

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

"Εγκεφαλικός θάνατος στη Μ.Ε.Θ.

&

Δωρεά Οργάνων

Επιμελήθηκε η Σπουδάστρια:

ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ ΠΑΤΡΟΥΛΑ

Υπεύθυνη Καθηγήτρια:

Dr. Παπαδημητρίου Μαρία

ΠΑΤΡΑ 2001

Αξιζει πάντα να θυμόμαστε:

*"Ενώ οι λήπτες πάντα βιάζονται οι δότες και οι
συγγενείς τους δε βιάζονται ποτέ".*

"Γίνε δωρητής οργάνων

.... για να

γίνει η επαύριο της ζωής

.... πάλι ζωή"

Οδ. Φλότης

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	10

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΝΟΤΗΤΑ 1

ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ ΣΤΗ Μ.Ε.Θ.....	13
<i>I. Ορισμός.....</i>	<i>13</i>
<i>II. Διαφορά εγκεφαλικού θανάτου και κόματος.....</i>	<i>14</i>
<i>III. Ιστορική Αναδρομή Εγκεφαλικού Θανάτου.....</i>	<i>17</i>
<i>IV. Κριτήρια Harvard.....</i>	<i>21</i>
<i>V. Εγκεφαλικές καταστάσεις που οδηγούν στον εγκεφαλικό θάνατο</i>	<i>22</i>

ΕΝΟΤΗΤΑ 2

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ.....	25
<i>I. Διάγνωση Εγκεφαλικού Θανάτου.....</i>	<i>25</i>
<i> Προϋποθέσεις Διάγνωσης Εγκεφαλικού Θανάτου.....</i>	<i>25</i>
<i> Κλινικές Δοκιμασίες Διάγνωσης Εγκεφαλικού Θανάτου.....</i>	<i>28</i>
<i> Εργαστηριακός Έλεγχος Εγκεφαλικού Θανάτου.....</i>	<i>32</i>
<i>II. Τυπική Διαδικασία Διάγνωσης Εγκεφαλικού Θανάτου.....</i>	<i>36</i>
<i>III. Απόφαση σχετικά με τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου</i>	<i>37</i>
<i>IV. Διαφορική διάγνωση εγκεφαλικού θανάτου.....</i>	<i>39</i>

ΕΝΟΤΗΤΑ 3

ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ.....	42
<i>I. Δωρεά οργάνων και Ιστών.....</i>	<i>42</i>
<i>II. Εκτίμηση του Δωρητή Οργάνων.....</i>	<i>43</i>
<i>III. Κριτήρια δωρεάς οργάνων σώματος.....</i>	<i>45</i>
<i>IV. Κριτήρια απόκλισης δωρεάς οργάνων.....</i>	<i>46</i>
<i>V. Πώς μπορεί κανείς να γίνει Δωρητής Οργάνων.....</i>	<i>46</i>
<i>VI. Τρόποι ευαισθητοποίησης των πολιτών ως προς τη δωρεά οργάνων.....</i>	<i>49</i>

ΕΝΟΤΗΤΑ 4

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΥΠΤΟΥΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ.....	54
---	-----------

<i>I. Νομικές, Θρησκευτικές, ηθικές και εθνικές όψεις της δωρεάς οργάνων.....</i>	<i>54</i>
<i>Νομικά Προβλήματα.....</i>	<i>54</i>
<i>Θρησκευτικά προβλήματα.....</i>	<i>60</i>
<i>Ηθικά προβλήματα.....</i>	<i>62</i>
<i>Εθνικά προβλήματα</i>	<i>68</i>

ΕΝΟΤΗΤΑ 5

ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ	71
<i>I. Ιστορική αναδρομή των Μεταμοσχεύσεων.....</i>	<i>71</i>
<i>II. Ταξινόμηση των μεταμοσχεύσεων.....</i>	<i>74</i>
<i>Είδη μεταμοσχεύσεων.....</i>	<i>74</i>
<i>Άλλη Διαίρεση.....</i>	<i>75</i>
<i>III. Θετικά στοιχεία μεταμοσχεύσεων.....</i>	<i>75</i>
<i>IV. Λίστες αναμονής διεθνώς.....</i>	<i>76</i>

ΕΝΟΤΗΤΑ 6

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ.....	80
<i>I. Η νοσηλευτική δεοντολογία απέναντι στη δωρεά</i>	<i>80</i>
<i>II. Νοσηλευτές / τριες στη Μ.Ε.Θ.</i>	<i>81</i>
<i>III. Ηθικά διλήμματα και προσέγγιση οικογένειας.....</i>	<i>84</i>

ΕΝΟΤΗΤΑ 7

ΑΞΙΑ ΔΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ	91
<i>I. Ποια είναι η αξία της Δωρεάς για τους συγγενείς και τους οικονομικούς;</i>	<i>91</i>
<i>II «Μιλώντας για την Απώλεια» Μερικά αποσπάσματα από τις συνεντεύξεις συγγενών.....</i>	<i>92</i>
<i>III. Μερικοί λόγοι άρνησης της Δωρεάς.....</i>	<i>95</i>
<i>IV.Υγειονομικό προσωπικό και δωρεά οργάνων</i>	<i>99</i>

Τοc528815324 ΕΝΟΤΗΤΑ 8

ΦΑΣΕΙΣ ΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ	105
<i>I. Η θλίψη και τα ψυχολογικά στάδια (φάσεις) που ακολουθούν την απώλεια ενός οικείου</i>	<i>105</i>
<i>II Το υγειονομικό προσωπικό της Μ.Ε.Θ. μπορεί να κάνει την διαφορά</i>	<i>111</i>
<i>III.Αποτελεσματική Επικοινωνία</i>	<i>115</i>

α. Η ανακοίνωση των δυσάρεστων νέων	116
β. Η αίτηση για Δωρεά Οργάνων – Ιστών	119
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ.....	122
ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΗΣ Μ.Ε.Θ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ Ε.Θ ΚΑΙ ΤΗΝ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ.....	125
ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ.....	127
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	146
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	148
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	150
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	152
<u>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</u>	
<i>ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....</i>	<i>159</i>

Ευχαριστίες

Ευχαριστώ καταρχήν τη σχολή μου και την καθηγήτριά μου, κα. Μαρ. Παπαδημητρίου που μου έδωσε την ευκαιρία να αναπτύξω αυτό το θέμα. Το Π.Π.Γ.Ν.Φ., το Νοσοκομείο Αγίου Ανδρέα και το προσωπικό τους για την πολύτιμη βοήθεια. Τον κ. Βλαχογιάννη, Πρόεδρο των Μεταμοσχεύσεων, και τον κ. Βλάχο, Ψυχίατρο στο Π.Π.Γ.Ν.Φ.

Τέλος τους γονείς μου τόσο για την ηθική όσο και για την οικονομική τους αρωγή.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Για να με θυμάστε

*Αν έρθει η στιγμή που ο γιατρός διαγνώσει
ότι ο εγκέφαλός μου έχει νεκρωθεί
και ότι καμιά λειτουργία του δεν θα επαπέλθει
τότε η ζωή μου θα έχει τελειώσει*

*Όταν αυτό συμβεί δεν θέλω να αφήσω κάποιους αβοήθητους
Δεν θέλω το κρεβάτι μου να γίνει κρεβάτι θανάτου, αλλά πηγή ζωής
Πάρτε το σώμα μου και σώστε άλλους που μπορούν να σωθούν*

*Δώστε σ' έναν άντρα τα μάτια μου, που ποτέ δεν είδε την όμορφη ανατολή
που ποτέ δεν είδε ένα παιδικό πρόσωπο ή τον έρωτα στα μάτια μιας γυναίκας*

*Δώστε την καρδιά μου σ' έναν άνθρωπο που περνά ατέλειωτες μέρες πόνου
Δώστε το αίμα μου στον έφηβο που θα το χρειαστεί μετά από ατύχημα
γιατί πρέπει να ζήσει και να δει τα εγγόνια του να παίζουν*

*Δώστε τα νεφρά μου σε κάποιον που εξαντλείται μέρα παρά μέρα συνδεδεμένος
σ' ένα μηχανάκι*

*Πάρτε τα κόκαλά μου, κάθε μυ και ίνα, κάθε μου νεύρο και ιστό και βρείτε τρόπο
ένα ανάπηρο παιδί να περπατήσει*

*Ερευνήστε κάθε γωνιά μυαλού μου
Πάρτε τα κύτταρά μου και αφήστε τα να περιμένουν γιατί κάποια μέρα ένα
άφωνο αγόρι θα ξεφωνίσει στο φτερούγισμα μιας νυχτερίδας
κι ένα κορίτσι θα ακούσει τον ήχο της βροχής στα παράθυρά του*

*Κάψτε ότι απέμεινε και σκορπίστε τη στάχτη στον άνεμο να βοηθήσει τα
λουλούδια να μεγαλώσουν*

*Αν πρέπει να ενταφιάσετε κάτι, ας είναι τα λάθη μου, οι αδυναμίες μου
και όλες μου οι προκαταλήψεις απέναντι στον άνθρωπό*

*Δώστε την ψυχή μου στο Θεό
Εάν κάνετε όλα αυτά εγώ θα ζω για πάντα.*

Σας ευχαριστώ

Το παραπάνω κείμενο βρέθηκε στο εξώφυλλο ενός βιβλίου του συγγραφέα ΓΕΩΡΓΙΟΥ ΔΗΜ. ΚΑΣΤΡΙΝΑΚΗ, ο οποίος το ανακάλυψε στην εφημερίδα «Times» του ΛΟΣ ΑΝΤΖΕΛΕΣ.

Το είχε δημοσιεύσει ο Αμερικανός Robert Test με τίτλο «Ένα Δώρο γι' αυτούς που έμειναν πίσω».

Αξίζει να σημειωθεί ότι μετά το δημοσίευμα αυτό, που είχε υπότιτλο «ΓΙΑ ΝΑ ΜΕ ΘΥΜΑΣΤΕ» η αύξηση της προσφοράς οργάνων ήταν θεαματική.



ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ζωή και ο θάνατος είναι δύο έννοιες οι οποίες εκφράζουν πραγματικότητες άρρηκτα συνυφασμένες με την ύπαρξη του ανθρώπου και της μεν ζωής έχει προσωπική εμπειρία ο ζων άνθρωπος, του δε θανάτου αντιμετωπίζει συνεχώς το γεγονός στο περιβάλλον του χωρίς να μπορεί να έχει προσωπική γνώση αυτού όσο ζει. Γι' αυτό στην καθημερινή ζωή της ανθρώπινης ύπαρξης η αγωνιώδης προσπάθεια του ανθρώπου έγκειται στο πώς να αποφύγει το θάνατο. Η αναζήτηση αυτή οδήγησε τον άνθρωπο από τα πολύ παλιά χρόνια στην εύρεση νέων φαρμάκων νέων μεθόδων και τεχνολογιών που θα του επιτραπεί να επιβραδύνει την αναπόφευκτη στιγμή του θανάτου.

Τις τελευταίες δεκαετίες η πρόοδος της ιατρικής τεχνολογίας και ειδικότερα η ανάπτυξη των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) είχαν σαν αποτέλεσμα την επιτυχή καρδιοαναπνευστική υποστήριξη για μακρύ χρονικό διάστημα, ατόμων με βαριές και ανεπανόρθωτες εγκεφαλικές βλάβες. Η πολυετής αυτή εμπειρία της μηχανικής υποστήριξης των ζωτικών λειτουργιών στις Μ.Ε.Θ. επέβαλαν τελικά τη διαφοροποίηση του ορισμού του θανάτου, υιοθετώντας ευρύτατα την έννοια του «εγκεφαλικού θανάτου» με βάση συγκεκριμένα κλινικά και εργαστηριακά στοιχεία.

Ταυτόχρονα, η κατανόηση της κλινικής σημασίας της ιστοσυμβατότητας και της ανοσοκαταστολής οδήγησαν σε τεράστια πρόοδο τη χειρουργική των μεταμοσχεύσεων, με αποτέλεσμα να αυξηθεί υπέρμετρα η ανάγκη για δωρεά οργάνων προς μεταμόσχευσης.

Τα όργανα αυτά, παγκοσμίως, αποκτώνται κυρίως από τους εγκεφαλικά νεκρούς δότες.

Εύκολα, λοιπόν, καταλαβαίνει κανείς πόσο μεγάλη σημασία έχει η κατανόηση της έννοιας και των κριτηρίων του εγκεφαλικού θανάτου για χιλιάδες ανθρώπους των οποίων η ζωή εξαρτάται από την ανεύρεση οργάνων προς μεταμόσχευση.²

ΕΝΟΤΗΤΑ 1

ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ ΣΤΗ Μ.Ε.Θ.

- I. Ορισμός*
- II. Διαφορά Εγκεφαλικού Θανάτου και Κώματος*
- III. Ιστορική Αναδρομή Εγκεφαλικού Θανάτου*
- IV. Κριτήρια Harvard*
- V. Εγκεφαλικές Καταστάσεις που οδηγούνε στον Εγκεφαλικό Θάνατο*

ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ ΣΤΗ Μ.Ε.Θ.

I. Ορισμός

Η εξέλιξη των ιατρικών τεχνικών ιδιαίτερα τα τελευταία 30 χρόνια μέσα από την ανάπτυξη των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας άνοιξε το δρόμο για την επιτυχή αντιμετώπιση, ως και πλήρη ίαση σε αρκετές μέχρι τώρα μη αναστρέψιμες καταστάσεις. Ταυτόχρονα έγιναν φανερά τα αποτελέσματα της υποστηρικτικής ιατρικής τεχνολογίας στις κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις. Παράλληλα κρίθηκε αναγκαία η αναθεώρηση του θανάτου και από το exitus letalis στη γλώσσα των ιατρών των αρχαίων πολιτισμών είναι η κατάσταση κατά την οποία εγκατέλειψε «exitus» η ψυχή τον αποπνέοντα άνθρωπο, γεγονός που αποβαίνει «letalis» θανατηφόρο για το σώμα του άρχισε να καθιερώνεται η έννοια του εγκεφαλικού θανάτου.³

Ως εγκεφαλικός θάνατος ορίζεται η μη αναστρέψιμη απώλεια όλων των εγκεφαλικών λειτουργιών του εγκεφαλικού στελέχους του φλοιού. Ο εγκεφαλικός θάνατος παλαιότερα ταυτιζόταν με την παύση της καρδιακής και αναπνευστικής λειτουργίας. Σήμερα όμως που η σύγχρονη τεχνολογία μπορεί να διατηρήσει με τεχνητά μέσα και τις δύο αυτές ζωτικές λειτουργίες για παρατεταμένο χρόνο ακόμη και όταν η νευρική λειτουργία έχει υποστεί ανεπανόρθωτη βλάβη, έχει γίνει αναθεώρηση του ορισμού του θανάτου. Η λειτουργία του εγκεφάλου είναι αυτή που καθορίζει τη ζωή και όχι η καρδιοαναπνευστική λειτουργία.⁴

Η διατήρηση της αναπνοής με μηχανικούς αναπνευστήρες και η υποστήριξη της κυκλοφορίας ενώ έχουν καταργηθεί οι εγκεφαλικές

λειτουργίες, δημιούργησε αμφιβολίες για το αν ο μέχρι τότε αποδεκτός ορισμός του θανάτου, ήταν σαφής και ακριβής. Οι αμφιβολίες αυτές προκάλεσαν την αναθεώρηση και επανεξέταση της έννοιας του θανάτου και οδήγησαν στη νέα αντίληψη του εγκεφαλικού θανάτου με προεκτάσεις όχι μόνο ιατρικές αλλά και πολιτιστικές, φιλοσοφικές, ηθικές, νομικές και θρησκευτικές.

Η αντίληψη αυτή που διαμορφώθηκε και επικρατεί τα τελευταία χρόνια βασίζεται στον ορισμό του θανάτου: «σαν την ανεπανόρθωτη απώλεια της ικανότητας για συνείδηση, σε συνδυασμό με την ανεπανόρθωτη απώλεια της ικανότητας για αυτόματη αναπνοή», που αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για τη διατήρηση αυτόνομης καρδιακής λειτουργίας. Οι λειτουργίες της αναπνοής και της κυκλοφορίας που χαρακτηρίζουν μια ανθρώπινη ύπαρξη σαν αυτόνομη και ανεξάρτητη βιολογική μονάδα, είναι λειτουργίες που ξεκινούν από το εγκεφαλικό στέλεχος. Εφόσον υπάρχει ανεπανόρθωτη βλάβη και νέκρωση του στελέχους, η δραστηριότητα των εγκεφαλικών ημισφαιρίων δεν μπορεί να ολοκληρωθεί με συνέπεια να μην είναι δυνατή η γνωστική ή συναισθηματική ζωή. Το άτομο του οποίου ο εγκέφαλος είναι νεκρός.

Επομένως ο θάνατος του εγκεφαλικού στελέχους είναι συνθήκη επαρκής, και αναγκαία για να χαρακτηριστεί ολόκληρος ο εγκέφαλος νεκρός.⁵

II. Διαφορά εγκεφαλικού θανάτου και κόματος

Πριν από μερικές δεκαετίες ο θάνατος του ανθρώπου διαπιστωνόταν εύκολα και συνέπιπτε με τη μη αναστρέψιμη διακοπή των ζωτικών

λειτουργιών αναπνοής και κυκλοφορίας. Σε λίγα λεπτά επακολουθούσε η οριστική νέκρωση του εγκεφάλου. Ο θάνατος ήταν ξεκάθαρος στο μυαλό των ανθρώπων και δεν άφηγε περιθώρια αμφιβολιών σε αντίθεση με την σύγχυση που επικρατεί σήμερα γύρω από όρους, εγκεφαλικός θάνατος «φυτό», εγκεφαλικό στέλεχος κτλ.⁵

Υπάρχει διαφοροποίηση μεταξύ του θανάτου του εγκεφαλικού στελέχους και της «φυτικής» καταστάσεως κατά την οποία μέρη ή όλο το εγκεφαλικό στέλεχος, η γέφυρα, ο μεσεγκέφαλος και η παρεγκεφαλίδα μπορεί ακόμη να λειτουργούν. Η διαφορά μεταξύ του εγκεφαλικού θανάτου και της «φυτικής» καταστάσεως είναι η απουσία της λειτουργίας του εγκεφαλικού στελέχους.⁴

Η αντιμετώπιση ασθενούς που είναι σε κώμα αποτελεί μια από τις δυσκολότερες και πιο επείγουσες περιπτώσεις, απαιτεί δε συστηματική προσέγγιση. Σ' αυτά τα περιστατικά είναι απαραίτητη η συνεργασία ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων όπως παθολόγου, νευρολόγου, αναισθησιολόγου και χειρουργού κατά κύριο λόγο, ενώ θεμελιώδους σημασίας είναι η συμβολή του μικροβιολόγου και του ακτινολόγου. Τις περισσότερες φορές δεν υπάρχουν πληροφορίες σχετικά με το ιστορικό του ασθενούς οπότε δυσχεραίνεται σημαντικά η διάγνωση.

Ένας σημαντικός παράγων που επιβάλλει ταχύτητα αντιμετώπιση είναι το γεγονός ότι ο εγκέφαλος ασχέτως της αιτιολογίας του κώματος εάν στερηθεί το οξυγόνο και τη γλυκόζη για διάστημα μεγαλύτερο των 3 λεπτών υφίσταται ανεπανόρθωτες βλάβες και ο ασθενής καταλήγει στη φυτικό στάδιο.

Πολλές φορές δημιουργούνται ερωτηματικά για το αν θα πρέπει να εφαρμοστεί η ευθανασία στα άτομα που είναι εγκεφαλικά νεκρά. Όταν όμως η ιατρική μιλά για εγκεφαλικό θάνατο εννοεί τον πλήρη και οριστικό θάνατο και άρα τίθεται θέμα ευθανασίας. Είναι γνωστό ότι ο εγκεφαλικός νεκρός βρίσκεται σε τεχνητό αερισμό (δεν έχει δική του αναπνοή) και τα όργανά του μπορούν να χρησιμοποιηθούν για μεταμοσχεύσεις.

Αντίθετα πραγματικά ισχύουν για τον «άνθρωπο φυτό» που έχει δική του αναπνοή και αντανακλαστικές απαντήσεις σε ερεθίσματα. Ο άνθρωπος αυτός παρά το ότι έχει υποστεί εκτεταμένες εγκεφαλικές βλάβες είναι δυνατόν να ανανήψει από το βαθύ κώμα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα η περίπτωση που δημοσιεύτηκε προ καιρού στον τύπο, όπου άνθρωπος φυτό ανένηψε μετά από 8 χρόνια διατήρησής του, κάτω από τις συνεχείς φροντίδες της γυναίκας του.⁶

Ο όρος κλινικά νεκρός είναι νέος στην ιατρική επιστήμη και μας δηλώνει πως ο εγκέφαλος ενός ανθρώπου είναι κατεστραμμένος. Δεν υπάρχει στην ιστορία της ιατρικής άλλος όρος που να προκάλεσε τόσο παραπληροφόρηση και εξαπάτηση της κοινής γνώμης. Γιατί μεταδόθηκε στον κόσμο η λανθασμένη αντίληψη πως όταν λέμε για έναν άνθρωπο ότι είναι «κλινικά νεκρός» σημαίνει πως στην πραγματικότητα είναι νεκρός.

Κάθε άλλο! Η πραγματικότητα είναι τελείως διαφορετική. Ο κλινικά νεκρός είναι ένας βαριά τραυματισμένος άρρωστος, ο οποίος χρειάζεται τη βοήθειά μας και την συμπαράσταση γιατρών και μη, πολύ περισσότερο φυσικά των γιατρών.

Επίσης θα μπορούσαμε να πούμε ότι ο «κλινικός θάνατος» είναι ένας επικείμενος θάνατος. Ο όρος αυτός απαντιέται στην ιατρική βιβλιογραφία των τελευταίων τριάντα περίπου ετών. Πρόκειται περί βαρύτατης νοσηρής κατάστασης η οποία παλαιότερα αλλά και τώρα χαρακτηρίζεται ως «κώμα».

Στην περίπτωση των «κλινικά νεκρών» έχουμε εργαστηριακά και αντικειμενικά ευρήματα που απαντώνται σε ζώντες και όχι νεκρούς. Με ποιο λοιπόν επιστημονικό κριτήριο του οποίου βάση, αποτελεί το πείραμα και η απόδειξη, οι εργαστηριακές και οι αντικειμενικές αποδείξεις της ζωής των ασθενών αυτών απορρίπτονται και ο πάσχων θεωρείται νεκρός. Αυτό αποτελεί οικτρή αντίφαση και πλήρη άρνηση των αρχών της επιστημονικής έρευνας.⁷

Η λειτουργία του σώματος προϋποθέτει την ύπαρξη ψυχής εντός αυτού γιατί αυτή είναι η ζωοποιός του σώματος δύναμη και άρα ο λεγόμενος «εγκεφαλικά νεκρός» είναι ζων άνθρωπος και όχι «ζων πτώμα» όπως το θέλουν οι υποστηρικτές του Ε.Θ.⁸

III. Ιστορική Αναδρομή Εγκεφαλικού Θανάτου

Όλες οι κοινωνικές μελέτες έχουν ασχοληθεί με το πότε επέρχεται ο θάνατος. Το 1740 η μελέτη «Η αβεβαιότητα των σημαδιών θανάτου και ο κίνδυνος να επισπευτεί η ταφή «δείχνει την πρώτη προσπάθεια να οριστεί κατηγορηματικά το πότε συμβαίνει ο θάνατος.

Πολλές αναφορές για πρόωρη ταφή οδήγησαν στην δημιουργία των «Νεκροτομείων Αναμονής».

Σ' αυτό καθυστερούνταν η ταφή μέχρι να φανούν ευδιάκριτα σημάδια σήψης ή μέχρις αφού τοποθετηθεί ένα ποτήρι νερού στο στήθος του

πτώματος δεν είναι δυνατό να υπάρξει σημάδι αναπνευστικής προσπάθειας. Το 1875 δημοσιεύτηκαν τα 25 κυριότερα σημάδια του θανάτου. Στα μέσα του 1990 η ιατρική κοινότητα άρχισε να συμφωνεί ότι η μη αναστρέψιμη καρδιοαναπνευστική παύση σήμαινε θάνατο. Ο θάνατος περιλαμβάνεται στην γνώση του ανθρώπου καις την ίδια του τη ζωή – οποιαδήποτε προοπτική για τη ζωή και τελικά διαψεύδεται.⁹

Η πρώτη κλινική περιγραφή εγκεφαλικού θανάτου, δημοσιεύτηκε στην Γαλλία το 1959 και ονομάστηκε κώμα «deperasse» που σημαίνει κατάσταση πέρα από το κώμα χωρίς όμως να θεωρηθεί ισότιμη με το θάνατο. Σύμφωνα με τη δημοσίευση αυτή για να θεωρηθεί ένα άτομο νεκρό, έπρεπε να βρίσκεται σε απνοϊκό κώμα, να μην διαπιστώνεται οποιαδήποτε αυτόματη κινητική δραστηριότητα δηλαδή να βρίσκεται σε κατάσταση όπου αναγνωρίζεται σαν νεκρός όχι μόνο ο εγκέφαλος αλλά και ο νωτιαίος μυελός. Στα 1960 σώθηκαν χιλιάδες ζωές με τη χρήση βοηθημάτων εξωτερικής τεχνητής κυκλοφορίας και αναπνοής.. Οι ασθενείς με σοβαρά εγκεφαλικά τραύματα διατηρούνταν στη ζωή μετά από ξαφνικό τραυματισμό,. Παρεχόμενη της \δυνατότητας να υπάρχουν διαφορετικά επίπεδα νευρολογικής ανεπάρκειας.

Ορισμένοι επέζησαν ενώ άλλοι παρέμειναν σε κωματώδη κατάσταση για χρόνια με ελάχιστη. Άλλοι δεν ανέκυψαν και πέθαναν εξαιτίας καρδιακής ανεπάρκειας. Η παλιά θεωρία που πρέσβευε ότι ο θάνατος επερχόταν μετά από αδυναμία της λειτουργίας της καρδιάς και των πνευμόνων δεν ίσχυε πια.³

Ακολούθησε η συγκρότηση διαφόρων επιτροπών, που η κάθε μια καθόρισε τα δικά της διαγνωστικά κριτήρια. Υπάρχουν ως εκ τούτου τα κριτήρια της Ιατρικής Σχολής του Harvard και του Sydney το 1968.⁹

Σημαντικά εξάλλου ήταν και τα ευρήματα της ομάδας των γιατρών της Μινεσότα των ΗΠΑ το 1971 όπου υποστηρίχθηκε για πρώτη φορά η άποψη ότι το σημείο της μη επιστροφής στη ζωή είναι η μη αναστρέψιμη βλάβη του εγκεφαλικού στελέχους και ότι η διάγνωση μπορεί να γίνει κλινικά.

Το 1972 έχουμε τα κριτήρια των Σουηδών Ingvar και Widen αλλά και το 1976 το συνέδριο των δύο ιατρικών κολεγίων της Αγγλίας δημοσίευσε κριτήρια για τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου και για πρώτη φορά έγινε αναφορά σε απαραίτητες προϋποθέσεις και δοκιμασίες ενώ δεν θεωρήθηκε ότι το ΗΕΓ είναι απαραίτητο για τη διάγνωση.¹⁰

Ένα χρόνο αργότερα (1977) εκδόθηκαν και τα συμπεράσματα μιας πολυκεντρικής εργασίας που έγινε υπό την εποπτεία του εθνικού Ινστιτούτου Υγείας των ΗΠΑ.⁹

Μια άλλη προσέγγιση είναι εκείνη της Linda Emmanuel, η οποία εισάγει την έννοια των συνδεδεμένων ζωνών στον ορισμό του θανάτου. Ο καθολικά αποδεκτός καρδιοπνευμονικός ορισμός του θανάτου αποτελεί την κατώτερη ζώνη και εφαρμόζεται σε όλες τις περιπτώσεις, ενώ αφήνει στο κάθε άτομο την επιλογή του ορισμού του θανάτου με βάση τη νευρολογική δυσλειτουργία του εγκεφάλου μέχρι το επίπεδο της μόνιμης φυτικής κατάστασης, που αποτελεί και την ανώτερη ζώνη του ορισμού του θανάτου. Η πρόταση αυτή αφήνει στον άρρωστο και στο περιβάλλον του την ευθύνη ορισμού του θανάτου και κατ' επέκταση την δυνατότητα αποδοχής ή απόρριψης της ιδέας του «εγκεφαλικού θανάτου» και τον θάνατο του ανωτέρου εγκεφάλου.¹¹

Το 1981 στις ΗΠΑ η «Αναφορά των Επιμελητών του Προέδρου για την μελέτη των Ηθικών Προβλημάτων στην Ιατρική και την Βιοϊατρική έρευνα» ανέφερε ότι αν δεν λειτουργεί το εγκεφαλικό στέλεχος δεν λειτουργεί ολόκληρος ο εγκέφαλος. Ο ορισμός του εγκεφαλικού θανάτου μπορούσε να γίνει μια ολοκληρωμένη κλινική εξέταση στο κρεβάτι του ασθενή. Τα ηλεκτροεγκεφαλογραφήματα δεν θεωρούνται πια απαραίτητα εξαιτίας των τεχνικών δυσκολιών στη διαχείριση και την έλλειψη ακρίβειας στον προσδιορισμό της ολικής έλλειψης της εγκεφαλικής λειτουργίας.

Αν και αυτή η αναφορά δημοσιεύθηκε σε εθνικό επίπεδο οι περισσότεροι γιατροί συνέχισαν να χρησιμοποιούν το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα ως διαγνωστικό εργαλείο. Ο εγκεφαλικός θάνατος στις ΗΠΑ και στην Ελλάδα ορίζεται ως μη αναστρέψιμη παύση της ολικής λειτουργίας του εγκεφάλου, συμπεριλαμβανομένου του εγκεφαλικού στελέχους. Ο υπεύθυνος Νοσηλευτής για έναν ασθενή με σοβαρό νευρολογικό τραυματισμό πρέπει να αναφέρει οποιαδήποτε αλλαγή στη νευρολογική ανταπόκριση. Δύο καταστάσεις που μπορούν να μοιάζουν με τον εγκεφαλικό θάνατο και που πρέπει να αποκλειστούν πριν γίνει ακριβής διάγνωση είναι η υποθερμία και ένα ανυψωμένο βαρβιτουρικό επίπεδο.²

Το 1989 σε διάσκεψη διεθνή που έγινε στην Ιορδανία καθορίστηκε η έννοια του εγκεφαλικού θανάτου. Στη Σουηδία και τη Δανία μόλις πρόσφατα έγιναν αποδεκτά τα κριτήρια του εγκεφαλικού θανάτου αντίστοιχα. Ενώ στην Ινδία με το νόμο του 1995 έγινε αποδεκτή η έννοια του εγκεφαλικού για τη διάγνωση του οποίου απαιτούνται τέσσερις εξειδικευμένοι ιατροί, οι οποίοι θα κάνουν τα τεστ του

εγκεφαλικού θανάτου, τουλάχιστον δύο φορές με ελάχιστη χρονική απόσταση μεταξύ τους έξι ώρες και γραπτή συμπλήρωση ειδικού εντύπου.¹²

IV. Κριτήρια Harvard

Μια ομάδα γιατρών, θεολόγων και νομικών από το Πανεπιστήμιο του Harvard δημοσίευσε ένα άρθρο που έδειχνε καθαρά ότι αν ο εγκέφαλος είναι νεκρός το άτομο πρέπει να θεωρείται νεκρό. Τα κριτήρια που προτάθηκαν για τη διάγνωση του θανάτου απαιτούσαν:

- Έλλειψη ικανότητας του ατόμου να προσλάβει ερεθίσματα και να ανταποκριθεί σ' αυτά
- Απουσία κινήσεων για διάστημα τουλάχιστον μιας ώρας
- Απουσία αναπνοής για 3 λεπτά μετά την αποσύνδεση από τον αναπνευστήρα
- Έλλειψη προκλητικών αντανακλαστικών του εγκεφαλικού στελέχους και
- Ισοηλεκτρικό ΗΕΓ.

Η ίδια ομάδα ένα χρόνο αργότερα συμφώνησε ότι το ΗΕΓ δεν είναι απαραίτητο για τη διάγνωση του «ανεπανόρθωτου κώματος» όπως αποκάλεσε την κατάσταση, γεγονός που οδήγησε στη μείωση της μέχρι τότε έμφασης στη διαγνωστική αξία του ΗΕΓ στον εγκεφαλικό θάνατο.

Αυτές οι δοκιμασίες πρέπει να επαναληφθούν με διαφορά 24 ωρών και να καταγραφούν προτού οριστεί ο εγκεφαλικός θάνατος.³

V. Εγκεφαλικές καταστάσεις που οδηγούν στον εγκεφαλικό θάνατο

Τα αίτια τα οποία είναι δυνατόν να προκαλέσουν μη αναστρέψιμη εγκεφαλική βλάβη είναι:

1. Βαριά κρανιοεγκεφαλική κάκωση ή οξύς εγκεφαλικός τραυματισμός
2. Αυτόματη ενδοκρανιακή αιμορραγία, ενδοεγκεφαλική ή υπαραχνοειδής
3. Μαζικό εγκεφαλικό έμφρακτο
4. Εγκεφαλική ανοξία οφειλόμενη σε καρδιακή ανεπάρκεια ή καρδιακή ανακοπή
5. Πρωτοπαθής όγκος εγκεφάλου
6. Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο
7. Ανεξέλεγκτη ενδοκρανιακή φλεγμονή (εγκεφαλίτιδες)
8. Υπερβολική δόση ναρκωτικών – φαρμάκων
9. Εισπνοή καπνού

Η αιτία του θανάτου πρέπει να οριστεί προτού τα κέντρα μεταμόσχευσης δεκτούς τη δωρεά οργάνων. Αυτή η διαδικασία γίνεται για να προστατευθεί ο δέκτης.

Σε περίπτωση τραυματισμού του εγκεφάλου τα κύτταρα παθαίνουν οίδημα με αποτέλεσμα οι παρακείμενοι ιστού του εγκεφάλου να μην έχουν χώρο να επεκταθούν. Έτσι αυξάνεται η ενδοκρανιακή πίεση και αν δεν γίνει προσπάθεια μείωσης της ο εγκέφαλος υφίσταται μόνιμες

βλάβες. Στον εγκεφαλικό θάνατο, το οίδημα αυτό δεν ελέγχεται και καταλήγει σε μη αναστρέψιμη παύση της ολικής εγκεφαλικής λειτουργίας.

Μια δικλείδα ασφαλείας στον καθορισμό του εγκεφαλικού θανάτου είναι ότι οι δοκιμασίες αυτές πρέπει να επαναλαμβάνονται κάθε 6 ώρες και να καταγράφονται. Επίσης οι ιατροί που κάνουν τον έλεγχο δεν πρέπει να ανήκουν στην ομάδα μεταμόσχευσης. Αν και ο εγκεφαλικός θάνατος έχει καθιερωθεί ιατρικά και νομικά είναι μια δύσκολη έννοια για τον ασθενή να την αποδεχτεί. Από τη στιγμή που ο ασθενής υποστηρίζεται μηχανικά είναι ζεστός και έχει υγιές χρώμα είναι δύσκολο για την οικογένεια να καταλάβει ότι είναι νεκρός και ότι για να γίνει μεταμόσχευση οργάνων πρέπει να διακοπεί η μηχανική υποστήριξη.

ΕΝΟΤΗΤΑ 2

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ

- I. Διάγνωση εγκεφαλικού θανάτου*
 - Προϋποθέσεις διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου
 - Κλινικές δοκιμασίες
 - Εργαστηριακός έλεγχος
- II. Τυπική διαδικασία διάγνωσης*
- III. Απόφαση περι διάγνωσης*
- IV. Διαφορική διάγνωση*

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ

I. Διάγνωση Εγκεφαλικού Θανάτου

Ο θάνατος του εγκεφαλικού στελέχους ταυτίζεται με το θάνατο του ανθρώπινου σώματος γιατί καταργείται η αυτόματη αναπνοή και σε δεύτερο στάδιο η κυκλοφορία με συνέπεια το θάνατο όλων των κυττάρων του οργανισμού.

Για τη διάγνωση του θανάτου του εγκεφαλικού στελέχους πρέπει να ακολουθηθεί με μεγάλη σχολαστικότητα καθορισμένη διαδικασία η οποία αποτελείται από δύο στάδια:

1^ο Την ύπαρξη ορισμένων προϋποθέσεων και συνθηκών μαζί με τον αποκλεισμό πιθανά αναστρέψιμης καταστολής του εγκεφαλικού στελέχους και

2^ο Την εκτέλεση δοκιμασιών για τον έλεγχο της απώλειας τη λειτουργικότητας του εγκεφαλικού στελέχους

Το πρώτο στάδιο πρέπει να προηγείται πάντοτε του δευτέρου για να αποκλειστεί η εκτέλεση των δοκιμασιών ελέγχου του εγκεφαλικού στελέχους σε άτομα με δυνητικά αναστρέψιμες βλάβες.⁹

Προϋποθέσεις Διάγνωσης Εγκεφαλικού Θανάτου

Για τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου απαιτούνται οι ακόλουθες προϋποθέσεις:

α) Διαπίστωση ότι ο άρρωστος είναι σε απνοϊκό κώμα και η αναπνευστική του λειτουργία εξαρτάται από αναπνευστήρα. Αν δεν υπάρχει άπνοια δεν τίθεται θέμα βλάβης εγκεφαλικού στελέχους.

β) Καθορισμός της αιτίας του κώματος για τη διαπίστωση δυνητικά μη αναστρέψιμων βλαβών. Η διαπίστωση της απουσίας λειτουργικότητας του εγκεφαλικού στελέχους είναι χωρίς αξία αν δεν βρεθεί αδιαφιλονίκητη αιτία που να μπορεί να την ερμηνεύσει.

Περιπτώσεις στις οποίες δεν έχει διευκρινιστεί η αιτία του κώματος συμπεριλαμβάνονται στη διαδικασία διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου.

Οι συνηθέστερες αιτίες μόνιμης βλάβης του στελέχους είναι: βαριές κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, ενδοκρανική αιμορραγία, εγκεφαλική ανορεξία κλπ.

γ) Αποκλεισμός χρήσεως φαρμάκων, κατασταλτικών του ΚΝΣ αλκοόλης κτλ. οπότε επί αμφιβολίας μετράται η στάθμη των φαρμάκων στο αίμα.

δ) Αποκλεισμός χρήσεως μυοχαλαρωτικών. Σε περίπτωση αμφιβολίας απαραίτητη είναι η δοκιμασία της νευρομυϊκής λειτουργίας με νευροδιεγέρτη

ε) Αποκλεισμός μεταβολικής ή ενδοκρινολογικής διαταραχής

στ) Νορμοθερμία. Η κεντρική θερμοκρασία πρέπει να είναι $> 35^{\circ} \text{C}$

Απαραίτητη για τη διάγνωση είναι η παρέλευση τουλάχιστον 6 ωρών από την έναρξη του κώματος ή 24 ωρών εάν η αιτία είναι η καρδιακή ανακοπή μετά την αποκατάσταση της κυκλοφορίας.⁴

Αποκλείονται οι ασθενείς με καρκίνο, εκτός και αν έχουν πρωτογενή εγκεφαλικό όγκο, καθώς και ασθενείς με θωρακικές παροχетеύσεις, κολοστομίες, γαστρονομίες και μολυσματικές ασθένειες όπως σύνδρομο

επίκτητης ανοσοποιητικής ανεπάρκειας (HIV) ηπατίτιδα Β και Rapid Plasma Reagent (RPR).³

Για να αποκλειστούν οι παραπάνω καταστάσεις θα πρέπει να:

1. Να ληφθεί λεπτομερές ιστορικό

Δηλαδή νοσήματα από τα οποία έπασχε ο ασθενής, κατάσταση στην άμεση χρονική περίοδο πριν την έλευση του κώματος. Συνήθειες όπως χρήση αλκοόλης, ψυχοφαρμάκων κλπ. Σε περίπτωση ατυχήματος ή κακώσεων λεπτομερής αναζήτηση και αξιολόγησή τους.

2. Να γίνει κλινική εξέταση με σκοπό τη συσχέτιση και αξιολόγηση κάθε ευρήματος με το κώμα, τη διαπίστωση του είδους και της σοβαρότητας της βλάβης που θα καθορίσει ή όχι το μη αναστρέψιμο της. Επίσης καθοριστική σημασία έχει ο χρόνος που μεσολαβεί από την εμφάνιση του κώματος μέχρι την κατάσταση της μη ανάταξής του. Ακόμη να αναζητηθούν σημεία που αποκλείουν το θάνατο του στελέχους όπως επιληπτικοί σπασμοί.

3. Παπακλινικός έλεγχος για τη διερεύνηση σημαντικών διαταραχών οξεοβασικής και ηλεκτρολυτικής ισορροπίας πιθανόν να απαιτηθούν και αξονική τομογραφία ή τοξικολογικές εξετάσεις

Αν υπάρχει η παραμικρή αμφιβολία σχετικά με την αναστρεψιμότητα ή όχι του κώματος ο θεράπων δεν πρέπει να προχωρήσει στην εκτέλεση των δοκιμασιών ελέγχου του εγκεφαλικού στελέχους αλλά να αναμείνει και να γίνει επανεκτίμηση.¹⁰

Κλινικές Δοκιμασίες Διάγνωσης Εγκεφαλικού Θανάτου

Αφού διαπιστωθεί ότι ο άρρωστος είναι σε κώμα η αναπνοή του ελέγχεται από τον αναπνευστήρα δεν παρουσιάζει παθολογικές στάσεις (αποφλοίωσης, απεγκεφαλισμού) και επιληπτικούς σπασμούς, εκτελούνται οι δοκιμασίες των αντανακλαστικών που εξαρτώνται από το εγκεφαλικό στέλεχος. Τα αντανακλαστικά που πρέπει να ελεγχθούν και πρέπει να είναι καταργημένα για τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου είναι τα ακόλουθα:

α) Το οφθαλμο-κεφαλικό αντανακλαστικό (κινήσεις οφθαλμών κούκλας – doll's eyes- έλεγχος III, IV και VI εγκεφαλικής συζυγίας). Ο έλεγχος αυτού του αντανακλαστικού γίνεται ως εξής: ο εξετάζων τοποθετείται στην κορυφή του κρεβατιού πάνω από την κεφαλή του εξεταζόμενου και τον αποσυνδέει από τον αναπνευστήρα για λίγα δευτερόλεπτα. Κρατάει την κεφαλή στα χέρια του, ανασηκώνει τα βλέφαρα και ενώ παρατηρεί τους οφθαλμούς, στέφει την κεφαλή για 3-4 δευτερόλεπτα πρώτα στην μία πλευρά και μετά κατά 180° στην άλλη πλευρά. Σε περίπτωση που το εγκεφαλικό στέλεχος είναι νεκρό, οι οφθαλμοί κινούνται ταυτόχρονα με την κεφαλή προς την ίδια κατεύθυνση. Σε βλάβη των εγκεφαλικών ημισφαιρίων αλλά με ζωντανό το στέλεχος οι οφθαλμοί αποκλείουν για ένα ή δύο δευτερόλεπτα προς την αντίθετη κατεύθυνση από την κίνηση της κεφαλής και αμέσως μετά ευθυγραμμίζονται με την κεφαλή. Σε άτομο που έχει πλήρη συνείδηση οι οφθαλμοί ακολουθούν σε κλάσματα του δευτερολέπτου την κατεύθυνση της κεφαλής. Είναι φανερό ότι η δοκιμασία αυτή δεν πρέπει να εκτελείται σε περιπτώσεις καταγμάτων της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης. Εάν το αντανακλαστικό αυτό δεν δείξει βλάβη του

εγκεφαλικού στελέχους διακόπτεται η παραπέρα διαδικασία εκτέλεσης των υπολοίπων αντανακλαστικών του στελέχους.

β) Το αντανακλαστικό της κόρης στο φως (φωτοκινητικός έλεγχος II και III εγκεφαλικής συζυγίας). Σε βλάβη του εγκεφαλικού στελέχους δεν έχει σημασία το μέγεθος της κόρης (π.χ. ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη μυδρίαση) αλλά η απουσία κάθε αντίδρασης της κόρης σε έντονο φως. Πριν από τον έλεγχο αυτού του αντανακλαστικού πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η τυχόν χορήγηση φαρμάκων ή νευρολογικών παθήσεων και οι τοπικές βλάβες των βολβών ή των νεύρων των οφθαλμών. Για την εκτέλεση αυτής της δοκιμασίας πρέπει να χρησιμοποιείται ισχυρή δέσμη φωτός σε σκοτεινό δωμάτιο. Πηγές φωτός από οφθαλμοσκόπια, ωτοσκόπια, λαρυγγοσκόπια κλπ δεν είναι επαρκείς.

γ) Το αντανακλαστικό του κερατοειδούς (έλεγχος V και VII εγκεφαλικής συζυγίας). Για τον έλεγχο αυτού του αντανακλαστικού απαιτείται έντονο ερέθισμα (όπως π.χ. με στυλεό με βαμβάκι) που εφαρμόζεται με πίεση μεγαλύτερη από εκείνη που χρησιμοποιείται σε ξύπνιους άρρωστους.

δ) Το αιθουσο-οφθαλμικό αντανακλαστικό (έλεγχος III, VI και VIII εγκεφαλικής συζυγίας), πριν από την εκτέλεση αυτής της δοκιμασίας πρέπει να έχει αποκλειστεί με τη βοήθεια ωτοσκοπίου μηχανικό κώλυμα του έξω ακουστικού πόρου, προϋπάρχουσες παθήσεις του ακουστικού οργάνου και δράση φαρμάκων (τοξική από αμινογλυκοσίδες ή κατασταλτική από αντιχολινεργικά, ηρεμιστικά, αντισπασμωδικά και τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά). Ο έλεγχος του αντανακλαστικού γίνεται με τον ερεθισμό της τυμπανικής μεμβράνης από έγχυση 20ml

παγωμένου νερού. Όταν το εγκεφαλικό στέλεχος είναι νερό αυτό το ερέθισμα δεν πρέπει να προκαλεί κινήσεις οφθαλμών. Οποιαδήποτε απόκλιση έστω και του ενός οφθαλμού σημαίνει ότι ένα μέρος του εγκεφαλικού στελέχους είναι ζωντανό.

ε) Αντανακλαστικές κινήσεις των μυών του προσώπου στον ισχυρό ερεθισμό οποιουδήποτε σημείου του σώματος. (έλεγχος V και VII εγκεφαλικής συζυγίας.). Το αντανακλαστικό αυτό απουσιάζει όταν δεν προκαλούνται μορφασμοί πόνου μετά από επώδυνο ερεθισμό στην περιοχή του τριδύμου (π.χ. ισχυρή υπερκόγχια πίεση) ή τα άκρα. Πριν από την εκτέλεσή του πρέπει να έχουν αποκλειστεί καταστάσεις (από φάρμακα ή παθήσεις) που προκαλούν νευρομυϊκό αποκλεισμό.

στ) Φαρυγγολαρυγγικό αντανακλαστικό (έλεγχος IX και X εγκεφαλικής συζυγίας). Όταν το εγκεφαλικό στέλεχος είναι νεκρό, η είσοδος στην τραχεία (μέσα από τον ενδοτραχειακό σωλήνα) ενός καθετήρα αναρρόφησης δεν προκαλεί καταποτικές κινήσεις ή βήχα στο βρογχικό ερεθισμό. Για την διάγνωση του θανάτου του εγκεφαλικού στελέχους όλα τα παραπάνω αντανακλαστικά πρέπει να έχουν καταργηθεί. Η παρουσία έστω κι ενός αποκλείει τη διάγνωση του θανάτου του εγκεφαλικού στελέχους.⁹

ζ) Δοκιμασία Άπνοιας

Η δοκιμασία αυτή είναι το τελικό βήμα για την επιβεβαίωση του εγκεφαλικού θανάτου μετά από τη διαπίστωση της κατάργησης όλων των αντανακλαστικών του εγκεφαλικού στελέχους. Η ανεπανόρθωτη κατάργηση της ικανότητας για αυτόματη αναπνοή αποδεικνύεται με την πλήρη έλλειψη αυτόματων αναπνευστικών κινήσεων μετά την

αποσύνδεση από τον αναπνευστήρα, για χρονικό διάστημα ικανό να αυξήσει τη μερική πίεση του διοξειδίου του άνθρακα στο αρτηριακό αίμα $C_{pa}CO_2$ σε επίπεδα επαρκή για τη διέγερση των αναπνευστικών κέντρων. Το επίπεδο της $P_{a}CO_2$ που απαιτείται γι' αυτό το σκοπό πρέπει να είναι ίσο ή μεγαλύτερο από 500mmHg.

Κατά την δοκιμασία της άπνοιας πρέπει:

- Να αποφευχθεί η υποξαιμία κατά το διάστημα της αποσύνδεσης από τον αναπνευστήρα
- Να διορθωθεί πιθανή υποκαπνία έτσι ώστε η $P_{a}CO_2$ να είναι τη στιγμή της αποσύνδεσης τουλάχιστον 40mmHg και
- Να έχει περάσει αρκετός χρόνος (πάνω από 18 ώρες) από τυχόν διαπίστωση και διόρθωση μεταβολικής διαταραχής του αρτηριακού pH, έτσι ώστε να προφτάσει να γίνει εξισορρόπηση με το pH του εγκεφαλονωτιαίου υγρού, το οποίο έχει καθοριστική σημασία για τη διέγερση των αναπνευστικών κέντρων. Οι τιμές του αρτηριακού pH πριν από την αποσύνδεση πρέπει να είναι 7,36 – 7,44 περίπου.

Η ιεράρχηση των απαραίτητων ενεργειών είναι επομένως η ακόλουθη:

1. Έλεγχος των αερίων του αίματος και ανάλογη προσαρμογή του πνευμονικού αερισμού για την επίτευξη «νορμοκαπνίας»
2. Αερισμός του αρρώστου με 100% οξυγόνο τουλάχιστον για 10 λεπτά πριν αποσυνδεθεί από τον αναπνευστήρα

3. Αποσύνδεση από τον αναπνευστήρα για 10 λεπτά και χορήγηση τουλάχιστον 6l/min αμιγούς οξυγόνου με καθετήρα τοποθετημένο μέσα στον ενδοτραχειακό σωλήνα μέχρι πάνω από την τρόπιδα.

Έχει υπολογιστεί ότι κατά την απνοϊκή οξυγόνωση η PaCO₂ αυξάνεται βαθμιαία με ρυθμό τουλάχιστον 2mmHg/min ώστε στα 10min της αποσύνδεσης να έχει φτάσει σε επίπεδο ικανό να διεγείρει τα αναπνευστικά κέντρα. Η κατάργηση της αυτόματης αναπνοής θεωρείται οριστική, εφόσον δεν παρατηρηθούν αυτόματες αναπνευστικές κινήσεις στο διάστημα αυτό.

Ασθενείς με χρόνια πνευμονοπάθεια πρέπει να εξαιρούνται από αυτή τη δοκιμασία.

Η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου ταυτίζεται με τη διάγνωση του θανάτου του εγκεφαλικού στελέχους. Καταργείται η αυτόματη αναπνοή και σε δεύτερο στάδιο η κυκλοφορία με συνέπεια το θάνατο όλων των κυττάρων του οργανισμού.

Οι κλινικές δοκιμασίες είναι απόλυτα ασφαλείς στη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου εάν τηρηθούν με απόλυτη σχολαστικότητα όλες οι αναγκαίες προϋποθέσεις για την εκτέλεσή τους.⁹

Εργαστηριακός Έλεγχος Εγκεφαλικού Θανάτου

Πέρα από τον κλινικό έλεγχο του εγκεφαλικού στελέχους έχουν μέχρι και σήμερα αναζητηθεί και εργαστηριακές εξετάσεις για την επιβεβαίωση της κλινικής διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου. Η χρησιμότητα του εργαστηριακού ελέγχου στη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου αποτελεί ακόμη το κυριότερο θέμα διαφωνίας μεταξύ των επιστημόνων

των διαφόρων χωρών. Οι μέθοδοι που έχουν μέχρι σήμερα προταθεί αφορούν:

1. Την εκτίμηση της αιματικής ροής του εγκεφάλου και
2. Τον ηλεκτροφυσιολογικό έλεγχο του εγκεφάλου με το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ) και τα προκλητά δυναμικά του εγκεφαλικού στελέχους.

1. Η εκτίμηση αιματικής ροής εγκεφάλου

Η μέθοδος αυτή έχει σκοπό να δείξει την απουσία εγκεφαλικής αιμάτωσης για χρονικό διάστημα ικανό να προκαλέσει το θάνατο των εγκεφαλικών κυττάρων. Η αιματική ροή μπορεί να διαπιστωθεί με δύο τρόπους:

- α) Αγγειογραφία του εγκεφάλου και
- β) Ραδιοϊσοτοπικές τεχνικές

Για την αγγειογραφική μελέτη απαιτείται αμφοτερόπλευρος καθετηριασμός όχι μόνο των καρωτίδων, αλλά και των σπονδυλικών αρτηριών. Η αξία αυτής της εργαστηριακής εξέτασης περιορίζεται από διάφορα προβλήματα όπως την πιθανότητα έντονης σκιαγράφησης του δικτύου της έξω καρωτίδας, της οποίας η αιμάτωση μπορεί να είναι αυξημένη σε περιπτώσεις εγκεφαλικού θανάτου, με αποτέλεσμα να δώσει ψευδή εντύπωση ότι υπάρχει ενδοκρανιακή αιματική ροή. Η μέθοδος έχει επίσης σημαντικές δυσκολίες (π.χ. μεταφορά αρρώστου συνδεδεμένου με αναπνευστήρα) και είναι επικίνδυνη. Πιο πρόσφατα χρησιμοποιήθηκαν αναίμακτες μέθοδοι με ενδοφλέβια χορήγηση ραδιενεργών ισοτόπων, που όμως αποδείχτηκαν χωρίς αξία γιατί απεικονίζουν ροή στον οπίσθιο βόθρο.

2. Ηλεκτροφυσιολογικές μέθοδοι

α) Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (Η.Ε.Γ.)

Το ΗΕΓ είχε χρησιμοποιηθεί ευρύτατα στη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου γιατί πίστευαν ότι σε περίπτωση ηλεκτρικής σιγής του εγκεφάλου και εφόσον είχαν αποκλειστεί αναστρέψιμες καταστάσεις κώματος (όπως π.χ. φαρμακευτική δηλητηρίαση), όλος ο εγκέφαλος ήταν νεκρός. Είναι γνωστό όμως ότι η καταγραφή του ΗΕΓ όπως συνήθως γίνεται απεικονίζει την ηλεκτρική δραστηριότητα του φλοιού και όχι του εγκεφαλικού στελέχους, η δραστηριότητα του οποίου είναι καθοριστική για τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου. Εξάλλου με το ΗΕΓ δεν μπορεί να γίνει διάκριση μεταξύ λειτουργικής καταστολής και οργανικής βλάβης. Έτσι διάφορα κατασταλτικά φάρμακα είναι δυνατόν να προκαλέσουν ηλεκτροεγκεφαλογραφική σιγή χωρίς το εγκεφαλικό στέλεχος να είναι νεκρό. Αντίθετα έχει παρατηρηθεί υπολειπόμενη δραστηριότητα του φλοιού σε περιπτώσεις μη αναστρέψιμης οργανικής βλάβης του εγκεφαλικού στελέχους. Αξίζει να σημειωθεί ότι η καταγραφή του ΗΕΓ επηρεάζεται από διάφορα παρασιτικά δυναμικά, όπως συνυπάρχουσες ηλεκτρικές πηγές (που είναι άφθονες σε μια μονάδα εντατικής θεραπείας) μυϊκή δραστηριότητα κλπ. με αποτέλεσμα να μην είναι δυνατή η αξιόπιστη καταγραφή του.

β) Προκλητά δυναμικά εγκεφαλικού στελέχους

Με τα προκλητά δυναμικά του εγκεφαλικού στελέχους μπορεί να ελεγχθούν οι αισθητικοί οδοί που διέρχονται από το στέλεχος. Οι ηλεκτροφυσιολογικές αυτές μέθοδοι βρίσκονται ακόμη στο στάδιο της αξιολόγησης και είναι αμφίβολο αν προστεθούν κάτι περισσότερο στην

κλινική διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου. Τα προκλητά δυναμικά που έχουν ευρύτερα χρησιμοποιηθεί είναι τα ακουστικά προκλητά δυναμικά που θεωρείται ότι βοηθούν στην αξιολόγηση των ασθενών στους οποίους έχει τεθεί θέμα εγκεφαλικού θανάτου χωρίς όμως να υπάρχει σαφές ιστορικό (π.χ. λήψη φαρμάκων).

Συμπερασματικά, με τα σημερινά δεδομένα οι κλινικές δοκιμασίες αποτελούν αξιόπιστο και επαρκές κριτήριο διάγνωση της ανεπανόρθωτης απώλειας της λειτουργικότητας του εγκεφαλικού στελέχους.

Η αξιοπιστία των κλινικών κριτηρίων κατοχυρώνεται με:

- Την αυστηρή τήρηση των αναγκαίων προϋποθέσεων
- Την εκτέλεση σειράς δοκιμασιών
- Τη συμμετοχή τριών έμπειρων ιατρών στη διαδικασία διάγνωσης και
- Την επανάληψη και επανεκτίμηση των κλινικών δοκιμασιών

Αντίθετα, οι εργαστηριακές εξετάσεις ελέγχου του εγκεφαλικού στελέχους δεν προσφέρουν ουσιαστική βοήθεια.

Συμπληρωματικές εργαστηριακές εξετάσεις

Ισοηλεκτρική γραμμή στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (HEΓ) για τουλάχιστον 30 λεπτά της ώρας ή αμφοτερόπλευρη κατάργηση του κύματος III-V των πρώιμων ακουστικών προκλητικών δυναμικών του εγκεφαλικού στελέχους ή διαπίστωση διακοπής της εγκεφαλικής αιματικής κυκλοφορίας μέσω doppler υπερηχογραφίας, σπινθηρογραφήματος, αγγειογραφίας εγκεφαλικών αρτηριών. Σε περίπτωση που δεν διενεργήθηκαν οι συμπληρωματικές εξετάσεις οι

ασθενείς βρίσκονται υπό παρακολούθηση που διαρκεί ανάλογα με την ηλικία και το μέγεθος της κάκωσης του πιθανού δότη, όπως φαίνεται παραπάνω:

- Σε νεογνά και σε άτομα με δευτεροπαθείς εγκεφαλικές βλάβες 72 ώρες
- Σε μικρά παιδιά (εως δύο ετών) 24 ώρες
- Σε ενήλικες και παιδιά άνω των δύο ετών 12 ώρες

Τα αποτελέσματα όλων των εξετάσεων θα συμπεριληφθούν στο πρωτόκολλο καταγραφής.¹⁰

II. Τοπική Διαδικασία Διάγνωσης Εγκεφαλικού Θανάτου

Ποιοι γιατροί πρέπει να διαγιγνώσκουν

Για να γίνει η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου απαιτείται η συμμετοχή τριών εμπειρων σ' αυτό το θέμα ιατρών που δεν πρέπει να έχουν ιεραρχική σχέση μεταξύ τους. Ο ένας πρέπει να είναι ο υπεύθυνος για τον άρρωστο ασθενής, ή ο αντικαταστάτης του. Ο δεύτερος πρέπει να είναι νευρολόγος ή νευροχειρουργός και ο τρίτος αναισθησιολόγος. Οι γιατροί αυτοί θα πρέπει να έχουν προϋπηρεσία τουλάχιστον δύο χρόνων από τη λήψη της ειδικότητάς τους.

Κανένας από τους γιατρούς δεν πρέπει να ανήκει στην μεταμοσχευτική ομάδα. Σε περιπτώσεις διαφωνίας δεν τίθεται θέμα διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου.

Αν με τις κλινικές δοκιμασίες τεθεί η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου απαιτείται η επανάληψή τους για την επιβεβαίωσή του.

Χρόνος επανάληψης δοκιμασιών

Οι κλινικές δοκιμασίες πρέπει να γίνονται δύο φορές για την αποφυγή λάθους. Το διάστημα μεταξύ των δύο κλινικών ελέγχων εξαρτάται κυρίως από το είδος της αρχικής βλάβης και της κλινικής πορείας του ατόμου. Ο χρόνος που απαιτείται για να εκπληρωθούν οι βασικές συνθήκες από την έναρξη του κώματος και μέχρι να αρχίσει η διαδικασία εκτέλεσης των δοκιμασιών πρέπει να είναι τουλάχιστον 24 ώρες.

Το χρονικό διάστημα μεταξύ των δύο ελέγχων δεν πρέπει να είναι μικρότερο των 8 ωρών. Το διαστήματα αυτά μπορούν να γίνουν βραχύτερα σε περιπτώσεις που υπάρχει έκδηλη καταστροφή του εγκεφάλου.

Τα αποτελέσματα της εκτέλεσης των κλινικών δοκιμασιών και από τους τρεις ιατρούς πρέπει να καταχωρούν σε ειδικό φύλλο διάγνωσης του εγκεφαλικού που θα πρέπει να περιλαμβάνεται στο φάκελο του ασθενούς. Εφ' όσον τεθεί η διάγνωση του θανάτου του εγκεφαλικού στελέχους και η παραπέρα θεραπευτική υποστήριξη είναι άσκοπη εκτός αν πρόκειται να γίνει δωρεά οργάνων για μεταμόσχευση.¹³

III. Απόφαση σχετικά με τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου

**Απόφαση αριθμός 9/16.7.1985
Της 21^{ης} Ολομέλειας
Του κεντρικού συμβουλίου υγείας (Κ.Ε.Σ.Υ.)
Περί «Διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου»**

Έχει διαπιστωθεί ότι η έννοια και τα κριτήρια διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου είναι ελάχιστα γνωστά στο ευρύτερο κοινό, αλλά

και σε ένα μεγάλο ποσοστό του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Η κατάσταση αυτή έχει δημιουργήσει αμφιλεγόμενες συζητήσεις και σημαντική παραπληροφόρηση που λειτουργούν ανασταλτικά στη διάδοση του θεσμού της δωρεάς οργάνων και στην αύξηση του αριθμού των μεταμοσχεύσεων στην χώρα μας.

ΑΠΟΦΑΣΗ

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ

Η έννοια του εγκεφαλικού θανάτου αποσαφηνίστηκε τα τελευταία χρόνια μετά την ανάπτυξη των μονάδων εντατικής θεραπείας, όπου είναι δυνατή η συντήρηση με τεχνητά μέσα ατόμων, που έχουν υποστεί ανεπανόρθωτη βλάβη του εγκεφαλικού στελέχους. Επίσης αναγνωρίστηκε ότι ο ορισμός του εγκεφαλικού θανάτου είναι θέμα που πρέπει να ορίζεται με επιστημονικά ιατρικά κριτήρια και όχι με νομικές διατάξεις. Οι εξελίξεις αυτές οδήγησαν στην ανάπτυξη των πτωματικών μεταμοσχεύσεων, εφόσον είναι δυνατή η αφαίρεση οργάνων από δότη που είναι εγκεφαλικά νεκρός.

Ο νόμος 1383/83 (άρθρο 7) αναγνωρίζει την πρόοδο που έχει σημειωθεί λέγοντας ότι: 1) με την επέλευση του θανάτου η αφαίρεση ιστών και οργάνων μπορεί να γίνει και όταν οι λειτουργίες ορισμένων οργάνων, εκτός από τον εγκέφαλο, διατηρούνται με τεχνητά μέσα (εγκεφαλικός θάνατος)

Ο εγκεφαλικός θάνατος πιστοποιείται από τον υπεύθυνο για τον άρρωστο γιατρό ή τον αντικαταστάτη του, ένα νευρολόγο ή νευροχειρουργό και έναν αναισθησιολόγο. Στην πιστοποίηση του

εγκεφαλικού θανάτου δεν συμμετέχει ο γιατρός που ανήκει στην μεταμοσχευτική ομάδα.

Είναι σαφές ότι οι διατάξεις αυτές αναθέτουν την ευθύνη πιστοποίησης του εγκεφαλικού θανάτου στους γιατρούς με βάση επιστημονικά κριτήρια, ενώ παράλληλα κατοχυρώνουν την πιστοποίηση αυτή με τη συμμετοχή τριών γιατρών στη διαδικασία.

Έχοντας υπόψη τα παραπάνω το ΚΕΣΥ μετά από συζήτηση της εισήγησης της Ομάδας Εργασίας που ορίστηκε για τη μελέτη του θέματος και της εισήγησης της εκτελεστικής επιτροπής, αποφάσισε στην 21^η Ολομέλεια της να γνωμοδοτήσει για το κριτήριο διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου. Επίσης το κεντρικό συμβούλιο υγείας (ΚΕΣΥ) αποφάσισε ότι θα πρέπει να σταλεί η απόφαση αυτή στα νοσοκομεία, στις μονάδες εντατικής θεραπείας και στις ιατρικές εταιρίες έτσι ώστε να αποτελέσει κώδικα οδηγό για τους γιατρούς που ενδεχομένως να βρεθούν σε θέση να πιστοποιήσουν τον εγκεφαλικό θάνατο παρέχοντας έτσι ένα σύγχρονο επιστημονικό βοήθημα για την εκπλήρωση αυτού του καθήκοντος.¹⁴

IV. Διαφορική διάγνωση εγκεφαλικού θανάτου

Πιθανές αναστρέψιμες βλάβες που πρέπει να διαφοροδιαγνωστούν ή να αποκατασταθούν είναι:

- Η λήψη βαρβιτουρικών φαρμάκων ή υπερβολική κατανάλωση οινόπνεύματος (= στην περίπτωση αυτή πρέπει να περάσει ικανός χρόνος έως ότου παύσει να υπάρχει η δράση αυτών των ουσιών)

- Shock ή καταπληξία (=όταν υπάρχει αυτή η υποψία θα πρέπει να περάσουν 24 ώρες από την αποκατάσταση της κυκλοφορίας έως ότου ξεκινήσει η πιστοποίηση του εγκεφαλικού θανάτου)
- Υποξία (=πάνω από 18 ώρες θα πρέπει να έχουν περάσει από τυχόν διαπίστωση και διόρθωση μεταβολικής διαταραχής του αρτηριακού ρΗ)
- Υποθερμία (= Η θερμοκρασία του σώματος του ασθενούς πρέπει να διατηρηθεί τουλάχιστον στους 33° C, πριν αρχίσουν οι διαδικασίες διάγνωσης)
- Μεταβολικές ή Ενδοκρινικές διαταραχές όπου θα πρέπει να γίνει προσπάθεια διόρθωσής τους.²

ΕΝΟΤΗΤΑ 3

ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ

- I. Δωρεά οργάνων και ιστών*
- II. Εκτίμηση του δωρητή οργάνων*
- III. Κριτήριο δωρεάς οργάνων*
- IV. Κριτήρια απόκλισης δωρεάς οργάνων*
- V. Πως μπορεί κανείς να γίνει δωρητής οργάνων*
- VI. Τρόποι ευαισθητοποίησης των πολιτών ως προς τη δωρεά*

ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ

I. Δωρεά οργάνων και Ιστών

Η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου, ύστερα από σχολαστική τήρηση των καθορισμένων διαδικασιών, δε σημαίνει το τέλος τις ιατρονοσηλευτικής φροντίδας. Και αυτό γιατί κάθε ασθενής με μη αναστρέψιμη βλάβη του εγκεφαλικού στελέχους που διατηρείται στη ζωή με μηχανική υποστήριξη μπορεί να θεωρηθεί ως δυνητικός δωρητής οργάνων. Τα όργανα που αποκτώνται από αυτούς τους δωρητές, τους λεγόμενους **«Πτωματικούς Δωρητές με καρδιά που χτυπά»**, είναι πιο πιθανόν να λειτουργήσουν εάν μεταμοσχευθούν.

Αντιθέτως η παραδοσιακή μέθοδος διάγνωσης του θανάτου, η πιστοποίηση του οποίου γίνεται με την παύση της αναπνοής και της κυκλοφορίας δεν επιτρέπει συνήθως τη Δωρεά Οργάνων, διότι όργανα όπως καρδιά, πνεύμονες, ήπαρ, νεφροί, δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν, εφόσον έχει επέλθει νέκρωσή τους λόγω της διακοπής της κυκλοφορίας. Στην πραγματικότητα και ο εγκεφαλικός θάνατος θα οδηγήσει στο θάνατο όλων των άλλων οργάνων του σώματος, αλλά η υποστήριξη της αναπνοής και των άλλων ζωτικών λειτουργιών μπορεί να καθυστερήσει την επιδείνωση επιτρέποντας έτσι τη συντήρηση των οργάνων για τη μεταμόσχευση.

Επίσης θα πρέπει να τονισθεί ότι η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου δε δημιουργήθηκε με σκοπό να διευκολυνθεί η Δωρεά Μεταμόσχευση Οργάνων αλλά για να επιτραπεί η διακοπή της θεραπείας σε ασθενείς, με σοβαρή και μη αναστρέψιμη εγκεφαλική βλάβη².

II. Εκτίμηση του Δωρητή Οργάνων

Η Δωρεά Οργάνων γίνεται από αυτούς τους ασθενείς που είναι εγκεφαλικά νεκροί, αλλά των οποίων η κυκλοφορία διατηρείται τεχνητά με μηχανική υποστήριξη. Ένας πιθανός δωρητής οργάνων μπορεί να είναι ένα άτομο που είχε καλή υγεία πριν τη μη αναστρέψιμη παύση της ολικής εγκεφαλικής λειτουργίας. Αν υπάρχει, εξετάζεται ο ατομικός ιατρικός φάκελος με όλα τα στοιχεία. Συχνά η οικογένεια είναι αυτή που παρέχει όλες τις πληροφορίες για ένα πλήρες ιατρικό ιστορικό.

Αυτές οι στιγμές είναι τραυματικές για την οικογένεια, είναι όμως απαραίτητη η λήψη ενός ακριβούς ιστορικού, για την προστασία του δέκτη. Έτσι η οικογένεια ερωτάται για το κοινωνικό ιστορικό του δωρητή. Εκτιμώνται συνήθειες όπως: **κάπνισμα, αλκοολισμός, λήψη ναρκωτικών ουσιών, ομοφυλοφιλία, και λαμβανόμενα φάρμακα.**

Πρέπει να εκτιμηθεί το **καρδιοαναπνευστικό σύστημα**. Είναι σημαντικό οι Νοσηλευτές να εξετάζουν προσεκτικά όλες τις πληροφορίες που αφορούν την διάρκεια της καρδιακής αναζωογόνησης και την αντίδραση σε καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση (ΚΑΑ), την απώλεια και την αντικατάσταση αίματος, τα επίπεδα της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ), τον καρδιακό ρυθμό, τη φλεβική πίεση (ΦΠ), τις τιμές των αρτηριακών αερίων αίματος και την ποσότητα των αποβαλλόμενων ούρων.

Ο νοσηλευτής εξετάζει οπτικά τον ασθενή για σημάδια υπερβολικής δόσης ναρκωτικών ουσιών προηγούμενες εγχειρήσεις και προϋπάρχουσες ασθένειες.

Εάν κατά τη διάρκεια της τωρινής παραμονής στο νοσοκομείο έγινε κάποια εγχείρηση ή άλλες διαδικασίες, γίνεται επανέλεγχος του φακέλου του ασθενούς. Ο ιατρός, ο οποίος προμηθεύεται τα όργανα είναι αυτός που παίρνει τις τελικές αποφάσεις.

Επιπλέον είναι απαραίτητη η διεξαγωγή ορισμένων εργαστηριακών εξετάσεων προκειμένου να καθοριστεί η καλή κατάσταση των οργάνων.

Αυτές είναι:

- Χημικές εξετάσεις
- Καθορισμός αρτηριακών αερίων του αίματος
- Μέτρηση ερυθρών αιμοσφαιρίων
- Καλλιέργεια (Ka^+) αίματος
- Καλλιέργεια (Ke^+) και ανάλυση ούρων
- Σάκχαρο Αίματος
- Ηπατικές Δοκιμασίες
- Ακτινογραφία Θώρακος (α/α)
- Ηλεκτρολύτες
- ΗΚΓ –12 απαγωγών

Όταν τα γενικά κριτήρια εκπληρωθούν, τότε απαιτείται εκτίμηση των συγκεκριμένων οργάνων που θα δωριστούν, δηλαδή εξειδικευμένες εξετάσεις. Για παράδειγμα, σημαντικές για την εκτίμηση των νεφρών είναι το BUN και η ΚΡΕΑΤΙΝΙΝΗ και οι τιμές της ΛΙΠΑΣΗΣ και της ΑΜΥΛΑΣΗΣ απαιτούνται για την εκτίμηση του παγκρέατος.³

III. Κριτήρια δωρεάς οργάνων σώματος

Η δρομολόγηση της διαδικασίας της μεταμόσχευσης ενεργοποιείται όταν ισχύουν οι παρακάτω προϋποθέσεις:

α) Κλινικά σημεία εγκεφαλικού θανάτου

β) Αποκλεισμός προϋπάρχουσας μη αναστρέψιμης βλάβης του προς μεταμόσχευση οργάνου

γ) Πιθανότητα μετάδοσης μολυσματικής νόσου (σήψη, κακοήθεια) να έχει αποκλεισθεί.

Σύμφωνα με τον ελληνικό νόμο περί μεταμοσχεύσεων τρεις είναι οι απαραίτητες προϋποθέσεις που πρέπει να πληρούνται για τη λήψη των οργάνων. Αυτές είναι:

1. Ο δότης πρέπει να είναι εγκεφαλικά νεκρός και να έχει συμπληρωθεί το πρωτόκολλο εγκεφαλικού θανάτου.
2. Ο δότης ή οι συγγενείς του πρέπει να έχουν βεβαιώσει ότι δεν υπήρχε αντίθεση του θανόντος στη δωρεά (ν. 1383/83 άρθρο 7, παρ.1,2,3).
3. Εάν συνυπάρχουν ιατροδικαστικά προβλήματα (π.χ. εγκληματική ενέργεια) πρέπει να ενημερωθεί ο εισαγγελέας για να δώσει εντολή να διενεργηθεί νεκροψία και νεκροτομή από χειρουργό στο χώρο της αφαιρέσεως των οργάνων (ν. 1383/83 άρθρο 7, παρ. 7).

Συγκατάθεση για τη δωρεά οργάνων λαμβάνεται από τον πλησιέστερο συγγενή και στη Μεγάλη Βρετανία και από τον ανακριτή, όταν η αιτία θανάτου π.χ. αυτοκινητιστικό ατύχημα, υπόκειται στην έρευνα του ανακριτικού γραφείου.¹⁵

IV. Κριτήρια απόκλισης δωρεάς οργάνων

Οι προϋποθέσεις που αποκλείουν τη λήψη οργάνων είναι:

- Σήψη
- Κακοήθεια, εκτός του πρωτοπαθούς όγκου του εγκεφάλου
- Κάκωση ή τραύμα του υπό μεταμόσχευση οργάνου
- Φυματίωση ή λοίμωξη (ιογενής, μυκητιακή, παρασιτική)
- Ορολογικός έλεγχος θετικός (+) για σύφιλη, HIV, ηπατίτιδα
- Ηλικία > 70 ετών
- Παρατεταμένη ισχαιμία οργάνων από σημαντική υπόταση ή καρδιακή ασυστολία
- Rapid Plasmó Reagent (RPR)
- Θωρακικές Παροχετεύσεις, κολοστομίες και Γαστροστομίες.

V. Πώς μπορεί κανείς να γίνει Δωρητής Οργάνων

Στις περισσότερες χώρες ισχύει ο θεσμός του δωρητή οργάνων. Όσοι επιθυμούν να χρησιμοποιήσουν μετά θάνατο, τα όργανά τους για μεταμόσχευση μπορούν να δηλώσουν αυτή τους την επιθυμία, εν ζωή, συνήθως συμπληρώνοντας μια κάρτα (DONOR CARD), που είναι εύκολα προσιτή τους πολίτες, οι οποίοι όταν την συμπληρώσουν την φέρουν πάντα μαζί τους, έτσι ώστε εύκολα κάποιος μπορεί να μάθει την επιθυμία τους. Σε μερικά κράτη (Αυστρία, Βέλγιο, Πορτογαλία) ισχύει η αρνητική δήλωση, όπου μόνο οι μη συμφωνούντες με την μετά θάνατο χρησιμοποίηση των οργάνων τους συμπληρώνουν την ειδική κάρτα, που αποστέλλεται στην ειδική υπηρεσία, ώστε να γνωρίζει ότι μόνο από τα

άτομα αυτά δεν μπορεί να γίνει λήψη οργάνων τους συμπληρώνουν ειδική κάρτα, που αποστέλλεται στην ειδική Υπηρεσία ώστε να γνωρίζει ότι μόνο από τα άτομα αυτά δεν μπορεί να γίνει λήψη οργάνων.

Στην Ελλάδα από το 1985 έχει εφαρμοσθεί ο θεσμός της εγγραφής δήλωσης δωρητών οργάνων για μεταμόσχευση και έχει καθιερωθεί η ταυτότητα του δότη. Η έκφραση αυτής της επιθυμίας, δηλαδή όποιου θέλει να γίνει δότης οργάνων γίνεται με τον εξής τρόπο:

Συμπληρώνεται, με επίδειξη της αστυνομικής ταυτότητας σε υπεύθυνο υπάλληλο, το ειδικό έντυπο δήλωσης του Υπουργείου Υγείας – Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλιστικών το οποίο βρίσκεται:

- Στην Υ.Σ.Ε. (Περιφ. Γεν. Νοσοκομείο Αθηνών).
- Στα Κέντρα και στους σταθμούς Αιμοδοσίας των Νοσ/μείων της χώρας.
- Στα γραφεία Κοινών και Ιατροκοινωνικής Υπηρεσίας των Νοσ/μείων και στα Κέντρα Υγείας της χώρας.
- Στις Δ/νσεις (ή τμήματα) Υγιεινής και στα Αγροτικά Ιατρεία των Νομαρχείων.
- Σε ιδιωτικούς φορείς που συνεργάζονται με την Υ.Σ.Ε. Μετά την συμπλήρωση της δήλωσης δωρεάς οργάνων η Υ.Σ.Ε. αποστέλλει στο δικαιούχο ειδικό δελτίο ταυτότητας Δότη Οργάνων και Ιστών μαζί με ειδικά χαρακτηριστικά αυτοκόλλητα το οποία ο δωρητής μπορεί να επικολλήσει σε έγγραφο ώστε να είναι παντού εμφανής η επιθυμία του.

Παρ' όλο που υπάρχουν όρια ηλικίας, διαφορετικά για κάθε όργανο, θεωρείτε καλό η ηλικία να μην αποτελεί εμπόδιο στην πραγμάτωση της επιθυμίας ενός ηλικιωμένου. Τα παιδιά μπορούν να γίνουν δωρητές, εφ' όσον οι γονείς ή οι έχοντες την επιμέλεια τους συγκατατεθούν με ενυπόγραφη δήλωση τους. Ένας δωρητής μπορεί να αλλάξει την απόφαση του οποιαδήποτε στιγμή ενημερώνοντας την Υ.Σ.Ε. επιστέφοντας την ταυτότητα δωρητή και γνωστοποιώντας την απόφαση του στους συγγενής του. Μια ταυτότητα δότη είναι η έκφραση της επιθυμίας του δωρητή οργάνων. Οι συγγενείς πρέπει να γνωρίζουν την επιθυμία αυτή, ώστε να την επιβεβαιώσουν.

Μπορούν να αρνηθούν μόνο εάν ο δωρητής είχε αλλάξει απόφαση μετά την έκδοση της ταυτότητας χωρίς να έχει ενημερώσει την Υ.Σ.Ε. ενώ το γνώριζαν οι συγγενείς του. Εάν κάποιος δεν έχει ταυτότητα δότη, ζητείται από τους συγγενείς να επιβεβαιώσουν ότι ο θανών δεν είχε εκφράσει οποιαδήποτε αντίθετη άποψη βάση των φιλοσοφικών πεποιθήσεων του. Ο κάθε δωρητής οργάνων δεν γίνεται τελικά και δότης μετά θάνατο. Θα πρέπει να πληροί τα κριτήρια καταλληλότητας (ηλικία, κατάσταση οργάνων, αιτία θανάτου, εγκεφαλικός θάνατος). Ο δωρητής ολοκλήρου του σώματος προσφέρει το σώμα του για πρακτική εξάσκηση των φοιτητών της Ιατρικής και για ερευνητικούς σκοπούς. Στην περίπτωση αυτή δεν αφαιρούνται όργανα για μεταμόσχευση και δεν επιστρέφεται το σώμα στους συγγενείς για ταφή. Οι υποψήφιοι δότες ολόκληρου του σώματος πρέπει να απευθύνονται σε εργαστήριο Περιγραφικής Ανατολικής (Ανατομείο) στο Πανεπιστήμιο Αθηνών και Θεσ/νίκης, όπου θα συμπληρώσουν τη δήλωση δωρεάς ολοκλήρου του

σώματος μόνο ο κερατοειδής χιτώνας του οφθαλμού μπορεί να χρησιμοποιηθεί για μεταμόσχευση.

Μετά την απόκτηση ταυτότητας δωρητή οργάνων οι πολίτες έχουν την δυνατότητα να σφραγίζουν στην Αστυνομία διάφορα έγγραφα τους με την ένδειξη «**δωρητής οργάνων**» ή να εξασφαλίζουν παρόμοια σφραγίδα πάνω στην άδεια οδήγησης από το Υπουργείο Συγκοινωνιών.¹⁶

VI. Τρόποι ευαισθητοποίησης των πολιτών ως προς τη δωρεά οργάνων

Η έλλειψη πτωματικών μοσχευμάτων είναι παγκόσμιο φαινόμενο. Γι' αυτό όλα τα κέντρα και οι Οργανισμοί Μεταμόσχευσης οργανώνουν **καμπάνιες** για διαφώτιση του πληθυσμού σε όλα τα επίπεδα σε μια μεγάλη προσπάθεια κάλυψης του χάσματος μεταξύ του αριθμού των μοσχευμάτων και της λίστας αναμονής των ασθενών που συνεχώς μεγαλώνει. Στη χώρα μας είναι ακόμα μεγαλύτερη η έλλειψη πτωματικών μοσχευμάτων γενικά.

Ένας από τους σπουδαιότερους λόγους είναι ότι δεν υπάρχει ικανοποιητική πληροφόρηση του κοινού για το τι σημαίνει Μεταμόσχευση και πόσο μεγάλο ευεργέτημα είναι η προσφορά, στον πάσχοντα συνάνθρωπο, οργάνων του σώματος μετά θάνατο,.

Έτσι ώστε να δίνεται η ευκαιρία σ' αυτόν να επανενταχθεί στο κοινωνικό σύνολο. Η οργάνωση ενός Εθνικού προγράμματος για μεταμόσχευση χρειάζεται την ηθική συμμετοχή όλων των πολιτών μιας χώρας, οι οποίοι αφού ενημερωθούν κατάλληλα, θα είναι οι κήρυκες και

το στήριγμα της μεγάλης προσπάθειας εξεύρεσης πτωματικών μοσχευμάτων (νεφροί, κερατοειδής χιτώνας οφθαλμού).

Όσον αφορά τον Ελληνικό χώρο η υπηρεσία συντονισμού και ελέγχου (Υ.Σ.Ε.) έχει αναλάβει την προσπάθεια ευαισθητοποίησης της κοινής γνώμης για την καθιέρωση της ιδέας της δωρεάς οργάνων. Η προσπάθεια αυτή υλοποιείται με την διανομή εντύπων και ενημερωτικού υλικού όπως φυλλάδια, αυτοκόλλητα, αφίσες. Οι αφίσες κυκλοφορούν σε όλη την χώρα και αναρτώνται σε δημόσιες υπηρεσίες, νοσοκομεία, Τράπεζες, μέσα μαζικής μεταφοράς κλπ.

Με τα ενημερωτικά φυλλάδια, την αναγραφή μηνυμάτων στους λογαριασμούς ΔΕΗ και ΟΤΕ επιχειρείται η κάλυψη των αποριών των πολιτών πάνω στη μεταμόσχευση και τη δωρεά με απλουστευμένο και κατανοητό τρόπο

Έχει δημιουργηθεί λοιπόν το μήνυμα το οποίο μεταδίδεται από όλους τους ραδιοφωνικούς σταθμούς ενώ παρόμοιο μήνυμα παρουσιάζεται από την τηλεόραση. Εξάλλου κλιμάκιο της Υ.Σ.Ε. που αποτελείται από διάφορες ειδικότητες σχετικές με το θέμα, δίνει ομιλίες σε όλη τη χώρα σε συνεργασία με διάφορους φορείς. Η Υ.Σ.Ε. ακόμα, διαθέτει μια VIDEOταινία, που είναι παραγωγή της EUROTRANSPLANT, του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Συντονισμού Μεταμοσχεύσεων, που εδρεύει στην Ολλανδία. Η ταινία έχει μεταγλωττισθεί και παρουσιάζεται σε συγκεντρώσεις, που γίνονται με θέμα την δωρεά οργάνων ενώ 40 αντίτυπα της έχουν διατεθεί στο Στρατό για να προβάλλονται στους στρατιώτες.

Τα προγράμματα ευαισθητοποίησης του κοινού της Υ.Σ.Ε. είναι παρόμοια με αντίστοιχα προγράμματα άλλων χωρών προσαρμοσμένα στην Ελληνική πραγματικότητα, ενώ εκπρόσωποι της Ελληνικής Υπηρεσίας συμμετέχουν σε διεθνείς συναντήσεις ανταλλαγής απόψεων για το θέμα, όπως μας πληροφορούν οι ειδικοί της ΥΣΕ που ασχολούνται με αυτό.

Στην προσπάθεια ευαισθητοποίησης της κοινής γνώμης για την ιδέα Δωρεάς Οργάνων, συμμετέχουν, πλην των Δημοσίων Φορέων και Ιδιωτικοί Σύλλογοι, οι οποίοι είτε αποκλειστικά, είτε στα πλαίσια των κοινωνικών τους δραστηριοτήτων προωθούν την ιδέα. Σήμερα υπάρχουν 12 τέτοιοι Σύλλογοι: Πανελλήνιος Σύλλογος Δωρητών Σώματος, Πανελλήνια Ένωση προσφοράς Ζωής ΠΕΠΡΟΖΩ, Ένωση Δωρητών Οργάνων Σώματος ΕΔΩΣΑ, Σύνδεσμος Δωρητών Σώματος Ν. Μαγνησίας, Ένωση Δωρητών Οργάνων Ανθρωπίνου Σώματος Ν. Καβάλας, Ένωση Δωρητών Ανθρωπίνου Σώματος Ν. Σερρών, Παγκρήτιος Σύνδεσμος Δωρητών Σώματος, Σύλλογος Δωρητών Ανθρωπίνων Οργάνων Λάρισας, Σύλλογος Δωρητών Οργάνων για μεταμόσχευση Αιγίου, Σύνδεσμος Δωρητών Ιστών και σώματος Πάτρας, Σύλλογος Χανιών.

Εκτός από την ευαισθητοποίηση των πολιτών απαραίτητη για την προώθηση των πτωματικών μεταμοσχεύσεων είναι και η ευαισθητοποίηση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού των Νοσοκομείων. Οι γιατροί και οι Νοσηλευτές πρέπει να παίζουν πρωτεύοντα ρόλο στη σταυροφορία της πληροφόρησης και να αποτελούν θετικούς φορείς της καθιέρωσης της ιδέας της προσφοράς οργάνων ενώ συγχρόνων πρέπει να βρίσκονται σε ετοιμότητα

αναγνώρισης των δυνητικών δοτών και ενεργοποίησης κατά τις διαδικασίες συντονισμού των πτωματικών μεταμοσχεύσεων.

Ακόμα στις μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ), οι οποίες κυρίως κρατούν στα χέρια τους το πρόβλημα της ανεύρεσης μοσχευμάτων, πραγματοποιούνται ειδικά σεμινάρια ενημέρωσης του προσωπικού για τον εγκεφαλικό θάνατο και διευκρίνιση κάθε σχετικής διαδικασίας, που θα μπορούσε να βοηθήσει στην κατεύθυνση εξασφάλισης μοσχευμάτων. Οι συντονιστές της ΥΣΕ βρίσκονται σε διαρκή επαφή με τις μονάδες εφοδιάζοντάς τες με έντυπο ενημερωτικό υλικό, και επιβεβαιώνοντας την ανά πάσα στιγμή δυνατότητα παρουσίας τους για βοήθεια σε κάθε περίπτωση δυνητικού δότη.¹⁷

ΕΝΟΤΗΤΑ 4

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΥΠΤΟΥΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ

*1. Νομικές, θρησκευτικές, ηθικές και εθνικές όψεις
της Δωρεάς Οργάνων*

- Νομικά προβλήματα*
- Θρησκευτικά προβλήματα*
- Ηθικά προβλήματα*
- Εθνικά προβλήματα*

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΥΠΤΟΥΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ

I. Νομικές, Θρησκευτικές, ηθικές και εθνικές όψεις της δωρεάς οργάνων

Από τη δεκαετία του 1980, η μεταμόσχευση οργάνων έχει γίνει ένας τρόπος θεραπείας για ασθένειες απειλητικές για τη ζωή. Αυτή τη μορφή θεραπείας έχει γίνει αποδεκτή από τους ιατρούς και το κοινό. Αλλά, όπως συνήθως γίνεται, έχουν δημιουργηθεί προβλήματα, ένα από τα οποία είναι το δίλημμα των Νοσηλευτών που φροντίζουν τους εγκεφαλικά νεκρούς ασθενείς. Καθώς έχουν βελτιωθεί οι τεχνικές μεταμοσχεύσεις και έχουν ανακαλυφθεί καινούργια ανοσοκατασταλτικά φάρμακα, η προμήθεια των οργάνων έχει γίνει ένα νομικό θρησκευτικό, ηθικό και εθνικό πρόβλημα.

Νομικά Προβλήματα

Σήμερα πλέον οι μεταμοσχεύσεις οργάνων ενδιαφέρουν όλες τις ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου. Για το λόγο αυτό όλες διαθέτουν ειδική νομοθεσία η οποία προσδιορίζει το πλαίσιο της διενέργειάς τους.

Επίσης όλες προσπαθούν να βελτιώσουν το νομοθετικό πλαίσιο, των μεταμοσχεύσεων με την έκδοση ερευνητικών εγκυκλίων ή και αναθεώρηση της ισχύουσας νομοθεσίας.

Όλη αυτή η δραστηριότητα κινείται γύρω από δύο άξονες:

1. Τη διασφάλιση της αναγκαίας προστασίας του δότη και
2. Την αύξηση των προσφερόμενων οργάνων.

Πολλές χώρες της Ευρώπης διαθέτουν ειδική νομοθεσία, Προεδρικά διατάγματα, Υπουργικές αποφάσεις που αφορούν στην αφαίρεση του μοσχεύματος και τη μεταμόσχευση ανθρωπίνων ιστών και οργάνων.¹⁸

Το ιατρικό επάγγελμα συνειδητοποίησε στην δεκαετία του 1960 ότι την αύξηση των Μοσχευμένων Οργάνων, υπήρχε ανάγκη ύπαρξης νομοθεσίας, η οποία να τους προστατεύει από πιθανά προβλήματα από την αφαίρεση των οργάνων και των ιστών.

Δεν υπήρχε ομοσπονδιακός νόμος σχετικά με την Δωρεά Οργάνων. Το 1968 στις ΗΠΑ σχεδιάστηκε η Uniform Anatomical Gift Act (UAGA) (Πράξη για να ενθαρρύνονται οι Μεταμοσχεύσεις) από το National Conference of Commissioners on Uniform State Laws και από την ένωση των Αμερικάνων Νομικών. Η πράξη αυτή γράφτηκε για να σηματοδοτήσει την αλλαγή στην δημόσια πολιτική και για να ενθαρρύνει την Δωρεά Οργάνων από νεκρό δότη. Η πράξη λειτούργησε σαν μοντέλο και χρησιμοποιήθηκε στην ίδια μορφή σε κάθε πολιτεία μέχρι το 1973. Η βασική φιλοσοφία του UAGA ήταν να ενθαρρυνθεί η εθελοντική Δωρεά Οργάνων.

Το UAGA, αδρά σχεδιασμένο έφερε στην επιφάνεια θέματα όπως, η αναγνώριση του ατόμου που μπορεί να δώσει την άδεια για τη Δωρεά Οργάνων. Υπό αυτές τις συνθήκες, ο δωρητής μπορεί να δωρίσει τα όργανα του τα οποία λειτουργούν την ώρα του θανάτου. Αυτό μπορεί να γίνει στην διαθήκη, στην άδεια οδήγησης ή σε κάρτα δωρητή.

Το πιο σημαντικό στην Δωρεά Οργάνων είναι η απόκτηση της δεύτερης άδειας από τους Συγγενείς. Αυτό είναι ένα σημαντικό ζήτημα, έτσι ώστε να αποτραπεί η αποξένωση της οικογένειας, και έχοντας

εξασφαλίσει την συνεργασία τους συγχρόνως αποτρέπεται και η πιθανότητα του δικαστικού αγώνα. Διαχώρισε επίσης τα όρια μεταξύ της αστικής και εγκληματικής ευθύνης για πράξεις καλής πίστεως που συμφωνούν με τις θέσεις του κράτους.

Υπάρχουν τέσσερις πολιτείες, η Καλιφόρνια, το Κολοράντο, η Φλόριντα και το Γουαιόμινγκ, οι οποίες χρησιμοποιούν τα όργανα βάση της κάρτας του δωρητή οργάνων ή βάση της άδειας οδήγησης όπου έχει αναγραφεί η επιθυμία του ατόμου να γίνει δωρητής οργάνων, χωρίς τη συγκατάθεση της οικογένειάς του.

Μολονότι κάθε πολιτεία έχει μια μορφή UAGA, τα κριτήρια της πράξης αυτής δεν έχουν πάντα χρησιμοποιηθεί. Οι Overcast et al (1985), αποκάλυψαν στην μελέτη τους τρεις κυριότερους παράγοντες που δεν έχει χρησιμοποιηθεί το UAGA:

1. Φόβος αξιοπιστίας
2. Ηθικά προβλήματα και
3. Φόβος αντίθετης δημοσιότητας.

Ο Potts (1985) ανέφερε την απροθυμία των ιατρών να παραλάβουν όργανα και τον φόβο της οικογένειας για πρόωρο τερματισμό της φροντίδας του νεκρού ως συμπτώματα της ομοσπονδιακής δημόσιας αδιαφορίας ως προς τη Δωρεά Οργάνων.

Η Δωρεά Οργάνων πρέπει να γίνει αμέσως για να επιβεβαιωθεί ότι τα όργανα βρίσκονται σε ικανοποιητική κατάσταση για μεταμόσχευση.

Επομένως, η οικογένεια δεν έχει χρόνο στη διάθεσή της να ψάξει για διαθήκη και γι' αυτό τον λόγο οι δότες που έχουν Κάρτα Δωρητή

παρακαλούνται να ενημερώνουν τις οικογένειές τους για τις επιθυμίες τους, έτσι ώστε να είναι προετοιμασμένες για να υπογράψουν για τη Δωρεά Οργάνων, όταν ο Δωρητής είναι εγκεφαλικά Νεκρός. Με αυτόν τον τρόπο η ευθύνη της δύσκολης απόφασης βαρύνει το Δωρητή και όχι την οικογένεια.

Η νομοθεσία στην Πενσυλβανία σε μια προσπάθεια να πιέσει τους Επαγγελματίες Υγείας να διαδώσουν τη Δωρεά Οργάνων, με την πράξη 141 (1986) τους παραχωρεί την άδεια να ζητήσουν τη μεταμόσχευση οργάνων. Η οικογένεια πρέπει να ερωτηθεί για τη μεταμόσχευση οργάνων, όταν ο Πιθανός Δωρητής κηρυχθεί εγκεφαλικά νεκρός. Οι επαγγελματίες Υγείας είναι υπεύθυνοι να ζητήσουν τη Δωρεά Οργάνων από την οικογένεια. Αυτό πρέπει να καταγραφεί στο φάκελο του ασθενή μαζί με την απάντηση της οικογένειας. Αν τα όργανα δεν είναι κατάλληλα για Δωρεά τότε δεν είναι απαραίτητο να ερωτηθεί η οικογένεια.

Αυτός ο νόμος χρησιμοποιείται και σε άλλες πολιτείες όπως: Καλιφόρνια, Νέα Υόρκη, Κεντάκι, Τζεόρτζια, Μέιν , Δυτική Βιρτζίνια και Οχάιο. Η Ένωση Καναδών Ιατρών έχει επίσης ζητήσει την ίδια νομοθεσία για τη χώρα τους.

Από τη στιγμή που έχουν χαθεί όργανα καθώς οι ασθενείς περιμένουν για μεταμόσχευση, αυτές οι πράξεις έχουν δημιουργηθεί με την ελπίδα ότι το προσωπικό του νοσοκομείου θα αυξήσει τον αριθμό των μεταμοσχεύσεων οργάνων. Αυτή η πράξη οδηγεί το προσωπικό στο να θεωρεί ότι είναι μέρος της ευθύνης του όπως επίσης και υποχρέωσή τους να ενημερώνουν την οικογένεια για Δωρεά Οργάνων.

Συχνά εξαιτίας των τραγικών συνθηκών η οικογένεια δεν είναι ενήμερη για αυτήν την πιθανότητα και αργότερα παραπονιούνται ότι δεν είχαν ενημερωθεί από τους Επαγγελματίες Υγείας.

Ο νόμος 821 στην Ελλάδα που επικυρώθηκε το 1978 και αναθεωρήθηκε το 1983, αφορά την Μεταμόσχευση Οργάνων και Ιστών. Ουσιαστικά ακολουθεί τον νόμο που αναφέρθηκε πριν και προσδιορίζει τα όργανα και τους ιστούς που μπορούν να μεταμοσχευτούν σε άλλο άτομο με σκοπό να βελτιωθεί η υγεία τους. Δημιούργησε επίσης την τράπεζα Μεταμόσχευσης Οργάνων στο Δημοκράτειο Ερευνητικό Κέντρο στην Αθήνα.

Τα άρθρα 5 και 6 είναι νόμοι που αφορούν τους ζωντανούς δότες. Η Ελλάδα έχει το υψηλότερο ποσοστό ζωντανών – δοτών σε ολόκληρη την Ευρώπη.³

Στη συνέχεια το άρθρο 7 του ίδιου Νόμου, αναφέρει ότι αφού διαπιστωθεί ο θάνατος, η αφαίρεση ιστών και οργάνων γίνεται από εξειδικευμένο χειρουργό ή από γιατρό αντίστοιχης με το όργανο που αφαιρείται ειδικότητας.

Όταν συντρέχει περίπτωση ιατροδικαστικής πραγματογνωμοσύνης και είναι ανέφικτη η άμεση προσέλευση αυτού που εκτελεί χρέη ιατροδικαστή, ή του αναπληρωτή του, ο αρμόδιος Εισαγγελέας δίνει την άδεια να διενεργηθεί νεκροψία και νεκροτομή από παθολογοανατόμο ή χειρουργό.

Η ιατροδικαστική πραγματογνωμοσύνη γίνεται στον τόπο, όπου διενεργείται η αφαίρεση ιστών και οργάνων. Η αφαίρεση του πτωματικού υλικού πραγματοποιείται εκεί όπου βρίσκεται ο νεκρός και

κάτω από κατάλληλες συνθήκες. Η επέμβαση για τη λήψη του μοσχεύματος έχει βέβαια προτεραιότητα. Τέλος σύμφωνα με το ίδιο άρθρο ο γιατρός οφείλει:

α) Να ακολουθεί την οριζόμενη από την επιστήμη τεχνική για την αποφυγή παραμορφώσεων στα εξωτερικά χαρακτηριστικά και

β) Να αποκαθιστά κατά το δυνατόν περισσότερο τα εξωτερικά μορφολογικά χαρακτηριστικά του σώματος, πριν την απόδοση του στους οικείους για τον ενταφιασμό.

Σύμφωνα με το άρθρο 8 του νόμου 1383/83, η ταυτότητα του νεκρού δότη δεν πρέπει να αποκαλύπτεται στο λήπτη. Επίσης δεν πρέπει να αποκαλύπτεται η ταυτότητα του λήπτη στην οικογένεια του νεκρού δότη.

Όπως είναι αυτονόητο, η ανωνυμία βοηθάει στο να μην υπάρχει υποχρέωση αποζημίωσης από την πλευρά του λήπτη απέναντι στον δότη, καθώς επίσης και ο ζωντανός δότης δεν έχει δικαίωμα απαίτησης επιστροφής του οργάνου του, το οποίο κατέσται αντικείμενο μεταμόσχευσης. Αντίθετη ρύθμιση θα δημιουργούσε προβλήματα και θα προσέκρουε ρητά σε κανόνες δημόσιας τάξης.¹⁸

Το άρθρο 9 αναφέρει ότι τα επιπλέον έξοδα για τη φροντίδα του δότη καλύπτονται από την ασφάλεια του δέκτη. Με τον τρόπο αυτό δεν επιβαρύνεται η οικογένεια του δότη με τα έξοδα.

Το άρθρο 10 αναφέρει τις κυρώσεις που υπάρχουν για την καταπάτηση κάποιων από τους παραπάνω νόμους.²³

Θρησκευτικά προβλήματα

Οι Προτεστάντες και οι Καθολικοί επιτρέπουν τη Δωρεά Οργάνων και υπό ορισμένες συνθήκες η Δωρεά Οργάνων επιτρέπεται από τους Συντηρητικούς Εβραίους και τους Αναμορφωμένους Αιρετικούς. Οι ορθόδοξοι Εβραίοι αποδέχτηκαν τη Μεταμόσχευση Οργάνων μόνο, αφού την αποδέχτηκαν πολλοί σεβαστοί Ραβίνοι.

Οι Θρησκείες που αντιτίθενται στη Μεταμόσχευση Οργάνων είναι: οι Μουσουλμάνοι, οι Μάρτυρες του Ιεχωβά και οι Χριστιανοί Επιστήμονες. Αυτές απαγορεύουν τη Δωρεά και τη Μεταμόσχευση Οργάνων διότι σύμφωνα με τη θρησκεία τους το σώμα αυτοθεραπεύεται.

Στην Ελλάδα έχει αυξηθεί το ενδιαφέρον για τη Δωρεά και η Μεταμόσχευση Οργάνων. Συγκεκριμένα στις 6 Οκτωβρίου του 1983 δημιουργήθηκε η φιλανθρωπική οργάνωση **«Πανελλήνια Οργάνωση Προσφοράς Ζωής: Φίλοι των Μεταμοσχεύσεων της Αιμοδοσίας και της Ιατρικής Έρευνας»** Ο Αρχιεπίσκοπος της Ελλάδας είναι ένα από τα διακεκριμένα μέλη του. Οι Έλληνες μάλιστα πιστεύουν ότι και η αιμοδοσία επίσης είναι σημαντική και ότι ο πρώτο δότης αίματος ήταν ο Χριστός.

Η **Ορθόδοξη Εκκλησία** της Ελλάδας επιτρέπει τη Δωρεά – Μεταμόσχευση Οργάνων με την προϋπόθεση ότι δεν υπάρχει χρηματικό κέρδος από αυτήν.³

Συγκεκριμένα το 1974 μετά από ερώτηση Χριστιανού προς την Ιερά Σύνοδο για το αν επιτρέπεται να δωρίσει τους οφθαλμούς του μετά το θάνατό του, η Νομοκανονική Επιτροπή αφού μελέτησε το θέμα

αποφάσισε ότι η πράξη αυτή είναι θεάρεστη αρκεί να μην γίνεται για χρηματικό όφελος.

Την απόφαση αυτή η Αγία και Ιερά Σύνοδος επικύρωσε με την υπ' αριθμό 397/17.6/1971 απόφασή της. Μερικά χρόνια αργότερα, τον Ιούνιο του 1983 κάποιος άλλος πιστός υπέβαλε ερώτηση στην Ιερά Σύνοδο για το αν είναι επιτρεπτή η διάθεση του σώματός του στην επιστήμη μετά το θάνατό του.

Και πάλι η Ιερά Σύνοδος ενέκρινε το παραπάνω αίτημα με την προϋπόθεση όμως να γίνει η νεκρώσιμη ακολουθία πριν από την παράδοση του λειψάνου στην επιστήμη.

Επισφράγιση όλων αυτών ήταν η ανακοίνωση του Αρχιεπισκόπου Αθηνών Σεραφείμ το 1985 ότι παρέχει μετά τον θάνατο του, τους νεφρούς και τους οφθαλμούς του.¹⁹

Για την ορθόδοξη εκκλησία εάν υπάρχει έστω και η παραμικρή πιθανότητα, η βλάβη να είναι αναστρέψιμη, κανείς δεν έχει το δικαίωμα να θανατώσει έναν άνθρωπο έστω και αν πρόκειται να σωθεί κάποιος άλλος.

Επομένως εάν παραμεριστούν κάποιες επιφυλάξεις για τις πτωματικές μεταμοσχεύσεις ως συνεισφορά στο βωμό της αγάπης προς το συνάνθρωπο, ως ύψιστη πράξη αυτοθυσίας. Ο Εκλεκτός εκπρόσωπος της, ο Σεβασμιώτατος Δημητριάδος κ. Χριστόδουλος στηρίζει τη στάση της Εκκλησίας, στα αγιογραφικά χωριά κατά Ιωάννης ΙΕ' 13 και προς Γαλάτας δ' 15. Και καταλήγει: «Εμείς ως εκπρόσωποι της εκκλησίας, βλέπουμε τη δωρεά Οργάνων για μεταμόσχευση ως πράξη αγάπης. Και

προσευχόμεστε να επικρατήσει και τα ευρύτερα στρώματα του λαού η συνείδηση αυτού του χρέους». ²⁰

Συνοψίζοντας μπορούμε να συμπεράνουμε ότι η εκούσια προσφορά οργάνων δε γίνεται από ασέβεια προς το θεό ούτε γιατί το προσφερόμενο όργανο κρίνεται περιττό ή επιβλαβές για την ηθική συγκρότηση του ανθρώπου. Αντίθετα, αναγνωρίζεται η πολυτιμότητα και η μοναδικότητά του. Η σωτηρία των ανθρώπων από την αρρώστια ή το θάνατο δεν αντίκειται στη θεϊκή βούληση. Επιβάλλεται μάλιστα η ανάπτυξη πρωτοβουλιών και η αξιοποίηση των δυνάμεων του ανθρώπου, εφόσον ο θεός επρόικισε τον άνθρωπο με νου και θέληση, έτσι ώστε να αντιμετωπίζει κάθε πρόβλημα στην ζωή του.

Ηθικά προβλήματα

Στον πλανήτη μας ζουν και απολαμβάνουν σήμερα τη ζωή χιλιάδες συνάνθρωποί μας σε μεταμοσχευμένα όργανα. Στην μακρά και δυσχερή όμως πορεία της από το πειραματικό εργαστήριο μέχρι την κλινική εφαρμογή ή μεταμόσχευση οργάνων, όπως και κάθε μεγάλη ανθρώπινη ιδέα και προσπάθεια, δημιούργησε σωρεία προβλημάτων και κυρίως ηθικών.²⁴

Ένα από τα κύρια ηθικά προβλήματα που αφορούν τη Δωρεά Οργάνων είναι η εμπορευματοποίηση των οργάνων, θέμα το οποίο οι περισσότερες χώρες προσπαθούν να ελέγξουν νομοθετικά. Στην Ελλάδα η αγοραπωλησία οργάνων είναι παράνομη και τιμωρείται με ποινή φυλάκισης και πρόστιμο. Στην Ελλάδα είναι σε ισχύ ο νόμος 1383/2-8-83 που ρυθμίζει τα θέματα των μεταμοσχεύσεων. Ιδιαίτερα αυστηρή είναι η νομοθεσία στη Βενεζουέλα όπως η εμπορία οργάνων και μελών

του σώματος τιμωρείται με τέσσερα ως οχτώ χρόνια φυλάκιση, στην Τουρκία όπου επιβάλλεται η ποινή φυλάκισης δύο έως τεσσάρων ετών και χρηματικό πρόστιμο 50.000 έως 100.000 τουρκικές λίρες. Στην Ιταλία ο Νομοθέτης ορίζει ότι ο γιατρός που έχει λάβει αμοιβή για τη διενέργεια της μεταμόσχευσης παύεται για δύο έως πέντε χρόνια απ το λειτούργημά του.¹⁹

Παρόμοιοι νόμοι εφαρμόζονται και στην Ευρώπη, πολλές όμως Ανατολικές χώρες και χώρες του Τρίτου Κόσμου επιτρέπουν την Αγοραπωλησία Οργάνων και Ιστών.³

Λόγω της έλλειψης προσφοράς οργάνων μετατρέπεται αυτό το κοινωνικό αγαθό σε εμπορικό αγαθό με αποτέλεσμα να δημιουργούνται τριών ειδών κίνδυνοι:

1. Να δημιουργηθεί μια μαύρη αγορά μοσχευμάτων από πτωματικούς δότες.
2. Να υπάρξουν περιπτώσεις επιτάχυνσης του θανάτου σε αναστρέψιμες περιπτώσεις και
3. Με οικονομικούς καταναγκασμούς να υποχρεωθούν άλλοι άνθρωποι να πουλήσουν τα όργανά τους.

Η διεθνής Εταιρεία Μεταμοσχεύσεων και το Συμβούλιο της Ευρώπης εστιγμάτησαν την αγοραπωλησία, ως πράξη στερημένης ηθικής. Το φλέγον πρόβλημα δεν έχει μόνο την ηθική του άποψη, αν μπορούμε δηλαδή να μετατρέψουμε το σώμα μας σε εμπορεύσιμο αντικείμενο, αλλά και την πρακτική πλευρά του. Η πώληση οργάνων στην ελεύθερη αγορά, εφόσον η ζήτηση είναι μεγάλη, θα δημιουργούσε αδυναμία στον

φτωχό να προμηθευθεί μόσχευμα και η αγαθοεργός πράξη της Δωρεάς και Μεταμόσχευσης θα περιοριζόταν μόνο στον πλούσιο.²⁴

Η μικρή προσφορά πτωματικών μοσχευμάτων ώθησε πολλούς γιατρούς και σε άλλες αναζητήσεις όπως τα ανεγκέφαλα έμβρυα και νεογνά και τα άτομα που βρίσκονται στην κατάσταση του μη αναστρέψιμου κώματος. Τα όντα αυτά δε θεωρούνται εγκεφαλικά νεκρά και σύμφωνα με ιατρικές και νομικές προϋποθέσεις και για το λόγο αυτό στις περισσότερες χώρες η λήψη οργάνων τιμωρείται ως ανθρωποκτονία εκ προμελέτης. Σε κράτη όπως η Γερμανία, έχει επιτραπεί η λήψη οργάνων και έχουν ανακοινωθεί επιτυχείς μεταμοσχεύσεις σε παιδιά με νεφρούς που πάρθηκαν από ανεγκέφαλα έμβρυα. Το ίδιο συμβαίνει με άτομα που βρίσκονται στην κατάσταση του μη αναστρέψιμου κώματος.²⁴

Ένα άλλο πρόβλημα που δημιουργούν οι μεταμοσχεύσεις οφείλεται στη διαφορά ζήτησης και προσφοράς. Συγκεκριμένα σήμερα στις ΗΠΑ περιμένουν για μεταμόσχευση καρδιάς γύρω στα 12.000-14.000 άτομα ενώ είναι δυνατόν να ικανοποιηθούν μόνο 900-1.000.²⁰

Το πρόβλημα που υπάρχει είναι ότι η έλλειψη επαρκούς αριθμού ιστών δημιουργεί αυτόματα την «ηθική της επιλογής» του λήπτη. Το ερώτημα λοιπόν που γεννάται είναι: Ποιος είναι ο αρμόδιος να αποφασίσει, ποιος θα προτιμηθεί να ζήσει και ποιος θα καταδικαστεί να πεθάνει και με ποια κριτήρια;

Οι βασικές αρχές που ισχύουν σήμερα είναι:

α. Αρμόδιες είναι οι επιτροπές δεοντολογίας

β. Προτιμάται ο λήπτης ο οποίος έχει την μικρότερη προσδοκία επιβίωσης

γ. Προτιμάται εκείνος ο οποίος προβλέπεται να έχει καλύτερη ποιότητα ζωής

δ. Δευτερεύοντες παράγοντες, όπως είναι η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση και υποχρεώσεις καθώς και κοινωνικοί παράγοντες εφόσον κριθούν όλοι οι παραπάνω παράγοντες εξετάζονται τα ακόλουθα:

1. Το επείγον της επέμβασης
2. Οι συνθήκες διαβίωσης του λήπτη εξεταζόμενες από κοινωνικό πρίσμα (οικονομικό υπόβαθρο, επαγγελματική κατάσταση, οικογενειακή κατάσταση).²⁴

Σύμφωνα με τον Protas η μεγαλύτερη προτεραιότητα είναι κάποιος δέκτης ο οποίος είναι μέλος της κοινότητας που προσφέρει τα όργανα. Το άτομο το οποίο χρειάζεται περισσότερο τα όργανα είναι αυτό, το οποίο τελικά θα μεταμοσχευτεί τα όργανα. Αν αυτό το άτομο είναι μετανάστης τότε πρέπει να πληρώσει το κόστος, τότε η κυβέρνηση του θα πρέπει να δώσει τα απαιτούμενα χρήματα.³

Το κόστος των μεταμοσχεύσεων αποτελεί ένα άλλο μεγάλο πρόβλημα. Υπολογίζεται ότι μία μεταμόσχευση καρδιάς στοιχίζει στο εξωτερικό γύρω στα 15-20 εκατομμύρια δραχμές και μία μεταμόσχευση ήπατος γύρω στα 40-50 εκατομμύρια δραχμές. Στη χώρα μας η κοστολόγηση της μεταμόσχευσης της καρδιάς είναι 5 εκατομμύρια δραχμές και του ήπατος γύρω στα 7,5 εκατομμύρια. Το ερώτημα το οποίο τίθεται από πολλούς οικονομολόγους και πολιτικούς διεθνώς είναι, εάν είναι δυνατόν τόσο μεγάλες δαπάνες να αναλαμβάνονται από

την πολιτεία, όταν υπάρχουν άλλες προτεραιότητες όπως είναι η παιδεία, η κοινωνική πρόνοια και η Εθνική Άμυνα. Μελέτες σε διάφορα κράτη έχουν αποδείξει ότι εάν λάβει υπόψη κανείς ότι:

- 1) οι περισσότεροι από τους ασθενείς αυτούς είναι χρονίως ασθενείς και επομένως βρίσκονται υπό θεραπευτική αγωγή
- 2) ότι εφόσον καταλήξουν αφαιρούνται από το ενεργό εργατικό δυναμικό της χώρας, αφού οι μεταμοσχεύσεις γίνονται συνήθως σε ηλικία κάτω των 65 χρόνων και
- 3) ότι σε πολύ υψηλό ποσοστό οι άρρωστοι αυτοί επανεντάσσονται στην κοινωνία και επομένως στο εργατικό δυναμικό, η ανάλυση κόστους – αποτελεσματικότητας είναι θετική. Άλλωστε για τους ασχολούμενους με τα επαγγέλματα Υγεία, η Υγεία δεν έχει κόστος αλλά Αξία.

Γύρω από το θέμα Μεταμόσχευση πρέπει να ισχύουν παράμετροι οι οποίοι, είναι μέρος της συνολικής πολιτικής με καθοδήγηση του υπουργείου υγείας όπως:

- Διαφανείς και ισότιμες διαδικασίες στην επιλογή των δεκτών
- Άρτια εξοπλισμένες απ πλευρά υλικοτεχνική υποδομής και έμπυχου δυναμικού, κέντρα μεταμόσχευσης και πρόληψης των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων.
- Σωστός συντονισμός ενεργειών και επικοινωνίας ΜΕΘ \Leftrightarrow Ομάδας εξεταστών \Leftrightarrow μεταμοσχευτικού κέντρου και οικογένειας

- Ανοιχτή επικοινωνία με τα ενδιαφερόμενα μέλη σχετικά με η δωρεά οργάνων. Κέντρα προσιτά στο κοινό, προβολή του θέματος από την τηλεόραση τους ραδιοφωνικούς σταθμούς και τα έντυπα
- Συνδρομή των νοσηλευτών που εργάζονται στις μονάδες τεχνητού νεφρού και περιτοναϊκής διάλυσης των νεφροπαθών για την εξεύρεση εφαρμοστικών λύσεων

Καμία προσωπική φιλοδοξία και καμία πολιτική επιδίωξη και κανένα οικονομικό συμφέρον δεν μπαίνει πάνω από το ιδανικό της ολιστικής θεώρησης του ανθρώπου και της εξιδανικευμένης φροντίδας από τον άνθρωπο για τον άνθρωπο.¹⁴

Παρ' όλες τις προσπάθειες που καταβάλλονται, η έλλειψη πτωματικών μοσχευμάτων είναι μεγάλη και θα αυξάνει με την πάροδο του χρόνου, αφού το πεδίο της μεταμόσχευσης διευρύνεται. Επομένως το μέγιστο ηθικό πρόβλημα των μεταμοσχεύσεων δημιουργείται κυρίως από τον τρόπο κατανομής των πτωματικών μοσχευμάτων μεταξύ των ασθενών. Όπως έχει κατ' επανάληψη αναφερθεί μικρό ποσοστό ασθενών επωφελείται της μεταμοσχεύσεως, ενώ οι άλλοι παραμένουν χωρίς ελπίδα σωτηρίας. Αυτό σημαίνει ότι ο ιατρός πρέπει να αποφασίσει ποιος από τους ασθενείς θα ζήσει και ποιος θα αφεθεί να πεθάνει.

Είναι δυνατόν όμως η μεγάλη αυτή απόφαση που ανήκει στο Δημιουργό να αφεθεί ανεξέλεγκτα στα χέρια του ανθρώπου; Ποιος θα δημιουργήσει αυτά τα κριτήρια, έτσι ώστε να διασφαλίσουμε όσο το δυνατόν περισσότερο και την αυστηρή τήρηση των αρχών της δίκαιης

χορήγησης των μοσχευμάτων με βάση όχι μόνο ιατρικές ενδείξεις, αλλά συγχρόνως και άλλα δεδομένα κοινωνικά ή ανθρωπιστικά;

Είναι απολύτως απαραίτητο να καθοριστούν κατευθυντήριες γραμμές, τόσο για την ανεύρεση, όσο και την κατανομή των μοσχευμάτων, βασισμένες στην ιατρική ηθική. Διαφορετικά δε θα κατορθώσουμε να πείσουμε το κοινό ότι δεν παρεμβαίνουν προσωπικές προτιμήσεις, φιλοδοξίες ή ακόμη επαγγελματισμός και αμφισβήτηση τιμιότητας.²⁵

Εθνικά προβλήματα

Οι μειονότητες στην Αμερική κατέχουν το υψηλότερο ποσοστό στις λίστες αναμονής για μεταμόσχευση, σε σχέση με αντίστοιχο ποσοστό δωρητών οργάνων. Οι Καυκάσιοι από την άλλη μεριά αντιπροσωπεύουν το μεγαλύτερο ποσοστό δωρητών οργάνων σε σχέση με το ποσοστό στις λίστες αναμονής

Στο ερώτημα γιατί οι μαύροι δυσπιστούν στο να γίνουν δωρητές οργάνων, υπάρχουν οι ακόλουθες απαντήσεις: έλλειψη ενημέρωσης για το θέμα της μεταμόσχευσης, θρησκευτικοί μύθοι και παρανοήσεις, έλλειψη εμπιστοσύνης στην ιατρική κοινότητα, φόβος για πρόωρο θάνατο και ρατσισμός.

Ο J.C. Mc Douald χειρουργός στη Λουιζιάνα των ΗΠΑ είχε πει ότι «δεν υπάρχουν θέματα στη μεταμόσχευση που σχετίζονται με τη φυλή, αλλά υπάρχουν μόνο θέματα στη μεταμόσχευση που σχετίζονται με ανθρώπινα όντα. Η έλλειψη δυνατότητας να κατανοήσουν τις ιατρικές οδηγίες, να πάρουν την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή είναι χαρακτηριστικά όχι των μαύρων αλλά γενικά χαρακτηριστικά των ανθρώπινων όντων.

Για να αυξηθούν οι δωρητές οργάνων που προέρχονται από διάφορες μειονότητες είναι απαραίτητο να συμμετέχουν οι ίδιοι στο σχεδιασμό και την εφαρμογή των διαφόρων προγραμμάτων έτσι ώστε να νιώσουν ότι οι ίδιοι αποτελούν τη λύση του προβλήματος.

Σε εθνικές ομάδες της Λατινικής Αμερικής και της Μέσης Ανατολής η κληρονόμοι, οι προκαταλήψεις, η θρησκεία και η έλλειψη ιατρικών γνώσεων αποτρέπουν τα άτομα από τη δωρεά οργάνων. Οι Άραβες απαγορεύονται να δωρίσουν όργανα, μπορούν όμως να δέχονται.

Σε 13 χώρες έχει καθιερωθεί η υποτιθέμενη άδεια. Αυτό σημαίνει ότι να δεν υπάρχει προζητούμενη άρνηση τότε όλοι είναι δότες. Για να αποφευχθούν δικαστικές διαμάχες σε 6 απ' αυτές τις χώρες (Νορβηγία, Ελλάδα, Φιλανδία, Ισπανία, Σουηδία και Ιταλία). Οι ιατροί ακόμα λαμβάνουν και δεύτερη άδεια από την οικογένεια. Στις υπόλοιπες επτά (Αυστρία, Τσεχοσλοβακία, Δανία, Γαλλία, Ισραήλ, Πολωνία και Ελαβετία) τα όργανα λαμβάνονται εκτός και αν υπάρχει προηγούμενη γνωστοποιημένη άρνηση.

Οι καμπάνιες για τη Δωρεά Οργάνων για να είναι αποτελεσματικές, θα πρέπει να επαναπροσδιοριστούν και να καταστήσουν σαφές σε μειοψηφούντες ομάδες ότι η δωρεά οργάνων συμβάλει στην Κοινωνική Ισοτιμία.²⁶

ΕΝΟΤΗΤΑ 5

ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ

- I. Ιστορική αναδρομή των Μεταμοσχεύσεων*
- II. Ταξινόμηση Μεταμοσχεύσεων*
- III. Θετικά στοιχεία των Μεταμοσχεύσεων*
- IV. Λίστες Αναμονής Διεθνώς*

ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ

I. Ιστορική αναδρομή των Μεταμοσχεύσεων

Η ιδέα τα μεταμόσχευσης οργάνων και ιστών απασχόλησε τον ανθρώπινο νου εδώ και αιώνες και αποτέλεσε ένα μεγάλο μέρος της δραστηριότητας της ιατρικής επιστήμης.

Σήμερα θεωρείται σαν η μεγαλύτερη κατάκτηση της Ιατρικής του 20^{ου} αιώνα και αναμένεται ότι το έτος 2000 οι μεταμοσχεύσεις θα καταλαμβάνουν το 50% των ιατροχειρουργικών επεμβάσεων καθιστώντας έτσι, κατά μία θέση, το ανθρώπινο σώμα «κιβώτιο ανταλλακτικών».

Πριν ακόμα από τα γραπτά κείμενα, αποδείξεις μεταμόσχευσης για θεραπευτικούς λόγους παρατηρούνται σε κρανία της προϊστορικής περιόδου, στα οποία είναι ακόμα μέχρι σήμερα ορατά εμφυτευμένα τεμάχια κρανίων.

Πολύ αργότερα στην Αρχαία Αίγυπτο, Ελλάδα, προκολομβιανή Βόρεια και Νότια Αμερική, Ρώμη και πιθανώς Κίνα, πολυάριθμα αρχαιολογικά ευρήματα επιβεβαιώνουν μεταμόσχευση δοντιών στον άνθρωπο τη εποχή εκείνη. Το πρώτο γραπτό κείμενο για μεταμόσχευση οργάνων παρουσιάζεται σε κινέζικο χειρόγραφο του 300 π.Χ. στο οποίο αναφέρεται η επιτυχημένη μεταμόσχευση στομάχου και καρδιάς δύο Κινέζων από χειρουργούς της εποχής.

Το 700 π.Χ. στη SURSUTA-SANHITA αρχαίοι HINDY χειρουργοί περιγράφουν μεθόδους πλαστικής αποκατάστασης μύτης και αυτιών με δερματικούς κρημούς χρησιμοποιώντας τεχνικές που εφαρμόζονται ακόμα κι σήμερα.

Στην Ελληνική μυθολογία η πρώτη σκέψη για μεταμόσχευση οργάνων αναφέρεται και εκφράζεται με τον μύθο του Δαίδαλου και του Ίκαρου. Πατέρας και γιός για να αποφύγουν τα δεσμά του Μίνωα κατασκευάζουν κέρινα φτερά και πέταξαν προς την ελευθερία. Ο θερμός όμως ήλιος της ανατολικής Μεσογείου έλιωσε το κερί των φτερών του Ίκαρου και έπνιξε τις πρώτες ελπίδες μεταμοσχεύσεων στη θάλασσα που σήμερα λέγεται Ικάριο Πέλαγος. Έτσι, η ηλιακή θερμότητα υπήρξε η πρώτη αιτία της «απόρριψης οργάνων».

Στο Βυζάντιο η εκκλησιαστική ιστορία διδάσκει το θαύμα των Αγίων Πατέρων και προστατών της Ιατρικής, Κοσμά και Δαμιανού. Οι Άγιοι Κοσμάς και Δαμιανός που ήταν γιατροί, ήταν αυτοί που ακρωτηρίασαν ένα κάτω άκρο, το οποίο είχε προσβληθεί από κακοήγη όγκο και μεταμόσχευσαν στη θέση του, ένα υγιές, που πήραν από ένα Αιθίοπα που είχε πεθάνει. Αυτό συνέβη τον 13^ο αιώνα.

Στη Δύση ο πάπας Ινοκέντιος ο VIII διατηρείται στη ζωή με συνεχείς μεταγγίσεις αίματος από νέους της εποχής, οι οποίοι μετά πέθαιναν.

Τον 16^ο αιώνα ένας Ιταλός Ευγενής του οποίου η μύτη είχε καταστραφεί από σύφιλη παρουσιάστηκε στο γιατρό COSPARE TAGLIACOSI και του ζήτησε να μεταμοσχεύσει τη μύτη ενός σκλάβου του. Ο Ιταλός γιατρός αρνήθηκε γιατί αυτό θα αποτελούσε παραβίαση της προσωπικότητας του ατόμου.²¹

Η ιατρική επιστήμη όμως βράδυνε για αρκετούς αιώνες. Οι πρώτες επιστημονικές εργασίες για τις μεταμοσχεύσεις παρουσιάζονται το 1517 και οι πρώτες προσπάθειες για μεταμόσχευση ιστών έχουν γίνει από το μεγάλο Σκώτο ερευνητή JOHN HUNTER (1771) του οποίου το έργο περιορίζεται μόνο σε μεταμοσχεύσεις δοντιών. Τα πειράματα και τις

παρατηρήσεις του HUNTER συνεχίζονται αργότερα οι CHERLES, EDUARD, BRAUN, SEQARO κ.λ.π. μαθητές του μεγάλου φυσιολόγου CLAUDE BERNARD (1813-1878). Ο PAUL BERT την ίδια εποχή, μαθητής και αυτός του CLAUDE BERNARD διατυπώνει τη θεωρία ότι τα μοσχεύματα προέρχονται από γενετικά όμοια άτομα (ομοιοσχεύματα) από γενετικά ανόμοια άτομα (ανομοιοσχεύματα) από εκείνα που προέρχονται από άλλο είδος ζώου (ξενοσχεύματα) συμπεριφέρονται με διαφορετικό τρόπο το καθένα.

Το 1804 ο BARONIO απόδειξε μετά από πειραματική προσπάθεια ότι η ελεύθερη δερματική αυτομεταμόσχευση σε πρόβατα θα μπορούσε να είναι επιτυχής.¹⁷

Η αληθινή μεταμόσχευση οργάνων αρχίζει από τις αρχές του 19^{ου} αιώνα. Το 1905, ιατρική ομάδα στην Αυστρία μεταμόσχευσε επιτυχώς ένα τμήμα του κερατοειδούς χιτώνα από ένα εντεκάχρονο νεκρό παιδί σε ενήλικα. Η επιβίωση αυτού του ιστού κράτησε 3 χρόνια μέχρι το θάνατο του δέκτη. Μετά από 49 χρόνια, το 1954 στο Peter Bent Brigham Hospital στη Βοστώνη έγινε επιτυχής μεταμόσχευση νεφρού από ζωντανό δότη σε πανομοιότυπο δίδυμο του και επιβίωσε 25 χρόνια.²

Η περαιτέρω εξέλιξη των μεταμοσχεύσεων αφορά όχι πλέον την τεχνική αλλά την κλινική βελτίωση τους.

Η προσπάθεια των ανοσολόγων συγκεντρώνεται στην καλύτερη επιλογή λήπτη, δότη, βάσει της γενετικής συγγένειας μεταξύ τους. Ο Τομέας αυτός ανθεί μετά την αρχή της ανακάλυψης των ιστικών αντιγόνων (αντιγόνα ιστοσυμβατότητας HLA) από το Γάλλο καθηγητή JEAN DAUSSET.

Συγχρόνως εντείνονται οι προσπάθειες για την ανακάλυψη μεθόδων ανοσοκαταστολής, που η εφαρμογή τους θα αποτρέπει την απόρριψη των μοσχευμάτων.

Η χρησιμοποίηση των ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων, όπως η αζεθειοπρίνη, τα κορτικοειδή και τα τελευταία χρόνια κυκλοσπορίνη, είχαν σαν αποτέλεσμα την μείωση των απορριπτικών κρίσεων και την ελάττωση της βαρύτητάς τους.

Έτσι, με την εξέλιξη των χειρουργικών τεχνικών (καλύτερη συντήρηση πτωματικών μοσχευμάτων), τη χρησιμοποίηση νέων κατασταλτικών παραγόντων και τεχνικών και τη βελτίωση των ανοσολογικών γνώσεων και πρόοδο των ανοσολογικών Τεχνικών για πληρέστερο έλεγχο του δότη και του λήπτη, οι μεταμοσχεύσεις διανύουν μια περίοδο ακμής και καθιερώνονται σα θεραπευτική μέθοδο ρουτίνας.²¹

II. Ταξινόμηση των μεταμοσχεύσεων

Είδη μεταμοσχεύσεων

Εδώ γίνεται διαίρεση ανάλογα με το όργανο – ιστό για μεταμόσχευση:

- 1) Μεταμοσχεύσεις Αγγείων: Αγγειακά μοσχεύματα χρησιμοποιούνται για την παράκαμψη αποφραγμένων ή επικίνδυνα στενωμένων αρτηριών. Φλεβικά ή αρτηριακά αυτομοσχεύματα είναι πολύ λιγότερο επιτυχή. Με τον καιρό τα τοιχώματα εκφυλίζονται με αποτέλεσμα τη διάτασή τους, με κίνδυνο ρήξης ή απόφραξής τους.
- 2) Μεταμόσχευση ενδοκρινών αδένων

- 3) Μεταμόσχευση Δέρματος: Τα περισσότερα δερματικά μοσχεύματα είναι αυτομοσχεύματα ενώ η ένδειξη για αλλομοσχεύματα αποτελούν τα βαριά εγκαύματα. Η χρήση αυτομοσχευμάτων εξαρτάται από το πόσο υγιές δέρμα διαθέτει ο άρρωστος.
- 4) Μεταμόσχευση του Κερατοειδούς του Οφθαλμού: Ορισμένες μορφές τύφλωσης στις οποίες το μάτι είναι τελείως φυσιολογικό εκτός από τον κερατοειδή η μεταμόσχευση κερατοειδούς, μπορεί να αποκαταστήσει την όραση. Τα κύτταρα του κερατοειδούς παραμένουν βιώσιμα 12 ώρες μετά το θάνατο.
- 5) Μεταμόσχευση Οστών: όταν σε κατάγματα αποτυγχάνει η αποκατάσταση της συνέχειας του οστού, μπορούν να χρησιμοποιηθούν επιτυχώς αυτομοσχεύματα και με μικρότερη επιτυχία αλλομοσχεύματα οστού.
- 6) Μεταμόσχευση Συμπαγών Οργάνων: νεφρών, ήπατος, πνευμόνων, καρδιάς, παγκρέατος, εντέρου

Άλλη Διαίρεση

Διαίρεση ανάλογα με τον δότη (δηλαδή προέλευση το μοσχεύματος). Συγκεκριμένα είναι δυνατόν να έχουμε Δωρεά Οργάνων από Ζωντανό Δότη ή Μεταμόσχευση Οργάνων από εγκεφαλικά νεκρό δότη, του οποίου ο θάνατος θα πρέπει να επέλθει δίχως καμία αμφισβήτηση και πιστοποιηθεί από δύο γιατρούς οι οποίοι δε συμμετέχουν στη μεταμόσχευση.²²

III. Θετικά στοιχεία μεταμοσχεύσεων

Το θαυμαστό αποτέλεσμα, είναι ότι ο ασθενής του οποίου η πρόγνωση ήταν κακή πριν τη μεταμόσχευση, τώρα έχει μια ελπίδα να ζήσει. Επιπλέον, άτομα που ζούσαν μια ζωή εξαρτημένη από

μηχανήματα τεχνητού νεφρού, γίνονται πάλι ενεργά μέλη της κοινωνίας, ανεξάρτητα από τη συνεχή αιμοκάθαρση.

Εκτός από την ποιότητα της ζωής που τους προσφέρεται, εμφανές είναι και το οικονομικό όφελος,, διότι έχει υπολογιστεί ότι το κόστος της αιμοκάθαρσης είναι 8.000.000 δρχ. ετησίως, το κόστος μιας μεταμόσχευσης είναι 8.000.000 δρχ. εφάπαξ. Επιπλέον μεγάλο ποσοστό ατόμων που μεταμοσχεύτηκαν επιστρέφει πάλι παραγωγικό στη δουλειά του. Συγκεκριμένα το 85% των ανθρώπων που δέχθηκαν νεφρικό μόσχευμα, επιστρέφουν στην εργασία τους.²

IV. Λίστες αναμονής διεθνώς

Η ζήτηση οργάνων για μεταμόσχευση αντικατοπτρίζεται στις λίστες αναμονής των διαφόρων κρατών.

Στην Αμερική περισσότεροι από 2100 ασθενείς προστίθενται στη λίστα αναμονής κάθε μήνα. Δύο ασθενείς προστίθενται στη λίστα αναμονής για κάθε ασθενή που μεταμοσχεύεται, ενώ 3500 περίπου άνθρωποι πεθαίνουν ενώ περιμένουν να μεταμοσχευτούν. Το 10-15% ή και το 20% πολλές φορές των ασθενών που περιμένουν για μεταμόσχευση καρδιάς θα πεθάνουν ενώ περιμένουν στη λίστα αναμονής.

Τον Ιούλιο του 1997 υπήρχαν 53.864 νεφροπαθείς σε λίστα αναμονής για κάποιο όργανο και μόλις 20.000 όργανα μεταμοσχεύτηκαν.

Στην Λατινική Αμερική και τη Μέση Ανατολή οι παλιές αντιλήψεις, οι προλήψεις, η ένδεια ιατρικών γνώσεων απότρεψαν τους ανθρώπους από τη δωρεά οργάνων.

Στη Σαουδική Αραβία οι Άραβες απαγορεύεται να δώσουν όργανά τους, ωστόσο τους επιτρέπεται να δεχτούν για μεταμόσχευση (Gutking 1988) και έχουν πλήρως οργανωμένο μεταμοσχευτικό πρόγραμμα.

Στο Κουβέιτ υπάρχει μεταμοσχευτικό πρόγραμμα σε αναδιοργάνωση λόγω της εισβολής. Στο Ομάν επικρατεί μικρό πρόγραμμα. Ένας μεγάλος αριθμός ασθενών πήγαινε μέχρι πρόσφατα στην Ινδία για να μεταμοσχευτεί από μη συγγενή δωρητή μέσω χρηματικής συναλλαγής, από το 1994 έχει ξεκινήσει πρόγραμμα πτωματικών μεταμοσχεύσεων.

Στα Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα επικρατεί παρόμοια κατάσταση με αυτή του Ομάν.

Στην Αίγυπτο, υπάρχουν μεταμοσχευτικά κέντρα τα οποία διενεργούν μεταμοσχεύσεις από συγγενείς δωρητές, παλαιότερα γινόταν και από μη συγγενείς σε εμπορική βάση αλλά αυτό απαγορεύτηκε. Στην Αίγυπτο λόγω μουσουλμανικών πεποιθήσεων απαγορεύεται η μεταμόσχευση από νεκρό δωρητή, αν και υπήρχε νόμος για δωρεά κερατοειδούς από το 1959.

Στην Ιορδανία η πτωματική μεταμόσχευση δεν είναι διαδεδομένη. Στον Λίβανο, το Ιράκ και τη Συρία διενεργούνται και πτωματικές μεταμοσχεύσεις. Στην μαύρη φυλή όταν ζητήθηκε να διατυπώσουν λόγους για τους οποίους πίστευαν οι ίδιοι που υπάρχουν λίγοι μαύροι δωρητές, οι λόγοι ήσαν η έλλειψη γνώσεων στο ζήτημα της μεταμόσχευσης, ανησυχίες σε σχέση με τη θρησκεία, δυσπιστία στην ιατρική κοινότητα, φόβος, κ.α. Ακόμη διευκρίνησαν ότι θα επιθυμούσαν να δώσουν τα όργανά τους σε ανθρώπους της ίδιας φυλής.

Στην Ευρώπη το 1949 μετά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο ιδρύθηκε το Συμβούλιο της Ευρώπης που ακόμα και τώρα εξακολουθεί να παίζει σημαντικό ρόλο στον τομέα της μεταμόσχευσης

Στην Δυτική Ευρώπη 40.000 ασθενείς είναι σε λίστα αναμονής για μεταμόσχευση νεφρού. Ενώ μισό εκατομμύριο άτομα έχουν υποβληθεί σε κάποιου είδους μεταμόσχευση.

Στα σκανδιναβικά κράτη αντιστοιχούν περίπου 40 μεταμοσχεύσεις ανά εκατομμύριο πληθυσμού.

Στην Κύπρο το ποσοστό των μεταμοσχεύσεων είναι πού υψηλότερο από την Ελλάδα. Η Κύπρος έχει ένα σχετικά υψηλό ποσοστό πτωματικών και μεταμοσχεύσεων από συγγενείς δωρητές ανά πληθυσμό με ποσοστό 20 δωρητών ανά εκατομμύριο το έτος.²³

Στην Ελλάδα από τα 1599 άτομα που έχουν καταχωρηθεί σε λίστα αναμονής για μεταμόσχευση, υπολογίζεται ότι 1 στους 5 θα πεθάνει πριν βρεθεί διαθέσιμο όργανο. Η Ελλάδα κατέχει την τελευταία θέση μεταξύ των χωρών της ΕΕ στους αριθμούς των πραγματοποιούμενων μεταμοσχεύσεων ανά έτος. Το 1994 στην Αυστρία πραγματοποιήθηκαν 75 μεταμοσχεύσεις κατά εκατομμύριο πληθυσμού και στη χώρα μας μόλις 14 μεταμοσχεύσεις.²

Τέλος, έχει υπολογιστεί ότι 70.000 έως 100.000 άνθρωποι χάνονται κάθε χρόνο σ' ολόκληρο τον κόσμο, απ' έλλειψη μοσχευμάτων. Εάν υποθέσουμε ότι με τα σύγχρονα δεδομένα 70% έως 80% των ασθενών αυτών θα μπορούσαν να σωθούν, το εφιαλτικό ερώτημα το οποίο αναφέρεται είναι κατά πόσο είναι ηθικώς επιτρεπτό σε μια κοινωνία να δέχεται τον άδικο αυτό χαμό.²¹

ΕΝΟΤΗΤΑ 6

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ

- I. Η νοσηλευτική δεοντολογία απέναντι στη δωρεά οργάνων*
- II. Νοσηλευτές – τρεις στη Μ.Ε.Θ.*
- III. Ηθικά διλήμματα και προσέγγιση της οικογένειας*

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ

I. Η νοσηλευτική δεοντολογία απέναντι στη δωρεά

Υπάρχουν τέσσερις πιθανές αιτίες που μπορούν να αποτρέψουν τη Δωρεά Οργάνων. Αυτές είναι:

1. Απουσία των νομικών θεσπισμένων κριτηρίων του Θανάτου
2. Θρησκευτικά πιστεύω, τα οποία απαγορεύουν τη Δωρεά Οργάνων
3. Μη σωστή κατανόηση του Εγκεφαλικού Θανάτου και της διαδικασίας της Δωρεάς Οργάνων
4. Το ψυχολογικό άγχος των θρηνούσων οικογενειών, όταν τους ζητάτε να δώσουν τα όργανα

Οι Επαγγελματίες Υγείας, που είναι θετικά διακείμενοι προς την Δωρεά Οργάνων μπορούν να επηρεάσουν τις οικογένειες να δωρίσουν τα όργανα. Η θετική συμπεριφορά μπορεί να είναι δύσκολο να επιτευχθεί καθώς πολλοί ιατροί, νοσηλευτές και ο γενικός πληθυσμός θεωρούν την Δωρεά Οργάνων ως κάτι μακάβριο και επομένως δεν είναι θετικά διακείμενοι ως προς την Μεταμόσχευση Οργάνων.

Σύμφωνα με τη νοσηλευτική δεοντολογία ο νοσηλευτής έχει το δικαίωμα εξαιτίας προσωπικών πεποιθήσεων να αρνείται να παρέμβει στις διαδικασίες αφαίρεσης οργάνων. Οι περιορισμοί που έχουν πολλοί από τους επαγγελματίες υγείας ως προς τη μεταμόσχευση είναι μερικοί από τους ακόλουθους.

1. Η έλλειψη υποσχέσεων εκ μέρους των ιατρών για την επιτυχία της μεταμόσχευσης

2. Η έλλειψη εμπιστοσύνης ως προς τον τρόπο ερμηνείας των κριτηρίων του εγκεφαλικού θανάτου
3. Η διαφωνία ως προς την πιστοποίηση του εγκεφαλικού θανάτου
4. Η αυξημένη ευθύνη για τη διατήρηση της φροντίδας του ασθενή δωρητή οργάνων
5. Η απροθυμία και η δυσκολία επικοινωνίας στα μέλη της οικογένειας του εγκεφαλικού νεκρού τα οποία είναι συναισθηματικά φορτισμένα
6. Αλληλοσυγκρουόμενοι ρόλοι του να φροντίζουν για έναν νεκρό ασθενή και για έναν ζωντανό, στο υποσυνείδητό τους
7. Οι διάφοροι πολιτιστικοί περιορισμοί οι οποίοι προέρχονται από το πιστεύω ότι το σώμα δεν πρέπει να ενοχλείται μετά θάνατον

Η διαπαιδαγώγηση προμήθειας των οργάνων είναι επίμονη και γι' αυτό το λόγο οι επαγγελματίες υγείας χρειάζονται ψυχολογική υποστήριξη για να αισθανθούν περισσότερο άνετα και λιγότερο αγχωτικά. Επιπλέον, ο ξεκαθαρισμός των διαδικασιών, τα αυξημένα εκπαιδευτικά προγράμματα και οι ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης του προσωπικού μπορούν αν ελαχιστοποιήσουν τις οποιεσδήποτε αντιρρήσεις τους ως προς τη Δωρεά - Μεταμόσχευση Οργάνων.³

II. Νοσηλευτές / τριες στη Μ.Ε.Θ.

Το κανονικό ημερήσιο πρόγραμμα της Μ.Ε.Θ. διαταράσσεται, όταν αρχίζει η Διαδικασία της Δωρεάς Οργάνων. Το προσωπικό κυριεύεται από περίεργα αισθήματα όταν διακόπτεται η πολύπλοκη και έντονη φροντίδα στον ασθενή – Δωρητή οργάνων πριν την έναρξη της χειρουργικής διαδικασίας και εγκαταλείπεται ξαφνικά στην αίθουσα του

χειρουργείου. Οι αμφιβολίες του Νοσηλευτή για την παροχή φροντίδας σε έναν πιθανό δωρητή οργάνων αυξάνονται με τις αντιδράσεις της οικογένειας του πιθανού δωρητή οργάνων. Το προσωπικό πιέζεται να αναγνωρίσει τους πιθανούς δωρητές οργάνων και αισθάνονται ότι δημιουργούν ένταση για τις οικογένειες όταν τους ζητούν τα όργανα. Υπάρχει κάποια ορισμένη διαδικασία και πολιτική στα Θεολογικά ζητήματα που αφορούν την φροντίδα του ασθενή – Δωρητή οργάνων, όχι όμως για τον τρόπο αντιμετώπισης της οικογένειας.

Κάποιο από τους λόγους που οι Νοσηλευτές αδυνατούν να πλησιάσουν τις οικογένειες όσον αφορά την Μεταμόσχευση οργάνων από μέλη της οικογένειας είναι η δική τους τακτική απέναντι στον θάνατο και τη Δωρεά Οργάνων και ότι δυσκολεύονται να αντιμετωπίσουν την θρηνούσα οικογένεια.

Ο Εγκεφαλικός Θάνατος είναι μία δυσκολονόητη έννοια για την κοινωνία, ακόμα και αν αυτή έχει θεσμοθετηθεί και νομικά και ιατρικά. Ένας Εγκεφαλικά νεκρός ασθενής, ο οποίος κρατείται στη ζωή με τεχνητά μέσα, έχει φυσιολογική θερμοκρασία και υγιές χρώμα, δίνει την εντύπωση ότι είναι ζωντανός. Αυτό είναι δύσκολο για την οικογένεια να το καταλάβει αν δεν της έχει εξηγηθεί διεξοδικά και μεθοδικά, με απλά λόγια ο ορισμός του Εγκεφαλικού Θανάτου. Για να μπορέσει να κατανοηθεί ο Εγκεφαλικός Θάνατος το προσωπικό θα πρέπει να αποδεχτεί την απώλεια του ασθενή και το γεγονός ότι τίποτα περισσότερο δεν μπορεί να γίνει και να αναγνωρίσει ότι ο μοναδικός τρόπος να το καταφέρει αυτό είναι η πλήρης αποδοχή της θνησιμότητας. Αυτό είναι δύσκολο να κατανοηθεί το να αρνούνται όμως αυτήν την

επαγγελματική υπευθυνότητα μπορεί να τους οδηγήσει σε τραγικά και σε πολύπλοκα διλήμματα.

Οι Νοσηλευτές, συνεπώς πιστεύουν πολύ έντονα στον αγώνα για τη διατήρηση της ζωής και συχνά αντιμετωπίζουν τη διάγνωση του εγκεφαλικού Θανάτου ως ήττα. Οι Νοσηλευτές που εργάζονται στη ΜΕΘ και σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών φροντίζουν για τους ασθενείς και για τους Τραυματισμένους και ελπίζουν να κατορθώσουν αν τους επαναφέρουν σ' ένα άριστο επίπεδο λειτουργίας. Στη Μεταμόσχευση Οργάνων αυτό δεν είναι δυνατό και από αυτό το πρίσμα ένας καινούργιος σκοπός παρουσιάζεται, ότι ένας ασθενής μπορεί να βοηθήσει κάποιον άλλο. Επίσης οι Νοσηλευτές θεωρούν την αφαίρεση οργάνων ως μια διαδικασία αγχωτική, πολύπλοκη και πολύ απαιτητική. Αυτά τα αρνητικά συναισθήματα, είναι δυνατόν να τους αποτρέψουν, από το να πάρουν μέρος σ' αυτήν τη διαδικασία.

Συνεπώς πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στην επιμόρφωση των Νοσηλευτών σχετικά με τους τρόπους που υπάρχουν, έτσι ώστε να κατανοούν τα αισθήματα τους και τα αισθήματα τους ως προς την οικογένεια. Οι Νοσηλευτές πρέπει να διδαχθούν πως θα πλησιάσουν και πως θα επικοινωνούν με τις οικογένειες. Η εκπαίδευση, είναι δυνατόν να τους προσφέρει βελτιωμένες ικανότητες επικοινωνίας και θα αυξήσει επίσης την εμπιστοσύνη τους και τις γνώσεις τους.

Δύο αντικρουόμενα αισθήματα υπάρχουν: η συμπόνια και η τεχνική και επιστημονική κλινική εμπειρία. Οι Νοσηλευτές που δεν μπορούν να νιώσουν τα παραπάνω καταλήγουν στην απώλεια της Δωρεάς Οργάνων. Το προσωπικό πρέπει να αντιμετωπίσει τις ψυχολογοκοινωνικές όψεις της Δωρεάς Οργάνων. Ο Νοσηλευτής πρέπει να κατανοήσει πρώτα τα

δικά του αισθήματα, για να μπορέσει να παρέχει την αναμενόμενη υποστήριξη του στα θρηνόντα μέλη της οικογένειας και για να τα κάνει να αντιμετωπίσουν τα αισθήματά τους.

Υπάρχει κάποια διαμάχη για τον χρόνο που καταναλώνεται για την φροντίδα κάποιου Εγκεφαλικά Νεκρού ασθενή όταν θα μπορούσε να αξιοποιηθεί ο χρόνος αυτός για την φροντίδα ενός ασθενή σε κρίσιμη κατάσταση, ο οποίος όμως θα επιζήσει. Είναι επομένως πολύ απαιτητικός ο ρόλος του να φροντίζει κάποιος τον ασθενή Δωρητή Οργάνων και την ίδια την στιγμή να υποστηρίζει τη θρηνούσα οικογένεια.

Επομένως ο Νοσηλευτής φαίνεται να είναι ο άνθρωπος – Κλειδί στο να αυξήσει τον αριθμό της Δωρεάς Οργάνων μέσω προσεκτικών εκτιμήσεων, διατήρησης των οργάνων του Πιθανού Δωρητή σε τέλεια κατάσταση και να ενθαρρύνει και να υποστηρίξει την Οικογένεια στην φάση της να δωρίσει τα όργανα.³

III. Ηθικά διλήμματα και προσέγγιση οικογένειας

Ένας μεγάλος ανασταλτικός παράγοντας, είναι ο δικαιολογημένος συναισθηματισμός των συγγενών. Αυτό οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι οι κατάλληλοι για δότες νεκροί δεν είναι οι ηλικιωμένοι και χρονίως πάσχοντες, αλλά συνήθως νέοι που λίγες ώρες ή ημέρες πριν, έσφυζαν από ζωή και ένα ατύχημα ή εγκεφαλική αιμορραγία τους οδήγησε σε πλήρη και μη αναστρέψιμη παύση της εγκεφαλικής λειτουργίας. Αυτός, όμως ο κλινικά νεκρός που βρίσκεται στην μονάδα εντατικής θεραπείας είναι ο πλέον κατάλληλος δότης οργάνων.

Αλλά από τα πανάρχαια χρόνια μέχρι σήμερα ο συνδυασμός της ζωής και η λειτουργία της καρδιάς και η παύση των παλμών της με το θάνατο και το φτερούγισμα της ψυχής, είναι τόσο βαθιά ριζωμένα στη συνείδηση των λαών, ώστε ο θάνατος δεν είναι εύκολο να νοηθεί όταν η καρδιά συνεχίζει να πάλλεται.

Η αγάπη δεν αφήνει τους συγγενείς να παραδεχτούν ότι ο άνθρωπος τους έχει πεθάνει και θέλουν να πιστεύουν ότι υπάρχουν έστω και ελάχιστες πιθανότητες να επανέλθει στη ζωή. Ακόμη εκφράζουν τον φόβο ότι η συγκατάθεσή τους θα μπορούσε να οδηγήσει τους γιατρούς να αναστείλουν κάθε προσπάθεια για τη σωτηρία του ασθενούς τους. Πολλοί έχουν επηρεαστεί από μυθιστορήματα και κινηματογραφικές ταινίες φαντασίας. Είναι αδύνατον να υπάρξει ιατρός που θα «εκτελέσει» έναν ασθενή με την πιθανότητα να σώσει τον άλλο. Γιατί με εκτέλεση ισοδυναμεί η εσκεμμένη εγκατάλειψη του ασθενούς που μοιραία θα τον οδηγήσει στο θάνατο.

Για α αποκλειστεί άλλωστε και αυτή η εκδοχή, ο νόμος δεν επιτρέπει στους ιατρούς της μεταμόσχευσης να συμμετέχουν στην επιβεβαίωση του θανάτου. Η μονάδα μεταμόσχευσης καλείται μόνο, όταν ο θάνατος έχει διαπιστωθεί και όταν οι συγγενείς έχουν συναινέσει στη λήψη οργάνων του νεκρού.²⁸

Η προσέγγιση της οικογένειας του δυνητικού δότη είναι ένα απαιτητικό σκαλοπάτι που χρειάζεται ειδικές στρατηγικές επικοινωνίας. Από μελέτες έχει καταμετρηθεί ότι το 50% των οικογενειών που τους ζητήθηκε η συγκατάθεση αρνήθηκε.

Η άρνηση αυτή των οικογενειών αποδίδεται σε:

- ❌ Άγνοια ή Ανεπαρκή γνώση της έννοιας του Εγκεφαλικού Θανάτου και των Μεταμοσχεύσεων
- ❌ Δυσπιστία για την Επιτυχία των μεταμοσχεύσεων
- ❌ Φόβος του κόσμου ότι θα επηρεαστεί η ιατρική φροντίδα σε περίπτωση συγκατάθεσης
- ❌ Έλλειψη εμπιστοσύνης για τη δίκαιη κατανομή των οργάνων
- ❌ Άγνοια για τις απόψεις του αποθανόντος
- ❌ Θρησκευτικές ή Φυλετικές αντιλήψεις
- ❌ Λανθασμένος Τρόπος Προσέγγισης τους ή Ελλιπής Πληροφόρηση αυτών

Ένα σημαντικό ερώτημα που τίθεται είναι το ποιος θα προσεγγίσει την οικογένεια. Εδώ οι απόψεις δίστανται. Άλλοι προτείνουν τον γιατρό που παρακολουθεί τον ασθενή ή που διέγνωσε τον εγκεφαλικό θάνατο με την προϋπόθεση ότι δεν ανήκει σε μεταμοσχευτική ομάδα. Άλλη πρόταση αφορά τον Νοσηλευτή της ΜΕΘ διότι θεωρείται το πιο προσφιλές άτομο των συγγενών. Πάντως, γιατροί ή νοσηλευτές με διστακτικές ή αβέβαιες θέσεις για τη δωρεά οργάνων, μάλλον θα αποτύχουν να αποσπάσουν την συγκατάθεση των μεταμοσχεύσεων. Στη χώρα μας οι 14 συντονιστές μεταμοσχεύσεων είναι όλοι νοσηλευτές. Τέλος, το Emergency Medicino (1989) προτείνει να γίνεται προσέγγιση της οικογένειας από ομάδα ανθρώπων διότι έτσι η οικογένεια αισθάνεται ότι μία ολόκληρη ομάδα ειδικών ασχολήθηκε με τον άρρωστο και όχι μόνο ένας. Η ομάδα αυτή πρέπει να αποτελείται από γιατρούς και νοσηλευτές της ΜΕΘ, από ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς και κληρικούς του νοσοκομείου.

Η διαδικασία της προσέγγισης της οικογένειας πρέπει να γίνει σε δύο στάδια. Το πρώτο στάδιο περιλαμβάνει την ανακοίνωση του εγκεφαλικού θανάτου, η οποία πρέπει να γίνεται σε ήσυχο δωμάτιο, μακριά από τους συγγενείς των άλλων ασθενών. Αφού η ομάδα συστηθεί, θα πρέπει να αναφερθεί ένα σύντομο ιστορικό της αρχικής κατάστασης και της πορείας του ασθενούς και τα κριτήρια με βάση τα οποία έγινε η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου. Δύσκολη ορολογία και ιατρικές λεπτομέρειες πρέπει να αποφεύγονται. Καλό είναι να χρησιμοποιηθεί το όνομα του ασθενούς και πρέπει να τονιστεί ότι έγινε κάθε δυνατή προσπάθεια για να σωθεί ο ασθενής τους. Μετά την ανακοίνωση του εγκεφαλικού θανάτου θα πρέπει να δοθεί χρόνος για την αρχική αντίδραση θλίψης των συγγενών, ώστε να μπορέσουν να συνειδητοποιήσουν την απώλεια. Αυτό το διάστημα οι συγγενείς στρέφονται στο νοσηλευτικό προσωπικό για παρηγοριά. Εκείνη τη στιγμή μία επίσκεψη στο αγαπημένο τους πρόσωπο θα τους ανακουφίσει. Ο νοσηλευτής καλείται να βρίσκεται κοντά τους και να απαντήσει σε τυχόν ερωτήσεις τους όπως: «είναι πεθαμένος αφού αναπνέει ακόμα;», «τι θα συνέβαινε αν αφήναμε τον αναπνευστήρα να λειτουργεί για πάντα;». Οι απαντήσεις του πρέπει να είναι σαφείς και να μην αφήνουν καμία αμφιβολία στους συγγενείς για την ορθότητα των κριτηρίων του εγκεφαλικού θανάτου.

Πριν προχωρήσουν οι Νοσηλευτές στο δεύτερο στάδιο της προσέγγισης, πρέπει να ελέγξουν αν οι συγγενείς, κατανόησαν όλα όσα άκουσαν για τον εγκεφαλικό θάνατο. Κατόπιν η πρόταση για τη Δωρεά Οργάνων πρέπει να γίνει διακριτικά και με σεβασμό προς τη θλίψη της οικογένειας. Πρέπει να τονιστούν με απόλυτη ειλικρίνεια τα εξής:

- 1) Η πιθανότητα ότι τα όργανα του δότη μπορεί να παρατείνουν ή να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής άλλων ασθενών
- 2) Απαγορεύεται νομικά να γνωρίσουν τους δότες
- 3) Δεν θα επιβαρυνθούν με κανένα επιπλέον κόστος
- 4) Δεν είναι σίγουρο ότι τα όργανα του νεκρού θα είναι κατάλληλα για τη δωρεά
- 5) Δεν θα αλλάξει η εξωτερική εμφάνιση του νεκρού τους και
- 6) Η οικογένεια έχει το δικαίωμα να αρνηθεί τη δωρεά ή να θέσει τους όρους της για τη δωρεά συγκεκριμένων οργάνων ή ιστών

Πρέπει τέλος οι Νοσηλευτές να παροτρύνουν την οικογένεια να απαντήσει βασισμένη στις επιθυμίες του συγγενούς της πριν το θάνατο του.

Αν η οικογένεια δώσει τη συγκατάθεσή της για δωρεά τότε χωρίς καθυστέρηση πρέπει να ενημερωθεί ο συντονιστής των μεταμοσχεύσεων ο οποίος θα οργανώσει και θα κατευθύνει όλο το σχέδιο της αφαίρεσης των οργάνων. Ο Daniel Norton, συντονιστής μεταμοσχεύσεων στη Φιλαδέλφεια, υποστηρίζει ότι τα πετυχημένα πρωτόκολλα για τη δωρεά οργάνων είναι αυτά που δίνουν τη μεγαλύτερη ευθύνη στο νοσηλευτικό προσωπικό.

Βασικοί στόχοι της νοσηλευτικής φροντίδας για τη βιωσιμότητα των οργάνων του δυνητικού δότη για να είναι κατάλληλα για μεταμόσχευση είναι:

- 1) Χρήση κολλοειδών, αλβουμίνης και αν είναι απαραίτητο μικρών δόσεων ντοπαμίνης

- 2) Ρύθμιση υγρών και ηλεκτρολυτών
- 3) Διατήρηση της διούρησης σε 100ml/h (ρυθμιζόμενης κυρίως με χορήγηση υγρών και όχι με διουρητικά ή μαννιτόλη)
- 4) Διατήρηση φυσιολογικής Θερμοκρασίας Σώματος (Φ.Θ.Σ.)
- 5) Πρόληψη και θεραπεία των Λοιμώξεων
- 6) Διατήρηση της αξιοπρέπειας του Δότη

Αυτονόητο είναι ότι σε περιπτώσεις καρδιακής ανακοπής πρέπει να γίνουν προσπάθειες καρδιο-αναπνευστικής ανάνηψης.

Όλο αυτό το διάστημα, έως τη στιγμή που θα μεταφερθεί ο δότης στο χειρουργείο για την αφαίρεση οργάνων ή ιστών χρειάζεται συνεχής υποστήριξη των συγγενών από το νοσηλευτή και ανεκτικότητα στις ώρες επισκεπτηρίου, ώστε να περάσει η οικογένεια τις τελευταίες ώρες μαζί με το αγαπημένο τους πρόσωπο. Μετά τη μεταμόσχευση, μια πολύ ανθρώπινη κίνηση από τη πλευρά του συντονιστή θα ήταν να ενημερώσει την οικογένεια του δότη και το προσωπικό της ΜΕΘ για την έκβαση της δωρεάς και της πορείας της μεταμόσχευσης. Εκτός από την ικανοποίηση που θα λάβει ο νοσηλευτής, ειδικότερα για τους συγγενείς θα είναι βάλσαμο που θα απαλύνει τον πόνο της ψυχής τους.²

ΕΝΟΤΗΤΑ 7

ΛΕΙΑ ΔΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ

- I. Η σημασία της Δωρεάς για τους συγγενείς και για τους υγειονομικούς*
- II. Η σημασία της Απώλειας για τους συγγενείς – Μερικά αποσπάσματα από συνεντεύξεις συγγενών*
- III. Κυριότεροι Λόγοι Άρνησης της Δωρεάς από την πλευρά των συγγενών*
- III. Υγειονομικό Προσωπικό Μ.Ε.Θ. και Δωρεά Οργάνων*

ΕΝΟΤΗΤΑ 7

ΑΞΙΑ ΔΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ

1. Ποια είναι η αξία της Δωρεάς για τους συγγενείς και τους οικονομικούς;

Το αίτημα της δωρεάς γίνεται κατά κύριο λόγο για να ικανοποιηθούν οι ανάγκες των χιλιάδων ανθρώπων που περιμένουν ένα σωτήριο όργανο ή ιστό το οποίο θα αλλάξει την ποιότητα της ζωής τους. Απ' αυτήν την άποψη, αυτοί οι ασθενείς εξαρτώνται από την πρωτοβουλία των γιατρών και των νοσηλευτών οι οποίοι έρχονται σε επαφή με ανθρώπους που έχασαν κάποιον συγγενή τους, που είναι δυνητικά δωρητής.

Αν και έχει γίνει λίγη σχετικά έρευνα μεταξύ των συγγενών ανθρώπων που πέθαναν, υπάρχουν πολλά μη δημοσιευμένα στοιχεία, τα οποία υποδηλώνουν ότι οι συγγενείς που έχουν δωρίσει όργανα, είναι ευχαριστημένοι που τους ζητήθηκε να κάνουν τη δωρεά και ότι πολλοί από αυτούς βρήκαν ανακούφιση με το να συμφωνήσουν για τη δωρεά.

Σε μια μελέτη από τη Νέα Ζηλανδία που προσπάθησε να διερευνήσει ορισμένα από αυτά τα θέματα, πάρθηκε συνέντευξη από 32 συγγενείς αποθανόντων δωρητών νεφρού, έξι ή περισσότερους μήνες μετά το θάνατο του δότη²⁹. Η μελέτη αυτή βρήκε ότι 23 (ή περίπου 72%) από αυτούς που ερωτήθηκαν ανακουφίστηκαν γνωρίζοντας ότι κάποιος άλλος μπορεί να ωφεληθούν από την απώλειά τους. Αν και 12 συγγενείς δεν είχαν κατανοήσει, την απελπιστική πρόγνωση της κατάστασης του δωρητή μέχρις ότου τους γίνει η αίτηση για δωρεά και 7 θεώρησαν τον τρόπο αυτών που έθεσαν το αίτημα «τραχύ και αναίσθητο», αυτή η

μελέτη επιβεβαιώθηκε ότι οι περισσότεροι συγγενείς ήταν ευχαριστημένοι που τους ζητήθηκε.

Σε μία Αγγλική έρευνα, το 94% των 53 οικογενειών δωρητών τελικά πίστευαν ότι είχαν πάρει τη σωστή απόφαση ως προς το να συμφωνήσουν για τη δωρεά, 4% είχαν ανάμεικτα συναισθήματα και μόνο το 2% δεν απάντησε σ' αυτή ειδικά την ερώτηση.³⁰ Στην τρίτη μελέτη η πλειοψηφία των οικογενειών από τη Δανία από τις οποίες είχε ζητηθεί η άδεια πίστευαν ότι η απόφαση τους ήταν σωστή. Από την άλλη πλευρά μερικές οικογένειες δωρητών όπως και συγγενείς που αρνήθηκαν μετάνιωσαν για την απόφασή τους.

Μια σειρά λόγων αναφέρθηκαν από αυτούς που αρνήθηκαν τη δωρεά, που ποικίλουν από τη δυσπιστία σχετικά με τον εγκεφαλικό θάνατο μέχρι το πολύ βραχύ χρονικό διάστημα μεταξύ της ανακοίνωσης του θανάτου και του αιτήματος της δωρεάς. Έτσι σύμφωνα με αυτές τις λίγες μελέτες και τις πολλές ανέκδοτες μαρτυρίες, η δωρεά μπορεί συχνά να βοηθήσει μια οικογένεια να αντιμετωπίσει τη λύπη ης και να έχει μια θετική επίδραση στην εξέλιξη της θλίψης. Ωστόσο, δε συνίσταται να χρησιμοποιηθεί σαν επιχείρημα κατά την συνομιλία με την οικογένεια, καθώς δεν είναι γνωστό αν θα βοηθήσει αυτή τη συγκεκριμένη οικογένεια.³¹

II. «Μιλώντας για την Απώλεια» Μερικά αποσπάσματα από τις συνεντεύξεις συγγενών

Η κυρία Pfeiffer από την Γερμανία αρνήθηκε τη δωρεά οργάνων μετά το θάνατο του συζύγου της αλλά όταν πέθανε ο γιος της μερικά χρόνια αργότερα, συναίνεσε:

... «Επειδή ήμουν αρκετά νέα όταν παντρευτήκαμε, ο σύζυγός μου ήταν κάτι σαν αυθεντία για μένα και τα πράγματα παρέμειναν έτσι. Σε καταστάσεις που δεν μπορούσα να συζητήσω το θέμα με αυτόν, απλώς δεν έπαιρνα αποφάσεις. Κατά τη διάρκεια των 25 χρόνων του γάμου μας δε συζητήσαμε ποτέ για τη δωρεά οργάνων. ... αυτός είναι ο λόγος που είπα όχι, δεν μπορούσα να σκεφτώ, δεν ήξερα τι πίστευε σχετικά με το θέμα...»

«Στην πραγματικότητα, από τότε που πέθανε ο γιος μου, έχω σκεφτεί σχετικά μ' όλο αυτό το θέμα... και πιστεύω ότι οι σκέψεις μου γι' αυτό έχουν προοδεύσει πολύ... αυτό που εννοώ είναι ότι σκέφτηκα όλες τις διαφορετικές επιλογές και σήμερα είμαι εντελώς πεπεισμένη ότι έπραξα σωστά και έκανα το σωστό πράγμα, όταν ο γιατρός με ρώτησε για τη δωρεά οργάνων...»

Ο κύριος και η κυρία Ehrle από την Γαλλία έχασαν και τα δύο τους παιδιά σε διαφορετικά τροχαία ατυχήματα. Πρώτα πέθανε η κόρη τους Sophie και μερικά χρόνια αργότερα ο γιος τους Sylvain.

Η κυρία Ehrle:

«Ημασταν ήδη κάτοχοι κάρτας δωρητών, αν και δεν είχαμε σκεφτεί για τα παιδιά μας... έτσι αυτό σήμαινε ότι είχαμε ήδη κάνει το πρώτο βήμα για την αποδοχή της ιδέας. Ύστερα, μετά το θάνατο της Sophie καταλάβαμε τι σημαίνει να χάνει κάποιος κάποιον πολύ κοντινό του. σκεφτήκαμε ότι εάν μπορούσαμε να προλάβουμε κάποια άλλη οικογένεια από το να περάσει αυτόν τον πόνο... αυτό ήταν κάτι που θα έπρεπε να το κάνουμε... κι έπειτα ήταν και η προσωπικότητα του Sylvain επίσης που μας βοήθησε να πάρουμε την απόφαση. Ήταν ένα

πολύ ζεστό και γενναιόδωρο μικρό αγόρι και θέλαμε να ήμαστε κι εμείς γενναιόδωροι...»

Ο κύριος Ehrle:

«Ξέρω ότι δεν είναι εύκολο για ένα γιατρό να πει σε μία οικογένεια ότι ένας αγαπημένος τους είναι εγκεφαλικά νεκρός...Δε νομίζω ότι χρειάζεται να γίνει μεγάλη συζήτηση...Δε νομίζω ότι χρειάζεται να μιλήσετε για ευγενική χειρονομία ή να πείτε ότι με τη δωρεά δίνετε ελπίδα σε άλλους... είναι ο πόνος της απώλειας που σε σφίγγει...»

«Προσωπικά εκτιμώ το γεγονός ότι μια γυναίκα γιατρός ήρθε σε εμένα προσωπικά να ρωτήσει αν είμαστε έτοιμοι να σκεφτούμε για τη δωρεά οργάνων του παιδιού μας.»

«Αλλά ένα πράγμα που πιστεύω ότι είναι σημαντικό είναι ο τρόπος με τον οποίο οι συγγενείς γίνονται δεκτοί από το νοσοκομείο. Ήμαστε σε ένα μικρό δωμάτιο που έμοιαζε με διάδρομο που ήταν πολύ άβολο και σε γέμιζε ένταση. Όταν έρχονταν άνθρωποι να μας παρηγορήσουν έπρεπε να μείνουν όρθιοι... είχαμε μόνο δύο καρέκλες...κι έπρεπε να πάρουμε αυτή την απόφαση. Νομίζω ότι είναι πολύ σημαντικό να φροντίζετε την οικογένεια...και αυτό είναι ένα σημείο στο οποίο πρέπει αν δώσετε έμφαση...»

Η κυρία Kuyster από την Ολλανδία έχασε το σύζυγό της σ' ένα ατύχημα στη δουλειά:

«Δε νομίζω ότι ο θάνατος του ήταν εντελώς χωρίς νόημα. Αφού τα όργανά του μεταμοσχεύθηκαν κατάφερε να κάνει κάτι μετά θάνατον...Νομίζω ότι είναι προνομιακή κατάσταση...κάτι εξακολουθεί να ζει. Ήταν αναπόφευκτο να πεθάνει αλλά δεν ήταν χωρίς κάποιο

νόημα. Μετά το θάνατό του κάποιοι άνθρωποι μπορούν να ζήσουν μια φυσιολογική ζωή...»

«Ήταν δική μου ιδέα να συμφωνήσω με τη δωρεά, διότι προσπάθησα να φανταστώ πως θα ήταν αν περίμενες...για παράδειγμα για μία καρδιά ή ένα νεφρό και πόσο θα ευχαριστιόμουν αν το αποκτούσα...γι' αυτό έδωσα τη συγκατάθεσή μου...»

«Μεταμοσχεύθηκαν δύο κερατοειδείς, η καρδιά, οι νεφροί, το ήπαρ και το δέρμα... μόνο το ήπαρ απέτηξε...τα υπόλοιπα επέζησαν όλα»

Η κυρία Madorell από την Ισπανία έχασε το νεαρότερο γιο της Jordi σ' ένα δυστύχημα με μοτοσικλέτα:

«Για μένα το πιο σημαντικό πράγμα ήταν ότι από το θάνατο του γιου μου κάποιος άλλος θα μπορούσε να ζήσει...και η ζωή είναι αυτό που έχει σημασία. Και είναι επίσης θετικό για τους συγγενείς του δωρητή...στην περίπτωσή μας όχι μόνο για το σύζυγό μου και μένα αλλά επίσης για όλα μου τα παιδιά και όλους μας τους φίλους...στο κάτω κάτω ο θάνατος του Jordi δεν ήταν χωρίς νόημα. Είναι νεκρός και ξέρουμε ότι θα τον ξαναδούμε...σαν Καθολική πιστεύω στη μετά θάνατο ζωή, αλλά πιστεύω επίσης πολύ στην επίγεια ζωή. Ξέρω ότι αυτή η δωρεά βοήθησε... σίγουρα μας βοήθησε πολύ τον περασμένο χρόνο...»³¹

III. Μερικοί λόγοι άρνησης της Δωρεάς

Ένα ποσοστό συγγενών που χάνουν κάποιον δικό τους απορρίπτουν την αίτηση δωρεάς. Από τις συζητήσεις και τις συνεντεύξεις των υγειονομικών, μπορούν αν εξαχθούν τα ακόλουθα συμπεράσματα σχετικά με του λόγους άρνησης:

- Επιθυμία του εκλιπόντος (όπως έγινε αντιληπτή)

Είναι γνωστό ότι οι περισσότεροι συγγενείς, όταν τους ζητηθεί η άδεια, προσπαθούν να ακολουθήσουν τις επιθυμίες του εκλιπόντος. Όταν μια οικογένεια ξέρει ότι δεν του / της άρεσε η ιδέα η απάντηση στο αίτημα για δωρεά θα είναι σχεδόν πάντα αρνητική (= όχι)

Εάν το θέμα δεν είχε συζητηθεί ανοικτά κατά τη διάρκεια της ζωής, αλλά η οικογένεια πιστεύει ότι ο εκλιπών δε θα ήθελε να γίνει δωρητής η απάντηση συχνά θα είναι «όχι».

Όταν οι συγγενείς δεν ξέρουν καθόλου και φοβούνται να πάρουν μία «λανθασμένη» απόφαση, ένα μέρος από αυτούς θα αρνηθεί, ίσως επειδή νιώθουν ότι μην κάνοντας τίποτα δε θα κάνουν λάθος.³²

- Προβλήματα με τον εγκεφαλικό θάνατο (Ε.Θ.)

Οι συγγενείς μπορεί να έχουν μεγάλα προβλήματα κατανόησης του εγκεφαλικού θανάτου. Φοβούνται ότι ο δυνητικός δωρητής μπορεί να πεθάνει εξαιτίας της εγχείρησης ή ότι αυτός / ή μπορεί να αισθάνεται πόνο κατά τη διάρκεια της εγχείρησης για τη λήψη των οργάνων. Συνεπώς το να δώσουν την άδεια σημαίνει ότι θα είναι ένοχοι για το θάνατο, σκέψη η οποία πρέπει να είναι αβάσταχτη.

- Ένας άλλος παράγοντας μπορεί να είναι τα κατά καιρούς δημοσιεύματα σχετικά με την πιθανότητα «εμπορίας οργάνων». Έτσι το να δώσει κανείς την άδεια είναι θέμα εμπιστοσύνης προς το υγειονομικό προσωπικό με το οποίο έρχεται σε επαφή. Δίνοντας μία άλλη προσεκτική εξήγηση του εγκεφαλικού θανάτου, με απλά λόγια και χρησιμοποιώντας εύκολα κατανοητά παραδείγματα, είναι ο μόνος τρόπος να αλλάξουν γνώμη οι συγγενείς.

- Ένα (υπερβολικό) βραχύ χρονικό διάστημα μεταξύ της ανακοίνωσης των άσχημων νέων και της αίτησης δωρεάς

Εάν αυτή η περίοδος είναι πολύ μικρή, η οικογένεια συχνά δεν έχει την ευκαιρία να συνειδητοποιήσει τα κακά νέα. Αυτό το θέμα γίνεται ακόμα σημαντικότερο εάν η ανακοίνωση του εγκεφαλικού θανάτου είναι πού ξαφνική. Είναι δύσκολο να ξέρει κανείς ποια είναι η ελάχιστη χρονική περίοδος, εκτίμηση του χρόνου εξαρτάται από την οικογένεια και την κατάσταση. Ωστόσο, θα πρέπει πάντα να είστε σίγουροι ότι η οικογένεια έχει συνειδητοποιήσει το θάνατο πριν τεθεί το θέμα της δωρεάς.

- Ο φόβος του ακρωτηριασμού

Μερικοί συγγενείς φοβούνται το βαρύ ακρωτηριασμό ή πιστεύουν ότι ο εκλιπών «έχει ήδη υποφέρει αρκετά». Αισθήματα ενοχής μπορεί να παίζουν κάποιο ρόλο σ' αυτό, μερικές όμως οικογένειες επιμένουν στη διατήρηση της ακεραιότητας του σώματος ακόμα και μετά θάνατο. Συχνά οι συγγενείς δε συνειδητοποιούν, ότι διατηρούν τη δυνατότητα να κάνουν νεκρώσιμη ακολουθία με ανοιχτό το φέρετρο.

- Διάσταση στη γνώμη μελών της οικογένειας

Οι διαφορετικές γνώμες μπορούν να συντελέσουν στην άρνηση. Γι' αυτό το λόγο η αίτηση για δωρεά πρέπει να γίνει μόνο στους στενούς συγγενείς, ίσως με την παρουσία κάποιου του οποίου τη γνώμη εκτιμούν ιδιαίτερα

- Θρησκευτικά κίνητρα

Σε μερικές περιπτώσεις οι άνθρωποι πιστεύουν ότι η θρησκεία τους απαγορεύει τη δωρεά. Ωστόσο, οι αρχές των κυριοτέρων θρησκειών του κόσμου είναι υπέρ της δωρεάς οργάνων

Από συνεντεύξεις οικογενειών δωρητών έχουν αναγνωριστεί ορισμένες άλλες απόψεις ως πιθανά αίτια άρνησης της δωρεάς.

- Σε μερικές περιπτώσεις οι συγγενείς πιστεύουν οι γιατροί δεν προσπάθησαν αρκετά να σώσουν τη ζωή του δωρητή, ενώ σε άλλες περιπτώσεις βρήκαν ότι; Οι γιατροί επιμήκυναν τη ζωή με μια θεραπεία που για αυτούς δεν έχει νόημα. Οι περισσότεροι από αυτούς τους συγγενείς υποδηλώνουν ότι ίσως δεν είχαν αυτά τα αισθήματα αν τους είχαν δοθεί από νωρίτερα περισσότερες και πιο ειλικρινείς πληροφορίες για την κατάσταση του ασθενούς και αν τους είχε δοθεί η ευκαιρία να κάνουν περισσότερες ερωτήσεις.

- Μερικές φορές η συμπεριφορά των γιατρών περιγράφηκε ως ‘κρύα επαγγελματική, υπεροπτική’. Θεωρήθηκε ότι τέτοια συμπεριφορά δεν είχε ανθρωπιά.

- Όταν μια οικογένεια έχει την εντύπωση ότι οι υγειονομικοί ενδιαφέρονται περισσότερο να «πάρουν» τα όργανα / ιστούς παρά για τους ίδιους ή για τον εκλιπόντα, τότε αυτό είναι μια αιτία πικρίας

- Μάλλον συχνά οι οικογένειες κάνουν κακή κριτική για το χώρο στον οποίο πέρασαν αρκετή ώρα περιμένοντας. Λογική ευρυχωρία και επαρκής αριθμός καθισμάτων είναι απαραίτητα ενώ η παρουσία ενός παραθύρου και ενός κρεβατιού θα εκτιμούνταν πολύ.³³⁻³⁵

IV. Υγειονομικό προσωπικό και δωρεά οργάνων

Ένας λόγος που ακούγεται συχνά ως αίτιο αρνητικής απόφασης για δωρεά οργάνων είναι η έλλειψη προσωπικού και εξοπλισμού. Υπάρχουν σίγουρα αρκετά νοσοκομεία στα οποία αυτό είναι ένα πρόβλημα ιδίως επειδή η διαδικασία δωρεάς συχνά απρόσμενη και γι' αυτό δύσκολη στο να πραγματοποιηθεί. Ωστόσο, υπάρχουν κι άλλοι παράγοντες που μπορούν να εμποδίζουν μία αίτηση για δωρεά όπως:

- Το αίτημα για δωρεά προκαλεί μεγάλη ένταση και απαιτεί ψυχικό σθένος

Διάφορες μελέτες από την Ευρώπη και τη Βόρειο Αμερική έχουν δείξει ότι οι επαγγελματίες υγείας πιστεύουν ότι το να αντιμετωπίζουν την απώλεια ενός ανθρώπου, το να ζητούν από τις οικογένειες να κάνουν τη δωρεά και να φροντίζουν έναν εγκεφαλικά νεκρό δωρητή προκαλεί μεγάλη ένταση και απαιτεί ψυχικό σθένος.

Από μια εκτεταμένη έρευνα μεταξύ των νευροχειρουργών και των νοσηλευτών της ΜΕΘ στις Ηνωμένες Πολιτείες, φάνηκε ότι το 80% πιστεύουν ότι η διαδικασία της δωρεάς απαιτεί ψυχικό σθένος εκ μέρους των γιατρών και των νοσηλευτών. Επιπλέον το 66% των νευροχειρουργών και το 89% των νοσηλευτών της ΜΕΘ πιστεύουν ότι οι γιατροί συχνά διστάζουν να συμμετάσχουν στη διαδικασία δωρεάς οργάνων διότι φοβούνται να έρθουν σε επαφή με τις οικογένειες των δυνητικών δωρητών.³⁶

Επίσης σε μία Καναδική μελέτη δείχτηκε ότι περίπου το 50% των γιατρών και των αδελφών νοσοκόμων δυσκολεύονται να ξεκινήσουν μια διαδικασία δωρεάς με το να «εισβάλουν στον πόνο μιας οικογένειας».³⁷

Στη Μεγάλη Βρετανία, το 55% του προσωπικού της ΜΕΘ πιστεύουν ότι στη δική τους μονάδα ο κυριότερος παράγοντας που εμποδίζει τη δωρεά οργάνων είναι το ότι οι ίδιοι δε θέλουν να επιβαρύνουν τη θλίψη των συγγενών.³⁸

Μια πρόσφατη μελέτη μεταξύ 712 γιατρών (που περιλάμβαναν από νευρολόγους μέχρι γενικούς γιατρούς) έδειξε ότι σχεδόν όλοι τους αντιλαμβάνονταν την έννοια του εγκεφαλικού θανάτου. Όμως το 12% αισθανόταν άβολα με τη διάγνωση.³⁹

Σε μία μελέτη μεταξύ των ειδικευόμενων στις Η.Π.Α. το 57% θεώρησε ότι το να φροντίζει κανείς για ένα δωρητή είναι πηγή έντασης.⁴⁰

- Η προσωπική στάση έχει σημασία

Πολλές μελέτες έδειξαν επίσης ότι το επίπεδο εμπειρίας και η προσωπική στάση του ατόμου που κάνει αίτηση για δωρεά παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαδικασία της επικοινωνίας και μπορούν να επηρεάζουν την αντίδραση των συγγενών του θανόντος.

Σε μία Καναδέζικη μελέτη πάρθηκε συνέντευξη από ένα μεγάλο αριθμό υγειονομικών. Η γενική γνώμη ήταν ότι η πορεία φαίνεται να δημιουργεί εμπιστοσύνη, όταν τίθεται θέμα δωρεάς. Προφανώς και σε αυτή την περίπτωση, η εξάσκηση κάνει τον «μάστορα». Όλοι όσοι είχαν εμπειρία στο να συζητούν με οικογένειες σχετικά με τη δωρεά οργάνων, αισθάνονταν θετικά για την εμπειρία αυτή και πιστεύουν ότι είναι πολύ πιο εύκολο το να ζητάει κανείς όργανα παρά την άδεια για νεκροψία. Αυτοί που δεν είχαν μιλήσει με τις οικογένειες πριν, ήταν διστακτικοί και περίμεναν ότι οι οικογένειες θα που «όχι»

Μία άλλη μελέτη μεταξύ 40 νοσηλευτών στην περιοχή του Σικάγο δείχνει πως η ίδια προσωπική άποψη ενός υγειονομικού για τη δωρεά μπορεί να επηρεάσει την απάντηση των συγγενών του εκλιπόντος στην αίτηση της δωρεάς. Έδειξε ότι οι νοσηλευτές, που αισθάνονταν άβολα και χωρίς αυτοπεποίθηση είχαν εξαιρετικά υψηλά ποσοστά αρνητικών απαντήσεων από τους συγγενείς στους οποίους αποτάθηκε, ενώ αντίθετα οι νοσηλευτές που αισθάνονταν λύπη αλλά και άνεση με τη δωρεά είχαν χαμηλά ποσοστά αρνήσεων.⁴¹

Συνεντεύξεις με γιατρούς νοσηλευτές της ΜΕΘ και διευθυντές νοσοκομείων στην Ολλανδία έδειξαν ότι όσο πιο έμπειροι είναι οι άνθρωποι, τόσο λιγότερα προβλήματα έχουν στο να κάνουν την αίτηση δωρεάς. Ωστόσο η πλειοψηφία αυτών που έδωσαν συνέντευξη πιστεύουν ότι θα ήταν επιθυμητό ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης για την εξάσκηση των ανθρώπων που κάνουν την πρόταση δωρεάς.⁴²

Σε μία μελέτη στη Μεγάλη Βρετανία μεταξύ του προσωπικού της ΜΕΘ οι μισοί από αυτούς που έκαναν τις προτάσεις για δωρεά, πιστεύουν ότι, κατά κάποιον τρόπο, η απουσία εκπαίδευσης σχετικής με την προσέγγιση των συγγενών του ήταν ένα εμπόδιο που περιόριζε την απόκτηση οργάνων.²⁹

Η διστακτικότητα που αισθάνονται πολλοί υγειονομικοί στο να κάνουν την πρόταση δωρεάς μπορεί έτσι να εξηγηθεί είτε από έλλειψη εκπαίδευσης είτε από έλλειψη εμπειρίας, είτε από επίσης από την προσωπική στάση έναντι της δωρεάς (μερικές φορές καθορίζεται από θρησκευτικές ή από πολιτισμικές αντιλήψεις).

- Κοινές αντιλήψεις

Η διστακτικότητα μπορεί επίσης να οφείλεται σε μερικές κοινές αντιλήψεις του ατόμου που κάνει την πρόταση, και που τον κάνουν να νιώθει άβολα. Για παράδειγμα:

- φόβος ότι η πρόταση για δωρεά μπορεί να θεωρηθεί ανεπιθύμητη και συνεπώς να επιδεινώσει των πόνο των συγγενών. Η ιδέα ότι δεν θα πρέπει να τίθενται «αιτήσεις» στους συγγενείς και ότι οι οικογένειες, ιδίως αυτές που έχασαν παιδιά, θα πρέπει να αφήνονται σε ησυχία
- η ιδέα ότι αυτός ως υγειονομικός, έχει συνηθίσει να είναι χρήσιμος, αλλά σ' αυτήν την περίπτωση δεν έχει τίποτα να προσφέρει σ' αυτόν που πέθανε.
- Ότι από την δωρεά ιστών και οργάνων επωφελούνται μόνο οι λήπτες και δεν υπάρχουν οφέλη για τους συγγενείς του νεκρού.

Όλες οι αντιλήψεις μπορούν να οδηγήσουν στην απόφαση εκ μέρους του ιατρού – νοσηλευτικού προσωπικού να μην κάνει αίτηση δωρεάς. Σ' αυτήν την περίπτωση αρνείται να δώσει στους συγγενείς αυτό που αργότερα ίσως ανακαλύψουν ότι ήταν μια πολύτιμη ευκαιρία. Έτσι με το να κάνουν την αίτηση δωρεάς αυτοί που εργάζονται στον ιατρικό η νοσηλευτικό χώρο, στερούν από τους συγγενείς το δικαίωμα να διαλέξουν.

- Η αίτηση που γίνεται «με μισή καρδιά»

Επειδή συχνά υπάρχει αρκετή πίεση στους επαγγελματίες υγείας να προσεγγίσουν τις οικογένειες που έχασαν κάποιον δικό τους, ιδίως όταν ο δωρητής είναι νέος και κατά τα άλλα υγιής, είναι εύκολο να

αισθανθούν παγιδευμένοι μεταξύ της ανάγκης να θέσουν το αίτημα και της πεποίθησής τους ότι οι συγγενείς δεν έχουν τίποτα να κερδίσουν.

Σαν συνέπεια αυτού, η πρόταση για δωρεά μπορεί να γίνεται με έλλειψη ευαισθησίας και κατά τρόπο αναποτελεσματικό, όπως θα λέγαμε «στο πόδι» με πιθανότατα αντίθετα αποτελέσματα και για τους συγγενείς και για τους υγειονομικούς.⁴¹

ΕΝΟΤΗΤΑ 8

ΦΑΣΕΙΣ ΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

- I. Η θλίψη και τα ψυχολογικά στάδια (φάσεις) που ακολουθούν την απώλεια ενός οικείου*
- II. Το υγειονομικό προσωπικό της Μ.Ε.Θ. μπορεί να κάνει τη διαφορά*
- III. Αποτελεσματική Επικοινωνία*
 - α Η ανακοίνωση των δυσάρεστων νέων*
 - β. Η αίτηση για Δωρεά*

ΕΝΟΤΗΤΑ 8

ΦΑΣΕΙΣ ΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Είναι δύσκολο να δεχτεί κανείς την απώλεια ενός αγαπημένου του προσώπου. Σημαίνει ότι μια σχέση, η οποία φαίνεται αναντικατάστατη έχει χαθεί, ένα γεγονός που σπάνια προβλέπεται.

Η απώλεια ακολουθείται από μία περίοδο αποστέρησης – μία διαδικασία κατά την οποία παίζουν ρόλο στοιχεία ψυχολογικά, φυσιολογικά και στοιχεία συμπεριφοράς. Η συμπεριφορά της αποστέρησης περιλαμβάνει το «πένθος» που καθορίζεται από κοινωνική απομόνωση και «θλίψη» -ένα σύμπλεγμα ψυχοφυσιολογικών αντιδράσεων με βιολογική προέλευση.⁴³

1. Η θλίψη και τα ψυχολογικά στάδια (φάσεις) που ακολουθούν την απώλεια ενός οικείου

Η διαδικασία της θλίψης μπορεί να χωριστεί σε αρκετές φάσεις αν και δεν είναι σαφές να όλοι απαραίτητα περνούν από όλες τις φάσεις για να ξεπεράσουν επαρκώς τη θλίψη. Ωστόσο υπάρχει και πάντα μια περίοδος απομόνωσης και θρήνου. Εάν δεν συμβούν αυτά η διαδικασία θλίψης συχνά καθυστερείται ή διαταράσσεται. Συναισθήματα ανταγωνισμού ή επιθετικότητας είναι επίσης πολύ φυσιολογικά.

Στη διαδικασία της θλίψης, είναι δυνατόν να παρατηρηθούν διάφορα φαινόμενα όπως: πένθος, επιθυμία να είναι το άλλο πρόσωπο πάλι κοντά, πραγματική φυσική αναζήτηση, άρνηση της πραγματικότητας και συναισθηματικό σοκ.

Η διαδικασία της θλίψης περιλαμβάνει τις ακόλουθες φάσεις:

1. Σοκ
2. Σύγχυση
3. Αναζήτηση

Πάροδο χρόνου	Συναισθηματική κατάσταση	Άρνηση
	Απομόνωση	
	Απόγνωση	
	Ενοχή	
	Φόβος	
	Ζήλια	
	Αμηχανία	
	Θυμός	

4. Αποδοχή
5. Αποκατάσταση

Είναι σημαντικό το ιατρικό νοσηλευτικό προσωπικό της ΜΕΘ να γνωρίζει αυτές τις φάσεις έτσι ώστε να αναγνωρίζει και να καλύπτει τις ανάγκες των ανθρώπων που έχασαν το δικό τους άνθρωπο

Η κατανόηση των τριών πρώτων φάσεων στη διαδικασία της θλίψης είναι επίσης ιδιαίτερα σημαντική για τους υγειονομικούς, διότι το σοκ, η σύγχυση και η αναζήτηση (με ένα ή περισσότερα συναισθηματικά στοιχεία) συχνά λαμβάνουν χώρο λίγο μετά το θάνατο, ενόσω οι συγγενείς βρίσκονται ακόμα στο νοσοκομειακό περιβάλλον.⁴⁴

Η εξέλιξη της διαδικασίας της λύπης

Το σοκ (Φάση 1)

Αυτή η φάση συχνά παίρνει τη μορφή απεγνωσμένης προσκόλλησης στον νεκρό, φόβο και επίμονο κλάμα, φωνές και τρόμο που ακολουθούνται από αίσθηση μουδιάσματος από το σοκ. Αυτή είναι μια φυσικά αντίδραση που αντιπροσωπεύει μια προσπάθεια να προστατεύσει τον εαυτό του από πάρα πολλά ανυπόφορα συναισθήματα θλίψης.

Μερικές φορές αυτό του αίσθημα του μουδιάσματος συνοδεύεται από ανικανότητα πλήρους κατανόησης του γεγονότος ότι ένας αγαπημένος τους έχει πεθάνει. Η διάρκεια και η ένταση αυτής της φάσης είναι μία ένδειξη του αριθμού των προβλημάτων που θα εμφανισθούν κατά τις επόμενες φάσεις της διαδικασίας της θλίψης.

Σύγχυση (Φάση 2)

Η ένταση αυτής της αντίδρασης καθορίζεται από την ιδιοσυγκρασία – μερικοί άνθρωποι είναι αποπροσανατολισμένοι και δεν μπορούν να κάνουν τίποτα, ενώ άλλοι μπορούν να πάρουν αποφάσεις και να διευθετήσουν ζητήματα ικανοποιητικά και χωρίς προφανή προβλήματα.

Ο ρόλος του προσωπικού της Μ.Ε.Θ. κατά τη διάρκεια αυτών των δύο φάσεων είναι να βοηθήσει τους πενθούντες συγγενείς να αναγνωρίσουν άτομα, τα οποία μπορούν να τους υποστηρίξουν όπως συγγενείς ή φίλους.

Αναζήτηση (Φάση 3)

Στη συνέχεια υπάρχει μία περίοδος η οποία αρχικά χαρακτηρίζεται από συμπεριφορά αναζήτηση (Φάση 3). Ταυτόχρονα υπάρχουν ποικίλα άλλα συναισθήματα τα οποία είναι πολύ πιθανόν να εμφανίζονται

μακροπρόθεσμα. Αυτά τα συναισθήματα ακολουθούν ένα είδος κυματοειδούς μοντέλου, στο οποίο το ένα συναίσθημα διαδέχεται το άλλο ταχύτατα.

Η συμπεριφορά αναζήτησης, είναι δυνατόν να ποικίλλει από αισθήματα ακαθόριστης ανησυχίας έως την πραγματική αναζήτηση της φυσικής παρουσίας του εκλιπόντος προσώπου. Αυτή η μορφή συμπεριφοράς σιγά – σιγά εξαφανίζεται, επειδή η αναζήτηση είναι αναπόφευκτα άκαρπη, αφού το εκλιπών πρόσωπο δεν μπορεί να βρεθεί.⁴⁴

Συναισθηματική κατάσταση: όλα τα συναισθήματα που βιώνονται σε αυτή την περίοδο είναι πιθανόν να είναι πολύ επώδυνα. Έντονη θλίψη και επιθυμία επαναφοράς του προσώπου συχνά συσχετίζονται με φυσικά συμπτώματα όπως: ανησυχία, ναυτία, εμετός και διαταραχές του ύπνου. Τελικά, τα αισθήματα της απόγνωσης υποχωρούν και οι περίοδοι κλάματος γίνονται περισσότερο ελεγχόμενες. Τα άτομα μαθαίνουν να ελέγχουν τη θλίψη τους, κλαίγοντας για παράδειγμα όποτε είναι δυνατό.

Απόγνωση είναι το αίσθημα της απελπισίας . ο πενθών έχει συνείδηση της αδυναμίας του να αλλάξει τη κατάσταση.

Τα αισθήματα ενοχής μπορεί να έχουν μία πραγματική ή φανταστική βάση και δεν υπάρχει λόγος προσπάθειας διάκρισης της διαφοράς. Οι συγγενείς μπορεί να αισθάνονται ένοχοι για πράγματα που ίσως έχουν πει ή κάνει πριν το θάνατο του αγαπημένου τους προσώπου. Για παράδειγμα, η παιδιάστικη σκέψη «μακάρι να πεθάνεις» γίνεται ένα τρομακτικό βάρος, εάν ο θάνατος πραγματικά συμβεί. Αυτό είναι ιδιαίτερα αληθινό, εάν ο συγγενής είχε αντικρουόμενα αισθήματα για το

εκλιπόν πρόσωπο. Σε αυτή τη περίπτωση, αισθήματα ανακούφισης για το τέλος της σχέσης συνυπάρχουν με αισθήματα ενοχής. Η ενοχή μπορεί επίσης να προκύψει εξ' αιτίας της επιθετικότητας που ένιωθε ο συγγενής έναντι του εκλιπόντος.

Ο φόβος μπορεί να έχει πολλές αιτίες και μπορεί να εκφραστεί με πολλούς τρόπους. Ανησυχίες όπως: «Τι θα συμβεί τώρα...; Μπαρώ να το αντιμετωπίσω...; Πως θα εξελιχθούν τα οικονομικά...;» μπορεί να προκαλέσουν φόβο. Επίσης ανεξέλεγκτα αισθήματα μπορεί να προκαλέσουν φόβο – φόβο ότι μπορεί κανείς να χάσει τον έλεγχο των συναισθημάτων του, φόβο ότι μπορεί να τρελαθεί ή φόβο ότι δεν είναι πια ικανός να κάνει ακόμα και τα πιο απλά πράγματα.

Οι συγγενείς μπορεί επίσης να νιώθουν ζήλια για τους ανθρώπους οι οποίοι έχουν ακόμα σύντροφο ή που δεν έχουν χάσει το παιδί τους. Τέτοια αισθήματα βιώνονται ως αφύσικα και απαράδεκτα και μπορεί να δημιουργήσουν αισθήματα ενοχής.

Η Αμηχανία για την επίδειξη συναισθημάτων θλίψης είναι αρκετά συχνή, ειδικότερα μεταξύ των ανδρών σε πολιτισμούς, όπου η επίδειξη λύπης δε θεωρείται στοιχείο αρρενωπότητας. Οι προσπάθειες απόθησης των αισθημάτων θλίψης μπορεί να παρέμβουν στη διαδικασία του πένθους. Αυτό είναι ιδιαίτερα αληθινό όταν τα αισθήματα ντροπής των πενθούντων σχετικά με τη λύπη τους οδηγούν στην απομόνωση γεγονός που συνήθως κάνει τη κατάσταση ακόμα χειρότερη.

Αισθήματα θυμού είναι αρκετά φυσικά, αν και το ταμπού που περιβάλλει την έκφραση του θυμού κάνει δυσκολότερη την αποδοχή του

αισθήματος. Ο θυμός συχνά κατευθύνεται προς τους υγειονομικούς οι οποίοι «απέτυχαν» να αποτρέψουν το θάνατο.

Μερικοί από τους πενθούντες εξοργίζονται με το Θεό ή τη μοίρα και αναρωτιούνται γιατί αυτό έπρεπε να συμβεί σε αυτούς. Είναι επίσης πιθανό ο θυμός να κατευθύνεται προς τους εκλιπόντες των οποίων ο θάνατος εκλαμβάνεται από τους πενθούντες, ως μια προδοσία.

Αντίθετα από τη θλίψη, συχνά ο θυμός μπορεί να εκφραστεί με δυσδιάκριτους τρόπους. Πολλές φορές δεν εκφράζεται δημοσίως. Αντί αυτού οι εκρήξεις μπορεί να συμβούν στο σπίτι και να κατευθύνονται προς τους άλλους, καταλήγοντας σε αισθήματα ενοχής. Ο θυμός είναι επίσης ένα συναίσθημα το οποίο είναι λιγότερα πιθανό να γίνει δεκτό από τους άλλους, γεγονός το οποίο με τη σειρά του δυσκολεύει ακόμη περισσότερο τους πενθούντες που βιώνουν αυτά τα αισθήματα.

Επομένως, είναι πολύ σημαντικό για το προσωπικό που εργάζεται στη Μ.Ε.Θ. να αναγνωρίζει αυτά τα αισθήματα και να μην καταδικάζει αλλά να προσφέρει ανακούφιση και κατανόηση.

«Η άρνηση παίζει ένα ρόλο σε όλη τη διαδικασία της θλίψης με το να εμφανίζεται και να υποχωρεί μέχρι τη στιγμή της τελικής αποδοχής. Αισθήματα άρνησης μπορεί να παρουσιάζονται ως συμπεριφορά αναζήτησης. Η καταστολή και η απουσία των αισθημάτων είναι επίσης μορφές άρνησης. Η άρνηση μπορεί να ερμηνευτεί ως μηχανισμός άμυνας απέναντι στον υπερβολικό πόνο μιας συγκεκριμένης στιγμής. Η παρατεταμένη άρνηση ωστόσο επιμηκύνει τη διαδικασία θλίψης.»⁴⁵

Αποδοχή (Φάση 4)

Μια γνήσια αποδοχή της απώλειας γενικά επέρχεται με την πάροδο του χρόνου. Καθώς η συμπεριφορά αναζήτησης υποχωρεί και τα αισθήματα άρνησης αποδεικνύονται άκαρπα, τα γεγονότα γίνονται αποδεκτά και οι αποφάσεις λαμβάνονται με μεγαλύτερη αντικειμενικότητα.

Αποκατάσταση (Φάση 5)

Αυτή είναι μια δύσκολη και παρατεταμένη φάση κατά την οποία πραγματοποιείται σταδιακά η αποδοχή και όπου συμβαίνει, μια νοητική αλλαγή στην προοπτική της ζωής των πενθούντων. Γενικά η πορεία αυτής της φάσης δεν είναι προβλέψιμη και συχνά μπορεί να υπάρξουν απογοητεύσεις και υποτροπές.⁴⁴

II. Το υγειονομικό προσωπικό της Μ.Ε.Θ. μπορεί να κάνει την διαφορά

Ο θάνατος του αγαπημένου προσώπου, ιδιαίτερα όταν είναι ξαφνικός και απροσδόκητος, αποτελεί μία κρίση. Κατά την αρχική περίοδο του σοκ, ο συγγενής συχνά αισθάνεται αποπροσανατολισμένος, αδύναμος και ευάλωτος. Στη διάρκεια αυτής της περιόδου, οι υγειονομικοί μπορεί να είναι πολύ χρήσιμοι στους πενθούντες συγγενείς, εάν μπορέσουν να αναγνωρίσουν και να αντιμετωπίσουν το φάσμα των αντιδράσεων θλίψης.

Τι μπορεί να κάνει το νοσηλευτικό προσωπικό της Μ.Ε.Θ.

Σ' αυτή τη φάση, είναι σημαντικό για το προσωπικό, που εργάζεται στη Μ.Ε.Θ. να συμπεριφέρεται με τακτικό σεβασμό, με συμπάθεια και να χρησιμοποιεί απλή γλώσσα.

Οι πενθούντες συγγενείς έχουν ανάγκη να γνωρίζουν ότι βρίσκεται εκεί για να τους βοηθήσει και να του υποστηρίξει. Σε μερικές περιπτώσεις, αυτό μπορεί να σημαίνει ότι το προσωπικό ενεργεί ως συνήγορος για τους συγγενείς, πιθανώς εκφράζοντας ανάγκες, τις οποίες εκείνοι ίσως αδυνατούν να εξωτερικεύσουν. Ταυτόχρονα χρειάζεται να βοηθήσει του πενθούντες να ανακτήσουν τις δεξιότητές τους, να αντεπεξέρχονται των καταστάσεων, όχι παίρνοντας αποφάσεις για λογαριασμό τους αλλά διασφαλίζοντας ότι συνειδητοποιούν, τις επιλογές που έχουν.

Είναι σημαντικό οι εργαζόμενοι στη Μ.Ε.Θ. να επιβεβαιώνουν διαρκώς, ότι έχουν κατανοήσει σωστά τους πενθούντες και ότι εκείνοι τους καταλαβαίνουν. Επίσης θα πρέπει να αποφεύγουν να λένε ότι γνωρίζουν «πως αισθάνεται ο πενθών» και ποτέ να μην λένε πράγματα που δεν εννοούν.

Οι συγγενείς είναι δυνατόν να εμφανίζονται απασχολημένοι, μόνο με την απώλεια του δικού τους ανθρώπου και αδιάφοροι για το τι συμβαίνει ή τι λέγεται. Αυτό βέβαια σπάνια συμβαίνει και μάλιστα έρευνες έχουν δείξει ότι οι συγγενείς τείνουν να είναι υπερευαίσθητοι, στη συμπεριφορά και τα λόγια των άλλων.⁴⁶

Ο ρόλο του ατόμου που φροντίζει τους συγγενείς (carer) είναι:

1. Να δίνει πληροφορίες με ειλικρινή και άμεσο τρόπο. Μόνο τότε οι συγγενείς μπορούν να διερευνήσουν τη νέα κατάσταση. Δεν πρέπει να

χρησιμοποιείται αφύσικη γλώσσα, η οποία μπορεί να αποπροσανατολίσει και να εκνευρίσει την οικογένεια

2. Να μειώνει την επίπτωση και την πιθανότητα βλάβης, εξ' αιτίας του θανάτου, αναγνωρίζοντας και αποδεχόμενος τα αισθήματα και την συμπεριφορά των πενθούντων έτσι ώστε να τους ενθαρρύνει μία υγιή διαδικασία πένθους

3. Να επιτρέπει στους συγγενείς να έχουν ρεαλιστική αντίληψη της απώλειας με το να τους ενθαρρύνει α δουν το αγαπημένο τους πρόσωπο και να το αποχαιρετήσουν. Μία μελέτη ανάμεσα στους συγγενείς των θυμάτων από αιφνίδιο θάνατο οι οποίοι παρέμειναν μαζί με το πτώμα στο τμήμα Επειγόντων Περιστατικών συμπέρανε συμπέρανε ότι η διαδικασία οπτικής επαφής ήταν χρήσιμη. Οι περισσότεροι από τους συγγενείς στη μελέτη δήλωσαν ότι ο θάνατος έμοιαζε με φαντασίωση ή κακό όνειρο και η διαδικασία οπτικής επαφής τον έκανε πραγματικότητα. Γενικά, η πραγματικότητα, αν και επώδυνη, αντιμετωπίζεται πιο εύκολα από ότι η φαντασίωση. Η πραγματικότητα σε απελευθερώνει από παράξενες και αγχώδεις παραστάσεις. Αν κάποιος δεν επιθυμεί να δει τον εκλιπόντα είναι επίσης δυνατόν να τραβηχτούν φωτογραφίες οι οποίες μπορεί να δοθούν στον πενθούντα σε μεταγενέστερο στάδιο

4. Να βοηθά τους συγγενείς, να παίρνουν αποφάσεις από μόνοι τους έτσι ώστε να ανακτήσουν τις ικανότητες τους να αντεπεξέρχονται των καταστάσεων. Η ενεργός λήψη αποφάσεων διεγείρει μα υγιή διαδικασία πένθους

5. Να προσφέρει λεπτομερή πληροφόρηση μόνον όταν είναι ξεκάθαρο ότι οι συγγενείς επιθυμούν να την ακούσουν εκείνη τη συγκεκριμένη στιγμή. Να απαντάει σε ερωτήσεις, μόνο όταν είναι απόλυτα έτοιμα.⁴⁶

6. Να εξασφαλίζει ότι ο κυρίως πενθών έχει την ικανότητα να εκφράσει τις επιθυμίες του / της. Πολλά άτομα που αποτρέπονται από τα νοσοκομεία και χρειάζεται να πάρουν ειδική άδεια από τους συγγενείς προκειμένου να αγγίξουν το αγαπημένο τους πρόσωπο, εκφράζουν τη λύπη τους επειδή δεν είναι σε θέση να εκφράσουν τις επιθυμίες τους. Ειδικότερα, η ατμόσφαιρα μια μονάδας Εντατικής Θεραπείας με τα μηχανήματα και τους σωλήνες της, μπορεί να προκαλέσει τέτοια συναισθήματα

Οι μέθοδοι παρέμβασης που περιγράφηκαν παραπάνω, έχουν σχεδιαστεί έτσι ώστε να βοηθήσουν τους συγγενείς να αντιμετωπίσουν τον θάνατο και να ανασυγκροτηθούν μετά το αρχικό σοκ. Εάν συμβεί αυτό, οι πενθούντες συχνά παρουσιάζονται πολύ περισσότερο ικανοί να αντιμετωπίζουν τις καταστάσεις.

Μόνο τότε μπορεί να γίνει η αίτηση για δωρεά οργάνων, όταν δηλαδή συγγενείς έχουν αντιληφθεί ότι το αγαπημένο τους πρόσωπο είναι νεκρό.⁴⁷

Ο Hodge έχει επισημάνει:

«Τα προβλήματα πρέπει να έρχονται στην επιφάνεια και να αντιμετωπίζονται, ανεξάρτητα από το πόσο δυσάρεστο μπορεί να είναι αυτό για τον ασθενή (δηλαδή του πενθούντα συγγενή). Η εργασία πάνω στο πένθος πρέπει να πραγματοποιηθεί. Δεν υπάρχει υγιής διαφυγή από

αυτό. Μπορούμε ακόμα να προσθέσουμε ότι η διαδικασία πένθους θα υπάρξει ούτως ή άλλως. Νωρίτερα ή αργότερα, σωστά ή λανθασμένα, με σαφή ή συγκεχυμένο τρόπο, θα πραγματοποιηθεί. Οι άνθρωποι έχουν μία φυσική αμυντική τάση να αποφεύγουν τη δυσαρέσκεια της διαδικασίας πένθους, αλλά είναι απαραίτητη και όσο πιο ενεργά γίνει, τόσο πιο σύντομη θα είναι η διάρκεια του πένθους. Εάν η διαδικασία πένθους δεν επιδιωχθεί ενεργά, η πορεία μπορεί να καθηλωθεί, να εγκαταλειφθεί ή να καθυστερήσει και ο ασθενής (δηλαδή ο πενθών συγγενής) να αισθάνεται ότι μπορεί να την έχει αποφύγει. Ωστόσο, σχεδόν σίγουρα μια διαστρεβλωμένη μορφή της διαδικασίας πένθους θα εμφανιστεί κάποια στιγμή στο μέλλον.»⁴⁸

III. Αποτελεσματική Επικοινωνία

Για να αντιμετωπισθούν οι ανάγκες των πενθούντων συγγενών είναι χρήσιμο το προσωπικό (ιατροί – νοσηλευτικό) της Μ.Ε.Θ. να έχει κάποια γνώση του σωστού τρόπου επικοινωνίας.

Εκμάθηση Δεξιοτήτων Επικοινωνίας

Ανοικτές ερωτήσεις

Κάνοντας ανοικτές ερωτήσεις, το άλλο άτομο είναι ελεύθερο να επιλέξει πως θα απαντήσει. Αντίθετα με τις κλειστές ερωτήσεις, οι απαντήσεις είναι «ΝΑΙ» ή «ΟΧΙ». Οι ανοικτές ερωτήσεις δημιουργούν μια άνετη ατμόσφαιρα στη συζήτηση, χωρίς να οδηγούν το άτομο σε συγκεκριμένη κατεύθυνση.

Οι ανοικτές ερωτήσεις, συνήθως αρχίζουν με τις λέξεις: «Πώς», «Τι», «Πού», «Πότε» Για παράδειγμα : «Τι θα μπορούσα να κάνω για εσάς;» (= ανοικτή ερώτηση)

Αντανάκλαση Συναισθημάτων

Η τεχνική επικοινωνίας «αντανάκλαση συναισθημάτων» είναι η πιο σημαντική δεξιότητα για την υποστήριξη των πενθούντων συγγενών.

Πρώτα παρατηρούνται τα συναισθήματα που εκφράζονται (άμεσα ή έμμεσα), μετά ονομάζονται και εν τέλει εκφράζονται.

Η αντανάκλαση ενός συναισθήματος, μπορεί να γίνει με μία παρατήρηση, ακολουθούμενη από μία μικρή ερώτηση ή με μία παρατήρηση με ύφος δοκιμαστικό:

Παράδειγμα:

«Αρχίζετε να θυμώνετε , τώρα, έτσι δεν είναι;»

Το περιεχόμενο μιας επαρκούς αντανάκλασης συναισθημάτων, θα πρέπει να εκφράζεται με δύο στοιχεία:

- το σωστό συναίσθημα και
- τη σωστή ένταση του συναισθήματος

Επίσης σημαντικό στοιχείο είναι ο χρόνος – η αντανάκλαση του συναισθήματος γίνεται αμέσως μετά την έκφραση του συναισθήματος.

Ο λόγος που χρησιμοποιείται η αντανάκλαση του συναισθήματος σα δεξιότητα με τους πενθούντες, είναι ότι η αναγνώριση και η συζήτηση των συναισθημάτων τους, επηρεάζει θετικά τη διαδικασία της οδύνης.⁴⁹

α. Η ανακοίνωση των δυσάρεστων νέων

Η διαδικασία της οδύνης αρχίζει με την ανακοίνωση των δυσάρεστων νέων. Προκαλεί σοκ, απελπισία, μία περίοδο αναζήτησης, άρνηση και αποδοχή και εκφράζεται με μια ποικιλία συναισθηματικών στοιχείων.

Για να συνειδητοποιήσει τα δυσάρεστα νέα το άτομο, θα χρειαστεί να περάσει από τη διαδικασία αυτή αρκετές φορές.

Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που ανακοινώνει τα άσχημα νέα, οφείλει να γνωρίζει τις παρακάτω τρεις φάσεις:

1. Η αποκάλυψη των άσχημων νέων

Τα άσχημα νέα πρέπει να ανακοινώνονται έγκαιρα και καθαρά. Όσο πιο πολύ αναβάλλονται, τόσο πιο άσχημα θα αισθάνεται το ενδιαφερόμενο άτομο. Θα πρέπει να χρησιμοποιούνται όχι περισσότερες από μία ή δύο εισαγωγικές προτάσεις για να γίνει η ανακοίνωση. Η γλώσσα θα πρέπει να είναι απλή και κατανοητή.

2. Φροντίδα για τις ανάγκες των πενθούντων

Η αρχή της διαδικασίας της οδύνης χαρακτηρίζεται από σύγχυση. Αυτή η σύγχυση εκφράζεται με ποικίλους τρόπους, όπως κάνοντας πολλές ερωτήσεις, απευθύνοντας το θυμό προς άτομο που ανακοινώνει τα δυσάρεστα νέα ή πιθανόν με ένα γενικό μούδιασμα.

Το άτομο που ανακοίνωσε τα άσχημα νέα, πρέπει να συνεχίζει να υποστηρίζει το συγγενή. Ο καλύτερος τρόπος να το επιτύχει αυτό είναι το να :

- Δείχνει υπομονή
- Ακολουθεί τα συναισθήματα και τις σκέψεις του πενθούντος

Το περιεχόμενο της συζήτησης αποφασίζεται από το συγγενή. Ο επαγγελματίας υγείας δεν παίρνει πρωτοβουλίες.

- Αποδέχεται τα συναισθήματα και τις σκέψεις του συγγενή και εκφράζει αυτή την αποδοχή.

Κατάλληλες τεχνικές επικοινωνίας θα ήταν: η αντανάκληση συναισθημάτων που εκφράστηκαν από το συγγενή και μία μικρή περίληψη από αυτά που εξέφρασε λεκτικά.

- Ζητάει επεξηγήσεις, αν μερικά πράγματα δεν είναι σαφή, κάνοντας ανοικτές ερωτήσεις (πότε; τι; πού; γιατί;)

- Δεν παίρνει σαν προσωπική επίθεση τις αντιδράσεις των κακών νέων. Είναι καλύτερα να κάνει αντανάκληση των συναισθημάτων που έχει παρατηρήσει, π.χ. «Αισθάνεστε πολύ θυμωμένος τώρα. Έτσι δεν είναι;».

3. Συζήτηση για το μέλλον

Μόνο μετά τη δεύτερη φάση μπορεί η προσοχή του συγγενή να στραφεί προς το μέλλον. Καμιά φορά αυτό εκφράζεται με τη φράση «Και τι θα γίνει τώρα;»

Με αυτόν τον τρόπο, το ιατρο-νοσ/κο προσωπικό ξέρει ότι ο συγγενής είναι έτοιμος να σκεφτεί την καινούρια κατάσταση. Προσέχει να μη παίρνει πρωτοβουλίες. Κάνει χρήση της αντανάκλησης των συναισθημάτων («Αναρωτιέστε τι θα συμβεί τώρα;») και των ανοικτών ερωτήσεων («Τι θα θέλατε εσείς;»).

Γενικά η έκκληση για δωρεά οργάνων δεν πρέπει να γίνεται, πριν από την τελευταία φάση της ανακοίνωσης των δυσάρεστων νέων. Η στιγμή της κρούσης για δωρεά εξαρτάται από τις ερωτήσεις των συγγενών. Αν δεν υπάρχουν ερωτήσεις το νοσηλευτικό προσωπικό ρωτάει το συγγενή αν θέλει να μείνει μόνος / η για λίγο ή με άλλους αλλά δεν αναφέρεται στο θέμα της Δωρεάς. Ξεκαθαρίζει ότι θα επιστρέψει σε λίγο. Τότε μόνο θίγεται το θέμα.

β. Η αίτηση για Δωρεά Οργάνων – Ιστών

Προτού γίνει η αίτηση για Δωρεά, είναι σημαντικό το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της Μ.Ε.Θ να βεβαιωθεί ότι οι συγγενείς γνωρίζουν και έχουν πλήρως κατανοήσει ότι το αγαπημένο τους πρόσωπο είναι νεκρό.

Η αίτηση για δωρεά, θα πρέπει να γίνει καθαρά και με σαφήνεια και αν είναι απαραίτητο και με μια εισαγωγική ερώτηση.

Παράδειγμα:

«Θα πρέπει να έχετε πολλά πράγματα στο μυαλό σας αυτή τη στιγμή, αλλά θα ήθελα να συζητήσω κάτι μαζί σας. (Είχατε ποτέ συζητήσει το θέμα της Δωρεάς Οργάνων/ Ιστών με το σύζυγό σας;.... (απάντηση).... Θα ήθελα να σας ρωτήσω, εάν είστε προετοιμασμένη να δωρίσετε τα όργανά του συζύγου σας για μεταμόσχευση».

Αυτό είναι μόνο η αρχή. Ο συγγενής είναι δυνατόν να αντιδράσει με πολλούς τρόπους. Γι αυτό το λόγο θα πρέπει να χρησιμοποιούνται οι παρακάτω συστάσεις σαν οδηγός για την αντιμετώπιση των αντιδράσεων των συγγενών:

- Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό δείχνει υπομονή. Ο συγγενής χρειάζεται χρόνο να καταλάβει την ερώτηση και να διαμορφώσει την απάντηση.
- Δείχνει κατανόηση και αποδοχή. Με την αντανάκλαση των συναισθημάτων δείχνει στο συγγενή ότι κατανοεί τα συναισθήματά του και αναγνωρίζει τη σπουδαιότητά του. Με τη χρήση των ανοικτών ερωτήσεων αντιλαμβάνεται καλύτερα τι ακριβώς έχει στο μυαλό του και συγχρόνως αποδεικνύει ότι παίρνει τις απόψεις του στα σοβαρά.

- Καθιστά σαφές ότι μια αρνητική απάντηση είναι αποδεκτή. Η Φροντίδα για το συγγενή έχει προτεραιότητα.

- Ρωτάει το συγγενή αν υπάρχουν ερωτήσεις προς διευκρίνιση.

Παροχή Πληροφοριών

- Τόσο οι νοσηλευτές όσο και οι γιατροί που εργάζονται στη Μ.Ε.Θ θα πρέπει να δίνουν τις πληροφορίες λίγες – λίγες. Είναι απαραίτητο να προσαρμόζουν την ποσότητα των πληροφοριών στην πολυπλοκότητα των θεμάτων που έχουν προκύψει και στην ικανότητα τον συγγενή να κατανοήσει.

- Θα πρέπει να ελέγχουν περιοδικά, έτσι ώστε να βεβαιωθούν ότι οι συγγενείς τους καταλαβαίνει

- Είναι ανάγκη να περιγράφουν τα πιο σπουδαία πράγματα πρώτα. Γενικά οι πληροφορίες που δίνονται πρώτα, ενθυμούνται καλύτερα.

- Αν δεν υπάρχουν άλλες ερωτήσεις το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό προσφέρεται να δώσει πληροφορίες. Συχνά ο πενθών συγγενής έχει πολλές ερωτήσεις αλλά δεν μπορεί να τις εκφράσει όπως: «Πως φαίνεται μετά την αφαίρεση των οργάνων;» «Μπορώ να τον / την δω μετά;» «Χρειάζεται η υπόλοιπη οικογένεια να ξέρει ότι τα όργανα έχουν αφαιρεθεί;» «Μπορεί να έχει μια κανονική κηδεία με ανοικτό φέρετρο;».

- Δεν λέει ποτέ στον πενθούντα ότι η δωρεά οργάνων θα το βοηθήσει να αντιμετωπίσει τον πόνο του, την οδύνη του. μπορεί όμως να κάνει τη γενική παρατήρηση ότι πολλοί συγγενείς βρίσκουν στην δωρεά οργάνων και ιστών μια ανακούφιση αργότερα. Πάντως δεν είναι γνωστό εάν αυτό θα ισχύσει και για τους συγκεκριμένους ασθενείς.

- Δίνει στο συγγενή χρόνο να σκεφτεί. Δεκαπέντε λεπτά έως μισή ώρα είναι αρκετός χρόνος για το συγγενή να σκεφθεί και να μειωθεί η πίεση που διαφορετικά μπορεί να τον παραλύσει. Λέει στους συγγενείς ότι όλοι τους είναι διαθέσιμοι σε περίπτωση που έχουν και άλλες ερωτήσεις

- Χρησιμοποιεί απλή γλώσσα. Όπως και όλες τις άλλες τεχνικές επικοινωνίας, προσαρμόζει τη γλώσσα σ' αυτή του συγγενή.⁴⁹

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Στις ΗΠΑ ο 49χρονος χειρουργός παιδίατρος Joseph Vocanti από το Νοσοκομείο Παίδων της Βοστώνης οραματίζεται για τον 21^ο αιώνα, να αντικαταστήσει τα ανθρώπινα όργανα που θα χρησιμοποιούνται για τις μεταμοσχεύσεις, μ' άλλα τα οποία θα κατασκευάζονται στο εργαστήριο. Σήμερα δεκάδες εταιρίες βιοτεχνολογίας έχουν αρχίσει την παραγωγή ιστών για μεταμόσχευση. Έως το 2020, το 95% του ανθρωπίνου σώματος πιστεύεται ότι θα μπορεί να αντικατασταθεί ε τεχνητά όργανα. όμως ο καθηγητής Vocanti παραδέχεται ότι ακόμη δεν γνωρίζουμε πολλά σχετικά με τον τρόπο που οργανώνονται τα κύτταρα, ή αν τα «νέα» αυτά όργανα θα δημιουργήσουν προβλήματα μετά τη μεταμόσχευση τους.

Σ' αυτήν την περίπτωση λοιπόν τίθεται το ερώτημα: Μπορούμε να περιμένουμε; Η απάντηση είναι: ΟΧΙ Εκατομμύρια ζωές εξαρτώνται από τις μεταμοσχεύσεις.

Η Ελλάδα είναι η πρώτη χώρα στην ανθρωποθυσία στο βωμό της ασφάλτου και η τελευταία στη Δωρεά – Μεταμόσχευση Οργάνων. Συνεπώς, αίτημα των καιρών μας είναι η συμβολή των Νοσηλευτών στο τομέα της Δωρεάς Οργάνων. Γι' αυτό το λόγο ο Νοσηλευτής θα πρέπει να κατανοήσει και να αποδεχτεί την έννοια «του εγκεφαλικού θανάτου», να εκπαιδευτεί στο να προάγει της διαδικασίες δωρεάς και τέλος να τους παρέχει εξειδικευμένη νοσηλευτική φροντίδα μέχρι τη αφαίρεση των οργάνων.²

Συνεπώς

Οι Νοσηλευτές που εργάζονται στη Μ.Ε.Θ. οφείλουν να γνωρίζουν καλά τα εξής:

- Η αίτηση για Δωρεά Οργάνων είναι δύσκολη ερώτηση αλλά όχι απρεπής
- Οι αντιδράσεις των συγγενών, θα πρέπει να τοποθετούνται κάθε φορά σε σωστή προοπτική
- Δεν θα πρέπει να απειλούνται από την επιθετική συμπεριφορά των πενθούντων συγγενών
- Να μη βιάζονται να ερμηνεύσουν την επιθετική συμπεριφορά σαν άρνηση και τέλος
- Να χρησιμοποιούν αντανάκλαση συναισθημάτων και ανοικτές ερωτήσεις



ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΗΣ Μ.Ε.Θ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ Ε.Θ ΚΑΙ ΤΗΝ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μέσα στην αλματώδη εξέλιξη της Ιατρικής και της Τεχνολογίας του 21^{ου} αιώνα, η προσπάθεια για την διατήρηση της ζωής όσο το δυνατόν περισσότερο χρόνο, οδήγησε στην επίτευξη παράτασης της αναπνοής και της καρδιακής λειτουργίας με μηχανικά μέσα.

Η παράταση "ζωής" με αυτό τον τρόπο δημιούργησε πολλά ερωτηματικά, τα οποία αφορούν τη δεοντολογία, τη θρησκεία, τον νόμο και άλλους τομείς. Γι αυτό τον λόγο και η σύγχρονη Ιατρική εισήγαγε τον όρο του **Εγκεφαλικού Θανάτου**, που είναι η σοβαρή και μη ανατρέψιμη βλάβη της εγκεφαλικής λειτουργίας, μολονότι η αναπνευστική και η καρδιακή λειτουργία παραμένει με μηχανική υποστήριξη.

Είναι γεγονός ότι στις μέρες μας και ειδικά στην Ελλάδα υπάρχει μεγάλη έλλειψη οργάνων - ιστών για Δωρεά και Μεταμόσχευση. Η αίτηση για Δωρεά Οργάνων, έχει περιγραφεί ως: **"το πιο δύσκολο αίτημα, το οποίο πρέπει να γίνει στην πιο δύσκολη στιγμή, σε μία πάρα πολύ δυστυχισμένη οικογένεια"**. Αυτή η περιγραφή, ήδη φανερώνει, ότι το προσωπικό που εργάζεται στη Μ.Ε.Θ δυσκολεύεται πολύ να εγείρει το θέμα της Δωρεάς, στους συγγενείς τους εκλιπόντος.²

ΣΚΟΠΟΣ

Η εργασία αυτή έγινε με ερέθισμα την ψυχολογική φόρτιση που, συνήθως νιώθουν, οι ίδιοι οι νοσηλευτές αντιμετωπίζοντας για πρώτη φορά και κατόπιν επανειλημμένα, νεαρά κυρίως άτομα με Ε.Θ. Η ενασχόληση των νοσηλευτών σε πολυδύναμη Μ.Ε.Θ απαιτεί συχνά, το προσωπικό να φροντίζει τα άτομα αυτά για χρονικό διάστημα δύο ακόμα και τριών εβδομάδων. Συνεπώς η μελέτη αυτού του θέματος, έγινε κυρίως για να ερευνηθεί:

1. Πόσο ενημερωμένοι είναι οι νοσηλευτές που εργάζονται σε Μ.Ε.Θ για την έννοια του Ε.Θ, δεδομένου ότι είναι πρόσφατη σχετικά ιατρική οντότητα και δε διδάσκεται σε όλες τις σχολές της νοσηλευτικής στη χώρα μας και
2. Ποια επίδραση έχει η ενασχόληση με περιστατικά εγκεφαλικού θανάτου στην ψυχολογία των νοσηλευτών.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 27 νοσηλευτές/τριες που εργάζονται στις μονάδες εντατικής θεραπείας των Δημοσίων Νοσοκομείων της Πάτρας (10 στο Νοσοκομείο "Άγιος Ανδρέας", και 17 στο Π.Π.Γ.Ν.Π.), μέσου όρου ηλικίας 32.81 ετών. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από 15 ερωτήσεις, 2 από τις οποίες είναι ανοικτού τύπου και 13 κλειστού τύπου. Από τις ερωτήσεις κλειστού τύπου οι 2 είναι διχοτομικές (ΝΑΙ-ΟΧΙ) και οι 11 εναλλακτικών απαντήσεων. Η μέθοδος απάντησης των ερωτηματολογίων ήταν η συνέντευξη και ο μέσος χρόνος που απαιτήθηκε για κάθε ερωτηματολόγιο ήταν 20 λεπτά περίπου.

Η ερευνητική μας προσπάθεια διήρκησε.....

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Στους πίνακες που ακολουθούν οι μεν μετρήσιμες μεταβλητές παρουσιάζονται με τη μέση τιμή (mean value) των μετρήσεων τους, την τυπική απόκλιση (standard deviation), την ελάχιστη (min value) και τη μέγιστη (max value) τιμή, οι δε μη μετρήσιμες μεταβλητές (βαθμωτές, διχοτομικές ή κατηγορικές) παρουσιάζονται με τη συχνότητα (απόλυτος αριθμός) εμφάνισης της απάντησης καθώς και με τη σχετική συχνότητα (ποσοστιαία αναλογία) εμφάνισης της κάθε τιμής της μεταβλητής.

Ο έλεγχος της κανονικότητας ή μη των κατανομών των παρατηρήσεων, τόσο στο σύνολο του δείγματος όσο και στις διάφορες υποομάδες, έγινε με τη μέθοδο των Kolmogorov - Smirnov.

Ο στατιστικός έλεγχος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των διαφορών που παρατηρήθηκαν μεταξύ των εξεταζομένων ομάδων ήταν χ^2 -test (Chi-square test με ή χωρίς το διορθωτικό παράγοντα κατά Yates)

Για τον έλεγχο των συσχετίσεων μεταξύ των διαφόρων παραμέτρων χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (R) (Spearman Rank Order correlation coefficient). Οι τιμές που μπορεί να λάβει ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman ανήκουν στο διάστημα [-1, +1]. Οι τιμές +1, -1 αντιστοιχούν σε τέλεια συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών, ενώ η τιμή 0 αντιστοιχεί σε πλήρη έλλειψη συσχέτισης μεταξύ των δύο υπό εξέταση μεταβλητών. Θετικές τιμές του συντελεστή συσχέτισης δηλώνουν πως οι δύο μεταβλητές αυξάνονται ή μειώνονται με τον ίδιο τρόπο (ταυτόχρονα), ενώ αρνητικές τιμές του συντελεστή συσχέτισης δηλώνουν πως όταν η μία μεταβλητή αυξάνει η άλλη ελαττώνεται.

Κατά τη στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων οι διαφορές και συσχετίσεις που προκύπτουν θεωρούνται στατιστικά σημαντικές αν και μόνο αν αντιστοιχούν σε πιθανότητα $p < 0.05$ (όπως αυτή προκύπτει από τον αντίστοιχο κάθε φορά στατιστικό έλεγχο).

Για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο Statistica for Windows.

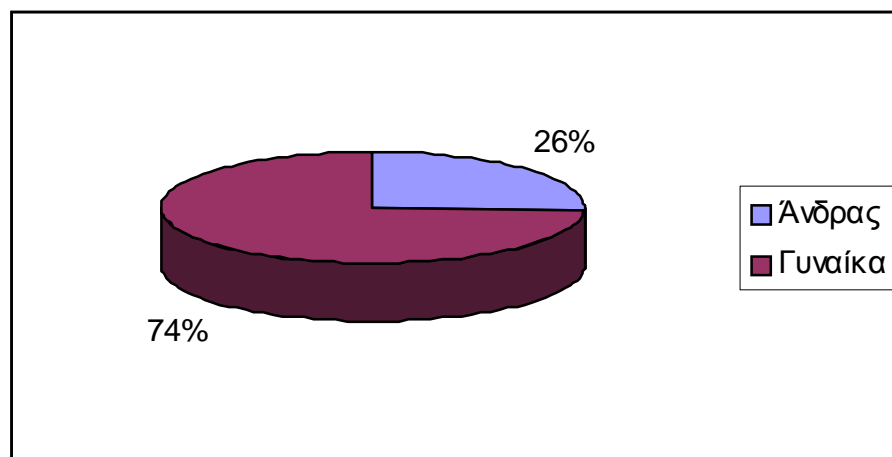
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Από την ανάλυση και στατιστική επεξεργασία των δεδομένων μας προέκυψαν τα ακόλουθα:

Το 74.07% των ερωτηθέντων στην παρούσα έρευνα ήταν γυναίκες και το 25.92% άντρες (Πίνακας 1 Σχήμα 1).

Πίνακας 1: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το φύλο

ΦΥΛΟ	N=27	Percent
Άνδρας	7	25.92%
Γυναίκα	20	74.07%



Σχήμα 1: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το φύλο

Η ηλικία των ερωτηθέντων κυμάνθηκε μεταξύ 24 και 47 ετών με μέσο όρο ηλικίας τα 32.81 έτη και τυπική απόκλιση 5.68 έτη (Πίνακας 2)

Πίνακας 2 : Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ηλικία

ΗΛΙΚΙΑ	N=27
Mean	32.81
Std. Dev.	5.68
Minimum	24
Maximum	47

Η προϋπηρεσία των ερωτηθέντων κυμάνθηκε μεταξύ 1.00 και 24.00 ετών με μέσο όρο προϋπηρεσίας τα 8.48 έτη και τυπική απόκλιση 5.80 έτη (Πίνακας 3)

Πίνακας 3 : Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την προϋπηρεσία

ΠΡΟΪΠΗΡΕΣΙΑ	N=27
Mean	8.48
Std. Dev.	5.80
Minimum	1
Maximum	24

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ήταν απόφοιτοι Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (ποσοστό 85,18% - 23 άτομα) και οι υπόλοιποι Πανεπιστημιακής (ποσοστό 7.41% - 2 άτομα) και Δευτεροβάθμιας (ποσοστό 7.41% - 2 άτομα) αντίστοιχα (Πίνακας 4).

Πίνακας 4 : Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την εκπαίδευσή τους

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ	N=27	Percent
Π.Ε	2	7.41%
Τ.Ε	23	85.18%
Δ.Ε	2	7.41%

Μόνο 1 άτομο (ποσοστό 3.70%) δεν έχει αντιμετωπίσει περιστατικά Ε.Θ, 8 άτομα (ποσοστό 29.63%) έχουν αντιμετωπίσει λιγότερα από 10 περιστατικά και 18 άτομα (ποσοστό 66.67%) περισσότερα από 10 περιστατικά (Πίνακας 5).

Πίνακας 5 : Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την αντιμετώπιση περιστατικών Ε.Θ.

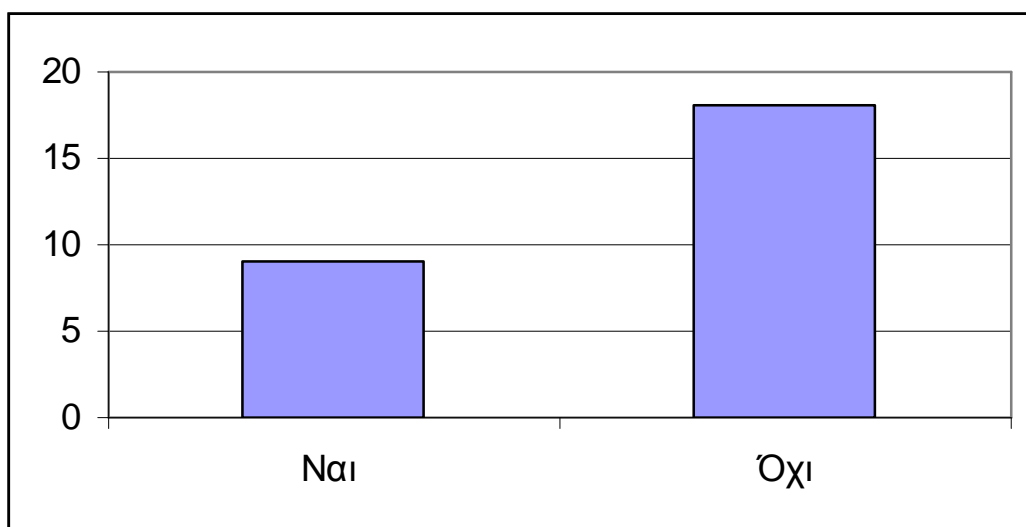
Έχετε αντιμετωπίσει περιστατικά Ε.Θ;	N=27	Percent
Ναι, περισσότερα από 10	18	66.67%
Ναι, λιγότερα από 10	8	29.63%
Όχι	1	3.70%

Στην ερώτηση για το αν πιστεύουν ότι μπορεί ο Ε.Θ να ταυτιστεί με τον φυσικό θάνατο 18 άτομα (ποσοστό 66.67%) απάντησαν αρνητικά ενώ 9 άτομα (ποσοστό 33.33%) απάντησαν θετικά (Πίνακας 6, Σχήμα 2).

Πίνακας 6 : Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ταύτιση του Ε.Θ με τον φυσικό θάνατο

ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΤΑΥΤΙΖΕΤΑΙ Ο Ε.Θ ΜΕ ΤΟΝ ΦΥΣΙΚΟ ΘΑΝΑΤΟ;	N=27	Percent
Ναι	9	33.33%
Όχι	18	66.67%

Σχήμα 2: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ταύτιση του Ε.Θ με τον φυσικό θάνατο

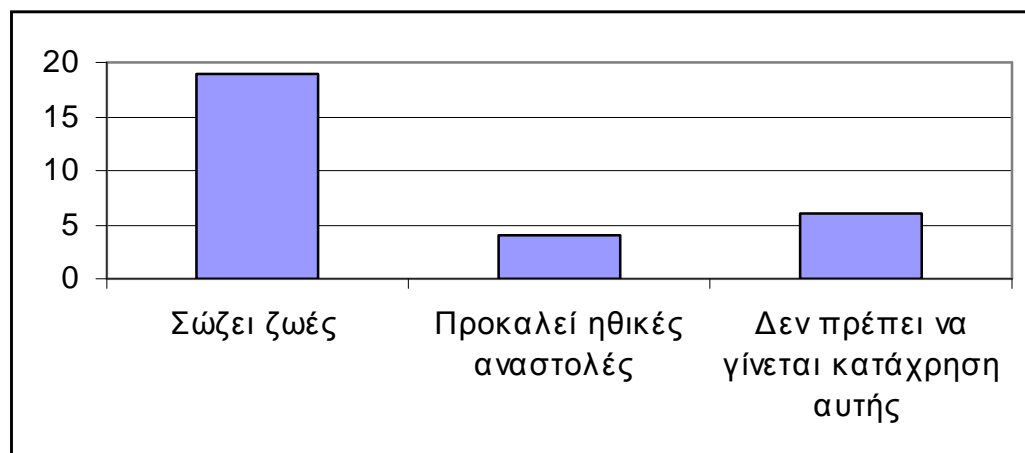


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (19 άτομα - ποσοστό 70.37%) πιστεύει ότι η Δωρεά Οργάνων σώζει ζωές, 6 άτομα (ποσοστό 22.22%) πιστεύουν ότι δεν πρέπει να γίνεται κατάχρηση αυτής, 4 άτομα (ποσοστό 14.81%) πιστεύουν ότι η δωρεά Οργάνων προκαλεί ηθικές αναστολές ενώ κανένα άτομο δεν δηλώνει πως η Δωρεά Οργάνων προκαλεί επιφυλάξεις χωρίς συγκεκριμένο λόγο (Πίνακας 7, Σχήμα 3).

Πίνακας 7 : Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την γνώμη τους σχετικά με την Δωρεά Οργάνων

ΠΟΙΑ Η ΓΝΩΜΗ ΣΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ;	N=27	Percent
Σώζει ζωές	19	70.37%
Προκαλεί ηθικές αναστολές	4	14.81%
Δεν πρέπει να γίνεται κατάχρηση αυτής	6	22.22%
Προκαλεί επιφυλάξεις χωρίς συγκεκριμένο λόγο	0	00.00%

Σχήμα 3: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την γνώμη τους σχετικά με την Δωρεά Οργάνων



Στην ερώτηση για το αν αμφέβαλλαν ποτέ για την πιστότητα του πρωτοκόλλου του Ε.Θ 12 άτομα (ποσοστό 44.44%) απάντησαν αρνητικά, 9 άτομα (ποσοστό 33.33%) απάντησαν ότι αμφέβαλλαν για την πιστή τήρησή του και 6 άτομα (ποσοστό 22.22%) δεν ανέφεραν το λόγο της αμφιβολίας τους (Πίνακας 8).

Πίνακας 8 : Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν αμφέβαλλαν ποτέ για την πιστότητα του πρωτοκόλλου του Ε.Θ.

ΑΜΦΙΒΑΛΛΑΤΕ ΠΟΤΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΙΣΤΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ ΤΟΥ Ε.Θ;	N=27	Percent
Αμφιβολία για την πιστή τήρησή του	9	33.33%
Δεν αναφέρω το λόγο αμφιβολίας	6	22.22%
Όχι	12	44.44%

Ένα ποσοστό 70.37% (19 άτομα) δήλωσαν ότι δεν τροποποιήθηκε η άποψή τους για την Δωρεά Οργάνων αντιμετωπίζοντας περιστατικά Ε.Θ, 6 άτομα (ποσοστό 22.22%) δήλωσαν ότι τροποποιήθηκε η άποψή τους θετικά όμως και 2 άτομα (ποσοστό 7.41%) δήλωσαν ότι επηρεάστηκαν αρνητικά (Πίνακας 9).

Πίνακας 9 : Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν αντιμετωπίζοντας περιστατικά Ε.Θ τροποποιήθηκε η άποψή τους ως προς την Δωρεά Οργάνων.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΝΤΑΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ Ε.Θ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΘΗΚΕ Η ΑΠΟΨΗ ΣΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ;	N=27	Percent
Ναι (θετικά)	6	22.22%
Ναι (αρνητικά)	2	7.41%
Όχι	19	70.37%

Ένα ποσοστό 40.74% (11 άτομα) δεν πιστεύει ότι υπάρχουν και άλλοι λόγοι (εκτός από τους επιστημονικούς) που ρυθμίζουν την Δωρεά Οργάνων, ένα ποσοστό 33.33% (9 άτομα) αναφέρουν και την ύπαρξη

ηθικών λόγων και ένα ποσοστό 25.92% (7 άτομα) ανέφεραν την ύπαρξη οικονομικών λόγων (Πίνακας 10).

Πίνακας 10 : Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν πιστεύουν ότι υπάρχουν άλλοι λόγοι (εκτός από τους επιστημονικούς) που ρυθμίζουν την Δωρεά Οργάνων.

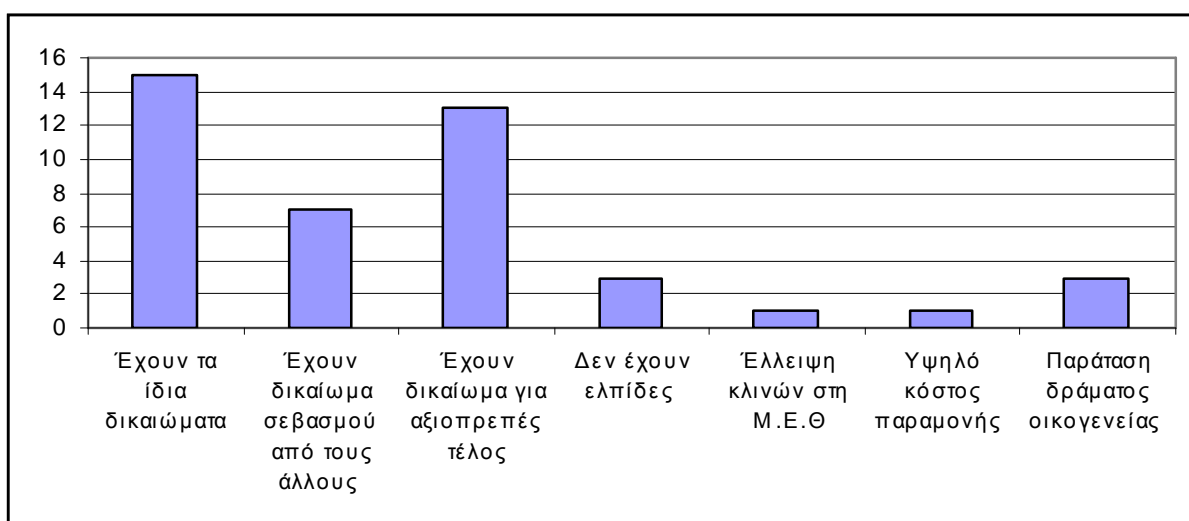
ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΑΛΛΟΙ ΛΟΓΟΙ (ΕΚΤΟΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥΣ) ΠΟΥ ΡΥΘΜΙΖΟΥΝ ΤΗ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ;	N=27	Percent
Οικονομικοί λόγοι	7	25.92%
Ηθικοί λόγοι	9	33.33%
Όχι	11	40.74%

Οι μισοί από τους ερωτηθέντες (15 άτομα - ποσοστό 55.55%) πιστεύουν ότι τα άτομα με Ε.Θ, που δεν θα γίνουν δότες, έχουν τα ίδια δικαιώματα με τους υπόλοιπους ασθενείς με Ε.Θ. Ακολουθεί ένα ποσοστό 48.15% (13 άτομα) που πιστεύουν ότι έχουν και αυτοί δικαίωμα για αξιοπρεπές τέλος, ένα ποσοστό 25.92% (7 άτομα) ότι έχουν δικαίωμα σεβασμού από τους άλλους και τέλος, ένα ποσοστό 11.11% (άτομα 3) δηλώνει πως η διατήρηση στη ζωή των ατόμων με Ε.Θ γίνεται παράταση του δράματος της οικογενείας, αφού δεν έχουν ελπίδες (Πίνακας 11, Σχήμα 4).

Πίνακας 11 : Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν πιστεύουν ότι σε άτομα με Ε.Θ, τα οποία δεν θα γίνουν δότες, πρέπει να παρέχεται η ίδια νοσ/κη φροντίδα (Ν.Φ.) με τους υπόλοιπους ασθενείς με Ε.Θ.

ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ Ε.Θ, ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΔΕΝ ΘΑ ΓΙΝΟΥΝ ΔΟΤΕΣ, ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΑΡΕΧΕΤΑΙ Η ΙΔΙΑ Ν.Φ. ΜΕ ΤΟΥΣ ΥΠΟΛΟΙΠΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ;	N=27	Percent
Έχουν τα ίδια δικαιώματα	15	55.55%
Έχουν δικαίωμα σεβασμού από τους άλλους	7	25.92%
Έχουν δικαίωμα για αξιοπρεπές τέλος	13	48.15%
Δεν έχουν ελπίδες	3	11.11%
Έλλειψη κλινών στη Μ.Ε.Θ	1	3.70%
Υψηλό κόστος παραμονής	1	3.70%
Παράταση δράματος οικογενείας	3	11.11%

Σχήμα 4: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν πιστεύουν ότι σε άτομα με Ε.Θ, τα οποία δεν θα γίνουν δότες, πρέπει να παρέχεται η ίδια νοσ/κη φροντίδα (Ν.Φ.) με τους υπόλοιπους ασθενείς με Ε.Θ.



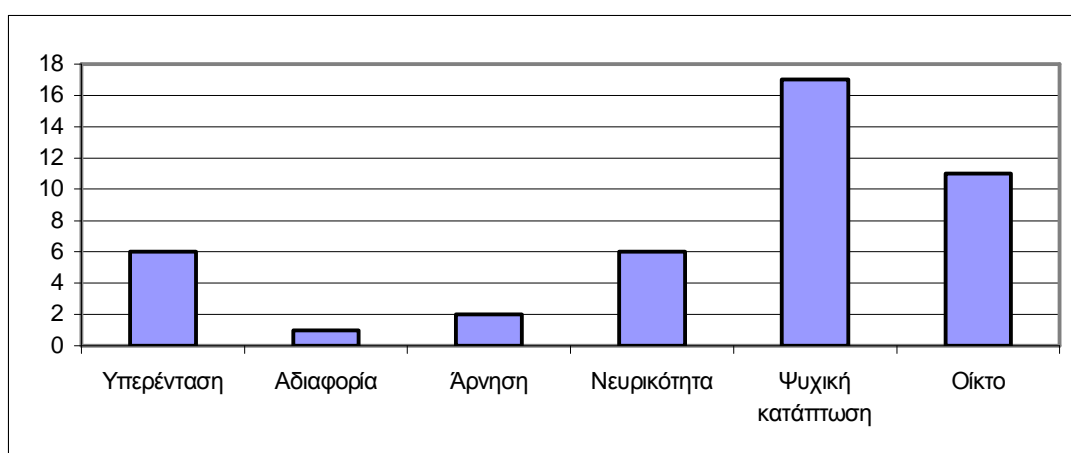
Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (62.96% - 17 άτομα) βίωσαν συναισθήματα ψυχικής κατάπτωσης αντιμετωπίζοντας

περιστατικά Ε.Θ, 40.74% (11 άτομα) αισθάνθηκαν οίκτο, 22.22% (6 άτομα) υπερένταση και νευρικότητα, 7.41% (2 άτομα) άρνηση ενώ μόλις 3.70% (1 άτομο) αισθάνθηκε αδιαφορία (Πίνακας 12, Σχήμα 5).

Πίνακας 12 : Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τα συναισθήματα που βίωσαν αντιμετωπίζοντας περιστατικά Ε.Θ.

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΒΙΩΣΑΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΝΤΑΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ Ε.Θ	N=27	Percent
Υπερένταση	6	22.22%
Αδιαφορία	1	3.70%
Άρνηση	2	7.41%
Νευρικότητα	6	22.22%
Ψυχική κατάπτωση	17	62.96%
Οίκτο	11	40.74%

Σχήμα 5: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τα συναισθήματα που βίωσαν αντιμετωπίζοντας περιστατικά Ε.Θ.



Η πλειονότητα των ερωτηθέντων (77.78% - 21 άτομα) δήλωσαν πως παρόλα τα συναισθήματα που βίωσαν αποδέχτηκαν το γεγονός, το 11.11% (3 άτομα) προβληματίστηκαν τόσο πολύ που σκέφτηκαν να αλλάξουν επάγγελμα, το 7.41% (2 άτομα) ζήτησαν να αλλάξουν επάγγελμα, ενώ το 7.41% (2 άτομα) αδιαφόρησαν τελείως (Πίνακας 13).

Πίνακας 13 : Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την επιρροή που άσκησαν αυτά τα συναισθήματα πάνω τους.

ΠΩΣ ΣΑΣ ΕΠΗΡΕΑΣΑΝ ΑΥΤΑ ΤΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ;	N=27	Percent
Προβληματίστηκα τόσο πολύ, μέχρι που σκέφτηκα να αλλάξω επάγγελμα	3	11.11%
Ζήτησα να αλλάξω επάγγελμα	2	7.41%
Αδιαφόρησα τελείως για το γεγονός	2	7.41%
Αποδέχτηκα το γεγονός	21	77.78%

13 άτομα (ποσοστό 48.15%) υποστηρίζουν ότι ο χρόνος και η εμπειρία έκαναν τα συναισθήματά τους εντονότερα, 8 άτομα (ποσοστό 29.63%) ηπιότερα και 6 άτομα (ποσοστό 22.22%) δήλωσαν πως τα συναισθήματά τους παρέμειναν αμετάβλητα (Πίνακας 14).

Πίνακας 14 : Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ένταση των συναισθημάτων τους σε σχέση με το χρόνο και την εμπειρία τους.

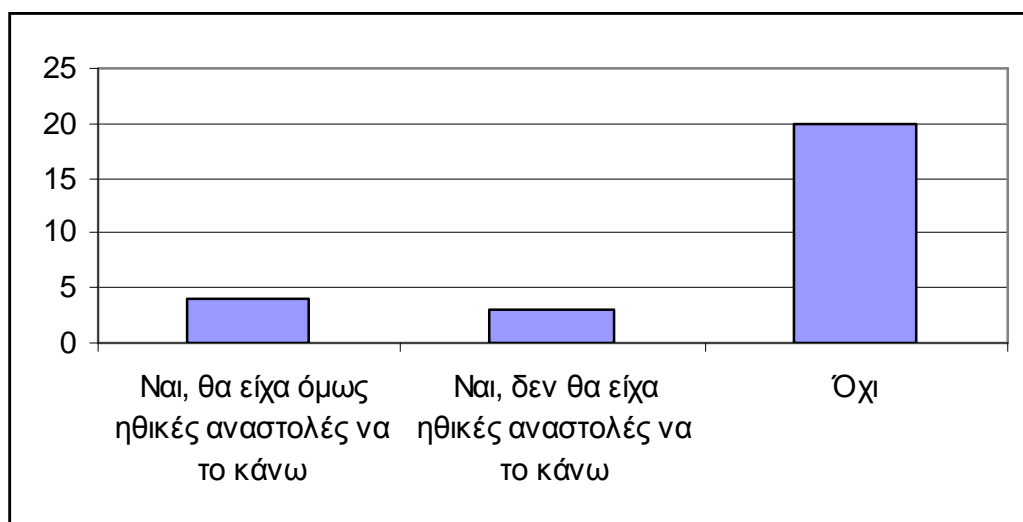
ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΜΠΕΙΡΙΑ	N=27	Percent
Εντονότερα	13	48.15%
Ηπιότερα	8	29.63%
Αμετάβλητα	6	22.22%

Η μεγάλη πλειοψηφία των ερωτηθέντων (74.07% - 20 άτομα) πιστεύει ότι δεν πρέπει να αποσυνδέεται από την μηχανική υποστήριξη το άτομο του οποίου η οικογένεια δεν επιτρέπει την αφαίρεση οργάνων, ένα ποσοστό 14.81% (4 άτομα) πιστεύει ότι θα έπρεπε το άτομο να αποσυνδεθεί αλλά δηλώνει ηθικές αναστολές να το κάνει, ενώ ένα ποσοστό 11.11% (3 άτομα) δηλώνει ότι δεν θα είχε ηθικές αναστολές για την αποσύνδεση του ατόμου από την μηχανική υποστήριξη της αναπνοής (Πίνακας 15, Σχήμα 6).

Πίνακας 15 : Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν πιστεύουν ότι το άτομο του οποίου η οικογένεια δεν επιτρέπει την αφαίρεση οργάνων, πρέπει να αποσυνδέεται από την μηχανική υποστήριξη της αναπνοής.

ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΠΟΣΥΝΔΕΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΜΗΧΑΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΟΗΣ ΤΟ ΑΤΟΜΟ ΤΟΥ ΟΠΟΙΟΥ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΔΕΝ ΕΠΙΤΡΕΠΕΙ ΤΗΝ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΟΡΓΑΝΩΝ;	N=27	Percent
Ναι, θα είχα όμως ηθικές αναστολές να το κάνω	4	14.81%
Ναι, δεν θα είχα ηθικές αναστολές να το κάνω	3	11.11%
Όχι	20	74.07%

Σχήμα 6: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν πιστεύουν ότι το άτομο του οποίου η οικογένεια δεν επιτρέπει την αφαίρεση οργάνων, πρέπει να αποσυνδέεται από την μηχανική υποστήριξη της αναπνοής.



ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

Ανιχνεύοντας την ύπαρξη ή μη μεταξύ των διαφόρων μεταβλητών της έρευνάς μας διαπιστώσαμε τα ακόλουθα (Πίνακας 16):

Πίνακας 16: Συσχετίσεις μεταβλητών

Spearman Rank Order Correlations	R	P-level
ΗΛΙΚΙΑ		
Έλλειψη ηθικών αναστολών για την αποσύνδεση ατόμου με Ε.Θ από την μηχανική υποστήριξη της αναπνοής, όταν η οικογένεια δεν επιτρέπει την αφαίρεση οργάνων.	0.50	<0.01
ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ		
Έλλειψη ηθικών αναστολών για την	0.50	<0.01

αποσύνδεση ατόμου με Ε.Θ από την μηχανική υποστήριξη της αναπνοής, όταν η οικογένεια δεν επιτρέπει την αφαίρεση οργάνων.		
Έκφραση αρνητικής άποψης για αποσύνδεση ατόμου με Ε.Θ από την μηχανική υποστήριξη της αναπνοής, όταν η οικογένεια δεν επιτρέπει την αφαίρεση οργάνων.	-0.39	<0.05
Η ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ ΣΩΖΕΙ ΖΩΕΣ		
Συναίσθημα άρνησης για περιστατικό Ε.Θ	-0.43	<0.05
Συναίσθημα νευρικότητας για περιστατικό Ε.Θ	-0.63	<0.001
Μεταβολή συναισθημάτων για Ε.Θ ανάλογα με το χρόνο και την εμπειρία	-0.42	<0.05
ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΑΠΟΨΗΣ ΓΙΑ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΝΤΑΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ Ε.Θ		
Ύπαρξη ηθικών αναστολών για την αποσύνδεση ατόμου με Ε.Θ από την μηχανική υποστήριξη της αναπνοής, όταν η οικογένεια δεν επιτρέπει την αφαίρεση οργάνων.	0.49	<0.01

Στατιστικά πολύ σημαντική και αρκετά ισχυρή είναι η θετική συσχέτιση μεταξύ ηλικίας του/της νοσηλευτή/τριας και της άποψης του για αποσύνδεση από την μηχανική υποστήριξη της αναπνοής του ασθενούς με Ε.Θ όταν η οικογένεια δεν επιτρέπει την αφαίρεση οργάνων (R=0.5, p<0.01).

Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία νοσηλευτές/τριες θεωρούν πως θα πρέπει να αποσυνδέεται ο ασθενής αυτός από την μηχανική υποστήριξη αναπνοής, εκφράζοντας μειωμένες ηθικές αναστολές να το κάνουν.

Στατιστικά σημαντική και αρκετά ισχυρή είναι η θετική συσχέτιση μεταξύ προϋπηρεσίας και άποψης για αποσύνδεση από την μηχανική υποστήριξη της αναπνοής του ασθενούς με Ε.Θ όταν η οικογένεια δεν επιτρέπει την αφαίρεση οργάνων ($R=0.5$, $p<0.01$). Οι νοσηλευτές/τριες με πολλά (αρκετά) χρόνια προϋπηρεσία θεωρούν πως θα πρέπει να αποσυνδέεται ο ασθενής αυτός από την μηχανική υποστήριξη αναπνοής, εκφράζοντας μειωμένες ηθικές αναστολές να το κάνουν.

Η άποψη για αποσύνδεση του ασθενή με Ε.Θ από την μηχανική υποστήριξη της αναπνοής του όταν η οικογένεια δεν επιτρέπει την αφαίρεση οργάνων εκφράζεται γενικότερα από άτομα με μεγαλύτερη προϋπηρεσία, ανεξάρτητα αν εκφράζουν αναστολές ή όχι να το κάνουν οι ίδιοι ($R= -0.39$, $p<0.05$).

Η άποψη των νοσηλευτών πως η Δωρεά Οργάνων σώζει ζωές σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τα συναισθήματα που αυτοί βιώνουν, αντιμετωπίζοντας περιστατικά Ε.Θ. Νοσηλευτές/τριες που θεωρούν πως η Δωρεά Οργάνων σώζει ζωές, δεν εκφράζουν συναισθήματα άρνησης όταν αντιμετωπίζουν περιστατικά Ε.Θ (Πίνακας 17) ($R= -0.43$, $p<0.05$) ούτε συναισθήματα νευρικότητας (Πίνακας 18) ($R= -0.63$, $p<0.001$).

Για τα άτομα αυτά, ο χρόνος και η εμπειρία έκανε τα συναισθήματα τους ηπιώτερα ή τα άφησε αμετάβλητα (Πίνακας 19) ($R= -0.42$, $p<0.05$).

Νοσηλευτές/τριες για τους οποίους η αντιμετώπιση περιστατικών Ε.Θ τροποποίησε θετικά την άποψή τους για την Δωρεά Οργάνων,

συμφωνούν με την άποψη για αποσύνδεση του ασθενή με Ε.Θ από την μηχανική υποστήριξη της αναπνοής του όταν η οικογένεια δεν επιτρέπει την αφαίρεση οργάνων, αλλά εκφράζουν ταυτόχρονα ηθικές αναστολές να το κάνουν (Πίνακας 20) ($R= 0.49, p<0.01$).

Πίνακας 17: Συσχέτιση άποψης πως η Δωρεά Οργάνων σώζει ζωές και συναισθημάτων άρνησης

		Συναίσθημα άρνησης αντιμετωπίζοντας περιστατικό Ε.Θ		
		Όχι	Ναι	
Η δωρεά οργάνων σώζει ζωές	Όχι	6 75.00%	2 25.00%	8
	Ναι	19 100.00%	0 0.00%	19
		25	2	27

$p<0,05$

Πίνακας 18: Συσχέτιση άποψης πως η Δωρεά Οργάνων σώζει ζωές και συναισθημάτων νευρικότητας

		Συναίσθημα νευρικότητας αντιμετωπίζοντας περιστατικό Ε.Θ		
		Όχι	Ναι	
Η δωρεά οργάνων σώζει ζωές	Όχι	3 37.50%	5 62.50%	8
	Ναι	18 94.74%	1 5.26%	19
		21	6	27

$p<0,001$

Πίνακας 19: Συσχέτιση άποψης πως η Δωρεά Οργάνων σώζει ζωές και μεταβολής συναισθημάτων για τον Ε.Θ ανάλογα με το χρόνο και την εμπειρία

		Μεταβολή συναισθημάτων για Ε.Θ ανάλογα με το χρόνο και την εμπειρία			
		Ηπιότερα	Αμετάβλητα	Εντονότερα	
Η δωρεά οργάνων σώζει ζωές	Όχι	0 0.00%	2 25.00%	6 75.00%	8
	Ναι	8 42.11%	4 21.05%	7 36.84%	19
		8	6	13	27

$p < 0,05$

Πίνακας 20: Συσχέτιση θετικής άποψης για την Δωρεά Οργάνων και για την αποσύνδεση, με ηθικές όμως αναστολές, από την μηχανική υποστήριξη της αναπνοής του ατόμου του οποίου η οικογένεια δεν επιτρέπει την αφαίρεση οργάνων

		Αποσύνδεση, με ηθικές όμως αναστολές, από την μηχανική υποστήριξη της αναπνοής του ατόμου του οποίου η οικογένεια δεν επιτρέπει την αφαίρεση οργάνων		
		Όχι	Ναι	
Θετική άποψη για	Αρνητική	2 100.00%	0 0.00%	2

την Δωρεά Οργάνων	Αμετάβλητη	18 94.74%	1 5.26%	19
	Θετική	3 50.00%	3 50.00%	6
		23	4	27

$p < 0,01$

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από τα αποτελέσματα, φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών των Μ.Ε.Θ (66,67%) δεν ταυτίζει τον Ε.Θ. με το φυσικό θάνατο του ανθρώπου. (Πίνακας 6, Σχήμα 2), πράγμα το οποίο δείχνει την ελλιπή ενημέρωση των νοσηλευτών σχετικά με την έννοια του Ε.Θ. Αυτό είναι δυνατόν να είναι απόρροια του γεγονότος, ότι ελάχιστα διδάσκεται ο Ε.Θ. από τις σχολές της Νοσηλευτικής ή από το ότι η έννοια αυτή καθ' αυτή του Ε.Θ. είναι σχετικά νέα και χρονολογείται κυρίως από την έναρξη λειτουργίας των Μ.Ε.Θ.

Ακόμη και τώρα ο Εγκεφαλικός Θάνατος σαν έννοια επισύρει μεγάλα ηθικά και φιλοσοφικά διλήμματα ανάμεσα στο προσωπικό υγείας (Πίνακας 15, Σχήμα 6). Η πολιτεία δεν έχει ακόμα συντάξει ένα σαφές νομικό πλαίσιο, το οποίο να θεσπίζει ένα Πρωτόκολλο συμπεριφοράς μετά την διάγνωση του Ε.Θ. Δηλαδή για πόσο χρονικό διάστημα θα συνεχίζονται οι παρεμβάσεις, μετά τη συμπλήρωση του τρίτου Πρωτοκόλλου του Ε.Θ και τι είδους θα είναι οι παρεμβάσεις αυτές.

Επιπλέον από την έρευνα αυτή διαπιστώνεται και μία σαφής διαφοροποίηση της άποψης των νοσηλευτών, ως προς την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας με Ε.Θ (Πίνακας 11, Σχήμα 4).

Επίσης είναι γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού επηρεάζεται πάρα πολύ συναισθηματικά και καθ' άλλο παρά αδιάφορο είναι (Πίνακας 12, Σχήμα 5). Το υψηλό δε ποσοστό (11,11% και 7,41%) αυτών δηλαδή που προβληματίστηκαν έτσι ώστε να σκεφτούν να αλλάξουν τμήμα ή επάγγελμα (Πίνακας 13), φανερώνει την

ανάγκη αναζήτησης τρόπων ψυχολογική, υποστήριξης ειδικά των νέων νοσηλευτών.

Από τη μελέτη αυτή, διαπιστώνεται ακόμη ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία νοσηλευτές/ τριες και με πολλά (= αρκετά) χρόνια προϋπηρεσίας θεωρούν πως ο ασθενής που έχει υποστεί Ε.Θ θα πρέπει να αποσυνδέεται από την μηχανική υποστήριξη της αναπνοής εκφράζοντας μάλιστα μειωμένες ηθικές αναστολές να το κάνουν. (Πίνακας 16).

Το Νοσηλευτικό Προσωπικό των Μ.Ε.Θ που θεωρεί ότι η Δωρεά Οργάνων "σώζει ζωές" δεν εκφράζει συναισθήματα άρνησης, όταν αντιμετωπίζει περιστατικά Ε.Θ (Πίνακας 17), ούτε συναισθήματα νευρικότητας (Πίνακας 18). Είναι εμφανές ότι ο χρόνος και η εμπειρία έκανε τα συναισθήματά τους ηπιότερα ή απλώς τα άφησε αμετάβλητα (Πίνακας 19).

Τέλος από τα αποτελέσματα της έρευνας φαίνεται ότι οι Νοσηλευτές / τριες για τους οποίους η αντιμετώπιση περιστατικών Ε.Θ τροποποίησε "θετικά" την άποψή τους για τη Δωρεά Οργάνων, συμφωνούν και με την άποψη για αποσύνδεση του ασθενή με Ε.Θ από τη μηχανική υποστήριξη της αναπνοής του, εφόσον βέβαια η οικογένεια δεν επιτρέπει την αφαίρεση των οργάνων, συγχρόνως όμως εκφράζουν και ηθικές αναστολές να το κάνουν. (Πίνακας 20).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Συμπεράσματα

1. Είναι εμφανής, η **έλλειψη ενημέρωσης** του νοσηλευτικού προσωπικού όλων των Βαθμίδων (Π.Ε, ΤΕ, ΔΕ) σχετικά με την έννοια του εγκεφαλικού θανάτου.
2. Η **ψυχολογική φόρτιση** των νοσηλευτών / τριών, που ασχολούνται με τέτοιου είδους περιστατικά είναι δεδομένη. Σίγουρα η εκπαίδευση και η κατάρτιση τους πάνω σε αυτό το αντικείμενο, βοηθά στην άμβλυνση των συναισθημάτων τους.
3. Όσο τα **χρόνια προϋπηρεσίας** και η **εμπειρία** του νοσηλευτικού προσωπικού αυξάνει, τόσο ηπιότερα γίνονται τα συναισθήματά του. (Πίνακας 19).
4. Έντονη επίσης είναι η **έλλειψη νομοθετικής ρύθμισης**, η οποία θα βοηθούσε τους νοσηλευτές να αποκτήσουν ενιαία πολιτική, ως προς την αντιμετώπιση περιστατικών με Ε.Θ.

Προτάσεις

1. Η **καθιέρωση μαθήματος "Έντατικής Θεραπείας"** και ειδικότερα για τον **"Εγκεφαλικό Θάνατο"** σε όλες τις σχολές Νοσηλευτικής, κρίνεται απαραίτητη.
2. Η επαρκής **ενδονοσοκομειακή εκπαίδευση** για τον Ε.Θ θα βοηθούσε πολύ στην ψυχολογική αποφόρτιση του νοσηλευτικού προσωπικού.

3. Μια καλή αρχή για τη δημιουργία συνθηκών ψυχολογικής στήριξης των νοσηλευτών/ τριών των Μ.Ε.Θ θα ήταν η **παρουσία ψυχολόγου** στο νοσοκομείο, όπως ήδη εφαρμόζεται στο εξωτερικό.
4. Η **ευαισθητοποίηση** της πολιτείας πάνω σε αυτό το πρόβλημα και η όποια **νομοθετική ρύθμιση** εκ μέρους της, θα οδηγούσε στην αποσαφήνιση της συμπεριφοράς των νοσηλευτών μετά από την ολοκλήρωση του πρωτοκόλλου του Ε.Θ.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εγκεφαλικός Θάνατος στη Μ.Ε.Θ.

και

Δωρεά Οργάνων

Έχει υπολογιστεί ότι **9** ασθενείς πεθαίνουν κάθε ημέρα, αναμένοντας να μεταμοσχευτούν. Στην Ελλάδα από τα **1599** άτομα, τα οποία έχουν καταχωρηθεί σε λίστα αναμονής για μεταμόσχευσης, υπολογίζεται ότι **1** στους **5** θα πεθάνει, πριν βρεθεί το διαθέσιμο όργανο. Η **Ελλάδα** κατέχει την τελευταία θέση μεταξύ των χωρών της **Ε.Ε.** στους αριθμούς των πραγματοποιούμενων μεταμοσχεύσεων ανά έτος. Το **1994** στην **Αυστρία** πραγματοποιήθηκαν **75** μεταμοσχεύσεις κατά εκατομμύριο πληθυσμού καις τη **χώρα** μας μόλις **14** μεταμοσχεύσεις.

Δυστυχώς, όμως, παρά την αλματώδη πρόοδο των μεταμοσχεύσεων, υπάρχει **μεγάλη έλλειψη δωρητών οργάνων**. Οι περισσότερες χώρες, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας, έχουν καθιερώσει οδηγίες και έχουν νομοθετήσει. Ειδικούς νόμους, για να ορίσουν τον εγκεφαλικό θάνατο και τις διαδικασίες για την αφαίρεση των οργάνων και την παροχή νόμιμης άδειας για τη Δωρεά Οργάνων. Ένα από τα μεγαλύτερα εμπόδια στη διαδικασία συλλογής οργάνων είναι η στάση του ιατρικού – νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στη Δωρεά Οργάνων.

Οι Ιατροί και Διευθύνοντες των Νοσοκομείων φοβούνται ότι η νομοθεσία, μπορεί να τους φέρει αντιμέτωπους με τις οικογένειες των Δωρητών. Αυτές **οι Οικογένειες** και **η Κοινωνία** παλεύουν με το ηθικά

και κοινωνικά ταμπού που συνδέονται με την αφαίρεση των οργάνων, από ένα σώμα, το οποίο δεν έχει υποστεί καρδιαγγειακό θάνατο.

Οι Νοσηλευτές, μπορεί να βιώνουν, αντικρουόμενα αισθήματα, όταν φροντίζουν τους ασθενείς – Δωρητές Οργάνων. Παρ' όλα αυτά, όμως **ο Νοσηλευτής** στην Ελλάδα φαίνεται να είναι ο **άνθρωπος – κλειδί** στο να αυξάνει τον αριθμό της δωρεάς οργάνων μέσω προσεκτικών εκτιμήσεων και διατήρησης των οργάνων του πιθανού δωρητή σε τέλεια κατάσταση και τέλος με το να ενθαρρύνει και να υποστηρίζει την οικογένεια στην απόφαση της να δωρίσει τα όργανα.

Υπεύθυνη Καθηγήτρια: Dr. Παπαδημητρίου Μαρία

Επιμελήθηκε η Σπουδάστρια:

Γωργιοπούλου Πατρούλα

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Γεωργίου Δημ. Καστρινάκη «Θέλω να ζήσω», Έκδοση 6^η Εκδόσεις Καστρινάκη Αθήνα 1990, σελ. 80-81
2. Βιλλιώτη Σοφία, Εγκεφαλικός Θάνατος στη ΜΕΘ και Δωρεά Οργάνων, Πρακτικά 26^{ου} Ετήσιου Πανελλήνιου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, Έκδοση: Εθνικός Σύνδεσμος Διπλωματούχων Νοσηλευτριών – Νοσηλευτών Ελλάδος, Κέρκυρα 25-27 Μαΐου 1999 σελ. 777-786
3. Μιχαλιπούλου Σου – Άννα, Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα: Μαθήματα Μεταμόσχευσης οργάνων για νοσηλευτές, Εκδόσεις Τμήμα ΣΕΥΠ, Σχολή Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Πάτρας, Ιούνιος 1999, σελ. 17-27, 29-30, 34-35, 39-53
4. Παπαδημητρίου Ιωάννης, Μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων, Έκδοση 1^η, Τόμος 1^ο, Εκδόσεις: Γρηγόριος Παρισσιανός, Αθήνα 1998, σελ. 25-373
5. Υ.Σ.Ε., Διάγνωση του Θανάτου του εγκεφαλικού στελέχους, Αθήνα 1996, σελ. 11-20
6. Στυλιανάκης, Συζήτηση για τη Δεοντολογία, Ιατρικό Βήμα, Τεύχος 24^ο, Έκδοση: Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, Αθήνα 1992, σελ. 16
7. Κυριακίδης Σάββας, Κλινικά Νεκρός. Η δράση μας, Τεύχος 206^ο – 207^ο, Εκδόσεις: Μπάστα Ευ, Αθήνα 1992, σελ. 168-169, 220-221
8. Παναγόπουλος Εμμ., Ο εγκεφαλικός Θάνατος, Η δράση μας, Τεύχος 218^ο, Εκδόσεις: Μπάστα Ευ, Αθήνα 1993, σελ 204-205

9. Αδάμης Π., Martin Luther, Η αντιμετώπιση του Εγκεφαλικού Θανάτου στην Ελλάδα και στη Γερμανία, Ιατρικό Βήμα, Τεύχος 59^ο, Έκδοση: Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, Αθήνα 1998, σελ. 42-54
- 10.Υ.Σ.Ε., Ο Εγκεφαλικός Θάνατος, Αθήνα 1999 σελ. 42-44
- 11.Παναγόπουλος Εμμ., Η απομυθοποίηση του εγκεφαλικού Θανάτου – Πέρα από τον Εγκεφαλικό Θάνατο, Η δράση μας, Τεύχος 366^ο , Εκδόσεις: Μπάστα Εθν, Αθήνα 1999, σελ. 108-110
- 12.Kishore RR, Organ donation consanguinity rs University – An analysis of the Indian low, Transplantation proceedings, Vol. 28, Vo 6, 1996, pp 3.603-3.606
- 13.Μπαλογιάννη Σ, Εγκεφαλικός Θάνατος, Ελληνική Ιατρική, Τόμος 51^{ος}, Τεύχος 5^ο, Αθήνα 1985, σελ. 319-325
- 14.Βλαχογιάννης Ι.Γ., Μεταμόσχευση Οργάνων, Εκδόσεις Πανεπιστημίου Πατρών, Πάτρα 1999, σελ. 6-13, 24-36, 48-72
- 15.Αντωνιάδης Αντώνης, Ιακούδας Παπανικολάου Β, Λήψη πολλών οργάνων από τον ίδιο δότη, Ιατρικό Βήμα, Τεύχος 27^ο, Έκδοση: Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, Αθήνα 1992, σελ. 32-39
- 16.Υ.Σ.Ε., Έντυπο – ενημερωτικό υλικό για τη Δωρεά Οργάνων και Ιστών
- 17.Κίτσου – Περγλέγκου Σ., Μεταμόσχευση – Δωρεά Ανθρωπίνων Ιστών και Οργάνων, Διπλωματική Εργασία, Αθήνα, Φεβρουάριος 1990, σελ. 52-62
- 18.Βάρκα – Αδάμη Αλεξάνδρα, Το δίκαιο των μεταμοσχεύσεων, Εκδόσεις Σακκούλα, Αθήνα – Κομοτηνή 1993, σελ. 29, 79-97, 107

19. Μητροπολίτης Δημητριάδος κος Χριστόδουλος, Οι Μεταμοσχεύσεις από Θρησκευτική άποψη, Ιατρικό Βήμα, Φεβρουάριος 1989, σελ. 6
20. Γιανοπούλου Αθηνά Διλήμματα και Προβληματισμοί στη Σύγχρονη Νοσηλευτική, Έκδοση 2^η Εκδόσεις: Η ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα 1995, σελ. 155-156, 157, 161
21. Δαρδαβέσης Θ. Ευσταθίου Μ. Η Ιστορία των μεταμοσχεύσεων, Τόμος 2^{ος}, Τεύχος 1^ο, Αθήνα 1991, σελ. 11-18, 53-63
22. Δρακόπουλος Σ. Μεταμοσχεύσεις Οργάνων από ζώντες (συγγενείς) δότες και πτωματικούς δότες, Μεταμόσχευση, Τόμος 2^{ος}, Τεύχος 2^ο, Θεσσαλονίκη 1997, σελ. 82-85
23. Συγγελάκης Μ., Τακούδας Δ., Βεργούλα Γ., Ψυχοκοινωνική Εκτίμηση ασθενών μεταμοσχευτικών Κέντρων, Μεταμόσχευση, Τόμος 1^{ος}, Τεύχος 2^ο, Αθήνα 1996μ σελ. 108-115
24. Phil H., Berry Jr. M.D., Texas Medicines Ethics, Copyright by Texas Medical Association, February 1997, pp. 60-66
25. Πελεργίνης Ε. Η θεμελίωση του ηθικού βίου, Έκδοση 1^η, Εκδόσεις Καρδαμίτσας, Αθήνα 1986, σελ. 30-32
26. Sanchez – Fructozo A.T. ef, al, Rehal. Transplantation in elderly patients, Transplantation proceedings, Vol. 30, 1998, pp. 2.277-2.278
27. Cheung A.H.S. et. Al. Cultural altitudes os asian – Americans toward death adversely impact organ donation, Transplantation proceedings, Vol 30, 1998, pp 3.609-3.610

- 28.Σκαλκέας Γ.,Ηθικά προβλήματα στις μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Τόμος 7^{ος}, Τεύχος 10^ο, Οκτώβριος 1993 σελ. 75-81
- 29.Morton Jb., Leonard DRA. Codarer, nephrectomy: an operation of the donor's Family. British Medical Journal 1991, 1: 239-241
- 30.Buckley PE., The delicate question of the donor Family. Transplantation. Proceedings 1990, 21: 1411-1412
- 31.Tijistra Tj, Heyink Jw, Sloff MJH, Ervoringen van nabestander die wel of geen toestemming gaven uoor donatie. Nederiands Tlidschritt uoor Generskunde 1990, 133:1557-1560
- 32.Verble MS, Work JK, Family Courseling. In: Comeal Surgery: Theory, Technique anal Tissue. The CU Mosby Company, St. Louis 1990. Bright bill FS (ed). 693-698
- 33.Simmons RG, Fulton R., Fulton J., El fect of Organ Donation on Families of Brain – Dead Patients In: Pediatric Brain Death and Organ / Tissue Retrieval: Medical, Ethical, and Legal Aspects. Plenum Medical Book Company, New York and London 1992, Kanfman 44 (ed): 267-281
- 34.Kuntze A. Het Keerpunt: Van patient tot organ. Medisch Contact 1991, 42: 211-212
- 35.R chardson KE, Watson K. Understanding the Request Process. KODA Kentucky (U.S.A.) (not published).
- 36.Prottas J., Batten HL, Health Professionals and Hospital Administrators in Organ Procurement: Attitudes, Reservations and

- their Resolutions, American Journal of Public Health 1990, 78: 642-645
37. Robinette MA., Stiller CR., Summary of task Force Findings. Transplantation Proceedings 1989, 17(6) Suppl. 3:9-15
38. Wakeford RE., Stepney R., Obstacles to organ donation. British Medical Journal 1990, 76: 435-439
39. McGough EA., Chopek MW. The Physicians role as Asker in Obtaining Organ Donations. Transplantation Proceedings 1993, 22 (1): 267-272.
40. Spital A., Kittur DS. Barriers to Organ Donation under Housestaff Physicians. Transplantation Proceedings 1994, 22 (5): 2414-2416
41. Malesck MS, Hoffman MC., Getting to yes: How Nurses Attitudes affect their success in Obtaining Consent for Organ and Tissue Donations Dialysis and Transplantation 1990: 276-278
42. Van der Poel R., Spangenberg F. Organdonoties in 11 ziekenhuizen: vekslog van een kwalitatief onderzoek. Investigation under the authority of the eurotransplant foundation and the Dutch Kidney Foundation, April 1995.
43. Averill JR. Grief: its nature and significance Psychol. Bull 1980, 70: 721-722
44. Romsay R. Rouwtherapie. In: Oriemans JWG (red), Handbook voor Gedragtherapie, Van Lohem Slaterus Deventer 1991, p: 60-75
45. Wright B. Sudden death: Intervention Skills for the Caring Professions. Churchill Livingstone 1993, p: 84-88

46. Jenner JA Directieve interventies in de adulte en sociale psychiatrie, Van Gorkum, Assen 1990, p:112-120
47. Awoonor – Renner S. I desperately needed to see my son, British Medical Journal 1991, 302:356
48. Hodge JR, The thet mome. J Religion and Health, 1982 11:229-230
49. Βλάχος Ι. European Donor Hospital Education Programme (EDHEP). Σημειώσεις για τους εκπαιδευόμενους. Πάτρα 1998, Σελ. 25-29

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

4. Κατά τη διάρκεια της καριέρας σας, αμφιβάλλατε ποτέ για την πιστότητα του πρωτοκόλλου του Ε.Θ.;

ΝΑΙ [] ΟΧΙ []

- Αμφιβολία για την πιστή τήρηση του []
- Δεν αναφέρω το λόγο αμφιβολίας []

5. Αντιμετωπίζοντας περιστατικά Ε.Θ. τροποποιήθηκε η άποψή σας ως προς τη Δωρεά Οργάνων;

ΝΑΙ [] ΟΧΙ []

- Θετικά []
- Αρνητικά []

6. Πιστεύετε ότι υπάρχουν άλλοι λόγοι, εκτός από τους επιστημονικούς, που ρυθμίζουν τη Δωρεά Οργάνων;

ΝΑΙ [] ΟΧΙ []

- Οικονομικοί λόγοι []
- Ηθικοί λόγοι []
- Δεν αναφέρω – απαντώ []

7. Πιστεύεται ότι σ' άτομα με Ε.Θ., τα οποία δεν θα γίνουν δότες πρέπει να παρέχεται η ίδια νοσηλευτική φροντίδα (Ν.Φ.) με τους υπόλοιπους ασθενείς με Ε.Θ.

ΝΑΙ []

ΟΧΙ []

- Έχουν τα ίδια δικαιώματα []
- Έχουν δικαίωμα σεβασμού από τους άλλους []
- Έχουν δικαίωμα για αξιοπρεπές τέλος []
- Δεν αναφέρω το λόγο []
- Δεν έχουν ελπίδες []
- Έλλειψη κλινών στη Μ.Ε.Θ. []
- Υψηλό κόστος παραμονής []
- Παράταση δράματος οικογένειας []
- Δεν αιτιολογώ []

ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΝΑΙ, ΥΛΙΚΑ ΟΧΙ []

8. Τα συναισθήματα που βιώσατε, αντιμετωπίζοντας περιστατικά Ε.Θ. σε ποια κατηγορία ανήκουν;

- Υπερένταση []
- Αδιαφορία []
- Άρνηση []
- Νευρικότητα []
- Ψυχική κατάπτωση []
- Οίκτο []

9. Πως σας επηρέασαν αυτά τα συναισθήματα;

- Προβληματίστηκα τόσο πολύ, μέχρι που σκέφτηκα να αλλάξω τμήμα []
- Ζήτησα να αλλάξω επάγγελμα []
- Αδιαφόρησα τελείως για το γεγονός []
- Αποδέχτηκα το γεγονός []

10. Ο χρόνος και η εμπειρία σας πάνω στον Ε.Θ. έκανε τα συναισθήματά σας;

- Εντονότερα []
- Ηπιότερα []
- Αμετάβλητα []

11. Το άτομο με Ε.Θ., του οποίου η οικογένεια δεν επιτρέπει την αφαίρεση οργάνων, πρέπει να αποσυνδέεται από τη μηχανική υποστήριξη της αναπνοής

ΝΑΙ [] ΟΧΙ []

- Θα είχα, όμως ηθικές αναστολές να το κάνω []
- Δεν θα είχα ηθικές αναστολές να το κάνω []
- Δεν εξηγώ το λόγο []