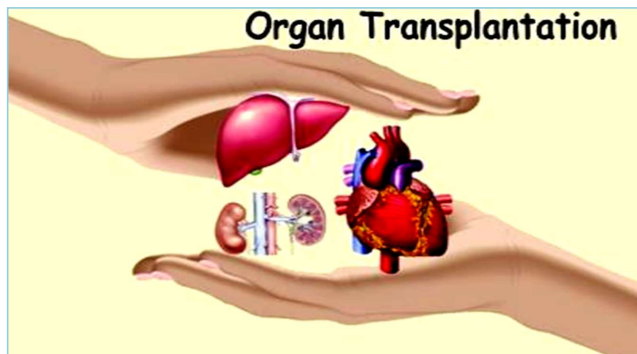


ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: <<ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ ΣΤΗ Μ.Ε.Θ.,
ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΔΙΕΘΝΗ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ>>



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΝΟΥΣΑ ΜΑΡΙΑ-ΙΩΑΝΝΑ, ΟΚΤΑΡΑ ΑΡΕΤΗ
ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΤΖΕΝΑΛΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ. RN, BSc, MSc, PhD

ΠΑΤΡΑ 2020

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία αποτελεί προσπάθεια ολοκλήρωσης των σπουδών μας στο τμήμα νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πατρών (πρώην ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδος). Η εργασία συγκροτείται από μία βιβλιογραφική ανασκόπηση της δωρεάς οργάνων στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Κατά τη διεκπεραίωση της εργασίας αυτής μας κατέστη σαφές πως η πράξη της δωρεάς είναι υψίστης σημασίας και για τον δότη αλλά και για τον λήπτη. Κάθε χρόνο εκατοντάδες χιλιάδες ασθενείς πεθαίνουν από επιπλοκές και διάφορα άλλα αίτια καθώς βρίσκονται στις λίστες αναμονής για μεταμόσχευση οργάνων. Την ίδια στιγμή, οι αιτήσεις για εγγραφή στα Εθνικά Μητρώα δωρητών οργάνων μειώνονται όλο και περισσότερο. Επιπλέον, είναι προφανές ότι τα πρόσωπα που εμπλέκονται σε αυτή τη διαδικασία πλήττονται από έναν χείμαρρο συναισθηματικών διαταραχών. Επομένως, η διατήρηση της ψυχικής υγείας και ευεξίας αποτελεί έναν από τους κυριότερους και σημαντικότερους στόχους της προαγωγής υγείας. Θεωρούμε, λοιπόν, πως ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας είναι η εξισορρόπηση της σωματικής και ψυχικής υγείας των ασθενών.

Με εκτίμηση,

Νούσα Μαρία-Ιωάννα, Οκτάρα Αρετή

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η δωρεά οργάνων αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα επιτεύγματα στον χώρο της Ιατρικής επιστήμης τον 20^ο αι. Είναι το μέσο για την πραγματοποίηση των μεταμοσχεύσεων, ένα δώρο ζωής και παράλληλα ένα μήνυμα ελπίδας, ανθρωπιάς και αλληλεγγύης. Επιπλέον θεωρείται μία από τις σημαντικότερες μορφές εθελοντισμού, αφού ο δότης δεν προσφέρει απλά βοήθεια χωρίς αντάλλαγμα αλλά τα ίδια του τα όργανα ως υπέρτατο αγαθό ζωής για κάποιον συνάνθρωπό του. Ζωτικής σημασίας και αναπόσπαστο κομμάτι μιας επιτυχούς μεταμόσχευσης αποτελούν οι επαγγελματίες υγείας, γιατροί και νοσηλευτές, εργαζόμενοι σε Μ.Ε.Θ. Ο βαθμός της επιμόρφωσής τους σε θέματα που άπτονται της δωρεάς και μεταμόσχευσης οργάνων είναι καθοριστικός για την προώθηση της ιδέας της δωρεάς οργάνων ως μόνης λύσης για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ληπτών.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η παρουσίαση των σύγχρονων παγκόσμιων δεδομένων και εξελίξεων όσον αφορά στη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων καθώς και ο ρόλος των νοσηλευτών στην ψυχολογία των ασθενών που υποβάλλονται σε αυτή την διαδικασία.

Υλικό και μέθοδος: Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τη συγγραφή της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση. Η συγγραφή πραγματοποιήθηκε από μελέτη επιστημονικών άρθρων και διαδικτυακή αναζήτηση σε βάσεις δεδομένων όπως το PubMed, Google Scholar, Science Direct και Springer Link.

Αποτελέσματα: Η μεταμόσχευση επηρεάζει σημαντικά τη ψυχολογική ισορροπία όχι μόνο των ασθενών αλλά και των οικογενειών τους. Λόγω του γεγονότος ότι η ημιμάθεια, ο φόβος και σε ορισμένες περιπτώσεις η πλήρης άγνοια αποτρέπουν τους ανθρώπους από το να γίνουν δωρητές οργάνων, η προσφορά για δωρεά ολοένα και μειώνεται. Αντίθετα, η ζήτηση αυξάνεται συνεχώς. Επιπλέον, κατά την προμεταμοσχευτική αλλά και την μετέπειτα φάση του ασθενούς οι επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι εμπλέκονται άμεσα μαζί του και τους οικείους του, παρεμβαίνουν με τα κατάλληλα μέσα (σωστή και κατατοπιστική πληροφόρηση, ψυχολογική υποστήριξη, φαρμακευτική αγωγή, κλπ) προκειμένου να προάγουν αποτελεσματικά την υγεία του.

Συμπεράσματα: Η αξιολόγηση των γνώσεων των πολιτών και των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τη δωρεά οργάνων αποτελεί ένα σημαντικό τμήμα της διαδικασίας αυτής. Η συνεχής έρευνα και μελέτη και η διαρκής ενημέρωση του κοινού επί του θέματος θα επιλύσει

το πρόβλημα της έλλειψης προσφοράς και θα μειώσει σαφώς τους θανάτους των εν αναμονή ασθενών.

Λέξεις κλειδιά: Μεταμόσχευση, ξενομεταμόσχευση, δότης, βιοηθική, εικαζόμενη συναίνεση

ABSTRACT

Organ donation is one of the greatest achievements in the field of medical science in the 20th century. It is the means of performing transplants a gift of life and at the same time a message of hope, humanity and solidarity. In addition, it is considered one of the most important forms of volunteering, since the donor does not simply offer help without consideration but his own organs as the supreme good of life for a fellow human being. Health professionals, doctors and nurses, working in I.C.U., are a vital and an integral part of a successful transplant. The degree of their training in issues related to organ donation and transplantation is crucial for promoting the idea of organ donation as the only solution to improve the quality of life of recipients.

Purpose: The purpose of this thesis is to present the current global data and developments regarding organ donation and transplantation as well as the role of nurses as far as the psychology of patients undergoing this procedure is concerned.

Material and method: The method used for writing this thesis is the literature review. The writing was done through a study of scientific articles and internet search.

Results: Transplantation significantly affects the psychological balance not only of patients but also of their families. Due to the fact that semi-learning, fear and in some cases complete ignorance prevent people from becoming organ donors, the offer for donation is decreasing. On the contrary, demand is constantly increasing. In addition, during the pre-transplant and the subsequent phase of the patient, the health professionals, who are directly involved with him and his relatives, intervene with the appropriate means (correct and instructive information, psychological support, medication, etc.) in order to effectively promote his health.

Conclusions: Assessment of the knowledge of citizens and health professionals about organ donation is an important part of this process. Continuous research, study and constant information of the public on the subject will solve the problem of lack of supply and will clearly reduce deaths of patients in waiting rooms.

Keywords: Transplantation, xenograft, donor, bioethics, presumed consent.

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Μ.Ε.Θ (Μονάδα Εντατικής Θεραπείας)

Ε.Ο.Μ. (Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων)

Ε.Θ (Εγκεφαλικός Θάνατος)

ΚΕ.Σ.Υ (Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας)

Π.Ο.Υ (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας)

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ:

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ABSTRACT.....	4
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ.....	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	10
Κεφάλαιο 1: «Γενικά περί δωρεάς οργάνων»	11
1.1 Ορισμός μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων.....	11
1.2 Δωρητές οργάνων.....	11
1.3 Δυνητικοί δότες	12
1.4 Προϋποθέσεις δотών.....	13
1.5 Δήλωση δωρεάς οργάνων και κάρτα δотών	14
Κεφάλαιο 2: « Μεταμοσχεύσεις»	16
2.1 Ιστορική αναδρομή μεταμόσχευσης.....	16
2.2 Μονάδες μεταμόσχευσης.....	17
2.3 Κόστος μεταμόσχευσης.....	18
2.4 Μεταμόσχευση νεφρού.....	19
2.5 Μεταμόσχευση παγκρέατος.....	21
2.6 Μεταμόσχευση ήπατος.....	23
2.7 Μεταμόσχευση καρδιάς.....	25
2.8 Μεταμόσχευση πνεύμονα.....	27
2.9 Μεταμόσχευση ιστών.....	30
2.10 Μεταμόσχευση μυελού.....	31
2.11 Μεταμόσχευση κερατοειδούς.....	32

Κεφάλαιο 3 : « Πως γίνεται η δωρεά οργάνων από αποθανόντες δότες».....	34
3.1 Εγκεφαλικός θάνατος.....	34
3.2 Προϋποθέσεις και κριτήρια διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου.....	36
3.3 Κυκλοφορικός θάνατος.....	38
3.4 Προϋποθέσεις και κριτήρια διάγνωσης του κυκλοφορικού θανάτου.....	41
Κεφάλαιο 4: « Νομοθεσία»	43
4.1 Κώδικας ιατρικής δεοντολογίας.....	43
4.2 Βιοηθική.....	47
4.3 Ηθικά ζητήματα.....	50
4.4 Η στάση της εκκλησίας απέναντι στην «εικαζόμενη συναίνεση» και στις μεταμοσχεύσεις.....	53
Κεφάλαιο 5 : « Ο ρόλος των νοσηλευτών στην ΜΕΘ στη δωρεά οργάνων και στατιστικά δεδομένα»	59
5.1 Γνώσεις και στάσεις των νοσηλευτών απέναντι στους ασθενείς με δωρεά οργάνων.....	59
5.2 Σύγχρονα στατιστικά δεδομένα για δωρεά οργάνων στην Ευρώπη – Ελλάδα.....	60
5.3 Ψυχολογική υποστήριξη δωρητών-ληπτών.....	61
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	62
Κεφάλαιο 6: <<Παρουσίαση περιστατικών>>.....	63
6.1. Μελέτη 1 ^{ης} περίπτωσης ασθενούς.....	63
6.2. Μελέτη 2 ^{ης} περίπτωσης ασθενούς.....	70
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	73
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ.....	75

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία πραγματεύεται τη δωρεά οργάνων σε χρόνιους ασθενείς που βρίσκονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και τη προσέγγισή τους από τους επαγγελματίες υγείας. Είναι γεγονός ότι ένα από τα μεγαλύτερα επιτεύγματα στον χώρο της Ιατρικής επιστήμης τον 20^ο αι. είναι και οι μεταμοσχεύσεις.

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται μία γενική αναφορά στη δωρεά οργάνων. Διευκρινίζονται οι όροι <<δωρητής>> και <<δυνητικός δότης>> και αναλύονται οι προϋποθέσεις που πρέπει να πληρούν οι δότες. Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται μία ιστορική αναδρομή της μεταμόσχευσης οργάνων. Στη συνέχεια γίνεται λόγος για το κόστος της μεταμόσχευσης και για τα μεταμοσχευτικά κέντρα. Τέλος, αναλύεται ξεχωριστά κάθε όργανο που μπορεί να μεταμοσχευθεί. Στο τρίτο κεφάλαιο καταγράφονται οι προϋποθέσεις και τα κριτήρια διάγνωσης του εγκεφαλικού και κυκλοφορικού θανάτου. Το τέταρτο κεφάλαιο ασχολείται με τη νομοθεσία, τη βιοηθική, διάφορα ηθικά ζητήματα που απασχολούν τους εμπλεκόμενους της διαδικασίας καθώς και τη στάση της εκκλησίας απέναντι στο θέμα.

Στη συνέχεια τα δύο τελευταία κεφάλαια αναλύουν τη νοσηλευτική προσέγγιση των παραπάνω. Στο πέμπτο κεφάλαιο αναπτύσσεται ο ρόλος και οι γνώσεις του νοσηλευτή όσον αφορά τη μεταμόσχευση οργάνων καθώς επίσης και η ψυχολογική υποστήριξη των δωρητών και των ληπτών. Παρουσιάζονται, επίσης, σύγχρονα στατιστικά δεδομένα σε Ελλάδα και Ευρώπη. Στο έκτο και τελευταίο κεφάλαιο γίνεται παρουσίαση δύο πραγματικών περιστατικών και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.

Η εργασία ολοκληρώνεται με την παράθεση των συμπερασμάτων μας τα οποία συμφωνούν με το γεγονός ότι η δωρεά οργάνων έχει καταφέρει να σώσει εκατομμύρια ανθρώπινες ζωές και ότι με τη συμβολή του νοσηλευτή στη σωματική και ψυχική υγεία του ασθενούς προβλέπεται μία θετική έκβαση από αυτήν τη διαδικασία.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΔΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ

1.1.ΟΡΙΣΜΟΣ: ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ-ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ:

Η μεταμόσχευση είναι η διαδικασία θεραπείας ενός ασθενούς, η οποία επιλέγεται στην περίπτωση ανεπάρκειας οργάνου σε τελικό στάδιο. Η μεταμόσχευση θεωρείται ως η καλύτερη και μερικές φορές η μοναδική μορφή θεραπείας για τις μη αναστρέψιμες οργανικές βλάβες. Η έλλειψη οργάνων προς δωρεά αποτελεί ένα παγκόσμιο πρόβλημα. Υπολογίζεται πως το 10% των ασθενών στις λίστες αναμονής πεθαίνουν. Ωστόσο, παρά τις ελλείψεις, η δωρεά και η μεταμόσχευση οργάνων αποτελούν μεγάλο ενδιαφέρον την τελευταία δεκαετία, σε κυβερνητικό και επαγγελματικό επίπεδο. Αυτό οφείλεται τόσο στο γεγονός ότι υπάρχει μεγάλη έλλειψη οργάνων, καθώς και μεγάλη διεθνής κλιμάκωση στον τομέα της δωρεάς, όσο και στην ανάγκη διασφάλισης της ακεραιότητας των ηθικών και νομικών πρακτικών. Η είσοδος ασθενών με θανατηφόρα εγκεφαλικά τραύματα στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας αποτελεί μία από τις επιλογές που στοχεύει στην αύξηση της δωρεάς οργάνων (Rudge 2012, Escudero 2017).

1.2. ΔΩΡΗΤΕΣ ΟΡΓΑΝΩΝ

Όπως προαναφέρθηκε, υπάρχει παγκοσμίως μία σημαντική έλλειψη προσφοράς οργάνων. Μία έρευνα στο Ηνωμένο βασίλειο έδειξε ότι 6.000 άτομα περίπου βρίσκονται στη λίστα αναμονής και λόγω της μειωμένης παροχής 411 άτομα έχασαν τη ζωή τους (2017). Επομένως, είναι κατανοητό ότι απαιτείται άμεση διερεύνηση των παραγόντων που ενθαρρύνουν αλλά και αποτρέπουν τους δωρητές οργάνων από το να προβούν σε αυτή την ανιδιοτελή πράξη. Σκοπός αυτού, η εύρεση τρόπων και μεθόδων ενθάρρυνσης των δωρητών] να συναινέσουν στη δωρεά των οργάνων τους και να σώσουν ζωές.

Σε μία μελέτη στο Η.Β. τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ερωτηθέντες σε ποσοστό 66,1% συμφώνησαν στη συμμετοχή στο μητρώο δωρητών, το 24,3% επέλεξε σε αποδέκτη συγκατάθεση και τέλος το 9,4% δήλωσαν αναποφάσιστοι ή ζήτησαν να εξαιρεθούν. Στους τελευταίους αυξήθηκαν σημαντικά τα συναισθηματικά εμπόδια και οι φόβοι που σχετίζονται με τη σωματική ακεραιότητα. Παρ' όλα αυτά η ενημέρωση και η εξάλειψη των μύθων γύρω από τη δωρεά οργάνων δεν άλλαξε τη γνώμη τους. Προκειμένου να αυξηθεί το ενδιαφέρον και η αποδοχή της ιδέας της δωρεάς, έχουν διεξαχθεί πολλές μελέτες και έχουν

πραγματοποιηθεί αρκετές αλλαγές στα εκάστοτε εθνικά νομοθετικά πλαίσια, πχ. εξαίρεση των συστημάτων συγκατάθεσης.

Σε μία άλλη πρόσφατη έρευνα μεγάλης κλίμακας χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της επίκλησης στο συναίσθημα με στόχο την ευαισθητοποίηση του κοινού για τη δωρεά οργάνων. Επίσης, οι συμμετέχοντες απάντησαν σε ερωτήματα σχετικά με τα συναισθηματικά εμπόδια για τη δωρεά (πχ. δυσπιστία όσον αφορά τους ιατρικούς χειρισμούς). Σε προηγούμενη έρευνα διαπιστώθηκε πως τα συναισθηματικά εμπόδια διαφοροποιούν τους δωρητές με τους μη-δωρητές σύμφωνα με την εκάστοτε ισχύουσα νομοθεσία. Άλλοι παράγοντες που πιστεύεται ότι επηρεάζουν αυτές τις αποφάσεις και τα πιστεύω τους (πχ. θρησκεία ή ιδεολογία) (Miller et al. 2019).

Εν έτη 2009, ιδρύθηκε η Αρχή Δωρεάς οργάνων και Μεταμοσχεύσεων της Αυστραλίας με σκοπό την εφαρμογή μεταρρυθμίσεων για την αύξηση των συμμετοχών και εγγραφών στο εθνικό μητρώο δωρεάς οργάνων και ιστών. Ο έλεγχος δωρεάς της Αυστραλίας (Australian Donate Life Audit) συγκεντρώνει δεδομένα για όλους τους θανάτους που λαμβάνουν χώρα στις μονάδες εντατικής θεραπείας. Αναπτύχθηκε ένα λογιστικό μοντέλο εκτίμησης των αναμενόμενων αριθμών δοτών την χρονική περίοδο μεταξύ Ιουλίου 2012 έως Δεκέμβριο 2013. Η έρευνα έδειξε ότι μεταξύ Ιουλίου 2012 και Απριλίου 2014 σημειώθηκαν 6.861 θάνατοι διασωληνωμένων σε 68 νοσοκομεία, εκ των οποίων το 8.1% (553 ασθενείς) ήταν δωρητές. Ορισμένοι παράγοντες ανεξάρτητα συσχετιζόμενοι με η δωρεά οργάνων είναι η ηλικία, ο εγκεφαλικός θάνατος, νευρολογικές διαγνώσεις, κρεατινίνη, τρανσαμινάση αλανίνης, καρκίνος, καρδιακή ανακοπή ή χρόνια καρδιακή νόσος ή περιφερική αγγειακή νόσος (Pilcher et al. 2015).

1.3. ΔΥΝΗΤΙΚΟΙ ΔΟΤΕΣ

Η έλλειψη δυνατικών δοτών μπορεί να οδηγήσει σε θάνατο αλλά και σε αναπηρία των υποψηφίων για μεταμόσχευση καθώς και αυξημένη κοστολογική επιβάρυνση της υγειονομικής περίθαλψης. Οι διαδικασίες που σχετίζονται με τη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων, λαμβάνουν χώρα σε μία δύσκολη στιγμή για τις οικογένειες των δυνατικών δοτών. Το πρώτο βήμα κατά τη διάρκεια της διαδικασίας δωρεάς - μεταμόσχευσης είναι ο προσδιορισμός και η παραπομπή των πιθανών δωρητών. Για παράδειγμα στον Καναδά κάθε χρόνο σημειώνονται 250.000 θάνατοι κατά προσέγγιση. Περίπου ένα μικρό ποσοστό των

ασθενών αυτών (από 2.000-4.000) θα αξιολογηθούν για να διαπιστωθεί ότι πληρούν τα κριτήρια επιλεξιμότητας για να δωρίσουν τα όργανά τους. Ωστόσο, έχει υπολογιστεί πως μόνο 600 από αυτούς τους δυνητικούς δότες θα γίνουν πραγματικοί δότες.

Η διαδικασία εντοπισμού, διαχωρισμού και παραπομπής ενός δυνητικού δότη ενδέχεται να αμφισβητηθεί εξαιτίας της αδυναμίας ορισμού ενός δυνητικού δότη, της μη τήρησης της νομοθεσίας περί παραπομπής και συχνά η φυσική ταλαιπωρία κατά τη φροντίδα και δωρεά. Επιπλέον, δύναται να υπάρξουν ορισμένες περιπτώσεις όπου η αναγνώριση και παραπομπή ενός δυνητικού δότη να καταστεί δύσκολη και περίπλοκη. Αυτές αναφέρονται ως εξής:

1. Ασθενείς οι οποίοι χρειάστηκαν ιατρική βοήθεια κατά το θάνατο ή ασθενείς με πλήρη συνείδηση.
2. Ασθενείς από οικογενειακό περιβάλλον και κουλτούρα αντίθετα με την ιδέα της δωρεάς οργάνων.
3. Περιπτώσεις περιθάλψης υπό αμφισβήτηση ή ιατρο-νομικά περίπλοκες.
4. Περίπτωση όπου ο ασθενής ή η οικογένειά του έχουν εκφράσει προηγούμενη αντίθεση στη δωρεά.
5. Περίπτωση όπου η δωρεά καθίσταται αδύνατη, πχ. ανεπαρκείς πόροι και υποδομές
6. Υπό πίεση συστήματα υγειονομικής περιθάλψης, πχ. πανδημίες ή μαζικά ατυχήματα.

Τέλος, τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται για τον καθορισμό και την ταυτοποίηση δυνητικών δοτών περιλαμβάνουν:

1. Μηχανικό αερισμό
2. Χαμηλή κλίμακα Γλασκώβης (low Glasgow Coma Scale)
3. Σοβαρό εγκεφαλικό τραυματισμό
4. Εγκεφαλικό θάνατο (Zavalkoff et al. 2019).

1.4. ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΔΟΤΩΝ

Είναι αναγκαίο να εξαλειφθεί κάθε κίνδυνος μετάδοσης μολυσματικών ή νεοπλασματικών ασθενειών μέσω της μεταμόσχευσης. Επίσης, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και οι κίνδυνοι οι οποίοι σχετίζονται με τον υψηλό ποσοστό πιθανοτήτων θανάτου των ασθενών στη λίστα αναμονής. Είναι σημαντικό να εκτελούνται όλες οι απαραίτητες διαδικασίες συλλογής κλινικών και εργαστηριακών δεδομένων προκειμένου να προσδιοριστεί ο

ελάχιστος κίνδυνος για τον λήπτη. Η αξιολόγηση του δωρητή περιλαμβάνει τα εξής: 1. κλινικό-ιατρικό ιστορικό, 2. φυσική εξέταση, 3. βοηθητικές δοκιμές, 4. απογραφή κατά τη διάρκεια των χειρουργείων (εξέταση στήθους και κοιλιακών οργάνων για ανίχνευση τυχών όγκων και παθολογικών λεμφαδένων). Κάποιες συγκεκριμένες μεταβλητές που κρίνεται σκόπιμο να αξιολογηθούν είναι οι εξής:

1. βάρος και ύψος για όλους τους δότες
2. παιδιατρικός δότης νεφρού: >15kg
3. δότης ήπατος: περίπου 10-20% διακύμανση, με βάρος δότη και βάρος μοσχεύματος προς βάρος παραλήπτη 1% - το τελευταίο ειδικά στην περίπτωση παιδιών.
4. δότης παγκρέατος: αποδεκτό με βάρος σώματος από 30-90kg
5. δότης καρδιάς: <20% χαμηλότερο βάρος
6. δότες πνευμόνων: μέτρηση περιμέτρου στο επίπεδο της θηλής (Westphal et al. 2016).

1.5. ΔΗΛΩΣΗ ΔΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΚΑΡΤΑ ΔΟΤΩΝ

Η δήλωση δωρεάς οργάνων καταγράφεται στα εθνικά μητρώα δωρεάς. Πρόκειται για ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων των οποίων τα αρχεία περιλαμβάνουν τις επιθυμίες δωρεάς των μελών τους. Χάρη στα μητρώα δωρεάς, το εξουσιοδοτημένο προσωπικό έχει τη δυνατότητα να ελέγχει και να λαμβάνει τις κατάλληλες αποφάσεις για λογαριασμό του αποθανόντος. Υπάρχουν δύο διαφορετικοί τύποι μητρώων δωρεάς στη διάθεση των ασθενών: τα μητρώα δωρητών και εκείνα των μη δωρητών. Τα πρώτα εκφράζουν και κατοχυρώνουν την επιθυμία ενός ατόμου να γίνει δωρητής οργάνων μετά το θάνατό του. Επιπλέον, εκτός από την καταγραφή των δωρητών, τα μητρώα έχουν σκοπό να προωθήσουν και να ευαισθητοποιήσουν το ευρύ κοινό όσον αφορά τη σπουδαιότητα της δωρεάς. Από την άλλη πλευρά, εκείνα των μη δωρητών, καταγράφουν την άρνηση του αποθανόντα να δωριστούν τα όργανά του. Έχουν ως επί το πλείστον το ρόλο του νομικού εργαλείου για τα άτομα που δεν επιθυμούν να γίνουν δωρητές.

Η χρήση των μητρώων δωρεάς επεκτείνεται σταδιακά υποστηριζόμενη από την Αμερικανική Εταιρία Μεταμόσχευσης, καθώς και το ευρύ κοινό πολλών χωρών. Το Παγκόσμιο Παρατηρητήριο Δωρεάς και Μεταμόσχευσης αναγνωρίζει 60 έθνη ως ενεργά προγράμματα δωρεάς. Συγκεκριμένα, εκείνο του Ισραήλ είναι το παλαιότερο, καθώς τέθηκε σε εφαρμογή το 1978. Παρ' όλο που τα μητρώα διαφέρουν ανά κράτος, τη τελευταία 20ετία

αναπτύσσουν κοινά στοιχεία μεταξύ τους, όπως για παράδειγμα εκείνο του Λιβάνου, πολλών Αμερικανικών πολιτειών (Φλόριντα, Νέο Χάμψαϊρ, Νότια Καρολίνα) και επαρχίες του Καναδά (Νέο Μπράνσγουικ, Κεμπέκ). Τα χαρακτηριστικά των μητρώων δωρεάς είναι τα παρακάτω:

- Τα πιο συνηθισμένα είδη μητρώων είναι τα εθνικά (89%) και τα κρατικά (81%).
- Το 81% των κρατών (22) έχουν την ελάχιστη ηλικιακή απαίτηση σαν όρο ούτως ώστε να γίνει δεκτή η εγγραφή τους.
- Σε άλλες χώρες η εγγραφή είναι επιτρεπτή ακόμα και σε ανήλικα άτομα εάν και εφόσον η γονική άδεια δίνεται κατά τη φάση της εγγραφής (Η. Βασίλειο, Σουηδία, και περίπου οι μισές Αμερικανικές Πολιτείες).
- Το 19% των κρατών (5) παρέχει εγγραφές με ημερομηνία λήξεως. (Περιπτώσεις κατά τις οποίες οι εγγραφές πραγματοποιούνται μέσω της άδειας διπλώματος οδήγησης, δελτίο έκδοσης ταυτότητας).
- Το Βέλγιο και η Σλοβακία θεωρούν τις κάρτες δωρητών κάτω των 18 ετών λήξαντες μόλις ο αιτών τα κλείσει (Rosenblum et al. 2012).

Η εγγραφή για δωρεά οργάνων θα μπορεί να πραγματοποιηθεί και στα γραφεία των οικογενειακών γιατρών των ασθενών. Είναι μία νέα εναλλακτική η οποία χρησιμεύει στην αμεσότητα και την αύξηση των εγγραφών στα μητρώα δωρεάς. Η συγκεκριμένη πρακτική περιγράφει μία κλιμακωτή, τυχαιοποιημένη δοκιμή μητρώου έξι γραφείων οικογενειακών γιατρών στο Οντάριο του Καναδά, όπου το προσωπικό υποδοχής θα μοιράζει ενημερωτικά και βοηθητικά φυλλάδια στους ασθενείς όσον αφορά τον τρόπο εγγραφής τους στο μητρώο δωρεάς. Οι ενδιαφερόμενοι ασθενείς θα έχουν πρόσβαση στο διαδίκτυο ώστε να μπορούν να εγγραφούν εν αναμονή του ραντεβού τους. Οι γιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό των ιατρείων θα λάβουν ενημερωτικό υλικό ούτως ώστε να είναι σε θέση ετοιμότητας σε περίπτωση αποριών και υποστήριξης των ασθενών. Τα γραφεία οικογενειακών ιατρών είναι ένα πολλά υποσχόμενο (ωστόσο μειωμένης χρήσης και με πολλά εμπόδια) περιβάλλον το οποίο μπορεί να ενθαρρύνει την εγγραφή δωρεάς (Li Alvin et al. 2017).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ

2.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ

Οι πρώτες πειραματικές προσπάθειες για μεταμόσχευση οργάνων καταγράφονται ήδη από τον 17ο αιώνα. Μέχρι τα τέλη του 20ου αιώνα (1999), είχαν πραγματοποιηθεί παγκοσμίως πάνω από 750.000 μεταμοσχεύσεις και μέχρι το 2002 είχαν αυξηθεί στις 800.000. Στην Ελλάδα, ενώ η ζήτηση για δωρεά οργάνων είναι αυξημένη, η προσφορά για μεταμόσχευση μειώνεται συνεχώς και σταδιακά. Ωστόσο, παρόμοιο πρόβλημα αντιμετωπίζει και η Ευρώπη και η Αμερική. Παρ' όλα αυτά η Ελλάδα κατέχει υψηλή θέση όσον αφορά το ποσοστό επιβίωσης των μεταμοσχευθέντων ασθενών της.

Παρακάτω παρατίθενται οι καταγεγραμμένες πρώτες πειραματικές και επιτυχημένες μεταμοσχεύσεις οργάνων στον άνθρωπο:

- 1771: Μεταμόσχευση ιστών
- 1804: Ελεύθερη δερματική αυτομεταμόσχευση
- 1902: Αγγειοραφή
- 1906: Πρώτη πειραματική μεταμόσχευση νεφρού
- 1906: Πρώτη κλινική μεταμόσχευση νεφρού με ξένο μόσχευμα
- 1936: Πρώτη κλινική μεταμόσχευση νεφρού από αποθανόντα δότη
- 1953: Πρώτη νεφρική μεταμόσχευση από ζώντα συγγενή δότη
- 1954: Πρώτη νεφρική μεταμόσχευση μεταξύ μονογενών διδύμων
- 1963: Πρώτη μεταμόσχευση ήπατος στον άνθρωπο
- 1963: Πρώτη μεταμόσχευση πνεύμονος στον άνθρωπο
- 1966: Πρώτη μεταμόσχευση παγκρέατος στον άνθρωπο
- 1967: Πρώτη μεταμόσχευση καρδιάς στον άνθρωπο
- 1975: Πρώτη μεταμόσχευση παραθυρεοειδών αδένων στον άνθρωπο

Στη χώρα μας, η πρώτη μεταμόσχευση οργάνου έλαβε χώρα το 1972 στο Λαϊκό Νοσοκομείο Αθηνών από τον καθηγητή κ. Σκαλκέα και ήταν αυτή του νεφρού. Έως το 2002, πραγματοποιήθηκαν στη χώρα πάνω από 2.500 μεταμοσχεύσεις, με παραπάνω από τις μισές να αφορούν στο νεφρό. Άλλη μία σημαντική πρώτη μεταμόσχευση για την Ελλάδα ήταν αυτή του παγκρέατος, η οποία πραγματοποιήθηκε το 1989 στο Λαϊκό Νοσοκομείο επίσης από τον κ. Σκαλκέα και τον κ. Κωστάκη (Κωστάκης 2002).

2.2. ΜΟΝΑΔΕΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ

Στην Ελλάδα οι πλειοψηφία των μεταμοσχευτικών κέντρων έχουν να κάνουν με το νεφρό (υπάρχουν 5 μονάδες νεφρού σε όλη τη χώρα). Παρακάτω παρατίθενται οι μονάδες μεταμόσχευσης οργάνων, ιστών και κυττάρων που υπάρχουν στη χώρα μας σύμφωνα με τον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων (ΕΟΜ 2018).

ΜΟΝΑΔΕΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ ΟΡΓΑΝΩΝ:

- ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ: Καρδιάς, πνευμόνων
- Γ.Ν.Α. ΛΑΙΚΟ: Νεφρού, ήπατος
- Γ.Ν.Α. ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ: Νεφρού
- Γ.Ν. ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣ/ΚΗΣ: Νεφρού, νεφρού παιδων, ήπατος, ήπατος παιδων
- Π.Γ.Ν. ΡΙΟ ΠΑΤΡΩΝ: Νεφρού
- Π.Γ.Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ : Νεφρού

ΜΟΝΑΔΕΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ ΙΣΤΩΝ:

- Γ.Ν.Α. «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ» : Δέρματος
- ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ: Κερατοειδείς
- Γ.Ν.ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ: Κερατοειδείς
- Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ: Κερατοειδείς
- ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ: Κερατοειδείς
- ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΔΡΑΣ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ Π.Α.Γ.Ν. ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ -Γ.Ν.Η. «ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ»: Κερατοειδείς

ΜΟΝΑΔΕΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ ΚΥΤΤΑΡΩΝ:

- Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- Γ.Ν. ΠΑΙΔΩΝ «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ»
- Γ.Ν.Α. «ΛΑΙΚΟ»
- Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»
- Γ.Ν.Θ. «Γ.ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»

- Π.Γ.Ν. ΠΑΤΡΩΝ «ΠΑΝΑΓΙΑ Η ΒΟΗΘΕΙΑ»

2.3. ΚΟΣΤΟΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ

Εκτός από την έλλειψη σωστής πληροφόρησης, ένα ακόμη σημαντικό εμπόδιο στη μεταμόσχευση οργάνων είναι το υψηλό τους κόστος. Τα έξοδα για μία μεταμόσχευση οργάνου περιλαμβάνουν την αξιολόγηση και τον έλεγχο της, την προμήθεια των οργάνων, ασφαλώς την επέμβαση, την προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα, την θεραπεία για ανοσοκαταστολή και τέλος, οτιδήποτε εμπλέκεται με τη διαδικασία γενικότερα. Στις Ηνωμένες Πολιτείες το 25% των ληπτών είναι ηλικιωμένοι οι εκ των οποίων υποβάλλονται σε μεταμόσχευση νεφρού εμφανίζουν υψηλό επιπολασμό μετεγχειρητικών επιπλοκών, το οποίο συνεπάγεται με παράταση διάρκειας παραμονής, άρα και κοστολογική επιβάρυνση των νοσοκομειακών πόρων.

Στις ΗΠΑ δεν διατίθεται καθολική ασφάλιση για όλους τους πολίτες, με αποτέλεσμα τα κόστη των μεταμοσχεύσεων να είναι πολύ υψηλά. Κατά τη διάρκεια μίας μελέτης, η οποία διεξήχθη από τον Rodrigue και τους συνεργάτες του το 2016 (Kidney Donor Outcomes Cohort Study), συλλέχθηκαν δεδομένα κόστους για 1 χρόνο μετά τη δωρεά από 182 ζώντες δότες νεφρού. Διαπιστώθηκε ότι το 92% υπέστη επιπρόσθετες δαπάνες μετά τη δωρεά (επίγειες μεταφορές, υγειονομική περίθαλψη, γεύματα, φάρμακα, διαμονή, αεροπορικά έξοδα).

Μία άλλη μελέτη το 2017 ανέλυσε πιθανά κόστη μεταμόσχευσης διαφόρων οργάνων:

Νεφροί: 414.800\$ (380.455€)

Ήπαρ: 812.500\$ (745.225€)

Κερατοειδής: 30.200\$ (27699,4€)

Καρδιά: 1.382.400\$ (1.267.937€)

Επιπρόσθετα, υπολογίστηκε πως για ένα μέσο όρο αναμονής 49 μηνών για μεταμόσχευση νεφρού, οι ιδιώτες προβαίνουν σε δαπάνες ύψους 250.000-400.000\$ (€229.300-€366.880) για φροντίδα νεφρικών παθήσεων. Στην Αμερική, το κόστος αιμοκάθαρσης υπερβαίνει τα 73.000\$ (€669.56)/ ασθενή το χρόνο με το ασφαλιστικό σύστημα Medicare, με τις ιδιωτικές άμεσες πληρωμές να διπλασιάζονται.

Στην Ιαπωνία η μεταμόσχευση ήπατος από ζώντα δότη θεωρείται ως η πιο δαπανηρή διαδικασία με συνολικό κόστος ¥4.95 εκ. (€34.902), ενώ το κόστος μεταμόσχευσης νεφρού

από αποθανόντα δότη ξεπερνά εκείνο από ζώντα δότη {¥3.69 εκ. (€26.157,1) έναντι ¥3.55εκ. (€26.037,8) αντίστοιχα}.

Στη Γαλλία, το πρόσθετο κόστος μεταμόσχευσης νεφρού υπολογίζεται από €13.835-€20.050 από αποθανόντα δότη και σε €13.601 από ζώντα δότη (Altýnþrs et al. 2018).

Στην Ελλάδα, το κυριότερο ζήτημα που στέκεται εμπόδιο στη δωρεά οργάνων, η οικονομική κρίση, προκάλεσε αβεβαιότητα και δυσπιστία στους πολίτες. Εξαιτίας, λοιπόν, αυτών η προσφορά οργάνων έπεσε κατακόρυφα στο 4%. Παρ' όλο που ο ελληνικός λαός διέπεται από τα χαρακτηριστικά του αλτρουισμού και της αλληλεγγύης, τα νεώτερα νομικά και διοικητικά μέτρα δεν είχαν την αναμενόμενη επιτυχία. Οι περιορισμοί του προϋπολογισμού για τον ΠΟΕ, που έλαβαν χώρα κατά τη διάρκεια της ελληνικής οικονομικής κρίσης, αλλά και η μετέπειτα ψυχολογική κατάρρευση του πληθυσμού, συνέβαλαν άμεσα στη ραγδαία μείωση των ποσοστών δωρεάς οργάνων από τους Έλληνες.

Μεταξύ 2010-2014 ένας αριθμός 180 ασθενών ταξίδεψαν στο εξωτερικό για να υποβληθούν σε μεταμόσχευση, συσσωρεύοντας δαπάνες αξίας περίπου 50 εκ. ευρώ για τη χώρα (Moris et al. 2016).

Σε μία μελέτη στην Ελλάδα εξετάστηκε η προβλεπόμενη ανάλυση κόστους για μεταμόσχευση στερεών οργάνων. Οι παράμετροι που ελήφθησαν υπόψη είναι: η ανάλυση υλικού, το κόστος μεταφοράς, η προ-μεταμοσχευτική αξιολόγηση των ασθενών, η προμήθεια οργάνων και η μετεγχειρητική πορεία ασθενών με μεταμόσχευση νεφρού και ήπατος (δεν συμπεριλήφθησαν οι αμοιβές των χειρουργών και τα κέρδη των ιδιωτικών εταιριών παροχής υπηρεσιών υγείας). Από αυτούς τους υπολογισμούς προέκυψαν τα εξής αποτελέσματα:

Μεταμόσχευση νεφρού: 14.311,56 €

Μεταμόσχευση ήπατος: 23.866,06 €

Προμήθεια ηπατικού μοσχεύματος από ζώντα δότη: 15.977,33 €

Προμήθεια νεφρικού μοσχεύματος από ζώντα δότη: 6.749,09 €

Προμήθεια διάφορων οργάνων από αποθανόντα δότη: 3.410,87 €

(Kardassis et al. 2012).

2.4. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ

Προτού γίνει λόγος για την μεταμόσχευση των νεφρών ας δούμε πόσο σημαντική είναι η λειτουργία καθώς και η ανατομία των νεφρών. Τα νεφρά είναι ζωντανά όργανα σε σχήμα φασολιού και έχουν μέγεθος 10-12 εκατοστά σαν μία γροθιά , βρίσκονται στο πίσω μέρος του σώματος κάτω από το τέλος των πλευρών και είναι απαραίτητοι για την επιβίωση του

ανθρώπινου οργανισμού (Glassock & Rule 2016). Η αποστολή των νεφρών είναι να φιλτράρουν το αίμα ,να απομακρύνουν από την κυκλοφορία του αίματος τις άχρηστες ουσίες παράγοντας ούρα που διοχετεύονται μέσω των ουρητήρων στην ουροδόχο κύστη και τέλος να αποβάλλονται από την ουρήθρα. Επιπρόσθετα, παράγουν ορμόνες και βιταμίνες που είναι σημαντικές για τον οργανισμό. Ελέγχουν την ποιότητα και ποσότητα των υγρών μέσα στον οργανισμό με απόρροια να διαδραματίζουν βασικό ρόλο στην διατήρηση της ομοιόστασης των υγρών και των ηλεκτρολυτών (de Boer et al. 2017).

Έχοντας κατανοήσει πλήρως τη σημαντικότητα της λειτουργίας των νεφρών, καταλαβαίνουμε λοιπόν πόσο επηρεάζεται αρνητικά η ζωή ορισμένων ανθρώπων ,όταν τα όργανα αυτά προοδευτικά δεν εξυπηρετούν το σκοπό τους. Μιλάμε για την χρόνια νεφρική ανεπάρκεια μια κατάσταση στην οποία οι νεφροί αδυνατούν να καθαρίσουν το αίμα από τις άχρηστες ουσίες δηλαδή δεν μπορούν πλέον να εκτελέσουν στο βαθμό που πρέπει τις βασικές τους λειτουργίες. Επομένως η επιβίωσή τους στηρίζεται σε μια από τις παρακάτω θεραπευτικές μεθόδους : αιμοκάθαρση ,περιτοναϊκή κάθαρση και τέλος μεταμόσχευση νεφρού (εκτός από την οξεία νεφρική ανεπάρκεια που βασίζεται και σε άλλους τρόπους θεραπείας) . Σε αυτό το σημείο αξίζει να τονιστεί ότι υπάρχουν και άλλες παθήσεις που χρειάζονται την ανάγκη για μεταμόσχευση νεφρού όπως αυτοάνοσες νεφρίτιδες, διαβήτης, υπέρταση και συγγενείς νεφροπάθειες (Coresh et al. 2007).

Με τον όρο μεταμόσχευση νεφρού εννοούμε την χειρουργική διαδικασία κατά την οποία μεταφέρεται το υγιές όργανο ,που στην περίπτωση μας είναι το νεφρό, από νεκρό ή ζωντανό δότη σε ένα πάσχοντα με στόχο την αποκατάσταση λειτουργίας του οργανισμού και συγκεκριμένα του ουροποιητικού συστήματος (Augustine 2018). Η μεταμόσχευση νεφρού είναι το πιο συχνό είδος των μεταμοσχεύσεων και η καλύτερη δυνατή λύση για τη νεφρική ανεπάρκεια ,διότι βελτιώνει την ποιότητα ζωής του πάσχοντα αυξάνοντας συγχρόνως και τις προσδοκίες επιβίωσης. Είναι σημαντικό να πούμε ότι για να γίνει μια επιτυχής μεταμόσχευση , θα πρέπει να πληρούνται οι κατάλληλες προϋποθέσεις και κριτήρια .Έτσι για τους υποψήφιους λήπτες απαιτούνται : ομάδα αίματος , ιστοσυμβατότητα με το εκάστοτε μόσχευμα , ο χρόνος αναμονής και άλλοι παράγοντες (Kabbali et al. 2015).

Η μεταμόσχευση νεφρού επιτυγχάνεται με τρεις τρόπους :α/ ή με δωρεά οργάνων από εγκεφαλικά νεκρό , β/ ή από ζώντα δότη γ/ ή από ασθενείς που η καρδιά τους έχει σταματήσει να λειτουργεί. Αμέσως μετά την μεταμόσχευση ο μεταμοσχευμένος νεφρός αρχίζει και λειτουργεί άμεσα. Υπάρχουν όμως μεταμοσχεύσεις που δεν είναι και πολύ

πετυχημένες και δημιουργούν διάφορες επιπλοκές στον ανθρώπινο οργανισμό. Μία από τις επιπλοκές είναι η απόρριψη του μοσχεύματος. Αυτό συμβαίνει, γιατί το ανοσοποιητικό σύστημα του ανθρώπου, όποτε καταλαβαίνει ότι έχει δεχθεί κάποιο ξένο σώμα το καταπολεμά σαν να είναι «εχθρός» του και προσπαθεί να δημιουργήσει αντισώματα από λευκά αιμοσφαίρια του οργανισμού. Ο συνδυασμός της δράσης των κυττάρων του οργανισμού και της δράσης των αντισωμάτων που επιτίθενται στο τύπο του ιστού δότη καλείται απόρριψη (Andersen 1997).

Τέλος μεγάλο ρόλο στο ποσοστό της θνησιμότητας παίζουν και επιπλοκές που μπορεί να οφείλονται σε πολλές ασθένειες που προκύπτουν μετά την μεταμόσχευση όπως σηψαιμία από βακτηριακές ή ημικησιασικές λοιμώξεις που ανέρχονται σε ποσοστό 43% ,από παθήσεις καρδιαγγειακού σε ποσοστό 39 (Díaz Gómez 2008), νεοπλασματικές νόσους σε ποσοστό 6% ,και ηπατικές ασθένειες σε ποσοστό 2% σύμφωνα με διάφορες μελέτες (Ahsan et al. 2002).

2.5. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

Το πάγκρεας μπορεί να μεταμοσχευθεί είτε ταυτόχρονα με το νεφρό σε περιπτώσεις ινσουλινοεξαρτώμενου διαβήτη είτε μεμονωμένα. Με μέγεθος περίπου 6-8 ίντσες, το πάγκρεας βρίσκεται οπισθοπεριτοναϊκό χώρο και συγκεκριμένα στο πάνω μέρος της δεξιάς κοιλιάς πίσω από το στομάχι , τα έντερα και τη σπλήνα (Gavaghan 2002). Το μεγαλύτερο μέρος βρίσκεται στη δεξιά πλευρά της κοιλιάς , όπου το στομάχι συνδέεται με το πρώτο μέρος του λεπτού εντέρου ,το δωδεκαδάκτυλο. Η μερικώς αφομοιωμένη τροφή που περνάει από το στομάχι στο λεπτό έντερο, αναμειγνύεται με τις εκκρίσεις (παγκρεατικό υγρό) που παράγει το πάγκρεας μέσω του παγκρεατικού πόρου(όρος που χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1642) (Navarro 2014). Επιπρόσθετα, το στενό τμήμα του παγκρέατος απλώνεται και στην αριστερή πλευρά της κοιλιάς δίπλα στον σπλήνα.

Σαν αδένας έχει εξωκρινή και ενδοκρινή μοίρα και παράγει ορμόνες με κυριότερες την ινσουλίνη , το γλυκογόνο και την αυξητική ορμόνη. Το πάγκρεας αποτελείται από 95% εξωκρινείς ιστούς και 5% ενδοκρινείς ιστούς .Υπάρχουν ασθένειες όμως που το πάγκρεας δεν επιτελεί το βασικό του ρόλο (και τότε χρειάζεται η βοήθεια θεραπευτικών επιλογών) όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 και 2 και η οξεία - χρόνια παγκρεατίτιδα. Αναλυτικά, ο σακχαρώδης διαβήτης ή αλλιώς (1 types diabetes) είναι γνωστός ως ινσουλινοεξαρτώμενος ή νεανικός. Εμφανίζεται όταν το ανοσοποιητικό σύστημα του

ασθενούς καταστρέφει τα β κύτταρα του παγκρέατος ,δηλαδή τα μόνα κύτταρα του σώματος που εκκρίνουν ινσουλίνη , η οποία ρυθμίζει το επίπεδο γλυκόζης του αίματος (Barnett 2018). Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 ή αλλιώς (types 2 diabetes) είναι γνωστός ως ινσουλινοάντοχος ή των ενηλίκων. Ο ΣΔ 2 είναι μία περίπλοκη διαταραχή εφόσον ξεκινάει γενικά με μία αντίσταση στην ινσουλίνη σε διάφορους ιστούς ινσουλίνης όπως ήπαρ, μυς και λιποκύτταρα (Kaneto 2015). Μια άλλη ασθένεια , που επίσης σχετίζεται με το πάγκρεας ,είναι η παγκρεατίτιδα ,οξεία ή χρόνια (μερικές φορές μπορεί να χρειαστεί και χειρουργική επέμβαση) (Conti Bellocchi et al. 2018).

Παρόλα αυτά όταν οι ασθενείς φτάνουν σε τελικό στάδιο παγκρεατικής νόσου και οι θεραπευτικές και χειρουργικές επιλογές (που είναι φαρμακευτική αγωγή και σε ορισμένες περιπτώσεις η παγκρεατοτομή ενός μέρους) δεν μπορούν να επιτελέσουν την βασική λειτουργία του παγκρέατος τότε οδηγούμαστε σε μια άλλη εναλλακτική μέθοδο, την μεταμόσχευση παγκρέατος. Η μεταμόσχευση παγκρέατος ή αλλιώς (PT) είναι μια διαδικασία τοποθέτησης ενός υγιούς οργάνου (πάγκρεας) σε έναν πάσχοντα δότη με δυσλειτουργικό πάγκρεας (Casanova 2017). Η μεταμόσχευση παγκρέατος – νεφρού μπορεί να αποτελέσει θεραπεία σε ασθενείς που πάσχουν από διαβητική νεφροπάθεια ή αλλιώς (DN) . Η DN είναι μια διαταραχή του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 και η ασθένεια αυτή μπορεί να οδηγήσει σε νεφρική ανεπάρκεια απαιτώντας την χρήση μεταμόσχευσης νεφρού - παγκρέατος (Papaodoroulou-Marketou et al. 2018). Αναλυτικά , η μεταμόσχευση νεφρού και παγκρέατος την ίδια στιγμή απαιτεί ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια λόγω προχωρημένου διαβήτη ή ασθενείς με χρόνια αιμοκάθαρση και με εκφυλιστικές επιπλοκές .Να μην ξεχάσουμε να παραλείψουμε το γεγονός ότι τα αποτελέσματα από αυτήν την μεταμόσχευση είναι πολύ καλά και φαίνεται από τα ποσοστά επιβίωσης του νεφρικού μοσχεύματος, του ασθενούς και παγκρεατικού μοσχεύματος (Duffas 2004). Ακόμα ένδειξη για μεταμόσχευση αποτελούν οι ασθενείς που έχουν υποστεί συνέπειες σοβαρής υπογλυκαιμίας. (Federlin et al. 1999) και ασθενείς ανάλογα με τον τύπο της νόσου , τον έλεγχο και την σύνδεση της με την νεφρική νόσο τελικού σταδίου (Wojtuszczyzn et al. 2019) και ασθενείς με ΣΔ 1. Άλλες μεταμοσχεύσεις αποτελούν, η μεταμόσχευση παγκρεατικών νησίδων.

Επιπρόσθετα πραγματοποιήθηκαν έρευνες για να εξετάσουν το αν επηρεάζει η ηλικία του δότη την επιβίωση του μοσχεύματος και των αποτελεσμάτων από την μεταμόσχευση. Παρατηρήθηκε λοιπόν ότι η επιβίωση σε μοσχεύματα από αυξημένη ηλικία δότη δεν έχει καλά αποτελέσματα στην ποιότητα ζωής του λήπτη και τα καλύτερα αποτελέσματα από μεταμοσχεύσεις εμφανίζονται από δότες ηλικίας 40- 49 (Siskind et al. 2014). Άλλο ένα

πρόβλημα που παρουσιάζεται γενικά στις μεταμοσχεύσεις είναι η έλλειψη διαθέσιμων δοτών, αυξάνοντας τη θνησιμότητα και νοσηρότητα των ασθενών που αναμένουν στη λίστα αναμονής για μεταμόσχευση (SPK, PTA ή PAK). Επιπλέον σημαντικές είναι και οι χειρουργικές επιπλοκές, διότι επηρεάζουν την επιβίωση των ασθενών και μοσχεύματος. Επίσης να επισημανθεί ότι υπάρχουν αγγειακές επιπλοκές μετά από μεταμόσχευση παγκρέατος ή νεφρού – παγκρέατος (Delis et al. 2004). Αξιοσημείωτες θεωρούνται και οι επιπλοκές όπως η αιμορραγία και οι λοιμώξεις του τραύματος. Μια ακόμη εξαιρετικά συχνή επιπλοκή αποτελεί και η απόρριψη οξεία ή χρόνια (Malaise et al. 2005).

2.6. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΗΠΑΤΟΣ

Η μεταμόσχευση ήπατος είναι μία διαδικασία ρουτίνας. Το συκώτι είναι τοποθετημένο στο επάνω δεξιό τμήμα της κοιλίας δηλαδή κάτω από το διάφραγμα και επεκτείνεται και στο κεντρικό και άνω μέρος της κοιλίας που ονομάζεται επιγάστριο. Έχει βάρος 1,5 κιλό και χρώμα κοκκινωπό καφέ. Εξαιτίας της ανατομικής και μορφολογικής του θέσης επιτελεί πολλές λειτουργίες του οργανισμού, μεταξύ άλλων την αποθήκευση γλυκογόνου, καταστροφή ερυθρών κυττάρων, σύνθεση πρωτεϊνών του πλάσματος, παραγωγή ορμονών, απομάκρυνση των τοξικών ουσιών από το σώμα και κυρίως τη ρύθμιση του μεταβολισμού. Επίσης, αφομοιώνει την χολή και αποθηκεύει ενέργεια και σίδηρο. Πρόσφατες μελέτες έχουν εντοπίσει ότι το ήπαρ διαθέτει μοριακούς και βιοχημικούς μηχανισμούς που ελέγχουν τον μεταβολισμό του σώματος και των υδατανθράκων και λιπιδίων, παρέχοντας έτσι τη βάση του ρόλου του στον έλεγχο πρόσληψης τροφής και σωματικού βάρους (Langhans 2003). Επιπλέον ήπαρ λειτουργεί ως ανοσολογικό όργανο δηλαδή βοηθάει τον οργανισμό να υπερασπίζεται τον εαυτό του ενάντια στα μικρόβια που εισχωρούν σε αυτόν (Ohtani et al. 2008).

Με τη μεταμόσχευση ήπατος αντικαθίσταται τμήμα ή ολόκληρο το όργανο που νοσεί με ένα υγιές αντίστοιχα.

Ηπατικές βλάβες μπορούν να προκληθούν από αυτοάνοσα νοσήματα τα οποία δεν ρυθμίζονται κατάλληλα από λεμφοειδείς πληθυσμούς (Bogdanos et al. 2013). Μία από αυτές τις βλάβες είναι η χολική αθησία (BA). Αποτέλεσμα χρόνιας ηπατικής νόσου είναι η κίρρωση. Τα ηπατοκύτταρα αλλοιώνονται σταδιακά αποκτώντας μόνιμες βλάβες. Αυτό καθιστά το ήπαρ μη λειτουργικό, αδύναμο να εκτελέσει τις ζωτικές και φυσιολογικές λειτουργίες του οδηγώντας σε ευρεία καταστροφή και νόσο τελικού σταδίου. Οι ειδικοί,

κρίνοντας από τις επιπλοκές που προκαλούν η ενδοσκοπική και φαρμακευτική αγωγή, οι ακτινολογικές παρεμβάσεις κλπ., προτιμούν την μεταμόσχευση. (Schuppan et al. 2008).

Επιπρόσθετα μια ακόμη ασθένεια που χρειάζεται την ανάγκη της μεταμόσχευσης είναι το ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα ή αλλιώς (HCC) . Αποτελεί τον πιο συχνό τύπο καρκίνου του ήπατος σε παγκόσμιο επίπεδο και είναι ο πιο πρωτοπαθής . Είναι η πιο θανατηφόρος κακοήθης νεοπλασία στον άνθρωπο, καθώς συνιστά το 90-95% των πρωτοπαθών κακοήθων όγκων. Η μεταμόσχευση ήπατος αντιπροσωπεύει το 20-40% των μεταμοσχεύσεων και αποτελεί την καλύτερη επιλογή για αυτήν την ασθένεια (Sapisochin et al. 2017). Οι ασθενείς με HCC αποτελούν ένδειξη για μεταμόσχευση αλλά η έλλειψη μοσχευμάτων έχει ως συνέπεια αυξημένο χρόνο αναμονής με ρίσκο την εξέλιξη του όγκου.

Με τη μεταμόσχευση ήπατος αντικαθίσταται τμήμα ή ολόκληρο το όργανο που νοσεί με ένα υγιές αντίστοιχα. Για να στεφθεί με επιτυχία η μεταμόσχευση θα πρέπει να ληφθούν υπόψη οι κατάλληλες ενδείξεις και αντενδείξεις και τα κριτήρια επιλογής δοτών – ληπτών. Με δεδομένο ότι η μεταμόσχευση αφορά τις ηπατικές νόσους τελικού σταδίου ενδείκνυται σε όλες τις ασθένειες του ήπατος . Η οξεία ηπατική ανεπάρκεια απαιτεί ως μόνη επιλογή θεραπείας τη μεταμόσχευση με ποσοστό θνησιμότητας μετά την μεταμόσχευση γύρω στο 85% .Αλλά και η χρόνια ηπατική ανεπάρκεια απαιτεί μεταμόσχευση ήπατος. Η αξιολόγηση υποψηφίου , η καταχώριση για μεταμόσχευση , η σχολαστική καταγραφή ,ο συγχρονισμός και η κατανομή οργάνων είναι βασικοί παράγοντες που χρειάζονται να εξετάζονται εξονυχιστικά προκειμένου να επιτευχθεί βελτίωση του αποτελέσματος στην μεταμόσχευση (Farkas et al. 2014).

Με αφορμή το γεγονός ότι η πιο πάνω μεταμόσχευση είναι μία από τις δυσκολότερες , χρονοβόρες εγχειρήσεις στον άνθρωπο , μετά από μία τέτοια επέμβαση η συχνότητα των επιπλοκών είναι κατά πολύ αυξημένη. Η πιο συχνή επιπλοκή αποτελεί η πρόιμη δυσλειτουργία του μοσχεύματος που παρουσιάζεται σε 1-2 ημέρες . Να επισημανθεί ότι το ποσοστό αποτυχίας μοσχεύματος και των χολικών επιπλοκών σχετίζονται με δότες του καρδιακού θανάτου (Nemes et al. 2016). Μια άλλη επιπλοκή είναι οι λοιμώξεις και εμφανίζονται την 3^η με 4^η ημέρα (ιογενείς , βακτηριακές και μυκητιασικές). Συγκεκριμένα υπάρχουν ο κυτταρομεγαλοϊός CMV , EB ιός EBV , ιός της ηπατίτιδας B HBV, ο ιός της ηπατίτιδας Γ HCV και η ιογενής λοίμωξη .Όμως με την χρησιμοποίηση προφυλακτικών μέτρων μειώνεται το ποσοστό κινδύνου μόλυνσης μετά την μεταμόσχευση ήπατος .(Mejzlik

Μορφοποίηση: Ελληνικά

et al. 2017) Επιπλέον οι νευρολογικές επιπλοκές με την σειρά τους έχουν εμφάνιση σε ποσοστό 30%-90% των ασθενών. Η θρόμβωση των ηπατικών αρτηριών είναι μία ακόμη επιπλοκή που εμφανίζεται μετά την μεταμόσχευση ήπατος όπως και η επαναμεταμόσχευση (Giretti et al. 2018).

Επιπρόσθετα, η μετεγχειρητική αιμορραγία παρουσιάζεται στις περισσότερες μεταμοσχεύσεις ήπατος και η αρτηριακή υπέρταση πρέπει να ελέγχεται άμεσα διότι μπορεί να προκαλέσει εγκεφαλική αιμορραγία. Ακόμη η αγγειακή θρόμβωση, η στένωση, η απόφραξη των χοληφόρων, το νεόπλασμα μετά την μεταμόσχευση και η απόρριψη θεωρούνται επιπλοκές (Vaidya et al. 2007). Τέλος η απόρριψη μοσχεύματος είναι μία από τις πιο συχνές επιπλοκές μετά την μεταμόσχευση. Διακρίνεται σε υπεροξεία και οξεία. Σε αυτό το σημείο αξίζει να επισημανθεί ότι τα μοσχεύματα μπορούν να ληφθούν και από νεκρούς δότες είτε κυκλοφορικού είτε εγκεφαλικού θανάτου.

2.7. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΚΑΡΔΙΑΣ

Η μεταμόσχευση καρδιάς γίνεται σπάνια και όταν πραγματοποιείται απαιτείται μεγάλη προσοχή για να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα που είναι η επιβίωση του λήπτη. Αλλά πριν μιλήσουμε για την διαδικασία μεταμόσχευσης της καρδιάς, ας αναφερθούμε στο τι είναι η καρδιά και ποια η λειτουργία της. Η καρδιά είναι ένα κούλο μώδες όργανο με σχήμα ανεστραμμένου κώνου που βρίσκεται αριστερά του στέρνου και κάτω από τα πλευρά μας, δηλαδή είναι τοποθετημένη στο θώρακα ανάμεσα στους δύο πνεύμονες. Ο ρόλος της καρδιάς είναι καθοριστικός για τη ζωή μας, αφού διοχετεύει πλούσιο, κόκκινο ανοιχτό σε οξυγόνο και θρεπτικά συστατικά αίμα σε όλα τα μέρη του σώματος όπως κύτταρα, ιστούς και όργανα μέσω μεγάλων αρτηριών (με δεδομένο ότι το κυκλοφορικό σύστημα αποτελείται από φλέβες και αρτηρίες) για αυτό εργάζεται σκληρά και συνεχώς χωρίς παύση. Η καρδιά θεωρείται ως κεντρικό όργανο, διότι λειτουργεί ως κύρια πηγή ενέργειας για το κυκλοφορικό σύστημα χάρη στην χρησιμότητα των βαλβίδων. Η καρδιά έχει ουσιαστική λειτουργία στη διατήρηση της κυκλοφορίας του αίματος: παραγωγή σφυγμού. Ο κύριος λοιπόν ρόλος της καρδιάς είναι να παράγει παλμούς και όχι πίεση (Papp 2008).

Αξίζει να τονιστεί ότι η καρδιά περιγράφεται και ως « διπλή αντλία», χάρη στο τρόπο με τον οποίο εργάζεται. Με απλά λόγια η δεξιά καρδιά δέχεται αίμα από όλα τα μέρη του σώματος μέσα από δύο μεγάλες φλέβες την άνω και κάτω κοίλη φλέβα. Το αίμα που κατευθύνεται

έχει μόλις παραδώσει οξυγόνο και θρεπτικά συστατικά στο σώμα και η δεξιά κοιλία διοχετεύει το αίμα στους πνεύμονες όπου επιστρέφει με επιπλέον οξυγονωμένο αίμα. Το αίμα επιστρέφει στον αριστερό κόλπο από τους πνεύμονες και από κει αντλείται σε ολόκληρο το σώμα μέσω της αορτής που είναι η πρώτη και κυριότερη αρτηρία του σώματος απ' όπου ξεκινούν όλες οι αρτηρίες της μεγάλης κυκλοφορίας. Τα μέρη της καρδιάς συνεργάζονται για να δημιουργήσουν τη λειτουργία της διπλής αντλίας που επιτελεί η καρδιά. Υπάρχουν όμως και παθήσεις κατά τις οποίες η καρδιά δεν μπορεί να επιτελέσει την ομαλή λειτουργία της και σε ορισμένες περιπτώσεις επέρχεται ο θάνατος. Μια από αυτές τις παθήσεις είναι η καρδιακή ανεπάρκεια που είναι μία κατάσταση κατά την οποία η καρδιά δεν μπορεί να αντλεί τον απαιτούμενο όγκο αίματος με συνέπεια να μειώνεται η ικανότητα του οργανισμού να ανταπεξέλθει στις καθημερινές δραστηριότητες και ανάγκες, όπως η μεταφορά οξυγόνου και θρεπτικών ουσιών στους ιστούς.

Όμως, αν η φαρμακευτική αγωγή με την κατάλληλη μηχανική υποβοήθηση τότε ο ασθενής βρίσκεται αντιμέτωπος με την μειωμένη λειτουργικότητα της καρδιάς, γεγονός που επηρεάζει και τα άλλα ζωτικά όργανα με συνέπεια να τίθεται θέμα της επιβίωσής του (Boilson et al. 2008). Σε αυτή την περίπτωση η κατάσταση έχει πάρει άλλη τροπή και μιλάμε για καρδιακή ανεπάρκεια τελικού σταδίου με μοναδική λύση τη μεταμόσχευση. Αυτή είναι μία χειρουργική επέμβαση κατά την οποία γίνεται αντικατάσταση της πάσχουσας καρδιάς με άλλη καρδιά από συμβατό δότη. Η διαδικασία αυτή έχει αλλάξει πάρα πολύ το ιστορικό της καρδιακής ανεπάρκειας τελικού σταδίου. Την τελευταία δεκαετία παρατηρήθηκαν βελτιώσεις όσον αφορά την θνησιμότητα και νοσηρότητα μετά από μεταμόσχευση. Το ποσοστό επιβίωσης είναι 70% και πάνω στα πέντε έτη. (Brüls et al. 2020.) Όμως εδώ θα πρέπει να αναφέρουμε πως η έλλειψη καρδιακών δοτών μειώνει τη δυνατότητα μεταμοσχεύσεων, σύμφωνα με μία έκθεση αμερικανικής εταιρίας (Kobashigawa et al. 2017).

Ο υποψήφιος ασθενής για μεταμόσχευση θα πρέπει να πληροί τα απαραίτητα κριτήρια. Σημαντικό ρόλο στην επιλογή του λήπτη είναι και η ηλικία του δότη και η ιστοσυμβατότητά τους. Όταν λοιπόν υπάρχουν μοσχεύματα πρέπει να επιλεγεί ο κατάλληλος δότης. Η ομάδα αίματος λήπτη-δότη, το ύψος και το βάρος αποτελούν βασικούς παράγοντες για τη μεταμόσχευση. Επιπλέον εξετάζεται η ύπαρξη αντισωμάτων για τυχόν απόρριψη του μοσχεύματος καθώς και η βαρύτητα της καρδιακής του ανεπάρκειας. Η μεταμόσχευση καρδιάς προσφέρει μεγαλύτερο όφελος στην επιβίωση όσο πιο προχωρημένο είναι το στάδιο καρδιακής ανεπάρκειας. Ωστόσο, σε κάποιες περιπτώσεις ασθενών αντενδείκνυται η

μεταμόσχευση καρδιάς (π.χ. αυξημένες πνευμονικές αντιστάσεις, κακοήθειες, λοιμώξεις, κλπ.). Μία ακόμη αντένδειξη (στο παρελθόν) ήταν η ασυμβατότητα του ABO.

Όπως σε όλες τις μεταμοσχεύσεις έτσι και εδώ υπάρχουν επιπλοκές, οι οποίες διακρίνονται σε πρώιμες και όψιμες. Σύμφωνα με τα κέντρα μεταμόσχευσης, οι πιο συχνές πρώιμες επιπλοκές είναι η απόρριψη και οι μολύνσεις και σε ορισμένες περιπτώσεις η δυσλειτουργία της δεξιάς κοιλίας. Στις όψιμες κατατάσσονται η καρδιακή αγγειοπάθεια και νεοπλάσματα καθώς και η επιταχυνόμενη στεφανιαία νόσος (Mangini et al. 2015). Με βάση λοιπόν τις παραπάνω μελέτες η απόρριψη μοσχεύματος είναι ο πιο συνήθης λόγος νοσηρότητας και θνησιμότητας μετά το πρώτο έτος στη μεταμόσχευση (Ozabalón et al. 2017).

Η μεταμοσχευτική διαδικασία χρειάζεται δυο άτομα και δυο καρδιές. Πριν την εγχείρηση θα πρέπει να υπάρχει διαθέσιμη καρδιά δότη που τις περισσότερες φορές προέρχεται από άτομα που είτε είναι εγκεφαλικά νεκροί και είτε έχουν υποστεί κάποιο ατύχημα όμως η καρδιά έχει μείνει ανεπηρέαστη απ' αυτό. Η μεταμόσχευση καρδιάς είναι «προσβάσιμη» μόνο σε λίγους ασθενείς λόγω έλλειψης καρδιαγγειακών δοτών. Δημιουργούνται όμως ηθικά διλήμματα που αφορούν στην μεταμόσχευση καρδιάς είτε από κυκλοφορικό είτε μετά από εγκεφαλικό θάνατο. Περίπου το 60% των καρδιών που θα προσφερθούν για μεταμόσχευση απορρίπτονται λόγω δυσλειτουργίας οργάνων.

2.8. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Το αναπνευστικό σύστημα αποτελείται από τους πνεύμονες, την τραχεία, την ρινική ή στοματική κοιλότητα, τον φάρυγγα, τον λάρυγγα, τους βρόγχους και το αγγειακό σύστημα (Herriges et al. 2014). Οι πνεύμονες είναι σπογγώδεις, μαλακοί και ελαφριοί. Έχουν σχήμα κωνικό δηλαδή η κορυφή προς τα πάνω και η βάση προς τα κάτω και μέσω αυτών ανταλλάσσονται το CO₂ του αίματος με το O₂ του εισπνεόμενου αέρα. Οι πνεύμονες βρίσκονται εντός του θώρακα, αμφοτέρωθεν της καρδιάς και περιβάλλονται από έναν υμένα, τον υπεζωκότα. Αυτός βρίσκεται μεταξύ πνεύμονα και θώρακα και σχηματίζοντας την κοιλότητα του υπεζωκότα, όπου υπάρχει μικρή ποσότητα υγρού (πλευρικό υγρό). Η πρωταρχική και βασική λειτουργία των πνευμόνων είναι η παροχή O₂ στο αίμα και η απομάκρυνση CO₂ από τον ανθρώπινο οργανισμό (Weibel et al. 2017). Κατά την διάρκεια της εισπνοής οι αναπνευστικοί μύες συσπώνται και προκαλούν την μετακίνηση των πλευρών πάνω και έξω ενώ παράλληλα το διάφραγμα συσπάται και αυτό και λειτουργεί αντίθετα

δηλαδή προς τα κάτω ,προς την κοιλία. Κατά την διάρκεια της εκπνοής ,το διάφραγμα και οι μύες χαλαρώνουν – ξεκουράζονται και επανέρχονται στις αρχικές τους θέσεις σε κατάσταση ηρεμίας .Επομένως αυτό σημαίνει ότι έχουμε μείωση της θωρακικής κοιλότητας και συμπίεση των πνευμόνων για την έξοδο του αέρα που είναι γεμάτος με CO₂. Αυτό είναι το πρότυπο αναπνοής που είναι μια αυτόματη διαδικασία την οποία δεν την σκεφτόμαστε καθόλου (Zhu et al. 2019).

Όταν οι πνεύμονες δεν μπορούν να επιτελέσουν την παραπάνω λειτουργία τους δηλαδή να εκτελέσουν την διαδικασία της αναπνοής, τότε μιλάμε για μια σοβαρή πνευμονική νόσο. Ασθενείς με πνευμονική νόσο τελικού σταδίου συνέπεια των χρόνιων αναπνευστικών παθήσεων όπως είναι η κυστική ίνωση (CF), η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (COPD), η ιδιοπαθής πνευμονική ίνωση (IPF), η πνευμονική υπέρταση (PA) ,η ανεπάρκεια A1- αντιθρυψίνης (AATD) και διάμεσες πνευμονοπάθειες ,πρέπει να υποβάλλονται σε μεταμόσχευση πνεύμονα (LTx). Η μεταμόσχευση πνεύμονα πραγματοποιείται με αντικατάσταση του πάσχοντα πνεύμονα δέκτη από έναν υγιή πνεύμονα δότη που πληροί τα απαραίτητα κριτήρια και προϋποθέσεις. Επιπρόσθετα, η μεταμόσχευση πνεύμονα συστήνεται ακόμη και σε παιδιά και θεωρείται μία εξαιρετικά εξειδικευμένη κλινική προσπάθεια (Bryant et al. 2017).

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω η μεταμόσχευση πνευμόνων ενδείκνυται σε νοσήματα όπως ΧΑΠ σε ποσοστό (32%), κυστική ίνωση (16%) ,ανεπάρκεια α-1 αντιθρυψίνης (5%) ,διάμεσες πνευμονοπάθειες (31%), και η πνευμονική υπέρταση (4%). Αντενδείξεις για την μεταμόσχευση είναι το ιστορικό κακοήθειας τα τελευταία δύο χρόνια, λοίμωξη από HIV, ιογενή ηπατίτιδα, σοβαρή μη αναστρέψιμη δυσλειτουργία οργάνων (νεφροί- ήπαρ- καρδιά) χρήση ουσιών (αλκοόλ, κάπνισμα) ,ψυχιατρικές, θρεπτικές διαταραχές, ο χρόνος παραμονής σε λίστα για LT και ασθενείς με μηχανική υποστήριξη (Picard et al. 2014). Συνυπολογίζονται επιπλέον για τους υποψήφιους ενήλικες λήπτες και άλλοι προγνωστικοί παράγοντες όπως ο προσδιορισμός κινδύνου θνησιμότητας χωρίς μεταμόσχευση σε συνδυασμό με την πιθανότητα επιβίωσης του ασθενούς μετά την μεταμόσχευση, το ύψος, το βάρος, η ομάδα αίματος, τα προσχηματισμένα αντισώματα, η γεωγραφική περιοχή, η εμπειρία του μεταμοσχευτικού κέντρου, οι προηγούμενοι χρόνοι αναμονής και η διαθεσιμότητα του οργάνου. (Shweish et al, 2019).

Κάθε δωρηθέν όργανο στην περίπτωση μας ,ο πνεύμονας που είναι έτοιμο να μεταμοσχευθεί κατανέμεται πολύ προσεκτικά σε ένα δέκτη από ένα δότη για να επιτευχθεί το καλύτερο

Μορφοποίηση: Ελληνικά

Μορφοποίηση: Ελληνικά

δυνατό αποτέλεσμα. Παράλληλα έχουν γίνει αλλαγές στα κριτήρια των ληπτών και δοτών για να υπάρξει μεγαλύτερη επιλογή υποψηφίων ληπτών, μιας και υπάρχει έλλειψη χορηγών-μοσχευμάτων (Backhus et al. 2016).

Όπως σε κάθε μεταμόσχευση οργάνων έτσι και εδώ παρουσιάζονται πολύ σοβαρές επιπλοκές που είναι δυνατόν να οδηγήσουν στο αναπόφευκτο, δηλαδή στο θάνατο. Οι μετεγχειρητικές επιπλοκές συνήθως εμφανίζονται είτε επειδή οι μεταμοσχευμένοι δεν λαμβάνουν την ανοσοκατασταλτική αγωγή που εν μέρει τους βοηθάει στην αποτροπή απόρριψης μοσχεύματος είτε επειδή δεν πραγματοποιείται τακτική παρακολούθηση σε μόνιμη βάση είτε δεν γίνεται άμεση νοσηλεία σε περίπτωση επιδείνωσης της αναπνευστικής κατάστασης. Συχνά οι ασθενείς υφίστανται οξεία σε ποσοστό (3,4%) ή χρόνια απόρριψη (29,0%), λοιμώξεις (38,0%) ,ανεπάρκεια μοσχεύματος (24,7%), επιπλοκές στους αεραγωγούς (15,0%), κακοήθεις όγκοι (15,0%) και άλλες δευτεροπαθείς εξωπνευμονικές ασθένειες (Hartert et al. 2014). Άλλες επιπλοκές που παρατηρούνται είναι ο καρκίνος πνεύμονα που προκύπτει από την μεταμόσχευση και ο κίνδυνος υπερπληθωρισμού του (Lane et al. 2015). Ακόμη όσο χρήσιμα και αν θεωρούνται τα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν παρενέργειες και κατ'επέκταση επιπλοκές σε πολλά όργανα αλλά κυρίως στο μόσχευμα και ενδέχεται να προκληθεί είτε αποτυχία χρόνιας πνευμονικής αλλομοσχεύματος ή αλλιώς (CLAD) είτε δυσλειτουργία μοσχεύματος (PGD) (Lynch et al. 2015). Μία λοιπόν από τις μεγάλες προκλήσεις της μεταμόσχευσης πνευμόνων είναι η γεφύρωση της διχοτόμησης μεταξύ προσφοράς και ζήτησης οργάνων δότη, έτσι ώστε ο μέγιστος αριθμός δυνητικών παραληπτών να επιτύχει ένα σημαντικό όφελος στη βελτίωση της επιβίωσης και της ποιότητας ζωής.

Παρόλο που το πεδίο της μεταμόσχευσης πνεύμονα έχει προοδεύσει τα τελευταία χρόνια , εντούτοις υπάρχουν πολλοί φραγμοί – παράγοντες που την εμποδίζουν σε σχέση με τη μεταμόσχευση άλλων στερεών οργάνων! Τέτοιοι είναι η έλλειψη δοτών , η δυσλειτουργία του μοσχεύματος , η σωστή επιλογή των υποψηφίων καθώς και η νοσηρότητα και η θνησιμότητα που παραμένουν υψηλές. Οι πρόοδοι και οι εξελίξεις θα έχουν σημαντικό αντίκτυπο στη διαμόρφωση του πεδίου εντός των προσεχών ετών (Young et al. 2019).

2.9. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΙΣΤΩΝ

Η μεταμόσχευση ιστών επηρεάζει σε πολύ μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής ενός ασθενούς και συναντάται σε ευρύτερη κλίμακα σε σχέση με αυτή των οργάνων. Οι δωρεές ιστών μπορεί να προέρχονται από τρεις κατηγορίες δοτών, όπως για παράδειγμα από δότες μόνο ιστών (οφθαλμοί), δότες πολλών ιστών (οφθαλμοί, οστά και δέρμα) και τέλος, δότες στερεών οργάνων και ιστών. Είναι γεγονός ότι η τράπεζα δωρεάς ιστών είναι πολύ μεγαλύτερη συγκριτικά με εκείνη των στερεών οργάνων. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι ο ιστός μπορεί να ανακτηθεί αρκετές ώρες μετά θάνατον. Παρ' όλα αυτά πρέπει οπωσδήποτε να ληφθεί υπόψη η αυστηρότητα των κριτηρίων επιλογής δοτών ιστών εξαιτίας της διαφορετικής ισορροπίας μεταξύ των οφελών και των κινδύνων που συνιστά το μόσχευμα σε σύγκριση με τη μεταμόσχευση οργάνων. Η μεταμόσχευση ιστών πραγματοποιείται για διάφορους λόγους, είτε θεραπευτικούς (π.χ. δέρματος για θεραπεία σοβαρών εγκαυμάτων), είτε, στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, για βελτίωση της ποιότητας ζωής. Προτιμώμενη θεραπεία αποτελούν τα αλλομοσχεύματα ιστού, ωστόσο υπάρχουν και κάποιες εναλλακτικές θεραπείες (π.χ. εμφυτεύματα). Σε αντίθεση με τα στερεά όργανα, οι ιστοί έχουν μεγαλύτερη ανθεκτικότητα όσον αφορά στις παρενέργειες της ισχαιμίας, γεγονός που επιτρέπει ευρεία και λεπτομερή αξιολόγηση της καταλληλότητας και της κατάστασης κινδύνου του δυνητικού δότη ιστών. Ο τύπος ιστού που προορίζεται για δωρεά υπαγορεύεται από την ηλικία και την αιτία θανάτου του δότη. Επιπρόσθετα, καθώς το δείγμα ιστού μπορεί να αποθηκευτεί για μεγάλο χρονικό διάστημα, παρέχει τη δυνατότητα συλλογής επιπλέον πληροφοριών ιατρικού ιστορικού του δότη και κατ' επέκταση περισσότερο χρόνο αξιολόγησής του προτού γίνει η μεταμόσχευση. Το ιστορικό συμπληρώνεται πάντα με συζήτηση με τα μέλη της οικογενείας είτε τηλεφωνικά είτε παίρνοντας πληροφορίες από το νοσοκομειακό αρχείο.

ΙΣΤΟΙ ΠΟΥ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΔΩΡΗΘΟΥΝ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΟΥΣ:

ΔΕΡΜΑ

Κρύο-συντηρημένο δέρμα από τα πόδια και την πλάτη. Χρησιμοποιείται για θεραπεία σοβαρών εγκαυμάτων.

ΟΣΤΑ

Μηριαίο οστό , επιγονατίδα, εμφυτεύματα από αλεσμένα οστά. Διατηρούνται με αποξήρανση μέσω κατάψυξης, απλή κατάψυξη, ακτινοβολία. Χρησιμοποιούνται για ορθοπεδική και χειρουργική επέμβαση στη σπονδυλική στήλη.

TENONTEΣ

Τένοντες επιγονατίδας, αχίλλειοι τένοντες. Χρησιμοποιούνται για ορθοπεδική χειρουργική επέμβαση, θεραπεία αθλητικών τραυματισμών.

ΟΦΘΑΛΜΟΙ

Κερατοειδής χιτώνας. μεταμόσχευση κερατοειδούς χιτώνα, επέμβαση για θεραπεία γλαυκώματος (Gaum et al. 2012).

2.10. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ

Ο μυελός των οστών είναι ο μαλακός, σπογγώδης ιστός που βρίσκεται στο εσωτερικό των οστών και παράγει τα βλαστοκύτταρα.

Με τη μεταμόσχευση μυελού των οστών αντικαθίσταται ο κατεστραμμένος με νέο, υγιή μυελό.

Πριν τη μεταμόσχευση ο ασθενής υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία ή ακτινοβολία δυο κατηγοριών:

- Εναλλακτική μυελοκαταστατική θεραπεία: Υψηλής δόσης χημειοθεραπεία ή ακτινοβολία με σκοπό την καταστροφή των νοσούντων κυττάρων. Ο υγιής μυελός που παραμένει επίσης καταστρέφεται.
- Θεραπεία μειωμένης έντασης: Χορήγηση χαμηλότερων δόσεων χημειοθεραπείας και ακτινοβολίας. Λαμβάνει χώρα, ως επί το πλείστον, σε ηλικιωμένους και ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς.

Υπάρχουν τρεις τύποι μεταμόσχευσης:

- Αυτόλογη μεταμόσχευση: Ο ασθενής λαμβάνει τα δικά του βλαστοκύτταρα έπειτα από χημειοθεραπείες ή ακτινοβολίες.
- Αλλογενής μεταμόσχευση: Ο ασθενής γίνεται λήπτης βλαστοκυττάρων κάποιου δότη, αγνώστου ή συγγενικού προσώπου. Τα στενά συγγενικά

πρόσωπα είναι η καταλληλότεροι δότες διότι στο μεγαλύτερο ποσοστό τα γονίδιά τους ταιριάζουν με εκείνα του λήπτη. Ωστόσο, αν δεν υπάρχει συγγενής, άγνωστοι συμβατοί δότες, οι οποίοι βρίσκονται μέσω του Εθνικού Μητρώου Μυελού των Οστών, είναι η προτιμώμενη λύση.

- Μεταμόσχευση ομφαλιοπλακουντικού αίματος: Αποτελεί τύπο αλλογενούς μεταμόσχευσης. Τα βλαστοκύτταρα αφαιρούνται από τον ομφάλιο λώρο του νεογνού αμέσως μετά τη γέννησή του. Στη συνέχεια καταψύχονται και αποθηκεύονται.

Οι παθήσεις του μυελού που συνιστούν μεταμόσχευση είναι κυρίως αιματολογικές. Πρόκειται για καρκίνο του αίματος, πιο γνωστό και ως λευχαιμία, λέμφωμα, μυελοδυσπλασία και πολλαπλό μυέλωμα. Επίσης, υπάρχουν παθήσεις οι οποίες εμποδίζουν την παραγωγή βλαστοκυττάρων όπως για παράδειγμα η απλαστική αναιμία, η συγγενής ουδετεροπενία, η δρεπανοκυτταρική αναιμία ή θαλασσαιμία.

Σήμερα υπάρχουν δύο τρόποι συλλογής μυελού των οστών:

- Συγκομιδή μυελού: Πραγματοποιείται στο χειρουργείο με τον ασθενή σε γενική αναισθησία. Ο μυελός αφαιρείται με παρακέντηση του πίσω μέρους των δύο οστών του ισχίου.
- Λευκαφαίρεση: Το αίμα αφαιρείται από τον δότη με ενδοφλέβια γραμμή. Στη συνέχεια γίνεται διαχωρισμός των λευκών αιμοσφαιρίων από το αίμα. Τα βλαστοκύτταρα αφαιρούνται από τα λευκά για να δοθούν στον λήπτη (Hoffman et al. 2018).

2.11. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΚΕΡΑΤΟΕΙΔΟΥΣ

Ο κερατοειδής χιτώνας είναι ένας διαφανής, χωρίς αγγεία ιστός και αποτελεί το εξωτερικό περίβλημα του ματιού. Πρωταρχική λειτουργία του είναι η προστασία των δομών στο εσωτερικό του ματιού δρώντας ως φράγμα και προστατεύοντάς το από μικροοργανισμούς και σωματίδια. Μαζί με τα δάκρυα παρέχει την κατάλληλη πρόσθια διαθλαστική επιφάνεια για το μάτι. Συγκεκριμένα, τα 2/3 της διαθλαστικής ισχύος του ματιού οφείλονται στον κερατοειδή χιτώνα (Sridhar 2018).

Η μεταμόσχευση του κερατοειδούς χιτώνα πραγματοποιείται με την αφαίρεση ενός μέρους ή ολόκληρου του ιστού που έχει υποστεί βλάβη και την εμφύτευση αντίστοιχου υγιούς στον ασθενή. Η διαδικασία ονομάζεται κερατοπλαστική. Η κερατοπλαστική εκτελείται σε

περιπτώσεις εκφυλισμού ή παθήσεων που βλάπτουν τον κερατοειδή χιτώνα για τη βελτίωση της όρασης ή για ανακούφιση από τον πόνο. Άλλες εναλλακτικές μεταμοσχεύσεις κερατοειδούς περιλαμβάνουν την πρόσθια ελαστική κερατοπλαστική, την ενδοθηλιακή κερατοπλαστική και την κερατοπροσθετική (Hauk 2018).

Οι επικρατέστερες μέθοδοι μεταμόσχευσης είναι η κερατοπλαστική μερικού πάχους και το αλλομόσχευμα πλήρους πάχους. Η τελευταία χρησιμοποιείται κυρίως για τη θεραπεία παθήσεων του κερατοειδούς που σχετίζονται με τη στρωματική αδιαφάνεια ή αγγείωση, όπως για παράδειγμα βακτηριακές, μυκητιακές ή ιογενείς λοιμώξεις, σοβαρές ατοπικές διαταραχές, οφθαλμικά τραύματα κλπ. Αντίθετα με άλλες μορφές αλλογενούς μεταμόσχευσης, εκείνες του κερατοειδούς θεωρούνται ότι έχουν μεγαλύτερα ποσοστά επιτυχίας και χαμηλή ανάγκη για ανοσοκαταστολή (Armitage et al. 2019).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΠΩΣ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ ΑΠΟ ΑΠΟΘΑΝΟΝΤΕΣ ΔΟΤΕΣ

3.1. ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ:

Κανείς δεν μπορεί να αμφισβητήσει πως τα τελευταία χρόνια η τεχνολογική εξέλιξη και η πρόοδος της ιατρικής επιστήμης έχει γκρεμίσει τα τείχη μεταξύ ζωής και θανάτου. Και ενώ παλιότερα ο θάνατος ήταν ένα γεγονός που οδηγούσε ολόκληρο τον οργανισμό σε αποσύνθεση και καταστροφή, σήμερα ο θάνατος είτε εγκεφαλικός είτε καρδιακός αποτελεί γέφυρα ζωής, ένα δώρο από ανθρώπους που δωρίζουν τα όργανά τους και όχι μόνο, σε ασθενείς που ελπίζουν σε μια καλύτερη ποιότητα ζωής. Ως εγκεφαλικός θάνατος [Ε.Θ] σύμφωνα με το κεντρικό συμβούλιο υγείας (ΚΕ.Σ.Υ) ορίζεται η ανεπανόρθωτη απώλεια της ικανότητας για συνείδηση σε συνδυασμό με την ανεπανόρθωτη απώλεια της ικανότητας για αναπνοή».

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ) ορίζει ως ΕΘ : «Η μη αναστρέψιμη παύση των εγκεφαλικών λειτουργιών και της λειτουργίας του εγκεφαλικού στελέχους, που χαρακτηρίζεται από την απουσία ηλεκτρικής δραστηριότητας στον εγκέφαλο, αιματικής ροής προς τον εγκέφαλο και λειτουργία του εγκεφάλου όπως προσδιορίζεται με την κλινική εκτίμηση των αποκρίσεων. Εγκεφαλικά νεκρός άνθρωπος είναι νεκρός, αν και η καρδιοαναπνευστική του λειτουργία μπορεί να διατηρηθεί τεχνητά για μια χρονική περίοδο» (WHO 2009).

Ο εγκέφαλος είναι το βασικότερο όργανο του ανθρώπινου σώματος. Είναι το μεγαλύτερο και σημαντικότερο όργανο του κεντρικού νευρικού συστήματος. Αποτελείται από τρία μέρη:

- το εγκεφαλικό στέλεχος,
- την παρεγκεφαλίδα και
- τον κυρίως εγκέφαλο.

Ο εγκέφαλος επιτελεί αμέτρητες λειτουργίες. Είναι το κέντρο ελέγχου του σώματος. Πιο συγκεκριμένα είναι υπεύθυνος για όλες τις ακούσιες και εκούσιες δραστηριότητες του οργανισμού. Ο εγκέφαλος είναι υπεύθυνος τόσο για τη σωματική έκφραση των πνευματικών, ψυχικών και συναισθηματικών ιδιοτήτων εξατομίκευσης της ανθρώπινης προσωπικότητας, όσο και για τον έλεγχο, δια των κέντρων του, της λειτουργίας της αναπνοής και γενικότερα της διεύθυνσης του οργανισμού. Το εγκεφαλικό στέλεχος δίνει εντολή για ζωτικές

λειτουργίες όπως είναι η αναπνοή , η διατήρηση της αρτηριακής πίεσης σε φυσιολογικά επίπεδα . Για αυτό ,όταν ο εγκέφαλος υποστεί κάποια αναστρέψιμη βλάβη και συνυπάρχει πλήρης απώλεια των λειτουργιών του εγκεφαλικού στελέχους ,τότε επέρχεται ο ΕΘ, η καταστροφή του οποίου έχει καθιερωθεί ως η διαχωριστική γραμμή μεταξύ ζωής και θανάτου (Καρακατσάνης 2001).

Στους ενήλικες ο εγκεφαλικός θάνατος μπορεί να προκληθεί από ποικίλες αιτίες όπως : κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις , από αυτόματη ενδοκρανιακή αιμορραγία ή έπειτα από καρδιοαναπνευστική ανακοπή που ακολουθείται από εγκεφαλική ισχαιμία ,από κακοήγη πρωτοπαθή όγκο του εγκεφάλου , από βαριές ηλεκτρολυτικές διαταραχές ή από υπερδοσολογία φαρμάκων (Καρακατσάνης 2008).

Θα πρέπει να διευκρινιστεί η διαφορά ανάμεσα στον εγκεφαλικό θάνατο και φλοιώδη θάνατο ή αλλιώς «φυτική κατάσταση» . Ο εγκεφαλικός θάνατος συμβαίνει σε πλήρη και μη αναστρέψιμη απώλεια της λειτουργίας του εγκεφάλου και του εγκεφαλικού στελέχους, με κλινική εικόνα πλήρους άπνοιας απουσίας αντανακλαστικών εγκεφαλικού στελέχους και εγκεφαλικής δραστηριότητας. Το αρχικά ζητούμενο κατά τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου είναι η αιτία που προκάλεσε την ολική και μη αναστρέψιμη καταστροφή του εγκεφάλου. Σε περίπτωση που ο εγκεφαλικός θάνατος προήλθε από διακοπή της καρδιακής λειτουργίας (ανακοπή) από έμφραγμα του μυοκαρδίου (η επάνοδος της καρδιακής λειτουργίας δεν επήλθε μέσα σε 6-7 λεπτά), αμέσως μετά τον εγκεφαλικό θάνατο, επακολουθεί λόγω μη οξυγόνωσης και η νέκρωση των υπόλοιπων οργάνων του σώματος , με την εξής σειρά ,λόγω διαφορετικής ευαισθησίας τους στην έλλειψη οξυγόνου (ανοξία): καρδιά , νεφροί, πνεύμονες , ήπαρ, υπόλοιπα όργανα και τελικά το δέρμα (βιολογικός θάνατος). Σ αυτήν την περίπτωση εγκεφαλικού θανάτου που προήλθε από διακοπή της καρδιακής και αναπνευστικής λειτουργίας και πολύ περισσότερο επί βιολογικού θανάτου ,δεν μπορεί να γίνει μεταμόσχευση ζωτικών οργάνων , διότι έχουν καταστραφεί (Λαγγουράνης 2006).

Από την άλλη στον φλοιώδη θάνατο , εάν η καρδιακή λειτουργία αποκατασταθεί μέσα σε 6-7 λεπτά από την αρχή της διακοπής της , τότε ο ασθενής επανέρχεται μεν , υπό την έννοια ότι μπορεί να αναπνέει και πάλι μόνος του , αλλά με κατεστραμμένο τον φλοιό του εγκεφάλου και επομένως χωρίς συνείδηση , μιας και στο φλοιό του εγκεφάλου ευρίσκονται τα κέντρα της μνήμης , της κρίσης και γενικά όλες οι ανώτερες λειτουργίες. Η φυτική κατάσταση είναι μια σοβαρότατη εγκεφαλική βλάβη, που όμως δε σημαίνει θάνατο του

ατόμου . Σε καμιά περίπτωση , τα άτομα με μόνιμη φυτική κατάσταση δεν μπορούν να χαρακτηριστούν ως εγκεφαλικά νεκρά και ακόμη περισσότερο να θεωρηθούν ως δότες οργάνων.

Με αφορμή τα παραπάνω θα ήταν σκόπιμο να γίνει αναφορά στην σημασία ενός εγκεφαλικά νεκρού ασθενούς . Ένας ασθενής για να ορισθεί εγκεφαλικά νεκρός θα πρέπει να είναι απόλυτα εξαρτώμενος από τον αναπνευστήρα , χωρίς καμία ένδειξη αυτόματης αναπνοής, να υπάρχει πλήρης απουσία των αντανακλαστικών κρανιακών νεύρων και να μην υπάρχει καμία κινητική αντίδραση κατά την εφαρμογή επώδυνων ερεθισμάτων σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος. Έχει διαπιστωθεί ότι κάθε χρόνο στις Ηνωμένες Πολιτείες 1% έως 2% των θανάτων ,είναι θάνατοι εγκεφάλου (Spinello 2015). Η δωρεά οργάνων μετά από εγκεφαλικό θάνατο είναι μια κοινή πηγή μεταμοσχεύσεων οργάνων στις δυτικές χώρες (Youn et al. 2014). Συγκεκριμένα οι δότες από εγκεφαλικό θάνατο μπορούν να δωρίσουν όλα τα όργανά τους ακόμη και την καρδιά, δωρεές με πολύ καλά αποτελέσματα όσον αφορά στις επιπλοκές αλλά και στην επιβίωση. Για παράδειγμα ,στην μεταμόσχευση παγκρέατος που είδαμε παραπάνω στο κεφάλαιο «μεταμοσχεύσεις», το ποσοστό επιβίωσης για 1 έτος ήταν το ίδιο είτε οι δότες προέρχονταν από εγκεφαλικά νεκρούς ασθενείς είτε από δότες κυκλοφορικού θανάτου, ενώ σε μεταμόσχευση νεφρού- παγκρέατος για ένα έτος σημειώθηκαν μεγάλα ποσοστά επιβίωσης (87,2% έναντι 76, 6% σε ΕΘ και 86,,5% έναντι 74,9% σε DCD) (van Loo et al. 2017). Τέλος στην μεταμόσχευση καρδιάς κύρια πηγή δωρεάς οργάνων λόγω καλής αιμάτωσης παραμένουν οι δωρητές μετά από εγκεφαλικό θάνατο με την προϋπόθεση πως οι εγκεφαλικά νεκροί δότες βρίσκονταν στη ΜΕΘ την ώρα του θανάτου τους και τα δωρηθέντα όργανα αιματώνονταν με τεχνητά μέσα. Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις θανάτου, σε χώρο εκτός της ΜΕΘ , δεν τίθεται θέμα δωρεάς οργάνων , παρά μόνον ιστών (υπό προϋποθέσεις) (Marsia et al. 2018).

3.2. ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ :

Το ΚΕ.Σ.Υ, το 1985 με την απόφαση 9 της 21^{ης} ολομέλειας γνωμοδότησε για τα κριτήρια διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου, σύμφωνα με την οποία απαιτούνται δύο προϋποθέσεις :

- Την ύπαρξη βασικών συνθηκών

- Την εκτέλεση κλινικών δοκιμασιών για τον έλεγχο της λειτουργικότητας εγκεφαλικού στελέχους

(Διάγνωση εγκεφαλικού θανάτου :απόφαση 9/21^η ολομέλεια ΚΕ.Σ.Υ. Διάγνωση Ε.Θ: απόφαση του υπουργού υγείας 3853/85)

A/ Οι προϋποθέσεις για την κλινική διάγνωση Ε.Θ σε έναν ασθενή είναι:

- Να βρίσκεται σε κόμα
- Να μπορεί να καθοριστεί η αιτία του κόματος :αιτίες μπορεί να είναι κρανιοεγκεφαλική κάκωση , όγκος , μηνιγγίτιδα, εγκεφαλική ανοξία από (καρδιακή ανακοπή) , πνιγμός , εγκεφαλίτιδα . Για να αποκλειστούν ή και για να διαπιστωθούν οι πιο πάνω αιτίες λαμβάνεται το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς ,συνήθειες που είχε (λήψη αλκοόλ και ψυχοτρόπων φαρμάκων) , λεπτομερής καταγραφή και αξιολόγηση των κακώσεων σε περίπτωση ατυχήματος . Επιπλέον γίνεται κλινική εξέταση για τη σοβαρότητα της βλάβης και για την αναζήτηση σημείων που αποκλείουν το θάνατο του εγκεφαλικού στελέχους όπως επιληπτικοί σπασμοί. Ακόμα και αυτόνομες κινήσεις από τον ωτιαίο μυελό δεν αποκλείουν θάνατο εγκεφαλικού στελέχους
- Να αποκλειστούν αναστρέψιμες αιτίες εγκεφαλικού στελέχους όπως σοβαρή υποθερμία , χορήγηση κατασταλτικών φαρμάκων του ΚΝΣ, φάρμακα που προκαλούν νευρομυϊκές συνάψεις, ενδοκρινικές και ηλεκτρολυτικές διαταραχές . Επιπλέον, διενεργούνται τοξικολογικές εξετάσεις και διερευνώνται διαταραχές οξεοβασικής και ηλεκτρολυτικής ισορροπίας (Νανάς 2006).

B/ Τα κλινικά κριτήρια διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου είναι :

- **Επιβεβαίωση κόματος** με αξιολόγηση επιπέδου συνείδησης που γίνεται σύμφωνα με την κλίμακα Γλασκώβης .Αποτελεί μια βαθμολόγηση από το 3-15 της ικανότητας του ασθενούς να ανοίξει τους οφθαλμούς του, να αντιδράσει λεκτικά και να κινηθεί φυσιολογικά. Βαθμολογία συνείδησης επιπέδου 3 σημαίνει εγκεφαλικός θάνατος (Ιατρικό Λεξικό - Κλίμακα Κώματος Γλασκώβης).
- **Απουσία αντανακλαστικών εγκεφαλικού στελέχους.** Αυτά πρέπει να είναι όλα καταργημένα γιατί και η ύπαρξη έστω και ενός αποκλείει τη διάγνωση εγκεφαλικού θανάτου .Έτσι ελέγχονται: η απουσία αντανακλαστικών κινήσεων των μυών του προσώπου σε δυνατό ερέθισμα πόνου ,η απουσία οφθαλμοκεφαλικού αντανακλαστικού (κινήσεις οφθαλμών κούκλας), φωτοκινητικού αντανακλαστικού (απουσία κάθε αντίδρασης σε ισχυρή δέσμη φωτός, αντανακλαστικό κόρης στο φως)

,κατάργηση αντανακλαστικού του κερατοειδούς , απουσία οφθαλμοιθουσαίου αντανακλαστικού (γίνεται έγχυση σε κάθε αυτί 20-50 ml παγωμένου νερού που προκαλεί φυσιολογικά οφθαλμικές κινήσεις σε 20-30 sec ενώ η απουσία τους σημαίνει πως το στέλεχος είναι νεκρό), απουσία φαρυγγολαρυγγικού αντανακλαστικού (δεν προκαλείται βήχας με ερεθισμό του φάρυγγα και της τραχείας)

- **Απουσία αυθόρμητης αναπνοής** . Η διαπίστωση διαρκούς απουσίας αυθόρμητης αναπνοής με τη δοκιμασία της άπνοιας επιβεβαιώνει τον εγκεφαλικό θάνατο

Πέρα από τον κλινικό έλεγχο του εγκεφαλικού στελέχους απαιτούνται και παρακλινικές, βοηθητικές εξετάσεις συμπληρωματικές αν και δεν είναι απαραίτητες. Βοηθητικές δοκιμές περιλαμβάνουν διακρανιακό υπερηχογράφημα Doppler, ηλεκτροεγκεφαλογράφημα το οποίο επιβεβαιώνει την απώλεια ηλεκτρικής δραστηριότητας, εγκεφαλικό αγγειογράφημα, το οποίο επιβεβαιώνει την απώλεια εγκεφαλικής ροής αίματος, και πυρηνικό σπινθηρογράφημα (Rizvi et al. 2018). Καταστάσεις που μπορούν να δημιουργήσουν σύγχυση στη διάγνωση του ΕΘ είναι το σύνδρομο Guillain bare , το σύνδρομο εγκλεισμού , η υποθερμία, δηλητηρίαση με κατασταλτικά , αναισθητικά φάρμακα ή άλλες τοξικές ουσίες (Νανάς 2006).

Τέλος για τη διάγνωση ΕΘ απαιτείται και η συμμετοχή τριών έμπειρων γιατρών (κανείς δεν πρέπει να ανήκει στη μεταμοσχευτική ομάδα) α/ ενός αναισθησιολόγου, β/ ενός νευροχειρουργού, και γ/ του θεράποντος γιατρού ανεξάρτητα από την ειδικότητα . Η διάγνωση εγκεφαλικού θανάτου προϋποθέτει την νοσηλεία του ασθενούς σε ΜΕΘ ,και απαιτεί την διενέργεια επαναληπτικής κλινικής αξιολόγησης για διαπίστωση εγκεφαλικού θανάτου για τουλάχιστον έξι ώρες από την πρώτη αξιολόγηση (Komranje et al 2013). Με την πιστοποίηση του εγκεφαλικού θανάτου του ασθενούς ξεκινά και η διαδικασία για τη δωρεά πολλαπλών οργάνων .

3.3. ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ:

Ο θάνατος μπορεί να διαπιστωθεί με δύο τρόπους : τον καρδιακό που θα αναλυθεί αμέσως τώρα και τον εγκεφαλικό στον οποίο έγινε αναφορά πιο πάνω. Είναι σημαντικό να γίνει κατανοητή η διαφορά μεταξύ καρδιακού και εγκεφαλικού θανάτου. Ο κυκλοφορικός θάνατος επέρχεται όταν το άτομο πάθει ανακοπή και παρ' όλες τις προσπάθειες ανάταξης και επαναφοράς της καρδιακής – κυκλοφορικής λειτουργίας με καρδιοπνευμονική

αναζωογόνηση ,δεν επανέρχεται και πεθαίνει (απουσία καρδιακών ήχων, παλμού, αναπνευστικής προσπάθειας και ανταποκρισιμότητας. Αυτό μπορεί να συμβεί είτε μετά από μία ξαφνική ασθένεια είτε όταν ο ασθενής βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο μιας μακροχρόνιας ασθένειας είτε όταν μετά από ένα τραύμα στο κεφάλι από το οποίο να μην δεν προκαλείται θάνατος του εγκεφάλου ωστόσο όμως παραμένει τόσο σοβαρό που ο παθών δεν μπορεί να αναπνεύσει κανονικά από μόνος του ώστε να διατηρήσει τον καρδιακό παλμό.

Η δωρεά οργάνων μετά από καρδιακό θάνατο είναι λιγότερο συνηθισμένη αλλά μπορεί να είναι εφικτή. Από τους ανθρώπους που πεθαίνουν σε νοσοκομείο το 1% με 2% έχει την δυνατότητα να δωρίσει όργανα .Επομένως πρέπει να εντοπίζονται όλοι οι δυνητικοί δότες και να παρέχεται η αναγκαία υποστήριξη στους συγγενείς τους ώστε να μπορούν να πάρουν αποφάσεις για την δωρεά (Abrahamson et al. 2014).

Η επιλογή δότη μετά από καρδιακό θάνατο καθορίζεται από ένα πρωτόκολλο εστιάζοντας στα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού των οργάνων για δωρεά . Οι ασθενείς που κηρύσσονται ως νεκροί στη δωρεά μετά από πρωτόκολλα κυκλοφορικού θανάτου (DCD) ικανοποιούν τις απαιτήσεις του καταστατικού θανάτου και δεν παραβιάζουν τον «κανόνα του νεκρού δότη (dead donor rule)», σύμφωνα με τον οποίο καθορίζεται το χρονικό σημείο κατά το οποίο απαγορεύεται να ανακτηθούν όργανα από τον εκλιπόντα δότη (Bernat 2010).

Αξίζει να σημειωθεί ότι το πιο σημαντικό σε αυτήν την ομάδα δοτών αποτελούν ο χρόνος θερμής και ψυχρής ισχαιμίας για την δωρεά οργάνων. Ο χρόνος θερμής ισχαιμίας είναι ο χρόνος που έχει παρέλθει από την στιγμή του θανάτου μέχρι την επαναιμάτωση του οργάνου μέσω συστήματος εξωσωματικής κυκλοφορίας με σκοπό την οξυγόνωση και την διατήρηση της λειτουργικότητας του. Ο χρόνος θερμής ισχαιμίας συμπεριλαμβάνει το χρονικό διάστημα που χρησιμοποιήθηκε κατά την καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση όπως και το χρονικό σημείο έναρξης απόσυρσης της θεραπείας . Οι τεχνικές νορμοθερμικής τοπικής έγχυσης και εξωσωματικής έγχυσης επιτρέπουν βελτιωμένη συντήρηση, εκτίμηση, ανάνηψη και επιδιόρθωση κατεστραμμένων οργάνων ως τρόποι βελτίωσης της συνολικής ποιότητας των οργάνων και αποτροπής της περιττής απόρριψής τους. DCD (Smith et al. 2019).

Από την άλλη μεριά , ως χρόνος ψυχρής ισχαιμίας θεωρείται ο χρόνος που αναφέρεται στο χρονικό διάστημα από την στιγμή έγχυσης ψυχρού διαλύματος στο σώμα του δότη, ψύξης του οργάνου και συντήρησής του με ειδικά διαλύματα έπειτα από την ανάκτηση του οργάνου από το σώμα του δότη μέχρι το χρονικό σημείο δωρεάς ή μεταμόσχευσης του

οργάνου και επαναιμάτωσής του στο σώμα του λήπτη. (Dunne & Doherty 2011). Γενικά οι διεργασίες θερμικής και ψυχρής ισχαιμίας απειλούν τη βιωσιμότητα των οργάνων DCD (κυκλοφορικός θάνατος), αλλά αυτές μπορούν να ελαχιστοποιηθούν με καλά οργανωμένες οδούς DCD και νέες τεχνικές συντήρησης οργάνων in situ και ανάνηψης ex situ και επισκευής μετά την εμφύτευση (Smith et al. 2019).

Οι ασθενείς που πεθαίνουν στο νοσοκομείο είτε βρίσκονται σε μηχανική υποστήριξη αναπνοής είτε όχι, μπορούν να δωρίσουν τους νεφρούς τους και κάτω από ορισμένες συνθήκες και άλλα όργανα. Η δωρεά μετά από κυκλοφορικό θάνατο μπορεί να υλοποιηθεί μέσα σε ενενήντα λεπτά, επειδή όταν η συσκευή αναπνευστικής υποστήριξης αφαιρεθεί από τον ασθενή που χρειάζεται την βοήθεια τεχνητής αναπνοής, το οξυγόνο και το αίμα συστατικών σταματούν να κυκλοφορούν στο σώμα και κατ' επέκταση και στην καρδιά. Σε αυτές τις περιπτώσεις τα όργανα πρέπει να απομακρύνονται μέσα σε λίγα λεπτά όπως προαναφέραμε από την διακοπή λειτουργίας της καρδιάς για να αποφευχθεί η βλάβη τους από έλλειψη οξυγονωμένου αίματος. Μία πηγή αναφέρει πως το 2014 ο αριθμός της δωρεάς οργάνων αυξήθηκε σε 16,4 ανά εκατομμύριο κατοίκους. Εν τω μεταξύ, έως και το 60% της δωρεάς οργάνων στις Κάτω Χώρες προέρχονται από μια διαδικασία DCD σε σύγκριση με περίπου 10% στις ΗΠΑ (de Jonge et al. 2016).

Είναι γεγονός αναμφισβήτητο πως παγκοσμίως υπάρχει έλλειψη δωρεάς οργάνων για μεταμόσχευση. Αυτό λοιπόν το έλλειμμα οργάνων είναι που οδηγεί στην επέκταση της δωρεάς από νεκρό μετά από κυκλοφορικό θάνατο (DCD), ενώ παλιότερα η δωρεά οργάνων στηριζόταν αποκλειστικά στη δωρεά νεκρού από εγκεφαλικό θάνατο (DBD) (Manyalich et al. 2018). Ο θάνατος του δότη αποτελεί υποχρεωτική προϋπόθεση για μεταμόσχευση (κανόνας νεκρού δότη) παγκοσμίως (Heide 2016). Εφόσον οι δότες διαπιστωθούν κυκλοφορικά νεκροί μπορούν να προβούν σε διαδικασίες δωρεάς και μεταμόσχευσης. Αναλυτικά τα όργανα που μπορούν να δωριθούν είναι το ήπαρ, ο πνεύμονας, οι νεφροί και το πάγκρεας καθώς και οι κερατοειδείς-ιστοί (Manyalich et al. 2018).

Συγκεκριμένα στην μεταμόσχευση παγκρέατος υπάρχουν γενικά ανησυχίες σχετιζόμενες με τα αποτελέσματα επιβίωσης από δότες DCD – DBD καθώς και με τις μεταμοσχευτικές επιπλοκές. Γενικά η χρήση οργάνων από δότες με κυκλοφορικό θάνατο χαρακτηρίζεται καλή –και εφικτή αν ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος θρόμβωσης μοσχεύματος (Mittal et al. 2017). Όμως σε άλλες μεταμοσχεύσεις όπως στο ήπαρ, οι δότες από κυκλοφορικό θάνατο ενώ παρουσιάζουν υψηλό ποσοστό επιβίωσης έχουν πολλές επιπλοκές : επαναμεταμόσχευση ,

χολικές επιπλοκές και κορυφαία αμινοτρανσφεράση αλανίνης. Η DCD- μεταμόσχευση αποτελεί εναλλακτική «φαρέτρα» στην έλλειψη ηπατικών οργάνων και όχι μόνο (Tang et al. 2018). Σε μια μελέτη αναφέρεται ότι έχουν αυξηθεί οι δωρητές μετά από κυκλοφορικό θάνατο αλλά η κύρια πηγή δωρεάς οργάνων λόγω καλής αιμάτωσης των οργάνων παραμένουν οι δωρητές μετά από εγκεφαλικό θάνατο (Marsia et al. 2018). Επιπλέον οι καρδιές που προσφέρονται λόγω κυκλοφορικού θανάτου δεν θεωρούνται ιδανικές για μεταμόσχευση (σε αντίθεση με άλλα όργανα). Όμως έχουν διεξαχθεί δοκιμαστικές χειρουργικές προσπάθειες ανάκτησης αυτών των καρδιών που κατέληξαν σε κλινικά πετυχημένες μεταμοσχεύσεις (Fatullayev et al. 2015).

3.4. ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ:

Έχοντας αναφερθεί στον ορισμό και στην έννοια του κυκλοφορικού θανάτου, καιρός είναι να γίνει αναφορά στις κατάλληλες και απαραίτητες προϋποθέσεις που χρειάζονται για να διαπιστωθεί κάποιος ως δότης μετά από κυκλοφορικό θάνατο. Σημαντική προϋπόθεση διάγνωσης καρδιακού θανάτου θεωρείται η καρδιακή ανακοπή που είναι η αιφνίδια απώλεια καρδιακής λειτουργίας σε ένα άτομο με διαγνωσμένη ή μη καρδιακή νόσο. Σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο έχουν οριστεί τέσσερις κατηγορίες δοτών μετά από κυκλοφορικό θάνατο (πρώτο διεθνές συνέδριο Μάαστριχτ το 1995, η σύσταση του οποίου προτείνει την ανάκτηση οργάνων δέκα λεπτά μετά από τη διαπίστωση κυκλοφορικού θανάτου. Αυτός ο χρόνος είναι διαφορετικός στην Αμερική (Jean-Paul 2011).

Η πρώτη κατηγορία αφορά σε δότες που πεθαίνουν εκτός νοσοκομείου και η προσπάθεια ανάνηψης θεωρείται άσκοπη. Η δεύτερη αφορά σε ασθενείς στους οποίους απέτυχε η ανάνηψη από το πλήρωμα του ασθενοφόρου ή σε ασθενείς που βρίσκονται σε τμήματα του νοσοκομείου (ΜΕΘ) που υπέστησαν μη αναμενόμενη καρδιακή ανακοπή με μετέπειτα ανεπιτυχή ανάνηψη. Με την σειρά της η τρίτη κατηγορία αναφέρεται σε ασθενείς που πρόκειται να καταλήξουν και οι γιατροί αποσύρουν την θεραπεία καθώς η εγκεφαλική βλάβη θεωρείται μη αναστρέψιμη (χωρίς ωστόσο να πληροί τα κριτήρια διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου) και η κρισιμότητα της κατάστασης θα επιφέρει τον θάνατο. Η τέταρτη αποτελείται από δότες που πεθαίνουν κατά τη διάρκεια διενέργειας της κλινικής διάγνωσης εγκεφαλικού

θανάτου και δεν έχει αρχίσει ακόμη η διαδικασία πιθανής δωρεάς οργάνων. (Chaib 2008) Προστίθεται και μια πέμπτη κατηγορία που δεν περιλαμβάνονταν στην αρχική κατάταξη η οποία αφορά σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς που βρίσκονται στην ΜΕΘ και η καρδιακή ανακοπή θεωρείται απροσδόκητο γεγονός (Ridley et al. 2005). Η τρίτη και τέταρτη κατηγορία αφορά σε ελεγχόμενους δότες ενώ οι άλλες τρεις (πρώτη, δεύτερη και πέμπτη) σε μη ελεγχόμενους .

Ο προσδιορισμός του κυκλοφορικού θανάτου σε μερικές ευρωπαϊκές περιοχές διαγιγνώσκεται με κριτήρια εγκεφαλικού θανάτου αλλά να σημειωθεί ότι οι Ηνωμένες πολιτείες και ο Καναδάς χρησιμοποιούν κριτήρια διάγνωσης κυκλοφορικού – αναπνευστικού. Οι προϋποθέσεις (δηλαδή, η απουσία αναστρέψιμων αιτιών, όπως τοξικών ή μεταβολικών διαταραχών) για τον προσδιορισμό του εγκεφαλικού θανάτου δεν μπορούν να ικανοποιηθούν στο DCD (δότες κυκλοφορικού θανάτου). Επειδή η διακοπή του κυκλοφορικού οδηγεί αναπόφευκτα σε διακοπή των εγκεφαλικών λειτουργιών, πρώτα μόνιμα και μετά μη αντιστρεπτά, η χρήση του κριτηρίου του εγκεφάλου δεν είναι απαραίτητη για τον προσδιορισμό του κυκλοφορικού θανάτου (Dalle et al. 2016). Συγκεκριμένα ως κριτήρια διάγνωσης κυκλοφορικού θανάτου θεωρούνται η απώλεια ικανότητας συνείδησης και ικανότητας αυθόρμητης αναπνοής και σφυγμού (den Hartogh et al. 2019). Επιπλέον, πρέπει να τονιστεί ότι πριν προβούν οι γιατροί σε δοκιμές κυκλοφορικού-αναπνευστικού θανάτου θα πρέπει να δοθεί ζωτική σημασία στην διάκριση της "μόνιμης" (δεν θα αντιστραφεί) και της "μη αναστρέψιμης" διακοπής των λειτουργιών . Οι γιατροί που καθορίζουν τη δοκιμή θανάτου μόνο για τη μόνιμη διακοπή της κυκλοφορίας και την αναπνοή (κριτήρια που αναφέραμε πιο πάνω), επειδή γνωρίζουν ότι η μη αναστρέψιμη διακοπή ακολουθεί γρήγορα και αναπόφευκτα όταν η κυκλοφορία δεν θα αποκατασταθεί αυτόματα και δεν θα αποκατασταθεί ιατρικά. Αν και τα περισσότερα καταστατικά του θανάτου προβλέπουν μη αναστρέψιμη παύση των κυκλοφορικών και αναπνευστικών λειτουργιών, το αποδεκτό ιατρικό πρότυπο είναι η μόνιμη παύση τους, επειδή η μονιμότητα είναι ένας τέλειος δείκτης μη αναστρέψιμης κατάστασης και η χρήση του επιτρέπει μια πιο έγκαιρη δήλωση. Αφού οι ασθενείς με βάση τα κριτήρια κυκλοφορικού θανάτου διαγνωσθούν ως νεκροί του DCD μπορούν να οδηγηθούν στην δωρεά οργάνων μετά από πρωτόκολλα του καρδιακού θανάτου , μη παραβιάζοντας τους κανόνες του νεκρού δότη. Τέλος το αρκτικόλεξο DCD θα πρέπει να αντιπροσωπεύει όργανο "δωρεά μετά τον κυκλοφορικό θάνατο" για να διευκρινίσει ότι το πρότυπο θανάτου είναι η μόνιμη διακοπή της κυκλοφορίας, όχι ο καρδιακός παλμός (Bernat 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

4. 1. ΚΩΔΙΚΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ:

Οι θεμελιώδεις αξίες που διέπουν την άσκηση της Ιατρικής παραμένουν αναλλοίωτες, παρά την πάροδο του χρόνου, όπως διαμορφώθηκαν από την εποχή του Ιπποκράτη. Είναι φανερό ότι η Ιατρική ως επιστήμη που ασχολείται με την πρόληψη και θεραπεία των ασθενειών και κατ' επέκταση με τα υπέρτατα αγαθά ζωής και υγείας, παρουσιάζει ιδιαίτερη ανάγκη τήρησης ενός δεοντολογικού πλαισίου ως βάση για την άσκησή της. Μέσω αυτού του πλαισίου καθορίζονται και οι αρχές για τις μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων. Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας είναι ένα σύνολο προτάσεων με βάση τις οποίες οι γιατροί λένε ότι δεσμεύονται για αξίες και συμπεριφορές που στοχεύουν σε δίκαιη και ορθή επαγγελματική πρακτική. Με άλλα λόγια είναι το νομικό έγγραφο που εκθέτει τον ηθικό λόγο των ιατρών στην κοινωνία και το επάγγελμα (Edson 2016).

Διαβάζοντας κάποιος τον συγκεκριμένο κώδικα προσεκτικά ανακαλύπτει ότι οριοθετούνται οι υποχρεώσεις και τα δικαιώματα των γιατρών αλλά και τα δικαιώματα των ασθενών. Ένας αυξανόμενος αριθμός επαγγελματιών ενώσεων και ομάδων δημιουργούν κώδικες δεοντολογίας με στόχο την καθοδήγηση των μελών τους, την προστασία των χρηστών υπηρεσιών και την διασφάλιση της φήμης του επαγγέλματός τους (Spielthener 2015).

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι οι κώδικες δεοντολογίας είναι κώδικες επαγγελματικοί. Η παραβίασή τους έχει ηθικής ή πειθαρχικής φύσεως συνέπειες. Γενικά ο κώδικας ιατρικής δεοντολογίας διασφαλίζει κυρίως τον γιατρό, τον ασθενή και τους συγγενείς του, ενώ παράλληλα εξυπηρετεί και το δημόσιο συμφέρον. Αν όμως οι κανόνες αυτοί έχουν συνταχθεί με γνώμονα το «ορθό μέτρο», τότε ενισχύουν τη θέση του γιατρού που ενεργεί και συμπεριφέρεται σε ένα αποδεκτό ή και επιβαλλόμενο πλαίσιο.

Η ελληνική νομοθεσία έχει πολλές φορές ασχοληθεί με το θέμα των μεταμοσχεύσεων. Αρχικά με τους νόμους Ν.821/78 και Ν. 1383/83 «Αφαιρέσεις και Μεταμοσχεύσεις Ιστών και οργάνων», έπειτα με το Ν 2619/98 (ΦΕΚ Α'132) στον οποίο ουσιαστικά επικυρώνεται η Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής - Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική - που υπογράφηκε στις 4 Απριλίου 1997 στο Oviedo της Ισπανίας (Σύμβαση Οβιέδο). Ο Ν.2737/ 1999 αναφέρεται στις προϋποθέσεις αφαίρεσης ιστών και οργάνων, αρ.10 αρ. 12 (αναλόγως της προέλευσής

τους από νεκρό ή ζωντανό δότη), τις διαδικασίες μεταμόσχευσης και άλλες διατάξεις, προκειμένου να λυθεί το πρόβλημα της μεγάλης έλλειψης μοσχευμάτων στην χώρα μας. Τέλος με τον νόμο αυτό ιδρύεται νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου με την επωνυμία «Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων (Ε.Ο.Μ.)» και έδρα την Αθήνα, κάτω από την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας .Σκοπός του ΕΟΜ είναι η υποβοήθηση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για χάραξη εθνικής πολιτικής στον τομέα των Μεταμοσχεύσεων (Νόμος 2737/1999 ΦΕΚ 174 Α΄ Μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων Ιστών και οργάνων και άλλες διατάξεις κεφ. Δ΄ - αρ . 15)

Έτσι στην αρχική σελίδα του Ε.Ο.Μ. διαβάζει κανείς (παρουσιάζονται αυτολεξεί) τις αρμοδιότητές του για την εκπλήρωση των σκοπών του . Σύμφωνα με αυτούς ο Ε.Ο.Μ.:

- Εισηγείται τη σκοπιμότητα ίδρυσης, συνένωσης , διακοπής λειτουργίας δημόσιων δομών στο σύστημα μεταμοσχεύσεων οργάνων, ιστών και κυττάρων .
- Εισηγείται τους όρους και τις προϋποθέσεις λειτουργίας , το θεσμικό πλαίσιο ελέγχου και αξιολόγησης , τη χορήγηση , την ανανέωση και την ανάκληση άδειας , των δομών του συστήματος μεταμοσχεύσεων οργάνων, ιστών και κυττάρων.
- Εισηγείται το πλαίσιο ποιότητας και ασφάλειας στη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων, ιστών και κυττάρων, εφαρμόζοντας κατ' ελάχιστον τις ευρωπαϊκές οδηγίες περί μεταμοσχεύσεων.
- Διασφαλίζει την ιχνηλασιμότητα των οργάνων , ιστών και κυττάρων από τη δωρεά έως τη μεταμόσχευση , εφαρμόζοντας σύστημα υποβολής και διαχείρισης στοιχείων για σοβαρά ανεπιθύμητα συμβάντα και αντιδράσεις
- Συμμετάσχει στο σχεδιασμό και στη διενέργεια ελέγχων των δομών σύμφωνα με το εγκεκριμένο θεσμικό πλαίσιο ελέγχου του συστήματος μεταμοσχεύσεων .
- Συλλέγει στοιχεία παρακολούθησης του μεταμοσχευτικού έργου των δομών στη βάση των οποίων συντάσσει και υποβάλλει στο Υπουργείο Υγείας σχετική ετήσια έκθεση αξιολόγησης.
- Παρακολουθεί την εφαρμογή του πλαισίου ποιότητας και ασφάλειας , αρμοδιότητα που δύναται να μεταβιβάζεται σε φορέα εποπτευόμενο του Υπουργείου Υγείας με σχετική τεχνογνωσία ή να υλοποιεί επικουρούμενος από αυτόν.
- Οργανώνει και συντονίζει σε τοπικό , κρατικό και διακρατικό επίπεδο τη διακίνηση μοσχευμάτων οργάνων, ιστών και κυττάρων και καθορίζει το πλαίσιο της διαδικασίας συντονισμού μεταξύ των εμπλεκόμενων φορέων.

- Τηρεί τα Εθνικά Μητρώα υποψηφίων δωρητών , εθελοντών δοτών , υποψηφίων ληπτών ,ληπτών οργάνων , ιστών και κυττάρων και αρνητών οργάνων καθώς και κάθε άλλο Μητρώο Εθνικού επιπέδου απαραίτητο για την αποτελεσματική υλοποίηση των αρμοδιοτήτων του.
- Μεριμνά για την τήρηση των διατάξεων περί προστασίας του ατόμου από την επεξεργασία δεδομένων , όπως αυτές ισχύουν , σε κάθε δραστηριότητα που συνδέεται με τη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων, ιστών και κυττάρων .
- Εκπροσωπεί τη χώρα σε ευρωπαϊκό και διεθνές επίπεδο και συνεργάζεται με διεθνείς και Ευρωπαϊκούς Οργανισμούς σε θέματα δωρεάς και μεταμόσχευσης οργάνων, ιστών και κυττάρων. Με τους Οργανισμούς αυτούς δύναται να συνάπτει έγγραφες συμφωνίες συνεργασίας για την επίτευξη των σκοπών του. Εισηγείται σχέδιο εναρμόνισης των σχετικών κοινοτικών οδηγιών στο Εθνικό δίκαιο.
- Εισηγείται πολιτική τιμολόγησης , χρηματοδότησης και αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας και των λοιπών υπηρεσιών που καταναλώνονται στη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων, ιστών και κυττάρων , με σκοπό την απρόσκοπτη εξασφάλιση , διαχείριση και διακίνηση των μοσχευμάτων σε εθνικό και διακρατικό επίπεδο.
- Μεριμνά για τον σχεδιασμό και την παροχή πιστοποίησης , συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και καθοδήγησης των επαγγελματιών υγείας που δραστηριοποιούνται σε κάθε στάδιο της αλυσίδας από τη δωρεά έως τη μεταμόσχευση οργάνων, ιστών και κυττάρων , περιλαμβανομένης της καθοδήγησης για τη συλλογή σημαντικών μετεγχειρητικών πληροφοριών , και μεριμνά για την παραγωγή , έγκριση και διάχυση σχετικών κατευθυντήριων οδηγιών και πρωτοκόλλων .
- Μεριμνά για την ενημέρωση ,καθοδήγηση και ψυχοκοινωνική υποστήριξη των υποψηφίων ληπτών , των ληπτών , των ζώντων δοτών και των συγγενών των δοτών οργάνων, ιστών και κυττάρων.
- Επιδιώκει με κάθε πρόσφορο τρόπο , και ιδίως με την οργάνωση κατάλληλης ενημέρωσης – πληροφόρησης και εκπαίδευσης του κοινού , την αύξηση του αριθμού των προοριζομένων για μεταμόσχευση οργάνων, ιστών και κυττάρων.
- Διαχειρίζεται και υλοποιεί προγράμματα χρηματοδοτούμενα ή συγχρηματοδοτούμενα από την Ευρωπαϊκή Ένωση ή άλλους διεθνείς Οργανισμούς, κατ' εφαρμογή της κείμενης νομοθεσίας .

Στην Ελλάδα ισχύει ο Ν. 3418/ ΦΕΚ 287/28-11-2005 "Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας", ο οποίος περιέχει διατάξεις που αφορούν την παροχή πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και

τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας και καθορίζει τον τρόπο άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος τόσο στον ιδιωτικό όσο και στον δημόσιο τομέα ατομικά ή συλλογικά. (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής δημοκρατίας , τεύχος Πρώτο ,Αριθμός φύλλου 287,28 Νοεμβρίου 2005. Νόμος υπ' αριθμ. 3418). Η δεοντολογία ως έννοια αποτελεί μέρος της ηθικής που εξετάζει ζητήματα κανόνων και ηθικών επιταγών. Σύμφωνα με τη νομοθεσία , ο ιατρός ασκώντας το έργο του οφείλει να αποφεύγει κάθε πράξη ή παράλειψη η οποία δύνата να βλάψει την τιμή και την αξιοπρέπεια του ιατρικού επαγγέλματος και να κλονίσει την πίστη του κοινού προς αυτόν, τηρώντας το νόμο του Ιπποκράτη (Κεφ. Β' .αρ. 2).

Συγκεκριμένα ο κώδικας ιατρικής δεοντολογίας επιχειρεί την διευκόλυνση εξέυρεσης μοσχεύματος , καθώς τονίζεται ότι ο γιατρός οφείλει να ενθαρρύνει την εθελοντική και μη αμειβόμενη δωρεά οργάνων για θεραπευτικούς σκοπούς (χρησιμοποιώντας το άρθρο 10 και 9 δηλαδή τις υποχρεώσεις του γιατρού προς τον ασθενή) συνεργαζόμενος με άλλους επαγγελματικούς φορείς, παρέχοντας και σωστή ενημέρωση στους ενδιαφερόμενους (άρθρο 10 – διεπιστημονική επαγγελματική συνεργασία και 11- υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς). Αξίζει να σημειωθεί ότι ένας σημαντικός λόγος για το οποίο οι πολίτες κρατούν επιφυλάξεις στο να γίνουν δυνητικοί δότες , είναι ο φόβος αφαίρεσης των οργάνων πριν την επέλευση του θανάτου τους με σκοπό την εξυπηρέτηση των συμφερόντων. Επιπλέον το ενδεχόμενο μη παροχής δωρεάς οργάνων παίζει σημαντικό ρόλο επιβεβαιώνοντας πως η μεταμόσχευση προσφέρει σε χρόνιους αρρώστους ελπίδα για βελτιωμένη ποιότητα ζωής (Mackenzie 2001). Παράλληλα ,σύμφωνα με τον κώδικα ιατρικής δεοντολογίας άρθρο 13 το απόρρητο του δότη και του λήπτη προστατεύεται με εξαιρετικό τρόπο . Έτσι εκτός από το ιδιωτικό απόρρητο προφυλάσσεται και η αυτονομία του δότη (Floraidh 2016).

Επίσης, ο νέος κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας που εμπεριέχεται στο νόμο 3418/2005, περιέχει εκτός από τις διατάξεις που σχετίζονται με τις μεταμοσχεύσεις και το πρόσθετο Πρωτόκολλο στη Σύμβαση για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ανθρώπινου όντος έναντι των εφαρμογών της Βιολογίας και της Ιατρικής (Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και την Βιοϊατρική). Με υπουργική απόφαση απαγορεύεται η κλωνοποίηση των Ανθρώπινων Όντων (Καϊάφα- Γκμπάντι 2008).

Παρόλα αυτά ο κώδικας ιατρικής δεοντολογίας διαφέρει από χώρα σε χώρα καθώς «απειλούνται» βασικές δεοντολογικές αρχές όπως της αυτονομίας , της ευεργεσίας , της δικαιοσύνης στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Κάτι τέτοιο συμβαίνει στην Αιθιοπία που σύμφωνα με μια έρευνα που διεξήχθη το 30,4% βρέθηκε να μην τηρεί προσεκτικά και σωστά τον κώδικα δεοντολογίας (Mesafint et al. 2018). Ακόμη και η θρησκεία, η ερμηνεία των θρησκευτικών γραφών μπορεί να δημιουργήσουν κωλύματα στη δωρεά οργάνων. Έτσι

η δωρεά οργάνων στο τέλος του κύκλου ζωής είναι αμφιλεγόμενη στο Ισλάμ, παραβιάζοντας ακόμα και τον κώδικα δεοντολογίας των δυτικών κοινωνιών (Rady et al. 2014).

Σύμφωνα με μία μελέτη που παρουσιάζει ισλαμικές βιοηθικές προοπτικές για τη δωρεά οργάνων μετά από προσδιορισμό κυκλοφορικού θανάτου και της ξενομεταμόσχευσης , γίνεται αναφορά σε θεμελιώδεις ισλαμικές νομικές συζητήσεις. Τρεις είναι οι θέσεις στις οποίες μπορούν αυτές οι συζητήσεις να ομαδοποιηθούν. Σε εκείνες που θεωρούν την δωρεά οργάνων απαράδεκτη κατηγορηματικά ως παραβίαση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας , σε εκείνες που συμφωνούν πως η δωρεά οργάνων είναι απαράδεκτη κατ' αρχήν αλλά την επιτρέπουν υπό όρους με βάση την απόλυτη ανάγκη και σε εκείνες που επιτρέπουν τη δωρεά με βάση έννοιες δημοσίου συμφέροντος (Padela et al. 2018).

4.2. ΒΙΟΗΘΙΚΗ:

Με την ανάπτυξη της βιοιατρικής αναπτύχθηκε και ένας τομέας έντονου ηθικού και κοινωνικού προβληματισμού. Στις αρχές της δεκαετίας του 1970 γίνεται λόγος για μια νέα επιστήμη , τη Βιοηθική, στόχος της οποίας είναι η περιγραφή των ηθικών προβλημάτων που δημιουργεί η εξέλιξη της Ιατρικής επιστήμης και της Βιολογίας και η διεπιστημονική αντιμετώπισή τους (Αδάμη 2002). Είναι ο κλάδος που εξετάζει τα ηθικά προβλήματα που ανακύπτουν από τις νέες ανακαλύψεις και τις τεχνικές παρεμβάσεις σε όλη τη φύση και ιδιαίτερα στον άνθρωπο , όπως οι μεταμοσχεύσεις οργάνων, η ευθανασία, η τεχνητή γονιμοποίηση , η κλωνοποίηση κ.α. Και οι δύο επιστήμες ,ηθική και ιατρική είναι προς όφελος του ανθρώπου και όχι το αντίθετο. Η μεν για την προώθηση των αξιών και η δε για τη διατήρηση της ζωής και της υγείας .

Η έμφαση στην ανάγκη για κώδικες Ηθικής και Δεοντολογίας στο χώρο της υγείας είναι φαινόμενο του 20^{ου} αιώνα και προέκυψε ως συνέπεια του σκεπτικισμού και της αγωνίας που επικράτησαν στην ανθρωπότητα μετά τους εγκληματικούς βιο-ιατρικούς πειραματισμούς κατά τη διάρκεια του Β΄ παγκοσμίου πολέμου. Ο ανθρωπισμός και ο σεβασμός μεταξύ των ανθρώπων , παγκόσμιες και διαχρονικές αξίες που τραυματίστηκαν ανεπανόρθωτα μετά τον πόλεμο, απαίτησαν την προστασία τους με κάθε τρόπο.

Ο νέος αυτός κλάδος οφείλει την ονομασία του σε δύο πρόσωπα του ιατρικού επιστημονικού κόσμου: στον Potter Van Renssealer, (Πότερ Βαν Ρενσελ 1911- 2001), Αμερικανός Βιοχημικός / ογκολόγος , θεωρείται ο πατέρας της Βιοηθικής ,γιατί υιοθέτησε πρώτος το 1970 τον όρο βιοηθική, (1^ο βιβλίο 1971 «Bioethics»: A bridge to the future όπου

προσπάθησε να βρει μία έννοια που να ισορροπεί τον επιστημονικό προσανατολισμό της ιατρικής με τις ανθρώπινες αξίες , 2^ο βιβλίο 1988: «Global Bioethics») και τον Andre Hellegers, μαιευτήρα ογκολόγο , ιδρυτή του Ινστιτούτου Βιοηθικής Kennedy στο Πανεπιστήμιο της Georgetown. Ο πρώτος είναι αυτός που διάλεξε το όνομα ,από το πρώτο συνθετικό της λέξης (bio-ελλ. Βίος) ως αντιπροσωπευτικότερο της βιολογικής γνώσης και το δεύτερο συνθετικό (ethics, ελλ. Ηθική) ως αντιπροσωπευτικότερο του ανθρώπινου συστήματος αξιών. Ο δεύτερος είναι αυτός που για πρώτη φορά τον χρησιμοποίησε σε ακαδημαϊκό επίπεδο. Έκτοτε η βιοηθική καθιερώθηκε ως επιστήμη στους επιστημονικούς κύκλους .Με λίγα λόγια η βιοηθική προσφέρει τα υλικά και φιλοσοφικά θεμέλια για την ιδέα της ειρηνικής και αρμονικής εξέλιξης της ανθρωπότητας και του βιο-περιβάλλοντος.

Η ιατρική ηθική δεν έχει ως αντικείμενο την παροχή έτοιμων λύσεων στα ιατροηθικά διλήμματα αλλά την ανάλυσή τους, με βάση ορισμένες θεμελιώδεις αρχές . Ως βασικές αρχές βιοηθικής θεωρούνται ότι είναι:

α/ Η αρχή της ωφελιμότητας ή της αγαθοεργίας (σύμφωνα με αυτήν ο γιατρός οφείλει να ενεργεί όχι μόνο προς την κατεύθυνση της μη πρόκλησης βλάβης στον άρρωστο αλλά και προς την κατεύθυνση της πρόκλησης οφέλους προς αυτόν) , β/ η αρχή της αυτονομίας ή της αυτοδιάθεσης .Σύμφωνα μ' αυτήν ο κάθε άνθρωπος θα πρέπει ελεύθερα και ανεξάρτητα να σκέφτεται και να αποφασίζει χωρίς εξαναγκασμό , γ/ η αρχή της δικαιοσύνης ,αφορά στην ηθική υποχρέωση του γιατρού να φροντίζει την υγεία του κάθε ανθρώπου ανεξάρτητα από το φύλο, τη φυλή , θρησκεία , την οικονομική κατάσταση δ/ η αρχή της ισοτιμίας , στηρίζεται στο αξίωμα ότι κάθε άτομο είναι ίσο μεταξύ ίσων, χωρίς καμία διάκριση, ε/ η αρχή της εμπιστοσύνης, στ/η αρχή της ειλικρίνειας ,ζ/ η αρχή της μη βλαπτικότητας. Η επιλογή της προτεραιότητας εξαρτάται από όλο το φιλοσοφικό πλαίσιο στο οποίο ο κάθε άνθρωπος έρχεται μπροστά στο φαινόμενο της υγείας αλλά και της ζωής γενικότερα (Τζαβέλα 1992) Σήμερα υπάρχουν αρκετές επιτροπές Βιοηθικής ανά τον κόσμο .Οι επιτροπές αυτές δεν υφίστανται μόνο στο πλαίσιο κρατών αλλά και σε επίπεδα συνεργασίας περισσότερων κρατών όπως είναι η Ευρωπαϊκή επιτροπή Βιοηθικής στα πλαίσια της Ευρωπαϊκής Ένωσης και η Επιτροπή που λειτουργεί στα πλαίσια του συμβουλίου της Ευρώπης.

Στην Ελλάδα το επίσημο γνωμοδοτικό όργανο σε θέματα βιοηθικής είναι η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής η οποία έχει συσταθεί με το (άρθρο 10 του Ν2667/ ΦΕΚ 281/Α/18-12-1998).

Η εθνική επιτροπή βιοηθικής αποτελεί :

- Συμβουλευτικό όργανο της πολιτείας
- Υπάγεται κατευθείαν στον πρωθυπουργό
- Παρακολουθεί διαρκώς θέματα που σχετίζονται με τις εφαρμογές βιολογικών επιστημών με ταυτόχρονη διερεύνηση των ηθικών, κοινωνικών και νομικών διαστάσεων και επιπτώσεών τους .

Η χρησιμοποίηση του ανθρώπινου σώματος ή οργάνων για επιβίωση ή βελτίωση της υγείας άλλων ανθρώπων αντιπροσωπεύει την πλέον προηγμένη εκδήλωση στην ιστορία της πάλης για επιβίωση του ανθρώπινου γένους. Αλλά στην πράξη αν δεν ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα ,μπορεί το ανθρώπινο σώμα να γίνει αντικείμενο εμπορευματοποίησης . Στο σεβασμό του ανθρώπινου σώματος θα πρέπει να είναι στηριγμένη η διαδικασία διάθεσης οργάνων , ώστε να αποφευχθεί η εμπορευματοποίηση . Ο τρόπος με τον οποίο διατίθενται τα μοσχεύματα σε ένα κράτος καταδεικνύει και την ηθική που επικρατεί στον τομέα των μεταμοσχεύσεων .Εδώ αξίζει να σημειωθεί το προκλητικό ερώτημα που προέκυψε μετά την απόφαση του Ανώτατου Δικαστηρίου του Καναδά σχετικά με τον υποβοηθούμενο θάνατο: «πρέπει οι Καναδοί που ζητούν και τους χορηγείται ένας υποβοηθούμενος θάνατος να θεωρούνται νόμιμη πηγή μεταμοσχευμένων οργάνων;» Σε σχετικό άρθρο ελέγχεται αν είναι περισσότερο ή λιγότερο ηθική η δωρεά οργάνων μετά από υποβοηθούμενο θάνατο (cDAD) ή μετά από κυκλοφορικό προσδιορισμό του θανάτου (cDCDD). Η προσέγγιση στο θέμα είναι περίπλοκη ηθικά και απαιτητική (Kirby 2016).

Είναι γνωστό πως το κύριο πρόβλημα των μεταμοσχεύσεων είναι η έλλειψη μοσχευμάτων με αποτέλεσμα να δημιουργείται από τη μια μεγάλος χρόνος αναμονής για λήψη οργάνων ενώ από την άλλη παρατηρείται αυξανόμενος αριθμός θανάτων κατά την αναμονή. Αυτό το γεγονός δημιούργησε πολλά κοινωνικά και ηθικά ζητήματα σχετικά με τον εφοδιασμό , τις μεθόδους κατανομής οργάνων , τη χρήση δωρητών συμπεριλαμβανομένων και των ανηλίκων .Έχει οδηγήσει ακόμη, δυστυχώς και στην πρακτική της πώλησης οργάνων από επιχειρηματίες για οικονομικά οφέλη σε ορισμένα μέρη του κόσμου μέσω εκμετάλλευσης των φτωχών προς όφελος των πλουσίων .Σύμφωνα με μία πηγή ,στη Νιγηρία δεν υπάρχει νόμος / νομοθεσία που να στηρίζει τη μεταμόσχευση οργάνων και ιστών .Γι' αυτό η κυβέρνηση πρέπει να λάβει μέτρα δημιουργώντας επιτροπή δεοντολογίας και εθνικού μητρώου μεταμοσχεύσεων προκειμένου να καταπολεμηθεί ο τουρισμός μεταμόσχευσης και το εθνικό και διεθνές εμπόριο ανθρωπίνων ιστών και οργάνων (Abubakar et al. 2012).

Τα τελευταία χρόνια λοιπόν χρόνια το ενδιαφέρον των ερευνητών, για την αντιμετώπιση της έλλειψης οργάνων , στρέφεται στην προσπάθεια χρησιμοποίησης βλαστοκυττάρων για μεταμόσχευση ή ξενομοσχευμάτων , ελπιδοφόρες λύσεις που εγείρουν όμως ηθικά και ιατρικά ζητήματα τα οποία πρέπει να ληφθούν υπόψη από το ιατρικό επάγγελμα καθώς και από την κοινωνία και την πολιτεία (Abouna 2003).

Επιπλέον η έλλειψη οργάνων οδηγεί στην ανάγκη χρήσης μη βέλτιστων νεφρών για μεταμόσχευση . Η διάκριση μεταξύ βέλτιστων , οριακών και υποβέλτιστων νεφρών οδηγεί τους χειρουργούς να αντιμετωπίσουν όχι μόνο τεχνικά προβλήματα αλλά και ηθικά και νομικά ζητήματα που σχετίζονται με κλινικά πλεονεκτήματα που προσφέρει η μεταμόσχευση ενός μη τυπικού νεφρού και η απόκτηση συγκατάθεσης (με πολύ καλά αποτελέσματα). Η διασφάλιση πως οι μεταμοσχεύσεις των υποβέλτιστων νεφρών γίνονται σε κατάλληλους ασθενείς , σε εξειδικευμένα κέντρα πλήρως ενημερωμένοι για τους κινδύνους που διατρέχουν από τη συγκεκριμένη υποβέλτιστη νεφρική μεταμόσχευση, δεν εγείρει ηθικά ζητήματα (Incollingo et al. 2019).

Συμπερασματικά λοιπόν θα λέγαμε πως η ελεύθερη και ενημερωμένη συγκατάθεση είναι η νομική και ηθική βάση για δωρεά οργάνων από ζωντανούς δότες . Παράλληλα στην κλινική πρακτική, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης οφείλουν να σέβονται τις βιοηθικές αρχές της αυτονομίας , της ευεργεσίας , της δικαιοσύνης και της μη βλάβης (Beauchamp et al. 2012), με γνώμονα το καλύτερο συμφέρον των ασθενών. Ωστόσο, υπάρχουν βιοηθικές ανησυχίες για την προμήθεια οργάνων από ζώντες δότες που δεν έχουν αποκτήσει

ποτέ ικανότητα , δεν έχουν ακόμη την ικανότητα ή έχουν χάσει μόνιμα την ικανότητα λήψης αποφάσεων. Μια δήλωση συναίνεσης (Live Organ Donor Consensus Group) προστατεύει την αυτονομία αυτών των δωρητών. Τα μέλη του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σε κλινικές μεταμοσχεύσεις οφείλουν να υποστηρίξουν ευάλωτους ζωντανούς δότες και να δεσμεύονται για βασικές βιοηθικές αρχές σχετικά με τη δωρεά οργάνων (Lee 2018).

4.3. ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ – ΖΗΤΗΜΑΤΑ:

Η υπόθεση των μεταμοσχεύσεων είναι αδιάρρηκτα συνδεδεμένη με τη λήψη ζωτικών οργάνων σε κατάλληλη κατάσταση . Είναι γνωστό πως η κυκλοφορία του αίματος είναι αυτή που διατηρεί τα όργανα στη ζωή και επομένως αυτά θα πρέπει να αφαιρεθούν από τον δότη οπωσδήποτε πριν σταματήσει η καρδιακή λειτουργία. Από την άλλη βέβαια πλευρά , η αφαίρεση των οργάνων δεν επιτρέπεται να προκαλέσει τον θάνατο, εφόσον ο δότης είναι ακόμα ζωντανός. Με την επινόηση του αναπνευστήρα έγινε δυνατή η διατήρηση της

κυκλοφορίας του αίματος παρά την νέκρωση του εγκεφάλου. Αυτή η παράμετρος δημιούργησε το παράδοξο να γίνεται λόγος για νεκρούς με ζωντανό σώμα. Έτσι επαναπροσδιορίστηκε η έννοια του θανάτου με επακόλουθο να προκύπτουν διλήμματα ηθικής φύσεως που προκλήθηκαν ανάμεσα στη διάθεση προσφοράς στο λήπτη και σεβασμού του δότη (Κωστάκη 2005).

Ο ΕΘ έχει επιφέρει σύγχυση όχι μόνο στην κοινωνία αλλά και στα μέλη του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού (Καρακατσάνης 2008).

Οι μεταμοσχεύσεις συνδέονται , όπως υποστηρίζει ο καθ. Χειρουργικής και Μεταμοσχεύσεων Αλκ. Κωστάκης, με ένα πλήθος ερωτημάτων ηθικών και δεοντολογικών που είναι δύσκολο να απαντηθούν, μιας και θίγουν πολύ λεπτές έννοιες όπως η ζωή, ο θάνατος , το ανθρώπινο αυτεξούσιο κλπ. Οι κοινωνίες από τη μεριά τους οφείλουν να δώσουν απαντήσεις και να ρυθμίσουν σύμφωνα με το δίκαιο λεπτές έννοιες ώστε να διασφαλιστεί ο σεβασμός στον άνθρωπο, να προστατεύσουν το δικαίωμα στην υγεία και στη ζωή εξασφαλίζοντας ισορροπίες στις ανθρώπινες σχέσεις . Ενδεικτικά γίνεται αναφορά στα εξής βιοηθικά ζητήματα που αφορούν στις μεταμοσχεύσεις:

- Έχοντας ως δεδομένο πως για να πραγματοποιηθεί μια μεταμόσχευση οργάνων από πτωματικό δότη είναι απαραίτητος ο εξακριβωμένος οριστικός θάνατος του δότη αλλά και η συναίνεσή του ή κάποια εξίσου σημαντική συναίνεση (εικαζόμενη συναίνεση), αναρωτιέται κανείς μήπως από τη μια ο εγκεφαλικός θάνατος δεν είναι πράγματι θάνατος αλλά επινόημα για να εξυπηρετήσει σκοπιμότητες και συμφέροντα, αλλά και από την άλλη μήπως η εικαζόμενη συναίνεση είναι ένα δόλιο κατασκευάσμα για να βρεθούν τα απαιτούμενα μοσχεύματα .
- Τα κριτήρια που ισχύουν για τον προσδιορισμό του εγκεφαλικού θανάτου είναι επαρκή ή όχι ,για να χαρακτηριστεί ο ασθενής νεκρός ; (Hill 2002).Εδώ αξίζει να αναφερθεί και η αλλαγή που έχει κάνει το Υπουργείο Υγείας της Αγγλίας τα τελευταία χρόνια. Αντικατέστησε λοιπόν τον όρο ΕΘ με τον όρο: « θάνατος για μεταμοσχευτικούς σκοπούς». Προτείνεται η χρήση του αρχικού όρου μη αναστρέψιμο απνοϊκό κώμα, που γίνεται αντιληπτός όχι ως ισοδύναμος με τον θάνατο, αλλά ως μια συγκεκριμένη κατάσταση στην οποία επιτρέπεται νομικά η απόσυρση της υποστηρικτικής τεχνολογίας και η αφαίρεση οργάνων από ασθενείς που έχουν προηγουμένως συναινέσει σε αυτό (Machado et al. 2007).

- Είναι δυνατόν στην πράξη λόγω πίεσης χρόνου, λόγω έλλειψης εξειδικευμένου ιατρικού προσωπικού κλπ να τηρηθούν επαρκώς τα κριτήρια του ΕΘ; Υπάρχουν μελέτες που δείχνουν πως το ιατρικό προσωπικό σε ποσοστό 68%μόνο, ακόμη και στις Μ.Ε.Θ ,αναγνώριζαν τα κλινικά κριτήρια για τον ΕΘ και κατέταζαν ορθά τους ασθενείς στις κατηγορίες ζώντων ή νεκρών (Mernoff 2003). Το γεγονός ότι επέζησαν και άτομα που είχαν διαγνωστεί ως εγκεφαλικά νεκροί , φανερώνει πως έγιναν εσφαλμένες και βεβιασμένες διαγνώσεις ΕΘ, μιας και δεν τηρήθηκε ο όρος της επανάληψης των δοκιμασιών για επιβεβαίωση της διάγνωσης (Μπέτση 2010). Οι συγγενείς μπορούν να συναινέσουν αντί αυτού υποκαθιστώντας τη βούληση του ασθενούς (αν ο ίδιος δεν έχει εν ζωή συναινέσει);
- Αν κάποιος είναι δότης και οι συγγενείς του για συναισθηματικούς ή και για ιδεολογικούς λόγους αρνούνται να δεχτούν τον ΕΘ , τίνας η επιθυμία πρέπει να εισακουστεί;
- Πώς θα μπορούσε ο κάθε πολίτης – δότης να προστατευθεί από αυθαιρεσίες και συμφέροντα που συχνά παρουσιάζονται ως ενδεχόμενα από τα Μ.Μ.Ε;
- Πώς είναι δυνατόν να εξασφαλιστούν απαιτούμενα μοσχεύματα για ασθενείς που έχουν απόλυτη ανάγκη από ανεγκέφαλα βρέφη; (Κωστάκης 2005).

Επιπλέον ένα ηθικό θέμα που εγείρεται στα κριτήρια διάγνωσης ΕΘ είναι και η θεωρούμενη μη αναστρέψιμη απώλεια της συνείδησης , η οποία έχει απολεσθεί, διότι όλα τα μέρη του εγκεφάλου είναι κατεστραμμένα .Όμως ,όσον αφορά την απώλεια του περιεχομένου της συνείδησης σε εγκεφαλικά νεκρούς ασθενείς , δεν υπάρχουν κριτήρια για τη διάγνωση της απώλειάς του, δεδομένου ότι η συνείδηση είναι, εκ φύσεως , μια υποκειμενική εμπειρία (Giacino 1997). Άρα πώς είναι δυνατόν να αποκλειστεί το ενδεχόμενο ότι οι εγκεφαλικά νεκροί δεν έχουν τη δυνατότητα να αισθανθούν και να σκεφτούν ;

Όλα τα παραπάνω ερωτήματα είναι ελάχιστα από μια πληθώρα ηθικών προβλημάτων που δημιουργούνται από την αλματώδη πρόοδο της τεχνολογίας και την εφαρμογή της στην εξέλιξη στον τομέα των μεταμοσχεύσεων (ξενομοσχεύματα –τεχνητά όργανα). Ως αναφορά την ξενομεταμόσχευση τα ηθικά διλήμματα που εγείρονται είναι ενδεικτικά τα εξής:

- Ποια είδη ζώων θα συμμετάσχουν στα πειράματα ,πόσα θα θυσιαστούν στο βωμό διατήρησης της ανθρώπινης ζωής και ποιες οι επιπτώσεις στο οικολογικό σύστημα;

- Η μετάδοση παθολογικών οργανισμών και μεταδοτικών μολύνσεων κατά την ξενομεταμόσχευση μπορεί να προκαλέσει επιδημίες ή και πανδημίες;
- Και τέλος η επιτυχής διαδικασία της ξενομεταμόσχευσης θα επηρεάσει αρνητικά τη στάση των ανθρώπων απέναντι στη δωρεά οργάνων; (Κωστάκης 2005).

Συμπερασματικά θα μπορούσε να ειπωθεί πως ο βιολογικός θάνατος είναι ένα συμβάν και όχι μια διαδικασία , οπότε κάποιος ή είναι ζωντανός ή νεκρός . Δεν μπορεί να είναι και τα δύο ή τίποτε από τα δύο .Όταν κάποιος αρχίζει να πεθαίνει είναι ζωντανός .Όταν έχει ήδη πεθάνει και αρχίζει να αποσυντίθεται είναι νεκρός. Ο νέος αυτός αμφισβητήσιμος ορισμός του ΕΘ αντικαθιστά την αδιαμφισβήτητη αίσθηση του θανάτου μέσω μιας απόφασης κάποιας αρμόδιας επιτροπής ή μιας νομοθετικής διατύπωσης. Με τον τρόπο αυτό γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι αυτή η παλίνδρομη λογική γεννά σημαντικό μερίδιο βιοηθικού προβληματισμού.

4.4. Η ΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ << ΕΙΚΑΖΟΜΕΝΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ>> ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ :

Το γεγονός του θανάτου εκτός από τον ιατρικό χαρακτήρα παίρνει ηθική, συναισθηματική αλλά και μεταφυσική διάσταση . Αυτό αφορά κυρίως στις θρησκείες, στις οποίες υπάρχει μεγάλη ποικιλία σχετικά με τις θεωρήσεις του θανάτου .Γενικά όμως οι περισσότερες θρησκείες αποδέχονται την πρακτική των μεταμοσχεύσεων ως έκφραση ανιδιοτέλειας και αγάπης .Σύμφωνα με μία πηγή, οι βιοηθικές συζητήσεις που σχετίζονται με την αρχή και το τέλος της ζωής σε τρεις θρησκευτικές παραδόσεις (ορθόδοξος ιουδαϊσμός, ρωμαιοκαθολικισμός και Διοίκηση θρησκευτικών Υποθέσεων στην Τουρκία σύμφωνα με την ισλαμική παράδοση), εγκρίνουν τον τομέα των μεταμοσχεύσεων των οργάνων ως κατάλληλες και σύμφωνες με τη θέληση του Θεού για την ιερότητα της ζωής (Güvercin 2017).

Τα δύο πρακτικά θέματα που θα έπρεπε η κάθε θρησκεία να ξεπεράσει προκειμένου να συναινέσει στη δωρεά και στις μεταμοσχεύσεις είναι αφ' ενός μεν, το κατά πόσον οι νέες αυτές χειρουργικές πρακτικές τραυματίζουν το σεβασμό προς το σώμα και αφετέρου αν ο εγκεφαλικός θάνατος ταυτίζεται με τον θάνατο του ανθρώπου (Κωστάκης 2005).

Η Εκκλησία μας αντιμετωπίζει τις μεταμοσχεύσεις όπως και κάθε τι που σχετίζεται με την υγεία του ανθρώπου και την πάλη του με τον θάνατο με ιδιαίτερη συμπάθεια, κατανόηση και αίσθημα σοβαρότητας. Αντιλαμβάνεται και το μέγεθος του προβλήματος και τις δυνατότητες που παρέχουν οι μεταμοσχεύσεις καθώς και το μεγάλο της χρέος απέναντι στην κοινωνία, στην ιατρική πράξη στους λήπτες και στους δυνατούς δότες. Και τον λήπτη θέλει να βοηθήσει, αλλά και τον δωρητή οφείλει να σεβαστεί. Η ηθική της μεταμόσχευσης οργάνων ως πνευματικό ζήτημα, δεν πρέπει να υποβιβάζει τις πνευματικές αξίες, την ψυχή αλλά να υπερβαίνει τον ατομικισμό και τη φιλοζωία. Η Εκκλησία δεσμεύτηκε να προστατεύσει και να υποστηρίξει τις μεταμοσχεύσεις, εφόσον αυτές αποδεικνύουν την υπεροχή της πνευματικής ζωής από της βιολογικής (Ιερά Σύνοδος της Ελλάδας 1999).

Η Ειδική Συνοδική Επιτροπή Βιοηθικής της Ιεράς Συνόδου της Εκκλησίας της Ελλάδας ετοίμασε ένα κείμενο αποτελούμενο από 55 άρθρα σχετικά με την ηθική των μεταμοσχεύσεων, το οποίο ενέκρινε το 1999 η Εκκλησία της Ελλάδας. Στον κανονισμό 101/1998 της Ιεράς Συνόδου, ο ΕΘ είναι αποδεκτός ως ο βιολογικός θάνατος του ανθρώπου, με την εκκλησία να θέτει τις δικές της αρχές σχετικά με τη διαπίστωσή του. Στον κανονισμό αναφέρονται τα εξής:

- Να υπάρχει διαφοροποίηση του ΕΘ από τη φυτική κατάσταση
- Να εξασφαλίζονται και να τηρούνται ακριβώς τα διεθνώς αποδεκτά κριτήρια διάγνωσης ΕΘ.
- Απαιτείται σαφής και αποδεδειγμένη διαπίστωση αιτιών που οδήγησε σε ΕΘ
- Η διάγνωση ΕΘ να διενεργείται από ειδικούς που ουδεμία σχέση έχουν με ομάδες απασχολούμενες με αυτές της μεταμόσχευσης και βάση εργαστηριακών και κλινικών εξετάσεων
- Η κλινική επιβεβαίωση ΕΘ δεν είναι επαρκής, γι αυτό απαιτείται και προσθήκη εξετάσεων μέσω των οποίων να αποδεικνύεται η παύση λειτουργιών του εγκεφαλικού φλοιού. Απαιτείται επανάληψη εξετάσεων, όταν δε διαπιστώνεται η αιτία της εγκεφαλικής βλάβης, ακόμη και αν αυτή η καθυστέρηση οδηγήσει και σε καταστροφή οργάνων
- Πριν τη διάγνωση ΕΘ, απαιτείται βιοχημικός έλεγχος για να διαπιστωθούν φυσιολογικές τιμές ουρίας και ηλεκτρολυτών.
- Η διαπίστωση του ΕΘ διενεργείται μετά από 24 ώρες του συμβάντος

- Η διαπίστωση επίσημης δήλωσης του ατόμου ως δότη οργάνων, οφείλει να γίνεται μετά την οριστική διαπίστωση ΕΘ, καθορίζοντας το αμερόληπτο και ανεπηρέαστο της διάγνωσης

Η Εκκλησία της Ελλάδας θεωρεί τη δωρεά οργάνων είτε από εν ζωή δότες είτε από εγκεφαλικά νεκρούς ως πράξη φιλαλληλίας και αγάπης και για αυτό ευνοεί και ενθαρρύνει τη προσφορά ενός από τα διπλά μας όργανα (νεφροί, ιστών δέρματος, μυελού των οστών, αίματος) από ζώντα δότη. Επιπλέον θέτει τον «εαυτό της» στην υπηρεσία του Ε.Ο.Μ. σε καταλυτικό ρόλο για τη διατήρηση των αρχών του σεβασμού, της ελευθερίας και της αγάπης του προσώπου. Η Ορθόδοξη Εκκλησία αρνείται τη μεταμόσχευση από ανεγκέφαλα βρέφη, την εμπορευματοποίηση των μεταμοσχεύσεων αλλά και την εικαζόμενη συναίνεση, όμως δέχεται υπό όρους την συγγενική συναίνεση. Η ρητή συναίνεση του δότη, εκφράζει μεν την επιθυμία του στις ύστατες στιγμές του – είτε τηρεί τις προϋποθέσεις του είτε όχι – όμως αποτελεί αδιαπραγμάτευτος όρος για την αποδοχή των μεταμοσχεύσεων από την Εκκλησία της Ελλάδας (Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδας 1999).

Προϋπόθεση για την εφαρμογή των μεταμοσχεύσεων είναι η προσφορά οργάνων, ιστών ή κυττάρων μετά την ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης και την αποδοχή της ιδέας της δωρεάς. Επειδή οι μεταμοσχεύσεις οργάνων δεν θεωρούνται αποκλειστικά ιατρική διαδικασία, αφού περιλαμβάνουν οικονομικές, θρησκευτικές, φιλοσοφικές και βιοηθικές παραμέτρους, καθίσταται σαφές πως αν θέλουν να πετύχουν το σκοπό τους, πρέπει να δημιουργηθεί μια βιοηθική διαμεσολάβηση, ένα σύστημα επικοινωνίας ανάμεσα σε γιατρούς, ασθενείς, συγγενών ασθενών και νοσοκομείων. Το πιο πάνω αναφέρεται σε μία πηγή για την αναγκαιότητα της διαμεσολάβησης στις μεταμοσχεύσεις στην Ελλάδα. Η Ελλάδα υπολείπεται σε σχέση με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες σε αριθμό πτωματικών δοτών που είναι η κύρια πηγή δεξαμενής μοσχευμάτων. Σύμφωνα με την ίδια πηγή η κατάσταση είναι δραματική (το 2012 ο ρυθμός μεταμόσχευσης ήταν μόνο 7 ανά 1 εκατομμύριο του πληθυσμού) (Zanni 2014).

Επομένως η λύση για την αύξηση μοσχευμάτων ίσως να «κρύβεται» στην διαμεσολάβηση και όχι στην «εικαζόμενη» συναίνεση! Η «εικαζόμενη συναίνεση» επινοήθηκε από το γεγονός της έλλειψης οργάνων για μεταμόσχευση από τη μια και από την ανάγκη λήψης οργάνων από πτωματικούς δότες από την άλλη, των οποίων η συναίνεση δεν ήταν δυνατόν να υπάρξει (εφόσον ήταν εγκεφαλικά νεκροί) αλλά ταυτόχρονα όμως δεν υπήρχε και η άρνησή τους για δωρεά. Έτσι η «εικαζόμενη συναίνεση» αφορά σε ένα μοντέλο πολιτικής λήψης άδειας οργάνων από πτωματικούς δότες με σκοπό την αύξηση των οργάνων για

μεταμόσχευση. Όταν λοιπόν ο υποψήφιος δότης βρίσκεται στην κατάσταση όπου έχει νεκρωθεί το εγκεφαλικό στέλεχος και ο εγκεφαλικά νεκρός δεν έχει προχωρήσει εγγράφως σε δήλωση άρνησης μεταμόσχευσης οργάνων σε περίπτωση ΕΘ, θεωρείται αυτομάτως δότης και έτσι δύναται η μεταμοσχευτική ομάδα να προβεί σε αφαίρεση οργάνων. Πιο ήπια είναι η τεκμαιρόμενη συναίνεση σύμφωνα με την οποία σε περίπτωση που ο εγκεφαλικά νεκρός δεν είναι δηλωμένος δότης αλλά ούτε έχει προβεί και σε αρνητική δήλωση δωρεάς οργάνων τότε τεκμαίρεται η συναίνεσή του, οπότε νομιμοποιείται η αφαίρεση οργάνων (Κωστάκης 2005).

Ο νόμος 3984/2011, γνωστός και ως νόμος Λοβέρδου (που θεσπίστηκε για την κάλυψη μεταμοσχευτικών αναγκών στον οποίο ενσωματώθηκε η κοινοτική οδηγία 2010/53/ΕΕ προβλέποντας τον τρόπο συναίνεσης στη δωρεά οργάνων) προκάλεσε αντιδράσεις με το αρ.9, σύμφωνα με το οποίο όλοι θεωρούμαστε «δυννητικά δότες οργάνων, εκτός και αν κάποιος δηλώσει το αντίθετο με αρνητική δήλωση». Πρόκειται για τη λεγόμενη «εικαζόμενη συναίνεση». Ο νόμος τελικά τροποποιήθηκε με τον Ν. 4075/ΦΕΚ 89/11.04.2012 ως εξής : «η αφαίρεση ενός ή περισσότερων οργάνων από ενήλικο, θανάσιμο πρόσωπο πραγματοποιείται εφόσον, όσο ζούσε, δεν είχε εκφράσει την αντίθεσή του, σύμφωνα με την παράγραφο 3 και κατόπιν συναίνεσης της οικογένειας του εκλιπόντος» Άρα το ελληνικό νομικό πλαίσιο δεν προβλέπει την εφαρμογή της «εικαζόμενης συναίνεσης» με τη μορφή που ισχύει σε άλλα κράτη, καθώς έχει προστεθεί η συναίνεση της οικογένειας. Πρόσφατα με το νόμο 4512/ΦΕΚ4695/19.10.2018, τροποποιήθηκε και στο αρ.6 αναφέρεται το εξής : «σε περίπτωση που ενήλικος πολίτης επέλθει σε κατάσταση ΕΘ και διαπιστωθεί από τον Ε.Ο.Μ πως δεν είναι ενταγμένος είτε στο «ΕΘΝΙΚΟ ΜΗΤΡΩΟ ΔΩΡΗΤΩΝ» είτε στο «ΜΗΤΡΩΟ ΑΡΝΗΤΩΝ» η απόφαση για την αφαίρεση ενός ή περισσότερων οργάνων και ιστών προς μεταμόσχευση, πραγματοποιείται με τη σύμφωνη γνώμη της οικογένειας» (Ε.Ο.Μ. 2018).

Το ζήτημα της συναίνεσης εγείρει πολλά ερωτήματα ηθικής φύσεως. Δεν είναι απλό και εύκολο το να συναινεί κάποιος για μια απόφαση δωρεάς οργάνων, η οποία θα έπρεπε να είχε παρθεί από τον υποψήφιο δότη. Επιπλέον κατά πόσο είναι ηθικό να δίνεται το δικαίωμα στους συγγενείς να αποφασίσουν για το τέλος της ζωής του υποψήφιου δότη; Γεννούνται λοιπόν πολλά ερωτήματα ηθικής και νομικής φύσεως. Η εκκλησία υπό όρους θα μπορούσε να δεχτεί την υποκατάσταση της βούλησης του δότη από τους συγγενείς, βέβαια με το δεδομένο πως αυτή δεν αντιτίθεται προς την δική του. Με δεδομένη την αγάπη, η απόφαση της δωρεάς του σώματος του άλλου ίσως να είναι δυσκολότερη απ' αυτήν της δωρεάς του δικού μας σώματος. Υπ' αυτήν την έννοια, ο πραγματικός δότης είναι οι συγγενείς. Ευχής έργον θα ήταν, κατά την οποιαδήποτε διαδικασία ενυπόγραφης συναίνεσης, να μπορούσε ο

δότης να εκχωρήσει εκ των προτέρων το δικαίωμα διαθέσεως του σώματός του στους συγγενείς του. Η δωρεά προϋποθέτει τη «συνειδητή συναίνεση» του δότη σ' αυτό που κάνει. Κάθε τι που «εικάζει» τη βούλησή του αποτελεί παρέμβαση στο αυτεξούσιο και δεν είναι δυνατόν να γίνει αποδεκτό από την εκκλησία. Η συνειδητή συναίνεση αποτελεί πράξη αυταπάρνησης και αγάπης, που συνδέει τον δωρητή με το γεγονός του θανάτου του. Ενέχει τις αρετές της ανιδιοτέλειας, της εμπιστοσύνης του προς τους άλλους, της αυτοπροσφοράς και της απαλλαγής από το φρόνημα της φιλοζωίας (Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδας 1999).

Κανένας δε θεωρεί ανήθικη την λήψη οργάνων για μεταμόσχευση μετά θάνατον από ενήλικα άτομα τα οποία όταν ζούσαν είχαν εκφράσει την επιθυμία να γίνουν δωρητές οργάνων μετά το θάνατό τους. Στα ανήλικα άτομα η συγκατάθεση για δωρεά παραχωρείται από τον νόμιμο κηδεμόνα. Η προσφορά όμως πρέπει να είναι ελεύθερη και ρητά εκφρασμένη. Η εικαζόμενη συναίνεση καταργεί το δωρητή, αφού μια απρόσωπη επιτροπή επιλέγει την αφαίρεση οργάνων χωρίς την συγκατάθεση του δότη υποβαθμίζοντάς τον από δωρητή σε δεξαμενή οργάνων. Έτσι το δωρίζω που σημαίνει δίνω ελεύθερα αυτό που έχω αντικαθίσταται με το μου παίρνουν χωρίς να το γνωρίζω αυτό που μου ανήκει! Στην περίπτωση αυτή, η μεταμόσχευση, ενώ γίνεται με τα όργανα του δότη, δεν γίνεται με τη συγκατάθεσή του. Η «απαξίωση» λοιπόν της μεταμόσχευσης είναι διττή αφού και ο δότης είναι αποξενωμένος από την πράξη του, αλλά και ο λήπτης βιώνει τη δωρεά όχι ως πράξη αλtruισμού και αγάπης αλλά με τη νομική απόφαση της κοινωνίας (Κωστάκης 2005).

Στην Ισπανία, Βέλγιο, Αυστρία χώρες στις οποίες ισχύει η εικαζόμενη συναίνεση, οι εθνικές κυβερνητικές πολιτικές υγείας δίνουν προτεραιότητα στη χρησιμοποίηση οργάνων από όλους τους δυνατούς δότες, γι' αυτό και υπάρχει αύξηση των διαθέσιμων οργάνων για μεταμόσχευση. Η εικαζόμενη συναίνεση από μόνη της ίσως δεν θα μπορέσει να αυξήσει τα ποσοστά των δοτών και παρουσιάζει πλεονεκτήματα αλλά και αρκετά μειονεκτήματα. Για το λόγο αυτό η επέμβαση του νομοθέτη στον τρόπο συναίνεσης δεν είναι αρκετή για την επίτευξη του στόχου της αύξησης των διαθέσιμων οργάνων, αλλά απαιτούνται και άλλες παρεμβάσεις (Παναγιώτου 2014).

Σε μία πηγή αναφέρεται πως σημαντικό ρόλο για την αύξηση των οργάνων για μεταμόσχευση στο Ηνωμένο Βασίλειο (αλλά και στην Ιρλανδία) δεν είναι η συγκατάθεση των δωρητών αλλά η αντιμετώπιση των αμφιβολιών που εγείρουν οι οικογένειες στη συγκατάθεση για δωρεά οργάνων. Σύμφωνα λοιπόν με αυτήν, ενώ υπάρχουν βελτιώσεις στις

υποδομές στο Ηνωμένο Βασίλειο και από το 2007 παρουσιάστηκε μια εξαιρετική αύξηση 63% στις δωρεές των αποθανόντων, εντούτοις τα ποσοστά οικογενειακής συγκατάθεσης παραμένουν χαμηλά (57%). Αν βελτιωθούν, ίσως αγγίξουν και περάσουν τα ποσοστά της Ισπανίας (85%) και το Ηνωμένο Βασίλειο βρεθεί σε ένα από τα καλύτερα ποσοστά στον κόσμο στον τομέα της δωρεάς οργάνων (Fabre 2014).

Εν κατακλείδι, η δωρεά μετά θάνατον είναι ένα δώρο ζωής στον πάσχοντα συνάνθρωπο και ένα μήνυμα ελπίδας, ανθρωπιάς και αλληλεγγύης. Όμως η εικαζόμενη συναίνεση όταν συνδυάζεται με ένα σύστημα υγείας που έχει σκοπό την θεραπευτική υποστήριξη των δυνητικών δότην σε κάθε Μ.Ε.Θ μπορεί να μεγιστοποιήσει την χρησιμοποίηση των οργάνων από όλους τους δυνατούς δότες. Στην χώρα μας η χαμηλή προσφορά οργάνων των δυνητικών πτωματικών δότην από τους συγγενείς τους, φανερώνει την έλλειψη ενημέρωσης σε θέματα δωρεάς αλλά και αδιαφορίας στο κοινωνικό σύνολο. Εδώ σημαντικό ρόλο μπορεί να παίζει και η ενημέρωση του ΕΟΜ που μας γνωστοποιεί ότι «η πιθανότητα να χρειαστεί ο καθένας από μας ένα μόσχευμα σε κάποια στιγμή της ζωής του, είναι πολύ μεγαλύτερη από την πιθανότητα να δωρίσουμε τα όργανά μας μετά θάνατον!». Εξάλλου η δωρεά αφορά στην προσφορά των οργάνων προς μεταμόσχευση από έναν συνάνθρωπό μας που δεν βρίσκεται στη ζωή, που έχει διαγνωστεί με Ε.Θ. Επιπλέον, είναι πολύ σημαντικό να γίνει γνωστό πως από έναν δότη μπορούν να σωθούν έως και είκοσι ασθενείς που έχουν ανάγκη από νέα καρδιά, πνεύμονες, ήπαρ, νεφρούς, κλπ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 : Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗΝ ΜΕΘ ΣΤΗ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

5.1. ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ

Ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα της δωρεάς οργάνων είναι η θέση των νοσηλευτών, η δυσκολία των καθηκόντων τους όσον αφορά τη φροντίδα των ασθενών καθώς επίσης και η ευθύνη για τη βιωσιμότητα των οργάνων που προορίζονται για δωρεά. Η ευαισθησία και η μεγάλη ευθύνη της φροντίδας των ασθενών αυτών προκαλούν αναρίθμητα ψυχολογικά προβλήματα στους επαγγελματίες υγείας, ιδίως όταν πρόκειται για θανάτους νεαρών σε ηλικία ατόμων. Στην περίπτωση που οι οικογένειες των αποθανόντων δίνουν την συγκατάθεσή τους να δωριστούν τα όργανά τους, οι ευθύνες των νοσηλευτών της ΜΕΘ μεγεθύνονται και δυσκολεύουν, καθώς οι ίδιοι πρέπει να τους εξηγήσουν τις διαδικασίες και τις δραστηριότητες φροντίδας των ασθενών. Επομένως, είναι αντιληπτό ότι η άμεση επαφή των νοσηλευτών με τους ασθενείς καθώς επίσης και με τις οικογένειες τους αποτελεί μεγάλη πηγή άγχους και πίεσης, τα οποία επηρεάζουν φυσικά την προσωπική τους ζωή. Ορισμένοι νοσηλευτές που συμμετέχουν στη διαδικασία προμήθειας οργάνων έχουν αισθήματα ενοχής καθώς τα προσωπικά συναισθήματα έρχονται σε αντιπαράθεση με τον επαγγελματισμό. Η πλειοψηφία αυτών, θεωρεί ότι δεν έχουν τις απαιτούμενες γνώσεις και το κατάλληλο επίπεδο εκπαίδευσης προκειμένου να ανταπεξέλθουν στη σωστή φροντίδα των ασθενών τους. Συνεπώς, οι πιθανότητες σφάλματος από μέρους τους με κίνδυνο τη βιωσιμότητα των οργάνων τους επιβαρύνει με άγχος. Συμπερασματικά, η ευαίσθητη και πολύπλοκη κατάσταση των ασθενών στη Μονάδα, η έκθεσή τους σε κρίσιμες περιπτώσεις και του υψηλού άγχος των συγγενών τους, καθιστούν σε μεγάλο βαθμό τη νοσηλευτική ως περίπλοκη περίθαλψη και ως το βαρύτερο καθήκον (Moghaddam et al. 2018).

Σε μία μελέτη διατομής, περίπου 150 νοσηλευτές κλήθηκαν να συμπληρώσουν πολλαπλών μερών ερωτηματολόγια, τα οποία περιλάμβαναν δημογραφικά στοιχεία, 18 ερωτήσεις σχετικά με τη στάση και την πρακτική και 15 ερωτήσεις σχετικά με τις γνώσεις για τη δωρεά οργάνων. Στόχος της συγκεκριμένης έρευνας ήταν η εκτίμηση των γνώσεων, των στάσεων και των πρακτικών των νοσηλευτών όσον αφορά στη δωρεά οργάνων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι παρ' όλο που οι στάσεις σχετίζονται με τη γνώση, αναμένονται να είναι

αρνητικές. Από την άλλη μεριά, οι συμμετέχοντες με την υψηλότερη βαθμολογία κατέχουν καλύτερη πρακτική περί του θέματος.

Σε μία άλλη έρευνα σε 362 φοιτητές νοσηλευτικής, πάλι για τον προσδιορισμό των γνώσεων και στάσεων τους για το θέμα της δωρεάς οργάνων, συνολικά το 40,6% αυτών εγγράφηκαν ως δωρητές. Το 33,3% δήλωσαν ότι είχαν ήδη στη κατοχή τους κάρτα δωρητή ενώ το 35,3% εκπαιδεύτηκαν από τα Πανεπιστήμια και τα νοσοκομεία (2012).

Μία άλλη μελέτη, η οποία περιλάμβανε 305 νοσηλευτές έδειξε ότι το 63% είναι πρόθυμο να δωρίσει τα όργανά του. Μελετήθηκαν επίσης και οι παράγοντες που επηρεάζουν τις απόψεις των νοσηλευτών για το θέμα. Αυτοί περιλάμβαναν τη θετική στάση απέναντι στην οικογένεια των δωρητών, τη γνώση της έννοιας του εγκεφαλικού θανάτου, η θρησκευτική σχέση κλπ. Τέλος, σ' αυτή τη μελέτη υπήρξε μία αρνητική σχέση γνώσης-στάσης και μία θετική συσχέτιση στάσης-πρακτικής.

Εν κατακλείδι, η αποδοχή της δωρεάς οργάνων από ένα άτομο συνδέεται με το επίπεδο εκπαίδευσης και τις θρησκευτικές πεποιθήσεις του. Συνεπώς, είναι σαφές ότι εργαλεία κατάρτισης και εκπαίδευσης πρέπει να εφαρμοστούν για να βελτιώσουν τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας γι' αυτό το ζήτημα (Babaie et al. 2015).

5.2. ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ - ΕΛΛΑΔΑ

Στα 28 κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης προστίθενται ανά ώρα έξι νέοι ασθενείς στις λίστες αναμονής για μεταμόσχευση τη στιγμή που κατά μέσο όρο 18 άτομα πεθαίνουν καθημερινά. Το 2017 η λίστα αριθμούσε πάνω από 144.000 ασθενείς (10% περισσότερους από το 2013). Το ίδιο έτος μεταμοσχεύθηκαν 43.000 ασθενείς συνολικά, ενώ άνω του ενός εκατομμυρίου έχουν μεταμοσχευθεί επιτυχώς σε παγκόσμια κλίμακα. Στη χώρα μας καταγράφηκαν 3.5 δωρητές οργάνων ανά εκατ. πληθυσμού, σύμφωνα με τον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων το 2015, ενώ στην Κροατία με 4.5 εκατ. κατοίκους και στην Ισπανία με 45.5 εκατ. κατοίκους, οι δωρητές οργάνων είναι ανέρχονται στους 35 ανά εκατ. πληθυσμού το 2017. Σύμφωνα με τα παραπάνω, στα κράτη που αναφέρθηκαν ο χρόνος αναμονής στη λίστα μεταμόσχευσης υπολογίζεται στους 6 μήνες, ενώ στην Ελλάδα οι

ασθενείς θα χρειαστεί να αναμένουν τουλάχιστον 7-8 έτη, συμπεριλαμβανομένων όλων των πιθανών κινδύνων και επιπλοκών που ενδέχεται να προκύψουν (Evlavis et al. 2018).

5.3. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΔΩΡΗΤΩΝ-ΛΗΠΤΩΝ

Ορισμένες σχετικές έρευνες έχουν δείξει ότι η ψυχολογία επηρεάζει τις αντιδράσεις των ατόμων όταν εκείνοι έρχονται σε επαφή με μηνύματα προώθησης υγείας. Ωστόσο, λίγα στοιχεία είναι γνωστά αναφορικά με το ρόλο και την επιρροή που ενδέχεται να έχει η οικογένεια στη λήψη τέτοιων αποφάσεων. Σε μία μελέτη, στην οποία 301 άτομα εκτέθηκαν σε μηνύματα προώθησης δωρεάς οργάνων, διαπιστώθηκε ότι η μετέπειτα οικογενειακή συζήτηση είχε θετική επίδραση στην απόφαση των μελών της να γίνουν δωρητές οργάνων. Θεωρητικά, τα ευρήματα αυτά ενισχύουν την θεωρία της ψυχολογικής αντίδρασης σε συνδυασμό πάντα με τους διαπροσωπικούς παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν άμεσα τη διαδικασία της σκέψης και της αντιδραστικότητας. Από πρακτικής απόψεως, τα ευρήματα της έρευνας συνιστούν να λαμβάνεται υπόψη η οικογένεια σαν σημαντικός παράγοντας επιρροής των αποφάσεων κατά τον σχεδιασμό των μηνυμάτων προώθησης δωρεάς, για τον βέλτιστο αντίκτυπό τους (Allison et al. 2012).

Κατά τη διάρκεια αλλά και με το πέρας της διαδικασίας οι οικογένειες των δωτών και των ληπτών συνδέονται. Οι δύο πλευρές ενημερώνονται από τους οργανισμούς δωρεάς και τα κέντρα μεταμόσχευσης, επικοινωνούν δια αλληλογραφίας μεταξύ τους ή συναντιούνται εκ του σύνεγγυς. Συχνά η επιτυχία μίας τέτοιας διαδικασίας είναι άμεσα εξαρτώμενη από την ψυχολογική αντιμετώπιση των εμπλεκόμενων και την τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής των ληπτών. Η ψυχολογική υποστήριξη περιλαμβάνει τη διατήρηση της θετικής εικόνας για την προσωπικότητά του από τον ασθενή καθώς και την επίλυση του συναισθηματικού διλήμματος ζωής-θανάτου. Η πλειοψηφία των ληπτών βιώνουν ευγνωμοσύνη απέναντι στον δότη και την οικογένειά του αλλά και μεταμέλεια για αυτήν την πράξη. Πολλοί παραλήπτες αναφέρουν πως αισθάνονται ενοχές που ουσιαστικά λαμβάνουν το όργανο κάποιου άλλου ανθρώπου. Ωστόσο, οι συγγενείς των αποθανόντων αισθάνονται ότι αυτή η πράξη αντιπροσωπεύει την συνέχιση και διατήρηση της ζωής. Αυτή η σύνδεση μεταξύ δωτών και ληπτών είναι αρκετά περίπλοκη και ασαφής. Ο Π.Ο.Υ (2010) δηλώνει ότι τα κέντρα και οι οργανισμοί θα πρέπει να διασφαλίζουν το απόρρητο και την ανωνυμία των ασθενών

προκειμένου να αποφευχθεί το αίσθημα υποχρέωσης και μεταμέλειας ανάμεσα στις δύο πλευρές (Dicks et al. 2018).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

6.1. Μελέτη 1^η περίπτωση ασθενούς

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: Χ

ΗΛΙΚΙΑ: 30

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: Πολιτικός μηχανικών

ΚΑΤΑΓΩΓΗ: Πάτρα

ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: Πάτρα

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: Διαζευγμένος

ΤΕΚΝΑ: Κανένα

ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ: Υποστηρικτική

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: Καλή

ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ: ΙΚΑ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΩΝ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ: Περισσότερες από μία φορές

ΗΜΗΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ: 10/07/2020

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ: Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια

ΠΗΓΗ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ: Ο ίδιος ο ασθενής

Ασθενής ονόματι Χ, 30 ετών, εισήλθε στο τμήμα επειγόντων συνοδεία της οικογένειάς του, με έντονα και επίμονα συμπτώματα όπως ναυτία- τάση προς εμετό, πονοκέφαλο, καθώς και οδυνηρό άλγος στο πίσω μέρος της σπονδυλικής στήλης στο χαμηλότερο επίπεδο του θωρακικού κλωβού. Ο ασθενής αναφέρει επίσης αλλαγή στην ούρηση, πυρετό 39,1 και οίδημα κάτω άκρων. Οι γιατροί παρατήρησαν ότι ο ασθενής έχει και απώλεια βάρους και σωματική αδυναμία. Πραγματοποιήθηκε εισαγωγή στην νεφρολογική κλινική του Πανεπιστημιακού νοσοκομείου του Ρίου «ΠΑΝΑΓΙΑ ΒΟΗΘΕΙΑ» με έγκυρη διάγνωση χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Να σημειωθεί ότι έχει υποβληθεί σε πάρα πολλές διαδικασίες αιμοκάθαρσης. Κατόπιν κλινικής εξέτασης και διαγνωστικού ελέγχου (εργαστηριακές εξετάσεις, βιοψία νεφρού, ακτινολογικές εξετάσεις, αιματολογικές και ειδικές εξετάσεις κλπ.), ο ασθενής θα χρειαστεί μεταμόσχευση νεφρού. Οι γιατροί προγραμμάτισαν την

μεταμόσχευση νεφρού στις 15/07/2020 αν βρεθεί ο κατάλληλος δότης. Ωστόσο ο ασθενής από την πρώτη μέρα της εισαγωγής του παρουσίασε συμπτώματα έντονου άγχους, σύγχυσης και υπνηλίας – εξάντλησης με αποτέλεσμα να αναβληθεί η παραπάνω διαδικασία. Παρακάτω ακολουθεί το νοσηλευτικό πλάνο φροντίδας του ασθενούς.

Νοσηλευτική διάγνωση (προβλήματα-ανάγκες)	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση
<p>Ο ασθενής παρουσιάζει άγχος , φόβο και σύγχυση λόγω:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Της μη κατανόησης των διαγνωστικών εξετάσεων και της μη προγραμματισμένης μεταμόσχευσης νεφρού • Της πιθανότητας θανάτου • Της αρρώστιας του • Της στεναχώριας του που αποχωρίζεται το οικείο περιβάλλον του. 	<ul style="list-style-type: none"> • Να μειωθεί το άγχος. • Ο ασθενής να εισέλθει στην χειρουργική αίθουσα για την διαδικασία της μεταμόσχευσης ήρεμος. 	<p>Να εφαρμοστούν μέτρα για την μείωση του άγχους και του φόβου όπως :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Να προσαρμοστεί ο άρρωστος στο περιβάλλον του νοσοκομείου, στα μηχανήματα και στις διαδικασίες • Να διατηρηθεί ένας ήρεμος, ενισχυτικός, με αυτοπεποίθηση, τρόπος ανταπόκρισης προς τον άρρωστο. • Να ενθαρρυνθεί η έκφραση του φόβου και 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενθαρρύνθηκε η έκφραση του φόβου και της ανησυχίας του. • Εξηγήθηκαν με απλό τρόπο οι ιατρικές πράξεις και διευκρινίστηκαν λανθασμένες αντιλήψεις που είχε ο άρρωστος σχετικά με την επέμβαση. • Αναγνωρίστηκαν πιθανά αγχογόνα ερεθίσματα και εφαρμόστηκαν τρόποι 	<p>Το άγχος του ασθενή φαίνεται πως ελαττώθηκε από:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Την έκφραση συναισθημάτων μειωμένου άγχους και φόβου. • Την ήρεμη έκφραση του προσώπου και τις κινήσεις του σώματος. • Τη συνηθισμένη δυνατότητα αντίληψης και των σχέσεων με άλλα άτομα.

της ανησυχίας.

- Να εξηγηθούν με απλό

τρόπο οι ιατρικές πράξεις

και να διευκρινιστούν

λανθασμένες αντιλήψεις

που έχει ο άρρωστος

σχετικά με την

επέμβαση.

- Να αναγνωριστούν

αγχογόνα ερεθίσματα και

να εφαρμοστούν τρόποι

αντιμετώπισης τους.

- Να πραγματοποιηθούν

μαθήματα

προσανατολισμού και

διδασκαλίας σε άτομα

από το περιβάλλον του,

που θα ενθαρρύνουν την

συνεχή υποστήριξη τους

προς τον άρρωστο.

- Να γίνει λήψη

αντιμετώπισης τους.

- Παραδόθηκαν μαθήματα

προσανατολισμού και

διδασκαλίας σε άτομα

από το περιβάλλον του, που

ενθαρρύνουν την συνεχή υποστήριξη τους προς τον άρρωστο.

- Πραγματοποιήθηκε λήψη ζωτικών σημείων.

- Τα σταθερά ζωτικά σημεία.

ζωτικών

σημείων.

Ο ασθενής αναφέρει σωματική αδυναμία – εξάντληση που σχετίζονται με :

- Την χρόνια νεφρική ανεπάρκεια
- Την δυσκολία ύπνου
- Τον πόνο κατά την διάρκεια του ύπνου λόγω των αλλαγών στην ούρηση, πονοκεφάλου και των οιδημάτων στα κάτω άκρα .

Ο ασθενής παρουσιάζει διαταραχές στον ύπνο του δηλαδή υπνηλία – χασμουρήματα που σχετίζεται με :

- Την δυσκολία στον ύπνο.
- Τους πόνους που βιώνει το άτομο σε αυτήν ασθένεια .
- Το άγχος για την μεταμόσχευση νεφρού.
- Την ναυτία – τάση προς

- Ο ασθενής να ανακτήσει τις δυνάμεις του εντός 2-3 ημερών.
- Να υποβληθεί σε πληθώρα εξετάσεων.

- Να γίνει επαναφορά του φυσιολογικού τρόπου ζωής και ύπνου.
- Να είναι πιο ήρεμος και ξεκούραστος στις επόμενες μέρες
- Να δοθούν ηρεμιστικά για να μπορέσει ο ασθενής να κοιμηθεί

- Πρόσληψη θρεπτικών συστατικών
- Φαγητό της αρεσκείας του .
- Χορήγηση τονωτικών φαρμάκων.

- Εξασφάλιση απαραίτητης άνεσης πριν από τον ύπνο με διατήρηση ήρεμου περιβάλλοντος , καλού αερισμού , κατάλληλη θερμοκρασία, χορήγηση ηρεμιστικών.
- Παροχή κατάλληλης ψυχολογικής υποστήριξης τόσο από το οικογενειακό περιβάλλον όσο

- Στον ασθενή προσφέρθηκε γεύμα με φαγητό της αρεσκείας του και πλούσιο σε θρεπτικά συστατικά.
- Επίσης στον ασθενή δόθηκαν τονωτικά φάρμακα.

- Το δωμάτιο αερίστηκε, περιορίστηκαν οι θόρυβοι, χαμήλωσαν τα φώτα , εξασφαλίστηκε κατάλληλη θερμοκρασία.
- Ο ασθενής μεταφέρθηκε σε μονόκλινο δωμάτιο με σκοπό την μείωση των

- Ο ασθενής νοιώθει καλύτερα και έχει ανακτήσει τις δυνάμεις του.

- Ο ασθενής είναι πιο ευδιάθετος και ξεκούραστος γεγονός που οφείλεται στην βελτίωση της ψυχολογικής του κατάστασης καθώς και στην χορήγηση ηρεμιστικών.

<p>εμετό καθώς και την σωματική κόπωση – εξάντληση .</p> <ul style="list-style-type: none"> • Την υψηλή θερμοκρασία . <p>Ο ασθενής παρουσιάζει υψηλό πυρετό λόγω:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας. 	<p>καθώς και αναλγητικά.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής να είναι απύρετος στις επόμενες 3-4 ώρες • Ο ασθενής να διατηρήσει φυσιολογικό ισοζύγιο υγρών εντός ημέρας • Ο ασθενής να υποβληθεί σε αιματολογικές και ειδικές εξετάσεις για να αξιολογηθεί η νεφρική λειτουργία . • Να μην παρουσιάζει πονοκέφαλο εντός 3-4 ωρών. • Να προσπαθήσουμε να ηρεμήσουμε τον 	<p>και από το προσωπικού του νοσοκομείου ώστε να μπορέσει να ηρεμήσει και να κοιμηθεί.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση αντιπυρετικού φαρμάκου και αντιβίωσης κατόπιν εξετάσεων . • Χορήγηση αναλγητικών. • Κρύο ντους και κομπρέσες • Αύξηση προσλαμβανόμενων υγρών . • Μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών το 24ωρο. 	<p>ερεθισμάτων και την διατήρηση ηρεμίας.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Δόθηκε το αντιπυρετικό φάρμακο σύμφωνα με τις οδηγίες . • Μέτρηση ζωτικών σημείων ανά 4ωρο. • Τοποθετήθηκαν κρύες κομπρέσες • Αρχισε ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και παρότρυνση στον ασθενή να πίνει και μόνος του (οδηγίες για καταγραφή των προσλαμβανόμενων υγρών που παίρνει μόνος του) 	<ul style="list-style-type: none"> • Έγινε λήψη ζωτικών σημείων μετά από 4 ώρες . Ο ασθενής έχει θερμοκρασία 36,7. • Έγινε μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών. Ο ασθενής στο 24ωρο,είχε πάρει 2.500 ml και είχε αποβάλλει 2.500 ml.
<p>Ο ασθενής τονίζει ότι διακατέχεται από συμπτώματα ανορεξίας , ναυτίας ή τάση προς εμετό που</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Να προσπαθήσουμε να ηρεμήσουμε τον 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση υγρών ενδοφλεβίως • Χορήγηση αντιεμετικών 	<ul style="list-style-type: none"> • Αρχίσαμε ενδοφλέβια χορήγηση υγρών • Δεν 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής δεν έχει πλέον τάση προς εμετό.

<p>σχετίζονται με :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Την χρόνια νεφρική ανεπάρκεια . • Τον έντονο άλγος στα νεφρά • Το άγχος για την μεταμόσχευση νεφρού. 	<p>ασθενή σχετικά με την μεταμόσχευση νεφρού</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής να μην έχει τάση προς εμετό στις επόμενες 2-3 ώρες 	<p>φαρμάκων</p> <ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση ηρεμιστικών. 	<p>χρειάστηκε να δοθεί φαρμακευτικό σκεύασμα , μετά από αξιολόγηση του νοσηλευτή</p> <ul style="list-style-type: none"> • Δόθηκαν αντιεμετικά φάρμακα και ηρεμιστικά . 	
<p>Ο ασθενής παρουσιάζει άλγος στο πίσω μέρος της σπονδυλικής στήλης στο χαμηλότερο επίπεδο του θωρακικού κλωβού που έχει σχέση με :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Την χρόνια νεφρική ανεπάρκεια • Την μειωμένη παραγωγή ούρων – δυσκολία στην ούρηση 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής να απαλλαγεί από τον πόνο εντός 3-4 ωρών. • Να πραγματοποιηθεί βιοψία νεφρού για να μάθουμε τι ακριβώς προκάλεσε μεγαλύτερη βλάβη στα νεφρά. 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση αναλγητικών 	<ul style="list-style-type: none"> • Δόθηκε αναλγητικό μετά από αξιολόγηση του νοσηλευτή. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής πλέον δεν έχει πόνο στο πίσω μέρος στο χαμηλότερο επίπεδο της σπονδυλικής στήλης του θωρακικού κλωβού
<p>Ο ασθενής αναφέρει ότι παρατήρησε αλλαγές στην ούρηση που σχετίζεται με :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Την χρόνια νεφρική ανεπάρκεια • Την ύπαρξη οιδημάτων των κάτω άκρων 	<ul style="list-style-type: none"> • Να έχει φυσιολογική ή παραγωγή ούρων • Να πραγματοποιηθούν αξονικές εξετάσεις για να διευκρινιστεί η αιτία του προβλήματος 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση διουρητικών κατόπιν εξετάσεων • Αντιμετώπιση οιδημάτων • Χορήγηση προσλαμβανόμενων ενδοφλέβιων υγρών για την αντιμετώπιση των προβλημάτων 	<ul style="list-style-type: none"> • Δόθηκαν διουρητικά φάρμακα • Άρχισε η ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και παρότρυνση του ασθενούς να πίνει και μόνος του αν μπορεί 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής δεν δυσκολεύεται να ουρήσει • Πραγματοποιήθηκε μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων

ος που δεν
ουρεί
φυσιολογικ
ά

- στην ούρηση
- Μέτρηση
προσλαμβανόμε
νων και
αποβαλλόμενων
υγρών ανά
24ωρου.

υγρών .

6.2. Μελέτη 2^{ης} περίπτωσης ασθενούς

Όνοματεπώνυμο: Χ

Ηλικία: 65

Επάγγελμα: Συνταξιούχος

Καταγωγή: Πάτρα

Τόπος κατοικίας: Πάτρα

Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμος

Τέκνα: 4 τέκνα

Σχέση με την οικογένειά του: Υποστηρικτική

Οικονομική κατάσταση: Μέτρα προς καλή

Αριθμός προηγούμενων εισαγωγών: 1

Ημ/νία εισαγωγής: 6/04/2018

Πηγή ιστορικού: Ο ίδιος ο ασθενής

Άνδρας ηλικίας 65 ετών εισάγεται στο Γενικό νοσοκομείο του Ρίου στην Πάτρα στις 6/04/2018 συνοδεύει της συζύγου του δηλώνοντας αίσθημα κόπωσης, αδυναμίας, απώλειας όρεξης. Κατά τη πραγματοποίηση φυσικής εξέτασης παρατηρήθηκε διογκωμένη κοιλία και κίτρινο χρώμα στο δέρμα (υποψία για ίκτερο) και τρόμος. Ο ασθενής κατόπιν ερωτήσεων δήλωσε ότι καταναλώνει μεγάλες ποσότητες αλκοόλ ημερησίως. Οι εργαστηριακές εξετάσεις έδειξαν αυξημένα επίπεδα ηπατικών ενζύμων καθώς και μείωση των λευκών αιμοσφαιρίων. Το υπερηχογράφημα έδειξε διογκωμένο σπλήνα και μικρό ήπαρ. Τέλος, πραγματοποιήθηκε βιοψία ήπατος η οποία επιβεβαίωσε κίρρωση. Ο ασθενής καθ' ότι αλκοολικός επί 30 έτη ,έπειτα από το εκτενές ιστορικό που λήφθηκε, χρειάζεται να υποβληθεί αρχικά σε πρόγραμμα απεξάρτησης και στη συνέχεια σε μεταμόσχευση ήπατος. Ο ίδιος δηλώνει έντονο εκνευρισμό, άγχος και φόβο για όλη τη διαδικασία που πρόκειται να ακολουθήσει.

Παρακάτω ακολουθεί το νοσηλευτικό πλάνο φροντίδας του ασθενούς.

Νοσηλευτική διάγνωση (προβλήματα-ανάγκες)	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση
<p>Ο ασθενής παρουσιάζει εκνευρισμό, φόβο και άγχος για το πρόγραμμα αποτοξίνωσης καθώς και για την αλλαγή της καθημερινότητας του έπειτα από τη μεταμόσχευση.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Υποστηρικτικές παρεμβάσεις • Διατήρηση λειτουργικότητας ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> • Συχνές συζητήσεις με σκοπό την επιβεβαίωση ότι η διαδικασία της μεταμόσχευσης θα έχει θετική έκβαση • Ενθάρρυνση του ασθενούς για κινητοποίηση και αλλαγή στάσης ζωής. • Εξασφάλιση συνεχούς επικοινωνίας και εκπαίδευσης του ασθενή και της οικογένειας με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής. 	<ul style="list-style-type: none"> • Πραγματοποιήθηκαν συζητήσεις σχετικά με τις διαδικασίες που πρόκειται να ακολουθήσουν. • Ενθαρρύνθηκε ο ασθενής να συμμετάσχει σε πρόγραμμα απεξάρτησης. • Ο ασθενής αποδέχθηκε το γεγονός ότι είναι αναγκαίο να υποβληθεί σε μεταμόσχευση. 	<p>Ο ασθενής φαίνεται πιο ήρεμος και η διάθεσή του έχει βελτιωθεί.</p>

Ο ασθενής δηλώνει φοβισμένος λόγω της επικείμενης χειρουργικής διαδικασίας.

- Διευκρίνιση της διαδικασίας στον ασθενή αλλά και στην οικογένειά του.
- Καθησυχασμός του ασθενούς και της οικογένειας ότι η μεταμόσχευση θα έχει θετική έκβαση.

- Παραπομπή ασθενούς και των οικογενειακών μελών σε ψυχολόγο.
- Εξασφάλιση ήσυχου και ήρεμου περιβάλλοντος για καλύτερη ποιότητα ύπνου.

- Ενθαρρύνθηκε ο ασθενής για παρακολούθηση από ψυχολόγο.
- Ο ασθενής μεταφέρθηκε σε μονόκλινο δωμάτιο για διατήρηση της ηρεμίας του και καλύτερη ποιότητα ύπνου.

Ο ασθενής δηλώνει συνειδητά πιο ήρεμος και ανακουφισμένος, γεγονός που οφείλεται στην παρακολούθησή του από ψυχολόγο και στην υποστήριξη της οικογένειας και των επαγγελματιών υγείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η δωρεά οργάνων αποτελεί τη λύση για τη σωτηρία χιλιάδων ανθρώπων που βρίσκονται σε τελευταία στάδια νόσων . Με τη μεταμόσχευση οργάνων ή και ιστών όχι μόνο βελτιώνεται η ποιότητα ζωής των ληπτών αλλά σώζεται και η ζωή τους . Λήπτης μπορεί να είναι ένα βρέφος , ένα παιδί ,ένας ενήλικας ή ακόμη και ένας ηλικιωμένος . Το πρόβλημα βέβαια βρίσκεται στην έλλειψη των μοσχευμάτων που προέρχονται από ζωντανούς ή πτωματικούς δότες.

Ο εγκεφαλικός θάνατος είναι μία έννοια που εμφανίστηκε τις τελευταίες δεκαετίες με την εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης και της τεχνολογίας. Υποστηρίζεται πως επινοήθηκε για τη συγκομιδή οργάνων για μεταμοσχεύσεις , πολλές φορές όμως προκαλώντας σύγχυση όχι μόνο στην κοινωνία αλλά και στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό .Βέβαια ,αν δεν πρόκειται να γίνει δωρεά οργάνων από εγκεφαλικά νεκρούς ασθενείς δεν υπάρχει και λόγος ορισμού κριτηρίων εγκεφαλικού θανάτου αλλά απλή διακοπή της κυκλοφορίας του αίματος.

Επιπλέον οι μεταμοσχεύσεις πρόσθεσαν και ηθικές υποχρεώσεις στους γιατρούς που εμπλέκονται άμεσα στη διαδικασία Προϋπόθεση είναι η τήρηση της Ηθικής και Δεοντολογίας της ιατρικής επιστήμης . Γι' αυτό η διάθεση των οργάνων και των ιστών θα πρέπει να γίνεται σύμφωνα με ιατρικά κριτήρια και να αποκλείονται τα πολιτικά , οικονομικά , εθνικά και θρησκευτικά ή άλλα κριτήρια

Παράλληλα και οι θρησκευτικές αντιλήψεις σηματοδοτούν τη στάση των ανθρώπων απέναντι στη δωρεά οργάνων . Στα πλαίσια της γενικότερης πνευματικής τοποθέτησης της Εκκλησίας μας πάνω στα θέματα που αφορούν τη ζωή και το θάνατο , η οποία βασίζεται στη θεμελιώδη αρχή της αγάπης και της προσφοράς στο συνάνθρωπο , οι μεταμοσχεύσεις αντιμετωπίζονται με θετική στάση.

Ο Ε.Ο.Μ. αγωνίζεται για την αύξηση των δοτών και των μεταμοσχεύσεων στη χώρα μας , προωθώντας την ιδέα της δωρεάς οργάνων, εφαρμόζοντας και αναπτύσσοντας μεταμοσχευτικό πρόγραμμα σύμφωνα πάντα με το νομικό πλαίσιο που ισχύει στην χώρα μας για τις μεταμοσχεύσεις και τις κατευθυντήριες γραμμές του Συμβουλίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η ενημέρωση των πολιτών αλλά και των επαγγελματιών υγείας και η ανάπτυξη του συντονισμού της μεταμοσχευτικής διαδικασίας είναι ζητήματα κλειδιά για τον Οργανισμό .

Η Ελλάδα δυστυχώς κατέχει μία από τις τελευταίες θέσεις στην Ε.Ε στη δωρεά οργάνων. Μία από τις αιτίες είναι η έλλειψη ενημέρωσης ,ο φόβος και η δυσπιστία στη διάθεση των

οργάνων. Η εκπαίδευση λοιπόν και η ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας σε θέματα δωρεάς ιστών και οργάνων είναι καθοριστικός, καθώς είναι εκείνοι που θα αναλάβουν την ενημέρωση του κοινού. Στις Μ.Ε.Θ , όπου εκατοντάδες άνθρωποι πεθαίνουν από βαριά εγκεφαλική βλάβη και των οποίων τα όργανα θα μπορούσαν να σώσουν πολλούς από βέβαιο θάνατο ή να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους , οι νοσηλευτές βρίσκονται στην πρώτη γραμμή εξεύρεσης δυνατικών δωτών, αφού αυτοί καλούνται να νοσηλεύσουν εγκεφαλικά νεκρούς ασθενείς .

Εν κατακλείδι , οι νοσηλευτές είναι συνήθως εκείνοι που καλούνται να αναγνωρίσουν έναν ασθενή ως πιθανό δότη και οι απόψεις και γνώσεις τους σχετικά με την ηθική και τη διαδικασία των μεταμοσχεύσεων διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην επιτυχία τους. Η γνώση είναι δύναμη και αυτή τη δύναμη την έχουν ανάγκη οι νοσηλευτές προκειμένου να σηκώσουν το βαρύ φορτίο στον τομέα της δωρεάς οργάνων και των μεταμοσχεύσεων ,που τους αναλογεί

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Abouna G. M. (2003). Ethical issues in organ and tissue transplantation. *Experimental and clinical transplantation : official journal of the Middle East Society for Organ Transplantation*, 1(2), 125–138.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15859919/>

Ahsan, N., & Rao, K. V. (2002). Hepatobiliary diseases after kidney transplantation unrelated to classic hepatitis virus. *Seminars in dialysis*, 15(5), 358–365.

<https://doi.org/10.1046/j.1525-139x.2002.00087.x>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12358641/>

Allison M. Scott & Brian L. Quick (2012) Family Communication Patterns Moderate the Relationship Between Psychological Reactance and Willingness to Talk About Organ Donation, *Health Communication*, 27:7, 702-711, DOI: 10.1080/10410236.2011.635135

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10410236.2011.635135>

Μορφοποίηση: Αγγλικά (Ηνωμένων Πολιτειών)

Altnörs, N., & Haberal, M. (2018). The Economics of Organ Transplantation. *Experimental and clinical transplantation : official journal of the Middle East Society for Organ Transplantation*, 16 Suppl 1(Suppl 1), 108–111. <https://doi.org/10.6002/ect.TOND-TDTD2017.P1>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29528004/>

Αλλαγή κωδικού πεδίου

Μορφοποίηση: Αγγλικά (Ηνωμένων Πολιτειών)

Andrade, E., Jr, & Andrade, E. (2016). Lexical analysis of the Code of Medical Ethics of the Federal Council of Medicine. *Revista da Associacao Medica Brasileira* (1992), 62(2), 123–130. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.62.02.123>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27167541/>

Andersen C. B. (1997). Acute kidney graft rejection morphology and immunology. *APMIS. Supplementum*, 67, 1–35.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9063492/>

Andrews, P. A., Burnapp, L., Manas, D., & British Transplantation Society (2014). Summary of the British Transplantation Society guidelines for transplantation from

donors after deceased circulatory death. *Transplantation*, 97(3), 265–270.
<https://doi.org/10.1097/01.TP.0000438630.13967.c0>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24448588/>

Arbogast, H., Malaise, J., Illner & Euro-SPK Study Group (2005). Rejection after simultaneous pancreas-kidney transplantation. *Nephrology, dialysis, transplantation : official publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association*, 20 Suppl 2, ii11–ii62. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfh1077>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15814544/>

Armitage, W. J., Goodchild, C., Griffin, et al. (2019). High-risk Corneal Transplantation: Recent Developments and Future Possibilities. *Transplantation*, 103(12), 2468–2478.
<https://doi.org/10.1097/TP.0000000000002938>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6867666/>

Augustine J. (2018). Kidney transplant: New opportunities and challenges. *Cleveland Clinic journal of medicine*, 85(2), 138–144. <https://doi.org/10.3949/ccjm.85gr.18001>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29425089/>

Babaie, M., Hosseini, M., Hamissi, J., et al. (2015). Knowledge, Attitude and Practice of Nurses Regarding Organ Donation. *Global journal of health science*, 7(6), 129–137. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n6p129>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4803877/>

Backhus, L. M., Mulligan, M. S., Ha, R., et al. (2016). Imaging in Lung Transplantation: Surgical Considerations of Donor and Recipient. *Radiologic clinics of North America*, 54(2), 339–353. <https://doi.org/10.1016/j.rcl.2015.09.013>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26896228/>

Bakari, A. A., Abbo Jimeta, U. S., Abubakar, M. A., et al. (2012). Organ transplantation: legal, ethical and islamic perspective in Nigeria. *Nigerian journal of surgery : official publication of the Nigerian Surgical Research Society*, 18(2), 53–60.
<https://doi.org/10.4103/1117-6806.103103>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24027394/>

Αλλαγή κωδικού πεδίου

Μορφοποίηση: Αγγλικά (Ηνωμένων Πολιτειών)

Barnett R. (2018). Type 1 diabetes. *Lancet (London, England)*, 391(10117), 195.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30024-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30024-2)

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30277879/>

Bernat J. L. (2010). How the distinction between "irreversible" and "permanent" illuminates circulatory-respiratory death determination. *The Journal of medicine and philosophy*, 35(3), 242–255. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhq018>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20439357/>

Bernat J. L. (2010). The natural history of chronic disorders of consciousness. *Neurology*, 75(3), 206–207.

<https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e3181e8e960>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20554939/>

de Boer, I. H., & Utzschneider, K. M. (2017). The kidney's role in systemic metabolism-still much to learn. *Nephrology, dialysis, transplantation : official publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association*, 32(4), 588–590. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfx027>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28407131/>

Bogdanos, D. P., Gao, B., & Gershwin, M. E. (2013). Liver immunology. *Comprehensive Physiology*, 3(2), 567–598.

<https://doi.org/10.1002/cphy.c120011>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23720323/>

Boilson, B. A., Kiernan, T. J., Harbuzariu, A., et al. (2008). Circulating CD34+ cell subsets in patients with coronary endothelial dysfunction. *Nature clinical practice. Cardiovascular medicine*, 5(8), 489–496. <https://doi.org/10.1038/ncpcardio1277>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18578002/>

Brooks, J. T., Liu, R., Oliver, M., et al. (2018). Simultaneous Pancreas and Kidney Transplantation is Associated With Inferior Long-Term Outcomes in African

- Americans. *Pancreas*, 47(1), 116–121.
<https://doi.org/10.1097/MPA.0000000000000958>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29215537/>
- Bryant, R., 3rd, Morales, D., & Schechter, M. (2017). Pediatric lung transplantation. *Seminars in pediatric surgery*, 26(4), 213–216.
<https://doi.org/10.1053/j.sempedsurg.2017.07.005>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28964476/>
- Brüls, S., Tchana-Sato, V., Lavigne, J. P., et al. (2020). La transplantation cardiaque : indications actuelles et résultats de l'expérience liégeoise [Heart transplantation, indications and results at the University Hospital of Liege]. *Revue médicale de Liege*, 75(1), 29–36.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31920041/>
- Casanova, D., & en nombre de Grupo Español de Trasplante de Páncreas (2017). Pancreas transplantation: 50 years of experience. Trasplante de páncreas: 50 años de experiencia. *Cirugía española*, 95(5), 254–260.
<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2017.02.005>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28595751/>
- Conti Bellocchi, M. C., De Pretis, N., Amodio, A., et al. (2018). La pancreatite cronica: nuova definizione e prospettive [Chronic pancreatitis: new definition and perspectives.]. *Recenti progressi in medicina*, 109(1), 69–72.
<https://doi.org/10.1701/2848.28757>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29451525/>
- Corfee F. A. (2016). Transplant tourism and organ trafficking: Ethical implications for the nursing profession. *Nursing ethics*, 23(7), 754–760.
<https://doi.org/10.1177/0969733015581537>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26002937/>

Dalle Ave, A. L., & Bernat, J. L. (2018). Uncontrolled Donation After Circulatory Determination of Death: A Systematic Ethical Analysis. *Journal of intensive care medicine*, 33(11), 624–634. <https://doi.org/10.1177/0885066616682200>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28296536/>

Delis, S., Dervenis, C., Bramis, J., et al. (2004). Vascular complications of pancreas transplantation. *Pancreas*, 28(4), 413–420. <https://doi.org/10.1097/00006676-200405000-00010>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15097859/>

Díaz Gómez J. M. (2008). Mortalidad cardiovascular en trasplante renal [Cardiovascular mortality in kidney transplantation]. *Nefrología : publicación oficial de la Sociedad Española Nefrología*, 28 Suppl 5, 27–30.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18847417/>

Dicks, S. G., Northam, H., van Haren, F. M., et al. (2018). An exploration of the relationship between families of deceased organ donors and transplant recipients: A systematic review and qualitative synthesis. *Health psychology open*, 5(1), 2055102918782172. <https://doi.org/10.1177/2055102918782172>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6069040/>

Duffas J. P. (2004). La transplantation pancréatique: 1. Indications et résultats [Pancreatic transplantation: 1. Indications and results]. *Journal de chirurgie*, 141(3), 142–149. [https://doi.org/10.1016/s0021-7697\(04\)95309-4](https://doi.org/10.1016/s0021-7697(04)95309-4)
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15249885/>

Escudero, D., Otero, J., Menéndez de León, B., et al. (2017). Organ Donation and Elective Ventilation: A Necessary Strategy. *BioMed research international*, 2017, 7518375. <https://doi.org/10.1155/2017/7518375>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28182115/>

Evlavis, G., and T. Kafkia. (2018) "Body organ donation and transplantations." *Hellenic Journal of Nursing Science* 11.4: 3-5.

http://journal-ene.gr/wp-content/uploads/2018/12/editorial_11_4.pdf

Fabre J. (2014). Presumed consent for organ donation: a clinically unnecessary and corrupting influence in medicine and politics. *Clinical medicine (London, England)*, 14(6), 567–571. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.14-6-567>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25468837/>

Farkas, S., Hackl, C., & Schlitt, H. J. (2014). Overview of the indications and contraindications for liver transplantation. *Cold Spring Harbor perspectives in medicine*, 4(5), a015602. <https://doi.org/10.1101/cshperspect.a015602>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24789874/>

Fatullayev, J., Samak, M., Sabashnikov, A., et al. (2015). Non-Heart-Beating Donor Heart Transplantation: Breaking the Taboo. *Medical science monitor basic research*, 21, 153–156. <https://doi.org/10.12659/MSMBR.894985>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26174972/>

Federlin, K., & Pozza, G. (1999). Indications for clinical islet transplantation today and in the foreseeable future--the diabetologist's point of view. *Journal of molecular medicine (Berlin, Germany)*, 77(1), 148–152. <https://doi.org/10.1007/s001090050324>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9930951/>

Gaum, L., Reynolds, I., Jones, M. N., et al. (2012). Tissue and corneal donation and transplantation in the UK. *British journal of anaesthesia*, 108 Suppl 1, i43–i47. <https://doi.org/10.1093/bja/aer398>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22194430/>

Gavaghan M. (2002). The pancreas--hermit of the abdomen. *AORN journal*, 75(6), 1110–1138. [https://doi.org/10.1016/s0001-2092\(06\)61613-x](https://doi.org/10.1016/s0001-2092(06)61613-x)
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12085404/>

Giacino J. T. (1997). Disorders of consciousness: differential diagnosis and neuropathologic features. *Seminars in neurology*, 17(2), 105–111. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1040919>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9195652/>

Giretti, G., Barbier, L., Bucur, P., et al. (2018). Recipient Selection for Optimal Utilization of Discarded Grafts in Liver Transplantation. *Transplantation*, *102*(5), 775–782. <https://doi.org/10.1097/TP.0000000000002069>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29298235/>

Glasscock, R. J., & Rule, A. D. (2016). Aging and the Kidneys: Anatomy, Physiology and Consequences for Defining Chronic Kidney Disease. *Nephron*, *134*(1), 25–29. <https://doi.org/10.1159/000445450>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27050529/>

Güvercin, C. H., & Munir, K. M. (2017). A COMPARATIVE ANALYSIS OF BIOETHICAL ISSUES FROM VIEW POINTS OF RELIGIOUS AFFAIRS ADMINISTRATION IN TURKEY, ROMAN CATHOLICISM AND ORTHODOX JUDAISM. *Acta bioethica*, *23*(2), 327–339. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2017000200327>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29129955/>

Hartert, M., Senbakkavacin, O., Gohrbandt, B., et al. (2014). Lung transplantation: a treatment option in end-stage lung disease. *Deutsches Arzteblatt international*, *111*(7), 107–116. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2014.0107>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24622680/>

Hauk L. (2018). Corneal transplantation. *AORN journal*, *107*(2), P11–P14. <https://doi.org/10.1002/aorn.12079>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29385255/>

Herriges, M., & Morrisey, E. E. (2014). Lung development: orchestrating the generation and regeneration of a complex organ. *Development (Cambridge, England)*, *141*(3), 502–513. <https://doi.org/10.1242/dev.098186>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24449833/>

Herskovitz, I., Hughes, O. B., Macquhae, F., et al. (2016). Epidermal skin grafting. *International wound journal*, *13* Suppl 3, 52–56. <https://doi.org/10.1111/iwj.12631>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27547964/>

Heslop HE. (2018) Overview and choice of donor of hematopoietic stem cell transplantation. In: Hoffman R, Benz EJ, Silberstein LE, et al, eds. Hematology: Basic Principles and Practice. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier;:chap 103.

Im A, Pavletic SZ. (2020) Hematopoietic stem cell transplantation. In: Niederhuber JE, Armitage JO, Kastan MB et al., Abelloff's Clinical Oncology. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier;:chap 28.

<https://medlineplus.gov/ency/article/003009.htm>

den Hartogh G. (2019). When are you dead enough to be a donor? Can any feasible protocol for the determination of death on circulatory criteria respect the dead donor rule?. *Theoretical medicine and bioethics*, 40(4), 299–319.
<https://doi.org/10.1007/s11017-019-09500-0>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31562590/>

Heide W. (2016). "Non-heart-beating donors" sind nicht geeignet [Non-heart-beating donors are ineligible]. *Der Nervenarzt*, 87(2), 161–168.
<https://doi.org/10.1007/s00115-015-0048-y>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26830897/>

Hill D. J. (2002). Diagnosing brain death. Honesty is best policy. *BMJ (Clinical research ed.)*, 325(7368), 836.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1124336/>

Αλλαγή κωδικού πεδίου

Incollingo, P., Peluso, G., Pelosio, et al. (2019). Ethical Issues in the Use of Suboptimal Kidneys for Transplants: An Italian Point of View. *Transplantation proceedings*, 51(1), 106–110. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2018.05.031>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30655131/>

de Jonge, J., Kalisvaart, M., van der Hoeven, M., et al. (2016). Organspende nach Herz- und Kreislaufftod [Organ donation after circulatory death]. *Der Nervenarzt*, 87(2), 150–160. <https://doi.org/10.1007/s00115-015-0066-9>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26810404/>

Kabbali, N., Mikou, S., El Bardai, et al. (2015). Eligibility for renal transplantation: a Moroccan interregional survey. *Saudi journal of kidney diseases and transplantation : an official publication of the Saudi Center for Organ Transplantation, Saudi Arabia*, 26(1), 153–160. <https://doi.org/10.4103/1319-2442.148769>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25579741/>

Kardassis D., Ntinis A., Theodorakis J. et al., (2012) Predicted Cost Analysis for Solid Organ Transplantation in Private Practice in Greece: 1092, *Transplantation*: November 27th, - Volume 94 - Issue 10S - p 810

https://journals.lww.com/transplantjournal/Fulltext/2012/11271/Predicted_Cost_Analysis_for_Solid_Organ.1587.aspx

Kaneto H. (2015). *Nihon rinsho. Japanese journal of clinical medicine*, 73(12), 2003–2007.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26666144/>

Kittleson, M. M., & Kobashigawa, J. A. (2017). Cardiac Transplantation: Current Outcomes and Contemporary Controversies. *JACC. Heart failure*, 5(12), 857–868.

<https://doi.org/10.1016/j.jchf.2017.08.021>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29191293/>

Kirby J. (2016). Organ donation after assisted death: Is it more or less ethically-problematic than donation after circulatory death?. *Medicine, health care, and philosophy*, 19(4), 629–635. <https://doi.org/10.1007/s11019-016-9711-8>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27263089/>

Kompanje, E. J., Epker, J. L., de Groot, Y., et al. (2013). Vaststellen van hersendood bij orgaandonatie: is een eeg noodzakelijk? [Determination of brain death in organ donation: is EEG required?]. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 157(42), A6444. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24128600/>

Lane, C. R., & Tonelli, A. R. (2015). Lung transplantation in chronic obstructive pulmonary disease: patient selection and special considerations. *International journal*

of chronic obstructive pulmonary disease, 10, 2137–2146.
<https://doi.org/10.2147/COPD.S78677><https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26491282/>

Langhans W. (2003). Role of the liver in the control of glucose-lipid utilization and body weight. *Current opinion in clinical nutrition and metabolic care*, 6(4), 449–455.
<https://doi.org/10.1097/01.mco.0000078993.96795.16>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12806220/>

Lee L. (2018). The Ethics of Organ Donation in Patients Who Lack the Capacity for Decision Making. *Creative nursing*, 24(3), 186–190. <https://doi.org/10.1891/1946-6560.24.3.186>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30567762/>

Li, A. H., Garg, A. X., Prakash, V., et al. (2017). Promoting deceased organ and tissue donation registration in family physician waiting rooms (RegisterNow-1 trial): study protocol for a pragmatic, stepped-wedge, cluster randomized controlled registry. *Trials*, 18(1), 610. <https://doi.org/10.1186/s13063-017-2333-5><https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5740738/>

van Loo, E. S., Krikke, C., Hofker, et al. (2017). Outcome of pancreas transplantation from donation after circulatory death compared to donation after brain death. *Pancreatology : official journal of the International Association of Pancreatology (IAP) ... [et al.]*, 17(1), 13–18.
<https://doi.org/10.1016/j.pan.2016.11.002>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27838258/>

Lynch, J. P., 3rd, Sayah, D. M., Belperio, J. A., et al. (2015). Lung transplantation for cystic fibrosis: results, indications, complications, and controversies. *Seminars in respiratory and critical care medicine*, 36(2), 299–320. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1547347>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25826595/>

Machado, C., Korein, J., Ferrer, Y., et al. (2007). The Declaration of Sydney on human death. *Journal of medical ethics*, 33(12), 699–703.

<https://doi.org/10.1136/jme.2007.020685>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18055899/>

Αλλαγή κωδικού πεδίου

Mangini, S., Alves, B. R., Silvestre, O. M., et al. (2015). Heart transplantation: review. *Einstein (Sao Paulo, Brazil)*, 13(2), 310–318. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082015RW3154>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26154552/>

Manyalich, M., Nelson, H., & Delmonico, F. L. (2018). The need and opportunity for donation after circulatory death worldwide. *Current opinion in organ transplantation*, 23(1), 136–141. <https://doi.org/10.1097/MOT.0000000000000486>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29206661/>

Marsia, S., Khan, A., Khan, M., et al. (2018). Heart transplantation after the circulatory death; The ethical dilemma. *Indian heart journal*, 70 Suppl 3(Suppl 3), S442–S445. <https://doi.org/10.1016/j.ihj.2018.08.010>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30595305/>

Mejzlík, V., Husová, L., Kuman, M., et al. (2017). Infekční komplikace u transplantací jater [Infectious complications related to liver transplants]. *Vnitřní lékařství*, 63(7-8), 527–530.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28933179/>

Miller, J., Currie, S., & O'Carroll, R. E. (2019). 'What if I'm not dead?' - Myth-busting and organ donation. *British journal of health psychology*, 24(1), 141–158. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12344><https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6587533/>

Mittal, S., Gilbert, J., & Friend, P. J. (2017). Donors after circulatory death pancreas transplantation. *Current opinion in organ transplantation*, 22(4), 372–376. <https://doi.org/10.1097/MOT.0000000000000437><https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28678058/>

Moghaddam, H. Y., Manzari, Z. S., Heydari, A., et al. (2018). Explaining nurses' experiences of caring for brain dead patients: a content analysis. *Electronic physician*, 10(8), 7205–7216. <https://doi.org/10.19082/7205>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6122867/>

Moris D. , Menoudakou G., Zavos G., (2016) Organ Transplantation in Greece, Transplantation: - Volume 100 - Issue 8 - p 1589-1591 doi: 10.1097/TP.0000000000001349

https://journals.lww.com/transplantjournal/FullText/2016/08000/Organ_Transplantation_in_Greece.1.aspx

Myeroff C., Archdeacon M., et al., (2011) Autogenous Bone Graft: Donor Sites and Techniques, The Journal of Bone & Joint Surgery: - Volume 93 - Issue 23 - p 2227-2236 doi: 10.2106/JBJS.J.01513

https://journals.lww.com/jbjsjournal/Abstract/2011/12070/Autogenous_Bone_Graft_Donor_Sites_and_Techniques.12.aspx

Nemes, B., Gámán, G., Polak, W. G., Get al. (2016). Extended-criteria donors in liver transplantation Part II: reviewing the impact of extended-criteria donors on the complications and outcomes of liver transplantation. *Expert review of gastroenterology & hepatology*, 10(7), 841–859. <https://doi.org/10.1586/17474124.2016.1149062>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26831547/>

Ohtani, O., & Ohtani, Y. (2008). Lymph circulation in the liver. *Anatomical record (Hoboken, N.J. : 2007)*, 291(6), 643–652. <https://doi.org/10.1002/ar.20681>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18484610/>

Ozabalová, E., Krejčí, J., Hude, P., et al. (2017). Transplantace srdce a infekce [Heart transplantation and infection]. *Vnitřní lékařství*, 63(7-8), 535–539.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28933181/>

Padela, A. I., & Duivenbode, R. (2018). The ethics of organ donation, donation after circulatory determination of death, and xenotransplantation from an Islamic perspective. *Xenotransplantation*, 25(3), 1–12. <https://doi.org/10.1111/xen.12421>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29913041/>

Papadopoulou-Marketou, N., Paschou, S. A., Marketos, N., et al. (2018). Diabetic nephropathy in type 1 diabetes. *Minerva medica*, 109(3), 218–228. <https://doi.org/10.23736/S0026-4806.17.05496-9>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29205998/>

Papp L. (2008). Nem a szív a vérkeringés energiaforrása? "A szív nem ismeri a fizika törvényeit" [Isn't the heart the source of energy for blood circulation? "The heart doesn't know the basic laws of physics"]. *Orvosi hetilap*, 149(31), 1443–1447. <https://doi.org/10.1556/OH.2008.28366>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18632504/>

Picard, C., Roux, A., & Groupe de transplantation pulmonaire Foch (2014). Contre-indications médicales de la transplantation pulmonaire : les limites évoluent-elles ? [Contraindications to lung transplantation: evolving limits?]. *Revue de pneumologie clinique*, 70(3), 156–163. <https://doi.org/10.1016/j.pneumo.2013.11.010>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24932503/>

Pilcher, D., Gladkis, L., Arcia, B., et al. (2015). Estimating the Number of Organ Donors in Australian Hospitals--Implications for Monitoring Organ Donation Practices. *Transplantation*, 99(10), 2203–2209. <https://doi.org/10.1097/TP.0000000000000716>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4617283/>

Ridley, S., Bonner, S., Bray, K., et al. (2005). UK guidance for non-heart-beating donation. *British journal of anaesthesia*, 95(5), 592–595. <https://doi.org/10.1093/bja/aei235>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16183683/>

Rizvi, T., Batchala, P., & Mukherjee, S. (2018). Brain Death: Diagnosis and Imaging Techniques. *Seminars in ultrasound, CT, and MR*, 39(5), 515–529. <https://doi.org/10.1053/j.sult.2018.01.006>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30244764/>

Rosenblum, A. M., Li, A. H., Roels, L., et al. (2012). Worldwide variability in deceased organ donation registries. *Transplant international : official journal of the European Society for Organ Transplantation*, 25(8), 801–811. <https://doi.org/10.1111/j.1432-2277.2012.01472.x>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3440579/>

Rudge C., R. Matesanz, F. L. Delmonico et al., (2012) International practices of organ donation, *BJA: British Journal of Anaesthesia*, Volume 108, Issue suppl_1, Pages i48–i55

https://academic.oup.com/bja/article/108/suppl_1/i48/237865

Sapisochin, G., & Bruix, J. (2017). Liver transplantation for hepatocellular carcinoma: outcomes and novel surgical approaches. *Nature reviews. Gastroenterology & hepatology*, 14(4), 203–217. <https://doi.org/10.1038/nrgastro.2016.193>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28053342/>

Schuppan, D., & Afdhal, N. H. (2008). Liver cirrhosis. *Lancet (London, England)*, 371(9615), 838–851. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60383-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60383-9)<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18328931/>

Αλλαγή κωδικού πεδίου

Shweish, O., & Dronavalli, G. (2019). Indications for lung transplant referral and listing. *Journal of thoracic disease*, 11(Suppl 14), S1708–S1720. <https://doi.org/10.21037/jtd.2019.05.09><https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31632748/>

Αλλαγή κωδικού πεδίου

Smith, M., Dominguez-Gil, B., Greer, D. M., et al. (2019). Organ donation after circulatory death: current status and future potential. *Intensive care medicine*, 45(3), 310–321. <https://doi.org/10.1007/s00134-019-05533-0>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30725134/>

Spielthener G. (2015). Why comply with a code of ethics?. *Medicine, health care, and philosophy*, 18(2), 195–202. <https://doi.org/10.1007/s11019-014-9594-5>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25185873/>

Spinello I. M. (2015). Brain Death Determination. *Journal of intensive care medicine*, 30(6), 326–337. <https://doi.org/10.1177/0885066613511053>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24227449/>

Sridhar M. S. (2018). Anatomy of cornea and ocular surface. *Indian journal of ophthalmology*, 66(2), 190–194. https://doi.org/10.4103/ijo.IJO_646_17

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5819093/>

Tang, J. X., Na, N., Li, J. J., et al.(2018). Outcomes of Controlled Donation After Cardiac Death Compared With Donation After Brain Death in Liver Transplantation: A Systematic Review and Meta-analysis. *Transplantation proceedings*, 50(1), 33–41. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2017.11.034>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29407328/>

Tiruneh, M. A., & Ayele, B. T. (2018). Practice of code of ethics and associated factors among medical doctors in Addis Ababa, Ethiopia. *PloS one*, 13(8), e0201020. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201020>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30089133/>

Vaidya, S., Dighe, M., Kolokythas, O., et al. (2007). Liver transplantation: vascular complications. *Ultrasound quarterly*, 23(4), 239–253. <https://doi.org/10.1097/ruq.0b013e31815d6e1d>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18090835/>

Westphal, G. A., Garcia, V. D., Souza, R. L., et al. (2016). Guidelines for the assessment and acceptance of potential brain-dead organ donors. Diretrizes para avaliação e validação do potencial doador de órgãos em morte encefálica. *Revista Brasileira de terapia intensiva*, 28(3), 220–255. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20160049>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5051181/>

Weibel E. R. (2017). Lung morphometry: the link between structure and function. *Cell and tissue research*, 367(3), 413–426. <https://doi.org/10.1007/s00441-016-2541-4>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27981379/>

Wojtuszciszyn, A., Branchereau, J., Esposito, L., et al. (2019). Indications for islet or pancreatic transplantation: Statement of the TREPID working group on behalf of the Société francophone du diabète (SFD), Société française d'endocrinologie (SFE), Société francophone de transplantation (SFT) and Société française de néphrologie - dialyse - transplantation (SFNDT). *Diabetes & metabolism*, 45(3), 224–237. <https://doi.org/10.1016/j.diabet.2018.07.006>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30223084/>

WHO- Global glossary of terms and definitions on donation and transplantation. *Σελίδα*8(7)

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

Youn, T. S., & Greer, D. M. (2014). Brain death and management of a potential organ donor in the intensive care unit. *Critical care clinics*, 30(4), 813–831. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2014.06.010>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25257743/>

Young, K. A., & Dilling, D. F. (2019). The Future of Lung Transplantation. *Chest*, 155(3), 465–473. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2018.08.1036>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30171860/>

Zanni A. (2014). Organ transplantation in Greece: the need for mediation. *Transplantation proceedings*, 46(9), 3164–3167. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2014.09.157>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25420849/>

Zavalkoff S, Shemie SD, Grimshaw JM, et al. (2019) Potential organ donor identification and system accountability: expert guidance from a Canadian consensus conference. Identification des donneurs d'organes potentiels et responsabilités du système : conseils experts d'une conférence de consensus canadienne. *Can J Anaesth.*;66(4):432-447. doi:10.1007/s12630-018-1252-6
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6407748/>

Αδάμη Βάρκα Αλεξάνδρα, (2002) «Βιοηθική και Δίκαιο», Ελληνική Δικαιοσύνη , τομ.43, τεχ.3, <https://bottis.ihr.gr/gr/citations/>

Τζαβέλα Φωτεινή, (1992), Βιοηθική και Φαρμακευτική .Μια εισαγωγική προσέγγιση, διδακτορική διατριβή, Αθήνα
<http://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/5096#page/1/mode/2up>

Σεραφείμ Ν., (2006) Επιστημονική Θεώρηση του εγκεφαλικού θανάτου, https://www.alopsis.gr/alopsis/egg_tha4.htm

Ιατρικό Λεξικό- Κλίμακα Κώματος Γλασκώβης,
<https://www.iatronet.gr/iatriko-lexiko/klimaka-kwmatos-glaskwvis.html>

Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων, ΜΟΝΑΔΕΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ ΟΡΓΑΝΩΝ, 2018

<https://www.eom.gr/monades-metamoscheysis-organon/>

Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων, ΜΟΝΑΔΕΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ ΙΣΤΩΝ, 2018

<https://www.eom.gr/monades-metamoscheysis-iston/>

Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων, ΜΟΝΑΔΕΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ ΚΥΤΤΑΡΩΝ, 2018

<https://www.eom.gr/monades-metamoscheysis-kyttaron/>

Κωστάκης Α., (2002) Μεταμοσχεύσεις ενδοκοιλιακών οργάνων: παρελθόν, παρόν, μέλλον, 29-52, <http://helios-eie.ekt.gr/EIE/handle/10442/428>

Κωστάκης Α., (2005), Μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων , Ηθικά προβλήματα και διλήμματα των μεταμοσχεύσεων
http://www.transplantation.gr/article_patients.asp?patient_id=&medicine_id=6&category_id=&article_id=256

Καρακατσάνης Κωνσταντίνος, (2008) «Εγκεφαλικός Θάνατος και Μεταμοσχεύσεις Οργάνων» ,Γ' έκδοση , Εκδόσεις Αγίοτοκος Καππαδοκία, ,
<https://alopsis.gr/>

Λαγουράνης Αντώνης, (2011), ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ Τέλος και αρχή ζωής, άρθρο, https://www.san.gr/gr/arth_eg_th_life.html

Μπέτση Σοφία, (2010) Εγκεφαλικός Θάνατος, Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο, ,
<http://dione.lib.unipi.gr/xmlui/bitstream/handle/unipi/6376/Bekou.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων Ηθικά Προβλήματα και Διλήμματα των Μεταμοσχεύσεων ,(2005)
https://www.transplantation.gr/patients.asp?patient_id=&medicine_id=6

Μορφοποίηση: Ελληνικά

Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδας, (2001) Ειδική Συνοδική Επιτροπή επί της Βιοηθικής : Εκκλησία και Μεταμοσχεύσεις . Εκδ. Ιεράς Συνόδου της Εκκλησίας της Ελλάδος, <https://www.ecclesia.gr/greek/holysynod/committees/bioethics/k0005.htm>

Παναγιώτου Αθανασιος (2014)»Μεταμοσχεύσεις και «εικαζόμενη συναίνεση»: οι νόμοι 2737/1999 και 3984/ 2011 , η διεθνής εμπειρία και η ματιά προς το μέλλον» ,Το Βήμα του Ασκληπιού , Τόμος 13, Τεύχος 3(Ιούλιος –Σεπτέμβριος 2014), σελ 259-270. <https://ejournals.teiath.gr/index.php/tovima/index>



ΕΘΝΙΚΟ
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ



ΔΗΛΩΣΗ ΔΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΙΣΤΩΝ

Επώνυμο* :
 Όνομα* :
 Όνομα Πατρός* :
 Όνομα Μητρός* :
 Φύλο*: Άνδρας Γυναίκα
 Ημερομηνία Γέννησης* :/...../..... (Ημέρα/Μήνας/Έτος)
 Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας :
 Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (Α.Μ.Κ.Α.) * :
 Διεύθυνση Κατοικίας* :
 Πόλη: Οδός: Αριθμός: ΤΚ:
 Τηλέφωνο Επικοινωνίας* : Σταθερό: Κινητό:
 Διεύθυνση Ηλεκτρονικής Αλληλογραφίας (E-Mail):
 *υποχρεωτικά πεδία συμπλήρωσης

1. Εκτιμώ να γίνω Δωρητής για:

Όλα τα όργανα και τους ιστούς

2. Εκτιμώ να γίνω Δωρητής για όλα τα όργανα και τους ιστούς ΕΚΤΟΣ από τα παρακάτω:

Νεφρό Ήπαρ Καρδιά Πνεύμονες Κερατοειδείς Δέρμα Οστά

*υποχρεωτική συμπλήρωση μίας εκ των δύο επιλογών

Τήρηση Εμπιστευτικότητας:

* Τα ως άνω δεδομένα συλλέγονται, τηρούνται, επεξεργάζονται και αξιοποιούνται από τον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων (Ε.Ο.Μ.) με απόλυτη ασφάλεια και εμπιστευτικότητα, σύμφωνα με το αρ. 34 του ν. 3984/2011, όπως ισχύει, και το αρ. 13 του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων (Γ.Κ.Π.Δ.) ΕΕ 2016/679, για το σκοπό της τήρησης του Εθνικού Μητρώου Δωρεάς Οργάνων και Ιστών και τον αποτελεσματικό συντονισμό της μεταμοσχευτικής διαδικασίας.

* Τα ως άνω δεδομένα χρησιμοποιούνται αποκλειστικά από το επιστημονικό προσωπικό των εμπλεκόμενων φορέων στον συντονισμό της μεταμοσχευτικής διαδικασίας.

* Για την άσκηση των προβλεπόμενων από τον Γ.Κ.Π.Δ. δικαιωμάτων των υποκειμένων των δεδομένων (πρόσβασης, διάρθωσης και περιορισμού), την υποβολή σχετικά με την άσκηση των δικαιωμάτων, καθώς και για κάθε ζήτημα σχετικό με την επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα από τον Ε.Ο.Μ., ως υπεύθυνο επεξεργασίας, μπορείτε να επικοινωνείτε με τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων του Ε.Ο.Μ. στο dro@esom.gr.

Δηλώνω υπεύθυνα ότι:

* Η εγγραφή στο Εθνικό Μητρώο Δωρεάς Οργάνων και Ιστών βασίζεται στη ρητή συγκατάθεσή μου. Γνωρίζω ότι μπορώ να αλλάξω την απόφασή μου ανά πάσα χρονική στιγμή.

* Γνωρίζω και αποδέχομαι ότι βάσει του αρθρ. 260 παρ. 2 του ν. 4512/2018 μπορεί να πραγματοποιηθεί μετά θάνατο η αφαίρεση οργάνων και ιστών που έχω δηλώσει, χωρίς να απαιτείται η συναίνεση της οικογένειάς μου.

* Όλα τα στοιχεία της δήλωσής μου είναι ακριβή και αληθή.

Ημερομηνία :/...../.....

Υπογραφή :



ΕΘΝΙΚΟΣ
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

**ΔΗΛΩΣΗ ΔΙΑΓΡΑΦΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΜΗΤΡΩΟ ΔΩΡΗΤΩΝ Ή ΑΡΝΗΤΩΝ
ΛΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΙΣΤΩΝ**

Επώνυμο* :
Όνομα* :
Όνομα Πατρός* :
Όνομα Μητρός* :
Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (Α.Μ.Κ.Α.)* :

*υποχρεωτικά πεδία συμπλήρωσης

Επιθυμώ να :

1. Να διαγραφώ από το Μητρώο Δωρητών Οργάνων και Ιστών
 2. Να διαγραφώ από το Μητρώο Αρνητών Δωρεάς Οργάνων και Ιστών

*υποχρεωτική συμπλήρωση μίας εκ των δύο επιλογών

Τήρηση Εμπιστευτικότητας:

- Τα ως άνω δεδομένα συλλέγονται, τηρούνται, επεξεργάζονται και αξιοποιούνται από τον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων (Ε.Ο.Μ.) με απόλυτη ασφάλεια και εμπιστευτικότητα, σύμφωνα με το αρ. 34 του ν. 3984/2011, όπως ισχύει, και το αρ. 13 του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων (Γ.Κ.Π.Δ.) ΕΕ 2016/679, για το σκοπό της τήρησης του Εθνικού Μητρώου Δωρεάς Οργάνων και Ιστών και τον αποτελεσματικό συντονισμό της μεταμοσχευτικής διαδικασίας.
- Τα ως άνω δεδομένα χρησιμοποιούνται αποκλειστικά από το επιστημονικό προσωπικό των εμπλεκόμενων φορέων στον συντονισμό της μεταμοσχευτικής διαδικασίας.
- Για την άσκηση των προβλεπόμενων από τον Γ.Κ.Π.Δ. δικαιωμάτων των υποκειμένων των δεδομένων (πρόσβασης, διάρθωσης και περιορισμού), την υποβοήθηση σχετικά με την άσκηση των δικαιωμάτων, καθώς και για κάθε ζήτημα σχετικό με την επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα από τον Ε.Ο.Μ., ως υπεύθυνο επεξεργασίας, μπορείτε να επικοινωνείτε με τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων του Ε.Ο.Μ. στο dro@eom.gr.

Δηλώνω υπεύθυνα ότι:

- Η διαγραφή από το Μητρώο Δωρητών/ Αρνητών βασίζεται στη ρητή συγκατάθεσή μου. Γνωρίζω ότι μπορώ να αλλάξω την απόφασή μου αυτή ανά πάσα χρονική στιγμή.
- Γνωρίζω ότι, σε περίπτωση κατά την οποία δεν είμαι εγγεγραμμένος σε κανένα από τα Μητρώα (Δωρητών/ Αρνητών), η απόφαση για τη δωρεά οργάνων και ιστών προς μεταμόσχευση λαμβάνεται από την οικογένειά μου.
- Όλα τα στοιχεία της δήλωσής μου είναι ακριβή και αληθή.

Ημερομηνία :/...../.....

Υπογραφή :



ΕΘΝΙΚΟ
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ



ΔΗΛΩΣΗ ΑΡΝΗΣΗΣ ΔΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΙΣΤΩΝ

Επώνυμο* :

Όνομα* :

Όνομα Πατρός* :

Όνομα Μητρός* :

Φύλο* : Άνδρας Γυναίκα

Ημερομηνία Γέννησης* :/...../..... (Ημέρα/Μήνας/Έτος)

Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας :

Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (Α.Μ.Κ.Α.) * :

Διεύθυνση Κατοικίας* :

Πόλη : Οδός : Αριθμός : ΤΚ :

Τηλέφωνο Επικοινωνίας* : Σταθερό : Κινητό :

Διεύθυνση Ηλεκτρονικής Αλληλογραφίας (E-Mail) :

*ποχρεωτικά πεδία συμπλήρωσης

Αρνούμαι να ληφθούν μετά θάνατον όργανα και ιστοί μου.

Τήρηση Εμπιστευτικότητας

- Τα ως άνω δεδομένα συλλέγονται, τηρούνται, επεξεργάζονται και αξιοποιούνται από τον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων (Ε.Ο.Μ.) με απόλυτη ασφάλεια και εμπιστευτικότητα, σύμφωνα με το αρ. 34 του ν. 3984/2011, όπως ισχύει, και το αρ. 13 του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων (Γ.Κ.Π.Δ.) ΕΕ 2016/679, για το σκοπό της τήρησης του Εθνικού Μητρώου Δωρεάς Οργάνων και Ιστών και τον αποτελεσματικό συντονισμό της μεταμοσχευτικής διαδικασίας.
- Τα ως άνω δεδομένα χρησιμοποιούνται αποκλειστικά από το επιστημονικό προσωπικό των εμπλεκόμενων φορέων στον συντονισμό της μεταμοσχευτικής διαδικασίας.
- Για την άσκηση των προβλεπόμενων από τον Γ.Κ.Π.Δ. δικαιωμάτων των υποκειμένων των δεδομένων (πρόσβασης, διόρθωσης και παύσης), την υποβολή σχετική με την άσκηση των δικαιωμάτων, καθώς και για κάθε ζήτημα σχετικά με την επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα από τον Ε.Ο.Μ., ως υπεύθυνο επεξεργασίας, μπορείτε να επικοινωνείτε με τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων του Ε.Ο.Μ. στο dro@eot.gr.

Δηλώνω υπεύθυνα ότι:

- Η εγγραφή στο Μητρώο Αρνητών βασίζεται στη ρητή συγκατάθεσή μου. Γνωρίζω ότι μπορώ να αλλάξω την απόφασή μου αυτή ανά πάσα χρονική στιγμή.
- Όλα τα στοιχεία της δήλωσής μου είναι ακριβή και αληθή.

Ημερομηνία :/...../.....

Υπογραφή :