



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΦΙΛΟΛΟΓΙΑΣ



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΦΙΛΟΣΟΦΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΤΜΗΜΑ
ΦΙΛΟΣΟΦΙΑΣ - ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗΣ - ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΑΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΚΑΙ ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΗΘΙΚΗ ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ»

Η ΗΘΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΔΩΡΕΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ
ΟΡΓΑΝΩΝ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

της

Φάκλαρη Μαρίας

Διπλωματούχου τμήματος Φιλολογίας
του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (2009)

Επιβλέπων Καθηγητής: κ. Πρωτοπαπαδάκης Ευάγγελος
Επίκουρος Καθηγητής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Συνεπιβλέπουσες:

κα Γεωργία Ξανθάκη- Καραμάνου, Ομότιμη Καθηγήτρια Πανεπιστημίου
Πελοποννήσου

κα. Φερενίκη Παναγοπούλου, Ειδική Επιστήμων Πανεπιστημίων Αθηνών,
Πελοποννήσου και Πειραιώς –Νομική Ελέγκτρια Αρχής Προστασίας Δεδομένων
Προσωπικού Χαρακτήρα.

Καλαμάτα, Φεβρουάριος 2017

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	3
----------------------	----------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α	5
-------------------------	----------

1. Ο ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΔΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ	5
2. ΕΜΠΟΡΙΑ ΚΑΙ ΕΚΜΕΤΑΛΛΕΥΣΗ ΟΡΓΑΝΩΝ.....	7
3. ΟΡΙΣΜΟΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ	11
4. ΒΙΟΗΘΙΚΟΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗ ΔΩΡΕΑ	13
4.1 Βιοηθική και υγεία: λειτουργικό και θεσμικό πλαίσιο	15

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β.....	20
------------------------	-----------

1. ΣΥΝΤΟΜΗ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ	20
2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ	26
3. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ.....	29
3.1 Κριτήρια πιστοποίησης εγκεφαλικού θανάτου.....	30
3.2 Η συνείδηση στα εγκεφαλικά νεκρά άτομα	34
4. ΔΙΑΘΡΗΣΚΕΙΑΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ	36
5. ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	41
6. ΕΜΠΟΡΕΥΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΟΡΓΑΝΩΝ	47
7. ΚΩΔΙΚΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ	50
8. Η ΔΩΡΕΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	51

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ.....	50
------------------------	-----------

ΦΙΛΟΣΟΦΙΚΗ ΚΑΙ ΗΘΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΗΣ ΔΩΡΕΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ ΟΡΓΑΝΩΝ	50
--	-----------

1. ΦΙΛΟΣΟΦΙΚΗ ΑΠΟΨΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ	51
2. Ο ΗΘΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΓΙΑΤΡΟΥ	55
3. ΗΘΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΟΥ ΛΗΠΤΗ	59
3.1 Το κριτήριο της ιατρικής επιτυχίας	61
3.2 Το κριτήριο της ιατρικής ανάγκης.....	61
3.3 Το κριτήριο της ηλικίας	62
3.4 Το οικονομικό κριτήριο	63
3.5 Το κριτήριο της κοινωνικής αξίας	61

ΕΠΙΛΟΓΟΣ	72
-----------------------	-----------

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	74
---------------------------	-----------

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι μεταμοσχεύσεις αποτέλεσαν αντικείμενο της επιστήμης για πολλούς αιώνες και δεν είναι σύγχρονο επίτευγμα. Είναι χαρακτηριστικό ότι η πρώτη επιστημονική μελέτη για την μεταμόσχευση και ειδικότερα για μοσχεύματα σε ακρωτηριασμούς, εντοπίζεται τον 16ο αιώνα¹. Από τότε, η επιστήμη πραγματοποίησε πολύ μεγάλα επιτεύγματα και σήμερα οι μεταμοσχεύσεις αποτελούν ένα σημαντικό μέσο για την εξασφάλιση της ποιότητας ζωής στους ανθρώπους, αλλά και για τη σωτηρία της ζωής τους, από σοβαρά προβλήματα υγείας². Ως μεταμόσχευση νοείται η χειρουργική επέμβαση που μετεμφυτεύει σε έναν άνθρωπο, όργανα ή ιστούς κάποιου άλλου. Απαραίτητη προϋπόθεση για την επίτευξή της, είναι η γενετική συμβατότητα των οργάνων και των ιστών του δωρητή και του λήπτη³.

Η παρούσα εργασία έχει στόχο να διερευνήσει την ηθική διάσταση της μεταμόσχευσης και της δωρεάς οργάνων. Η μεθοδολογία της εργασίας στηρίζεται στη συλλογή δευτερογενών δεδομένων, τα οποία συλλέχθηκαν μέσα από βιβλία και άρθρα σε περιοδικά.

Η εργασία αποτελείται από τρία κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο αποσαφηνίζει τις έννοιες «δωρεά οργάνων» και «μεταμόσχευση», παρουσιάζει το πρόβλημα της εμπορίας και εκμετάλλευσης οργάνων και αναλύει τη βιοηθική γύρω από το θέμα της δωρεάς οργάνων.

Το δεύτερο κεφάλαιο επιχειρεί μια σύντομη ιστορική αναδρομή των μεταμοσχεύσεων και εν συνεχεία παρουσιάζει τις κατηγορίες της μεταμόσχευσης. Αναλύει την έννοια του εγκεφαλικού θανάτου, παρουσιάζει τα κριτήρια της πιστοποίησής του, αλλά και την ύπαρξη ή μη συνείδησης στα εγκεφαλικά νεκρά άτομα. Στη συνέχεια του κεφαλαίου αναλύεται η διαθησκευιακή θεώρηση των μεταμοσχεύσεων, το νομικό τους πλαίσιο, το θέμα της εμπορευματοποίησης των

¹ Αλκιβιάδης Κωστάκης, *Μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων - Δώρο ζωής* (Αθήνα: Παρισιάνου Α.Ε., 2004)

² Α. Σ. Κουτσελίνη, *Βασικές Αρχές Βιοηθικής Ιατρικής Δεοντολογίας και Ιατρικής Ευθύνης*, (Αθήνα : Μαρία Γρ. Παρισιάνου, 1999)

³ Μιχαήλ Κούρτης, *Αστικό δίκαιο των μεταμοσχεύσεων (σύμφωνα με το ν.2737/1999)*, (Αθήνα : Π.Ν. Σάκκουλας, 2002)

οργάνων, ο κώδικας ιατρικής δεοντολογίας και τέλος η περίπτωση της δωρεάς οργάνων στην Ελλάδα.

Το τρίτο και τελευταίο κεφάλαιο μελετά τη φιλοσοφική και ηθική θεώρηση της δωρεάς και της μεταμόσχευσης οργάνων. Συγκεκριμένα, παραθέτει τη φιλοσοφική άποψη του αλτρουισμού για τις μεταμοσχεύσεις, τον ηθικό ρόλο του γιατρού και τέλος τα ηθικά κριτήρια επιλογής του μελλοντικού δότη, τα οποία είναι: το κριτήριο της ιατρικής επιτυχίας, το κριτήριο της ιατρικής ανάγκης, το κριτήριο της ηλικίας, το οικονομικό κριτήριο και το κριτήριο της κοινωνικής αξίας. Στο τέλος της εργασίας παρατίθενται τα τελικά συμπεράσματα της μελέτης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α

1. Ο ορισμός της δωρεάς οργάνων

Η δωρεά οργάνων αφορά στην περίπτωση που ένα άτομο επιτρέπει τη μεταμόσχευση των υγιών οργάνων και ιστών του, που πρέπει να του αφαιρεθούν, είτε μετά το θάνατό του, είτε όταν ο δότης είναι «εν ζωή», σε άλλο πρόσωπο⁴. Οι κοινές μεταμοσχεύσεις περιλαμβάνουν: τους νεφρούς, την καρδιά, το ήπαρ, το πάγκρεας, τα έντερα, τους πνεύμονες, τα οστά, το μυελό των οστών, το δέρμα, και τους κερατοειδείς. Μερικά όργανα και ιστοί μπορούν να δοθούν από ζώντες δότες, όπως ένα νεφρό ή τμήμα του ήπατος, αλλά οι περισσότερες δωρεές συμβαίνουν μετά το θάνατο του δότη⁵.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι από την 1 Αυγούστου του 2016, υπάρχουν 120.004 άνθρωποι στις ΗΠΑ, οι οποίοι περιμένουν μεταμοσχεύσεις οργάνων προκειμένου να σώσουν τη ζωή τους. Από αυτούς 96.645 περιμένουν μεταμοσχεύσεις νεφρών⁶. Παρόλο που οι απόψεις για τη δωρεά οργάνων είναι θετική, υπάρχει ένα μεγάλη αναντιστοιχία μεταξύ του αριθμού των εγγεγραμμένων δωρητών σε σχέση με τον αριθμό εκείνων που περιμένουν δωρεά οργάνων σε παγκόσμιο επίπεδο⁷.

Οι δότες οργάνων είναι συνήθως αποθανόντες τη στιγμή της δωρεάς, αλλά μπορεί να είναι και «εν ζωή». Για τους ζώντες δότες, η δωρεά οργάνων τυπικά περιλαμβάνει εκτεταμένες δοκιμές πριν από τη δωρεά, συμπεριλαμβανομένων των ψυχολογικών μετρήσεων, προκειμένου να καθοριστεί, αν ο επίδοξος δότης κατανοεί και συναινεί στη δωρεά⁸. Την ημέρα της δωρεάς, ο δότης και ο λήπτης

⁴ Χριστίνα Σπυράκη, Ε., Φραγκιαδάκη, Γ., Σταματάκη, Γ., Καραγεώργος, and Σ. Καμπάνι, Μεταμόσχευση οργάνων και ενήμερη συναίνεση. *Επιθεώρηση Υγείας*, 18(2007), 35-40

⁵ Office on Women's Health, *Organ donation and transplantation fact sheet*, U.S. Department of Health and Human Services, 2012

⁶ C. Lupașcu, and J. Lerut, "Technical improvements in domino liver transplantation ». *Jurnalul de Chirurgie*, 9(2013).

⁷ R. D. Truog, F. G. Miller, and S. D. Halpern, "The dead-donor rule and the future of organ donation", *New England Journal of Medicine*, 369(2013), 1287-1289.

⁸ Σπυράκη, Φραγκιαδάκη, Σταματάκη, Καραγεώργος, Καμπάνι, Μεταμόσχευση οργάνων

φτάνουν στο νοσοκομείο, όπως ακριβώς θα έκαναν για οποιαδήποτε άλλη σοβαρή χειρουργική επέμβαση⁹.

Για τους αποθανόντες δότες, η διαδικασία ξεκινά με την εξακρίβωση ότι το άτομο θα πεθάνει και ελέγχεται η δυνατότητα εάν μπορεί να δωρήσει όλα του τα όργανα. Τέλος, δίνεται η συγκατάθεση για τη δωρεά κάποιου χρησιμοποιημένου οργάνου¹⁰. Κανονικά, δεν γίνεται τίποτα έως ότου το άτομο πεθάνει. Ωστόσο, αν ο θάνατος είναι αναπόφευκτος, είναι δυνατόν να εξακριβωθεί η συναίνεση και να γίνουν μερικές απλές ιατρικές εξετάσεις λίγο πριν, προκειμένου να βρεθεί ο αντίστοιχος παραλήπτης¹¹.

Η επαλήθευση του θανάτου γίνεται κανονικά από νευρολόγο (γιατρός που ειδικεύεται στη λειτουργία του εγκεφάλου), ο οποίος δεν εμπλέκεται στις προηγούμενες προσπάθειες να σώσει τη ζωή του ασθενούς. Αυτός ο γιατρός δεν συμμετέχει στη διαδικασία της μεταμόσχευσης¹². Μετά το θάνατο του δωρητή, το νοσοκομείο μπορεί να κρατήσει το σώμα σε ένα μηχανικό αναπνευστήρα και να χρησιμοποιήσει άλλες μεθόδους για να κρατήσει τα όργανα σε καλή κατάσταση. Οι δότες και οι οικογένειές τους δεν χρεώνονται τυχόν έξοδα που σχετίζονται με τη δωρεά¹³.

Η χειρουργική διαδικασία εξαρτάται από τα όργανα, τα οποία δωρίζονται. Όταν οι χειρουργοί αφαιρούν τα όργανα, μεταφέρονται το συντομότερο δυνατό στον λήπτη, για άμεση μεταμόσχευση. Τα περισσότερα όργανα επιβιώνουν έξω από το σώμα για μερικές ώρες¹⁴. Έτσι οι παραλήπτες επιλέγονται από την ίδια περιοχή. Στην περίπτωση ενός νεκρού δότη, αφού αφαιρεθούν τα όργανα, το σώμα αποκαθίσταται κανονικά, ώστε η οικογένεια να μπορεί να προχωρήσει στην κηδεία και στη συνέχεια είτε στην αποτέφρωση ή στην ταφή¹⁵.

⁹ R. J. Johnson, L. L. Bradbury, K. Martin, J. Neuberger, “Organ donation and transplantation in the UK—the last decade: a report from the UK national transplant registry”. *Transplantation*, 97(2014): S1-S27.

¹⁰ Σπυράκη, Φραγκιαδάκη, Σταματάκη, Καραγεώργος, Καμπάνι, *Μεταμόσχευση οργάνων*

¹¹ Office on Women’s Health, *Organ donation and transplantation*

¹² Σπυράκη, Φραγκιαδάκη, Σταματάκη, Καραγεώργος, Καμπάνι, *Μεταμόσχευση οργάνων*

¹³ Truog, “The dead-donor rule and the future of organ donation”, 1287-1289.

¹⁴ Σπυράκη, Φραγκιαδάκη, Σταματάκη, Καραγεώργος, Καμπάνι, *Μεταμόσχευση οργάνων*

¹⁵ Office on Women’s Health, *Organ donation and transplantation*

Σε περίπτωση ζώντος δότη, αυτός παραμένει ζωντανός και δωρίζει έναν ανανεώσιμο ιστό, κύτταρο ή υγρό (π.χ., αίμα, δέρμα), ή δωρίζει ένα όργανο ή μέλος οργάνου, που μπορεί να αναγεννηθεί ή να αναλάβει τον φόρτο εργασίας του υπόλοιπου οργάνου (Αυτό ισχύει κυρίως στη δωρεά νεφρού, στη μερική δωρεά του ήπατος, των πνευμόνων λοβού και του λεπτού εντέρου)¹⁶. Η αναγεννητική ιατρική μπορεί μια μέρα να επιτρέψει την εργαστηριακή αναγέννηση οργάνων, χρησιμοποιώντας τα κύτταρα του ίδιου του ατόμου μέσω βλαστικών κυττάρων, ή τα υγιή κύτταρα που προέρχονται από παραλείποντα όργανα¹⁷.

Νεκροί δότες είναι άνθρωποι που θεωρούνται εγκεφαλικά νεκροί και των οποίων τα όργανα παραμένουν βιώσιμα με τη βοήθεια μηχανημάτων έως ότου αποκοπούν για μεταμόσχευση. Εκτός από τους εγκεφαλικά νεκρούς δότες, οι οποίοι έχουν διαμορφώσει την πλειοψηφία των νεκρών δοτών τα τελευταία 20 χρόνια, υπάρχει αυξανόμενη χρήση της δωρεάς των θανόντων μετά-κυκλοφορικά, καθώς η ζήτηση για μεταμοσχεύσεις συνεχίζει να αυξάνεται¹⁸. Πριν από την αναγνώριση του εγκεφαλικού θανάτου στη δεκαετία του 1980, όλοι οι νεκροί δωρητές είχαν πεθάνει κυκλοφορικά. Αυτά τα όργανα έχουν κατώτερα αποτελέσματα. Ωστόσο, δεδομένης της έλλειψης των κατάλληλων οργάνων και του αυξημένου αριθμού των ανθρώπων που πεθαίνουν περιμένοντας, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη οποιοδήποτε δυνητικά κατάλληλο όργανο¹⁹.

2. Εμπορία και εκμετάλλευση οργάνων

Η εμπορία των ανθρώπων με σκοπό την αφαίρεση οργάνων ορίζεται σαφώς στο Πρωτόκολλο του Παλέρμο στη Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών κατά του Διεθνούς Οργανωμένου Εγκλήματος²⁰. Το άρθρο 3α, αναφέρει ότι: «Η εμπορία προσώπων νοείται ως η στρατολόγηση, μεταφορά, μεταβίβαση, υπόθαλψη ή παραλαβή προσώπων, μέσω της απειλής ή χρήσης βίας ή άλλων μορφών

¹⁶ Σπυράκη, Φραγκιαδάκη, Σταματάκη, Καραγεώργος, Καμπάνι, Μεταμόσχευση οργάνων

¹⁷ A. R. Manara, P. G. Murphy, G. O'Callaghan, "Donation after circulatory death". *British Journal of Anaesthesia*. 108(2011): i108–i121

¹⁸ Σπυράκη, Φραγκιαδάκη, Σταματάκη, Καραγεώργος, Καμπάνι, Μεταμόσχευση οργάνων

¹⁹ C. Frohn, et al., "The effect of HLA-C matching on acute renal transplant rejection". *Nephrol. Dial. Transplant*. 16 (2001): 355–60.

²⁰ United Nations, Protocol to prevent, suppress and punish trafficking in persons, especially women and children, supplementing the UN Convention on Transnational Crime Res 53/111, 2000.

εξαναγκασμού, απαγωγής, απάτης, εξαπάτησης, κατάχρηση εξουσίας ή ευάλωτης θέσης ή παροχής ή λήψης πληρωμών ή ωφελημάτων για την εξασφάλιση της συναίνεσης ενός προσώπου που ασκεί έλεγχο επί άλλου προσώπου, με σκοπό την εκμετάλλευση. Η εκμετάλλευση περιλαμβάνει, τουλάχιστον, την εκμετάλλευση της πορνείας ή άλλων μορφών σεξουαλικής εκμετάλλευσης, την καταναγκαστική εργασία ή υπηρεσίες δουλείας ή πρακτικές παρόμοιες με τη δουλειά, την υποτέλεια ή την αφαίρεση οργάνων²¹.

Αυτός ο εκτεταμένος ορισμός χρησιμοποιείται ευρέως από όλες τις οργανώσεις που δραστηριοποιούνται στον τομέα της καταπολέμησης και πρόληψης της εμπορίας ανθρώπων. Περιλαμβάνεται επίσης στο πλαίσιο του Συμβουλίου της Ευρώπης το 2005 για τη Δράση κατά της Εμπορίας Ανθρώπων²². Στο Πρωτόκολλο του Παλέρμο, η εμπορία των ανθρώπων με σκοπό την αφαίρεση οργάνων ορίζεται ως μια ειδική μορφή της εμπορίας ανθρώπων (THB), στην οποία δραστηριοποιούνται διεθνώς δίκτυα μέσω της εξαπάτησης και εξαναγκασμού ή υποχρεώνουν τα άτομα σε οξεία φτώχεια προκειμένου να πουλήσουν ένα όργανο²³. Ως εκ τούτου, το Πρωτόκολλο του Παλέρμο επικεντρώνεται ειδικά στα θύματα της εμπορίας ανθρώπων και στην περίπτωση της αφαίρεσης οργάνων από τον προμηθευτή του οργάνου. Στο πλαίσιο της μεταμόσχευσης οργάνων, αυτό αναφέρεται σε ένα ζωντανό πρόσωπο. Από νομική άποψη, η εμπορία των ανθρώπων με σκοπό την αφαίρεση οργάνων αποτελεί, όπως και όλες οι άλλες μορφές εμπορίας προσώπων, παραβίαση των θεμελιωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου, και έτσι ορίζεται ως ποινικό αδίκημα, που συνήθως διαπράττεται από διακρατικά δίκτυα οργανωμένου εγκλήματος²⁴.

Ένας άλλος όρος που χρησιμοποιείται ευρέως στο πλαίσιο της εμπορίας οργάνων είναι «ο τουρισμός οργάνων» ή «μεταμοσχευτικός τουρισμός». Σε αντίθεση με την εμπορία των ανθρώπων με σκοπό την αφαίρεση οργάνων, ο τουρισμός οργάνων εστιάζει περισσότερο στον αποδέκτη ενός εμπορικά

²¹ European Parliament, Trafficking in human organs. Policy Department, Directorate-General for External Policies, 2015

²² Truog, Miller, and Halpern, “The dead-donor rule

²³ Manara, Murphy, Callaghan, “Donation after circulatory death

²⁴ European Parliament, Trafficking in human organs.

λαμβάνοντας οργάνου: ο ασθενής ταξιδεύει στο εξωτερικό σε αναζήτηση ενός (παράνομου) μοσχεύματος. Ο όρος αυτός δεν χρησιμοποιείται ευρέως σε επίσημα έγγραφα²⁵. Το 2008 η Δήλωση της Κωνσταντινούπολης (DOI) πρότεινε τον ακόλουθο ορισμό του «μεταμοσχευτικού τουρισμού»²⁶: «Ταξίδι για μεταμόσχευση είναι η κίνηση των οργάνων, των δωρητών, των ληπτών, ή επαγγελματιών μεταμοσχεύσεων σε όλα τα δικαιοδοτικά σύνορα για σκοπούς μεταμόσχευσης. Ταξίδια για μεταμόσχευση θεωρούνται ως μεταμοσχευτικός τουρισμός, αν συνεπάγονται την εμπορία οργάνων ή/και την εμπορευματοποίηση της μεταμόσχευσης ή αν οι πόροι που διατίθενται για την παροχή μεταμόσχευσης σε ασθενείς από το εξωτερικό μιας χώρας υπονομεύουν την ικανότητα της χώρας να παρέχει υπηρεσίες μεταμόσχευσης για το δικό της πληθυσμό» .

Στον μεταμοσχευτικό τουρισμό το όργανο λαμβάνεται μέσω μιας περισσότερο ή λιγότερο εμφανούς οικονομικής συναλλαγής με τον προμηθευτή («πωλητής»), που έχει συναινέσει πρόθυμα να του αφαιρεθεί το νεφρό. Δεν υπάρχει καμία ανάγκη για εξαναγκασμό ή εξαπάτηση αφαίρεσης του οργάνου. Αυτοί οι πωλητές είναι συνήθως κάτοικοι φτωχών περιοχών και δεν μεταφέρονται πέρα από τα σύνορα. Ακολουθώντας απαρέγκλιτα τον ορισμό του μεταμοσχευτικού τουρισμού αυτά τα άτομα δεν πληρούν όλα τα κριτήρια για την εμπορία και ως εκ τούτου δε θεωρείται ότι διαπράττουν έγκλημα²⁷. Ωστόσο, με βάση τη γνώση που αποκτήθηκε από πολυάριθμες περιπτώσεις μεταμοσχευτικού τουρισμού, φαίνεται ότι υπάρχει σημαντική επικάλυψη μεταξύ μεταμοσχευτικού τουρισμού και εμπορίας ανθρώπων με σκοπό την αφαίρεση οργάνων. Εν όψει της φτώχειας και της ευπάθειας του πωλητή, η συναίνεση για την αφαίρεση οργάνων δεν μπορεί να θεωρηθεί ως βάση για την αυτονομία και την εθελοντική απόφαση²⁸. Η παραπλάνηση και η απάτη στην καταβολή, είναι συχνά φαινόμενα καθώς και οι μεσίτες και οι εργοδότες στοχεύουν σε συγκεκριμένους ευάλωτους πληθυσμούς.

²⁵ Truog, Miller, and Halpern, “The dead-donor rule

²⁶ The Declaration of Istanbul on Organ Trafficking and Transplant Tourism (convened by The Transplantation Society and International Society of Nephrology in Istanbul, Turkey, April 30 – May 2, 2008.

²⁷ Truog, Miller, and Halpern, “The dead-donor rule

²⁸ Manara, Murphy, Callaghan, “Donation after circulatory death

Επίσης, η έλλειψη μετεγχειρητικής φροντίδας για τον πωλητή ενισχύει το στοιχείο της εκμετάλλευσης²⁹.

Η διακίνηση οργάνων, ιστών και κυττάρων μπορεί να οριστεί ως: «ο χειρισμός ανθρώπινων οργάνων, ιστών ή κυττάρων που λαμβάνονται και εκτελούνται έξω από το νομικό εθνικό σύστημα μεταμόσχευσης οργάνων». Σε αντίθεση με την «εμπορία ανθρώπων», ο όρος «εμπορία οργάνων, ιστών και κυττάρων» επικεντρώνεται στη διακίνηση των τμημάτων του ανθρώπινου σώματος που απορρέουν, είτε από ζώντα είτε από νεκρό δότη³⁰.

Αυτό το είδος της εμπορίας έχει ευρύ πεδίο εφαρμογής: μπορεί να συμβεί ως αγορά και πώληση των οργάνων / ιστών από άτομα εν ζωή, αλλά και ως κλοπή οργάνων / ιστών από αποβιώσαντα πρόσωπα (κατά την αυτοψία, στο νεκροτομείο)³¹. Είναι σαφές ότι αυτή η μορφή εμπορίας δεν εμπίπτει στον ορισμό της εμπορίας ανθρώπων, όπως περιγράφεται στο Πρωτόκολλο του Παλέρμιο του ΟΗΕ. Κατά συνέπεια, δεν είναι μια πράξη που τιμωρείται ως έγκλημα στον τομέα της παράνομης διακίνησης προσώπων (THB)³².

Ωστόσο, η εμπορία οργάνων, ιστών και κυττάρων συνεπάγεται την πώληση και αγορά των τμημάτων του σώματος (όργανα), και ως εκ τούτου εμπίπτει στην καθολική απαγόρευση της απόκτησης κέρδους από το ανθρώπινο σώμα και τα μέρη του (εμπορευματοποίηση), η οποία απαγορεύεται και τιμωρείται σύμφωνα με τη Διεθνή Σύμβαση³³ και σύμφωνα με την εθνική νομοθεσία μεταμόσχευσης³⁴.

Από τα παραπάνω συμπεραίνεται ότι η εμπορία ανθρώπων για αφαίρεση οργάνων (THBOR) είναι ένα έγκλημα που η εκμετάλλευση ενός ατόμου αποτελεί την κεντρική πτυχή (ένας συνδυασμός τριών στοιχείων: δράση, μέσα και σκοπός πρέπει να ισχύουν προκειμένου να αποτελέσει έγκλημα). Ο ορισμός είναι ακριβής και ομοιόμορφος, και το πλαίσιο, που χρησιμοποιείται, ευρύ. Η εμπορία οργάνων, ιστών και κυττάρων είναι ένα έγκλημα, όπου το όργανο και η χρήση του είναι τα κεντρικά στοιχεία (παράνομη απομάκρυνση οργάνων, ιστών και κυττάρων από

²⁹ European Parliament, Trafficking in human organs

³⁰ European Parliament, Trafficking in human organs

³¹ Manara, Murphy, Callaghan, "Donation after circulatory death

³² European Parliament, Trafficking in human organs.

³³ Council of Europe Convention against Trafficking in Human Organs. CM92013479 final, of 9 July 2014.

³⁴ Κούρτης, *Αστικό δίκαιο*

ζώντες ή αποθανόντες που εγγράφονται στο τακτικό σύστημα νομικής μεταμόσχευσης)³⁵.

Μέχρι στιγμής δεν έχει υπάρξει ακριβής και ενιαίος ορισμός της εμπορίας οργάνων, ιστών και κυττάρων. Από νομική / ποινική άποψη, φαίνεται ότι οι κυρώσεις για τη διάπραξη της εμπορίας προσώπων είναι πιο σοβαρή από ό, τι για την παραβίαση της απαγόρευσης απόκτησης κέρδους από το ανθρώπινο σώμα³⁶. Για μια αποτελεσματική στρατηγική καταπολέμησης όλων των μορφών εμπορίας οργάνων, είναι απαραίτητο να υπάρξει ένα ενιαίο και νομικό δεσμευτικό μέσο που να περιλαμβάνει, τόσο την εμπορία ανθρώπων για αφαίρεση οργάνων, όσο και τη διακίνηση οργάνων, ιστών και κυττάρων³⁷.

Η Διακήρυξη της Κωνσταντινούπολης έχει επιχειρήσει αυτήν την προσέγγιση, αλλά δεν αποτελεί μια νομικά δεσμευτική πράξη³⁸. Η Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης κατά της εμπορίας ανθρωπίνων οργάνων, που ολοκληρώθηκε τον Ιούλιο του 2014 και άνοιξε την υπογραφή στο τέλος του Μαρτίου του 2015, έχει επίσης λάβει αυτήν την προσέγγιση³⁹.

3. Ορισμός μεταμόσχευσης

Η μεταμόσχευση οργάνων ορίζεται ως η μετακίνηση ενός οργάνου από το ένα σώμα στο άλλο ή από μια περιοχή του σώματος του ατόμου σε μια άλλη θέση στο ίδιο το σώμα του ατόμου, για την αντικατάσταση κατεστραμμένων οργάνων ή για την αντικατάσταση οργάνων που λείπουν από τον παραλήπτη⁴⁰. Τα όργανα ή/και οι ιστοί που μεταμοσχεύονται εντός του σώματος του ίδιου ατόμου, ονομάζονται αυτομοσχεύματα. Οι μεταμοσχεύσεις που πραγματοποιούνται μεταξύ δύο θεμάτων του ίδιου είδους ονομάζονται αλλομοσχεύματα. Τα αλλομοσχεύματα μπορεί να προέρχονται, είτε από ζώντα δότη ή από αποθανόντα⁴¹.

³⁵ European Parliament, Trafficking in human organs

³⁶ Κούρτης, *Αστικό δίκαιο*

³⁷ European Parliament, Trafficking in human organs

³⁸ The Declaration of Istanbul on Organ Trafficking

³⁹ Council of Europe Convention against Trafficking in Human Organs. CM92013479 final, of 9 July 2014.

⁴⁰ Κωστάκης. *Μεταμοσχεύσεις ιστών και*

⁴¹ M. H. Yacoub, et al., "Heart-lung transplantation for cystic fibrosis and subsequent domino heart transplantation". *The Journal of heart transplantation*. 9 (1990): 459–466

Όργανα που μπορούν να μεταμοσχευθούν είναι η καρδιά, τα νεφρά, το συκώτι, οι πνεύμονες, το πάγκρεας και το έντερο. Οι ιστοί περιλαμβάνουν τα οστά, τους τένοντες (και τα δύο αναφέρονται ως μυοσκελετικά μοσχεύματα), τον κερατοειδή, το δέρμα, τις καρδιακές βαλβίδες, τα νεύρα και τις φλέβες. Παγκοσμίως, οι νεφροί είναι τα συνηθέστερα όργανα που μεταμοσχεύονται, ακολουθεί το ήπαρ και, στη συνέχεια, η καρδιά⁴². Ο κερατοειδής και τα μυοσκελετικά μοσχεύματα είναι οι συνηθέστεροι μεταμοσχευμένοι ιστοί. Αυτά ξεπερνούν σε αριθμό τις μεταμοσχεύσεις οργάνων περισσότερο από δέκα φορές⁴³.

Οι δωρητές οργάνων μπορεί να ζουν, να είναι εγκεφαλικά νεκροί, ή νεκροί μέσω του κυκλοφορικού συστήματος. Οι ιστοί μπορεί να ανακτηθούν από δότες που πεθαίνουν από κυκλοφορικό θάνατο, καθώς επίσης και από εγκεφαλικό θάνατο - μέχρι και 24 ώρες μετά την παύση των παλμών της καρδιάς⁴⁴. Σε αντίθεση με τα όργανα, οι περισσότεροι ιστοί (με εξαίρεση τον κερατοειδή) μπορεί να διατηρηθούν και να αποθηκευθούν για διάστημα έως πέντε ετών, που σημαίνει ότι μπορούν να «αποθηκευθούν σε τράπεζα οργάνων». Κάποια όργανα, όπως ο εγκέφαλος, δεν μπορούν να μεταμοσχευθούν⁴⁵.

Η μεταμοσχευτική ιατρική είναι ένας από τους πιο δύσκολους και περίπλοκους τομείς της σύγχρονης ιατρικής. Μερικοί από τους βασικούς τομείς στη διαχείριση είναι τα προβλήματα από την απόρριψη του μοσχεύματος, κατά την οποία το σώμα έχει μια ανοσολογική απόκριση στο μεταμοσχευμένο όργανο, οδηγώντας τη μεταμόσχευση σε αποτυχία και την ανάγκη να αρθεί αμέσως το όργανο από τον δικαιούχο⁴⁶. Όταν είναι δυνατόν, η απόρριψη μοσχεύματος μειώνεται μέσω ορρότυπου που καθορίζει τον αγώνα δότη-λήπτη, αλλά και με τη χρήση ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων⁴⁷.

⁴² Κωστάκης. *Μεταμοσχεύσεις ιστών και*

⁴³ L. J. West, et al. "ABO-incompatible (ABOi) heart transplantation in infants". *New England Journal of Medicine*. 344 (2001): 793–800.

⁴⁴ Κωστάκης. *Μεταμοσχεύσεις ιστών και*

⁴⁵ R., Saczkowski, C., Dacey, and P.-L. Bernier, Does ABO-incompatible and ABO-compatible neonatal heart transplant have equivalent survival?. *Interactive cardiovascular and thoracic surgery*. 10 (2010): 1026–1033.

⁴⁶ Δημήτριος Λυπουρλής, *Ιπποκρατική ιατρική: Όρκος περί ιερής νόσου, περί αέρων, υδάτων, τόπων, Προγνωστικόν*. (Θεσσαλονίκη: Παρατηρητής, 1983)

⁴⁷ Marc Burch and P. Aurora, "Current status of paediatric heart, lung, and heart-lung transplantation", *Archives of Disease in Childhood*. 89 (2004): 386–389.

4. Βιοηθικοί προβληματισμοί σε σχέση με τη δωρεά

Η ηθική είναι ένας φιλοσοφικός κλάδος, ο οποίος ασχολείται με την αναζήτηση και την οριοθέτηση του τι είναι αποδεκτό κοινωνικά και θεωρείται σωστό και τι θεωρείται λάθος και μη πρέπον⁴⁸. Η ηθική εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την κοινωνία, στην οποία εφαρμόζεται και συνεπώς οι παράγοντες που επηρεάζουν την κοινωνία επηρεάζουν και την ηθική που την διέπει⁴⁹.

Κάποιοι από αυτούς τους παράγοντες είναι⁵⁰:

Το γεωγραφικό περιβάλλον, διότι η τοποθεσία στην οποία ζει μία κοινωνία μπορεί να διαμορφώσει τους κανόνες της ηθικής της. Για παράδειγμα άλλους ηθικούς κανόνες μπορεί να έχει ένας λαός που ζει στη Μεσόγειο και άλλους ένας λαός που ζει στη Βόρεια Ευρώπη⁵¹.

Το τεχνολογικό περιβάλλον, διότι οι τεχνολογικές εξελίξεις και ανακαλύψεις μπορούν να επηρεάσουν την ηθική των λαών. Για παράδειγμα το θέμα της κλωνοποίησης αφορά ιδιαίτερα τους δυτικούς λαούς που δείχνουν εξοικειωμένοι με το θέμα, ενώ μία πρωτόγονη φυλή της Αυστραλίας που αγνοεί ακόμα και την ύπαρξή της, δεν θα δεχτεί καμία απολύτως επιρροή⁵².

Το πολιτισμικό περιβάλλον, διότι ο πολιτισμός επιδρά ιδιαίτερα στην ύπαρξη και τη διαμόρφωση ηθικών κανόνων. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ότι άλλους ηθικούς κανόνες έχουν οι χώρες της Ανατολής όπως η Ιαπωνία και η Κίνα και εντελώς αντίθετους έχουν συνήθως οι δυτικές κοινωνίες⁵³.

Ένα κύριο χαρακτηριστικό της ηθικής είναι ότι δεν είναι στάσιμη αλλά εξελίσσεται συνεχώς, παράλληλα με την εξέλιξη της κοινωνίας. Για παράδειγμα στην αρχαία Ελλάδα ήταν ηθικά αποδεκτή η χρήση δούλων, ενώ σήμερα κάτι τέτοιο θεωρείται απαράδεκτο και ανήθικο⁵⁴.

⁴⁸ Θεοδόσιος Πελεγρίνης, *Ιατρική Ηθική*, (Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα, 2009)

⁴⁹ Παναγιώτης Φραγγίδης, και Δημήτριος Θεοφανίδης, *Δεοντολογία και ηθική στο χώρο της υγείας*. Επιθεώρηση Υγείας, 14(2003), 44-47

⁵⁰ David Lamb. *Organ Transplants and ethics*, (London : Routledge, 1990), σελ 330.

⁵¹ Κωστάκης. *Μεταμοσχεύσεις ιστών*

⁵² Truog, Miller, and Halpern, "The dead-donor rule

⁵³ United Nations, Protocol to prevent, suppress and punish trafficking

⁵⁴ Πελεγρίνης, *Ιατρική Ηθική*

Επικρατεί ευρέως η άποψη ότι η ηθική έχει κάποιες αρχές που είναι παγκόσμιες και δεν αλλάζουν ανεξαρτήτως των παραγόντων που προαναφέρθηκαν. Αυτές οι αρχές είναι βασικές όπως αυτές που αφορούν την ελευθερία του ατόμου καθώς και αυτές που απαγορεύουν να προκληθεί κακό σε άλλον άνθρωπο⁵⁵. Αυτές οι αρχές σχετίζονται άμεσα με την ανθρώπινη φύση και δεν αλλάζουν από τις ιδιαιτερότητες της κάθε κοινωνίας⁵⁶.

Η βιοηθική είναι ο επιστημονικός κλάδος που σχετίζεται με τα ηθικά ζητήματα και ειδικότερα με αυτά που προκύπτουν από τις επιστήμες της βιολογίας και της γενετικής μηχανικής. Ειδικότερα, σχετίζεται με τον τρόπο διαχείρισης του γενετικού υλικού. Η βιοηθική λόγω της στενής σχέσης της με την ιατρική επιστήμη, είναι ευρέως γνωστή και ως ιατρική ηθική⁵⁷. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι περιορίζεται αποκλειστικά σε αυτό τον τομέα, αφού αφορά το σύνολο των βιοτεχνολογικών εφαρμογών και η ύπαρξή της εδραιώθηκε με τη μεγάλη πρόοδο που επιτεύχθηκε σε τομείς όπως η βιοτεχνολογία, η βιοϊατρική και η φυσική⁵⁸.

Η μεγάλη πρόοδος σε αυτούς τους τομείς ήγειρε παράλληλα και ηθικά ζητήματα που, όπως ήταν αναμενόμενο, δημιούργησαν κοινωνικές αντιδράσεις, και σε αρκετές περιπτώσεις, μέρος της κοινωνίας τάχθηκε εναντίον αυτών των επιτευγμάτων. Άλλοι πάλι αντιμετώπιζαν τα επιτεύγματα αυτά με επιφύλαξη⁵⁹.

Η βιοηθική συνεπώς ακολούθησε την ίδια πορεία με τα βιοτεχνολογικά επιτεύγματα, αφού αναδύθηκε μέσα από αυτά και αναπτύχθηκε παράλληλα με αυτά⁶⁰. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι η οπτική αντιμετώπισης των ζητημάτων που περιλαμβάνει, είναι νέα, αφού ηθικά ζητήματα, και ιδιαίτερα στην ιατρική επιστήμη, έχουν διατυπωθεί από την εποχή του Ιπποκράτη⁶¹.

⁵⁵ Φραγγίδης, και Θεοφανίδης, *Δεοντολογία και ηθική*

⁵⁶ Πελεgrίνης, *Ιατρική Ηθική*

⁵⁷ Νικόλας Κόϊος, *Η ηθική θεώρηση των τεχνικών παρεμβάσεων στο ανθρώπινο γονιδίωμα*. (Αθήνα: Κέντρο Βιοϊατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας, 2003)

⁵⁸ Παναγιώτης Φραγγίδης, and Δημήτριος Θεοφανίδης, *Δεοντολογία και ηθική στο χώρο της υγείας*. *Επιθεώρηση Υγείας*, 14(2003), 44-47

⁵⁹ Γεώργιος Βέργουλας, *Μεταμόσχευση νεφρού*, (Θεσσαλονίκη, 2000)

⁶⁰ Νικόλας Κόϊος, *Η ηθική θεώρηση των τεχνικών παρεμβάσεων στο ανθρώπινο γονιδίωμα*. (Αθήνα: Κέντρο Βιοϊατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας, 2003)

⁶¹ Δημήτριος Λυπουρλής, *Ιπποκρατική ιατρική: Όρκος περί ιερής νόσου, περί αέρων, υδάτων, τόπων, Προγνωστικόν*. (Θεσσαλονίκη: Παρατηρητής, 1983)

Η βιοηθική δεν περιορίζεται στους επαγγελματίες και στους λειτουργούς της υγείας στους οποίους καθορίζει τον τρόπο άσκησης του επαγγέλματός τους. Ως εκ τούτου δεν σχετίζεται αποκλειστικά με την ιατρική⁶². Η βιοηθική έχει σχέση και με άλλες επιστήμες όπως η νομική και η θεολογία, λόγω της σχέσης που οι επιστήμες αυτές έχουν με τον άνθρωπο και με την ηθική και από τις οποίες προκύπτουν σωρεία αντιδράσεων σε κάποια ζητήματα⁶³ όπως θα διαφανεί και παρακάτω.

4.1 Βιοηθική και υγεία: λειτουργικό και θεσμικό πλαίσιο

Η διοίκηση υγείας είναι ένας πολύ ευαίσθητος τομέας αφού και η νοσηλευτική και η ιατρική, που αποτελούν τις δύο κύριες επιστήμες της, ασχολούνται κυρίως με τον άνθρωπο και την ίδια τη ζωή⁶⁴. Αναμφισβήτητα λοιπόν πρέπει να διέπεται από υψηλές ηθικές αξίες και κανόνες αναφορικά με τον άνθρωπο και την υγεία του. Για τους επιστήμονες που ασχολούνται σε αυτόν το τομέα, ιατρούς και νοσηλευτές, είναι λογικό ότι ο ασθενής και η υγεία του αποτελούν τη μεγαλύτερη ηθική αξία⁶⁵.

Όπως ήδη αναφέρθηκε, η ηθική δέχεται διάφορες επιδράσεις. Αυτό δεν θα μπορούσε να μην συμβεί και σε αυτό τον τομέα. Ειδικά στις επιστήμες, που ασχολούνται κυρίως με τον άνθρωπο του οποίου η φύση διέπεται από παγκόσμιες ηθικές αξίες, κάτι τέτοιο δεν θα μπορούσε να αποφευχθεί⁶⁶.

Μέσα από αυτές τις αναζητήσεις προέκυψε η επιστήμη της βιοηθικής στο τομέα της υγείας για να αντιμετωπίσει τα ηθικά ζητήματα που προκύπτουν και που η ανάπτυξή τους είναι παράλληλη με αυτή των τεχνολογικών εξελίξεων και της κοινωνίας⁶⁷.

Ηθικά ζητήματα όπως: το ποια είναι τα δικαιώματα του ασθενή, η διακοπή της τεχνητής υποστήριξης της ζωής, η ευθανασία, η επιστημονική ακεραιότητα, είναι θέματα που έχουν προκύψει τα τελευταία χρόνια, αφού, πριν από αρκετές

⁶² Πελεγρίνης, *Ιατρική Ηθική*

⁶³ Κόϊος, *Η ηθική θεώρηση των τεχνικών*

⁶⁴ Πελεγρίνης, *Ιατρική Ηθική*

⁶⁵ Πελεγρίνης, *Ιατρική Ηθική*,

⁶⁶ Lamb. *Organ Transplants*

⁶⁷ Α. Σ. Κουτσελίνη, *Βασικές Αρχές Βιοηθικής Ιατρικής Δεοντολογίας και Ιατρικής Ευθύνης*, (Αθήνα : Μαρία Γρ. Παρισιάνου, 1999)

δεκαετίες οι αποφάσεις αναφορικά με αυτά, ήταν απόφαση των επιστημόνων υγείας και μόνο⁶⁸.

Αυτές οι αποφάσεις ωστόσο, ποίκιλλαν ανάμεσα σε λαούς με διαφορετικό πολιτιστικό υπόβαθρο και διαφορετικές ηθικές και κοινωνικές αξίες. Σήμερα όμως κάθε χώρα και κοινωνία διέπεται από πολυπολιτισμικότητα που δυσκολεύει αυτές τις αποφάσεις⁶⁹. Επιπλέον, τα τεχνολογικά επιτεύγματα δίνουν μία πληθώρα επιλογών με αποτέλεσμα να συμμετέχει και η οικογένεια του ασθενή ή και ο ίδιος στη λήψη αποφάσεων για το τι είναι καλό γι' αυτόν⁷⁰.

Στην Ελλάδα το 1992, με το νόμο 2071/92, ιδρύθηκε το Εθνικό Συμβούλιο Ιατρικής, Ηθικής και Δεοντολογίας στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων⁷¹. Νομοθετικά επίσης προβλέφθηκε και η ίδρυση ανάλογων συμβουλίων σε όλα τα νοσοκομεία της χώρας κάτι που δυστυχώς δεν έχει επιτευχθεί ολοκληρωτικά μέχρι σήμερα⁷².

Επίσης, το 1998 με το νόμο 2667 δημιουργήθηκε η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής σκοπός της οποίας είναι⁷³:

«να ασκεί αποκλειστικά συμβουλευτικές αρμοδιότητες, απευθυνόμενη, είτε με δική της πρωτοβουλία, είτε εφόσον της ζητηθεί, προς οποιοδήποτε όργανο της Πολιτείας. Αποστολή της είναι η ανάδειξη της στενής σύνδεσης των εφαρμογών των βιολογικών επιστημών με τις σύγχρονες κοινωνικές αξίες. Αναγκαία στοιχεία αυτής της αποστολής είναι τόσο η έγκυρη ενημέρωση των πολιτών, όσο και η κατάλληλη υποστήριξη των συναφών κρατικών πολιτικών. Στο πλαίσιο αυτό, η Επιτροπή παρακολουθεί και επεξεργάζεται τα ηθικά, κοινωνικά και νομικά ζητήματα που προκύπτουν, με εντεινόμενο ρυθμό από τη διαρκή εξέλιξη της βιολογίας, της βιοϊατρικής, της γενετικής και της βιοτεχνολογίας, εκδίδοντας σχετικές εισηγήσεις. Συνεργάζεται, επίσης, με αρμόδιους φορείς στη χώρα μας και διατυπώνει προτάσεις για τη θέσπιση νομοθεσίας ή τη λήψη άλλων μέτρων πολιτικής από την πλευρά της Πολιτείας. Συνεργάζεται με αρμόδιους φορείς σε

⁶⁸ Κόϊος, *Η ηθική θεώρηση των τεχνικών*

⁶⁹ Κουτσελίνη, *Βασικές Αρχές Βιοηθικής Ιατρικής*

⁷⁰ D. Giesen, *A comparative law study of civil liability arising from medical care*, International Medical Law (I.M.M.L), 1995

⁷¹ Νόμος 2071/92

⁷² Ελένη Παπαγαρουφάλη, *Δώρα ζωής μετά θάνατον*, (Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα, 2008)

⁷³ Νόμος 2667/98

διεθνές επίπεδο (όργανα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, διεθνείς οργανισμούς, ομόλογές της επιτροπές κ.λπ.), μεριμνώντας για την ενεργό συμμετοχή της χώρας μας στον προβληματισμό και στη λήψη αποφάσεων στα διεθνή fora. Εξασφαλίζει, επίσης, με κάθε πρόσφορο τρόπο, κατάλληλη ενημέρωση για τις εξελίξεις, που αφορούν στο αντικείμενο της βιοηθικής στην Ελλάδα και στο εξωτερικό. Η Επιτροπή, τέλος, έχει την αρμοδιότητα του συντονισμού των επιμέρους κρατικών επιτροπών βιοηθικής της χώρας μας, που δραστηριοποιούνται σε ειδικούς τομείς. Οι αρμοδιότητες αυτές, καθώς και οι άλλοι όροι λειτουργίας της Επιτροπής προβλέπονται στον ιδρυτικό νόμο και τον κανονισμό της. Η οικονομική και διοικητική υποστήριξή της εξασφαλίζεται από τη Γενική Γραμματεία της Κυβέρνησης».

Το 1995 θεσπίστηκε ο Κανονισμός Ιατρικής Δεοντολογίας, τα κυριότερα άρθρα του οποίου σχετικά με το θέμα μας είναι⁷⁴:

- **«Άρθρο 8.** α) Ο γιατρός οφείλει απόλυτο σεβασμό στην τιμή και την προσωπικότητα του ανθρώπου. Δεν επιτρέπεται οποιαδήποτε μη ενδεδειγμένη θεραπευτική ή χειρουργική επέμβαση ή πειραματισμός, ο οποίος μπορεί να θίξει το αίσθημα της προσωπικής ελευθερίας και την ελεύθερη βούληση των ασθενών, οι οποίοι δεν πάσχουν από πνευματική ασθένεια.
- **Άρθρο 14.** Ο γιατρός δεν επιτρέπεται να αναμιγνύεται στις οικογενειακές υποθέσεις, παρά μόνο όταν ρητά του ζητηθεί. Ο γιατρός, με σεβασμό προς όλα τα δόγματα, βοηθά τους πελάτες του στην εκτέλεση του θρησκευτικού τους καθήκοντος και την επιδίωξη των ηθικών και υλικών συμφερόντων τους. Όταν ο άρρωστος ή οι οικείοι του επιθυμούν την επίκληση θρησκευτικού λειτουργού ή δημοσίου λειτουργού ή συμβολαιογράφου ο γιατρός οφείλει να υποδείξει την κατάλληλη στιγμή.
- **Άρθρο 47.** Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συναινέσει ή να αρνηθεί για κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν. Σε περίπτωση ασθενούς με μερική ή πλήρη διανοητική ανικανότητα, η άσκηση αυτού του δικαιώματος γίνεται από το πρόσωπο που κατά το νόμο ενεργεί για λογαριασμό του. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα του σεβασμού και

⁷⁴ Κουτσελίνη, Βασικές Αρχές Βιοηθικής Ιατρικής

της αναγνώρισεως σε αυτόν των θρησκευτικών και ιδεολογικών του πεποιθήσεων».

Η μεταμόσχευση θέτει ορισμένα ζητήματα βιοηθικής, συμπεριλαμβανομένου του ορισμού του θανάτου, του πότε και του πώς θα πρέπει να δώσει τη συγκατάθεση ο ιατρός για να μεταμοσχευθεί ένα όργανο, αλλά και της πληρωμής για τα όργανα προς μεταμόσχευση⁷⁵. Άλλα ηθικά ζητήματα περιλαμβάνουν τη μεταμόσχευση του τουρισμού και γενικότερα το κοινωνικο-οικονομικό πλαίσιο, στο οποίο μπορεί να συμβεί η προμήθεια ή η μεταμόσχευση οργάνων και το εμπόριο οργάνων⁷⁶.

Ένα σημαντικό ζήτημα που τίθεται επίσης, αφορά στον πτωματικό δότη. Στην περίπτωση του νεφρικού μοσχεύματος, ως πτωματικός δότης θεωρείται αυτός που είναι εγκεφαλικά νεκρός⁷⁷. Αυτό, ωστόσο, έχει εγείρει πολλές ενστάσεις από αυτούς που δεν αποδέχονται ότι ο εγκεφαλικά νεκρός είναι και βιολογικά νεκρός και συνεπώς θεωρούν την αφαίρεση οργάνων ως ένα είδος ευθανασίας ή αν είναι με τη συναίνεση του δότη ως ένα είδος αυτοκτονίας, παρόλο που η κατάσταση του ασθενή είναι μη αναστρέψιμη⁷⁸. Η ελπίδα όμως και η δυσπιστία πολλές φορές οδηγούν την οικογένεια του ασθενή να αρνείται την κατάστασή του και να μη συναινεί στη δωρεά οργάνων, πιστεύοντας ότι μπορεί να επανέλθει στη ζωή. Η κατάσταση επιδεινώνεται από τη συνωμοσιολογία που επικρατεί ιδιαίτερα στο διαδίκτυο με πολλά δημοσιεύματα να υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς κρίνονται από τους ιατρούς ως εγκεφαλικά νεκροί, ενώ στην πραγματικότητα δεν είναι, για να χρησιμοποιηθούν τα όργανά τους σε μεταμοσχεύσεις δημιουργώντας στην ουσία με αυτό τον τρόπο ένα κίνημα ενάντια στις μεταμοσχεύσεις⁷⁹.

Επίσης, εντοπίζονται έρευνες που αναφέρουν ότι κριτήρια για την ένταξη ενός ασθενή στη λίστα μεταμοσχεύσεων αποτελούν τα φυλετικά και εθνικά

⁷⁵ Κουτσελίνη, *Βασικές Αρχές Βιοηθικής Ιατρικής*; Δημήτρης Τακούδας, *Μεταμοσχεύσεις οργάνων «από το μύθο στην πραγματικότητα, σε : Μεταμοσχεύσεις, Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής*. (Αθήνα - Θεσσαλονίκη : Σάκκουλας, 2008); Κυπριανός Χριστοδουλίδης, Κ., *Μεταμοσχεύσεις Λύση ή πρόβλημα*, (Αθήνα: Υπακοή, 1995)

⁷⁶ Τακούδας, *Μεταμοσχεύσεις οργάνων*

⁷⁷ Truog, Miller, and Halpern, "The dead-donor

⁷⁸ Κούρτης, *Αστικό δίκαιο των μεταμοσχεύσεων*

⁷⁹ Lamb. *Organ Transplants*

χαρακτηριστικά του, τα οποία προκαλούν ανισότητες⁸⁰. Η Churak (2005)⁸¹, υποστηρίζει ότι ο παράγοντας φυλή έχει μία ανεξήγητη και αρνητική επίδραση στο να μπει κάποιος στη λίστα για τη μεταμόσχευση νεφρού. Σημειώνεται δε ότι οι μαύροι θεωρούνται ως λιγότερο πιθανοί να ενταχθούν στη λίστα συγκριτικά με τους λευκούς ακόμα και μετά από τις αναπροσαρμογές που γίνονται στο τομέα υγείας για να μειωθούν οι ανισότητες. Στην πραγματικότητα, οι νέοι και πιο υγιείς μαύροι υποψήφιοι παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη ανισότητα συγκριτικά με τους λευκούς και γι' αυτούς είναι 40% με 50% λιγότερο πιθανό να ενταχθούν στη λίστα.

Οι μαύροι αποτελούν μία μειονότητα που ζει περισσότερο από τις άλλες φυλές, έχουν δηλαδή μεγαλύτερα ποσοστά επιβίωσης. Από την άλλη, η πιθανότητα να επιβιώσουν οι μαύροι μετά από μία μεταμόσχευση είναι χειρότερη συγκριτικά με αυτή των λευκών. Οι παράγοντες αυτοί, αν ερμηνευθούν λάθος, δημιουργούν την πεποίθηση ότι η μεταμόσχευση νεφρού δεν είναι τόσο κατάλληλη για τους μαύρους, όσο για τους λευκούς και σε κάποιες περιπτώσεις δεν προσφέρεται καν αυτό το ενδεχόμενο θεωρώντας ότι οι μαύροι θα επιβιώσουν και χωρίς αυτή⁸².

⁸⁰ Lamb. Organ Transplants

⁸¹ J. M Churak, Racial and ethnic disparities in renal transplantation. Journal of the National Medical Association, 97(2005): 153-160.

⁸² Churak, Racial and ethnic disparities

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β

1. Σύντομη ιστορική αναδρομή των μεταμοσχεύσεων

Οι συζητήσεις για τις μεταμοσχεύσεις ενέχουν τον κίνδυνο του αποπροσανατολισμού του ανθρώπου από τον σκοπό της ύπαρξής του, αν δεν ληφθούν υπόψη οι θεολογικές παράμετροι του θέματος⁸³. Συζητήσεις σχετικές με την παράταση μιας ζωής που αναγκαστικά κάποτε θα τελειώσει, δεν μπορούν να επιτύχουν τίποτε περισσότερο από το να εγκλωβίζουν τον άνθρωπο και να περιορίζουν τη ζωή του⁸⁴.

Οι μεταμοσχεύσεις, αναβίωσαν στα πρώτα μεταπολεμικά χρόνια και αποτελούν σύμβολο και έκφραση της αρχέγονης προσπάθειας του ανθρώπου να βελτιώσει την ποιότητα και να παρατείνει τη διάρκεια της επίγειας ζωής του. Αναντιρρήτως τα αποτελέσματά τους μπορούν να αποβούν ευεργετικά για τους λήπτες⁸⁵. Το επίτευγμα της αναζωογονήσεως αρρώστων, που πριν από λίγο περίμεναν τον θάνατο, και το οποίο πραγματοποιείται χάρη στη φιλόνητη χειρωνακία κάποιου συνανθρώπου-δωρητή οργάνων αλλά και στην αλτροϊστική παρέμβαση της επιστήμης, συγκλόνισε ολόκληρη την ανθρωπότητα⁸⁶.

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί ότι αυτό που προβάλλεται πολλές φορές ως απορία ή επιχείρημα από ορισμένους απλοϊκούς Χριστιανούς, για το πώς δηλαδή θα εξευρεθούν τα δανεικά μέλη ή όργανα του σώματος κατά την κοινή ανάσταση των σωμάτων και την Δευτέρα Παρουσία, είναι μετέωρο θεολογικά⁸⁷. Ο Θεός που μπορεί από τους λίθους να εγείρει υιούς Αβραάμ και να δίνει σάρκα και ζωή στα «ξηρά οστά», σύμφωνα με την προφητεία του Ιεζεκιήλ που διαβάζεται μετά την περιφορά και την είσοδο του Επιταφίου στους ναούς το βράδυ της Μ.

⁸³ Κουτσελίνη, Βασικές Αρχές Βιοηθικής

⁸⁴ J. M. Miller, “A Typology of Legal Transplants: Using Sociology, Legal History and Argentine Examples to Explain the Transplant Process”, *The American Journal of Comparative Law*, 51(2003), 839-885.

⁸⁵ Κωστάκης. *Μεταμοσχεύσεις ιστών*

⁸⁶ M. Graziadei, “Legal transplants and the frontiers of legal knowledge”, *Theoretical Inquiries in Law*, 10(2009), 723-743.

⁸⁷ Ελένη Παπαγαρουφάλη, *Δώρα ζωής μετά θάνατον*, (Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα, 2008)

Παρασκευής, δεν θα έχει κανένα πρόβλημα να δώσει το μάτι, την καρδιά, τους πνεύμονες ή τα νεύρα σε κάποιους δότες⁸⁸.

Ωστόσο, δεν αμφισβητείται πια από κανέναν ότι με την καθιέρωση των μεταμοσχεύσεων ως θεραπευτικής μεθόδου, οι κλασικές αρχές ιατρικής ηθικής άρχισαν πολλές φορές να παραβιάζονται⁸⁹. Αυτό βέβαια δεν ισχύει μόνο για τις μεταμοσχεύσεις, αλλά αφορά και άλλους κλάδους της χειρουργικής και ιδιαίτερα της βιογενετικής⁹⁰. Πρόκειται για τα ηθικά προβλήματα, τα οποία προκύπτουν από την πρακτική των μεταμοσχεύσεων και ζητούν επίμονα λύση, αφού και στον ευρύτερο κοινωνικό χώρο κερδίζει συνεχώς έδαφος η αντίληψη ότι η μεταμόσχευση οργάνων, παρά τις ευεργετικές συνέπειες για τους λήπτες, δεν μπορεί να αποτελεί απροϋπόθετη επιδίωξη αποτελέσματος και αυτοσκοπού. Οφείλει, όπως άλλωστε και κάθε άλλη ιατρική πρακτική, να συντονίζεται με συνειδησιακούς κανόνες ηθικής και χριστιανικής δεοντολογίας⁹¹.

Εξαιτίας της πρακτικής που παρατηρείται σε πολλές περιπτώσεις μεταμοσχεύσεων, σήμερα όλο και περισσότεροι γιατροί αλλά και άνθρωποι του ευρύτερου κοινοτικού συνόλου προβληματίζονται σχετικά⁹²:

α) Με το σύστημα διαθέσεως και τα ισχύοντα κριτήρια χορήγησης των μοσχευμάτων στους αναμένοντες μεταμόσχευση ασθενείς. Οι λαμβανόμενες αποφάσεις μπορεί να συνεπάγονται τη σωτηρία του ενός από αυτούς που περιμένουν αλλά και την απώλεια της ζωής του άλλου⁹³.

β) Με τη μάστιγα διακινήσεως και εμπορίας μοσχευμάτων σε διάφορα μέρη του κόσμου και ιδιαίτερα στις λεγόμενες τριτοκοσμικές χώρες, όπου μια προηγούμενως αποδεκτή και στον ιατρικό χώρο ηθική άρχισε για κοινωνικούς, οικονομικούς και ωφελιμιστικούς λόγους να αμφισβητείται στην πράξη⁹⁴.

⁸⁸ J. B. Otte, History of pediatric liver transplantation. Where are we coming from? Where do we stand?. Pediatric transplantation, 6(2002), 378-387.

⁸⁹ Πελεγρίνης, *Ιατρική Ηθική*

⁹⁰ Κόϊος, *Η ηθική θεώρηση των τεχνικών*

⁹¹ J. M. Miller, "A Typology of Legal Transplants, 839-885

⁹² Ανέστης Κελεσόπουλος, *Εκ του θανάτου εις την ζωήν. Θεολογική προσέγγιση στις προκλήσεις της βιοηθικής.* (Θεσσαλονίκη: Πουρνάρα, 2003)

⁹³ Κουτσελίνη, *Βασικές Αρχές Βιοηθικής Ιατρικής*

⁹⁴ Τακούδας, *Μεταμοσχεύσεις οργάνων «από το μύθο στην πραγματικότητα, σε : Μεταμοσχεύσεις, Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής.* (Αθήνα - Θεσσαλονίκη : Σάκκουλας, 2008)

γ) Με την ιερότητα του σώματος του νεκρού και την αντιμετώπισή του, όταν δεν έχει προηγηθεί εκπεφρασμένη γνώμη πριν από το θάνατό του⁹⁵.

δ) Με την εγγραφή στις λίστες δωρητών για μετά θάνατο προσφορά οργάνων σώματος, όταν είναι παγκοσμίως γνωστό και ιατρικά παραδεκτό ότι τα πτωματικά μοσχεύματα δεν έχουν καμία αξία για τις μεταμοσχεύσεις⁹⁶

και κυρίως ε) με το πότε πεθαίνει ο άνθρωπος και τι σημαίνει ο λεγόμενος «εγκεφαλικός θάνατος»⁹⁷.

Αν και οι μεταμοσχεύσεις έγιναν μέρος της καθημερινής ιατρικής πρακτικής, εξακολουθούν να μην αποτελούν συνηθισμένες εγχειρήσεις. Η αδυναμία της ιατρικής επιστήμης να προσδιορίσει με ακρίβεια τη στιγμή του θανάτου, όσο και η συνακόλουθη σύγχυση και πολυγνωμία μεταξύ των γιατρών, δημιουργούν τις κύριες δυσκολίες στην αντιμετώπιση του θέματος αυτού⁹⁸. Ενώ πριν λίγες δεκαετίες η παύση λειτουργίας της καρδιάς αποτελούσε την κλασική ένδειξη του βιολογικού θανάτου, σήμερα -με εξαίρεση τη Δανία- όλες οι δυτικές χώρες έχουν αποδεχθεί τον λεγόμενο «εγκεφαλικό θάνατο»⁹⁹.

Ωστόσο δεν είναι λίγοι εκείνοι που ισχυρίζονται ότι δεν υπάρχει στην ιστορία της ιατρικής άλλος όρος που να προκάλεσε τόση σύγχυση-ενίοτε και παραπληροφόρηση ή εξαπάτηση- στην κοινή γνώμη, αφού, σύμφωνα με την άποψη αυτή ο εγκεφαλικός ή ο κλινικός θάνατος είναι ένας επικείμενος θάνατος. Είναι επίσης χαρακτηριστικό ότι ο όρος αυτός απαντάται στην ιατρική βιβλιογραφία μόλις της τελευταίας πεντηκονταετίας¹⁰⁰.

Ιδιαίτερα από τη δεκαετία του '50 αναπτύχθηκαν στα νοσοκομεία οι μονάδες ανανήψεως ή εντατικής παρακολούθησης, όπου με τον καιρό κατέστη δυνατή η διατήρηση των ζωτικών λειτουργιών ενός αρρώστου που βρίσκεται σε κωματώδη κατάσταση με την αποκλειστική βοήθεια ειδικών μηχανημάτων¹⁰¹. Το παραπάνω γεννά τα κάτωθι δύο ερωτήματα: σ' αυτήν ακριβώς την κατάσταση,

⁹⁵ Σπυράκη Φραγκιαδάκη, Σταματάκη, Καραγεώργος και Καμπάνι, Μεταμόσχευση οργάνων

⁹⁶ Τακούδας, Μεταμοσχεύσεις οργάνων

⁹⁷ Truog, Miller, and Halpern, "The dead-donor

⁹⁸ Κωστάκης. *Μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων*

⁹⁹ Truog, Miller, and Halpern, "The dead-donor

¹⁰⁰ Truog, Miller, and Halpern, "The dead-donor

¹⁰¹ Σπυράκη, Φραγκιαδάκη, Σταματάκη, Καραγεώργος, Καμπάνι, Μεταμόσχευση οργάνων

κατά την οποία ο άνθρωπος διατηρείται στη ζωή με τεχνητή υποστήριξη και που μόλις διακοπεί θα παύσει να αναπνέει, μπορεί να θεωρηθεί η πορεία του μη αναστρέψιμη και εκείνος οριστικά καταδικασμένος; Η έλλειψη δυνατότητας ενός ασθενούς να εκφρασθεί σημαίνει υποχρεωτικά και ότι δεν ζει¹⁰²;

Τα ερωτήματα αυτά γίνονται ακόμη πιο έντονα αν ληφθεί υπόψη ότι δεν είναι πάντοτε γνωστό στο ευρύτερο κοινό ότι στον «εγκεφαλικό θάνατο» διατηρούνται η κυκλοφορία του αίματος και οι κτύποι της καρδιάς του, τη στιγμή μάλιστα που του αφαιρούνται χωρίς νάρκωση τα όργανα¹⁰³. Υπάρχουν εξάλλου επιστήμονες που ισχυρίζονται ότι ο εγκεφαλικός θάνατος, ακόμη και με παρατεταμένο εγκεφαλικό κώμα αλλά με το στέλεχος σε λειτουργία, θα πρέπει να θεωρηθεί αρκετός για τον ορισμό του θανάτου. Και αυτό διότι έτσι υπολογίζεται ότι θα αυξηθεί ο αριθμός των δοτών και θα καταστεί δυνατή η λήψη οργάνων από ανεγκέφαλα νεογνά, που έχουν εγκεφαλικό στέλεχος¹⁰⁴.

Από την πλευρά αυτή τίθεται διαρκώς το ζήτημα της αναθεώρησης του ορισμού του εγκεφαλικού θανάτου με προοπτική τη διεύρυνση του πλαισίου που τον καθορίζει, για να περιλαμβάνονται σε αυτόν όλο και περισσότερες κατηγορίες ασθενών, που ουσιαστικά θα «ανταλλάσσουν» τη ζωή τους με τη ζωή κάποιου λήπτη¹⁰⁵. Όμως από την άλλη πλευρά, ενώ αναγνωρίζεται η απόλυτη ανάγκη να εξασφαλισθούν όργανα προς μεταμόσχευση, ζωντανά και υγιή, χωρίς τα όποια οι μεταμοσχεύσεις καταργούνται, διαφαίνεται ταυτόχρονα και ο κίνδυνος της διακοπής της ζωής του δότη και η επίσπευση του θανάτου του -σε περιπτώσεις μάλιστα που ο ίδιος δεν έχει προηγουμένως συναινέσει γι' αυτό- εν ονόματι ακριβώς της εξασφάλισης των ποθητών αυτών οργάνων¹⁰⁶.

Αν η Εκκλησία έχει σε κάτι να συμβάλει στο θέμα των μεταμοσχεύσεων για να βοηθήσει στην απεμπλοκή από τα παραπάνω διλήμματα, αυτό είναι η τοποθέτηση και η προβολή κριτηρίων, που πηγάζουν από το Ευαγγέλιο και τη

¹⁰² Κελεσόπουλος, Εκ του θανάτου εις την ζωήν. Θεολογική προσέγγιση στις προκλήσεις της βιοηθικής.

¹⁰³ Truog, Miller, and Halpern, "The dead-donor

¹⁰⁴ Lupaşcu, and Lerut, "Technical improvements

¹⁰⁵ Κωστάκης, *Μεταμοσχεύσεις ιστών*

¹⁰⁶ Κελεσόπουλος, Εκ του θανάτου εις την ζωήν. Θεολογική προσέγγιση στις προκλήσεις της βιοηθικής.

διδασκαλία του¹⁰⁷. Δεν είναι αναγκαίο μήτε και φρόνιμο να εμπλέκεται σε σχολαστικούς προσδιορισμούς ιατρικών θεμάτων, για τα οποία μάλιστα δεν υπάρχει πολλές φορές ομόφωνη άποψη στον ιατρικό χώρο. Αλλά και η θεολογία και η χριστιανική ηθική στην ενασχόλησή τους με τα θέματα αυτά δεν μπορούν να προβάλλουν ένα σύστημα ή κώδικα ηθικής -ή πολύ περισσότερο ιατρικής- δεοντολογίας¹⁰⁸.

Τα κριτήρια, που μπορεί η Εκκλησία από τη θεολογία της για το θέμα να θέσει και να προβάλει, είναι ο σεβασμός στη μοναδική και ανεπανάληπτη αξία του ανθρώπινου προσώπου, αλλά και η, χωρίς ιδιοτέλεια και σκοπιμότητα, αγάπη προς τον πλησίον -αγάπη που φθάνει μέχρι και τον εχθρό- και οδηγεί τον άνθρωπο στην προσφορά και την αυτοθυσία¹⁰⁹. Στα δύο αυτά κριτήρια αποτυπώνεται ουσιαστικά η αγάπη προς τον Θεό και προς τον κατ' εικόνα Εκείνου δημιουργηθέντα άνθρωπο και συνοψίζεται ολόκληρη η χριστιανική διδασκαλία. Στην προοπτική αυτή, ο άνθρωπος δικαιούται να προσδιορίζει ακόμα και το τέλος της ζωής του με την αυτοθυσία, που διαφέρει ριζικά στα κίνητρα και βρίσκεται στον αντίποδα της αυτοκτονίας, αφού η αυτοθυσία δεν νοείται ως κατάφαση στην ιδιοτέλεια και το θέλημα του ανθρώπου, αλλά ως ανταπόκριση στο θέλημα του Θεού¹¹⁰.

Άλλωστε στη χριστιανική ηθική δεν υπάρχουν αυτοαξίες ούτε πράξεις αφ' εαυτών ηθικές και μη ηθικές. Η δυνατότητα των μεταμοσχεύσεων, όπως και κάθε άλλο ανθρώπινο επίτευγμα μπορεί να γίνει θεία δωρεά, ευλογία και χάρισμα ή να αποβεί ύβρη (με την αρχαιοελληνική έννοια του όρου) και διάθεση βέβηλης και αδιάκριτης υποκαταστάσεως του Θεού¹¹¹.

Όπως η αυτόβουλη διακοπή της ζωής μπορεί άλλοτε να σημαίνει διάθεση προσφοράς και αυτοθυσία και άλλοτε να υπογραμμίζει την τραγικότητα της φιλαυτίας και του εγωκεντρισμού, που εκφράζεται με την έσχατη απόγνωση, την ευθανασία και την αυτοκτονία, κατά παρόμοιο τρόπο και η μεταμόσχευση μπορεί να αποτελεί έκφραση ανιδιοτελούς αγάπης και στοργής προς τον συνάνθρωπο ή να

¹⁰⁷ Κελεσόπουλος, Εκ του θανάτου εις την ζωήν

¹⁰⁸ Κελεσόπουλος, Εκ του θανάτου εις την ζωήν.

¹⁰⁹ Νικόλαος, Μητροπολίτης Μεσογαίας και Λαυρεωτικής, (2005)

¹¹⁰ M. Graziadei, "Legal transplants and the frontiers, 723-743.

¹¹¹ Κελεσόπουλος, Εκ του θανάτου εις την ζωήν

συνιστά ενέργεια περιφρονήσεως της ελευθερίας και μοναδικότητας του προσώπου και έσχατης συναλλαγής¹¹².

Ωστόσο, ο σεβασμός στο ανθρώπινο πρόσωπο και η αγάπη προς τον πλησίον προϋποθέτουν το σεβασμό, την ελευθερία του ανθρώπου και την απομάκρυνση από ωφελμιστικές πρακτικές. Όπως είναι η παραβίαση της ελευθερίας του ανθρώπου, η χωρίς την προηγούμενη δήλωση και συγκατάθεση του δότη λήψη των οργάνων του σώματός του για μεταμόσχευση ή η θεώρηση της μη αρνήσεώς του ως συναινέσεως, άλλο τόσο προβληματική κρίνεται η χρησιμοποίηση για τον ίδιο σκοπό προϊόντων κλωνοποίησης ή ανεγκέφαλων βρεφών ως «ανταλλακτικών»¹¹³. Τα ανεγκέφαλα βρέφη, επειδή δεν στερούνται στελέχους δεν είναι εγκεφαλικά νεκρά και, επειδή στερούνται συνείδησης, δεν έχουν τη δυνατότητα έκφρασης ελεύθερης συγκατάθεσης, που κανείς φυσικά δεν μπορεί να προεξοφλήσει και να εικάσει¹¹⁴.

Η θεώρηση του ανθρώπου από τη σύγχρονη ιατρική είναι σε πάρα πολλές περιπτώσεις μηχανιστική. Περιορίζεται ουσιαστικά στο σώμα του ανθρώπου αγνοώντας και παραθεωρώντας την ψυχή του¹¹⁵. Όμως μια τέτοια ανθρωπολογία είναι ουσιαστικά ξένη προς τη χριστιανική. Για την Εκκλησία και τη θεολογία της η ανθρώπινη ζωή βρίσκεται σε μια απείρως ευρύτερη προοπτική, αφού παραμένει ανοικτή στην προοπτική της αιωνιότητας¹¹⁶.

Για την Εκκλησία η ζωή του ανθρώπου δεν περιορίζεται στο πλαίσιο της διατήρησης των σωματικών και βιολογικών του λειτουργιών, αλλά επεκτείνεται απεριόριστα στη σχέση και την κοινωνία με την πηγή της ζωής, που είναι ο Θεός¹¹⁷. Αντίστοιχα και ο θάνατος του ανθρώπου δεν προσδιορίζεται από την παύση των βιολογικών του λειτουργιών, αλλά με την αποκοπή του από την πηγή της ζωής, τον Θεό. Ταυτίζεται με την αμαρτία, που νεκρώνει πνευματικά τον άνθρωπο, απομακρύνοντάς τον από τον Θεό¹¹⁸. Γι' αυτό και η φρίκη των συνεπειών, που κρύβει ο θάνατος, συνοψίζεται από τους Πατέρες της Εκκλησίας

¹¹² Νικόλαος, Μητροπολίτης Μεσογαίας

¹¹³ Πελεγγρίνης, *Ιατρική Ηθική*

¹¹⁴ Κελεσόπουλος, Εκ του θανάτου εις την ζωήν.

¹¹⁵ Πελεγγρίνης, *Ιατρική Ηθική*

¹¹⁶ Κελεσόπουλος, Εκ του θανάτου εις την ζωήν.

¹¹⁷ Νικόλαος, Μητροπολίτης Μεσογαίας

¹¹⁸ Κουτσελίνη, Βασικές Αρχές Βιοηθικής

στη στέρηση της κοινωνίας με τον Θεό. Με δεδομένο τον πνευματικό θάνατο η βιολογική διατήρηση της ζωής έχει δευτερεύουσα σημασία¹¹⁹.

Ο σεβασμός στις τελευταίες στιγμές της επίγειας ζωής του ανθρώπου, που είναι άλλωστε ιδιαίτερα ιερές και καθοριστικές για την πορεία του προς την αιωνιότητα, επιβάλλει να μην επιταχύνεται ο θάνατος¹²⁰. Ο Θεός δεν καταργεί καμιά κτιστή πραγματικότητα, προκειμένου να σώσει κάποια άλλη. Όμως, όπως δεν δικαιούται ο άνθρωπος να επισπεύδει τον θάνατο, δεν δικαιούται και να τον παρατείνει. Έχει χρέος να τον αποδεχθεί και να τον σεβαστεί. Γιατί δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις, κατά τις οποίες η μηχανική υποστήριξη δεν σημαίνει τίποτε περισσότερο από παράταση της διαδικασίας του θανάτου¹²¹.

Βάσει των όσων διατυπώθηκαν πιο πάνω συμπεραίνεται ότι οι μεταμοσχεύσεις έχουν νόημα όταν ενταχθούν στην παραπάνω προοπτική. Όπως κανείς δεν μπορεί να συστήσει σε πάσχοντες συνανθρώπους -και μάλιστα όταν αυτοί είναι νέοι- που περιμένουν τον σωτήριο δότη, να παραιτηθούν από αυτήν την αναμονή και να επιλέξουν το θάνατο, κατά παρόμοιο τρόπο δεν μπορεί κάποιος να υποχρεώσει άλλους να δωρίσουν μέλη του σώματός τους ή, πολύ περισσότερο, να βιάσουν τη θέλησή τους για να εξυπηρετήσουν κάποιες σκοπιμότητες.

Θα πρέπει λοιπόν να αρθούν όλα τα προβλήματα που συνδέονται με την παθολογία των μεταμοσχεύσεων, για να μπορούν αυτές να λειτουργούν πάντοτε ευεργετικά προς όλους, χωρίς να επισωρεύουν συνειδησιακά διλήμματα και ηθικό κόστος ούτε σε εκείνους που τις πραγματοποιούν αλλά ούτε και σε εκείνους που τις υφίστανται¹²².

2. Ορισμός μεταμόσχευσης και σύγχρονη κατηγοριοποίηση

Οι μεταμοσχεύσεις έκαναν την εμφάνισή τους ως μία πρωτοποριακή διαδικασία μετά τον πόλεμο με πρωτοπόρες τις μεταμοσχεύσεις νεφρού. Στόχος των μεταμοσχεύσεων αυτών ήταν οι άνθρωποι να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής

¹¹⁹ M. Graziadei, "Legal transplants and the frontiers, 723-743

¹²⁰ Κελεσόπουλος, Εκ του θανάτου εις την ζωήν.

¹²¹ J. M. Miller, "A Typology of Legal Transplants, 839-885

¹²² Κελεσόπουλος, Εκ του θανάτου εις την ζωήν. Θεολογική προσέγγιση στις προκλήσεις της βιοηθικής.

τους λόγω των έντονων προβλημάτων που δημιουργεί η αιμοκάθαρση αλλά και να σώσουν την ζωή τους¹²³. Αποτέλεσμα της μεγάλης ανάγκης που υπήρχε για τη συγκεκριμένη ιατρική διαδικασία ήταν η ευρεία εδραίωσή τους. Παράλληλα άρχισαν να δημιουργούνται ζητήματα άλλης φύσεως¹²⁴.

Ένα από αυτά ήταν το ζήτημα της δωρεάς οργάνων, ένα ζήτημα όχι απλώς καίριο, αλλά απόλυτα ταυτισμένο με την μεταμόσχευση και την επιβίωσή της ως διαδικασία¹²⁵. Η δωρεά οργάνων, ενώ αρχικώς ήταν μία πράξη όχι ιδιαίτερα διαδομένη, η κατανόηση τού ότι μπορεί να σώσει ζωές, οδήγησε πολλούς ανθρώπους να λαμβάνουν αυτή την απόφαση κινούμενοι από ανθρωπιστικά, κοινωνικά αλλά και ηθικά κίνητρα ξέροντας ότι με αυτό τον τρόπο μπορούν να σωθούν άνθρωποι¹²⁶.

Παρά την γενικότερη αποδοχή των μεταμοσχεύσεων, ως αναγκαία διαδικασία, και παρά τη δωρεά οργάνων που έχει αρχίσει να εδραιώνεται ιδεολογικά, η έλλειψη μοσχευμάτων αποτελεί παγκοσμίως ένα πολύ σοβαρό πρόβλημα¹²⁷. Η μεγάλη πλειοψηφία των μοσχευμάτων προέρχεται από πτωματικό δότη και ακολουθούν οι ζώντες δότες που συνήθως είναι συγγενείς και σε πολύ μικρότερο ποσοστό μη συγγενείς, παρά το γεγονός ότι οι ασθενείς που λαμβάνουν όργανα από ζώντα δότη έχουν μεγαλύτερο μέσο όρο επιβίωσης¹²⁸.

Οι μεταμοσχεύσεις διακρίνονται σε πέντε κατηγορίες: στην ορθοτοπική μεταμόσχευση, στην ετεροτοπική, στη ντόμινο, στην αυτόλογη και τέλος στην αλλογενή μεταμόσχευση¹²⁹. Στην ορθοτοπική μεταμόσχευση πραγματοποιείται μεταμόσχευση ενός οργάνου του δότη στην ίδια θέση με εκείνη που καταλάμβανε

¹²³ Κούρτης, *Αστικό δίκαιο*

¹²⁴ Α. Γρανίτσας, (1993). Βασική έρευνα και ιατρική πράξη. Στο *Μεταπτυχιακή χειρουργική εκδ.* Λαζαρίδης Δ.. Τόμος Α, (Θεσσαλονίκη: University Studio Press, 1993)

¹²⁵ Λυπουρλής, *Ιπποκρατική ιατρική*

¹²⁶ Χριστίνα Σπυράκη, Ε., Φραγκιαδάκη, Γ., Σταματάκη, Γ., Καραγεώργος, and Σ. Καμπάνι, *Μεταμόσχευση οργάνων και ενήμερη συναίνεση. Επιθεώρηση Υγείας*, 18(2007), 35-40

¹²⁷ M. Cecka, “*Trends in kidney transplantation based on registry data*” 2004 13^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νεφρολογίας, Ρόδος.

¹²⁸ B. Knight, *Legal aspects of medical practice*. (London: Churchill Livingstone, 1992)

¹²⁹ Σπυράκη, Φραγκιαδάκη, Σταματάκη, Καραγεώργος, Καμπάνι, *Μεταμόσχευση οργάνων*

το αρχικό όργανο του λήπτη. Τα όργανα που συνήθως μεταμοσχεύονται ορθοτοπικά είναι η καρδιά, οι πνεύμονες, οι νεφροί και το ήπαρ¹³⁰.

Στην ετεροτοπική μεταμόσχευση, πραγματοποιείται μεταμόσχευση ενός οργάνου του δότη σε διαφορετική θέση με εκείνη που καταλάμβανε το αρχικό όργανο του λήπτη. Τα όργανα που συνήθως μεταμοσχεύονται ετεροτοπικά είναι η καρδιά, οι νεφροί, το ήπαρ και το πάγκρεας¹³¹.

Στη ντόμινο μεταμόσχευση, ένας ασθενής που έχει ανάγκη μόσχευματος, δίνει ένα όργανό του σε άλλον λήπτη και αμέσως ο ίδιος λαμβάνει μόσχευμα από εκλιπόντα δότη¹³².

Στην αυτόλογη μεταμόσχευση, ο ασθενής λαμβάνει μόσχευμα από τον εαυτό του και συγκεκριμένα από δικά του βλαστικά κύτταρα. Τα βλαστικά κύτταρα συλλέγονται εκ των προτέρων και επιστρέφουν σε μεταγενέστερο στάδιο. Η αυτόλογη μεταμόσχευση χρησιμοποιείται για την αντικατάσταση βλαστικών κυττάρων που έχουν υποστεί βλάβη από υψηλές δόσεις χημειοθεραπείας και χρησιμοποιείται για τη θεραπεία της υποκείμενης νόσου του ατόμου¹³³. Οι αυτόλογες μεταμοσχεύσεις χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία ενός αριθμού διαφορετικών καρκίνων του αίματος - λεμφώματα λευχαιμίες και μυέλωμα, καθώς και ορισμένων συμπαγών όγκων - καρκίνος του μαστού, καρκίνος των όρχεων, οστεοσάρκωμα και άλλα. Οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν μία μόνο αυτόλογη μεταμόσχευση. Άλλοι, ιδιαίτερα εκείνοι με μυέλωμα ή ορισμένους συμπαγείς όγκους, μπορεί να έχουν δύο ή περισσότερες διαδοχικές (το ένα μετά το άλλο) μεταμοσχεύσεις, σε μια περίοδο μερικών ετών¹³⁴.

¹³⁰ L.Ellis, et al, "Generation of a syngeneic orthotopic transplant model of prostate cancer metastasis". *Oncoscience*, 1(2014), 609.

¹³¹ Niranjan Bhattacharya, and Mahesh Chettri, "Human Heterotopic Fetal Cardiac Tissue Transplant in Patients with Varying Degrees of Cardiomyopathy with Ischemic Heart Disease and Diabetes Mellitus: A Report of 7 Cases" in *Human Fetal Tissue Transplantation* ed Niranjan Bhattacharya, P. Stubblefield (Springer London, 2013) pp. 347-356).

¹³² C. Lupașcu, and J. Lerut, "Technical improvements in domino liver transplantation ». *Jurnalul de Chirurgie*, 9(2013).

¹³³ Truog, Miller, and Halpern, "The dead-donor rule

¹³⁴ C., Ganzel, et al.. Autologous transplant remains the preferred therapy for relapsed APL in CR2. *Bone marrow transplantation* 2016

Τέλος, στην αλλογενή μεταμόσχευση ο ασθενής λαμβάνει μόσχευμα από τα βλαστικά κύτταρα τρίτου. Ο δότης μπορεί να είναι συγγενής ή άγνωστος¹³⁵.

3. Η έννοια του εγκεφαλικού θανάτου

Με τον όρο «εγκεφαλικός θάνατος» νοείται οποιαδήποτε βλάβη του εγκεφάλου, η οποία είναι μη αναστρέψιμη και το άτομο χάνει μόνιμα κάθε λειτουργία του εγκεφάλου του¹³⁶. Σύμφωνα με τις θρησκευτικές αντιλήψεις, ο θάνατος του ατόμου επέρχεται όταν παύουν οι παλμοί της καρδιάς, οπότε το άτομο παύει και να αναπνέει. Ο εγκεφαλικός θάνατος αποτελεί τη διαχωριστική γραμμή μεταξύ ζωής και θανάτου¹³⁷. Άτομα που έχουν υποστεί εγκεφαλικό θάνατο δε νοούνται ως ζώντα άτομα που επιδέχονται θεραπεία. Αντίθετα υποβάλλονται σε τεχνητή υποστήριξη, ώστε τα λοιπά όργανά τους να διατηρηθούν σε όσο το δυνατόν καλύτερη κατάσταση για να μπορέσουν να δοθούν σε άτομα που τα έχουν ανάγκη προκειμένου να διατηρηθούν στη ζωή¹³⁸.

Ο εγκεφαλικός θάνατος είναι ένας από τους δύο τρόπους προσδιορισμού του θανάτου, σύμφωνα με τον ενιαίο Προσδιορισμό του Θανάτου του νόμου των Ηνωμένων Πολιτειών (ο άλλος τρόπος προσδιορισμού του θανάτου είναι η «μη αναστρέψιμη παύση του κυκλοφορικού και του αναπνευστικού συστήματος»)¹³⁹. Ο εγκεφαλικός θάνατος διαφέρει από την επίμονη «φυτική» κατάσταση, στην οποία παραμένουν κάποιες αυτόνομες λειτουργίες του ατόμου¹⁴⁰.

Στην Αυστραλία και τη Νέα Ζηλανδία η «Κοινωνία Φροντίδας» (ANZICS) αναφέρει ότι «η αποφασιστικότητα του εγκεφαλικού θανάτου προϋποθέτει ότι υπάρχει κώμα, απουσιάζουν τα αντανακλαστικά του εγκεφαλικού στελέχους και η λειτουργία του αναπνευστικού κέντρου, και όλα αυτά είναι μη αναστρέψιμα»¹⁴¹. Ειδικότερα, πρέπει να υπάρχουν σαφείς κλινικές ή νευρο-απεικονίσεις οξείας

¹³⁵ S. M.Luger, et al. “Similar outcomes using myeloablative vs reduced-intensity allogeneic transplant preparative regimens for AML or MDS”, Bone marrow transplantation, 47(2012) : 203-211.

¹³⁶ Πελεgrίνης, *Ιατρική Ηθική*

¹³⁷ Κελεσοπούλου, Εκ του θανάτου εις την ζωήν

¹³⁸ Lamb. Organ Transplants

¹³⁹ United Nations, Protocol to prevent, suppress and punish trafficking

¹⁴⁰ Πελεgrίνης, *Ιατρική Ηθική*

¹⁴¹ Luger, et al. “Similar outcomes using myeloablative

παθολογίας του εγκεφάλου (π.χ. τραυματική βλάβη του εγκεφάλου, ενδοκρανιακή αιμορραγία, υποξική εγκεφαλοπάθεια) σύμφωνα με τις οποίες υπάρχει μη αναστρέψιμη απώλεια της νευρολογικής λειτουργίας¹⁴².

3.1 Κριτήρια πιστοποίησης εγκεφαλικού θανάτου

Η διαδικασία για την πιστοποίηση του εγκεφαλικού θανάτου περιλαμβάνει¹⁴³:

1. Ιστορικό ή ευρήματα φυσικής εξέτασης που παρέχουν μια σαφή αιτιολογία της δυσλειτουργίας του εγκεφάλου¹⁴⁴.

Ο προσδιορισμός του θανάτου του εγκεφάλου απαιτεί τον προσδιορισμό της γενεσιουργού αιτίας και μη αναστρέψιμο κώμα. Πιθανές αιτίες της μη αναστρέψιμης απώλειας της λειτουργίας του εγκεφάλου περιλαμβάνουν: σοβαρή βλάβη στο κεφάλι, υπερτασική ενδοεγκεφαλική αιμορραγία, ανευρυσματική υποαραχνοειδή αιμορραγία, υποξικές-ισχαιμικές προσβολές του εγκεφάλου και αιφνίδια ηπατική ανεπάρκεια¹⁴⁵.

Η αξιολόγηση ενός δυνητικά μη αναστρέψιμου κώματος θα πρέπει να περιλαμβάνει, ανάλογα με την εκάστοτε περίπτωση, κλινικές ενδείξεις ή νευροαπεικόνιση που υποδεικνύουν την βαριά καταστροφή του ΚΝΣ που είναι συμβατή με την κλινική διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου¹⁴⁶.

2. Αποκλεισμός οποιασδήποτε πάθησης που θα μπορούσε να συγχύσει την επακόλουθη εξέταση της λειτουργίας του φλοιού ή του εγκεφαλικού στελέχους. Οι παθήσεις που μπορούν να επηρεάσουν την κλινική διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου είναι¹⁴⁷:

- σοκ/υπόταση
- υποθερμία-θερμοκρασία <32°C

¹⁴² Lamb. Organ Transplants

¹⁴³ N.D. Schiff, and J.J. Fins, "Brain death and disorders, R572-6.

¹⁴⁴ Knight, *Legal aspects of medical*

¹⁴⁵ Lamb. Organ Transplants

¹⁴⁶ N.D. Schiff, and J.J. Fins, "Brain death and disorders, R572-6.

¹⁴⁷ Graziadei, "Legal transplants

- φάρμακα που είναι γνωστό ότι μεταβάλλουν την νευρολογική και νευρομυϊκή λειτουργία και το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, όπως αναισθητικοί παράγοντες, νευροπαραλυτικά φάρμακα, μεθακουαλόνη, βαρβιτουρικά, βενζοδιαζεπίνες, υψηλή δόση βρετυλίου, αμιτρυπτιλίνη, μεπροβαμάτη, τριγλωροαιθυλένιο, αλκοόλες
- εγκεφαλίτιδα του εγκεφαλικού στελέχους
- Σύνδρομο Guillain-Barre
- Εγκεφαλοπάθεια που σχετίζεται με ηπατική ανεπάρκεια, ουραιμία και υπερωσμωτικό κώμα
- Σοβαρή υποφωσφαταιμία.

3. Εκτέλεση μίας πλήρους νευρολογικής εξέτασης. Τα στοιχεία μίας πλήρους νευρολογικής εξέτασης περιλαμβάνουν¹⁴⁸:

- Εξέταση του ασθενούς, απουσία αυθόρμητης κίνησης, επιληπτικές κρίσεις, ρίγη, αντίδραση σε λεκτικά ερεθίσματα και αντίδραση σε επιβλαβή ερεθίσματα τα οποία χορηγούνται μέσω της οδού ενός κρανιακού νεύρου.

Κατά την διάρκεια της εξέτασης μπορεί να είναι εμφανιστούν νωτιαία αντανακλαστικά¹⁴⁹.

- Απουσία του αντανακλαστικού της κόρης για να κατευθύνει και να αντιδρά στο φως, οι κόρες δεν χρειάζεται να είναι ίσες ή σε διαστολή. Το αντανακλαστικό της κόρης μπορεί να μεταβάλλεται επιλεκτικά από τραύμα στο μάτι, καταρράκτη, υψηλή δόση ντοπαμίνης, γλουτεθιμιδίου, σκοπολαμίνης, ατροπίνης, αναστολείς οξειδάσης μονοαμίνης ή βρετυλίου¹⁵⁰.
- Απουσία αντανακλαστικών κερατοειδούς, οφθαλμοκεφαλικά, βήχα και πνιγμού. Το αντανακλαστικό του κερατοειδούς μπορεί να μεταβληθεί ως αποτέλεσμα αδυναμίας του προσώπου¹⁵¹.

¹⁴⁸ Miller, "A Typology of Legal Transplants

¹⁴⁹ Lamb. Organ Transplants

¹⁵⁰ N.D. Schiff, and J.J. Fins, "Brain death and disorders, R572-6.

¹⁵¹ Lamb. Organ Transplants

- Απουσία οφθαλμοιθουσαίων αντανάκλαστικών στην έκπλυση με 20 έως 50 ml παγωμένου νερού που προστίθεται σε ένα εξωτερικό ακουστικό πόρο χωρίς κυψελίδα ωτός και μετά από ανύψωση της κεφαλής του ασθενούς για 30'. Δαιδαλικός τραυματισμός ή ασθένεια, αντιχολινεργικά, αντισπασμωδικά, τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και μερικά ηρεμιστικά μπορούν να μεταβάλλουν την αντίδραση¹⁵².
- Αποτυχία του καρδιακού ρυθμού να αυξηθεί κατά περισσότερο από 5 παλμούς ανά λεπτό μετά από 1- 2 mg. ατροπίνης ενδοφλεβίως. Αυτό δείχνει ότι απουσιάζει η λειτουργία του πνευμονογαστρικού νεύρου και των πυρήνων.
- Απουσία προσπαθειών αναπνοής παρουσία υπερκαπνίας¹⁵³

Γενικά, η εξέταση της άπνοιας πραγματοποιείται μετά την δεύτερη εξέταση των αντανάκλαστικών του εγκεφαλικού στελέχους. Η εξέταση της άπνοιας χρειάζεται να πραγματοποιηθεί μόνο μία φορά, όταν τα αποτελέσματά της θα είναι πειστικά. Πριν από την εξέταση της άπνοιας, ο ιατρός πρέπει να προσδιορίσει ότι ο ασθενής πληροί τα ακόλουθα¹⁵⁴:

- Θερμοκρασία $\geq 36,5$ ° C ή 97,7 ° F

- Καλή αιματική ροή. Προαιρετικά: θετικό ισοζύγιο υγρών κατά τις προηγούμενες 6 ώρες

- Κανονική πίεση PCO₂. Προαιρετικά: αρτηριακή PCO₂ ≥ 40 mm Hg

- Κανονική PO₂. Προαιρετικά: προ-οξυγόνωση με αρτηριακή πίεση PO₂ ≥ 200 mm Hg

Μετά τον προσδιορισμό ότι ο ασθενής πληροί τις παραπάνω προϋποθέσεις, ο ιατρός θα πρέπει να πραγματοποιήσει την εξέταση της άπνοιας ως εξής¹⁵⁵:

1. Σύνδεση ενός παλμικού οξύμετρου και αποσύνδεση του αναπνευστήρα.

¹⁵² N.D. Schiff, and J.J. Fins, "Brain death and disorders, R572-6.

¹⁵³ Knight, *Legal aspects of medical*

¹⁵⁴ Lamb. Organ Transplants

¹⁵⁵ N.D. Schiff, and J.J. Fins, "Brain death and disorders, R572-6.

2. Χορήγηση 100% O₂, 6 l/min, εντός της τραχείας. Προαιρετικά: τοποθέτηση ενός καθετήρα στο επίπεδο της τρόπιδας.

3. Προσεκτικός έλεγχος για τυχόν αναπνευστικές κινήσεις (έκπτυξη κοιλίας ή στήθους που παράγει επαρκεί αναπνεόμενους όγκους).

4. Μέτρηση της αρτηριακής πίεσης PO₂, PCO₂ και το pH μετά από περίπου 8 λεπτά και επανασυνδέστε τον αναπνευστήρα¹⁵⁶.

5. Εάν δεν υπάρχουν αναπνευστικές κινήσεις και η αρτηριακή πίεση PCO₂ είναι \geq 60 mm Hg (προαιρετικά: αύξηση 20 mm Hg της PCO₂ σε μια βασική φυσιολογική PCO₂), το αποτέλεσμα της εξέτασης της άπνοιας είναι θετικό (δηλαδή υποστηρίζει την διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου).

6. Εάν παρατηρηθούν αναπνευστικές κινήσεις, το αποτέλεσμα της εξέτασης της άπνοιας είναι αρνητικό (δηλαδή δεν υποστηρίζει την κλινική διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου)¹⁵⁷.

7. Σύνδεση του αναπνευστήρα, εάν κατά την διάρκεια της εξέτασης¹⁵⁸:

- η συστολική αρτηριακή πίεση γίνεται <90 mm Hg (ή κάτω τα κατάλληλα όρια για την ηλικία σε παιδιά κάτω των 18 ετών)

- το παλμικό οξύμετρο υποδεικνύει σημαντικό αποκορεσμό οξυγόνου,

- αναπτυχθεί καρδιακή αρρυθμία

Άμεση λήψη δείγματος αρτηριακού αίματος και ανάλυση των αερίων του αρτηριακού αίματος.

- Εάν η PCO₂ είναι \geq 60 mm Hg ή η αύξηση της PCO₂ είναι \geq 20 mm Hg πάνω από την αρχική τιμή της κανονικής PCO₂, το αποτέλεσμα της εξέτασης της άπνοιας είναι θετικό (υποστηρίζει την κλινική διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου)¹⁵⁹.

¹⁵⁶ Graziadei, "Legal transplants

¹⁵⁷ N.D. Schiff, and J.J. Fins, "Brain death and disorders, R572-6.

¹⁵⁸ Knight, *Legal aspects of medical*

¹⁵⁹ N.D. Schiff, and J.J. Fins, "Brain death and disorders, R572-6.

- Εάν η PCO₂ είναι <60 mm Hg και η αύξηση της PCO₂ είναι <20 mm Hg πάνω από την αρχική τιμή της κανονικής PCO₂, το αποτέλεσμα είναι απροσδιόριστο και θα πρέπει να γίνει εξέταση επιβεβαίωσης.

- Όπου κρίνεται κατάλληλο, μία 10λεπτη εξέταση της άπνοιας μπορεί να πραγματοποιηθεί μετά από προοξυγόνωση για 10 λεπτά με ένα FI_{O2} του 1,0 και ομαλοποίηση των ασθενών με PaCO₂ στα 40 mmHg¹⁶⁰

3.2 Η συνείδηση στα εγκεφαλικά νεκρά άτομα

Οι νευρολόγοι χωρίζουν την συνείδηση σε δύο συνιστώσες: την εγρήγορση και την επίγνωση. Πρέπει να υπάρχουν και οι δύο ώστε να υπάρχει και η συνείδηση. Οι νευρώνες και τα κυκλώματα (συνδέσεις) που υποστηρίζουν την εγρήγορση βρίσκονται στην μία περιοχή του εγκεφάλου και οι νευρώνες και τα κυκλώματα που παρέχουν την επίγνωση βρίσκονται σε άλλες περιοχές του εγκεφάλου¹⁶¹.

Το τμήμα του εγκεφάλου που είναι υπεύθυνο για την εγρήγορση είναι το δικτυωτό ενεργοποιητικό σύστημα (ΔΕΣ), ένα σύνολο νευρώνων στο ανώτερο στέλεχος που στέλνει εκτενείς διεγερτικές προβολές στις περιοχές του εγκεφάλου που είναι υπεύθυνες για την επίγνωση¹⁶². Όταν το ΔΕΣ διεγείρει τον εγκέφαλο, ανοίγουν τα μάτια ενός ατόμου. Ως εκ τούτου, το αυθόρμητο άνοιγμα των ματιών ή το άνοιγμα των ματιών ως απόκριση στα ερεθίσματα αποτελεί ένα αξιόπιστο σημάδι ότι το ΔΕΣ λειτουργεί και ότι υπάρχει εγρήγορση¹⁶³. Ωστόσο, αν και η εγρήγορση είναι απαραίτητη για την συνείδηση, η εγρήγορση και μόνο είναι ανεπαρκής για την συνείδηση. Με άλλα λόγια, το άνοιγμα των ματιών από μόνο του δεν είναι αρκετό για να δείξει ότι ένα άτομο έχει τις αισθήσεις του¹⁶⁴. Κλινικά, αν το ΔΕΣ δεν λειτουργεί κανονικά, τότε ο ασθενής δεν είναι σε θέση να αντιλαμβάνεται και να ανοίξει τα μάτια του, ακόμα και σε αντίδραση σε επώδυνα ερεθίσματα (όπως το τσίμπημα της κλείδας ή η άσκηση πίεσης σε μία κλείδωση

¹⁶⁰ Graziadei, "Legal transplants

¹⁶¹ Χριστοδουλίδης, Κ., *Μεταμοσχεύσεις Λύση ή πρόβλημα*

¹⁶² Tierney, et al. "The effect of discussions about advance

¹⁶³ N.D. Schiff, and J.J. Fins, "Brain death and disorders, R572-6.

¹⁶⁴ Χριστοδουλίδης, Κ., *Μεταμοσχεύσεις Λύση ή πρόβλημα*

στο στέρνο). Ως αποτέλεσμα, ο εγκέφαλος δεν είναι ενεργοποιημένος και δεν μπορεί να υποστηρίξει την επίγνωση¹⁶⁵.

Τα τμήματα του εγκεφάλου που είναι ευθύνονται για την επίγνωση, δηλαδή την ικανότητα να σκεφτόμαστε και να έχουμε αντίληψη, είναι οι νευρώνες (εγκεφαλικά κύτταρα) στον φλοιό (φαιά ουσία) των δύο ημισφαιρίων και οι νευράξονες (προβολές επικοινωνίας) στην λευκή ουσία μεταξύ των νευρώνων¹⁶⁶. Οι νευρώνες του εγκεφάλου βρίσκονται στον εγκεφαλικό φλοιό (η φαιά ουσία στην επιφάνεια του εγκεφάλου) και στην βαθιά φαιά ουσία σε πυρήνες όπως ο θάλαμος. Αυτά τα δισεκατομμύρια των νευρώνων κάνουν τρισεκατομμύρια συνδέσεις μέσω των νευραξόνων στην λευκή ουσία και αποτελούν λειτουργικά νευρωνικά δίκτυα που υποστηρίζουν όλες τις συνειδητές προσπάθειες του εγκεφάλου, καθώς και πολλές λειτουργίες του εγκεφάλου που δεν απαιτούν συνείδηση¹⁶⁷.

Ενώ συχνά ο εγκεφαλικός θάνατος συγχέεται από τους μη-ειδικούς ιατρούς, ο εγκεφαλικός θάνατος και οι διαταραχές της συνείδησης, όπως το κόμα, η φυτοζωική κατάσταση και η ελάχιστη συνειδητή κατάσταση διαφέρουν φανερά και είναι αναμφίβολα διακριτές περιπτώσεις. Επιπλέον, τα βιολογικά μοντέλα στηρίζουν κάθε κατηγορία μοναδικά και με αυξανόμενη ακρίβεια¹⁶⁸. Οι Schiff & Fins (2016)¹⁶⁹ έχουν πλαισιώσει τις διαφορές σε όλες τις διαφορετικές παθήσεις. Επισημαίνουν τις πρόσφατες εργασίες που προάγουν τις μετρήσεις που μπορούν να εντοπίσουν τις διαφορές τους και εξηγούν δύο αλληλένδετα παράδοξα. Το πρώτο παράδοξο είναι ο εγκεφαλικά νεκρός ασθενής του οποίου ο «φαινότυπος» προδίδει την απόλυτη ματαιοπονία και την μη βιωσιμότητα της κατάστασης. Το δεύτερο παράδοξο είναι αυτό που οι ασθενείς διατηρούν εμφανή υψηλότερα επίπεδα γνωστικής λειτουργίας, αλλά που μπορεί να αναγνωριστούν λανθασμένα ότι βρίσκονται σε φυτοζωική κατάσταση ή σε μία από τις παρόμοιες περιπτώσεις που διατυπώνονται στο προσφάτως ορισμένο σύνδρομο της γνωστικής κινητικής

¹⁶⁵ Πελεγρίνης, *Ιατρική Ηθική*

¹⁶⁶ World Health Organization. Frequently asked questions. Ανακτημένο Νοέμβρης 29, 2016 :<http://www.who.int/suggestions/faq/en/index.html>.

¹⁶⁷ Dan Brock, "The ideal of shared decision making between

¹⁶⁸ Πελεγρίνης, *Ιατρική Ηθική*

¹⁶⁹ N.D. Schiff, and J.J. Fins, "Brain death and disorders of consciousness". *Curr Biol.*, 26(2016):R572-6.

διάσπασης¹⁷⁰. Με βάση τα δεδομένα που προκύπτουν και τα μοντέλα που διέπουν κάθε μία από αυτές τις καταστάσεις του εγκεφάλου, οι Schiff & Fins (2016)¹⁷¹ τοποθέτησαν τις πρόσφατες διαφωνίες σχετικά με την αξιολόγηση των εγκεφαλικά νεκρών ασθενών σε ένα επιστημονικό και ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο. Καταλήγουν τοποθετώντας τον εγκεφαλικό θάνατο σε ένα ευρύτερο εννοιολογικό πλαίσιο που θα λαμβάνει υπόψη τις αναδυόμενες επιστημονικές γνώσεις σχετικά με τις διαταραχές της συνείδησης.

4. Διαθρησκειακή θεώρηση των μεταμοσχεύσεων

Ιδιαίτερο πρόβλημα στις μεταμοσχεύσεις παρουσιάζεται όταν ο ασθενής έχει διαφορετικές θρησκευτικές πεποιθήσεις και αρνείται τη χορήγηση θεραπείας που θα του σώσει τη ζωή¹⁷². Οι περισσότερες θρησκείες παρά τις ποικίλες ευαισθησίες τους στα θέματα του σώματος και του θανάτου και τη δυσκολία τους να αποδεχτούν άνευ όρων το επιστημονικό τόλμημα ή να υιοθετήσουν απερίφραστα τη διείσδυση της επιστήμης σε μεταφυσικούς χώρους, διαβλέποντας μια έντονη έκφραση αγάπης και αλληλεγγύης, γενικώς αποδέχονται την ιδέα και την πρακτική των μεταμοσχεύσεων.¹⁷³

Έτσι θα αναφερθώ συνοπτικά στις τοποθετήσεις στο θέμα των μεταμοσχεύσεων των μεγάλων θρησκειών:

- **Ιουδαϊσμός:** Σύμφωνα με τον Ιουδαϊκό νόμο επιτρέπεται η μεταμόσχευση οργάνων από έναν άλλο άνθρωπο σε άλλον, εφόσον κάτι τέτοιο δεν επισπεύδει το θάνατο του δότη και γίνεται με σεβασμό στο ανθρώπινο σώμα. Γενικά η Ιουδαϊκή θρησκεία ενθαρρύνει τις μεταμοσχεύσεις. Παρά ταύτα, δεν υπάρχει μια εγκύκλιος γενικής ισχύος δεσμευτική για όλους τους Εβραίους. Για τα λόγια αυτό συχνά διατυπώνονται ή και εκφράζονται δημόσια απόψεις διαφοροποιημένες από τις παραπάνω αντιλήψεις. Έτσι μέχρι σήμερα στο θέμα του εγκεφαλικού θανάτου υπάρχει αρκετή συζήτηση μεταξύ των ειδικών.¹⁷⁴

¹⁷⁰ Cameron, Hoffenberg “The ethics of organ transplantation

¹⁷¹ N.D. Schiff, and J.J. Fins, “Brain death and disorders, R572-6.

¹⁷² Κωστάκης. *Μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων*

¹⁷³ Νικόλαος, Μητροπολίτης Μεσογαίας και Λαυρεωτικής, (2005).

¹⁷⁴ Κωστάκης Α.(2004). *Μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων: δώρο ζωής*, Αθήνα: επιστημ. Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε.,. 14.

- **Βουδισμός:** Η Βουδιστική Φιλοσοφία δέχεται τη δωρεά μέρους ή και ολόκληρου του σώματος –ζώντος ή νεκρού –ως πράξη γενναιοδωρίας και σύμπνοιας. Η προσφορά είναι αληθινή και αγνή ,όταν είναι ξένη προς κάθε σκέψη ανταπόδοσης. Ο προσφέρων πρέπει να ξεχνά και τον ευεργετούμενο και την πράξη της προσφοράς καθ' εαυτή.¹⁷⁵
- **Χριστιανισμός:** Ο Χριστιανισμός έχει σαφείς και συγκεκριμένες απόψεις σχετικά με το θέμα αυτό. Πολλοί Χριστιανοί ιερωμένοι συνεχώς διαφωτίζουν την ανθρωπότητα για την προσπάθεια σωτηρίας των συνανθρώπων μας μέσω του ιατρικού αυτού επιτεύγματος και τη συνακόλουθη υποχρέωσή μας σύμφωνα με το Χριστιανικό πνεύμα της φιλαλληλίας και της αυτοθυσίας για προσφορά πτωματικών μοσχευμάτων, όχι μόνο με κηρύγματα και ομιλίες αλλά και με παραδειγματικές πράξεις. Ο Μακαριότατος προκαθήμενος της εκκλησίας της Ελλάδος Σεραφείμ, συγκαταλέγεται μεταξύ των πρώτων δωρητών σώματος.¹⁷⁶ Ο Χριστιανισμός βλέπει τη μεταμόσχευση ως πράξη αγάπης και θυσίας χάριν του συνανθρώπου, για μια τέτοια δε αξιολόγηση προβάλλονται δύο βασικά κριτήρια. Το ένα είναι η ανεκτίμητη αξία του ανθρώπου ως εικόνας του Θεού και το άλλο χωρίς όρια και όρους αγάπη προς τον πλησίον που φθάνει μέχρι και της αγάπης προς τον εχθρό.¹⁷⁷

Η Ορθόδοξη θεολογία δε μπορεί να δεχτεί τις μεταμοσχεύσεις ιστών ή οργάνων από άνθρωπο σε άνθρωπο ως κάποια μηχανιστική διαδικασία. Μπορεί όμως να τις δεχτεί ως πράξεις αυτοπροσφοράς και αυτοθυσίας. Γι' αυτό δεν αντιμετωπίζει την προβληματική των μεταμοσχεύσεων με προδιαγεγραμμένη περιπτώσιολογία , αλλά βλέπει τις διάφορες περιπτώσεις με κριτήρια την ανιδιοτελή αγάπη και τον σεβασμό του προσώπου¹⁷⁸.

Παρά ταύτα το γεγονός του θανάτου εκτός από τον καθαρά ιατρικό χαρακτήρα του, έχει έντονα συναισθηματική ,προσωπική και μεταφυσική διάσταση που αφορά ιδιαίτερα τις θρησκείες. Για το λόγο αυτό συχνά στον προσδιορισμό παρεμβάλλονται λόγοι συνειδήσεως. Από την άλλη πλευρά πρέπει να λάβουμε υπόψη ότι μια ενημέρωση και άμεση εμπειρία του τι σημαίνει εγκεφαλικός θάνατος συντελούν

¹⁷⁵ Νικόλαος, Μητροπολίτης Μεσογαίας και Λαυρεωτικής, (2005), 110.

¹⁷⁶Κουτσελίνη, Αντ. Σ. (1999) : Βασικές Αρχές Βιοηθικής Ιατρικής Δεοντολογίας και Ιατρικής Ευθύνης. Αθήνα : Μαρία Γρ. Παρισιάνου, σελ 250-251.

¹⁷⁷ Ιωαννίδης, Β. (1960) : Εισαγωγή εις την Καινήν Διαθήκην. Αθήνα.

¹⁷⁸ Κελεσόπουλος, Εκ του θανάτου εις την ζωήν

ουσιαστικά στην κατανόηση του όλου προβλήματος και στη συνέχεια στην ορθότερη θεολογική τοποθέτηση.¹⁷⁹

- **Ισλαμισμός:** Ο Ισλαμισμός γενικά απαγορεύει κάθε χρήση του νεκρού σώματος ακόμη και των ζώων .Εξάιρεση αποτελεί η περίπτωση κατά την οποία με τον τρόπο αυτόν σώζεται μια άλλη ζωή που κινδυνεύει. Από το 1986 η Ισλαμική Νομική Ακαδημία έχει αποδειχτεί τον εγκεφαλικό θάνατο .Σύμφωνα με το Κοράνιο και πιο συγκεκριμένα με τον Ισλαμικό Κώδικα Ηθικής , οι μεταμοσχεύσεις επιτρέπονται με τη προϋπόθεση ότι υπάρχει συναίνεση του δότη ,ευγενής πρόθεση , σεβασμός του ατόμου και του γεγονότος του θανάτου.¹⁸⁰

Οι μουσουλμάνοι ασθενείς για παράδειγμα, έχουν αρκετές διαφορές λόγω της θρησκείας από τους υπόλοιπους ασθενείς. Επιπλέον, οι μουσουλμάνοι πιστεύουν ότι ο Θεός προκαλεί ό,τι συμβαίνει τόσο στον άνθρωπο όσο και στην φύση. Μία σοβαρή ασθένεια θεωρείται από αυτούς ως θέλημα Θεού¹⁸¹. Αυτός είναι και ο λόγος που δεν θυμώνουν και πολλοί μουσουλμάνοι δέχονται την ασθένεια με υπομονή και προσευχή, αφού θεωρούν ότι μπορεί να είναι και κάποια μορφή τιμωρίας για κάποια αμαρτία τους¹⁸². Έτσι οι περισσότεροι θεωρούν ότι αφού ο Θεός προκάλεσε την ασθένειά τους μόνο αυτός μπορεί να την θεραπεύσει. Παρά το γεγονός ότι πολλοί μουσουλμάνοι εκτιμούν τη σύγχρονη φαρμακολογία και αναζητούν τη φροντίδα υγείας, υπάρχει το ενδεχόμενο κάποιοι από αυτούς να μην δέχονται τη θεραπεία ή την ιατρική φροντίδα και παρέμβαση¹⁸³.

Οι κανόνες που πρέπει να ακολουθηθούν κατά την διάρκεια της παροχής γενικής φροντίδας σε έναν μουσουλμάνο ασθενή, είναι¹⁸⁴:

¹⁷⁹ Νικόλαος, Μητροπολίτης Μεσογαίας και Λαυρεωτικής, (2005), 107.

¹⁸⁰ Κούρτης, Μ. (2002). Αστικό δίκαιο των μεταμοσχεύσεων (σύμφωνα με το ν.2737/1999). Αθήνα : Π.Ν Σάκκουλας, 14.

¹⁸¹ Rassool, "The crescent and Islam

¹⁸² P., Lawrence, C. Rozmus, Culturally sensitive care of the Muslim patient. Journal of Transcultural Nursing, 12(2001), 228-233.

¹⁸³ Lawrence, Rozmus, Culturally sensitive care of the Muslim

¹⁸⁴ G. H. Rassool, "The crescent and Islam: healing, nursing and the spiritual dimension. Some considerations towards an understanding of the Islamic perspectives on caring", Journal of advanced nursing, 32(2000), 1476-1484.

- Να γίνονται κατανοητές οι ανησυχίες του ασθενή και της οικογένειάς του και να μεταφέρονται στους επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται στη διαδικασία λήψης αποφάσεων.
- Να ερμηνεύεται το Κοράνι με τέτοιο τρόπο ώστε να ανταποκρίνεται σε συγκεκριμένες ανησυχίες του ασθενή.
- Ο ασθενής θα πρέπει να συμβουλευέται και να προτρέπεται, τόσο αυτός, όσο και η οικογένειά του, να δέχονται την παρούσα κατάσταση σαν θέλημα του Αλλάχ και να προσεύχονται για μία καλύτερη ζωή μετέπειτα.
- Να παρέχεται φροντίδα και στις ανάγκες της οικογένειας, πνευματική, ψυχολογική και οικονομική, μετά τον θάνατο του αγαπημένου τους προσώπου.

Επιπλέον, στην περίπτωση που θα πρέπει να ληφθούν κάποιες ιδιαίτερες ιατρικές αποφάσεις, που εμπλέκουν ζητήματα βιοηθικής, ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να κατανοήσει ότι λόγω της θρησκείας του ο μουσουλμάνος ασθενής και η οικογένειά του διαφοροποιούνται στα παρακάτω¹⁸⁵:

- Οι μεταγγίσεις αίματος επιτρέπονται μόνο μετά από προσεκτική εξέταση.
- Απαγορεύεται η παροχή βοήθειας στην αυτοκτονία και την ευθανασία.
- Η αυτοψία δεν επιτρέπεται εκτός αν υπάρχει νομικό αίτημα.
- Δεν ενθαρρύνεται η διατήρηση ασθενή στην ζωή με την βοήθεια μηχανικής υποστήριξης.
- Η έκτρωση δεν επιτρέπεται εκτός αν υπάρχει ανάγκη επιβίωσης της μητέρας.
- Η τεχνητή γονιμοποίηση επιτρέπεται μόνο ανάμεσα σε νόμιμο ζευγάρι και υπό την προϋπόθεση χρήσης των δικών τους ωαρίων και σπερμάτων.

¹⁸⁵ G. H. Rassool, "The crescent and Islam:", 1476-1484.

- Η μεταμόσχευση σε γενικές γραμμές επιτρέπεται με κάποιους περιορισμούς όπως θα αναλυθεί εκτενέστερα παρακάτω.

Οι μουσουλμάνοι θεωρούν την μεταμόσχευση απαραίτητη μόνο εάν υπάρχει πρόβλημα για τη ζωή του ασθενή. Στο Κοράνι δεν υπάρχει καμία αναφορά περί μεταμοσχεύσεως. Θεωρείται ασεβής πράξη η αφαίρεση οργάνων ή ιστών από άνθρωπο νεκρό ή ζωντανό, εκτός αν δεν υπάρχει άλλη δυνατότητα σωτηρίας για τον ασθενή. Αυτό κάνει περιττή και τη συγκατάθεση του δότη που απαιτείται σε άλλες περιπτώσεις. Η μεταμόσχευση είναι επιτρεπτή στη περίπτωση που τηρούνται οι κάτωθι προϋποθέσεις¹⁸⁶:

- Μεταμόσχευση μπορεί να γίνεται μόνο σε περιπτώσεις ανάγκης.
- Να μην υπάρχει καμία άλλη δυνατότητα θεραπείας για τον δέκτη.
- Ο δότης πρέπει να είναι νεκρός.

Τα παραπάνω προβλήματα συν το γεγονός ότι κάποιοι άνθρωποι με τη βοήθεια του νόμου κατόρθωσαν να θεσμοθετήσουν τη συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων αναφορικά με την υγεία τους, οδήγησαν στη δημιουργία επιτροπών ηθικής με σκοπό να αποφευχθούν και να μελετούνται καλύτερα και εκτενέστερα τα παραπάνω¹⁸⁷.

Αυτές οι επιτροπές επίσης φροντίζουν για την τήρηση της δεοντολογίας και αποτελούνται από ιατρούς, νοσηλευτές και άλλους επιστήμονες υγείας, χωρίς να συμμετέχουν όμως αυτοί που είναι υπεύθυνοι για τη θεραπεία κάθε ασθενή. Για να εξασφαλιστούν όλες οι ιδιαιτερότητες που μπορεί να υπάρξουν στις επιτροπές αυτές συμμετέχουν επίσης επιστήμονες της νομικής, της θεολογίας και της φιλοσοφίας. Η σύσταση αυτών των επιτροπών μπορεί να διαφέρει όχι μόνο από χώρα σε χώρα αλλά και από ίδρυμα σε ίδρυμα¹⁸⁸.

Παρόλο που οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες λόγω της ευρωπαϊκής ένωσης διέπονται από τους ίδιους κανόνες δεοντολογίας και ηθικής, η αντιμετώπιση περιπτώσεων από χώρα σε χώρα ποικίλει λόγω των πολιτισμικών

¹⁸⁶ A. B. Sajoo, *Muslim ethics: Emerging vistas*. (IB Tauris, 2008)

¹⁸⁷ Lamb. *Organ Transplants*

¹⁸⁸ Πελεγρίνης, *Ιατρική Ηθική*

ιδιαιτεροτήτων που προαναφέρθηκαν¹⁸⁹. Για παράδειγμα, η ευθανασία του ασθενή στην Ολλανδία επιτρέπεται υπό αυστηρές προϋποθέσεις, ενώ στη Γαλλία και στη Μεγάλη Βρετανία δεν το δέχονται και τιμωρείται ποινικά. Στη χώρα μας η ενεργητική ευθανασία δεν επιτρέπεται, καθώς ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας ορίζει ότι: «ο ιατρός οφείλει να γνωρίζει ότι η επιθυμία ενός ασθενή να πεθάνει, όταν αυτός βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο, δεν συνιστά νομική δικαιολόγηση για τη διενέργεια πράξεων, οι οποίες στοχεύουν στην επίσπευση του θανάτου». Όμως ενώ ο ιατρός υποχρεούται να παράσχει ανακουφιστική αγωγή ακόμα και όταν όλα τα θεραπευτικά περιθώρια έχουν εξαντληθεί, οποιαδήποτε ιατρική πράξη πρέπει να γίνεται μόνο μετά από συγκατάθεση του ασθενούς¹⁹⁰.

5. Νομικό πλαίσιο

Στην Ελλάδα το καθεστώς των μεταμοσχεύσεων διέπεται από τον Ν. 3984/2011 που αφορά τη δωρεά και τη μεταμόσχευση οργάνων και είναι σχετικά πρόσφατος. Ο νόμος αποσαφηνίζει πολλές επιμέρους διαστάσεις της δωρεάς οργάνων και των μεταμοσχεύσεων. Στο άρθρο 4 καθορίζεται ο λόγος της αφαίρεσης των οργάνων, ο οποίος είναι μόνο θεραπευτικός, και υπάρχει ειδική μεία σε ποιες περιπτώσεις γίνεται αφαίρεση οργάνων από ζώντα δότη¹⁹¹:

«1. Η αφαίρεση οργάνων από ζώντα ή θανόντα δότη με σκοπό τη μεταμόσχευση πραγματοποιείται μόνο για θεραπευτικούς σκοπούς.

2. Ειδικά η αφαίρεση οργάνων από ζώντα δότη με σκοπό τη μεταμόσχευση διενεργείται εφόσον δεν διατίθενται όργανα από θανόντα πρόσωπα, μέχρι τη στιγμή της αφαίρεσης του οργάνου, δεν υφίσταται εναλλακτική θεραπευτική μέθοδος ανάλογης αποτελεσματικότητας και η μεταμόσχευση δεν συνεπάγεται προφανή, σοβαρό κίνδυνο για τη ζωή ή την υγεία του δότη».

Το άρθρο 5 εξασφαλίζει την αφιλοκερδή διάσταση της δωρεάς οργάνων. Στο πλαίσιο της προστασίας από την εμπορευματοποίηση, ξεκαθαρίζει ότι

¹⁸⁹ Cameron Hoffenberg “The ethics of organ transplantation

¹⁹⁰ Τακούδας, Μεταμοσχεύσεις οργάνων «από το μύθο στην πραγματικότητα,

¹⁹¹ Νόμος 3984/2011

απαγορεύεται η παροχή ανταλλάγματος και ορίζει τι θεωρείται οικονομικό αντάλλαγμα:

«1. Η δωρεά ανθρώπινων οργάνων από νεκρούς και ζώντες δότες γίνεται εθελοντικά και χωρίς αμοιβή. Για να εξασφαλιστεί ότι η προμήθεια οργάνων πραγματοποιείται σε μη κερδοσκοπική βάση απαγορεύεται η λήψη οποιουδήποτε οικονομικού ανταλλάγματος από τον δότη, πριν ή μετά την αφαίρεση του οργάνου, η χορήγηση οικονομικού ανταλλάγματος από τον λήπτη του οργάνου ή την οικογένειά του στον δότη ή στην οικογένειά του ή στους ιατρούς ή άλλους επαγγελματίες υγείας που συμμετέχουν στην αλυσίδα από την αφαίρεση του οργάνου έως τη μεταμόσχευση, όπως και κάθε οικονομική συναλλαγή μεταξύ δότη και λήπτη, είτε άμεσα, είτε με τη διαμεσολάβηση τρίτων προσώπων.

2. Δεν υπάγονται στην έννοια του οικονομικού ανταλλάγματος οι περιπτώσεις δαπανών και αποζημιώσεων του άρθρου 6, καθώς και η οφειλόμενη αποζημίωση συνεπεία σφάλματος κατά τη διαδικασία της αφαίρεσης οργάνου και της μεταμόσχευσης.

3. Απαγορεύεται η γνωστοποίηση της ανάγκης ή της διαθεσιμότητας ανθρώπινων οργάνων όταν αυτή γίνεται με σκοπό την προσφορά ή την αναζήτηση αντίστοιχα οικονομικού οφέλους ή συγκριτικού πλεονεκτήματος».

Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι 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. Στο άρθρο 6 του νόμου αποσαφηνίζονται όλες οι περιπτώσεις που ο δότης δικαιούται αποζημίωση, ποιος καλύπτει τις δαπάνες καθώς και το ενδεχόμενο αποζημίωσης της οικογένειας του δότη σε περίπτωση αναπηρίας ή θανάτου:

«1. Η αρχή της δωρεάν προσφοράς δεν εμποδίζει τη χορήγηση αποζημίωσης στον ζώντα δότη, υπό την προϋπόθεση ότι η αποζημίωση αυτή περιορίζεται αυστηρά στην αντιστάθμιση των δαπανών και της απώλειας εισοδήματος που σχετίζονται με τη δωρεά, ώστε να μη δημιουργείται οικονομικό κίνητρο ή όφελος για τον δυνητικό δότη.

2. Οι δαπάνες για την αφαίρεση ενός ή περισσότερων οργάνων από ζώντα ή θανόντα δότη, η συντήρηση, η μεταφορά και η μεταμόσχευσή τους, βαρύνουν τον ασφαλιστικό οργανισμό του λήπτη ή του υποψήφιου λήπτη. Εάν αυτός είναι ανασφάλιστος, καλύπτονται από ειδική πίστωση που εγγράφεται κάθε έτος στον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης σε ειδικό κωδικό αριθμό.

3. Ειδικά όσον αφορά τον ζώντα δότη, οι δαπάνες της παραγράφου 2 αφορούν:

α) τις ιατρικές και παραϊατρικές πράξεις πριν και μετά την αφαίρεση οργάνου,

β) τη φαρμακευτική αγωγή,

γ) τα υλικά μέσα αποκατάστασης της υγείας ή ανακούφισης,

δ) τη νοσηλεία πριν και μετά την αφαίρεση οργάνου,

ε) την απασχόληση αποκλειστικής νοσοκόμας,

στ) τα έξοδα μετακίνησης προς τον Οργανισμό Αφαίρεσης και διαμονής του δότη,

ζ) κάθε θετική ζημία εξαιτίας της αποχής από την εργασία του,

η) αμοιβές για εργασία που στερήθηκε, προκειμένου να προετοιμαστεί και να πραγματοποιηθεί η αφαίρεση και να αποκατασταθεί η υγεία του.

4. Όσον αφορά τον θανόντα δότη οι δαπάνες της παραγράφου 2 αφορούν:

α) τις ιατρικές και παραϊατρικές πράξεις πριν την αφαίρεση οργάνου,

β) την αναγκαία νοσηλεία και μεταφορά για την αφαίρεση οργάνου [...].

5. Σε περίπτωση αναπηρίας ή θανάτου του δότη ή υποψήφιου δότη εξαιτίας επιπλοκών από την αφαίρεση ενός ή περισσότερων οργάνων ή από την προετοιμασία και τις σχετικές προκαταρκτικές εξετάσεις, καταβάλλεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης αποζημίωση, πέραν των παροχών των ασφαλιστικών οργανισμών, που προβλέπονται στις παραγράφους 2 έως 4, στον ίδιο ή στους δικαιούχους διατροφής από αυτόν [...].»

Στην περίπτωση του ζώντα δότη, ο νόμος καθορίζει με σαφήνεια ότι δεν επιτρέπει τη δωρεά οργάνων από άνθρωπο άγνωστο προς το λήπτη που δεν τους συνδέει κάποιος δεσμός ή σχέση. Αυτό γίνεται προφανώς για να εξασφαλιστεί ότι πίσω από τη δωρεά οργάνων δεν υποκρύπτεται κάποια οικονομική συναλλαγή. Απαγορεύει επίσης στους ανήλικους να είναι δότες καθώς επίσης ρυθμίζει και τα νομικά ζητήματα της συναίνεσης:

«1. Η αφαίρεση οργάνων από ζώντα δότη επιτρέπεται μόνον όταν πρόκειται να γίνει μεταμόσχευση:

α) στον σύζυγο του,

β) σε ασθενή με τον οποίο ο δότης συνδέεται με σύμφωνο ελεύθερης συμβίωσης, σύμφωνα με τα οριζόμενα στο ν. 3719/2008, άνω των τριών χρόνων,

γ) σε συγγενή μέχρι και τον τέταρτο βαθμό εξ αίματος, σε ευθεία ή πλάγια γραμμή,

δ) σε συγγενή μέχρι το δεύτερο βαθμό εξ αγχιστείας,

ε) σε πρόσωπο με το οποίο έχει προσωπική σχέση και συνδέεται συναισθηματικά. Στην περίπτωση αυτή απαιτείται άδεια με δικαστική απόφαση, που εκδίδεται με τη διαδικασία της εκούσιας δικαιοδοσίας, ύστερα από έλεγχο όλων των προϋποθέσεων αφαίρεσης οργάνου από ζώντα πρόσωπο και επιπλέον της ψυχικής υγείας του δυνητικού δότη, της προσωπικής σχέσης και του συναισθηματικού δεσμού του με τον υποψήφιο λήπτη, όπως και της ανιδιοτέλειας της προσφοράς,

στ) αν ο σύζυγος ή συγγενής με τον ανωτέρω βαθμό συγγένειας, ασθενούς, που χρήζει μεταμόσχευσης, επιθυμούν να κάνουν δωρεά του αναγκαίου οργάνου, αλλά δεν υπάρχει ιστοσυμβατότητα, πραγματοποιείται η αφαίρεση του οργάνου και ταυτόχρονα ο ασθενής προτάσσεται στην κατάταξη στο Εθνικό Μητρώο,

ζ) εάν δεν υπάρχει ιστοσυμβατότητα μεταξύ δύο υποψήφιων ληπτών μοσχεύματος και του ζώντα συζύγου τους ή συγγενή τους με βαθμό συγγένειας ως άνω, αλλά υπάρχει ιστοσυμβατότητα μεταξύ του ενός υποψήφιου λήπτη και του ζώντα συζύγου ή συγγενή του άλλου, επιτρέπεται η δωρεά οργάνων αμοιβαία, με απόφαση του Εθνικού Οργανισμού μεταμοσχεύσεων.

2. Η αφαίρεση γίνεται μόνο από ενήλικο πρόσωπο.

3. Η αφαίρεση οργάνων από ζώντα δότη με σκοπό τη μεταμόσχευση επιτρέπεται μόνον εφόσον δεν τελεί υπό δικαστική συμπαράσταση και έχει δικαιοπρακτική ικανότητα, ύστερα από ενημέρωση, σύμφωνα με το άρθρο 7.

4. Η συναίνεση παρέχεται με έναν από τους ακόλουθους τρόπους:
α) με συμβολαιογραφικό έγγραφο,

β) με έγγραφο στο οποίο βεβαιώνεται η γνησιότητα της υπογραφής του δότη. Η συναίνεση πρέπει να είναι ρητή και ειδική. Τα έγγραφα υπό α' και β' φυλάσσονται στον ιατρικό φάκελο του δότη.

5. Η συναίνεση του δότη είναι ελευθέρως ανακλητή, έως τη στιγμή κατά την οποία αρχίζει η ιατρική πράξη της αφαίρεσης του οργάνου. Η ανάκληση γίνεται με οποιονδήποτε τρόπο».

Το άρθρο 9 καθορίζει τη διαδικασία αφαίρεσης οργάνων από θανόντα δότη. Ο νόμος αυτός έχει μία ιδιαιτερότητα σε σχέση με τους προηγούμενους νόμους. Αυτή είναι που ορίζει ότι όλοι είναι δότες και μπορούν να αφαιρεθούν τα όργανά τους εκτός αν δηλώσουν στον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων το αντίθετο. Δε χρειάζεται δηλαδή πλέον δήλωση για να γίνει κάποιος δωρητής οργάνων αλλά δήλωση για να μην γίνει. Ορίζει επίσης με σαφήνεια πότε ακριβώς γίνεται η αφαίρεση οργάνων, δηλαδή πότε ο δότης θεωρείται ως νεκρός και τι ισχύει για την περίπτωση των ανηλίκων:

«1. Η αφαίρεση ενός ή περισσότερων οργάνων από θανόν πρόσωπο πραγματοποιείται εφόσον είναι ενήλικο και συντρέχουν οι προϋποθέσεις της επόμενης παραγράφου. Η αφαίρεση από ανήλικο επιτρέπεται εάν συναινούν σε αυτό οι γονείς ή ο γονέας, που έχουν την επιμέλεια του τέκνου. Εάν δεν υπάρχουν ή έχουν εκπέσει από τη γονική μέριμνα, η συναίνεση παρέχεται από τον επίτροπο. Η συναίνεση δίνεται:

α) με έγγραφο στο οποίο βεβαιώνεται η γνησιότητα της υπογραφής,

β) με προφορική δήλωση, που καταχωρίζεται σε ειδικό βιβλίο, το οποίο τηρείται στον Οργανισμό Αφαίρεσης ή στη Μονάδα Μεταμόσχευσης. Κατά τη δήλωση παράστανται δύο μάρτυρες, οι οποίοι συνυπογράφουν στο ειδικό βιβλίο. Η

συναίνεση πρέπει να είναι ρητή και ειδική. Τα έγγραφα υπό α' και β' φυλάσσονται στον ιατρικό φάκελο του δότη.

2. Η αφαίρεση ενός ή περισσότερων οργάνων από ενήλικο θανάτον πρόσωπο πραγματοποιείται εφόσον, όσο ζούσε, δεν είχε εκφράσει την αντίθεσή του σύμφωνα με την παράγραφο 3. Η έναρξη ισχύος της παρούσας παραγράφου ξεκίνησε από 1.6.2013 προκειμένου στο διάστημα αυτό να υπάρξει πλήρης ενημέρωση των πολιτών μέσω εφαρμογής συγκεκριμένης ενημερωτικής εκστρατείας. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθορίζεται ο τρόπος και κάθε τεχνική λεπτομέρεια σχετικά με την εκδήλωση θετικής ή αρνητικής δήλωσης του κάθε ατόμου και ο τρόπος συγκέντρωσης αυτών από τον ΕΟΜ.

3. Στον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων τηρείται αρχείο όπου καταχωρίζονται οι δηλώσεις των πολιτών περί αντίθεσής τους στην αφαίρεση οργάνων τους μετά θάνατον. Κάθε ενήλικος πολίτης μπορεί να αποστέλλει στον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων σχετική δήλωσή του, με βεβαιωμένο το γνήσιο της υπογραφής. Για τη δήλωση δεν απαιτείται συγκεκριμένος τύπος, αρκεί να συνάγεται ρητά και αβίαστα η ακριβής βούληση του προσώπου. Η δήλωση αυτή είναι ελεύθερα ανακλητή. Η ανάκληση γίνεται με νεότερη δήλωση ανάκλησης, η οποία αποστέλλεται ομοίως στον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων. Η αρχική δήλωση διαγράφεται από το αρχείο και θεωρείται ως μη γενόμενη.

4. Η συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων που εμπεριέχονται στο αρχείο της παραγράφου 3 υπάγεται στις διατάξεις του ν. 2472/1997. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στη διαφύλαξη του απορρήτου των πληροφοριών αυτών. Η πρόσβαση στο αρχείο αυτό επιτρέπεται μόνο στους αρμόδιους υπαλλήλους του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων και τους Συντονιστές Μεταμοσχεύσεων.

5. Η αφαίρεση οργάνων από θανάοντα δότη διενεργείται μετά την επέλευση του θανάτου, κριτήριο για την οποία είναι η νέκρωση του εγκεφαλικού στελέχους, σύμφωνα με τα ευρέως αποδεκτά και σύγχρονα δεδομένα της επιστήμης, όπως ορίζεται στην απόφαση του ΚΕ.Σ.Υ. περί διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου (απόφαση 9 της 21/20.3.1985). Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθορίζεται επακριβώς το κριτήριο επέλευσης του θανάτου, κατόπιν

γνώμης του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.). Με όμοιο τρόπο θεσπίζεται «Κώδικας Πρακτικής», σχετικά με τη διαδικασία διάγνωσης και επιβεβαίωσης του εγκεφαλικού θανάτου.

6. Όταν ο θεράπων ιατρός διαγνώσει νέκρωση του εγκεφαλικού στελέχους και εφόσον η λειτουργία ορισμένων οργάνων διατηρείται με τεχνητά μέσα, υποχρεούται να προβεί από κοινού με έναν αναισθησιολόγο και έναν νευρολόγο ή νευροχειρουργό στη σύνταξη πιστοποιητικού θανάτου. Στην πιστοποίηση του θανάτου δεν συμμετέχει ο ιατρός που ανήκει στη μεταμοσχευτική ομάδα. Στη συνέχεια, ο θεράπων ιατρός υποχρεούται να ενημερώσει σχετικά, χωρίς καθυστέρηση, τον Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων, εφόσον υφίσταται στο νοσοκομείο και τον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων, προκειμένου να ενημερωθεί εάν το ενήλικο, θανόν πρόσωπο έχει δηλώσει την άρνησή του να γίνει δωρητής οργάνων μετά θάνατον. Εάν ο θανών είναι ανήλικος, ο θεράπων ιατρός από κοινού με τον Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων, εφόσον υφίσταται στο νοσοκομείο, υποχρεούται να μεριμνήσει για την ανεύρεση των προσώπων που είναι αρμόδια να συναινέσουν στην αφαίρεση των οργάνων, για την ενημέρωσή τους και τη λήψη της συναίνεσής τους. Εφόσον λάβει τη συναίνεση, ενημερώνει σχετικά, χωρίς καθυστέρηση, τον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων. Εάν πρόκειται να πραγματοποιηθεί η μεταμόσχευση, συνεχίζεται η τεχνητή υποστήριξη του θανόντος προσώπου.

7. Η αφαίρεση οργάνων από θανόντα δότη γίνεται με τον προσήκοντα σεβασμό στο σώμα του νεκρού. Ειδική μέριμνα λαμβάνεται για την αποκατάσταση της εικόνας του».

Τέλος, ο νόμος δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην ανωνυμία επιτρέποντας τη δημοσιοποίηση πληροφοριών που αφορούν μόνο την έκβαση της μεταμόσχευσης και απαγορεύει τη δωρεά οργάνων σε συγκεκριμένο λήπτη παρακάμπτοντας με αυτό τον τρόπο την λίστα προτεραιότητας.

Πλην του Νόμου 3984/2011, η Ελλάδα έχει υπογράψει, χωρίς ωστόσο να έχει ενσωματώσει στη νομοθεσία της, το Πρόσθετο Πρωτόκολλο για τις Μεταμοσχεύσεις της Σύμβασης του Οβιέδο. Σύμφωνα με το Πρόσθετο Πρωτόκολλο για τις Μεταμοσχεύσεις της Σύμβασης του Οβιέδο, όλα τα κράτη που το έχουν

υπογράφει υποχρεούνται να προστατεύουν την αξιοπρέπεια και την ταυτότητα όλων των προσώπων και να παρέχουν εγγυήσεις, χωρίς διάκριση, για τον σεβασμό της (σωματικής τους) ακεραιότητας καθώς και για άλλα δικαιώματα και θεμελιώδεις ελευθερίες σε ό,τι αφορά τις μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων ανθρώπινης προέλευσης. Το Πρόσθετο Πρωτόκολλο για τις Μεταμοσχεύσεις της Σύμβασης του Οβιέδο κάνει λόγο για τη συναίνεση αφού πρώτα όλα τα εμπλεκόμενα μέλη έχουν ενημερωθεί για τη διαδικασία. Ιδιαίτερη σημασία κατέχει η ενημέρωση του υποψήφιου δότη, ο οποίος θα δωρίσει το όργανο ή τον ιστό όχι για να θεραπευθεί ο ίδιος αλλά για να βοηθήσει κάποιον άλλον. Ως εκ τούτου, η εξειδικευμένη πληροφόρησή του για το εγχείρημα αυτό καθίσταται εξαιρετικής σημασίας. Ο ίδιος οφείλει να καταλάβει τη σοβαρότητα του εγχειρήματος, να εξισορροπήσει τις συνέπειες του εγχειρήματος αυτού στο παρόν και το μέλλον για την υγεία του, αλλά και να εξισορροπήσει την ψυχική του οδύνη σχετικά με την απειλούμενη απώλεια ενός αγαπητού του προσώπου. Υπό αυτές τις διαδικασίες ο δότης θα λάβει την ορθότερη απόφαση, η οποία είναι αμετάκλητη. Πλην του δότη βασικό δικαίωμα ενημέρωσης έχει και ο λήπτης, στο σώμα του οποίου θα γίνει η μεταμόσχευση. Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί ότι ο λήπτης του μοσχεύματος, βάσει του δικαιώματός του της αυτοδιάθεσης, μπορεί να αρνηθεί τη μεταμόσχευση από συγγενικό του πρόσωπο, ειδικά αν γνωρίζει ότι μια τέτοια διαδικασία θα έχει σοβαρές συνέπειες στην υγεία του δότη και παράλληλα μικρή αποτελεσματικότητα στη δική του υγεία¹⁹².

Τέλος η Ελλάδα έχει ενσωματώσει στη νομοθεσία της με το Προεδρικό Διάταγμα υπ' αριθμ. 26/24.3.2008 την Κοινοτική Οδηγία 2004/23, η οποία ρυθμίζει τα πρότυπα ποιότητας και ασφάλειας σχετικά με τη δωρεά, την προμήθεια, τον έλεγχο, την επεξεργασία, τη συντήρηση, την αποθήκευση και την διανομή ανθρώπινων ιστών και κυττάρων (όχι όμως και οργάνων προς μεταμόσχευση). Στην Κοινοτική Οδηγία 2004/23 αναφέρονται οι υποχρεώσεις των αρχών των κρατών μελών για την εποπτεία της προμήθειας ανθρώπινων ιστών και κυττάρων, τη διαπίστευση, ορισμό, έγκριση ή αδειοδότηση των ιδρυμάτων, τις επιθεωρήσεις και τα μέτρα ελέγχου, την ιχνηλασιμότητα, την Εισαγωγή/εξαγωγή ανθρώπινων ιστών και κυττάρων, το Μητρώο ιδρυμάτων ιστών και την υποχρέωση υποβολής εκθέσεων και της Κοινοποίηση

¹⁹² Πρόσθετο Πρωτόκολλο για τις Μεταμοσχεύσεις της Σύμβασης του Οβιέδο

σοβαρών ανεπιθύμητων συμβάντων και Αντιδράσεων. Επίσης αναφέρεται ο τρόπος βάσει του οποίου επιλέγεται και αξιολογείται ο δότης κάνοντας λόγο για τη συναίνεση του ασθενούς. Τέλος ορίζονται οι διατάξεις για την ποιότητα και την ασφάλεια των ιστών και των κυττάρων¹⁹³.

6. Εμπορευματοποίηση οργάνων

Μεγάλο ηθικό ζήτημα στις μεταμοσχεύσεις προκαλείται από την εμπορευματοποίηση των μεταμοσχεύσεων. Ειδικά στην περίπτωση των νεφρικών μεταμοσχεύσεων, μεγάλο μέρος των μοσχευμάτων προέρχεται από χώρες όπου υπάρχει μεγάλη ανέχεια και φτώχεια και οι άνθρωποι πουλάνε τα όργανά τους προκειμένου να επιβιώσουν¹⁹⁴. Τέτοιου είδους φαινόμενα έχουν αρχίσει τα τελευταία χρόνια να κάνουν την εμφάνισή τους και στην Ελλάδα λόγω της οικονομικής κρίσης με ανθρώπους να επιθυμούν να πουλήσουν τα νεφρά τους¹⁹⁵. Το φαινόμενο όμως δεν είναι νέο αφού αρκετοί Έλληνες νεφροπαθείς μαρτυρούν ότι πήγαν στο εξωτερικό για να υποβληθούν σε μεταμόσχευση νεφρού γνωρίζοντας ότι το μόσχευμα προέρχεται από αγοραπωλησία και καταβάλλοντας μεγάλο αντίτιμο¹⁹⁶.

Προσπάθεια να αναχαιτιστεί το εμπόριο οργάνων γίνεται μέσω της νομοθεσίας. Ο Ν. 2737/99 περί μεταμοσχεύσεων καθόριζε με σαφήνεια ότι δεν πρέπει να υπάρχει κανενός είδους αντάλλαγμα που να εμπλέκεται στην αφαίρεση οργάνων¹⁹⁷. Οι χώρες της Δυτικής Ευρώπης έχουν θεσπίσει νομοθεσίες απαγορευτικές προς την οικονομική συναλλαγή στις μεταμοσχεύσεις θεσπίζοντας ποινές όχι μόνο προς το δωρητή και τον λήπτη που θα εμπλακούν σε μία τέτοια διαδικασία αλλά και προς τον οποιοδήποτε εκτελέσει χρέη μεσάζοντα σε μία τέτοια συναλλαγή¹⁹⁸.

¹⁹³ Κοινοτική Οδηγία 2004/23

¹⁹⁴ Ευάγγελος Αλεξόπουλος, «Η εμπορευματοποίηση των μεταμοσχεύσεων και η διακήρυξη της Κωνσταντινούπολης», *Ελληνική Νεφρολογία*, 20 (2008), 237-240.

¹⁹⁵ Φυντανίδου Έλενα, (2009). «Πωλείται νεφρό» λόγω χρεών....*Το Βήμα*, Ανακτημένο Οκτώβριος 26: <http://www.tovima.gr/society/article/?aid=343195>

¹⁹⁶ Βέργουλας, *Μεταμόσχευση*

¹⁹⁷ Κούρτης, *Αστικό δίκαιο των μεταμοσχεύσεων*

¹⁹⁸ Ιωάννης Παπαδημητρίου, *Μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων*. (Αθήνα : Γρηγ. Παρισιάνος, 1998)

Παρ' όλα αυτά όμως η εμπορευματοποίηση οργάνων όχι μόνο υφίσταται αλλά αποτελεί μία πολύ επικερδή επιχείρηση σε χώρες του τρίτου κόσμου όπως η Ινδία και το Πακιστάν¹⁹⁹. Λόγω της φτώχειας οι άνθρωποι σε αυτές τις χώρες πωλούν τα όργανα τους, κυρίως τα νεφρά τους, για να μπορέσουν να επιβιώσουν, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω. Από την άλλη, η αγορά αυτών των οργάνων γίνεται από αναπτυγμένες χώρες όπως οι ΗΠΑ, ο Καναδάς και η Αυστραλία²⁰⁰.

Η αντίθετη άποψη στην απαγόρευση της εμπορευματοποίησης των οργάνων, υποστηρίζει ότι έχει ηθική διάσταση. Ειδικότερα, υποστηρίζεται ότι εκμετάλλευση υπάρχει όχι όταν κάποιος φτωχός ανταμείβεται για τη δωρεά οργάνων, αλλά όταν αναμένεται να το κάνει δωρεάν, γιατί εκτός από τη φτώχεια που πρέπει να υποφέρει του υποβάλλονται και δύσκολα ηθικά διλήμματα²⁰¹.

Ειδικά στη Βόρεια Αμερική κερδίζει συνεχώς έδαφος η πρόταση για την ανάπτυξη μίας αγοράς οργάνων, όχι όμως με τους ανταγωνιστικούς κανόνες που διέπουν τις υπόλοιπες αγορές, υποστηρίζοντας ότι μπορεί να αποτελέσει ένα μέσο κοινωνικής πολιτικής αφού θα βοηθήσει στην αναδιανομή του εισοδήματος²⁰². Η ηθική διάσταση αυτού του θέματος δεν φαίνεται να απασχολεί τους υποστηρικτές αυτής της άποψης και στην αντιπαραβολή της ηθικής διάστασης θέτουν ως αντίβαρο τον πόνο και τις δυσκολίες που υπομένει ένας ασθενής που δεν μπορεί να κάνει μεταμόσχευση. Τονίζουν δε ότι η απαγόρευση της εμπορίας οργάνων αποτελεί παράλληλα και απαγόρευση στην αυτοδιάθεση αφού καθένας μπορεί να διαθέσει το σώμα του που του ανήκει όπως θέλει²⁰³.

7. Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας

Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας είναι σαφής για το ρόλο που πρέπει να έχει ο ιατρός στη διαδικασία των μεταμοσχεύσεων. Στο άρθρο 32 αναφέρει ότι ο ιατρός πρέπει να παροτρύνει και να ενθαρρύνει τη δωρεά οργάνων ώστε να αντιμετωπιστούν οι δυσκολίες που υπάρχουν στην εύρεση μοσχευμάτων²⁰⁴. Αυτό

¹⁹⁹ Τακούδας, Μεταμοσχεύσεις οργάνων

²⁰⁰ Χριστοδουλίδης, Κ., *Μεταμοσχεύσεις Λύση ή πρόβλημα*

²⁰¹ T. Engelhardt, *The Foundations of Christian Bioethics*. (Lisse: SwetsandZeitlinger Publ., 2000)

²⁰² Χριστοδουλίδης, Κ., *Μεταμοσχεύσεις Λύση ή πρόβλημα*

²⁰³ Trucco, Sales of Kidneys Prompt, 1-6

²⁰⁴ Κουτσελίνη, Βασικές Αρχές Βιοηθικής Ιατρικής

θα πρέπει να γίνεται στο πλαίσιο της εθελοντικής συνεισφοράς και να παρέχεται στον μελλοντικό δωρητή η κατάλληλη ενημέρωση που θα του αποσαφηνίσει τυχόν απορίες και αμφιβολίες. Εξάλλου, μεγάλο μέρος της απροθυμίας δωρεάς οργάνων οφείλεται στο γεγονός ότι οι άνθρωποι φοβούνται ότι, αν γίνουν πτωματικοί δότες, υπάρχει το ενδεχόμενο να αποφασιστεί εκ μέρους των ιατρών η πρόωγη έλευση του θανάτου τους προκειμένου να λάβουν τα όργανα²⁰⁵. Παράλληλα, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η τήρηση του απορρήτου εκ μέρους του ιατρού, ώστε να μην υπάρχουν άλλου είδους αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στο δωρητή και στον λήπτη. Ειδικότερα, το άρθρο 32 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας αναφέρει²⁰⁶:

«1. Ο ιατρός οφείλει να ενθαρρύνει τις μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων που γίνονται για θεραπευτικούς λόγους, παρέχοντας σωστή ενημέρωση και συνεργαζόμενος με τους αντίστοιχους φορείς και υπηρεσίες.

2. Ο ιατρός δεν παρέχει τις υπηρεσίες του εάν η μεταμόσχευση γίνεται ή επιχειρείται να γίνει με οποιοδήποτε αντάλλαγμα ή υποκρύπτει τέτοιο. Η καταβολή των δαπανών που είναι απαραίτητες για τη μεταμόσχευση δεν συνιστά αντάλλαγμα.

3. Ο ιατρός προστατεύει, με κάθε τρόπο, το απόρρητο της ταυτότητας του δότη και του λήπτη».

8. Η δωρεά στην Ελλάδα

Ανέκαθεν οι Έλληνες φημίζονται για τα προτερήματά τους όσον αφορά τον αυθορμητισμό τους, τη γενναιοδωρία τους, την αμεσότητα και τη φιλοξενία τους. Ακριβώς αυτές τις αξίες επικαλούνται οι Έλληνες που σχετίζονται με τα της δωρεάς και προτρέπουν τους συμπατριώτες τους να γίνουν αλτρουιστές και δυνητικοί δωρητές²⁰⁷.

Κατά την άποψη του Herzfeld, όταν ο οικοδεσπότης γίνει απλός δότης δώρου, ή δεχτεί την ανταπόδοση της φιλοξενίας πρόωρα, τότε ο επισκέπτης δε θεωρείται κάτι σαν ιδιαίτερος συγγενής αλλά ξένος και το δώρο μπορεί εύκολα να θεωρηθεί ακόμα και

²⁰⁵ Κόϊος, *Η ηθική θεώρηση των τεχνικών*

²⁰⁶ Κουτσελίνη, *Βασικές Αρχές Βιοηθικής Ιατρικής*

²⁰⁷ Πελεγρίνης, *Ιατρική Ηθική*

“δωροδοκία”²⁰⁸. Ο Herzfeld δηλαδή υποδηλώνει το χαρακτηριστικό που διαφοροποιεί την προσφορά της φιλοξενίας από την προσφορά ενός δώρου στο πλαίσιο της ελληνικής κοινωνίας. Παρατηρεί ότι για τους Έλληνες που μελέτησε στη δεκαετία του 1970, η προσφορά του δώρου είχε αρνητική χροιά σε σύγκριση με την προσφορά φιλοξενίας. Η ερμηνεία που δίνει, είναι ότι την προσφορά του δώρου σε αντίθεση με τη φιλοξενία, διασπά και αποσπά πόρους από την ομάδα των ανθρώπων του δότη και υπονομεύει την ηθική βάση της μεταξύ τους εμπιστοσύνης. Όσο δε πιο ισχυρή είναι προέλευση του δώρου, τόσο πιο έντονη υποψία προκαλείται ότι υπάρχει ιδιοτέλεια και όχι έγνοια για το κοινό καλό²⁰⁹. Συνδυάζοντας τα παραπάνω με το θεσμοθετημένο δώρο ζωής, το δίπτυχο φιλότιμο – φιλοξενία ως προτρεπτική ρητορική και μεταφορά, ταιριάζει απόλυτα στο δίπτυχο της ζώσας δωρεάς/λήψης νεφρού, καθώς και στη λήψη πτωματικών οργάνων. Στην πρώτη περίπτωση, οι μεν στενοί συγγενείς του νεφροπαθούς είναι και νιώθουν “υποχρεωμένοι” να προσφέρουν το νεφρό τους στον εξ’ αίματος πάσχοντα συγγενή, ο δε τελευταίος προσδοκά αυτή την προσφορά ως “φυσιολογική”. Στη δεύτερη περίπτωση, οι ασθενείς γίνονται “οικειοθελώς” φιλόξενοι προς το ξένο σώμα και είναι πανέτοιμοι να το κάνουν “δικό” τους προς όφελος δικό τους και των δικών τους²¹⁰.

Αντίθετα, για τους αρνητές της δωρεάς εν ζωή ή μετά θάνατον, με το δώρο ζωής υπονομεύεται και διασπάται, αποσπάται και αποξενώνεται, αποσωματοποιείται και χάνεται το “όλον”, δηλαδή μέρος ή μέρη του σώματός μου, η σχέση με τους συγγενείς που θα ήθελαν να ενταφιάσουν το νεκρό σώμα, χωρίς να σημαίνει αυτό απαραίτητα ότι θα είχαν αντίρρηση να “φιλοξενήσουν” ξένα όργανα στο σώμα τους ή των παιδιών τους.²¹¹

Το γεγονός ότι στην Ελλάδα δεν υπάρχει κουλτούρα δωρεάς οργάνων, έχει οδηγήσει στην έλλειψη μοσχευμάτων, ένα φαινόμενο που προσπαθεί να σταματήσει η νέα νομοθεσία. Την ίδια στιγμή, ένας μεγάλος αριθμός ανθρώπων έχει ανάγκη αυτά τα όργανα για να σώσει τη ζωή του²¹². Το ίδιο ισχύει όμως και σε άλλες χώρες. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα εδώ και πολλά χρόνια να έχει αναπτυχθεί μία μεγάλη αντιπαράθεση για την νομιμότητα και την ηθική διάσταση που μπορεί

²⁰⁸ Πελεγρίνης, *Ιατρική Ηθική*

²⁰⁹ Παπαγαρουφάλη, Ε. (2008). Δώρα ζωής μετά θάνατον. 90-98.

²¹⁰ Κουτσελίνη, *Βασικές Αρχές Βιοηθικής Ιατρικής*

²¹¹ Παπαγαρουφάλη, Ε. (2008). Δώρα ζωής μετά θάνατον

²¹² Παπαγαρουφάλη, Δώρα ζωής μετά θάνατον

να έχει η εμπορευματοποίηση των οργάνων στο πλαίσιο της προσφοράς και της ζήτησης. Δηλαδή να παροτρυνθεί η δωρεά οργάνων μέσω της προσφοράς κάποιας αποζημίωσης στον λήπτη²¹³. Όπως είναι αναμενόμενο αυτό προκάλεσε μία σειρά αντιδράσεων αφού η εισαγωγή χρηματικού αντιτίμου, ασχέτως του μεγέθους του, θα μετατρέψει τις μεταμοσχεύσεις σε αντικείμενο συναλλαγής²¹⁴. Με τον παραπάνω νόμο που παρατέθηκε, αναδεικνύεται σαφώς η αντίθεση της ελληνικής νομοθεσίας σε μία τέτοια προοπτική.

Για να επιλυθεί το πρόβλημα της αγοραπωλησίας οργάνων δεν απαιτείται μόνο νομοθεσία. Απαιτείται αύξηση της δωρεάς οργάνων και εντατική καλλιέργεια της κουλτούρας αυτής, προκειμένου να αυξηθούν οι δότες και να επιλυθούν στο μέγιστο δυνατό πολλά από τα προβλήματα που προκύπτουν στον ηθικό τομέα. Βασικό σημείο της κουλτούρας αυτής πρέπει να προκαλέσει το γεγονός ότι οι μεταμοσχεύσεις μπορούν να σώσουν ζωές ενώ παράλληλα με τη δωρεά οργάνων παύουν και τα φαινόμενα εκμετάλλευσης και εμπορευματοποίησης τους²¹⁵.

²¹³ Τακούδας, *Μεταμοσχεύσεις οργάνων*

²¹⁴ Νικόλαος, *Μητροπολίτης Μεσογαίας και Λαυρεωτικής*, (2005)

²¹⁵ Giesen, *A comparative law study of civil liability*

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ

ΦΙΛΟΣΟΦΙΚΗ ΚΑΙ ΗΘΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΗΣ ΔΩΡΕΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ ΟΡΓΑΝΩΝ

1. Φιλοσοφική άποψη των μεταμοσχεύσεων

Η δωρεά οργάνων βασίζεται στους πυλώνες του αλτρουισμού. Όταν η ηθική αξία των ενεργειών ενός ατόμου εστιάζεται κυρίως στην ευεργετική επίδραση σε άλλα άτομα, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι συνέπειες για το ίδιο το άτομο, οι δράσεις του ατόμου θεωρούνται αλτρουιστικές²¹⁶. Ο Auguste Comte (2008)²¹⁷ επινόησε την λέξη «αλτρουισμός» (στα γαλλικά *altruisme*, από την λέξη *autrui*: «άλλοι άνθρωποι» και επίσης από την λατινική λέξη *alter* που σημαίνει τους «άλλους»). Υπήρξε ο Γάλλος ιδρυτής του θετικισμού και οι απόψεις του περιγράφονται στο *Catéchisme Positiviste*, όπου το να ζει κανείς για τους άλλους ήταν «αλτρουισμός». Ο αλτρουισμός μπορεί να κατηγοριοποιηθεί σε δύο τύπους: υποχρεωτικός και πέραν του δέοντος. Ο υποχρεωτικός αλτρουισμός ορίζεται ως το ηθικό καθήκον να βοηθήσουμε τους άλλους. Ο πέραν του δέοντος αλτρουισμός ορίζεται ως ηθικά καλός, αλλά δεν απαιτείται σε ηθικό επίπεδο να ξεπερνά κανείς το καθήκον του. Η πράξη που μεγιστοποιεί τις καλές συνέπειες για το σύνολο της κοινωνίας είναι γνωστή ως ωφελιμισμός²¹⁸.

Η αλτρουιστική συμπεριφορά και η ευτυχία είναι αμοιβαία στην φύση τους. Στην πραγματικότητα, οι νευροεπιστήμονες ανακάλυψαν νευρωνικές βάσεις για τον αλτρουισμό²¹⁹. Μέσω της λειτουργικής μαγνητικής τομογραφίας, έχει αποδειχθεί ότι ο υπογονάτιος φλοιός/διαφραγματική περιοχή, η οποία είναι στενά συνδεδεμένη με το κοινωνικό δέσιμο και την προσκόλληση, ενεργοποιείται όταν οι εθελοντές προέβησαν σε αλτρουιστικές δωρεές σε φιλανθρωπικές οργανώσεις²²⁰.

Το αντίθετο του αλτρουισμού είναι ο εγωισμός. Εγωισμός είναι η αίσθηση της σημαντικότητας του εαυτού. Οι ψυχολογικά εγωιστές ισχυρίζονται ότι κάθε

²¹⁶ Χριστοδουλίδης, Κ., *Μεταμοσχεύσεις Λύση*

²¹⁷ Auguste Comte “Stanford Encyclopedia of Philosophy Archive” (2008) ανακτημένο Νοέμβρης 29, 2016 <http://plato.stanford.edu/archives/spr2014/entries/comte/>

²¹⁸ Πελεγρίνης, *Ιατρική Ηθική*

²¹⁹ Χριστοδουλίδης, Κ., *Μεταμοσχεύσεις Λύση*

²²⁰ Πελεγρίνης, *Ιατρική Ηθική*

άτομο έχει την δική του ευημερία ως προτεραιότητα στην δική του ημερήσια διάταξη. Κάποια μορφή ιδιοτέλειας, όπως η εγγενής ικανοποίηση, παρακινεί, τελικά, όλες τις πράξεις όπου τα άτομα μοιράζονται, βοηθούν ή θυσιάζονται για τους άλλους. Άλλα κριτήρια παρακίνησης είναι η προσδοκία ανταπόδοσης και η επιθυμία κάποιου να κερδίσει σεβασμό και φήμη, ή μέσω της ανταμοιβής στην ζωή μετά τον θάνατο²²¹.

Βάσει των παραπάνω συμπεραίνεται πως από φιλοσοφική άποψη οι μεταμοσχεύσεις υπάγονται στη θεωρία του αλτρουισμού και συγκεκριμένα στον υποχρεωτικό αλτρουισμό.

2.Ο ηθικός ρόλος του γιατρού

Οι ιατροί έχουν την ηθική υποχρέωση να εκπαιδεύουν τους ασθενείς σχετικά με την δωρεά οργάνων και να συζητούν αυτήν την επιλογή. Η ενημέρωση αυτή των ασθενών σχετικά με την δωρεά οργάνων εκπληρώνει τα καθήκοντά τους σε επίπεδο ευεργεσίας, σεβασμού της αυτονομίας και της δικαιοσύνης²²². Αν υιοθετήσουμε τον ορισμό της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας για την υγεία ως «μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας», γίνεται σαφές ότι η προώθηση της δωρεάς οργάνων και της αλτρουιστικής συμπεριφοράς με ταυτόχρονη ενθάρρυνση ανάληψης δράσεων που είναι σύμφωνες με την κοσμοθεωρία του ασθενούς, αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της προαγωγής της υγείας²²³.

Η κοινή λήψη αποφάσεων, στην απλούστερη ερμηνεία της, τοποθετεί τον ιατρό στον ρόλο της μετάδοσης επιστημονικών πληροφοριών με βάση την εμπειρία και την κατάρτισή του, στην εκπαίδευση του ασθενούς σχετικά με τους κινδύνους και τα οφέλη που συνδέονται με την κάθε επιλογή θεραπείας²²⁴. Υπό αυτήν την δυναμική, ο ασθενής έχει την ευθύνη να παρέχει την ηθική πυξίδα και να προσαρμόσει την απόφαση στη δική του αντίληψη για την έννοια του καλού. Αν

²²¹ Πελεγρίνης, *Ιατρική Ηθική*

²²² Τακούδας, *Μεταμοσχεύσεις οργάνων «από το μύθο στην πραγματικότητα*,

²²³ World Health Organization. Frequently asked questions. Ανακτημένο Νοέμβριος 29, 2016 :<http://www.who.int/suggestions/faq/en/index.html>.

²²⁴ Πελεγρίνης, *Ιατρική Ηθική*

και αυτές οι συνθήκες είναι απαραίτητες για την από κοινού λήψη αποφάσεων, δεν είναι επαρκείς²²⁵.

Αλλά, όπως προτείνει ο Dan Brock και άλλοι, η από κοινού λήψη απόφασης δεν απαιτεί την ουδετερότητα των ιατρών²²⁶. Αντ' αυτού, οι ιατροί είναι ηθικά υποχρεωμένοι να υποστηρίζουν για λογαριασμό των ασθενών τους και να προωθούν την υγεία και την ευημερία τους, διατηρώντας παράλληλα την αυτονομία τους και την αυτοδιάθεση. Ακόμη και η φαινομενικά απλή προαγωγή της υγείας, όπως συμβατικά εφαρμόζεται, είναι συχνά φορτωμένη με αξίες²²⁷. Προτείνει, για παράδειγμα, ότι η λειτουργία της αποκατάστασης είναι καλή, ακόμη και αν αυτή απαιτεί επεμβατικές παρεμβάσεις. Αυτό μπορεί να είναι σε πλήρη αντίθεση με τις αντιλήψεις που έχει ένας ασθενής για το τι είναι καλό, ο οποίος μπορεί, για παράδειγμα, να πιστεύει ότι η διατήρηση της ιερότητας του σώματος είναι πιο σημαντική από τέτοιου είδους παρεμβάσεις. Στο πλαίσιο της δωρεάς οργάνων, οι αρχές αυτές συνεπάγονται ότι οι ιατροί έχουν την υποχρέωση να εκπαιδεύσουν τους ασθενείς σχετικά με την δωρεά οργάνων, σε μια προσπάθεια να παρέχουν πληροφορίες απαραίτητες για τη λήψη απόφασης σχετικά με την δωρεά. Επιπλέον, επειδή η μέλλουσα ανάγκη του ασθενούς για ένα όργανο είναι άγνωστη, είναι προς το συμφέρον όλων των ασθενών να μετριάσουν την έλλειψη οργάνων με την αύξηση των ποσοστών δωρεάς²²⁸.

Η συζήτηση της δωρεάς οργάνων με έναν ιατρό, ιδιαίτερα έναν ιατρό πρωτοβάθμιας φροντίδας, θα μπορούσε να ωφελήσει σημαντικά τους ασθενείς για τέσσερις λόγους²²⁹. Κατ' αρχάς, αυτοί οι ιατροί έχουν ήδη μια εδραιωμένη σχέση εμπιστοσύνης με τους ασθενείς, η οποία απορρέει από πολλαπλές συζητήσεις για ευαίσθητα ιατρικά θέματα, συχνά κατά τη διάρκεια πολλών ετών. Ως αποτέλεσμα, αυτοί οι ιατροί μπορεί να γνωρίζουν περισσότερα για τις πολιτιστικές και ηθικές προτιμήσεις του ασθενούς και μπορούν να προσαρμόσουν καλύτερα τις

²²⁵ Παπαδημητρίου, *Μεταμοσχεύσεις ιστών*

²²⁶ Dan Brock, "The ideal of shared decision making between physicians and patients", *Kennedy Inst Ethics J*, 1(1991):28-47.

Lamb. *Organ Transplants*

²²⁷ Πελεγρίνης, *Ιατρική Ηθική*

²²⁸ Giesen, *A comparative law study of civil liability*

²²⁹ Πελεγρίνης, *Ιατρική Ηθική*

πληροφορίες και να συμμετάσχουν στην από κοινού λήψη αποφάσεων. Για παράδειγμα, παρά την ανάγκη για νεφρά σε δυσανάλογα υψηλό ποσοστό, οι Αфро-Αμερικανοί είναι πολύ λιγότερο πιθανό να είναι δωρητές²³⁰. Αυτό μπορεί να οφείλεται, εν μέρει, στην παραπληροφόρηση σχετικά με τους κινδύνους και τα οφέλη της δωρεάς, στο ότι δεν παρουσιάζεται η ευκαιρία να δωρίσουν (ιδιαίτερα σε σοβαρές παθήσεις) και στα υψηλότερα επίπεδα δυσπιστίας που αποδίδονται στον ρατσισμό που παρουσιάζεται στα ιδρύματα και νοσοκομεία.

Οι προσαρμοσμένες παρεμβάσεις, όπως οι πολιτιστικά ευαίσθητες συζητήσεις με τους γενικούς ιατρούς για την δωρεά οργάνων και οι προτιμήσεις σε επίπεδο φροντίδας στο τέλος του κύκλου ζωής, θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην άμβλυνση των ανισοτήτων με την εξασφάλιση μιας δικαιότερης πληροφόρησης σχετικά με τις επιλογές φροντίδας²³¹.

Δεύτερον, όπως προτείνουν οι Thornton et al. (2006)²³², το περιβάλλον της περιπατητικής φροντίδας μπορεί να είναι ιδιαίτερα κατάλληλο για συζητήσεις σχετικά με την δωρεά οργάνων, επειδή οι άνθρωποι κάτω από την ηλικία των 50 ετών, οι οποίοι αποτελούν πάνω από το ένα τρίτο των νεκρών δωρητών, χρησιμοποιούν τις περιπατητικές υπηρεσίες σε δυσανάλογα υψηλά ποσοστά. Τρίτον, οι γενικοί ιατροί έχουν επιδοθεί με επιτυχία σε δύσκολες συζητήσεις για την φροντίδα στο τέλος του κύκλου ζωής, οι οποίες έχουν αυξήσει τον αριθμό των ασθενών που ολοκλήρωσαν τις οδηγίες εκ των προτέρων²³³. Τέλος, για τους ασθενείς, ο προσδιορισμός ως υποψήφιοι δωρητές οργάνων, τους επιτρέπει να διατηρήσουν την αυτονομία τους, καταγράφοντας και μεταφέροντας τις επιθυμίες τους σε περίπτωση που ανακύψουν περιπτώσεις στις οποίες δεν θα μπορούν να το πράξουν. Μια τέτοια ηρεμία του μυαλού είναι σημαντική και επιτρέπει στους

²³⁰ SL Lunsford, LM Shilling, KD Chavin, "Racial differences in the living kidney donation experience and implications for education", *Prog Transplant*, 17(2007): 234-240.

²³¹ Πελεγρίνης, *Ιατρική Ηθική*

²³² JD Thornton, JR Curtis, MD Allen. "Completion of advanced care directives is associated with willingness to donate". *J Natl Med Assoc*, 98(2006):897-904

²³³ WM Tierney, et al. "The effect of discussions about advance directives on patients' satisfaction with primary care". *J Gen Intern Med*, 16(2001):32-40.

ανθρώπους να αισθάνονται σίγουροι ότι η θεραπεία στο τέλος του κύκλου της ζωής τους θα είναι σύμφωνη με τις επιθυμίες τους και την κοσμοθεωρία τους²³⁴.

Η συζήτηση για την δωρεά οργάνων μπορεί να ωφελήσει σημαντικά τις οικογένειες των ασθενών. Ο εκ των προτέρων σχεδιασμός βοηθά τους εκπροσώπους του ασθενούς, απαλλάσσοντάς τους από το βάρος της λήψης τέτοιων δύσκολων αποφάσεων υπό πίεση. Οι συζητήσεις σχετικά με την δωρεά οργάνων πραγματοποιούνται σε καταστάσεις ακραίας θλίψης και αβεβαιότητας. Η εκ των προτέρων γνώση των προτιμήσεων του θανόντος βοηθά στην επούλωση των οικογενειών μέσω της διατήρησης της ενότητας και της εμπιστοσύνης στην απόφαση²³⁵.

Οι ιατροί έχουν ηθικούς λόγους να ασχολούνται και να συζητήσουν την περίπτωση της δωρεάς οργάνων των ασθενών, σύμφωνα με τις αρχές της φιλανθρωπίας, τον σεβασμό για την αυτονομία και τη δικαιοσύνη για όλους.

Η ηθική υποχρέωση του ιατρού να προάγει την υγεία και την ευημερία των ασθενών του και να σέβεται την αυτονομία του ασθενούς μπορεί να προκύπτει εύκολα από τις αρχές της ευεργεσίας και της αποφυγής πρόκλησης βλαβών²³⁶. Αυτό αποτελεί ένα καλά αποδεκτό δόγμα για την ηθική συμπεριφορά του ιατρού. Ωστόσο, κάποιοι ιατροί μπορεί να αναρωτιούνται αν είναι ηθικά υποχρεωμένοι ως επαγγελματίες του ιατρικού τομέα να υποστηρίξουν δημοσίως την βελτίωση της υγείας. Πιο συγκεκριμένα, εάν οι ιατροί είναι ηθικά υποχρεωμένοι να υποστηρίξουν την δωρεά οργάνων δημοσίως και εάν ναι, ποιος είναι ο ρόλος τους σε αυτήν την συζήτηση²³⁷.

Για την καλύτερη κατανόηση των ηθικών υποχρεώσεων των ιατρών, καταφεύγουμε στην έννοια του κοινωνικού συμβολαίου μεταξύ της ιατρικής και της κοινωνίας. Οι Sylvia και Richard Cruess (2004)²³⁸ αναφέρουν ότι το κοινωνικό

²³⁴ Πελεγρίνης, *Ιατρική Ηθική*

²³⁵ J, Rodrigue DL, Cornell RJ. Howard “Organ donation decision: comparison of donor and nondonor families”. *Am J Transplant*, 6(2006):190-198.

²³⁶ Πελεγρίνης, *Ιατρική Ηθική*

²³⁷ Χριστοδουλίδης, Κ., *Μεταμοσχεύσεις Λύση*

²³⁸ S, Cruess, R.Cruess “Professionalism and medicine’s social contract with society”, *Virtual Mentor*, 6(2004).

συμβόλαιο «δίνει στους ιατρούς κύρος, σεβασμό, αυτονομία στην πράξη, το προνόμιο της αυτορρύθμισης και οικονομικά οφέλη με την προσδοκία ότι οι ιατροί θα είναι υπεύθυνοι, αλτρουιστές, ηθικοί και θα καλύπτουν τις ανάγκες της υγειονομικής περίθαλψης των μεμονωμένων ασθενών και της κοινωνίας».

Ο πυρήνας της σχέσης μεταξύ του ιατρικού επαγγέλματος και της κοινωνίας συνεπάγεται ότι οι ιατροί ενεργούν ως συνήγοροι της δημόσιας υγείας. Επιβεβαιώνοντας αυτό το κοινωνικό συμβόλαιο, τον ρόλο τους στην θέσπιση κατευθυντήριων γραμμών του ιατρικού επαγγελματισμού, σύμφωνα με το Συμβούλιο Διαπίστευσης για Πτυχιούχους της Ιατρικής Εκπαίδευσης (ACGME) η επαγγελματική επάρκεια απαιτεί, μεταξύ άλλων, από τους ιατρούς να επιδεικνύουν «ευθύνη απέναντι στους ασθενείς και την κοινωνία»²³⁹. Η Αμερικανική Ιατρική Ένωση, στην δήλωση για την επαγγελματική ευθύνη, ενθαρρύνει τους ιατρούς να «υπερασπίζονται τις κοινωνικές, οικονομικές, εκπαιδευτικές και πολιτικές αλλαγές που βελτιώνουν τον πόνο και συμβάλλουν στην ευημερία του ανθρώπου». Το κοινωνικό συμβόλαιο μεταξύ της ιατρικής και της κοινωνίας, καθώς και οι καλά τεκμηριωμένες επιδράσεις των κοινωνικών καθοριστικών παραγόντων στην ατομική υγεία, υποχρεώνουν τους ιατρούς να ενεργούν με τρόπο που προωθεί την ισότητα και ενισχύει τις πιθανότητες όλων των ατόμων να ζήσουν μια υγιή ζωή²⁴⁰.

3. Ηθικά κριτήρια επιλογής μελλοντικού λήπτη

Σε εθνικό επίπεδο, υπάρχουν περισσότερα από 122.000 άτομα που περιμένουν να λάβουν αναγκαία όργανα για να ζήσουν. Καθώς αυτοί οι ασθενείς και οι οικογένειές τους έχουν μία ελπίδα για δεύτερη ευκαιρία στην ζωή, ο φορέας United Network for Organ Sharing (UNOS) διαχειρίζεται τον κατάλογο των

²³⁹ SR Swing. The ACGME outcome project: retrospective and prospective. *Med Teach*. 2007;29(7):649. Ανακτημένο από <http://www.paeonline.org/index.php?ht=a/GetDocumentAction/id/110022> [πρόσβαση 29-11-2016]

²⁴⁰ American Medical Association. "Declaration of Professional Responsibility Medicine's Social Contract With Humanity". 2001. ανακτημένο Νοέμβρης 29, 2016 <http://www.ama-assn.org/resources/doc/ethics/decoprofessional.pdf>.

ατόμων σε όλη την χώρα, εξασφαλίζοντας ότι τα διαθέσιμα όργανα πηγαίνουν σε αυτούς που παρουσιάζουν την καλύτερη συμβατότητα²⁴¹.

Αυτό το σύστημα αναπτύχθηκε από τον νόμο περί μεταμοσχεύσεων οργάνων το 1984, σύμφωνα με τον οποίο ιδρύθηκε και το Δίκτυο αφαίρεσης και μεταμόσχευσης οργάνων (OPTN), ένα εθνικό σύστημα ανταλλαγής οργάνων το οποίο εγγυάται, μεταξύ άλλων, την δικαιοσύνη στη διάθεση των οργάνων για μεταμόσχευση. Ο UNOS διατηρεί μια βάση δεδομένων με όλους τους ασθενείς που περιμένουν μεταμοσχεύσεις οργάνων²⁴².

Στα κέντρα μεταμόσχευσης, οι ασθενείς αξιολογούνται από τους ιατρούς μεταμοσχεύσεων, οι οποίοι καθορίζουν εάν και πότε θα πρέπει να τοποθετηθεί ο ασθενής στην λίστα αναμονής. Οι κανόνες που υπαγορεύουν την λίστα αναμονής διαφέρουν ανάλογα με τα όργανα²⁴³. Τα γενικά κριτήρια περιλαμβάνουν το ιατρικό επείγον, το αίμα, τον ιστό και το μέγεθος συμβατότητας του ασθενούς με τον δότη, τον χρόνο στην λίστα αναμονής και την εγγύτητα προς τον δότη. Ισχύουν ειδικά κριτήρια για τα παιδιά κάτω από ορισμένες συνθήκες. Παράγοντες όπως το εισόδημα του ασθενούς, το κύρος, η διασημότητα και η φυλή ή η εθνική καταγωγή δεν παίζουν κανένα ρόλο στον καθορισμό της χορήγησης των οργάνων²⁴⁴.

Οι τοπικοί ασθενείς λαμβάνουν επίσης ιδιαίτερη προσοχή, όταν μια δωρεά οργάνων ισχύει στην κοινότητά τους. Η χώρα χωρίζεται σε 11 γεωγραφικές περιοχές, με την κάθε μία να εξυπηρετείται από έναν οργανισμό προμήθειας οργάνων (π.χ. Gift of Life Donor Program). Με την εξαίρεση των απόλυτα συμβατών νεφρών και τους πλέον σοβαρούς ασθενείς ήπατος, πρώτη προτεραιότητα έχουν οι ασθενείς σε νοσοκομεία μεταμοσχεύσεων που βρίσκονται στην ίδια περιοχή. Επόμενη προτεραιότητα είναι ασθενείς σε περιοχές που εξυπηρετούνται από κοντινό οργανισμό προμήθειας οργάνων²⁴⁵. Τέλος, μόνο όταν κανένας από τους ασθενείς σε αυτές τις κοινότητες δεν μπορεί να δεχθεί το όργανο,

²⁴¹ JS Cameron, R.Hoffenberg “The ethics of organ transplantation reconsidered: Paid organ donation and the use of executed prisoners as donors. *Kidney International*”55(1999):724-732.

²⁴² JB. Dossetor Rewarded gifting: Is it ever ethically acceptable? *Transplantation Proceedings*, 24(1992):2092-2094.

²⁴³ American Medical Association. “Declaration of Professional

²⁴⁴ Cameron, Hoffenberg “The ethics of organ transplantation

²⁴⁵ American Medical Association. “Declaration of Professional

προσφέρεται σε ασθενείς που βρίσκονται σε άλλες περιοχές. Η χρήση ενός τοπικού δότη έχει πολλά ιατρικά οφέλη στον δυνητικό λήπτη: ο λιγότερος χρόνος που μεσολαβεί κατά την διαδικασία της μεταμόσχευσης αυξάνει τις πιθανότητες επιτυχίας της μεταμόσχευσης. Επίσης έχει αποδειχθεί ότι οι άνθρωποι είναι πιο πιθανό να συναινέσουν στην δωρεά εάν ξέρουν ότι κάποιος στην δική τους κοινότητα θα μπορούσε να ωφεληθεί²⁴⁶.

3.1 Το κριτήριο της ιατρικής επιτυχίας

Βασικό κριτήριο της μεταμόσχευσης είναι το όργανο που θα μεταμοσχευθεί να ωφελήσει το δέκτη. Το παρόν κριτήριο έχει να κάνει με καθαρά ιατρικούς λόγους, κατά πόσο δηλαδή ο οργανισμός του δέκτη θα δεχτεί το μόσχευμα. Ωστόσο, το κριτήριο αυτό βασίζεται και στη δικαιοσύνη, δεδομένου ότι οι σπάνιοι ιατρικοί πόροι, όπως είναι ένα όργανο για μεταμόσχευση, θα πρέπει να δίνονται στα άτομα εκείνα που έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να επωφεληθούν. Σε διαφορετική περίπτωση γίνεται λόγος για μια άδικη μεταχείριση. Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί πως υπάρχει κίνδυνος, παρά τη θετική πρόβλεψη, τελικά το όργανο να μην γίνει αποδεκτό από τον οργανισμό του ασθενούς. Ωστόσο ανεξάρτητα από το αποτέλεσμα αυτό που μετρά είναι η ηθική επιλογή²⁴⁷.

3.2 Το κριτήριο της ιατρικής ανάγκης

Το κριτήριο αυτό αφορά στη μεταμόσχευση οργάνου σε άτομο που το έχει άμεσα ανάγκη. Σε διαφορετική περίπτωση το άτομο αυτό θα πεθάνει για να σωθεί ένα άλλο, η κατάσταση του οποίου μπορούσε να περιμένει και να θεραπευθεί αργότερα. Βέβαια στο κριτήριο αυτό ενυπάρχει ένα ηθικό δίλημμα. Το μόσχευμα που θα δοθεί στον ασθενή που το έχει άμεσα ανάγκη μπορεί να παρατείνει τη ζωή του για λίγο, ενώ αν δινόταν σε άλλον ασθενή, που δεν το είχε άμεσα ανάγκη, θα βελτιωνόταν η ποιότητα της ζωής του για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα²⁴⁸.

²⁴⁶ LP McChesney, SS Braithwaite. "Expectations and outcomes in organ transplantation". *Camb Q Health Ethics*, 8(1999):299-310

²⁴⁷ L. C. Ginns, A. B. Cosimi, P. J. Morris, *Transplantation*, (Blackwell, Oxford, 1999)

²⁴⁸ Ginns, A. B. Cosimi, P. J. Morris, *Transplantation*

3.3 Το κριτήριο της ηλικίας

Οι πιο νέοι άνθρωποι θα πρέπει να έχουν προτεραιότητα σε σχέση με τους ηλικιωμένους στην λήψη οργάνων. Αυτό δεν σημαίνει ότι οι εξηντάχρονοι ή εβδομηντάχρονοι δεν θα πρέπει να λάβουν μόσχευμα, αλλά ότι θα πρέπει να προτιμηθούν οι υποψήφιοι λήπτες, οι οποίοι είναι πιθανό να έχουν μεγαλύτερο όφελος (δηλαδή, περισσότερα χρόνια παραγωγικής ζωής) από την επέμβαση, π.χ. ένας 35χρονος σε σχέση με έναν 70χρονο²⁴⁹. Τα όργανα προς μεταμόσχευση είναι ένας σπάνιος πόρος για τα οποία η περιορισμένη προσφορά πρέπει να διατεθεί με κάποιον τρόπο. Η αγορά οργάνων είναι παράνομη στις ΗΠΑ και στην συντριπτική πλειοψηφία των χωρών²⁵⁰. Θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί μια πραγματικά τυχαία λαχειοφόρος αγορά μεταξύ των ιατρικώς κατάλληλων ληπτών, αλλά δεν υπάρχει κάτι τέτοιο. Αντ' αυτού, στις ΗΠΑ χρησιμοποιείται ένα σύστημα, στο οποίο οι επιλέξιμοι λήπτες όλων των ηλικιών, αφού εξεταστούν ως προς την πιθανότητα να επιβιώσουν από την επέμβαση και να ευημερήσουν, τίθενται σε λίστα αναμονής στις περιοχές τους (και μερικές φορές σε περισσότερες από μία περιοχές). Το επόμενο διαθέσιμο όργανο πηγαίνει στον πιο κοντινό, πιο βαριά άρρωστο ο οποίος έχει την καλύτερη ιατρική συμβατότητα με το όργανο²⁵¹.

Η μόνη ηλικιακή προτίμηση αφορά σε λήπτες κάτω των 18 ετών, οι οποίοι αντιπροσώπευαν το 16% των μεταμοσχεύσεων καρδιάς το 2011. Πάνω από τα 18 έτη, δεν υπάρχει καμία ιεράρχηση ανάλογα με την ηλικία, μόνο από το κατά πόσον ένα διαθέσιμο όργανο είναι συμβατό για τον επόμενο λήπτη στην λίστα αναμονής. Μία καρδιά ενός μεσήλικα δεν θα είναι κατάλληλο μόσχευμα για ένα παιδί, αντίθετα θα μπορούσε να δοθεί σε έναν ηλικιωμένο ασθενή που είναι πιο κάτω στην λίστα αναμονής. Οι λήπτες 65 ετών και άνω αντιπροσώπευαν το 12% του συνόλου των μεταμοσχεύσεων καρδιάς στις ΗΠΑ το 2008, με την ιατρική

²⁴⁹ Φυντανίδου, (2009). «Πωλείται νεφρό

²⁵⁰ American Medical Association. "Declaration of Professional

²⁵¹ P. A. McSweeney, et al. "Hematopoietic cell transplantation in older patients with hematologic malignancies: replacing high-dose cytotoxic therapy with graft-versus-tumor effects", Blood, 97(2001), 3390-3400.

ασφάλεια να καλύπτει ένα κόστος που μπορεί να προσεγγίσει τα \$1.000.000 ανά επέμβαση και ανάρρωση²⁵².

Από την άλλη πλευρά, οι διαφορές στην μεταμόσχευση καρδιάς μεταξύ των μεγαλύτερων και νεότερων ασθενών είναι μικρότερες όταν οι λήπτες έχουν επιλεγεί προσεκτικά, σύμφωνα με τους ερευνητές στο Πανεπιστήμιο Johns Hopkins School of Medicine. Μετά από ένα χρόνο, το 84% των ασθενών με καρδιακό μόσχευμα ηλικίας 60 ετών και άνω επιβίωσαν, σε σύγκριση με το 87% των νεότερων ασθενών. Στα πέντε χρόνια, το 69% των ηλικιωμένων ασθενών επιβιώνουν, σε σύγκριση με το 75% των νεότερων ασθενών. Οι ερευνητές προτείνουν ότι οι μεταμοσχεύσεις καρδιάς δεν πρέπει να περιορίζονται με βάση την ηλικία εφόσον αυτά τα ενθαρρυντικά στατιστικά στοιχεία συνεχιστούν²⁵³.

3.4 Το οικονομικό κριτήριο

Η μεταμόσχευση οργάνων αποτελεί μέρος της ιατρικής τεχνολογίας για πάνω από σαράντα χρόνια, αρχής γενομένης από το 1950 με τις πρώτες συνεπείς επιτυχίες στη μεταμόσχευση νεφρού²⁵⁴. Όμως, οι πρόσφατες εξελίξεις στην τεχνολογία, οι οποίες προωθούν τα όρια της μεταμόσχευσης σημαντικά, πλέον είναι πλέον έτοιμες να συνδυαστούν με μία άλλη ισχυρή δύναμη, εκείνη των ελεύθερων αγορών, ώστε να ωθηθεί η κοινωνία να αντιμετωπίσει τον μηχανισμό με τον οποίο έρχονται σε επαφή οι πάροχοι και οι χρήστες ανθρώπινων οργάνων²⁵⁵.

Μέσα στο ανθρώπινο σώμα, υπάρχουν είκοσι πέντε διαφορετικά όργανα και ιστοί που μπορούν να μεταμοσχευθούν υπό την τρέχουσα τεχνολογία, συμπεριλαμβανομένων των οστών, των οστών των χόνδρων, του μυελού των οστών, του κερατοειδούς, της καρδιάς, των νεφρών, των εντέρων, των πνευμόνων και του ήπατος. Η μεταμόσχευση οργάνων δεν αποτελεί κάποιο είδος πειραματικής νέας επιστήμης. Τα ποσοστά επιτυχίας για τέτοιου είδους επεμβάσεις είναι τόσο

²⁵² Βέργουλας, *Μεταμόσχευση νεφρού*

²⁵³ P., Rebollo, et al, "Is the loss of health-related quality of life during renal replacement therapy lower in elderly patients than in younger patients?", *Nephrology Dialysis Transplantation*, 16(2001), 1675-1680.

²⁵⁴ Βέργουλας, *Μεταμόσχευση νεφρού*

²⁵⁵ Κόϊος, *Η ηθική θεώρηση των τεχνικών*

υψηλά μέχρι και πάνω από 95% και για πολλές ασθένειες η μεταμόσχευση είναι η συνηθισμένη μέθοδος θεραπείας²⁵⁶.

Η ποσότητα των διαθέσιμων πόρων σε ένα ανθρώπινο σώμα είναι καταπληκτική. Ωστόσο, δέκα άνθρωποι πεθαίνουν κάθε ημέρα στις ΗΠΑ, ενώ περιμένουν για μία μεταμόσχευση οργάνου που ποτέ δεν έρχεται. Η λίστα αναμονής μεγαλώνει κάθε μέρα, αλλά ο αριθμός των δωρητών οργάνων όχι²⁵⁷.

Δύο βασικές οργανωτικές αρχές βρίσκονται σε ανταγωνισμό στην διευκόλυνση της μεταφοράς μερών του σώματος από πάροχο σε χρήστη: (1) το παρόν σύστημα, αυτό της δωρεάς και (2) ένα νομικό σύστημα, αυτό της ελεύθερης αγοράς που αντικατοπτρίζει τις δυνάμεις της προσφοράς και της ζήτησης, με τα χαρακτηριστικά κάθε ελεύθερης αγοράς. Μια αγορά ανθρώπινων οργάνων αποτελεί μία κατ' εξοχήν λογική έννοια²⁵⁸. Σε αυτό το χρονικό σημείο, δεν είναι νόμιμη η ανταλλαγή μερών του σώματος για χρήματα. Αν κάποιος χρειάζεται ένα όργανο, το όνομά του τοποθετείται σε λίστα αναμονής έως ότου το όργανο γίνει διαθέσιμο. Εάν κάποιος επιθυμεί να δωρίσει ένα μέρος του σώματός του μπορεί να συμφωνήσει να το πράξει μετά τον θάνατό του. Προς το παρόν, ένα σχετικά χαμηλό ποσοστό των οργάνων τα οποία είναι δυνητικά διαθέσιμα για τον σκοπό αυτό δωρίζονται στην πραγματικότητα. Ο λόγος είναι ότι η νομοθεσία απαγορεύει την παροχή οικονομικών κινήτρων²⁵⁹.

Δεν υπάρχει κάποιο οικονομικό όφελος στην δωρεά οργάνων. Μόνο μια ελεύθερη οργάνωση της αγοράς αυτής της συναλλαγής μπορεί να ικανοποιήσει αυτό το κίνητρο. Απολύτως ζωτικής σημασίας για την λειτουργία της κάθε αγοράς, με αυτό να περιλαμβάνεται συγκεκριμένα, είναι η ύπαρξη τέτοιων κινήτρων²⁶⁰. Στην παρούσα κατάσταση, πολλοί άνθρωποι δεν θα δωρίσουν τα όργανά τους επειδή δεν τους αρέσει η ιδέα της αφαίρεσης μερών του σώματός τους μετά τον θάνατό τους. Γι' αυτούς τους δυνητικούς δότες, τα οικονομικά κίνητρα είναι απολύτως επιβεβλημένα. Λίγοι βασίζονται στην καλοσύνη, για αυτό υπάρχει και η

²⁵⁶ Scott Russell, *The Body as Property*, (New York: Viking Press, 1981), p.112

²⁵⁷ Κόϊος, *Η ηθική θεώρηση των τεχνικών*

²⁵⁸ Giesen, *A comparative law study of civil liability*

²⁵⁹ Russell, *The Body as Property*

²⁶⁰ Κουτσελίνη, *Βασικές Αρχές Βιοηθικής Ιατρικής*

μικρή προμήθεια ανθρώπινων ιστών που διατίθενται σήμερα. Αλλά μπορεί να συμπληρωθεί με τα πιο συνηθισμένα οικονομικά κίνητρα²⁶¹.

Υπάρχει μεγάλη ζήτηση αυτήν την στιγμή για δωρεές οργάνων και η προσφορά οργάνων είναι πολύ χαμηλή. Αν υπάρξει νομιμοποίηση μιας αγοράς μερών του ανθρώπινου σώματος, η αρχική τιμή των οργάνων θα μπορούσε φυσικά να αυξηθεί, αλλά καθώς ολοένα και περισσότεροι θα δωρίζουν τα όργανά τους και η αγορά θα κινείται προς μια τιμή ισορροπίας, δεν θα βρισκόμασταν ποτέ ξανά αντιμέτωποι με το φαινόμενο όπου άνθρωποι πεθαίνουν λόγω έλλειψης αυτού που είναι δυνητικά άμεσα διαθέσιμο²⁶².

Εάν υπήρχε η δυνατότητα για μια αγορά ανθρώπινων οργάνων, θα μπορούσαν να επωφεληθούν πολλοί άνθρωποι. Θα μετατρέπονταν σε μία αγορά όπως και για όλα τα άλλα αγαθά. Οι προμηθευτές θα αποζημιώνονταν για τα όργανά τους και ως εκ τούτου θα είναι πιο πιθανό να τα άφηναν στους άπορους με ιατρικές ανάγκες όταν πέθαιναν. Βασιζόμαστε στα χρηματικά κίνητρα σε πολλά άλλα κοινωνικά θέματα για ένα καλό αποτέλεσμα²⁶³. Οι νόμοι της οικονομίας ισχύουν και εδώ. Ο πατέρας θα αναρτήσει τη διαφήμιση στην εφημερίδα και στο διαδίκτυο και στη συνέχεια θα επιλέξει όποιον απαντήσει, θα ζητήσει χαμηλότερη τιμή, λαμβάνοντας υπόψη την ποιότητα, την διαθεσιμότητα, την ευκολία, κ.λπ. Αλλά δεν είναι αυτή η πρακτική άδικη για τους ανθρώπους που έχουν ανάγκη από μόσχευμα και ήδη είναι στην λίστα αναμονής; Εάν ναι, είναι επίσης άδικο για τους πιθανούς προμηθευτές, επειδή δεν μπορούν να επωφεληθούν από αυτήν την συναλλαγή. Ένας άνθρωπος πρέπει να κερδίσει το δικαίωμά του να αγοράσει οποιοδήποτε καταναλωτικό αγαθό και αυτό ισχύει και για τα μέρη του ανθρώπινου σώματος όπως και σε όλα τα άλλα²⁶⁴.

²⁶¹ Russell, *The Body as Property*

²⁶² Giesen, *A comparative law study of civil liability*

²⁶³ Russell, *The Body as Property*

²⁶⁴ Κόϊος, *Η ηθική θεώρηση των τεχνικών*

3.5 Το κριτήριο της κοινωνικής αξίας

Μερικοί άνθρωποι αυξάνουν τις πιθανότητές τους να χρειαστούν κάποτε μία μεταμόσχευση οργάνων ζώντας έναν ανθυγιεινό τρόπο ζωής²⁶⁵. Πολλοί από εκείνους που καπνίζουν ή πίνουν υπερβολική ποσότητα αλκοόλ ή τρώνε πάρα πολύ γνωρίζουν ότι ενεργούν ανθυγιεινά (έστω και αν δεν γνωρίζουν ότι το κάπνισμα αυξάνει τους κινδύνους της καρδιάς και της πνευμονικής ανεπάρκειας, ότι η κατανάλωση αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο ηπατικής ανεπάρκειας και ότι η παχυσαρκία αυξάνει τον κίνδυνο ανεπάρκειας νεφρών και παγκρέατος). Έχει προταθεί ότι αυτοί οι άνθρωποι χάνουν ή αποδυναμώνουν τις αξιώσεις τους από την ιατρική περίθαλψη²⁶⁶.

Υπάρχει ένα «μη ηθικό» επιχείρημα σε αυτό, που ονομάζεται Ιατρικό Επιχείρημα, σύμφωνα με το οποίο: «Οι ασθενείς με ασθένειες που έχουν προκαλέσει μόνοι τους, θα πρέπει να έχουν χαμηλότερη προτεραιότητα στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, επειδή είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν αρνητικά ιατρικά αποτελέσματα»²⁶⁷.

Φαίνεται εσφαλμένη η παραδοχή ότι ως τάξη τα άτομα με ασθένειες που έχουν προκαλέσει μόνοι τους δεν τα πηγαίνουν καλά και θα πρέπει να μην αποτελούν προτεραιότητα²⁶⁸, αν και τα συστήματα μεταμόσχευσης συχνά προσπαθούν να θέσουν εκτός όσους θα συνεχίσουν να ενεργούν με τρόπους που θέτουν σε κίνδυνο τα νέα τους όργανα. Σε κάθε περίπτωση, το Ιατρικό Επιχείρημα είναι ουσιαστικά μόνο μία εφαρμογή των πιο γενικών κριτηρίων κόστους-αποτελεσματικότητας και δεν είναι κάτι που απαιτεί μια ιδιαίτερη ηθική δικαιολόγηση²⁶⁹. Τα επιχειρήματα που εξετάζονται πιο κάτω, σε αντίθεση, είναι αυτά που ισχυρίζονται ότι (για παράδειγμα) οι γεροί πότες και καπνιστές θα πρέπει να έχουν χαμηλότερη προτεραιότητα στην πρόσβαση σε όργανα, ακόμη και εάν έχουν ίδιες πιθανότητες με άλλους να βιώσουν κακή έκβαση της μεταμόσχευσης.

²⁶⁵ Russell, *The Body as Property*

²⁶⁶ Rich Brown, “Moral responsibility for (un)healthy behaviour”, *Journal of Medical Ethics*, 39 (2013): 695–698.

²⁶⁷ Sharkey, K. and L. Gillam, “Should patients with self-inflicted illness receive lower priority in access to healthcare resources? Mapping out the debate”, *Journal of Medical Ethics*, 20(2010): 661–665

²⁶⁸ R. Munson, , *Raising the Dead*, (New York: Oxford University Press, 2002)

²⁶⁹ Κουτσελίνη, *Βασικές Αρχές Βιοηθικής Ιατρικής*

Υπάρχουν τρία κύρια ηθικά επιχειρήματα για αυτόν τον ισχυρισμό, δύο εκ των οποίων είναι σαφώς αρκετά αδύναμα. Ένα τρίτο, το επιχείρημα της Αποκατάστασης, αξίζει να ληφθεί υπόψη πιο σοβαρά²⁷⁰.

Το πρώτο επιχείρημα αφορά στα κίνητρα. Εάν (για παράδειγμα) αρνηθούμε την μεταμόσχευση ήπατος στα άτομα που πίνουν πολύ, τότε αυτό θα αποθαρρύνει την ανεύθυνη κατανάλωση αλκοόλ. Παρόμοια πράγματα λέγονται για την υπερφαγία και την παχυσαρκία. Το επιχείρημα όμως είναι προβληματικό. Η πολιτική στην χορήγηση των οργάνων θα μπορούσε να κάνει την διαφορά στην συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ των ατόμων²⁷¹.

Μια άλλη πρόκληση στην προσέγγιση των κινήτρων είναι ότι, εάν το σκεπτικό της μη προτεραιότητας ορισμένων κατηγοριών είναι απλά η παροχή κινήτρων, τότε δεν υπάρχει κανένας λόγος να περιοριστούν τα μέτρα αυτά σε περιπτώσεις ανεπάρκειας οργάνων. Γιατί να μην γίνεται αφαίρεση της άδειας οδήγησης ή της πρόσβασής τους στην μη επείγουσα υγειονομική περίθαλψη ή να υποβάλλονται σε τιμωρητικούς συντελεστές φόρων; Τέτοια μέτρα θα μπορούσαν όλα να αποτελούν κίνητρα για να σταματήσει ένα άτομο να πίνει και σίγουρα θα είναι πιο αποτελεσματικά, αν μη τι άλλο, επειδή τα αποτελέσματά τους θα γίνονταν αισθητά αμέσως, αντί για πολλά έτη μετά²⁷².

Το επόμενο επιχείρημα προτείνει ότι οι υπερβολικοί πότες και καπνιστές πρέπει να βγουν εκτός προτεραιότητας στις λίστες αναμονής για μεταμόσχευση ως τιμωρία για το αδίκημά τους. Υπάρχουν αρκετοί λόγοι για να απορριφθεί μία τέτοια θέση:

α) οι ανθυγιεινές συμπεριφορές όπως η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, η υπερκατανάλωση τροφής και το κάπνισμα μπορούν κάλλιστα να μην είναι ηθικά εσφαλμένες, ούτε να αξίζουν τιμωρία²⁷³.

²⁷⁰ Russell, *The Body as Property*

²⁷¹ T., Walker, "Who do we treat first when resources are scarce?", *Journal of Applied Philosophy*, 27(2010): 200–211

²⁷² Russell, *The Body as Property*

²⁷³ Walker, "Who do we treat first

β) εάν η τιμωρία των εσφαλμένων πράξεων είναι ο σκοπός της άσκησης της χορήγησης τότε πιθανώς να υπάρχουν πιο άξιοι υποψήφιοι για τιμωρία από εκείνους που απολαμβάνουν κάτι υπέρ του δέοντος (ακόμη και εάν υπάρχει κάτι ηθικά λάθος σε τέτοιες περιπτώσεις υπερβολικής απόλαυσης)²⁷⁴.

γ) η χρήση της χορήγησης των πόρων της υγειονομικής περίθαλψης ως τρόπος τιμωρίας είναι ανέφικτη και άδικη και μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες (όπως αρνητικές συνέπειες στην στάση του κοινού απέναντι στην δωρεά οργάνων και στους ιατρούς). Η επιλογή ορισμένων μόνο επικίνδυνων συμπεριφορών ως ανήθικων φαίνεται αυθαίρετη²⁷⁵. Έτσι λοιπόν, πώς θα πρέπει να λαμβάνονται οι αποφάσεις σχετικά με την αιτιώδη και ηθική ευθύνη κατά τρόπο έγκαιρο και οικονομικά αποδοτικό και πως μπορούν οι ιατροί να λαμβάνουν τέτοιες αποφάσεις; Η τιμωρία θα πρέπει να απονέμεται μόνο από κρατικούς φορείς για τις απαγορευμένες πράξεις (στις περισσότερες χώρες, η κατανάλωση αλκοόλ, η υπερκατανάλωση τροφής και το κάπνισμα δεν απαγορεύονται) και κατόπιν μίας «νόμιμης διαδικασίας» σε ένα δικαστήριο²⁷⁶.

Μία αντίρρηση υπάρχει σε μια αντίθετη πρόταση πολιτικής: ότι πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη προτεραιότητα σε ασθενείς με υψηλή κοινωνική αξία. Αυτή η κοινωνική αξία θα μπορούσε, είτε να είναι οργανική (ιατροί, νοσηλευτές, γονείς μικρών παιδιών ίσως), ή ηθική (προτεραιότητα στους ενάρετους). Η βασική αντίρρηση για την επιβράβευση της κοινωνικής αξίας είναι στο ότι παραβιάζει την αρχή της ίσης μεταχείρισης και επιπλέον έχει τα πρακτικά προβλήματα και τα προβλήματα αμεροληψίας της πρότασης τιμωρίας²⁷⁷.

Ίσως μια εξαίρεση σε αυτό δίνει μεγαλύτερη προτεραιότητα στο νοσηλευτικό προσωπικό πρώτης γραμμής σε περιπτώσεις όπου οι εργαζόμενοι αυτοί είναι οι ίδιοι ένας σπάνιος πόρος και όπου, ως εκ τούτου, θα υπάρξουν λιγότερες μεταμοσχεύσεις συνολικά εάν οι εργαζόμενοι στην υγειονομική περίθαλψη που είναι άρρωστοι δεν αποτελούσαν προτεραιότητα. Η αιτιολόγηση

²⁷⁴ Russell, *The Body as Property*

²⁷⁵ Κουτσελίνη, *Βασικές Αρχές Βιοηθικής Ιατρικής*

²⁷⁶ John Harris, *The Value of Life*, (London: Routledge, 1985).

²⁷⁷ Shana Alexander, "They Decide Who Lives, Who Dies", *Life* 53 (1962): 102–25.

εδώ είναι ότι ενώ πολλές άλλες αποφάσεις χορήγησης με βάση την «κοινωνική αξία» είναι ένα παιχνίδι μηδενικού αθροίσματος²⁷⁸. Η προτεραιότητα των εργαζομένων στην υγειονομική περίθαλψη θα μπορούσε να αυξήσει τον συνολικό αριθμό των διαθέσιμων μοσχευμάτων. Το επιχείρημα αυτό έχει κάποια αξία, αλλά δεν είναι τόσο θεμελιώδες για την κοινωνική αξία καθ' αυτή, όσο για τον ρεαλισμό στην μεγιστοποίηση του αριθμού των ζωών που σώζονται²⁷⁹.

Έτσι, παρά την κοινωνική αξία, εάν η αγορά εργασίας στον χώρο της υγειονομικής περίθαλψης παρουσίαζε υπερπροσφορά και οι ιατροί και οι νοσηλευτές θα μπορούσαν εύκολα να αντικατασταθούν, τότε αυτό το ρεαλιστικό επιχείρημα δεν θα ίσχυε. Αντίθετα, αυτό το ρεαλιστικό επιχείρημα θα μπορούσε να εφαρμοστεί σε οποιοδήποτε επάγγελμα που παρουσιάζει έλλειψη: π.χ. σε μια κατάσταση όπου, λόγω της έλλειψης συμβούλων Ανθρώπινου Δυναμικού στον τομέα της υγείας, πραγματοποιούνται λιγότερες επεμβάσεις σε σχέση με το εάν θα ήταν διαφορετικά τα πράγματα²⁸⁰.

Το πιο ελπιδοφόρο επιχείρημα υπέρ της μη προτεραιότητας όσων ακολουθούν έναν ανθυγιεινό τρόπο ζωής είναι το επιχείρημα της Αποκατάστασης, το οποίο έχει ως εξής²⁸¹.

1. Μερικοί άνθρωποι (ρισοκίνδυνοι) εσκεμμένα και εθελοντικά ακολουθούν έναν ανθυγιεινό ή και επικίνδυνο τρόπο ζωής²⁸².

2. Τα άτομα που είναι ρισοκίνδυνα, είναι πιο πιθανό να χρειαστούν μεταμόσχευση οργάνων σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό (μη-ρισοκίνδυνοι)²⁸³.

3. Η προσφορά οργάνων προς μεταμόσχευση είναι πολύ μικρή²⁸⁴.

²⁷⁸ Κουτσελίνη, Βασικές Αρχές Βιοηθικής Ιατρικής

²⁷⁹ Russell, *The Body as Property*

²⁸⁰ Harris, *The Value of Life*

²⁸¹ S., Wilkinson, "Smokers' rights to health care: why the 'restoration argument' is a moralising wolf in a liberal sheep's clothing", *Journal of Applied Philosophy*, 16(1999): 255–269.

²⁸² Lamb. *Organ Transplants*

²⁸³ Graziadei, "Legal transplants and the frontiers

²⁸⁴ Πελεγρίνης, *Ιατρική Ηθική*

4. Λόγω του (2) και του (3), η χορήγηση και μόνο με βάση την κλινική ανάγκη ή τις κλινικές εκβάσεις, τα μη-ρισοκίνδυνα άτομα θα ζημιωθούν από τις επιλογές του τρόπου ζωής των ρισοκίνδυνων ατόμων. Οι πιθανότητες τα μη-ρισοκίνδυνα άτομα να λάβουν ένα μόσχευμα θα είναι χαμηλότερες, λόγω των αυξημένων απαιτήσεων των ρισοκίνδυνων ατόμων από το σύστημα.²⁸⁵

5. Το να επιτραπεί στα μη-ρισοκίνδυνα άτομα να θιγούν από τα ρισοκίνδυνα θα ήταν άδικο. Γιατί θα πρέπει τα μη ρισοκίνδυνα άτομα να πληρώσουν το τίμημα για τις επιλογές του τρόπου ζωής των ρισοκίνδυνων²⁸⁶;

6. Προκειμένου να αποφευχθεί αυτή η αδικία, τα δικαιώματα των ρισοκίνδυνων θα πρέπει να μειωθούν, έτσι ώστε να μην πληγούν οι μη ρισοκίνδυνοι.²⁸⁷

Ένα από τα πιο ελκυστικά χαρακτηριστικά αυτού του επιχειρήματος είναι ότι βασίζεται στην μη προτεραιότητα των ατόμων με ανθυγιεινό τρόπο ζωής όχι σύμφωνα με αξιακές κρίσεις σχετικά με τον τρόπο ζωής τους, αλλά μάλλον με ένα πιο ουδέτερο σύνολο ανησυχιών για την πρόληψη των ζημιών σε αθώους τρίτους²⁸⁸. Έτσι, το επιχείρημα αυτό θα μπορούσε να εφαρμοστεί ανεξάρτητα από το εάν η εν λόγω ρισοκίνδυνη συμπεριφορά είναι ενάρετη ή φαύλη²⁸⁹.

Ακόμα και αυτό το επιχείρημα αντιμετωπίζει δυσκολίες όμως. Ένα πρακτικό πρόβλημα είναι ότι η ανάληψη κινδύνων μπορεί να μην δημιουργήσει πρόσθετο κόστος υγειονομικής περίθαλψης ή ζήτηση για μοσχεύματα²⁹⁰. Πράγματι, ορισμένα είδη ρισοκίνδυνης συμπεριφοράς (μηχανοκίνητος αθλητισμός ίσως) θα μπορούσαν ακόμη και να αυξήσουν την παροχή υψηλής ποιότητας οργάνων διαθέσιμων προς μεταμόσχευση²⁹¹.

²⁸⁵ Lamb. Organ Transplants

²⁸⁶ Graziadei, "Legal transplants and the frontiers

²⁸⁷ Lamb. Organ Transplants

²⁸⁸ Knight, *Legal aspects of medical*

²⁸⁹ Lamb. Organ Transplants

²⁹⁰ Knight, *Legal aspects of medical*

²⁹¹ Graziadei, "Legal transplants and the frontiers

Ο Wilkinson (1999)²⁹² λαμβάνει το γεγονός αυτό ως ένα σημείο εκκίνησης για μια βαθύτερη κριτική του επιχειρήματος της Αποκατάστασης. Ισχυρίζεται ότι, εάν αποδεικνυόταν (όπως είναι πιθανό) ότι οι καπνιστές κοστίζουν στην Εθνική Υπηρεσία Υγείας λιγότερα από τους μη καπνιστές του Ηνωμένου Βασιλείου (επειδή κατά μέσο όρο πεθαίνουν νεότεροι), τότε οι υποστηρικτές του επιχειρήματος της Αποκατάστασης θα κατέληγαν στο δυσάρεστο συμπέρασμα ότι θα πρέπει να δοθεί όχι μικρότερη, αλλά μεγαλύτερη προτεραιότητα στους καπνιστές από ό,τι σε άλλους ασθενείς. Διαφορετικά, οι καπνιστές θα ζημιώνονταν από τις εσκεμμένες προσπάθειες των μη καπνιστών να παρατείνουν την ζωή τους αποφεύγοντας το κάπνισμα. Το επιχείρημά του αφορά στους οικονομικούς πόρους, αλλά το ίδιο θα ισχύει και για μοσχεύματα σε παρόμοια κατάσταση σπανιότητας.

Ο Wilkinson²⁹³ καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η ένσταση αυτή αποδυναμώνει σοβαρά το επιχείρημα της Αποκατάστασης. Είτε είναι απλά μια εις άτοπον απαγωγή του επιχειρήματος της Αποκατάστασης, στην οποία περίπτωση το επιχείρημα αυτό πρέπει να απορριφθεί. Ή τουλάχιστον οι υπερασπιστές του, θα πρέπει να προσφύγουν σε κάτι σαν ηθική ή κοινωνική αξία, προκειμένου να αποφευχθούν απaráδεκτες συνέπειες, έτσι το επιχείρημα καθίσταται ευάλωτο απέναντι σε μερικά από τα προβλήματα που κάνουν έκκληση στην κοινωνική αξία που προαναφέρθηκε.

²⁹² Wilkinson, “Smokers’ rights to health care: why the ‘restoration argument’”, 255–269

²⁹³ Wilkinson, “Smokers’ rights to health care: why the ‘restoration argument’”, 255–269

Επίλογος

Η μεταμόσχευση αποτελεί ένα από τα ιατρικά επιτεύγματα που πρόσφερε το δώρο της ζωής σε πολλούς ανθρώπους, που η ασθένεια τους καταδίκασε σε θάνατο. Το νομικό πλαίσιο που υπάρχει, καταβάλλει κάθε δυνατή προσπάθεια ώστε η αλτρουιστική αυτή συνεισφορά να μην μετατραπεί σε αγοραπωλησία και ο παράγοντας του χρήματος να μην επιβαρύνει την ελεύθερη βούληση του ανθρώπου να προσφέρει τα όργανα του.

Το πρόβλημα όμως της έλλειψης οργάνων, είναι ορατό και πραγματικό και έχει οδηγήσει στην ανάπτυξη μιας άλλης άποψης, που θεωρεί την εμπορευματοποίηση της δωρεάς οργάνων προτιμότερη από το θάνατο ενός ανθρώπου που δεν μπορεί να κάνει μεταμόσχευση. Το ηθικό ή μη του ζητήματος εξαρτάται από το κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο του καθενός.

Ο νέος νόμος για τη δωρεά οργάνων και τις μεταμοσχεύσεις στην Ελλάδα έρχεται ως αντιστάθμισμα στην έλλειψη κουλτούρας δωρεάς οργάνων που υπάρχει στην Ελλάδα. Προσπαθεί δε να καλύψει όλα τα σημεία που στο παρελθόν έδειξαν ότι αποτελούν παράγοντες αντίστασης στη δωρεά. Παράδειγμα αποτελεί ο σεβασμός που καθορίζει ότι πρέπει να υπάρχει στο σώμα του νεκρού δότη αφού πολλές οικογένειες θεωρούσαν ότι η λήψη οργάνων από το σώμα του νεκρού συγγενή τους θα τον παραμόρφωνε και δεν συναινούσαν στη δωρεά.

Προς αυτή την κατεύθυνση λειτουργεί και η αντιστροφή του νομικού πλαισίου κάνοντας όλους εν δυνάμει δωρητές οργάνων, εκτός αν δηλώσουν το αντίθετο. Αυτό βέβαια όχι μόνο δεν πυροδότησε μια αλλαγή στάσης της ελληνικής κοινωνίας ως προς τη δωρεά οργάνων, αλλά αντίθετα ο νέος νόμος δέχτηκε πολλές αντιδράσεις, με πολλούς να υποστηρίζουν θεωρίες συνωμοσίας όπως για παράδειγμα ότι οι ιατροί δεν θα παρέχουν θεραπείες για να μπορούν στη συνέχεια να παίρνουν τα όργανα ή ότι θα δηλώνονται ως νεκροί, άνθρωποι που δεν είναι.

Σαφώς και οι παραπάνω απόψεις δεν μπορούν να θεωρηθούν ως σοβαρές και ίσως ήταν και αναμενόμενες αν σκεφτεί κανείς την ιδιαίτερη μεία που γίνεται στο νόμο για τη διαδικασία που κάποιος ορίζεται ως νεκρός. Γεγονός όμως είναι ότι ο νόμος αυτός, ενώ αποτελεί ένα θετικό βήμα προς τη δωρεά οργάνων, δεν συνοδεύτηκε από την κατάλληλη ενημέρωση προς τους πολίτες για τη μεγάλη

σημασία των μεταμοσχεύσεων. Έγιναν βέβαια κάποιες καμπάνιες ιδιαίτερα επιτυχημένες μέσω των ΜΜΕ που προσπαθούσαν να αντιστρέψουν την νοοτροπία ότι η μεταμόσχευση είναι ένα θέμα που αφορά τους άλλους, παρέχοντας τη δυνατότητα στον τηλεθεατή να κατανοήσει ότι ίσως και ο ίδιος να βρεθεί κάποια στιγμή στη θέση του λήπτη και συνεπώς δεν πρέπει να διστάζει να βρεθεί στη θέση του δότη. Για να μπορέσουν όμως οι μεταμοσχεύσεις και η σημασία τους να γίνουν μέρος της ελληνικής κουλτούρας δεν αρκεί η νομοθεσία, αλλά χρειάζεται συστηματική εκπαίδευση της ελληνικής κοινωνίας.

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ο πατερναλισμός του νόμου. Η σημερινή εποχή χαρακτηρίζεται το από την ραγδαία ανάπτυξη των βιοτεχνο-επιστημών όσο και με την κρίση των ηθικών αξιών. Ως εκ τούτου δεν είναι δυνατή, αν και απαραίτητη η ηθική αξιολόγηση των ενεργειών. Βιοηθικές έννοιες όπως «πρόσωπο», «ευθύνη», «αυτονομία», «αξία», «ηθικό δίλημμα», θα πρέπει να διερευνηθούν σε βάθος, τόσο εντός της τεχνολογικής ανάπτυξης, όσο και εντός της ανθρώπινης εμπειρίας. Επιπλέον για αρκετούς το νομοσχέδιο που κατατέθηκε στη Βουλή με θέμα τη «δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων» και βάσει του οποίου καθένας μετά το θάνατό του υποχρεούται να δωρίσει τα όργανά του για μεταμόσχευση, αποτελεί έναν φιλελεύθερο πατερναλισμό.

Βιβλιογραφία

- Alexander Shana, “They Decide Who Lives, Who Dies”, *Life* 53 (1962): 102–25.
- American Medical Association. “Declaration of Professional Responsibility Medicine’s Social Contract With Humanity”. 2001. ανακτημένο Νοέμβρης 29, 2016 <http://www.ama-assn.org/resources/doc/ethics/decofprofessional.pdf>.
- Comte Auguste “Stanford Encyclopedia of Philosophy Archive” (2008) ανακτημένο Νοέμβρης 29, 2016 <http://plato.stanford.edu/archives/spr2014/entries/comte/>
- Bhattacharya Niranjana, and Chettri Mahesh, “Human Heterotopic Fetal Cardiac Tissue Transplant in Patients with Varying Degrees of Cardiomyopathy with Ischemic Heart Disease and Diabetes Mellitus: A Report of 7 Cases” In *Human Fetal Tissue Transplantation* edited by Niranjana Bhattacharya, P. Stubblefield, Springer London, 2013, pp. 347-356.
- Brock Dan, “The ideal of shared decision making between physicians and patients”, *Kennedy Inst Ethics J*, 1(1991):28-47.
- Brown Rich, “Moral responsibility for (un)healthy behaviour”, *Journal of Medical Ethics*, 39 (2013): 695–698.
- Burch Marc, and Aurora P., “Current status of paediatric heart, lung, and heart-lung transplantation”, *Archives of Disease in Childhood*. 89 (2004): 386–389.
- Buyx Alena, A.M., “Personal Responsibility for Health as a Rationing Criterion: why we don’t like it and why maybe we should”, *Journal of Medical Ethics*, 34 (2008): 871–874
- Cameron JS, and Hoffenberg R. “The ethics of organ transplantation reconsidered: Paid organ donation and the use of executed prisoners as donors. *Kidney International*”55(1999):724-732.
- Cecka M., “Trends in kidney transplantation based on registry data” 2004 13^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νεφρολογίας, Ρόδος.
- Churak J. M, Racial and ethnic disparities in renal transplantation. *Journal of the National Medical Association*, 97(2005): 153-160.
- Council of Europe Convention against Trafficking in Human Organs. CM92013479 final, of 9 July 2014.

- Council of Europe, Convention for the protection of human rights and dignity of the human body with regard to the application of biology and medicine (CETS No. 164, 1997), and its Additional Protocol (CETS No. 186, 2001).
- WHO Guiding Principles on Human Cell, Tissue and Organ Transplantation, revised version, 2010. WMA statement on Human Organ Donation and Transplantation, revised version 2006.
- Cruess S, and Cruess, R. “Professionalism and medicine’s social contract with society”, *Virtual Mentor*, 6(2004).
- David Lamb. Organ Transplants and ethics, London : Routledge, 1990, σελ 330.
- Dossetor JB. Rewarded gifting: Is it ever ethically acceptable? *Transplantation Proceedings*, 24(1992):2092-2094.
- Ellis L., Lehet K, Ku S., Azabdaftari G., and Pili R, “Generation of a syngeneic orthotopic transplant model of prostate cancer metastasis”. *Oncoscience*, 1(2014), 609.
- Engelhardt T., *The Foundations of Christian Bioethics*. Lisse: SwetsandZeitlinger Publ., 2000
- European Parliament, Trafficking in human organs. Policy Department, Directorate-General for External Policies, 2015
- Frohn C., Fricke L., Puchta J.C, and, Kirchner H., “The effect of HLA-C matching on acute renal transplant rejection”. *Nephrol. Dial. Transplant*. 16 (2001): 355–60.
- Ganzel C., Mathews, V., Alimoghaddam, K., Ghavamzadeh , A., Kuk, D., Devlin, S., , and J. M. Rowe. Autologous transplant remains the preferred therapy for relapsed APL in CR2. *Bone marrow transplantation* 2016
- Giesen D., *A comparative law study of civil liability arising from medical care*, International Medical Law (I.M.M.L), 1995
- Ginns L. C., Cosimi A. B., and Morris P. J., *Transplantation*, Blackwell, Oxford, 1999
- Goila A.K. and Pawar M.. “The diagnosis of brain death”. *Indian J Crit Care Med*, 13(2009): 7–11.

- Graziadei M., “Legal transplants and the frontiers of legal knowledge”, *Theoretical Inquiries in Law*, 10(2009), 723-743.
- Harris John, *The Value of Life*, London: Routledge, 1985
- Johnson R. J., Bradbury L. L., Martin K., and Neuberger J., “Organ donation and transplantation in the UK—the last decade: a report from the UK national transplant registry”. *Transplantation*, 97(2014): S1-S27.
- Knight B., *Legal aspects of medical practice*. London: Churchill Livingstone, 1992
- Lawrence P., and Rozmus, C., Culturally sensitive care of the Muslim patient. *Journal of Transcultural Nursing*, 12(2001), 228-233.
- Luger S. M., Ringdén O., Zhang M. J., Pérez W. S., Bishop M. R., Bornhauser M., and Giralt S. A., “Similar outcomes using myeloablative vs reduced-intensity allogeneic transplant preparative regimens for AML or MDS”, *Bone marrow transplantation*, 47(2012) : 203-211.
- Lunsford SL, Shilling LM, and Chavin KD, “Racial differences in the living kidney donation experience and implications for education”, *Prog Transplant*, 17(2007): 234-240.
- Lupaşcu C., and Lerut J., “Technical improvements in domino liver transplantation ». *Jurnalul de Chirurgie*, 9(2013).
- Manara A. R., Murphy P. G., and O'Callaghan G., “Donation after circulatory death”. *British Journal of Anaesthesia*. 108(2011): i108–i121
- McChesney LP. Braithwaite SS. “Expectations and outcomes in organ transplantation”. *Camb Q Healthc Ethics*, 8(1999):299-310
- McSweeney P. A., Niederwieser D., Shizuru J. A., Sandmaier B. M., Molina A. J., Maloney D. G., and Radich J., “Hematopoietic cell transplantation in older patients with hematologic malignancies: replacing high-dose cytotoxic therapy with graft-versus-tumor effects”, *Blood*, 97(2001), 3390-3400.
- Miller J. M., “A Typology of Legal Transplants: Using Sociology, Legal History and Argentine Examples to Explain the Transplant Process”, *The American Journal of Comparative Law*, 51(2003), 839-885.

- Munson R., *Raising the Dead*, New York: Oxford University Press, 2002
- Office on Women’s Health, *Organ donation and transplantation fact sheet, U.S. Department of Health and Human Services*, 2012
- Otte J. B., History of pediatric liver transplantation. Where are we coming from? Where do we stand?. *Pediatric transplantation*, 6(2002), 378-387.
- Rassool G. H., “The crescent and Islam: healing, nursing and the spiritual dimension. Some considerations towards an understanding of the Islamic perspectives on caring”, *Journal of advanced nursing*, 32(2000), 1476-1484.
- Rebollo P., Ortega F., Baltar J. M., Álvarez-Ude F., Navascués R. A., and Grande Álvarez- J., “Is the loss of health-related quality of life during renal replacement therapy lower in elderly patients than in younger patients?”, *Nephrology Dialysis Transplantation*, 16(2001), 1675-1680.
- Rodrigue J, Cornell DL, and Howard RJ. “Organ donation decision: comparison of donor and nondonor families”. *Am J Transplant*, 6(2006):190-198.
- Saczkowski R., Dacey C., and Bernier P.-L., Does ABO-incompatible and ABO-compatible neonatal heart transplant have equivalent survival?. *Interactive cardiovascular and thoracic surgery*. 10 (2010): 1026–1033.
- Sajoo A. B., *Muslim ethics: Emerging vistas*. I B Tauris, 2008
- Schiff N.D., and Fins J.J., “Brain death and disorders of consciousness”. *Curr Biol.*, 26(2016):R572-6.
- Scott Russell, *The Body as Property*, New York: Viking Press, 1981), p.112
- Sharkey, K. and L. Gillam, “Should patients with self-inflicted illness receive lower priority in access to healthcare resources? Mapping out the debate”, *Journal of Medical Ethics*, 20(2010): 661–665
- Smart B., “Fault and the Allocation of Spare Organs”, *Journal of Medical Ethics*, 20(1994): 26–30.
- Stanford Encyclopedia of Philosophy. Egoism. 2002 ανακτημένο Νοέμβρης 29, 2016 <http://plato.stanford.edu/archives/win2010/entries/egoism/>
- Swing SR. The ACGME outcome project: retrospective and prospective. *Med Teach.*;29(2007):649.

- The Declaration of Istanbul on Organ Trafficking and Transplant Tourism (convened by The Transplantation Society and International Society of Nephrology in Istanbul, Turkey, April 30 – May 2, 2008).
- Thornton, JD Curtis, JR and Allen MD. “Completion of advanced care directives is associated with willingness to donate”. *J Natl Med Assoc*, 98(2006):897-904.
- Tierney WM, Dexter PR, Gramelspacher GP, Perkins AJ, Zhou ZH, Wolinsky FD. “The effect of discussions about advance directives on patients’ satisfaction with primary care”. *J Gen Intern Med*, 16(2001):32-40.
- Trucco T., Sales of Kidneys Prompt New Laws and Debate. *New York Times*, 01/08/1989, 1-6
- Truog R. D., Miller F. G., and Halpern S. D., “The dead-donor rule and the future of organ donation”, *New England Journal of Medicine*, 369(2013), 1287-1289.
- United Nations, Protocol to prevent, suppress and punish trafficking in persons, especially women and children, supplementing the UN Convention on Transnational Crime Res 53/111, 2000.
- Usha R., “*Living after death*”. *Metro Plus Hyderabad. The Hindu. India*, 2002
- Walker T., , “Who do we treat first when resources are scarce?”, *Journal of Applied Philosophy*, 27(2010): 200–211
- West L. J., Pollock-Barziv S. M., Dipchand A. I., Lee K.-J. J., Cardella C. J., and L. N. Benson, “ABO-incompatible (ABOi) heart transplantation in infants”. *New England Journal of Medicine*. 344 (2001): 793–800.
- Wilkinson S., , “Smokers’ rights to health care: why the ‘restoration argument’ is a moralising wolf in a liberal sheep’s clothing”, *Journal of Applied Philosophy*, 16(1999): 255–269.
- World Health Organization. Frequently asked questions. Ανακτημένο Νοέμβρης 29, 2016 :<http://www.who.int/suggestions/faq/en/index.html>.
- Yacoub M. H., Banner N. R., Khaghani A., Fitzgerald M., Madden B., Tsang V., Radley-Smith R. and Hodson M. , “Heart-lung transplantation for cystic fibrosis and subsequent domino heart transplantation”. *The Journal of heart transplantation*. 9 (1990): 459–466

- Αλεξόπουλος Ευάγγελος, «Η εμπορευματοποίηση των μεταμοσχεύσεων και η διακήρυξη της Κωνσταντινούπολης», *Ελληνική Νεφρολογία*, 20 (2008), 237-240.
- Βέργουλας Γεώργιος, *Μεταμόσχευση νεφρού*, Θεσσαλονίκη, 2000
- Γρανίτσας Α., (1993). Βασική έρευνα και ιατρική πράξη. Στο *Μεταπτυχιακή χειρουργική εκδ.* Λαζαρίδης Δ.. Τόμος Α, Θεσσαλονίκη: University Studio Press, 1993
- Κελεσόπουλος Ανέστης, Εκ του θανάτου εις την ζωήν. Θεολογική προσέγγιση στις προκλήσεις της βιοηθικής. Θεσσαλονίκη: Πουρνάρα, 2003
- Κόϊος Νικόλας, *Η ηθική θεώρηση των τεχνικών παρεμβάσεων στο ανθρώπινο γονιδίωμα*. Αθήνα: Κέντρο Βιοϊατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας, 2003
- Κούρτης Μιχαήλ, *Αστικό δίκαιο των μεταμοσχεύσεων (σύμφωνα με το ν.2737/1999)*, Αθήνα : Π.Ν. Σάκκουλας, 2002
- Κουτσελίνη Α. Σ., *Βασικές Αρχές Βιοηθικής Ιατρικής Δεοντολογίας και Ιατρικής Ευθύνης*, Αθήνα : Μαρία Γρ. Παρισιάνου, 1999
- Κωστάκης Αλκιβιάδης . *Μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων - Δώρο ζωής* Αθήνα: Παρισιάνου Α.Ε., 2004
- Λυπουρλής Δημήτριος, *Ιπποκρατική ιατρική: Όρκος περί ιερής νόσου, περί αέρων, υδάτων, τόπων, Προγνωστικόν*. Θεσσαλονίκη: Παρατηρητής, 1983
- Παπαγαρουφάλη Ελένη, *Δώρα ζωής μετά θάνατον*, Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα, 2008
- Παπαδημητρίου Ιωάννης, *Μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων*. Αθήνα : Γρηγ. Παρισιάνος, 1998
- Πελεγρίνης Θεοδόσιος, *Ιατρική Ηθική*, (Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα, 2009)
- Σπυράκη Χριστίνα, Φραγκιαδάκη Ε., Σταματάκη Γ., Καραγεώργος Γ., και Καμπάνι Σ., *Μεταμόσχευση οργάνων και ενήμερη συναίνεση. Επιθεώρηση Υγείας*, 18(2007), 35-40.

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

Φραγγίδης Παναγιώτης, και Θεοφανίδης Δημήτριος, Δεοντολογία και ηθική στο χώρο της υγείας. *Επιθεώρηση Υγείας*, 14(2003), 44-47.

Φυντανίδου Έλενα, (2009). «Πωλείται νεφρό» λόγω χρεών....*Το Βήμα*, Ανακτημένο Οκτώβριος 26: <http://www.tovima.gr/society/article/?aid=343195>

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