

---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΔΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ  
ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΥΠΟΛΟΙΠΕΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ Ε.Ε.**

**Σιδέρη Ιωάννα**

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης  
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2019



---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΔΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ  
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ  
ΥΠΟΛΟΙΠΕΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ Ε.Ε.**

**Σιδέρη Ιωάννα, Α.Μ.: ΟΔΥ/1741**

Επιβλέπων: Χατζηδήμα Σταματίνα, Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Πειραιώς

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης  
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2019



---

**UNIVERSITY of PIRAEUS**



**DEPARTMENT of  
ECONOMICS**

---

**M.Sc. in Health Economics and Management**

**THE SYSTEM OF ORGAN DONATION IN GREECE  
COMPARED TO OTHER E.U. COUNTRIES**

**Sideri Ioanna, AMS: ODY / 1741**

Master Thesis submitted to the Department of Economics  
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements  
for the degree of M.Sc. in Health Economics and Management

Piraeus, Greece, 2019



*Στον μπαμπά μου.*





## Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου, κα Χατζηδήμα Σταματίνα, για την συνεχή βοήθειά της και την υποστήριξή της, μιας και αποτέλεσε πηγή έμπνευσης, γνώσης και δύναμης για την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου, που με στηρίζει και με καθοδηγεί σε όλα τα βήματα της ζωής μου και κυρίως τον σύζυγο μου, Γιώργο, που με την στήριξη και την εμπιστοσύνη του με βοηθάει να πραγματοποιώ τα όνειρά μου και τους στόχους μου.



# Το Σύστημα της Δωρεάς Οργάνων στην Ελλάδα, συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες της Ε.Ε.

**Σημαντικοί Όροι:** Δωρεά Οργάνων, Μεταμοσχεύσεις, Σύστημα

## Περίληψη

Η παρούσα εργασία αποτελεί μια προσπάθεια ανάλυσης και προσέγγισης του Συστήματος της Δωρεάς Οργάνων και των μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα, συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες της Ε.Ε.

Μελετάει και αναλύει το διαχρονικό θέμα της δωρεάς οργάνων και τις διαστάσεις του. Η έρευνα ξεκινάει με την ιστορική αναδρομή και την διαδικασία δωρεάς και μεταμόσχευσης οργάνων, για να εισέλθει ύστερα στην περίπτωση της Ελλάδας, στο νομικό της πλαίσιο και στα πλαίσια της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Επιπλέον, αναλύονται τα ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα της δωρεάς οργάνων, καθώς η συζήτηση πάνω στο θέμα δεν είναι ίδια για όλους. Τέλος, με το ερευνητικό μέρος αναλύονται τα δεδομένα που έχουν συλλεχθεί με την βοήθεια ερωτηματολογίου και αναλύονται τα αποτελέσματα της έρευνας. Σκοπός της έρευνας είναι να αποσαφηνιστεί, τόσο το θέμα της δωρεάς οργάνων ως προς τους ασθενείς, όσο και να διαπιστωθεί αν η εν λόγω διαδικασία παρουσιάζει διαφορές μεταξύ της Ελλάδας και των άλλων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Η έρευνα περιλαμβάνει βιβλιογραφική αναφορά στην έννοια της Δωρεάς Οργάνων και των Μεταμοσχεύσεων, και στη συνέχεια προσδιορίζονται εμπόδια και ελλείψεις που εμφανίζονται στον τομέα αυτόν. Τέλος, προτείνονται μέτρα και διαδικασίες που θα βοηθήσουν στην λειτουργικότητα του συστήματος της Δωρεάς Οργάνων, καθώς και στην αύξηση των μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα.

Η εργασία αυτή θα είναι χρήσιμη, τόσο σε όσους εμπλέκονται ενεργά στην διαδικασία της Δωρεάς Οργάνων επαγγελματίες Υγείας, όσο και σε όλο τον υπόλοιπο κόσμο, ο οποίος δεν

γνωρίζει ούτε τις διαδικασίες, αλλά ούτε το θεσμικό πλαίσιο των μεταμοσχεύσεων στην χώρα μας.

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να παρακινήσει, αρχικά τους επαγγελματίες Υγείας που εμπλέκονται ενεργά στο Σύστημα της Δωρεάς Οργάνων, αλλά και τους απλούς πολίτες, να ενημερωθούν, ώστε να συμμετάσχουν ενεργά σε αυτό το τόσο σημαντικό για την Ζωή σύστημα.

Από την παρούσα μελέτη προκύπτουν κάποιες αδυναμίες τόσο στο γενικό πλαίσιο της διαδικασίας των μεταμοσχεύσεων, όσο και την γενική οργάνωση και στελέχωση του συγκεκριμένου συστήματος. Με αφορμή αυτές τις ελλείψεις και τα εμπόδια που παρουσιάζονται, προτείνονται κάποιες αλλαγές, με την βοήθεια άλλων συστημάτων που εφαρμόζονται στην Ε.Ε., που στόχο έχουν την βελτίωση, αλλά και την αύξηση των μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα.

# **The System of Organ Donation in Greece, compared to other E.U countries.**

**Keywords:** Organ Donation, Organ Transplantation, System

## **Abstract**

This work is an attempt to analyze and approach the Organ Donation System and Transplantation in Greece, compared to other EU countries.

It analyzes the diachronic issue of organ donation and its dimensions. The research begins with the historical retrospective and the process of donating and transplanting organs to enter to the case of Greece, its legal framework and within the framework of the European Union. In addition, the moral and ethical issues of organ donation are analyzed, as the discussion on the subject is not the same for everyone. The purpose of the survey is to clarify both the issue of donating organs to patients and to ascertain whether this procedure presents differences between Greece and the other countries of the European Union.

The research includes a bibliographic reference to the concept of Organ Donation and Transplantation, and identifies the obstacles and shortcomings that occur in this field. Finally, measures and procedures are proposed in order to help in the operation of the Organ Donation System and in the increase of transplants in Greece.

This work will be useful to those who are actively involved in the process of Organ Donation, Health Professionals, and also the rest of the world, who knows neither the procedures nor the institutional framework of transplants in our country.

The aim of this study is to motivate initially health professionals who are actively involved in the Organ Donation System, as well as ordinary citizens to be informed so that they can actively participate in this life-important system.

From this study, there are some weaknesses in the overall context of the transplantation process, as well as the general organization and staffing of the particular system. In view of these

shortcomings and the obstacles presented, some changes are proposed, with the help of other systems implemented in the EU, aimed at improving and increasing transplants in Greece.

The aim of this study is to motivate initially health professionals who are actively involved in the Organ Donation System and to inform ordinary citizens so that they can actively participate in this life-important system.

From this study, some weaknesses appear in the overall context of the transplantation process, as well as the general organization and staffing of the particular system. In view of these shortcomings and the obstacles presented, some changes are proposed, with the help of other systems implemented in the EU, aimed at improving and increasing transplants in Greece.

## Περιεχόμενα

Περίληψη.....	xi
Abstract.....	xiii
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	xvii
1. Εισαγωγή.....	1
2. Βιβλιογραφική Ανασκόπηση .....	3
2.1. Η Δωρεά Οργάνων .....	3
2.1.1. Ιστορική Αναδρομή.....	3
2.1.2. Η Διαδικασία Μεταμόσχευσης.....	6
2.1.3. Ο Ρόλος των Επαγγελματιών Υγείας.....	8
2.1.4. Νομοθεσία Πάνω στην Δωρεά Οργάνων .....	11
2.1.4.1. Ο Ν. 3984/2011.....	11
2.1.4.2. Ο Ν. 4272/2014.....	14
2.1.4.3. Ο Ν. 4512/2018.....	15
2.1.5. Εμπόριο και Μαύρη Αγορά.....	16
2.2. Η Δωρεά Οργάνων στην Ελλάδα .....	21
2.2.1. Υπόβαθρο.....	21
2.2.2. Στατιστικά Στοιχεία .....	22
2.3. Η Δωρεά Οργάνων στην Ευρωπαϊκή Ένωση.....	23
2.3.1. Συστήματα που Εφαρμόζονται στο Εξωτερικό.....	23

2.3.2.	Στατιστικά Στοιχεία .....	27
2.4.	Ηθικά Διλήμματα και η Άποψη της Εκκλησίας.....	32
2.4.1.	Ιατρική Ηθική .....	32
2.4.2.	Κοινωνικά και Οικονομικά Προβλήματα .....	39
2.4.3.	Ο Θάνατος ως Ηθικό Δίλημμα .....	44
2.5.	Σύγκριση Ελλάδας και Ευρωπαϊκών Χωρών.....	49
2.6.	Συμπεράσματα .....	53
3.	Ερευνητικό μέρος.....	57
3.1	Μεθοδολογία Έρευνας.....	57
3.2	Γνώσεις και Στάσεις.....	59
3.3	Ανάλυση Ερωτηματολογίου.....	61
3.4	Συμπεράσματα.....	83
3.5	Προτάσεις.....	85
	Βιβλιογραφία .....	89



## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Γράφημα 1. Φύλο.....	61
Γράφημα 2. Ηλικία.....	62
Γράφημα 3. Οικογενειακή Κατάσταση .....	63
Γράφημα 4. Μορφωτικό Επίπεδο.....	64
Γράφημα 5. Ποσοστά Εγγεγραμμένων σε λίστα δοτών Οργάνων.....	65
Γράφημα 6. Ποσοστά Αιτιών Μη εγγεγραμμένων σε λίστα.....	66
Γράφημα 7. Ποσοστά Επιθυμίας Δωρεάς Οργάνων.....	67
Γράφημα 8. Ποσοστά Επιθυμίας Δωρεάς Οργάνων- Ενημέρωση οικογένειας .....	68
Γράφημα 9. Ποσοστά Γνώσης για Δωρεά Οργάνων .....	69
Γράφημα 10. Ποσοστά Γνώσης διαδικασίας Δωρεάς Οργάνων .....	70
Γράφημα 11. Ποσοστά Γνώσης του όρου <<Εγκεφαλικά Νεκρός>> .....	71
Γράφημα 12. Ποσοστά Γνώσης της νομοθεσίας σχετικά με τη Δωρεά Οργάνων .....	72
Γράφημα 13. Ποσοστά διδασκαλίας στο σχολείο σχετικά με τη Δωρεά Οργάνων.....	73
Γράφημα 14. Ποσοστά διδασκαλίας στο σχολείο σχετικά με τη Δωρεά Οργάνων .....	74
Γράφημα 15. Ποσοστά άγχους για τη Δωρεά Οργάνων .....	75
Γράφημα 16. Ποσοστά Στάσεων σχετικά με τους γιατρούς .....	76
Γράφημα 17. Ποσοστά Στάσεων για τη Δωρεά Οργάνων από εγκεφαλικά νεκρούς .....	77
Γράφημα 18. Ποσοστά Στάσεων για τη Δωρεά Οργάνων από εγκεφαλικά νεκρούς .....	78
Γράφημα 19. Ποσοστά Στάσεων σχετικά με το νέο Νόμο για τη Δωρεά Οργάνων .....	79
Γράφημα 20. Ποσοστά Στάσεων για τη Δωρεά Οργάνων συγγενικού προσώπου .....	80
Γράφημα 21. Ποσοστά Στάσεων για περισσότερες παροχές και καλύψεις των εγγεγραμμένων στο Μητρώο Δωρεάς Οργάνων .....	81



## 1. Εισαγωγή

Ανεξάρτητα από την μεγάλη προσπάθεια που οι επαγγελματίες του ιατρικού τομέα κάνουν για να σώσουν τις ζωές των ασθενών, υπάρχουν περιπτώσεις που το αρνητικό αποτέλεσμα είναι αναπόφευκτο. Σε αυτή την καθοριστική στιγμή, οι στάσεις και η γνώση μεταξύ των στελεχών της ΜΕΘ, η ευαισθητοποίηση και οι εμπειρίες των συγγενών του ασθενούς, η πρόθεση του ασθενή, καθώς και το κανονιστικό πλαίσιο γύρω από τον θάνατο και τη δωρεά οργάνων της κάθε χώρας, αποτελούν καθοριστικά στοιχεία για τον τρόπο που μπορεί να προχωρήσει η διαδικασία μεταμόσχευσης. Υπάρχουν πολλοί παράγοντες σε αυτή τη λεπτή διαδικασία που μπορεί να πάνε στραβά.

Η μεταμόσχευση οργάνων είναι ένα από τα σημαντικότερα ιατρικά επιτεύγματα του εικοστού αιώνα. Η ανακάλυψη αποτελεσματικών ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων στα τέλη της δεκαετίας του 1970, ήταν ένα σημαντικό βήμα προς την αύξηση του ποσοστού επιτυχίας των μεταμοσχεύσεων οργάνων και έτσι άνοιξε ο δρόμος για τη μεταμόσχευση οργάνων, πράγμα το οποίο την έχει κάνει πλέον μία ιατρική διαδικασία ρουτίνας. Ο σημερινός επιπολασμός της μεταμόσχευσης οργάνων ήταν σαφώς εμφανής σε μια πρόσφατα δημοσιευμένη μελέτη, στην οποία συγκεντρώθηκαν στοιχεία σε παγκόσμιο επίπεδο σχετικά με τη μεταμόσχευση νεφρών. Η μελέτη έδειξε σταθερή αύξηση της μεταμόσχευσης ζωντανών νεφρών στις περισσότερες περιοχές του κόσμου. Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία της μελέτης αυτής, ο αριθμός των ζώντων μοσχευμάτων δωρητών νεφρών αυξήθηκε κατά την τελευταία δεκαετία, με το 62% των χωρών να αναφέρουν αύξηση κατά τουλάχιστον 50%. Ο μεγαλύτερος αριθμός μεταμοσχεύσεων νεφρού, σε ετήσια βάση, πραγματοποιήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες (6435), τη Βραζιλία (1768), το Ιράν (1615), το Μεξικό (1459) και την Ιαπωνία (939). Η Σαουδική Αραβία είχε το υψηλότερο ποσοστό μεταμόσχευσης νεφρού σε 32 διαδικασίες ανά εκατομμύριο πληθυσμού,

ακολουθούμενη από την Ιορδανία (29), την Ισλανδία (26), το Ιράν (23) και τις Ηνωμένες Πολιτείες (21).

Όταν μια ιατρική περίθαλψη, όπως η μεταμόσχευση οργάνων, γίνεται τόσο διαδεδομένη και καταφέρνει να επιτύχει εντυπωσιακά ποσοστά επιτυχίας για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών παγκοσμίως, τότε τα ηθικά ερωτήματα είναι αναπόφευκτα.

## 2. Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

### 2.1. Η Δωρεά Οργάνων

#### 2.1.1. Ιστορική Αναδρομή

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 50 ετών, η μεταμόσχευση οργάνων έχει καθιερωθεί παγκοσμίως με συνεχώς βελτιωμένα αποτελέσματα, προσφέροντας τεράστιες ωφέλειες σε εκατοντάδες χιλιάδες ασθενείς. Οι γενικές αρχές των χειρουργικών διαδικασιών και της διατήρησης οργάνων έχουν γίνει αποδεκτές για όλες τις μεταμοσχεύσεις οργάνων, αλλά η βιολογία της απόρριψης μοσχεύματος είναι ακόμη εν μέρει μόνο κατανοητή. Το 1959, η μερκαπτοπουρίνη, η οποία χρησιμοποιείται στη θεραπεία της λευχαιμίας, αποδείχθηκε από τους Schwarz και Damechek ότι βοηθάει στην πρόληψη σχηματισμού αντισώματος σε κουνέλια, που προκαλούνται από ξένες πρωτεΐνες. Αυτή η παρατήρηση έχει ονομαστεί ανοσολογική ανοχή που προκαλείται από φάρμακα. Μελέτες στο Ηνωμένο Βασίλειο σχετικά με τα εμβολιασμένα νεφρά ζώων που έλαβαν μερκαπτοπουρίνη, προκάλεσαν μέτρια επέκταση της επιβίωσης μοσχεύματος και οδήγησαν σε πρακτική κλινική θεραπευτική αγωγή με το ανάλογο μερκαπτοπουρίνης αζαθειοπρίνη συν κορτικοστεροειδή (Caballero, Leal, Puig, et al., 2014).

Μία από τις πιο γνωστές ιστορίες, για την αρχή της ιστορικής αναδρομής, είναι "το θαύμα του μαύρου ποδιού". Αυτή η ιστορία είναι για τους αραβικούς δίδυμους και γιατρούς, τον Κοσμά και τον Δαμιανό, που έζησαν τον τρίτο αιώνα μ.Χ. Οι αδελφοί εξάσκησαν την ιατρική με τέτοιο τρόπο, που κατά την εποχή εκείνη θεωρούνταν ως θαυματουργοί και χωρίς να δέχονται καμία πληρωμή για τις υπηρεσίες τους. Αυτό οδήγησε στο να γίνουν άγιοι τον 11ο αιώνα. Υποτίθεται

ότι αντικατέστησαν το κακοήθες και γαγγραινό πόδι ενός άνδρα με ένα πόδι από έναν νεκρό Αιθιοπικό άνδρα (Hoeyer, Jensen and Olejaz, 2015).

Κατά τη διάρκεια του 18ου και 19ου αιώνα, στο πεδίο της δωρεάς και της μεταμόσχευσης, το επίκεντρο των πρώτων πρωτοπόρων ήταν τα πειράματα με τα ζώα. Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 19ου και των αρχών του 20ού αιώνα, μετακινήθηκαν ιστοί κυρίως από ζώα, αλλά και από ανθρώπους σε ανθρώπους με σχετική επιτυχία. Κατά τη διάρκεια του Α' Παγκοσμίου Πολέμου, η ανάγκη να βρεθούν τρόποι για την επιτυχή μεταμόσχευση του δέρματος κλιμακώθηκε από τους πολλούς τραυματίες άνδρες που είχαν ανάγκη από δέρμα. Στις αρχές του 20ού αιώνα, έγιναν οι πρώτες προσπάθειες να μεταμοσχευθούν όργανα από ζώα σε ανθρώπους. Η πρώτη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων από άνθρωπο σε άνθρωπο στη σύγχρονη εποχή πραγματοποιήθηκε το 1936 στην Ουκρανία. Με την ευκαιρία αυτή, μια γυναίκα έλαβε νεφρό από έναν αποθανόντα δότη, αλλά το νεφρό δεν λειτούργησε ποτέ και η γυναίκα πέθανε. Η αυξανόμενη γνώση των φυσικών αμυντικών μηχανισμών του σώματος και η επίδραση του ανοσοποιητικού συστήματος στην απόρριψη του μοσχεύματος ήταν ένα από τα βασικά ευρήματα που οδήγησαν στην πρώτη επιτυχημένη μεταμόσχευση νεφρού το 1954 στη Βοστώνη της Μασαχουσέτης μεταξύ πανομοιότυπων. Ο παραλήπτης έζησε για άλλα 8 χρόνια και ο δωρητής έζησε άλλα 56 χρόνια. Από εκεί και πέρα, πραγματοποιήθηκαν πολλές ταυτόσημες δίδυμες δωρεές και μεταμοσχεύσεις παγκοσμίως. Από τότε, η ιστορία των μεταμοσχευμένων ασθενών είναι καλά τεκμηριωμένη, όπως και οι προκλήσεις και τα επιτεύγματα στον τομέα της μεταμόσχευσης γενικότερα. Σήμερα, η μεταμόσχευση αποτελεί ένα επιτυχημένο και καθιερωμένο τμήμα της ιατρικής περίθαλψης σε πολλές χώρες (Abrahamsson, Bertoni, Mol, et al., 2014).

Το 1964, οι πρώτοι αποθανόντες δωρητές δώρισαν όργανα στη Σουηδία. Αυτές οι πρώτες δωρεές πραγματοποιήθηκαν σε νοσοκομείο με μονάδα μεταμόσχευσης. Ωστόσο, εκείνη την εποχή δεν υπήρχε κανένας νόμιμος ορισμός του θανάτου. Ένα άτομο παραδοσιακά δηλωνόταν νεκρό μετά την απώλεια του καρδιακού παλμού, της αναπνοής και της κυκλοφορίας αίματος. Ως εκ τούτου, τα όργανα από τους πρώτους δότες ανακτήθηκαν αφού ο ασθενής είχε κηρυχθεί νεκρός σύμφωνα με την πρακτική εκείνης της εποχής. Ωστόσο, μια διαφορετική χειρουργική ομάδα σε διαφορετικό νοσοκομείο, λέγεται πώς ανέκτησε νεφρό από έναν ασθενή, ο οποίος, υπέστη τεράστια και θανατηφόρα αιμορραγία στον εγκέφαλο και ο οποίος υποβλήθηκε σε θεραπεία με αναπνευστήρα. Σήμερα, σύμφωνα με την τρέχουσα πρακτική και νομοθεσία, αυτός ο ασθενής πιθανότατα θα εκδηλωθεί νεκρός λόγω του συνολικού εγκεφαλικού εμφράγματος. Ωστόσο, εκείνη την εποχή η έννοια του «εγκεφαλικού θανάτου» δεν είχε ακόμη γίνει αποδεκτή και κατά συνέπεια ο ασθενής δεν μπορούσε να χαρακτηριστεί νεκρός. Ωστόσο, ένα μόνο νεφρό προμηθεύτηκε χωρίς τη ρητή συγκατάθεση του ασθενούς, αλλά με τη συγκατάθεση των συγγενών του ασθενούς. Ο δωρητής κηρύχθηκε νεκρός λόγω καρδιακής ανακοπής δύο ημέρες αργότερα. Η υπόθεση αυτή προκάλεσε έντονη συζήτηση στην τοπική κοινωνία μεταξύ του ιατρικού επαγγέλματος και των κυβερνητικών αρχών, καθώς ο ασθενής, σύμφωνα με την πρακτική εκείνη την εποχή, θεωρήθηκε ζωντανός όταν ανακτήθηκε το νεφρό. Ως εκ τούτου, ο λεγόμενος «κανόνας του νεκρού δότη» θεωρήθηκε ότι παραβιάστηκε και η έννοια του εγκεφαλικού θανάτου δεν εισήχθη στη Σουηδία μέχρι το 1988 (Caballero, Leal, Puig, et al., 2014).

Η μεταμόσχευση πρωτοεμφανίστηκε κατά τα πρώτα μεταπολεμικά χρόνια και είναι το σύμβολο το οποίο εκφράζει την αρχέγονη προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας ζωής των ανθρώπων. Τα αποτελέσματα των μεταμοσχεύσεων είναι ευεργετικά για τους λήπτες και αποτελούν

φιλανθρωπία για τους δότες. Υπογραμμίζεται πως αποτελούν ιατρικά επιτεύγματα τεράστιας ιατρικής σημασίας και τα συσχετιζόμενα ζητήματα είναι πολύ περίπλοκα. Περιλαμβάνουν τεράστια ηθικά ζητήματα αλλά και ιατρικά και κοινωνικά. Τα ζητήματα αυτά αφορούν την αγορά οργάνων η οποία αποτελεί παράνομη δραστηριότητα και από το διεθνές δίκαιο προστατεύονται οι μεταμοσχεύσεις από κάθε είδους οικονομικής εκμετάλλευσης (Κεσελόπουλος, 2003).

### 2.1.2. Η Διαδικασία Μεταμόσχευσης

Η δωρεά οργάνων μπορεί να γίνει όταν ανακοινωθεί ότι ο δότης είναι εγκεφαλικά νεκρός και η αναπνοή του υποστηρίζεται πλέον με τεχνητά μέσα, σε νοσοκομείο. Ο εγκεφαλικός θάνατος επέρχεται όταν παύει να κυκλοφορεί το αίμα στον εγκέφαλο, ο εγκέφαλος παύει να λειτουργεί και ο ασθενής που έχει υποστεί νέκρωση του εγκεφαλικού στελέχους είναι νεκρός και δεν μπορεί να επανέλθει στη ζωή. Δύο ανεξάρτητοι γιατροί σχετικής ειδικότητας διενεργούν αυτόνομα μια σειρά από εξετάσεις, ώστε να βεβαιωθεί ότι ο ασθενής έχει υποστεί νέκρωση του εγκεφαλικού στελέχους. Όλοι μας μπορεί να μπερδευτούμε αν μας ρωτήσουν για τη διαφορά ανάμεσα στον εγκεφαλικό θάνατο και στο κώμα. Ο ασθενής που είναι σε κώμα δεν έχει τις αισθήσεις του, επειδή ο εγκέφαλός του έχει υποστεί κάποια βλάβη, πλην όμως συνεχίζει να λειτουργεί και υπάρχει πιθανότητα να θεραπευτεί. Στην περίπτωση του εγκεφαλικού θανάτου η διακοπή της λειτουργίας του εγκεφάλου είναι μη αναστρέψιμη και δεν υπάρχει η παραμικρή πιθανότητα ανάκαμψης. Με τις ιατρικές εξετάσεις καθορίζεται με σαφήνεια η διαφορά ανάμεσα στον εγκεφαλικό θάνατο και στο κώμα. Η δωρεά οργάνων μπορεί επίσης να είναι εφικτή αφού



πάψει να χτυπά η καρδιά του δωρητή, περίπτωση που μνημονεύεται ως «καρδιακός θάνατος» αλλά είναι λιγότερο συνηθισμένη. Από τους ανθρώπους που πεθαίνουν σε νοσοκομεία μόνο το 1% έως 2% έχει τη δυνατότητα να δωρίσει όργανα. Επομένως, είναι πολύ σημαντικό να εντοπίζονται όλοι οι δυνητικοί δότες και να παρέχεται η αναγκαία υποστήριξη στους συγγενείς τους ώστε να μπορούν να πάρουν αποφάσεις για τη δωρεά, κατόπιν σχετικής ενημέρωσης (Abrahamsson, Bertoni, Mol, et al., 2014) .

Από τη δεκαετία του 1950, η διαδικασία μεταμόσχευσης έχει εξελιχθεί από υψηλό κίνδυνο θανάτου, που εκτελείται μόνο σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια σε τελικό στάδιο, σε αποτελεσματική θεραπευτική παρέμβαση, σε τερματικές ασθένειες άλλων οργάνων όπως καρδιά, πνεύμονα, ήπαρ, πάγκρεας και εντέρο, εκτός από τους ιστούς και τα κύτταρα. Αυτή η αξιοσημείωτη πρόοδος προέρχεται από μια σειρά συρροών, όπως η πολιτισμική αποδοχή, οι νομικές και πολιτικές εξελίξεις για τη διευκόλυνση της δωρεάς και της μεταμόσχευσης, η πρόσληψη και η διανομή μεθόδων οργάνων και ιστών, η πρόοδος στις τεχνικές χειρουργικής και διατήρησης, η ανοσολογία, η ανοσοκαταστολή και η διαχείριση λοιμώξεων. Οι δωρεές και η αξιοποίηση των οργάνων και των ιστών, ωστόσο, παραμένουν κάτω από τον αριθμό των αναγκών των μεγάλων ουρών αναμονής. Επιπροσθέτως, υπογραμμίζεται ότι η αποτελεσματικότητα της μεταμόσχευσης συνδέεται άμεσα με τον αποθανόντα δότη, διότι μέχρι το τέλος του 2013, από τα 7.649 μεταμοσχεύματα στερεών οργάνων που πραγματοποιήθηκαν στη Βραζιλία, μόνο 17.9% πραγματοποιήθηκαν σε ζώντες δότες (Alias, Muhammad & Kassim, 2015).

Οι νεκροί δότες είναι τα άτομα με επιβεβαιωμένη διάγνωση του Θανάτου του Εγκεφάλου (BD), σύμφωνα με το ψήφισμα που έχει καταρτιστεί από το Ομοσπονδιακό Συμβούλιο Ιατρικής (FCM). Η δωρεά των οργάνων και των ιστών τους εξαρτάται από τη συγκατάθεση του συζύγου

ή συγγενή της νόμιμης ηλικίας, με την επιφύλαξη της σειράς διαδοχής, άμεση ή εγγύηση, στο δεύτερο βαθμό (3-4). Αυτός ο δότης μπορεί να προσφέρει ταυτόχρονα για μεταμόσχευση καρδιά, πνεύμονες, ήπαρ, πάγκρεας, έντερα και νεφρό, καθώς και κερατοειδή, σκληρό οστού, οστό, χόνδρο, τένοντα, μηνίσκο, περιτονία, καρδιακή βαλβίδα και αμνιακή μεμβράνη. Οι μελέτες που διεξήχθησαν στη Βραζιλία δείχνουν ότι οι κύριες αιτίες μη αποτελεσματικότητας της δωρεάς και της μεταμόσχευσης οργάνων και ιστών με τον αποθανόντα δότη οφείλονται στην άγνοια της έννοιας της Δωρεάς Οργάνων, τόσο από τον πληθυσμό όσο και από τους επαγγελματίες υγείας, στην ανεπαρκή δομή των νοσοκομείων για την εκτέλεση, στη διάγνωση και βοήθεια σε πιθανούς δότες (PD), στην άρνηση της οικογένειας να επιτρέψει τη δωρεά, στην ανεπαρκή αναφορά των μοσχευμάτων από τους ειδικούς, στις δυσκολίες υλικοτεχνικής υποστήριξης και στην ιατρική αντένδειξη.

### 2.1.3. Ο Ρόλος των Επαγγελματιών Υγείας

Το θέμα της αποθάρρυνσης της δωρεάς έχει μελετηθεί εκτενώς μέσα από τις προοπτικές του κοινού, των οικογενειών των δοτών και των αποδεκτών. Αντίθετα, η σφαίρα των επαγγελματιών υγείας έχει εξεταστεί σημαντικά λιγότερο. Παρόλο που οι ιατρικές πρακτικές και οι απόψεις των επαγγελματιών έχουν ενσωματωθεί σε εθνογραφικά έργα, υπάρχει μια έλλειψη κοινωνικής επιστήμης που επικεντρώνεται αποκλειστικά στις πρακτικές και τις απόψεις των επαγγελματιών. Μια ξεκάθαρη εξαίρεση είναι η μελέτη επιρροής, που αναφέρεται σε όλες τις ανθρωπολογικές μελέτες δωρεάς και μεταμόσχευσης που προέρχονται από τις ΗΠΑ και τα «ενοχλητικά αποτελέσματα» που είχε η χειρουργική επέμβαση μεταμόσχευσης οργάνων για τους

επαγγελματίες της μονάδας εντατικής θεραπείας και των χειρουργών. Η κύρια δυσκολία, όπως προσδιορίστηκε από τη μελέτη, ήταν η ασυμμετρία μεταξύ της διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου και των "ορατά όχι νεκρών" μερών του ασθενούς που έγινε δότης. Οι ανησυχίες των επαγγελματιών συνδέονται με την αντίσταση του ευρύτερου κοινού στη διαδικασία δωρεάς οργάνων. Η μελέτη υποστήριξε ότι, τελικά, οι πρακτικές δωρεάς είναι το αντίθετο των πρακτικών της υγειονομικής περίθαλψης, επειδή στρέφεται κατά της ευημερίας του ασθενούς, παραμορφώνει, παραβιάζει τον κανόνα της θεραπείας των ανθρωπίνων όντων ως ολόκληρων και όχι απλών μέσων για άλλους σκοπούς, καθώς και μια παραβίαση του σεβασμού προς τους νεκρούς. Έτσι, και με στόχο τη διευκόλυνση του έργου των επαγγελματιών υγείας, οι Young, Allen et al. πρότειναν ότι οι επαγγελματίες θα πρέπει να είναι καλύτερα ενημερωμένοι για τον εγκεφαλικό θάνατο, για το ότι ο ασθενής είναι σίγουρα νεκρός και ότι το γεγονός ότι «οι ιστοί και τα άλλα όργανα απλώς λειτουργούν είναι ουσιαστικά μια κατάσταση διαφορετική από τον ζωντανό άνθρωπο. Υποστηρίχθηκε, επίσης, ότι θα ήταν επωφελής η ενημέρωση του προσωπικού της υγειονομικής περίθαλψης σχετικά με τα θετικά αποτελέσματα των μεταμοσχεύσεων και τις ιστορίες των ασθενών που έλαβαν «το δώρο της ζωής» (Abrahamsson, Bertoni, Mol, et al., 2014).

Οι μελέτες των Hadders και Alnaes (2013) βασίζονται στην επιτόπια εργασία που διεξάγεται σε δύο ΜΕΕ στη Νορβηγία, εστιάζει στις διαφορετικές διαδικασίες της «θέσπισης του θανάτου», βασιζόμενη στην πρακτική προσέγγισης πολλαπλών οντολογιών. Εστιάζει στους διάφορους τρόπους πραγματοποίησης κλινικών πρακτικών γύρω από τη διάγνωση του θανάτου, ανάλογα με το αν η δωρεά είναι μια πιθανότητα. Υπογραμμίζει την απαραίτητη αλληλεξάρτηση και τον συντονισμό ποικίλων επαγγελματιών υγείας που συμμετέχουν σε μια διαδικασία δωρεάς και τους διαφορετικούς τρόπους αντιμετώπισης των δύσκολων θεμάτων των επίδικων πρακτικών.

Παράδειγμα είναι η «ανησυχητική» μετάβαση από την περίθαλψη των ασθενών στη συντήρηση των χορηγών για τους νοσηλευτές της ΜΕΘ, που απαιτεί τη μετάβαση από το άτομο σε ένα εκκολαπτήριο οργάνων. Οι συγγραφείς, όπως και στη μελέτη των Youngner, Allen et al. (1985), υποδηλώνουν ότι οι ανησυχίες των ασκούμενων θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν, αν λάμβαναν περισσότερα σχόλια σχετικά με την «καλοσύνη» της δωρεάς και τα «σωτήρια αποτελέσματα» της μεταμόσχευσης. Παρ' όλα αυτά, το έργο δηλώνει ότι η δωρεά θα παραμείνει μια «αμφισβητούμενη πρακτική», επειδή το καθήκον των νοσοκόμων για φροντίδα και σεβασμό των ασθενών συνεχίζεται μετά τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου. Αυτό ερμηνεύεται ως παράδειγμα στη συμπεριφορά των νοσοκόμων που συνεχίζουν να τους νοσηλεύουν, διότι, όπως υποστηρίζει η μελέτη, η διασφάλιση της ενσωματωμένης ακεραιότητας των ασθενών παραμένει ακρογωνιαίος λίθος για τη γενική φροντίδα των ασθενών (Cooper and Kierans, 2015).

Οι εργασίες συνέντευξης των Hoeyer και Jensen (2011, 2012) με τους επαγγελματίες υγείας, που ασχολούνται με τις πρακτικές δωρεάς στη Δανία, επικεντρώθηκαν στην τεκμηρίωση και την εμπλοκή ενός παραγωγικού διαλόγου σχετικά με τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες σε ένα εθνικό πλαίσιο χαμηλών ποσοστών δωρεών με αυξανόμενες καταστάσεις αναμονής για μεταμόσχευση. Η Δανία ήταν η τελευταία χώρα στην Ευρώπη που νομιμοποίησε τα κριτήρια του εγκεφαλικού θανάτου και, όπως υποστηρίζουν οι συγγραφείς, η δωρεά από νεκρούς ασθενείς εξακολουθεί να είναι μια εξαιρετικά αμφιλεγόμενη πρακτική και τα ποσοστά δωρεάς είναι μεταξύ των χαμηλότερων στον ευρωπαϊκό χώρο. Η στάση των ερευνητών είναι ότι οι κανόνες και τα δεοντολογικά πρότυπα αναπτύσσονται στην πράξη σε αντίθεση με τις αφηρημένες κατευθυντήριες αρχές, που εφαρμόζονται μέσω διαδικασιών ορθολογικής λήψης αποφάσεων. Ως εκ τούτου, οι Hoeyer και ο Jensen δίνουν ιδιαίτερη προσοχή στην πολυπλοκότητα και τις πρακτικές λεπτομέρειες της καθημερινής λήψης αποφάσεων στο

νοσοκομειακό περιβάλλον, αναλύονται οι επιλογές των μεμονωμένων ιατρών και οι συντάκτες δίνουν τη δική τους ερμηνεία για τον τρόπο που ονοματίζονται οι βασικοί μηχανισμοί αιτιολόγησης για να διαμορφώσουν τις απόψεις τους και τις οργανωτικές πρακτικές (Hoeyer, Jensen and Olejaz, 2015).

#### 2.1.4. Νομοθεσία Πάνω στην Δωρεά Οργάνων

##### 2.1.4.1. Ο Ν. 3984/2011

Ο νόμος 3984/2011 «Δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων και άλλες διατάξεις» είναι ο τέταρτος νόμος που θεσπίζεται στη χώρα μας, προκειμένου να επιλυθεί το πρόβλημα της μεγάλης έλλειψης μοσχευμάτων, μέσω του οποίου ενσωματώθηκε στην ελληνική νομοθεσία η Ευρωπαϊκή Σύμβαση του Οβιέδο για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική, που κυρώθηκε με το νόμο 2619/1998. Ο νέος νόμος καταργεί τον προηγούμενο και προβλέπεται πως θα επιφέρει αλλαγές σχετικά με τις προϋποθέσεις αφαίρεσης οργάνων, ιστών και κυττάρων, με τους φορείς συντονισμού των μεταμοσχεύσεων, καθώς και ποινικές κυρώσεις σε περίπτωση παραβίασμού των σχετικών διατάξεων. Η διαδικασία μεταμόσχευσης οργάνων στη χώρα μας παρουσιάζει τα χαμηλότερα ποσοστά στην Ευρώπη. Τον τελευταίο χρόνο, αυτό δείχνει να αλλάζει, αλλά χρειάζεται ακόμη πολλή δουλειά για να φτάσουμε έναν ικανοποιητικό αριθμό μοσχευμάτων. Στόχος της νέας νομοθεσίας δεν είναι να πιέσει, αλλά να ενημερώσει τον πολίτη. Επίσης, προβλέπεται και η καθιέρωση ειδικού εντεταλμένου για τις μεταμοσχεύσεις στα νοσοκομεία (Caballero F, Leal J, Puig M, et al., 2014).

Ο νόμος 3984/2011 καθιερώνει δύο διαδικασίες αφαίρεσης οργάνων, ιστών και κυττάρων, ανάλογα με την προέλευσή τους. Μπορεί να προέρχονται από ζώντα δότη ή θανόντα δότη. Απαραίτητες προϋποθέσεις είναι η ύπαρξη θεραπευτικού σκοπού και η απαγόρευση ανταλλάγματος. Ο θεραπευτικός σκοπός αποτελεί σημαντικό κομμάτι των μεταμοσχεύσεων οργάνων, τα οποία μπορεί να προέρχονται είτε από ζώντα είτε από νεκρό δότη. Η αφαίρεση οργάνων και ιστών επιτρέπεται μόνο για την αποκατάσταση της υγείας ή τη διάσωση της ανθρώπινης ζωής σε περίπτωση έλλειψης εναλλακτικών μεθόδων θεραπείας. Σημαντικοί παράμετροι είναι ο σεβασμός του σώματος και της υγείας του δότη και του λήπτη (Ellis, Lehet, Ku, Azabdaftari, & Pili, 2014).

Σύμφωνα με το νόμο, η αφαίρεση των ανθρώπινων μοσχευμάτων καθίσταται συναλλαγματικά απαγορευτική. Τα αγαθά αυτά, λόγω οικονομικών συμφερόντων, μπορούν να εμπλακούν στο πεδίο της συναλλαγής και να προκαλέσουν κινδύνους στους δότες, στους λήπτες και στους επαγγελματίες υγείας. Για να διασφαλιστεί κάτι τέτοιο, ορίζεται ότι δεν αποτελεί αντάλλαγμα η κάλυψη δαπανών και αποζημιώσεων σε περίπτωση σφάλματος κατά τη μεταμόσχευση, καθώς και οι δαπάνες και αποζημιώσεις. Επίσης, απαγορεύεται η γνωστοποίηση της διαθεσιμότητας ή της ανάγκης οργάνων, όταν σχετίζεται με την προσφορά ή την αναζήτηση οικονομικού οφέλους. Οι δύο αυτές πολύ σημαντικές αρχές των μεταμοσχεύσεων, η ύπαρξη θεραπευτικού σκοπού και η απαγόρευση του ανταλλάγματος περιέχονται στην Ευρωπαϊκή Σύμβαση του Οβιέδο και του πρόσθετου Πρωτόκολλου αυτής (2002), που αφορά τις μεταμοσχεύσεις οργάνων και ιστών ανθρώπινης προέλευσης. Επίσης, διέπουν και όσα προβλέπονται στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας για τις μεταμοσχεύσεις, σύμφωνα με τις οποίες ο γιατρός οφείλει να ενθαρρύνει τις μεταμοσχεύσεις του θεραπευτικού σκοπού, αλλά δεν επιτρέπεται να παρέχει τις υπηρεσίες του, αν η μεταμόσχευση γίνεται με αντάλλαγμα ή υποκρύπτει κάτι τέτοιο.

Για την ελληνική νομοθεσία το κέντρο αναφοράς των μεταμοσχεύσεων είναι ο δότης. Η μεταμόσχευση από ζώντα δότη αποτελεί αντικείμενο ευαίσθητου χειρισμού, εξαιτίας της ύπαρξης κινδύνων για την υγεία του. Η αφαίρεση οργάνων από ζώντα δότη επιτρέπεται σε περιπτώσεις που ο λήπτης είναι συγγενικό πρόσωπο μέχρι τετάρτου βαθμού εξ αίματος και μέχρι δεύτερου βαθμού εξ αγχιστείας ή πρόσωπο με το οποίο είναι συναισθηματικά δεμένος. Σε αυτή την περίπτωση απαιτείται με δικαστική απόφαση άδεια, εφόσον πληρούνται οι προϋποθέσεις αφαίρεσης οργάνων, η έλλειψη ανιδιοτέλειας, η ψυχική κατάσταση του δότη και το συναισθηματικό του δέσιμο με το λήπτη (Ellis, Lehet, Ku, Azabdaftari, & Pili, 2014).

Με τον νόμο αποσαφηνίζονται πολλές επιμέρους διαστάσεις της δωρεάς οργάνων και των μεταμοσχεύσεων. Μέσου του άρθρου 4 καθορίζεται πως ο λόγος της αφαίρεσης των οργάνων ως θεραπευτικός και μόνο και υπάρχει ειδική μνεία σε ποιες περιπτώσεις γίνεται αφαίρεση οργάνων από ζώντα δότη. Έτσι οποιοσδήποτε άλλος σκοπός, όπως, ενδεχομένως, ερευνητικός, εκπαιδευτικός, αισθητικής βελτίωσης του λήπτη δεν είναι δυνατό να είναι αποκλειστικό αντικείμενο της μεταμοσχευτικής διαδικασίας. Στο άρθρο 5 εξασφαλίζεται η αφιλοκερδή διάσταση στα δωρεές οργάνων. Στο πλαίσιο κατά το οποίο προστατεύεται εμπορευματοποίηση, ξεκαθαρίζεται ότι απαγορεύεται η παροχή ανταλλάγματος και τι ορίζεται επίσης ως οικονομικό αντάλλαγμα. Εννοείται πως στην περίπτωση του ζώντα δότη δεν επιτρέπεται η χορήγηση δαπάνης ως αποζημίωση. Η αποζημίωση αυτή θεωρείται ως εύλογη αφού λόγω της μεταμόσχευσης μπορεί να υπάρχουν απώλειες που αν δεν αντισταθμιστούν, θα αποθαρρύνουν τους μελλοντικούς δότες.

#### 2.1.4.2. Ο Ν. 4272/2014

Ο παραπάνω νόμος ίσχυσε για τρία χρόνια δίχως να μεσολαβήσουν σοβαρές νομοθετικές αλλαγές. Με τις ραγδαίες εξελίξεις της ιατρικής επιστήμης έχει γίνει αναγκαίο το διαρκή εκσυγχρονισμό του μεταμοσχευτικού νομοθετικού πλαισίου. Αυτή την ανάγκη κάλυψε η ψήφιση του ν.4272/2014. Κυρίως με τις διατάξεις του των άρθρων 1 έως 8 του ν.4272/2014 έγινε η ενσωμάτωση στο εθνικό μας δίκαιο της Οδηγίας 2012/25/ΕΕ από την Επιτροπή της 9ης Οκτωβρίου 2012 με την οποία θεσπίστηκαν οι διαδικασίες σχετικά με την ανταλλαγή, μεταξύ των κρατών μελών ανθρώπινων οργάνων που προορίζονται για μεταμόσχευση.

Βασικότερα, σύμφωνα με το άρθρο 1 του ν.4272/2014 το πεδίο στο οποίο εφαρμόζεται ο νόμος, συνίσταται στη διασυνοριακή ανταλλαγή ανθρώπινων οργάνων τα οποία προορίζονται για μεταμόσχευση εντός του πλαισίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το πιο βασικό όμως από τα ζητήματα το οποίο αλλάζει σε σχέση με τον Ν. 3984/2011 είναι ο ρόλος που λαμβάνει η οικογένεια του θανόντος στην συναίνεση αυτού, όπου σε περίπτωση έλλειψης προηγούμενης ρητής αντίθεσης του θανόντος σχετικά με την δωρεά των οργάνων του μετά τον θάνατό του, αποφασίζουν οι συγγενείς του για την τύχη αυτών. Πρώτον, η παρ. 2 του άρθρου 9 του Ν. 3984/2011 έβαλε το σύστημα της τεκμαιρόμενης συναίνεσης, με βάση την οποία, η αφαίρεση ενός οργάνου, πραγματοποιούνταν εφόσον ο θανών δότης κατά τη διάρκεια της ζωής του, δεν είχε εκφράσει την αντίθεσή του. Η εν λόγω όμως διάταξη δεν έγινε δεκτή από μερίδα της κοινωνίας και του νομικού κόσμου. Έτσι, λοιπόν, ο Ν. 4075/2012, με το άρθρο 55 παρ. 4, άλλαξε τα δεδομένα όσον αφορά την συναίνεση του θανόντος, καθώς με την εν λόγω διάταξη προστέθηκε, στην παράγραφο 2 του άρθρου 9 του Ν. 3984/2011, η φράση «και κατόπιν συναίνεσης της οικογένειας», η οποία περιέπλεξε το ζήτημα της συναίνεσης στην περίπτωση των πτωματικών μεταμοσχεύσεων, αναιρώντας ουσιαστικά το δικαίωμα αυτοπροσδιορισμού του



νεκρού δότη, δημιουργώντας παράλληλα σύγχυση σχετικά με τον προσδιορισμό της έννοιας «οικογένεια», που καλούνταν να συναινέσει ή όχι στην δωρεά των οργάνων του θανόντος.

#### 2.1.4.3. Ο Ν. 4512/2018

Στα ελληνικά δικαστήρια συνηθιζόταν η θεμελίωση της ιατρικής αμέλειας ως αναφορά την παραβίαση του άρθρου 24 του α.ν. 1565/1939 «περί κώδικος ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος», ο οποίος νόμος όμως καταργήθηκε με το άρθρο 341 του ν. 4512/2018. Όπως προκύπτει από τη διάταξη αυτή σε συνδυασμό και με αυτές των άρθρων 914, 330, 297-299, 200, 282 και 288 ΑΚ, ο ιατρός είναι έχει την υποχρέωση να συμμορφωθεί σε όλες τις περιπτώσεις παροχής ιατρικών υπηρεσιών προς τις θεμελιώδεις αρχές της ιατρικής επιστήμης και της πείρας που έχει αποκτηθεί και να επιδεικνύει κάθε επιμέλεια. Αν ενήργησε κατά παράβαση των κανόνων αυτών και δεν επέδειξε την απαιτούμενη επιμέλεια την οποία θα επιδείκνυε υπό τις ίδιες περιστάσεις κάθε συνετός και επιμελής ιατρός της οικείας ειδικότητας, τότε θα ευθύνεται.

Με την παροχή αυτή φανερώνεται ότι μέτρο της απαιτούμενης επιμέλειας είναι το πρότυπο του μέσου συνετού και επιμελούς ιατρού της οικείας ειδικότητας (*bonus medicus*) που λειτουργεί σύμφωνα με τις θεμελιώδεις αρχές και τους γενικά παραδεδεγμένους κανόνες που αποτελούν την ιατρική επιστήμη (*lege artis*) κατά τον κρίσιμο χρόνο όπου ελέγχεται η επιμέλεια του συγκεκριμένου ιατρού. Τα μέτρα επιμέλειας δηλαδή προσδιορίζονται αντικειμενικά και προκύπτουν από το επίπεδο γνώσεων και τα δεδομένα της ιατρικής επιστήμης στο εκάστοτε πεδίο σε χρόνο κατά τον οποίο πραγματοποιείται παρακολούθηση καθώς επίσης και από ρητές διατάξεις του νόμου που προσδιορίζουν τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των ιατρών.

### 2.1.5. Εμπόριο και Μαύρη Αγορά

Στον κόσμο της σύγχρονης ιατρικής, δεν υπάρχει αμφιβολία ότι οι μεταμοσχεύσεις οργάνων είναι ικανές να σώσουν αμέτρητες ζωές. Ωστόσο, υπάρχει σοβαρό πρόβλημα καθώς δεν υπάρχουν αρκετά όργανα διαθέσιμα για να καλύψουν την υπάρχουσα ανάγκη. Η αγορά και πώληση ανθρωπίνων οργάνων είναι παράνομη σε όλο τον κόσμο και αυτό οδήγησε στη δημιουργία μιας μαύρης αγοράς προκειμένου να ικανοποιηθεί η ζήτηση. Αυτή η μαύρη αγορά αποτελείται από εύπορους ασθενείς από αναπτυγμένες χώρες, που χρησιμοποιούν «μεσίτες» ως μεσολαβητές για την αγορά οργάνων από φτωχούς ανθρώπους σε υποανάπτυκτες χώρες. Παρόλο που μια μεγάλη δραστηριότητα της μαύρης αγοράς έχει επικεντρωθεί στην αγορά και πώληση νεφρών, υπήρξε επίσης εκτεταμένη διαπραγμάτευση σε άλλα όργανα, καθώς και σε ανθρώπινους ιστούς. Η καλύτερη λύση στο πρόβλημα είναι η δημιουργία ενός συστήματος για την νομιμοποιημένη, οργανωμένη εμπορία ανθρωπίνων οργάνων. Ένα τέτοιο σύστημα θα βοηθούσε κάπως στην ανακούφιση της σημερινής έλλειψης οργάνων, μειώνοντας ταυτόχρονα τις ευκαιρίες διαφθοράς και εκμετάλλευσης που υπάρχουν στις πρακτικές της μαύρης αγοράς (Κεσελόπουλος, 2003).

Επί του παρόντος, η ζήτηση για νεφρά και άλλα όργανα υπερβαίνει κατά πολύ την διαθέσιμη προσφορά. Στη Δυτική Ευρώπη, για παράδειγμα, περίπου 40.000 ασθενείς βρίσκονται σε λίστες αναμονής για μεταμοσχεύσεις νεφρών. Ωστόσο, αναμένεται ότι μόνο 1 στους 4 από αυτούς τους ασθενείς θα είναι σε θέση να λάβει τα όργανα που χρειάζονται. Λόγω της τρέχουσας κατάστασης, είναι προφανές ότι πολλοί ασθενείς θα πεθάνουν προτού λάβουν μια μεταμόσχευση. Το 2001, υποστηρίχθηκε ότι «κατά μέσο όρο 15 ασθενείς πεθαίνουν καθημερινά

στις ΗΠΑ ενώ αναμένουν ένα κατάλληλο όργανο». Ιατρικοί εμπειρογνώμονες έχουν επίσης επισημάνει ότι τα όργανα από ζώντες δότες είναι πολύ καλύτερα από εκείνα που παρέχονται από νεκρά άτομα (δηλ. πρόσφατα αποθανόντες). Επειδή η ροή του αίματος διακόπτεται ως αποτέλεσμα του θανάτου, "τα όργανα πτώματος είναι πάντοτε, σε κάποιο βαθμό, κατεστραμμένα" (Abrahamsson, Bertoni, Mol, et al., 2014) .

Παρά την επείγουσα ανάγκη, τα περισσότερα έθνη του κόσμου έχουν νόμους που απαγορεύουν την αγορά και πώληση ανθρώπινων οργάνων. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, για παράδειγμα, ο Εθνικός Νόμος για τη Μεταμόσχευση Οργάνων του 1984 απαγορεύει την πώληση ανθρώπινων οργάνων τόσο από τους ζωντανούς δότες όσο και από τις οικογένειες των πρόσφατα νεκρών. Πολλά αναπτυσσόμενα έθνη έχουν επίσης απαγορεύσει την εμπορία ανθρώπινων οργάνων. Ωστόσο, αυτή η πρακτική "έφερε τον κίνδυνο να οδηγήσει το εμπόριο υπόγειο". Αν και η αγορά και πώληση οργάνων είναι παράνομη στα περισσότερα μέρη, η ζήτηση τέτοιων οργάνων συνεχίστηκε. Επιπλέον, πολλά φτωχά άτομα έχουν δείξει ότι είναι πρόθυμα να πουλήσουν ένα νεφρό ή άλλο μη ζωτικό όργανο για την αύξηση του εισοδήματός τους (Cooper & Kierans, 2015) .

Ως αποτέλεσμα αυτής της κατάστασης, αναπτύχθηκε μια παγκόσμια μαύρη αγορά ανθρώπινων οργάνων. Το πρόβλημα του "μεταμοσχευτικού τουρισμού" προέκυψε, κατά το οποίο οι πλούσιοι ασθενείς ταξιδεύουν σε άλλες χώρες που είναι χαλαρές στην επιβολή των νόμων τους, προκειμένου να λάβουν μεταμοσχεύσεις με όργανα από απελπισμένα φτωχούς. Για παράδειγμα, τα μέλη ενός διεθνούς συνδικάτου συνελήφθησαν στη Νότιο Αφρική το 2004. Αυτό το συνδικάτο είχε φέρει τους φτωχούς Βραζιλιάνους στη Νότια Αφρική για να αγοράσουν τα νεφρά τους και στη συνέχεια να τα πουλήσουν σε ισραηλινούς ασθενείς. Πολλοί άλλοι παράνομοι

δακτύλιοι διαπραγμάτευσης οργάνων είναι γνωστό ότι υπάρχουν (Alias, Muhammad & Kassim, 2015).

Μια προτεινόμενη λύση στο πρόβλημα αυτό είναι η δημιουργία ενός νομικού και αυστηρά ρυθμισμένου συστήματος για την αγορά και πώληση ανθρώπινων οργάνων. Οι υποστηρικτές αυτής της προσέγγισης σημειώνουν ότι θα ήταν ένα βήμα προς την ικανοποίηση της ζήτησης που υπάρχει σήμερα για όργανα από ζώντες δότες. Σύμφωνα με τον Ronald Munson, εμπειρογνώμονα στον τομέα της ιατρικής δεοντολογίας, «η έλλειψη νεφρών θα μπορούσε να βελτιωθεί, αν δεν επιλυθεί, επιτρέποντας στους ανθρώπους που χρειάζονται μεταμόσχευση να πληρώσουν έναν υγιή και πρόθυμο δότη να προμηθεύσουν νεφρό». Στην Εφημερίδα της Ιατρικής Ηθικής, ο Charles A. Erin και ο John Harris σημειώνουν ότι μια νόμιμη αγορά θα βοηθούσε στην αύξηση της προσφοράς άλλων αναγκαίων οργάνων (και ιστών). Σύμφωνα με αυτούς τους συγγραφείς, «για να ανταποκριθούν σε θεμιτές ηθικές και κανονιστικές ανησυχίες, κάθε εμπορικό σύστημα πρέπει να έχει ενσωματώσει σε αυτό διασφαλίσεις έναντι της παράνομης εκμετάλλευσης και να δείχνει ανησυχία για τους ευάλωτους, καθώς και να λαμβάνει υπόψη τις εκτιμήσεις της δικαιοσύνης». Οι Erin και Harris υποστηρίζουν επίσης, ότι το σύστημα θα πρέπει να αποτελείται από έναν μόνο αγοραστή (πιθανώς έναν κυβερνητικό οργανισμό) και ότι θα πρέπει να υπάρχουν σαφώς καθορισμένες κυρώσεις για να βοηθήσουν στην πρόληψη της κατάχρησης (Cooper & Kierans, 2015).

Υπάρχουν διάφορα επιχειρήματα υπέρ ενός νομικού, ρυθμιζόμενου συστήματος για το εμπόριο ανθρώπινων οργάνων. Πρώτα απ' όλα, η αύξηση της προσφοράς διαθέσιμων οργάνων θα βοηθούσε στην εξοικονόμηση πολυάριθμων ζωών. Επιπλέον, η "νομιμοποίηση της πώλησης οργάνων θα εξαλείψει τη διαφθορά που έχει οδηγήσει σε αναφερθείσες εκτελέσεις και κλοπές οργάνων ". Εάν η πώληση οργάνων ήταν νόμιμη, δεν θα υπήρχε ανάγκη να υπάρχει εγκληματική

αγορά σε αυτόν τον τομέα. Με τη σειρά του, ένα νομιμοποιημένο σύστημα θα είχε ως αποτέλεσμα οι χορηγοί να αποζημιωθούν περισσότερο για τα όργανά τους. Στη μαύρη αγορά, οι γιατροί και οι μεσίτες κάνουν κέρδη εκατοντάδων χιλιάδων δολαρίων ως αποτέλεσμα των προσπαθειών τους. Αντίθετα, στους φτωχούς δωρητές προσφέρεται μόνο ένα μικρό χρηματικό ποσό για τα όργανά τους και μερικές φορές αυτό είναι μόλις λίγες εκατοντάδες δολάρια. Στο ισχύον νομικό σύστημα, το οποίο εξαρτάται από την εθελοντική δωρεά οργάνων, οι δωρητές δεν λαμβάνουν καθόλου οικονομική αποζημίωση. Ωστόσο, οι γιατροί, οι νοσηλευτές και οι συντονιστές μεταμοσχεύσεων πληρώνονται για τους ρόλους που διαδραματίζουν στη διαδικασία. Αυτό θέτει το ερώτημα: "Γιατί ο δωρητής των οργάνων, αναμφισβήτητα ο σημαντικότερος παράγοντας σε οποιαδήποτε μεταμόσχευση, δεν λαμβάνει επίσης αμοιβή;"

Ένα από τα επιχειρήματα κατά της ύπαρξης νόμιμης αγοράς για τα ανθρώπινα όργανα είναι ότι δεν θα κάνει τίποτα για να αποτραπεί η εκμετάλλευση των φτωχών ανθρώπων από τις διαδικασίες "οικονομικού εξαναγκασμού". Ο Schepers-Hughes, για παράδειγμα, υποστήριξε ότι οι φτωχοί, λόγω της απελπισίας τους, δεν είναι σε θέση να κάνουν ελεύθερες και ορθολογικές επιλογές σε τέτοια θέματα και ότι η νομιμοποίηση της πώλησης οργάνων απλώς δημιουργεί "την εμφάνιση της ηθικής επιλογής σε ένα εγγενώς ανήθικο πλαίσιο". Στην πραγματικότητα, ορισμένοι αντίπαλοι ισχυρίστηκαν ότι η νομιμοποίηση θα οδηγούσε σε αυξημένη «διάκριση μεταξύ πλουσίων και φτωχών», διότι "θα εξαλειφθεί η ευκαιρία για όσους δεν μπορούν να αντέξουν οικονομικά να αγοράσουν ένα όργανο". Στην πραγματικότητα, όμως, οι φτωχοί ασθενείς, καθώς και οι πλούσιοι ασθενείς θα επωφεληθούν από ένα νομιμοποιημένο σύστημα αγοράς οργάνων, επειδή «για κάθε επιτυχή επέμβαση μεταμόσχευσης νεφρού, θα μείνουν κενές πολύτιμες ώρες σε μια μηχανή αιμοκάθαρσης». Επιπλέον, έχει σημειωθεί ότι είναι

«πατροπαράδοτο» να υποθέσουμε ότι οι μεμονωμένοι δωρητές (ή οι οικογένειες νεκρών) δεν είναι σε θέση να λάβουν αιτιολογημένη απόφαση για το αν θα πουλήσουν ή όχι τα όργανά τους. Ορισμένοι αντίπαλοι της νομιμοποιημένης πώλησης οργάνων ισχυρίστηκαν ότι ένα τέτοιο σύστημα θα αφαιρούσε τα «ψυχολογικά οφέλη που επιβραβεύουν έναν εθελοντικό δότη». Σύμφωνα με αυτή την άποψη, η ύπαρξη ενός ζωντανού δότη πρέπει να βασίζεται αποκλειστικά στην αίσθηση του αλτρουισμού και όχι στην επιθυμία για οικονομική αποζημίωση. Στην πραγματικότητα, όμως, «οι πωλητές οργάνων θα ξέρουν ότι είχαν σώσει μια ζωή και θα μπορούσαν εύλογα να αντισταθμίσουν τον κίνδυνο, τον χρόνο και τον αλτρουισμό τους, που θα αδιαφορούσε με την πώληση». Εξάλλου, όπως επισημαίνουν οι Erin και Harris, «δεν θεωρούμε το φάρμακο καθόλου ως φροντίδα, επειδή οι ιατροί πληρώνονται». Ορισμένοι υποστήριζαν τη νομιμοποίηση της πώλησης οργάνων με βάση τους κινδύνους για την υγεία που ενέχονται. Ωστόσο, η παρανομία αυξάνει τους κινδύνους αυτούς και, σε ένα καλά εξοπλισμένο νοσοκομειακό περιβάλλον, «τόσο ο νεφρός όσο και το ήπαρ μπορούν να απομακρυνθούν χωρίς σημαντική ζημία» (Cooper & Kierans, 2015).

Ακόμη ένα άλλο επιχείρημα κατά του νόμιμου εμπορίου οργάνων μπορεί να διαπιστωθεί στο αίτημα του Schepers-Hughes, ότι η προοπτική της νομιμοποίησης βασίζεται σε καθαρά οικονομικούς και ορθολογικούς ισχυρισμούς σε αντίθεση με τους ισχυρισμούς της «κοινωνικής δικαιοσύνης». Σύμφωνα με τον Schepers-Hughes, η αγορά οργάνων δημιουργεί μια «ιατρική, κοινωνική και ηθική τραγωδία τεράστιων και όχι πλήρως αναγνωρισμένων αναλογιών». Ακόμα, άλλοι έχουν εκφράσει την αίσθηση της "απέλασης" στην ιδέα της αγοράς και πώλησης ανθρωπίνων οργάνων. Τέτοια ηθικά επιχειρήματα κάνουν χρήση της συναισθηματικής γλώσσας («τραγωδία», «εκβιασμός», κλπ.). Ωστόσο, όταν η κατάσταση αντιμετωπίζεται αντικειμενικά, μπορεί να διαπιστωθεί ότι η ύπαρξη νομιμοποιημένου, ρυθμιζόμενου συστήματος θα ήταν

ασφαλέστερο και οικονομικότερο. Όσον αφορά το ηθικό ζήτημα, η μαύρη αγορά δείχνει ότι οι άνθρωποι πρόκειται να αγοράσουν και να πουλήσουν όργανα ούτως ή άλλως, παρά την παρανομία της πρακτικής. Προφανώς, θα ήταν πολύ καλύτερο να ρυθμιστεί η πρακτική, οι χορηγοί να αποζημιωθούν αρκετά και να απομακρυνθεί ο διεφθαρμένος χαρακτήρας της μαύρης αγοράς.

## 2.2. Η Δωρεά Οργάνων στην Ελλάδα

### 2.2.1. Υπόβαθρο

Τα προβλήματα στο σύστημα υγείας πλέον αντανακλούν άμεσα στις μεταμοσχεύσεις. Συνεπώς, είναι εύκολο να εξηγήσουμε την πτώση των μεταμοσχεύσεων τα χρόνια της μεγάλης κρίσης από το 2010. Με στοιχεία του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών λειτουργούν μόνο 540 κλίνες ΜΕΘ, ενώ 154 είναι πλέον κλειστές λόγω μη στελέχωσης προσωπικού. Οι ιατροί των Μονάδων δεν έχουν, κατά τις δικές τους δηλώσεις, ευχέρεια κλινών να νοσηλεύσουν τους έχοντες άμεση ανάγκη και δεν έχουν και επάρκεια προσωπικού για να ασχοληθούν με τη δωρεά οργάνων όταν αποβιώσει ο ασθενής στη ΜΕΘ (Κεσελόπουλος, 2003).

Έχει, λοιπόν, μειωθεί πολύ η δυνατότητα λήψης οργάνων επί εγκεφαλικών θανάτων, διότι έχουν ελαττωθεί δριμύτατα οι θέσεις στις ΜΕΘ που διασφαλίζουν την αρτιότητα στη νοσηλεία για τη διατήρηση των οργάνων, που δυνητικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν μετά τον εγκεφαλικό θάνατο. Δεν είναι αυτό και μόνον το αντικειμενικό υπόβαθρο. Πιθανότατα οι συγγενείς, κουρασμένοι και γενικά από τις δύσκολες στιγμές που περνάμε ως χώρα και από τις δυσκολίες της νοσηλείας του ασθενούς τους στο νοσοκομείο, δεν έχουν διάθεση να προσφέρουν τα όργανά

του μετά θάνατον. Αυτά τα δύο ίσως είναι η εξήγηση για το γεγονός ότι στα στοιχεία του 2013 στους 146 αναφερθέντες θανάτους στις ΜΕΘ αξιοποιήθηκαν όργανα μόνον από 62 αποβιώσαντες, που ωστόσο έδωσαν ζωή σε 191 ασθενείς. Τα προβλήματα στο χώρο των μεταμοσχεύσεων είναι αλυσιδωτά και προκύπτουν κυρίως από την έλλειψη βούλησης, οράματος, οργάνωσης και τέλος πόρων. Οι γιατροί που ασχολούνται με τις μεταμοσχεύσεις στην Ελλάδα εμφανίζονται απαισιόδοξοι. Θεωρούν ότι οι Έλληνες πολιτικοί δεν έχουν δείξει θέληση για την ανάπτυξη των μεταμοσχεύσεων. Αυτός είναι και ο λόγος που η Ελλάδα είναι ουραγός στην Ευρώπη στον τομέα της δωρεάς οργάνων. Σε αντίθεση με την Ελλάδα, χώρες όπως η Βουλγαρία, η Ουγγαρία, η Τσεχία και η Κροατία έχουν κάνει άλματα τα τελευταία τρία χρόνια. Οι Βούλγαροι, οι οποίοι συνεργάζονται με τους Γάλλους από το 2012, έχουν εκπαιδεύσει γιατρούς, νοσηλευτές, και συντονιστές. Ξεκίνησαν από πολύ χαμηλά, αλλά κάθε χρόνο αυξάνουν τον αριθμό και των ζώντων και των πτωματικών μεταμοσχεύσεων (Alias, Muhammad & Kassim, 2015).

### 2.2.2. Στατιστικά Στοιχεία

Οι μεταμοσχεύσεις αποτελούν μια κατ' εξοχήν σύνθετη κοινωνική διαδικασία, που λαμβάνει χώρα κυρίως εντός του δημοσίου συστήματος υγείας, αλλά αφορά χώρους που εκτείνονται από την ιατρική επιστήμη (Μονάδες Μεταμοσχεύσεων, Μονάδες Εντατικής Θεραπείας) μέχρι την προσωπική ηθική και βιοθεωρία και την κοινωνική συνοχή. Ως εκ τούτου, η πορεία τους πάντοτε θα είναι συνδεδεμένη με τη γενική πορεία της κοινωνίας μιας χώρας, ανοδική στις καλές εποχές και στάσιμη στις δύσκολες. Ασφαλώς, υπάρχουν πάντα οι αφοσιωμένοι στο σκοπό



αυτό γιατροί και συντονιστές μεταμοσχεύσεων, οι οποίοι αντιμαχόμενοι στις δυσκολίες της καθημερινότητας και τις δυσλειτουργίες του συστήματος, ενταθείσες μέσα στην οικονομική κρίση. Συνεχίζουν την προσπάθεια να προσφέρουν το δώρο ζωής στους συνανθρώπους μας. Και τα καταφέρνουν αρκετά καλά, ως φαίνεται από τα στατιστικά στοιχεία που παρατίθενται στη συνέχεια. Από τα στοιχεία αυτά προκύπτει ότι ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων από την ίδρυσή του το 2001 έως σήμερα έχει προσφέρει σε πάνω από 3.000 ασθενείς μας μια νέα ζωή. Με τις κορυφαίες επιδόσεις τα έτη 2004-2010, όπου το 2008 άγγιξε τα επίπεδα του Ευρωπαϊκού μέσου όρου 8.9 ανά εκατομμύριο πληθυσμού. Έγιναν 318 μεταμοσχεύσεις, ποσοστό ικανοποιητικό για το μέγεθος του πληθυσμού μας (Αλκιβιάδης.Ι.Κωστάκης 2014). Στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων η πρώτη μεταμόσχευση νεφρού πραγματοποιήθηκε τον Φεβρουάριο του 2011. Έως το τέλος του 2016 έχουν γίνει 26 μεταμοσχεύσεις, οι τρεις από ζώντα δότη και οι υπόλοιπες από πτωματικό. Η λίστα των ασθενών που περιμένουν μόσχευμα ανέρχεται σε πενήντα (Caballero F, Leal J, Puig M, et al., 2014).

### 2.3. Η Δωρεά Οργάνων στην Ευρωπαϊκή Ένωση

#### 2.3.1. Συστήματα που Εφαρμόζονται στο Εξωτερικό

Η ανταλλαγή οργάνων μεταξύ των χωρών εξυπηρετεί τρεις κύριους σκοπούς. Πρώτον, μειώνει την απώλεια οργάνων δότη για τα οποία δεν υπάρχει κατάλληλος αποδέκτης στον κατάλογο αναμονής της χώρας χορηγού. Δεύτερον, βελτιώνει τη δυνατότητα συγκεκριμένων ομάδων ασθενών να λαμβάνουν ένα αντίστοιχο όργανο δότη. Τρίτον, επιτρέπει τη βελτιστοποιημένη αντιστοιχία δότη-δέκτη, λόγω της επέκτασης των τραπεζών οργάνων. Το σχέδιο δράσης

αποκαλύπτει, επίσης, ότι η διασυνοριακή ανταλλαγή οργάνων διαδραματίζει σημαντικό ρόλο για τη βελτιστοποίηση της χρήσης οργάνων. Υπάρχουν τρεις ευρωπαϊκές οργανώσεις ανταλλαγής οργάνων (EOEOs), δηλαδή η Eurotransplant, η Scandiatransplant και η SAT με ορισμένα κράτη μέλη που συμμετέχουν σε αυτές (Ec.europa.eu, 2019).

Eurotransplant (Αυστρία, Βέλγιο, Γερμανία, Κροατία, Ουγγαρία, Λουξεμβούργο, Κάτω Χώρες, Σλοβενία). Το Διεθνές Ίδρυμα Eurotransplant είναι ένας μη κερδοσκοπικός οργανισμός που είναι αρμόδιος για την κατανομή οργάνων δότη σε οκτώ ευρωπαϊκές χώρες, καλύπτοντας 81 κέντρα μεταμόσχευσης και 135,8 εκατομμύρια κατοίκους. 6988 ασθενείς μεταμοσχεύθηκαν το 2016. Το σύστημα κατανομής βασίζεται σε ιατρικά και δεοντολογικά κριτήρια. Μέσω της διεξαγωγής και διευκόλυνσης της επιστημονικής έρευνας, η Eurotransplant στοχεύει στη συνεχή βελτίωση των αποτελεσμάτων της μεταμόσχευσης. Η Eurotransplant διαχειρίζεται τη σύνθετη διαδικασία επίτευξης της καλύτερης δυνατής αντιστοιχίας μεταξύ των διαθέσιμων οργάνων δότη και των ασθενών σε μια λίστα αναμονής για μεταμόσχευση (Ec.europa.eu, 2019).

Scandiatransplant (Δανία, Φινλανδία, Ισλανδία, Νορβηγία, Σουηδία). Το Scandiatransplant είναι παρόμοιο με το Eurotransplant ως οργανισμός ανταλλαγής. Περιλαμβάνει τη συνεργασία μεταξύ των 12 κέντρων μεταμοσχεύσεων των σκανδιναβικών χωρών εκτός από οκτώ εργαστήρια ανοσολογίας. Καλύπτει πληθυσμό περίπου 26,5 εκατομμυρίων κατοίκων. Περίπου 2000 ασθενείς μεταμοσχεύονται ετησίως στο πλαίσιο της ένωσης Scandiatransplant. Όλοι οι Σκανδιναβοί ασθενείς που περιμένουν τη μεταμόσχευση οργάνων απαριθμούνται σε έναν κοινό κατάλογο για κάθε όργανο. Το Scandiatransplant εξασφαλίζει ότι όλα τα απαραίτητα δεδομένα είναι διαθέσιμα για τους επαγγελματίες μεταμοσχεύσεων για την κατανομή των οργάνων, σύμφωνα με κανόνες που έχουν προσαρμοστεί από την ένωση και παρακολουθεί τη συμμόρφωση με αυτούς τους κανόνες (Public Health - European Commission, 2019).

Η Νότια Συμμαχία για Μεταμόσχευση (SAT) (Ισπανία, Γαλλία, Ιταλία, Πορτογαλία, Ελβετία, Τσεχική Δημοκρατία). Το SAT δημιουργήθηκε το 2012 με κύριο στόχο την καθιέρωση επίσημης συνεργασίας μεταξύ εθνικών οργανισμών δωρεάς και μεταμόσχευσης από χώρες της Νότιας και Δυτικής Ευρώπης. Το SAT δεν εκτελεί τα ίδια καθήκοντα με την Eurotransplant και την ScandiTransplant. Κάθε εταίρος SAT έχει τα δικά του συστήματα δωρεάς και μεταμόσχευσης, κανόνες κατανομής οργάνων, λίστες αναμονής κ.λπ., αλλά οι περισσότεροι εταίροι SAT (με εξαίρεση την Πορτογαλία) είναι χρήστες της πλατφόρμας FOEDUS για την ανταλλαγή πλεονασματικών οργάνων (Public Health - European Commission, 2019).

Επιπλέον, πολλά κράτη μέλη έχουν δημιουργήσει συνεργασίες και έχουν συνάψει διμερείς συμφωνίες για την ανταλλαγή οργάνων δότη. Οι διασυνοριακές συμφωνίες επιτρέπουν ορισμένες χώρες να «εξειδικευτούν» σε ειδικές διαδικασίες μεταμόσχευσης (για παράδειγμα, μεταμόσχευση πνευμόνων για την Αυστρία και το Βέλγιο, μεταμόσχευση παγκρέατος για το Ηνωμένο Βασίλειο και τη Σουηδία). Άλλες χώρες μπορούν στη συνέχεια να επωφεληθούν από αυτή την εμπειρογνομοσύνη προσθέτοντας τα δωρεά όργανα και τους ασθενείς τους. Σημαντικό είναι ότι πολλές χώρες (Δημοκρατία της Τσεχίας, Σλοβακία, Λιθουανία, Βουλγαρία, Ελβετία, Ιταλία, Ισπανία, Γαλλία, Ηνωμένο Βασίλειο και Ρουμανία) χρησιμοποιούν πλατφόρμα ανταλλαγής οργάνων που αναπτύχθηκε στην κοινή δράση FOEDUS, η οποία υποστηρίχθηκε από την ΕΕ85. Αυτό το δίκτυο ανταλλαγής οργάνων επιτρέπει στους οργανισμούς κατανομής να προσφέρουν πλεονασματικά όργανα τα οποία είναι δύσκολο να ταιριάζουν με τους αποδέκτες της χώρας κατοικίας και συνεπώς δεν θα χρησιμοποιούσαν αλλιώς. Για παράδειγμα, υπάρχουν 380 όργανα που προσφέρονται μέσω αυτής της πλατφόρμας και 53 μεταμοσχεύονται (Abrahamsson, Bertoni, Mol, et al., 2014) .

Οι πολυμερείς και διμερείς συμφωνίες είναι σημαντικές για πολλές χώρες και έχουν σκοπό να αυξήσουν τη χρήση των οργάνων των χορηγών, να βελτιώσουν την αξιολόγηση των οργάνων των χορηγών και τα προγράμματα διαχείρισης των χορηγών βοήθειας. Ένα παράδειγμα είναι η χρήση των προγραμμάτων μεταμόσχευσης πνευμόνων στην Αυστρία, από τις γειτονικές χώρες και από άλλες χώρες μέλη του Eurotransplant. Αυτό επιτρέπει σε ορισμένες από αυτές τις χώρες να υποβληθούν σε θεραπεία με μεταμόσχευση πνευμόνων στην Αυστρία, χωρίς την ανάγκη να επενδύσουν και να αναπτύξουν ένα τέτοιο εξειδικευμένο πρόγραμμα / κέντρο εντός της χώρας τους. Παράλληλα, οι πνεύμονες από δότες στις χώρες αυτές θα αποστέλλονται και θα χρησιμοποιούνται στα αυστριακά προγράμματα / κέντρα (Cooper & Kierans, 2015).

Οι χώρες διαθέτουν διαφορετικά είδη εθνικών (ενίοτε και περιφερειακών) συστημάτων για τη συγκατάθεσή τους για δωρεά οργάνων μετά το θάνατο. Υπάρχουν δύο βασικά συστήματα συναίνεσης στην Ευρώπη: ένα σύστημα "opt-in", στο οποίο οι πολίτες καλούνται να δώσουν ρητά τη συγκατάθεσή τους για τη δωρεά οργάνων και ένα σύστημα "optout", το οποίο επικυρώνει την αρχή της τεκμαιρόμενης συγκατάθεσης. Η αποβολή των οργάνων για δωρεά γίνεται πριν από το θάνατο. Ένα μικτό σύστημα σημαίνει ότι διαφορετικές περιοχές έχουν τα συστήματά τους διαφορετικά οργανωμένα ή ότι υλοποιούνται τα συστατικά των συστημάτων opt-in και opt-out. Ωστόσο, ανεξάρτητα από το σύστημα συγκατάθεσης, είναι συνήθης πρακτική η προσέγγιση των μελών της οικογένειας του αποθανόντος πριν από οποιαδήποτε απόφαση για την προμήθεια οργάνου. Από τις 35 χώρες που περιλαμβάνονται στη μελέτη, 20 χώρες διαθέτουν σύστημα opt-out και 13 χώρες διαθέτουν σύστημα συμμετοχής, ενώ 2 διαθέτουν ένα μικτό σύστημα. Στην πράξη, ωστόσο, αναφέρεται ότι η συγκατάθεση του δότη (οικογένεια) ζητείται πριν από τη δωρεά, ανεξάρτητα από το εθνικό σύστημα συγκατάθεσης (Public Health - European Commission, 2019).

Η Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο έχουν ένα μικτό σύστημα. Στο Λιχτενστάιν δεν εκτελούνται μεταμοσχεύσεις (Ec.europa.eu, 2019).

Όσον αφορά τους καταλόγους αναμονής, ένας συνολικός αριθμός 56 χιλιάδων ασθενών αναφέρθηκε ότι βρίσκεται στο τέλος της λίστας αναμονής το 2015 στην ΕΕ. Οι λίστες αναμονής μπορούν να αλλάξουν γρήγορα και οι αριθμοί στις λίστες αναμονής είναι δύσκολο να συγκριθούν σε ολόκληρη την ΕΕ για διάφορους λόγους. Ορισμένες χώρες δεν διαθέτουν λίστα αναμονής, τα κριτήρια αποδοχής στη λίστα αναμονής ή κατάργηση από τη λίστα αναμονής ενδέχεται να διαφέρουν μεταξύ και εντός χωρών κλπ. Συνεπώς, οι αριθμοί των ασθενών στις λίστες αναμονής πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή και δεν μπορούν να συγκριθούν μεταξύ των χωρών. Η ανταλλαγή οργάνων διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη βελτιστοποίηση της χρήσης των διαθέσιμων οργάνων δότη. Ένα βασικό ρόλο διαδραματίζουν τρεις ευρωπαϊκές οργανώσεις ανταλλαγής οργάνων που δραστηριοποιούνται στην ΕΕ (Eurotransplant, Scandiatransplant, Νότια Συμμαχία για τη Μεταμόσχευση), αλλά είναι επίσης σημαντικό να αναφερθούν οι πολλές διμερείς συμφωνίες, καθώς και μια πλατφόρμα πληροφορικής που χρηματοδοτείται από την ΕΕ, η οποία επιτρέπει ανταλλαγή πλεονάσματος (αχρησιμοποίητα, σκληρά για να ταιριάζει) όργανα.

### 2.3.2. Στατιστικά Στοιχεία

Γενικά, τα ποσοστά δωρεάς οργάνων αυξήθηκαν κατά την περίοδο του σχεδίου δράσης. Σε επίπεδο ΕΕ, ο συνολικός αριθμός δωρητών οργάνων αυξήθηκε από 12.369 το 2008 σε 14.953 το 2015. Αυτό αντιπροσωπεύει αύξηση κατά + 21% κατά την περίοδο του σχεδίου δράσης (Caballero F, Leal J, Puig M, et al., 2014).

Η δωρεά από δότες εν ζωή γίνεται κυρίως για μεταμοσχεύσεις νεφρού και για μερικές μεταμοσχεύσεις ήπατος (σε περιορισμένο βαθμό και για μεταμοσχεύσεις πνευμόνων). Σε όλα τα κράτη μέλη πραγματοποιήθηκε μια ζωντανή δωρεά. Η αύξηση του αριθμού των δωρητών ζώντων οργάνων (κατά μέσο όρο κατά 4,2% ετησίως) ήταν μεγαλύτερη από την αύξηση του αριθμού των νεκρών δωρητών οργάνων (κατά μέσο όρο 1,8% ετησίως). Η μεταμόσχευση νεφρού είναι η κύρια διαδικασία μεταμόσχευσης που εκτελείται σε χώρες. Οι περισσότερες απολεσθείσες δωρεές προέρχονται από δωρητές μετά από εγκεφαλικό θάνατο (DBD). Αυτοί είναι νεκροί δωρητές οργάνων, στους οποίους ο θάνατος έχει προσδιοριστεί με νευρολογικά κριτήρια. Αυτή είναι η συνήθης μέθοδος και έτσι χρησιμοποιείται από όλες τις χώρες όπου πραγματοποιείται δωρεά οργάνων (Public Health - European Commission, 2019).

Ένας δότης μετά από κυκλοφοριακό θάνατο (DCD) είναι ένας αποθανών δότης οργάνων στον οποίο ο εγκεφαλικός θάνατος δεν μπορεί να καθοριστεί ή δεν αναμένεται να είναι ο εγκέφαλος νεκρός. Κατόπιν, ο θάνατος θα καθορίζεται από τα κυκλοφοριακά και αναπνευστικά κριτήρια. Πρόκειται για μια σχετικά νέα εξέλιξη στον τομέα και μπορεί να θεωρηθεί ως μια πιθανή νέα πηγή δωρητών. Αυτός ο τομέας δωρεάς διερευνάται μόνο σε λίγες χώρες. Άλλες χώρες, που επιθυμούν να εφαρμόσουν ή να επεκτείνουν τα προγράμματα DCD θα πρέπει να αναπτύξουν την εμπειρογνωμοσύνη τους ή να αντιμετωπίσουν νομοθετικά ή δεοντολογικά ζητήματα. Αν και ο αριθμός των χωρών που αναλαμβάνουν ή εξετάζουν την εφαρμογή ενός προγράμματος DCD δεν είναι σημαντικός, ο αριθμός των χορηγών DCD αυξήθηκε κατά τη διάρκεια των ετών, από τους 569 δότες στα 10 από τα 27 κράτη μέλη της ΕΕ, το 2008, σε 1113 δότες μετά τον κυκλοφοριακό θάνατο σε 10 από τα 28 κράτη μέλη το 2015 (Ec.europa.eu, 2019).

Το ποσοστό θνησιμότητας του δωρητή δίνει τον αριθμό των νεκρών δωρητών ανά εκατομμύριο του πληθυσμού (PMP), όπου ένας νεκρός δότης ορίζεται ως πραγματικός δότης (τουλάχιστον

ένα όργανο έχει ανακτηθεί για μεταμόσχευση). Σημαντικές διαφορές παρατηρούνται ποσοστά δωρεάς στους νεκρούς μεταξύ των χωρών. Τα υψηλότερα ποσοστά δωρεών παρατηρούνται στην Ισπανία (συνολικά 1851 / 40.2 PMP), Κροατία (συνολικά 169 / 40.2 PMP) και Ισλανδία (συνολικά 12 / 40,0 PMP).

Τα μέσα ποσοστά δωρεάς από το 2008/2009 κυμάνθηκαν από 1,3 PMP στη Βουλγαρία έως 34,3 PMP στην Ισπανία. Το 2014/2015, τα ποσοστά αιμοδοσίας των νεκρών κυμάνθηκαν από 4 PMP στην Ελλάδα έως 38 PMP στην Ισπανία. Είναι ενδιαφέρον ότι οι απολεσθέντες αριθμοί αιμοδοσίας αυξήθηκαν σημαντικά σε ορισμένες χώρες, π.χ. Βουλγαρία (346%), Κροατία (107%) και Ουγγαρία (54%). Ωστόσο, ορισμένες χώρες παρουσίασαν μείωση. Αυτό μπορεί να αποδοθεί σε ένα σύνολο διαφορετικών παραγόντων. Μπορεί, για παράδειγμα, να επηρεαστεί από μια ξαφνική μείωση της εμπιστοσύνης του κοινού, λόγω των αρνητικών οικονομικών και θεσμικών περιορισμών της προσοχής των μέσων ενημέρωσης (Public Health - European Commission, 2019).

Τα ποσοστά των αιμοδοτών αυξάνονται στα περισσότερα κράτη μέλη της ΕΕ. Σε πολλές χώρες, οι μεταμοσχεύσεις από δωρητές συμβάλλουν σημαντικά στον συνολικό αριθμό δωρεών. Συγκεκριμένα, τα μέσα ποσοστά δωρεάς ζωντανών ζώων κατά το 2014/2015 υπερέβησαν τα ποσοστά δωρεών που απολύθηκαν στη Δανία, το Μαυροβούνιο, την Τουρκία και τις Κάτω Χώρες. Υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των χωρών. Παρατηρείται ότι οι μέσοι συντελεστές δωρεάς ζώνης αιμοδοσίας είναι σχετικά υψηλοί στην Κύπρο, τις Κάτω Χώρες και την Τουρκία. Το ποσοστό αύξησης σε σύγκριση με το 2014/2015 και το 2008/2009 είναι το πιο σημαντικό στην Τσεχική Δημοκρατία (107%), την Εσθονία (100%), την Ισπανία (92%), τη Φινλανδία (96%), τη Γαλλία (130%), Την Ιταλία (96%) και τη Λετονία (200%) (Public Health - European Commission, 2019).

Λόγω της έλλειψης οργάνων, οι χορηγοί ηλικίας άνω των 60 ετών αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της συνολικής ομάδας χορηγών. Ορισμένοι επαγγελματίες μεταμόσχευσης μπορεί να είναι απρόθυμοι σχετικά με τη χρήση παλαιότερων οργάνων από δότες, λόγω της μεγαλύτερης πιθανότητας απόρριψης από τον λήπτη και επειδή η προηγμένη ηλικία δότη είναι ένας διαδεδομένος παράγοντας κινδύνου που επηρεάζει την ποιότητα των οργάνων. Ωστόσο, παρόλο που τα αποτελέσματα είναι γενικά φτωχότερα, η πρόσφατη επίτευξη αποδεκτών αποτελεσμάτων επέτρεψε την προοδευτική επέκταση της ομάδας χορηγών να συμπεριλάβει μεγαλύτερο τμήμα παλαιότερων δωρητών. Επιπλέον, οι μεταμοσχεύσεις νεφρού από παλαιότερους δότες εξακολουθούν να παράγουν ένα όφελος στην επιβίωση του λήπτη σε σύγκριση με την αιμοκάθαρση. Τα αποτελέσματα είναι ενθαρρυντικά, ιδίως για τους παλαιότερους λήπτες, που αντιπροσωπεύουν ένα αυξανόμενο ποσοστό ασθενών με μεταμόσχευση. Για παράδειγμα, η Eurotransplant ξεκίνησε ένα επιτυχημένο ανώτερο πρόγραμμα το 1999, για να επιτύχει αποτελεσματικότερη χρήση των νεφρών από δότες ηλικίας άνω των 65 ετών και να μειώσει το χρόνο αναμονής για τους ηλικιωμένους ασθενείς (Public Health - European Commission, 2019). Έχει παρατηρηθεί ανοδική τάση στον αριθμό των μεταμοσχεύσεων σε επίπεδο ΕΕ κατά την περίοδο του σχεδίου δράσης. Συνολικά, σημειώθηκε αύξηση από 28.066 μεταμοσχεύσεις το 2008 σε πάνω από 32.707 το 2015. Αυτό συνεπάγεται αύξηση κατά 17% κατά την περίοδο. Συνολικά, παρατηρείται αύξηση της μεταμόσχευσης διαφόρων οργάνων στην ΕΕ, παρά τη διακύμανση ορισμένων χωρών (Ec.europa.eu, 2019). Συνολικά, ο αριθμός των μεταμοσχεύσεων νεφρών και πνευμόνων αυξήθηκε με την πάροδο των ετών στις περισσότερες χώρες. Σε πολλές χώρες ο αριθμός των μεταμοσχεύσεων ήπατος αυξήθηκε ελαφρά. Ο αριθμός των καρδιαγγειακών μοσχευμάτων είναι περισσότερο ή λιγότερο σταθερός. Ορισμένες χώρες έχουν σχετικά υψηλό αριθμό ειδικών διαδικασιών μεταμόσχευσης, όπως η μεταμόσχευση παγκρέατος



για τη Νορβηγία, το Ηνωμένο Βασίλειο και τη Σουηδία, ή μεταμοσχεύσεις πνευμόνων στην Αυστρία και το Βέλγιο. Με βάση το μέγεθος της χώρας και τους τύπους μεταμοσχεύσεων, ότι κυρίως οι χώρες με μεγάλο πληθυσμό και ως εκ τούτου μεγάλο τομέα της υγειονομικής περίθαλψης διαθέτουν την ικανότητα και τους πόρους που επιτρέπουν τη μεταμόσχευση σχετικά λιγότερο συνηθισμένων οργάνων, όπως το πάγκρεας (ή παγκρεατικές νησίδες) και οι μεταμοσχεύσεις του λεπτού εντέρου. Από τις μικρότερες χώρες, με λιγότερους από πέντε εκατομμύρια κατοίκους, η Σλοβενία και η Κροατία έχουν σχετικά υψηλό ποσοστό μεταμόσχευσης παγκρέατος (2,4 PMP και 1,9 PMP αντίστοιχα). Η μεταμόσχευση του παγκρέατος δεν είναι τόσο σπάνια, όσο η μεταμόσχευση του λεπτού εντέρου, αν και θεωρούνται αναπτυσσόμενες περιοχές. Το 2015, οι ακόλουθες 23 χώρες πραγματοποίησαν μεταμόσχευση παγκρέατος: Αυστρία, Βέλγιο, Τσεχική Δημοκρατία, Δανία, Εσθονία, Φινλανδία, Γαλλία, Γερμανία, Ουγγαρία, Ιταλία, Λιθουανία, Κάτω Χώρες, ΗΒ, Κροατία, Νορβηγία, Ελβετία και Τουρκία (Public Health - European Commission, 2019).

Συνολικά, υπάρχουν 372 κέντρα μεταμόσχευσης νεφρού, 193 κέντρα μεταμόσχευσης ήπατος, 159 κέντρα μεταμόσχευσης καρδιάς, 87 κέντρα μεταμόσχευσης πνευμόνων, 132 κέντρα μεταμόσχευσης παγκρέατος και 40 κέντρα μεταμόσχευσης λεπτού εντέρου. Είναι αξιοσημείωτο ότι ο αριθμός των κέντρων μεταμόσχευσης παγκρέατος υπερβαίνει τον αριθμό των κέντρων / προγραμμάτων μεταμόσχευσης πνευμόνων στα κράτη μέλη (120 έναντι 81 το 2015), ενώ ο αριθμός των μεταμοσχεύσεων πνευμόνων υπερβαίνει τον αριθμό των μεταμοσχεύσεων παγκρέατος στα κράτη μέλη (1818 έναντι 821 το 2015). Η ζήτηση οργάνων στην ΕΕ υπερβαίνει κατά πολύ την προσφορά. Αυτό παρατηρείται σε όλες τις χώρες, αν και σε διαφορετικό βαθμό για συγκεκριμένα όργανα. Υπάρχουν λίστες αναμονής για μεταμόσχευση σε όλες τις χώρες με

προγράμματα μεταμόσχευσης. Στις 31 Δεκεμβρίου 2015, συνολικά 56.000 ασθενείς βρίσκονταν σε κατάλογους αναμονής στην ΕΕ (Ec.europa.eu, 2019).

## 2.4. Ηθικά Διλήμματα και η Άποψη της Εκκλησίας

### 2.4.1. Ιατρική Ηθική

Σύμφωνα με τον Etich (2004), η "δωρεά οργάνων" ορίζεται ως η απομάκρυνση ιστού από το σώμα ενός ατόμου για να αφήσει τη μεταμόσχευση αυτού του ιστού στο σώμα ενός άλλου ατόμου. Σημαντικά όργανα, όπως για παράδειγμα, οι πνεύμονες, το ήπαρ, η καρδιά και οι νεφροί μπορούν να συνεισφέρουν και να δοθούν, επίσης μπορούν να δοθούν και τμήματα ιστού, όπως για παράδειγμα καρδιακές βαλβίδες, κερατοειδείς, τένοντες και δέρμα. Τα όργανα και ο ιστός μπορούν γενικά να απομακρύνονται από άτομα που έχουν πεθάνει πρόσφατα. Στην πραγματικότητα, δεδομένου ότι τα μεγάλα όργανα για μεταμόσχευση βγαίνουν αμέσως μετά το θάνατο, μόνο ένας μικρός αριθμός ανθρώπων πεθαίνουν με τρόπο που τους επιτρέπει να δωρίσουν όργανα. Παρόλα αυτά, τα νεφρά και τα τμήματα του ήπατος και του παγκρέατος μπορούν επίσης να ληφθούν για μεταμόσχευση από ζώντες δότες. Στην Αυστραλία, η δωρεά οργάνων και ιστών είναι μια διαδικασία που συμβαίνει γενικά σε μονάδα νοσοκομειακής λειτουργίας. Ο Etich (2004), δηλώνει ότι η μεταμόσχευση οργάνων είναι πλέον μια πολύ αναγνωρισμένη πρακτική για όσους κινδυνεύουν από αστοχία οργάνων ή πάσχουν από ασθένειες που περιορίζουν τη ζωή τους αμείλικτα (Ganeri, 2017).

Ωστόσο, η σχέση μεταξύ δωρεάς και μεταμόσχευσης οργάνων είναι σημαντική για αυτή τη συζήτηση. Το «μείζον θέμα» στη μεταμόσχευση στερεών οργάνων είναι, σύμφωνα με τον Charman, η «διαθεσιμότητα δωρητών ... Ο αριθμός των διαθέσιμων οργάνων δεν επαρκεί για κανένα από τα προγράμματα». Οι παράγοντες που επηρεάζουν την παροχή οργάνων δότη παρέχουν, έτσι, την πρώτη ένδειξη της φύσης του κοινωνικού πλαισίου στο οποίο βρίσκεται η μεταμόσχευση οργάνων. (Cooper & Kierans, 2015) .

Πρέπει πρώτα να αναγνωρίσουμε ότι η διαθεσιμότητα οργάνων δότη επηρεάζεται πρωτίστως από κάποιον δυνητικό δότη ή την οικογένεια δωρητή που συμφωνεί με τη δωρεά κατά το θάνατο. Επιπλέον, προϋπόθεση αυτής της συμφωνίας είναι η αντιληπτή επιθυμία ή τουλάχιστον η απουσία της ανεπιθύμητης δωρεάς. Αυτός είναι ένας άλλος τρόπος να πούμε ότι η πράξη δωρεάς ενός οργάνου πρέπει συνειδητά να θεωρείται ως δεοντολογικά αποδεκτή ή μη δεοντολογικά αποδεκτή. Αυτοί οι παράγοντες, ωστόσο, δεν υπάρχουν σε ένα κοινωνικό κενό, αλλά μεσολαβούνται από μια σειρά άλλων, που μπορούν να συλλεχθούν από την εξειδικευμένη βιβλιογραφία για τη δωρεά οργάνων και τη μεταμόσχευση. Τέτοιοι παράγοντες περιλαμβάνουν τη μείωση των οδικών ατυχημάτων, που σημαίνει λιγότερη διαθεσιμότητα οργάνων δότη, εκπαιδευμένα προγράμματα, προγράμματα για συγγενείς του δωρητή, αυξημένα ποσοστά επιτυχίας για χειρουργικές επεμβάσεις μεταμοσχεύσεων, αύξηση των δαπανών για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και κρατική ανησυχία για την προώθηση μονάδων μεταμόσχευσης, να πιέσουμε να εισαγάγουμε μια πολιτική απόρριψης του δυνητικού δωρητή και όχι την τρέχουσα κατάσταση της εγκατάλειψης και ούτω καθεξής. Επί του παρόντος, στην Αυστραλία, το επίπεδο δωρεάς οργάνων είναι 9 όργανα ανά εκατομμύριο ανθρώπων, το μισό ποσοστό των ΗΠΑ και μόνο το ένα τέταρτο της Ισπανίας, που είναι ο κορυφαίος υποστηρικτής της δωρεάς οργάνων (Hoeyer, Jensen & Olejaz, 2015).

Σύμφωνα με τον Lewins (2001), η Ισπανία έχει σήμερα το υψηλότερο ποσοστό δωρεάς οργάνων παγκοσμίως, λόγω της δέσμευσής της να βελτιώσει τα ποσοστά δωρεάς οργάνων σε ολόκληρο το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της χώρας. Ως αποτέλεσμα, πολλές άλλες χώρες εφάρμοσαν πτυχές του ισπανικού τομέα δωρεάς και μεταμόσχευσης οργάνων σε μια προσπάθεια να αυξήσουν επιλεκτικά τις δικές τους τιμές, όπως στην περίπτωση της Αυστραλίας. Τα στοιχεία του ισπανικού συστήματος που έχουν εξομοιωθεί από άλλες χώρες περιλαμβάνουν τον εθνικό συντονισμό όλων των πτυχών του συστήματος προμήθειας και μεταμόσχευσης οργάνων, τους συντονιστές ειδικών δωρεών οργάνων και τις ομάδες μεταμόσχευσης στα νοσοκομεία και την τεκμαιρόμενη νομοθεσία περί συναίνεσης. Ο Lewins (2001), δηλώνει ότι ο νόμος για τη μεταμόσχευση στην Ισπανία λειτουργεί υπό καθεστώς τεκμαιρόμενης συγκατάθεσης ή συστήματος opt-out. Ωστόσο, οι οικογένειες πρέπει να προσεγγιστούν και να υπογράψουν μια εξουσιοδότηση για τη διεξαγωγή της διαδικασίας (Ganeri, 2017).

Η ενιαία πράξη προβλέπει μια πιο κοινή μορφή καταγραφής της πρόθεσης ενός ατόμου να κάνει δωρεά οργάνων: μια κάρτα δωρητή, που μπορεί να μεταφερθεί σε ένα πορτοφόλι. Τα κράτη επιτρέπουν, επίσης, την αποτύπωση αυτής της πληροφορίας του δότη σε άδεια οδήγησης. Όταν ένα άτομο υποβάλλει αίτηση για άδεια οδήγησης, έχει την επιλογή να συμπεριλάβει την επιθυμία να δωρίσει όργανα. Παρά την απλότητα αυτής της επιλογής, δεν έχει δημιουργήσει την ποσότητα των χορηγών που υποστηρίζουν την αναμενόμενη διαδικασία (Hoeyer & Jensen, 2012).

Η ουσιαστική ανιδιοτέλεια που ενθαρρύνει ένα άτομο να κάνει μια πιθανά απειλητική για τη ζωή του θυσία για ένα άγνωστο άτομο, απαιτεί προσεκτική επιθεώρηση. Αναφορικά με τον Truog (2005), μια πρόσφατη υπόθεση αφορούσε έναν άνδρα που εμφανίστηκε με διανοητική εμμονή με τη δωρεά σε ό, τι έχει, από τον πλούτο του έως τα σωματικά του όργανα, λέγοντας

ότι αυτό ήταν "μεγάλο μέρος της υποχρέωσης όπως το φαγητό, το ποτό, και να αναπνεύσει ». Αφού έδωσε ένα νεφρό σε έναν ξένο, σκέφτηκε πώς θα μπορούσε να δωρίσει όλα τα άλλα του όργανα, που τον οδηγούσαν σε θάνατο. Πρέπει επίσης να ληφθούν υπόψη και άλλα ψυχικά κίνητρα, για την αποφυγή περιττών θανάτων. Ως εκ τούτου, μετά από αυτό το δίλημμα, η κοινωνία διερωτάται εάν το άτομο προσπαθεί να αποπληρώσει για κατάθλιψη ή χαμηλή αυτοεκτίμηση, αναζητώντας την προσοχή των μέσων ενημέρωσης ή φιλοξενώντας ελπίδες να καταλάβει κανείς τη ζωή του παραλήπτη. Οι εμπειρογνώμονες για τη μεταμόσχευση έχουν την ευθύνη να αξιολογούν πιθανούς δότες σε όλες αυτές τις διαστάσεις και να απαγορεύουν δωρεές που προκαλούν καταστροφικές ανησυχίες (Cooper & Kierans, 2015) .

Η κατευθυνόμενη δωρεά σε έναν ξένο δημιουργεί ανάλογες ηθικές ερωτήσεις με λίγες επιπλέον ιδέες. Αυτού του είδους η δωρεά, γενικά, λαμβάνει χώρα όταν ένας ασθενής διαφημίζει για ένα όργανο ανοιχτά στο κοινό, στην τηλεόραση ή σε εφημερίδες ή στο διαδίκτυο. Σύμφωνα με τον Truog (2005), αυτή η διαφήμιση δεν είναι αντίθετη με το νόμο, αλλά αποθαρρύνθηκε σταθερά από τους ειδικούς της μεταμόσχευσης. Δύο σημαντικές αντιρρήσεις είναι ότι η πρακτική είναι άδικη και ότι εκφοβίζει την άποψη ότι τα σωματικά όργανα είναι στην πραγματικότητα ένα «δώρο της ζωής» και όχι ένα προϊόν που πρέπει να αγοραστεί και να πωληθεί (Hoeyer, Jensen & Olejaz, 2015).

Από την άλλη πλευρά, η σκέψη της μεταμόσχευσης των οργάνων από νεκρό δότη κάνει κάποιους ανθρώπους να αισθάνονται άβολα. Η μεταμόσχευση οργάνων από τον ζωντανό δότη στον αποδέκτη συχνά συναντάται με άλλες αντιρρήσεις. Αναφορικά με τον Erich (2004), έχουν εγερθεί τρεις φιλοσοφικές αντιρρήσεις. Κατ 'αρχάς, αφαιρώντας απατηλά ένα μέρος ενός οργάνου όχι μόνο είναι παράλογο, αλλά είναι "ακρωτηριασμός" και απαράδεκτο. Τα άτομα είναι οι διαχειριστές του σώματός τους και υποχρεώνονται να μην αντιμετωπίζουν το σώμα τους με

ζημιογόνους τρόπους. Δεύτερον, οι άνθρωποι, δεδομένου ότι είναι απλώς διαχειριστές του σώματός τους, δικαιολογούνται να απομακρύνουν ένα μέρος του σώματός τους μόνο με το να διατηρούν την ακεραιότητα του συνόλου. Εάν, ωστόσο, αφαιρεθεί ένα μέρος για να διατηρηθεί η ακεραιότητα στο σύνολό του, τότε, στο πλαίσιο μιας διαχειριστικής συμπεριφοράς, αυτός ο «αυτο-ακρωτηριασμός» δεν είναι μόνο επιτρεπτός, αλλά ίσως και επειδή προάγει την ολότητα, υποχρεωτική. Τρίτον, ο ακρωτηριασμός του σώματος με την αφαίρεση ενός μέρους είναι απαράδεκτος για οποιονδήποτε λόγο, ακόμα και για τη βοήθεια του γείτονά του, εκτός από τη διατήρηση της ακεραιότητας ολόκληρου του σώματος του οποίου είναι μέρος. Και τέλος, η ιδέα της ολότητας, που πρέπει να διατηρηθεί άθικτη όταν ένας άνθρωπος πεθαίνει επιμένει (Hoeyer & Jensen, 2012).

Η δεοντολογική ηθική είναι υπερβολικά άκαμπτη ως προς τη σημασία που έχει για τα καθήκοντα. Η χρηστική ηθική είναι πολύ πρόθυμη να παρακάμψει τα θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα. Η δεοντολογία και η χρηστικότητα είναι και οι δύο τύποι δεοντολογίας που αναφέρονται στον τρόπο με τον οποίο κάποιος ανταποκρίνεται σε μια συγκεκριμένη κατάσταση. Η δεοντολογία βασίζεται σε μια δέσμη καθηκόντων και εμμένει σε αυτά τα καθήκοντα, ανεξάρτητα από τις συνέπειες, ενώ η χρηστικότητα βασίζεται στην επιλογή του καλύτερου αποτελέσματος σε βραχυπρόθεσμο και μακροπρόθεσμο ορίζοντα, ακόμη και αν σημαίνει ότι στερούνται οι άνθρωποι από τα βασικά ανθρώπινα δικαιώματα. Σύμφωνα με έναν δεοντολόγο, οι ενέργειες πρέπει να καθορίζονται από ένα σύνολο καθηκόντων, ανεξάρτητα από το εάν οι μακροπρόθεσμες συνέπειες είναι καλές ή κακές (Ganeri, 2017).

Σύμφωνα με τον Μίχα (2005), ένας δεοντολόγος πιστεύει στην ανθρώπινη ηθική και ότι κάθε άνθρωπος έχει ορισμένα δικαιώματα που δεν πρέπει να προδοθούν ανεξάρτητα από το κόστος.

Για παράδειγμα, η λήψη οργάνων από ένα άτομο χωρίς τη συγκατάθεσή του, ακόμη και για να σωθούν εκατό ζωές, θα ήταν απαράδεκτη για τον δεοντολόγο, αν και οι συνέπειες θα ήταν καλύτερα συνολικά. Το μεγαλύτερο πρόβλημα της δεοντολογίας γνωρίζει το σύνολο των καθηκόντων που επιδιώκουν. Θα μπορούσαν να υπάρξουν τεράστιες διαφορές στα συστήματα μεταξύ ανθρώπων από διαφορετικό υπόβαθρο, διαφορετικών κοινωνικών τάξεων, διαφορετικών θρησκειών και ανθρώπων διαφορετικών πολιτισμών. Micah (2005), διατύπωσε ερωτήσεις σχετικά με το πώς μπορούμε να πούμε ποια υποχρέωση είναι η σημαντικότερη και ποια είναι η ελάχιστη. Αν οι συνέπειες του καθενός πρέπει να ληφθούν υπόψη, τότε αυτό θα έκανε μια συνέπεια και όχι δεοντολογική άποψη. Οι διενέξεις απλών καθηκόντων προκαλούν εξίσου πολλά προβλήματα, όπως δύο άτομα που χρειάζονται άμεση μεταμόσχευση καρδιάς, αλλά μόνο ένα όργανο είναι διαθέσιμο, ένας δεοντολόγος έχει καθήκον να σώσει ζωές, αλλά με αυτή την ευκαιρία μόνο ένας από τους δύο μπορεί να σωθεί.

Για παράδειγμα, αναφέρεται μια υπόθεση που συζητήθηκε σε πρόσφατο δημόσιο φόρουμ, που φιλοξένησε η Διεύθυνση Ιατρικής Ηθικής του Ιατρικού Σχολείου του Χάρβαρντ: Ένας Εβραίος στην Νέα Υόρκη έμαθε για ένα εβραϊκό παιδί στο Λος Άντζελες που χρειάστηκε μεταμόσχευση νεφρού. Ο άνθρωπος ήθελε να βοηθήσει κάποιον από τη δική του φυλή και ήταν αποφασισμένος να είναι πρόθυμος να δωρίσει νεφρό για να βοηθήσει αυτό το παιδί. Το αν η κατευθυνόμενη δωρεά σε ξένους παραβιάζει τις αξίες της ισότητας είναι αμφιλεγόμενο. Αλλά αν είναι αποδεκτό, θα είναι πολύ δύσκολο να απαγορευτούν οι προτιμήσεις που εισάγουν διακρίσεις, δεδομένου ότι οι δωρητές μπορούν απλώς να διευκρινίσουν ότι το όργανο πρέπει να μεταβεί σε ένα συγκεκριμένο άτομο, χωρίς να λέει γιατί (Hoeyer & Jensen, 2012).

Σύμφωνα με τον Mill (2004), ο ωφελμιστισμός είναι μια θεωρία που προάγει την καλύτερη ευημερία και το μέγιστο καλό για τον μεγαλύτερο αριθμό. Για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος, οι

πόροι της κοινωνίας μοιράζονται έτσι ώστε να ωφελείται ο μέγιστος αριθμός ατόμων. Στο πλαίσιο της μεταμόσχευσης οργάνων, οι επιθυμίες του ασθενούς συγκρίνονται έτσι ώστε να μπορούν να επιτευχθούν τα μεγαλύτερα αποτελέσματα και μπορεί να γίνει η μεγαλύτερη χρήση ενός σπάνιου πόρου. Η χρήση οργάνων από ασθενείς που αρχικά κρίνονται ως ακατάλληλοι, ιατρικώς, δεδομένου ότι οι χορηγοί υποστηρίζουν τη χρηστική προσέγγιση της επέκτασης του συνόλου πιθανών δοτών, προσφέρουν οφέλη σε μεγαλύτερο αριθμό ασθενών. Το τελικό αποτέλεσμα, όσο ωφέλιμο, δεν δικαιολογεί τη χρήση ανήθικων μέσων. Επομένως, η ιατρική χρησιμότητα υπόκειται σε αρχές που αντικατοπτρίζουν την δεοντολογική θεωρία. Για παράδειγμα, η περίπτωση μεταμόσχευσης "Καρλοϊσάν" είναι ένα παράδειγμα της αντιαλιωτικής θεωρίας. Σε αυτή την περίπτωση, ένας γιατρός πρέπει να αποφασίσει αν θα πάρει τη ζωή ενός από τους ασθενείς του, για να σωθούν τέσσερις άλλοι ασθενείς χρησιμοποιώντας τα μεταμοσχευμένα όργανα του θύματος.

Συμπερασματικά, έχουμε ερωτήματα σχετικά με το εάν είναι λογικό να συνεχίσουμε να ισχυριζόμαστε ότι υπάρχουν ή δεν πρέπει να υπάρχουν δικαιώματα ιδιοκτησίας στο ανθρώπινο σώμα ή τουλάχιστον στα μέρη του. Η σύγχρονη ιατρική πραγματικότητα μπορεί να προκαλέσει μια επαναξιολόγηση αυτού του σκεπτικού. Ταυτόχρονα, υπογραμμίσαμε την πολυπλοκότητα της ίδιας της ιδέας, της ίδιας της περιουσίας, απαιτώντας αναμφισβήτητα από το νόμο την υιοθέτηση μιας πιο περίπλοκης προσέγγισης στα ατομικά δικαιώματα όσον αφορά τον έλεγχο, την ιδιοκτησία και τη διάθεση.

Αυτό όχι μόνο θα παρείχε ένα ακριβές θεμέλιο για το σχέδιο δωρεάς και μεταμόσχευσης οργάνων, αλλά θα επέτρεπε επίσης την ευρύτερη ποικιλία κινήτρων για δωρεά οργάνων, χωρίς να διαπραγματευτεί την ικανότητα των ανθρώπων να δημιουργούν ηθικές επιλογές στη δωρεά. Στο ίδιο σημείο, η προετοιμασία του συστήματος δωρεάς και μεταμόσχευσης οργάνων στην ιδέα



ενός ορθολογικού, αυτόνομου φορέα λήψης αποφάσεων, θα μπορούσε να επιτρέψει ορισμένες αλλαγές στο εν λόγω σχήμα, το τελικό αποτέλεσμα του οποίου μπορεί να είναι η αύξηση του αριθμού οργάνων που μπορούν να ληφθούν για μεταμόσχευση. (Ganeri, 2017).

#### 2.4.2 Κοινωνικά και Οικονομικά Προβλήματα

Το χάσμα μεταξύ προσφοράς και ζήτησης είναι ένα παγκόσμιο πρόβλημα για τη μεταμόσχευση οργάνων και ιστών. Σε ορισμένες χώρες, η πρόσβαση σε μεταμόσχευση παρεμποδίζεται περαιτέρω από οικονομικά εμπόδια. Τα χρηματοοικονομικά έξοδα περιλαμβάνουν την αξιολόγηση και τον έλεγχο των μεταμοσχεύσεων, την προμήθεια οργάνων, τη χειρουργική επέμβαση μεταμόσχευσης, την μετεγχειρητική ιατρική περίθαλψη και την ανοσοκατασταλτική θεραπεία και εκείνες που σχετίζονται με τη δωρεά. Στις Ηνωμένες Πολιτείες (ΗΠΑ), οι ηλικιωμένοι ασθενείς άνω των 65 ετών αντιπροσωπεύουν περισσότερο από το 25% όλων των ασθενών με μεταμόσχευση. Η μεταμόσχευση νεφρού στους ηλικιωμένους συνδέεται με σημαντική αύξηση της συχνότητας των περιεγχειρητικών επιπλοκών και της παρατεταμένης διάρκειας διαμονής, γεγονός που συνεπάγεται επιπλέον κόστος (Ellis, Lehet, Ku, Azabdaftari, & Pili, 2014).

Τα συστήματα χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας διαφέρουν μεταξύ των χωρών. Στις ΗΠΑ, το καθεστώς ασφάλισης και η προσωπική ικανότητα πληρωμής επηρεάζουν σημαντικά την πρόσβαση στη μεταμόσχευση, επειδή αυτές οι διαδικασίες είναι δαπανηρές και οι Ηνωμένες Πολιτείες στερούνται καθολικής ασφάλισης υγείας για όλους τους πολίτες. Η μείωση των οικονομικών φραγμών στη μεταμόσχευση οργάνων μπορεί να αυξήσει τον αριθμό των

μεταμοσχεύσιμων οργάνων από τους δότες. Ο Rodrigue και οι συνεργάτες του διεξήγαγαν μια πολυκεντρική μελέτη προγνωστικών, γνωστή ως μελέτη συλλογής αποτελεσμάτων δότη των νεφρών, στην οποία συγκέντρωσαν δεδομένα κόστους για 12 μήνες μετά τη δωρεά από 182 ζώντες δότες νεφρών (LKD). Τα περισσότερα LKD (n = 167 ή 92%) προκάλεσαν περισσότερες άμεσες δαπάνες μετά τη δωρεά, συμπεριλαμβανομένης της μεταφοράς εδάφους (86%), της υγειονομικής περίθαλψης (41%), των γευμάτων (53%) και τις αεροπορικές μεταφορές (12%). Οι ζωντανοί δωρητές νεφρών έχασαν 33.072 ώρες εργασίας, 40% από τους οποίους δεν αμείφθηκαν, με αποτέλεσμα 302.175 σε χαμένους μισθούς (μέσος όρος 1660 δολάρια). Οι φροντιστές έχασαν \$ 68655 σε μισθούς (μέσος όρος \$ 377). Παρόλο που ορισμένοι δωρητές έλαβαν οικονομική βοήθεια, το 89% είχε καθαρή οικονομική ζημία κατά τη διάρκεια της δωδεκάμηνης περιόδου, με το 33% να δηλώνει ζημία άνω των \$ 2500. Η οικονομική επιβάρυνση ήταν μεγαλύτερη για εκείνους με μεγαλύτερη απόσταση που είχαν ταξιδέψει στο κέντρο μεταμόσχευσης, για χαμηλότερο εισόδημα των νοικοκυριών και για περισσότερες αμειβόμενες ώρες εργασίας. Μια μελέτη στις ΗΠΑ ανέφερε το εκτιμώμενο κόστος των διαφόρων μεταμοσχεύσεων οργάνων από το 2017. Αυτά ήταν \$ 414800 για τα νεφρά και \$ 812500 για μεταμοσχεύσεις ήπατος. Οι μεταμοσχεύσεις κερατοειδούς ήταν το λιγότερο ακριβοί, κοστίζοντας \$ 30 200, ενώ οι καρδιακές μεταμοσχεύσεις ήταν οι πιο ακριβές στα \$ 1 382 400. 5 Συγκριτικά, το κόστος για ασθενή μεταμόσχευσης στη Σερβία για μια περίοδο 10 ετών ήταν € 48949 (περίπου \$ 40 089) (Hoeyer, Jensen & Olejaz, 2015).

Μια μελέτη από την Ιαπωνία, που ανέλυσε το κόστος της μεταμόσχευσης, ανέφερε ότι η μεταμόσχευση ήπατος από ζωντανό δότη ήταν η πιο δαπανηρή διαδικασία μεταμόσχευσης με συνολικό κόστος 4,95 εκατ. ¥ ή σχεδόν \$ 40 000. Το κόστος της μεταμόσχευσης νεφρού δότη ήταν υψηλότερο από το κόστος των διαδικασιών μεταμόσχευσης νεογνών χορηγήσεων

διαβίωσης: 3,69 εκατομμύρια ¥ έναντι 3,55 εκατομμυρίων ¥ ή \$ 32 654 έναντι \$ 31 416, αντίστοιχα. Η μελέτη διαπίστωσε επίσης ότι οι αποδέκτες της μεταμόσχευσης βλαστοκυττάρων αυτο-περιφερικού αίματος, που περιπλέκονται από ασθένεια μοσχεύματος έναντι ξενιστή, μόλυνση ουροποιητικού, σηψαιμία ή πνευμονία είχαν σημαντικά υψηλότερο μέσο συνολικό κόστος κατά τη διάρκεια του μήνα μεταμόσχευσης και τους επόμενους 2 μήνες από τους ασθενείς χωρίς, εκτός από στατιστικά περισσότερες συνολικές ημέρες θεραπείας. Το συνολικό πρόσθετο κόστος των βοηθητικών δραστηριοτήτων μεταμόσχευσης προσδιορίστηκε με τη σύγκριση του κόστους μεταμόσχευσης νεφρού από ζώντες δότες έναντι νεκρών δοτών στη Γαλλία. Τα πρόσθετα έξοδα μεταμοσχεύσεων κυμαίνονταν από € 13.835 σε € 20.050 για έναν αποθανόντα δότη, σε σύγκριση με € 13.601 για έναν ζωντανό δότη. Οι Turri και συνεργάτες αξιολόγησαν το συνολικό κόστος ενός ασθενούς σε λίστα αναμονής για μεταμόσχευση ήπατος και τους κύριους πόρους που σχετίζονται με υψηλότερο κόστος. Διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς στους καταλόγους αναμονής για μεταμόσχευση ήπατος υποβλήθηκαν σε πολλές επιπλοκές και επεισόδια που οδήγησαν σε νοσηλεία και διαδικασίες που αύξησαν το κόστος. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η λίστα αναμονής του ασθενούς για μεταμόσχευση ήπατος αυξήθηκε, καθώς η σοβαρότητα του ασθενούς αυξήθηκε. Οι διαδικασίες που σχετίζονται με τη θεραπεία του ηπατοκυτταρικού καρκίνου, τη χρήση συστατικών του αίματος και τη νοσηλεία ήταν οι βασικοί παράγοντες κόστους.

Σε πολλές χώρες αγοράζονται και πωλούνται παράνομα όργανα. Για να αποφευχθεί το ανεξέλεγκτο εμπόριο οργάνων και να αυξηθεί η συχνότητα των δραστηριοτήτων μεταμόσχευσης, έχει προταθεί ότι ένα ρυθμιζόμενο σύστημα πωλήσεων νεφρών, με σταθερή τιμή για πωλητές, το οποίο θα μειώσει το ποσοστό θνησιμότητας των ασθενών στους καταλόγους αναμονής. Ο Matas και οι συνεργάτες του καθόρισαν το πιο αποδοτικό ποσό

πληρωμής για την κοινωνία και το κόστος που θα εξοικονομούσε αφαιρώντας τον ασθενή από μια λίστα αναμονής χρησιμοποιώντας έναν πληρωμένο δωρητή-δότη: μια ζωντανά μη σχετιζόμενη μεταμόσχευση δότη έσωσε 94 579 δολάρια και 3,5 έτη ζωής. Στις παράνομες αγορές οργάνων, οι μεταμοσχεύσεις νεφρού (συμπεριλαμβανομένων των πιστοποιημένων οργάνων) θα κοστίζουν περίπου \$ 20000. Το Ιράν ξεκίνησε το 1988 ένα πρόγραμμα αποζημίωσης και ρύθμισης που σχετίζεται με τη ζωή των νεογνών, με σημαντική επιτυχία. Περισσότερο από το 59% των ασθενών με νεφροπάθεια τελικού σταδίου στο Ιράν ζουν με λειτουργικό μόσχευμα. Παρά το γεγονός ότι είναι παραδειγματικό εδώ και καιρό, το ιρανικό μοντέλο έχει σοβαρά ηθικά προβλήματα και δεν θεωρείται πλέον ως ένα βιώσιμο και δεοντολογικά αιτιολογημένο σύστημα. Η ιδέα ενός συστήματος ρυθμιζόμενου συστήματος πληρωμών έχει επικριθεί. Οι Kahn και Delmonico ανέφεραν ότι η ηθική των πωλήσεων οργάνων πρέπει να προηγείται οποιασδήποτε ανάλυσης της οικονομικής και πρακτικής αξίας. Επίσης, πρότειναν ότι η ανάπτυξη ενός ρυθμιζόμενου συστήματος στον δυτικό κόσμο θα ενθάρρυνε την ανάπτυξη σε άλλα μέρη των ανεξέλεγκτων συστημάτων χωρίς προστασία για τους πωλητές. Οι συγγραφείς εξέφρασαν επίσης την ανησυχία τους σχετικά με τη βλάβη στη σχέση ιατρού-ασθενούς (Hoeyer, Jensen & Olejaz, 2015).

Στην Τουρκία μεταφέρθηκαν 3423 νεφρά, 1396 ήπατα, 69 καρδιές, 22 πνεύμονες, 6 πάγκρεας και 5 ειλεούς το 2016. Στην Τουρκία εκτιμάται ότι 71000 άτομα έχουν νεφρική νόσο τελικού σταδίου και 60.000 από αυτούς τους ασθενείς λαμβάνουν θεραπεία αιμοκάθαρσης. Η αιμοκάθαρση αποτελεί το 79% όλων των τρόπων χρόνιας θεραπείας για χρόνια νεφρική νόσο. Ο αριθμός των ασθενών στους καταλόγους αναμονής για μεταμόσχευση νεφρού είναι μεγαλύτερος από 23 000. Οι δαπάνες αιμοκάθαρσης ανά ασθενή είναι περίπου 25 000 δολάρια ετησίως και το συνολικό κόστος της θεραπείας για αιμοκάθαρση είναι 1 δισεκατομμύριο δολάρια ετησίως.

Το Υπουργείο Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών απελευθέρωσε το λεγόμενο Τελικό Κανόνα. Ο σκοπός του είναι να ενθαρρύνει τη δωρεά οργάνων, να αναπτύξει ένα σύστημα κατανομής οργάνων το οποίο να λειτουργεί όσο το δυνατόν τεχνολογικά σε εθνικό επίπεδο, παρέχοντας τη βάση για αποτελεσματική ομοσπονδιακή εποπτεία του OPTN και καλύτερη ενημέρωση των ασθενών, των οικογενειών και των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης. Σύμφωνα με το τελικό άρθρο, το OPTN καλείται να αναπτύξει πολιτικές δίκαιης κατανομής που παρέχουν υλικό μεταμόσχευσης σε εκείνους με το μεγαλύτερο επείγον, σύμφωνα με την ορθή ιατρική αξιολόγηση. Η πρόθεση είναι να αυξήσει την πιθανότητα των ασθενών να αποκτήσουν έναν αγώνα. δίνει σε όλους τους ασθενείς ίσες ευκαιρίες να αποκτήσουν όργανα σε σύγκριση με άλλα σε παρόμοιες καταστάσεις, όπου και αν ζουν στις Ηνωμένες Πολιτείες. Προβλέπεται ότι η απλή θέση δεν θα είναι πρωταρχικός παράγοντας που θα καθορίζει έναν τόπο στην ουρά. Αντίθετα, τα όργανα θα κατανέμονται σύμφωνα με αντικειμενικά πρότυπα ιατρικής κατάστασης και ανάγκης. Σύμφωνα με τον τελικό κανόνα, τα ανθρώπινα όργανα που δωρίζονται για μεταμόσχευση είναι δημόσια εμπιστοσύνη. Συνεπώς, η κυβέρνηση υποστηρίζει ότι πρέπει να ελέγξει τη διαδικασία για να εξασφαλίσει ότι το δωρεμένο υλικό είναι που κατανέμονται ισότιμα μεταξύ όλων των ασθενών χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η οικονομική τους κατάσταση. Το προοίμιο του Τελικού Κανόνα αναφέρει ότι σε εθνικό επίπεδο οι σημερινές πολιτικές αντιμετωπίζουν τους ασθενείς άδικα επειδή δημιουργούν τεράστιες γεωγραφικές ανισότητες στον χρόνο αναμονής. Η αρχή ότι δωρίστηκαν μέρη του σώματος (1) Κατ 'αρχήν και στο βαθμό που είναι τεχνικά και πρακτικά εφικτό, οποιοσδήποτε πολίτης ή κάτοικος των Ηνωμένων Πολιτειών που χρειάζονται μεταμόσχευση θα πρέπει να θεωρείται ως δυνητικός λήπτης κάθε οργάνου που ανακτάται σε βάση ίση με αυτή ενός ατόμου που ζει πλησιέστερα στην πηγή του οργάνου ή του ιστού. Τα μέρη του σώματος θα πρέπει να κατανέμονται με βάση αντικειμενικά κριτήρια προτεραιότητας,

όχι με βάση την τοποθεσία ή τον πλούτο και (2) Οι τρέχουσες πρακτικές στον τομέα αυτό δεν παρέχουν στους ασθενείς, τις οικογένειες και τους γιατρούς τις έγκαιρες πληροφορίες που χρειάζονται για να βοηθήσουν επιλέγοντας ένα νοσοκομείο μεταμόσχευσης, και αυτό πρέπει να διορθωθεί. (Hoeyer, Jensen & Olejaz, 2015).

### 2.4.3 Ο Θάνατος ως Ηθικό Δίλημμά

Το 400 π.Χ., όταν ο πατέρας της ιατρικής Ιπποκράτης διατύπωσε τον όρκο που έλαβαν οι νέοι ιατρικοί αποφοίτοι, υπαγορεύει ότι «δεν θα δώσω κανένα θανάσιμο φάρμακο σε κανέναν, ούτε θα προτείνω τέτοια συμβουλή». Μιλάει ουσιαστικά για αυτοκτονία με τη βοήθεια του γιατρού. Ακόμη και τον 19ο αιώνα, η αμερικανική νομοθεσία διακήρυξε ότι εάν μια αυτοκτονία διαπράττεται με τη συμβουλή ενός άλλου προσώπου, ο σύμβουλος θα είναι ένοχος μιας δολοφονίας. Στις αρχές του 20ου αιώνα, το Ανώτατο Δικαστήριο επανεκτίμησε τις κρίσεις του σχετικά με τη «βούληση ζωής» και εστίασε στον καλύτερο τρόπο εξασφάλισης της αξιοπρέπειας και της ανεξαρτησίας του «τέλους της ζωής» με σημαντικές αλλαγές στους νόμους περί υγείας. Το 1920 δημοσιεύθηκε το βιβλίο «Επιτρέποντας την καταστροφή της ζωής που δεν αξίζει της ζωής», στο οποίο ο συγγραφέας Hoche υποστήριξε ότι η βοήθεια για το θάνατο πρέπει να δοθεί υπό πολύ ελεγχόμενες συνθήκες. Το 1935 ιδρύθηκε στην Αγγλία κοινωνία ευθανασίας, για να υποστηρίξει τη δολοφονία του έρωτα. Η Ευθανασία του ναζιστή του 1939 έγινε πολύ δημοφιλής, όταν ο Χίτλερ διέταξε τη θανατική δολοφονία των ασθενών και των αναπήρων. Από το 1995 έως το 2008, η ευθανασία έχει νομιμοποιηθεί σε χώρες όπως μέρη της Αυστραλίας, της

Ολλανδίας, του Βελγίου και λίγες πολιτείες των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής (Ganeri, 2017).

Υπάρχουν διάφορες μορφές ή είδη Ευθανασίας και κάθε φόρμα έχει τα δικά της ηθικά ζητήματα.

Ενεργός Ευθανασία: είναι αυτή που προκαλεί άμεσο θάνατο του ασθενούς, με την άμεση και σκόπιμη δράση του γιατρού. Για παράδειγμα, όταν δοθεί μια θανατηφόρος ένεση στον ασθενή ή υπερβολική δόση, όταν ο γιατρός γνωρίζει τα αποτελέσματα μετά από μια τέτοια δόση.

Η παθητική ευθανασία ενέχει έμμεση δράση του γιατρού για το θάνατο του ασθενούς. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει την απόσυρση ή παρακράτηση της απαιτούμενης θεραπείας. Για παράδειγμα, απενεργοποιώντας τη μηχανή υποστήριξης ζωής, όπως ο αναπνευστήρας ή μη κάνοντας τις απαιτούμενες χειρουργικές επεμβάσεις που μπορούν να κρατήσουν το άτομο ζωντανό, αν και για μικρό χρονικό διάστημα.

Εθελοντική Ευθανασία: γίνεται με τη θέληση του ασθενούς, συνήθως κατόπιν αιτήσεώς του στον ιατρό.

Μη-εθελοντική ευθανασία συμβαίνει όταν ο ασθενής είναι ασυνείδητος ή με κόμμα για μεγάλο χρονικό διάστημα, ή δεν είναι σε θέση να λάβει απόφαση, για παράδειγμα ένα πολύ μικρό παιδί ή ένα άτομο με διανοητική καθυστέρηση. Επομένως, κάποιος άλλος που σχετίζεται με τον ασθενή κάνει την απόφαση να τερματίσει τη ζωή του ασθενούς.

Ακούσια Ευθανασία: συχνά εξομοιώνεται με δολοφονία, διότι σε αυτή την περίπτωση ο ασθενής δεν επιλέγει το θάνατο, αλλά σκοτώνεται καθώς ο γιατρός πιστεύει ότι είναι προς όφελός του.

Έμμεση Ευθανασία: δεν συνεπάγεται σκόπιμη θανάτωση από τον γιατρό, αλλά οι παρενέργειες της θεραπείας, οι οποίες συνήθως χορηγούνται για τη μείωση του πόνου, επιταχύνουν το θάνατο του ασθενούς.

Υποστηριζόμενη αυτοκτονία: Περιλαμβάνει περιπτώσεις όπου ο ασθενής ζητά βοήθεια από τον γιατρό του για να πεθάνει. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει τη διάθεση των θανατηφόρων φαρμάκων για τους ασθενείς.

Το πιο συνηθισμένο επιχείρημα που δίνουν οι υποστηρικτές της Ευθανασίας είναι ο αποτελεσματικός τρόπος για την ανακούφιση του πόνου. Σε αυτό το ένα επιχείρημα μπορεί να υπάρχουν δύο αντικρουόμενα επιχειρήματα. Πρώτον, οι πρόοδοι που έχουν γίνει σήμερα στον τομέα της ιατρικής, ειδικά στη διαχείριση του πόνου, αποδυναμώνουν την αιτιολόγηση της ευθανασίας. Δεύτερον, η έρευνα δείχνει ότι ασθενείς με τελική ασθένεια επιλέγουν αυτοκτονία όχι λόγω του φυσικού πόνου, αλλά λόγω της κατάθλιψης. Μια μελέτη ασθενών με τελική ασθένεια που δημοσιεύθηκε στο *The American Journal of Psychiatry* το 1986 κατέληξε στο συμπέρασμα (Ganeri, 2017):

«Το εντυπωσιακό χαρακτηριστικό των αποτελεσμάτων μας είναι ότι όλοι οι ασθενείς, που είχαν είτε επιθυμητό πρόωρο θάνατο είτε θεωρούσαν αυτοκτονία, κρίθηκαν ότι πάσχουν από κλινική καταθλιπτική ασθένεια. Δηλαδή, κανένας από αυτούς τους ασθενείς που δεν είχαν κλινική κατάθλιψη είχε σκέψεις αυτοκτονίας ή επιθυμούσε να έρθει νωρίς ο θάνατος.»

Οι ερευνητές πιστεύουν ότι σε ένα άτομο που έχει διαγνωστεί με τελική ασθένεια, θα πρέπει να του δοθεί χρόνος και υποστήριξη για να περάσει μέσα από τα πέντε στάδια της διαδικασίας άρνηση, οργή, διαπραγμάτευση, κατάθλιψη και αποδοχή και να τα σκοτώσει, προτού καταλήξουν σε συμφωνία με την κατάσταση.



Η έρευνα του Boston Globe, του 1991, δείχνει ότι οι ασθενείς με ανίατες ασθένειες, που θεωρούν την αυτοκτονία ως επιλογή, είναι κυρίως εκείνοι που δεν είναι ούτε κουρασμένοι από πόνο, ούτε περιορισμένου τρόπου ζωής, ούτε ο φόβος της μηχανικής εξάρτησης, αλλά μάλλον το αίσθημα επιβάρυνσης της οικογένειάς τους. Μερικές φορές είναι η οικογένεια που υποστηρίζει την Ευθανασία για τον τελικά άρρωστο ασθενή, θεωρώντας τη ζωή του ανάξια και ως εκ τούτου ένα βάρος, η οποία με τη σειρά της ρίχνει τον ασθενή στα περιβόλα της κατάθλιψης. Κάποιος πρέπει να φοβάται την ημέρα κατά την οποία η νομιμοποίηση του δικαιώματος να πεθάνει θα γίνει καθήκον να πεθάνει, πιέζοντας τους ήδη ματωμένους ασθενείς να επιλέξουν την Ευθανασία ως την μόνη επιλογή (Bodart, Gosseries, Wannez, Thibaut, Annen, Boly, Rosanova, Casali, Casarotto, Tononi & Massimini, 2017).

Αν κοιτάξουμε την Ευθανασία από μια άλλη οπτική γωνία, δεν είναι το δικαίωμα να πεθάνει αλλά δίνει σε κάποιον το δικαίωμα να σκοτώσει. Ένα δικαίωμα που δίνεται στους γιατρούς και τους συγγενείς ενός ατόμου να τερματίσει σκόπιμα τη ζωή του. Υπάρχει ανάγκη διαφοροποίησης μεταξύ αυτοκτονίας και θανάτωσης. Η αυτοκτονία είναι μια ατομική πράξη, ενώ η Ευθανασία δεν είναι ιδιωτική πράξη. Περιλαμβάνει τη βούληση του ατόμου ή των συγγενών και τη δράση του γιατρού, και είναι γνωστή από όλους γύρω. Επομένως, είναι πιο κοντά στη δημόσια δολοφονία, παρά στην αυτοκτονία. Μια τέτοια δύναμη να σκοτωθεί, μπορεί να καταστρατηγηθεί για τα πιο ευάλωτα άτομα του πληθυσμού.

Πρέπει να υπάρξει μια δημόσια διαπίστωση ότι εάν όλες οι μορφές θεραπείας αποτύχουν ή γίνουν αναποτελεσματικές ή η συνέχιση οποιασδήποτε ιατρικής ή χειρουργικής επέμβασης θα αυξήσει τον πόνο αντί να την ανακουφίσει, η ψυχή που υποφέρει θα πρέπει να υποστηριχθεί με όλους τους δυνατούς τρόπους και όλες οι προσπάθειες θα πρέπει να κατευθύνονται για να

ελαχιστοποιήσει την αγωνία του και να κάνει ό, τι λίγο χρόνο έχει, άνετα (Lai, Vitale, Iesari, Finkenstedt, Mennini, Spoletini, Hoppe-Lotichius, Vennarecci, Manzia, Nicolini, Avolio, 2017).

Εάν εξισώνουμε την εθελοντική ευθανασία με αυτοκτονία, τότε κανένας από εμάς δεν έχει το δικαίωμα να πάρει τη ζωή του. Πώς μπορούμε να έχουμε αυτό το δικαίωμα, όταν δεν έχουμε δημιουργήσει τον εαυτό μας, στην πραγματικότητα πώς μπορούμε να καταστρέψουμε κάτι από το οποίο δεν είμαστε οι ιδιοκτήτες. Η αυτοκτονία είναι ένα έγκλημα, το οποίο όχι μόνο τιμωρείται σε αυτόν τον κόσμο, αλλά και αδιαφιλονίκητη αμαρτία στο εξής (Ganeri, 2017).

Το αδύναμο σύστημα αξιών της Δύσης έρχεται με την ιδέα της εγκατάλειψης του παλιού, του αδύναμου και του άρρωστου αφήνοντάς τα στα παλιά σπίτια και στα νοσοκομεία. Αυτές οι αποκαλούμενες εγκαταστάσεις, μερικές φορές τους κοστίζουν τεράστια ποσά, γεγονός που τους κάνει να ισχυρίζονται ότι οι άνθρωποι που γίνονται αντιπαραγωγικοί για την κοινωνία και επιβάρυνση των παραγωγικών υποτρόφων θα πρέπει να πεθάνουν για το καλό των ανθρώπων γύρω και για δική τους ευκολία. Αλλά η ανατολή έχει διατηρήσει ακόμα το σύστημα αξιών της ισχυρό. Οι θρησκευτικές και κοινωνικές αξίες υπαγορεύουν την φροντίδα με σεβασμό και αξιοπρέπεια των παλαιών, αδύναμων, άρρωστων και αβοήθητων.

Η ευθανασία μπορεί να κατηγοριοποιηθεί σε διάφορα είδη. Εάν, για παράδειγμα, ο γιατρός προτίθεται να ανακουφίσει τον πόνο των ασθενών, αλλά η δόση με κάποιο τρόπο τον σκοτώσει, ο γιατρός δεν μπορεί να κατηγορηθεί για δολοφονία ή δεν μπορεί να ειπωθεί ότι άσκησε την Ευθανασία. Ο γιατρός αναμένεται να βοηθήσει τον ασθενή στη διαδικασία της ζωής και όχι στη διαδικασία θανάτου (Bodart, Gosseries, Wannez, Thibaut, Annen, Boly, Rosanova, Casali, Casarotto, Tononi & Massimini, 2017).

Αρκετά σημαντικό είναι να εξεταστεί η σχετική φύση των όρων, όπως ο πόνος και η αγωνία. Εξαρτάται πραγματικά από το επίπεδο υπομονής και ανοχής του κάθε ατόμου, το οποίο φυσικά

ποικίλλει. Αυτό που υποφέρει για ένα άτομο μπορεί να μην είναι το ίδιο για το άλλο, ομοίως ο θλιβερός πόνος για κάποιον μπορεί να είναι υποφερτός για κάποιον άλλο.

Όλες οι ζωές είναι πολύτιμες και ιερές και μόνο ένα τέτοιο σύστημα αξιών μπορεί να αποτελέσει τη βάση μιας ανθρώπινης κοινωνίας, όπου διατηρείται η ιερότητα της ζωής. Η ευθανασία σε οποιαδήποτε μορφή της περιλαμβάνει την πρόθεση θανάτωσης ή φινιρίσματος ενός ακόμα ζωντανού ανθρώπου, αποδυναμώνει τον ιστό της κοινωνίας και δίνει συνολικά έναν διαφορετικό φακό στα μέλη, για να δει τον θάνατο ως τη μόνη λύση για όλους τους πόνους και τα βασανιστήρια, όραμα να δούμε άλλες δυνατότητες για την καταπολέμηση της κατάστασης. Επομένως, η ευθανασία πρέπει να αποθαρρύνεται σε όλες τις μορφές της και σε όλα τα μέρη του κόσμου (Lai, Vitale, Iesari, Finkenstedt, Mennini, Spoletini, Hoppe-Lotichius, Vennarecci, Manzia, Nicolini, Avolio, 2017).

## 2.5. Σύγκριση Ελλάδας και Ευρωπαϊκών Χωρών

Η Ελλάδα είναι στη μέση μιας πολύ σοβαρής χρηματοπιστωτικής κρίσης έχει πλήξει τη χώρα κατά το 2008. Αποτέλεσμα αποτέλεσαν η πολιτική αστάθεια, οι φτωχές γενικές οικονομικές προοπτικές και οι μειώσεις στις δημόσιες δαπάνες. Τεράστια και σε μεγάλο αριθμό είναι τα προβλήματα, τα οποία έχουν αναγνωριστεί εδώ και πολύ καιρό από το Εθνικό Σύστημα Υγείας λόγω της οικονομικής κατάστασης μεταξύ των οποίων είναι και η ταχεία μείωση των ποσοστών δωρεάς οργάνων κατά τις δύο τελευταίες δεκαετίες. Στην Ελλάδα πραγματοποιούνται οι λιγότερες δωρεές οργάνων από όλες τις ευρωπαϊκές χώρες και ο αριθμός των μεταμοσχεύσεων

συμπαγών οργάνων από αποθανόντες δότες μειώθηκε από 255 (8,9 δότες ανά εκατομμύριο πληθυσμού) το 2008 σε 185 (7,2 ανά εκατομμύριο πληθυσμού) το 2011 και σε 147 (4,6 ανά εκατομμύριο κατοίκων) το 2014. Οι περισσότερες επίσης περιπτώσεις δωρεών οργάνων στην Ελλάδα είναι από νεκρούς δωρητές. Η τάση για μεταμοσχεύσεις από ζώντες δότες ήταν κοινή, παρόλο που ήταν διαθέσιμα μόνο δεδομένα από μεταμόσχευση νεφρού. Το 2008-14, η Ισπανία παρουσίασε ελαφρά αύξηση των ποσοστών δωρεάς και του αριθμού των μεταμοσχεύσεων συμπαγών οργάνων τόσο από αποβιώσαντες όσο και από ζωντανούς δότες.

Από την Πορτογαλία εγκρίθηκε το ισπανικό νομικό πλαίσιο το 1993 και παρέμεινε η δεύτερη υψηλότερη χώρα στην κατάταξη δωρεάς οργάνων σε 27 ευρωπαϊκές χώρες το 2008-14 με 27,7 δότες ανά εκατομμύριο πληθυσμού και 682 μεταμοσχεύσεις στερεών οργάνων από νεκρούς δότες το 2014. Στην Ιταλία εμφανίζονται ικανοποιητικά ποσοστά δωρεών (23 δωρητές ανά εκατομμύριο πληθυσμού το 2014), τα οποία είχαν αυξηθεί από σχεδόν 0 ζώντες δότες ανά εκατομμύριο πληθυσμού το 1992 σε σχεδόν 4,2 ανά εκατομμύριο πληθυσμού το 2014. Οι δωρεές οργάνων στις χώρες αυτές ήταν σχετικά ανεπηρέαστες από την οικονομική κρίση του 2008, κυρίως επειδή οι σχετικές πολιτικές τους ήταν σε θέση να διατηρήσουν υψηλά ποσοστά δωρεάς και να ενθαρρύνουν τη συμβολή των ζώντων δωρητών. Η κρίση στη δωρεά οργάνων στην Ελλάδα δεν αντιπροσωπεύει αποκλειστικά τις άμεσες αρνητικές συνέπειες της χρηματοπιστωτικής κρίσης, αλλά αντικατοπτρίζει την υποκείμενη ανεπάρκεια του συστήματος υγείας και τη στάση των ανθρώπων απέναντι στη δωρεά οργάνων (Bodart, Gosseries, Wannez, Thibaut, Annen, Boly, Rosanova, Casali, Casarotto, Tononi & Massimini, 2017).

Τα συστήματα χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας διαφέρουν μεταξύ των χωρών. Στις ΗΠΑ, το καθεστώς ασφάλισης και η προσωπική αμοιβή επηρεάζουν σημαντικά την πρόσβαση σε μεταμοσχεύσεις, διότι αυτές οι διαδικασίες είναι δαπανηρές και τα Ηνωμένα Έθνη

στερούνται καθολικής ασφάλισης υγείας για όλους τους πολίτες. Η αποδυνάμωση των οικονομικών φραγμών στην οργάνωση των μεταμοσχεύσεων μπορεί να αυξήσει τον αριθμό των μεταμοσχεύσιμων οργάνων από τους δότες. Η Rodrigue και οι συνεργάτες πραγματοποίησαν πολυκεντρική μελέτη, γνωστή ως Δοκιμασία κοόρτης των νεφρών (DonorOutcomes Cohort Study), στην οποία συνέλεξαν τις δαπάνες για 12 μήνες μετά τη δωρεά από 182 ζωτικούς δότες νεφρών (LKD). Οι περισσότεροι LKD (n = 167 ή 92%) υπέστησαν 1 ή περισσότερες άμεσες δαπάνες μετά τη θεραπεία, συμπεριλαμβανομένης της μεταφοράς εδάφους (86%), της υγειονομικής περίθαλψης (41%), των γευμάτων (53%), και τις αεροπορικές μεταφορές (12%). Οι δωρητές Livingkidney χάθηκαν συνολικά 33 072 ώρες εργασίας, εκ των οποίων το 40% δεν αμείφθηκαν, με αποτέλεσμα απώλειες 302 175 δολάρια (μέση τιμή \$ 1660). Οι φροντιστές έχασαν \$ 68 655 σε μισθούς (μέσος όρος \$ 377). Παρόλο που ορισμένοι δωρητές έλαβαν οικονομική βοήθεια, το 89% είχε καθαρή οικονομική ζημία κατά τη διάρκεια της δωδεκάμηνης περιόδου, με το 33% να αναφέρει ένα ποσό ύψους \$ 2500. Η οικονομική επιβάρυνση ήταν μεγαλύτερη λόγω της μακρύτερης απόστασης που μεταφέρθηκε στο κέντρο μεταμόσχευσης, του χαμηλότερου εισοδήματος των νοικοκυριών και της απώλειας περισσότερων ωρών εργασίας. Μια μελέτη στις ΗΠΑ ανέφερε το εκτιμώμενο κόστος των μεταμοσχεύσεων διάφορων οργάνων από το 2017. Αυτά ήταν 414800 δολάρια για τα νεφρά και 81200 δολάρια για μεταμοσχεύσεις ήπατος. Οι μεταμοσχεύσεις της Κορνίας ήταν οι λιγότερο δαπανηρές, κοστίζοντας \$ 30.200, ενώ οι μεταμοσχεύσεις καρδιάς ήταν το κόστος των \$ 382400.5 Σε σύγκριση, το κόστος για 1 ασθενή με μεταμόσχευση στη Σερβία για περίοδο 10 ετών ήταν € 48949 (περίπου \$ 40.089). , με βάση ένα μέσο χρόνο αναμονής για μεταμόσχευση νεφρού 49 μηνών, οι ιδιώτες πληρώνουν \$ 250000 έως \$ 400000 για τη θεραπεία νεφροπάθειας τελικού σταδίου τους πρώτους 33 μήνες. Όταν η Medicare είναι ο δεύτερος ασφαλιστής, η Medicare δαπανά σχεδόν 100.000 δολάρια

για τους επιπλέον 16 μήνες κατά τη διάρκεια των οποίων είναι ο κύριος πληρωτής.<sup>7</sup> Στις ΗΠΑ, τα άμεσα έξοδα διάθεσης υπερβαίνουν τα \$ 73000 ετησίως ανά ασθενή στο πλαίσιο του συστήματος Medicare, ενώ οι ιδιωτικές πληρωμές μπορούν να διπλασιάσουν το ποσό αυτό. Μια μελέτη από την Ιαπωνία<sup>8</sup> που ανέλυσε το κόστος της μεταμόσχευσης ανέφερε ότι η μεταμόσχευση ήπατος από δότη ζωντανών ζώων ήταν η πιο δαπανηρή διαδικασία μεταμόσχευσης με συνολικό κόστος 4,95 εκατομμυρίων ¥ ή σχεδόν \$ 40 000. Το κόστος των μεταμοσχεύσεων νεφρού δότη ήταν υψηλότερο από τις διαδικασίες μεταμόσχευσης νεφρού : ¥ 3.69 εκατ. Έναντι 3.55 εκατ. ¥ ή \$ 32.654 έναντι \$ 31.416, αντίστοιχα. Η μελέτη διαπίστωσε επίσης ότι οι λήπτες των μεταμοσχευμάτων αυτο-περιφερικών αιμοκυτοβλαστών αίματος που περιπλέκονται από ασθένεια μοσχεύματος έναντι ξενιστή, μόλυνση ουροποιητικού συστήματος, σηψαιμία ή πνευμονία είχαν σημαντικά υψηλότερο μέσο συνολικό κόστος κατά την διάρκεια της μεταμόσχευσης και τους επόμενους δύο μήνες εκτός των ασθενών χωρίς, επιπλέον στατιστικά περισσότερες ημέρες θεραπείας.

## 2.6. Συμπεράσματα

Η ανάγκη για μεταμόσχευση οργάνων αυξάνεται στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, καθώς διαγιγνώσκονται όλο και περισσότερες ασθένειες τελικού σταδίου. Η μεταμόσχευση οργάνων μπορεί να είναι μια επιλογή διάσωσης, αλλά δεν είναι χωρίς τις προκλήσεις και τους κινδύνους τους. Η έννοια της μεταμόσχευσης οργάνων είναι τόσο θαυματουργή, όσο και πρόκληση ταυτόχρονα. Εάν ένας ασθενής χρειάζεται νέο νεφρό, ήπαρ, καρδιά ή πνεύμονα, υπάρχουν πολλά προβλήματα που πρέπει να αντιμετωπίσει ο ασθενής και η οικογένεια. Περιλαμβάνουν αποφάσεις πριν από τη μεταμόσχευση και ιατρικά θέματα μετεγχειρητικά. Το δικαίωμά του να κάνει τους νόμους για τη σωστή και την λανθασμένη πράξη αμφισβητείται από την ανθρωπότητα, με βάση τη συλλογιστική και την κρίση του. Η εξεύρεση του τελικού νόμου, ο οποίος θα ήταν αδιαμφισβήτητος και άψογος, δεν έχει ακόμη καθοριστεί από την ανθρώπινη φύση. Απελευθερώνονται τα απεριόριστα όρια των διαδοχικών νόμων και της συλλογιστικής, όπου τελειώνουν οι ορίζοντες φαντασίας του και ο περιορισμένος συλλογισμός. Η ευγενής πράξη της δωρεάς οργάνων θα πρέπει να ενθαρρύνεται μόνο μέσα στα όρια που χαράσσονται από τις αποφάσεις της Σαρία της σύγχρονης εποχής εν όψει των θείων της ως πράξης της σωτηρίας της ανθρωπότητας και της βοήθειας εκείνων που υποφέρουν. Πρέπει να δοθεί πρωταρχική σημασία στο γεγονός ότι αυτές οι αποφάσεις ισχύουν ασφαλώς και για τις παραλλαγές της επιλογής των υποθέσεων.

Η μεταμόσχευση οργάνων έχει γίνει μια διαδικασία «εξοικονόμησης» ζωής για πολλές ασθένειες, που έχουν θεωρηθεί προηγουμένως ανίατες. Μία από αυτές τις ασθένειες περιλαμβάνει διάφορες ασθένειες των νεφρών. Η διαδικασία αυτή, εκτός από την επιμήκυνση της ζωής, επιτρέπει επιπλέον μια υγιέστερη ποιότητα ζωής και πιστεύεται ότι είναι οικονομική,

διότι δημιουργεί πρόσθετους πόρους προσιτούς για άλλα τμήματα της οικονομίας. Η μεταμόσχευση νεφρού, τώρα είναι τυχαία η επιλεγμένη θεραπεία για την νεφρική νόσο τελικού σταδίου και είναι η πιο συνηθισμένη μεταμόσχευση στερεών οργάνων που εκτελείται σήμερα στον κόσμο. Στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπως η Νιγηρία και το Πακιστάν, είναι η μόνη μεταμόσχευση σταθερών οργάνων που ασκείται.

Από την αρχική μεταμόσχευση νεφρού ανθρώπου το 1954, οι Ηνωμένες Πολιτείες συμμετέχουν στην αναζήτηση δημόσιων συζητήσεων σχετικά με τη δεοντολογία της μεταμόσχευσης οργάνων. Όσον αφορά την ανθρώπινη σημασία της αφαίρεσης οργάνων, τόσο από τους ζωντανούς όσο και από τους νεκρούς δότες, σε σχέση με τις προϋποθέσεις για να αποφασιστεί ποτέ συμβαίνει ο θάνατος και κατά πόσον θα μπορούσαν να ληφθούν τα όργανα του αποβιώσαντος σχετικά με τις επιθυμίες του, θα πρέπει τελικά να αποφασιστεί εάν τα όργανα χρησιμοποιούνται ή δεν χρησιμοποιούνται. και για τη δεοντολογία των διαφορετικών νόμων περί προμηθειών και κατανομής οργάνων.

Αναφερόμενος στο τεράστιο όγκο των προτάσεων για τις πωλήσεις νεφρών, ο νόμος για το εθνικό μεταμόσχευμα οργάνων έγινε νόμος στις Ηνωμένες Πολιτείες το 1984. Μία ηθική συμφωνία που αναπτύχθηκε σε όλο τον κόσμο, ότι δεν πρέπει να υπάρξει επιστροφή χρημάτων για μεταμοσχεύσιμα όργανα, τόσο από ζωντανούς όσο και αποθανόντες. Δυστυχώς, η αυτοεπιβεβαίωση της προσφοράς οργάνων ήταν σημαντικά μικρότερη από την επαρκή και μεγάλος αριθμός ασθενών πεθαίνουν κάθε χρόνο περιμένοντας τη μεταμόσχευση οργάνων. Καθώς ο αριθμός των ασθενών που πεθαίνουν αναμένοντας μεταμοσχεύσεις οργάνων συνεχίζει να αυξάνεται, περισσότεροι συγγενείς αναλαμβάνουν να ψάξουν για ένα όργανο και ως αποτέλεσμα που προκαλούν ηθικά ζητήματα στη διαδικασία.



Λόγω της μεγάλης επιτυχίας της μεταμόσχευσης νεφρών έχουν προκύψει νέα είδη ανθρώπινων δυσκολιών. Με μεγάλες λίστες αναμονής από άτομα που περιμένουν νεφρό ή νεφρά μπορεί να δημιουργηθούν προβλήματα που απειλούν να προκαλέσουν κάποια από τα ιατρικά πλεονεκτήματα που προσφέρει η εισαγωγή της μεταμόσχευσης οργάνων. Για παράδειγμα, λόγω των μεγάλων και αυξανόμενων καταλόγων αναμονής των ατόμων που έχουν μεγάλη ανάγκη ενός νεφρού, το ιατρικό προσωπικό τείνει να υπονομεύει τα κριτήρια των επιλέξιμων δωρητών. Η χρήση οργάνων (νεφρών) από δότες που είναι εξίσου άρρωστοι ή χειρότεροι που έχουν ανθυγιεινές συνήθειες, όπως χρήστες ναρκωτικών ή μολυσματικές ασθένειες.

Αντίθετα, η μεταμόσχευση οργάνων μας αναγκάζει να αντιμετωπίσουμε τη φύση του ανθρώπινου θανάτου. Η απλότητα του προσδιορισμού του πότε θα συμβεί ο θάνατος, είναι η παρεμπόδιση από τις σκέψεις των πολύτιμων τμημάτων του σώματος, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να σώσει μια άλλη ζωή.

Κλείνοντας, οι μεταμοσχεύσεις οργάνων αποτελούν ένα τεράστιο βήμα στην σύγχρονη ιατρική. Έχουν τη δυνατότητα να σώσουν αμέτρητες ζωές, όμως αντιμετωπίζουν ταυτόχρονα και πολλά ιδεολογικά ζητήματα, τα οποία μέσω της έρευνας δεν φάνηκε καμία πιθανότητα να λήξουν σύντομα. Η ζωή των ανθρώπων είναι πολύ σημαντικά και αυτό είναι το βασικό ζήτημα του θέματος αυτού. Από την μία, με τον θάνατο ενός δότη μπορεί με την μεταμόσχευση των οργάνων του να σωθεί μία άλλη ζωή και από την άλλη, η οικογένεια ενός ανθρώπου, που δεν έχει συμφωνήσει ποτέ να γίνει δότης, έχει να αντιμετωπίσει μία πολύ δύσκολη κατάσταση όσον αφορά την απόφαση για το τι θα γίνει με τα όργανα του συγγενή τους. Οι μεταμοσχεύσεις λοιπόν όσο σημαντικές και να είναι για την διατήρηση της ζωής των ανθρώπων, έχουν να αντιμετωπίσουν πολλά προβλήματα και δυσκολίες μέχρι να είναι μία ευρέως αποδεκτή και οργανωμένη πρακτική.



### 3. Ερευνητικό Μέρος

#### 3.1 Μεθοδολογία Έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η καταγραφή των γνώσεων και στάσεων του πληθυσμού του Ν. Αττικής απέναντι στην Δωρεά Οργάνων και τις Μεταμοσχεύσεις.

##### Ερευνητικά Ερωτήματα

Ποιές είναι οι γνώσεις του πληθυσμού του Ν. Αττικής απέναντι στην Δωρεά Οργάνων και τις Μεταμοσχεύσεις.

Ποιές είναι οι στάσεις του πληθυσμού του Ν. Αττικής απέναντι στην Δωρεά Οργάνων και τις Μεταμοσχεύσεις.

Με σκοπό τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης, ερωτήθηκαν 140 άτομα σχετικά με τις γνώσεις, στάσεις και προθέσεις τους ως προς τη Δωρεά Οργάνων και τις Μεταμοσχεύσεις, κατά το χρονικό διάστημα Μάρτιος έως και Μάιος 2019.

Ως κριτήρια συμμετοχής στην έρευνα ορίστηκαν η ηλικία (άνω των 18 ετών) και η μόνιμη διαμονή των συμμετεχόντων στον Νομό Αττικής.

Για τη μελέτη των παραγόντων που ενδιέφεραν την παρούσα έρευνα, κατασκευάστηκε ένα ερωτηματολόγιο που διανεμήθηκε σε 140 άτομα συνολικά: σε 95 γυναίκες και 45 άντρες.

Το ερωτηματολόγιο εξετάζει πέντε επί μέρους τομείς:

- (1) Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

- (2) Συμπεριφορά
- (3) Προθυμία
- (4) Γνώσεις και
- (5) Στάσεις

Πιο συγκεκριμένα, οι ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν ήταν:

- Κλειστές Ερωτήσεις - υποδεικνύουμε μια σειρά τιμών (πιθανών απαντήσεων), από τις οποίες ο ερωτώμενος μπορεί να επιλέξει.
- Κλίμακες απλής επιλογής – ερωτήσεις, που επιδέχονται μόνο μία από μία σειρά προτεινόμενων απαντήσεων
- Κλίμακες πολλαπλής επιλογής – ερωτήσεις, που επιδέχονται μία ή περισσότερες απαντήσεις από μία σειρά προτεινόμενων απαντήσεων.
- Κλίμακες Likert: δεν καταγράφεται μόνο η γενική συμφωνία ή ασυμφωνία, αλλά και ο βαθμός συμφωνίας (Συμφωνώ έντονα, Συμφωνώ).

Μετά την αναζήτηση, συγκέντρωση και περιγραφή του βιβλιογραφικού υλικού, είναι σημαντικό να εισάγουμε τις υποθέσεις.

Με τον όρο υποθέσεις εννοούμε εκείνες τις προτάσεις, οι οποίες με αφετηρία την προηγούμενη γνώση και εμπειρία, διατυπώνουν κάποιες ιδιότητες σχετικές με τα υποκείμενα ή τις μεταβλητές της έρευνας. Οι ιδιότητες αυτές έρχονται να συμφωνήσουν ή να διαφωνήσουν με αντίστοιχες ιδιότητες που περιγράφονται στη βιβλιογραφία για αντίστοιχα θέματα ή εισάγουν νέες διατυπώσεις που σωστά θα μπορούσα. να αποτελέσουν αρχικές αναφορές για μελλοντικούς ερευνητές του ίδιου θέματος (Rudestam K.E, & Newton R.R, 1992).

Η δική μας υπόθεση είναι η εξής:

«Υπάρχει θετική σχέση μεταξύ του επιπέδου των γνώσεων και στάσεων των ατόμων, του πληθυσμού του Ν. Αττικής, και της Δωρεάς Οργάνων και των Μεταμοσχεύσεων».

Δηλαδή, όσο περισσότερες γνώσεις έχουν οι άνθρωποι σχετικά με τη Δωρεά Οργάνων, τόσο πιο θετική στάση έχουν πάνω σ' αυτό το θέμα, κάτι που θα σήμαινε την αύξηση των πιθανοτήτων για δωρεά οργάνων.

## 3.2 Γνώσεις και Στάσεις

### Γνώσεις

Η προσπάθεια ορισμού της γνώσης αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα στην επιστημολογία. Ένας επικρατέστερος ορισμός, αναφέρει πως η γνώση είναι μια αιτιολογημένη (με την έννοια της απόδειξης/τεκμηρίωσης), αληθής πεποίθηση, η οποία αποκτιέται τόσο με την εκπαίδευση όσο και με την πρακτική εμπειρία. Κατά έναν άλλο ορισμό, γνώση είναι το σύνολο των γνωστών επεξεργασμένων πληροφοριών σε κάποιο συγκεκριμένο πεδίο ή συνολικά.

Η γνώση παρέχει στον άνθρωπο τις απαραίτητες έννοιες και θεωρίες που χρειάζεται, ώστε να διεγείρουν την ανθρώπινη και δημιουργική σκέψη, και να τον βοηθήσουν να αντιμετωπίσει

διάφορες καταστάσεις, αλλά και να λάβει τις κατάλληλες αποφάσεις. Έτσι, η γνώση αποτελεί κύριο και σημαντικό παράγοντα στην εκπαίδευση και στις αποφάσεις των ανθρώπων.

Έχοντας γνώση σχετικά με ένα θέμα, ο άνθρωπος αποκτά ασφάλεια και εμπιστοσύνη και διευκολύνεται η λήψη αποφάσεων σχετικά με αυτό. Γι' αυτό και αποδεικνύεται πως όσο περισσότερες γνώσεις έχουν οι άνθρωποι σχετικά με το θέμα της Δωρεάς οργάνων και τις Μεταμοσχεύσεις, τόσο περισσότερο αυξάνεται η πιθανότητα αύξησης των δωτών.

## Στάσεις

Ως στάσεις ορίζονται οι προτιμήσεις και οι αντιπάθειες, η έλξη και η αποστροφή σε αντικείμενα, πρόσωπα, ομάδες, καταστάσεις, αφηρημένες ιδέες και κοινωνικές πολιτικές.

Σύμφωνα με τον Habermans (1978), οι στάσεις έχουν τέσσερις λειτουργικούς ρόλους. Μπορούν να λειτουργήσουν ως μηχανισμοί άμυνας του εγώ βοηθώντας το άτομο να χειριστεί εσωτερικές συγκρούσεις, αλλά και ως εκφράσεις των αξιών του ατόμου, βοηθώντας το να εκφράσει θεμελιώδεις αξίες και να εδραιώσει την αυτοαντίληψή του. Επίσης, λειτουργούν ως ωφεληματικές, καθώς υιοθετούνται με σκοπό να βοηθήσουν ένα άτομο να πετύχει κάποιο επιθυμητό στόχο ή να αποφύγει κάποιο ανεπιθύμητο.

Μία στάση αφορά τη θετική ή αρνητική προδιάθεση ενός ατόμου για κάποιον ή σε κάτι στο περιβάλλον του.

Τρεις διαστάσεις των στάσεων έχουν αναδειχθεί ως κρίσιμες για τον εννοιολογικό τους προσδιορισμό:

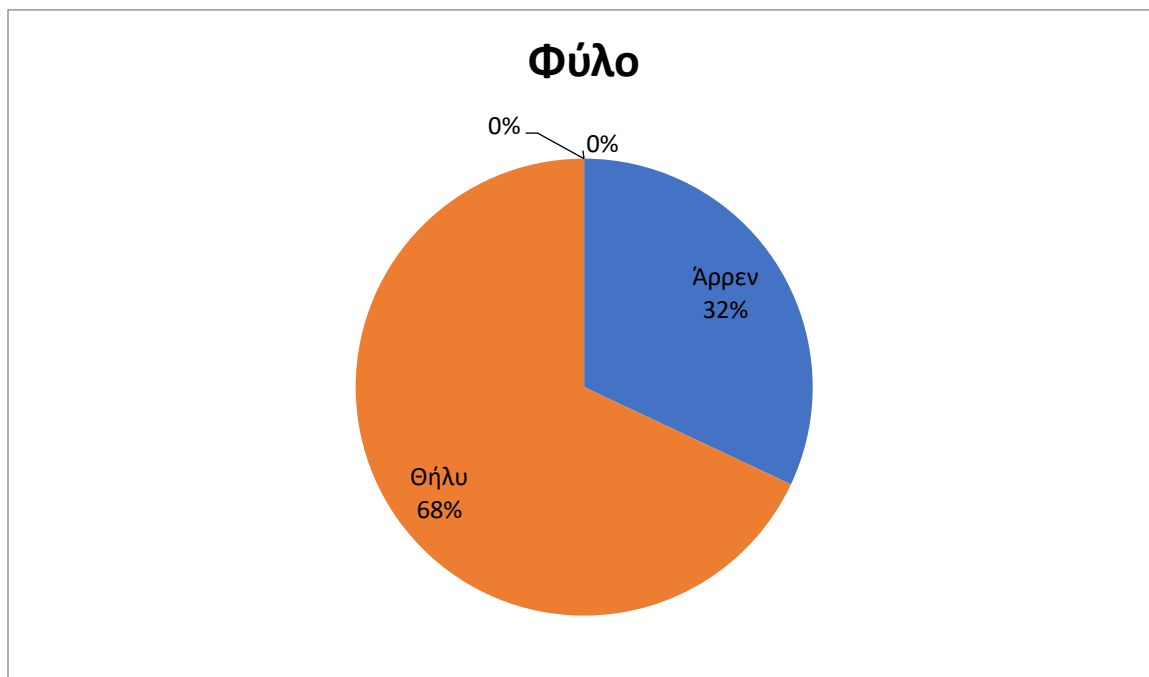
α) η συναισθηματική διάσταση, αναφέρεται σε αξιολογικά συναισθήματα αρέσκειας και δυσαρέσκειας ως προς το αντικείμενο της στάσης,

- β) η γνωστική διάσταση, αναφέρεται στη γνωστική αναπαράσταση του αντικειμένου της στάσης και  
γ) η συμπεριφορική διάσταση, αναφέρεται σε συμπεριφορικές τάσεις ή προθέσεις.

### 3.3 Ανάλυση Ερωτηματολογίου

#### 3.3.1 Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

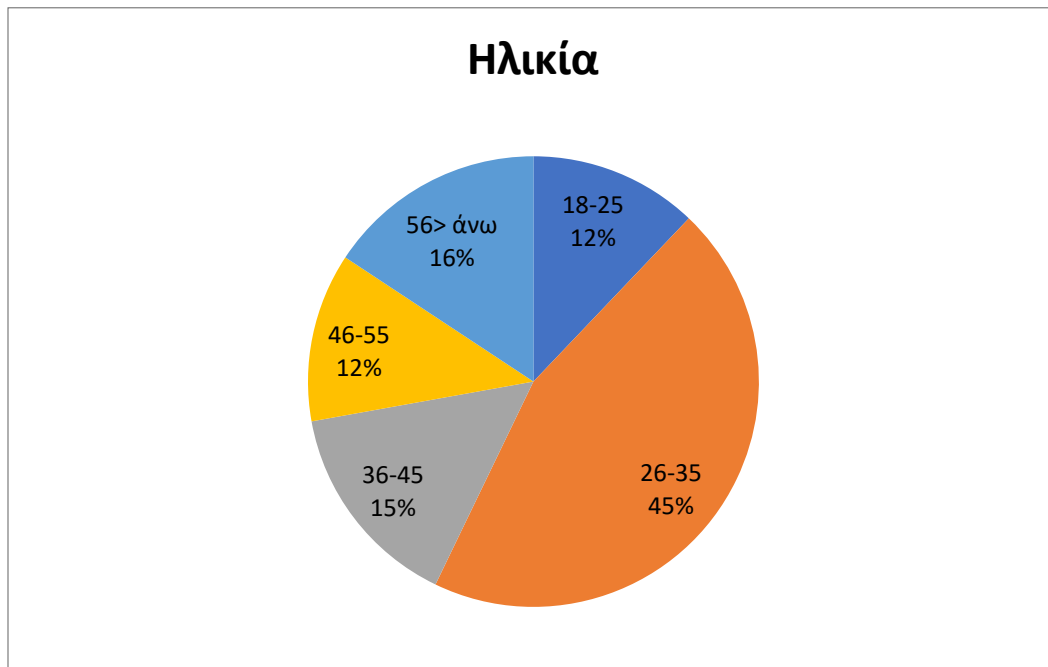
##### 3.3.1.1 Φύλο



Γράφημα 1. Φύλο

Από τα 140 άτομα του δείγματος το 67.9% ήταν γυναίκες και το 32.1% ήταν άντρες.

### 3.3.1.2 Ηλικία



*Γράφημα 2. Ηλικία*

Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος 45% ανήκει στην κατηγορία 26-35 ετών, το 16% του δείγματος είναι άνω των 56 ετών, το 15% είναι 36-45 ετών, το 12% είναι 18-25 ετών και το 12% είναι 46-55. Συμπερασματικά, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος είναι μικρό σε ηλικία, ενώ παράλληλα υπάρχει ποικιλομορφία στο υπόλοιπο δείγμα.



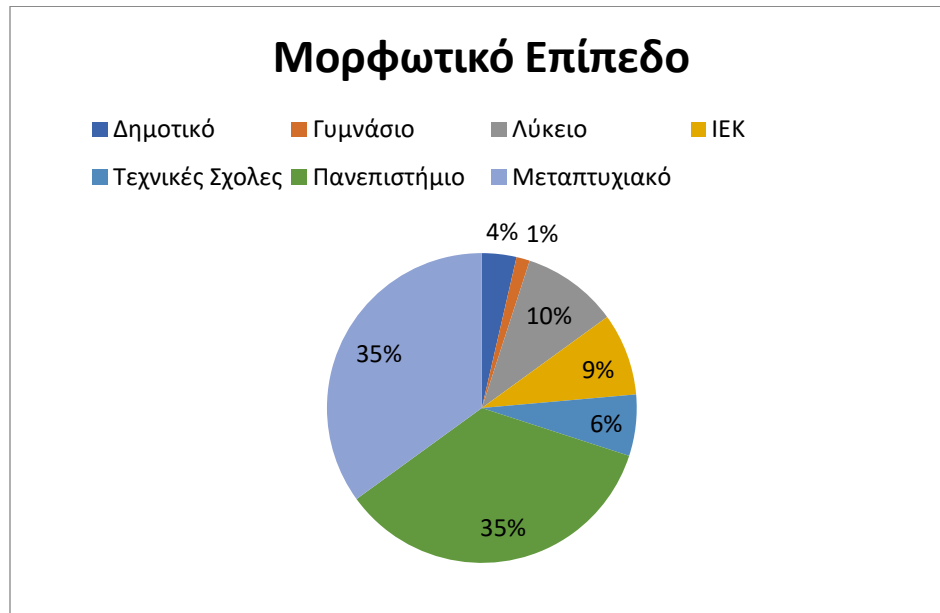
### 3.3.1.3 Οικογενειακή Κατάσταση



Γράφημα 3. Οικογενειακή Κατάσταση

Το 48% του δείγματος είναι Άγαμοι, το 46% είναι Έγγαμοι, το 5% Διαζευγμένοι και το 1% Άλλο. Συμπερασματικά, υπάρχει ποικιλομορφία στο δείγμα ως προς την οικογενειακή του κατάσταση.

### 3.3.1.4 Μορφωτικό Επίπεδο



Γράφημα 4. Μορφωτικό Επίπεδο

Το 35% του δείγματος είναι απόφοιτοι Πανεπιστημίου, το 35% έχουν μεταπτυχιακές Σπουδές, το 10% είναι απόφοιτοι Λυκείου, το 9% είναι απόφοιτοι σχολών ΙΕΚ, το 6% απόφοιτοι Τεχνικών Σχολών, το 4% έχουν τελειώσει Δημοτικό και το 1% Γυμνάσιο.

### 3.3.2 Συμπεριφορά

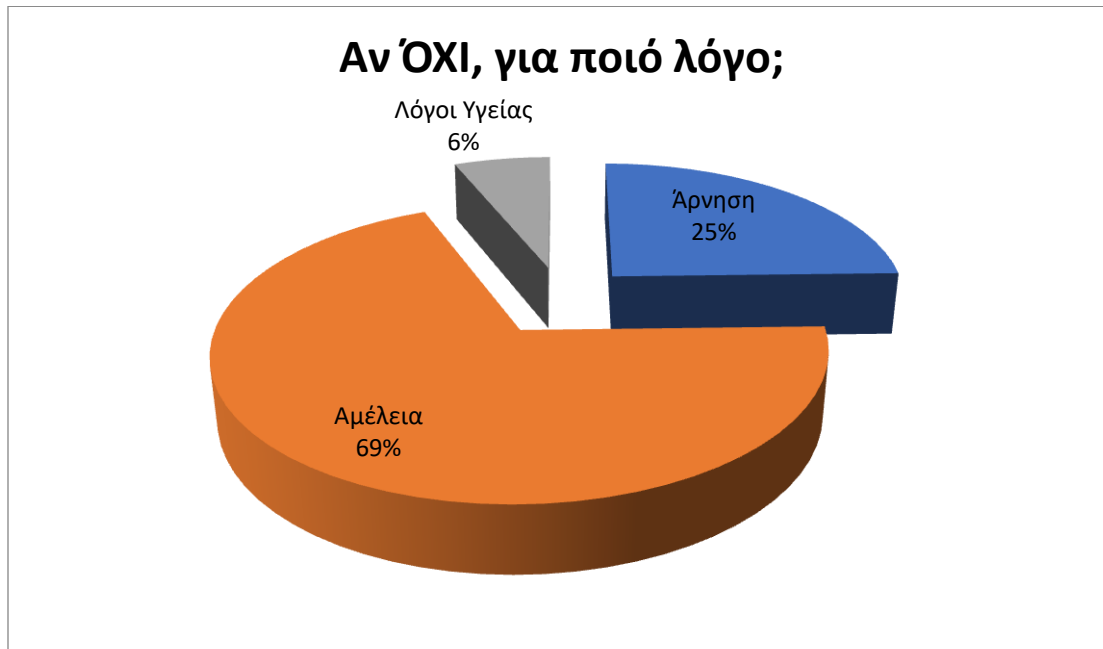
#### 3.3.2.1 Είστε εγγεγραμμένος/η σε κάποια λίστα Δοτών Οργάνων;



*Γράφημα 5. Ποσοστά Εγγεγραμμένων σε λίστα δοτών Οργάνων*

Το 95% του δείγματος απάντησε πως δεν είναι εγγεγραμμένο σε κάποια λίστα δοτών, ενώ μόλις το 5% πως είναι. Γεγονός που επιβεβαιώνει τα χαμηλά επίπεδα Δωρεάς Οργάνων στη χώρα μας.

### 3.3.2.2 Αν ΌΧΙ, για ποιό λόγο;



Γράφημα 6. Ποσοστά Αιτιών Μη εγγεγραμμένων σε λίστα

Το 95% του συνολικού δείγματος, το οποίο δεν είναι εγγεγραμμένο σε κάποια λίστα δοτών, εξήγησαν αναλυτικότερα τους λόγους:

- 69% λόγω αμέλειας
- 25% λόγω άρνησης
- 6% λόγοι Υγείας

Η πλειοψηφία απάντησε πως ο λόγος που δεν έχει εγγραφεί σε κάποια λίστα δοτών είναι η αμέλεια, αφήνοντας έτσι ανοιχτό το ενδεχόμενο να γίνουν δωρητές.

### 3.3.3 Προθυμία

#### 3.3.3.1 Επιθυμείτε να γίνετε δωρητής Οργάνων;



Γράφημα 7. Ποσοστά Επιθυμίας Δωρεάς Οργάνων

Εξετάζοντας την προθυμία του δείγματος ως προς τη Δωρεά Οργάνων, το 55% του δείγματος απάντησε πως επιθυμεί να γίνει Δωρητής Οργάνων, ενώ το 45% απάντησε πως δεν το επιθυμεί. Παρατηρείται πως υπάρχει διχασμός στο δείγμα, καθώς η διαφορά μεταξύ των ατόμων που επιθυμούν να γίνουν δωρητές, με αυτούς που δεν επιθυμούν, είναι πολύ μικρή.

### 3.3.3.2 Αν ΝΑΙ, έχετε ενημερώσει την οικογένειά σας για την επιθυμία σας;



Γράφημα 8. Ποσοστά Επιθυμίας Δωρεάς Οργάνων- Ενημέρωση οικογένειας

Από το 55% του συνολικού δείγματος, οι οποίοι επιθυμούν να γίνουν Δωρητές Οργάνων, μόλις το 34% έχει ενημερώσει την οικογένειά του ενώ το υπόλοιπο 66% δεν την έχει ενημερώσει. Αυτό σημαίνει, πως παρά το γεγονός ότι υπάρχει η προθυμία του δείγματος, δυστυχώς δεν αποτυπώνεται και στην πράξη. Επίσης, σύμφωνα με τα τελευταία δεδομένα, αν κάποιος δεν είναι εγγεγραμμένος στο μητρώο Δοτών, η δωρεά κρίνεται από τα συγγενικά μέλη. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, εάν κάποιος επιθυμεί να γίνει δότης και δεν έχει ενημερώσει την οικογένειά του, στο τέλος να μην πραγματοποιηθεί η επιθυμία του. Συμπερασματικά, εάν κάποιος επιθυμεί να γίνει δότης, το πρώτο πράγμα που πρέπει να κάνει είναι να εγγραφεί στο Εθνικό Μητρώο

Δωρητών Οργάνων όμως ακόμη και αν παραλείψει αυτό το βήμα, το πιο σημαντικό είναι να ενημερώσει την οικογένειά του σχετικά με την επιθυμία του.

### 3.3.4 Γνώσεις

#### 3.3.4.1 Γνωρίζετε τι είναι η δωρεά οργάνων;



*Γράφημα 9. Ποσοστά Γνώσης για Δωρεά Οργάνων*

Το 96% του δείγματος απάντησε πως γνωρίζει τι είναι η Δωρεά Οργάνων.

### 3.3.4.2 Γνωρίζετε την διαδικασία Δωρεάς Οργάνων;



*Γράφημα 10. Ποσοστά Γνώσης διαδικασίας Δωρεάς Οργάνων*

Το 68% του δείγματος απάντησε πως ΔΕΝ γνωρίζει ποια είναι η διαδικασία Δωρεάς Οργάνων, ενά το 32% πως τη γνωρίζει. Συμπεραίνουμε πως στον Ν. Αττικής υπάρχει ελλειπής έως ελάχιστη γνώση σχετικά με την διαδικασία της Δωρεάς Οργάνων.



### 3.3.4.3 Γνωρίζετε τον όρο << Εγκεφαλικά Νεκρός>>;



Γράφημα 11. Ποσοστά Γνώσης του όρου <<Εγκεφαλικά Νεκρός>>

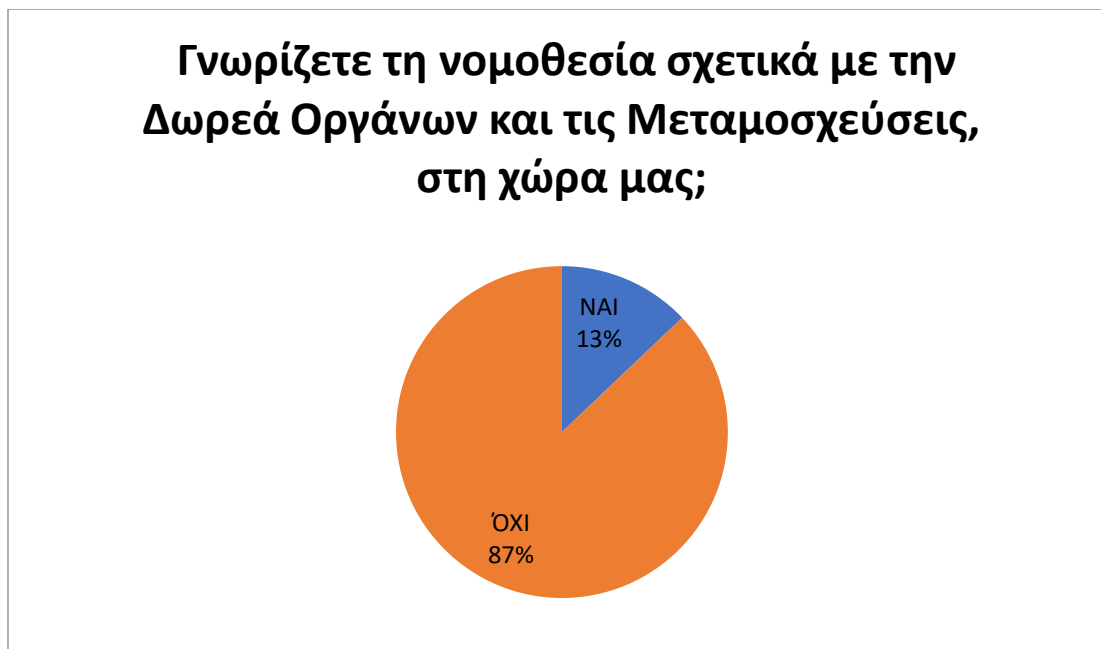
Το 89% του δείγματος απάντησε πως γνωρίζει τον όρο <<Εγκεφαλικά Νεκρός>>, ενώ το 11% πως δεν τον γνωρίζει.

Εγκεφαλικός θάνατος (brain death) ορίζεται ως η μη αναστρέψιμη βλάβη του εγκεφάλου, με μόνιμη απώλεια όλων των λειτουργιών του εγκεφαλικού στελέχους (brain stem death). Έχει γίνει αποδεκτό, ότι θάνατος του εγκεφάλου σημαίνει θάνατος του ατόμου, δηλαδή, το βιολογικό τέλος κάθε ατόμου. Αν και η έννοια του εγκεφαλικού θανάτου είχε διατυπωθεί από το 1959 στη Μ. Βρετανία, ωστόσο το 1968, στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου του Harvard, ΗΠΑ, καθιερώθηκε ο ορισμός του εγκεφαλικού θανάτου και καθορίστηκαν όλες εκείνες οι δοκιμασίες,

με τις οποίες ο κλινικός γιατρός θα μπορεί να τον διαπιστώσει με ασφάλεια. Ο εγκεφαλικός θάνατος θεωρείται ως η διαχωριστική γραμμή μεταξύ ζωής και θανάτου του ατόμου.

Έτσι, άνθρωποι με εγκεφαλικό θάνατο δεν πρέπει να αντιμετωπίζονται θεραπευτικά ως ζώντες. Αυτοί υποβάλλονται σε κατάλληλη υποστήριξη προκειμένου να διατηρηθούν τα όργανα τους στην καλύτερη δυνατή βιολογική κατάσταση, ώστε να μπορούν να προσφέρουν ζωή σε άλλους ανθρώπους. Transplantaion.gr (2005)

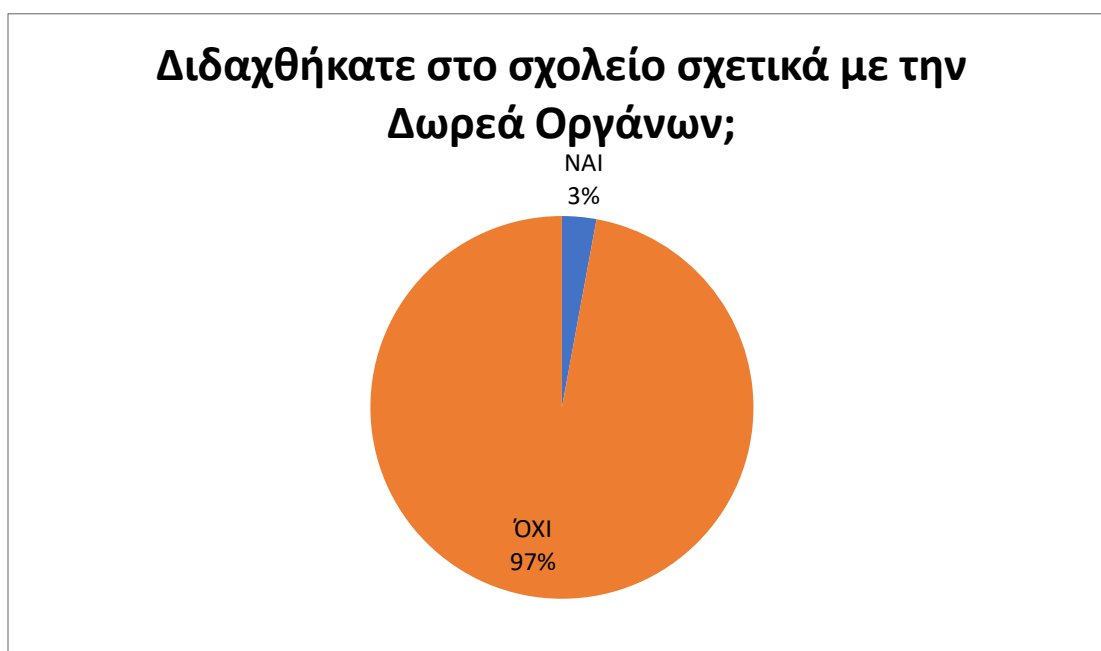
#### 3.3.4.4 Γνωρίζετε την νομοθεσία σχετικά με την Δωρεά Οργάνων και τις Μεταμοσχεύσεις, στη χώρα μας;



Γράφημα 12. Ποσοστά Γνώσης της νομοθεσίας σχετικά με τη Δωρεά Οργάνων

Το 87% του δείγματος απάντησε πως ΔΕΝ γνωρίζει τη νομοθεσία σχετικά με τη Δωρεά Οργάνων και τις Μεταμοσχεύσεις στη χώρα μας. Επιβεβαιώνεται ακόμη μια φορά στην συγκεκριμένη έρευνα η ελλιπής γνώση του Ν. Αττικής σχετικά με το ζήτημα της Δωρεάς Οργάνων.

### 3.3.4.5 Διδαχθήκατε στο σχολείο σχετικά με την Δωρεά Οργάνων;

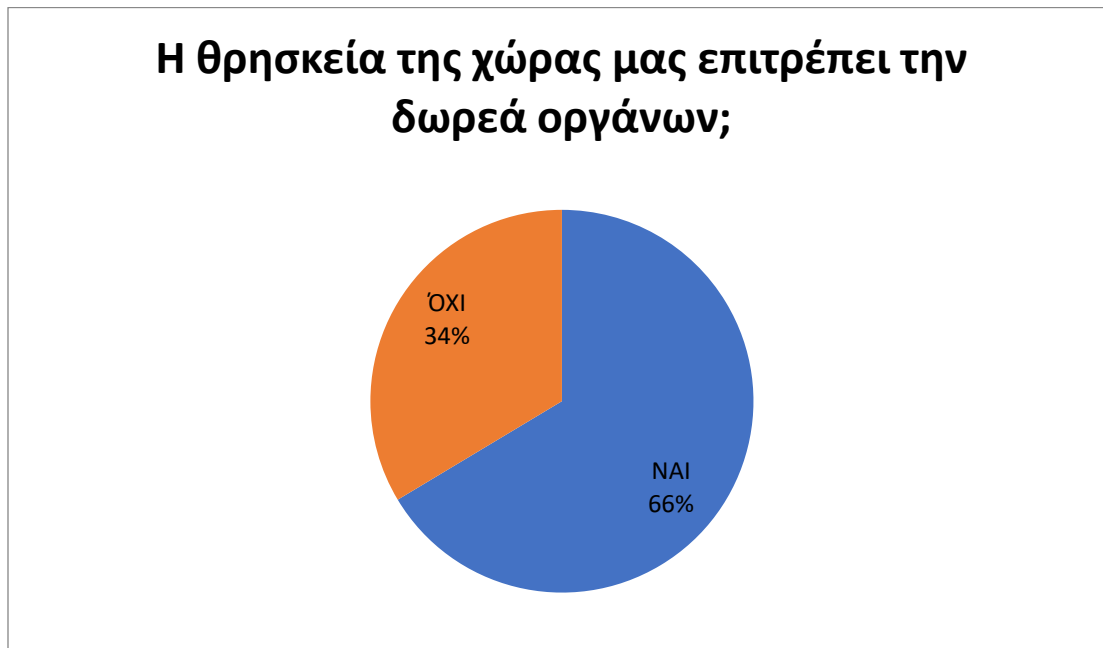


Γράφημα 13. Ποσοστά διδασκαλίας στο σχολείο σχετικά με τη Δωρεά Οργάνων

Το 97% του δείγματος απάντησε πως δεν έχει διδαχθεί στο σχολείο σχετικά με την Δωρεά Οργάνων. Συμπεραίνουμε πως η πλειοψηφία του δείγματος, ακόμη και το 12% που ανήκει στην ομάδα 18-25 ετών, οι οποίοι έχουν αποφοιτήσει από το σχολείο μόλις λίγα χρόνια (0-6 χρόνια) δεν έχει διδαχθεί/ενημερωθεί κατά τα σχολικά έτη σχετικά με το θέμα της Δωρεάς Οργάνων.

Γεγονός πολύ απογοητευτικό για τα δεδομένα της σύγχρονης εποχής και την τεράστια ανάγκη για μεταμοσχεύσεις.

#### 3.3.4.6 Η θρησκεία της χώρας μας επιτρέπει την δωρεά οργάνων;



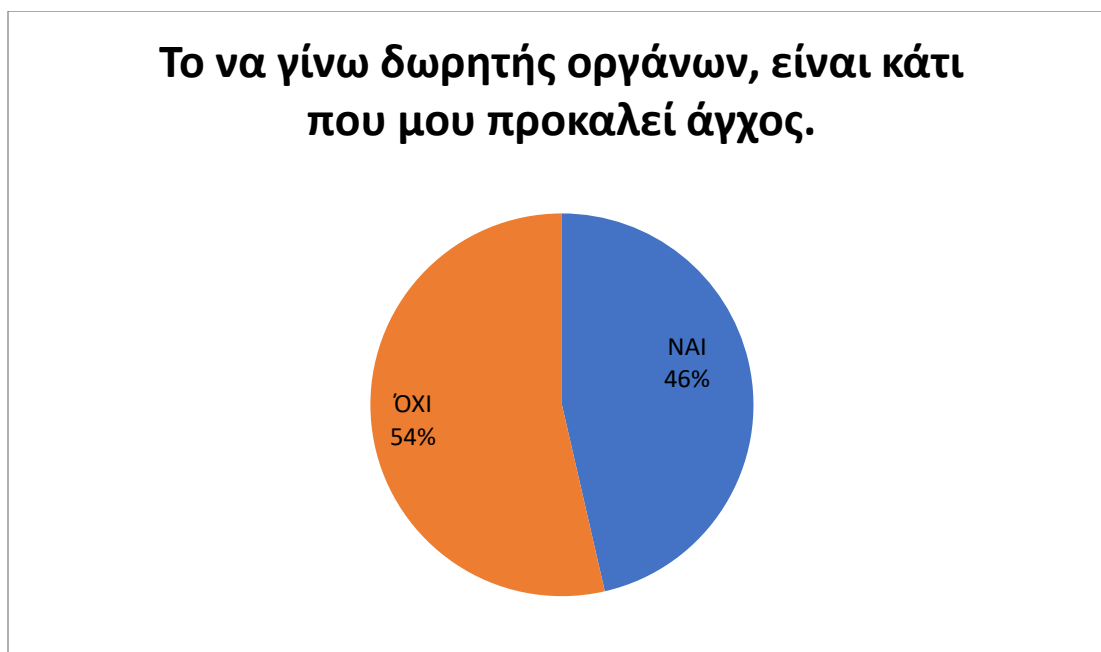
Γράφημα 14. Ποσοστά διδασκαλίας στο σχολείο σχετικά με τη Δωρεά Οργάνων

Το 66% του δείγματος γνωρίζει πως η θρησκεία στην χώρα μας, ο Χριστιανισμός, όπως και ο Βουδισμός και ο Ιουδαϊσμός, συμφωνούν με τη Δωρεά Οργάνων. Συγκεκριμένα, η Ελληνική Ορθόδοξη Εκκλησία αντιμετωπίζει τις μεταμοσχεύσεις με κατανόηση και σεβασμό, καθώς θεωρεί πως: «Η δωρεά οργάνων από εγκεφαλικά νεκρούς δότες, καθώς και η νηφάλια και συνειδητή απόφαση υγιούς ανθρώπου όπως προσφέρει κάποιο όργανό του εις πάσχοντα

συνάνθρωπο, ως πράξεις φιλαλληλίας και αγάπης, είναι σύμφωνοι με τη διδασκαλία και το φρόνημα της Εκκλησίας μας».

### 3.3.5 Στάσεις

#### 3.3.5.1 Το να γίνω δωρητής οργάνων, είναι κάτι που μου προκαλεί άγχος.

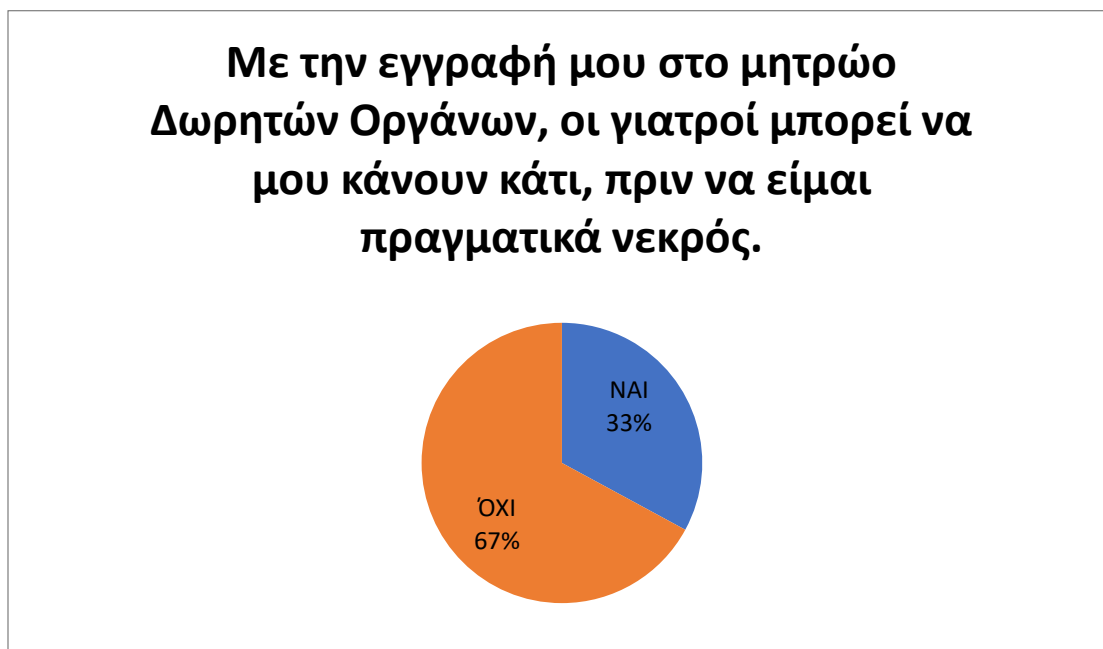


Γράφημα 15. Ποσοστά άγχους για τη Δωρεά Οργάνων

Το 54% του δείγματος απάντησε πως η Δωρεά Οργάνων δεν του προκαλεί άγχος, ενώ το 46% απάντησε θετικά. Σχεδόν το μισό δείγμα, νιώθει άβολα στη σκέψη της Δωρεάς Οργάνων καθώς αυτομάτως σκέφτονται τον δικό τους θάνατο και υπερισχύει ο φόβος για αυτόν. Ο μοναδικός τρόπος να βελτιωθεί αυτή η κατάσταση είναι η ευαισθητοποίηση των ανθρώπων μέσω ενημέρωσης. Είναι επείγουσα η ενημέρωση σχετικά με την υφιστάμενη κατάσταση στη χώρα μας όσον αφορά τον τεράστιο αριθμό ατόμων που περιμένουν στις λίστες δοτών για το

μόσχευμά τους, αλλά και η ενημέρωση σχετικά με πραγματικά γεγονότα και περιστατικά όπου οι λήπτες έλαβαν το μόσχευμα τους, ένα δώρο Ζωής και κέρδισαν τη μάχη με τον θάνατο.

### 3.3.5.2 Με την εγγραφή μου στο μητρώο Δωρητών Οργάνων, οι γιατροί μπορεί να μου κάνουν κάτι, πριν να είμαι πραγματικά νεκρός.

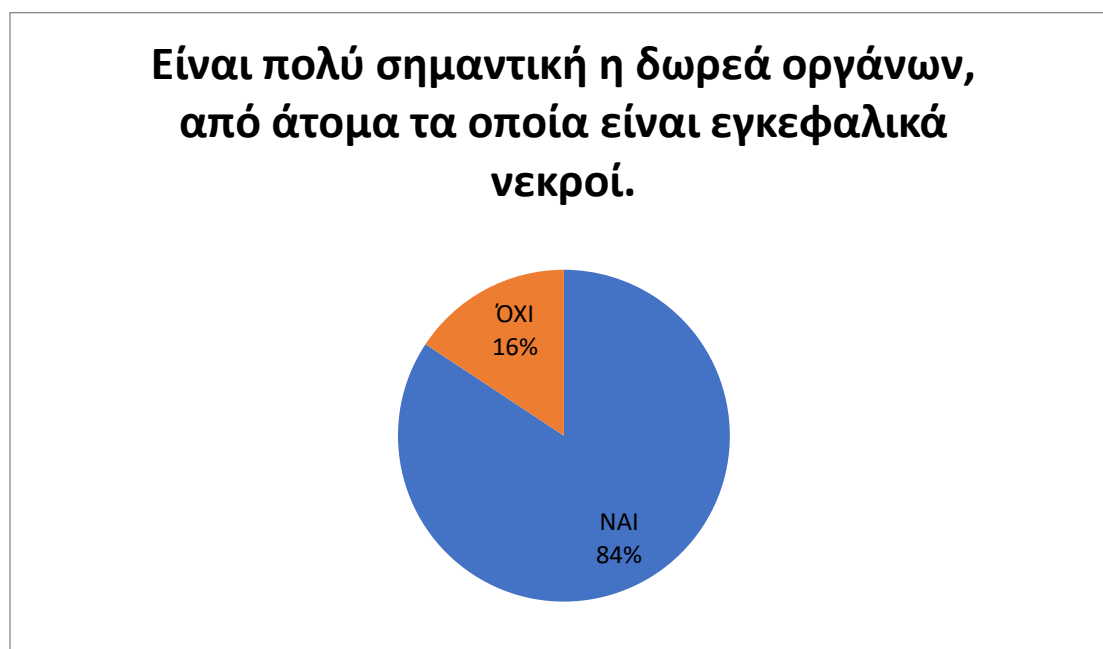


Γράφημα 16. Ποσοστά Στάσεων σχετικά με τους γιατρούς

Το 67% του δείγματος γνωρίζει πως με την εγγραφή του στο μητρώο, οι γιατροί δεν μπορούν να προχωρήσουν σε οποιαδήποτε διαδικασία δωρεάς οργάνων εφόσον δεν έχει εξακριβωθεί ο θάνατός του, ενώ το 33% πιστεύει πως κινδυνεύει από τους γιατρούς. Αυτό οφείλεται, σαφέστατα, στην έλλειψη γνώσης σχετικά με τις διαδικασίες και τη νομοθεσία που τηρούνται στην Δωρεά Οργάνων. Όπως έχει αναφερθεί παραπάνω, δεν επιτρέπεται να ξεκινήσει καμία

απολύτως διαδικασία Δωρεάς Οργάνων αν δεν έχει πρώτα διαπιστωθεί ο εγκεφαλικός Θάνατος του ατόμου.

### 3.3.5.3 Είναι πολύ σημαντική η δωρεά οργάνων, από άτομα τα οποία είναι εγκεφαλικά νεκροί.

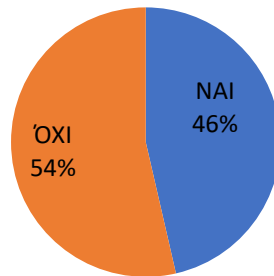


Γράφημα 17. Ποσοστά Στάσεων για τη Δωρεά Οργάνων από εγκεφαλικά νεκρούς

Το 84% του δείγματος απάντησε πως θεωρεί πολύ σημαντική τη Δωρεά Οργάνων από άτομα τα οποία είναι εγκεφαλικά νεκροί, γεγονός που ισχύει καθώς οι εγκεφαλικά νεκροί δότες είναι η βασική πηγή μοσχευμάτων.

3.3.5.4 Θεωρείτε απαραίτητη την συναίνεση της οικογένειας για τη Δωρεά Οργάνων, στην περίπτωση που ο εγκεφαλικά νεκρός είχε δηλώσει, εν ζωή, την επιθυμία του να γίνει δότης;

**Θεωρείτε απαραίτητη την συναίνεση της οικογένειας για τη Δωρεά Οργάνων, στην περίπτωση που ο εγκεφαλικά νεκρός είχε δηλώσει, εν ζωή, την επιθυμία του να γίνει δότης;**

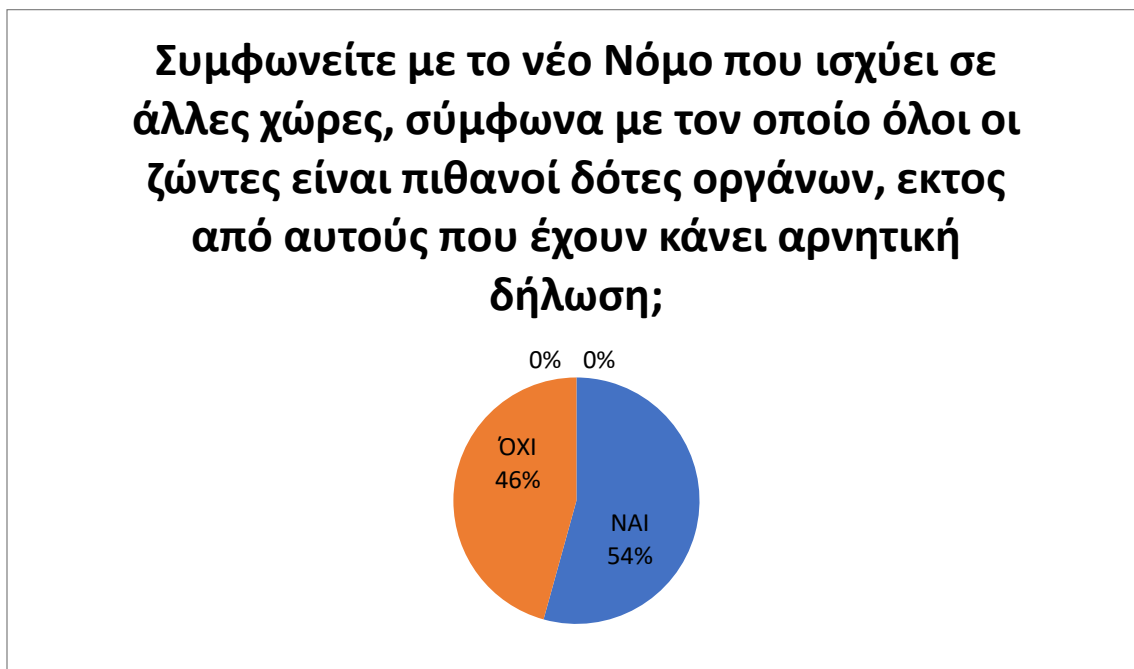


*Γράφημα 18. Ποσοστά Στάσεων για τη Δωρεά Οργάνων από εγκεφαλικά νεκρούς*

Το 54% του δείγματος απάντησε πως δεν θεωρεί απαραίτητη την συναίνεση της οικογένειας, στην περίπτωση που ο εγκεφαλικά νεκρός είχε δηλώσει, εν ζωή, την επιθυμία του να γίνει δότης. Αυτό δείχνει πως υπάρχει σεβασμός και κατανόηση ως προς την επιθυμία των δοτών, ακόμη και μετά θάνατον.



3.3.5.5 Συμφωνείτε με το νέο Νόμο που ισχύει σε άλλες χώρες, σύμφωνα με τον οποίο όλοι οι ζώντες είναι πιθανοί δότες οργάνων, εκτός από αυτούς που έχουν κάνει αρνητική δήλωση;



Γράφημα 19. Ποσοστά Στάσεων σχετικά με το νέο Νόμο για τη Δωρεά Οργάνων

Το 54% του δείγματος απάντησε πως συμφωνεί με τον νέο Νόμο, κατά τον οποίο όλοι οι ζώντες είναι πιθανοί δότες, εκτός από εκείνους που έχουν δηλώσει εγγράφως πως δεν επιθυμούν να γίνουν δότες.

3.3.5.6 Αν ένα μέλος της οικογένειάς σας ήταν εγκεφαλικά νεκρό, θα δωρίζατε τα όργανά του;



Γράφημα 20. Ποσοστά Στάσεων για τη Δωρεά Οργάνων συγγενικού προσώπου

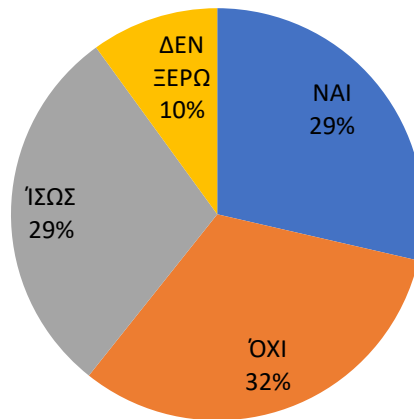
Στην ερώτηση, αν ένα μέλος της οικογένειάς σας ήταν εγκεφαλικά νεκρό, θα δωρίζατε τα όργανά του, το δείγμα απάντησε:

- 38% - Ίσως
- 26% - Ναι
- 25% - Δεν ξέρω
- 11% - Όχι

Αυτό δείχνει πως το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος (38% ίσως και 26% ναι) αφήνει ανοιχτό το ενδεχόμενο να ενέκριναν την Δωρεά οργάνων ενός συγγενικού τους προσώπου.

3.3.5.7 Αν το κράτος παρείχε δωρεάν ετήσιες εξετάσεις και χαμηλότερο ποσοστό συμμετοχής σε φάρμακα και άλλες υπηρεσίες υγείας στους εγγεγραμμένους στο μητρώο δότες, θα σας παρακινούσε να εγγραφείτε στη λίστα δοτών οργάνων;

**Αν το κράτος παρείχε δωρεάν ετήσιες εξετάσεις και χαμηλότερο ποσοστό συμμετοχής σε φάρμακα και άλλες υπηρεσίες υγείας στους εγγεγραμμένους στο μητρώο δότες, θα σας παρακινούσε να εγγραφείτε στη λίστα δοτών οργάνων;**



Γράφημα 21. Ποσοστά Στάσεων για περισσότερες παροχές και καλύψεις των εγγεγραμμένων στο Μητρώο Δωρεάς Οργάνων

Στην ερώτηση, αν το κράτος παρείχε δωρεάν ετήσιες εξετάσεις και χαμηλότερο ποσοστό συμμετοχής σε φάρμακα και άλλες υπηρεσίες υγείας στους εγγεγραμμένους στο μητρώο δότες, θα σας παρακινούσε να εγγραφείτε στη λίστα δοτών οργάνων, το δείγμα απάντησε:

- 32% - Όχι
- 29% - Ναι
- 29% - Ίσως
- 10% - Δεν ξέρω

Αυτό δείχνει πως το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος (29% ίσως και 29% ναι) θεωρεί πως ένα καλό πακέτο υγείας και κάποιες επιπλέον παροχές υγείας, θα αποτελούσαν ένα καλό κίνητρο να εγγραφούν στο Εθνικό Μητρώο Δωρητών.

### 3.4 Συμπεράσματα

Το ζήτημα της Δωρεάς Οργάνων και των μεταμοσχεύσεων είναι πολύπλευρο. Ο καθένας έχει την δική του άποψη και την δική του αντίδραση πάνω στο θέμα. Όλοι όμως συμφωνούν ότι είναι μια πράξη ανιδιοτέλειας και αγάπης προς τον συνάνθρωπο. Μια πράξη που δίνει το μεγαλύτερο δώρο, το δώρο της Ζωής.

Στην Ελλάδα, δυστυχώς, τα ποσοστά Δωρεάς Οργάνων είναι πολύ χαμηλά και αυτό οφείλεται σε αρκετούς παράγοντες. Ο πιο βασικός παράγοντας είναι η μη επαρκής ενημέρωση. Η έλλειψη ενημέρωσης και γνώσης οδηγεί σε μεγαλύτερο φόβο. Οφείλουμε όλοι να ενημερωθούμε επί του θέματος, όχι μόνο για την κοινωνία, αλλά και για τον εαυτό μας. Κανείς μας δεν γνωρίζει σε ποια θέση μπορεί να βρεθεί. Άλλωστε οι πιθανότητες δείχνουν πως ένας άνθρωπος πιθανότερο είναι να χρειαστεί κάποιο μόσχευμα παρά να γίνει τελικά δότης ο ίδιος.

Η εκκλησία στη χώρα μας, στηρίζει την επιστήμη, αρκεί να πληρούνται και να μην παραβιάζονται οι πνευματικές αξίες και το αγαθό της ζωής. Η νομοθεσία μας καλύπτει την διαδικασία, τον δότη και σαφέστατα και τον λήπτη, όμως η μελέτη αυτή μας δείχνει πως ο πληθυσμός έχει σοβαρή έλλειψη γνώσης ως προς τη διαδικασία των μεταμοσχεύσεων.

Παρά τη θετική δημόσια στάση προς τη δωρεά οργάνων, παρατηρείται σοβαρή έλλειψη μοσχευμάτων και πολύ χαμηλά ποσοστά μεταμοσχεύσεων, καθώς ο εκτιμώμενος αριθμός των δυνητικών δοτών και ο αριθμός των οργάνων που μπορούν να μεταμοσχευτούν είναι σημαντικά μικρότερος από τον αριθμό των ασθενών που χρειάζονται μεταμόσχευση.

Η προμήθεια οργάνων και ιστών για μεταμόσχευση επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, όπως η έλλειψη γνώσεων και η ανεπαρκής ευαισθητοποίηση του πληθυσμού, καθώς και η απουσία επικοινωνίας ή η λανθασμένη προσέγγιση των οικογενειών με σκοπό τη συναίνεση για δωρεά οργάνων και ιστών του πάσχοντος οικείου τους προσώπου.

Στην παρούσα μελέτη διαπιστώνουμε ότι υπάρχει σημαντική θετική σχέση μεταξύ του επιπέδου των γνώσεων και των στάσεων του πληθυσμού του Ν. Αττικής προς την δωρεά οργάνων. Καθώς ο πληθυσμός δεν γνωρίζει για το θέμα της Δωρεάς Οργάνων, επικρατεί ο φόβος για το άγνωστο και αυτό έχει σοβαρές επιπτώσεις στο δημόσιο καλό.

Εξάγεται, λοιπόν, αβίαστα το συμπέρασμα ότι οι στάσεις, οι γνώσεις και οι πεποιθήσεις των ανθρώπων έχουν αντίκτυπο στη δωρεά οργάνων και για να μεταβληθεί αυτή η κατάσταση, θα πρέπει να ληφθούν δραστικά μέτρα.

### 3.5 Προτάσεις

Οι γνώσεις, οι πεποιθήσεις, οι αξίες και η κουλτούρα επηρεάζουν άμεσα τη στάση και τις αποφάσεις των ανθρώπων. Η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση του πληθυσμού είναι το πιο βασικό μέτρο για την αντιμετώπιση του προβλήματος σχετικά με τη Δωρεά Οργάνων στη χώρα μας. Όσον αφορά τους πολίτες, η ενημέρωση πρέπει να ξεκινήσει από το σχολείο. Ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα πρέπει να ενταχθούν στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα της Ελλάδας με σκοπό να αφύπνιση των πολιτών από τα αρχικά στάδια της ζωής τους. Στόχος θα είναι η αλλαγή κουλτούρας και στάσης των Ελλήνων πάνω στο θέμα της Δωρεάς. Όσον αφορά τους επαγγελματίες Υγείας, που έχουν άμεση και έμμεση σχέση με τις μεταμοσχεύσεις, ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα κατάρτισης και συναισθηματικής υποστήριξης πρέπει να ενταχθούν και να επιδοτηθούν από το κράτος. Στόχος θα είναι, μέσα από την ανάληψη πρωτοβουλιών, οι επαγγελματίες Υγείας να είναι λιγότερο διστακτικοί και να αισθάνονται πιο σίγουροι όταν πλησιάζουν την οικογένεια που έχει τον εγκεφαλικά νεκρό συγγενή, με αποτέλεσμα να συμβάλουν στην αύξηση του αριθμού των δυνητικών δοτών και στη μείωση της λίστας αναμονής για όργανα.

Παρόλο που η ενημέρωση παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στη στάση των πολιτών, δυστυχώς δεν αρκεί. Το κράτος πρέπει να προβεί σε δραστικά μέτρα, που στόχο θα έχουν την αύξηση των μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα. Ένα πολύ σημαντικό βήμα θα ήταν η ίδρυση ειδικών μεταμοσχευτικών κέντρων, κατάλληλων για όλων των ειδών μεταμοσχεύσεων, που να διαθέτουν εξειδικευμένο ιατρικό εξοπλισμό και προσωπικό.

Επιπλέον το κράτος θα μπορούσε να παρέχει στους εγγεγραμμένους στο Εθνικό Μητρώο Δοτών ένα ελκυστικό πακέτο υπηρεσιών Υγείας, που στόχο θα είχε την προσέλκυση περισσότερων δοτών, αλλά και την παρακολούθηση της κατάστασης υγείας των μελλοντικών δοτών της

χώρας. Το πακέτο αυτό θα μπορούσε να περιλαμβάνει δωρεάν ετήσιες εξετάσεις στους εγγεγραμμένους δότες και χαμηλότερα ποσοστά συμμετοχής σε αγορά φαρμάκων και υπηρεσιών υγείας.

Επιπλέον, το κράτος θα μπορούσε να επιδοτεί διαφημίσεις στην ιδιωτική και κρατική τηλεόραση, σχετικές με τη Δωρεά Οργάνων και τις Μεταμοσχεύσεις, που στόχο θα είχε την ευαισθητοποίηση, αλλά και την ενημέρωση του κοινού.

Τέλος, το βασικότερο βήμα για την ανάπτυξη των μεταμοσχεύσεων στη χώρα μας θα ήταν η συνειδητοποίηση όλων των ανθρώπων ότι η Δωρεά Οργάνων αποτελεί την ύψιστη πράξη εθελοντικής προσφοράς και αλtruισμού, καθώς και τη βασική προϋπόθεση για την πραγματοποίηση του ιατρικού θαύματος της Μεταμόσχευσης.

Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε όλοι πως:

- Όλο το ανθρώπινο σώμα μπορεί να μεταμοσχευθεί, μάτια, καρδιά, πνεύμονες, νεφρά, ήπαρ, πάγκρεας, αίμα και μυελός των οστών, τμήματα του γαστρεντερικού σωλήνα, ακόμα και δέρμα και οστά.
- Η πιθανότητα να χρειαστούμε εμείς οι ίδιοι κάποια στιγμή στη ζωή μας ένα μόσχευμα είναι πολύ μεγαλύτερη από την πιθανότητα να καταλήξουμε υπό συνθήκες που να μπορούμε να δωρίσουμε τα όργανά μας.
- Το ποσοστό επιβίωσης μετά τη μεταμόσχευση ξεπερνά το 95%.
- Κάθε 27 λεπτά, κάπου στον κόσμο γίνεται μια επέμβαση μεταμόσχευσης, αλλά ταυτόχρονα κάθε 2 ώρες και 24 λεπτά, κάποιος πεθαίνει περιμένοντας σε μία λίστα αναμονής μοσχεύματος.



- Η Ελλάδα κατέχει μια από τις ντροπιαστικά χαμηλότερες θέσεις, όσον αφορά στον αριθμό δοτών οργάνων. Συγκεκριμένα, το 2014, στο 1 εκατομμύριο πληθυσμού, οι δότες στην Ελλάδα ήταν 4,5 ενώ στην Ισπανία ήταν 30.
- Η δωρεά οργάνων πραγματοποιείται μόνο από εγκεφαλικά νεκρούς ανθρώπους που καταλήγουν, ενώ νοσηλεύονται διασωληνωμένοι σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και όχι από ανθρώπους που βρίσκονται σε κώμα ή φυτική κατάσταση.
- Σε ένα τελείως οικονομικό και πραγματιστικό επίπεδο, η αύξηση των μεταμοσχεύσεων μπορεί να βοηθήσει την οικονομία της υγείας και όλοι ξέρουμε πόσο πάσχει αυτή στη χώρα μας.
- Για την Εκκλησία, η μεταμόσχευση δεν είναι αμαρτία, όπως ισχυρίζονται ορισμένοι, αλλά ύψιστη πράξη αλληλεγγύης και αυτοθυσίας (2019) <http://projectdrama2020.gr>.

«Χίλιες φορές να μεταμοσχεύσεις μια καρδιά, παρά να τη χώσεις στο χώμα και να την φάνε τα σκουλήκια», ΚΡΙΣΤΙΑΝ ΜΠΑΡΝΑΡΝΤ, καρδιοχειρουργός, 1967, πρώτη επιτυχημένη μεταμόσχευση καρδιάς



## Βιβλιογραφία

Ελληνική

Ακύρου, Δ. Εγχειρίδιο Καρδιολογικής Νοσηλευτικής, Γ' έκδοση, Αθήνα, 2005

Αλεξόπουλος, Ε.. Η εμπορευματοποίηση των μεταμοσχεύσεων και η διακήρυξη της Κωνσταντινούπολης. Ελληνική Νεφρολογία, 2008, 20 (4), 237-240.

Βάρκα Αδάμη, Α. & Αδάμης, Σ. Ενημέρωση και συναίνεση του ασθενούς Η περίπτωση του υποψήφιου δότη και λήπτη ιστών ή οργάνων για μεταμόσχευση. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2008, 25(5), 577-583

Κεσελόπουλος, Α. Εκ του θανάτου εις την ζωήν. Θεολογική προσέγγιση στις προκλήσεις της βιοηθικής. Θεσσαλονίκη: Πουρνάρα, 2003

Κόϊος, Ν. Η ηθική θεώρηση των τεχνικών παρεμβάσεων στο ανθρώπινο γονιδίωμα. Αθήνα: Κέντρο Βιοϊατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας, 2003

Κουτσελίνης, Α. Σ. Βασικές Αρχές Βιοηθικής Ιατρικής Δεοντολογίας και Ιατρικής Ευθύνης. Αθήνα : Μαρία Γρ. Παρισιάνου, 1999

Σπυράκη, Χ., Φραγκιαδάκη, Ε., Σταματάκη, Γ., Καραγεώργος, Γ., & Καμπάνι, Σ. Μεταμόσχευση οργάνων και ενήμερη συναίνεση. Επιθεώρηση Υγείας, 2007, 18, 35-40.

Τακούδας, Δ. Μεταμοσχεύσεις οργάνων «από το μύθο στην πραγματικότητα, σε : Μεταμοσχεύσεις, Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής. Αθήνα - Θεσσαλονίκη : Σάκκουλας, 2008

Χριστοδουλίδης, Κ. Μεταμοσχεύσεις Λύση ή πρόβλημα, Αθήνα: Υπακοή, 1995

Αγγλική

Abrahamsson S, Bertoni F, Mol A, et al. (2014) Living with Omega-3: New Materialism and Enduring Concerns. *Environment and Planning D: Society and Space* 32: 1-16.

Aldred R. (2008) Ethical and Political Issues in Contemporary Research Relationships. *Sociology* 42: 887-903.

Alias, F., Muhammad, M., & Kassim, P. N. J. (2015). The Legality of Euthanasia from the Malaysian and Islamic Perspectives: An Overview. *Med. & L.*, 34, 509.

Bastami S, Matthes O, Krones T, et al. (2013) Systematic Review of Attitudes Toward Donation After Cardiac Death Among Healthcare Providers and the General Public\*. *Critical care medicine* 41: 897-905.

Bodart O, Gosseries O, Wannez S, Thibaut A, Annen J, Boly M, Rosanova M, Casali AG, Casarotto S, Tononi G, Massimini M. Measures of metabolism and complexity in the brain of patients with disorders of consciousness. *NeuroImage: Clinical*. 2017, 31;14:354-62.

Brown ER. African American present perceptions of organ donation: a pilot study. *ABNF J*. 2012;23:29–33

Caballero F, Leal J, Puig M, et al. (2014) Implementation of clinical guidelines for requesting family informed consent to deceased organ donation for transplantation: Positive effect on consent rates. *Organs, Tissues & Cells* 17: 115- 122.

Caballero F, Puig M, Leal J, et al. (2012) Family interview guide for requesting organ donation for transplantation. An evaluation using the appraisal of guidelenes research and evaluation instrument (AGREE II). *Organ, Tissues and Cells* 16: 163- 169.

Cooper J and Kierans C. (2015) Organ donation, ethnicity and the negotiation of death: ethnographic insights from the UK. *Mortality*: 1-18.

Delmonico FL, Domínguez-Gil B, Matesanz R, et al. (2011) A call for government accountability to achieve national self-sufficiency in organ donation and transplantation. *The Lancet* 378: 1414-1418.

Domínguez-Gil B, Haase-Kromwijk B, Van Leiden H, et al. (2011) Current situation of donation after circulatory death in European countries. *Transplant International* 24: 676-686

Ec.europa.eu. (2019). Organ donation and transplant in the EU – progress but much more to do. [online] Available at: [http://ec.europa.eu/health/newsletter/183/focus\\_newsletter\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/newsletter/183/focus_newsletter_en.htm) [Accessed 17 May 2019].

Ellis, L., Lehet, K., Ku, S., Azabdaftari, G., & Pili, R. Generation of a syngeneic orthotopic transplant model of prostate cancer metastasis. *Oncoscience*, 2014, 1(10), 609.

Gagliardi AR, Lemieux-Charles L, Brown AD, Sullivan T, Goel V. (2008). Barriers to patient involvement in health service planning and evaluation: an exploratory study. *Patient Educ Couns.*;70(2):234–41

Ganeri, J. (2017). *Buddhism & Bioethics. Life, Body, Person and Self: A Reconsideration of Core Concepts in Bioethics from an Intercultural Perspective*, 176.

Haraway DJ. (2008) *When species meet*: Minneapolis, MN : University of Minnesota Press.

Hoeyer K, Jensen AM and Olejaz M. (2015) Transplantation as an abstract good: practising deliberate ignorance in deceased organ donation in Denmark. *Sociol Health Illn* 37: 578-593.

Hoeyer KL and Jensen A. (2012) Transgressive ethics. Professional work ethics as a perspective on ‘aggressive organ harvesting’. *Social Studies of Science*: 1-21.

Janz NK, Wren PA, Copeland LA, Lowery JC, Goldfarb SL, Wilkins EG. (2004). Patient-physician concordance: preferences, perceptions, and factors influencing the breast cancer surgical decision. *J Clin Oncol*;22: 3091–3098.

Jotkowitz, A. B., Agbaria, R., & Glick, S. M. (2017). Medical ethics in Israel—bridging religious and secular values. *The Lancet*, 389(10088), 2584-2586.

Kentikelenis, A, Karanikolos, M, Papanicolas, I, Basu, S, McKee, M, and Stuckler, D. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet*. 2011; 378: 1457–1458

Lai Q, Vitale A, Iesari S, Finkenstedt A, Mennini G, Spoletini G, Hoppe-Lotichius M, Vennarecci G, Manzia TM, Nicolini D, Avolio AW. Intention-to-treat survival benefit of liver transplantation in patients with hepatocellular cancer. *Hepatology*. 2017

Levinson W, Kao A, Kuby A, Thisted RA. (2005). Not all patients want to participate in decision making. A national study of public preferences. *JGIM*;20:531–5.

Luger SM, Ringdén O, Zhang MJ, Pérez WS, Bishop MR, Bornhauser M, Bredeson CN, Cairo MS, Copelan EA, Gale RP, Giralt SA. Similar outcomes using myeloablative vs reduced-intensity allogeneic transplant preparative regimens for AML or MDS. *Bone marrow transplantation*. 2012, 1;47(2):203-11.

Public Health - European Commission. (2019). Organs - Public Health - European Commission. [online] Available at: [https://ec.europa.eu/health/blood\\_tissues\\_organ/organs\\_en](https://ec.europa.eu/health/blood_tissues_organ/organs_en) [Accessed 17 May 2019].