

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ: ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ ΣΤΗ Μ.Ε.Θ.
ΚΑΙ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ**

ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ: Καραγεωργοπούλου Ελένη

Κικάτου Νικολίτσα

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: Κιέκκας Παναγιώτης

ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2010

Ευχαριστούμε θερμά όλους όσους μας βοήθησαν να εργαστούμε για την εκπόνηση της εργασίας μας, τον κύριο Γεωργακόπουλο, ιατρό στη Μ.Ε.Θ. του νοσοκομείου «Άγιος Ανδρέας» για το πολύτιμο υλικό που μας έδωσε, καθώς και όλους τους ιατρούς και νοσηλευτές του τμήματος «Αναισθησιολογικού-Ανάσπηση» του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών για τις πολύτιμες πληροφορίες που μας έδωσαν.

Τέλος ευχαριστούμε τους γονείς μας τόσο για την ηθική υποστήριξη όσο και την οικονομική βοήθεια.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	8
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	9
SUMMARY.....	10
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	12
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1</u>	
ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ ΣΤΗ Μ.Ε.Θ.....	14
1.1.Ορισμός.....	15
1.2.Διαφορά εγκεφαλικού θανάτου και κώματος.....	15
1.3.Ιστορική αναδρομή εγκεφαλικού θανάτου.....	18
1.4.Εγκεφαλικές καταστάσεις που οδηγούν στον εγκεφαλικό θάνατο.....	19
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2</u>	
ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ.....	20
2.1.Δωρεά οργάνων και ιστών.....	21
2.2.Εκτίμηση του δωρητή οργάνων.....	21
2.3.Κριτήρια δωρεάς οργάνων σώματος.....	22
2.4.Κριτήρια αποκλεισμού δωρεάς οργάνων.....	23
2.5.Πως μπορεί κανείς να γίνει δωρητής οργάνων.....	23
2.6.Τρόποι ευαισθητοποίησης των πολιτών προς τη δωρεά οργάνων.....	24
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3</u>	
3.1. Αρχική εκτίμηση του ασθενή.....	28
3.2.Κλινικές δοκιμασίες διαπιστώσεως του εγκεφαλικού θανάτου.....	28
3.2.1.Τα αντανακλαστικά του εγκεφαλικού στελέχους.....	28
3.2.2.Δοκιμασία άπνοιας.....	30
Δοκιμασία ατροπίνης.....	
3.3.Εργαστηριακός έλεγχος για την επιβεβαίωση του εγκεφαλικού θανάτου..	31

3.4.Αγγειογραφία 4 εγκεφαλικών αγγείων.....	32
3.5.Σπινθηρογράφημα εγκεφάλου.....	32
3.6.Διακρανιακό υπερηχογράφημα-Doppler.....	33
3.7.Αξονική τομογραφία.....	33
3.8.Μαγνητική τομογραφία.....	34
3.9.Εγκεφαλική οξυμετρία.....	34
3.10.Ενδοεγκεφαλική μικροδιαπήδηση.....	34

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Ηθική και Νομοθεσία των μεταμοσχεύσεων.....	35
4.1.Ηθική των μεταμοσχεύσεων.....	36
4.2.Εμπορευματοποίηση των μεταμοσχεύσεων.....	36
4.3.Νομοθεσία.....	37
4.3.1.Νομικά ζητήματα σχετικά με τις μεταμοσχεύσεις στην Ελλάδα.....	37
4.3.2.Εθνικός οργανισμός μεταμοσχεύσεων(E.O.M).....	38
4.3.3.Μεταμόσχευση από ζώντα δότη.....	38
4.3.4.Μεταμόσχευση από πτωματικό δότη.....	39

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΙΣΤΟΣΥΜΒΑΤΟΤΗΤΑ.....	41
5.1.Ιστοσυμβατότητα.....	42
5.2.Αντιγόνο- ορισμός και δράση.....	42
5.3.Μεταμοσχεύσεις.....	45
5.3.1.Ενδείξεις μεταμοσχεύσεων.....	45
5.3.2.Αντενδείξεις μεταμοσχεύσεων.....	45

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Διαδικασία της μεταμόσχευσης.....	48
6.1.Ιστορική αναδρομή μεταμοσχεύσεων.....	49
6.2.Ταξινόμηση μεταμοσχεύσεων.....	50

6.3.Η ενημέρωση του δότη και του λήπτη.....	51
6.4.Προετοιμασία για το χειρουργείο.....	52
6.5.Μετά τη μεταμόσχευση.....	52
6.5.1.Μετεγχειρητική περίοδος από ζώντα δότη.....	53
6.5.2.Μετεγχειρητική περίοδος του λήπτη.....	53
6.6.Ο ρόλος του νοσηλευτή.....	53
6.6.1.Ο ρόλος του νοσηλευτή στη μεταμοσχευτική εκπαίδευση του λήπτη...	53
6.6.2.Ο ρόλος του νοσηλευτή μετά τη μεταμόσχευση.....	54
6.7.Η διαδικασία της επιλογής.....	54
6.7.1.Διαδικασία της επιλογής.....	54
6.7.2.Η διαδικασία της «δωρεάς οργάνων».....	55
6.7.3.Απαραίτητες προϋποθέσεις για την επιλογή του κατάλληλου λήπτη...	55
6.7.4.Κριτήρια για τον αποκλεισμό από τη μεταμόσχευση συγγενούς δότη...	56
Μύθοι και πραγματικότητες.....	57
Άλλες 7 πραγματικότητες.....	59

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Επιλοκές.....	61
7.1.Οξεία σωληναριακή νέκρωση.....	62
7.2.Απόρριψη.....	62
7.2.1.Υπεροξεία απόρριψη.....	63
7.2.2.Επιταχυνόμενη οξεία απόρριψη.....	64
7.2.3.Οξεία απόρριψη.....	64
7.2.4.Χρόνια απόρριψη.....	65

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

Αξία δωρεάς οργάνων	67
8.1.Ποιά είναι η αξία της δωρεάς οργάνων για τους συγγενείς και τους οικονομικούς.....	68

8.2.Μιλώντας για την απώλεια . Μερικά αποσπάσματα από τις συνεντεύξεις συγγενών.....	68
8.3.Μερικοί λόγοι άρνησης της δωρεάς.....	70
8.4.Υγειονομικό προσωπικό και δωρεά οργάνων.....	72

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

Προβλήματα που προκύπτουν από τη δωρεά οργάνων.....	75
9.1.Νομικές, θρησκευτικές, ηθικές και εθνικές όψεις της δωρεάς οργάνων...	76
9.2.Νομικά προβλήματα.....	76
9.3.Θρησκευτικά προβλήματα.....	79
9.4.Ηθικά προβλήματα.....	80
9.5.Εθνικά προβλήματα.....	83

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

Νοσηλευτική Δεοντολογία.....	85
10.1.Η νοσηλευτική δεοντολογία απέναντι στη Δωρεά.....	86
10.2.Νοσηλευτές/ τριες στη Μ.Ε.Θ.....	86
10.3.Ηθικά διλήμματα και προσέγγιση οικογένειας.....	88

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

Φάσεις θλίψης και αποτελεσματική επικοινωνία.....	92
11.1.Η θλίψη και τα ψυχολογικά στάδια(φάσεις) που ακολουθούν την απώλεια ενός οικείου.....	93
11.2.Το υγειονομικό προσωπικό της Μ.Ε.Θ μπορεί να κάνει τη διαφορά... .	96
11.3.Αποτελεσματική επικοινωνία.....	98
11.3.1.Η ανακοίνωση των δυσάρεστων νέων.....	99
11.3.2.Η αίτηση για δωρεά οργάνων- Ιστών.....	100
Νοσηλευτική Διεργασία.....	103
Βιβλιογραφία.....	105

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο θάνατος είναι μια διαδικασία που οδηγεί στο θάνατο όλων των κυττάρων του οργανισμού. Σαν έννοια βέβαια μπορεί να δεχθεί περιορισμούς από την μεταφυσική ή θρησκευτική του ερμηνεία. Η απολύτως όμως βιολογική έννοια του θανάτου ενός πολυκύτταρου οργανισμού όπως ο άνθρωπος, είναι μια συγκεκριμένη εξελικτική διαδικασία που καταλήγει στην αποσύνθεσή του. Όταν επέλθει ο θάνατος τα όργανα του σώματος αποσυντίθενται με ρυθμό ανάλογο με τον βαθμό εξειδίκευσής τους, γιατί μερικά κύτταρα μπορούν να ζήσουν περισσότερο από κάποια άλλα χωρίς οξυγόνο και παράγοντες θρέψης.

Η στιγμή κατά την οποία ένας άνθρωπος θεωρείται νεκρός, δεν είναι όταν έχουν πεθάνει όλα τα κύτταρα του, αλλά όταν υπάρξει μη αναστρέψιμη απώλεια συγκεκριμένων λειτουργιών οι οποίες είναι απαραίτητες σ' ένα άτομο για να ζει. Αυτό συμβαίνει όταν καταστραφούν συγκεκριμένα ζωτικά κέντρα στο στέλεχος του εγκεφάλου.

Το σώμα μας μπορεί να φαίνεται υγιές και η καρδιά μας να χτυπά ακόμα, αλλά αν καταστραφεί το εγκεφαλικό στέλεχος, ο θάνατος έχει ήδη επέλθει και η αποσύνθεση του σώματος είναι αναπόφευκτη ακόμα και αν συνεχιστεί πλήρης μηχανική υποστήριξη. Παρ' όλα αυτά η μηχανική υποστήριξη είναι πολύ σημαντική για την δωρεά οργάνων και ιστών.

Παρακάτω θα αναλυθούν επιστημονικά δεδομένα που σχετίζονται άμεσα με τον εγκεφαλικό θάνατο και τις μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων του ανθρώπινου σώματος βάσει της ιατρικής και άλλων επιστημών με σκοπό να λυθούν απορίες και να απαντηθούν ερωτήματα όπως γιατί ο εγκεφαλικός θάνατος υπερέχει σε βαρύτητα από άλλες καταστάσεις όπου κινδυνεύει η ζωή του ασθενούς και γιατί η μεταμόσχευση οργάνων από ένα σώμα σε ένα άλλο είναι ένα ευαίσθητο θέμα για το οποίο έχει άποψη όχι μόνο η ιατρική κοινότητα αλλά και η εκκλησιαστική.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Λέγοντας εγκεφαλικό θάνατο εννοούμε την κατάσταση της μη αναστρέψιμης απώλειας της ικανότητας της συνείδησης σε συνδυασμό με την μη αναστρέψιμη απώλεια όλων των λειτουργιών του εγκεφαλικού στελέχους, καθώς και την ανεπανόρθωτη απώλεια της αυτόματης αναπνοής. Η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου γίνεται με κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο και εφ' όσον πληρούνται οι προϋποθέσεις.

Με τον όρο μεταμόσχευση εννοούμε την διαδικασία κατά την οποία υγιή όργανα, ιστοί ή κύτταρα μεταφέρονται από ένα από ένα νεκρό ή ζωντανό δότη σε έναν χρόνια πάσχοντα με σκοπό την αποκατάσταση της λειτουργίας των οργάνων του. Ένα από τα κύρια πλεονεκτήματα της μεταμόσχευσης είναι η καλύτερη ποιότητα ζωής του λήπτη. Δυστυχώς, όμως, παρά την αλματώδη πρόοδο των μεταμοσχεύσεων, υπάρχει **μεγάλη έλλειψη δωρητών οργάνων**.

Οι περισσότερες χώρες, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας, έχουν καθιερώσει οδηγίες και έχουν νομοθετήσει ειδικούς νόμους, για να ορίσουν τον εγκεφαλικό θάνατο και τις διαδικασίες για την αφαίρεση των οργάνων και την παροχή νόμιμης άδειας για τη Δωρεά Οργάνων. Ένα από τα μεγαλύτερα εμπόδια στη διαδικασία συλλογής οργάνων είναι η στάση του ιατρικού – νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στη Δωρεά Οργάνων.

Από τη στιγμή που θα βρεθεί το μόσχευμα, ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για το συντονισμό της μεταμόσχευσης όπου και ξεκινάει η προμεταμοσχευτική διαδικασία (εύρεση του λήπτη, εξετάσεις κ.τ.λ). Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι εξίσου σημαντικός τόσο κατά τη διάρκεια της μεταμόσχευσης όσο και κατά τη μεταμοσχευτική περίοδο. Είναι υπεύθυνος για τη διδασκαλία και την ενημέρωση του λήπτη σχετικά με την φαρμακευτική αγωγή που πρέπει να ακολουθήσει με σκοπό την αποφυγή των επιπλοκών. Παρ' όλα αυτά ο κίνδυνος εμφάνισης τους συνεχίζει να υπάρχει, με κυριότερη επιπλοκή την απόρριψη.

Στις μέρες μας όπου η εγκληματικότητα έχει αυξηθεί σημαντικά, η εμπορευματοποίηση των ανθρώπινων οργάνων με σκοπό την κερδοσκοπία, διώκεται ποινικά από το νόμο.

SUMMARY

Saying brain death meant the state of irreversible capacity loss of consciousness combined with irreversible loss of all functions of the brainstem and the irretrievable loss of automatic breathing. The diagnosis of brain death is a clinical and laboratory testing and as long as conditions are met.

The term meant the transplantation procedure in which healthy organs, tissues or cells are transferred from a dead or a living donor in one year sufferer to restore the function of organs. One of the main advantages of transplantation is the best quality of life of the recipient. Unfortunately, despite the rapid progress of transplants, there **is a serious shortage of organ donors.**

Most countries, including Greece, have established guidelines and have legislated. special laws to define brain death and procedures for the removal of organs and provide legal authorization for organ donation. One of the biggest obstacles to the process of organs is the attitude of the medical – nursing personnel towards organ donation.

From the moment you find the transplant, the nurse is responsible for coordinating the transplant and begins where the Pre-process (finding the customer, tests, etc.). The role of the nurse is as important as during the transplant and during the implantation period. He is responsible for teaching and informing the customer about the medication should be followed to avoid complications. Nevertheless, the risk of persistence, with the main complication of rejection.

These days, where crime has increased significantly, the commodification of human organs for the purpose of speculation, prosecuted by law.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ανάπτυξη των μονάδων εντατικής θεραπείας και γενικά η πρόοδος της ιατρικής τεχνολογίας στις τελευταίες δεκαετίες είχαν σαν αποτέλεσμα την επιτυχή καρδιοαναπνευστική υποστήριξη για μακρύ χρονικό διάστημα ατόμων με βαριές και ανεπανόρθωτες εγκεφαλικές βλάβες. Αυτή όμως η μακροχρόνια συντήρηση ατόμων που η αναπνοή και η κυκλοφορία τους απαιτεί τη βοήθεια μηχανικών μέσων δημιούργησε ένα μεγάλο πρόβλημα σχετικά με το αν ένα τέτοιο άτομο είναι νεκρό ή όχι. Μέχρι τότε η διάγνωση του θανάτου του ανθρώπινου σώματος διαπιστωνόταν εύκολα με το σταμάτημα της λειτουργίας της καρδιάς και της αναπνοής. Η απώλεια αυτών των λειτουργιών που τελικά προκαλεί το θάνατο και του εγκεφάλου αποτελούσε μία 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, δημιούργησε αμφιβολίες για το εάν ο μέχρι τότε αποδεκτός ορισμός του θανάτου ήταν σαφής και ακριβής. Οι αμφιβολίες αυτές προκάλεσαν την αναθεώρηση και την επανεξέταση της έννοιας του θανάτου και οδήγησαν στη νέα αντίληψη του εγκεφαλικού θανάτου με προεκτάσεις όχι μόνο ιατρικές αλλά και πολιτιστικές, φιλοσοφικές, ηθικές, νομικές και θρησκευτικές.

Η αντίληψη αυτή που διαμορφώθηκε και επικρατεί τα τελευταία χρόνια βασίζεται στον ορισμό του θανάτου ως την ανεπανόρθωτη απώλεια της ικανότητας για συνείδηση σε συνδυασμό με την ανεπανόρθωτη απώλεια της ικανότητας για αυτόματη αναπνοή που αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την διατήρηση αυτόνομης καρδιακής λειτουργίας. Οι λειτουργίες της αναπνοής και της κυκλοφορίας που χαρακτηρίζουν μία ανθρώπινη ύπαρξη σαν αυτόματη και ανεξάρτητη βιολογική μονάδα, είναι λειτουργίες που ξεκινούν από το εγκεφαλικό στελέχος. Εφόσον υπάρχει ανεπανόρθωτη βλάβη και νέκρωση του στελέχους, η δραστηριότητα των εγκεφαλικών ημισφαιρίων δεν μπορεί να ολοκληρωθεί με συνέπεια να μην είναι δυνατή η γνώση και η συναισθηματική ζωή. Άτομο, του οποίου ο εγκέφαλος έχει χάσει την δυνατότητα και την ικανότητα αυτών των λειτουργιών, είναι νεκρό. 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 ανθρώπινου σώματος ταυτίζεται με την διάγνωση του θανάτου του εγκεφαλικού στελέχους. Τα κριτήρια για την διάγνωση αυτή είναι ιατρικά και καθορίζονται μέχρι σήμερα από αναγνωρισμένες τεχνικές.

Πρέπει να διευκρινιστεί 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 σε αυτή την κατάσταση δεν θεωρούνται νεκρά γιατί το εγκεφαλικό τους στέλεχος λειτουργεί και συντηρεί την αναπνοή και την κυκλοφορία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ ΣΤΗ Μ.Ε.Θ.

- I. Ορισμός*

- II. Διαφορά Εγκεφαλικού Θανάτου και Κώματος*

- III. Ιστορική Αναδρομή Εγκεφαλικού Θανάτου*

- IV. Εγκεφαλικές καταστάσεις που οδηγούν στον Εγκεφαλικό Θάνατο*

1. ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ ΣΤΗ Μ.Ε.Θ.

1.1 Ορισμός

Η εξέλιξη των ιατρικών τεχνικών ιδιαίτερα τα τελευταία 30 χρόνια μέσα από την ανάπτυξη των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας άνοιξε το δρόμο για την επιτυχή αντιμετώπιση, ως και πλήρη ίαση σε αρκετές μέχρι τώρα μη αναστρέψιμες καταστάσεις. Ταυτόχρονα έγιναν φανερά τα αποτελέσματα της υποστηρικτικής ιατρικής τεχνολογίας στις κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις. Παράλληλα κρίθηκε αναγκαία η αναθεώρηση του θανάτου και από το exitus letalis στη γλώσσα των ιατρών των αρχαίων πολιτισμών είναι η κατάσταση κατά την οποία εγκατέλειψε «exitus» η ψυχή τον αποπνέοντα άνθρωπο, γεγονός που αποβαίνει «letalis» θανατηφόρο για το σώμα του άρχισε να καθιερώνεται η έννοια του εγκεφαλικού θανάτου.¹

Ως εγκεφαλικός θάνατος ορίζεται η μη αναστρέψιμη απώλεια όλων των λειτουργιών του εγκεφαλικού στελέχους του φλοιού. Ο εγκεφαλικός θάνατος παλαιότερα ταυτιζόταν με την παύση της καρδιακής και αναπνευστικής λειτουργίας. Σήμερα όμως που η σύγχρονη τεχνολογία μπορεί να διατηρήσει με τεχνητά μέσα και τις δύο αυτές ζωτικές λειτουργίες για παρατεταμένο χρόνο ακόμη και όταν η νευρική λειτουργία έχει υποστεί ανεπανόρθωτη βλάβη, έχει γίνει αναθεώρηση του ορισμού του θανάτου. Η λειτουργία του εγκεφάλου είναι αυτή που καθορίζει τη ζωή και όχι η καρδιοαναπνευστική λειτουργία.²

Η διατήρηση της αναπνοής με μηχανικούς αναπνευστήρες και η υποστήριξη της κυκλοφορίας ενώ έχουν καταργηθεί οι εγκεφαλικές λειτουργίες, δημιούργησε αμφιβολίες για το αν ο μέχρι τότε αποδεκτός ορισμός του θανάτου, ήταν σαφής και ακριβής. Οι αμφιβολίες αυτές προκάλεσαν την αναθεώρηση και επανεξέταση της έννοιας του θανάτου και οδήγησαν στη νέα αντίληψη του εγκεφαλικού θανάτου με προεκτάσεις όχι μόνο ιατρικές αλλά και πολιτιστικές, φιλοσοφικές, ηθικές, νομικές και θρησκευτικές.

Η αντίληψη αυτή που διαμορφώθηκε και επικρατεί τα τελευταία χρόνια βασίζεται στον ορισμό του θανάτου σαν «την ανεπανόρθωτη απώλεια της ικανότητας για συνείδηση, σε συνδυασμό με την ανεπανόρθωτη απώλεια της ικανότητας για αυτόματη αναπνοή», που αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για τη διατήρηση αυτόνομης καρδιακής λειτουργίας. Οι λειτουργίες της αναπνοής και της κυκλοφορίας που χαρακτηρίζουν μια ανθρώπινη ύπαρξη σαν αυτόνομη και ανεξάρτητη βιολογική μονάδα ξεκινούν από το εγκεφαλικό στέλεχος. Εφόσον υπάρχει ανεπανόρθωτη βλάβη και νέκρωση του στελέχους, η δραστηριότητα των εγκεφαλικών ημισφαιρίων δεν μπορεί να ολοκληρωθεί με συνέπεια να μην είναι δυνατή η γνωστική ή συναισθηματική ζωή. Επομένως ο θάνατος του εγκεφαλικού στελέχους είναι συνθήκη επαρκής και αναγκαία για να χαρακτηριστεί ολόκληρος ο εγκέφαλος νεκρός.³

1.2. Διαφορά Εγκεφαλικού Θανάτου και Κώματος

Πριν από μερικές δεκαετίες ο θάνατος του ανθρώπου διαπιστωνόταν εύκολα και συνέπιπτε με τη μη αναστρέψιμη διακοπή των ζωτικών λειτουργιών αναπνοής και κυκλοφορίας. Σε λίγα λεπτά επακολουθούσε η οριστική νέκρωση του εγκεφάλου. Ο θάνατος ήταν ξεκάθαρος στο μυαλό των ανθρώπων και δεν άφηνε περιθώρια αμφιβολιών σε αντίθεση με την σύγχυση που επικρατεί σήμερα γύρω από όρους, εγκεφαλικός θάνατος «φυτό», εγκεφαλικό στέλεχος κτλ.³

Υπάρχει διαφοροποίηση μεταξύ του θανάτου του εγκεφαλικού στελέχους και της «φυτικής» καταστάσεως κατά την οποία μέρη ή όλο το εγκεφαλικό στέλεχος, η γέφυρα, ο μεσεγκέφαλος και η παρεγκεφαλίδα μπορεί ακόμη να λειτουργούν. Η διαφορά μεταξύ του εγκεφαλικού θανάτου και της «φυτικής» καταστάσεως είναι η απουσία της λειτουργίας του εγκεφαλικού στελέχους.²

Η αντιμετώπιση ασθενούς που είναι σε κώμα αποτελεί μια από τις δυσκολότερες και πιο επείγουσες περιπτώσεις, απαιτεί δε συστηματική προσέγγιση. Σ' αυτά τα περιστατικά είναι απαραίτητη η συνεργασία ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων όπως παθολόγου, νευρολόγου, αναισθησιολόγου και χειρουργού κατά κύριο λόγο, ενώ θεμελιώδους σημασίας είναι η συμβολή του μικροβιολόγου και του ακτινολόγου. Τις περισσότερες φορές δεν υπάρχουν πληροφορίες σχετικά με το ιστορικό του ασθενούς οπότε δυσχεραίνεται σημαντικά η διάγνωση. Στην περίπτωση του κώματος, έχει υποστεί βλάβη το στέλεχος, το οποίο αποτελείται από τον μεσεγκέφαλο, την γέφυρα και τον προμήκη μυελό με αποτέλεσμα να έχουμε 1) βλάβη του δικτυωτού σχηματισμού, άρα δεν υπάρχει συνείδηση, 2) βλάβη όλων των κινητικών και αισθητικών ιών, 3) βλάβη του αναπνευστικού κέντρου όπου και γίνεται αποσύνδεση από τον αναπνευστήρα, 4) βλάβη του αγγειοκινητικού κέντρου όπου αδυναμεί να διατηρήσει σε φυσιολογικά επίπεδα την αρτηριακή πίεση.

Ένας σημαντικός παράγων που επιβάλλει ταχύτατη αντιμετώπιση είναι το γεγονός ότι ο εγκέφαλος ασχέτως της αιτιολογίας του κώματος εάν στερηθεί το οξυγόνο και τη γλυκόζη για διάστημα μεγαλύτερο των 3 λεπτών υφίσταται ανεπανόρθωτες βλάβες και ο ασθενής καταλήγει στη φυτικό στάδιο. Πολλές φορές δημιουργούνται ερωτηματικά για το αν θα πρέπει να εφαρμοστεί η ευθανασία στα άτομα που είναι εγκεφαλικά νεκρά. Όταν όμως η ιατρική μιλά για εγκεφαλικό θάνατο εννοεί τον πλήρη και οριστικό θάνατο και άρα δεν τίθεται θέμα ευθανασίας. Είναι γνωστό ότι ο εγκεφαλικά νεκρός βρίσκεται σε τεχνητό αερισμό (δεν έχει δική του αναπνοή) και τα όργανά του μπορούν να χρησιμοποιηθούν για μεταμοσχεύσεις.

Αυτό δεν ισχύει για τον «άνθρωπο-φυτό» που έχει δική του αναπνοή και αντανακλαστικές απαντήσεις σε ερεθίσματα. Ο άνθρωπος αυτός παρά το ότι έχει υποστεί εκτεταμένες εγκεφαλικές βλάβες είναι δυνατόν να ανανήψει από το βαθύ κώμα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα η πρόσφατη περίπτωση, όπου άνθρωπος φυτό ανένηψε μετά από 8 χρόνια διατήρησής του, κάτω από τις συνεχείς φροντίδες της γυναίκας του.⁴

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

1.3. Ιστορική αναδρομή Εγκεφαλικού Θανάτου

Όλες οι κοινωνικές μελέτες έχουν ασχοληθεί με το πότε επέρχεται ο θάνατος. Το 1740 η μελέτη «Η αβεβαιότητα των σημαδιών θανάτου και ο κίνδυνος να επισπευτεί η ταφή «δείχνει την πρώτη προσπάθεια να οριστεί κατηγορηματικά το πότε συμβαίνει ο θάνατος. Πολλές αναφορές για πρόωρη ταφή οδήγησαν στην δημιουργία των «Νεκροτομείων Αναμονής». Σ' αυτό καθυστερούνταν η ταφή μέχρι να φανούν ευδιάκριτα σημάδια σήψης ή μέχρις αφού τοποθετηθεί ένα ποτήρι νερού στο στήθος του πτώματος δεν είναι δυνατό να υπάρξει σημάδι αναπνευστικής προσπάθειας. Το 1875 δημοσιεύτηκαν τα 25 κυριότερα σημάδια του θανάτου. Στα μέσα του 1990 η ιατρική κοινότητα άρχισε να συμφωνεί ότι η μη αναστρέψιμη καρδιοαναπνευστική παύση σήμαινε θάνατο. Ο θάνατος περιλαμβάνεται στην γνώση του ανθρώπου καις την ίδια του τη ζωή – οποιαδήποτε προοπτική για τη ζωή και τελικά διαψεύδεται.⁵

Η πρώτη κλινική περιγραφή εγκεφαλικού θανάτου, δημοσιεύτηκε στην Γαλλία το 1959 και ονομάστηκε κώμα «deperasse» που σημαίνει κατάσταση πέρα από το κώμα χωρίς όμως να θεωρηθεί ισότιμη με το θάνατο. Σύμφωνα με τη δημοσίευση αυτή για να θεωρηθεί ένα άτομο νεκρό, έπρεπε να βρίσκεται σε απνοϊκό κώμα, να μην διαπιστώνεται οποιαδήποτε αυτόματη κινητική δραστηριότητα δηλαδή να βρίσκεται σε κατάσταση όπου αναγνωρίζεται σαν νεκρός όχι μόνο ο εγκέφαλος αλλά και ο νωτιαίος μυελός. Στα 1960 σώθηκαν χιλιάδες ζωές με τη χρήση βοηθημάτων εξωτερικής τεχνητής κυκλοφορίας και αναπνοής. Οι ασθενείς με σοβαρά εγκεφαλικά τραύματα διατηρούνταν στη ζωή μετά από ξαφνικό τραυματισμό,. Παρεχόμενης της δυνατότητας να υπάρχουν διαφορετικά επίπεδα νευρολογικής ανεπάρκειας. Ορισμένοι επέζησαν ενώ άλλοι παρέμειναν σε κωματώδη κατάσταση για χρόνια με ελάχιστη. Άλλοι δεν ανένησαν και πέθαναν εξαιτίας καρδιακής ανεπάρκειας. Η παλιά θεωρία που πρέσβευε ότι ο θάνατος επερχόταν μετά από αδυναμία της λειτουργίας της καρδιάς και των πνευμόνων δεν ίσχυε πια.¹

Ακολούθησε η συγκρότηση διαφόρων επιτροπών, που η κάθε μια καθόρισε τα δικά της διαγνωστικά κριτήρια. Υπάρχουν ως εκ τούτου τα κριτήρια της Ιατρικής Σχολής του Harvard και του Sydney το 1968.⁵

Σημαντικά εξάλλου ήταν και τα ευρήματα της ομάδας των γιατρών της Μινεσότα των ΗΠΑ το 1971 όπου υποστηρίχθηκε για πρώτη φορά η άποψη ότι το σημείο της μη επιστροφής στη ζωή είναι η μη αναστρέψιμη βλάβη του εγκεφαλικού στελέχους και ότι η διάγνωση μπορεί να γίνει κλινικά. Το 1972

έχουμε τα κριτήρια των Σουηδών Ingvar και Widen αλλά και το 1976 το συνέδριο των δύο ιατρικών κολεγίων της Αγγλίας δημοσίευσε κριτήρια για τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου και για πρώτη φορά έγινε αναφορά σε απαραίτητες προϋποθέσεις και δοκιμασίες ενώ δεν θεωρήθηκε ότι το ΗΕΓ είναι απαραίτητο για τη διάγνωση.⁶

Ένα χρόνο αργότερα (1977) εκδόθηκαν και τα συμπεράσματα μιας πολυκεντρικής εργασίας που έγινε υπό την εποπτεία του εθνικού Ινστιτούτου Υγείας των ΗΠΑ.⁵

Μια άλλη προσέγγιση είναι εκείνη της Linda Emmanuel, η οποία εισάγει την έννοια των συνδεδεμένων ζωνών στον ορισμό του θανάτου. Ο καθολικά αποδεκτός καρδιοπνευμονικός ορισμός του θανάτου αποτελεί την κατώτερη ζώνη και εφαρμόζεται σε όλες τις περιπτώσεις, ενώ αφήνει στο κάθε άτομο την επιλογή του ορισμού του θανάτου με βάση τη νευρολογική δυσλειτουργία του εγκεφάλου μέχρι το επίπεδο της μόνιμης φυτικής κατάστασης, που αποτελεί και την ανώτερη ζώνη του ορισμού του θανάτου. Η πρόταση αυτή αφήνει στον άρρωστο και στο περιβάλλον του την ευθύνη ορισμού του θανάτου και κατ' επέκταση την δυνατότητα αποδοχής ή απόρριψης της ιδέας του «εγκεφαλικού θανάτου» και τον θάνατο του ανωτέρου εγκεφάλου.⁷

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

Αν και αυτή η αναφορά δημοσιεύθηκε σε εθνικό επίπεδο οι περισσότεροι γιατροί συνέχισαν να χρησιμοποιούν το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα ως διαγνωστικό εργαλείο. Ο εγκεφαλικός θάνατος στις ΗΠΑ και στην Ελλάδα ορίζεται ως μη αναστρέψιμη παύση της ολικής λειτουργίας του εγκεφάλου, συμπεριλαμβανομένου του εγκεφαλικού στελέχους. Ο υπεύθυνος Νοσηλευτής για έναν ασθενή με σοβαρό νευρολογικό τραυματισμό πρέπει να αναφέρει οποιαδήποτε αλλαγή στη νευρολογική ανταπόκριση. Δύο καταστάσεις που μπορούν να μοιάζουν με τον εγκεφαλικό θάνατο και που πρέπει να αποκλειστούν πριν γίνει ακριβής διάγνωση είναι η υποθερμία και ένα ανυψωμένο επίπεδο βαρβιτουρικών.⁸

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

χρονική απόσταση μεταξύ τους έξι ώρες και γραπτή συμπλήρωση ειδικού εντύπου.⁹

1.4. Καταστάσεις που οδηγούν στον Εγκεφαλικό Θάνατο

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

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

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

Σε περίπτωση τραυματισμού του εγκεφάλου τα κύτταρα παθαίνουν οίδημα με αποτέλεσμα οι παρακείμενοι ιστοί του εγκεφάλου να μην έχουν χώρο να επεκταθούν. Έτσι αυξάνεται η ενδοκρανιακή πίεση και αν δεν γίνει προσπάθεια μείωσης της ο εγκέφαλος υφίσταται μόνιμες βλάβες. Στον εγκεφαλικό θάνατο, το οίδημα αυτό δεν ελέγχεται και καταλήγει σε μη αναστρέψιμη παύση της ολικής εγκεφαλικής λειτουργίας. Μια δικλείδα ασφαλείας στον καθορισμό του εγκεφαλικού θανάτου είναι ότι οι δοκιμασίες αυτές πρέπει να επαναλαμβάνονται κάθε 6 ώρες και να καταγράφονται. Επίσης οι ιατροί που κάνουν τον έλεγχο δεν πρέπει να ανήκουν στην ομάδα μεταμόσχευσης. Αν και ο εγκεφαλικός θάνατος έχει καθιερωθεί ιατρικά και νομικά είναι μια δύσκολη έννοια για τον ασθενή να την αποδεχτεί. Από τη στιγμή που ο ασθενής υποστηρίζεται μηχανικά είναι ζεστός και έχει υγιές χρώμα είναι δύσκολο για την οικογένεια να καταλάβει ότι είναι νεκρός και ότι για να γίνει μεταμόσχευση οργάνων πρέπει να διακοπεί η μηχανική υποστήριξη.

Κεφάλαιο 2

Δωρεά οργάνων και ιστών

- *Δωρεά οργάνων*
- *Εκτίμηση του δωρητή οργάνων*
- *Κριτήρια δωρεάς οργάνων*
- *Κριτήρια αποκλεισμού δωρεάς οργάνων*
- *Πώς μπορεί κανείς να γίνει δωρητής οργάνων*
- *Τρόποι ευαισθητοποίησης των πολιτών ως προς την δωρεά οργάνων*

2. ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ

2.1. Δωρεά οργάνων και Ιστών

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

Αντιθέτως η παραδοσιακή μέθοδος διάγνωσης του θανάτου, πιστοποίηση του οποίου γίνεται με την παύση της αναπνοής και της κυκλοφορίας δεν επιτρέπει συνήθως τη Δωρεά Οργάνων, διότι όργανα όπως καρδιά, πνεύμονες, ήπαρ, νεφροί, δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν, εφόσον έχει επέλθει νέκρωσή τους λόγω της διακοπής της κυκλοφορίας. Στην πραγματικότητα και ο εγκεφαλικός θάνατος θα οδηγήσει στο θάνατο όλων των άλλων οργάνων του σώματος, αλλά η υποστήριξη της αναπνοής και των άλλων ζωτικών λειτουργιών μπορεί να καθυστερήσει την επιδείνωση επιτρέποντας έτσι τη συντήρηση των οργάνων για τη μεταμόσχευση. Επίσης θα πρέπει να τονισθεί ότι η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου δε δημιουργήθηκε με σκοπό να διευκολυνθεί η Δωρεά Μεταμόσχευση Οργάνων αλλά για να επιτραπεί η διακοπή της θεραπείας σε ασθενείς, με σοβαρή και μη αναστρέψιμη εγκεφαλική βλάβη.⁸

2.2. Εκτίμηση του Δωρητή Οργάνων

Η Δωρεά Οργάνων γίνεται από αυτούς τους ασθενείς που είναι εγκεφαλικά νεκροί, αλλά των οποίων η κυκλοφορία διατηρείται τεχνητά με μηχανική υποστήριξη. Ένας πιθανός δωρητής οργάνων μπορεί να είναι ένα άτομο που είχε καλή υγεία πριν τη μη αναστρέψιμη παύση της ολικής εγκεφαλικής λειτουργίας. Αν υπάρχει, εξετάζεται ο ατομικός ιατρικός φάκελος με όλα τα στοιχεία. Συχνά η οικογένεια είναι αυτή που παρέχει όλες τις πληροφορίες για ένα πλήρες ιατρικό ιστορικό. Αυτές οι στιγμές είναι τραυματικές για την οικογένεια, είναι όμως απαραίτητη η λήψη ενός ακριβούς ιστορικού, για την προστασία του δέκτη. Έτσι η οικογένεια ερωτάται για το κοινωνικό ιστορικό του δωρητή. Εκτιμώνται συνήθειες όπως: **κάπνισμα, αλκοολισμός, λήψη ναρκωτικών ουσιών, ομοφυλοφιλία, και λαμβανόμενα φάρμακα**. Πρέπει να εκτιμηθεί το **καρδιοαναπνευστικό σύστημα**. Είναι σημαντικό οι Νοσηλευτές να εξετάζουν προσεκτικά όλες τις πληροφορίες που αφορούν την διάρκεια της καρδιακής αναζωογόνησης και την αντίδραση σε καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση (ΚΑΑ), την απώλεια και την αντικατάσταση αίματος, τα επίπεδα της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ), τον καρδιακό ρυθμό, τη φλεβική πίεση (ΦΠ), τις τιμές των αρτηριακών αερίων αίματος και την ποσότητα των αποβαλλόμενων

ούρων Ο νοσηλευτής εξετάζει οπτικά τον ασθενή για σημάδια υπερβολικής δόσης ναρκωτικών ουσιών προηγούμενες εγχειρήσεις και προϋπάρχουσες ασθένειες. Εάν κατά τη διάρκεια της τωρινής παραμονής στο νοσοκομείο έγινε κάποια εγχείρηση ή άλλες διαδικασίες, γίνεται επανέλεγχος του φακέλου του ασθενούς. Ο ιατρός, ο οποίος προμηθεύεται τα όργανα είναι αυτός που παίρνει τις τελικές αποφάσεις.

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

Αυτές είναι:

- Χημικές εξετάσεις
- Καθορισμός αρτηριακών αερίων του αίματος
- Μέτρηση ερυθρών αιμοσφαιρίων
- Καλλιέργεια αίματος
- Καλλιέργεια και ανάλυση ούρων
- Σάκχαρο Αίματος
- Ηπατικές Δοκιμασίες

Ακτινογραφία Θώρακος (α/α)

Ηλεκτρολύτες

ΗΚΓ –12 απαγωγών

Όταν τα γενικά κριτήρια εκπληρωθούν, τότε απαιτείται εκτίμηση των συγκεκριμένων οργάνων που θα δωρισθούν, δηλαδή εξειδικευμένες εξετάσεις. Για παράδειγμα, σημαντικές για την εκτίμηση των νεφρών είναι το BUN και η ΚΡΕΑΤΙΝΙΝΗ και οι τιμές της ΛΙΠΑΣΗΣ και της ΑΜΥΛΑΣΗΣ απαιτούνται για την εκτίμηση του παγκρέατος.¹

2.3. Κριτήρια δωρεάς οργάνων σώματος

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

α) Κλινικά σημεία εγκεφαλικού θανάτου

β) Αποκλεισμός προϋπάρχουσας μη αναστρέψιμης βλάβης του προς μεταμόσχευση οργάνου

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

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

Αυτές είναι:

1. Ο δότης πρέπει να είναι εγκεφαλικά νεκρός και να έχει συμπληρωθεί το πρωτόκολλο εγκεφαλικού θανάτου.

2. Ο δότης ή οι συγγενείς του πρέπει να έχουν βεβαιώσει ότι δεν υπήρχε αντίθεση του θανόντος στη δωρεά (ν. 1383/83 άρθρο 7, παρ.1,2,3).

Εάν συνυπάρχουν ιατροδικαστικά προβλήματα (π.χ. εγκληματική ενέργεια) πρέπει να ενημερωθεί ο εισαγγελέας για να δώσει εντολή να διενεργηθεί νεκροψία και νεκροτομή από χειρουργό στο χώρο της αφαιρέσεως των οργάνων

(ν. 1383/83 άρθρο 7, παρ. 7). Συγκατάθεση για τη δωρεά οργάνων λαμβάνεται από τον πλησιέστερο συγγενή και στη Μεγάλη Βρετανία και από τον ανακριτή, όταν η αιτία θανάτου π.χ. αυτοκινητιστικό ατύχημα, υπόκειται στην έρευνα του ανακριτικού γραφείου.¹⁰

2.4. Κριτήρια αποκλεισμού δωρεάς οργάνων

Οι προϋποθέσεις που αποκλείουν τη λήψη οργάνων είναι:

- Σήψη
- Κακοήθεια, εκτός του πρωτοπαθούς όγκου του εγκεφάλου
- Κάκωση ή τραύμα του υπό μεταμόσχευση οργάνου
- Φυματίωση ή λοίμωξη (ιογενής, μυκητιακή, παρασιτική)
- Ορολογικός έλεγχος θετικός για σύφιλη, HIV, ηπατίτιδα
- Ηλικία > 70 ετών
- Παρατεταμένη ισχαιμία οργάνων από σημαντική υπόταση ή καρδιακή ασυστολία

2.5. Πώς μπορεί κανείς να γίνει Δωρητής Οργάνων

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

Στην Ελλάδα από το 1985 έχει εφαρμοσθεί ο θεσμός της εγγραφής δήλωσης δωρητών οργάνων για μεταμόσχευση και έχει καθιερωθεί η ταυτότητα του δότη. Η έκφραση αυτής της επιθυμίας, δηλαδή όποιου θέλει να γίνει δότης οργάνων γίνεται με τον εξής τρόπο: Συμπληρώνεται, με επίδειξη της αστυνομικής ταυτότητας σε υπεύθυνο υπάλληλο, το ειδικό έντυπο δήλωσης του Υπουργείου Υγείας

- Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλιστικών το οποίο βρίσκεται:
- Στην Υ.Σ.Ε. (Περιφ. Γεν. Νοσοκομείο Αθηνών).
- Στα Κέντρα και στους σταθμούς Αιμοδοσίας των Νοσ/μείων της χώρας.

- Στα γραφεία Κοινών και Ιατροκοινωνικής Υπηρεσίας των Νοσ/μείων και στα Κέντρα Υγείας της χώρας.
 - Στις Δ/νσεις (ή τμήματα) Υγιεινής και στα Αγροτικά Ιατρεία των Νομαρχείων.
 - Σε ιδιωτικούς φορείς που συνεργάζονται με την Υ.Σ.Ε. Μετά την συμπλήρωση της δήλωσης δωρεάς οργάνων η Υ.Σ.Ε. αποστέλλει στο δικαιούχο ειδικό δελτίο ταυτότητας Δότη Οργάνων και Ιστών μαζί με ειδικά χαρακτηριστικά αυτοκόλλητα το οποία ο δωρητής μπορεί να επικολλήσει σε έγγραφο ώστε να είναι παντού εμφανής η επιθυμία του. Παρ' όλο που υπάρχουν όρια ηλικίας, διαφορετικά για κάθε όργανο, θεωρείτε καλό η ηλικία να μην αποτελεί εμπόδιο στην πραγμάτωση της επιθυμίας ενός ηλικιωμένου. Τα παιδιά μπορούν να γίνουν δωρητές, εφ' όσον οι γονείς ή οι έχοντες την επιμέλεια τους συγκατατεθούν με ενυπόγραφη δήλωση τους. Ένας δωρητής μπορεί να αλλάξει την απόφαση του οποιαδήποτε στιγμή ενημερώνοντας την Υ.Σ.Ε. επιστέφοντας την ταυτότητα δωρητή και γνωστοποιώντας την απόφαση του στους συγγενής του. Μια ταυτότητα δότη είναι η έκφραση της επιθυμίας του δωρητή οργάνων. Οι συγγενείς πρέπει να γνωρίζουν την μετά την έκδοση της ταυτότητας χωρίς να έχει ενημερώσει την Υ.Σ.Ε. ενώ το γνώριζαν οι συγγενείς του. Εάν κάποιος δεν έχει ταυτότητα δότη, ζητείται από τους συγγενείς να επιβεβαιώσουν ότι ο θανών δεν είχε εκφράσει οποιαδήποτε αντίθετη άποψη βάση των φιλοσοφικών πεποιθήσεων του. Ο κάθε δωρητής οργάνων δεν γίνεται τελικά και δότης μετά θάνατο. Θα πρέπει να πληροί τα κριτήρια καταλληλότητας (ηλικία, κατάσταση οργάνων, αιτία θανάτου, εγκεφαλικός θάνατος). Ο δωρητής ολοκλήρου του σώματος προσφέρει το σώμα του για πρακτική εξάσκηση των φοιτητών της Ιατρικής και για ερευνητικούς σκοπούς. Στην περίπτωση αυτή δεν αφαιρούνται όργανα για μεταμόσχευση και δεν επιστρέφεται το σώμα στους συγγενείς για ταφή. Οι υποψήφιοι δότες ολόκληρου του σώματος πρέπει να απευθύνονται σε εργαστήριο Περιγραφικής Ανατομικής (Ανατομείο) στο Πανεπιστήμιο Αθηνών ή Θεσ/νίκης, όπου θα συμπληρώσουν τη δήλωση δωρεάς ολοκλήρου του σώματος μόνο ο κερατοειδής χιτώνας του οφθαλμού μπορεί να χρησιμοποιηθεί για μεταμόσχευση. Μετά την απόκτηση ταυτότητας δωρητή οργάνων οι πολίτες έχουν την δυνατότητα να σφραγίζουν στην Αστυνομία διάφορα έγγραφα τους με την ένδειξη «**δωρητής οργάνων**» ή να εξασφαλίζουν παρόμοια σφραγίδα πάνω στην άδεια οδήγησης από το Υπουργείο Συγκοινωνιών.¹¹

2.6 Τρόποι ευαισθητοποίησης των πολιτών ως προς τη δωρεά οργάνων

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

σπουδαιότερους λόγους είναι ότι δεν υπάρχει ικανοποιητική πληροφόρηση του κοινού για το τι σημαίνει Μεταμόσχευση και πόσο μεγάλο ευεργέτημα είναι η προσφορά, στον πάσχοντα συνάνθρωπο, οργάνων του σώματος μετά θάνατο,. Έτσι ώστε να δίνεται η ευκαιρία σ' αυτόν να επανενταχθεί στο κοινωνικό σύνολο. Η οργάνωση ενός Εθνικού προγράμματος για μεταμόσχευση χρειάζεται την ηθική συμμετοχή όλων των πολιτών μιας χώρας, οι οποίοι αφού ενημερωθούν κατάλληλα, θα είναι οι κήρυκες και το στήριγμα της μεγάλης προσπάθειας εξεύρεσης πτωματικών μοσχευμάτων (νεφροί, κερατοειδής χιτώνας οφθαλμού). Όσον αφορά τον Ελληνικό χώρο η υπηρεσία συντονισμού και ελέγχου (Υ.Σ.Ε.) έχει αναλάβει την προσπάθεια ευαισθητοποίησης της κοινής γνώμης για την καθιέρωση της ιδέας της δωρεάς οργάνων. Η προσπάθεια αυτή υλοποιείται με την διανομή εντύπων και ενημερωτικού υλικού όπως φυλλάδια, αυτοκόλλητα, αφίσες. Οι αφίσες κυκλοφορούν σε όλη την χώρα και αναρτώνται σε δημόσιες υπηρεσίες, νοσοκομεία, Τράπεζες, μέσα μαζικής μεταφοράς κλπ. Με τα ενημερωτικά φυλλάδια, την αναγραφή μηνυμάτων στους λογαριασμούς ΔΕΗ και ΟΤΕ επιχειρείται η κάλυψη των αποριών των πολιτών πάνω στη μεταμόσχευση και τη δωρεά με απλουστευμένο και κατανοητό τρόπο Έχει δημιουργηθεί λοιπόν το μήνυμα το οποίο μεταδίδεται από όλους τους ραδιοφωνικούς σταθμούς ενώ παρόμοιο μήνυμα παρουσιάζεται από την τηλεόραση. Εξάλλου κλιμάκιο της Υ.Σ.Ε. που αποτελείται από διάφορες ειδικότητες σχετικές με το θέμα, δίνει ομιλίες σε όλη τη χώρα σε συνεργασία με διάφορους φορείς. Η Υ.Σ.Ε. ακόμα, διαθέτει μια VIDEO ταινία, που είναι παραγωγή της EUROTRANSPLANT, του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Συντονισμού Μεταμοσχεύσεων, που εδρεύει στην Ολλανδία. Η ταινία έχει μεταγλωττισθεί και παρουσιάζεται σε συγκεντρώσεις, που γίνονται με θέμα την δωρεά οργάνων ενώ 40 αντίτυπα της έχουν διατεθεί στο Στρατό για να προβάλλονται στους στρατιώτες. Τα προγράμματα ευαισθητοποίησης του κοινού της Υ.Σ.Ε. είναι παρόμοια με αντίστοιχα προγράμματα άλλων χωρών προσαρμοσμένα στην Ελληνική πραγματικότητα, ενώ εκπρόσωποι της Ελληνικής Υπηρεσίας συμμετέχουν σε διεθνείς συναντήσεις ανταλλαγής απόψεων για το θέμα, όπως μας πληροφορούν οι ειδικοί της ΥΣΕ που ασχολούνται με αυτό.

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

Εκτός από την ευαισθητοποίηση των πολιτών απαραίτητη για την προώθηση των πτωματικών μεταμοσχεύσεων είναι και η ευαισθητοποίηση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού των Νοσοκομείων. Οι γιατροί και οι Νοσηλευτές πρέπει να παίζουν πρωτεύοντα ρόλο στη σταυροφορία της πληροφόρησης και να αποτελούν θετικούς φορείς της καθιέρωσης της ιδέας της προσφοράς οργάνων ενώ συγχρόνων πρέπει να βρίσκονται σε ετοιμότητα αναγνώρισης των δυνητικών δότην και ενεργοποίησης κατά τις διαδικασίες συντονισμού των πτωματικών μεταμοσχεύσεων. Ακόμα στις μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ), οι οποίες κυρίως κρατούν στα χέρια τους το πρόβλημα της ανεύρεσης μοσχευμάτων, πραγματοποιούνται ειδικά σεμινάρια ενημέρωσης του προσωπικού για τον εγκεφαλικό θάνατο και διευκρίνιση κάθε σχετικής διαδικασίας, που θα μπορούσε να βοηθήσει στην κατεύθυνση εξασφάλισης μοσχευμάτων. Οι συντονιστές της ΥΣΕ βρίσκονται σε διαρκή επαφή με τις μονάδες εφοδιάζοντάς τες με έντυπο ενημερωτικό υλικό, και επιβεβαιώνοντας την ανά πάσα στιγμή δυνατότητα παρουσίας τους για βοήθεια σε κάθε περίπτωση δυνητικού δότη.¹²

Κεφάλαιο 3

Αρχική εκτίμηση του ασθενή

- *Αρχική εκτίμηση του ασθενή*
- *Κλινικές δοκιμασίες διαπιστώσεως του εγκεφαλικού θανάτου*
- *Τα αντανακλαστικά του εγκεφαλικού στελέχους*
- *Δοκιμασία άπνοιας*
- *Δοκιμασία ατροπίνης*
- *Εργαστηριακός έλεγχος για την επιβεβαίωση του εγκεφαλικού θανάτου*
- *Αγγειογραφία τεσσάρων εγκεφαλικών αγγείων*
- *Σπινθηρογράφημα εγκεφάλου*
- *Διακρανιακό υπερηχογράφημα-Doppler*
- *Αξονική τομογραφία*
- *Μαγνητική τομογραφία*
- *Εγκεφαλική οξύμετρία*
- *Ενδοεγκεφαλική μικροδιαπήδηση*

3.1 Αρχική εκτίμηση του ασθενή

Αρχικά εκτιμάται η κατάσταση του ασθενή, εφόσον ακόμη δεν έχει διαπιστωθεί ο εγκεφαλικός θάνατος και εξετάζονται με λεπτομέρεια τα εξής: 1) το ιστορικό του ασθενούς, το οποίο θα αποκαλύψει τυχόν νοσήματα που πάσχει ο ασθενής, 2) την παρούσα νόσο, 3) τη λήψη φαρμάκων στην προκομματική περίοδο, 4) κλινικός έλεγχος, δηλαδή φυσική εξέταση, θέση και στάση του σώματος, μυϊκός τόνος, θερμοκρασία σώματος, καρδιαγγειακή λειτουργία, απουσία αυθόρμητης αναπνοής, αντιδράσεις σε εξωγενή ερεθίσματα, αντανακλαστικά του εγκεφαλικού στελέχους και του φλοιού του εγκεφάλου κλίμακα Γλασκώβης. Επί εγκεφαλικού θανάτου η κλίμακα Γλασκώβης πρέπει να δίνει βαθμολογία 3. Όταν η βαθμολογία είναι μεγαλύτερη από 3 τότε ο εγκεφαλικός θάνατος αποκλείεται. Εν τούτοις μετά την πάροδο των ημερών από της επελεύσεως του εγκεφαλικού θανάτου είναι δυνατόν να παρατηρηθούν νωτιαίες απαντήσεις σε εγκεφαλικά ερεθίσματα, τα οποία οφείλονται στην ενδεχομένη διατήρηση της λειτουργικότητας του νωτιαίου μυελού, επί της διατηρήσεως της κυκλοφορίας αυτού, γεγονός το οποίο παρατηρείται κυρίως στον εγκεφαλικό θάνατο, οφειλόμενου σε μεγάλη αύξηση της ενδοκράνιας πίεσεως.

Για να διαπιστωθεί ο εγκεφαλικός θάνατος θα πρέπει ο έλεγχος για την απουσία δραστηριότητας ή αντανακλαστικών του φλοιού να δείχνει απουσία ανταπόκρισης σε κάθε τύπο επώδυνου ερεθίσματος, όπως και απουσία θέσεων απεγκεφαλισμού ή αποφλοΐωσης.¹³⁻¹⁵

3.2 Κλινικές δοκιμασίες διαπιστώσεως του εγκεφαλικού θανάτου

3.2.1 Τα αντανακλαστικά του εγκεφαλικού στελέχους

Η παρουσία του φαινομένου της <<κεφαλής κούκλας>> είναι πολύ σημαντική. Ο γιατρός κρατά το κεφάλι του ασθενή ανάμεσα στα χέρια του και απαλά σηκώνει τα βλέφαρα με τους αντίχειρές του. Έπειτα στρέφει το κεφάλι του ασθενούς προς τη μια πλευρά (και το κρατά εκεί για 3-4 δευτερόλεπτα ενώ παρακολουθεί προσεκτικά τα μάτια του) και στη συνέχεια στρέφει το κεφάλι κατά 180 μοίρες προς την αντίθετη πλευρά. Η εξέταση αυτή δεν διενεργείται όταν υπάρχει υποψία για αυχενικό κάταγμα, το οποίο πρέπει πάντα να αποκλείεται πριν από τέτοιους χειρισμούς σε ασθενείς με πρόσφατο τραυματισμό. Σε άτομο που είναι τελείως ξύπνιο τα μάτια του, μέσα σε κλάσμα του δευτερολέπτου, θα προσανατολίζονται με το κεφάλι. Στο πτώμα το κεφάλι και τα μάτια θα προσανατολίζονται παρομοίως μαζί (στην πράξη δεν υπάρχει δυσκολία διάκρισης των δύο αυτών καταστάσεων). Αν ο ασθενής έχει ζημιωμένα εγκεφαλικά ημισφαίρια και ζωντανό εγκεφαλικό στέλεχος το τελευταίο ίσως δείξει κάποια <<release>> φαινόμενα έκλυσης. Για ένα ή δύο δευτερόλεπτα θα υπάρξει φανερό απόκλιση των ματιών στην αντίθετη πλευρά, ενώ το κεφάλι περιστρέφεται, το οποίο θα ακολουθείται από μια άμεση επαν-

ευθυγράμμιση των ματιών με το κεφάλι. Μια παρόμοια απομάκρυνση θα συμβεί όταν στρέψουμε το κεφάλι στην άλλη κατεύθυνση. Κατά τη διάρκεια κάθε περιστροφής τα μάτια για ένα σύντομο χρόνο είναι <<εκτός συγχρονισμού>> σε σχέση με το κεφάλι. Σε περίπτωση υποψίας εγκεφαλικού θανάτου η εξέταση αυτή διενεργείται πιο σωστά όταν ο ασθενής έχει αποσυνδεθεί από τον αναπνευστήρα για 20-30 δευτερόλεπτα.

1. Το αντανακλαστικό κόρης στο φως (φωτοκινητικό αντανακλαστικό)

Έλεγχος 2^{ης} και 3^{ης} συζυγίας . Δεν στεκόμαστε στο μέγεθος της κόρης αλλά στην απουσία κάθε αντίδρασης αυτής μετά την πλάγια πτώση ισχυρής δέσμης φωτός στον οφθαλμό. Πριν από τον έλεγχο πρέπει να έχουν αποκλεισθεί: η χορήγηση φαρμάκων με ατροπινική δράση, η ύπαρξη οφθαλμικών ή νευρολογικών παθήσεων των οφθαλμών και οι τοπικές βλάβες των βολβών ή των νευρών των οφθαλμών.

2. Το αντανακλαστικό κερατοειδούς:

Έλεγχος 5^{ης} και 7^{ης} εγκεφαλικής συζυγίας. Ο ασθενής δεν κλείνει τα βλέφαρα μετά από προσεκτικό ερεθισμό, για να μην τραυματισθεί, με ένα βαμβακοφόρο στυλεό του κερατοειδούς.

3. Το αιθουσαίο οφθαλμολογικό αντανακλαστικό

Έλεγχος 3^{ης}, 5^{ης} και 8^{ης} εγκεφαλικής συζυγίας. Ο ασθενής δεν εμφανίζει νυσταγμό μετά από ερεθισμό του τυμπάνου με διακλυσμό 50ml κρύου νερού στον έξω ακουστικό πόρο. Πριν εκτελεσθεί το αντανακλαστικό πρέπει να έχουμε αποκλείσει τυχόν κώλυμα στον έξω ακουστικό πόρο με ωτοσκόπιο, προϋπάρχουσες παθήσεις του ακουστικού οργάνου και τοξική δράση διαφόρων φαρμάκων.

4. Το ρινοβλεφαρικό αντανακλαστικό

Έλεγχος 5^{ης} και 7^{ης} συζυγίας. Ο ασθενής δεν κλείνει τα βλέφαρα ούτε εμφανίζει άλλο μορφασμό πόνου μετά από ελαφρά πλήξη στην περιοχή του τριδύμου(στη ρίζα της μύτης μεταξύ των οφθαλμών). Πριν από την εκτέλεσή του πρέπει να έχουν αποκλεισθεί φάρμακα που προκαλούν νευρομυϊκό αποκλεισμό.

5. Το φαρυγγολαρυγγικό αντανακλαστικό :

Έλεγχος 9^{ης} και 10^{ης} συζυγίας. Όταν το στέλεχος είναι νεκρό ο ασθενής δεν εμφανίζει καταποτικές κινήσεις ή βήχα μετά από ερεθισμό της τροπίδας από καθετήρα αναρρόφησης. Πριν από την εκτέλεση της παραπάνω δοκιμασίας θα πρέπει να έχουν αποκλεισθεί φάρμακα που προκαλούν νευρομυϊκό αποκλεισμό ή κάκωση της ΑΜΣΣ.^{13,16}

3.2.2. Δοκιμασία άπνοιας

Η τελική και σημαντικότερη κλινική εξέταση για την επιβεβαίωση του εγκεφαλικού θανάτου είναι η δοκιμασία άπνοιας ή ακριβέστερα δοκιμασία απνοιακής οξυγόνωσης, η οποία πραγματοποιείται προκειμένου να επιβεβαιωθεί η μόνιμη απώλεια της αυθόρμητης αναπνοής. Η παρουσία διαρκούς άπνοιας επιβεβαιώνει την απουσία δραστηριότητας του εγκεφαλικού στελέχους. Αυτό το στοιχείο είναι ικανό και επαρκές για να θέσει τη διάγνωση του θανάτου του εγκεφαλικού στελέχους και συνεπώς, του θανάτου του ατόμου. Αφού ο ασθενής λάβει υπό ελεγχόμενο μηχανικό αερισμό, οξυγόνο 100%, επί 20min και εφόσον τα επίπεδα του PaCO₂ είναι πάνω από 40 mmHg, αποσυνδέεται από τον αναπνευστήρα, ενώ χορηγείται συνεχώς οξυγόνο 6 lit/min. Αυτό εξασφαλίζει παθητική ροή οξυγόνου και οξυγόνωση για αποφυγή υποξαιμίας κατά τη διάρκεια της δοκιμασίας.

Έτσι ο ασθενής παρατηρείται αδιαλείπτως από το γιατρό επί 7-10min για την πραγματοποίηση αυθόρμητης αναπνευστικής κίνησης και λαμβάνεται δείγμα αρτηριακού αίματος για ανάλυση. Ο χρόνος αυτός είναι ικανός και αναγκαίος για να αυξηθεί το PaCO₂ σε επίπεδα 50-60 mmHg, που αποτελεί τον ουδό διέγερσης του αναπνευστικού κέντρου στον προμήκη. Η αύξηση του PaCO₂ κατά την άπνοια συνήθως επέρχεται με ρυθμό περίπου 3mmHg/min. Το ιδανικό επίπεδο του PaCO₂ που θα πρέπει να επιτυγχάνεται κατά τη δοκιμασία άπνοιας δεν έχει προσδιορισθεί ακριβώς(τα επίπεδα κυμαίνονται μεταξύ 44 και 90 mmHg, ανάλογα με τους συγγραφείς).

Έχει γίνει αποδεκτό στο τέλος της δοκιμασίας άπνοιας το PaCO₂ να είναι 60 mmHg \pm 20 mmHg πάνω από τα συνηθέστερα επίπεδα PaCO₂ του ατόμου, θα πρέπει να σημειωθεί ότι βλάβη του αναπνευστικού κέντρου μπορεί να επηρεάσει το επίπεδο του PaCO₂ για το οποίο αυτό ανταποκρίνεται με αυτόματη αναπνοή. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται στην περίπτωση των ασθενών με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, επειδή :1)έχουν ελαττωμένη ανταπόκριση στο διοξείδιο του άνθρακα, λόγω της χρόνιας υπερκαπνίας και 2)έχουν μειωμένη ευαισθησία στο ανοξικό ερέθισμα, προκειμένου να λειτουργήσει το αναπνευστικό τους κέντρο. Σε αυτούς τους ασθενείς αποδεκτό επίπεδο PaCO₂ πρέπει να είναι τα 60 mmHg στο τέλος της δοκιμασίας της άπνοιας.

Αν και δεν είναι γνωστό πιο είναι το χαμηλότερο επίπεδο κορεσμού της αιμοσφαιρίνης με οξυγόνο στον εγκεφαλικά νεκρό, η υποξία πρέπει να αποφεύγεται κατά τη δοκιμασία άπνοιας. Η παρακολούθηση του κορεσμού της αιμοσφαιρίνης με οξυγόνο, με περιφερικό οξύμετρο(SpO₂) είναι αναγκαία. Κατά τη διάρκεια της δοκιμασίας άπνοιας, δεν επιτρέπεται η εφαρμογή συνεχούς θετικής πίεσης στις αεροφόρες οδούς, διότι σε ορισμένους αναπνευστήρες ο τύπος αυτός αερισμού διακόπτει τη συνεχή ροή του οξυγόνου

όταν δεν υπάρχει αυτόματη πυροδότηση του αερισμού, γεγονός που καθιστά αναξιόπιστο το αποτέλεσμα της δοκιμασίας.

Ως έκβαση για τον τερματισμό της δοκιμασίας άπνοιας χρησιμοποιείται το PaCO₂ και όχι το pH. Αυτό γίνεται διότι τα χημειοευαίσθητα κύτταρα του αναπνευστικού κέντρου διεγείρονται περισσότερο από την αύξηση του επιπέδου του PaCO₂ παρά από την ελάττωση του pH. Ο αιματοεγκεφαλικός φραγμός, ενώ διαπερνάται εύκολα από το CO₂ είναι ελάχιστα διαπερατός από ιόντα όπως το H⁺. Παρότι, η αύξηση του PaCO₂ προκαλεί ελάττωση του pH στον εγκέφαλο και εξ' αυτού διέγερση του αναπνευστικού κέντρου εντούτοις μπορεί να απαιτηθεί πολύ σοβαρή οξέωση για να προκαλέσει από μόνη της επαρκές ερέθισμα διέγερσης του αναπνευστικού κέντρου.

Η δοκιμασία άπνοιας πρέπει να τερματίζεται στις εξής περιπτώσεις: όταν ο ασθενής εμφανίζει οποιαδήποτε αναπνευστική προσπάθεια όπως βήχα, ή κίνηση για να πιάσει τον τραχειοσωλήνα. Όταν εμφανιστεί αιφνίδια αιμοδυναμική αστάθεια και χρειάζεται αντιμετώπιση με ιόντα και υγρά, εφόσον αποκατασταθεί η αστάθεια γίνεται νέα προσπάθεια, όταν δεν υπάρχει ανταπόκριση δεν επιχειρείται νέα δοκιμασία άπνοιας αλλά γίνεται εργαστηριακός έλεγχος για την παρουσία ροής στον εγκέφαλο. Όταν η PaCO₂ είναι >60 mmHg και συνυπάρχουν απουσία άλλων παραγόντων που προκαλούν σύγχυση στη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου, αιμοδυναμική σταθερότητα, επαρκής PaCO₂(στην περίπτωση ΧΑΠ μεγαλύτερη ή ίση με 60 mmHg) και δεν παρατηρείται καμία αναπνευστική προσπάθεια.^{13,14,17}

Δοκιμασία ατροπίνης

Η δοκιμασία ατροπίνης, αν και δεν συμπεριλαμβάνεται στις υποχρεωτικές δοκιμασίες για τη διάγνωση του θανάτου του εγκεφαλικού στελέχους, μπορεί να δώσει μια επιπλέον πληροφορία. Αύξηση της καρδιακής συχνότητας >3% μετά από εφάπαξ ενδοφλέβια χορήγηση 3 mg ατροπίνης σημαίνει πως ο ασθενής δεν είναι εγκεφαλικά νεκρός (θετική ανταπόκριση στην ατροπίνη).^{13,14,17}

3.3.Εργαστηριακός έλεγχος για την επιβεβαίωση του εγκεφαλικού θανάτου

Εργαστηριακή επιβεβαίωση της διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου επιβάλλεται στις εξής περιπτώσεις:

- Όταν παρατηρούνται ανεξήγητες κινήσεις (σημείο του Λαζάρου, τραγικά αντανάκλαστικά)

- Όταν υπάρχουν διάφορα διαγνωστικά προβλήματα που συγχέουν την κλινική εικόνα του εγκεφαλικού θανάτου.
- Όταν υφίσταται και η παραμικρή αμφιβολία για τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου.
- Όταν η νομοθεσία της χώρας το επιβάλλει.
- Σε αδυναμία των κλινικών δοκιμασιών, π.χ. όταν υπάρχει διατομή του νωτιαίου μυελού στο ύψος της αυχενικής μοίρας.

Όταν η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου είναι αδιαμφισβήτητη με τα κλινικά κριτήρια π.χ. σε μια Κ.Ε.Κ. με καταστροφή του εγκεφάλου, τότε ο επιβεβαιωτικός εργαστηριακός έλεγχος δεν χρειάζεται ή δεν γίνεται προαιρετικά, στους ενήλικες και τα παιδιά που είναι μεγαλύτερα του 1 έτους. Στα παιδιά που είναι μεγαλύτερα του 1 έτους συνίσταται να πραγματοποιείται. Αυτό γίνεται γιατί πολλά παιδιά έχουν υποθερμία όταν πέφτουν σε κώμα μετά από σοβαρή εγκεφαλική βλάβη. Επιπλέον πολλά από τα ανταντακλαστικά των εγκεφαλικών συζυγίων δεν είναι πλήρως ανεπτυγμένα σε πρόωρα ή ακόμη σε τελειόμηνα νεογνά, οπότε τα αποτελέσματα της νευρολογικής εκτίμησης μπορεί να τεθούν υπό αμφισβήτηση.^{13,17}

3.4. Αγγειογραφία τεσσάρων εγκεφαλικών αγγείων

Πρόκειται για αγγειογραφία και των τεσσάρων εγκεφαλικών αγγείων, δηλαδή των κοινών καρωτίδων και των σπονδυλικών αρτηριών αμφοτερόπλευρα. Η κλασική αυτή αγγειογραφία γίνεται μέσω καθετήρα που εισάγεται από τη μηριαία αρτηρία και φέρεται μέσω του αορτικού τόξου και διαδοχικά των δύο κοινών καρωτίδων και των δύο σπονδυλικών αρτηριών, αριστερά και δεξιά. Απουσία απεικόνισης των αρτηριακών κλάδων της πρόσθιας και της οπίσθιας κυκλοφορίας στον εγκέφαλο και διακοπή της αιματικής ροής στη βάση του κρανίου, αποτελούν στοιχεία εγκεφαλικού θανάτου, η μέθοδος αυτή έχει το μειονέκτημα ότι απαιτεί μεταφορά του ασθενούς στο ακτινολογικό εργαστήριο, με μηχανική υποστήριξη της αναπνοής με οξυγόνο 100%, συνεχές monitoring και έγχυση ινοτρόπων όπως χορηγούνται στη ΜΕΘ (Μονάδα Εντατικής Θεραπείας).¹³

3.5. Σπινθηρογράφημα εγκεφάλου

Το ραδιενεργό τεχνίτιο (^{99m}Tc) χορηγούμενο ενδοφλέβιο εφάπαξ, δεν διαπερνά τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό. Η απουσία σπινθηρογραφικών στοιχείων ενδεικτικών ενδοκρανιακής αρτηριακής αιματικής ροής θεωρείται στοιχείο εγκεφαλικού θανάτου. Ωστόσο η μέθοδος δεν έχει απόλυτη αξιοπιστία για την ύπαρξη αιματικής ροής στον οπίσθιο βόθρο και το εγκεφαλικό στέλεχος.

Πιο αξιόπιστη πληροφορία δίνουν τα νεώτερα ραδιοϊσότοπα, όπως το ^{99m}Tc εξαμεθυλ-προπυλεναμιν-οξίμη (^{99m}Tc HM-PAO) και η N-ισοπροπυλ- ^{123}I -ιοδοαμφεταμίνη, τα οποία διαπερνούν τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό και προσλαμβάνονται από τα ζωντανά κύτταρα για μερικές ώρες.^{13,17}

3.6. Διακρανιακό υπερηχογράφημα-Doppler

Το διακρανιακό υπερηχογράφημα-Doppler είναι μια μη επεμβατική μέθοδος μέτρησης της ταχύτητας ροής του αίματος αγγεία του εγκεφάλου ελαττώνεται και ο δείκτης παλμικότητας αυξάνεται, σύμφωνα με τον τύπο:

Δείκτης παλμικότητας = [μέγιστη ταχύτητα – τελικοδιαστολική ταχύτητα] / μέση ταχύτητα

Μόλις η ενδοκράνια πίεση φθάσει το ύψος της μέσης αρτηριακής πίεσης, οπότε επέρχεται πλέον ο εγκεφαλικός θάνατος, το διακρανιακό υπερηχογράφημα Doppler δείχνει χαρακτηριστικά συστολικά οξυαίχμα επάρματα (systolic spikes), απουσία ροής αίματος (απουσία σήματος), αναστροφή της ροής του αίματος στη διαστολική φάση (to-end-fro) ή κύματα ταλάντωσης. Με τοποθέτηση του μορφομετατροπέα Doppler στο κατάλληλο σημείο της κεφαλής (παράθυρο) μπορεί να μετράται η ταχύτητα ροής στο αντίστοιχο εγκεφαλικό αγγείο. Απαιτείται προσοχή στην ερμηνεία των σημάτων, διότι απουσία του σήματος μπορεί να σημαίνει π.χ. μεμονωμένη απόφραξη του αγγείου. Παράπλευρα εσφαλμένα σήματα ροής θα πρέπει να αποκλείονται κατά την εφαρμογή του διακρανιακού υπερηχογραφήματος Doppler. Αυτή η μέθοδος, σε ορισμένα άτομα (περίπου το 10% των ασθενών) δεν έχει αξιοπιστία λόγω της διαστρωμάτωσης του κρανιακού τοιχώματος. Έτσι, μπορεί να δώσει ψευδώς θετική δοκιμασία. Η αγγειογραφία των τεσσάρων εγκεφαλικών αγγείων συμπληρώνει αυτόν τον έλεγχο. Όταν η αιμοδυναμική κατάσταση του ατόμου δεν επιτρέπει του στο ακτινολογικό εργαστήριο για την πραγματοποίηση της αγγειογραφίας, τότε γίνονται στη σειρά έλεγχοι με διακρανιακό υπερηχογράφημα-Doppler, σε όλες τις ενδοεγκεφαλικές αρτηρίες (μέση εγκεφαλική και σπονδυλοβασική) αμφοτερόπλευρα, για την επιβεβαίωση του εγκεφαλικού θανάτου. Στη ΜΕΘ χρησιμοποιείται για ενήλικες και παιδιά η φορητή συσκευή διακρανιακής υπερηχογραφίας-Doppler.^{13,17}

3.7. Αξονική τομογραφία

Η αξονική τομογραφία χρησιμεύει κυρίως στον προσδιορισμό της αιτίας του εγκεφαλικού θανάτου (π.χ. κρανιοεγκεφαλική κάκωση, εγκολεασμός ή πολλαπλές ημισφαιρικές βλάβες με συνοδό οίδημα ή γενικευμένο οίδημα). Η

αξονική τομογραφία εμπλουτισμένη με Ξένον είναι μια περισσότερο αξιόπιστη μη επεμβατική μέθοδος, κατά την οποία απεικονίζεται η κυκλοφορία του αίματος σε όλο το εγκεφαλικό αρτηριακό δίκτυο. Η τεχνική αυτή μπορεί αν εφαρμοστεί σε ενήλικες και παιδιά και θεωρείται ως η ακριβέστερη αντικειμενική μέθοδος τεκμηρίωσης του εγκεφαλικού θανάτου.^{13,17}

3.8. Μαγνητική τομογραφία

Η μαγνητική τομογραφία και μάλιστα οι σύγχρονες ταχείες τεχνικές (diffusion-weighted magnetic resonance imaging), μπορούν όχι μόνον να απεικονίσουν τις ανατομικές μεταβολές που συνδέονται με την εγκεφαλική βλάβη, αλλά και να αποκαλύψουν τις δευτεροπαθείς δομικές αλλοιώσεις του εγκεφαλικού θανάτου, σε αντιδιαστολή με το απλό οίδημα του εγκεφαλικού ιστού. Η μαγνητική τομογραφία παρέχει εικόνες απουσίας ροής στον εγκέφαλο, συμβατές με εγκεφαλικό θάνατο.¹⁷

3.9. Εγκεφαλική οξυμετρία

Η εγκεφαλική οξυμετρία με φασματοσκόπηση πλησίον του υπερύθρου αποτελεί αναίμακτη τεχνική που μετρά τον τοπικό κορεσμό της αιμοσφαιρίνης με οξυγόνο και την ισορροπία μεταξύ τοπικής προσφοράς και απαίτησης οξυγόνου στον εγκέφαλο. Αν και στα σημεία με εγκεφαλική ισχαιμία η κατανάλωση οξυγόνου ελαττώνεται, σε νεκρό εγκέφαλο ή σε γενικευμένη εγκεφαλική ισχαιμία με απώλεια της μεταβολικής δραστηριότητας, οι ενδείξεις μπορεί να κυμαίνονται ακόμη και σε φυσιολογικά όρια, γιατί το αίμα λιμνάζει μέσα στα φλεβικά τριχοειδή. Το γεγονός αυτό καθιστά τη μέθοδο μη εφαρμόσιμη στην περίπτωση του εγκεφαλικού θανάτου.^{13,17}

3.10. Ενδοεγκεφαλική μικροδιαπήδηση

Είναι μια μέθοδος με την οποία μπορούμε να προσδιορίσουμε *in vivo* μεταβολές των νευρομεταβιβαστών. Η εφαρμογή της ενδοεγκεφαλικής μικροδιαπήδησης, για την αξιολόγηση μιας βαριάς εγκεφαλικής βλάβης και τη διαγνωστική προσέγγιση του εγκεφαλικού θανάτου, ευρίσκεται ακόμη υπό έρευνα. Ωστόσο έχει διαπιστωθεί σε ασθενείς με βαριά εγκεφαλική βλάβη και βαθμολογία με την κλίμακα της Γλασκώβης μικρότερη από 5, ότι με τη χρήση της τεχνικής αυτής οι συγκεντρώσεις των διεγερόντων αμινοξέων γλουταμικού και ασπαρτικού βρέθηκαν εξαιρετικά αυξημένες.^{13,17}

Κεφάλαιο 4

Ηθική και Νομοθεσία των μεταμοσχεύσεων

- *Ηθική των μεταμοσχεύσεων*
- *Εμπορευματοποίηση των μεταμοσχεύσεων*
- *Νομοθεσία*
- *Νομικά ζητήματα σχετικά με τις μεταμοσχεύσεις στην Ελλάδα*
- *Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων (Ε.Ο.Μ)*
- *Μεταμόσχευση από ζώντα δότη*
- *Μεταμόσχευση από πτωματικό δότη*

4.1 Ηθική των μεταμοσχεύσεων

Ένα λεπτό πρόβλημα που δεν διακρίνεται με την πρώτη ματιά είναι ότι η χρησιμοθηρική αντίληψη που επικρατεί στις σύγχρονες κοινωνίες, σε συσχετισμό με την τάση αποδοχής και νομιμοποίησης της ευθανασίας, θα μπορούσε κάλλιστα να συνδέσει τις μεταμοσχεύσεις με την ευθανασία. Το επιχείρημα που ακούγεται είναι ότι, αφού κάποιος ούτως ή άλλως επιλέγει την επίσπευση του θανάτου του και ταυτόχρονα είναι δυνατό κάποιο από τα όργανα του μεταμοσχευόμενα να δώσουν ζωή, θα μπορούσε σαν ύστατη πράξη καλής θέλησης να προσφέρει ιστούς και όργανα του σώματός του σε συνανθρώπους του. Με τον τρόπο αυτόν, ο θάνατος του και τον ίδιο θα ανακούφιζε και σε άλλους ανθρώπους θα χάριζε ζωή. Ορισμένοι λοιπόν προτείνουν άτομα που συνδυάζουν τη διάθεση ευθανασίας με την επιθυμία δωρεάς των οργάνων τους, με κάποιο τρόπο να καθίστανται εγκεφαλικά νεκροί. Δεδομένου μάλιστα ότι στην περίπτωση αυτήν θα μπορούσαμε να έχουμε και την ρητή και εκφρασμένη συναίνεση τους, ξεπερνιούνται και όλα τα νομικά κωλύματα. Το ενδιαφέρον είναι ότι η άποψη αυτή ακούγεται πολύ εύλογη στη σύγχρονη αντίληψη και δείχνει να γίνεται εύκολα ηθικά αποδεκτή.

Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι, ενώ η αφαίρεση των οργάνων, για την περίπτωση των λεγόμενων πτωματικών μεταμοσχεύσεων, προϋποθέτει οπωσδήποτε τον ορθώς διαγνωσμένο θάνατο του δότη, συχνά ακούγονται φωνές που τοποθετούν τις μεταμοσχεύσεις σε εντελώς διαφορετική βάση από αυτήν της ζωής. Στην περίπτωση αυτή, ως προϋπόθεση δωρεάς δεν θεωρείται ο θάνατος του δότη, αλλά η βούληση ή η ποιότητα ζωής του. Με άλλα λόγια, τα όργανα δεν αναιρούνται μόνον όταν ο δότης είναι νεκρός, αλλά όταν ο ίδιος το αποφασίσει ή όταν η ποιότητα ζωής του δεν θεωρείται με κάποια κριτήρια ικανοποιητική. Στην πρώτη περίπτωση προκρίνεται η αξιοποίηση της ευθανασίας, ενώ στην δεύτερη των φυτικών καταστάσεων.¹⁸

4.2.Εμπορευματοποίηση των μεταμοσχεύσεων

Η αγοραπωλησία των οργάνων απαγορεύεται ρητά από το νόμο και μάλιστα κάθε παράβαση τιμωρείται με υψηλό πρόστιμο και φυλάκιση. Παρά ταύτα, κατά καιρούς εμφανίζονται υποστηρικτές της απόψεως ότι μια τέτοια δυνατότητα αφ ενός μεν αποτελεί δικαίωμα του κάθε ανθρώπου, αφ ετέρου δε θα έλυνε το πρόβλημα της ελλείψεως μοσχευμάτων. Το διεθνές δίκαιο προστατεύει γενικότερα τις μεταμοσχεύσεις από την οικονομική εκμετάλλευση. Μάλιστα στη χώρα μας, η προσπάθεια προστασίας των μεταμοσχεύσεων από τέτοιου είδους εκτροπές είχε ως αποτέλεσμα ο νέος νόμος να αποφεύγει και τη θέσπιση λογικών κινήτρων(π.χ. μια μονάδα εντατικής θεραπείας που προσφέρει περισσότερους δότες να επιχορηγείται περισσότερο) ή να αποκλείει περιπτώσεις που δεν έρχονται σε αντίθεση με βασικές ηθικές αρχές(π.χ. να προσδιορίσει ο

δότης το λήπτη παραβιάζοντας τη σειρά που προβλέπει η λίστα). Με τον τρόπο αυτό επιβάλλονται αυστηρά κριτήρια και περιοριστικές διατάξεις ώστε κατά το δυνατόν να αποκλεισθεί η περίπτωση εμπορευματοποίησης των μεταμοσχεύσεων. Παρά ταύτα, υπάρχουν χώρες, κυρίως του τρίτου κόσμου όπου κάτι τέτοιο δεν είναι πρακτικά να ελεγχθεί. Το νομικό καθεστώς είναι τόσο χαλαρό ώστε συχνά αναφέρονται περιστατικά που ενδεείς άνθρωποι υποχρεώνονται να πουλήσουν κάποιο από τα διπλά τους όργανα (συνήθως ένα νεφρό) αντί, στις περισσότερες των περιπτώσεων, κάποιου εξευτελιστικού ανταλλάγματος προκειμένου να αντιμετωπίσουν τις βασικές ανάγκες επιβιώσεώς τους.

Ενώ η απόρριψη του εμπορίου των οργάνων ακούγεται προφανής, είναι ιδιαίτερα αξιοσημείωτη η άποψη ορισμένων ηθικολόγων, οι οποίοι σε κάποιες περιπτώσεις δέχονται την επ' αμοιβή προσφορά των οργάνων και ιστών. Πιο συγκεκριμένα, πιστεύουν ότι το να αξιώσει η κοινωνία από έναν πτωχό να δωρίσει χωρίς αντάλλαγμα ένα πολύτιμο όργανό του εμπεριέχει κάποιο βαθμό εκμετάλλευσης, μια που κάτι τέτοιο εναποθέτει τεράστιο ηθικό βάρος στους ώμους ανθρώπων που συν τοις άλλοις υποφέρουν. Προχωρούν μάλιστα και υποστηρίζουν ότι, εφ' όσον η οικονομική επάρκεια συνδυάζεται με καλύτερης ποιότητας και μακροβιότερη ζωή, η δωρεά και μη οικονομική αξιοποίηση του οργάνου θα μπορούσε έμμεσα να σημαίνει και συντόμευση της ζωής του δότη!¹⁸

4.3 Νομοθεσία

Οι μεταμοσχεύσεις διέπονται από διάφορους κανόνες, που εκτείνονται στο ποινικό και στο αστικό δίκαιο και στην ειδική νομοθεσία αναφορικά με το ζήτημα. Η νομοθετική παρέμβαση έχει δύο σκέλη: ένα πρακτικό και ένα δεοντολογικό. Ο πρώτος γιατί εξαιτίας της υφής του ζητήματος των μεταμοσχεύσεων είναι δυνατόν να υπάρχει εκμετάλλευση του ανθρώπινου προβλήματος, και ο δεύτερος, επειδή η νομική είναι φυσικό να ενδιαφέρεται για το άτομο ακόμα και σε μια τόσο κρίσιμη στιγμή της ύπαρξής του. Η νομική κατοχύρωση φαίνεται να αποτελεί μια από τις πρώτες και τις βασικές προϋποθέσεις για τη διευκόλυνση των μεταμοσχεύσεων.¹⁹

4.3.1 Νομικά ζητήματα σχετικά με τις μεταμοσχεύσεις στην Ελλάδα

Η αντιμετώπιση των νομικών προβλημάτων θεσπίζεται μέσα από το νομικό δίκαιο και συγκεκριμένα από τον ποινικό κώδικα με το νόμο 2737/1999 και τα άρθρα 1,2,9,10,12,20. Συγκεκριμένα το άρθρο 1 του κεφαλαίου Α αναφέρεται στο λόγο που γίνονται οι μεταμοσχεύσεις και σε ποιες περιπτώσεις οι διατάξεις του νόμου αυτού δεν εφαρμόζονται. Το άρθρο 2 του κεφαλαίου Α αναφέρεται στην απαγόρευση των μεταμοσχεύσεων με σκοπό κάποιο

αντάλλαγμα. Το άρθρο 9 του κεφαλαίου Α αναφέρεται στα ευαίσθητα δεδομένα των ληπτών και δωρητών. Το άρθρο 10 του κεφαλαίου Β αναφέρεται στην αφαίρεση ιστών και οργάνων από ζώντα δότη (προϋποθέσεις και διαδικασία) και το άρθρο 20 του κεφαλαίου Ε αναφέρεται στις ποινικές διατάξεις.^{20,21}

4.3.2 Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων (Ε.Ο.Μ)

Ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων(Ε.Ο.Μ) είναι Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου με έδρα την Αθήνα το οποίο τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας . Σκοπός του Ε.Ο.Μ είναι η υποβοήθηση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για τη χάραξη εθνικής πολιτικής στον τομέα των μεταμοσχεύσεων.

Ο Ε.Ο.Μ μεταξύ των άλλων:

- Εισηγείται τους όρους, τις προϋποθέσεις και τη διαδικασία των μεταμοσχεύσεων, καθώς και τον κώδικα δεοντολογίας για τη λειτουργία των Μονάδων Μεταμοσχεύσεων και των Τραπεζών Ιστών προς μεταμόσχευση.
- Οργανώνει και συντονίζει σε τοπικό, κρατικό και διακρατικό επίπεδο τη διακίνηση μοσχευμάτων στα οποία συμπεριλαμβάνεται ο μυελός των οστών.
- Καταγράφει τους δωρητές ιστών και οργάνων, δυνητικούς δότες και υποψήφιους λήπτες οργάνων.
- Συνεργάζεται με αντίστοιχους οργανισμούς και μεταμοσχευτικά κέντρα από άλλες χώρες για την προμήθεια και την ανταλλαγή μοσχευμάτων.
- Μεριμνά για την ψυχοκοινωνική υποστήριξη των ληπτών, των ζώντων δοτών και των συγγενών των δοτών επιδιώκει με κάθε πρόσφορο τρόπο και ιδίως με την οργάνωση της κατάλληλης ενημέρωσης και πληροφόρησης του κοινού, την αύξηση του αριθμού των προοριζόμενων για μεταμόσχευση οργάνων.²²

4.3.3 Μεταμόσχευση από ζώντα δότη

Η Ελληνική νομοθεσία καλύπτει το πεδίο των μεταμοσχεύσεων με το νόμο 2737/1999. Στο άρθρο 10 ορίζονται οι προϋποθέσεις και η διαδικασία που πρέπει να ακολουθούν στις μεταμοσχεύσεις από ζώντα δότη. Η αφαίρεση ιστών ή οργάνων για μεταμόσχευση από ζωντανό δότη επιτρέπεται μόνο:

α. για θεραπευτικούς σκοπούς , εφόσον δεν διατίθενται ιστοί και όργανα, μέχρι τη στιγμή της διενέργειας της 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.

β. όταν γίνει στο σύζυγο του δότη ή σε συγγενή μέχρι και δεύτερο βαθμό εξ αίματος.

γ. η αφαίρεση γίνεται από ενήλικο πρόσωπο. Κατ' εξαίρεση επιτρέπεται η αφαίρεση μυελού των οστών από ανήλικο δότη κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις. Ο ανήλικος που έχει συμπληρώσει το δωδέκατο έτος της ηλικίας του, συναινεί και αυτός στην αφαίρεση. Οι συναίνεσεις παρέχονται κατά τον τρόπο που προβλέπεται στο άρθρο 5 του νόμου αυτού.

δ. εφόσον ο δότης δεν τελεί σε πλήρη στερητική δικαστική συμπαράσταση και έχει την ικανότητα συναίνεσης και τη δηλώνει ελεύθερα αφού προηγουμένως ενημερωθεί για το σκοπό τη φύση και τους ενδεχόμενους κινδύνους της επέμβασης.

ε. η συναίνεση παρέχεται με έναν από τους εξής τρόπους:

1. Με συμβολαιογραφικό έγγραφο.

2. Με έγγραφο στο οποίο βεβαιώνεται από την Αστυνομική Αρχή η γνησιότητα της υπογραφής του δότη.

3. 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 συνυπογράφουν με το δότη τη σχετική καταχώρηση της συναίνεσης στο ειδικό βιβλίο.

4. Με οποιονδήποτε τρόπο. Η συναίνεση του δότη είναι ελεύθερος ανακλητή. Όλα τα σχετικά με τη μεταμόσχευση στοιχεία μεταβιβάζονται στον Ε.Ο.Μ.^{20,21}

4.3.4 Μεταμόσχευση από πτωματικό δότη

Σύμφωνα με το νόμο 2737/1999 άρθρο 12 η αφαίρεση ιστών και οργάνων από νεκρό δότη με σκοπό τη μεταμόσχευση επιτρέπεται μόνο για θεραπευτικούς σκοπούς, διενεργείται μετά την επέλευση του θανάτου, έστω και αν οι λειτουργίες ορισμένων οργάνων διατηρούνται με τεχνητά μέσα. Η αφαίρεση αποκλείεται αν είχε εγγράφως εκφράσει την άρνησή του. Αν ο δυνητικός δότης δεν είχε εκφράσει τη συναίνεσή του ή την άρνησή του, η αφαίρεση διενεργείται εφόσον δεν αντιτίθεται σε αυτήν ο σύζυγος, τα ενήλικα τέκνα, οι γονείς ή τα

αδέρφια του. Η συναίνεση ή η άρνηση είναι πάντα ελεύθερα ανακλητή. Όταν ο θεράπων ιατρός διαπιστώσει 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 πιστοποιητικού θανάτου. Στην πιστοποίηση του θανάτου δε 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 το 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 παράγραφο 4 τη συναίνεση ή άρνησή τους, αν δεν είχε εγγράφως συναινέσει ή αποκλείσει τη μεταμόσχευση. Μόνο αν πρόκειται να γίνει μεταμόσχευση συνεχίζεται η τεχνητή υποστήριξη. Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από το νεκρό δότη γίνεται με σεβασμό στο σώμα του νεκρού, εκεί όπου βρίσκεται ο δότης και κάτω από κατάλληλες συνθήκες. 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.^{20,21}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Ιστοσυμβατότητα

- *Ιστοσυμβατότητα*
- *Αντιγόνο ορισμός και δράση*
- *Μεταμόσχευσεις*
- *Ενδείξεις μεταμόσχευσης*
- *Αντενδείξεις μεταμόσχευσης*

5.1 Ιστοσυμβατότητα

Ως σύστημα ιστοσυμβατότητας θεωρούνται εξ' ορισμού πρωτεϊνικές ομάδες εντοπισμένες πάνω στις μεμβράνες των εμπύρηνων κυττάρων των θηλαστικών που καθορίζουν την αντιγονική τους έκφραση. Τα αντιγόνα αυτά (Human Leucocyte Antigen-HLA) κληρονομούνται με τη μορφή απλοτύπου από κάθε γονέα.

Στον άνθρωπο κάθε βραχύ σκέλος του χρωμοσώματος 6 περιέχει γονίδια που καθορίζουν την ύπαρξη μιας ομάδας γλυκοπρωτεϊνών, γνωστών ως αντιγόνων των λευκοκυττάρων του ανθρώπου. Αυτή η περιοχή του χρωμοσώματος 6, που ονομάζεται και μείζον σύστημα ιστοσυμβατότητας, παίζει σπουδαίο ρόλο στην απόρριψη των μοσχευμάτων. Μέχρι σήμερα είναι γνωστές τέσσερις ομάδες αντιγόνων, που ονομάζονται HLA-A, B, C και D(DR). Το σύμπλεγμα HLA είναι πολύμορφο, με τουλάχιστον 15 διαφορετικά αντιγόνα στη θέση A, πάνω από 30 στη B, 6 στη C και 11 στη DR. Τα αντιγόνα αυτά κληρονομούνται με τους νόμους του Mendel, κατά τον επικρατούντα χαρακτήρα, έτσι που κάθε άτομο να έχει δύο αντιγόνα σε κάθε θέση, ένα από τον κάθε γονέα.

Αρχικά είχε θεωρηθεί ότι όσο περισσότερα αντιγόνα έχουν κοινά ο δότης και ο λήπτης, τόσο καλύτερο αποβαίνει και το αποτέλεσμα της μεταμόσχευσης. Αργότερα όμως, διαπιστώθηκε στην πράξη ότι μεγαλύτερη σημασία έχουν τα αντιγόνα της θέσης D, που καθορίζουν και την ένταση της κυτταρικής ανοσίας. Τέτοια αντιγόνα μπορούν να ελεγχθούν καλύτερα με τη *μικτή καλλιέργεια λεμφοκυττάρων*. Όσο εντονότερη είναι η αντίδραση στις καλλιέργειες, τόσο εντονότερη είναι και η αντίδραση της απόρριψης. Έλεγχος των αντιγόνων ιστοσυμβατότητας της θέσης D μπορεί να γίνει μόνο σε ζώντες δότες, γιατί χρειάζονται 3-5 ημέρες μέχρι να ολοκληρωθούν τα αποτελέσματα της καλλιέργειας. Στον πτωματικό νεφρό, π.χ., τέτοιος χρόνος δε δίνεται. Αυτός είναι και ο λόγος που τα αποτελέσματα από ζώντες δότες είναι καλύτερα σε σχέση με τους πτωματικούς.

Ο όρος *διασταύρωση για ιστικά αντιγόνα* σημαίνει έλεγχο των αντιγόνων ενός ατόμου που καθορίζονται από το μείζον σύστημα ιστοσυμβατότητας. Τα αντιγόνα HLA-A και HLA-B και ορισμένα C βρίσκονται στους περισσότερους ιστούς του σώματος, εκτός από τα ερυθρά αιμοσφαίρια, καθώς και στα T-λεμφοκύτταρα σε μεγάλη πυκνότητα. Τα αντιγόνα HLA-D βρίσκονται πυκνότερα στα B-λεμφοκύτταρα, στα μακροφάγα, στα μονοκύτταρα, στα σπερματοζώαρια και στα ενδοθηλιακά κύτταρα. Η μέθοδος που χρησιμοποιείται πιο συχνά για τον έλεγχο αυτών των αντιγόνων απαιτεί τη χρησιμοποίηση συμπληρώματος και ονομάζεται *κυτταροτοξικότητα εξαρτώμενη από το συμπλήρωμα (CDC)*.²³

5.2 ANTIΓΟΝΟ-ορισμός και δράση

Αντιγόνο είναι μια ουσία ενδογενής ή εξωγενής, η οποία αναγνωρίζεται από το ανοσοποιητικό σύστημα σαν ξένη. Αντιγονικά στοιχεία μπορούν να εισέλθουν στον οργανισμό διαμέσου όλων των οδών (ενδοδερμικά, ενδομυϊκά,

ενδοφλέβια, υποδόρια και από το στόμα). Η από το στόμα χορήγηση μειώνει σημαντικά την αντιγονικότητα ενός στοιχείου, εξαιτίας των πεπτικών ενζύμων και του υδροχλωρικού οξέος του στομάχου. Η οδός χορήγησης του αντιγόνου και η δόση επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό το μέγεθος και την ένταση της ανοσοαντίδρασης. Μετά την είσοδο του αντιγόνου στον οργανισμό αρχίζει να εκτελείται η διεργασία προώθησης του, η οποία περιλαμβάνει τρεις φάσεις:

- Σύλληψη του αντιγόνου από τα μακροφάγα κύτταρα μέσα στα λεμφαγγεία ή στη συστηματική κυκλοφορία.
- Μεταφορά και παρουσίαση του αντιγόνου στα λεμφοκύτταρα που κυκλοφορούν με φαγοκύτωση.
- Μετακίνηση και μετανάστευση των λεμφοκυττάρων, που έχουν διεγερθεί, στα κεντρικά λεμφοειδή όργανα, στα οποία πολλαπλασιάζονται, διαφοροποιούνται και μετατρέπονται σε ειδικά κύτταρα αντίδρασης με το αντιγόνο που προκάλεσε τη διέγερση.

Η προώθηση αυτή του αντιγόνου εξαρτάται από την κατάσταση του ανοσοποιητικού συστήματος. Αν ο οργανισμός έχει ευαισθητοποιηθεί στο παρελθόν στο ίδιο αντιγόνο, η προώθηση του αντιγόνου γίνεται με άλλο τρόπο. Κάθε μεταμόσχευση προκαλεί την ανοσοαντίδραση του λήπτη, η οποία έχει τέσσερα βασικά χαρακτηριστικά:

- 1)Είναι απόλυτα εξειδικευμένη για τα αντιγόνα του μοσχεύματος.
- 2)Παρουσιάζει μεγάλη πολυμορφία στα κύτταρα που συμμετέχουν.
- 3)Απαιτεί τη συμμετοχή ολόκληρου του λεμφικού συστήματος.
- 4)Επαναλαμβάνεται ακριβώς η ίδια και μάλιστα σε εντονότερο βαθμό, αν προκληθεί και πάλι από τα ίδια αντιγόνα που την προκάλεσαν αρχικά.

Το ανοσοβιολογικό σύστημα έχει την ικανότητα να αντιδρά εκλεκτικά στα ξένα αντιγονικά στοιχεία που προκάλεσαν την αντίδραση και μάλιστα με γενετικά προκαθορισμένες σειρές κυττάρων του λεμφοποιητικού ιστού. Ο λεμφαδενικός ιστός, δηλαδή τα λεμφοζίδια του γαστρεντερικού συστήματος, ο σπλήνας, ο θύμος αδένας και τα έμμορφα στοιχεία του αίματος της λεμφοποιητικής σειράς, πρέπει να βρίσκονται σε απόλυτα φυσιολογική λειτουργία, πράγμα που σημαίνει ότι η φυσιολογική εξέλιξη της ανοσοαντίδρασης απαιτεί και προϋποθέτει πλήρη ανάπτυξη, καθώς και ανατομική και λειτουργική ακεραιότητα του λεμφικού ιστού.

Το σημαντικότερο χαρακτηριστικό της ανοσοαντίδρασης είναι το γεγονός ότι αν εκδηλωθεί μια φορά διατηρείται στη «μνήμη» του οργανισμού για την υπόλοιπη ζωή του, όπως ακριβώς ένα πρόγραμμα σε κομπιούτερ. Στην ιδιότητα αυτής της μνήμης στηρίζεται και το φαινόμενο της εντονότερης αντίδρασης του

ανοσοποιητικού συστήματος, σε περίπτωση επανάληψης του αντιγονικού ερεθισμού, που ονομάζεται «δευτερογενής ανοσοαντίδραση».²⁴

Η ανοσοαντίδραση των μεταμοσχεύσεων αποτελεί τυπική ανοσοβιολογική αντίδραση του λήπτη στα αντιγόνα ιστοσυμβατότητας, που μεταφέρονται με το μόσχευμα και χωρίζεται σε τρεις φάσεις:

Προϊούσα φάση ή φάση της αναγνώρισης (του ξένου αντιγόνου). Τα αντιγόνα του μοσχεύματος μπαίνουν στην κυκλοφορία του λήπτη και κινητοποιούν τα κατάλληλα λεμφοκύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος του δότη. Στην περίπτωση δερματικών μοσχευμάτων τα αντιγόνα εισέρχονται μέσω των λεμφαγγείων, ενώ στην περίπτωση μοσχευμάτων με αγγειακό μίσχο, η είσοδος τους γίνεται μέσω της αιματικής κυκλοφορίας. Από τους ίδιους δρόμους θα κυκλοφορήσουν στο μόσχευμα και τα αντιγόνα του λήπτη και μάλιστα σε πολύ μεγαλύτερα ποσά. Μετά την αποκατάσταση της κυκλοφορίας στο μόσχευμα, μακροφάγα κύτταρα αρχίζουν τη λειτουργία της φαγοκύτωσης των αντιγόνων του μοσχεύματος και ενεργοποιούν το φαινόμενο της ανοσοαντίδρασης του λήπτη. Η αναγνώριση των ξένων αντιγόνων γίνεται από γενετικά προκαθορισμένα λεμφοκύτταρα, που έχουν στην επιφάνειά τους κατάλληλους υποδοχείς για τη σύνδεση με το συγκεκριμένο αντιγόνο. *Κεντρική φάση.* Αρχίζει με την εγκατάσταση των μικρών λεμφοκυττάρων, που έχουν ευαισθητοποιηθεί προηγουμένως, στους λεμφαδένες. Η εγκατάσταση γίνεται σε τμήματα των λεμφαδένων που ελέγχονται από το θύμο αδέν. Στη θέση αυτή τα μικρά λεμφοκύτταρα μετατρέπονται σε ανοσοβλάστες, οι οποίοι παρουσιάζουν έντονη διαίρεση και στη συνέχεια γίνονται πάλι μικρά «προγραμματισμένα» λεμφοκύτταρα, τα οποία κατευθύνονται ενάντια στο αντιγόνο που προκάλεσε την αντίδραση. Από τα κύτταρα αυτά μια ομάδα θα μετατραπεί σε κύτταρα «μνήμης», που θα ευαισθητοποιήσουν τον οργανισμό να θυμάται για πάντα το αντιγόνο που προκάλεσε την αντίδραση, μια άλλη θα μετατραπεί σε πλασματοκύτταρα, που παράγουν Β-λεμφοκύτταρα και μια άλλη ομάδα θα μετατραπεί σε κύτταρα απευθείας δραστικά στο αντιγόνο της αντίδρασης (Τ-λεμφοκύτταρα), που είτε εξουδετερώνουν το αντιγόνο είτε διευκολύνουν ή επιβραδύνουν την αντίδραση.^{23,24}

Απιούσα ή καταστροφική φάση. Είναι η φάση του τελικού αποτελέσματος και στόχος της είναι η εξουδετέρωση του αντιγόνου που την προκάλεσε. Η εξουδετέρωση μπορεί να επιτευχθεί με αντισώματα (αντισωματικής) ή κυτταροτοξικά λεμφοκύτταρα(κυτταρική).

Κυτταρική ανοσία των μεταμοσχεύσεων είναι ο όρος που χρησιμοποιείται για να δηλωθεί η αντίδραση του λήπτη στα αντιγόνα του δότη με το σχηματισμό κυτταροτοξικών λεμφοκυττάρων. Κατά την κυτταρική ανοσία μαζί με τους ανοσοβλάστες απελευθερώνονται και διάφοροι υδροδιαλυτοί παράγοντες, οι ονομαζόμενες λεμφοκίνες, που δρουν χημειοτακτικά στην κινητοποίηση των λεμφοκυττάρων.

Αντισωματική ανοσία είναι η ικανότητα των αντιγόνων του μοσχεύματος να προκαλούν το σχηματισμό αντισωμάτων μέσω των πλασματοκυττάρων, που σχηματίζονται κατά την κεντρική φάση της ανοσοαντίδρασης. Ο ρόλος τους μπορεί να είναι άλλοτε επιβοηθητικός στην τελική φάση της εξουδετέρωσης των αντιγόνων του μοσχεύματος (ψυχοσυγκολλητίνες) και άλλοτε προστατευτικός για το μόσχευμα (θερμοσυγκολλητίνες). Το φαινόμενο της προστασίας του μοσχεύματος με αντισώματα είναι γνωστό ως Enhancement, που σημαίνει παράταση της επιβίωσης του μοσχεύματος.

Αντίδραση «μόσχευμα κατά του λήπτη». Σε ορισμένες περιπτώσεις κατά τις οποίες το ανοσοβιολογικό σύστημα του λήπτη δεν είναι ικανό να αντιδράσει στα αντιγόνα των ανοσοδραστικών κυττάρων του μοσχεύματος, δημιουργείται αντίστροφη ανοσοαντίδραση απόρριψης, δηλαδή το μόσχευμα αντιδρά ενάντια στο λήπτη. Αυτή η αντίδραση είναι τύπος κυτταρικής ανοσίας και εκδηλώνεται με T-λεμφοκύτταρα, που μεταφέρονται με το μόσχευμα εναντίον των αντιγόνων ιστοσυμβατότητας του λήπτη. Για να εκδηλωθεί αντίστροφη ανοσοαντίδραση θα πρέπει:

α) το μόσχευμα να περιέχει κύτταρα ικανά να προκαλέσουν ανοσοαντίδραση
 β) ο λήπτης να έχει αντιγόνα ιστοσυμβατότητας διαφορετικά από το μόσχευμα
 γ) για κάποιο λόγο να είναι ανίκανος να αντιδράσει στα αντιγόνα του μοσχεύματος. Σε κλινικό επίπεδο, η κατάσταση περιγράφεται ως ομόλογος νόσος ή Runt disease. Χαρακτηρίζεται από μεγάλη διόγκωση των στοιχείων του λεμφοποιητικού ιστού, ανορεξία, διάρροια, λευκοπενία, αναιμία, μεγάλη και προοδευτική απώλεια βάρους και δερματίτιδα με τελική κατάληξη το θάνατο. Η συγκεκριμένη αντίδραση παρατηρείται συχνά σε μεταμόσχευση μυελού των οστών.

5.3. Μεταμοσχεύσεις

5.3.1. Ενδείξεις μεταμοσχεύσεων:

- Τελικό στάδιο νόσου κατά το οποίο η βλάβη του πάσχοντος οργάνου είναι ανεπανόρθωτη, π.χ. σε νεφρική ανεπάρκεια.
- Παιδιά στην ανάπτυξη, νέοι και άτομα που παρουσιάζουν πρόβλημα σε τυχόν υποστηρικτικά μέσα που χρησιμοποιούνται, π.χ. τεχνητός νεφρός, βηματοδότης κ.τ.λ., προηγούνται ανεξάρτητα αιτιολογίας για τη νόσο.
- Άτομα με κακό κυκλοφορικό σύστημα, μυοσκελετικά προβλήματα κ.α.

5.3.2 Αντενδείξεις μεταμοσχεύσεων:

- Σηψαιμικές καταστάσεις.
- Προχωρημένη αθηροσκληρωτική νόσος.
- Μεγάλου βαθμού πνευμονική ή ηπατική ανεπάρκεια.
- Ηλικία κάτω του 1 έτους και άνω των 45 ετών.

- Συνυπάρχουσες παθήσεις, π.χ. σακχαρώδης διαβήτης, ερυθματώδης λύκος, σκληροδερμία, αμυλοείδωση, καρκίνος, φυματίωση κ.τ.λ.

Απαραίτητη προϋπόθεση για να γίνει δεκτό ένα μόσχευμα αν προέρχεται από πτώμα είναι ότι το άτομο που απεβίωσε θα πρέπει να ήταν απόλυτα υγιές ή να κατέληξε από εγκεφαλική βλάβη, χωρίς επηρεασμό της αιματικής κυκλοφορίας μέχρι τη στιγμή της εκτομής και τοποθέτησης του οργάνου είτε σε μηχανήμα συντήρησης είτε σε έκπλυση με κατάλληλο διάλυμα έκπλυσης μοσχευμάτων.

Για να γίνει αποδεκτό ένα μόσχευμα από ετοιμοθάνατο υποψήφιο δότη ισχύουν τα εξής:

- Η ηλικία του δότη θα πρέπει να είναι ως 55 ετών.
- Να μην πίνει ή χρησιμοποιεί άλλες εθιστικές ουσίες.
- Να μην υπάρχει προηγούμενη σημαντικού βαθμού υπέρταση, διαβήτης, νεφρική νόσος, κακοήθεια (εκτός κακοήθειας εγκεφάλου, που δεν έχει δώσει μεταστάσεις).
- Να μην υπάρχει γενικευμένη λοίμωξη.
- Τα εργαστηριακά της ανάλυσης αίματος και ούρων να είναι φυσιολογικά.^{23,24}

Κεφάλαιο 6

Η διαδικασία της μεταμόσχευσης

- I. Ιστορική αναδρομή Μεταμοσχεύσεων*
- II. Ταξινόμηση Μεταμοσχεύσεων*
- III. Η ενημέρωση του δότη και του λήπτη*
- IV. Προετοιμασία για το χειρουργείο*
- V. Μετά την μεταμόσχευση*
- VI. Μετεγχειρητική φροντίδα στον ζώντα δότη*
- VII. Μετεγχειρητική περίοδος του λήπτη*
- VIII. Ο ρόλος του νοσηλευτή*

6.1 Ιστορική αναδρομή Μεταμοσχεύσεων

Η ιδέα της μεταμόσχευσης οργάνων και ιστών απασχόλησε τον ανθρώπινο νου εδώ και αιώνες και αποτέλεσε ένα μεγάλο μέρος της δραστηριότητας της ιατρικής επιστήμης. Σήμερα θεωρείται σαν η μεγαλύτερη κατάκτηση της Ιατρικής του 20^{ου} αιώνα και αναμένεται ότι το έτος 2000 οι μεταμοσχεύσεις θα καταλαμβάνουν το 50% των ιατροχειρουργικών επεμβάσεων καθιστώντας έτι, κατά μία θέση, το ανθρώπινο σώμα «κιβώτιο ανταλλακτικών».

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

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

Το 700 π.Χ. στη Sursuta-Sanhita αρχαίοι Hindy χειρουργοί περιγράφουν μεθόδους πλαστικής αποκατάστασης μύτης και αυτιών με δερματικούς κρημνούς χρησιμοποιώντας τεχνικές που εφαρμόζονται ακόμα κι σήμερα.

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

Στο Βυζάντιο η εκκλησιαστική ιστορία διδάσκει το θαύμα των Αγίων Πατέρων και προστατών της Ιατρικής, Κοσμά και Δαμιανού. Οι Άγιοι Κοσμάς και Δαμιανός που ήταν γιατροί, ήταν αυτοί που ακρωτηρίασαν ένα κάτω άκρο, το οποίο είχε προσβληθεί από κακοήγη όγκο και μεταμόσχευσαν στη θέση του, ένα υγιές, που πήραν από ένα Αιθίοπα που είχε πεθάνει. Αυτό συνέβη τον 13ο αιώνα. Στη Δύση ο πάπας Ινοκέντιος ο VIII διατηρείται στη ζωή με συνεχείς μεταγγίσεις αίματος από νέους της εποχής, οι οποίοι μετά πέθαιναν. Τον 16ο αιώνα ένας Ιταλός Ευγενής του οποίου η μύτη είχε καταστραφεί από σύφιλη παρουσιάστηκε στο γιατρό Cospare Tagliacosi και του ζήτησε να μεταμοσχεύσει τη μύτη ενός σκλάβου του. Ο Ιταλός γιατρός αρνήθηκε γιατί αυτό θα αποτελούσε παραβίαση της προσωπικότητας του ατόμου.²⁵

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

συνεχίζουν αργότερα οι Charles, Eduard, Braun, Searo κλπ μαθητές του μεγάλου φυσιολόγου Claude Bernard (1813-1878). Ο Paul Bert την ίδια εποχή, μαθητής και αυτός του Claude Bernard διατυπώνει τη θεωρία ότι τα μοσχεύματα προέρχονται από γενετικά όμοια άτομα (ομοιοσχεύματα) από γενετικά ανόμοια άτομα (ανομοιοσχεύματα) από εκείνα που προέρχονται από άλλο είδος ζώου (ξενοσχεύματα) συμπεριφέρονται με διαφορετικό τρόπο το καθένα.

Το 1804 ο Baronio απόδειξε μετά από πειραματική προσπάθεια ότι η ελεύθερη δερματική αυτομεταμόσχευση σε πρόβατα θα μπορούσε να είναι επιτυχής.²⁶

Η αληθινή μεταμόσχευση οργάνων αρχίζει από τις αρχές του 19^{ου} αιώνα. Το 1905, ιατρική ομάδα στην Αυστρία μεταμόσχευσε επιτυχώς ένα τμήμα του κερατοειδούς χιτώνα από ένα εντεκάχρονο νεκρό παιδί σε ενήλικα. Η επιβίωση αυτού του ιστού κράτησε 3 χρόνια μέχρι το θάνατο του δέκτη. Μετά από 49 χρόνια, το 1954 στο Peter Bent Brigham Hospital στη Βοστώνη έγινε επιτυχής μεταμόσχευση νεφρού από ζωντανό δότη σε πανομοιότυπο δίδυμο του και επιβίωσε 25 χρόνια.⁸

Η περαιτέρω εξέλιξη των μεταμοσχεύσεων αφορά όχι πλέον την τεχνική αλλά την κλινική βελτίωση τους. Η προσπάθεια των ανοσολόγων συγκεντρώνεται στην καλύτερη επιλογή λήπτη, δότη, βάσει της γενετικής συγγένειας μεταξύ τους. Ο τομέας αυτός ανθεί μετά την αρχή της ανακάλυψης των ιστικών αντιγόνων (αντιγόνα ιστοσυμβατότητας HLA) από το Γάλλο καθηγητή Jean Dausset.

Συγχρόνως εντείνονται οι προσπάθειες για την ανακάλυψη μεθόδων ανοσοκαταστολής, που η εφαρμογή τους θα αποτρέπει την απόρριψη των μοσχευμάτων. Η χρησιμοποίηση των ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων, όπως η αζεθειοπρίνη, τα κορτικοειδή και τα τελευταία χρόνια κυκλοσπορίνη, είχαν σαν αποτέλεσμα την μείωση των απορριπτικών κρίσεων και την ελάττωση της βαρύτητάς τους. Έτσι, με την εξέλιξη των χειρουργικών τεχνικών (καλύτερη συντήρηση πτωματικών μοσχευμάτων), τη χρησιμοποίηση νέων κατασταλτικών παραγόντων και τεχνικών και τη βελτίωση των ανοσολογικών γνώσεων και πρόοδο των ανοσολογικών Τεχνικών για πληρέστερο έλεγχο του δότη και του λήπτη, οι μεταμοσχεύσεις διανύουν μια περίοδο ακμής και καθιερώνονται σε θεραπευτική μέθοδο ρουτίνας.

6.2 Ταξινόμηση Μεταμοσχεύσεων

Είδη μεταμοσχεύσεων

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

1)Μεταμοσχεύσεις Αγγείων: Αγγειακά μοσχεύματα χρησιμοποιούνται για την παράκαμψη αποφραγμένων ή επικίνδυνα στενωμένων αρτηριών. Φλεβικά ή αρτηριακά αυτομοσχεύματα είναι πολύ λιγότερο επιτυχή. Με τον καιρό τα

τοιχώματα εκφυλίζονται με αποτέλεσμα τη διάτασή τους, με κίνδυνο ρήξης ή απόφραξής τους.

2)Μεταμόσχευση ενδοκυττάρων, 3)Μεταμόσχευση Δέρματος: Τα περισσότερα δερματικά μοσχεύματα είναι αυτομοσχεύματα ενώ η ένδειξη για αλλομοσχεύματα αποτελούν τα βαριά εγκαύματα. Η χρήση αυτομοσχευμάτων εξαρτάται από το πόσο υγιές δέρμα διαθέτει ο άρρωστος.

4)Μεταμόσχευση του Κερατοειδούς του Οφθαλμού: Ορισμένες μορφές τύφλωσης στις οποίες το μάτι είναι τελείως φυσιολογικό εκτός από τον κερατοειδή η μεταμόσχευση κερατοειδούς, μπορεί να αποκαταστήσει την όραση. Τα κύτταρα του κερατοειδούς παραμένουν βιώσιμα 12 ώρες μετά το θάνατο.

5)Μεταμόσχευση Οστών: όταν σε κατάγματα αποτυγχάνει η αποκατάσταση της συνέχειας του οστού, μπορούν να χρησιμοποιηθούν επιτυχώς αυτομοσχεύματα και με μικρότερη επιτυχία αλλομοσχεύματα οστού.

6)Μεταμόσχευση Συμπαγών Οργάνων: νεφρών, ήπατος, πνευμόνων, καρδιάς, παγκρέατος, εντέρου.

Άλλη Διαίρεση

Διαίρεση ανάλογα με τον δότη (δηλαδή προέλευση το μοσχεύματος). Συγκεκριμένα είναι δυνατόν να έχουμε Δωρεά Οργάνων από Ζωντανό Δότη ή Μεταμόσχευση Οργάνων από εγκεφαλικά νεκρό δότη, του οποίου ο θάνατος θα πρέπει να επέλθει δίχως καμία αμφισβήτηση και πιστοποιηθεί από δύο γιατρούς οι οποίοι δε συμμετέχουν στη μεταμόσχευση.²⁷

6.3 Η ενημέρωση του δότη και του λήπτη

Ένα από τα σημαντικά θέματα της ηθικής των μεταμοσχεύσεων είναι η ενημέρωση αμφοτέρων, τόσο του δότη όσο και του λήπτη περί της διαδικασίας, των κινδύνων, του ποσοστού επιτυχίας, του ενδεχόμενου απόρριψης του μοσχεύματος, των πιθανών επιπλοκών κλπ. Στην περίπτωση που η μεταμόσχευση γίνεται από ζώντα δότη, στην ουσία, προκειμένου να θεραπευτεί ο λήπτης, γίνεται ασθενής ο δότης με συνέπειες απρόβλεπτες και στη φύση και στο χρόνο και στο μέγεθός τους. Επειδή μάλιστα η πράξη της δωρεάς, ιδίως μεταξύ των συγγενών, λαμβάνει χώρα κάτω από συνθήκες ιδιαίτερης συναισθηματικής έντασης και δικαιολογημένης πολλές φορές άγνοιας, είναι απόλυτα επιβεβλημένο ο αρμόδιος και έμπειρος γιατρός να ενημερώσει λεπτομερώς το δότη πριν αποφασίσει τη δωρεά του. Παράλληλα, βέβαια, πρέπει να είναι ενήμερος για το απόμακρο ενδεχόμενο μιας εσφαλμένης ή ελλιπούς διαγνώσεως της κατάστασής του ή ακόμα και κάποιων απρόβλεπτων επιπλοκών κατά την αφαίρεση του οργάνου, όπως και της πιθανότητας η μεταμόσχευση να αποτύχει και το όργανο να απορριφθεί και τελικά το όργανο να χαθεί και για το δότη και για το λήπτη.

Αναγκαίο επίσης είναι να έχουν σταθμιστεί εκ των προτέρων, τα οφέλη που θα προκύψουν για το λήπτη από την μεταμόσχευση σε σχέση με την αναπόφευκτη βλάβη και τους κινδύνους στους οποίους θα εκτεθεί η υγεία του δότη. Για τους λόγους αυτούς, δεν είναι λίγοι αυτοί που προτείνουν ότι καλό είναι παράλληλα με την δήλωση συναίνεσης που κάνει ο δότης να αναφέρεται και το όνομα του υπεύθυνου ιατρού που επιφορτίστηκε με το έργο της ενημέρωσή του. Ανάλογα πρέπει να ενημερώνεται και ο λήπτης. Ο ιατρός, η νοσηλεύτρια ή ο συντονιστής εξηγούν στον ασθενή τους κινδύνους της εγχείρησης, τις παρενέργειες των φαρμάκων και τις επιπλοκές της ανοσοκαταστολής.^{28,29}

6.4 Προετοιμασία για το χειρουργείο

α) Προετοιμασία του δότη:

Αφού συμπληρωθεί ο απαραίτητος προμεταμοσχευτικός έλεγχος, ο νοσηλευτής θα διεκπεραιώσει για μια τελευταία φορά μια σειρά εξετάσεων του δότη (κλινική εξέταση, βιοχημικός έλεγχος, αιματολογικός έλεγχος, γενική ούρων, έλεγχος πηκτικού μηχανισμού) και το τελευταίο cross-match. Κατά προτίμηση η εισαγωγή του ασθενούς γίνεται μία μέρα πριν την επέμβαση για αποφυγή αποικισμού του δότη με νοσοκομειακά μικρόβια και την μείωση του κόστους νοσηλείας. Ακόμα θα του ζητηθεί να πλυθεί με αντισηπτικό σαπούνι πριν το χειρουργείο, καθώς επίσης θα κάνει και υποκλισμό.

β) Προετοιμασία του λήπτη

Οι λήπτες πέρα των αιματολογικών και βιοχημικών εξετάσεων, υποβάλλονται σε ηπατικό έλεγχο, τεστ για HIV και HBSAg. Επίσης κάνουν αιμορραγικό έλεγχο, λόγω του ότι επηρεάζεται η πηκτικότητα του αίματος στους ουραιμικούς ασθενείς, διασταύρωση της ομάδας αίματος σε περίπτωση που χρειασθεί μετάγγιση, ανοσολογικό έλεγχο ενώ στους ηλικιωμένους γίνεται και λήψη αερίων. Μία τελική εξέταση του καρδιαγγειακού, του αναπνευστικού όπως και ο ακτινολογικός έλεγχος του πεπτικού και κυρίως του στομάχου και παχέος εντέρου γίνονται σε όλους τους λήπτες επειδή η χορήγηση ανοσοκατασταλτικών μπορεί να προκαλέσει αιμορραγία ή διάτρηση του γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους και εγκατάσταση οξείας εκκολπωματίτιδας του παχέος εντέρου. Θα του ζητηθεί να υπογράψει μια φόρμα συγκατάθεσης για την εγχείρηση. Εντωμεταξύ, ο νοσηλευτής θα διασταυρώσει τα δείγματα του λήπτη με αυτά του δότη στο εργαστήριο για να είναι σίγουρο ότι το σώμα του είναι συμβατό με το δωρηθέν όργανο. Αυτή η διαδικασία διαρκεί περίπου 3 με 4 ώρες. Αν τα δείγματά του ταιριάζουν με αυτά του οργάνου και δεν υπάρχουν άλλα προβλήματα, τότε η εγχείρηση μπορεί να προχωρήσει.

Ο υποψήφιος λήπτης, με την βοήθεια του νοσηλευτή, κάνει λουτρό καθαριότητας με βακτηριοστατικό σαπούνι, πλένονται τα μαλλιά και τα νύχια προσεκτικά. Αν η περιοχή της τομής έχει τριχοφυΐα, τότε η περιοχή αυτή ξυρίζεται και στην συνέχεια γίνεται προετοιμασία του εντέρου με καθαρικό

υποκλισμό. Στον ασθενή έχουν δοθεί οδηγίες να μην φάει και να μην πει τίποτα. Σε περίπτωση που ο λήπτης καλείται απρόοπτα στο νοσοκομείο, όπως στην περίπτωση πτωματικής μεταμόσχευσης και έχει φάει, ο νοσηλευτής τοποθετεί ρινογαστρικό σωλήνα για την αποφυγή εισρόφησης σε τυχόν εμετό. Επίσης γίνεται σχολαστική καθαριότητα της στοματικής και ρινικής κοιλότητας, τόσο προεγχειρητικά όσο και μετεγχειρητικά για την πρόληψη μετεγχειρητικών λοιμώξεων.^{28,30,31,32}

6.5 Μετά την Μεταμόσχευση

6.5.1 Μετεγχειρητική περίοδος στον ζώντα δότη:

Μετά την εγχείρηση του ζώντα δότη, ο νοσηλευτής του αφαιρεί τον ρινογαστρικό σωλήνα και την επόμενη ημέρα κινητοποιείται. Ξεκινάει την διατροφή του από την πρώτη μέρα καθώς επίσης του αφαιρείται και ο καθετήρας ουροδόχου κύστης. Η παραμονή του στο νοσοκομείο διαρκεί μόλις τέσσερις μέρες, ενώ αποκαθίσταται πλήρως σε 6-8 εβδομάδες. Οι οδηγίες που δίνονται στους ζώντες δότες είναι η προσεκτική παρακολούθηση σε ετήσια βάση και ο υγιεινός τρόπος ζωής.

6.5.2 Μετεγχειρητική φροντίδα του λήπτη:

Εκτός από την μετεγχειρητική νοσηλεία που παρέχεται σε όλους τους ασθενείς, στους μεταμοσχευμένους ασθενείς πρέπει να δοθεί μεγάλη σημασία στην διούρηση. Συνήθως οι ασθενείς, και ειδικά αυτοί που έχουν μόσχευμα από πτωματικό δότη, εμφανίζουν ανουρία τα πρώτα 24ωρα μετά την εγχείρηση. Καθορισμός της τιμής του Na και του K στα ούρα θα βοηθήσει στην αναπλήρωση των αναγκών σε ηλεκτρολύτες. Επίσης, στους λήπτες μοσχευμάτων από πτωματικούς δότες, αντενδείκνυται η χορήγηση ολοκληρωμένης ανοσοκατασταλτικής αγωγής λόγω της μακράς περιόδου ανανήψεως του πτωματικού μοσχεύματος.

6.6 Ο ρόλος του νοσηλευτή

6.6.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην μεταμοσχευτική εκπαίδευση του λήπτη

Μετά την μεταμόσχευση, ο νοσηλευτής αναλαμβάνει να ενημερώσει τον λήπτη για την καθημερινή του ζωή, με σκοπό να προσέχει την πιθανή εμφάνιση επιπλοκών ακολουθώντας την φαρμακευτική αγωγή σωστά και να τον βοηθήσει για ένα καλύτερο τρόπο ζωής.

Η πιο σοβαρή επιπλοκή της μεταμόσχευσης είναι η απόρριψη. Ο νοσηλευτής ενημερώνει τον λήπτη για την πρόληψή της. Του εξηγεί πώς πρέπει να παίρνει τα φάρμακά του και κάθε πότε, σε τι δόση να παίρνει το κάθε φάρμακο, ποια είναι η δράση του και ποιες οι πιθανές παρενέργειες που μπορεί να έχει και πώς να τις αντιμετωπίσει. Επίσης τον ενημερώνει για τα σημεία και τα σημάδια της απόρριψης, πώς δηλαδή θα καταλάβει την επιπλοκή και πώς θα την αντιμετωπίσει.

Το ίδιο ισχύει και για την μόλυνση, μια επιπλοκή εξίσου σοβαρή. Μετά την μεταμόσχευση η σεξουαλική ζωή του λήπτη πρέπει να είναι ασφαλής, απαγορεύονται τα ζώα και κάποιες δραστηριότητες όπως η κηπουρική λόγω του ότι είναι εστία μικροβίων.

Επιπλέον, ο νοσηλευτής εξηγεί στον λήπτη ότι μπορεί να επικοινωνεί όποτε θέλει μαζί του για όποια απορία έχει ή σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης. Του προτείνει κάποιο διαιτολόγιο και διάφορες ασκήσεις με σκοπό να διατηρηθεί σε καλύτερη φυσική κατάσταση.

Τέλος, ο νοσηλευτής τονίζει πως κάθε χρόνο πρέπει να υποβάλλεται σε γενικές εξετάσεις όπως εργαστηριακός έλεγχος, test pap οι γυναίκες, ακτινογραφία θώρακος, εμβόλια κλπ.³³

6.6.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή μετά την μεταμόσχευση

Ο νοσηλευτής, μετά την μεταμόσχευση έχει καθοριστικό και πολύ υπεύθυνο ρόλο για την μετεγχειρητική πορεία του μεταμοσχευμένου ασθενή. Σε συνεργασία με τον αναισθησιολόγο συνδέει τον ενδοτραχειακό σωλήνα για να γίνονται αναρροφήσεις όποτε χρειάζεται. Σε περίπτωση που ο ασθενής χρειαστεί οξυγόνο, χωρίς να είναι διασωληνωμένος, χρησιμοποιούμε μάσκες venturi.

Επίσης, παρακολουθεί τον ασθενή μέσω των monitor και αναγνωρίζει αμέσως την παραμικρή αλλαγή στην κατάστασή του. Οι παράμετροι που μπορεί να παρακολουθεί ο νοσηλευτής είναι η αρτηριακή πίεση, το οξυγόνο, την κεντρική φλεβική πίεση, την θερμοκρασία, τους σφυγμούς κ.ά.

Με την υποδοχή του ασθενή, καταγράφει την ώρα που προσήλθε, τις παροχετεύσεις που έχει καθώς και το ακριβές περιεχόμενο αυτών. Ακόμα, ο νοσηλευτής συνδέει τον ρινογαστρικό σωλήνα Levin με την παροχέτευση, τον καθετήρα κύστεως Folley με την συσκευή ωριαίας μέτρησης ούρων, καταγράφει το ποσό της χειρουργικής παροχέτευσης Hemovac, ελέγχει το χειρουργικό πεδίο για τυχόν αιμορραγία, ερυθρότητα ή οίδημα.

Τέλος, ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος να ελέγχει και να καταγράφει τις κεντρικές γραμμές που υπάρχουν. Ενημερώνει επίσης το φύλλο νοσηλείας για τα υγρά που πήρε κατά την διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης (αίμα, πλάσμα) και αυτά που συνεχίζει να παίρνει (ορροί, φάρμακα) και σε περίπτωση ανάγκης περιποιείται τις γραμμές.³³

6.7 Η διαδικασία της επιλογής

6.7.1 Διαδικασία επιλογής

Όταν έρθει η στιγμή που για να ζήσει ο ασθενής είναι απαραίτητη η μεταμόσχευση, στέλνεται από τον ιατρό σε ένα ειδικό μεταμοσχευτικό κέντρο για να γραφτεί στην λίστα αναμονής εφ' όσον πρώτα έχει περάσει τις ιατρικές, ψυχολογικές και ασφαλιστικές απαιτήσεις.

Ο χρόνος αναμονής ποικίλει από 1 μέρα ως χρόνια ανάλογα την βαρύτητα του ασθενή. Όταν βρεθεί το μόσχευμα από πτωματικό δότη ειδοποιείται το μεταμοσχευτικό κέντρο από την Ε.Ο.Μ. για την επιλογή του λήπτη με βάση την ομάδα αίματος, την ηλικία, την ιστοσυμβατότητα, το χρόνο αναμονής, το ιατρικώς πιστοποιούμενο επειγόν της επέμβασης και την εγγύτητα του τόπου λήψης του μοσχεύματος προς τον τόπο μεταμόσχευσης. Στη συνέχεια, ειδοποιείται ο ασθενής και κρίνεται αν την συγκεκριμένη περίοδο είναι σε κατάσταση για να γίνει η μεταμόσχευση, αν όχι επιλέγεται ο επόμενος λήπτης.

Μετά την μεταμόσχευση ο ασθενής παραμένει στο νοσοκομείο για 2-3 εβδομάδες και μετά είναι σε θέση να πάει σπίτι του. Συγχρόνως, πρέπει να παίρνουν ανοσοκατασταλτικά φάρμακα για να μην απορριφθεί ή καταστραφεί το μόσχευμα από το σώμα καθώς και να γίνονται τακτικές εξετάσεις για την υπόλοιπη ζωή του.

6.7.2 Η διαδικασία της «δωρεάς οργάνων»

Κύριο χαρακτηριστικό για τους δότες οργάνων είναι ότι έχουν βλάβη στον εγκέφαλο που είναι μη αναστρέψιμη από κάποιο ατύχημα ή εγκεφαλικό επεισόδιο ή αιμάτωμα. Ο ασθενής βρίσκεται στην ΜΕΘ και υποστηρίζεται μηχανικά, ενώ ταυτόχρονα γίνονται διάφορες εξετάσεις για να φανεί το ποσοστό καταστροφής του εγκεφάλου. Από τις εξετάσεις αν βγει ότι ο εγκέφαλος δεν ζει και το εγκεφαλικό στέλεχος είναι νεκρό, ενημερώνονται οι συγγενείς ότι ο ασθενής είναι νεκρός. Στη συνέχεια, εξετάζεται από μια εκπαιδευμένη νοσηλεύτρια αν μπορεί να γίνει ‘δωρητής οργάνων’ και εξηγεί στους συγγενείς μαζί με το γιατρό τί είναι ‘δωρεά οργάνων’ και αν θέλουν να προχωρήσουν στην διαδικασία. Μέχρι να παρθεί κάποια σχετική απόφαση, τα σημαντικά όργανα του ασθενή, οξυγονώνονται με αναπνευστήρα και αν η τελική απόφαση είναι θετική, τότε, αρχίζει η διαδικασία λήψης των μοσχευμάτων με έξοδα του νοσοκομείου.

6.7.3 Απαραίτητες προϋποθέσεις για την επιλογή του κατάλληλου λήπτη:

- Κοινή ομάδα αίματος με το δότη.
- Ανοσοβιολογική συμβατότητα-ιστοσυμβατότητα με το δότη.
- Ηλικία.
- Ανοχή σε μηχανική υποστήριξη.

Η διασταύρωση του δότη με το λήπτη για ανοσοβιολογικές ομοιότητες και διαφορές γίνεται με τις ίδιες μεθόδους για πτωματικές μεταμοσχεύσεις και για ζευγάρια ζωντανών εξεταζόμενων. Η μόνη διαφορά είναι ότι σε περίπτωση πτωματικού μοσχεύματος επιλέγεται ο κατάλληλος λήπτης για το συγκεκριμένο μόσχευμα, ενώ σε ζωντανούς επιλέγεται ο πιο κατάλληλος δότης για το συγκεκριμένο λήπτη.

6.7.4 Κριτήρια για τον αποκλεισμό από τη μεταμόσχευση συγγενούς δότη:

- Ηλικία μικρότερη των 21 ετών ή μεγαλύτερη των 65.
- Υποψία ότι ο δότης έχει υποστεί οποιαδήποτε μορφή πίεσης.
- Αδυναμία του δότη να υπογράψει τη συγκατάθεσή του, έστω και αν δεν κατάλαβε τη διαδικασία της μεταμόσχευσης.
- Παθήσεις, όπως κακοήθης υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης και νεφροπάθεια.
- Παθολογικές τιμές εργαστηριακού ελέγχου.
- Έντονες αντιρρήσεις της οικογένειας.
- Ασυμβατότητα στην ομάδα αίματος και σε δύο απλότυπους HLA, θετική πρωτογενής διασταύρωση, δείκτης αντίδρασης Μικτής Καλλιέργειας Λεμφοκυττάρων μεγαλύτερος από 10.³⁴

Λίστες αναμονής διεθνώς

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

Στην Αμερική περισσότεροι από 2100 ασθενείς προστίθενται στη λίστα αναμονής κάθε μήνα. Δύο ασθενείς προστίθενται στη λίστα αναμονής για κάθε ασθενή που μεταμοσχεύεται, ενώ 3500 περίπου άνθρωποι πεθαίνουν ενώ περιμένουν να μεταμοσχευτούν. Το 10-15% ή και το 20% πολλές φορές των ασθενών που περιμένουν για μεταμόσχευση καρδιάς θα πεθάνουν ενώ περιμένουν στη λίστα αναμονής. Τον Ιούλιο του 1997 υπήρχαν 53.864 νεφροπαθείς σε λίστα αναμονής για κάποιο όργανο και μόλις 20.000 όργανα μεταμοσχεύτηκαν.

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

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

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

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

Στην Αίγυπτο, υπάρχουν μεταμοσχευτικά κέντρα τα οποία διενεργούν μεταμοσχεύσεις από συγγενείς δωρητές, παλαιότερα γινόταν και από μη συγγενείς σε εμπορική βάση αλλά αυτό απαγορεύτηκε. Στην Αίγυπτο λόγω

μουσουλμανικών πεποιθήσεων απαγορεύεται η μεταμόσχευση από νεκρό δωρητή, αν και υπήρχε νόμος για δωρεά κερατοειδούς από το 1959.

Στην Ιορδανία η πτωματική μεταμόσχευση δεν είναι διαδεδομένη.

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

να δώσουν τα όργανά τους σε ανθρώπους της ίδιας φυλής.

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

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

Στα σκανδιναβικά κράτη αντιστοιχούν περίπου 40 μεταμοσχεύσεις ανά εκατομμύριο πληθυσμού.

Στην Κύπρο το ποσοστό των μεταμοσχεύσεων είναι πού υψηλότερο από την Ελλάδα. Η Κύπρος έχει ένα σχετικά υψηλό ποσοστό πτωματικών και μεταμοσχεύσεων από συγγενείς δωρητές ανά πληθυσμό με ποσοστό 20 δωρητών ανά εκατομμύριο το έτος.³⁵

Στην Ελλάδα από τα 1599 άτομα που έχουν καταχωρηθεί σε λίστα αναμονής για μεταμόσχευση, υπολογίζεται ότι 1 στους 5 θα πεθάνει πριν βρεθεί διαθέσιμο όργανο. Η Ελλάδα κατέχει την τελευταία θέση μεταξύ των χωρών της ΕΕ στους αριθμούς των πραγματοποιούμενων μεταμοσχεύσεων ανά έτος. Το 1994 στην Αυστρία πραγματοποιήθηκαν 75 μεταμοσχεύσεις κατά εκατομμύριο πληθυσμού και στη χώρα μας μόλις 14 μεταμοσχεύσεις.⁸

Τέλος, έχει υπολογιστεί ότι 70.000 έως 100.000 άνθρωποι χάνονται κάθε χρόνο σ' ολόκληρο τον κόσμο, απ' έλλειψη μοσχευμάτων. Εάν υποθέσουμε ότι με τα σύγχρονα δεδομένα 70% έως 80% των ασθενών αυτών θα μπορούσαν να σωθούν, το εφιαλτικό ερώτημα το οποίο αναφέρεται είναι κατά πόσο είναι ηθικώς επιτρεπτό σε μια κοινωνία να δέχεται τον άδικο αυτό χαμό.³⁶

Μύθοι και πραγματικότητες

Πολλοί άνθρωποι δεν είναι καλά ενημερωμένοι σε ορισμένα θέματα που αφορούν την δωρεά οργάνων και πιστεύουν σε μύθους οι οποίοι όμως δεν είναι πραγματικότητα.

ΜΥΘΟΣ 1 : Οι πλούσιοι και οι διάσημοι έχουν ειδική μεταχείριση και προηγούνται στη λίστα αναμονής ενώ ο 'απλός' πολίτης πρέπει να περιμένει πολύ χρόνο στη λίστα αναμονής!

ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ : Το πόσο πλούσιος ή φτωχός είναι κάποιος δεν είναι ο παράγοντας που καθορίζει το χρόνο αναμονής για τη λήψη ενός μοσχεύματος αλλά η σοβαρότητα της κατάστασης του ασθενούς και όλοι οι παράγοντες που συντελούν για την καταλληλότητά του ως λήπτη.

ΜΥΘΟΣ 2 : Η θρησκείες είναι αντίθετες με τη δωρεά οργάνων και τις μεταμοσχεύσεις!

ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ: Κάποιες θρησκείες, όπως ο Χριστιανισμός, ο Βουδισμός, ο Ιουδαϊσμός κ.α. είναι σύμφωνες με τη δωρεά οργάνων. Συγκεκριμένα, η Ελληνική Ορθόδοξη Εκκλησία είναι θετική στηριζόμενη στην αγάπη και την προσφορά στον συνάνθρωπό μας.

ΜΥΘΟΣ 3: Οι γιατροί του νοσοκομείου θ' αφήσουν κάποιον να πεθάνει επειδή ξέρουν ότι θέλει να γίνει 'δωρητής οργάνων'!

ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ: Κύριο μέλημα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού είναι η διατήρηση και η αποκατάσταση της υγείας. Αν κάτι τέτοιο δεν είναι εφικτό και σύμφωνα με όλες τις διεργασίες που πιστοποιούν το θάνατο, τότε και μόνο τότε, ξεκινάει η μεταμοσχευτική διαδικασία.

ΜΥΘΟΣ 4: Η οικογένεια του δότη πληρώνει το κόστος της μεταμόσχευσης!

ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ: Δεν υπάρχει καμιά οικονομική επιβάρυνση στην οικογένεια του δότη. Οι αρμόδιοι για όλο το οικονομικό κόστος είναι τα ασφαλιστικά όργανα και το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

ΜΥΘΟΣ 5 : Η αφαίρεση οργάνων παραμορφώνει το σώμα!

ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ: Στη μεταμοσχευτική διαδικασία δεν υπάρχει βεβήλωση του ανθρωπίνου σώματος. Ταυτόχρονα, το ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό σέβεται απ' όλες τις απόψεις το ανθρώπινο σώμα και σε καμιά περίπτωση δεν υπάρχει παραμόρφωση αυτού.

ΜΥΘΟΣ 6 : Δε μπορεί κάποιος να γίνει δωρητής οργάνων αν έχει κάποιο πρόβλημα υγείας!

ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ : Δεν είναι ο κυριότερος παράγοντας η παρουσία κάποιας ασθένειας εφ' όσον όλα τα όργανα εξετάζονται πρώτα από τον θεράποντα ιατρό για το εάν είναι κατάλληλα ή όχι για μεταμόσχευση.

ΜΥΘΟΣ 7 : Επιτρέπεται η αγορά και η πώληση οργάνων!

ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ : Η αγορά και η πώληση οργάνων διώκεται νομικά όταν υπάρχει κάθε είδους χρηματική συναλλαγή για την απόκτηση αυτού. Αντιθέτως, είναι μια ελεύθερη πράξη χωρίς ανταλλάγματα.

ΜΥΘΟΣ 8 : Δεν μπορεί κάποιος να δωρίσει ένα όργανό του, ενώ είναι ακόμη στη ζωή!

ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ : Αυτό δεν ισχύει. Μπορεί να δοθεί από ζώντα δότη ένα νεφρό όπως και μέρος του ήπατος, μέρος του πνεύμονα ή του λεπτού εντέρου και αιμοποιητικά κύτταρα σε συγγενή δευτέρου βαθμού εξ' αίματος σε ευθεία ή πλάγια γραμμή (σύμφωνα με το Νόμο 2737/99 περί μεταμοσχεύσεων).

ΜΥΘΟΣ 9 : Δεν εξετάζεται αν ο δωρητής έχει κάποια μεταδιδόμενη ασθένεια!

ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ : Πάντα πραγματοποιούνται αιματολογικές εξετάσεις για να διαπιστωθεί αν υπάρχει κάποια μεταδιδόμενη ασθένεια, όπως HIV (AIDS) και ηπατίτιδα.

ΜΥΘΟΣ 10 : Δε μπορεί κάποιος να συμφωνήσει να δωρίσει κάποια συγκεκριμένα όργανα και όχι κάποια άλλα!

ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ : Με τη δήλωση ‘δωρεάς οργάνων’ , αυτόματα, γνωστοποιείται η επιθυμία να δωρίσεις συγκεκριμένα όργανα.

ΑΛΛΕΣ 7 ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΕΣ !

1. Θα χρησιμοποιηθούν τα όργανα που αφαιρέθηκαν με σκοπό τη μεταμόσχευση για ερευνητικούς σκοπούς ;

ΟΧΙ. Σύμφωνα με το νόμο ‘περί μεταμοσχεύσεων’ η αφαίρεση κυττάρων, ιστών και οργάνων από άνθρωπο, ζώντα ή νεκρό, με σκοπό τη μεταμόσχευση σε άλλον άνθρωπο, γίνεται μόνο για θεραπευτικούς σκοπούς.

2. Μαθαίνει ποτέ ο μεταμοσχευμένος ασθενής ποιος ήταν ο δότης ;

ΟΧΙ. Η ταυτότητα του νεκρού δότη δεν αποκαλύπτεται στο λήπτη και στην οικογένεια του. Δεν αποκαλύπτεται επίσης η ταυτότητα του λήπτη στην οικογένεια του νεκρού δότη. Τα αρχεία των ληπτών περιέχουν ‘ευαίσθητα δεδομένα’ που προστατεύονται από το νόμο.

3. Γίνεται γνωστό εάν κάποιος είναι δωρητής οργάνων ;

ΟΧΙ. Μόνο οι κοντινοί του συγγενείς στους οποίους έχει εμπιστευτεί την επιθυμία του γνωρίζουν την απόφαση του. Όλα τα στοιχεία των δωρητών οργάνων καταχωρούνται με ασφαλείς διαδικασίες στο Εθνικό Μητρώο Δωρητών Οργάνων που είναι απόρρητο και προστατεύεται από το νόμο 2472/97.

4. Τι είναι ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων ;

Ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων (Ε.Ο.Μ.) είναι Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου με έδρα την Αθήνα το οποίο τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Σκοπός του Ε.Ο.Μ. είναι η υποβοήθηση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για την χάραξη εθνικής πολιτικής στον τομέα των μεταμοσχεύσεων Ο Ε.Ο.Μ. μεταξύ:

- εισηγείται τους όρους, τις προϋποθέσεις και τη διαδικασία των μεταμοσχεύσεων, καθώς και τον κώδικα δεοντολογίας για τη λειτουργία των Μονάδων Μεταμοσχεύσεων και των Τραπεζών Ιστών προς μεταμόσχευση
- οργανώνει και συντονίζει σε τοπικό, κρατικό και διακρατικό επίπεδο τη διακίνηση μοσχευμάτων, στα οποία συμπεριλαμβάνεται ο μυελός των οστών
- καταγράφει τους δωρητές ιστών και οργάνων, δυνητικούς δότες και υποψήφιους λήπτες οργάνων
- συνεργάζεται με αντίστοιχους οργανισμούς και μεταμοσχευτικά κέντρα της αλλοδαπής για την προμήθεια και την ανταλλαγή μοσχευμάτων
- μεριμνά για την ψυχοκοινωνική υποστήριξη των ληπτών, των ζώντων δοτών και των συγγενών των δοτών

- επιδιώκει με κάθε πρόσφορο τρόπο και ιδίως με την οργάνωση κατάλληλης ενημέρωσης και πληροφόρησης του κοινού, την αύξηση του αριθμού των προοριζόμενων για μεταμόσχευση οργάνων

5 .Τι είναι το Εθνικό Μητρώο Δωρητών Οργάνων ;

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.

6 .Τι είναι ο συντονιστής μεταμόσχευσης ;

Είναι επαγγελματίας υγείας που έχει γνώση των θεμάτων της μεταμόσχευσης και είναι υπεύθυνος για την οργάνωση όλων των διαδικασιών που αφορούν τις επεμβάσεις δότη και λήπτη. Επιμελείται για την ψυχοκοινωνική υποστήριξη των ληπτών και των οικογενειών των δοτών οργάνων, καθώς και για την παροχή σωστής ιατρικής φροντίδας στους δότες και λήπτες οργάνων.

7 .Ποιος ο λόγος της κάρτας δωρεάς οργάνων ;

Μετά την 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. **8. Πώς μπορεί να πραγματοποιηθεί η επιθυμία κάποιου να γίνει δωρητής ;**

Εγγράφεται κατευθείαν στο Εθνικό Μητρώο Δωρητών Οργάνων αποστέλλοντας στον Ε.Ο.Μ. τη “*δήλωση δωρεάς οργάνων*”. Αναζητά το έντυπο της “*δήλωσης δωρεάς οργάνων*” από το ασφαλιστικό σου ταμείο, Υπηρεσίες Υγείας και τα Ταχυδρομεία. Συμπληρώνει το έντυπο που θα διανέμεται σε κάθε απογραφή πληθυσμού. Για περισσότερες πληροφορίες μπορεί να απευθύνεται στο τηλέφωνο του Ε.Ο.Μ. 1147 όλο το 24ωρο ή ακόμα για να του αποσταλεί ταχυδρομικά έντυπο ενημερωτικό υλικό μαζί με μια δήλωση δωρεάς οργάνων.

Το πιο σημαντικό, βέβαια, είναι να έχει ενημερωθεί η οικογένεια του για την απόφαση αυτή.³⁷

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Επιπλοκές

- *Οξεία σωληναριακή νέκρωση*
- *Απόρριψη*
- *Υπεροξεία απόρριψη*
- *Επιταχυνόμενη οξεία απόρριψη*
- *Οξεία απόρριψη*
- *Χρόνια απόρριψη*

7.Επιπλοκές

Γενικές επιπλοκές:

Διακρίνουμε **τρεις** ομάδες επιπλοκών:

- I.* Επιπλοκές του μοσχεύματος
- II.* Επιπλοκές του μοσχεύματος που μεταδίδονται στους λήπτες
- III.* Επιπλοκές των ληπτών

Στην ομάδα 1 εντάσσονται κατά κύριο λόγο οι χειρουργικές ή οι ιατρογενείς επιπλοκές.

Στην ομάδα 2 είναι δυνατόν να υπάρξει χειρουργικό πρόβλημα, χωρίς να χαρακτηρίζονται ως άμεσα χειρουργικές.

Στην ομάδα 3 αναφέρονται οι επιπλοκές εκείνες, που ακολουθούν τη μεταμόσχευση και απαιτούν χειρουργική αντιμετώπιση.³⁰

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ Διακρίνουμε τις άμεσες και τις απότερες άμεσες.

7.1 Οξεία σωληναριακή νέκρωση (Ο.Σ.Ν.)

Η Ο.Σ.Ν είναι η έκπτωση του μοσχεύματος από ισχαιμία ή διάφορα άλλα αίτια και η διάγνωσή της γίνεται με διαδερμική βιοψία νεφρού, εφόσον αποκλεισθούν όλες οι άλλες επιπλοκές. Η Ο.Σ.Ν εμφανίζεται σε ποσοστό 45% όλων των μεταμοσχεύσεων νεφρού από πτωματικό δότη και σπάνια σε μεταμοσχεύσεις από ζώντα δότη. Χαρακτηρίζεται από ολιγουρία(λόγω ολιγαϊμίας, υποξαιμίας, συμπίεσεως του μοσχεύματος, μικροβιαϊμίας ή αλλεργικών αντιδράσεων). Η αιτία που την προκαλεί δεν έχει διευκρινιστεί αλλά ενοχοποιείται ότι εμπλέκεται ένας συνδυασμός παραγόντων που περιλαμβάνει βλάβη του μοσχεύματος κατά τη συντήρησή του, παρατεταμένο χρόνο ψυχρής ισχαιμίας ή βλάβη κατά την επαναιμάτωση. Η θεραπεία που υποβάλλονται τα άτομα με Ο.Σ. Ν είναι η περιοδική αιμοκάθαρση με τεχνητό νεφρό, η οποία διαρκεί περίπου βδομάδες, μέχρι δηλαδή να λειτουργήσει το νεφρικό μόσχευμα.^{30,21}

7.2 Απόρριψη:

Αν το ανοσοποιητικό σύστημα του ανθρώπου αναγνωρίσει το μόσχευμα ως ξένο, θα προσπαθήσει να το καταστρέψει. Το φαινόμενο αυτό ονομάζεται απόρριψη και γίνεται με δύο οδούς:

I. Με την κυτταρική, που αρχίζει από τα T λεμφοκύτταρα

II. Με την χυμική οδό, η οποία αναφέρεται στην καταστροφή του μοσχεύματος από ειδικά αντισώματα.²¹

Τα αντιγόνα του μοσχεύματος αναγνωρίζονται από τα T και τα B λεμφοκύτταρα, είτε γιατί μπαίνουν σε διαλυτή μορφή στην κυκλοφορία του ξενιστή, είτε γιατί τα ανοσολογικά κύτταρα του ξενιστή κυκλοφορούν στο μόσχευμα. Έτσι τα B λεμφοκύτταρα φτιάχνουν αντισώματα όλων των τάξεων κατά των αντιγόνων του ξενιστή και τα T λεμφοκύτταρα ευαισθητοποιούνται και γίνονται κυτταροτοξικά για το μόσχευμα. Η άμεση καταστροφή των κυττάρων του μοσχεύματος γίνεται από τα ευαισθητοποιημένα T λεμφοκύτταρα.³⁸

Η **απόρριψη** διακρίνεται σε:

I. Υπεροξεία, η οποία οφείλεται σε άμεσα χυμικά γεγονότα

II. Οξεία, η οποία οφείλεται σε πρώιμες κυτταρικές αντιδράσεις

III. Οξεία επιταχυνόμενη απόρριψη, η οποία οφείλεται σε ταχεία έναρξη της κυτταρικής αλλά και αντισωματικής αντίδρασης μέσα σε 24-72 ώρες μετά την μεταμόσχευση, και

IV. Χρόνια, η οποία χαρακτηρίζεται από καθυστερημένη και έρπουσα βλάβη των αγγείων που καταλήγει σε αργή αλλά και πολύ σκληρή καταστροφή του μοσχεύματος.²¹

7.2.1 Υπεροξεία απόρριψη

Η υπεροξεία απόρριψη, παρόλο που θεωρείται σχετικά σπάνια (4%-12%), παρουσιάζεται μέσα σε λίγα λεπτά έως ώρες μετά τη διάνοιξη των αγγείων του μοσχεύματος και συμβαίνει μόνο εάν υπάρξει σφάλμα στην εκτέλεση ή αναφορά της ειδικής δοκιμασίας της διασταύρωσης. Οφείλεται στην παρουσία προσχηματισμένων αντισωμάτων του λήπτη εναντίων των αντιγόνων του συστήματος HLA ή ABO του δότη.

Η προευαισθητοποίηση αυτή γίνεται συνήθως μετά από πολλαπλές εγκυμοσύνες, μεταγγίσεις αίματος, ιογενείς λοιμώξεις και σε ασθενείς που έχουν ήδη λάβει ένα ή περισσότερα μοσχεύματα.

Τα παθολογοανατομικά ευρήματα δείχνουν ινδοειδή νέκρωση των τοιχωμάτων των αγγείων, σχηματισμό θρόμβων ινικής, μετανάστευση ουδετερόφιλων πολυμορφοπύρηνων και ισχαιμική νέκρωση. Το μόσχευμα παίρνει γρήγορα μελανό χρώμα, δε μπορεί να παράγει ούρα και στη συνέχεια υφίσταται ρήξη μέσα σε διάστημα λεπτών έως ωρών από τη διάνοιξη των αγγείων. Ο λήπτης εμφανίζει σοβαρή oligουρία, πυρετό και πόνο, λίγο μετά την επέμβαση. Η πρόληψη μπορεί να γίνει με προσεκτικό έλεγχο των ληπτών για την παρουσία προσχηματισμένων κυτταροτοξικών αντισωμάτων που αντιδρούν με τα κύτταρα του δότη με την ειδική δοκιμασία ιστοσυμβατότητας. Δεν υπάρχει θεραπεία, ακολουθεί η χειρουργική αφαίρεση του οργάνου.^{21,39,40}

7.2.2 Επιταχυνόμενη οξεία απόρριψη

Η επιταχυνόμενη οξεία απόρριψη παρουσιάζεται μέσα στις 4 πρώτες ημέρες μετά την μεταμόσχευση. Συμβαίνει όταν ο λήπτης έχει ευαισθητοποιηθεί από προηγούμενη επαφή με αντιγόνο ή αντιγόνα του μοσχεύματος και πιστεύεται ότι αντιπροσωπεύει μια ανοσολογική αναμνηστική απάντηση. Ίσως μπορεί να αντιμετωπισθεί με τη συνήθη αντιπορριπτική αγωγή ενώ θέση έχουν και τα μονοκλωνικά αντισώματα.^{41,39}

7.2.3 Οξεία απόρριψη

Συνήθως εμφανίζεται το πρώτο τρίμηνο και σπανιότερα αργότερα. Είναι μια φλεγμονώδης διαταραχή η οποία όταν εκδηλωθεί πλήρως μπορεί να προκαλέσει πυρετό, ρίγος, μυαλγίες και αρθραλγίες, υπέρταση, ελλάτωση ή διακοπή αποβολής ούρων (εφόσον βέβαια ο μεταμοσχευμένος νεφρός είχε αρχίσει να αποβάλλει ούρα), ελλάτωση του Na των ούρων, λεμφοκύτταρα στο ίζημα των ούρων, λευκοκυττάρωση, ελλάτωση του αριθμού των αιμοπεταλίων, αύξηση της ουρίας και της κρεατινίνης αίματος, ελλάτωση της νεφρικής αιματώσεως στη ραδιοισοτοπική μελέτη του σπινθηρογραφήματος και τοπικά φαινόμενα όπως διόγκωση, πόνος στο μόσχευμα, μεταβολή ή εξαφάνιση του ακουστικού φυσήματος που ακούγεται στην περιοχή του μοσχεύματος και οίδημα. Η διάγνωση της οξείας απόρριψης πρέπει να είναι άμεση με τη διενέργεια βιοψίας και η αντιμετώπιση της το ίδιο, με την άμεση χορήγηση της κατάλληλης αντιπορριπτικής θεραπείας για την αποφυγή μη αναστρέψιμης βλάβης του μοσχεύματος.

Υπάρχουν δύο είδη οξείας απόρριψης: α)τη χυμική (5%-10%) και β) η κυτταρική. Περίπου το 90% των επεισοδίων της οξείας απόρριψης οφείλονται σε κυτταρική δράση και αναστρέφονται εύκολα με την κατάλληλη θεραπεία, σε αντίθεση με τις απορρίψεις που σχετίζονται με αντισώματα που σρέφονται κατά του μοσχεύματος, των οποίων η αντιμετώπιση είναι μάλλον δύσκολη. Η

χημική αντιμετωπίζεται με μονοκλωνικά αντισώματα για περίπου 10-14 μέρες(είναι πιο δύσκολο να αντιμετωπισθεί) και η κυτταρική με υψηλές δόσεις κορτικοστεροειδών ενδοφλεβίως για 3-5 μέρες.

Η ενδοφλέβια χορήγηση κορτιζόνης έχει χρησιμοποιηθεί για πολλά χρόνια ως η θεραπεία εκλογής από πολλά μεταμοσχευτικά κέντρα. Η δόση της κορτιζόνης ποικίλει από κέντρο σε κέντρο από τα 250 mg/d έως το 1 gr/d για 3-5 μέρες.^{39,28}

7.2.4. Χρόνια απόρριψη

Μέχρι και 40% των μοσχευμάτων εμφανίζουν προοδευτικά δυσλειτουργία μετά τους πρώτους μετεγχειρητικούς μήνες και τελικά ανεπάρκεια μέσα στη πρώτη δεκαετία, παρά τη χρήση ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων σε δόσεις που επαρκούν για την πρόληψη της οξείας απόρριψης. Χαρακτηριστικά, τα στοιχεία από την καταγραφή νεφρικών μοσχευμάτων της UNOS δείχνουν ότι η 10ετής επιβίωση για τους λήπτες μοσχευμάτων από HLA – ταυτόσημα αδέρφια είναι 73% και για τους λήπτες μοσχευμάτων από άλλους ζώντες δότες 55% , για τους λήπτες πτωματικών μοσχευμάτων είναι μόνο 39%.²¹

Κλινικά η χρόνια απόρριψη του μοσχεύματος καθορίζεται ως η μη αναστρέψιμη και προοδευτική έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας, που συμβαίνει τουλάχιστον τρεις μήνες μετά τη μεταμόσχευση συνοδευόμενη από λευκωματουρία ή υπέρταση. Βέβαια μπορεί να εξελίσσεται στη διάρκεια πολλών χρόνων, χωρίς ορατή διαταραχή της νεφρικής λειτουργίας και χωρίς να υπάρχει σαφής συσχέτιση με προηγηθείσα οξεία απόρριψη. Λευκωματουρία μεγαλύτερη από 0,5 g/24ώρο παρατηρείται στο 20-28% των ασθενών, ενώ πολύ μικρό ποσοστό μεταμοσχευμένων (6-8%) η λευκωματουρία είναι απύσα.^{21,39}

Η χρόνια απόρριψη του μοσχεύματος είναι όρος που χρησιμοποιείται ευρέως, αλλά σταδιακά αντικαθίστανται από τον πιο ακριβή χρόνια νευροπάθεια του μοσχεύματος (XNM). Η αλλαγή αυτή αντανάκλα την αυξανόμενη εκτίμηση ότι πολλοί από τους παράγοντες που οδηγούν στην απώλεια των μοσχευμάτων δεν είναι ανοσιακής υφής, αλλά είναι παρόμοιοι με τους παράγοντες που προκαλούν την μη αναστρέψιμη απώλεια της λειτουργίας των ιθαγενών νεφρών.³⁹

Η ιστολογική εικόνα της XNM χαρακτηρίζεται από αρτηριοσκλήρυνση, σπειραματοσκλήρυνση, πολυστιβάδωση των περισώληναριακών τριχοειδών, διάμεση ίνωση και σώληναριακή ατροφία. Η διαγνωστική τριάδα της XNM – σώληναριακή ατροφία, ίνωση του διάμεσου ιστού και πάχυνση του έσω χιτώνα των αρτηριών και αρτηριολίων – ανευρίσκεται στο 67% των μοσχευμάτων.²⁸

Δεν υπάρχει σήμερα μια επαρκής διαγνωστική μέθοδος που να καθορίζει επακριβώς την αιτία της χρόνιας δυσλειτουργίας του μοσχεύματος. Υπερηχογράφημα, απεικόνιση με αξονική τομογραφία, δυναμική και στατική μελέτη του μοσχεύματος με ισότοπα, περιγράφουν τη δυσλειτουργία αλλά στερούνται ευαισθησίας και ειδικότητας. Επίσης η μαγνητική τομογραφία και η εκτίμηση της νεφρικής αιμάτωσης, μπορούν να εντοπίσουν αγγειακές διαφορές μεταξύ φλοιού και μυελού, αν και το εύρημα αυτό μπορεί να οφείλεται σε πολλαπλά αίτια.⁴²

Ο ρόλος των ανοσολογικών μηχανισμών στην πρόκληση της ΧΝΜ υποστηρίζεται από παρατηρήσεις σύμφωνα με τις οποίες αυξημένη συχνότητα διαπιστώνεται: 1) μετά από επεισόδια οξείας απόρριψης, 2) σε ασθενείς με χαμηλή ανοσοκατασταλτική θεραπεία και 3) σε περιπτώσεις μη ικανοποιητικής ιστοσυμβατότητας. Στην πράξη, μοσχεύματα HLA- ταυτόσημα μπορούν να επιβιώσουν επ' άοριστον εφόσον δεν προκύψουν άλλες βλάβες. Τόσο η χυμική όσο και η κυτταρική ανοσία συμμετέχουν στην πρόκληση των βλαβών αυτών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

Η αξία της δωρεάς για τους συγγενείς και τους οικονομικούς

- *Ποια είναι η αξία της δωρεάς για τους συγγενείς και τους οικονομικούς*
- *Μιλώντας για την απώλεια. Μερικά αποσπάσματα από τις συνεντεύξεις συγγενών*
- *Μερικοί λόγοι άρνησης της δωρεάς*
- *Υγειονομικό προσωπικό και δωρεά οργάνων*

8. Αξία της δωρεάς οργάνων

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

Το αίτημα της δωρεάς γίνεται κατά κύριο λόγο για να ικανοποιηθούν οι ανάγκες των χιλιάδων ανθρώπων που περιμένουν ένα σωτήριο όργανο ή ιστό το οποίο θα αλλάξει την ποιότητα της ζωής τους. Απ' αυτήν την άποψη, αυτοί οι ασθενείς εξαρτώνται από την πρωτοβουλία των γιατρών και των νοσηλευτών οι οποίοι έρχονται σε επαφή με ανθρώπους που έχασαν κάποιον συγγενή τους, που είναι δυνητικά δωρητής. Αν και έχει γίνει λίγη σχετικά έρευνα μεταξύ των συγγενών ανθρώπων που πέθαναν, υπάρχουν πολλά μη δημοσιευμένα στοιχεία, τα οποία υποδηλώνουν ότι οι συγγενείς που έχουν δωρίσει όργανα, είναι ευχαριστημένοι που τους ζητήθηκε να κάνουν τη δωρεά και ότι πολλοί από αυτούς βρήκαν ανακούφιση με το να συμφωνήσουν για τη δωρεά. Σε μια μελέτη από τη Νέα Ζηλανδία που προσπάθησε να διερευνήσει ορισμένα από αυτά τα θέματα, πάρθηκε συνέντευξη από 32 συγγενείς αποθανόντων δωρητών νεφρού, έξι ή περισσότερους μήνες μετά το θάνατο του δότη²⁹. Η μελέτη αυτή βρήκε ότι 23 (ή περίπου 72%) από αυτούς που ερωτήθηκαν ανακουφίστηκαν γνωρίζοντας ότι κάποιος άλλος μπορεί να ωφεληθούν από την απώλειά τους. Αν και 12 συγγενείς δεν είχαν κατανοήσει, την απελπιστική πρόγνωση της κατάστασης του δωρητή μέχρις ότου τους γίνει η αίτηση για δωρεά και 7 θεώρησαν τον τρόπο αυτών που έθεσαν το αίτημα «τραχύ και αναίσθητο», αυτή η μελέτη επιβεβαιώθηκε ότι οι περισσότεροι συγγενείς ήταν ευχαριστημένοι που τους ζητήθηκε. Σε μία Αγγλική έρευνα, το 94% των 53 οικογενειών δωρητών τελικά πίστευαν ότι είχαν πάρει τη σωστή απόφαση ως προς το να συμφωνήσουν για τη δωρεά, 4% είχαν ανάμεικτα συναισθήματα και μόνο το 2% δεν απάντησε σ' αυτή ειδικά την ερώτηση.³⁰ Στην Τρίτη μελέτη η πλειοψηφία των οικογενειών από τη Δανία από τις οποίες είχε ζητηθεί η άδεια πίστευαν ότι η απόφαση τους ήταν σωστή. Από την άλλη πλευρά μερικές οικογένειες δωρητών όπως και συγγενείς που αρνήθηκαν μετάνιωσαν για την απόφασή τους. Μια σειρά λόγων αναφέρθηκαν από αυτούς που αρνήθηκαν τη δωρεά, που ποικίλουν από τη δυσπιστία σχετικά με τον εγκεφαλικό θάνατο μέχρι το πολύ βραχύ χρονικό διάστημα μεταξύ της ανακοίνωσης του θανάτου και του αιτήματος της δωρεάς. Έτσι σύμφωνα με αυτές τις λίγες μελέτες και τις πολλές ανέκδοτες μαρτυρίες, η δωρεά μπορεί συχνά να βοηθήσει μια οικογένεια να αντιμετωπίσει τη λύπη ης και να έχει μια θετική επίδραση στην εξέλιξη της θλίψης. Ωστόσο, δε συνίσταται να χρησιμοποιηθεί σαν επιχείρημα κατά την συνομιλία με την οικογένεια, καθώς δεν είναι γνωστό αν θα βοηθήσει αυτή τη συγκεκριμένη οικογένεια.⁴³

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

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

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

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

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

Η κυρία Ehrle:

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

Ο κύριος Ehrle:

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

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

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

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

«Δε νομίζω ότι ο θάνατος του ήταν εντελώς χωρίς νόημα. Αφού τα όργανά του μεταμοσχεύθηκαν κατάφερε να κάνει κάτι μετά θάνατον... Νομίζω ότι είναι προνομιακή κατάσταση ...κάτι εξακολουθεί να ζει. Ήταν αναπόφευκτο να πεθάνει αλλά δεν ήταν χωρίς κάποιο νόημα. Μετά το θάνατό του κάποιοι άνθρωποι μπορούν να ζήσουν μια φυσιολογική ζωή...»

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

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

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

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

θάνατο ζωή, αλλά πιστεύω επίσης πολύ στην επίγεια ζωή. Ξέρω ότι αυτή η δωρεά βοήθησε... σίγουρα μας βοήθησε πολύ τον περασμένο χρόνο...»⁴³

8.3. Μερικοί λόγοι άρνησης της Δωρεάς

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

- Επιθυμία του εκλιπόντος (όπως έγινε αντιληπτή).

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

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

Όταν οι συγγενείς δεν ξέρουν καθόλου και φοβούνται να πάρουν μία «λανθασμένη» απόφαση, ένα μέρος από αυτούς θα αρνηθεί, ίσως επειδή νιώθουν ότι μην κάνοντας τίποτα δε θα κάνουν λάθος.⁴⁴

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

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

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

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

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

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

- Διάσταση στη γνώμη μελών της οικογένειας.

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

- Θρησκευτικά κίνητρα

Σε μερικές περιπτώσεις οι άνθρωποι πιστεύουν ότι η θρησκεία τους απαγορεύει τη δωρεά. Ωστόσο, οι αρχές των κυριοτέρων θρησκειών του κόσμου είναι υπέρ της δωρεάς οργάνων Από συνεντεύξεις οικογενειών δωρητών έχουν αναγνωριστεί ορισμένες άλλες απόψεις ως πιθανά αίτια άρνησης της δωρεάς.

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

ειλικρινείς πληροφορίες για την κατάσταση του ασθενούς και αν τους είχε δοθεί η ευκαιρία να κάνουν περισσότερες ερωτήσεις.

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

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

- Μάλλον συχνά οι οικογένειες κάνουν κακή κριτική για το χώρο στον οποίο πέρασαν αρκετή ώρα περιμένοντας. Λογική ευρυχωρία και επαρκής αριθμός καθισμάτων είναι απαραίτητα ενώ η παρουσία ενός παραθύρου και ενός κρεβατιού θα εκτιμούνταν πολύ.⁴⁵⁻⁴⁷

8.4. Υγειονομικό προσωπικό και δωρεά οργάνων

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

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

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

Από μια εκτεταμένη έρευνα μεταξύ των νευροχειρουργών και των νοσηλευτών της ΜΕΘ στις Ηνωμένες Πολιτείες, φάνηκε ότι το 80% πιστεύουν ότι η διαδικασία της δωρεάς απαιτεί ψυχικό σθένος εκ μέρους των γιατρών και των νοσηλευτών. Επιπλέον το 66% των νευροχειρουργών και το 89% των νοσηλευτών της ΜΕΘ πιστεύουν ότι οι γιατροί συχνά διστάζουν να συμμετάσχουν στη διαδικασία δωρεάς οργάνων διότι φοβούνται να έρθουν σε επαφή με τις οικογένειες των δυνητικών δωρητών.⁴⁸

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

Στη Μεγάλη Βρετανία, το 55% του προσωπικού της ΜΕΘ πιστεύουν ότι στη δική τους μονάδα ο κυριότερος παράγοντας που εμποδίζει τη δωρεά οργάνων είναι το ότι οι ίδιοι δε θέλουν να επιβαρύνουν τη θλίψη των συγγενών.⁴⁹

Μια πρόσφατη μελέτη μεταξύ 712 γιατρών (που περιλάμβαναν από νευρολόγους μέχρι γενικούς γιατρούς) έδειξε ότι σχεδόν όλοι τους

αντιλαμβάνονταν την έννοια του εγκεφαλικού θανάτου. Όμως το 12% αισθανόταν άβολα με τη διάγνωση.⁵⁰

Σε μία μελέτη μεταξύ των ειδικευόμενων στις Η.Π.Α. το 57% θεώρησε ότι το να φροντίζει κανείς για ένα δωρητή είναι πηγή έντασης.⁵¹

- Η προσωπική στάση έχει σημασία

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

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

Μία άλλη μελέτη μεταξύ 40 νοσηλευτών στην περιοχή του Σικάγο δείχνει πως η ίδια προσωπική άποψη ενός υγειονομικού για τη δωρεά μπορεί να επηρεάσει την απάντηση των συγγενών του εκλιπόντος στην αίτηση της δωρεάς. Έδειξε ότι οι νοσηλευτές, που αισθάνονταν άβολα και χωρίς αυτοπεποίθηση είχαν εξαιρετικά υψηλά ποσοστά αρνητικών απαντήσεων από τους συγγενείς στους οποίους αποτάθηκε, ενώ αντίθετα οι νοσηλευτές που αισθάνονταν λύπη αλλά και άνεση με τη δωρεά είχαν χαμηλά ποσοστά αρνήσεων.⁵²

Συνεντεύξεις με γιατρούς νοσηλευτές της ΜΕΘ και διευθυντές νοσοκομείων στην Ολλανδία έδειξαν ότι όσο πιο έμπειροι είναι οι άνθρωποι, τόσο λιγότερα προβλήματα έχουν στο να κάνουν την αίτηση δωρεάς. Ωστόσο η πλειοψηφία αυτών που έδωσαν συνέντευξη πιστεύουν ότι θα ήταν επιθυμητό ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης για την εξάσκηση των ανθρώπων που κάνουν την πρόταση δωρεάς.⁵²

Σε μία μελέτη στη Μεγάλη Βρετανία μεταξύ του προσωπικού της ΜΕΘ οι μισοί από αυτούς που έκαναν τις προτάσεις για δωρεά, πιστεύουν ότι, κατά κάποιον τρόπο, η απουσία εκπαίδευσης σχετικής με την προσέγγιση των συγγενών του ήταν ένα εμπόδιο που περιόριζε την απόκτηση οργάνων.⁵³

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

- Κοινές αντιλήψεις

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

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

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

- Η αίτηση που γίνεται «με μισή καρδιά»

Επειδή συχνά υπάρχει αρκετή πίεση στους επαγγελματίες υγείας να προσεγγίσουν τις οικογένειες που έχασαν κάποιον δικό τους, ιδίως όταν ο δωρητής είναι νέος και κατά τα άλλα υγιής, είναι εύκολο να αισθανθούν παγιδευμένοι μεταξύ της ανάγκης να θέσουν το αίτημα και της πεποίθησής τους ότι οι συγγενείς δεν έχουν τίποτα να κερδίσουν. Σαν συνέπεια αυτού, η πρόταση για δωρεά μπορεί να γίνεται με έλλειψη ευαισθησίας και κατά τρόπο αναποτελεσματικό, όπως θα λέγαμε «στο πόδι» με πιθανότατα αντίθετα αποτελέσματα και για τους συγγενείς και για τους υγειονομικούς.⁵²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

Προβλήματα που προκύπτουν από την δωρεά οργάνων

- *Νομικές, θρησκευτικές, ηθικές και εθνικές όψεις της δωρεάς οργάνων*
- *Νομικά προβλήματα*
- *Θρησκευτικά προβλήματα*
- *Ηθικά προβλήματα*
- *Εθνικά προβλήματα*

9. Προβλήματα που προκύπτουν από την δωρεά οργάνων

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

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

9.2. Νομικά Προβλήματα

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

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

Όλη αυτή η δραστηριότητα κινείται γύρω από δύο άξονες:

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

Πολλές χώρες της Ευρώπης διαθέτουν ειδική νομοθεσία, Προεδρικά διατάγματα, Υπουργικές αποφάσεις που αφορούν στην αφαίρεση του μοσχεύματος και τη μεταμόσχευση ανθρωπίνων ιστών και οργάνων.⁵⁴

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

Δεν υπήρχε ομοσπονδιακός νόμος σχετικά με την Δωρεά Οργάνων. Το 1968 στις ΗΠΑ σχεδιάστηκε η Uniform Anatomical Gift Act (UAGA) (Πράξη για να ενθαρρύνονται οι Μεταμοσχεύσεις) από το National Conference of Commissioners on Uniform State Laws και από την ένωση των Αμερικάνων Νομικών. Η πράξη αυτή γράφτηκε για να σηματοδοτήσει την αλλαγή στην δημόσια πολιτική και για να

ενθαρρύνει την Δωρεά Οργάνων από νεκρό δότη. Η πράξη λειτούργησε σαν μοντέλο και χρησιμοποιήθηκε στην ίδια μορφή σε κάθε πολιτεία μέχρι το 1973. Η βασική φιλοσοφία του UAGA ήταν να ενθαρρυνθεί η εθελοντική Δωρεά Οργάνων.

Το UAGA, αδρά σχεδιασμένο έφερε στην επιφάνεια θέματα όπως, η αναγνώριση του ατόμου που μπορεί να δώσει την άδεια για τη Δωρεά Οργάνων. Υπό αυτές τις συνθήκες, ο δωρητής μπορεί να δωρίσει τα όργανα του τα οποία

λειτουργούν την ώρα του θανάτου. Αυτό μπορεί να γίνει στην διαθήκη, στην άδεια οδήγησης ή σε κάρτα δωρητή.

Το πιο σημαντικό στην Δωρεά Οργάνων είναι η απόκτηση της δεύτερης άδειας από τους Συγγενείς. Αυτό είναι ένα σημαντικό ζήτημα, έτσι ώστε να αποτραπεί η αποξένωση της οικογένειας, και έχοντας εξασφαλίσει την συνεργασία τους συγχρόνως αποτρέπεται και η πιθανότητα του δικαστικού αγώνα. Διαχώρισε επίσης τα όρια μεταξύ της αστικής και εγκληματικής ευθύνης για πράξεις καλής πίστεως που συμφωνούν με τις θέσεις του κράτους.

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

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

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

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

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

Επομένως, η οικογένεια δεν έχει χρόνο στη διάθεσή της να ψάξει για διαθήκη και γι' αυτό τον λόγο οι δότες που έχουν Κάρτα Δωρητή παρακαλούνται να ενημερώνουν τις οικογένειές τους για τις επιθυμίες τους, έτσι ώστε να είναι προετοιμασμένες για να υπογράψουν για τη Δωρεά Οργάνων, όταν ο Δωρητής είναι εγκεφαλικά Νεκρός. Με αυτόν τον τρόπο η ευθύνης της δύσκολης απόφασης βαρύνει το Δωρητή και όχι την οικογένεια.

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

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

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

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

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

Τα άρθρα 5 και 6 είναι νόμοι που αφορούν τους ζωντανούς δότες. Η Ελλάδα έχει το υψηλότερο ποσοστό ζωντανών – δοτών σε ολόκληρη την Ευρώπη.¹

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

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

Η ιατροδικαστική πραγματογνωμοσύνη γίνεται στον τόπο, όπου διενεργείται η αφαίρεση ιστών και οργάνων. Η αφαίρεση του πτωματικού υλικού πραγματοποιείται εκεί όπου βρίσκεται ο νεκρός και κάτω από κατάλληλες συνθήκες. Η επέμβαση για τη λήψη του μοσχεύματος έχει βέβαια προτεραιότητα. Τέλος σύμφωνα με το ίδιο άρθρο ο γιατρός οφείλει:

- α) Να ακολουθεί την οριζόμενη από την επιστήμη τεχνική για την αποφυγή παραμορφώσεων στα εξωτερικά χαρακτηριστικά και
- β) Να αποκαθιστά κατά το δυνατόν περισσότερο τα εξωτερικά μορφολογικά χαρακτηριστικά του σώματος, πριν την απόδοση του στους οικείους για τον ενταφιασμό.

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

Όπως είναι αυτονόητο, η ανωνυμία βοηθάει στο να μην υπάρχει υποχρέωση αποζημίωσης από την πλευρά του λήπτη απέναντι στον δότη, καθώς

επίσης και ο ζωντανός δότης δεν έχει δικαίωμα απαίτησης επιστροφής του οργάνου του, το οποίο κατέστη αντικείμενο μεταμόσχευσης. Αντίθετη ρύθμιση θα δημιουργούσε προβλήματα και θα προσέκρουε ρητά σε κανόνες δημόσιας τάξης.⁵⁴

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

Το άρθρο 10 αναφέρει τις κυρώσεις που υπάρχουν για την καταπάτηση κάποιων από τους παραπάνω νόμους.³⁵

9.3. Θρησκευτικά προβλήματα

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

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

Στην Ελλάδα έχει αυξηθεί το ενδιαφέρον για τη Δωρεά και η Μεταμόσχευση Οργάνων. Συγκεκριμένα στις 6 Οκτωβρίου του 1983 δημιουργήθηκε η φιλανθρωπική οργάνωση **«Πανελλήνια Οργάνωση Προσφοράς Ζωής: Φίλοι των Μεταμοσχεύσεων της Αιμοδοσίας και αιμοδοσία επίσης είναι σημαντική και ότι ο πρώτο δότης αίματος ήταν ο Χριστός.**

Η **Ορθόδοξη Εκκλησία** της Ελλάδας επιτρέπει τη Δωρεά – Μεταμόσχευση Οργάνων με την προϋπόθεση ότι δεν υπάρχει χρηματικό κέρδος από αυτήν.¹

Συγκεκριμένα το 1974 μετά από ερώτηση Χριστιανού προς την Ιερά Σύνοδο για το αν επιτρέπεται να δωρίσει τους οφθαλμούς του μετά το θάνατό του, η Νομοκανονική Επιτροπή αφού μελέτησε το θέμα αποφάσισε ότι η πράξη αυτή είναι θεάρεστη αρκεί να μην γίνεται για χρηματικό όφελος.

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

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

Επισφράγιση όλων αυτών ήταν η ανακοίνωση του Αρχιεπισκόπου Αθηνών Σεραφείμ το 1985 ότι παρέχει μετά τον θάνατο του, τους νεφρούς και τους οφθαλμούς του.⁵⁵

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

Επομένως εάν παραμεριστούν κάποιες επιφυλάξεις για τις πτωματικές μεταμοσχεύσεις ως συνεισφορά στο βωμό της αγάπης προς το συνάνθρωπο, ως ύψιστη πράξη αυτοθυσίας. Ο Εκλεκτός εκπρόσωπος της, ο Σεβασμιώτατος Δημητριάδος κ. Χριστόδουλος στηρίζει τη στάση της Εκκλησίας, στα αγιογραφικά χωριά κατά Ιωάννης ΙΕ΄ 13 και προς Γαλάτας δ΄ 15. Και καταλήγει: «Εμείς ως εκπρόσωποι της εκκλησίας, βλέπουμε τη δωρεά Οργάνων για μεταμόσχευση ως πράξη αγάπης. Και προσευχόμαστε να επικρατήσει και τα ευρύτερα στρώματα του λαού η συνείδηση αυτού του χρέους».⁵⁶

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

9.4. Ηθικά προβλήματα

Στον πλανήτη μας ζουν και απολαμβάνουν σήμερα τη ζωή χιλιάδες συνάνθρωποί μας σε μεταμοσχευμένα όργανα. Στην μακρά και δυσχερή όμως πορεία της από το πειραματικό εργαστήριο μέχρι την κλινική εφαρμογή ή μεταμόσχευση οργάνων, όπως και κάθε μεγάλη ανθρώπινη ιδέα και προσπάθεια, δημιούργησε σωρεία προβλημάτων και κυρίως ηθικών.⁵⁷

Ένα από τα κύρια ηθικά προβλήματα που αφορούν τη Δωρεά Οργάνων είναι η εμπορευματοποίηση των οργάνων, θέμα το οποίο οι περισσότερες χώρες προσπαθούν να ελέγξουν νομοθετικά. Στην Ελλάδα η αγοραπωλησία οργάνων είναι παράνομη και τιμωρείται με ποινή φυλάκισης και πρόστιμο. Στην Ελλάδα είναι σε ισχύ ο νόμος 1383/2-8- 83 που ρυθμίζει τα θέματα των μεταμοσχεύσεων. Ιδιαίτερα αυστηρή είναι η νομοθεσία στη Βενεζουέλα όπως η εμπορία οργάνων και μελών του σώματος τιμωρείται με τέσσερα ως οχτώ χρόνια φυλάκιση, στην Τουρκία όπου επιβάλλεται η ποινή φυλάκισης δύο έως τεσσάρων ετών και χρηματικό πρόστιμο 50.000 έως 100.000 τουρκικές λίρες. Στην Ιταλία ο Νομοθέτης ορίζει ότι ο γιατρός που έχει λάβει αμοιβή για τη διενέργεια της μεταμόσχευσης παύεται για δύο έως πέντε χρόνια απ το λειτούργημά του.⁵⁵

Παρόμοιοι νόμοι εφαρμόζονται και στην Ευρώπη, πολλές όμως Ανατολικές χώρες και χώρες του Τρίτου Κόσμου επιτρέπουν την Αγοραπωλησία Οργάνων και Ιστών.¹

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

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

Η διεθνής Εταιρεία Μεταμοσχεύσεων και το Συμβούλιο της Ευρώπης στιγμάτισαν την αγοραπωλησία, ως πράξη στερημένης ηθικής. Το φλέγον πρόβλημα δεν έχει μόνο την ηθική του άποψη, αν μπορούμε δηλαδή να μετατρέψουμε το σώμα μας σε εμπορεύσιμο αντικείμενο, αλλά και την πρακτική πλευρά του. Η πώληση οργάνων στην ελεύθερη αγορά, εφόσον η ζήτηση είναι μεγάλη, θα δημιουργούσε αδυναμία στον φτωχό να προμηθευθεί μόσχευμα και η αγαθοεργός πράξη της Δωρεάς και Μεταμόσχευσης θα περιοριζόταν μόνο στον πλούσιο.⁵⁷

Η μικρή προσφορά πτωματικών μοσχευμάτων ώθησε πολλούς γιατρούς και σε άλλες αναζητήσεις όπως τα ανεγκέφαλα έμβρυα και νεογνά και τα άτομα που βρίσκονται στην κατάσταση του μη αναστρέψιμου κώματος. Τα όντα αυτά δε θεωρούνται εγκεφαλικά νεκρά και σύμφωνα με ιατρικές και νομικές προϋποθέσεις και για το λόγο αυτό στις περισσότερες χώρες η λήψη οργάνων τιμωρείται ως ανθρωποκτονία εκ προμελέτης. Σε κράτη όπως η Γερμανία, έχει επιτραπεί η λήψη οργάνων και έχουν ανακοινωθεί επιτυχείς μεταμοσχεύσεις σε παιδιά με νεφρούς που πάρθηκαν από ανεγκέφαλα έμβρυα. Το ίδιο συμβαίνει με άτομα που βρίσκονται στην κατάσταση του μη αναστρέψιμου κώματος.⁵⁷

Ένα άλλο πρόβλημα που δημιουργούν οι μεταμοσχεύσεις οφείλεται στη διαφορά ζήτησης και προσφοράς. Συγκεκριμένα σήμερα στις ΗΠΑ περιμένουν για μεταμόσχευση καρδιάς γύρω στα 12.000-14.000 άτομα ενώ είναι δυνατόν να ικανοποιηθούν μόνο 900-1.000.⁵⁶

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

Οι βασικές αρχές που ισχύουν σήμερα είναι:

- α. Αρμόδιες είναι οι επιτροπές δεοντολογίας
- β. Προτιμάται ο λήπτης ο οποίος έχει την μεγαλύτερη προσδοκία επιβίωσης
- γ. Προτιμάται εκείνος ο οποίος προβλέπεται να έχει καλύτερη ποιότητα ζωής

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

1. Το επειγόν της επέμβασης
2. Οι συνθήκες διαβίωσης του λήπτη εξεταζόμενες από κοινωνικό πρίσμα (οικονομικό υπόβαθρο, επαγγελματική κατάσταση, οικογενειακή κατάσταση).⁵⁷

Σύμφωνα με τον Protas η μεγαλύτερη προτεραιότητα είναι κάποιος δέκτης ο οποίος είναι μέλος της κοινότητας που προσφέρει τα όργανα. Το άτομο το οποίο χρειάζεται περισσότερο τα όργανα είναι αυτό, το οποίο τελικά θα μεταμοσχευτεί τα όργανα. Αν αυτό το άτομο είναι μετανάστης τότε πρέπει να πληρώσει το κόστος, τότε η κυβέρνηση του θα πρέπει να δώσει τα απαιτούμενα χρήματα.¹

Το κόστος των μεταμοσχεύσεων αποτελεί ένα άλλο μεγάλο πρόβλημα. Υπολογίζεται ότι μία μεταμόσχευση καρδιάς στοιχίζει στο εξωτερικό γύρω στα 15-20 εκατομμύρια δραχμές και μία μεταμόσχευση ήπατος γύρω στα 40-50 εκατομμύρια δραχμές. Στη χώρα μας η κοστολόγηση της μεταμόσχευσης της καρδιάς είναι 5 εκατομμύρια, η οποία τίθεται από πολλούς οικονομολόγους και πολιτικούς διεθνώς, εάν είναι δυνατόν τόσο μεγάλες δαπάνες να αναλαμβάνονται από την πολιτεία, όταν υπάρχουν άλλες προτεραιότητες όπως είναι η παιδεία, η κοινωνική πρόνοια και η Εθνική Άμυνα. Μελέτες σε διάφορα κράτη έχουν αποδείξει ότι εάν λάβει υπόψη κανείς ότι:

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

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

- Διαφανείς και ισότιμες διαδικασίες στην επιλογή των δεκτών
- Άρτια εξοπλισμένες απ πλευρά υλικοτεχνική υποδομής και έμπυχου δυναμικού, κέντρα μεταμόσχευσης και πρόληψης των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων.
- Σωστός συντονισμός ενεργειών και επικοινωνίας ΜΕΘ και οικογένειας ·
- Ανοιχτή επικοινωνία με τα ενδιαφερόμενα μέλη σχετικά με η δωρεά οργάνων. Κέντρα προσιτά στο κοινό, προβολή του θέματος από την τηλεόραση τους ραδιοφωνικούς σταθμούς και τα έντυπα

· Συνδρομή των νοσηλευτών που εργάζονται στις μονάδες τεχνητού νεφρού και περιτοναϊκής διάλυσης των νεφροπαθών για την εξεύρεση εφαρμοστικών λύσεων.

Καμία προσωπική φιλοδοξία και καμία πολιτική επιδίωξη και κανένα οικονομικό συμφέρον δεν μπαίνει πάνω από το ιδανικό της ολιστικής θεώρησης του ανθρώπου και της εξιδανικευμένης φροντίδας από τον άνθρωπο για τον άνθρωπο.⁵⁸

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

Είναι δυνατόν όμως η μεγάλη αυτή απόφαση που ανήκει στο Δημιουργό να αφεθεί ανεξέλεγκτα στα χέρια του ανθρώπου; Ποιος θα δημιουργήσει αυτά τα κριτήρια, έτσι ώστε να διασφαλίσουμε όσο το δυνατόν περισσότερο και την αυστηρή τήρηση των αρχών της δίκαιης χορήγησης των μοσχευμάτων με βάση όχι μόνο ιατρικές ενδείξεις, αλλά συγχρόνως και άλλα δεδομένα κοινωνικά ή ανθρωπιστικά; Είναι απολύτως απαραίτητο να καθοριστούν κατευθυντήριες γραμμές, τόσο για την ανεύρεση, όσο και την κατανομή των μοσχευμάτων, βασισμένες στην ιατρική ηθική. Διαφορετικά δε θα κατορθώσουμε να πείσουμε το κοινό ότι δεν παρεμβαίνουν προσωπικές προτιμήσεις, φιλοδοξίες ή ακόμη επαγγελματισμός και αμφισβήτηση τιμιότητας.⁵⁸

9.5. Εθνικά προβλήματα

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

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

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

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

Σε εθνικές ομάδες της Λατινικής Αμερικής και της Μέσης Ανατολής η κληρονομία, οι προκαταλήψεις, η θρησκεία και η έλλειψη ιατρικών γνώσεων αποτρέπουν τα άτομα από τη δωρεά οργάνων. Οι Άραβες απαγορεύονται να δωρίσουν όργανα, μπορούν όμως να δέχονται. Σε 13 χώρες έχει καθιερωθεί η υποτιθέμενη άδεια. Αυτό σημαίνει ότι όταν δεν υπάρχει προηγούμενη άρνηση τότε όλοι είναι δότες. Για να αποφευχθούν δικαστικές διαμάχες σε 6 απ' αυτές τις χώρες (Νορβηγία, Ελλάδα, Φιλανδία, Ισπανία, Σουηδία και Ιταλία), οι ιατροί ακόμα λαμβάνουν και δεύτερη άδεια από την οικογένεια. Στις υπόλοιπες επτά (Αυστρία, Τσεχοσλοβακία, Δανία, Γαλλία, Ισραήλ, Πολωνία και Ελβετία) τα όργανα λαμβάνονται εκτός και αν υπάρχει προηγούμενη γνωστοποιημένη άρνηση.

Οι καμπάνιες για τη Δωρεά Οργάνων για να είναι αποτελεσματικές, θα πρέπει να επαναπροσδιοριστούν και να καταστήσουν σαφές σε μειοψηφούντες ομάδες ότι η δωρεά οργάνων συμβάλει στην Κοινωνική Ισοτιμία.⁵⁹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

Νοσηλευτική δεοντολογία

- *Η νοσηλευτική δεοντολογία απέναντι στη δωρεά*
- *Νοσηλευτές /τριες στη Μ.Ε.Θ*
- *Ηθικά διλήμματα και προσέγγιση της οικογένειας*

10. Νοσηλευτική δεοντολογία

10.1. Η νοσηλευτική δεοντολογία απέναντι στη δωρεά

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

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

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

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

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

Η διαπαιδαγώγηση προμήθειας των οργάνων είναι επίμονη και γι' αυτό το λόγο οι επαγγελματίες υγείας χρειάζονται ψυχολογική υποστήριξη για να αισθανθούν περισσότερο άνετα και λιγότερο αγχωτικά. Επιπλέον, η διευκρίνιση των διαδικασιών, τα αυξημένα εκπαιδευτικά προγράμματα και οι ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης του προσωπικού μπορούν αν ελαχιστοποιήσουν τις οποιεσδήποτε αντιρρήσεις τους ως προς τη Δωρεά - Μεταμόσχευση Οργάνων.¹

10.2. Νοσηλευτές / τριες στη Μ.Ε.Θ.

Το κανονικό ημερήσιο πρόγραμμα της Μ.Ε.Θ. διαταράσσεται, όταν αρχίζει η Διαδικασία της Δωρεάς Οργάνων. Το προσωπικό κυριεύεται από περίεργα αισθήματα όταν διακόπτεται η πολύπλοκη και έντονη φροντίδα στον ασθενή – Δωρητή οργάνων πριν την έναρξη της χειρουργικής διαδικασίας και εγκαταλείπεται ξαφνικά στην αίθουσα του χειρουργείου. Οι αμφιβολίες του Νοσηλευτή για την παροχή φροντίδας σε έναν πιθανό δωρητή οργάνων αυξάνονται με τις αντιδράσεις της οικογένειας του πιθανού δωρητή οργάνων. Το προσωπικό πιέζεται να αναγνωρίσει τους πιθανούς δωρητές οργάνων και αισθάνονται ότι δημιουργούν ένταση για τις οικογένειες όταν τους ζητούν τα όργανα. Υπάρχει κάποια ορισμένη διαδικασία και πολιτική στα Θεολογικά ζητήματα που αφορούν την φροντίδα του ασθενή – Δωρητή οργάνων, όχι όμως για τον τρόπο αντιμετώπισης της οικογένειας.

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

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

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

Συνεπώς πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στην επιμόρφωση των Νοσηλευτών σχετικά με τους τρόπους που υπάρχουν, έτσι ώστε να κατανοούν τα αισθήματα τους και τα αισθήματα τους ως προς την οικογένεια. Οι

Νοσηλευτές πρέπει να διδαχθούν πως θα πλησιάσουν και πως θα επικοινωνούν με τις οικογένειες. Η εκπαίδευση, είναι δυνατόν να τους προσφέρει βελτιωμένες ικανότητες επικοινωνίας και θα αυξήσει επίσης την εμπιστοσύνη τους και τις γνώσεις τους.

Δύο αντικρουόμενα αισθήματα υπάρχουν: η συμπόνια και η τεχνική και επιστημονική κλινική εμπειρία. Οι Νοσηλευτές που δεν μπορούν να νιώσουν τα παραπάνω καταλήγουν στην απώλεια της Δωρεάς Οργάνων. Το προσωπικό πρέπει να αντιμετωπίσει τις ψυχοκοινωνικές όψεις της Δωρεάς Οργάνων. Ο Νοσηλευτής πρέπει να κατανοήσει πρώτα τα δικά του αισθήματα, για να μπορέσει να παρέχει την αναμενόμενη υποστήριξη του στα θρηνώντα μέλη της οικογένειας και για να τα κάνει να αντιμετωπίσουν τα αισθήματά τους.

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

Επομένως ο Νοσηλευτής φαίνεται να είναι ο άνθρωπος – Κλειδί στο να αυξήσει τον αριθμό της Δωρεάς Οργάνων μέσω προσεκτικών εκτιμήσεων, διατήρησης των οργάνων του Πιθανού Δωρητή σε τέλεια κατάσταση και να ενθαρρύνει και να υποστηρίζει την Οικογένεια στην φάση της να δωρίσει τα όργανα.¹

10.3. Ηθικά διλήμματα και προσέγγιση οικογένειας

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

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

Η αγάπη δεν αφήνει τους συγγενείς να παραδεχτούν ότι ο άνθρωπός τους έχει πεθάνει και θέλουν να πιστεύουν ότι υπάρχουν έστω και ελάχιστες πιθανότητες να επανέλθει στη ζωή. Ακόμη εκφράζουν τον φόβο ότι η συγκατάθεσή τους θα μπορούσε να οδηγήσει τους γιατρούς να αναστείλουν κάθε προσπάθεια για τη σωτηρία του ασθενούς τους. Πολλοί έχουν επηρεαστεί από μυθιστορήματα και κινηματογραφικές ταινίες φαντασίας. Είναι αδύνατον

να υπάρξει ιατρός που θα «εκτελέσει» έναν ασθενή με την πιθανότητα να σώσει τον άλλο. Γιατί με εκτέλεση ισοδυναμεί η εσκεμμένη εγκατάλειψη του ασθενούς που μοιραία θα τον οδηγήσει στο θάνατο.

Για α αποκλειστεί άλλωστε και αυτή η εκδοχή, ο νόμος δεν επιτρέπει στους ιατρούς της μεταμόσχευσης να συμμετέχουν στην επιβεβαίωση του θανάτου. Η μονάδα μεταμόσχευσης καλείται μόνο, όταν ο θάνατος έχει διαπιστωθεί και όταν οι συγγενείς έχουν συναινέσει στη λήψη οργάνων του νεκρού.⁶⁰

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

Η άρνηση αυτή των οικογενειών αποδίδεται σε:

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

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

Η διαδικασία της προσέγγισης της οικογένειας πρέπει να γίνει σε δύο στάδια. Το πρώτο στάδιο περιλαμβάνει την ανακοίνωση του εγκεφαλικού θανάτου, η οποία πρέπει να γίνεται σε ήσυχο δωμάτιο, μακριά από τους συγγενείς των άλλων ασθενών. Αφού η ομάδα συστηθεί, θα πρέπει να αναφερθεί ένα σύντομο ιστορικό της αρχικής κατάστασης και της πορείας του ασθενούς και τα κριτήρια με βάση τα οποία έγινε η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου. Δύσκολη ορολογία και ιατρικές λεπτομέρειες πρέπει να αποφεύγονται.

Καλό είναι να χρησιμοποιηθεί το όνομα του ασθενούς και πρέπει να τονιστεί ότι έγινε κάθε δυνατή προσπάθεια για να σωθεί ο ασθενής τους. Μετά την ανακοίνωση του εγκεφαλικού θανάτου θα πρέπει να δοθεί χρόνος για την αρχική αντίδραση θλίψης των συγγενών, ώστε να μπορέσουν να συνειδητοποιήσουν την απώλεια. Αυτό το διάστημα οι συγγενείς στρέφονται στο νοσηλευτικό προσωπικό για παρηγοριά. Εκείνη τη στιγμή μία επίσκεψη στο αγαπημένο τους πρόσωπο θα τους ανακουφίσει. Ο νοσηλευτής καλείται να βρίσκεται κοντά τους και να απαντήσει σε τυχόν ερωτήσεις τους όπως: «είναι πεθαμένος αφού αναπνέει ακόμα;», «τι θα συνέβαινε αν αφήναμε τον αναπνευστήρα να λειτουργεί για πάντα;». Οι απαντήσεις του πρέπει να είναι σαφείς και να μην αφήνουν καμία αμφιβολία στους συγγενείς για την ορθότητα των κριτηρίων του εγκεφαλικού θανάτου.

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

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

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

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

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

- 1) Χρήση κολλοειδών, αλβουμίνης και αν είναι απαραίτητο μικρών δόσεων ντοπαμίνης
- 2) Ρύθμιση υγρών και ηλεκτρολυτών
- 3) Διατήρηση της διούρησης σε 100ml/h (ρυθμιζόμενης κυρίως με χορήγηση υγρών και όχι με διουρητικά ή μαννιτόλη)
- 4) Διατήρηση φυσιολογικής Θερμοκρασίας Σώματος (Φ.Θ.Σ.)
- 5) Πρόληψη και θεραπεία των Λοιμώξεων

6) Διατήρηση της αξιοπρέπειας του Δότη

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

Όλο αυτό το διάστημα, έως τη στιγμή που θα μεταφερθεί ο δότης στο χειρουργείο για την αφαίρεση οργάνων ή ιστών χρειάζεται συνεχής υποστήριξη των συγγενών από το νοσηλευτή και ανεκτικότητα στις ώρες επισκεπτηρίου, ώστε να περάσει η οικογένεια τις τελευταίες ώρες μαζί με το αγαπημένο τους πρόσωπο. Μετά τη μεταμόσχευση, μια πολύ ανθρώπινη κίνηση από τη πλευρά του συντονιστή θα ήταν να ενημερώσει την οικογένεια του δότη και το προσωπικό της ΜΕΘ για την έκβαση της δωρεάς και της πορείας της μεταμόσχευσης. Εκτός από την ικανοποίηση που θα λάβει ο νοσηλευτής, ειδικότερα για τους συγγενείς θα είναι βάλσαμο που θα απαλύνει τον πόνο της ψυχής τους.⁸

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

ΦΑΣΕΙΣ ΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

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

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

- III. Αποτελεσματική επικοινωνία
 - α) Η ανακοίνωση των δυσάρεστων νέων
 - β) Η αίτηση για Δωρεά

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

Είναι δύσκολο να δεχτεί κανείς την απώλεια ενός αγαπημένου του προσώπου. Σημαίνει ότι μια σχέση, η οποία φαίνεται αναντικατάστατη έχει χαθεί, ένα γεγονός που σπάνια προβλέπεται. Η απώλεια ακολουθείται από μία περίοδο αποστέρησης, μία διαδικασία κατά την οποία παίζουν ρόλο στοιχεία ψυχολογικά, φυσιολογικά και στοιχεία συμπεριφοράς. Η συμπεριφορά της αποστέρησης περιλαμβάνει το «πένθος» που καθορίζεται από κοινωνική απομόνωση και «θλίψη» -ένα σύμπλεγμα ψυχοφυσιολογικών αντιδράσεων με βιολογική προέλευση.⁴³

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

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

1. Σοκ

2. Σύγχυση

3. Αναζήτηση

Πάροδο χρόνου Συναισθηματική κατάσταση Άρνηση

Απομόνωση

Απόγνωση

Ενοχή

Φόβος

Ζήλια

Αμηχανία

Θυμός

4. Αποδοχή

5. Αποκατάσταση

Είναι σημαντικό το ιατρικό νοσηλευτικό προσωπικό της ΜΕΘ να γνωρίζει αυτές τις φάσεις έτσι ώστε να αναγνωρίζει και να καλύπτει τις ανάγκες των ανθρώπων που έχασαν το δικό τους άνθρωπο. Η κατανόηση των τριών πρώτων φάσεων στη διαδικασία της θλίψης είναι επίσης ιδιαίτερα σημαντική για τους υγειονομικούς, διότι το σοκ, η σύγχυση και η αναζήτηση (με ένα ή περισσότερα συναισθηματικά στοιχεία) συχνά λαμβάνουν χώρο λίγο μετά το θάνατο, ενώ οι συγγενείς βρίσκονται ακόμα στο νοσοκομειακό περιβάλλον.⁶¹

Η εξέλιξη της διαδικασίας της λύπης είναι:

Το σοκ (Φάση 1)

Αυτή η φάση συχνά παίρνει τη μορφή απεγνωσμένης προσκόλλησης στον νεκρό, φόβο και επίμονο κλάμα, φωνές και τρόμο που ακολουθούνται από αίσθηση μουδιάσματος από το σοκ. Αυτή είναι μια φυσικά αντίδραση που αντιπροσωπεύει μια προσπάθεια να προστατεύσει τον εαυτό του από πάρα πολλά ανυπόφορα συναισθήματα θλίψης. Μερικές φορές αυτό του αίσθημα του μουδιάσματος συνοδεύεται από ανικανότητα πλήρους κατανόησης του γεγονότος ότι ένας αγαπημένος τους έχει πεθάνει. Η διάρκεια και η ένταση αυτής της φάσης είναι μία ένδειξη του αριθμού των προβλημάτων που θα εμφανισθούν κατά τις επόμενες φάσεις της διαδικασίας της θλίψης.

Σύγχυση (Φάση 2)

Η ένταση αυτής της αντίδρασης καθορίζεται από την ιδιοσυγκρασία μερικοί άνθρωποι είναι αποπροσανατολισμένοι και δεν μπορούν να κάνουν τίποτα, ενώ άλλοι μπορούν να πάρουν αποφάσεις και να διευθετήσουν ζητήματα ικανοποιητικά και χωρίς προφανή προβλήματα. Ο ρόλος του προσωπικού της Μ.Ε.Θ. κατά τη διάρκεια αυτών των δύο φάσεων είναι να βοηθήσει τους πενθούντες συγγενείς να αναγνωρίσουν άτομα, τα οποία μπορούν να τους υποστηρίξουν όπως συγγενείς ή φίλους.

Αναζήτηση (Φάση 3)

Στη συνέχεια υπάρχει μία περίοδος η οποία αρχικά χαρακτηρίζεται από συμπεριφορά αναζήτηση (Φάση 3). Ταυτόχρονα υπάρχουν ποικίλα άλλα συναισθήματα τα οποία είναι πολύ πιθανόν να εμφανίζονται μακροπρόθεσμα. Αυτά τα συναισθήματα ακολουθούν ένα είδος κυματοειδούς μοντέλου, στο οποίο το ένα συναίσθημα διαδέχεται το άλλο ταχύτατα. Η συμπεριφορά αναζήτησης, είναι δυνατόν να ποικίλλει από αισθήματα ακαθόριστης ανησυχίας έως την πραγματική αναζήτηση της φυσικής παρουσίας του εκλιπόντος προσώπου. Αυτή η μορφή συμπεριφοράς σιγά – σιγά εξαφανίζεται, επειδή η αναζήτηση είναι αναπόφευκτα άκαρπη, αφού το εκλιπόν πρόσωπο δεν μπορεί να βρεθεί.⁶¹

Συναισθηματική κατάσταση: όλα τα συναισθήματα που βιώνονται σε αυτή την περίοδο είναι πιθανόν να είναι πολύ επώδυνα. Έντονη θλίψη και επιθυμία επαναφοράς του προσώπου συχνά συσχετίζονται με φυσικά συμπτώματα όπως: ανησυχία, ναυτία, εμετός και διαταραχές του ύπνου.

Τελικά, τα αισθήματα της απόγνωσης υποχωρούν και οι περίοδοι κλάματος γίνονται περισσότερο ελεγχόμενες. Τα άτομα μαθαίνουν να ελέγχουν τη θλίψη τους, κλαίγοντας για παράδειγμα όποτε είναι δυνατό. Απόγνωση είναι το αίσθημα της απελπισίας. ο πενθών έχει συνείδηση της αδυναμίας του να αλλάξει τη κατάσταση. Τα αισθήματα ενοχής μπορεί να έχουν μία πραγματική ή φανταστική βάση και δεν υπάρχει λόγος προσπάθειας διάκρισης της διαφοράς. Οι συγγενείς μπορεί να αισθάνονται ένοχοι για πράγματα που ίσως έχουν πει ή κάνει πριν το θάνατο του αγαπημένου τους προσώπου. Για παράδειγμα, η παιδιάστική σκέψη «μακάρι να πεθάνεις» γίνεται ένα τρομακτικό βάρος, εάν ο θάνατος πραγματικά συμβεί. Αυτό είναι ιδιαίτερα αληθινό, εάν ο συγγενής είχε

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

Ο φόβος μπορεί να έχει πολλές αιτίες και μπορεί να εκφραστεί με πολλούς τρόπους. Ανησυχίες όπως: «Τι θα συμβεί τώρα...;», «Μπορώ να το αντιμετωπίσω...;», «Πως θα εξελιχθούν τα οικονομικά...;» μπορεί να προκαλέσουν φόβο. Επίσης ανεξέλεγκτα αισθήματα μπορεί να προκαλέσουν φόβο – φόβο ότι μπορεί κανείς να χάσει τον έλεγχο των συναισθημάτων του, φόβο ότι μπορεί να τρελαθεί ή φόβο ότι δεν είναι πια ικανός να κάνει ακόμα και τα πιο απλά πράγματα. Οι συγγενείς μπορεί επίσης να νιώθουν ζήλια για τους ανθρώπους οι οποίοι έχουν ακόμα σύντροφο ή που δεν έχουν χάσει το παιδί τους. Τέτοια αισθήματα βιώνονται ως αφύσικα και απαράδεκτα και μπορεί να δημιουργήσουν αισθήματα ενοχής.

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

Αισθήματα θυμού είναι αρκετά φυσικά, αν και το ταμπού που περιβάλλει την έκφραση του θυμού κάνει δυσκολότερη την αποδοχή του αισθήματος. Ο θυμός συχνά κατευθύνεται προς τους υγειονομικούς οι οποίοι «απέτυχαν» να αποτρέψουν το θάνατο. Μερικοί από τους πενθούντες εξοργίζονται με το Θεό ή τη μοίρα και αναρωτιούνται γιατί αυτό έπρεπε να συμβεί σε αυτούς. Είναι επίσης πιθανό ο θυμός να κατευθύνεται προς τους εκλιπόντες των οποίων ο θάνατος εκλαμβάνεται από τους πενθούντες, ως μια προδοσία.

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

Επομένως, είναι πολύ σημαντικό για το προσωπικό που εργάζεται στη Μ.Ε.Θ. να αναγνωρίζει αυτά τα αισθήματα και να μην καταδικάζει αλλά να προσφέρει ανακούφιση και κατανόηση. «Η άρνηση παίζει ένα ρόλο σε όλη τη διαδικασία της θλίψης με το να εμφανίζεται και να υποχωρεί μέχρι τη στιγμή της τελικής αποδοχής. Αισθήματα άρνησης μπορεί να παρουσιάζονται ως συμπεριφορά αναζήτησης. Η καταστολή και η απουσία των αισθημάτων είναι επίσης μορφές άρνησης. Η άρνηση μπορεί να ερμηνευτεί ως μηχανισμός άμυνας απέναντι στον

υπερβολικό πόνο μιας συγκεκριμένης στιγμής. Η παρατεταμένη άρνηση ωστόσο επιμηκύνει τη διαδικασία θλίψης.»⁶²

Αποδοχή (Φάση 4)

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

Αποκατάσταση (Φάση 5)

Αυτή είναι μια δύσκολη και παρατεταμένη φάση κατά την οποία πραγματοποιείται σταδιακά η αποδοχή και όπου συμβαίνει, μια νοητική αλλαγή στην προοπτική της ζωής των πενθούντων. Γενικά η πορεία αυτής της φάσης δεν είναι προβλέψιμη και συχνά μπορεί να υπάρξουν απογοητεύσεις και υποτροπές.⁶¹

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

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

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

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

Οι πενθούντες συγγενείς έχουν ανάγκη να γνωρίζουν ότι βρίσκεται εκεί για να τους βοηθήσει και να του υποστηρίξει. Σε μερικές περιπτώσεις, αυτό μπορεί να σημαίνει ότι το προσωπικό ενεργεί ως συνήγορος για τους συγγενείς, πιθανώς εκφράζοντας ανάγκες, τις οποίες εκείνοι ίσως αδυνατούν να εξωτερικεύσουν. Ταυτόχρονα χρειάζεται να βοηθήσει του πενθούντες να ανακτήσουν τις δεξιότητές τους, να αντεπεξέρχονται των καταστάσεων, όχι παίρνοντας αποφάσεις για λογαριασμό τους αλλά διασφαλίζοντας ότι συνειδητοποιούν, τις επιλογές που έχουν. Είναι σημαντικό οι εργαζόμενοι στη Μ.Ε.Θ. να επιβεβαιώνουν διαρκώς, ότι έχουν κατανοήσει σωστά τους πενθούντες και ότι εκείνοι τους καταλαβαίνουν. Επίσης θα πρέπει να αποφεύγουν να λένε ότι γνωρίζουν «πως αισθάνεται ο πενθών» και ποτέ να μην λένε πράγματα που δεν εννοούν. Οι συγγενείς είναι δυνατόν να εμφανίζονται απασχολημένοι, μόνο με την απώλεια του δικού τους ανθρώπου και αδιάφοροι για το τι συμβαίνει ή τι λέγεται. Αυτό βέβαια σπάνια συμβαίνει και μάλιστα

έρευνες έχουν δείξει ότι οι συγγενείς τείνουν να είναι υπερευαίσθητοι, στη συμπεριφορά και τα λόγια των άλλων.⁶²

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

1. Να δίνει πληροφορίες με ειλικρινή και άμεσο τρόπο. Μόνο τότε οι συγγενείς μπορούν να διερευνήσουν τη νέα κατάσταση. Δεν πρέπει να χρησιμοποιείται αφύσικη γλώσσα, η οποία μπορεί να αποπροσανατολίσει και να εκνευρίσει την οικογένεια
2. Να μειώνει την επίπτωση και την πιθανότητα βλάβης, εξ' αιτίας του θανάτου, αναγνωρίζοντας και αποδεχόμενος τα αισθήματα και την συμπεριφορά των πενθούντων έτσι ώστε να τους ενθαρρύνει μία υγιή διαδικασία πένθους
3. Να επιτρέπει στους συγγενείς να έχουν ρεαλιστική αντίληψη της απώλειας με το να τους ενθαρρύνει α δουν το αγαπημένο τους πρόσωπο και να το αποχαιρετήσουν. Μία μελέτη ανάμεσα στους συγγενείς των θυμάτων από αιφνίδιο θάνατο οι οποίοι παρέμειναν μαζί με το πτώμα στο τμήμα Επειγόντων Περιστατικών συμπέρανε ότι η διαδικασία οπτικής επαφής ήταν χρήσιμη. Οι περισσότεροι από τους συγγενείς στη μελέτη δήλωσαν ότι ο θάνατος έμοιαζε με φαντασίωση ή κακό όνειρο και η διαδικασία οπτικής επαφής τον έκανε πραγματικότητα. Γενικά, η πραγματικότητα, αν και επώδυνη, αντιμετωπίζεται πιο εύκολα από ότι η φαντασίωση. Η πραγματικότητα σε απελευθερώνει από παράξενες και αγχώδεις παραστάσεις. Αν κάποιος δεν επιθυμεί να δει τον εκλιπόντα είναι επίσης δυνατόν να τραβηχτούν φωτογραφίες οι οποίες μπορεί να δοθούν στον πενθύντα σε μεταγενέστερο στάδιο
4. Να βοηθά τους συγγενείς, να παίρνουν αποφάσεις από μόνοι τους έτσι ώστε να ανακτήσουν τις ικανότητες τους να αντεπεξέρχονται των καταστάσεων. Η ενεργός λήψη αποφάσεων διεγείρει μια υγιή διαδικασία πένθους
5. Να προσφέρει λεπτομερή πληροφόρηση μόνον όταν είναι ξεκάθαρο ότι οι συγγενείς επιθυμούν να την ακούσουν εκείνη τη συγκεκριμένη στιγμή. Να απαντάει σε ερωτήσεις, μόνο όταν είναι απόλυτα έτοιμα.
6. Να εξασφαλίζει ότι ο κυρίως πενθών έχει την ικανότητα να εκφράσει τις επιθυμίες του / της. Πολλά άτομα που αποτρέπονται από τα νοσοκομεία και χρειάζεται να πάρουν ειδική άδεια από τους συγγενείς προκειμένου να αγγίξουν το αγαπημένο τους πρόσωπο, εκφράζουν τη λύπη τους επειδή δεν είναι σε θέση να εκφράσουν τις επιθυμίες τους. Ειδικότερα, η ατμόσφαιρα μια μονάδας Εντατικής Θεραπείας με τα μηχανήματα και τους σωλήνες της, μπορεί να προκαλέσει τέτοια συναισθήματα.

Οι μέθοδοι παρέμβασης που περιγράφηκαν παραπάνω, έχουν σχεδιαστεί έτσι ώστε να βοηθήσουν τους συγγενείς να αντιμετωπίσουν τον θάνατο και να ανασυγκροτηθούν μετά το αρχικό σοκ. Εάν συμβεί αυτό, οι πενθύντες συχνά παρουσιάζονται πολύ περισσότερο ικανοί να αντιμετωπίζουν τις καταστάσεις. Μόνο τότε μπορεί να γίνει η αίτηση για δωρεά οργάνων, όταν δηλαδή συγγενείς έχουν αντιληφθεί ότι το αγαπημένο τους πρόσωπο είναι νεκρό.⁶²

Ο Hodge έχει επισημάνει:

«Τα προβλήματα πρέπει να έρχονται στην επιφάνεια και να αντιμετωπίζονται, ανεξάρτητα από το πόσο δυσάρεστο μπορεί να είναι αυτό για τον ασθενή (δηλαδή του πενθούντα συγγενή). Η εργασία πάνω στο πένθος πρέπει να πραγματοποιηθεί. Δεν υπάρχει υγιής διαφυγή από αυτό. Μπορούμε ακόμα να προσθέσουμε ότι η διαδικασία πένθους θα υπάρξει ούτως ή άλλως. Νωρίτερα ή αργότερα, σωστά ή λανθασμένα, με σαφή ή συγκεχυμένο τρόπο, θα πραγματοποιηθεί. Οι άνθρωποι έχουν μία φυσική αμυντική τάση να αποφεύγουν τη δυσαρέσκεια της διαδικασίας πένθους, αλλά είναι απαραίτητη και όσο πιο ενεργά γίνει, τόσο πιο σύντομη θα είναι η διάρκεια του πένθους. Εάν η διαδικασία πένθους δεν επιδιωχθεί ενεργά, η πορεία μπορεί να καθηλωθεί, να εγκαταλειφθεί ή να καθυστερήσει και ο ασθενής (δηλαδή ο πενθών συγγενής) να αισθάνεται ότι μπορεί να την έχει αποφύγει. Ωστόσο, σχεδόν σίγουρα μια διαστρεβλωμένη μορφή της διαδικασίας πένθους θα εμφανιστεί κάποια στιγμή στο μέλλον.»⁶²

11.3. Αποτελεσματική Επικοινωνία

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

Εκμάθηση Δεξιοτήτων Επικοινωνίας

Ανοικτές ερωτήσεις

Κάνοντας ανοικτές ερωτήσεις, το άλλο άτομο είναι ελεύθερο να επιλέξει πως θα απαντήσει. Αντίθετα με τις κλειστές ερωτήσεις, οι απαντήσεις είναι «ΝΑΙ» ή «ΟΧΙ». Οι ανοικτές ερωτήσεις δημιουργούν μια άνετη ατμόσφαιρα στη συζήτηση, χωρίς να οδηγούν το άτομο σε συγκεκριμένη κατεύθυνση. Οι ανοικτές ερωτήσεις, συνήθως αρχίζουν με τις λέξεις: «Πώς», «Τι», «Πού», «Πότε» Για παράδειγμα : «Τι θα μπορούσα να κάνω για εσάς;» (= ανοικτή ερώτηση)

Αντανάκλαση Συναισθημάτων

Η τεχνική επικοινωνίας «αντανάκλαση συναισθημάτων» είναι η πιο σημαντική δεξιότητα για την υποστήριξη των πενθούντων συγγενών. Πρώτα παρατηρούνται τα συναισθήματα που εκφράζονται (άμεσα ή έμμεσα), μετά ονομάζονται και εν τέλει εκφράζονται. Η αντανάκλαση ενός συναισθήματος, μπορεί να γίνει με μία παρατήρηση, ακολουθούμενη από μία μικρή ερώτηση ή με μία παρατήρηση με ύφος δοκιμαστικό.

Παράδειγμα:

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

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

α)το σωστό συναίσθημα και

β)τη σωστή ένταση του συναισθήματος

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

χρησιμοποιείται η αντανάκλαση του συναισθήματος σα δεξιότητα με τους πενθούντες, είναι ότι η αναγνώριση και η συζήτηση των συναισθημάτων τους, επηρεάζει θετικά τη διαδικασία της οδύνης.⁶³

11.3.1. Η ανακοίνωση των δυσάρεστων νέων

Η διαδικασία της οδύνης αρχίζει με την ανακοίνωση των δυσάρεστων νέων. Προκαλεί σοκ, απελπισία, μία περίοδο αναζήτησης, άρνηση και αποδοχή και εκφράζεται με μια ποικιλία συναισθηματικών στοιχείων. Για να συνειδητοποιήσει τα δυσάρεστα νέα το άτομο, θα χρειαστεί να περάσει από τη διαδικασία αυτή αρκετές φορές. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που ανακοινώνει τα άσχημα νέα, οφείλει να γνωρίζει τις παρακάτω τρεις φάσεις:

1. Η αποκάλυψη των άσχημων νέων

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

2. Φροντίδα για τις ανάγκες των πενθούντων

Η αρχή της διαδικασίας της οδύνης χαρακτηρίζεται από σύγχυση. Αυτή η σύγχυση εκφράζεται με ποικίλους τρόπους, όπως κάνοντας πολλές ερωτήσεις, απευθύνοντας το θυμό προς άτομο που ανακοινώνει τα δυσάρεστα νέα ή πιθανόν με ένα γενικό μούδιασμα. Το άτομο που ανακοίνωσε τα άσχημα νέα, πρέπει να συνεχίζει να υποστηρίζει το συγγενή. Ο καλύτερος τρόπος να το επιτύχει αυτό είναι το να :

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

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

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

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

- Ζητάει επεξηγήσεις, αν μερικά πράγματα δεν είναι σαφή, κάνοντας ανοικτές ερωτήσεις (πότε; τι; πού; γιατί;)
- Δεν παίρνει σαν προσωπική επίθεση τις αντιδράσεις των κακών νέων. Είναι καλύτερα να κάνει αντανάκλαση των συναισθημάτων που έχει παρατηρήσει, π.χ. «Αισθάνεστε πολύ θυμωμένος τώρα. Έτσι δεν είναι;».

3. Συζήτηση για το μέλλον

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

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

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

11.3.2. Η αίτηση για Δωρεά Οργάνων – Ιστών

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

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

Παράδειγμα:

«Θα πρέπει να έχετε πολλά πράγματα στο μυαλό σας αυτή τη στιγμή, αλλά θα ήθελα να συζητήσω κάτι μαζί σας. (Είχατε ποτέ συζητήσει το θέμα της Δωρεάς Οργάνων/ Ιστών με το σύζυγό σας;.... (απάντηση)....

Θα ήθελα να σας ρωτήσω, εάν είστε προετοιμασμένη να δωρίσετε τα όργανά του συζύγου σας για μεταμόσχευση».

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

- Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό δείχνει υπομονή. Ο συγγενής χρειάζεται χρόνο να καταλάβει την ερώτηση και να διαμορφώσει την απάντηση.
- Δείχνει κατανόηση και αποδοχή. Με την αντανάκλαση των συναισθημάτων δείχνει στο συγγενή ότι κατανοεί τα συναισθήματά του και αναγνωρίζει τη σπουδαιότητά του. Με τη χρήση των ανοικτών ερωτήσεων αντιλαμβάνεται καλύτερα τι ακριβώς έχει στο μυαλό του και συγχρόνως αποδεικνύει ότι παίρνει τις απόψεις του στα σοβαρά.
- Καθιστά σαφές ότι μια αρνητική απάντηση είναι αποδεκτή. Η φροντίδα για το συγγενή έχει προτεραιότητα.
- Ρωτάει το συγγενή αν υπάρχουν ερωτήσεις προς διευκρίνιση.

Παροχή Πληροφοριών

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

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

γ) Είναι ανάγκη να περιγράφουν τα πιο σπουδαία πράγματα πρώτα.

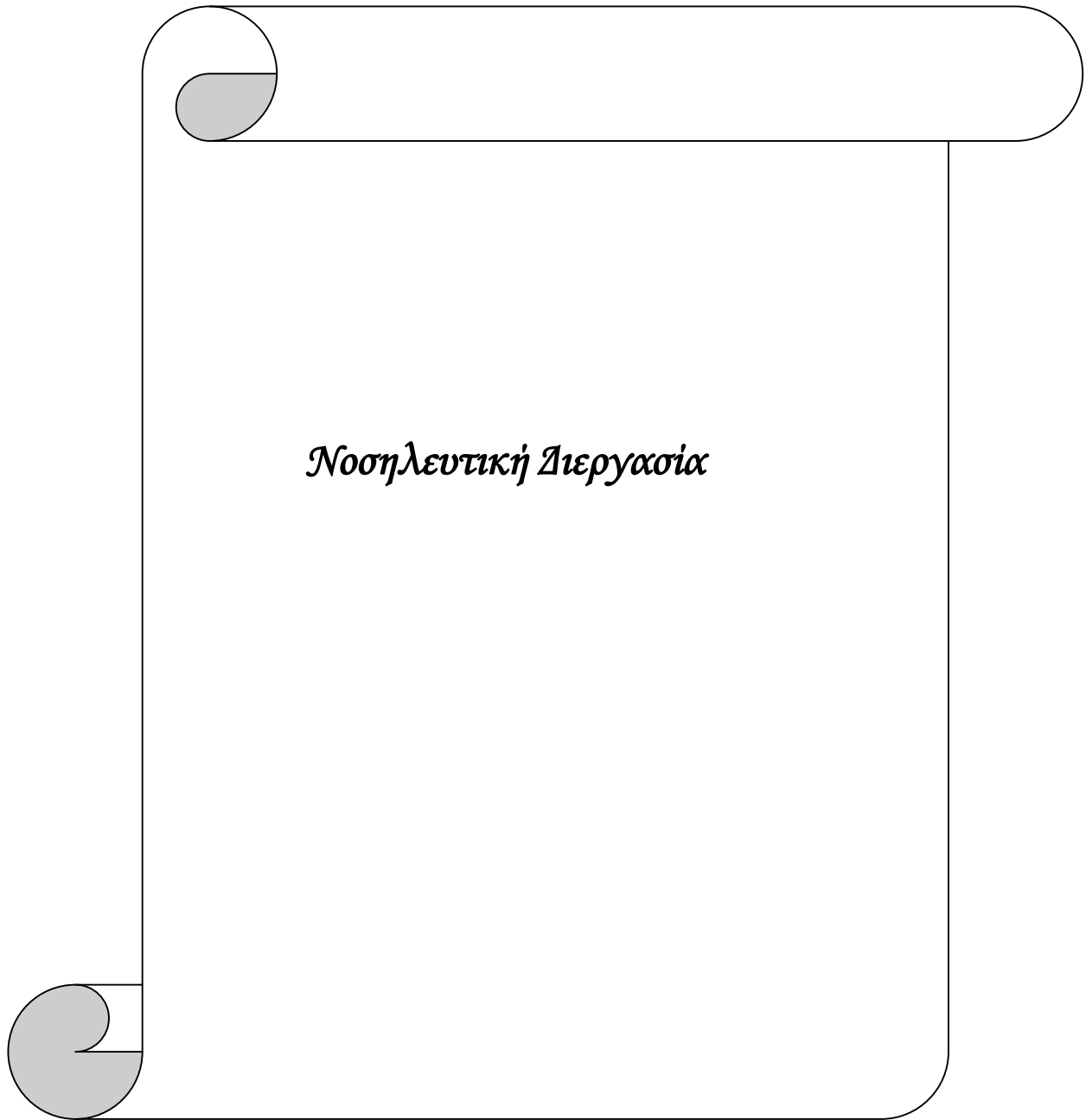
Γενικά οι πληροφορίες που δίνονται πρώτα, ενθυμούνται καλύτερα.

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

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

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

- Χρησιμοποιεί απλή γλώσσα. Όπως και όλες τις άλλες τεχνικές επικοινωνίας, προσαρμόζει τη γλώσσα σ' αυτή του συγγενή.⁶³



Νοσηλευτική διεργασία

Ασθενής, φύλου αρσενικού και ηλικίας 31 ετών χωρίς χρόνια προβλήματα, εισήλθε στο νοσοκομείο με κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις έπειτα από τροχαίο ατύχημα. Στον χώρο των επειγόντων περιστατικών διαγνώσθηκε ότι τα τραύματα στην περιοχή της κεφαλής δεν είναι χειρουργήσιμα. Ο ασθενής μεταφέρθηκε στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ) όπου και διασωληνώθηκε. Ταυτόχρονα συνδέθηκε με πλήρες monitoring και μηχανήμα αναπνευστικής υποστήριξης. Στον ασθενή χορηγούνταν καταστολή, προποφόλη 40ml/h και ηλεκτρολύτες για την αποφυγή αφυδάτωσης.

Όταν εισήλθε ο ασθενής στη Μ.Ε.Θ, τα ζωτικά του ήταν ΑΠ: 120/60mmHg, Θ: 36,5° C, καρδιακή συχνότητα 75/min και SPO₂: 98% . Κατά την διάρκεια της νύχτας όμως, το νοσηλευτικό προσωπικό παρατήρησε αλλαγή στην κατάσταση του ασθενούς. Αμέσως ενημερώθηκε ο εντατικολόγος και ο θεράπων ιατρός του (νευροχειρουργός). Οι εξετάσεις επιβεβαίωσαν την επιδείνωση της κατάστασής του. Τα ζωτικά άρχισαν να υποχωρούν, με αποτέλεσμα η ΑΠ να είναι 90/50mmHg, Θ: 36° C, καρδιακή συχνότητα 45/min και SPO₂: 87% .

Η αιτία της επιδείνωσης ήταν η επέκταση του εγκεφαλικού αιματώματος. Οι γιατροί προσπάθησαν να το περιορίσουν και να το αντιμετωπίσουν με φαρμακευτική αγωγή, το αποτέλεσμα όμως δεν ήταν το επιθυμητό. Στην περίπτωση αυτή χορηγήθηκε στον ασθενή μαννιτόλη λόγω της αύξησης της ενδοκράνιας πίεσης. Οι προσπάθειες όμως των γιατρών δεν απέδωσαν με αποτέλεσμα τον εγκολεασμό του στελέχους.

Οι θεράποντες ιατροί, έπειτα από τα κατάλληλα test που έγιναν τις επόμενες ημέρες (μάτια της κούκλας, μυδρίαση των ματιών κλπ), αιματολογικές και νευρολογικές εξετάσεις και αξονική τομογραφία, επιβεβαίωσαν ότι ο ασθενής ήταν πλέον εγκεφαλικά νεκρός. Στην περίπτωση αυτή, οι γιατροί έδωσαν εντολή ο ασθενής να αποσυνδεθεί από τον αναπνευστήρα λόγω της μη αναστρέψιμης κατάστασής του. Εξαιτίας της πρότερης καλής του φυσικής κατάστασης πριν από το ατύχημα, ο ασθενής διαπιστώθηκε ότι ήταν ένα πολύ καλός πιθανός δωρητής οργάνων. Τα ζωτικά του σημεία εξακολουθούσαν να υποχωρούν σταδιακά, με ΑΠ: 50/35mmHg, Θ: 35,7° C, καρδιακή συχνότητα 40/min και SPO₂: 40%. Γι' αυτό το λόγο η αιμοδυναμική κατάσταση του ασθενή ενισχύθηκε με τη συνεχή IV χορήγηση ινóτροπων φαρμάκων (ντοπαμίνης, δοβουταμίνης).

Το ιατρικό - νοσηλευτικό προσωπικό αναλαμβάνει ακολούθως να ενημερώσει λεπτομερώς τους συγγενείς για την διαδικασία και κυρίως για την

αξία της δωρεάς. Τονίζουν το υπέρτατο αγαθό της δωρεάς και το πόσο άνθρωποι μπορούν να σωθούν δωρίζοντας τα όργανά του.

Αμέσως μετά την ενημέρωση των συγγενών, τους δίνεται χρόνος για να πάρουν την απόφασή τους. Αν η απάντηση είναι θετική προς την δωρεά, τότε οι γιατροί μεταφέρουν τον ασθενή στην αίθουσα του χειρουργείου και προχωρούν στην αφαίρεση των οργάνων και των ιστών. Αν η απάντηση είναι αρνητική, τότε ο ασθενής αποσυνδέεται από τα μηχανήματα, υποκύπτει αναπόφευκτα στα τραύματά του και οι συγγενείς προχωρούν στην διαδικασία της ταφής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

1. Μιχαλοπούλου Σου- Άννα, Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα: Μαθήματα Μεταμοσχεύσεις οργάνων για νοσηλευτές, Εκδόσεις Τμήμα ΣΕΥΠ, Σχολή Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Πάτρας, Ιούνιος 1999, σελ 17-27, 29-30, 34-35, 39-35.
2. Παπαδημητρίου Ιωάννης, Μεταμοσχεύσεις Ιστών και οργάνων, Έκδοση 1^η, Τόμος 1^{ος}, Εκδόσεις: Γρηγόριος Παρισιάνος, Αθήνα 1998, σελ 25-373.
3. Υ.Σ.Ε., Διάγνωση του Θανάτου του εγκεφαλικού στελέχους, Αθήνα 1996, σελ 11-20.
4. Στυλιανάκης, Συζήτηση για τη Δεοντολογία Ιατρικό Βήμα, Τεύχος 24^ο, Έκδοση: Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, Αθήνα 1992, σελ 16.
5. Αδάμης Π., Martin Luther, Η αντιμετώπιση Του Εγκεφαλικού θανάτου στην Ελλάδα και στην Γερμανία, Ιατρικό Βήμα, Τεύχος 59^ο, Έκδοση: Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, Αθήνα 1998, σελ 42-54.
6. Υ.Σ.Ε., Ο Εγκεφαλικός Θάνατος, Αθήνα 1999, σελ42-44.
7. Παναγόπουλος Εμμ., Η απομυθοποίηση του εγκεφαλικού θανάτου- Πέρα από τον εγκεφαλικό θάνατο, Η δράση μας, Τεύχος 366^ο, Εκδόσεις: Μπάστα Εθυ, Αθήνα 1999, σελ 108-110.
8. Βιλλιώτη Σοφία Εγκεφαλικός Θάνατος στη ΜΕΘ και δωρεά οργάνων, Πρακτικά 26^{ου} Ετήσιου Πανελλήνιου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, Έκδοση: Εθνικός Σύνδεσμος Διπλωματούχων Νοσηλευτριών- Νοσηλευτών Ελλάδος, Κέρκυρα 25-27 Μαΐου 1999, σελ 777-786.
9. Kishore RR., Organ Donation consaquinity rs University – An analysis of the Indian low, Transplantation proceedings, Vol. 28, Vo 6, 1996, pp 3.603-3.606
- 10.Αντωνιάδης Αντώνης, Ιακούδας Παπανικολάου Β, Λήψη πολλών οργάνων από τον ίδιο δότη, Ιατρικό Βήμα, Τεύχος 27ο, Έκδοση: Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, Αθήνα 1992, σελ. 32-39.
- 11.Υ.Σ.Ε., Έντυπο – ενημερωτικό υλικό για τη Δωρεά Οργάνων και Ιστών.
- 12.Κίτσου – Περγλέγκου Σ., Μεταμόσχευση – Δωρεά Ανθρωπίνων Ιστών και Οργάνων, Διπλωματική Εργασία, Αθήνα, Φεβρουάριος 1990, σελ. 52-62.

13. Καλλιονζή Ελένη, Ο θάνατος που χαρίζει ζωή: Ο εγκεφαλικός Θάνατος, Μελάμπους Αργειακά Ιατρικά Χρονικά, Τεύχος 9^ο, Γενικό Νοσοκομείο Άργους, Άργος 2007.
14. Γερολουκά- Κωστοπαναγιώτου Γ., Δότης Οργάνων, Εγκεφαλικός Θάνατος και φροντίδα του δότη οργάνων στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και στο χειρουργείο, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ, Πασχαλίδης, Αθήνα 2002.
15. Μπαλογιάννης Ι. Σταύρος, Ο εγκεφαλικός θάνατος: θάνατος ή ζωή,
www.encephalos.gr, 2000
16. Pailis C- Harley H-D., Από το Α ως το Ω της νέκρωσης του εγκεφαλικού στελέχους, Έκδοση 2^η, Εκδόσεις BMJ Publishing Group, 2000.
17. Κωστάκης Αλκιβιάδης, Εγκεφαλικός Θάνατος
www.transplantation.gr, 2007
18. Κωστάκης Αλκιβιάδης, Ηθικά Προβλήματα και Διλλήματα των Μεταμοσχεύσεων
www.transplantation.gr, 2005.
19. Ζώης Κωνσταντίνος, νομικό καθεστώς μεταμοσχεύσεων, μεταμόσχευση νεφρού- νοσηλευτική φροντίδα, πτυχιακή εργασία, Εκδόσεις ΤΕΙ Πάτρας, Πάτρα 1996.
20. Ο Πρόεδρος της Ελληνικής Δημοκρατίας, νόμος υπ' αριθμόν 2737 μεταμόσχευση ιστών και οργάνων, Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, Τεύχος 1^ο, αριθμός φύλλου 174, 27 Αυγούστου, Αθήνα 1999.
21. Gutch CF, Stoner MH Coreia AL, Η αιμοκάθαρση στην κλινική πράξη, Ο ρόλος της Υγειονομικής ομάδας, Επιμέλεια Αγραφιώτης Κ.Θ, Συγκάντης Δ.Χ, Ζηρογιάννης Ν.Π, Μεταμόσχευση, Εκδοση:6^η, Αθήνα 2003.
22. Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων, Ε.Ο.Μ
www.eom.gr, 2007
23. Παπαδημητρίου Ιωάννης, Σύγχρονη Γενική Χειρουργική, Τόμος 1- Β' Έκδοση, Εκδόσεις Λαρισιανού Α. Ε., Αθήνα 2001
24. Σαχίνη Καρδάση Άννα, Πάνου Μαρία, Παθολογική και Χειρουργική νοσηλευτική, Νοσηλευτικές Διαδικασίες, Τόμος 1^{ος} – Β' Έκδοση, Αθήνα 2002; 105:148

25. Δαρδαβέσης Θ. Ευσταθίου Μ. Η Ιστορία των μεταμοσχεύσεων, Τόμος 2ος, Τεύχος 1ο, Αθήνα 1991, σελ. 11-18, 53-63
26. Κίτσου – Περγλέγκου Σ., Μεταμόσχευση – Δωρεά Ανθρωπίνων Ιστών και Οργάνων, Διπλωματική Εργασία, Αθήνα, Φεβρουάριος 1990, σελ. 52-62
27. Δρακόπουλος Σ. Μεταμοσχεύσεις Οργάνων από ζώντες (συγγενείς) δότες και πτωματικούς δότες, Μεταμόσχευση, Τόμος 2ος, Τεύχος 2ο, Θεσσαλονίκη 1997, σελ. 82-85
28. Συγκράνης Δ.Χ., Μεταμόσχευση νεφρού Σύγχρονες απόψεις, Βόλος 2003
29. Κωστάκης Αλκιβιάδης, μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων,
www.transplantation.gr, 2005
30. Λαζαρίδης Π. Δημήτριος, μεταμόσχευση νεφρών, μεταπτυχιακή χειρουργική, εκδόσεις επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών, Θεσσαλονίκη 2003.
31. Transplantation, πριν τη μεταμόσχευση νεφρού,
www.transplantation.gr, 2005
32. Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων, η διαδικασία της μεταμόσχευσης,
www.eom.gr, 2007
33. Sigardson- Poor M. Katherine, Haggerty M. Linda, Nursing care of the transplant recipient, W.B, Saunders company, 1990
34. Σαχίνη Καρδάση Άννα, Πάνου Μαρία, Παθολογική και Χειρουργική νοσηλευτική, Νοσηλευτικές Διαδικασίες, Τόμος 1^{ος} – Β΄ Έκδοση, Αθήνα 2002; 105:148
35. Συγγελάκης Μ., Τακούδας Δ., Βεργούλα Γ., Ψυχοκοινωνική Εκτίμηση ασθενών μεταμοσχευτικών Κέντρων, Μεταμόσχευση, Τόμος 1ος, Τεύχος 2ο, Αθήνα 1996μ σελ. 108-115
36. Δαρδαβέσης Θ. Ευσταθίου Μ. Η Ιστορία των μεταμοσχεύσεων, Τόμος 2ος, Τεύχος 1ο, Αθήνα 1991, σελ. 11-18, 53-63
37. Εφημερίδες Metro Υγεία και Ομορφιά Μ. Τρίτη 6 Απριλίου 2004; 28
38. Μουτσόπουλος Μ.Χ- Εμμανουήλ Σ.Δ, Βασικές αρχές παθοφυσιολογίας, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.
39. Ζηρογιάννης, Ν.Π., ο νεφρός στα συστηματικά νοσήματα, Τόμος Β, Εκδόσεις φαρμακευτική εταιρεία Jassen- Cillag A.B.E.E

- 40.Νοσοκομείο Αγίας Σοφίας, Μαθήματα τεχνητού νεφρού, Ιατρικές Εκδόσεις Αλέξανδρος Σιώκης, Θεσσαλονίκη 1983.
41. Μπεσμπέας Σ. Σταύρος, Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση νοσημάτων φθοράς, Εκδόσεις καλών και αγαθών, Ελληνική και αντικαρκινική εταιρεία, Αθήνα 2002.
- 42.Ζηρογιάννης Ν. Π- Πιερίδης Μ. Άλκης – Διαμαντόπουλος Α. Αθανάσιος, κλινική νεφρολογία , Τόμος IV, ιατρικές εκδόσεις Τεχνόγραμμα, Αθήνα 2005.
43. Buckley PE., The delicate question of the donor Family. Transplantation. Proceedings 1990, 21: 1411-1412
- 44.Verble MS, Work JK, Family Counseling. In: Corneal Surgery: Theory, Technique and Tissue. The CU Mosby Company, St. Louis 1990. Brightbill FS (ed). 693-698
- 45.Simmons RG, Fulton R., Fulton J., Effect of Organ Donation on Families of Brain – Dead Patients In: Pediatric Brain Death and Organ / Tissue Retrieval: Medical, Ethical, and Legal Aspects. Plenum Medical Book Company, New York and London 1992, Kanfman 44 (ed): 267-281
- 46.Kuntze A. Het Keerpunt: Van patient tot organ. Medisch Contact 1991, 42: 211-212
- 47.Richardson KE, Watson K. Understanding the Request Process. KODA Kentucky (U.S.A.) (not published).
- 48.Prottas J., Batten HL, Health Professionals and Hospital Administrators in Organ Procurement: Attitudes, Reservations and their Resolutions, American Journal of Public Health 1990, 78: 642-645
- 49.Wakeford RE., Stepney R., Obstacles to organ donation. British Medical Journal 1990, 76: 435-439
- 50.McGough EA., Chopek MW. The Physicians role as Asker in Obtaining Organ Donations. Transplantation Proceedings 1993, 22 (1): 267-272.
- 51.Spital A., Kittur DS. Barriers to Organ Donation under Housestaff Physicians. Transplantation Proceedings 1994, 22 (5): 2414-2416
- 52.Malesck MS, Hoffman MC., Getting to yes: How Nurses Attitudes affect their success in Obtaining Consent for Organ and Tissue Donations Dialysis and Transplantation 1990: 276-278
- 53.Morton Jb., Leonard DRA. Codarner, nephrectomy: an operation of the donor's Family. British Medical Journal 1991, 1: 239-241

- 54.Βάρκα – Αδάμη Αλεξάνδρα, Το δίκαιο των μεταμοσχεύσεων, Εκδόσεις Σακκούλα, Αθήνα – Κομοτηνή 1993, σελ. 29, 79-97, 107
- 55.Μητροπολίτης Δημητριάδος κος Χριστόδουλος, Οι Μεταμοσχεύσεις από Θρησκευτική άποψη, Ιατρικό Βήμα, Φεβρουάριος 1989, σελ. 6
- 56.Γιανοπούλου Αθηνά Διλήμματα και Προβληματισμοί στη Σύγχρονη Νοσηλευτική, Έκδοση 2η Εκδόσεις: Η ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα 1995, σελ. 155-156, 157, 161
- 57.Phil H., Berry Jr. M.D., Texas Medicines Ethics, Copyright by Texas Medical Association, February 1997, pp. 60-66
- 58.Βλαχογιάννης Ι.Γ., Μεταμόσχευση Οργάνων, Εκδόσεις Πανεπιστημίου Πατρών, Πάτρα 1999, σελ. 6-13, 24-36, 48-72
- 59.Sanchez – Fructozo A.T. ef, al, Rehal. Transplantation in elderly patients, Transplantation proceedings, Vol. 30, 1998, pp. 2.277-2.278
- 60.Σκαλκέας Γ.,Ηθικά προβλήματα στις μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Τόμος 7ος, Τεύχος 10^ο, Οκτώβριος 1993 σελ. 75-81
- 61.Romsay R. Rouwtherape. In: Oriemans JWG (red), Handbook voor Gedragtherapie, Van Lonhem Slaterus Deventer 1991, p: 60-75
- 62.Wright B. Sudden death: Intervention Skills for the Caring Professions. Churchill Livingstone 1993, p: 84-88
- 63.Βλάχος Ι. European Donor Hospital Education Programme (EDHEP). Σημειώσεις για τους εκπαιδευόμενους. Πάτρα 1998, Σελ. 25-29