

Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Πάτρας  
Σχολή επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας  
Τμήμα Νοσηλευτικής



## Πτυχιακή Εργασία

### ΘΕΜΑ

« Η νοσηλευτική στη Νεφροπάθεια ,  
Μεταμόσχευση και Δωρεά οργάνων. »



Εισηγήτρια : Dr. Παπαδημητρίου Μαρία

Σπουδαστές:  
Σταϊκοπούλου Μαρία  
Καπετανόπουλος Διονύσιος

ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2002

## ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Με την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας αισθανόμαστε την ανάγκη να ευχαριστήσουμε τους τόσο σημαντικούς επιστήμονες, που ο καθένας από την πλευρά του συνέβαλε ούτως ώστε να έχουμε ένα καλό και ποθητό αποτέλεσμα.

Κατ' αρχάς ευχαριστούμε την υπεύθυνη καθηγήτρια του Τμήματος της Νοσηλευτικής κ. Μαρία Παπαδημητρίου η οποία υπήρξε αδιαμφισβήτητα πολύτιμη αρωγός μας στην προσπάθεια αυτή. Ενίσχυσε και στήριξε την ιδέα μας να αρχίσει και να ολοκληρωθεί η έρευνα ενός θέματος όπως «Η Νοσηλευτική στη Νεφροπάθεια – Μεταμόσχευση και Δωρεά Οργάνων», ενώ σε όποιες δυσκολίες και αν εμφανίστηκαν στάθηκε στο πλευρό μας δίδοντάς μας λύσεις ώστε να τις υπερνικήσουμε.

Πολύτιμη ήταν και η βοήθεια του δόκτορα Ιωαννίδη, διευθυντή της Υ.Σ.Ε. και **Τατρού** Νεφρολόγου του Γενικού Κρατικού Νοσοκομείου καθώς και της συνεργάτιδάς του κ. Ολυμπίας Παπαδάκη προσφέροντας προσωπικές θέσεις και έντυπο υλικό. Ήταν καταλυτική η συνεισφορά τους στην ολοκλήρωση της εργασίας.

Επίσης ευχαριστούμε τον πατέρα Νικόλαο Χατζηνικολάου για τον χρόνο που μας αφιέρωσε, προκειμένου να μας εκφράσει τις θέσεις και απόψεις της Εκκλησίας αλλά και προσφέροντάς μας τη χαρά να συλλέξουμε υλικό και πληροφορίες από την βιβλιοθήκη, της οποίας δημιουργός είναι ο ίδιος.

Ευχαριστούμε επίσης τον δόκτορα Βλαχογιάννη, Διευθυντή της Νεφρολογικής Κλινικής του Π.Π.Γ.Ν.Π. και τους συνεργάτες του, για το έντυπο υλικό και της κατευθυντήριες οδηγίες.

Ευχαριστούμε ιδιαίτερα τους γονείς μας για την υποστήριξη που μας προσέφεραν κατά το διάστημα της συλλογής υλικού, για την αποπεράτωση της εργασίας.

Τέλος, ευχαριστούμε όλους όσους προσέφεραν και συνέβαλαν με το δικό τους τρόπο στη συγγραφή αυτής της μελέτης.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η νεφροπάθεια είναι μια χρόνια ασθένεια με επιπτώσεις στον ατομικό χώρο του πάσχοντα, στο οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον, καθώς επίσης με σοβαρές προεκτάσεις στο ευρύτερο κοινωνικό γίνεσθαι.

Η μελέτη μας λαμβάνει τρεις διαστάσεις. Αναφέρουμε το πρόβλημα της νεφροπάθειας, την μεταμόσχευση σαν μια ελπιδοφόρα λύση του απαραίτητη προϋπόθεση της οποίας είναι η δωρεά οργάνων και ιστών.

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται λόγος για τη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια για τα προβλήματα που προκαλεί αυτή στους πάσχοντες τόσο σωματικά όσο και ψυχοκοινωνικά και πως αυτά αντιμετωπίζονται με τη συμβολή της Νοσηλευτικής. Παρατίθενται ακόμη στατιστικά και επιδημιολογικά δεδομένα της εξωνεφρικής κάθαρσης στην Ελλάδα.

Στον τρίτο κεφάλαιο αναφέρονται οι μέθοδοι υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας μέσω του τεχνητού νεφρού και της συνεχούς φορητής περιτοναϊκής κάθαρσης.

Ακολουθεί αναφορά των ιογενών λοιμώξεων τις οποίες είναι επιρρεπείς και τέλος η μεταμόσχευση νεφρού. Σ' αυτήν προέχει ο προμεταμοσχευτικός έλεγχος, και η θεραπεία και οι προοπτικές.

Στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται μια σύντομη ιστορική αναδρομή στις μεταμοσχεύσεις και ακολουθεί η σύγχρονη κατηγοριοποίηση αυτών.

Συνεχίζει με τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου, την διαδικασία διάγνωσης και την μεταμοσχευτική διαδικασία.

Το πέμπτο κεφάλαιο αρχικά αναφέρεται στη δωρεά οργάνων – ιστών και στα ερωτήματα ή φόβους των πολιτών.

Στη συνέχεια γίνεται λόγος για ηθικά – κοινωνικά προβλήματα στη μεταμόσχευση και δωρεά οργάνων σε σχέση με το δότη (ζώντα – πτωματικό), τη συναίνεση ή αντίρρηση.

Ακολουθούν οι οδηγίες για την οργάνωση της Δωρεάς οργάνων και των μεταμοσχεύσεων βάσει της παγκόσμιας οργάνωσης Υγείας. Γίνεται αναφορά στην ελληνική νομοθεσία και τις θέσεις της εκκλησίας και άλλων θρησκειών.

Στο τελευταίο μέρος του κεφαλαίου γίνεται λόγος για την οργάνωση της δωρεάς στην Ευρώπη στον τρόπο διάθεσης των οργάνων και τελειώνει με την

οργάνωση στην Ελλάδα με τον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων και την διαμόρφωση θετικής στάσης της κοινής γνώμης.

Στο έκτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην Νοσηλευτική και στο ρόλο του νοσηλευτή στην οργάνωση στο χειρουργείο μετεγχειρητικά.

Ακολουθεί περιγραφή του ρόλου και των ενεργειών του κλινικού νοσηλευτική και του νοσηλευτή συντονιστή.

Στο έβδομο και τελευταίο κεφάλαιο παρατίθεται και η μεθοδολογία της έρευνας που ακολουθήθηκε. Παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας, τα συμπεράσματα και τέλος γίνονται προτάσεις για την επίλυση των προβλημάτων των νεφροπαθών, την οργάνωση των μεταμοσχεύσεων και την ενίσχυση της ιδέας της δωρεάς οργάνων και ιστών.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	<i>Σελίδα</i>
ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ	i
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ	ii
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	iv
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	2
ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ	3

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

#### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΝΕΦΡΟΥ

1.1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗΣ ΚΑΙ ΙΣΤΟΛΟΓΙΑΣ	5
1.2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ	11

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

2.1. ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ	18
2.2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ	26
2.3. ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ	27
2.4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	27

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

3.1. ΜΕΘΟΔΟΙ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ	34
3.2. Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ	43
3.3. ΣΥΝΕΧΗΣ ΦΟΡΗΤΗ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ	48

3.4.	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ	49
3.5.	Η ΘΕΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΜΟΝΑΔΑ ΣΥΝΕΧΟΥΣ ΦΟΡΗ- ΤΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ	57
3.6.	ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ	65
3.7.	AIDS ΚΑΙ ΤΕΧΝΗΤΟΣ ΝΕΦΡΟΣ_	72
3.8.	ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ	81

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>**

4.1.	ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ-ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	94
4.2.	ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ	98
4.3.	ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ	101

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>**

5.1.	ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ	102
5.2.	ΗΘΙΚΑ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ ΚΑΙ ΔΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ	107
5.3.	ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΔΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ	112
5.4.	Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ	117
5.5.	ΕΚΚΛΗΣΙΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ	120
5.6.	ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΔΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥ- ΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ	134

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>**

6.1.	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ – ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ	145
6.2.	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΟΥ ΔΟΤΗ	145
6.3.	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ ΤΟΥ Μ.Κ.	154
6.4.	ΛΗΠΤΗΣ	154
6.5.	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ	160
6.6.	ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ ΣΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	164
6.7.	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ	165
6.8.	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ ΠΡΟΜΗΘΕΙΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ	166
6.9.	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ	166
6.10.	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΛΗΠΤΗ	167

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	172
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	177
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ	215
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	229
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	237
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	239
SUMMARY	240

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

- ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ
- ΠΙΝΑΚΕΣ – ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ
- ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ
- ΤΥΠΟΣ
- ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΙΣ
- ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΚΟ ΥΛΙΚΟ

ΕΠΙΛΟΓΟΣ	241
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	243

\*\*\*

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μέρος της σύγχρονης ιατρικής αποτελούν και οι χρόνιες ασθένειες. Μια απ' αυτές είναι η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Στη χώρα μας άρχισε να γίνεται γνωστή τα τελευταία χρόνια ύστερα από την δημοσιότητα που έδωσε το κράτος πριν μερικά χρόνια, στην προσπάθεια να ψηφιστεί νόμος που θα υποχρέωνε όλους να είναι δότες εκτός εάν αρνηθούν.

Παρά το ότι δεν είναι τόσο βαρυσήμαντή ακουστικά και γνωστή όπως η λευχαιμία, η μεσογειακή αναιμία κ.ά., τα προβλήματα του χρόνιου πάσχοντα αντανakλούν τόσο στην προσωπική και ψυχολογική όσο και στην κοινωνική – επαγγελματική ζωή του.

Αυτή τη στιγμή στον ελληνικό χώρο υπάρχουν νεφροπαθείς οι οποίοι υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Η λίστα αναμονής συνεχώς μεγαλώνει αφού η προσφορά – δωρεά νεφρών είναι μικρή. Ο πάσχων είναι αναγκασμένος να περιμένει και χρόνια προκειμένου να κάνει μεταμόσχευση.

Πέρα όμως από την προσπάθεια του κράτους να δημοσιοποιήσει το θέμα και να ευαισθητοποιήσει όλο και περισσότερους ανθρώπους, υπάρχουν και οργανώσεις είτε νεφροπαθών είτε συγγενών τους που κάνουν ενέργειες για να γνωρίσει το ευρύ κοινό τον πόνο τους, το πρόβλημά τους ή ακόμη και τον άνθρωπο που χάθηκε λόγω της ασθένειας.

Από την άλλη η Εκκλησία είδε το δράμα των νεφροπαθών και τις τεράστιες μεταβολές στη ζωή των και όχι μόνο. Έτσι ξεκίνησε εδώ και πολλά χρόνια την προσπάθεια ευαισθητοποίησης του κόσμου, ενώ ταυτόχρονα προσπαθεί οι νόμοι που θα ισχύσουν όχι μόνο να βοηθούν τον νεφροπαθή αλλά και να διώχνουν τον φόβο του δωρητή. Γιατί πέρα από την αμέλεια και την άγνοια ο σημαντικότερος ανασταλτικός παράγων είναι ο φόβος. Παρά το ότι όμως η Εκκλησία δεν συμφωνεί με όλους τους σχετικούς νόμους, ωστόσο στηρίζει την προσπάθεια του κράτους.

Και πάλι όμως στις περισσότερες των περιπτώσεων ελπίδα είναι ο Θεός.



## **ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ**

Βλέποντας το πρόβλημα των νεφροπαθών και μετά από παρότρυνση και της υπεύθυνης καθηγήτριας αποφασίσαμε να εμβαθύνουμε στο όλο πρόβλημα.

Αποφασίσαμε λοιπόν, να γνωστοποιήσουμε:

- Το πλήθος των αλλαγών στην προσωπική, κοινωνική, ψυχολογική, επαγγελματική - οικονομική ζωή του ασθενή.
- Να αξιολογήσουμε τον τρόπο αντιμετώπισης από την πολιτεία και ποια τα περιθώρια βελτίωσης.
- Να συμπεράνουμε την αποτελεσματικότητα της μεταμόσχευσης σαν θεραπευτικό μέσο.
- Να βρούμε εάν υπάρχει περιθώριο για καλύτερη οργάνωση και εξέλιξη των μεταμοσχεύσεων.
- Να ερευνήσουμε τον βαθμό γνώσεων και ευαισθητοποίησης σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.
- Να αναδείξουμε την αξία της ιδέας της δωρεάς οργάνων και να εντοπίσουμε τρόπους για την προώθησή της.

## ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ

### ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Ο όρος «χρόνια νεφρική ανεπάρκεια» σημαίνει ανεπανόρθωτη προοδευτική νεφρική ανεπάρκεια η οποία μπορεί να χαρακτηρίζεται από βαθμιαία αύξηση της κρεατίνης του ορού καθώς ελαττώνεται η σπειραματική διήθηση. Γενικά στόχος της σύγχρονης αντιμετώπισης είναι η έναρξη θεραπείας αναπλήρωσης της νεφρικής λειτουργίας, είτε με κάθαρση είτε με μεταμόσχευση, πριν οι ασθενείς εμφανίσουν προχωρημένα σημεία ουραιμίας. Έτσι η κατάσταση θεωρείται ότι έχει στη φάση της νεφροπάθειας τελικού σταδίου (ΝΤΣ) όταν ο ρυθμός της σπειραματικής διήθησης (ΡΣΔ) γίνει μικρότερος από 15 ml/min.

### ΝΕΦΡΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

Η κάθαρση στηρίζεται στις αρχές της διάχυσης και της αγωγής. Χωρίζεται σε α) αιμοκάθαρση και β) περιτοναϊκή κάθαρση

#### ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Είναι η κάθαρση όπου το αίμα κατευθύνεται με τη βοήθεια αντλίας σε ένα σύστημα που περιέχει μια ημιδιαπερατή μεμβράνη από την άλλη μεριά της οποίας υπάρχει το διάλυμα της κάθαρσης. Η ροή των υγρών πραγματοποιείται με δημιουργία διαφορών ωσμωτικής πίεσης.

#### ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

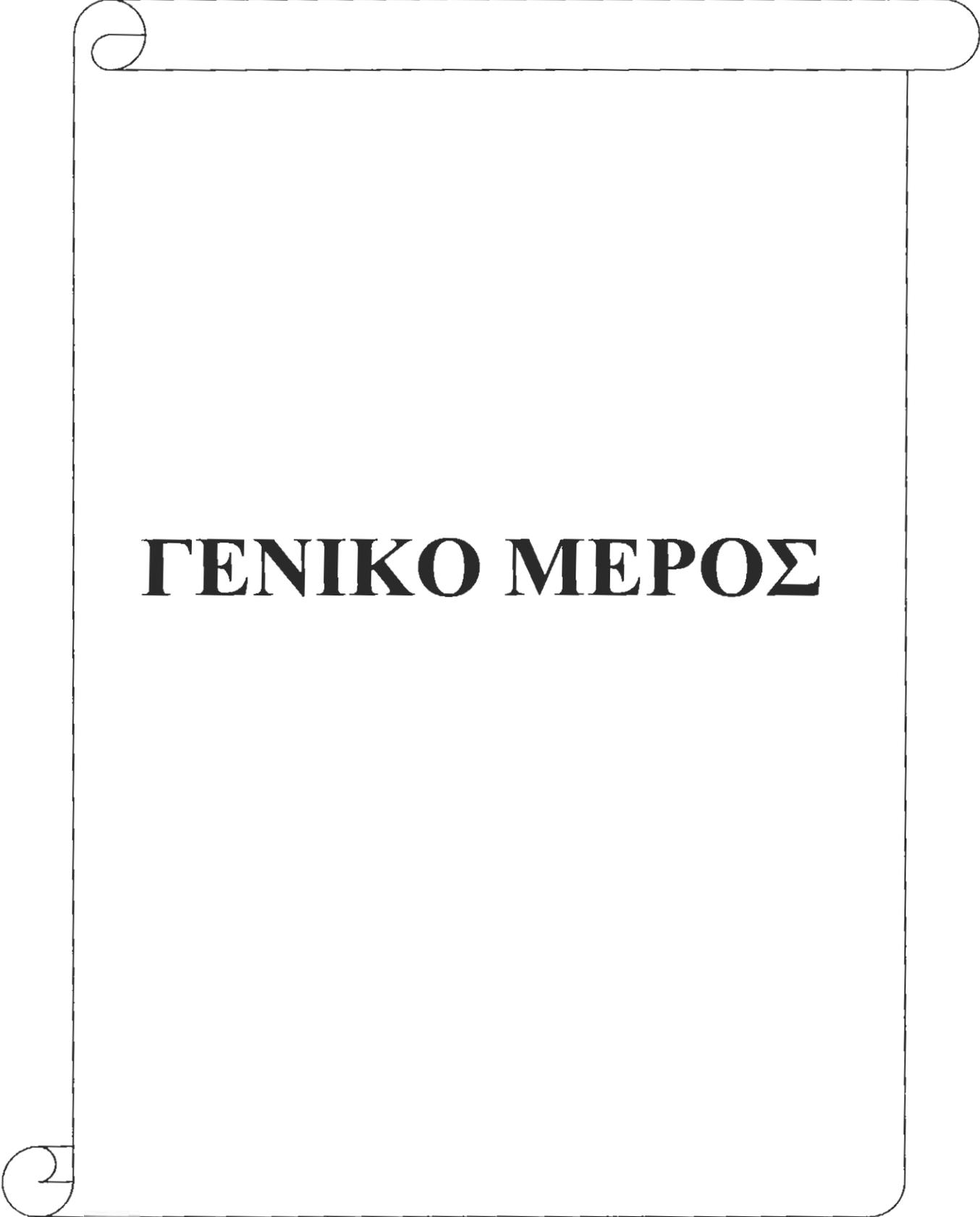
Κάθαρση μέσω φυσικού διαχωρισμού του αίματος από το διάλυμα της κάθαρσης με την παρεμβολή ημιδιαπερατής μεμβράνης (τριχοειδών) όπου η ροή των υγρών και ουσιών πραγματοποιείται με δημιουργία υδροστατικής πίεσης εκατέρωθεν της μεμβράνης.

## **ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ (ΝΕΦΡΟΥ)**

Είναι η εμφύτευση υγιούς νεφρού σε ασθενή με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, το οποίο αποκαθιστά τη νεφρική λειτουργία σε σχεδόν φυσιολογικά επίπεδα.

## **ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ**

Είναι η εκδήλωση επιθυμίας, για μεν τον α) ζωντανό δότη να δοθεί ο ένας νεφρός σε πάσχοντα συγγενικό πρόσωπο εξ αίματος πρώτου ή δευτέρου βαθμού σε ευθεία και πλάγια γραμμή, σύμφωνα με τις ισχύοντες νόμους και β) για δε τον νεκρό δότη να δοθούν τα όργανά του μετά το διαπιστωμένο τέλος της ζωής του σε κάποιον πάσχοντα συνάνθρωπό του.



# **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

ΣΤΟΥΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΚΑΙ  
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΝΕΦΡΟΥ



25% του όγκου παλμού της καρδιάς. Από το αίμα αυτό, 90% προορίζεται για τη φλοιώδη ουσία (αγγειώδη σπειράματα).

Η κύρια αρτηρία του νεφρού είναι η νεφρική (renal artery), κλάδος της κοιλιακής αορτής. Η νεφρική αρτηρία, αντιστοίχως προς τις πύλες του νεφρού, διαιρείται σε πρόσθιο (anterior) και οπίσθιο (posterior) κλάδο και από αυτούς αποσχίζονται πολλοί άλλοι μικρότεροι κλάδοι: οι μεσολόβιες αρτηρίες, οι τοξοειδείς, οι μεσολαβίδες, τα προσαγωγά αρτηρίδια.

Οι μεσολόβιες αρτηρίες (interlobar arteries) πορεύονται μεταξύ των νεφρικών πυραμίδων, κατά μήκος δηλαδή των στηλών του Bertin. Οι τοξοειδείς αρτηρίες (arcuate arteries) περιβάλλουν τις βάσεις των πυραμίδων, πορευόμενες τοξοειδώς μεταξύ της φλοιώδους και της μυελώδους ουσίας. Οι μεσολοβίδες αρτηρίες (interlobular arteries) στρέφονται προς τη φλοιώδη ουσία, ακολουθώντας κοινή κατεύθυνση με τις μυελώδεις ακτίνες. Τα προσαγωγά αρτηρίδια (afferent arterioles) είναι τα αρτηρίδια του νεφρικού σωματίου. Μετά την απόσχισή τους από τις μεσολοβίδες αρτηρίες, εισέρχονται στα νεφριά σωματίδια, αναλύονται σε δίκτυο 20-40 τριχοειδών αγγείων, το αγγειώδες σπείραμα και τελικά ανασυντίθενται σε ένα αρτηρίδιο, το απαγωγό αρτηρίδιο (efferent arterioles) και εξέρχονται από το νεφρικό σωματίδιο. Τα απαγωγά αρτηρίδια, όταν προέρχονται από τα επιφανειακά νεφρικά σωματίδια (superficial glomeruli), σχηματίζουν πλούσιο δίκτυο τριχοειδών γύρω από τα ουροφόρα σωληνάκια, της φλοιώδους ουσίας (περισωληναριακό αγγειακό πλέγμα, peritubular vascular network), ενώ όταν προέρχονται από τα νεφρικά σωματίδια της παραμυελικής περιοχής (juxtamedullary glomeruli) χορηγούν κλάδους στη μυελώδη ουσία του νεφρού, ακολουθώντας ευθεία πορεία (ευθέα αρτηρίδια, vasa recta). Στην περιοχή των πυραμιδικών θηλών, τα ευθέα αυτά αρτηρίδια σχηματίζουν τριχοειδικά πλέγματα και ανέρχονται ως ευθέα φλεβίδια (venous vasa recta).

Σημειώνεται η παρουσία λεμφικών τριχοειδών γύρω από τα προσαγωγά αρτηρίδια (afferent) των νεφρικών σωματίων. Τα λεμφικά τριχοειδή εκβάλλουν στα εν τω βάθει λεμφαγγεία του νεφρού που συνοδεύουν τις μεσολοβίδες, τις τοξοειδείς και τις μεσολόβιες φλέβες. Τα λεμφαγγεία διαθέτουν ενδοθήλιο χωρίς πόρους (μη θυριδωτό), χωρίς βασική μεμβράνη και δεν παρατηρούνται περικύτταρα<sup>2</sup>.

### 1.1.β. ΤΑ ΝΕΦΡΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΑ

Τα νεφρικά σωματίδια (glomeruli) αποτελούν αγγειοεπιθηλιακά όργανα (vascular-epithelial organs), υπεύθυνα για τη διήθηση του πλάσματος. Αποτελούνται από δύο μέρη, το αγγειώδες σπείραμα και το έλυτρο του Bowman.

Το αγγειώδες σπείραμα, γνωστό ως θαυμάσιο δίκτυο, περιγράφηκε με τα αιμοφόρα αγγεία. Επισημαίνεται ότι τα τριχοειδή του σπειράματος έχουν την τάση να διατάσσονται σε ομάδες, διαμορφώνοντας έτσι διάφορα λόβια (lobules). Αυτά στηρίζονται στο μεσάγγειο (mesangium), μια κεντρική περιοχή με πολλές διακλαδώσεις. Το μεσάγγειο αποτελείται από ελάχιστα μεσαγγειακά κύτταρα και ελαχιστότατη άμορφη μεσοκυττάρια ουσία, τη μεσαγγειακή (mesangial matrix). Η μεσαγγειακή ουσία, γλυκοπρωτεΐνη θετική κατά PAS, αποτελεί συνέχεια του έσω πετάλου της βασικής μεμβράνης του αγγειώδους σπειράματος. Τα μεσαγγειακά κύτταρα, αστεροειδούς σχήματος, διαθέτουν συσταλτικές και φαγοκυτταρικές ιδιότητες και είναι υπεύθυνα για την παραγωγή της μεσαγγειακής ουσίας, τη διατήρηση της βασικής μεμβράνης και την υποδοχή νευροορμονικών ερεθισμάτων για τη ρύθμιση της ροής του αίματος στο αγγειώδες σπείραμα. Το μεσάγγειο, αντιστοίχως προς τις πύλες του σπειράματος, επεκτείνεται μεταξύ του προσαγωγού και του απαγωγού αρτηριδίου, ερχόμενο σε επαφή με τα κύτταρα του πολικού προσκεφάλου της παρασπειραματικής συσκευής.

Το έλυτρο του Bowman αντιπροσωπεύει το αρχικό, τυφλό και διευρυσμένο άκρο του ουροφόρου σωληναρίου που σχηματίζει κοιλότητα, την αγγειώδη κοιλότητα, για την υποδοχή των τριχοειδών του αγγειώδους σπειράματος. Εμφανίζει δύο πέταλα το έσω και το έξω, μεταξύ των οποίων, διαμορφώνεται άλλη κοιλότητα, σχισμοειδής τη φορά αυτή, η ουροφόρος κοιλότητα (urinary space). Το έσω πέταλο του ελύτρου του Bowman με το περισπλάχνιο επιθήλιο του (visceral epithelium) ενσωματώνεται με τα τριχοειδή του σπειράματος, αποτελώντας μέρος της μεμβράνης διήθησης. Το έξω πέταλο με το περίτονο επιθήλιο (parietal epithelium) επενδύει την ουροφόρο κοιλότητα, όπου συλλέγεται αρχικά το διήθημα του πλάσματος (πρόουρο). Έτσι, μεταξύ του αυλού του τριχοειδούς αγγείου και της ουροφόρου κοιλότητας, παρεμβάλλεται μια μεμβράνη διήθησης που αποτελείται: (α) από το ενδοθήλιο των τριχοειδών του αγγειώδους σπειράματος, (β) από τη βασική τους μεμβράνη και (γ) από το περισπλάχνιο επιθήλιο του έσω πετάλου του ελύτρου του Bowman.

- i. Το ενδοθήλιο των τριχοειδών του αγγειώδους σπειράματος είναι χαρακτηριστικό αλλά και μοναδικό για τους πολυάριθμους πόρους του (fenestrations, θυριδωτά ενδοθηλιακά κύτταρα). Οι πόροι, διαμέτρου 700-1000 Å, φέρουν σε άμεση επαφή το περιεχόμενο του τριχοειδούς με τη βασική μεμβράνη του σπειράματος.
- ii. Η βασική μεμβράνη του αγγειώδους σπειράματος, πάχους 3200 Å περίπου, αποτελείται από μια παχιά κεντρική στιβάδα, το πυκνό πέταλο (lamina densa)



και δύο λεπτότερες περιφερικές στιβάδες το έσω πέταλο (lamina rara interna) που έρχεται σε επαφή με το περισπλάχνιο επιθήλιο.

- iii. Τα επιθηλιακά κύτταρα του περισπλάχνιου πετάλου του ελύτρου του Bowman ή ποδοκύτταρα, είναι ιδιόμορφα κύτταρα με χαρακτηριστικές προσεκβολές (ποδικές αποφύσεις, foot process ή pedicles). Χάρη στις προσεκβολές αυτές, τα ποδοκύτταρα άπτονται με το έξω πέταλο της βασικής μεμβράνης. Τα διαστήματα μεταξύ παρακειμένων ποδικών αποφύσεων, εύρους 200-300 Å, καλύπτονται από λεπτό διάφραγμα, διαμορφώνοντας το σχισμοειδές διάφραγμα (filtration slits, slit membrane).

### 1.1.γ. ΤΑ ΟΥΡΟΦΟΡΑ ΣΩΛΗΝΑΡΙΑ

Τα ουροφόρα σωληνάρια (tubules) αποτελούν τη συνέχεια της ουροφόρου κοιλότητας και κατά την πολύπλοκη πορεία τους, περιγράφονται διάφορα μέρη: εγγύς εσπειραμένο σωληνάριο, αγκύλη του Henle, άπω εσπειραμένο ουροφόρο σωληνάριο και μια σειρά από αθροιστικά σωληνάρια (πρωτογενή, δευτερογενή, τριτογενή, τεταρτογενή) με τα τεταρτογενή να καταλήγουν στις θηλές των νεφρικών πυραμίδων.

#### ΤΟ ΕΓΓΥΣ ΕΣΠΕΙΡΑΜΕΝΟ

Το σωληνάριο, αφού αρχικά διαγράψει μια ελικοειδή πορεία στην περιοχή του νεφριού σωματίου (εσπειραμένη μοίρα), στη συνέχεια ευθυάζεται και στενεύει εντός της μυελώδους ακτίνας (ευθεία μοίρα), για να σχηματίσει την αγκύλη του Henle.

Το εγγύς εσπειραμένο σωληνάριο επαλείφεται από κυβοειδή επιθηλιακά κύτταρα, με έντονη λειτουργική δραστηριότητα: τα κύτταρα διαθέτουν προέχουσα ψηκτροειδή παρυφή, λεπτοκοκκιώδες εωσινόφιλο κυτταρόπλασμα και ασαφή κυτταρικά όρια. Η ψηκτροειδής παρυφή αντιπροσωπεύει απειρία μικρολαχνών, οι οποίες αυξάνουν την επιφάνεια του ουροφόρου σωληναρίου 40 και πλέον φορές. Το κοκκιώδες κυτταρόπλασμα αντανακλά το μεγάλο αριθμό των μιτοχονδρίων, ενώ το ασαφές των κυτταρικών ορίων είναι αποτέλεσμα της αλληλοδιαπλοκής που εμφανίζουν οι επιφάνειες παρακειμένων κυττάρων.

Η αγκύλη του Henle αποτελεί συνέχεια του εγγύς εσπειραμένου σωληναρίου. Από πλευράς εύρους εμφανίζει δύο μοίρες, μια ιδιαίτερα λεπτή (λεπτό κατιόν σκέλος και λεπτό ανιόν σκέλος) και μια δεύτερη μοίρα, κάπως διευρυσμένη (παχύ ανιόν σκέλος). Το λεπτό κατιόν σκέλος της αγκύλης του Henle κατέρχεται, μέσω της μυελώδους ακτίνας, στη νεφρική πυραμίδα και ανακάμπτει προς την αντίθετη κατεύθυνση, αρχικά ως λεπτό και στη συνέχεια ως παχύ, για να μεταπέσει στο άπω εσπειραμένο σωληνάριο στη γειτονία του νεφρικού σωματίου. Το λεπτό κατιόν σκέλος

του σωληναρίου, συγκρινόμενο με το εγγύς εσπειραμένο σωληνάριο. έχει πολύ μικρότερη διάμετρο και επενδύεται από χαμηλότερο επιθήλιο, με μικρό μόνο αριθμό μικρολαχνών και μιτοχονδρίων. Το λεπτό ανιόν σκέλος της αγκύλης διαθέτει επιθήλιο υψηλότερο από εκείνο του κατιόντος σκέλους, αλλά χαμηλότερο από το επιθήλιο του εγγύς εσπειραμένου σωληναρίου. Σε όλη τη διαδρομή του σωληναρίου δεν αναγνωρίζεται ψηκτροειδής παρυφή, επειδή οι μικρολάχνες είναι και μικρού μεγέθους και ελάχιστες σε αριθμό. Το παχύ ανιόν σκέλος περιέχει κύτταρα με πολυάριθμα μεγάλα μιτοχόνδρια, ιδιαίτερα στη βάση τους, που εμφανίζουν έντονη λειτουργική δραστηριότητα.

### **ΤΟ ΑΠΩ ΕΣΠΕΙΡΑΜΕΝΟ**

Αποτελεί συνέχεια της αγκύλης του Henle. Πορεύεται στη φλοιώδη ουσία του νεφρού και έρχεται σε στενή συνάφεια με τα προσαγωγά και τα απαγωγά αρτηρίδια του σπειράματος, σχηματίζοντας μέρος της παρα-σπειραματικής συσκευής. Το άπω εσπειραμένο σωληνάριο είναι σχετικά μικρού μήκους και πολύ λιγότερο σπειροειδές από το εγγύς εσπειραμένο ουροφόρο σωληνάριο. Επενδύεται από κυβοειδή κύτταρα που στερούνται εωσινόφιλων κοκκίων και ψηκτροειδούς παρυφής.

### **ΤΟ ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΟ ΣΩΛΗΝΑΡΙΟ**

Σχηματίζεται από πολλά παρακείμενα εσπειραμένα σωληνάρια που συμβάλλουν, για να διαμορφώσουν στην αρχή ένα πρωτογενές αθροιστικό σωληνάριο και στη συνέχεια διάφορα δευτερογενή, τριτογενή και τεταρτογενή σωληνάρια. Από αυτά, με ανάλογες αναστομώσεις των τεταρτογενών αθροιστικών σωληναρίων, προκύπτουν οι θηλαίοι πόροι του Bellini που εκβάλλουν στα τρήματα της ηθμοειδούς άλω της θηλής της νεφρικής πυραμίδας.

Τα επιθηλιακά κύτταρα που επαλείφουν τα αθροιστικά σωληνάρια είναι κυβοειδή, με κεντρικό πυρήνα, ωχροό κυτταρόπλασμα και σαφή κυτταρικά περιγράμματα και χωρίς ψηκτροειδή παρυφή.

### **ΝΕΦΡΩΝΑΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΣΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΣΥΣΚΕΥΗ**

Το νεφρικό σωμάτιο (αγγειώδες σπείραμα, έλυτρο Bowman) μαζί με το εγγύς εσπειραμένο σωληνάριο, την αγκύλη Henle και το άπω εσπειραμένο σωληνάριο αποτελούν το νεφρώνα, την ανατομική και λειτουργική μονάδα του νεφρού.

Ο αριθμός των νεφρώνων υπολογίζεται στο 1 εκατομμύριο για κάθε φυσιολογικό νεφρό, με μήκος ουροφόρων σωληναρίων που υπολογίζεται γύρω στα 5,5 cm. Με βάση το μήκος των ουροφόρων σωληναρίων (και ιδιαίτερα της αγκύλης του Henle), οι νεφρώνες διακρίνονται σε επιφανειακούς, που διαθέτουν μια βραχεία αγκύλη του Henle και απαγωγά αρτηρίδια που διαμορφώνουν ένα πλούσιο

περισωληναριακό αγγειακό πλέγμα και σε παραμυελικούς νεφρώνες, με επιμήκεις αγκύλες του Henle και απαγωγά αρτηρίδια που κατερχόμενα αιματώνουν τη μυελώδη ουσία.

Τόσο οι επιφανειακοί όσο και οι παραμυελικοί νεφρώνες διαθέτουν παρασπειραματική συσκευή (juxtaglomerular apparatus). Αυτή αποτελεί μικρό ενδοκρινικό όργανο του νεφρώνα, ενσφηνωμένο στις πύλες του αγγειώδους σπειράματος, εκεί όπου εισέρχεται το προσαγωγό αρτηρίδιο. Η παρασπειραματική συσκευή αποτελείται από σύμπλεγμα κυττάρων:

- i. Τα παρασπειραματικά ή κοκκώδη κύτταρα (juxtaglomerular ή granular cells) απαντούν στο μέσο χιτώνα του προσαγωγού αρτηριδίου και αντιπροσωπεύουν διαφοροποιημένα λεία μυϊκά κύτταρα με εκκριτικά κοκκία. Τα παρασπειραματικά κύτταρα αποτελούν την κύρια πηγή παραγωγής ρενίνης.
- ii. Τα κύτταρα της πυκνής κηλίδας (macula densa) αποτελούν εξειδικευμένη περιοχή του άπω εσπειραμένου σωληναρίου στη θέση όπου το σωληνάριο προσεγγίζει την πύλη του νεφρικού σωματίου. Στη θέση αυτή, τα επιθηλιακά κύτταρα εμφανίζουν μεγαλύτερη συγκέντρωση και είναι σαφώς υψηλότερα από τα άλλα κύτταρα του άνω εσπειραμένου σωληναρίου.
- iii. Τα κύτταρα του πολικού προσκεφάλου ή μη κοκκώδη κύτταρα (lacis cells ή non-granular cells) εντοπίζονται στην περιοχή που ορίζεται μεταξύ προσαγωγού και απαγωγού αρτηριδίου και έρχονται σε άμεση επαφή με τα κύτταρα της πυκνής κηλίδας (άπω εσπειραμένο σωληνάριο). Τα κύτταρα του πολικού προσκεφάλου στερούνται κοκκίων και είναι μορφολογικά όμοια με τα μεσαγγειακά κύτταρα του νεφρικού σωματίου με τα οποία έρχονται σε συνάφεια.

Στη παρασπειραματική συσκευή, όπως στα αγγεία του νεφρού και στα ουροφόρα σωληνάρια, αναγνωρίζονται νευρικές απολήξεις. Τα νεύρα που προέρχονται από το νεφρικό πλέγμα που αποτελεί προσεκβολή του κοιλιακού πλέγματος (σχηματίζεται από κλάδους του πνευμονογαστρικού και του συμπαθητικού).

#### 1.1.δ. Ο ΔΙΑΜΕΣΟΣ ΙΣΤΟΣ

Ο διάμεσος ιστός (intersitium) αποτελεί σημαντικό συστατικό του νεφρικού παρεγχύματος και θέση αντίδρασης σε διάφορες νεφρικές παθήσεις. Είναι ελάχιστος στη φλοιώδη ουσία, αλλά αρκετά εμφανής στη μυελώδη, όπου υπάρχουν ειδικά «διάμεσα κύτταρα» με εκκριτικά κοκκία που παράγουν προσταγλανδίνες και αντιϋπερτασικά λιποειδή<sup>2</sup>.

## 1.2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ

Οι νεφροί αποτελούν ένα πρωταρχικό όργανο ελέγχου και ισορροπίας του εσωτερικού περιβάλλοντος (*milieu interieur*), γεγονός που έχει ιδιαίτερη σημασία στην προσαρμογή αλλά και την επιβίωση του ατόμου στις πολυποικίλες μορφές του εξωτερικού περιβάλλοντος. Η νεφρική συμμετοχή στην ομοιόσταση των υγρών του σώματος επιτυγχάνεται με εξειδικευμένες λειτουργίες που περιλαμβάνουν: **(α)** τη ρύθμιση του ισοζυγίου του όγκου και της σύστασης των υγρών και των ηλεκτρολυτών ( $\text{Na}^+$ ,  $\text{K}^+$ ,  $\text{H}^+$ ), **(β)** τη συμμετοχή στη ρύθμιση της οξεοβασικής ισορροπίας και **(γ)** την αποβολή των τοξινών και αχρήστων τελικών (αζωτούχων) προϊόντων του μεταβολισμού. Εκτός από τις εξωκρινείς αυτές λειτουργίες, οι νεφροί επιτελούν και ενδοκρινική λειτουργία, που συνίσταται στην παραγωγή σημαντικών ουσιών-ορμονών (ερυθροποιητίνη, βιταμίνη  $\text{D}_3$ , ρενίνη, προσταγλανδίνες, καλδικρεΐνη-βραδυκινίνη) αλλά και στο μεταβολισμό κυρίως πεπτιδικών ορμονών (ινσουλίνη, υποφυσιακές ορμόνες, γλυκαγόνο)<sup>3</sup>.

### 1.2.α. ΣΥΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΥΓΡΩΝ

Τα σωματικά υγρά έχουν συγκεκριμένη χημική σύσταση και κατανέμονται σε ξεχωριστά ανατομικά διαμερίσματα, το ενδοκυττάριο (ΕΔΥ) και το εξωκυττάριο (ΕΞΥ), τα οποία έχουν σταθερό όγκο. Περίπου τα 2/3 του σωματικού βάρους (ΣΒ) αποτελούνται από νερό (60% του ΣΒ για τους ενήλικες άνδρες και το 50% για τις ενήλικες γυναίκες), από το οποίο τα 2/3 βρίσκονται μέσα στα κύτταρα (ΕΔΥ) και το 1/3 εκτός των κυττάρων (ΕΞΥ). Το ΕΞΥ κατά τα 3/4 βρίσκεται στο χώρο μεταξύ των κυττάρων (διάμεσο υγρό, ΔΥ) και το 1/4 στον αγγειακό χώρο.

Η περιεκτικότητα του σώματος σε νερό (60%) είναι σχετικά σταθερή και εξαρτάται από την πρόσληψη και την αποβολή των υγρών. Το υπόλοιπο 40% του ΣΒ αποτελείται από λίπος (20%), στερεή κυτταρική μάζα (16%) και διάφορα μεταλλικά στοιχεία (4%).

Μέσα στο σωματικό νερό βρίσκονται σε διάλυση διάφορες ουσίες (διαλυτές ουσίες), οι οποίες διακρίνονται σε ηλεκτρολυτικές ( $\text{K}^+$ ,  $\text{Na}^+$ ,  $\text{Ca}^{++}$ ,  $\text{Mg}^{++}$ ,  $\text{SO}_4^{--}$ ) και μη ηλεκτρολυτικές, από τις οποίες πρωτεύουσα θέση έχουν οι πρωτεΐνες.

Το ΕΔΥ διαχωρίζεται από το ΔΥ με την παρουσία της κυτταρικής μεμβράνης, η οποία αποτελεί τον κυριότερο φραγμό της μετακίνησης του νερού και των διαλυτών ουσιών μεταξύ των υδατικών διαμερισμάτων. Η ικανότητα των διαφόρων ουσιών να διαπεράσουν τη μεμβράνη εξαρτάται κυρίως από το μοριακό μέγεθος και τη λιποδιαλυτότητά τους. Η μετακίνηση αυτή γίνεται είτε αυτόματα (παθητική μεταφορά),

είτε με την κατανάλωση ενέργειας (ενεργητική μεταφορά). Στην παθητική μετακίνηση περιλαμβάνονται η απλή διάχυση (diffusion), η διάχυση με μεταφορέα και η αναγκαστική μεταφορά (solvent drag).

Οι νεφροί ενεργούν κατευθείαν στον όγκο και τη σύσταση των υγρών του εξωκυττάριου και ενδοκυττάριου διαμερίσματος με δύο διαδοχικές διαδικασίες: τη σπειραματική διήθηση και τη σωληναριακή επαναρρόφηση και έκκριση<sup>3</sup>.

### 1.2.β. ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ - ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΔΙΗΘΗΣΗ

Η σπειραματική διήθηση (GFR, glomerular filtration rate) αποτελεί ίσως τη σπουδαιότερη λειτουργία του νεφρού, με την οποία στα νεφρικά σπειράματα διηθείται ένα μέρος του πλάσματος των νεφρών, ελεύθερο από τα έμμορφα στοιχεία του αίματος και τα λευκώματα. Το διήθημα αυτό με σύσταση παρόμοια του απολευκωματομένου πλάσματος, αποτελεί το αρχικό διήθημα (πρόουρο), το οποίο στη συνέχεια υφίσταται μεταβολές κατά μήκος των ουροφόρων σωληναρίων με τις λειτουργίες της επαναρρόφησης και απέκκρισης, έτσι ώστε να παραχθεί το τελικό ούρο.

Το αίμα εισέρχεται στο νεφρό από τη νεφρική αρτηρία, η οποία, μετά από μερικές διακλαδώσεις, δίνει τις τοξοειδείς αρτηρίες, στην περιοχή μετάπτωσης του νεφρικού φλοιού στο μυελό, από τις οποίες προκύπτουν οι τελικές μεσολοβίδες και τα προσαγωγά αρτηρίδια, που με τη σειρά τους σχηματίζουν τα σπειραματικά τριχοειδή και στη συνέχεια τα απαγωγά αρτηρίδια.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 1

#### Παράγοντες που επηρεάζουν τη σπειραματική διήθηση (GFR)

1. Μεταβολές της νεφρικής αιμάτωσης (RBF) [ή της νεφρικής ροής πλάσματος (RPF)].
2. Μεταβολές της αρτηριακής πίεσης, μεταβολές του τόνου των προσαγωγών – απαγωγών αρτηριδίων.
3. Αποφρακτική ουροπάθεια.
4. Αφυδάτωση, υπερπρωτεϊναιμία.
5. Ελάττωση της διηθητικής επιφάνειας (σπειραματονεφρίτις, νεφρεκτομή).
6. Ελάττωση διαπερατότητας σπειραματικών τριχοειδών.

Η διατήρηση σταθερής της σπειραματικής διήθησης σε μεγάλο εύρος τιμών της μέσης αρτηριακής πίεσης (80-180 mmHg) και η αποφυγή δημιουργίας ποσότητας διηθήματος που να ξεπερνά τη λειτουργική ικανότητα των σωληναρίων, επιτυγχάνεται με την ύπαρξη μηχανισμού αυτορρύθμισης της GFR. Αύξηση ή ελάττωση της συστηματικής αρτηριακής πίεσης συνοδεύεται από αύξηση (αγγειοσύσπαση) ή

ελάττωση (αγγειοδιαστολή) του τόνου των προσαγωγών αρτηριδίων, με τελικό αποτέλεσμα τη μείωση ή την αύξηση της τριχοειδικής υδροστατικής πίεσης και, κατά συνέπεια, τη διατήρηση σταθερής της διήθησης. Επίσης, με τη συμμετοχή, στο μηχανισμό αυτορρύθμισης, του συστήματος ρενίνης-αγγειοτασίνης-αλδοστερόνης, αύξηση της υδροστατικής πίεσης μπορεί να γίνει και με τη σύσπασση του απαγωγού αρτηριδίου. Πρέπει να σημειωθεί ότι, σε μεγάλη ελάττωση της αρτηριακής πίεσης (<70-80 mmHg), η αυτορρυθμιστική ικανότητα και η GFR ελαττώνονται παράλληλα και, όταν η μέση αρτηριακή πίεση γίνει 45-50 mmHg, επέρχεται διακοπή της GFR. Η δυνατότητα προσαρμογής της σωληναριακής επαναρρόφησης στις μεταβολές της GFR, αποτελεί τη σωληναριοσπειραματική παλίνδρομη αλληλορύθμιση, ενώ οι προσαρμοστικές μεταβολές της GFR στο επίπεδο της επαναρροφητικής λειτουργίας, αποτελούν τη σπειραματοσωληναριακή παλίνδρομη αλληλορύθμιση<sup>3</sup>.

### 1.2.γ. ΣΩΛΗΝΑΡΙΑΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ

Το σπείραμα τελικά αποδίδει στα σωληνάρια το υπερδιήθημα του πλάσματος, ως υπόστρωμα για το σχηματισμό του τελικού ούρου μέσα από τις πολύπλοκες σωληναριακές λειτουργίες, οι οποίες διαφέρουν στα διάφορα τμήματα των ουροφόρων σωληναρίων. Η διαδικασία της επαναρρόφησης περιλαμβάνει την είσοδο της ουσίας από τον αυτό του σωληναρίου και δια μέσου της κυτταρικής μεμβράνης στο εσωτερικό των κυττάρων. Στη συνέχεια, η ουσία εξέρχεται στο διάμεσο ιστό, από όπου παραλαμβάνεται από τα περισωληναριακά τριχοειδή. Αν και οι περισσότερες απορροφούμενες ουσίες επιστρέφουν αναλλοίωτες στη συστηματική κυκλοφορία, μερικές από αυτές και ιδίως οι πρωτείνες μικρού ΜΒ μεταβολίζονται κυρίως στο ΕΣΑ. Η μετακίνηση των ουσιών κατά την αντίθετη κατεύθυνση αποτελεί τη λειτουργία της έκκρισης. Οι σωληναριακές λειτουργίες παρουσιάζονται συνοπτικά στους Πίνακες 2 και 3. Εκτός από τις απεκκριτικές αυτές λειτουργίες, οι νεφροί συμμετέχουν επίσης σε εξωνεφρικούς ρυθμιστικούς μηχανισμούς με την παραγωγή ενεργοποιημένων παραγόντων, όπως συμβαίνει με τη ρετίνη και την ερυθροποιητίνη.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2**

<b>Εκκριτική και επαναρροφητική λειτουργία</b>			
	<b>Διήθηση</b>	<b>Έκκριση</b>	<b>Επαναρρόφηση(%)</b>
H <sub>2</sub> O	180 L	0,5 L	98-99
Na <sup>+</sup>	26000 mEq	100-250 mEq	'99
Cl <sup>-</sup>	21000 mEq	100-250 mEq	'98
HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup>	4800 mEq	0 mEq	100
K <sup>+</sup>	800 mEq	40-120 mEq	85-95
Ουρία	54 gr	27-32 gr	40-50

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3**

Λειτουργία των διαφόρων τμημάτων των ουροφόρων σωληναρίων	
Τμήμα σωληναρίου	Κύρια λειτουργία
Σπείραμα	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Σχηματισμός υπερδιηθήματος του πλάσματος.</li> </ul>
ΕΣΑ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Επαναρρόφηση 65-70% του διηθούμενου NaCl και H<sub>2</sub>O.</li> <li>• Επαναρρόφηση K<sup>+</sup>, αμινοξέων, γλυκόζης, Ca, P, Mg, Ουρίας, ουρικού οξέος, HCO<sub>3</sub>.</li> <li>• Έκκριση H<sup>+</sup>, οργανικών οξέων και βάσεων.</li> </ul>
Αγκύλη Henle	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ενεργητική επαναρρόφηση NaCl περισσότερο από το H<sub>2</sub>O.</li> <li>• Θέση ρύθμισης έκκρισης Mg.</li> </ul>
ΕΣΒ και Ας	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Επαναρρόφηση μικρού ποσοστού του διηθούμενου NaCl.</li> <li>• Θέση ρύθμισης έκκρισης Ca.</li> </ul>
ΑΣ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Θέση τελικής Τροποποίησης της σύστασης των ούρων.</li> <li>• Επαναρρόφηση NaCl.</li> <li>• Επαναρρόφηση H<sub>2</sub>O και ουρίας ανάλογα με την παρουσία ή όχι ADH.</li> <li>• Ενεργητική έκκριση K<sup>+</sup>.</li> <li>• Έκκριση H<sup>+</sup>, NH<sub>4</sub> (το pH των ούρων μπορεί να ελαττωθεί σε 4,5-5,0).</li> </ul>

### 1.2.δ. ΟΜΟΙΟΣΤΑΤΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ

#### ΟΜΟΙΟΣΤΑΣΗ ΥΓΡΩΝ – ΡΥΘΜΙΣΗ ΟΓΚΟΥ ΚΑΙ ΩΣΜΩΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΕΞΥ

Ο νεφρός είναι επιφορτισμένος να διατηρεί σταθερό το εσωτερικό περιβάλλον του οργανισμού, ρυθμίζοντας την επαναρρόφηση και έκκριση των διαφόρων ουσιών, ανάλογα με τις συνθήκες πρόσληψής τους και ανεξάρτητα από τυχόν συνυπάρχουσες μεταβολές του ρυθμού της σπειραματικής διήθησης.

Σε ελάττωση του ΕΞΥ (αιμορραγία, έμετοι) η νεφρική προσπάθεια επανόρθωσης της κατάστασης συνίσταται στην ελάττωση της νεφρικής απέκκρισης Na και στην κατακράτηση νερού. Η ελάττωση της αποβολής του Na (Na ούρων <20 mEq/L) οφείλεται κυρίως στην αυξημένη επαναρρόφηση NaCl στο ΕΣΑ και στην αύξηση της επαναρρόφησης Na στο ΕΣΒ από την αλδοστερόνη. Τα γεγονότα αυτά, αντιστρέφονται σε περιπτώσεις αύξησης του όγκου του ΕΞΥ, στις οποίες λαμβάνει μέρος και ο πεπτιδικός νατριουρητικός παράγων που αυξάνει την αποβολή Na, στην προσπάθεια ελάττωσης του ΕΞΥ. Εδώ πρέπει να αναφερθεί ότι οι μεταβολές του ΕΞΥ αντανakλούν μεταβολές του ολικού Na και όχι της συγκέντρωσης Na του πλάσματος, οι οποίες οφείλονται κατά πρώτο λόγο σε αλλαγές στο μεταβολισμό και στην αποβολή νερού.

Σχετικά με τη νεφρική ρύθμιση της ωσμωτικότητας του ΕΞΥ, αυτή γίνεται με τη ρύθμιση της αποβολής του νερού, η οποία εξαρτάται από τη σωστή λειτουργία των εξωνεφρικών και νεφρικών μηχανισμών.

Οι μεταβολές του ισοζυγίου του ΕΞΥ σχετίζονται, επίσης, με την επίδραση της νεφρικής λειτουργίας στη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης, ενώ η επίδραση αυτή γίνεται πολυπλοκότερη με τη νεφρική παραγωγή αγγειοκινητικών ουσιών (αγγειοτασίνης II). Οι νεφροί απαντούν στην υπόταση με την παραγωγή της ρενίνης, η οποία μετατρέπει το αγγειοτασिनογόνο του πλάσματος σε αγγειοτασίνη I. Αυτή μετατρέπεται στην ισχυρή αγγειοσυσπαστική ουσία αγγειοτασίνη II, η οποία προκαλεί: (α) αγγειοσύσπασση με αύξηση των αγγειακών αντιστάσεων και της αρτηριακής πίεσης, και (β) έκκριση αλδοστερόνης, επαναρρόφηση Na και αύξηση του όγκου του ΕΞΥ<sup>3</sup>.

#### **ΑΠΕΚΚΡΙΣΗ ΑΧΡΗΣΤΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΚΑΙ ΤΟΞΙΝΩΝ**

Η απομάκρυνση από τον οργανισμό των ενδογενών προϊόντων του μεταβολισμού, αλλά και των εξωγενών τοξινών και φαρμάκων αποτελεί μια από τις πιο γνωστές νεφρικές λειτουργίες. Τα αζωτούχα προϊόντα του καταβολισμού των λευκωμάτων (ουρία, κρεατίνη, ουρικό οξύ) αποτελούν αντιπροσωπευτικό παράδειγμα ουσιών που πρέπει να αποβληθούν.

Σε φυσιολογικές καταστάσεις, η ημερήσια παραγωγή σπειραματικού διηθήματος είναι αρκετή να δημιουργήσει συνθήκες αποβολής των άχρηστων ουσιών, σε συνεργασία βέβαια με τις σωληναριακές λειτουργίες (επαναρρόφηση και έκκριση). Η σωληναριακή έκκριση αποτελεί την κύρια οδό αποβολής ουσιών, όπως τα οργανικά οξέα (ουρικό, γαλακτικό, κιτρικό), διάφορες οργανικές βάσεις (κρεατίνη), φαρμακευτικοί παράγοντες (διουρητικά, αντιβιοτικά) και διάφορες άλλες ουσίες με υψηλή πρωτεϊνική δέσμευση. Η σπειραματοσωληναριακή λειτουργία επιτυγχάνει την αποβολή ουσιών σε συγκεντρώσεις 100-200 φορές μεγαλύτερες από τις συγκεντρώσεις του πλάσματος.

Σε περιπτώσεις όμως ελάττωσης της σπειραματικής διήθησης, παρατηρείται ελάττωση της νεφρικής αποβολής και συσσώρευση των παραπάνω ουσιών στο αίμα, κατάσταση η οποία περιγράφεται ως αζωθαιμία. Η διαφοροποίησή της από την ουραιμία συνίσταται στην απουσία κλινικών εκδηλώσεων<sup>3</sup>.



## ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΟΞΕΟΒΑΣΙΚΗΣ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑΣ

Η συμμετοχή του νεφρού στην οξεοβασική ισορροπία συνίσταται κυρίως στην επαναρρόφηση του μεγαλύτερου μέρους των διηθούμενων διττανθρακικών στο ΕΣΑ και στην παραγωγή διττανθρακικών και αμμωνίας στο ΕΣΒ. Η επαναρρόφηση και παραγωγή  $\text{HCO}_3^-$  στηρίζονται στην ενεργητική αποβολή υδρογονοκατιόντων στο σωληναριακό αυλό. Όσον αφορά την αναλογία επαναρρόφησης προς διήθηση, αυτή μπορεί να αυξηθεί σε συνθήκες υποβολαιμίας (αφυδάτωσης), καθώς επίσης και σε περιπτώσεις υποκαλιαιμίας και αύξησης της  $\text{pCO}_2$  (αναπνευστική οξέωση). Αντίθετα, σε περιπτώσεις αύξησης του  $\text{EΞΥ}$ , υποκαλιαιμίας και αναπνευστικής αλκάλωσης (ελάττωσης της  $\text{pCO}_2$ ), παρατηρείται ελάττωση του βαθμού επαναρρόφησης των διττανθρακικών. Οι διεργασίες αυτές αποτελούν την έκφραση της αντιρροπιστικής ικανότητας των νεφρών και υποδηλώνουν τη σημασία της νεφρικής λειτουργίας στη διατήρηση σταθερού εσωτερικού περιβάλλοντος<sup>3</sup>.

## ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΟΡΜΟΝΩΝ ΚΑΙ ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΩΝ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΩΝ

Οι νεφροί παρουσιάζουν επίσης ενδοκρινική λειτουργία, που αφορά τόσο τη σύνθεση όσο και το μεταβολισμό διαφόρων ορμονών.

Η ερυθροποιητίνη αποτελεί ορμόνη που συντίθεται στο νεφρό υπό την επίδραση διαφόρων φυσιολογικών και φαρμακολογικών ερεθισμάτων και στη συνέχεια μεταφέρεται με την κυκλοφορία στο μυελό των οστών, για να προκαλέσει αύξηση της παραγωγής των ερυθρών αιμοσφαιρίων. Η παραγωγή αυτή αυξάνεται σε συνθήκες με ιστική υποξία, χρόνια υποξαιμία, πνευμονοπάθεια, αναιμία, στένωση νεφρικής αρτηρίας.

Η βιταμίνη D<sub>3</sub> (χοληκαλσιφερόλη) σχηματίζεται κυρίως στο δέρμα υπό την επίδραση των υπεριωδών ακτίνων και στη συνέχεια μετατρέπεται στο ήπαρ σε 25(OH)D<sub>3</sub>. Στο νεφρό υφίσταται τη δράση της 1α-υδροξυλάσης και σχηματίζεται η 1,25(OH)<sub>2</sub>D<sub>3</sub> το ισχυρό παράγωγο που ρυθμίζει τη βιολογική δράση της βιταμίνης D, η οποία ασκείται στο λεπτό έντερο, τους νεφρούς, τους παραθυρεοειδείς αδένες και τους μυς. Η τελική δράση της συνίσταται στην αύξηση των επιπέδων του Ca και του P στο πλάσμα που απαιτείται για την ασβέστωση των οστών. Η υπασβεστιαίμια και η υποφωσφοραιμία αποτελούν τα κύρια ερεθίσματα αύξησης της δραστηριότητας της 1α-υδροξυλάσης.

Η ρενίνη είναι ένα πρωτεολυτικό ένζυμο (MB 42 kD) που εκκρίνεται από τα λεία μυϊκά κύτταρα του προσαγωγού αρτηριδίου της παρασπειραματικής συσκευής. Με τη δράση της ρενίνης σε ένα υπόστρωμα του πλάσματος, το αγγειοτασινογόνο,

προκαλείται ο σχηματισμός της αγγειοτασίνης I (δεκα-πεπτιδίο), το οποίο με τη δράση του ειδικού μετατρεπτικού ενζύμου διασπάται στο ισχυρό αγγειοσυσπαστικό οκταπεπτιδίο, την αγγειοτασίνη II. Η τελευταία εκτός από την αγγειοσυσπαστική δράση της, προκαλεί διέγερση του φλοιού των επινεφριδίων για βιοσύνθεση και έκκριση αλδοστερόνης καθώς επίσης διεγείρει το αίσθημα της δίψας και την έκκριση ADH.

Πρέπει να αναφερθεί ότι η έκκριση ρενίνης διεγείρεται:

- (α) σε ελάττωση του όγκου του αίματος,
- (β) σε ελάττωση της ποσότητας του Na και του Cl που φθάνει στα ΕΣΒ (κύτταρα της πυκνής κηλίδας),
- (γ) σε αύξηση του τόνου των συμπαθητικών νεύρων του νεφρού, και
- (δ) σε υποκαλιαιμικές καταστάσεις.

Οι νεφροί παράγουν επίσης προσταγλανδίνες, οι οποίες αποτελούν προϊόντα του μεταβολισμού του αραχιδονικού οξέος και δρουν τοπικά στο νεφρό με καθοριστικό ρόλο στη ρύθμιση της νεφρικής λειτουργίας, επειδή:

- (α) ρυθμίζουν τη νεφρική κυκλοφορία,
- (β) συμμετέχουν στη ρύθμιση της νεφρικής λειτουργίας επειδή:
  - (α) ρυθμίζουν τη νεφρική κυκλοφορία,
  - (β) συμμετέχουν στη ρύθμιση της απέκκρισης του Na και του νερού,
  - (γ) ασκούν ρυθμιστικό ρόλο στο σύστημα ρενίνης – αγγειοτασίνης – αλδοστερόνης ( $\text{PGE}_2$ ,  $\text{PDI}_2$ ).

Η δράση τους στα αγγεία είναι διασταλτική, ιδίως μετά από την επίδραση ισχυρών αγγειοσυσπαστικών ουσιών, ενώ προκαλούν αύξηση της απέκκρισης Na και  $\text{H}_2\text{O}$  ( $\text{PFE}_2$ )<sup>3</sup>.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ  
ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### 2.1. ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Ως χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ) ορίζεται η προοδευτική και μη αναστρέψιμη έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας. Τα αίτια της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας είναι πολλά, τα κυριότερα από τα οποία αναγράφονται κατά σειρά συχνότητας στον Πίνακα 4.

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 4

---

<u>Αίτια χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας</u>
Σπειραματοπάθειες
Υπερτασική νεφροσκλήρυνση
Συστηματικά και μεταβολικά νοσήματα
Συγγενείς ή κληρονομικές παθήσεις
Διάμεσες νεφροπάθειες, πνευμονεφρίτιδες
Αποφρακτικές παθήσεις

---

Στις σπειραματοπάθειες περιλαμβάνονται οι διάφορες μορφές πρωτοπαθών σπειραματοπαθειών, όπως η IgA νεφροπάθεια, η μεμβρανώδης, μεμβρανο-υπερπλαστική, εστιακή σπειρατοσκλήρυνση κ.ά. Κύριοι εκπρόσωποι των συστηματικών και μεταβολικών νοσημάτων είναι ο διαβήτης, ο συστηματικός ερυθματώδης λύκος και η αμυλοείδωση, αλλά σε χρόνιες νεφρική ανεπάρκεια μπορούν να καταλήξουν επίσης το μύελωμα, το σκληρόδερμα, η κοκκιωμάτωση Wegener, το αιμολυτικό ουραιμικό σύνδρομο, η οζώδης πολυαρτηρίτις, η πορφύρα Henoch-Schohleim καθώς και σπανιότερες παθήσεις, όπως η οξάλωση, η κυστίνωση και η νόσος του Fabry.

Από τις συγγενείς ή κληρονομικές παθήσεις συχνότερη είναι η πολυκυστική νόσος των νεφρών στους ενήλικες και η κυστική νόσος του μυελού ή νεφρονόφθιση στα παιδιά και ακολουθούν συγγενείς δυσγενεσίες, αγενεσίες ή δυσπλασίες και το σύνδρομο Alport.

Στις διάμεσες νεφροπάθειες περιλαμβάνονται οι νεφροπάθειες από νεφροτοξικές ουσίες, με κατά πολύ συχνότερη σε ορισμένα κράτη (Σουηδία, Ελβετία, Αυστραλία) τη νεφροπάθεια από αναλγητικά, η κυστεοουρηθική παλινδρόμηση, η οποία, παρότι είναι ουρολογική πάθηση, καταλήγει στα παιδιά σε ουλοποίηση του διάμεσου ιστού, και η χρόνια πνευμονεφρίτιδα.

Από τις ουρολογικές παθήσεις, το συχνότερο αίτιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας αποτελεί η λιθίαση και συγγενείς αποφρακτικές ουροπάθειες.

Όσον αφορά την επιδημιολογία της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας καθώς και των αιτίων της, τα διεθνή στοιχεία που υπάρχουν προέρχονται κυρίως από δύο μεγάλα αρχεία, της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Κάθαρσης και Μεταμόσχευσης (European Dialysis and Transplant Association – EDTA) και του Συστήματος Νεφρικών Δεδομένων των Ηνωμένων Πολιτειών (United States Renal Data System – USRDS), αφορούν αρρώστους με νεφροπάθεια τελικού σταδίου που εντάσσονται σε πρόγραμμα υποκατάστασης της νεφρικής του λειτουργίας. Τα αντίστοιχα δεδομένα για τη χώρα μας προέρχονται από την Υ.Σ.Ε. Σ' όλα τα ανωτέρω αρχεία δεν περιλαμβάνονται άρρωστοι με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια που δεν έχουν φθάσει ακόμη στο τελικό στάδιο. Ένα στοιχείο που προκύπτει από τις μελέτες αυτών των αρχείων, είναι η προοδευτική αύξηση παγκοσμίως του αριθμού των νέων αρρώστων ανά έτος και ανά εκατομμύριο πληθυσμού που εντάσσονται σε πρόγραμμα υποκατάστασης. Η αύξηση αυτή αντανακλά σε μεγάλο ποσοστό την αλλαγή πολιτικής ως προς το είδος των αρρώστων που εντάσσονται σε πρόγραμμα χρόνιας κάθαρσης. Π.χ. έχουν αυξηθεί πολύ οι άνω των 65 ετών και οι διαβητικοί που υποβάλλονται σε χρόνια κάθαρση. Άλλοι παράγοντες, που ενδεχομένως συμβάλλουν στην παρατηρούμενη αύξηση, είναι η καλύτερη αντιμετώπιση νοσημάτων, όπως η υπέρταση και τα καρδιαγγειακά νοσήματα, που συντελεί στη βελτίωση της επιβίωσης των πασχόντων και στην αύξηση της πιθανότητας να εξελιχθούν προς τελικό στάδιο νεφροπάθειες που σχετίζονται μ' αυτά τα νοσήματα. Δεν αποκλείεται όμως να υπάρχει σ' ένα βαθμό και πραγματική αύξηση των νεφροπαθειών, όπως φαίνεται από τη συσχέτισή τους με περιβαλλοντική ή επαγγελματική έκθεση σε τοξίνες ή από τη συνεχώς αυξανόμενη, έστω και σε μικρό ποσοστό, συχνότητα ένταξης νέων σε ηλικία αρρώστων (20-44 ετών), δεδομένου ότι αυτές οι ομάδες ηλικιών γίνονταν, από παλιά, σχεδόν καθ' ολοκληρία δεκτές σε προγράμματα χρόνιας κάθαρσης.

Ένα άλλο στοιχείο αφορά στο μέγεθος του προβλήματος της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας. Όπως φαίνεται από τα αρχεία του USRDS, ο αριθμός των αρρώστων που υποβάλλονταν το 1990 στις Η.Π.Α. σε χρόνια κάθαρση ή έκαναν μεταμόσχευση ανερχόταν σε 698 ανά εκατομμύριο πληθυσμού και υπολογιζόταν ότι το 1991 θα έφθανε τους 769 ανά εκατομμύριο. Η ετήσια αύξηση ανερχόταν σε 13,1%. Για την Ευρώπη, ο αντίστοιχος αριθμός ήταν 245 ανά εκατομμύριο, χωρίς ένδειξη ότι πλησιάζει κάποιο επίπεδο σταθεροποίησης. Ανάλογο είναι το πρόβλημα και για την

Ιαπωνία, της οποίας οι αριθμοί ξεπερνούν αυτούς της Αμερικής, τον Καναδά και την Αυστραλία – Νέα Ζηλανδία.

Η κλινική εικόνα ποικίλει ανάλογα με το βαθμό της νεφρικής ανεπάρκειας (ΝΑ) (Πίνακας 5). Στην ήπια και τη μέτρια αντισταθμιζόμενη νεφρική ανεπάρκεια δεν υπάρχουν κλινικά συμπτώματα, και η έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας αποκαλύπτεται μόνο με τον προσδιορισμό του ρυθμού σπειραματικής διήθησης (ΡΣΔ). Όταν η νεφρική δυσλειτουργία περάσει στο στάδιο της μη αντισταθμιζόμενης νεφρικής ανεπάρκειας ή «ουραιμίας», η συμπτωματολογία είναι αρχικά αόριστη και μη ειδική, όπως κόπωση, αδυναμία, ανορεξία, υπνηλία ή ευερεθιστότητα. Ακόμη όμως και τα γαστρεντερικά ενοχλήματα που συνοδεύουν τη βαριά νεφρική ανεπάρκεια, όπως ναυτία, μεταλλική γεύση, λόξυγγας ή και έμετος, δεν είναι ειδικά.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 5

Βαθμοί νεφρικής ανεπάρκειας	
Βαθμός	ΡΣΔ*
Ήπια	>50 mL/min
Μέτρια αντισταθμιζόμενη	30-50 mL/min
Μη αντισταθμιζόμενη	15-30 mL/min
Βαρεία	5-15 mL/min
Τελικού σταδίου	<5 mL/min

\* Ρυθμός σπειραματικής διήθησης

Επειδή ο νεφρός πέρα από τη συμβολή του στην απομάκρυνση από τον οργανισμό βλαπτικών ουσιών, συμβάλλει στη ρύθμιση της υδατοηλεκτρολυτικής και της οξεοβασικής ισορροπίας και λειτουργεί και ως ενδοκρινές όργανο, το «ουραιμικό σύνδρομο» χαρακτηρίζεται από:

- ⊠ Κατακράτηση ουραιμικών τοξινών.
- ⊠ Ορμονικές διαταραχές.
- ⊠ Υδατο-ηλεκτρολυτικές διαταραχές.
- ⊠ Διαταραχές της οξεοβασικής ισορροπίας.

Ως εκ τούτου υπάρχει συμπτωματολογία από πάρα πολλά όργανα και συστήματα:

#### 1. Από το ουροποιητικό

- Νυκτουρία – Πολυουρία
- Δίψα
- Πρωτεινουρία
- Συμπτώματα της υποκείμενης νεφροπάθειας

**2. Από το γαστρεντερικό**

- Ξηρότητα στόματος
- Μεταλλική γεύση
- Ανορεξία
- Ναυτία, έμετοι
- Λόξυγκας, ενίοτε επίμονος
- Γαστρίτιδα
- Ουραιμική κολίτιδα
- Δυσκοιλιότητα ή διάρροια

**3. Από το κυκλοφοριακό**

- Υπέρταση (κυρίως ογκοεξαρτώμενη)
- Καρδιακή ανεπάρκεια
- Ουραιμική περικαρδίτιδα
- Αθηροσκλήρυνση

**4. Από το αναπνευστικό**

- Οξεωτική αναπνοή
- Ουραιμικός πνεύμονας (από υπερφόρτωση)
- Ουραιμική πλευρίτιδα
- Λοιμώξεις

**5. Από το ερειστικό**

- Ουραιμική οστεοδυστροφία
- Ψευδο-ουρική αρθρίτιδα (εναπόθεση αλάτων ασβεστίου)
- Εξω-οστικές ασβεστώσεις

**6. Από το αιμοποιητικό**

- Αναιμία
- Αιμορραγική διάθεση (βλάβη τριχοειδών, θρομβοπενία, λειτουργικές διαταραχές αιμοπεταλίων, διαταραχές παραγόντων πήξης)
- Ανοσολογική ανεπάρκεια (διαταραχές κυτταρικής ανοσίας – υπερευσθησία επιβραδυνόμενου τύπου – ανώμαλη λειτουργικότητα λεμφοκυττάρων, ενίοτε κοκκιοκυτταροπενία)

**7. Από το νευρομυϊκό**

- Αδυναμία συγκέντρωσης
- Ανησυχία ή υπνηλία
- Ταραγμένος ύπνος
- Παιραισθήσεις

- Ψευδαισθήσεις
- Ευφορία ή κατάθλιψη
- Μανία ή παρανοϊκές ιδέες
- Νευρομυϊκή ευερεθιστότητα (τικ, μυοκλονίες, κράμπες)
- Περιφερική νευρίτιδα (σύνδρομο ανήσυχων ποδών, απώλεια εν τω βάθει αντανακλαστικών, αισθητικές διαταραχές)
- Μειωμένη ταχύτητα αγωγής

#### **8. Από το γεννητικό**

- Μείωση του libido, ανικανότητα
- Αμηνόρροια
- Μειωμένη γονιμότητα
- Γυναικομαστία
- Γαλακτόρροια

#### **9. Από τους ενδοκρινείς αδένες**

- Ανεπαρκής παραγωγή  $1,25(\text{OH})_3\text{D}_3$
- Δευτεροπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός
- Ανεπαρκής παραγωγή ερυθροποιητίνης
- Αύξηση προλακτίνης, FSH, LH
- Μεταβολές του άξονα ρενίνης – αγγειοτασίνης
- Μείωση των αναγκών σε ινσουλίνη στους διαβητικούς (μειωμένη αποδόμηση και αυξημένη αντοχή των ιστών στη δράση της)

#### **10. Από το δέρμα**

- Ξηρότητα
- Γαιώδης χροιά (συνδυασμός ωχρότητας και εναπόθεσης ουροχρώματος)
- Κνησμός
- Λευκονυχία

Η εργαστηριακή σημειολογία, συνίσταται σε:

- 1) Αύξηση της ουρίας και της κρεατίνης του ορού. Οι τιμές και των δύο δεν αυξάνονται παρά αφού ο ρυθμός σπειραματικής διήθησης ελαττωθεί κάτω του 40%. Μικρές αυξήσεις της ουρίας αίματος έχουν περιορισμένη σημασία, δεδομένου ότι η παραγωγή της επηρεάζεται και από άλλους παράγοντες εκτός από τη νεφρική λειτουργία, όπως η πρόσληψη πρωτεϊνών και ο πρωτεϊνικός καταβολισμός, ενώ η αποβολή της επηρεάζεται από τη διούρηση, με αποτέλεσμα σε πολλές περιπτώσεις να είναι αυξημένη δυσανάλογα προς την πραγματική σπειραματική διήθηση. Σε προχωρημένη όμως νεφρική



ανεπάρκεια, η ουρία αίματος συμβαδίζει με την ουραιμική συμπτωματολογία. Η κρεατίνη του ορού αποτελεί καλύτερο δείκτη της νεφρικής λειτουργίας, γιατί δεν επηρεάζεται από τους πιο πάνω παράγοντες αλλά και αυτή είναι μέσα στα φυσιολογικά όρια στην ήπια ή την αντισταθμιζόμενη νεφρική ανεπάρκεια και επιπλέον η τιμή της έχει άμεση σχέση με τη μυϊκή μάζα, γεγονός που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά την αξιολόγησή της.

- 2) Μείωση του ρυθμού σπειραματικής διήθησης, όπως αυτός εκτιμάται με τις διάφορες πλασματοκαθάρσεις (clearances) που καθορίζουν και το βαθμό της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας (Πίνακας 5).
- 3) Μείωση του pH και των διττανθρακικών του αίματος (μεταβολική οξέωση). Τα διττανθρακικά συνήθως κυμαίνονται μεταξύ 15 και 25 mmol/L, ενώ το χάσμα ανιόντων [νάτριο ορού – (χλώριο ορού + διττανθρακικά)] είναι αυξημένο πάνω από 12 mmol/L, λόγω της κατακράτησης οργανικών οξέων.
- 4) Το νάτριο του ορού είναι φυσιολογικό ή ελαττωμένο, ενώ υπερκαλιαιμία παρατηρείται σε προχωρημένα στάδια νεφρική ανεπάρκεια με ολιγουρία. Ο φωσφόρος του ορού αυξάνεται πρώιμα και η αύξησή τους έχει ιδιαίτερη σημασία για τη δημιουργία της νεφρικής οστεοδυστροφίας, ενώ το ασβέστιο είναι συνήθως χαμηλό, εκτός αν έχει εμφανισθεί δευτεροπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός. Το χλώριο είναι συνήθως αυξημένο σε σχέση με το νάτριο, ενώ το μαγνήσιο είναι αυξημένο ή φυσιολογικό, εκτός αν υποβάλλονται σε πολύ αυστηρή δίαιτα.
- 5) Η αλκαλική φωσφατάση του ορού και η παραθορμόνη αυξάνονται επί ανάπτυξης δευτεροπαθούς ή τριτοπαθούς (αυτόνομου) υπαρπαραθυρεοειδισμού.
- 6) Το ουρικό οξύ είναι από τις ουσίες που κατακρατούνται πρώιμα, αλλά σπάνια προκαλεί κρίσεις ουρικής αρθρίτιδας.
- 7) Η αναιμία, η οποία είναι αρκετά έκδηλη στη νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου (Hb 5-10 g/dL), είναι νορμόχρωμη, νορμοκυτταρική, με ανεύρεση ενίοτε κυτάρων Burr, ο αριθμός των λευκών και των αιμοπεταλίων είναι συνήθως μέσα στα φυσιολογικά όρια. Σε προχωρημένα στάδια υπάρχει διαταραχή των παραγόντων πήξης, αλλά ο χρόνος πήξης και ο χρόνος προθρομβίνης είναι φυσιολογικοί.
- 8) Στο ίζημα των ούρων μπορεί να παρατηρηθούν ευρείς κύλινδροι, ενδεικτικοί διάτασης των σωληναρίων και στάσης και ενδεχομένως ευρήματα οφειλόμενα στην υποκείμενη νεφροπάθεια (όπως αιματοουρία, κυλινδρουρία) ή σε

ουρολοίμωξη (βακτηριουρία, πυουρία). Τα ούρα είναι συνήθως ισοσθενή (ειδικό βάρος 1010, ωσμωτικότητα 300 mOsm/kg). Σχεδόν πάντα υπάρχει πρωτεϊνουρία.

- 9) Η απεικόνιση των νεφρών με υπερήχους ή νεφροτομογραφία δείχνει μικρούς, ρικνούς νεφρούς εκτός από την περίπτωση της πολυκυστικής νόσου, της αμυλοείδωσης και της διαβητικής νεφροπάθειας.

Η διάγνωση της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας βασίζεται στο ιστορικό, τη φυσική εξέταση και την κλινική και εργαστηριακή σημειολογία. Τα ερωτήματα, στα οποία καλείται κανείς να απαντήσει, είναι τα ακόλουθα:

1. Αν είναι οξεία ή χρόνια νεφρική ανεπάρκεια.
2. Μήπως υφίστανται παράγοντες επιδείνωσης της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας.
3. Ποια είναι η υποκείμενη αιτία.
4. Ποιος ο βαθμός της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας.

Για τη διαφορική διάγνωση μεταξύ οξείας και χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας αναζητούνται παράγοντες που υποδηλώνουν χρονιότητα, όπως η διάρκεια της συμπτωματολογίας από μήνες, η ύπαρξη νυκτουρίας, αναιμίας, οστεοπάθειας, σεξουαλικής δυσλειτουργίας, νευρολογικών συμπτωμάτων, κνησμού, χαρακτηριστικής χροιάς του δέρματος, μικρών ρικνών νεφρών. Συνήθως, η συμπτωματολογία είναι δυσανάλογη με τις εργαστηριακές παραμέτρους. Η ύπαρξη προηγούμενου εργαστηριακού ελέγχου ή ιστορικού νεφροπάθειας είναι επίσης υποβοηθητική.

Άρρωστοι που πάσχουν από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια μπορούν να εμφανίσουν απότομη μείωση της νεφρικής τους λειτουργίας (οξεία επί ΧΝΑ), όταν συντρέξουν παράγοντες επιδείνωσης (Πίνακας 5).

## ΠΙΝΑΚΑΣ 5

### Παράγοντες επιδείνωσης της ΧΝΑ

Υποογκαιμία  
Επιδεινούμενη υπέρταση  
Καρδιακή κάμψη  
Περικαρδίτιδα  
Φάρμακα, ακτινοσκιερές ουσίες  
Λοιμώξεις  
Απόφραξη  
Αθηροεμβολική νόσος  
Θρόμβωση νεφρικής φλέβας  
Έξαρση της πρωτοπαθούς νόσου

Η καρδιακή κάμψη μπορεί να προκαλέσει μείωση της σπειραματικής διήθησης μέχρι και κατά 50%. Η ουραιμική περικαρδίτιδα δρα μειώνοντας επίσης την καρδιακή παροχή. Τα φάρμακα, ιδίως τα νεφροτοξικά, πρέπει να αποφεύγονται ή να δίνονται με τροποποιημένη δόση. Οι ακτινοσκιερές ουσίες μπορεί να προκαλέσουν μη αναστρέψιμη επιδείνωση ιδίως σε διαβητικούς, ηλικιωμένους, αρρώστους με νεφροσκλήρυνση ή πολλαπλούν μυέλωμα. Οι λοιμώξεις, γενικά και ιδιαίτερα οι λοιμώξεις των ουροφόρων οδών, είναι συχνό αίτιο επιδείνωσης. Η απόφραξη των ουροφόρων οδών από λίθους, υπερτροφία προστάτη ή ακόμη και η ενδονεφρική απόφραξη, όπως στην περίπτωση της υπερασβεστιουρίας και της υπερουρικούριας, επιδεινώνουν την ήδη μειονεκτική νεφρική λειτουργία. Η αθηροεμβολική νόσος των νεφρών μπορεί να είναι το αίτιο απότομης επιδείνωσης επί χορήγησης αναστολέων του μετατρεπτικού ενζύμου. Θρόμβωση της νεφρικής φλέβας μπορεί να συμβεί σε αρρώστους με νεφρωσικό σύνδρομο και η υποψία τίθεται με την απότομη αύξηση της πρωτεϊνουρίας. Τέλος, έξαρση της πρωτοπαθούς νόσου π.χ. του ερυθρηματώδους λύκου, μπορεί να επιδεινώσει τη νεφρική ανεπάρκεια. Η διάγνωση της υποκείμενης αιτίας έχει σημασία, στο μέτρο που η θεραπεία της θα επηρεάσει την εξέλιξη της νεφρικής ανεπάρκειας, όπως π.χ. ο έλεγχος της υπέρτασης, η διόρθωση ουρολογικών παθήσεων, η ρύθμιση του διαβήτη, η θεραπεία της υποκείμενης νόσου, π.χ. του ερυθρηματώδους λύκου, του πολλαπλού μυελώματος κ.λ.π.).

Η εκτίμηση του βαθμού της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας θα καθορίσει το είδος της θεραπείας και την πρόγνωση. Αν πρόκειται για μέτρια μη αντισταθμιζόμενη νεφρική ανεπάρκεια, αρκεί η διαίτα, η παρακολούθηση και η αποφυγή και θεραπεία των παραγόντων επιδείνωσης. Αν η νεφρική ανεπάρκεια είναι βαριά, θα πρέπει να γίνει προετοιμασία του αρρώστου για μελλοντική θεραπεία υποκατάστασης, η οποία είναι η ενδεικνυόμενη θεραπεία για τη νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου. Ένας καλός τρόπος, για να παρακολουθεί κανείς την εξέλιξη και να εκτιμά την πρόοδο της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας, είναι να σχεδιάζει το αντίστροφο της κρεατίνης του ορού (1/cr) έναντι του χρόνου και να εκτιμά την κλίση της καμπύλης αυτής, από την οποία μπορεί να υπολογισθεί και ο χρόνος πιθανής έναρξης της θεραπείας υποκατάστασης<sup>4</sup>.

## 2.2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Στην εποχή μας, σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, παρατηρείται αύξηση του αριθμού των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Ακριβείς στατιστικές, όμως, για το ποσοστό των ατόμων που πάσχουν από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, είναι δύσκολα να καταρτισθούν, επειδή η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια είναι μια βραδείας εξέλιξης διεργασία, με ελαφρά ή δυσδιάκριτη έναρξη. Συνήθως πολλοί, ενώ πάσχουν, δεν αναγνωρίζουν τα συμπτώματά τους. Επιπλέον, η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια είναι δυνατόν να η διαγνωσθεί στα αρχικά της στάδια, λόγω ασάφειας των συμπτωμάτων.

Αναφέρονται, ενδεικτικά, μερικά στοιχεία της Υπηρεσίας Συντονισμού και Ελέγχου Μεταμοσχεύσεων. Στο τέλος του 1992, αναφέρεται ότι στην Ελλάδα ευρίσκοντο σε θεραπεία με υποκατάσταση ή αντικατάσταση της νεφρικής λειτουργίας 4.752 ασθενείς. Περίπου 450 νέοι ασθενείς προστίθενται ετησίως σε αυτό το είδος θεραπείας. Ο καθορισμός της νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών με ΧΝΑ είναι αποτέλεσμα της συνεκτίμησης πολλών παραμέτρων. Το στάδιο εξέλιξης της νόσου, οι επακόλουθες σωματικές ενοχλήσεις που εμποδίζουν την αίσθηση καλής υγείας, η αντίληψη της νόσου από τον ασθενή και την οικογένειά του και οι δευτερογενείς ψυχοκοινωνικές επιδράσεις είναι μερικές από αυτές<sup>6</sup>.

### 2.2.1. Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Η κλινική νοσηλευτική φροντίδα στους ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια περιλαμβάνει:

- Σε πρώτη φάση, την αξιολόγηση της γενικής κατάστασης του ασθενή για την εντόπιση των ποικίλων αναγκών και προβλημάτων του.
- Σε δεύτερη φάση, την ιεράρχηση των αναγκών και προβλημάτων και την αντιμετώπισή τους άμεσα, μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα, με τελικό σκοπό την αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξη των νεφροπαθών.

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Το ενδιαφέρον της νοσηλευτικής αξιολόγησης εστιάζεται στη συγκέντρωση πληροφοριών που αφορούν:

- i. Το **ιστορικό**. Αίτιο της νόσου (πρωτοπαθές ή δευτεροπαθές), συνυπάρχουσες μεταβολικές διαταραχές, οικογενειακό ιστορικό νεφρικής νόσου, και
- ii. Τη **λειτουργική κατάσταση** του ασθενή και συγκεκριμένα τη σωματική, τη συναισθηματική, την κοινωνική και την γνωστική κατάστασή του. Και οι τέσσερις αυτές «περιοχές» αποτελούν το πλαίσιο για τη νοσηλευτική εκτίμηση του

ασθενή. Πολλές φορές, οι περιοχές αυτές ενδέχεται να αλληλοσυγκρούονται ή να λειτουργούν υποστηρικτικά για την κατάσταση της υγείας του.

### **2.3. ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ**

Τα πιο κοινά προβλήματα που μπορούν να μειώσουν ή να αφαιρέσουν την άνεση του νεφροπαθή είναι:

- Κατακράτηση υγρών και μειωμένη καρδιακή απόδοση.
- Αιμορραγική διάθεση.
- Ευπάθεια στις λοιμώξεις.
- Διαταραχή θρεπτικού ισοζυγίου.
- Οστικά άλγη.
- Ξηρότητα δέρματος και κνησμός.
- Νευρολογικές διαταραχές.
- Λύπη, φόβος, αλλαγή εικόνα σώματος.
- Αλλαγή σεξουαλικού προτύπου.
- Έλλειψη γνώσεων όσον αφορά τη νόσο και τη θεραπεία<sup>4</sup>.

### **2.4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ<sup>5</sup>**

Για την αντιμετώπιση των σωματικών και ψυχοκοινωνικών προβλημάτων του νεφροπαθή, προτείνονται τρόποι αντιμετώπισης και περιορισμού τους από τους νοσηλευτές.

#### **2.4.α. ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ**

1. Κατακράτηση υγρών και μειωμένη καρδιακή απόδοση. Προκειμένου να διατηρηθεί η ισορροπία των υγρών και των ηλεκτρολυτών του οργανισμού, η αρτηριακή πίεση να παραμείνει φυσιολογική χωρίς ή με αντιύπερτασική αγωγή και ο ασθενής να απαλλαγεί από καρδιακή επιβάρυνση ή κάμψη, οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν:
  - ≠ Την εκτίμηση των ζωτικών σημείων και της νευρολογικής κατάστασης.
  - ≠ Τη συχνή παρακολούθηση του σωματικού βάρους.
  - ≠ Τη μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών. Ενθαρρύνεται ο ασθενής να ακολουθεί πιστά το σχήμα πρόσληψης υγρών.

- ≡ Τη χορήγηση αντιυπερτασικών, σύμφωνα με την αγωγή και παρακολούθηση των αποτελεσμάτων.
  - ≡ Την παρακολούθηση επιπέδων των ηλεκτρολυτών του ορού αίματος.
  - ≡ Την ακρόαση των πνευμόνων και της καρδιάς.
  - ≡ Τον έλεγχο για την παρουσία περιφερικού οιδήματος και για διάταση σφαγιτίδων.
  - ≡ Τη χορήγηση διουρητικών, όπως καθορίζεται από το θεράποντα γιατρό, παρακολουθώντας τις τυχόν παρενέργειες και τη διούρηση μετά τη χορήγησή τους.
  - ≡ Την προσαρμογή του νατρίου της διατροφής, ανάλογα με τις ανάγκες του. Καθορίζεται από το ποσό που αποβάλλεται από τα ούρα 24ώρου.
- 2.** Αιμορραγική διάθεση (λόγω διαταραχών της πήξεως), ενώ συνυπάρχει και αναιμία.
- ≡ Ελέγχεται προσεκτικά ο ασθενής για τυχόν σημεία εξωτερικής αιμορραγίας (δέρμα-βλεννογόνου), καθώς και εσωτερικής αιμορραγίας (αδυναμία-ωχρότητα). Ο αυξημένος καρδιακός ρυθμός μπορεί να υποδηλώνει εσωτερική αιμορραγία.
  - ≡ Παρακολουθούνται οι αιματολογικές εξετάσεις.
  - ≡ Αν χρειαστεί, χορηγούνται συστατικά του αίματος, σύμφωνα με τις οδηγίες.
- 3.** Ευπάθεια στις λοιμώξεις, λόγω μειωμένης λειτουργίας του ανοσιακού συστήματος.
- ≡ Για την πρόληψη των λοιμώξεων, σε όλες τις διαδικασίες της νοσηλείας, εφαρμόζονται άσηπτες τεχνικές καθώς και καλό πλύσιμο των χεριών.
  - ≡ Ενισχύεται η θρέψη του ασθενή.
  - ≡ Αποφεύγονται, αν είναι δυνατόν, οι φλεβοκαθετήρες καθώς και ο καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως.
  - ≡ Συνιστώνται αναπνευστικές ασκήσεις.
  - ≡ Παρακολουθείται ο ασθενής για σημεία λοίμωξης (θερμοκρασία, έλεγχος λευκών, ΤΚΕ, ουροκαλλιέργειες κ.ά.).
  - ≡ Σε λοίμωξη, χορηγούνται κατάλληλα αντιμικροβιακά, σε κατάλληλα ρυθμισμένες δόσεις, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.
- 4.** Διαταραχή θρεπτικού ισοζυγίου. Η διατροφή είναι ελλιπής σε σχέση με τις θερμικές ανάγκες, λόγω ανορεξίας και γαστρεντερικών διαταραχών. Για την προαγωγή της πρωτεϊνικής ομοιόστασης, οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν:

- ⊘ Τη χορήγηση δίαιτας υψηλής περιεκτικότητας σε υδατάνθρακες (άνω των 100 g το 24ωρο), επειδή οι υδατάνθρακες εμποδίζουν τον καταβολισμό των πρωτεϊνών, σε λίπη και βιταμίνες.
  - ⊘ Τα υγρά περιορίζονται ανάλογα με το ποσό των αποβαλλομένων ούρων.
  - ⊘ Το νάτριο περιορίζονται ανάλογα με το ποσό των αποβαλλομένων ούρων.
  - ⊘ Το νάτριο και το κάλιο περιορίζονται ανάλογα με τη νεφρική βλάβη καθώς και με το ποσό που αποβάλλεται στα ούρα.
  - ⊘ Το λεύκωμα της τροφής περιορίζεται ανάλογα με το βαθμό της νεφρικής βλάβης. Οι πρωτεΐνες που επιτρέπονται είναι υψηλής βιολογικής αξίας (π.χ. γάλα, αυγό), ενώ αποφεύγονται πρωτεΐνες φτωχές σε βασικά αμινοξέα (π.χ. φυτικές πρωτεΐνες)
  - ⊘ Σχεδιάζονται συχνά και μικρά γεύματα.
  - ⊘ Παρακολουθούνται τα επίπεδα των πρωτεϊνών του ορού αίματος.
  - ⊘ Αν ο ασθενής δεν ανέχεται πρόσληψη από το στόμα, χορηγείται ολική παρεντερική διατροφή.
- 5.** Οστικά άλγη, λόγω οστεοδυστροφίας. Η δυσμενής επίδραση που ασκεί ο πόνος στην άνεση του νεφροπαθή, επιβάλλει την άμεση αντιμετώπισή του από τους νοσηλευτές, οι οποίοι αρχικά επιδιώκουν:
- ⊘ Να συνεργαστούν με τον ασθενή για την ανεύρεση αποτελεσματικών μέτρων ανακούφισης, όπως θερμά επιθέματα, ασκήσεις, φυσικοθεραπεία.
  - ⊘ Να εντοπίσουν τους παράγοντες που προκαλούν ή επιδεινώνουν τον πόνο (π.χ. κίνηση), με σκοπό την λήψη μέτρων για την αποφυγή του (π.χ. περιορισμός της κινητικότητας).

Επιπλέον η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει:

- ⊘ Τον έλεγχο του ασβεστίου και του φωσφόρου του αίματος.
  - ⊘ Τη χορήγηση φαρμάκων για τη ρύθμιση της ισορροπίας ασβεστίου και φωσφόρου.
  - ⊘ Τη χορήγηση αναλγητικών, μόνο αν χρειάζεται. Αποφεύγονται τα αναλγητικά που αδρανοποιούνται στους νεφρούς.
- 6.** Ξηρότητα δέρματος και κνησμός (λόγω εναπόθεσης στο δέρμα ουραιμικών κρυστάλλων). Με σκοπό τη διατήρηση και την προαγωγή της φυσικής κατάστασης του δέρματος καθώς και την άνεση του ασθενή, εφαρμόζονται οι ακόλουθες ενέργειες:

- ≡ Καθαριότητα του δέρματος τουλάχιστον καθημερινά, χρησιμοποιώντας ουδέτερο σαπούνι.
  - ≡ Επάλειψη με ελαιώδεις αλοιφές (π.χ. λανολίνη).
  - ≡ Συχνή αλλαγή θέσεως.
  - ≡ Αν αναπτυχθεί «ουραιμικός παγετός», χρησιμοποιείται αραιό διάλυμα οξείκου οξέος (ξύδι).
7. Νευρολογικές διαταραχές: μειωμένη διανοητική λειτουργία, αισθητικές και κινητικές διαταραχές (περιφερική νευροπάθεια, ουραιμική εγκεφαλοπάθεια).

Για τη βελτίωση ή την αποκατάσταση των αισθητικών και κινητικών λειτουργιών, οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν:

- ≡ Την παρακολούθηση της ουρίας, της κρεατίνης και της PTH του αίματος.
- ≡ Την εκτίμηση του προσανατολισμού στο χρόνο, τον τόπο και τα πρόσωπα.
- ≡ Την αξιολόγηση των αισθητικών διαταραχών.
- ≡ Την εκτίμηση του ασθενή για κινητικά προβλήματα, όπως δυσκολία στη βάδιση, αιμωδία κατά τη βάδιση.
- ≡ Την εξασφάλιση ασφαλούς περιβάλλοντος.
- ≡ Την ενθάρρυνση και καθοδήγηση στην αυτοφροντίδα του ασθενή, ανάλογα με τις ανάγκες του<sup>6</sup>.

#### 2.4.β. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

1. *Λύπη*, λόγω της απώλειας της νεφρικής λειτουργίας, που απαιτεί αλλαγή στον τρόπο ζωής και της φτωχής πρόγνωσης.  
*Φόβος* που σχετίζεται με τον επικείμενο θάνατο.  
*Αλλαγή εικόνας σώματος*  
*Αδυναμία του ασθενή και της οικογένειας να ανταπεξέλθουν στην αλλαγή του τρόπου ζωής και στις αναγκαίες αποφάσεις που πρέπει να ληφθούν.*

Ως χρόνια νόσος, η νεφρική ανεπάρκεια δημιουργεί αντίκτυπο όχι μόνο στον ασθενή αλλά και στην οικογένειά του. Ο τρόπος που βλέπουν την παρουσία της χρόνιας νόσου παίζει σημαντικό ρόλο, όσον αφορά τις αντιδράσεις και τη συμπεριφορά τους, τόσο στην αντιμετώπιση του ίδιου του προβλήματος, όσο και στη μεταξύ τους σχέση (Brannon and Fierst, 1992).

Οι Leventhal et al (1980), διαπίστωσαν ότι οι άνθρωποι που πάσχουν από χρόνια νόσο, σκέφτονται γι' αυτή σαν να πρόκειται για μια «σοβαρή» ασθένεια» από



την οποία όπως θα θεραπευτούν. Αυτή η εσφαλμένη εντύπωση για τη νόσο έχει ως αποτέλεσμα μια μη εναρμονισμένη συμπεριφορά.

Οι Burton et al (1989), μελέτησαν την ποιότητα της ζωής των χρόνιων νεφροπαθών. Αναφέρουν ότι η ΧΝΑ επιφέρει αλλαγές στις συνεργασίες και δραστηριότητες των ασθενών, όπως και στον κοινωνικό ρόλο και στον τρόπο εργασίας. Η εξέλιξη της καριέρας επηρεάζεται αρνητικά, η σεξουαλική δραστηριότητα περιορίζεται, όπως και οι πνευματικές και διανοητικές προσπάθειες για επιτυχία.

Ο φόβος του θανάτου, όπως περιγράφεται από τους Golden και Milne (1978), μεγαλώνει από τους φόβους της συνεχούς εξασθένησης της υγείας και το φόβο του να ζει κανείς με τεχνικά μέσα.

Η κεντρική αντίληψη του ασθενή για το σώμα του επηρεάζεται, όπως αναφέρουν οι Fisher και Cleveland (1958), σε σημείο που μπορεί να αλλάξει συμπεριφορά, πεποιθήσεις και αισθήματα. Αντίθετα, ο Cameron (1963) αναφέρει ότι η αίσθηση μιας καλύτερης εικόνας του σώματος έχει ως αποτέλεσμα συναισθηματική ένταση, διακοπή προτύπων συμπεριφοράς και παραγωγή πνευματικής δραστηριότητας. Άλλοι ερευνητές αναφέρουν ότι η απώλεια μιας λειτουργίας ή μέλους του σώματος αποτελεί σημαντική αιτία του stress.

Οι σχέσεις στην οικογένεια επηρεάζονται από τη χρόνια νόσο και τη θεραπεία της. Ο Moos (1984), περιέγραψε πως η χρόνια νόσος μπορεί να προκαλέσει τη διαταραχή της ταυτότητας του ασθενή και αλλαγή στις σχέσεις του με τους άλλους. Οι Palme et al (1984), μελέτησαν τις σχέσεις στα ζευγάρια, όπου ο ένας πάσχει από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, και βρήκαν ότι η σχέση τους ήταν καταπιεστική από την έλλειψη κατανόησης και υποστήριξης. Αυτό προβλήθηκε, επειδή ο ασθενής και ο σύντροφος του είχαν διαφορετική άποψη του προβλήματος.

Στα προβλήματα αυτά, οι ασθενείς μπορούν να βοηθηθούν με μια προσπάθεια θετικής προσαρμογής από τους νοσηλευτές, οι οποίοι:

- Σχεδιάζουν τη νοσηλευτική φροντίδα, ώστε να υπάρχει συχνά χρόνος για συζήτηση με τον ασθενή, σχετικά με τη νόσο, τη θεραπεία και τις επιλογές της.
- Ενθαρρύνουν τον ασθενή να περιγράψει πως αντιλαμβάνεται την κατάστασή του και να εκφράσει τα συναισθήματά του.
- Ενθαρρύνουν τη συμμετοχή της οικογένειας, στην ενημέρωση, υποστήριξη και καθοδήγηση του ασθενή.
- Πολύ χρήσιμη κρίνεται η ξενάγηση του ασθενή στην μονάδα αιμοκάθαρσης, περιτοναϊκής κάθαρσης και σε μεταμοσχευματικό κέντρο, από τους ειδικούς

νοσηλευτές αυτών των τμημάτων, ώστε να αποκτήσει προσωπική αντίληψη των μεθόδων θεραπείας.

- Όταν ο ασθενής δεν μπορεί να προσαρμοσθεί και εκφράζει απελπισία και άρνηση στο σχέδιο θεραπείας, συνιστάται ειδικός σύμβουλος (ψυχολόγος, ψυχίατρος).

2. *Αλλαγή σεξουαλικού προτύπου*, λόγω σεξουαλικής δυσλειτουργίας.

Τα σεξουαλικά προβλήματα των νεφροπαθών, όπως η ελάττωση της libido και η στειρότητα, επιδεινώνονται από το άγχος και την πίεση της σεξουαλικής ανικανότητάς τους. Στις διαταραχές αυτές, φαίνεται ότι συμμετέχουν και οι παρενέργειες ορισμένων φαρμάκων που χορηγούνται για τη νεφρική δυσλειτουργία (Baucroft, 1989). Ο Rickus (1987), σε μελέτη του σε γυναίκες νεφροπαθείς, περιέγραψε παράγοντες σχετιζόμενους με τη σεξουαλική δυσλειτουργία (Πίνακας 6). Οι ίδιοι παράγοντες, που επισημάνθηκαν και στους άνδρες νεφροπαθείς, επέτρεψαν το διαχωρισμό των αιτιών της σεξουαλικής δυσλειτουργίας σε κατηγορίες.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 6

---

**Παράγοντες σχετιζόμενοι με τη σεξουαλική δυσλειτουργία**

---

Φόβος για το θάνατο  
Αναιμία  
Εικόνα του σώματος  
Νευροπάθεια  
Λειτουργία ενδοκρινικών αδένων  
Θεραπεία  
Επικοινωνία  
Αποκατάσταση  
Διαθεσιμότητα του συντρόφου

---

Οι νοσηλευτές που γνωρίζουν τις επιδράσεις της νόσου στη σεξουαλική συμπεριφορά των νεφροπαθών, δημιουργούν κλίμα εμπιστοσύνης και με μη κριτική διάθεση ενθαρρύνουν τον ασθενή να εκφράσει της ανησυχίες του και τους προβληματισμούς του. Αν χρειασθεί, συνιστάται η βοήθεια του ειδικού συμβούλου (ψυχολόγος, ψυχίατρος).

3. *Έλλειψη γνώσεων του ασθενή και της οικογένειάς του* όσον αφορά την κατάσταση της υγείας του και το μετανοσοκομειακό σχέδιο θεραπείας.

Η εκπόνηση προγραμμάτων ενημέρωσης και διδασκαλίας του ασθενή αλλά και της οικογένειας, έχει ως βάση τις καθορισμένες ανάγκες των νεφροπαθών, όπως:

- Η αντιμετώπιση της νόσου.

- Οι επιπλοκές της.
- Η φαρμακευτική αγωγή.
- Η διαίτα.
- Τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα.
- Η συχνή παρακολούθηση από νεφρολογικό κέντρο.

Ο αντικειμενικός σκοπός της ενημέρωσης και εκπαίδευσης, από τους νοσηλευτές, είναι να συνειδητοποιήσει ο κάθε νεφροπαθής τις ανάγκες της αγωγής του και να υιοθετήσει ελεύθερα αυτά που διδάσκεται, για να αλλάξει συμπεριφορά, δηλαδή να πετύχει την μεγαλύτερη αποκατάστασή του και την απρόσκοπτη κοινωνική επανένταξή του<sup>7</sup>.

Συμπερασματικά, η Νοσηλευτική ως επιστήμη, που ασχολείται με την υγεία του ανθρώπου, συμμετέχει στη φροντίδα των νεφροπαθών βοηθώντας τους χρόνιους αυτούς πάσχοντες, στην καλύτερη ποιότητα ζωής, μέσα στα εκάστοτε όρια της πορείας της νόσου τους<sup>7</sup>.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

ΜΕΘΟΔΟΙ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ  
ΚΑΙ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ  
ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### **3.1. ΜΕΘΟΔΟΙ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ**

Ήδη από την εποχή του Ιπποκράτη επικρατούσε η άποψη ότι η «νόσος» είναι αποτέλεσμα συσσώρευσης τοξικών ουσιών στον οργανισμό. Ο τρόπος απομάκρυνσης των ουσιών αυτών και η ρύθμιση, συνεπώς, της χημικής ισορροπίας του οργανισμού ήταν ανέκαθεν στο επίκεντρο του ερευνητικού ενδιαφέροντος. Οι εξελίξεις που πραγματοποιήθηκαν τα τελευταία χρόνια συνέβαλαν στη δημιουργία νέων τεχνικών, οι οποίες μείωσαν σημαντικά την ένταση του προβλήματος. Η επιλογή της μεθόδου που θα χρησιμοποιηθεί για την απομάκρυνση των τοξικών ουσιών από τον οργανισμό αποτελεί ένα από τα πιο αμφιλεγόμενα θέματα της Κλινικής Νεφρολογίας. Κι αυτό για δύο λόγους: Ο ένας είναι ότι ο Τεχνητός Νεφρός είναι μια μέθοδος εξωνεφρικής κάθαρσης που προσπαθεί να μιμηθεί τις λειτουργίες του φυσιολογικού νεφρού, με τον οποίο οι ομοιότητές του είναι λίγες. Ο δεύτερος είναι ότι με τη μέθοδο αυτή επιχειρούμε να αντιμετωπίσουμε μία κλινική κατάσταση – όπως είναι η ουραιμία – για την οποία οι γνώσεις μας σε πολλά σημεία είναι «ανεπαρκείς». Αυτό φαίνεται από το γεγονός ότι η εφαρμογή της αιμοκάθαρσης στηρίζεται σε πρωτόκολλα ή απόψεις, για τα οποία δεν υπάρχει πλήρης επιστημονική τεκμηρίωση.

Η χρόνια αιμοκάθαρση ως μέθοδος υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας εισέρχεται ήδη στην Πέμπτη δεκαετία της κλινικής της εφαρμογής και ο αριθμός των ασθενών που αντιμετωπίζονται με αυτήν πλησιάζει τις 400.000 σε όλο τον κόσμο.

Οι δύο τελευταίες δεκαετίες της αιμοκάθαρσης χαρακτηρίζονται από προοδευτική βελτίωση της επιβίωσης των ασθενών. Αυτό ήταν το αποτέλεσμα της βελτίωσης όχι μόνο των συμβατικών μεθόδων κάθαρσης αλλά και της εφαρμογής νέων που στηρίχθηκαν στα αποτελέσματα των ερευνητικών προσπαθειών και στην ανακάλυψη νέων μεμβρανών για αιμοκάθαρση.

Τη τελευταία δεκαετία η μεταμόσχευση συμπαγών οργάνων μετεπήδησε από το στάδιο της περιορισμένης εφαρμογής από ελάχιστα εξειδικευμένα κέντρα, σε κλινικά αποδεκτή μέθοδο για την υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας. Η ταχεία εξάπλωση των μεταμοσχεύσεων έγινε δυνατή χάρη στις σημαντικές εξελίξεις στο χώρο της χειρουργικής, της ανοσολογίας, της διατήρησης των οργάνων και των λοιμώξεων, οι οποίες είχαν ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της επιβίωσης των

μοσχευμάτων και των ασθενών. Η βελτίωση της επιβίωσης των μοσχευμάτων οφείλεται, σε σημαντικό ποσοστό, στην εξειδίκευση των γιατρών που ασχολούνται με τη μεταμόσχευση και στην αποκτηθείσα, με την πάροδο του χρόνου, εμπειρία στην αντιμετώπιση αυτών των ασθενών.

Οι προβληματικές πτυχές των μεταμοσχεύσεων, στις οποίες η εμπειρία των κλινικών έχει συμβάλλει καθοριστικά, αφορούν:

- ⊘ Την αντιμετώπιση, επιλογή και εκπαίδευση των υποψηφίων για μεταμόσχευση νεφρού.
- ⊘ Τη διάγνωση και αντιμετώπιση της απόρριψης του μοσχεύματος.
- ⊘ Την ικανότητα χειρισμού των ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων και την αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων ενεργειών τους.
- ⊘ Τη διαπίστωση, διαφορική διάγνωση και θεραπεία της δυσλειτουργίας του μοσχεύματος, καθώς και των επιπλοκών της μεταμόσχευσης<sup>9</sup>.

### **3.1.α. ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ**

Στο τελικό στάδιο της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας, η υπολειπόμενη νεφρική λειτουργία δεν είναι δυνατόν να εξασφαλίσει τη βιοχημική, υδροηλεκτρολυτική και οξεοβασική ισορροπία του οργανισμού. Η ανάγκη εφαρμογής εξωνεφρικής κάθαρσης καθίσταται επιτακτική. Αυτή η εξωνεφρική κάθαρση επιτελείται είτε με τεχνητό νεφρό είτε με περιτοναϊκή κάθαρση. Και οι δύο αυτές μέθοδοι επιτυγχάνουν υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας επιφέροντας νέα ισορροπία του οργανισμού του νεφροπαθούς συμβατή με τη ζωή. Ωστόσο, ακριβώς ως μέθοδοι υποκατάστασης, δεν είναι δυνατό να επιφέρουν την πλήρη αποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας που επιτυγχάνεται μόνο μετά από επιτυχή νεφρική μεταμόσχευση.

#### **3.1.1. ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ ΜΕ ΤΕΧΝΗΤΟ ΝΕΦΡΟ**

Η κλασική αιμοκάθαρση επιχειρεί να απομακρύνει τις ουραιμικές τοξικές ουσίες από το αίμα του νεφροπαθούς, εκμεταλλευόμενη την αρχή της διαπίδυσης. Η αρχή της διαπίδυσης έχει ως εξής: Αν με μία ημιδιαπιδυτή μεμβράνη χωρίσουμε ένα δοχείο (Σχήμα 1) σε δύο διαμερίσματα και τα γεμίσουμε με νερό, προσθέτοντας ζάχαρη μόνο στο ένα διαμέρισμα, τότε η ουσία αυτή, αναγνωρίζοντας ότι, απέναντί της υπάρχει χώρος χωρίς ζάχαρη, διαπερνά τη μεμβράνη, (με βάση την αρχή της διαπίδυσης), ώστε στη φάση της εξισορρόπησης και τα δύο διαμερίσματα να έχουν την ίδια πυκνότητα ζάχαρης. Με τον τρόπο αυτό, η μισή ποσότητα ζάχαρης απομακρύνθηκε από το ένα και πέρασε στο απέναντι διαμέρισμα του δοχείου του Σχήματος 1.

Αν τώρα, θεωρητικά, στο ίδιο δοχείο τοποθετήσουμε στο ένα διαμέρισμα το αίμα του νεφροπαθούς και στο άλλο ένα ειδικό διάλυμα, σε αντιστοιχία με ό,τι συνέβη πιο πάνω με τη ζάχαρη, οι τοξικές ουσίες, από το αίμα του νεφροπαθούς, θα περάσουν (θα διαπιδύσουν), δια μέσου της μεμβράνης, στο χώρο του διαλύματος ( $T_0$  και  $T_1$  του Σχήματος 2). Σε δεύτερο χρόνο ( $T_2$ ), αν ανοίξουμε την «κάνουλα» του διαμερίσματος του διαλύματος, το διάλυμα θα παροχετευθεί προς τον οχετό παρασύροντας μαζί του τις τοξικές ουραιμικές ουσίες που περιείχε από την διαπίδυσή τους κατά την πρώτη φάση του πειράματος. Μόλις το διάλυμα αυτό παροχετευθεί πλήρως, γεμίζουμε και πάλι αυτό το δύο διαμερίσματα με νέο διάλυμα ( $T_3$ ). Τότε, νέα ποσότητα τοξικών ουσιών θα διαπιδύσει από το αίμα, δια μέσου της ημιδιαπιδυτής μεμβράνης, προς το διάλυμα ( $T_4$ ). Ανοίγοντας πάλι την «κάνουλα» του χώρου του διαλύματος, το διάλυμα παροχετεύεται προς τον οχετό συμπαρασύροντας τη νέα ποσότητα ουραιμικών ουσιών που περιείχε ( $T_5$ ). Προσθέτοντας και πάλι νέο διάλυμα μπορούμε να επαναλάβουμε πολλές φορές την ίδια διεργασία ( $T_6$ - $T_7$ ), έως ότου επιτελεσθεί η πλήρης απομάκρυνση των τοξικών ουσιών από το αίμα, με τελικό αποτέλεσμα την κάθαρση του αίματος ή την αιμοκάθαρση του νεφροπαθούς. Βέβαια, στην πρακτική της έκφραση, όλη αυτή η διεργασία θα μπορούσε να γίνεται με μικρές-μικρές ποσότητες αίματος του νεφροπαθούς, οι οποίες, μετά την κάθαρσή τους (διαπίδυση) θα επιστρέφουν στο νεφροπαθή, ώστε να μη του δημιουργείται κυκλοφοριακό πρόβλημα. Έτσι, στην τεχνολογική εξέλιξη, το δοχείο με τη μεμβράνη και τα δύο διαμερίσματα (αίματος-διαλύματος) πήρε τη μορφή του φίλτρου, όπου με κατάλληλους αγωγούς, από την μία πλευρά προσάγεται και απάγεται το αίμα του νεφροπαθούς (αιματικό διαμέρισμα) και από την άλλη το ειδικό διάλυμα (διαμέρισμα διαλύματος).

Μέσα στο φίλτρο οι τοξικές ουσίες περνούν με διαπίδυση και από εκεί αποβάλλονται. Το μηχάνημα που αναλαμβάνει τη διεργασία της αιμοκάθαρσης ονομάζεται **τεχνητός νεφρός**.

Συγκεντρωτικά λοιπόν, στην κλασική αιμοκάθαρση με τεχνητό νεφρό (Σχήμα 3), εκμεταλλευόμενοι την αρχή της διαπίδυσης, φέρνουμε το αίμα του νεφροπαθούς σε επαφή με μία ημιδιαπιδυτή μεμβράνη (φίλτρο). Οι τοξικές ουσίες του αίματος, με διαπίδυση, περνούν μέσω της μεμβράνης στο διάλυμα, που συνεχώς ανανεούμενο, τις συμπαρασύρει στον οχετό. Έτσι, επιτυγχάνεται η κάθαρση του αίματος ή ορθότερα η αιμοκάθαρση του νεφροπαθούς<sup>9</sup>.

### 3.1.2. ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ

Κάθε μηχάνημα τεχνητού νεφρού, περιλαμβάνει:

- i. Το φίλτρο.
  - ii. Τη συσκευή παραγωγής του διαλύματος.
  - iii. Τη συσκευή της εξωσωματικής κυκλοφορίας του αίματος.
  - iv. Τη συσκευή κυκλοφορίας του διαλύματος και
  - v. Τον πίνακα ελέγχου των συνθηκών της συνεδρίας της αιμοκάθαρσης.
- 
- i. Το **φίλτρο** αποτελεί το χώρο επαφής του αίματος με το διάλυμα, μέσω της ημιδιαπεδωτικής μεμβράνης. Η κάθε μορφή φίλτρου έχει διαφορετική απόδοση και αποτελεσματικότητα. Η επιλογή, ανά νεφροπαθή, του τύπου του φίλτρου αποτελεί έργο του νεφρολόγου της ομάδας τεχνητού νεφρού.
  - ii. Η **συσκευή παραγωγής του διαλύματος** αναμιγνύει αυτόματα απεσταγμένο νερό με ένα πυκνό διάλυμα ηλεκτρολυτών, σε αναλογία που να αποδίδει την τελική σύσταση του διαλύματος διαπίδυσης. Η σύσταση αυτή μπορεί να τροποποιείται ανάλογα με τις ειδικές ανάγκες του κάθε νεφροπαθούς.
  - iii. Η **συσκευή της εξωσωματικής αιματικής κυκλοφορίας** εξασφαλίζει την κίνηση του αίματος από το νεφροπαθή προς το φίλτρο και ακριβώς το αντίθετο. Αυτό επιτελείται μέσω μιας αντλίας αίματος που ρυθμίζεται κατά τρόπο, ώστε, σε μια φάση, να προωθεί το αίμα προς το φίλτρο και, σε δεύτερη φάση, να επαναφέρει το αίμα αυτό προς το νεφροπαθή. Ο ρυθμός περιστροφικής κίνησης της αντλίας αίματος προσαρμόζεται ανάλογα με την αντοχή του νεφροπαθούς, που καθορίζεται από πολλούς παράγοντες (παροχή αγγειακής προσπέλασης, καρδιαγγειακή ευστάθεια νεφροπαθούς κ.λ.π.).
  - iv. Η **συσκευή κυκλοφορίας του διαλύματος** επιφέρει την ανανέωση του διαλύματος, με ρυθμό που να εξασφαλίζει την ταχύτερη δυνατή απομάκρυνση των ουραιμικών ουσιών, σε τρόπο ώστε να επιτυγχάνεται η μέγιστη δυνατή κάθαρσή τους.
  - v. Στον **πίνακα ελέγχου** υπάρχουν ηλεκτρονικοί διακόπτες και όργανα για τη ρύθμιση και παρακολούθηση των συνθηκών της αιμοκάθαρσης. Παράλληλα, στον ίδιο πίνακα, υπάρχουν ηχητικοί και φωτεινοί δείκτες που ενεργοποιούνται σε κάθε περίπτωση διαταραχής κάποιας συνθήκης της αιμοκάθαρσης (θερμοκρασία – σύσταση διαλύματος, ροή αιματοδιαλύματος κ.λ.π.). Η διόρθωση της κάθε διαταραχής, στις συσκευές τεχνητού νεφρού τελευταίας



γενεάς παραγωγής, γίνεται αυτόματα, ώστε να επιτυγχάνεται η καλύτερη δυνατή απόδοση της αιμοκάθαρσης.

### 3.1.3. ΟΞΕΑ ΣΥΜΒΑΜΑΤΑ ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ ΤΟΥ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ

Στη διάρκεια της συνεδρίας του τεχνητού νεφρού είναι δυνατό να δημιουργηθούν, αιφνίδια, ορισμένα προβλήματα, τόσο στο νεφροπαθή, όσο και στο φίλτρο αιμοκάθαρσης ή στην εξωσωματική κυκλοφορία του αίματος.

Για τα οξέα αυτά συμβάματα είναι σκόπιμο να γνωρίζουμε το μηχανισμό παραγωγής και την αντιμετώπισή τους, κυρίως όμως τον τρόπο πρόληψής τους. Ο Πίνακας 8 συγκεντρώνει περιληπτικά τα πιο συχνά οξέα συμβάματα της συνεδρίας τεχνητού νεφρού, το μηχανισμό παραγωγής, την αντιμετώπιση και την πρόληψή τους.

Από τον πίνακα που ακολουθεί διαφαίνεται ότι, για κάθε σύμβαμα, υπάρχει και ο τρόπος πρόληψής του, που συνδέεται άμεσα με την προσοχή μας κατά την διάρκεια της συνεδρίας του τεχνητού νεφρού. Το γεγονός αυτό γίνεται περισσότερο φανερό με τα στατιστικά στοιχεία που περιέχει ο Πίνακας 7. Σε 368 συνεδρίες τεχνητού νεφρού (4ωρη συνεδρία, δηλαδή συνεδρία 240 min), όταν η παρακολούθηση της αδελφής ήταν 200 min, επειδή τα άλλα 40 min απασχολήθηκε κάπου αλλού, τα οξέα συμβάματα ήταν 1080, δηλαδή 3 οξέα συμβάματα ανά συνεδρία. Αντίθετα, όταν η παρακολούθηση ήταν καθολική (240 min στα 240 min), τα οξέα συμβάματα περιορίστηκαν σε 298, δηλαδή σε λιγότερο από 1 συμβάματα ανά συνεδρία. Με βάση τα στοιχεία αυτά, γίνεται επιτακτική η αυξημένη προσοχή μας στη διάρκεια της συνεδρίας του τεχνητού νεφρού, με σκοπό όχι την αντιμετώπιση των οξέων συμβαμάτων αλλά, κύρια, την πρόληψή τους.

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 7

**Η εξάρτηση του αριθμού των οξέων συμβαμάτων από το βαθμό παρακολούθησης της συνεδρίας του τεχνητού νεφρού**

	Παρακολούθηση	
	200 min	240 min
	<b>Οξέα συμβάματα</b>	
ΣΥΝΟΛΟ	1080	298
Συμβάματα/Συνεδρία	3	<1

\* Καταγραφή *Diaphane-Daphne* 1979

**ΠΙΝΑΚΑΣ 8**

Τα κυριότερα οξέα συμβάματα κατά τη διάρκεια της συνεδρίας Τ. Ν. – Μηχανισμός Παραγωγής, αντιμετώπιση και πρόληψή τους			
Συμβάματα	Μηχανισμός Παραγωγής	Αντιμετώπιση	Πρόληψη
<b>ΑΙΜΑ-ΤΩΜΑ FISTULAE</b>	- Κακή παρακέντηση - Εξαγγείωση	- Επιθέματα Αι - Αλοιφές ενζύμων	ΠΡΟΣΟΧΗ στην παρακέντηση
<b>ΑΙΜΟΛΥΣΗ</b>	- Κακή σύσταση διαλύματος	- Διακοπή Τ.Ν. - Νέα συνεδρία	ΠΡΟΣΟΧΗ στο διάλυμα
<b>ΕΜΒΟΛΗ ΑΕΡΑ</b>	- Αεροπαγίδα - Ρήξη γραμμής	- Ανάρροπη θέση	ΠΡΟΣΟΧΗ εξωσωματική κυκλοφορία
<b>ΕΜΕΤΟΣ</b>	- Υπόταση - ↑ αφυδάτωση	- Αναπλήρωση όγκου υγρών	Σωστός ρυθμός αφυδάτωσης
<b>ΚΡΑΜΠΕΣ</b>	- Ταχεία αφυδάτωση	- Ορός NaCl	Ρυθμός αφυδάτωσης
<b>ΠΗΞΗ ΦΙΛΤΡΟΥ</b>	- Ηπαρινισμός –Ht - Φίλτρο-fistula	- Αλλαγή φίλτρου - Μετάγγιση	- Ηπαρινισμός - Φίλτρο
<b>ΠΟΝΟ-ΚΕΦΑΛΟΣ</b>	- ΑΠ ↑ ή ↓ - Αιμόλυση	- Βρείτε τι φταίει	Όχι παυσίπονα
<b>ΠΥΡΕΤΟΣ</b>	- Τοξίνες διαλύματος - Fistula	- Αλλαγή διαλύματος	- Διάλυμα - Παρακέντηση
<b>ΡΗΞΗ ΜΕΜ-ΒΡΑΝΗΣ</b>	- ↑ πίεση στο φίλτρο (αίμα)	- Διακοπή Τ.Ν. - Μετάγγιση	- Δοκιμασία αντοχής - Συναγερμός
<b>ΥΠΟΤΑΣΗ</b>	- ↑ αφυδάτωση	Ορός –NaCl	- Ρυθμός αφυδάτωσης

### 3.1.4. ΠΑΡΑΛΛΑΓΕΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ

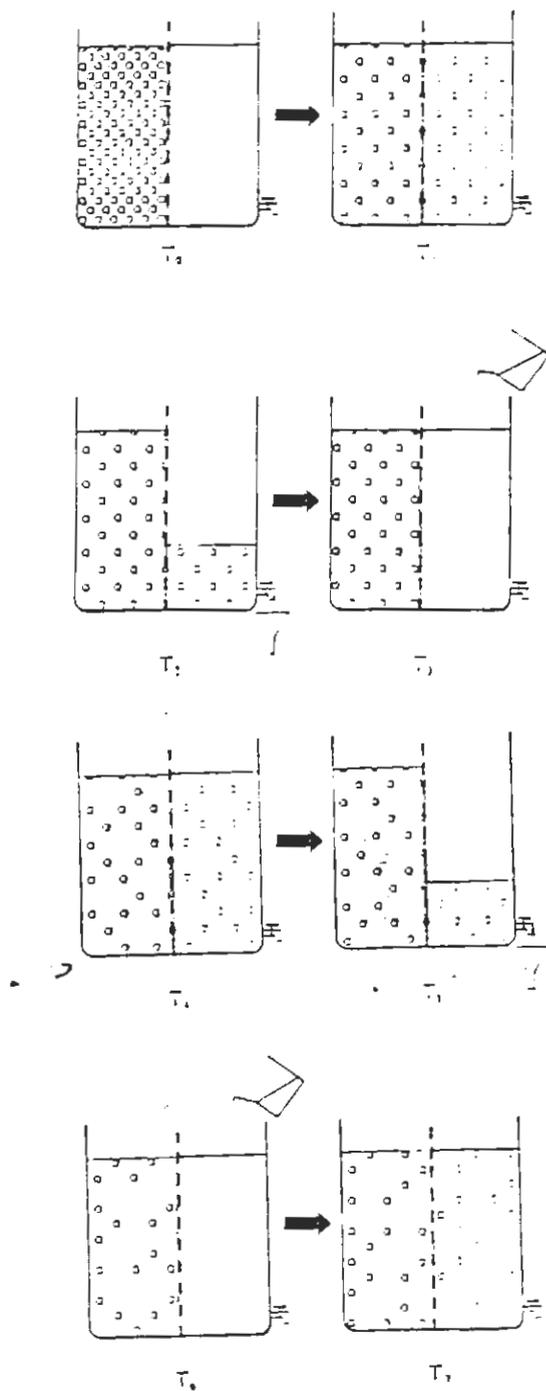
**1. ΑΙΜΟΔΙΗΘΗΣΗ:** Υποθέτουμε ότι έχουμε το αίμα του νεφροπαθή σε μια ειδική σύριγγα, που ο πυθμένας της αποτελείται από ημιδιαπιδυτή μεμβράνη. Αν εφαρμόσουμε πίεση στο έμβολο, θα αναγκάσουμε το υγρό στοιχείο του αίματος να περάσει από τη μεμβράνη και να πέσει σ' ένα δοχείο συλλογής. Η ποσότητα αυτή θα συμπαρασύρει προς τα έξω και την ποσότητα τοξικών ουσιών που περιέχει. Σε δεύτερο χρόνο, αν με τη σύριγγα αναρροφήσουμε ορό, θα την ξαναγεμίσουμε, αναπληρώνοντας έτσι το υγρό που έχει αποβληθεί νωρίτερα, όταν δηλαδή ασκήσαμε πίεση στο έμβολο. Εφαρμόζοντας ξανά την πίεση στο έμβολο, ο ορός που αναρροφήσαμε φεύγει από τη μεμβράνη, συμπαρασύροντας μια νέα ποσότητα τοξικών ουσιών του αίματος. Αν επαναλαμβάνουμε συνέχεια αυτή τη διεργασία, δηλαδή την «πίεση – διήθηση η - αποβολή ουσιών – αναρρόφηση ορού – πίεση κ.ο.κ.», είναι φανερό ότι θα καταφέρουμε, σε κάποια φάση, την αποβολή σχεδόν όλης της ποσότητας των τοξικών ουσιών του αίματος (Σχήμα 4).

Η θεωρητική αυτή αρχή βρίσκει την πρακτική της έκφραση σ' ένα φίλτρο, όπου η μεμβράνη χωρίζει δύο χώρους: στον ένα, όπου έρχεται το αίμα του νεφροπαθή, εφαρμόζουμε πίεση, οπότε το υγρό στοιχείο του αίματος περνά τη μεμβράνη προς τον άλλο χώρο του φίλτρου και από εκεί αποβάλλεται συμπαρασύροντας τις τοξικές ουσίες. Την ποσότητα του υγρού, που αφαιρέσαμε με τον τρόπο αυτό, την αναπληρώνουμε χορηγώντας ορό. Έτσι, στην αιμοδιήθηση δεν χρειάζεται διάλυμα που να κυκλοφορεί το φίλτρο. Η αποβολή των τοξινών γίνεται με διήθηση, δηλαδή με εφαρμογή πίεσης. Η εφαρμογή της πίεσης προκαλεί αναγκαστική αποβολή των υγρών του αίματος, τα οποία πρέπει να αναπληρώσουμε<sup>9</sup>.

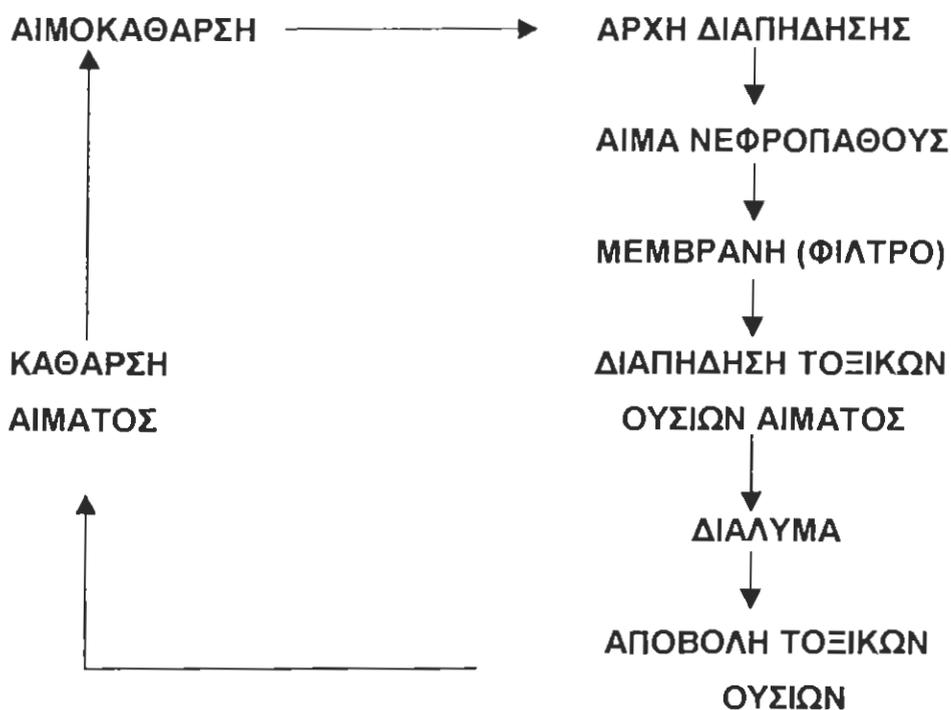
**2. ΑΙΜΟΠΡΟΣΡΟΦΗΣΗ:** Υπάρχουν ορισμένες ουσίες που προσροφούν στην επιφάνειά τους τις διάφορες τοξικές ουσίες του αίματος του νεφροπαθή. Έτσι, θεωρητικά, αν στον πυθμένα ενός δοχείου έχουμε αυτές τις ουσίες και από πάνω φέρουμε το αίμα του νεφροπαθή, τότε, οι τοξικές ουσίες του αίματος προσκολλούνται στις προσροφητικές ουσίες και απομακρύνονται από το αίμα, το οποίο με τον τρόπο αυτό καθαίρεται ή, ορθότερα, αιμοκαθαίρεται. Αυτή η βασική αρχή, στην πρακτική της έκφραση, έχει πάρει τη μορφή ενός φίλτρου, που στην «καρδιά» του έχει τις προσροφητικές ουσίες. Το αίμα του νεφροπαθή έρχεται στο άκρο του φίλτρου και στη διαδρομή του μέσα στο φίλτρο αφήνει τις τοξικές του ουσίες πάνω στις προσροφητικές ουσίες, για να γυρίσει από το άλλο άκρο του φίλτρου προς το νεφροπαθή, απαλλαγμένο από ουραιμικές τοξικές ουσίες. Ούτε στην αιμοπροσρόφηση χρειάζεται διάλυμα ή αναπλήρωση υγρών, αφού η αποβολή των τοξικών ουσιών γίνεται με προσρόφηση πάνω στις ειδικές προσροφητικές ουσίες. Κύριος εκπρόσωπος αυτών των ουσιών είναι ο άνθρακας (ενεργός άνθρακας). Η αιμοπροσρόφηση χρησιμοποιείται σήμερα, κατά κύριο λόγο, στην προσπάθεια αφαίρεσης από το αίμα διαφόρων ουσιών (φάρμακα – δηλητήρια), που παρουσιάζουν μεγάλη προσροφητική συγγένεια προς τον άνθρακα<sup>9</sup>.



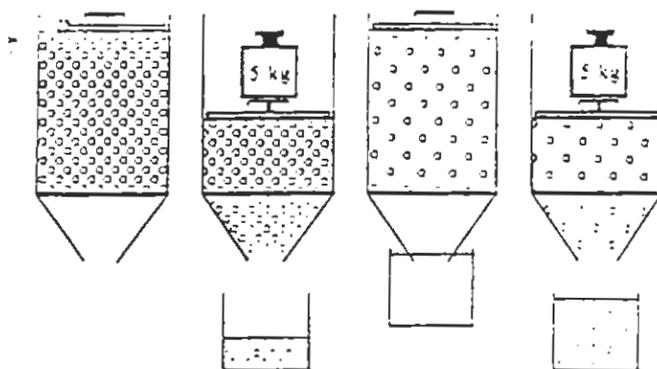
**Σχήμα 1.** Σχηματική παράσταση της αρχής της διαπήδησης



Σχήμα 2. Η διαπήδηση σαν βασική αρχή της κλασικής αιμοκάθαρσης με τεχνητό νεφρό



Σχήμα 3. Γραφική παράσταση της αρχής της κλασικής αιμοκάθαρσης<sup>4</sup>



Σχήμα 4. Σχηματική παράσταση της αρχής της αιμοκάθαρσης

## **3.2. Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ**

Οι νεφροπαθείς που υποβάλλονται σε χρόνια αιμοκάθαρση αντιμετωπίζουν πολλά και ποικίλα προβλήματα με σοβαρές κοινωνικο-οικονομικές επιπτώσεις. Τα προβλήματα αυτά γίνονται κάθε μέρα περισσότερο έντονα για δύο λόγους: Ο πρώτος είναι η αύξηση του αριθμού και ο δεύτερος η παράταση του χρόνου επιβίωσης των ασθενών αυτών.

Αναμφισβήτητα όμως, για την επίλυση των πολλών προβλημάτων των νεφροπαθών, η ομάδα των ειδικών ατόμων που ασχολούνται με αυτούς, πρέπει να εργάζονται σε κλίμα αμοιβαίας εμπιστοσύνης, συνεργασίας και αρμονίας.

Ο χώρος, μέσα στον οποίο κινείται και ενεργεί ο νοσηλευτής, χαρακτηρίζεται από ιδιαιτερότητες που η αντιμετώπισή τους επιβάλλει ειδική δομή προσωπικότητας. Η δομή αυτή οργανώνεται και ολοκληρώνεται μέσα από την παιδεία, τις σχέσεις με το περιβάλλον και τη συνεχή επιμόρφωση και παρακολούθηση των συγκεκριμένων ασθενών. Μόνο τότε ο νοσηλευτής προσφέρει ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα, συμβάλλει στην αύξηση της επιβίωσης και δημιουργεί συνθήκες για καλύτερη ποιότητα ζωής του αρρώστου.

Ο νοσηλευτής μέσα στη μονάδα τεχνητού νεφρού (Μ.Τ.Ν.) δεν ασχολείται μόνο με τον άρρωστο και τα προβλήματά του, αλλά και με το τεχνικό τμήμα της αιμοκάθαρσης. Έτσι, η απόδοση και η ποιότητα της κάθαρσης εξαρτάται άμεσα από τον τρόπο λειτουργίας του νοσηλευτή στην Μονάδα Τεχνητού Νεφρού.

### **3.2.1. ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΟΣ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ**

Η προετοιμασία του μηχανήματος, περιλαμβάνει:

- Την τοποθέτηση του φίλτρου στην ειδική υποδοχή.
- Την τοποθέτηση των γραμμών (αρτηριακής – φλεβικής) στις ειδικές υποδοχές.
- Την παροχή ηπαρινισμένου ορού σε ολόκληρο το σύστημα (φίλτρο - γραμμές).
- Τον έλεγχο του ηλεκτρονικού πίνακα (αν λειτουργούν όλοι οι δείκτες και το σύστημα συναγερμού).

### **3.2.2. ΣΥΝΔΕΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ**

Τα υλικά που χρησιμοποιούνται κατά τη φλεβοκέντηση είναι αποστειρωμένα και ατομικά για κάθε άρρωστο. Τηρούνται οι αρχές ασηψίας και αντισηψίας για την αποφυγή μολύνσεων στα σημεία φλεβοκέντησης.

Η προετοιμασία του νεφροπαθούς πριν από τη σύνδεση περιλαμβάνει ακριβές ζύγισμα και μέτρηση της αρτηριακής πίεσης. Εφόσον πραγματοποιηθεί η σύνδεση, η νοσηλεύτρια συμπληρώνει το ατομικό δελτίο της αιμοκάθαρσης του κάθε νεφροπαθούς, που περιλαμβάνει:

- Τον αύξοντα αριθμό της συνεδρίας.
- Το είδος του φίλτρου.
- Την ώρα έναρξης της συνεδρίας.
- Τη διαφορά του σωματικού βάρους μεταξύ των δύο συνεδριών
- Την αρτηριακή πίεση.

Ο νοσηλευτής υπολογίζει τη διαφορά του σωματικού βάρους από το επιθυμητό, ρυθμίζει την απώλεια βάρους, διορθώνει κάθε απόκλιση στον πίνακα ελέγχου του μηχανήματος και καταγράφει όλα τα συμπτώματα και τις επιπλοκές που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της κάθαρσης.

Επιπλοκές κατά τη διάρκεια της συνεδρίας είναι δυνατόν να εμφανισθούν σε κάθε στιγμή. Γι' αυτό ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει τα αίτια που τις προκαλούν, ώστε να τις αντιμετωπίζει υπεύθυνα.

Ο ρόλος του νοσηλευτή/τριας που εργάζεται στην Μονάδα Τεχνητού Νεφρού δεν περιορίζεται μόνο στην αντιμετώπιση των απλών καθημερινών συμβαμάτων και επιπλοκών κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης. Το 1959, οι Fuerst και Wolff, περιγράφοντας τη λειτουργία των νοσηλευτών στη Μονάδα Νεφρού, ανέφεραν τρεις βασικές αρχές που αποτελούν τη βάση της ολιστικής προσέγγισης του νεφροπαθούς.

- i. Διατήρηση της ατομικότητας του ασθενούς.
- ii. Διατήρηση και υποστήριξη της ψυχολογικής λειτουργίας του.
- iii. Προστασία του από άλλα νοσήματα.

Το 1952, ο Mc Manus είχε τονίσει ότι ο ρόλος του νοσηλευτή περιλαμβάνει πολύ περισσότερα από τις απλές καθημερινές νοσηλευτικές διαδικασίες. Τριάντα πέντε χρόνια αργότερα, το 1987, οι Clinton και Lambert αναφέρουν ότι: "Προσφέροντας απλά στο νεφροπαθή τις απαραίτητες θεραπευτικές διαδικασίες, που έχουν σαν σκοπό τον έλεγχο ή την πρόληψη της νόσου, συχνά δεν είναι αρκετό. Η χρόνια νόσος απαιτεί ολιστική προσέγγιση και επαναπροσαρμογή της ταλαιπωρημένης ζωής του αρρώστου. Για να επιτευχθούν όμως αυτά πρέπει ο νοσηλευτής να αναγνωρίσει, να αξιολογήσει και να παρέμβει στις ψυχολογικές αντιδράσεις του νεφροπαθούς<sup>10</sup>.

### 3.2.3. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ

Η αιμοκάθαρση είναι μια οδυνηρή και γεμάτη stress θεραπεία για το χρόνιο νεφροπαθή. Ο ασθενής με την αιμοκάθαρση περνά, από την ανεξαρτησία, σε μια κατάσταση εξάρτησης. Παράλληλα υφίσταται σημαντικές απώλειες και συνεχείας στερήσεις, όπως η απώλεια της σωματικής του λειτουργίας και των κοινωνικών του σχέσεων, καθώς και περιορισμούς στη διατροφή του και μειωμένη σεξουαλικότητα. Όλα αυτά είναι φανερό ότι αποτελούν αιτίες δημιουργίας ψυχολογικών αντιδράσεων και προβλημάτων. Οι παράγοντες που διαμορφώνουν τις αντιδράσεις αυτές, έχουν σχέση με τον ασθενή (ηλικία, φύλο, προσωπικότητα, προηγούμενες εμπειρίες με άλλα νοσήματα), με τη φύση της νόσου και με το περιβάλλον του ασθενούς (οικογενειακό, νοσοκομειακό, κοινωνικό). Οι αντιδράσεις αυτές περιγράφονται ως:

- Ελπίδα και φόβος.
- Ανασφάλεια και θλίψη.
- Σιωπηρή απαισιοδοξία.
- Αισθήματα ενοχής.
- Αίσθημα ανίσχυρου απέναντι στη μοίρα.
- Επιθετικότητα.

Ο νεφροπαθής ζει συνεχώς σε μια κατάσταση μονίμου άγχους και αβεβαιότητας για την εξέλιξη της υγείας του, με αποτέλεσμα να μειώνεται η ενεργητικότητά του. Συχνά είναι θυμωμένος, κλεισμένος στον εαυτό του και αδιάφορος. Η μόνη του ελπίδα για μια καλύτερη ζωή είναι η μεταμόσχευση. Αν, όμως, αυτή δεν πραγματοποιηθεί, μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη μιας στάσης παθητικότητας και απελπισίας, που, αν δεν ξεπεραστεί μπορεί να οδηγήσει ακόμη και στο θάνατο. Για την εντόπιση του προβλήματος, χρειάζεται μια συνεχής διεργασία που περιλαμβάνει:

- Επικοινωνία με τον ασθενή και το περιβάλλον του για την εντόπιση του προβλήματος.
- Αξιολόγηση του προβλήματος, δηλαδή εκτίμηση της συναισθηματικής κατάστασης του αρρώστου, πως βλέπει τον εαυτό του, την οικογένειά του, τους συναδέλφους του και τη δουλειά του.
- Προγραμματισμός θεραπευτικής παρέμβασης από ψυχολόγο.
- Ανάπτυξη προγραμμάτων υποστήριξης.

Τα ψυχολογικά προβλήματα των χρονίων νεφροπαθών αντιμετωπίζονται με μια σειρά ενεργειών και δραστηριοτήτων που μπορεί να είναι από μια απλή



ενημέρωση σ' ό,τι ο ίδιος αντέχει σχετικά με τη νόσο του, μέχρι την ψυχολογική υποστήριξη και τη διεργασία της αυτεπίγνωσης του αρρώστου. Σύμφωνα με τη Lambert, η προσαρμογή και η αποδοχή της χρόνιας νόσου επιτυγχάνεται, αν ο αρρώστος καταφέρει να μάθει:

- Να ζει με την επίγνωση της σοβαρότητας της νόσου και τις συνέπειές της.
- Να ακολουθεί τις ιατρικές οδηγίες και θεραπείες.
- Να προσαρμοστεί στην αλλαγμένη εικόνα του σώματός του και του εαυτού του.
- Να αντιμετωπίσει την αβεβαιότητα και την εξέλιξη της κατάστασής του.
- Να επανεξετάσει τους προσωπικούς του κοινωνικούς και επαγγελματικούς στόχους, και
- Να μπορέσει να επαναπροσαρμοστεί στο κοινωνικό του περιβάλλον.

Μέσα από την κατανόηση, την υποστήριξη και τη ζεστασιά του νοσηλευτή, θα βοηθηθεί ο νεφροπαθής να ανασυγκροτήσει τις δυνάμεις που του απέμειναν, ώστε να κατορθώσει να κάνει την καλύτερη προσαρμογή στη σκληρή πραγματικότητα του τελικού σταδίου νεφρικής ανεπάρκειας<sup>11</sup>.

#### 3.2.4. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑΣ

Η μακροχρόνια καθημερινή επαφή με το χρόνιο νεφροπαθή και την οικογένειά του δημιουργεί, στο νοσηλευτικό προσωπικό, stress και συναισθηματικές αντιδράσεις, που έχουν ως συνέπεια την επαγγελματική κόπωση ή το λεγόμενο σύνδρομο burn out. Το σύνδρομο αυτό περιγράφεται ως κατάσταση υπερκόπωσης και σωματικής και ψυχικής εξάντλησης. Είναι φαινόμενο που αναπτύσσεται σταδιακά και οφείλεται κυρίως στο χρόνιο έντονο stress που δημιουργούν οι συνθήκες και η φύση της δουλειάς του νοσηλευτή. Οι δυσκολίες και τα προβλήματα του νοσηλευτή στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, απορρέουν από:

- α. Την επαναληψιμότητα των διαδικασιών.
- β. Τη σταθερή επαφή με τον ίδιο χώρο.
- γ. Την αντιμετώπιση των ίδιων ακριβώς ασθενών με πανομοιότυπα προβλήματα υγείας.
- δ. Την αντιμετώπιση των ψυχολογικών τους προβλημάτων.
- ε. Την εξάρτηση του νεφροπαθούς από το νοσηλευτή.

Όλα αυτά οδηγούν το νοσηλευτή να αναπτύξει σημεία και συμπτώματα σωματικής και ψυχικής εξάντλησης, με αποτέλεσμα να μειώνεται η ποιότητα και η απόδοση της δουλειάς του και συχνά να αναπτύσσει συναισθήματα έλλειψης επαγγελματικής ικανοποίησης. Παρουσιάζονται σοβαρά προβλήματα επικοινωνίας,

τόσο με τον άρρωστο, όσο και με το υπόλοιπο νοσηλευτικό προσωπικό. Τα χαρακτηριστικά της επαγγελματικής κόπωσης, είναι:

- Έντονη αποθάρρυνση
- Έλλειψη αυτοσυγκέντρωσης,
- Έλλειψη ενδιαφέροντος και σεβασμού για τον άρρωστο.
- Εκτέλεση της εργασίας με ψυχρότητα, τυπικότητα και αδιαφορία.

Ο φόρτος της δουλειάς δημιουργεί συναισθήματα αποθάρρυνσης. Ο νοσηλευτής πιστεύει ότι δεν είναι ικανός, ότι δεν ανταποκρίνεται ούτε στις δικές του προσδοκίες ούτε στις προσδοκίες του περιβάλλοντός του. Αποφεύγει τον άρρωστο, συμπεριφέρεται με απρόσωπο τρόπο και δίνει ανεπαρκείς πληροφορίες. Η έλλειψη αυτοσυγκέντρωσης δημιουργεί, επίσης, προβλήματα. Ο νοσηλευτής/τρια έχει την τάση να ξεχνά εύκολα, να μη παρατηρεί σημαντικές λεπτομέρειες και κατά συνέπεια να είναι πιο επιρρεπής σε εσφαλμένες εκτιμήσεις, με κίνδυνο να δημιουργηθούν λάθη που μπορούν να αποβούν μοιραία για το νεφροπαθή.

Η πρόληψη και η αντιμετώπιση αυτών των δυσάρεστων καταστάσεων προϋποθέτει την έγκαιρη αναγνώριση των σημείων της επαγγελματικής κόπωσης και ουσιαστικές αλλαγές που θα μεταβάλουν τις συνθήκες εργασίας στη λειτουργία της μονάδας. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί, με:

- Αναζήτηση συνεχούς επιμόρφωσης.
- Συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα.
- Συμμετοχή στην οργάνωση του προγράμματος της αιμοκάθαρσης.
- Συμμετοχή σε ομάδες υποστήριξης.
- Καταμερισμό εργασίας και ευθυνών.
- Επιλογή της συγκεκριμένης θέσης εργασίας.
- Ανάπτυξη ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων ανεξάρτητα από το χώρο της δουλειάς (πρόγραμμα σωματικής άσκησης).
- Αναγνώριση της υπεύθυνης φροντίδας των αρρώστων.
- Βελτίωση του νοσοκομειακού εξοπλισμού.

Τέλος, επισημαίνεται ότι ο νοσηλευτής έχει δικό του έργο να επιτελέσει και όχι απλώς να βοηθά το γιατρό στο δικό του έργο, καθώς και ότι η Νοσηλευτική είναι ανθρωπιστική επιστήμη και εμπεριέχει την έννοια της υποκατάστασης αγαπημένου προσώπου, προθύμου να ακούσει, να προστατεύσει και να φροντίσει εκείνους που βρίσκονται σε απόγνωση, επειδή έχουν χάσει το θάρρος τους<sup>11</sup>.

### **3.3. ΣΥΝΕΧΗΣ ΦΟΡΗΤΗ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ**

#### **3.3.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ**

Η πρώτη εφαρμογή περιτοναϊκής κάθαρσης (ΠΚ) σε ασθενή επιχειρήθηκε το 1923 από τον Γερμανό Ganter. Από τότε και μέχρι το 1940, η περιτοναϊκή κάθαρση ήταν η μόνη μέθοδος κάθαρσης που εφαρμόστηκε, σε περιορισμένη βέβαια έκταση, κυρίως σε περιπτώσεις οξείας νεφρικής ανεπάρκειας.

Στις αρχές της δεκαετίας του '70, μόνο το 3% των καθαιρομένων ασθενών υποβάλλονταν σε περιτοναϊκή κάθαρση. Παρ' όλες τις τεχνικές βελτιώσεις και κυρίως την ικανοποιητική χρόνια προσπέλαση του περιτοναίου με τον μόνιμο καθετήρα Tenckhoff, η περιτοναϊκή κάθαρση υπό την μορφή της διαλείπουσας περιτοναϊκής κάθαρσης (ΔΠΚ), παρέμεινε οριακά ικανοποιητική ως μέθοδος χρόνιας κάθαρσης.

Το 1975, εισάγεται η συνεχής φορητή περιτοναϊκή κάθαρση (ΣΦΠΚ) από τους Poronich και Moncrief. Η χρήση όμως της αρχικής τεχνικής της, παρόλο που πέτυχε, παρέμεινε περιορισμένη κυρίως λόγω της συχνής περιτονίτιδας. Η τεχνική αυτή τροποποιήθηκε και τελειοποιήθηκε από την ομάδα του Δημήτρη Ωραιόπουλου στο Toronto Western Hospital, με αποτέλεσμα τη σημαντική μείωση της συχνότητας της περιτονίτιδας. Από τότε (1977), η τεχνική του Toronto Western Hospital εξαπλώθηκε πού σύντομα σ' όλον τον κόσμο<sup>12</sup>.

#### **3.3.2. ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η ΣΦΠΚ προσφέρεται σήμερα στα περισσότερα κέντρα χρόνιας κάθαρσης σ' όλον τον κόσμο. Είναι η ταχύτερα διαδιδόμενη μέθοδος εξωνεφρικής κάθαρσης και ένας μεγάλος αριθμός τοπικών και διεθνών συνεδρίων αφιερώνεται στην έρευνα που αφορά στο διαρκώς ευρυνόμενο πεδίο της θεραπευτικής αυτής μεθόδου. Την τελευταία δεκαετία ιδρύθηκε μία νέα εταιρεία, η Διεθνής Εταιρεία Περιτοναϊκής Κάθαρσης (International Society for Peritoneal Dialysis) που είναι αφιερωμένη στην μελέτη της περιτοναϊκής κάθαρσης, ενώ από το 1980 εκδίδεται ένα νέο διεθνές ιατρικό περιοδικό, το Peritoneal Dialysis International, για τη διάδοση της σχετικής επιστημονικής πληροφορίας.

Παγκοσμίως, 80.000 ασθενείς υπολογίζεται ότι υποβάλλονται σήμερα (τέλη 1993) σε κάποια μορφή χρόνιας περιτοναϊκής κάθαρσης. Ο αριθμός αυτός αντιπροσωπεύει περίπου το 14% των ασθενών που υποβάλλονται σε εξωνεφρική κάθαρση παγκοσμίως. Στις διάφορες χώρες, το ποσοστό αυτό κυμαίνεται από 6% στην Ιαπωνία, σε 51% στο Ηνωμένο Βασίλειο και σε 93% στο Μεξικό. Στη χώρα μας,

τον Ιανουάριο του 1993, από ένα σύνολο 4.138 ασθενών, οι 484 (11,7%) υποβάλλονταν σε ΣΦΚΠ.

### 3.4. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ

Η επαρκής περιτοναϊκή κάθαρση πετυχαίνει να συντηρεί έναν ασθενή που βρίσκεται στο τελικό στάδιο της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας, χωρίς συμπτώματα, με μερική υποκατάσταση ορισμένων λειτουργιών που φυσιολογικά επιτελούνται από τους νεφρούς.

#### 3.4.1. Η ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

- Απομακρύνει τις διαλυτές ουσίες που συσσωρεύονται στην νεφρική ανεπάρκεια όπως ουρία, άζωτο, κρεατίνη, φώσφορος, κάλιο κ.λ.π., καθώς και νερό από το αίμα στο υγρό κάθαρσης (διάλυμα) που εγχέεται μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα.
- Διορθώνει την οξέωση με την βοήθεια των διττανθρακικών που προσφέρονται, μέσω των γαλακτικών, στο αίμα από το υγρό κάθαρσης.
- Λαμβάνει χώρα ανάμεσα στο αίμα των τριχοειδών αγγείων του περιτοναίου και στο διάλυμα κάθαρσης κατά μήκος της περιτοναϊκής μεμβράνης (περιτόναιο).

#### 3.4.2. Η ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΥΔΑΤΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΛΥΤΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΔΙΑΜΕΣΟΥ ΤΟΥ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΟΥ

Η ανταλλαγή του ύδατος και των διαλυτών ουσιών ανάμεσα στα αιμοφόρα τριχοειδή του περιτοναίου με τους μηχανισμούς της **διαπίδυσης** και της **συμπαράσυρσης** (convection). Το περιτόνιο συμπεριφέρεται ως ημιδιαπερατή μεμβράνη, δηλαδή είναι στο ύδωρ και τις ουσίες μικρού μοριακού βάρους και λιγότερο διαπερατή στις ουσίες μεγάλου μοριακού βάρους. Ουσίες, όπως το ύδωρ και πολλά από τα εν διαλύσει ιόντα, φαίνεται ότι περνούν διαμέσου **πόρων** και **μεσοκυτταρίων ανοιγμάτων** της περιτοναϊκής μεμβράνης. Αν και η ακριβής φύση αυτών των πόρων είναι άγνωστη, είναι δεδομένο ότι ουσίες με μέγεθος μικρότερο του εύρους των πόρων περνούν εύκολα το περιτόνιο.

**Διάχυση** είναι μια αυτόματη διαδικασία, κατά την οποία τα μόρια ή άλλα σωματίδια ευρισκόμενα εν διαλύσει εντός ενός υγρού τείνουν να κατανεμηθούν ομοιόμορφα μέσα στον διαλύτη.

**Διαπίδυση** είναι η αμοιβαία δειξίδυση υγρών ή ουσιών μέσα από μια διαπερατή μεμβράνη που τα χωρίζει. Ο ρυθμός διαπίδυσης μιας ουσίας ανάμεσα στα

τριχοειδή και την περιτοναϊκή κοιλότητα είναι ανάλογη με τη διαφορά των συγκεντρώσεων της στο αίμα και το διάλυμα, με τη διαφορά πιέσεων, με την επιφάνεια της μεμβράνης και με τη θερμοκρασία, ενώ είναι αντιστρόφως ανάλογη με το πάχος της περιτοναϊκής μεμβράνης καθώς και με την τετραγωνική ρίζα του μοριακού βάρους της διαλυτής ουσίας. Η διαδικασία κατά την οποία το ύδωρ μετακινείται, λόγω της διαφοράς συγκέντρωσής του (ωσμωτική πίεση), ονομάζεται **ωσμωτική υπερδιήθηση**.

Κατά την μετακίνηση του ύδατος, λόγω της διαφοράς υδροστατικής ή ωσμωτικής πίεσης, συμπαρασύρονται και μόρια διαλυτών ουσιών μοριακού βάρους, συχνά με ρυθμό πολύ μεγαλύτερο απ' αυτόν της διαπίδυσης (**συμπαρασύρση**). Διαλυτές ουσίες με μέγεθος μεγαλύτερο από αυτό των πόρων καθώς και μεγαλομοριακές ενώσεις, όπως οι πρωτεΐνες, μπορούν και διαπερνούν το περιτόναιο μέσω δύο άλλων μηχανισμών, δηλαδή με **πिनοκύτωση** και με **μεταφορά μέσω κυστιδίων**. Τέλος, τα λεμφαγγεία, κυρίως του διαφράγματος, μεταφέρουν μικρο- και μακρομοριακές ενώσεις από την περιτοναϊκή κοιλότητα στην συστηματική κυκλοφορία.

Κατά την περιτοναϊκή κάθαρση χρησιμοποιείται η γλυκόζη ως ωσμωτικός παράγοντας, για να προκαλέσει υπερδιήθηση, ως σχετικά μεγαλομοριακή ουσία (MB: 192), η γλυκόζη παραμένει μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα και δημιουργεί υψηλή πίεση, η οποία προκαλεί υπερδιήθηση από το αίμα.

### **3.4.3. Η ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ – ΚΑΘΕΤΗΡΕΣ**

Το 1964 ο Πάλμερ και οι συνεργάτες του εισήγαγαν τον πρώτο εύκαμπτο μόνιμο περιτοναϊκό καθετήρα από σιλικόνη. Από τότε, χρησιμοποιήθηκαν πολλές τροποποιήσεις του μόνιμου περιτοναϊκού καθετήρα. Σήμερα οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενοι μόνιμοι καθετήρες είναι του Tenckhoff, Toronto Western Hospital (Oreopoulos – Zellerman και τύπου "λαιμού κύκνου" – Missouri). Η τοποθέτησή τους μπορεί να γίνει (α) στο κρεβάτι του ασθενούς με τη βοήθεια τροκάρ, (β) με τη βοήθεια περιτοναϊοσκοπίου και (γ) χειρουργικά (με τοπική, ραχιαία ή γενική αναισθησία)<sup>13</sup>.

### **3.4.4. ΤΕΧΝΙΚΗ ΣΦΠΚ**

Η ΣΦΠΚ χρησιμοποιεί το μικρότερο δυνατό όγκο υγρού κάθαρσης (8 λίτρα) την ημέρα, για να πετύχει το σκοπό της, ο οποίος είναι η πρόληψη της ουραιμίας (8 Liters υγρό κάθαρσης + 2 liters υπερδιήθημα = 10 liters).

Η κάθαρση είναι συνεχής, γιατί πρακτικά το υγρό κάθαρσης βρίσκεται συνεχώς μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα και ενώ ο ασθενής είναι περιπατητικός. Άρα η κάθαρση είναι και φορητή. Αν δύο λίτρα υγρού τοποθετηθούν μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα και ο χρόνος παραμονής του παραταθεί τόσο όσο ώστε να επέλθει ισορροπία μεταξύ του αίματος και του υγρού, όσον αφορά την ουρία, ο αποχετευόμενος όγκος του υγρού κάθαρσης θα ισούται με την clearance της ουρίας. Αυτό, όπως αποδεικνύεται μαθηματικά, απαιτεί έναν όγκο 10 λίτρων υγρού ημερησίως και τεχνικά επιτυγχάνεται ως εξής:

- Εισαγωγή 2 λίτρων υγρού κάθαρσης στην περιτοναϊκή κοιλότητα.
- Χρόνος παραμονής τόσοσ ώστε να επιτευχθεί ισορροπία της συγκέντρωσης της ουρίας.
- Αποχέτευση του υγρού και άμεση επανεισαγωγή 2 ακόμη λίτρων νέου υγρού.
- Συνολικά επιτελούνται 4 τέτοιες αλλαγές το 24ωρο.
- Ρύθμιση της ωσμωτικότητας του υγρού κάθαρσης, ώστε να παράγονται 2 λίτρα υπερδιηθήματος (π.χ. 2 X 1,5% γλυκόζη + 2X4,25% γλυκόζη), ώστε ο ολικός αποχετευόμενος όγκος να φτάνει τα 10 λίτρα/ημέρα.

Υπάρχουν διάφορες τεχνικές για την εφαρμογή χρόνιας περιτοναϊκής κάθαρσης. Οι συνήθως χρησιμοποιούμενες είναι:

- Συνεχής φορητή περιτοναϊκή κάθαρση (APD).
- Συνεχής αυτοματοποιημένη περιτοναϊκή κάθαρση (APD).
- Διαλείπουσα φορητή περιτοναϊκή κάθαρση (APD).
- Διαλείπουσα αυτοματοποιημένη περιτοναϊκή κάθαρση (APD).

Υπάρχουν και άλλες μορφές περιτοναϊκής κάθαρσης λιγότερο χρησιμοποιούμενες. Η συνεχής αυτοματοποίηση περιτοναϊκής κάθαρσης, αλλά και άλλες μορφές περιτοναϊκής κάθαρσης πραγματοποιούνται από τον ασθενή στο σπίτι του με τη βοήθεια μηχανημάτων (cycler). Για μερικούς ασθενείς π.χ. μαθητές η τεχνική αυτή παρουσιάζει πλεονεκτήματα αφού μπορεί να πραγματοποιείται μόνο κατά τη διάρκεια του ύπνου.

### 3.4.5. ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΓΙΑ ΣΦΠΚ

#### ➤ **Απόλυτες**

##### **A. Ψυχοκοινωνικές**

Προτίμηση του ασθενούς

Διαμονή μακριά από κέντρα αιμοκάθαρσης

Ανάγκη αυτονομίας, ανεξαρτησίας και ελέγχου της θεραπείας

**B. Ιατρικές**

Αδυναμία – Δυσκολία αγγειακής προσπέλασης

Αδυναμία – Δυσκολία για μετάγγιση αίματος (μάρτυρες του Ιεχωβά, σπάνια ομάδα αίματος)

Ανθεκτική καρδιακή ανεπάρκεια

**Γ. Δημογραφικές**

Ηλικία 0-5 ετών

➤ **Ισχυρές**

**A. Ιατρικές**

Καρδιακή νόσος

- Στηθάγχη
- Προσθετική βαλβίδα
- Αρρυθμίες
- Βαλβιδοπάθειες
- Χρόνια νόσος
- Αναιμία (συμπτωματική)
- AIDS, ηπατίτιδα
- Αιμορραγική διάθεση
- Περιφερική αγγειοπάθεια
- Αιμοσιδήρωση
  - Υποψήφιοι για μεταμόσχευση

**B. Δημογραφικές**

Όλες οι ηλικίες

Όλες οι φυλές

Αμφότερα τα φύλλα

**Γ. Ψυχοκοινωνικές**

Δραστήριος τρόπος ζωής

Μεταβαλλόμενο πρόγραμμα

Ταξίδια

Φόβος της παρακέντησης

Προτίμηση πιο ελεύθερης διαίτας

➤ **Σχετικές**

**A. Ιατρικές**

Παχυσαρκία

Συστηματικός ερυθματώδης λύκος

Μεγάλη μυϊκή μάζα

Καχεξία/Υποσιτισμός

Χρόνια πνευμονοπάθεια

Πολλαπλές συμφύσεις

Πολυκυστική νόσος νεφρών

Στομίες

Οσφυαλγία

Ολισθαίνουσα

Τύφλωση

διαφραγματοκήλη με ανάρροια

Κήλες, υποτροπιάζουσες

Σοβαρή διαβητική γαστροπάρεση

Πολλαπλές επεμβάσεις στην κοιλία

Σοβαρή υπερτριγλυκεριδαιμία

Μειωμένη επιδεξιότητα

Σκληρόδερμα

Χρόνια θεραπεία με στεροειδή

Χρόνια/υποτροπιάζουσα παγκρεατίτιδα

### **B. Δημογραφικές**

Γηροκομείο  
 Αστεγοί  
 Άμεση μεταμόσχευση

### **Γ. Ψυχοκοινωνικές**

Σοβαρή κατάθλιψη  
 Τοξικομανία  
 Ανάγκη οικογενειακής υποστήριξης  
 Μη συμμόρφωση  
 Άνοια

### **➤ Αντενδείξεις για ΣΦΠΚ**

#### **A. Ιατρικές**

Σοβαρή φλεγμονώδης εντεροπάθεια  
 Οξεία εκκολπωματίτιδα  
 Ισχαιμική νόσος του εντέρου  
 Κοιλιακό απόστημα  
 Μειωμένη ικανότητα του περιτοναίου  
 για κάθαρση και υπερδιήθηση

#### **B. Ψυχοκοινωνικές**

Σοβαρή ψύχωση ή κατάθλιψη  
 Διανοητική αναπηρία (χωρίς  
 υποστήριξη)

### **➤ Ενδείξεις για ΣΚΠΚ αντί ΣΦΠΚ**

#### **A. Ιατρικές**

- Επιπλοκές από την αύξηση της ενδοπεριτοναϊκής πίεσης  
 (κήλες, διάρροη υγρού, αιμορροΐδες, οσφυαλγία, κ.λ.π.)
- Ανεπαρκής κάθαρση των ουσιών μικρού ΜΒ
- Ανεπαρκής υπερδιήθηση
- Συχνές περιτονίτιδες στην ΣΦΠΚ

#### **B. Ψυχοκοινωνικές**

- Παιδιά στη σχολική ηλικία
- Εργαζόμενοι ασθενείς
- Διευκόλυνση βοηθού
- Σωματική εμφάνιση
- Φτωχή συμμόρφωση/συνεργασία

### **3.4.6. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΣΦΠΚ**

#### **A. Επιπλοκές σχετιζόμενες με τον καθετήρα**

##### **A1. Πρώιμες επιπλοκές του καθετήρα**

- ⊘ Τραυματισμός ή διάτρηση σπλάχνου ή κοίλου οργάνου
- ⊘ Αιμάτωμα του τραύματος
- ⊘ Μόλυνση του τραύματος



- ≠ Αιματηρό υγρό
- ≠ Κοιλιακός πόνος
- ≠ Αντανακλαστικός ειλεός
- ≠ Διαρροή διαλύματος (πρώιμη) 7%-29% στην μέση γραμμή 6,5% στην παράμεση τομή (παχυσαρκία, σακχαρώδης διαβήτης, ηλικία >60 ετών, πολλαπλές κινήσεις, χρόνια χρήση στεροειδών, ιστορικό κοιλιακών επεμβάσεων)
- ≠ Δυσλειτουργία του καθετήρα (θρόμβοι ινικής, συμφύσεις, περιτονίτιδα, επίπλουν, σάλπιγγες, δυσκοιλιότητα, κάμψη του καθετήρα, λιθίαση του καθετήρα).
- ≠ Μετακίνηση του καθετήρα

#### **A2. Όψιμες επιπλοκές του καθετήρα**

- ≠ Μόλυνση του σημείου εξόδου και της σήραγγας
- ≠ Έξοδος του δακτυλίου
- ≠ Διαρροή του διαλύματος (όψιμη)

#### **B. Επιπλοκές σχετιζόμενες με την παρουσία του διαλύματος στην περιτοναϊκή κοιλότητα.**

- ≠ Κήλες 10-25% (Υπερήλικες, θήλεις, πολλαπλές κυήσεις, παχυσαρκία, πρώιμη διαρροή διαλύματος)
  - Βουβωνικές, ομφαλικές, τομής, σημείου εξόδου, μέσης γραμμής, επιγαστρικές, κυστεοκήλες, εντεροκήλες, Morgani, Richter, Spigelius.
- ≠ Οίδημα του κοιλιακού τοιχώματος και των γεννητικών οργάνων (10%).
  - Διαμέσου ανοιγμάτων του περιτοναίου, ή της αιδοϊκής πτυχής (Processus vaginalis)
- ≠ Αιμοπεριτόναιο
  - Λιθοτριψία, έμμηνος ρύση, ωθηλακτορηξία, κολονοσκόπηση, αιμάτωμα, τραύμα, έντονη φυσική άσκηση, ιδιοπαθής θρομβοπενική πορφύρα, πολυκυστικοί νεφροί κ.ά.
- ≠ Υδροθώρακας (90% δεξιά)
- ≠ Αναπνευστική δυσλειτουργία (συνήθως πρώιμη)
- ≠ Οσφυαλγία

#### **Γ. Απώλεια της υπερδιηθητικής ικανότητας του περιτοναίου**

- \* Περιτονίτιδα
- \* Σκληρυντική εγκαψωμένη περιτονίτιδα
- \* Μακροχρόνια ΣΦΠΚ

#### **Δ. Επιπλοκές διατροφής και μεταβολισμού**

- Μεταβολισμός των υδατανθράκων.
  - περιφερική αντίσταση στην ινσουλίνη,
  - σακχαρώδης διαβήτης de novo (5%)
- Μεταβολισμός λιπών, υπερλιποπρωτεϊναιμία
- Υποθρεψία, καχεξία
- Παχυσαρκία

#### **Ε. Καρδιαγγειακές επιπλοκές**

- 50% των θανάτων στην ΣΦΠΚ (όπως και στην αιμοκάθαρση) οφείλονται: Σε καρδιακά αίτια, όπως υπερτροφία αριστεράς κοιλίας, περικαρδίτιδα, υπέρταση, χρόνια υπόταση, αρρυθμίες, περιφερική αγγειοπάθεια

#### **ΣΤ. Αναιμία**

- Μειωμένη παραγωγή ερυθροποιητίνης

#### **Ζ. Γαστρεντερικές επιπλοκές**

- ✓ Επιγαστρική δυσφορία
- ✓ Ανορεξία
- ✓ Ναυτία, έμετος
- ✓ Παγκρετίτιδα
- ✓ Εκκολπωματίτιδα → διάτρηση παχέος εντέρου
- ✓ Χολοκυστοπάθεια, χολολιθίαση

#### **Η. Σκελετοαρθρικές επιπλοκές**

- Οστεοδυστροφία (απλαστική, οστεομαλακία, ινώδης οστεϊτίδα, μικτή)
- Αμυλοείδωση (σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα, τενοντοθυλακίτιδα, οστικές κύστες, αρθροπάθεια)

#### **Θ. Νεφρολιθίαση**

- Οξαλικό ασβέστιο + πρωτεϊνική ουσία (β<sub>2</sub>-μικροσφαιρίνη)

#### **Ι. Κνησμός (25-59%)**

### **3.4.7. ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑ**

Η περιτονίτιδα, αν και συνήθως είναι σοβαρή, αποτελεί τη σπουδαιότερη επιπλοκή της ΣΦΠΚ. Επανελημμένα επεισόδια περιτονίτιδας αχρηστεύουν τμηματικά το περιτόναιο και ελαττώνουν το θεραπευτικό αποτέλεσμα της μεθόδου. Σπανίως, μία βαριά περιτονίτιδα θέτει σε κίνδυνο τη ζωή του αρρώστου.

Η συχνότερη αιτία περιτονίτιδας στη ΣΦΠΚ είναι τα μικρόβια του δέρματος (σταφυλόκοκκοι, στρεπτόκοκκοι) που εισέρχονται στην περιτοναϊκή κοιλότητα κατά τη

σύνδεση και αποσύνδεση του καθετήρα με το σάκο. Άλλες, λιγότερο συχνές οδοί μόλυνσης είναι το σημείο εξόδου του καθετήρα από το κοιλιακό τοίχωμα, η αιματική οδός (στρεπτόκοκκος) και το παχύ έντερο σε ασθενείς με εκκολπωμάτωση. Από τις διάφορες τροπολογίες που έχουν εφαρμοσθεί για τη μείωση της συχνότητας της περιτονίτιδας, η σημαντικότερη είναι εκείνη του συστήματος «Y-set», με ή χωρίς προσθήκη αντισηπτικού. Η υπεροχή του συστήματος «Y» οφείλεται σε δύο λόγους:

- (α) στη χρήση αντισηπτικού, ώστε να διατηρείται στείρο το συνδετικό σύστημα κατά τα διαστήματα μεταξύ των αλλαγών και
- (β) στην έκπλυση του συνδετικού τμήματος, πριν από την έγχυση του υγρού στην περιτοναϊκή κοιλότητα, με την οποία απομακρύνονται μικρόβια που είχαν τυχόν επιμολύνει το σωλήνα έγχυσης (flush before fill).

Πρέπει να τονισθεί ότι τα συστήματα «Y» μειώνουν κυρίως τη συχνότητα της συνήθως ήπιας περιτονίτιδας που οφείλεται στο σταφυλόκοκκο της επιδερμίδας. Συνεπώς, οι περιτονίτιδες από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο, Gram-αρνητικά μικρόβια και μύκητες, αναμένεται να παραμένουν στην ίδια συχνότητα. Η διάγνωση της περιτονίτιδας τίθεται όταν υπάρχουν τουλάχιστον δύο από τις εξής τρεις προϋποθέσεις:

1. Κοιλιακός πόνος.
2. Παρουσία μικροοργανισμών στο υγρό (χρώση κατά Gram ή καλλιέργεια).
3. Στοιχεία φλεγμονής (πολυμορφοπύρρηνα  $>100/\text{mm}^3$  ή θολό υγρό).

Η θεραπεία της περιτονίτιδας συνήθως απαιτεί χορήγηση αντιβιοτικών ενδοπεριτοναϊκώς, ενδοφλεβίως ή από του στόματος, σύμφωνα με τα πρωτόκολλα που ισχύουν στις μονάδες περιτοναϊκής κάθαρσης. Η πορεία της περιτονίτιδας, στην πλειονότητα των περιπτώσεων, είναι ήπια έως μέτρια και σπάνια σοβαρή. Αν, μετά από επαρκή αντιβίωση 5 ημερών, δεν υποχωρούν τα συμπτώματα ή η περιτονίτιδα οφείλεται σε μύκητες ή στο μικροβακτηρίδιο της φυματίωσης, οι περισσότεροι συνιστούν αφαίρεση του καθετήρα και επανατοποθέτησή του μετά από 2-4 εβδομάδες<sup>12</sup>.

#### 3.4.8. ΑΙΤΙΕΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΗΣ ΣΦΠΚ (11-15%)

Περιτονίτιδα (5-7,2%)	27-52%
Επιπλοκές του καθετήρα	14%
Ανεπαρκής κάθαρση (1,7-2,5%)	8-14%
Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες	19%
Άλλες ιατρικές αιτίες	21%.

### **3.5. Η ΘΕΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΜΟΝΑΔΑ ΣΥΝΕΧΟΥΣ ΦΟΡΗΤΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ**

Οι εξειδικευμένες νοσηλευτικές μονάδες που αναπτύχθηκαν τα τελευταία χρόνια αποτελούν τον καθρέφτη της εξέλιξης στο χώρο της Ιατρικής και της Νοσηλευτικής. Ο σχεδιασμός και η οργάνωσή τους βασίζονται στην έννοια της “νοσηλευτικής ομάδας”. Κύριοι εκρόσωποι αυτών των εξειδικευμένων μονάδων αποτελούν οι μονάδες συνεχούς φορητής περιτοναϊκής κάθαρσης (ΣΦΠΚ).

Οι δημιουργοί της ΣΦΠΚ πρόσφεραν απλότητα και ασφάλεια στην τεχνική αυτής της μεθόδου. Ωστόσο, για την ακίνδυνη και απρόσκοπτη εφαρμογή της, απαιτείται εξειδικευμένο προσωπικό στα πλαίσια της νοσηλευτικής ομάδας.

Στη ΣΦΠΚ ο νεφροπαθής αναλαμβάνει ο ίδιος την αντιμετώπιση της πάθησής του και μάλιστα στο σπίτι του. Συγχρόνως όμως είναι συνδεδεμένος με κάποιο Νεφρολογικό Κέντρο, στο οποίο εκπαιδεύεται στην εφαρμογή της μεθόδου, παρακολουθείται ανά τακτά χρονικά διαστήματα και αντιμετωπίζονται τα προβλήματα και οι επιπλοκές της μεθόδου. Έτσι σε κάθε μονάδα ΣΦΠΚ το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό έχει την ευθύνη:

- 1) Την αξιολόγηση των νεφροπαθών για την καταλληλότητα ένταξής τους στη μέθοδο.
- 2) Της τοποθέτησης του περιτοναϊκού καθετήρα, της παρακολούθησης μέχρι την έξοδο από το Νοσοκομείο και της διδασκαλίας της τεχνικής εφαρμογής της μεθόδου.
- 3) Της ιατρικής και νοσηλευτικής παρακολούθησης κατά την εφαρμογή της μεθόδου από τον ίδιο το νεφροπαθή στο σπίτι του.

Στα πλαίσια αυτών των ευθυνών, ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού δεν περιορίζεται μόνο στην εκτέλεση κοινών νοσηλευτικών πράξεων ή μόνο στην ενδονοσοκομειακή νοσηλεία, αλλά επεκτείνεται, στη διαδικασία της επιλογής της μεθόδου, στο μετέπειτα έλεγχο και παρακολούθηση των αρρώστων και παράλληλα στην προσέγγιση και αντιμετώπιση των προβλημάτων, τα οποία δημιουργούν τόσο η πάθηση όσο και η μέθοδος αντιμετώπισής της. Όπως σε κάθε ιατρικό τμήμα, έτσι και στις μονάδες ΣΦΠΚ, ίσως μάλιστα και σε μεγαλύτερο βαθμό, είναι γεγονός ότι το ιατρικό προσωπικό δεν μπορεί να επιτύχει στο έργο του, αν δεν πλαισιώνεται από νοσηλευτικό προσωπικό απόλυτα εξειδικευμένο και αφοσιωμένο στην αντιμετώπιση αυτής της ομάδας των αρρώστων. Έχει γίνει αντιληπτό ότι το νοσηλευτικό προσωπικό είναι ο καθοριστικός παράγοντας για την επιτυχημένη ή όχι

λειτουργικότητα μιας μονάδας ΣΦΠΚ. Επί πλέον αποτελεί σήμερα κοινή πεποίθηση το γεγονός ότι ο νοσηλευτής είναι ισότιμο μέλος της νοσηλευτικής ομάδας για κάθε μονάδα ΣΦΠΚ (ιατρικό – νοσηλευτικό προσωπικό, ψυχολόγος, κοινωνική λειτουργός και διαιτολόγος).

Έτσι, ο νοσηλευτής δεν είναι απλός εκτελεστής των Ιατρικών εντολών, αλλά απαραίτητος συνεργάτης με ειδικές γνώσεις και υπεύθυνη άποψη, ικανός να συμμετέχει μαζί με τον γιατρό και τα άλλα μέλη της νοσηλευτικής ομάδας στον εντοπισμό των αναγκών και των προβλημάτων του αρρώστου, στον προγραμματισμό της θεραπείας του και στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των παρεμβάσεων που έχουν γίνει. Η συνεργασία πρέπει να χαρακτηρίζει τη σχέση των μελών της νοσηλευτικής ομάδας, χωρίς προσωπικές αντιπαραθέσεις και ανταγωνισμούς, στηριγμένη αποκλειστικά στη συναδελφική δεοντολογία και στην πίστη ότι η από κοινού προσφορά θα βοηθήσει περισσότερο το νεφροπαθή συνάνθρωπό τους.

Τα εφόδια που πρέπει να αποκτήσει ο νοσηλευτής της Μονάδας ΣΦΠΚ, ώστε να ανταπεξέρχεται με επιτυχία στο ρόλο του, είναι:

- Γνώσεις Φυσιολογίας και Παθοφυσιολογίας για να παρακολουθεί και να ελέγχει τις βιολογικές μεταβλητές των νεφροπαθών (ΑΠ, φλεβική πίεση, ηλεκτρολύτες, ουρία, κρεατίνη κ.λ.π.).
- Βασικές γνώσεις Φαρμακολογίας, Φαρμακοκινητικής και Φαρμακοδυναμικής, καθώς και γνώσεις για τη δράση και τις ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμακευτικών ουσιών, ώστε να μπορεί να εκτιμήσει την ορθότητα των δοσολογικών σχημάτων κατά την εφαρμογή των φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων.
- Κατανόηση της Παθοφυσιολογίας της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας, των σταδίων εξέλιξής της και των μεθόδων αντιμετώπισής τους.
- Εξοικείωση με τις τρεις μεθόδους αντιμετώπισης της ΧΝΑ (ΤΝ, ΣΦΠΚ, Μεταμόσχευση).
- Γνώση των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων της κάθε μεθόδου καθώς και των κριτηρίων επιλογής που ισχύουν για την ένταξη του αρρώστου στην κάθε μέθοδο.
- Γνώση των προβλημάτων και των επιπλοκών της ΣΦΠΚ καθώς και των τρόπων αντιμετώπισής τους.
- Απόκτηση δεξιοτεχνίας και άνεσης στους χειρισμούς κατά την τεχνική εφαρμογής της μεθόδου.
- Ανάπτυξη ικανότητας διδασκαλίας και εκπαίδευσης.

- Υποστήριξη της ψυχολογίας αυτών των αρρώστων, οι οποίοι ως χρόνοι άρρωστοι παρουσιάζουν πολύπλοκα ψυχολογικά προβλήματα με αντίκτυπο τόσο στους ίδιους όσο και στο άμεσο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον τους.

Για την απόκτηση όλων αυτών των γνώσεων και ικανοτήτων είναι αναγκαία η συμμετοχή τους σε σεμινάρια, συνέδρια, σε κλινικές και ερευνητικές μελέτες, όπως επίσης είναι απαραίτητη η συστηματική μελέτη επιστημονικών περιοδικών. Είναι αναγκαία, δηλαδή, η συμμετοχή των Νοσηλευτών Νεφρολογίας στη Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση<sup>14</sup>.

### 3.5.1 ΕΠΙΛΟΓΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΙΑ ΣΦΠΚ

Για την αντιμετώπιση του τελικού σταδίου της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας η εύστοχη επιλογή μεθόδου εξωνεφρικής κάθαρσης με βάση ορισμένα κριτήρια, αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την μετέπειτα ομαλή μακρόχρονη θεραπεία. Οι νεφροπαθείς που πρέπει να υποβληθούν σε εξωνεφρική κάθαρση δεν είναι όλοι ιδανικοί υποψήφιοι για ΣΦΠΚ. Ως εκ τούτου πρέπει να γίνεται επιλογή αυτών που μπορούν να υποβληθούν σε ΣΦΠΚ, με βάση κριτήρια επιλογής που έχουν καθορισθεί και ισχύουν διεθνώς. Τα κριτήρια αυτά διακρίνονται σε ιατρικά και κοινωνικά.

Ο γιατρός της μονάδας σε συνεργασία με τον νοσηλευτή, μετά τη λεπτομερή λήψη του ιστορικού και την προσεκτική κλινική εξέταση του αρρώστου θ' αποφασίσουν μαζί, βάση των κριτηρίων για την ένταξη ή όχι του αρρώστου σε ΣΦΠΚ. Βέβαια είναι απαραίτητη η εξατομίκευση της αξιολόγησης των κριτηρίων ανά υποψήφιο ασθενή. Είναι μια διαδικασία που απαιτεί ιδιαίτερη σοβαρότητα.

Καθοριστικό όμως παράγοντα στην ένταξη ενός νεφροπαθή σε ΣΦΠΚ αποτελεί η επιθυμία του ίδιου, αφού είναι αυτός που θα εφαρμόσει την μέθοδο. Για να αποφασίσει όμως ο άρρωστος πρέπει να είναι ορθά ενημερωμένος. Ο νοσηλευτής είναι αυτός που θα ενημερώσει τον άρρωστο, με απλό και κατανοητό τρόπο και θα εξηγήσει στον νεφροπαθή την αναγκαιότητα εφαρμογής της ΣΦΠΚ. Θα κάνει μία σύντομη ανάλυση και ανάπτυξη της μεθόδου, θα ξεναγήσει τον υποψήφιο στους χώρους της Μονάδας και θα τον γνωρίσει με άλλους νεφροπαθείς της μεθόδου. Ο νοσηλευτής θ' αναζητήσει και θα επιλύσει όλες τις απορίες που έχει ο νεφροπαθής σχετικά με την εφαρμογή της μεθόδου και θα τον βοηθήσει ώστε να αποδεχθεί και να αγαπήσει τη μέθοδο.

### 3.5.2. ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΘΕΤΗΡΑ

Αν ο υποψήφιος νεφροπαθής κριθεί κατάλληλος για να ενταχθεί στη μέθοδο και ο ίδιος την αποδεχτεί, εισάγεται στη Μονάδα και αρχίζει η προεγχειρητική ετοιμασία για την τοποθέτηση του περιτοναϊκού καθετήρα. Γίνεται εργαστηριακός έλεγχος που περιλαμβάνει γενική αίματος, ουρία, κρεατίνη, σάκχαρο, ηλεκτρολύτες, Ca, P αίματος, αιμορραγικό έλεγχο, καθορισμό ομάδας και Rhesus έλεγχο για HbsAg και αντισώματα ηπατίτιδας C. Επιπλέον, γίνεται ακτινογραφία θώρακος, ΗΚΓ, καρδιολογική και αναισθησιολογική εξέταση.

Την προηγούμενη ημέρα της τοποθέτησης γίνεται λουτρό καθαριότητας, καθαρικός υποκλισμός και προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου (ξύρισμα αν χρειάζεται και καθαρισμός με αντισηπτικό). Από τον νοσηλευτή θα γίνει και η προετοιμασία του περιτοναϊκού καθετήρα. Αυτός θα ελέγξει τη βατότητά του και θα φροντίσει για την αποστείρωσή του από το ειδικό τμήμα του Νοσοκομείου. Ο νοσηλευτής ακόμα οφείλει να αντιμετωπίσει τους φόβους και τα ψυχολογικά προβλήματα που εμφανίζονται στον άρρωστο. Να αντιληφθεί την αγωνία του και να κατανοήσει την συμπεριφορά του. Πρέπει να προσπαθήσει να ενισχύσει το αίσθημα εμπιστοσύνης του νεφροπαθούς και με απλές και λογικές πληροφορίες να τον καθησυχάσει.

Την ημέρα της τοποθέτησης του καθετήρα, ο νοσηλευτής από τη Μονάδα συνοδεύει τον άρρωστο στο χειρουργείο. Η παρουσία του είναι απαραίτητη, γιατί με ειδική σύνδεση εισόδου και εξόδου περιτοναϊκού διαλύματος ελέγχει την καλή λειτουργία του καθετήρα επιβεβαιώνοντας έτσι τη σωστή τοποθέτησή του πριν από το κλείσιμο της χειρουργικής τομής.

### 3.5.3. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

Μετά την τοποθέτηση του καθετήρα ο άρρωστος επιστρέφει στη Μονάδα για συνεχή παρακολούθηση και κλινική εκτίμηση από τους νοσηλευτές, με σκοπό την πρώιμη διάγνωση ενδεχομένων μετεγχειρητικών επιπλοκών. Ο νοσηλευτής πρέπει να έχει την ικανότητα να αναγνωρίζει εγκαίρως τα προβλήματα και τις επιπλοκές, έτσι ώστε η πρώιμη αντιμετώπισή τους να έχει αυξημένες πιθανότητες επιτυχίας.

Καθημερινά γίνεται κλινική εξέταση του νεφροπαθούς που περιλαμβάνει, εκτός των άλλων, την εκτίμηση της πορείας επούλωσης του χειρουργικού τραύματος και την στερεότητα του κοιλιακού τοιχώματος. Κάθε 4-5 μέρες γίνεται εργαστηριακός έλεγχος. Ανάλογα με την επούλωση του τραύματός του την 8η-10η μετεγχειρητική ημέρα

αφαιρούνται τα ράμματα και την 10η-12η εφ' όσον δεν έχουν υπάρξει επιπλοκές, αρχίζει η σταδιακή εφαρμογή της ΣΦΠΚ.

Ο έλεγχος της βατότητας του καθετήρα και της σωστής θέσης του για το χρονικό διάστημα που δεν χρησιμοποιείται για ΣΦΠΚ είναι έργο των νοσηλευτών. Αυτό επιτυγχάνεται με την περιοδική έκπλυση της περιτοναϊκής κοιλότητας με μικρές ποσότητες διαλύματος. Με την τεχνική αυτή καθημερινά εγχέονται και παροχετεύονται 500 mL περιτοναϊκού διαλύματος, μέχρι να συμπληρωθούν 4 L διαλύματος. Στη συνέχεια, ηπαρινίζεται ο καθετήρας με 2000 IU ηπαρίνης και επαναλαμβάνεται η ίδια διαδικασία την επόμενη ημέρα.

#### **3.5.4. ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΣΦΠΚ**

Η έναρξη εφαρμογής της μεθόδου είναι σταδιακή σε ό,τι αφορά την ποσότητα του εγχέομένου ποσού σε κάθε αλλαγή. Εφόσον δεν παρουσιαστούν προβλήματα, προοδευτικά αυξάνεται ο όγκος, μέχρι να συμπληρωθούν τα 2 L. Ο νοσηλευτής είναι κοντά στον άρρωστο όλο το 24ωρο και είναι αυτός που έγκαιρα θα διαγνώσει τα προβλήματα στεγανότητας του κοιλιακού τοιχώματος, ώστε να διακόψει έγκαιρα την περιτοναϊκή κάθαρση. Η καθυστέρηση της αναγνώρισης της διαρροής διαλύματος στον υποδόριο ιστό ή από την δερματική έξοδο του καθετήρα ίσως αποβεί μοιραία για τη μετέπειτα λειτουργία του καθετήρα. Ο έμπειρος νοσηλευτής της Μονάδας θ' αναγνωρίσει πρώτος και τις υπόλοιπες πρώιμες επιπλοκές, όπως είναι η φλεγμονή του στομίου εξόδου, η πλήρης ή μιας κατεύθυνσης απόφραξη και η έξοδος του υποδόριου δακτυλίου από τη σήραγγα.

Από την ημέρα έναρξης εφαρμογής της ΣΦΠΚ, εκτός από την τακτική καθημερινή εκτίμηση του νεφροπαθούς από το νοσηλευτή πρέπει να τηρείται και καθημερινό διάγραμμα ισοζυγίου υγρών και απόδοσης της αφυδάτωσης του για κάθε αλλαγή.

#### **3.5.5. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ**

Η ορθή εκπαίδευση του αρρώστου αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο για την επιτυχία της ΣΦΠΚ ως μεθόδου υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας. Την εκπαίδευση του αρρώστου (ή και κάποιου συγγενικού του προσώπου) αναλαμβάνει το νοσηλευτικό προσωπικό της Μονάδας ΣΦΠΚ. Η διαδικασία της εκπαίδευσης είναι αυτή που κυρίως διαφοροποιεί το νοσηλευτικό προσωπικό της Μονάδας ΣΦΠΚ από εκείνο των άλλων τμημάτων. Από τον τρόπο διδασκαλίας θα εξαρτηθεί η ενδο- και εξωνοσοκομειακή συνεργασία με τον άρρωστο. Η πλήρης γνώση και η σωστή



εφαρμογή της μεθόδου παρέχει στον άρρωστο αίσθημα ασφάλειας. Αυτή η ασφάλεια απορρέει από την εμπιστοσύνη του αρρώστου στον εαυτό του και από την πίστη ότι μπορεί να ξεπεράσει τα συνήθη προβλήματα που είναι δυνατόν να προκύψουν κατά την εφαρμογή της μεθόδου. Για να επιτύχει όμως ο νοσηλευτής στο ρόλο του εκπαιδευτή, πρέπει ο ίδιος να γνωρίζει πολύ καλά το αντικείμενο που διδάσκει.

Ο νοσηλευτής – εκπαιδευτής πρέπει να έχει υπόψη του ότι απευθύνεται σε αρρώστους και όχι σε ειδικούς, ό,τι γι' αυτόν είναι ευνόητο για τον άρρωστο μπορεί να είναι δυσνόητο. Πρέπει ακόμη να γνωρίζει ότι όλοι οι άρρωστοι δεν είναι ίδιοι. Διαφέρουν στην μόρφωση, στον ψυχισμό, στο διανοητικό επίπεδο, οπότε πρέπει να προσαρμόζει ανάλογα τον τρόπο και το χρόνο διδασκαλίας του. Τα κοινωνικά, οικονομικά, ψυχολογικά και συναισθηματικά προβλήματα που δημιουργούνται εξ αιτίας της πάθησης, επηρεάζουν την εκμάθηση, τη σωστή εφαρμογή της μεθόδου και την επιτυχή πορεία της θεραπείας. Ο νοσηλευτής σε συνεργασία με τον ψυχολόγο της Μονάδας και την κοινωνική λειτουργό πρέπει να δώσουν λύσεις στα προβλήματα και να ανακουφίσουν τον άρρωστο και την οικογένεια από την πίεση των προβλημάτων.

Η εκπαίδευση του αρρώστου διακρίνεται στα ακόλουθα στάδια:

Το πρώτο στάδιο που επισημάνθηκε και σε προηγούμενη παράγραφο περιλαμβάνει:

- i. Την ενημέρωση του αρρώστου για την ανάγκη εφαρμογής της μεθόδου.
- ii. Την ανάπτυξη και ανάλυση της μεθόδου.
- iii. Την ενημέρωση του αρρώστου για την ανάγκη τήρησης των κανόνων ατομικής υγιεινής.

Στο δεύτερο στάδιο αναλύονται τα θεωρητικά και πρακτικά σημεία της μεθόδου που αφορούν:

- i. Την εφαρμογή της άσηπτης τεχνικής.
- ii. Τα απαιτούμενα υλικά.
- iii. Τις οδηγίες για την αλλαγή του σάκου και εκμάθησης του τρόπου, με τον οποίο χορηγούνται στο σάκο τα φάρμακα.
- iv. Την περιποίηση και την φροντίδα της δερματικής εξόδου.

Ο άρρωστος πρέπει να αντιληφθεί τις έννοιες και τους κανόνες της ασηψίας και αντισηψίας και να κατανοήσει την σημασία της εφαρμογής τους για την πρόληψη της μόλυνσης.

Στο τρίτο στάδιο δίνονται οδηγίες για την αντιμετώπιση ατυχών χειρισμών και συμβαμάτων κατά την εφαρμογή της μεθόδου. Επισημαίνονται οι επιπλοκές που πιθανόν μπορούν να προκύψουν και δίνονται οδηγίες για την πρώιμη αντιμετώπισή

τους. Στόχος των ανωτέρω είναι η αποφυγή πρόκλησης πανικού στον άρρωστο όταν εμφανιστούν οι πιθανές επιπλοκές της μεθόδου.

Στο τέταρτο στάδιο τονίζεται ο σχολαστικός έλεγχος των υλικών που χρησιμοποιούνται, ώστε να αποφεύγονται τυχόν επιπλοκές.

Ο έλεγχος αφορά:

- ❖ Την ημερομηνία λήξεως των υλικών.
- ❖ Την άρτια συσκευασία τους.
- ❖ Τον τύπο, την περιεκτικότητα (%) της γλυκόζης στο διάλυμα και τη διαύγεια του περιτοναϊκού διαλύματος.
- ❖ Τον τρόπο θέρμανσης του σάκου.
- ❖ Τον τρόπο φύλαξης των περιτοναϊκών διαλυμάτων.

Με την προϋπόθεση ότι ο άρρωστος κατενόησε τη μέθοδο και έχει κριθεί ικανός να αντιμετωπίσει με συνέπεια τις τυχόν επιπλοκές, προχωρούμε στο επόμενο στάδιο, που περιλαμβάνει την επίδειξη του τρόπου λήψης και καταγραφής των στοιχείων που περιλαμβάνονται στο διάγραμμα παρακολούθησης. Αυτά είναι:

- Το σωματικό βάρος.
- Η αρτηριακή πίεση.
- Η θερμοκρασία.
- Το ισοζύγιο υγρών.
- Τα προστιθέμενα φάρμακα, και
- Η όψη του διαλύματος και της δερματικής εξόδου.

Στο πέμπτο στάδιο, αναλύονται:

1. Οι συνθήκες διαβίωσης που πρέπει να τηρούνται.
2. Η διαμόρφωση του χώρου όταν γίνεται η αλλαγή του σάκου.
3. Δίνονται οδηγίες για τον τρόπο, με τον οποίο πρέπει να κάνει μπάνιο και τον τρόπο περιποίησης των συνδέσεων.
4. Δίνονται οδηγίες από τον διαιτολόγο ώστε να αποκτήσει τις βασικές διαιτητικές αρχές που απαιτεί η μέθοδος.
5. Δίνεται ο κατάλογος των υλικών που είναι απαραίτητα για την εφαρμογή της μεθόδου.
6. Συζητείται η δυνατότητα να κάνει διακοπές και πώς να τις προετοιμάζει.
7. Προγραμματίζονται οι ώρες των αλλαγών ανάλογα με την εργασία και τις ανάγκες του αρρώστου και δίνονται πληροφορίες για τον τρόπο, με τον οποίο ο νεφροπαθής θα επικοινωνεί με τη μονάδα.

Στο έκτο και τελευταίο στάδιο αξιολογείται η διαδικασία της εκπαίδευσης, ελέγχεται δηλαδή ο άρρωστος πόσο ικανός είναι να εφαρμόσει μόνος του στο σπίτι του αυτά που έμαθε<sup>8</sup>.

### 3.5.6. ΧΡΟΝΙΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

Μετά το τέλος της εκπαίδευσης, που συνήθως διαρκεί 2 με 3 εβδομάδες, ο άρρωστος εξέρχεται από το Νοσοκομείο και στη συνέχεια επισκέπτεται τη Μονάδα σε τακτά χρονικά διαστήματα. Από έρευνα που έγινε πριν 3 χρόνια στην Ελλάδα, φαίνεται ότι το χρονικό αυτό διάστημα διαφέρει μεταξύ των Μονάδων. Σε 8 Μονάδες εφαρμοζόταν ανά μήνα επίσκεψη, ενώ σε 3 ανά δίμηνο. Στη δική μας Μονάδα τηρείται η ανά μήνα επίσκεψη των νεφροπαθών, εκτός λίγων εξαιρέσεων εξ αιτίας της μεγάλης απόστασης του τόπου διαμονής από τη Μονάδα.

Ο προγραμματισμένος τακτικός έλεγχος του νεφροπαθή περιλαμβάνει: Λεπτομερή κλινική εξέταση από το γιατρό και το νοσηλευτή.

- ✓ Καταγραφή του σωματικού βάρους, της αρτηριακής πίεσης και σύγκριση με τα στοιχεία προηγούμενων επισκέψεων.
- ✓ Έλεγχο της δερματικής εξόδου του καθετήρα (παρατήρηση για ερυθρότητα ή εκροή υγρού).
- ✓ Εκτίμηση των κοιλιακών τοιχωμάτων (έλεγχος για ανάπτυξη κήλης ή διαρροής υγρού).
- ✓ Έλεγχο των κάτω άκρων για οιδήματα και έλκη και το συνήθη βιοχημικό έλεγχο.

Στον τακτικό έλεγχο γίνεται από το νοσηλευτή και η αλλαγή του συνδετικού σωλήνα. Το χρονικό διάστημα που παρεμβάλλεται μεταξύ δύο αλλαγών του συνδετικού σωλήνα, εξαρτάται από τις προδιαγραφές του υλικού και την τακτική που ακολουθεί κάθε Μονάδα.

Όλες οι παρατηρήσεις που συλλέγονται σε κάθε επίσκεψη, καταγράφονται σε ειδικό έντυπο και τοποθετείται στο φάκελο του αρρώστου για διαχρονικό έλεγχο και σύγκριση.

Κάθε εξάμηνο γίνεται ακτινογραφία θώρακος, ΗΚΓ και προγραμματίζονται και ειδικές εξετάσεις (όπως ΡΤΗ, οστικός έλεγχος). Κατά την επίσκεψη του νεφροπαθή στη μονάδα γίνεται και επανεκτίμηση της σωστής εφαρμογής της μεθόδου. Ανάλογα με τη συχνότητα των προβλημάτων ή των επιπλοκών (όπως επανειλημμένες περιτονίτιδες ή συχνή φλεγμονή του στομίου εξόδου), κρίνεται αν χρειάζεται επανεκπαίδευση του νεφροπαθούς, ώστε να διορθωθούν οι λανθασμένοι χειρισμοί.

Ο νοσηλευτής με την υπομονή, την επιμονή και την συνεχή επίβλεψη θ' αποτελέσει το συνδετικό κρίκο μεταξύ αρρώστου και Μονάδας ΣΦΠΚ. Θα παρακολουθεί την εξωνοσοκομειακή εξέλιξη του αρρώστου θα απαντά σε απορίες που θα του δημιουργούνται. Θα ενθαρρύνει τον άρρωστο στην προσπάθειά του και σε συνεργασία με τους ειδικούς θα δίνει λύσεις στις δυσκολίες που θα προκύπτουν<sup>13</sup>.

### **3.6. ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ**

#### **ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ**

Οι ιογενείς λοιμώξεις που εμφανίζονται στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς προκαλούνται από τους ιούς της ηπατίτιδας A (HAV), B (HBV), C (HCV) και D (HDV), τους ιούς της ομάδας του απλού έρπητα (HSV) και της ανεμοβλογιάς – ζωστήρος (HV-ZV), τον κυτταρομεγαλοϊό (CMV), τον ιό Epstein – Barr, τον ιό της επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (HIV) και τους συνήθεις αδενοϊούς.

Από όλες τις παραπάνω λοιμώξεις, τη μεγαλύτερη συχνότητα μεταξύ των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών εμφανίζουν οι λοιμώξεις από τους ιούς της ηπατίτιδας B και C. Η ηπατίτιδα A δεν αποτελεί πρόβλημα, καθώς η συχνότητά της μεταξύ των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών δε διαφέρει από αυτή του γενικού πληθυσμού και η μετάδοσή της γίνεται δια του γαστρεντερικού συστήματος με τις μολυσμένες τροφές. Αντίθετα, μείζον πρόβλημα στις μονάδες αιμοκάθαρσης αποτελούν οι ιοί της ηπατίτιδας B και C, οι οποίοι προσβάλουν τους ασθενείς λόγω μειωμένης κυτταρικής ανοσιακής απάντησης και το προσωπικό των μονάδων λόγω της στενής επαφής με τους ασθενείς κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης. Η συχνότητα της ηπατίτιδας B ποικίλλει ευρέως μεταξύ των διαφόρων χωρών της Ευρώπης. Παλαιότερες μελέτες της επίπτωσης της λοίμωξης στις μονάδες τεχνητού νεφρού ανέφεραν συχνότητα 18% στην Ευρώπη και 16% στις Η.Π.Α. Σήμερα, με τα εφαρμοζόμενα μέτρα προφύλαξης και ελέγχου των ασθενών και του μεταγγιζόμενου αίματος και τον περιορισμό των μεταγγίσεων εξαιτίας της αγωγής με ερυθροποιητίνη, η συχνότητα της ηπατίτιδας B έχει περιοριστεί σημαντικά (<1%).

Μεγάλες διαφορές παρατηρούνται επίσης στην επίπτωση της ηπατίτιδας C στον πληθυσμό των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών, η οποία, με βάση πρόσφατα στοιχεία, κυμαίνεται από 1% στο Ηνωμένο Βασίλειο έως 70% στη Σαουδική Αραβία. Ο κίνδυνος μετάδοσης της ηπατίτιδας C έχει μειωθεί σημαντικά μετά την ανακάλυψη της δοκιμασίας ανίχνευσης του ιού στο αίμα το Μάιο του 1990.

Είναι γνωστό ότι ο τρόπος μετάδοσης μιας λοίμωξης καθορίζει τα μέτρα προφύλαξης που πρέπει να ληφθούν για τον περιορισμό της. Επομένως,

προκειμένου να διερευνήσουμε τις μεθόδους πρόληψης της διασποράς της ηπατίτιδας Β και C στις Μονάδες Τεχνητού Νεφρού, είναι απαραίτητο να αναφερθούμε στους τρόπους μετάδοσης των δύο αυτών λοιμώξεων<sup>14</sup>.

### 3.6.1. ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΤΟΥ HBV και του HCV

Η μετάδοση του ιού της ηπατίτιδας Β γίνεται κυρίως με το μολυσμένο αίμα και τις σωματικές εκκρίσεις. Οι τρόποι μετάδοσης περιλαμβάνουν:

- 1) Τη μετάγγιση αίματος και παραγώγων του.
- 2) Τη χρήση κοινών συριγγών.
- 3) Τη διαδερμική ή διαβλεννογόνια έκθεση σε αίμα και σωματικά υγρά.
- 4) Τη σεξουαλική επαφή με μολυσμένο σύντροφο.
- 5) Την περιγεννητική μετάδοση από τη μητέρα στο παιδί.

Ο χρόνος επώασης της νόσου κυμαίνεται από 6 εβδομάδες μέχρι 6 μήνες. Στις ομάδες αιμοκάθαρσης, η διασπορά της ηπατίτιδας Β μπορεί να γίνει με τους ακόλουθους τρόπους:

**ΠΙΝΑΚΑΣ 9**

<b>ΔΙΑΣΠΟΡΑ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β</b>	
<b>ΠΗΓΗ</b>	<b>ΔΕΚΤΗΣ</b>
A. Μετάγγιση μολυσμένου αίματος	Ασθενής
B. Μολυσμένα γάντια ή χέρια του προσωπικού	Ασθενής
Γ. Μολυσμένα αντικείμενα (σύριγγες, εργαλεία, λαβίδες μηχανήματος, περιχειρίδες)	Ασθενής – προσωπικό
Δ. Περιβάλλον MTN (επιφάνειες μηχανημάτων, αλλαγές νοσηλευτών, διαγράμματα ασθενών, που είναι πιθανό να έχουν μολυνθεί από αίμα ή από υγρά που εμπεριέχουν αίμα)	Ασθενής – προσωπικό
E. Απορρίμματα που δεν απομακρύνονται με σωστό τρόπο	Βοηθητικό προσωπικό – δημόσια υγεία

Δεν υπάρχουν επιδημιολογικές μελέτες που να αποδεικνύουν μετάδοση του ιού από μέλη του προσωπικού που ήταν φορείς του HbsAg στους ασθενείς.

Μέχρι σήμερα, οι γνώσεις μας σχετικά με τους τρόπους μετάδοσης της ηπατίτιδας C παραμένουν ελλιπείς και συγκεχυμένες. Οι περισσότεροι ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι πιο συχνοί τρόποι μετάδοσης της λοίμωξης είναι οι μεταγγίσεις με μολυσμένο αίμα και η χρήση κοινών μολυσμένων συριγγών. Ακολουθεί η διαδερμική έκθεση με μολυσμένο αίμα, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχει λύση της συνέχειας του δέρματος (τραύματα, εκδορές, δερματοπάθειες).

Υποστηρίζεται επίσης ότι η ηπατίτιδα C μεταδίδεται μεταξύ σεξουαλικών συντρόφων και ανάμεσα στα μέλη μιας οικογένειας. Όμως, το μέγεθος αυτού του κινδύνου δεν είναι γνωστό. Δεν αναφέρονται περιπτώσεις που τεκμηριώνουν τη μετάδοση της ηπατίτιδας C με το φτάρνισμα ή το βήχα και την απλή επαφή. Τέλος, ο ιός HCV δεν μεταδίδεται με το φαγητό ή το νερό. Εξάλλου ένα άτομο που έχει προσβληθεί από ηπατίτιδα A ή B μπορεί ακόμη να προσβληθεί και από ηπατίτιδα C.

Μία διαφορετική άποψη για τον τρόπο μετάδοσης της ηπατίτιδας C υποστηρίζεται από τον Allander. Σύμφωνα με αυτήν, η μετάδοση του HCV δεν έχει καμία σχέση με τις μεταγγίσεις αίματος, ούτε συνδέεται με τη χρήση των συσκευών τεχνητού νεφρού, αλλά ευνοείται σε χώρους όπου εφαρμόζονται παρεντερικές θεραπείες σε ομοιογενείς ομάδες ασθενών, όπως είναι οι ουραιμικοί ασθενείς που θεραπεύονται με την ίδια διαδικασία. Πράγματι έχει διαπιστωθεί ότι η αναλογία των anti-HCV θετικών ασθενών είναι μεγαλύτερη στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς σε σύγκριση με τους ασθενείς που υποβάλλονται σε ΣΦΠΚ.5 Μεταξύ δε των αιμοκαθαιρόμενων, οι οροθετικοί ασθενείς είναι περισσότεροι μεταξύ εκείνων που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση για μακρότερο διάστημα έναντι εκείνων που αιμοκαθαίρονται μικρότερο διάστημα. Ο χρόνος επώασης της νόσου κυμαίνεται από δύο εβδομάδες έως έξη μήνες<sup>14</sup>.

### 3.6.2. ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ

Παρόλο που η διασπορά της ηπατίτιδας B γίνεται με τρόπους παρόμοιους με εκείνους της ηπατίτιδας C είναι αξιοσημείωτο ότι τα μέτρα προφύλαξης που λαμβάνονται στις Μονάδες Τεχνητού νεφρού για την αποφυγή της διασποράς των δύο αυτών λοιμώξεων διαφέρουν μεταξύ τους.

Έτσι σήμερα στη χώρα μας, σύμφωνα με τις προδιαγραφές του Υπουργείου Υγείας για τη λειτουργία των Μονάδων Τεχνητού Νεφρού, η νοσηλεία των ασθενών με ηπατίτιδα B γίνεται σε κίτρινους θαλάμους, όπου οι ασθενείς, φορείς ή πάσχοντες, υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση απομονωμένοι. Εκτός του θαλάμου εφαρμόζεται σχολαστική καθαριότητα των συσκευών τεχνητού νεφρού και των επίπλων με αντισηπτικά, ενώ η απομάκρυνση των απορριμμάτων γίνεται ξεχωριστά από τα υπόλοιπα λύματα της μονάδας. Τα αντικείμενα που χρησιμοποιούνται στη νοσηλεία του ασθενή με ηπατίτιδα B, εάν δεν είναι μιας χρήσης, δεν μεταφέρονται έξω από τον κίτρινο θάλαμο, εκτός εάν απολυμανθούν. Τέλος, το προσωπικό που αναλαμβάνει τη νοσηλεία ασθενών στον κίτρινο θάλαμο απαγορεύεται να συμμετέχει παράλληλα στη φροντίδα άλλων ασθενών της μονάδας.

Επιπλέον, έχει καθιερωθεί τακτικός ορολογικός έλεγχος των ασθενών και του προσωπικού ανά εξάμηνο για την ανίχνευση των HbsAg και anti-HBs. Με βάση τα αποτελέσματα αυτού του ελέγχου τα άτομα διακρίνονται σε:

- Οροθετικά με χρόνια λοίμωξη (HbsAg θετικά για περισσότερο από 6 μήνες).
- Άνοσα, που έχουν αναπτύξει ικανό τίτλο anti-HBs αντισωμάτων είτε ως αποτέλεσμα εμβολιασμού ή ως αποτέλεσμα φυσικής λοίμωξης (θετικά για anti-HBs και/ή anti-HBs).
- Ευαίσθητα (αρνητικά για τα HBs, anti-HBs, anti-HBs), που πρέπει να ενταχθούν στο πρόγραμμα εμβολιασμού.

Στην περίπτωση της ηπατίτιδας C η κατάσταση είναι αρκετά διαφορετική. Τα μέτρα που λαμβάνονται για την προφύλαξη από τη λοίμωξη, είναι:

- i. Γενικά μέτρα πρόληψης, όπως καθαριότητα, συνθήκες ασηψίας, αποφυγή μεταφοράς μολυσμένου υλικού από ασθενή σε ασθενή.
- ii. Τακτικός βιοχημικός έλεγχος της ηπατικής λειτουργίας των ασθενών για πιθανή αύξηση των ηπατικών ενζύμων.
- iii. Αποφυγή μεταγγίσεων και επαφών με μολυσμένο αίμα και τα παράγωγά του και
- iv. Τακτικός ορολογικός έλεγχος ασθενών και προσωπικού για anti HCV αντισώματα.

Τέλος, σε πολλές μονάδες εφαρμόζεται η τακτική της διαδοχής των ασθενών που έχουν προσβληθεί από τον ιό HCV σε συγκεκριμένα μηχανήματα αιμοκάθαρσης, το λεγόμενο σύστημα back-to-back.

Οι διαφορές των μέτρων προστασίας από τη μόλυνση με τις δύο μορφές ηπατίτιδας (B και C) οφείλονται στο γεγονός ότι όταν ο ιός της ηπατίτιδας B μολύνει το περιβάλλον, παραμένει εν ζωή σε αυτό τουλάχιστον για 7 ημέρες στη θερμοκρασία του περιβάλλοντος. Κάτι τέτοιο δεν φαίνεται να ισχύει για τον ιό της ηπατίτιδας C. Έτσι εξηγείται η απομόνωση σε κίτρινους θαλάμους μόνο των ασθενών με ηπατίτιδα B. Εξαιτίας, όμως, της σύγχυσης που επικρατεί για τους τρόπους μετάδοσης της ηπατίτιδας C, ορισμένες χώρες (π.χ. Ισπανία) εφαρμόζουν την τακτική της απομόνωσης σε ξεχωριστούς θαλάμους και στους αιμοκαθαιρόμενους με ηπατίτιδα C. Στην Ελλάδα δεν εφαρμόζεται αυτή η τακτική, ως άσκοπη και μη εξασφαλίζουσα τον έλεγχο της διασποράς του ιού.

Το 1985 το Κέντρο Ελέγχου Λοιμώξεων (Center for Disease Control) στις Η.Π.Α. διατύπωσε τους Διεθνείς Κανόνες Προφύλαξης (Universal Precautions), οι οποίοι έκτοτε ισχύουν παγκοσμίως για την προστασία των ασθενών, του

ιατρονοσηλευτικού και υγειονομικού προσωπικού και των εργαζομένων στην καθαριότητα και στις αστυνομικές δυνάμεις από τις λοιμώξεις. Οι Διεθνείς Κανόνες Προφύλαξης αναφέρονται στην προφύλαξη και την πρόληψη μετάδοσης λοιμώξεων μέσω του αίματος ή άλλων σωματικών υγρών (αμνιακό υγρό, περικαρδιακό υγρό, περιτοναϊκό υγρό, πλευριτικό υγρό, οσφυονωτιαίο υγρό, σπέρμα, κολπικά υγρά), εκτός από το σίελο, το οποίο θεωρείται μολυσματικό μόνο όταν εμπεριέχει αίμα, όπως συμβαίνει συνήθως στις οδοντιατρικές επεμβάσεις.<sup>14</sup> Σύμφωνα με αυτούς τους κανόνες, στη νοσηλεία των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών επιβάλλεται να λαμβάνονται τα ακόλουθα μέτρα:

1. **Βελόνες, νυστέρια και άλλα αιχμηρά εργαλεία**, που χρησιμοποιούνται κατά τη νοσηλεία, όταν είναι μιας χρήσεως, πρέπει να καταλήγουν στα ειδικά δοχεία απόρριψης αιχμηρών αντικειμένων και στη συνέχεια να αποβάλλονται χωριστά από τα υπόλοιπα λύματα της μονάδας. Εάν τα αντικείμενα αυτά δεν είναι μιας χρήσης, πρέπει να καθαρίζονται πρώτα με απολυμαντικό (π.χ. διάλυμα χλωρίνης 1:100) και στη συνέχεια να αποστέλλονται προς αποστείρωση. Τα δοχεία απόρριψης αιχμηρών αντικειμένων πρέπει να τοποθετούνται όσο το δυνατό πλησιέστερα στο χώρο εργασίας έτσι, ώστε να αποφεύγεται η μεταφορά τους μέσα στη μονάδα. Το ιδανικό είναι να υπάρχει ένα κίτρινο δοχείο δίπλα σε κάθε σταθμό αιμοκάθαρσης.
2. **Γάντια**. Πρέπει να υπάρχουν πάντα γάντια στο χώρο της μονάδας και στην ευχέρεια του προσωπικού, που δεν πρέπει ποτέ να παραλείπει να τα φορά, όταν πρόκειται να εκτελέσει μια παρέμβαση που συνεπάγεται επαφή με υγρά για τα οποία ισχύουν οι Διεθνείς Κανόνες. Απαιτείται η εξασφάλιση αφθονίας και ποικιλίας γαντιών για το προσωπικό, ώστε να επιτυγχάνεται καλή εφαρμογή, αντοχή και δυνατότητα επιδέξιων χειρισμών κατά τις παρεμβάσεις. Είναι πολύ σημαντικό να θυμόμαστε πάντα ότι όταν φοράμε γάντια δεν πρέπει να αγγίζουμε προσωπικά αντικείμενα, π.χ. στυλό, ρούχα που μπορεί να μολυνθούν. Τα γάντια που έχουν μολυνθεί με αίμα ή κάποιο άλλο σωματικό υγρό στο οποίο αναφέρονται οι Διεθνείς Κανόνες, πρέπει να απομακρύνονται αμέσως και με προσοχή, έτσι ώστε να μην έρθει σε επαφή με το δέρμα με την εξωτερική επιφάνειά τους. Τα γάντια πρέπει να αποβάλλονται σε σάκους απορριμμάτων όπου δεν υπάρχει πιθανότητα διαρροής.
3. **Πλύσιμο χεριών**. Τα χέρια και οι άλλες επιφάνειες του δέρματος πρέπει να πλένονται σχολαστικά και αμέσως μετά την επαφή με αίμα ή άλλο σωματικό



υγρό. Οι νοσηλευτές πρέπει να πλένουν τα χέρια τους, αφού αφαιρέσουν τα γάντια, ακόμη και όταν αυτά φαίνονται άθικτα. Το πλύσιμο των χεριών πρέπει να γίνεται είτε με νερό και σαπούνι, εφόσον υπάρχει νεροχύτης στο χώρο, ή με αντισηπτικό χεριών χωρίς νερό, όπως π.χ. το Hibitane, όταν δεν υπάρχει νεροχύτης.

4. **Καθαρισμός και απολύμανση σταγόνων αίματος.** Όλες οι σταγόνες αίματος ή υγρών που έχουν μολυνθεί με αίμα, πρέπει να καθαρίζονται από τα εργαλεία ή τις επιφάνειες ή από όπου αλλού βρίσκονται με το αντισηπτικό που έχει επιλέξει η Μονάδα, στη διάλυση που συστήνει ο κατασκευαστής ή με διάλυμα απλής χλωρίνης 1:100. Ο καθαρισμός πρέπει να γίνεται πάντοτε φορώντας γάντια. Η απομάκρυνση των διαφόρων αντικειμένων από το χώρο που έχει μολυνθεί με αίμα γίνεται με γάντια ή με άλλο κατάλληλο μέσο που εξασφαλίζει τη μη επαφή με το αίμα. Σε περίπτωση που μολυνθούν με αίμα παπούτσια ή μπότες πρέπει να καθαρίζονται με αντισηπτικό ή να χρησιμοποιούνται προστατευτικά ποδονάρια μιας χρήσεως, τα οποία απομακρύνονται πάντοτε με τα γάντια. Όταν είναι πιθανή η εκτίναξη σταγονιδίων αίματος, συνιστάται η χρήση προστατευτικών γυαλιών, μάσκας προσώπου και ειδικής ρόμπας, όλα μιας χρήσεως.
5. **Συλλογή και απομάκρυνση απορριμμάτων.** Ο τρόπος συλλογής και απομάκρυνσης μολυσματικών απορριμμάτων εξαρτάται από το μέγεθος του κίνδυνου διασποράς της λοίμωξης και από τους τοπικούς κανόνες υγιεινής. Σήμερα, στη χώρα μας σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή νομοθεσία, τα μολυσματικά απορρίμματα πρέπει είτε να αποτεφρώνονται, είτε να ενταφιάζονται σε ειδικούς χώρους, αφού όμως πρώτα απολυμανθούν.

Οι νοσηλευτές των Μονάδων Τεχνητού Νεφρού οφείλουν να γνωρίζουν τα εξής σε σχέση με τη συλλογή και απομάκρυνση των απορριμμάτων της Μονάδας:

- Όλα τα λύματα μιας μονάδας αιμοκάθαρσης θεωρούνται «μολυσματικά».
- Τα αιχμηρά αντικείμενα αποβάλλονται στα δοχεία απόρριψης αιχμηρών, τα οποία διαθέτουν ισχυρά τοιχώματα και κλείνουν ερμητικά με σκληρά καπάκια, έτσι ώστε να μη διαπερνώνται από τρυπήματα. Τα δοχεία αυτά στη συνέχεια αποβάλλονται χωριστά, έτσι ώστε σε περίπτωση που κάποιο από αυτά ανοίξει να μην υπάρχει κίνδυνος να σχιστούν οι απορριμματοκοί σάκοι από τα αιχμηρά αντικείμενα που εμπεριέχουν.
- Τα υπόλοιπα απορρίμματα της μονάδας (γάντια, φίλτρα, γραμμές αίματος κ.ά.) πρέπει να καταλήγουν σε σάκους, οι οποίοι στη συνέχεια τοποθετούνται σε

ειδικά κουτιά με σκληρό περίβλημα που φέρουν την ένδειξη «μολυσματικά». Μέσω των κουτιών αυτών τα απορρίμματα μεταφέρονται εκτός Μονάδας προς αποτέφρωση ή απολύμανση και ταφή.

Οι απορριμματικοί σάκοι πρέπει να είναι κατασκευασμένοι από ανθεκτικό υλικό, να μην παρουσιάζουν διαρροές και να κλείνουν με ασφάλεια. Είναι σημαντικό να ενημερώνεται το βοηθητικό προσωπικό ότι οι σάκοι πρέπει να γεμίζουν μόνο μέχρι τη μέση και ποτέ πλήρως, γιατί διαφορετικά υπάρχει κίνδυνος να σχιστούν από το βάρος ή να τραυματιστεί το προσωπικό στην προσπάθεια να τους κλείσει.

Η σημασία της αυστηρής εφαρμογής των Διεθνών Κανόνων Προφύλαξης στην πρόληψη της διασποράς της Ηπατίτιδας C υπογραμμίζεται ιδιαίτερα στην βιβλιογραφία, καθώς ειδικά για την HCV λοίμωξη οι Διεθνείς Κανόνες θεωρούνται η κύρια, αν όχι η μοναδική, αποτελεσματική μέθοδος πρόληψης.

Σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες, η απομόνωση των ασθενών με ηπατίτιδα C δεν εξασφαλίζει αποτελεσματικότερη προστασία έναντι της διασποράς της λοίμωξης από ότι η αυστηρή τήρηση των Διεθνών Κανόνων Προφύλαξης. Για παράδειγμα, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 6 Μονάδες στο Ηνωμένο Βασίλειο σε 463 συνολικά ασθενείς, όπου το μοναδικό μέτρο πρόληψης ήταν η εφαρμογή των Διεθνών Κανόνων Πρόληψης, παρουσιάστηκαν 3 κρούσματα HCV ορομετατροπής σε χρονικό διάστημα 2 ετών. Από αυτούς τους ασθενείς ένας είχε υποβληθεί σε αιμοκάθαρση στη Σαουδική Αραβία (χώρα με ποσοστό επίπτωσης της λοίμωξης 70%) τον ίδιο χρόνο που παρουσίασε τη λοίμωξη, ενώ ο δεύτερος είχε μεταφερθεί στο κέντρο από άλλη μονάδα και παρουσίασε αυξημένα επίπεδα τρανσαμινασών εντός 7 μηνών από τη μεταφορά του. Τελικά η πραγματική πιθανότητα ορομετατροπής του HCV-Ab ορίστηκε σε 0,34% το χρόνο και 1,56% στα 2 χρόνια. Το κλινικό προσωπικό των μονάδων που ελέγχθηκε επίσης για HCV-Ab βρέθηκε αρνητικό.

Μια ιταλική μελέτη, πάνω στο ίδιο θέμα, μελέτησε 158 ασθενείς ενός κέντρου αιμοκάθαρσης στη Φλωρεντία, όπου δεν λειτουργεί κίτρινος θάλαμος, για μια περίοδο 2 ετών. Όλοι οι ασθενείς υποβάλλονταν σε ορολογικούς ελέγχους για μια περίοδο 78 μηνών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που προέκυψαν κατά τους πρώτους 24 μήνες του follow up και ενώ δεν λαμβανόταν κανένα προληπτικό μέτρο για τη μη διασπορά της ηπατίτιδας C παρατηρήθηκαν 5 περιπτώσεις ορομετατροπής. Κατά τους επόμενους 54 μήνες follow up επιβλήθηκε αυστηρή τήρηση των Διεθνών Κανόνων Προφύλαξης, ολοκληρώθηκε σχετικό πρόγραμμα εκπαίδευσης του προσωπικού, καθιερώθηκε τακτικός ορολογικός έλεγχος ασθενών και προσωπικού και

εφαρμόστηκε το σύστημα διαδοχής των ασθενών με ηπατίτιδα C σε συγκεκριμένα μηχανήματα και περιοχή της μονάδας. Σε αυτό το χρονικό διάστημα δεν καταγράφηκε καμία περίπτωση anti-HCV ορομετατροπής.

Σε αυτό το σημείο μπορούμε να σχολιάσουμε ότι στη συγκεκριμένη μελέτη δεν είναι ξεκάθαρο εάν η απουσία επεισοδίων λοίμωξης κατά το δεύτερο χρόνο του follow up οφείλεται μόνο στη σωστή τήρηση των Διεθνών Κανόνων Προφύλαξης ή και στη μέθοδο διαδοχής των ασθενών με ηπατίτιδα C σε συγκεκριμένα μηχανήματα και σε ποιο βαθμό. Είναι γνωστό, όμως, ότι όλα τα σύγχρονα μηχανήματα αιμοκάθαρσης είναι μονής διέλευσης (single pass volume controlled), επομένως δεν υφίσταται το ενδεχόμενο επιστροφής ή παραμονής του αίματος στο κύκλωμα, άρα και ο κίνδυνος λοίμωξης των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών μέσω του μηχανήματος τεχνητού νεφρού. Επίσης, καμία σχέση με τη διασπορά της λοίμωξης δεν φαίνεται να έχει ο προγραμματισμός του θερμικού ή χημικού πλυσίματος του μηχανήματος. Απόδειξη γι' αυτό είναι ότι στην πρώτη μελέτη που αναφέραμε, όπου δεν εφαρμοζόταν η τακτική της διαδοχής, τα μηχανήματα δεν πλένονταν μετά από κάθε βάρδια ασθενών, αλλά εφαρμόζονταν μόνο χημικός καθαρισμός κάθε πρωί (Puristerile 5%) και θερμικός στο τέλος της ημέρας (80ο C για 20-40 min).

Με βάση τα παραπάνω, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι το σύστημα της διαδοχής δεν αποτελεί άμεσο μέτρο πρόληψης της διασποράς της ηπατίτιδας C, καθώς ο ιός δεν μεταδίδεται μέσω του μηχανήματος. Παρ' όλα αυτά η διαδοχή οροθετικών ασθενών σε συγκεκριμένα μηχανήματα της Μονάδας αιμοκάθαρσης, όπως εφαρμόζεται συχνά, φαίνεται να λειτουργεί προστατευτικά, αποτρέποντας τη μεταφορά μολυσμένων αντικειμένων στον υπόλοιπο χώρο της Μονάδας<sup>14</sup>.

### 3.7. AIDS ΚΑΙ ΤΕΧΝΗΤΟΣ ΝΕΦΡΟΣ

Το σύνδρομο της επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (Acquired Immunodeficiency Syndrome, AIDS) είναι από τα σοβαρότερα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζει η ανθρωπότητα σήμερα. Η νέα αυτή νόσος, που εμφανίστηκε στη δύση του 20<sup>ου</sup> αιώνα, προκαλεί πανικό και απελπισία στον άνθρωπο λόγω της σοβαρότητας, της ταχύτητας εξάπλωσης και των συνεπειών της.

Η νοσηλευτική φροντίδα του ατόμου που μολύνθηκε από τον ιό του AIDS (HIV) σε όλες τις διαστάσεις, αλλά και σε όλα τα επίπεδα περίθαλψης – πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο, τριτοβάθμιο – αποτελεί πρόκληση για τη Νοσηλευτική. Αυτή η Νοσηλευτική γνωρίζει ότι η αναχαίτιση της παγκόσμιας επιδημίας έγκειται στη σωστή

διαφώτιση και προφύλαξη του πληθυσμού και όχι στον πανικό. Ο φόβος και η άγνοια έχουν σοβαρές συνέπειες για το άτομο και την οικογένεια, αλλά και την κοινωνία.

Έχει διαπιστωθεί ότι ο HIV μεταδίδεται όπως και η ηπατίτιδα Β. Οι τρόποι μετάδοσης είναι οι ακόλουθοι:

- i. Με τη σεξουαλική επαφή, η οποία δημιουργεί μικροτραυματισμούς, αμυχές και λύσεις της συνέχειας του δέρματος και του βλεννογόνου.
- ii. Με αίμα και παράγωγα αίματος μολυσμένα από τον ιό. Η μετάγγιση αίματος ως πηγή μόλυνσης ευθύνεται για το 2% των νέων περιπτώσεων.
- iii. Με κάθετη μετάδοση (περιγεννητική), δηλαδή από τη μητέρα που έχει προσβληθεί στο κύημα ή στο νεογνό κατά τη γέννηση. Ο ιός έχει απομονωθεί, επίσης, στο μητρικό γάλα και έχει βεβαιωθεί περίπτωση μόλυνσεως νεογνού κατά το θηλασμό.
- iv. Με μολυσμένες σύριγγες ή βελόνες. Οι τοξικομανείς που κάνουν χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών χρησιμοποιούν κοινές βελόνες ή σύριγγες που αποτελούν πηγή μόλυνσης.
- v. Με αφανή μόλυνση. Είσοδος μικρής ποσότητας αίματος ή άλλων υγρών και εκκρινμάτων ασθενών με HIV από τις αμυχές του δέρματος.

Οι ασθενείς με HIV παρουσιάζουν συχνά μια γρήγορα εξελισσόμενη κλινική κατάσταση, η οποία πρέπει να εκτιμάται συνεχώς για να αναπροσαρμόζεται η νοσηλευτική φροντίδα και να ικανοποιούνται οι άμεσες ανάγκες τους. Ο γενικός σκοπός της εξατομικευμένης φροντίδας είναι να βοηθηθεί ο ασθενής στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό και να αποκτήσει την ικανότητα αυτοφροντίδας το ταχύτερο δυνατό. Συγκεκριμένα, πρέπει να ικανοποιηθούν οι άμεσες βιολογικές ανάγκες του και να αναγνωρισθούν τα υπό εξέλιξη προβλήματά του. Οι βιολογικές ανάγκες που αντιμετωπίζονται είναι οι ακόλουθες:

Ανάγκες ικανοποιητικής αναπνοής, ενυδάτωσης, διατροφής, ανάγκες που σχετίζονται με την ούρηση και τις κενώσεις, ο έλεγχος της θερμοκρασίας σώματος, η κίνηση-κινητοποίηση, η διασφάλιση ασφαλούς περιβάλλοντος, η έκφραση και η επικοινωνία, η εργασία και η ψυχαγωγία, η ανάπαυση και ο ύπνος, η διατήρηση ψυχολογικής ισορροπίας, η θρησκευτική έκφραση, η σεξουαλικότητα και, τέλος, , ανάγκες σχετιζόμενες με το θάνατο. Από τη φύση της νόσου, ο άρρωστος με AIDS είναι περισσότερο ανοσοκατασταλμένος από όλους τους άλλους, γιατί η νόσος προσβάλλει το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού και τον καθιστά ευαίσθητο σε λοιμώξεις όλων των συστημάτων.

Η αντιμετώπιση των ασθενών με AIDS που εμφανίζουν νεφρική ανεπάρκεια εξαρτάται από την αιτία της νεφρικής βλάβης. Στους ασθενείς με οξεία νεφρική ανεπάρκεια (ΟΝΑ) που οφείλεται σε τοξικότητα από φάρμακα, σε οξεία σκληροσκληρωτική νέκρωση ή σε άλλες δυνητικά αναστρέψιμες αιτίες, η εφαρμογή αιμοκάθαρσης επηρεάζει θετικά την πορεία της νόσου. Η έναρξη της αιμοκάθαρσης αποφασίζεται όταν η βραχυπρόθεσμη πρόγνωση της νόσου του ασθενή είναι αισιόδοξη. Εάν δεν είναι σίγουρο ότι η νεφρική ανεπάρκεια είναι οξεία ή χρόνια, πάλι συνιστάται η εφαρμογή αιμοκάθαρσης, έτσι ώστε να δοθεί χρόνος για να συγκεντρωθούν περισσότερα κλινικά στοιχεία που θα προσδιορίζουν με μεγαλύτερη ακρίβεια την πορεία της νόσου του ασθενή.

Όταν υπάρχει μη αναστρέψιμη νεφρική ανεπάρκεια, η απόφαση για την έναρξη αιμοκάθαρσης θα εξαρτηθεί από τη γενική κατάσταση του ασθενή, την παρουσία επιπλοκών και από τη δυνατότητα που θα έχει να παραμείνει στη Μονάδα Τεχνητού νεφρού (MTN) ως εξωτερικός ασθενής. Οι ασθενείς αυτοί, λόγω της βαριάς γενικής τους κατάστασης και των επιπλοκών που εμφανίζουν, συνήθως παραμένουν εσωτερικοί, γεγονός που δείχνει ότι η φυσική τους κατάσταση και η ποιότητα γενικά της ζωής τους είναι κακή. Η αδυναμία αποτελεσματικής αντιμετώπισης των πολλαπλών λοιμώξεων που επιπλέκουν το AIDS, καθώς και το μικρό προσδόκιμο ζωής παρά την αιμοκάθαρση αποδυναμώνουν την απόφαση για έναρξη αιμοκάθαρσης σε ασθενείς με προχωρημένη νόσο, καθώς στην καλύτερη περίπτωση το προσδόκιμο ζωής των ασθενών αυτών δεν ξεπερνά τους μερικούς μήνες. Η μέθοδος εξωνεφρικής κάθαρσης που επιλέγεται εξαρτάται από την κατάσταση του ασθενούς. Ο νοσηλευόμενος και κατά κανόνα βαριά πάσχων με AIDS συνήθως αντιμετωπίζεται με αιμοκάθαρση. Η περιτοναϊκή κάθαρση μπορεί επίσης να εφαρμοστεί, εάν δεν υπάρχουν επιπλοκές από το αναπνευστικό και το γαστρεντερικό σύστημα<sup>16</sup>.

### **3.7.1. ΤΡΟΠΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΤΟΥ HIV ΚΑΙ ΑΡΧΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ**

Ο HIV μπορεί να μεταδοθεί σε εργαζόμενους κατά την άσκηση του επαγγέλματός τους με τους εξής τρόπους:

1. Με παρεντερική ή διαδερμική έκθεση, δηλαδή με τραύμα του δέρματος με βελόνη ή με αιχμηρό αντικείμενο που είναι μολυσμένο.
2. Με επαφή των βλεννογόνων ή του δέρματος με αίμα, άλλα υγρά του σώματος, βλεννογόνο ή ιστούς του πάσχοντος. Σε ό,τι αφορά ειδικά τη

μετάδοση με επαφή του δέρματος, αυτή μπορεί να συμβεί κυρίως όταν το δέρμα παρουσιάζει εκδορές, αμυχές, σκασίματα ή δερματίτιδα ή όταν η επαφή είναι παρατεταμένη ή αφορά μεγάλη περιοχή του.

Η λήψη γενικών και ειδικών μέτρων προστασίας των εργαζομένων από τη μόλυνση από τον HIV στηρίζεται στην εφαρμογή τριών βασικών αρχών:

- 1) Να αποφεύγεται η άμεση επαφή του δέρματος και των βλεννογόνων με αίμα ή άλλα υγρά του σώματος, ιστούς ή δερματικές αλλοιώσεις των ασθενών.
- 2) Να αποφεύγονται ατυχήματα με βελόνες ή αιχμηρά εργαλεία ή αντικείμενα.
- 3) Να θεωρείται ότι όλοι οι εξεταζόμενοι ασθενείς μπορεί να έχουν μολυνθεί από τον HIV.

Η πρώτη αρχή εφαρμόζεται με τη χρήση προστατευτικής αμφίεσης (αδιάβροχη μπλούζα, γάντια, μάσκα, γυαλιά ανάλογα με την υπηρεσία που προσφέρεται στον ασθενή, έτσι ώστε να προστατεύεται το δέρμα, οι βλεννογόνοι των ματιών, του στόματος και της μύτης, τα μαλλιά, τα ρούχα και τα παπούτσια του νοσηλευτή από την επαφή με αίμα ή άλλα υγρά του σώματος του ασθενή.

Όταν χρησιμοποιούνται γάντια, πρέπει να αλλάζονται μετά από κάθε άρρωστο, πλένοντας παράλληλα τα χέρια κάθε φορά που γίνεται αλλαγή γαντιών. Σε περίπτωση που το δέρμα ή κάποιος βλεννογόνος έρθει σε επαφή με αίμα ή άλλα υγρά ή υλικά του σώματος, η αντίστοιχη περιοχή να πλένεται αμέσως με άφθονο νερό και με αντισηπτικό σαπούνι. Όταν φοράμε γάντια, πλένουμε τα χέρια αμέσως μετά την αφαίρεσή τους. Οι επιφάνειες που έχουν έρθει σε επαφή με αίμα ή άλλα υγρά του σώματος πρέπει να καθαρίζονται και να απολυμαίνονται αμέσως. Χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή και τήρηση των κατάλληλων προφυλακτικών μέτρων για την αποφυγή τραυματισμών με βελόνες, νυστέρια και άλλα αιχμηρά εργαλεία τόσο κατά τη χρησιμοποίησή τους, όσο και κατά την απομάκρυνση ή τον καθαρισμό τους. Οι βελόνες δεν τοποθετούνται στη θήκη, δεν λυγίζονται και δεν σπάζονται μετά τη χρήση. Απορρίπτονται αμέσως, χωρίς να αποσυνδέονται από τη σύριγγα, σε σκληρό πλαστικό κουτί, αδιάβροχο και ανθεκτικό στα τρυπήματα. Τα κουτιά αυτά παραμένουν στο δωμάτιο του ασθενή. Ειδική φροντίδα χρειάζεται για τις συσκευές ενδοφλέβιας χορήγησης υγρών. Τα χρησιμοποιηθέντα εργαλεία τοποθετούνται σε ασφαλείς κάδους και στέλνονται για αποστείρωση.

Ο ιματισμός τοποθετείται αρχικά σε πλαστικό διαλυόμενο σάκο, ο οποίος στη συνέχεια τοποθετείται σε νάυλον κόκκινο σάκο για τη μεταφορά. Ο διαλυτός σάκος τοποθετείται στο πλυντήριο χωρίς να ανοίγεται και το πλύσιμο γίνεται με

απορρυπαντικό και χλωρίνη σε θερμοκρασία τουλάχιστον 71° C για 25 min. Κατά την αλλαγή του ιματισμού χρησιμοποιούνται γάντια.

Τα μολυσμένα στερεά υλικά που πρόκειται να απορριφθούν τοποθετούνται σε ανθεκτικούς κίτρινους πλαστικούς σάκους, που κλείνονται καλά και στέλνονται για αποτέφρωση σε πυρολυτικό κλίβανο ή τοποθετούνται σε ειδικούς σάκους διαπερατούς από τον ατμό για αδρανοποίηση σε υγρό κλίβανο. Φροντίζουμε να υπάρχουν μέσα ανάνηψης σε χώρους όπου προβλέπεται ότι μπορεί να χρειασθεί η εφαρμογή επείγουσας ανάνηψης, έτσι ώστε να αποφευχθεί η εφαρμογή της μεθόδου στόμα με στόμα που θεωρητικά μπορεί να εκθέσει σε κίνδυνο τον εργαζόμενο.

Οι εργαζόμενοι με εκτεταμένες εξιδρωματικές βλάβες του δέρματος ή τραύματα πρέπει, μέχρι υποχωρήσεώς τους, να απέχουν από την άμεση νοσηλεία των ασθενών. Οι περιορισμένες βλάβες δεν απαγορεύουν τη νοσηλεία, εφόσον καλυφθούν με αδιάβροχο επίδεσμο. Ιδιαίτερα αυστηρή τήρηση των μέτρων προστασίας χρειάζεται για τις εγκυμονούσες, γιατί, ενώ δεν διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης, σε περίπτωση μόλυνσής τους υπάρχει κίνδυνος μεταδόσεως του ιού στο έμβρυο<sup>16</sup>.

### 3.7.2. ΠΡΟΛΗΨΗ ΔΙΑΣΠΟΡΑΣ ΙΟΥ

Οι κηλίδες αίματος ή άλλων βιολογικών υγρών πρέπει να καθαρίζονται αμέσως μηχανικά και στη συνέχεια με διάλυμα που περιέχει φορμαλδεΰδη 6%, γλουταραλδεΰδη 1,8%, απορρυπαντικούς παράγοντες ή πρόσφατο διάλυμα χλωρίνης 1/10 σε ζεστό νερό. Ένα χαρτοβάμβακο εμποτισμένο με τα πιο πάνω διαλύματα τοποθετείται πάνω στην κηλίδα, όπου παραμένει για 30'. Καθαρίζουμε φορώντας μπλούζα μιας χρήσεως και γάντια, τα οποία συλλέγονται σε ειδικούς κάδους.

Πολλά απολυμαντικά αδρανοποιούν τον HIV, στην πράξη όμως δεν είναι αξιόπιστα, επειδή μπορεί να αδρανοποιούνται από την παρουσία αίματος ή οργανικών ουσιών. Η γλουταραλδεΰδη σε πυκνότητα 2% καταστρέφει τις βλαστικές μορφές των βακτηριδίων, τους μύκητες και τους ιούς σε 30' με ολική εμβάπτιση. Για την καταστροφή των σπόρων απαιτείται ολική εμβάπτιση 10 ωρών σε ειδικό κλειστό δοχείο.

Τα υλικά που απελευθερώνουν χλώριο είναι απολυμαντικά κατάλληλα για απολύμανση επιφανειών. Το υποχλωριώδες νάτριο είναι εξαιρετικό απολυμαντικό. Τα σκευάσματα του είναι βακτηριογόνα και ιοκτόνα, φθηνά και ευρέως διαθέσιμα. Έχουν, όμως, δύο σημαντικά μειονεκτήματα: είναι διαβρωτικά, η επαφή δεν πρέπει να ξεπερνά τα 30' και αλλοιώνονται. Η οικιακή χλωρίνη περιέχει 5% ελεύθερο χλώριο. Η

χλωραμίνη είναι περισσότερο σταθερή και απελευθερώνει χλώριο με αργότερο ρυθμό σε σχέση με το υποχλωριώδες νάτριο. Επομένως, απαιτείται μεγαλύτερη συγκέντρωση ελεύθερου χλωρίου στις αραιώσεις για τα ίδια αποτελέσματα. Από την άλλη πλευρά, οι αραιώσεις χλωραμίνης δεν αδρανοποιούνται από τα βιολογικά υλικά (λευκώματα και αίμα) στον ίδιο βαθμό με τα υποχλωριώδη και επομένως συνιστάται παρόμοια συγκέντρωση για τις ακάθαρτες και για τις καθαρές επιφάνειες.

### 3.7.3. ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ

Λόγω της ανοσοκαταστολής των ασθενών, ο κίνδυνος ενδογενών ή εξωγενών λοιμώξεων είναι μεγάλος. Γι' αυτό, οι ασθενείς με AIDS πρέπει να νοσηλεύονται σε ιδιαίτερο δωμάτιο. Ένας τέτοιος άρρωστος που βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο της νόσου μόνο με εξατομικευμένη και ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα μπορεί να αντιμετωπιστεί. Ευνόητο είναι ότι η αξιολόγηση των συμπτωμάτων, των προβλημάτων και των αναγκών του αρρώστου απαιτεί νοσηλευτές με επιστημονικές γνώσεις, κλινική εμπειρία, ικανότητα καλών διαπροσωπικών επαφών, καλλιεργημένη παρατηρητικότητα και κριτικό πνεύμα.

Στις επιδημιολογικές μελέτες που έχουν γίνει μέχρι σήμερα σε Μονάδες Τεχνητού Νεφρού (στις Η.Π.Α. και την Ευρώπη) δεν παρατηρείται υψηλό ποσοστό HIV(+) ατόμων μεταξύ των υποβαλλομένων σε αιμοκάθαρση ασθενών (0-3%). Εξαίρεση αποτελούν ορισμένες Μονάδες Τεχνητού Νεφρού σε περιοχές με υψηλή επίπτωση AIDS στο γενικό πληθυσμό, όπου το ποσοστό των οροθετικών ασθενών φθάνει το 39% (L.A., Kalifornia, Miami, Florida)/ Σύμφωνα με τα διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα, δεν έχει αναφερθεί καμιά περίπτωση ορομετατροπής αρνητικού ασθενούς που υποβάλλεται σε θεραπεία στο ίδιο μηχάνημα αιμοκάθαρσης με φορέα του AIDS.

Ο πιο πιθανός τρόπος μετάδοσης του ιού στο προσωπικό των Μονάδων Τεχνητού Νεφρού είναι μέσω βελόνας (τρύπημα) ή με την επαφή με εκτίναξη (πιτσίλισμα) μολυσμένου αίματος με βλεννογόνους ή σημεία του δέρματος που έχουν υποστεί πρόσφατη διάσπαση. Ο κίνδυνος τρυπήματος με βελόνα στο προσωπικό των Μονάδων Τεχνητού Νεφρού είναι μικρός και ανέρχεται σε 0,05% περίπου ανά τρύπημα για κάθε 2.000 συνεδρίες αιμοκάθαρσης.

Το Νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο εμπλέκεται στη θεραπεία αιμοκάθαρσης του ασθενή με HIV, πρέπει να προστατέψει τον εαυτό του και ταυτόχρονα να προσφέρει στον άρρωστο υψηλής ποιότητας φροντίδα. Εάν ακολουθούνται οι προτεινόμενες από τα κέντρα ελέγχου του AIDS γενικές προφυλάξεις, ο κίνδυνος



ελαχιστοποιείται. Ένα απόλυτα ακίνδυνο περιβάλλον είναι ανέφικτο να υπάρξει. Επομένως, η πρόληψη πρέπει να είναι τρόπος ζωής

Συγκεκριμένα, η τακτική που πρέπει να ακολουθείται κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης είναι:

- i. Λόγω της εξωσωματικής κυκλοφορίας που γίνεται κατά την αιμοκάθαρση πρέπει να χρησιμοποιούνται όλοι οι απαραίτητοι προστατευτικοί φραγμοί, δηλαδή αδιαβροχοποιημένη χειρουργική μπλούζα μιας χρήσεως, ελαστικά γάντια (διπλά και έλεγχος αυτών), μάσκα υψηλής απορροφητικότητας με ενσωματωμένη προφυλακτική διάφανη προσωπίδα για την προστασία των βλεννογόνων (μάτια, μύτη), κάλυψη των μαλλιών με σκούφο μιας χρήσης και των υποδημάτων με ποδονάρια.
- ii. Κατάλληλη προετοιμασία υλικών στο τραπέζιδιο. Οι βελόνες και τα αιχμηρά αντικείμενα να μη «βλέπουν» προς τα πάνω και οι άκρες των μαχαιριδίων να είναι καλυμμένες. Ειδικά κατά τη διαδικασία της παρακέντησης της fistula, της σύνδεσης και της αποσύνδεσης από το μηχάνημα του τεχνητού νεφρού, οι νοσηλευτές πρέπει να μη βιάζονται, να σκέφτονται πριν από κάθε ενέργεια και να είναι σε εγρήγορση για την αποφυγή τρυπήματος και επαφή με αίμα λόγω εκτινάξεως σταγονιδίων, ορατών ή όχι.
- iii. Σε περίπτωση που το δέρμα ή κάποιος βλεννογόνος έρθει σε επαφή με αίμα ή άλλα υγρά του σώματος, πλένεται αμέσως με άφθονο νερό και για το δέρμα χρησιμοποιείται επιπλέον αντισηπτικό και χλώριο.
- iv. Οι επιφάνειες που έχουν έρθει σε επαφή με αίμα ή άλλα υγρά του σώματος καθαρίζονται αμέσως και απολυμαίνονται.
- v. Τα φίλτρα, οι γραμμές και τα υπόλοιπα υλικά αιμοκάθαρσης είναι μιας χρήσεως και μετά το πέρας της συνεδρίας συλλέγονται σε ειδικούς χρωματιστούς κάδους για να αναγνωρίζεται από το προσωπικό ο κίνδυνος και αποστέλλονται για αποτέφρωση. Άλλος τρόπος για την απομάκρυνση των πιο πάνω υλικών είναι να τοποθετούνται σε ειδικούς διαπερατούς από τον ατμό πλαστικούς σάκους, να αδραντοποιούνται σε υγρό κλίβανο και στη συνέχεια να απομακρύνονται με τα υπόλοιπα απορρίμματα.
- vi. Μετά το πέρας της συνεδρίας, το μηχάνημα της αιμοκάθαρσης καθαρίζεται εξωτερικά με διάλυμα χλωρίνης και αποστειρώνεται εσωτερικά είτε με τη θερμική μέθοδο, κατά την οποία διοχετεύεται νερό θερμοκρασίας 85° – 95° C μέσα από το υδραυλικό κύκλωμα του μηχανήματος, είτε με τη χημική μέθοδο, κατά την οποία χρησιμοποιείται ισχυρό διάλυμα φορμαλδεΐδης σε αναλογία 37

- 40%, αραιωμένο με νερό σε αναλογία 1/35-1/40 ή υποχλωριώδες νάτριο (500-750 ppm) περιεκτικότητας 10-15 ml χλωρίου ανά λίτρο.
- vii. Τα δείγματα αίματος, ούρων κ.λ.π., που προορίζονται για εξέταση τοποθετούνται σε δοχεία συλλογής, τα οποία κλείνονται ερμητικά και αποφεύγεται η ρύπανση της εξωτερικής επιφάνειας των δοχείων.
- viii. Κατά την αλλαγή του ιματισμού χρησιμοποιούνται γάντια και ο ακάθαρτος ιματισμός τοποθετείται σε πλαστικό υδατοδιαλυτό σάκο, ο οποίος στη συνέχεια τοποθετείται σε κόκκινο πλαστικό σάκο για τη μεταφορά. Ο διαλυτός σάκος τοποθετείται στο πλυντήριο χωρίς να ανοιχθεί και το πλύσιμο γίνεται με απορρυπαντικό και χλωρίνη σε θερμοκρασία τουλάχιστον 71° C για 25 min.
- ix. Το προσωπικό καθαριότητας των χώρων πρέπει να χρησιμοποιεί ρόμπα μια χρήσεως. Για τον καθαρισμό των δαπέδων χρησιμοποιείται πρόσφατο διάλυμα χλωρίνης 10% ή διάλυμα που περιέχει φορμαλδεΰδη και απορρυπαντικούς παράγοντες. Οι σφουγγαρίστρες αποσυνδέονται και πλένονται με χλωρίνη<sup>16</sup>.

#### 3.7.4. ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ

Πρέπει να καταβάλλεται κάθε δυνατή προσπάθεια για την αντιμετώπιση των ποικίλων ψυχολογικών αντιδράσεων (φόβου, ανησυχίας, αγωνίας, αϋπνίας, κατάθλιψη, σκέψεων αυτοκτονίας κ.λ.π.) που συχνά συνοδεύουν την άσχημη εμπειρία της επαγγελματικής έκθεσης.

Καί' αρχήν, πρέπει να τονισθεί ότι είναι πολύ μικρή η πιθανότητα επαγγελματικής μετάδοσης της HIV λοίμωξης: Τρεις περιπτώσεις ανά 1.000 εργαζόμενους που υφίστανται τρύπημα με μολυσμένη βελόνα ή τραύμα με κοφτερό εργαλείο ή αντικείμενο, ενώ ο αντίστοιχος κίνδυνος μετά από έκθεση βλεννογόνου ή μη υγιούς δέρματος είναι τόσο μικρός που δεν ήταν δυνατό να υπολογισθεί σε προοπτικές μελέτες.

Σε περίπτωση επαφής του δέρματος του εργαζόμενου με αίμα ή άλλα υγρά του σώματος ή ιστούς οποιουδήποτε ασθενή, το δέρμα πρέπει να καθαριστεί με άφθονο νερό και αντισηπτικό σαπούνι, μόλις το επιτρέψει η ασφάλεια του ασθενή. Το ίδιο πρέπει να γίνει και μετά από τρύπημα βελόνας και άλλες επιπόλαιες κακώσεις του δέρματος. Αν υπάρχει εμφανές τραύμα, αυτό πρέπει να εκπλυθεί με στείρο διάλυμα φυσιολογικού ορού, απολυμαντικό ή άλλο κατάλληλο διάλυμα, διευκολύνοντας ταυτόχρονα την έξοδο ποσότητας αίματος. Αν το τραύμα απαιτεί συρραφή, αυτή γίνεται επείγοντως από γιατρό έμπειρο στην αποκατάσταση τραυμάτων και δίνεται προληπτικά αντιβιοτικό.

Αν η έκθεση αφορά το βλεννογόνο του στόματος ή της μύτης, πρέπει να γίνει αμέσως καθαρισμός της περιοχής με καθαρό νερό, φυσιολογικό ορό ή στείρα διαλύματα που προορίζονται γι' αυτό το σκοπό. Στη συνέχεια γίνεται εμπιστευτική καταγραφή του συμβάντος και ο εργαζόμενος υποβάλλεται σε εργαστηριακό έλεγχο για την παρουσία μόλυνσης από τον HIV εντός 72 ωρών και ανά τακτά διαστήματα για 6 τουλάχιστον μήνες μετά την έκθεση. Η διαπίστωση οροαρνητικότητας κατά τον αρχικό έλεγχο του εργαζόμενου έχει αποφασιστική σημασία για την τεκμηρίωση της επαγγελματικής προέλευσης του HIV μόλυνσης, σε περίπτωση που διαπιστωθεί ορομετατροπή κατά την εξαμηνιαία περίοδο της παρακολούθησής του.

### 3.7.5. ΑΠΟΔΟΧΗ ΡΟΛΟΥ (ΑΝΤΙ ΕΠΙΛΟΓΟΥ)

Η ενασχόληση με το AIDS αποτελεί πρόκληση για το προσωπικό υγείας σε πολλά επίπεδα. Η φροντίδα είναι απαιτητική και πολύπλοκη και το προσωπικό καλείται να αντιμετωπίσει ένα σύνολο ιατρονοσηλευτικών, καθώς και ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που συνοδεύουν τη ζωή του ασθενή.

Τις περισσότερες φορές, το προσωπικό δεν είναι προετοιμασμένο ούτε εκπαιδευμένο κατάλληλα, έτσι ώστε να μπορεί να χειριστεί τις συγκρούσεις ανάμεσα στις προσωπικές αξίες και τη νοσηλευτική ευθύνη στο ζήτημα του κινδύνου της μόλυνσης κατά την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας.

Όταν, λοιπόν, ο νοσηλευτής πιστεύει ότι τα αποθέματα δεν επαρκούν για να ανταποκριθεί στις αυξημένες απαιτήσεις της φροντίδας ενός τέτοιου ασθενή, βιώνει έντονο stress που με την πάροδο του χρόνου οδηγεί σε επαγγελματική εξουθένωση.

Καθώς ο αριθμός των ασθενών με AIDS αυξάνεται, παρουσιάζεται επιτακτική η ανάγκη θεσμοθέτησης διοικητικών μέτρων που θα αποβλέπουν στην πρόληψη του stress, τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και την ανάπτυξη δεξιοτήτων επικοινωνίας, συμβουλευτικής και στήριξης του προσωπικού και των ασθενών. Τα μέτρα πρόληψης πρέπει να εφαρμόζονται όχι μόνο για την ασφάλεια του νοσηλευτή αλλά και για την ασφάλεια του ασθενή που αντιμετωπίζουμε στο παρόν και στο μέλλον. Η σωστή εκπαίδευση και η συνεχής πληροφόρηση οδηγεί στη λήψη μέτρων προφύλαξης που βρίσκονται μέσα στα πλαίσια της λογικής και του ρεαλισμού και που σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να προκαλούν ανησυχία και ψυχικό τραυματισμό στον ασθενή. Ο σωστός τρόπος εργασίας των νοσηλευτών, οι γνώσεις, η αυξημένη προσοχή κατά την εκτέλεση του νοσηλευτικού έργου, η τήρηση των κανόνων ασηψίας και αντισηψίας, η τάξη και η καθαριότητα μας προφυλάσσουν από τους ιούς που μας απασχολούν σήμερα και που θα μας απασχολήσουν στο μέλλον<sup>15</sup>.

### **3.8. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ**

#### **3.8.1. ΟΡΙΣΜΟΣ**

Η μεταμόσχευση είναι μια εγχείρηση κατά την οποία υγιή όργανα, ιστοί ή κύτταρα μεταφέρονται από ένα νεκρό ή ζωντανό δότη σε έναν χρονίως πάσχοντα άνθρωπο με σκοπό την αποκατάσταση της λειτουργίας των οργάνων του. Η μεταμόσχευση, η οποία αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες κατακτήσεις της ιατρικής του 20<sup>ου</sup> αιώνα και έχει καθιερωθεί πλέον σήμερα ως μία θεραπευτική πρακτική, επιτρέπει την αποκατάσταση των λειτουργιών του σώματος που είχαν μέχρι εκείνη τη στιγμή χαθεί και σε μερικές περιπτώσεις είχαν μερικώς υποκατασταθεί με μία μηχανικού τύπου μέθοδο. Προϋπόθεση όμως για την εφαρμογή των μεταμοσχεύσεων είναι η προφορά οργάνων, ιστών ή κυττάρων μετά την ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης και την αποδοχή της ιδέας της δωρεάς οργάνων, ιστών και κυττάρων. Η δωρεά κυττάρων, ιστών και οργάνων μετά θάνατον είναι ένα δώρο ζωής στον πάσχοντα συνάνθρωπο και ένα μήνυμα ελπίδας, ανθρωπιάς και αλληλεγγύης.

Η μεταμόσχευση νεφρού, έχοντας κλείσει τρεις δεκαετίες ζωής, αποτελεί μια καθιερωμένη πρακτική μέθοδο αντιμετώπισης της νεφρικής νόσου τελικού σταδίου. Από τις διαθέσιμες σήμερα μεθόδους υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας, η αντικατάστασή της με τη μεταμόσχευση νεφρού θεωρείται η ιδανική θεραπεία της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας. Επιτυγχάνεται η καλύτερη δυνατή αποκατάσταση του ασθενούς, ο οποίος απελευθερώνεται από τα πρακτικά και ψυχολογικά προβλήματα της μακροχρόνιας κάθαρσης. Υποψήφιοι λήπτες νεφρικού μοσχεύματος, εφόσον το επιθυμούν, είναι οι ασθενείς που πληρούν τις προϋποθέσεις ενός λεπτομερούς προμεταμοσχευτικού ελέγχου. Τα νεφρικά μοσχεύματα προέρχονται από πτωματικούς δότες ή από ζώντες, συγγενείς κυρίως, δότες. Απαραίτητο για όλες τις κατηγορίες υποψηφίων δοτών είναι να πληρούν και αυτοί τις προϋποθέσεις ενός καθορισμένου ελέγχου<sup>16</sup>.

#### **3.8.2. ΠΡΟΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ**

##### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η επιλογή του κατάλληλου δότη αποτελεί το θεμέλιο λίθο, πάνω στον οποίο στηρίζεται, κατά κύριο λόγο, μια πετυχημένη μεταμόσχευση. Έτσι, ο προμεταμοσχευτικός έλεγχος είναι ένα προκαταρκτικό βήμα καθοριστικής σημασίας για την σωστή εκτίμηση της ανοσολογικής καταστάσεως του ζεύγους δότη-λήπτη, καθώς και για την καλύτερη ανοσολογική ανοχή από το λήπτη των αλλογονικών κυττάρων του δότη.

## ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΠΡΟΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

Ο προμεταμοσχευτικός έλεγχος διακρίνεται σε:

- A. Προμεταμοσχευτικό έλεγχο υποψήφιου λήπτη.
- B. Προμεταμοσχευτικό έλεγχο υποψήφιου δότη (πτωματικού ή ζώντα).

## ΠΡΟΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ ΛΗΠΤΗ

Απαραίτητη προϋπόθεση, για να ξεκινήσει ένας νεφροπαθής τον προμεταμοσχευτικό έλεγχο, είναι να μην πάσχει από:

- 1. Αναπνευστική ανεπάρκεια.
- 2. Βαριά καρδιακή ανεπάρκεια.
- 3. Ηπατική ανεπάρκεια.
- 4. Χρόνιες μη ελεγχόμενες λοιμώξεις.
- 5. Κακοήθη νεοπλασμάτα.

Εφόσον ο ασθενής δεν ανήκει σε κάποια από τις παραπάνω κατηγορίες, μπορεί να αρχίσει τον προμεταμοσχευτικό έλεγχο, που περιλαμβάνει:

- α. Τον κλινικό έλεγχο, και
- β. Τον ανοσολογικό έλεγχο.

### i. ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΠΡΟΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Αυτός περιλαμβάνει:

#### 1. Το ιστορικό του νεφροπαθούς

- Ιστορικό της νεφρικής νόσου.
- Κληρονομικό ιστορικό.
- Ατομικό ιστορικό.
- Εγχειρήσεις.
- Καπνιστής.
- Λοιμώξεις (ιδιαίτερα του ουροποιητικού).
- Γαστρεντερικές παθήσεις.
- Οστεοδυστροφία.

#### 2. Αντικειμενική εξέταση

- Του καρδιαγγειακού συστήματος (αρτηριακή πίεση, ακρόαση σφύξεις).
- Των πνευμόνων.
- Της κοιλίας.
- Νευρολογική εξέταση

#### 3. Συλλέγονται συγκεκριμένα στοιχεία για την αιμοκάθαρση ή τις περιτοναϊκές πλύσεις. Αυτά τα στοιχεία είναι:

- ≡ Χρόνος έναρξης.
  - ≡ Συχνότητα.
  - ≡ Διάρκεια.
  - ≡ Κέντρο.
  - ≡ Αγγειακή προσπέλαση.
  - ≡ Αλλεργία.
4. ***Ο ασθενής υποβάλλεται σε ορισμένες επιπλέον κλινικές εξετάσεις, που είναι:***
- ✓ Οδοντιατρικός έλεγχος.
  - ✓ ΩΡΛ εξέταση.
  - ✓ Καρδιαγγειακή εξέταση.
  - ✓ Ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ).
  - ✓ Ψυχιατρική εξέταση.
  - ✓ Οφθαλμολογική εξέταση.
  - ✓ Γυναικολογική εξέταση (Test Pap).
  - ✓ Mantoux.
  - ✓ Meyer κοπράνων.
5. ***Ο κλινικός τομέας του προμεταμοσχευτικού ελέγχου ολοκληρώνεται με ορισμένες ακτινολογικές εξετάσεις. Αυτές είναι:***
- Ακτινογραφία θώρακος Face/Profil (F/P).
  - Ακτινογραφία οισοφάγου – στομάχου - δωδεκαδακτύλου.
  - Χολοκυστογραφία.
  - Βαριούχος υποκλυσμός.
  - Κυστεογραφία.
- ii. **ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΡΟΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ**
- (α) Τον καθορισμό της ομάδας αίματος του ασθενούς. Η συμβατότητα ως προς το σύστημα A.B.O. θεωρείται βασική προϋπόθεση για τη μεταμόσχευση νεφρού. Σε γενικές γραμμές τηρούνται οι κανόνες που ισχύουν και στη μετάγγιση, δηλαδή ο νεφροπαθής που είναι ομάδας αίματος AB, είναι παγκόσμιος λήπτης, ενώ εκείνος που έχει ομάδα αίματος O είναι παγκόσμιος δότης. Οι συμβατότητες σε άλλα ερυθροκυτταρικά συστήματα (Rhesus, Duffy, Kell, κ.λ.π.) δεν έχει αποδειχθεί να επηρεάζουν την επιβίωση του μοσχεύματος.
- (β) Την τυποποίηση του νεφροπαθούς ως προς τα αντιγόνα ιστοσυμβατότητας. Το Μείζον Σύμπλεγμα Ιστοσυμβατότητας (Major Histocompatibility System, MHC)

αποτελεί ένα πολύμορφο γενετικό σύστημα που ανευρίσκεται στο βραχύ σκέλος του χρωμοσώματος 6 (1, -4). Τα μόρια που κωδικοποιούνται από το MHC κωδικοποιεί δύο μεγάλες ομάδες πολύμορφων διαμεμβρανικών μορίων: (α) Τα τάξης I μόρια, που κωδικοποιούνται από τις γονιδιακές θέσεις A, B και C του MHC. (β) Τα τάξης II μόρια, που κωδικοποιούνται από τις γονιδιακές θέσεις DR, DQ και DP του MHC.

Στην πτωματική μεταμόσχευση είναι σχεδόν αδύνατο να βρεθεί πλήρης ταυτότητα σε όλους τους γενετικούς τόπους του MHC μεταξύ λήπτου-δότη. Για το λόγο αυτό, αλλά και επειδή είναι διαπιστωμένο πλέον στην πράξη ότι τα τάξης II μόρια έχουν μεγαλύτερη σημασία για την επιβίωση του μοσχεύματος, αφού καθορίζουν την ένταση της ανοσιακής απάντησης έναντι αυτού, η συμβατότητα σε δύο τουλάχιστον αντιγόνα τάξης II θεωρείται σημαντικότερη από ό,τι η συμβατότητα ως προς τα αντιγόνα τάξης I. Από αυτά επιλέγονται κατά σειρά και μετά της θέσης A. Ακόμα γίνεται δεκτό ότι τα αποτελέσματα της συμβατότητας και στους τρεις τόπους (A, B και DR είναι αθροιστικά).

(γ) Τον έλεγχο για την πιθανή ανάπτυξη κυτταροτοξικών αντισωμάτων.

Πρόκειται για αντισώματα που δημιουργούνται στους ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια ως αποτέλεσμα μεταγγίσεων, εγκυμοσύνης ή ύστερα από απόρριψη προηγούμενου μοσχεύματος. Ο έλεγχος για κυτταροτοξικά αντισώματα πραγματοποιείται κάθε τρεις μήνες και δύο εβδομάδες ύστερα από κάθε μετάγγιση. Στην περίπτωση που διαπιστωθεί ότι τα αντισώματα ανήκουν στην κατηγορία των αυτοαντισωμάτων (η πλειοψηφία αυτών ανήκει στην τάξη των IgM ανοσοσφαιρινών), τότε αυτά δεν αντιδρούν με τα κύτταρα του δότη και έτσι δεν αποτελούν καταστρεπτικό παράγοντα για το μόσχευμα. Εάν όμως αυτά δεν είναι αυτοαντισώματα, τότε πρόκειται για αντι-τάξης I αντισώματα. Στην περίπτωση αυτή είναι απαραίτητος ο καθορισμός της ειδικότητάς τους, ώστε να αποκλεισθούν τα μοσχεύματα που περιέχουν αντιγόνα, έναντι των οποίων έχουν αναπτυχθεί αντι-τάξης I κυτταροτοξικά αντισώματα.

(δ) Τον ιολογικό έλεγχο. Είναι αυτονόητο πως πρέπει να γίνει στο ζεύγος δότη-λήπτη έλεγχος για αυστραλιανό αντιγόνο (HbsAg), ηπατίτιδα C (HCV) και HIV. Επίσης, ελέγχεται ο ορός και των δύο για αντισώματα έναντι του κυτταρομεγαλοϊού (CMV), γιατί αν υπάρχει λοίμωξη ή αναζωπύρωση παλιάς, θα γίνει απόρριψη. Η πρωτοπαθής έκθεση στο ιό μέσω των μοσχευμάτων ή με μετάγγιση αίματος και η θεραπεία με αντιλεμφοκυτταρικά αντισώματα και

κυρίως με το μονοκλωνικό αντίσωμα έναντι του CD3 μορίου των λεμφοκυττάρων. ΟΚΤ3, όταν μάλιστα χορηγούνται από κοινού με την κυκλοσπορίνη Α (CyA), είναι κύριοι παράγοντες πρόκλησης νόσου από CMV.

Σημειώνεται ότι ο ανοσολογικός έλεγχος του λήπτη από ζώντα δότη περιλαμβάνει επιπλέον τις εξής εξετάσεις:

- α. **Μικτή καλλιέργεια λεμφοκυττάρων** (Mixed Lymphocyte Culture, MLC). Όταν δύο πληθυσμοί κυττάρων έλθουν σε επαφή μεταξύ τους, προκαλείται βλαστική τροποποίηση των λεμφοκυττάρων. Με σκοπό τη μελέτη της επιδράσεως του πληθυσμού Α στον πληθυσμό Β και το αντίθετο, αναστέλλεται η αντίδραση του ενός από τους δύο πληθυσμούς (κύτταρα «διεγέρτες» ή stimulator cells) με ακτινοβολία ή με μιτοκίνη, πριν έλθει σε επαφή με τον πληθυσμό Β στην μικτή καλλιέργεια. Η παρουσία στο υλικό της καλλιέργειας μακροφάγων, είναι απαραίτητη για το αρχικό στάδιο της αλλογονικής απάντησης. Η μέθοδος αυτή ονομάζεται «μιας κατευθύνσεως καλλιέργεια των λεμφοκυττάρων» (one way MLC).
- β. **Λεμφοκυτταρο-εξαρτώμενη κυτταροτοξικότητα** (Lymphocyte-Mediated Cytotoxicity, LMC). Σε αυτήν μετρούνται προσχηματισμένα Killer cells στον λήπτη (στρέφονται κατά των MHC-A, -B, -C αντιγόνων) και ίσως είναι υπεύθυνα για την εμφάνιση απόρριψης.
- γ. **Κυταρο-εξαρτώμενη λεμφόλυση** (Cell-Mediated Lysis, CML). Αυτή αποτελεί μέτρο των ειδικών κυτταροτοξικών κυττάρων που αναπτύσσονται σε in vitro καλλιέργεια στον λήπτη με αλλογενή κύτταρα του δότη.

#### **ΠΡΟΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ ΔΟΤΗ**

##### **ι ΠΤΩΜΑΤΙΚΟΣ ΔΟΤΗΣ**

Ιδανικοί δότες πτωματικών νεφρών είναι προηγουμένως υγιή άτομα με φυσιολογική νεφρική λειτουργία, οι οποίοι κατέληξαν από ανεπανόρθωτη εγκεφαλική βλάβη, αλλά των οποίων η αιματική νεφρική κυκλοφορία παραμένει ακέραια μέχρι την στιγμή της νεφρεκτομής και τοποθέτησης του νεφρού, είτε σε μηχανήμα συντήρησης, είτε σε έκλυση με κατάλληλο διάλυμα έκπλυσης μοσχευμάτων.

Θάνατος για δότη θεωρείται ο «εγκεφαλικός θάνατος» (Brain Death), που σημαίνει την κατάσταση που το άτομο έχει χάσει τον αυτοματισμό των νευροφυτικών λειτουργιών του, αλλά που αυτές οι λειτουργίες μπορούν να διατηρηθούν τεχνητά για αρκετό διάστημα, όσο θα χρειαστεί για τη λήψη των μοσχευμάτων. Ο εγκεφαλικός θάνατος πρέπει να διαχωρίζεται από τον «κλινικό θάνατο του εγκεφάλου» (Cerebral



Death). που εκεί έχει χαθεί μόνιμα οποιοδήποτε επίπεδο συνείδησης, αλλά διατηρούνται η αυτόματη αναπνοή, η ικανότητα ρύθμισης της πίεσης του αίματος, καθώς και τα αντανεκλαστικά των εγκεφαλικών συζυγιών.

Συμπερασματικά θα λέγαμε, ότι ο εγκεφαλικός θάνατος είναι ο κλινικός θάνατος συν τη μόνιμη απώλεια αυτόματης αναπνοής, την αδυναμία ρύθμισης της πίεσης του αίματος, την απώλεια των αντανεκλαστικών των εγκεφαλικών συζυγιών και την απουσία πόνου. Συχνά, αλλά όχι πάντοτε τα νωτιαία αντανεκλαστικά διατηρούνται.

## **I. ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΠΡΟΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥ ΔΟΤΗ**

Αυτός περιλαμβάνει:

### **1) Γενικές εξετάσεις:**

- Αιμοκαλλιέργειες.
- Καλλιέργεια πτυέλων.
- Γενική αίματος (αιμοσφαιρίνη, αιματοκρίτη, λευκά αιμοσφαίρια, αιμοπετάλια).
- Ηλεκτρολύτες.

### **2) Έλεγχο της καρδιακής λειτουργίας και της κυκλοφορίας:**

- Ακτινογραφία θώρακος.
- Υπερηχογράφημα καρδίας.
- Ρύθμισης της πίεσης του αίματος. (Βρίσκεται σε υποτασική περίοδο ο υποψήφιος δότης και η πίεση δεν πρέπει ποτέ να είναι μικρότερη από 90 mmHg).
- Παρακολούθηση του καρδιακού ρυθμού.
- Εκτίμηση της χρονικής διάρκειας της καρδιακής ανακοπής.
- Μέτρηση των ούρων του εικοσιτετραώρου. (Συχνά στην φάση αυτή εμφανίζεται άποιος διαβήτης – ούρα σε ποσότητα μεγαλύτερη των 1000 mL/h-, γι' αυτό ρυθμίζεται η διούρηση στα 100 mL/h).
- Εκτίμηση της διούρησης κατά την διάρκεια Υ (υπότασης)/(καρδιακής ανακοπής).

### **3) Εκτίμηση της πνευμονικής λειτουργίας:**

- ❖ Μέτρηση PH.
- ❖ Αέρια αίματος (PO<sub>2</sub>, PCO<sub>2</sub>, HCO<sub>3</sub>, SAT).

- 4) Μελέτη της νεφρικής λειτουργίας. Επιχειρείται αρχική και πρόσφατη εξέταση της ουρίας, της κρεατίνης και της τυχόν εμφάνισης ερυθρών αιμοσφαιρίων στα ούρα.
- 5) Έλεγχο της ηπατικής και παγκρεατικής λειτουργίας:
  - Μέτρηση χολερυθρίνης, και των ενζύμων SGOT, SGPT, LDH, γGT, αλκαλικής φωσφατάσης.
  - Μέτρηση λευκωμάτων.
  - Εκτίμηση του χρόνου προθρομβίνης.
  - Μέτρηση του σακχάρου αίματος και αμυλάσης ούρων.
- 6) Επανεξέταση της φαρμακευτικής αγωγής που ελάμβανε ο δότης πριν από την διαπίστωση του εγκεφαλικού θανάτου:
  - ✓ Αγγειοσυσπαστικά (διακόπτονται).
  - ✓ Διουρητικά, αντιβιοτικά, καρδιοτονωτικά, κορτικοστεροειδή, άλλα φάρμακα.

## II. ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΡΟΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

### ΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥ ΔΟΤΗ

Παράλληλα με την αφαίρεση των μοσχευμάτων από το δότη, η ομάδα συντονισμού έχει φροντίσει να σταλούν στο εργαστήριο αίμα, μερικοί λεμφαδένες και τμήμα σπληνός για καθορισμό και έλεγχο:

- (α) Ομάδας αίματος του δότη.
- (β) Τυποποίηση αυτού ως προς τα αντιγόνα ιστοσυμβατότητας.
- (γ) Ιολογικό έλεγχο.

### ii. ΖΩΝ ΔΟΤΗΣ

Ο κλινικός προμεταμοσχευτικός έλεγχος του ζώντα δότη ταυτίζεται στα περισσότερα σημεία με εκείνον του υποψηφίου λήπτη. Ο ανοσολογικός έλεγχος είναι επίσης σε γενικές γραμμές ο ίδιος, με ορισμένες μόνο επιπλέον εργαστηριακές εξετάσεις, οι οποίες έχουν ήδη αναφερθεί στον ανοσολογικό έλεγχο του υποψηφίου λήπτη. Οι απόλυτες αντενδείξεις για μεταμόσχευση μεταξύ συγγενών είναι σήμερα μηδαμινές και η θνησιμότητα του ζωντανού δότη πλησιάζει το 3%. Οι αντενδείξεις αυτές είναι:

1. Η ηλικία. Λήπτης ηλικίας άνω των 45 ετών παρουσιάζει αυξημένη θνησιμότητα και πολύ λίγα κέντρα θα δεχτούν για μεταμόσχευση άτομα στην 6<sup>η</sup> δεκαετία της ζωής τους. Ακόμα, η ηλικία του λήπτη κάτω του ενός έτους ακολουθείται από μεγάλο ποσοστό αποτυχίας.
2. Συνυπάρχουσες παθήσεις. Σακχαρώδης διαβήτης, παθήσεις των στεφανιαίων, γενικευμένη αρτηριοσκλήρυνση, κακοήθης νεφροσκλήρυνση,

παθήσεις του κολλαγόνου, και η αμυλοείδωση, ο καρκίνος, οι χρόνιες λοιμώξεις (π.χ. φυματίωση), αφαιρούν σημαντικά ποσοστά από την πιθανότητα επιτυχημένης μεταμόσχευσης.

3. Η πρωτοπαθής νεφρική νόσος. Την απόφαση για μεταμόσχευση από ζωντανό δότη θα επηρεάσει και η αιτία που προκάλεσε τη νεφρική ανεπάρκεια, γιατί μερικές παθήσεις επηρεάζουν άμεσα την επιβίωση του μοσχεύματος. Αρχικά, είχε θεωρηθεί ότι κάθε μορφή σπειραματονεφρίτιδας υποτροπιάζει στο μόσχευμα. Σήμερα πιστεύουμε ότι μόνο ορισμένες μορφές συνεπάγονται τέτοιο κίνδυνο.

### **3.8.3. ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΣΤΑΥΡΩΣΗΣ ΤΩΝ ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΩΝ (CROSSMATCH, CMX)**

Πάντοτε πριν τη μεταμόσχευση πραγματοποιείται η ειδική δοκιμασία της διασταύρωσης των λεμφοκυττάρων (crossmatch), όπου λεμφοκύτταρα του υποψήφιου δότη έρχονται σε επαφή με τον ορό του υποψήφιου λήπτη, με σκοπό να προσδιορισθεί η ύπαρξη προσχηματισμένων αντισωμάτων στον ορό του λήπτη, τα οποία στρέφονται έναντι των αντιγόνων ιστοσυμβατότητας του μοσχεύματος. Στην περίπτωση που το CMX είναι θετικό δεν γίνεται η μεταμόσχευση. Εάν όμως αυτό είναι αρνητικό, τότε η μεταμόσχευση μπορεί να πραγματοποιηθεί. Συχνά όμως, παρά την προσπάθεια που καταβάλλεται για την καλύτερη επιβίωση του μοσχεύματος, παρατηρείται αντίδραση του ανοσοποιητικού συστήματος του λήπτη προς τα αντιγόνα του δότη. Το φαινόμενο αυτό ονομάζεται απόρριψη του μοσχεύματος.

Μετά από μια επιτυχημένη χειρουργική επέμβαση για την τοποθέτηση του νεφρικού μοσχεύματος στον «κατάλληλο» ασθενή από έναν «κατάλληλο» δότη, την κεντρική θέση κατέχει η προσπάθεια που καταβάλλεται, για να αποφύγουμε την απόρριψη του μοσχεύματος. Η προσπάθεια αυτή δεν είναι πάντα επιτυχής, ενώ μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα διάφορες επιπλοκές. Τα κλινικά αυτά προβλήματα της μεταμόσχευσης νεφρού είναι και πολύ και πολύπλοκα.

### **3.8.4. ΜΟΡΦΕΣ ΑΠΟΡΡΙΨΗΣ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ**

Η απόρριψη μπορεί να είναι:

- (α) Υπεροξεία απόρριψη. Συμβαίνει κατά τη διάρκεια της εγχείρησης ή το πολύ μέσα στο πρώτο εικοσιτετράωρο. Οφείλεται στην παρουσία προσχηματισμένων αντισωμάτων που στρέφονται εναντίον αντιγόνων

ιστοσυμβατότητας του δότη. Στις περιπτώσεις αυτές δεν έχει γίνει CMX, αν γινόταν θα ήταν θετικό.

- (β) Επιταχυνόμενη απόρριψη. Εμφανίζεται μεταξύ 5<sup>ης</sup> και 10<sup>ης</sup> περίπου μετεγχειρητικής ημέρας και αποδίδεται στην ύπαρξη κυττάρων μνήμης, λόγω προηγούμενης ευαισθητοποίησης στα αντιγόνα του δότη.
- (δ) Χρόνια απόρριψη. Εμφανίζεται ύστερα από μήνες ή χρόνια, λόγω διαταραχής της ανοσιακής ανοχής του μοσχεύματος. Η διάγνωση μπαίνει συνήθως ιστολογικά καθώς και ύστερα από αποκλεισμό άλλων αιτιών που μειώνουν τη νεφρική λειτουργία.

Συμπερασματικά, θα λέγαμε ότι η δυνατότητα αντικατάστασης των νεφρών που εμφανίζουν τελικό στάδιο της Χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας, με άλλα υγιή, αποτελεί τη μεγαλύτερη κατάκτηση του αιώνα μας. Παρά όμως τα καλά αποτελέσματα, ένας μεγάλος αριθμός νεφρικών μοσχευμάτων χάνεται, κυρίως μέσα στον πρώτο χρόνο μετά την μεταμόσχευση. Έτσι, ένας σωστός και λεπτομερής προμεταμοσχευτικός έλεγχος, σε συνδυασμό με τις προόδους που γίνονται στον τομέα της ανοσολογίας γενικότερα και της ανοσοκαταστολής ειδικότερα, σίγουρα θα συμβάλλουν στην ελάττωση της συχνότητας εμφάνισης των επεισοδίων απόρριψης.

Αναφέρονται στη συνέχεια ορισμένα από τα προβλήματα που απαντώνται στην καθημερινή κλινική πράξη, σε μια προσπάθεια να σκιαγραφηθεί παράλληλα, η σημερινή εικόνα της μεταμόσχευσης νεφρού<sup>16</sup>.

### 3.8.5. ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Αποσκοπεί στην καταστολή της ανοσιακής απάντησης του λήπτη του νεφρικού μοσχεύματος έναντι του μοσχεύματος, που έχει ως επακόλουθο την απόρριψη. Τα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται, διακρίνονται σε εκείνα που δίδονται προκειμένου να προληφθεί η απόρριψη του μοσχεύματος (προφυλακτική ανοσοκατασταλτική θεραπεία) και σε εκείνα που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση των επεισοδίων οξείας απόρριψης (αντιαπορριπτική θεραπεία) (Πίνακας 10). Τα φάρμακα αυτά έχουν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες (Πίνακας 11). Γι' αυτό επιβάλλεται η προσεκτική χορήγησή τους.

Τα πιο «δημοφιλές» – λόγω του συνδυασμού υψηλής αποτελεσματικότητας και μειωμένων ανεπιθύμητων ενεργειών – σήμερα σχήμα προφυλακτικής ανοσοκατασταλτικής θεραπείας είναι ο συνδυασμός κορτικοειδών, αζαθειοπρίνης και κυκλοσπορίνης Α (τριπλή θεραπεία). Σε ό,τι αφορά τη θεραπεία της οξείας απόρριψης, συνήθως αντιμετωπίζεται με υψηλές δόσεις κορτικοειδών (500 mg - 1 g

την ημέρα X 3 ημέρες μεθυλπρεδνιζολόνη IV) και, επί αποτυχίας, χορηγούνται πολυκλωνικά ή μονοκλωνικά αντιλεμφοκυτταρικά αντισώματα.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 10**

**Τα κυριότερα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα  
Που χρησιμοποιούνται στη μεταμόσχευση νεφρού**

	Προφυλακτική θεραπεία	Οξεία απόρριψη
Κορτικοειδή	+	+
Αζαθειοπρίνη	+	-
Κυκλοσπορίνη	+	-
Πολυκλωνικά αντισώματα	+	+
Μονοκλωνικά αντισώματα	+	+
FK 506	+	-

**ΠΙΝΑΚΑΣ 11**

**Οι κυριότερες παρενέργειες  
των ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων**

Κορτικοειδή	Λοιμώξεις, σύνδρομο Cushing, σακχαρώδης διαβήτης, οστεοπόρωση, υπέρταση, κ.ά.
Αζαθειοπρίνη	Λοιμώξεις, καταστολή του μυελού των οστών, ηπατοτοξικότητα, μεγαλοβλαστική αναιμία, κ.ά.
Μονο-/Πολυκλωνικά αντισώματα	Λοιμώξεις, πυρετός, ρίγος, εξανθήματα, νεοπλασίες, κ.ά.

### 3.8.6. ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

Αποτελούν το συχνότερο αίτιο νοσηρότητας και θνητότητας στην πρώιμη μετεγχειρητική περίοδο. Συνήθως εμφανίζουν κάποια χρονική κατανομή. Οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου για την πρόκληση των λοιμώξεων είναι:

- (α) Η επιδημιολογική έκθεση του ασθενούς, και
- (β) ο βαθμός ανοσοκαταστολής.

Με την είσοδο στη δεκαετία του '90 είναι εμφανές ότι, από τις λοιμώξεις, οι ιογενείς είναι εκείνες που έχουν ειδική σημασία στη μεταμόσχευση νεφρού, επειδή:

- (α) Είναι πολύ συχνές,
- (β) Επιτείνουν την ανοσοκαταστολή του ασθενούς με επακόλουθα αύξηση της προδιάθεσης προς ευκαιριακές λοιμώξεις (*P. carinii*, *Aspergillus*, *Listeria* κ.ά.),
- (γ) Μπορεί να προκαλέσουν βλάβη στο μόσχευμα (π.χ. CMV),
- (δ) Έχουν ενοχοποιηθεί για συμμετοχή στην ογκογένεση (π.χ. ιός EBV και λεμφοϋπερπλαστική νόσος),
- (ε) Προκαλούν χρόνια εξελικτική νόσο (π.χ. HBV, HCV και χρόνια ηπατική νόσος).

Αξιοσημείωτο είναι ότι, μολονότι οι λοιμώξεις παραμένουν σταθερά το δεύτερο σε συχνότητα αίτιο θνητότητας στους ασθενείς με νεφρική μεταμόσχευση, τελευταία η

θνητότητα που οφείλεται σε λοιμώξεις μειώθηκε τόσο στο πρώτο χρόνο όσο και στα 5 χρόνια μετά τη μεταμόσχευση.

### 3.8.7. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Αποτελούν το συχνότερο αίτιο όψιμης θνητότητας. Στους ασθενείς με μεταμόσχευση νεφρού πολύ συχνά παρατηρείται επιταχυνόμενη αθηρω-μάτωση. Μείζονες παράγοντες κινδύνου για την πρόκληση της αποτελούν η υπέρταση και η υπερλιπιδαιμία, που παρατηρούνται συχνότατα στη μεταμόσχευση νεφρού. Συνηθέστερα αίτια της υπέρτασης είναι η χορηγούμενη κυκλοσπορίνη και η δυσλειτουργία του νεφρικού μοσχεύματος, κυρίως η οφειλόμενη σε χρόνια απόρριψη.

Μέχρι σήμερα η θνητότητα η οφειλόμενη σε καρδιαγγειακή νόσο δεν παρουσιάζει καμιά τάση μείωσης, παραμένει σταθερά η πρώτη αιτία θανάτου και μάλιστα χωρίς, προς το παρόν, να διαθέτουμε δυνατότητες ριζικής αντιμετώπισης των προδιαθεσικών της παραγόντων.

### 3.8.8. ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ

Η συχνότητά τους στους ασθενείς με μεταμόσχευση νεφρού κυμαίνεται από 1% μέχρι 18% (μέση τιμή 6%). Ορισμένες τουλάχιστον μορφές νεοπλασιών παρατηρούνται συχνότερα στους μεταμοσχευμένους συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό (Πίνακας 12). Οι λόγοι δεν έχουν πλήρως διευκρινισθεί. Πιθανολογείται ότι λόγω της ανοσοκαταστολής υπάρχει αδυναμία του οργανισμού να αντισταθεί σε διάφορους καρκινογόνους παράγοντες (π.χ. ηλιακή ακτινοβολία). Επιπρόσθετα, η ανοσοκαταστολή διευκολύνει την ανάπτυξη και δράση διαφόρων ογκογόνων ιών.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 12**

Συχνότητα κακοήθων νεοπλασματικών νόσων Μετά από μεταμόσχευση νεφρού σε σχέση με το γενικό πληθυσμό	
Κακοήθειες νεοπλασίες	Συχνότητα (φορές μεγαλύτερη από ό,τι στο γενικό πληθυσμό)
Καρκίνος δέρματος	4-21
Καρκίνος χειλέων	29
Καρκίνος τραχήλου μήτρας (in situ)	14
Μη Hodgkin's λέμφωμα	29-49
Σάρκωμα Kaposi	400-500
Καρκίνος ήπατος/χοληφόρων	30
Καρκίνος αιδείου-πρωκτού	100

Τέλος, ανάλογα με το είδος των ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων, υπερισχύει διαφορετικό είδος κακοήθειας (π.χ. οζοθειοπρίνη και καρκίνοι δέρματος, κυκλοσπορίνη και λεμφώματα).

### 3.8.9. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η χρησιμοποίηση της κυκλοσπορίνης Α στις αρχές της δεκαετίας του '80 οδήγησε σε προοδευτική βελτίωση των αποτελεσμάτων της πτωματικής μεταμόσχευσης νεφρού. Τελευταία, όμως, η πρόοδος αυτή παρουσιάζει στασιμότητα, με επιβίωση στο πρώτο έτος των ασθενών περίπου 95% και του πρώτου πτωματικού μοσχεύματος  $\geq 85\%$ . Επιπλέον, όφελος από την κυκλοσπορίνη προκύπτει και στη μεταμόσχευση νεφρού μεταξύ HLA απόλυτα συμβατών αδελφών. Στην κατηγορία, αυτή η επιβίωση των ασθενών στα 5 χρόνια ανέρχεται σε 96% και του μοσχεύματος σε 88%.

### 3.8.10. ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΝΕΦΡΙΚΩΝ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΩΝ

Ένας σημαντικός στόχος στη μεταμόσχευση είναι η βελτίωση των κλινικών αποτελεσμάτων της. Ένας δεύτερος, εξίσου σημαντικός στόχος είναι η αύξηση του αριθμού των διαθέσιμων νεφρικών μοσχευμάτων. Και αυτό, γιατί η υφιστάμενη ανεπάρκειά τους αποτελεί ανυπέρβλητο φραγμό στην περαιτέρω εξέλιξη της νεφρικής μεταμόσχευσης.

Η χρησιμοποίηση νεφρών από ζώνες δότες, όταν πρόκειται για συγγενείς, αφορά μια μειοψηφία των ασθενών, ενώ όταν πρόκειται για ζώντες μη συγγενείς προσκρούει σε τεράστια ηθικά και πρακτικά προβλήματα και απορρίπτεται από την συντριπτική πλειοψηφία της μεταμοσχευτικής κοινότητας, αλλά και της κοινωνίας.

Παράλληλα η προσφορά πτωματικών μοσχευμάτων δεν φαίνεται να παρουσιάζει αύξηση στις αναπτυγμένες χώρες. Εκείνο που προκαλεί ακόμα μεγαλύτερη ανησυχία είναι ότι οι αριθμοί αυτοί όχι μόνο δεν αυξάνονται, αλλά σε μερικές χώρες παρουσιάζουν ελαφρά μείωση.

### 3.8.11. ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ

Τα πολύ καλά αποτελέσματα που αφορούν στην επιβίωση ασθενών και μοσχευμάτων, τη βελτίωση των κλινικών προβλημάτων και την προσφορά ποιότητας ζωής, έχουν καταστήσει τη μεταμόσχευση νεφρού την επιθυμητή θεραπεία για τη μεγάλη πλειοψηφία των χρονίων νεφροπαθών που δεν έχουν σχετικές αντενδείξεις.

Γι' αυτό και το πρόβλημα της μειωμένης προσφοράς νεφρών καθίσταται επιτακτικό και οι λύσεις που συζητούνται, κινούνται σε τρεις κατευθύνσεις:

- (α) Στην αλλαγή της διαδικασίας συγκατάθεσης πτωματικής δωρεάς,
- (β) Στη χρησιμοποίηση οργάνων από δότες που η καρδιά τους δεν λειτουργεί και

(γ) Στην ξενομεταμόσχευση.

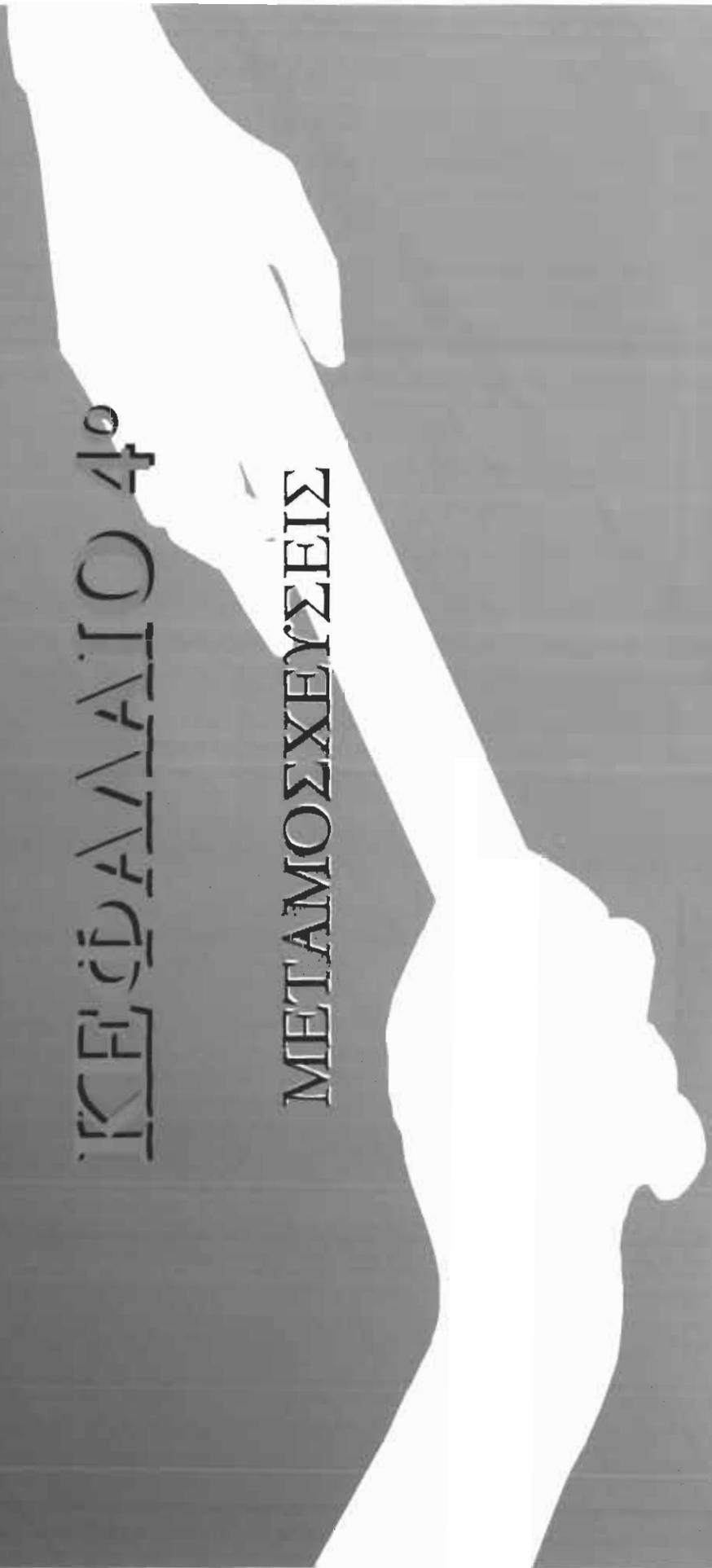
Σημαντική προσπάθεια γίνεται στο χώρο της ανοσολογίας της μεταμόσχευσης με σκοπό να διευκρινισθούν οι μηχανισμοί της απόρριψης. Στην ανοσοκατασταλτική θεραπεία, οι επίσης εντατικές προσπάθειες αφορούν τα νεώτερα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα, αλλά και το βραχυπρόθεσμο και μακροπρόθεσμο χειρισμό της.

Όλες αυτές οι εξελίξεις αναμένεται να συνεισφέρουν στην προσπάθεια για την ανάπτυξη ανοσολογικής ανοχής από μέρους του λήπτη, ώστε να αποφευχθεί η διαδικασία της χρόνιας καταστροφής του νεφρικού μοσχεύματος, γνωστή ως χρόνια απόρριψη και να εξασφαλιστεί έτσι η επί μακρόν επιβίωσή του<sup>17</sup>.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>**

### **4.1. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ**

Η μεγάλη πρόοδος στη χειρουργική, στην ανοσοβιολογία, στην αντιμετώπιση των λοιμώξεων και η χρήση των νεότερων ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων, συνέβαλαν σημαντικά στη μακροχρόνια επιβίωση των μοσχευμάτων και συνετέλεσαν στην καθιέρωση της μεταμόσχευσης ως σημαντικής θεραπευτικής μεθόδου, η οποία σήμερα, για ορισμένες κατηγορίες ασθενών, αποτελεί την μοναδική θεραπευτική αντιμετώπιση, με θεαματικά αποτελέσματα. Πάνω από ένα εκατομμύριο ασθενείς παγκοσμίως έχουν μεταμοσχευθεί και σε αρκετούς η επιβίωση του μοσχεύματος υπερβαίνει την 35ετία.

Το χρονίζον πρόβλημα της εξεύρεσης πτωματικών μοσχευμάτων αποτελεί το μεγαλύτερο εμπόδιο για την περαιτέρω ανάπτυξη των μεταμοσχεύσεων και οριοθετεί τον αριθμό των ασθενών που θα ευεργετηθούν απ' αυτή τη θεραπευτική αγωγή, καθώς ο αριθμός των μεταμοσχεύσεων δεν καλύπτει τον αριθμό των ασθενών που αναμένουν ένα μόσχευμα για να κρατηθούν στη ζωή ή για να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής τους. Η έλλειψη πτωματικών μοσχευμάτων αποτελεί διεθνές φαινόμενο. Η αύξηση του μέσου όρου ζωής, η προληπτική ιατρική, ο περιορισμός των εργατικών και τροχαίων ατυχημάτων και η βελτίωση των συνθηκών εντατικής παρακολούθησης, είναι παράγοντες που δεν οδηγούν σε αύξηση των διαθέσιμων οργάνων για πτωματική μεταμόσχευση, με αποτέλεσμα - μαζί με άλλους λόγους - τη μη σύγκλιση μεταξύ ζήτησης και προσφοράς οργάνων για μεταμόσχευση, του μεταμοσχευτικού δηλαδή χάσματος.

Για την αντιμετώπιση των ανωτέρω προβλημάτων αλλά και για την διασφάλιση της εφαρμογής των κανόνων που πρέπει να διέπουν τις μεταμοσχεύσεις – που για την ανάπτυξή τους προϋπόθεση αποτελεί η αποδοχή της ίδιας της δωρεάς οργάνων και η διαμόρφωση θετικών στάσεων της κοινής γνώμης – σε όλα τα ανεπτυγμένα κράτη, θεσπίστηκαν ειδικές νομοθεσίες και δημιουργήθηκαν υπηρεσίες ή οργανισμοί μεταμοσχεύσεων<sup>19</sup>.

### **ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ**

Η ιδέα της μεταμόσχευσης οργάνων έρχεται από τα βάθη των αιώνων με μύθους που έπλασε η ενδόμυχη επιθυμία των ανθρώπων για την αντικατάσταση των νοσοούντων οργάνων με νέα και υγιή.

#### 4.1.1. ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΘΥΡΥΛΟΥΣ ΣΤΗΝ ΙΣΤΟΡΙΑ

Τα πρώτα ίχνη της διαδικασίας που σήμερα αξιολογείται ως "μεταμόσχευση οργάνων" απαντώνται (κατά μία έννοια) στην ελληνική μυθολογία με την αυτομεταμόσχευση. Ο Προμηθέας δεν πεθαίνει, παρ' όλο που ο αετός του κατασπαράζει το συκώτι, επειδή ο όργανο αναπλάθεται στη διάρκεια της νύχτας. Επίσης, κλασικό παράδειγμα αποτελεί η ιστορία του Δαίδαλου και του Ίκαρου. Τα δεδομένα βέβαια της εποχής μοιάζουν διαφορετικά από τα σημερινά. Το μόσχευμα δεν ήταν νεφρός, συκώτι ή καρδιά. Το όλο εγχείρημα δεν αποσκοπούσε στην επίτευξη σημερινών στόχων, όπως η μακροβιότητα και η ποιότητα ζωής του ασθενούς. Απλά, πατέρας και υιός, θέλοντας να δραπετεύσουν από τη φυλακή του βασιλιά Μίνωα, προσπάθησαν να κολλήσουν φτερά στα χέρια τους και να πετάξουν. Κατά την περίοδο της αρχαιότητας στην Ελλάδα, οι σημαντικότερες αναφορές εμφανίζονται στο έργο του Γαληνού. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι παρατηρήσεις που απαντώνται στο έργο του προσεγγίζουν για πρώτη φορά την ιατρική περισσότερο ως επιστήμη και λιγότερο ως τέχνη.

Στη συνέχεια η αναδρομή μας οδηγεί στην Ινδία. Ήδη, από το 700 π.Χ., το σανσκριτικό κείμενο "Suschrouta Shamhira" περιγράφει μεταμοσχεύσεις ιστών και αυτομεταμοσχεύσεις δέρματος. Στην Κίνα, γύρω στο 300 π.Χ., αν πιστέψουμε κάποιες γραπτές πηγές που σώζονται μέχρι σήμερα, θα διαπιστώσουμε με έκπληξη ότι ο πρώτος γιατρός που πραγματοποίησε με επιτυχία μεταμόσχευση καρδιάς δεν ήταν ο C. Barnard, αλλά ο μυθικός συνάδελφός του Pien Chiao.

Φυσικά το πρόβλημα των ανθρωπίνων οργάνων δεν θα μπορούσε ποτέ να αφήσει αδιάφορη την Εκκλησία. Η πρώτη αναφορά χρονολογείται στην εποχή της γέννησης της πίστης, όταν ο ίδιος ο Ιησούς παρεμβαίνει και επανακολλά το δεξιό αυτί ενός υπηρέτη. Έπειτα οι Άγιοι πατέρες και προστάτες της ιατρικής Κοσμάς και Δαμιανός, που έζησαν την εποχή του αυτοκράτορα Διοκλητιανού κατά τον τρίτο αιώνα μ.Χ., πραγματοποίησαν θεωρητικά την πρώτη μεταμόσχευση από νεκρό δότη. Η παράδοση τους θέλει, αφού πρώτα προσευχήθηκαν με ευλάβεια, να ακρωτηριάζουν το άρρωστο πόδι ενός Χριστιανού, τοποθετώντας στη θέση του το πόδι ενός Μαυριτανού που ήταν ήδη νεκρός.

Περνώντας από τους θρύλους στην ιστορία, παρατηρούμε, ότι κατά τη διάρκεια του μεσαίωνα η εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης συνάντησε ανυπέρβλητες δυσκολίες απαγορεύσεων ή διώξεων, αφού η ιερά εξέταση και η κοινωνία ευρύτερα διακατέχονταν από μεταφυσικές προκαταλήψεις και δεισιδαιμονίες. Φωτεινή εξαίρεση αποτέλεσαν γύρω στο 1250 μ.Χ. δύο βασιλιάδες με αποφασιστική συνεισφορά στην

πρόοδο του τομέα. Τόσο ο Φίλιππος ο Ωραίος όσο και ο Φρειδερίκος ο Δεύτερος, επέτρεψαν τη χρησιμοποίηση πτωμάτων για ερευνητικούς – εκπαιδευτικούς λόγους (νεκροψία ή ανατομία).

Τέλος, σημαντικό ρόλο διαδραμάτισε μέσω του Διατάγματος του Μαρλύ το 1707 ο Λουδοβίκος ο Δέκατος Τέταρτος, Ξεπερνώντας το εμπόδιο της συναίνεσης του αποθανόντος, το Διάταγμα άνοιξε το δρόμο της μετέπειτα πορείας, ορίζοντας ότι: "Ας δοθεί εντολή στους δικαστικούς λειτουργούς και στους διευθυντές νοσοκομείων να προμηθεύουν με πτώματα τους καθηγητές ης Ιατρικής, ώστε να γίνονται μαθήματα ανατομίας και χειρουργικών επεμβάσεων»<sup>20</sup>.

#### 4.1.2. Η ΣΤΑΔΙΑΚΗ «ΕΠΑΝΑΣΤΑΣΗ» ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ

Η πρώτη ολοκληρωτικά επιστημονική εργασία χρονολογείται στην εποχή αναγέννησης κατά τον δέκατο έκτο αιώνα στην Μπολόνια. Πρόκειται για τη δημοσίευση της έρευνας του Gasparo Tagliacossi σχετικά με τη χειρουργική αντιμετώπιση των ακρωτηριασμών μέσω μοσχευμάτων. Ο δέκατος ένατος αιώνας χαρακτηρίζεται από συστηματική απόρριψη των οργάνων στις πειραματικές απόπειρες που λαμβάνουν χώρα στη Βουδαπέστη και στη Βιέννη. Το 1902 στη Λυών, ο μετέπειτα Νομπελίστας Alexis Carrel προάγει θεμελιωδώς την επιστήμη των μεταμοσχεύσεων με την ανακάλυψη της μεθόδου της αγγειακής αναστόμωσης. Πρόκειται για μία τεχνική αγγειακής χειρουργικής, που συνίσταται αρχικά στη διεύρυνση και μετέπειτα στη συνένωση δύο αρτηριών, με σκοπό την εξομάλυνση της κυκλοφορίας του αίματος. Ο συγκεκριμένος ερευνητής είχε ήδη κατανοήσει ότι το πρόβλημα της απόρριψης μοσχευμάτων ήταν βασικά βιολογικό και όχι χειρουργικό<sup>18</sup>.

Ρίχνοντας μια σύντομη ματιά στις ημερομηνίες σταθμούς, δεν πρέπει να παραλείψουμε να αναφέρουμε ότι η πρώτη απόπειρα μεταμόσχευσης νεφρού από νεκρό δότη πραγματοποιήθηκε στη Σοβιετική Ένωση το 1933 από τον Υ. Votori η αντίστοιχη από ζώντα στη Βοστώνη το 1953 από τον καθηγητή Murray, ενώ η επέμβαση που τράβηξε πάνω της τα φώτα της δημοσιότητας δεν ήταν άλλη από την πρώτη μεταμόσχευση καρδιάς το 1967 από τον C. Barnard<sup>19</sup>.

Βέβαια, όπως προαναφέρθηκε, καταλυτικό ρόλο στην κατανόηση της λειτουργίας των μεταμοσχεύσεων κατέχει η ανακάλυψη του φαρμακευτικού παρασκευάσματος με την ονομασία κυκλοσπορίνη το 1977. Η συγκεκριμένη ουσία ανοσοκατασταλτικού χαρακτήρα επέτρεψε την παρατεταμένη διατήρηση των μοσχευμάτων στο σώμα του λήπτη, μειώνοντας καθοριστικά τα ποσοστά μετεγχειρητικής αποβολής. Έτσι στο μέλλον, δεδομένου ότι η χειρουργική τεχνική

βρίσκεται σε πολύ υψηλό επίπεδο, η καλύτερη κατανόηση της ανοσοβιολογίας μπορεί να μετατρέψει τις αφαιρέσεις και μετεμφυτεύσεις οργάνων σε εγχειρήσεις με μεγάλο συντελεστή επιτυχίας<sup>18</sup>.

#### 4.1.3. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ

Η απόλυτη εξωτερική ομοιότητα μεταξύ των προσώπων είναι αδύνατη. Αναλογικά το ίδιο συμβαίνει σε επίπεδο κυττάρων. Σχηματικά λοιπόν θα μπορούσαμε να πούμε ότι σε κάθε άνθρωπο αντιστοιχεί ένα είδος "μοριακής ταυτότητας" που τον διαφοροποιεί από τους υπολοίπους. Επιστημονικά ονομάζεται "κύριο σύμπλεγμα ιστοσυμβατότητας" και διεθνώς συμβολίζεται με τα αρχικά MHC (Major Histocompatibility Complex).

Από την πρώτη στιγμή λοιπόν που ένα ξένο σώμα (μόσχευμα) παρεισφρέει και διαταράσσει το βιολογικό ρυθμό του λήπτη, η πρώτη αντίδραση του οργανισμού είναι να προβεί στην διαδικασία της μοριακής αναγνώρισης (1<sup>ο</sup> στάδιο).

Εφόσον διαπιστωθεί η μοριακή διαφορετικότητα, ενεργοποιείται ο μηχανισμός ανοσολογικής αντίδρασης (μέσω ειδικών μοριακών ομάδων), του οποίου κύρια λειτουργία αποτελεί η καταστροφή των ξένων κυττάρων με σκοπό την προστασία του οργανισμού. Η διαδικασία της απόρριψης του μοσχεύματος έχει ήδη ξεκινήσει (2<sup>ο</sup> στάδιο).

Σε αυτό το στάδιο αρχίζει η δράση των σύγχρονων ανοσοκατασταλτικών μέσων που έχουν χορηγηθεί νωρίτερα (κυκλοσπορίνη). Σκοπός των τελευταίων, παρ' όλο που φαίνεται αρχικά παράδοξο, είναι να ξεγελάσουν και να αποπλίσουν τη φυσική άμυνα του οργανισμού του δέκτη, εμποδίζοντας τη δημιουργία αντιγόνων προστασίας.

Με απλά λόγια, στη σχέση δότης-λήπτη, η πιθανότητα και η ταχύτητα απόρριψης του μοσχεύματος είναι αντιστρόφως ανάλογη με το βαθμό (επίπεδο) γενετικής ομοιότητας<sup>21</sup>.

#### 4.1.4. Η ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ

Χρησιμοποιώντας ως κοινό παρονομαστή το μόσχευμα, ο διαχωρισμός σε κατηγορίες γίνεται με βάση τη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στον δότη και στον λήπτη. Έτσι διακρίνονται:

Τα **αυτομοσχεύματα**, προερχόμενα, προερχόμενα από ιστούς του ίδιου ανθρώπου (π.χ. στις μεταμοσχεύσεις δέρματος).

Τα μοσχεύματα που αφαιρούνται από άλλον άνθρωπο. Αυτά χωρίζονται σε δύο κατηγορίες:

α) Τα **ισομοσχεύματα** ή συγγενικά μοσχεύματα. Εδώ ο μεταφερόμενος ιστός είναι γενετικά πανομοιότυπος (π.χ. δίδυμοι) και συνήθως αφορά ζωντανούς δότες, και

β) τα **αλλομοσχεύματα** που αφορούν μεταφορά ιστών σε ανθρώπων με διαφορετική γενετική σύνθεση (π.χ. νεφροί προερχόμενοι από πτωματικό δότη).

Τα **ξενομοσχεύματα** που είναι μεταφορές ιστών μεταξύ όντων διαφορετικού είδους (π.χ. τοποθέτηση δέρματος χοίρου σε άνθρωπο που έχει υποστεί σοβαρό έγκαυμα)<sup>21</sup>.

## 4.2. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ

### 4.2.1. 9<sup>η</sup> ΑΠΟΦΑΣΗ ΤΗΣ 21<sup>ης</sup> ΟΛΟΜΕΛΕΙΑΣ

#### ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ (20-3-1985)

Ο ορισμός του θανάτου του ανθρώπινου σώματος έχει αναθεωρηθεί από ιατρικής σκοπιάς τα τελευταία χρόνια και ταυτίζεται με τον εγκεφαλικό θάνατο. Το τμήμα εκείνο του εγκεφάλου από το οποίο εξαρτώνται οι βασικές λειτουργίες της ζωής – αναπνοή, κυκλοφορία και ικανότητα για συνείδηση – είναι το εγκεφαλικό στέλεχος. Κατ' ακολουθία η ανεπανόρθωτη βλάβη του εγκεφαλικού στελέχους ισοδυναμεί με τον εγκεφαλικό θάνατο και το θάνατο του ατόμου.

Η διάγνωση του θανάτου του εγκεφαλικού στελέχους γίνεται με βεβαιότητα και ασφάλεια με κλινικά κριτήρια, εφόσον εκπληρωθούν ορισμένες βασικές συνθήκες, οι οποίες θα αποκλείσουν αναστρέψιμες βλάβες του στελέχους. Οι εργαστηριακές εξετάσεις - ΗΕΓ, αγγειογραφία κ.λ.π. - δεν είναι απαραίτητες και δεν προσθέτουν τίποτε παραπάνω στην κλινική διάγνωση.

Από τη στιγμή που διαπιστωθεί θάνατος του εγκεφαλικού στελέχους, το άτομο θεωρείται νεκρό και οι οποιοσδήποτε θεραπευτικές ενέργειες είναι άσκοπες<sup>22</sup>.

### 4.2.2. ΤΥΠΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ

#### ΠΟΙΟΙ ΙΑΤΡΟΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΔΙΑΓΙΓΝΩΣΚΟΥΝ

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 γιατρός ή ο αντικαταστάτης του (ανεξάρτητα από την ειδικότητα που έχει). 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 στη μεταμοσχευτική ομάδα. Σε περίπτωση διαφωνίας μεταξύ των εξεταζόντων δεν τίθεται θέμα διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου. Εάν με τις κλινικές δοκιμασίες τεθεί η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου, απαιτείται η επανάληψή τους για την επιβεβαίωσή του<sup>23</sup>

## ΧΡΟΝΟΣ ΕΠΑΝΑΛΗΨΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΩΝ

Οι κλινικές δοκιμασίες πρέπει να γίνονται δύο φορές, για να αποφευχθεί η πιθανότητα λάθους. Το διάστημα μεταξύ των δύο κλινικών ελέγχων εξαρτάται βασικά από το είδος της αρχικής βλάβης και την κλινική πορεία του ατόμου. Ο χρόνος που απαιτείται για να εκπληρωθούν οι βασικές συνθήκες από την έναρξη του κώματος και μέχρι ότου 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. Τα διαστήματα αυτά μπορεί 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 καταχωρούνται σε ειδικό φύλλο διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου, που θα πρέπει να περιλαμβάνεται στο φάκελο του αρρώστου. Εφόσον τεθεί η διάγνωση του θανάτου του εγκεφαλικού στελέχους, το άτομο πρέπει να θεωρείται νεκρό και η παραπέρα θεραπευτική υποστήριξη είναι άσκοπη, εκτός εάν πρόκειται να γίνει δωρεά οργάνων για μεταμόσχευση.

## ΦΥΛΛΟ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ

Όνοματεπώνυμο αρρώστου: ..... Αρ. Μητρ.: .....

Ημερομηνία και χρόνος γέννησης: ..... Φύλλο: .....

### 1. ΒΑΣΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ:

Ιατρός Α' Ιατρός Β' Ιατρός Γ'

- |  |   |
|--|---|
| <p>1.1. Καθορίστε την αιτία του κώματος, εφόσον πιστεύετε ότι ο ασθενής πάσχει από μη αναστρέψιμη εγκεφαλική βλάβη:<br/>Πόσος χρόνος παρήλθε από την έναρξη του κώματος;</p> <p>1.2. Έχουν αποκλεισθεί δυνητικά αναστρέψιμες καταστάσεις κώματος από:</p> <p>- Κατασταλτικά φάρμακα;</p> | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
|--|---|

- Μυοχαλαρωτικά φάρμακα: .....
- Υποθερμία; .....
- Μεταβολικές-Ενδοκρινικές αιτίες: .....

1.3. Έχουν αποκλειστεί:

- Επιληπτικοί σπασμοί; .....
- Στάσεις αποφλοίωσης και απεγκεφαλισμού; .....

**2. ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΣΤΕΛΕΧΟΥΣ**

**Ιατρός Α΄ Ιατρός Β΄ Ιατρός Γ΄**  
 1<sup>ος</sup> 2<sup>ος</sup> 1<sup>ος</sup> 2<sup>ος</sup> 1<sup>ος</sup> 2<sup>ος</sup>  
 έλεγχος έλεγχος έλεγχος

- 2.1. Παρατηρούνται κινήσεις οφθαλμών κούκλας; .....
- 2.2. Αντιδρούν οι κόρες στο φως; .....
- 2.3. Υπάρχουν αντανακλαστικά κερατοειδούς; .....
- 2.4. Διαπιστώνονται κινήσεις οφθαλμών στον ερεθισμό του τυμπάνου; .....
- 2.5. Υπάρχουν ερεθισμοί του προσώπου μετά επώδυνο ερεθισμό προσώπου, άκρων; .....
- 2.6. Υπάρχουν αντανακλαστικά κατάπνοσης, βήχα μετά ερεθισμό με τραχειοκαθετήρα; .....
- 2.7. Κατά τη δοκιμασία της άπνοιας, αερίσθη-  
 κε ο ασθενής για 10 min με 100% O<sub>2</sub>; .....
- Πριν την αποσύνδεση ήτα το PaCO<sub>2</sub>  
 40 MMG; .....
- Χορηγήθηκε ενδοτραχειακώς 100%  
 O<sub>2</sub> κατά την αποσύνδεση; .....
- Παρατηρήθηκαν αναπνευστικές κινή-  
 σεις μετά 10 min αποσύνδεσης; .....

**Ιατρός Α΄ Ιατρός Β΄ Ιατρός Γ΄**

Ημερομηνία και χρόνος 1<sup>ου</sup> ελέγχου: .....

Προτεινόμενος χρόνος 2<sup>ου</sup> ελέγχου: .....

Ημερομηνία και χρόνος εφαρμογής  
 2<sup>ου</sup> ελέγχου: .....

**Ιατρός Α΄ Ιατρός Β΄ Ιατρός Γ΄**



Όνοματεπώνυμο : .....

Ειδικότητα : .....

(1<sup>ος</sup> έλεγχος -) υπογραφή .....

(2<sup>ος</sup> έλεγχος -) υπογραφή .....

### 4.3. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Όταν ο θεράπων ιατρός διαγνώσει νέκρωση του εγκεφαλικού στελέχους και εφόσον οι λειτουργίες ορισμένων οργάνων διατηρούνται με τεχνητά μέσα, υποχρεούται να προβεί από κοινού με έναν αναισθησιολόγο και ένα νευρολόγο ή νευροχειρουργό στη σύνταξη του σχετικού πιστοποιητικού θανάτου. Στην πιστοποίηση του θανάτου δεν συμμετέχει ιατρός που ανήκει στη μεταμοσχευτική ομάδα. Η απόφαση, επομένως, για την υπογραφή του πιστοποιητικού θανάτου, μετά τη διαπίστωση του συμβάντος, ανήκει αποκλειστικά στον θεράποντα ιατρό.

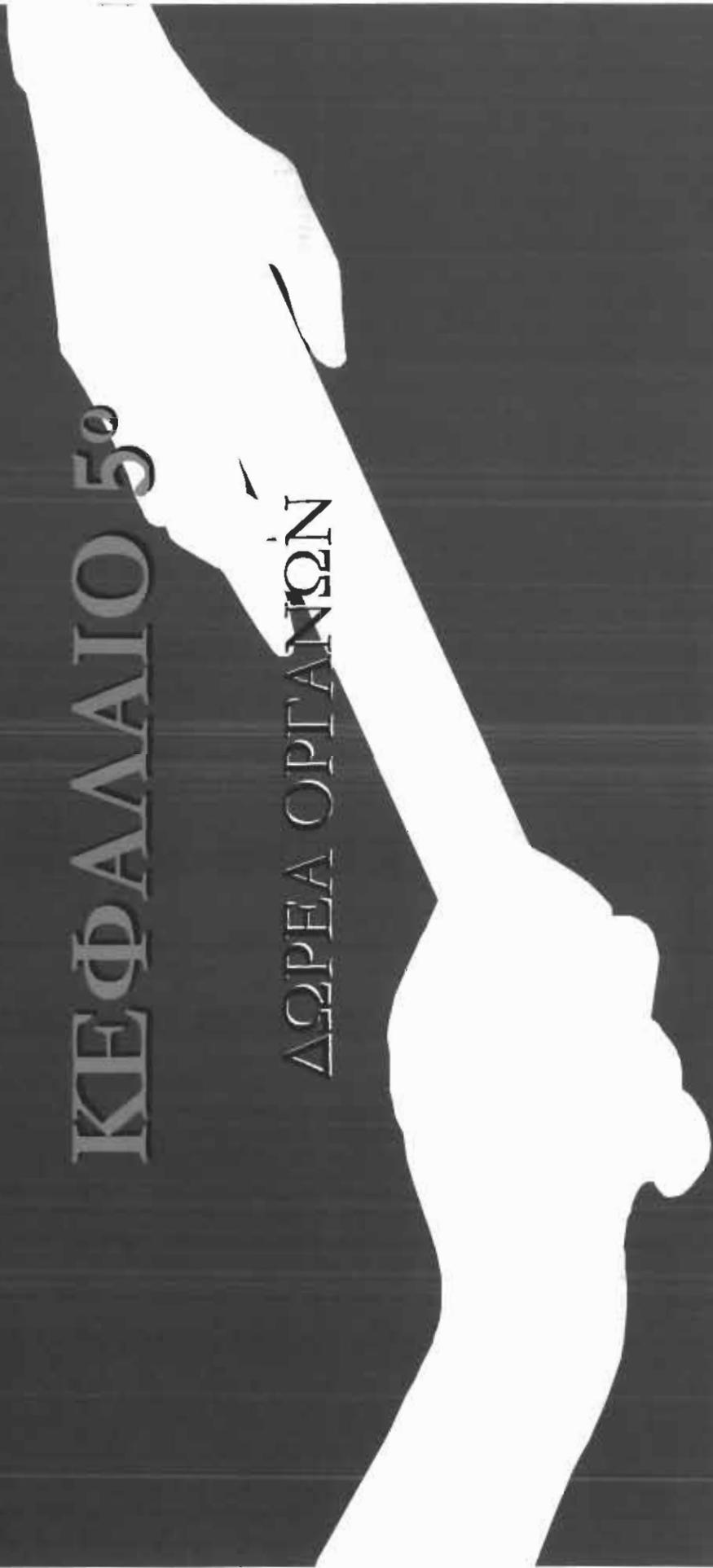
Ο θεράπων ιατρός υποχρεούται να ενημερώσει τις Υπηρεσίες του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων και να ελέγξει στα αρχεία αν ο ασθενής, όταν ήταν στη ζωή, είχε δηλώσει την επιθυμία του να γίνει δωρητής οργάνων. Στην περίπτωση που αυτό δεν είχε συμβεί, ζητείται η συγκατάθεση των συγγενών για τη δωρεά.

Κατόπιν, και βάσει των ιατρικών δεδομένων του δότη, αναζητούνται από το Εθνικό Μητρώο οι καταλληλότεροι λήπτες.

Ενώ γίνεται αυτό, αρχίζει η προετοιμασία των ασθενών για μεταμόσχευση. Καλείται στο νοσοκομείο μια ομάδα ειδικών χειρουργών, για να αφαιρέσει και να διατηρήσει τα όργανα, τα οποία στη συνέχεια θα μεταφερθούν στις μεταμοσχευτικές μονάδες. Κατά τη μεταφορά γίνονται ειδικές ρυθμίσεις για να μη χαθεί πολύτιμος χρόνος<sup>24</sup>.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

ΑΣΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

### **5.1. ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ**

#### **5.1.1. ΤΙ ΣΗΜΑΙΝΕΙ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ;**

Η Δωρεά Οργάνων είναι η εκδήλωση της επιθυμίας του ατόμου τα όργανά του, μετά το τέλος της ζωής του, να δώσουν ζωή σε κάποιον πάσχοντα συνάνθρωπό του.

Η Δωρεά Οργάνων αποτελεί ύψιστο δώρο ζωής και ελπίδας, αξεπέραστη εκδήλωση κοινωνικής αλληλεγγύης.

Τα όργανα τα οποία μπορούν να μεταμοσχευθούν είναι οι νεφροί, η καρδιά, το ήπαρ, οι πνεύμονες, το πάγκρεας, οι βαλβίδες της καρδιάς και ο μυελός των οστών. Άλλα όργανα είναι ο κερατοειδής του οφθαλμού και τα ακουστικά οστάρια. Επίσης το δέρμα μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία ασθενών με σοβαρά εγκαύματα. Οι τεχνικές συνεχώς βελτιώνονται και σύντομα θα είναι δυνατή η μεταμόσχευση και άλλων οργάνων.

Οποιοσδήποτε άνδρας ή γυναίκα, κάθε ηλικίας, μπορεί να γίνει δωρητής μετά θάνατον. Η αφαίρεση διενεργείται μετά την επέλευση του θανάτου, έστω και αν οι λειτουργίες ορισμένων οργάνων διατηρούνται με τεχνητά μέσα, και εφόσον ο δυνητικός δότης είχε εγγράφως συναινέσει σε αυτήν, ενώ η αφαίρεση αποκλείεται αν είχε εγγράφως εκφράσει την άρνησή του. Αν ο δυνητικός δότης δεν είχε εκφράσει τη συναίνεσή του ή την άρνησή του, η αφαίρεση διενεργείται εφόσον δεν αντιτίθενται σε αυτήν οι συγγενείς του.

Τα όρια ηλικίας που είχαν τεθεί παλαιότερα έχουν ξεπερασθεί από τις εξελίξεις της ιατρικής. Προκειμένου για μεταμόσχευση νεφρού ισχύει και σήμερα το όριο των 70 ετών, ενώ για την μεταμόσχευση κερατοειδούς και ακουστικών οσταρίων δεν υπάρχουν όρια ηλικίας. Τελικά, για τη λειτουργική κατάσταση του οργάνου που πρόκειται να αφαιρεθεί και να μεταμοσχευθεί, σημαντική είναι η βιολογική και όχι η χρονολογική ηλικία του δότη.

Σε ιδιαίτερες περιπτώσεις μπορεί να δοθεί από ζώντα δότη κάποιο όργανο ένα νεφρό σε έναν συγγενή εξ αίματος και αυτό διότι ο άνθρωπος μπορεί να ζήσει φυσιολογικά και με ένα μόνο νεφρό.

Επίσης μπορεί να μεταμοσχευθεί μέρος του ήπατος, μέρος του πνεύμονα ή του λεπτού εντέρου και ο μυελός των οστών.

Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από ζώντα δότη επιτρέπεται μόνον όταν πρόκειται να γίνει μεταμόσχευση στο σύζυγο του δότη ή σε συγγενή μέχρι και το

δεύτερο βαθμό εξ αίματος, σε ευθεία και πλάγια γραμμή. Ο περιορισμός δεν ισχύει στη μεταμόσχευση μυελού των οστών.

Η παρουσία κάποιου προβλήματος υγείας δεν αποτελεί πάντα αντένδειξη για να γίνει κανείς δωρητής οργάνων. Η απόφαση για το αν τα όργανα είναι κατάλληλα για μεταμόσχευση ή όχι λαμβάνεται μόνο από τον θεράποντα ιατρό.

Πραγματοποιείται αιμοληψία σε όλους τους δυνητικούς δότες για να αποκλειστούν μεταδιδόμενες ασθένειες όπως το HIV (AIDS) και η ηπατίτιδα. Η διαδικασία αυτή είναι απαραίτητη και γνωστοποιείται στην οικογένεια του δότη.

Επίσης οι δότες οργάνων μπορούν να καθορίσουν ποια όργανα θέλουν να δωρίσουν. Η δήλωση δωρεάς τους δίνει τη δυνατότητα να επισημάνουν τον ιστό, το όργανο ή τα όργανα που επιθυμούν να δωρίσουν.

Η κατανομή μοσχευμάτων στους υποψήφιους λήπτες του Εθνικού Μητρώου διενεργείται αναλόγως με το όργανο που μεταμοσχεύεται και βάση κριτηρίων όπως η ομάδα αίματος, η ιστοσυμβατότητα, το ιατρικώς πιστοποιούμενο επείγον της επέμβασης, ο χρόνος αναμονής, η ηλικία, τα σωματομετρικά χαρακτηριστικά του δότη (προκειμένου για μεταμόσχευση καρδιάς – πνευμόνων), η εγγύτητα του τόπου λήψης του μοσχεύματος προς τον τόπο μεταμόσχευσης. Ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων υποχρεούται για επείγοντα περιστατικά να δημιουργεί ειδικό κατάλογο υποψηφίων ληπτών οι οποίοι έχουν προτεραιότητα στη λήψη μοσχεύματος.

Αν τα κριτήρια είναι ισοδύναμα, προηγούνται τα πρόσωπα που έχουν δηλώσει, πριν παρουσιασθεί γι' αυτά η ανάγκη της μεταμόσχευσης, τη συναίνεσή τους για την αφαίρεση των οργάνων τους ύστερα από το θάνατό τους.

### **5.1.2. ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΠΟΛΙΤΩΝ, ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΣΥΧΝΑ ΔΥΝΑΝΤΑΙ ΝΑ ΕΠΙΦΕΡΟΥΝ ΑΡΝΗΤΙΚΗ ΣΤΑΣΗ ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ ΔΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΜΕ ΚΡΑΤΗΣΟΥΝ ΣΤΗ ΖΩΗ ΜΕ ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΑ;**

Ο ασθενής που έχει υποστεί νέκρωση του εγκεφαλικού στελέχους δεν μπορεί να επανέλθει στη ζωή. Τα μηχανήματα μπορούν απλά να διατηρήσουν την κυκλοφορία του αίματος παρέχοντας τη δυνατότητα χρησιμοποίησης των οργάνων για μεταμόσχευση.

### **ΘΑ ΜΕ ΑΦΗΣΟΥΝ ΝΑ ΠΕΘΑΝΩ ΕΠΕΙΔΗ ΞΕΡΟΥΝ ΟΤΙ ΘΕΛΩ ΝΑ ΓΙΝΩ ΔΩΡΗΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΝ;**

Όχι, γιατί η εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού βασίζεται στην αρχή ότι "η δωρεά οργάνων έρχεται πάντα δεύτερη μετά τους βασικούς ιατρικούς χειρισμούς. Προέχει η επιβίωση του ασθενή και όλες οι προσπάθειες

εστιάζονται σε αυτό". Εξάλλου η έναρξη της μεταμοσχευτικής διαδικασίας προϋποθέτει την πιστοποίηση θανάτου.

**ΘΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΟΥΝ ΤΑ ΟΡΓΑΝΑ ΠΟΥ ΑΦΑΙΡΕΘΗΚΑΝ ΜΕ ΣΚΟΠΟ ΤΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΓΙΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥΣ ΣΚΟΠΟΥΣ;**

Όχι. Σύμφωνα με το νόμο "περί μεταμοσχεύσεων" η αφαίρεση ιστών και οργάνων από άνθρωπο, ζώντα ή νεκρό, με σκοπό τη μεταμόσχευση σε άλλο άνθρωπο, γίνεται μόνο για θεραπευτικούς σκοπούς.

**ΜΑΘΑΙΝΕΙ ΠΟΤΕ Ο ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΜΕΝΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ ΠΟΙΟΣ ΗΤΑΝ Ο ΔΟΤΗΣ;**

Όχι. Η ταυτότητα του νεκρού δότη δεν αποκαλύπτεται στο λήπτη και στην οικογένειά του. Δεν αποκαλύπτεται επίσης η ταυτότητα του λήπτη στην οικογένεια του νεκρού δότη. Τόσο το Εθνικό Μητρώο Δωρητών Οργάνων όσο και τα στοιχεία των ληπτών περιέχουν "ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα" που προστατεύονται από το νόμο.

**ΜΠΟΡΟΥΝ ΟΙ ΑΝΘΡΩΠΟΙ ΝΑ ΑΓΟΡΑΣΟΥΝ Ή ΝΑ ΠΟΥΛΗΣΟΥΝ ΟΡΓΑΝΑ;**

Όχι. Η αφαίρεση ιστών και οργάνων με σκοπό τη μεταμόσχευση γίνεται χωρίς οποιοδήποτε αντάλλαγμα. Κάθε συναλλαγή μεταξύ λήπτη, δότη και των οικογενειών τους, καθώς και αυτών με – οποιοδήποτε άλλο πρόσωπο, απαγορεύεται και τιμωρείται από το νόμο.

Πρέπει να γίνει σαφές σε όλους ότι η δωρεά οργάνων είναι μία ελεύθερη πράξη. Θα πρέπει να είναι απόλυτα σίγουρο ότι ο καθένας, εφόσον οι συνθήκες το επιτρέψουν, μπορεί να λάβει ένα όργανο και να επανακτήσει την υγεία του και ότι δεν είναι εξαρτημένη η οικονομική κατάσταση του λήπτη από τη δυνατότητα μεταμόσχευσης.

**ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΚΑΝΩ ΔΩΡΕΑ ΠΡΟΣ ΟΡΙΣΜΕΝΟ ΠΡΟΣΩΠΟ;**

Όχι. Η δωρεά οστών και οργάνων για μετά το θάνατο του δότη δεν επιτρέπεται να γίνεται προς ορισμένο λήπτη. Υπόδειξη του λήπτη από το δωρητή σώματος ή οργάνων δεν λαμβάνεται υπόψη, αλλά ακολουθείται η καθορισμένη σειρά προτεραιότητας.

**Η ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΟΡΓΑΝΩΝ ΠΑΡΑΜΟΡΦΩΝΕΙ ΤΟ ΣΩΜΑ;**

Όχι. Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από νεκρό δότη γίνεται με τον προσήκοντα σεβασμό στο σώμα του νεκρού, εκεί όπου βρίσκεται ο δότης και κάτω από κατάλληλες συνθήκες. Η όλη διαδικασία διενεργείται με μεγάλη προσοχή από χειρουργούς και εκπαιδευμένο προσωπικό, χωρίς να παραμορφώνει το σώμα, την όψη ή τα χαρακτηριστικά.

## **Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΛΟΤΗ ΠΛΗΡΩΝΕΙ ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ;**

Όχι. Κάθε δαπάνη απαραίτητη για την αφαίρεση, μεταφορά και συντήρηση ιστών και οργάνων από ζώντα ή νεκρό δότη με σκοπό τη μεταμόσχευση βαρύνει τον ασφαλιστικό οργανισμό του λήπτη ή του υποψήφιου λήπτη. Αν αυτός είναι οικονομικά αδύνατος και ανασφάλιστος, οι δαπάνες καλύπτονται από ειδική πίστωση του υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

## **ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΜΗΤΡΩΟ ΔΩΡΗΤΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ;**

Ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων τηρεί μητρώα δωρητών κατά όργανο και ιστό καθώς και μητρώο εκείνων από τους οποίους έχουν ληφθεί όργανα και ιστοί για μεταμόσχευση.

## **ΠΟΙΟΣ Ο ΛΟΓΟΣ ΥΠΑΡΞΕΩΣ ΤΗΣ ΚΑΡΤΑΣ ΔΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ;**

Μετά τη συμπλήρωση και αποστολή στον Ε.Ο.Μ. της «δήλωσης δωρεάς οργάνων», ο δυνητικός δότης πρέπει να συμπληρώσει την «κάρτα δωρεάς οργάνων», την οποία οφείλει να φέρει πάντοτε μαζί του. Με τον τρόπο αυτό διευκολύνει τις διαδικασίες για την υλοποίηση της επιθυμίας του.

## **ΠΩΣ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΩ ΤΗΝ ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΜΟΥ ΝΑ ΓΙΝΩ ΔΩΡΗΤΗΣ;**

- ✓ Εγγράφεις κατευθείαν στο Εθνικό Μητρώο Δωρητών Οργάνων αποστέλλοντας στον Ε.Ο.Μ. τη «δήλωση δωρεάς οργάνων».
- ✓ Αναζητάς το έντυπο της «δήλωσης δωρεάς οργάνων» από το ασφαλιστικό σου ταμείο, τις Υπηρεσίες Υγείας και τα Ταχυδρομεία.
- ✓ Συμπληρώνεις το έντυπο που θα διανέμεται σε κάθε απογραφή πληθυσμού.

Το πιο σημαντικό, βέβαια, είναι να έχει ενημερωθεί η οικογένειά σου για την απόφασή σου αυτή.

## **ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΑΛΛΑΞΕΙ ΓΝΩΜΗ ΚΑΠΟΙΟΣ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΓΙΝΕΙ ΔΩΡΗΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΝ;**

Ναι, μπορείς. Η συναίνεση ή η άρνηση για δωρεά οργάνων είναι πάντοτε ελεύθερα ανακλητή.

Απλά ενημερώνεις τον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων, ζητάς τη διαγραφή σου από τη λίστα δωρητών και ακυρώνεις την κάρτα δωρητή.

### 5.1.3. ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ

**Ο τύπος της συναίνεσης που απαιτείται, στις διάφορες χώρες, για την αφαίρεση οργάνων από έναν εγκεφαλικά νεκρό δότη.**

Στοιχεία Επιτροπής Εμπειρογνομόνων για τις Μεταμοσχεύσεις του Συμβουλίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης, Στρασβούργο 1998

ΤΥΠΟΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ		
Εικαζομένη*	Ζητούμενη από τους οικείους	Θεωρητικώς εικαζομένη* αλλά πρακτικώς ζητούμενη από τους οικείους
Φινλανδία Πορτογαλία Αυστρία Σουηδία Δημοκρ. Της Τσεχίας Δημοκρ. Της Σλοβενίας Ουγγαρία Πολωνία	Η.Π.Α. Λατινική Αμερική Μεγάλη Βρετανία Ιρλανδία Δανία Ολλανδία Γερμανία	Ισπανία Ιταλία Ελλάδα Βέλγιο Λουξεμβούργο Γαλλία

\* Ο χαρακτηρισμός «εικαζομένη συναίνεση σημαίνει ότι, εφόσον δεν υπάρχει αρνητική δήλωση του δότη, όταν βρισκόταν στη ζωή και είχε πλήρη συνείδηση, η βούληση του «εικάζεται», δηλαδή υποτίθεται, ότι είναι θετική για την μετά θάνατον, δωρεά των οργάνων του.

### 5.1.4. ΑΙΤΙΕΣ ΤΗΣ ΑΠΡΟΘΥΜΙΑΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΣΤΗ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ

1. Ελλιπής και, πολλές φορές, **εσφαλμένη ενημέρωση** ή παραπληροφόρηση του πληθυσμού που συχνά πέφτει θύμα διογκωμένης φημολογίας.
2. **Έλλειψη εμπιστοσύνης** σε φορείς και γιατρούς.
3. **Φόβος** για εμπόριο οργάνων.
4. Διάφορες **προλήψεις** και **προκαταλήψεις** που συνοδεύουν το τέλος της ζωής<sup>23</sup>.

## **5.2. ΗΘΙΚΑ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ ΚΑΙ ΔΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ**

Όσον και αν οι μεταμοσχεύσεις έχουν γίνει μέρος της καθημερινής μας ζωής δεν είναι συνηθισμένες ιατρικές επεμβάσεις. Πέρα από τα ιατρικά προβλήματα που παρουσιάζουν, δημιουργούν και προβλήματα δεοντολογικά, νομικά, κοινωνικά, ηθικά και θρησκευτικά. Επιβάλλεται επομένως η παρακολούθηση της εξέλιξης της ιατρικής έρευνας και στον τομέα αυτό και η οριοθέτηση των πλαισίων των επιτρεπτών επιστημονικών εφαρμογών τους, για την αποτροπή καταχρήσεων και καταδολιεύσεων που παραβιάζουν διαχρονικές ηθικές αξίες και θέτουν σε κίνδυνο την ανθρώπινη υπόσταση στην καταξιωμένη μορφή της<sup>24</sup>.

### **5.2.1. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΑΠΟ ΖΩΝΤΑ ΔΟΤΗ**

Κάθε μεταμόσχευση με μόσχευμα από ζωντανό δότη είναι μια σύνθετη ιατρική πράξη, που αφορά δύο πρόσωπα, στα σώματα των οποίων θα γίνουν δύο ξεχωριστές χειρουργικές επεμβάσεις. Η αφαίρεση του αναγκαίου μοσχεύματος από το σώμα του ζωντανού δότη και η μεταμόσχευσή του στον κινδυνεύοντα λήπτη. Ο κύριος σκοπός κάθε μεταμόσχευσης είναι η σωτηρία ή η βελτίωση της υγείας του λήπτη, που δεν μπορεί όμως να επιτευχθεί παρά μόνο μέσω της αφαίρεσης συγκεκριμένου ιστού ή οργάνου από το σώμα του δότη. Αυτό σημαίνει ότι, ενώ για τον λήπτη η ιατρική επέμβαση της μεταμόσχευσης είναι άμεσα θεραπευτική και επομένως δεν δημιουργεί ιδιαίτερα προβλήματα, για το δότη που συνειδητά προσφέρεται πρέπει να υπάρχουν νόμιμοι περιορισμοί, ώστε το μέγεθος της θυσίας και της προσφοράς του να μην επιφέρει σημαντική βλάβη στην υγεία του.

Οπωσδήποτε οι "ζώσεις" μεταμοσχεύσεις δημιουργούν πολύ λιγότερα ηθικά και νομικά ζητήματα από αυτά που δημιουργούν οι "πτωματικές", δεδομένου ότι η αφαίρεση ιστού ή οργάνου γίνεται από δότη που βρίσκεται στη ζωή, ο οποίος έχει και μπορεί να εκφράσει το αποκλειστικό δικαίωμά του για αυτόβουλη διάθεση του σώματός του, ως ιδιαίτερη εκδήλωση του δικαιώματος της προσωπικότητάς του. Το κεντρικό πρόβλημα που δημιουργούν οι "ζώσεις" μεταμοσχεύσεις είναι το πώς θα εξασφαλιστεί η ελεύθερη, συνειδητή και χωρίς ευτελή κίνητρα συναίνεση του δότη για αφαίρεση οργάνων του.

Η δωρεά οργάνου από το σώμα ζωντανού δότη για μεταμόσχευση είναι μία πράξη εντελώς προσωπική, που πρέπει να πηγάζει από την ελεύθερη, συνειδητή και αβίαστη βούληση του δότη και λόγω της σοβαρότητας και των κινδύνων που συνεπάγεται, πρέπει να είναι ανά πάσα στιγμή μέχρι και την αφαίρεση του ιστού ή του



οργάνου ανακλητή. Για την κατανόηση από τον δότη της σημασίας και του μεγέθους της προσφοράς του και προκειμένου να εκφράσει ρητά την αβίαστη, ελεύθερη και ενσυνείδητη συναίνεσή του, απαιτείται προηγουμένως να έχει από τον υπεύθυνο γιατρό μια πλήρη και συστηματική ενημέρωση για τις μετεγχειρητικές συνέπειες και τους κινδύνους που συνεπάγεται για την υγεία του η αφαίρεση του συγκεκριμένου οργάνου. Ο δότης πρέπει να ενημερώνεται όχι μόνο για τους συνήθεις κινδύνους από την στέρηση ενός οργάνου του, αλλά και γι' αυτούς που μπορεί να προκύψουν στο μέλλον από αστάθμητους παράγοντες π.χ. σε περίπτωση ατυχήματος ή σε περίπτωση ασθένειας του νεφρού που απέμεινε. Ο δότης πρέπει επίσης να ενημερωθεί και για την κατάσταση της υγείας του λήπτη, καθώς και για τις πιθανότητες επιτυχίας της μεταμόσχευσης και της πιθανότητας επιβίωσής του, ώστε να σταθμίσει το όφελος από την προσφορά του και να μην προβεί σε δυσανάλογη και άσκοπη θυσία.

### **5.2.2. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΑΠΟ ΠΤΩΜΑΤΙΚΟ ΔΟΤΗ**

Τα μοσχεύματα για τις μεταμοσχεύσεις αυτές προέρχεται από τη λήψη ιστών ή οργάνων από νεκρούς, γιατί τότε είναι δυνατόν να αφαιρεθούν βασικά όργανα, όπως η καρδιά, το ήπαρ, το πάγκρεας, οι πνεύμονες κ.λ.π. ανάλογα με τις εξελίξεις της ιατρικής επιστήμης. Είναι επίσης γνωστό, ότι οι μεταμοσχεύσεις με μοσχεύματα από νεκρό δότη, οι "πτωματικές" μεταμοσχεύσεις, είναι εκείνες που δημιουργούν για τον νομοθέτη τα μεγαλύτερα προβλήματα κατά την νομοθετική οριοθέτησή τους, και που πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν οι από αιώνες ισχύουσες στα πολιτισμένα κράτη αρχές, σχετικά με την προστασία της ανθρώπινης εν ζωή και μεταθανάτιας προσωπικότητας.

Η νομοθετική ρύθμιση της "πτωματικής" μεταμόσχευσης αντιμετωπίστηκε από πολλά κράτη με ενδοιασμό και αναμονή και αφέθηκε να δημιουργήσει πρώτα η πράξη εμπειρίες. Αλλά και κράτη που πρωτοπόρησαν στη λήψη νομοθετικών μέτρων για την "πτωματική" μεταμόσχευση, όπως η Γαλλία, Μ. Βρετανία κ.λ.π., χρειάστηκε πολλές φορές να αναθεωρήσουν τις απόψεις τους. Στη Γερμανία, όπου η ιατρική στον τομέα των μεταμοσχεύσεων έχει να επιδείξει σημαντικές προόδους, η Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση είχε αποφασίσει από το 1978 τη σύνταξη σχετικού νομοσχεδίου. Λόγω των έντονων διαφωνιών μεταξύ ιατρικών κύκλων, πολιτικών κομμάτων και πολιτών ως προς την επιλογή του συστήματος της μετά θάνατο δωρεάς οργάνων, το 1980 ο Υπουργός Δικαιοσύνης πρότεινε τη μη νομοθετική ρύθμιση των μεταμοσχεύσεων, έως ότου το θέμα ωριμάσει και συγκεντρωθούν εμπειρίες. Αποτέλεσμα ήταν στα χρόνια που ακολούθησαν να δημιουργηθεί χάος στις μεταμοσχεύσεις, λόγω του ότι

κάθε γιατρός και κάθε μεταμοσχευτικό κέντρο εφαρμόζε τους δικούς του κανόνες και τη δική του ηθική, με αποτέλεσμα, σύμφωνα με επερώτηση (το 1989) στη Βουλή, να έχει πραγματοποιηθεί μόνο το 17% των δυνατών περιπτώσεων μεταμοσχεύσεως νεφρού, το 1988 να έχουν πεθάνει 800 άνθρωποι που θα μπορούσαν να έχουν σωθεί αν τους είχε μεταμοσχευθεί το μόσχευμα που περίμεναν, και σύμφωνα με την απάντηση της Κυβερνήσεως να ευρίσκονται εγγεγραμμένοι σε λίστα αναμονής το 1989, 6232 υποψήφιοι λήπτες νεφρού. Το θέμα επανήλθε στην επικαιρότητα μετά την ένωση των Γερμανών, όταν διαπιστώθηκε ότι η πρώην Ανατολική Γερμανία ήδη από το 1975 είχε εκδώσει νόμο για τις μεταμοσχεύσεις, που εξακολουθεί να ισχύει τοπικά, εφ' όσον δεν έρχεται σε αντίθεση με το Σύνταγμα.

Στην Ευρώπη αλλά και στις Η.Π.Α., εφαρμόζονται με διάφορες παραλλαγές δύο συστήματα για τη μετά θάνατο δωρεά οργάνων ή και ο συνδυασμός τους. Το σύστημα της "συναίνεσης" και το σύστημα της "αντίρρησης". Η επιλογή του ενός ή του άλλου συστήματος, ή της όποιας παραλλαγής του, θα πρέπει να εξασφαλίζει την απαραίτητη λεπτή ισορροπία ανάμεσα στη συνταγματικά κατοχυρωμένη προστασία της προσωπικότητας του δότη και στο κοινωνικό ανθρωπιστικό δικαίωμα της ωφελιμότητας των ασθενών.

### **5.2.3. ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΤΑ ΘΑΝΑΤΟ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ**

Το σύστημα της συναίνεσης βασίζεται στην ενσυνείδητη βούληση του δότη να γίνει δωρητής του σώματός του, μετά το θάνατό του. Θεωρεί ότι καμία αφαίρεση οργάνων ή ιστών δεν είναι επιτρεπτή, αν ο νεκρός δεν είχε εκφράσει εν ζωή την ελεύθερη και συνειδητή συναίνεσή του. Αυτή είναι μια πολύ σαφής νομική λύση, μια λύση που προστατεύει την προσωπικότητα του δότη, διότι όποια και αν είναι η σωστότερη και επικρατέστερη άποψη για το νεκρό ανθρώπινο σώμα, είναι σίγουρο ότι αυτό αποτελεί στοιχείο τόσο της εν ζωής όσο και της μεταθανάτιας προσωπικότητας του δότη. Συνεπώς, η απόφαση για διάθεση του σώματος μετά το θάνατο, ανήκει στον ίδιο τον άνθρωπο. Η λύση αυτή, εκτός των άλλων, αποκλείει την εμπορευματοποίηση ανθρωπίνων οργάνων, αφού σε όλες τις νομοθεσίες ο άνθρωπος μπορεί να διαθέσει το σώμα του μετά το θάνατό του, όχι για οικονομικούς αλλά για θεραπευτικούς σκοπούς.

Η δήλωση βουλήσεως του δότη για διάθεση ιστών ή οργάνων του σώματος του μετά το θάνατό του υλοποιείται από τους γιατρούς που είναι αρμόδιοι για την

αφαίρεση του οργάνου που δωρήθηκε, οι οποίοι έχουν δικαίωμα να παρακρατήσουν το σώμα από τους συγγενείς του δότη μόνο μέχρις ότου συντελεστεί η αφαίρεση.

#### **5.2.4. ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΑΝΤΙΡΡΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΤΑ ΘΑΝΑΤΟ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ**

Το σύστημα της αντίρρησης επιτρέπει την "πτωματική" λήψη μοσχευμάτων, εφ' όσον ο νεκρός δεν είχε εκδηλώσει εν ζωή την αντίθεσή του στη μετά θάνατο δωρεά των οργάνων του, μια αντίθεση που μπορεί να εκφραστεί ακόμη και την τελευταία στιγμή. Η λύση αυτή είναι η άλλη πλευρά του νομίσματος. Προσδιορίζει αρνητικά τη θέση του ανθρώπου στη μετά θάνατο δωρεά οργάνων.

Το σύστημα της αντίρρησης είναι σίγουρο ότι βοηθάει ποσοτικά την εξεύρεση μοσχευμάτων περισσότερο απ' ό τι το σύστημα της συναίνεσης, γιατί αν μη τι άλλο, κάθε δυνητικός δότης οργάνων που δεν έχει αντιταχθεί στη μετά θάνατον δωρεά, μπορεί να είναι δότης πολλαπλών οργάνων, αφού για τους λόγους π.χ. φόβου του θανάτου ή αδιαφορίας, για τους οποίους πολλοί αποφεύγουν να συντάξουν διαθήκη, για τους ίδιους και περισσότερους λόγους αποφεύγουν να πάρουν θετική στάση ως προς τη διάθεση οργάνων του σώματός τους.

Η μετά θάνατον δωρεά οργάνων, που στηρίζεται στην εν ζωή έλλειψη ρητής αντίρρησης του νεκρού, τότε μόνο είναι νόμιμη, κοινωνικά παραδεκτή και σύμφωνη με το δίκαιο της προσωπικότητας και τα χρηστά ήθη, αν ο νεκρός δότης είχε πλήρως ενημερωθεί ότι μόνο μια δική του αντίρρηση θα μπορούσε να σταματήσει τη λήψη μοσχευμάτων από το νεκρό σώμα του για μεταμόσχευση. Το σύστημα της αντίρρησης προϋποθέτει επομένως μια συστηματική, εκτεταμένη και συνεχή ενημέρωση των πολιτών, τόσο για την αναγκαιότητα και τον ανθρωπιστικό χαρακτήρα των μεταμοσχεύσεων, όσο και για το ότι κάθε πολίτης θα θεωρείται δυνητικός δότης οργάνων, εκτός αν δηλώσει τη ρητή αντίρρησή του. Άλλωστε, η έλλειψη μοσχευμάτων δεν μπορεί να αποδοθεί μόνο στην έλλειψη ή στην κακή νομοθετική ρύθμιση του θέματος, ούτε μπορεί να θεωρηθεί ότι είναι μόνο αποτέλεσμα του φόβου του θανάτου ή αδιαφορίας. Ο τρόπος της αποδοτικότερης λειτουργίας του συστήματος της αντίρρησης για τη μετά θάνατο δωρεά οργάνων είναι για κάθε χώρα θέμα σωστού χαρακτήρα.

#### **5.2.5. Η ΛΥΣΗ ΤΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΤΩΝ ΣΥΓΓΕΝΩΝ**

Η αύξηση της ζήτησης μοσχευμάτων και ο συγκριτικά πολύ μικρός αριθμός των ενσυνείδητων εν ζωή δωρητών (είναι κατά μέσο όρο το 20% των δυνητικών

δοτών οργάνων), οδήγησε και στη λύση της συναίνεσης των συγγενών του νεκρού. Οι περισσότερες νομοθεσίες καταφεύγουν στη λύση του προσδιορισμού της συναίνεσης του νεκρού δότη, όταν δεν υπάρχει εκφρασμένη δήλωσή του εν ζωή ή δεν εικάζεται αντίρρησή του, από τους συγγενείς του στα πλαίσια του δικαιώματός τους για φύλαξη του νεκρού και φροντίδας για την ταφή του. Σε ορισμένες μάλιστα νομοθεσίες καθορίζεται και η σειρά των συγγενών, που δικαιούνται να προσδιορίσουν ή να υποκαταστήσουν τη συναίνεση του νεκρού δότη, αν και είναι αμφισβητήσιμο το κατά πόσο ο βαθμός συγγένειας εκφράζει και το δεσμό αγάπης προς το νεκρό.

#### 5.2.6. Ο ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ

Παλαιότερα η διάγνωση του θανάτου του ανθρωπίνου σώματος διαπιστωνόταν εύκολα με το σταμάτημα της λειτουργίας της καρδιάς και της αναπνοής. Η απώλεια αυτών των λειτουργιών που προκαλεί τελικά το θάνατο και του εγκεφάλου, αποτελούσε μια επαρκή και εύκολη πιστοποίηση του θανάτου. Η διατήρηση όμως της αναπνοής με μηχανικούς αναπνευστήρες και η υποστήριξη της κυκλοφορίας, ενώ είχαν καταργηθεί οι εγκεφαλικές λειτουργίες, προκάλεσε την αναθεώρηση και επανεξέταση της έννοιας του θανάτου και οδήγησε στη νέα αντίληψη του εγκεφαλικού θανάτου με προεκτάσεις ιατρικές αλλά και πολιτιστικές, φιλοσοφικές, ηθικές, νομικές και θρησκευτικές. Η αντίληψη αυτή 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, είναι λειτουργίες που ξεκινούν από το εγκεφαλικό στέλεχος. Επομένως ο θάνατος του εγκεφαλικού στελέχους είναι συνθήκη επαρκής και αναγκαία για να χαρακτηριστεί ολόκληρος ο εγκέφαλος νεκρός. Κατ' ακολουθία η διάγνωση του θανάτου του ανθρωπίνου σώματος ταυτίζεται με τη διάγνωση του θανάτου του εγκεφαλικού στελέχους.

Η πρώτη κλινική περιγραφή εγκεφαλικού θανάτου, δημοσιεύθηκε στη Γαλλία το 1959 και ονομάστηκε κώμα "Depasse" που σημαίνει κατάσταση πέρα από το κώμα, χωρίς όμως να θεωρηθεί ισότιμη με θάνατο. Σύμφωνα με τη δημοσίευση αυτή για να θεωρηθεί ένα άτομο νεκρό, έπρεπε να βρίσκεται σε απνοϊκό κώμα, να μην παρουσιάζει αντανάκλαστικά στα άκρα και να μην διαπιστώνεται οποιαδήποτε αυτόματη δραστηριότητα, δηλαδή να βρίσκεται σε κατάσταση όπου αναγνωρίζεται σαν νεκρός όχι μόνο ο εγκέφαλος αλλά και ο νωτιαίος μυελός. Το 1968 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. Το 1971, από τη Μινεζότα των Η.Π.Α. 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 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. Τα κριτήρια αυτά βελτιώθηκαν ακόμη περισσότερο το 1979 και 1981. Το 1981 στις Η.Π.Α. δημοσιεύθηκε η εισήγηση της συσταθείσας από τον Πρόεδρο των ΗΠΑ επιτροπής για τον καθορισμό του θανάτου από ιατρικής, νομικής και δεοντολογικής πλευράς. Για μια ακόμη φορά τονίσθηκε ότι η κλινική διάγνωση του θανάτου του εγκεφαλικού στελέχους αποτελεί ασφαλή και επαρκή διάγνωση του θανάτου του ανθρώπινου σώματος.

Όλες σχεδόν οι χώρες αποδέχονται σήμερα ότι ο εγκεφαλικός θάνατος ταυτίζεται με το θάνατο του ατόμου, παρά τη διάφορη τοποθέτησή τους ως προς την επίσημη αναγνώριση του θανάτου του εγκεφαλικού στελέχους. Το θέμα αυτό καλύπτεται είτε με ιατρικούς κώδικες είτε με σχετική νομοθεσία. Τα κριτήρια για τη διάγνωση αυτή είναι ιατρικά και καθορίζονται με αναγνωρισμένες ιατρικές τεχνικές. Πρέπει να διευκρινισθεί, ότι ο θάνατος του εγκεφαλικού στελέχους δεν πρέπει να συγχέεται με την απώλεια "υψηλότερων εγκεφαλικών λειτουργιών", από μαζική καταστροφή των εγκεφαλικών ημισφαιρίων, που ονομάζεται "φυτική κατάσταση". Τα άτομα που βρίσκονται σ' αυτή την κατάσταση δεν θεωρούνται νεκρά γιατί το εγκεφαλικό τους στέλεχος λειτουργεί και συντηρεί την αναπνοή και κυκλοφορία<sup>24</sup>.

### **5.3. ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΔΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ**

Οι μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων ιστών και οργάνων είναι σήμερα μία πραγματοποιήσιμη και γενικά αποδεκτή θεραπευτική μέθοδος, που πρέπει όμως να υποτάσσεται σε κανόνες, με γνώμονα πάντα το ότι η ανθρώπινη αξία, η ανθρώπινη προσωπικότητα, αποτελεί το ύψιστο πολιτισμικό και δικαιοακό αγαθό που πρέπει να παραμένει αλώβητο. Το ανθρώπινο σώμα δεν μπορεί να αποτελέσει εμπορεύσιμο ή διαθέσιμο από τρίτους θεραπευτικό αντικείμενο. Το νομοθετικό πλαίσιο των μεταμοσχεύσεων πρέπει να προστατεύει τα έννομα αγαθά της προσωπικότητας του δότη κατά τη λήψη των αναγκαίων για τη θεραπεία του ασθενούς παροχών.

Η ύπαρξη δημοσιευμάτων περί εμπορίου οργάνων όπως π.χ. στην Λατινική Αμερική (από το 1987) που εμπλέκουν και άλλες χώρες, αλλά και μετέπειτα

καταγγελίες για αγορά οργάνων, π.χ. στην Ινδία που μέχρι τουλάχιστον πρόσφατα δεν διέθετε νομοθεσία που να απαγορεύει το εμπόριο οργάνων από ζώντες δότες, έχει οδηγήσει από πολύ νωρίς διεθνείς οργανισμούς στην συγκρότηση πλαισίων που θα δίνουν μια ενιαία κατεύθυνση στην κατά χώρα νομοθετική ρύθμιση των αφορώντων τις μεταμοσχεύσεις. Έτσι, έχουν συνταχθεί εκθέσεις και διατυπωθεί θέσεις και καθοδηγητικές αρχές διεθνών οργανισμών όπως κυρίως, μεταξύ άλλων, η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.), ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών (Ο.Η.Ε.), το Συμβούλιο της Ευρώπης (Σ.Ε.) και οι Ευρωπαϊκές Οικονομικές Κοινότητες (Ε.Ο.Κ.). Τομή στην διεθνή αντιμετώπιση του ζητήματος αποτελούν οι κατευθυντήριες οδηγίες της Π.Ο.Υ. (Guiding Principles of Human Organ Transplantation, Health Forum T. 12, 1991) και το Προσχέδιο Πρωτοκόλλου για τις μεταμοσχεύσεις οργάνων και ιστών ανθρωπίνης προελεύσεως του Σ.Ε. (Draft additional Protocol to the Convention of Human Rights and Biomedicine, on Transplantation of Organs and Tissues of Human Origin της Steering Committee on Bioethics)<sup>25, 26</sup>.

### 5.3.1. ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι κατευθυντήριες οδηγίες για τη μεταμόσχευση ανθρωπίνων οργάνων, που υιοθέτησε το 1991 η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, αποτελούν ένα σημαντικό ντοκουμέντο που επιδιώκει να χρησιμεύσει ως ένα κοινά αποδεκτό πλαίσιο, ένας ηθικός κώδικας που να ρυθμίζει την μεταμόσχευση ανθρωπίνων οργάνων για θεραπευτικούς λόγους. Σε αυτές, μεταξύ άλλων, αναφέρονται:

- Όργανα μπορούν να αφαιρεθούν από το σώμα νεκρών ανθρώπων με στόχο τη μεταμόσχευση, εάν: α) έχει εξασφαλιστεί κάθε απαιτούμενη από το νόμο συγκατάθεση, και β) δεν υπάρχει λόγος να πιστεύεται ότι το νεκρό άτομο θα είχε αντίρρηση για την αφαίρεση, σε περίπτωση που δεν υπάρχει επίσημη εν ζωή συγκατάθεσή του.
- Οι γιατροί που είναι υπεύθυνοι για τη διαπίστωση του θανάτου ενός ενδεχόμενου δότη δεν πρέπει να εμπλέκονται άμεσα στην αφαίρεση οργάνων και τη μεταμόσχευση που ακολουθεί, ούτε να αναλαμβάνουν τη φροντίδα των ενδεχόμενων ληπτών των οργάνων αυτών.
- Τα προς μεταμόσχευση όργανα πρέπει κατά προτίμηση να αφαιρούνται από σώματα νεκρών ατόμων. Ωστόσο, ενήλικα ζώντα άτομα μπορούν να δωρίσουν όργανα, αλλά γενικά δότες αυτού του τύπου πρέπει να είναι συγγενείς με τους λήπτες. Εξαιρέσεις μπορούν να γίνουν στην

περίπτωση μεταμόσχευσης μυελού των οστών και μερικών αναγεννώμενων ιστών.

- Ένα όργανο μπορεί να αφαιρεθεί από το σώμα ενός ενήλικου ζώντος δότη στην περίπτωση που ο δότης δίνει την ελεύθερη συγκατάθεσή του. Ο δότης πρέπει να είναι ελεύθερος από κάθε ανάρμοστη επιρροή και πίεση, καθώς και ικανοποιητικά ενημερωμένος, ώστε να είναι σε θέση να κατανοήσει και να ζυγίσει τους κινδύνους, τα θετικά στοιχεία και τις συνέπειες της συγκατάθεσής του.
- Κανένα όργανο δεν πρέπει να αφαιρείται από ζώντα ανήλικο με σκοπό τη μεταμόσχευση. Εξαιρέσεις μπορούν να αφορούν, σύμφωνα πάντοτε με την εθνική νομοθεσία, ορισμένους αναγεννώμενους ιστούς.
- Το ανθρώπινο σώμα και τα μέρη του δεν επιτρέπεται να υπόκεινται σε εμπορικές συναλλαγές. Για το λόγο αυτό πρέπει να απαγορεύεται η καταβολή ή αποδοχή πληρωμής (συμπεριλαμβανομένης και κάθε άλλης ανταμοιβής) για όργανα.
- Πρέπει να απαγορεύεται η διαφήμιση για ζήτηση ή προσφορά οργάνων, με στόχο την προσφορά ή ζήτηση πληρωμής.
- Οι γιατροί και άλλοι υγειονομικοί επαγγελματίες πρέπει να απαγορεύεται να εμπλέκονται στη διαδικασία μεταμοσχεύσεων, σε περίπτωση που έχουν λόγο να υποψιάζονται ότι τα όργανα υπήρξαν αντικείμενο εμπορικής συναλλαγής.
- Πρέπει να είναι απαγορευμένο σε κάθε άτομο ή υπηρεσία που συμμετέχουν σε διαδικασίες μεταμόσχευσης οργάνων να δέχονται αμοιβή που να υπερβαίνει τη λογική ανταμοιβή τους για τις παρασχεθείσες υπηρεσίες.
- Σύμφωνα με τις αρχές της ισότητας και της δικαιοσύνης, τα όργανα που δωρίζονται πρέπει να γίνονται προσιτά στους ασθενείς με κριτήρια την ιατρική ανάγκη και όχι λόγους οικονομικούς ή άλλους υπολογισμούς<sup>25</sup>.

### **5.3.2. ΠΡΟΣΧΕΔΙΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ ΤΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΗΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΙΣΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΕΩΣ**

Τα κράτη μέλη του Συμβουλίου της Ευρώπης (Σ.Ε.), άλλα κράτη, και η Ευρωπαϊκή Κοινότητα (Ε.Κ.) συνέστησαν επιτροπή βιοηθικής που συνέταξε, τον Ιούνιο του 2000, πρωτόκολλο για την μεταμόσχευση ιστών και οργάνων ανθρωπίνης

προελεύσεως, ως συμπληρωματικό πρωτόκολλο, για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ανθρώπου. Το Πρωτόκολλο αυτό αποτελείται από προοίμιο, δέκα μέρη και 33 άρθρα. Το πρώτο μέρος περιγράφει το αντικείμενο και τους σκοπούς, το δεύτερο τις γενικές διατάξεις, το τρίτο τα αφορώντα την αφαίρεση ιστών και οργάνων από ζώντες δότες, το τέταρτο το αφορώντα την αφαίρεση ιστών και οργάνων από πτωματικούς δότες, το πέμπτο τα αφορώντα την μεταμόσχευση οργάνου ή ιστού που αφαιρέθηκε με σκοπό άλλο από την δωρεά για μεταμόσχευση, το έκτο την απαγόρευση των οικονομικών κερδών, το έβδομο την εμπιστευτικότητα των προσωπικών δεδομένων, το όγδοο τα αφορώντα τις παραβάσεις των διατάξεων του Πρωτοκόλλου, ενώ το ένατο και το δέκατο τα αφορώντα τη συνεργασία των κρατών – μελών και τις τελικές διατάξεις.

Αναλυτικότερα:

### **Προοίμιο**

Σε αυτό, μεταξύ άλλων, αναφέρεται ότι: Λαμβανομένων υπ' όψιν ότι στόχος του ΣΕ είναι η συμφωνία των μελών του για την διαφύλαξη των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και βασικών ελευθεριών, ότι στόχος είναι η προστασία της αξιοπρέπειας, της ακεραιότητας και άλλων δικαιωμάτων και στοιχειωδών ελευθεριών όλων των ανθρώπων στις εφαρμογές της βιολογίας και ιατρικής, ότι η πρόοδος στην επιστήμη της ιατρικής ιδιαίτερα στο χώρο της μεταμόσχευσης οργάνων και ιστών συμβάλλει στην σωτηρία ζώων και βελτιώνει την ποιότητά τους, ότι οι μεταμοσχεύσεις οργάνων και ιστών είναι δημιουργικό κομμάτι των υπηρεσιών υγείας που προσφέρεται στον πληθυσμό, ότι υπάρχει έλλειψη οργάνων και ιστών και ότι σωστότερη ενέργεια θα ήταν η αύξηση της δωρεάς οργάνων πληροφορώντας το κοινό για την σπουδαιότητα της μεταμόσχευσης και προάγοντας την ευρωπαϊκή συνεργασία γι' αυτό τον τομέα, ότι στη μεταμόσχευση οργάνων και ιστών συνυπάρχουν ηθικά, ψυχολογικά και κοινωνικοπολιτισμικά προβλήματα, ότι η εσφαλμένη χρήση των μεταμοσχεύσεων μπορεί να οδηγήσει ες πράξεις που θα φέρουν σε κίνδυνο ανθρώπινες ζωές, ευημερία ή αξιοπρέπεια, ότι οι μεταμοσχεύσεις οργάνων και ιστών θα έπρεπε να γίνονται κάτω από συνθήκες προστασίας των δικαιωμάτων και ελευθεριών των δοτών, δυνητικών δοτών και ληπτών, και συμφωνώντας ότι στην διευκόλυνση των μεταμοσχεύσεων στην Ευρώπη, υπάρχει θέληση να προστατευθούν τα ατομικά δικαιώματα και ελευθερίες και να αποτραπεί η εμπορευματοποίηση μελών του ανθρωπίνου σώματος, και λαμβάνοντας υπ' όψιν τη



προηγούμενη εργασία της Επιτροπής των Υπουργών και Κοινοβουλευτικών του Συμβουλίου της Ευρώπης γι' αυτό το θέμα, συμφωνήσαμε στα εξής:

### **ΜΕΡΟΣ I – Αντικείμενο και σκοπός**

Στα άρθρα του αναφέρονται, μεταξύ άλλων, ότι το Πρωτόκολλο αναφέρεται σε μεταμοσχεύσεις οργάνων και ιστών ανθρώπινης προέλευσης που αφαιρούνται για θεραπευτικούς σκοπούς, ότι ο όρος «μεταμόσχευση» καλύπτει την πλήρη διαδικασία της μεταφοράς ενός οργάνου ή ιστού από ένα άνθρωπο και την εμφύτευσή του σε άλλον άνθρωπο, περιλαμβανομένης όλης της διαδικασίας για την προετοιμασία, διατήρηση και αποθήκευση και ότι τα μέλη θα προστατεύουν την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και προσωπικότητα και ότι εγγυώνται τον, χωρίς διάκριση, σεβασμό της ακεραιότητας και των άλλων δικαιωμάτων και στοιχειωδών ελευθεριών σε σχέση με τις μεταμοσχεύσεις οργάνων και ιστών ανθρώπινης προέλευσης.

### **ΜΕΡΟΣ II – Γενικές Διατάξεις**

Στα άρθρα του αναφέρονται, μεταξύ άλλων, ότι τα μέλη θα εγγυηθούν ότι το μεταμοσχευτικό σύστημα υπάρχει για να προσφέρει αμερόληπτα πρόσβαση στις υπηρεσίες των μεταμοσχεύσεων για ασθενείς, και ότι εξασφαλίζει ότι όργανα και ιστοί κατανέμονται με διαφανείς τρόπους και με τους πρέποντες κανόνες, καθορισμένους από ιατρικά κριτήρια. Περιέχονται επίσης κανόνες για την πληροφόρηση των ληπτών, για την υγιεινή και ασφάλεια των μεταμοσχεύσεων καθώς και την πληροφόρηση των επαγγελματιών υγείας και του κοινού.

### **ΜΕΡΟΣ III – Αφαίρεση οργάνων και ιστών από ζώντες δότες**

Στα άρθρα του αναφέρονται, μεταξύ άλλων, ότι οι αφαιρέσεις οργάνων και ιστών από ζώντες μπορούν να γίνονται μόνο για θεραπευτικούς σκοπούς και όπου δεν υπάρχει κατάλληλο διαθέσιμο όργανο ή ιστός από πτωματικό δότη και καμία εναλλακτική θεραπευτική μέθοδος ανάλογης αποδοτικότητας. Αναφέρονται επίσης κανόνες για το ποιος μπορεί να γίνει δότης και για την διαδικασία συγκατάθεσης και πλήρους πληροφόρησής του.

### **ΜΕΡΟΣ IV – Αφαίρεση οργάνων και ιστών από πτωματικούς δότες**

Τα άρθρα του αναφέρονται, μεταξύ άλλων, στα αφορώντα στην πιστοποίηση του θανάτου, τη συγκατάθεση και εξουσιοδότηση για αφαίρεση και την προώθηση της δωρεάς οργάνων για μεταμόσχευση.

### **ΜΕΡΟΣ V – Μεταμόσχευση οργάνου ή ιστού που αφαιρέθηκε για σκοπό άλλο από την δωρεά για μεταμόσχευση**

Ορίζεται η ανάγκη πληροφόρησης και συναίνεσης για τη δυνατότητα μεταμόσχευσης στις περιπτώσεις όπου ένα όργανο ή ιστός αφαιρεθεί από ένα άτομο για σκοπό άλλο από την δωρεά για μεταμόσχευση.

#### **ΜΕΡΟΣ VI – Απαγόρευση οικονομικών κερδών**

Στα άρθρα του ορίζεται ότι απαγορεύεται η εμπορευματοποίηση οργάνων και ιστών. Απαγορεύεται επίσης η προβολή της διαθεσιμότητας οργάνων και ιστών με προοπτική οικονομικών κερδών ή αναλόγων οφελών και ορίζονται ποιες δαπάνες δεν αποτελούν οικονομικό όφελος οι οποίες είναι: η αποζημίωση ζώντων δοτών για απώλεια μισθών και άλλων δικαιολογήσιμων εξόδων λόγω της αφαίρεσης ή σχετικών ιατρικών εξετάσεων, η πληρωμή για δικαιολογήσιμη αμοιβή για νόμιμες ιατρικές ή σχετικές υπηρεσίες που προσφέρονται σε σχέση με τη μεταμόσχευση και η αποζημίωση σε περίπτωση βλάβης εξ' αιτίας της αφαίρεσης οργάνων και ιστών από ζώντες δότες.

#### **ΜΕΡΟΣ VII – Εμπιστευτικότητα**

Με τα άρθρα του ορίζεται ότι όλα τα προσωπικά δεδομένα σχετικά με, είτε το πρόσωπο από το οποίο έχουν αφαιρεθεί όργανα ή ιστοί ή τον λήπτη, θα είναι άκρως εμπιστευτικά. Τέτοια δεδομένα μπορούν αν συλλέγονται, υφίστανται επεξεργασία και κοινοποιούνται μόνο σύμφωνα με τους νόμους τους σχετικούς με το επαγγελματικό απόρρητο και την προστασία των προσωπικών δεδομένων.

Το **ΜΕΡΟΣ VIII – Παράβαση των διατάξεων του Πρωτοκόλλου**, περιέχει άρθρα για την παράβαση των δικαιωμάτων και θεμελιωδών αρχών, το δικαίωμα για αποζημίωση και την εφαρμογή κυρώσεων σε περίπτωση παράβασης των διατάξεων,

στο **ΜΕΡΟΣ IX – Συνεργασία μεταξύ των μελών**, ορίζεται ότι τα μέλη τα πρέπει να παίρνουν τα κατάλληλα μέτρα για να εξασφαλίσουν ότι υπάρχει αποτελεσματική συνεργασία μεταξύ τους στη μεταμόσχευση οργάνων και ιστών και τέλος,

το **ΜΕΡΟΣ X – Τελικές διατάξεις**, περιλαμβάνει άρθρα που έχουν διαδικαστικό χαρακτήρα<sup>26</sup>.

## **5.4. Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ**

Στην Ελλάδα, μέχρι το 1978 δεν υπήρχε νομοθετικό πλαίσιο για τις μεταμοσχεύσεις, εκτός κάποιων διατάξεων που πρωτοαναφέρονται στο Ν Δ 3372/1955 «περί κερατοπλαστικών εγχειρήσεων», ενώ μέχρι το 1968 δεν

προβλεπόταν η αφαίρεση οργάνων ή ιστών από πτωματικό δότη. Δέκα χρόνια μετά την πρώτη μεταμόσχευση νεφρού, ψηφίζεται ο Ν. 821/1978, «περί αφαιρέσεων και μεταμοσχεύσεων βιολογικών ουσιών ανθρώπινης προέλευσης», ο οποίος αναμενόταν να συμβάλλει στην καθιέρωση της μεταμόσχευσης. Στην πραγματικότητα, ο νόμος αυτός όπως και ο τροποποιητικός Ν. 1023/1980, ελάχιστα συνέβαλε στην προώθηση των μεταμοσχεύσεων. Στην περίοδο 1978-1983, έγιναν μόνο 4 πτωματικές μεταμοσχεύσεις με νεφρικά μοσχεύματα από Έλληνες δότες.

Το 1983 δημοσιεύεται ο Ν. 1383/1983, ο οποίος, σε συνδυασμό με σχετικές υπουργικές αποφάσεις, διαμόρφωσε το νομοθετικό πλαίσιο των μεταμοσχεύσεων στη χώρα μας, επί 16 έτη, μέχρι την πρόσφατη ψήφιση του ισχύοντος Ν. 2737/1999. Με τις διατάξεις του Ν. 2737/99, ο οποίος εμπεριέχει μεγάλο μέρος των προβλέψεων του Ν. 1383/83, αλλά εισάγει και τροποποιήσεις και νέες διατάξεις, ορίζονται μεταξύ άλλων, ότι:

Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από άνθρωπο, ζώντα ή νεκρό, με προορισμό τη μεταμόσχευση σε άλλον άνθρωπο, γίνεται μόνο για θεραπευτικούς σκοπούς. Η αφαίρεση ιστών και οργάνων με σκοπό τη μεταμόσχευση γίνεται χωρίς οποιοδήποτε αντάλλαγμα.

Απαγορεύεται κάθε συναλλαγή μεταξύ λήπτη, δότη και των οικογενειών τους, καθώς και αυτών με οποιοδήποτε άλλο πρόσωπο. Κάθε δαπάνη απαραίτητη για την αφαίρεση, μεταφορά και συντήρηση ιστών και οργάνων από ζώντα ή νεκρό δότη με σκοπό την μεταμόσχευση βαρύνει τον ασφαλιστικό οργανισμό του λήπτη ή του υποψήφιου λήπτη. Αν αυτός είναι οικονομικά αδύνατος και ανασφάλιστος, οι δαπάνες καλύπτονται από ειδική πίστωση που εγγράφεται κάθε έτος στον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

Οι μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων διενεργούνται αποκλειστικά σε ειδικά προς τούτο οργανωμένες μονάδες (Μονάδες Μεταμόσχευσης) νοσηλευτικών ιδρυμάτων Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. κοινωφελούς και μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, οι οποίες τελούν υπό την εποπτεία και τον έλεγχο του υπουργού Υγείας και Πρόνοιας<sup>27</sup>.

Ο δημιουργηθείς, με τον ίδιο νόμο, Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων (Ε.Ο.Μ.) τηρεί Εθνικό Μητρώο στο οποίο εγγράφει τους υποψήφιους λήπτες όταν πιστοποιηθεί ότι είναι κατάλληλοι για μεταμόσχευση. Η πιστοποίηση γίνεται από μεταμοσχευτική μονάδα επιλογής τους και το θεράποντα ιατρό τους και η κατανομή των μοσχευμάτων στους υποψήφιους λήπτες διενεργείται αναλόγως με το όργανο που μεταμοσχεύεται, τα δε εφαρμοζόμενα κριτήρια και για την εγγραφή των

υποψηφίων ληπτών και για την επιλογή των ασθενών κατάλληλων προς μεταμόσχευση ιστών και οργάνων. ορίζονται με τις διατάξεις της υπουργικής απόφασης Υ4δ/8874/ 15.10.1996. Στον Ε.Ο.Μ. τηρούνται επίσης μητρώα δωρητών, κατά όργανο και ιστό, καθώς και αρχείο εκείνων από τους οποίους έχουν ληφθεί όργανα και ιστοί για μεταμόσχευση. Το Εθνικό Μητρώο με τους λήπτες και τα Αρχεία των Δωρητών περιέχουν ευαίσθητα δεδομένα, κατά την έννοια του Ν. 2472/1997 περί προσωπικών δεδομένων<sup>28</sup>.

Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από ζώντα δότη με σκοπό τη μεταμόσχευση διενεργείται αποκλειστικά προς το θεραπευτικό όφελος του λήπτη, εφόσον δεν διατίθενται ιστοί και όργανα, μέχρι τη στιγμή της διενέργειας λήψης του οργάνου, από αποβιώσαντα πρόσωπα, δεν υφίσταται άλλη εναλλακτική θεραπευτική μέθοδος ανάλογης αποτελεσματικότητας και δεν συνεπάγεται προφανή σοβαρό κίνδυνο για τη ζωή ή την υγεία του δότη. Η αφαίρεση επιτρέπεται μόνον όταν πρόκειται να γίνει μεταμόσχευση στο σύζυγο του δότη ή σε συγγενή μέχρι και το δεύτερο βαθμό εξ αίματος, σε ευθεία ή πλάγια γραμμή. Η αφαίρεση γίνεται από ενήλικο πρόσωπο. Η συναίνεση για την αφαίρεση παρέχεται με έναν από τους εξής τρόπους: α) με συμβολαιογραφικό έγγραφο, β) με έγγραφο στο οποίο βεβαιώνεται από την Αστυνομική Αρχή η γνησιότητα της υπογραφής του δότη, γ) με προφορική δήλωση, που καταχωρίζεται σε ειδικό βιβλίο, το οποίο τηρείται στο νοσηλευτικό ίδρυμα, όπου θα γίνει η μεταμόσχευση. Κατά τη δήλωση παρίστανται δύο μάρτυρες, οι οποίοι και συνυπογράφουν με το δότη τη σχετική καταχώριση της συναίνεσης στο ειδικό βιβλίο. Η συναίνεση του δότη είναι ελευθέρως ανακλητή, έως τη στιγμή κατά την οποία αρχίζει η διαδικασία της αφαίρεσης. Η ανάκληση γίνεται με οποιονδήποτε τρόπο. Σε περίπτωση αναπηρίας ή θανάτου του δότη ή υποψήφιου δότη εξαιτίας επιπλοκών από την αφαίρεση ή τις σχετικές προκαταρκτικές εξετάσεις καταβάλλεται αποζημίωση από το Δημόσιο, πέραν των παροχών των ασφαλιστικών οργανισμών στον ίδιο ή τους δικαιούχους διατροφής από αυτόν.

Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από νεκρό δότη με σκοπό την μεταμόσχευση επιτρέπεται μόνο για θεραπευτικούς σκοπούς. Η αφαίρεση διενεργείται μετά την επέλευση του θανάτου, έστω και αν οι λειτουργίες ορισμένων οργάνων διατηρούνται με τεχνητά μέσα. Η αφαίρεση διενεργείται εφόσον ο δυνητικός δότης είχε εγγράφως συναινέσει σε αυτήν. Η αφαίρεση αποκλείεται αν είχε εγγράφως εκφράσει την άρνησή του. Σε κάθε γενική απογραφή πληθυσμού, κάθε ενήλικος απογραφόμενος ατομικά καλείται να δηλώσει εγγράφως, σε ειδικό έντυπο διαδιβαζόμενο στον Ε.Ο.Μ., αν συναινεί ή όχι στην αφαίρεση ιστών και οργάνων του σώματός του για μεταμόσχευση

μετά το θάνατό του. Εφόσον παρόμοια δήλωση δεν έχει ήδη γίνει, οι δήμοι και τα ασφαλιστικά ταμεία μπορούν να φροντίζουν για τη λήψη των σχετικών δηλώσεων από τους δημότες ή τους ασφαλισμένους τους. Αν ο δυνητικός δότης δεν είχε εκφράσει την συναίνεσή του ή την άρνησή του, η αφαίρεση διενεργείται εφόσον δεν αντιτίθεται σε αυτήν ο σύζυγος, τα ενήλικα τέκνα, οι γονείς ή τα αδέρφια του. Η συναίνεση ή η άρνηση είναι πάντοτε ελεύθερα ανακλητή.

Όταν ο θεράπων ιατρός διαγνώσει νέκρωση του εγκεφαλικού στελέχους και εφόσον οι λειτουργίες ορισμένων οργάνων διατηρούνται με τεχνητά μέσα, υποχρεούται να προβεί από κοινού με ένα αναισθησιολόγο και ένα νευρολόγο ή νευροχειρουργό στη σύνταξη του σχετικού πιστοποιητικού θανάτου. Ο θεράπων ιατρός υποχρεούται να ενημερώσει αμέσως τις Υπηρεσίες του Ε.Ο.Μ. και σε συνεργασία με αυτές ενημερώνει τον σύζυγο ή τους συγγενείς για το θάνατο, καθώς και για τη δυνατότητα δωρεάς ιστών και οργάνων με σκοπό τη μεταμόσχευση, για να εκφράσουν την συναίνεση ή άρνησή τους, αν ο δυνητικός δότης δεν είχε εγγράφως συναινέσει ή αποκλείσει τη μεταμόσχευση. Μόνο αν πρόκειται να γίνει μεταμόσχευση συνεχίζεται η τεχνητή υποστήριξη.

Η ταυτότητα του νεκρού δότη δεν αποκαλύπτεται στο λήπτη και στην οικογένειά του. Δεν αποκαλύπτεται επίσης η ταυτότητα του λήπτη στην οικογένεια του νεκρού δότη. Η δωρεά ιστών και οργάνων για μετά το θάνατο του δότη δεν επιτρέπεται να γίνεται προς ορισμένο λήπτη. Υπόδειξη του λήπτη από το δωρητή σώματος ή οργάνων δεν λαμβάνεται υπόψη, αλλά ακολουθείται η καθορισμένη σειρά προτεραιότητας<sup>29</sup>.

## **5.5. ΕΚΚΛΗΣΙΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ**

### **5.5.1. ΔΙΑΘΡΗΣΚΕΙΑΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ**

Οι μεταμοσχεύσεις οργάνων για τη σωτηρία πασχόντων ανθρώπων κατακτούν συνεχώς έδαφος και η τεχνική των, ύστερα από συνεχεία μελέτες και έρευνες, τελειοποιείται, με εντυπωσιακούς ρυθμούς στον πολιτισμένο κόσμο. Στην πατρίδα μας παρουσιάζεται, κατά τα τελευταία ιδίως χρόνια, μια έντονη κινητικότητα γύρω από τον θεσμό αυτό, τόσο σε θεωρητικό, όσο και σε πρακτικό πεδίο. Η πρόσφατη μάλιστα σύσταση από την Πολιτεία του Εθνικού Συμβουλίου Μεταμοσχεύσεων ως συντονιστικού και καθοδηγητικού οργάνου, για την περαιτέρω ανάπτυξη των, συνιστά ενδεικτική των διαστάσεων του ζητήματος στάση, αλλά και της ανάγκης να οριοθετηθούν από την αρχή τα πλαίσια των επιστημονικών κατευθύνσεων και

εφαρμογών προς αποτροπή καταχρήσεων, καταδολιεύσεων και παραβιάσεων βασικών ηθικών κυρίως κανόνων σε βάρος του ανθρώπου.

Είναι οπωσδήποτε ευτύχημα ότι και στην πατρίδα μας το ζήτημα των μεταμοσχεύσεων δεν έχει παραμείνει εγκλωβισμένο στα πλαίσια της αποκλειστικής ιατρικής ευθύνης, αλλά οι αναζητήσεις γύρω από αυτό επεκτείνονται και σε άλλα επίπεδα και κυρίως σ' αυτό των ηθικών διαστάσεων του, πράγμα που σημαίνει ότι έχει γίνει αντιληπτό ότι τα ζητήματα που αφορούν στην ανθρώπινη εν γένει ζωή δεν μπορεί να αντιμετωπίζονται αποσπασματικά και χωρισμένα από τη σφαιρική τους θεώρηση και ιδίως από τις ηθικές παραμέτρους, που είναι πολύ σοβαρές.

Όμως η συνεχής διευρυνόμενη αντίληψη για τη σπουδαιότητα των μεταμοσχεύσεων, εκαλλιέργησε παραλλήλως ένα ζωηρότερο ενδιαφέρον για τη στάση που παίρνουν έναντι αυτών οι θρησκείες γενικότερα, και ο Χριστιανισμός βέβαια, σε μια προσπάθεια προσπέλασης προς τις εν πολλοίς άγνωστες διαθρησκειακές απόψεις επί του θέματος που και ενδιαφέρουσες οπωσδήποτε είναι και χρήσιμες.

Θα ανοίξω την αυλαίαν των θρησκειών από την αρχαιότερη πασών, τον **Ιουδαϊσμό**. Σύμφωνα με αυτόν η προστασία της ζωής κάθε ανθρώπου διεκδικεί προτεραιότητα έναντι οιασδήποτε άλλης αξίας. Για τον Ιουδαϊσμό, επιτρέπεται αν μη και επιβάλλεται η προσφορά από ένα ζωντανό άνθρωπο μέλους ή οργάνου του σώματός του, που δεν είναι απαραίτητο για τη διατήρηση της ζωής του, προκειμένου να σωθεί ένας άλλος άνθρωπος. Τη ζωή του δεν μπορεί κανείς να θυσιάζει, παρά μόνον αν πρόκειται να σώσει τη ζωή κάποιου άλλου. Στη βάση του προβλήματος είναι η επιμέτρηση του κινδύνου μεταξύ των δύο: δότη και δέκτη κατά την διαδικασία της μεταμόσχευσης, με τελικό στόχο τη σωτηρία του δευτέρου. Ο Ιουδαϊσμός δέχεται μίαν ορισμένη διακινδύνευση για τον δότη, όταν η μεταμόσχευση πρόκειται να σώσει ή να επιμηκύνει τη ζωή του δέκτη, και καλεί τον δότη να τοποθετηθεί στη θέση του δέκτη, όταν ο θάνατός του φαίνεται να είναι βέβαιος χωρίς την μεταμόσχευση. Και βέβαια το τι είναι διακινδύνευση και τι είναι όφελος είναι της αρμοδιότητας της ιατρικής επιστήμης να το διαλευκάνει και της κρίσεως του ιατρού να το βεβαιώσει.

Όταν πρόκειται για «νεκρό» δότη το πρόβλημα επικεντρώνεται στα κριτήρια της επέλευσης του θανάτου του. Ο ιατρός είναι υποχρεωμένος να διατηρήσει τη ζωή κάθε ανθρώπου, αλλά δεν ευθύνεται και για την επιμήκυνση της διαδικασίας του θανάτου. Η ψυχή, κατά την διδασκαλία του Χαλασά, πρέπει να μην εμποδιστεί να βγει από το σώμα. Η τεχνητή υποστήριξη της ζωής καθώς και ο εγκεφαλικός λεγόμενος θάνατος αξιώνουν μεγάλη προσοχή. Η μεταμόσχευση επιβάλλει την ταχύτατη

αφαίρεση των οργάνων από τον θνήσκοντα άνθρωπο, και με την ελάχιστη καθυστέρηση. Όμως η πριν από τον θάνατο άωρη τρόπον τινά επέμβαση ισοδυναμεί με φόβο. Έτσι υφούται το δίλημμα της διατήρησης της ζωής του δότη ή της σωτηρίας της ζωής του δέκτη. Η θεωρία του εγκεφαλικού θανάτου, κατ' αντιδιαστολή προς την εξακολουθητική λειτουργία της καρδιάς και της αναπνοής, δημιουργεί πλέον μια νέα ιατρική πραγματικότητα, εκείνην που θα μπορούσαμε να ονομάσουμε «θεωρία του νέο-θανάτου» που όμως δεν γίνεται εύκολα δεκτή από τους εκπροσώπους των θρησκειών που εκφράζουν την ηθική διδασκαλία των. Επίσης αναφέρονται και ορισμένα δύσκολα κοινωνικο-ηθικά προβλήματα με τις μεταμοσχεύσεις που αφορούν τον δότη και τον λήπτη. Πρόκειται, μεταξύ άλλων, για την προτεραιότητα επιλογής μεταξύ πολλών δετών, για την πιθανότητα αλλαγής ή επεμβάσεως δια της μεταμοσχεύσεως στην προσωπικότητα του δέκτη, ιδίως όταν πρόκειται για τις μελλοντικές και πιθανές εφαρμογές της γενετικής μηχανικής που θα φθάσει στη μεταμόσχευση ιστών του κεντρικού νευρικού συστήματος. Όλα αυτά θέτουν την ιατρική ενώπιον των ευθυνών της και επιβάλλουν στους ειδικούς επιστήμονες να προσεγγίσουν τις πτυχές αυτές με τον ανάλογο σεβασμό προς την ανθρώπινη προσωπικότητα.

Για το **Ισλάμ**, παρά την απουσία κάθε μνείας περί μεταμοσχεύσεων τόσο στο Κοράνι, όσο και στους λογίους του Μωάμεθ, μπορεί να πει κανείς ότι αφετηριακή αρχή είναι η πίστη στην αξία του ανθρώπου, που βρίσκεται υπεράνω όλων των κτισμάτων. Γι' αυτό η αφαίρεση οργάνων ή ιστών από ένα άνθρωπο, ζωντανό ή νεκρό και η μεταμόσχευσή του σε άλλον άνθρωπο, όχι γιατί υπάρχει ανάγκη για τη ζωή του δέκτη, αλλά γιατί παρεμβάλλονται άλλες ανάγκες, όπως π.χ. αισθητικές, συνιστά πράξη ασέβειας απέναντι στον άνθρωπο. Μόνον όταν η μεταμόσχευση γίνεται για σοβαρούς λόγους υγείας και ζωής μπορεί να θεωρηθεί καταξιωμένη. Και τούτο υπό την προϋπόθεση ότι δεν υπάρχει καμία άλλη δυνατότητα σωτηρίας.

Όσον αφορά τις μεταμοσχεύσεις θα μπορούσε κανείς δια διατυπώσει, τις εξής προτάσεις:

- α) Μεταμόσχευση μπορεί να γίνεται μόνο σε περιπτώσεις ανάγκης.
- β) Καμία άλλη δυνατότητα θεραπείας να μην υπάρχει για τον δέκτη.
- γ) Ο δότης πρέπει να είναι νεκρός.

Επί πλέον στον **ισλαμισμό** δεν υπάρχει διάκριση μεταξύ ανδρός και γυναικός δοτών, ούτε μεταξύ δοτών και δεκτών, που ο ένας δεν ανήκει στον μωαμεθανισμό. Δεν υπάρχουν κανόνες που να προσδιορίζουν την ανάγκη να είχε δώσει όταν ζούσε την συγκατάθεσή του για αφαίρεση οργάνων του ο άνθρωπος που πεθαίνει και του

παίρνουν τα όργανά του. Η αφαίρεση αυτή φαίνεται να είναι ελεύθερη και όταν ακόμη δεν υπάρχει σχετική συγκατάθεση. Πάντως σήμερα γίνεται δεκτό ότι στην περίπτωση αυτή, εφ' όσον η νομοθεσία επιβάλλει την ύπαρξη μιας τέτοιας συγκατάθεσης, πρέπει να ερευνάται κατά πόσον υπάρχει και κατά πόσον την έλλειψή της μπορεί να αντικαταστήσει η σύμφωνη γνώμη των οικείων του θνήσκοντος. Τούτο πάντως δεν σημαίνει ότι για το Ισλάμ θεωρείται απαραίτητη συγκατάθεση του δότη προς αφαίρεση των οργάνων του. Θα πρέπει, τέλος, να τονισθεί ότι η επί χρήμασι δωρεά σώματος θεωρείται προσβολή προς την ανθρώπινη αξία.

Και στον **Βουδισμό** δεν υπάρχουν δεδομένες αρχές για τη μεταμόσχευση. Η Ντάρμα, δηλ. η βουδιστική διδασκαλία περιέχει ορισμένα στοιχεία εν σχέσει με το ανθρώπινο σώμα, που μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως κριτήρια για μια βουδιστική τοποθέτηση απέναντι στις μεταμοσχεύσεις. Θεμελιώδης αντίληψη του Βουδισμού είναι ότι κάθε πράγμα σ' αυτόν τον κόσμο δεν είναι ανεξάρτητο από το άλλο. Όλα και όλοι τελούμε υπό μίαν αλληλεξάρτηση, που γίνεται φανερή όταν κανείς εγκύψει σε βάθος. Οι άνθρωποι, και αυτοί, τελούν σε συνάφεια με κάθε τι που υπάρχει στο σύμπαν.

Μύθοι και παραβολές στον Βουδισμό μιλούν για περιπτώσεις ανθρώπων που δέχθηκαν να προσφέρουν το σώμα τους θυσία προκειμένου να φωτισθούν άλλοι άνθρωποι. Και εδώ μπορεί να στηρίξει κανείς τη βουδιστική άποψη για τις μεταμοσχεύσεις.

Χωρίς αμφιβολία μια τέτοια πράξη είναι γενναία και ευγενής. Ωστόσο ένα εμπόδιο που πρέπει να υπερπηδηθεί είναι η αντίδραση των άλλων μελών της οικογένειας του δότη. Πρέπει να πεισθούν ότι στην άλλη ζωή δεν είναι απαραίτητα τα αφαιρούμενα μέλη για την αιωνικότητα.

Κατά συνέπειαν δεν είναι η φυσική κατάσταση του ανθρωπίνου σώματος εκείνη που συνιστά την ανθρώπινη ύπαρξη, αλλ' η φωτισμένη πνευματική κατάσταση. Και μια τέτοια κατάσταση ευνοεί τη δωρεά του σώματος για μεταμόσχευση προς ανακούφιση του πόνου. Όσο θα πληθαίνουν οι φωτισμένοι, τόσο θα πολλαπλασιάζονται και οι δότες οργάνων, που με την πράξη τους αυτή θα τονίζουν την αλληλεξάρτηση του ενός από τον άλλον και θα συμφιλιώνουν όλη τη δημιουργία «κλαίοντες μετά κλαιόντων και χαίροντες μετά χαιρόντων».

Ο **Χριστιανισμός**, καίτοι όχι ανεπιφύλακτα όπως θα δούμε στη συνέχεια, βλέπει τη μεταμόσχευση σαν πράξη αγάπης και θυσίας χάριν του συνανθρώπου. Για την αξιολόγηση από χριστιανικής πλευράς των μεταμοσχεύσεων, δύο βασικά προβάλλουν κριτήρια: Το ένα είναι η ανεκτίμητη αξία του ανθρωπίνου προσώπου ως



εικόνας του Θεού και το άλλο ή χωρίς όρια και όρους αγάπης προς τον πλησίον, που φθάνει μέχρι και της αγάπης προς τον εχθρό.

Ωστόσο για λόγους πληρότητας οφείλουμε να μνημονεύσουμε μεταξύ άλλων την ανέρεστη οπωσδήποτε θέση του λεγομένων «**Μαρτύρων του Ιεχωβά**» που απορρίπτουν την μετάγγιση αίματος, και κατά συνέπειαν και κάθε πράξη μεταμόσχευσης, στηριζόμενοι σε εμφανή παρερμηνεία γραφικού χωρίου που απαγορεύει στους χριστιανούς να χρησιμοποιούν το αίμα (Πράξ. Ιε 20).

Άλλες επίσης **προτεσταντικές** παραφυάδες δυαλιστικής κατευθύνσεως μανιχαϊζουν, απομιμούμενες τον πεσσιμισμό των αρχαίων αιρετικών Μανιχαϊστών που απέρριπταν κάθε πράξη ζωής, όπως π.χ. το γάμο και ιδίως την παιδοποιία, κρίνοντας ότι σ' αυτόν τον κόσμο δεν αξίζει να ζει κανείς, και επομένως να προβαίνει σε κάποια κίνηση ή ενέργεια που αποβλέπει στην επιμήκυνση ή στη σωτηρία της ζωής. Οι αιρέσεις αυτές αποτελούν οπωσδήποτε μειοψηφία μέσα στον κορμό των χριστιανικών Εκκλησιών, επειδή όμως επικαλούνται για τον εαυτόν τους τη χριστιανική ιδιότητα, νοθεύουν τις χριστιανικές θέσεις που η Ορθοδοξία κυρίως εκπροσωπεί με τον ακαινοτόμητο λόγο της.

Η **Καθολική Εκκλησία**, με σειράν αποφάσεών της, έχει παραδεχθεί τους εξής κανόνες που σαν ορθόδοξοι δεν θα είχαμε αντίρρηση να τους προσυπογράψουμε.

α) Η αφαίρεση οργάνων από ζώντα δότην πρέπει να γίνεται με την πλήρη συγκατάθεσή του, εκφραζόμενη αβίαστα και με γνώση όλων των κινδύνων για την υγεία του που συνεπάγεται η αφαίρεση αυτή.

β) Επιτρέπεται η αφαίρεση μόνο διδύμων οργάνων, ώστε να μη τεθεί σε κίνδυνο η ζωή του δότη και εφ' όσον το απομένον όργανον είναι υγιές.

γ) Απαγορεύεται η μεταμόσχευση όταν από αυτήν είναι δυνατόν να αλλοιωθεί η ψυχική ή η βιολογική υπόσταση είτε του δότη, είτε του δέκτη.

δ) Και ο δέκτης πρέπει να είναι πλήρως ενήμερος των συνεπειών που τυχόν θα έχει για την δική του ζωή και υγεία η προτεινόμενη μεταμόσχευση.

ε) Πρέπει να αποκλεισθεί κάθε περίπτωση εμπορικής εκμετάλλευσης της δωρεάς οργάνων, η οποία οφείλει να παραμείνει, ως πράξις αγάπης και ενδιαφέροντος προς τον πάσχοντα συνάνθρωπον, μακράν πάσης αισχροκέρδειας.

στ) Επιβάλλεται επίσης να εξασφαλισθεί η προτεραιότης στην προτίμηση των δεκτών με κριτήρια καθαρώς ιατρικά χωρίς την διαμεσολάβηση άλλων παραγόντων που θα διεχώριζαν τους δέκτες σε προνομιούχους ή μη.

ζ) Η αφαίρεση οργάνων θα πρέπει να ενεργείται από ομάδα ιατρών που θα είναι άλλη από εκείνη των μεταμοσχευτών, ώστε να εξασφαλίζεται όσον γίνεται αντικειμενικότητας και νομιμότητας.

η) Η αφαίρεση οργάνων από μόλις τελετήσαντες δότες πρέπει να γίνεται με τρόπον που θα διασώζει τον σεβασμόν προς το ανθρώπινο σώμα.

θ) Η μεταμόσχευση επιτρέπεται να γίνει μόνο στις περιπτώσεις εκείνες που δεν υπάρχει άλλη ελπίδα σωτηρίας για τον λήπτη, και

ι) Το δικαίωμα στη ζωή προηγείται του δικαιώματος στην σωματική ακεραιότητα. Τούτο σημαίνει ότι επ' ουδενί λόγω μπορεί να θυσιαστεί μια ζωή για να διορθωθεί μια άλλη<sup>30</sup>.

## 5.5.2. ΟΙ ΒΑΣΙΚΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΕΠΙ ΤΗΣ ΗΘΙΚΗΣ ΤΩΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΙΕΡΑ ΣΥΝΟΔΟ ΤΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ ΤΗ ΕΛΛΑΔΟΣ

### «Η ΙΕΡΑ ΣΥΝΟΔΟΣ ΤΗ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

#### ΒΑΣΙΚΑΙ ΘΕΣΕΙΣ ΕΠΙ ΤΗΣ ΗΘΙΚΗΣ ΤΩΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ

##### α. Γενικάί αρχαί

- 1) Η Εκκλησία, αντικρύζει τας μεταμοσχεύσεις, ως και κάθε τι σχετιζόμενον με την υγείαν του ανθρώπου και την πάλην του με τον θάνατον, μετά ιδιαιτέρας συμπαθείας και κατανόσεως. Αντιλαμβάνεται και το μέγεθος του προβλήματος και τας δυνατότητας των μεταμοσχεύσεων ως επίσης και το μέγιστον αυτής χρέος έναντι της κοινωνίας, της ιατρικής πράξεως, των ληπτών αλλά και των δυνητικών δωτών. Και τον λήπτην επιθυμεί να βοηθήση, αλλά και τον δωρητήν οφείλει να σεβασθή.
- 2) Το κριτήριον της εκκλησιαστικής ηθικής των μεταμοσχεύσεων, ως και κάθε προβλήματος, είναι πνευματικόν. Εάν κάτι βλάπτη την ψυχήν ή υποβιάζη τας πνευματικής αξίας, ανεπιφυλάκτως το απορρίπτει. Αντιθέτως, εάν το επί μέρους επιστημονικόν επίτευγμα είναι συμβατόν προς την θεολογικήν παράδοσιν, διδασκαλίαν και εμπειρίαν της, την ιδιοφυά ανακάλυψιν την αντιμετωπίζει με την τόλμην της πνευματικής καινοτομίας της. Ούτε με τον ορθολογικόν σχολαστικισμόν έχει σχέσιν ούτε εις πολιτικές σκοπιμότητας υποχωρεί ούτε με την εκκοσμικέυσιν συντάσσεται.
- 3) Κάθε τι το οποίον υπερβαίνει τον ατομικισμόν και την φιλοζωϊαν και συνδέει τους ανθρώπους με σχέσιν αμοιβαιότητος και κοινωνίας, κάθε τι το οποίο αποδεικνύει την υπεροχήν της πνευματικής ζωής επί της βιολογικής επιβιώσεως, η Εκκλησία το προστατεύει και το υποστηρίζει. Αλλά και ενώπιον

του μυστηρίου της ζωής και του θανάτου ως και της ψυχοσωματικής συμφυίας του ανθρώπου ίσταται μετά σεβασμού και ιδιαζούσης ευαισθησίας<sup>31</sup>.

### β. Ειδικά αρχαί

- 4) Αι μεταμοσχεύσεις μεταμορφώνουν το δράμα του λήπτου εις ελπίδα ζωής. Η Εκκλησία θα ηδύνατο, εν τη φιλανθρωπία αυτής, να ευλογήση αυτάς, με την αδιαπραγμάτευτον όμως προϋπόθεσιν ότι κατά την μεταμοσχευτικήν διαδικασίαν προστατεύεται η συνείδησις του δότη και ουδόλως παραβιάζονται αι πνευματικά αξία.
- 5) Κάθε λογική αποδοχής των μεταμοσχεύσεων από την Εκκλησίαν έχει τρεις άξονας:
- α) Η Εκκλησία αισθάνεται μεν το φιλάνθρωπον αυτής χρέος έναντι του λήπτου – οποίος έχει ανάγκην να ζήση-, αντιλαμβάνεται όμως περισσότερον τον ρόλον της εις το πλευρόν του δότη – ο οποίος δύναται ελευθέρως να προσφέρη. Επ' ουδενί λόγω και με κανένα τρόπο δεν θυσιάζει τον σεβασμόν προς τον δότην εις την ανάγκην επιβιώσεως του λήπτου. Ο σκοπός δεν είναι να ζήση ο λήπτης, ο σκοπός είναι να δώση ο δότης. Ο λήπτης λαμβάνει θνητόν σώμα, ο δότης δίδει από την αθάνατον ψυχήν του. Όσον ανωτέρα είναι η ψυχή του σώματος κατά τοσούτον μεγαλύτερον είναι το πνευματικόν όφελος του δότη από το βιολογικόν κέρδος του λήπτου. «*Μακάριόν εστι μάλλον διδόναι ή λαμβάνειν*» (Πραξ, κ' 35).
- β) Η δωρεά οργάνου πρέπει οπωσδήποτε να περιλαμβάνη την «συνειδητήν συναίνεσιν» του δότη, δηλαδή ο δότης πρέπει εν επιγνώσει, ελευθέρως και αβιάστως να έχη συγκατατεθή εις την αφαίρεσιν των οργάνων του, εν ή περιπτώση εκ τινος αιτίας έχει καταστή εγκεφαλικά νεκρός. Ο δότης πρέπει να ενεργή ως δωρητής. Και
- γ) Η Εκκλησία δύναται να δεχθή τας μεταμοσχεύσεις μόνον μέσα εις ατμόσφαιραν αγάπης, συναλληλίας, ενίοτε αυτοθυσιαστικού φρονήματος εξόδου από τον κλοιόν της φυλαυτίας και φιλοζωίας μας – ποτέ ωφελιστικής ή χρησιμοθηρικής λογικής, ήτις αποξενώνει τον «δότην» από την προσφοράν του.
- Κατόπιν τούτων, αι μεταμοσχεύσεις, προσεγγίζονται και ως αφορμή μεταδόσεως ζωής εις τινας ανθρώπους, κυρίως όμως ως ευκαιρία μεταγγίσεως πνευματικού ήθους εις την κοινωνίαν.

### γ. Ο ρόλος της ιατρικής

- 6) Η ιατρική φροντίζει δια την αποκατάστασιν ή την βελτίωσιν της υγείας του ανθρώπου και κατ' επέκτασιν δια την παράτασιν της ζωής του. Η θεολογία δεν εμποδίζει την ιατρικήν εις την προσπάθειαν αυτήν, αλλά και δεν αγνοεί την σχετικότητα της. Παραλλήλως, προβάλλει και ορισμένας προϋποθέσεις δια την ορθήν ανάπτυξιν και άσκησιν αυτής. Αι προϋποθέσεις αύται είναι δύο: α) Ο σεβασμός του προσώπου και β) η ωφέλεια του πλησίον.
- 7) Επίσης η ιατρική επιστήμη, ως επίσης και αι ιατρικαί έρευναι, δέον όπως επιτελώνται εντός των πλαισίων των ιατρικών και βιοηθικών δεοντολογικών κανόνων, οίτινες προστατεύουσι τον άνθρωπον ως προσωπικότητα. Οι ιατροί επίσης δέον όπως εργάζωνται με ταπεινώσιν και βαθυτάτην αίσθησιν ότι είναι όργανα του Θεού προς εξυπηρέτησιν του ανθρώπου.

#### **δ. Η δυνατότης προσφοράς οργάνων**

- 8) Η ζωή είναι δώρον του Θεού, το οποίον δεν μας χαρίζεται δια να βιώνωμεν την φιλαυτίαν και την κτητικότητα μας, αλλά μας προσφέρεται δια να είναι τόσοσιν ιδική μας ώστε να ημπορούμεν ακόμη και να την προσφέρωμεν με αγάπην. Ο καλύτερος τρόπος επιστροφής της εις τον Θεόν είναι η εξ αγάπης προσφορά της εις τον πλησίον, «*ουκ έστιν άλλως σωθήναι ει μη δια του πλησίον*» (Άγιος Μακάριος Αυγύπτιος).
- 9) Το φρόνημα και η διάθεσιν της αυτοπροσφοράς αποτελούν τον πνευματικόν άξονα της ηθικής της Εκκλησίας επί του θέματος των μεταμοσχεύσεων. Ο αποστολικός λόγος «*εν τούτω εγνώκαμεν την αγάπην ότι εκείνος υπέρ ημών την ψυχήν αυτού έθηκε, και ημείς οφείλομεν υπέρ των αδελφών τας ψυχάς τιθέναι*» (Α' Ιω. γ' 16) διαλύει κάθε αμφιβολίαν περί του ότι η προσφορά της ζωής, και συνεπώς και η δωρεά σώματος, δεν είναι πράξεις αυτοκτονίας ή ευθανασίας, αλλά δύνανται να αποτελούν εκφράσεις της «μείζονος αγάπης», περί της οποίας ομιλεί ο ίδιος ο Κύριος κατά την παράδοσιν των τελευταίων Αυτού υποθηκών εις τους μαθητάς: «*μείζονα ταύτης αγάπην ουδείς έχει ίνα τις την ψυχήν αυτού θη υπέρ των φίλων αυτού*» (Ιω. ιε' 13). Η προσφορά της ζωής είναι το μείζων, η προσφορά των οργάνων είναι το ευλογημένον έλασσον. Αι ανωτέρω αγιογραφικαί αναφοραί μεταθέτουν το ηθικόν πρόβλημα των μεταμοσχεύσεων από τον σχολαστικόν προσδιορισμόν του εγκεφαλικού θανάτου εις τον σεβασμόν και την ελευθέραν έκφρασιν του αυτεξουσίου.
- 10) Εις ήν περίπτωσιν λοιπόν θα επεθύμει τις όπως προσφέρη τα όργανά του, ακόμη και αν, ως τινές διατείνονται, ο εγκεφαλικός θάνατος δεν εταυτίζετο με τον οριστικόν χωρισμόν της ζωής εκ του σώματος, μαζί με τα όργανά του θα

προσέφερε και την ζωήν του. Η πράξις του δεν θα περιείχε μόνον το στοιχείον της προσφοράς αλλά και αυτό της αυτοθυσίας.

- 11) Η Εκκλησία ευνοεί και ενθαρρύνει την προσφοράν ενός εκ των διπλών οργάνων μας (νεφρών) ή ιστών (δέρματος, μυελού των οστών, αίματος), από ζώντα δότην.

#### ε. Περί εγκεφαλικού θανάτου

- 12) Η Εκκλησία σέβεται και εμπιστεύεται την ιατρικήν έρευναν και κλινικήν πράξιν. Δια τον λόγον αυτόν, αν και δεν είναι αρμοδία, θα ημπορούσε να δεχθή την διεθνώς ομόφωνον άποψιν ότι ο εγκεφαλικός θάνατος ταυτίζεται με το αμετάκλητον βιολογικόν τέλος του ανθρώπου.

Ο εγκεφαλικός θάνατος αποτελεί γεγονός οριστικής και ανεπιτρέπτου καταστροφής του εγκεφάλου και κατάστασιν πλήρους απωλείας αισθήσεων και συνειδήσεως. Κατ' αυτόν, η αναπνευστική λειτουργία συντηρείται μόνον μηχανικώς, η δε διακοπή της τεχνητής υποστήριξεως οδηγεί εις σχεδόν άμεσον παύσιν και της καρδιακής λειτουργίας.

- 13) Αυτό που εις την ουσίαν επιτυγχάνει η τεχνητή υποστήριξις της αναπνοής είναι ότι προσωρινώς αναχαιτίζει την διαδικασίαν αποσυνθέσεως του σώματος όχι όμως και την αναχώρησιν της ψυχής.

- 14) Ο εγκεφαλικός θάνατος πρέπει οπωσδήποτε να διαφοροποιηθή από την φυτικήν κατάστασιν – ήτις συνήθως αποκαλείται «κλινικός θάνατος». Κατ' αυτήν, το εγκεφαλικόν στέλεχος λειτουργεί και ως επί το πλείστον δεν απαιτείται τεχνητή υποστήριξις.

- 15) Επειδή υπάρχει πάντοτε ο κίνδυνος – εις μεμονωμένας ευτυχώς περιπτώσεις – απροσεξίας, λάθους ή και ασεβείας προς το γεγονός του θανάτου, η Εκκλησία, μαζί με την πλειοψηφίαν του ιατρικού και νοσηλευτικού κόσμου και των αρμοδίων κοινωνικών φορέων, απαιτεί την εξασφάλισιν της ακριβούς τηρήσεως των διεθνώς αποδεκτών κριτηρίων διαγνώσεως του εγκεφαλικού θανάτου. Τοιοιτοτρόπως:

α) Είναι απαραίτητος η τεκμηριωμένη και σαφής διαπίστωσις των αιτίων του εγκεφαλικού θανάτου.

β) Η πιστοποίησις του εγκεφαλικού θανάτου πρέπει να γίνεται από επιτροπήν ειδημόνων οι οποίοι να μην έχουν καμμίαν σχέσιν εξαρτήσεως από τας μεταμοσχευτικάς ομάδας και επί τη βάσει των υφισταμένων κλινικών και εργαστηριακών κριτηρίων.

- γ) Τα κριτήρια του εγκεφαλικού θανάτου δεν είναι επαρκή αν είναι μόνον κλινικά. Πρέπει να προστεθούν και εργαστηριακά (αξονική τομογραφία και ηλεκτροεγκεφαλογράφημα), ώστε να επιβεβαιωθεί, κατά το δυνατόν, ουχί μόνον η παύσις των λειτουργιών του εγκεφαλικού στελέχους, αλλά και του φλοιού. Όπου δεν υπάρχει εμφανής αιτία εγκεφαλικής βλάβης πρέπει να επαναμβάνονται αι εξετάσεις δια μεγαλύτεραν επιβεβαιώσιν, ακόμη και αν η τοιαύτη καθυστέρησις οδηγεί εις απώλειαν των οργάνων.
- δ) Προ των δοκιμασιών του εγκεφαλικού θανάτου θα πρέπει να έχουν προηγηθή αι βιοχημικαί εξετάσεις αι οποίαι και να παρουσιάζουν φυσιολογικά τιμάς (όχι ουρία ούτε ηλεκτρολυτικές διαταραχάς). Επίσης δια να ελεγχθή ο εγκεφαλικός θάνατος πρέπει να έχουν παρέλθη τουλάχιστον 24 ώραι από την πρώτην στιγμήν του συμβάντος.
- 16) Ο έλεγχος εάν κάποιος είναι δότης (δηλαδή εάν υπάρχη συναίνεσις) πρέπει να γίνεται μετά την οριστικήν διάγνωσιν του εγκεφαλικού θανάτου, ώστε αύτη να είναι κατά το δυνατόν αμερόληπτος και ανεπηρέαστος.
- 17) Συμφώνως προς όλα τα ανωτέρω, η δωρεά οργάνων από εγκεφαλικάς νεκρούς δότας καθώς και η νηφαλία και συνειδητή απόφασις υγιούς ανθρώπου όπως προσφέρη κάποιο όργανό του εις πάσχοντα συνάνθρωπον, ως πράξις φιλαλληλίας και αγάπης, είναι σύμφωνοι με την διδασκαλίαν και το φρόνημα της Εκκλησίας μας.
- στ. Περί συνειδητής και εικαζομένης συναίνεσεως**
- 18) Η δωρεά προϋποθέτει την «συνειδητήν συναίνεσιν» του δότη εις αυτό που πράττει. Κάθε τι που «εικάζει» την βούλησιν του αποτελεί παρέμβασιν εις το αυτεξούσιον και ως εκ τούτου δεν είναι δυνατόν να γίνη αποδεκτόν.
- 19) Η «συνειδητή συναίνεσις» αποτελεί πράξιν αυταπαρνήσεως και αγάπης, συνδέουσα τον δωρητήν με το γεγονός του θανάτου του, μάλιστα επισυμβαίνον με τρόπον τραγικόν και εις σχετικώς νεαράν ηλικίαν. Επίσης ενέχει τας αρετάς της ανιδιοτελείας, της αρνήσεως των φυσικών δικαιωμάτων, της εμπιστοσύνης και του ενδιαφέροντος δια τους άλλους, της αυτοπροσφοράς και της απαλλαγής από το φρόνημα της φιλοζωΐας.
- 20) Η Εκκλησία, ασκούσα την μεταμοσχευτικήν ποιμαντικήν της, ίσως εξασφαλίση ένα αριθμόν μοσχευμάτων και συντελέσῃ ούτως εις την επιβίωσιν αντιστοιχών ανθρώπων (αναλόγως του ποσοστού επιτυχίας των μεταμοσχευτικών επεμβάσεων). Με την προϋπόθεσιν όμως της συνειδητής συναίνεσεως, αυτοί

που πνευματικώς καλλιεργούνται είναι πολύ περισσότεροι. όσοι έχουν συνειδητώς δώσει την συναίνεσίν των. Εξ αυτών θα προέλθουν οι οπωσδήποτε ολιγότεροι δότες. Η Εκκλησία δεν είναι εστραμμένη μόνον εις τους πραγματικούς αλλά και εις τους δυνητικούς δότες.

Ο δότης ημπορεί μεν να ωφελή με την προσφοράν του, ωφελείται όμως κυρίως με την πράξιν της συναινέσεώς του. Σώζει βιολογικώς τον λήπτην και πνευματικώς τον εαυτόν του.

- 21) Η συναίνεσις δεν είναι κάτι δευτερεύον που θα ήτο δυνατόν να επισκιασθή από οιαδήποτε άλλην πράξιν (π.χ. απογραφήν, έκδοσιν ταυτότητος κ.τ.λ.). Η δήλωσις της θα πρέπει να είναι ελευθέρα και απολύτως συνειδητή, καρπός ωρίμου σκέψεως. Δια τον λόγον τούτον, καλόν είναι να διατυπώνεται εντελώς ανεξαρτήτως από οιαδήποτε άλλην κοινωνικήν πράξιν και με την προϋπόθεσιν της ορθής και αβιάστου ενημερώσεως.

#### ζ. Περί συγγενικής συναινέσεως

- 22) Η Εκκλησία, υπό όρους και κατ' οικονομίαν, εντός της προοπτικής της ιερότητος των συγγενικών δεσμών και της επιδιωκόμενης καλλιεργείας των σχέσεων κοινωνίας, θα ηδύνατο να δεχθή και την υποκατάστασιν της βουλήσεως του δότου υπό των συγγενών αυτού, βεβαίως με το δεδομένον ότι αύτη δεν αντιτίθεται προς την ιδικήν του. Η πρόνοια δια τους οικείους αποτελεί έκφρασιν πίστεως (Α' Τιμ. ε'8), αι δε εγγενείς υποχρεώσεις έναντι αυτών απόδειξιν ιερών συγγενικών δικαιωμάτων.

Δια τους συγγενείς η ζωή του δότου και η τιμή του σώματός του ίσως να έχουν μεγαλύτεραν αξίαν απ' ό,τι δια τον ίδιον. Με δεδομένην την αγάπην, η απόφασις της δωρεάς του σώματος του άλλου ίσως να είναι και δυσκολωτέρα της δωρεάς του ιδικού μας σώματος. Υπ' αυτήν την έννοιαν, ο πραγματικός δότης είναι οι συγγενείς.

- 23) Επειδή εις την κοινωνίαν και εποχήν μας τα πάσης φύσεως συμφέροντα, ιδίως τα οικονομικά τοιαύτα, συχνάκις παρεμβάλλονται κατά βέβηλον τρόπον και τις τας ιερωτέρας των σχέσεων, ο νόμος δέον όπως προνοή δια την αποφυγήν κάθε υποψίας εμπορευματοποιήσεως των μοσχευμάτων υπό των συγγενών.
- 24) Ευχής έργον θα ήτο, κατά την οιαδήποτε διαδικασίαν ενυπογράφου συναινέσεως, να ημπορούσε ο δότης να εκχωρήση εκ των προτέρων το δικαίωμα διαθέσεως του σώματός του εις τους συγγενείς του.

#### η. Αι επιφυλάξεις της Εκκλησίας

- 25) Επειδή η εξέλιξις των επιστημών επικοινωνίας και πληροφορικής (διαδίκτυον, τήρησις μηχανογραφικών αρχείων με ευρύτατον φάσμα δεδομένων και περιορισμένην δυνατότητα ελέγχου κ.ά.) αφ' ενός και η πνευματική πενία των συγχρόνων κοινωνιών αφ' ετέρου είναι δυνατόν να οδηγήσουν εις κακοποιήσιν, εκμετάλλευσιν ή και θυσίαν των μεταμοσχεύσεων εις τον βωμόν των μεγάλων οικονομικών συμφερόντων, η Εκκλησία οφείλει να προστατεύση τον θεσμόν, την πράξιν και τα εμπλεκόμενα πρόσωπα από ενδεχομένην βεβήλωσιν (βεβιασμένην διάγνωσιν ή προχειρότητα εις την τήρησιν των κριτηρίων του εγκεφαλικού θανάτου, εμπορευματοποίησιν ή συναλλαγὴν οιασδήποτε φύσεως σχετιζομένην με την προσφορὰν οργάνων, επιλογὴν ληπτῶν ἐπὶ τῇ βάσει ρατσιστικῶν κριτηρίων, παραβιάσεις των καταστάσεων αναμονῆς κ.τ.λ.).
- 26) Προς ἀποφυγὴν των παραβιάσεων των καταστάσεων ἀναμονῆς, δεόν να ὑπάρχη αρχεῖον ἐγγραφῆς δότην ἐπὶ μηχανογραφικῆς βάσεως, το ὁποῖον να ἐλέγχεται ἀπὸ κεντρικόν ἀδιάβλητον μηχανισμόν.
- 27) Ἐνῶ ἡ διεθνῆς καὶ ἐλληνικὴ νομοθεσία, δια να προστατεύσῃ τὰς μεταμοσχεύσεις ἀπὸ τὴν ἀπειλήν τῆς ἐμπορικῆς συναλλαγῆς, συναλλαγῆς, ἐπιβάλλει τὴν ἀνωνυμίαν τοῦ λήπτου καὶ τοῦ δότη καὶ ἀπαγορεύει τὴν δωρεάν ὄργανου εις προκαθορισμένον ἀπὸ τὸν δότην φιλικόν ἢ συγγενικόν πρόσωπον (ἐξαίρεσις αἱ μεταμοσχεύσεις νεφρῶν ἀπὸ ζῶντα δότην), τοιοῦτον τι δὲν ἀντιτίθεται κατ' ἀνάγκην πρὸς τὴν ἠθικὴν τῆς Ὀρθοδόξου Χριστιανικῆς Ἐκκλησίας.
- 28) Ἡ Ἐκκλησία δὲν δύναται να συγκατατεθῆ εις τὴν ἀφαίρεσιν ὀργάνων ἀπὸ βρέφη με συγγενὴ ἀνεγκεφαλίαν. Τοιοῦτοι δῶται εἶναι πολλοὶ σπάνιοι, πράγμα το ὁποῖον περιορίζει τὰς ἐλπίδας των ληπτῶν – βρεφῶν. Παρὰ ταῦτα, τὰ ἀνεγκέφαλα βρέφη, ἐπειδὴ δὲν στεροῦνται στελέχους, δὲν εἶναι ἐγκεφαλικῶς νεκρά καὶ, ἐπειδὴ στεροῦνται συνειδήσεως, δὲν ἔχουν τὴν δυνατότητα τῆς συναιδέσεως – καὶ φυσικὰ κανεὶς δὲν ἠμπορεῖ να τὴν εἰκάσῃ. Αυτό δημιουργεῖ νομικόν κῶλυμα εις τὴν ἀφαίρεσιν ὀργάνων. Ἐπὶ πλέον, ἡ κοινωνία πρέπει να ἀρνηθῆ κάθε ὠφελιμιστικὴν θεώρησιν αὐτῶν των βρεφῶν. Ἡ ἀνάγκη σεβασμοῦ πρὸς αὐτὰ δὲν ἀφήνει περιθώρια ὥστε το πέρασμά τους ἀπ' αὐτὸν τὸν κόσμον να εἶναι ἐντελῶς χρηστικόν.
- 29) Σχετικῶς με τὸ ἐνδεχόμενον χρήσεως τεχνητῶν ὀργάνων ἢ καὶ ξενομοσχευμάτων (γενετικά ἐπεξεργασμένων μοσχευμάτων ἀπὸ ζῶα), ὅπως καὶ προϊόντων κλωνοποιήσεως, ἐπειδὴ ἡ ἐρευνα δὲν ἔχει να παρουσιάσῃ σαφῆ ἐπὶ τοῦ παρόντος ἀποτελέσματα ἡ δε πορεία τῆς δὲ εἶναι εὐκρινῆς, ἡ Ἐκκλησία



επιφυλάσσεται να παρουσιάσει εν ευθέτω χρόνω τας επ' αυτού θέσεις και απόψεις της.

- 30) Υπάρχει ο κίνδυνος, εις το άμεσον μέλλον, με την χαλαράν διεθνώς ηθικήν έναντι της ευθανασίας και την τάσιν νομοθετικής κατοχυρώσεως της, αι μεταμοσχεύσεις να συνδυασθούν με την ευθανασίαν. Τοιουτοτρόπως, άτομα που θα επιλέγουν αυτόν τον τρόπον τερματισμού της ζωής των ενδεχομένως θα καθίστανται και δωρηταί οργάνων. Αυτός είναι εις επί πλέον λόγος που η νομοθεσία των μεταμοσχεύσεων δέον απαιρητήτως να διαθέτη υψηλόν ιδεολογικόν υπόβαθρον.

#### θ. Κριτική του νέου νόμου περί μεταμοσχεύσεων

Ενώ η Εκκλησία αποδέχεται την ιδέαν των μεταμοσχεύσεων, αδυνατεί να συμφωνήση με την πρόσφατον νομοθετικήν κατοχύρωσιν αυτών εις την χώραν μας, η οποία κυριαρχείται από χρησιμοθηρικήν αντίληψιν και στενόν ορθολογισμόν. Ο μόνος τρόπος προστασίας της ηθικής και πρακτικής των μεταμοσχεύσεων από το ενδεχόμενον κακοποιήσεώς των είναι η σχετική νομοθεσία να είναι σαφής, μελετημένη, ιδεολογική και όχι χρησιμοθηρική.

- 31) Εις τον προσφάτως ψηφισθέντα νόμον, ο νομοθέτης ερμηνεύει την «μη άρνησιν» των συγγενών ως συναίνεσιν του δότου (Άρθρ. 12, παρ. 4). Τα όργανα αφαιρούνται όχι όταν συναινούν, αλλά όταν «δεν αναντιτίθενται « οι συγγενείς. Αι μεταμοσχεύσεις δεν είναι δυνατόν να στηριχθούν εις μίαν «μη άρνησιν», και μάλιστα των συγγενών, καθ' ήν στιγμήν όλοι αγωνιζόμεθα δια την συγκατάθεσιν, και μάλιστα του δότου.
- 32) Εις την περίπτωσιν ταύτην, η έλλειψις ή μη εξεύρεσις συγγενών θα ήταν δυνατόν να ερμηνευθεί ως «Μη άρνησις». Συνεπώς, κάθε εγκεφαλικώς νεκρός αλλοδαπός, λαθρομετανάστης, άγνωστος και εγκαταλελειμμένος, αθίγγανος κ.τ.λ. – ο αριθμός των οποίων δεν είναι καθόλου ευκαταφρόνητος, και των οποίων οι συγγενείς είτε δεν ευρίσκονται εις την Ελλάδα είτε δεν είναι εύκολο να ανευρεθούν – ή και όποιος ευρεθεί μόνος εις το νοσοκομείον κατόπιν τροχαίου ατυχήματος το οποίο δεν έχει γίνει αμέσως αντιληπτόν από τους συγγενείς του θα θεωρείται αυτομάτως δότης. Θα πρέπη άρα γε εις την δυστυχίαν της μοναξιάς αυτών των ανθρώπων να προσθέσωμεν και την αυθαίρετον αφάιρεσιν των οργάνων των; Ο νόμος της «μη αρνήσεως» αποτελεί εκβιασμόν της συνειδήσεως.
- 33) Η «συναίνεσις» ουδεμίαν έχει σχέσιν με την «μη άρνησιν». Το «δίδω κάτι ιδικόν μου» είναι εντελώς διαφορετικόν από το «Μου παίρνουν κάτι που μου ανήκει».

Εις την δευτέραν περίπτωσιν η βούλησις της πολιτείας και κοινωνίας υποκαθιστά ως αγαθόν την έκφρασιν της προσωπικής ελευθερίας.

- 34) Το κράτος ουδέν έχει δικαίωμα εισχωρήσεως εις την ιδιωτικήν σφαίραν της ζωής των πολιτών. Μία τοιαύτη ενέργεια αντιβαίνει τις τα άρθρα 2, παρ. 1 (περί του σεβασμού και της προστασίας της ανθρωπίνης αξιοπρέπειας) και 5, παρ. 1 (περί της ελευθέρας αναπτύξεως της προσωπικότητας του ατόμου) του συντάγματος.
- 35) Δεν ημπορεί επίσης να υποχρεώνη τον πολίτην να εκφέρη γνώμην δίχως να κατοχυρώνη το δικαίωμά του να μην εκφέρη. Ποίαι αι επιπτώσεις εάν ο ο πολίτης αρνηθή να εκφράση την βουλησίαν του;
- 36) Η υποκατάστασις του όρου «εγκεφαλικός θάνατος» δια του «νέκρωσις του εγκεφαλικού στελέχους» θεωρείται ιατρικώς αμφιλεγόμενη και ιδεολογικώς ύποπτος. Η διαπίστωσις της παύσεως των λειτουργιών ουχί μόνον του εγκεφαλικού στελέχους αλλά και του φλοιού, ως επιβεβαιούσα την ανεπίστρεπτον παύσιν όλων των εγκεφαλικών λειτουργιών είναι επιβεβλημένη.
- 37) Η δια νόμου υποχρεωτική διακοπή της μηχανικής υποστηρίξεως της αναπνευστικής λειτουργίας εις περίπτωσιν εγκεφαλικώς νεκρού ατόμου το οποίον δεν είναι δότης (Άρθρ. 12, παρ. 6) είναι πνευματικώς και ηθικώς αντιδεοντολογική. Ο νόμος πρέπει να κατοχυρώνη τον ιατρόν που, δια λόγους συνειδήσεως, δεν επιθυμεί να διακόψη τον μηχανικόν αερισμόν και φυσικά όχι να τον τιμωρή (Άρθρ. 20, παρ. 1).
- 38) Η δυσκολία των συγγενών να συναινέσουν εις την δωρεάν του σώματος, ήτις οφείλεται εις προσωπικούς, συναισθηματικούς ή και φιλοσοφικούς λόγους, πρέπει να γίνεται απολύτως σεβαστή και όχι να αντιμετωπίζεται εκβιαστικώς με την απειλήν της διακοπής της μηχανικής υποστηρίξεως (Άρθρ. 12, παρ. 6).

#### Ι. Ποιμαντικά δυνατότητες της Εκκλησίας

- 39) Επί τη βάσει των ανωτέρω αρχών, η Εκκλησία οφείλει, να αγωνισθή δια την επικράτησιν των αρχών αυτής, τον θετικόν επηρεασμόν της μεταμοσχευτικής πολιτικής και να δημιουργήση η ίδια μίαν μεταμοσχευτικήν πνευματικήν παράδοσιν προσανατολισμένην προς τας πνευματικάς ανάγκας προσφοράς αισθημάτων του δότη. Με τον τρόπον αυτόν, η εξεύρεσις μοσχευμάτων και η προώθησις των μεταμοσχεύσεων δεν θα αποτελούν επιδιωκόμενον σκοπόν αλλά φυσικόν αποτέλεσμα.
- 40) Η Εκκλησία δύναται να οργανώση προγράμματα αγωγής δοτών με σκοπόν την καλλιέργειαν σημαντικών αρετών μεταξύ των πιστών αυτής μνήμης θανάτου,

- αυτοπροσφοράς, θυσιαστικού φρονήματος κ.τ.λ.). Τοιουτοτρόπως θα δίδη την μαρτυρίαν του ήθους της εις την κοινωνίαν με ένα εντελώς σύγχρονον τρόπον.
- 41) Η Εκκλησία ούτε την αλήθειαν θυσιάζει ούτε το πρόσωπον υποδουλώνει. Εάν κάποιος επιθυμή να γίνη δωρητής τον ευλογεί, εάν δυσκολεύηται τον κατανοεί. Αυτή είναι η προστασία του προσώπου. Το πνεύμα της δεν υποτάσσεται εις την ανάγκην των μεταμοσχεύσεων, αλλά υπηρετεί τον σεβασμόν του προσώπου. Κυρίως του προσώπου ως δότη.
- 42) Επίσης σέβεται και πλήρως κατανοεί την φυσικήν επιθυμίαν των ασθενών εκείνων, οίτινες δια της λήψεως μοσχευμάτων επιθυμούν όπως παρατείνουν τον χρόνον της βιολογικής των ζωής, πιστεύουσα ότι το γεγονός τούτο δυνατόν να συντελέση εις την πνευματικήν των ολοκλήρωσιν και την επίτευξιν του σκοπού της υπάρξεώς των.
- 43) Λόγω του πνευματικού μεγέθους που ενέχει η πράξις της δωρεάς σώματος, πριν τούτο συμβή, καλόν είναι ο ιερεύς του νοσοκομείου να διαβάση μίαν κατάλληλον ευχήν ή να τελέση κάποιαν αγιστικήν πράξιν (χρίσιν δι' ελαίου, σταύρωμα κ.τ.λ.).
- 44) Σχετική αγωγή πνευματικού προσανατολισμού ημπορεί να γίνη και δια την καλλιέργειαν και προετοιμασίαν του λήπτη, ώστε να μην νοιώθη ούτος μόνον ως ο ευνοημένος αποδέκτης ενός μοσχεύματος, αλλά ως ευλογημένος δέκτης της αγάπης κάποιου αγνώστου συνανθρώπου και της χάριτος του Θεού.
- 45) Συμπερασματικώς, η ποιμαντική της Εκκλησίας προς τους δότες, τους λήπτας και τους ιατρούς δέον όπως είναι τοιαύτη, ώστε δι' όλων των τρόπων να δοξάζεται ο Θεός, να ολοκληρώνονται πνευματικώς οι άνθρωποι, και η ασθένεια, ή παράτασις ζωής να αποτελέσουν προϋπόθεσιν εκπληρώσεως του βαθυτέρου σκοπού της δημιουργίας των»<sup>31</sup>.

## 5.6. ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΔΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

### 5.6.1. ΤΑ ΜΕΡΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ

Σε κάθε χώρα, στη μεταμοσχευτική διαδικασία υπεισέρχονται κέντρα και ομάδες που αποτελούν τους κύριους φορείς του συστήματος μεταμοσχεύσεων της χώρας αυτής.

Τα κέντρα αυτά είναι κυρίως:

- 1) Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) – Νευροχειρουργικά τμήματα (ΝΧ): Αποτελούν βασικές μονάδες του συστήματος με κύριο έργο την αναγνώριση του δυνητικού δότη (διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου), τη διατήρηση της λειτουργίας των οργάνων του μέχρι την αφαίρεση των μοσχευμάτων και την προσέγγιση του συγγενικού περιβάλλοντος του δότη.
- 2) Μονάδες αφαίρεσης – μεταμόσχευσης οργάνων: Είναι οι μονάδες οι υπεύθυνες για την αφαίρεση και μεταμόσχευση των προσφερομένων μοσχευμάτων.
- 3) Εργαστήρια Ιστοσυμβατότητας: Είναι τα τμήματα που είναι υπεύθυνα για τον ανοσολογικό έλεγχο δότη-λήπτη.
- 4) Συντονιστές μεταμόσχευσεων: Αποτελούν τον συνδυαστικό κρίκο μεταξύ των τμημάτων που εμπλέκονται στη μεταμόσχευση. Ο θεσμός αυτός καθιερώθηκε στα τέλη της δεκαετίας του 1970 ως προσπάθεια δημιουργίας ενδιάμεσων δομών στο σύστημα της «δωρεάς οργάνων για μεταμόσχευση».
- 5) Κεντρική Υπηρεσία/Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων: Αποτελεί το συντονιστικό όργανο κάθε χώρας για την διεκπεραίωση όλων των διαδικασιών αφαίρεσης και διάθεσης οργάνων σε όλα τα επίπεδα, και σε συνεργασία και με τις αντίστοιχες υπηρεσίες άλλων χωρών<sup>32</sup>.

#### **5.6.2. ΔΙΑΘΕΣΗ ΟΡΓΑΝΩΝ ΓΙΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ**

Ένας από τους βασικούς προβληματισμούς της μεταμόσχευσης με προεκτάσεις και ηθικές και κοινωνικές αφορά την μέγιστη δυνατή χρησιμότητα του μοσχεύματος μετά την αφαίρεσή του από τον δότη. Το μόσχευμα «ανήκει» στο χειρουργό που έκανε την αφαίρεση ή στην υπηρεσία που συντονίζει τη μεταμόσχευση, στο τοπικό κέντρο μεταμόσχευσης ή στην περιφερειακή υπηρεσία συντονισμού, στην πολιτεία και στους πολίτες της χώρας που έγινε η αφαίρεση ή στους ανώνυμους δυνητικούς λήπτες μιας ευρείας και ενιαίας δεξαμενής ληπτών.

Ο προβληματισμός αυτός καταλήγει στην ανάγκη θέσπισης κριτηρίων διανομής και διάθεσης των μοσχευμάτων, βάσει των οποίων, τα τελευταία χρόνια, έχουν αναπτυχθεί μεταξύ των ειδικών, έντονες συζητήσεις και αντιπαραθέσεις. Η Διεθνής Εταιρεία Μεταμοσχεύσεων θέσπισε κανόνες διακίνησης και διάθεσης μοσχευμάτων με βάση ιατρικά κριτήρια. Στην Αμερική το 1984 καθιερώθηκε με Ομοσπονδιακή νομοθεσία εθνικό σύστημα προτεραιοτήτων για την διάθεση των πτωματικών νεφρικών μοσχευμάτων, που στηρίζεται στις αρχές της ισότιμης διανομής των οργάνων και της επιλογής των υποψηφίων ληπτών με αντικειμενικά κριτήρια. Το 1987 η United Network for Sharing (UNOS), εφαρμόζει ενιαίο σύστημα

ιατρικών κριτηρίων επιλογής υποψηφίων, που χρησιμοποιείται από τις τοπικές και περιφερειακές υπηρεσίες διάθεσης οργάνων. Οι μεγάλοι Οργανισμοί Συντονισμού Μεταμοσχεύσεων της Ευρώπης αλλά και οι υπηρεσίες των άλλων χωρών έχουν αναπτύξει ειδικό σύστημα διάθεσης οργάνων σε εθνικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο αφού προηγουμένως έχουν θεσπιστεί, ενιαία κριτήρια εγγραφής των υποψηφίων ασθενών στη λίστα αναμονής και κριτήρια επιλογής των δυνητικών ληπτών<sup>32</sup>.

### **5.6.3. ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ / ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ**

Μια αποτελεσματική κοινωνική πολιτική για την προώθηση της δωρεάς οργάνων και των μεταμοσχεύσεων, προαπαιτεί την οργάνωση και τη σωστή λειτουργία ενός εθνικού προγράμματος μεταμοσχεύσεων με κεντρικό φορέα υλοποίησής του μια κεντρική υπηρεσία μεταμοσχεύσεων. Κύριοι στόχοι της υπηρεσίας αυτής πρέπει να είναι η προώθηση της ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινής γνώμης στην ιδέα της δωρεάς οργάνων και η κατάρτιση και εφαρμογή προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης του προσωπικού των μονάδων που εμπλέκονται στις διαδικασίες της μεταμόσχευσης, η ανάπτυξη συστημάτων αφαίρεσης και διάθεσης οργάνων, μεταφοράς ιατρικών ομάδων, ασθενών ή μοσχευμάτων, η εξασφάλιση της αξιοποίησης όλων των προσφερομένων οργάνων, η διασφάλιση της εφαρμογής των κανόνων αφαίρεσης και διάθεσης των οργάνων, η διερεύνηση, ανάλυση και αξιολόγηση των παραγόντων που επηρεάζουν την μεγιστοποίηση των αποτελεσμάτων των μεταμοσχεύσεων και τελικά η προσπάθεια μείωσης του μεταμοσχευτικού χάσματος μεταξύ προσφοράς και ζήτησης οργάνων. Για την επίτευξη των παραπάνω στόχων χρειάζεται η δημιουργία και η διαρκής ενημέρωση ενός κεντρικού αρχείου (δεξαμενή) υποψηφίων ληπτών και ενός συστήματος επιλογής των κατάλληλων για το συγκεκριμένο κάθε φορά μόσχευμα, ασθενών. Κεντρικό ρόλο στον σχεδιασμό παίζει η ύπαρξη ενός υπεύθυνου οργάνου που να συντονίζει τις διαδικασίες αφαίρεσης, μεταφοράς και μεταμόσχευσης των προσφερομένων οργάνων, ενώ για τη σωστή λειτουργία όλων των παραμέτρων του συστήματος απαιτείται η ύπαρξη κανόνων λειτουργίας του.

Για την μεγαλύτερη δυνατή εξασφάλιση των παραπάνω στόχων δημιουργήθηκαν στα τέλη της δεκαετίας του 1960, ο μεγάλοι Οργανισμοί και Υπηρεσίες των Μεταμοσχεύσεων στην Ευρώπη και στην Αμερική. Στην Ευρώπη, ο πρώτος μεγάλος οργανισμός που δημιουργήθηκε ήταν η Eurotransplant Foundation (1987) με έδρα το Leiden της Ολλανδίας, στην οποία συμμετείχαν 5 χώρες (Ολλανδία,

Βέλγιο, Λουξεμβούργο, Γερμανία και Αυστρία). Ακολούθησε η δημιουργία της Γαλλικής Υπηρεσίας Μεταμοσχεύσεων (France –Transplant, 1969) και το ίδιο έτος, της Σκανδιναβικής (Scandia Transplant) με τη συμμετοχή των χωρών της Σουηδίας, Δανίας, Νορβηγίας, Φινλανδίας και Ισλανδίας. Στη δεκαετία του '70, δημιουργήθηκε η αντίστοιχη υπηρεσία στην Αγγλία (United Kingdom Transplant Service, 1972) με τη συμμετοχή της Ιρλανδίας όπως και στην Ιταλία (1976) με τη λειτουργία δύο περιφερειακών υπηρεσιών (Nord Italia Transplant και Sud Italia Transplant). Στη δεκαετία του '80, δημιουργήθηκαν επίσης οι Υπηρεσίες Συντονισμού της Πορτογαλίας (Luso Transplant, 1983), της Ισπανίας (Hispano Transplant, 1983), της Ελβετίας (Swiss Transplant, 1985) όπως και της Ελλάδας (ΥΣΕ, 1985). Στην Ιταλία δημιουργήθηκε μία ακόμα Υπηρεσία Συντονισμού (Centre Sud Italia Transplant, 1987), εκφράζοντας μια στρατηγική ανάπτυξης των μεταμοσχεύσεων, επικεντρωμένη σε περιφερειακό μάλλον παρά σε εθνικό επίπεδο, στη χώρα αυτή.

Οι Υπηρεσίες/Οργανισμοί Μεταμοσχεύσεων ανάλογα με τις κοινωνικο-οικονομικές, γεωγραφικές και πολιτισμικές ιδιαιτερότητες της κάθε χώρας, λειτουργούν σε Εθνικό ή Περιφερειακό (Ευρύτερων Περιοχών – Regional) επίπεδο, υπάγονται δε είτε άμεσα στο Υπουργείο Υγείας είτε εποπτεύονται από αυτό. Συνήθως διοικούνται από Συμβούλιο ενώ ορίζονται και επιτροπές με κύριο έργο τους την επεξεργασία της στρατηγικής που πρέπει να ακολουθείται για την περαιτέρω ανάπτυξη της δωρεάς οργάνων και των μεταμοσχεύσεων, τη διαφάνεια και την εφαρμογή των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας.

Η διάρθρωση της λειτουργίας των Υπηρεσιών αυτών γίνεται σε τρία επίπεδα. Το κεντρικό, το περιφερειακό και το τοπικό. Στο κεντρικό επίπεδο η Υπηρεσία αποτελείται από τρία τμήματα. Το τμήμα διάθεσης των οργάνων, το τμήμα της τήρησης και ενημέρωσης της λίστας αναμονής και το τμήμα καταγραφής των μεταμοσχεύσεων. Το τμήμα διάθεσης οργάνων λειτουργεί σε 24ωρη βάση και είναι αυτό που βοηθά στην επιλογή του καταλληλότερου λήπτη και στις διαδικασίες μεταφοράς των μοσχευμάτων. Το τμήμα τήρησης και ενημέρωσης της λίστας αναμονής υποψηφίων ληπτών είναι αρμόδιο για την συνεχή ενημέρωση των ενδιαφερομένων κέντρων για όλα τα νεότερα στοιχεία των υποψηφίων ληπτών και, τέλος, το τμήμα καταγραφής μεταμοσχεύσεων, καταγράφει τις μεταμοσχεύσεις και ενημερώνει την τρέχουσα λίστα αναμονής.

Στο περιφερειακό επίπεδο λειτουργούν περιφερειακά τμήματα των οποίων ο αριθμός και η γεωγραφική τους κατανομή προσδιορίζονται στον οργανισμό της Υπηρεσίας. Οι υποχρεώσεις των περιφερειακών τμημάτων είναι, κυρίως, η

εξασφάλιση της γρήγορης μεταφοράς ιατρικών ομάδων και μοσχευμάτων, η διαβίβαση όλων των πληροφοριών που αφορούν την αφαίρεση και διάθεση των οργάνων και τέλος η διασφάλιση της εφαρμογής των κανόνων διάθεσης των οργάνων. Σε τοπικό επίπεδο λειτουργούν οι μονάδες μεταμόσχευσης, τα κέντρα αφαίρεσης οργάνων και τα εργαστήρια ιστοσυμβατότητας. Οι πληροφορίες από τις μονάδες αυτές και η επίβλεψη όλων των διαδικασιών που καταλήγουν στη μεταμόσχευση των προσφερομένων οργάνων ελέγχονται από τον τοπικό συντονιστή μεταμοσχεύσεων.

Οι συντονιστές μεταμοσχεύσεων σε όλα τα επίπεδα είναι ο κύριος συντελεστής της εξεύρεσης (procurement), μεταφοράς και διακίνησης των μοσχευμάτων. Ο τοπικός συντονιστής μεταμοσχεύσεων έχει χώρο ευθύνης του ένα νοσοκομείο, μια πόλη, ένα τμήμα μιας περιοχής και εργάζεται υπό την εποπτεία του περιφερειακού συντονιστή. Ο ρόλος του είναι διαφορετικός από το ρόλο του κλινικού συντονιστή μεταμοσχευτικού κέντρου και η ύπαρξή του απαιτεί την ανεξαρτησία του από τις μονάδες μεταμόσχευσης. Τις πληροφορίες για την σωστή τήρηση των διαδικασιών αφαίρεσης των μοσχευμάτων αναφέρει στον περιφερειακό συντονιστή ο οποίος είναι και ο υπεύθυνος για την διακίνηση των μοσχευμάτων σε τοπικό και περιφερειακό επίπεδο<sup>33</sup>.

#### **5.6.4. Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΔΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Μετά την ψήφιση του Ν. 1383/1983, δημιουργήθηκε το 1985 η Υπηρεσία Συντονισμού και Ελέγχου προγράμματος εξωνεφρικής κάθαρσης και μεταμοσχεύσεων (Υ.Σ.Ε.) η οποία απετέλεσε ακρογωνιαίο λίθο πάνω στον οποίο αναπτύχθηκε το οικοδόμημα της δωρεάς οργάνων και των μεταμοσχεύσεων στη χώρα μας. Οι μεταμοσχεύσεις, κατά την προ της Υ.Σ.Ε. περίοδο, αφορούσαν μεταμοσχεύσεις νεφρού, κυρίως από συγγενείς δότες (καθώς και μεταμοσχεύσεις κερατοεδούς), οι περισσότερες δε πτωματικές μεταμοσχεύσεις της περιόδου αυτής είχαν γίνει με νεφρικά μοσχεύματα από το εξωτερικό. Κατά την πρώτη περίοδο της λειτουργίας της, η Υ.Σ.Ε., ως υπηρεσία νεφροπαθών κυρίως, διεκπεραίωσε κατά μέσο όρο περί τις είκοσι μεταμοσχεύσεις νεφρού ανά έτος. Με την αύξηση των νεφρικών μεταμοσχεύσεων και την έναρξη των μεταμοσχεύσεων και άλλων οργάνων (1990) στη χώρα μας, στην Υ.Σ.Ε. ανατίθεται (1991) ο μεταμοσχευτικός συντονισμός σε πανελλήνια κλίμακα. Το ίδιο έτος δημιουργήθηκε και το Εθνικό Συμβούλιο Μεταμοσχεύσεων (Ε.Σ.Μ.), με κύριο σκοπό τη συμβολή στην χάραξη της πολιτικής

μεταμοσχεύσεων στη χώρα, κατ' εισηγητικό και γνωμοδοτικό χαρακτήρα. Με τον Ν. 2737/99 το Ε.Σ.Μ. καταργήθηκε και οι αρμοδιότητές του μεταβιβάστηκαν στον Ε.Ο.Μ.<sup>28</sup>

Με τις διατάξεις του ίδιου νόμου (Ν. 2737/99) καταργήθηκε – μόνο σε ό,τι αφορά τον τομέα των μεταμοσχεύσεων – η 1468/85 υπουργική απόφαση «Σύσταση Υπηρεσίας Συντονισμού και Ελέγχου Προγράμματος Τελικού Σταδίου Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας και Μεταμοσχεύσεων». Οι αρμοδιότητες της Υ.Σ.Ε. που αφορούν την μεταμόσχευση μεταβιβάστηκαν στον Ε.Ο.Μ., η δε Υ.Σ.Ε. διατηρήθηκε, και λειτουργεί με αρμοδιότητες, μεταξύ άλλων, ότι αφορά την απογραφή την τήρηση και ενημέρωση αρχείου, και την περίθαλψη των νεφροπαθών, που βρίσκονται στο τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας. Τις αρμοδιότητες δηλαδή της παρακολούθησης της λειτουργίας των Μονάδων Εξωνεφρικής Κάθαρσης (Μ.Ε.Κ.), διακίνησης νεφροπαθών σε Μ.Ε.Κ. (κυρίως των άπορων – ανασφάλιστων και των εκ του εξωτερικού προερχομένων) και συμμετοχής στις προνοιακές λειτουργίες που αφορούν τους νεφροπαθείς. Λειτουργεί καθ' όλη την διάρκεια λειτουργίας των Μ.Ε.Κ. (πρωί-απόγευμα). Συλλέγει και επεξεργάζεται στατιστικά και επιδημιολογικά δεδομένα νεφροπαθών και στατιστικά μονάδων εξωνεφρικής κάθαρσης (απαραίτητων, μεταξύ άλλων και για τον σχεδιασμό περαιτέρω ανάπτυξης Μ.Ε.Κ.) και είναι υπεύθυνη για το Εθνικό Αρχείο Καταγραφής Νεφροπαθών (Εθνικό Registry) και την εν συνεχεία ενημέρωση του Ευρωπαϊκού Αρχείου Καταγραφής Νεφροπαθών (ERA Registry)<sup>29</sup>.

#### **Ο ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ**

ο δημιουργηθείς με τον Ν. 2737/99 Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων αποτελεί νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου, το οποίο τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και λειτουργεί βάσει οργανισμού – εσωτερικού κανονισμού (Π.Δ. 6/9.1.2001). Διοικείται από εντεκαμελές διοικητικό συμβούλιο, που αποτελείται από: έναν καθηγητή ιατρικής σχολής με ειδικότητα σε γνωστικό αντικείμενο συναφές προς τη μεταμόσχευση, ένα διευθυντή μεταμοσχευτικού κέντρου μυελού των οστών, προτεινόμενο από το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας, ένα διευθυντή μονάδας εντατικής θεραπείας νοσηλευτικού ιδρύματος, που εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (Υ.Υ.Π.), ένα διευθυντή μεταμοσχευτικού κέντρου συμπαγών οργάνων νοσηλευτικού ιδρύματος εποπτευόμενου από το Υ.Υ.Π., ένα διευθυντή κέντρου ιστοσυμβατότητας, το οποίο ασχολείται με τις μεταμοσχεύσεις, ένα καθηγητή ή αναπληρωτή καθηγητή νομικού τμήματος Α.Ε.Ι., έναν εκπρόσωπο του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, έναν ανώτερο υπάλληλο του Υ.Υ.Π., έναν εκπρόσωπο της Εκκλησίας της Ελλάδος, ένα λήπτη ή υποψήφιο λήπτη μοσχεύματος



ιστών ή οργάνων που ορίζεται από την Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες και ένα εκπρόσωπο του Εθνικού Συνδέσμου Διπλωματούχων Νοσηλευτών Ελλάδος.

Σκοπός του Ε.Ο.Μ. είναι η υποβοήθηση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για τη χάραξη εθνικής πολιτικής στον τομέα των μεταμοσχεύσεων. Για την εκπλήρωση του σκοπού του, ο Ε.Ο.Μ. μεταξύ άλλων:

- α) Εισηγείται τους όρους, τις προϋποθέσεις και τη διαδικασία των μεταμοσχεύσεων, καθώς και κώδικα δεοντολογίας για τη λειτουργία των Μονάδων Μεταμοσχεύσεων και των Τραπεζών Ιστών προς μεταμόσχευση.
- β) Οργανώνει και συντονίζει σε τοπικό, κρατικό και διακρατικό επίπεδο τη διακίνηση μοσχευμάτων, στα οποία συμπεριλαμβάνεται ο μυελός των οστών.
- γ) Καταγράφει τους δωρητές ιστών και οργάνων, δυνητικούς δότες και υποψήφιους λήπτες οργάνων.
- δ) Προτείνει στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας τη χορήγηση άδειας για την ίδρυση Μονάδας Μεταμόσχευσης ή Τράπεζας Ιστών προς μεταμόσχευση.
- ε) Προβαίνει σε ετήσια εκτίμηση και αξιολόγηση του τρόπου λειτουργίας και των αποτελεσμάτων των Μονάδων Μεταμοσχεύσεων και υποβάλλει έκθεση στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.
- στ) Συνεργάζεται με αντίστοιχους οργανισμούς και μεταμοσχευτικά κέντρα της αλλοδαπής για την προμήθεια και ανταλλαγή μοσχευμάτων.
- ζ) Μερικά για την ψυχοκοινωνική υποστήριξη των ληπτών, των ζώντων δοτών και των συγγενών των δοτών.
- η) Επιδιώκει με κάθε πρόσφορο τρόπο και ιδίως με την οργάνωση κατάλληλης ενημέρωσης και πληροφόρησης του κοινού, την αύξηση του αριθμού των προοριζόμενων για μεταμόσχευση οργάνων.

Η διάρθρωση των υπηρεσιών που περιλαμβάνει τμήμα παρακολούθησης και συντονισμού μεταμοσχευτικής διαδικασίας, τμήμα διοικητικού – οικονομικού και τμήμα ιστών προς μεταμόσχευση, ιστοσυμβατότητας και τραπεζών ιστών προς μεταμόσχευση, με αρμοδιότητες, μεταξύ άλλων, την ανεύρεση, εξασφάλιση και αξιοποίηση των προσφερομένων οργάνων, το συντονισμό και έλεγχο της διαδικασίας ανεύρεσης πτωματικών δοτών οργάνων με τελικό στόχο την προώθηση των μεταμοσχεύσεων, την επιμέλεια για την εξασφάλιση της απαιτούμενης ιατρικής φροντίδας προς το δότη μέχρι την αφαίρεση των προσφερομένων οργάνων, την επιμέλεια για την άμεση και σωστή οργάνωση της μεταφοράς των μοσχευμάτων σε τοπικό, εθνικό και διεθνές επίπεδο, σε συνεργασία με άλλους φορείς, την

παρακολούθηση της όλης διαδικασίας της μεταμόσχευσης και του συστήματος διάθεσης των μοσχευμάτων με σκοπό τη διασφάλιση αυτού και την τήρηση των προβλεπόμενων από τον νόμο μητρώων. Ελέγχει τα μεταμοσχευτικά κέντρα ιστών, τα εργαστήρια που υποστηρίζουν μεταμοσχευτικά κέντρα καθώς και τις τράπεζες ιστών προς μεταμόσχευση. Τηρεί τα μητρώα εθελοντών δοτών μυελού των οστών, τα μητρώα που αφορούν όλες τις μεταμοσχεύσεις ιστών και τα στοιχεία που υποχρεωτικά υποβάλλουν σε αυτό τα εργαστήρια ιστοσυμβατότητας, σχετικά με τις πράξεις στις οποίες προβαίνουν και οι οποίες αφορούν εν γένει τις μεταμοσχεύσεις ιστών ή οργάνων<sup>36</sup>.

Με τις διατάξεις του Ν. 2737/1999 ορίζεται, για τους συντονιστές μεταμοσχεύσεων, ότι προσφέρουν υπηρεσίες για την προώθηση των μεταμοσχεύσεων και υποβοηθούν το μεταμοσχευτικό έργο, οι δε θέσεις τους συστήνονται στον Ε.Ο.Μ. και στις μονάδες των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, που συμμετέχουν στην μεταμοσχευτική διαδικασία<sup>29</sup>.

#### **5.6.5. Η ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΗΣ ΔΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ ΩΣ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗΣ ΑΞΙΑΣ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΘΕΤΙΚΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ ΤΗΣ ΚΟΙΝΗΣ ΓΝΩΜΗΣ**

Η μετά θάνατο δωρεά οργάνων και ιστών αποτελεί ένα πολυδιάστατο και πολυσύνθετο φαινόμενο με ηθικές, φιλοσοφικές, νομικές, ψυχο-κοινωνικές, πολιτισμικές και θρησκευτικές προεκτάσεις. Από τις ανωτέρω, η ψυχο-κοινωνική θεώρηση της δωρεάς οργάνων είναι, κατά κοινή ομολογία, η σημαντικότερη, ίσως, συνιστώσα στη διαμόρφωση θετικών στάσεων της κοινής γνώμης και κατ' επέκταση στη σχεδίαση ενός προγράμματος ενημέρωσης. Τρεις βασικές διαστάσεις θεμελιώνουν την υποκειμενική της αξία και χρησιμότητα: α. η ψυχική, β. η κοινωνική και γ. η υπαρξιακή.

Η ψυχική διάσταση είναι συνώνυμη με την υποκειμενική αντίληψη του εαυτού. Περιλαμβάνει την προσωπικότητα του ατόμου, τις ποικίλες ψυχολογικές παραμέτρους, αλλά και τα σωματικά δεδομένα του εαυτού και της οντότητας του. Πλην της υποκειμενικής αντίληψης, η έννοια του εαυτού έχει και μια εξωτερική αντικειμενική υπόσταση. Το σώμα είναι ταυτόσημο με τον εαυτό, η εικόνα του σώματος αντανακλά την εικόνα του εαυτού. Σε αυτό το σημείο τοποθετείται ο πρώτος προβληματισμός για το κοινό και ο οποίος πρέπει να ληφθεί υπόψη κατά τη σχεδίαση ενός προγράμματος ενημέρωσης. Αφορά την στην υποκειμενική αίσθηση του διαμελισμού του σώματος, η οποία ενισχύεται επίσης από αντιλήψεις σχετικά με την

μεταφυσική αίσθηση της αρτιμέλειας και της σωματικής ακεραιότητας μετά θάνατο. Αντιλήψεις που πηγάζουν από σωρεία μύθων στην ιστορία του ανθρώπου, που διαμορφώνουν προκαταλήψεις και δημιουργούν αρνητική στάση στην ιδέα της δωρεάς οργάνων.

Όμως, εάν η ατομικότητα δεν υπάρχει παρά μόνο στη ζωή ή στη ψυχή, τότε το σώμα του νεκρού δεν αντιπροσωπεύει τίποτα άλλο παρά μόνο την τελευταία ανάμνηση της ζωής. Ακριβώς γι' αυτό, κάθε ιδέα ότι η δωρεά οργάνων παραβιάζει την ακεραιότητα του σώματος δύσκολα τεκμηριώνεται. Αυτή η τελευταία ανάμνηση προσεγγίζει την εικόνα που κανείς επιθυμεί να διατηρήσει για το αγαπημένο πρόσωπο που χάνεται. Το σώμα, αν και δεν αποτελεί το πρόσωπο, εντούτοις εκπέμπει σεβασμό γιατί ήταν η κιβωτός της ζωής του. Κάθε έλλειψη σεβασμού προς το σώμα εκείνου που υπήρξε ανθρώπινο είδος, μπορεί να ερμηνευτεί ως έλλειψη σεβασμού προς τον ίδιο, προς τους συγγενείς του και μέσω αυτών, προς την ανθρωπότητα στο σύνολό της.

Η κοινωνική διάσταση που σχετίζεται με τις λειτουργίες και τις μεθόδους της κοινωνικοποίησης, μέσω της οποίας κάθε άτομο μετουσιώνεται από βιολογικό ον σε κοινωνική ύπαρξη και οντότητα, αφορά τις πεπαιθώσεις, στις στάσεις, στις συμπεριφορές του ατόμου, έτσι όπως αυτές διαμορφώνονται, μέσα από τις διαδικασίες και τα δεδομένα μιας διαρκούς κοινωνικοποίησης.

Είναι κοινά αποδεκτή η διαπίστωση ότι το σύστημα αξιών που διέπει τις σχέσεις των ατόμων στα σύγχρονα κοινωνικά πλέγματα συνηγορεί υπέρ ενός προτύπου εγωκεντρικού και ατομικιστικού και λιγότερο υπέρ ενός προτύπου αλτρουιστικού και ανθρωπιστικού. Δυστυχώς, η σύγχρονη ζωή δείχνει να πορεύεται προς την καλλιέργεια των ατόμων ως μικρών κεντρομόλων υπάρξεων και εγωπαθητικών προσωπικοτήτων. Η ταχύτατη εξέλιξη του ελληνικού κοινωνικού πλέγματος, κατά τις τελευταίες δεκαετίες, κατέλυσε τις παραδοσιακές έννοιες της αρωγής και της προσφοράς. Οι επιπτώσεις της εξέλιξης αυτής είχαν ως αποτέλεσμα όχι μόνο την απώλεια των παλιότερων γνώριμων χαρακτηριστικών της ελληνικής νοοτροπίας, αλλά είχε επίσης ως αποτέλεσμα, ο σύγχρονος Έλληνας σαν εξαντλεί τα συναισθήματα του αλτρουισμού και της κοινής συνύπαρξης στα στενά οριοθετημένα πλαίσια μιας πυρηνικής οικογένειας σε κρίση.

Ένα προσεκτικά σχεδιασμένο πρόγραμμα ενημέρωσης ευαισθητοποίησης του κοινού στην ιδέα της δωρεάς οργάνων οφείλει να αναπτύσσει ως κεντρικό άξονα την αντίληψη ότι η δωρεά οργάνων είναι πρωτίστως μια πράξη εκτίμησης και σεβασμού προς το ίδιο το άτομο και στη συνέχεια προς το συνάνθρωπό του. Η εστίαση στην

αντίληψη αυτή στηρίζεται στη μετουσίωση του σύγχρονου προτύπου του εγωπαθητικού ατόμου σε κοινωνικό άτομο και στην καλλιέργεια ενός ανθρωπιστικού πνεύματος που σέβεται τον εαυτό του ατόμου και των άλλων, εκείνων που συνθέτουν το ευρύτερο περιβάλλον μέσα στο οποίο κοινωνικοποιήθηκε και έζησε. Τότε, ίσως τα περισσότερα άτομα να μην διαμόρφωναν αρνητική στάση στην ιδέα της δωρεάς οργάνων ή να μην αδιαφορούσαν, να μην δίσταζαν να προσφέρουν κάτι που δεν χρειάζονται, όταν κάποιος άλλος προσπαθούν να κρατηθούν στη ζωή.

Η υπαρξιακή διάσταση που σχετίζεται με την ώριμη αντιμετώπιση και αποδοχή του κύκλου «ζωή - θάνατος», αφορά στην αποδοχή της πραγματικότητας του εφήμερου, μέσα στην ιστορία, όντος που έχει αρχή και τέλος, στην αποδοχή ότι σε κάθε στιγμή της ζωής ελοχεύει το αναπόφευκτο, το τέλος.

Ο πολιτισμός της κάθε εποχής, οι αξίες με τις οποίες ένα άτομο κοινωνικοποιείται, η διαπαιδαγώγηση που λαμβάνει, τα βιώματα και οι εμπειρίες που αποκτά στην πορεία της ζωής του, διαμορφώνουν μια συγκεκριμένη αντίληψη για το θάνατο, ένα γεγονός που είναι αφ' εαυτού φυσικό και αναμενόμενο, εν τούτοις όμως γίνεται κάθε φορά δύσκολα αποδεκτό. Εάν το γεγονός αυτό είναι ευκολότερα αποδεκτό στην περίπτωση θανάτου ενός ηλικιωμένου ατόμου, διότι ο θάνατος είναι αναμενόμενος, στην περίπτωση αιφνίδιου θανάτου ενός νεαρού ατόμου, το γεγονός βιώνεται τουλάχιστον ως «αδικία» και ως επί το πλείστον δεν γίνεται άμεσα αποδεκτό.

Για την οικογένεια του δότη, η δωρεά οργάνων μπορεί να αποτελέσει μία πράξη χρήσιμη που προσδίδει μια θετική διάστασης στο οξύ και αιφνίδιο πένθος. Οι συγγενείς έχουν την ανάγκη να αισθάνονται ότι ο αγαπημένος τους δεν έπαψε να έχει αξία για τον εαυτό του και τους γύρω του. Αυτό δεν σημαίνει ότι ο συναισθηματικός πόνος από την απώλεια του αγαπημένου τους δεν υφίσταται, αλλά μπορεί να τους βοηθήσει να βιώσουν την εμπειρία του πένθους και να δώσουν ένα νόημα σε ένα θάνατο που μοιάζει να είναι ανεξήγητος, ακατανόητος, άδικος. Η απόφαση για τη δωρεά οργάνων είναι δυνατόν να εκφράσει έτσι μια διάθεση σεβασμού και μια στάση εκτίμησης προς τον απόντα και μια εκδήλωση συναισθημάτων ανθρωπισμού προς εκείνον, ο οποίος αναμένει να του δοθεί μια ευκαιρία για να κρατηθεί στη ζωή.

Όταν η προσωπική παρένθεση του κάθε ανθρώπου στο χρόνο κλείσει, η πράξη της δωρεάς είναι ένδειξη σεβασμού και εκτίμησης του εαυτού του και της ύπαρξής του, είναι πράξη σεβασμού και κατανόησης της ανάγκης μια άλλης ύπαρξης να συνεχίσει τη δική της προσωπική παρένθεση στο χρόνο. Ίσως τελικά, τα άτομα που εκτιμούν τη ζωή τους και σέβονται τον εαυτό τους είναι εκείνα που μετά από

ώριμη σκέψη εκδηλώνουν την επιθυμία της μετά θάνατο δωρεάς οργάνων για μεταμόσχευση.

Ένα πρόγραμμα ενημέρωσης – ευαισθητοποίησης οφείλει να λαμβάνει υπόψη τις ανωτέρω διαστάσεις της ψυχοκοινωνικής θεώρησης της δωρεάς οργάνων. Είναι γνωστό από την κοινωνική ψυχολογία και την κοινωνιολογία, ότι η έννοια των στάσεων περιέχει γνωστικά και συναισθηματικά στοιχεία, τα οποία καταλήγουν στη διαμόρφωση και εκδήλωση της κοινωνικής συμπεριφοράς ενός ατόμου.

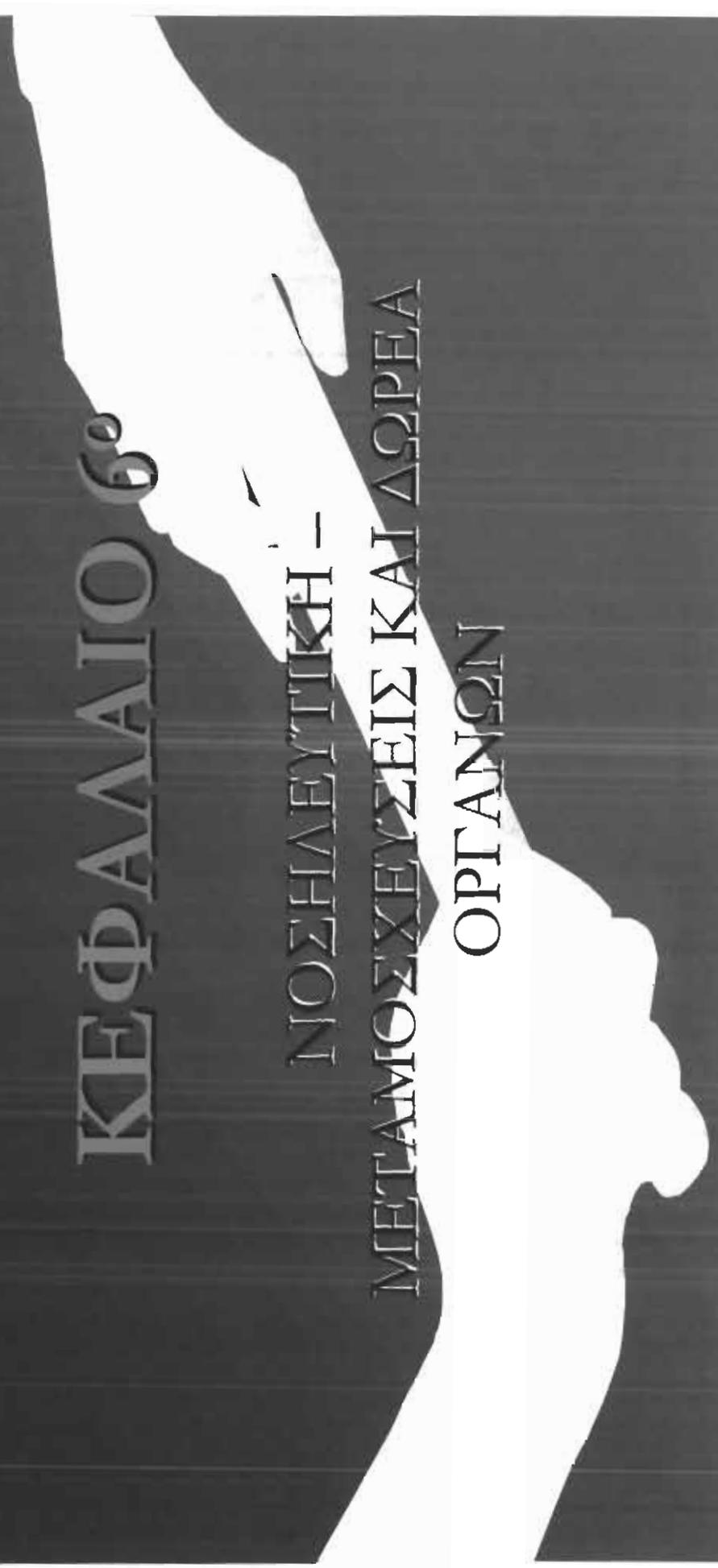
Είναι επίσης γνωστό, ότι η διαμόρφωση των στάσεων προϋποθέσει την επίτευξη δύο βασικών στόχων:

- α) Της ταύτισης, όπου το άτομο αποδέχεται τις αξίες και πεποιθήσεις που του παρέχονται και ταυτίζεται με αυτές, και
- β) Της εσωτερίκευσης, όπου η διαμορφούμενη νέα στάση ενσωματώνεται στο προϋπάρχον σύνολο των στάσεων του ατόμου. Η εσωτερίκευση αποτελεί τη βασική εκείνη παράμετρο που καθορίζει τη διάρκεια ύπαρξης και αποδοχής μιας νέας στάσης, άλλως, αυτή τροποποιείται ή αντικαθίσταται από μια άλλη.

Συνήθως, όταν οργανωμένοι φορείς προσπαθούν να επηρεάσουν τις στάσεις ατόμων ή ομάδων του πληθυσμού σε κάποιο θέμα, παρατηρείται το φαινόμενο να επικεντρώνονται περισσότερο ή στα γνωστικά ή στα συναισθηματικά στοιχεία, ελπίζοντας ότι, είτε η κατανόηση του θέματος, είτε η συναισθηματική επιρροή θα επιφέρει τα αποτελέσματα που επιθυμούν σχετικά με την τροποποίηση της συμπεριφοράς τους. Όμως αυτός ο σχεδιασμός δεν οδηγεί συχνά στην επίτευξη των επιδιωκόμενων στόχων. Αντίθετα, ο συνδυασμός των γνωστικών και συναισθηματικών στοιχείων, ανάλογα με τις εκτιμώμενες ανάγκες ενημέρωσης του πληθυσμού, επιφέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα<sup>23</sup>.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ -  
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΩΡΕΑ  
ΟΡΓΑΝΩΝ



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>**

### **6.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ – ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ**

Όλοι μας παρακολουθούμε καθημερινά, τόσο από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, όσο πιθανώς και από τα Νοσοκομεία μας, την αλματώδη ανάπτυξη, που έχουν οι μεταμοσχεύσεις οργάνων στον τόπο μας. Το χρόνο που μας πέρασε έγιναν και πάλι μεταμοσχεύσεις καρδιάς, ήπατος, παγκρέατος, μυελού των οστών που μαζί μ' αυτές των νεφρών και του κερατοειδούς, εξάντλησαν σχεδόν το σύνολο των οργάνων που μπορούμε να μεταμοσχεύσουμε σήμερα. Μαζί με την τεράστια αυτή ανάπτυξη, παρουσιάστηκαν και οι πρώτοι προβληματισμοί (ηθικοί κατά βάση), αλλά και τα προβλήματα για την οργάνωση και το συντονισμό τόσο ειδικοτήτων και υπηρεσιών, που εμπλέκονται στη διαδικασία μιας μεταμόσχευσης.

Είναι βέβαιο ότι δεν είναι δυνατόν να πραγματοποιηθούν τέτοιες μείζονες επεμβάσεις, που περιλαμβάνουν την εγχείρηση αφαιρέσεως των οργάνων από το δότη, και την τοποθέτησή τους στους λήπτες, χωρίς τη συνεργασία της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, η οποία με τη σειρά της πρέπει να εξειδικευθεί και να μετεκπαιδευτεί, για να είναι έτοιμη να συνεισφέρει αποτελεσματικά τον πολύτιμο ρόλο της.

Η αλματώδης πρόοδος της χειρουργικής από τις εξειδικεύσεις κάθε ειδικότητας και τα νεότερα χειρουργικά πεδία με τα οποία καταπιάνονται σήμερα οι χειρουργοί, δεν θα μπορούσαν να επιτευχθούν, εάν παράλληλα η περιεγχειρητική νοσηλευτική κάλυψη δεν είναι εξ' ίσου εξειδικευμένη και ενημερωμένη πάνω στα διεθνώς σήμερα δεδομένα.

Η κοινή γνώμη υποστηρίζει τις μεταμοσχεύσεις, ωστόσο οι περισσότεροι άνθρωποι δεν είναι ενθουσιώδεις με την ιδέα να γίνουν δωρητές οργάνων. Η υψηλή ζήτηση για μεταμόσχευση οργάνων αποδίδεται στην αυξανόμενη επιτυχία των μεταμοσχεύσεων, καθώς και στον μεγαλύτερο χρόνο επιβίωσης του μοσχεύματος, απόρροια προόδων στην ταυτοποίηση των ιστών (ιστοσυμβατότητα) καθώς και τη χρήση νέων ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων. Επίσης, ο αυξανόμενος αριθμός των αρρώστων σε τελικά στάδια ανεπάρκειας των οργάνων, κάνει τη μεταμόσχευση όλο ένα πιο επιζητούμενη.

Η κοινωνία και η τεχνολογία υποστηρίζουν την επιστημονική πρόοδο, αλλά ωστόσο οι αντιλήψεις ενός ατόμου μπορεί να αναστείλουν ενέργειες οι οποίες θα υποστήριζαν τέτοιες προόδους.

### 6.1.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΙΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ

Οι μεταμοσχεύσεις οργάνων έχουν επισύρει την προσοχή του κοινού και των μέσων μαζικής ενημέρωσης.

Το κοινό πρέπει ν' αντιληφθεί την ανάγκη αύξησης των δωρητών οργάνων, επίσης τα μέσα μαζικής ενημέρωσης παγκόσμια να συνεισφέρουν εποικοδομητικά σ' αυτή και να θυμηθούμε πόσο συνέβαλε επίσης η προβολή της απόφασης του Ρήγκαν πριν μερικά χρόνια να γίνει δωρητής οργάνων, όπως και άλλων επώνυμων στην Ευρώπη.

Οι νοσηλευτές που συμμετέχουν στις μεταμοσχεύσεις, θα πρέπει να έχουν:

- Αυξημένες τεχνολογικές γνώσεις,
- Να διαθέτουν κριτικό πνεύμα,
- Σύνθετη, ταχύτατη ορθή σκέψη,
- Φυσικές και ψυχολογικές γνώσεις.

### 6.1.2. ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ

Είναι σαφές ότι οι μεταμοσχεύσεις οργάνων προϋποθέτουν οργάνωση και συντονισμό πολλών ειδικοτήτων και υπηρεσιών που εμπλέκονται στη διαδικασία της μεταμόσχευσης.

#### **A. ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΚΑΙ ΤΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΟΡΓΑΝΩΝ**

- i Set εργαλείων δότη (container) για τη λήψη οργάνων κοιλίας (νεφροί - πάγκρεας – ήπαρ).
- ii Set εργαλείων μεταμόσχευσης νεφρού – ήπατος – παγκρέατος.
- iii Δύο μεταλλικές λεκάνες αποστειρωμένες για την τοποθέτηση και έκπλυση των οργάνων.
- iv Τρεις πλαστικοί αποστειρωμένοι σάκοι, για τη συλλογή και τοποθέτηση των οργάνων, ή αποστειρωμένο δοχείο που σκεπάζεται καλά.
- v Δύο φορητά ψυγεία για τη μεταφορά των οργάνων από το νοσοκομείο λήψης στο μεταμοσχευτικό κέντρο. Παγάκια για τη συντήρηση των οργάνων.
- vi Ειδικοί καθετήρες.
- vii Φαρμακευτικός εξοπλισμός ανάλογος με το όργανο λήψης.
- viii Ράμματα.
- ix Set αποστειρωμένου ιματισμού και ενδυμασίας (κατά προτίμηση μ.Χ.).
- x Ειδικά υγρά συντήρησης WINSKOSIN 4° C (3-4 lit) για τα όργανα κοιλίας.
- xi Φυσιολογικός ορός (4° C) για την συντήρηση καρδιάς και πνεύμονος (8 lit).



- xii Δύο βαλίτσες μεταφοράς εργαλείων και εφοδίων.
- xiii Σωληνάρια για αερόβια και αναερόβια καλλιέργεια.
- xiv Συσκευή (αντλία) εξωσωματικής κυκλοφορίας.

## **B. ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ**

Η 24ωρη ετοιμότητα σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό καθώς και σε εργαλεία και εφόδια, για λήψη και μεταμόσχευση οργάνων. (Η ομάδα αφαίρεσης και μεταμόσχευσης των οργάνων, απαιτεί προσωπικό με ιδιαίτερη εμπειρία και επιδεξιότητα).

Η ομάδα λήψης οργάνων αποτελείται:

- 1) Από τρεις – τέσσερις χειρουργούς (γενικοί χειρουργοί – καρδιοχειρουργοί).
  - 2) Έναν έμπειρο νοσηλευτή εργαλειοδότη με ανεπτυγμένες τεχνικές δεξιότητες και γνώσεις.
  - 3) Ένα συντονιστή νοσηλευτή (coordinator).
  - 4) Ένα τεχνικό εξωσωματικής κυκλοφορίας (επί λήψης ήπατος).
- Η καθορισμένη ομάδα είναι διαθέσιμη (απαλλαγμένη άλλων υποχρεώσεων ) και μόλις δοθεί το μήνυμα ξεκινάει για το νοσοκομείο του δότη.
  - Κάθε μέλος της ομάδας πρέπει να είναι αφοσιωμένο στο να προλαμβάνονται επιπλοκές και εναλλαγές, με πιθανότητες για επιτυχή μεταμόσχευση του αρρώστου.
  - Η αυτοδύναμη προετοιμασία της ομάδας αφαίρεσης οργάνων σε εργαλεία και εφόδια) διότι η εγχείρηση του δότη γίνεται πολλές φορές σε άλλο νοσοκομείο και πιθανώς στο άμεσο μέλλον και στο εξωτερικό.
  - Τα άτομα της ομάδας αυτής καλό θα είναι να έχουν εφοδιαστεί με συστήματα τηλεειδοποίησης.

### **6.1.2. ΔΟΤΗΣ**

#### **ΟΜΑΔΕΣ ΔΟΤΩΝ**

1. Δότης Μονάδας Εντατικής.
2. Ζών Δότης.

#### **1. ΔΟΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ**

##### **1.α. Δότης οργάνων εκτός νοσοκομείου**

Όταν η υπεύθυνη νοσηλεύτρια του χειρουργείου ειδοποιηθεί για επικείμενη μεταμόσχευση, φθάνει αμέσως στο νοσοκομείο και συγκεντρώνει τα απαραίτητα εργαλεία και εφόδια για τη λήψη οργάνων σε άλλο νοσοκομείο.

Τα εργαλεία και τα εφόδια τοποθετούνται σε δύο βαλίτσες, οι οποίες φυλάσσονται σε συγκεκριμένο σημείο και είναι έτοιμες για τη μεταφορά. Τα φορητά ψυγεία γεμίζονται με παγάκια και είναι έτοιμα. Η ομάδα λήψης είναι καθορισμένη και έτοιμη για αναχώρηση. Απαραίτητος είναι ο συντονισμός των κινήσεων της ομάδας και αφορά την ώρα αναχώρησης και άφιξης αυτής στο νοσοκομείο του δότη.

### 1.β. Δότης οργάνων εντός νοσοκομείου

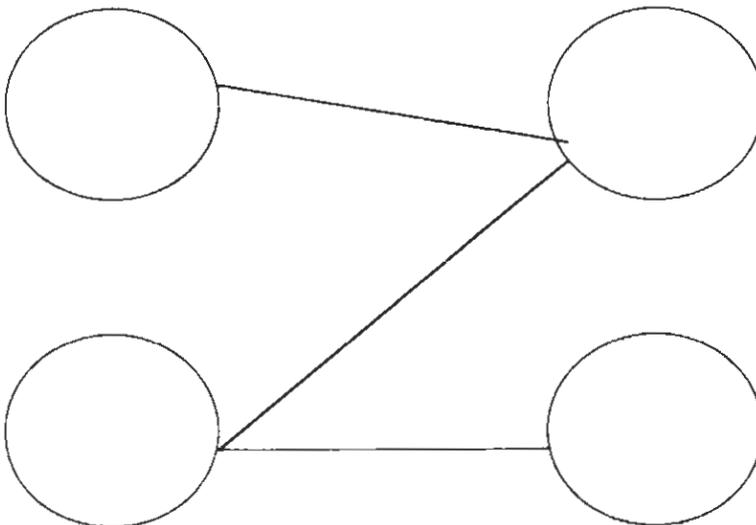
Στην περίπτωση όπου ο δότης βρίσκεται στο ίδιο νοσοκομείο με τον λήπτη, η προετοιμασία του λήπτη γίνεται σχεδόν ταυτόχρονα με τη λήψη του μοσχεύματος από το δότη, η δε προετοιμασία των εργαλείων και εφοδίων καθώς και ο συντονισμός της εργασίας είναι ο ίδιος, όπως όταν ο δότης είναι εκτός νοσοκομείου.

## 2. ΖΩΝ ΔΟΤΗΣ

Ιδιαίτερη ομάδα στις μεταμοσχεύσεις νεφρών αποτελεί ο συγγενής ζων δότης (π.χ. μητέρα προς παιδί), όπου απαιτούνται δύο παραπλεύρως κείμενες χειρουργικές αίθουσες (μία για τον δότη και μία για τον λήπτη), η δε ετοιμότητα σε εργαλεία και εφόδια είναι η ίδια, όπως και στον πτωματικό δότη.

### 1. Νοσηλευτής Εντατικής Μονάδος

Νοσηλευτές χειρουργείου δότη  
(κυκλοφορίας και εργαλειοδότης)  
Νοσηλευτής αναισθησιολογικού (1)  
Νοσηλευτής συντονισμού  
(procurement coordinator)  
Νοσηλευτής συντονισμού  
(κλινικός coordinator)  
**ΣΥΝΟΛΟ: ΠΕΝΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ**



Νοσηλευτές χειρουργείου  
(κυκλοφορίας και εργαλειοδότης)  
Νοσηλευτής αναισθησιολογικού  
Νοσηλευτής συντονισμού  
(κλινικός coordinator)  
**ΣΥΝΟΛΟ: ΤΕΣΣΕΡΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ**

## ΔΟΤΗΣ

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

- 1 Νοσηλεύτρια ΜΕΘ
- 1 Νοσηλεύτρια εργαλειοδότης
- 1 Νοσηλεύτρια κυκλοφορίας
- 1 Νοσηλεύτρια αναισθησιολογικού
- 1 Νοσηλεύτρια συντονισμού (procurement coordinator)
- 1 Νοσηλεύτρια συντονισμού (κλινικός coordinator)

**ΣΥΝΟΛΟ: 6 ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ**

### 6.1.3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΟΥ ΔΟΤΗ

#### Προ της αφαίρεσης των οργάνων (allocation)

#### Προεγχειρητικά στη Μονάδα Εντατικής

#### Νοσηλεύτρια Μονάδας Εντατικής

Η διάρκεια διατήρησης των ζωτικών λειτουργιών ενός εγκεφαλικά νεκρού ποικίλλει από άτομο σε άτομο.

Ο μέσος όρος διατήρησης των ζωτικών λειτουργιών, μετά τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου, είναι 72 ώρες, παρόλη τη δυνατή υποστήριξη.

Έτσι γίνεται αντιληπτό ότι οι διάφορες διαδικασίες πρέπει να γίνονται στον ελάχιστο χρόνο, ώστε να πετύχουμε την καλή λειτουργικότητα των μοσχευμάτων και την επιτυχία των μεταμοσχεύσεων.

Όταν υπάρχει δότης στη Μονάδα Εντατικής, είναι απόλυτη και επιτακτική ανάγκη να διατηρηθούν η λειτουργικότητα και η καλή κατάσταση των υπό μεταμόσχευση οργάνων.

Για την εξασφάλιση αυτών, ο έμπειρος νοσηλεύτριας της μονάδας έχει την ευθύνη για τις ακόλουθες φροντίδες:

- 1) Έλεγχο λειτουργίας του αναπνευστήρα και οξυγόνωση του δότη στα φυσιολογικά επίπεδα.
- 2) Τραχειοβρογχικές αναρροφήσεις με άσηπτο τεχνική.
- 3) Συνεχή παρακολούθηση (Monitoring) του δότη για ΗΚΓ δραστηριότητα.
- 4) Λήψη και καταγραφή αρτηριακής και φλεβικής πίεσης.
- 5) Ωριαία μέτρηση και καταγραφή ούρων.
- 6) Φροντίδα των καθετήρων με άσηπτο τεχνική.
- 7) Φροντίδα για την κατ' εντολή του γιατρού ενυδάτωση.
- 8) Διεκπεραίωση αιμοληψιών για πλήρη βιοχημικό έλεγχο και τύπο αίματος (ABO).
- 9) Εξέταση και καταγραφή αερίων αίματος.

- 10) Διεκπεραίωση καλλιέργειών, τραχείας, αίματος, ούρων, τυχόν τραύματος. (βοήθεια του γιατρού στη λήψη, τοποθέτηση σε αποστειρωμένα φιαλίδια, ασφαλής μεταφορά προς τα εργαστήρια).
- 11) Διατήρηση της θερμοκρασίας του δότη στους 34-36° C αντιμετωπίζοντας την υποθερμία των (<35° C) με ειδικά μέτρα θέρμανσης (με ζεστές κουβέρτες).
- 12) Ύγρανση, λίπανση και κάλυψη επιπεφυκότων με κολλύριο και αλοιφή οφθαλμιατρική.
- 13) Καταγραφή της ηλικίας, βάρους και ύψους καθώς και των διαστάσεων του θώρακα εάν πρόκειται να προμηθευτούμε καρδιά και πνεύμονες (Μέγεθος καρδιάς και πνευμόνων).

### **Νοσηλευτής χειρουργείου μεταμοσχευτικού κέντρου**

#### **Η συμμετοχή του νοσηλευτή του Μ.Κ. προ της αφαίρεσης των οργάνων**

Ο νοσηλευτής του Μ. Κ. όταν ειδοποιηθεί για επικείμενη μεταμόσχευση:

- 1) Συγκεντρώνει τα απαραίτητα εργαλεία και εφόδια.
- 2) Τοποθετεί τα εργαλεία και τα εφόδια σε δύο ξεχωριστές βαλίτσες.
- 3) Φροντίζει να είναι γεμάτα με παγάκια (στα 2/3) τα δύο φορητά ψυγεία.
- 4) Φροντίζει τα ανωτέρω υλικά να βρίσκονται σε συγκεκριμένο σημείο.
- 5) Η ομάδα λήψης είναι καθορισμένη και έτοιμη για αναχώρηση (τρεις-τέσσερις χειρουργοί, ένας νοσηλευτής εργαλειοδότης (όταν το νοσοκομείο του δότη στερείται έμπειρου νοσηλευτικού προσωπικού για την αφαίρεση και τη συλλογή ορισμένων οργάνων π.χ. καρδιάς), ένας τεχνικός εξωσωματικής (πιθανόν για την προμήθεια ήπατος), ένας νοσηλευτής συντονιστής (coordinator).
- 6) Ο συντονισμός των κινήσεων της ομάδας αφορά την ώρα αναχώρησης και άφιξης στο νοσοκομείο του δότη.

Τα 1, 2, 3, 4, 5, 6, ισχύουν και όταν ο Δότης είναι εντός νοσοκομείου. Η διαφορά είναι στο συντονισμό των κινήσεων των ομάδων (προμήθειας μεταμόσχευσης), δεδομένου ότι ο Δότης και ο Λήπτης βρίσκονται σε δύο παραπλεύρως κείμενες αίθουσες.

#### **Κατά την εγχείρηση αφαίρεσης των οργάνων (procurement)**

#### **Νοσηλεύτρια συντονισμού (προεγχειρητικά) στο χειρουργείο του Δότη**

Πριν ξεκινήσει αυτή η διαδικασία της συλλογής οργάνων, η νοσηλεύτρια συντονίστρια των μεταμοσχεύσεων, είναι υπεύθυνη για τρεις λεπτές δραστηριότητες εκτός από τα καθήκοντα ρουτίνας.

- **ΝΑ ΚΑΝΕΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΣΤΑ ΕΝΤΥΠΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ** (το οποίο περιλαμβάνει):
  - Ποιες διαδικασίες πρέπει να γίνουν και από ποιόν
  - Την ημερομηνία και την ώρα συγκατάθεσης
  - Ποια όργανα είναι να χρησιμοποιηθούν για μεταμόσχευση
  - Ποια όργανα θα πάρει ο λήπτης
- **ΝΑ ΚΑΤΑΓΡΑΨΕΙ ΤΑ ΧΡΟΝΙΚΑ ΔΙΑΣΤΗΜΑΤΑ**
- **ΝΑ ΔΙΑΤΥΠΩΣΕΙ ΤΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ**
- **ΝΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΕΙ ΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟ**

### **Νοσηλευτής Χειρουργείου Δότη (προεγχειρητικά)**

Ο Νοσηλευτής του χειρουργείου στο νοσοκομείο του δότη πρέπει να ετοιμάσει την εγχείρηση συλλογής των οργάνων, όταν πάρει το μήνυμα ότι η ομάδα συλλογής θα φθάσει στο χειρουργείο.

Πρέπει να έχει έτοιμα:

- 1) Καθαρή αίθουσα.
- 2) Ο εξοπλισμός της αίθουσας να λειτουργεί.
- 3) Τα απαραίτητα εφόδια που πιθανόν να χρειασθεί συμπληρωματικά η ομάδα προμήθειας, για μία συνηθισμένη εγχείρηση (π.χ. γάζες, υγρά, μαχαιρίδια, ιματισμό, ράμματα συρραφής των ιστών κ.ά.).
- 4) Το νοσηλευτικό προσωπικό της αίθουσας του δότη: νοσηλεύτης κυκλοφορίας, νοσηλεύτης εργαλειοδότης και βοηθητικό υγειονομικό προσωπικό (1-2 μεταφορείς).

Επίσης θα πρέπει να φροντίσει για την ενημέρωση και τον εφησυχασμό των συγγενών που αφορά την τακτοποίηση του σώματος του Δότη.

### **Διεγχειρητικά**

Με την άφιξη του δωρητή στο χειρουργείο, η ομάδα παίρνει τη θέση της, ο δωρητής τοποθετείται σε ύπτια θέση και προετοιμάζεται το χειρουργικό πεδίο, που εντοπίζεται από τον πώγωνα μέχρι την υπερηβική χώρα. Ο νοσηλευτής του χειρουργείου εφαρμόζει ηλεκτρόδια στο μηρό ή στο γλουτό του δωρητή. Ο νοσηλευτής και οι γιατροί του αναισθησιολογικού παρακολουθούν μέσω καταγραφής (monitor) το καρδιογράφημα, την καρδιακή συχνότητα, την αρτηριακή και φλεβική πίεση, τον κορεσμό του αρτηριακού αίματος σε οξυγόνο καθώς και τον αερισμό.

Επιπλέον παρακολουθείται προσεκτικά η αποβολή ούρων διότι οι νεφροί μπορούν πολύ εύκολα να επηρεαστούν από την παραμικρή μεταβολή στην αρτηριακή πίεση. Μείωση στην αποβολή των ούρων υποδεικνύει νεφρική βλάβη. Η

χειρουργική ομάδα προετοιμάζει το χειρουργικό πεδίο και αρχίζει τη διαδικασία αφού καλύψει το δωρητή με τον καθορισμένο τρόπο.

Ο νοσηλευτής του χειρουργείου φροντίζει να ενημερώσει και να καθησυχάσει τους συγγενείς ότι το προσωπικό του χειρουργείου θα σεβαστεί το σώμα του δότη και ότι θα το μεταφέρουν σε μέρος όπου θα μπορούν να το δουν.

### **Η χειρουργική ομάδα αφαίρεσης οργάνων**

Η χειρουργική ομάδα φθάνει πριν από τον καθορισμένο (Προγραμματισμένο) χρόνο στο χειρουργείο.

Στη χειρουργική αίθουσα μπορεί να βρίσκονται συγκεντρωμένα επτά ή οκτώ άτομα «πλυμένα» (3 νοσηλευτές, 3-4 χειρουργοί) για να βοηθήσουν στην εγχείρηση από την οποία και θα προμηθευτούν τα απαραίτητα όργανα.

Σ' αυτό το σημείο ο συντονιστής των μεταμοσχεύσεων (coordinator) με τα προσόντα επικοινωνίας που διαθέτει (έχει εκπαιδευτεί) αποτελεί πολύτιμο στοιχείο της προσωπικότητάς του, ο οποίος θα πρέπει να οδηγήσει ανάλογα τους χειρουργούς και τους νοσηλευτές να πλυθούν, τους νοσηλευτές κυκλοφορίας και το προσωπικό του αναισθησιολογικού, καθώς και να πληροφορήσει τους χειρουργούς για την κατάσταση της συγκεκριμένης περίπτωσης.

### **Ομάδα λήψης καρδιάς**

Η ομάδα λήψης καρδιάς, αποτελείται από έναν ή δύο χειρουργούς, ένα βοηθό και το νοσηλευτή συντονιστή του όλου έργου.

Η ομάδα αυτή θα επιστρέψει στο νοσοκομείο του λήπτη με μεταφορικό μέσον, ανάλογα με την απόσταση, διότι το δωρισμένο όργανο μπορεί να ζήσει (συντηρηθεί) για 4-5 ώρες μετά την αφαίρεσή του πριν να αρχίσει να καταστρέφεται.

### **Ομάδα λήψης καρδιάς πνευμόνων**

Είναι η ίδια.

### **Ομάδα λήψης νεφρών**

Η ομάδα λήψης νεφρών αποτελείται από τον ειδικευμένο χειρουργό, ο οποίος συνοδεύεται από ένα ή δύο βοηθούς.

Ο νεφρός ως επί το πλείστον μπορεί να διατηρηθεί εκτός του σώματος για 72 ώρες.

### **Ομάδα λήψης ήπατος**

Η ομάδα λήψης ήπατος αποτελείται από ένα χειρουργό με εξειδίκευση στις επεμβάσεις ήπατος ή άλλον ανάλογο χειρουργό και δύο βοηθούς.

Η ομάδα συνήθως μετακινείται με ασθενοφόρο ή αυτοκίνητο (φορτηγάκι) το οποίο ανήκει στο (Μ.Κ.) μεταμοσχευτικό κέντρο.

Αυτό εξασφαλίζει επαρκή αποτελεσματικό και άνετο τρόπο μετακίνησης για την ομάδα, η οποία συνήθως εργάζεται όλη την ημέρα και επί πλέον αντιμετωπίζει άλλες τόσες ώρες σκληρής χειρουργικής εργασίας, πριν ξεκινήσουν πάλι την επόμενη ημέρα στο χειρουργείο.

Επίσης η χρησιμότητα του αυτοκινήτου συνίσταται στο να μην απασχολείται και εκτός υπηρεσίας ένα από τα ασθενοφόρα. Το ήπαρ μπορεί να επιβιώσει για 24 ώρες πριν να αρχίζει η εμφάνιση οποιασδήποτε καταστρεπτικής βλάβης.

Μετά τη συλλογή των οργάνων, αν το νοσοκομείο του λήπτη βρίσκεται εκτός νοσοκομείου του Δότη σε άλλη πόλη, τότε ένα ελικόπτερο παραλαμβάνει:

- ⊠ Την ομάδα λήψης καρδιάς, μειώνοντας έτσι κατά πολύ τους κινδύνους να παγιδευτούν σε κυκλοφοριακή κίνηση, καθώς και το χρόνο μεταξύ προμήθειας του οργάνου και μεταμόσχευσης.
- ⊠ Αν το νοσοκομείο του λήπτη βρίσκεται στα προάστια, η μεταφορά γίνεται με αυτοκίνητο, ασθενοφόρο ή ελικόπτερο. Ο χειρουργός ο οποίος ηγείται της παραλαβής των οργάνων συνήθως ηγείται και της διαδικασίας μεταμόσχευσης.

## 6.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ ΤΟΥ ΔΟΤΗ

Αυτός πρέπει να εφαρμόσει τις βασικές αρχές για τη διατήρηση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας του δότη κατά τη διάρκεια της διαδικασίας. Ιδιαίτερη φροντίδα καταβάλλεται για το σεβασμό του νεκρού δότη, τόσο στην αίθουσα του χειρουργείου, όσο και στην αντιμετώπιση των συγγενών του.

1) Η ΑΝΑΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ ΤΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗΣ (ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΠΡΑΞΗ).

2) Η ενημέρωση των συγγενών του Δότη όσον αφορά τον τόπο και το χρόνο όπου θα τον δουν.

Μετεγχειρητικά ο νοσηλευτής του χειρουργείου παρέχει μεταθανάτια φροντίδα σύμφωνα με το πρωτόκολλο του νοσοκομείου και κανονίζει διακριτικά τη μεταφορά του δότη στο νεκροφυλάκειο.

3) Η βοήθεια του νοσηλευτή (συντονιστή) του Μ.Κ.:

- i Να τοποθετήσει με ασφάλεια τα όργανα.
- ii Να συγκεντρώσει τα εργαλεία του.
- iii Η αντιμετώπιση των δημοσιογράφων και άλλων επισκεπτών.
- iv Η ενημέρωση του γραφείου Διεύθυνσης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.

### 6.3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ ΤΟΥ Μ.Κ.

1. Η ενημέρωση του Μ.Κ. για το χρόνο άφιξης της ομάδας προμήθειας.
2. Η ασφαλής μεταφορά και φύλαξη των οργάνων (στο χειρουργείο του Μ.Κ. μέχρι την ώρα μεταμόσχευσης).
3. Η τακτοποίηση των εργαλείων και εφοδίων στις δύο βαλίτσες για την επιστροφή στο Μ.Κ.
4. Ο συντονισμός της εργασίας με την Αιμοδοσία, το Ανοσολογικό, το Φαρμακείο κ.λ.π.

Μετά από λίγες μέρες ο συντονιστής μεταμοσχεύσεων του Μ.Κ., αποστέλλει ευχαριστήριο γράμμα εκ μέρους της ομάδας Μ.Κ., στη διοίκηση του νοσοκομείου του δότη, στο προσωπικό της μονάδας εντατικής θεραπείας, καθώς και στο προσωπικό του χειρουργείου για την αμέριστη συμπαράστασή τους.

Ο συντονιστής επίσης αναφέρει οποιαδήποτε πληροφορία σχετικά με την τοποθέτηση των οργάνων.

Η εργασία της ομάδας συλλογής των οργάνων έχει πλέον ολοκληρωθεί κατά τον καλύτερο τρόπο.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η χειρουργική διαδικασία προμήθειας οργάνων μπορεί να προετοιμασθεί με ακρίβεια. Πέραν από τα καθιερωμένα σετς, με τα οποία το Μ.Κ. προμηθεύει το νοσοκομείο του δότη, το ίδιο το νοσοκομείο χρειάζεται, πέρα από τον βασικό εξοπλισμό λαπαροτομής και θωρακοτομής, οργάνωση αποστείρωσης, καθώς επίσης και έμπειρα άτομα από το προσωπικό. Αυτό πραγματικά αποτελεί μεγάλη πρόκληση για ένα συντονιστή χειρουργικής ομάδας προμήθειας οργάνων, να βλέπει όλες αυτές τις διαδικασίες να ολοκληρώνονται σε πράξεις στα πλαίσια μιας ομαλής λειτουργούσας ομάδας, που ασχολείται με την προμήθεια οργάνων και χαρίζει το δώρο της ζωής σ' έναν άλλο άνθρωπο.

### 6.4. ΛΗΠΤΗΣ

#### Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

#### A. ΣΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

##### Προεγχειρητική Διδασκαλία

Η προεγχειρητική διαδικασία γίνεται από τους: Γιατρούς, νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές, διαιτολόγο, οι οποίοι μαζί με την ομάδα υγείας δίνουν στον άρρωστο όλες τις απαιτούμενες εξηγήσεις.



Ο άρρωστος θα πρέπει να γνωρίζει τι να περιμένει προεγχειρητικά, πιθανότητα τοποθέτησης καθετήρα Levin, μάσκα οξυγόνου, ενδοφλέβιους καθετήρες για τη χορήγηση υγρών και άλλα μέτρα που μπορεί να χρειασθούν για τη φροντίδα του.

Η διδασκαλία του αρρώστου, πώς να βήχει, ν' αναπνέει βαθιά και η πρακτική εξάσκηση, θα τον βοηθήσει να γνωρίζει τι αναμένεται απ' αυτόν. Αν είναι δυνατόν ο άρρωστος θα συμμετέχει ενεργά στη φροντίδα του, αποκτώντας έτσι κάποιο έλεγχο στην εξαρτημένη κατάσταση ως άρρωστος.

### **Φαρμακευτική αγωγή**

Ο νοσηλευτής του τμήματος είναι υπεύθυνος για την εκτέλεση της προεγχειρητικής φαρμακευτικής αγωγής, η οποία χορηγείται βάσει ορισμένου πρωτοκόλλου και περιέχει Ανοσοκατασταλτικά και Αντιβιοτικά, απαραίτητα για την υποστήριξη του λήπτη.

### **Φυσική Προετοιμασία**

Η φυσική προετοιμασία γίνεται από το βοηθό νοσηλευτή του θαλάμου και περιλαμβάνει την προεγχειρητική ετοιμασία και το λουτρό καθαριότητας. Το πεδίο που γίνεται προεγχειρητική ετοιμασία είναι ανάλογο με το όργανο που πρόκειται να μεταμοσχευθεί.

Προκειμένου για κοιλιακά όργανα ξυρίζεται η κοιλιακή χώρα από τη γραμμή της θηλής του μαστού μέχρι τους μηρούς περιλαμβάνοντας όλο το ηβικό τρίχωμα και από τη μέση γραμμή μπροστά μέχρι τη σπονδυλική στήλη πίσω.

Ο άρρωστος έτοιμος πλέον φορά την ενδυμασία του χειρουργείου και με συμπληρωμένο το προεγχειρητικό δελτίο οδηγείται στο χειρουργείο για τη μεταμόσχευση του οργάνου που περιμένει.

### **Προεγχειρητικά**

Ο άρρωστος εισάγεται στο νοσηλευτικό τμήμα ή την μονάδα εντατικής για την προεγχειρητική ετοιμασία και διδασκαλία.

Ο νοσηλευτής του χειρουργείου αναλαμβάνει την προεγχειρητική προετοιμασία με την προεγχειρητική επίσκεψη. Αφού συναντηθεί πρώτα με τον άρρωστο, στη συνέχεια συναντάει την οικογένειά του την οποία καθησυχάζει σχετικά με τη διαδικασία.

Ο νοσηλευτής συζητάει και αναπτύσσει μαζί τους σχέση που αποδεικνύεται σημαντική όταν αργότερα θα ενημερωθούν για την εξέλιξη του χειρουργείου.

Εκτός από το νοσηλευτή, ένας ειδικός κλινικός νοσηλευτής από την ομάδα εργασίας EDHEP, που γνωρίζει τις διαδικασίες μεταμόσχευσης, βοηθάει σημαντικά

στον προσανατολισμό του αρρώστου και της οικογένειας καθώς και στην επιμόρφωση και προετοιμασία αυτών.

## **B. ΣΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ ΤΟΥ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΤΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ**

*Ο λήπτης αποτελεί ξεχωριστό άρρωστο, διότι:*

1. Υφίσταται πολύπλοκη επέμβαση και
2. Λαμβάνει ανοσοκαταστολή, γι' αυτό απαιτείται σχεδιασμός αυστηρά καθορισμένων και εύχρηστων λύσεων για να μη χάνεται πολύτιμος χρόνος και να μη γίνονται λανθασμένες κινήσεις.

### **Η νοσηλευτική φροντίδα**

Η νοσηλευτική φροντίδα αποτελείται από τρία στάδια:

- ◇ Εκτίμηση των προβλημάτων του αρρώστου.
- ◇ Σχεδιασμό της χειρουργικής επέμβασης στο χειρουργείο.
- ◇ Εκτίμηση και αποτελεσματικότητα της επέμβασης.

### **Βασικές αρχές για τους λήπτες**

Ο υπεύθυνος νοσηλευτής των μεταμοσχεύσεων πρέπει να ενδιαφέρεται και να εφαρμόζει ιδιαίτερα τις οδηγίες για τον έλεγχο και την αποτροπή των λοιμώξεων στο χειρουργείο, δηλαδή φροντίζει για την εφαρμογή των νοσηλευτικών διαγνώσεων, δηλαδή:

1. Τη βασική νοσηλευτική διάγνωση για μόλυνση, η οποία είναι σημαντική και για τον δότη και για τον λήπτη.
2. Την ευθύνη του νοσηλευτή του χειρουργείου (υπεύθυνος κίνησης) για την εφαρμογή των:

#### **i Ειδικών κανονισμών των χειρουργείων**

1. Σωστή ενδυμασία χειρουργείου.
2. Έλεγχο του εργαζόμενου προσωπικού για μολύνσεις με:
  - 2.1. Κυκλοφορία ολίγων ατόμων στην αίθουσα.
  - 2.2. Αυστηρή τήρηση κανόνων ασηψίας και αντισηψίας απ' όλη την ομάδα.

#### **ii Αίθουσα μεμονωμένη και καθαρή**

1. Αερισμός της αίθουσας μέσω ειδικών φίλτρων διήθησης του αέρα.
2. Διατήρηση σταθερής θερμοκρασίας στην αίθουσα.
3. Ετοιμασία χειρουργικής αίθουσας ή δύο διπλανών αιθουσών επί ζώντος δότη.
4. Τραπέζι λήψεως και παρασκευής για την άσηπτο τοποθέτηση του μοσχεύματος.

5. Λήψη μέτρων για αποτροπή λοίμωξης είναι απαραίτητη για επιτυχή επέμβαση.

### **Προεγχειρητικοί υπολογισμοί νοσηλευτή χειρουργείου**

Επειδή ο χρόνος είναι βασικός παράγοντας στην πορεία της μεταμόσχευσης, υπάρχουν τρία βασικά στάδια της ετοιμασίας της προεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας στο χειρουργείο, τα οποία είναι:

- 1) Καθορισμός νοσηλευτικής ομάδας.
- 2) Ετοιμότητα της χειρουργικής αίθουσας με τον απαραίτητο εξοπλισμό, εργαλεία, εφόδια και φάρμακα, πριν ακόμη φθάσει η ομάδα μεταμόσχευσης στο νοσοκομείο.
- 3) Επικοινωνία και ενημέρωση της οικογένειας του λήπτη με λόγια απλά για την διαδικασία της επέμβασης, ώστε ν' αναπτυχθεί μια σχέση η οποία θα είναι αργότερα σημαντική για ν' αντιμετωπίσει την πολύωρη επέμβαση.

### **Προεγχειρητική Ετοιμασία**

#### **Στο χειρουργείο του Λήπτη**

#### **Νοσηλευτής χειρουργείου**

*Η προεγχειρητική ετοιμασία στο χειρουργείο αποτελείται από:*

- ✓ Τον έλεγχο των μηχανημάτων για πλήρη ετοιμότητα προ της έναρξης της μεταμόσχευσης.
- ✓ Τον ακριβή καθορισμό καθηκόντων των μελών της ομάδας και συντονισμό των μελών αυτών.
- ✓ Το νοσηλευτή που συμμετέχει στην μεταμόσχευση, ο οποίος θα πρέπει να γνωρίζει να χρησιμοποιεί νέα υλικά, ν' αντιλαμβάνεται και να χρησιμοποιεί το νέο πρωτόκολλο, σταθερές οδηγίες και πρόσθετες υπευθυνότητες.

Η εμπειρία από επιτυχείς μεταμοσχεύσεις μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι για να πετύχει μια τέτοια εγχείρηση (επιχείρηση) χρειάζεται:

1. Μακρόχρονη και συστηματική οργάνωση και προετοιμασία.
2. Ειδική εκπαίδευση και συνεργασία γιατρών και νοσηλευτών.
3. Ειλικρινής και επίμονη θέληση για επιτυχία.

#### **Νοσηλευτής αναισθησιολογικού**

Σημαντική είναι η θέση του νοσηλευτή αναισθησιολογικού στο χειρουργείο του λήπτη.

*Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για:*

1. Τον έλεγχο του εξοπλισμού (λειτουργία).

2. Την προμήθεια υλικών (καθετήρων) και συσκευών.
3. Την βοήθεια του αναισθησιολόγου στην τοποθέτηση των ενδοαγγειακών καθετήρων (κεντρικών και περιφερικών) με άσηπτο τεχνική.
4. Την προετοιμασία των φαρμάκων.
5. Την εισαγωγή στην αναισθησία.
6. Την εξασφάλιση αίματος στην Αιμοδοσία, τη σωστή διαφύλαξή του στο χειρουργείο και την επαγρύπνηση για συνεχή τροφοδοσία.

## **Διεγχειρητικά**

### **Στο χειρουργείο του Λήπτη**

#### **Ομάδα μεταμόσχευσης οργάνων**

Ο άρρωστος που υποβάλλεται σε μεταμόσχευση απαιτεί ομάδα ιδιαίτερης εμπειρίας και επιδεξιότητας.

Το σχέδιο φροντίδας επιβεβαιώνει την ύπαρξη νοσηλευτών με κατάλληλα προσόντα και σωστή δράση, ώστε να εξασφαλίζουν σωστή οργάνωση και λειτουργία του τμήματος μεταμοσχεύσεων.

## **ΛΗΠΤΗΣ**

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ**

#### **ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

- 1 Νοσηλευτής εργαλειοδότης (Μ.Κ.)
- 1 Νοσηλευτής κυκλοφορίας (Μ.Κ.)
- 1 Νοσηλευτής αναισθησιολογικού (Μ.Κ.)
- 1 Νοσηλευτής συντονισμού κλινικός (Μ.Κ.)

**ΣΥΝΟΛΟ: 4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ**

#### **ΟΜΑΔΑ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ**

- 1 Νοσηλευτής εργαλειοδότης
- 1 Νοσηλευτής κυκλοφορίας
- 1 Νοσηλευτής αναισθησιολογικού

**ΣΥΝΟΛΟ: 3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ**

#### **ΟΜΑΔΑ ΕΤΟΙΜΟΤΗΤΑΣ**

**(on call)**

Η ανωτέρω ομάδα

## **Περιγραφή κατά την ώρα της εγχείρησης**

Ο άρρωστος μετά την προετοιμασία του στην αίθουσα αναισθησίας μεταφέρεται στην αίθουσα του χειρουργείου. Τοποθετείται σε ύπτια θέση στο χειρουργικό τραπέζι. Ο νοσηλευτής κυκλοφορίας τοποθετεί την πλάκα γείωσης και βοηθάει να γίνει ο καθετηριασμός της ουροδόχου κύστης. Μετά την αντισηψία του δέρματος γίνεται η ανάλογη τομή.

## Μετεγχειρητικά

### Μετεγχειρητική περίοδος στη μονάδα εντατικής

- ✓ Νοσηλεία του αρρώστου σε οργανωμένο χώρο νοσηλείας (Μονάδα μεταμόσχευσης).
- ✓ Παρακολούθηση του αρρώστου από εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό.

Στη διάρκεια της άμεσης μετεγχειρητικής πορείας είναι απόλυτα απαραίτητη η συχνή παρακολούθηση του μεταμοσχευμένου αρρώστου από εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό και σε οργανωμένο χώρο νοσηλείας. Συνήθως νοσηλεύεται τις πρώτες ημέρες σε απομονωμένο δωμάτιο για την αποφυγή λοίμωξης λόγω ανοσοκαταστολής.

Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου είναι τόσο περίπλοκη και υπεύθυνη που απαιτεί πολλές γνώσεις και σπάνιες δεξιότητες.

Ο μεταμοσχευμένος έρχεται από το χειρουργείο στη μονάδα, συνοδευόμενος από τον αναισθησιολόγο, τον χειρουργό, το νοσηλευτή κυκλοφορίας που παρακολουθούσε τον άρρωστο στο χειρουργείο και ο οποίος τον παραδίδει στο νοσηλευτή της μονάδας για τις απαραίτητες νοσηλευτικές ενέργειες.

*Ο άρρωστος φθάνει στη ΜΕΘ για:*

- Εντατική νοσηλεία.
- Εντατική παρακολούθηση.
- Εντατική θεραπεία.

Ο νοσηλευτής της ΜΕΘ πρέπει να είναι εκπαιδευμένος στην παρακολούθηση τέτοιων αρρώστων ή να έχει μεγάλη εμπειρία μονάδας εντατικής και να γνωρίζει καλά τα συστήματα ελέγχου, δηλαδή:

- Το monitor των αιμοδυναμικών παραμέτρων.
- Τα μηχανήματα της αναπνευστικής υποστήριξης (αναπνευστήρες, Monitor, οξύμετρα κ.λ.π.).
- Τη λειτουργία μηχανήματος ειδικών μετρήσεων (αέρια αίματος, ηλεκτρολυτών κ.λ.π.).

*Επίσης πρέπει να συνδέει και να καταγράφει:*

- Τις παροχετεύσεις.
- Να συνδέει τους ενδοαγγειακούς καθετήρες με τα monitor και να παρακολουθεί και να καταγράφει την αιμοδυναμική κατάσταση του αρρώστου.
- Την κατάσταση του αρρώστου σε συχνά χρονικά διαστήματα και κατά συστήματα.

- Να εφαρμόζει τη σωστή τεχνική για την πρόληψη των μολύνσεων.
- Να γνωρίζει τις επιπλοκές της μεταμόσχευσης των οργάνων.
- Να υποστηρίζει ψυχολογικά το λήπτη και την οικογένειά του.

## 6.5. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ

### 1. Σύνδεση του αρρώστου με μηχανικό αναπνευστήρα

Αν ο άρρωστος δεν είναι διασωληνωμένος και έχει ανάγκη οξυγόνου χρησιμοποιείται μάσκα χορήγησης οξυγόνου.

### 2. Σύνδεση με monitor

Η τεχνολογική εξέλιξη κατέστησε δυνατή την παρακολούθηση ενός μεγάλου φάσματος φυσιολογικών παραμέτρων οι οποίες όχι μόνο αναγνωρίζουν ταχύτατα τις μεταβολές στην κατάσταση του αρρώστου αλλά εκτιμούν και την πρόοδο και την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

*Οι παράμετροι που μετρούνται, είναι:*

- Αρτηριακή πίεση – Σφύξεις.
- Κεντρική φλεβική πίεση – πίεση πνευμονικής αρτηρίας – καρδιακή παροχή κ.λ.π.
- Θερμοκρασία – Οξυμετρία.

### 3. Καταγραφή και σύνδεση παροχетеύσεων

Με την υποδοχή του αρρώστου στη ΜΕΘ καταγράφεται η ώρα που προσήλθε, οι παροχетеύσεις που έχει και το ακριβές περιεχόμενο των παροχетеύσεων.

Στη συνέχεια ο ρινογαστρικός σωλήνας (levin) συνδέεται σε ελεύθερη παροχетеυση, ο καθετήρας κύστεως (folley) συνδέεται με συσκευή ωριαίας μέτρησης ούρων και παροχетеυση μιας κατεύθυνσης ροής.

Επίσης καταγράφεται και η παροχетеυση τραύματος.

### 4. Έλεγχος και καταγραφή κεντρικών γραμμών

Ελέγχονται για τη λειτουργία τους και καταγράφονται οι κεντρικές γραμμές που υπάρχουν.

Καταγράφονται επίσης τα υγρά που πήρε στο χειρουργείο και τα υγρά που συνεχίζει να παίρνει από τις διάφορες γραμμές.

Ο άρρωστος εξετάζεται λεπτομερώς ώστε ο νοσηλευτής να έχει μια ολοκληρωμένη εικόνα της κατάστασής του, να ιεραρχήσει τα προβλήματα και ν' αρχίσει την αντιμετώπισή τους.

Η καταγραφή της κατάστασης του αρρώστου γίνεται σε συχνά χρονικά διαστήματα.

Η μετεγχειρητική παρακολούθηση είναι η συνηθισμένη για κάθε βαριά χειρουργική επέμβαση.

Η παρακολούθηση εδώ θα γίνει κατά συστήματα.

### **Αναπνευστικό σύστημα**

Μία αναπνευστική συσκευή μπορεί να χρησιμοποιηθεί και χρειάζεται συχνή αναρρόφηση και παρακολούθηση λειτουργίας της.

Η αναρρόφηση των ενδοτραχειακών εκκρίσεων πρέπει να γίνεται με άσηπτη τεχνική μέσα σε αποστειρωμένο υποδοχέα και να στέλνεται στο εργαστήριο για καλλιέργεια και ευαισθησία. Ο νοσηλευτής πρέπει να σημειώνει το ποσό, το χρώμα και τη σύσταση των τραχειακών εκκρίσεων. Ο άρρωστος ενθαρρύνεται να βήχει και να αναπνέει βαθιά και πρέπει να τον γυρίζουμε συχνά για να αποφευχθούν τυχόν πνευμονικές διαταραχές. Ασκήσεις θετικής πίεσης τέσσερις φορές την ημέρα για τις πρώτες τέσσερις ημέρες μετά τη μεταμόσχευση είναι απαραίτητες. Ο εργαστηριακός έλεγχος περιλαμβάνει αέρια αίματος, α/α θώρακα, και καλλιέργειες εκκρίσεων για τη διάγνωση τυχόν επιπλοκών.

### **Καρδιαγγειακό σύστημα**

Η παρακολούθηση των ζωτικών σημείων πρέπει να γίνεται σύμφωνα με την γραπτή εντολή του γιατρού μέχρι σταθεροποίησης της κατάστασης του αρρώστου.

### **Αρτηριακή πίεση**

Αποτελεί ένα έμμεσο αλλά πολύτιμο δείκτη της ομαλής λειτουργίας του καρδιαγγειακού συστήματος.

Η συνεχής παρακολούθηση της Α.Π. είναι πολύ σημαντική γιατί αυξημένη η Α.Π. μπορεί να σημαίνει υπερφόρτωση με υγρά ή σημείο απόρριψης.

### **Κεντρική φλεβική πίεση**

Η μέτρηση της ΚΦΠ αποτελεί την πλέον συχνά χρησιμοποιημένη μέθοδο εκτίμησης της ενυδάτωσης του αρρώστου.

### **Καθετήρας Swan-Ganz**

Ο σωστά τοποθετημένος καθετήρας προσφέρει 3 κατηγορίες πληροφοριών:

- ✓ Μέτρηση πίεσεως (δ. κόλπου, κοιλίας, πνευμονικής αρτηρίας και πίεσης ενσφήνωσης) των πνευμονικών τριχοειδών.
- ✓ Καρδιακή παροχή, υπολογισμό καρδιακού δείκτη, όγκου παλμού, αγγειακών αντιστάσεων.
- ✓ Οξυγόνωση μεικτού φλεβικού αίματος.

Οι πληροφορίες αυτές μπορούν να δώσουν χρήσιμους δείκτες της αιμοδυναμικής κατάστασης του αρρώστου όπως ενδοαγγειακό όγκο υγρών, λειτουργικότητα αριστερής και δεξιάς κοιλίας και επάρκεια ιστικής οξυγόνωσης.

### **Θερμοκρασία**

Η θερμοκρασία καταγράφεται στο monitor και χρειάζεται συχνή παρακολούθηση. Αμέσως μετά την εγχείρηση το πρόβλημα είναι υποθερμία λόγω της εισόδου του κρύου οργάνου του δωρητή.

Μέσα στις πρώτες ώρες και με νοσηλευτικές παρεμβάσεις επιτυγχάνεται μια γρήγορη αύξηση της θερμοκρασίας.

### **Ηλεκτροκαρδιογράφημα**

Συνεχής καταγραφή του καρδιακού ρυθμού προσφέρει πολύτιμες πληροφορίες. «Έξυπνα» monitors έχουν κατασκευαστεί με δυνατότητες ανάλυσης του ρυθμού και εκτίμησης του βαθμού μυοκαρδιακής ισχαιμίας.

Αυτές τις παραμέτρους πρέπει να τις παρακολουθεί ο νοσηλευτής με «άγρυπνο μάτι» και να ειδοποιεί την ιατρική ομάδα όταν χρειαστεί. Επίσης ελέγχει και εξασφαλίζει κεντρική γραμμή για τη χορήγηση υγρών και φαρμάκων σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.

### **Ουροποιητικό σύστημα**

#### **1 Παροχέτευση ουροποιητικού συστήματος**

Η παροχέτευση του ουροποιητικού συστήματος γίνεται με εισαγωγή στην ανάλογη κοιλότητα (κύστη, ουρητήρας) ενός καθετήρα. Ο νοσηλευτής που δίνει τη φροντίδα στον άρρωστο πρέπει να γνωρίζει που και για πιο σκοπό τοποθετήθηκε ένας καθετήρας και να ελέγχει την παροχέτευση τακτικά ως προς την:

- Βατότητα,
- Ποσότητα,
- Ποιότητα.

#### **2 Διατήρηση καλής νεφρικής λειτουργίας**

- ✓ Ωριαία μέτρηση ούρων. Όταν η ιστική αιμάτωση είναι επαρκής η διούρηση υπερβαίνει το 0,5 ml/kg/ώρα.
- ✓ Τα ούρα θα πρέπει να ελέγχονται για την οσμωτικότητα, την ηλεκτρολυτική σύσταση και το ειδικό βάρος.
- ✓ Εξέταση και εκτίμηση της τιμής ηλεκτρολυτών και νεφρικής λειτουργίας κάθε 24 ώρες.



### 3 Πρόληψη μολύνσεων

- ≡ Σχολαστική τεχνική στο χειρισμό του συστήματος παροχέτευσης.
- ≡ Σχολαστική φροντίδα του καθετήρα (εφαρμογή άσηπτης τεχνικής).
- ≡ Συχνές λήψεις καλλιέργειας ούρων.

### Ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών

Η νοσηλευτική ευθύνη στην αξιολόγηση, την αποκατάσταση και τη διατήρηση της ισορροπίας των υγρών στον οργανισμό του αρρώστου περιλαμβάνει αρχικά την ακριβή μέτρηση:

- Προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.
- Ζωτικών σημείων.
- Σωματικού βάρους.

Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου με διαταραχές της ισορροπίας των υγρών αποβλέπει στην αντικατάσταση ή τον περιορισμό των υγρών. Ο όγκος που πρόκειται να αποκατασταθεί εξαρτάται κυρίως από τον όγκο των ούρων.

Γίνεται ωριαία μέτρηση των ούρων και αντικατάσταση του ποσού των ούρων με ενδοφλέβια υγρά ίδιας ποιότητας ή 30 ml επιπλέον για να καλυφθούν τυχόν απώλειες. Αν και ο γιατρός καθορίζει το ποσό και το είδος των χορηγούμενων υγρών (βάσει πρωτοκόλλου) για αντικατάσταση των απολεσθέντων, οι νοσηλευτές προγραμματίζουν την κατανομή ανά 24ωρο.

### Πεπτικό σύστημα

- 1) Έλεγχος και παρακολούθηση του ρινογαστρικού σωλήνα ως προς τη βατότητα, την ποσότητα και την ποιότητα των αποβαλλόμενων υγρών.
  - Για τη διατήρηση της βατότητας θα πρέπει να πλένεται σε συχνά χρονικά διαστήματα με μικρές ποσότητες διαλύματος NaCl 0,9%.
  - Η γαστρική παροχέτευση μετριέται κάθε 4 ώρες.
  - Συχνή περιποίηση ρωθώνων και στοματικής κοιλότητας
- 2) Παρακολούθηση της λειτουργίας του εντέρου.
  - Η κινητοποίηση του αρρώστου την 2<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα και τα ήπια υπακτικά είναι συνήθη μέτρα εναντίον της παρουσιαζόμενης δυσκοιλιότητας.
- 3) Διατροφή.
  - Αρχίζει κανονικά την 2<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα όπως σ' ένα χειρουργικό άρρωστο.

Αφού αφαιρεθεί ο καθετήρας (levin), η διαίτα του αρρώστου προοδεύει από καθαρά υγρή σε κανονική διαίτα. Ανάλογα με τη λειτουργία των νεφρών μπορεί να είναι απαραίτητοι περιορισμοί στη διαιτητική πρωτεΐνη και το  $\text{Na}^+$ . Όλοι ανυπομονούν να απολαύσουν τα φαγητά που χρόνια τους είχαν απαγορευτεί.

### **Εργαστηριακός έλεγχος**

Οι εργαστηριακές εξετάσεις λαμβάνονται προσεκτικά όπως έχουν οριστεί από την ιατρική ομάδα.

### **Φαρμακευτική αγωγή**

Η χορήγηση ανοσοκατασταλτικών, αντιβιοτικών, αντιόξινων, αντιπηκτικών και διουρητικών γίνεται σύμφωνα με την εντολή του γιατρού, ο νοσηλευτής παρακολουθεί την κατάσταση του αρρώστου και τον ενημερώνει για αυτήν.

### **Επιπλοκές μεταμοσχευμένων οργάνων**

Οι μετεγχειρητικές επιπλοκές στις μεταμοσχεύσεις των οργάνων σχετίζονται με τη χειρουργική τεχνική, την ανοσολογική αντίδραση του οργανισμού και με διάφορα άλλα αίτια. Ο εξειδικευμένος νοσηλευτής τις γνωρίζει και ενημερώνει το γιατρό για τυχόν εμφάνισή τους.

## **6.6. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ ΣΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΤΜΗΜΑ**

### **Νοσηλευτής θαλάμου**

Ο νοσηλευτής διατηρεί θετική επικοινωνία με τον άρρωστο, τον ενθαρρύνει να εξωτερικεύσει τις ανησυχίες και συμβάλλει στην ψυχική του ευεξία με την παρουσία κοντά του. Διδάσκει τον άρρωστο για τη σωστή υγιεινή, την κατάλληλη διατροφή που πρέπει να ακολουθήσει και για τη σωστή λήψη της φαρμακευτικής αγωγής. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να διδάξει και να είναι σίγουρος ότι ο μεταμοσχευμένος γνωρίζει πλέον τις παρενέργειες καπó τα φάρμακα και αναγνωρίζει τα συμπτώματα κάποιας βλάβης.

Οι λοιμώξεις αποτέλεσαν και εξακολουθούν να είναι ακόμα και σήμερα η συχνότερη αιτία θανάτου στους μεταμοσχευμένους ασθενείς. Ο νοσηλευτής έχει ιερή υποχρέωση να λαμβάνει όλα τα γνωστά προφυλακτικά μέτρα όταν νοσηλεύει μεταμοσχευμένους. Οι νοσηλευτικές ενέργειες θα πρέπει να είναι μετρημένες και να γίνονται κάτω από άσηπτες τεχνικές. Η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει:

### **Καθημερινή ατομική υγιεινή του αρρώστου**

1. Περιποίηση στοματικής κοιλότητας.

2. Περιποίηση εκδορών και πιθανών περιοχών για κατακλίσεις.
3. Περιποίηση και έλεγχος φλεβικών γραμμών και της fistula (όταν έχει).
4. Περιποίηση και έλεγχος των παροχετεύσεων.
5. Εκτίμηση της φυσικής κατάστασης, των ενοχλημάτων και των ύποπτων σημείων λοίμωξης.
6. Συστηματική εφαρμογή των ιατρικών οδηγιών και της φαρμακευτικής αγωγής.  
Μεταμοσχευμένοι άρρωστοι χωρίς επιπλοκές εξέρχονται μετά 1-2 εβδομάδες, όταν πρόκειται για όργανα κοιλίας ενώ όταν πρόκειται για καρδιά εξέρχονται περίπου την 4<sup>η</sup> μετεγχειρητική εβδομάδα. Θα πρέπει να προσέρχονται στο Μεταμοσχευτικό Κέντρο σαν εξωτερικοί άρρωστοι 2-3 φορές την εβδομάδα για 2-3 μήνες και μετά σε πιο αραιά διαστήματα.

Πριν φύγουν θα πρέπει φυσικά να είναι πλήρως ενημερωμένοι από το νοσηλευτή κλινικό συντονιστή των μεταμοσχεύσεων.

#### **6.7.1. ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ**

##### **Μεταμόσχευση νεφρού**

Η εργαλειοδότηρια παίρνει το μόσχευμα με άσηπτο τεχνική στο τραπέζι παρασκευής με το οποίο ασχολείται ο χειρουργός, ο οποίος ελέγχει, ότι όντως το μόσχευμα είναι κατάλληλο για μεταμόσχευση.

Στον Δότη, η περισσότερη συχνή μεταμόσχευση νεφρού γίνεται από ζώντα Δότη και αφορά π.χ. μάνα προς παιδί. Έτσι κρίνεται απαραίτητη η ετοιμασία δύο διπλανών χειρουργικών αιθουσών όπου στη μία υπάρχει ο συγγενής δότης και στην άλλη ο λήπτης. Όλα τα μέτρα για την αποτροπή λοίμωξης είναι απαραίτητα για την επιτυχή έκβαση της μεταμόσχευσης. Μία νοσηλεύτρια με γνώσεις ψυχολογίας είναι πολύτιμη για να βοηθήσει στην αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβλημάτων, που αντιμετωπίζει η μάνα και το παιδί.

#### **6.8. ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ**

##### **1. ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ ΠΡΟΜΗΘΕΙΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ (PROCUREMENT TRANSPLANT COORDINATOR)**

Δρα στο επίπεδο της Μονάδας που διαθέτει τον υποψήφιο δυνητικό δότη, ενώ ο «κλινικός συντονιστής» στο επίπεδο του Μεταμοσχευτικού Κέντρου.

##### **2. ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ (CLINICAL COORDINATOR)**

Ασχολείται κυρίως με τον λήπτη προς τον οποίο προσφέρει παροχές διαρκούς φροντίδας.

## **ΧΩΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΩΝ**

1. Η μονάδα που υφίσταται ο δότης.
2. Το μεταμοσχευτικό κέντρο.
3. Το τμήμα που ανήκει ο λήπτης.

## **ΕΥΡΙΣΚΟΝΤΑΙ ΣΕ 24ΩΡΗ ΕΤΟΙΜΟΤΗΤΑ**

### **6.9. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ ΠΡΟΜΗΘΕΙΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ**

Είναι ο συντονιστής της ομάδας των υλικών και των εφοδίων, του τόπου και του χρόνου αποστολής για το δότη και της μεταφοράς των μοσχευμάτων στον τόπο μεταμόσχευσης.

#### **A. Στη Μονάδα Εντατικής**

Το προσωπικό συντονισμού (CNS) δρα ως σύμβουλος για το προσωπικό του χειρουργείου. Συνεργάζεται με άλλες ομάδες παροχής υγείας και ελέγχει τη φροντίδα του δότη καθ' όλη τη διαδικασία, λειτουργώντας σαν σύνδεσμος μεταξύ της ομάδας του δότη και του λήπτη για να εξασφαλίσει μια ομαλή διεξαγωγή της δωρεάς των οργάνων.

#### **B. Στο χειρουργείο του Δότη (προγχειρητικά)**

##### *Αφιξη του δωρητή στο χειρουργείο*

Όταν το χειρουργείο είναι έτοιμο ο συντονιστής ειδοποιεί την Εντατική Μονάδα και παρακαλεί τον νοσηλευτή της μονάδας να προετοιμάσει το δότη. Με τη βοήθεια των πνευμονολόγων που φροντίζουν το αναπνευστικό, ο συντονιστής μεταφέρει το δωρητή στο χειρουργείο. Ο συντονιστής μεταμοσχεύσεων είναι ένα πολύτιμο στοιχείο τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή γιατί οι χειρουργοί ή οι αναισθησιολόγοι μπορούν να έχουν κάποιες εύλογες απορίες που να αφορούν π.χ. την τελευταία δόση ληφθέντος αντιβιοτικού ή να ενημερωθούν για τα τελευταία εργαστηριακά αποτελέσματα. Ως πρόσωπο, το πλέον οικείο με την προεγχειρητική διαδικασία ο συντονιστής μεταμοσχεύσεων αποτελεί το καταλληλότερο άτομο για να απαντήσει σ' αυτές τις ερωτήσεις.

### **5.10. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ**

#### **A. Στο χειρουργείο του λήπτη (διεγχειρητικά)**

##### *Ο συντονιστής στο χειρουργείο του λήπτη:*

- Εκτιμά τις αντιδράσεις του αρρώστου σε επεμβάσεις διεγχειρητικής νοσηλείας.
- Αναγνωρίζει περιοχές που χρειάζονται αλλαγή και
- Επινοεί σχέδια και στρατηγικές για βελτιώσεις και τροποποιήσεις.

## **B. Στην οικογένεια του λήπτη (διεγχειρητικά)**

Η βασικότερη δραστηριότητα του προσωπικού συντονισμού στην οικογένεια, είναι: - Να λειτουργεί σαν ένα άτομο που γνωρίζει την οικογένεια, και  
- Να παρέχει πληροφορίες, αναφορές και υποστήριξη κατά την διάρκεια της διεγχειρητικής διαδικασίας.

### **6.11. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΛΗΠΤΗ**

Η εξασφάλιση στον άρρωστο ψυχολογικής υποστήριξης είναι μεγάλης σπουδαιότητας δραστηριότητα του νοσηλευτή. Η στάση του αρρώστου απέναντι στη χειρουργική επέμβαση επηρεάζει αφάνταστα τη μετεγχειρητική του πορεία. Ο αδικαιολόγητος φόβος και η αγωνία του αρρώστου για την χειρουργική επέμβαση μπορεί να συμβάλλει στην έναρξη της φάσης stress από την προεγχειρητική περίοδο και να προκαλέσει υδατοηλεκτρολυτικές διαταραχές. Άλλοι παράγοντες, εκτός από τη χειρουργική επέμβαση, που μπορούν να προκαλέσουν φόβο και αγωνία είναι: το άγνωστο, η αναισθησία, η ανασφάλεια της επιτυχίας της μεταμόσχευσης. Η συγκεκριμένη επέμβαση είναι κάτι που ο άρρωστος το περιμένει πολύ καιρό και έχει στηρίξει πάνω σ' αυτό ελπίδες για την καλύτερη ζωή. Όταν λέμε ψυχολογική υποστήριξη εννοούμε την εξειδικευμένη βοήθεια που παρέχεται στον ασθενή από ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό, ευαισθητοποιημένο στις ψυχολογικές ανάγκες των ασθενών. Συνήθως υπάρχει αυτό που λέμε: «ομάδα ψυχολογικής υποστήριξης» η οποία αποτελείται κυρίως από κλινικό ψυχολόγο, νοσηλεύτρια ψυχολογικής υποστήριξης, κοινωνική λειτουργό και τέλος γραμματειακή υποστήριξη.

*Οι λειτουργίες τις οποίες παρέχει η ομάδα ψυχολογικής υποστήριξης, είναι:*

#### **A. Προσφορά υπηρεσιών στον άρρωστο.**

- i Γίνεται μια γενική ψυχολογική εκτίμηση από τον κλινικό ψυχολόγο και αφορά: την προσωπικότητα του αρρώστου, το επίπεδο νοημοσύνης του, το βαθμό άγχους του, την γενική ψυχοπαθολογία του.
- ii Η νοσηλεύτρια ψυχολογικής υποστήριξης μαζί με τον κλινικό ψυχολόγο αναλαμβάνουν την ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου και της οικογένειάς του. Οργανώνουν σύντομες συμβουλευτικές συνεδρίες, όπου εστιάζονται στα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο άρρωστος εξαιτίας του καρδιολογικού προβλήματός του (focus counselling). Παρέχουν πληροφορίες στον άρρωστο για τα ψυχολογικά στάδια κατά την φάση της προετοιμασίας και της τελικής επανένταξής του στο κοινωνικό περιβάλλον.

- iii Η κοινωνική λειτουργός αναλαμβάνει να έρθει σε επαφή με το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον του αρρώστου και να κάνει μια εκτίμηση της δεδομένης κοινωνικής του κατάστασης.
- iv Η ομάδα ψυχολογικής υποστήριξης αναλαμβάνει να παρακολουθεί την πορεία του αρρώστου, αφού πάρει εξιτήριο από το νοσοκομείο (follow up) για ένα μεγάλο διάστημα, εκτιμώντας σε τακτά χρονικά διαστήματα, το κατά πόσο έχει επιτευχθεί η επανένταξη του αρρώστου στο κοινωνικό περιβάλλον.

## **B. Προσφορά υπηρεσιών στην οικογένεια**

- i Η νοσηλεύτρια ψυχολογικής υποστήριξης σε συνεργασία με τον ψυχολόγο και την κοινωνική λειτουργό, αναλαμβάνει την υποστήριξη των μελών της οικογένειας στο νοσοκομείο και στο σπίτι. Είναι αποδεδειγμένο ότι οι συγγενείς διακατέχονται από έντονο στρες κατά την διάρκεια της νοσηλείας του αρρώστου, έχουν πολλές απορίες, ανασφάλειες και χρειάζονται να έχουν κάποιο άτομο στο οποίο να μπορούν να μιλήσουν και να εκφράσουν τις ανησυχίες τους. Αν αυτό δεν γίνει, μεταφέρεται η ένταση στους αρρώστους και δυσχεραίνεται η καλή έκβαση της κατάστασής τους.
- ii Αναπτύσσοντας καλές σχέσεις με την οικογένεια, είναι δυνατόν να επιτευχθεί η καλή συνεργασία μαζί της σε θέματα που αφορούν τον άρρωστο και την πορεία της νόσου του.
- iii Αναλαμβάνει την πληροφόρηση και ευαισθητοποίηση των μελών της οικογένειας σχετικά με την μελλοντική πορεία της νόσου του αρρώστου και εξασφαλίζει τη συμμετοχή τους στο πλάνο φροντίδας του, στο σπίτι.
- iv Προετοιμάζει την οικογένεια για το νέο ρυθμό και τρόπο ζωής των μελών της και διασφαλίζει την αποδοχή και κατανόησή τους.
- v Συντονίζει την διαδικασία επανένταξης και αναπροσαρμογής του αρρώστου στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον. Θα πρέπει να σημειωθεί ξανά ότι, κατά την διάρκεια της επανένταξης, δεν αρκεί μόνο η σωστή θεραπευτική αγωγή και η γνωμάτευση του ειδικού, αλλά χρειάζεται μια ολιστική προσέγγιση, που θα περιλαμβάνει και την σταδιακή συναισθηματική αποκατάσταση του αρρώστου.

(E.O.M.)

Πλουτάρχου 3 · 106 75 ΑΘΗΝΑ  
Τηλ 1147.7249371, Fax 7248527  
e-mail: [esom@otenet.gr](mailto:esom@otenet.gr)

Γνωστέρισε την οικογένειά μου για την  
αγκαλιά μου να γίνει δωρητής οργάνων  
ΜΕΤΑ ΘΑΝΑΤΟΝ

# E.O.M.

ΠΛΟΥΤΑΡΧΟΥ 3, 106 75 ΑΘΗΝΑ  
ΤΗΛ: 1147.7249371 . FAX: 7248527  
E-mail: [esom@otenet.gr](mailto:esom@otenet.gr)

*γίνε δωρητής οργάνων*

*Για να γίνει*

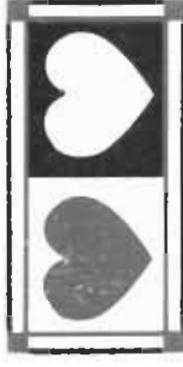
*η επαύριο της ζωής*

*..... πάλι ζωή*

*Οδ. Ελάτης*

ΜΕ ΤΗΝ ΕΥΡΕΤΗΛΗ ΚΑΡΤΑ  
**ΟΠΑΠ** Α.Ε.

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΕ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ  
ΓΙΑ ΤΗ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ



## και η ελάχιστη ελίδα επιβίωσης, απώρριση οργάνων δεν γίνεται.

Όταν όμως ο θάνατος κινδύεως διατρέχει τον θάνατο, προβαίνει από κοινού με έναν αναπληρωτικό και έναν εναλλακτικό ή ναυαρχοπλοίο στη συστάση του σχετικού πιστοποιητικού θανάτου. Στην πιστοποίηση του θανάτου δε παριέρχεται γιατίρός που ορίζει στη μεταρροχαστική ημεδα.

Στη συνέχεια ο θάνατος παύει, δημηρικών: όμοια τις Υψηλές του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων (ΕΟΜ) και σε συνεργασία με άλλες ενδιαφερόμενες την οικογένεια για το θέμα καθώς και για τη δυνατότητα δωρεάς ιστών και οργάνων με σκοπό τη μεταμόσχευση, προσκομίζονται να εκφράσουν τη συγκατάθεση ή την άρνηση τους στην περίπτωση που ο διατηρητής τους δεν έχει συγκατάθεση εν ζωή συναινέσει ή αποκαλείται τη μεταμόσχευση.

Η παύση των οργάνων διακηρύσσεται με την ίδια φόρμα και με τον ίδιο σφραγισμένο αποσπαστήριο: επιχείρησης.

## Πώς μπορώ να πραγματοποιήσω την επιθυμία μου;

- ✓ Εγγράφεται κλειδί στον Εθνικό Μητρώο Δωρητών Οργάνων πιστοποιημένος στη δηλωθείσα δωρεάς οργάνων από υπογραφή που φημιόδοτος αυτή
- ✓ Ζητήματα το έσωμα της δηλωθείσας δωρεάς οργάνων κατά τη διάρκεια των συναλλαγών σας με τα ασφαλιστικά σας κόμματα αναζητήστε τη Δημόσια Δωρεά Οργάνων της Υπηρεσίας Υγείας και του Ταχυδρομείου
- ✓ Συμβουλευτείτε το Γραφείο του ΕΟΜ ή απευθείας σε κάθε σταθμό φημιόδοτος

Κόμτες δωρεών οργάνων βρίσκονται σε όλα τα φιλία μαζί με τη δηλωθείσα δωρεάς οργάνων. Ίσον κόμτα αυτή οι δωρεές οργάνων πρέπει να είναι πάρα μαζί τους, ως την καλύτερη εκδήλωση της πρόθεσης τους για άμεση ενέργεια.

Το στοιχείο των δωρεών συγκεντρώνονται και καταγράφονται στο Εθνικό Μητρώο Δωρητών Οργάνων, είναι απόρρητα και προστατεύονται από το Νόμο 2472/1997.

## Μπορώ να αλλάξω γνώμη;

Ναι. Μπορείτε. Αλλά ενημερώστε τον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων, ήτοι: τη διοίκηση σας από το Εθνικό Μητρώο Δωρητών Οργάνων και επικυρώνετε την κάρτα δωρητή.

Πολλοί συνάδερμοί μας χάνονται κάθε χρόνο περιμένοντας ένα όργανο του θα σώσει τη ζωή τους ή θα βελτιώσει την ποιότητά της.

Η μεταμόσχευση δηλαδή η αντικατάσταση ανθρώπινων οργάνων που λειτουργούν ανεπαρκώς από άλλα υγιή αποτελεί μια από τις μεγαλύτερες κατακτήσεις της ιατρικής του 20ου αιώνα και έχει καθιερωθεί πλέον ως μία θεραπευτική μέθοδος. Το τελευταίο όργανο που μεταμοσχεύεται είναι το ήπαρ, μήνυμα ελπίδας, ανθρώπινης και αλληλεγγύης.

Δυστυχώς όμως, η έλλειψη οργάνων για μεταμόσχευση, από τη στιγμή που κληρονομικά παράγοντα για την ανάπτυξη των μεταμοσχευμένων στη χώρα μας.

Για το λόγο αυτό, όσο το δυνατόν περισσότεροι από μας πρέπει να κατανοήσουμε τη σημασία της δωρεάς οργάνων και να την κάνουμε πραγματικότητα, συντηρώνοντας τη δηλωθείσα δωρεά.

## Ενημερώστε την οικογένειά σας και εξηγήστε τους το γιατί

Καθοριστικό στοιχείο για την δωρεά οργάνων είναι η διαλυση του ίδιου του δωρητή, ώστε η απόφαση του σκεπασμένου να πραγματοποιηθεί. Όπως είναι γνωρίζουμε η συνείδηση ενός οργανισμού μας απευθύνεται πάντα στην οικογένεια. Η επιθυμία όμως να δωθεί ζωή σε έναν συνάνθρωπο, υπαρκτό τον πόντο και είναι ένα μήνυμα ελπίδας και ανθρώπινης.

Για όλους μας υπάρχει η δυνατότητα να χριστούμε, κληθεί στήλη της ζωής μας, ένα μήνυμα.

Ας συμπληρώσουμε σήμερα τη δηλωθείσα δωρεάς οργάνων που υπάρχει στις Υπηρεσίες Υγείας, στις Κοινωνικές Υπηρεσίες, Νοσοκομείων, στο Κέντρο Υγείας, Κέντρα Ανοσοεπίστασης, Υγειονομικός Στάθμος καθώς και σε άλλες Υπηρεσίες Κοινής Οφέλους.

Για επιπλέον ενημέρωση, μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων (ΕΟΜ) του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, ΤΗΛ: 1147.

## Πώς πραγματοποιείται η διαδικασία της δωρεάς οργάνων;

Είναι κρίσιμος να δώσουμε να γνωρίζουμε πως πραγματοποιείται η όλη διαδικασία, πως γίνεται ο χειρισμός των εμψυκτών λεπτομερειών και πως είναι οι προετοιμασίες σε έναν υπαρκτό βότα.

Η εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού βασίζεται στην αρχή ότι "η δωρεά οργάνων πάντοτε έρχεται διου-

Αρ. Μητρώου	
Επίσημο	Όνομα
Πατρώνυμο	Ημ. Γέννησης
Οδός	Αριθμός
Πόλη	Τ.Κ.

Επισημαίνεται ότι η διαδικασία αυτή είναι δωρεάν και πραγματοποιείται με την υποστήριξη του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων (ΕΟΜ).

# ΔΗΛΩΣΗ

## ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΩΡΗΤΗ

Παρακαλώ να με εγγράψετε στο Εθνικό Μητρώο Δωρητών Οργάνων

Επίσημο	Όνομα
Πατρώνυμο	Ημερ. Γέννησης
Οδός	Αριθμός
Πόλη	Τ.Κ.

Τηλέφωνο

Ημερομηνία	Υπογραφή
<b>Τι κάνετε τώρα:</b>	
♦ Στελλετε ταχυδρομικώς, πιασ εφ' εντεύθε στη διεύθυνση του Ε.Ο.Μ	
♦ Σημειώσατε την κάρτα δωρεάς οργάνων, την υπηγράψατε και την φέρατε μαζί σας.	





# **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## **ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ**

### **A. Σχεδιασμός της έρευνας**

Η μέθοδός μας στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας με βάση το οποίο περιγράφονται μεταβλητές και συγκρίνονται ομάδες ατόμων για κάποια μεταβλητή (Σαχίνη - Καρδάση 1991).

### **B. Πληθυσμός - Δείγμα**

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο από την ομάδα με την καθοδήγηση της υπεύθυνης καθηγήτριας το οποίο και απευθυνόταν σε 115 νοσηλευτές-τριες ηλικίας 22-51 ετών, μέσου όρου ηλικίας 34.58 ετών. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από 33 ερωτήσεις όλες κλειστού τύπου. Από αυτές 18 είναι διχοτομικές (ΝΑΙ-ΟΧΙ) και 15 εναλλακτικών απαντήσεων.

### **Γ. Τύπος και χρόνος έρευνας**

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από τον Φεβρουάριο έως και τον Μάιο του 2002 σε Αθήνα, Πάτρα, Κ.Υ. Κ. Αχαΐας, Κ.Υ. Χαλανδρίτσας, Κ.Υ. Βάρδας, Γεν. Νοσοκομείο Πύργου. Οι ερωτώμενοι συναντήθηκαν με το μέλος της ερευνητικής ομάδας στο ΤΕΙ της Πάτρας.

#### **Δ. Συλλογή δεδομένων**

Για να επιτευχθεί υψηλή εγκυρότητα περιεχομένου το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε από την ερευνητική ομάδα με βάση ελληνικές και διεθνείς μελέτες. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με προσωπική συνέντευξη, αφού επισημάνθηκε σε κάθε ερωτώμενο, ότι μπορούσαν να μην απαντήσουν στις ερωτήσεις μας αλλά και ότι ανά πάσα στιγμή μπορούσαν να διακόψουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε περίπου 20 λεπτά της ώρας.

#### **Ε. Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων**

Κριτήρια εισαγωγής στην έρευνά μας ήταν:

- Η ιδιότητα του ερωτώμενου ως σπουδαστή νοσηλευτικής
- Η ιδιότητα του ερωτώμενου και κριτήρια αποκλεισμού ήταν:
- μη πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια
- όχι άμεση σχέση ερωτώμενου με νοσηλευτική ειδικότητα

Τελικά χρησιμοποιήθηκαν όλα τα ερωτηματολόγια από αυτά που διανεμήθηκαν.

#### **ΣΤ. Ζητήματα Βιοηθικής**

Ακολουθήθηκε πιστά ο κώδικας της Νυρεμβέργης και η διακήρυξη του Ελσίνκι για την προστασία των ανθρώπων από κάθε μορφής έρευνας με βάση τα δικαιώματα που έχει κανείς (να μην υποστεί κάποια βλάβη φυσική, συγκινησιακή κλπ, πλήρους διαφάνειας, ανωνυμίας και εχεμύθειας και αυτοδιάθεσης).

Για το λόγο αυτό πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (κλειστού τύπου με δυνατότητες πολλαπλών απαντήσεων), εξηγήσαμε το σκοπό της έρευνάς μας, επιδιώκαμε τη μη παρεμπόδιση της φυσιολογικής ζωής και της παρεχόμενης

εργασίας, σημειώσαμε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα (δηλαδή τα συμμετέχοντα πρόσωπα) τυχαίο, και τον φορέα της έρευνας - σχολή της φοίτησής μας. Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο Παράρτημα της παρούσας έρευνας.

## **Z. Κωδικοποίηση και Στατιστική Ανάλυση**

Κάθε πιθανή απάντηση σε μία ερώτηση κωδικοποιήθηκε με ένα ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές που η κάθε μία αντιπροσώπευε μία ερώτηση. Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το Statistica για Windows.

### **1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ:**

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες καθώς και τα σύνολα των απαντήσεων.

Έτσι, 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.

## 2. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ:

Για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκαν πίνακες με τους οποίους συνδυάζονται οι απαντήσεις των 2 ερωτήσεων που μας ενδιαφέρουν. Κάθε κελί δίνει τον αριθμό και το επόμενο το ποσοστό επί του συνόλου των ερωτηθέντων. Ο στατιστικός έλεγχος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των διαφορών που παρατηρήθηκαν μεταξύ των εξεταζομένων ομάδων ήταν  $\chi^2$ -test (Chi-square test με ή χωρίς το διορθωτικό παράγοντα κατά Yates)

Για τον έλεγχο των συσχετίσεων μεταξύ των διάφορων παραμέτρων χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson ( $r$ ) (Pearson's product moment correlation coefficient). Οι τιμές που μπορεί να λάβει ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson 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.

Τέλος με σκοπό τον έλεγχο των ωφελειών-αντενδείξεων των νοσηλευτών-τριων από την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων δημιουργήθηκε ένας παράγοντας παράμετρος, η **εκτίμηση της γνώσης για την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων**.

Η εκτίμηση (score) της γνώσης για μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων βαθμολογήθηκε από τις σωστές απαντήσεις (1 βαθμός για κάθε σωστή απάντηση) που δόθηκαν σε κάποιες ερωτήσεις. 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). Με βάση τα παραπάνω έχουν εξαχθεί και τα συμπεράσματα από την έρευνά μας τα οποία και αναλύονται στην ΣΥΖΗΤΗΣΗ.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 115 νοσηλευτές/τριες, μέσου όρου ηλικίας 34.58 ετών. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Από τους ερωτηθέντες νοσηλευτές-τριες 60 άτομα (ποσοστό 52.17%) εργάζονταν σε νοσοκομεία της Πάτρας, 33 άτομα (ποσοστό 28.69%) σε νοσοκομεία της Αθήνας και 10 άτομα (ποσοστό 8.69%) σε νοσοκομεία του Πύργου. Επίσης, 5 νοσηλευτές-τριες (ποσοστό 4.35%) εργάζονταν σε νοσοκομεία της Βάρδας, 4 (ποσοστό 3.48%) σε νοσοκομεία της Κ. Αχαιάς και 3 νοσηλευτές-τριες (ποσοστό 2.61%) σε νοσοκομεία της Χαλανδρίτσας.

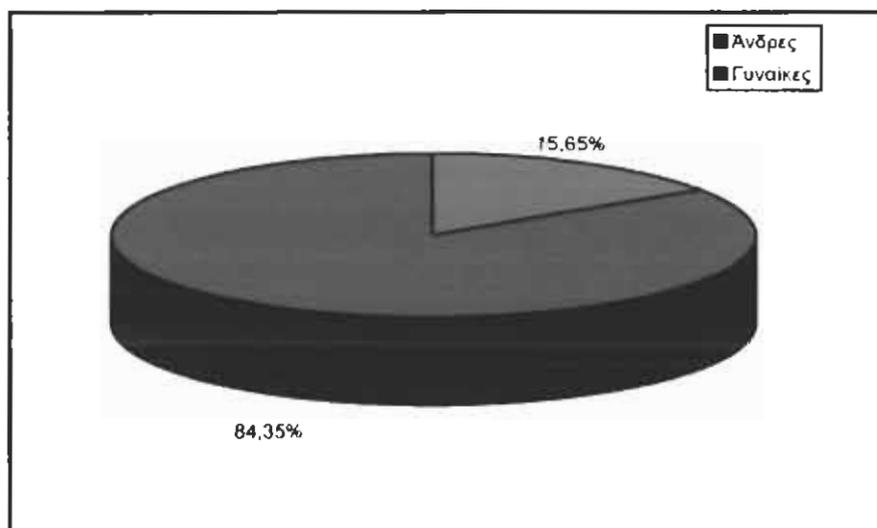
Από την ανάλυση και στατιστική επεξεργασία των δεδομένων μας προέκυψαν τα ακόλουθα:

Το 84.35% των ερωτηθέντων στην παρούσα έρευνα ήταν γυναίκες και το 15.65% άνδρες (Πίνακας 1, Σχήμα 1).

Πίνακας 1: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το φύλο.

ΦΥΛΟ	N=115	Percent
Άντρες	18	15.65%
Γυναίκες	97	84.35%

Σχήμα 1: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το φύλο.



Η ηλικία των ερωτηθέντων κυμάνθηκε μεταξύ 22 και 51 ετών με μέσο όρο ηλικίας τα 34.58 έτη και τυπική απόκλιση 6.31 έτη (Πίνακας 2).

Πίνακας 2: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ηλικία.

<b>ΗΛΙΚΙΑ</b>	<b>N=115</b>
Mean	34.58
Std. Dev.	6.31
Minimum	22.00
Maximum	51.00

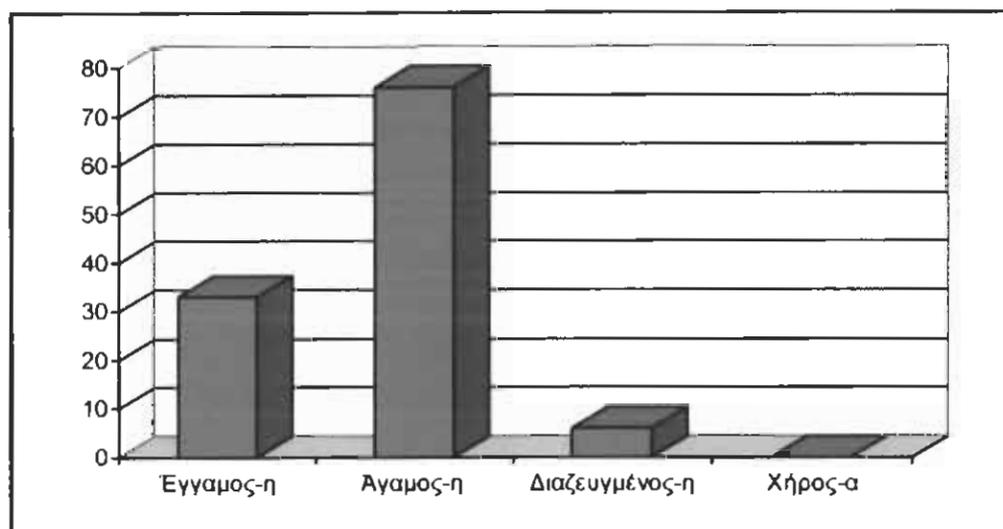
Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (76 άτομα - ποσοστό 66.09%) ήταν άγαμοι. 33 νοσηλευτές-τριες (ποσοστό 28.69%) ήταν έγγαμοι και 6 (ποσοστό 5.22%) διαζευγμένοι. Κανένας από τους ερωτηθέντες δεν ήταν χήρος-α (Πίνακας 3, Σχήμα 2).

Πίνακας 3: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την οικογενειακή τους κατάσταση.

<b>ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ</b>	<b>N=115</b>	<b>Percent</b>
Έγγαμος-η	33	28.69%
Άγαμος-η	76	66.09%
Διαζευγμένος-η	6	5.22%
Χήρος-α	0	0.00%



Σχήμα 2: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την οικογενειακή τους κατάσταση.

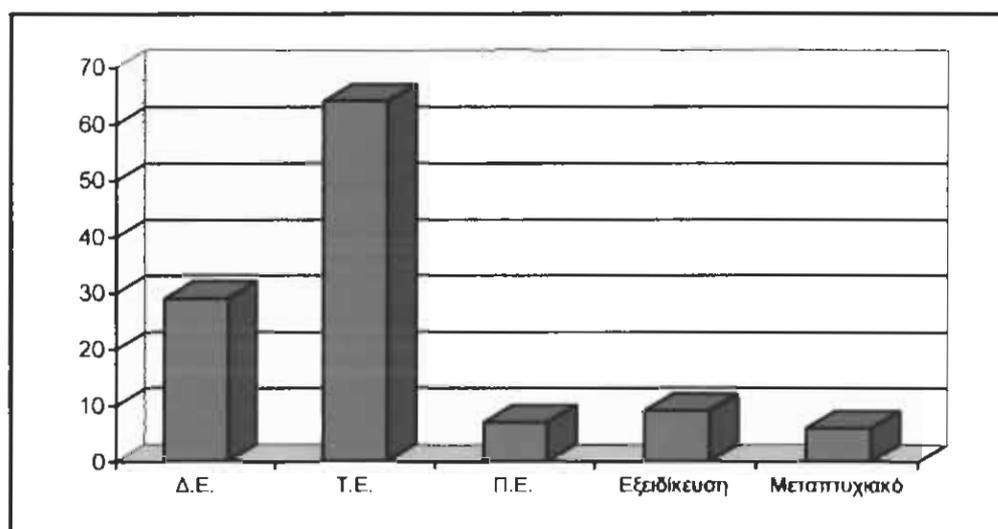


Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ήταν απόφοιτοι τεχνολογικής εκπαίδευσης (64 άτομα - ποσοστό 55.65%). Οι υπόλοιποι ήταν απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (29 άτομα - ποσοστό 25.22%) και πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (7 άτομα - ποσοστό 6.09%). Ακόμα με κάποια εξειδίκευση ήταν 9 νοσηλεύτριες (ποσοστό 7.83%) και με μεταπτυχιακό τίτλο 6 (ποσοστό 5.22%) (Πίνακας 4, Σχήμα 3).

Πίνακας 4: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την εκπαίδευσή τους.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	N=115	Percent
Δ.Ε.	29	25.22%
Τ.Ε.	64	55.65%
Π.Ε.	7	6.09%
Εξειδίκευση	9	7.83%
Μεταπτυχιακό	6	5.22%

Σχήμα 3: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την εκπαίδευσή τους.

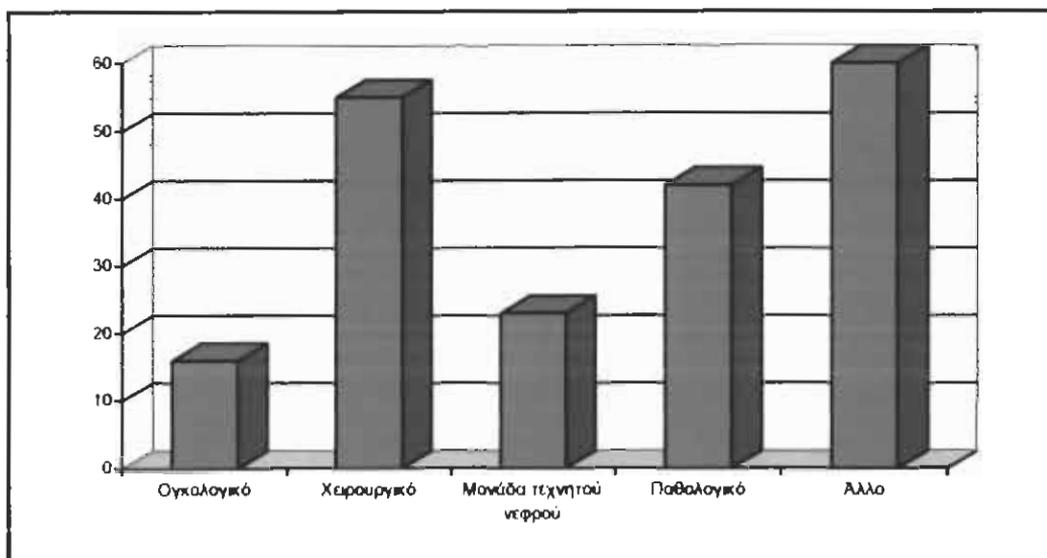


Ζητήθηκε από τους ερωτηθέντες να αναφέρουν τα νοσηλευτικά τμήματα στα οποία έχουν εργαστεί. Έτσι, 16 νοσηλεύτριες (ποσοστό 13.91%) έχουν εργαστεί σε ογκολογικό τμήμα και 55 (ποσοστό 47.83%) σε χειρουργικό τμήμα. Ακόμα 23 νοσηλεύτριες (ποσοστό 20.00%) ανέφεραν ότι έχουν εργαστεί σε μονάδα τεχνητού νεφρού και 42 (ποσοστό 36.52%) σε παθολογικό τμήμα. Αξιοσημείωτο είναι ότι ένα αρκετά σημαντικό ποσοστό 52.17% (60 άτομα) έχουν εργαστεί και σε κάποιο άλλο τμήμα όπως ΜΕΘ, ΜΑΦ κτλ (Πίνακας 5, Σχήμα 4).

Πίνακας 5: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τα νοσηλευτικά τμήματα που εργαστήκανε.

<b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΕΡΓΑΣΤΗΚΑΤΕ:</b>	<b>N=115</b>	<b>Percent</b>
Ογκολογικό	16	13.91%
Χειρουργικό	55	47.83%
Μονάδα τεχνητού νεφρού	23	20.00%
Παθολογικό	42	36.52%
Άλλο (ΜΕΘ, ΜΑΦ, κτλ)	60	52.17%

Σχήμα 4: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τα νοσηλευτικά τμήματα που εργαστήκανε.

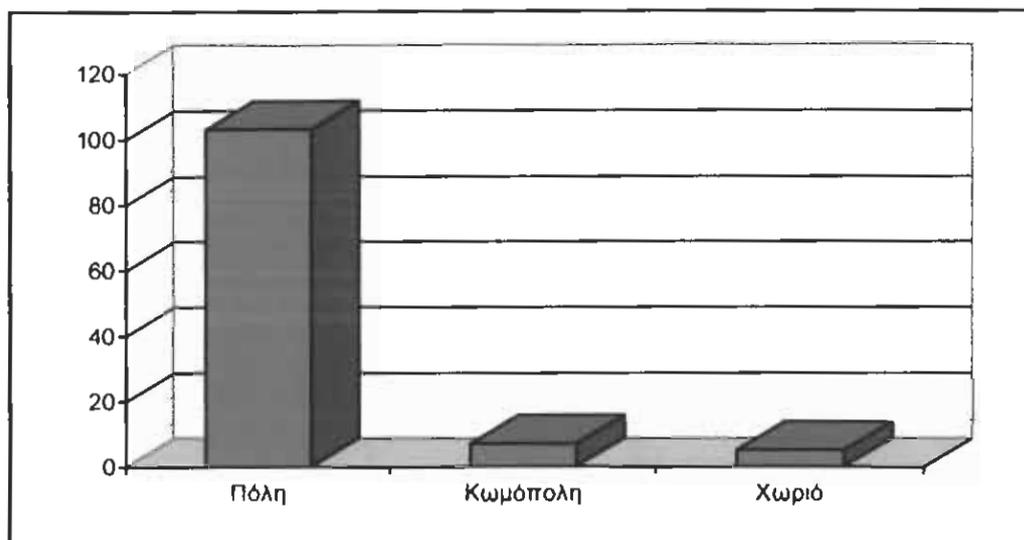


Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (103 άτομα - ποσοστό 89.56%) ζουν σε πόλη, ενώ 7 ερωτηθέντες (ποσοστό 6.09%) δηλώνουν ως τόπο μόνιμης κατοικίας τους κωμόπολη. Ακόμα 5 νοσηλευτές-τριες (ποσοστό 4.35%) ζουν σε χωριό (Πίνακας 6, Σχήμα 5).

Πίνακας 6: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την περιοχή μόνιμης κατοικίας τους.

ΠΕΡΙΟΧΗ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	N=115	Percent
Πόλη	103	89.56%
Κωμόπολη	7	6.09%
Χωριό	5	4.35%

Σχήμα 5: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την περιοχή μόνιμης κατοικίας τους.

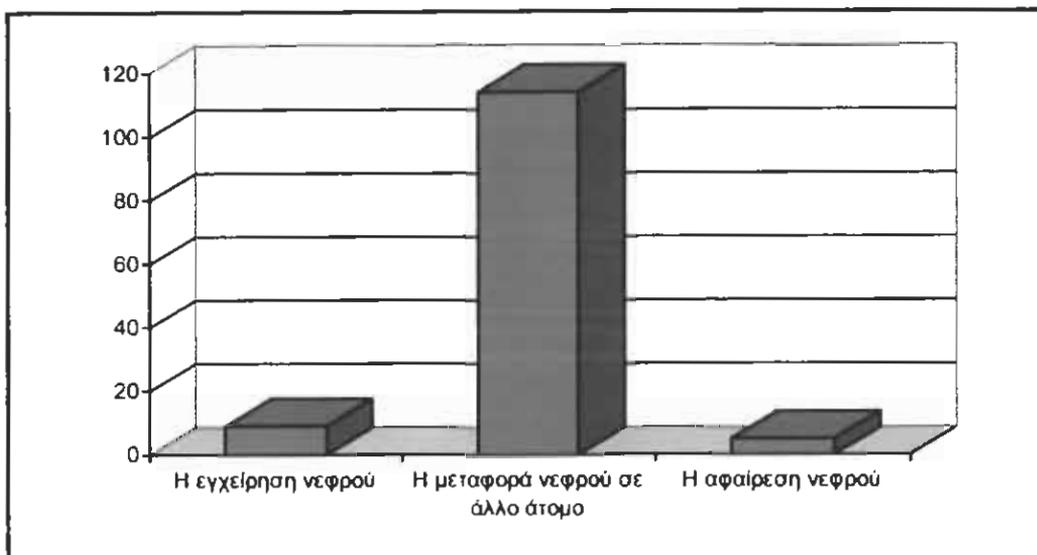


Στην ερώτηση τι είναι η μεταμόσχευση νεφρού 114 νοσηλευτές-τριες (ποσοστό 99.13%) απάντησαν ότι είναι η μεταφορά του νεφρού σε άλλο άτομο. Ακόμα 9 νοσηλευτές-τριες (ποσοστό 7.83%) δήλωσαν ότι είναι η εγχείρηση του νεφρού και 5 (ποσοστό 4.35%) ότι είναι η αφαίρεση του νεφρού (Πίνακας 7, Σχήμα 6).

Πίνακας 7: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ερώτηση τι είναι μεταμόσχευση νεφρού.

ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ ΕΙΝΑΙ:	N=115	Percent
Η εγχείρηση νεφρού	9	7.83%
Η μεταφορά νεφρού σε άλλο άτομο	114	99.13%
Η αφαίρεση νεφρού	5	4.35%

Σχήμα 6: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ερώτηση τι είναι μεταμόσχευση νεφρού.



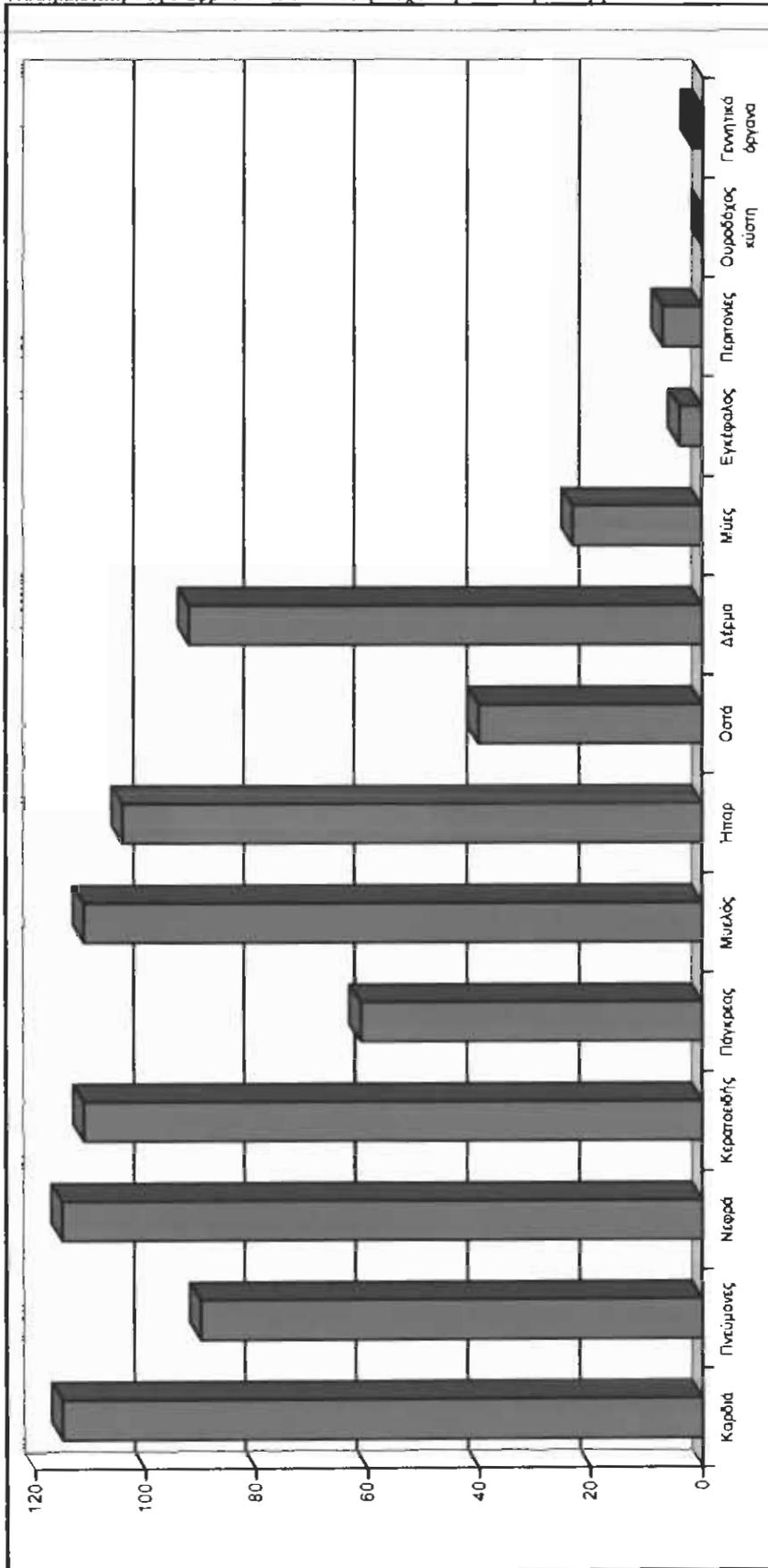
Ζητήθηκε από τους ερωτηθέντες να απαντήσουν στην ερώτηση αν μπορούν κάποια όργανα να μεταμοσχευτούν. Έτσι, η απόλυτη πλειοψηφία των ερωτηθέντων (115 άτομα – ποσοστό 100.00%) δήλωσαν ότι η καρδιά και τα νεφρά μπορούν να μεταμοσχευτούν. Ένα επίσης αρκετά μεγάλο ποσοστό ερωτηθέντων (111 άτομα – ποσοστό 96.52%) δήλωσαν ότι οι κερατοειδής και ο μυελός μπορούν να μεταμοσχευτούν και 104 νοσηλεύτριες (ποσοστό 90.43%) ότι το ήπαρ μπορεί να μεταμοσχευτεί. Ακόμα 92 νοσηλεύτριες (ποσοστό 80.00%) ανέφεραν ότι το δέρμα μεταμοσχεύεται και 90 (ποσοστό 78.26%) ότι και οι πνεύμονες μεταμοσχεύονται.

Επίσης το πάγκρεας αναφέρθηκε ότι μεταμοσχεύεται από 61 νοσηλεύτριες (ποσοστό 53.04%), τα οστά από 40 (ποσοστό 34.78%) και οι μύες από 23 νοσηλεύτριες (ποσοστό 20.00%). Τέλος 7 νοσηλεύτριες (ποσοστό 6.09%) απάντησαν ότι οι περιτονίες μπορούν να μεταμοσχευτούν, 4 (ποσοστό 3.48%) ο εγκέφαλος και 2 νοσηλεύτριες (ποσοστό 1.74%) τα γεννητικά όργανα. Τέλος, κανένας από τους ερωτηθέντες δεν απάντησε ότι η ουροδόχος κύστη μπορεί να μεταμοσχευτεί (Πίνακας 8, Σχήμα 7).

Πίνακας 8: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ερώτηση εάν μπορούν να μεταμοσχευτούν ορισμένα όργανα.

<b>ΜΠΟΡΟΥΝ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΟΡΓΑΝΑ ΝΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΤΟΥΝ;</b>	<b>N=115</b>	<b>Percent</b>
Καρδιά	115	100.00%
Πνεύμονες	90	78.26%
Νεφρά	115	100.00%
Κερατοειδής	111	96.52%
Πάγκρεας	61	53.04%
Μυελός	111	96.52%
Ήπαρ	104	90.43%
Οστά	40	34.78%
Δέρμα	92	80.00%
Μύες	23	20.00%
Εγκέφαλος	4	3.48%
Περιτονίες	7	6.09%
Ουροδόχος κύστη	0	0.00%
Γεννητικά όργανα	2	1.74%

Σχήμα 7: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ερώτηση εάν μπορούν να μεταμοσχευτούν ορισμένα όργανα.

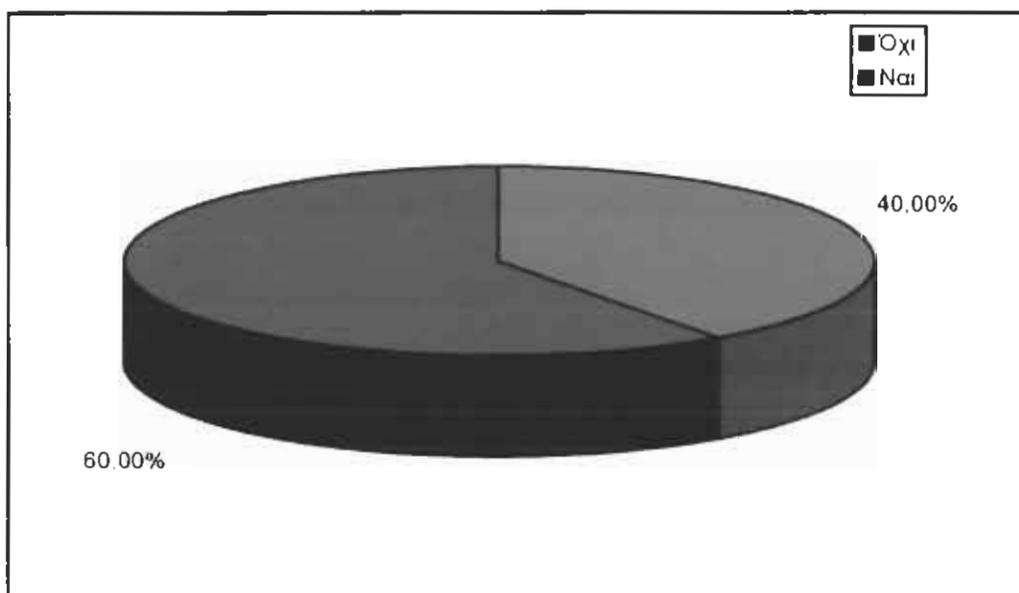


Οι μισοί και πλέον από τους ερωτηθέντες (69 άτομα - ποσοστό 60.00%) δήλωσαν ότι θα ήθελαν να γίνουν δωρητές οργάνων ενώ 46 νοσηλεύτριες (ποσοστό 40.00%) δεν θα ήθελαν να δωρίσουν τα όργανά τους (Πίνακας 9, Σχήμα 8).

Πίνακας 9: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν θα ήθελαν να γίνουν δωρητές οργάνων.

ΘΑ ΘΕΛΑΤΕ ΝΑ ΓΙΝΕΤΕ ΔΩΡΗΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΝ;	N=115	Percent
Όχι	46	40.00%
Ναι	69	60.00%

Σχήμα 8: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν θα ήθελαν να γίνουν δωρητές οργάνων.



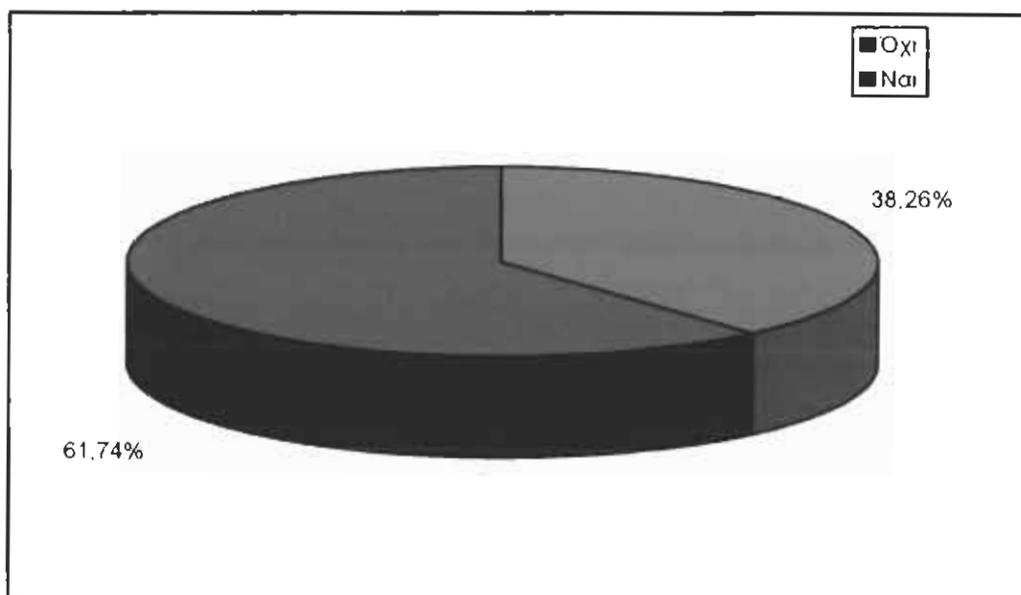


Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (71 άτομα - ποσοστό 61.74%) δηλώνουν ότι θα παρότρυναν κάποιον γνωστό τους ή φίλο τους να γίνει δωρητής οργάνων ενώ 44 νοσηλεύτριες (ποσοστό 38.26%) δεν θα έκαναν μια τέτοια πρόταση σε κάποιο γνωστό ή φίλο τους (Πίνακας 10, Σχήμα 9).

Πίνακας 10: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν θα παρότρυναν κάποιο φίλος τους να γίνει δωρητής οργάνων.

<b>ΘΑ ΠΑΡΟΤΡΥΝΑΤΕ ΚΑΠΟΙΟΝ ΓΝΩΣΤΟ ΣΑΣ Ή ΦΙΛΟ ΣΑΣ ΝΑ ΓΙΝΕΙ ΔΩΡΗΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΝ;</b>	<b>N=115</b>	<b>Percent</b>
Όχι	44	38.26%
Ναι	71	61.74%

Σχήμα 9: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν θα παρότρυναν κάποιο φίλος τους να γίνει δωρητής οργάνων.

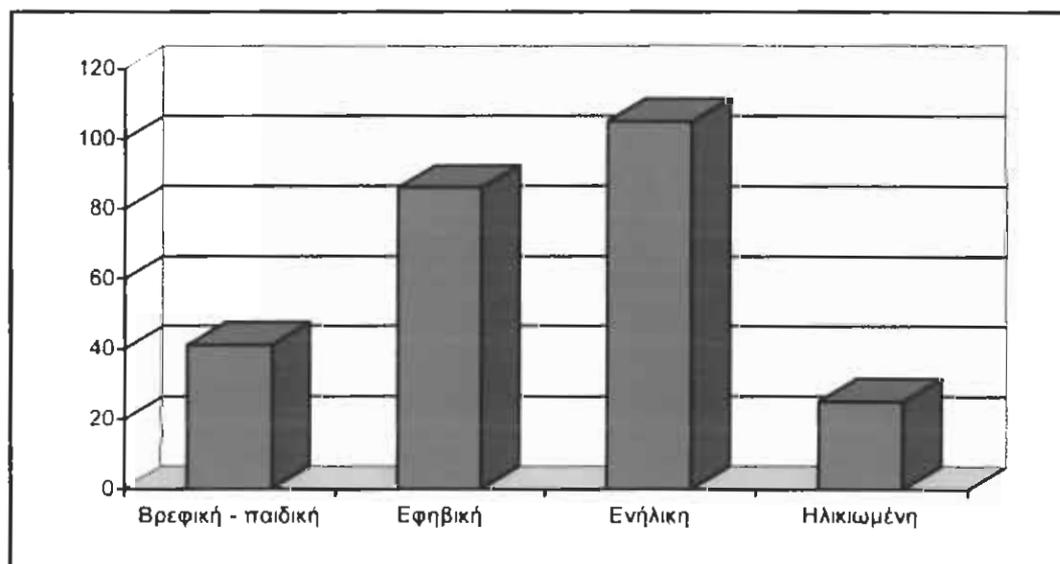


Στην ερώτηση από ποια ηλικία και μέχρι ποια μπορούν τα όργανα να αφαιρεθούν, 105 νοσηλευτές-τριες (ποσοστό 91.30%) απάντησαν στην ενήλικη και 86 (ποσοστό 74.78%) στην εφηβική. 41 νοσηλευτές-τριες (ποσοστό 35.65%) απάντησαν ότι η βρεφική-παιδική ηλικία είναι η κατάλληλη ηλικία για να αφαιρεθούν τα όργανα και 25 (ποσοστό 21.74%) η ηλικιωμένη (Πίνακας 11, Σχήμα 10).

Πίνακας 11: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ερώτηση από ποια ηλικία και μέχρι ποια μπορούν τα όργανα να αφαιρεθούν.

<b>ΑΠΟ ΠΟΙΑ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΜΕΧΡΙ ΠΟΙΑ ΜΠΟΡΟΥΝ ΤΑ ΟΡΓΑΝΑ ΝΑ ΑΦΑΙΡΕΘΟΥΝ;</b>	<b>N=115</b>	<b>Percent</b>
Βρεφική – παιδική	41	35.65%
Εφηβική	86	74.78%
Ενήλικη	105	91.30%
Ηλικιωμένη	25	21.74%

Σχήμα 10: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ερώτηση από ποια ηλικία και μέχρι ποια μπορούν τα όργανα να αφαιρεθούν.

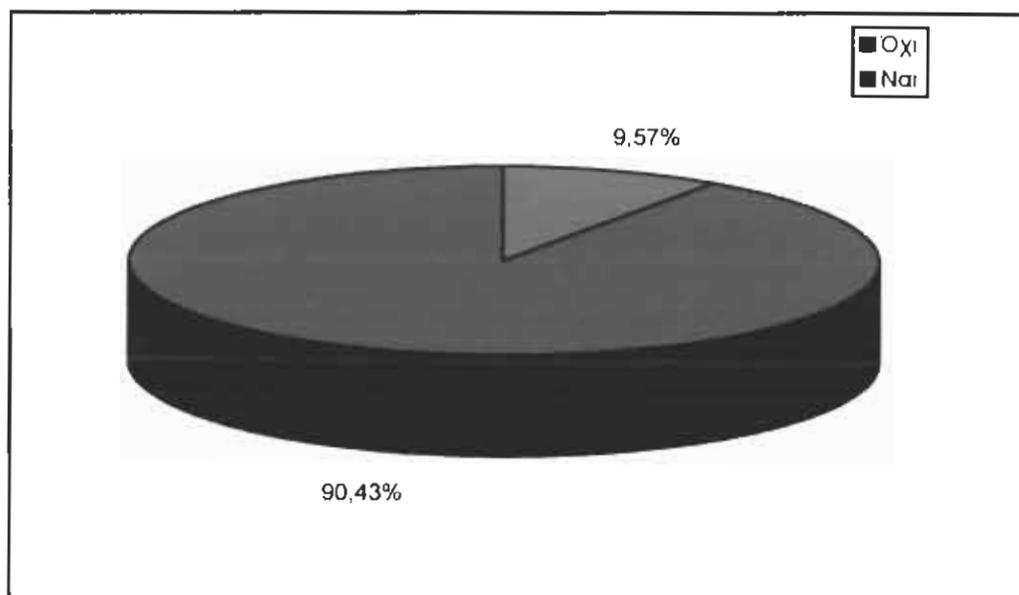


Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (104 άτομα – ποσοστό 90.43%) γνώριζαν ότι μπορεί κάποιος να δωρίσει κάποιο όργανο ενώ είναι ακόμα στη ζωή ενώ μόλις 11 νοσηλευτές-τριες (ποσοστό 9.57%) δεν γνώριζαν αν μπορεί κάποιος να δωρίσει κάποιο όργανό του ενώ είναι ακόμα στη ζωή (Πίνακας 12, Σχήμα 11).

Πίνακας 12: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν γνωρίζουν αν μπορεί κάποιος να δωρίσει κάποιο όργανο ενώ είναι ακόμα στη ζωή.

<b>ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΑΝ ΜΠΟΡΕΙ ΚΑΠΟΙΟΣ ΝΑ ΔΩΡΙΣΕΙ ΚΑΠΟΙΟ ΟΡΓΑΝΟ ΕΝΩ ΕΙΝΑΙ ΑΚΟΜΑ ΣΤΗ ΖΩΗ;</b>	<b>N=115</b>	<b>Percent</b>
Όχι	11	9.57%
Ναι	104	90.43%

Σχήμα 11: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν γνωρίζουν αν μπορεί κάποιος να δωρίσει κάποιο όργανο ενώ είναι ακόμα στη ζωή.

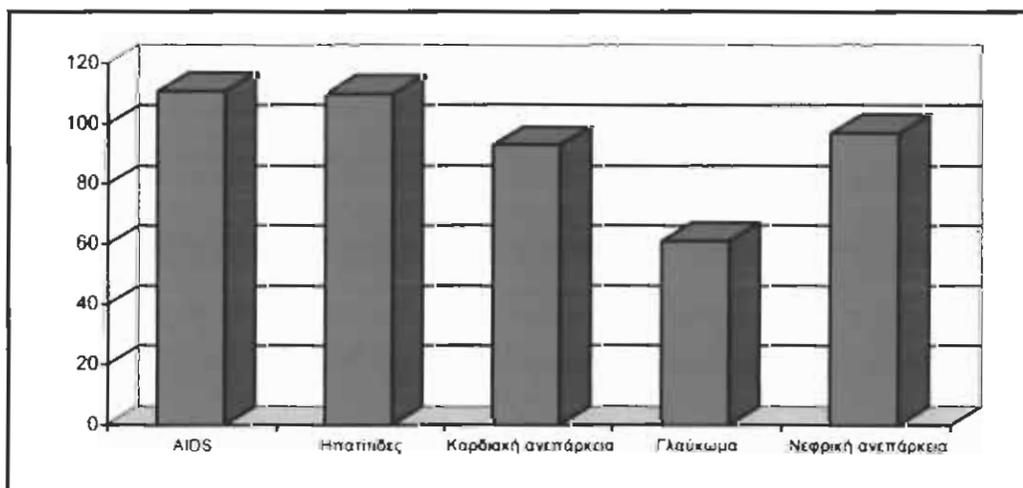


Ζητήθηκε από τους ερωτηθέντες να απαντήσουν στην ερώτηση εάν κάποιος για να γίνει δωρητής οργάνων εξετάζεται για κάποιες συγκεκριμένες ασθένειες. Έτσι, η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (111 άτομα – ποσοστό 96.52%) απάντησαν ότι για να γίνει κάποιος δωρητής οργάνων εξετάζεται για AIDS και για ηπατίτιδα (110 άτομα – ποσοστό 95.65%) αντίστοιχα. Ακόμα 97 νοσηλεύτριες (ποσοστό 84.35%) απάντησαν ότι εξετάζεται για νεφρική ανεπάρκεια και 93 (ποσοστό 80.87%) για καρδιακή ανεπάρκεια αντίστοιχα. Τέλος, 61 νοσηλεύτριες (ποσοστό 53.04%) απάντησαν ότι για να γίνει κάποιος δωρητής οργάνων εξετάζεται για γλαύκωμα (Πίνακας 13, Σχήμα 12).

Πίνακας 13: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν γνωρίζουν εάν κάποιος για να γίνει δωρητής οργάνων εξετάζεται για κάποιες ασθένειες.

<b>ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΕΑΝ ΚΑΠΟΙΟΣ ΓΙΑ ΝΑ ΓΙΝΕΙ ΔΩΡΗΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΝ ΕΞΕΤΑΖΕΤΑΙ ΓΙΑ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ:</b>	<b>N=115</b>	<b>Percent</b>
AIDS	111	96.52%
Ηπατίτιδες	110	95.65%
Καρδιακή ανεπάρκεια	93	80.87%
Γλαύκωμα	61	53.04%
Νεφρική ανεπάρκεια	97	84.35%

Σχήμα 12: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν γνωρίζουν εάν κάποιος για να γίνει δωρητής οργάνων εξετάζεται για κάποιες ασθένειες.



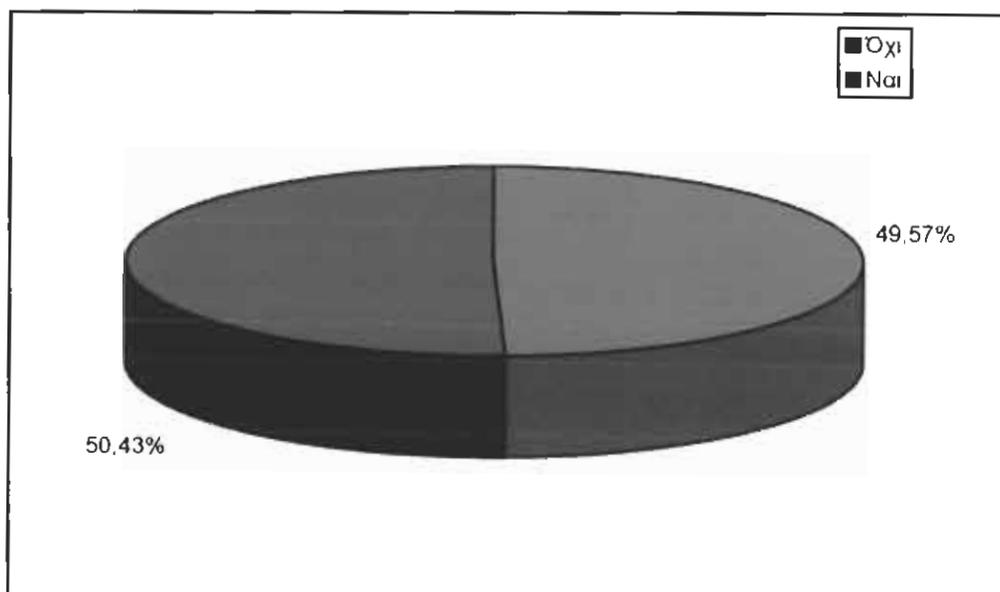
Απόλυτα μοιρασμένα είναι τα ποσοστά των ερωτηθέντων που απάντησαν στην ερώτηση εάν φοβούνται μήπως τα όργανα που αφαιρούνται με σκοπό τη μεταμόσχευση χρησιμοποιηθούν για ερευνητικούς (ιατρικούς) σκοπούς.

Έτσι, 58 νοσηλεύτριες (ποσοστό 50.43%) απάντησαν ότι φοβούνται μήπως τα όργανα χρησιμοποιηθούν για ερευνητικούς (ιατρικούς) σκοπούς και 57 (ποσοστό 49.57%) απάντησαν ότι δεν φοβούνται ένα τέτοιο ενδεχόμενο (Πίνακας 14, Σχήμα 13).

Πίνακας 14: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν φοβούνται μήπως χρησιμοποιηθούν τα όργανα που αφαιρούνται για ερευνητικούς (ιατρικούς) σκοπούς.

<b>ΦΟΒΑΣΤΕ ΜΗΠΩΣ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΟΥΝ ΤΑ ΟΡΓΑΝΑ ΠΟΥ ΑΦΑΙΡΟΥΝΤΑΙ ΜΕ ΣΚΟΠΟ ΤΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΓΙΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥΣ (ΙΑΤΡΙΚΟΥΣ) ΣΚΟΠΟΥΣ;</b>	<b>N=115</b>	<b>Percent</b>
Όχι	57	49.57%
Ναι	58	50.43%

Σχήμα 13: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν φοβούνται μήπως χρησιμοποιηθούν τα όργανα που αφαιρούνται για ερευνητικούς (ιατρικούς) σκοπούς.



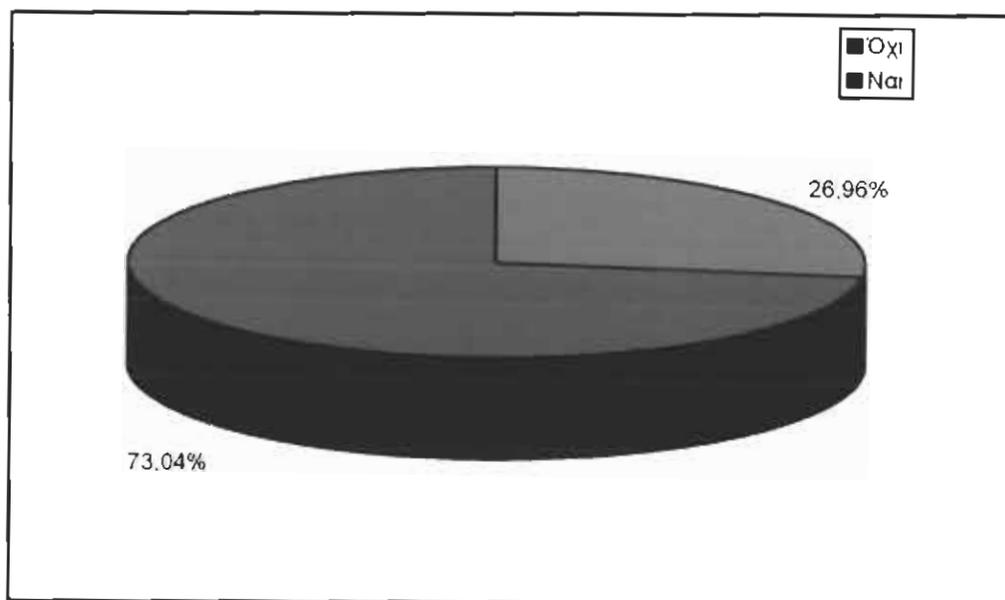
Σε αντίθεση με την προηγούμενη ερώτηση όπου τα ποσοστά των ερωτηθέντων ήταν απόλυτα μοιρασμένα, εδώ στην ερώτηση εάν φοβούνται μήπως τα όργανα που αφαιρούνται με σκοπό τη μεταμόσχευση χρησιμοποιηθούν για εμπορικούς σκοπούς φαίνεται καθαρά ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (84 άτομα – ποσοστό 73.04%) έχει αυτό το φόβο.

Αντίθετα μόνο 31 νοσηλευτές-τριες (ποσοστό 26.96%) απάντησαν ότι δεν φοβούνται ένα τέτοιο ενδεχόμενο (Πίνακας 15, Σχήμα 14).

Πίνακας 15: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν φοβούνται μήπως χρησιμοποιηθούν τα όργανα που αφαιρούνται για εμπορικούς σκοπούς.

<b>ΦΟΒΑΣΤΕ ΜΗΠΩΣ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΟΥΝ ΤΑ ΟΡΓΑΝΑ ΠΟΥ ΑΦΑΙΡΟΥΝΤΑΙ ΜΕ ΣΚΟΠΟ ΤΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΓΙΑ ΕΜΠΟΡΙΚΟΥΣ ΣΚΟΠΟΥΣ;</b>	<b>N=115</b>	<b>Percent</b>
Όχι	31	26.96%
Ναι	84	73.04%

Σχήμα 14: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν φοβούνται μήπως χρησιμοποιηθούν τα όργανα που αφαιρούνται για εμπορικούς σκοπούς.

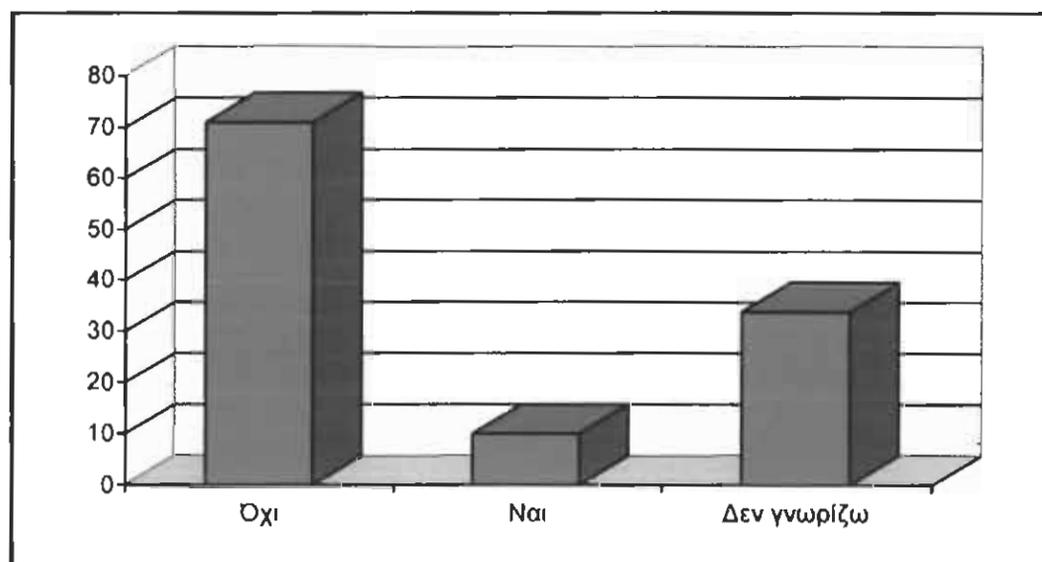


Οι μισοί και πλέον από τους ερωτηθέντες (71 άτομα - ποσοστό 61.74%) δηλώνουν ότι δεν πληρώνει η οικογένεια του δότη το κόστος της μεταμόσχευσης ενώ 10 νοσηλεύτριες (ποσοστό 8.69%) δηλώνουν το εντελώς αντίθετο, ότι δηλαδή η οικογένεια του δότη πληρώνει το κόστος της μεταμόσχευσης. 34 νοσηλεύτριες (ποσοστό 29.56%) δεν γνώριζαν να μας απαντήσουν (Πίνακας 16, Σχήμα 15).

Πίνακας 16: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ερώτηση εάν η οικογένεια του δότη πληρώνει το κόστος της μεταμόσχευσης.

<b>Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΔΟΤΗ ΠΛΗΡΩΝΕΙ ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ;</b>	<b>N=115</b>	<b>Percent</b>
Όχι	71	61.74%
Ναι	10	8.69%
Δεν γνωρίζω	34	29.56%

Σχήμα 15: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ερώτηση εάν η οικογένεια του δότη πληρώνει το κόστος της μεταμόσχευσης.

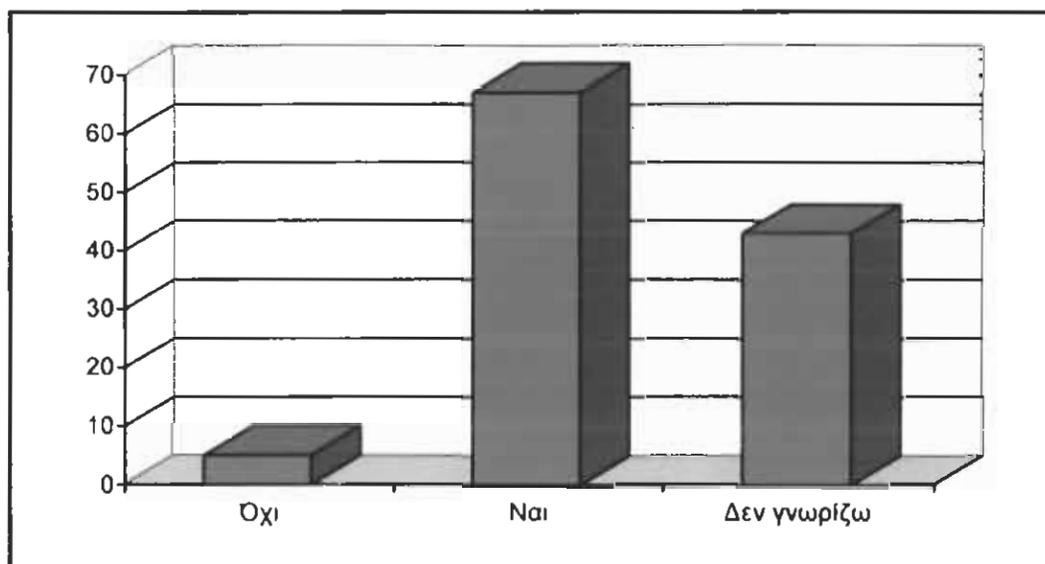


Ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό ερωτηθέντων (67 άτομα - ποσοστό 58.26%) δηλώνει ότι μπορεί κάποιος που έχει γίνει δωρητής οργάνων να αλλάξει γνώμη ενώ 5 νοσηλεύτριες (ποσοστό 4.35%) δηλώνουν το εντελώς αντίθετο, ότι δηλαδή δεν μπορεί κάποιος που έχει γίνει δωρητής οργάνων να αλλάξει γνώμη. 43 νοσηλεύτριες (ποσοστό 37.39%) δεν γνώριζαν να μας απαντήσουν (Πίνακας 17, Σχήμα 16).

Πίνακας 17: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ερώτηση εάν μπορεί κάποιος που έχει γίνει δωρητής οργάνων να αλλάξει γνώμη.

<b>ΜΠΟΡΕΙ ΚΑΠΟΙΟΣ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΓΙΝΕΙ ΔΩΡΗΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΝ ΝΑ ΑΛΛΑΞΕΙ ΓΝΩΜΗ;</b>	<b>N=115</b>	<b>Percent</b>
Όχι	5	4.35%
Ναι	67	58.26%
Δεν γνωρίζω	43	37.39%

Σχήμα 16: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ερώτηση εάν μπορεί κάποιος που έχει γίνει δωρητής οργάνων να αλλάξει γνώμη.



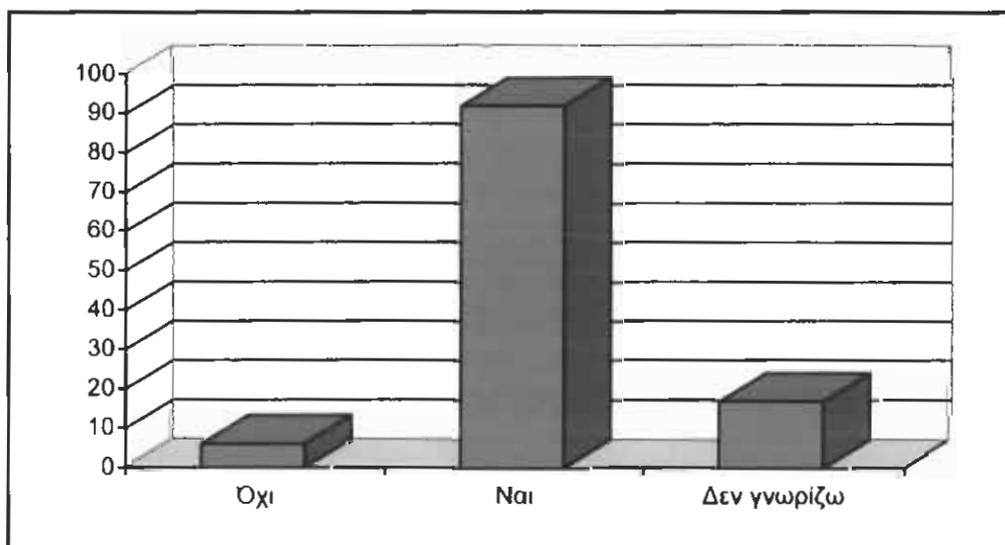


Στην ερώτηση αν θα δεχόντουσαν μόσχευμα από άλλο άτομο σε περίπτωση που αντιμετώπιζαν κάποιο πρόβλημα υγείας, η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (92 άτομα – ποσοστό 80.00%) απάντησε θετικά ενώ μόλις 6 νοσηλεύτριες (ποσοστό 5.22%) απάντησαν ότι δεν θα δεχόντουσαν μόσχευμα από άλλο άτομο ακόμα και αν αντιμετώπιζαν κάποιο πρόβλημα υγείας. 17 νοσηλεύτριες (ποσοστό 14.78%) δεν γνώριζε τι θα έκανε σε μια τέτοια περίπτωση (Πίνακας 18, Σχήμα 17).

Πίνακας 18: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ερώτηση εάν θα δεχόντουσαν μόσχευμα από άλλο άτομο αν αντιμετώπιζαν κάποιο πρόβλημα υγείας.

<b>ΑΝ ΕΙΧΑΤΕ ΚΑΠΟΙΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΘΑ ΔΕΧΟΣΑΣΤΑΝ ΜΟΣΧΕΥΜΑ ΑΠΟ ΑΛΛΟ ΑΤΟΜΟ;</b>	<b>N=115</b>	<b>Percent</b>
Όχι	6	5.22%
Ναι	92	80.00%
Δεν γνωρίζω	17	14.78%

Σχήμα 17: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ερώτηση θα δεχόντουσαν μόσχευμα από άλλο άτομο αν αντιμετώπιζαν κάποιο πρόβλημα υγείας.



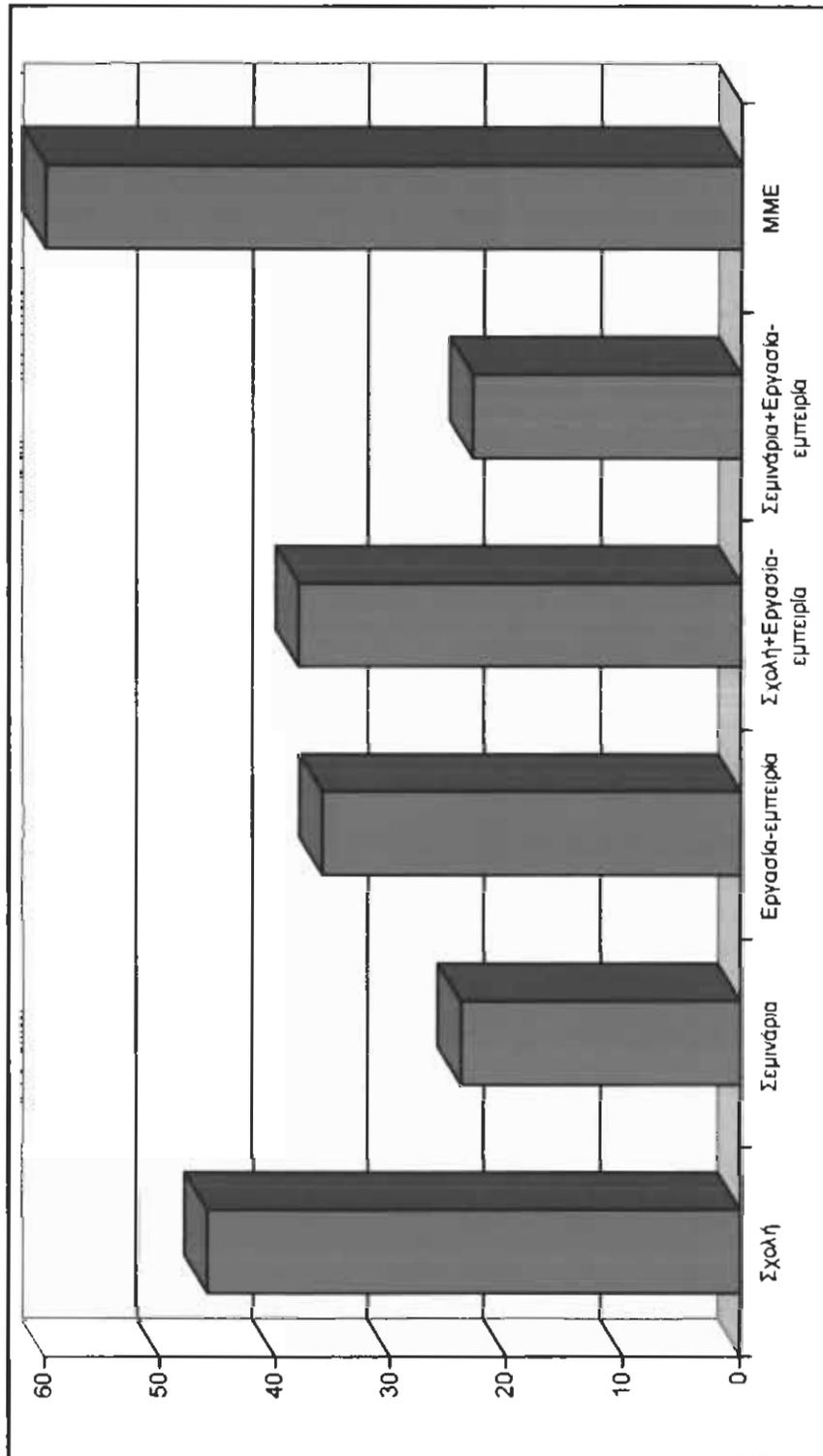
Οι μισοί και πλέον από τους ερωτηθέντες (60 άτομα – ποσοστό 52.17%) απέκτησαν τις γνώσεις τους για την μεταμόσχευση από τα ΜΜΕ ενώ 46 νοσηλεύτριες (ποσοστό 40.00%) από τη σχολή τους. Απόλυτα μοιρασμένα είναι τα ποσοστά των ερωτηθέντων που δηλώνουν ότι απέκτησαν τις γνώσεις τους για την μεταμόσχευση από διάφορα σεμινάρια και από την εργασιακή τους εμπειρία σε συνδυασμό με τη σχολή και τα σεμινάρια.

Έτσι, 24 νοσηλεύτριες (ποσοστό 20.67%) δηλώνουν ότι απέκτησαν τις γνώσεις τους από σεμινάρια και 23 (ποσοστό 20.00%) από τα σεμινάρια και την εργασιακή τους εμπειρία ταυτόχρονα. Αντίθετα, 36 νοσηλεύτριες (ποσοστό 31.30%) δηλώνουν ότι απέκτησαν τις γνώσεις τους από την εργασιακή τους εμπειρία και 38 (ποσοστό 33.04%) από τη σχολή και την εργασιακή εμπειρία ταυτόχρονα (Πίνακας 19, Σχήμα 18).

Πίνακας 19: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τον τόπο απόκτησης γνώσεων για την μεταμόσχευση.

<b>ΓΝΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΑΠΟΚΤΗΣΑΤΕ ΣΤΗΝ:</b>	<b>N=115</b>	<b>Percent</b>
Σχολή	46	40.00%
Σεμινάρια	24	20.67%
Εργασία - εμπειρία	36	31.30%
Σχολή + Εργασία - εμπειρία	38	33.04%
Σεμινάρια + Εργασία - εμπειρία	23	20.00%
ΜΜΕ	60	52.17%

Σχήμα 18: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τον τόπο απόκτησης γνώσεων για την μεταμόσχευση.



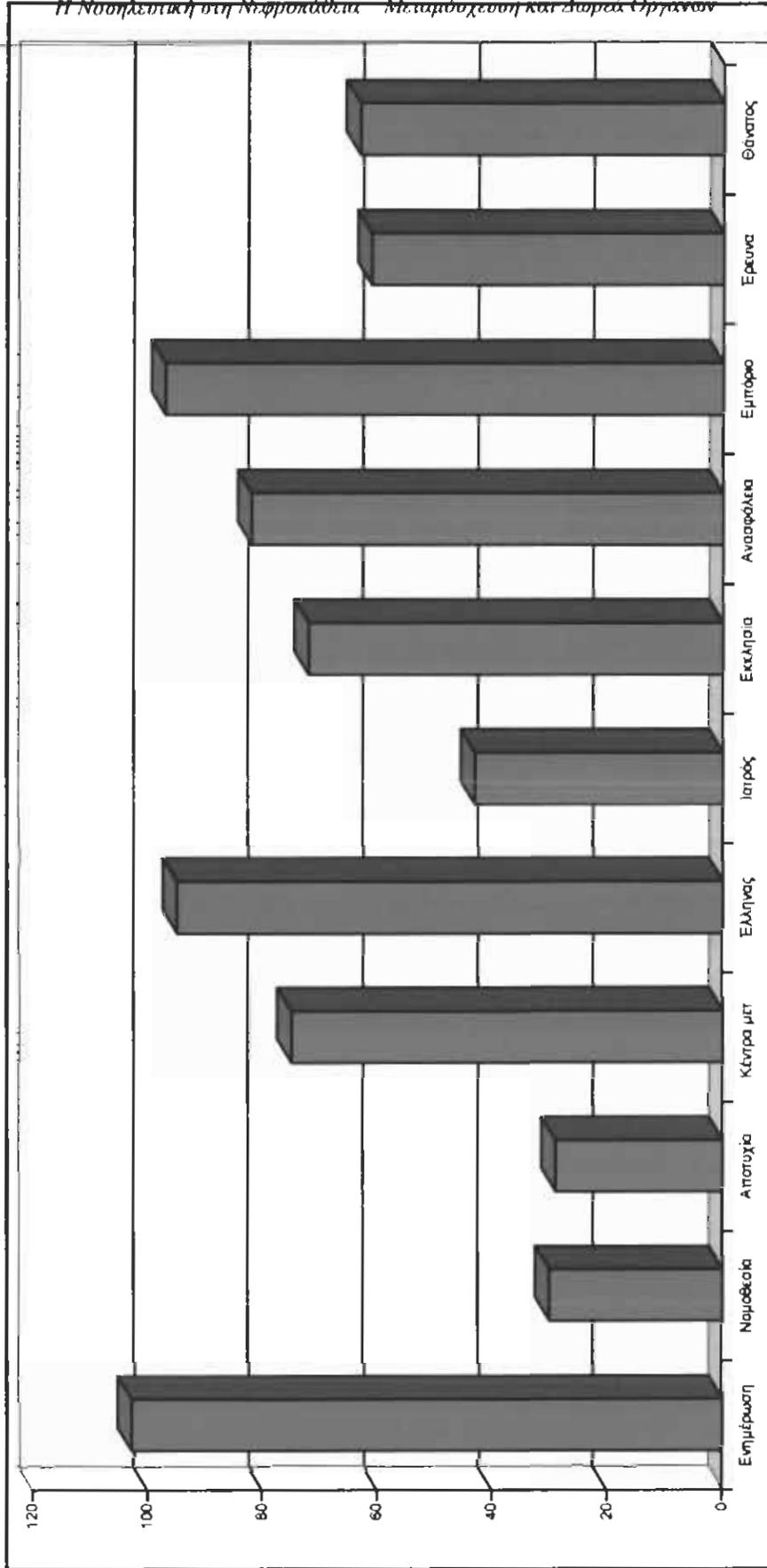
Ζητήθηκε από τους ερωτηθέντες να αναφέρουν τους λόγους στους οποίους πιστεύουν ότι οφείλεται η γενικότερη έλλειψη μοσχευμάτων στην Ελλάδα. Έτσι, 103 νοσηλεύτριες (ποσοστό 89.56%) ανέφεραν την ανεπαρκή ενημέρωση του κοινού και 97 (ποσοστό 84.35%) τον φόβο για την εμπορευματοποίηση. Ένα επίσης αρκετά μεγάλο ποσοστό ερωτηθέντων (95 άτομα – ποσοστό 82.61%) αναφέρθηκαν στην νοοτροπία που διέπει τον Έλληνα ενώ 82 νοσηλεύτριες (ποσοστό 71.30%) στην ανασφάλεια για τον καθορισμό του θανάτου.

Ακόμα 75 νοσηλεύτριες (ποσοστό 65.22%) ανέφεραν την έλλειψη οργανωμένων μεταμοσχευτικών κέντρων και 72 (ποσοστό 62.61%) αναστολές που οφείλονται κυρίως σε θρησκευτικούς λόγους. Επίσης ο φόβος μήπως πεθάνουν αναφέρθηκε ως κύρια αιτία έλλειψης μοσχευμάτων στην Ελλάδα από 63 νοσηλεύτριες (ποσοστό 54.78%), και ο φόβος για έρευνα από 61 νοσηλεύτριες (ποσοστό 53.04%). Τέλος 43 νοσηλεύτριες (ποσοστό 37.39%) αναφέρθηκαν στην έλλειψη εμπιστοσύνης στον γιατρό, 30 (ποσοστό 26.09%) στην υπάρχουσα νομοθεσία και 29 νοσηλεύτριες (ποσοστό 25.22%) στα μεγάλα ποσοστά αποτυχίας (Πίνακας 20, Σχήμα 19).

Πίνακας 20: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ερώτηση σε τι οφείλεται η γενικότερη έλλειψη μοσχευμάτων στην Ελλάδα.

<b>ΣΕ ΤΙ ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ Η ΓΕΝΙΚΟΤΕΡΗ ΕΛΛΕΙΨΗ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ;</b>	<b>N=115</b>	<b>Percent</b>
Στην ανεπαρκή ενημέρωση του κοινού	103	89.56%
Στην υπάρχουσα νομοθεσία	30	26.09%
Στα μεγάλα ποσοστά αποτυχίας	29	25.22%
Στην έλλειψη οργανωμένων μεταμοσχευτικών κέντρων	75	65.22%
Στην νοοτροπία του Έλληνα	95	82.61%
Στην έλλειψη εμπιστοσύνης στο γιατρό	43	37.39%
Σε αναστολές που οφείλονται σε θρησκευτικούς λόγους	72	62.61%
Ανασφάλεια για καθορισμό θανάτου	82	71.30%
Φόβος για εμπορευματοποίηση	97	84.35%
Φόβος για έρευνα	61	53.04%
Φόβος μήπως πεθάνουν	63	54.78%

Σχήμα 19: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ερώτηση σε τι οφείλεται η γενικότερη έλλειψη μοσχευμάτων στην Ελλάδα.



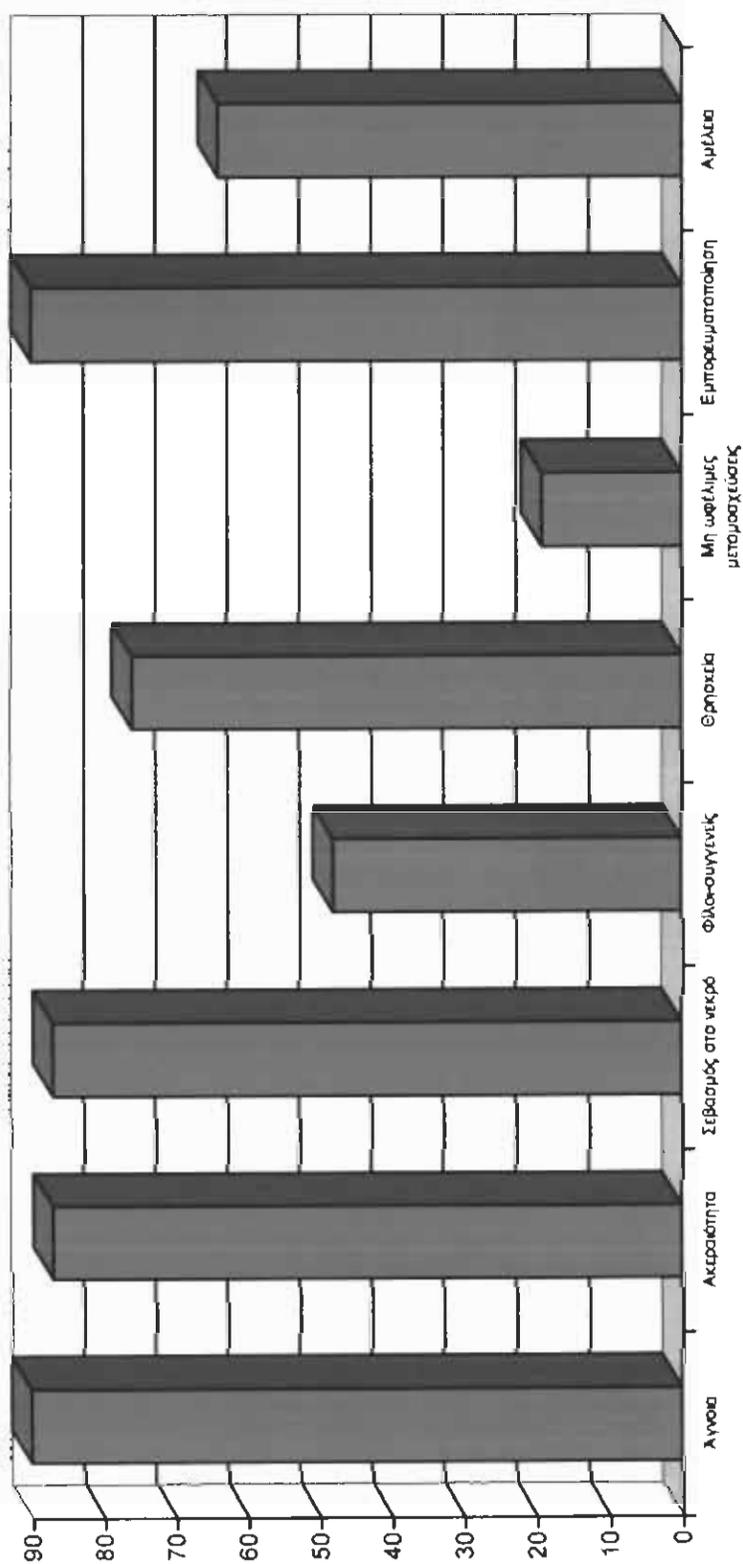
Επίσης ζητήθηκε από τους ερωτηθέντες να αναφέρουν τους λόγους που θα εμπόδιζαν κάποιον να γίνει δωρητής οργάνων μετά θάνατον. Έτσι, 90 νοσηλεύτριες (ποσοστό 78.26%) αναφέρθηκαν στην άγνοια και τον φόβο για εμπορευματοποίηση αντίστοιχα. Ακόμα 87 νοσηλεύτριες (ποσοστό 75.65%) ανέφεραν την επιθυμία ακεραιότητας του σώματος και τον σεβασμό στον νεκρό αντίστοιχα.

Επίσης η θρησκευτική πίστη αναφέρθηκε ως εμπόδιο για κάποιον να γίνει δωρητής οργάνων μετά θάνατον από 76 νοσηλεύτριες (ποσοστό 66.09%) και η αμέλεια από 64 (ποσοστό 55.65%). Τέλος, 48 νοσηλεύτριες (ποσοστό 41.74%) ανέφεραν την γνώμη των φίλων και συγγενών και 19 μόλις νοσηλεύτριες (ποσοστό 16.52) την άποψη ότι οι μεταμοσχεύσεις δεν ωφελούν (Πίνακας 21, Σχήμα 20).

Πίνακας 21: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ερώτηση τι θα εμπόδιζε κάποιον να γίνει δωρητής οργάνων μετά θάνατον.

<b>ΤΙ ΘΑ ΕΜΠΟΔΙΖΕ ΚΑΠΟΙΟΝ ΝΑ ΓΙΝΕΙ ΔΩΡΗΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΝ ΜΕΤΑ ΘΑΝΑΤΟΝ;</b>	<b>N=115</b>	<b>Percent</b>
Άγνοια	90	78.26%
Επιθυμία ακεραιότητας του σώματος	87	75.65%
Σεβασμός στον νεκρό	87	75.65%
Η γνώμη των φίλων και συγγενών	48	41.74%
Η θρησκευτική του πίστη	76	66.09%
Δεν πιστεύει ότι οι μεταμοσχεύσεις ωφελούν	19	16.52%
Φόβοι για εμπορευματοποίηση	90	78.26%
Αμέλεια	64	55.65%

Σχήμα 20: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ερώτηση τι θα εμπόδιζε κάποιον να γίνει δωρητής οργάνων μετά θάνατον.

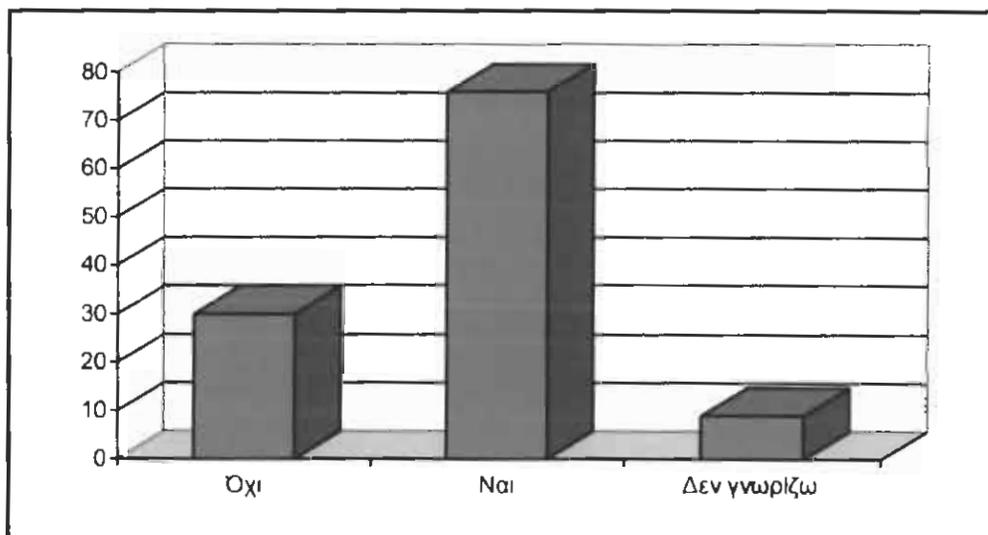


Στην ερώτηση αν συμφωνούν με την άποψη ότι μπορούν οι συγγενείς να δωρίσουν τα όργανα δικού τους προσώπου, η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (76 άτομα – ποσοστό 66.09%) φαίνεται να συμφωνεί ενώ 30 νοσηλεύτριες (ποσοστό 26.09%) απάντησαν ότι δεν συμφωνούν με την συγκεκριμένη άποψη. 9 νοσηλεύτριες (ποσοστό 7.83%) δεν γνώριζε να μας απαντήσει (Πίνακας 22, Σχήμα 21).

Πίνακας 22: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ερώτηση εάν συμφωνούν οι συγγενείς να δωρίζουν τα όργανα δικού τους προσώπου.

<b>ΣΥΜΦΩΝΕΙΤΕ ΟΤΙ ΜΠΟΡΟΥΝ ΟΙ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΝΑ ΔΩΡΙΣΟΥΝ ΤΑ ΟΡΓΑΝΑ ΔΙΚΟΥ ΤΟΥΣ ΠΡΟΣΩΠΟΥ;</b>	<b>N=115</b>	<b>Percent</b>
Όχι	30	26.09%
Ναι	76	66.09%
Δεν γνωρίζω	9	7.83%

Σχήμα 21: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ερώτηση εάν συμφωνούν οι συγγενείς να δωρίζουν τα όργανα δικού τους προσώπου.





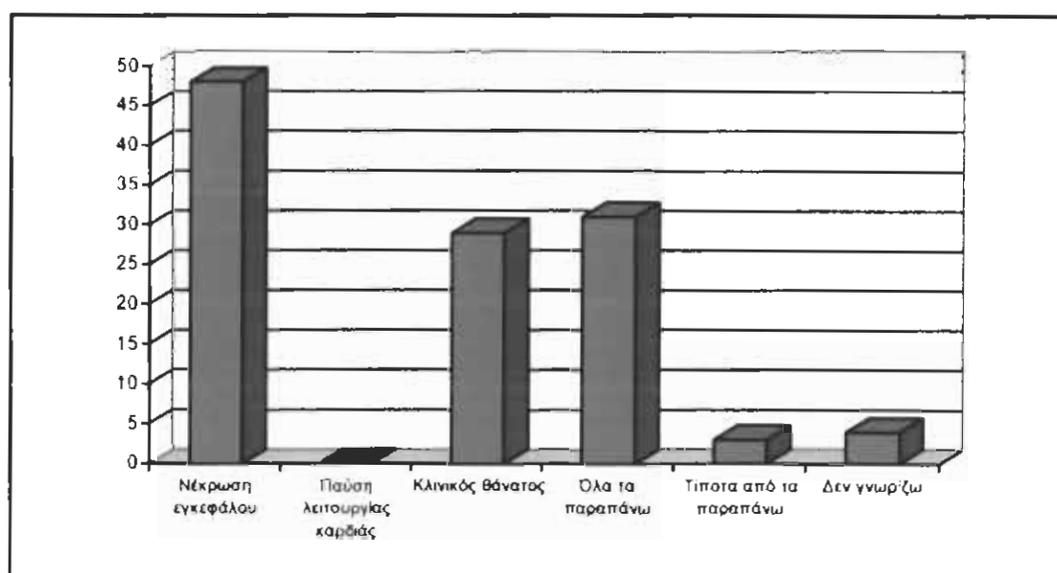
Στην ερώτηση τι είναι ο εγκεφαλικός θάνατος 48 νοσηλευτές-τριες (ποσοστό 41.74%) απάντησαν ότι είναι η νέκρωση του εγκεφάλου και 29 (ποσοστό 25.22%) ο κλινικός θάνατος. Αξιοσημείωτο είναι ότι κανένας από τους ερωτηθέντες δεν είπε ότι εγκεφαλικός θάνατος είναι η παύση της λειτουργίας της καρδιάς.

Αντίθετα 31 νοσηλευτές-τριες (ποσοστό 26.96%) απάντησαν ότι είναι όλα τα παραπάνω δηλαδή και η νέκρωση του εγκεφάλου, και η παύση λειτουργίας της καρδιάς αλλά και ο κλινικός θάνατος. 3 νοσηλευτές-τριες (ποσοστό 2.61%) απάντησαν ότι δεν είναι τίποτα από τα παραπάνω και 4 (ποσοστό 3.48%) δεν γνώριζαν την απάντηση στην ερώτηση (Πίνακας 23, Σχήμα 22).

Πίνακας 23: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ερώτηση τι είναι εγκεφαλικός θάνατος.

ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ;	N=115	Percent
Νέκρωση εγκεφάλου	48	41.74%
Παύση λειτουργίας καρδιάς	0	0.00%
Κλινικός θάνατος	29	25.22%
Όλα τα παραπάνω	31	26.96%
Τίποτα από τα παραπάνω	3	2.61%
Δεν γνωρίζω	4	3.48%

Σχήμα 22: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ερώτηση τι είναι εγκεφαλικός θάνατος.

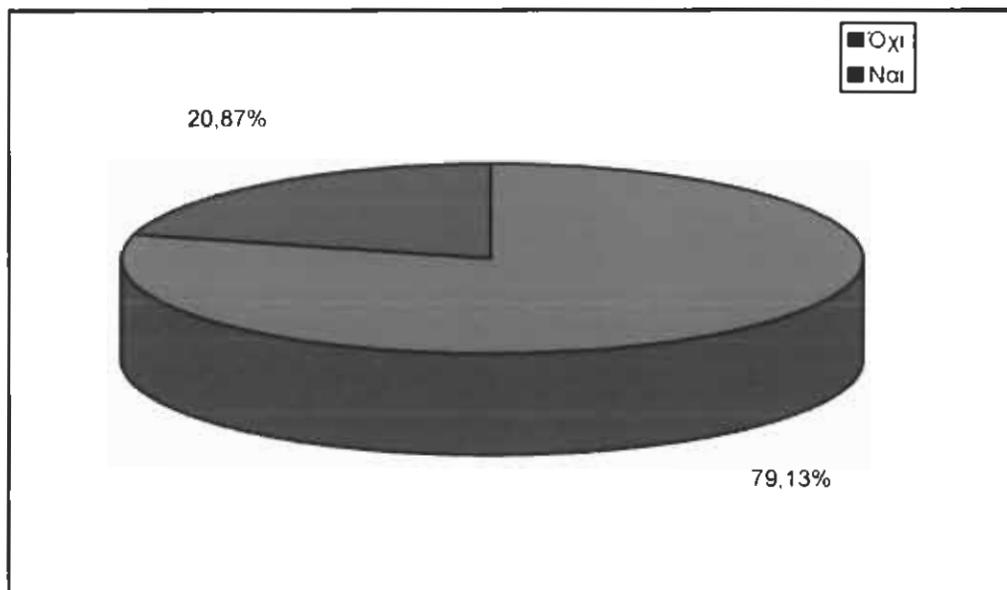


Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (91 άτομα - ποσοστό 79.13%) πιστεύουν ότι δεν είναι σωστό να γίνεται λήψη οργάνων από νεκρό δότη ο οποίος δεν είχε δώσει προηγουμένως την έγκρισή του ενώ 24 νοσηλεύτριες (ποσοστό 20.87%) έχουν την άποψη ότι είναι σωστό να γίνεται λήψη οργάνων από νεκρό δότη ο οποίος δεν είχε δώσει προηγουμένως την έγκρισή του (Πίνακας 24, Σχήμα 23).

Πίνακας 24: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι είναι σωστό να γίνεται λήψη οργάνων από νεκρό δότη ο οποίος δεν είχε προηγουμένως δώσει την έγκρισή του.

<b>ΕΙΝΑΙ ΣΩΣΤΟ ΝΑ ΓΙΝΕΤΑΙ ΛΗΨΗ ΟΡΓΑΝΩΝ ΑΠΟ ΝΕΚΡΟ ΔΟΤΗ Ο ΟΠΟΙΟΣ ΔΕΝ ΕΙΧΕ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΩΣ ΔΩΣΕΙ ΤΗΝ ΕΓΚΡΙΣΗ ΤΟΥ;</b>	<b>N=115</b>	<b>Percent</b>
Όχι	91	79.13%
Ναι	24	20.87%

Σχήμα 23: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι είναι σωστό να γίνεται λήψη οργάνων από νεκρό δότη ο οποίος δεν είχε προηγουμένως δώσει την έγκρισή του.

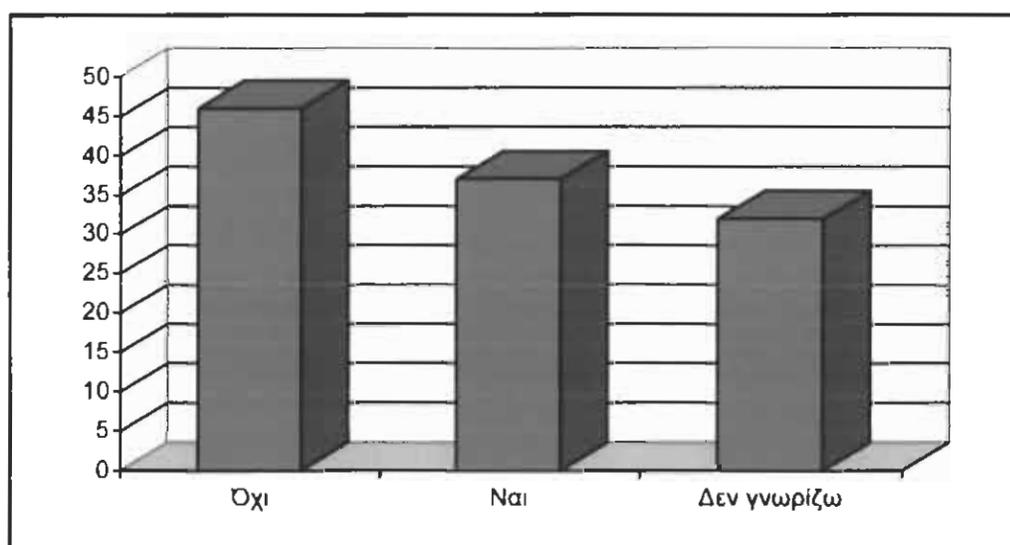


Σχεδόν μοιρασμένα είναι τα ποσοστά των ερωτηθέντων στην ερώτηση εάν πιστεύουν ότι η νομοθεσία προστατεύει από το εμπόριο οργάνων. Έτσι, 46 νοσηλεύτριες (ποσοστό 40.00%) πιστεύουν ότι η νομοθεσία δεν προστατεύει από το εμπόριο οργάνων, 37 (32.17%) έχουν την αντίθετη άποψη ότι δηλαδή η νομοθεσία προστατεύει και 32 νοσηλεύτριες (ποσοστό 27.83%) δεν γνώριζαν να απαντήσουν (Πίνακας 25, Σχήμα 24).

Πίνακας 25: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ερώτηση εάν η νομοθεσία προστατεύει από το εμπόριο οργάνων.

<b>ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Η ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΕΙ ΑΠΟ ΤΟ ΕΜΠΟΡΙΟ ΟΡΓΑΝΩΝ;</b>	<b>N=115</b>	<b>Percent</b>
Όχι	46	40.00%
Ναι	37	32.17%
Δεν γνωρίζω	32	27.83%

Σχήμα 24: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ερώτηση εάν η νομοθεσία προστατεύει από το εμπόριο οργάνων.



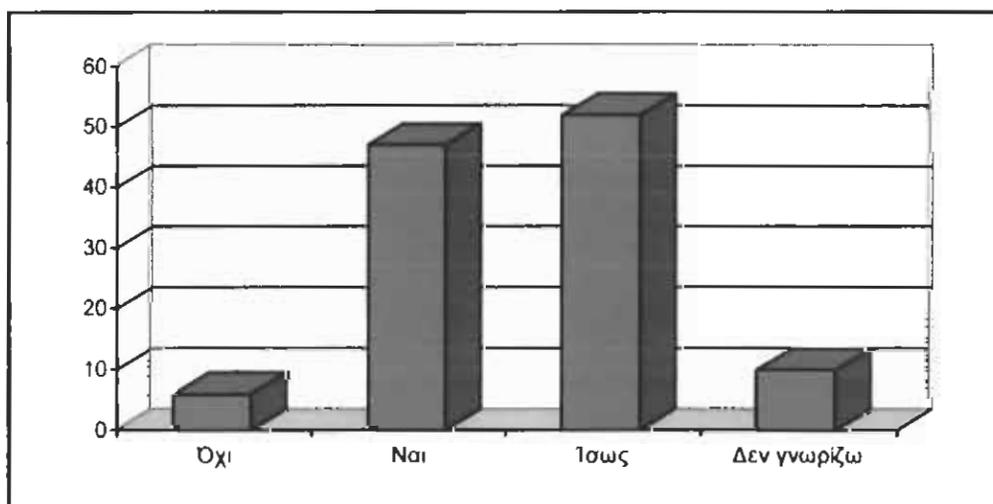
Στην ερώτηση εάν πιστεύουν ότι η αύξηση προσφοράς μοσχευμάτων από δωρητές θα αναχαιτίζε το εμπόριο οργάνων κυρίως από τριτοκοσμικές χώρες 52 νοσηλεύτριες (ποσοστό 45.22%) απάντησαν πως ίσως η αύξηση προσφοράς μοσχευμάτων θα αναχαιτίζε το εμπόριο οργάνων από τριτοκοσμικές χώρες και 47 νοσηλεύτριες (ποσοστό 40.87%) πως σίγουρα η αύξηση προσφοράς μοσχευμάτων θα αναχαιτίζε το εμπόριο οργάνων από τριτοκοσμικές χώρες.

Αντίθετα, 6 νοσηλεύτριες (ποσοστό 5.22%) πιστεύουν ότι η αύξηση προσφοράς μοσχευμάτων δεν θα αναχαιτίσει το εμπόριο οργάνων από τριτοκοσμικές χώρες και 10 (ποσοστό 8.69%) δεν γνώριζαν να απαντήσουν (Πίνακας 26, Σχήμα 25).

Πίνακας 26: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ερώτηση εάν η αύξηση προσφοράς μοσχευμάτων από δωρητές θα αναχαιτίζε το εμπόριο οργάνων από τριτοκοσμικές χώρες.

<b>ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Η ΑΥΞΗΣΗ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΩΝ ΑΠΟ ΔΩΡΗΤΕΣ ΘΑ ΑΝΑΧΑΙΤΙΖΕ ΤΟ ΕΜΠΟΡΙΟ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΥΡΙΩΣ ΑΠΟ ΤΡΙΤΟΚΟΣΜΙΚΕΣ ΧΩΡΕΣ;</b>	<b>N=115</b>	<b>Percent</b>
Όχι	6	5.22%
Ναι	47	40.87%
Ίσως	52	45.22%
Δεν γνωρίζω	10	8.69%

Σχήμα 25: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ερώτηση εάν η αύξηση προσφοράς μοσχευμάτων από δωρητές θα αναχαιτίζε το εμπόριο οργάνων από τριτοκοσμικές χώρες.

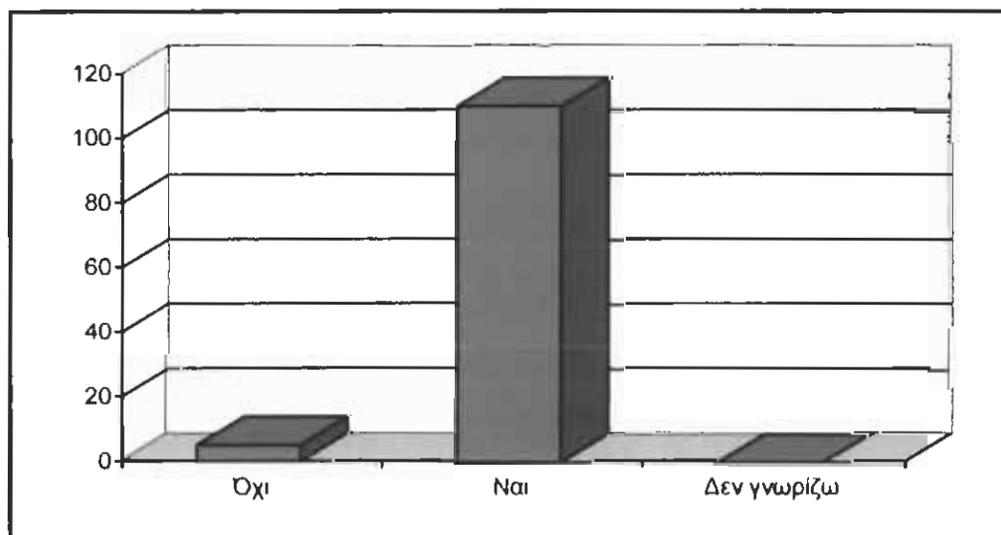


Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (110 άτομα – ποσοστό 95.65%) πιστεύουν ότι η προσφορά οργάνων για μεταμόσχευση θα πρέπει να συνεχίσει να είναι εθελοντική ενώ μόλις 5 νοσηλευτές-τριες (ποσοστό 4.35%) έχουν αντίθετη άποψη. Αξιοσημείωτο είναι ότι όλοι οι ερωτηθέντες είχαν άποψη πάνω στην συγκεκριμένη ερώτηση (Πίνακας 27, Σχήμα 26).

Πίνακας 27: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ερώτηση εάν η προσφορά οργάνων για μεταμόσχευση θα πρέπει να συνεχίσει να είναι εθελοντική.

<b>ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Η ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΟΡΓΑΝΩΝ ΓΙΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΣΥΝΕΧΙΣΕΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ;</b>	<b>N=115</b>	<b>Percent</b>
Όχι	5	4.35%
Ναι	110	95.65%
Δεν γνωρίζω	0	0.00%

Σχήμα 26: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ερώτηση εάν η προσφορά οργάνων για μεταμόσχευση θα πρέπει να συνεχίσει να είναι εθελοντική.

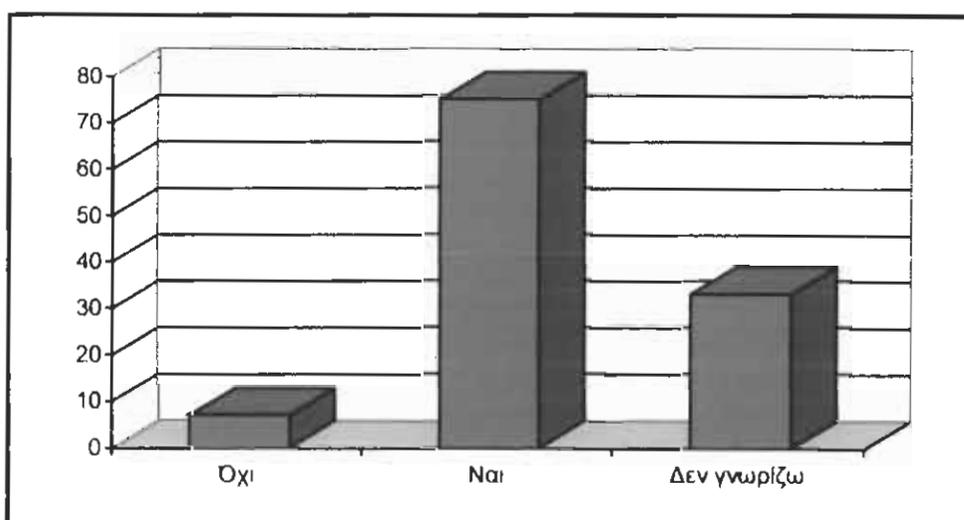


75 νοσηλευτές-τριες (ποσοστό 65.22%) δηλώνουν ότι μπορεί να γίνει και δεύτερη μεταμόσχευση – διαφορετικού οργάνου – στο ίδιο άτομο ενώ μόλις 7 νοσηλευτές-τριες (ποσοστό 6.09%) δηλώνουν το αντίθετο ότι δηλαδή δεν μπορεί να γίνει και δεύτερη μεταμόσχευση στο ίδιο άτομο. Αξιοσημείωτο είναι ότι έναν αρκετά μεγάλο ποσοστό ερωτηθέντων (33 άτομα – ποσοστό 28.69%) δεν γνώριζαν να μας απαντήσουν (Πίνακας 28, Σχήμα 27).

Πίνακας 28: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ερώτηση εάν μπορεί να γίνει δεύτερη μεταμόσχευση-διαφορετικού οργάνου-στο ίδιο άτομο.

<b>ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΑΝ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΙ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ-ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΥ ΟΡΓΑΝΟΥ-ΣΤΟ ΙΔΙΟ ΑΤΟΜΟ;</b>	<b>N=115</b>	<b>Percent</b>
Όχι	7	6.09%
<b>Ναι</b>	75	65.22%
Δεν γνωρίζω	33	28.69%

Σχήμα 27: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ερώτηση εάν μπορεί να γίνει δεύτερη μεταμόσχευση-διαφορετικού οργάνου-στο ίδιο άτομο.

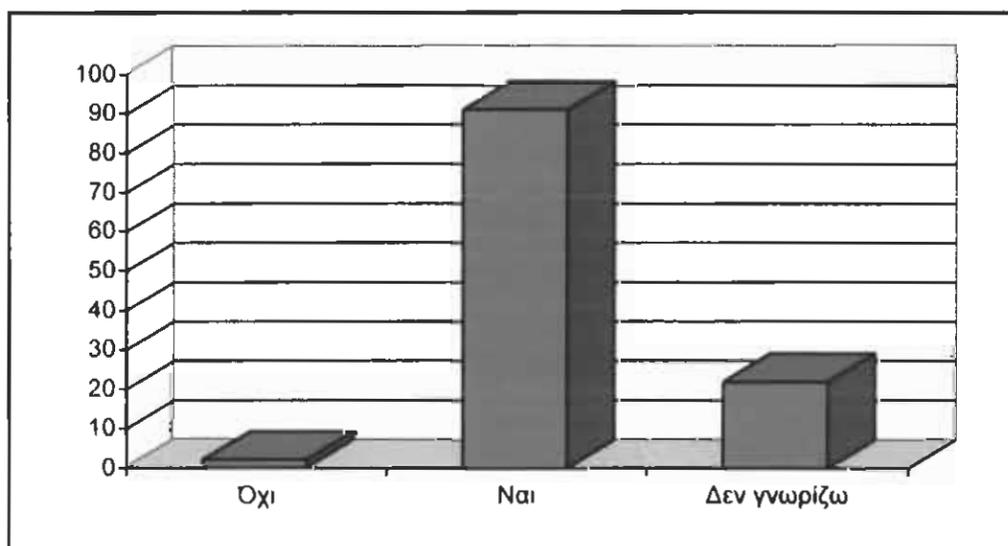


Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (91 άτομα - ποσοστό 79.13%) δηλώνουν ότι μπορεί να γίνει μεταμόσχευση με καινούργιο μόσχευμα σε περίπτωση απόρριψης μοσχεύματος ενώ 2 νοσηλεύτριες (1.74%) δηλώνουν το εντελώς αντίθετο, ότι δηλαδή δεν μπορεί να γίνει μεταμόσχευση με καινούργιο μόσχευμα σε περίπτωση απόρριψης μοσχεύματος. Αξιοσημείωτο είναι ότι ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό ερωτηθέντων (22 άτομα - ποσοστό 19.13%) δεν γνώριζαν να απαντήσουν (Πίνακας 29, Σχήμα 28).

Πίνακας 29: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ερώτηση εάν σε απόρριψη μοσχεύματος μπορεί να γίνει μεταμόσχευση με καινούργιο μόσχευμα.

<b>ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΑΝ ΣΕ ΑΠΟΡΡΙΨΗ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΙ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΜΕ ΚΑΙΝΟΥΡΓΙΟ ΜΟΣΧΕΥΜΑ;</b>	<b>N=115</b>	<b>Percent</b>
Όχι	2	1.74%
Ναι	91	79.13%
Δεν γνωρίζω	22	19.13%

Σχήμα 28: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ερώτηση εάν σε απόρριψη μοσχεύματος μπορεί να γίνει μεταμόσχευση με καινούργιο μόσχευμα.



Ζητήθηκε από τους ερωτηθέντες να προτείνουν τρόπους για την διάδοση του θεσμού της δωρεάς οργάνων και την εξασφάλιση επάρκειας μοσχευμάτων στην Ελλάδα. Έτσι, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (81 άτομα – ποσοστό 70.43%) ανέφεραν την οργάνωση μεταμοσχευτικών κέντρων. Ένα επίσης αρκετά μεγάλο ποσοστό ερωτηθέντων (76 άτομα – ποσοστό 66.09%) πρότειναν την ενημέρωση με διαλέξεις-ελεύθερες συζητήσεις και 73 νοσηλεύτριες (ποσοστό 63.48%) ζήτησαν να δοθούν διευκρινίσεις για τον τρόπο πιστοποίησης εγκεφαλικού θανάτου από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Επίσης η σωστή και υπεύθυνη ενημέρωση από τον τύπο και τα ΜΜΕ προτάθηκε ως τρόπος διάδοσης του θεσμού της δωρεάς οργάνων και της εξασφάλιση επάρκειας μοσχευμάτων στην Ελλάδα από 67 νοσηλεύτριες (ποσοστό 58.26%) και η συμμετοχή της εκκλησίας και της τοπικής αυτοδιοίκησης στην διάδοση της προσφοράς οργάνων καθώς και η εισαγωγή σχετικού μαθήματος στην Δευτεροβάθμια εκπαίδευση αναφέρθηκε από 59 νοσηλεύτριες (ποσοστό 51.30%) αντίστοιχα. Τέλος 8 νοσηλεύτριες (ποσοστό 6.96%) πρότειναν την ψήφιση νόμου που θα καθιστά όλους τους Έλληνες δωρητές οργάνων ενώ 9 (ποσοστό 7.83%) δεν εξέφεραν γνώμη για την συγκεκριμένη ερώτηση και 7 νοσηλεύτριες (ποσοστό 6.09%) δήλωσαν αρνητική με τον θεσμό της δωρεάς οργάνων (Πίνακας 30, Σχήμα 29).

Πίνακας 30: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ερώτηση τι προτείνουν για την διάδοση του θεσμού της δωρεάς οργάνων και την εξασφάλιση επάρκειας μοσχευμάτων στην Ελλάδα.

<b>ΤΙ ΠΡΟΤΕΙΝΕΤΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΔΟΣΗ ΤΟΥ ΘΕΣΜΟΥ ΤΗΣ ΔΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΗ ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ;</b>	<b>N=115</b>	<b>Percent</b>
Είναι αρνητικός	7	6.09%
Δεν εκφέρω γνώμη	9	7.83%
Σωστή, υπεύθυνη ενημέρωση από τον τύπο-ΜΜΕ	67	58.26%
Ενημέρωση με διαλέξεις-ελεύθερες συζητήσεις	76	66.09%
Εισαγωγή σχετικού μαθήματος στην Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	59	51.30%
Οργάνωση μεταμοσχευτικών κέντρων	81	70.43%
Ψήφιση Ν. που θα καθιστά όλους τους Έλληνες δωρητές οργάνων	8	6.96%
Να δοθούν διευκρινίσεις για τον τρόπο πιστοποίησης εγκεφαλικού θανάτου από ιατρονοσηλευτικό προσωπικό	73	63.48%
Συμμετοχή της εκκλησίας και της τοπικής αυτοδιοίκησης στην διάδοση της προσφοράς οργάνων	59	51.30%



Σχήμα 29: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ερώτηση τι προτείνουν για την διάδοση του θεσμού της δωρεάς οργάνων και την εξασφάλιση επάρκειας μοσχευμάτων στην Ελλάδα.



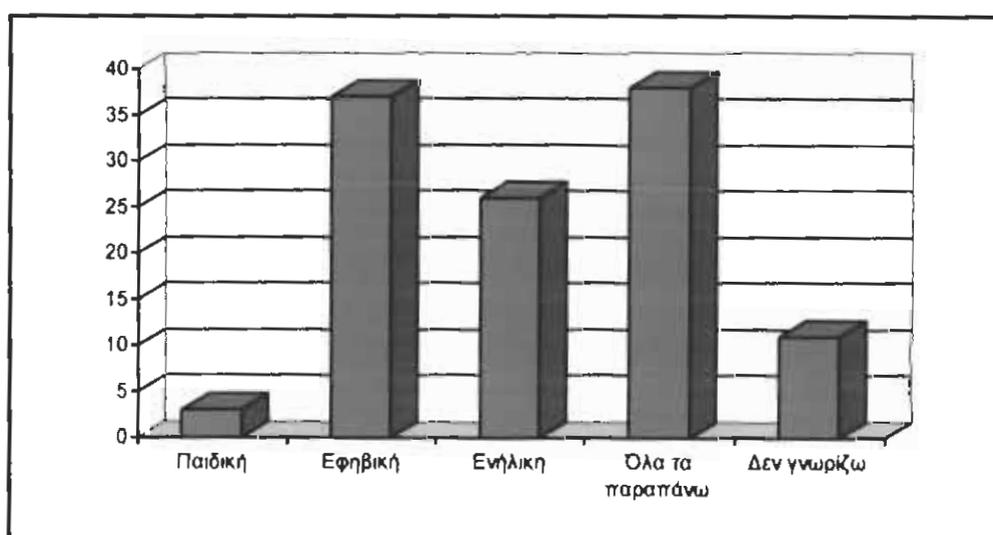
Στην ερώτηση από ποια ηλικία πρέπει να αρχίσει η ενημέρωση περί μοσχευμάτων 37 νοσηλευτές-τριες (ποσοστό 32.17%) απάντησαν στην εφηβική και 26 (ποσοστό 22.61%) στην ενήλικη. Αξιοσημείωτο είναι ότι μόνο 3 ερωτηθέντες απάντησαν ότι η ενημέρωση περί μοσχευμάτων θα πρέπει να αρχίζει στην παιδική ηλικία.

Αντίθετα 38 ερωτηθέντες (ποσοστό 33.04%) ανέφεραν όλες τις παραπάνω ηλικίες δηλαδή και την παιδική και την εφηβική και την ενήλικη. 11 νοσηλευτές-τριες (ποσοστό 9.56%) δεν γνώριζαν την απάντηση στην ερώτηση (Πίνακας 31, Σχήμα 30).

Πίνακας 31: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ερώτηση από ποια ηλικία πρέπει να αρχίσει η ενημέρωση περί μοσχευμάτων.

<b>ΑΠΟ ΠΟΙΑ ΗΛΙΚΙΑ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΡΧΙΣΕΙ Η ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΠΕΡΙ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΩΝ;</b>	<b>N=115</b>	<b>Percent</b>
Παιδική	3	2.61%
Εφηβική	37	32.17%
Ενήλικη	26	22.61%
Όλα τα παραπάνω	38	33.04%
Δεν γνωρίζω	11	9.56%

Σχήμα 30: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ερώτηση από ποια ηλικία πρέπει να αρχίσει η ενημέρωση περί μοσχευμάτων.

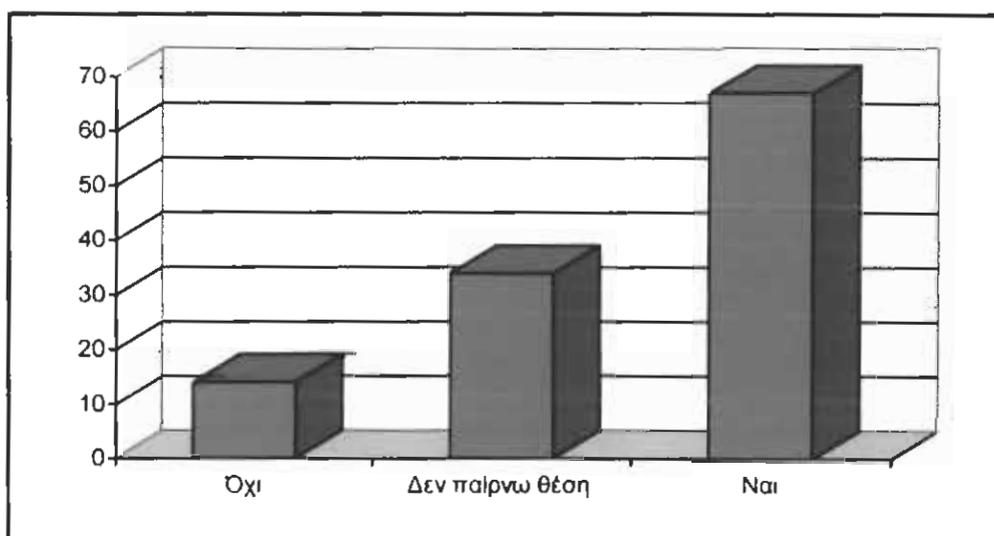


Στην ερώτηση εάν συμφωνούν με την άποψη να ενημερώνει το ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό τους συγγενείς των βαρέων πασχόντων για την δυνατότητα δωρεάς οργάνων μετά θάνατον 67 ερωτηθέντες (ποσοστό 58.26%) τέθηκαν θετικά με την συγκεκριμένη άποψη. 34 νοσηλευτές-τριες (ποσοστό 29.56%) προτίμησαν να μην πάρουν θέση ενώ 14 (ποσοστό 12.17%) δήλωσαν ότι δεν συμφωνούν με την άποψη αυτή (Πίνακας 32, Σχήμα 31).

Πίνακας 32: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν συμφωνούν με την άποψη να ενημερώνει το ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό τους συγγενείς των βαρέων πασχόντων για την δυνατότητα δωρεάς οργάνων μετά το θάνατο.

<b>ΣΥΜΦΩΝΕΙΤΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΠΟΨΗ ΝΑ ΕΝΗΜΕΡΩΝΕΙ ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΤΩΝ ΒΑΡΕΩΝ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΔΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ ΜΕΤΑ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ;</b>	<b>N=115</b>	<b>Percent</b>
Όχι	14	12.17%
Δεν παίρνω θέση	34	29.56%
Ναι	67	58.26%

Σχήμα 31: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν συμφωνούν με την άποψη να ενημερώνει το ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό τους συγγενείς των βαρέων πασχόντων για την δυνατότητα δωρεάς οργάνων μετά το θάνατο.



## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 115 νοσηλευτές/τριες, μέσου όρου ηλικίας 34.58 ετών. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Όσον αφορά την γνώση των ερωτηθέντων νοσηλευτών-τριων για την μεταμόσχευση - δωρεά οργάνων, οι σωστές απαντήσεις των ερωτηθέντων κυμάνθηκαν μεταξύ 15 και 29 σωστών απαντήσεων σε σύνολο 32 με μέσο όρο τις 23.76 σωστές απαντήσεις και τυπική απόκλιση 2.87 σωστές απαντήσεις (Πίνακας 33).

Πίνακας 33: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τις σωστές απαντήσεις τους όσον αφορά τις γνώσεις τους για την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων.

ΣΩΣΤΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗΝ ΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ-ΤΡΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ - ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ	N=115
Mean	23.76
Std. Dev.	2.87
Minimum	15.00
Maximum	29.00

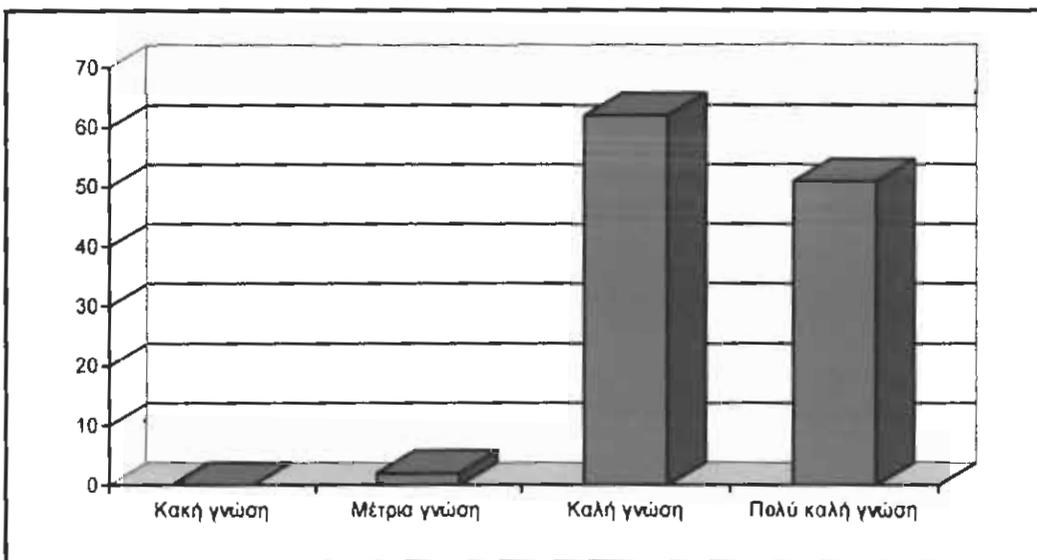
Το σύνολο σχεδόν των ερωτηθέντων εμφανίζεται να έχει αρκετά ικανοποιητικές γνώσεις ('καλή' και 'πολύ καλή') για τη μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων σε ποσοστό 98.26%. Ειδικότερα, 62 νοσηλευτές-τριες (ποσοστό 53.91%) έχουν καλές γνώσεις για την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων δίνοντας από 17-24 σωστές απαντήσεις και 51 (ποσοστό 44.35%) έχουν πολύ καλές γνώσεις δίνοντας από 25-32 σωστές απαντήσεις.

Αντίθετα, μόνο 2 νοσηλευτές-τριες (ποσοστό 1.74%) έχουν μέτριες γνώσεις για την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων δίνοντας από 9-16 σωστές απαντήσεις (Πίνακας 34, Σχήμα 32).

Πίνακας 34: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τον χαρακτηρισμό της γνώσης τους για την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων.

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΓΝΩΣΗΣ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ – ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ	N=115	Percent
Κακή γνώση (0-8)	0	0.00%
Μέτρια γνώση (9-16)	2	1.74%
Καλή γνώση (17-24)	62	53.91%
Πολύ καλή γνώση (25-32)	51	44.35%

Σχήμα 32: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τον χαρακτηρισμό της γνώσης τους για την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων.



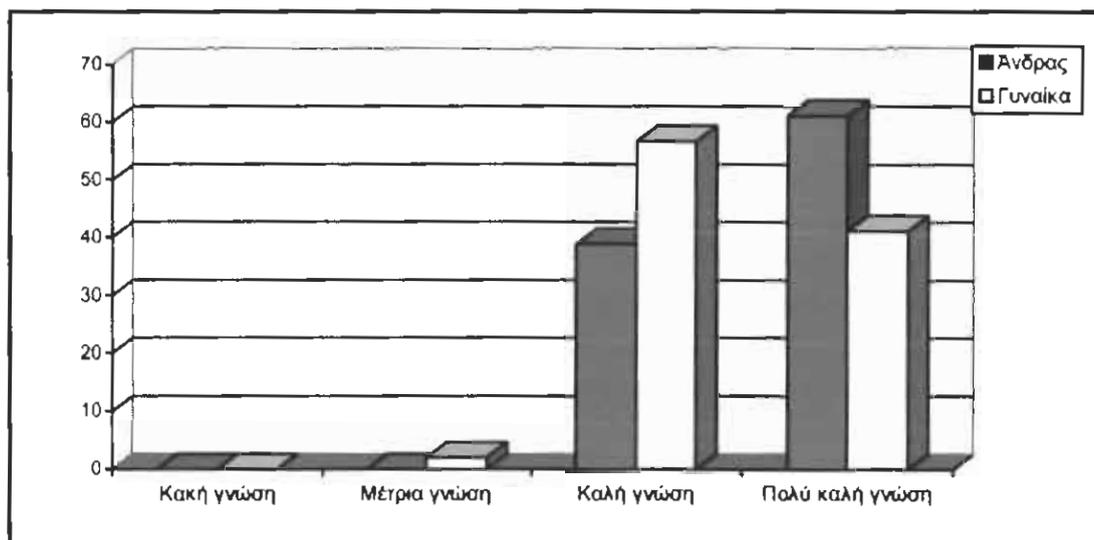
Ελέγχοντας την γνώση των ερωτηθέντων νοσηλευτών-τριων για την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων σε σχέση με το φύλο τους διαπιστώνουμε ότι οι νοσηλευτές έχουν σε μεγαλύτερο ποσοστό (61.11%) πολύ καλή γνώση για την μεταμόσχευση και τη δωρεά οργάνων έναντι 41.24% των γυναικών συναδέλφων τους. Οι διαφοροποιήσεις όμως αυτές δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές ( $\chi^2 = 2.62$ ,  $df = 2$ , NS) (Πίνακας 35, Σχήμα 33).

Πίνακας 35: Συσχέτιση του φύλου των ερωτηθέντων με τον χαρακτηρισμό της γνώσης τους όσον αφορά την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων.

		Φύλο		
		Ανδρας	Γυναίκα	
<b>Χαρακτηρισμός γνώσης όσον αφορά την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων</b>	Κακή Γνώση	0 0.00%	0 0.00%	0
	Μέτρια Γνώση	0 0.00%	2 2.06%	2
	Καλή Γνώση	7 38.89%	55 56.70%	62
	Πολύ καλή Γνώση	11 61.11%	40 41.24%	51
		18	97	115

$$\chi^2 = 2.62, df = 2, NS$$

Σχήμα 33: Συσχέτιση του φύλου των ερωτηθέντων με τον χαρακτηρισμό της γνώσης τους όσον αφορά την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων.



Οι μισοί και πλέον από τους ερωτηθέντες (69 άτομα - ποσοστό 60.00%) δήλωσαν ότι θα ήθελαν να γίνουν δωρητές οργάνων ενώ 46 νοσηλεύτριες (ποσοστό 40.00%) δεν θα ήθελαν να δωρίσουν τα όργανά τους (Πίνακας 9).

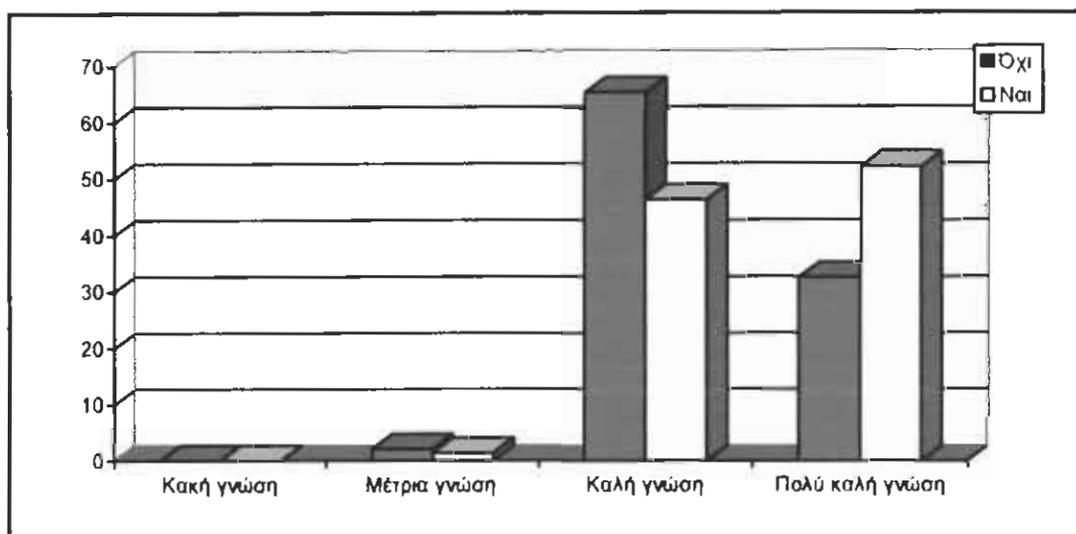
Ελέγχοντας τώρα την γνώση των ερωτηθέντων νοσηλευτών-τριων για την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων σε σχέση με το εάν θέλουν να γίνουν δωρητές οργάνων διαπιστώνουμε ότι οι νοσηλεύτριες που έχουν πολύ καλή γνώση για την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων θέλουν να γίνουν δωρητές οργάνων σε ποσοστό 52.17% έναντι 32.61% των συναδέλφων τους που δεν θέλουν. Η διαφορά που παρατηρείται όμως δεν είναι στατιστικά σημαντική ( $\chi^2 = 4.28$ ,  $df = 2$ , NS) (Πίνακας 36, Σχήμα 34).

Πίνακας 36: Συσχέτιση της ερώτησης εάν θέλουν να γίνουν δωρητές οργάνων με τον χαρακτηρισμό της γνώσης τους όσον αφορά την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων.

		Θέλετε να γίνετε δωρητής οργάνων;		
		Όχι	Ναι	
<b>Χαρακτηρισμός γνώσης όσον αφορά την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων</b>	Κακή γνώση	0 0.00%	0 0.00%	0
	Μέτρια γνώση	1 2.17%	1 1.45%	2
	Καλή γνώση	30 65.22%	32 46.38%	62
	Πολύ καλή γνώση	15 32.61%	36 52.17%	51
		46	69	115

$$\chi^2 = 4.28, df = 2, NS$$

Σχήμα 34: Συσχέτιση της ερώτησης εάν θέλουν να γίνουν δωρητές οργάνων με τον χαρακτηρισμό της γνώσης τους όσον αφορά την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων.



Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (71 άτομα - ποσοστό 61.74%) δηλώνουν ότι θα παρότρυναν κάποιον γνωστό τους ή φίλο τους να γίνει δωρητής οργάνων ενώ 44 νοσηλεύτριες (ποσοστό 38.26%) δεν θα έκαναν μια τέτοια πρόταση σε κάποιο γνωστό ή φίλο τους (Πίνακας 10).

Ειδικότερα, ελέγχοντας την γνώση των ερωτηθέντων νοσηλευτών-τριων για την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων σε σχέση με το εάν θα παρότρυναν κάποιον γνωστό τους να γίνει δωρητής οργάνων διαπιστώνουμε ότι οι νοσηλεύτριες που έχουν πολύ καλή γνώση για την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων θα παρότρυναν κάποιον γνωστό τους να γίνει δωρητής οργάνων σε ποσοστό 50.70% έναντι 34.09% των συναδέλφων τους που δεν θα παρότρυναν. Η διαφορά που παρατηρείται όμως δεν είναι στατιστικά σημαντική ( $\chi^2 = 3.06$ ,  $df = 2$ , NS) (Πίνακας 37, Σχήμα 35).

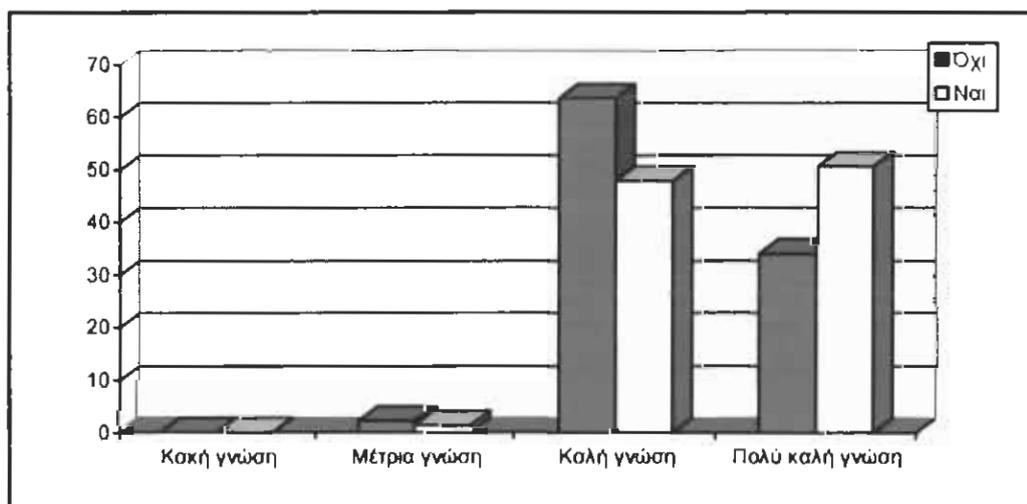


Πίνακας 37: Συσχέτιση της ερώτησης εάν θα παρότρυναν κάποιον γνωστό τους να γίνει δωρητής οργάνων με τον χαρακτηρισμό της γνώσης τους όσον αφορά την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων.

		Θα παροτρύνετε κάποιον γνωστό σας να γίνει δωρητής οργάνων;		
		Όχι	Ναι	
<b>Χαρακτηρισμός γνώσης όσον αφορά την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων</b>	Κακή γνώση	0 0.00%	0 0.00%	0
	Μέτρια γνώση	1 2.27%	1 1.41%	2
	Καλή γνώση	28 63.64%	34 47.89%	62
	Πολύ καλή γνώση	15 34.09%	36 50.70%	51
		44	71	115

$$\chi^2 = 3.06, df = 2, NS$$

Σχήμα 35: Συσχέτιση της ερώτησης εάν θα παρότρυναν κάποιον γνωστό τους να γίνει δωρητής οργάνων με τον χαρακτηρισμό της γνώσης τους όσον αφορά την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων.



Στην ερώτηση εάν φοβούνται μήπως τα όργανα που αφαιρούνται με σκοπό τη μεταμόσχευση χρησιμοποιηθούν για εμπορικούς σκοπούς φαίνεται καθαρά ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (84 άτομα – ποσοστό 73.04%) έχει αυτό το φόβο. Αντίθετα μόνο 31 νοσηλευτές-τριες (ποσοστό 26.96%) απάντησαν ότι δεν φοβούνται ένα τέτοιο ενδεχόμενο (Πίνακας 15).

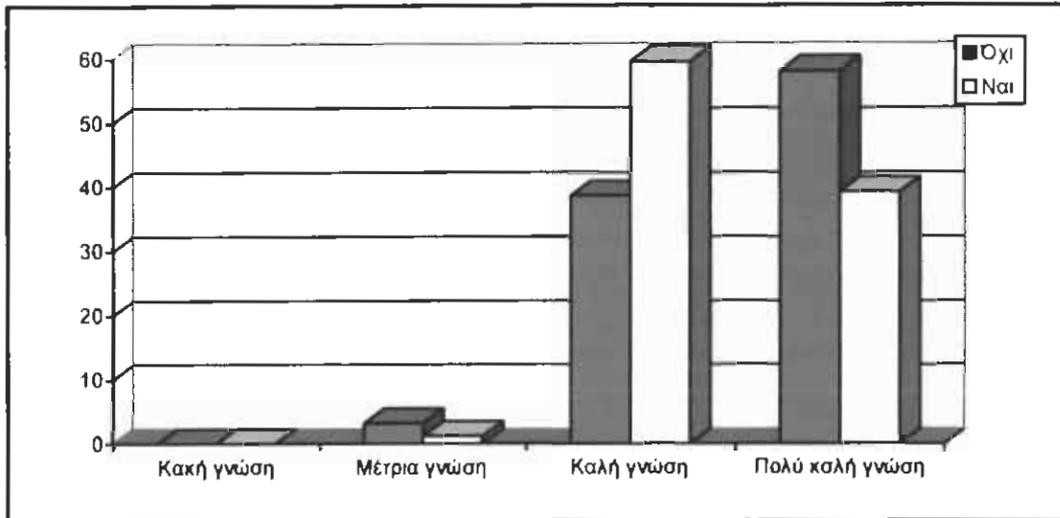
Ειδικότερα, ελέγχοντας την γνώση των ερωτηθέντων νοσηλευτών-τριων για την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων σε σχέση με το εάν φοβούνται μήπως χρησιμοποιηθούν τα όργανα για εμπορικούς σκοπούς διαπιστώνουμε ότι αυτοί που δεν έχουν πολύ καλή γνώση για τη μεταμόσχευση - δωρεά οργάνων φοβούνται περισσότερο μήπως χρησιμοποιηθούν τα όργανα για εμπορικούς σκοπούς. Η διαφορά που παρατηρείται δεν είναι στατιστικά σημαντική ( $\chi^2 = 4.16$ ,  $df = 2$ , NS) (Πίνακας 38, Σχήμα 36).

Πίνακας 38: Συσχέτιση της ερώτησης εάν φοβούνται μήπως χρησιμοποιηθούν τα όργανα για εμπορικούς σκοπούς με τον χαρακτηρισμό της γνώσης τους όσον αφορά την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων.

		Φοβάστε μήπως χρησιμοποιηθούν τα όργανα για εμπορικούς σκοπούς;		
		Όχι	Ναι	
<b>Χαρακτηρισμός γνώσης όσον αφορά την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων</b>	Κακή γνώση	0 0.00%	0 0.00%	0
	Μέτρια γνώση	1 3.23%	1 1.19%	2
	Καλή γνώση	12 38.71%	50 59.52%	62
	Πολύ καλή γνώση	18 58.06%	33 39.29%	51
		31	84	115

$$\chi^2 = 4.16, df = 2, NS$$

Σχήμα 36: Συσχέτιση της ερώτησης εάν φοβούνται μήπως χρησιμοποιηθούν τα όργανα για εμπορικούς σκοπούς με τον χαρακτηρισμό της γνώσης τους όσον αφορά την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων.



Στην ερώτηση αν θα δεχόντουσαν μόσχευμα από άλλο άτομο σε περίπτωση που αντιμετώπιζαν κάποιο πρόβλημα υγείας, η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (92 άτομα – ποσοστό 80.00%) απάντησε θετικά ενώ μόλις 6 νοσηλεύτριες (ποσοστό 5.22%) απάντησαν ότι δεν θα δεχόντουσαν μόσχευμα από άλλο άτομο ακόμα και αν αντιμετώπιζαν κάποιο πρόβλημα υγείας. 17 νοσηλεύτριες (ποσοστό 14.78%) δεν γνώριζαν τι θα έκαναν σε μια τέτοια περίπτωση (Πίνακας 18).

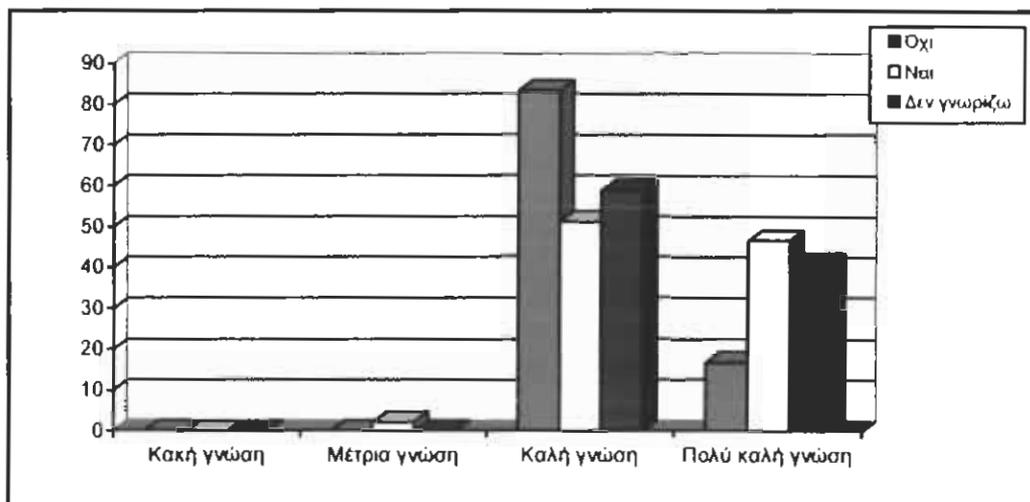
Ειδικότερα, ελέγχοντας την γνώση των ερωτηθέντων νοσηλευτών-τριων για την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων σε σχέση με το εάν θα δεχόντουσαν μόσχευμα από άλλο άτομο σε περίπτωση που αντιμετώπιζαν κάποιο πρόβλημα υγείας διαπιστώνουμε ότι αυτοί που δεν έχουν πολύ καλή γνώση για τη μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων δεν θα δεχόντουσαν μόσχευμα από άλλο άτομο. Η διαφορά που παρατηρείται δεν είναι στατιστικά σημαντική ( $\chi^2 = 4.16$ ,  $df = 2$ , NS) (Πίνακας 39, Σχήμα 37).

Πίνακας 39: Συσχέτιση της ερώτησης εάν θα δεχόντουσαν μόσχευμα από άλλο άτομο με τον χαρακτηρισμό της γνώσης τους όσον αφορά την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων.

		Θα δεχόσασταν μόσχευμα από άλλο άτομο;			
		Όχι	Ναι	Δεν γνωρίζω	
Χαρακτηρισμός γνώσης όσον αφορά την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων	Κακή γνώση	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	0
	Μέτρια γνώση	0 0.00%	2 2.17%	0 0.00%	2
	Καλή γνώση	5 83.33%	47 51.09%	10 58.82%	62
	Πολύ καλή γνώση	1 16.67%	43 46.74%	7 41.18%	51
		6	92	17	115

$$\chi^2 = 2.87, df = 4, NS$$

Σχήμα 37: Συσχέτιση της ερώτησης εάν θα δεχόντουσαν μόσχευμα από άλλο άτομο με τον χαρακτηρισμό της γνώσης τους όσον αφορά την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων.



Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (110 άτομα – ποσοστό 95.65%) πιστεύουν ότι η προσφορά οργάνων για μεταμόσχευση θα πρέπει να συνεχίσει να είναι εθελοντική ενώ μόλις 5 νοσηλεύτριες (ποσοστό 4.35%) έχουν αντίθετη άποψη (Πίνακας 27).

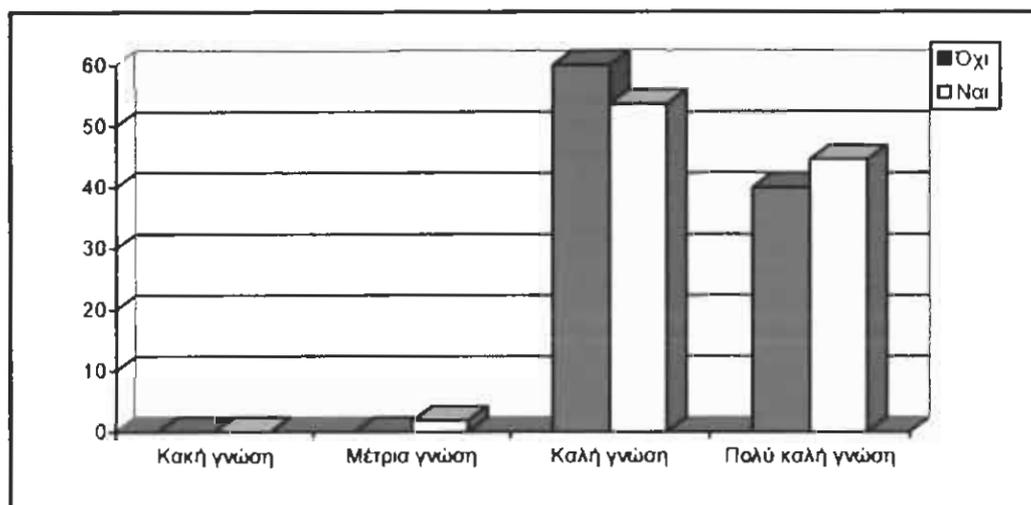
Ελέγχοντας την γνώση των ερωτηθέντων νοσηλευτών-τριων για την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων σε σχέση με το εάν θα πρέπει η δωρεά οργάνων να συνεχίσει να είναι εθελοντική διαπιστώνουμε ότι τόσο οι ερωτηθέντες που επιθυμούν η δωρεά οργάνων να συνεχίσει να είναι εθελοντική όσο και οι ερωτηθέντες που επιθυμούν το αντίθετο έχουν καλή γνώση για την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων χωρίς να προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά ( $\chi^2 = 0.15$ ,  $df = 2$ , NS) (Πίνακας 40, Σχήμα 38).

Πίνακας 40: Συσχέτιση της ερώτησης εάν θα πρέπει η δωρεά οργάνων να συνεχίσει να είναι εθελοντική με τον χαρακτηρισμό της γνώσης τους όσον αφορά την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων.

		Η δωρεά οργάνων θα πρέπει να συνεχίσει να είναι εθελοντική;		
		Όχι	Ναι	
<b>Χαρακτηρισμός γνώσης όσον αφορά την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων</b>	Κακή γνώση	0 0.00%	0 0.00%	0
	Μέτρια γνώση	0 0.00%	2 1.82%	2
	Καλή γνώση	3 60.00%	59 53.64%	62
	Πολύ καλή γνώση	2 40.00%	49 44.55%	51
		5	110	115

$$\chi^2 = 0.15, df = 2, NS$$

Σχήμα 38: Συσχέτιση της ερώτησης εάν θα πρέπει η δωρεά οργάνων να συνεχίσει να είναι εθελοντική με τον χαρακτηρισμό της γνώσης τους όσον αφορά την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων.



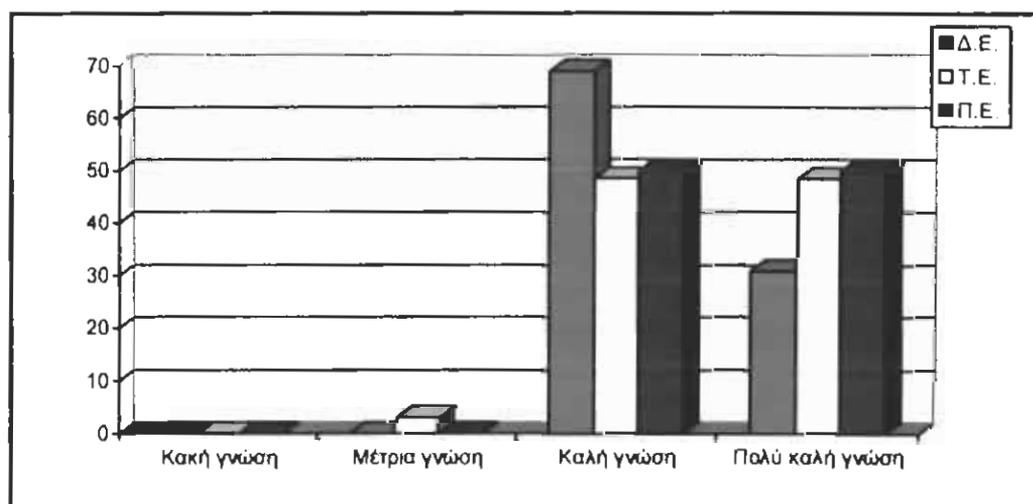
Ελέγχοντας τώρα την εκπαίδευση των νοσηλευτών-τριων σε σχέση με την γνώση τους για την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων διαπιστώνουμε ότι τόσο οι απόφοιτοι Δ.Ε., Τ.Ε., Π.Ε. όσο και αυτοί που έχουν κάποια εξειδίκευση ή κάποιο μεταπτυχιακό τίτλο έχουν πολύ καλή έως καλή γνώση για την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων αν και προκύπτει μια διαφοροποίηση για τους απόφοιτους Δ.Ε. οι οποίοι δεν φαίνεται να έχουν τόσο καλή γνώση για την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων όσο οι άλλες κατηγορίες χωρίς όμως αυτή η διαφορά να είναι στατιστικά σημαντική ( $\chi^2 = 4.79$ ,  $df = 8$ , NS) (Πίνακας 41, Σχήμα 39).

Πίνακας 41: Συσχέτιση της εκπαίδευσης των ερωτηθέντων με τον χαρακτηρισμό της γνώσης τους όσον αφορά την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων.

		Εκπαίδευση			
		Δ.Ε.	Τ.Ε.	Π.Ε.	
<b>Χαρακτηρισμός γνώσης όσον αφορά την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων</b>	Κακή γνώση	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	0
	Μέτρια γνώση	0 0.00%	2 3.13%	0 0.00%	2
	Καλή γνώση	20 68.97%	31 48.44%	11 50.00%	62
	Πολύ καλή γνώση	9 31.03%	31 48.44%	11 50.00%	51
		29	64	22	115

$$\chi^2 = 4.79, df = 4, NS$$

Σχήμα 39: Συσχέτιση της εκπαίδευσης των ερωτηθέντων με τον χαρακτηρισμό της γνώσης τους όσον αφορά την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων.



Ελέγχοντας επίσης την πόλη στην οποία εργάζονται οι ερωτηθέντες νοσηλεύτριες σε σχέση με την γνώση τους για την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων διαπιστώνουμε ότι οι νοσηλεύτριες που εργάζονται στην Πάτρα έχουν σε μεγαλύτερο ποσοστό (50.79%) πολύ καλή γνώση για την μεταμόσχευση-δωρεά οργάνων έναντι των νοσηλευτών-τριων που εργάζονται στις υπόλοιπες πόλεις χωρίς όμως η διαφορά αυτή να είναι στατιστικά σημαντική ( $\chi^2 = 16.88$ ,  $df = 10$ , NS) (Πίνακας 42, Σχήμα 40).

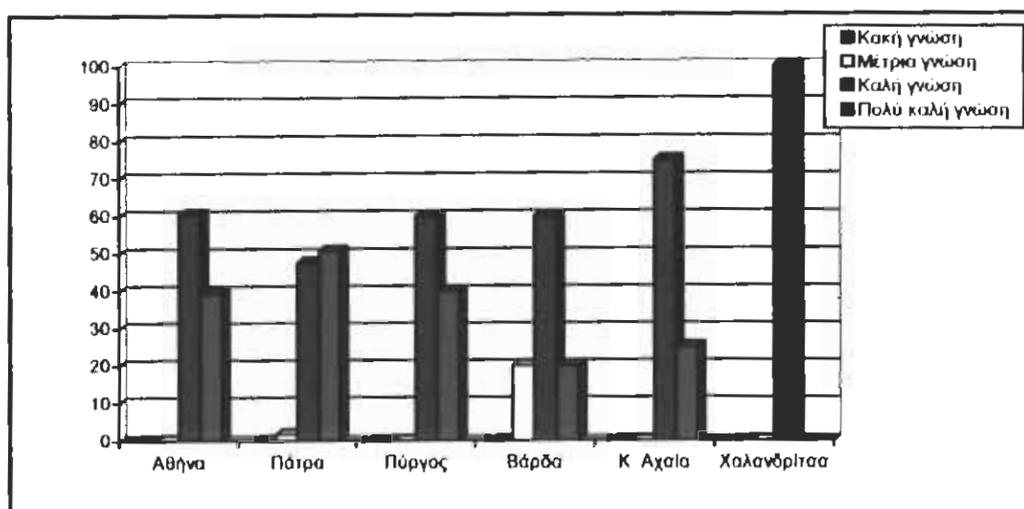
Πίνακας 42: Συσχέτιση της πόλης στην οποία εργάζονται οι ερωτηθέντες με τον χαρακτηρισμό της γνώσης τους όσον αφορά την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων.

		Πόλη εργασίας						
		Αθήνα	Πάτρα	Πύργος	Βάρδα	Κ. Αχαΐα	Χαλανδρίτσα	
Χαρακτηρισμός γνώσης όσον αφορά την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων	Κακή γνώση	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	0
	Μέτρια γνώση	0 0.00%	1 1.67%	0 0.00%	1 20.00%	0 0.00%	0 0.00%	2
	Καλή γνώση	20 60.61%	27 45.00%	6 60.00%	3 60.00%	3 75.00%	3 100.00%	62
	Πολύ καλή γνώση	13 39.39%	32 53.33%	4 40.00%	1 20.00%	1 25.00%	0 0.00%	51
		33	60	10	5	4	3	115

$$\chi^2 = 16.88, df = 10, NS$$



Σχήμα 40: Συσχέτιση της πόλης στην οποία εργάζονται οι ερωτηθέντες με τον χαρακτηρισμό της γνώσης τους όσον αφορά την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων.



Τέλος, έγινε και ο έλεγχος της ηλικίας των ερωτηθέντων και του επιπέδου γνώσης που έχουν για την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων. Το αποτέλεσμα που προέκυψε είναι:

Η γνώση ή μη των ερωτηθέντων για την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων είναι ανεξάρτητη της ηλικίας τους. Ειδικότερα, η τάση είναι αρνητική ( $R = -0.01$ , NS), δηλαδή φαίνεται να έχουν καλύτερη γνώση για την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων οι νεώτεροι σε ηλικία ερωτηθέντες νοσηλευτές-τριες αλλά αυτό δεν μπορεί να βεβαιωθεί στατιστικά αφού δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά (Πίνακας 43).

Πίνακας 43: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων με την γνώση που έχουν για την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων.

Pearson Correlations	r	p-level
<b>Ηλικία ερωτηθέντων</b>		
Γνώση όσον αφορά την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων	- 0.01	NS

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 115 νοσηλευτές/τριες, μέσου όρου ηλικίας 34.58 ετών. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Από την ανάλυση και στατιστική επεξεργασία των δεδομένων μας προέκυψαν τα ακόλουθα:

Το 84.35% των ερωτηθέντων στην παρούσα έρευνα ήταν γυναίκες και το 15.65% άνδρες.

Η ηλικία των ερωτηθέντων κυμάνθηκε μεταξύ 22 και 51 ετών με μέσο όρο ηλικίας τα 34.58 έτη και τυπική απόκλιση 6.31 έτη.

Στην πλειοψηφία τους οι ερωτηθέντες (76 άτομα - ποσοστό 66.09%) ήταν άγαμοι. 33 νοσηλευτές-τριες ήταν έγγαμοι και 6 διαζευγμένοι. Κανένας από τους ερωτηθέντες δεν ήταν χήρος-α.

Από τους ερωτηθέντες 64 ήταν απόφοιτοι τεχνολογικής εκπαίδευσης. Οι υπόλοιποι 29 ήταν απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και 7 πανεπιστημιακής εκπαίδευσης. Ακόμα με κάποια εξειδίκευση ήταν 9 νοσηλευτές-τριες και με μεταπτυχιακό τίτλο 6.

Ζητήθηκε από τους ερωτηθέντες να αναφέρουν τα νοσηλευτικά τμήματα στα οποία έχουν εργαστεί. Έτσι, 16 νοσηλευτές-τριες έχουν εργαστεί σε ογκολογικό τμήμα και 55 σε χειρουργικό τμήμα. Ακόμα 23 νοσηλευτές-τριες ανέφεραν ότι έχουν εργαστεί σε μονάδα τεχνητού νεφρού και 42 σε παθολογικό τμήμα. Αξιοσημείωτο είναι ότι ένα αρκετά σημαντικό ποσοστό 60 άτομα έχουν εργαστεί και σε κάποιο άλλο τμήμα όπως ΜΕΘ, ΜΑΦ κτλ.

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (103 άτομα) ζουν σε πόλη, ενώ 7 ερωτηθέντες δηλώνουν ως τόπο μόνιμης κατοικίας τους κωμόπολη. Ακόμα 5 νοσηλευτές-τριες ζουν σε χωριό.

Στην ερώτηση τι είναι η μεταμόσχευση νεφρού 114 νοσηλευτές-τριες απάντησαν ότι είναι η μεταφορά του νεφρού σε άλλο άτομο. Ακόμα 9 νοσηλευτές-τριες δήλωσαν ότι είναι η εγχείρηση του νεφρού και 5 ότι είναι η αφαίρεση του νεφρού.

Ζητήθηκε από τους ερωτηθέντες να απαντήσουν στην ερώτηση αν μπορούν κάποια όργανα να μεταμοσχευτούν. Έτσι, η απόλυτη πλειοψηφία των ερωτηθέντων (115 άτομα) δήλωσαν ότι η καρδιά και τα νεφρά μπορούν να μεταμοσχευτούν. Ένα επίσης αρκετά μεγάλο ποσοστό ερωτηθέντων (111 άτομα) δήλωσαν ότι οι

κερατοειδής και ο μυελός μπορούν να μεταμοσχευτούν και 104 νοσηλεύτριες-τριες ότι το ήπαρ μπορεί να μεταμοσχευτεί. Ακόμα 92 νοσηλεύτριες-τριες ανέφεραν ότι το δέρμα μεταμοσχεύεται και 90 ότι και οι πνεύμονες μεταμοσχεύονται.

Επίσης το πάγκρεας αναφέρθηκε ότι μεταμοσχεύεται από 61 νοσηλεύτριες-τριες, τα οστά από 40 και οι μύες από 23 νοσηλεύτριες-τριες. Τέλος 7 νοσηλεύτριες-τριες απάντησαν ότι οι περιτονίες μπορούν να μεταμοσχευτούν, 4 ο εγκέφαλος και 2 νοσηλεύτριες-τριες τα γεννητικά όργανα. Τέλος, κανένας από τους ερωτηθέντες δεν απάντησε ότι η ουροδόχος κύστη μπορεί να μεταμοσχευτεί.

Οι 69 από τους ερωτηθέντες δήλωσαν ότι θα ήθελαν να γίνουν δωρητές οργάνων ενώ 46 νοσηλεύτριες-τριες δεν θα ήθελαν να δωρίσουν τα όργανά τους.

Ελέγχοντας τώρα την γνώση των ερωτηθέντων νοσηλευτών-τριων για την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων σε σχέση με το εάν θέλουν να γίνουν δωρητές οργάνων διαπιστώνουμε ότι οι νοσηλεύτριες-τριες που έχουν πολύ καλή γνώση για την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων θέλουν να γίνουν δωρητές οργάνων σε ποσοστό 52.17% έναντι 32.61% των συναδέλφων τους που δεν θέλουν ( $\chi^2 = 4.28$ , NS).

Τα 2/3 των ερωτηθέντων (71 άτομα) δηλώνουν ότι θα παρότρυναν κάποιον γνωστό τους ή φίλο τους να γίνει δωρητής οργάνων ενώ το υπόλοιπο 1/3 (44 νοσηλεύτριες-τριες) δεν θα έκαναν μια τέτοια πρόταση σε κάποιον γνωστό ή φίλο τους.

Ειδικότερα, ελέγχοντας την γνώση των ερωτηθέντων νοσηλευτών-τριων για την μεταμόσχευση-δωρεά οργάνων σε σχέση με το εάν θα παρότρυναν κάποιον γνωστό τους να γίνει δωρητής οργάνων διαπιστώνουμε ότι οι νοσηλεύτριες-τριες που έχουν πολύ καλή γνώση για την μεταμόσχευση-δωρεά οργάνων θα παρότρυναν κάποιον γνωστό τους να γίνει δωρητής οργάνων σε ποσοστό 50.70% έναντι 34.09% των συναδέλφων τους που δεν θα παρότρυναν ( $\chi^2 = 3.06$ , NS).

Στην ερώτηση από ποια ηλικία και μέχρι ποια μπορούν τα όργανα να αφαιρεθούν, 105 νοσηλεύτριες-τριες απάντησαν στην ενήλικη και 86 στην εφηβική. 41 νοσηλεύτριες-τριες απάντησαν ότι η βρεφική-παιδική ηλικία είναι η κατάλληλη ηλικία για να αφαιρεθούν τα όργανα και 25 η ηλικιωμένη.

Στην ερώτηση εάν μπορεί κάποιος να δωρίσει όργανο όντας ακόμα εν ζωή, 104 άτομα γνώριζαν ότι μπορεί κάποιος να δωρίσει κάποιο όργανο ενώ είναι ακόμα στη ζωή ενώ μόλις 11 νοσηλεύτριες-τριες δεν γνώριζαν αν μπορεί κάποιος να δωρίσει κάποιο όργανό του ενώ είναι ακόμα στη ζωή.

Ζητήθηκε από τους ερωτηθέντες να απαντήσουν στην ερώτηση εάν κάποιος για να γίνει δωρητής οργάνων εξετάζεται για κάποιες συγκεκριμένες ασθένειες. Έτσι,

111 άτομα απάντησαν ότι για να γίνει κάποιος δωρητής οργάνων εξετάζεται για AIDS και για ηπατίτιδα (110 άτομα) αντίστοιχα.

Ακόμα 97 νοσηλεύτριες απάντησαν ότι εξετάζεται για νεφρική ανεπάρκεια και 93 για καρδιακή ανεπάρκεια αντίστοιχα. Ενώ, 61 νοσηλεύτριες απάντησαν ότι για να γίνει κάποιος δωρητής οργάνων εξετάζεται για γλαύκωμα.

Απόλυτα μοιρασμένα είναι τα ποσοστά των ερωτηθέντων που απάντησαν στην ερώτηση εάν φοβούνται μήπως τα όργανα που αφαιρούνται με σκοπό τη μεταμόσχευση χρησιμοποιηθούν για ερευνητικούς (ιατρικούς) σκοπούς.

Έτσι, 58 νοσηλεύτριες απάντησαν ότι φοβούνται μήπως τα όργανα χρησιμοποιηθούν για ερευνητικούς (ιατρικούς) σκοπούς και 57 απάντησαν ότι δεν φοβούνται ένα τέτοιο ενδεχόμενο.

Εδώ στην ερώτηση εάν φοβούνται μήπως τα όργανα που αφαιρούνται με σκοπό τη μεταμόσχευση χρησιμοποιηθούν για εμπορικούς σκοπούς φαίνεται καθαρά ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (84 άτομα) έχει αυτό το φόβο.

Αντίθετα μόνο 31 νοσηλεύτριες απάντησαν ότι δεν φοβούνται ένα τέτοιο ενδεχόμενο, σε αντίθεση με την προηγούμενη ερώτηση όπου τα ποσοστά των ερωτηθέντων ήταν απόλυτα μοιρασμένα.

Ειδικότερα, ελέγχοντας την γνώση των ερωτηθέντων νοσηλευτών-τριων για την μεταμόσχευση-δωρεά οργάνων σε σχέση με το εάν φοβούνται μήπως χρησιμοποιηθούν τα όργανα για εμπορικούς σκοπούς διαπιστώνουμε ότι αυτοί που δεν έχουν πολύ καλή γνώση για τη μεταμόσχευση-δωρεά οργάνων φοβούνται περισσότερο μήπως χρησιμοποιηθούν τα όργανα για εμπορικούς σκοπούς ( $\chi^2 = 4.16$ , NS).

Οι μισοί και πλέον από τους ερωτηθέντες (71 άτομα) δηλώνουν ότι δεν πληρώνει η οικογένεια του δότη το κόστος της μεταμόσχευσης ενώ 10 νοσηλεύτριες δηλώνουν το εντελώς αντίθετο, ότι δηλαδή η οικογένεια του δότη πληρώνει το κόστος της μεταμόσχευσης. 34 νοσηλεύτριες δεν γνώριζαν να μας απαντήσουν.

67 από τους ερωτηθέντες δηλώνουν ότι μπορεί κάποιος που έχει γίνει δωρητής οργάνων να αλλάξει γνώμη ενώ 5 νοσηλεύτριες δηλώνουν το εντελώς αντίθετο, ότι δηλαδή δεν μπορεί κάποιος που έχει γίνει δωρητής οργάνων να αλλάξει γνώμη. 43 νοσηλεύτριες δεν γνώριζαν να μας απαντήσουν.

Στην ερώτηση αν θα δεχόντουσαν μόσχευμα από άλλο άτομο σε περίπτωση που αντιμετώπιζαν κάποιο πρόβλημα υγείας, 92 από τους ερωτηθέντες απάντησε θετικά ενώ μόλις 6 νοσηλεύτριες απάντησαν ότι δεν θα δεχόντουσαν μόσχευμα από

άλλο άτομο ακόμα και αν αντιμετώπιζαν κάποιο πρόβλημα υγείας. 17 νοσηλεύτριες δεν γνώριζε τι θα έκανε σε μια τέτοια περίπτωση.

Ειδικότερα, ελέγχοντας την γνώση των ερωτηθέντων νοσηλευτών-τριων για την μεταμόσχευση-δωρεά οργάνων σε σχέση με το εάν θα δεχόντουσαν μόσχευμα από άλλο άτομο σε περίπτωση που αντιμετώπιζαν κάποιο πρόβλημα υγείας διαπιστώνουμε ότι αυτοί που δεν έχουν πολύ καλή γνώση για τη μεταμόσχευση - δωρεά οργάνων δεν θα δεχόντουσαν μόσχευμα από άλλο άτομο ( $\chi^2 = 4.16$ , NS).

Οι μισοί και πλέον από τους ερωτηθέντες (60 άτομα) απέκτησαν τις γνώσεις τους για την μεταμόσχευση από τα ΜΜΕ ενώ 46 νοσηλεύτριες από τη σχολή τους.

Έτσι, 24 νοσηλεύτριες δηλώνουν ότι απέκτησαν τις γνώσεις τους από σεμινάρια και 23 από τα σεμινάρια και την εργασιακή τους εμπειρία ταυτόχρονα. Αντίθετα, 36 νοσηλεύτριες δηλώνουν ότι απέκτησαν τις γνώσεις τους από την εργασιακή τους εμπειρία και 38 από τη σχολή και την εργασιακή εμπειρία ταυτόχρονα.

Ζητήθηκε από τους ερωτηθέντες να αναφέρουν τους λόγους στους οποίους πιστεύουν ότι οφείλεται η γενικότερη έλλειψη μοσχευμάτων στην Ελλάδα. Έτσι, 103 νοσηλεύτριες ανέφεραν την ανεπαρκή ενημέρωση του κοινού και 97 τον φόβο για την εμπορευματοποίηση. Ένα επίσης αρκετά μεγάλο ποσοστό ερωτηθέντων (95 άτομα) αναφέρθηκαν στην νοοτροπία που διέπει τον Έλληνα ενώ 82 νοσηλεύτριες στην ανασφάλεια για τον καθορισμό του θανάτου.

Ακόμα 75 νοσηλεύτριες ανέφεραν την έλλειψη οργανωμένων μεταμοσχευτικών κέντρων και 72 αναστολές που οφείλονται κυρίως σε θρησκευτικούς λόγους. Επίσης ο φόβος μήπως πεθάνουν αναφέρθηκε ως κύρια αιτία έλλειψης μοσχευμάτων στην Ελλάδα από 63 νοσηλεύτριες, και ο φόβος για έρευνα από 61 νοσηλεύτριες. Τέλος 43 νοσηλεύτριες αναφέρθηκαν στην έλλειψη εμπιστοσύνης στον γιατρό, 30 στην υπάρχουσα νομοθεσία και 29 νοσηλεύτριες στα μεγάλα ποσοστά αποτυχίας.

Επίσης ζητήθηκε από τους ερωτηθέντες να αναφέρουν τους λόγους στο τι θα εμπόδιζε κάποιον να γίνει δωρητής οργάνων μετά θάνατον. 90 νοσηλεύτριες αναφέρθηκαν στην άγνοια και τον φόβο για εμπορευματοποίηση αντίστοιχα. Ακόμα 87 νοσηλεύτριες ανέφεραν την επιθυμία ακεραιότητας του σώματος και τον σεβασμό στον νεκρό αντίστοιχα.

Επίσης η θρησκευτική πίστη αναφέρθηκε ως εμπόδιο για κάποιον να γίνει δωρητής οργάνων μετά θάνατον από 76 νοσηλεύτριες και η αμέλεια από 64.

Τέλος, 48 νοσηλεύτριες ανέφεραν την γνώμη των φίλων και συγγενών και 19 μόλις νοσηλεύτριες την άποψη ότι οι μεταμοσχεύσεις δεν ωφελούν.

Στην ερώτηση αν συμφωνούν με την άποψη ότι μπορούν οι συγγενείς να δωρίσουν τα όργανα δικού τους προσώπου, η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (76 άτομα) φαίνεται να συμφωνεί ενώ 30 νοσηλεύτριες απάντησαν ότι δεν συμφωνούν με την συγκεκριμένη άποψη. 9 νοσηλεύτριες δεν γνώριζε να μας απαντήσει.

Στην ερώτηση τι είναι ο εγκεφαλικός θάνατος 48 νοσηλεύτριες απάντησαν ότι είναι η νέκρωση του εγκεφάλου και 29 ο κλινικός θάνατος.

31 νοσηλεύτριες απάντησαν ότι είναι όλα τα παραπάνω δηλαδή και η νέκρωση του εγκεφάλου, και η παύση λειτουργίας της καρδιάς αλλά και ο κλινικός θάνατος. 3 νοσηλεύτριες απάντησαν ότι δεν είναι τίποτα από τα παραπάνω και 4 δεν γνώριζαν την απάντηση στην ερώτηση.

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (91 άτομα) πιστεύουν ότι δεν είναι σωστό να γίνεται λήψη οργάνων από νεκρό δότη ο οποίος δεν είχε δώσει προηγουμένως την έγκρισή του ενώ 24 νοσηλεύτριες έχουν την άποψη ότι είναι σωστό να γίνεται λήψη οργάνων από νεκρό δότη ο οποίος δεν είχε δώσει προηγουμένως την έγκρισή του.

Σχετικά μοιρασμένα είναι τα ποσοστά των ερωτηθέντων στην ερώτηση εάν πιστεύουν ότι η νομοθεσία προστατεύει από το εμπόριο οργάνων. Έτσι, 46 νοσηλεύτριες πιστεύουν ότι η νομοθεσία δεν προστατεύει από το εμπόριο οργάνων, 37 έχουν την αντίθετη άποψη ότι δηλαδή η νομοθεσία προστατεύει και 32 νοσηλεύτριες δεν γνώριζαν να απαντήσουν.

Ζητήθηκε από τους νοσηλευτές να απαντήσουν στην ερώτηση εάν πιστεύουν ότι η αύξηση προσφοράς μοσχευμάτων από δωρητές θα αναχαιτίζει το εμπόριο οργάνων κυρίως από τριτοκοσμικές χώρες. 52 νοσηλεύτριες απάντησαν πως ίσως η αύξηση προσφοράς μοσχευμάτων θα αναχαιτίζει το εμπόριο οργάνων από τριτοκοσμικές χώρες και 47 νοσηλεύτριες πως σίγουρα η αύξηση προσφοράς μοσχευμάτων θα αναχαιτίζει το εμπόριο οργάνων από τριτοκοσμικές χώρες.

Αντίθετα, 6 νοσηλεύτριες πιστεύουν ότι η αύξηση προσφοράς μοσχευμάτων δεν θα αναχαιτίσει το εμπόριο οργάνων από τριτοκοσμικές χώρες και 10 δεν γνώριζαν να απαντήσουν.

Στην ερώτηση εάν πιστεύουν ότι η προσφορά οργάνων για μεταμόσχευση θα πρέπει να συνεχίσει να είναι εθελοντική 110 άτομα απάντησαν θετικά, ενώ μόλις 5 νοσηλεύτριες έχουν αντίθετη άποψη.

Ελέγχοντας την γνώση των ερωτηθέντων νοσηλευτών-τριων για την μεταμόσχευση-δωρεά οργάνων σε σχέση με το εάν θα πρέπει η δωρεά οργάνων να συνεχίσει να είναι εθελοντική διαπιστώνουμε ότι τόσο οι ερωτηθέντες που επιθυμούν η δωρεά οργάνων να συνεχίσει να είναι εθελοντική όσο και οι ερωτηθέντες που επιθυμούν το αντίθετο έχουν καλή γνώση για την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων ( $\chi^2 = 0.15$ , NS).

Για το εάν μπορεί να γίνει και δεύτερη μεταμόσχευση – διαφορετικού οργάνου – στο ίδιο άτομο, 75 νοσηλεύτριες δηλώνουν ναι, ενώ μόλις 7 νοσηλεύτριες δηλώνουν το αντίθετο ότι δηλαδή δεν μπορεί να γίνει και δεύτερη μεταμόσχευση στο ίδιο άτομο. Αξιοσημείωτο είναι ότι έναν αρκετά μεγάλο ποσοστό ερωτηθέντων δεν γνώριζαν να μας απαντήσουν.

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (91 άτομα) δηλώνουν ότι μπορεί να γίνει μεταμόσχευση με καινούργιο μόσχευμα σε περίπτωση απόρριψης μοσχεύματος ενώ 2 νοσηλεύτριες δηλώνουν το αντίθετο, ότι δηλαδή δεν μπορεί να γίνει μεταμόσχευση με καινούργιο μόσχευμα σε περίπτωση απόρριψης μοσχεύματος. Αξιοσημείωτο είναι ότι ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό ερωτηθέντων (22 άτομα) δεν γνώριζαν να απαντήσουν.

Ζητήθηκε από τους ερωτηθέντες να προτείνουν τρόπους για την διάδοση του θεσμού της δωρεάς οργάνων και την εξασφάλιση επάρκειας μοσχευμάτων στην Ελλάδα. Έτσι, 81 άτομα ανέφεραν την οργάνωση μεταμοσχευτικών κέντρων. Ένα ποσοστό ερωτηθέντων (76 άτομα) πρότειναν την ενημέρωση με διαλέξεις-ελεύθερες συζητήσεις και 73 νοσηλεύτριες ζήτησαν να δοθούν διευκρινίσεις για τον τρόπο πιστοποίησης εγκεφαλικού θανάτου από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

Επίσης η σωστή και υπεύθυνη ενημέρωση από τον τύπο και τα ΜΜΕ προτάθηκε ως τρόπος διάδοσης του θεσμού της δωρεάς οργάνων και της εξασφάλιση επάρκειας μοσχευμάτων στην Ελλάδα από 67 νοσηλεύτριες και η συμμετοχή της εκκλησίας και της τοπικής αυτοδιοίκησης στην διάδοση της προσφοράς οργάνων καθώς και η εισαγωγή σχετικού μαθήματος στην Δευτεροβάθμια εκπαίδευση αναφέρθηκε από 59 νοσηλεύτριες αντίστοιχα.

Τέλος 8 νοσηλεύτριες πρότειναν την ψήφιση νόμου που θα καθιστά όλους τους Έλληνες δωρητές οργάνων ενώ 9 δεν εξέφεραν γνώμη για την συγκεκριμένη ερώτηση και 7 νοσηλεύτριες δήλωσαν αρνητική με τον θεσμό της δωρεάς οργάνων.

Στην ερώτηση από ποια ηλικία πρέπει να αρχίσει η ενημέρωση περί μοσχευμάτων 37 νοσηλεύτριες απάντησαν στην εφηβική και 26 στην ενήλικη, ενώ

μόνο 3 ερωτηθέντες απάντησαν ότι η ενημέρωση περί μοσχευμάτων θα πρέπει να αρχίζει στην παιδική ηλικία.

38 ερωτηθέντες ανέφεραν όλες τις παραπάνω ηλικίες και 11 νοσηλεύτριες δεν γνώριζαν την απάντηση στην ερώτηση.

Στην ερώτηση εάν συμφωνούν με την άποψη να ενημερώνει το ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό τους συγγενείς των βαρέων πασχόντων για την δυνατότητα δωρεάς οργάνων μετά θάνατον 67 ερωτηθέντες τέθηκαν θετικά με την συγκεκριμένη άποψη. 34 νοσηλεύτριες προτίμησαν να μην πάρουν θέση ενώ 14 δήλωσαν ότι δεν συμφωνούν με την άποψη αυτή.

Όσον αφορά την **γνώση** των ερωτηθέντων νοσηλευτών-τριων **για την μεταμόσχευση - δωρεά οργάνων**, οι σωστές απαντήσεις των ερωτηθέντων κυμάνθηκαν μεταξύ 15 και 29 σωστών απαντήσεων σε σύνολο 32 με μέσο όρο τις 23.76 σωστές απαντήσεις και τυπική απόκλιση 2.87 σωστές απαντήσεις.

Το σύνολο σχεδόν των ερωτηθέντων εμφανίζεται να έχει αρκετά ικανοποιητικές γνώσεις ('καλή' και 'πολύ καλή') για τη μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων. Ειδικότερα, 62 νοσηλεύτριες έχουν καλές γνώσεις για την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων δίνοντας από 17-24 σωστές απαντήσεις και 51 έχουν πολύ καλές γνώσεις δίνοντας από 25-32 σωστές απαντήσεις.

Αντίθετα, μόνο 2 νοσηλεύτριες έχουν μέτριες γνώσεις για την μεταμόσχευση-δωρεά οργάνων δίνοντας από 9-16 σωστές απαντήσεις.

Ελέγχοντας την γνώση των ερωτηθέντων νοσηλευτών-τριων για την μεταμόσχευση-δωρεά οργάνων σε σχέση με το φύλο τους διαπιστώνουμε ότι οι νοσηλεύτριες έχουν σε μεγαλύτερο ποσοστό (61.11%) πολύ καλή γνώση για την μεταμόσχευση και τη δωρεά οργάνων έναντι 41.24% των γυναικών συναδέλφων τους ( $\chi^2 = 2.62$ , NS).

Ελέγχοντας τώρα την εκπαίδευση των νοσηλευτών-τριων σε σχέση με την γνώση τους για την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων διαπιστώνουμε ότι τόσο οι απόφοιτοι Δ.Ε., Τ.Ε., Π.Ε. όσο και αυτοί που έχουν κάποια εξειδίκευση ή κάποιο μεταπτυχιακό τίτλο έχουν πολύ καλή έως καλή γνώση για την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων αν και προκύπτει μια διαφοροποίηση για τους απόφοιτους Δ.Ε. οι οποίοι δεν φαίνεται να έχουν τόσο καλή γνώση για την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων όσο οι άλλες κατηγορίες ( $\chi^2 = 4.79$ , NS).

Ελέγχοντας επίσης την πόλη στην οποία εργάζονται οι ερωτηθέντες νοσηλεύτριες σε σχέση με την γνώση τους για την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων διαπιστώνουμε ότι οι νοσηλεύτριες που εργάζονται στην Πάτρα έχουν σε



μεγαλύτερο ποσοστό (50.79%) πολύ καλή γνώση για την μεταμόσχευση-δωρεά οργάνων έναντι των νοσηλευτών-τριων που εργάζονται στις υπόλοιπες πόλεις ( $\chi^2 = 16.88$ , NS).

Τέλος, έγινε και ο έλεγχος της ηλικίας των ερωτηθέντων και του επιπέδου γνώσης που έχουν για την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων. Το αποτέλεσμα που προέκυψε είναι:

Η γνώση ή μη των ερωτηθέντων για την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων είναι ανεξάρτητη της ηλικίας τους. Ωστόσο, φαίνεται να έχουν καλύτερη γνώση για την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων οι νεώτεροι σε ηλικία ερωτηθέντες νοσηλευτές-τριες ( $R = -0.01$ , NS).

## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Στην προσπάθεια ολοκλήρωσης της μελέτης είδαμε τα προβλήματα των νεφροπαθών, τις ελλείψεις στην οργάνωση της πολιτείας, την έλλειψη συντονισμένης προσπάθειας από όλους τους φορείς, την έλλειψη μονάδων Τεχνητού Νεφρού και τέλος την έλλειψη μοσχευμάτων. Θα προσπαθήσουμε να προτείνουμε τρόπους για την βελτίωση σε όλους τους τομείς, ξεκινώντας από την προβολή του θέματος με την προβολή των απόψεων – θέσεων των φορέων συλλόγων και νεφροπαθών.

### 1. Ενημέρωση

#### A. Πανεπιστήμια – Τ.Ε.Ι.

α. Με ευθύνη του συλλόγου φοιτητών να τοποθετηθεί ταμπλό με ενημερωτικό υλικό σχετικά με τη μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων.

β. Εισαγωγή μαθήματος που να αφορά εκτός από τη νεφροπάθεια που ήδη ισχύει και την μεταμόσχευση – δωρεά οργάνων και εκπαίδευση τουλάχιστον ενός τριμήνου στη διάρκεια των σπουδών.

γ. Στο πίσω μέρος ορισμένων βιβλίων ειδικά αυτών της νοσηλευτικής (εργαστήρια) να τυπωθεί εικόνα δωρεάς με την έκκληση «Δώσε ζωή – Γίνε Δωρητής».

δ. Συνεργασία πρυτανικών αρχών και προέδρων των τμημάτων για την οργάνωση εκδηλώσεων πάνω στο σχετικά θέμα, με ομιλητές καθηγητές Πανεπιστημίου, εκπροσώπου της εκκλησίας, των φοιτητών που έχουν κάνει σχετικές έρευνες και των νοσηλευτών που έχουν κάνει μεταπτυχιακό.

ε. Σπουδές. Να δίνονται κίνητρα για μεταπτυχιακές σπουδές σε φοιτητές και σε εργαζόμενους. Η ανταμοιβή θα πρέπει να είναι ηθική και οικονομική

στ. Έντυπο υλικό. Αφίσες-φυλλάδια στις κλινικές νοσοκομείων που να ενημερώνουν για τα προβλήματα, τις τρέχουσες εξελίξεις και τις προσπάθειες που γίνονται.

ζ. Διαλέξεις – συζητήσεις. Στα νοσοκομεία να οργανώνονται διαλέξεις, ομιλίες με εισηγητές καθηγητές Πανεπιστημίου, εκπροσώπους Εκκλησίας και των συλλόγων νεφροπαθών, καθηγητές από το εξωτερικό που να απευθύνονται όχι μόνο στους εργαζόμενους αλλά και στους φοιτητές.

### 2. Τηλεόραση

Προτείνεται η υποχρεωτική προβολή προβολή εκπομπών ή ρεπορτάζ γύρω από τη δωρεά-μεταμόσχευση. Συμμετέχοντες θα πρέπει να είναι Εκκλησία – σύλλογοι νεφροπαθών – δικηγόροι – πολιτικοί (κυβέρνησης – αντιπολίτευσης).

Επίσης προβολή διαφημιστικών σποτ όπου θα γίνεται έκκληση στον κόσμο να γίνουν δωρητές

### **3. Νομοθεσία**

α. Πρέπει να γίνεται συνεχώς αναπροσαρμογή των νόμων αναλόγως τα προβλήματα που υπάρχουν ή προκύπτουν. Να γίνεται σύγκριση με νόμους ανεπτυγμένων ιατρικά χωρών. Να ζητείται η γνώμη όλων των αρμόδιων φορέων και συλλόγων.

β. Η προσφορά για δωρεά θα πρέπει να είναι εθελοντική και όχι υποχρεωτική εάν δεν έχει διαφωνήσει ο θανών δότης όντας εν ζωή. Η υποχρέωση θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως καταπάτηση των δικαιωμάτων και της ελευθερίας του θανόντα καθώς και ιεροσυλία του νεκρού από τους συγγενείς του.

γ. Τα πρόστιμα και οι ποινές για αγοραπωλησίες νεκρών και γενικότερα οργάνων θα πρέπει να είναι τέτοιες ώστε να αποτρέπονται αξιόποινες πράξεις.

### **4. Κράτος – Εκκλησία**

Σημαντική είναι και η προσπάθεια της Εκκλησίας όπου με τις επισημάνσεις της για τη βελτίωση των νόμων ως προς την ατομική ελευθερία επιδιώκει τη συνεργασία της με το κράτος για τον εφησυχασμό του κοινού. Η συνεργασία της Εκκλησίας με το κράτος θα βοηθήσει και στη διάδοση της ιδέας δωρεάς οργάνων αφού ο Έλληνας ακολουθεί και εμπιστεύεται τις κατευθύνσεις της.

### **5. Μονάδες Τεχνητού Νεφρού**

Είναι απαραίτητη η εξάπλωση των μονάδων T.N. σε περισσότερα νοσοκομεία για την εξυπηρέτηση των νεφροπαθών καθώς είναι αναγκασμένοι κάθε δύο μέρες να πηγαίνουν στο νοσοκομείο για αιμοκάθαρση. Επομένως η απομάκρυνση από το νοσοκομείο είναι αδύνατη.

### **6. Ηθικά – Κοινωνικά**

Η προσφορά ψυχολόγου από το κράτος πρόνοιας είναι απαραίτητη αφού οι νεφροπαθείς είναι άτομα υπερευαίσθητα, επιπλέον διαλύονται εύκολα οι οικογένειές τους και γενικά η προσωπική τους ζωή παρουσιάζει πολλές αντιξοότητες.

### **7. Έλλειψη μοσχευμάτων**

Ο φόβος προς το κράτος, τους γιατρούς, το άγνωστο της μετά θάνατον πορείας του ανθρώπινου σώματος, την εμπορευματοποίηση των οργάνων του ανθρώπου, τους σκοπούς της ιατρικής έρευνας κ.ά. οδηγούν στην έλλειψη προσφοράς των απαιτούμενων μοσχευμάτων. Επιπλέον το 60% των ασθενών από ατυχήματα «καταλήγουν» στη διαδρομή προς το νοσοκομείο ή στα εξωτερικά ιατρεία. Ακόμα η έλλειψη εκπαιδευμένου προσωπικού για την επάνδρωση των ασθενοφόρων όπως τραυματιοφορείς και νοσηλευτές πρώτων βοηθειών συμβάλουν στην μη αξιοποίηση των προς διάθεση μοσχευμάτων.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Σκοπός** της εργασίας ήταν η διερεύνηση και αξιολόγηση των γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού στη νεφροπάθεια – μεταμόσχευση και δωρεά οργάνων.

**Υλικό – Μέθοδος.** Στην έρευνα συμμετείχαν 115 νοσηλευτές 22-51 ετών. Πραγματοποιήθηκε από τον Απρίλη έως τον Σεπτέμβριο του 2002 σε νοσοκομεία Αθηνών, Πατρών, Πύργου καθώς και σε Κέντρα Υγείας των νομών Αχαΐας και Ηλείας. Για τη συλλογή των στοιχείων χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο.

Η μέθοδος σχεδιασμού της έρευνας στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας με βάση το οποίο περιγράφονται μεταβλητές και συγκρίνονται ομάδες ατόμων για κάποια μεταβλητή. Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την στατιστική επεξεργασία τους ήταν το Statistica for Windows, για τον έλεγχο των διαφορών που παρατηρήθηκαν μεταξύ των εξεταζομένων ήταν  $\chi^2$ -test και χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson ( $r$ ).

**Αποτελέσματα.** Το 60% θα θέλει να γίνουν δωρητές οργάνων, θα παρότρυναν και άλλους σε ποσοστό 61,74%.

Ο φόβος χρησιμοποίησης των οργάνων για ερευνητικούς και εμπορικούς σκοπούς εκφράζεται σε ποσοστό 50,43% και 73,04% αντίστοιχα και το αίσθημα της ανασφάλειας για τον καθορισμό του θανάτου σε ποσοστό 71,30%.

Συμπερασματικά η έλλειψη εμπιστοσύνης προς το κράτος και τους γιατρούς, ο σεβασμός προς το νεκρό σώμα λόγω νοοτροπίας και θρησκείας αποτελούν τους βασικότερους αιτιολογικούς παράγοντες για την έλλειψη μοσχευμάτων.

## SUMMARY

**Aim of work** was the investigation and evaluation of knowledge of nursing personnel in nephropathy - transplantation and donation of bodies.

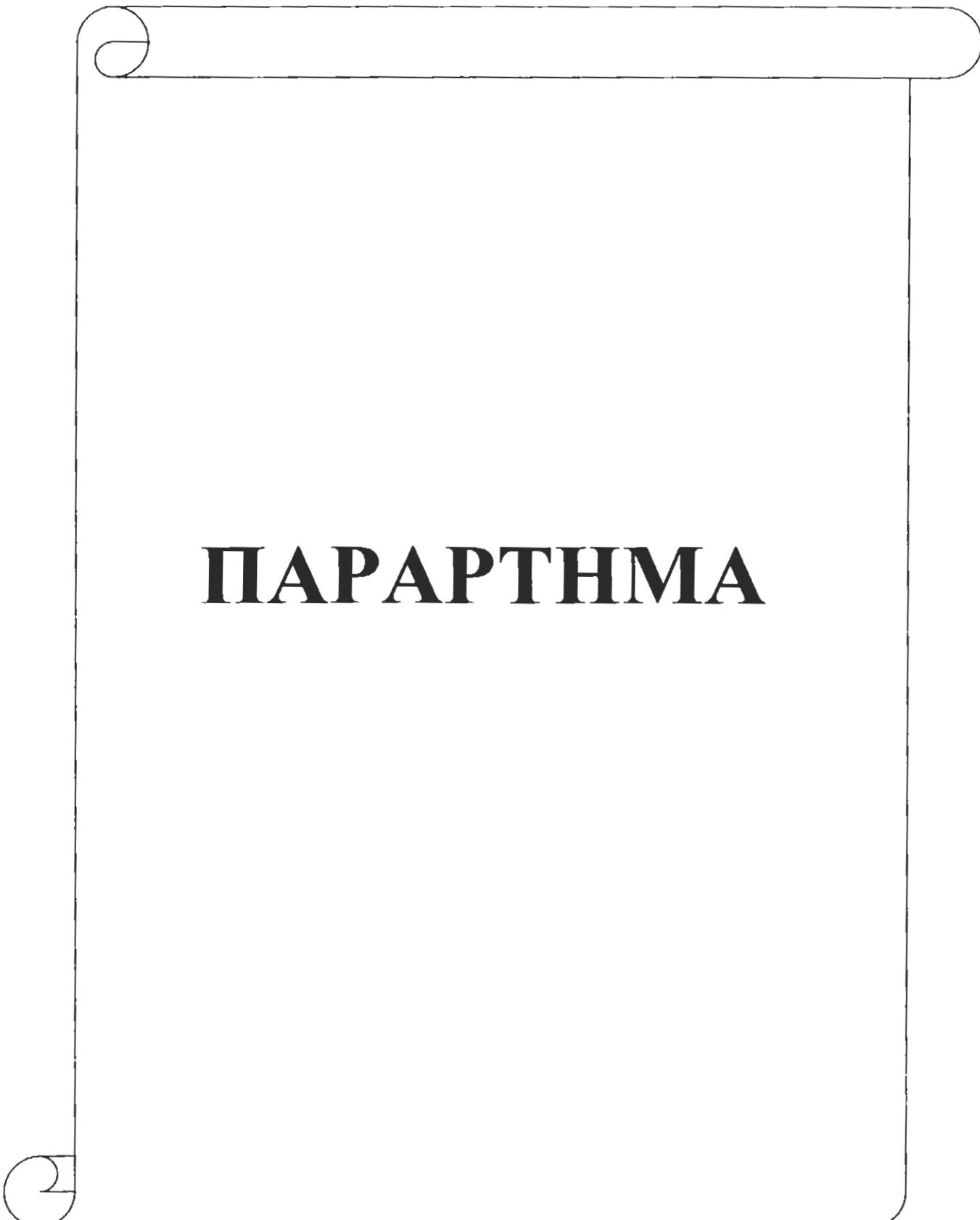
**Material - Method.** In the research participated 115 nurses of 22-51 years. It was realised from April until September 2002 in hospitals Athens, Patras, Pirgos as well as in Centres of Health of prefectures Achaia and Ilias. For the collection of elements was used anonymous questionnaire.

The method of planning of research was supported in the descriptive model of research with base which is described variables and compared teams of individuals for some variable. The program that was used for their statistical treatment was Statistica for Windows, for the control of differences that was observed between examined they were x<sup>2</sup>-test and it was used the factor of cross-correlation of Pearson (r).

**Results.** The 60% will want become donors of bodies, would prompt also other in percentage 61,74%.

The fear of utilisation of bodies for inquiring and commercial aims expresses in percentage 50,43% and 73,04% equivalents and the feeling of insecurity for the determination of death in percentage 71,30%.

Deductively the lack of confidence to the state and the doctors, the respect to the dead body because mentality and religion constitute the more basic causative factors for the lack of grafts.



# **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

# ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

## ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ - ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ - ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ

1) ΦΥΛΟ : α) ΑΡΡΕΝ  β) ΘΗΛΥ

2) ΗΛΙΚΙΑ : .....

3) Οικογενειακή κατάσταση :

- α) Άγαμος   
β) Έγγαμος   
γ) Διαζευγμένος   
δ) Χήρος

4) Εκπαίδευση :

- α) Δ.Ε.   
β) Τ.Ε.   
γ) Π.Ε.   
δ) Εξειδίκευση   
ε) Μεταπτυχιακό

5) Νοσηλευτικά τμήματα που εργαστήκατε :

- α) Ογκολογικό   
β) Χειρουργικό   
γ) Μονάδα τεχνητού νεφρού   
δ) Παθολογικό   
ε) Άλλο

6) Περιοχή μόνιμης κατοικίας :

- α) Πόλη   
β) Κωμόπολη   
γ) Χωριό

7) Μεταμόσχευση νεφρού είναι :

- α) Η εγχείρηση νεφρού ΝΑΙ  ΟΧΙ   
β) Η μεταφορά νεφρού σε άλλο άτομο ΝΑΙ  ΟΧΙ   
γ) Η αφαίρεση νεφρού ΝΑΙ  ΟΧΙ   
δ) Άλλο.....

8) Μπορούν τα παρακάτω όργανα να μεταμοσχευτούν ;

- α) Καρδιά ΝΑΙ  ΟΧΙ   
β) Πνεύμονες ΝΑΙ  ΟΧΙ   
γ) Νεφρά ΝΑΙ  ΟΧΙ   
δ) Κερατοειδής ΝΑΙ  ΟΧΙ   
ε) Πάγκρεας ΝΑΙ  ΟΧΙ   
ζ) Μυελός ΝΑΙ  ΟΧΙ   
η) Ήπαρ ΝΑΙ  ΟΧΙ   
θ) Οστά ΝΑΙ  ΟΧΙ   
κ) Δέρμα ΝΑΙ  ΟΧΙ   
λ) Μύες ΝΑΙ  ΟΧΙ   
μ) Εγκέφαλος ΝΑΙ  ΟΧΙ   
ν) Περιτονίες ΝΑΙ  ΟΧΙ   
ξ) Ουροδόχος κύστη ΝΑΙ  ΟΧΙ   
ο) Γεννητικά όργανα ΝΑΙ  ΟΧΙ

9) Θα θέλατε να γίνετε δωρητής οργάνων; ΝΑΙ  ΟΧΙ

10) Θα παροτρύνετε κάποιον γνωστό σας ή φίλο σας να γίνει δωρητής οργάνων;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

11) Από ποια ηλικία και μέχρι ποια μπορούν τα όργανα να αφαιρεθούν;

- α) Βρεφική - παιδική ΝΑΙ  ΟΧΙ   
β) Εφηβική ΝΑΙ  ΟΧΙ   
γ) Ενήλικη ΝΑΙ  ΟΧΙ   
δ) Ηλικιωμένη ΝΑΙ  ΟΧΙ

12) Γνωρίζετε αν μπορεί κάποιος να δωρίσει κάποιο όργανο ενώ είναι ακόμα στη ζωή; ΝΑΙ  ΟΧΙ



13) Μπορεί κάποιος που έχει πρόβλημα υγείας να γίνει δωρητής οργάνων;

ΝΑΙ  ΟΧΙ  ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

14) Γνωρίζετε εάν κάποιος για να γίνει δωρητής οργάνων εξετάζεται για τα παρακάτω;

- |                        |                              |                              |
|------------------------|------------------------------|------------------------------|
| α) AIDS                | ΝΑΙ <input type="checkbox"/> | ΟΧΙ <input type="checkbox"/> |
| β) Ηπατίτιδες          | ΝΑΙ <input type="checkbox"/> | ΟΧΙ <input type="checkbox"/> |
| γ) Καρδιακή ανεπάρκεια | ΝΑΙ <input type="checkbox"/> | ΟΧΙ <input type="checkbox"/> |
| δ) Γλαύκωμα            | ΝΑΙ <input type="checkbox"/> | ΟΧΙ <input type="checkbox"/> |
| ε) Νεφρική ανεπάρκεια  | ΝΑΙ <input type="checkbox"/> | ΟΧΙ <input type="checkbox"/> |

15) Φοβάστε μήπως χρησιμοποιηθούν τα όργανα που αφαιρούνται με σκοπό τη μεταμόσχευση για ερευνητικούς (ιατρικούς) σκοπούς;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

16) Φοβάστε μήπως χρησιμοποιηθούν τα όργανα που αφαιρούνται με σκοπό τη μεταμόσχευση για εμπορικούς σκοπούς;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

17) Η οικογένεια του δότη πληρώνει το κόστος της μεταμόσχευσης;

ΝΑΙ  ΟΧΙ  ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

18) Μπορεί κάποιος που έχει γίνει δωρητής οργάνων να αλλάξει γνώμη;

ΝΑΙ  ΟΧΙ  ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

19) Αν είχατε κάποιο πρόβλημα υγείας θα δεχόσασταν μόσχευμα από άλλα άτομα;

ΝΑΙ  ΟΧΙ  ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

20) Γνώσεις για την μεταμόσχευση αποκτήσατε στην :

- |                                 |                          |
|---------------------------------|--------------------------|
| α) Σχολή                        | <input type="checkbox"/> |
| β) Σεμινάρια                    | <input type="checkbox"/> |
| γ) Εργασία-εμπειρία             | <input type="checkbox"/> |
| δ) Σχολή + Εργασία-εμπειρία     | <input type="checkbox"/> |
| ε) Σεμινάρια + Εργασία-εμπειρία | <input type="checkbox"/> |
| ζ) ΜΜΕ                          | <input type="checkbox"/> |

21) Σε τι οφείλεται η γενικότερη έλλειψη μοσχευμάτων στην Ελλάδα ;

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| α) Στην άνεπαρκή ενημέρωση του κοινού                  | ΝΑΙ <input type="checkbox"/> | ΟΧΙ <input type="checkbox"/> |
| β) Στην υπάρχουσα νομοθεσία                            | ΝΑΙ <input type="checkbox"/> | ΟΧΙ <input type="checkbox"/> |
| γ) Στα μεγάλα ποσοστά αποτυχίας                        | ΝΑΙ <input type="checkbox"/> | ΟΧΙ <input type="checkbox"/> |
| δ) Στην έλλειψη οργανωμένων μεταμοσχευτικών κέντρων    | ΝΑΙ <input type="checkbox"/> | ΟΧΙ <input type="checkbox"/> |
| ε) Στην νοοτροπία του Έλληνα                           | ΝΑΙ <input type="checkbox"/> | ΟΧΙ <input type="checkbox"/> |
| στ) Στην έλλειψη εμπιστοσύνης στον γιατρό              | ΝΑΙ <input type="checkbox"/> | ΟΧΙ <input type="checkbox"/> |
| ζ) Σε αναστολές που οφείλονται σε θρησκευτικούς λόγους | ΝΑΙ <input type="checkbox"/> | ΟΧΙ <input type="checkbox"/> |
| η) Ανασφάλεια για καθορισμό θανάτου                    | ΝΑΙ <input type="checkbox"/> | ΟΧΙ <input type="checkbox"/> |
| θ) Φόβος για εμπορευματοποίηση                         | ΝΑΙ <input type="checkbox"/> | ΟΧΙ <input type="checkbox"/> |
| ι) Φόβος για έρευνα                                    | ΝΑΙ <input type="checkbox"/> | ΟΧΙ <input type="checkbox"/> |
| κ) Φόβος μήπως πεθάνουν                                | ΝΑΙ <input type="checkbox"/> | ΟΧΙ <input type="checkbox"/> |

22) Τι θα εμπόδιζε κάποιον να γίνει δωρητής οργάνων μετά θάνατον;

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| α) Άγνοια                                     | ΝΑΙ <input type="checkbox"/> | ΟΧΙ <input type="checkbox"/> |
| β) Επιθυμία ακεραιότητας του σώματος          | ΝΑΙ <input type="checkbox"/> | ΟΧΙ <input type="checkbox"/> |
| γ) Σεβασμός στον νεκρό                        | ΝΑΙ <input type="checkbox"/> | ΟΧΙ <input type="checkbox"/> |
| δ) Η γνώμη των φίλων και συγγενών             | ΝΑΙ <input type="checkbox"/> | ΟΧΙ <input type="checkbox"/> |
| ε) Η θρησκευτική του πίστη                    | ΝΑΙ <input type="checkbox"/> | ΟΧΙ <input type="checkbox"/> |
| ζ) Δεν πιστεύει ότι οι μεταμοσχεύσεις ωφελούν | ΝΑΙ <input type="checkbox"/> | ΟΧΙ <input type="checkbox"/> |
| η) Φόβοι για εμπορευματοποίηση                | ΝΑΙ <input type="checkbox"/> | ΟΧΙ <input type="checkbox"/> |
| θ) Αμέλεια                                    | ΝΑΙ <input type="checkbox"/> | ΟΧΙ <input type="checkbox"/> |

23) Συμφωνείτε με την άποψη ότι μπορούν οι συγγενείς να δωρήσουν τα όργανα δικού τους προσώπου;

ΝΑΙ  ΟΧΙ  ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

24) Γνωρίζετε τι είναι εγκεφαλικός θάνατος ;

- |                              |                          |
|------------------------------|--------------------------|
| α) Νέκρωση εγκεφάλου         | <input type="checkbox"/> |
| β) Παύση λειτουργίας καρδιάς | <input type="checkbox"/> |
| γ) Κλινικός θάνατος          | <input type="checkbox"/> |
| δ) Όλα τα παραπάνω           | <input type="checkbox"/> |
| ε) Τίποτα από τα παραπάνω    | <input type="checkbox"/> |
| ζ) Δεν γνωρίζω               | <input type="checkbox"/> |

25) Πιστεύετε ότι είναι σωστό να γίνεται λήψη οργάνων από νεκρό δότη ο οποίος δεν είχε προηγουμένως δώσει την έγκρισή του;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

26) Πιστεύετε ότι η νομοθεσία προστατεύει από το εμπόριο οργάνων;

ΝΑΙ  ΟΧΙ  ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

27) Πιστεύετε ότι η αύξηση προσφοράς μοσχευμάτων από δωρητές θα αναχαιτίζει το εμπόριο οργάνων κυρίως από τριτοκοσμικές χώρες;

ΝΑΙ  ΟΧΙ  ΞΩΣ  ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

28) Πιστεύετε ότι η προσφορά οργάνων για μεταμόσχευση θα πρέπει να συνεχίσει να είναι εθελοντική;

ΝΑΙ  ΟΧΙ  ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

29) Γνωρίζετε αν μπορεί να γίνει και δεύτερη μεταμόσχευση - διαφορετικού οργάνου - στο ίδιο άτομο;

ΝΑΙ  ΟΧΙ  ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

30) Γνωρίζετε αν σε απόρριψη μεταμοσχεύματος μπορεί να γίνει μεταμόσχευση με καινούργιο μόσχευμα;

ΝΑΙ  ΟΧΙ  ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

31) Τι προτείνετε για την διάδοση του θεσμού της δωρεάς οργάνων και την εξασφάλιση επάρκειας μοσχευμάτων στην Ελλάδα ;

α) Είμαι αρνητικός

β) Δεν εκφέρω γνώμη

γ) Σωστή, υπεύθυνη ενημέρωση από Τύπο-ΜΜΕ ΝΑΙ  ΟΧΙ

δ) Ενημέρωση με διαλέξεις-ελεύθερες συζητήσεις ΝΑΙ  ΟΧΙ

ε) Εισαγωγή σχετικού μαθήματος στη  
Δευτεροβάθμια εκπαίδευση ΝΑΙ  ΟΧΙ

στ) Οργάνωση μεταμοσχευτικών κέντρων ΝΑΙ  ΟΧΙ

ζ) Ψήφιση νόμου που θα καθιστά όλους τους  
Έλληνες δωρητές οργάνων ΝΑΙ  ΟΧΙ

η) Να δοθούν διευκρινίσεις για τον τρόπο πιστοποίησης εγκεφαλικού  
θανάτου από ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ΝΑΙ  ΟΧΙ

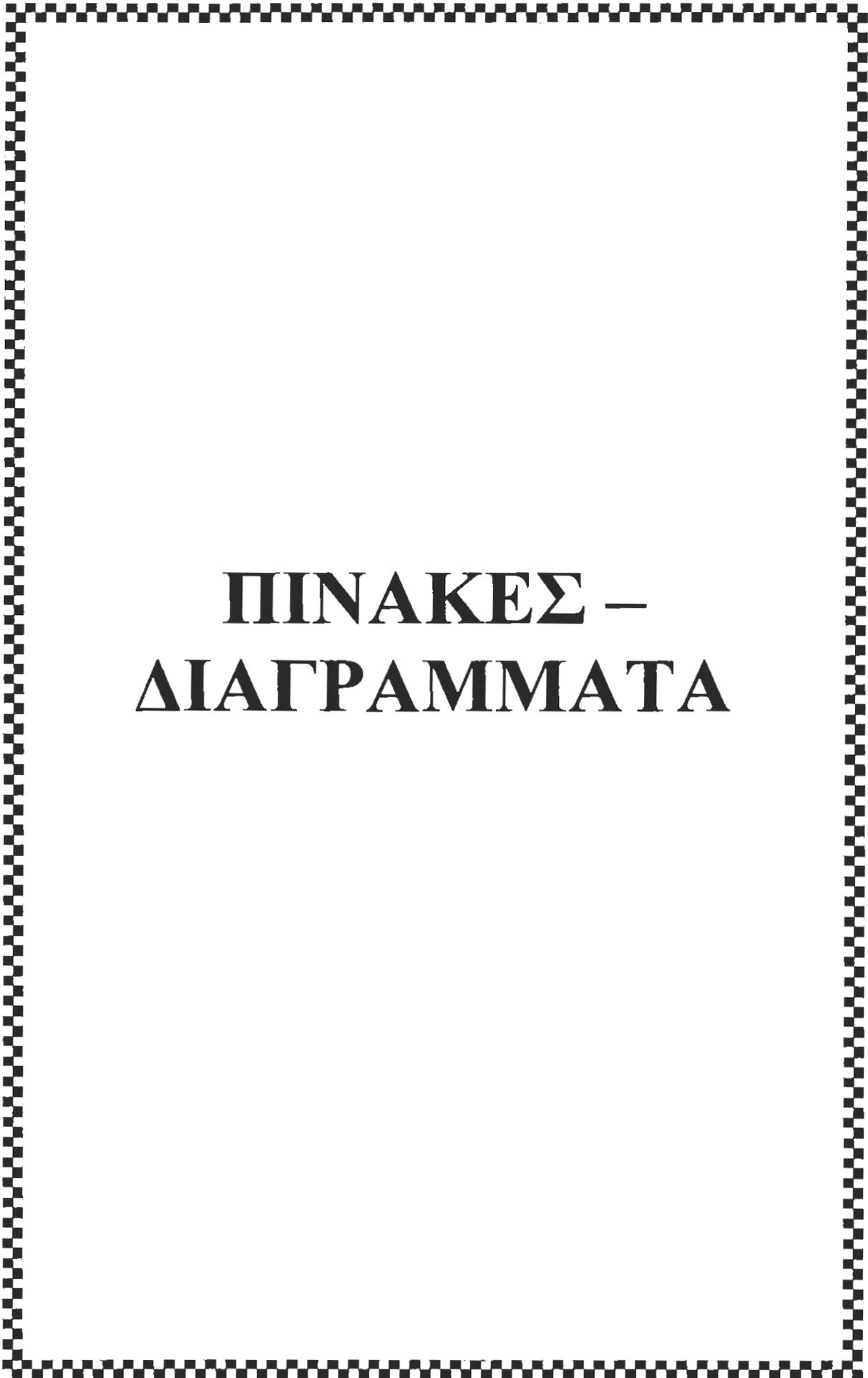
θ) Συμμετοχή της εκκλησίας και της τοπικής αυτοδιοίκησης  
στην διάδοση της προσφοράς οργάνων ΝΑΙ  ΟΧΙ

32) Από ποια ηλικία πιστεύετε ότι πρέπει να αρχίσει η ενημέρωση περί μοσχευμάτων;

- α) Παιδική
- β) Εφηβική
- γ) Ενήλικη
- δ) Όλα τα παραπάνω
- ε) Δεν γνωρίζω

33) Συμφωνείτε με την άποψη να ενημερώνει το ιατρικό - νοσηλευτικό προσωπικό τους συγγενείς των βαρέων πασχόντων για την δυνατότητα δωρεάς οργάνων μετά το θάνατο ;

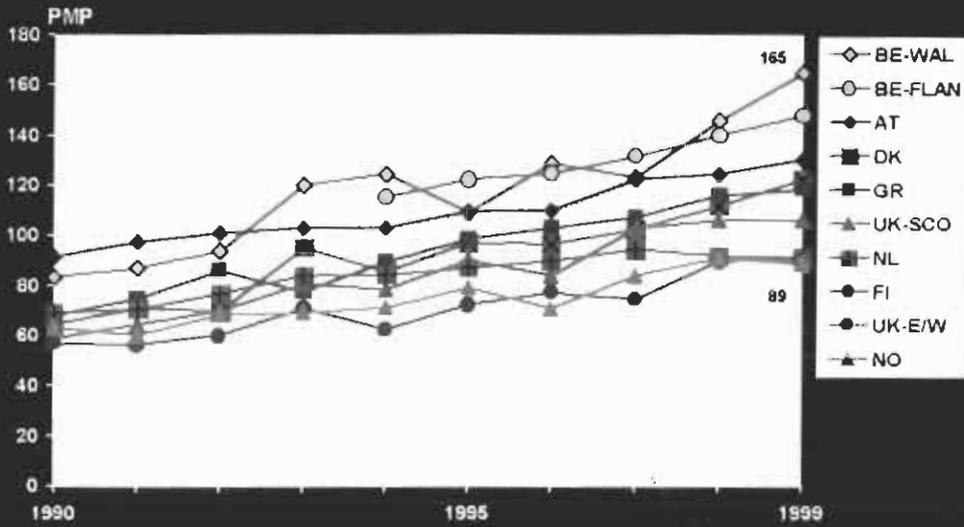
- α) Όχι
- β) Δεν παίρνω θέση
- γ) Ναι



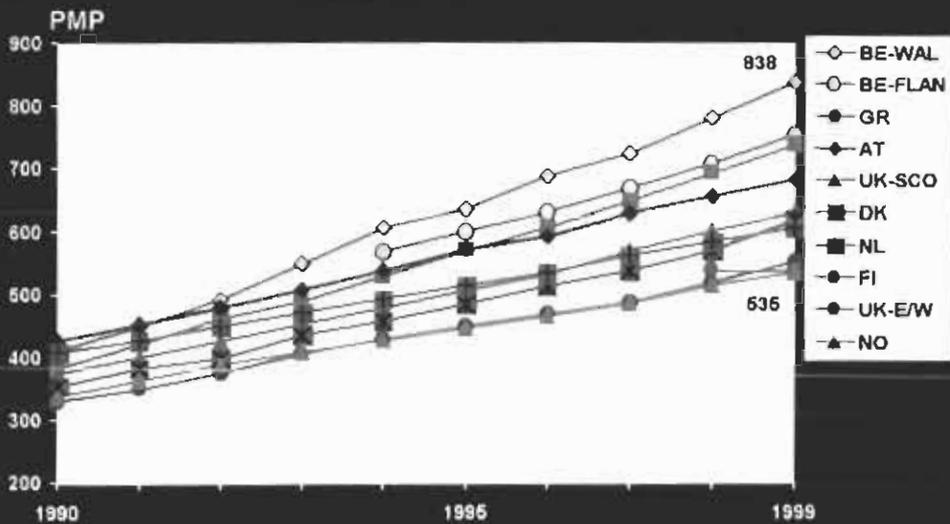
**ΠΙΝΑΚΕΣ –  
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ**



### Incidence of reported ESRD therapy 1990-1999 by country (crude)

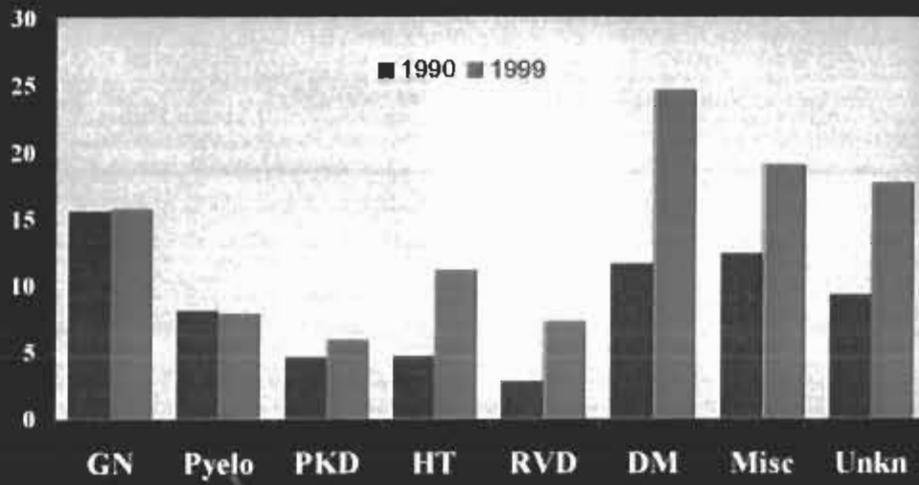


### Prevalence of reported ESRD therapy 1990-1999 by country (crude)



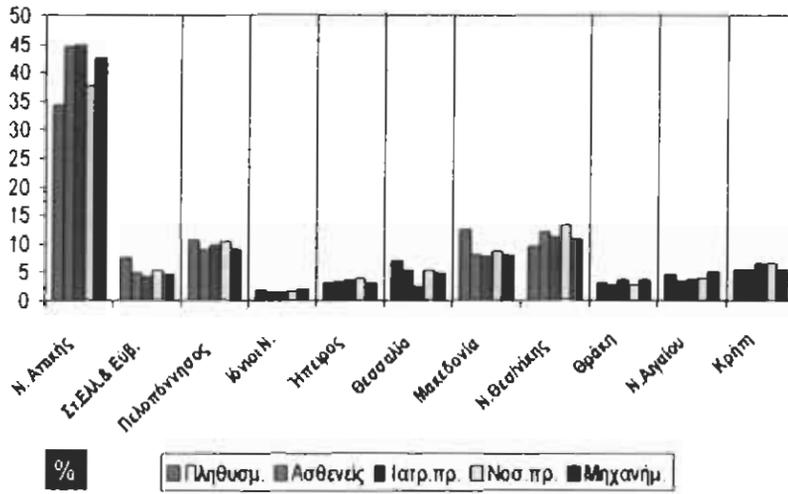


### Cause of Renal Failure (PMP) (crude, by year)

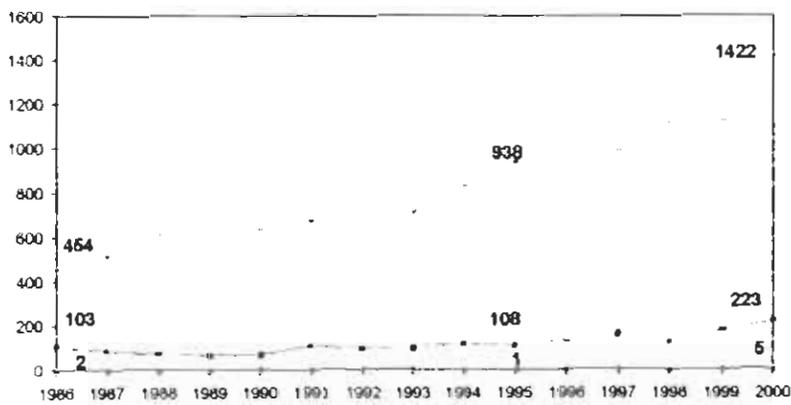




Γεωγραφική κατανομή: γεν. πληθυσμού, ασθενών, ιατρών, νοσηλευτών, μηχανημάτων για το έτος 2000



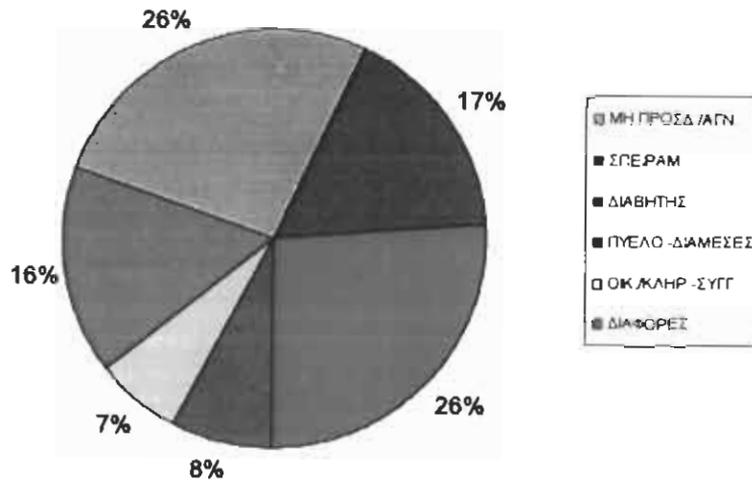
Νέοι ασθενείς, ανά μέθοδο θεραπείας.



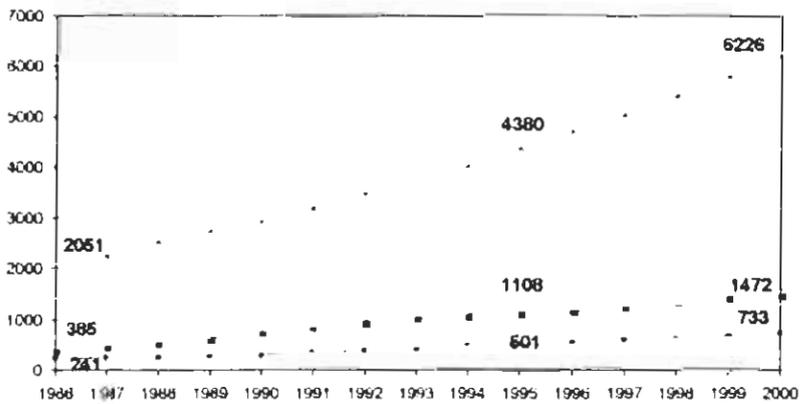




Νέοι ασθενείς έτους 2000. Κατανομή ανά ομάδες αιτίων Χ.Ν.Α.

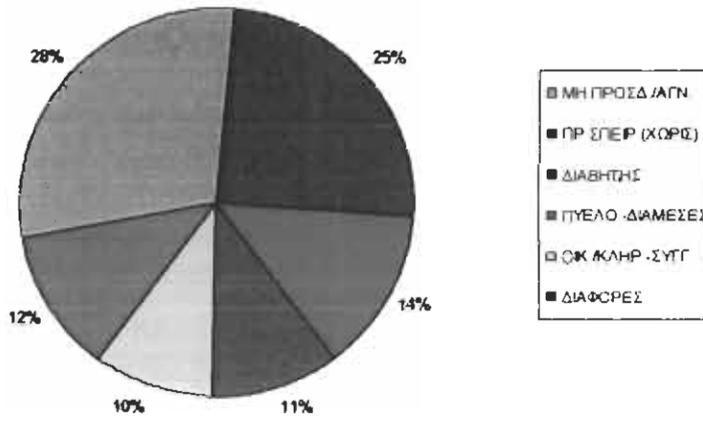


Σύνολο ασθενών ανά μέθοδο θεραπείας





Σύνολο ασθενών έτους 2000. Κατανομή ανά ομάδες αιτίων Χ.Ν.Α.



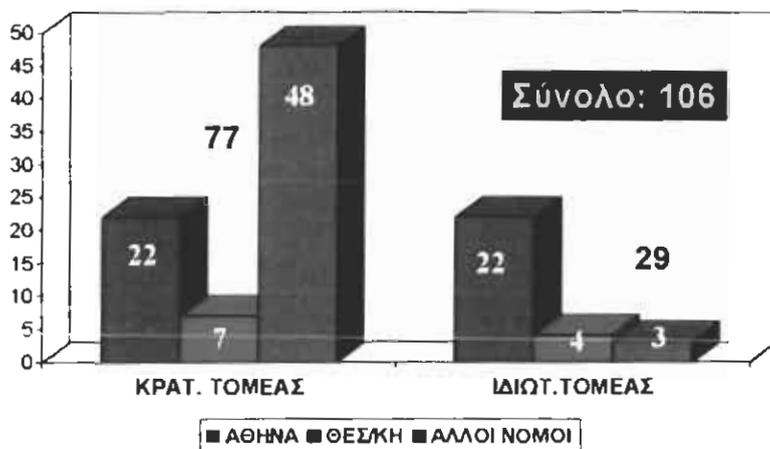


### Μοναδες περιθαλψης νεφροπαθων. ετος 2000

ΕΙΔΟΣ ΜΟΝΑΔΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΟΝΑΔΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΜΟΝΑΔΕΣ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ	106	6226
ΜΟΝΑΔΕΣ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ	33	733
ΜΟΝΑΔΕΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ ΝΕΦΡΟΥ	4	1472
ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ	37	20577
ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ	73	77742



### ΜΟΝΑΔΕΣ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ





## Στοιχεία περιτοναϊκής κάθαρσης έτους 2000

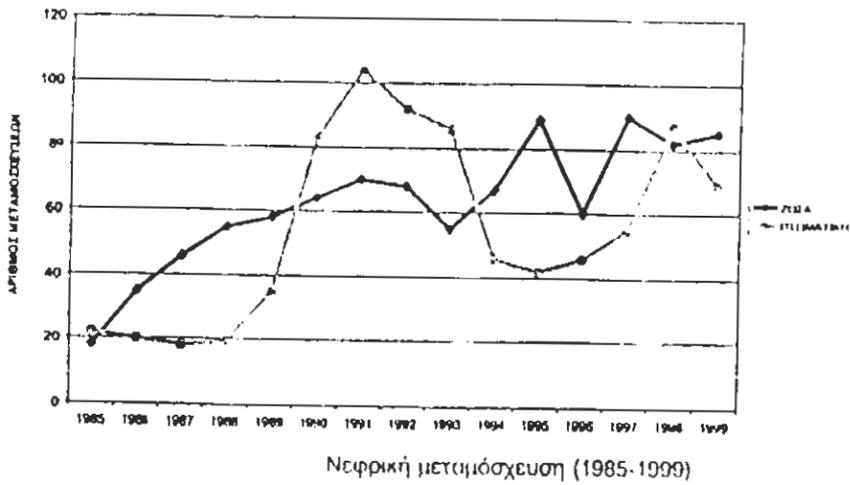
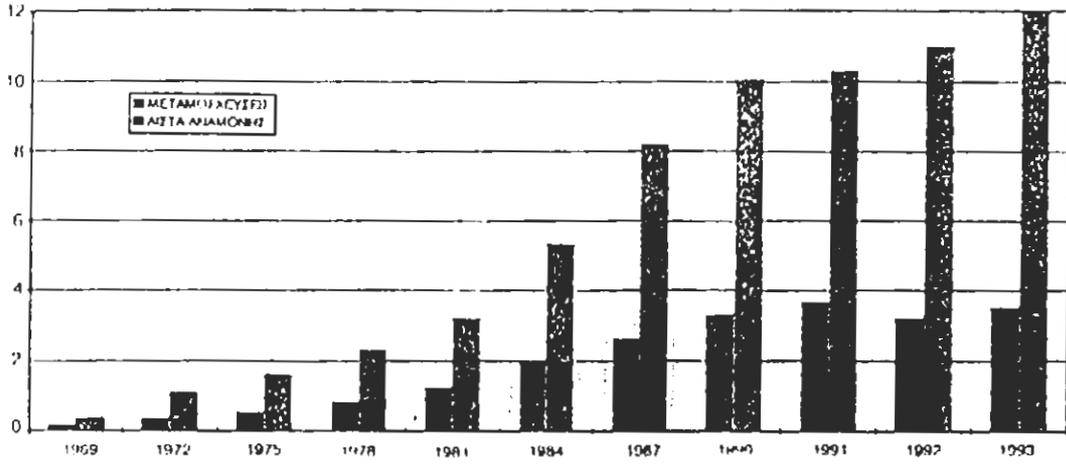
ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΟ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ	ΜΟΝΑΔΕΣ Π.Κ.		ΚΛΙΝΕΣ		ΑΣΘΕΝΕΣ Π.Κ.	
	n	%	n	%	n	%
Αττική	12	36,36	40	35,08	168	22,19
Πελοπόννησος	4	12,12	11	9,64	47	6,20
Ηπειρος	2	6,06	9	7,89	56	7,39
Θεσσαλία	1	3,03	2	1,75	26	3,43
Μακεδονία	2	6,06	7	6,14	72	9,51
Θεσσαλονίκη	6	15,16	20	17,54	249	32,89
Θράκη	3	9,09	11	9,64	74	9,77
Νήσοι Αιγαίου	2	6,06	4	3,50	14	1,84
Κρήτη	2	6,06	10	8,77	51	6,73
ΣΥΝΟΛΟ ΧΩΡΑΣ	33	100,00	114	100,00	757	100,00



## Λειτουργία νεφρολογικών τμημάτων, έτος 2000

ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΟ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ	ΑΡ. ΚΛΙΝΩΝ ΝΕΦΡ. ΚΛ.	ΑΡ. ΝΟΣΗΛ. ΑΣΘΕΝ.	ΑΡ. ΕΞΕΤΑΣ. ΣΤΑ Ε.Ι.
Αττική	204	9213	26555
Λοιπή Στ. Ελλάδα & Εύβοια	0	272	2894
Πελοπόννησος	34	1589	7751
Ιόνιοι Νήσοι	0	138	846
Ηπειρος	28	1982	5482
Θεσσαλία	0	0	3159
Μακεδονία	14	1748	9639
Θεσσαλονίκη	60	2528	12368
Θράκη	8	695	2006
Νήσοι Αιγαίου	14	475	2365
Κρήτη	26	1937	4677
ΣΥΝΟΛΟ ΧΩΡΑΣ	388	20577	77742

ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΤΙΚΟ ΧΑΣΜΑ ΝΕΦΡΟΥ ΣΤΟΝ ΕΥΡΩΠΑΙΚΟ ΧΩΡΟ (EUROTRANSPLANT)



Νεφρική μεταμόσχευση (1985-1999)

**ΔΙΕΘΝΗ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΔΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ ΕΤΟΥΣ 1999 (I)**

ΧΩΡΕΣ	ΑΥΣΤΡΙΑ	ΒΕΛΓΙΟ / ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ	ΚΥΠΡΟΣ	ΚΡΟΑΤΙΑ	ΤΣΕΧΙΑ	ΔΑΝΙΑ	ΕΣΘΟΝΙΑ	ΦΙΛΑΝΔΙΑ	ΓΑΛΛΙΑ
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ Χ 10 <sup>6</sup>	8	10,5	8,2	0,6	4,7	10,29	5,36	1,5	5,16	59,9
ΠΤΩΜΑΤΙΚΟΙ ΔΟΤΕΣ ΑΝΑ ΕΚ.ΠΛ.	207 25,9	265 25,2	27 3,3	6 10,0	23 4,9	164 15,9	76 14,2	8 5,3	85 16,5	970 16,2
ΠΟΛΥΔΟΤΕΣ ΟΡΓΑΝΩΝ %	79,40%	81,60%		83,30%	47,80%	62,20%	65,80%		53,00%	77,40%
ΠΤΩΜ. ΜΕΤ. ΝΕΦΡΟΥ ΑΝΑ ΕΚ.ΠΛ.	381 47,6	434 41,3	54 6,6	12 20,0	45 9,6	299 29,1	126 23,5	19 12,7	159 30,8	1760 29,4
ΖΩΣΕΣ ΜΕΤ. ΝΕΦΡΟΥ ΑΝΑ ΕΚ.ΠΛ.	39 4,9	26 2,5	16 2,0	29 48,3	6 1,3	17 1,7	42 7,8	1 0,7	4 0,8	77 1,3
ΜΕΤ. ΗΠΑΤΟΣ (**) ΑΝΑ ΕΚ.ΠΛ.	149 18,6	193 18,4			9 1,9	67 6,5	31 5,8		30 5,8	699 11,7
ΜΕΤ. ΚΑΡΔΙΑΣ ΑΝΑ ΕΚ.ΠΛ. (*)	95 11,9	96 9,1			6 1,3	64 6,2	26 4,9		15 2,9	349 5,8
ΜΕΤ. ΚΑΡΔΙΑΣ-ΠΝΕΥΜ. ΑΝΑ ΕΚ.ΠΛ.	1 0,1	5 0,5							2 0,4	28 0,5
ΜΕΤ. ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ ΑΝΑ ΕΚ. ΠΛ. (*)	67 8,4	33 3,1				14 1,4	38+8 8,6			30+69 1,7
ΜΕΤ. ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ ΑΝΑ ΕΚ. ΠΛ.	31 3,9	37 3,5				24 2,3				50 0,8
ΜΕΤ. ΕΝΤΕΡΟΥ ΑΝΑ ΕΚ. ΠΛ.	6									7

(\*) Περιλαμβ. μεταμ. καρδιάς-πνευμόνων, (\*\*) Περιλαμβ. ζώσες τμηματικές

**ΔΙΕΘΝΗ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΔΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ ΕΤΟΥΣ 1999 (II)**

ΧΩΡΕΣ	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	ΕΛΛΑΔΑ	ΟΥΓΓΑΡΙΑ	ΙΤΑΛΙΑ	ΛΙΘΟΥΑΝΙΑ	ΜΑΛΤΑ	ΟΜΑΝΔΙΑ	ΝΟΡΒΗΓΙΑ	ΠΟΛΩΝΙΑ	ΠΟΡΤΟΓΑΛ
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ Χ 10 <sup>6</sup>	80	10	10,3	57,61	3,7	0,38	16	4,44	38,5	9,96
ΠΤΩΜΑΤ.ΚΟΙ ΔΟΤΕΣ ΑΝΑ ΕΚ.ΠΛ.	1058 13,2	45 4,5	119 11,6	788 13,7	24 6,5	4 10,5	174 10,9	69 15,5	314 8,1	190 19,1
ΠΟΛΥΔΟΤΕΣ ΟΡΓΑΝΩΝ %	66,80%	80,00%	18,50%	81,90%	16,60%	100%	66,70%	77 3%	44,20%	77,90%
ΠΤΩΜ. ΜΕΤ. ΝΕΦΡΟΥ ΑΝΑ ΕΚ.ΠΛ.	1894 23,7	69 6,9	215 20,9	1274 22,1	30 8,1	8 21,1	346 21,6	122 27,5	589 15,3	358 35,9
ΖΩΣΣΕΣ ΜΕΤ. ΝΕΦΡΟΥ ΑΝΑ ΕΚ.ΠΛ.	380 4,8	85 8,5	9 0,9	82 1,4	14 3,8	2 5,3	134 8,4	82 18,5	12 0,3	9 0,9
ΜΕΤ. ΗΠΑΤΟΣ (**) ΑΝΑ ΕΚ.ΠΛ.	757 9,5	12 1,2	22 2,1	680 11,8			95 5,9	29 6,5	35 0,9	159 16,0
ΜΕΤ. ΚΑΡΔΙΑΣ ΑΝΑ ΕΚ.ΠΛ. (*)	500 6,3	7 0,7	5 0,5	335 5,8	3 0,8		45 2,8	32 7,2	119 3,1	12 1,2
ΜΕΤ. ΚΑΡΔΙΑΣ-ΠΝΕΥΜ. ΑΝΑ ΕΚ.ΠΛ.	20 0,3			3 0,1			2 0,1			
ΜΕΤ. ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ ΑΝΑ ΕΚ. ΠΛ. (*)	40+105 1,8			98 1,7			19 1,2	3+8 2,5		
ΜΕΤ. ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ ΑΝΑ ΕΚ. ΠΛ.	222 2,8		2 0,2	35 0,6			19 1,2	11 2,5	3 0,1	
ΜΕΤ. ΕΝΤΕΡΟΥ ΑΝΑ ΕΚ. ΠΛ.	1			1						

(\*) Περιλαμβάν. μεταμ. καρδιάς-πνευμόνων. (\*\*) Περιλαμβάν. ζώσες τμηματικές

**ΔΙΕΘΝΗ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΔΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ ΕΤΟΥΣ 1999 (III)**

ΧΩΡΕΣ	ΣΛΟΒΕΝΙΑ	ΣΛΟΒΑΚΙΑ	ΙΣΠΑΝΙΑ	ΣΟΥΗΔΙΑ	ΕΛΒΕΤΙΑ	ΤΟΥΡΚΙΑ	ΑΙΤΑΙΑ + ΙΡΛΑΝΔΙΑ	ΗΠΑ	ΚΑΝΑΔΑΣ	ΑΥΣΤΡΑΛ.
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ Χ 10 <sup>6</sup>	2	5,36	39,66	8,91	7	65	62,88	268	30,5	18,97
ΠΤΩΜΑΤΙΚΟΙ ΔΟΤΕΣ ΑΝΑ ΕΚ. ΠΛ.	26 13,0	43 8,0	1334 33,6	108 12,1	101 14,4	60 0,9	816 13,0		422 13,8	164 8,6
ΠΟΛΥΔΟΤΕΣ ΟΡΓΑΝΩΝ %	77,00%	39,50%	85,30%	78,70%	87,10%	41,60%	83,80%		75,80%	83,00%
ΠΤΩΜ. ΜΕΤ. ΝΕΦΡΟΥ ΑΝΑ ΕΚ. ΠΛ.	37 18,5	77 14,4	2006 50,6	196 22,0	188 26,9	95 1,5	1432 22,8	8087 30,2	641 21,0	286 15,1
ΖΩΣΗΣ ΜΕΤ. ΝΕΦΡΟΥ ΑΝΑ ΕΚ. ΠΛ.		2 0,4	17 0,4	105 11,8	63 9,0	273 4,2	269 4,3	4430 16,5	378 12,4	167 8,8
ΜΕΤ. ΗΠΑΤΟΣ (**) ΑΝΑ ΕΚ. ΠΛ.	9 4,5		960 24,2	93 10,4	77 11,0	14 0,2	703 11,2	4700 17,5	380 12,5	124 6,5
ΜΕΤ. ΚΑΡΔΙΑΣ ΑΝΑ ΕΚ. ΠΛ. (*)	7 3,5	8 1,5	336 8,5	37 4,2	47 6,7	1	289 4,6	2233 8,3	175 5,7	68 3,6
ΜΕΤ. ΚΑΡΔΙΑΣ-ΠΝΕΥΜ. ΑΝΑ ΕΚ. ΠΛ.			4 0,1	3 0,3		1	50 0,8	48 0,2	5 0,2	2 0,1
ΜΕΤ. ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ ΑΝΑ ΕΚ. ΠΛ. (*)			45+90 3,4	14+12 5,8	3+29 4,6		51+59 1,7	949 3,5	30+61 3,0	25+44 3,6
ΜΕΤ. ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ ΑΝΑ ΕΚ. ΠΛ.			25 0,6	7 0,8	4 0,6		40 0,6	1556 5,8	71 2,3	17 0,9
ΜΕΤ. ΕΝΤΕΡΟΥ ΑΝΑ ΕΚ. ΠΛ.			1		1 0,1			71 0,3		

(\*) Περιλαμβ. μεταμ. καρδιάς-πνευμόνων, (\*\*) Περιλαμβ. ζώσες τμηματικές



31.12.2000

Γενικό σύνολο : 106 μονάδες υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας, 8362 ασθενείς  
Αιμοκάθαρση σε 106 ΜΤΝ 6176 ασθενείς ( 74%)  
ΣΦΚΠ σε 33 μονάδες 729 ασθενείς ( 9 %)  
Μεταμόσχευση σε 4 κέντρα 1457 ασθενείς ( 17%)

	Δημόσιες ΜΤΝ		Ιδιωτικές ΜΤΝ		Δημόσιο-ΣΦΚΠΚ		Σύνολο	
	Μον.	Λσθ.	Μον.	Λσθ.	Μον.	Λσθ.	Μον.	Λσθ.
Αθήνα	22	753	22	1914	12	153	44	2820
Θεσσαλονίκη	7	426	4	307	5	249	11	982
Λοιπή Ελλάδα	48	2619	3	157	16	327	51	3103
Σύνολο	77	3798	29	2378	33	729	106	6905

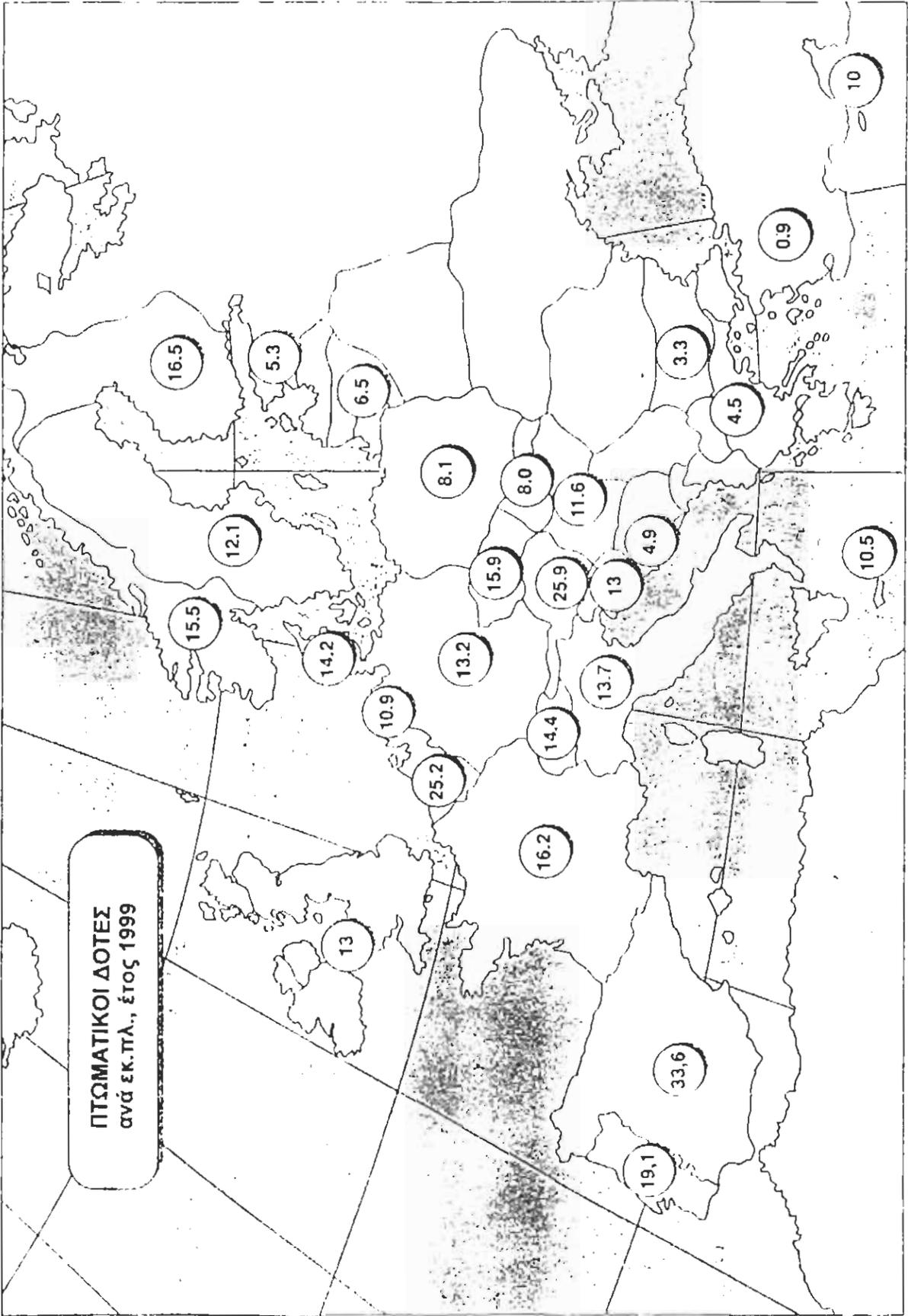
1.1.-31.12.2000: Νέοι ασθενείς σε θεραπεία υποκατάστασης: 154 ασθ./εκατ. πληθυσμού

31.12.2000: Ζώντες ασθενείς σε θεραπεία υποκατάστασης: 781 ασθ./εκατ. πληθυσμού

Ζώντες ασθενείς σε εξωνεφρική κάθαρση: 645 ασθ./εκατ. πληθυσμού

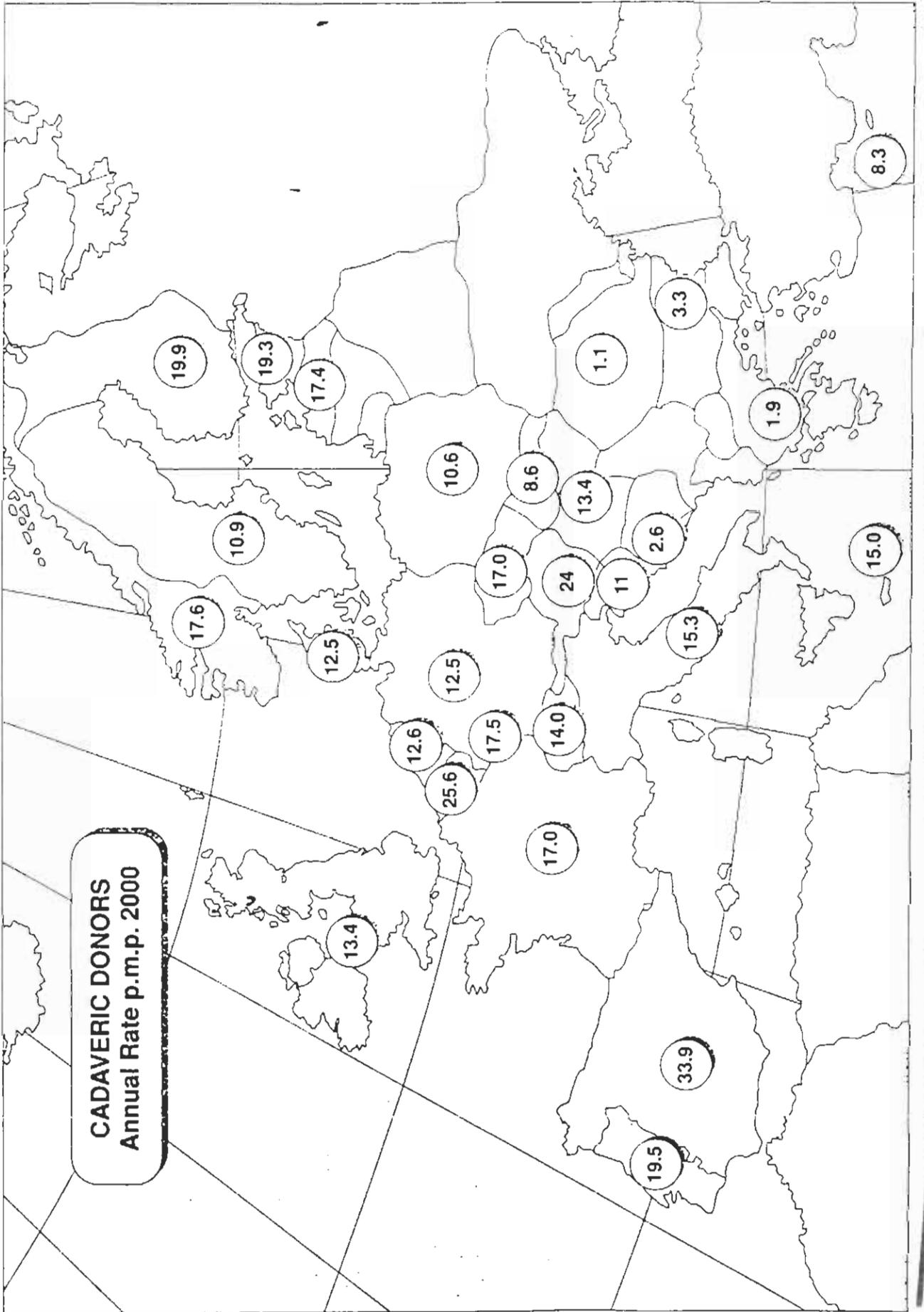
Ζώντες ασθενείς με μεταμόσχευση: 136 ασθ./εκατ. πληθυσμού

**ΠΤΩΜΑΤΙΚΟΙ ΔΟΤΕΣ**  
ανά εκ.πλ., έτος 1999

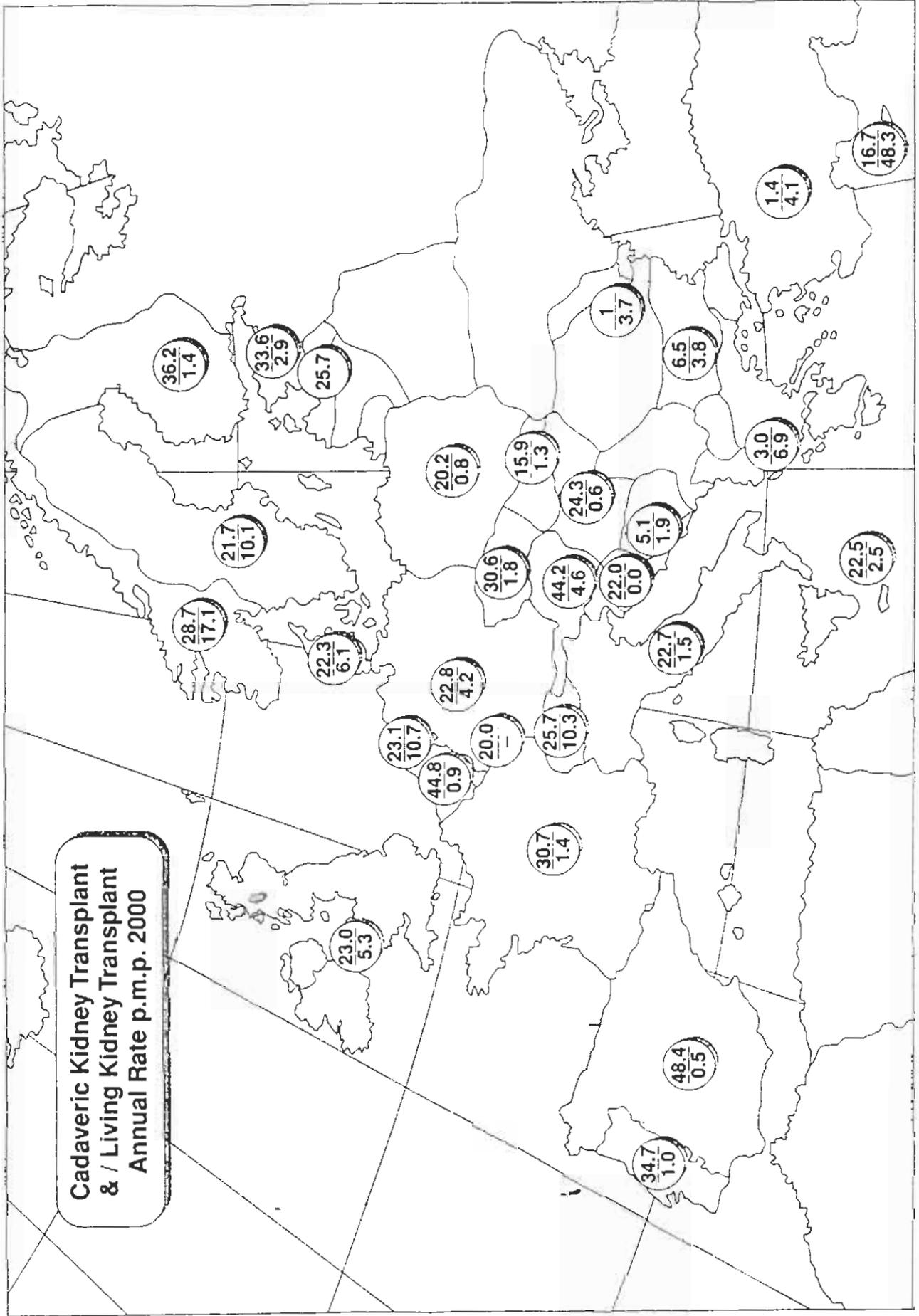




**CADAVERIC DONORS**  
Annual Rate p.m.p. 2000

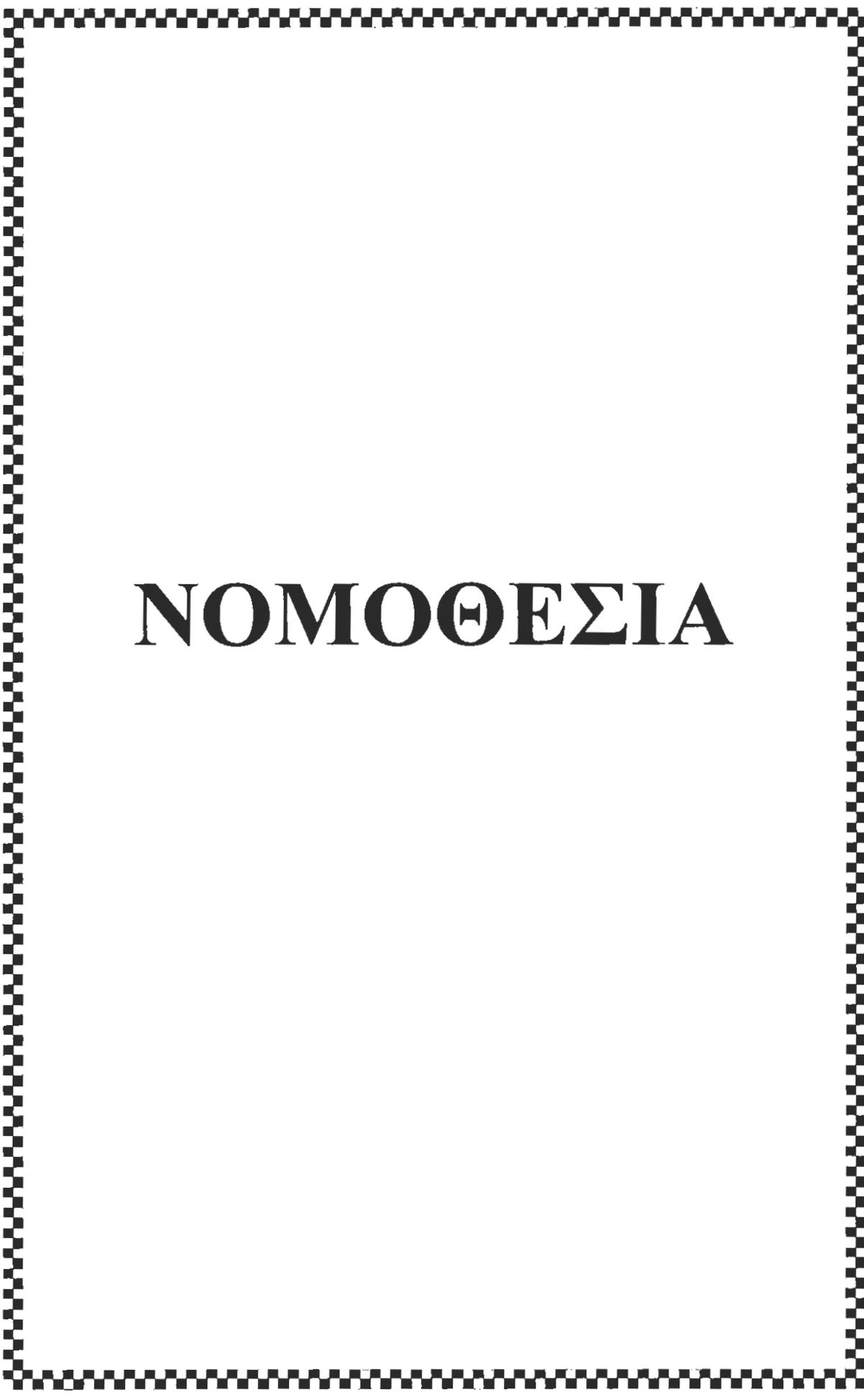


**Cadaveric Kidney Transplant  
& / Living Kidney Transplant  
Annual Rate p.m.p. 2000**



## ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΟΡΓΑΝΩΝ

ΕΤΟΣ	ΝΕΦΡΟΙ		ΗΠΑΡ	ΚΑΡΔΙΑ	ΠΝΕΥΜ	ΝΕ+ ΗΠ	ΝΕ+ ΠΑΓΚ	ΗΠ+ ΠΑΓΚ	ΚΑ+Π Ν.
	ΖΩΣΕΣ	ΠΤΩΜ							
1985	18	22							
1986	35	20							
1987	48	18							
1988	55	19							
1989	58	35					1		
1990	64	83	3	5			2		
1991	70	104	7	10			6		
1992	68	92	8	12	2	1			1
1993	55	86	13	10			1	1	
1994	67	46	7	13	4		2		
1995	89	42	7	10	1				
1996	60	46	10	7	3	1	1		2
1997	90	55	18	8	1				
1998	82	87	18	13					
1999	85	69	12	7				1 παγκ	2
2000	72	32	10	2					



**NΟΜΟΘΕΣΙΑ**

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ  
(Ε.Ο.Μ.)

**ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 2737**

**«Μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων ιστών και  
οργάνων και άλλες διατάξεις»**

**Φ.Ε.Κ. τ. Α', φ. 174, 27 Αυγούστου 1999**





# ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

## ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

Αρ. Φύλλου 174

27 Αυγούστου 1999

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 2737

*Μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων ιστών και οργάνων  
και άλλες διατάξεις.*

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ  
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Εκδίδομε τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η Βουλή:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'  
ΓΕΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Άρθρο 1

Πεδίο εφαρμογής.

1. Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από άνθρωπο, ζώντα ή νεκρό, με προορισμό τη μεταμόσχευση σε άλλον άνθρωπο, γίνεται μόνο για θεραπευτικούς σκοπούς, κατά τους όρους και τη διαδικασία του νόμου αυτού.

2. Οι διατάξεις του νόμου αυτού δεν εφαρμόζονται:

- α) στις αυτομεταμοσχεύσεις,
- β) στις αφαιρέσεις και μεταμοσχεύσεις όρχεων και ωοθηκών,
- γ) στη λήψη και μετάγγιση αίματος,
- δ) στη λήψη και χρησιμοποίηση ωαρίων και σπερματος,
- ε) στην ενδομητρία εμφύτευση εμβρύων

Άρθρο 2

Απαγόρευση ανταλλάγματος.

1. Η αφαίρεση ιστών και οργάνων με σκοπό τη μεταμόσχευση γίνεται χωρίς οποιοδήποτε αντάλλαγμα. Απαγορεύεται κάθε συναλλαγή μεταξύ λήπτη, δότη και των οικογενειών τους, καθώς και αυτών με οποιοδήποτε άλλο πρόσωπο

2. Δεν ουνιστά αντάλλαγμα η καταβολή των δαπανών, που είναι απαραίτητες για την αφαίρεση, συντήρηση και μεταφορά του μοσχεύματος.

Άρθρο 3

Δαπάνες.

1. Κάθε δαπάνη απαραίτητη για την οφαίρεση, μεταφορά και συντήρηση ιστών και οργάνων από ζώντα ή νεκρό δότη με σκοπό τη μεταμόσχευση βαρύνει τον ασφαλιστικό οργανισμό του λήπτη ή του υποψήφιου λήπτη. Αν αυτός είναι οικονομικά αδύνατος και ανασφάλιστος, οι δα-

πάνες καλύπτονται από ειδική πίστωση που εγγράφεται κάθε έτος στον Προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας σε ειδικό κωδικό αριθμό και καταβάλλονται με βάση δικαιολογητικά που ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων (Ε.Ο.Μ.) του άρθρου 15 του νόμου αυτού.

2. Όταν η αφαίρεση αφορά ζώντα δότη, στις δαπάνες της προηγούμενης παραγράφου περιλαμβάνονται:

- α. Οι ιατρικές, εργαστηριακές και νοσηλευτικές δαπάνες πριν, κατά και μετά την αφαίρεση και εξαιτίας αυτής.
- β. Τα έξοδα μετακίνησης και διαμονής του υποψήφιου δότη.

γ. Κάθε θετική ζημία του υποψήφιου δότη εξαιτίας της αποχής του από την εργασία του, καθώς και οι αμοιβές για εξαρτημένη εργασία που ο υποψήφιος δότης στερήθηκε εξαιτίας της απουσίας του για την προετοιμασία και πραγματοποίηση της αφαίρεσης και την αποκατάσταση της υγείας του.

3. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων δύνανται να εξαιρούνται από τις περιοριστικές διατάξεις της νομοθεσίας που διέπει τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, οι δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη και αποκατάσταση βλάβης της υγείας των ασφαλισμένων, δότη ή λήπτη, σε περιπτώσεις αφαίρεσης ιστών ή οργάνων με σκοπό τη μεταμόσχευση, όπως δαπάνες επέμβασης, νοσηλείας, φυσιοθεραπείας και άλλες συναφείς.

Άρθρο 4

Μονάδες Μεταμόσχευσης

1.α. Οι μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων διενεργούνται αποκλειστικά σε ειδικά προς τούτο οργανωμένες μονάδες (Μονάδες Μεταμόσχευσης) νοσηλευτικών ιδρυμάτων Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. κοινωφελούς και μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα.

Οι Μονάδες Μεταμόσχευσης λειτουργούν με άδεια του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, που χορηγείται ύστερα από πρόταση του Ε.Ο.Μ. και γνώμη του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.). Η άδεια εκδίδεται για τρία (3) έτη, εφόσον διαπιστωθεί η επαρκής της μονάδας και η δυνατότητα συμβολής της στην αντιμετώπιση των αναγκών για μεταμοσχεύσεις. Μετά την παροδο τριών

ετών λειτουργίας χορηγείται οριστική άδεια, με βάση τα αποτελέσματα της μεταμοσχευτικής της δραστηριότητας.

β. Για τις ήδη νομίμως λειτουργούσες Μονάδες Μεταμόσχευσης χορηγείται, μέσα σε έξι (6) μήνες από τη δημοσίευση του παράνοτου νόμου, νέα άδεια, σύμφωνα με όσα ορίζονται στην περίπτωση α' της παρούσας παραγράφου.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, που εκδίδεται ύστερα από πρόταση του Ε.Ο.Μ., ανακαλείται η προσωρινή ή οριστική άδεια, εφόσον διαπιστωθεί ότι η μονάδα μεταμόσχευσης δεν πληροί τους όρους που καθορίζονται στην υπουργική απόφαση, η οποία αναφέρεται στην παράγραφο 4.

3. Οι Μονάδες Μεταμόσχευσης τελούν υπό την εποπτεία και τον έλεγχο του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και υποβάλλουν στον Ε.Ο.Μ. ετήσια έκθεση για τη δραστηριότητά τους, εντός του Α' διμήνου του επόμενου έτους.

4. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, που εκδίδεται ύστερα από πρόταση του Ε.Ο.Μ., καθορίζονται οι όροι που πρέπει να συντρέχουν για τη χορήγηση της άδειας λειτουργίας Μεταμοσχευτικών Μονάδων, η διαδικασία χορήγησης και ανάκλησής της, καθώς και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

#### Άρθρο 5

##### Συντονιστές Μεταμόσχευσης

Οι Συντονιστές Μεταμοσχεύσεων προσφέρουν υπηρεσίες για την προώθηση των μεταμοσχεύσεων και υποβοηθούν το μεταμοσχευτικό έργο. Οι θέσεις των Συντονιστών Μεταμοσχεύσεων συστήνονται στον Ε.Ο.Μ. και στα παραρτήματά του, όταν αυτά αναπτυχθούν, καθώς και στις μονάδες των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, που συμμετέχουν στη μεταμοσχευτική διαδικασία, οι οποίες καλύπτονται από πτυχιούχους επαγγελματιών υγείας (Α.Ε.Ι. - Τ.Ε.Ι.) μετά από εξειδίκευση στο αντικείμενο του συντονιστή μεταμοσχεύσεων. Η αμοιβή των Συντονιστών Μεταμοσχεύσεων γίνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 2470/1997 (ΦΕΚ 40/Α'). Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από πρόταση του Ε.Ο.Μ., καθορίζονται τα προσόντα και τα καθήκοντα των Συντονιστών Μεταμοσχεύσεων, καθώς και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια.

#### Άρθρο 6

Τράπεζες Ιστών προς Μεταμόσχευση και Εθνικό Μητρώο Εθελοντών Δοτών Μυελού των Οστών.

1. Οι Τράπεζες Ιστών προς Μεταμόσχευση (Τ.Ι.Μ.) συνηθούν και διαθέτουν ανθρώπινους ιστούς προορισμένους για μεταμόσχευση.

2. Οι Τ.Ι.Μ. ιδρύονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ή και των συναρμόδιων Υπουργών, που εκδίδεται μετά από πρόταση του Ε.Ο.Μ.. Λειτουργούν σε νοσηλευτικά ιδρύματα Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. κοινωφελούς και μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα ή στο Κέντρο Ερευνών «Ο ΔΗΜΟΚΡΙΤΟΣ», που εποπτεύονται, κατά περίπτωση, από τα Υπουργεία Υγείας και Πρόνοιας, Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Εθνικής Άμυνας ή Ανάπτυξης.

3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και των συναρμόδιων Υπουργών, που εκδίδεται ύστερα από πρόταση του Ε.Ο.Μ., καθορίζονται οι όροι ίδρυσης και

λειτουργίας των Τ.Ι.Μ., οι ειδικότερες κατηγορίες τους, ο έλεγχος της λειτουργίας τους και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

4. Ο Ε.Ο.Μ. καταρτίζει «Εθνικό Μητρώο Εθελοντών Δοτών Μυελού των Οστών», το οποίο είναι ενιαίο για όλη τη χώρα και στο οποίο τηρούνται τα στοιχεία των εθελοντών δοτών μυελού των οστών.

#### Άρθρο 7

##### Υποψήφιοι λήπτες.

1. Ο Ε.Ο.Μ. τηρεί Εθνικό Μητρώο στο οποίο εγγράφει τους υποψήφιους λήπτες όταν πιστοποιηθεί ότι είναι κατάλληλοι για μεταμόσχευση. Η πιστοποίηση γίνεται από μεταμοσχευτική μονάδα επιλογής τους και το θεράποντα ιατρό τους, με βάση κριτήρια συναγόμενα από την ιατρική επιστήμη και δεοντολογία.

2. Υποψήφιος λήπτης που δεν εγγράφεται στο Εθνικό Μητρώο επειδή δεν κρίθηκε κατάλληλος για μεταμόσχευση ή που διαγράφεται από αυτό επειδή έπαυσε να ισχύει η καταλληλότητά του, μπορεί να προσφύγει στον Ε.Ο.Μ. που τον παραπέμπει σε άλλη μεταμοσχευτική μονάδα, η οποία αποφαινεται τελικά σε συνεργασία με το θεράποντα ιατρό του.

3. Η κατανομή των μοσχευμάτων στους υποψήφιους λήπτες του Εθνικού Μητρώου διενεργείται αναλόγως με το όργανο που μεταμοσχεύεται και με βάση κριτήρια όπως η ομάδα αίματος, η ιστοσυμβατότητα, το ιατρικώς πιστοποιούμενο επειγόν της επέμβασης, ο χρόνος αναμονής, η ηλικία, το σωματικό βάρος, η εγγύτητα του τόπου λήψης του μοσχεύματος προς τον τόπο μεταμόσχευσης. Η σημασία των παραπάνω, καθώς και άλλα κριτηρίου καθορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από πρόταση του Ε.Ο.Μ.. Αν τα κριτήρια είναι ισοδύναμα, προηγούνται τα πρόσωπα που έχουν δηλώσει, πριν παρουσιασθεί γι' αυτά η ανάγκη της μεταμόσχευσης, τη συναίνεσή τους για την αφαίρεση των οργάνων τους ύστερα από το θάνατό τους.

#### Άρθρο 8

##### Μητρώο και Αρχείο.

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

#### Άρθρο 9

##### Ευαίσθητα δεδομένα.

Το Εθνικό Μητρώο με τους λήπτες και τα Αρχεία των Δωρητών περιέχουν ευαίσθητα δεδομένα, κατά την έννοια του Ν. 2472/1997 (ΦΕΚ 50/Α').

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β'

##### ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΝ ΑΠΟ ΖΩΝΤΑ ΔΟΤΗ

#### Άρθρο 10

##### Προϋποθέσεις και διαδικασία

1. Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από ζώντα δότη με σκοπό τη μεταμόσχευση διενεργείται αποκλειστικά προς το θεραπευτικό όφελος του λήπτη, εφόσον δεν διατίθενται ιστοί και όργανα, μέχρι τη στιγμή της διενέργειας λήψης του οργάνου, από αποβιώσαντα πρόσωπα, δεν

Άρθρο 12

Προϋποθέσεις και διαδικασία.

υφίσταται άλλη εναλλακτική θεραπευτική μέθοδος ανάλογης αποτελεσματικότητας και δεν συνεπαγεται προφανή σοβαρό κίνδυνο για τη ζωή ή την υγεία του δότη.

2. Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από ζώντα δότη επιτρέπεται μόνον όταν πρόκειται να γίνει μεταμόσχευση στο σύζυγο του δότη ή σε συγγενή μέχρι και το δεύτερο βαθμό εξ αίματος, σε ευθεία ή πλάγια γραμμή. Ο περιορισμός δεν ισχύει στη μεταμόσχευση μυελού των οστών.

3. Η αφαίρεση γίνεται από ενήλικο πρόσωπο. Κατ' εξαίρεση επιτρέπεται η αφαίρεση μυελού των οστών και από ανήλικο δότη, όταν πρόκειται για μεταμόσχευση σε αδελφό ή αδελφή του, εφόσον υπάρχει μεταξύ τους ιστοσυμβατότητα, η αφαίρεση είναι αναγκαία για τη ζωή του λήπτη, δεν υπάρχει άλλος διαθέσιμος ιστοσυμβατός δότης, ο οποίος να έχει τη δικαιοπρακτική ικανότητα να παράσχει έγκυρα τη συναίνεσή του στη μεταμόσχευση, και συναινούν σε αυτή και οι δύο γονείς, έστω και αν μόνο ο ένας έχει την επιμέλεια του ανήλικου τέκνου. Αν δεν υπάρχουν γονείς ή αν και οι δύο έχουν εκπέσει από τη γονική μέριμνα, η συναίνεση παρέχεται από τον επίτροπο, ύστερα από απόφαση του εποπτικού συμβουλίου. Ο ανήλικος, που έχει συμπληρώσει το δωδέκατο έτος της ηλικίας του, συναινεί και αυτός στην αφαίρεση. Οι συναινέσεις παρέχονται κατά τον τρόπο που προβλέπεται στην παράγραφο 5 του άρθρου αυτού.

4. Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από ζώντα δότη με σκοπό τη μεταμόσχευση είναι δυνατή μόνον εφόσον ο δότης δεν τελεί σε πλήρη στερητική δικαστική συμπαράσταση, έχει την ικανότητα συναίνεσης και δηλώνει ελεύθερα την προς τούτο συναίνεσή του, αφού προηγουμένως ενημερωθεί για το σκοπό, τη φύση και τους ενδεχόμενους κινδύνους της επέμβασης.

5. Η συναίνεση παρέχεται με έναν από τους εξής τρόπους:

α) με συμβολαιογραφικό έγγραφο,

β) με έγγραφο στο οποίο βεβαιώνεται από την Αστυνομική Αρχή η γνησιότητα της υπογραφής του δότη,

γ) με προφορική δήλωση, που καταχωρίζεται σε ειδικό βιβλίο, το οποίο τηρείται στο νοσηλευτικό ίδρυμα, όπου θα γίνει η μεταμόσχευση. Κατά τη δήλωση παρίστανται δύο μάρτυρες, οι οποίοι και συνυπογράφουν με το δότη τη σχετική καταχώριση της συναίνεσης στο ειδικό βιβλίο.

6. Η συναίνεση του δότη είναι ελεύθερα ανακλητή, έως τη στιγμή κατά την οποία αρχίζει η διαδικασία της αφαίρεσης. Η ανάκληση γίνεται με οποιονδήποτε τρόπο.

7. Όλα τα σχετικά με τη μεταμόσχευση στοιχεία διαβιβάζονται στον Ε.Ο.Μ., όπου και φυλάσσονται σε ειδικό αρχείο.

Άρθρο 11

Αποζημίωση.

1. Σε περίπτωση αναπηρίας ή θανάτου του δότη ή υποψήφιου δότη εξαιτίας επιπλοκών από την αφαίρεση ή τις σχετικές προκαταρκτικές εξετάσεις καταβάλλεται αποζημίωση από το Δημόσιο, πέραν των παροχών των ασφαλιστικών οργανισμών στον ίδιο ή στους δικαιούχους διατροφής από αυτόν.

2. Η αποζημίωση καταβάλλεται από τις ειδικές πιστώσεις του Προϋπολογισμού του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, που προβλέπονται στο άρθρο 3 του νόμου αυτού.

1. Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από νεκρό δότη με σκοπό τη μεταμόσχευση επιτρέπεται μόνο για θεραπευτικούς σκοπούς. Η αφαίρεση διενεργείται μετά την επέλευση του θανάτου, έστω και αν οι λειτουργίες ορισμένων οργάνων διατηρούνται με τεχνητά μέσα.

2. Η αφαίρεση διενεργείται εφόσον ο δυνητικός δότης είχε εγγράφως συναινέσει σε αυτήν. Η αφαίρεση αποκλείεται αν είχε εγγράφως εκφράσει την άρνησή του.

3. Σε κάθε γενική απογραφή πληθυσμού, κάθε ενήλικος απογραφόμενος ατομικά καλείται να δηλώσει εγγράφως, σε ειδικό έντυπο διαβιβαζόμενο στον Ε.Ο.Μ., αν συναινεί ή όχι στην αφαίρεση ιστών και οργάνων του σώματός του για μεταμόσχευση μετά το θάνατό του. Εφόσον παρόμοια δήλωση δεν έχει ήδη γίνει, οι δήμοι και τα ασφαλιστικά ταμεία μπορούν να φροντίζουν για τη λήψη των σχετικών δηλώσεων από τους δημότες ή τους ασφαλισμένους τους.

4. Αν ο δυνητικός δότης δεν είχε εκφράσει τη συναίνεσή του ή την άρνησή του, η αφαίρεση διενεργείται εφόσον δεν αντιτίθεται σε αυτήν ο σύζυγος, τα ενήλικα τέκνα, οι γονείς ή τα αδέρφια του.

5. Η συναίνεση ή η άρνηση είναι πάντοτε ελεύθερα ανακλητή. Η συναίνεση ή η άρνηση παρέχεται από ενήλικο πρόσωπο που δεν τελεί υπό πλήρη στερητική συμπαράσταση και που είναι σε θέση να εκφράσει ελεύθερα τη βούλησή του.

6. Όταν ο θεράπων ιατρός διαγνώσει νέκρωση του εγκεφαλικού στελέχους και εφόσον οι λειτουργίες ορισμένων οργάνων διατηρούνται με τεχνητά μέσα, υποχρεούται να προβεί από κοινού με έναν αναισθησιολόγο και ένα νευρολόγο ή νευροχειρουργό στη σύνταξη του σχετικού πιστοποιητικού θανάτου. Στην πιστοποίηση του θανάτου δεν συμμετέχει ιατρός που ανήκει στη μεταμοσχευτική ομάδα. Ο θεράπων ιατρός υποχρεούται να ενημερώσει αμέσως τις Υπηρεσίες του Ε.Ο.Μ. και σε συνεργασία με αυτές ενημερώνει τον σύζυγο ή τους συγγενείς για το θάνατο, καθώς και για τη δυνατότητα δωρεάς ιστών και οργάνων με σκοπό τη μεταμόσχευση, για να εκφράσουν την κατά την παρ. 4 συναίνεση ή άρνησή τους, αν ο δυνητικός δότης δεν είχε εγγράφως συναινέσει ή αποκλείσει τη μεταμόσχευση. Μόνο αν πρόκειται να γίνει μεταμόσχευση συνεχίζεται η τεχνητή υποστήριξη.

7. Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από νεκρό δότη γίνεται με τον προσήκοντα σεβασμό στο σώμα του νεκρού, εκεί όπου βρίσκεται ο δότης και κάτω από κατάλληλες συνθήκες. Η επέμβαση για τη λήψη μοσχεύματος προηγείται άλλων επεμβάσεων που δεν έχουν επείγοντα χαρακτήρα.

8. Αμέσως μετά το θάνατό τους, οι δυνητικοί δότες, που είχαν δώσει τη συναίνεσή τους για την αφαίρεση ιστών και οργάνων μετά το θάνατό τους, καταχωρούνται σε κατάλογο που συντάσσει ο Ε.Ο.Μ.

Άρθρο 13

Τήρηση ανωνυμίας.

Η ταυτότητα του νεκρού δότη δεν αποκαλύπτεται στο λήπτη και στην οικογένειά του.

Δεν αποκαλύπτεται επίσης η ταυτότητα του λήπτη στην οικογένεια του νεκρού δότη.

#### Άρθρο 14

Δωρεά προς ορισμένο πρόσωπο.

Η δωρεά ιστών και οργάνων για μετά το θάνατο του δότη δεν επιτρέπεται να γίνεται προς ορισμένο λήπτη. Υπόδειξη του λήπτη από το δωρητή σώματος ή οργάνων δεν λαμβάνεται υπόψη, αλλά ακολουθείται η καθορισμένη σειρά προτεραιότητας.

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ'

#### ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ

#### Άρθρο 15

Επωνυμία - Έδρα - Σκοπός.

1. Ιδρύεται νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου με την επωνυμία «Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων (Ε.Ο.Μ.)» και έδρα την Αθήνα, το οποίο τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

2. Σκοπός του Ε.Ο.Μ. είναι η υποβοήθηση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για τη χάραξη εθνικής πολιτικής στον τομέα των μεταμοσχεύσεων.

3. Για την εκπλήρωση του σκοπού του, ο Ε.Ο.Μ. μεταξύ άλλων:

α. Εισηγείται τους όρους, τις προϋποθέσεις και τη διαδικασία των μεταμοσχεύσεων, καθώς και κώδικα δεοντολογίας για τη λειτουργία των Μονάδων Μεταμοσχεύσεων και των Τραπεζών Ιστών προς Μεταμόσχευση.

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

γ. Καταγράφει τους δωρητές ιστών και οργάνων, δυνητικούς δότες και υποψήφιους λήπτες οργάνων.

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

ε. Προβαίνει σε ετήσια εκτίμηση και αξιολόγηση του ρόπου λειτουργίας και των αποτελεσμάτων των Μονάδων Μεταμοσχεύσεων και υποβάλλει έκθεση στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

στ. Συνεργάζεται με αντίστοιχους οργανισμούς και μεταμοσχευτικά κέντρα της αλλοδαπής για την προμήθεια και ανταλλαγή μοσχευμάτων.

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

η. Επιδιώκει με κάθε πρόσφορο τρόπο και ιδίως με την εργασία κατάλληλης ενημέρωσης και πληροφόρησης του κοινού, την αύξηση του αριθμού των προοριζόμενων α μεταμόσχευση οργάνων.

#### Άρθρο 16

Διοίκηση.

1. Ο Ε.Ο.Μ. διοικείται από εντεκαμελές (11) διοικητικό συμβούλιο, που αποτελείται από:

α. έναν Καθηγητή Ιατρικής Σχολής με ειδικότητα σε ψυχιατρικό αντικείμενο συναφές προς τη μεταμόσχευση,

β. ένα Διευθυντή Μεταμοσχευτικού Κέντρου Μυελού των Οστών, προτεινόμενο από το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας,

γ. ένα Διευθυντή Μονάδας Εντατικής Θεραπείας Νοση-

λευτικού Ιδρύματος, που εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας,

δ. ένα Διευθυντή Μεταμοσχευτικού Κέντρου Συμπαγών Οργάνων, νοσηλευτικού ιδρύματος εποπτευόμενου από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας,

ε. ένα Διευθυντή Κέντρου Ιστοσυμβατότητας, το οποίο ασχολείται με τις μεταμοσχεύσεις,

στ. έναν Καθηγητή ή Αναπληρωτή Καθηγητή Νομικού Τμήματος Α.Ε.Ι.,

ζ. έναν εκπρόσωπο του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου (Π.Ι.Σ.),

η. έναν ανώτερο υπάλληλο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας,

θ. έναν εκπρόσωπο της Εκκλησίας της Ελλάδος,

ι. ένα λήπτη ή υποψήφιο λήπτη μοσχεύματος ιστών ή οργάνων, που ορίζεται από την Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες,

ια. έναν εκπρόσωπο του Εθνικού Συνδέσμου Διπλωματούχων Νοσηλευτριών - Νοσηλευτών Ελλάδος.

2. Ο Πρόεδρος, τα μέλη του διοικητικού συμβουλίου του Ε.Ο.Μ., καθώς και οι αναπληρωτές τους διορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

3. Η θητεία του Προέδρου και των μελών του διοικητικού συμβουλίου του Ε.Ο.Μ. είναι τριετής.

4. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Οικονομικών καθορίζεται η αποζημίωση του Προέδρου και των μελών του διοικητικού συμβουλίου.

#### Άρθρο 17

Πόροι.

Πόροι του Ε.Ο.Μ. είναι:

α) Πάγια ετήσια επιχορήγηση από τον τακτικό προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

β) Δωρεές, κληρονομίες, κληροδοσίες και κάθε είδους χορηγίες από τρίτους.

#### Άρθρο 18

Προσωπικό.

1. Συνιστώνται οκτώ (8) θέσεις ειδικού επιστημονικού προσωπικού με σύμβαση εργασίας ιδιωτικού δικαίου διάρκειας πέντε (5) ετών, που μπορεί να ανανεώνεται. Η πλήρωση των θέσεων αυτών γίνεται κατά τις διατάξεις του Ν. 2190/1994 (ΦΕΚ 28/Α') και μέχρι την πλήρωση μπορεί να καλύπτονται οι ανάγκες με διάθεση ή απόσπαση ειδικών επιστημόνων του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας ή των Οργανισμών που εποπτεύει. Τα ειδικότερα καθήκοντα του προσωπικού αυτού καθορίζονται στον Κανονισμό του Οργανισμού.

2. Συνιστώνται δεκαπέντε (15) θέσεις Συντονιστών Μεταμοσχεύσεων, γραμματειακής, διοικητικής και τεχνικής υποστήριξης του Οργανισμού, τις οποίες καλύπτει προσωπικό με σύμβαση εργασίας αορίστου χρόνου, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 2190/1994 (ΦΕΚ 28/Α'). Μέχρι τη συμπλήρωση αυτών των θέσεων, οι ανάγκες του Οργανισμού μπορούν να καλύπτονται από το στελεχιακό δυναμικό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

3. Για την πρόσληψη προσωπικού στις θέσεις των προηγούμενων παραγράφων προσόντα διορισμού ορίζονται:

α. για τις θέσεις της παρ. 1, τα προβλεπόμενα από τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου 25 του Ν. 1943/1991 (ΦΕΚ 50/Α'),

β. για τις θέσεις της παρ. 2 τα κατά περίπτωση κλάδου

ή ειδικότητας προβλεπόμενα από το π.δ 194/1998, όπως αυτό ισχύει.

Η αμοιβή του προσωπικού αυτού γίνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 2470/1997 (ΦΕΚ 40/Α).

#### Άρθρο 19

##### Οργανισμός - Εσωτερικός Κανονισμός.

Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται ύστερα από πρόταση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας καταρτίζεται ο Κανονισμός λειτουργίας του Ε.Ο.Μ., ο οποίος ρυθμίζει την οργάνωση και τη διάρθρωση των υπηρεσιών του, την κατανομή των αρμοδιοτήτων του προσωπικού, τον ορισμό επιτροπής δεοντολογίας ή άλλων επιστημονικών επιτροπών, τον έλεγχο διαχείρισης, την υπηρεσιακή κατάσταση και τον πειθαρχικό έλεγχο του προσωπικού, καθώς και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε΄ ΠΟΙΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

#### Άρθρο 20

1. Όποιος με πρόθεση παραβαίνει τις διατάξεις των άρθρων 10 και 12 του νόμου αυτού τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι ένα (1) έτος και με χρηματική ποινή τουλάχιστον δύο εκατομμυρίων (2.000.000) δραχμών.

2. Όποιος δίνει από το σώμα του μοσχεύματα τιμωρείται, εάν συμφώνησε ή έλαβε οποιοδήποτε αντάλλαγμα γι' αυτόν το σκοπό, με χρηματική ποινή τουλάχιστον δύο εκατομμυρίων (2.000.000) δραχμών.

3. Όποιος προσφέρεται δημόσια να δώσει από το σώμα του μοσχεύματα με οποιοδήποτε αντάλλαγμα τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών (3) μηνών και με χρηματική ποινή.

4. Όποιος συμφωνεί ή λαμβάνει οποιοδήποτε αντάλλαγμα για να μεσολαβήσει σε αφαίρεση ιστών και οργάνων άλλου για μεταμόσχευση, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον ενός (1) έτους και χρηματική ποινή πέντε εκατομμυρίων (5.000.000) δραχμών.

5. Όποιος λαμβάνει ή προσφέρεται να λάβει με οποιοδήποτε αντάλλαγμα ιστούς και όργανα ανθρώπινης προέλευσης τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών (3) μηνών και χρηματική ποινή. Εάν σκοπός της απόκτησης των μοσχευμάτων είναι η μεταπώληση, επιβάλλεται φυλάκιση τουλάχιστον τριών (3) ετών και χρηματική ποινή δέκα εκατομμυρίων (10.000.000) δραχμών.

6. Όποιος χρησιμοποιεί ιστό ή όργανο για μεταμόσχευση σε λήπτη άλλον από τα οριζόμενα στο άρθρο 10 πρόσωπα, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον έξι (6) μηνών και χρηματική ποινή πέντε εκατομμυρίων (5.000.000) δραχμών.

7. Όποιος καθ' οιονδήποτε τρόπο παρακωλύει παράνομα την αφαίρεση μοσχεύματος, τη φύλαξη, μεταφορά, διατήρηση και τελική εμφύτευση με αποτέλεσμα τη μη αξιοποίησή του τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον ενός (1) έτους και με χρηματική ποινή τουλάχιστον δύο εκατομμυρίων (2.000.000) δραχμών.

8. Οι ποινές για τις πράξεις που προβλέπονται από τις παραγράφους 1 έως 7 του άρθρου αυτού, επιβάλλονται εφόσον δεν τιμωρούνται βαρύτερα με άλλη ποινική διάταξη. Εάν οι πράξεις που προβλέπονται από τις παρα-

γράφους 1, 2, 4, 5 και 6 του παρόντος άρθρου τελούνται κατ' επάγγελμα ή κατά συνήθεια τιμωρούνται με κάθειρξη.

9. Τα ανωτέρω ποσά χρηματικών ποινών αποτελούν έσοδα του Δημοσίου και εισπράττονται σύμφωνα με τις διατάξεις περί δημοσίων εσόδων.

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ΄ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

#### Άρθρο 21

Ρυθμίσεις διαφόρων θεμάτων προσωπικού των υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας.

1. Στο άρθρο 21 του Ν. 2190/1994 (ΦΕΚ 23/Α), όπως τροποποιήθηκε και ισχύει, προστίθεται παράγραφος 21 ως εξής:

«21. Η πρόσληψη νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού στα Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας, Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ιδρύματα Κοινωνικής Πρόνοιας και προσωπικού στους βρεφονηπιακούς Σταθμούς, για την αναπλήρωση μητέρας υπαλλήλου στην οποία χορηγείται η κατά το άρθρο 52 παρ. 1 του Ν. 2683/1999 άδεια μητρότητας ή και η κατά το άρθρο 53 παρ. 1 του ίδιου νόμου, άδεια για ανατροφή παιδιού, γίνεται σύμφωνα με τη διαδικασία και τα κριτήρια του παρόντος άρθρου, διαρκεί όσο χρόνο απουσιάζει η υπάλληλος που αναπληρώνεται και δεν μπορεί να υπερβαίνει τους δώδεκα (12) μήνες. Παράταση της σύμβασης πέραν του προηγούμενου ορίου ή μετατροπή της σε σύμβαση αορίστου χρόνου είναι αυτοδικαίως άκυρες».

2. Συνιστώνται εκατόν πενήντα (150) θέσεις διαφόρων κλάδων Πανεπιστημιακής (ΠΕ), Τεχνολογικής (ΤΕ), Δευτεροβάθμιας (ΔΕ) και Υποχρεωτικής (ΥΕ) Εκπαίδευσης για την κάλυψη των αναγκών της Κεντρικής και των Αποκεντρωμένων Υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας κατανέμονται οι θέσεις σε κλάδους και ειδικότητες και καθορίζονται τα προσόντα διορισμού στις θέσεις αυτές. Οι συνιστώμενες θέσεις προσπίθενται στις προβλεπόμενες θέσεις του Οργανισμού του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

3. Στο άρθρο 29 του Ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236/Α) προστίθεται εδάφιο ε' που έχει ως εξής:

«Σε όσους υπαλλήλους δεν μεταταγούν μπορεί, εφόσον υπάρχουν ανάγκες, να τους ανατίθεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, η δυνατότητα να εξακολουθήσουν να ασκούν τα καθήκοντά τους με τις ίδιες αρμοδιότητες, υποχρεώσεις και δικαιώματα του κλάδου ΠΕ Επιθεωρητών, κατά τα άρθρα 37, 38, 39 και 40 του Π.Δ. 138/1992 και το άρθρο 14 παρ. 1Α περ. γ' του Ν. 2470/1997 (ΦΕΚ 40/Α).»

4. Επιτρέπεται να διορίζονται σε κενές και κενούμενες θέσεις γιατρών υπηρεσίας υπαίθρου και γιατροί που έχουν ιθαγένεια Κράτους - Μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης, εφόσον γνωρίζουν την ελληνική γλώσσα. Η διαδικασία και τα όργανα για τη διαπίστωση της γνώσης της ελληνικής γλώσσας, καθώς και ο αναγκαίος κατά ιατρική ειδικότητα ή θέση, βαθμός γνώσης αυτής, ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Οι ανωτέρω τοποθετούνται με σύμβαση ενός (1) έτους

και ως προς τις αποδοχές και τον τρόπο αμοιβής τους εφαρμόζονται οι ισχύουσες για τους γιατρούς υπηρεσίας υπαίθρου διατάξεις του Ν. 2470/1997 (ΦΕΚ 40/Α).

5. Το εδάφιο γ' της παραγράφου 2 του άρθρου 26 του Ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165/Α') αντικαθίσταται ως εξής:

«Οι διατάξεις της παραγράφου αυτής μπορούν να εφαρμόζονται ανάλογα και για μόνιμους αγροτικούς γιατρούς άλλων ειδικοτήτων. Οι εντασσόμενοι τοποθετούνται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας σε Νοσοκομεία ή Κέντρα Υγείας εντός ή εκτός των ορίων του νομού, που έχουν την οργανική τους θέση, ανάλογα με τις α' άγκες. Στην περίπτωση που δεν αποδέχονται την τοποθέτησή τους στη μονάδα που τοποθετούνται, παραμένουν στην οργανική θέση που κατέχουν ως μόνιμοι αγροτικοί γιατροί.»

6. Οι διατάξεις του άρθρου 9 του Ν.Δ. 67/1968 (ΦΕΚ 303/Α') καταργούνται από τη δημοσίευση του παρόντος νόμου.

7. Το άρθρο 39 του Ν. 2072/1992 (ΦΕΚ 125/Α') αντικαθίσταται ως εξής:

#### «Άρθρο 39

Στο άρθρο 43 του Ν. 1759/1988 προστίθεται νέα παράγραφος με αριθμό 4, που έχει ως εξής:

4. Γιατροί του κλάδου Ε.Σ.Υ. με ειδικότητα που συμπλήρωσαν τέσσερα (4) συνολικά έτη πραγματικής υπηρεσίας στον ίδιο βαθμό σε νοσοκομεία άγωνων Α' περιοχών, μπορούν ύστερα από αίτησή τους να μετατίθενται σε ομοίωβαθμη θέση, σε νοσοκομεία εκτός των Νομών Αττικής και Θεσσαλονίκης με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Ο γιατρός που μετατάσσεται καταλαμβάνει είτε κενή θέση ή θέση προς τούτο δημιουργούμενη, με υπουργική απόφαση. Προϋπόθεση για τη μετάθεση είναι η εντοπιότητα και η συνυπηρέτηση επί εγγάμων.»

8. Διορισμοί γιατρών που έγιναν σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 26 του Ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165/Α') και της παρ. 1 του άρθρου 28 του Ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236/Α') σε κενές θέσεις γιατρών υπηρεσίας υπαίθρου χωρίς προηγούμενη έγκριση του Υπαυργικού Συμβουλίου είναι νόμιμοι και καταβάλλονται όλες οι αποδοχές.

9. Προσωπικό της κατηγορίας ΥΕ, που υπηρετεί κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου ή με σχέση εργασίας δημοσίου δικαίου κατατάσσεται με την ίδια σχέση σε υφιστάμενες κενές θέσεις του κλάδου ΔΕ προσωπικού ασφαλείας ή ειδικότητας αντίστοιχα. Εάν δεν υπάρχουν κενές θέσεις, η κατάταξη γίνεται σε προσωποπαγείς θέσεις του κλάδου ή ειδικότητας ΔΕ προσωπικού ασφαλείας αντίστοιχα, που συνιστώνται με την πράξη κατάταξης και καταργούνται με την καθ' οιονδήποτε τρόπο αποχώρηση αυτών που τις κατέχουν. Για την κατά τα ανωτέρω κατάταξη θα πρέπει να συντρέχουν οι εξής προϋποθέσεις: α) απόφαση του Δ.Σ. του νοσοκομείου με την οποία να έχουν ανατεθεί καθήκοντα προσωπικού ασφαλείας στον εντασσόμενο, β) ανάλογη κπαίδευση στις εγκαταστάσεις της Ελληνικής Αστυνομίας, γ) να έχουν ασκήσει τα καθήκοντα του προσωπικού ασφαλείας για τρία (3) τουλάχιστον χρόνια.

10. Προσωπικό που υπηρετεί κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού στα Κέντρα Υγείας σε θέσεις των κλάδων ΥΕ

Οδηγών Αυτοκινήτων, Ασθενοφόρων και ΥΕ Τραυματοφορέων κατατάσσεται σε υφιστάμενες κενές θέσεις κλάδου ΔΕ Πληρωμάτων Ασθενοφόρων και αν δεν υπάρχουν σε συνιστώμενες με την πράξη κατάταξης προσωποπαγείς θέσεις του ίδιου κλάδου, οι οποίες καταργούνται αυτοδίκαια με την καθ' οιονδήποτε τρόπο αποχώρηση αυτών που τις κατέχουν, εφόσον έχουν: α) επαγγελματική άδεια οδηγού αυτοκινήτου τουλάχιστον Γ κατηγορίας, β) τριετή εμπειρία οδηγού αυτοκινήτου, που διανύθηκε με άδεια οδήγησης τουλάχιστον Γ κατηγορίας.

11. Ουδείς υποβάλλει υποψηφιότητα για θέση κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ. σε νοσοκομείο, αν δεν έχει εκπληρώσει την υπηρεσία υπαίθρου που ορίζει το Ν.Δ. 67/1968 (ΦΕΚ 303/Α') ή δεν έχει νόμιμη απαλλαγή. Εξαιρούνται οι υποψήφιοι σε Νομαρχιακά Γενικά Νοσοκομεία-Κέντρα Υγείας, Κέντρα Υγείας και Πολυδύναμα Ιατρεία. Κάθε άλλη αντίθετη διάταξη προς αυτήν καταργείται.

#### Άρθρο 22

Ρύθμιση θεμάτων λειτουργίας Ι.Φ.Ε.Τ. Α.Ε. - ΦΑΡΜΕΤΡΙΚΑ Α.Ε. - ΕΛΒΙΠΥ Α.Ε. - Δ.ΕΠ.Α.ΝΟ.Μ.

1. Το ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ, που ιδρύθηκε με το άρθρο 7 παρ. 1 του Ν. 1965/1991 (ΦΕΚ 146/Α') και λειτουργεί ως νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου, σύμφωνα με το άρθρο 7 παρ. 2 του ίδιου νόμου, μετατρέπεται σε ανώνυμη εταιρεία, με την επωνυμία «Ι.Φ.Ε.Τ. Α.Ε.» και έδρα την Παλλήνη Αττικής, η οποία διέπεται από τις διατάξεις του Κ.Ν. 2190/1920 και της παρ. 3 του άρθρου 7 του Ν. 1965/1991. Το καταστατικό θα συνταχθεί με απόφαση του Δ.Σ. του Ε.Ο.Φ. Η μεταβολή της νομικής μορφής, κατά τα ανωτέρω, συντελείται με τη δημοσίευση του καταστατικού της «Ι.Φ.Ε.Τ. Α.Ε.», σύμφωνα με τις διατάξεις περί ανωνύμων εταιριών.

Η ΦΑΡΜΕΤΡΙΚΑ Α.Ε. συγχωνεύεται με τη μετατραπείσα σε ανώνυμη εταιρεία «Ι.Φ.Ε.Τ. Α.Ε.». Το μετοχικό κεφάλαιο της «Ι.Φ.Ε.Τ. Α.Ε.» αποτελείται από μία ονομαστική μετοχή, η οποία ανήκει στον Ε.Ο.Φ., το Δ.Σ. του οποίου ασκεί τις αρμοδιότητες της Γενικής Συνέλευσης. Η μετατροπή και η συγχώνευση έχουν πλήρη απαλλαγή από φόρους, τέλη και κρατήσεις υπέρ οποιουδήποτε τρίτου. Τα δικαιώματα των συμβολαιογράφων και υποθηκοφυλάκων περιορίζονται στο 1/4 των νομίμων.

Η σχέση εργασίας που συνδέει το υπάρχον προσωπικό διατηρείται και μεταξύ αυτού και της «Ι.Φ.Ε.Τ. Α.Ε.» υπό το ισχύον σήμερα καθεστώς και τους ίδιους όρους.

2. Στο άρθρο 17 του Ν. 2303/1995 (ΦΕΚ 80/Α') προστίθεται παρ. 9 ως εξής:

«9. Με την καταχώρηση στο Μητρώο Ανωνύμων Εταιρειών της απόφασης της Γ.Σ. των μετόχων της ΕΛΒΙΠΥ Α.Ε. περί λύσεως της εταιρείας, ο Ε.Ο.Φ. καθίσταται αυτοδίκαια και χωρίς καμία άλλη διατύπωση, σε όλα γενικώς τα ενοχικά και εμπράγματα δικαιώματα και υποχρεώσεις της λυθείσας εταιρείας ως καθολικός διάδοχος της. Οι εκκρεμείς δίκες της ΕΛΒΙΠΥ Α.Ε. συνεχίζονται στο όνομα του Ε.Ο.Φ., ο οποίος νομιμοποιείται ενεργητικά και παθητικά προς τούτο.»

3. Στην έννοια των έργων της διάταξης της παρ. 3 του άρθρου 54 του Ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165/Α') περιλαμβάνεται και η ανάθεση μελετών εξοπλισμού, καθώς και η

ανάθεση εκτέλεσης προμήθειας ειδών πάσης φύσεως εξοπλισμού. Η Δ.Ε.Π.Α.ΝΟ.Μ. ορίζεται φορέας εκτέλεσης προμήθειας εξοπλισμού και εξαιρείται από τις διατάξεις του άρθρου 2 του Ν. 2286/1995 (ΦΕΚ 19/Α').

#### Άρθρο 23

Κατάλογος συνταγογραφούμενων φαρμάκων.

1. Το άρθρο 20 του Ν. 2458/1997 (ΦΕΚ 15/Α'), όπως ισχύει σήμερα, αντικαθίσταται ως εξής:

#### «Άρθρο 20

1. Καθιερώνεται κατάλογος συνταγογραφούμενων ιδιοσκευασμάτων για το Δημόσιο και όλους τους φορείς και κλάδους ασφάλισης ασθενείας, ανεξάρτητα από την ονομασία και τη νομική τους μορφή, καθώς και όλους τους δικαιούχους περιθαλψής «οικονομικά αδυνάτου και ανασφαλιστού». Ο κατάλογος εγκρίνεται και αναθεωρείται ανά διετία από της ισχύος του με κοινή απόφαση των Υπουργών Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Υγείας και Πρόνοιας και Εμπορικής Ναυτιλίας, ύστερα από εισήγηση Ειδικής Επιτροπής που συστήνεται με απόφαση των ίδιων Υπουργών στον Ε.Ο.Φ.

Κατ' εξαίρεση μέχρι τη συμπλήρωση διετίας από την εφαρμογή του καταλόγου, όπως συμπληρωμένος ισχύει σήμερα, μπορούν να εκδίδονται, με την ίδια διαδικασία αξιολόγησης και ύστερα από απόφαση των ίδιων Υπουργών, συμπληρωματικοί κατάλογοι που θα περιλαμβάνουν ιδιοσκευάσματα από νέα δελτία τιμών και διορθώσεις.

2. Η Ειδική Επιτροπή είναι επταμελής και συγκροτείται από δύο καθηγητές ή αναπληρωτές των σχολών επιστημών υγείας των Α.Ε.Ι., ένα γιατρό με βαθμό διευθυντή του Ε.Σ.Υ. και ένα φαρμακοποιό, με προϋπηρεσία άνω των πέντε (5) ετών στο Ε.Σ.Υ., καθώς και ένα γιατρό ή φαρμακοποιό του Ε.Ο.Φ., του Ι.Κ.Α. και του Ο.Γ.Α. που ορίζονται από τις διοικήσεις τους. Για καθένα από τα μέλη ορίζεται αντίστοιχα και αναπληρωτής. Πρόεδρος ορίζεται ένας εκ των δύο καθηγητών.

Έργο της Ειδικής Επιτροπής είναι η κατάρτιση νέου ή η αναθεώρηση του καταλόγου συνταγογραφούμενων φαρμάκων για όλους τους ασφαλιστικούς φορείς και τα Δημόσια, με αντικειμενικά κριτήρια, όπως η αποδεξιγμένη θεραπευτική αποτελεσματικότητά τους, η ανεκτικότητα και ασφάλεια, το μέσο κόστος ημερήσιας θεραπείας, η χορήγησή τους από τις κοινωνικές ασφαλίσεις άλλων χωρών και κάθε άλλο κριτήριο κατά τη γνώμη της Επιτροπής.

3. Μετά την ολοκλήρωση της κατάρτισης του καταλόγου από την Ειδική Επιτροπή ενημερώνονται οι ενδιαφερόμενοι παρασκευαστές ή αντιπρόσωποι, προκειμένου να υποβάλλουν εντός δεκαπέντε (15) ημερών τις παρατηρήσεις τους, ώστε να ληφθούν υπόψη για την οριστικοποίηση του καταλόγου και την έκδοση της σχετικής απόφασης. Μετά την έκδοση της απόφασης αυτής και τη δημοσίευσή της οι παρασκευαστές ή αντιπρόσωποι των οποίων ιδιοσκευάσματα δεν έχουν περιληφθεί στον κατάλογο, μπορούν να ζητήσουν την επανάκρισή τους από την ίδια Ειδική Επιτροπή προσκομίζοντας κάθε στοιχείο, κατά την κρίση τους αναγκαίο, για την υπέρσπιση των απόψεών τους με το δικαίωμα να αναπτύξουν αυτές και προφορικά ενώπιον της Επιτροπής. Για τα ιδιοσκευάσματα, τα οποία θα γίνουν δεκτά μετά από την επανάκρισή τους,

από την Ειδική Επιτροπή, εκδίδεται, μετά από εισήγησή της, συμπληρωματικός κατάλογος με νέα κοινή υπουργική απόφαση.

4. Σε όλα τα μέλη και τους γραμματείς της Επιτροπής της παρ. 2 καταβάλλεται αποζημίωση κατά συνεδρίαση, η οποία δεν υπόκειται στους περιορισμούς των άρθρων 3 του Ν. 1256/1982 και 18 του Ν. 1505/1984, βαρύνει το Λογισμικό Βελτίωσης Κοινωνικής Ασφάλισης (Λ.Β.Κ.Α.) και τον προϋπολογισμό του Ε.Ο.Φ.. Το ύψος της αποζημίωσης και η αναλογία της δαπάνης, που θα βαρύνει το Λ.Β.Κ.Α. και τον Ε.Ο.Φ., θα καθορισθεί με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών, Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Υγείας και Πρόνοιας.

5. Οι όροι λειτουργίας της Ειδικής Επιτροπής, η διαδικασία εγκρίσεως ή απορρίψεως των ιδιοσκευασμάτων, η γραμματειακή της εξυπηρέτηση και κάθε άλλη λεπτομέρεια ορίζονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Υγείας και Πρόνοιας και Εμπορικής Ναυτιλίας.

6. Το Δημόσιο και οι φορείς της παρ. 1 του παρόντος άρθρου δεν θα εξοφλούν συνταγές με ιδιοσκευάσματα που δεν συμπεριλαμβάνονται στον κατάλογο, εκτός εάν συνοδεύονται από ειδικά αιτιολογημένη γνωμάτευση του θεράποντος ιατρού για την αναγκαιότητα της χορήγησής τους, ως αναντικατάστατων. Επίσης δεν θα εξοφλούν συνταγές, οι οποίες περιέχουν ιδιοσκευάσματα κατά τη συνταγογράφηση των οποίων δεν έχουν τηρηθεί οι σχετικές αποφάσεις του Ε.Ο.Φ., όσον αφορά τις ενδείξεις τους. Συνταγή που περιέχει ιδιοσκευάσματα εκτός καταλόγου θεωρείται από τον ελεγκτή ιατρό του Δημοσίου ή του ασφαλιστικού οργανισμού, σύμφωνα με τα προβλεπόμενα από τη νομοθεσία του κάθε φορέα για τη θεώρηση των συνταγών.

7. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση αρμόδιου Υπουργού, καθιερώνεται ενιαίος τύπος συνταγής χορήγησης φαρμάκων για το Δημόσιο, τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και τους δικαιούχους περιθαλψής «οικονομικά αδυνάτου και ανασφαλιστού». θεσπίζονται όργανα και διαδικασίες ελέγχου της φαρμακευτικής περιθαλψής και καθορίζονται οι υποχρεώσεις των ασφαλιστικών φορέων, φαρμακοποιών και των θεραπόντων ιατρών και ελεγκτών, καθώς και οι κυρώσεις σε περίπτωση μη τήρησής τους.»

#### Άρθρο 24

Ρύθμιση καταβολής δαπανών νοσηλείας ασφαλισμένων του Ι.Κ.Α. στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.

Δαπάνες νοσηλείας ασφαλισμένων Ι.Κ.Α. που αφορούν, υλικά και σε τιμές όχι υψηλότερες από αυτές που έχουν καθοριστεί από το Ίδρυμα, ιατρικές πράξεις, εργαστηριακές εξετάσεις και φάρμακα που δεν συμπεριλαμβάνονται στο νοσήλιο, αλλά έχουν βεβαιωθεί από τα νοσηλευτικά ιδρύματα του Ν.δ. 2592/1953, βάσει αποφάσεων του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνωμοδότηση του ΚΕ.Σ.Υ. και αμφισβητείται η καταβολή τους, σύμφωνα με το νομικό πλαίσιο που ίσχυε μέχρι την υπ' αριθ. Υ4α/οικ. 1320/3.2.98 (ΦΕΚ 99Α') κοινή υπουργική απόφαση, θεωρούνται νόμιμες και καταβάλλονται από το Ι.Κ.Α. στα νοσοκομεία εντός τριμήνου από την έναρξη ισχύος του παρόντος.

## Άρθρο 25

Χωροθέτηση του Κέντρου Υποστήριξης  
Αυτιστικών Ατόμων Ν. Αττικής.

Στο υπ' αριθ. 3062 τεμάχιο, επιφανείας 14.150 τ.μ. περίπου του κτήματος που βρίσκεται στη θέση «ΟΛΥΜΠΟΣ» του Δήμου Καλυβίων Θορικού και έχει παραχωρηθεί στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας με την υπ' αριθ. 6521/5.11.1997 πράξη του Γενικού Γραμματέα Περιφέρειας Αττικής, επιτρέπεται η ανέγερση «Κέντρου Υποστήριξης Αυτιστικών Ατόμων Νομού Αττικής».

Οι όροι δόμησης για την ανέγερση εγκαταστάσεων του Κέντρου καθορίζονται ως εξής:

Ποσοστό κάλυψης: είκοσι τοις εκατό (20%).

Συντελεστής δόμησης: τρία δέκατα (0,3).

Μέγιστο ύψος του κτιρίου: επτά μέτρα και μισό (7,5), το οποίο προσαυξάνεται κατά ένα μέτρο και είκοσι εκατοστά (1,20) για την περίπτωση κατασκευής στέγης.

Ελάχιστη απόσταση των κτιρίων από τα όρια του γηπέδου: πέντε (5) μέτρα.

## Άρθρο 26

Ανάπτυξη νοσοκομείων.

Στο Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ μπορεί να εγκαθίστανται και να λειτουργούν Τμήματα και Μονάδες Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. που στελεχώνονται με ιατρικό και λοιπό προσωπικό που υπηρετεί σε αυτά ή με προσωπικό άλλων νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. που μεταφέρεται στα τμήματα αυτά, μετά από αίτησή τους. Τα Τμήματα και οι Μονάδες εντάσσονται στον αντίστοιχο τομέα του νοσοκομείου και αποτελούν Τμήματά του. Η εγκατάσταση γίνεται με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας που εκδίδονται εντός έτους από την έναρξη ισχύος του παρόντος, μετά από σύμφωνη γνώμη του Διοικητικού Συμβουλίου του Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ και γνώμη του Διοικητικού Συμβουλίου του νοσοκομείου που υπάγεται το Τμήμα ή η Μονάδα ή το προσωπικό, καθώς και του Συντονιστικού Συμβουλίου του Συγκροτήματος Θεσσαλονίκης. Το ιατρικό και λοιπό προσωπικό που υπηρετεί στα τμήματα αυτά εξακολουθεί να κατέχει τις θέσεις του στο νοσοκομείο στο οποίο υπάγεται οργανικά, θεωρείται δε ότι βρίσκεται σε οργανική σχέση με το Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ και υπάγεται στη δικαιοδοσία, τον επιστημονικό και ιεραρχικό έλεγχο των αρμόδιων οργάνων του.

Εργαζόμενος που υπηρετεί στα τμήματα και στις μονάδες και δεν επιθυμεί να ακολουθήσει την εγκατάσταση του τμήματος στο Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ οφείλει να προβεί σε σχετική δήλωση στο Δ.Σ. του νοσοκομείου που υπηρετεί μέσα σε προθεσμία είκοσι (20) ημερών από την έκδοση της απόφασης εγκατάστασης. Στην περίπτωση αυτήν το Δ.Σ. οφείλει να τον αντικαταστήσει με άλλον από το προσωπικό του (ίδιου κλάδου και κατηγορίας εντός είκοσι (20) ημερών. Στην περίπτωση που δεν υπηρετεί προσωπικό του ίδιου κλάδου και κατηγορίας στο νοσοκομείο αυτό, τότε το Συντονιστικό Συμβούλιο του Συγκροτήματος Θεσσαλονίκης προτείνει προσωπικό από άλλο νοσοκομείο της περιοχής. Κενά θέσεων που θα προκύπτουν μετά την καθ' οιονδήποτε τρόπο αποχώρηση του υπηρετούντος προσωπικού των μεταφερόμενων τμημάτων ή μονάδων, εκτός των θέσεων προϊσταμένων τμημάτων, μονάδων ή διευθύνσεων, θα καλύπτονται από το

Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ σύμφωνα με τα προβλεπόμενα από τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας αυτού. Κάλυψη των κενών θέσεων προϊσταμένων σύμφωνα με τα προβλεπόμενα από τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας του νοσοκομείου, γίνεται μόνον όταν όλο το προσωπικό που υπηρετεί σε αυτές τις οργανικές μονάδες είναι προσωπικό με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου. Προσωπικό που υπηρετεί σε τμήμα που έχει εγκατασταθεί στο Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ μπορεί μετά την πάροδο πενταετίας από την απόφαση εγκατάστασης να επιστρέψει στο νοσοκομείο όπου υπάρχει η οργανική του θέση μετά από αίτησή του.

Οι τακτικές αποδοχές του ανωτέρω προσωπικού βαρύνουν τον Κρατικό Προϋπολογισμό και καταβάλλονται δια του φορέα από τον οποίο προέρχεται, σύμφωνα με τη διαδικασία της παραγράφου 3 του άρθρου 16 του Ν. 2592/1998. Η αποζημίωση για πρόσθετες αμοιβές του παραπάνω προσωπικού, για εφημερίες, εργασία εξαιρέσιμων ημερών, νυχτερινών ωρών, υπηρεσιακή απασχόληση προς συμπλήρωση του υποχρεωτικού ωραρίου, καθώς και για υπερωριακή απασχόληση προς κάλυψη έκτακτων ή εποχιακών υπηρεσιακών αναγκών καθορίζεται σύμφωνα με τις διατάξεις των νόμων 2703/1999, 2606/1998, 2470/1997 και 2592/1998 κατά περίπτωση, βαρύνουν τον προϋπολογισμό του Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ και καταβάλλονται από αυτό.

Στο Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ συνιστάται Ειδικό Πειθαρχικό Συμβούλιο του ιατρικού προσωπικού των Τμημάτων και Μονάδων του Ε.Σ.Υ. με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και αποτελείται από: τον Πρόεδρο του Συντονιστικού Συμβουλίου του Συγκροτήματος Θεσσαλονίκης, ο οποίος και προεδρεύει, τον Πρόεδρο του νοσοκομείου στο οποίο ανήκει αργαδικά ο γιατρός, τον Πρόεδρο του Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ, τον εκάστοτε Πρόεδρο του Δικηγορικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης και τον Πρόεδρο της Επιστημονικής Επιτροπής του Νοσοκομείου Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ. Κάθε μέλος αναπληρώνεται από το νόμιμο αναπληρωτή του. Εφέσεις κατά των αποφάσεων του Ειδικού Πειθαρχικού Συμβουλίου δικάζονται από το Κεντρικό Πειθαρχικό Συμβούλιο.

Το προβλεπόμενο από τη διάταξη του άρθρου 37 του Ν. 2519/1997 Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι. συγκροτείται από: τον Πρόεδρο του νοσοκομείου στο οποίο ανήκει ο γιατρός οργανικά, ο οποίος και προεδρεύει, ένα (1) μέλος του Δ.Σ. του Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ που ορίζεται από αυτό, τον Πρόεδρο της Επιστημονικής Επιτροπής του Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ, εφόσον αυτός είναι γιατρός του Ε.Σ.Υ., άλλως από ένα (1) Διευθυντή των τμημάτων που έχουν εγκατασταθεί στο Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ και ορίζεται με απόφαση του Δ.Σ. και δύο (2) γιατρούς της ίδιας ή συγγενούς ειδικότητας ή δύο (2) οδοντάτρους, εάν πρόκειται για κρίση οδοντιάτρων του ίδιου ή ανώτερου βαθμού με τον κρινόμενο, που υπηρετούν σε νοσοκομείο του Συγκροτήματος Θεσσαλονίκης και προτείνονται από το ΚΕ.Σ.Υ. Η συγκρότηση του Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι. γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Για κάθε μέλος του Συμβουλίου ορίζεται με την αντίστοιχη διαδικασία και αναπληρωματικό μέλος.

Το λοιπό προσωπικό υπάγεται στο Δ' Κοινό Υπηρεσιακό Συμβούλιο Θεσσαλονίκης.



## Άρθρο 27

Κύρωση Τροποποιητικής Σύμβασης του Ελληνικού Δημοσίου με το «Ίδρυμα Παπαγεωργίου».

Κυρώνεται και έχει ισχύ νόμου η τροποποιητική σύμβαση που υπεγράφη την 8η Ιουλίου 1999 μεταξύ του Ελληνικού Δημοσίου και του Ιδρύματος με την επωνυμία «ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ» και έχει ως εξής :

## ΣΥΜΒΑΣΗ

Στην Αθήνα σήμερα την 8η Ιουλίου του 1999 έτους μεταξύ αφ' ενός του ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ που εκπροσωπείται νόμιμα από τους: 1) Γιάννο Παπαντωνίου κάτοχο του με αριθμ. Σ.205012 Δ.Τ. του Αστυνομικού Τμήματος Αθηνών ο οποίος παρίσταται εδώ με την ιδιότητα του Υπουργού Οικονομικών, και 2) Λάμπρο Παπαδήμα κάτοχο του με αριθμ. Σ.986171 Δ.Τ. του Τ.Α. Λαμίας ο οποίος παρίσταται εδώ με την ιδιότητα του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και αφ' ετέρου του στην πόλη της Θεσ/κης (οδός Αριστοτέλους αριθ. 5) εδρεύοντος Κοινωφελούς Ιδρύματος με την επωνυμία «ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ» που συστήθηκε με την υπ' αριθ. 35685/29.8.1990 πράξη της Συμβ/φου Θεσ/κης Ιωάννας Μπιλίσση - Χρυσουλά, όπως τροποποιήθηκε με την υπ' αριθ. 36090/12.10.1990 πράξη της ίδιας Συμβ/φου Θεσ/κης, του οργανισμού διοίκησης και διαχείρισης του Ιδρύματος τούτου κυρωθέντος με το από 8.11.1990 Προεδρικό Διάταγμα, που δημοσιεύθηκε νόμιμα στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (τεύχος Β' αριθμ. φύλλου 766/5.12.1990) και το οποίο εκπροσωπείται εν προκειμένω νόμιμα από τον πρόεδρο αυτού Βασίλειο Χ. Παπά, δυνάμει και της υπ' αριθμ. 280/29.8.1997 αποφάσεως του Διοικητικού του Συμβουλίου συνεφωνήθηκαν και έγιναν αμοιβαίως αποδεκτές οι κάτωθι τροποποιήσεις και προσθήκες στην από 24.5.1991 σύμβαση που κυρώθηκε με το Ν. 1964/1991, όπως αυτή τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε με την από 3.11.97 σύμβαση που κυρώθηκε με το Ν. 2618/18.6.98:

Στο άρθρο 2 προστίθεται παράγραφος 6 ως εξής:

6. Με τον Εσωτερικό Κανονισμό Λειτουργίας του Νοσοκομείου δύναται να τροποποιείται και να καθορίζεται η συνολική δυναμικότητα των κλινών.

Στο άρθρο 14 προστίθεται παράγραφος 5 ως εξής:

5. Στο Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ μπορεί να εγκαθίστανται και να λειτουργούν Τμήματα και Μονάδες Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. που στελεχώνονται με ιατρικό και λοιπό προσωπικό που υπηρετεί σε αυτά ή με προσωπικό άλλων νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. που μεταφέρεται στα τμήματα αυτά, μετά από αίτησή τους.

Η εγκατάσταση γίνεται με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας που εκδίδονται εντός έτους από την έναρξη ισχύος του παρόντος μετά από σύμφωνη γνώμη του Διοικητικού Συμβουλίου του Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ και γνώμη του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου που υπάγεται το Τμήμα ή η Μονάδα ή το προσωπικό καθώς και του Συντονιστικού Συμβουλίου του Συγκροτήματος Θεσ/κης.

Τα Τμήματα και οι Μονάδες εντάσσονται στον αντίστοιχο τομέα του Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ και αποτελούν Τμήματά του.

Το ιατρικό και λοιπό προσωπικό που υπηρετεί στα τμήματα αυτά εξακολουθεί να κατέχει τις θέσεις του στο Νοσοκομείο στο οποίο υπάγεται οργανικά.

Το ιατρικό και λοιπό προσωπικό θεωρείται ότι βρίσκεται

σε οργανική σχέση με το Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ και υπάγεται στη δικαιοδοσία, τον επιστημονικό και ιεραρχικό έλεγχο των αρμόδιων οργάνων του.

Προσωπικό που υπηρετεί σε τμήμα που έχει εγκατασταθεί στο Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ μπορεί μετά την πάροδο πενταετίας από την απόφαση εγκατάστασης να επιστρέψει στο Νοσοκομείο όπου υπάρχει η οργανική του θέση μετά από αίτησή του.

Οι τακτικές αποδοχές μισθοδοσίας του ανωτέρω προσωπικού εξακολουθούν να καταβάλλονται από το Νοσοκομείο από το οποίο προέρχεται. Η αποζημίωση για πρόσθετες αμοιβές του παραπάνω προσωπικού, για εφημερίες, εργασία εξαιρέσιμων ημερών, νυχτερινών ωρών, υπηρεσιακή απασχόληση προς συμπλήρωση του υποχρεωτικού ωραρίου, καθώς και για υπερωριακή απασχόληση προς κάλυψη έκτακτων ή εποχιακών υπηρεσιακών αναγκών καθορίζεται με την ίδια διαδικασία που ακολουθείται και για τα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. και καταβάλλεται από το Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ.

Εργαζόμενος που υπηρετεί στα τμήματα και στις μονάδες και δεν επιθυμεί να ακολουθήσει την εγκατάσταση του τμήματος στο Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ οφείλει να προβεί σε σχετική δήλωση στο Δ.Σ. του νοσοκομείου που υπηρετεί μέσα σε προθεσμία είκοσι (20) ημερών από την έκδοση της απόφασης εγκατάστασης. Στην περίπτωση αυτή το Δ.Σ. οφείλει να τον αντικαταστήσει με άλλον από το προσωπικό του ίδιου κλάδου και κατηγορίας εντός είκοσι (20) ημερών. Στην περίπτωση που δεν υπηρετεί προσωπικό του ίδιου κλάδου και κατηγορίας στο Νοσοκομείο αυτό τότε το Συντονιστικό Συμβούλιο του Συγκροτήματος Θεσσαλονίκης προτείνει προσωπικό από άλλο Νοσοκομείο της περιοχής.

Κενά θέσεων που θα προκύπτουν μετά την καθ' οιονδήποτε τρόπο αποχώρηση του υπηρετούντος προσωπικού των μεταφερομένων τμημάτων ή μονάδων εκτός των θέσεων προϊσταμένων τμημάτων, μονάδων ή διευθύνσεων θα καλύπτονται από το Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ σύμφωνα με τα προβλεπόμενα από τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας αυτού. Κάλυψη των κενών θέσεων προϊσταμένων σύμφωνα με τα προβλεπόμενα από τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας του νοσοκομείου γίνεται μόνον όταν όλο το προσωπικό που υπηρετεί σε αυτές τις οργανικές μονάδες είναι προσωπικό με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου.

Στο Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ συνιστάται Ειδικό Πειθαρχικό Συμβούλιο του ιατρικού προσωπικού των Τμημάτων και Μονάδων του Ε.Σ.Υ. με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και αποτελείται από: τον Πρόεδρο του Συντονιστικού Συμβουλίου του Συγκροτήματος Θεσσαλονίκης ο οποίος και προεδρεύει, τον Πρόεδρο του Νοσοκομείου στο οποίο ανήκει οργανικά ο γιατρός, τον Πρόεδρο του Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ, τον εκάστοτε Πρόεδρο του Δικηγορικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης και τον Πρόεδρο της Επιστημονικής Επιτροπής του Νοσοκομείου Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ. Κάθε μέλος αναπληρώνεται από το νόμιμο αναπληρωτή του. Εφέσεις κατά των αποφάσεων του Ειδικού Πειθαρχικού Συμβουλίου δικάζονται από το Κεντρικό Πειθαρχικό Συμβούλιο.

Το προβλεπόμενο από τη διάταξη του άρθρου 37 του Ν. 2519/1997 Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι. συγκροτείται από: τον Πρόεδρο του Νοσοκομείου στο οποίο ανήκει ο γιατρός οργανικά, ο οποίος και προεδρεύει, ένα (1) μέλος του Δ.Σ. του Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ που ορίζεται από αυτό, τον Πρό-

εδρο της Επιστημονικής Επιτροπής του Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ εφόσον αυτός είναι γιατρός του Ε.Σ.Υ., άλλως από ένα (1) Διευθυντή των τμημάτων που έχουν εγκατασταθεί στο Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ και ορίζεται με απόφαση του Δ.Σ. και δύο (2) γιατρούς της ίδιας ή συγγενούς ειδικότητας ή δύο (2) οδοντάτρους εάν πρόκειται για κρίση οδοντάτρων του ίδιου ή ανωτέρου βαθμού με τον κρινόμενο, που υπηρετούν σε νοσοκομείο του Συγκροτήματος Θεσσαλονίκης και προτείνονται από το ΚΕ.Σ.Υ. Η συγκρότηση του Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι., γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Για κάθε μέλος του Συμβουλίου ορίζεται με την αντίστοιχη διαδικασία και αναπληρωματικό μέλος.

Το λοιπό προσωπικό υπάγεται στο Δ' Κοινό Υπηρεσιακό Συμβούλιο Θεσσαλονίκης.

Η περίπτωση δ' της παρ. 3 του άρθρου 16 αντικαθίσταται ως εξής:

δ. Ο Γενικός Διευθυντής προσλαμβάνεται μετά από προκήρυξη από το Δ.Σ. του νοσοκομείου με σύμβαση τριετούς διάρκειας. Σε περίπτωση που η λήξη της θητείας του Γεν. Δ/ντή συμπίπτει με εκείνη του Δ.Σ. τότε παρατείνεται αυτοδικαία για ένα ακόμη εξάμηνο. Τα κριτήρια για την αξιολόγηση είναι τα οριζόμενα στην παρ. 4 του άρθρου 21 του Ν. 2703/1999 και στην προβλεπόμενη από την παράγραφο αυτή απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Ο προσλαμβανόμενος πρέπει να είναι πτυχιούχος Α.Ε.Ι. με αξιόλογη διοικητική εμπειρία στο Δημόσιο ή Οργανισμούς ή Επιχειρήσεις του ευρύτερου δημόσιου ή ιδιωτικού τομέα. Στη θέση αυτή δύναται να προσληφθεί και υπάλληλος εκ των υπηρετούντων στο νοσοκομείο, ο οποίος διαθέτει τα προβλεπόμενα τυπικά και ουσιαστικά προσόντα, μετά δε τη λήξη της θητείας του ή της καθ' οιονδήποτε τρόπο απομάκρυνσής του από τη θέση του Γενικού Διευθυντή, επανέρχεται στην οργανική του θέση.

Οι μηνιαίες αποδοχές του Γενικού Διευθυντή καθορίζονται μετά από πρόταση του Δ.Σ. του Νοσοκομείου με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας. Διατάξεις του εσωτερικού κανονισμού λειτουργίας αντίθετες προς την ανωτέρω διάταξη καταργούνται.

Σε πίστωση των πιο πάνω συντάσσεται η παρούσα σε όσα και τα συμβαλλόμενα μέρη αντίτυπα, η οποία αφού διαβάστηκε και βεβαιώθηκε από τους συμβαλλόμενους υπογράφεται ως ακολούθως:

#### ΟΙ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΙ

#### ΓΙΑ ΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ- ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ	Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
Γ. ΠΑΠΑΝΤΩΝΙΟΥ	Λ. ΠΑΠΑΔΗΜΑΣ

ΓΙΑ ΤΟ ΙΔΡΥΜΑ «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»  
Β. ΠΑΠΑΣ

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ζ'

#### ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΤΕΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

#### Άρθρο 28

Συνέχιση λειτουργίας Μεταμοσχευτικών Μονάδων ιστών και οργάνων και Τραπεζών Ιστών.

1. Οι Μεταμοσχευτικές Μονάδες ιστών και οργάνων και Τράπεζες Ιστών προς μεταμόσχευση που λειτουργούν

κατά τη δημοσίευση αυτού του νόμου υποχρεούνται να υποβάλουν αίτηση για τη χορήγηση άδειας λειτουργίας τους, μέσα σε έξι (6) μήνες από τη δημοσίευσή του, μετά τη χορήγηση της οποίας λειτουργούν υπό τους όρους των άρθρων 4 και 6.

2. Έως την έκδοση του κανονισμού λειτουργίας του Ε.Ο.Μ. τα όργανα και οι υπηρεσίες, των οποίων το αντικείμενο καταργείται με το άρθρο 30, διατηρούν τις αρμοδιότητές τους.

#### Άρθρο 29

Ειδικεύση στη Χειρουργική Θώρακα  
και στην Αγγειοχειρουργική.

Ιατροί ειδικότητας Γενικής Χειρουργικής, με μεταγενέστερη έμμισθη υπηρεσία, μέχρι τη δημοσίευση του νόμου αυτού, τουλάχιστον δύο (2) ετών σε Μονάδες Μεταμόσχευσης Καρδιάς και Πνευμόνων ή Μεταμόσχευσης Νεφρού, που λειτουργούν νομίμως, μπορούν να αναγνωρίσουν την υπηρεσία αυτή ως χρόνο πλήρους ειδικεύσης στη Χειρουργική Θώρακα ή στην Αγγειοχειρουργική και να αποκτήσουν ύστερα από εξετάσεις την ειδικότητα της Χειρουργικής Θώρακα ή της Αγγειοχειρουργικής.

#### Άρθρο 30

Καταργούμενες διατάξεις.

Από την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού καταργούνται:

1. Η παράγραφος 5 του άρθρου 9 του Ν.Δ. 67/1968 (ΦΕΚ 303/Α).

2. Ο Ν. 1383/1983 (ΦΕΚ 106/Α) «Αφαιρέσεις και Μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων ιστών και οργάνων».

3. Τα άρθρα 130 του Ν. 2071/1992 (ΦΕΚ 123/Α) και 8 του Ν. 2193/1994 (ΦΕΚ 34/Α) «Σύσταση και ανασύνθεση του Εθνικού Συμβουλίου Μεταμοσχεύσεων».

4. Η με αριθμό Α2γ/1468/6.3.85 υπουργική απόφαση «Σύσταση Υπηρεσίας Συντονισμού και Ελέγχου Προγράμματος Τελικού Σταδίου Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας και Μεταμοσχεύσεων», όπως έχει τροποποιηθεί, μόνο σε ό,τι αφορά τον τομέα των μεταμοσχεύσεων.

5. Οι κανονιστικές υπουργικές αποφάσεις, που έχουν εκδοθεί με βάση το Ν. 1383/1983 (ΦΕΚ 106/Α) εξακολουθούν να ισχύουν μέχρις ότου εκδοθούν οι προβλεπόμενες από το νόμο αυτόν σχετικές αποφάσεις, εφόσον δεν αντικεινται στο περιεχόμενό του.

#### Άρθρο 31

Οριστικά παραχωρητήρια, με τα οποία το Υπουργείο Κρατικής Υγιεινής και Αντίληψης παραχώρησε σε δικαιούχους πρόσφυγες οικόπεδα στην περιοχή Περάματος Αττικής και τα οποία δεν έχουν ανακληθεί μέχρι σήμερα, εφόσον έχουν απωλεσθεί, αναπληρώνονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, η οποία επέχει θέση νόμιμου τίτλου.

#### Άρθρο 32

Η περίπτωση 2 της παραγράφου 1 του άρθρου 26 του Ν. 2716/1999 (ΦΕΚ 96/Α) αντικαθίσταται ως ακολούθως:

«2. Ως πρόεδρος του Δ.Σ. του Ε.Ο.Φ. ορίζεται με απόφαση του Υπουργικού Συμβουλίου, μετά από πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, πρόσωπο που έχει γνώση οργάνωσης και διοίκησης και είναι κάτοχος πτυχίου Α.Ε.Ι. Οι αμοιβές προέδρου και αντιπροέδρου καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Οικονομικών και του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.»

## Άρθρο 33

1. Η επιλογή των οδοντιάτρων για ειδίκευση στην Ορθοδοντική γίνεται με διαγωνισμό. Οι επιλεγόμενοι οδοντίατροι τοποθετούνται για ειδίκευση βάσει της σειράς επιτυχίας τους, στα τμήματα Ορθοδοντικής των Οδοντιατρικών Σχολών Αθηνών και Θεσσαλονίκης, σε κενές ή κενούμενες οργανικές θέσεις ειδικευομένων, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Για την υπηρεσιακή κατάσταση, τις αποδοχές, υποχρεώσεις και δικαιώματα των κατά τα ανωτέρω τοποθετούμενων οδοντιάτρων, εφαρμόζονται οι ισχύουσες για τους ειδικευόμενους γιατρούς διατάξεις.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζεται ο χρόνος έναρξης, ο τρόπος, η διαδικασία διεξαγωγής του διαγωνισμού, η εξεταστέα ύλη, οι προϋποθέσεις συμμετοχής των ενδιαφερομένων στο διαγωνισμό και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια για την εφαρμογή της διάταξης.

2. Οι οδοντίατροι που παρακολούθησαν από 23.5.1988 ή παρακολουθούν κατά την έναρξη ισχύος του παρόντος, τα μεταπτυχιακά προγράμματα των Ορθοδοντικών Τμημάτων των Οδοντιατρικών Σχολών Αθηνών και Θεσσαλονίκης σύμφωνα με το Π.Δ. 235/1988 (ΦΕΚ 100/Α/23.5.1988), μπορούν να αποκτήσουν τον τίτλο της Οδοντιατρικής ειδικότητας της Ορθοδοντικής κατόπιν εξετάσεων, σύμφωνα με τις ισχύουσες για τη χορήγηση τίτλου ειδικότητας διατάξεις.

3. Οι οδοντίατροι του Ι.Κ.Α. που εμπíπτουν στις μεταβατικές διατάξεις των προεδρικών διαταγμάτων 235/1988 και 388/1991, μπορούν να αποκτήσουν τον τίτλο της Οδοντιατρικής ειδικότητας της Ορθοδοντικής κατόπιν εξετάσεων, σύμφωνα με τις ισχύουσες για τη χορήγηση τίτλου ειδικότητας διατάξεις, εφόσον έχουν παρακολουθήσει το διετές εκπαιδευτικό πρόγραμμα του Ι.Κ.Α.

## Άρθρο 34

## Έναρξη ισχύος.

Η ισχύς του νόμου αυτού αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Παραγγέλλομε τη δημοσίευση του παρόντος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και την εκτέλεσή του ως Νόμου του Κράτους.

Αθήνα, 26 Αυγούστου 1999

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ  
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ, ΔΗΜ. ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ  
ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ  
Β. ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ

ΕΘΝΙΚΗΣ ΑΜΥΝΑΣ  
Α. ΤΣΟΧΑΤΖΟΠΟΥΛΟΣ

ΕΘΝΙΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ  
ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
Γ. ΠΑΠΑΝΤΩΝΙΟΥ

ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ  
Ε. ΒΕΝΙΖΕΛΟΣ

ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ, ΧΩΡΟΤΑΞΙΑΣ  
ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΕΡΓΩΝ  
Κ. ΛΑΛΙΩΤΗΣ

ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ  
ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ  
Γ. ΑΡΣΕΝΗΣ

ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ  
Μ. ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ

ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
Λ. ΠΑΠΑΔΗΜΑΣ

ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ  
Ε. ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ

ΕΜΠΟΡΙΚΗΣ ΝΑΥΤΙΑΣ  
Σ. ΣΟΥΜΑΚΗΣ

*Θεωρήθηκε και τέθηκε η Μεγάλη Σφραγιδα του Κράτους.*

Αθήνα, 26 Αυγούστου 1999

Ο ΕΠΙ ΤΗΣ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ ΥΠΟΥΡΓΟΣ  
Ε. ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ



# ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

## ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

Αρ. Φύλλου 3

15 Ιανουαρίου 2001

### ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

#### ΠΡΟΕΔΡΙΚΑ ΔΙΑΤΑΓΜΑΤΑ

- 4. Συνθεση των περιφερειακών υπηρεσιακών συμβουλίων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης..... 1
- 5. Οργανισμός Διοίκησης και λειτουργίας του Κοινωνικού Ιδρυματος με την επωνυμία «ΙΔΡΥΜΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ»..... 2
- 6. Κανονισμός λειτουργίας του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων..... 3

#### ΠΡΟΕΔΡΙΚΑ ΔΙΑΤΑΓΜΑΤΑ

##### ΠΡΟΕΔΡΙΚΟ ΔΙΑΤΑΓΜΑ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 4

Συνθεση των περιφερειακών υπηρεσιακών συμβουλίων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

##### Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Εκόντας Επιστη:

- 1. Τις διατάξεις του άρθρου 54 παρ. 12 του Ν. 2413/1996 «Η Ελληνική Παιδεία στο εξωτερικό, διαπολιτισμική εκπαίδευση και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 124 Α).
- 2. Την αρ.α.π. ΣΤ5 25 26-4-2000 απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων «Ορισμός αρμοδιοτήτων Υφυπουργού του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων» (ΦΕΚ 582 Β).
- 3. Το γεγονός ότι από τις διατάξεις του παρόντος Προεδρικού Διατάγματος δεν προκύπτει πρόσθετη δαπάνη σε βάρος του Κρατικού Προϋπολογισμού.
- 4. Την αρ.α.π. 537/2000 νωμοδότηση του Συμβουλίου της Επικρατείας, με πρόταση του Υφυπουργού Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, αποφασίζουμε:

Αρθρο 1  
Συνθεση.

Τα περιφερειακά υπηρεσιακά συμβούλια πρωτοβαθ-

μιας εκπαίδευσης (Π.Υ.Σ.Π.Ε.) συγκροτούνται ως εξής:  
Τακτικά μέλη:

α) Ο Προϊστάμενος της οικείας διεύθυνσης πρωτοβαθμιας εκπαίδευσης.

β) Δύο προϊστάμενοι γραφείων πρωτοβαθμιας εκπαίδευσης. Σε περίπτωση που δεν επαρκούν οι προϊστάμενοι γραφείων ορίζονται ως τακτικά μέλη διευθυντές σχολικών μονάδων και σε περίπτωση έλλειψης και αυτών, εκπαιδευτικοί με βαθμό Α.

γ) Οι δύο τακτικοί αιρετοί εκπρόσωποι των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (Π.Δ. 75/1986).

Αναπληρωματικά μέλη:

α) Του υπό στοιχείο α' τακτικού μέλους προϊστάμενος γραφείου εκπαίδευσης και σε περίπτωση έλλειψης διευθυντής σχολικής μονάδας.

β) Των υπό στοιχείο β' τακτικών μελών προϊστάμενοι γραφείων εκπαίδευσης και σε περίπτωση έλλειψης ορίζονται κατά σειρά διευθυντές σχολικών μονάδων ή εκπαιδευτικοί με βαθμό Α.

γ) Των υπό στοιχείο γ' τακτικών μελών οι δύο αναπληρωματικοί εκπρόσωποι του κλάδου των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Καθ' όσοντα Πρόεδρου ασκεί ο προϊστάμενος της διεύθυνσης πρωτοβαθμιας εκπαίδευσης και αντιπρόεδρος ένα από τα υπό στοιχείο β' μέλη αυτού, που ορίζεται με την απόφαση συγκρότησης, και προεδρεύει σε περίπτωση απουσίας ή κωλύματος του προέδρου.

2. Τα περιφερειακά υπηρεσιακά συμβούλια δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (Π.Υ.Σ.Δ.Ε.) συγκροτούνται ως εξής:

Τακτικά μέλη:

α) Ο Προϊστάμενος της οικείας διεύθυνσης δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

β) Δύο προϊστάμενοι γραφείων δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ή γραφείων φυσικής αγωγής ή γραφείων τεχνικής επαγγελματικής εκπαίδευσης. Σε περίπτωση που δεν επαρκούν οι προϊστάμενοι γραφείων ορίζονται ως τακτικά μέλη διευθυντές σχολικών μονάδων και σε περίπτωση έλλειψης και αυτών, εκπαιδευτικοί με βαθμό Α.

γ) Οι δύο τακτικοί αιρετοί εκπρόσωποι του κλάδου των εκπαιδευτικών δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (Π.Δ. 75/86).

Αναπληρωματικά μέλη.

(2)

α) Του υπό στοιχείο α' τακτικού μέλους προϊστάμενος γραφείου δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ή γραφείου φυσικής αγωγής ή γραφείου τεχνικής επαγγελματικής εκπαίδευσης και σε περίπτωση έλλειψης διευθυντής σχολικής μονάδας.

β) Των υπό στοιχείο β' τακτικών μελών προϊστάμενοι γραφείων δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ή γραφείου φυσικής αγωγής ή γραφείου τεχνικής επαγγελματικής εκπαίδευσης και σε περίπτωση έλλειψης ορίζονται κατά σειρά διευθυντές σχολικών μονάδων ή εκπαιδευτικοί με βαθμό Α'.

γ) Των υπό στοιχείο γ' τακτικών μελών οι δύο αναπληρωματικοί εκπρόσωποι των εκπαιδευτικών δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

Καθ'ηκόοντα Προέδρου ασκεί ο προϊστάμενος της διευθύνσης δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και αντιπρόεδρος ένα από τα υπό στοιχείο β' μέλη αυτού, που ορίζεται με την απόφαση συγκροτήσεως, και προεδρεύει σε περίπτωση απουσίας ή κωλυμάτος του Προέδρου.

**Άρθρο 2**  
**Αναπλήρωση**

Στην περίπτωση που η θέση του προϊστάμενου διευθύνσεως είναι κενή ορίζεται ως τακτικό μέλος του συμβουλίου ο νομίμος αυτου αναπληρωτής. Στην περίπτωση αυτή χρέη Προέδρου του Συμβουλίου ασκεί ο ως ανω αναπληρωτής εφόσον είναι Προϊστάμενος Γραφείου.

Σε αντίθετη περίπτωση χρέη Προέδρου και Αντιπροέδρου, εφόσον είναι Προϊστάμενος Γραφείου, και σε περίπτωση έλλειψης ασκεί ένα εκ των τακτικών ή αναπληρωματικών μελών που είναι προϊστάμενος Γραφείου. Αν κεντούν Προϊστάμενοι Γραφείων χρέη Αντιπροέδρου ασκεί ο εκ των τακτικών μελών αρχαιότερος διευθυντής σχολικής μονάδας.

**Άρθρο 3**  
**Μεταβατικές - Καταργούμενες Διατάξεις**

Η συγκροτήσιμων υπηρεσιακών συμβουλίων του άρθρου 1 γίνεται κατά την πρώτη εφαρμογή, εντός μηνός από την έναρξη ισχύος του παρόντος Διατάγματος και η πρώτη θητεία τους λήγει την 31-12-2002.

Έως τη συγκροτήσιμων Περιφερειακών Συμβουλίων εξακολουθούν να λειτουργούν τα ήδη υπάρχοντα.

2. Από την έναρξη ισχύος του παρόντος Διατάγματος καταργείται το Π.Δ. 201/1997 (ΦΕΚ 16/1 Α).

**Άρθρο 4**  
**Τελική Διαταγή**

Η ισχύς του παρόντος αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Ο Υφυπουργός Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων φέρνει με τη δημοσίευσή και τη θέση του παρόντος.

Αθήνα, 16 Ιανουαρίου 2002.

**ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ**

**ΘΑΝΑΣΣΗΣ ΠΕΤΣΑΛΛΗΚΟΣ**

**ΠΡΟΕΔΡΙΚΟ ΔΙΑΤΑΓΜΑ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 5**

Οργανισμός Διοίκησης και λειτουργίας του Κοινωνιολογικού Ιδρύματος με την επωνυμία «ΙΔΡΥΜΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ».

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ**  
**ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ**

Εχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του άρθρου 62 του Ν. 2519/97 (ΦΕΚ 165 Α') «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις».

2. Το άρθρο 29Α του Ν. 1558/85 όπως αυτό προσετέθηκε με το άρθρο 27 του Ν. 2081/92 με το οποίο καθορίζεται έλεγχος των δαπανών που προκαλούν οι κανονιστικές διοικητικές πράξεις (ΦΕΚ 154/92 τ. Α') και τροποποιήθηκε με το άρθρο 1 παρ. 2 του Ν. 2469/97 (ΦΕΚ 38 Α').

3. Την απόφαση του Πρωθυπουργού και της Υπουργού Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης Δ/ΔΚ Φ1 2/1187/12.5.2000 (ΦΕΚ 630 τ. Β') «Ανάθεση αρμοδιοτήτων στους Υφυπουργούς Εσωτερικών Δημ. Διοίκησης και Αποκέντρωσης».

4. Την αριθμ. 1039386/441 Α0006/21.4.00 (ΦΕΚ 571 τ. Β') απόφαση του Πρωθυπουργού και Υπουργού Οικονομικών «Ανάθεση αρμοδιοτήτων Υπουργού Οικονομικών στους Υφυπουργούς Οικονομικών».

5. Την αριθμ. 2850/20.4.2000 (ΦΕΚ 565 τ. Β') απόφαση του Πρωθυπουργού και Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας «Ανάθεση αρμοδιοτήτων στους Υφυπουργούς Υγείας και Πρόνοιας Χριστίνα Σπυροπούλου και Δημήτριο Θανό».

6. Το γεγονός ότι από τις διατάξεις του παρόντος Π.Δ. τας δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος του Κρατικού προϋπολογισμού σύμφωνα με την αριθμ. 748 οικ. 6258/28.12.99 οικονομική έκθεση.

7. Την αριθμ. 391/2000 γνωμοδότηση του Συμβουλίου της Επικρατείας με πρόταση του Υπουργού Εθνικής Οικονομίας και των Υφυπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, αποφασίζουμε:

**Άρθρο 1**

**ΣΥΣΤΑΣΗ ΕΙΡΡΑ ΣΦΡΑΓΙΔΑ**

Το συσταθεί με το υπ. αριθμ. 185/1945 Επισκοπικό Διατάγμα «Ίδρυμα Παιδικών Εξοχών Παμμακαρίστου» το οποίο με το 284/78 Επισκοπικό Διατάγμα μετενομασθήκε σε «ΙΔΡΥΜΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ» που αναγνωρίστηκε με την υπ. αριθμ. ΚΠ 2644/78 απόφαση της Νομαρχίας Ανατολικής Αττικής και που λειτουργεί εκτός με αυτή την επωνυμία στην Υ.Π.Δ. Φιλοθέρωνας, υπ. Καρδιοσκοπικού Χαρακτήρα και στενάζεται σε κτίριο της Ιεράς Μονής Παμμακαρίστου Θεοτόκου στη Νέα Μακρή όπου η εδρα του. Οι οικονομικές εγκαταστάσεις συνολικής επιφάνειας 5000 μ.² καθώς και η περιβαλλοντική αυτή έκταση 20 στρεμμάτων, οι οποίες ανήκουν στην ΉΜ Παμμακαρία εν Θεοτόκω, παραχωρούνται στο Ίδρυμα «Για το Παιδί Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ» για ορατά χρονικά αυτό θα επισημώσει το με σκοπό του και θα λάβει τις απαραίτητες του. Το Ίδρυμα τείνει από την έναρξη και

τον έλεγχο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης Ανατολικής Αττικής.

Το Ίδρυμα έχει κυκλική σφραγίδα, στην οποία στο εξωτερικό κυκλό αναγράφεται «Ίδρυμα για το Παιδί Η Παμμακαρίστος - Νέα Μακρη» και στον εσωτερικό κύκλο της φέρει την εικόνα της Θεομητορός.

#### Άρθρο 2

##### ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός του Ίδρυμάτος είναι η κοινωνική, θεραπευτική μερίμνα, εκπαίδευση, προεπαγγελματική και επαγγελματική κατάρτιση και αποκατάσταση ατόμων από 3-30 ετών και των δύο φύλων που παρουσιάζουν γνωσιακές-νοητικές και αναπτυξιακές μειονεξίες και που επιπρόσθετα μπορεί να παρουσιάζουν διαταραχές της ανάπτυξης όπως ο αυτισμός ή στοιχεία αυτισμού, προβλήματα λόγου και επικοινωνίας, δυσκολίες στην προσοχή και στη συγκέντρωση, με συνάδες εκδηλώσεις στη συμπεριφορά, η συνδυασμο των παραπάνω μειονεξιών με σκοπό την όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ανεξαρτητοποίησή τους, την ενταξη τους στο κοινωνικό σύνολο και την προώθηση τους στην επαγγελματική απασχόληση και τη μεγαλύτερη δυνατή αυτονομία τους.

Για τον παραπάνω σκοπό αναπτύσσει προγράμματα όπως η ειδική εκπαίδευση παιδιών προσχολικής, σχολικής και εφηβικής ηλικίας, η προετοιμασία τους για την προεπαγγελματική και επαγγελματική κατάρτιση, ο προεπαγγελματικός και επαγγελματικός προσανατολισμός, η προώθηση στην απασχόληση, η επαγγελματική υποστήριξη, η ενίσχυση της αυτονομίας διαβίωσης ατόμων που βρίσκονται στη μεταεφηβική και πρώτη νεανική ηλικία καθώς και η κοινωνική ενταξη.

Αναπτύσσει επίσης προγράμματα υποστήριξης οικογενειών ΑΜΕΑ ή συμβουλευτικής παρέμβασης στις οικογενειακές σχέσεις καθώς και προσώπων της βεβαιότητας για την αξιολόγηση, θεραπευτική παρέμβαση και αποκατάσταση των διαφόρων κατηγοριών ατόμων με ειδικές ανάγκες.

Για την υλοποίηση των παραπάνω προγραμμάτων που απευθύνονται σε 200 ημιπρόωρα και 70 οικοτροφία ΑΜΕΑ λειτουργούν τα παρακάτω τμήματα:

1. Παιδοπαιδαγωγικός Σταθμός που παρέχει συνοδευτικές, υποστηρικτικές και θεραπευτικές υπηρεσίες όπως παιδοψυχιατρική, ψυχολογική και κοινωνική στήριξη, λογοθεραπεία, ενοθεραπεία, μουσικοθεραπεία, δραματοθεραπεία, εφαρμοσμένη φυσική αγωγή.

2. Παιδικός Σταθμός

3. Εξειδικευμένα Εργαστήρια για Προεπαγγελματική και Επαγγελματική Κατάρτιση

4. Προστατευμένα Εργαστήρια

5. Δικαστήριο για 70 κέρσιμα

Για την επίτευξη των παραπάνω σκοπών και στόχων λαμβάνεται κάθε αναγκαίο μέτρο και επιδιώκεται η συνεργασία με αρμόδιους Κρατικούς Φορείς, Οργανισμούς και Υπηρεσίες για την αποτελεσματική πρόληψη, παρέμβαση και υποστήριξη των ατόμων αυτών και ιδιαίτερα με την Τοπική Αυτοδιοίκηση για την ανάπτυξη κοινότητας και κέντρων προνομιούχων καθώς και η λειτουργία κέντρων Επαγγελματικής Εξασφάλισης και Κατάρτισης στελεχών για την Επαγγελματική και Εκπαιδευτική Φορέση.

#### Άρθρο 3

##### Διοίκηση

1. Το Ίδρυμα διοικείται από επταμελές Διοικητικό Συμβούλιο του οποίου ο η Πρόεδρος και τα 5 Μέλη προτείνονται από το Υφιστάμενο Συμβούλιο της 1. Μ. Παμμακαρίστου Θεοτόκου και εγκρίνονται από τον Εξάρχο των Ελλήνων Καθολικών. Ο διορισμός του Διοικητικού Συμβουλίου γίνεται με απόφαση του Νομαρχη της Ν. Α. Ανατολικής Αττικής, στο οποίο συμμετέχει ως μέλος εκπρόσωπος της Ν.Α. Ανατολικής Αττικής. Ως Πρόεδρος και μέλη του Δ.Σ. ορίζονται άτομα όσο το δυνατόν συναφών ειδικοτήτων με τη φύση και τους σκοπούς του Ίδρυμάτος.

2. Το Διοικητικό Συμβούλιο ορίζει τον Αντιπρόεδρο από τα μέλη του.

3. Τον Την Πρόεδρο κωλυόμενο αναπληρεί ο αντιπρόεδρος.

4. Στις Συνεδριάσεις του Δ.Σ. συμμετέχει εκπρόσωπος της Δ.νσης Πρόνοιας της Ν.Α. Ανατ. Αττικής, υπαλλήλος της ΠΕ ως Κυβερνητικός επιτροπός που ορίζεται στην ανωτέρω απόφαση διορισμού του Δ.Σ.

5. Το αξίωμα του Προέδρου και των μελών του Διοικητικού Συμβουλίου καθώς και του Κυβερνητικού επιτροπός είναι τιμητικό και αμισθο.

6. Η θητεία του Διοικητικού Συμβουλίου ορίζεται τριετής.

7. Αντικατάσταση μελών του Διοικητικού Συμβουλίου λόγω παραιτήσεως, κωλυμάτος, αδυναμίας ή απουσίας πέραν των 3 συνεδριάσεων γίνεται με απόφαση της Ν.Α. Ανατολικής Αττικής, Δ.νση Κοιν. Πρόνοιας.

#### Άρθρο 4

##### Λειτουργία Διοικητικού Συμβουλίου

1. Το Διοικητικό Συμβούλιο συνενοείται μια φορά το μήνα, εκτακτώ δε σε περίπτωση ανάγκης την οποία κρίνει ο η Πρόεδρος που το συγκαλεί ή μετά από αίτηση τουλάχιστον τεσσάρων μελών του.

2. Το Διοικητικό Συμβούλιο διαθέτει, εφόσον όταν παρευρίσκονται τουλάχιστον πέντε μέλη. Σε περίπτωση μη επίτευξης απόφασης το Διοικητικό Συμβούλιο συνενοείται εκ νέου κατόπιν νέας πρόσκλησης μετά από μια εβδομάδα με την ίδια ησαφώς προσδιορισμένη ημερησία διάταξη και έγκριση αποφασίζει εφόσον παρίστανται τέσσερα μέλη.

3. Οι αποφάσεις του Διοικητικού Συμβουλίου λαμβάνονται κατά πλειοψηφία των παρόντων μελών. Σε περίπτωση ισόψηφιας υπερσχημαί η ψήφος του ης Προέδρου.

4. Οι προκλήσεις για τη συγκλήση των τακτικών και έκτακτων συνενοσεων του Διοικητικού Συμβουλίου κοινοποιούνται σε όλα τα μέλη από τον Προμηάτη του Δ.Σ. τουλάχιστον 3 μέρες πριν από την Συνεδρίαση.

#### Άρθρο 5

##### Αρμόδιες τμήτες Διοικητικού Συμβουλίου

1. Το Διοικητικό Συμβούλιο αποτελεί το ανώτατο Διοικητικό Όργανο του Ίδρυμάτος, ασκεί όλες ανεξαιρέτως τις εξουσίες και ευθύνες όλες τις λειτουργίες του. Χαρακτώ το λειτουργικό του Ίδρυμάτος, διαχειρίζεται την περιουσία του, εγκρίνει τους προϋπολογισμούς, απολύσεις του

προσωπικού και ρυθίζεται τις σχέσεις του ιδρύματος με εμμισθια και άμισθα πρόσωπα. Μεταξύ των αρμοδιοτήτων του είναι και οι εξής: α) Η λήψη όλων των αποφάσεων για όλες τις ενεργείες οι οποίες προάγουν και πραγματοποιούν το σκοπό του ιδρύματος όπως αυτά αναφέρονται στο Άρθρο 2. β) Η έγκριση του προϋπολογισμού, των εσόδων-εξόδων και του ετησίου οικονομικού απολογισμού του ιδρύματος. γ) Η διοίκηση και διαχείριση όλης της κινητής περιουσίας και της ακινητής που μπορεί να αποκτήσει το ίδρυμα, καθώς και των πόρων που προέρχονται από αυτήν, η απόφαση για ανέγερση ή καταδάφιση οικοδομών, για αγορά ή πώληση ακινήτων, κινητών, για τοποθέτηση κεφαλαίων, εκμισθώσεων κινητών ή ακινήτων και εν γένει κάθε πράξης διοίκησης, διαχείρισης, αξιοποίησης και διαθέσης της περιουσίας του ιδρύματος σύμφωνα και με το Κανονικό Δίκαιο. δ) Η απόφαση για κάθε γενική δαπάνη. ε) Η εξεύρεση οικονομικών πόρων για το Ίδρυμα. στ) Η αποδοχή κληρονομιών, κληροδοσιών, δωρεών, προϊόντων εράνου και κάθε άλλης εισφοράς με η χωρίς όρους ή και η δικαιολογημένη απόρριψή των. ζ) Ο καθορισμός των διδακτρών-τροφειών, κ.λ.π. των ατόμων τα οποία εξυπηρετούνται από το Ίδρυμα. η) Ο διορισμός Επιτρόπων από μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου η και άλλα πρόσωπα για τη μελέτη και το χειρισμό ειδικών θεμάτων. θ) Η ανακήρυξη ευεργετών και μεγάλων δωρητών του Ιδρύματος και η αναγνώριση προσφερομένων υπηρεσιών.

2. Ο Η Πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου εκπροσωπεί το Ίδρυμα, σε όλες τις έννομες σχέσεις, δικαστικά και εξωδικαστικά εναντίον κάθε φυσικού ή νομικού προσώπου. Υπογράφει όλα τα έγγραφα τα οποία αφορούν το Ίδρυμα, εκτάκτως πληρωμένη εξωφλητική αποδείξεις, ταπεινές ή μη επίταξες και εν γένει κάθε έγγραφο παραστατικό αξίας. Δίνεται να παρίσταται στις συνεδριάσεις των Διοικήσεων Επιτρόπων και να μεταβιβάζει τις αρμοδιότητες του της ή μέρος αυτών σε αλλό μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου ή άλλο πρόσωπο εκτός Διοικητικού Συμβουλίου.

#### Άρθρο 6

##### ΤΟΡΟΙ - ΠΕΡΙΟΥΣΙΑ

Οι Τοροί του Ιδρύματος προερχονται από:

1. Επίδοσης της του κρατικού Προϋπολογισμού.
2. Μεταβίβαση από Ασφαλιστικά Ταμεία.
3. Δωρεές φυσικών και νομικών προσώπων, εισοδήματα πασης φύσεως κληροδοτήματα, παρίοντα εράνων, παρίοντα κοινωνικών δραστηριοτήτων κ.λ.π.
4. Καθε έσοδα μη επαγγελματιών καθ' ύλην ή περιουσία του ιδρύματος αποτελούμε:
  - α) Οι Εγκαταστάσεις
  - β) Μηχανολογικός Εξοπλισμός
  - γ) Εξοπλιστικός Εξοπλισμός

#### Άρθρο 7

Εξοπλισμός Διαθέσιμη Υπηρεσία - Εξοπλισμός

1. Διαθέσιμη Υπηρεσία - Εξοπλισμός
2. Διαθέσιμη Υπηρεσία - Εξοπλισμός
3. Διαθέσιμη Υπηρεσία - Εξοπλισμός
4. Διαθέσιμη Υπηρεσία - Εξοπλισμός

γ) Τμήμα Ειδικής Εκπαίδευσης, Αποκατάστασης και Κοινωνικής Υποστήριξης

δ) Τμήμα Βοηθητικών και Τεχνικών Υπηρεσιών

Το Τμήμα Διοικήσεως και Οικονομικών είναι αρμόδιο για το χειρισμό κάθε θέματος που αναφέρεται στην γενική κατάσταση του προσωπικού του ιδρύματος, στα οικονομικά και στη διαχείριση της περιουσίας του, καθώς και τον χειρισμό θεμάτων Γραμματείας.

Στο Τμήμα Διοικήσεως και Οικονομικών υπάγεται και ο ξενώνας φιλοξενίας των κοριτσιών που παρακολουθούν τα προγράμματα του ιδρύματος.

Το Τμήμα Ιατροπαιδαγωγικό είναι αρμόδιο για την παροχή υπηρεσιών στους εξυπηρετούμενους από το ίδρυμα εξωτερικούς ή εσωτερικούς στους τομείς Λογαγοθεραπείας, εναλλακτικής επικοινωνίας, ενοθεραπείας, μουσικοθεραπείας, ψυχολογικής υποστήριξης, εφαρμοσμένης φυσικής Αγωγής, ψυχοκινητικής.

Το Τμήμα Ειδικής Εκπαίδευσης, Αποκατάστασης και Κοινωνικής Υποστήριξης είναι αρμόδιο (α) για την παροχή υπηρεσιών κοινωνικής αποκατάστασης των εξυπηρετούμενων από το Ίδρυμα, σε συνεργασία με τα άλλα τμήματα που λειτουργούν σε αυτό (β) την λειτουργία παιδικού σταθμού (γ) τη λειτουργία προστατευμένων ενοστηρίων προεπαγγελματικής και επαγγελματικής κατάρτισης (δ) τη λειτουργία εξειδικευμένου κέντρου Επαγγελματικής Κατάρτισης (ε) επαγγελματικά ενοστηρία για άτομα με ειδικές ανάγκες (ΕΚΕΚ), που παρέχει κατάρτιση σε εξειδικευμένα πεδία για άτομα που ασχολούνται με ΑΜΕΑ.

Το Τμήμα Βοηθητικών και Τεχνικών Υπηρεσιών είναι αρμόδιο για την εκτέλεση όλων των βοηθητικών και τεχνικών υπηρεσιών του Ιδρύματος.

#### Άρθρο 8

##### Προσωπικό Ιδρύματος

##### ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

1. Κλάδος ΠΕ Διοικητικός - Οικονομικός θέσεις τρεις (3)
2. Κλάδος ΤΕ Πληροφορικής Τεχνολογίας θέσεις μια (1)
3. Κλάδος ΤΕ Διοικητικός - Οικονομικός θέσεις δυο (2)
4. Κλάδος ΔΕ Διοικητικός - Οικονομικός υπαλληλικού γραφείου και λογιστηρίου, τηλεφωνητικές θέσεις δεκα (10)

##### ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΟΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ

1. Κλάδος ΠΕ Ιατρών Ειδικότητας Παίδων/εναλλακτικές Υπηρεσίες 1 θέση μια (1)
2. Κλάδος ΠΕ Ψυχολογών θέσεις πέντε (5)
3. Κλάδος ΠΕ Κοιν. Ενοστήσεως θέσεις μια (1)
4. Κλάδος ΠΕ Λογοπεδικών θέσεις τρεις (3)
5. Κλάδος ΠΕ Ειδικών παιδαγωγών θέσεις μια (1)
6. Κλάδος ΠΕ Κοινωνιολογών θέσεις μια (1)
7. Κλάδος ΠΕ Ενοθεραπείας θέσεις μια (1)
8. Κλάδος ΠΕ Επιστημονικών Συνεργατών θέσεις τρεις (3)
9. Κλάδος ΤΕ Κοιν. Ενοστήσεως θέσεις τρεις (3)
10. Κλάδος ΤΕ Ενοθεραπείας θέσεις δυο (2)
11. Κλάδος ΤΕ Μουσικοθεραπείας θέσεις μια (1)
12. Κλάδος ΔΕ Δραματοθεραπείας θέσεις μια (1)
13. Κλάδος ΔΕ Εξ. Παιδαγωγών θέσεις τρεις (3)

ΤΜΗΜΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

- 1. Κλάδος ΠΕ Διοικητικός, θέσεις δύο (2)
- 2. Κλάδος ΠΕ Φυσικής Αγωγής, θέσεις τρεις (3)
- 3. Κλάδος ΠΕ Εκπ. των Ειδ. Αγωγής, θέσεις δύο (2)
- 4. Κλάδος ΠΕ Νηπιαγωγών, θέσεις δύο (2)
- 5. Κλάδος ΤΕ Εκπ. των Ειδ. Αγωγής, θέσεις δύο (2)
- 6. Κλάδος ΔΕ Εκπ. των Επαγγέλμ. κατάρτισης, θέσεις δεκα (10)
- 7. Κλάδος ΔΕ Βοηθών Νηπιαγωγών, θέσεις τρεις (3)
- 8. Κλάδος ΔΕ Επιμελητριών, θέσεις τρεις (3)
- 9. Κλάδος ΔΕ Παιδαγωγών Οικοτροφείου, θέσεις επτά (7)
- 10. Κλάδος ΔΕ ή ΥΕ Εμπειροπτεχνης εκπαιδευτες επαγγελματικής κατάρτισης, θέσεις πέντε (5)

ΤΜΗΜΑ ΒΟΗΘΗΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

- 1. Κλάδος ΔΕ, θέσεις επτά (7)  
Απο τις παραπάνω θέσεις ορίζονται  
- μία (1) θέση αποθηκάρου  
- μία (1) θέση συντηρητού  
- πέντε (5) θέσεις συνοδών
  - 2. Κλάδος ΥΕ, θέσεις τριάντα επτά (37)  
Απο τις παραπάνω θέσεις ορίζονται:  
- δύο (2) θέσεις μαγειρών  
- δύο (2) θέσεις βοηθών μανιέσων  
- δύο (2) θέσεις λαντζέρων  
- τρεις (3) θέσεις τραπεζόκωων  
- δώδεκα (12) θέσεις προσωπικού καθαριότητας  
- οκτώ (8) θέσεις ραπτριών, σιδερωτριών, πλυντριών, ματιοφυλάκων  
- τρεις (3) θέσεις ενοστών γενικής απασχόλησης  
- πέντε (5) θέσεις οδηγών
- Η αριθμητική σύνθεση του προσωπικού μπορεί να μεταβάλλεται ανάλογα με τις ανάγκες ευρυθμης λειτουργίας του ιδρυματος εντός του συνολικού αριθμου των προβλεπομενων θέσεων με την προσθηκη και νέων ειδικοτητων ύστερα απο αποφαση του Δ.Σ. του Ιδρυματος.

Άρθρο 9

Προκείμενοι Υπηρεσιων

- 1. Της Διοικήσεως του ιδρυματος προϊσταται ο Διευθυντής που ορίζεται απο το Διοικητικο Συμβούλιο του Ιδρυματος.
- 2. Του Τμήματος Διοικήσεως και Οικονομικών προϊσταται υπάλληλος ΠΕ Διοικητικού-Οικονομικού
- 3. Του Τμήματος Ιατροπαιδαγωγικού προϊσταται υπάλληλος ΠΕ Ιατρικής με ειδικότητα στην παιδοψυχιατρική ή ΠΕ Ψυχολόγου ή ΠΕ Κοινων. Λειτουργού ή ΠΕ Εργοθεραπευτών ή ΠΕ Ψυχολογικού
- 4. Του Τμήματος Ειδικής Εκπαίδευσης Αποκατάστασης και Κοινωνικής Υποστήριξης προϊσταται υπάλληλος της ΠΕ Κοινωνικών Λειτουργών ή ΠΕ Κοινωνιολογών ή ΠΕ Ειδικών Παιδαγωγών
- 5. Του Τμήματος Βοηθητικών και Τεχνικών υπηρεσιων προϊσταται υπάλληλος της ΠΕ Διοικητικού ή ΤΕ Διοικητικού ή ΤΕ Τεχνικών ή ΔΕ Διοικητικού-Λογιστικού ή ΔΕ Τεχνικών.

Άρθρο 10

Προϋπολογισμοί - Απολογισμοί - Ισολογισμοί

1. Η ετήσια ετήσια προϋπολογισμός του Ιδρυματος ενοσεται βάσει προϋπολογισμοϋ καθ' εν εξόδων

2. Το Οικονομικό έτος της διαχείρισης ορίζεται από την 1η Ιανουαρίου και ληγει την 31η Δεκεμβρίου κάθε έτους.

3. Για κάθε οικονομικό έτος συντάσσεται ο Προϋπολογισμός εσοδων-εξόδων του ιδρυματος για το προσεχές έτος, ο οποίος εγκρινεται από το Διοικητικο Συμβούλιο.

4. Ο Προϋπολογισμός αναγράφει εσοδα-εξοδα κατά κεφάλαια και άρθρα για κάθε κατηγορία εσοδων-εξόδων (μισθοδοσίας - λειτουργικών δαπανων- κ.λ.π.)

5. Μεταβολές του Προϋπολογισμού (αναθεωρήσεις) κατά τη διάρκεια του οικονομικού έτους ενεργούνται με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Ιδρυματος με την καταλληλη αιτιολογια για την ανάγκη μεταβολής.

6. Το Ιδρυμα υποχρεούται να συντάξει σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος Οργανισμού (καταστατικού) και του Εσωτερικού κανονισμού υπηρεσιακών οργάνων, με τη λήξη του οικονομικού έτους, Απολογισμό, Ισολογισμό, Έκθεση των πεπραγμένων της λειτουργίας του ιδρυματος και να τα υποβάλλει με την εγκρίση τους στη Ν. Αυτοδιοικήση Ανατολικής Αττικής, Διευθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας και κοινοποιείται στην αρμοδια Διευθυνση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

Άρθρο 11

Εσωτερικός Κανονισμός

Όλα τα λεπτομερη θέματα που αναγονται στην κανονική και ευρυθμη λειτουργία του ιδρυματος: κατανομή του προσωπικού σε διαφορερες υπηρεσίες, τις προϋποθέσεις και τα προσόντα διορισμου του προσωπικού, τις αποδοχές, τα καθήκοντα αυτού στειδρυμα, τις πειθαρχικές διαδικασίες και κάθε θέμα το οποίο αφορά το προσωπικό ρυθμίζονται με εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας που συντάσσεται απο το Διοικητικο Συμβούλιο του Ιδρυματος και υποβάλλεται στην οικεια Νομαρχιακή Αυτοδιοικήση για εγκρίση εντός εξημενων από τη ληξη της του παρόντος.

Στο Υφιστάμενο Υγείας και Πρόνοιας διαθέτουμε τη δημόσιαυση και εκτέλεση του παρόντος Διαταγματος

Αθήνα, 28 Δεκεμβρίου 2009

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ

ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
 Α. ΤΣΑΝΗΣ  
 ΓΙΑΝΝΟΣ ΠΑΠΑΝΤΩΝΙΟΥ  
 ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΔΡΥΣ  
 ΔΗΜ. ΘΑΝΟΣ

(3)

ΠΡΟΕΔΡΙΚΟ ΔΙΑΤΑΓΜΑ ΚΑΤ' ΑΡΘΡΟ 10

ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΚΑΙ ΕΚΤΕΛΕΣΗΣ ΤΟΥ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΥ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΥ ΜΕΤΑΦΟΡΕΣ

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Εχόντος υπόψη,

1) Τις διατάξεις του Ν. 2737/99 ΦΕΚ 171 Α (Μεταφορικές ανθρωπίνων στην και μηχανών και οχημα διατάξεις) και ειδικότερα το άρθρο 19



2. Τις διατάξεις του άρθρου 29 Α του Ν. 1558/85 «Κυβέρνηση και Κυβερνητικά όργανα» (ΦΕΚ 137 Α/ 85) όπως προστέθηκε με το άρθρο 27 του Ν. 2081/92 (ΦΕΚ 154 Α/ 92) και αντικαταστάθηκε με το άρθρο 1 παρ. 2α του Ν. 2469/97 (ΦΕΚ 38 Α/ 97).

3. Την αριθ. ΔΙΔΚ Φ1 2/1187 12.5.2000 (ΦΕΚ 630/Β' 2000) απόφαση ανάθεσης αρμοδιοτήτων στους Υφυπουργούς Εσωτερικών Δημ. Διοίκησης και Αποκεντρωσης.

4. Την αριθ. 1039386 441 Α0006 21.4.2000 (ΦΕΚ 571/Β' 2000) απόφαση ανάθεσης αρμοδιοτήτων στον υφυπουργό Οικονομικών Γ. Δρυ.

5. Η ετήσια δαπάνη που προκαλείται από την έκδοση του Π.Δ. κατά τα οριζόμενα στην παρ.2α του άρθρου 1 του Ν. 2469 97 (ΦΕΚ.38.Α' 97), ανέρχεται στο ποσό των 146.000.000 δρχ. και θα προβλεπεται για τα επόμενα έτη στον Προυπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας (Φ.210 ΚΑΕ 2549).

6. Τη με αριθμ. 481 2900 γνωμοδότηση του Συμβουλίου της Επικρατείας με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και των Υφυπουργών Εσωτερικών Δημ. Διοίκησης και Αποκεντρωσης και Οικονομικών αποφασίζουμε:

#### Άρθρο 1

##### Νοσική Μορφή - Συρανίδα - Ευβλημα

1. Ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων (Ε.Ο.Μ.) που ιδρύθηκε με τις διατάξεις του άρθρου 15 του Ν. 2737 99 (ΦΕΚ 174 Α) είναι Νοσική Προσωπική Ιδιωτικού Δικαίου με έδρα την Αθήνα και τελεί, υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

2. Ο Ε.Ο.Μ έχει στοργική νοοτροπία στην οποία αναφέρονται σε απλήλευση κυκλώσε. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ - Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας - Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων - ΝΠΙΔ και στη μεση το ΕΘΝΟΣΗΜΟ

#### Άρθρο 2

##### Σκοπός

1. Σκοπός του Ε.Ο.Μ είναι η υποβοήθηση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για τη χάραξη εθνικής πολιτικής στον τομέα των μεταμοσχεύσεων.

2. Για την επίτευξη του σκοπού του ο Ε.Ο.Μ έχει κατα-  
Ευ άλλων και τις ακόλουθες αρμοδιότητες:

α. Εισηγείται τους όρους της προμήθευσης και τη δια-  
βίωση των μεταμοσχεύσεων καθώς και τη συνταγή και-  
βία δρομολογίας για τη λειτουργία των Μονάδων Μετα-  
μοσχεύσεων και των Τεραπευτικών Ιστών προς Μεταμοσχεύ-  
...

β. Συντονίζει και συντονίζει σε τοπικό, κρατικό και δια-  
κρατικό επίπεδο τη διακίνηση των μοσχευμάτων στα πορ συμπαραμυθώνεται και ο μελέτες των οστών.

γ. Καταρτίζει με βελτιώσεις στην και οργάνων τους  
ληπτικές δομές και τους υποψηφίους λήπτες οργάνων.

δ. Εισηγείται στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας τη χά-  
ραξη αδειών για την ίδρυση Μονάδας Μεταμοσχεύσε-  
του μεταμοσχεύσεων προς Μεταμοσχεύση.

ε. Παρέχει με στοιχεία έκθεση και αξιολόγηση του  
επίσης με το σύνολο των αποτελεσμάτων των Μονά-  
δων Μεταμοσχεύσεων. Για την οποία υποβάλλει έκθεση  
στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

στ. Συνεργάζεται με αντίστοιχους οργανισμούς και με-  
ταμοσχευτικά κέντρα της αλλοδαπής για την προμηθεια  
και ανταλλαγή μοσχευμάτων.

ζ. Μεριμνά για την ψυχοκοινωνική υποστήριξη των λη-  
πτών, των ζώντων δοτών και των συγγενών των δοτών.

η. Επιδιώκει με κάθε προσφορο τρόπο και ιδίως με την  
οργάνωση κατάλληλης ενημέρωσης και πληροφόρησης  
του κοινού, της αύξησης του αριθμού των προσοριζομενων  
για μεταμοσχευση οργάνων.

#### Άρθρο 3

##### Διοικητικό Συμβούλιο

##### Συνθεση - Λειτουργία - Αρμοδιότητες

1. Ο Ε.Ο.Μ διοικείται από ενδεκαμελές (11) Διοικητικό  
Συμβούλιο (Δ.Σ.) (παρ.1 άρθρο 16 του Ν. 2737 99) που  
αποτελείται από:

α. Έναν Καθηγητή Ιατρικής Σχολής με ειδικότητα σε  
γνωστικό αντικείμενο συναφές προς τη μεταμοσχευση.

β. Ένα Διευθυντή Μεταμοσχευτικού Κέντρου Μυελού  
των Οστών προτεινόμενο από το Κεντρικό Συμβούλιο  
Υγείας.

γ. Ένα Διευθυντή Μονάδας Εντατικής Θεραπείας Νο-  
σηλευτικού Ιδρυματος, που εποπτεύεται από το Υπουρ-  
γείο Υγείας και Πρόνοιας.

δ. Ένα Διευθυντή Μεταμοσχευτικού Κέντρου Συμπα-  
γών Οργάνων Νοσηλευτικού Ιδρυματος εποπτευόμενο  
από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

ε. Ένα Διευθυντή Κέντρου Ιστοσυμβατότητας, το οποίο  
ασχλείται με τις μεταμοσχεύσεις.

στ. Έναν Καθηγητή η Αναπληρωτή Καθηγητή Νοσικού  
Τμήματος Α.Ε.Ι.

ζ. Έναν εκπρόσωπο του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλο-  
γού (Π.Ι.Σ.).

η. Έναν ανώτερο υπάλληλο του Υπουργείου Υγείας και  
Πρόνοιας.

θ. Έναν εκπρόσωπο της Εκκλησίας της Ελλάδος.

ι. Ένα λήπτη η υποψήφιο λήπτη μοσχευματος ιστών η  
οστών που ορίζεται από την Εθνική Συνμοσχευτική  
Άσκηση με Ειδικές Αναγκες.

κ. Έναν εκπρόσωπο του Εθνικού Συνδέσμου Διπλωμα-  
τούχων Νοσηλευτών - Νοσηλευτών Ελλάδος.

2. Ο Πρόεδρος τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου  
του Ε.Ο.Μ. καθώς και οι αναπληρωτές τους, διορίζονται  
με Απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας παρ. 2  
αρθρο 16 του Ν. 2737 99.

3. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοια-  
ς και Οικονομικών καθορίζεται η αποζημίωση του Πρόε-  
δρου και των μελών του Διοικητικού Συμβουλίου, παρ. 4  
αρθρο 16 του Ν. 2737 99.

4. Καθέ Προεδρεύων του Δ.Σ. ενός υπαλλήλου που υπη-  
ρτά στον Ε.Ο.Μ. ο οποίος ορίζεται μαζί με τον αναπλη-  
ρωτή του με απόφαση του Προέδρου του Δ.Σ.

5. Το Δ.Σ. συνεδριάζει ύστερα από πρόσκληση του προ-  
έδρου του, τακτικά δύο φορές το μήνα και έκτακτως σαν  
το ζητήσει, ο πρόεδρος ή η πλειοψηφία των μελών. Στην  
περιπτωση αυτή περίπτωση, ο Πρόεδρος καλεί υποχρεω-  
τικά το Δ.Σ. εντός πέντε ημερών από την υποβολή του  
συνεπτικού αιτήματος και καθορίζει την ημέρα, την ώρα και  
τον τόπο των συνεδριάσεων. Η πρόσκληση, γνωστοποι-



- α. Τμήμα Α Παράκοιούθησης και Συντονισμού Μεταμοσχευτικής Διαδικασίας.
- β. Τμήμα Β Διοικητικού-Οικονομικού.
- γ. Τμήμα Γ Ιστών προς Μεταμόσχευση, Ιστούσυμβατότητας και Τραπεζών Ιστών προς Μεταμόσχευση.

Άρθρο 6

Αρμοδιότητες της Διεύθυνσης του Ε.Ο.Μ.

Αρμοδιότητες της Διεύθυνσης είναι :

Η παροχή της αναγκαίας Διοικητικής και Επιστημονικής υποστήριξης για την απρόσκοπτη και αποδοτική λειτουργία του Ε.Ο.Μ., ο προγραμματισμός, η εξασφάλιση, και η διαχείριση των οικονομικών και των υλικών μεσών του Ε.Ο.Μ., ο χειρισμός όλων των θεμάτων υπηρεσιακής και μισθολογικής κατάστασης του προσωπικού, η τήρηση γενικού πρωτοκόλλου και αρχείου, ως και η διακίνηση της αλληλογραφίας.

1. Το Τμήμα Α Παράκοιούθησης και Συντονισμού της Μεταμοσχευτικής Διαδικασίας έχει τις ακόλουθες αρμοδιότητες

- α. Την ανευρεση, εξασφάλιση και αξιοποίηση των προσφερομένων οργάνων
- β. Το συντονισμό και έλεγχο της διαδικασίας ανευρεσης πρωτοπατικών δότην οργάνων με τελικό στόχο την προώθηση των μεταμοσχεύσεων
- γ. Την επιμελέια για την εξασφάλιση της απαιτούμενης ατομικής φροντίδας προς το δότη μέχρι την αφαίρεση των προσφερομένων οργάνων
- δ. Την επιμελέια για την αμεση και σωστή οργάνωση της μεταφοράς των οργάνων σε τοπικό, εθνικό και διεθνές επίπεδο σε συνεργασία με άλλους φορείς.
- ε. Την παρακολούθηση της όλης διαδικασίας της μεταμοσχεύσης και του συστήματος διαθεσης των μοσχευμάτων με σκοπό τη διασφάλιση αυτού.
- στ. Την τήρηση των προβλεπόμενων από τα άρθρα 7 & 8 του Ν. 2737/99 μπειρών.

2. Το Τμήμα Β Διοικητικού - Οικονομικού έχει τις ακόλουθες αρμοδιότητες:

- α. Την ευθύνη της οικονομιακής στήριξης του Ε.Ο.Μ.
- β. Είναι υπεύθυνο : α) την τήρηση πρωτοκόλλου και την διακίνηση της αλληλογραφίας και του αρχείου του Ε.Ο.Μ., γ) Είναι υπεύθυνο για το διοικητικό έλεγχο των αδειών αρρέσεως και των άλλων κατηγοριών αδειών όλου του προσωπικού.
- δ) Έχει την ευθύνη για το χειρισμό όλων των θεμάτων υπηρεσιακής κατάστασης του προσωπικού.
- ε) Καταρτίζει τον επίσημο προϋπολογισμό, υλοποιεί τον εκπονηθέντα προϋπολογισμό, διαχειρίζεται τις απορροσές του Υπουργείου Δημόσιας Υγείας.
- στ) Είναι υπεύθυνο για :
- α) την τήρηση αρχείων της γενικής διαλυτικής κατάσταση,
- β) την τήρηση της ασφαλογικής νομοθεσίας,
- γ) την παρακολούθηση της μεθοδολογίας του προσωπικού.
- δ) την τήρηση της οικιακής της υπηρεσίας, την ρύαξη και την καθαριότητα των εγκαταστάσεων του Οργανισμού.
- ε) να τηρεί τον αρχιείο και την εκτέλεση των παθημάτων, να ελέγχει, καθώς επίσης και να τον προγραμματίζει, να ελέγχει τον Ε.Ο.Μ. επί της προμήθευτες ΣΤ, να ελέγχει, να ελέγχει για την παύση ουσιοτή-

τα του Ε.Ο.Μ και τον προγραμματισμό πληρωμών του επόμενου μήνα.

Ζ. Είναι αρμόδιο για τις πληρωμές και τις εισπράξεις. Εκδίδει τις επιταγες.

Η. Διαχειρίζεται τις πιστώσεις, έχει τις επαφές με τις τράπεζες, δημόσιους οργανισμούς και προμηθευτές.

3. Το Τμήμα Γ Ιστών προς Μεταμόσχευση, Ιστούσυμβατότητας και Τραπεζών Ιστών προς Μεταμόσχευση έχει τις ακόλουθες αρμοδιότητες

Ελέγχει τα μεταμοσχευτικά κέντρα ιστών, τα εργαστήρια που υποστηρίζουν μεταμοσχευτικά κέντρα καθώς και τις τραπεζές ιστών προς μεταμοσχευση. Τηρεί τα μητρώα εθελοντών δότην μυελού των οστών, τα μητρώα που αφορούν όλες τις μεταμοσχεύσεις ιστών και τα στοιχεία που υποχρεωτικά υποβάλλουν σε αυτό τα εργαστήρια ιστούσυμβατότητας, σχετικά με τις πράξεις στις οποίες προβαίνουν και οι οποίες αφορούν εν γενει τις μεταμοσχεύσεις ιστών η οργάνων.

Άρθρο 7

Προστατευμένοι Προσωπικοί των Υπηρεσιών του Ε.Ο.Μ Προσόντα διορισμού.

Οι θέσεις προσωπικού του Ε.Ο.Μ., οι οποίες έχουν συσταθεί με τις διατάξεις του άρθρου 18 του Ν. 2737/99 κατανέμονται κατά κατηγορία κλάδο και ειδικότητα ως εξής :

- 1. οκτώ (8) θέσεις ειδικού επιστημονικού προσωπικού με σύμβαση εργασίας ιδιωτικού δικαίου διαρκείας πέντε (5) ετών που μπορεί να ανανεώνεται. Το επιστημονικό αυτό προσωπικό κατανέμεται σε ειδικότητες ως εξής :
  - α. δύο (2) ιατροί με επιστημονική εξειδίκευση στον τομέα των μεταμοσχεύσεων
  - β. ένας (1) υπαλλήλος του κλάδου ΠΕ Δημοσιονομικής και ΜΜΕ με ειδίκευση στα μέσα μαζικής ενημέρωσης
  - γ. ένας (1) υπαλλήλος του κλάδου ΠΕ Ψυχολογών με εξειδίκευση στον τομέα της υγείας
  - δ. τρεις (3) νοσηλεύτες με επιστημονική εξειδίκευση στον τομέα των μεταμοσχεύσεων
  - ε. ένας (1) υπαλλήλος με επιστημονική εξειδίκευση στην Στατιστική
  - ς. Δέκαπέντε (15) θέσεις λοιπού προσωπικού με σύμβαση οριστού χρόνου από τις οποίες :
    - α. ένας (1) ιατρός, ειδικότητας συνάφους με το φιλικό κέντρο των μεταμοσχεύσεων, κάτοχος διδακτορικού πτυχίου με πτυχία τουλάχιστον ευρεία στον τομέα των μεταμοσχεύσεων
    - β. ένας (1) υπαλλήλος κατηγορίας ΠΕ κλάδου Διοικητικού με πτυχία τουλάχιστον προπτυχιακά στο Δημόσιο ή ιδιωτικό τμήμα και γνώσεις μιας τουλάχιστον ξένης γλώσσας
    - γ. ένας (1) υπαλλήλος κατηγορίας ΠΕ κλάδου Οικονομικού ΠΕ ή αντιστοίχου με πτυχία τουλάχιστον προπτυχιακά στο Δημόσιο ή ιδιωτικό τμήμα και γνώσεις μιας τουλάχιστον ξένης γλώσσας
    - δ. οκτώ (8) υπαλλήλοι κατηγορίας ΓΕ ή ΓΕ των ειδικότητας Ιατρών, Νοσηλέων, Επισκεπτών υγείας και νοσηλευτικών λειτουργιών με συντόμιστες μεταμοσχεύσεων
    - ε. δύο (2) υπαλλήλοι κατηγορίας ΔΕ κλάδου Διοικητικού, Διοικητικού
    - ςτ. ένας (1) υπαλλήλος κατηγορίας ΨΕ κλάδου επιμελητών



3. Ο απολογισμός εσόδων και εξόδων του Ε.Ο.Μ. απεικονίζει τα αποτελέσματα από την εκτέλεση του προϋπολογισμού του αντιστοιχού έτους. Ειδικότερα απεικονίζει:
- α. Τα προϋπολογισθέντα έσοδα και έξοδα.
  - β. Τα πραγματοποιηθέντα έσοδα και έξοδα.
4. Οι λογαριασμοί του Ε.Ο.Μ. κατατάσσονται σε ομάδες και υποομάδες ανάλογα με την εκάστοτε οικονομική δραστηριότητα του Ε.Ο.Μ.

#### Άρθρο 13

Υπηρεσιακή κατάσταση προσωπικού - Πειθαρχική Δικαιοδοσία - Πειθαρχικά Παραπτώματα - Πειθαρχικές ταινίες

##### Α. ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

1. Το βασικό ωράριο εργασίας του προσωπικού του ΕΟΜ είναι το προβλεπόμενο από τις ισχύουσες διατάξεις της ενομοθεσίας. Για την καλυψη υπηρεσιακών αναγκών στον ΕΟΜ δύναται να εφαρμόζεται το σύστημα υπέρωριακής απασχόλησης σύμφωνα με την ισχύουσα ενομοθεσία.

2. Οι άδειες του προσωπικού διακρίνονται σε:

- α. κανονικές
- β. ασθένειας
- γ. άνευ αποδοχών
- δ. ειδικές, μετά η άνευ αποδοχών (κυψέλης, λοχείας, γυναική, γάμου, εκπαιδευτική κ.λπ.)

3. Η κανονική άδεια χορηγείται μετά από εκτίμηση των υπηρεσιακών αναγκών του ΕΟΜ και η διάρκεια της καθορίζεται βάση της εκάστοτε ισχύουσας νομοθεσίας. Είναι δε δυνατόν να ανακληθεί για λόγους υπηρεσιακής ανάγκης ή να διακοπεί, κατόπιν αιτήσεως του ενδιαφερομένου και μετά από την εκτίμηση των προβαλλόμενων λόγων διακοπής. Το προσωπικό κερδίζει άμεσα μετά την λήξη της άδειας να επανέλθει στη θέση του.

4. Το προσωπικό που για λόγους ασθένειας αδυνατεί να εκτελέσει την υπηρεσία του, δικαιούται να λάβει άδεια ασθένειας που καλύπτεται από τον ασφαλιστικό φορέα. Η διάρκεια της άδειας ασθένειας καθώς και οι προϋποθέσεις χορήγησης της καθορίζονται βάση της εκάστοτε ισχύουσας νομοθεσίας.

5. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις είναι δυνατόν να χορηγείται στο προσωπικό κατόπιν γραπτής αιτήσεως του μετά από εκτίμηση των υπηρεσιακών αναγκών του ΕΟΜ με απόφαση του Προέδρου του Δ.Σ. κατά περίπτωση, άδεια άνευ αποδοχών της οποίας η διάρκεια δεν υπερβαίνει τις τριάντα (30) μέρες ετησίως.

6. Η χορήγηση άδειών άνευ αποδοχών υποκειται στους όρους και τις προϋποθέσεις οι οποίες καθορίζονται από την εκάστοτε ισχύουσα νομοθεσία.

7. Κάθε χρόνο, κατόπιν του προσωπικού συντάσσονται εκθέσεις αξιολόγησης από τον άμεσο Προστάτημο.

##### Β. Πειθαρχική Δικαιοδοσία

α. Πειθαρχικά περιστασιακά είναι: ο Πρόεδρος του Δ.Σ. του Οργανισμού, ο Διατελλόμενος ο Προστατευόμενος Υποδιευθυντής.

β. Πειθαρχικά διαρκή είναι: ον Προέδρος, ο Υποπρόεδρος και τα μέλη του Δ.Σ. του Οργανισμού.

Η θέση του Προστατευόμενου αποτελεί αντικείμενο των αρμοσίων των ανωτέρω και η απόφαση για την επίλυση των περιστασιακών παραπτώσεων περνάει από την επιτροπή.

##### Γ. Πειθαρχικά παραπτώματα:

Κάθε παράβαση με πράξη ή παράλειψη υπηρεσιακού καθήκοντος, η οποία είναι δυνατόν να καταλογισθεί, θεωρείται πειθαρχικό παράπτωμα. Το υπηρεσιακό καθήκον προαδιορίζεται από τις υποχρεώσεις, οι οποίες απορρέουν από τον κανονισμό του Οργανισμού, τις συμβάσεις προσλήψης του προσωπικού και τις οδηγίες και εντολές του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και της Διοίκησης του Οργανισμού. Πειθαρχικά παραπτώματα είναι ιδίως:

- Η αυθαίρετη και αδικαιολογητή απουσία.
- Η κατ' επανάληψη μη τήρηση του κανονικού ωραρίου.
- Η απασχόληση, κατά τη διάρκεια της εργασίας με έξω από το οργανισμό δραστηριότητες του Οργανισμού έργα.
- Η παράλειψη άσκησης υπηρεσιακού ελέγχου.
- Η αδικαιολογητή μειωμένη απόδοση και η κατ' επανάληψη πλημμελής εκτέλεση των υπηρεσιακών καθηκόντων εφόσον προκύπτει από τις εκθέσεις αξιολόγησης τουλάχιστον των δύο (2) τελευταίων ετών.
- Η άρνηση εκτέλεσης των υπηρεσιακών εντολών και οδηγιών ή η αδικαιολογητή παρεκκλίση από τις εντολές και οδηγίες αυτές.
- Η χρησιμοποίηση για προσωπικό όφελος των υπηρεσιακών πληροφοριών και στοιχείων.
- Η απόδοξη από εργαζόμενο οποιασδήποτε υλικής ευνοίας, προερχομένης από πρόσωπα τις υποθέσεις των οποίων διαχειρίζεται ή προκειται να διαχειρισθεί υπο ανδηγήτοτε ιδιότητα.
- Η κατάχρηση εξουσίας, η απρόετρη συμπεριφορά, η απροσώπηση και η μη εξέταση των υποβαλλόμενων παραπόνων.
- Η συστηματική και αποδεδειγμένη αδιαφορία για την διαφύλαξη των συμφερόντων και της περιουσίας του Οργανισμού, όπως και η αδικαιολογητή άδεια και εγκατάλειψη των περιουσιακών στοιχείων.
- Η χρήση των περιουσιακών στοιχείων του Οργανισμού για λόγους ασχέτους με τις δραστηριότητες του.
- Η αδικαιολογητή άρνηση, σε περίπτωση ασθένειας, υποβολής σε εξέταση από το αρμόδιο όργανο της υγειονομικής υπηρεσίας του Οργανισμού ή του νοσοκομείου.

Η χρησιμοποίηση του προσωπικού του Οργανισμού για προσωπικές υποθέσεις.

Η χρήση της υπηρεσίας της Διοίκησης απασχόληση ή εργασία κτ. λ.ε. ή η άσκηση επιπλέον επαγγελματικού δραστηριότητας με έξω από το οργανισμό και η συμμετοχή σε διαρκή ή αδιάλειπτα Ανώτατων Επαγγελματικών και Νοσηρευτικών Ιδρυμάτων.

Η κατάληξη υπέρβαση των ή να κάποια από τα πλημμελήματα κ.λπ. ή άλλη υπέρβαση επαγγελματικού, εκπαιδευτικού ή παραβίαση του νόμου περί νοσηρευτικών.

Η πράξη αυτή με αντίστοιχη υπαγωγή στην περίπτωση διαγραφής με την παρ. 2 της παρούσας από τον ΕΟΜ.

Δ. Πειθαρχικά διαρκή είναι: ο Προέδρος, ο Υποπρόεδρος και τα μέλη του Δ.Σ. του Οργανισμού.

α. Επικλήση η οποία δύναται να επιβληθεί από όλους τους προϊστάμενους.

β. Περιπτώσεις είναι δυνατόν να επιβληθεί από όλους τους προϊστάμενους. Το ύψος του

προστίμου του δυναμένου να επιβληθεί από καθένα πειθαρχικώς προϊστάμενο εξαρτάται από την ιεραρχική βαθμίδα στην οποία ανήκει και συγκεκριμένα:

- Προϊστάμενος υπηρεσίας: έως το ένα εκτό (1/6) των μηνιαίων αποδοχών.

- Διευθυντής: έως το ένα τρίτο (1/3) των μηνιαίων αποδοχών.

- Πρόεδρος του Δ.Σ. έως το ήμισυ (1/2) των μηνιαίων αποδοχών

- Δ.Σ. του Οργανισμού: έως το σύνολο των μηνιαίων αποδοχών.

γ) Οριστική Απόλυση: Η ποινή αυτή επιβάλλεται με καταγγελία της Συμβάσης εργασίας, εφόσον το παράπτωμα συνιστά σπουδαίο λόγο σύμφωνα με το άρθρο 672 του Αστικού Κώδικα.

δ) Η υποτροπή θεωρείται ως ιδιαίτερος επιβαρυντικός περιπτώση κατά την επιβολή της ποινής.

Ε. Οι αποφασίες των πειθαρχικώς προϊσταμένων υποκείμενες σε ένσταση ενώπιον του Δ.Σ. του Οργανισμού. Ένσταση κατά πειθαρχικής απόφασης είναι δυνατόν να ασκηθεί, είτε από τον καταδικασθέντα και εντός δεκά (10) ημερών από της κοινοποίησης της απόφασης σ' αυτόν, είτε υπέρ της διοίκησης από ανώτερο πειθαρχικώς προϊστάμενο. Ο πειθαρχικώς δικωμένος, πριν από την επιβολή ποινής, έχει δικαίωμα ακροασεως σύμφωνα με την παρ. 2 του άρθρου 20 του Συντάγματος.

#### Άρθρο 14

##### Σύσταση Επιτροπών

1. Το Δ.Σ. του Ε.Ο.Μ. έχει την ευθύνη της συγκρότησης επιτροπής Δεοντολογίας. Η Επιτροπή αυτή είναι επταμελής και αποτελείται από:

α. Έναν ιατρό μέλος του Δ.Σ. του Ε.Ο.Μ.

β. Τον καθηγητή ή αναπληρωτή καθηγητή Νοσικού Τμήματος Α.Ε. που είναι μέλος του Δ.Σ. του Ε.Ο.Μ.

γ. Τον εκπρόσωπο στο Δ.Σ. των ληπτών ή υποψηφίων ληπτών μολυσματός.

δ. Τον εκπρόσωπο στο Δ.Σ. της Εκκλησίας της Ελλάδος.

ε. Έναν εκπρόσωπο της Αρχής ή ο Συνήγορος του Πολίτη με αντικείμενο στην ποιότητα της παροχής υπηρεσιών στον πολίτη.

στ. Τον εκπρόσωπο στο Δ.Σ. του Εθνικού συνδέσμου διπλωματούχων νοσηλευτριών-νοσηλευτών Ελλάδος.

ζ. Έναν ιατρό με γνωστικό αντικείμενο σχετικό με τη μεταμόσχευση, προτεινόμενο από το Δ.Σ. του Ε.Ο.Μ.

Με την απόφαση συγκρότησης της επιτροπής ορίζονται ο Πρόεδρος και Αντιπρόεδρος αυτής.

2. Το Δ.Σ. του ΕΟΜ έχει την ευθύνη της συγκρότησης επιτροπών, οι οποίες θα εξυπηρετούν τις ανάγκες της επιστήμης και της προώθησης του σκοπού του ΕΟΜ. Τέτοιες Επιτροπές είναι ιδίως:

α. Η Επιτροπή Προώθησης της Δέας της δωρεάς Οργάνων.

β. Η Επιτροπή Αξιολόγησης της μετάμοσχευτικής Διαδικασίας κατά οργάνο και ιστό.

#### Άρθρο 15

##### Ανάπτυξη παραστημάτων

Ο Ε.Ο.Μ. δύναται να αναπτύσσει παραστήματα σε μεγάλα αστικά κέντρα όπου εδρεύουν περιφερειακά νοσηλευτικά ιδρύματα με σκοπό να εκπληρώνονται οι σκοποί αυτού στις περιοχές αρμοδιότητας των παραστημάτων του.

#### Άρθρο 16

##### Έναρξη ισχύος

Η ισχύς του παρόντος Π.Δ. αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, ανατίθεται η δημοσίευση και εκτέλεση του παρόντος Διατάγματος.

Αθήνα, 9 Ιανουαρίου 2001

ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

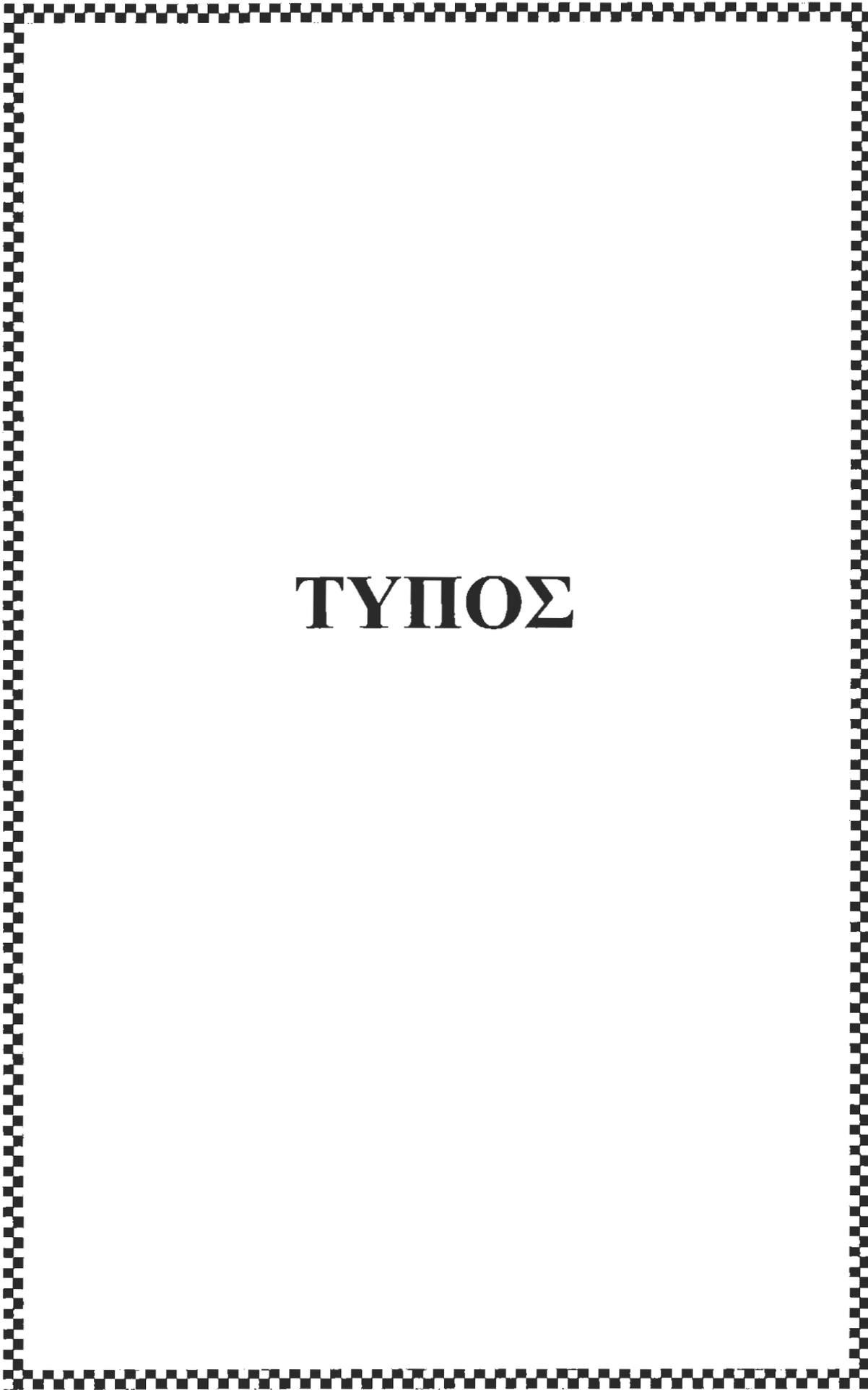
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ

ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Α. ΤΖΑΝΗΣ

Γ. ΔΡΥΣ

Α. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ



**ΤΥΠΟΣ**

ΥΠΟ ΔΟΤΕΣ ΟΡΓΑΝΩΝ ΑΝΑΛΟΓΟΥΝ ΣΕ ΚΑΘΕ ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΟ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ.

# Ουραγοί στις μεταμοσχεύσεις

Ένα ακόμη έντυπο θα προστεθεί στη φετινή απογραφή πληθυσμού που ξεκινά στις 28 Μαρτίου. Πρόκειται για ένα ειδικό έντυπο που απευθύνεται σε κάθε ενήλικη πολιτή και του δίνει τη δυνατότητα να δηλώσει την επιθυμία του να γίνει δωρητής οργάνου. Σύμφωνα με τον πρόεδρο του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων καθηγητή κ. Γιάννη Βλαχογιάννη, «ήδη έχουν τυπωθεί 6,5 εκατομμύρια έντυπα, τα οποία δίνονται τη δυνατότητα σε κάθε ενήλικη πολιτή να δηλώσει αν επιθυμεί ή όχι να γίνει δωρητής οργάνου. Τα έντυπα αυτά θα διανεμηθούν στα ελληνικά σπίτια στη διάρκεια της απογραφής».

### Η ΕΠΟΡΤΑΣ

#### Δέσπονα Κουκλόβα

Τη νύχτα ώρα, ουραγοί στις μεταμοσχεύσεις είναι η Ελλάδα ανάμεσα στις χώρες της Ευρώπης. Και ενώ οι λίστες αναμονής μεγαλώνουν και οι ασθενείς περιμένουν μέχρι και 10 χρόνια για το κατάλληλο μόσχευμα, κάλλος από τους καταφεύγον στην πανίκριδη λύση μιας μεταμοσχεύσεως στο εξωτερικό. Οι ειδικοί επιστήμονες τονίζουν την έλλειψη οργάνων αλλά και ενημέρωσης για το θέμα των μεταμοσχεύσεων.

Δύο όψεις οργάνων αναλογούν σε κάθε εκατομμύριο του ελληνικού πληθυσμού. Την ίδια στιγμή στις άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης ο αντίστοιχος αριθμός είναι περισσότερο από δεκαπλάσιος. Έτσι, στην Αγγλία αναλογούν 22 όργανα ανά εκατομμύριο πληθυσμού. Παρόμοια για προς μίσηση αποτελεί, εξάλλου, και η Ιαπωνία, όπου οι μεταμοσχεύσεις αυξήθηκαν κατά 25 φορές το τελευταίο 15 χρόνια. Ενδεικτικό είναι, εξάλλου, ότι πριν τον πρώτο μήνα του 2001 πραγματοποιήθηκαν στην Αυστρία 35 μεταμοσχεύσεις οργάνων, ενώ ο αντίστοιχος αριθμός στη Γερμανία ξεπεράσε τις 250 μεταμοσχεύσεις. Εκπληρωτό το σύνολο των μεταμοσχεύσεων που πραγματοποιήθηκαν στη Γαλλία το 1998 (3.117) είναι περισσότερες από τις μεταμοσχεύσεις που έγιναν στη χώρα μας τα τελευταία δέκα χρόνια...

Η έλλειψη των μεταμοσχεύσεων στη χώρα μας σήμερα δεν θα μπορούσε να είναι χειρότερη, αν αφαιρέσει χαρακτηριστικά ο κ. Ιωάννης Παπαδημητρίου, καθηγητής Χειρουργικής στο Πανεπιστήμιο Αθηνών και πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Μεταμοσχεύσεων. Ο ίδιος προσθέτει πως η κυριότητα είναι η έλλειψη οργάνων. «Τις αιτίες δε μπορείς να τις αναζητήσεις στη φτώχεια και όχι στο νοσηλευτικό πλαίσιο που ισχύει. Τα πρόβλημά τα ήταν πολύ καλύτερα, αν το θέλω της δωρεάς οργάνων ή της συγκατάθεσης των συγγενών ε...

σε οργανωθεί και αρχίσει επί κελεύσει πολιτικής και κοινωνίας και περιφέρειας με τον ανταποκριτικό κεντρικού οργάνου. Ένα ταπεινό δικτύου οργάνωσης των μεταμοσχεύσεων θα περνούσε καλές περιπτώσεις στον τομέα της νοσηλευτικής των πολιτών. Και η χώρα αντίστοιχα θα βρισκόταν σήμερα σε καλύτερο επίπεδο. Σύμφωνα με τον κ. Παπαδημητρίου, είναι οι δότες υπάκουοι που πληθυσμού θα ήταν σήμερα αρκετά για να καλύψουν τις ανάγκες της χώρας. «Η έλλειψη αυτής της αναλογίας είναι καρπός από εμάς, αν σκεφτεί κανείς ότι κάθε χρόνο τα δέκα τριτοκύριακα δότην φιλανθρωπώνουν τα 2.200. Αυτό το σύνολο είναι το ποσοστό 10-15% από ανθρώπους που θα μπορούσαν να γίνουν δότες».

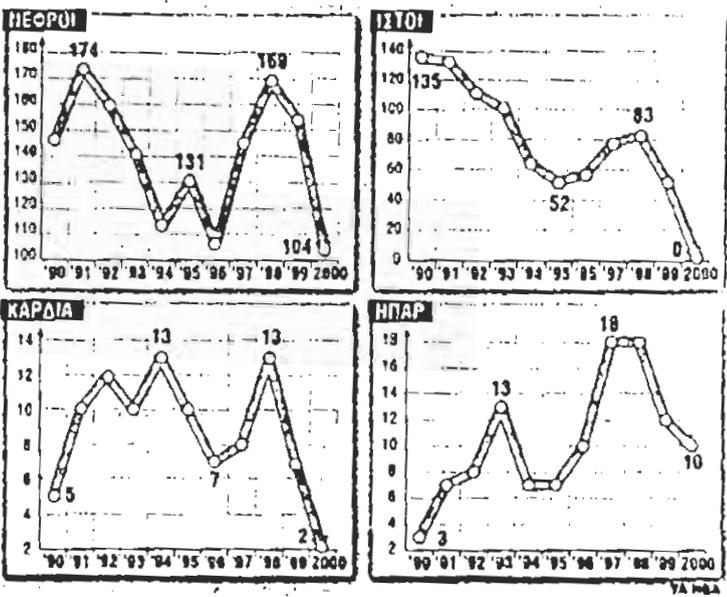
### Χαρές πόνο

Σημειώνεται ότι η Ελλάδα κατέχει την «κρυψίδα» σε θανάτους από τροχαία δυστυχήματα. Άλλωστε, όπως αναφέρει ο δρ Αντώνης Λαγγουράνης, καρδιολόγος - νεφρολόγος και διευθυντής της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού στο Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα», «κατανομή δόσεων καθίστανται κάθε χρόνο στις μονάδες εντατικής θεραπείας από δωράκια γυναικεία όργανα. Τα όργανα που θα μπορούσαν να σώσουν καλλίως από βλάβες θανάτου ή να δώσουν κατώτερη λύση και άλλων. Η δωρεά οργάνων από γυναικεία όργανα ασθενείς δεν προκαλεί κερδοσκοπία στους συγγενείς, αλλά αντίθετα θα μπορούσε να γίνει η αίσθηση πως τα όργανα του αγαπημένου τους προσώπου δίνουν τη δυνατότητα ζωής σε κάποιους άλλους, απλώνει τον πόνο».

Σύμφωνα με τον κ. Λαγγουράνη, «για το νέο μεταμοσχευτικό σύστημα της χώρας μας συμβαίνει στη διάλυση κάθε διασχιστικής καχυποψίας για δέκα διέλιξη των μοσχευμάτων, παρουσιάζει αρκετές αδυναμίες, κυρίως προς τη στελέωση. Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι η Υπηρεσία Εντατισμού και Ελέγχου Μεταμοσχεύσεων αποτελείται σήμερα από μία επιστήμη υγείας, δύο νοσηλευτικές καλλιέργειες, και έναν μόνο γιατρό».

Το 2000 η χώρα μας σημείωσε ασημένιο ρεκόρ μεταμοσχεύσεων.

## Οι μεταμοσχεύσεις στην Ελλάδα



Η Ελλάδα κατέχει την «κρυψίδα» σε θανάτους από τροχαία δυστυχήματα. Τα όργανα των θυμάτων θα μπορούσαν να σώσουν καλλίως από βλάβες θανάτου ή να δώσουν κατώτερη λύση και άλλων.

Τη χρονιά αυτή πραγματοποιήθηκαν οι λιγότερες μεταμοσχεύσεις που τελειώσαν δέκα ετών. «Ήταν η χρονιά της προσεγγίσεως στα πιο νοσηλευτικά πλαίσια το οποίο είναι απόλυτο σύμφωνο με τις διεθνείς προδιαγραφές και το οποίο ισχύουν στα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Αιτία η χρονιά αντιστοιχεί τα πρώτα βήματα αποτελεσμάτων, ανέφερε στη ΝΕΑ ο καθηγητής Γιάννης Βλαχογιάννης, πρόεδρος του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων (ΕΟΜ).

Ο ίδιος, πάντως, τονίζει ότι «να είναι θετικά αποτελέσματα θα εξαρτηθούν και από τη δραστηριοποίηση στον τομέα της ενημέρωσης και νοσηλευτικής των πολιτών με τη συμβολή κάθε διαθέσιμου μέσου. Ηδη, η πρώτη μεγάλη κίνηση θα ξεκινήσει με την αναγνώριση πληθυσμού».

Δέκα ή και περισσότερα χρόνια μπορεί να περάσει ένας Έλληνας νεφροπαθής μέχρι να δοθεί το κατάλληλο μόσχευμα. Και η λίστα αναμονής συνεχώς μεγαλώνει, καθώς υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο προστίθενται 300 τομάρια στον νεφροπαθή αναμονής σταδίων νεφρικής ανεπάρκειας.

«Στην Ελλάδα ο μέσος χρόνος αναμονής για ένα νεφρικό μόσχευμα ξεπερνάει τα οκτώ έτη. Αυτό σημαίνει πως υπάρχουν νεφροπαθείς που περνούν περισσότερο από 15 χρόνια στην αναμονή», αναφέρει ο κ. Αντώνης Λαγγουράνης.

Όμως, το μεγαλύτερο πρόβλημα εμφανίζεται στις μεταμοσχεύσεις ήπατος και καρδιάς. Στην περίπτωση αυτή αρκετοί ασθενείς πεθαίνουν περιμένοντας το μόσχευμα. Σύμφωνα δε με τον κ. Ιωάννη Παπαδημητρίου, κάθε χρόνο πεθαίνουν περίπου 25 άνθρωποι ανά εκατομμύριο πληθυσμού.

### Οι λίστες αναμονής

Ο ίδιος, εξάλλου, σημειώνει ότι και λίστες αναμονής για μεταμοσχεύσεις είναι στην ουσία κλιμακωτές, αφού πολλοί ασθενείς αποφορτίζονται να πάνε στο εξωτερικό και άλλοι δεν μπαίνουν καν στη λίστα εξοντας ότι θα περιμένουν πολύ.

Άλλωστε, για να μπαί κανείς στη λίστα αναμονής για μεταμόσχευση καρδιάς ή ήπατος θα πρέπει να έχει προσδοκώσιμο χρόνο επιβίωσης έξι μηνών.

Αντίθετα, καλύτερη είναι το πρόβλημα στις καρδιολογικές από τα νεφροπαθείς στην Ευρώπη, παρά το γεγονός ότι ο αριθμός των μοσχευμάτων έχει μειωθεί τα τελευταία χρόνια.

Στην Ιαπωνία, αν και ούτως ορίζεται στο τελευταίο στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας και κερδίζει κατάλληλος ήπατος, μέσα σε διάστημα έξι μηνών το πολύ μπορεί να δοθεί το μόσχευμα. Αλλά και στην Αγγλία η λίστα αναμονής για μεταμοσχεύσεις ήπατος είναι το 6.000 άτομα. Ηδη, όμως, 1.300 άνθρωποι έχουν δοθεί το κατάλληλο μόσχευμα.

Σε μερικά εκατομμύρια ευρώ γίνεται το κόστος των μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα. Όπως υπολογίζεται ο κ. Ιωάννης Παπαδημητρίου, «το πρώτο κοστολόγιο για μεταμοσχεύσεις ήπατος για η καρδιά, με περίπου 4,5 εκατομμύρια ευρώ». Βέβαια, το πραγματικό κόστος είναι πολύ μεγαλύτερο, συχνά δεκάπλάσιο.

Αν, λοιπόν, το ποσό των 4,5 εκατομμυρίων χρησιμοποιείται σε μια μεταμοσχεύση ήπατος για κάθε ασθενή, είναι επόμενο πως ο πεντακτολογισμός του νοσοκομείου θα καταλήξει ελλειμματικός. Το ελλείμμα θα ισοσκελιστεί από την Πολυκλινική των νοσηλευτών.

Όμως, κάτι τέτοιο σημαίνει ότι δεν δίνεται η δυνατότητα στα νοσοκομεία να εξοφλήσουν εγκαίρως τις μεταμοσχευτικές μονάδες τους με καταλληλώς υποδομή στην περίπτωση που οι ασθενείς με εξειδικευμένα προσώπων.

Παρόμοια είναι η εικόνα και στον τομέα των μεταμοσχεύσεων νεφρού, καρδιάς και άλλων οργάνων, οι οποίες κοστολόγηση είναι πολύ υψηλή και προκαλούν άδεια μόλις πρώτου.

Και ενώ πολλοί Έλληνες ασθενείς κατάφεραν σε χώρας πιο εξειδικευμένες για μεταμοσχεύσεις, οι οποίοι επέλεξαν κάθε υπολογισμένο χρονοπληρωτικό παράδειγμα αποτελεί το κόστος μιας μεταμοσχεύσεως ήπατος, υπέρ των 120 εκατομμυρίων ευρώ, το οποίο αγόρασε τα 120 εκατομμύρια ευρώ, αλλά και στην Αγγλία όπου η αντίστοιχη τιμή είναι τουλάχιστον 70 εκατομμύρια ευρώ.



Σ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ Ο ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΝΑΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΑΠΟ ΔΕΚΑΠΛΑΣΙΟΣ

# αι αρνητικό ρεκόρ το 2000

## 'ε έξαρση οι παράνομες αγοραπωλησίες τα «παζάρια» ανθρώπινων οργάνων

Η ΓΡΑΦΕΙΑ του Συνδέσμου Νέφρων κτυπά το τηλέφωνο. «Θα ήθελα να μιλήσω εμπιστευτικά για κάτι. Προβώ τον ένα νεφρό μου... Έχω πολλά οικονομικά προβλήματα».

Εκατοντάδες παρόμοια τηλεφωνήματα κτυπά, συχνά σε καθημερινή βάση, τα τηλ του Πανελληνίου Συνδέσμου Νέφρων. Ανήσυχτοι που σπας περισσότερες εμπιστοσύνη δίδονται σε ασήμαντη οικονομική κατάσταση απευθύνονται να ληφθούν στο σοβαρό θέμα του σώματος τους, της ζωής τους. Σπάνια από τρία και ποτέ να φθάσουν μέχρι και τα όρια εκμυστηρίου διαπραγματεύσεων.

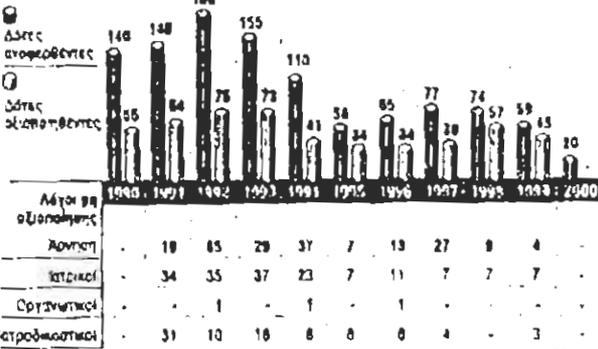
«Είναι πολλές αυτές οι περιπτώσεις. Το αλλοδαπών όσο και πολλών Ελλήνων προκύπτουν να μας προσεγγίσουν, συνήθως από το τηλέφωνο για να μας κάνουν την προσέγγιση», καταγγίλλει ο αντιπρόεδρος του Συνδέσμου κ. Στεφανός Λύρας. Ο ίδιος κυριώς εκστομίζοντας τέτοια τηλεφωνήματα, αλλά και ανθρώπους που απευθύνονται σε άλλους προσώπων. «Πριν από καιρό ήξερα και με δύο νέες δικηγόρους. Μία του ήταν ένας νεαρός Πολωνός, ο άλλος είχε φέρει και κάποιες εβραϊκές καταστάσεις. Σε μια άλλη περίπτωση, μου τηλεφώνησε μια γυναίκα, Ελληνίδα, η οποία μου πρότεινε να αγοράσω τον νεφρό της. Όταν έφυγα απήχησα, με βρήκε για τις τιμές που της άκουσε, ώστε να γιναι κάτι πάνω κάτω το ποσό που ζητείται να ζητήσει», αναφέρει ο κ. Λύρας, ενώ προσθέτει ότι κρίνεται για να πελατώνει τους ανθρώπους, που έχουν εξαντληθεί κάθε δυνατό περιθώριο και (σαν κάτι άλλο) τα όρια της φτώχειας.

Πάντως μέχρι σήμερα καμία τέτοια είδηση αγοραπωλησίας δεν φαίνεται να έχει γίνει στη χώρα μας. Όπως αναφέρει ο κ. Αιμίλιος Λιγυροπούλου, καθηγητής νεφρολόγος και διευθυντής της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Αλεξάνδρα, «σε περιπτώσεις ανθρώπων που προσλαμβάνει να λειτουργούν τους νεφροπαθείς προσφέροντας τον έναν νεφρό τους με χρηματικό αντάλλαγμα ανήλθανται τα τελευταία χρόνια. Μόλις σήμερα όμως δεν έχει γίνει καμία παραγωγή μεταμόσχευσης. Οι μονάδες μεταμόσχευσης στην Ελλάδα είναι μόνον τέσσερις και αυτές σημαίνει πως είναι πολύ δύσκολο να γίνει εύκολα να λειτουργούν. Ο γιατρός που θα χειριστεί με κάτι τέτοιο δεν θα μπορούσε να περάσει σε κλινική πράξη».

Απογοητευτική είναι η σχετική κατάσταση τόσο στη χώρα μας όσο και στα υπόλοιπα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Και ενώ στο άρθρο 2 της Διακήρυξης των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων των Ευρωπαίων αναφέρεται ρητά η «αυτονομία της μεταχείρισης του ανθρώπινου σώματος και των μερών του» και η απαγόρευση, σε κάποια άλλα σημεία του κείμενου τα μέλη των οργάνων διατίθενται ότι γινεται άδεια».

Στο Παρίσι η κτητική νομοθεσία επιτρέπει τη μεταφορά ανθρώπινων οργάνων, ενώ αποτελεί και νόμο το γεγονός ότι

Οι δότες οργάνων στη χώρα μας



στην Ινδία (όπου μάλιστα πριν από δύο χρόνια υπήρχε το απαγορευτικό νόμος), τη Βραζιλία, τη Νότια Αφρική, αλλά και την Κίνα λειτουργούν τα μεγαλύτερα «παζάρια» οργάνων, δεν λείπουν μάλιστα και περιπτώσεις Ελλήνων νεφροπαθών, οι οποίοι αποφοβετούν να ταξιδεύουν στην Ινδία για να υποβληθούν σε μεταμόσχευση νεφρών. «Υπήρξαν κάποιες περιπτώσεις εντύχως σχημάτων. Τα πιο δύσκολα είναι ότι οι περισσότεροι από αυτούς δεν είχαν μια επιτυχή με-

ταμόσχευση και αρκετοί έχουν πεθάνει. Αυτό συμβαίνει συχνά εξαιτίας διαφορών λοιμώξεων, καθώς τα νοσοκομεία όπου γίνονται οι επεμβάσεις δεν πληρούν τις προϋποθέσεις ασφαλείας», λέει ο πρόεδρος του Συνδέσμου Νέφρων κ. Γιώργος Καστριανός. Ο ίδιος προσθέτει πως «αρκείται για μια επιτυχή αλγόριθμο, την οποία αποφασίζουν κάποιοι νεφροπαθείς. Όπως σε καμία περίπτωση δεν αποτελεί λύση».



Οι μονάδες μεταμόσχευσης στην Ελλάδα είναι μόνο τέσσερις και αυτό σημαίνει ότι είναι αδύνατο να πραγματοποιηθούν στη χώρα μας παράνομες μεταμοσχεύσεις

## Το πρόβλημα των μεταμοσχεύσεων στη χώρα μας

Το κρίσιμο πρόβλημα των μεταμοσχεύσεων σε όλο τον κόσμο είναι η έλλειψη ποσότητας οργάνων. Στη χώρα μας, το πρόβλημα αυτό έχει μεγιστοποιηθεί για λόγους κυρίως ελλείψεως οργανωτικού σχεδιασμού.

Έτσι ενώ σε άλλες χώρες, όπως στην Ισπανία που είχε πριν από δέκα χρόνια τα ίδια πρόβλήματα με την Ελλάδα, πρόβλημα πέρα που αποδείχθηκαν λύσιμα, εδώ φαίνεται και φθάσαμε στο τελευταίο σημείο της απελπισίας.



Του Κωνσταντή Παπαδημητρίου

Ο νόμος που έγινε πριν από ενάμιση χρόνο, αντί να λύσει το πρόβλημα, το αντίθετο. Έτσι τον χρόνο που πέρασε οι δότες μειώθηκαν σε δύο φορές ανά εκατομμύριο πληθυσμού στην Ευρωπαϊκή Ένωση ανέρχονται σε 34! Ενώ λοιπόν η χώρα μας υπήρξε πρωτοπόρος, και από το 1990 έχει επιδόσεις ισοδύ-

με την Ευρώπη σε μεταμοσχεύσεις οργάνων (στην οργάνωση, όπως ηπατος και καρδιάς, σήμερα έχουμε κατακτήσει σε άλλα μια θέση στον πυθμένα της Ευρώπης. Σε σχέση με γίνεις:

- 1) Να διατεθούν λίγο σχετικά, ζώματα, στην να οργανωθεί ένα δίκτυο με συντονιστές μεταμοσχεύσεων σε όλη τη χώρα.
  - 2) Να οργανωθεί ένα πλήρες δίκτυο διασυνδέσεων με ΗΥ σε επίπεδο τοπικό, περιφερικό και κεντρικό.
  - 3) Να δοθούν οι δυνατότητες να στελεχωθούν τα μεταμοσχευτικά κέντρα.
  - 4) Να ξαναγραφίσουμε στο προηγούμενο νομοθετικό πλαίσιο. Διότι το νέο αντί να λύσει, δημιουργήσει προβλήματα: απόδειξη, η κακίστη έκταση πτώση των μεταμοσχεύσεων.
- Το κόστος όλων αυτών είναι ασήμαντο, αν σκεφθούμε ότι για κάθε μεταμόσχευση πλην του στο εξωτερικό 60, 80 ή 100 εκατομμύρια και σε αντάλλαγμα. Ας φροντισθούν και ενταχθούν τα Μοναχία οι κλινικές χρειάζεται γνώση, δόξα, συνεργασία, αποφασιστικότητα, τόλη και συνέπεια.

Ο Κωνσταντής Παπαδημητρίου είναι καθηγητής Νεφρολογίας στο Πανεπιστήμιο Αθηνών και πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Μεταμοσχεύσεων



Δεδομένα από το διεθνή χώρο  
για τη δωρεά οργάνων και τις μεταμοσχεύσεις (2000)

*Handwritten signature/initials*

ΧΩΡΕΣ	ΓΑΛΛΙΑ	ΕΛΛΑΔΑ	ΕΥΡΩ TRANSPLANT**	ΗΠΑ	ΙΣΠΑΝΙΑ	ΚΥΠΡΟΣ	ΒΡΕΤΑΝΙΑ	ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ
<b>Πλήθος σε εκατομμύρια</b>	<b>60</b>	<b>10,5</b>	<b>118,4</b>	<b>268</b>	<b>39,66</b>	<b>0,6</b>	<b>62,88</b>	<b>9,96</b>
<b>Παράγωγοι δότες</b>	1.016	20	1.678	-	1.345	5	845	194
ΑΕΠ	17,0	1,9	14,2	-	33,9	8,3	13,4	19,5
<b>Δότες παλλακδικών οργάνων (%)</b>	77,6	-	72,9	-	81,3	40,0	83,8	31,4
<b>Μετ. νεφρού (πρωτ. δότης)</b>	1.240	32	2.667	-	1.919	10	1.442	346
ΑΕΠ	36,7	3,0	24,2	-	48,4	16,7	22,9	34,7
<b>Μετ. νεφρού (δω. δότης)</b>	84	72	563	-	19	29	336	10
ΑΕΠ	1,4	6,9	4,8	-	0,5	48,3	5,3	1,0
<b>Μετ. σπλάγχνα ήπατος</b>	806	10	1.285	-	954	-	710	162
ΑΕΠ	13,4	1,0	10,9	-	24,1	-	11,3	16,3
<b>Μεταμόσχευση καρδιάς</b>	353	2	642	-	353	-	251	15
ΑΕΠ	5,9	0,2	5,4	-	8,9	-	4,0	1,5
<b>Μετ. καρδιάς-πνευμόνων</b>	25	-	20	-	5	-	33	-
ΑΕΠ	0,4	-	0,2	-	0,1	-	0,5	3
<b>Μεταμόσχευση παγκρέατος</b>	54	-	330	-	48	-	41	0,2
ΑΕΠ	0,9	-	2,8	-	1,2	-	0,7	-

\* Ανεκατομωμένοι πληθυσμοί  
\*\* Γερμανία, Αυστρία, Βολγία, Λουξεμβούργο

# SOS για δότες οργάνων

**Ε**νας στους δυο ασθενείς στη χώρα μας, που βρίσκεται στη λίστα αναμονής για την ανεύρεση προσχεύματος ώστε να υποβληθεί στη σωτηρία μεταμόσχευση, κάνει τελικά τη ζωή του αναμένονιας, καθώς η διαθέσιμότητα οργάνων παραμένει χαμηλή.

Η Ελλάδα καταλαμβάνει την τελευταία θέση ανάμεσα στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης όσον αφορά τον αριθμό των πραγματοποιούμενων μεταμοσχεύσεων από πνευματικούς δότες. Σήμερα, έχουμε μόλις 2 δότες ανά εκατομμύριο πληθυσμού, τη στιγμή που Γερμανία έχει 13 και η Ισπανία ξεπερνά τους 33!

Παρ' όλα αυτά, τα στοιχεία του πρώτου εξαμήνου του 2001 (44 ζωές μεταμοσχεύσεις νεφρού και 41 πνευματικές, 13 μεταμοσχεύσεις ήπατος και 4 καρδιάς) είναι ικανοποιητικά και δίνουν την ελπίδα ότι η αρνητική εικόνα που παρουσιάζει η χώρα μας τελικά θα ανατραπεί.

Τα παραπάνω επισημάνει σε χθεσινή συνέντευξη τύπου ο πρόεδρος του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων καθηγητής Ι. Βλαχογιάννης, με αφορμή την πενταετή οργάνωση ενός συνόλου καλλιτεχνικών, αθλητικών και πολιτιστικών εκδηλώσεων, που πηχύωνται από την 1η Νοεμβρίου με τίτλο «Σκινταλιδρομία Ζωής».

Ο κινήγητής σημείωσε πως η έλλειψη οργάνων παραμένει

παγκόσμιο πρόβλημα. Την τελευταία χρονιά ο αριθμός των διαθέσιμων προσχευμάτων παρουσιάζει στασιμότητα ή και κάμψη. Τα αιτία είναι πολλά, όπως:

- Η έλλειψη και πολλές φορές εσφαλμένη ενημέρωση ή παραπληροφόρηση του πληθυσμού, που συχνά περνεί θύμα διαγκωμένης φημολογίας

- Η έλλειψη εμπιστοσύνης σε φορείς και γιατρούς και ο φόβος για εμπόριο οργάνων

- Οι διάφορες προλήψεις και προκαταλήψεις που συνοδεύ-

ουν το τέλος της ζωής

Στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες, όπως τονίστηκε, τα θεσμικά προβλήματα δεν έχουν αντιμετωπιστεί πλήρως, με αποτέλεσμα χιλιάδες ασθενείς είτε να πεθαίνουν κατά τη διάρκεια της αναμονής ενός προσχεύματος, είτε να αναζητούν τη θεραπεία τους στο εξωτερικό με αμφίβολα αποτελέσματα.

Κατά τη διάρκεια των εκδηλώσεων τρία ειδικά διαμορφωμένα αυτοκίνητα θα διασχίσουν τη χώρα μεταφέροντας

εκθεση φωτογραφίας και υλικό για την ιστορία της μεταμοσχεύσης, ενώ θα πραγματοποιηθούν και τρεις μεγάλες συναυλίες.

Η πρώτη θα γίνει την 1η Νοεμβρίου στην Θεσσαλονίκη με τη συμμετοχή του Σταύρου Εαργάκου, η δεύτερη στις 5 Νοεμβρίου στην Πάτρα με την Αικατερίνη Πρωτοψάλτη και τέλος στην Αθήνα, στις 4 Νοεμβρίου, στην Εθνική Λυρική Σκηνή με το έργο «Αξιόν Εστό» των Μίλη Θεοδούρακη-Οδυσσεά Ελύτη. ΣΟΦΙΑ ΠΕΤΑ

## Αντίλογος για τις μεταμοσχεύσεις

Από τον κ. Γ. Κουμάντο

**Τ**α προβλήματα και οι ρυθμίσεις που αφορούν το μέγα θέμα της μεταμόσχευσης οργάνων είναι τόσο σπουδαία ώστε αξίζει να συζητούνται εις βάθος ακόμα και μετά τη ψήφιση του σχετικού νόμου. Και προσωπικά ως πρόεδρος της Επιτροπής που συνέταξε το νομοσχέδιο για τις μεταμοσχεύσεις είμαι πρόθυμος να συμμετάσχω σε κάθε τέτοια συζήτηση. Αλλά, βέβαια, η συζήτηση προϋποθέτει ένα ορισμένο επίπεδο σοβαρότητας.

Από την ιατρική επιστήμη γίνεται γενικά παραδεκτό ότι η νέκρωση του εγκεφαλικού στελέχους είναι κριτήριο θανάτου, οριστικού και αμετάκλητου.

Υστερα από το θάνατο, η μηχανική στήριξη της αναπνοής δεν εξυπηρετεί κανένα σκοπό. Η συνέχισή της στερεί κάποιον συνάνθρωπό μας από τη δυνατότητα να νοσηλευθεί σε μια μονάδα εντατικής θεραπείας - και ενδεχομέ-

νως να ζήσει. Ετσι, αχρηστεύονται οι σπανίζουσες κλίνες με τις δαπανηρότατες εγκαταστάσεις. Και χρησιμεύουν μόνο για τα φακελάκια που πρόθυμα δίνουν οι συγγενείς μέσα στην απόγνωσή τους.

Κι ενώ αυτά δεν αμφισβητούνται, έρχεται ο αν. καθηγητής κ. Μπεχράκης και υποστηρίζει ότι η μηχανική στήριξη της αναπνοής πρέπει να συνεχίζεται όσο οι συγγενείς ελπίζουν σε κάποιο θαύμα και ότι ο νόμος, που προβλέπει υποχρεωτική διακοπή της τεχνητής στήριξης μετά το θάνατο, σκοτώνει την ελπίδα!

Κι ακόμα ότι μετά τη διακοπή της στήριξης ο νεκρός «θα οδηγηθεί άμεσα σε καρδιακή ανακοπή»!

Λυπάμαι αλλά, σ' αυτό το επίπεδο, σοβαρή συζήτηση δεν μπορεί να γίνει.

**Γ. ΚΟΥΜΑΝΤΟΣ**  
Καθηγητής του  
Πανεπιστημίου Αθηνών,  
Δικηγόρος

Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας έδωσε στη δημοσιότητα στις 6. 10. 1998 προσχέδιο νόμου για τις μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων ιστών και οργάνων, τα οποία επεξεργάστηκε ειδική νομοπορασκευαστική επιτροπή από καθηγητές Νομικών και Ιατρικών Σχολών και το οποίο θα αντικαταστήσει τον ισχύοντα Ν. 1383/83. Όπως εξαγγέλλθηκε σε ειδική συνέντευξη τύπου, μέσω των διατάξεων του εν λόγω νομοσχεδίου ευελπιστείται αύξηση της προσφοράς οργάνων, η τρομακτική έλλειψη των οποίων -και όχι μόνον- κατοτάσσει τη χώρα μας στην τελευταία θέση μεταξύ των λοιπών ευρωπαϊκών κρατών στον τομέα της μεταμόσχευσης.



## Κριτικές παρατηρήσεις στο προσχέδιο νόμου για τις μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων ιστών και οργάνων

■ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΒΑΡΚΑ-ΑΔΑΜΗ

Δικηγόρος Δρ. Καθηγήτρια Σχολής Διοίκησης και Οικονομίας ΤΕΙ Αθήνας

Στο κείμενο που ακολουθεί επιχειρείται μια εποικοδομητική κριτική παρουσίαση των βασικών διατάξεων του νομοσχεδίου αυτού σε σύγκριση με τις ισχύουσες σχετικά διατάξεις, με σκοπό την άρση των ασαφειών και των αντιφάσεων του σε πολύ κρίσιμα σημεία τα οποία οδηγούν και που κάθε άλλο παρά θα οδηγήσουν στο επιθυμητό αποτέλεσμα.

Το εν λόγω προσχέδιο νόμου αποτελείται από 6 κεφάλαια και 25 άρθρα. Το πρώτο κεφάλαιο περιέχει γενικές διατάξεις, το δεύτερο αναφέρεται στις προϋποθέσεις αφαίρεσης ιστών και οργάνων από ζώντα δότη, το τρίτο συζητεί τις μεταμοσχεύσεις μεταμοσχεύματα από νεκρό δότη, με το τέταρτο ιδρύεται Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων με την αρχή Ν.Π.Δ. και το έκτο περιέχει τις τεχνικές και μετοβατικές διατάξεις.

### Γενικές διατάξεις

Στο άρθρο 1 παρ. 1 περιέχεται γενική διάταξη ότι η αφαίρεση ιστών και οργάνων από άνθρωπο ζώντα ή νεκρό με προορισμό

τη μεταμόσχευση σε άλλον άνθρωπο γίνεται μόνο για θεραπευτικούς σκοπούς και αρθ. 2 οπαλείφεται η φράση και για ερευνητικούς σκοπούς, που περιέχεται στην αντίστοιχη διάταξη του ισχύοντος Ν. 1383/83. Το ίδιο, πέραν του ότι επιστημονική έρευνα επί ζώντων ανθρώπων επιτρέπεται υπό συγκεκριμένες και μόνον προϋποθέσεις, η μεταμοσχευτική χειρουργική στη χώρα μας αποτελεί ήδη από μακρού χρόνου θεραπευτική μέθοδο κλινικής ρουτίνας.

Στη δεύτερη παράγραφο του πρώτου άρθρου προσδιορίζεται η έκταση εφαρμογής του νομοσχεδίου με τη θέσπιση περιοριστικά αναφερόμενων εξαιρέσεων από το αντικείμενο εφαρμογής του, που είναι οι ίδιες με αυτές που ορίζει το αντίστοιχο άρθρο 1 παρ. 2 του Ν. 1383/83 δηλαδή ορίζεται ότι οι περι αφαίρεσης και μεταμοσχεύσεων ανθρωπίνων ιστών και οργάνων διατάξεις δεν εφαρμόζονται.

Οριστικές αυτομεταμοσχεύσεις, στις οποίες λόγω του ότι δότης και λήπτης είναι το ίδιο πρόσωπο, είναι πρακτικά ανεφάρμοστος ο νό-

μος και επομένως περιττή η αναφορά, β) στις αφαιρέσεις και μεταμοσχεύσεις όρχεων και ωοθηκών, γ) στη λήψη και μετάγγιση αίματος, δ) στη λήψη και χρησιμοποίηση ωαρίων και σπέρματος και ε) στην ενδομήτριο εμφύτευση εμβρύων. Ατυχώς όμως η παρ. 3 του ίδιου άρθρου περιέλαβε αυτολεξεί τις αντίστοιχες διατάξεις του ισχύοντος Ν. 1383/83, παρά το ότι είχαν αιτιολογημένα επικριθεί στην ελληνική βιβλιογραφία.<sup>1</sup> Με τις διατάξεις αυτές δίδεται η δυνατότητα με προεδρικά διατάγματα, που θα εκδίδονται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ύστερα από γνώμη του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ), οι εξαιρέσεις αυτές να επεκτείνονται, να περιορίζονται ή να καταργούνται σύμφωνα με την εξέλιξη των επιστημονικών δεδομένων.<sup>2</sup> Ορθότερο όμως είναι να επιτραπεί η δυνατότητα μόνο της επέκτασης των οριζόμενων εξαιρέσεων κυρίως όταν χρειαστεί άμεσα να τεθεί φραγμός στην υλοποίηση επικίνδυνων για την ανθρώπινη προσωπικότητα πειραμάτων, όπως η μεταμόσχευση

εγκεφάλου, στην οποία από χρόνια πειραματίζονται νευροχειρουργοί, ή οι αφαιρέσεις και μεταμοσχεύσεις εμβρυικών ιστών, καθώς και οι αφαιρέσεις οργάνων από ανεγκέφαλα βρέφη με σκοπό τη μεταμόσχευση, που δημιουργούν τεράστια κοινωνικά διλήμματα ή ακόμη και όταν στην πράξη διαπιστωθεί ότι η αφαίρεση και μεταμόσχευση ορισμένων ιστών δεν καλύπτονται από τις γενικές διατάξεις και χρήζουν ειδικής νομοθετικής ρύθμισης η χρησιμοποίηση των οστών.<sup>3</sup> Αντίθετο είναι παράδοξο και ουσιαστικά ανεφάρμοστο να θεσπίζονται ορισμένες εξαιρέσεις και ταυτόχρονα να δίνεται η δυνατότητα της συλλήβδην κατάργησής τους και της υπαγωγής τους στο νόμο με ένα μόνο κριτήριο, διότι αυτή την εντύπωση δίνει η ανεπιτυχής διατύπωση ότι οι θεσπισμένες εξαιρέσεις μπορούν να "περιορίζονται ή να καταργούνται". Με βάση την εσφαλμένη αυτή διατύπωση θα μπορεί η χ. να υπαχθεί στο νόμο για τις μεταμοσχεύσεις η τεχνητή γονιμοποίηση με ένα η δ., η οποία είναι γνωστό ότι πρέπει να τύχει ειδικής νομοθετικής

ρύθμισης λόγω των ειδικών προβλημάτων που δημιουργεί κυρίως σε θέματα οικογενειακού δικαίου. Αυτή η ανάθεση στην εκτελεστική εξουσία να νομοθετεί ουσιαστικά πάνω σε τόσο λεπτά και εξειδικευμένα θέματα είναι ανεπίτρεπτη και ήδη είχε επικριθεί κατά τη συζήτηση στη Βουλή και των δύο νόμων για τις μεταμοσχεύσεις, του Ν. 821/78 και του Ν. 1383/83 και δεν πρέπει να επαναληφθεί το ίδιο λάθος.

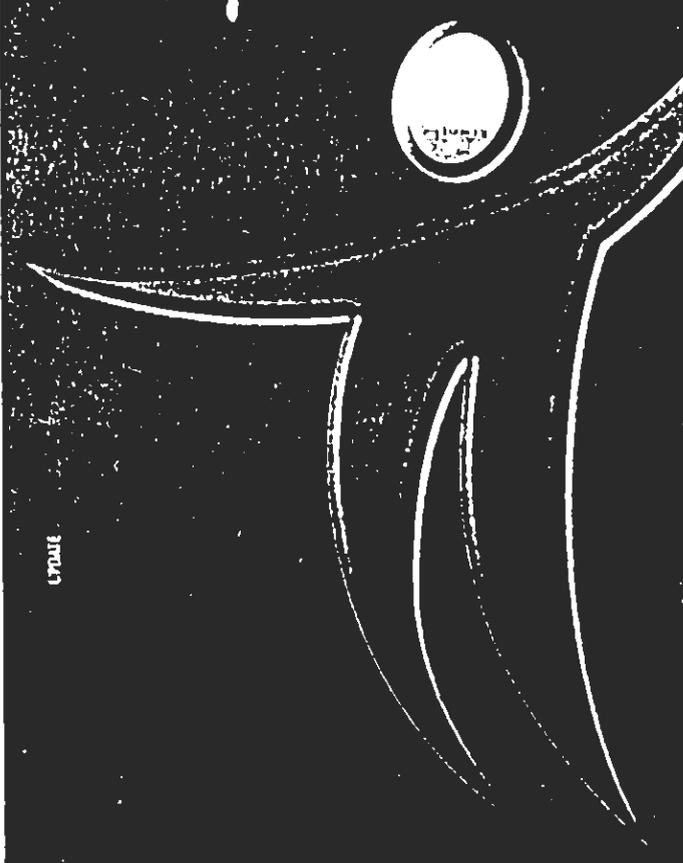
Στο άρθρο 2 και με τον τίτλο "απαγόρευση ανταλλάγματος" ορίζεται ότι η αφαίρεση ιστών και οργάνων με ακαπό τη μεταμόσχευση γίνεται χωρίς "οποιοδήποτε ανταλλάγμα", και ότι απαγορεύεται κάθε οικονομική συνεννόηση μεταξύ δότη και δικαιούχου οικογενειών τους καθώς και των με οποιοδήποτε άλλο πρόσωπο. Επειδή όμως στα επόμενα άρθρα 7 και 8 παρ. 3 προβλέπονται ορισμένα κίνητρα για την προώθηση των μεταμοσχεύσεων, (που θα αναλυθούν κατωτέρω), ορθότερα είναι να αποφευχθεί η λέξη "αντάλλαγμα" και να οριστεί ότι η αφαίρεση ιστών και οργάνων με σκοπό τη μεταμόσχευση γίνεται για χαριστική και μόνο αιτία, απαγορευόμενης κάθε οικονομικής συνεννόησης...

Στα άρθρα 3 παρ. 1 και 2 περιλαμβάνονται κατά βάση οι διατάξεις του άρθρου 6 του ισχύοντος Ν. 1383/83 και ορίζεται ότι κάθε δαπάνη απαραίτητη για την αφαίρεση, μεταφορά και συντήρηση ιστών και οργάνων από ζώντα ή νεκρό δότη βαρύνει τον ασφαλιστικό οργανισμό του δότη ή του υποψήφιου δότη και αν αυτός είναι οικονομικά αδύναμος ο ασφαλιστικός καθίσταται από τις εισπράσεις του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Η βασική διαφορά είναι ότι, ενώ το άρθρο 6 παρ. 1 του ισχύοντος Ν. 1383/83 ορίζει ρητά ότι δεν ισχύουν περιοριστικές διατάξεις της νομοθεσίας που διέπει τον ασφαλιστικό φορέα ως προς την έκταση της κάλυψης των δαπανών ασθενούς, το άρθρο 1 παρ. 2 του νομοσχεδίου προβλέπει ότι "με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγεί-

ας και Πρόνοιας, Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων δύνανται να εξαιρούνται από τις περιοριστικές διατάξεις της νομοθεσίας που διέπει τους ασφαλιστικούς οργανισμούς οι δαπάνες για την ασθένεια των ασφαλισμένων σε περιπτώσεις αφαίρεσης ιστών ή οργάνων με σκοπό τη μεταμόσχευση. Η ανωτέρω διάταξη φρονούμε ότι είναι ασφής και μάλλον θα δημιουργήσει προβλήματα γραφειοκρατίας και άσκησης μεταχείρισης.

Επίσης το άρθρο 12, που σε μία και μόνον διάταξη προβλέπει την καταβολή οπλής αποζημίωσης σε περίπτωση θανάτου του δότη ή του υποψήφιου δότη εξαιτίας επιπλοκών από την αφαίρεση οργάνου στον ίδιο ή στους δικαιούχους διατροφής από αυτόν, πρέπει να απαλειφθεί και στο ανωτέρω άρθρο 3 το σχετικό με τις δαπάνες να προστεθούν ιδιαίτεροι παράγραφοι με τα περιεχόμενα και τη διατύπωση του άρθρου 6 παρ. 3 και 4 του ισχύοντος Ν. 1383/83. Οι διατάξεις αυτές, που είναι κοινωνικά δικαιότερες και αποβλέπουν όντως στην προώθηση των μεταμοσχεύσεων έχουν ως εξής: "Σε περίπτωση αναπηρίας ή θανάτου του δότη ή υποψήφιου δότη εξαιτίας επιπλοκών από την αφαίρεση ή τις σχετικές προκαταρκτικές εξετάσεις, ο ασφαλιστικός φορέας του δότη ή του υποψήφιου δότη αφείλει να καταβάλει σύνταξη στον ίδιο, κατά το ποσόστό της αναπηρίας του, η πλήρη σύνταξη θανάτου στα δικαιούχα μέλη της οικογένειάς του, σύμφωνα με τις διατάξεις που διέπουν τη λειτουργία του. Αν ο δότης ή ο υποψήφιος δότης δεν συγκεντρώνει τις ελάχιστες προϋποθέσεις κατά τις διατάξεις που διέπουν τη λειτουργία του ασφαλιστικού φορέα, για την παροχή σύνταξης θεωρείται κατά πλήρη ούτως ή άλλως την ημέρα της επέλευσης της αναπηρίας ή του θανάτου συντρέχουν οι ελάχιστες αυτές προϋποθέσεις, με βάση τις οποίες καθορίζεται και το ύψος της σύνταξης. Αν ο δότης ή ο υποψήφιος δότης είναι ανασφάλιστος σε περι-

# Στην κατάθλιψη & στην κατάθλιψη που συνοδεύεται από άγχος



# EFEXOR

VENLAFAXINE

100% Αποδοτικός

## Ο 1ος ΠΑΡΗΟΣΜΙΑ

S • N • R • I

SCAROTONINE      ΚΑΡΕΦΙΝΕΡΑΡΙΝΗ      RECEPTIVE      ΣΥΝΤΑΞΗ

**Wyeth Hellas A.E.B.E.**  
Κύπρου 126 & 25ης Μαρτίου, 164 52 Αργυρούπολη, τηλ. 9966

πτώσεις αναπηρίας ή θανάτου του, κατά την έννοια της προηγούμενης παραγράφου, καταβάλλεται κατά περίπτωση στους δικαιούχα μέλη της οικογένειάς του εφόσον αποζημίωση που βαρύνει τις ειδικές πτώσεις του προϋπολογισμού του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Το ύψος της εφόσον αποζημιώσης καθορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας."

Στο άρθρο 4 περιλαμβάνονται κατά βάση οι διατάξεις του άρθρου 3 του ισχύοντος Ν. 1383/83 και αρθίζεται ότι οι μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων διενεργούνται αποκλειστικά σε ειδικά προς τούτο οργανωμένες μονάδες μεταμόσχευσης, που εφόσον δεν γίνεται διάκριση μπορεί να είναι νοσηλευτικό ίδρυμα με τη μορφή ΝΠΔΔ ή ΝΠΙΔ. Επίσης με την παρ. 4 του ίδιου άρθρου προβλέπεται η έκδοση απόφασης του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας εκδιδόμενη ύστερα από πρόταση του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων (ΕΟΜ) με την οποία θα καθορίζονται οι ειδικότεροι όροι για την άδεια λειτουργίας μεταμοσχευτικών μονάδων, η διαδικασία χορήγησης και ανάκλησής τους, καθώς και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια. Ορθότερο βεβαίως είναι η εν λόγω υπουργική απόφαση να εκδίδεται ύστερα από πρόταση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ), όπως προβλέπουν οι ισχύουσες διατάξεις του άρθρου 3 του Ν. 1383/83, διότι το ΚΕΣΥ είναι πολυπληθέστερο όργανο με ιατρούς πολυλών ειδικοτήτων, οι οποίοι είναι σε θέση να καθορίσουν τις απαραίτητες ανάγκες για τη σωστή υποδομή, στελέχωση και λειτουργία των Μονάδων Μεταμόσχευσης. Το να προτείνει βεβαίως ο ΕΟΜ την έκδοση της ανωτέρω υπουργικής απόφασης, αφού ζητήσει τη γνώμη του ΚΕΣΥ, θα σήμαινε απλώς αδοκιοδηγητή γραφειοκρατία. Επίσης, εφόσον προβλέπεται η έκδοση υπουργικής απόφασης, που θα καθορίζει τους όρους, τη διαδικασία χορήγησης άδειας λειτουργίας, και τις προϋποθέσεις ανά-

κλήσής της, πρέπει να αποδεδειγμένως οι διατάξεις της παρ. 1 α εδ. β, 1β και 2, που αναφέρονται στα της έκδοσης ή της ανάκλησης προσωρινής ή οριστικής άδειας, λεπτομέρειες, που δεν έχουν θέση σε νόμο πλαίσιο.

Χοινοτομία του εν λόγω νομοσχεδίου είναι η κατάρτιση από τον ΕΟΜ Εθνικού Μητρώου Εθελοντών Δοτών Μυελού των Οστών, το οποίο θα είναι ενιαίο για όλη τη χώρα και στο οποίο θα τηρούνται τα στοιχεία των εθελοντών δοτών μυελού των οστών. Η διάταξη αυτή, που είναι η μόνη που άμεσα αναφέρεται στη μεταμόσχευση μυελού των οστών, πιστεύουμε ότι δεν είναι σχετική για να καλύψει τις ιδιαιτερότητες της μεταμόσχευσης του αναπνευστικού αυτού ιστού, που εύκολα μπορεί να αποθεώσει αντικείμενο εμπορευματοποίησης και αξίζει να αναφερθεί ότι σε άλλες χώρες ρυθμίζεται με ειδικές διατάξεις.

Στο άρθρο 7 και με υπότιτλο "Κίνητρο" προβλέπεται ότι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, που προβαθούν τις δωρεές οργάνων έχουν προνομιακή μεταχείριση κατά τον καθορισμό των οργανικών θέσεων του προσωπικού και κατά τις επιχορηγήσεις του εξοπλισμού τους, καθώς και ότι για κάθε μεταμόσχευση που πραγματοποιείται δίνεται από τον ΕΟΜ οικονομική ενίσχυση στη Μονάδα που νοσηλεύει τον δότη. Η διάταξη αυτή είναι σίγουρα ότι θα δράσει ανασταλτικά στην προώθηση των μεταμοσχεύσεων, στην οποία σκόπευαν και την οποία επαγγέλλθηκαν οι συντάκτες του εν λόγω προσχεδίου νόμου. Ταύτο, διότι δημιουργεί εσφαλμένες εντυπώσεις και υπαινίξεις, κατ' αρχήν δίνει την εντύπωση ότι για τη συνεχή πτώση των μεταμοσχεύσεων στη χώρα μας ευθύνονται σε μεγάλο βαθμό οι ιατροί των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, οι οποίοι λόγω μη ύπαρξης κινήτρων δεν δραστηριοποιήθηκαν ώστε να υπάρξουν δότες οργάνων ή δεν ενήργησαν δεοντολογικά ώστε να αξιοποιηθούν προσφερόμενα μοσχεύματα και αυτό σπανιστά θίγει την ιατρική υ-

πευθυνότητα και αξιοπρέπεια. Από την άλλη πλευρά θα δημιουργηθούν υπόνοιες στην κοινή γνώμη ότι οι ιατροί των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας προκειμένου να πετύχουν την εξαγγελθείσα "προνομιακή μεταχείριση" κατά τον καθορισμό των οργανικών θέσεων της Μονάδας ή την οικονομική ενίσχυση από τον ΕΟΜ" θα επιδεικνύουν πίσω από τις κλειστές πόρτες των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας ιδιαίτερο ζήλο και ανεπίσκοπη ταχύτητα στη διάγνωση του θανάτου. Η διάταξη αυτή, που σπανιστά δεν προσοδιάζει σε νόμο πλαίσιο, πιστεύουμε ότι πρέπει να αποδεδειγμένως και αλλιώς να ανεξάρτητα από την μεταμοσχευτική δραστηριότητα κάθε Μονάδας Εντατικής Θεραπείας είναι αναγκαίο να αυξηθούν οι επιχορηγήσεις για τον εξοπλισμό τους και να οριστούν, στον ονομαστικό για το σκοπό που επιτελούν αριθμό, οι οργανικές θέσεις του προσωπικού τους.

Στο άρθρο 8 περιέχονται για πρώτη φορά σε νόμο πλαίσιο για τις μεταμοσχεύσεις, διατάξεις που αναφέρονται στην καταγραφή των υποψηφίων λίπιδων σε Εθνικό Μητρώο και στην κατανομή των μοσχευμάτων. Για το θέμα αυτό ήδη είχε εκδοθεί η αριθμ. Υ4δ/8874/25.10.96 απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας για τον "Καθορισμό Ενιαίου Συστήματος (ΕΘΝΙΚΗ ΛΙΣΤΑ) εγγραφής και επιλογής ασθενών κατολήθων προς μεταμόσχευση, ιστών και οργάνων", στην οποία προφανώς και παραπέμπει αν και η διατύπωση είναι ασαφής. Το άρθρο 8 παρ 3 εδ. β.

Συγκεκριμένα προβλέπεται ότι οι υποψήφιοι λίπιδες εγγράφονται στο Εθνικό Μητρώο ύστερα από πιστοποίηση της καταλληλότητάς τους από μεταμοσχευτική ομάδα της επιλογής τους με βάση κριτήριο συνογόμενο από την ιατρική επιστήμη και δεοντολογία. Με την παρ. 2 του άρθρου 8 ορθά επίσης προβλέπεται η προσφυγή στον ΕΟΜ υποψηφίου λίπιδου του οποίου η αίτηση εγγραφής στο Εθνικό Μητρώο απορρίφθηκε ή που διαγράφηκε από το

Εθνικό Μητρώο και η επανάκρισή του από άλλη μεταμοσχευτική μονάδα. Εκείνο όμως που δεν ορασαφηνίζεται είναι ποιος θα εισαγείται και ποιος θα κάνει τις διαγραφές των μη καταλλήλων υποψηφίων λίπιδων, δεδομένου μάλιστα ότι δεν περιέχει κάτι σχετικό η ανωτέρω αριθμ. Υ4δ/8874/25.10.96 απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, αλλά και ούτε προβλέπεται η έκδοση άλλης σχετικής εκτελεστικής διατάξης.

Ορθό είναι το κίνητρο που θεσπίστηκε με την παρ. 3 του άρθρου 8, που ήδη είχε προταθεί στην ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία, ότι σε περίπτωση αποδομίας των κριτηρίων προηγούνται για μεταμόσχευση τα πρόσωπα που έχουν δηλώσει πριν παρουσιαστεί γι' αυτό η ανάγκη της μεταμόσχευσης, τη συνοίνεσή τους για την σφαίρα των οργάνων ύστερα από το θάνατό τους. Βεβαίως ακόμη ισχυρότερο θα ήταν το κίνητρο αν προηγούνταν όχι μόνον οι ίδιοι οι δωρητές οργάνων αλλά και τα ανήλικα τέκνα τους, δεδομένου ότι τα τελευταία δεν έχουν την ικανότητα δωρεάς οργάνων πριν την ενηλικίωση. Όμως όλες οι ανωτέρω διατάξεις του άρθρου 8 περί της εγγραφής, διαγραφής των υποψηφίων λίπιδων στο Εθνικό Μητρώο και περί κατανομής των μοσχευμάτων στους υποψηφίους λίπιδες βάσει συγκεκριμένων και αξιολογική σειρά κριτηρίων δεν πιστεύουμε ότι προσοδιάζουν σε νόμο πλαίσιο και γι' αυτό αλλιώς δεν είναι πλήρεις και σαφείς. Σκόπιμο επομένως είναι να αναδιατυπωθεί το άρθρο 8 ως εξής: "Οι υποψήφιοι λίπιδες εγγράφονται σε Εθνικό Μητρώο, τηρούμενο από τον ΕΟΜ μετά πιστοποίηση της καταλληλότητάς τους από τη μεταμοσχευτική ομάδα της επιλογής τους σε συνεργασία με το, θεράποντα ιατρό τους, βασισμένη στις κριτήρια που καθορίζονται από τη σύγχρονη ιατρική επιστήμη και δεοντολογία. Τα της εγγραφής, διαγραφής και επιλογής των υποψηφίων λίπιδων για



ΣΥΝΕΧΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗ ΣΣΑ. 14

μεταμόσχευση θα ρυθμιστούν με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από πρόταση του ΕΟΜ.

Τέλος με το άρθρο 9 προβλέπεται η τήρηση από τον ΕΟΜ μητρώου δυνατικών δωρητών ιστών και οργάνων και αρχείου αυτών από τους οποίους έχουν ήδη ληφθεί όργανα και ιστοί για μεταμόσχευση και ορθότερο είναι στο ίδιο άρθρο να οριστεί ότι τα περιεχόμενα αυτών προστατεύεται βάσει των διατάξεων του Ν. 2472/1997 για την "Προστασία του στόμου από την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα", καταργούμενου του άρθρου 10 με τον ασαφή τίτλο "Ευαίσθητα δεδομένα".

## II. Αφαίρεση ιστών και οργάνων από ζώντα δότη

Το άρθρο 11 του Κεφ. Β αναφέρεται στις προϋποθέσεις και στη διαδικασία αφαίρεσης ιστών και οργάνων από ζώντα δότη. Η παρ. 1 του άρθρου αυτού περιέχει σχεδόν αυτολεξεί τις διατάξεις του άρθρου 19 παρ. 1 του Ν. 2619/15/19.6.98, με τον οποίο κωλύθηκε η Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική, ορίζοντας ότι: "Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από ζώντα δότη με σκοπό τη μεταμόσχευση διενεργείται αποκλειστικά προς το θεραπευτικό όφελος του λήπτη, εφόσον δεν διατίθενται ιστοί ή όργανα από αποβιώσαντα πρόσωπα, δεν υφίσταται άλλη εναλλακτική θεραπευτική μέθοδος ανάλογης αποτελεσματικότητας" και προστίθεται και η προϋπόθεση ότι "δεν υπάρχει μη αποδεκτός κίνδυνος για τη ζωή ή την υγεία του δότη". Ορθότερη πιστεύουμε είναι η διατύπωση του άρθρου 1 παρ. 1 στ. γ του ισχύοντος Ν. 1383/83 "και δεν ανακλύπουν κατά την κρίση της νοσηλευτικής μονάδας όπου ενεργείται η αφαίρεση προφανείς σοβαροί κίνδυνοι για τη ζωή ή την υγεία του δότη".

Επίσης απαραίτητη προϋπόθεση για την αφαίρεση ιστών και οργάνων από ζώντα δότη, σύμφωνα

με το άρθρο 11 παρ. 4 είναι το να είναι αυτός ενήλικος και να μην τελεί σε πλήρη στερητική δικαστική συμπαράσταση.<sup>1</sup> Εξ αντιδιαστολής προς την ανωτέρω διάταξη συνάγεται ότι πρόσωπα που τελούν υπό μερική δικαστική συμπαράσταση, μπορούν κατ' αρχήν να γίνουν ζώντες δότες οργάνων. Τοίυτο μπορεί να συμβεί, αν ο δικαστής ανάλογα με τις ειδικές συνθήκες κρίνει ότι η εν ζωή δωρεά ιστών ή οργάνων δεν είναι μεταξύ εκείνων των δικαιοπραξιών για τις οποίες ο συμπαροστατούμενος στερείται της δικαιοπρακτικής ικανότητας. Ζήτημα γεννάται στις περιπτώσεις που ο δικαστής κρίνει ότι η εν ζωή δωρεά ιστών ή οργάνων είναι μεταξύ εκείνων των δικαιοπραξιών για τις οποίες ο συμπαροστατούμενος δεν έχει δικαιοπρακτική ικανότητα. Στις περιπτώσεις αυτές ερωτάται αν μπορεί να τον αντιπροσωπεύσει ο δικαστικός συμπαροστάτης. Φρονούμε ότι η εν ζωή δωρεά οργάνου για μεταμόσχευση είναι πράξη εντελής προσωπική, που πρέπει ναηγάζει από την ελεύθερη, συνειδητή και αβίαστη βούληση του δότη και δεν μπορεί να τύχει αντιπροσωπείας.

Για το λόγο αυτό ορθά υπό το καθεστώς του προϊσχύοντος δικαίου οι τελούντες υπό δικαστική αντίληψη δεν είχαν την ικανότητα να γίνουν ούτε εν ζωή ούτε μετ' θάνατον δωρητές οργάνων. Επομένως η ικανότητα δωρεάς οργάνου από υποψήφια ενήλικα ζωντανά δότη που βρίσκεται σε μερική δικαστική συμπαράσταση θα κριθεί από το κατά πόσο έχει στον κρίσιμο χρόνο την ικανότητα συναίσθησης, δηλαδή ικανότητα συνείδησης τωνπραττομένων και όχι από τη βούληση του δικαστικού συμπαροστάτη του.

Καινοτομία του εν λόγω νομοσχεδίου είναι ότι σύμφωνα με το άρθρο 11 παρ. 2 η αφαίρεση ιστών ή οργάνων από ζώντα δότη με εξαίρεση τη μεταμόσχευση μωβλου των οστών επιτρέπεται μόνον όταν πρόκειται να γίνει μεταμόσχευση στα αζύγιο του δότη ή σε συγγενή μέχρι και το

δεύτερο βαθμό εξ αίματος σε ευθεία ή πλάγια γραμμή. Η διάταξη αυτή αποβλέπει κυρίως στην πρόληψη της εμπορευματοποίησης. Αξίζει όμως να αναφερθεί ότι ο πρόσφατα ψηφισθείς (1997) γερμανικός νόμος για τις μεταμοσχεύσεις προβλέπει ότι η αφαίρεση μη αναπαραγόμενων ιστών ή οργάνων από ζώντα δότη επιτρέπεται όταν η μεταμόσχευση θα γίνει σε συγγενή πρώτου ή δεύτερου βαθμού, αζύγιο, μνηστήρα ή σε άλλα άτομο που συνδέεται με ιδιαίτερο δεσμό με το δότη (π.χ. σύντροφοι χωρίς γάμο). Προβλέπει δε παράλληλα τη σύσταση ειδικής επιτροπής σύμφωνα με τη νομοθεσία κάθε κρατιδίου, η οποία σε κάθε περίπτωση μεταμόσχευσης με μόσχευμα από ζωντανό δότη θα γνωμοδοτεί για τα αν συντρέχουν οι προϋποθέσεις του νόμου και ειδικότερα αν η δωρεά οργάνου είναι οικειοθελής και χαριστική ή αν είναι προϊόν οικονομικής συναλλαγής. Νομίζουμε ότι στη χώρα μας που υπάρχει μεγάλη έλλειψη μοσχευμάτων σε σχέση με τις πραγματικές ανάγκες είναι πολύτέλεια να περιορίσουμε τις ζωές μεταμοσχεύσεις μόνον μεταξύ συγγενών. Ίσως πρέπει να επανεκτιμηθεί το να τις προεκτείνουμε και σε πρόσωπα με αψιλοκερδή και ευγενή κίνητρα με τις ανάλογες προϋποθέσεις που τόσσει ο γερμανικός νόμος. Επίσης γιατί να εξαίρεται μόνον η μεταμόσχευση μωβλου των οστών, που λόγω της φύσης του μωβλου ως αναπαραγόμενου ιστού μπορεί να γίνει και σε μη συγγενείς δότες. Μήπως η εξαίρεση πρέπει να επεκταθεί και στα αναπαραγόμενα όργανα (ήπαρ);

Στα άρθρο 11 παρ. 3 προβλέπονται με ορισμένες τροποποιήσεις οι αντίστοιχες διατάξεις του άρθρου 5 παρ. 3 του ισχύοντος Ν. 1383/83 και ορίζουν ότι: "Η αφαίρεση γίνεται από ενήλικο πρόσωπο. Κατ' εξαίρεση επιτρέπεται η αφαίρεση μωβλου οστών και από ανήλικο δότη, όταν πρόκειται για μεταμόσχευση σε αδελφό ή αδελφή του, εφόσον υπάρχει μεταξύ τους ισσοσυμβατότητα, η αφαίρεση είναι αναγκαία για τη

ζωή του λήπτη, δεν υπάρχει άλλος διαθέσιμος ισσοσυμβατός δότης και συναινούν σε αυτή και οι δύο γονείς, έστω και αν μόνο ο ένας έχει την επιμέλεια του ανήλικου τέκνου. Αν δεν υπάρχουν γονείς ή αν και οι δύο έχουν εκπέσει από τη γονική μέριμνα, η συναίνεση παρέχεται από τον επιτρόπο, ύστερα από απόφαση του εποπτικού συμβουλίου. Ο ανήλικος, που έχει συμπληρώσει το δωδέκατο έτος της ηλικίας του, συναινεί και αυτός στην αφαίρεση". Όπως όμως ήδη έχει επικριθεί στην ελληνική βιβλιογραφία<sup>2</sup> οι ανωτέρω διατάξεις δύσκολα βρiσκουν έρεισμα στις περί προστασίας των ανηλικών διατάξεις του άρθρου 1511 ΑΚ, που ορίζουν ότι "κάθε απόφαση των γονέων σχετικά με την άσκηση της γονικής μέριμνας πρέπει να αποβλήσει στο συμφέρον του τέκνου". Η λήψη μωβλου των οστών από ανήλικο με σκοπό τη μεταμόσχευση σε αδελφό ή αδελφή, που ως χειρουργική επέμβαση με νόρκωση θεωρητικά δεν αποκλείει κάθε κίνδυνο, δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι αποβλέπει στο συμφέρον του ανηλικού δότη. Έτσι λοιπόν είχε προταθεί να τεθεί ένα όριο ηλικίας, από το οποίο και πέραν να επιτρέπεται λήψη μωβλου των οστών και να περιορίζεται έτσι η καταχρηστική άσκηση της γονικής μέριμνας. Διότι είναι γνωστό ότι σε πολλές περιπτώσεις αποφοραίζεται ακόμη και η σύλληψη ενός παιδιού με σκοπό να γίνει δότης μωβλου του πάσχοντος αδελφού, να γίνεται προγεννητικός έλεγχος και αν δεν διαπιστώνεται ισσοσυμβατότητα να διακόπτεται η κύηση. ΨΕται όμως όπως έχει η ανωτέρω διατύπωση του νομοσχεδίου επιτρέπει η εντύπωση του επιτρεπτού της καταχρηστικής άσκησης της γονικής μέριμνας τουλάχιστον μέχρι την ηλικία των δώδεκα ετών που προβλέπεται και η συναίνεση του ανηλικού. Η ανωτέρω άποψη του να τεθεί ένα όριο ηλικίας από το οποίο και πέραν να επιτρέπεται λήψη μωβλου από ανήλικο, εναρμονίζεται πλήρως με

» ΣΥΝΕΧΕΙΑ ΣΤΗ ΣΣΑ. 18

ΣΥΝΕΧΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗ ΣΣΑ. 16

τα άρθρο 20 του Ν. 2619/98 με τον οποίο κυρώθηκε η Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική σύμφωνα με το οποίο μόνον εξαιρετικά μπορεί να επιτραπεί αφαίρεση αναπληρωτικού ιστού από πρόσωπο που δεν διαθέτει την ικανότητα συναίνεσης, εφόσον πλην των λοιπών προϋποθέσεων που τάσσει και το άρθρο 11 παρ. 3 (μεταμόσχευση σε αδελφό, ιστούσυμβατότης κλπ.), δεν αντιτίθεται ο πιθανός δότης. Επίσης πρέπει να επεκταθεί με ρητή διάταξη, που δεν προβλέπεται στο εν λόγω νομοσχέδιο, η δυνατότητα λήψης αναπληρωτικού ιστού για μεταμόσχευση υπό τις ίδιες προϋποθέσεις και σε ενήλικα πρόσωπα, που δεν έχουν ικανότητα συναίνεσης αλλά δεν αντιτίθενται.

Με το άρθρο 11 παρ. 5 ορίζεται ότι η συναίνεση αφαίρεσης ιστών ή οργάνων παρέχεται (α) πως ακριβώς και στον ισχύοντα νόμο) α) με συμβολαιογραφικό έγγραφο, β) με έγγραφο στο οποίο βεβαιώνεται από την Αστυνομική Αρχή η γνησιότητα της υπογραφής του δότη, γ) με προφορική δήλωση καταχωρούμενη σε ειδικό βιβλίο, που τηρείται στο νοσηλευτικό ίδρυμα που θα γίνει η μεταμόσχευση παρουσία δύο μαρτύρων που συνοπογράφουν μαζί με το δότη τη σχετική καταχώριση της συναίνεσης. Πιστεύουμε ότι όλες αυτές οι εναλλακτικές λύσεις μόνο σύγχυση θα δημιουργήσουν στην πράξη. Σωστότερα είναι να καθιερωθεί μόνον η τήρηση ειδικού εντύπου, ειδικού πρωτοκόλλου στη νοσηλευτική μονάδα που θα γίνει η αφαίρεση και όχι η μεταμόσχευση, τα οποία θα συμπληρώνει ο συναινών υπαψήφιος δότης παρουσία δύο μαρτύρων και στο οποίο θα συνοπογράφει και ο ιατρός που έκανε την ενημέρωση, ώστε να μπορεί να αποδειχθεί τόσο η ύπαρξη της συναίνεσης όσο και η απαιτούμενη από το ιατρό εξειδικευμένη επαγγελματική επιμέλεια.\* Αξίζει να αναφερθεί ότι ο γερμανικός νόμος απαιτεί, η ενημέρωση για

τους κινδύνους που συνεπύκνεται η αφαίρεση του συγκεκριμένου ιστού ή οργάνου να γίνεται παρουσία και ενός άλλου ιατρού, ο οποίος δεν πρέπει να έχει σχέση με την ιατρική ομάδα που θα κάνει την αφαίρεση ή τη μεταμόσχευση και η ενημέρωση και η συναίνεση του δότη να καταγράφεται σε ειδικό πρωτόκολλο, που υπογράφεται από όλους τους παρισταμένους.

Τέλος, πρέπει μεταξύ των προϋποθέσεων που τάσσει το εν λόγω νομοσχέδιο για την αφαίρεση ιστών ή οργάνων από ζώντα δότη να συμπεριληφθεί και το να μην έχει αντίρρηση ο συγκεκριμένος λήπτης, δεδομένου του συνταγματικά κατοχυρωμένου δικαιώματος της προσωπικότητας, που περιλαμβάνει και τα δικαιώματα αυτοδιάθεσης της ζωής, προϋπόθεση που ήδη προβλέπει ο ισχύων Ν. 1383/83.

### III. Αφαίρεσεις ιστών και οργάνων από νεκρό δότη

Στο άρθρο 13 του νομοσχεδίου αναφέρονται οι προϋποθέσεις για την αφαίρεση ιστών και οργάνων από νεκρό δότη και γενικά αναπτύσσεται το σύστημα οργάνωσης της μετά θάνατον δωρεάς οργάνων. Έτσι με την 1<sup>η</sup> παρ. του ανωτέρω άρθρου και αφού επαναλαμβάνεται ως εκ περισπού η γενική διάταξη ότι η αφαίρεση ιστών και οργάνων από νεκρό δότη επιτρέπεται μόνον για θεραπευτικούς σκοπούς ορίζεται ότι "η αφαίρεση διενεργείται μετά την επέλευση του θανάτου, έστω και οι λειτουργίες ορισμένων οργάνων διατηρούνται με τεχνητά μέσα". Με την ανωτέρω διάταξη υιοθετείται η άποψη που ήδη είχε προταθεί στην ελληνική αρθρογραφία να μην τίθενται επιθετικοί προσδιορισμοί στο θάνατο π.χ. εγκεφαλικός θάνατος, που μόνο σύγχυση προκαλούν, αφού είναι γνωστό ότι ο θάνατος είναι ένας και μόνον τα κριτήρια διάγνωσης του διαφέρουν, καθώς και η άποψη ότι είναι ιατρικά καθήκον η άμεση πιστοποίηση του θανάτου, ανεξαρτήτως του τρόπου επέλευσής του και ανεξαρτήτως του αν θα επακολουθήσει

αφαίρεση οργάνων για μεταμόσχευση ή όχι.\* Δυστυχώς όμως η χρήση του όρου "εγκεφαλικός θάνατος" δεν απεφεύχθη στην παρ. 6 του άρθρου 13, που ορίζει ότι: "Ο υπεύθυνος για τον ασθενή ιατρός υποχρεούται μόλις διαπιστώσει επέλευση του εγκεφαλικού θανάτου να βεβαιώσει το θάνατο, να συντάξει σχετικό πιστοποιητικό, να ενημερώσει ομέσως, σε συνεργασία με τις υπηρεσίες συντονισμού των μεταμοσχεύσεων, τα/τη σύζυγο ή τους συγγενείς του νεκρού για τη δυνατότητα αφαίρεσης ιστών και οργάνων με σκοπό τη μεταμόσχευση και εφόσον δεν πρόκειται να ακολουθήσει αφαίρεση ιστών και οργάνων, να διακόψει την τεχνητή υποστήριξη. Στην πιστοποίηση του θανάτου δεν συμμετέχει ιατρός, που ανήκει στη μεταμοσχευτική ομάδα. Είναι σαφής η αντίφαση των ανωτέρω διατάξεων. Από την μια ορίζει ότι η διαπίστωση του εγκεφαλικού θανάτου και η πιστοποίησή του είναι καθήκον ενός ιατρού, του υπεύθυνου για τον ασθενή και από την άλλη ορίζει ότι στη διαπίστωση του θανάτου δεν συμμετέχει ιατρός που ανήκει στη μεταμοσχευτική ομάδα. Σε όλες τις σύγχρονες νομοθεσίες η έννοια του θανάτου έχει γίνει οποδεδκτή όπως προσδιορίζεται από την εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης. Λόγω όμως της ιστορικοτεχνολογικής εξέλιξης κάθε σύγχρονος νομοθέτης έχει θεσπίσει μέτρα για την ασφαλή διόγκωσή του, όπως η ομόφωνη απόφαση τουλάχιστον δύο ιατρών, που σε άλλες νομοθεσίες ορίζονται οι ειδικότητες τους, σε άλλες όχι. Στον ισχύοντα Ν. 1383/83 για τη διαπίστωση του θανάτου απαιτείται η ομόφωνη απόφαση τριών ιατρών: του υπεύθυνου για τον ασθενή ιατρού, ενός νευρολόγου ή νευροχειρουργού και ενός ανοισθησιολόγου, που δεν μπορεί να έχουν σχέση με τη μεταμοσχευτική ομάδα. Η ανωτέρω διάταξη πρέπει να τροποποιηθεί και να οριστούν τουλάχιστον δύο ιατροί για τη διάγνωση του θανάτου, όταν οι λειτουργίες ορισμένων οργάνων συντηρούνται μη-

χανικά, οι οποίοι θα διαγνώσουν το θάνατο ομόφωνα και θα υπογράψουν από κοινού το πιστοποιητικό θανάτου. Και αυτό βέβαια ανεξάρτητα από το αν θα επακολουθήσει αφαίρεση οργάνων ή όχι.

Με τις παρ. 2, 3, 4 και 5 του άρθρου 13 καθιερώνεται ένα πολυήπλο, αντιφατικό αλλά και γραφειοκρατικό σύστημα οργάνωσης της μετά θάνατον δωρεάς οργάνων, γι' αυτό και κρίνεται σκόπιμη η αναφορά των ανωτέρω διατάξεων ως έχουν.

\*2.- Η αφαίρεση διενεργείται εφόσον, κατά την διάρκεια της ζωής του ο δυντικός δότης είχε εγγράφως συναίνεσει σ' αυτήν. Η αφαίρεση αποκλείεται αν κατά τη διάρκεια της ζωής του είχε εγγράφως εκφράσει την άρνησή του.

3. Σε κάθε γενική απογραφή πληθυσμού, κάθε ενήλικος απογραφόμενος ατομικά καλείται να δηλώσει εγγράφως σε ειδικό έντυπο διαβιβαζόμενο στον ΕΟΜ αν συναινεί ή όχι στην αφαίρεση ιστών και οργάνων του σώματός του για μεταμόσχευση μετά το θάνατό του. Εφόσον παρόμοια δήλωση δεν έχει ήδη γίνει, οι δήμοι και τα ασφαλιστικά ταμεία έχουν υποχρέωση να τις ζητούν κατά τις συναλλαγές τους με τους δημότες ή τους ασφαλισμένους.

4. Αν ο δυντικός δότης δεν είχε κατά τη διάρκεια της ζωής του εκφράσει τη συναίνεσή του ή την άρνησή του, η αφαίρεση διενεργείται εφόσον δεν αντιτίθεται σ' αυτήν ο ή η σύζυγος, τα ενήλικα τέκνα του ή οι γονείς του. Η έλλειψη αντίρρησης ενός προσώπου που προηγείται στην παραπάνω αναρίθμηση αρκεί για τη διενέργεια της αφαίρεσης. Στην περίπτωση όπου τα παραπάνω πρόσωπα δεν υπάρχουν ή δεν ανευρίσκονται μέσα σε εύλογο χρόνο για την αφαίρεση αποφασίζει η Επιτροπή Δεοντολογίας του ΕΟΜ, που προβλέπεται από τον Κανονισμό του.

5. Η συναίνεση ή η άρνηση είναι πάντοτε ελεύθερα ανακλητή. Η συναίνεση ή η άρνηση πα-

➤ ΣΥΝΕΧΕΙΑ ΣΤΗ ΣΣΑ. 20



Μεταμοσχεύσεις: «Κατηγορώ» από τους επιστήμονες • Σε αδιέξοδο οι επεμβάσεις

# Νόμος - φονιάς της ελπίδας για ζωή

Της Σοφίας Πατραμάνη

**Β**ΑΡΥΤΑΤΕΣ ευθύνες απέδωσαν χθες στην κυβέρνηση κορυφαίοι επιστήμονες της χώρας, για το αδιέξοδο στο οποίο έχουν οδηγηθεί οι μεταμοσχεύσεις από το καλοκαίρι έως σήμερα.

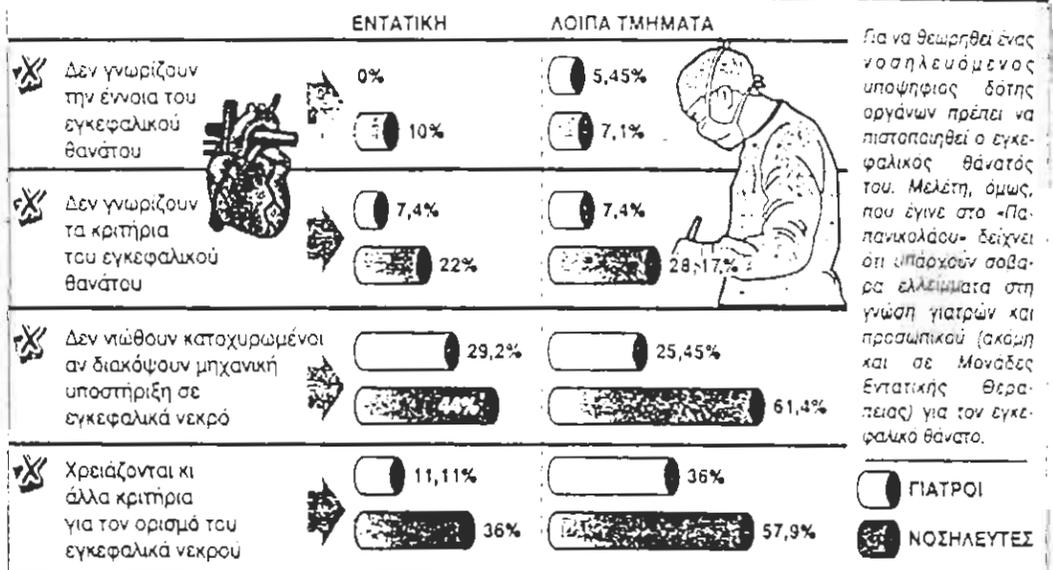
Οι εκπρόσωποι της Ελληνικής Εταιρείας Μεταμοσχεύσεων περιέγραψαν με τα πιο μελανά χρώματα την κατάσταση που επικρατεί σήμερα σ' αυτόν τον ευαίσθητο τομέα. Και εξήγησαν ότι ο νόμος, που πέρασε από το Θερινό Τμήμα της Βουλής και ψηφίστηκε μόνο από τους βουλευτές του κυβερνώντος κόμματος, σκοτώνει την ελπίδα για αύξηση του αριθμού των δοτών, έχοντας επιφέρει πλήρη σύγχυση στον ιατρικό κόσμο με τις ασάφειές του.

## ■ Σωτηρία

«Φοβόμαστε», είπαν οι επιστήμονες, «ότι οι πρόσφατες εικόνες στα ραδιοτηλεοπτικά μέσα, που δείχνουν Έλληνες πολίτες και μάλιστα παιδιά να πεθαίνουν από έλλειψη μοσχευμάτων, έχοντας ως μόνη ελπίδα σωτηρίας τους τη μεταμόσχευση σε άλλα ευρωπαϊκά κράτη, όπου η φροντίδα της πολιτείας είναι αποτελεσματική, θα συνεχίσουν να υπάρχουν».

Και διηγήθηκαν μια απίστευτη ιστορία που δείχνει, όπως ήταν, την έλλειψη στοιχειωδών γνώσεων του νομοθέτη, γύρω από τον τρόπο που γίνονται οι μεταμοσχεύσεις στη χώρα μας: «Είδαμε τον πεθερό ενός νεφροπαθούς να μην μπορεί να δωρίσει το νεφρό του στο γα-

## «Εμφραγμα» στις μεταμοσχεύσεις



μπρό του και η μεταμόσχευση να πρέπει να γίνει στη Γερμανία με την πληρωμή από το ελληνικό κράτος δεκάδων χιλιάδων δολαρίων! Αυτό συνέβη γιατί ο νέος νόμος ορίζει πως η προσφορά οργάνων από ζώντες δότες σ' τρέκλεται από τη γενεϊς έως 2-βαθμού του λήτη και δεν ειχι προβλεπεί γι υπάρχουν οι απαραίτητες εξαιρέσεις, όπως έχει συμβεί με τις σχετικές νομοθεσίες άλλων χωρών.

Τα σοβαρά αυτά θέματα θα αναπτυχθούν εκτενώς κατά τη διάρκεια του 11ου Πανελληνίου Συνεδρίου της Ελληνικής Εταιρείας Μεταμοσχεύσεων (Ε-ΕΜ), το οποίο θα πραγματοποιηθεί στην Αθήνα από τις 2 έως τις 4 Απριλίου. Εν όψει του Συνεδρίου έδωσαν χθες συνέντευξη Τύπου (κατά την οποία ένωσαν οι παραπάνω επιστημονείς) ο πρόεδρος και η αντιπρόεδρος του Συνεδρίου, καθηγητής κ.

Αλκιβιάδης Κωστάκης και κ. Αικατερίνη Κονιαβίτου, ο πρόεδρος της ΕΕΜ, κ. Ιωάννης Παπαδημητρίου, και η νομικός σύμβουλος της Εταιρείας, κ. Αλ. Αδάμη. Αναφερόμενος στις συνέπειες από την εφαρμογή του νέου νόμου, ο κ. Κωστάκης κατηγορεί:

## ■ Απουσίες

«Το ιαταιϊόδουξο σιηνικό συμπληρώθηκε με τη μονομερή επάνδρωση του νεοϊδρυθέντος Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων, από τη σύνθεση του οποίου απουσιάζουν όλοι οι επιστήμονες εκείνοι που έχουν αφιερώσει ολόκληρη σχεδόν τη ζωή τους στις μεταμοσχεύσεις στη χώρα μας, ενώ έχει αγνοηθεί τελείως η πλέον αρμόδια επιστημονική εταιρία, η Ελληνική Εταιρεία Μεταμοσχεύσεων».

Εντύπωση προκάλεσαν και όσα είτε η κ. Αδάμη, μιλώντας για τη διάταξη του νόμου, που αναφέρεται στην πιστοποίηση νέκρωσης του εγκεφάλου του υποψήφιου δότη.

Η κ. Αδάμη εξήγησε ότι η πιστοποίηση αυτή γίνεται σε παθολογοανατομικό εργαστήριο, ενώ, εκτός των άλλων, καλυμάτων που υπάρχουν, απαιτούνται και τρεις ημέρες για να γίνει γνωστό το αποτέλεσμα.

Στις νομοθεσίες των άλλων χωρών - κατέληξε - η αντίστοιχη διάταξη αναφέρεται σε μη αναστρέψιμη βλάβη της λειτουργίας του εγκεφάλου.

Σύμφωνα με τα στοιχεία που δόθηκαν χθες στη δημοσιότητα, έως σήμερα έχουν γίνει διεθνώς 900.000 μεταμοσχεύσεις.

Ο συνολικός, δε, αριθμός πτωματικών δοτών σε όλο τον κόσμο για το 1999 ήταν 13.284 δότες.

# Προβλήματα και ασάφειες του νόμου 2737/1999 για τις μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων ιστών και οργάνων

Μ. Βρεττός<sup>1</sup>, Ε. Γιαννούλης<sup>2</sup>, Μ. Γκιάλα<sup>3</sup>, Κ. Καρακατσάνης<sup>4</sup>, Ι. Κουντουράς<sup>5</sup>,  
Ν. Μπαλαμούτσος<sup>6</sup>, Ι. Τσανάκας<sup>7</sup>, Α. Γουλιανός<sup>8</sup>, Ν. Κωνσταντινίδης<sup>9</sup>, Π. Κούγιας<sup>10</sup>

**Ο** πρόσφατα ψηφισθείς νόμος για τις μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων ιστών και οργάνων, από καθαρά ιατρική θεώρηση, εμφανίζει κατά την κρίση των υπογραφόντων ελλείμματα σοβαρά, τα οποία καθιστούν σχεδόν ανέφικτη την εφαρμογή του.

Τα ελλείμματα του νόμου είναι τα παρακάτω αναφερόμενα:

1. Το πρώτο πρόβλημα αφορά στο κριτήριο που ορίζει ο νόμος για τη διάγνωση του θανάτου. Σύμφωνα με το νόμο, κριτήριο θανάτου είναι η διάγνωση, από το θεράποντα ιατρό, "της νέκρωσης του εγκεφαλικού στελέχους" (άρθρο 12, παρ. 6). Η "νέκρωση" όμως του εγκεφαλικού στελέχους είναι, ως γνωστόν, όρος παθολογοανατομικός και δύναται να τεκμηριωθεί μόνο μετά τη μεταθανάτια σφαίραση του εγκεφάλου του ασθενούς και την εξέτασή του από εξειδικευμένο παθολογοανατόμο. Όπως σχολιάζεται εν προκειμένω από τον Mollinari<sup>1</sup>, ένας εκ των ερευνητών της μεγαλύτερης συλλογικής μελέτης στον κόσμο επί "εγκεφαλικά νεκρών" ασθενών (Μελέτη του NINCDS στις Η.Π.Α.), δεν είναι δυνατόν να διαγνωστεί η ύπαρξη "νεκρού εγκεφάλου", ούτε να γίνει άμεσα αναγγελία θανάτου, με τη χρησιμοποίηση κλινικών μόνο δοκιμασιών.

Επιπρόσθετα, από τα δεδομένα της προαναφερθείσας μελέτης προκύπτει ότι δεν ήταν δυνατόν να επαληθευτεί η σταθερή ουσχέτιση οποιουδήποτε συνδυασμού κλινικών κριτηρίων με την ύπαρξη διάχυτα κατεστραμμένου εγκεφάλου. Επομένως, η βασικότερη αστοχία του νόμου είναι η χρήση μη ορθού κριτηρίου για τη διάγνωση του θανάτου και, κατά συνέπεια, η αδυναμία επιστημονικής τεκμηρίωσης της διάγνωσης



θανάτου με το κριτήριο αυτό, προκειμένου να προβούμε σε σφαίραση οργάνων για μεταμόσχευση.

Επιπρόσθετα, το β' ήμισυ της παρ. 1 του άρθρου 12, "η σφαίραση διενεργείται μετά την επέλευση του θανάτου, έστω και αν οι λειτουργίες ορισμένων οργάνων διατηρούνται με τεχνητά μέσα", όπως και το τμήμα της παρ. 6, του ίδιου άρθρου, "όταν ο θεράπων ιατρός διαγνώσει νέκρωση του εγκεφαλικού στελέχους και εφόσον οι λειτουργίες ορισμένων οργάνων διατηρούνται με τεχνητά μέσα, υποχρεούται να προβεί από κοινού με έναν αναισθησιολόγο και ένα νευρολόγο ή νευροχειρουργό στη σύνταξη του σχετικού πιστοποιητικού του θανάτου", μόνον σύγχυση προκαλούν.

Ο νομοθέτης αποφεύγοντας να χρησιμο-

ποιήσει τον όρο "εγκεφαλικός θάνατος" αποσκοπεί στο να ορίσει ακριβώς την κατάσταση κατά την οποία ο άνθρωπος θεωρείται νεκρός παρά το γεγονός ότι "οι λειτουργίες ορισμένων οργάνων διατηρούνται με τεχνητά μέσα", τα οποία όργανα ωστόσο δεν κατονομάζει.

Περαιτέρω, δεν αναγράφεται στο νόμο με ποιά κριτήρια πιστοποιείται ο θάνατος και από ποιόν συντάσσεται το πιστοποιητικό του θανάτου εφόσον δεν "διατηρούνται με τεχνητά μέσα οι λειτουργίες ορισμένων οργάνων".

Δεν έχει προβλέψει δηλαδή ο νομοθέτης για τα κριτήρια ορισμού του θανάτου σε ασθενείς οι οποίοι καταλήγουν χωρίς να βρίσκονται σε μηχανική υποστήριξη των ζωτικών της λειτουργιών.

<sup>1</sup> Αν. Καθ. ΑΠΘ, Χειρουργός, <sup>2</sup> Αν. Καθ. ΑΠΘ, Γαστρεντερολόγος, <sup>3</sup> Αν. Καθ. ΑΠΘ, Δ/ντρια Ανασθησιολογίας και ΜΕΘ, <sup>4</sup> Αν. Καθ. ΑΠΘ, Δ/ντής Πυρηνικής Ιατρικής, <sup>5</sup> Αν. Καθ. ΑΠΘ, Γαστρεντερολόγος, <sup>6</sup> Αν. Καθ. ΑΠΘ, Δ/ντής ΜΕΘ, <sup>7</sup> Αν. Καθ. Παιδιατρ. Πνευμονολογίας ΑΠΘ, <sup>8</sup> Ψυχίατρος, Δ/ντής Κέντρου Ψυχικής Υγείας, <sup>9</sup> Αν. Δ/ντής Νευροχειρ. Κλινικής, Ιπποκράτειο Νοσ. Θεσ/νίκης, <sup>10</sup> Αν. Δ/ντής 1ης Παθολ. Κλινικής, Ιπποκράτειο Νοσ. Θεσ/νίκης

Από τα προαναφερθέντα καθίσταται σαφές ότι υπάρχει έλλειμμα τόσο στον ορισμό της έννοιας του θανάτου όσο και στο τρωπαινόμο κριτήρια για τη διαπίστωση του θανάτου.

2. Εάν οι συντάκτες του νόμου είχαν κατά νου, όταν έγραψαν τον όρο "νέκρωση του εγκεφαλικού στελέχους", τη μη αναστρέψιμη απώλεια των λειτουργιών του εγκεφαλικού στελέχους και τις σχετικές οδηγίες για τη διάγνωση του "εγκεφαλικού θανάτου", όπως αυτές καταγράφονται στην ιατρική απόφαση 9/20.3.1985 της 21ης ολομέλειας του ΚΕ.Σ.Υ., έχουμε υποχρέωση να παρατηρήσουμε τα ακόλουθα:

A. Η απαραίτητη χρονική περίοδος προκειμένου να τεκμηριωθεί το μη αναστρέψιμο της απώλειας των λειτουργιών του εγκεφάλου (συμπεριλαμβανομένου και του εγκεφαλικού στελέχους), το οποίο αποτελεί όρο απαραίτητο για τη διάγνωση του "εγκεφαλικού θανάτου", δεν έχει τεκμηριωθεί για οποιαδήποτε ηλικία<sup>44</sup>, ιδιαίτερος για την βρεφική<sup>45</sup>. Σημειώτεον ότι πολλοί ερευνητές δεν αποδέχονται την έννοια του "εγκεφαλικού θανάτου" για νεογνά κατά την πρώτη εβδομάδα της ζωής τους<sup>46</sup>.

B. Τα δεδομένα σχετικά με τη δοκιμασία της όπνικας είναι ελλιπή, κατά την Αμερικανική Νευρολογική Ακαδημία, και γι' αυτά ζητείται προσεκτική εκτίμηση των αναπνευστικών προσπαθειών και του επιπέδου της μερικής πίεσης του CO<sub>2</sub> στο οποίο συμβαίνει η όπνικα<sup>47</sup>.

Περαιτέρω, παρατηρείται μεγάλη απόκλιση στην εφαρμογή των οδηγιών διαγνώσεως του "εγκεφαλικού θανάτου" ακόμη και στις Η.Π.Α., όπου το πρώτον καθιερώθηκε η έννοια αυτή<sup>48</sup>.

Γ. Έχει παρατηρηθεί σε "εγκεφαλικώς νεκρούς" ασθενείς ύπαρξη κεφαλικών αντανακλαστικών, όπως είναι το οντανακλαστικό του μαστήρα (jaw jerk) και το στοματικό οντανακλαστικό (snout reflex), γεγονός το οποίο υποδηλώνει τη λειτουργική διατήρηση του πηγαίου άκρου της γέφυρας και του μεσεγκεφάλου<sup>49</sup>. Επομένως, στις περιπτώσεις αυτές υπάρχει λειτουργία τμήματος του εγκεφαλικού στελέχους.

Δ. Έχουν δημοσιευθεί πολυάριθμες περιπτώσεις "εγκεφαλικώς νεκρών" ασθενών στους οποίους έχουν καταγραφεί ακουστικά και σωματοαισθητικά προκλητά δυναμικά, τα οποία μαρτυρούν την ύπαρξη ακέκτων, λειτουργικών οδών στο εγκεφαλικό στέλεχος<sup>50</sup>. Η αναγκαιότητα ελέγχου των λειτουργιών του εγκεφαλικού στελέχους με τα πρακτικά δυναμικά σ' αυτούς τους

ασθενείς τονίζεται από πολλούς συγγραφείς<sup>51</sup>, ενώ οι Paniagua - Soto και ουν.<sup>52</sup> το 1995 τονίζουν ότι τα ακουστικά προκλητά δυναμικά σε συνδυασμό με το όψιμο σωματοαισθητικά δυναμικά πέτυχαν τη σωστή πρόγνωση στο 92% των περιπτώσεων και ήταν καλύτερα δείκτες από το συνδυασμό των κλινικών παραμέτρων και της υπολογιστικής αξονικής τομογραφίας.

Ε. Σε δύο από τους είκοσι πέντε "εγκεφαλικώς νεκρούς" ασθενείς (δηλαδή σε ποσοστό 8%) των εισαγμένων των κριτηρίων της Minnesota για τη διάγνωση του "εγκεφαλικού θανάτου" (τα οποία κριτήρια ακολουθεί και ο υπό συζήτηση νόμος) δεν βρέθηκαν στη μεταθανάτιο παθολογοανατομική εξέταση μακροσκοπικά ή μικροσκοπικά παθολογικά ευρήματα εγκεφαλικού στελέχους<sup>53</sup>. Σε μεγαλύτερη σειρά εγκεφαλικώς νεκρών ασθενών, διαγνωθέντων με τα κριτήρια της Minnesota, μόνο στα 51% διαγνώθηκε παθολογοανατομικώς η ύπαρξη "εγκεφάλου του αποπνευστήρα"<sup>54</sup>, ενώ σε 20 εγκεφαλικώς νεκρά παιδιά (διαγνωσθέντα με κριτήρια παρόμοια εκείνων της επιτροπής των ΗΠΑ του 1981) δεν υπήρχε συσχέτιση των κλινικών ή φυσιολογικών παραμέτρων με τα παθολογοανατομικά ευρήματα<sup>55</sup>.

ΣΤ. Είναι γνωστό ότι επί πρωτογενών βλαβών του εγκεφαλικού στελέχους και με κλινική εικόνα "εγκεφαλικού θανάτου" διατηρούνται σε λειτουργία εκτεταμένες περιοχές του φλοιικού συστήματος, του θαλαμικού, των βασικών γαγγλίων, του μετακριακού συστήματος και του διεγκεφαλικού, ανιόντος, ενεργοποιητικού, δικτυωτού σχηματισμού του εγκεφάλου<sup>56</sup>. Σ' αυτές τις περιπτώσεις, όπως υποστήριξε η Γερμανική αντιπροσωπεία στο 2ο Παγκόσμιο Συνέδριο για τον "εγκεφαλικό θάνατο" το 1995, δεν είναι δυνατόν να αποκλειστεί η πιθανότητα ότι οι ασθενείς αυτοί δύνανται να αισθανθούν, να σκεφτούν κ.λπ.<sup>57</sup>. Έχουν δημοσιευθεί διάφορες περιπτώσεις "εγκεφαλικώς νεκρών" ασθενών στους οποίους η post mortem παθολογοανατομική εξέταση έδειξε ότι οι βαριές ολλοιώσεις αφορούσαν κυρίως στο στέλεχος του εγκεφάλου, ενώ ο φλοιός του εγκεφάλου ήταν σχεδόν φυσιολογικός<sup>58</sup>.

Ζ. Σε μικρό αριθμό ασθενών σε μόνιμη φυτική κατάσταση έχει επιτευχθεί ανάκτηση της εγρήγορης και της γνωστικής λειτουργίας μετά από εμφύτευση ηλεκτροδίων βαθιά μέσα στο διεγκεφαλικό και διέγερση του ανιόντος, ενεργοποιητικού δικτυωτού σχηματισμού<sup>59,60,61,62</sup>. Τα ευρήματα αυτά, παρότι περιορισμένα, αποτε-

λούν ένα πολύ σπουδαίο επίτευγμα εναντίον της χρησιμοποίησης του "θανάτου του εγκεφαλικού στελέχους" για τη διάγνωση του θανάτου σε ασθενείς που βρίσκονται σε μη αναστρέψιμο, βαθύ, απνοϊκό κώμα<sup>63</sup>. Το μη αναστρέψιμο της απώλειας της συνειδήσεως επί του παρόντος δεν είναι δυνατόν να διαγνωστεί ασφαλώς. Τα πλέον εντυπωσιακά παραδείγματα εν πράξει μόνω είναι οι περιπτώσεις δύο ασθενών ευρισκομένων σε μόνιμη φυτική κατάσταση, η μία επί τριάντα μήνες και η άλλη επί πέντε μήνες, οι οποίες ανένηψαν<sup>64,65</sup>. Στις ασθενείς αυτές δεν είχε αποδοθεί το προσχηματισμένο περιεχόμενο της συνειδήσεως, όπως πιστεύεται ότι συμβαίνει σε αυτές τις περιπτώσεις. Στις περιπτώσεις αυτές τα κριτήρια είχαν εφαρμοσθεί από νευρολόγους έμπειρους και εξασκημένους στη διάγνωση της καταστάσεως αυτής<sup>66</sup>.

Η. Το κριτήριο του "θανάτου του εγκεφαλικού στελέχους" δεν παρέχει οποδεκτή λύση στο πρόβλημα της υπόρξεως ή μη λειτουργιών που χαρακτηρίζουν την ανθρώπινη ζωή<sup>67</sup>. Περαιτέρω, ο ορισμός του θανάτου, με βάση τα κριτήρια αυτά, αφορά μόνο σε ένα τμήμα της συνειδήσεως, την εγρήγορη (arousal), το οποίο ονομάζεται ανεπικύσως<sup>68</sup> "ικανότητα για συνείδηση"<sup>69</sup> ("capacity of consciousness" κατά τον Pallis το 1982), ενώ αυδότως γίνεται αναφορά στο περιεχόμενο της συνειδήσεως ("content of consciousness") κατά τον όρο των Plum και Posner<sup>70</sup>. Η ανεπάρκεια του κριτηρίου του "θανάτου του εγκεφαλικού στελέχους" στην εκτίμηση του "περιεχομένου της συνειδήσεως" γίνεται αναληπτή από το γεγονός ότι δεν είναι δυνατή αυτή η εκτίμηση, όταν η εγρήγορη είναι καταργημένη<sup>71,72</sup>, όπως φαίνεται ότι συμβαίνει επί βαθέος, μη αντιδρόντος κώματος.

Θ. Υποστηρίζεται από τους Walker και Molinar<sup>73</sup> (1980), ερευνητές της προαναφερθείσας ολλογικής μελέτης του NINCDS, ότι ο "εγκεφαλικός θάνατος" ουδέποτε απέκτησε καθορισμένη κλινική ή παθολογοανατομική οντότητα και γι' αυτό τα κριτήρια διαγνώσεως του είναι αυθαίρετα. Έτσι εξηγείται το γεγονός ότι σε διάφορες σειρές "εγκεφαλικώς νεκρών" ασθενών, διαγνωσθέντων με διάφορα κριτήρια και επιζησάντων περισσότερα από είκοσιπέντε ώρες (μέχρι 120 και πλέον), το ποσοστό του "εγκεφάλου του αναπνευστήρα" κυμούνταν ευρύτατα (από 48% έως 85%)<sup>74,75,76</sup>.

Ι. Τα κλινικά κριτήρια για τη διάγνωση της μη αναστρέψιμης απώλειας των λειτουργιών του εγκεφαλικού στελέχους, με τα ο-

ποία διαγιγνώσκεται ο "εγκεφαλικός θάνατος", έχουν αποδειχθεί ανακριβή και εσφαλμένα, σε διάφορες περιπτώσεις παιδιατρικών ασθενών με συνέπεια το χαρακτηρισμό επιζώντων ως νεκρών<sup>1,4,5,6</sup>.

ΙΑ. Υποστηρίζεται ότι η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) με τις εφαρμογές της βιοϊατρικής τεχνολογίας υποκαθιστά μερικώς το εγκεφαλικό στελέχος και αποδεικνύει ότι ο ρόλος του είναι λιγότερο κριτικής σημασίας για τη διατήρηση της ζωής<sup>7</sup>. Ακόμη, υποστηρίζεται ότι τα διάφορα οργανικά συστήματα με τη βοήθεια της Μ.Ε.Θ. λειτουργούν ως ολοκληρωμένο όλο, παρότι στελώς<sup>8</sup>.

ΙΒ. Θεωρείται ως λογικό σφάλμα<sup>9,10</sup> η ταύτιση της βαρείας ή προδιαγεγραμμένης προγνώσεως των "εγκεφαλικά νεκρών" ασθενών με την έννοια του θανάτου ή με τα ερωτήματα εάν έχει ακόμη νόημα η συνέχιση της ζωής ενός "εγκεφαλικά νεκρού" ασθενούς<sup>11,12,13</sup>.

ΙΓ. Η τρέχουσα άποψη πολλών ειδικών είναι ότι σε πολλές περιπτώσεις (σαβάρως τραυματισμός του απλαχικού κρανίου, το κάταγμα του λιθοειδούς οστού, συγγενείς ή επίκτητες ανωμαλίες των καρών των αφθαλμών, ύπαρξη τοξικών επιπέδων διαφόρων φαρμάκων - ιδιαίτερα εκείνων που καταστέλλουν το Κ.Ν.Σ. - ύπαρξη σοβαρών μεταβολικών, ηλεκτρολυτικών διαταραχών, shock, υποθερμίας, βαρείας μέθης, έντονης υπογλυκαιμίας, ιστορικό χρονίας πνευμονικής νόσου με κατακράτηση CO<sub>2</sub> και καρικό απνοίας κατά την διάρκεια του ύπνου) η διάγνωση του "εγκεφαλικού θανάτου" με τα καθιερωμένα κλινικά κριτήρια είναι επισφαλής, και για το λόγο αυτό συνιστάται η διενέργεια επιβεβαιωτικών δοκιμασιών<sup>14,15,16,17,18,19</sup>.

ΙΔ. Οι αυτόματες κινήσεις που παρατηρούνται σε "εγκεφαλικά νεκρούς" ασθενείς<sup>1,20,21,22,23,24,25</sup> δεν κατέστη δυνατόν να χαρακτηρισθούν ως αναγνωρισμένα αντανάκλαστικά<sup>26</sup> και ως εκ τούτου σύμφωνα με ερευνητές της συλλογικής μελέτης NINCDS αλλά και σύμφωνα με τα κριτήρια της Minnesota, τα οποία ακολουθεί και ο υπό συζήτηση νόμος, θα πρέπει αυτές να απουσιάζουν<sup>27,28</sup> από τη διάγνωση του "εγκεφαλικού θανάτου".

Σημειώτεον ότι στους ασθενείς της μελέτης NINCDS αυτόματες κινήσεις παρατηρήθηκαν σε ποσοστό 5-10%, ανάλογα με το χρόνο εξετάσεως μετά τον εγκεφαλικό θάνατο<sup>29</sup>.

ΙΕ. Σύμφωνα με τα νευρολογικά κριτήρια ορισμού του θανάτου, των εμπειρογνομίων της επιτροπής του Προέδρου των Η.Π.Α. τα 1981<sup>30</sup>, η μη αναστρέψιμη απώλεια των λειτουργιών του εγκεφαλικού στελέχους εί-

ναι συνθήκη αναγκαία μεν για τη διάγνωση του "εγκεφαλικού θανάτου" όχι όμως και επαρκής. Σύμφωνα με την επιτροπή αυτή, για τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου απαιτείται η ύπαρξη της μη αναστρέψιμης απώλειας των λειτουργιών ολόκληρου του εγκεφάλου και όχι μόνον εκείνων του εγκεφαλικού στελέχους. Επομένως, ακόμη και εάν ήταν δυνατόν να διαγνωστεί αναντίρρητα η νέκρωση του εγκεφαλικού στελέχους, αυτό δεν σημαίνει ότι και ο υπόλοιπος εγκέφαλος είναι υποχρεωτικά νεκρός.

Από τα προαναφερθέντα συνάγεται ότι υπάρχει αμφισβήτηση της ίδιας της εννοίας του "εγκεφαλικού θανάτου", πολύ περισσότερο δε της στηριζόμενης μόνον στο "θάνατο του εγκεφαλικού στελέχους". Ο "εγκεφαλικός θάνατος" θεωρείται από ορισμένους ερευνητές διαφορετική έννοια από εκείνη του βιολογικού θανάτου, η οποία έχει επινοηθεί για επίλυση κοινωνικών προβλημάτων<sup>31,32,33</sup>.

3. Είναι δυνατόν σε ευνομούμενη πολιτεία να μην προστατεύεται η ελευθερία της συνείδησεως των ιατρών που αποφασίζουν για τη ζωή και το θάνατο των ανθρώπων, όταν μάλιστα υπάρχει αμφισβήτηση του κατά πόσον α "εγκεφαλικός θάνατος" αυτιστά τον βιολογικό θάνατο του ανθρώπου; Είναι δυνατόν να νομοθετούνται χρηματικά πρόστιμα και φυλακίσεις για ιατρούς που για λόγους επιστημονικούς αλλά και συνειδήσεως αρνούνται τη διακοπή της μηχανικής υποστήριξεως του αερισμού των πνευμόνων των ασθενών τους, όπως προβλέπεται στο άρθρο 20, παρ.1 του ψηφισθέντος νόμου;

Πιστεύουμε ότι ο παραπάνω νόμος προκρούει στη συνειδησιακή ευθεία της αυτρηπτικής ηθιολογίας των συναδέλφων μας, που έχουν ορκισθεί τον όρκο του Ιπποκράτη, η οποία οσφύς επασημάνει: "Ου δώσω δε ουδέ φάρμακον ουδενί σπυθείς θανάσιμον, ουδέ υφηνήσομαι συμβουλήν τοιήνδε" (Όρκος Ιπποκράτους).

Η εν ζωή εκούσια δωρεά οργάνων αποτελεί πρόξη υψίστης φιλαλληλίας και φιλαδελφίας η οποία δεν προωθείται, αλλά σναθέτως παραβιάζεται από νόμους με τους οποίους νομοθετούνται απειλές κατά των ιατρών ή εμμέσως εκβιάζεται η ελευθερία των πολιτών. Πιστεύουμε στην αναγκαιότητα και στην άμεση πρωτεραιότητα επίλυσης του επείγοντος κοινωνικού προβλήματος εξευρέσεως μοσχευμάτων. Οι περισσότεροι μάλιστα συμπετείσαμε και συμμετέχουμε σε διάφορες φάσεις στην πρακτική των μεταμοσχεύσεων. Οι επιφυλάξεις μας, έντονες, αναφέρονται και στους τρόπους εξευρέσεως δωρητών και στην έννοια του "εγκεφαλικού

θανάτου". Τέλος, αφήνουμε στους νομικούς την κρίση για τη συνταγματικότητα του νόμου αυτού, ο οποίος α) στο άρθρο 12, παρ.6 προβλέπει διαφορετική μεταχείριση των ασθενών των Μ.Ε.Θ. ως προς την υποστήριξη των ζωτικών τους λειτουργιών, με κριτήριο το εάν πρόκειται να ληφθούν όργανα από αυτούς ή όχι, και β) στο άρθρο 7, παρ. 3, με το οποίο επίσης προβλέπεται και πάλι διαφορετική μεταχείριση των Ελλήνων πολιτών ως προς τη λήψη των μοσχευμάτων.

## Βιβλιογραφία

1. Molinari GF. The NINCDS "Collaborative study of brain death. A historical perspective". NINCDS Monograph No 24, NIH Publication No 81-2286, Dec 1980, Bethesda, Maryland, p 1-32.
2. Freeman JM, Ferry PC. "New brain death guidelines in children: Further confusion" Editorial. *Pediatrics* 1988; 81: 301-303.
3. Volpe JJ. "Brain death determination in the new born". *Pediatrics* 1987; 80: 293-297.
4. Ashwal S, Schneider S. "Brain death in the new born". *Pediatrics* 1989; 84: 429-437.
5. Fishman MA. "Validity of brain death criteria in infants". *Commentaries. Pediatrics* 1995; 96: 513-515.
6. Okamoto K, Sugimoto T. "Return of spontaneous respiration in an infant who fulfilled current criteria to determine brain death". *Pediatrics* 1995; 96: 518-520.
7. Ball WS. "Neuroimaging in brain death" Editorial. *Am J Neuroradiol* 1998; 19: 796.
8. Wjckids EFM. "Determining brain death in adults". *Neurology* 1995; 45: 1003-1011.
9. Meja RE, Pollack MM. "Variability in brain death determination practices in children". *JAMA* 1995; 274: 550-553.
10. Allen N, Burkholder ID, Molinari GF, Combsorn G. "Clinical criteria of brain death". In: The NINCDS collaborative study of brain death. NINCDS Monograph No 24, NIH Publication, No 81-2286, Dec 1980, Bethesda, Maryland, p 77-147.
11. Anziska BJ, Cracco RQ. "Short latency somatosensory evoked potentials in brain dead patients". *Arch Neurol* 1980; 37: 222-225.
12. Barelli A, Della Corte F, Calamidi R, Sandroni C, Proietti R, Mangalini SA. "Do brainstem auditory evoked potentials detect the actual cessation of cerebral functions in brain dead patients?" *Critical Care Medicine* 1990; 18: 322-323.
13. Tsubokawa T, Nishimoto H, Yamamoto T, Kikunaka M, Katayama Y, Moriyasu N. "Assessment of brain stem damage by the auditory brain stem response in acute severe head injury". *J Neurol Neurosurg Psych* 1980; 43: 1005-1011.
14. Hall JW, Mackay-Hargadine JR, Kim EE. "Auditory brain stem response in determination of brain death". *Arch Otolaryngol* 1985; 111: 613-620.
15. Facco E, Casarelli UMero M, Munari M, Toffoletto F, Baratto F, Ciron GP. "Short latency evoked potentials: new criteria for brain death?" *J Neurol Neurosurg Psych* 1990; 53: 351-353.
16. Facco E, Munari M, Baratto F, Ciron G. "Role of somatosensory evoked potentials in the diagnosis of brain death". In: *Brain Death*. Developments in Neurology 9, Machado C, Ed. Elsevier, Amsterdam 1995, p. 135-139.
17. Finney AM. "Brain death and evoked potentials in pediatric patients". *Critical Care Med* 1999; 27: 264-265.
18. Ruiz Lopez MJ, Martinez de Azagra A, Serrano A, Casado-Flores J. "Brain death and evoked potentials in pediatric patients". *Crit Care Med* 1999; 27: 412-416.
19. Paniagua-Soto J, Pinedo Benitez M, Vazquez-Mata C. "Neurophysiologic criteria from coma to brain death". In: *Brain Death*. Developments in Neurology 9, Machado C, Ed. Elsevier, Amsterdam 1995, p. 103-110.
20. Mohandas A, Chou SN. "Brain death. A clinical and pathological study". *J Neurosurg* 1971; 35: 211-218.
21. Faddler JC, Troncoso JC, And FR. "Age specific characteristics of brain death in children". *Am J Dis Child* 1988; 142: 999-1003.
22. Garcia OD. "Reformulating death: overcoming whole-brain incongruities". In: *Brain Death*. Developments in Neurology 9, Machado C, Ed. Elsevier, Amsterdam 1995, p. 39-46.
23. Machado C, Garcia OD, Roman JM, Parets J. "Four years after the First International Symposium on brain death in Havana: could a definitive conceptual re-approach be expected?" In: *Brain Death*. Developments in Neurology

9. Machado C, Ed., Elsevier, Amsterdam 1995, p. 1-10. 23. Delyannakis E, Ioannou F, Daravoulas A. "Brain stem death with persistence of bioelectric activity of cerebral hemispheres". *Clinical Electroencephalography* 1975; 6:75-79. 24. Rodin E, Tahir S, Austin D, Andaya L. "Brainstem death". *Clinical Electroencephalography* 1985; 60:63-71. 25. Crigg MM, Kelly MA, Calesia CG, Chobral MW, Ross ER. "Electroencephalographic activity after brain death". *Arch Neurol* 1987; 44:948-954. 26. Kosteljanetz M, Ohnstrom JK, Skjodt S, Teglbjerg PS. "Clinical brain death with preserved cerebral arterial circulation". *Acta Neurol Scand* 1988; 78:418-421. 27. Hassler R, Dalle Ore G, Bricolo OA et al. "EEG and clinical arousal induced by bilateral longterm stimulation of pallidal system in traumatic vigil coma". *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 1969; 27:689-690. 28. Hassler R, Dalle Ore G, Bricolo OA et al. "Behavioral and EEG arousal induced by stimulation of unspecific projection systems in a patient with post-traumatic apallic syndrome". *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 1969; 27:306-310. 29. Αμφότερες οι αναφορές αναφέρονται εν: Garcia OD. "Reformulating Death: overcoming whole-brain inconsistencies". In: *Brain Death. Developments in Neurology 9*, Machado C, Ed., Elsevier, Amsterdam 1995, p. 39-46, op. αναφ. 27 και 28. 30. Cohadon F, Richer E. "Stimulation cerebrale profonde chez des patients en état végétatif post-traumatique. 25 observations". *Neurochirurgie* 1993; 39:281-292. 31. Ανοψέριτοι οι: Machado C. "A new definition of death based on the basic mechanisms of consciousness generation in human beings". In: *Brain Death. Developments in Neurology 9*, Elsevier, Amsterdam 1995, p. 57-66, op. αναφ. 30. 32. Katayama Y, Tsubokawa T, Yamamoto T, et al. "Characterization of brain activity with deep brain stimulation in patients in a persistent vegetative state: pain related late positive component of cerebral evoked potential". *Pace* 1991; 14:116-121. 33. Ανοψέριτοι οι: Machado C. "A new definition of death based on the basic mechanisms of consciousness generation in human beings". In: *Brain Death. Developments in Neurology 9*, Elsevier, Amsterdam 1995, p. 57-66, op. αναφ. 28. 34. Sturm V, Kuhner A, Schmitt, Assmus H, Stock G. "Chronic electrical stimulation on the thalamic unspecific activating system in a patient with coma due to midbrain and upper brain stem infarction". *Acta Neurochirurgica* 1979; 47:235-244. 35. De Giorgo C. "The vegetative state". In: *Brain death. Developments in Neurology 9*, Machado C, Ed., Elsevier, Amsterdam 1995,

p. 97-100. 36. Arts WFM, Van Dongen HR, Van-Hof-Van Duin J, Lamens E. "Unexpected improvement after prolonged post-traumatic vegetative state". *J Neurol Neurosurg Psych* 1985; 48:1300-1303. 37. Steinbock B. "Recovery from persistent vegetative state? The case of Carrie Coons". *Hast Cent Rep* 1989; 19:14. 38. Ανοψέριτοι οι: Chvetta JM, Taylor RW, Kirby RR, Ed. *Critical Care*, 3rd ed, Lippincott-Raven, Philadelphia 1997, Chapter 5, p. 74. 39. Machado C. "A new definition of death based on the basic mechanisms of consciousness generation in human beings". In: *Developments in Neurology 9, brain death*, Machado C, Ed., Elsevier, Amsterdam 1995, p. 57-66. 40. Garcia OD. "Whole brain? Higher brain? A new formulation of death". In: *Brain Death. Developments in Neurology 9*, Machado C, Ed., Elsevier, Amsterdam 1995, p. 31-38. 41. Palls C. "ABC of brain stem death: From brain death to brain stem death". *Br Med J* 1982; 285:1487-1490. 42. Plum F, Posner JB. "The diagnosis of stupor and coma" 2nd ed., F.A. Davis Company, Philadelphia 1987, pp 3, 4, 181. 43. Ropper AH, Martin JB. "Coma and other disorders of consciousness". In: *Harrison's Principles of Internal Medicine*, JD Wilson et al, Eds, 12th Ed., Mc Graw-Hill Inc, New York 1991, p 193-200. 44. Walker AE, Molinari CF. "Criteria of cerebral death. A critique". In: *The MINDS collaborative Study of brain death. MINDS Monograph No 24*, NIH Publication, No 81-2286, Bethesda, Maryland, Dec 1980, p 181-199. 45. Reid RH, Gulenchyn KY, Ballinger JR. "Clinical use of 99mTc-HMPAO for determination of brain death". *J Nucl Med* 1989; 30:1621-1626. 46. Wilder D. "Who defines death? Medical, legal and philosophical perspectives". In: *Brain Death. Developments in Neurology 9*, Machado C, Ed., Elsevier, Amsterdam 1995, p. 13-22. 47. Shewmon DA. "The semantic confusion surrounding brain death". *Arch Neurol* 1989; 46:603. Letter to the editor. 48. Lang CJG. "EEG activity after brain death?" *Arch Neurol* 1989; 46:602. Letter to the editor. 49. Truog RD, Fackler JC. "Rethinking brain death". *Crit Care Med* 1992; 20:1705-1713. 50. Taylor RM. "Reexamining the definition and criteria of death". *Semin neurol* 1997; 17:265-270. 51. Ferbert A, Buchner H, Ringelstein EB, Hacke W. "Isolated brain-stem death. Case report with demonstration of preserved visual evoked potentials (VEPs)". *Electroenceph Clin Neurophysiol* 1986; 65:157-160. 52. Schlaie H-P, Böttger JG, Grottemeyer K-H, Hustedorf HW, Brandau W, Schober O. "Determination of cerebral perfusion by means of planar brain scintigraphy and 99mTc-HMPAO in brain death,

persistent vegetative state and severe coma". *Intens Care Med* 1992; 18:76-81. 53. Weiler H, Marohi K, Kaiser KP, Krawitz P, Frossler H. "99mTc-HMPAO scintigraphy. A reliable non-invasive method for the determination of brain death". *Clin Nucl Med* 1993; 18:104-109. 54. Monsein LH. "The imaging of brain death". *Anaesth Intens Care* 1995; 23:44-50. 55. Soleth M, Abella E, Sutter C, Vashrapee P, Wall L, Ortitz M. "Importance of lateral view in the evaluation of suspected brain death". *Clin Nucl Med (USA)* 1995; 20:965-968. 56. Wagner W. "Scalp, earlobe and nasopharyngeal recording of the median nerve somatosensory evoked P14 potential in coma and brain death". *Brain* 1996; 119:1507-1521. 57. Hantson P, de Tourthanoicoff M, Guent JM, Vanormelingen P, Mahieu P. "Multimodality evoked potentials as a valuable technique for brain death diagnosis in poisoned patients". *Transplantation Proceedings* 1997; 27:3345-3346. 58. Valentin A, Kamik R, Winkler WB, Hochfellner A, Sarny J. "Transcranial Doppler for early identification of potential organ transplant donors". *Wien Klin Wochenschr (Austria)* 1997; 836-839. Abstract. 59. Granvik A, Powner DJ, Snyder JV, Jastremski MS, Babcock RA, Loughead MG, Snyder JV. "Cessation of therapy in terminal illness and brain death". *Crit Care Med* 1978; 6:284-291. 60. Ropper AH. "Unusual spontaneous movements in brain dead patients". *Neurology (Cleveland)* 1984; 34:1089-1092. 61. Jordan JE, Dyess E, Olett J. "Unusual spontaneous movements in brain dead patients". *Neurology* 1985; 35:1082. 62. Awada A. "Uncommon reflex automatism after brain death". *Rev Neurol (Paris)* 1995; 150:586-588. Abstract. 63. Christie JM, O'Leary TD, Cane RD. "Head turning in brain death". *J Clin Anesth (USA)* 1996; 8:141-143. Abstract. 64. Bohatyrewicz R, Kojder I, Krawczyk L, Dyaczynska-Herman A, Wilk J, Majewski J, Banas S, Sagan L. "Spinal reflexes in the determination of brain death". *Neurol Neurochir Pol* 1997; 31:281-285. 65. Nakura K, Yamamoto H, Hashizume Y, Inagak T. "Automatic movements in extremities induced in primate massive brain lesion with apneic coma". *Rinsho Shinkaijaku (JAPAN)* 1997; 37:198-207. Abstract. 66. "Guidelines for the determination of death. Report of the medical consultant on the diagnosis of death to the President's Commission for the study of ethical problems in medicine and biomedicine and behavioral research". *JAMA* 1981; 246:2184-86. 67. Truog RD. "Is it time to abandon brain death?" *Hastings Cent Rep (USA)* 1997; 27:29-37.

Οι υπογράφωντες

M. Βρεττός

N. Μπαλαμούτσος

E. Γιαννούλης

I. Τσανάκας

M. Γκιόλια

A. Γουλιανός

K. Καρακατσάνης

N. Κωνσταντινίδης

I. Κουντουράς

Π. Κούγιας







# Προβλήματα για τις δωρεές οργάνων

Ο ΚΛΕΘ ΨΩΤΗΣ στην Ελλάδα βάσει του νόμου θεωρείται δότης οργάνων εφόσον δεν έχει εκφράσει τη συναίνεση ή την άρνησή του. Στην προκειμένη περίπτωση η αφαίρεση των οργάνων διενεργείται εφόσον δεν αντιτίθεται σε αυτόν ο σύζυγος, τα ενήλικα τέκνα, οι γονείς ή τα αδέρφια του.

Ο Σύλλογος Επιστημόνων «Προοπτική» σε ανακοίνωση με τίτλο «Μηπιος έγινες δωρητής οργάνων χωρίς να το καταλάβεις» καταγγέλλει ότι βάσει του νόμου 2737/1999 (άρθρο 12) όσοι δεν έχουν δηλώσει «όχι» στο έντυπο του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων (ΕΟΜ) που διανεμήθηκε κατά την απογραφή πληθυσμού και δεν το ταχυδρομήσουν στον ΕΟΜ θεωρούνται υποψήφιοι δότες. Παράλληλα, υπογραμμίζει ότι η φράση του συγκεκριμένου εντύπου που κλέβει λόγια για αφαίρεση οργάνων «μετά του θανάτου μου» εννοεί τον εγκεφαλικό θάνατο.

ση των οργάνων του εγκεφαλικά νεκρού δότη η καρδιά του λειτουργεί και τονίζει ότι στη συγκεκριμένη περίπτωση μετέχει ενεργά αναισθησιολόγος διότι ο θεωρούμενος ως νεκρός αντιδρά. Παράλληλα επισημαίνει ότι υπάρχουν περιπτώσεις επαναφοράς στη ζωή του εγκεφαλικά νεκρού. Στην ανακοίνωση καταγγέλλεται ότι αν κάποιος αρνηθεί να γίνει δότης του αφαιρείται η μηχανική υποστήριξη (άρθρο 12 παράγραφος δ) και ότι όποιος γιατρός δεν συμμορφωθεί έχει κωρίσεις (άρθρο 20).

Στο ερώτημα ποιος μπορεί να γίνει μετά θάνατον δωρητής ιστών και οργάνων ο ΕΟΜ απαντά: «Οποιοσδήποτε άνδρας ή γυναίκα, κάθε ηλικίας, μπορεί να γίνει δωρητής μετά θάνατον. Η αφαίρεση διενεργείται μετά την επέλευση του θανάτου, έτσι και αν οι λειτουργίες ορισμένων οργάνων διατηρούνται με τεχνητά μέσα, και εφόσον ο δότης είναι ενήλιος και υγιής».

ενώ η αφαίρεση αποκλείεται αν είχε εγγράφως εκφράσει την άρνησή του. Αν ο δότης δότης δεν είχε εκφράσει τη συναίνεση του ή την άρνησή του, η αφαίρεση διενεργείται εφόσον δεν αντιτίθενται σε αυτή οι συγγενείς του».

Όσον αφορά την τεκμηρίωση του θανάτου ο ΕΟΜ αναφέρει: «Πρέπει διαφορετικοί γιατροί που δεν είναι μέλη της μεταμοσχευτικής ομάδας διενεργούν αυτοήματα μία σειρά από εξετάσεις, έτσι ώστε να βεβαιωθεί ότι ο ασθενής έχει υποστεί «νέκρωση του εγκεφαλικού ατελέχους». Τα κριτήρια είναι πολύ αυστηρά και αποδεκτά από ιατρικής, νομικής και ηθικής πλευράς και στην Ελλάδα όπως εξ άλλου και στις περισσότερες χώρες του κόσμου.

Στο ερώτημα αν τα μηχανήματα μπορούν να κρατήσουν στη ζωή ένα άτομο εγκεφαλικά νεκρό, ο ΕΟΜ απαντά: «Ο ασθενής που έχει υποστεί νέκρωση του εγκεφαλικού στελέχους δεν μπορεί να επανέλθει στη ζωή. Τα

μηχανήματα μπορούν απλά να διατηρούν την κυκλοφορία του αίματος παρέχοντας τη δυνατότητα χρησιμοποίησης των οργάνων για μεταμόσχευση». Ο ΕΟΜ επισήμανει ακόμη ότι κανείς δεν θα αφήσει τον ασθενή να πεθάνει επειδή ξέρει ότι θέλει να γίνει δωρητής οργάνων, γιατί η εκκάλυψη του ισθμικού και νοσπλευτικού ηρωσιωτικού θαυμάζει στην αρχή ότι «η δωρεά οργάνων έγινε και πάντα δεύτερη μετά τους βασικούς ιατρικούς χειρισμούς. Πρωτεύει η επιβίωση του ασθενή και όλες οι προσιθέστες επιλογές είναι αυτές». Επίσης υπογραμμίζει ότι ηρούθωση για την έναρξη της μεταμοσχευτικής διαδικασίας αποτελεί η πιστοποίηση του θωράτου. Παράλληλα, ο ΕΟΜ τονίζει ότι σύμφωνα με το νόμο η αφαίρεση οργάνων και ιστών από ζώντα ή νεκρό με σκοπό τη μεταμόσχευση σε άλλων ανθρώπων γίνεται μόνο για θεραπευτικούς σκοπούς και όχι για εμπο

υπάρχουν.

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ > Από το διάγραμμα του κ. Χριστόδουλου τον Ιούνιο '98 στη σημερινή συνάντηση

# Μεταμοσχεύσεις οργάνων και με τις ευλογίες της Εκκλησίας

**Η** τον 22 Ιουνίου του 1998, όταν ο νεοελάτης τότε - Αρχιεπίσκοπος κ. Χριστόδουλος επισκέφθηκε τη Σαμό, λόγω τη βράδυ οι δημοκρατίων που τον συνόδευαν αντιλήθηκαν ότι ο Χριστόδουλος περνούσε δοκίμια υπέρ της Συμφωνίας. Ένας φίλος του είπε τον Βίλο «ρετσάσαν επιγνώμης μοσχεύει, αλλά αυτό δεν βρισκόταν». Ο κ. Χριστόδουλος συναντήθηκε συνεχώς με τους συνεργάτες του φίλου του σε μια προσπάθεια να τους συμπεριλάβει. «Είπατε υπέρ των μεταμοσχεύσεων» ερωτήθηκε ο κ. Χριστόδουλος. «Ενάντια» απάντησε. «Αλλά αυτό δεν είναι η δύσκολη στιγμή, ο Αρχιεπίσκοπος Αθηνών και η Εκκλησία της Ελλάδας είναι στοιχείο να αποσπαστούν. «Μα, έχετε υπέρ των μεταμοσχεύσεων», αλλά πρέπει να τηρούνται όρια με την ίδια και την μεταμοσχευτική διαδικασία». Αφού η γ' αυτή την επανάληψη, που φάνηκε από τους τις επισημότητες «Το θέμα» σταθίκε η παρουσία του Αρχιεπίσκοπου κ. Χριστόδουλου και η Υγείας Προνοίας κ. Α. Παπαδημητρίου «η Εκκλησία θα διαφραγματίσει επιμελητική» στην επίθεση των άρθρων

μιας στον τομέα των μεταμοσχεύσεων. Η Ελλάδα αφ'ερμένων οργάνων και οι περισσότερες αυτές ανεπίσημες ασθενών, ότι με μεταμοσχευτικά κέντρα είναι επιπλέον, μετά που αποσκόμουν ενάνα την Παναγιώτη. «Αλλά είναι η Εκκλησία αντίθετη βλάπτει και το μέγεθος του προβλήματος και τις δυνατότητες που παρέκκλινουν οι μεταμοσχευτές καθώς και το μέγεθος της κρείας απέναντι στην κοινωνία, στην Ιατρική πράξη, στους άπιστες αλλά και στους δυνάμεις δότες. Και γ' από με αίσθημα εμπάνης, απειραστικές συμπεριφορές διαπραγματεύεται το θέμα και συνταγή θα παρουσιαστεί ως θέσμις της» δήλωσε προς «Το θέμα» ο πρόεδρος της Επιτροπής Βιοηθικής της Εκκλησίας Αρχιεπίσκοπος κ. Νικόλαος Χατζηνικόλας, ομιλώντας εμπέδως στην έκδοση του υπογράφει, Α. Παπαδημήτρη, ο οποίος παρεκκλινει και κατέθεσε χτες στη Βουλή το νομοσχέδιο για τις «μεταμοσχεύσεις ανθρώπινων οργάνων και εργαλείων». Συμπεριλαμβανόσ' στην την προσηπόθεια

θα έχει και την Εκκλησία «Η Επιτροπή Βιοηθικής της Εκκλησίας τοποθετείται και' σ'μορφανία θετική υπέρ των μεταμοσχεύσεων, αλλά τις λεπτομέρειες του θέματος, του φρονήματος και του ηθικού μας με το οποίο τις αντιλαμβάνεται θα τις παρουσιάσει σύντομα» επισημαίνει ο Αρχιεπίσκοπος κ. Νικόλαος Χατζηνικόλας.

## Τι προβλέπει το νομοσχέδιο που κατατέθηκε στη Βουλή

Σύμφωνα με πληροφορίες, στο τέλος του Ιουλίου η Επιτροπή Βιοηθικής της Εκκλησίας θα παραδώσει στη διαρκή Ιερά Σύνοδο το πρόγραμμα της για τις μεταμοσχεύσεις. Πρόκειται για την πρώτη επίσημη τοποθέτηση, σε παγκόσμιο επίπεδο, Ορθόδοξης Εκκλησίας. Στις 120 σελίδες του προσημότητας η ενσημότητα Επιτροπή Βιοηθικής τοποθετείται στην μεταμοσχευτική προσημότητα, στα ηθικά, νομικά, και κοινωνικά και θεολογικά διλήμματα. Η μεταμοσχευτική καρδιά, πνεύμα και νεφρόν επηρεάζονται τους επισημότητες οι οποίοι κληθίκαν να απαντήσουν και σε ένα ακόμη μεγαλύτερο ζήτημα της Ιατρικής

και ηθικής προβληματικής του εγκέφαλου θανάτου. Περισσότεροι από 40 επισημότητες, πανεπιστημιακοί δασκάλοι, νομικοί, γιατροί, θεολόγοι, κληρικοί και άλλες και δότες οργάνων, τοποθετήθηκαν στο ζήτημα καθεύοντας ο καθένας τις δικές του απόψεις και εμπειρίες. Υπήρξαν ακόμη και κατα αντιπαράθεση σιγήσεις ανθρώπων που παρσονται υπέρ ή κατά των μεταμοσχεύσεων. Ο Αρχιεπίσκοπος κ. Νικόλαος Χατζηνικόλας, μοσχεύει της Μονής Σίμωνος Πέτρος του Αγίου Όρους, επιλέγει πρόεδρος της επιτροπής λόγω των ειδικών σπουδών που έχει στους τομείς της Υγείας στα Πανεπιστήμια MIT και Χάρβαρντ των ΗΠΑ, αλλά και λόγω της θεολογικής του παιδείας. Σημειώνεται ότι με το νομοσχέδιο που κατέθεσε στη Βουλή ο υπουργός Υγείας κ. Α. Παπαδημήτρη προβλέπεται μεταξύ άλλων ότι δωρητές οργάνων, μετά την επέλευση του εγκυφραλτικού θανάτου είναι ολοι οι Έλληνες, στην περίπτωση που εν ζωή δεν έχουν εκφράσει άρνηση και δεν αντισταθεί στη δωρεά στενός συγγενής τους.

ΜΑΡΙΑ ΑΝΤΩΝΙΑΔΟΥ  
ΕΛΕΝΑ ΦΥΛΙΑΝΤΑΟΥ

# Εμπόριο οργάνων νεκρών

## παιδιών

"ΕΞΟΥΣΙΑ" 29/1/01

Εκθεση για την κόλαση  
του Νοσοκομείου  
Παιδων Άλντερ Χέι

«**Ε**ίναι η πιο ανατριχιαστική έκθεση που έχω διαβάσει ποτέ». Με αυτά τα λόγια περιέγραψε ο Βρετανός υπουργός Υγείας Άλαν Μίλμπορν τα όσα περιγράφονται στην έκθεση που συνέταξαν ανεξάρτητοι εμπειρογνώμονες όσον αφορά το Νοσοκομείο Παιδων Άλντερ Χέι στο Λίβερπουλ και το εμπόριο οργάνων νεκρών παιδιών που γίνονταν όλα αυτά τα χρόνια.

Η έκθεση θα δοθεί στη δημοσιότητα την Τρίτη και θα περιγράψει το όσα γίνονταν στο χειρουργικό τραπέζι του νοσοκομείου από το 1988 έως το 1999.

Πώς όπλισή ο παθολόγος Ντικ Βαν Βέλτζεν αλλά και πολλά άλλα μέλη των προσωπικών σφαιρούσαν τα όργανα από νεκρά παιδιά χωρίς όμως τη σιγκατάθεση των γονιών τους. Στους περισσότερους έλεγαν ότι θα προβούν στην αφαίρεση ιστών, χωρίς όμως να εξηγούν ότι αυτά θα σήμαινε την αφαίρεση οργάνων. Ο Βρετανός υπουργός Υγείας αναμένεται μαζί με την έκθεση να ανακοινώσει την αλλαγή στο νομοθετικό πλαίσιο, που αφορά την αφαίρεση οργάνων, τονίζοντας ότι πρώτα έρχονται τα ατομικά δικαιώματα και ακολουθούν οι ανάγκες της επιστήμης. Το όνομα του Νοσοκομείου Παιδων Άλντερ Χέι έχει συνδεθεί με αρκετά σκάνδαλα τα τελευταία χρόνια. Το Δεκέμβριο του 1999 η διοίκηση του νοσοκομείου ζήτησε δημοσίως συγνώμη για την αφαίρεση οργάνων -όπως η καρδιά ή ο εγκέφαλος- από 300 παιδιά που είχαν πεθάνει, χωρίς να ζητηθεί η αυγοτάθραση των γονιών.

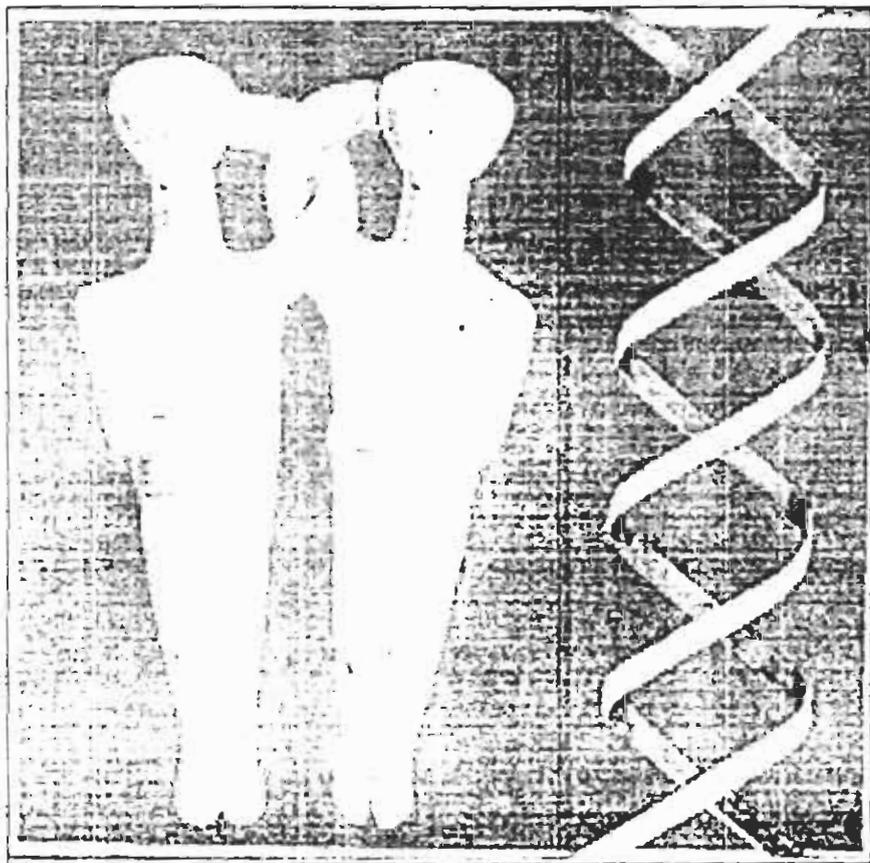
Τα όργανα είχαν αφαιρεθεί από το 1988 έως το 1995 από τον καθηγητή Βαν Βέλτζεν και φυλάσσονταν σε ένα κελάρι.

Επίσης, μόλις την περασμένη εβδομάδα το νοσοκομείο παραδέχθηκε ότι πολλά από τα όργανα αυτά «κυριζόνταν» σε μία φαρμακευτική εταιρεία και εκκίνησε να αλλάξει έκτατα... γενναίες διαβίρες στο νοσοκομείο.

# Δωρεά ιστών και οργάνων – Μεταμοσχεύσεις Εμπόριο οργάνων: Μύθοι και πραγματικότητα

ΑΝΤΩΝΗΣ ΛΑΓΓΟΥΡΑΝΗΣ

*Η ανακάλυψη νέων αποτελεσματικών ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων, η βελτίωση των χειρουργικών τεχνικών και γενικά η επαναστατική εξέλιξη της ιατρικής τεχνολογίας, κατά τις τελευταίες δεκαετίες, οδήγησαν, με καταπληκτική επιτυχία, στην καθιέρωση της μεταμόσχευσης ως το κατ'εξοχήν θεραπευτικό μέσο εναντίον του τελικού σταδίου ανεπαρκείας ζωτικών οργάνων. Όμως το σύγχρονο αυτό επίτευγμα της ιατρικής δεν αξιοποιείται επαρκώς, ιδίως στη χώρα μας, διότι η προσφορά μοσχευμάτων είναι πολύ μικρή, σε σχέση με τις όλο και περισσότερες αυξανόμενες μεταμοσχευτικές μας ανάγκες.*



**Σ**ήμερα στην Ελλάδα, 6.800 νεφροπαθείς έχουν εισέλθει σε τελικό στάδιο χρόνιας νεφροζής ανεπάρκειας, από διάφορες αιτίες (σπειραματονεφρίτις, πνεύμονογενής διαβητική νεφροπάθεια, πολυκυστική νεφροί, υπέρταση, νεφρολιθίαση, σημαντικά νοσήματα, φάρμακα κ.τ.λ.) και υποβάλλονται σε εξωνεφρική αιμοκάθαρση. Κάθε χρόνο σ' αυτόν τον αριθμό προστίθενται 400 και πλέον νεφροπαθείς, με συνέπεια, τα επόμενα χρόνια, την επίταση του ήδη υπάρχοντος τεράστιου αριθμού των αιτιζώνων και νοσηλευτικών προβλημάτων. Το κόστος θεραπείας κάθε νεφροπαθούς σε αναλυτικό επίπεδο, νοσηλεία, επιδόματα κ.τ.λ., ξεπερνά τα 10 εκατομμύρια το χρόνο. Το πρόβλημα καθίσταται εκτενότερο λόγω της ανύψωσης χρονοκρίσιμης κατανοής των μονάδων τεχνητού νεφρού. Υπάρχουν νομιά που δεν διαθέτουν μονάδα αιμοκάθαρσης και πολλοί απ' αυτούς που διαθέτουν δεν επαρκούν να καλύψουν όλες τους νεφροπαθείς της περιοχής, λόγω έλλειψης υποδομής για τακτική και νοσηλευτικού προσωπικού, με αποτέλεσμα οι αιτιζοί αυτοί να ηθίζονται με γρήγορη ταχύτητα, διότι αναγκάζονται να μετακινούνται αιθμηρών, 3 φορές την εβδομάδα, από τη επαρχία στα αστικά κέντρα, με ταξί, για να υποβληθούν σε άσχημη και δαση συνεδρία αιμοκάθαρσης (όλα τα έξοδα καλύπτονται από τα ασφαλιστικά ταμεία τους). Η μεταμόσχευση θα μόνε κατά 70-80% το κόστος θεραπείας και τα ποσά που θα εξοικονομούνται θα μπορούσαν να διατεθούν σε άλλους τομείς της Υγείας (για παράδειγμα, το τελευταίο που μας απασχολεί είναι το οικονομικό πρόβλημα, δεδομένης της καταστάτασης διακοινωνιών κάθε χρόνο, σε διάφορα επίπεδα, λόγω της χρονοκρίσιμης διαχείρισης (και όχι μόνο) του Δημοσίου χημικού).

Βεβαίως, όταν οι νεφροπαθείς δεν να υποβληθούν για μεταμόσχευση, επι λόγω άλλων ανεπαρκών παροχών προβλημάτων τους (εξαρτητική ή ανα-

Ο Αντώνης Λαγγουράνης είναι παθολόγος - νεφρολόγος, διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, διευθυντής Μονάδας Τεχνητού Νεφρού Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ».

πνευματική ανεπάρκεια, νεοπλάσματα, χρόνια ηπατίτιδα κ.ά.) είτε λόγω προχωρημένης ηλικίας ή για διάφορους άλλους λόγους. Πολλοί δεν υποβάλλονται στον απαραίτητο παρακλινικό και εργαστηριακό έλεγχο, μέσω του οποίου θα κρίθει η καταλληλότητα της υποψηφιότητάς τους προς μεταμόσχευση, διότι θεωρούν ότι η πιθανότητα να βρουν μόσχευμα στην Ελλάδα δεν διαφέρει και πολύ απ' αυτήν που έχουν να κερδίσουν σε κάποιο λαλείο. Οι εγγεγραμμένοι στην Εθνική Λίστα αναμονής υποψήφιοι λήπτες ανέρχονται στους 1.160.

Οι νεφροπαθείς, εν πάση περιπτώσει, έχουν την εναλλακτική λύση της υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας (με τεχνητά νεφρά), που τους επιτρέπει να ζουν, επ' αοριστόν, έστω και με τεχνητό τρόπο. Υπάρχουν, σήμερα, πολλοί νεφροπαθείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση από 20ετίας και πλέον και μερικοί από 30ετίας. Η κατάσταση καθίσταται τραγική για ασθενείς σε τελικό στάδιο καρδιακής, αναπνευστικής και ηπατικής ανεπάρκειας, των οποίων η ζωή κινδυνεύει, εάν δεν μεταμοσχευθούν επείγοντως. Σ' αυτές τις περιπτώσεις δεν υπάρχει το αντίστοιχο τεχνητό όργανο, τουλάχιστον επί του παρόντος, και γι' αυτό οι πάσχοντες δεν συσσωρεύονται στις λίστες αναμονής. Ανά πάσα χρονική στιγμή, οι υποψήφιοι λήπτες, π.χ., ήπατος, δεν ξεπερνούν τους 40-45 (και έστω από 8-10 μήνες τόσο περίοδος θα είναι, αλλά δεν θα είναι οι ίδιοι, διότι εν τω μεταξύ θα έχουν πεθάνει και θα έχουν αντικατασταθεί από άλλους). Εκτινόνταδες άλλοι περιμένουν ένα ιστικό μόσχευμα, που θα θεραπεύσει ριζικά ή θα βελτιώσει τη μόνιμη αναπηρία τους, όπως η τύφλωση από βλάβες του κραταοειδούς χιτώνα, παραβλήματα της πλάστικης χειρουργικής και ορθοπεδικά προβλήματα.

## Η ΕΛΛΕΙΨΗ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΩΝ

Υπάρχουν δύο βασικές και επίλο-σεντασμένες αιτίες, που διεθνώς έχουν ως κύριο έλεγχό την έλλειψη προσληψής για πλάστικα μόσχευμάτων. Οι αυτές αυτές είναι α) Η έλλειψη και ανεπάρκεια ενημέρωσης του κοινού, όπως αφορά στη δωρεά οργάνων και τις μεταμοσχεύσεις γενικά και β) ο εντατικοδής

τρόπος μας απέναντι σε κάθε τι το άγνωστο, σε συνδυασμό με τις διάφορες προκαταλήψεις γύρω από τον θάνατο.

Τις προηγούμενες δεκαετίες, το ενδιαφέρον και η έρευνα κατευθύνθηκαν κυρίως, προς την ιατρική πλευρά των μεταμοσχεύσεων, προκειμένου να ξεπεραστούν τα τεχνικά και άλλα προβλήματα και, κυρίως, η «απόρριψη» των μοσχευμάτων. Αντίθετα, δεν δόθηκε η ίδια σημασία στην ενημέρωση και την κοινωνική διάσπαση των μεταμοσχεύσεων. Παλαιότερα, κάθε ιατρική πράξη ήταν διπολική (ασθενής-γιατρός) ή μεταμόσχευση, όμως απαιτεί και τον παράγοντα δότη, διότι χωρίς δότες δεν γίνονται μεταμοσχεύσεις.

Μέσα σ' αυτό το αθηναϊκό πλαίσιο διάφορα, κατά το παρελθόν, προβλήματα διαφάνειας γύρω από τη δίκαιη διάθεση των προσφερομένων μοσχευμάτων, καθώς και οι φήμες περί εμπορίου οργάνων έδρασαν καταλυτικά εναντίον των μεταμοσχεύσεων, ιδίως, στην Ελλάδα. Το πλημμελώς ενημερωμένο άτομο είναι ευάλωτο σε οποιαδήποτε συκοφαντία, διότι δεν έχει την ικανότητα να την ελέγξει. Εξάλλου δεν θα ενδιαφερθεί να παρακολουθήσει την πορεία και τελική τύχη μιας καταγγελίας που διάβασε σε πηχναίο τίτλο εφημερίδας ή άκουσε, τυχαία, σε κάποιο τηλεοπτικό κανάλι. Η σκανδαλοθηρία και σκανδαλογαγνεία έχουν καλλιεργηθεί σε απίστευτο βαθμό τα τελευταία χρόνια. Το σκάνδαλο και η συκοφαντία έχουν μεγαλύτερη απήχηση από τον έπαινο και την παρουσίαση της αλήθειας. Για να είμαστε δίκαιοι πρέπει να αναγνωρίσουμε ότι οι περισσότεροι δημοσιογράφοι έχουν συμβάλει στην προώθηση των μεταμοσχεύσεων στη χώρα μας.

Τα τελευταία χρόνια όμως, οι απόψεις περί νομίμου, παρανόμου μη εγγληματικού και εγγληματικού εμπορίου οργάνων σε άλλες χώρες, ιδίως τριτοκοσμικές, καθώς και τα γνωστά δικά μας αθηναϊκά δημοσιεύματα, όχι πάντοτε από κακή πρόθεση, συνέβαλαν καθοριστικά στη δημιουργία κλίματος επιφύλακτικότητας και διαπαικτικότητας απέναντι στη δωρεά οργάνων. Επίσης, πρέπει να παραδεχθούμε ότι και σε άλλες χώρες κυκλοφόρησαν αυτά τα δημοσιεύματα, αλλά δεν είχαν

τον ίδιο αρνητικό αντίκτυπο, όπως στην Ελλάδα. Επομένως, η πρόβλεψη ότι θα πρέπει να αναζητηθεί στην ανεπάρκεια και οργανωτική δυσλειτουργία του μεταμοσχευτικού μας συστήματος, του οποίου η υποδομή, από 15ετίας παραμένει η ίδια, χωρίς διαρθρωτικές αλλαγές, που να ανταποκρίνονται στις σύγχρονες απαιτήσεις και προκλήσεις.

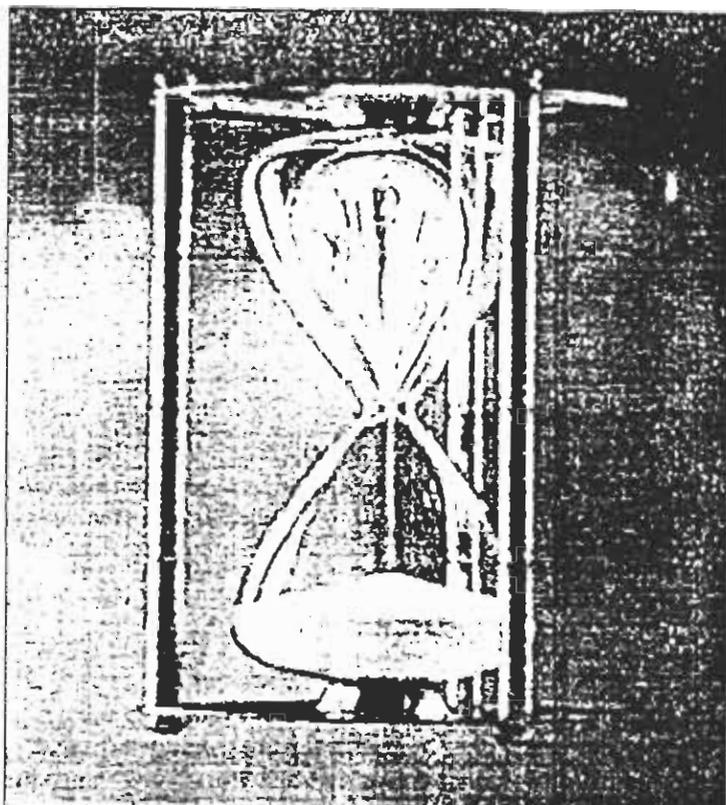
Γι' αυτήν την ανεπάρκεια τα τεχνικά προβλήματα των μεταμοσχευτικών διαδικασιών, την πορεία και την πηχναπτική των μεταμοσχεύσεων στη χώρα μας θα επανεξιτομή σε επόμενο τεύχος. Ας θέσουμε όμως, το δίλημμα επί των τέτων τον ήλιον και ας ξεκαθαρίσουμε την ήρα από το σπύρι, κάνοντας μια μικρή αναδρομή στο εμπόριο οργάνων.

## ΕΜΠΟΡΙΟ ΟΡΓΑΝΩΝ

Η πιο σημαντική -και δραματική, εάν πράγματι αληθεύει- φήμη είναι ότι στη Λατινική Αμερική πλάι πλάι απέχοντα, κατά χιλιάδες, για να πολεηθούν σε διάφορες χώρες, ιδίως της Δύσης, όπου σκοτώνονται και τα όργανά τους μεταμοσχεύονται σε πλουσίους ασθενείς. Αυτό, βεβαίως, για να γίνει πραγματοποιηθεί την ύπαρξη ενός τεράστιου, διεθνούς, εγγληματικού δικτύου που περιλαμβάνει, εκτός των μεταδόντων, χιλιάδες γιατρούς (κλινικούς και εργαστηριακούς, διάφορων ειδικοτήτων), παραιτητικό προσωπικό, ασθενείς λήπτες αυτών των οργάνων, νοσοκομεία ολόκληρα και το οποίο λειτουργεί με τέτοιο αριστοτεχνικό και οργανωτικό τρόπο, ώστε σφείες, μέχρι σήμερα, να έχει συλληφθεί ή καταδικαστεί.

Ποια είναι, όμως, τα γεγονότα που οδήγησαν στην εξάπλωση μιας τόσο τρομακτικής φήμης;

Το πρώτο δημοσίευμα περί εμπορίου οργάνων εμφανίστηκε στην Ουάσινγκτον στις 21.87, στην εφημερίδα *Los Times*. Η πηγή ήταν ο Γενικός Γραμματέας του Συμβουλίου Κοινωνικών Υποθέσεων Leonardo Villeda Bermudez, ο οποίος όμως, την επομένη ημέρα στην εφημερίδα *El Herald* και στις 5.87 στη *Los Times*, είχε ήδη κατά κατηγορηματικό τρόπο πειστεί πως το ατιδωθρικό δημοσίευμα ότι απλώς είχε αληθινά στοιχεία γι' αυτές τις δραστηριότητες. Ο Γραμματέας αζοτήθηκε απηλόγως από το



καθίζοντά του, έπειτα από παρέμβαση του Προέδρου της Ονδούρας, με αποτέλεσμα την ενοχοποίηση του Προέδρου για ανάμειξη στο εγκληματικό εμπόριο, ενώ το πιο πιθανό είναι να ζητήσε την παραίτηση του ανθρώπου, που ήταν, έστω και έρμιασα, υπεύθυνος για ένα τέτοιο σκάνδαλο. Για την Ονδούρα η υπόθεση, ύστερα από έρευνες που δεν οδήγησαν πουθενά, έλλειψε και τοποθετήθηκε στο αρχείο, αλλά το σκάνδαλο άρχισε το παγκόσμιο ταξίδι του, το οποίο συνεχίζεται μέχρι σήμερα και το οποίο με τα χρόνια αναπαράγεται σε απίστευτο βαθμό, χωρίς, εντούτοις, καμιά απόδειξη να το στηρίζει. Οι εφημερίδες όλου σχεδόν του κόσμου ανακεκλόνουν τη φήμη, χρησιμοποιώντας ως πηγές άλλα προηγούμενα δημοσιεύματα, χωρίς ωστόσο να αναφέρουν την κατηγορηματική άρνηση του Γκαμματιά και την έλλειψη οποιουδήποτε αποδεικτικού στοιχείου. Θα ήταν πολύ χρονοβόρο και άισαρό να αναφερθούμε σε όλα αυτά τα δημοσιεύματα (με τίτλους όπως «παιδικές καρδιές για πούλημα» και άλλα παρόμοια), τα οποία απαιχόλησαν κατ'επανάληψη το ευρωπαϊκό κοινοβού-

πολιτική βία επίσης. Είναι γνωστή η εξαφάνιση πολιτικών αντιπάλων διαφόρων δικτατορικών καθεστώτων και πολλά έχουν γραφεί για τα αποσπάσματα θανάτου των εγκαταλελειμμένων («αδέσποτων») παιδιών στη Βραζιλία. Οι αθλιότερες αυτές δημιουργούν το κατάλληλο κλίμα για να γίνουν πιστευτές και οι φήμες περί εμπορίου οργάνων και ε' αυτό συμβάλλει και η συνεχής επανάληψή τους. Μιατικό εγκληματικό εμπόριο οργάνων δεν υπάρχει. Ουδείς μπορεί να αποσπείρει το ενδιαφέρον μεμονωμένων εγκληματιών που ζουν σε πειρακές χώρες, να θέσει ως προς τα γεγονότα αυτά στις πραγματικές τους διαστάσεις, διότι οι συνέπειες της δεσναλογίας μεταξύ φήμης και πραγματικότητας είναι ολέθριες στην προσφορά μισχευμάτων.

Στην Ινδία και μερικές χώρες της Νοτίου Αμερικής δεν υπάρχει (τουλάχιστον δεν υπήρχε μέχρι πρότινος) νομοθεσία που να απαγορεύει το εμπόριο οργάνων από ζώντες δότες. Η πείνα και η ατελεία οδηγούν μερικούς να πουλήσουν τον έναν νεφρό ή χειρτοειδή χιτώνι τους για να αντιμετωπίσουν το άμεσο επιβιωτικό τους πρόβλημα

λιο, το Συμβούλιο της Ευρώπης και την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας.

Γιατί βρήκαν πρόσφορο έδαφος ν' αναπτυχθούν οι φήμες περί εγκληματικού εμπορίου οργάνων;

Η διαφορά είναι μεγάλη σε πολλές χώρες της Λατινικής Αμερικής, η πορνεία ευρέως διαδε-

Ένας φουκαράς, που δεν έχει πού την κεφαλήν κλάινει, προβαίνει σε οχετική αγγελία και κάποιος μεπάειον αναλαμβάνει τις διαπραγματεύσεις με ταξιδιολήπτη, όπως σε οποιαδήποτε άλλη οικονομική συναλλαγή. Αυτά τα πραγματικά γεγονότα προσβάλλουν, βεβαίως, τη δική μας ηθική και συνείδηση, τις δοξές μας ευαισθησίες, αλλά δεν είναι παράνομα μέσα στο νομικό πλαίσιο αυτών των χωρών. Όμοια, καίτοι από την πείση της διεθνούς κοινής γνώμης και οι κυβερνήσεις αυτών των χωρών, ήμια μετά την άλλη, επιφέρουν απίστευτη νομοθεσία, που έχει δυσκολέστερα πολεμήσει την ανάπτυξη αυτού του είδους εμπορίου οργάνων. Πάντως, το φαινόμενο δεν πήρε τις διαστάσεις που παρουσιάζει ο Τύπος. Πολλές λέγες μεταφορικές νεφρού και χειρτοειδούς έχουν γίνει πε αυτή τη διαδικασία, η οποία άλλωστε είναι και πολύ επικίνδυνη για τους ήπτες, διότι η έλεγχος των δότην ε' ουτε τις χώρες είναι υποτυπώδης και η πιθανότητα μετάδοσης AIDS, ηπατίτιδας Β, ελονοσίας και άλλων νοσημάτων πολύ μεγάλη.

Στις χώρες της Δύσης όπου υπάρχει αυστηρή νομοθεσία κατά του εμπορίου οργάνων έχουν καταγραφεί ελάχιστα περιστατικά παράνομης μεταμόσχευσης νεφρού από ζώντες δότες. Στην Αγγλία, για παράδειγμα, δυο Τούρκοι πουλήσαν τον ένα τους νεφρό και όλοι οι εμπλεκόμενοι επέστησαν μεγάλες κυρώσεις και οι γιατροί που έκαναν την μεταμόσχευση, επιπλέον, έχωσαν οριστικά την άδεια άσκησης του επαγγέλματός τους.

Το πρόβλημα είναι ότι, όταν μιλάμε για κάτι για το οποίο γνωρίζουμε πόσο πολύ λέγα ή και τίποτα και το οποίο δεν πολυκαταβλάσκουμε, κάνουμε τρυφάσια λάθη. Εάν επιπροσθέτως ασχούμε χρητική σε ένα άτομο ή σε ομάδα ατόμων, έναντι των οποίων είμαστε αρνητικά διακείμενοι, σπανίως μπαίνουμε στον κόπο να τη βασιύουμε σε αδιάσειστα αποδεικτικά στοιχεία. Σπέρνοντας τους σπόρους μιας φήμης και διαιδιδόντάς την, δίνουμε την εντύπωση ότι ξέρουμε πολύ καλύτερα τι πράγμα μιλάμε και γινόμαστε ακόμα πιο πιστευτοί αν προσθέσουμε στο φανταστικό και κάποιο πραγματικό γεγονός. Η κατήλει ή υπερβολή και η διάγνωση της σημασίας κάποιου γεγονότος είναι πολλές



φορές η δουλειά μερικών ανθρώπων των Media. Το εμπόριο οργάνων αποτελεί το τέλει παράδειγμα αυτής της τακτικής, διότι «πουλάει» πολύ το θέμα. Ο δημοσιογράφος, βεβαίως, οφείλει να σημειώσει και να καταγγέλλει κάθε παράνομη ή εγκληματική δραστηριότητα, αλλά και να χειρίζεται τέτοιου είδους λεπτά θέματα με μεγάλη ευπαιθεσία. Όσοι διαδίδουν αστήριχτες φήμες έχουν βραδιά ευθύνη, διότι τις συνέπειες αυτών των διαδόσεων τις υφίστανται, τελικά, οι χιλιάδες ασθενείς, που περιμένουν ένα πόρχεμα για να ζήσουν.

Στην Ελλάδα, κατά καιρούς, κυκλοφορούν διάφορες απίθανες ιστορίες.

Θα αναφέρω ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα. Πρω δετίας δύο Έλληνες φοιτητές, που διέμεναν μόνιμως στο εξωτερικό, ήρθαν για διακοπές στην Ελλάδα. Οι άτυχοι αυτοί νέοι, σε τροχαίο δυστύχημα, έχισαν τη ζωή τους (ο θάνατος ήταν αμοιβαίος). Μεταφέρθηκαν στα εξωτερικά ιατρεία του πλησιέστερου νοσοκομείου, όπου διαπιστώθηκε ο θάνατός τους και αμέσως στο νεκροτομείο, όπως επιβάλλεται σε κάθε περίπτωση αφενίδιου θανάτου. Ύστερα από 12 ώρες έγινε η νεκροψία και νεκροτομή και επακολούθησε η απαραίτητη αφαίρεση και αποστείρωση των οπλάτων (ληκτορινή ταρίχευση), διότι οι σοφοί τους θα μεταφέρονταν σε άλλη χώρα, όπου και έγινε η ταφή τους. Μετά

δύο χρόνια περίπου, συγγενείς αυτών των παιδιών, κληρονόμοι Έλληνες γυμναστές, διότι θρόνισαν ότι πωλήθηκαν σε ταξάνια ιατρική οργάνων με σκοπό τη μεταμόσχευσή τους. Κάποια



δημοσιογράφοι προσέβαλαν το θέμα νοσηρώσεως και κρατούσε και ύστερα από 4-5 ημέρες το υπέθαλψαν, αφού ενημερώθηκαν και πενήτησαν, εκ των εντέρον, ότι και τέτοιο ήταν αδύνατο να συμβεί. (Σε προηγούμενο άρθρο με

των μεταμόσχευσε των δεσ αφήσαν κανένα πωθ... πλάρχι, όπως... ρητά είναι η... πινος πόινος... ποιήση της Υγι...

πίλο «Εγκλωβισμός θανάτος. Τέλος και αρχή ζωής» εξηγήσαμε, σε πολλές περιπτώσεις θανάτου και κάτω από ποιες συνθήκες μπορούν να αφαιρεθούν όργανα για μεταμόσχευση, περιοδικό Αντ. 112,00, τεύχος 726) Η αμοιβαία εντέπωση από παρόμοιες καταγγέλλει, όμως, παραμένει. Ο ελληνικός νόμος έχει στο αίμα του την προσφορά (προσέχιστον ακούσια), αλλά εθροιάζεται εύκολα, και ένα τέτοιο δημοσίευμα καταστρέφει σκληρή ενημερωτική δουλειά πολλών ετών. (Αλλά και να ανέβαιναν όλα αυτά που καταγγέλλονται, γιατί θα έλπετε να αναστέλλουν τη διάθεση για προσφορά μοσχευμάτων; Επειδή υπάρχουν κλέφτες, πρέπει να καταργηθεί η αλληλεγγύη. Φταίει ο Έρωτας επειδή κάποιου «εποχούμενο» σε κρίση ερωτικής μανίας και παραζάλης σκοτώνει το «αντιζήμενό» του πόθου του; Εξάλλου, η αξίωση της προσφοράς μοσχευμάτων αποτελεί τη μόνη σύγχρονη απάντηση κατά της οποιασδήποτε εμπορευματοποίησης στον χώρο των μεταμοσχεύσεων).

Όσον αφορά στην Ελλάδα, και τρι να καταστεί σαφές ότι δεν υπάρχει εμπόριο οργάνων. Είναι τόσο μεγάλη η χώρα μας, τόσο λίγα για να πωδή τα μεταμοσχευτικά κέντρα, τίποτες οι 2 νοσοκομεία που λειτουργούν για μια μεταμόσχευση δικιά, πολλά τα κριτήρια να υπάρχει για τέτοια οι μηχανισμοί... η ανάλυσή μου...

## ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΑΙΜΟΔΟΤΩΝ ΔΩΡΗΤΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ ΣΩΜΑΤΟΣ & ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

### "ΚΩΣΤΑΚΗΣ ΜΕΣΟΓΙΤΗΣ"

Ο Σύνδεσμος Αιμοδοτών Δωρητών Οργάνων Σώματος και Μέριμνας Υγείας «ΚΩΣΤΑΚΗΣ ΜΕΣΟΓΙΤΗΣ» αποτελεί Εθελοντικό μη κερδοσκοπικό Σωματείο, το οποίο εδρεύει στη Μεταμόρφωση Αττικής και η κυρίως δράση του εκτείνεται σε 2 κυρίως άξονες. Τη διάδοση της ιδέας της Δωρεάς Οργάνων Σώματος για Μεταμοσχεύσεις και τη διάδοση της ιδέας της Εθελοντικής Αιμοδοσίας. Είναι μέλος της ΠΟΣΕΑ(Πανελλήνια Ομοσπονδία Συλλόγων Εθελοντών Αιμοδοτών) μετά από απόφαση της Γενικής Συνέλευσης το Νοέμβριο του 1996.



ΑΠΟ ΤΟΝ ΧΡΟΝΟ 1 ΔΕ

**ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ**

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ



Η ιδέα της ίδρυσης ενός τέτοιου Συνδέσμου γεννήθηκε μετά την 1<sup>η</sup> Εθελοντική Αιμοδοσία που διοργάνωσε ο Σύλλογος Γονέων και Κηδεμόνων του 1<sup>ου</sup> Γυμνασίου Μεταμόρφωσης στη μνήμη του μαθητή τους Κωστάκη Μεσογιτή.

Την πρώτη Δεκέμβρη του 1989 ο Κωστάκης μετά το θάνατό του χάρισε τη ζωή σ' επτά συνανθρώπους μας, προσφέροντας όλα του τα όργανα για μεταμοσχεύσεις. Το τέλος της ζωής του 13χρονου παιδιού έγινε η αρχή μιας κίνησης από τους φίλους και τους γονείς του, για την ίδρυση ενός Συνδέσμου, που θα μπορούσε να προωθήσει και να εκφράσει την αγάπη του για το συνάνθρωπο με συγκεκριμένο τρόπο.



Με νωπές ακόμα τις μνήμες από τα γεγονότα των Μεταμοσχεύσεων που ακολούθησαν το θάνατο του Κωστάκη τα μέλη του Συνδέσμου ξεκίνησαν τη δράση τους στην περιοχή της Μεταμόρφωσης για την ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης. Το Νοέμβριο του 1990 εγκρίθηκε το καταστατικό του Σωματείου από το Πρωτοδικείο Αθηνών και στις 2 Δεκεμβρίου 1990 έγιναν οι πρώτες αρχαιρεσίες.

Τον ίδιο χρόνο αυξάνεται εντυπωσιακά ο αριθμός προσφερθέντων μοσχευμάτων στα πλαίσια της εθελοντικής προσφοράς οργάνων, καθώς και οι δηλώσεις νέων Δωρητών Οργάνων.

Σύνδεσμος  
Οργανισμός Υγείας

Το σημερινό Διοικητικό Συμβούλιο που προέκυψε από τις εκλογές της 15<sup>ης</sup> Νοεμβρίου του 1998 είναι επταμελές, η θητεία του είναι διετής και αποτελείται από τα παρακάτω μέλη:

1. ΜΕΣΟΓΙΤΗ ΝΙΤΣΑ, ΠΡΟΕΔΡΟΣ
2. ΡΟΥΣΣΟΥ ΧΡΙΣΤΙΝΑ, ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ

3. ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ ΑΘΑΝΑΣΙΑ, ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ
4. ΚΟΤΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ,ΤΑΜΙΑΣ
5. ΛΑΠΠΑΣ ΗΛΙΑΣ ,ΕΦΟΡΟΣ
6. ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ ΦΙΛΙΠΠΟΣ, ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ
7. ΛΑΖΑΡΙΔΟΥ ΑΛΕΚΑ, ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ

Σήμερα ο Σύνδεσμος αριθμεί 385 μέλη και 628 Αιμοδότες, στεγάζεται στην οδό Καποδιστρίου 2 (Γραφείο 6) ,σε οίκημα που παραχωρήθηκε από το Δήμο Μεταμόρφωσης, και προβάλλει τις εκδηλώσεις του στον τοπικό και ημερήσιο τύπο. Η δράση του σωματείου στα 10 χρόνια λειτουργίας του συνοψίζεται στα εξής:

NEWSLETTER

SEPTEMBER 2000

# TRANSPLANT

Vol. 5. N.º 1

INTERNATIONAL FIGURES ON  
ORGAN DONATION AND TRANSPLANTATION - 1999

COUNCIL  
OF EUROPE

CONSEIL  
DE L'EUROPE



FUNDACION RENAL

AVDA. DE YARIZ DE LEOA

2000

## Προσχέδιο πρωτόκολλο, πάνω στην μεταμόσχευση οργάνων και ιστών ανθρώπινης προέλευσης – έτος: 2000

### Προοίμιο

Τα κράτη μέλη του Ευρωπαϊκού συμβουλίου, τα άλλα κράτη και οι συμβαλλόμενοι της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε αυτό το πρόσθετο πρωτόκολλο στην συνεδρίαση για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας της ανθρώπινης ύπαρξης σχετικά με την εφαρμογή της βιολογίας και της ιατρικής (εδώ αναφερόμενο ως «Συνέδριο για τα ανθρώπινα δικαιώματα και της βιοϊατρικής»).

Δεδομένου ότι ο σκοπός του Συμβουλίου της Ευρώπης είναι η επίτευξη μιας μεγαλύτερης ενότητας ανάμεσα στα μέλη της και ότι μια από τις μεθόδους μέσω τις οποίας ο σκοπός αυτός επιδιώκεται είναι η διατήρηση και η περαιτέρω πραγματοποίηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και των θεμελιωδών ελευθεριών. Λαμβανομένου υπ' όψη ότι ο σκοπός του Συμβουλίου για τα ανθρώπινα δικαιώματα και της Βιοϊατρικής, όπως ορίζεται από το άρθρο 1, είναι να προστατεύσει την αξιοπρέπεια, την ταυτότητα, την ακεραιότητα και άλλα δικαιώματα και θεμελιώδης ελευθερίες όλων των ανθρωπίνων όντων όσον αφορά την εφαρμογή της βιολογίας και της ιατρικής. Λαμβάνοντας υπ' όψη ότι η πρόοδος της ιατρικής επιστήμης και συγκεκριμένα στον τομέα της μεταμόσχευσης οργάνων και ιστών, συνεισφέρει στο να σωθούν ζωές και να βελτιωθεί η ποιότητα τους. Λαμβάνοντας υπ' όψη ότι η μεταμόσχευση οργάνων και ιστών είναι ένα θεμελιωμένο μέρος των υπηρεσιών υγείας που προσφέρεται στον πληθυσμό. Λαμβάνοντας υπ' όψη ότι υπάρχουν ελλείψεις σε όργανα και ιστούς, κατάλληλη δράση θα πρέπει να παρθεί έτσι ώστε να αυξηθεί η δωρεά οργάνων και ιστών, και συγκεκριμένα ενημερώνοντας το κοινό για την σημαντικότητα της μεταμόσχευσης οργάνων και ιστών και προωθώντας την συνεργασία στην Ευρώπη σ' αυτόν τον τομέα.

Δεδομένου ότι τα ηθικά, ψυχολογικά και κοινωνικο–πολιτιστικά προβλήματα ενυπάρχουν στην μεταμόσχευση οργάνων και ιστών. Λαμβάνοντας υπ' όψη ότι η κακή χρήση της μεταμόσχευσης οργάνων και ιστών μπορεί να οδηγήσει σε πράξεις οι οποίες βάζουν σε κίνδυνο την ανθρώπινη ζωή, την καλή κατάσταση και την αξιοπρέπεια.

Λαμβάνοντας υπ' όψη ότι η μεταμόσχευση οργάνων και ιστών θα πρέπει να λαμβάνει χώρα κάτω από συνθήκες οι οποίες προστατεύουν τα δικαιώματα και τις ελευθερίες των δωρητών, πιθανών δωρητών και ληπτών οργάνων και ιστών. Συμφωνώντας ότι στην διευκόλυνση της μεταμόσχευσης οργάνων και ιστών για το συμφέρον των ασθενών στην Ευρώπη, υπάρχει ανάγκη να προστατευθούν τα

ατομικά δικαιώματα και να παρεμποδιστεί η εμπορευματοποίηση μελών του ανθρώπινου σώματος που εμπλέκεται σε δραστηριότητες προμήθειας, ανταλλαγής και διάθεση οργάνων και ιστών. Λαμβάνοντας υπ' όψη προηγούμενη εργασία της Υπουργικής Επιτροπής και της Κοινοβουλευτικής Συνεδρίασης του Συμβουλίου της Ευρώπης σ' αυτό τον τομέα.

Αποφασίζοντας να ληφθούν τέτοια μέτρα είναι απαραίτητο να προφυλαχθεί η ανθρώπινη αξιοπρέπεια και τα θεμελιώδη δικαιώματα και ελευθερίες του ατόμου σε σχέση με την μεταμόσχευση οργάνων και ιστών. Έχει συμφωνηθεί όπως ακολουθεί:

## **Κεφάλαιο 1 – Αντικείμενο και σκοπός**

### **Άρθρο 1 – Σκοπός**

Οι συμβαλλόμενοι σ' αυτό το πρωτόκολλο θα προστατέψουν την αξιοπρέπεια και ταυτότητα όλων και θα εγγυηθούν, χωρίς διάκριση, σεβασμό για την ακεραιότητα του / της και άλλα θεμελιώδη δικαιώματα και ελευθερίες όσον αφορά την μεταμόσχευση οργάνων και ιστών ανθρώπινης προέλευσης.

### **Άρθρο 2 – Σκοπός και ορισμοί**

1. Αυτό το πρωτόκολλο ισχύει για την μεταμόσχευση οργάνων και ιστών ανθρώπινης προέλευσης.
2. Οι παροχές αυτού του Πρωτοκόλλου που έχουν εφαρμογή στους ιστούς θα εφαρμόζεται επίσης στα κύτταρα, συμπεριλαμβανομένου και
3. Αυτό το πρωτόκολλο δεν ισχύει:
  - a. για αναπαραγωγικά όργανα και ιστούς,
  - b. για εμβρυώδη ή εμβρυϊκά όργανα και ιστούς,
  - c. για το αίμα και παράγωγα του αίματος.
4. για τους σκοπούς αυτού του πρωτοκόλλου:
  - ο όρος «μεταμόσχευση» καλύπτει την ολοκληρωμένη διαδικασία αφαίρεσης ενός οργάνου ή ιστού από έναν άνθρωπο και την εμφύτευση αυτού του οργάνου ή ιστού σε έναν άλλο άνθρωπο, συμπεριλαμβανομένου όλων των διαδικασιών για την προετοιμασία, συντήρηση και αποθήκευση.
  - υποκείμενος στις παροχές του Άρθρου 19, ο όρος «αφαίρεση» αναφέρεται στην αφαίρεση για τους σκοπούς της μεταμόσχευσης.

## **Κεφάλαιο 2 – Γενικές παροχές**

### **Άρθρο 3 – Το σύστημα μεταμόσχευσης**

Οι συμβαλλόμενοι θα εγγυηθούν ότι το σύστημα υπάρχει για να παρέχει δίκαιη πρόσβαση στις υπηρεσίες μεταμόσχευσης για τους ασθενείς και το οποίο σιγουρεύει ότι τα όργανα και οι ιστοί διανέμονται σύμφωνα με διαφανής και δεόντως αιτιολογημένους κανόνες λαμβάνοντας συγκεκριμένα υπ' όψη τα ιατρικά κριτήρια.

Τα άτομα ή οι ομάδες υπεύθυνες για την απόφαση διανομής θα διορίζονται μέσα σε αυτό το πλαίσιο. Το σύστημα μεταμόσχευσης θα εγγυάται την συλλογή και καταγραφή των πληροφοριών, που απαιτούνται για να εξασφαλιστεί η ικανότητα ανίχνευσης των οργάνων και ιστών.

### **Άρθρο 4 – Επαγγελματικοί κανόνες.**

Οποιαδήποτε παρέμβαση στον τομέα της μεταμόσχευσης οργάνων ή ιστών πρέπει να διεξάγεται σύμφωνα με σχετικές επαγγελματικές υποχρεώσεις και κανόνες.

### **Άρθρο 5 – Πληροφορίες για τον λήπτη**

Ο λήπτης και, όπου κρίνεται κατάλληλο, το άτομο ή η ομάδα που παρέχει εξουσιοδότηση για την μεταμόσχευση θα πρέπει εκ των προτέρων να τους δίνονται οι κατάλληλες πληροφορίες τόσο για τον σκοπό και την φύση της μεταμόσχευσης τις συνέπειες της και κινδύνους όσο επίσης και οι εναλλακτικές λύσεις για την παρέμβαση.

### **Άρθρο 6 – Υγεία και ασφάλεια.**

Όλοι οι ειδικοί που εμπλέκονται στην μεταμόσχευση οργάνων και ιστών θα πρέπει να λαμβάνουν όλα τα λογικά μέτρα για να μειώσουν τους κινδύνους μετάδοσης οποιαδήποτε ασθένειας στον λήπτη και να αποφεύγουν οποιαδήποτε πράξη η οποία ίσως επηρεάσει την καταλληλότητα ενός οργάνου ή ιστού για την μεταμόσχευση.

### **Άρθρο 7 – Πληροφορίες για ειδικούς στην υγεία και το ευρύ κοινό.**

Οι συμβαλλόμενοι θα παρέχουν πληροφορίες για τους ειδικούς στην υγεία και για το κοινό γενικά για την ανάγκη για όργανα και ιστούς. Θα παρέχουν επίσης πληροφορίες για τις συνθήκες οι οποίες σχετίζονται με την αφαίρεση και εμφύτευση οργάνων και ιστών, συμπεριλαμβάνοντας θέματα τα οποία σχετίζονται με την συγκατάθεση και εξουσιοδότηση, συγκεκριμένα σε σχέση με την αφαίρεση από αποθανόντες.

### **Κεφάλαιο 3 – Αφαίρεση οργάνων και ιστών από ζώντες ανθρώπους.**

#### **Άρθρο 8 – Γενικός κανόνας**

Η αφαίρεση οργάνων και ιστών από ένα ζώντα άνθρωπο μπορεί να διεξαχθεί μόνο για το θεραπευτικό όφελος του λήπτη και όπου δεν υπάρχει κατάλληλο όργανο ή ιστός διαθέσιμο από κάποιο αποθανόντα και δεν υπάρχει άλλη εναλλακτική λύση θεραπευτικής μεθόδου ανάλογης αποτελεσματικότητας.

#### **Άρθρο 9 – Πιθανοί δότες οργάνων**

Η αφαίρεση οργάνων από ζώντα δότη μπορεί αν διεξαχθεί για το όφελος του λήπτη με τον οποίο ο δότης έχει μια κοντινή προσωπική σχέση όπως ορίζεται από το νόμο ή με την έλλειψη μιας τέτοιας σχέσης, μόνο υπό τις συνθήκες οι οποίες ορίζονται από το νόμο και με την έγκριση ενός κατάλληλου ανεξάρτητου οργανισμού (ομάδας).

#### **Άρθρο 10 – Εκτίμηση των κινδύνων για τον δότη.**

Πριν την αφαίρεση οργάνων και ιστών θα διεξάγονται κατάλληλες ιατρικές έρευνες και παρεμβάσεις για να εκτιμηθούν και να μειωθούν οι σωματικοί και ψυχολογικοί κίνδυνοι για την υγεία του δότη.

#### **Άρθρο 11 – Πληροφορίες για τον δότη.**

Ο δότης και όπου θεωρηθεί κατάλληλο, το άτομο ή η ομάδα που παρέχει εξουσιοδότηση σύμφωνα με το άρθρο 13, παράγραφος 2 αυτού του πρωτοκόλλου, θα δίνονται εκ των προτέρων κατάλληλη πληροφόρηση τόσο για τον σκοπό και την φύση της αφαίρεσης όσο επίσης για τις συνέπειες και τους κινδύνους.

Θα ενημερώνονται επίσης για τα δικαιώματα και τις εγγυήσεις που καθορίζονται από τον νόμο για την προστασία του δότη. Πιο συγκεκριμένα θα ενημερώνονται για το δικαίωμα πρόσβασης που έχουν σε ανεξάρτητες συμβουλές σχετικά με τέτοιους κινδύνους από κάποιο ειδικό στην υγεία ο οποίος έχει την κατάλληλη εμπειρία και ο οποίος δεν εμπλέκεται στην αφαίρεση οργάνων και ιστών ή σε μεταγενέστερες διαδικασίες μεταμόσχευσης.

#### **Άρθρο 12 – Συγκατάθεση του ζώντα δότη.**

Υποκείμενο στα άρθρα 13 και 14 αυτού του πρωτοκόλλου, ένα όργανο ή ιστός μπορεί να αφαιρεθεί από ένα ζώντα δότη μόνο αφού το εμπλεκόμενο άτομο έχει δώσει ελεύθερη πληροφορημένη και συγκεκριμένη συγκατάθεση σε αυτό είτε σε γραπτή μορφή είτε μπροστά σε κάποιο επίσημο οργανισμό.



**Άρθρο 13 – Προστασία ατόμων που δεν είναι ικανά να δώσουν συγκατάθεση για την αφαίρεση οργάνων και ιστών.**

1. Καμία αφαίρεση οργάνων και ιστών δεν μπορεί να διεξαχθεί σε κάποιον ο οποίος δεν έχει την ικανότητα να δώσει συγκατάθεση σύμφωνα με το άρθρο 12 αυτού του πρωτοκόλλου.
2. Κατ' εξαίρεση, και κάτω από τις προστατευτικές συνθήκες που ορίζονται από τον νόμο, η αφαίρεση αναπαραγώμενων ιστών από κάποιον ο οποίος δεν έχει την δυνατότητα να δώσει συγκατάθεση μπορεί να εξουσιοδοτήσει με την προϋπόθεση ότι τηρούνται η παρακάτω συνθήκες:
  - i. δεν υπάρχει συμβατός δότης διαθέσιμος ο οποίος να έχει την δυνατότητα να δώσει συγκατάθεση.
  - ii. ο λήπτης να είναι αδελφός ή αδελφή του δότη.
  - iii. η δωρεά να έχει την ικανότητα να είναι ζωογόνος για τον λήπτη.
  - iv. η εξουσιοδότηση του ή της αντιπροσώπου του ή κάποιος εξουσιοδοτημένος ή κάποιο άτομο ή οργανισμός που παρέχεται από το νόμο να έχει δοθεί συγκεκριμένα και γραπτώς και με την έγκριση του αρμόδιου οργανισμού.
  - v. ο πιθανός δότης που εμπλέκεται να μην έχει αντίρρηση.

**Άρθρο 14 – Η αφαίρεση κυττάρων από ένα ζώντα δότη.**

Ο νόμος ίσως προβλέπει ότι οι παροχές του Άρθρου 13, παράγραφος 2, σημεία ii και iii δεν θα ισχύουν για τα κύτταρα μέχρι τώρα καθώς έχει προσδιοριστεί ότι η αφαίρεση τους να προϋποθέτει ελάχιστο κίνδυνο και ελάχιστο βάρος για τον δότη.

**Κεφάλαιο 4 – Αφαίρεση οργάνων και ιστών από αποθανόντες.**

**Άρθρο 15 – Πιστοποίηση θανάτου.**

Τα όργανα και οι ιστοί δεν θα αφαιρούνται από το σώμα του αποθανόντα εκτός και εάν έχει πιστοποιηθεί ο θάνατος του ατόμου αυτού σύμφωνα με τον νόμο.

Οι γιατροί οι οποίοι θα πιστοποιήσουν τον θάνατο αυτού του ατόμου δεν θα είναι οι ίδιοι γιατροί οι οποίοι θα λάβουν μέρος στην αφαίρεση των οργάνων και ιστών του αποθανόντα, ή σε μεταγενέστερες διαδικασίες ή γιατροί οι οποίοι να έχουν την ευθύνη για την φροντίδα των πιθανών ληπτών, οργάνων και ιστών.

#### **Άρθρο 16 – Συγκατάθεση και εξουσιοδότηση.**

Τα όργανα και οι ιστοί δεν θα αφαιρούνται από το σώμα του αποθανόντα εκτός και αν έχει αποκτηθεί η συγκατάθεση και εξουσιοδότηση που απαιτείται από τον νόμο. Η αφαίρεση δεν μπορεί να διεξαχθεί εάν ο αποθανών έχει φέρει αντίρρηση σ' αυτό.

#### **Άρθρο 17 – Σεβασμός για το ανθρώπινο σώμα.**

Κατά την διάρκεια της αφαίρεσης το ανθρώπινο σώμα πρέπει να αντιμετωπίζεται με σεβασμό και να παρθούν όλα τα λογικά μέσα για την αποκατάσταση της εμφάνισης του πτώματος.

#### **Άρθρο 18 – Η προώθηση της δωρεάς.**

Οι συμβαλλόμενοι να ανταποκρίνεται στις ελλείψεις οργάνων και ιστών με το να παίρνουν όλα τα απαραίτητα μέσα για την προώθηση της προμήθευσης των οργάνων και ιστών από τους αποθανόντες σύμφωνα με τις παροχές που βρίσκονται σ' αυτό το πρωτόκολλο.

**Κεφάλαιο 5 – Εμφύτευση ενός οργάνου ή ιστού που αφαιρείται για έναν σκοπό πέρα από αυτόν της δωρεάς για εμφύτευση.**

#### **Άρθρο 19**

1. Όταν ένα όργανο ή ιστός αφαιρείται από ένα άτομο για έναν σκοπό πέρα από αυτόν της δωρεάς για εμφύτευση, μπορεί μόνον ίσως να εμφυτευθεί εάν οι συνέπειες και πιθανοί κίνδυνοι έχουν εξηγηθεί σ' αυτό το άτομο και η ενημερωμένη συγκατάθεση ή κατάλληλη εξουσιοδότηση στην περίπτωση του ατόμου που δεν μπορεί να δώσει συγκατάθεση, έχει αποκτηθεί.

2. Όλες οι παροχές αυτού του πρωτοκόλλου ισχύουν για περιπτώσεις οι οποίες αναφέρονται στην παράγραφο 1 εκτός από εκείνες των κεφαλαίων 3 και 4.

**Κεφάλαιο 6 – Απαγόρευση οικονομικού κέρδους.**

#### **Άρθρο 20**

1. Το ανθρώπινο σώμα και όλα τα μέρη του να μην προκαλούν το οικονομικό όφελος ή ανάλογο πλεονέκτημα. Η προαναφερθείσα παροχή να μην παρεμποδίζει πληρωμές οι οποίες δεν αποτελούν κάποιο οικονομικό όφελος ή ανάλογο πλεονέκτημα, πιο συγκεκριμένα:

– αποζημίωση των ζώντων δοτών για απώλεια κερδών και οποιοδήποτε άλλων δικαιολογήσιμων εξόδων που προκλήθηκαν από την αφαίρεση ή από σχετικές ιατρικές εξετάσεις.

– πληρωμή δικαιολογήσιμης αμοιβής για ιατρικές ή τεχνολογικά σχετιζόμενες υπηρεσίες που αποδίδονται σε σχέση με την μεταμόσχευση.

– αποζημίωση σε περίπτωση υπέρμετρης ζημιάς η οποία απορρέει από την αφαίρεση οργάνων και ιστών από ζώντες ανθρώπους.

2. Η διαφήμιση για την ανάγκη ή διαθεσιμότητα οργάνων και ιστών με προοπτική την προσφορά ή αναζήτηση οικονομικού κέρδους ή ανάλογου πλεονεκτήματος, θα απαγορεύεται.

#### **Άρθρο 21 – Απαγόρευση της εμπορίας οργάνων και ιστών.**

Η εμπορία οργάνων και ιστών θα απαγορεύεται.

#### **Κεφάλαιο 7 – Εμπιστευτικότητα.**

1. Όλα τα προσωπικά δεδομένα που σχετίζονται είτε με το άτομο του οποίου τα όργανα ή ιστοί έχουν αφαιρεθεί ή ο λήπτης θα θεωρούνται εμπιστευτικά. Τέτοια δεδομένα θα συλλέγονται ίσως μόνον θα επεξεργάζονται και θα μεταβιβάζονται σύμφωνα με τους κανόνες επαγγελματικής εμπιστευτικότητας και την προστασία των προσωπικών δεδομένων.

2. Οι παροχές της παραγράφου 1 θα ερμηνεύονται χωρίς προκαταλήψεις προς τις παροχές αυτές κάνοντας πιθανές, που υπόκεινται σε κατάλληλες εγγυήσεις, την συλλογή, επεξεργασία και μεταβίβαση των απαραίτητων πληροφοριών για το άτομο από το οποίο έχουν αφαιρεθεί τα όργανα ή οι ιστοί ή ο λήπτης (ες) των οργάνων και ιστών όντως απαιτείται μέχρι τώρα για ιατρικούς σκοπούς, συμπεριλαμβανομένης της ανιχνευτικό-τητας, όπως παρέχεται στο άρθρο 3 αυτού του πρωτοκόλλου.

#### **Κεφάλαιο 8 – Παραβάσεις των παροχών του πρωτοκόλλου.**

#### **Άρθρο 23 – Παραβάσεις των δικαιωμάτων ή αρχών.**

Οι συμβαλλόμενοι θα παρέχουν κατάλληλη δικαστική προστασία για να παρεμποδίσουν ή να σταματήσουν οποιαδήποτε παράνομη παράβαση των δικαιωμάτων και αρχών που προβάλλονται σ' αυτό το πρωτόκολλο.

#### **Άρθρο 24 – Αποζημίωση για υπέρμετρη ζημιά.**

Το άτομο το οποίο έχει υποφέρει υπέρμετρη ζημιά η οποία προέρχεται από τις διαδικασίες μεταμόσχευσης δικαιούται μια δίκαιη αποζημίωση σύμφωνα με τις συνθήκες και διαδικασίες που ορίζονται από το νόμο.

#### **Άρθρο 25 – Κυρώσεις**

Οι συμβαλλόμενοι θα παρέχουν κατάλληλες κυρώσεις οι οποίες θα εφαρμόζονται σε περίπτωση παράβασης των παροχών που περιέχονται σ' αυτό το πρωτόκολλο.

#### **Κεφάλαιο 9 – Συνεργασία μεταξύ συμβαλλομένων**

Οι συμβαλλόμενοι θα πρέπει να παίρνουν τα απαραίτητα μέτρα για να εξασφαλίσουν την αποδοτική συνεργασία ανάμεσα τους πάνω στην μεταμόσχευση οργάνων και ιστών, μέσω της ανταλλαγής πληροφοριών.

Πιο συγκεκριμένα θα πρέπει να λαμβάνουν τα κατάλληλα μέτρα για να παρέχουν την γρήγορη και ασφαλή μεταφορά των οργάνων και ιστών προς και από την περιοχή τους.

#### **Κεφάλαιο 10 – Τελικές παροχές**

#### **Άρθρο 27 – Σχέση μεταξύ του Συνεδρίου και αυτού του πρωτοκόλλου.**

Όπως ανάμεσα στους συμβαλλομένους, οι παροχές των Άρθρων 1 και 26 αυτού του πρωτοκόλλου θα θεωρούνται ως επιπρόσθετα άρθρα για το Συνέδριο για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και την Βιοϊατρική έτσι και όλες οι παροχές του Συνεδρίου για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και την Βιοϊατρική θα ισχύουν ανάλογα.

#### **Άρθρο 28 – Επανεξέταση αυτού του Πρωτοκόλλου.**

Για την παρακολούθηση των επιστημονικών εξελίξεων, το παρόν πρωτόκολλο θα εξεταστεί μέσα στην επιτροπή η οποία αναφέρεται στο Άρθρο 32 για το Συνέδριο για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και την Βιοϊατρική όχι αργότερα από πέντε χρόνια από την εφαρμογή αυτού του Πρωτοκόλλου και από κει και μετά κατά ανάλογα διαστήματα όπως αυτά καθοριστούν από την επιτροπή.

#### **Άρθρο 29 – Υπογραφή και επικύρωση**

Αυτό το πρωτόκολλο θα είναι ανοιχτό για υπογραφή από τους υπογράψαντες του Συνεδρίου. Υπόκειται σε επικύρωση, αποδοχή ή επιδοκιμασία. Κάποιος υπογράψαντας ίσως να μην επικυρώσει, δεχτεί ή επιδοκιμάσει αυτό το πρωτόκολλο εάν προηγουμένως ή ταυτοχρόνως δεν έχει επικυρώσει δεχτεί ή επιδοκιμάσει το

Συνέδριο. Τα όργανα της επικύρωσης, αποδοχής ή επιδοκιμασίας θα κατατίθενται μπροστά στον γενικό γραμματέα του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου.

### **Άρθρο 30**

1. Αυτό το πρωτόκολλο θα τεθεί σε εφαρμογή την πρώτη ημέρα του μήνα ακολουθούμενη την λήξη μιας περιόδου τριών μηνών μετά την ημερομηνία για την οποία πέντε κράτη, συμπεριλαμβανομένου τουλάχιστον τεσσάρων κρατών μελών του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου, να έχουν εκφράσει την συγκατάθεση τους η οποία θα περιορίζεται από το πρωτόκολλο σύμφωνα με τις παροχές του άρθρου 29.

2. Όσον αφορά οποιοδήποτε υπογράψαντα ο οποίος κατόπιν θα εκφράσει την συγκατάθεση του από την οποία θα περιορίζεται, το Πρωτόκολλο θα τεθεί σε εφαρμογή την πρώτη μέρα του μήνα που ακολουθεί, την λήξη μιας περιόδου, τριών μηνών μετά την κατάθεση του οργάνου επικύρωσης, αποδοχής ή επιδοκιμασίας.

### **Άρθρο 31 – Ένταξη**

1. Μετά την εφαρμογή αυτού του Πρωτοκόλλου, οποιοδήποτε κράτος το οποίο έχει ενταχθεί στο Συνέδριο, μπορεί επίσης να ενταχθεί σ' αυτό το πρωτόκολλο.

2. Η ένταξη θα επηρεαστεί από την κατάθεση με τον Γενικό Γραμματέα του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου ενός οργάνου ένταξης η οποία θα φέρει αποτέλεσμα την πρώτη ημέρα του μήνα η οποία θα ακολουθεί την λήξη μιας περιόδου τριών μηνών μετά την ημερομηνία κατάθεσης του.

### **Άρθρο 32 – Μη αποδοχή**

1. Οποιοσδήποτε συμβαλλόμενος οποιαδήποτε στιγμή μπορεί να απαρνηθεί αυτό το Πρωτόκολλο με τη βοήθεια μιας δήλωσης που θα απευθύνεται στον Γενικό Γραμματέα του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου.

2. Μια τέτοια καταγγελία θα είναι αποτελεσματική την πρώτη ημέρα του μήνα που θα ακολουθεί την λήξη, μιας περιόδου, τριών μηνών μετά την παραλαβή μιας τέτοιας δήλωσης από το Γενικό Γραμματέα.

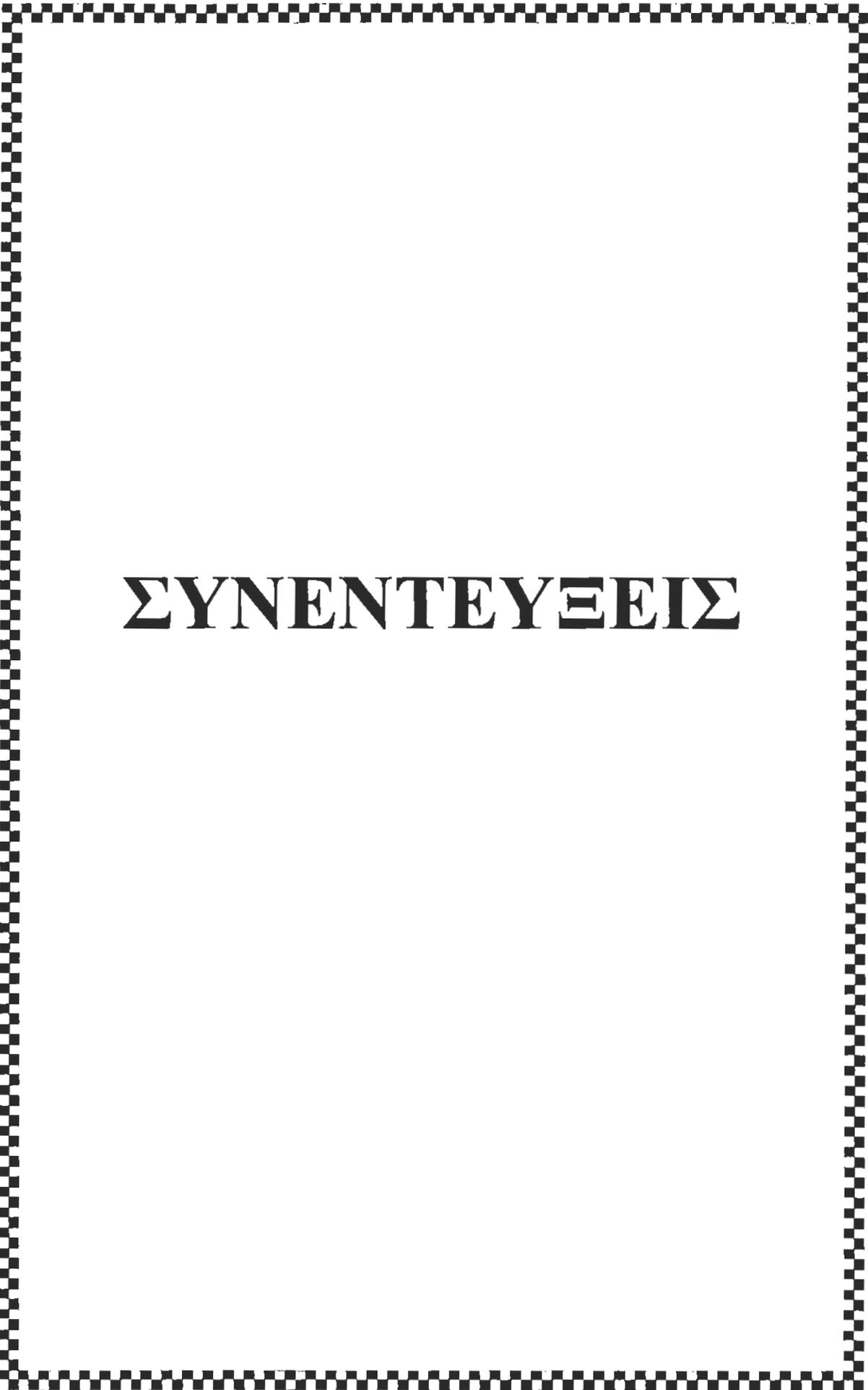
### **Άρθρο 33 – Δήλωση.**

Ο Γενικός Γραμματέας του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου θα ενημερώνει τα κράτη μέλη του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου, την Ευρωπαϊκή κοινότητα, οποιοδήποτε

υπογράψαντα, οποιοδήποτε συμβαλλόμενο και οποιοδήποτε άλλο κράτος το οποίο έχει προσκληθεί να ενταχθεί στο Συνέδριο για:

- a. οποιαδήποτε υπογραφή.
- b. την κατάθεση οποιουδήποτε οργάνου επικύρωσης, αποδοχής και επιδοκίμασίας ή ένταξης.
- c. οποιαδήποτε ημερομηνία ισχύς αυτού του Πρωτοκόλλου σύμφωνα με τα άρθρα 30 και 31.
- d. οποιαδήποτε άλλη πράξη, επικύρωση ή μεταβίβαση σε σχέση με αυτό το Πρωτόκολλο.

Με την παρουσία μάρτυρα, ο υπογεγραμμένος ο οποίος έχει εξουσιοδοτηθεί, έχει υπογραφεί αυτό το πρωτόκολλο. Έγινε στις ..... αυτό ..... στα Αγγλικά και Γαλλικά, όντας αυθεντικά αντιστοίχως και τα δύο κείμενα, σε ένα μοναδικό αντίγραφο το οποίο θα κατατεθεί στο αρχείο του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου. Ο Γενικός Γραμματέας του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου θα παραδώσει πιστοποιημένα αντίγραφα σε καθένα από τα κράτη μέλη του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου, στα μη - κράτη μέλη τα οποία έχουν λάβει μέρος στην επεξεργασία αυτού του πρωτοκόλλου, σε οποιοδήποτε κράτος που έχει προσκληθεί να ενταχθεί στο Συνέδριο και στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα.



# ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΙΣ

## **ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ: Αρχιμ. Νικολάου Χατζηνικολάου**

**Προέδρου Ειδικής Συνοδικής Επιτροπής επί της Βιοηθικής της Ιεράς Συνόδου της Εκκλησίας της Ελλάδος.**

**Ερ.:** Θα σας παρακαλούσα να μου πείτε ποια είναι η θέση της Εκκλησίας όσον αφορά τις μεταμοσχεύσεις.

**Απ.:** Όπως καταλαβαίνετε, το ερώτημα είναι πολύ γενικό και δεν είναι κάτι που μπορεί να απαντήσει κανείς με δύο λόγια. Για να σας διευκολύνω, θα σας πω ότι η Εκκλησία υποχρεώθηκε να ασχοληθεί με το θέμα μέσω της επιτροπής Βιοηθικής της, πρώτον διότι υπάρχει η ανάγκη αρκετών ανθρώπων να μπουν στην μεταμοσχευτική διαδικασία και δεύτερο γιατί ψηφίστηκε προ διετίας ο νέος νόμος και έπρεπε επ' αυτού να τοποθετηθεί και η Εκκλησία.

Σχετικά με τις πτωματικές μεταμοσχεύσεις το πρώτο πρόβλημα είναι ο ορισμός του θανάτου. Στις μεταμοσχεύσεις όπως της καρδιάς, των πνευμόνων, του παγκρέατος και εν πολλοίς του ήπατος, πλην ειδικών εξαιρέσεων, το μόσχευμα λαμβάνεται ενώ ακόμα δεν έχει ολοκληρωθεί η αποσύνθεση του συγκεκριμένου οργάνου. Στην περίπτωση του εγκεφαλικού θανάτου όταν παύσει η λειτουργία του εγκεφάλου, επειδή η αναπνευστική λειτουργία υποστηρίζεται μηχανικά, εξακολουθεί και η κυκλοφορία του αίματος το οποίο συντηρεί και τα διάφορα όργανα.

Έχουμε λοιπόν ένα άνθρωπο του οποίου η εγκεφαλική λειτουργία έχει παύσει, δηλαδή έχει σταματήσει να λειτουργεί το εγκεφαλικό στέλεχος και προοδευτικά και ο φλοιός. Ο άνθρωπος αυτός δεν αντιλαμβάνεται, δεν αισθάνεται, η κατάσταση είναι οριστική και αμετάκλητη και μη αναστρέψιμη. Αυτό μπορεί να διαγνωσθεί με κάποιες μεθόδους. Το ερώτημα είναι αν είναι κλινικά νεκρός. Γιατί αντιλαμβάνεσθε ότι το να θανατώσουμε αυτόν τον άνθρωπο δεν είναι ηθικά αποδεκτό.

Στην περίπτωση που είναι κλινικά νεκρός και εμείς επιβραδύνουμε την διαδικασία αποσυνθέσεως των οργάνων για να μπορέσουμε να τα πάρουμε πριν καταστραφούν είναι κάτι αποδεκτό. Η Εκκλησία στο ερώτημα αυτό, που είναι πολύ κρίσιμο για να τοποθετηθεί με ένα δογματικό τρόπο, δέχθηκε ότι ο εγκεφαλικός θάνατος προσδιορίζει το αμετάκλητο βιολογικό τέλος του ανθρώπου. Υπό αυτή την έννοια αν υπάρχει πλήρης συναίνεση του δότη που έχει εκδηλωθεί συνειδητά εν ζωή, θα μπορούσε να αποδεχθεί την μεταμόσχευση ώστε κάποιοι συνάνθρωποί μας να ζήσουν με τα όργανα αυτά του ανθρώπου που έχει τελειώσει την πορεία του στην ζωή αυτήν.

**Ερ.:** Υπάρχει ένα δημοσίευμα με ένα αντίλογο για τις μεταμοσχεύσεις από τον κύριο Κουμάντος, καθηγητή στο πανεπιστήμιο Αθηνών και δικηγόρο και επίσης από τον



κύριο Μπεχράκη που υποστηρίζει ότι η μηχανική υποστήριξη της αναπνοής πρέπει να συνεχίζεται όσο οι συγγενείς ελπίζουν ενώ ο κ. Κουμάντος λει ότι ύστερα απ' το θάνατο η μηχανική υποστήριξη δεν εξυπηρετεί κανένα σκοπό.

**Απ.:** Κάνετε μία πολύ πετυχημένη ερώτηση. Ο νόμος λει ότι άπαξ και ο άνθρωπος ο συγκεκριμένος έχει διαγνωσθεί ότι είναι εγκεφαλικά νεκρός δεν υπάρχει κανένας λόγος για μηχανική υποστήριξη και πρέπει να αντιμετωπισθεί ως νεκρό σώμα. Είπαμε όμως ότι ο θάνατος δεν ορίζεται από τον νόμο αλλά ότι πρέπει να διαπιστώνεται και από τους συγγενείς. Όταν λοιπόν οι συγγενείς βλέπουν το στήθος του ανθρώπου τους να ανεβοκατεβαίνει όταν τον ασπάζονται και η θερμοκρασία του να είναι φυσιολογική, δεν είναι εύκολο να δεχθούν τον θάνατο, πρέπει να εμπιστευθούν τους γιατρούς. Αν τώρα ο εισαγγελέας διατάξει την αποδιασωλήνωση, ή πει ο γιατρός να σταματήσει η μηχανική υποστήριξη και οι συγγενείς δεν το αποδέχονται για τον άλφα ή βήτα λόγο, τότε αντιλαμβάνεσθε ότι υπάρχουν κίνδυνοι.

**Ερ.:** Σωστά.

**Απ.:** Αυτή είναι η θέση του κ. Μπεχράκη. Οι νομικοί έχουν την άποψη ότι ο άνθρωπος όταν πεθάνει είναι «πράγμα». Το πτώμα του αντιμετωπίζεται ως πράγμα και αυτό το αποφασίζει ο νόμος.

**Ερ.:** Να ρωτήσω κάτι;

**Απ.:** Μάλιστα.

**Ερ.:** Υπάρχει συνεπώς, αν μπορεί να ειπωθεί έτσι, μια «αντιπαράθεση» μεταξύ νόμου και Εκκλησίας; Οι νόμοι μας είναι λίγο σκληροί και αναφέρεται μάλιστα σε έξι σημεία. Εάν πρέπει η συναίνεση να ορίζεται ως μη άρνηση.

**Απ.:** Κατ' αρχάς η άποψη του κ. Μπεχράκη είναι προσωπική του άποψη, άσχετα αν εμάς μας καλύπτει. Είπαμε ότι υπάρχει σεβασμός του θανάτου και του νεκρού σώματος. Ο νόμος αφήνει κάποιο περιθώριο μεγαλύτερου σεβασμού; Εμείς κρατήσαμε μια επιφυλακτική στάση.

Ένα δεύτερο σημείο είναι το θέμα της συναίνεσεως. Λει ο νόμος ότι στην περίπτωση κατά την οποία δεν υπάρχει άρνηση των συγγενών, γίνεται η αφαίρεση των οργάνων. Άρα σταματάει η μηχανική υποστήριξη. Συνεχίζει η μηχανική υποστήριξη μόνο αν ο συγκεκριμένος νεκρός είναι δότης.

Στην Ελλάδα υπάρχουν τουρίστες, άνθρωποι που είναι μόνοι τους. Δεν υπάρχουν κάποιοι συγγενείς να εκφράσουν κάποια συναίνεση. Συνεπώς η μη άρνηση είναι αυτόματα συναίνεση. Έτσι υπάρχει και η άποψη που κυρίως τα τελευταία δέκα χρόνια διατυπώνεται από ορισμένους κύκλους στην Ευρώπη, σύμφωνα με την οποία εμείς είμαστε διαχειριστές των οργάνων μας και του σώματός μας ενόσω είμαστε εν ζωή.

Μετά θάνατον όλα αυτά πρέπει να περιέλθουν στην περιουσία κάποιων συγκεκριμένων τραπεζών οργάνων της Πολιτείας, ώστε αυτά να χρησιμοποιηθούν για το δημόσιο καλό δηλαδή να ζήσουν κάποιοι άνθρωποι.

Αυτό δεν μπορούμε να το δεχθούμε γιατί υπάρχουν κάποιες ανεξέλεγκτες εφαρμογές που θα κατέστρεφαν κάθε στοιχείο σεβασμού. Θα πρέπει λοιπόν να υπάρχει η συναίνεση του συγκεκριμένου ανθρώπου. Όχι μη άρνηση αλλά συναίνεση.

**Ερ.:** Η ζωή και ο θάνατος όπως γνωρίζουμε βρίσκονται στην απόλυτη δικαιοδοσία του Θεού. Θέλω να ρωτήσω ποια εξουσία έχουμε επί των σωμάτων, των μελών, των οργάνων και των ιστών μας;

**Απ.:** Μπαίνετε στην καρδιά του θέματος. Λέμε ότι η ζωή είναι στα χέρια του Θεού. Θεραπευτική ιατρική όμως σημαίνει ότι είναι και στα χέρια του ανθρώπου. Κάποιοι γονείς μπορούν αν αποφασίσουν και την ζωή ή περισσότερο την μη ζωή ενός ανθρώπου. Η ιατρική κάνει ό,τι μπορεί να παρατείνει την ζωή αλλά αν ένας άνθρωπος έχει ήδη πεθάνει και δεχθεί ο ίδιος να προσφέρει τα όργανά του, γίνεται μια προσφορά σώματος. Τι ποιο ωραίο πράγμα να δώσει κανείς το σώμα του σε ένα συνάνθρωπο! Γι' αυτό και η Εκκλησία δεν μπερδεύτηκε στον προσδιορισμό της στιγμής του θανάτου. Αν λοιπόν ένας άνθρωπος θέλει να δώσει ζωή από την δική του ζωή κακό δεν είναι. Όμως δεν πρέπει να γίνει με απόφαση ενός νόμου της Πολιτείας αλλά με απόφαση του ίδιου.

**Ερ.:** Νομίζω ότι οι περισσότεροι το αποδέχονται αυτό.

**Απ.:** Εμείς νομίζουμε ότι όλοι το αποδέχονται. Στην Ιαπωνία έγινε μια μεταμόσχευση το 1968, αλλά καταδικάστηκαν οι μεταμοσχευτές ως ανθρωποκτόνοι, διότι οι δικαστές βασίστηκαν στη βάση της καρδιακής λειτουργίας. Σύμφωνα με την νέα αντίληψη αν ο άνθρωπος είναι δότης ως θάνατος ο εγκεφαλικός θάνατος ώστε να μην αποτελεί ανθρωποκτονία η αφαίρεση οργάνων. Αν όμως δεν είναι δότης τότε ορίζεται ως θάνατος ο καρδιακός. Είναι ένα δικολαβίστικο πράγμα.

**Ερ.:** Μόνο οι μάρτυρες του Ιεχωβά δεν έχουν δεχθεί τις μεταμοσχεύσεις.

**Απ.:** Ούτε τις μεταμοσχεύσεις, ούτε την μετάγγιση του αίματος.

**Ερ.:** Θα ήθελα τώρα να σας ρωτήσω για τα βρέφη με συγγενή ανεγκεφαλία.

**Απ.:** Μάλιστα. Εδώ είναι ένα άλλο πρόβλημα. Έχουμε τις λεγόμενες βρεφικές μεταμοσχεύσεις. Υπάρχουν παιδάκια που έχουν προβλήματα καρδιακής ή ηπατικής ανεπαρκείας και πρέπει οπωσδήποτε να τους γίνει μεταμόσχευση. Το να βρεθούν μοσχεύματα γι' αυτά είναι πολύ δύσκολο. Πρέπει να γίνει ένα ατύχημα, κάποια σπάνια ασθένεια σε ένα βρέφος να δηλωθεί κλινικά νεκρό για να μεταμοσχευθούν τα όργανά του σε ένα άλλο.

Σκέφθηκαν λοιπόν ότι επειδή υπάρχει ένα μικρό ποσοστό ανεγκεφάλων βρεφών, τα οποία έχουν στέλεχος αλλά ελλείπει ο φλοιός, να γίνει μεταμόσχευση από αυτά. Αλλά αυτά δεν είναι εγκεφαλικά νεκρά διότι το στέλεχος λειτουργεί. Προτάθηκε μια διεύρυνση των προϋποθέσεων δωρεάς να συμπεριληφθούν και σε άτομα που είναι σε χρόνια φυτική κατάσταση, δηλαδή έχουν νεκρωμένο τον φλοιό αλλά ζων το στέλεχος. Ενώ κλινικά νεκροί είναι αυτοί που έχουν νεκρωμένο το στέλεχος και ζώντα τον φλοιό.

Τελικά δεν έγινε δεκτό να είναι δότες τα ανεγκέφαλα βρέφη γιατί δεν είναι νεκρά. Απλά το πρόβλημα ξεπεράστηκε από το γεγονός ότι σήμερα με προγεννητικό έλεγχο δεν γεννιούνται πλέον τέτοια παιδιά. Βέβαια είναι μια τραγική επιλογή, ένα τραγικό δίλημμα.

**Ερ.:** Η Ελλάδα είναι από τις τελευταίες χώρες.

**Απ.:** Νομίζω ότι είναι από τις τελευταίες στην Ευρώπη/

**Ερ.:** Γιατί πιστεύετε ότι συμβαίνει αυτό;

**Απ.:** Είναι δύσκολο ερώτημα αυτό. Ένας λόγος είναι η μη εμπιστοσύνη στην ιατρική μας. Εμείς εδώ όπως ξέρετε δεν εμπιστευόμαστε πολύ τους γιατρούς. Φοβόμαστε μήπως αυτό που μας λένε κρύβει κάτι άλλο. Έχουμε μια καχυποψία μέσα μας. Ένας δεύτερος λόγος είναι οι στενοί συγγενικοί δεσμοί. Γι' αυτό ενώ πάνε καλά οι ζώσες μεταμοσχεύσεις, δεν πάνε καλά οι πτωματικές. Δείτε το παράξενο υπάρχει. Σε όλες σχεδόν της χώρες της Ευρώπης στα νεφρά που γίνονται μεταμοσχεύσεις και από ζωντανό και από νεκρό δότη, ο λόγος ζώντων προς τις πτωματικές μεταμοσχεύσεις, δεν περνάει το ένα προς δέκα. Δηλαδή στις 100 πτωματικές μεταμοσχεύσεις γίνονταν 5, 7, 10 ζώσες. Στην Ελλάδα ο λόγος είναι 100. Δηλαδή όσες ζώσες τόσες και πτωματικές. Αυτό σημαίνει διάφορα πράγματα. Ένα όμως που σημαίνει είναι ότι ο μέσος Έλληνας δίνει ευκολότερα το δικό του νεφρό στο παιδί του παρά του νεκρού παιδιού του σε κάποιον άλλο. Αυτό έχει δημιουργήσει αυτή την δυσκολία.

Νομίζω ότι φταίει ο νόμος που μας δημιουργεί καχυποψία. Θα μπορούσε η διαδικασία να είναι πιο προσεκτική. Κάτι ανάλογο συμβαίνει τώρα. Έτσι βιαστικά περνάει ένας νόμος που πραγματικά θα αναπροσαρμόσει όλο το οικογενειακό δίκαιο. Θεωρείται από αυτούς που τον έχουν συντάξει ως ο προοδευτικότερος νόμος στην Ευρώπη ενώ απευθύνονται στον συντηρητικότερο λαό της Ευρώπης. Έτσι τουλάχιστον οι ίδιοι μας θεωρούν.

**Ερ.:** Λέτε ότι πρέπει να γίνει πιο ανθρώπινος ο νόμος;

**Απ.:** Πρέπει να λάβει υπ' όψη του τα στοιχεία του χαρακτήρα του Έλληνα. Να σας πω κάτι άλλο. Είχαμε μέχρι πρότινος 3 μεταμοσχευτικά κέντρα καρδιάς. Στου

Παπανικολάου, στον Ευαγγελισμό και στον Ωνάσειο. Γίνανε 2-3 μεταμοσχεύσεις καρδιάς. Τα έξοδα ήταν τεράστια. Θα μπορούσε να υπάρχει ένα μόνο κέντρο με τριπλάσια έξοδα χωρίς αυτούς τους εγωισμούς. Υπάρχουν θαυμάσιοι μεταμοσχευτές σε νεώτερη ηλικία. Αυτοί πρέπει να αξιοποιηθούν. Επίσης να γίνεται πολύ προσεκτικά ο έλεγχος του εγκεφαλικού θανάτου και να επαναλαμβάνονται οι σχετικές δοκιμασίες.

**Ερ.:** Ποια η γνώμη σας για μεταμοσχεύσεις και κλωνοποίηση;

**Απ.:** Αυτή η μεταμόσχευση στηρίζεται στα λεγόμενα βλαστοκύτταρα. Αυτό δεν είναι ένα τόσο απλό πράγμα. Έχουμε ένα έμβρυο από το οποίο δημιουργούμε εμείς την κλωνοποίηση ώστε να προκύψουν κύτταρα ηπατικά, νεφρικά, καρδιαγγειακά για να φτιάξουμε νεφρά ή καρδιά. Αυτό σημαίνει όμως ότι θα έχουμε καταστρέψει και ένα έμβρυο. Η Εκκλησία έχει μια ευαισθησία στα έμβρυα και στα αρχικά έμβρυα, τα λεγόμενα προέμβρυα. Επίσης μιλούν για θεραπευτική κλωνοποίηση και μέσα σ' αυτήν θα βάλουν και την δημιουργία των οργάνων και όχι για αναπαραγωγική κλωνοποίηση. Τα πράγμα δεν είναι τόσο σαφή ούτε απλά όσο φαίνονται.

Νομίζω ότι κατά βάση αν και φαίνεται ότι είμαστε αρκετά μακριά, η κλωνοποίηση των οργάνων δεν είναι κλωνοποίηση οργάνων αλλά συνεπάγεται καταστροφή εμβρύων.

**Ερ.:** Δεν θέλω να σας κουράσω άλλο.

**Απ.:** Παρακαλώ.

**Ερ.:** Σε ένα ερωτηματολόγιο που εδόθη σε νοσηλευτές διαπιστώθηκε ότι υπάρχει ένας φόβος.

**Απ.:** Μεταφυσικός ή συναισθηματικός φόβος; Κατ' αρχάς πρέπει να απαντήσουμε αν θα δεχόμασταν να κάνουμε μεταμόσχευση εμείς. Δηλαδή λέμε ότι εγώ είμαι μητέρα 40 ετών και έχω 3 παιδιά και έχω καρδιακή ανεπάρκεια προχωρημένου σταδίου. Η μόνη μου λύση είναι η μεταμόσχευση. Θα την έκανα; Εάν την έκανα, τότε μπορώ να γίνω και δωρητής οργάνων.

**Ερ.:** Σας ευχαριστώ πολύ για τον χρόνο σας.

**Απ.:** Να είστε καλά.

## **ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ: Κατερίνα Κονιαβίτου**

Λιευθόντριας Εργ. Μοριακής Ανοσοπαθολογίας – Ιστοσυμβατότητας Ωνασείου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου – Μέλος Επιτροπής της Εταιρείας Μεταμοσχεύσεων

Ο νέος Νόμος για τις μεταμοσχεύσεις ψηφίστηκε από το Ελληνικό Κοινοβούλιο, δυστυχώς, κατά πλειοψηφία του Κυβερνώντος Κόμματος μόνον, στις 28 Ιουλίου 1999 και όχι ομόφωνα.

Οφείλω να ομολογήσω ότι οι εκφρασθείσες αντιρρήσεις κατά τη διάρκεια των συνεδριάσεων της Βουλής για την ψήφιση του προαναφερθέντος νόμου δεν αποτελούσαν στείρα αντιπολίτευση.

Η μόνη καινοτομία του νέου Νομοσχεδίου είναι η σύσταση νέου Διοικητικού Οργάνου, του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων. Θεωρώ ότι η αλλαγή αυτή του Νόμου ήταν άκαιρη. Αλλαγή της Νομοθεσίας χωρίς σαφή αποτύπωση των αναγκών και πολύ περισσότερο χωρίς την ολοκλήρωση του Ν.1383 με τις απαραίτητες Υπουργικές Αποφάσεις από το 1983 δεν προάγει κλίμα συναίνεσης.

### **ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ**

Η εξεύρεση δωρητών οργάνων προϋποθέτει την ενεργό συμμετοχή του κοινωνικού συνόλου και επί πλέον, βασίζεται στην ανάπτυξη εμπιστοσύνης προς τους φορείς υγείας της χώρας. Η έλλειψη επαγρύπνησης του κοινού στα θέματα της δωρεάς οργάνων οφείλεται κυρίως στην μειονεκτική παιδεία εκλαΐκευσης των σχετικών θεμάτων μαζί με την έλλειψη σοβαρής και συστηματικής προπαγάνδας, που κατά την γνώμη των ειδικών αποτελεί το μόνο μέτρο ανάπτυξης του ρυθμού δωρεάς οργάνων. Το λεγόμενο κοινωνικό marketing στο οποίο εμπίπτει επικοινωνιακά το θέμα της προώθησης της δωρεάς οργάνων έχει ουσιαστικές διαδικασίες και προϋποθέσεις εφαρμογής. Αξίζει να αναφερθεί ότι υπάρχουν παραδείγματα τέτοιου επιπέδου ενημέρωσης που θεσπίστηκαν από ορισμένες Ευρωπαϊκές Χώρες και απέδωσαν θαυμάσια αποτελέσματα μέσα σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα.

### **ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ**

#### **Α. Σε επίπεδο άσκησης πολιτικής βούλησης**

Δεν είναι υπερβολή να ισχυρισθεί κανείς ότι πολιτική βούλησης, για τον τομέα των μεταμοσχεύσεων, πλην ελαχίστων μέτρων συνήθως πολύ πρόχειρα ληφθέντων, ουδέποτε ίσχυσε. Νομοθετικές ρυθμίσεις έγιναν βέβαια και συνεχίζουν να γίνονται συνήθως υπό την πίεση εσωκομματικών και ψηφοθηρικών τάσεων. Δυστυχώς όμως αυτό αποδεικνύει ότι η ιατρική των μεταμοσχεύσεων εγκλωβίστηκε μέσα στην επιτυχία της. Ως κοινωνικός τομέας που επισύρει ακόμα το ενδιαφέρον του κόσμου και ως εκ τούτου των Μ.Μ.Ε. και χωρίς βασικά ακόμα και πειθαρχικά μέτρα που

πρέπει να εκπορεύονται από συναινετικές κοινωνικο-επιστημονικές ζυμώσεις, χρησιμοποιείται, εκάστοτε κατά το δοκούν, από τον ασκούντα την πολιτική εξουσία. Δεν είναι τυχαία η αδυναμία ανταπόκρισης του κοινού και της ιατρικής κοινωνίας στο σύνολό τους, για τις ανάγκες του τομέα. Ούτε φυσικά είναι τυχαία η πολύ μικρή δραστηριότητα που εμφανίζεται τα τελευταία χρόνια. Η ταξινόμηση της χώρας μας εξακολουθεί πεισματικά να κατέχει την τελευταία θέση στην Ε.Ε.

Είναι επίσης γεγονός, ότι ουδεμία προσπάθεια συναίνεσης και ανάπτυξης μηχανισμών για μια έστω μελλοντική εμπέδωση αξιοπιστίας, έγιναν ποτέ. Είναι λοιπόν επόμενο να υποστηριχθεί ότι ο καθρέφτης της τριτοβάθμιας περίθαλψης στην χώρα μας έχει σοβαρά θαμπώσει όπως θαμπά είναι τα περισσότερα θέματα που σχετίζονται με το χώρο της υγείας στην Ελλάδα.

Η πρώτη ιστορικά και ουσιαστική συναίνεση στον τομέα των μεταμοσχεύσεων στην χώρα μας υπήρξε η υποβολή της πρότασης στο ΚΕΣΥ το 1991 για την ταυτόχρονη αφαίρεση πολλών οργάνων από ένα δότη. Συζητήθηκε κατ' αρχήν στα πλαίσια του 7<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου Μεταμοσχεύσεων στην Αθήνα. Οι εισηγητές ήταν ομάδα γιατρών από το Μεταμοσχευτικό Κέντρο του Ιπποκρατείου Θεσσαλονίκης, με επί κεφαλής τον χειρουργό Α. Αντωνιάδη. Η ομόφωνη συναίνεση των συνέδρων για το συγκεκριμένο θέμα οδήγησε στην υποβολή του διορθωμένου από τους συναινούντες συνέδρους στο ΚΕΣΥ στην έκδοση της αντίστοιχης ερμηνευτικής εγκυκλίου του Υπουργείου Υγείας. Έκτοτε είναι γεγονός ότι μείζονα προβλήματα στην διαδικασία αφαίρεσης των οργάνων από τον υποψήφιο λήπτη βρήκαν οριστική λύση.

Μια δεύτερη απόπειρα συναίνεσης, έγινε στο 10<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Μεταμοσχεύσεων, σχετικά με την αφαίρεση του οποιουδήποτε επιθετικού προσδιορισμού από την έννοια του θανάτου η οποία όμως και δεν έχει ολοκληρωθεί σαν διαδικασία συναίνεσης.

#### **B. Σε επίπεδο διοικητικής μέριμνας**

Είναι ήδη γνωστό και έχουν πολλές φορές δημοσιευθεί, στον Διεθνή επιστημονικό τύπο, από την δεκαετία του '80, αναλύσεις συγκριτικών μελετών μεταξύ αιμοκάθαρσης και μεταμόσχευσης. Έχει και στην Ελλάδα θιγεί κάποτε το θέμα αυτό. Η ποιότητα ζωής και η ελάφρυνση των ασφαλιστικών φορέων αναφορικά με την μεταμόσχευση νεφρού είναι τεκμηριωμένη. Αντίθετα για τις μεταμοσχεύσεις των άλλων οργάνων δεν τίθεται θέμα και οικονομικής ελάφρυνσης εφ' όσον είναι απλώς θέμα ζωής ή θανάτου.

Διοικητικά όμως μέτρα για να έχουν ισχύ και απόδοση, όπως η Διεθνής πρακτική έχει αποδείξει, πρέπει να βασίζονται σε διαδικασίες εφαρμογής πολιτικής που προέρχονται από συναινετικές διαδικασίες που αποσκοπούν στην ανάπτυξη αξιοπιστίας όπως σωστά μας διδάσκουν τα υποδείγματα χωρών που έχουν αναπτύξει τον ιατροκοινωνικό αυτό τομέα. Είναι γνωστό σε όλους τους ασχολούμενους με τον τομέα της Μεταμόσχευσης ότι τέτοιες διαδικασίες στην χώρα μας, πλην ελαχίστων εξαιρέσεων, δεν έχουν ακόμα γίνει.

### Γ. Σε επίπεδο ενημέρωσης και επικοινωνίας

Στην χώρα μας υπάρχει άλλος ένας επί πλέον ανασταλτικός παράγων, που είναι εξίσου σημαντικός. Η παντελής έλλειψη διοικητικής μέριμνας των Νοσοκομείων και δοτών, όπου εντάσσονται οι μονάδες εντατικής θεραπείας κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων. Ιδιαίτερη σημασία έχει επίσης η αδιαφορία και η άρνηση των γιατρών και των νοσηλευτών των παραπάνω μονάδων για τα θέματα της μετά θάνατον δωρεάς οργάνων, που έχει αναφερθεί με τον όρο "ενδονοσοκομειακή αντίσταση". Ο τελευταίος όρος σηματοδοτεί, ίσως όχι μόνο την έλλειψη επιστημονικής ενημέρωσης, αλλά κάτι χειρότερο, την συνειδητή επιλογή της άρνησης εκ μέρους του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού των μονάδων. Τα αίτια αυτής της ιατρικής συμπεριφοράς είναι πολλά και κατά μεγαλύτερο ποσοστό δικαιολογημένα.

Κι όμως στην χώρα μας έχουν γίνει εντυπωσιακές αυξήσεις προσφοράς δοτών. Την διετία '91-'93 οι αναφερθέντες δοτών έφθασαν τους 18 ανά εκατομμύριο πληθυσμού και από αυτούς χρησιμοποιήθηκαν οι 11 ανά εκατομμύριο.

Υπάρχουν σαφείς λόγοι της αύξησης των δοτών αυτής της συγκεκριμένης εποχής. Ουδείς όμως ασχολήθηκε να αναλύσει αλλά και να χρησιμοποιήσει τα δεδομένα προς ακόμα μεγαλύτερη βελτίωση.

Σήμερα απλώς ακούμε να λέγεται από τους υπεύθυνους του ΕΟΜ ότι διπλασιάστηκαν οι δότες από το 200 που είχαν φθάσει τον αριθμό ρεκόρ 1.9 ανά εκατομμύριο πληθυσμού! Σήμερα αναφέρεται στον ημερήσιο τύπο ότι οι μεταμοσχεύσεις αυξήθηκαν κατά 150%. Δηλαδή από 1.9 δότες έφθασαν τους 4.5 ανά εκατομμύριο πληθυσμού. Όμως αυτό δεν είναι φυσικά επαρκές και για να μπορεί κανείς να αναφέρεται σε αύξηση θα πρέπει οι δότες οργάνων να υπερβούν τους 11 ανά εκατομμύριο πληθυσμού. Το τελευταίο αποτελεί και ένδειξη σεβασμού προς τις προηγηθείσες προσπάθειες τόσο του επιστημονικού κόσμου της Ελλάδας όσο και του κοινωνικού συνόλου. Η αξιοπιστία των φορέων υγείας αλλά και η εμπιστοσύνη το κοινού προς αυτές αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο ανάπτυξης σοβαρού προγράμματος μεταμοσχεύσεων.

Η ανάπτυξη της "ενδονοσοκομειακής αντίστασης" ξεκίνησε από γεγονότα που, λόγω έλλειψης οργανωτικών δομών ανεφύησαν και δεν αποτράπηκαν από διοικητικές και επιστημονικές παρεμβάσεις.

Αυτή η ανατροπή της κατάστασης χρήζει ειδικής ανάλυσης γιατί σ' αυτήν ακριβώς την χρονική στιγμή εμφανίζονται όλα τα υφιστάμενα προβλήματα ανεπαρκούς επικοινωνιακής πολιτικής στον τομέα των μεταμοσχεύσεων. Η αποτύπωση αυτής της υπάρχουσας κατάστασης θα μπορούσε να δώσει την δυνατότητα της αξιολόγησης των αιτίων που οδήγησαν σε αυτή.

Χωρίς να είναι δυνατή η απόδοση μεμονωμένων ευθυνών, είναι γεγονός ότι η παντελής έλλειψη επικοινωνιακής πολιτικής μεταξύ των νοσοκομείων, των μεταμοσχευτικών ομάδων και των υπευθύνων διοικητικών στελεχών υγείας, δημιούργησε πλήρη σύγχυση και εγκατέστησε την πρακτική "μην τα ψάχνεις, δεν περπατάει".

Από τα στοιχεία που υπάρχουν, είναι δυνατή η αποτύπωση μέρους του προβλήματος, πέραν του γεγονότος της ανυπαρξίας κεντρικής συνεχιζόμενης επικοινωνιακής πολιτικής. Απλά ουδείς ποτέ ασχολήθηκε να μελετήσει και να αξιοποιήσει τα δεδομένα.

Όλα τα παραπάνω και πολλά περισσότερα φυσικά πηγάζουν από την εν γένει αδυναμία της χώρας μας, επιστημονικών δυνάμεων και φορέων υγείας να ξεπεράσουν την στενή πολιτική και θα τολμούσα να πω κομματική αντίληψη και να αποδεχθούν πλέον ότι η υγεία και ειδικότερα η μεταμόσχευση οργάνων δεν επιτρέπεται να υπόκειται σε διαξιφισμούς χρωματικών αντιπαραθέσεων.

Οι κατά την βουλευτική έκφραση, στείρες πολιτικές αντιπαραθέσεις, αποδεικνύεται να επιφέρουν σειρότητα στον τομέα των μεταμοσχεύσεων και αδυναμία προόδου της επιστημονικής δραστηριότητας.



## ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΜΕ ΤΟΝ ΕΝΤΑΤΙΚΟΛΟΓΟ ΤΗΣ Μ.Ε.Θ. ΤΟΥ Π.Γ.Ν. «ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ»

Στην μονάδα εντατικής θεραπείας καταλήγουν περιστατικά μετά από βαρύ ατύχημα (τροχαίο, ή βαριά εγκεφαλικά). Ο άρρωστος όταν μπει στη ΜΕΘ υποστηρίζεται μέχρις ότου μας αναδείξει ότι κάτι δεν πάει καλά εγκεφαλικά (διότι τέτοιο διαπιστώνεται με αξονική, όταν η κόρη κάνει μυδρίαση κ.λ.π.

Τότε κάνουμε test εγκεφαλικού θανάτου. Για να γίνει το test πρέπει να σταματήσουν τα κατασταλτικά φάρμακα για ένα 24h. (παυσίπονα, μυοχαλαρωτικά και υπνωτικά). Ορίζεται επιτροπή διάγνωσης (αναισθη-σιολόγος, εντατικολόγος, χειρουργός – παθολόγος) η οποία προβαίνει στα test. (παρατηρούνται κινήσεις, αντανακλαστικά, κινήσεις οφθαλμών κ.λ.π.)

Ένα δεύτερο test εγκεφαλικού θανάτου γίνεται το επόμενο 24h, αλλά μπορεί και νωρίτερα σε 3,5 ή και 8 ώρες. Και τούτο γιατί όταν κάποιος υποστεί εγκεφαλικό θάνατο αρχίζουν «καταρράκτες» απορρύθμισης του οργανισμού. Όταν διαπιστωθεί ο εγκεφαλικός θάνατος, ενημερώνονται οι συγγενείς ότι ο ασθενής τους είναι εγκεφαλικά νεκρός και εάν δώσουν συγκατάθεση για δωρεάν οργάνων τότε αρχίζει η διαδικασία μέσω EOM. Εάν δεν δεχθούν τότε κλείνουμε τον αναπνευστήρα γιατί υπάρχει ποινική δίωξη. Όσον αφορά τη μεταμοσχευτική διαδικασία, θα σας είναι ήδη γνωστή, ειδοποιείται, γίνονται εξετάσεις αιματολογικές, μικροβιολογικές, ιολογικές, στέλνεται αίμα στην Αθήνα και μέσω EOM βρίσκονται οι λήπτες. Κίνδυνος εμπορευματοποίησης δεν υφίσταται, δεν είναι εύκολο ούτε να πάρεις, τα όργανα, ούτε να τα «εγκαταστήσεις».

Πάντως για να υπάρξει αύξηση του ποσοστού των δοτών πρέπει και οι κοινωνικοί φορείς, αλλά και η εκκλησία να συνεργαστούν και μέσα από τη σωστή ενημέρωση να επηρεάσουν κόσμο θετικά υπέρ της μεταμόσχευσης.

Από την άλλη η επάρκεια των οργάνων εξαρτάται από την προνοσοκομειακή φροντίδα αφού ένα μεγάλο ποσοστό πεθαίνει στο ασθενοφόρο ή τα εξωτερικά ιατρεία.

Η επάρκεια δοτών και οργάνων βοηθά στη μείωση της λίστας αναμονής και κατά συνέπεια στη μείωση του πόνου και της αγωνίας νεφροπαθών.

## ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΜΕ ΚΛΙΝΙΚΟ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ Π.Π.Γ.Ν.Π.

### Κλινικός Συντονιστής

Οι συντονιστές μεταμόσχευσης διακρινόμαστε σε τρεις κατηγορίες

- τους κλινικούς
- τους τοπικούς και
- τους κεντρικούς.

Οι κλινικοί όπου ανήκω, είμαστε υπεύθυνοι για τον προ και μεταμοσχευτικό έλεγχο των υποψηφίων ληπτών.

Στην παρακολούθηση γίνονται εξετάσεις στα εξωτερικά ιατρεία και όταν δούμε ότι είναι υγιής ο ασθενής κρίνεται μεταμοσχεύσιμος και δίνεται το όνομά του. Όσοι έχουν μπει στη λίστα κάθε 2 χρόνια κάνουν εξετάσεις.

Μετά τη μεταμόσχευση, παρακολουθούνται κάθε 2<sup>η</sup> μέρα, στη συνέχεια κάθε εβδομάδα και μετά κάθε μήνα.

Η μεταμόσχευση είναι μία μέθοδος αποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας. Δεν είναι πανάκεια η μεταμόσχευση. Ο ασθενής παίρνει φάρμακα ανοσοκατασταλτικά εφ' όρου ζωής.

Εφόσον έχουμε αποδοχή του μοσχεύματος δεν χρίζουν ιδιαίτερης ανάγκης ψυχολογικής υποστήριξης. Αυτοί που το έχουν ανάγκη είναι οι αιμοκαθαρόμενοι, καθότι η επαναλαμβανόμενη διαδικασία της αιμοκάθαρσης και ο φόβος του θανάτου δημιουργούν άγχος, αβεβαιότητα και πολλές ιδιοτροπίες.

Πέρα από τις εξετάσεις ο κλινικός νοσηλευτής ασχολείται και με την ανάπτυξη προγραμμάτων σχετικών με τη διάδοση της ιδέας της δωρεάς ιστών και οργάνων.

Την ιδέα της διάδοσης και δωρεάς η εκκλησία τη βλέπει θετικά.

Η διάδοση της ιδέας περιλαμβάνει συνέδρια, μοίρασμα καρτών και εκθέσεις. Υπάρχει πρόγραμμα να μπει στην εκπαίδευση κάτι που θα βοηθήσει στη διάδοση της ιδέας.

Αυτές είναι σε γενικές γραμμές οι ενέργειες στην μεταμόσχευση νεφρών.

## ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΤΟΥ Dr. Γ. ΙΑΤΡΟΥ

Λιευθυντή Νεφρολογικού Τμήματος Γενικού Κρατικού Νοσοκομείου Νικαίας Αθηνών

Η μεταμόσχευση είναι θέμα: α) σωστής προετοιμασίας και β) σωστής επιλογής.

Δότης: Από τη στιγμή που θα βρεθεί πτωματικός δότης βρίσκουμε ομάδα αίματος και ιστοσυμβατότητα για να δούμε με ποιους ταιριάζει από τη λίστα αναμονής. Στη συνέχεια ελέγχουμε το ατομικό ιστορικό του δότη, καρδιαγγειακό, πεπτικό, αιματολογικά.

Όπως εάν είναι πάνω από 70 ετών

εάν έχει ενεργό HIV ή είναι φορέας

εάν έχει ενεργό HCV – HBV

εάν έχει Tb

εάν έχει βαριά αγγειοπάθεια, καρκίνο;

εάν έχει σάκχαρο

εάν έχει βαριά υπέρταση, ναρκομανής.

Αφού κριθεί ότι είναι εντάξει αφαιρούνται οι νεφροί και γίνεται διεγχειρητική βιοψία.

Λήπτης: Στον λήπτη αφού ειδοποιηθεί και προετοιμαστεί κάνουμε διάφορες εξετάσεις. Θα αποκλειστούν αυτοί που έχουν ενεργό HCV, HBV, HIV, Tb, που είναι πάνω από 70 ετών, βαριά αγγειοπάθεια – υπέρταση, που είναι ναρκομανείς, με καρκίνο. Οι ασθενείς που έχουν καρκίνο μπορεί να είναι και παλαιότερα μεταμοσχευμένοι όπου λόγω της χημειοθεραπείας εμφάνισαν καρκίνο. Σ' αυτούς εμφανίζεται συνήθως στο δέρμα (Karosi) ή τα συμπαγή όργανα. Περιμένουμε από 2 χρόνια όπως σε καρκίνο του θυρεοειδή έως 5 χρόνια (μελάνωμα – πεπτικό πνεύμονα).

Ζωντανός δότης: Όταν ο δότης είναι ζωντανός και επιθυμεί να δωρίσει το νεφρό του σε συγγενή του (μέχρι 2<sup>ου</sup> βαθμού σε ευθεία και πλάγια γραμμή) δεν τηρείται η λίστα αναμονής. Ο ζώντας δότης ελέγχεται όπως πιο πάνω. Κάνουμε όμως και αγγειογραφία για την επιλογή του νεφρού που θα αφαιρέσουμε. Κατόπιν γίνεται διεγχειρητική βιοψία για να κριθεί η καταλληλότης.

Γενικότερα μεταμόσχευση αποφεύγεται από παιδιά σε ενήλικους λόγω των αυξημένων απαιτήσεων του ενήλικα. Από ενήλικα σε παιδί γίνεται χωρίς παρόμοιο πρόβλημα. Οι μεταμοσχευμένοι παρά την πιθανή εμφάνιση καρκίνου λόγω της μόνιμης καταστολής έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής.

Λόγω πολλών υποχρεώσεων του Πρόεδρου του ΕΟΜ, **Καθηγητή Ι. Γ. Βλαχογιάννη**, δεν μας δόθηκε ευκαιρία να συνομιλήσουμε μαζί του. Παραθέτουμε συνεπώς την πρόσκλησή του για υποστήριξη της ιδέας της δωρεάς οργάνων.

## **ΠΡΟΣΚΛΗΣΙΣ**

«Η πατρίδα μας συνεχίζει να κατέχει δυστυχώς την τελευταία θέση μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης στον πίνακα των πραγματοποιούμενων μεταμοσχεύσεων, παρότι οι ανάγκες της σε μοσχεύματα δεν διαφέρουν απ' αυτές των άλλων χωρών της Ε.Ε.

Για τη στασιμότητα στον τομέα των μεταμοσχεύσεων, κυρίως συμπαγών οργάνων (νεφρών, ήπατος, καρδιάς, πνευμόνων και παγκρέατος), η αιτία πρέπει να αναζητηθεί στο ότι η διάδοση της ιδέας της δωρεάς οργάνων, δεν έχει πλήρως γίνει αποδεκτή από τους Έλληνες πολίτες και στο ότι η οργάνωση του μεταμοσχευτικού προγράμματος εμφανίζει σημαντικές ελλείψεις.

Η πολιτεία, έχοντας καταγράψει και αναλύσει τις αδυναμίες αυτές, δίνει με τον καινούργιο "νόμο-πλαίσιο" περί μεταμοσχεύσεων, μια ευκαιρία για να αναπτυχθεί με σταθερότητα και προοπτική το ελληνικό πρόγραμμα μεταμόσχευσης σε καινούργιες βάσεις, δημιουργώντας στο κοινωνικό σύνολο τη βεβαιότητα, ότι η δωρεά οργάνων, αποτελεί πράξη αλληλεγγύης και αγάπης, με μοναδικό αποδέκτη τον πάσχοντα συνάνθρωπό μας.

Προσκαλούμε όλους τους πολίτες του τόπου μας να στηρίξουν την εκστρατεία ενημέρωσης, για να διαδοθεί η ιδέα της δωρεάς οργάνων και στην πατρίδα μας.

Με τιμή,

Καθηγητής **Ι. Γ. Βλαχογιάννης**

Πρόεδρος  
του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων»



**ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΚΟ  
ΥΛΙΚΟ**

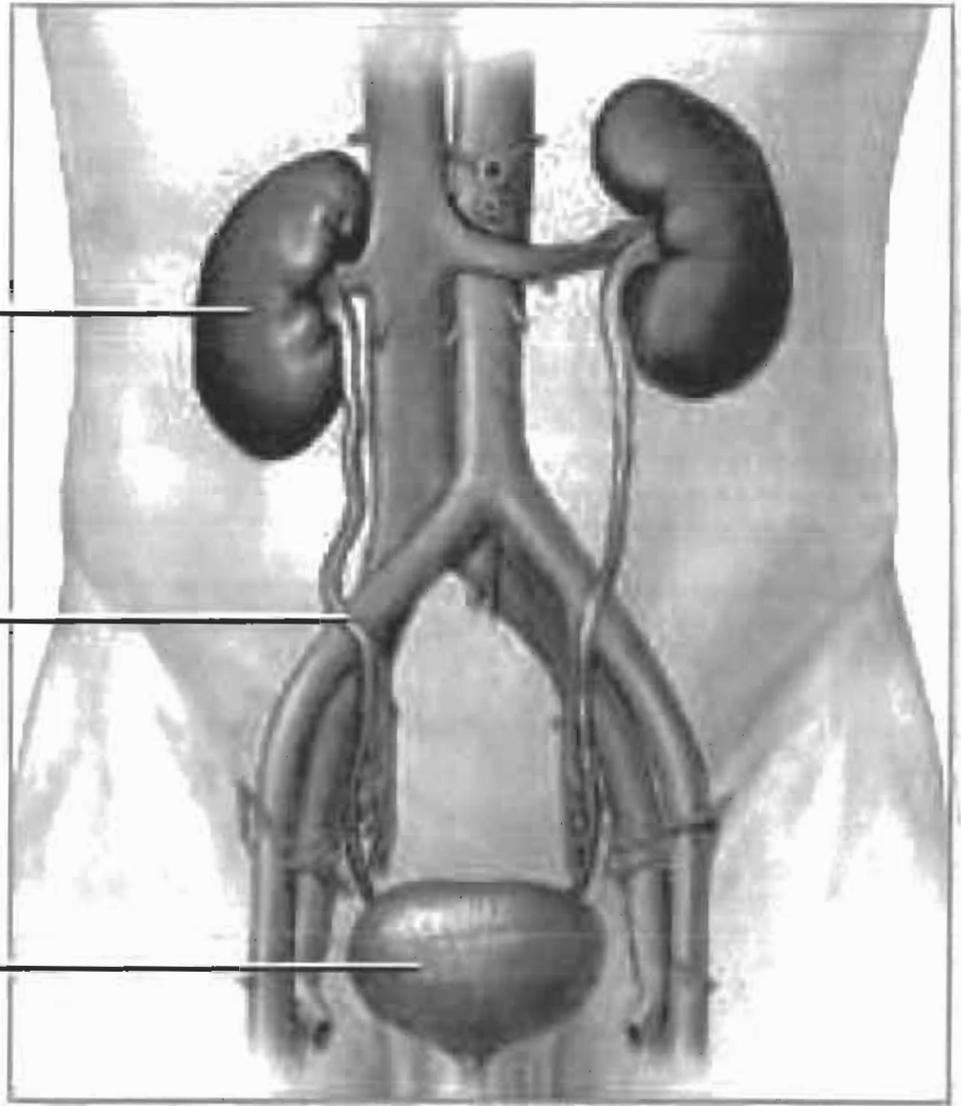


**Ελληνική Εταιρία Νεφροπαθών**

**Kidney**  
**ΝΕΦΡΟ**

**Ureter**  
**ΟΥΡΗΤΗΡΑΣ**

**Bladder**  
**ΚΥΣΤΗ**

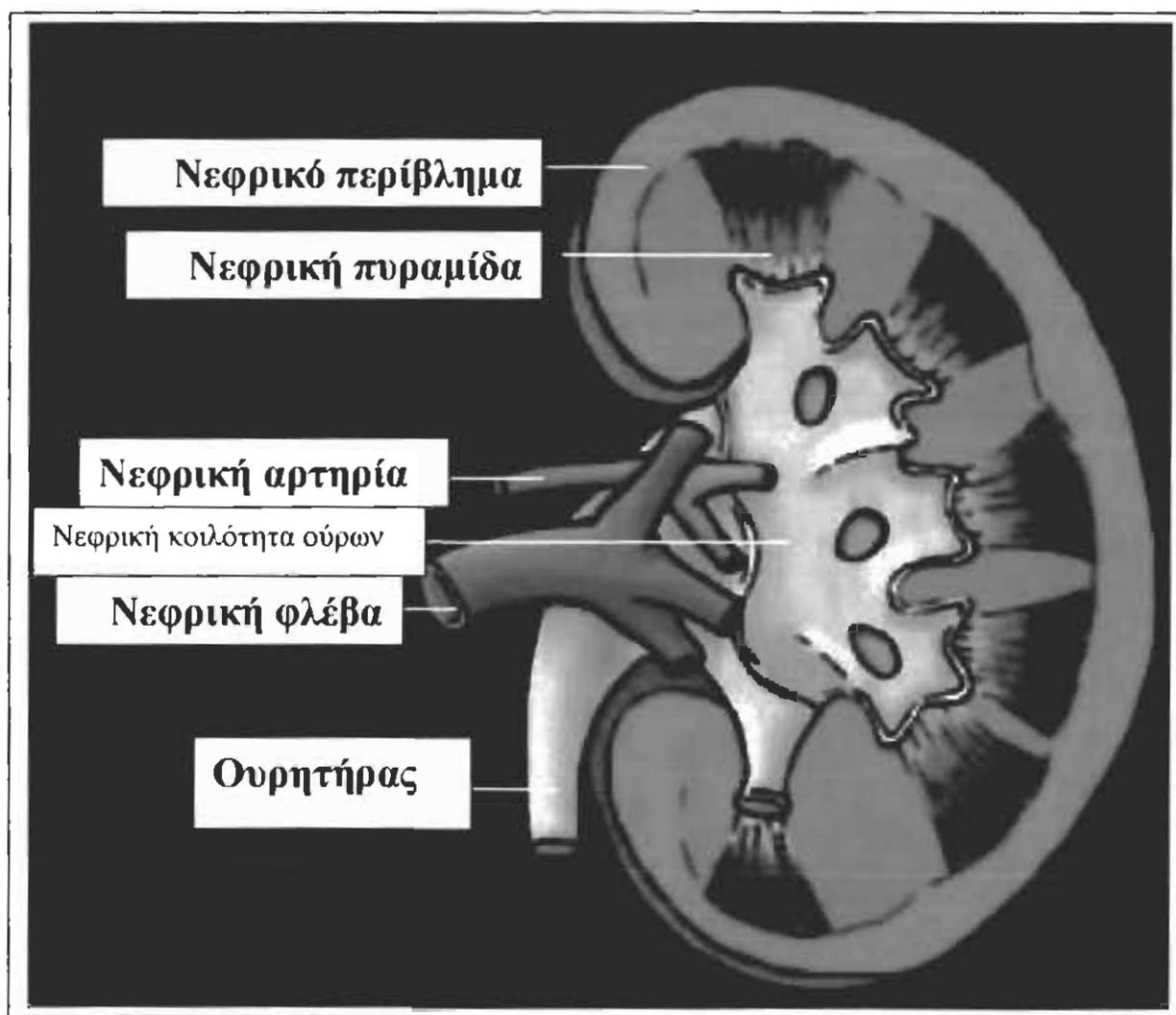


**ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΑΝΘΡΩΠΟΥ**

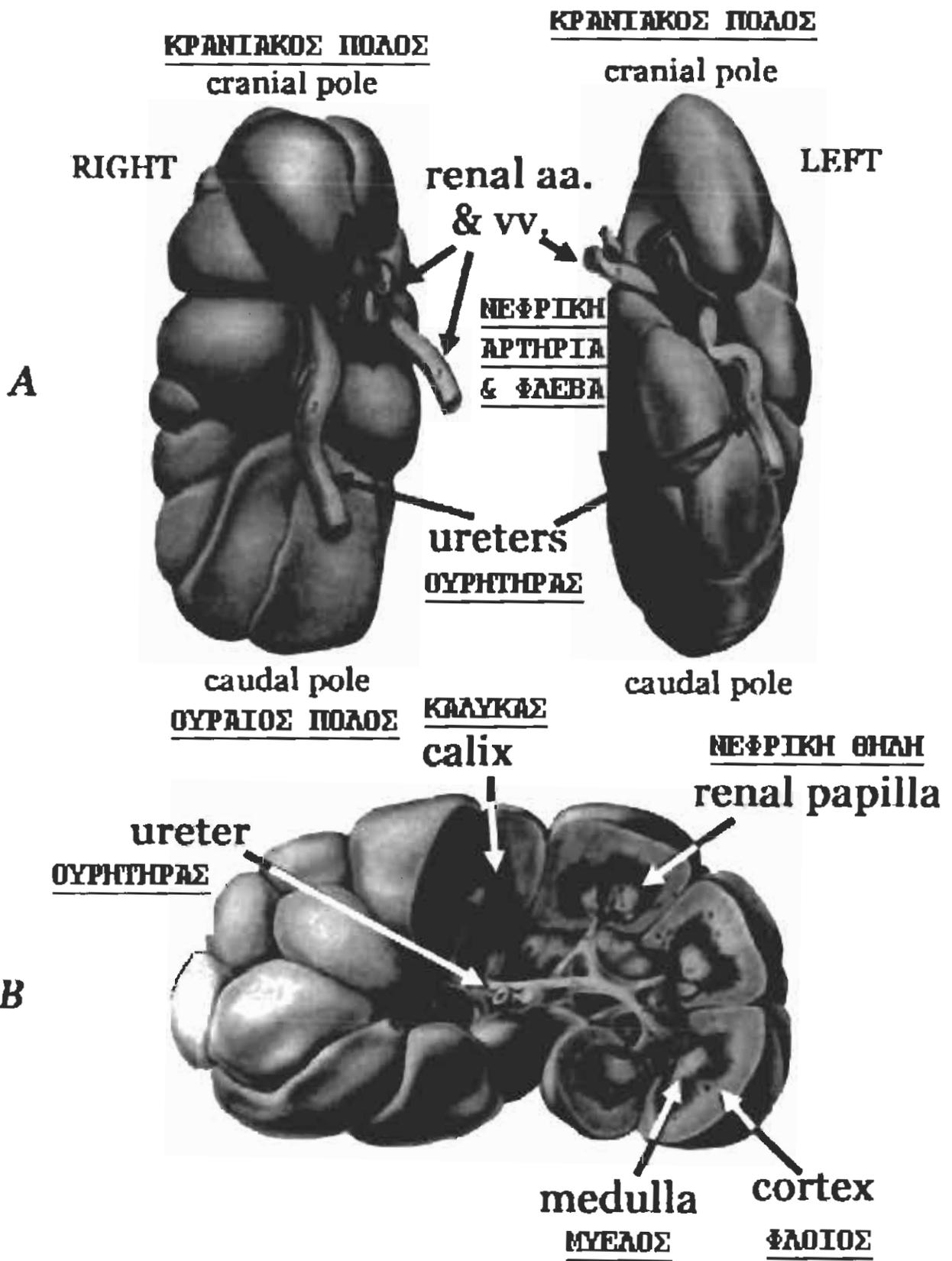


**ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΝΕΦΡΟ**





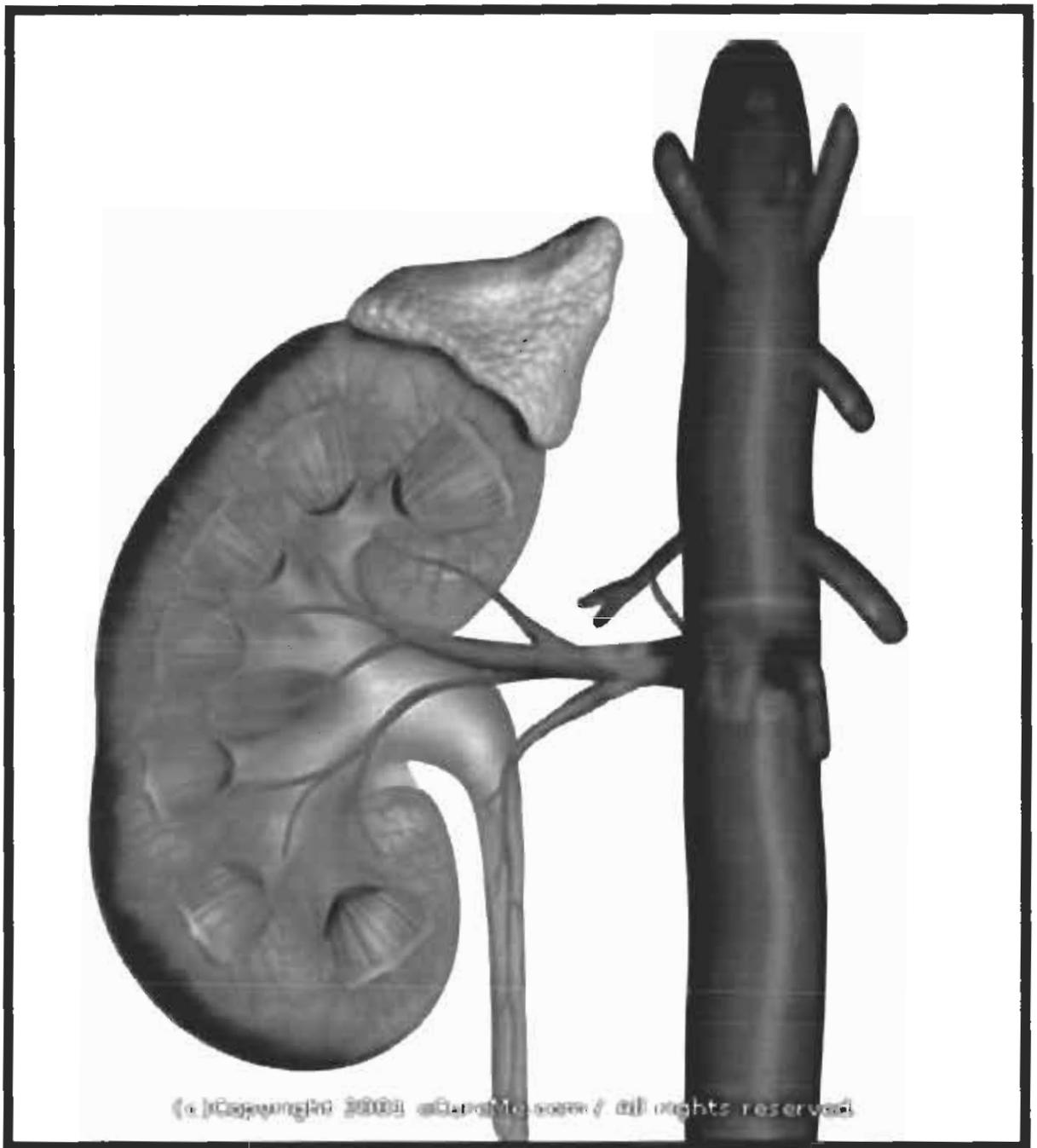
## ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΝΕΦΡΟΥ



**ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΝΕΦΡΟΥ**



**ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΝΕΦΡΩΝ**



## ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ



**Απεικόνιση νεφρού πάσχοντος από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια**

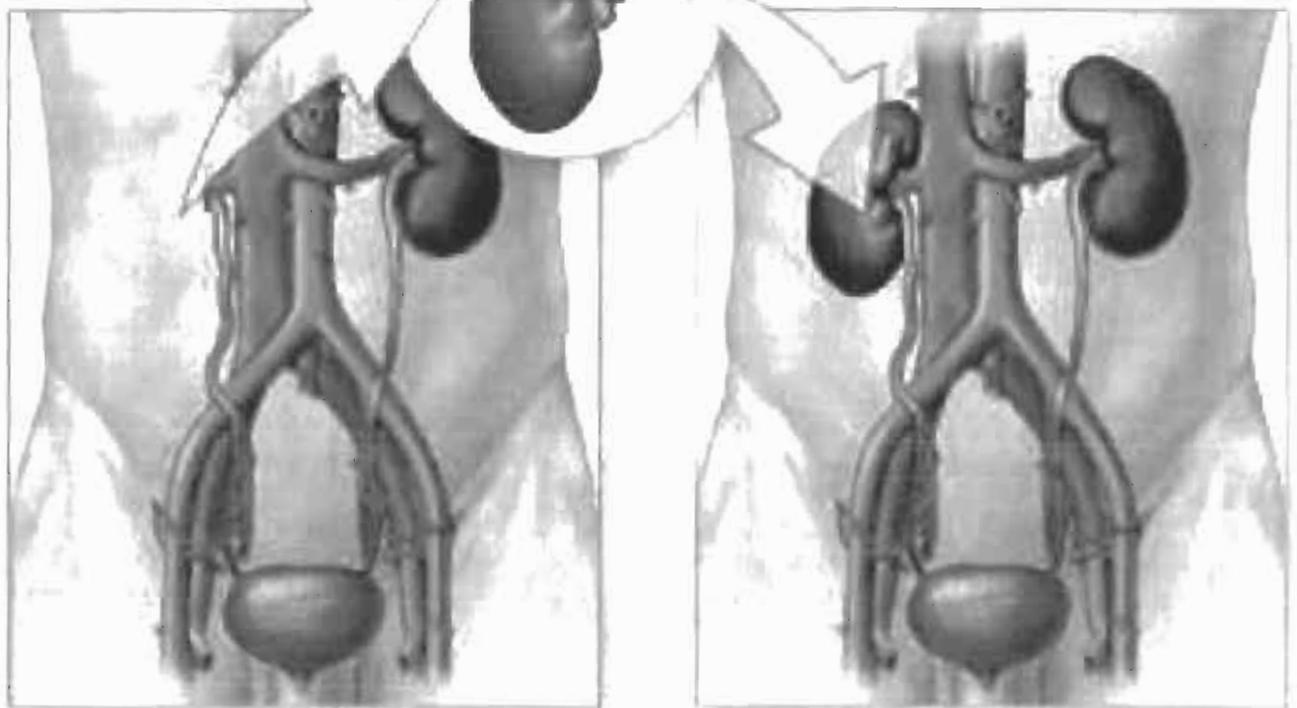


**ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ ΝΕΦΡΟΥ**

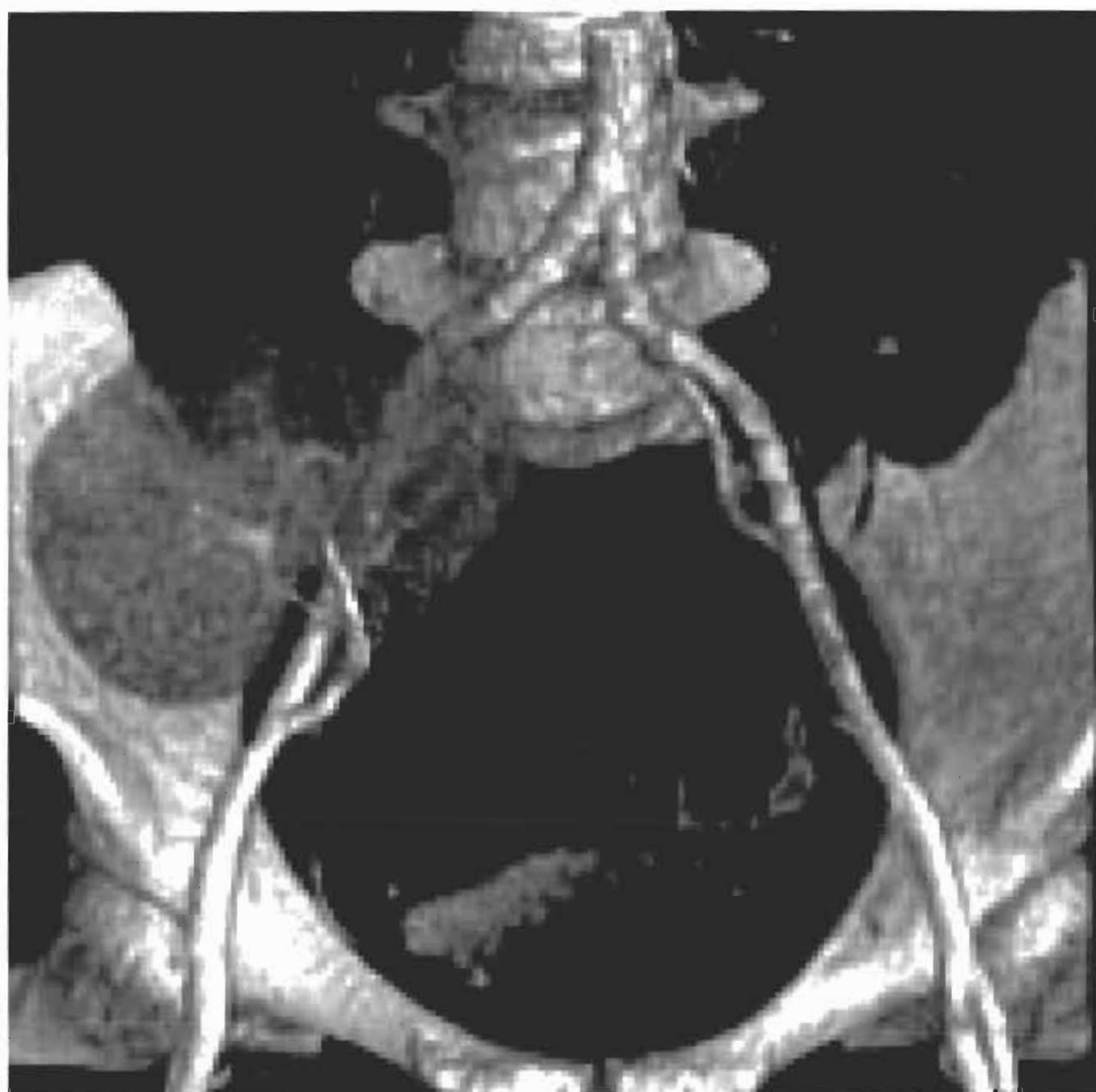
**Δότης :**  
**Λειτουργικό**  
**νεφρό**

**Μεταμόσχευ**  
**ση νεφρού**

**Λήπτης :**  
**Μη λειτουργικό**  
**νεφρό**



## **ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ**



**ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΜΕΝΟ ΝΕΦΡΟ**





**ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΜΕΝΟ ΝΕΦΡΟ**



**ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ ΠΡΟΣ  
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ**



**ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ**

ΟΙ Δ. ΑΔΕΛΦΟΙ ΚΟΣΜΑΣ ΚΑΙ ΔΑΜΙΑΝΟΥ



ΟΙ ΚΥΡΙΑΙ ΑΔΕΛΦΟΙ ΚΟΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΑΜΙΑΝΟΣ ΤΟΥ ΚΥΡΙΟΥ



**Τρεις άγγελοι βοηθούν στην εγχείρηση σ' αυτόν τον πίνακα του 16<sup>ου</sup> αιώνας, από άγνωστο ζωγράφο.**

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

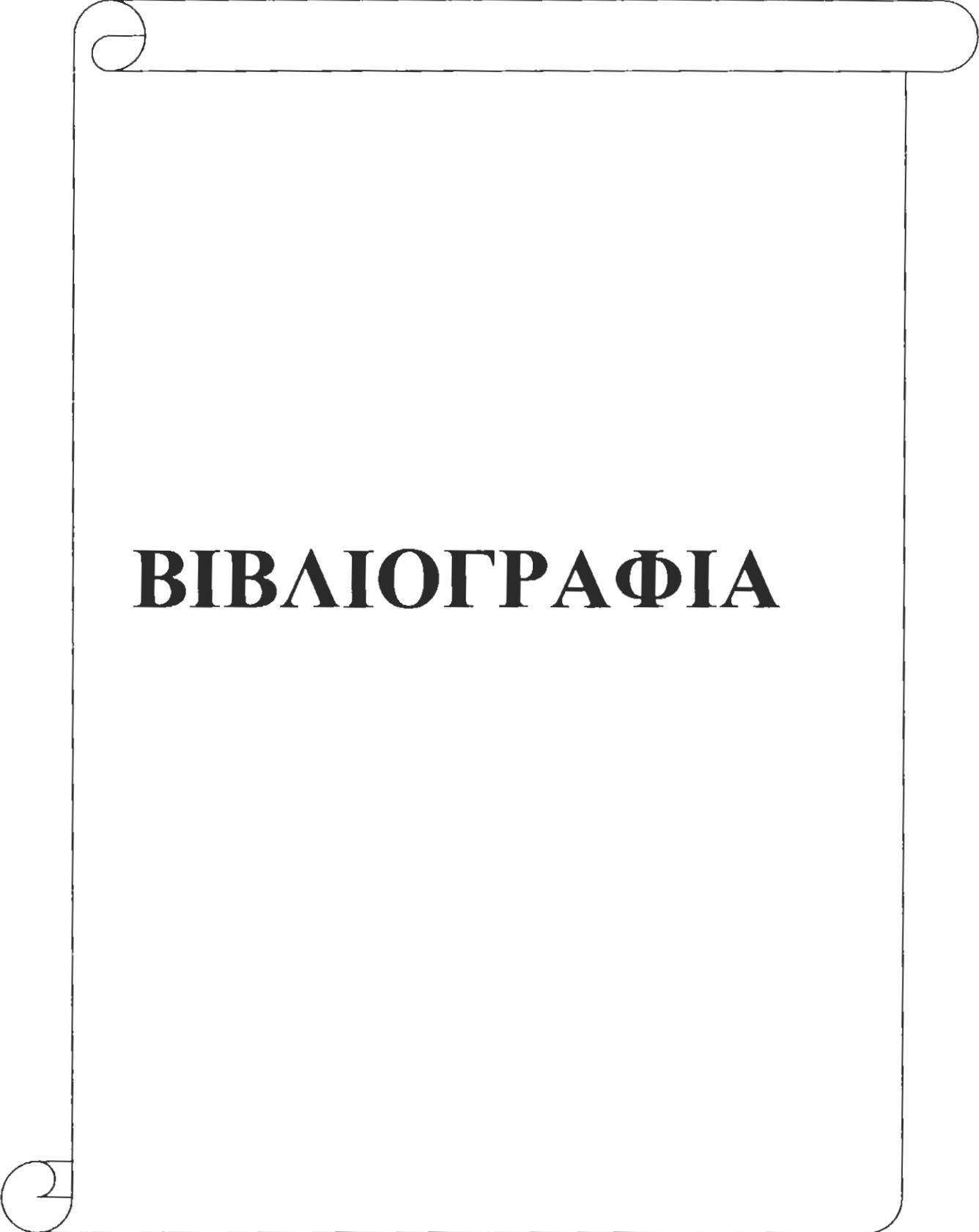
Είναι αδιαφιλονίκητα γεγονός ότι η έρευνα και γενικότερα η ενασχόλησή μας με το θέμα της νεφροπάθειας μας ευαισθητοποίησε ιδιαίτερα για το μείζον αυτό πρόβλημα ενός μεγάλου ποσοστού του ελληνικού και όχι μόνο πληθυσμού. Η μεταμόσχευση εμφανίζεται σαν πανάκεια, αποτελώντας την ιδανικότερη λύση. Απαραίτητη όμως προϋπόθεσή της είναι η δωρεά οργάνων και ιστών. Η πράξη της δωρεάς ιστών και οργάνων μπορεί και πρέπει να αποτελέσει περιεχόμενο της ατομικής και συλλογικής συνείδησης, δείγμα κοινωνικής ευαισθητοποίησης και πόλο συσπείρωσης της κοινωνίας μας την οποία έχει τόσο ανάγκη ο τόπος, στην προσπάθειά του να ανταποκριθεί στις προκλήσεις των καιρών. Είναι ανάγκη προς την κατεύθυνση αυτή όλοι οι κοινωνικοί θεσμοί, η αυτοδιοίκηση, η εκκλησία, η εκπαίδευση, οι επιστημονικές και πνευματικές δυνάμεις, τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης να παίξουν ένα θετικό ρόλο. Στο σημείο αυτό πρέπει να τονίσουμε ότι η Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδος, πιστή στη ρήση "Μακάριόν εστι μάλλον δίδοναι ή λαμβάνειν" (Πραξ. κ' 35), έχει αποδεχτεί ανεπιφύλακτα την ιδέα της δωρεάς οργάνων θεωρώντας την υπέρτατη πράξη ανθρωπισμού και φιλαλληλίας.

Επιπλέον η έναρξη της ενημερωτικής εκστρατείας του Ε.Ο.Μ. σηματοδοτεί την αρχή μιας καινούργιας προσπάθειας με ευρεία κινητοποίηση όλων των πολιτικών, πνευματικών και ηθικών δυνάμεων με στόχο την ευαισθητοποίηση και τη συμμετοχή όλων των πολιτών.

Συνάμα η Νοσηλευτική ως ένα από τα πλέον ανθρωπιστικά επαγγέλματα δύναται να εμφυτεύσει στις καρδιές των ανθρώπων και, κυρίως, στις καρδιές των νέων, μια γνήσια και βαθιά εκτίμηση της ανάγκης για αδελφική αγάπη, μια αγάπη που μπορεί να βρει έκφραση στην απόφαση να γίνει κανείς δωρητής οργάνων.

Οι μεταμοσχεύσεις είναι ένα δώρο ζωής και ελπίζουμε ειλικρινά ότι θα γίνει μια μορφή θεραπείας που θα υποστηρίζεται από την καλή θέληση όλων των ανθρώπων σαν νοσηλευτές, είμαστε υποχρεωμένοι να μελετήσουμε αρκετά, έτσι ώστε να συμβαδίσουμε με την εξέλιξη της μεταμόσχευσης και ελπίζουμε να καθιερωθεί μια εκπαίδευση νοσηλευτικής ειδικότητας για μεταμόσχευση οργάνων. Πρέπει να ανταποκριθούμε στο κάλεσμα χιλιάδων συνανθρώπων μας που κτυπήθηκαν από τη μοίρα και να δώσουν το μήνυμα του χρέους και το παράδειγμα για συμπαράσταση και βοήθεια στον αγώνα ζωής που δίνουν αυτοί που υπομένουν τον "ατελείωτο και

οδυνηρό χειμώνα της αναμονής". Αυτό το μήνυμα αλληλεγγύης είναι άλλωστε βγαλμένο μέσα από τις παραδόσεις του λαού μας, από την εποχή του Ιπποκράτη μέχρι σήμερα, και πρέπει να το μεταφέρουμε συνεχώς μαζί μας, σε κάθε στιγμή της ζωής μας, για να κρατήσουμε ενωμένη την κοινωνία μας, για να εξασφαλίσουμε ένα καλύτερο αύριο σε όλους τους πολίτες αυτής της χώρας!



# **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. «Cecil – παθολογία», τρίτη έκδοση, Α' τόμος, 2002.
2. «Νεφρική Ανεπάρκεια, Διάγνωση – Αντιμετώπιση, Νοσηλευτική Προσέγγιση», Πρακτικά 5<sup>ου</sup> κύκλου Σεμιναρίων Εταιρείας Νοσηλευτικών Σπουδών Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα 1983.
3. **Παπαδάκης Π.**, *Στοιχεία Φυσιολογίας των Νεφρών: «Νεφρική Ανεπάρκεια, Διάγνωση – Αντιμετώπιση, Νοσηλευτική Προσέγγιση»*, Πρακτικά 5<sup>ου</sup> κύκλου Σεμιναρίων Εταιρείας Νοσηλευτικών Σπουδών Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα 1983.
4. **Καγιοπούλου – Συμβουλίδου Ν.**, *«Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια, Διάγνωση – Αντιμετώπιση, Νοσηλευτική Προσέγγιση»*, Πρακτικά 5<sup>ου</sup> κύκλου Σεμιναρίων Εταιρείας Νοσηλευτικών Σπουδών Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα 1983.
5. **Βουζάβαλη Φ.**, *Νοσηλευτική Παρέμβαση στη Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια: «Νεφρική Ανεπάρκεια, Διάγνωση – Αντιμετώπιση, Νοσηλευτική Προσέγγιση»*, Πρακτικά 5<sup>ου</sup> κύκλου Σεμιναρίων Εταιρείας Νοσηλευτικών Σπουδών Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα 1983.
6. **Σαχίνη Α.**, *Η νοσηλευτική στη Νεφρολογία: «Ειδικά προβλήματα της αιμοκάθαρσης»*, Επιμέλεια Π. Ζηρογιάννης και συν., Αθήνα 1991.
7. **Φερεσιδου Ε.**, *Νοσηλευτική Φροντίδα Ασθενούς με Νεφρική Βλάβη στο «Κλινική Νεφρολογία – Νοσηλευτική»*, Επιμέλεια Ζηρογιάννης Π. και συν., Αθήνα 1993.
8. **Σαχίνη Α.**, *«Νοσηλευτική Αντιμετώπιση Αρρώστου με ΧΝΑ στα Θέματα Εξωνεφρικής Κάθαρσης»*, Β' Επιμορφωτικό Σεμινάριο Νοσηλευτικών Εξωνεφρικής Κάθαρσης, Επιμέλεια Ζηρογιάννης Π., Αγραφιώτης Θ., Κατιρτζόγλου Α., Ιωαννίδης Γ., Αθήνα 1988.
9. **Αγραφιώτης Θ.**, *Αιμοκάθαρση με Τεχνητό Νεφρό, «Νεφρική Ανεπάρκεια, Διάγνωση – Αντιμετώπιση, Νοσηλευτική Προσέγγιση»*, Πρακτικά 5<sup>ου</sup> κύκλου Σεμιναρίων Εταιρείας Νοσηλευτικών Σπουδών Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα 1983.
10. **Θάνου Α.**, *Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού: «Ειδικά Προβλήματα της Αιμοκάθαρσης»*, Επιμέλεια Ζηρογιάννης Π. και συν., Αθήνα 1991.

11. **Θάνου Α.**, *Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού: «Ειδικά Προβλήματα της Αιμοκάθαρσης»*, Επιμέλεια Ζηρογιάννης Π. και συν, Αθήνα 1991.
12. **Ντόμπρος Ν.**, *Συνεχής Φορητή Περιτοναϊκή Κάθαρση: «Νεφρική Ανεπάρκεια, Διάγνωση – Αντιμετώπιση, Νοσηλευτική Προσέγγιση»*, Πρακτικά 5<sup>ου</sup> κύκλου Σεμιναρίων Εταιρείας Νοσηλευτικών Σπουδών Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα 1983.
13. **Μαρινόπουλου Β.**, *Η θέση του Νοσηλευτή στην Μονάδα Συνεχούς Φορητής Περιτοναϊκής Κάθαρσης: «Νεφρική Ανεπάρκεια, Διάγνωση – Αντιμετώπιση, Νοσηλευτική Προσέγγιση»*, Πρακτικά 5<sup>ου</sup> κύκλου Σεμιναρίων Εταιρείας Νοσηλευτικών Σπουδών Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα 1983.
14. **Κοντούλη Δ.**, *Πρόληψη της διασποράς των HBN και HCN λοιμώξεων στις MTN: Ζηρογιάννης Π. και συν., «Ιογενείς Λοιμώξεις στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού»*, Αθήνα 2000.
15. **Πάλλα Π.**, *Aids και Τεχνητός Νεφρός: Ζηρογιάννης Π., και συν., «Ιογενείς Λοιμώξεις στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού»*, Αθήνα 2000.
16. **Παπασάββας Α.**, *Προμεταμοσχευτικός Έλεγχος και Μορφές Απόρριψης: «Νεφρική Ανεπάρκεια, Διάγνωση – Αντιμετώπιση, Νοσηλευτική Προσέγγιση»*, Πρακτικά 5<sup>ου</sup> κύκλου Σεμιναρίων Εταιρείας Νοσηλευτικών Σπουδών Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα 1983.
17. **Μπολέτης Ι.**, *Μεταμόσχευση Νεφρού: «Νεφρική Ανεπάρκεια, Διάγνωση – Αντιμετώπιση, Νοσηλευτική Προσέγγιση»*, Πρακτικά 5<sup>ου</sup> κύκλου Σεμιναρίων Εταιρείας Νοσηλευτικών Σπουδών Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα 1983.
18. **Κωστάκης Α., Βοσνίδης Γ.**, *«Μεταμοσχεύσεις οργάνων. Από το χθες στο σήμερα»*. Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, Τόμος 10, Τεύχος 2, Αθήνα 1993.
19. **Μπολέτης ΙΝ.**, *«Η νεφρική Μεταμόσχευση στην Ελλάδα, Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον»*, Ελληνική Νεφρολογία 2001, 13, συμπλ. Τεύχος.
20. **Τριανταφύλλου Ν. Μ., Τσαλατροπούλου Α. Π., Θωμάς Σ. και συν.**, *«Οι Τράπεζες Ιστικών Μοσχευμάτων»*, Αθήνα 1994.
21. **Δαρδαβέσης Θ., Ευσταθίου Μ.**, *«Η Ιστορία των Μεταμοσχεύσεων, Μεταμόσχευση 2»*, 1991.

22. Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας, Διάγνωση Εγκεφαλικού Θανάτου, Απόφαση 9 της 21<sup>ης</sup> Ολομέλειας του ΚΕΣΥ, 20/3/85, Αθήνα 1987.
23. Internet, [www.EOM.gr](http://www.EOM.gr).
24. **Βάρκα Αδάμη Α=** «το Δίκαιο των Μεταμοσχεύσεων», Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα Κομοτινή 1993.
25. *World Health Organization, Human Organ Transplantation, A REPORT on Development under the Anseius of Who*, Ceneva, 1991.
26. *Draft Erotocol on Transplantation of Organs and Tissues of Human Origin. Steering Committee in Bioerhics, Counl of Europe*, Transplant. Newsletter vol. S, 1 Sept, 2000.
27. Νόμος 13/83 του 1983.
28. Νόμος 2472 του 1997.
29. Νόμος 2737 του 1999.
30. Διαθρησκευτική Θεώρηση των Μεταμοσχεύσεων **Μακ. Αρχιεπισκόπου Αθηνών και Πάσης Ελλάδος κ.κ. Χριστοδούλου** από το «*Εκκλησία και Μεταμοσχεύσεις*», Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδος, Ειδική Συνοδική Επιτροπή επί της Βισηθικής, Αθήνα 2001.
31. **Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδας**, «*Βασικές Θέσεις επί της Ηθικής των Μεταμοσχεύσεων*», Εκδόσεις Κλάδου, Εκδόσεων Επικοινωνιακής και Μορφωτικής Υπηρεσίας της Ελλάδος, Αθήνα 2001.
32. **Σαρρής Μ. – Σταυροπούλου – Γκιάκα Αικ.**, «*Η Καθιέρωση της Πτωματικής Μεταμόσχευσης στην Ελλάδα*», Αθήνα 1999.
33. **Σταυροπούλου – Γκιάκα Αικ., Σαρρής Μ.**, «*Συντονισμός της Πτωματικής Μεταμόσχευσης*», Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, Τόμος 10, Τεύχος 2, Αθήνα 1993.
34. Υπουργική Απόφαση, Α2Β/οικ. 1468/6.3.85.
35. Υπουργική Απόφαση: 6/9/2001.
36. **Κονιαβίτου Α.**, «*Νοσηλευτική Προσέγγιση Ασθενούς*», Αθήνα 2002.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΟΣ

- Στατιστικά στοιχεία από την Υπηρεσία Συντονισμού και Ελέγχου Μεταμοσχεύσεων.
- Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, Τεύχος 1<sup>ο</sup>, αρ. φύλλου 174, 27 Αυγούστου του 1999.
- Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, Τεύχος 1<sup>ο</sup>, αρ. φύλλου 3, 15 Ιανουαρίου του 2001.
- Newsletter Transplant, September 2000, vol. 4, N 1, p. 18-19.
- Εφημερίδα «Τα Νέα», Τρίτη 27 Φεβρουαρίου, 2001.
- «Ιατρικό Βήμα», Σεπτέμβριος- Οκτώβριος, 1998.
- Εφημερίδα «Ελεύθερος Τύπος», Πέμπτη 30 Μαρτίου, 2000.
- «Ιατρικό Βήμα», Νοέμβριος-Δεκέμβριος 1999.
- Church Press Office, Νέοι Άνθρωποι, Παρασκευή 2 Απριλίου, 1999.
- Εφημερίδα «Το Βήμα», Παρασκευή 16 Ιουλίου 1999.
- Εφημερίδα «Εξουσία», 29 Ιανουαρίου 2001.
- Περιοδικό «Αντί», Τεύχος 729, 12 Ιανουαρίου 2001.
- Ιστοσελίδα: [www.ncbi.nlm.nih.gov/htbin-post/entrez](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/htbin-post/entrez)
- Ιστοσελίδα: [www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr)
- Ιστοσελίδα: [www.google.com](http://www.google.com)
- Ιστοσελίδα: [www.EOM.gr](http://www.EOM.gr)
- Ιστοσελίδα: [www.altavista.com](http://www.altavista.com).

\*\*\*

## Δωρεά Οργάνων



« Για να γίνει η επαύριο της ζωής πάλι ζωή »  
Οδ. Ελύτης

