ή καρδιάς πνευμόνων, πρέπει να προσεγγίζουν αυτά του υποψήφιου λήπτη.

Αμέσως πριν τη μεταφορά του δότη στο χειρουργείο και την έναρξη της χειρουργικής επέμβασης για τη συγκομιδή των οργάνων, πρέπει να επαναλαμβάνεται η ακτινογραφία του θώρακα, προκειμένου να εντοπιστούν τυχόν πνευμονικές ανωμαλίες, που δημιουργήθηκαν κατά το πρόσφατο χρονικό διάστημα της συντήρησης του δότη.

Βρογχοσκόπηση:

Τα περισσότερα Μεταμοσχευτικά Κέντρα θεωρούν τη βρογχοσκόπηση αναγκαία πριν την αφαίρεση των πνευμόνων, για επιβεβαίωση της καταλληλότητάς τους για μεταμόσχευση. Τα αποτελέσματα των καλλιιεργειών από το υλικό της βρογχοσκόπησης είναι χρήσιμα για να καθοδηγήσουν τη χορήγηση αντιβιοτικών αμέσως μετά τη μεταμόσχευση. Εάν κατά τη βρογχοσκόπηση διαπιστωθεί πυώδες έκκριμα, οι πνεύμονες θεωρούνται ακατάλληλοι για μεταμόσχευση και απορρίπτονται.

2. Ήπαρ:

Η εκτίμηση της καταλληλότητας του ήπατος είναι πιο πολύπλοκη σε σχέση με αυτή των άλλων οργάνων. Αν και ο έλεγχος της ηπατικής λειτουργίας περιλαμβάνεται στα συνήθη έλεγχο δότη, εντούτοις, δεν μπορεί να προδικάσει ακριβώς την λειτουργικότητα του ηπατικού μοσχεύματος, μετά την μεταμόσχευση.

Η απλή αναφορά στο ιστορικό ηπατίτιδας ή αλκοολισμού, αν και αποτελεί προειδοποιητικό στοιχείο, ωστόσο δεν αποκλείει τη λήψη του μοσχεύματος χωρίς αυτό να ελεγχθεί προηγουμένως ειδικότερα.

Σε πολυτραυματίες ή ασθενείς με πιθανές θωρακοκοιλιακές κακώσεις ο απεικονιστικός έλεγχος του ήπατος με **υπερηχοτομογραφία** ή **αξονική τομογραφία** είναι απαραίτητος για τη διαπίστωση της ακεραιότητας του οργάνου.

Η **διεγχειρητική εκτίμηση της μορφολογίας του ήπατος**, από έναν έμπειρο χειρουργό μεταμοσχεύσεων κατά τη συγκομιδή των οργάνων, αποτελεί το τελικό στοιχείο εκτίμησης της καταλληλότητας του ήπατος ως μοσχεύματος.

3. Νεφρός:

Η **διούρηση** και τα φυσιολογικά επίπεδα **ουρίας στο αίμα** αποτελούν τους βασικούς δείκτες για την καταλληλότητα των νεφρών για μεταμόσχευση. Είναι προφανές ότι η ύπαρξη χρόνιου νοσήματος των νεφρών αποτελεί αντένδειξη για τη λήψη νεφρικού μοσχεύματος.

Η παρουσία μεγάλης ποσότητας **πρωτεϊνών στα ούρα** αποτελεί ενδεικτικό στοιχείο προϋπάρχουσας νόσου των νεφρών του δότη και αποτελεί σχετική αντένδειξη για μεταμόσχευση.

4. Πάγκρεας.

Τη μόνη απόλυτη αντένδειξη για λήψη παγκρέατος προς μεταμόσχευση αποτελεί η ύπαρξη **ιστορικού σακχαρώδη διαβήτη.**

5. Έντερο.

Οι υποψήφιοι λήπτες εντερικού μοσχεύματος είναι, κατά κανόνα, άτομα νεαρής ηλικίας. Σε ότι αφορά το δότη, η σχετικά νεαρή ηλικία, η απουσία χρόνιου σοβαρού νοσήματος του εντέρου και η αντιστοιχία μεγέθους μεταξύ δότη – λήπτη, αποτελούν τα κριτήρια καταλληλότητας του εντέρου για μεταμόσχευση.

Η σημασία του μεγέθους του μοσχεύματος είναι ιδιαίτερα σημαντική στην περίπτωση της μεταμόσχευσης του εντέρου, διότι λόγω των επανειλημμένων χειρουργικών επεμβάσεων στις οποίες έχουν υποβληθεί προηγουμένως οι υποψήφιοι λήπτες εντέρου, η χωρητικότητα της κοιλιακής κοιλότητας είναι περιορισμένη. Συνεπώς, οι λήπτες επιλέγονται έτσι ώστε να έχουν βάρος σώματος μεγαλύτερο κατά 15% έως 40% από εκείνο του δότη.

6. Μυελός των Οστών

Ο μυελός είναι ρευστός ιστός που βρίσκεται μέσα στα οστά του σώματος και κυρίως στα οστά της λεκάνης και του στέρνου. Περιέχει αρχέγονα κύτταρα τα οποία όταν ωριμάσουν μετατρέπονται σε λευκά αιμοσφαίρια, ερυθρά αιμοσφαίρια και αιμοπετάλια. Αρχέγονα κύτταρα υπάρχουν και στο αίμα σε μικρή ποσότητα. Αυτά τα κύτταρα όταν μεταμοσχεύονται σε ασθενείς δημιουργούν νέο υγιή μυελό.

Η μεταμόσχευση μυελού των οστών αφορά στην αντικατάσταση του πάσχοντος μυελού των οστών με κύτταρα από ένα υγιή δότη, τα οποία μεταγγίζονται ενδοφλέβια στον ασθενή, ακριβώς όπως μια μετάγγιση αίματος. Ο μυελός εγκαθίσταται μέσα στα οστά του λήπτη, όπου αντικαθιστά τον ανεπαρκή μυελό του και αρχίζει να παράγει φυσιολογικά υγιή κύτταρα.

Η συγκεκριμένη μεταμόσχευση γίνεται για θεραπεία ασθενών που έχουν μυελική απλασία (ανεπάρκεια του μυελού να φτιάξει τα κύτταρα του αίματος), λευχαιμία (παραγωγή παθολογικών κυττάρων), κληρονομικά αιματολογικά νοσήματα, ή μυελική καταστροφή (από ακτινοβολία ή φάρμακα).

Η ανεύρεση συμβατού δότη μεταξύ των μελών της οικογένειας του ασθενούς, που είναι και η περισσότερο επιθυμητή, είναι δυνατή μόνο στο 30% των περιπτώσεων. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις

πρέπει να αναζητηθεί εθελοντής μη συγγενής δότης. Η πιθανότητα να ταιριάζει δότης με τον ασθενή είναι πολύ μικρή. Η δήλωση για την εθελοντική δωρεά μπορεί να γίνει από άτομα ηλικίας μεταξύ 18-50 ετών, οι οποίοι δεν έχουν ιστορικό μεταδοτικών νοσημάτων.³⁴

Η λήψη του μυελού των οστών γίνεται με οστική παρακέντηση κάτω από γενική ή ραχιαία αναισθησία από ειδικούς αιματολόγους. Το ποσό του μυελού που συλλέγεται αποτελεί το 3-5% του συνόλου των μυελού των οστών, το οποίο αναγεννιέται πλήρως σε 4-6 εβδομάδες, χωρίς να επηρεάζεται η γενική κατάσταση του.

Εκτός από τη διαδικασία της λήψης μυελού των οστών υπάρχει και μια άλλη μέθοδος συλλογής των αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων από το περιφερικό αίμα. Στην περίπτωση αυτή χορηγείται στο δότη ένα φάρμακο σε ενέσιμη μορφή για τέσσερις συνεχείς ημέρες. Μετά τη λήψη του φαρμάκου ακολουθεί η συλλογή των κυττάρων που είναι παρόμοια με αυτή της αιμοδοσίας. Το αίμα του δότη περνάει από ένα μηχάνημα το οποίο διαχωρίζει και συγκρατεί μόνο τα αρχέγονα κύτταρα του αίματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΟΡΓΑΝΩΝ

5.1 Συντονισμός των Μεταμοσχεύσεων.

Η επιτυχία μιας μεταμόσχευσης, εξαρτάται από ποικίλους παράγοντες που αφορούν είτε το δότη είτε το λήπτη ενός οργάνου. Το πρώτο βήμα αποτελεί η έγκαιρη αναγνώριση του πιθανού δότη. Αρχικά, εξαντλείται κάθε εντατική προσπάθεια υποστήριξης του, με σκοπό την επιβίωσή του. Σε περίπτωση μη αναστρέψιμης εγκεφαλικής βλάβης, αρχίζει εφαρμογή «ειδικής» εντατικής φροντίδας για τη βελτιστοποίηση της λειτουργίας του ή των οργάνων, που δύναται να μεταμοσχευτούν, ανεξάρτητα από το αν θα υπάρξει τελική απόφαση για τη δωρεά ή μη των οργάνων. Κατόπιν, όταν αποφασιστεί η δωρεά των οργάνων, αρχίζει άμεσος συντονισμός ενεργειών για λήψη των μοσχευμάτων, από τις διάφορες Μεταμοσχευτικές Ομάδες. Η επιλογή των υποψηφίων ληπτών γίνεται ανάλογα με το ισχύον σύστημα κατανομής των μοσχευμάτων. Η επίκαιρη εικόνα της στρατηγικής του συντονισμού για αύξηση της διαθεσιμότητας των μοσχευμάτων σύμφωνα με τα στοιχεία του Συμβουλίου των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Στρασβούργο 1997), χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένα βήματα³⁵ για τη Δωρεά Οργάνων και την Πτωματική Μεταμόσχευση είναι :

1) Εντοπισμός του εγκεφαλικά νεκρού δότη, 2) Διευκρίνιση καταλληλότητας του δότη, 3) Αντιμετώπιση – εντατική φροντίδα του δότη, 4) Συναίνεση, 5) Συγκομιδή των οργάνων, 6) Κατανομή των οργάνων.

Ο συντονισμός των μεταμοσχεύσεων αποτελεί ζωτικό τμήμα της όλης διαδικασίας. Από τη στιγμή που τελειώνει η εκτίμηση του δότη και δηλώνεται ο εγκεφαλικός θάνατος, απομένουν μερικές ώρες εντατικής και συντονισμένης εργασίας, πριν αποπερατωθεί η όλη διαδικασία της λήψης των μοσχευμάτων. Οι θεραπευτικές προσπάθειες στρέφονται πλέον στην υποστήριξη των δωρηθέντων οργάνων. Η καθυστερημένη διαπίστωση του εγκεφαλικού θανάτου και η ανεπαρκής υποστήριξη των οργάνων, ευθύνονται είτε για απώλεια πολύτιμων μοσχευμάτων ή για ανεπιτυχή έκβαση των μεταμοσχεύσεων, λόγω δυσλειτουργίας των μοσχευμάτων.

Αμέσως μετά τη λήψη της συγκατάθεσης για τη δωρεά των οργάνων από τον τοπικό συντονιστή μεταμοσχεύσεων ή τον υπεύθυνο γιατρό της ΜΕΘ, κινητοποιείται ο μηχανισμός ενημέρωσης του αρμοδίου συντονιστικού φορέα., (που για την Ελλάδα είναι ο ΕΟΜ) και αρχίζει η συνεργασία μεταξύ της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, της Αναισθησιολογικής και Χειρουργικής Κλινικής, του υπεύθυνου του Χειρουργείου στο Νοσοκομείο που βρίσκεται ο δότης και των Μεταμοσχευτικών Ομάδων που θα λάβουν τα όργανα. Όλα τα άτομα που εμπλέκονται στη μεταμοσχευτική διαδικασία (γιατροί, νοσηλευτές, εργαστήρια, κ.λ.π.), ενημερώνονται από τους συντονιστές μεταμοσχεύσεων. Σε χώρες με οργανωμένα Μεταμοσχευτικά προγράμματα όπως οι

ΗΠΑ και η Μ. Βρετανία, η συγκατάθεση για τη δωρεά των οργάνων, δίνεται μόνον στο συντονιστή μεταμοσχεύσεων, ο οποίος είναι ειδικά εκπαιδευμένος προερχόμενος από επαγγέλματα υγείας ή γιατρός.

Διαδικασία θρήνου.

Το άμεσο οικογενειακό περιβάλλον του υποψηφίου δότη πρέπει να ενημερωθεί σχετικά με την κατάσταση του συγγενούς τους, να προετοιμαστεί ψυχολογικά και να τύχει της μέγιστης δυνατής συμπαράστασης. Οι στιγμές αυτές είναι τραγικές και οι δυσχέρειες στην επικοινωνία μαζί τους είναι πολλαπλές, καθώς έχουν να συνειδητοποιήσουν την αιφνίδια απώλεια αγαπημένου προσώπου και συνήθως, δεν έχουν καμία προηγούμενη γνώση ή εμπειρία, σχετικά με τα θέματα του εγκεφαλικού θανάτου, της δωρεάς οργάνων ή τη μεταμόσχευση. Η προσέγγιση αυτή πρέπει να γίνεται σε κατάλληλο χώρο, σε ήσυχο περιβάλλον, ώστε οι άνθρωποι αυτοί, να μπορέσουν να συνειδητοποιήσουν όσα τους εξηγούν οι γιατροί ή ο συντονιστής μεταμοσχεύσεων και να μπορέσουν να λάβουν, με όση νηφαλιότητα και ψυχραιμία διαθέτουν, την απόφαση για τη δωρεά οργάνων.

Η ενημέρωση της οικογένειας για τη δωρεά των οργάνων αρχίζει μετά από την αδιαμφισβήτητη, πλέον, διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου και περιλαμβάνει σαφή ενημέρωση για α) την έννοια του εγκεφαλικού θανάτου, β) τη σκοπιμότητα της δωρεάς των οργάνων, γ) τη σημασία της μεταμόσχευσης.

Ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο και την ψυχολογική κατάσταση των οικείων, θα πρέπει να καταστούν αντιληπτές οι έννοιες αυτές, με απλά λόγια, που να δίνουν την πραγματική διάσταση της προσφοράς των οργάνων σε άλλους συνανθρώπους, για τους οποίους τα όργανα αυτά αποτελούν πηγή ζωής του προσφιλούς προσώπου, που φεύγει για πάντα.

Τα στοιχεία του δότη οργάνων πρέπει απαραίτητα να αναφέρονται από τον τοπικό συντονιστή μεταμοσχεύσεων ή τον υπεύθυνο γιατρό της ΜΕΘ, στον εθνικό φορέα ελέγχου και συντονισμού των μεταμοσχεύσεων (Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων) και τα ενδιαφερόμενα Μεταμοσχευτικά Κέντρα. Τα δημογραφικά στοιχεία του δότη είναι απόρρητα για το περιβάλλον του λήπτη.

5.2 Κατανομή των μοσχευμάτων

Στην Ελλάδα, η επίσημη κρατική υπηρεσία (EOM), έχει καταχωρημένες τις ανάγκες για μοσχεύματα (Εθνικός Κατάλογος – Λίστα) των υποψηφίων ληπτών, καθώς και τα στοιχεία προτεραιότητας, με βάση τα κριτήρια της συμβατότητας/ ταυτοποίησης των αντιγόνων και τύπου αίματος, της βαρύτητας της νόσου, του χαρακτήρα του επείγοντος, της ηλικίας και της σωματικής διάπλασης.

Τα κριτήρια επιλογής ασθενών- υποψηφίων ληπτών μοσχεύματος, στην Ελλάδα παρουσιάζονται στον πίνακα παρακάτω:

Πίνακας 42. Η μοριοποίηση των ασθενών-υποψηφίων ληπτών νεφρικού μοσχεύματος, στην Ελλάδα.										
Αριθμός κοινών αντιγόνων	6	5	4	3	2	1	0			
Μόρια	400,00	333,33	266,67	200,00	133,33	66,67	0,00			
Έτη αναμονής	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Μόρια	200	180	160	140	120	100	80	60	40	20

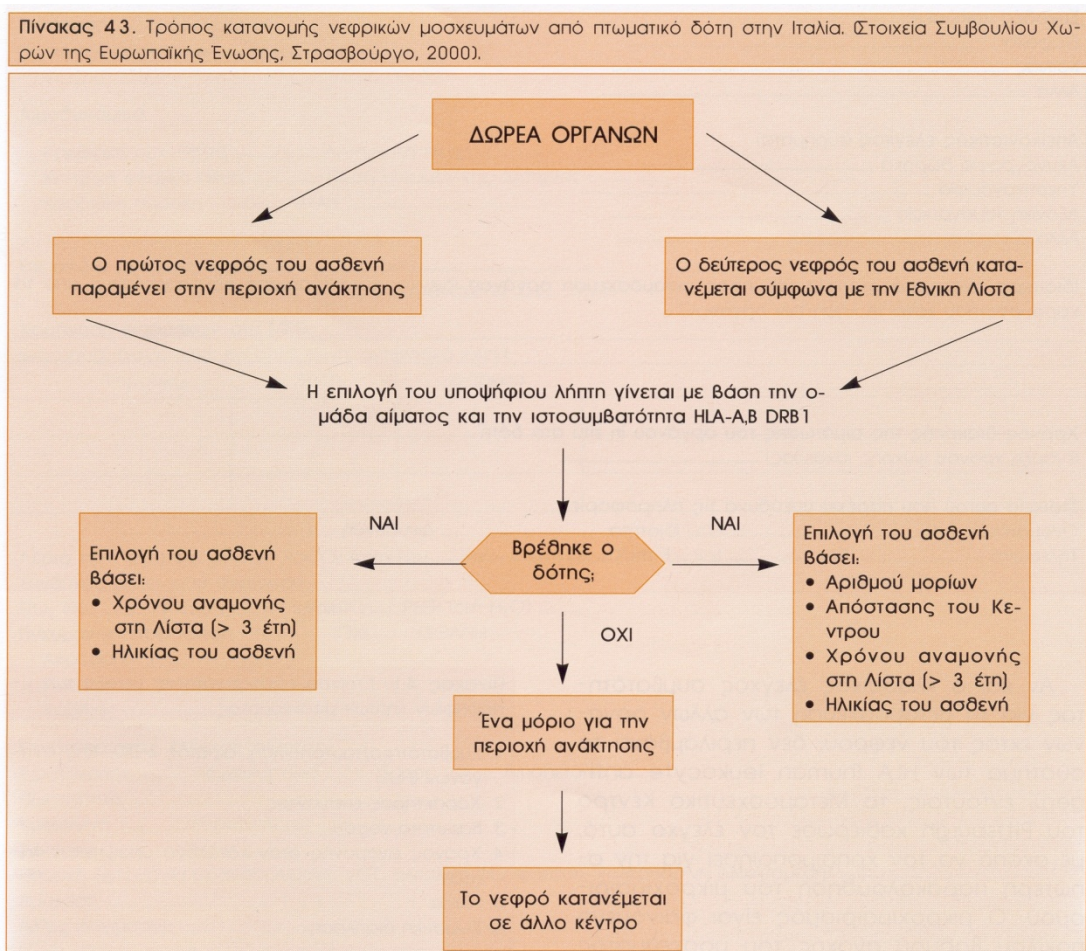
Αν η ηλικία του λήπτη είναι μικρότερη των 16 ετών, τα μόρια από τον αριθμό των κοινών αντιγόνων διπλασιάζονται. (EOM 2001).

Ο υπεύθυνος του κρατικού φορέα (EOM), σε συνεργασία με τους τοπικούς συντονιστές μεταμοσχεύσεων, συντονίζει τις διάφορες Μεταμοσχευτικές Ομάδες. Για τη λήψη πολλών οργάνων, πρέπει να συντονιστούν 2-4 ομάδες (χειρουργών ήπατος, νεφρού, παγκρέατος και καρδιο-θωρακοχειρουργών) προερχόμενες, συνήθως, από διάφορα Μεταμοσχευτικά Κέντρα και περιοχές της χώρας. Ακόμη, οι τοπικοί συντονιστές ειδοποιούν όλα τα άτομα που εμπλέκονται στη μεταμοσχευτική διαδικασία (ιατροί, νοσηλευτές, εργαστήρια κ.λ.π), τόσο του Νοσοκομείου που βρίσκεται ο δότης, όσο και των Μεταμοσχευτικών Κέντρων, στα οποία θα πραγματοποιηθούν στη συνέχεια, οι μεταμοσχεύσεις των οργάνων.

Κατά τη διάρκεια της εντατικής υποστήριξης του δότη, η αρμόδια υπηρεσία συντονισμού των μεταμοσχεύσεων επικοινωνεί με τα Μεταμοσχευτικά Κέντρα και πληροφορείται για τις ανάγκες σε όργανα και ιδιαίτερα, για την ύπαρξη επείγοντος περιστατικού. Η κατανομή των οργάνων είναι, όντως, πολύπλοκη. Τα συστήματα κατανομής των μοσχευμάτων ποικίλουν μεταξύ των διαφόρων χωρών.

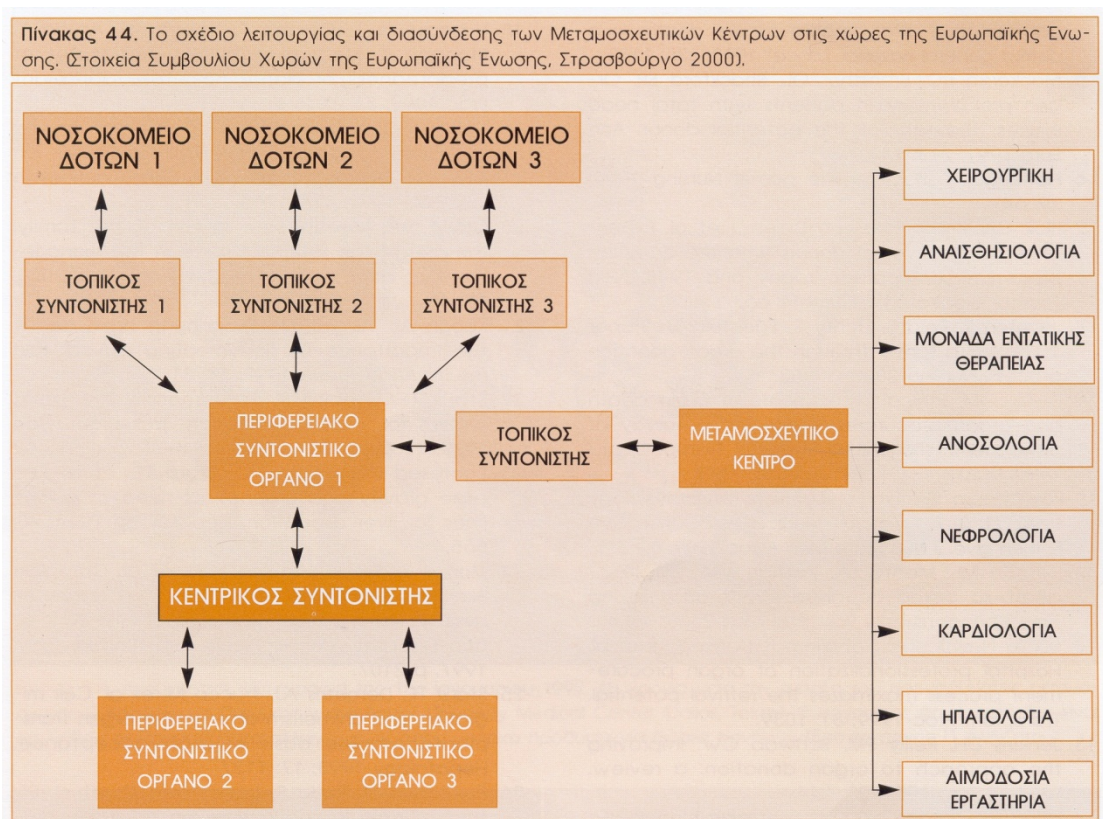
Για παράδειγμα, στην Πολιτεία του Pittsburgh των ΗΠΑ, προτεραιότητα έχουν τα τοπικά Μεταμοσχευτικά Κέντρα (κατανομή των μοσχευμάτων σε τοπικό επίπεδο) και εφόσον τα μοσχεύματα δεν διαθέτουν σε αυτά, τότε δίνονται σε άλλες Πολιτείες (κατανομή σε εθνικό επίπεδο). Το 1985, στο Pittsburgh, αναπτύχθηκε ένα σύστημα για την κατανομή των νεφρικών μοσχευμάτων, σύμφωνα με το οποίο καθιερώθηκε ένα σύστημα μοριοποίησης (point system). Τα μόρια δίνονταν στους υποψήφιους λήπτες, ανάλογα με τον χρόνο αναμονής στη λίστα, την ποιότητα της συμβατότητας των αντιγόνων, το βαθμό ανοσολογικής ευαισθητοποίησης, το χαρακτήρα του επείγοντος από ιατρικής πλευράς και διάφορα λογιστικά δεδομένα για την καλύτερη αξιοποίηση του μοσχεύματος, κ.λ.π. Ένα άλλο σύστημα αναπτύχθηκε στη ίδια Πολιτεία, το 1987, για τα ηπατικά μοσχεύματα. Σύμφωνα με αυτό, τα μοσχεύματα δίνονταν κατά προτεραιότητα, σε εκείνους που είχαν μεγαλύτερο χρόνο αναμονής στη λίστα ή ήταν σε βαρύτερη κατάσταση.

Στην Ιταλία, ο τρόπος κατανομής των νεφρικών μοσχευμάτων από πτωματικό δότη, παρουσιάζεται παρακάτω:



Όταν ταυτοποιηθούν όλοι οι υποψήφιοι λήπτες των ενδοθωρακικών και ενδοκοιλιακών οργάνων, ετοιμάζεται η χειρουργική αίθουσα του Νοσοκομείου, στο οποίο βρίσκεται ο δότης και συντονίζεται η ταυτόχρονη άφιξη των διαφόρων Μεταμοσχευτικών Ομάδων. Απαιτείται συντονισμός των ενεργειών, ώστε να μην γίνεται άσκοπη απώλεια χρόνου, με αποτέλεσμα σ πολλές περιπτώσεις, την επιδείνωση της κατάστασης του δότη και τη διακινδύνευση της βιωσιμότητας των οργάνων. Ακόμη, ο συντονισμός αφορά την άμεση μεταφορά των μοσχευμάτων, στον τόπο προορισμού τους, προκειμένου να περιοριστεί ο χρόνος συντήρησης, άρα και ψυχρής ισχαιμίας, του μοσχεύματος, γεγονός που αποτελεί ιδιαίτερα σημαντικό στοιχείο για την έκβαση της μεταμόσχευσης.

Το σχέδιο λειτουργίας και διασύνδεσης των Μεταμοσχευτικών Κέντρων στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης παρουσιάζεται παρακάτω:



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΗΘΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ

6.1 Βίο- Ηθική

Η βιο-ηθική μπορεί να θεωρηθεί μία εννοιολογική επιστήμη με φιλοσοφικές, διαστάσεις και ταυτόχρονα ένας οδηγός για τις πρακτικές μας δραστηριότητες. Από φιλοσοφική σκοπιά, πηγάζει από την αρχή του σεβασμού προς τη ζωή. Η βιο-ηθική προσφέρει τα ηθικά και φιλοσοφικά θεμέλια για την ιδέα της ειρηνικής και αρμονικής παράλληλης εξέλιξης της ανθρωπότητας και του βιο-περιβάλλοντος. Αυτή η άποψη, που κηρύσσει την ενότητα της ανθρώπινης και μη ανθρώπινης ζωής, συνεπάγεται την υπευθυνότητα των ανθρώπων για όλες τις μορφές βίου και είναι ένα ουσιαστικό τμήμα της βιοπολιτικής.³⁸

Η βιο-ηθική ασχολείται πρώτιστα με τα θέματα ηθικής που έχουν σχέση με όλες τις μορφές ζωής. Με αυτό τον τρόπο συμπληρώνει τη βιο-νομοθεσία. Σε πολλές περιπτώσεις, η βιο-ηθική και η βιο-νομοθεσία θα πρέπει να χρησιμοποιούνται από κοινού, όπως για παράδειγμα, στη γενετική μηχανική όπου έχουν ανακύψει θέματα με νομικές και ηθικές διαστάσεις.

Κεφαλαιώδη σημασία έχει για τη βιο-ηθική η φιλοσοφική άποψη ότι κάθε μονάδα, οποιασδήποτε μορφής βίου, έχει μοναδική, απόλυτη αξία. Αυτή η ιδέα προϋποθέτει μία σφαιρική αντίληψη "του Σύμπαντος, της Γης και όλων των ζώντων οργανισμών. Κάθε ένα έχει τη δική του φωνή, το δικό του ρόλο, τη δική του δύναμη πάνω στο σύνολο.³⁹

Η ανάπτυξη της βιο-ηθικής απαιτεί την υπέρβαση της ακόλουθης αντιμετώπισης του βίου:⁴⁰

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

Αναλυτές συμπεριφοράς έδειξαν, ότι τα ζώα έχουν ικανότητα για μάθηση και επικοινωνία σε προχωρημένο στάδιο, δυνατότητα επιλογών, καταγραφής της γύρω περιοχής, καθώς και δημιουργίας νέων ιδεών. Αρκετοί κορυφαίοι ερευνητές έχουν την τάση να αποδίδουν στοιχεία συνείδησης στα πιο προηγμένα ζώα.

Οι βιολόγοι τείνουν να αποφεύγουν τη χρήση του όρου ένστικτο όταν ασχολούνται με τη συμπεριφορά των ζώων. Η έννοια του `ένστικτου' εξηγεί μόνο φαινομενικά γιατί, π.χ μία μέλισσα

χτίζει την κηρύθρα με τρόπο σταθερά γεωμετρικό. Όπως ξέρουμε τώρα, ακόμα και οι κατώτερες μορφές ασπόνδυλων, συνδυάζουν στη συμπεριφορά τους `έμφυτες' και επίκτητες αντιδράσεις με ένα πολύ περίπλοκο τρόπο και αυτό ισχύει ακόμη περισσότερο στα εξελικτικώς προηγμένα ζώα. Η μέλισσα που χτίζει την κηρύθρα, στην πραγματικότητα, δεν χρησιμοποιεί πάντα το ίδιο γενετικώς προγραμματισμένο σχέδιο στην εργασία της. Έχει τη δυνατότητα ορισμένων επιλογών. Οι επιλογές αυτές αντιπροσωπεύουν στιγμές περιστασιακής εκμάθησης, ακόμα και ενστικτώδους συμπεριφοράς. Οι σημερινοί βιολόγοι αντί να εστιάζουν την προσοχή τους μόνο σε γενετικώς προσδιοριζόμενα πρότυπα συμπεριφοράς (παρόλο που αυτά πραγματικά υπάρχουν), προτείνουν την εισαγωγή του πιο ελεύθερου όρου ανοικτά ένστικτα.

Αυτό σημαίνει ότι μόνο η γενική στρατηγική, με άλλα λόγια η γαλούχηση των νεογνών ή η υπεράσπιση του ζωτικού χώρου μπορεί να καθοριστεί γενετικά, αλλά οι λεπτομέρειες της τακτικής διαφέρουν, ανάλογα με την κατάσταση και τις προϋπάρχουσες γνώσεις. Σε γενικές λοιπόν γραμμές, ο όρος ανοικτά ένστικτα αποδίδεται ακόμα και στον άνθρωπο, γιατί και εμείς έχουμε γενικά πρότυπα συμπεριφοράς, που καθορίζονται από τη φύση.

Πρόσφατες έρευνες σε ζώα έδειξαν ότι η ζωή τους δεν περιορίζεται μόνο στην πάλη για επιβίωση και στη φυσική επιλογή, παρ' ότι αυτή παίζει σημαντικό ρόλο στο βασίλειο των ζώων καθώς και στα άλλα βασίλεια της φύσης. Ο βίος χαρακτηρίζεται επίσης από την αμοιβαία βοήθεια και συνεργασία, παράγοντες δυναμικούς στην προοδευτική εξέλιξη.⁴¹ Πάντως, η ιδέα της μοναδικότητας του βίου έχει υιοθετηθεί τόσο από τα νέα κινήματα ηθικής όσο και από τις πρωτοβουλίες που πήραν πρόσφατα μορφή σε όλο τον κόσμο.

6.2.Ανθρώπινα Όργανα και Ιστοί

Με την πρόοδο στην καλλιέργεια ιστών και κυττάρων, ανέκυψε το ηθικό-νομικό πρόβλημα που αφορά στην ιδιοκτησία των ιστών/κυττάρων, που διατηρούνται στο εργαστήριο. Ανήκουν στο δωρητή ή σ' αυτούς που ασχολήθηκαν με την καλλιέργειά τους; Έχουμε ήδη αναφέρει το ερώτημα αυτό, σε μία ιδιαίτερα περίπλοκη παραλλαγή, όταν δηλαδή ο ιστός ανήκει σε ένα έμβρυο.⁴² Ένα επίσης περίπλοκο θέμα ανακύπτει, όταν ένα νεογέννητο μωρό είναι ο δότης αιματοκυττάρων, τα οποία έχει ζωτική ανάγκη κάποιος άλλος.

Το θέμα της ιδιοκτησίας συνδέεται στενά με το θέμα της νομιμότητας του εμπορίου ανθρωπίνων σωματικών οργάνων και ιστών. Όπως έχει αναφερθεί, τα Βρετανικά νοσοκομεία αγόραζαν νεφρά στην τιμή των 2.500 έως 3.360 λιρών ανά όργανο. Η σκέψη που κυριαρχεί αυτή τη στιγμή είναι να τεθούν φραγμοί στην εμπορευματοποίηση των ανθρωπίνων οργάνων και ιστών. Παρ' όλα αυτά, δεν

έχουν ακόμα αναπτυχθεί επαρκώς κάποιες εναλλακτικές λύσεις, στη διάθεση, με αυτόν τον τρόπο, τμημάτων του ανθρωπίνου σώματος.

Ένας δωρητής νεφρού, μετά τη μεταμόσχευση, μένει με ένα μόνο νεφρό. Ανεξάρτητα από το αν δελεάζεται από τα οικονομικά ανταλλάγματα, που του προσφέρονται για τη δωρεά του νεφρού, ή επιθυμεί να σώσει τη ζωή ενός συγγενή του, το ηθικό και νομικό καθήκον του γιατρού είναι να πληροφορήσει σωστά τον εθελοντή για τους πιθανούς κινδύνους που συνδέονται με τη δωρεά αυτή. Για παράδειγμα, μία νέα κοπέλα, που σώζει την αδελφή της προσφέροντας το νεφρό της,⁴³ αντιμετωπίζει τον κίνδυνο εμφάνισης σοβαρών προβλημάτων κατά τη διάρκεια μίας μελλοντικής εγκυμοσύνης.

Τα άλλα ζωτικά όργανα που μεταμοσχεύονται, η καρδιά, το συκώτι και το πάγκρεας, δεν βρίσκονται εις διπλούν, σε αντίθεση με τα νεφρά. Κατά συνέπεια, το βιο-ηθικό θέμα είναι ότι το άτομο που περιλαμβάνεται σε μία λίστα αναμονής για μεταμόσχευση οργάνου, στην ουσία περιμένει το θάνατο κάποιου άλλου προσώπου. Ο δότης αυτός θα είναι κατά προτίμηση ένας νέος, υγιής άνθρωπος, ο ξαφνικός θάνατος του οποίου θα οφείλεται σε ατύχημα. Το θέμα έχει διαστάσεις τόσο νομικές όσο και ηθικές και περιλαμβάνει τα δικαιώματα των μελών της οικογενείας σε σχέση με τα όργανα του αποθανόντος. Έχουν το δικαίωμα να αποφασίζουν ως προς τη μεταμόσχευση ή όχι των οργάνων του συγγενή τους; Αυτά τα σοβαρά ηθικά ερωτήματα κατά ένα μεγάλο μέρος δεν υφίστανται, εάν έχει ήδη δοθεί η συγκατάθεση του δωρητή για μεταμόσχευση οργάνου. Με το να συγκατατίθεται κάποιο πρόσωπο από πριν στη χρήση των οργάνων προς όφελος των άλλων, παίρνει μία εξαιρετικά σημαντική βιο-ηθική απόφαση, καθώς είναι εκ των προτέρων έτοιμος να βοηθήσει τους άλλους στην πραγματοποίηση του δικαιώματος προς το ζην.

6.3. Οι ψυχοκοινωνικές διαστάσεις του θεσμού της δωρεάς οργάνων

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

« Ψυχοκοινωνική αξιολόγηση των μεταμοσχεύσεων »

Είναι μεγάλη η απόσταση, που διαφοροποιεί την υποκειμενική θεώρηση της πράξης της δωρεάς οργάνων σώματος εκείνου που θα είναι δότης, από εκείνον που θα είναι αποδέκτης.⁴⁴ Αποτελεί κοινά αποδεκτή θέση η παρατήρηση, ότι στα σύγχρονα αστικοβιομηχανικά κοινωνικά πλέγματα αξιών που διέπουν τις σχέσεις των ανθρώπων και οι στρατηγικές κοινωνικοποίησης, συνηγορούν περισσότερο στον εγωκεντρικό και τον ατομικισμό στον αλτρουισμό και την αίσθηση ότι είμαστε συνάνθρωποι και όχι μικρές κεντρομόλες υπάρξεις.

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

1. Στον ψυχολογικό που είναι σχεδόν συνώνυμος με την υποκειμενική αίσθηση του εαυτού μας, με το « self concept ». Μια έννοια που συμπεριλαμβάνει, τόσο τα μυελοσκελετικά δεδομένα της οντότητάς μας, όσο και τις ποικίλες ψυχολογικές και κοινωνιολογικές παραμέτρους.
2. Στον κοινωνικό, που αναφέρεται στις λειτουργίες και τις μεθόδους της κοινωνικοποίησης μέσα από την οποία σε κάθε άτομο μετουσιώνεται από βιολογικό ον σε ανθρώπινη κοινωνική ύπαρξη.
3. Στον υπαρξιακό, που ταυτίζεται με την έννοια της ώριμης αντιμετώπισης και αποδοχής του κύκλου « ζωής - θανάτου », με εκείνα τα πανάρχαια και γνωστά δεδομένα, που η Κινέζικη παράδοση χαρακτηρίζει ως Ying και Yang, με αυτό που θα μπορούσαμε να αποκαλέσουμε εμείς εδώ, πράξη ύψιστης Χριστιανικής εκδήλωσης αγάπης προς τον συνάνθρωπό μας.⁴⁶ Ο θεμελιακός πυρήνας της παραπάνω θέσης μας συνιστάται στην υπόθεση, ότι για να γίνει ένα άτομο « δωρητής » χρειάζεται να έχει μια υγιή τοποθέτηση απέναντι στην έννοια και την πραγματικότητα που αποκαλούμε ζωή. Ας δούμε όμως, καθένα από αυτούς τους τρεις άξονες κάπως πιο αναλυτικά.

6.4 « Έννοια του εαυτού »

Η αίσθηση του εαυτού έρχεται σαν αποτέλεσμα της κοινωνικοποίησης και ορίζεται σαν μια σαφής αντίληψη των διαφορών του από άλλα άτομα. Από τη βρεφική ηλικία, κάθε άτομο παρακολουθεί, αντιλαμβάνεται και προσδιορίζει τη συμπεριφορά που επιδείχνουν τα πρόσωπα του οικογενειακού του περιβάλλοντος και μέσα από τους μηχανισμούς της μίμησης και της ταύτισης, διαδραματίζει τους ρόλους των μεγάλων, οι οποίοι του αρέσουν. Η μίμηση αυτή συνεχίζεται και στην διάρκεια της

εφηβικής ηλικίας και μολονότι μειώνεται σημαντικά στη διάρκεια των ώριμων χρόνων, υπάρχουν στοιχεία που βεβαιώνουν, ότι ο μηχανισμός συνεχίζει να λειτουργεί καθώς τα άτομα εντάσσονται και λειτουργούν μέσα σε ομάδες, παρέες, κλίκες. Εάν υποθέσουμε, ότι η έννοια του « εαυτού » έχει μια αντικειμενική, πέρα από την υποκειμενική έννοια του εαυτού μας. Ο E. Hogowitz, ζητώντας από ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα ατόμων να προσδιορίσουν με ποιο σημείο του σώματός τους ταυτίζουν τον εαυτό τους, πήρε απαντήσεις που αναφέρονται στην καρδιά, στα μάτια, στον εγκέφαλο και ακόμη και στην αναπνοή.

Είναι αλήθεια, ότι κάθε άτομο αντιλαμβάνεται και αξιολογεί το σώμα του, τα όργανα του σώματός του και τις λειτουργίες τους με τον ίδιο τρόπο που αντιλαμβάνεται και αξιολογεί άλλα αντικείμενα και καταστάσεις. Με βάση τις υποκειμενικές αντιλήψεις για τη φυσική του υπόσταση και με τις εκτιμήσεις των άλλων για το άτομό του, ο κάθε άνθρωπος αποκτά μια συγκεκριμένη εικόνα των φυσικών δυνατοτήτων του, και συχνά, προσαρμόζει τη συμπεριφορά αλλά και το στυλ της ζωής του γενικότερα, σύμφωνα με αυτές τις υποκειμενικές του αντιλήψεις.

Αναμφίβολα μια ενδελεχής ανάλυση της έννοιας του εαυτού και της προσωπικότητας δεν ανήκει στο χώρο αυτό. Κρίνεται όμως σκόπιμο, για την ανάπτυξη των θέσεών μας, να κάνουμε μια πολύ σύντομη αναφορά, σε τρεις κλασσικές αναλύσεις της έννοιας « εαυτού », που έγιναν από τον Αμερικάνο κοινωνιολόγο C. H. Cooley, και επίσης τον Αμερικάνο κοινωνικό ψυχολόγο G. H. Mead και τον Αυστριακό πατέρα της ψυχανάλυσης S. Freud.

Σύμφωνα με τη θεωρία του Cooley, οι έννοιες του προσώπου και της κοινωνίας, είναι αναπόσπαστες η μια από την άλλη και μάλιστα «... το μεμονωμένο άτομο ή πρόσωπο αποτελεί μια αφηρημένη έννοια άγνωστη εμπειρικά. Το ίδιο συμβαίνει και με την έννοια της κοινωνίας, εάν θελήσουμε να τη δούμε ξεχωριστά από τα άτομα που τη συνθέτουν που την αποτελούν.». Με άλλα λόγια, η έννοια του προσώπου δεν είναι ούτε περισσότερο αλλά ούτε και λιγότερο πραγματική από την έννοια της κοινωνίας.

Οι έννοιες πρόσωπο και χαρακτήρας είναι αφηρημένες όπως, είναι, αναλογικά, και οι έννοιες της κοινωνίας και της ομάδας, ακριβώς επειδή δε δηλώνουν κάποια φυσική υπόσταση. Στο θεωρητικό του υπόδειγμα που χαρακτήρισε ως « αντικατοπτριζόμενο εαυτό »(the looking glass self), ο Cooley διαμόρφωσε την υπόθεση ότι το κάθε άτομο δημιουργεί μια υποκειμενική αίσθηση του εαυτού του και επιδειχνει συμπεριφορά ή αντλεί υποκειμενικά συναισθήματα ακολουθώντας συνειδητά ή υποσυνείδητα μια προοδευτική εξελεγκτική πορεία, που απαρτίζεται από τρεις φάσεις ή στάδια όπου :

1. Το άτομο φαντάζεται ή υποθέτει πως το βλέπουν οι άλλοι,
2. Το άτομο φαντάζεται πως οι άλλοι κρίνουν αυτά που βλέπουν σε αυτό και

3. Το άτομο δημιουργεί θετικά ή αρνητικά συναισθήματα ως αποτέλεσμα των προηγούμενων δυο σταδίων.

Εάν το άτομο πιστέψει, ότι οι άλλοι το βλέπουν υποτιμητικά, τότε θα υποθέσει ότι οι άλλοι έχουν χαμηλή εικόνα για αυτό και κατά συνέπεια θα αρχίσει να αισθάνεται και να συμπεριφέρεται σαν αποτυχημένο ή το ακριβώς αντίστροφο. Πρέπει όμως να επισημανθεί, ότι το θεωρητικό σχήμα του Cooley, δεν δίνει αρκετή σημασία σε κάποιους σημαντικούς παράγοντες, όπως π.χ. ότι τα παιδιά, οι έφηβοι και τα νεαράς ηλικίας άτομα είναι πολύ περισσότερο επιρρεπή προς τις παραπάνω διαδικασίες, απ' ότι είναι τα ώριμα άτομα. Επιπρόσθετα, στο μοντέλο αυτό δεν προβλέπεται η πιθανότητα ένα άτομο που διαθέτει ώριμη προσωπικότητα, να είναι σε θέση « να κρίνει τους κριτές του », την ίδια ώρα που αυτοί το κρίνουν κι έτσι να αποφεύγει την άντληση αρνητικών συναισθημάτων από αυτούς που τον κρίνουν με υστεροβουλία. Παράλληλα θα πρέπει να μετριάσει και τις επιπτώσεις της ανώριμης και εφήμερης ικανοποίησης, που προκαλούν οι κάθε λογής « κολακείες » των τρίτων.

Στο δικό του σχήμα ο G. H. Mead, συμβάλλει με ιδιαίτερη επιτυχία στην ανάπτυξη της ιδέας της συμβολικής επικοινωνίας και αλληλεπίδρασης ή συναλλαγής, επίσης μένοντας το γεγονός, ότι σε αντίθεση με άλλα όντα του πλανήτη μας ο άνθρωπος διαθέτει ικανότητες επικοινωνίας μέσω του προφορικού και του γραπτού λόγου. Με τη χρήση της γλώσσας οι άνθρωποι επικοινωνούν με άλλα άτομα από πολύ μικρή ηλικία. Τα παιδιά, μέσα από τα παιχνίδια ιδιαίτερα όταν μιμούνται και διαδραματίζουν ρόλους των μεγάλων προσώπων του περιβάλλοντός τους, ξεκινούν από συγκεκριμένους ρόλους για να φτάσουν σε εκείνον που αποκαλείται « γενικοποιημένος ρόλος ». Κατά τον τρόπο αυτό πιστεύει ο Mead, τα παιδιά αναπτύσσουν την έννοια της κοινωνικής συνείδησης και εσωτερικεύουν τους κανόνες συμπεριφοράς τους και μέσα από την οποία αντλείται το υλικό και διαμορφώνονται οι διαδικασίες της κοινωνικοποίησής τους.

Αυτήν την υποκειμενική έννοια της « συνείδησης », που αναφέρεται στην εσωτερίκευση των κοινωνικών κανονισμών συμπεριφοράς ο Mead την χαρακτήρισε σαν αντιπροσωπευτική του στοιχείου εκείνου της έννοιας του «εαυτού », το αποκάλεσε « εμέ », (στα αγγλικά « me ») και θεώρησε ότι αντιστοιχεί στο υποσύστημα της προσωπικότητας, που ο Freud χαρακτήρισε ως « υπερεγώ ».⁴⁷

Συγκεκριμένα το « m » του Mead αναφέρεται σε εκείνο το στοιχείο του εαυτού μας, που αποτελεί απόληξη μιας επιτυχημένης ολοκλήρωσης της διαδικασίας της κοινωνικοποίησης. Ο Mead όμως, αναφέρει και ένα άλλο στοιχείο της δυσπόστατης για αυτόν έννοια του « εαυτού » δηλαδή το « εγώ » (όπου αγγλικά εκφράζεται με το "I" και το οποίο χαρακτηρίζεται ως αυθόρμητο και δημιουργικό και έχει τάσεις για έκφραση πρωτοβουλίας).

Καθώς το άτομο επιδεικνύει στοιχεία της συμπεριφοράς του, διαφαίνεται ότι το «me» έχει υποταχθεί στις κοινωνικό-κουλτουριστικές απαιτήσεις του κοινωνικού συστήματος. Το « I » διατηρεί ταυτόχρονα το εγωκεντρικό ενδιαφέρον του ατόμου, αντιτασσόμενο συχνά στις απαιτήσεις του συστήματος. Όμως υπόκειται και στον μερικό, έστω, έλεγχο του κοινωνικοποιημένου «me», διότι αλλιώς η συμπεριφορά του ατόμου θα γινόταν ή εντελώς απρόσωπη και άβουλη ή εντελώς ασυνεπής, σπασμωδική και αντικοινωνική. Θα μπορούσε να υποθέσει κανείς, ότι το «me» διαδραματίζει πρωτεύοντα ρόλο σε πρωτογενείς και δόμο-λειτουργικά πιο απλές κοινωνίες, στις οποίες η έμφαση δινότανε στη συμμόρφωση με τα δεδομένα και τις συνθήκες του κοινωνικού συστήματος και στη διατήρηση του Status quo της συλλογικής συμβίωσης, παρά την ατομική πρωτοβουλία, τον αυθορμητισμό και την καινοτομία. Μέσα, όμως στα πλαίσια της σύγχρονης κοινωνικής πραγματικότητας, το υποσύστημα του « I » ίσως να αποτελεί το προεξέχον στοιχείο του εαυτού μας στα αστικό-βιομηχανικά πλέγματα, στα οποία η αίσθηση της απόλυτης προσωπικής ανεξαρτησίας εγγίζει δυναμικά ακόμα και τα όρια της καθολικής αλλοτρίωσης του ατόμου από την ανθρώπινη ομάδα, αλλά και από τον ίδιο του τον εαυτό.

Για τον Freud, η έννοια του εαυτού αποτελείται, όπως είναι γνωστόν, από τρία συγκεκριμένα υποσυστήματα, δηλαδή το « id », το « Superego » και το « Ego ». ⁴⁸ Το « id » αποτελεί το υποσύστημα, παρόν από τη στιγμή της γέννησής μας, που αντιπροσωπεύει το σύνολο των τυφλών, ζωδών εγωκεντρικών αναγκών και επιθυμιών του ατόμου. Ποτέ δεν κοινωνικοποιείται και λειτουργεί σύμφωνα την « Αρχή της ικανοποίησης ». Η συλλογική μας συμβίωση σε νομοκρατούμενο κοινωνικά σύστημα έχει επιτύχει μόνο τον περιορισμό και μερικό έλεγχο του δυναμικού αυτού υποσυστήματος, όχι όμως και την καθολική υποταγή του και την εξάλειψή του.

Τον έλεγχο και τους περιορισμούς στις εκφράσεις « id » τους ασκεί το δεύτερο υποσύστημα της προσωπικότητάς μας, που αποκαλείται « Superego » και αποτελεί απόρροια και επιτυχή απόληψη των διαδικασιών της κοινωνικοποίησης του ατόμου στο κοινωνικό του σύστημα. Μεταφραζόμενος στα Ελληνικά ο όρος δεν ισοδυναμεί με ένα « υπέρμετρο εγώ », αλλά περιγράφει την απόκτηση από το άτομο μιας κοινωνικής συνείδησης, καθώς αυτό ενστερνίζεται πλέον τα επιβαλλόμενα από το περιβάλλον απαγορευτικά μηνύματα στην επίδειξη συμπεριφοράς.

Το τρίτο υποσύστημα ο Freud το αποκάλεσε « Ego » και είναι το σύστημα που προσανατολίζεται στην κοινωνική πραγματικότητα και διαδραματίζει το ρόλο του διαιτητή ανάμεσα στις αντιθετικές λειτουργίες και επιδιώξεις του « ανώριμου και εγωκεντρικού id » και του απαιτητικού και αλτρουιστικού Superego ». Το « Ego » μπορεί να ταυτίζεται με την υποκειμενική αίσθηση της ταυτότητας του κάθε ατόμου και λειτουργεί στηριζόμενο στην « Αρχή της πραγματικότητας ».

Ειπώθηκε παραπάνω, ότι συχνά η υποκειμενική αίσθηση του εαυτού μας αναφέρεται ή καθολικά στο σώμα ή σε ένα συγκεκριμένο όργανό μας και από εδώ ακριβώς μπορούμε να υποθέσουμε, ότι ξεκινά

ο πρώτος αρνητισμός απέναντι στην ιδέα και την πράξη της δωρεάς ενός οργάνου μας-μετά θάνατο. Ξεκινά από την υποκειμενική αίσθηση του « διαμελισμού ή ακρωτηριασμού » και ενισχύεται από σωρεία μύθων αναφορικά με την μεταφυσική αίσθηση της αρτιμέλειας μας και της σωματικής μας ακεραιότητας.

Γιατί όσο και αν είναι αλήθεια, ότι εφόσον ζει ένας οργανισμός έχει ανάγκη όλων των οργάνων του για να προσαρμοστεί στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος, δε παύει να είναι επίσης αλήθεια, ότι πολλά άτομα μπορούν να ζήσουν και με ένα π.χ. νεφρό χαρίζοντας -εν ζωή- τον άλλο νεφρό σε ένα παιδί τους ή κάποιο συγγενικό πρόσωπο.

Όπως επιβεβαιώνουν τα στατιστικά στοιχεία στις δωρεές οργάνων « εν ζωή » πρωτεύοντα ρόλο διαδραματίζουν οι μητέρες και όπως πολύ σωστά έχει ειπωθεί στο παρελθόν, εάν υπάρχει ο τρόπος μια μητέρα να δώσει ακόμη και ένα κομμάτι του μυοκαρδίου της για να ζήσει ένα αγαπημένο της πρόσωπο, τότε ίσως η συντριπτική πλειοψηφία των μητέρων όλου του κόσμου θα το είχαν κάνει. Αυτό δυστυχώς, για τους άνδρες, μολονότι υπάρχουν πολλά και φωτεινά παραδείγματα που απλά και μόνο επιβεβαιώνουν τον κανόνα.

Το πρόβλημα της ψυχοκοινωνικής σύγχυσης που προκύπτει ανάμεσα στη συνειδητή πράξη της δωρεάς ενός οργάνου ή και ολόκληρου μας σώματος και τις υποσυνείδητες ανάγκες μας για την αίσθηση της « αρτιμέλειας » και της σωματικής « ακεραιότητας » προβάλλει έντονο, όταν κανείς αναλογισθεί ότι η δωρεά θα είναι μεταθανάτια πράξη. Όταν δηλαδή πάψει να υπάρχει κανείς ως μυοσκελετική οντότητα αλλά και ως ψυχοκοινωνική οντότητα, ως « εαυτός ».

Κοινωνικοποίηση και στάσεις.

Ένας δεύτερος άξονας στήριξης της προσέγγισής μας σχετίζεται με το φαινόμενο, τα δεδομένα και τις διαδικασίες της κοινωνικοποίησής μας. Οι στάσεις στην κοινωνική ψυχολογία ορίζονται σαν «οι οργανικές εννοιών, παθήσεων, ψυχορρημάτων, συνηθειών και συμπεριφοράς που σχετίζονται με ένα συγκεκριμένο αντικείμενο ». Εδώ θα χρειασθεί, να διευκρινίσουμε, ότι οι έννοιες και οι πεποιθήσεις, συνιστούν το « γνωστικό » στοιχείο της στάσης, τα ψυχορρημικά συνιστούν το « συναισθηματικό » στοιχείο και τελικά οι συνθήκες και η συμπεριφορά το «ψυχοκινητικό » στοιχείο της ατομικής μας δράσης. Η στάση δηλαδή, είναι όρος που περιγράφει τα συναισθήματα που μας διακατέχουν απέναντι σε ένα πρόσωπο, μια οργανωμένη ομάδα ακόμη και σε μια ιδέα ή και μια δραστηριότητα. Εκείνο που έχει ιδιαίτερη σημασία στην έννοια της στάσης, είναι ότι περιέχει και γνωστικά και

συναισθηματικά στοιχεία που απολήγουν στη διαμόρφωση και εκδήλωση κάποιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς.

Συχνά, άτομα και οργανωμένοι φορείς στην προσπάθειά τους να αλλάξουν τις στάσεις άλλων ατόμων ή ομάδων πάνω σε κάποιο συγκεκριμένο θέμα κοινού ενδιαφέροντος, στηρίζονται στην προσεκτική « παρουσίαση γεγονότων », ελπίζοντας ότι η κατανόησή τους θα έχει τα επιθυμητά θετικά αποτελέσματα γι' αυτήν την προσπάθειά τους.

Οι προσπάθειές μας να « πείσουμε » άτομα ή ομάδες να αποδεχτούν τη θέση μας, να αλλάξουν τις δικές τους στάσεις.

Στον πομπό (ή την πηγή): Πολλές ψυχοκοινωνικές μελέτες πιστοποιούν το γεγονός, ότι η αλλαγή στάσεων εξαρτάται, τόσο από την ικανότητα του πομπού να πείσει ένα συγκεκριμένο ακροατήριο, όσο και από το περιεχόμενο της παρουσίασής του. Με άλλα λόγια, σημασία έχει « ποιος » το λέει και όχι μόνο « τι » λέει.

Στο μήνυμα: Η πειστικότητα ενός μηνύματος εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τον ακριβή τρόπο με τον οποίο έχει δομηθεί και έχει οργανωθεί. Σχετικές έρευνες επικεντρώθηκαν σε παράγοντες, όπως τη σειρά παράθεσης των επιχειρημάτων, την πιθανότητα παρουσίασης μόνο της μιας ή όλων των υπάρχοντων απόψεων, καθώς και το βαθμό απόκλισης των προτεινόμενων στάσεων από τις δεδομένες στάσεις του ακροατηρίου.

Στο μέσο: Η αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας, ας εξαρτάται και από το εάν η παρουσίαση γίνεται μέσω του γραπτού ή του προφορικού λόγου, μέσω του ραδιοφώνου ή της τηλεόρασης κ.ο.κ.

Στο ακροατήριο: Είναι κοινά αποδεκτό, ότι μερικά άτομα φαίνεται να επηρεάζονται πιο εύκολα από μερικά άλλα. Γενικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι η αλλαγή στάσεων ως αποτέλεσμα μιας νέας παρουσίασης, σχετίζεται με την απόσταση, που έχει η νέα στάση με τις υπάρχουσες στο άτομο στάσεις.

Η ραγδαία μεταλλαγή του ελληνικού κοινωνικού συστήματος από αγροτικό σε αστικο-βιομηχανικό (αυτό ο Tonnies αποκάλεσε *Gemeinschaft* σε τύπο *Gesell Ischaft* κατέλυσε και τις πατροπαράδοτες έννοιες της αρωγής και της συμπαράστασης ακόμη και εκείνου του Ελληνικού, όπως και άλλα άτομα που διαβιούν σε ευρωπαϊκά, ή Βορειο-Αμερικάνικα αστικο-βιομηχανικά κοινωνικά συστήματα, να εξαντλεί την αίσθηση της κοινής συνύπαρξης και ανθρωπιάς στα μέλη της άμεσης οικογένειάς του. Εάν υπάρχει, και θα χρειασθεί να υπάρξει μέσα από συνεχή και προσεκτικά μεθοδευμένη προσπάθεια αλλαγής στάσεων του ελληνικού κοινού, μια υγιής τοποθέτηση πάνω στο θέμα της μεταθανάτιας δωρεάς οργάνων σώματος, εάν γινόταν αυτή η πράξη μια εκδήλωση αγάπης πρώτα

προς τη ζωή και στη συνέχεια προς τον συνάνθρωπό μας, τότε τα περισσότερα άτομα δε θα τοποθετούνταν αρνητικά στο να προσφέρουν κάτι που τους είναι -κυριολεκτικά- άχρηστο.

Πριν από μερικά χρόνια σε μια καμπάνια του Αμερικανού Ερυθρού Σταυρού, ο ερευνητής ψυχοκινητικής E. Dichter έκανε την υπόθεση ότι πολλοί άνδρες αποφεύγουν να γίνουν δωρητές αίματος, επειδή, σε βαθύ υποσυνείδητο επίπεδο « φοβούνται πως η απώλεια αίματος απολήγει σε μείωση της ζωτικής τους δύναμης και του ανδρισμού τους ». Στη συνέχεια, ο Dichter συνέστησε η καμπάνια να δίνει έμφαση στο γεγονός, ότι οι πραγματικοί άνδρες είναι εκείνοι που έχουν τόσο ανδρισμό, ώστε να μπορούν να προσφέρουν αίμα σε ένα συνάνθρωπό τους που το χρειάζεται, χωρίς να μειώνεται ο ανδρισμός τους. Μέρος της καμπάνιας ήταν και η απονομή μιας καρφίτσας στο σχήμα σταγόνας αίματος (που θυμίζει λίγο το μετάλλιο ανδρείας που απονέμει ο Αμερικάνικος Σταυρός). Έχει τεκμηριωθεί ότι το αποτέλεσμα ήταν μια δραματική αύξηση του αριθμού των αιμοδοτών.

Εδώ χρειάζεται να σημειωθεί ότι ο H.C. Kelman έχει κάνει μια σημαντική διαφοροποίηση ανάμεσα στην αλλαγή συμπεριφοράς και την αλλαγή στάσης. Συγκεκριμένα, μπορεί να διαφοροποιήσουμε τρία στάδια, ή τρεις καταστάσεις που σχετίζονται με το θέμα της προσπάθειας αλλαγής στάσεων.

Τη συμμόρφωση (compliance): Πρόκειται για την περίπτωση, όπου ένα άτομο δείχνει να αλλάξει τις στάσεις του και τις πεποιθήσεις του ενώ, ουσιαστικά έχει αλλάξει μόνο τη συμπεριφορά του για να συμμορφωθεί με τις απαιτήσεις της ομάδας στην οποία βρίσκεται φοβούμενο ότι αλλιώς η ομάδα θα τον απορρίψει. Μόλις όμως απομακρυνθεί από την ομάδα, επιστρέφει σε προγενέστερα πρότυπα συμπεριφοράς, ακριβώς επειδή δεν είχε επέλθει αλλαγή των στάσεών του.

Την ταύτιση (identification): Πρόκειται για την περίπτωση της διαδικασίας, όπου το αποτέλεσμα είναι πιο ουσιαστικό από τη συμμόρφωση ακριβώς επειδή το άτομο αποδέχεται τις αξίες και τις πεποιθήσεις, που του δίνουμε και ταυτίζεται με αυτές .

Την εσωτερίκευση (internalization): Πρόκειται για τη διαδικασία με την οποία μια νέα στάση ενσωματώνεται στο προϋπάρχον σύνολο των στάσεων του ατόμου . Στην περίπτωση αυτή η αλλαγή της στάσης συνεχίζει να υπάρχει και όταν η σχέση του ατόμου ή της ομάδας με το φορέα της νέας στάσης παύει να είναι ενεργός.

Μέσα στα ψυχοκοινωνικά δεδομένα της ελληνικής πραγματικότητας, όπως αυτή διαμορφώθηκε κατά τις τελευταίες τρεις δεκαετίες της ραγδαίας αστικο-βιομηχανικής εξέλιξης, τα άτομα λειτουργούν και διάκεινται αρνητικά στην πράξη της μετά θάνατον δωρεάς του σώματός τους

α) εξαιτίας των συναισθημάτων και κουλτουριστικών δεδομένων της υποκειμενικής αίσθησης του εαυτού, που υποθέτει και σωματική αρτιμέλεια

β) εξαιτίας κάποιας σύγκρισης μεταφυσικών προβληματισμών, που αφορούν τη μεταθανάτια αρτιμέλεια κάθε ατόμου,

γ) εξαιτίας της έμφασης που το σύστημα θέτει σε αξίες, όπως την ατομική επιβίωση και την εξάντληση του συναισθήματος της κοινότητας και του αλτρουισμού μέσα στα στενά πλαίσια της πυρηνικής οικογένειας,

δ) εξαιτίας μιας διαχυτικής καχυποψίας απέναντι στο ιατρικό επάγγελμα και στα γενικότερα θέματα Υγείας.

Στα θέματα αυτά και μέσα από τους κρατούντες μηχανισμούς της « ελεύθερης αγοράς » φαίνεται ότι επιβιώνει εκείνος ή εκείνη που διαθέτουν τους απαραίτητους οικονομικούς πόρους για να εξαγοράσουν προσωπικά, τεχνολογικά μέσα και τεχνογνωσία.

Κάθε προσπάθεια προσέγγισης του ελληνικού κοινού στο θεσμό της δωρεάς οργάνων σώματος χρειάζεται να παίρνει υπόψη της τα παραπάνω και να διαφοροποιεί τα διάφορα « κοινά » (public), δημιουργώντας στο κάθε συγκεκριμένο κοινό τόσο την κατάλληλη ατμόσφαιρα, όσο και την ψυχοσυναισθηματική διέγερση κάνοντας χρήση ομιλητών και μέσων παρουσίασης, που θα αποσοβούν τις κάθε λογής αρνητικές τοποθεσίες.

Αναλύοντας το όλο θέμα μέσα από τα δεδομένα τόσο της κοινωνιολογίας της γνώσης, όσο και της ψυχολογίας του βάθους και των παραμέτρων της ομαδικής ψυχολογίας, βρίσκομαι αντιμέτωπος με δυο συγκεκριμένες πραγματικότητες. Πρώτον με εγωκεντρικά και εγωπαθητικά στοιχεία και δεύτερον με στοιχεία άρνησης μιας μετωπιαίας αντιπαράθεσης, μιας συνειδητοποίησης της πραγματικότητας που όλοι οι ζωντανοί σκεπτόμενοι ανθρώπινοι οργανισμοί αρνούνται μονίμως να κάνουν, της πραγματικότητας δηλαδή ότι είμαστε εφήμερα όντα. Μέσα στη ζωή μας όμως, μέσα στο Yang, ελλοχεύει το Yin, το αναπόφευκτο, το μοιραίο τέλος μας , ο θάνατος.

Ίσως τελικά, να αποτελεί ένα σημαντικό χαρακτηριστικό στοιχείο η συνειδητοποίηση ότι άτομα που αγαπούν πραγματικά τη ζωή είναι εκείνα που χωρίς δισταγμό και μετά από ώριμη σκέψη προχωρούν στην πράξη της μετά θάνατον δωρεάς οργάνων. Για να χαρίσει να αγαπά τη ζωή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο

ΔΙΑΘΡΗΣΚΕΙΑΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ

Οι περισσότερες θρησκείες, παρά τις ποικίλες ευαισθησίες τους στα θέματα του σώματος και του θανάτου και τη δυσκολία τους να αποδεχτούν άνευ όρων το επιστημονικό τόλμημα, ή να υιοθετήσουν απερίφραστα τη διείσδυση της επιστήμης σε μεταφυσικούς χώρους, διαβλέποντας μια έντονη έκφραση ανθρώπινης αγάπης και αλληλεγγύης, γενικώς αποδέχονται την ιδέα και την πρακτική των μεταμοσχεύσεων.⁴⁹

Τα δύο όμως βασικά προβλήματα που θα έπρεπε η κάθε θρησκεία να ξεπεράσει προκειμένου να συναινέσει στη δωρεά σώματος και τις μεταμοσχεύσεις είναι αφ'ενός, το κατά πόσο οι νέες αυτές χειρουργικές πρακτικές τραυματίζουν το σεβασμό προς το σώμα, αφ'ετέρου, το αν ο εγκεφαλικός θάνατος ταυτίζεται με το θάνατο του ανθρώπου.⁵⁰

Παρά ταύτα, το γεγονός του θανάτου εκτός από τον καθαρά ιατρικό χαρακτήρα του έχει έντονα συναισθηματική, προσωπική και μεταφυσική διάσταση που αφορά ιδιαίτερα τις θρησκείες. Για το λόγο αυτό συχνά στον προσδιορισμό του παρεμβάλλονται λόγοι συνειδήσεως.

1. Ιουδαϊσμός

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

Οι γενικές αρχές που διέπουν την αντίληψη περί ζωής, θανάτου και σώματος της Ιουδαϊκής θρησκείας είναι συνοπτικά οι ακόλουθες:⁵¹

A) Η προστασία της ζωής κάθε ανθρώπου διεκδικεί προτεραιότητα έναντι οποιασδήποτε άλλης αξίας. Για την προάσπιση της ζωής, επιτρέπεται η χρήση κάθε μέσου, ακόμη και βίας

B) Η αξία της φυσικής κατασκευής του ανθρώπου είναι απαραβίαστη και επιβάλλεται η υπεράσπίσή της.

Γ) Η μέριμνα για τη θεραπεία και ανάρρωση του αρρώστου θεωρείται επίσης ύψιστη αξία.

Δ) Ο ασθενής πρέπει να ξέρει την αλήθεια για την κατάσταση της υγείας του, στο μέτρο που η γνώση αυτή συντελεί στην θεραπεία του, λαμβάνοντας υπόψη την προσωπικότητα, την ψυχολογική του κατάσταση και τις συγκυρίες.

Ε) Ο νεκρός αξίζει κάθε ξεχωριστής τιμής και σεβασμού. Η αρχή αυτή δεν παραβιάζεται όταν το σώμα του χρησιμοποιείται προκειμένου να ευεργετηθεί κάποιος ζωντανός.

Στ) Καθήκον του ιατρού είναι να παρατείνει τη ζωή κάθε ανθρώπου, όχι όμως να επιμηκύνει τη διαδικασία του θανάτου.

2. Ισλάμ

Ο Ισλαμισμός γενικά απαγορεύει κάθε χρήση του νεκρού σώματος ακόμη και των ζώων. Εξαίρεση αποτελεί η περίπτωση κατά την οποία με τον τρόπο αυτό σώζεται μια άλλη ζωή που κινδυνεύει. Έτσι το 1986 το Συμβούλιο της Ισλαμικής Νομικής Ακαδημίας, στην 3^η Συνέλευση του στο Αμάν της Ιορδανίας, αποδέχτηκε τον εγκεφαλικό θάνατο και υιοθέτησε ως κριτήρια διαγνώσεώς τους τα προτεινόμενα από την Αμερικανική Ακαδημία Νευρολογίας.⁵² Σύμφωνα με το Κοράνιο, και πιο συγκεκριμένα με τον Ισλαμικό Κώδικα Ηθικής, οι μεταμοσχεύσεις επιτρέπονται με την προϋπόθεση ότι υπάρχει συναίνεση του δότη, ευγενής πρόθεση, σεβασμός του ατόμου και του γεγονότος του θανάτου και σαφής αίσθηση ότι όλοι και όλα ανήκουν στο θεό. Αυτή η θεώρηση στηρίζεται στις βασικές αρχές και διδασκαλίες του Κορανίου περί αλτρουισμού, καθήκοντος γενναιοδωρίας, δωρεάς, υπευθυνότητας, συνεργασίας και φυσικά στο δικαίωμα και την υποχρέωση του ανθρώπου να επιδιώξει την υγεία και την ιατρική θεραπεία. Επίσης δεν υπάρχει διάκριση φύλου μεταξύ δοτών ή ληπτών ούτε διαφοροποιείται η πράξη στη περίπτωση που ο δότης ή ο λήπτης δεν είναι μωαμεθανός.

3. Ινδουισμός

Στην Ινδουιστική σκέψη δεν υπάρχουν γενικά αποδεκτές ηθικές αρχές. Αυτό όμως που έχει σημασία είναι να παραμένουν ανόθευτες οι διδασκαλίες της μετενσάρκωσης, του ντάρμα και του κάρμα. Ντάρμα είναι το καθήκον, η δικαιοσύνη και η θρησκεία. Ως υπέρτατο ντάρμα ορίζεται η αναγνώριση της αλήθειας στην καρδιά. Το κάρμα αντιστοιχεί στο νόμο αιτίας και αιτιατού, καταδεικνύει τον προορισμό κάποιου ατόμου, όπως αυτός προσδιορίζεται από πράξεις του παρελθόντος ή από άλλες ζωές (μετενσάρκωση). Επειδή η Ινδουιστική θρησκεία στηρίζεται στο νόμο του κάρμα και τη μετενσάρκωση, η ιδέα των μεταμοσχεύσεων δεν είναι μόνο αποδεκτή αλλά και απόλυτα συμβατή με τη διδασκαλία του.⁵⁴

4. Βουδισμός

Η Βουδιστική φιλοσοφία δέχεται τη δωρεά μέρους ή και ολόκληρου του σώματος - ζώντος ή νεκρού- ως πράξη γενναιοδωρίας και σύμπνοιας. Η προσφορά είναι αληθινή και αγνή, όταν είναι ξένη προς κάθε σκέψη ανταπόδοσης.⁵⁵ Ο προσφέρων πρέπει να ξεχνά και τον ευεργετούμενο και την πράξη της προσφοράς καθεαυτή.

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

Σύμφωνα με την εισήγηση του Μητροπολίτη Ναυπάκτου Ιερόθεου, η οποία είναι δημοσιευμένη ύστερα από την ανάθεση της επεξεργασίας του θέματος των Μεταμοσχεύσεων στον ίδιο, από την Ιερά Σύνοδο, τον Μακαριώτατο Πρόεδρο και των Αρχιεπίσκοπο Αθηνών και Πάσης Ελλάδος κ. Χριστόδουλο, παρουσιάζονται τα διάφορα επίπεδα στα οποία αντιμετωπίζεται το θέμα.⁵⁶

Το πρώτο επίπεδο είναι το αλτρουιστικό και το ψυχολογικό. Θεωρείται ότι η αγάπη για τους άλλους ανθρώπους πρέπει να οδηγεί στην προσφορά των οργάνων του σώματος για να ζησει κάποιος άλλος συνάνθρωπος που υποφέρει. Ακόμη το να αισθάνεται κανείς ότι π.χ. τα μάτια του παιδιού του βρίσκονται σε κάποιον άλλον άνθρωπο και να μπορεί σ' αυτόν να βλέπει τη συνέχεια της ζωής του παιδιού του, είναι ασφαλώς ψυχολογικό γεγονός που μπορεί να δικαιολογεί την προσφορά μοσχευμάτων σε άλλους ανθρώπους.

Το δεύτερο επίπεδο είναι το κοινωνικό. Η προσφορά των οργάνων ασφαλώς λύει κοινωνικά προβλήματα και αντιμετωπίζει διάφορες κοινωνικές πλευρές από πλευράς του λήπτη. Όταν βρίσκεται ένας δότης και προσφέρεται η δυνατότητα να ζησει ο ασθενής αλλά και να ηρεμήσουν τα άλλα μέλη της οικογένειας, τότε γίνεται αντιληπτή η αξία της προσφοράς.

Το τρίτο επίπεδο είναι το βιοηθικό, που συνίσταται στους δεοντολογικούς κανόνες μέσα στους οποίους θα υπάρχει σωστή συνεργασία μεταξύ δότη και λήπτη μοσχευμάτων. Έτσι και στο θέμα των μεταμοσχεύσεων πρέπει να εξετάζεται οπωσδήποτε η βιοηθική πλευρά και να τίθενται ηθικοδεοντολογικοί κανόνες. Εδώ εμπλέκονται η νομική και η ιατρική επιστήμη και βέβαια οι διάφοροι Παγκόσμιοι Οργανισμοί.

Το τέταρτο επίπεδο είναι το νομικό. Σε ένα τόσο σοβαρό ζήτημα είναι φυσικό να εισέρχεται και ο νομικός παράγοντας. Έτσι, με την νομοθεσία πρέπει να διασφαλίζεται η δικαιοπρακτική ικανότητα του δότη, η ελεύθερη γραπτή συγκατάθεσή του, η ακεραιότητα της σωματικής ζωής του δότη μετά την αφαίρεση ιστών, ο τρόπος αφαίρεσης των ιστών και των οργάνων, ο καθορισμός του σκοπού της αφαιρέσεως ιστού και οργάνων που πρέπει να είναι θεραπευτικός και επιστημονικός, η

επιβεβαίωση ότι ο δότης έχει υποστεί το λεγόμενο εγκεφαλικό θάνατο κ.λ.π. Όλα αυτά είναι απαραίτητα να εξετάζονται με τον καταρτισμό και την ψήφιση νόμων, κατόπιν συνεργασίας ιατρών, νομικών και άλλων παραγόντων που εμπλέκονται σε τέτοια ζητήματα.

Το πέμπτο επίπεδο είναι καθαρά ιατρικό. Οι μεταμοσχεύσεις οργάνων γίνονται ενώ ακόμη ο άνθρωπος διατηρείται, έστω με μηχανική υποστήριξη, στη ζωή, ενώ δηλαδή τα μοσχεύματα είναι «ζωντανά». Οπότε τίθεται το πρόβλημα του θανάτου, δηλαδή πότε επέρχεται ο θάνατος. Η ιατρική επιστήμη εξετάζει το πρόβλημα του προσδιορισμού του θανάτου θέτοντας διάφορες λύσεις όπως το «μη αναστρέψιμο κώμα», η διάγνωση του «εγκεφαλικού θανάτου» κ.λ.π. σαφώς πρέπει να διευκρινιστούν οι όροι κλινικός καρδιακός θάνατος, εγκεφαλικός θάνατος και βιολογικός θάνατος. Η άποψη ότι η νέκρωση του εγκεφάλου ταυτίζεται με τον βιολογικό θάνατο, δεν πρέπει να θεωρείται δεδομένη.

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

7.2. Θεολογικές θέσεις για το πρόβλημα των μεταμοσχεύσεων

A) Σεβασμός της ιατρικής επιστήμης και επικρότηση κάθε προσπάθειας για τη θεραπεία των ασθενών και την παράταση της ζωής των ανθρώπων, η οποία ζωή έχει μεγάλη σημασία για την πνευματική ολοκλήρωση του ανθρώπου.⁵⁷ Αρκεί βέβαια και η ιατρική επιστήμη, καθώς επίσης και οι ιατρικές έρευνες να κινούνται μέσα στα πλαίσια των ιατρικών και βιοηθικών δεοντολογικών κανόνων και οι οποίοι κανόνες προστατεύουν τον άνθρωπο ως προσωπικότητα (πρέπει να γίνεται κλινική και εργαστηριακή διαπίστωση του θανάτου).

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

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

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

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

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

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

Γενικές Αρχές.⁵⁸

- 1) Η Εκκλησία, αντικρίζει τις μεταμοσχεύσεις, ως και κάθε τι που σχετίζεται με την υγεία του ανθρώπου και την πάλη του με το θάνατο, με ιδιαίτερη συμπάθεια και κατανόηση. Αντιλαμβάνεται και το μέγεθος του προβλήματος και τις δυνατότητες των μεταμοσχεύσεων, όπως επίσης και το μεγάλο χρέος προς την κοινωνία, την ιατρική πράξη, τους λήπτες και τους δότες. Επιθυμεί να βοηθήσει το λήπτη, αλλά οφείλει να σεβαστεί και το δότη.
- 2) Το κριτήριο της εκκλησιαστικής ηθικής των μεταμοσχεύσεων, όπως και κάθε προβλήματος, είναι πνευματικό. Εάν κάτι βλάπτει τη ψυχή ή υποβιβάζει την πνευματική αξία, ανεπιφύλακτα το αποφεύγει. Αντιθέτως, το επιστημονικό επίτευγμα που είναι συμβατό με τη θεολογική παράδοση και διδασκαλία της, και δεν σχετίζεται με άλλες σκοπιμότητες, αντιμετωπίζεται ως πνευματική καινοτομία
- 3) Κάθε τι το οποίο υπερβαίνει τον ατομικισμό και συνδέει τους ανθρώπους με σχέση αμοιβαιότητας, οτιδήποτε αποδεικνύει την υπεροχή της πνευματικής ζωής επι της βιολογικής επιβίωσης, η Εκκλησία το προστατεύει και το υποστηρίζει.

Ειδικές αρχές:

Σχετικά με τον εγκεφαλικό θάνατο, θα μπορούσε να δεχτεί την διεθνώς ομόφωνη άποψη ότι ο εγκεφαλικός θάνατος ταυτίζεται με το αμετάκλητο βιολογικό τέλος του ανθρώπου. Δηλαδή σέβεται αυτή την ιατρική άποψη χωρίς όμως να υιοθετεί και μία ανεπιφύλακτη ταύτιση των δύο αυτών όρων.⁵⁹ Η Εκκλησία παρουσιάζεται όμως σύμφωνη με τη δωρεά οργάνων από εγκεφαλικά νεκρούς δότες.

Επιπλέον απορρίπτει τη λήψη οργάνων από ανεγκέφαλα βρέφη, την εμπορευματοποίηση των μεταμοσχεύσεων και την εικαζόμενη συναίνεση. Η συνειδητή συναίνεση αποτελεί προϋπόθεση της δωρεάς οργάνων ενώ εννοείται ως πράξη αγάπης από την πλευρά του δότη. Η εικαζόμενη συναίνεση δεν γίνεται αποδεκτή διότι παρεμβαίνει στο αυτεξούσιο, η περίπτωση όμως της συγγενικής συναίνεσης γίνεται αποδεκτή όταν δεν αντιτίθενται σε αυτή του δότη.⁶⁰ Κατά αυτό τον τρόπο αποφεύγεται και η οποιαδήποτε υποψία εμπορευματοποίησης των μοσχευμάτων από τους συγγενείς.

Β' ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

1.1 Σκοπός της έρευνας

Σκοπός αυτής της έρευνας ήταν να εκτιμηθούν οι στάσεις και οι αντιλήψεις ατόμων 3βάθμιας εκπαίδευσης στον Ν. Ηρακλείου σχετικά με την δωρεά οργάνων.

Αξιολογήθηκε επίσης η ενδεχόμενη επίδραση διαφόρων παραγόντων στην δημιουργία των αντιλήψεων των νέων λαμβάνοντας υπ' όψιν έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε νέους στο εξωτερικό. Τέτοιοι παράγοντες ήταν το αντικείμενο σπουδών των ατόμων, αλτρουιστικά κίνητρα, ενημέρωση σχετικά με τη δωρεά οργάνων, θρησκευτικοί λόγοι καθώς και παράγοντες εμπιστοσύνης απέναντι στη διαδικασία και τις οργανώσεις μεταμόσχευσης.

1.2 Υποθέσεις εργασίας

Λαμβάνοντας υπόψιν τις διεθνείς έρευνες και τον σκοπό της έρευνας διατυπώθηκαν και ελέγχθηκαν κύριες υποθέσεις εργασίας:

1. Το αντικείμενο των σπουδών επηρεάζει την στάση των ατόμων απέναντι στην δωρεά.
2. Κίνητρα που οδηγούν στην θετική στάση απέναντι στη δωρεά είναι:
 - Παρόμοια εμπειρία από φιλικό ή συγγενικό πρόσωπο.
 - Ευαισθητοποίηση απ' τα ΜΜΕ
 - Αλτρουισμός (θέληση για να βοηθήσουν κάποιο άνθρωπο).
3. Κίνητρα που οδηγούν την αρνητική στάση απέναντι στη δωρεά είναι:
 - Αίσθημα φόβου
 - Έλλειψη εμπιστοσύνης σε γιατρούς και οργανώσεις
 - Αμφισβήτηση εγκεφαλικού θανάτου
 - Απλή αμέλεια

2.Υλικά και μέθοδος

2.1 Πιλοτική Μελέτη

Έπειτα από μελέτη βιβλιογραφίας και προηγούμενων ερευνών που πραγματοποιήθηκαν στο εξωτερικό δημιουργήθηκε ένα ερωτηματολόγιο το οποίο περιείχε ερωτήσεις γνώσεων σχετικά με την δωρεά οργάνων και την μεταμόσχευση. Το ερωτηματολόγιο αυτό συμπληρώθηκε από 30 σπουδαστές με σκοπό τον βαθμό κατανόησης και ανταπόκρισης των σπουδαστών σε αυτό. Το πιλοτικό ερωτηματολόγιο δεν χρειάστηκε ιδιαίτερες τροποποιήσεις παρά μόνο σε κάποια μορφολογικά στοιχεία.

2.2 Δειγματοληψία

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε στα 2 μεγάλα εκπαιδευτικά ιδρύματα του Ν. Ηρακλείου (Α.Τ.Ε.Ι. – Πανεπιστήμιο) συμμετείχαν 300 σπουδαστές ηλικίας 18-26. Οι σπουδαστές ήταν απ' τα τμήματα Κοινωνικής Εργασίας – Νοσηλευτικής – Ηλεκτρολογίας – Εφαρμοσμένης Πληροφορικής και Πολυμέσων, Βιολογίας – Ιατρικής – Μαθηματικών και κάθε σχολή συμμετείχε με το ίδιο ποσοστό ανάλογα το σύνολο σπουδαστών του κάθε τμήματος.

2.3 Διαδικασία Συμπλήρωσης ερωτηματολογίων

Η προσέγγιση των φοιτητών γινόταν στις αίθουσες των μαθημάτων πριν ή μετά την λήξη αυτών με σκοπό να βρίσκουμε τον αριθμό και την ειδικότητα των σπουδαστών που χρειαζόμασταν.

Ο ρόλος συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων ήταν περίπου 15 λεπτά και ο ρόλος των ερευνητών ήταν να αναφέρουν το αντικείμενο και τον σκοπό της έρευνας.

Παράλληλα οι ερευνητές έδιναν περαιτέρω διευκρινήσεις όσον αφορά στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων όταν χρειαζόταν με σκοπό να είναι έγκυρη η κάθε απάντηση του ερωτώμενου.

2.4 Ερωτηματολόγιο και Μετρήσεις

Το οριστικό ερωτηματολόγιο χωρίστηκε σε 5 ενότητες

2.4.1 Κοινωνικό - δημογραφικό χαρακτήρα

Το πρώτο μέρος αναφερόταν στο γενικό προφίλ των ερωτώμενων και αφορούσε κλειστές ερωτήσεις σχετικά με προσωπικά χαρακτηριστικά όπως ηλικία, αντικείμενο σπουδών, μορφωτικό επίπεδο γονέων.

2.4.2 Γνώσεις σχετικά με την δωρεά οργάνων

Το δεύτερο μέρος περιείχε κλειστές ερωτήσεις οι οποίες διασταυρώνουν τις γνώσεις των συμμετεχόντων σχετικά με τη δωρεά οργάνων. Οι ερωτήσεις ήταν σχετικές με το θεσμικό πλαίσιο της δωρεάς οργάνων, την στάση της εκκλησίας, την διαδικασία της δωρεάς και της μεταμόσχευσης καθώς και ερωτήσεις σχετικά με τις πηγές ενημέρωσης των σπουδαστών.

2.4.3 Εμπειρία δωρεάς οργάνων

Το τρίτο μέρος περιείχε ερωτήσεις σχετικά με το αν ο ερωτώμενος είχε εμπειρία δωρεάς οργάνων ο ίδιος ή κάποιο φιλικό / συγγενικό πρόσωπο.

2.4.4 Πρόθεση Δωρεάς

Η τέταρτη ενότητα αποτελούνταν από ερωτήσεις σχετικές με τους παράγοντες που οδηγούν είτε στην θετική είτε στην αρνητική πρόθεση δωρεάς οργάνων.

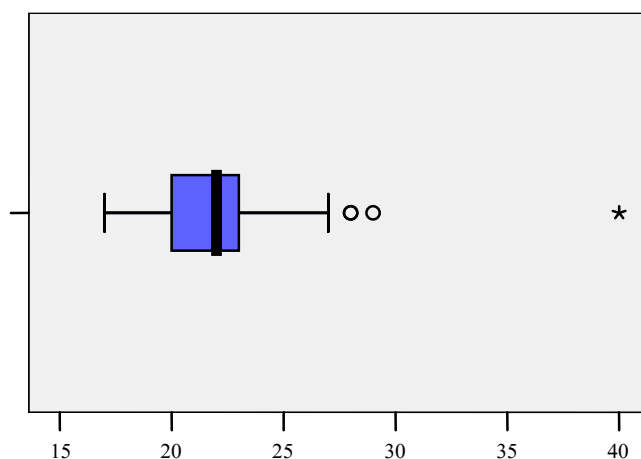
2.4.4 Σκοπός υπογραφής κάρτας δότη

Η τελευταία ενότητα περιείχε ερωτήσεις σχετικά με τους λόγους για τους οποίους ενώ κάποιος είναι θετικός απέναντι στην δωρεά οργάνων δεν έχει υπογράψει κάρτα δότη με σκοπό να διαπιστώσουμε αν και πόσο η θεωρία απ' την πράξη σχετικά με την δωρεά.

Αποτελέσματα στατιστικής ανάλυσης

1. Περιγραφική στατιστική

Στο ερωτηματολόγιο απάντησαν συνολικά 300 άτομα, εκ των οποίων το 51,3% ήταν άνδρες. Η ηλικία των φοιτητών ακολουθεί θετικά ασύμμετρη κατανομή¹ με μέση τιμή $m=21,8$ έτη ($s=2,39$). Ένας στους τρεις φοιτητές (36,3%) φοιτά σε Τ.Ε.Ι., σε τμήματα θετικών επιστημών (44,1%) ή επαγγελματών υγείας (55,9%), και οι σχεδόν οι μισοί (49%) βρίσκονται μετά το 4^ο εξάμηνο των σπουδών τους.



Σχήμα 1: Ηλικιακή κατανομή

Το εκπαιδευτικό επίπεδο των γονέων των ερωτώμενων θεωρείται υψηλό. Πιο συγκεκριμένα, το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα ήταν 47,7% τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και της μητέρας ήταν 42% τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, αντίστοιχα.

Ο πίνακας που ακολουθεί παρουσιάζει τις απαντήσεις των φοιτητών στις δεκατέσσερις (14) ερωτήσεις γνώσεων σχετικά με τη δωρεά οργάνων.

¹ Μέση τιμή = 21,75 και Διάμεσος = 22,00, Skewness = 1.716, Kurtosis = 10.284

Πίνακας 1: Γνώσεις σχετικά με τη Δωρεά Οργάνων

	Σωστό		Λάθος		Δε γνωρίζω		Σύνολο	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Η εκκλησία επιτρέπει τη δωρεά οργάνων	162	54.4%	53	17.8%	83	27.9%	298	100.0%
Πρέπει να είσαι απόλυτα υγιής για να γίνεις δωρητής	194	64.7%	72	24.0%	34	11.3%	300	100.0%
Υπάρχει λίστα αναμονής για τους υποψήφιους λήπτες	226	75.3%	33	11.0%	41	13.7%	300	100.0%
Η ιστοσυμβατότητα μεταξύ δότη και λήπτη είναι καθοριστική για την επιλογή του δεύτερου	219	73.2%	36	12.0%	44	14.7%	299	100.0%
Σε περίπτωση εγκεφαλικού θανάτου αποφασίζουν οι συγγενείς για αν θα δωρίσουν κάποιο όργανο άσχετα με το τι έχει δηλώσει το θύμα όσο ζούσε.	156	52.0%	88	29.3%	56	18.7%	300	100.0%
Υπάρχει σχετικό νομοθετικό πλαίσιο για τη δωρεά οργάνων και τη μεταμόσχευση	172	57.5%	42	14.0%	85	28.4%	299	100.0%
Ο εγκεφαλικά νεκρός δότης οργάνων εξετάζεται για μεταδιδόμενα νοσήματα	194	64.7%	41	13.7%	65	21.7%	300	100.0%
Για να αφαιρεθεί κάποιο όργανο από τον υποψήφιο δότη πρέπει αυτός να είναι εγκεφαλικά νεκρός	156	52.2%	79	26.4%	64	21.4%	299	100.0%
Μπορώ να αλλάξω γνώμη ενώ έχω δηλώσει ήδη δωρητής	175	58.3%	54	18.0%	71	23.7%	300	100.0%
Μπορεί κάποιος να γίνει δωρητής οργάνων ανεξάρτητα από την ηλικία του	136	45.3%	97	32.3%	67	22.3%	300	100.0%
Ο εγκεφαλικός θάνατος και το κόμα είναι έννοιες ταυτόσημες	104	34.7%	153	51.0%	43	14.3%	300	100.0%
Ο εγκεφαλικός θάνατος είναι αναστρέψιμος	128	42.8%	119	39.8%	52	17.4%	299	100.0%
Η δωρεά οργάνων σώζει ζωές	235	78.6%	42	14.0%	22	7.4%	299	100.0%
Σε περίπτωση εγκεφαλικού θανάτου ο δότης μπορεί να έχει προκαθορίσει που θα δοθούν τα όργανα του	142	47.5%	91	30.4%	66	22.1%	299	100.0%

Η σωστές απαντήσεις σε δέκα από αυτές τις ερωτήσεις δημιουργούν μία κλίμακα «ορθής γνώσης» (CKN) η οποία λαμβάνει τιμές από 0 έως 1 και προκύπτει από τον τύπο:

$$CKN = \frac{\text{Σωστές Απαντήσεις}}{\text{Σύνολο Ερωτήσεων}}$$

Όσο μεγαλύτερη είναι η CKN, τόσο περισσότερες είναι οι γνώσεις των ερωτώμενων. Η κλίμακα στο δείγμα των φοιτητών έχει μέση τιμή $m = 0,54$ ($s = 0,227$). Η κατανομή της κλίμακας CKN είναι αρνητικά ασύμμετρη (Skewness = -0,439).

Οι πηγές ενημέρωσης σχετικά με τη δωρεά οργάνων για τους φοιτητές ήταν κατά κύριο λόγο τα Μ.Μ.Ε. (55,3%). Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι, αν και περισσότερος από τους μισούς ερωτώμενους φοιτούν σε τμήματα επαγγελματίων υγείας, μόλις 12% αναφέρουν ότι έχουν ενημερωθεί μέσα από τον κύκλο σπουδών τους.



Σχήμα 2: Πηγές ενημέρωσης ως προς τη δωρεά οργάνων

Συνολικά, τέσσερις στους δέκα φοιτητές (40,9%) δήλωσαν ότι έχουν τουλάχιστον μία εμπειρία δωρεάς οργάνων. Πιο συγκεκριμένα, 18,4% δήλωσαν ότι κάποιο συγγενικό ή φιλικό τους χρειάστηκε μόσχευμα. Το 19,7% έχουν κάποιο συγγενικό ή φιλικό πρόσωπο που έχει δηλώσει επίσημα ότι θα ήθελε να είναι δωρητής οργάνων ή έχει εκδηλώσει ενδιαφέρον να γίνει, αντίστοιχα. Αντίθετα, το 12,4% δήλωσαν ότι το περιβάλλον τους έχει αρνητική στάση απέναντι στη δωρεά.

Οκτώ ερωτήσεις διερευνούν τους παράγοντες που επηρεάζουν την πρόθεση των φοιτητών να γίνουν δωρητές οργάνων. Σημαντικότερος φαίνεται να είναι η βοήθεια προς τον συνάνθρωπο (89%). Ο πίνακας που ακολουθεί συγκεντρώνει τα αποτελέσματα των απαντήσεων.

Πίνακας 2: Θετικές πεποιθήσεις φοιτητών για τη δωρεά οργάνων

	Συμφωνώ απόλυτα		Συμφωνώ		Διαφωνώ		Διαφωνώ απόλυτα		Σύνολο	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Βοήθεια για το συνάνθρωπο	83	27.8%	183	61.2%	20	6.7%	13	4.3%	299	100.0%
Θρησκευτικές πεποιθήσεις	46	15.5%	162	54.5%	70	23.6%	19	6.4%	297	100.0%
Συγγενικό – φιλικό πρόσωπο είναι δότης	26	8.7%	78	26.1%	156	52.2%	39	13.0%	299	100.0%
Συγγενικό – φιλικό πρόσωπο χρειάστηκε μόσχευμα	39	13.0%	76	25.4%	137	45.8%	47	15.7%	299	100.0%
Μόνο για κάποιο δικό μου άτομο	44	14.7%	57	19.1%	131	43.8%	67	22.4%	299	100.0%
Τα ΜΜΕ με έχουν επηρεάσει	34	11.4%	92	30.9%	114	38.3%	58	19.5%	298	100.0%
Ικανοποίηση και υπερηφάνεια	62	20.7%	109	36.5%	98	32.8%	30	10.0%	299	100.0%
Ένα όργανό μου θα παραμείνει ζωντανό	47	15.7%	107	35.8%	95	31.8%	50	16.7%	299	100.0%

Οι παραπάνω πεποιθήσεις ομαδοποιήθηκαν σε δύο ομάδες. Οι ομάδες αυτές προέκυψαν από την ανάλυση συνιστωσών (Principal axis factoring, Varimax rotation), εξαιρώντας τον επηρεασμό από τα ΜΜΕ. Η πρώτη ομάδα αφορά «αλτρουιστικά κίνητρα» και αποτελείται από την βοήθεια προς το συνάνθρωπο, την ικανοποίηση θρησκευτικών πεποιθήσεων, το αίσθημα υπερηφάνειας και την πεποίθηση ότι ένα όργανο θα παραμείνει ζωντανό μετά το θάνατο. Η εσωτερική αξιοπιστία της κλίμακας αυτής υπολογίσθηκε με το δείκτη Cronbach's $\alpha = 0,623$. Η κλίμακα «αλτρουιστικά κίνητρα» λαμβάνει τιμές από 4 έως 16, όπου μεγαλύτερη βαθμολογία αντιστοιχεί σε περισσότερα αλτρουιστικά κίνητρα. Η κλίμακα έχει μέση τιμή $m = 11,1$ ($s = 2,31$).

Η δεύτερη ομαδοποίηση αφορά στις πεποιθήσεις που ξεκινούν από την οικογένεια και το φιλικό περιβάλλον. Αποτελείται από τις ερωτήσεις «συγγενικό – φιλικό πρόσωπο είναι δότης», «συγγενικό – φιλικό πρόσωπο χρειάστηκε μόσχευμα» και «θα γινόμεν δότης μόνο για κάποιο δικό μου άτομο». Η εσωτερική αξιοπιστία της κλίμακας «οικογένεια» βρέθηκε να είναι Cronbach's $\alpha = 0,654$. Οι τιμές που λαμβάνει είναι μεταξύ 3 και 12, όπου μεγαλύτερο σκορ αντιστοιχεί σε μεγαλύτερο επηρεασμό από την οικογένεια. Η μέση τιμή της κλίμακας για το δείγμα ήταν $m = 6,9$ ($s = 2,06$).

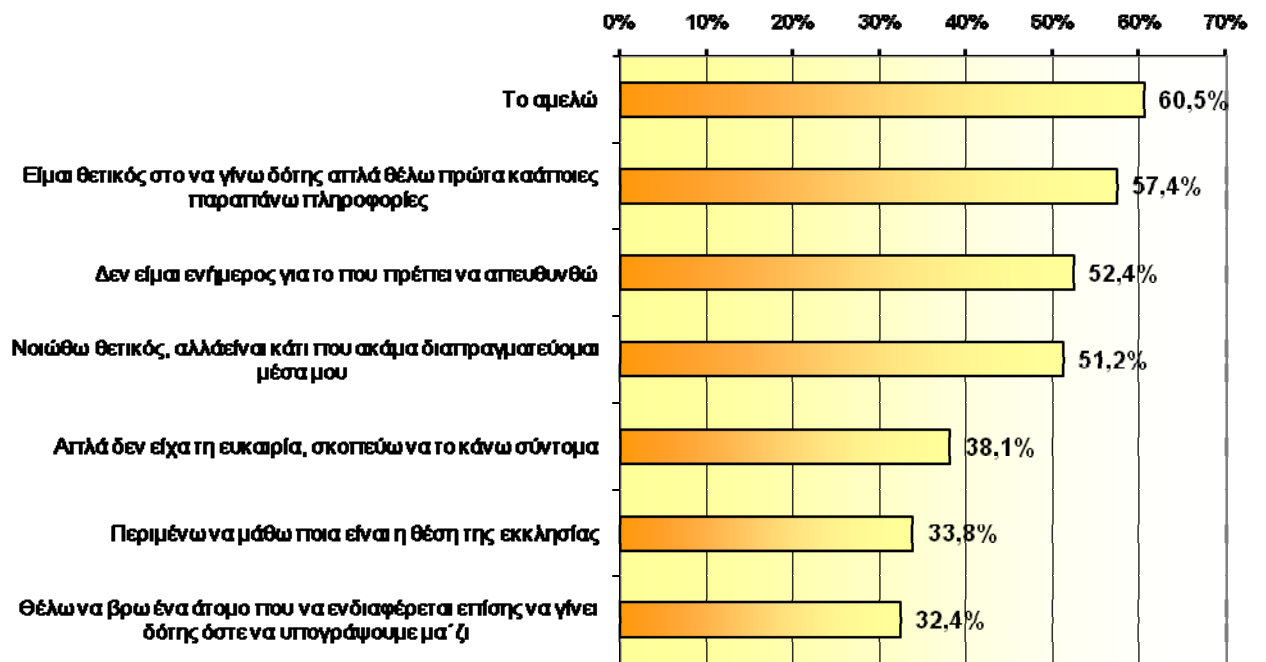
Οι παράγοντες που επιδρούν αρνητικά στις απόψεις των φοιτητών για τη δωρεά οργάνων, συγκεντρώνονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 3: Αρνητικές πεποιθήσεις φοιτητών για τη δωρεά οργάνων

	Συμφωνώ απόλυτα		Συμφωνώ		Διαφωνώ		Διαφωνώ απόλυτα		Σύνολο	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Φόβος	33	11.1%	127	42.8%	95	32.0%	42	14.1%	297	100.0%
Έλλειψη εμπιστοσύνης στις οργανώσεις	31	10.4%	101	34.0%	122	41.1%	43	14.5%	297	100.0%
Έλλειψη εμπιστοσύνης στους γιατρούς	35	11.7%	84	28.2%	138	46.3%	41	13.8%	298	100.0%
Έλλειψη εμπιστοσύνης στη σωστή χρήση του μοσχεύματος	31	10.4%	98	32.9%	136	45.6%	33	11.1%	298	100.0%
Αδιαφορία	15	5.1%	56	19.0%	152	51.5%	72	24.4%	295	100.0%
Αμέλεια	43	14.4%	96	32.2%	113	37.9%	46	15.4%	298	100.0%
Δεν είμαι κατασταλαγμένος	42	14.1%	110	36.9%	101	33.9%	45	15.1%	298	100.0%
Αμφισβήτηση εγκεφαλικού θανάτου	56	18.8%	78	26.2%	126	42.3%	38	12.8%	298	100.0%

Από την ανάλυση συνιστωσών (Principal axis factoring, Varimax rotation), προέκυψαν δύο υποομάδες. Η πρώτη ομάδα ερωτήσεων αφορά την αίσθηση του φόβου και αποτελείται από τις τέσσερις πρώτες ερωτήσεις. Η κλίμακα «Φόβος» λαμβάνει τιμές από 4 έως 16 και η εσωτερική αξιοπιστία υπολογίστηκε με το δείκτη Cronbach's $\alpha = 0,839$. Η μέση τιμή της κλίμακας «φόβος» για το δείγμα είναι $m = 10,3$ ($s = 2,81$). Η δεύτερη ομάδα αποτελείται από τις υπόλοιπες τέσσερις ερωτήσεις και λαμβάνει επίσης τιμές από 4 έως 16. Η αξιοπιστία της κλίμακας «Αδιαφορία» υπολογίστηκε $\alpha = 0,727$ και έχει μέση τιμή $m = 10,5$ ($s = 2,65$). Και για τις δύο κλίμακες ισχύει ότι όσο μεγαλύτερη είναι η κλίμακα τόσο μικρότερος είναι ο επηρεασμός.

Μόλις εννέα άτομα (3%) έχουν ήδη υπογράψει επίσημα κάρτα δότη. Οι λόγοι για τους οποίους, όπως δηλώνουν οι φοιτητές, δεν έχουν γίνει δότες είναι κυρίως ότι το αμελούν (61%) και ότι είναι θετικοί αλλά έχουν κάποιες απορίες (57%). Αναλυτικότερα, οι απαντήσεις τους φαίνονται στο παρακάτω γράφημα.



Σχήμα 3: Λόγοι που δεν έχουν υπογράψει κάρτα δότη

2. Γραμμική Παλινδρόμηση

Για την ανάλυση των πιθανών συσχετίσεων ανάμεσα στις μεταβλητές υπό μελέτη, εφαρμόστηκε η μέθοδος της γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression).

Αρχικά, εξετάστηκαν οι παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο γνώσεων των φοιτητών. Ως εξαρτημένη μεταβλητή τέθηκε η κλίμα «ορθής γνώσης» (CKN). Ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν το φύλο, η ηλικία, το Ίδρυμα φοίτησης (ΤΕΙ, ΑΕΙ), το τμήμα και το εξάμηνο, το εκπαιδευτικό επίπεδο των γονέων, η εμπειρία από δωρεά, καθώς και οι κλίμακες θετικών και αρνητικών πεποιθήσεων («Αλτρουιστικά κίνητρα», «Οικογένεια», «Φόβος» και «Αδιαφορία»).

Τα αποτελέσματα συγκεντρώνεται στον πίνακα που ακολουθεί. Οι παράγοντες που επηρεάζουν τις γνώσεις σχετικά με τη δωρεά οργάνων είναι η ηλικία (οι γνώσεις αυξάνουν με την ηλικία), το τμήμα παρακολούθησης (τα τμήματα υγείας παρέχουν μεγαλύτερη ενημέρωση), η εκπαίδευση του πατέρα (θετική σχέση) και τα αλτρουιστικά κίνητρα (υψηλότερο σκορ στην κλίμακα συνεπάγεται μεγαλύτερες γνώσεις).

Πίνακας 4: Γραμμικό μοντέλο Α. Εξαρτημένη μεταβλητή «Ορθή γνώση»

	B	p-value	95% C. I. for B	
Σταθερά	0.119	0.593	-0.319	0.558
Φύλο	-0.002	0.949	-0.054	0.051
Ηλικία	0.018	0.039	0.001	0.035
Ίδρυμα	-0.049	0.100	-0.108	0.009
Τμήμα παρακολούθησης	-0.088	0.001	-0.142	-0.035
Εξάμηνο	-0.053	0.145	-0.124	0.018
Εκπαίδευση Πατέρα	0.063	0.025	0.008	0.118
Εκπαίδευση Μητέρας	0.045	0.113	-0.011	0.100
Εμπειρία	-0.044	0.105	-0.097	0.009
Αλτρουιστικά κίνητρα	0.015	0.016	0.003	0.027
Οικογένεια	-0.005	0.421	-0.019	0.008
Φόβος	0.001	0.850	-0.010	0.012
Αδιαφορία	0.001	0.859	-0.010	0.012

$R^2=0,146$

Έπειτα, εξετάστηκαν οι παράγοντες που επηρεάζουν την κλίμακα «Αλτρουιστικά κίνητρα». Ο πίνακας που ακολουθεί συγκεντρώνει τα αποτελέσματα. Οι παράγοντες που επηρεάζουν τα αλτρουιστικά κίνητρα των φοιτητών είναι το ίδρυμα φοίτησης (η φοίτηση σε ΑΕΙ αυξάνει τα αλτρουιστικά κίνητρα), το τμήμα (οι φοιτητές σε επαγγέλματα υγείας έχουν μεγαλύτερο αλτρουισμό), η εμπειρία (θετική σχέση) και η «Οικογένεια».

Πίνακας 5: Γραμμικό μοντέλο Α. Εξαρτημένη μεταβλητή «Αλτρουιστικά κίνητρα»

	B	p-value	95% C. I. for B	
Σταθερά	7.955	0.000	4.030	11.880
Φύλο	-0.187	0.467	-0.692	0.318

Ηλικία	-0.031	0.713	-0.200	0.137
Ίδρυμα	0.625	0.028	0.068	1.182
Τμήμα παρακολούθησης	-0.554	0.039	-1.080	-0.027
Εξάμηνο	0.323	0.361	-0.372	1.018
Εκπαίδευση Πατέρα	-0.346	0.205	-0.882	0.190
Εκπαίδευση Μητέρας	-0.185	0.495	-0.719	0.348
Εμπειρία	1.123	0.000	0.620	1.627
Οικογένεια	0.291	0.000	0.167	0.414
Ορθή γνώση	1.389	0.015	0.268	2.510

$R^2=0,209$

Ένα τρίτο μοντέλο δημιουργήθηκε για την κλίμα οικογένεια. Στατιστικώς σημαντικά φαίνεται να επιδρά το τμήμα παρακολούθησης, όπου οι φοιτητές σε τμήματα θετικών σπουδών επηρεάζονται θετικά περισσότερο από την οικογένεια. Επίσης, επιβεβαιώνεται η θετική συσχέτιση των δύο δεικτών πεποιθήσεων.

Πίνακας 6: Γραμμικό μοντέλο Α. Εξαρτημένη μεταβλητή «Οικογένεια»

	B	p-value	95% C. I. for B	
Σταθερά	2.373	0.201	-1.274	6.020
Φύλο	0.108	0.644	-0.351	0.566
Ηλικία	0.025	0.743	-0.127	0.178
Ίδρυμα	0.483	0.062	-0.024	0.989
Τμήμα παρακολούθησης	0.923	0.000	0.454	1.392
Εξάμηνο	0.180	0.574	-0.451	0.812
Εκπαίδευση Πατέρα	0.353	0.154	-0.133	0.839
Εκπαίδευση Μητέρας	-0.195	0.427	-0.679	0.289
Εμπειρία	0.385	0.108	-0.085	0.854
Ορθή γνώση	-0.461	0.377	-1.487	0.565
Αλτρουιστικά κίνητρα	0.239	0.000	0.138	0.341

$R^2=0,184$

Έπειτα, εξετάστηκαν οι παράγοντες που επηρεάζουν τις αρνητικές πεποιθήσεις των φοιτητών. Για την κλίμακα «φόβος», στατιστικώς σημαντικοί παράγοντες ήταν το ίδρυμα φοίτησης (οι φοιτητές ΤΕΙ εκφράζουν περισσότερο φόβο), η εκπαίδευση και των δύο γονιών και η κλίμακα της αδιαφορίας (μεγαλύτερος φόβος συνεπάγεται μεγαλύτερη αδιαφορία).

Πίνακας 7: Γραμμικό μοντέλο Α. Εξαρτημένη μεταβλητή «Φόβος»

	B	p-value	95% C. I. for B	
Σταθερά	6.260	0.006	1.829	10.691
Φύλο	0.507	0.075	-0.052	1.065
Ηλικία	0.033	0.723	-0.152	0.219

Ίδρυμα	-1.005	0.001	-1.622	-0.389
Τμήμα παρακολούθησης	-0.367	0.206	-0.938	0.203
Εξάμηνο	-0.170	0.663	-0.939	0.598
Εκπαίδευση Πατέρα	-0.605	0.045	-1.195	-0.014
Εκπαίδευση Μητέρας	0.766	0.011	0.175	1.358
Εμπειρία	-0.310	0.268	-0.860	0.240
Ορθή γνώση	-0.056	0.929	-1.294	1.181
Αδιαφορία	0.486	0.000	0.382	0.590

$R^2=0,336$

Τέλος, η «αδιαφορία» δεν επηρεάζεται από κάποιο δημογραφικό ή άλλο χαρακτηριστικό των φοιτητών. Επιβεβαιώνεται, βέβαια, η ισχυρή θετική συσχέτιση ανάμεσα στις δύο κλίμακες αρνητικών πεποιθήσεων

Πίνακας 8: Γραμμικό μοντέλο Α. Εξαρτημένη μεταβλητή «Αδιαφορία»

	B	p-value	95% C. I. for B	
Σταθερά	5.415	0.015	1.055	9.776
Φύλο	-0.441	0.114	-0.990	0.107
Ηλικία	0.044	0.632	-0.138	0.227
Ίδρυμα	-0.299	0.339	-0.914	0.315
Τμήμα παρακολούθησης	-0.029	0.920	-0.590	0.532
Εξάμηνο	-0.294	0.444	-1.047	0.460
Εκπαίδευση Πατέρα	0.112	0.705	-0.471	0.696
Εκπαίδευση Μητέρας	0.126	0.673	-0.461	0.713
Εμπειρία	-0.207	0.450	-0.747	0.333
Ορθή γνώση	0.237	0.701	-0.977	1.451
Φόβος	0.468	0.000	0.368	0.568

$R^2=0,292$

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην Ελλάδα δεν έχουν πραγματοποιηθεί έρευνες που αφορούν την δωρεά οργάνων έχουν όμως πραγματοποιηθεί συναφείς έρευνες σχετικά με τη δωρεά αίματος και γαμετών από το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του ΑΤΕΙ Κρήτης. Η πρώτη μελέτησε τα κίνητρα για τη θετική στάση απέναντι στη δωρεά όπως είναι η δωρεά σε έναν συγγενή ή φίλο, η διήμερη άδεια από την δουλειά, δωρεάν εξέταση αίματος, ευαισθητοποίηση από τα ΜΜΕ. Τα κίνητρα για αρνητική στάση απέναντι στη δωρεά ήταν ο φόβος για τη μόλυνση, θρησκευτικές πεποιθήσεις, προβλήματα υγείας, αλλά κυριότερο η αδιαφορία.² Στην έρευνα αναφέρονται επίσης οι παράγοντες δωρεάς, προώθηση εθελοντικής αιμοδοσίας και ερωτήσεις για να διαπιστωθεί η γνώση σχετικά με την αιμοδοσία. Στη δεύτερη σχετικά με τη δωρεά γαμετών μελετήθηκε η πρόθεση για τη δωρεά ή τη λήψη γαμετών και επιπλέον η πρόθεση κάποιου ζευγαριού η μητέρα να γίνει παρένθετη. Επιπλέον θετικά σχετιζόμενες μεταβλητές βρέθηκαν να είναι η ανωνυμία των δοτών, και η άρνηση των δικαιωμάτων των παιδιών να γνωρίζουν τους βιολογικούς τους γονείς, από την άλλη αρνητική συσχέτιση βρέθηκε να έχει η μεταβλητή της εκκλησίας, έχοντας σαν αποτέλεσμα ότι όσο περισσότερο εκκλησιάζεται κάποιος τόσο λιγότερο πρόθυμος είναι να κάνει χρήση της μεθόδου της δωρεάς γαμετών.³

Στο εξωτερικό έχουν πραγματοποιηθεί σαφώς περισσότερες έρευνες πάνω στο θέμα, μιας και η ενασχόληση επιστημών με το θέμα την μεταμόσχευσης και της δωρεάς ξεκινά χρόνια πριν φτάσει στην Ελλάδα. Μία από τις έρευνες που έλαβε χώρα στη Καλιφόρνια σε φοιτητές ιατρικής με σκοπό να καθοριστούν οι παράγοντες που επηρεάζουν την στάση των φοιτητών απέναντι στη δωρεά και την πρόθεσή τους να γίνουν δότες. Ένα από τα στοιχεία που καθορίζει τη στάση είναι η καταγωγή και η ευαισθητοποίηση τους που προήλθε μέσω μιας ενημερωτικής βιντεοταινίας που παρακολουθήσαν. Μια δεύτερη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο πανεπιστήμιο του Buffalo στις ΗΠΑ εξετάζει την πρόθεση φοιτητών στο να γίνουν δωρητές και μέσω της χρήσης ερωτηματολογίων εξετάζονται οι στάσεις οι αντιλήψεις και οι προθέσεις των φοιτητών. Εμμένοντας περισσότερο στα κίνητρα αρνητικής στάσης αναλύει τα εξής: φόβος της διαδικασίας της δωρεάς, καθαρή αδιαφορία για το θέμα, απλή αμέλεια κ.λ.π. Δευτερεύοντες στόχοι της έρευνας ήταν η συμμετοχή τους σε προγράμματα προώθησης της δωρεάς οργάνων ή στο να γίνουν κάτοχοι κάρτας δωρεάς σε περίπτωση θανάτου τους.⁴ Μια τρίτη έρευνα που μας κίνησε το ενδιαφέρον πραγματοποιήθηκε στη Σουηδία σε μαθητές, στο ίδιο «μοτίβο» με αυτή το πανεπιστημίου των ΗΠΑ και σαν αποτέλεσμα είχε ότι οι στάσεις οι αντιλήψεις και οι προθέσεις των μαθητών πάνω στο θέμα της δωρεάς έχουν να κάνουν με το φύλο, την καταγωγή, τις θρησκευτικές πεποιθήσεις των ίδιων και των γονιών τους όπως και το μορφωτικό επίπεδο.⁵ Οι συγκεκριμένοι παράγοντες επέδρασαν θετικά στη πρόθεση ως προς τη δωρεά. Αναφέρονται επίσης αλτρουιστικά κίνητρα,

προσωπική ικανοποίηση προερχόμενη από την κατοχή του τίτλου «δωρητής οργάνων», ευαισθητοποίηση από εμπειρία φιλικού και συγγενικού προσώπου κ.λ.π.

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

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας μεγάλο ποσοστό φοιτητών γνώριζε κάποια πράγματα για την δωρεά οργάνων ενώ μικρό ήταν το ποσοστό εκείνο που είχε εμβαθύνει τις γνώσεις του. Οι μισοί φοιτητές από αυτούς που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν ενήμεροι για το θέμα απ' τα ΜΜΕ ενώ μόνο το 12% είχαν πληροφορίες μέσα απ' τον κύκλο σπουδών τους.

Ένας στους δέκα φοιτητές είχαν εμπειρία δωρεάς οργάνων μέσω συγγενικού ή φιλικού προσώπου ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό (89%) των σπουδαστών είναι θετικοί απέναντι στην δωρεά με σκοπό την βοήθεια προς τον συνάνθρωπο. Αντίθετα όσοι σπουδαστές ήταν αρνητικοί απέναντι στην δωρεά εξηγούσαν την στάση τους σαν αποτέλεσμα «φόβου» ή «αδιαφορίας». Τέλος μόνο 3% των ερωτηθέντων έχουν ήδη υπογράψει κάρτα δότη.

Παράγοντες που επηρεάζουν τις στάσεις των φοιτητών

Από την έρευνα φάνηκε ότι η ηλικία, το τμήμα παρακολούθησης, το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα και τα αλτρουιστικά κίνητρα επηρεάζουν την ορθή γνώση. Όσο υψηλότερα στην κλίμακα είναι αυτοί οι παράγοντες τόσο μεγαλύτερη και η γνώση.

Παράγοντες που επηρεάζουν θετικά τα αλτρουιστικά κίνητρα φαίνονται να είναι το ίδρυμα σπουδών, το τμήμα παρακολούθησης, η εμπειρία στη δωρεά οργάνων κάποιου συγγενικού φιλικού προσώπου, η θετική στάση της οικογένειας απέναντι στο θέμα καθώς και η ορθή γνώση. Επίσης φαίνεται ότι τα άτομα που επηρεάζονται θετικά από την οικογένεια σε μεγαλύτερο βαθμό ως προς την δωρεά είναι άτομα θετικών επιστημών.

Όσον αφορά τις αρνητικές πεποιθήσεις των φοιτητών φαίνονται τα εξής: Η ομάδα των φοιτητών που είναι αρνητικοί απέναντι στη δωρεά εξαιτίας φόβου φαίνεται να επηρεάζονται από το ίδρυμα σπουδών και το μορφωτικό επίπεδο των γονέων.

Ενώ φαίνεται τέλος ότι η αδιαφορία οδηγεί σε μεγαλύτερο φόβο.

Οι υποθέσεις εργασίας φαίνεται να επαληθεύονται αφού τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το τμήμα σπουδών επηρεάζει τις γνώσεις και τις πεποιθήσεις των φοιτητών. Επίσης επιβεβαιώθηκαν οι παράγοντες που δημιουργούν την θετική στάση (σπουδές –ορθή

γνώση-εμπειρία δωρεά –θετική στάση οικογενείας) και την αρνητική στάση (σπουδές – φόβος –αδιαφορία –μορφωτικό επίπεδο γονέων).

Κάτι που έκανε ιδιαίτερη εντύπωση είναι το γεγονός ότι ενώ μεγάλο ποσοστό φοιτητών είναι υπέρ της δωρεάς οργάνων πολύ μικρό ποσοστό είχε υπογράψει ήδη κάρτα δότη . Το μεγαλύτερο ποσοστό δήλωσε ότι αμελεί να υπογράψει κάρτα δότη. Η αμέλεια σε τέτοια θέματα φαίνεται να είναι κοινό χαρακτηριστικό σπουδαστών ανεξαρτήτως σποδών και έρχεται σε συμφωνία με τους σπουδαστές στο εξωτερικό σύμφωνα με έρευνες.(Tomas Hugh Feeley 2005). Συμπεραίνουμε έτσι ότι κάτι τέτοιο χαρακτηρίζει τις νεαρές ηλικίες καθώς και την ιδιότητα του φοιτητή ανεξαρτήτως καταγωγής και εθνικότητας. Πιθανόν αυτό να συμβαίνει διότι οι νέοι άνθρωποι έχουν αγνοία κινδύνου και κάτι τέτοιο δεν τους αφορά άμεσα. Είναι φυσικό εξάλλου ένας νέος άνθρωπος γεμάτος υγεία και δύναμη να πιστεύει ότι αυτό θα διαρκέσει για πάντα γι αυτό τέτοια θέματα υγείας δεν είναι στα άμεσα ενδιαφέροντα του.

Αυτό που μας προβλημάτισε είναι ότι πάνω απ τους μισούς ερωτώμενους δήλωσαν ότι χρειάζονται παραπάνω πληροφορίες προτού απογράψουν κάρτα δότη ενώ σχεδόν οι μισοί δεν ήξεραν που να απευθυνθούν. Φαίνεται δηλαδή ότι η ήδη υπάρχουσα ενημέρωση του κοινού για την δωρεά οργάνων δεν είναι αρκετή και χρειάζεται κάτι παραπάνω από τις λίγες τηλεοπτικές ενημερώσεις και τις αφίσες στους διαδρόμους των νοσοκομείων.

Είναι σημαντικό το γεγονός ότι ο φόβος και η έλλειψη εμπιστοσύνης στις οργανώσεις και τους γιατρούς συγκεντρώνουν ένα πολύ μεγάλο ποσοστό σπουδαστών οι οποίοι διατηρούν αρνητική στάση απέναντι στη δωρεά. Φαίνεται βέβαια ότι ο φόβος είναι αποτέλεσμα της ελλιπής ενημέρωσης και έτσι επιβεβαιώνεται το παραπάνω συμπέρασμα ότι χρειάζεται περισσότερη και πιο ολοκληρωμένη ενημέρωση και γνώση. Η εργασία επικεντρώνεται στα άτομα Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης γιατί είναι νεαρής ηλικίας χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα υγείας και με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο. Ενδιαφέρον προκαλούν αυτά τα χαρακτηριστικά για τη δημιουργία συμπερασμάτων στάσεων και αντιλήψεων από τους φοιτητές που θέματα υγείας δεν είναι στις προτεραιότητες τους ενώ τα προβλήματα του οργανισμού αποτελούν γι'αυτούς μακρινό μέλλον. Παράλληλα όμως είναι άτομα πιο δεκτικά στις νέες ιδέες , εφαρμογές, αλλαγές και ειδικότερα στα επιτεύγματα της ιατρικής. Το γεγονός ότι είναι νέοι και βρίσκονται στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση τους κάνει πιο ευέλικτους στις απόψεις τους από ότι μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα με στοιχειώδη εκπαίδευση. Πιο συγκεκριμένα επιδιώκεται η μελέτη γνώσεων, στάσεων, αντιλήψεων, εμπειριών και πρόθεσης Δωρεάς αυτών των ατόμων για τους λόγους που αναφέρθηκαν παραπάνω.

Τελικά η Δωρεά οργάνων είναι το μέσο για την πραγματοποίηση της μεταμόσχευσης η οποία αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα επιτεύγματα της Ιατρικής. Επιπλέον θεωρείται μια από τις σημαντικότερες μορφές εθελοντισμού αφού ο δότης δεν προσφέρει απλά βοήθεια χωρίς αντάλλαγμα αλλά τα ίδια του τα όργανα ως υπέρτατο αγαθό-δώρο ζωής για κάποιο συνάνθρωπο του. Ως πράξη χαρακτηρίζεται από στοιχεία αγάπης , ανιδιοτέλειας και αλtruισμού. Σε αντιπαράθεση με τα παραπάνω σύμφωνα με τη Mary Ann Lamanna, Ph.D (1997) δεν υφίσταται πάντα πραγματική ανιδιοτέλεια αλλά παρατηρούνται και εγωιστικές συμπεριφορές που αποβλέπουν σε αισθήματα προσωπικής ικανοποίησης, επαίνου, ενισχυμένο αυτοσεβασμό, αποφυγή ενοχής και ευνοϊκής δημοσιότητας.

Βιβλιογραφικές αναφορές.

- 1-7 \http:// www. Prhenal.gr/penodiko.
Γερολυκά Γεωργία – Κωστοπαναγιώτου(2002). ‘ Δότης Οργάνων’ . Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαρίδης
- 8-10Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων.(2002). ‘ Δωρεά Οργάνων και Μεταμοσχεύσεις στην Ελλάδα 2000-2002’ .
www. Eom.gr
- 11- 15.....Παπαδημητρίου Ι. ((γγ) ‘ Μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων’ εκδόσεις Γρηγ. Παρισσιανός. Αθήνα.
- 16- 20.....Γερολυκά Γεωργία – Κωστοπαναγιώτου(2002). ‘ Δότης Οργάνων’ . Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαρίδης
- 21-25 http:// www. Neakardia. Gr/index.ph
- 25-30..... http:// www. Ishlt.org/registries
- Παπαγαρουφάλη Ε. (2002) ‘ Δώρα ζωής μετά θάνατος’ :
πολιτισμικές εμπειρίες’ . Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα. Αθήνα.
- 31-37..... Γερολυκά Γεωργία – Κωστοπαναγιώτου(2002). ‘ Δότης Οργάνων’ . Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαρίδης
http:// www. Neakardia. Gr/index.ph
- 38- 42..... Βλαβιανού-Αρβανίτη, Α., Oleskin, A. Biopolitics - The Bio-Environment - Bio-Syllabus, Διεθνής Οργάνωση Βιοπολιτικής, Αθήνα, 1992
- 42-48..... http:// www. Biopolitics.gr/html/pubs
Harre, R., (1991) "The Problem of the Definition of Bios",
Βιοπολιτική - το Βιο-Περιβάλλον - **Τόμος III, (Α. Βλαβιανού-Αρβανίτη, Εκδ.),** σελ.125-131. Διεθνής Οργάνωση Βιοπολιτικής, Αθήνα.
- Margulis, L., (1981) Symbiogenesis in Cell Evolution, New York.
Debry, J.M., (1990) "Les chiffres qui comptent", Athena, αρ.63, σελ.32.
- Mead, George Herbert (1934) Mind, Self and Society Chicago, University of Chicago Press.
- Ferris, Paul, Dr Freud: A Life. London, 1997)
- Λαζαρίδης Π. (1999). ‘ Οι ηθικές και νομικές πλευρές της μεταμόσχευσης οργάνων και ιστών’ . Εκδόσεις ΑΠΘ. Θεσσαλονίκη.
- 49-52**..... Παπαγαρουφάλη Ε. (2002) ‘ Δώρα ζωής μετά θάνατος’ :
πολιτισμικές εμπειρίες’ . Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα. Αθήνα.
www. Eom.gr
- 53-60**..... http:// www. Biopolitics.gr/html/pubs

Άλλες βιβλιογραφικές αναφορές

- i. Αρβανιτίδης Δ. (1994). ‘ Η χρόνια ηπατίτιδα σε ασθενείς που υποβάλλονται σε μεταμόσχευση. Εκδόσεις Α.Π.Θ. Θεσσαλονίκη
- ii. Καστρινάκης Γιώργος. (1997). ‘ Θέλω να ζήσω’. Εκδόσεις (χ.ο). Αθήνα.
- iii. Λαζαρίδης Π. (1999).’ Οι ηθικές και νομικές πλευρές της μεταμόσχευσης οργάνων και ιστών’. Εκδόσεις ΑΠΘ. Θεσσαλονίκη.
- iv. Μαλτέζου Ελένη. (2000). ‘ Ιογενείς λοιμώξεις σε παιδιά με κακοήθη νοσήματα που υποβάλλονται σε μεταμόσχευση αιματοποιητικού ιστού’. Εκδόσεις Πανεπιστήμιο Κρήτης. Ηράκλειο.
- v. Shannon Thomas.(1993) ‘Bioethics: basic writings on the key ethical questions that surround the major, modern, biological possibilities and problems’. Mahwah , N.J. Paulist Press.
- vi. [http:// www. Neakardia. Gr/index.ph](http://www.Neakardia.Gr/index.ph)

[http:// www. Biopolitics.gr/html/pubs](http://www.Biopolitics.gr/html/pubs)

[http:// www. Zoiforos. gr](http://www.Zoiforos.gr)

[www. Eom.gr](http://www.Eom.gr)

www.springerlink.gr/ [www Pubmed Central.gr](http://www.PubmedCentral.gr)

1. Felley T.H., Servoss TJ. (2005) “Examining college students intentions to become organ donors”.USA
2. Burra P, Bonna M. (2005) “Changing attitude to organ donation and transplantation in university students during the years of Medical school in Italy”. Italy.
3. Eduards E.G, Weale(2004) “A survey of medical students to access their exposure to and knowledge of renal transplantation”.U.K.
4. Bolungas N, Kurt P. (2004) “ The ideas of university students about organ donation”. Turkey.
5. Scaeffner E, Windsch W (2004) “ Knowledge and attitude regarding organ donation among medical students and physicians”. Germany
6. Peron A.L., Rodrigues(2004) “ Organ donation and transplantation in Brazil”. Brazil
7. Margarita A. Sanner (2002) “ Swedish survey of young’s people views on organ donation and transplantation”. Sweden
8. Halil Bilgel, Gamire (2004) “A survey of the public attitude towards organ donation in a Turkish community”. Turkey
9. Joannes Chliaoutakis, Deanna J., Fotini Socrataki, Chrysoyla Leminidou, Dimitris Papaioannou. (1994) “ Blood donor behaviour in Greece. Implications for health policy. Athens
10. Johannes E. Chliaoutakis, Sophia Koukouli and Maria Papadaki. “Using attitudinal indicators to explain the public’s intention to have recourse to gamete donation and surrogacy.” TEI of Crete Greece

11. Mary Ann Lamanna, Ph.D. 1,2 (1997) "Giving and Getting: Altruism and Exchange in Transplantation" Nebraska.
12. Michelle Singh,¹ Roger C. Katz,^{1;2} Kenneth Beauchamp,¹ and Roseann Hannon ¹ (2002) " Effects of Anonymous Information About Potential Organ Transplant Recipients on Attitudes Toward Organ Transplantation and the Willingness to Donate Organs". Kalifornia

ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ
ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

ΜΕΛΕΤΗ ΓΝΩΣΕΩΝ, ΣΤΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΘΕΣΕΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΑΝΩΤΑΤΗΣ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ

Α.Α.Σ.	
Α.Α.Ε.	

ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ
ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2006

A. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

A1 Φύλο

Άνδρας
Γυναίκα

A2 Ηλικία

A3 Ίδρυμα Σπουδών

1. Πανεπιστήμιο
2. ΤΕΙ

A4 Τμήμα Σπουδών

A5 Εξάμηνο Σπουδών

A6 Έτη Σπουδών / Γονέων

Πατέρας A6.1	Μητέρα A6.2	
		1. Απόφοιτος Δημοτικού
		2. Απόφοιτος Γυμνασίου
		3. Απόφοιτος Λυκείου
		4. Απόφοιτος Τεχνικ/Επαγγελ. Σχολής (ΙΕΚ, ΟΑΕΔ, ιδιωτ., σχολές, κλπ)
		5. Απόφοιτος ΤΕΙ ή Πανεπιστημίου
		6. Άλλο (τι;).....

ΒΙ. ΓΝΩΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ

- β1. Η εκκλησία επιτρέπει τη δωρεά οργάνων
- β2. Πρέπει να είσαι απόλυτα υγιής για να γίνεις δωρητής
- β3. Υπάρχει λίστα αναμονής για τους υποψήφιους λήπτες
- β4. Η ιστοσυμβατότητα⁶ μεταξύ δότη και λήπτη είναι καθοριστική για την επιλογή του δεύτερου.
- β5. Σε περίπτωση εγκεφαλικού θανάτου αποφασίζουν οι συγγενείς για το αν θα δωρίσουν κάποιο όργανο άσχετα με το έχει δηλώσει το θύμα όσο ζούσε.
- β6. Υπάρχει σχετικό νομοθετικό πλαίσιο για την δωρεά οργάνων και τη μεταμόσχευση.
- β7. Ο εγκεφαλικά νεκρός δότης οργάνων εξετάζεται για μεταδιδόμενα νοσήματα.
- β8. Για να αφαιρεθεί κάποιο όργανο από τον υποψήφιο δότη πρέπει αυτός να είναι εγκεφαλικά νεκρός.
- β9. Μπορώ να αλλάξω γνώμη ενώ έχω δηλώσει ήδη δωρητής.
- β10. Μπορεί κάποιος να γίνει δωρητής οργάνων ανεξάρτητα από την ηλικία του.

Σωστό	Λάθος	Δεν ξέρω

⁶ Όταν σε ιστούς ενός οργανισμού (ανθρώπου) μπορούν να προστεθούν ιστοί από άλλο οργανισμό (ανθρώπινο) και οι ιστοί του δεύτερου να γίνουν δεκτοί από τον οργανισμό σαν να είναι δικό του, και όχι ξένο σώμα.

- B11. Εγκεφαλικός θάνατος και Κώμα είναι έννοιες ταυτόσημες.
- B12. Ο εγκεφαλικός θάνατος είναι αναστρέψιμος.
- B13. Η δωρεά οργάνων σώζει ζωές
- B14. Σε περίπτωση εγκεφαλικού θανάτου ο δότης μπορεί να έχει προκαθορίσει που θα δοθούν τα όργανα του.

Σωστό	Λάθος	Δεν ξέρω

B(II) . Έχετε ενημερωθεί σχετικά με τη Δωρεά Οργάνων (σημειώστε με ν δίπλα από κάθε απάντηση, μπορείτε να υποδείξετε παραπάνω από 1 απαντήσεις).

1. Γιατρό	
2. Οικογένεια	
3. Φιλικό Περιβάλλον	
4. Μ.Μ.Ε.	
5. Περιοδικό Ιατρικού Περ/νου	
6. Συνέδρια Εκδηλώσεις	
7. Κύκλο Σπουδών	

Γ. ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΔΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ

γ1. Χρειάστηκε ποτέ μόσχευμα κάποιο συγγενικό ή φιλικό σας πρόσωπο?

γ2. Έχει δηλώσει επίσημα κάποιο συγγενικό ή φιλικό σας πρόσωπο ότι θα ήθελε να γίνει δωρητής οργάνων.

γ3. Ενδιαφέρετε κάποιο συγγενικό ή φιλικό σας πρόσωπο να γίνει δότης.

γ4. Το περιβάλλον σας έχει αρνητική στάση απέναντι στη δωρεά.

Ναι	Όχι	Δεν ξέρω

Δ. ΠΡΟΘΕΣΗ ΔΩΡΕΑΣ

δα. Θα γινόμουν δωρητής επειδή:

δα1. Θέλω πραγματικά να βοηθήσω το συνάνθρωπό μου

δα2. Δίνοντας ένα όργανο και σώζοντας μια ζωή, είναι σύμφωνος με τις θρησκευτικές μου πεποιθήσεις.

δα3. Με έχει επηρεάσει συγγενικό-φιλικό πρόσωπο που είναι επίσης δότης.

δα4. Έχω ευαισθητοποιηθεί από συγγενικό φιλικό πρόσωπο που χρειάστηκε μόσχευμα.

δα5. Θα γινόμουν δωρητής μόνο για κάποιο δικό μου άτομο.

δα6. Τα ΜΜΕ με έχουν επηρεάσει υπέρ του να γίνω δότης.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα

δα7. Ο τίτλος του δωρητή μου δίνει ικανοποίηση και υπερηφάνεια.

δα8. Με το να γίνω δωρητής ξέρω ότι ένα όργανο μου θα παραμείνει ζωντανό και μετά το θάνατο μου.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

δβ. Δεν θα γινόμουν δωρητής επειδή:

δβ1. Φοβάμαι.

δβ2. Δεν εμπιστεύομαι τις οργανώσεις, θεωρώντας ότι δεν θα λάβω την περίθαλψη που μου πρέπει γνωρίζοντας ότι είμαι δότης.

δβ3. Δεν εμπιστεύομαι τους γιατρούς και τον τρόπο που θα με αντιμετωπίσουν σε περίπτωση που νοσηλευτώ γνωρίζοντας ότι είμαι δότης.

δβ4. Δεν έχω εμπιστοσύνη για το αν θα χρησιμοποιηθεί σωστά το μόσχευμα.

δβ5. Αδιαφορώ, δεν με αφορά το θέμα της δωρεάς.

δβ6. Το αμελώ, δεν το έχω σκεφτεί σοβαρά.

δβ7. Δεν είμαι ακόμη συνειδητοποιημένος – κατασταλαγμένος, όσον αφορά το θέμα της δωρεάς.

δβ8. Αμφισβητώ τον εγκεφαλικό θάνατο, αφού η ελπίδα για την ζωή κάποιου υπάρχει ως την τελευταία στιγμή.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

Ε. ΣΚΟΠΟΣ ΝΑ ΥΠΟΓΡΑΨΩ ΚΑΡΤΑ ΔΟΤΗ⁷

Εα. Έχω ήδη υπογράψει επίσημα κάρτα δότη.

ΝΑΙ	ΟΧΙ
-----	-----

Εβ. Δεν έχω υπογράψει κάρτα δότη επειδή:

1.ΣΥΜΦΩΝΩ	2.ΔΙΑΦΩΝΩ
-----------	-----------

Εβ1. Το αμελώ.

1.ΣΥΜΦΩΝΩ	2.ΔΙΑΦΩΝΩ
-----------	-----------

Εβ2. Δεν είμαι ενήμερος για το που πρέπει να απευθυνθώ.

1.ΣΥΜΦΩΝΩ	2. ΔΙΑΦΩΝΩ
-----------	------------

Εβ3. Θέλω να βρω ένα άτομο που να ενδιαφέρεται επίσης να γίνει δότης ώστε να υπογράψουμε μαζί.

1.ΣΥΜΦΩΝΩ	2.ΔΙΑΦΩΝΩ
-----------	-----------

Εβ4. Απλά δεν είχα την ευκαιρία, σκοπεύω να το κάνω σύντομα.

1.ΣΥΜΦΩΝΩ	2.ΔΙΑΦΩΝΩ
-----------	-----------

Εβ5. Είμαι θετικός στο να γίνω δότης απλά θέλω πρώτα κάποιες παραπάνω πληροφορίες, έχω κάποιες απορίες.

1.ΣΥΜΦΩΝΩ	2.ΔΙΑΦΩΝΩ
-----------	-----------

Εβ6. Νιώθω θετική/ός αλλά είναι κάτι που ακόμα διαπραγματεύομαι μέσα μου.

1.ΣΥΜΦΩΝΩ	2.ΔΙΑΦΩΝΩ
-----------	-----------

Εβ7. Περιμένω να μάθω ποια είναι η θέση της εκκλησίας.

1.ΣΥΜΦΩΝΩ	2.ΔΙΑΦΩΝΩ
-----------	-----------

⁷ Κάρτα με τα στοιχεία του ατόμου η οποία δηλώνει ότι το άτομο συναινεί στο να δωριστούν τα όργανα του σε περίπτωση εγκεφαλικού θανάτου.

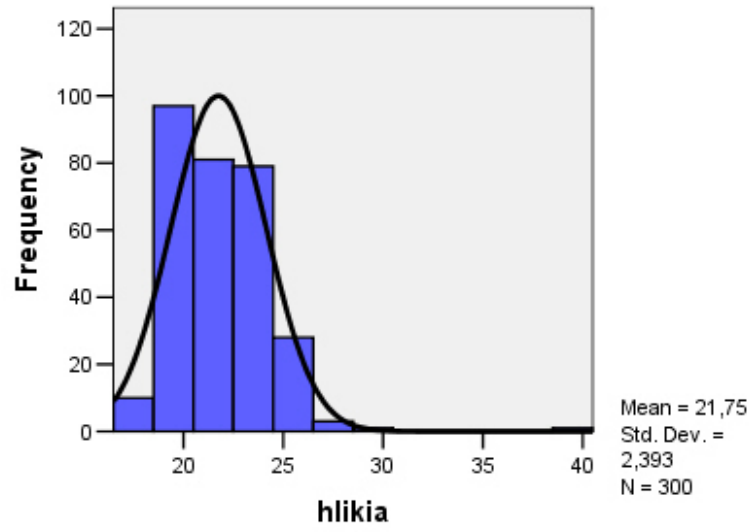
Frequencies

fylo					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 άνδρες	154	51.3	51.3	51.3
	1 γυναίκες	146	48.7	48.7	100.0
	Total	300	100.0	100.0	

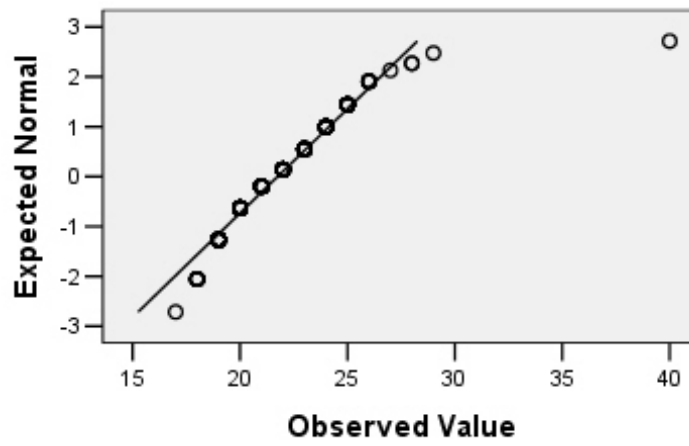
Descriptives				
			Statistic	Std. Error
hlikia	Mean		21.75	.138
	95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	21.48
			Upper Bound	22.02
	5% Trimmed Mean		21.64	
	Median		22.00	
	Variance		5.727	
	Std. Deviation		2.393	
	Minimum		17	
	Maximum		40	
	Range		23	
	Interquartile Range		3	
	Skewness		1.716	.141
	Kurtosis		10.284	.281

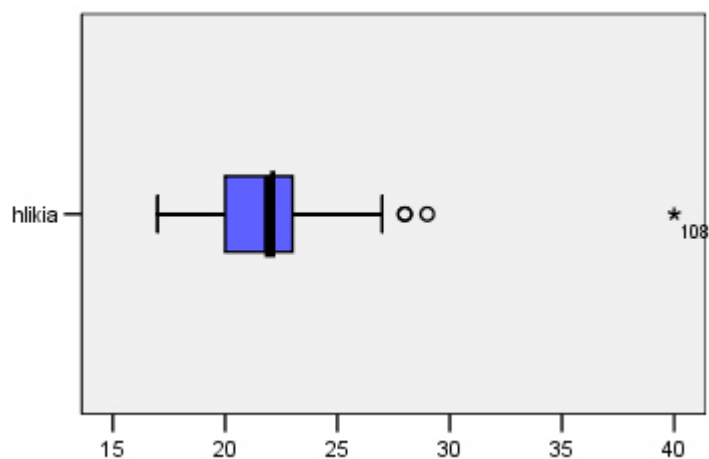
Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
hlikia	.124	300	.000	.887	300	.000

Histogram



Normal Q-Q Plot of hlikia





idryma					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 TEI	109	36.3	36.3	36.3
	2	191	63.7	63.7	100.0
	Total	300	100.0	100.0	

tmhma					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 θετικών	42	14.0	14.0	14.0
	2	69	23.0	23.0	37.0
	5	81	27.0	27.0	64.0
	8	51	17.0	17.0	81.0
	9	29	9.7	9.7	90.7
	10	28	9.3	9.3	100.0
	Total	300	100.0	100.0	

eksamho					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 1-4 εξάμηνο	153	51.0	51.0	51.0
	1 υπόλοιπα	147	49.0	49.0	100.0
	Total	300	100.0	100.0	

m.e.pate

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 έως δευτεροβάθμια	157	52.3	52.3	52.3
	1 τριτοβάθμια	143	47.7	47.7	100.0
	Total	300	100.0	100.0	

m.e.mhte					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 έως δευτεροβάθμια	174	58.0	58.0	58.0
	1 τριτοβάθμια	126	42.0	42.0	100.0
	Total	300	100.0	100.0	

B1. ΓΝΩΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ								
	1 swsto		2 lathos		3 den gnwrizo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
h eklhsia epitrepei th dorea organwn	162	54.4%	53	17.8%	83	27.9%	298	100.0%
prepei na e;isai ap;olyta ygiw gia na ginei doriths	194	64.7%	72	24.0%	34	11.3%	300	100.0%
yparxei lista anamonhs gia toys ypopsifioys liptes	226	75.3%	33	11.0%	41	13.7%	300	100.0%
h istosymbatohtha metaksi doth kai lhpth einai kathoristikh gia thn epilogh toy deuteroy	219	73.2%	36	12.0%	44	14.7%	299	100.0%
se periptosh egkefalikoy thanatoy apofasizoyn oi syggenenis gia to an tha dorisoyn kapoio organo asxeta me to ti exei dhlosei to uyma oso zoyshe	156	52.0%	88	29.3%	56	18.7%	300	100.0%
yparxei sxetiko nomothetiko plaisio gia thn dorea organwn kai th metamoxeysh	172	57.5%	42	14.0%	85	28.4%	299	100.0%
o egkefalika nekros doths organwn eksetazete gia metadidomena noshmata	194	64.7%	41	13.7%	65	21.7%	300	100.0%
gia na aferethei kapoio organo apo ton ypopsifio doth prepi aytos na einai egkefalika nekros	156	52.2%	79	26.4%	64	21.4%	299	100.0%
mporw na allakso gnomh eno exo dhlosei idi dorhths	175	58.3%	54	18.0%	71	23.7%	300	100.0%
mporei kapoios na ginei doriths organvn aneksarthta apo thn hlikia toy	136	45.3%	97	32.3%	67	22.3%	300	100.0%
o egkefalikos thanatos kai koma e;inai enoies toytoshmes	104	34.7%	153	51.0%	43	14.3%	300	100.0%
o egkefalikos thanatos einai anastrepsimos	128	42.8%	119	39.8%	52	17.4%	299	100.0%
h dorea organwn sozei zoes	235	78.6%	42	14.0%	22	7.4%	299	100.0%
se periptosh egkefalikoy thanatoy o doths mporei na exei prokathorisei poy tha dothoyn ta organatoy	142	47.5%	91	30.4%	66	22.1%	299	100.0%

B2. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ ΑΠΟ:						
	1 nai		2 oxi		Total	
	N	%	N	%	N	%
giatro	79	26.3%	221	73.7%	300	100.0%
oikogeneia	120	40.0%	180	60.0%	300	100.0%

filiko perivallon	110	36.7%	190	63.3%	300	100.0%
mme	166	55.3%	134	44.7%	300	100.0%
periodika iatrikoy periexomenoy	74	24.7%	226	75.3%	300	100.0%
synedria/ekdhloseis	41	13.7%	259	86.3%	300	100.0%
kyklo spoydon	36	12.0%	264	88.0%	300	100.0%

Γ. ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΔΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ:									
	1 nai		2 oxi		3 den gnwrizo		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
xreisthke pote mosxeyma kapoio syggeniko h filik sas proswpo?	55	18.4%	219	73.2%	25	8.4%	299	100.0%	
exei dhlosei epishma kapoio syggeniko h filiko sas proswpo oti tha hthele na ginei dorhths organon?	59	19.7%	182	60.9%	58	19.4%	299	100.0%	
endiaferete kapoio syggeniko h filiko sas proswpo na ginei doths?	59	19.7%	134	44.8%	106	35.5%	299	100.0%	
to perivallon sas exei arnhthikh stash apenanti sth dorea?	37	12.4%	170	56.9%	92	30.8%	299	100.0%	

Δ1. ΘΑ ΓΙΝΟΜΟΥΝ ΔΩΡΗΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΝ:										
	1 symf.apolyta		2 symfwnw		3 diafwnw		4 diaf.apolyta		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
thelo pragmatika na boithiso to synanthropo moy	83	27.8%	183	61.2%	20	6.7%	13	4.3%	299	100.0%
dinontas ena organo kai swzontas mia zoi eimai symfonos me tis thriskeytikas moy pepoithiseis	46	15.5%	162	54.5%	70	23.6%	19	6.4%	297	100.0%
me exei ephreasei syggeniko filiko proswpo poy einai doths	26	8.7%	78	26.1%	156	52.2%	39	13.0%	299	100.0%
exw eyesthitopoihthei apo syggeneiko filiko proswpo poy xreisthke mosxeyma	39	13.0%	76	25.4%	137	45.8%	47	15.7%	299	100.0%
tha ginomoun dorhths mono gia kapoio diko moy atomo	44	14.7%	57	19.1%	131	43.8%	67	22.4%	299	100.0%
ta mme me exoun ephreasei yper toy na gino doths	34	11.4%	92	30.9%	114	38.3%	58	19.5%	298	100.0%
o titlos toy dorhth moy dinei ikanopoihsh kai yperhfanias	62	20.7%	109	36.5%	98	32.8%	30	10.0%	299	100.0%
me to na gino dorhths ksero oti ena organo moy tha parameinei zwntano kai meta to thanato moy	47	15.7%	107	35.8%	95	31.8%	50	16.7%	299	100.0%

Δ2. ΔΕΝ ΘΑ ΓΙΝΟΜΟΥΝ ΔΩΡΗΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΝ:										
	1 symf.apolyta		2 symfwnw		3 diafwnw		4 diaf.apolyta		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
fobamai	33	11.1%	127	42.8%	95	32.0%	42	14.1%	297	100.0%
den empisteyomai tis organoseis	31	10.4%	101	34.0%	122	41.1%	43	14.5%	297	100.0%

den empisteyomai toys giatroys kai ton tropo poy tha me antimetopisoyn	35	11.7%	84	28.2%	138	46.3%	41	13.8%	298	100.0%
den exo empistosynh gia to an tha xrhsimopoihthei swsta to mosxeyma	31	10.4%	98	32.9%	136	45.6%	33	11.1%	298	100.0%
adiaforo de me afora to thema ths doreas	15	5.1%	56	19.0%	152	51.5%	72	24.4%	295	100.0%
to amelo den to exo skeftei sovara	43	14.4%	96	32.2%	113	37.9%	46	15.4%	298	100.0%
den eimai akomh syneidhtopoihmenos katastalagmenos	42	14.1%	110	36.9%	101	33.9%	45	15.1%	298	100.0%
amfisbhto ton egkefaliko thanato	56	18.8%	78	26.2%	126	42.3%	38	12.8%	298	100.0%

ea exo hdh ypograpsei epishma karta doth					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 nai	9	3.0	3.0	3.0
	2 oxi	288	96.0	97.0	100.0
	Total	297	99.0	100.0	
Missing	System	3	1.0		
Total		300	100.0		

E2. ΔEN EXΩ KAPTA ΔΟΤΗ ΓΙΑΤΙ:									
	1 symfwnw		2 diafwnw		3		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
den eimai enhmeros gia to poy prepei na apeythintho	151	52.6%	135	47.0%	1	.3%	287	100.0%	
thelo na brw ena atomo poy na endiaferetai epishs na ginei doths wste na ypograpsoyme mazi	93	32.3%	194	67.4%	1	.3%	288	100.0%	
apla den eixa thn eykairia skopeyw na to kano syntoma	109	38.0%	176	61.3%	2	.7%	287	100.0%	
eimai thetikos/h sto na gino doths apla thelo prwta kapoies parapanw plhrofories, exw apories	167	57.6%	123	42.4%	0	.0%	290	100.0%	
niotho thetikh/os alla einai kati poy akoma diapragnateyomai mesa moy	149	51.4%	141	48.6%	0	.0%	290	100.0%	
perimeno na matho poia einai h thesh ths eklhsias	98	34.0%	190	66.0%	0	.0%	288	100.0%	

Explore

Descriptives				
			Statistic	Std. Error
ckn	Mean		.5425	.01311
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	.5167	
		Upper Bound	.5683	
	5% Trimmed Mean		.5502	
	Median		.6000	
	Variance		.051	
	Std. Deviation		.22667	

Minimum	.00	
Maximum	.90	
Range	.90	
Interquartile Range	.30	
Skewness	-.461	.141
Kurtosis	-.439	.281

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ckn	.132	299	.000	.951	299	.000

ckn