



ΔΙΕΘΝΕΣ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥΠΟΛΗ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΤΜΗΜΑ**

**«ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ»**

**Μεταμόσχευση μήτρας ως αναπαραγωγική  
διαδικασία. Διερεύνηση απόψεων των επαγγελματιών  
υγείας ως εργαλείο διαμόρφωσης πολιτικής υγείας.**

**Φράγκου Βασιλική**

**Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Τσαλογλίδου Αρετή**

**ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2020**

## **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

Ευχαριστίες.....	5
Περίληψη.....	6-7
Summary.....	8
Εισαγωγή.....	9

## **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΚΕΦ. 1 ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΚΑΙ ΜΥΘΟΛΟΓΙΑ**

1.1 Μύθοι που σχετίζονται με τις μεταμοσχεύσεις.....	9-10
1.2 Η έννοια της μεταμόσχευσης στην αρχαία Ελλάδα.....	11-12
1.3 Η πρώτη μεταμόσχευση από τους Αγίους Κοσμά και Δαμιανό.....	12
1.4 Μια σύντομη ματιά στην ιστορία των μεταμοσχεύσεων.....	12-13
1.5 Μεταμοσχεύσεις οργάνων: Από τον μύθο στην πραγματικότητα.....	14-15
1.6 Serge Voronoff (1866-1951): ο κορυφαίος μεταμοσχευτής-χειρουργός.....	15-16
1.7 Ο ρόλος των άλλο-μοσχευμάτων στην ιστορία των μεταμοσχεύσεων.....	16-17
1.8 Η Mintz, ο Τζάκης και η Χίμαιρα.....	17-18

### **ΚΕΦ. 2 Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ ΜΗΤΡΑΣ**

2.1 Οι πρώτες μεταμοσχεύσεις μήτρας.....	19-21
2.2 Μεταμοσχεύσεις οργάνων: παρελθόν-παρόν-μέλλον.....	21

### **ΚΕΦ. 3 ΗΘΙΚΑ, ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΑ ΚΑΙ ΝΟΜΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΙΣΤΩΝ**

3.1 Ηθικά διλήμματα πριν την απόφαση.....	22
3.2 Οικογένεια.....	22-24
3.3 Νομικό πλαίσιο.....	24-25
3.4 Θεσμικό πλαίσιο.....	25-29
3.5 Εμπορευματοποίηση των μεταμοσχεύσεων (organ trafficking).....	29-30
3.6 Μεταμοσχευτικός τουρισμός (Transplant Tourism).....	31
3.7 Το τεράστιο κόστος των μεταμοσχεύσεων.....	31-32

### **ΚΕΦ. 4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΜΜΕ ..... 33-34**

### **ΚΕΦ. 5 ΔΙΑΘΡΗΣΚΕΙΑΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ**

5.1 Η θεολογική θεώρηση του γεγονότος του θανάτου.....	34-35
5.2 Ορθόδοξη εκκλησία.....	36-37
5.3 Εκκλησία της Ελλάδος-Ιερά Σύνοδος.....	37-39

5.4 Ρωμαιοκαθολική εκκλησία.....	39
5.5 Προτεσταντικές ομολογίες.....	40
5.6 Ιουδαϊσμός.....	41
5.7 Ισλαμισμός.....	42
5.8 Ινδουισμός.....	42
5.9 Βουδισμός.....	43
5.10 Πατριαρχείο της Μόσχας.....	44
<b>ΚΕΦ. 6 ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ</b>	
6.1 Τί ορίζουμε ως μεταμόσχευση.....	44-45
6.2 Δωρεά οργάνων.....	45-47
6.3 Φάρμακα και μεταμόσχευση.....	47-48
6.4 Ιστοσυμβατότητα (HLA) και μηχανισμοί απόρριψης του μοσχεύματος.....	49-50.
<b>ΚΕΦ. 7 ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ-ΑΙΤΙΑ</b>	
7.1 Υπογονιμότητα.....	51-53
7.2 Υπογονιμότητα που οφείλεται στον παράγοντα μήτρα.....	54-55
7.3 Σύνδρομο MRKH τύπου 1 και 2.....	56
7.3.1 Κλινική περιγραφή του συνδρόμου MRKH τύπου 1.....	56.
7.3.2 Κλινική περιγραφή του συνδρόμου MRKH τύπου 2.....	56.
7.3.3 Αιτιολογία.....	57
7.4 Εμφύτευση μήτρας σε γυναίκες με σύνδρομο MRKH.....	58
7.5 Υποβοηθούμενη ιατρική αναπαραγωγή.....	58-59
7.6 Νομοθετικό πλαίσιο στην Ελλάδα για την ΙΥΑ.....	60
<b>ΚΕΦ. 8 ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΜΗΤΡΑΣ</b>	
8.1 Μεταμόσχευση μήτρας ως αναπαραγωγική διαδικασία.....	61-62
8.2 Ο προ-μεταμοσχευτικός έλεγχος και η ενημέρωση των υποψήφιων ληπτριών.....	63
8.3 Ανοσολογική και βιοχημική προετοιμασία των ασθενών.....	64
8.4 Περιεγχειρητική διαδικασία-διεγχειρητική αναισθησία.....	65
8.5 Η χειρουργική επέμβαση στη δότρια.....	66
8.6 Η προετοιμασία του μοσχεύματος.....	66
8.7 Η χειρουργική επέμβαση της λήπτριας.....	67-68
8.8 Η ανοσοκαταστολή και η μακροπρόθεσμη θεραπεία.....	68
8.9 Η μετεγχειρητική παρακολούθηση .....	69
8.10 Χειρουργική εκτίμηση και μετεγχειρητικές επιπλοκές.....	69.
8.11 Μεταμόσχευση μήτρας και η πρώτη εγκυμοσύνη.....	70-71

8.12 Σκοπός της μεταμόσχευσης μήτρας-αντιδράσεις.....	71
8.13 Trans λήπτες μοσχεύματος.....	72

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΚΕΦ. 9 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΥΝΑΣ**

9.1 Ερευνητικοί σκοποί-ερωτήματα.....	72
9.1.1 Σχεδιασμός έρευνας.....	73
9.1.2 Πληθυσμός-Δείγμα.....	73
9.1.3 Διαδικασία-Μέθοδος συλλογής δεδομένων.....	73-74
9.2 Εργαλεία ανάλυσης.....	74
9.2.1 Ηθικά ζητήματα.....	75
9.2.2 Αξιοπιστία δεδομένων.....	75
9.2.3 Περιορισμοί-Προβλήματα έρευνας.....	76

### **ΚΕΦ. 10 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

10.1 Περιγραφική Στατιστική.....	76-105
10.2 Συμπεράσματα.....	106-107
10.3 Συζήτηση.....	107-109

<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>110-116</b>
--------------------------	----------------

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

## ***ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ***

Με την ολοκλήρωση της πτυχιακής μου εργασίας οφείλω να ευχαριστήσω όλους όσους συνέβαλαν στη συμπλήρωση της και όσους με στήριξαν. Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα την καθηγήτρια μου, κυρία Τσαλογλίδου Αρετή, υπό την επίβλεψη της οποίας πραγματοποιήθηκε η πτυχιακή μου εργασία, για την πολύτιμη βοήθεια της, τον ενθαρρυντικό της ρόλο, τις κατευθύνσεις και την υπομονή της κατά τη διάρκεια της παρούσας εργασίας.

Ευχαριστώ πολύ όλους τους καθηγητές μου στο πρόγραμμα των μεταπτυχιακών μου σπουδών, οι οποίοι συνέβαλαν στην γνώση και την πραγμάτωση αυτής της μεγάλης μου προσπάθειας.

Επίσης, ευχαριστώ τους ανθρώπους που συμμετείχαν στην έρευνα, οι οποίοι απάντησαν με προθυμία το ερωτηματολόγιο μου, βοηθώντας με έτσι, να φτάσω πιο κοντά στη ολοκλήρωση της εργασίας μου.

Τέλος, αναμφίβολα ευχαριστώ πολύ την οικογένειά μου που με στήριξε και κυρίως πίστεψε σε εμένα. Η πίστη, η στήριξη και η αγάπη τους λειτούργησαν ενθαρρυντικά.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Ορόσημο στην ιστορία της αναπαραγωγικής ιατρικής στάθηκε το 2014 η γέννηση παιδιού από μητέρα, η οποία είχε γεννηθεί χωρίς μήτρα. Η μεταμόσχευση μήτρας ξεκίνησε για να δώσει την ευκαιρία σε γυναίκες που πάσχουν από στειρότητα, λόγω έλλειψης ή δυσλειτουργίας της μήτρας να βιώσουν την διαδικασία της κύησης και να αποκτήσουν βιολογικά παιδιά. Παρά το ρίσκο των πολλαπλών επεμβάσεων και της ανοσοκαταστολής, η μεταμόσχευση μήτρας είναι η μοναδική επιλογή για αυτές τις γυναίκες να συλλάβουν, να κυοφορήσουν και να γεννήσουν βιολογικά παιδιά.

Πρόκειται όμως για μια επέμβαση άκρως δαπανηρή σε ότι αφορά το κόστος, αλλά και μια επέμβαση η οποία εγκυμονεί μεγάλους κινδύνους. Η επέμβαση αυτή πραγματοποιείται αποκλειστικά και μόνο για αναπαραγωγική διαδικασία και όχι για θεραπευτικό σκοπό με αποτέλεσμα να εγείρει πληθώρα αντιδράσεων σχετικά με την χρησιμότητά της.

**Σκοπός:** Η παρούσα έρευνα έχει σκοπό να μελετήσει την άποψη επαγγελματιών υγείας σχετικά με την μεταμόσχευση μήτρας. Μελετώνται οι γενικές και ειδικές γνώσεις τους, η προοπτική της εφαρμογής της στην Ελληνική κοινωνία, το κόστος και η στάση της θρησκείας.

**Υλικό – Μέθοδος:** Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 100 επαγγελματίες υγείας με προϋπηρεσία πάνω από 10 έτη. Τα δεδομένα της έρευνας συλλέχτηκαν με τη χρήση ερωτηματολογίου 28 ερωτήσεων, στη συνέχεια κωδικοποιήθηκαν σε βάση δεδομένων του Microsoft Office Excel 2016 και τέλος πραγματοποιήθηκε στατιστική ανάλυση με το λογισμικό πακέτο IBMSPSS 24.

**Αποτελέσματα – Συμπεράσματα:** Οι περισσότεροι συμμετέχοντες γνωρίζουν τι είναι η μεταμόσχευση μήτρας, ωστόσο δήλωσαν ότι δεν υπάρχει ανάλογη ενημέρωση των ελληνίδων. Επίσης, η μεγάλη πλειοψηφία του δείγματος δήλωσε ότι οι ίδιοι δεν έχουν εξειδικευμένες γνώσεις και γι' αυτό δεν έχουν παροτρύνει ποτέ κάποια γυναίκα για δωρεά μήτρας ή επειδή δεν έτυχε.

Επίσης οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι τα θρησκευτικά πιστεύω συμβάλλουν στο να γίνει κάποιος δωρητής οργάνων, ότι οι θρησκείες δεν είναι σύμφωνες με την δωρεά μήτρας, ενώ οι μισοί δεν γνωρίζουν αν η Ορθόδοξη εκκλησία επιτρέπει την δωρεά μήτρας.

Όσον αφορά το κόστος μεταμόσχευσης μήτρας οι γυναίκες πιστεύουν περισσότερο πως το κόστος οργάνωσης κατάλληλης μονάδας στο νοσοκομείο είναι δυσανάλογο του αποτελέσματος. Επίσης, η άποψη ότι το κόστος της μεταμόσχευσης είναι καταλυτικός παράγοντας ώστε να μην προβούν οι ασθενείς στην διαδικασία αυτή, υποστηρίχθηκε περισσότερο από τους έχοντες ανώτατη εκπαίδευση ή διδακτορικό.

**Συμπερασματικά** φάνηκε ότι τα άτομα που θεωρούν ότι το κόστος είναι επιβαρυντικός παράγοντας πιστεύουν ταυτόχρονα στην μη επάρκεια-ενημέρωση ή εξειδίκευση των επαγγελματιών υγείας.

**Λέξεις – κλειδιά:** μεταμόσχευση μήτρας, αναπαραγωγική διαδικασία, κόστος, αποτελέσματα, ηθικά ζητήματα, θρησκεία, γνώσεις επαγγελματιών υγείας.

## SUMMARY

**Introduction:** The birth of a child by a woman who had no uterus was a milestone in the history of reproductive medicine in 2014. Uterine transplantation has begun to give infertile women a chance to experience pregnancy and have biological children. Despite the risks of multiple operations and immunosuppression, uterine transplantation is the only option for these women to conceive and give birth to biological children.

But this is an extremely costly operation, but also an operation that poses great risks. This procedure is performed solely for the reproductive process and not for therapeutic purposes, thus raises plethora of reactions about its usefulness.

**Purpose:** This research aims to study the view of health professionals on the uterine transplantation. Their general and specific knowledge, the prospect of its application in Greek society, the cost and attitude of religion are studied.

**Material and Method:** The sample of the study consisted of 100 health professionals with more than 10 years of experience. Survey data were collected using a 28-question questionnaire, then coded into a Microsoft Office Excel 2016 database and finally statistical analysis was performed with the IBMSPSS 24 software package.

**Results – Conclusions:** Most participants were being informed about uterine transplant, but they stated that there is no adequate information available to Greek women. The vast majority of the sample also said that they do not have specialized knowledge and therefore they have never encouraged a woman to donate her uterus. Participants also stated that religious beliefs contribute to becoming an organ donor, religions do not conform to the uterus donation, while half of them do not know if the Orthodox Church allows the uterus donation.

Regarding uterine transplant costs, women are more likely to believe that the cost of setting up a proper hospital unit is disproportionate to the outcome. The view that the cost of transplantation is a catalyst to refrain patients in this process, was also further supported by those with higher education or PhD.

It has been concluded that people who consider cost as an aggravating factor, at the same time believe in inadequate information or specialization of health professionals.

**Keywords:** Uterus Transplant, Reproductive Process, Cost, Outcome, Ethical Issues, Religion, Health Professionals Knowledge.



## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η αλματώδης ανάπτυξη που σημείωσε η ιατρική επιστήμη τις τελευταίες δεκαετίες, σε συνδυασμό με την ιατροτεχνολογική εξέλιξη, κατέστησε δυνατό το “θαύμα” της μεταμόσχευσης οργάνων. Η μεταμόσχευση αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες κατακτήσεις της Ιατρικής του 20ου αιώνα. Ασθενείς που επιβίωναν με την χρήση μηχανικών μέσων υποστήριξης, με την μεταμόσχευση οργάνων, ιστών και κυττάρων από νεκρούς και ζωντανούς δότες, καταφέρνουν να επιβιώσουν και να βελτιώσουν αισθητά τη ποιότητα ζωής τους. Η μεταμόσχευση επιτρέπει την αποκατάσταση των λειτουργιών του σώματος που μέχρι εκείνη τη στιγμή είχαν χαθεί. Η δυνατότητα να σωθεί ή να βελτιωθεί η ζωή ενός συνανθρώπου μας, μετά τον θάνατό μας ή ακόμη και εν ζωή, προκαλεί δέος αλλά και ευθύνη. Αρκεί να σκεφτεί κανείς αντίστροφα, δηλαδή ότι κάποια στιγμή της ζωής μας εμείς οι ίδιοι ή ένα αγαπημένο μας πρόσωπο μπορεί να χρειαστεί μεταμόσχευση για να συνεχίσει να ζει, τότε ίσως συνειδητοποιήσουμε ακόμη περισσότερο την αξία της δωρεάς οργάνων.

Εκείνο που σίγουρα κανείς δεν μπορεί να αντιπαρέλθει είναι το γεγονός ότι οι μεταμοσχεύσεις συνδέονται με ένα πλήθος ερωτημάτων ηθικών και δεοντολογικών που, επειδή ακριβώς άπτονται εννοιών πολύ λεπτών, όπως η ζωή, ο θάνατος, το ανθρώπινο αυτεξούσιο, η επί του σώματος μας εξουσία κ.λ.π. δεν είναι και τόσο εύκολο να απαντηθούν. Μέσα σε όλη λοιπόν αυτήν την ατμόσφαιρα, η κοινωνία καλείται ν’ απαντήσει σε δύσκολα ερωτήματα και συγχρόνως να προβεί σε απαραίτητες ρυθμίσεις ώστε να διασφαλίζεται ο σεβασμός στον άνθρωπο, να προστατεύεται η υγεία και η ζωή εν γένει και να προφυλάσσεται η ισορροπία των ανθρωπίνων σχέσεων.

## **1. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΚΑΙ ΜΥΘΟΛΟΓΙΑ**

### **1.1 Μύθοι που σχετίζονται με τις μεταμοσχεύσεις**

Από την αρχή της ιστορίας των ανθρώπων υπάρχουν μύθοι οι οποίοι σχετίζονται είτε με την προσθήκη είτε με την αντικατάσταση σωματικών στοιχείων μεταξύ ανθρώπων, ή μεταξύ ανθρώπων και άλλων ειδών.

Στην Αίγυπτο οι αρχαίοι λάτρευαν θεούς οι οποίοι έφεραν σώματα ανθρώπων και κεφάλια ζώων, όπως ο Άνουβις ο οποίος είχε κεφάλι τσακαλιού. Η ελληνική μυθολογία είναι πλούσια από πλάσματα τα οποία έφεραν ταυτόχρονα

χαρακτηριστικά ανθρώπου και κτήνους. Χαρακτηριστικά οι Κένταυροι ήταν μισοί άνθρωποι και μισοί άλογα, ο Μινώταυρος είχε κεφάλι ταύρου και σώμα ανθρώπου. Παρατηρεί, λοιπόν, κανείς ότι η ιδέα της μεταμόσχευσης τροφοδοτούσε την φαντασία των ανθρώπων από την αρχαιότητα.

Εκτός από την μυθολογία όμως τέτοια πλάσματα με μεικτά χαρακτηριστικά συναντάμε ακόμη και στον Χριστιανισμό. Πλάσματα τα οποία κατοικούν στον Παράδεισο και στην Κόλαση. Οι άγγελοι για παράδειγμα διαφοροποιούνται σε ουράνιους, οι οποίοι φέρουν φτερά πτηνών και σε έκπτωτους, που είχαν φτερά νυχτερίδων. Ο διάβολος φέρει κέρατα και ουρά. Οι πιστοί παρότι θεωρούσαν ότι η ασθένεια και ο τραυματισμός ήταν κάτω από τον έλεγχο του Θεού, η αποκατάσταση των ανθρώπινων μελών γινόταν μόνο υπερφυσικά. Ο Άγιος Πέτρος αποκατέστησε το στήθος της Αγίας Αγαθής μετά από τα βασανιστήρια της. Οι Άγιοι Κοσμάς και Δαμιανός τον 4<sup>ο</sup> αιώνα πραγματοποίησαν την πιο εντυπωσιακή αποκατάσταση-μεταμόσχευση ιστών. Αντικατέστησαν το πόδι ενός ασθενή που είχε καταστραφεί από γάγγραινα, με το πόδι ενός μαυριτανού μονομάχου, ο οποίος είχε σκοτωθεί πρόσφατα. Αυτό τους το κατόρθωμα τους κατέστησε και ως προστάτες της μεταμόσχευσης.

Ο ιατρός-κληρικός Francois Rabelais (1494-1553) περιέγραψε ένα λιγότερο θαυματουργό παράδειγμα άμεσης αντικατάστασης ιστών στο βιβλίο του *Gargantua et Pantagruel*, το 1532. Όταν κάποιος έχασε το κεφάλι του σε μια μάχη με τους γίγαντες, ο συγγραφέας περιγράφει τον τρόπο που ο Panurge κατάφερε να επανασυγκολλήσει το κεφάλι χειρουργικά: «Το τοποθέτησε κατά τέτοιο τρόπο ώστε να έλθει η φλέβα σε επαφή με φλέβα, ο τένοντας με τένοντα και ο σπόνδυλος με σπόνδυλο, με συνέπεια ο λαιμός να μην είναι στραβός...Γι' αυτό απαιτήθηκε η τοποθέτηση με βελόνα 15-16 ραμμάτων...». Οι λεπτομέρειες στη χειρουργική διαδικασία δείχνουν το μέγεθος των ανατομικών γνώσεων του Rabelais, ο οποίος τέσσερις αιώνες πριν την μεταμόσχευση κεφαλιών σκύλων και πιθήκων (White 1967) οραματίστηκε μία πιθανή εφαρμογή στον άνθρωπο.

Στη σύγχρονη εποχή, τα διάφορα υβριδικά πλάσματα της μυθολογίας δεν ανήκουν αποκλειστικά στην σφαίρα της φαντασίας. Ο Vladimir Demikhov (1916-1998), το 1950 στην ΕΣΣΔ μεταμόσχευσε ένα δεύτερο κεφάλι σε σκύλο, κάτι που δεν απέχει πολύ από το μυθικό Κέρβερο, τον τρικέφαλο σκύλο φύλακα του Άδη. (Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών, 2011)

## 1.2 Η έννοια της μεταμόσχευσης στην αρχαία Ελλάδα

Στην αρχαία ελληνική γραμματεία το ρήμα «μεταμοσχεύων» συνδέεται αποκλειστικά με τα φυτά. Έχει την έννοια του «μπολιάσματος», δηλαδή την τεχνική της μεταφύτευσης και της διασταύρωσης. Στα έργα των αρχαίων Ελλήνων ιατρών η σύγχρονη έννοια της μεταμόσχευσης δεν περιγράφεται με κάποιον άλλο όρο, ούτε εμφανίζεται με οποιοδήποτε τρόπο. Αυτό καθιστά σαφές ότι η συγκεκριμένη ιατρική πράξη της μεταμόσχευσης απουσίαζε από τα ιατρικά δεδομένα της αρχαιότητας.

Η οργάνωση της ιατρικής αλλά και η φιλοσοφική σκέψη της εποχής, αποτελούν ανασταλτικούς παράγοντες για το γεγονός αυτό. Η ιδέα της αντικατάστασης ενός πάσχοντος οργάνου με ένα υγιές το οποίο να προέρχεται από άλλο άνθρωπο ή και ζώο, ήταν τελείως έξω από την λογική της αρχαιότητας. Εκτός όμως από την θεώρηση αυτή δημιουργούσαν αποτρεπτικό περιβάλλον για την πραγματοποίηση των πολύπλοκων μεταμοσχεύσεων η έλλειψη ανατομικών γνώσεων, η δυσκολία της κατανόησης της λειτουργίας των διαφόρων οργάνων, οι περιορισμένες δυνατότητες αλλά και επιτυχίες της χειρουργικής, οφειλόμενες σε ανεπάρκεια ικανοτήτων αλλά και σε έλλειψη εξειδικευμένων χειρουργικών γνώσεων και εργαλείων.

Στην αρχαιότητα υπήρχε η αντίληψη της άρρηκτης σχέσης μεταξύ σώματος και ψυχής. Οι ενέργειες της ψυχής πραγματώνονταν με τη λειτουργία των οργάνων του σώματος. Η αντίληψη αυτή έθετε ένα όριο στην εξωτερική παρέμβαση, η οποία θα διατάρασσε αυτή την αρμονική συνύπαρξη της υλικής και άυλης υπόστασης του ανθρώπου. Ο σεβασμός και η φροντίδα για τους νεκρούς, απαγόρευε την αφαίρεση οργάνων, κάτι που θα αποτελούσε προσβολή γι'αυτούς. Καταλυτική επίδραση ασκούσε το αξίωμα ότι ο ζωντανός άνθρωπος είχε ανάγκη όλων των οργάνων του, για να είναι αρτιμελής και υγιής.

Τέλος, από τα γραπτά των αρχαίων Ελλήνων ιατρών γίνεται φανερό ότι τη βλάβη των οργάνων του σώματος την αντιλαμβάνονταν με βάση τη δράση και τα ποιοτικά χαρακτηριστικά των τεσσάρων χυμών (αίμα, φλέγμα, ξανθή και μέλαινα χολή).

Εξαίρεση αποτέλεσε η Μεθοδική Σχολή, που χρησιμοποιούσε ως ερμηνευτικό εργαλείο των ασθενειών τη σύσπαση και τη χαλάρωση των πόρων, με αποτέλεσμα να εστιάζεται το ενδιαφέρον στους αιτιολογικούς παράγοντες. Υπήρχε η πεποίθηση ότι η αντιμετώπιση τους θα επανέφερε την υγεία, αναγνωρίζοντας στους τραυματισμούς και στο γήρας κυρίως τη φθορά της φύσης των οργάνων, ώστε να επιχειρείται να αντιμετωπιστεί αυτή η μορφή του προβλήματος, παραγκωνίζοντας την αλλοίωση των

ίδιων των οργάνων και εμποδί ζοντας την ανάπτυξη τής δευτερογενούς σκέψη της αντικατάστασής τους. (Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών, 2011)

### **1.3 Η πρώτη μεταμόσχευση από τους Αγίους Κοσμά και Δαμιανό**

Γνωστοί και ως ‘γιατροί’ οι Άγιοι Κοσμάς και Δαμιανός ήταν αυτοί οι οποίοι ασχολήθηκαν ιδιαίτερα με τη χειρουργική. Ήταν δίδυμα αδέρφια που πρόσφεραν τις ιατρικές τους υπηρεσίες αφιλοκερδώς. Εξαιτίας αυτού ονομάστηκαν και Άγιοι Ανάργυροι.

Το έτος 278μ.Χ, επί αυτοκράτορα Διοκλητιανού, υπέμειναν φρικτά βασανιστήρια από τα οποία επιβίωσαν με θαυματουργό τρόπο. Αργότερα κατάφεραν να κερδίσουν την εμπιστοσύνη του κόσμου πραγματοποιώντας πολυάριθμες θεραπείες. Περίπου 200 χρόνια αργότερα , επί αυτοκράτορα Ιουστινιανού (483-565 μ.Χ) στην Κωνσταντινούπολη , χτίστηκε εκκλησία στο όνομά τους, η οποία βασίστηκε στα αρχαία Ασκληπεία και ήταν ανοιχτή ημέρα και νύχτα για τη θεραπεία των ασθενών.

Στη δόξα του Θεού αποδίδεται η πρώτη μεταμόσχευση αλλομοσχεύματος από τους Αγίους Ιατρούς Κοσμά και Δαμιανό, οι οποίοι συγκόλλησαν το πόδι ενός Μαυριτανού, που μόλις είχε πεθάνει, σε έναν λευκό μετά από ακρωτηριασμό για γάγγραινα. Για το γεγονός αυτό υπάρχουν διαφορετικές εκδοχές , οι οποίες αναμφίβολα κάνουν λόγο για ένα ιατρικό θαύμα , ωστόσο η αξιοπιστία τους ως προς το περιεχόμενο και την αναφερόμενη χρονική περίοδο είναι συζητήσιμη και χρήζει περαιτέρω ιστορικής, θεολογικής και ιατρικής διερεύνησης. (Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών, 2011)

### **1.4 Μια σύντομη ματιά στην ιστορία των μεταμοσχεύσεων**

Η ιστορία της μεταμόσχευσης είναι πλούσια σε φαντασία καθώς εμπλέκει τη μυθολογία της αρχαιότητας και τη χριστιανική παράδοση με ιστορικά στοιχεία που προκύπτουν από ανακαλύψεις της επιστήμης της αρχαιολογίας και της ιστορικής έρευνας.

Οι αρχαίοι Ινδοί στην επανόρθωση της μύτης χρησιμοποίησαν αυτομοσχεύματα (autogreffes) δέρματος όπως ανέδειξε η μελέτη αρχαίων κειμένων. Στο Βυζάντιο

επιχειρήθηκαν μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων, που αποτυπώνονται με τη μορφή θεϊκών παρεμβάσεων σε χριστιανικές εικόνες.

Η πραγματική ιστορία της χειρουργικής των μεταμοσχεύσεων όμως ξεκινά το 1905, όταν ο Γάλλος Alexis Carrel (1873-1944) και ο Αμερικανός Charles Guthrie, (1880-1913) μεταμόσχευσαν καρδιά στο λαιμό ενός σκύλου και η καρδιά λειτούργησε επί 8 ολόκληρες ώρες φυσιολογικά. Η πρώτη παρόλα αυτά μεταμόσχευση ζωτικού οργάνου από άνθρωπο σε άνθρωπο αφορούσε νεφρό. Ένας νεφρός από άνδρα μεταμοσχεύτηκε στο αντιβράχιο μιας νέας γυναίκας που έπασχε από ουραιμικό κώμα και αφαιρέθηκε 3 μέρες μετά όταν πια είχε συνέλθει από το κώμα.

Από το 1951-53, γίνονται πειραματικές προσπάθειες μεταμόσχευσης 15 νεφρών και ανακαλύπτεται το φαινόμενο της απόρριψης του μοσχεύματος από το δέκτη. Παράλληλα, αρχίζει η έρευνα για την ανοσοκαταστολή, προκειμένου να αποφευχθεί η απόρριψη. Από το 1968, επιτυγχάνεται μερικώς το επιθυμητό αποτέλεσμα. Νωρίτερα, το 1933, ο Ουκρανός Voronoy επιχειρεί μεταμόσχευση νεφρού από πτωματικό δότη σε ζώντα και το 1951 ο Νικόλαος Οικονόμος με τον καθηγητή Charles Dubost (1914-1991) στο Παρίσι από ζωντανό δότη σε ζώντα δέκτη, χωρίς όμως επιτυχία.

Η πρώτη επιτυχημένη μεταμόσχευση νεφρού έγινε το 1954 στις ΗΠΑ μεταξύ μονοωϊκών διδύμων. Στην Ελλάδα η πρώτη μεταμόσχευση μητρικού νεφρού έγινε από τον Κωνσταντίνο Τούντα στη Θεσσαλονίκη το 1968 σε άνδρα 25 ετών. Ο Christian Barnard (1922-2001) πραγματοποίησε το 1967 την 1η μεταμόσχευση καρδιάς, ενώ το 1963 πραγματοποιείται η 1η μεταμόσχευση ήπατος από τον Tom Starzl.

Ο Jean-Michel Dubernard (1941- ), καθηγητής ουρολογίας και μεταμοσχεύσεων στο Νοσοκομείο Édouard Herriot της Λυών, πραγματοποίησε επιτυχή μεταμόσχευση παγκρέατος με προσωπική τεχνική που καθιερώθηκε και εφαρμόζεται παγκοσμίως.

Συnergieάτης του με συμμετοχή σε δεκάδες μεταμοσχεύσεις παγκρέατος και νεφρού τη δεκαετία του 1980, υπήρξε καθηγητής της ιστορίας της Ιατρικής, κ. Γεώργιος Ανδρούτσος. Θέση στην οικογένεια των μεταμοσχεύσεων έλαβε και η μεταμόσχευση μυελού των οστών από τη δεκαετία του '70 ήδη καθώς και των οστών. (Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών , 2011 ; Τακούδας και συν , 2007)

## 1.5 Μεταμοσχεύσεις οργάνων: Από τον μύθο στην πραγματικότητα

Η ανθρώπινη ύπαρξη συνδέθηκε με την έννοια των μεταμοσχεύσεων μέσα από την αναγκαιότητα του ανθρώπου για επιβίωση, μακροζωία, με υγιή σωματικά όργανα αλλά και την προσπάθεια αντικατάστασής τους σε περίπτωση φθοράς ή νόσου.

Η ιστορία των μεταμοσχεύσεων χωρίζεται σε τρεις περιόδους. Στην πρώτη περίοδο ανήκουν οι μεταμοσχεύσεις των μύθων, θρύλων και των παραδόσεων της πίστης και των θρησκειών. Στη δεύτερη ανήκουν οι πρώτες μεταμοσχευτικές πρακτικές, τις οποίες ανέδειξαν τα ανασκαφικά αρχαιολογικά ευρήματα. Στην τρίτη και τελευταία περίοδο ανήκουν οι μεταμοσχεύσεις ως επιστημονικά πλέον καταξιωμένη ιατρική εφαρμογή.

Χρειάστηκε να φτάσουμε στην αρχή του 20<sup>ου</sup> αιώνα προκειμένου να δουν το φως της δημοσιότητας οι πρώτες πειραματικές έρευνες που αφορούσαν τις μεταμοσχεύσεις. Τα τελευταία 40 χρόνια δεν υπάρχει άλλος τομέας της Ιατρικής που να έχει παρουσιάσει τέτοια εντυπωσιακή και ραγδαία εξέλιξη όσο αυτός των μεταμοσχεύσεων οργάνων. Η επιβίωση στις μεταμοσχεύσεις οργάνων είχε εντυπωσιακή εξέλιξη στη διάρκεια της τελευταίας 50ετίας ξεκινώντας από ώρες και ημέρες και φτάνοντας σε έτη και δεκαετίες στην περίοδο που διανύουμε.

Με αυτή τη θεαματική εξέλιξη θα πίστευε κανείς ότι όλα πάνε καλά. Η ανάπτυξη όμως των μεταμοσχεύσεων, γέννησε και ηθικά προβλήματα. Για περισσότερα από 2000 χρόνια οι γιατροί κατέφευγαν στην γνωστή Ιπποκρατική ηθική για κατευθύνσεις σχετικές με τα κλινικά και ηθικά προβλήματα. Σύμφωνα με αυτή ο γιατρός πρέπει να κάνει το μέγιστο προς όφελος του ασθενούς του, σύμφωνα με την ικανότητά του και την κρίση του. Η μεταμόσχευση καθιστά σαφές ότι η Ιπποκρατική ηθική, δεν είναι σήμερα αρκετή. Για πρώτη φορά, στην Ιατρική, η ζωή ενός ανθρώπου εξαρτάται απευθείας από το θάνατο ή τη βούληση για προσφορά ενός άλλου.

Αφαιρούνται ανθρώπινα όργανα τα οποία συντηρούνται, μεταφέρονται από τον ένα τόπο στον άλλο και δυστυχώς καμιά φορά πωλούνται. Αυτό είναι συνέπεια της μη επάρκειας για την κάλυψη των αναγκών όλων των ασθενών που ζητούν να επωφεληθούν από τα ευεργετήματα ενός οργάνου.

Σημαντικότερο ρόλο στην ιστορία των μεταμοσχεύσεων διετέλεσαν και οι επιστήμες της αναισθησιολογίας και της ανοσολογίας. Η ευρεία χρησιμοποίηση του αιθέρα στην αναισθησία και η εφαρμογή της ασηψίας στις χειρουργικές επεμβάσεις

προσδιορίζουν και την έναρξη της μεταμόσχευσης οργάνων στα μέσα του 18<sup>ου</sup> αιώνα. Ο Alexis Carrel και ο Charles Guthrie προσδιόρισαν τις αρχές της αγγειακής χειρουργικής και της μεταμόσχευσης οργάνων. Οι πρώτες προσεγγίσεις στην ανοσολογία των μεταμοσχεύσεων στηρίχθηκαν στις αρχικές θεωρίες του υποσιτισμού του μοσχεύματος (Paul Ehrlich 1906) και της εγκατάστασης φυσιολογικών διαταραχών στα μεταμοσχευμένα όργανα από βιολογικούς παράγοντες (Carrel 1910).

Οι θεωρίες αυτές αργότερα αντικαταστάθηκαν από τη διατύπωση του Sir Peter Medawar, ο οποίος για πρώτη φορά καθόρισε την ανοσοποιητική φύση της απόρριψης μοσχευμάτων δέρματος στον άνθρωπο και τιμήθηκε, γιαυτό, με το βραβείο Nobel. Από το 1914 ήταν ήδη γνωστό ότι τα μοσχεύματα διηθούνται από λεμφοκύτταρα, αλλά παρήλθαν πολλά έτη μέχρι να γίνει κατανοητή η μοριακή βάση της ενεργοποίησης των T-λεμφοκυττάρων στην απορριπτική διαδικασία. (Τακούδας και συν. , 2007)

## **1.6 Serge Voronoff (1866-1951): ο κορυφαίος μεταμοσχευτής-χειρουργός , που ονειρεύτηκε να χαρίσει την αιώνια νεότητα και τη μακροζωία στον άνθρωπο με τη βοήθεια ορχικών μεταμοσχεύσεων**

Ρώσος , εβραϊκής καταγωγής ο Serge Voronoff γεννήθηκε στις αρχές Ιουλίου του 1866 στο Voronej, στα περίχωρα της Μόσχας. Το πραγματικό του όνομα ήταν Samuel Abrahamovitch. Την Άνοιξη του 1885, μετά από περιπέτειες που είχε με την τσαρική δικαιοσύνη εξαιτίας των αντικαθεστωτικών του απόψεων, κατέφυγε στο Παρίσι, όπου έμελλε να διαπρέψει παίρνοντας και τη γαλλική υπηκοότητα.

Στο Παρίσι σπούδασε ιατρική και υπήρξε μαθητής του κορυφαίου Γάλλου χειρουργού Jules-Émile Réan (1830-1898), ο οποίος και φρόντισε να τον διορίσει προσωπικό χειρουργό του Χεδίβη (αντιβασιλέως) της Αιγύπτου. Εκεί παρέμεινε 14 χρόνια (από το 1896 μέχρι το 1910), αναμόρφωσε το σύστημα υγείας της χώρας, προέβη σε μεγάλες δωρεές και είχε την ευκαιρία να μελετήσει τους πολυάριθμους ευνούχους του ηγεμόνα και τους λόγους που πέθαιναν νέοι.

Το 1896, ασκώντας τη γυναικολογία στο Παρίσι, δημοσίευσε το πρώτο του σύγγραμμα με τίτλο *Études de chirurgie et de gynécologie*, στο οποίο ανέλυε τις σημαντικότερες εγχειρήσεις που είχε πραγματοποιήσει στην Ιατροχειρουργική

Κλινική, που είχε ανοίξει στο προάστιο των Παρισίων Auteil. Κατά τη διάρκεια της παραμονής του στο Κάϊρο δημοσίευσε, το 1899, το σύγγραμμα Manuel Pratique d'opérations gynécologiques. Επίσης, λίγο αργότερα δημοσίευσε το Les Feuilles de Chirurgie et de gynécologie, στο οποίο εκτέθηκαν νέες χειρουργικές του τεχνικές, όπως π. χ. η οστική μεταμόσχευση για την αποκατάσταση οστικής απώλειας του κρανίου. Λόγω των επιπτώσεων του κλίματος στην υγεία του, αναγκάστηκε να εγκαταλείψει την Αίγυπτο, ενώ βρισκόταν στο απόγειο της καριέρας του.

Αρχικά πήγε στη Νίκαια, όπου παρέμεινε επί τετραετία. Ενδιαμέσως, μετέβη στη Νέα Υόρκη, όπου πραγματοποίησε ένα stage κοντά στον Alexis Carrel (1873-1944). Επιστρέψας στη Νίκαια, πραγματοποίησε μεταμοσχεύσεις ωοθηκών. Τα αποτελέσματα του, βάσει των οποίων η μεταμόσχευση ωοθηκών επέτρεπε τη γονιμοποίηση των μεταμοσχευθέντων γυναικών, παρουσίασε στα διεθνή συνέδρια των Παρισίων (1912) και του Λονδίνου (1913). Από το 1917, αφιερώθηκε στην έρευνα της επανακτίσεως ή διατηρήσεως της νεότητας σε ηλικιωμένους ή πρόωρα γερασμένους άνδρες, με τη βοήθεια ορχικών μεταμοσχεύσεων. Αφού αρχικά προέβη σε εκατοντάδες επιτυχείς μεταμοσχεύσεις σε ζώα του ίδιου είδους, στη συνέχεια προχώρησε σε μεταμοσχεύσεις γεννητικών αδένων στον άνθρωπο. Τα μοσχεύματα λαμβάνονταν από πρωτεύοντα ανθρωποειδή (κυρίως χιμπατζή). Επρόκειτο δηλαδή για αλλομεταμοσχεύσεις, τις οποίες για να δικαιολογήσει επινόησε μια τέταρτη ενδιάμεση κατηγορία μεταμοσχεύσεων, τις «ομοιομεταμοσχεύσεις» (homéogreffes) δημιουργώντας μια ολόκληρη αληθοφανή θεωρία περί στενής συγγενείας του ανθρώπου με τα πρωτεύοντα ανθρωποειδή.

## **1.7 Ο ρόλος των άλλο-μοσχευμάτων (ετερο-μοσχευμάτων, ξένο-μοσχευμάτων) στην ιστορία των μεταμοσχεύσεων.**

Τα ζώα έχουν χρησιμοποιηθεί για πειραματικούς και θεραπευτικούς σκοπούς σε όλους τους τομείς της ιατρικής έρευνας. Σημαντική όμως ήταν η συμβολή τους και στον τομέα των μεταμοσχεύσεων.

Οι πρώτες προσπάθειες ξεκινούν στις αρχές του 20ου αιώνα, μετά τη συρραφή και αναστόμωση αγγείων που πραγματοποιήθηκε από τον Alexis Carrel (1873-1944), το 1902. Το πρώτο εγχείρημα πραγματοποιήθηκε από τον Emerich Ullman (1861-1937) το 1902 με την αυτομεταμόσχευση (autogreffe) νεφρού σε σκύλο και την ίδια χρονιά με τη χρήση άλλο(ξενο, ετερο)μοσχεύματος από δότη σκύλο σε αίγα. Ακολούθησαν



και άλλες παρόμοιες επεμβάσεις τα προσεχή χρόνια, ανάμεσα σε άλλα είδη ζώων από τους Ernst Unger (1875-1938), Eugène Villard και άλλους χειρουργούς. Αργότερα, επιχειρήθηκαν και μεταμοσχεύσεις ήπατος (Pangan 1966; Gliedman 1967), καρδιάς (Kennedy, 1966; Neville 1967) καθώς και παγκρέατος (Perin, 1968).

Με τις παραπάνω επεμβάσεις, διαπιστώθηκε η σημασία της γενετικής απόστασης ανάμεσα στα διάφορα είδη. Έτσι, ο βαθμός απόρριψης του μοσχεύματος σχετίστηκε με τη γενετική απόσταση ανάμεσα σε δότη και δέκτη, το οποίο ισχύει για τα ξενομοσχεύματα (xénoGREFFE, allogreffE, hétéroGREFFE) των περισσότερων ιστών. Συγκεκριμένα, ο Lance, το 1970, παρατήρησε ότι τα δερματικά μοσχεύματα από κουνέλι σε ποντίκια απορρίπτονταν γρηγορότερα από ότι αυτά που προέρχονταν από αρουραίους.

Επιπλέον, πραγματοποιήθηκαν και μεταμοσχεύσεις ανάμεσα σε πρωτεύοντα θηλαστικά, οι οποίες ωστόσο ήταν περιορισμένες λόγω τεχνικών και οικονομικών δυσκολιών. Δύο από αυτές χρησιμοποιούσαν νεφρούς προ-ερχόμενους από άνθρωπο σε μπαμπούνο και χιμπαντζή και πραγματοποιήθηκαν το 1908 από τον Ernst Unger (1875-1938) και το 1964 από τον Goodwin αντίστοιχα. Οι παραπάνω επεμβάσεις βοήθησαν σημαντικά στο δρόμο προς τις μεταμοσχεύσεις στον άνθρωπο, ιδίως στην κατανόηση της ανοσολογικής απάντησης, λόγω της συγγένειας των ζώων αυτών με το ανθρώπινο είδος.

Όλες οι παραπάνω προσπάθειες οδήγησαν σταδιακά στη χρήση ξενομοσχευμάτων με σκοπό τη θεραπεία ανθρώπων. Το πρώτο νεφρικό ξενομόσχευμα προερχόταν από αίγα, και η επέμβαση πραγματοποιήθηκε από τον Mathieu Jaboulay (1860–1913), στη Λυών, το 1906. Ο ασθενής επιβίωσε για 3 ημέρες. Το 1966, πραγματοποιήθηκε από τον Thomas Starzl (1926-) η πρώτη ετερότοπη μεταμόσχευση ήπατος από δότη χιμπατζή. Το ήπαρ παρήγαγε χολή για 12 ώρες και τελικά απορρίφθηκε. Άλλες ορθότοπες μεταμοσχεύσεις που ακολούθησαν, είχαν καλύτερα αποτελέσματα με επιβίωση από 3 έως 9 ημέρες, χωρίς όμως να μπορούν να χαρακτηριστούν επιτυχείς.

Το 1963, έγινε και η πρώτη προσπάθεια μεταμόσχευσης καρδιάς χιμπατζή από τον James Hardy (1918-2003), αλλά ο ασθενής επιβίωσε μόλις 4 ώρες. Παρά το γεγονός ότι η χρήση των ξενομοσχευμάτων δεν κατέληξε σε οριστική θεραπεία ασθενών, αναμφίβολα συντέλεσε στην κατανόηση των μηχανισμών που οδηγούν στην απόρριψη των μοσχευμάτων και έθεσε τις βάσεις για την πραγματοποίηση των μεταμοσχεύσεων με χρήση αλλομοσχευμάτων. (Κωστάκης ΒΑ, 2004; Εργαστήριο

Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, 2011; Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών, 2011 )

## **1.8 Η Mintz (1921-), ο Τζάκης (1950-) και η Χίμαιρα σε ένα επικίνδυνο μονοπάτι μεταμοσχεύσεων.**

Στις 24 Ιανουαρίου του 1921, στη πόλη της Νέας Υόρκης, γεννήθηκε η εμβρυολόγος Beatrice Mintz. Το 1941, αποφοίτησε από το Κολέγιο του Hunter και το 1944 ολοκλήρωσε τη διδακτορική της διατριβή στα αμφίβια ζώα, στο Πανεπιστήμιο της Iowa. Ασχολήθηκε ενεργά με την έρευνα κατά του καρκίνου και ειδικότερα με το μελάνωμα. Η μεγαλύτερη, όμως, συνεισφορά της που θα την αφήσει στην Ιστορία της Ιατρικής είναι η έρευνά της στη κυτταρική διαφοροποίηση και τη γενετική τροποποίηση.

Στις αρχές τής δεκαετίας του 1960 ήταν η πρώτη που δημιούργησε στο εργαστήριο ένα ποντίκι-χίμαιρα με σκοπό την ιατρική έρευνα. Η Mintz γονιμοποίησε χιμαιρικό έμβρυο από κύτταρα δύο εμβρύων στο επίπεδο της σύγκλισης των «8 κυττάρων». Στη συνέχεια ανέπτυξε μία τεχνική ανάμιξης βλαστομεριδίων από 15 διαφορετικά είδη ποντικών και τέλος με χειρουργική τεχνική, εμφύτευσε τα έμβρυα σε «θετές» μητέρες-ποντίκια. Οι γέννες ήταν επιτυχημένες και μέχρι το 1967 η Mintz δημιούργησε στο εργαστήριο της 25.000 χιμαιρικούς απογόνους ποντικών. Η νέα εποχή, που ξεκίνησε με την έρευνα της, άνοιξε δρόμους για την αντιμετώπιση διάφορων μορφών καρκίνου, ανιάτων ασθενειών, αλλά και για την επίτευξη μεταμοσχεύσεων, που προηγουμένως θα ήταν αδύνατες.

Πριν από 3000 χρόνια ζούσε στα Πάταρα, λιμάνι της Λυκίας, ένα μυθολογικό τρίμορφο τέρας με κεφάλι λιονταριού, σώμα κατσίκας και ουρά φιδιού, η Χίμαιρα. Όταν κάποιος πλησίαζε, έβγαινε από την κρυψώνα της και τον έκαιγε με τις φλόγες που ξεπηδούσαν από το στόμα της, όπως σημειώνει ο Ησίοδος «η δε Χίμαιραν έτικτε πνέουσαν αμαιμάκετον πυρ».

Σήμερα, 3000 χρόνια μετά, ζουν στα εργαστήρια μας χιλιάδες χίμαιρες, που μέσω της μηχανικής γενετικής, μιας βιοτεχνολογίας που εξελίσσεται συνεχώς, έχουν «βάλει φωτιά» στη μηχανή των μεταμοσχεύσεων-χίμαιρα. Έτσι, σε χιμαιρικά ποντίκια αναπτύσσονται αντισώματα, όπως το μονοκλωνικό αντίσωμα mAb CD7 (SDZCHH380), για την προφύλαξη απόρριψης μοσχεύματος νεφρού, αλλά και το TfR/CD71 που εναντιώνεται στα αλλοαντιγόνα μέσω της καταστολής της

ενεργοποίησης και έκλυσης T-κυττάρων. Ο απώτερος σκοπός είναι η δημιουργία «φάρμακων οργάνων», ώστε να υπάρξει πληθώρα οργάνων για μεταμόσχευση, λόγω της ολοένα αυξανόμενης ζήτησης.

Ο δικός μας κεφαλήνιος «μάγος» των μεταμοσχεύσεων, Ανδρέας Τζάκης, ο «πατέρας της Χίμαιρας», πραγματοποίησε το 1992 την πρώτη μεταμόσχευση ήπατος μπαμπούνου σε άνθρωπο. Η μέθοδος του Τζάκη αποκαλέστηκε «χιμαιρισμός». Η επιτυχία του αυτή έδωσε έναυσμα στην ερευνητική επιστημονική φαντασία να κάνει σκοπό της την ανάπτυξη ανθρώπινων οργάνων και ιστών σε χιμαιρικούς οργανισμούς-ζώα, που θα χρησιμοποιηθούν στο μέλλον για μεταμόσχευση σε άνθρωπο. Ο μεγαλύτερος φόβος είναι ίσως η μετάδοση ζωικών, μεταλλαγμένων, ή ακόμη χειρότερα χιμαιρικών ιών, αλλά και η διαφυγή χιμαιρικών οργανισμών από τα εργαστήρια.

Επιπροσθέτως, στη περίπτωση κατά την οποία αντιμετωπιστούν τα πειραματόζωα ως μηχανές, που θα βασανιστούν στο όνομα της επιστήμης, θα διαπράχθει ολίσθημα που θα αποτελέσει το επιστέγασμα της ανηθικότητας. Το πιθανό επιστημονικό όφελος είναι ισχυρό και η θεραπευτική υπόσχεση τεράστια. Εάν λοιπόν τα βιοηθικά κριτήρια χρησιμοποιηθούν με αυστηρότητα, η πραγματοποίηση τέτοιων πειραμάτων και επεμβάσεων θα μπορούσε να προχωρήσει σε μια διαδρομή στην οποία, θα ήταν δυνατό να μας κάψει η τρίμορφη Χίμαιρα, ή να μας λυτρώσει η επιστημονική εγκράτεια.

## **2. Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ ΜΗΤΡΑΣ**

### **2.1 Οι πρώτες μεταμοσχεύσεις μήτρας**

Στις Η.Π.Α , εννέα εκατομμύρια γυναίκες αντιμετωπίζουν πρόβλημα στειρότητας λόγω έλλειψης μήτρας, παρά την ύπαρξη λειτουργικών ωοθηκών. Οι γυναίκες αυτές είτε έχουν πολλαπλά ινομυώματα, είτε πάσχουν από το σύνδρομο Asherman ή από το σύνδρομο Rokitansky-Mayer-Kustner-Hauser.

Κάθε χρόνο 5000 γυναίκες , κάτω των 25 ετών , υποβάλλονται σε υστερεκτομή λόγω κακοηθών ή καλοηθών παθήσεων. Οι πρώτες πειραματικές μελέτες για μεταμόσχευση μήτρας περιγράφονται ήδη από το 1960. Υπάρχουν περιγραφές

μεταμόσχευσης μήτρας σε σκύλο, κόνικλο, αρουραίο, ποντικό αλλά και σε πρωτεύοντα θηλαστικά.

Η πρώτη μεταμόσχευση μήτρας σε άνθρωπο πραγματοποιήθηκε τον Απρίλιο του 2000, σε μια 26χρονη γυναίκα , με αναστόμωση των μητριαίων αγγείων στα έσω λαγόνια αγγεία. Η απόρριψη της μήτρας ελέγχθηκε με τη χρήση κυκλοσπορίνης A, αθειοπρίνης και πρεδνιζολόνης. Το μόσχευμα νεκρώθηκε τρεις μήνες αργότερα λόγω θρόμβωσης των αγγείων, αφού εξαιτίας της απουσίας στήριξης της μεταμοσχευθείσας μήτρας παρατηρήθηκε συστροφή των αγγείων.

Το 2002, ο Mihai Ionac με τους συνεργάτες του μελέτησαν μια τεχνική μεταμόσχευσης μήτρας σε αρουραίους (12 ορθότοπες μεταμοσχεύσεις). Η άμεση μετεγχειρητική επιβίωση ήταν 100%, ενώ μετά από 72 ώρες ήταν 75%. Η διαπερατότητα των αγγειακών αναστομών ήταν 100% τις πρώτες 24 ώρες, 63% στις 48 ώρες και 0% για τις 72 ώρες μετά από την επέμβαση. Η απόρριψη του μοσχεύματος ξεκίνησε τη δεύτερη μετεγχειρητική ημέρα. Σε 50 αρουραίους πραγματοποιήθηκε και η αντίστοιχη μελέτη του Lucian Jiga και των συνεργατών του το 2003.

Ο Racho El-Akouri με την ομάδα του, το 2002, περιέγραψε επίτευξη επιτυχούς κύησης σε λήπτη ποντικό. Ήταν ουσιαστικά η πρώτη μελέτη που ανέδειξε λειτουργικό ενδομήτριο μετά από επιτυχή μεταμόσχευση μήτρας. Το 2006, ο Caiza Wranning και οι συνεργάτες του χρησιμοποίησαν 19 σεξουαλικά ώριμους χοίρους στη μελέτη τους. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ο χοίρος δεν αποτελεί καλό μοντέλο μελέτης, εξαιτίας του μεγάλου μεγέθους της μήτρας, των μακριών κεράτων της και του μικρού εύρους, των προς αναστόμωση αγγείων, ενώ το 2007 ανέδειξαν ότι τα ποσοστά απόρριψης του μοσχεύματος της μήτρας ελαττώνονται με τη χρήση κυκλοσπορίνης A σε ένα μοντέλο ποντικού.

Το 2008, ο Giuseppe Del Priore υπέβαλε σε μεταμόσχευση πρωτεύοντα θηλαστικά (27 λαπαροτομίες). Το 2008, ο Ramirez με την ομάδα του χρησιμοποίησε ως πειραματικό μοντέλο το πρόβατο με άριστα αποτελέσματα και συνέστησε τη χρήση αυτού του μοντέλου, λόγω της ανατομικής ομοιότητας με τον άνθρωπο.

Ο Mats Bränström, επικεφαλής μιας ομάδας έξι γυναικολόγων και δύο χειρουργών εξειδικευμένων στη μεταμόσχευση, δηλώνει το 2012 ότι έχει προγραμματιστεί

μεταμόσχευση μήτρας στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο “Sahlgrenska” του Γκέτεμποργκ της Σουηδίας από μητέρα-δότη 56 ετών, σε κόρη-λήπτρια 29 ετών. Μια 20μελής επιστημονική ομάδα προετοιμάζει αυτού του είδους τις μεταμοσχεύσεις από το 1999. Η δήλωση αυτή του Mats Bränström θα γίνει πραγματικότητα στις 19 Σεπτεμβρίου του 2012, όπου και θα πραγματοποιηθεί η επιτυχής και χωρίς επιπλοκές επέμβαση, που μάλιστα έγινε εις διπλούν, σε δύο ζευγάρια μητέρας-κόρης, από Σουηδούς γιατρούς του πανεπιστημίου του Γκέτεμποργκ, με επικεφαλής τον καθηγητή μαιευτικής και γυναικολογίας Mats Bränström και με συμμετοχή του Έλληνα χειρουργού Ανδρέα Τζάκη. Η μελλοντική χρήση της μεταμοσχευθείσας μήτρας για επίτευξη εγκυμοσύνης στον άνθρωπο θα γίνει ένας από τους βασικούς στόχους της χειρουργικής των μεταμοσχεύσεων. (Grimbizis et al, 2001; Del Priore et al, 2007; Brannstrom et al, 2018)

## **2.2 Μεταμοσχεύσεις οργάνων: παρελθόν-παρόν-μέλλον**

Οι μεταμοσχεύσεις οργάνων και ιστών αποτελούν ένα από τα μεγαλύτερα επιτεύγματα των ιατροβιολογικών ερευνών τα τελευταία 50-60 χρόνια, με αποτέλεσμα χιλιάδες άνθρωποι σήμερα να απολαμβάνουν μια άκρως φυσιολογική ζωή. Είναι σημαντικές οι πρόοδοι που έχουν επιτευχθεί σε ότι αφορά την τεχνική, την ανοσολογία, την ανακάλυψη ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων, την έγκαιρη διαπίστωση της απόρριψης των μοσχευμάτων αλλά και την έγκαιρη αντιμετώπισή της. Η εφαρμογή για πρώτη φορά σε παγκόσμιο επίπεδο ενός νέου ανοσοκατασταλτικού φαρμάκου, της κυκλοσπορίνης (Kostakis et al, 1977), αρχικά στις μεταμοσχεύσεις καρδιάς και στη συνέχεια σε μεγαλύτερα πειραματόζωα, καθώς και η χρήση της στον άνθρωπο το 1978, έδωσε μια νέα ώθηση στην αύξηση των μεταμοσχεύσεων αλλά και στην καλύτερη ποιότητα ζωής των μεταμοσχευμένων. Από τότε η ανακάλυψη και η εφαρμογή των ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων έχουν οδηγήσει στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. (Kainz, et al, 2000; Jones, et al, 2016)

### **3. ΗΘΙΚΑ , ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΑ ΚΑΙ ΝΟΜΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΙΣΤΩΝ**

#### **3.1 Ηθικά διλλήματα πριν την απόφαση**

Η μεγάλη αυτή κατάκτηση του 20ου αιώνα, το επίτευγμα των μεταμοσχεύσεων , δεν αποτελεί μια καθαρώς ιατρική πράξη. Οι αποφάσεις που πρέπει να ληφθούν έχουν καθοριστικό χαρακτήρα. Η συναλλαγή μεταξύ ζωής και θανάτου και η δυνατότητα να ανταλλάσσουμε όργανα προϋποθέτει ανθρώπους με υπερβολική δύναμη και παράλληλα δημιουργεί σύγκρουση ανάμεσα σε υποχρεώσεις και δικαιώματα.

Γι αυτό η πράξη αυτή θα πρέπει να συνοδεύεται από εγγυήσεις ενός κράτους δικαίου , που υπαγορεύουν την προστασία των συνταγματικά κατοχυρωμένων δικαιωμάτων και ελευθεριών του ατόμου, έτσι ώστε να μην μπορεί να μετατραπεί σε εξασφαλίζεται ο σεβασμός της ζωής , της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, της προσωπικής και θρησκευτικής ελευθερίας των εμπλεκομένων προσώπων κατά την διεξαγωγή των επεμβάσεων αλλά και η ποινική αντιμετώπιση των παραβατών.(Αντύπας, 2004; Νικολάου Μητροπολίτου Μεσογαίας και Λαυρεωτικής, Αλλήλων μέλη, 2005 Πουλίση , 2014)

#### **3.2 Οικογένεια**

Ο Sigmund Freud (1856-1939) αναφέρει ότι «Κανένας δεν πιστεύει το θάνατο του οικείου του και στο υποσυνείδητο του πιστεύει στην αθανασία του». Ο φιλόσοφος Marc Grassin υπογραμμίζει το ρόλο του τρόπου ζωής, της κουλτούρας και της ιστορίας, στην ιδέα και την πράξη της δωρεάς. Η αναπαράσταση του σώματος ως έχει, το οποίο από θεολογικής πλευράς έχει θεϊκή υπόσταση, επιτάσσεται από την ιουδαϊκή και χριστιανική κουλτούρα, γεγονός που εξηγεί την επιθυμία των συγγενών να διατηρήσουν το σώμα.

Έρευνες από την Έδρα της βιοϊατρικής έδειξαν ότι το 45% των Γάλλων θεωρούν ότι τα σώματα θα κακοποιηθούν κατά τη λήψη οργάνων. Επιπλέον, σοβαρό πρόβλημα υπάρχει στις χωρισμένες οικογένειες, όπου λόγω εσωτερικής διαμάχης

μεταξύ των μελών, συχνά αρνούνται τη δωρεά. Το ζήτημα της συγγενικής συναίνεσης σχετικά με την δωρεά των οργάνων συγγενικού τους προσώπου, τις κρίσιμες ώρες μετά την διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου του, αποτελεί μια από τις δυσκολότερες καταστάσεις. Τα ψυχολογικά διλήμματα των συγγενών του θανόντος, δικαιολογούνται από τον ξαφνικό θάνατο και την βιαιότητα της απόφασης. Η είδηση του θανάτου ακολουθείται από την ψυχική κατάρρευση των συγγενών. Αυτό καθιστά εξαιρετικά δύσκολο το έργο των ιατρών να εξηγήσουν ότι με τη δωρεά των οργάνων μπορεί να σωθεί μια άλλη ζωή.

Οι συγγενείς πολλές φορές για συναισθηματικούς, ιδεολογικούς, θρησκευτικούς και άλλους λόγους αρνούνται να συναινέσουν. Είναι επίσης συχνό και το φαινόμενο της διαφωνίας μεταξύ των μελών της οικογενείας. Για τον λόγο αυτό σε πολλές χώρες υπάρχει σχετική νομοθεσία η οποία ιεραρχεί τα πρόσωπα της οικογένειας. Το ερώτημα όμως που προκύπτει είναι εάν ο νόμος μπορεί και να επιβάλει τη λύση που προνοεί μέσα σε ένα κλίμα τόσο έντονης συναισθηματικής φόρτισης.

Πέραν τούτων, το γεγονός ότι συχνά δεν ανευρίσκονται άμεσα κάποιοι εκ των στενών συγγενών, ή ακόμη σε μερικές περιπτώσεις δεν υπάρχουν τέτοιοι (π.χ. αλλοδαποί ή άτομα που ζουν μόνα τους δίχως οικογένειες), θα μπορούσε να έχει ως αποτέλεσμα, την αφαίρεση των οργάνων δίχως κάποια συναίνεση. Αυτό στην ουσία σημαίνει ότι τα όργανα δεν προσφέρονται ούτε από τον δότη ούτε από τους συγγενείς του, αλλά αφαιρούνται από την πολιτεία, η οποία τα χειρίζεται και αποφασίζει σαν να αποτελούν περιουσία και κτήμα της.

Μια ακόμη πιο ακραία άποψη θεωρεί ότι το σώμα δεν αποτελεί κτήμα του προσώπου αλλά ο κάθε άνθρωπος εξουσιάζει αυτό κατά τη διάρκεια μόνον της ζωής του. Μετά το θάνατό του η φροντίδα και η επιμέλεια του σώματος περιέχεται σε κάποια τράπεζα οργάνων, η οποία και είναι αρμόδια για το μέλλον και την περαιτέρω χρήση του. Έτσι δεν απαιτείται η συναίνεση της οικογένειας και των συγγενών, απλά καλείται να αποδεχτεί ότι έχει προαποφασίσει η πολιτεία, η οποία και χρησιμοποιεί όπως θέλει τα νεκρά σώματα με κριτήριο τη δημόσια ωφέλεια.

Από τη μεριά του λήπτη, οι συνθήκες σαφώς είναι τελείως διαφορετικές. Τα συναισθήματα που κυριαρχούν είναι κυρίως η αγωνία αλλά και η ελπίδα για την απόφαση των συγγενών του δότη. Η συναίνεση των συγγενών του αποθανόντος για τους συγγενείς του λήπτη σημαίνει ελπίδα, ελπίδα για ζωή του δικού τους ανθρώπου.

Η άρνηση της μεταμόσχευσης σε αυτούς σημαίνει αναπόφευκτα άρνηση της ίδιας της ζωής. Τα αισθήματα ενοχής του λήπτη είναι εμφανή. Οι μεταμοσχευμένοι αισθάνονται χρέος έναντι του δότη.

Έχουν ανεγερθεί μνημεία για τους δότες οργάνων σε νοσοκομεία, όπως στο Cochín στο Παρίσι. Οι εν ζωή δότες από την άλλη μεριά, αποδέχονται την θνητή τους πλευρά μέσα από την πιο γενναιόδωρη πράξη, που τους δίνει τεράστια ηθική ικανοποίηση. Σε σπάνιες περιπτώσεις, οι μεταμοσχευμένοι εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα, που μπορεί να επηρεάσουν την υγεία τους, όπως διαταραχές της προσωπικότητάς τους ή και της σεξουαλικής τους ταυτότητας. Σε κάθε περίπτωση όπως τονίζει η Audrey Espiau του Lamaëstre, συντονίστρια των μεταμοσχεύσεων του Κέντρου Georges Pompidou, στο Παρίσι, «Αυτή η πράξη δίνει νόημα εκεί όπου αυτό δεν υπάρχει πια».

Εκείνο που προηγείται της μεταμόσχευσης είναι το ανθρώπινο μεγαλείο, καθώς την ώρα της μεγαλύτερης οδύνης για την απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, κάποιος με μόνο του κίνητρο την αγάπη, τον αλτρουισμό και την γενναιοδωρία του, αποφασίζει, υπερβαίνοντας τον μεγαλύτερο πόνο, να γεφυρώσει την ζωή με το θάνατο. Αυτό σημαίνει στην πράξη η ΙΔΕΑ ΤΗΣ ΔΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ. (Θρησκευτική και Ηθική Εγκυκλοπαίδεια, 1964; Κωστάκης, 2004; Νικολάου, Μητροπολίτου Μεσογαίας και Λαυρεωτικής, 2005)

### **3.3 Νομικό πλαίσιο**

Η αλματώδης εξέλιξη της επιστήμης, έδωσε τη δυνατότητα στην παραχώρηση ανθρώπινων οργάνων, ιστών και κυττάρων. Η παραχώρηση αυτή γίνεται εθελοντικά και χωρίς αμοιβή (δωρεά), αλλά επιτρέπεται η αποζημίωση δοτών που δεν είναι εγκεφαλικά νεκροί ή νεκροί. Τα κράτη προκειμένου να αυξήσουν τον αριθμό των δοτών και για να μεγιστοποιήσουν τα οφέλη της χρήσης ανθρώπινου υλικού, τόσο σε παγκόσμιο όσο και σε ευρωπαϊκό επίπεδο, αποφάσισαν να οργανώσουν εκστρατείες ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης για τη δωρεά τους. Σκοπός αυτής της εκστρατείας είναι η καταπολέμηση απαράδεκτων δραστηριοτήτων που σχετίζονται με την δωρεά ιστών, κυττάρων και οργάνων και την μεταμόσχευση.



Η εμπορία οργάνων που , μερικές φορές, συνδέεται με την εμπορία ανθρώπων με σκοπό την αφαίρεση οργάνων, αποτελεί σοβαρή παραβίαση θεμελιωδών δικαιωμάτων και προσβολή της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και της σωματικής ακεραιότητας. Παράλληλα οι εκστρατείες αυτές σκοπεύουν να βοηθήσουν τους πολίτες της εκάστοτε χώρας να αποφασίσουν να γίνουν δυνητικοί δότες και να γνωστοποιήσουν συγχρόνως την επιθυμία τους αυτή τόσο στις οικογένειές τους όσο και στους νόμιμους εκπροσώπους τους.

Σύμφωνα με το άρθρο 2, παράγραφος 1 του Συντάγματος, ο άνθρωπος είναι το υπέρτατο όν και είναι πρωταρχική υποχρέωση της Πολιτείας να σέβεται και να προστατεύει την αξία του. Η διάταξη αυτή έχει άμεση νομική ισχύ, η οποία δεν σταματά με το θάνατο του ανθρώπου, αλλά συνεχίζει και μετά από αυτόν (Σύνταγμα της Ελλάδας)

Οι νομοθέτες προσπάθησαν να θεσπίσουν νόμους κατάλληλους για την περίπτωση των μεταμοσχεύσεων, οι οποίοι δεδομένης της ιδιαίτερης φύσης του ζητήματος είναι ιδιαίτερα δύσκολο και απαιτητικό. Σε κάθε νομοθετική ρύθμιση θα πρέπει να διαφέρεται το δίκαιο και το συμφέρον και των δύο πλευρών, δηλαδή του δότη και του λήπτη. Στον δότη οφείλεται ο μέγιστος σεβασμός και η προστασία της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και των ατομικών του δικαιωμάτων. Παράλληλα και ο λήπτης ο οποίος έχει ως στόχο τη θεραπεία του προβλήματος υγείας που αντιμετωπίζει , θα πρέπει να χρήζει τις ίδιες αντιμετώπισης. Αν και τα δικαιώματα των δύο πλευρών συχνά φαίνεται να είναι αντικρουόμενα, θα πρέπει να τηρείται απόλυτη ισορροπία, κάτι που διασφαλίζεται μέσα από την εφαρμογή των νομοθετικών και συνταγματικών διατάξεων.

Το άρθρο 13 του Συντάγματος μπορεί να κατοχυρώσει τα συμφέροντα του δότη καθώς διασφαλίζει για κάθε πολίτη που ζει στην ελληνική επικράτεια το απαραβίαστο της θρησκευτικής ελευθερίας (Σύνταγμα της Ελλάδας). Η θρησκευτική ελευθερία του ατόμου αφορά και την πιθανή αντίθεσή του σε αφαίρεση οργάνων και ιστών με σκοπό την μεταμόσχευση, εφόσον αυτή είναι αντίθετη με τα όσα πρεσβεύει η θρησκεία του. (Καϊάφα-Γκμπάντι Μ. και συν. 2013 ; Καϊάφα-Γκμπάντι Μ. και συν. 2014 ; Ψαρούλη Δ., Βούλτσου Π., 2010)

### 3.4 Θεσμικό πλαίσιο

Από την 1<sup>η</sup> Ιουνίου 2013, με την έναρξη ισχύος του νέου νόμου περί μεταμοσχεύσεων (ν.3984/2011 «Δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων») , έγινε ενσωμάτωση της κοινοτικής οδηγίας 2010/53/ΕΕ που, μεταξύ άλλων, προβλέπει τον τρόπο συναίνεσης στη δωρεά οργάνων

Στην περίπτωση της ελληνικής ενσωμάτωσης της ευρωπαϊκής οδηγίας, όσον αφορά το σχετικό άρθρο 9 του ν. 3984/2011, αυτό τροποποιήθηκε, με τον ν. 4075/ΦΕΚ 89/11.4.2012, ως εξής: « Η αφαίρεση ενός ή περισσότερων οράνων από ενήλικο, θανών πρόσωπο πραγματοποιείται εφόσον, όσο ζούσε , δεν είχε εκφράσει την αντίθεσή του, σύμφωνα με την παράγραφο 3 και κατόπιν συναίνεσης της οικογένειάς του». Το ελληνικό νομικό πλαίσιο δεν προβλέπει την εφαρμογή της «εικαζόμενης συναίνεσης» , με τη μορφή που ισχύει σε άλλα κράτη , καθώς σε αυτή έχει προστεθεί ως απαραίτητη προϋπόθεση η συναίνεση της οικογένειας του εκλιπόντος ( Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων, 2015)

Σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία, η μεταμόσχευση ως ιδέα υπερβαίνει τη στενά ευνοούμενη τεχνική ιατρική διάσταση και αντανακλά μείζονες κοινωνικές αξίες του πολιτισμού μας με πρώτη αξία την κοινωνική αλληλεγγύη.

Οι προϋποθέσεις που πρέπει να πληρούνται για την προσφορά οργάνων και ιστών για μεταμόσχευση είναι οι εξής:

A. Γενικές Διατάξεις –Προϋποθέσεις Δωρεάς Οργάνων (ΝΟΜΟΣ 3984/ΦΕΚ 150/A/27.6.2011).

#### **Άρθρο 4:**

Η δωρεά και η μεταμόσχευση οργάνων θα πρέπει να έχουν θεραπευτικό σκοπό.

#### **Άρθρο 5:**

Η αφαίρεση γίνεται χωρίς οποιοδήποτε αντάλλαγμα.

#### **Άρθρο 6: Δαπάνες – αποζημίωση.**

Οι δαπάνες για την αφαίρεση, τη συντήρηση , τη μεταφορά και τη μεταμόσχευση των οργάνων καλύπτονται απο τον ασφαλιστικό οργανισμό του λήπτη. Επίσης προβλέπεται αποζημίωση στην περίπτωση αναπηρίας ή θανάτου του δότη κατά την αφαίρεση οργάνων.

### **Άρθρο 7: Υπογράωση ενημέρωσης.**

Δίνεται έμφαση στην ενημέρωση: α) σε ζώντα πρόσωπα που επιθυμούν να γίνουν δωρητές οργάνων, β) στους ασκούντες τη γονική μέριμνα θανόντος ανηλίκου και γ) σε όλους τους πολίτες που επιθυμούν να λάβουν ειδική πληροφόρηση. Λαμβάνεται επίσης, μέριμνα για την πραγματοποίηση ενημερωτικής εκστρατείας του κοινού από τον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων.

### **Άρθρο 8: Αφαίρεση οργάνων από ζώντα δότη**

Τίθεται ο κανόνας για την αφαίρεση οργάνων από ζώντα δότη. Ο κύκλος των δυνητικών δοτών περιλαμβάνει α) το σύζυγο, β) το σύντροφο βάσει συμφώνου συμβίωσης, γ) συγγενή μέχρι και τον τέταρτο βαθμό εξ αίματος, σε ευθεία ή πλάγια γραμμή, δ) συγγενή μέχρι το δεύτερο βαθμό εξ αγχιστείας, ε) οποιοδήποτε πρόσωπο με το οποίο ο ασθενής έχει προσωπική σχέση και συνδέεται συναισθηματικά.

Προβλέπονται επίσης, οι προϋποθέσεις της ενηλικότητας του δότη και της πλήρους πνευματικής ικανότητάς του, ενώ κατοχυρώνεται η έγγραφη δήλωση της συναίνεσης και προβλέπεται ότι είναι ελεύθερα ανακλητή.

### **Άρθρο 9: Αφαίρεση οργάνων από θανόντα δότη (τροποποιήθηκε από τον Νόμο 4075/ΦΕΚ 89/11.4.2012)**

Τίθεται ο κανόνας για την αφαίρεση οργάνων από θανόντα δότη. Προβλέπεται ότι εάν ο θανών αίμαι ανήλικος, πρέπει να συναινέσουν εγγράφως οι ασκούντες τη γονική μέριμνα. Εάν ο θανών είναι ενήλικος η αφαίρεση πραγματοποιείται εάν δεν αντιτάχθηκε σε αυτό όσο ζούσε με γραπτή αρνητική δήλωση προς τον Ελληνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων και κατόπιν συναίνεσης της οικογένειάς του. Η αφαίρεση οργάνων από θανόντα 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.

### **Άρθρο 10: Τήρηση ανωνυμίας**

Η ταυτότητα του νεκρού δότη δεν αποκαλύπτεται στο λήπτη και την οικογένειά του. Δεν αποκαλύπτεται επίσης η ταυτότητα του λήπτη στην οικογένεια του νεκρού δότη. Είναι δυνατός να αποκαλυφθεί μόνο η επιτυχία της μεταμόσχευσης.

### **Άρθρο 11: Δωρεά προς ορισμένο πρόσωπο**

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

#### **Άρθρο 24: Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων**

Αρμόδια αρχή για τις μεταμοσχεύσει οργάνων είναι ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων(ΕΟΜ), Ν.Π.Ι.Δ., το οποίο τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Σκοπός του ΕΟΜ είναι η υποβοήθηση του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για τη χάραξη και υλοποίηση της εθνικής πολιτικής στον τομέα των μεταμοσχεύσεων.

#### **Άρθρο 29: Ανταλλαγή οργάνων με τρίτες χώρες**

Την ανταλλαγή οργάνων με τρίτες χώρες, εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης , επιβλέπει ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων, ο οποίος μπορεί να συνάπτει συμφωνίες αυτοτελώς ή από κοινού με ευρωπαϊκούς οργανισμούς ανταλλαγής οργάνων με τους ομολόγους του σε τρίτες χώρες.

Οι ανταλλαγές οργάνων με τρίτες χώρες επιτρέπονται μόνο αν τα όργανα : α) μπορούν να ιχνηλατηθούν από τον δότη έως τον λήπτη και αντιστρόφως β) πληρούν απαιτήσεις ποιότητας και ασφάλειας ισοδύναμες με αυτές που θεσπίζονται με τον παρόντα νόμο.

#### **Άρθρο 40: Εμπορία ανθρώπων με σκοπό την αφαίρεση ιστών, κυττάρων, οργάνων**

Συμπληρώνεται το άρθρο 323 Α του Ποινικού Κώδικα ώστε να τιμωρείται η εμπορία ανθρώπων με σκοπό την αφαίρεση όχι μόνο των οργάνων τους, αλλά και ιστών και κυττάρων.

#### **Άρθρο 45: Αφαίρεση ιστών και κυττάρων από ζώντες και θανόντες δότες**

Ορίζεται ότι δωρητές ιστών και κυττάρων είναι ζώντα και θανόντα άτομα υπό τις προϋποθέσεις που προβλέπονται για τη δωρεά οργάνων. Εξαιρείται η δωρεά μυελού των οστών που επιτρέπεται από ανήλικο δότη όταν πρόκειται για αδελφό ή συγγενή μέχρι και το δεύτερο βαθμό εξ' αίματος. Εξαιρούνται επίσης , τα αναπαραγωγικά κύτταρα και τα κύτταρα ομφαλοπλακουντιακού αίματος.

#### **Άρθρο 48: Τράπεζες Ιστών και Κυττάρων**

Οι «Τράπεζες Ιστών και Κυττάρων» λειτουργού αποκλειστικά α) σε νοσηλευτικά ιδρύματα Ν.Π.Δ.Δ ή Ν.Π.Ι.Δ κοινωφελούς και μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα , που εποπτεύονται , κατά περίπτωση, από τα Υπουργεία Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Παιδείας, δια Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων, Άμυνας, Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ανταγωνιστικότητας, β) στο Κέντρο Ερευνών «Ο ΔΗΜΟΚΡΙΤΟΣ» και γ) στο Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών. Νόμος 3984/2011 ΦΕΚ Α΄ 150; Καϊάφα-Γκμπάντι και συν 2013 ; Καϊάφα-Γκμπάντι και συν 2014)

### **3.5 Εμπορευματοποίηση των μεταμοσχεύσεων (organ trafficking)**

Η αγοραπωλησία των οργάνων απαγορεύεται ρητά από το νόμο και μάλιστα κάθε παράβαση τιμωρείται με υψηλό πρόστιμο και φυλάκιση. Παρόλα αυτά κατά καιρούς εμφανίζονται υποστηρικτές της άποψης ότι μια τέτοια δυνατότητα αφ ενός μεν αποτελεί δικαίωμα του κάθε ανθρώπου, αφ'ετέρου δε, θα έλυne το πρόβλημα της έλλειψης μοσχευμάτων.

Η χρόνια έλλειψη οργάνων από νεκρούς δότες έχει οδηγήσει σε γενικότερη αποδοχή των μεταμοσχεύσεων από ζώντες δότες (Karam et al., 2009). Η έλλειψη αποθανόντων δωρητών συνέβαλε στην εμπορία οργάνων δημιουργώντας όλο και περισσότερα ηθικά διλήμματα στην ιατρική των μεταμοσχεύσεων. Στη χώρα μας, η προσπάθεια προστασίας των μεταμοσχεύσεων από τέτοιου είδους καταστάσεις, είχε ως αποτέλεσμα ο νέος νόμος να αποφεύγει τη θέσπιση λογικών κινήτρων (π.χ. μία μονάδα εντατικής θεραπείας που προσφέρει περισσότερους δότες να επιχορηγείται περισσότερο) ή να αποκλείει περιπτώσεις που δεν είναι συμβατές με βασικές ηθικές αρχές (π.χ. να προσδιορίσει ο δότης το λήπτη παραβιάζοντας τη σειρά που προβλέπει η λίστα). Έτσι με αυτόν τον τρόπο επιβάλλονται αυστηρά κριτήρια και περιοριστικές διατάξεις ώστε να μπορέσει να αποκλειστεί κάθε περίπτωση εμπορευματοποίησης των μεταμοσχεύσεων.

Το διεθνές δίκαιο προστατεύει γενικότερα τις μεταμοσχεύσεις από την οικονομική εκμετάλλευση. Παρόλα αυτά, υπάρχουν χώρες, κυρίως του τρίτου κόσμου, όπου κάτι τέτοιο δεν είναι πρακτικά δυνατόν να ελεγχθεί. Το νομικό καθεστώς είναι τόσο χαλαρό ώστε συχνά αναφέρονται περιστατικά που φτωχοί άνθρωποι υποχρεώνονται να πουλήσουν κάποιο από τα διπλά τους όργανα (συνήθως ένα νεφρό) αντί κάποιου εξευτελιστικού ανταλλάγματος προκειμένου να αντιμετωπίσουν τις βασικές ανάγκες επιβιώσής τους. Τα όργανα πωλούνται για οικονομικό όφελος σε ορισμένα μέρη του κόσμου (π.χ Πακιστάν), εκμεταλλευόμενοι τους φτωχούς, προς όφελος των πλουσίων.

Η ανάγκη πρόληψης της εμπορευματοποίησης της μεταμόσχευσης εντοπίστηκε από τα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα. Ως λύση είχε προταθεί η παροχή επαρκών πόρων για την εφαρμογή αποτελεσματικής νομοθεσίας. Από τότε έχουν εισαχθεί διάφορα νομοθετήματα σχετικά με την δωρεά και την μεταμόσχευση οργάνων, προκειμένου να ελεγχθεί η διακίνηση και πώληση οργάνων. Παρά την αυστηρή νομοθεσία, υπάρχουν πληθυσμοί υπανάπτυκτων χωρών οι οποίοι είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι από οικονομικής άποψης με αποτέλεσμα να αποτελούν σημαντική πηγή οργάνων.

Άνθρωποι με οικονομική ευρωστία μετακινούνται προκειμένου να αγοράσουν όργανα. Χιλιάδες άνθρωποι από τις Ηνωμένες Πολιτείες, την Ευρώπη, την Αυστραλία και την Μέση Ανατολή, επισκέπτονται χώρες όπως την Ινδία, την Κίνα, το Πακιστάν, την Αίγυπτο και τις Φιλιππίνες αναζητώντας φτωχούς δωρητές που είναι πρόθυμοι να δώσουν κάποιο όργανο (ως επί το πλείστον νεφρό) για οικονομική αποζημίωση. Μόνο το Πακιστάν φιλοξενεί μέχρι 1500 «μετακινούμενους τουρίστες» κάθε χρόνο (Garwood, 2007, Heneghan, 2007). Επίσης, περίπου το 90% των οργάνων μεταμόσχευσης από αποθανόντες δότες στην Κίνα, προέρχονται από φυλακισμένους (Beholz Kipke, 2007)

Η δωρεά οργάνων αποτελεί μια μοναδική κοινωνική δραστηριότητα που έχει άμεση επίδραση στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης σε ένα ευρύ φάσμα ασθενών. Στην δωρεά οργάνων εν ζωή, ο λήπτης εξαρτάται από την εθελοντική και αλτρουιστική δωρεά ενός κατάλληλου οργάνου από τον δωρητή, ο οποίος θέτει τη ζωή του σε κίνδυνο μέσω αυτής της γενναιόδωρης πράξης του. Ο αλτρουισμός του δωρητή βασίζεται σε ελεύθερη, εθελοντική και ενημερωμένη συγκατάθεση. Ωστόσο τα

οικονομικά κυρίως κίνητρα διαβρώνουν την ευγενή αντίληψη του αλτρουισμού. (Becker, 1999 ; X. Λυντέρη, 2004).

### **3.6 Μεταμοσχευτικός τουρισμός (Transplant Tourism)**

Ως "μεταμοσχευτικός τουρισμός" σύμφωνα με τη Διακήρυξη της Κωνσταντινούπολης, η οποία έλαβε χώρα την άνοιξη του 2008 στην ομώνυμη πόλη (οπότε και σ' αυτή ορίστηκαν επακριβώς οι έννοιες της «εμπορίας οργάνων», της «μεταμοσχευτικής διαφήμισης» και του «μεταμοσχευτικού τουρισμού») ορίζεται η μετακίνηση οργάνων, δοτών, ληπτών ή επαγγελματιών των μεταμοσχεύσεων διαμέσου των συνόρων για μεταμοσχευτικούς σκοπούς, με την προϋπόθεση ότι τελείται εμπόριο οργάνων ή ότι τα όργανα, οι επαγγελματίες και τα μεταμοσχευτικά κέντρα που έχουν ως προορισμό να προμηθεύουν τους ασθενείς με μοσχεύματα τα οποία προέρχονται από το εξωτερικό, υποβιβάζουν την ικανότητα της χώρας να παρέχει μεταμοσχευτικές υπηρεσίες στον πληθυσμό της.

Η παγκόσμια έλλειψη οργάνων προς μεταμόσχευση, τα ελαστικά κατά τόπους εθνικά δίκαια αλλά και η ευκολία στην επικοινωνία και τη συνεννόηση μέσω του παγκόσμιου ιστού (ίντερνετ) οδήγησαν τα τελευταία χρόνια στη γιγάντωση του φαινομένου του μεταμοσχευτικού τουρισμού. (Al-Inany, 2001)

### **3.7 Το τεράστιο κόστος των μεταμοσχεύσεων**

Είναι αδιαμφισβήτητο γεγονός ότι το κόστος μιας μεταμόσχευσης είναι υπερβολικά υψηλό και αυτό είναι μία από τις παραμέτρους που απασχολούν συχνά τους ανθρώπους και ίσως φαντάζει εμπόδιο για τον περισσότερο κόσμο. Το υψηλό κόστος περιλαμβάνει πληθώρα ενεργειών , όπως την αφαίρεση , την μεταφορά και την συντήρηση ιστών και οργάνων από τον ζώντα ή τον νεκρό δότη. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι μεταμοσχεύσεις να αποτελούν αποκλειστικό προνόμιο των πλουσίων και οικονομικά αναπτυγμένων χωρών. Δυστυχώς όμως κάτι τέτοιο θα μπορούσε να ισχυρισθεί κανείς ότι συμβαίνει γενικότερα με πολλούς τομείς της κοινωνικής ζωής και σαφώς με την παρεμβατική χειρουργική.

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Υπουργείου Υγείας , η κοστολόγηση των μεταμοσχεύσεων έχει ως εξής: Μεταμόσχευση ήπατος από 24.725 έως 28.907 ευρώ, μεταμόσχευση καρδιάς-πνευμόνων από 34.279 έως 50.379 ευρώ, μεταμόσχευσης πνευμόνων από 27.286 έως 30.015 ευρώ, μεταμόσχευση καρδιάς από 31.162 έως 34.279 ευρώ, μεταμόσχευση νεφρού 28.000 ευρώ. Στο κόστος αυτό θα πρέπει να προστεθεί επίσης ο χρόνος αναμονής προκειμένου να βρεθεί το κατάλληλο μόσχευμα, άρα η θεραπεία του ασθενούς, το κόστος της ενδεχόμενης μεταφοράς σε απόμακρο μεταμοσχευτικό κέντρο, ίσως η επιλογή του γιατρού ή του νοσηλευτικού ιδρύματος.

Η μέση διάρκεια νοσηλείας ενός ασθενούς είναι από 26 έως 47 ημέρες. Ο χρόνος αυτός βέβαια εξαρτάται και από την μετεγχειρητική πορεία του κάθε ασθενούς και μπορεί να προσαρμοστεί ανάλογα με την αποθεραπεία. Από το κόστος αυτό φυσικά δεν μπορεί να παραληφθεί ο χρόνος αποχής από τις επαγγελματικές δραστηριότητες των ασθενών, αλλά και των συγγενικών προσώπων που επιμελούνται την φροντίδα τους. Παράλληλα υπάρχει και ένα πολύ μεγάλο κόστος το οποίο σχετίζεται με την φαρμακευτική αγωγή την οποία λαμβάνουν οι μεταμοσχευθέντες σχεδόν εφ'όρου ζωής.

Σύμφωνα με στοιχεία του ΕΟΠΥΥ το κόστος για τις μεταμοσχεύσεις οργάνων που πραγματοποιούνται σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης ανέρχεται μεταξύ των 250.000 έως και 300.000 ευρώ !!!! Τα ποσά αυτά τροποποιούνται ανάλογα με το όργανο το οποίο μεταμοσχεύεται δεδομένου ότι απαιτείται διαφορετική υλικοτεχνική υποδομή και αλλάζει ο χρόνος νοσηλείας.

Απάντηση σε αυτήν την πρόκληση μπορεί να δώσει η εξέλιξη της επιστήμης η οποία οδηγεί σε αποτελεσματικότερη και φθηνότερη τεχνολογία. Ταυτόχρονα η βελτίωση της αποτελεσματικότητας των φαρμάκων, η επινόηση πιο εξαπλουστευμένων χειρουργικών τεχνικών και ίσως η ευκολότερη εξεύρεση μοσχευμάτων , γεννούν την ελπίδα ότι θα μειωθεί το κόστος σημαντικά και οι ευεργετικές συνέπειες των μεταμοσχεύσεων θα μπορέσουν να καλύψουν ευρύτερο φάσμα ασθενών. (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 2014; Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων )



## 4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΜΜΕ

Ο ρόλος των ΜΜΕ στην σημερινή πραγματικότητα είναι τεράστιος εάν σκεφτεί κανείς ότι η διαδικασία κοινωνικοποίησης, η οποία ξεκινάει από πολύ μικρή ηλικία, σε ένα μεγάλο ποσοστό επηρεάζεται από τα Μ.Μ.Ε. Τα Μ.Μ.Ε κατορθώνουν να πλησιάζουν με τρόπο σχεδόν ανεξέλεγκτο την ανθρώπινη σκέψη. Κινούνται σε δύο επίπεδα. Το ένα επίπεδο της διαμόρφωσης της κοινωνικής προσωπικότητας του σύγχρονου ανθρώπου, όπου ο ρόλος τους είναι καθοριστικός και το δεύτερο της διαμόρφωσης ειδικότερα της πολιτικής ζωής και γενικότερα της κοινωνικής ζωής

Το άτομο από την ώρα που γεννιέται, υπόκειται σε μια σειρά επιρροές του κοινωνικού περιβάλλοντος, που το διαμορφώνουν ως κοινωνικό ον. Πρακτικά, αυτό σημαίνει ότι το ανθρώπινο άτομο πρέπει να μάθει να συμβιώνει ως κοινωνικό άτομο. Η κοινωνικοποίηση παλαιότερα γινόταν αποκλειστικά με ενδιάμεσα πρόσωπα: τούς γονείς, τους δασκάλους, τα πρόσωπα γενικότερα του άμεσου κοινωνικού περιβάλλοντος.

Σήμερα, τα Μ.Μ.Ε λειτουργούν ως ένας εκ των βασικών συντελεστών κοινωνικοποίησης, που βαθμιαία εκτοπίζει τους παραδοσιακούς φορείς της. Διότι τα ΜΜΕ, κυρίως τα ηλεκτρονικά και πρωταρχικά η τηλεόραση, ασκούν τεράστια επιρροή πάνω στα άτομα. Γιατί αυτή η τεράστια επιρροή; Διότι δεν λειτουργεί το Μέσο σε σχέση με το αριστερό μέρος του εγκεφάλου, που είναι η λογική και η ανάλυση, αλλά επενεργεί απευθείας στο υποσυνείδητο και, επομένως, σε πολύ μεγάλο βαθμό αναιρεί και παραλύει τη λογική λειτουργία του εγκεφάλου.

Αυτή, λοιπόν, είναι η δυναμική της εντύπωσης που έχουν τα Μ.Μ.Ε. Κολοσσιαία δυναμική, η οποία βεβαίως κάνει το άτομο δέσμιο σε επιταγές, που κατασκευάζουν και αυτό ακόμα το κύκλωμα των αναγκών.

Σχετικά με το θέμα των μεταμοσχεύσεων τα Μ.Μ.Ε αποτελούν έναν τομέα πραγματικής κακοποίησης. Συχνά με μια δόση υπερβολής τις δυσφημούν με άδικες προβολές συγκεκριμένων ατόμων και περιστατικών και τις κακοδιαφημίζουν. Η παρουσίαση και προβολή συμβάντων σε υπανάπτυκτες χώρες, όπου επιτήδειοι εκμεταλλευτές βρίσκουν τρόπους να θυσιάζουν αθώους ανθρώπους, κυρίως παιδιά, στο βωμό των μεταμοσχευτικών συμφερόντων, δεν μπορεί παρά να επηρεάσει αρνητικά την κοινή γνώμη. Όταν αυτά τα μεμονωμένα περιστατικά προβάλλονται με

ιδιάζουσα συναισθηματική φόρτιση και επιμελημένες αφηγηματικές υπερβολές στα κεντρικά δελτία ειδήσεων χωρών όπως η δική μας, που είναι εντελώς ξένες με αυτή τη λογική και πρακτική, τότε γκρεμίζουν κάθε σκέψη αγάπης και διάθεση προσφοράς στον συνάνθρωπο, κλονίζουν την εμπιστοσύνη στο μεταμοσχευτικό καθεστώς και δημιουργούν ατμόσφαιρα φόβου και κλίμα καχυποψίας.

Αρνητικές επιπτώσεις έχει επίσης το γεγονός ότι μόλις εμφανισθεί κάποιο περιστατικό κατά το οποίο πονεμένοι συγγενείς προσφέρουν τα όργανα προσφιλών τους προσώπων, συχνά τα Μ.Μ.Ε υπερτονίζουν το γεγονός της επιτυχίας των μεταμοσχευτών. Αυτό αφ'ενός μεν βελτιώνει μεροληπτικά την εικόνα ή ακόμη υποβοηθεί τα συμφέροντα τους, αφ'ετέρου δε υποβιβάζει έμμεσα το ρόλο των γιατρών του δότη. Έτσι συχνά οι δεύτεροι, οι γιατροί του δότη που έχουν και την πιο δύσκολη συνειδησιακά και πρακτικά συνεισφορά στην υπόθεση (αυτοί ομολογούν την απώλεια του δικού τους ασθενούς, προσυπογράφουν το θάνατο του, ενημερώνουν και προτείνουν τη δυνατότητα προσφοράς οργάνων στους συγγενείς, συντηρούν το δότη σε τέτοια κατάσταση ώστε τα όργανα του να είναι μεταμοσχεύσιμα), να βρίσκονται σε τόσο δύσκολη θέση που να δυσκολεύονται να επαναλάβουν τη συνεργασία τους. Για όλους αυτούς τους λόγους αντιλαμβανόμαστε την τεράστια δυσκολία με την οποία θα πρέπει να γίνεται η προβολή αυτών των συγκεκριμένων γεγονότων. Η δημοσιογραφική προβολή των μεταμοσχεύσεων θα μπορούσε να είναι ανεκτίμητη όταν οι κάμερες και τα μικρόφωνα απομακρυνθούν από τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και μεταφερθούν στα studios των ραδιοτηλεοπτικών σταθμών, από όπου θα γίνεται μια αξιοπρεπής παρουσίαση. (Τσουτσούλη, 2010; Πουλίση, 2014)

## **5. ΔΙΑΘΡΗΣΚΕΙΑΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ**

### **5.1 Η θεολογική θεώρηση του γεγονότος του θανάτου**

Τι είναι θάνατος; Ένα ερώτημα που θα μένει πάντοτε αναπάντητο ακόμη και για την Εκκλησία. Ο θάνατος παραμένει ένα απρόσιτο μυστήριο με την έννοια «κατά την ώρα του θανάτου και μετά γίνονται μυστήρια πράγματα, τα οποία δεν μπορεί να

συλλάβει η λογική του ανθρώπου από τώρα». Η Εκκλησία, θεωρεί το γεγονός του θανάτου ως τον χωρισμό ή την έξοδο της ψυχής από το σώμα και τη μετάβαση από τον φθαρτό υλικό κόσμο στην αιώνια ζωή. Ο θάνατος, δηλαδή, σηματοδοτεί το τέλος της βιολογικής ζωής του ανθρώπου. Ο άνθρωπος γνωρίζει ότι το μόνο σίγουρο στη ζωή του από τη στιγμή που γεννήθηκε, είναι ότι θα πεθάνει. Η ώρα του θανάτου του, όμως, είναι άγνωστη για το λόγο ότι εάν ο άνθρωπος γνώριζε πότε θα πεθάνει, «δεν θα σταματούσε να αμαρτάνει και να μην αδιαφορεί για την αρετή».

Ζούμε σε μία εποχή που χαρακτηρίζεται από ραγδαίες εξελίξεις στις επιστήμες και στην τεχνολογία, από την σύγκλιση των πολιτισμών και την κρίση των αξιών. Παρόλα αυτά η λέξη θάνατος αποφεύγεται και ότι την ανακαλεί απωθείται και απορρίπτεται. Το γεγονός του θανάτου εκτός από τον καθαρά ιατρικό χαρακτήρα του έχει και έντονα συναισθηματική, προσωπική και μεταφυσική διάσταση που αφορά ιδιαίτερα τις θρησκείες. Οι περισσότερες θρησκείες παρά τις ευαισθησίες τους στα ζητήματα του σώματος και του θανάτου, τις επιφυλάξεις και τις ανησυχίες τους για την όλο και μεγαλύτερη διείσδυση της επιστήμης σε χώρους μεταφυσικούς, κατάφεραν να αποδεχτούν την πρακτική των μεταμοσχεύσεων, διαβλέποντας μέσα από αυτήν μια έντονη έκφραση ανθρώπινης αγάπης και αλληλεγγύης. Όταν το 1996 στο Colorado των ΗΠΑ έγινε μια έρευνα μεταξύ 813 θρησκευτικών ηγετών, κληρικών, νοσοκομειακών ιερέων και ιεροσπουδαστών σχετικά με την δωρεά οργάνων, σχεδόν όλοι συναίνεσαν. Αυτό που κατά κύριο λόγο διευκολύνει τις θρησκευτικές συνειδήσεις να ξεπεράσουν τους πιθανούς δισταγμούς και την συνειδησιακή αναστολή στα θέματα της δωρεάς οργάνων και των μεταμοσχεύσεων, είναι η αξιοποίηση της ελεύθερης συνείδησης και η καλλιέργεια της αγάπης και της συναλληλίας.

Δεν είναι όμως και λίγες οι περιπτώσεις εκείνες που οι εκπρόσωποι των θρησκειών, κατά καιρούς, έχουν εκφράσει γνώμες αντίθετες προς τις διαδικασίες των μεταμοσχεύσεων. Οι δύο κύριες αιτίες που έχουν κατά τους ίδιους οδηγήσει σε αυτή την αρνητική στάση είναι αφενός ο βαθμός στον οποίο οι συγκεκριμένες χειρουργικές πρακτικές είναι αντίθετες προς το σεβασμό στο ανθρώπινο σώμα και αφετέρου το αν ο εγκεφαλικός θάνατος σημαίνει και το θάνατο του ανθρώπου. Το συχνότερο επιχείρημα που χρησιμοποιείται κατά των μεταμοσχεύσεων σχετίζεται με την ίδια την έννοια του θανάτου και με τον τρόπο που τον αντιλαμβάνεται ο μέσος άνθρωπος. Η θρησκεία αντίθετα με τον προσδιορισμό του θανάτου από την ιατρική επιστήμη,

αναγνωρίζει σε αυτόν και άλλες ιδιότητες, γι' αυτό και λόγοι συνείδησης παρεμβάλλονται στην αναγνώριση της διαδικασίας της μεταμόσχευσης.( Αρχιμ. Νικολάου Χατζηνικολάου, 2002 ; Βάντσου Μιλτιάδη, 2010; Αρχιμανδρίτης Εφραίμ, 2013)

## 5.2 Ορθόδοξη εκκλησία

Η τοποθέτηση της Ορθόδοξης Εκκλησίας στο θέμα των μεταμοσχεύσεων γινόταν μόνο έμμεσα μέσα από συγκεκριμένες ενέργειες επίσημων εκπροσώπων της, οι οποίοι ήταν γνωστοί ως δωρητές οργάνων ή αποδέκτες της μεταμοσχευτικής διαδικασίας. Προτεραιότητα της Ορθόδοξης Εκκλησίας αποτελεί η προσωπικότητα του δότη. Ο σεβασμός προς τον δότη πηγάζει από το γεγονός ότι αυτός βρίσκεται συνήθως στις τελευταίες στιγμές πριν το θάνατό του και έτσι τοποθετείται υψηλότερα από ότι η παράταση της ζωής του λήπτη.

Τα πράγματα αλλάζουν όταν το 1985 ο τότε Προκαθήμενος της Εκκλησίας της Ελλάδος, Σεραφείμ, ανακοίνωσε ότι και ο ίδιος προτίθεται να προσφέρει μετά το θάνατό του τους νεφρούς και τους οφθαλμούς του και μάλιστα προέτρεψε τους πιστούς, κληρικούς και λαϊκούς, να κάνουν το ίδιο, λέγοντας τα ακόλουθα λόγια που θεωρήθηκαν ως το επισφράγισμα της θέσης της Εκκλησίας της Ελλάδας απέναντι στο ζήτημα των μεταμοσχεύσεων.

«Ας δώσουμε οι κληρικοί το παράδειγμα, αλλά και ο καθένας ας εμπιστευθεί τα μέλη του (μάτια, νεφρά) για τη σωτηρία συνανθρώπων μας. Κι ενώ μια ζωή τελειώνει, μια άλλη σώζεται. Και φεύγει ο πόνος κι η αγωνία και χαρίζουμε, μετά το θάνατό μας, τη γαλήνη σε κάποιον, που υποφέρει και απελπισμένα αναζητάει τη σωτηρία».

Με το πέρασμα του χρόνου οι εκπρόσωποι της Εκκλησίας ολοένα και περισσότεροι, παίρνουν θέση υπέρ των μεταμοσχεύσεων. Οι δηλώσεις που ο Μακαριστός Αρχιεπίσκοπος Χριστόδουλος έκανε πάνω στο ζήτημα των μεταμοσχεύσεων στις 7/1/2004 στη Θεσσαλονίκη κατά την εκδήλωση των εγκαινίων της «Στέγης Αγάπης», είναι χαρακτηριστικές του πνεύματος που επικρατεί στους κόλπους της Εκκλησίας. Συγκεκριμένα είπε: «Ας προσευχόμαστε ο Θεός και σε μας να χαρίζει την υγεία αλλά

και στα παιδάκια αυτά να δώσει την δυνατότητα να ξεπεράσουν το πρόβλημα το οποίο έχουν. Άλλωστε τώρα η επιστήμη έχει κάνει πολλά άλματα, ιδιαίτερα στον τομέα των μεταμοσχεύσεων σε ό,τι έχει σχέση με τις νεφροπάθειες, ώστε βασίμως κανείς να ελπίζει ότι τα παιδιά που πάσχουν από τα νεφρά τους και είναι ήδη στα μηχανήματα αιμοκάθαρσης θα μπορέσουν κάποτε με μία μεταμόσχευση νεφρού να αποκτήσουν υγιή νεφρά και να μην έχουν αυτήν την ανάγκη της ημέρας παρ' ημέραν παρουσιάσεώς των εις τα νοσοκομεία, για να δέχονται την αιμοκάθαρση, η οποία είναι απαραίτητη για την συντήρηση της ζωής των. Γι' αυτό θα ήθελα να πω ότι στο θέμα των μεταμοσχεύσεων **η Εκκλησία μας έχει λάβει ήδη θέσιν και είναι θετική απέναντι στις μεταμοσχεύσεις.** Και εκ λόγων ανθρωπίνης ευαισθησίας, διότι έχει μεγάλην σημασίαν να σώζονται κάποιες ανθρώπινες ζωές, οι οποίες υπό διαφορετικές συνθήκες είναι καταδικασμένες εις τον θάνατον, αλλά όχι μόνο αυτό, αλλά και εξ' απόψεως θεολογικής δεν υπάρχουν αντενδείξεις για την θετική στάση απέναντι στις μεταμοσχεύσεις, όπως αυτό διεφάνη από πολλές ημερίδες, τις οποίες η Διαρκής Ιερά Σύνοδος διοργάνωσε για τον σκοπό αυτό στην Αθήνα και εδώ στην Θεσσαλονίκη και εις άλλας πόλεις της Ελλάδος, για να συζητηθεί το θέμα και να αποδειχθεί ότι ορισμένοι εκ των καλών μας πιστών, τινές των οποίων είναι και ιατροί, μάλλον σφάλλουν με το να τοποθετούνται εναντίον των μεταμοσχεύσεων και με αυτόν τον τρόπον να συμβάλλουν εις το να καταδικάζονται άνθρωποι εις τον θάνατον, ενώ θα μπορούσαν ευχερέστερα να ξανακερδίσουν την ζωή τους, όπως αυτό είναι υποχρέωσις όχι μόνον των ιατρών αλλά καθενός ο οποίος έχει την δυνατότητα να βοηθήσει» (Μαντζοουνέα, 1985 ; Ζήση, 2005)

### **5.3 Εκκλησία της Ελλάδος-Ιερά Σύνοδος**

Μεταξύ των Ορθόδοξων Εκκλησιών, η Διαρκής Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδος, είναι η πρώτη που επέλεξε να τοποθετηθεί στο ζήτημα των μεταμοσχεύσεων τον Δεκέμβριο του 1999, κατά τη συνεδρία της Ιεραρχίας της Εκκλησίας της Ελλάδας.

Η θέση της διατυπώθηκε μέσα από ένα κείμενο, το οποίο περιλαμβάνει συνολικά 55 άρθρα τα οποία χωρίζονται σε δώδεκα ενότητες και παρουσιάζουν τις γενικές και ειδικές αρχές που συγκροτούν τον ευρύτερο προβληματισμό της Εκκλησίας, για το

ζήτημα των μεταμοσχεύσεων και το ρόλο της ιατρικής επιστήμης σε αυτό. (Θρησκευτική και Ηθική Εγκυκλοπαίδεια τόμος 4ος ,1964 ; Χριστοδούλου Αρχιεπισκόπου Αθηνών και πάσης Ελλάδος, 2001)

## **A. Γενικές αρχές**

1) Ἡ Ἐκκλησία, ἀντικρύζει τὶς μεταμοσχεύσεις, ὅπως καὶ κάθε τι ποὺ σχετίζεται μὲ τὴν υἰγεία τοῦ ἀνθρώπου καὶ τὴν πάλῃ του μὲ τὸν θάνατο, μὲ ἰδιαίτερη συμπάθεια, κατανόηση καὶ αἴσθημα σοβαρότητος. Ἀντιλαμβάνεται καὶ τὸ μέγεθος τοῦ προβλήματος καὶ τὶς δυνατότητες ποὺ παρέχουν οἱ μεταμοσχεύσεις καθὼς καὶ τὸ μεγάλο τῆς χρέος ἀπέναντι στὴν κοινωνία, στὴν ἰατρικὴ πράξη, στοὺς λήπτες ἀλλὰ καὶ στοὺς δυνητικούς δότες. Καὶ τὸν λήπτη θέλει νὰ βοηθήσει, ἀλλὰ καὶ τὸν δωρητὴ ὀφείλει νὰ σεβασθεῖ.

2) Τὸ κριτήριό τῆς ἐκκλησιαστικῆς ἠθικῆς τῶν μεταμοσχεύσεων, ὅπως καὶ κάθε προβλήματος, εἶναι πνευματικό. Ἄν κάτι βλάπτει τὴν ψυχὴ ἢ ὑποβιβάζει τὶς πνευματικὲς ἀξίες, ἀνεπιφύλακτα τὸ ἀπορρίπτει. Ἀντιθέτως, ἐὰν τὸ ἐπὶ μέρος ἐπιστημονικὸ ἐπίτευγμα εἶναι συμβατὸ μὲ τὴν θεολογικὴ παράδοση, διδασκαλία καὶ ἐμπειρία τῆς, τὴν ἰδιοφυῆ ἀνακάλυψη τὴν ἀντιμετωπίζει μὲ τὴν τόλμη τῆς πνευματικῆς καινοτομίας τῆς. Οὔτε μὲ τὸν ὀρθολογιστικὸ σχολαστικισμό ἔχει σχέση, οὔτε σὲ πολιτικὲς σκοπιμότητες ὑποχωρεῖ, οὔτε μὲ τὴν ἐκκοσμίκευση συντάσσεται.

3) Κάθε τι ποὺ ὑπερβαίνει τὸν ἀτομικισμό καὶ τὴν φιλοζωία καὶ συνδέει τοὺς ἀνθρώπους μὲ σχέση ἀμοιβαιότητος καὶ κοινωνίας, κάθε τι ποὺ ἀποδεικνύει τὴν ὑπεροχὴ τῆς πνευματικῆς ζωῆς ἐπὶ τῆς βιολογικῆς ἐπιβιώσεως, ἡ Ἐκκλησία τὸ προστατεύει καὶ τὸ ὑποστηρίζει. Ἄλλὰ καὶ μπροστὰ στὸ μυστήριο τῆς ζωῆς καὶ τοῦ θανάτου καθὼς καὶ τῆς ψυχοσωματικῆς συμφυΐας τοῦ ἀνθρώπου στέκεται μὲ σεβασμὸ καὶ ἰδιάζουσα εὐαισθησία. (Θρησκευτικὴ καὶ Ηθικὴ Εγκυκλοπαίδεια τόμος 4<sup>ος</sup> ,1964 ; Χριστοδούλου Αρχιεπισκόπου Αθηνών και πάσης Ελλάδος, 2001)

## **B. Εἰδικές αρχές**

4) Οἱ μεταμοσχεύσεις μεταμορφώνουν τὸ δράμα τοῦ λήπτη σὲ ἐλπίδα ζωῆς. Ἡ Ἐκκλησία θὰ μπορούσε μέσα ἀπὸ τὴν φιλανθρωπία τῆς νὰ τὶς εὐλογήσει, μὲ τὴν ἀδιαπραγμάτευτη ὁμως προϋπόθεση ὅτι κατὰ τὴ μεταμοσχευτικὴ διαδικασία προστατεύεται ἡ συνείδηση τοῦ δότη καὶ δὲν παραβιάζονται οἱ πνευματικὲς ἀξίες.

5) Κάθε λογική αποδοχή των μεταμοσχεύσεων από την Έκκλησία έχει τρεις άξονες:

α) Η Έκκλησία αισθάνεται μὲν τὸ φιλόστοιχο χρέος της ἀπέναντι στὸν λήπτη -ποὺ ἔχει ἀνάγκη νὰ ζήσει-, ἀντιλαμβάνεται ὅμως περισσότερο τὸν ρόλο της δίπλα στὸν δότη -ποὺ μπορεῖ ἐλεύθερα νὰ προσφέρει Ἐπ' οὐδενὶ λόγῳ καὶ μὲ κανένα τρόπο δὲν θυσιάζει τὸν σεβασμὸ πρὸς τὸν δότη στὴν ἀνάγκη ἐπιβίωσης τοῦ λήπτη. Ὁ σκοπὸς δὲν εἶναι νὰ ζήσει ὁ λήπτης· ὁ σκοπὸς εἶναι νὰ δώσει ὁ δότης. Ὁ λήπτης λαμβάνει θνητὸ σῶμα· ὁ δότης δίνει ἀπὸ τὴν ἀθάνατη ψυχὴ του. Ὅσο ἀνώτερη εἶναι ἡ ψυχὴ ἀπὸ τὸ σῶμα τόσο μεγαλύτερο εἶναι τὸ πνευματικὸ ὄφελος τοῦ δότη ἀπὸ τὸ βιολογικὸ κέρδος τοῦ λήπτη. «Μακάριόν ἐστι μᾶλλον διδόναι ἢ λαμβάνειν» (Πραξ. κ' 35).

β) Ἡ δωρεὰ ὀργάνου πρέπει ὅπωςδήποτε νὰ περιλαμβάνει τὴν «συνειδητὴ συναίνεση» τοῦ δότη, δηλαδή ὁ δότης πρέπει ἐν ἐπιγνώσει, ἐλεύθερα καὶ ἀβίαστα νὰ ἔχει συγκατατεθεῖ στὴν ἀφαίρεση τῶν ὀργάνων του, ἂν τυχὸν ἀπὸ κάποια αἰτία καταστεῖ ἐγκεφαλικά νεκρός. Ὁ δότης πρέπει νὰ ἐνεργεῖ ὡς δωρητής. Καὶ

γ) Ἡ Έκκλησία μπορεῖ νὰ δεχθεῖ τὶς μεταμοσχεύσεις μόνο μέσα σὲ ἀτμόσφαιρα ἀγάπης, συναλληλίας, ἐνίοτε αὐτοθυσιαστικοῦ φρονήματος, ἐξόδου ἀπὸ τὸν κλοιὸ τῆς φιλαυτίας καὶ φιλοζωίας μας -ποτὲ ὠφελιμιστικῆς ἢ χρησιμο-θηρικῆς λογικῆς ποὺ ἀποξενώνει τὸν «δότη» ἀπὸ τὴν προσφορά του.

Κατόπιν τούτων, οἱ μεταμοσχεύσεις προσεγγίζονται ὡς ἀφορμὴ μετάδοσης ζωῆς σὲ μερικοὺς ἀνθρώπους, κυρίως ὅμως ὡς εὐκαιρία μετάγγισης πνευματικοῦ ἤθους στὴν κοινωνία. (ΕΟΜ Εγκύκλιος 2819\_2005 Ἱεράς Συνόδου τῆς Ἐκκλησίας τῆς Ἑλλάδος)

## 5.4 Ρωμαιοκαθολικὴ ἐκκλησία

Μέχρι σήμερα δὲν ὑπάρχει ἐπίσημο κείμενο ἀπὸ τὴν Ρωμαιοκαθολικὴ Ἐκκλησία τοποιοῦ να σχετίζεται με τὴν γενικὴ ἀποδοχὴ τῶν μεταμοσχεύσεων. Ὡστόσο ἡ Ρωμαιοκαθολικὴ Ἐκκλησία ἔχει εὐλογήσει τὴ δωρεὰ ὀργάνων ὡς πράξη ὑψίστης ἀγάπης καὶ φιλαλληλίας, θέτοντας ὅμως τρεῖς προϋποθέσεις, α) τὴν πλήρη ἐνημέρωση τοῦ υποψήφιου δότη, ὥστε ἡ πράξη του νὰ εἶναι ἐλεύθερη καὶ συνειδητὴ, β) τὴν προστασία τῆς ζωῆς του καὶ γ) ἡ πράξη αὐτή, νὰ εἶναι ἀποτέλεσμα μιᾶς ἠθικῆς σωστῆς καὶ σημαντικῆς αἰτίας. Ὁ Πάπας Πίος ο 12<sup>ος</sup> ἀναφέρει τὴ δωρεὰ ὀργάνων ὡς

πράξη ιδιαίτερα ευγενή. Ο Πάπας Ιωάννης Παύλος ο 2<sup>ος</sup> χαρακτηρίζει τη δωρεά οργάνων υπηρεσία στη ζωή. Στις 29 Αυγούστου του 2000 στη Ρώμη, ο Πάπας Ιωάννης Παύλος ο 2<sup>ος</sup>, στο Διεθνές Συνέδριο της Εταιρείας Μεταμοσχεύσεων, υιοθέτησε τον εγκεφαλικό θάνατο.

Ωστόσο μεταξύ των καθολικών κύκλων και θεολόγων συνεχίζουν να υπάρχουν και αυτοί που εκφράζουν την αντίθεσή τους. Το αξιοσημείωτο πάντως είναι ότι σε όλα αδιακρίτως τα Ρωμαιοκαθολικά νοσοκομεία επιτρέπεται η δωρεά οργάνων και σε όλες τις καθολικές κατά το θρήσκευμα χώρες, λαμβάνουν χώρα οι περισσότερες μεταμοσχευτικές επεμβάσεις. (Pope John Paul II, 2000; Κωστάκης, 2004 ; Κωστάκης 2015)

## 5.5 Προτεσταντικές ομολογίες

Ανάμεσα στους εκπροσώπους των προτεσταντικών ομολογιών, ακόμη και των πλέον φονταμενταλιστικών, υπάρχει μια ταύτιση απόψεων και μια ανεπιφύλακτη αποδοχή τόσο του εγκεφαλικού θανάτου, όσο και των μεταμοσχεύσεων γενικότερα. Ανάμεσα στις πιο ευρέως γνωστές προτεσταντικές ομολογίες που αποδέχονται τις μεταμοσχεύσεις, είναι η Επισκοπελιανή Εκκλησία, η Χριστιανική Εκκλησία των Μαθητών του Χριστού, η Πρεσβυτεριανή Εκκλησία και η Λουθηρανική Εκκλησία.

Το 1982 η Επισκοπελιανή Εκκλησία με απόφασή της προτρέπει τους πιστούς της να γίνουν δωρητές οργάνων, επίσης τρία χρόνια αργότερα, το 1985 η Χριστιανική Εκκλησία των Μαθητών του Χριστού, συνέστησε στους δικούς της πιστούς να γίνουν δωρητές οργάνων, στα πλαίσια της διακονίας τους προς τον πλησίον στο όνομα του Χριστού, ο οποίος έδωσε την ζωή Του ώστε κι εμείς να απολαμβάνουμε το πλήρωμα της ζωής. Κατά τον ίδιο τρόπο η Λουθηρανική Εκκλησία το 1984 εκδίδει απόφαση σύμφωνα με την οποία η δωρεά αποτελεί έκφραση θυσιαστικής αγάπης προς τον αναγκαιούντα πλησίον. Το ίδιο και η Πρεσβυτεριανή Εκκλησία το 1995 με την Γενική Συνέλευση προτρέπει τους πιστούς της να γίνουν δωρητές και να υπογράψουν την κατάλληλη κάρτα δωρητού οργάνων. (Κωστάκη, 2015)



## 5.6 Ιουδαϊσμός

Σύμφωνα με τον Ιουδαϊκό νόμο, η μεταμόσχευση ιστών και οργάνων από έναν άνθρωπο σε άλλο επιτρέπεται, εφόσον κάτι τέτοιο δεν επισπεύδει το θάνατο του δότη και γίνεται με σεβασμό στο ανθρώπινο σώμα. Η ζωή μας δεν θυσιάζεται παρά μόνον όταν πρόκειται από τη δική μας θυσία να σωθεί κάποιος συνάνθρωπός μας.

Οι γενικές αρχές που διέπουν την αντίληψη περί ζωής, θανάτου και σώματος της Ιουδαϊκής θρησκείας είναι συνοπτικά οι ακόλουθες:

α) Η προστασία της ζωής κάθε ανθρώπου διεκδικεί προτεραιότητα έναντι οιασδήποτε άλλης αξίας. Για την προάσπιση της ζωής επιτρέπεται η χρήση κάθε μέσου, ακόμη και βίας.

β) Η αξία της φυσικής κατασκευής του ανθρώπου είναι απαραβίαστη και επιβάλλεται η υπεράσπιση της.

γ) Η μέριμνα για τη θεραπεία και ανάρρωση του αρρώστου θεωρείται επίσης ύψιστη αξία.

δ) Στον ασθενή λέγουμε την αλήθεια για την κατάσταση της υγείας του, στο μέτρο που η γνώση αυτή συντελεί στη θεραπεία του, λαμβάνοντας υπόψη την προσωπικότητα, την ψυχολογική κατάσταση του και τις συγκυρίες.

ε) Ο νεκρός αξίζει κάθε ξεχωριστής τιμής και σεβασμού, ακόμη κι αν είναι εγκληματίας. Η αρχή αυτή δεν παραβιάζεται όταν το σώμα του χρησιμοποιείται προκειμένου να ευεργετηθεί κάποιος ζωντανός. Βάσει αυτής της προσέγγισης η έκτρωση επιτρέπεται στην περίπτωση που κινδυνεύει η ζωή της μητέρας.

στ) Καθήκον του ιατρού είναι να παρατείνει τη ζωή κάθε ανθρώπου, όχι όμως και να επιμηκύνει τη διαδικασία του θανάτου. Σύμφωνα με το Halachah απαγορεύεται η παρεμπόδιση της αναχώρησης της ψυχής από το σώμα.

Παρά το γεγονός ότι η θρησκεία επιτρέπει και ενθαρρύνει τις μεταμοσχεύσεις, δεν υπάρχει ακόμη κάποια νομοθετική ρύθμιση, γεγονός που συντελεί στην δημόσια έκφραση διαφορετικών απόψεων. (Κωστάκη, 2015)

## 5.7 Ισλαμισμός

Η θρησκεία του Ισλαμισμού γενικά απαγορεύει κάθε χρήση του νεκρού σώματος, όχι μόνο των ανθρώπων, αλλά και των ζώων. Μοναδική εξαίρεση αποτελεί η περίπτωση κατά την οποία με αυτό τον τρόπο μπορεί να σωθεί μια άλλη ζωή που βρίσκεται σε κίνδυνο. Το 1986 το Συμβούλιο της Ισλαμικής Νομικής Ακαδημίας, στην 3<sup>η</sup> συνέλευση στο Αμάν της Ιορδανίας αναγνώρισε τον εγκεφαλικό θάνατο. Σύμφωνα με το Κοράνιο και πιο συγκεκριμένα με τον Ισλαμικό Κώδικα Ηθικής, η μεταμόσχευση είναι αποδεκτή με την προϋπόθεση ότι υπάρχει συναίνεση του δότη, ότι η πρόθεση είναι ευγενής, χαρακτηρίζεται από σεβασμό προς το άτομο και το γεγονός του θανάτου και σαφής αίσθηση ότι όλοι και όλα ανήκουν στο Θεό. Η θεώρηση αυτή στηρίζεται στις βασικές αρχές του Κορανίου περί αλτρουισμού, γενναιοδωρίας, καθήκοντος, υπευθυνότητας, και φυσικά στο δικαίωμα και την υποχρέωση του ανθρώπου να επιδιώξει την υγεία και την ιατρική θεραπεία. Απαγορεύει αυστηρά ωστόσο οποιαδήποτε αγοραπωλησία οργάνων και θεωρείται προσβολή προς την ανθρώπινη αξία, ενώ δεν κάνει καμία διάκριση φύλου μεταξύ των δοτών ή των ληπτών. (Κωστάκη, 2015)

## 5.8 Ινδουισμός

Στην Ινδουιστική σκέψη δεν υπάρχουν αποδεκτές ηθικές αρχές. Σημασία έχει να παραμένουν ανόθευτες οι διδασκαλίες της μετενσάρκωσης, του ντάρμα (dharma), και του κάρμα (karma). Το ντάρμα είναι το καθήκον, η θρησκεία και η δικαιοσύνη. Υπέρτατο ντάρμα ορίζεται η αναγνώριση της αλήθειας στην καρδιά. Το κάρμα καταδεικνύει τον προορισμό του ατόμου έτσι όπως αυτός προσδιορίζεται από τις πράξεις του παρελθόντος και από άλλες ζωές (μετενσάρκωση). Αντιστοιχεί στο νόμο αιτίας και αιτιατού. Το γεγονός ότι η Ινδουιστική θρησκεία στηρίζεται στο νόμο του κάρμα και την μετενσάρκωση κάνει την ιδέα των μεταμοσχεύσεων αποδεκτή και απόλυτα συμβατή με την διδασκαλία του. Η ψυχή αναγεννάται και μετεμφυτεύεται σε άλλα υγιή σώματα, γι' αυτό το λόγο και το σώμα, αφού ακολουθήσει την πορεία του, αποτεφρώνεται για να επανέλθει στα αρχικά του στοιχεία που είναι το χώμα, το νερό και ο αέρας. Στη μυθολογική παράδοση των Hindu δεν υπάρχει τίποτε που να απαγορεύει την εξ αγάπης προσφορά σώματος. (Κωστάκη, 2015)

## 5.9 Βουδισμός

Σύμφωνα με την Βουδιστική φιλοσοφία η δωρεά μέρους ή και ολόκληρου του σώματος (ζώντος ή νεκρού), αναγνωρίζεται ως πράξη γενναιοδωρίας (alabha) και σύμπνοιας (karuna). Για την αναγνώριση αυτή απαιτείται η προσφορά να είναι αληθινή και αγνή μακριά από κάθε σκέψη ανταπόδοσης. Στην Ιαπωνία, ωστόσο, επικρατεί η φιλοσοφία των Σίντο η οποία είναι αντίθετη προς την ιδέα της δωρεάς των οργάνων. Η αντίθεση αυτή προκύπτει από τη βασική άποψη της θεωρίας ότι το σώμα είναι εξαιρετικά μολυσμένο μετά το θάνατο. Κάθε τομή, βλάβη ή παρέμβαση στο νεκρό σώμα θεωρείται προσβολή του νεκρού και βαρύτατο παράπτωμα. Συνεπώς ούτε και οι συγγενείς θα ήταν δυνατόν να δώσουν την συναίνεσή τους για την λήψη οργάνων.

Ένας ακόμη ανασταλτικός παράγοντας στην αποδοχή των μεταμοσχεύσεων είχε να κάνει με την φιλοσοφία της καλής συμπεριφοράς, το λεγόμενο “giri”, η οποία επέιχε ισχύ νόμου στην Ιαπωνία. Σύμφωνα με το giri, για να έχει αξία μια προσφορά θα πρέπει να γνωρίζει ο δότης τον λήπτη και μάλιστα πρέπει και να προσδιορίζεται από αυτόν. Επίσης για να έχει αξία μία πράξη προσφοράς, η αρχή της αμοιβαιότητας απαιτεί να υπάρχει και ανταπόδοση. Στις μεταμοσχεύσεις ωστόσο δεν είναι δυνατόν να εφαρμοστούν αυτές οι αρχές αφού η πρώτη καταργεί τη σειρά προτεραιότητας στη λίστα και η δεύτερη δεν μπορεί να ισχύσει, αφού ο δότης είναι νεκρός. Μέχρι και το 1999 αυτοί οι παράγοντες δημιουργούσαν τεράστιες δυσκολίες στην πρόοδο των μεταμοσχεύσεων στην Ιαπωνία. Εκείνη τη χρονιά τελικά επιτράπηκαν οι μεταμοσχεύσεις κάτω από συγκεκριμένους όρους και προϋποθέσεις. (Κωστάκη, 2015)

## 5.10 Πατριαρχείο της Μόσχας

Τον Αύγουστο του 2000, η Διαρκής Ιερά Σύνοδος του Πατριαρχείου της Μόσχας, εξέδωσε μία εγκύκλιο για τα σύγχρονα κοινωνικά θέματα. Μεταξύ των θεμάτων αυτών ήταν και το θέμα των μεταμοσχεύσεων. Σύμφωνα με την εγκύκλιο, απαγορεύεται οποιαδήποτε αγοραπωλησία ή εμπόριο οργάνων και απορρίπτεται η

εικαζόμενη συναίνεση. Πάντως, αναγνωρίζει τη διάθεση αγάπης που περιέχει η πράξη της δωρεάς οργάνων, γι' αυτό και την επικροτεί. Αποδέχεται τον εγκεφαλικό θάνατο και δίνει μεγάλη σημασία στον καθορισμό της ακριβής στιγμής του θανάτου, μετά την οποία μπορούν να αφαιρεθούν τα όργανα από τον δότη. (Κωστάκη, 2015)

## **6. ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ**

### **6.1 Τι ορίζουμε ως μεταμόσχευση.**

Σύμφωνα με τον ν. 3984/2011 ο οποίος τιτλοφορείται «Δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων και άλλες διατάξεις», στο άρθρο 3 δίνεται ο ορισμός της μεταμόσχευσης. Συγκεκριμένα, ως μεταμόσχευση κατά το νόμο «νοείται η διαδικασία μέσω της οποίας επιχειρείται η αποκατάσταση ορισμένων λειτουργιών του ανθρώπινου σώματος με τη μεταφορά ενός οργάνου από έναν δότη σε έναν λήπτη». Με έναν πιο σύνθετο ορισμό, ως μεταμόσχευση θα μπορούσε να οριστεί η χειρουργική επέμβαση, κατά την οποία μεταφέρονται υγιή όργανα, από νεκρό ή ζωντανό δότη σε έναν σοβαρά πάσχοντα λήπτη με σκοπό την αποκατάσταση της φυσιολογικής λειτουργίας του οργανισμού του. Συγκεκριμένα πρόκειται για μια χειρουργική επέμβαση η οποία δίνει την ικανότητα σε άτομα που έχουν χάσει κάποιες από τις λειτουργίες του σώματός τους να τις αποκαταστήσουν.

Με βάση την πηγή του μοσχεύματος η διαδικασία της μεταμόσχευσης χωρίζεται σε τρεις βασικές κατηγορίες:

1)Την πρώτη κατηγορία αποτελούν ζώντες δότες με πάλλουσα καρδιά. Εδώ συναντάμε δότες από την ίδια την οικογένεια ή συγγενείς εξ'αγχιστείας (π.χ. σύζυγοι) οι οποίοι μπορούν να δώσουν είτε ένα από τα διπλά όργανα (π.χ. νεφρό), είτε τμήμα ενός μονήρους οργάνου (π.χ. ήπαρ), είτε όργανο το οποίο δεν αποτελεί ζωτικής σημασίας για τον δότη (π.χ. μήτρα).

2)Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει τους πτωματικούς δότες χωρίς πάλλουσα καρδιά. Πρόκειται για μια πολύ μικρή κατηγορία δοτών, οι οποίοι χάνουν αιφνίδια την ζωή τους είτε στο νοσοκομείο είτε σε ασθενοφόρο.

3) Η τελευταία κατηγορία αφορά την μεταμόσχευση οργάνων από ζώα, η λεγόμενη ξενομεταμόσχευση. Σκοπός αυτού του είδους είναι η αντιμετώπιση της παρούσας έλλειψης μοσχευμάτων. Τα προβλήματα στην χρήση τέτοιων μοσχευμάτων είναι πολλά. Υπάρχουν προβλήματα κυρίως λόγω ηθικών, δεοντολογικών και ανοσολογικών προβλημάτων όπως επίσης και της χειρουργικής τεχνικής.

Άλλος τρόπος διαχωρισμού των μεταμοσχεύσεων είναι με βάση τη θέση που θα τοποθετηθεί το μόσχευμα. Εδώ συναντάμε δύο κατηγορίες:

1) Στην πρώτη κατηγορία ανήκει η **ορθοτοπική** μεταμόσχευση σύμφωνα με την οποία το μόσχευμα τοποθετείται στην ίδια θέση που βρισκόταν το όργανο που αφαιρέθηκε π.χ. καρδιά, μήτρα.

2) Στην δεύτερη κατηγορία ανήκει η **ετεροτοπική** μεταμόσχευση όπου το όργανο τοποθετείται σε άλλη θέση εντός του σώματος σε σχέση με το αφαιρεθέν όργανο π.χ. νεφρός

Ανάλογα με την γενετική σχέση μεταξύ του δότη και του λήπτη έχουμε τις εξής κατηγορίες

1) **Αυτομοσχεύματα:** είναι αυτά που προέρχονται από το ίδιο το άτομο π.χ. οστικά ή δερματικά μοσχεύματα

2) **Αλλομοσχεύματα:** είναι μοσχεύματα που προέρχονται από γενετικά διαφορετικά άτομα, αλλά ανήκουν στο ίδιο ζωικό είδος π.χ. μόσχευμα από άνθρωπο σε άνθρωπο

3) **Ξενομοσχεύματα:** εδώ ανήκουν τα μοσχεύματα που προέρχονται από διαφορετικό ζωικό είδος π.χ. μόσχευμα προερχόμενο από μπαμπούνο σε άνθρωπο. Gabriel, 2001 ; Grimbizis, et al, 2001 ; Ομπέση Φ και συν, 2008; Πουλίση, 2014)

## 6.2 Δωρεά οργάνων

Από καταβολής κόσμου και όπου υπάρχει άνθρωπος, ο άνθρωπος νοιάζεται για τον συνάνθρωπό του. Οι αρχές που διέπουν την δωρεά οργάνων είναι η ανιδιοτέλεια και ο αλτρουϊσμός, αρχές που αποτελούν τη θεμελιώδη βάση των μεταμοσχεύσεων. Η δωρεά των οργάνων είναι ένα θέμα κοινωνικά ευαίσθητο και αφορά ανεξαιρέτως

όλους τους ανθρώπους. Αποτελεί ένα δώρο ζωής του ανθρώπου προς τον συνάνθρωπό του.

Πρόκειται για πράξη θεάρεστη που υπερβαίνει τον ατομικισμό. Βασίζεται στην ελεύθερη βούληση και αυτονομία, προϋποθέσεις που αποτελούν αναφαίρετα δικαιώματα του καθενός μας , τα οποία βρίσκονται σε ισορροπία με την ηθική υποχρέωση που νιώθουμε για τον πάσχοντα συνάνθρωπό μας. Εξυψώνει δε τους ανθρώπους και τους συνδέει με σχέσεις αμοιβαιότητας

Δεν θα πρέπει ποτέ να ξεχνάμε ότι οι πιθανότητες να χρειαστούμε κάποιο μόχσευμα εμείς οι ίδιοι , κατά την διάρκεια της ζωής μας , είναι πού περισσότερες από το να δωρίσουμε εμείς οι ίδιοι τα όργανά μας. Παρόλα αυτά τα στατιστικά στοιχεία του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων (EOM) για την χώρα μας είναι απογοητευτικά. Το 0,9% των Ελλήνων κατέχει κάρτα δωρητή. Σε ερώτηση γιατί δεν θα δώριζαν τα όργανά τους μετά θάνατον, πρώτοι οι έλληνες στην Ευρώπη με ποσοστό 45% , δίνουν την απάντηση έλλειψης εμπιστοσύνης στο σύστημα υγείας της χώρας μας και στο σύστημα κοινωνικής και διοικητικής οργάνωσης (Groth et al, 2012).

**Δωρητής οργάνων:** Είναι εκείνος ο οποίος ενώ βρίσκεται εν ζωή, δηλώνει ότι επιθυμεί να δωρίσει ένα ή και περισσότερα από τα όργανά του για μεταμόσχευση μετά το θάνατό του. Επίσης μπορεί να δωρίσει όντας στη ζωή πχ. τον ένα νεφρό, μυελό των οστών, μέρος του παγκρέατος , του ήπατος ή του πνεύμονα και την μήτρα εφ'όσον μιλάμε για γυναίκα.

**Δότης οργάνων:** ορίζεται ο άνθρωπος που προβαίνει στη δωρεά είτε αυτή γίνει κατά τη διάρκεια της ζωής είτε μεταθανάτια.

**Ιστοσυμβατότητα:** Σύστημα ιστοσυμβατότητας, θεωρούμε εξ ορισμού το σύνολο των πρωτεϊνικών ομάδων που εντοπίζονται πάνω στις μεμβράνες των απύρηνων κυττάρων των θηλαστικών που καθορίζουν την αντιγονική τους έκφραση. Τα αντιγόνα αυτά (Human Leucocyte Antigen-HLA ) κληρονομούνται με τη μορφή απλοτύπου από κάθε γονέα.

**Ανοχή (tolerance):**Είναι ανοσοβιολογικό φαινόμενο, που αφορά σε φυσική ή επίκτητη αδυναμία του οργανισμού να αντιδρά στην παρουσία συγκεκριμένου

αντιγόνου. Έτσι, ο ξενιστής δέχεται το μόσχευμα, χωρίς να δημιουργεί αντίδραση απόρριψης.

**Απόρριψη ( rejection):**Πρόκειται για πολύπλοκη ανοσοβιολογική διεργασία, κατά την οποία επέρχεται ιστική βλάβη και νέκρωση του μοσχεύματος, όταν δεν υπάρχει η χημική ( φαρμακευτική ) ανοχή. Αυτό συμβαίνει, διότι ο ξενιστής ( οργανισμός του λήπτη ) δεν συμβιβάζεται, κατά κάποιο τρόπο, με την παρουσία του μοσχεύματος (ξένου σώματος). Η απόρριψη αποτελεί τη σοβαρότερη επιπλοκή κάθε μεταμόσχευσης.

(<https://docplayer.gr/1317136-Elliniki-etairaia-anaparagogikis-iatrikis-1-i-loylioy-2015.html>) (Gabriel, 2001 ; Grimbizis, et al, 2001; DelPriore, et al, 2007; Ομπέση και συν, 2008; Πουλίση, 2014)

### 6.3 Φάρμακα και μεταμόσχευση

Όπως όλες οι χειρουργικές επεμβάσεις , έτσι και οι επεμβάσεις των μεταμοσχεύσεων εγκυμονούν χιλιάδες κινδύνους. Πέραν όμως των κινδύνων μιας χειρουργικής επέμβασης όπως η αιμορραγία, λοίμωξη κλπ. υπάρχει και ο φόβος της απόρριψης του μοσχεύματος από τον οργανισμό του λήπτη.

Τα πρώτα χρόνια των μεταμοσχεύσεων παρά το γεγονός ότι οι γιατροί φρόντιζαν να υπάρχει συμβατή ομάδα αίματος μεταξύ δότη και λήπτη, η μετεγχειρητική πορεία των μεταμοσχευμένων ασθενών ήταν αποκαρδιωτική. Οι νεκρώσεις των μοσχευμάτων γινόταν μέσα σε λίγες ημέρες, ακόμα και ώρες. Για αρκετά χρόνια ο επιστημονικός κόσμος αναζητούσε τα αίτια αυτής της κατάστασης. Ύστερα από μακροχρόνιες έρευνες ανακαλύφθηκε πως ο λόγος απόρριψης των μοσχευμάτων ήταν η απουσία ιστοσυμβατότητας και η έλλειψη ιστικής συγγένειας. Για την επίτευξη μιας επιτυχημένης μεταμόσχευσης οργάνου ή ιστού, απαιτείται να υπάρχει μεταξύ δότη και λήπτη , ιστική ομοιότητα τουλάχιστον 6 HLA (Human Leukocyte Antigen) αντιγόνων. Τότε λέμε πως έχει ικανοποιητικό βαθμό ιστοσυμβατότητας. Μεγάλη πιθανότητα αυξημένης ιστοσυμβατότητας έχουν τα αδέρφια λόγω κοινού DNA.

Την λύση στο πρόβλημα της απόρριψης του μοσχεύματος ήρθαν να δώσουν τα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα. Η χορήγηση ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων στον

δέκτη είχε ευεργετικά αποτελέσματα. Πιο συγκεκριμένα το ανοσοκατασταλτικό εκλογής στην πρόληψη της απόρριψης του μοσχεύματος είναι η κυκλοσπορίνη και η τακρολίμη. Τα φάρμακα αυτά έχουν θεραπευτικό αποτέλεσμα δεδομένου ότι μειώνουν έως και εκμηδενίζουν τις πιθανότητες απόρριψης του μοσχεύματος.

Επίσης με την χορήγηση ανοσοκατασταλτικών έχουν μειωθεί στο ελάχιστο και οι επιπλοκές που εμφανίζονταν μετά από τις μεταμοσχεύσεις, όπως Ca και λοιμώξεις. Παράλληλα μειώνεται η τοξικότητα σε όργανα ή συστήματα με μη ανοσολογικό μηχανισμό όπως καρδιαγγειακά, σακχαρώδης διαβήτης (Μαρινάκη, 2010).

Τα θεραπευτικά σχήματα των ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων χορηγούνται στα μεταμοσχευμένα άτομα εφ'όρου ζωής. Τα σχήματα αυτά έχουν διακυμάνσεις ανάλογα με το μεταμοσχευμένο όργανο, ανάλογα με τον χρόνο μετά την μεταμόσχευση και με την αποδοχή του μοσχεύματος από τον λήπτη.

Στις περιπτώσεις μεταμόσχευσης μήτρας η χορήγηση των θεραπευτικών σχημάτων πραγματοποιείται μόνο για όσο χρόνο παραμένει το όργανο (μήτρα) στο σώμα του δέκτη. Ο χρόνος αυτός δεν ξεπερνά συνήθως τα 2 έτη, δεδομένου ότι απαιτείται ένας χρόνος να παραμείνει το μόσχευμα στην γυναίκα και μετά την έλευση του έτους επιτρέπεται η κυοφορία, η οποία θα διαρκέσει το μέγιστο 38 εβδομάδες και στην συνέχεια το μόσχευμα θα αφαιρεθεί.

Η χορήγηση των ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων σε συνδυασμό με άλλα φαρμακευτικά σκευάσματα μπορεί να παρουσιάσει ανεπιθύμητες παρενέργειες. Για τον λόγο αυτό οι θεραπευτικές δόσεις χορηγούνται με ιδιαίτερη προσοχή. Ο καθοριστικός ρόλος της φαρμακευτικής αγωγής στην διατήρηση των μοσχευμάτων εντείνει διαρκώς τις προσπάθειες των επιστημόνων ώστε να μειώσουν στο ελάχιστο τον βαθμό της απόρριψης των μοσχευμάτων. Σήμερα χάρη στα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα ακόμη και στην περίπτωση που ο δότης και ο λήπτης δεν είναι αρκετά ιστοσυμβατοί, το μόσχευμα δεν απορρίπτεται και λειτουργεί επιτυχώς. (Fishman 2007)

Μια νέα τεχνική, η οποία ανακαλύφθηκε και εφαρμόστηκε με επιτυχία στις ΗΠΑ, είναι η μέθοδος υπερ-ψύξης των μοσχευμάτων. Χάρη σε αυτή τη μέθοδο το διάστημα διατήρησης των οργάνων σε καλή κατάσταση τετραπλασιάζεται κρατώντας τα όργανα σε ψύξη για τέσσερις μέρες μετά από την αφαίρεσή τους. Έτσι η



διαδικασία της μεταμόσχευσης πάυει να είναι τόσο βιαστική με αποτέλεσμα την καλύτερη διερεύνηση της ιστοσυμβατότητας δότη-λήπτη και συνεπώς την μείωση των πιθανοτήτων απόρριψης του μοσχεύματος.

Η νέα μέθοδος διατήρησης των οργάνων έρχεται να επιβραδύνει τη διαδικασία κυτταρικής απόπτωσης των οργάνων όταν αφαιρούνται από το σώμα. Η ψύξη μειώνει τον ρυθμό μεταβολισμού των κυττάρων, χωρίς η ψύξη να κάνει μη αναστρέψιμη ζημιά στο όργανο, καθώς αυτό παγώνει. Η νέα τεχνική συνδυάζει την ψύξη του αφαιρεθέντος οργάνου (στους -6 βαθμούς Κελσίου) με τη χορήγηση σε αυτό δύο αντιψυκτικών χημικών και θρεπτικών ουσιών, καθώς και οξυγόνου μέσω των αιμοφόρων αγγείων του. Αυτό παρατείνει το χρονικό «παράθυρο» για την μεταμόσχευση του οργάνου, προτού παγώσει. (Fishman, 2007; Αντωνιάδη, 2010)

## **6.4 Ιστοσυμβατότητα (HLA) και μηχανισμοί απόρριψης του μοσχεύματος**

Κύριος παράγοντας μιας επιτυχούς ή ανεπιτυχούς μεταμόσχευσης, δηλαδή εάν το μόσχευμα απορριφθεί ή όχι, είναι η ιστοσυμβατότητα. Η ορολογία HLA (ιστοσυμβατότητα) προέρχεται από το **Human Leukocyte Antigen**.

Με τον όρο ιστοσυμβατότητα ή αλλιώς ιστική ομοιότητα εννοούμε το κατά πόσο ο ιστικός τύπος του δέκτη μοιάζει με τον ιστικό τύπο του λήπτη. Ο ιστικός τύπος αναγνωρίζεται από τα HLA αντιγόνα (Ανθρώπινα Λευκοκυτταρικά αντιγόνα), ειδικά πρωτεϊνικά μόρια όπου εκφράζονται πάνω στα κύτταρά μας και κληρονομούμε από τους γονείς μας. Τα κύτταρα αυτά είναι μοναδικά για κάθε άνθρωπο και αποτελούν την μοριακή ταυτότητα του οργανισμού μας. Η πιθανότητα ομοιότητας σε δύο τυχαία άτομα είναι μεταξύ 1:20.000 και 1:1.000.000. Έτσι αντιλαμβάνεται κανείς πως ο βαθμός συμβατότητας μεταξύ δότη και λήπτη καθορίζεται από τον αριθμό των κοινών HLA μορίων τους. Όσα περισσότερα κοινά μόρια έχουν, τόσο μεγαλύτερος είναι και ο βαθμός επιτυχίας της μεταμόσχευσης, παρά το γεγονός ότι η συμβατότητα στηρίζεται κατά κύριο λόγο σε 6 HLA μόρια.

Τα HLA αντιγόνα είναι κληρονομικά και αυτό έχει ως αποτέλεσμα ως καταλληλότερος δότης, σε άτομο που έχει ανάγκη μεταμόσχευσης, να είναι

συγγενείς πρώτου βαθμού με πιθανότητα 25%. Ο έλεγχος ομοιότητας των HLA αντιγόνων γίνεται σε ειδικά εργαστήρια ιστοσυμβατότητας με δείγμα αίματος. Η δοκιμασία **HLA cross match** είναι ένα από τα σημαντικότερα τέστ που γίνονται πριν την μεταμόσχευση και καθορίζει το αν θα γίνει ή όχι. Στο τέστ αυτό υποβάλλονται ταυτόχρονα δύο ή τρεις υποψήφιοι λήπτες, με σκοπό να μην χαθεί πολύτιμος χρόνος για την βιωσιμότητα του μοσχεύματος. Η ανεύρεση HLA αντισωμάτων στον λήπτη σημαίνει ότι το ανοσοποιητικό σύστημα του ασθενούς μπορεί να επιτεθεί στο μόσχευμα και τελικά να το απορρίψει, ενώ στην αντίθετη περίπτωση που ο ασθενής δεν έχει HLA αντισώματα, πιθανόν το μόσχευμα να μην απορριφθεί. Τα HLA αντισώματα είναι πρωτεΐνες οι οποίες μπορεί να εμποδίσουν την επιτυχή μεταμόσχευση δρόντας με επίθεση κατά του μοσχεύματος. Αναπτύσσονται μετά από την επαφή με κύτταρα άλλων ανθρώπων. Όταν τα ανιχνευτούν, πιστεύεται ότι ο ασθενής είναι ευαισθητοποιημένος και μπορεί ο οργανισμός του να απορρίψει ένα θεωρητικά συμβατό μόσχευμα. Η ύπαρξη των HLA αντισωμάτων αποτελεί ένα πραγματικό εμπόδιο στην επιτυχία των μεταμοσχεύσεων και γιαυτό σε πολλά μεταμοσχευτικά κέντρα έχουν αναπτυχθεί μέθοδοι απομάκρυνσης τους ή όπως ονομάζεται απευαισθητοποίηση. Σημαντικές μέθοδοι απευαισθητοποίησης είναι η χρήση ενδοφλέβιας ανοσοσφαιρίνης, η πλασμαφαίρεση και η χρήση νέων φαρμάκων που έχουν την ειδικότητα να καταστρέφουν τα κύτταρα που παράγουν τα αντισώματα.

Πριν από τον έλεγχο της ιστοσυμβατότητας και το τέστ HLA crossmatch, ελέγχεται βασικά η ομάδα αίματος του δότη, η οποία πρέπει να είναι συμβατή με την ομάδα των υποψήφιων ληπτών. Σήμερα ο φραγμός της ABO ασυμβατότητας μπορεί να αντιμετωπισθεί στις μεταμοσχεύσεις με συγκεκριμένους χειρισμούς, όπως την χορήγηση αντι-CD20 μονοκλωνικών αντισωμάτων και προσρόφηση συγκολλητινών.

Ο κύριος περιορισμός για την επιτυχή έκβαση μιας μεταμόσχευσης είναι η ανοσιακή απάντηση του λήπτη έναντι των κυττάρων του δότη. Το ανοσιακό σύστημα, το οποίο έχει αναπτυχθεί με σκοπό να διακρίνει τα δικά του κύτταρα από τα ξένα στοιχεία, στην περίπτωση των μεταμοσχεύσεων επιτελεί τη λειτουργία του με το να αναγνωρίζει τα ξένα κύτταρα του δότη και να τα καταστρέφει.

Η απόρριψη του μοσχεύματος ταξινομείται με βάση τη χρονική στιγμή που εκδηλώνεται μετά τη μεταμόσχευση σε α) **υπεροξεία** (σε λεπτά έως ώρες), β) **οξεία**

(σε μέρες έως εβδομάδες), **επιβραδυνόμενη οξεία** (μετά από τρεις μήνες) και **χρόνια** (σε μήνες έως χρόνο). Επίσης μπορεί να ταξινομηθεί με βάση τις παθοφυσιολογικές μεταβολές σε **διάμεση-κυτταρικού τύπου**, σε **αγγειακή** και **ενδοθηλίου-αντισωματοεξαρτώμενη**. Ακόμη ταξινομείται με βάση τη βαρύτητα της φλεγμονή και της βλάβης των ιστών και τέλος με βάση τους ανοσολογικούς μηχανισμούς σε **φυσική** και **επίκτητη** ανοσοαπάντηση.

## 7. ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ-ΑΙΤΙΑ

### 7.1 Υπογονιμότητα

Ως υπογονιμότητα ορίζεται η αδυναμία επίτευξης εγκυμοσύνης μετά από προσπάθεια τουλάχιστον ενός έτους σε γυναίκες κάτω των 35 ετών και 6 μηνών σε γυναίκες άνω των 35 ετών. Η προσπάθεια θα πρέπει να γίνεται με τακτικές φυσιολογικές σεξουαλικές επαφές, χωρίς κανένα μέτρο αντισύλληψης. Σύμφωνα με μελέτες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η ανθρώπινη γονιμότητα έχει μειωθεί σημαντικά κατά τα τελευταία 50 έτη. Το 8-10% των ζευγαριών αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα υπογονιμότητας. Στις δυτικοευρωπαϊκές χώρες η υπογονιμότητα ανέρχεται στο 12% των ζευγαριών αναπαραγωγικής ηλικίας.

Η ιατρική επιστήμη και συγκεκριμένα η Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, προσφέρει λύση στο τεράστιο αυτό πρόβλημα και το οποίο έχει διαστάσεις οικονομικές, κοινωνικές και ψυχολογικές. Ως υποβοηθούμενη αναπαραγωγή ορίζονται οι μέθοδοι κατά τις οποίες η γονιμοποίηση γίνεται μέσω διαφόρων τεχνικών και όχι μέσω της σεξουαλικής πράξης. Παρά το γεγονός ότι η πρώτη επιτυχημένη γονιμοποίηση ανθρωπίνων ωαρίων στο εργαστήριο έγινε το 1978, ακόμη και σήμερα το θέμα αυτό εγείρει έντονες αντιδράσεις και διχογνωμίες, διότι σχετίζεται με ψυχοκοινωνικούς, ηθικούς και νομικούς προβληματισμούς.

Η υπογονιμότητα είναι ένα πολυπαραγοντικό πρόβλημα το οποίο απορρέει από ποικίλα αίτια επίκτητα και γενετικά, από τον σύγχρονο τρόπο ζωής, το άγχος και τις διατροφικές συνήθειες. Για την επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής αντιμετώπισης απαιτείται η διερεύνηση των αιτιών της υπογονιμότητας.

Για την υπογονιμότητα ενός ζευγαριού ευθύνονται πλήθος παραγόντων όπως:

- Αδυναμία παραγωγής υγιών γαμετών
- Αδυναμία υγιών γαμετών να έρθουν σε επαφή, άρα μη επίτευξη γονιμοποίησης
- Αδυναμία εμφύτευσης του εμβρύου στη μήτρα
- Αδυναμία ολοκλήρωσης της εγκυμοσύνης

Τα κύρια αίτια της γυναικείας υπογονιμότητας μπορεί να αφορούν στον υποθάλαμο, την υπόφυση, τις σάλπιγγες, τις ωοθήκες, τον κόλπο, το σώμα της μήτρας ή τον τράχηλο της μήτρας. Τόσο η ανατομική, όσο και η λειτουργική τους τελειότητα είναι απαραίτητες στην επιτυχία της σύλληψης. Το 25-30% των περιπτώσεων υπογονιμότητας οφείλεται σε σαλπινγικό παράγοντα. Τέτοιες καταστάσεις είναι σοβαρές λοιμώξεις υπο την μορφή επεισοδίων σαλπινγίτιδας ή γενικευμένης πυελικής φλεγμονής, εμφράξεις των σαλπίγγων, δυσπλασίες ή δυσλειτουργία των σαλπίγγων. Τα κυριότερα αίτια τα οποία προέρχονται από τον κόλπο αφορούν φλεγμονές, διαπλαστικές ανωμαλίες, κακοήθη ή καλοήθη νεοπλάσματα, δυσπαρεύνια και ατρησία του παρθενικού υμένα.

Τα αίτια που προέρχονται από το σώμα της μήτρας ευθύνονται στο 5-10% των περιπτώσεων υπογονιμότητας. Κυριότερα είναι τα ινομύωματα τα οποία προβάλλουν κυρίως μέσα στην κοιλότητα της μήτρας, οι ενδομητρικές συμφύσεις και οι φλεγμονές της μήτρας. Σημαντικό παράγοντα πρόκλησης υπογονιμότητας αποτελεί η ενδομητρίωση, δηλαδή η έκτοπη ανάπτυξη ενδομητρικού ιστού. Η συχνότητα εμφάνισης της ενδομητρίωσης ανέρχεται στο 20-50% των περιπτώσεων που εμφανίζουν υπογονιμότητα. Τα αίτια από τις ωοθήκες ευθύνονται στο 15-20% των περιπτώσεων. Κυριότερα είναι η έλλειψη ωοθυλακιορρηξίας, οι φλεγμονές των ωοθηκών, η ορμονική ανεπάρκεια της ωχρινικής φάσης, η οποία δεν επιτρέπει την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου στην μήτρα και τέλος οι νεοπλασματικές καταστάσεις. Σε ποσοστό 20% ευθύνη για την υπογονιμότητα φέρουν οι διαταραχές της περιόδου, οι οποίες μπορεί να είναι αποτέλεσμα μεταβολικών νοσημάτων, όπως σακχαρώδης διαβήτης και διαταραχές του θυρεοειδή αδένου.

Σημαντικό παράγοντα υπογονιμότητας αποτελεί ο ανδρικός παράγων. Σε ποσοστό 20% είναι υπεύθυνος αποκλειστικά και συνυπεύθυνος σε ποσοστό 40-50%.

Άλλοι παράγοντες υπογονιμότητας εκτός των ανωτέρω και οι οποίοι σχετίζονται και με τα δύο φύλα είναι οι δημογραφικοί ή ακόμη παράγοντες που αφορούν έξεις και συνήθειες. Η προχωρημένη ηλικία τεκνοποίησης στην σημερινή εποχή αποτελεί παράγοντα κινδύνου υπογονιμότητας διότι η αναπαραγωγική ικανότητα των ζευγαριών είναι μειωμένη. Δημογραφικοί παράγοντες, όπως η κοινωνικοοικονομική κατάσταση των ζευγαριών, συμπεριλαμβανομένου και του μορφωτικού τους επιπέδου αποτελούν παράγοντες που υποθάλπτουν την αναπαραγωγική τους ικανότητα. Το άγχος των σύγχρονων ζευγαριών και οι πεποιθήσεις τους προς την αδυναμία τεκνοποίησης είναι παράγοντες που σχετίζονται με την υπογονιμότητα. Οι υπογόνιμες γυναίκες βιώνουν συναισθήματα ενοχής, θυμού, χαμηλής αυτοεκτίμησης, κοινωνικής απομόνωσης και απώλειας στόχων στη ζωή.

Αντίθετα οι άντρες βιώνουν αισθήματα ενοχής διότι συσχετίζουν την υπογονιμότητα με την σεξουαλική ανικανότητα. Η φύση του επαγγέλματος είναι δυνατόν να επηρεάσει τη γονιμότητα των ζευγαριών π.χ πολύωρη καθιστική εργασία στους άνδρες ή έκθεση σε ακτινοβολίες και κυτταροτοξικά φάρμακα, ή επιτέλεση της εργασίας υπό κακές συνθήκες. Ομοίως επαγγέλματα υψηλής έντασης και άγχους λόγω αυξημένων ευθυνών και υποχρεώσεων. Άλλα αίτια που πιθανό να προκαλέσουν υπογονιμότητα είναι προβλήματα διατροφής με υπερβολική μείωση ή αύξηση του σωματικού βάρους. Περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως ο τόπος διαμονής αναφέρονται ως παράγοντες υπογονιμότητας. Άτομα που διαμένουν σε αγροτικές ή βιομηχανικές περιοχές και εκτίθενται σε βλαπτικούς παράγοντες είτε χημικούς είτε φυσικούς έχουν αυξημένες πιθανότητες υπογονιμότητας.

Ως προς τις συνήθειες κοινή αιτία υπογονιμότητας και για τα δύο φύλα, αποτελεί τόσο το κάπνισμα, το οποίο επιδρά αρνητικά στην ποιότητα του σπέρματος και στην αναπαραγωγική ικανότητα των γυναικών, όσο και η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ και η χρήση αναβολικών.

Η αποτυχία προσδιορισμού μιας σαφούς αιτίας για την πρόκληση υπογονιμότητας, κατόπιν πλήρους διαγνωστικού ελέγχου και των δυο συντρόφων, ορίζεται ως υπογονιμότητα αγνώστου αιτιολογίας. (Αντύπας, 2004; Αντωνιάδη, 2010; Αρκαδινού, 2011)

## 7.2 Υπογονιμότητα που οφείλεται στον παράγοντα μήτρα

Η υπογονιμότητα που οφείλεται στον παράγοντα μήτρα, προκαλείται από την απουσία (αγενεσία μήτρας) ή στην δυσλειτουργία της μήτρας. Αυτή η ανίατη κατάσταση η οποία είναι εκ γενετής ή επίκτητη, προσβάλλει 1 στις 500 γυναίκες γόνιμης ηλικίας και αντιστοιχεί σε 200.000 γυναίκες στην Ευρώπη. Κυριότερη αιτία αγενεσίας-απλασίας της μήτρας αποτελεί το σύνδρομο Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH).

Η αναγνώριση των συγγενών ανωμαλιών του γεννητικού συστήματος στη νεαρή ηλικία έχει ιδιαίτερη σημασία διότι η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπισή τους, συντελεί στην πρόληψη επιπλοκών που συνδέονται με τη γονιμότητα της γυναίκας. Τα δύο κύρια διαγνωστικά σημεία είναι η αμηνόρροια και ο πόνος, με μια ποικιλία δευτερευόντων συμπτωμάτων που αναφέρονται από την ασθενή ή προκύπτουν από τη συζήτηση που λαμβάνει χώρα κατά τη λήψη του ιστορικού. Διαγνωστικές εξετάσεις όπως ο υπέρηχος, η υστεροσαλπιγγογραφία, η υστεροσκόπηση, η λαπαροσκόπηση και η μαγνητική τομογραφία έχουν βοηθήσει σημαντικά στη διάγνωση και θεραπευτική προσέγγιση πολλών ανωμαλιών. Η αντιμετώπιση λόγω της σπανιότητας κάποιων ανωμαλιών μερικές φορές απαιτεί να γίνεται σε ειδικά κέντρα από ιατρούς που έχουν εμπειρία σε εξειδικευμένες χειρουργικές μεθόδους, ενώ δεν πρέπει να ξεχνάμε πως μεγάλη σημασία πρέπει να δίνεται στον ψυχολογικό τομέα τόσο του μικρού κοριτσιού όσο και της οικογένειάς του.

Το σύνδρομο Rokitansky (Mayer Rokitansky Küster Hauser -MRKH), (συγγενής απλασία ή αγενεσία κόλπου ή απλασία των παραγώγων του πόρου του Müller) είναι μια σπάνια γενετική πάθηση, όπου ο κόλπος και η μήτρα είτε είναι υποαναπτυγμένες, είτε (όπως στις περισσότερες περιπτώσεις) δεν υπάρχουν καθόλου.

Αποτελεί την πιο συχνή αιτία απλασίας της μήτρας, με συχνότητά που υπολογίζεται να είναι 1:5000 – 1:20.000 γεννήσεις θήλων νεογνών (Κάτι τέτοιο σημαίνει πως εμφανίζονται 3-10 περιπτώσεις κάθε έτος στη χώρα μας). Η αιτιολογία του συνδρόμου Rokitansky είναι άγνωστη, ο καρυότυπος είναι φυσιολογικός (46,XX) και οι χρωμοσωμικές ανωμαλίες είναι εξαιρετικά σπάνιες. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η διάγνωση γίνεται στις ηλικίες 15-21 ετών, λόγω αμηνόρροιας (μη εμφάνισης εμμηνορρυσίας).

Φυσικά η διάγνωση προϋποθέτει την κλινική εξέταση και το υπερηχογράφημα που θα επιβεβαιώσει την απλασία της μήτρας και κόλπου και την ύπαρξη φυσιολογικών ωοθηκών. Σε ένα μεγάλο ποσοστό των περιπτώσεων (έως και 40%) παρατηρούνται ανωμαλίες του ουροποιητικού συστήματος (μονήρης νεφρός, διπλός ουρητήρας κλπ), ενώ ένα ποσοστό της τάξης 15% παρουσιάζει και σκελετικές ανωμαλίες .

Το σύνδρομο Rokitansky δημιουργεί δύο σοβαρά προβλήματα στις γυναίκες που πάσχουν από αυτό. Το πρώτο είναι η αδυναμία κυοφορίας λόγω έλλειψης μήτρας. Η πιο σημαντική όμως παράμετρος του συνδρόμου είναι η αδυναμία ολοκλήρωσης σεξουαλικών επαφών, λόγω έλλειψης κόλπου γεγονός που προκαλεί τεράστια ψυχολογικά προβλήματα στην ασθενή. Γι' αυτό και είναι πολύ σημαντικό να αποκατασταθεί η δυνατότητα της σεξουαλικής επαφής, ώστε η γυναίκα να ολοκληρωθεί, με μόνο πρόβλημα αυτό της υπογονιμότητας.

Στο παρελθόν έχουν χρησιμοποιηθεί πολλές τεχνικές για την αποκατάσταση του κόλπου (δημιουργία νεόκολπου). Μια εγχείρηση τέτοιου είδους, έπεται της διάγνωσης (η οποία πραγματοποιείται τόσο με ακτινολογικές όσο και με λαπαροσκοπικές τεχνικές) και περιλαμβάνει πολύ συνοπτικά και απλουστευμένα τη διάνοιξη και το σχηματισμό κόλπου μήκους 9-11 εκ. από το δέρμα του ίδιου του αιδοίου. Σήμερα εφαρμόζονται δύο μέθοδοι με επιτυχία, η μέθοδος Vecchiatti και η μέθοδος κατά Davydov η οποία είναι η πιο νέα μέθοδος, λιγότερο τραυματική με άμεσα αποτελέσματα. (Vecchiatti, 1965)

Εν κατακλείδι , το σύνδρομο Rokitansky είναι μια ιάσιμη κατάσταση καθώς η χειρουργική επέμβαση προσφέρει ολοκληρωτική αποκατάσταση. Η διάγνωση είναι αρκετά απλή και μετά την εγχείρηση δεν υπάρχουν σημαντικά προβλήματα για τις ασθενείς, οι οποίες μπορούν να ζήσουν μια φυσιολογικότερη ζωή, χωρίς να αποκλείονται ούτε από τη σεξουαλική επαφή ούτε και από τη δυνατότητα δημιουργίας οικογένειας. (Κρεατσάς., 1998; Marshall, et al, 1996; Oppelt et al, 2006 )  
( <http://www.bioethics.gr/index.php/el/anakoinosis/606-06-05-2014-mrkh>)

## **7.3 Σύνδρομο MRKH τύπου 1 και 2**

### **7.3.1 Κλινική περιγραφή του συνδρόμου MRKH τύπου 1**

Το σύνδρομο MRKH τύπου 1 διαγιγνώσκεται συχνότερα κατά την εφηβεία, καθώς το πρώτο σύμπτωμα είναι συνήθως μια πρωτοπαθής αμηνόρροια σε νεαρές γυναίκες που παρουσιάζουν με άλλο τρόπο φυσιολογική ανάπτυξη δευτερογενών σεξουαλικών χαρακτηριστικών και φυσιολογικών εξωτερικών γεννητικών οργάνων. Οι ασθενείς στερούνται της μήτρας και των άνω 2/3 του κόλπου. Εξαιτίας αυτού, έχουν αναφερθεί δυσκολίες σεξουαλικής επαφής. Ο πυελικός πόνος μπορεί να αναφερθεί σε άτομα με κατάλοιπα της μήτρας. Καθώς η μήτρα λείπει ή δεν λειτουργεί, οι γυναίκες δεν μπορούν να κυοφορήσουν. Ωστόσο, οι ωοθήκες είναι φυσιολογικές και λειτουργικές. (Κρεατσάς, 1998)

### **7.3.2 Κλινική περιγραφή του συνδρόμου MRKH τύπου 2**

Στο σύνδρομο MRKH τύπου 2 εκτός των συμπτωμάτων που είναι κοινά με την περίπτωση του τύπου 1 και αφορά την αμηνόρροια και την απλασία της μήτρας και των 2/3 του κόλπου, παρατηρούνται δυσπλασίες του ανώτερου ουροποιητικού συστήματος στο 40% των περιπτώσεων. Οι δυσπλασίες αυτές αφορούν, μονομερή νεφρική αγενεσία (23-28%), έκπτωση ενός ή και των δύο νεφρών (17%), υποπλασία (4%), νεφρό δίκην πετάλου και υδρονέφρωση. Επίσης αναφέρονται και σκελετικές ανωμαλίες, κυρίως της σπονδυλικής στήλης και λιγότερο συχνά του προσώπου και των άκρων. Οι σπονδυλικές δυσπλασίες που συναντώνται περιλαμβάνουν σκολίωση, απομονωμένες σπονδυλικές ανωμαλίες (ασύμμετρες, συγκολλημένες ή σφηνοειδείς σπονδύλους), απομονωμένο σύνδρομο Klippel-Feil και / ή δυσμορφία Sprengel. Οι δυσπλασίες του προσώπου και των άκρων είναι κυρίως βραχής μέση φάλαγγα δακτύλων, διπλός αντίχειρας, απουσία ακτίνας, atrio-ψηφιακή δυσπλασία (σύνδρομο τύπου Holt-Oram) και ασυμμετρία του προσώπου. Η δυσλειτουργία της ακοής, λόγω δυσμορφιών στο μέσο αυτί ή αισθητηριακών ελαττωμάτων, παρατηρείται στο 10-25% των περιπτώσεων. Οι καρδιακές δυσπλασίες είναι πολύ σπάνιες αλλά περιλαμβάνουν βαλβιδική πνευμονική στένωση, τετραλογία του Fallot, Holt-Oram ή σύνδρομο τύπου velocardiofacial, αορτο-πνευμονικό παράθυρο ή κολπικά διαφραγματικά ελαττώματα.



### 7.3.3 Αιτιολογία

Η ακριβής αιτιολογία του συνδρόμου MRKH παραμένει σε μεγάλο βαθμό άγνωστη. Αρχικά, το σύνδρομο MRKH θεωρήθηκε ότι ήταν σποραδικής εμφάνισης, υποδηλώνοντας τη συμμετοχή μη γενετικών ή περιβαλλοντικών παραγόντων. Ωστόσο, δεν υπήρξε ποτέ σύνδεση μεταξύ περιβαλλοντικής αιτίας και συνδρόμου MRKH. Οι αναπαραγωγικές ανωμαλίες του συνδρόμου MRKH οφείλονται στην ατελή ανάπτυξη του αγωγού Müllerian. Αυτή η δομή στο έμβρυο αναπτύσσεται στη μήτρα, τις σάλπιγγες, τον τράχηλο του τραχήλου και στο άνω μέρος του κόλπου. Η αιτία της μη φυσιολογικής ανάπτυξης του Müllerian αγωγού στα προσβεβλημένα άτομα είναι άγνωστη. Αρχικά, οι ερευνητές υποψιάζαν ότι το σύνδρομο MRKH προκλήθηκε από περιβαλλοντικούς παράγοντες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, όπως η φαρμακευτική αγωγή ή η μητρική ασθένεια. Ωστόσο, οι μετέπειτα μελέτες δεν έχουν εντοπίσει συσχέτισμο με συγκεκριμένη χρήση μητρικής ουσίας, ασθένεια ή άλλο παράγοντα. Οι ερευνητές προτείνουν τώρα ότι σε συνδυασμό, γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες συμβάλλουν στην ανάπτυξη του συνδρόμου MRKH, αν και οι ειδικοί παράγοντες είναι συχνά άγνωστοι. Επίσης, είναι ασαφές γιατί μερικά άτομα που έχουν προσβληθεί έχουν ανωμαλίες σε μέρη του σώματος εκτός του αναπαραγωγικού συστήματος. Ορισμένοι ιστοί και όργανα, όπως οι νεφροί, αναπτύσσονται από τον ίδιο εμβρυϊκό ιστό με τον αγωγό Müllerian και οι ερευνητές υποπτεύονται ότι τα προβλήματα κατά την ανάπτυξη θα μπορούσαν να επηρεάσουν και αυτά τα όργανα.

Είναι πλέον σαφές ότι το σύνδρομο MRKH έχει γενετική προέλευση, μέσω της αύξησης των οικογενειακών περιγραφών και των πολυάριθμων γενετικών μελετών που έχουν ήδη ολοκληρωθεί. Οι τελευταίες έχουν οδηγήσει στην αποκάλυψη αρκετών χρωμοσωμικών ανωμαλιών που σχετίζονται με τη νόσο, όπως μικρές παρενθέσεις στο 1q21.1 και στο Xpter-p22.32, ή διαγραφές σε 4q34-qter, 8p23.1, 10p14, 16p11.2, 17q12, 22q11.21 και Xq21.31. Αυτές οι γενωμικές αναδιατάξεις επηρεάζουν πολλά γονίδια. Υποτιθέμενα υποψήφια γονίδια έχουν περιγραφεί, όπως HNF1B (17q12), LHX1(17q12), SHOX (Xp22.33 και Yp11.32), TBX6 (16p11.2) και ITIH5 (10p14). Ωστόσο, οι συσχετισμοί φαινοτύπου-γονότυπου δεν έχουν τεκμηριωθεί.

Το σύνδρομο MRKH (τύπος 1 ή τύπος 2) πιστεύεται ότι είναι καθαρά σποραδικό, αλλά σε οικογενειακές περιπτώσεις φαίνεται ότι κληρονομείται ως αυτοσωμικό κυρίαρχο χαρακτηριστικό με ελλιπή διείσδυση και μεταβλητή εκφραστικότητα. Η γενετική συμβουλευτική μπορεί να είναι επωφελής σε αυτές τις οικογενειακές περιπτώσεις. (<http://www.bioethics.gr/index.php/el/anakoynosis/606-06-05-2014mrkh>)

## **7.4 Εμφύτευση μήτρας σε γυναίκες με σύνδρομο MRKH**

Οι επιστήμονες του Πανεπιστημίου Wake Forest στην Βόρεια Καρολίνα σχεδίασαν και εμφύτευσαν μήτρες σε τέσσερις γυναίκες που γεννήθηκαν με σύνδρομο Mayer-Rokitansky-Kunster-Hauser. Στις γυναίκες αυτές, το εν λόγω όργανο εξέλειπε ή δεν ήταν ορθά αναπτυγμένο κατά την γέννησή τους.

Οι μελετητές σάρωσαν την πυελική περιοχή του κάθε ασθενή και κατασκεύασαν εξατομικευμένα καλούπια, τα οποία τα ενίσχυσαν με μυϊκά και κολπικά κύτταρα. Έπειτα, ανέπτυξαν τα προσαρμοσμένα όργανα σε έναν βιοαντιδραστήρα μέχρι τη στιγμή της εμφύτευσης στις ασθενείς. Η διαδικασία στέφθηκε με επιτυχία. Και οι τέσσερις γυναίκες ανέφεραν ότι απέκτησαν φυσιολογική σεξουαλική λειτουργία, ενώ οι επιστήμονες δεν αποκλείουν ακόμα και το ενδεχόμενο εγκυμοσύνης για τις δύο εκ των ασθενών, στις οποίες η κολπική σύνδεση στην μήτρα δεν επηρεάζεται από την αναπτυξιακή ασθένεια.

Εν γένει, η επιστημονική κοινότητα παρουσιάζεται αισιόδοξη. Ωστόσο, ορισμένοι ερευνητές δείχνουν συγκρατημένοι και επισημαίνουν ότι το μονοπάτι για την ασφαλή χρησιμοποίηση τέτοιου τύπου εμφυτευμάτων αναμένεται μεγάλο και δύσβατο.

## **7.5 Υποβοηθούμενη ιατρική αναπαραγωγή (IYA)**

Η Ελλάδα την τελευταία 10ετία έχει δημιουργήσει τις προϋποθέσεις ώστε να θεωρείται ένας από τους δημοφιλέστερους προορισμούς, προκειμένου να αποκτήσουν ένα παιδί, άτεκνα ζευγάρια με υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Σε αυτό συνέβαλαν η ευέλικτη νομοθεσία, οι ανταγωνιστικές τιμές και η οργανωμένη προβολή στο εξωτερικό.

Αυτή τη στιγμή μέσα στο πρώτο τρίμηνο του 2019 καταγράφονται με αυξητική τάση εκατοντάδες αφίξεις ζευγαριών από ολόκληρο τον κόσμο (κυρίως από τη Γαλλία, τη Γερμανία αλλά και από χώρες που παλαιότερα δεν θα μπορούσε να σκεφτεί ίσως κανείς, όπως η Μογγολία και η Ρουμανία) με την ελπίδα να εκπληρώσουν το όνειρο τους και να καταφέρουν να αποκτήσουν ένα παιδί.

Πρόκειται για έναν ιδιόμορφο ιατρικό τουρισμό, που κινείται μεταξύ των υπηρεσιών εξωσωματικής γονιμοποίησης, σε ένα από τα εξειδικευμένα κέντρα που βρίσκονται σε άκρη σε ολόκληρη τη χώρα αλλά και σε συνδυασμό με τη δωρεά ωαρίων, καθώς σε άλλες χώρες (πχ Γερμανία, Ιταλία ) απαγορεύεται.

Βασικός άξονας ανάπτυξης της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια δείχνει να είναι η παρένθετη μητρότητα, η οποία επιτρέπεται με προϋποθέσεις που ορίζει η νομοθεσία. Αντιθέτως υπάρχουν χώρες που είτε εξαιτίας της Καθολικής Εκκλησίας απαγορεύεται κάθε είδος εξωσωματικής γονιμοποίησης, είτε απαγορεύεται εντελώς τόσο η δωρεά ωαρίων όσο και η παρένθετη μητρότητα από τη νομοθεσία (Γαλλία-Γερμανία-Σουηδία-Ιταλία-Ιρλανδία).

Το φαινόμενο ωστόσο της «δανεικής μήτρας», με αυξημένη τη ζήτηση, αλλά και την προσπάθεια ανεύρεσης παρένθετης μητέρας, απέκτησε παράλληλα και κάποια σοβαρά στοιχεία εμπορευματοποίησης και παρασκηνιακών συναλλαγών από οργανωμένα κυκλώματα που είδαν να αποκομίζουν μέσα από μια, χωρίς διαφάνεια, «αγορά» τεράστια κέρδη.

Η εξέλιξη αυτή, που ακουμπά πολλές φορές ακόμη και το χώρο του υποκόσμου, αμαυρώνει και δυσφημίζει μια σοβαρή δουλειά που γίνεται στην εξέλιξη του ιατρικού τουρισμού, όπου η Ελλάδα θα μπορούσε να διεκδικήσει την επόμενη 5ετία πάνω από πέντε δισεκατομμύρια ευρώ καθώς ο ετήσιος τζίρος παγκοσμίως άγγιξε τα 100 δισεκατομμύρια. (Αρκαδινού, 2011; Καϊάφα-Γκμπάντι και συν., 2013; Καϊάφα-Γκμπάντι και συν, 2014)

## **7.6 Νομοθετικό πλαίσιο στην Ελλάδα για την ΙΥΑ (Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή):**

Σε συνταγματικό επίπεδο, το δικαίωμα της αναπαραγωγής βρίσκεται την κατοχύρωσή του στο άρθρο 5 παρ.1 του Συντάγματος, σύμφωνα με το οποίο ο κάθε ένας έχει δικαίωμα να αποκτήσει απογόνους σύμφωνα με τις επιθυμίες του ως στοιχείο ανάπτυξης της προσωπικότητάς του. Συνεπώς, η προσφυγή στις ιατρικές μεθόδους που προβλέπονται από το νόμο για να αποκτηθούν τέκνα, εντάσσεται στο προστατευτικό πεδίο του Συντάγματός μας, αρκεί η άσκηση του δικαιώματος αναπαραγωγής να μην προσκρούει σε δικαιώματα άλλων, να μην παραβιάζει το Σύνταγμα και να μην προσβάλει τα χρηστά ήθη. Για την υιοθέτηση του θεσμού αυτού στην χώρα μας ελήφθησαν υπόψη το Σύνταγμα και η Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης του Οβιέδο του 1997 για τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη βιοιατρική που κυρώθηκε στην Ελλάδα με το ν.2619/1998. Η χώρα μας διαθέτει ένα από τα αρτιότερα και προοδευτικότερα νομοθετικά πλαίσια στην Ευρώπη. Με τους νόμους 3089/2002 και 3305/2005 επιτρέπεται η ιατρικά υποβοηθούμενη αναπαραγωγή (Ι.Υ.Α.), εκφάνσεις της οποίας είναι τεχνητή σπερματέγχυση και η εξωσωματική γονιμοποίηση και μεταφορά γονιμοποιημένων ωαρίων. Το ανωτέρω νομοθετικό πλαίσιο καθορίζει τον τρόπο εφαρμογής, το πλαίσιο των σχετικών επεμβάσεων, τις τεχνικές που μπορεί να χρησιμοποιηθούν, τις προδιαγραφές των μονάδων, τις προϋποθέσεις για τα ζευγάρια και την παρένθετη μητέρα κλπ.

Απευθύνονται κατ' εξοχήν σε γυναίκες που αδυνατούν να κυοφορήσουν, όπως γυναίκες που έχουν υποστεί υστερεκτομή, που έχουν υποβληθεί σε ακτινοβολία ή χημειοθεραπεία, που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις, που έχουν ορμονικές δυσλειτουργίες, νεφρική ανεπάρκεια, καρδιακές παθήσεις, αυξημένο κίνδυνο αποβολής, πάσχουν από συγγενή απουσία μήτρας, συγγενείς ανωμαλίες διάπλασης της μήτρας, αφαίρεση μήτρας, πολλαπλά ινομώματα, πολλαπλές αποβολές σε προηγούμενες προσπάθειες. Η εμμηνόπαυση δεν είναι ένδειξη παρένθετης μήτρας.

Ήδη έχουν καταγραφεί πάνω από 120 σχετικές δικαστικές αποφάσεις στην χώρα μας, ενώ μεταξύ αυτών που έχουν αιτηθεί και λάβει άδεια συγκαταλέγονται και ζεύγη από άλλες χώρες τις Ε.Ε. που επέλεξαν να έρθουν στην Ελλάδα να τεκνοποιήσουν, αξιοποιώντας τη δική μας νομοθεσία.

Υπάρχουν μεγάλες διαφορές όσον αφορά την παρένθετη μητρότητα στην Ευρώπη. Μερικές χώρες την απαγορεύουν ρητά, όπως για παράδειγμα η Σουηδία, η Γαλλία όπου πρόσφατα έγινε μεγάλη συζήτηση γι' αυτό το θέμα. Η παρένθετη μητρότητα απαγορεύεται επίσης στη Γερμανία, την Ισπανία, την Ελβετία και την Ιταλία. Κάποιες, λιγότερες αριθμητικά, χώρες επιτρέπουν την παρένθετη μητρότητα. Αυτό συμβαίνει στη Μεγάλη Βρετανία, την Ελλάδα, τη Ρωσία και την Ουκρανία. Και υπάρχουν και χώρες που δεν έχουν ξεκαθαρίσει με σαφήνεια νομικά το θέμα. (Ψαρούλη- Βούλτσου , 2010; Αρκαδινού, 2011; Καϊάφα-Γκμπάντι και συν, 2013; Καϊάφα-Γκμπάντι και συν, 2014)

## **8. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΜΗΤΡΑΣ**

### **8.1 Μεταμόσχευση μήτρας ως αναπαραγωγική διαδικασία**

Ορόσημο στην ιστορία της αναπαραγωγικής ιατρικής στάθηκε η γέννηση παιδιού από μητέρα η οποία είχε γεννηθεί χωρίς μήτρα. Για πρώτη φορά στην ιστορία της Ιατρικής τον Σεπτέμβριο του 2014 μια 36χρονη γυναίκα από τη Σουηδία, έφερε στον κόσμο ένα υγιέστατο μωρό μετά από μεταμόσχευση μήτρας. Όπως ανέφερε ο Καθηγητής Mats Brännström από το πανεπιστήμιο του Gothenburg, «η υπόθεση αυτή προσφέρει ελπίδα σε γυναίκες σε όλο τον κόσμο που πάσχουν από υπογονιμότητα και οφείλεται σε αποκλειστικό παράγοντα έλλειψης της μήτρας»

Η μεταμόσχευση μήτρας είναι η αρχή του τέλους για την παρένθετη μητρότητα. Το μεγάλο πλεονέκτημα της μεθόδου αυτής αποτελεί το γεγονός ότι η γυναίκα βιώνει η ίδια την μητρότητα και παράλληλα αναλαμβάνει την ευθύνη του ρίσκου της εγκυμοσύνης.

Η υπογονιμότητα που οφείλεται στον παράγοντα μήτρα , προκαλείται από την απουσία ή την δυσλειτουργία της μήτρας. Πρόκειται για ανίατη πάθηση η οποία είναι εκ γενετής ή επίκτητη. Προσβάλλει 1 στις 500 γυναίκες , που αντιστοιχεί σε 200.000 γυναίκες μόνο στην Ευρώπη. Οι γυναίκες αυτές αδυνατούν να βιώσουν την διαδικασία της κύησης. Τόσο η παρένθετη μητρότητα, όσο και η υιοθεσία αποτελούν ικανοποιητικές λύσεις για πολλές γυναίκες που βιώνουν το πρόβλημα της υπογονιμότητας. Δυστυχώς όμως για κάποιες κοινωνίες η επιλογή αυτή θεωρείται

απάρადεκτη λόγω ηθικών, νομικών ή και θρησκευτικών ενδοιασμών. Για παράδειγμα στην Σουηδία η παρένθετη μητρότητα δεν είναι νομικά εγκεκριμένη. Η μεταμόσχευση μήτρας ξεκίνησε για να δώσει στις γυναίκες με AUI (Absolute uterine factor infertility) την ευκαιρία να έχουν βιολογικά παιδιά χωρίς να θίγει θρησκευτικά ή ηθικά ζητήματα. Παρά το ρίσκο πολλαπλών επεμβάσεων και της ανοσοκατασταλτικής θεραπείας, η μεταμόσχευση μήτρας αποτελεί μοναδική επιλογή για γυναίκες με AUI να συλλάβουν, κυοφορήσουν και να γεννήσουν βιολογικά παιδιά.

Το 2014, 50 χρόνια από την σύλληψη της ιδέας για μεταμόσχευση μήτρας η πρώτη εγκυμοσύνη ήταν γεγονός. Πλέον έχουν λάβει χώρα περισσότερες από 60 μεταμοσχεύσεις μήτρας και 18 δημοσιεύτηκαν ότι οδήγησαν σε γέννηση μέχρι τώρα (28/6/2019). Έχουν δημοσιευθεί αναλυτικές πληροφορίες για 35 περιπτώσεις, συμπεριλαμβανομένων 8 γεννήσεων (σε ιατρικά περιοδικά). Οι ρυθμοί μεταμόσχευσης μήτρας αυξάνονται δραστικά.

Η μεταμοσχευμένη μήτρας, σε αντίθεση με οποιαδήποτε άλλη μεταμόσχευση που εκτελείται προς το παρόν, είναι για βραχύ χρονικό διάστημα. Δεν προορίζεται με διάρκεια «δια βίου». Το μόσχευμα είναι προγραμματισμένο να αφαιρεθεί μετά από το πέρας της εγκυμοσύνης προκειμένου να περιοριστεί η περίοδος ανοσοκαταστολής.

Περισσότερα από 15.000 παιδιά έχουν γεννηθεί έως σήμερα από γυναίκες με μεταμόσχευση άλλου οργάνου και ανοσοκατασταλμένες μητέρες, χωρίς να αναφερθεί αυξημένος κίνδυνος δυσπλασίας του εμβρύου. Η πρώτη γέννηση παιδιού από γυναίκα που μεταμοσχεύθηκε με συμπαγές όργανο, έγινε πριν από 50 χρόνια και έκτοτε αποτελεί παγιωμένη ιατρική πρακτική στον τομέα της Μαιευτικής. Από αυτό διαφάνεται ότι η μεταμόσχευση μήτρας και η αναγκαία συνοδευτική ανοσοκαταστολή είναι συμβατή τόσο με την κυοφορία όσο και με το αποκτηθέν παιδί.

Οι πρώτες απόπειρες μεταμόσχευσης μήτρας, δίχως να υπάρχει προηγούμενη καταγεγραμμένη έρευνα, έγινε από δύο ξεχωριστές ομάδες. Η πρώτη περίπτωση πραγματοποιήθηκε το 2000 στην Τουρκία αλλά δυστυχώς το αποτέλεσμα ήταν ανεπιτυχές. Το μόσχευμα απορρίφθηκε μετά από διάστημα 3 μηνών και έγινε υστερεκτομή. Τα αίτια της αποτυχίας της επέμβασης δεν ήταν σαφή όμως πιθανολογείται ότι αιτία της απόρριψης ήταν η πρόπτωση του οργάνου λόγω της κακής σταθεροποίησής του στην πύελο και η οποία είχε ως αποτέλεσμα την συμπίεση

των αιμοφόρων αγγείων και την αγγειακή θρόμβωση. Το 2011 γίνεται η δεύτερη αποτυχημένη προσπάθεια και η οποία αφορούσε μόσχευμα μήτρας από νεκρή πολυοργανική δότρια. Στην δεύτερη αυτή περίπτωση το μόσχευμα κατάφερε να παραμείνει για πολύ μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Η λήπτρια ενώ κατάφερε να κυφορήσει δύο φορές δυστυχώς οι εγκυμοσύνες δεν εξελίχθηκαν. Το κύημα και στις δύο περιπτώσεις αποβλήθηκε πρόωρα και στην συνέχεια απορρίφθηκε το μόσχευμα. . (Grimbizis et al, 2001; Del Priore et al, 2007; Johannesson et al, 2013; Hellstrom et al, 2014 ; Jones et al, 2016; Brannstrom et al, 2018 )

## **8.2 Ο προ-μεταμοσχευτικός έλεγχος και η ενημέρωση των υποψήφιων ληπτριών**

Τόσο στις λήπτριες όσο και στις προγραμματιζόμενες δότριες του οργάνου υπήρχαν λόγοι αποκλεισμού, οι οποίοι αφορούσαν ιατρικούς αλλά και ψυχολογικούς παράγοντες κινδύνου. Πρίν ληφθεί η απόφαση για την διεξαγωγή μιας τόσο σοβαρής επέμβασης, όλες οι δικαιούχοι αλλά και οι σύντροφοί τους, είχαν λάβει πλήρη ενημέρωση και συμβουλές σχετικά με τις εθνικές και διεθνείς επιλογές τους να αποκτήσουν παιδί μέσω της υιοθεσίας αλλά και της παρένθετης μητρότητας. Η ενημέρωση κατόπιν πολλαπλών επισκέψεων σε ψυχολόγους και σε ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, κατέστησαν βέβαιο ότι τα άτομα αυτά είχαν πλήρη επίγνωση του ερευνητικού χαρακτήρα της δοκιμής αυτής. Η γονιμοποίηση έγινε In vitro, με σκοπό να αποκλειστεί κάθε παράγοντας στειρότητας ο οποίος θα σχετιζόταν με την αποτυχία της γονιμοποίησης. Στην συνέχεια ακολούθησε κρυοσυντήρηση των γονιμοποιημένων εμβρύων για να επιτευχθεί η μεταφορά τους σε διάστημα πάων από 12 μήνες μετά την μεταμόσχευση, σύμφωνα με τις διεθνείς συστάσεις των μεταμοσχευτών. Πέντε από τους χορηγούς (δότες) του μοσχεύματος ήταν οι μητέρες των ληπτριών και τέσσερις από αυτές ήταν μετεμμηνοπαυσιακές. Από τις λήπτριες οι οκτώ είχαν γεννηθεί με το σύνδρομο Mayer-Rokitansky-Kyster-Hauser (MRKH), σύνδρομο με συγγενή έλλειψη της μήτρας και του κόλπου, και μια λήπτρια είχε υποβλήθει σε ριζική υστερεκτομή μετά από διάγνωση καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Οι λήπτριες όλες βρισκόταν σε σταθερή σχέση με τους συντρόφους τους για διάστημα τουλάχιστον τριών ετών. (Grimbizis et al, 2001; Del Priore et al, 2007; Johannesson et al, 2013; Hellstrom et al, 2014 ; Jones et al, 2016; Brannstrom et al, 2018 )

### **8.3 Ανοσολογική και βιοχημική προετοιμασία των ασθενών**

Τα αντιγόνα ανθρώπινων λευκοκυττάρων της δότριας και της λήπτριας (HLA) A, B, Γ, DRB1 και οι DQB1 γενετικοί τόποι ταυτοποιήθηκαν με τη χρήση της αλυσιδωτής αντίδρασης της πολυμεράσης (PCR). Προσδιορίστηκε η αντίστροφη αλληλουχία ειδικών ολιγονουκλεοτιδίων (LABType, One Lambda) και οι βαθμοί της HLA αναντιστοιχίας τους (σεA, B, και DRB1 loci). Τα HLA αντισώματα ανιχνεύθηκαν με τη χρήση του πίνακα προσδιορισμού αντιδρώντων αντισώματων Luminex based LAB Screen (One Lambda). Μία μέση ένταση φθορισμού (MFI) με τιμή > 1000 πάνω από τον αρνητικό μάρτυρα, θεωρήθηκε θετική. Εκτελέστηκαν αμφοτέρως οι πρότυπες δοκιμές διασταύρωσης κυτταροτοξικότητας και κυτταρομετρίας ροής, εξαρτώμενες από το συμπλήρωμα με τη χρήση των T και B λεμφοκυττάρων. Εκτελέστηκε κυτταρομετρία ροής σε FACScalibur κυτταρόμετρο με τη χρήση της 1024 γραμμικής κλίμακας και το λογισμικό Pro Cellquest (BD Biosciences). Επίσης έγιναν εξετάσεις για τις σχετικές ιογενείς και βακτηριακές λοιμώξεις με πρότυπες τεχνικές. Οι σύντροφοι ελέγχθηκαν για HIV, ηπατίτιδα B και C, και σύφιλη. (Kainz et al, 2000)

### **8.4 Περιεγχειριτική διαδικασία-διεγχειριτική αναισθησία**

Η αναισθησία ήταν παρόμοια σε δότριες και λήπτριες. Το βάθος και η ένταση της αναισθησίας παρακολουθήθηκε και προσαρμόστηκε, με στόχο την ελάχιστη κυψελιδική συγκέντρωση 0,5-0,7, και παρακολουθούνταν περαιτέρω με τη διατήρηση του σήματος του ηλεκτροεγκεφαλογράφηματος και της μετωπιαίας ηλεκτρομυογραφικής δραστηριότητας διεγχειρητικά. Για να διατηρηθεί η ισορροπία των υγρών, άμυλο υδροξυαιθυλίου η αλβουμίνη χορηγήθηκε ανάλογα με τις ανάγκες. Έγχυση ντοπαμίνης χρησιμοποιήθηκε για να διατηρήσει μέση αρτηριακή πίεση στο επίπεδο > 65 mm Hg. Ένα αυτόλογο σύστημα ανάκτησης αίματος ήταν διαθέσιμο κατά τη διάρκεια των χειρουργικών επεμβάσεων.

Η χειρουργική διάρκεια για κάθε ασθενή (δότρια και λήπτρια), ορίστηκε ως το χρονικό διάστημα που απαιτείται από την πρώτη τομή στο δέρμα έως την ολοκλήρωση της επέμβασης και το κλείσιμο του δέρματος. Για την μείωση της μετεγχειριτικής ναυτίας, χορηγήθηκαν ανδανσετρόνη, βηταμεθαζόνη και



δροπεριδόλη ενδοφλεβίως στο τέλος της επέμβασης. Ως μετεγχειριστική ανακούφιση του πόνου χορηγήθηκαν σκευάσματα παρακεταμόλης, paracetamol, τραμαδόλη και μορφίνη. Αντιβιοτικά όπως πιπερακικλίνη-ταζομπακτάμη, δόθηκαν μια φορά προεγχειρητικά και τρεις φορές την ημέρα για μια ημέρα στις δότριες και για τρεις ημέρες στις λήπτριες. Για τις δότριες η θρομβο-προφύλαξη έγινε με δαλτεπαρίνη για το χρονικό διάστημα από την πρώτη μετεγχειριστική ημέρα έως και την 21. Αντίστοιχα για τις λήπτριες η θρομβο-προφύλαξη κατέστη δυνατή με ακετυλοσαλικυλικό οξύ άπαξ ημερησίως με δόση 120mg, καθ' όλη τη διάρκεια της περιόδου παρακολούθησης των 6 μηνών και με δαλτεπαρίνη κατά τη διάρκεια 1-42 μετεγχειριστικών ημερών. (Pietro Bortoletto et al, 2018)

## 8.5 Η χειρουργική επέμβαση στη δότρια

Η χειρουργική τεχνική για την δότρια περιλαμβάνει μια κεντρική τομή από το ηβικό οστό προς τον ομφαλό, που ακολουθείται από απομόνωση της μήτρας από το απομακρυσμένο αγγειακό δίκτυο που αποτελείται από τις αμφοτερόπλευρες μητριάιες αρτηρίες και τις φλέβες μέχρι και συμπεριλαμβανομένων των αγγείων των έσω λαγονίων. Σημαντικά τμήματα των παρακείμενων συνδέσμων και των ιερομητρικών συνδέσμων, καθώς και ένα εκτεταμένο λεπτό στρώμα του περιτοναίου και της ουροδόχου κύστης, διατηρήθηκαν στην πλευρά του μοσχέυματος έτσι ώστε να επιτρέπουν τη σταθερή στερέωση της μήτρας στην αποδέκτη. Έγινε αμφοτερόπλευρη σαλπινγεκτομή, διατηρώντας τον μητριάιο κλάδο της μητριάιας-ωοθηκικής φλέβας. Ακολούθησαν τομές στα πυελικά πλευρικά τοιχώματα οι οποίες περιελάμβαναν εκτομή των ουρητήρων από τις εισόδους τους, πάνω από το διχασμό των λαγονίων αγγείων, περιφερικά στις εισόδους τους στην ουροδόχο κύστη. Αυτό περιελάμβανε σχολαστική εκτομή των φλεβών της μήτρας και των αρτηριών της μήτρας λόγω της ισχυρής πρόσφυσης των ουρητήρων στη μήτρα. Όταν οι ουρητήρες είχαν εντελώς αποκολληθεί από τον τράχηλο της μήτρας και τα αγγεία επίσης, έγινε αγγειακή εκτομή με σκοπό την κινητοποίηση των εσωτερικών λαγονίων αρτηριών και των φλεβών που ξεκίνησε από τις διακλαδώσεις των εσωτερικών και εξωτερικών λαγονίων αγγείων και προχώρησε περιφερικά. Αυτή η εκτομή περιελάμβανε αποκολλήσεις πολλών μεγάλων αγγειακών κλάδων. Ο κόλπος

αποκόπηκε 10-15 χιλιοστά ουραία στον κοιλικό θόλο, και η μήτρα τελικά συνδέεται με τη δότρια με μόνο δύο αρτηριακούς και δύο φλεβικούς αγγειακούς μίσχους. Οι κύριες αρτηρίες και φλέβες στη συνέχεια απολινώνονται και αποκόπτονται, προτού η μήτρα απομακρυνθεί από την πύελο. Η κοιλιά έκλεισε κατά τον πρότυπο τρόπο των τριών επιπέδων. Ένας υπερηβικός καθετήρας της ουροδόχου κύστης εισήχθη για να αποφευχθεί η κατακράτηση ούρων δευτερογενώς στην εκτεταμένη εκτομή γύρω από την ουροδόχο κύστη. Ο υπερηβικός καθετήρας απομακρύνθηκε την 4<sup>η</sup> με 5<sup>η</sup> ημέρα μετά τη χειρουργική επέμβαση, όταν ο απομένων όγκος των ούρων είχε μειωθεί σε <150 mL. Η αναισθησία διεκόπη και η δωρητής μεταφέρθηκε στην μετεγχειρητική μονάδα ανάνηψης (Grimbizis et al, 2001; Del Priore et al, 2007; Johannesson et al, 2013; Hellstrom et al, 2014 ; Jones et al, 2016; Brannstrom et al, 2018 )

## **8.6 Η προετοιμασία του μόσχευματος**

Η μήτρα μεταφέρεται γρήγορα στο πίσω τραπέζι όπου αρχικά ξεπλένεται με 10ml ηπαρινισμένο αλατούχο διάλυμα μέσα από κάθε αρτηρία, που ακολουθείται από έκπλυση για 10-20 λεπτά με ψυχρό διάλυμα συντήρησης, μέχρι το υπό ματαμόσχευση όργανο να καθαριστεί πλήρως από το φλεβικό αίμα. Το μόσχευμα διατηρείται σε πάγο μέχρις ότου μεταμοσχευθεί στην λήπτρια. Η περίοδος ισχαιμίας του οράνου αποτελείται από τρεις φάσεις. Η πρώτη φάση είναι η θερμή περίοδος ισχαιμίας κατά την διάρκεια λήψης του οργάνου. Η πρώτη ψυχρή περίοδος ισχαιμίας αποτελεί την δεύτερη φάση και είναι από την έναρξη της έκπλυσης του οργάνου και όσο το όργανο διατηρήθηκε στον πάγο. Η τρίτη φάση είναι η δεύτερη θερμή περίοδος ισχαιμίας και είναι ο χρόνος από την αφαίρεση του οργάνου από τον πάγο μέχρι την επαναιμάτωσή του. Η πρώτη θερμή περίοδος ισχαιμίας ήταν < των 2 λεπτών σε όλες τις περιπτώσεις. Η περίοδος αυτή προστέθηκε στην δεύτερη θερμή περίοδο ισχαιμίας και τα δεδομένα σχετικά με τη θερμή ισχαιμία παρουσιάζονται ως το άθροισμα αυτών των περιόδων.

## 8.7 Η χειρουργική επέμβαση της λήπτριας

Πολύ σημαντικό ρόλο παίζει ο συγχρονισμός των χειρουργικών επεμβάσεων της δότριας και της λήπτριας προκειμένου να αποφευχθεί έτσι μια μακρά ψυχρή περίοδο ισχαιμίας του μοσχεύματος της μήτρας. Έτσι μια δεύτερη ομάδα χειρουργών αρχίζει την προπαρασκευαστική επέμβαση της λήπτριας σε ένα διπλανό χειρουργείο πολύ πριν από την αναμενόμενη έλευση του οργάνου. Αυτή η λαπαροτομία γίνεται επίσης με υπομφάλια μέση τομή. Ο κοιλικός θόλος αποκόπτεται από την ουροδόχο κύστη και το ορθό.

Και στις οκτώ ασθενείς της ομάδας της Σουηδίας, ο πυθμένας της μήτρας έπρεπε να διασπαστεί για να φτάσει ο χειρουργός στην κορυφή του κόλπου. Τέθηκαν ράμματα (1-0 πολυπροπυλένιο) για την επακόλουθη στερέωση των οργάνων και συνδέθηκαν με τους στρογγύλους συνδέσμους, τους ιερομητριάιους συνδέσμους και τα δύο πλάγια στερεωμένα τμήματα του πυθμένα της μήτρας ή με παρακολπικό συνδετικό ιστό (στην ασθενή με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας). Η επέμβαση στη συνέχεια κατευθύνεται προς την παρασκευή των έξω λαγονίων αγγείων για την μετέπειτα αναστόμωση. Η εξωτερική λαγόνια αρτηρία και φλέβα, αμφοτρόπλευρα, διαχωρίζονται από τους γειτονικούς ιστούς σε μια απόσταση 60 mm. Το μόσχευμα της μήτρας στη συνέχεια μεταφέρεται, το οποίο βρίσκονταν ακόμα στον πάγο, στο χειρουργείο της λήπτριας. Τοποθετείται στην κανονική του θέση στην πύελο και αμφοτερόπλευρα γίνονται τελικο-πλευρικές αναστομώσεις των αγγειακών κλάδων μεταξύ των αγγείων του μοσχεύματος και των εξωτερικών λαγονίων αγγείων με τη χρήση συνεχόμενων 7-0 (αρτηριακή αναστόμωση) ή 8-0 (φλεβική αναστόμωση) ραμμάτων πολυπροπυλενίου. Χορηγείται μαννιτόλη ενδοφλεβίως μόλις πριν αφαιρεθούν οι αρτηριακές απολινώσεις, και η συστολική πίεση του αίματος παρακολουθείται προσεκτικά και διατηρείται σε >100 mmHg. Μετά την ολοκλήρωση της αγγειο-χειρουργικής αναστόμωσης, η επαρκής ροή του αίματος μέσω των αρτηριών της μήτρας ελέγχεται και ποσοτικά με ένα αγγειακό καθετήρα Doppler που τοποθετείται γύρω από την μητριάια αρτηρία. Ο κοιλικός θόλος της λήπτριας στη συνέχεια διανοίγεται με διαμήκη τομή των 40 χιλιοστών. Το κοιλικό χείλος του μοσχεύματος αναστομώνεται προς την κορυφή του κοιλικού στομίου με ένα συνεχές απορροφήσιμο ράμμα 2-0. Η μήτρα σταθεροποιείται στην πυελική θέση του με την προσάρτηση των συνδέσμων της μήτρας και της πύελου αντίστοιχα με τα

προηγούμενα ράμματα στερέωσης που τοποθετήθηκαν, και με την εκτεταμένη υπέρθεση του περιτοναίου της κύστης του μοσχεύματος πάνω από την ουροδόχο κύστη του παραλήπτη. Ένας καθετήρας Doppler τοποθετείται γύρω από μία αρτηρία της μήτρας για να εξακριβώσει ότι η παλμική ροή του αίματος διατηρείται κατά την αρχική μετεγχειρητική περίοδο 72-ωρών, με το σήμα να μεταάγεται από έναν κρύσταλλο 20-MHz στην άκρη ενός λεπτού καλωδίου διαμέσου της μέσης τομής. Η χειρουργική επέμβαση και η αναισθησία των παραληπτριών τερματίζονται κατά τον ίδιο τρόπο με τις δότριες. (<https://docplayer.gr/1317136-Elliniki-etairaia-anaparagogikis-iatrikis-1-i-iolylioy-2015.html>)

## 8.8 Η ανοσοκαταστολή και η μακροπρόθεσμη θεραπεία

Οι δικαιούχοι του μοσχεύματος ακολουθούν ένα τυποποιημένο πρωτόκολλο της επαγωγής και συντήρησης της ανοσοκαταστολής. Προεγχειρητικά, η υποψήφια λήπτρια λαμβάνει 1g μυκοφαινόλη μοφετίλ. Κατά τη διάρκεια της μεταμόσχευσης, πριν από την επαναιμάτωση, της χορηγείται 500 mg μεθυλπρεδνιζολόνης και αντιθυμοκυτταρικά αντισώματα, για να καταστρέφουν τα T λεμφοκύτταρα, Thymoglobulin ή αντιθυμοκυτταρική σφαιρίνη, με πανομοιότυπες δόσεις του κάθε φαρμάκου να επαναλαμβάνονται 12 ώρες αργότερα. Η ανοσοκατασταλτική θεραπεία συντήρησης συνεχίζεται με tacrolimus δύο φορές την ημέρα (ρυθμίζεται σε κατώτερα επίπεδα των 10-15 ng / mL κατά τη διάρκεια της εβδομάδας 1-5 και 5-10 ng / mL κατά τη διάρκεια της εβδομάδας 6 και μετά) και MMF δύο φορές την ημέρα με τα επίπεδα MMF κάτω από το χαμηλότερο σημείο της καμπύλης των 40-60 mg/h/ L. Από του στόματος γλυκοκορτικοστεροειδή χορηγούνται μία φορά την ημέρα από την ημέρα της χειρουργικής επέμβασης και κατά τη διάρκεια των πρώτων 4 μετεγχειρητικών ημερών. Προφύλαξη με αντιϊκά φάρμακα η οποία αποτελείται από του στόματος ημερήσια δόση (450 mg) βαλγκανσυκλοβίρης, και χορηγείται για 3 ή 6 μήνες, ανάλογα με την κατάσταση του κυτταρομεγαλοϊού (3 μήνες, όταν τόσο η δότρια όσο και η λήπτρια είναι θετικές/6 μήνες όταν η δότρια είναι θετική και αρνητική η λήπτρια). Όταν τόσο η δότρια όσο και η λήπτρια είναι αρνητικές, δεν χορηγείται προφύλαξη. (<https://docplayer.gr/1317136-Elliniki-etairaia-anaparagogikis-iatrikis-1-i-iolylioy-2015.html>)

## **8.9 Η μετεγχειρητική παρακολούθηση**

Οι μετεγχειρητική παρακολούθηση αποτελεί σημαντικό κομμάτι της όλης διαδικασίας. Οι παραλήπτριες παρακολουθούνται με κλινική εξέταση δύο φορές την εβδομάδα κατά τη διάρκεια του 1ου μήνα, μία φορά την εβδομάδα κατά τους μήνες 2-3, και στη συνέχεια κάθε δεύτερη εβδομάδα. Η μήτρα και το ενδομήτριο εξετάζονται με την κοιλιακή και κοιλιακή δισδιάστατη υπερηχογραφία. Το υπερηχογράφημα Color Doppler χρησιμοποιείται για την εκτίμηση της διατήρησης της ροής του αίματος μέσω των αρτηριών της μήτρας. Η κλινική εξέταση συμπεριλαμβάνει οπτική εξέταση του τραχήλου της μήτρας, καθώς και καλλιέργειες και βιοψίες του τραχήλου της μήτρας. Οι βιοψίες λαμβάνονται σε προκαθορισμένα χρονικά σημεία (1, 2, και 4 εβδομάδες, και στη συνέχεια κάθε μήνα), καθώς και με την υποψία της απόρριψης του μοσχεύματος με βάση την κλινική εξέταση (αποχρωματισμένος τράχηλος της μήτρας, μη φυσιολογικές κοιλιακές εκκρίσεις, διογκωμένη μήτρα, πυρετός, κοιλιακό άλγος). Τα επίπεδα του φαρμάκου (τακρόλιμους, MMF) παρακολουθούνται με πρότυπες δοκιμασίες και οι εξετάσεις αίματος ρουτίνας πραγματοποιούνται για την αξιολόγηση της ηπατικής και νεφρικής λειτουργίας και για την ανίχνευση της λοίμωξης. Η διάγνωση της απόρριψης γίνεται με βάση την ιστοπαθολογική εξέταση βιοψιών τραχήλου και κλιμακώνεται ανάλογα με την προτεινόμενη κατάταξη απόρριψης για την μήτρα.

## **8.10 Χειρουργική εκτίμηση και μετεγχειρητικές επιπλοκές**

Η χειρουργική επέμβαση για τις δότριες διαρκεί περίπου 10-13 ώρες. Οι λήπτριες ενδέχεται να υποβληθούν σε παρατεταμένη αναισθησία προκειμένου να υπάρχει συγχρονισμός των δύο επεμβάσεων. Η μετάγγιση αίματος δεν είναι υποχρεωτική κατά την διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης, παρα μόνο εάν κριθεί απαραίτητο. Η ψυχρή περίοδος ισχαιμίας διαρκεί 1 έως 2 ώρες.

Η αρχική μετεγχειρητική παραμονή των δωρητών στο νοσοκομείο είναι 6 ημέρες, χωρίς την ανάγκη για εντατική φροντίδα.

Σχετικά με τις λήπτριες ο χρόνος νοσηλείας διαφέρει από τον χρόνο νοσηλείας των δοτριών. Οι πιθανές επιπλοκές είναι η αιτία της αυξημένης παραμονής των ληπτριών

στο νοσοκομείο. Οι επιπλοκές που έχουν καταγραφεί σε περιστατικά είναι οι εξής: ναυτία και δύσπνοια την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα, η οποία αποδόθηκε σε συλλογή πλευριτικού υγρού, κατόπιν ακτινογραφίας θώρακος (επιπλοκή 1<sup>ου</sup> βαθμού). Απαιτήθηκε φροντίδα ενδιάμεσης μονάδας έως ότου τα συμπτώματα υποχωρήσουν και απορροφηθεί το πλευρικό υγρό. Οπισθοπεριτοναϊκό αιμάτωμα, το οποίο απεικονίστηκε με αξονική τομογραφία, την 2<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα. Απαιτήθηκε μετάγγιση αίματος (επιπλοκή 2<sup>ου</sup> βαθμού). Σοβαρή επιπλοκή με κοιλιακό πόνο, πυρετό, και κολπικό έκκριμα, σημεία λοίμωξης του τραχήλου της μήτρας και του σώματος της μήτρας, αντιμετωπίστηκε αρχικά με χορήγηση αντιβιοτικών ενδοφλέβια και στην συνέχεια από του στόματος. Η φλεγμονή οδήγησε σε απόρριψη του μοσχεύματος και χειρουργική αφαίρεση. Η μεταγενέστερη αποκατάσταση ήταν φυσιολογική ( <https://docplayer.gr/1317136-Elliniki-etaireia-anaparagogikis-iatrikis-1-i-iolylioy-2015.htm> )

## **8.11 Μεταμόσχευση μήτρας και η πρώτη εγκυμοσύνη**

Μια 36χρονη γυναίκα η οποία γεννήθηκε χωρίς μήτρα (σύνδρομο Mayer-Rokitansky- Kuster- Hauser ) αλλά με λειτουργικές ωοθήκες, είναι μια γυναίκα από την Σουηδία η οποία υποβλήθηκε σε μεταμόσχευση μήτρας από ζωντανή δότρια το 2012-2013. Η δότρια ήταν μια 61χρονη γυναίκα η οποία είχε περιέλθει σε εμμηνόπαυση 7 χρόνια πριν το 2013, όπου έγινε η συγκεκριμένη επέμβαση.

Το ζευγάρι ακολούθησε θεραπεία γονιμοποίησης (In Vitro fertilization – IVF) για να παράγει συνολικά 11 έμβρυα, τα οποία και καταψύχθηκαν. Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε μεταμόσχευση μήτρας στην συγκεκριμένη ασθενή , η οποία λάμβανε θεραπεία ανοσοκαταστολής για την διατήρηση του μοσχεύματος. Ένα χρόνο μετά την μεταμόσχευση, οι θεράποντες γιατροί αποφάσισαν ότι ήταν έτοιμη να δεχτεί ένα από τα κατεψυγμένα έμβρυα και το αποτέλεσμα ήταν μια επιτυχής εγκυμοσύνη.

Στο τέλος του Σεπτεμβρη του 2014 γεννήθηκε ένα υγιές άρρεν νεογνό. Η λήπτρια και η δότρια είχαν ομαλή μετεγχειρητική πορεία. Η πρώτη έμμηνος ρύση της

λήπτριας συνέβη 43 ημέρες μετά τη μεταμόσχευση και συνέχισε η εμμηνορρυσία της σε τακτά χρονικά διαστήματα μεταξύ 26 και 36 ημέρες. Ένα χρόνο μετά από τη μεταμόσχευση, η ληπτρια υποβλήθηκε στην πρώτη της εμβρυομεταφορά ενός εμβρύου, η οποία οδήγησε σε εγκυμοσύνη. Της χορηγήθηκε τριπλο σχήμα ανοσοκαταστολής (tacrolimus, αζαθειοπρίνη, κορτικοστεροειδή), η οποία συνεχίστηκε και σε όλη την εγκυμοσύνη. Υπήρξαν τρία επεισόδια ήπιας απόρριψης του μοσχεύματος εκ των οποίων η μία συνέβη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Τα επεισόδια αυτά ήταν όλα αναστρέψιμα. Η ανάπτυξη του εμβρύου, οι μετρήσεις της ροής του αίματος από τις αρτηρίες της μήτρας και του ομφαλίου λώρου ήταν φυσιολογικές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η ασθενής σε ηλικία 31 εβδομάδες και 5 ημέρες εισήχθη με προεκλαμψία και 16 ώρες αργότερα έγινε καισαρική τομή.

Το νεογνό γεννήθηκε με φυσιολογικό σωματικό βάρος (1775γρ.) και με Apgar score 9,9,10. Η μητέρα ήταν σε καλή κατάσταση μετά τον τοκετό και η αρτηριακή της πίεση ομαλοποιήθηκε, χωρίς περαιτέρω θεραπεία. Η μητέρα πήρε εξιτήριο 3 ημέρες μετά από την καισαρική τομή και το νεογνό πήρε εξιτήριο σε καλή κατάσταση ύστερα από νοσηλεία σε νεογνική μονάδα για 16 ημέρες. (<https://docplayer.gr/1317136-Elliniki-etaireia-anaparagogikis-iatrikis-1-i-iolylioy-2015.html>)

## 8.12 Σκοπός της μεταμόσχευσης μήτρας-αντιδράσεις

Η μεταμόσχευση μήτρας έχει εγείρει ποικίλες αντιδράσεις στον ιατρικό κόσμο και όχι άδικα. Πρόκειται για μια επέμβαση άκρως δαπανηρή σε ότι αφορά το κόστος αλλά και μια επέμβαση η οποία εγκυμονεί μεγάλους κινδύνους τόσο για την ζωή της δότριας, όταν πρόκειται για ζώντα δότη, όσο και για την ζωή της λήπτριας. Η επέμβαση αυτή πραγματοποιείται αποκλειστικά και μόνο για αναπαραγωγική διαδικασία και όχι για θεραπευτικό σκοπό. Αυτός είναι και ο λόγος των αντιδράσεων σχετικά με την χρησιμότητα αυτής της επέμβασης.

Η μεταμόσχευση μήτρας ξεκίνησε για να δώσει την ευκαιρία σε γυναίκες που πάσχουν από στειρότητα, λόγω έλλειψης αυτού του οργάνου, να βιώσουν την διαδικασία της κύησης και να αποκτήσουν βιολογικά παιδιά χωρίς να θίγει θρησκευτικά και ηθικά ζητήματα. Παρά το ρίσκο των πολλαπλών επεμβάσεων και

της ανοσοκαταστολής η μεταμόσχευση μήτρας είναι η μοναδική επιλογή για αυτές τις γυναίκες να συλλάβουν, να κυοφορήσουν και να γεννήσουν βιολογικά παιδιά.

«Το δικαίωμα του ατόμου στην αναπαραγωγή αποτελεί έκφραση του δικαιώματος ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας»

### **8.13 Trans λήπτες μοσχεύματος**

Την πιθανότητα μεταμόσχευσης μήτρας σε trans άντρες εξετάζει ο ιατρικός κόσμος. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, υπάρχει νομοθετικό πλαίσιο από το 2010 που εξασφαλίζει την ισότητα των trans ατόμων σε ζητήματα υγειονομικής φύσης, άρα οι άντρες που έκαναν αλλαγή φύλου φέρουν τα ίδια δικαιώματα με τις γυναίκες.

## **ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **9. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Η Μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα χωρίζεται στους τομείς:

- Ερευνητικοί σκοποί-ερωτήματα
- Σχεδιασμός Έρευνας
- Πληθυσμός-Δείγμα
- Διαδικασία-Μέθοδος συλλογής Δεδομένων
- Εργαλεία Ανάλυσης
- Ηθικά Διλήμματα-Ζητήματα Δεοντολογίας
- Αξιοπιστία και εγκυρότητα δεδομένων
- Περιορισμοί-Προβλήματα έρευνας.

#### **9.1 Ερευνητικοί σκοποί-ερωτήματα**

Η παρούσα έρευνα έχει σκοπό να μελετήσει την άποψη επαγγελματιών υγείας σχετικά με την μεταμόσχευση μήτρας. Μελετώνται οι γενικές και ειδικές γνώσεις τους, η προοπτική της εφαρμογής της στην Ελληνική κοινωνία, το κόστος και η στάση της θρησκείας.

Με βάση τους ερευνητικούς σκοπούς της μελέτης διατυπώνονται τα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα:



- 1) Η μεταμόσχευση μήτρας με σκοπό την αναπαραγωγική διαδικασία θα μπορούσε να έχει εφαρμογή στην Ελληνική κοινωνία;
- 2) Η υλικοτεχνική υποδομή και οι επαγγελματικές γνώσεις του επιστημονικού κόσμου σχετικά με την μεταμόσχευση μήτρας είναι επαρκής;
- 3) Θα μπορούσε το κόστος μιας τέτοιας επέμβασης να αποτελέσει ανασταλτικό παράγοντα στην ίδρυση μιας τέτοιας μονάδας;
- 4) Πώς η αντίληψη για το κόστος μιας τέτοιας επέμβασης επηρεάζεται από τα δημογραφικά στοιχεία;
- 5) Πώς η αντίληψη για το κόστος μιας τέτοιας επέμβασης εξαρτάται από την υπάρχουσα υλικοτεχνική υποδομή και τις επαγγελματικές γνώσεις του επιστημονικού κόσμου;

### **9.1.1 Σχεδιασμός έρευνας**

Ο σχεδιασμός της παρούσας έρευνας είναι η ποσοτική έρευνα καθώς το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε ήταν μεγάλο (N=100). Σημαντικό πλεονέκτημα των ποσοτικών ερευνών είναι ότι μπορούν να αποθηκεύσουν αρκετές πληροφορίες σε σύντομο χρονικό διάστημα (Cohen, Manion & Morrison, 2007), ενώ είναι εφικτή και η μελέτη της σχέσης των μεταβλητών (Hayes, 2013), γεγονός που ήταν απαραίτητο στην έρευνα (4<sup>ο</sup> και 5<sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα). Γενικότερα η ποσοτική έρευνα συλλέγει αριθμητικά δεδομένα και τα αναλύει με μαθηματικό τρόπο (Muijs, 2010), καταλήγοντας σε γενικεύσιμα συμπεράσματα για τον πληθυσμό της μελέτης (Fowler, 2014), εφόσον το δείγμα είναι αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού (Φαρμάκης, 2017). Τέλος, η ποσοτική έρευνα στηρίστηκε σε πρωτότυπα δεδομένα, με τη χρήση ερωτηματολογίου, δηλαδή σε δεδομένα που «συλλέγονται από πρώτο χέρι» (Gratton και Jones, 2010).

### **9.1.2 Πληθυσμός -Δείγμα**

Πληθυσμός της παρούσας έρευνας θεωρείται το σύνολο των επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα. Αναφορικά με το δείγμα, αυτό αποτελούταν από 100 συμμετέχοντες, στην πλειοψηφία τους γυναίκες, ηλικίας άνω των 40 ετών, ανώτερης ή ανώτατης εκπαίδευσης, με προϋπηρεσία στο επάγγελμα πάνω από 10 έτη.

### **9.1.3 Διαδικασία-Μέθοδος συλλογής δεδομένων**

Τα δεδομένα συλλέχτηκαν με χρήση ερωτηματολογίου 28 ερωτήσεων χωρισμένο σε 5 ενότητες. Η πρώτη ενότητα περιελάμβανε τα δημογραφικά στοιχεία και αποτελούταν από 4 ερωτήσεις. Η δεύτερη ενότητα με 6 ερωτήσεις αναφερόταν στις γενικές γνώσεις των επαγγελματιών υγείας για την μεταμόσχευση-δωρεά εκ των οποίων οι 5 περιείχαν τις απαντήσεις «Ναι», «Όχι», «ΔΓ/ΔΑ» και η 1 ήταν πολλαπλής επιλογής. Η τρίτη ενότητα αναφερόταν σε ειδικές γνώσεις των επαγγελματιών υγείας για την μεταμόσχευση-δωρεά μήτρας, περιελάμβανε 11 ερωτήσεις εκ των οποίων στις 10 οι πιθανές απαντήσεις ήταν «Ναι», «Όχι», «ΔΓ/ΔΑ» και «Ίσως», ενώ 1 ερώτηση ήταν ανοιχτού τύπου. Η τέταρτη ενότητα αναφερόταν στην στάση της θρησκείας για την μεταμόσχευση μήτρας και περιελάμβανε 3 ερωτήσεις όπου οι πιθανές απαντήσεις ήταν «Ναι», «Όχι», «ΔΓ/ΔΑ» και «Ίσως». Τέλος, η πέμπτη ενότητα περιελάμβανε 4 ερωτήσεις σχετικά με το κόστος της μεταμόσχευσης μήτρας εκ των οποίων οι 3 ήταν πενταβάθμιας κλίμακας Likert (1-Διαφωνώ απόλυτα, 2-Διαφωνώ, 3-Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ, 4-Συμφωνώ, 5-Συμφωνώ απόλυτα) και η μία ήταν κατηγορική ερώτηση.

Τα δεδομένα συλλέχτηκαν σε έντυπη μορφή στον χώρο των επαγγελματιών υγείας. Η διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν 5 λεπτά. Το ερωτηματολόγιο παρατίθενται παρακάτω:

## **9.2 Εργαλεία ανάλυσης**

Τα δεδομένα κωδικοποιήθηκαν σε βάση δεδομένων του Microsoft Office Excel 2016. Στην συνέχεια η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε στο λογισμικό IBM SPSS 24.

Στην Περιγραφική Στατιστική και στα πρώτα 3 ερευνητικά ερωτήματα χρησιμοποιήθηκαν συχνότητες και ποσοστά για τις κατηγορικές μεταβλητές ενώ μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις για τις ποσοτικές. Γραφικά τα δεδομένα παρουσιάστηκαν με ραβδογράμματα.

Στο 4<sup>ο</sup> και 5<sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα πραγματοποιήθηκε έλεγχος υποθέσεων. Για έλεγχο ισότητας μέσης τιμής ποσοτικής μεταβλητής στις κατηγορίες κατηγορικής διχοτομικής μεταβλητής με περισσότερες από 30 παρατηρήσεις πραγματοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος independent samples t-test. Η αρχική υπόθεση του ελέγχου είναι ότι οι μέσες τιμές είναι ίσες και η εναλλακτική ότι διαφέρουν. Για έλεγχο

εξάρτησης ποσοτικής μεταβλητής με ποιοτική 3 ή περισσότερων κατηγοριών με λίγες παρατηρήσεις (λιγότερες από 30) χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal Wallis. Η αρχική υπόθεση είναι ότι τα δείγματα που δημιουργούνται προέρχονται από τον ίδιο πληθυσμό και η εναλλακτική ότι προέρχονται από διαφορετικό. Επίσης για έλεγχο εξαρτήσεων μεταξύ ποιοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος ανεξαρτησίας  $X^2$ . Η αρχική υπόθεση είναι ότι οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες και η εναλλακτική ότι είναι εξαρτημένες. (Κολυβά-Μαχαίρα & Μπόρα-Σέντα, 1998). Η στάθμη σημαντικότητας σε όλα τα τεστ ορίστηκε στο 5%. Συνεπώς η αρχική υπόθεση γίνεται δεκτή όταν  $p\text{-value} \geq 0,05$  και απορρίπτεται όταν  $p\text{-value} < 0,05$ . (Σιώμκος & Μαύρος, 2008).

### 9.2.1 Ηθικά ζητήματα

Η επιστημονική έρευνα είναι μία ανθρώπινη δραστηριότητα, η οποία διέπεται από ηθικούς κανόνες τους οποίους ο ερευνητής οφείλει να τηρεί. Αυτοί οι ηθικοί κανόνες σχετίζονται με την ιδιωτική ζωή των συμμετεχόντων, την βούληση τους για την συμμετοχή στην έρευνα και την ανωνυμία τους. Τα θέματα ηθικής δεοντολογίας πρέπει να ληφθούν υπόψη από τον ερευνητή (Koocher, & Keith-Spiegel, 1998) όπως ορίζει η Αμερικανική ψυχολογική εταιρεία (APA, 2001) αλλά και η Βρετανική (BPS, 2014). Τηρήθηκαν οι παρακάτω κανόνες

- Πριν την πραγματοποίηση της έρευνας ζητήθηκε έγκριση για το θέμα της ερευνητικής πρότασης από τον ιδρυματικό φορέα και τον επόπτη προκειμένου να χαρακτηριστεί επωφελής και χρήσιμη.
- Οι συμμετέχοντες πριν απαντήσουν στις ερωτήσεις ενημερώθηκαν για τη διαδικασία, τους ερευνητικούς στόχους, ότι η συμμετοχή τους είναι εθελοντική, ανώνυμη, ότι έχουν το δικαίωμα της αποχώρησης ακόμη και μετά το πέρας της διαδικασίας και ότι οι απαντήσεις τους θα χρησιμοποιηθούν μόνο για ερευνητικούς λόγους
- Η διαδικασία συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων ξεκίνησε μετά την προφορική συγκατάθεση τους για συμμετοχή στην έρευνα.

### 9.2.2 Αξιοπιστία δεδομένων

Η αξιοπιστία δεδομένων ελέγχθηκε με τον συντελεστή αξιοπιστίας Cronbach Alpha. Για να χαρακτηρίσουμε ένα ερωτηματολόγιο αξιόπιστο θα πρέπει ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach Alpha να είναι μεγαλύτερος του 0,60, (Nunnally & Bernstein, 1994, Tavakol & Dennick, 2011: 54 Vaske, Beaman & Sponarski, n.d.: 5-6 Pallant, 2005: 90). Ικανοποιητική αξιοπιστία με τιμή 0,645 εντοπίστηκε μόνο στην ενότητα των ειδικών γνώσεων στις ερωτήσεις 1-4 που αναφέρονται στην στάση της ελληνικής κοινωνίας για την μεταμόσχευση μήτρας

### 9.2.3 Περιορισμοί-Προβλήματα έρευνας

Γενικότερα δεν εντοπίστηκε αξιοπιστία σε όλες τις ενότητες του ερωτηματολογίου, καθώς το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε δεν είχε παρόμοιες ερωτήσεις στις υποενότητες του. Για αυτόν τον λόγο οι ερωτήσεις μελετήθηκαν χωριστά στην Στατιστική ανάλυση και δεν ομαδοποιήθηκαν. Επίσης το δείγμα δεν ήταν αρκετά μεγάλο για την εφαρμογή παραμετρικών μεθόδων σε όλες τις περιπτώσεις. Προτείνεται μελλοντική έρευνα σε μεγαλύτερο δείγμα με αξιόπιστο εργαλείο πενταβάθμιας κλίμακας Likert.

## 10. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### 10.1 Περιγραφική Στατιστική

Παρακάτω παρουσιάζονται τα περιγραφικά αποτελέσματα της μελέτης η οποία διεξήχθη σε 100 επαγγελματίες υγείας με σκοπό να διερευνηθούν οι απόψεις τους σχετικά με τη μεταμόσχευση οργάνων και ιδιαιτέρως της μήτρας.

#### ➤ Δημογραφικά

Στην παρούσα ενότητα παρατίθενται οι ερωτήσεις που σχετίζονται με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων. Τα στοιχεία αυτά είναι το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο και η προϋπηρεσία.

Στον Πίνακα 1 (και Γραφήματα 1-4) παρατίθενται οι ερωτήσεις που αφορούν τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων. Σχετικά με το φύλο, το 66% (N=66) είναι γυναίκες, ενώ το 34% (N=34) άντρες. Επίσης, το 42% (N=42) είναι ηλικίας 50ετών και άνω, το 27% (N=27) 40-50, το 25% (N=25) 30-40 και το 6% (N=6) 20-30 ετών. Αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο, το 39% (N=39) των συμμετεχόντων έχουν

Ανώτερη εκπαίδευση, το 28% (N=28) Ανώτατη, το 15% (N=15) κατέχουν Μεταπτυχιακό ή Διδακτορικό τίτλο και το 3% (N=3) έχουν Μέση εκπαίδευση. Τέλος, το 50% (N=50) έχουν προϋπηρεσία 20ετών και άνω, το 26% (N=26) 0-10 έτη και το 23% (N=23) 10-20 έτη.

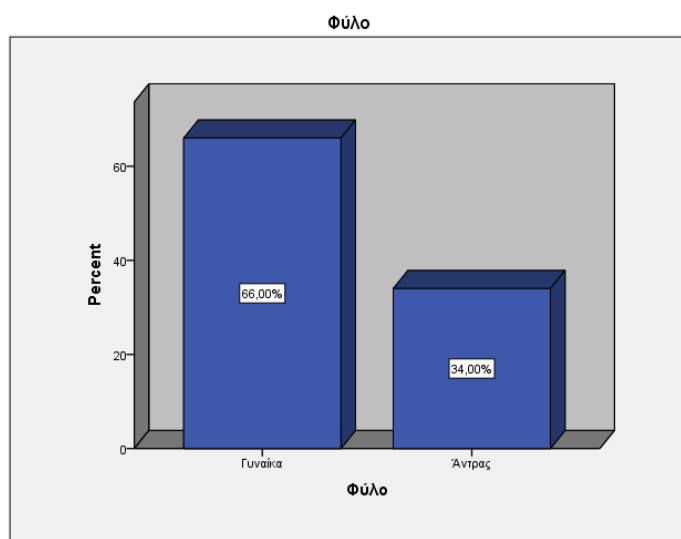
Πίνακας 1.

*Δημογραφικά*

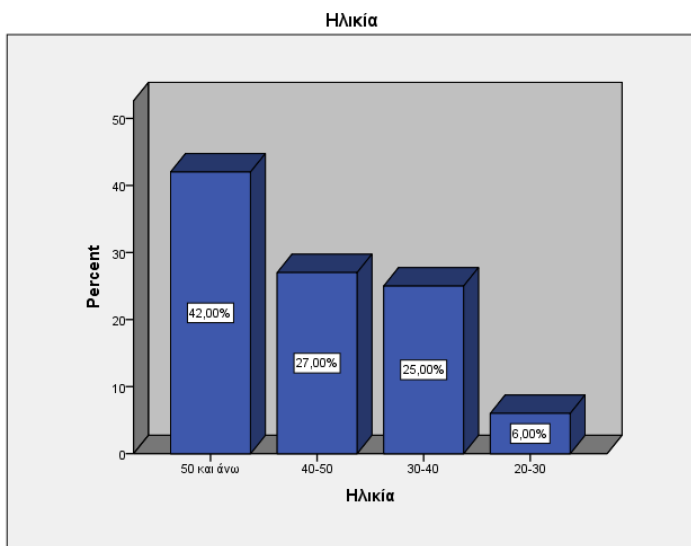
Δημογραφικά στοιχεία	Κατηγορίες	N	f%
Φύλο	Γυναίκα	66	66,0
	Άντρας	34	34,0
Ηλικία	50 και άνω	42	42,0
	40-50	27	27,0
	30-40	25	25,0
	20-30	6	6,0
Μορφωτικό επίπεδο	Ανώτερη εκπαίδευση	39	39,0
	Ανώτατη εκπαίδευση	28	28,0
	Μεταπτυχιακός τίτλος	15	15,0
	Διδακτορικός τίτλος	15	15,0
	Μέση εκπαίδευση	3	3,0
Προϋπηρεσία	20 και άνω	50	50,0
	0-10	26	26,0
	10-20	23	23,0

N: Συχνότητα

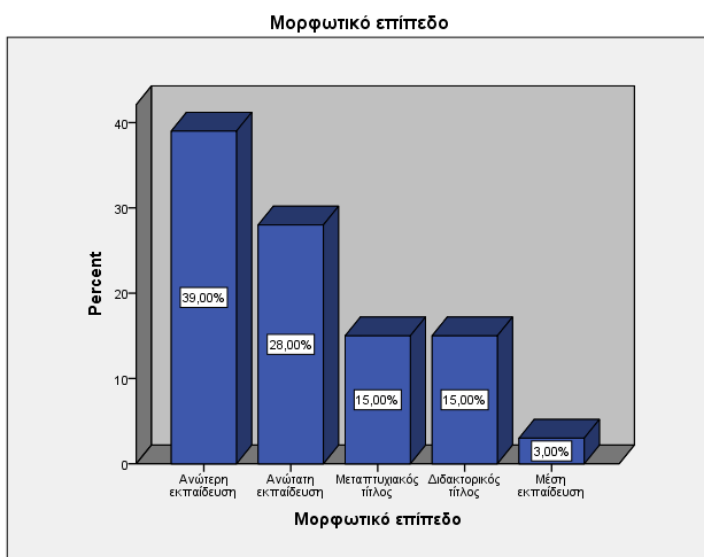
f%: Σχετική συχνότητα



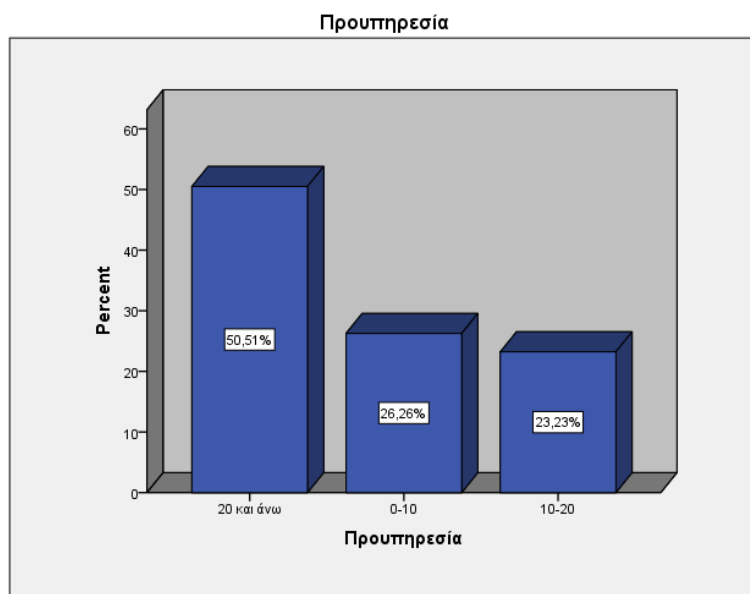
Γράφημα 1. Φύλο



Γράφημα 2. Ηλικία



Γράφημα 3. Μορφωτικό επίπεδο



Γράφημα 4. Προϋπηρεσία

➤ **Γενικές ερωτήσεις για δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων**

Στον Πίνακα 2 (Γραφήματα 5-9) παρατίθενται οι ερωτήσεις που σχετίζονται με τη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων.

Προκύπτει ότι το 99% (N=99) των συμμετεχόντων απάντησε ότι γνωρίζει τι είναι η δωρεά οργάνων, αντίθετα από το 1% (N=1), δηλαδή έναν συμμετέχοντα, ο οποίος δεν έχει γνώση ή δεν θέλει να απαντήσει στο ερώτημα. Ακόμα, το 91% (N=91) δήλωσε πως γνωρίζει την ύπαρξη του Ε.Ο.Μ, ενώ το 9% (N=9) απάντησε αρνητικά. Επίσης, το 80% (N=80) ανέφερε ότι γνωρίζει εάν υπάρχει διαφορά μεταξύ δωρητή-δότη, αντιθέτως το 15% (N=15) έδωσε αρνητική απάντηση και το 5% (N=5) δήλωσε πως δεν έχει γνώση ή δεν θέλει να απαντήσει στο ερώτημα. Επιπλέον, το 76% (N=76) δήλωσε πως κατά την γνώμη τους τα ΜΜΕ δεν προωθούν την δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων, σε αντίθεση με το 19% (N=19) που απάντησε θετικά και ένα 5% (N=5) απάντησε πως δεν γνωρίζει. Τέλος, το 59% (N=59) γνωρίζει την ύπαρξη κάποιου νομοθετικού πλαισίου για την δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων και ιστών, το 34% (N=34) έδωσε αρνητική απάντηση και το 7% (N=7) δεν έχει γνώση ή δεν θέλει να δώσει απάντηση.

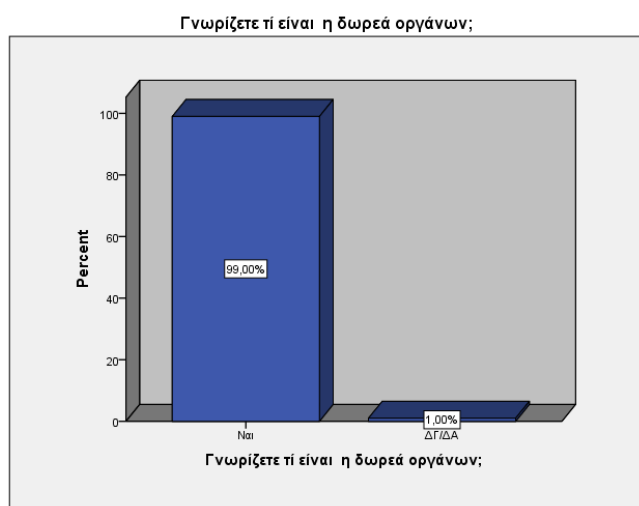
Πίνακας 2.

*Δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων*

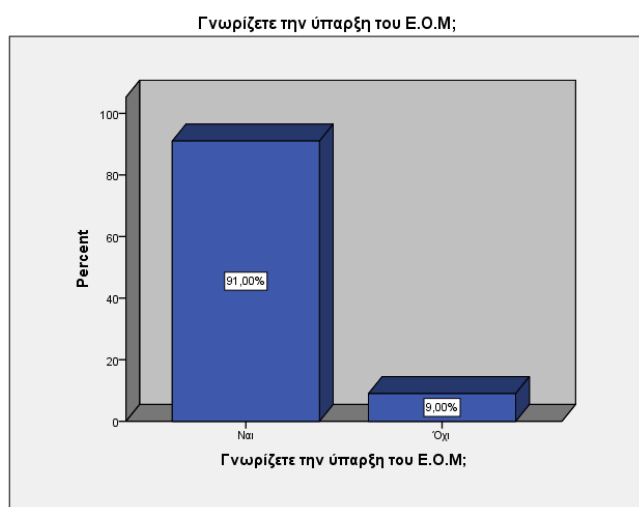
Ερώτηση	Κατηγορίες	N	f%
Γνωρίζετε τί είναι η δωρεά οργάνων;	Ναι	99	99,0
	ΔΓ/ΔΑ	1	1,0
Γνωρίζετε την ύπαρξη του Ε.Ο.Μ;	Ναι	91	91,0
	Όχι	9	9,0
Γνωρίζετε εάν υπάρχει διαφορά μεταξύ δωρητή-δότη;	Ναι	80	80,0
	Όχι	15	15,0
	ΔΓ/ΔΑ	5	5,0
Κατά την γνώμη σας τα ΜΜΕ προωθούν την δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων;	Όχι	76	76,0
	Ναι	19	19,0
	ΔΓ/ΔΑ	5	5,0
Γνωρίζετε την ύπαρξη κάποιου νομοθετικού πλαισίου για την δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων και ιστών;	Ναι	59	59,0
	Όχι	34	34,0
	ΔΓ/ΔΑ	7	7,0

N: Συχνότητα

f%: Σχετική συχνότητα

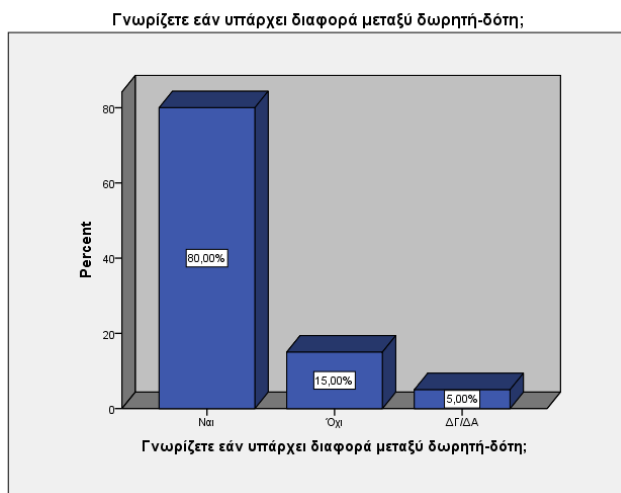


Γράφημα 5. Γνωρίζετε τί είναι η δωρεά οργάνων;

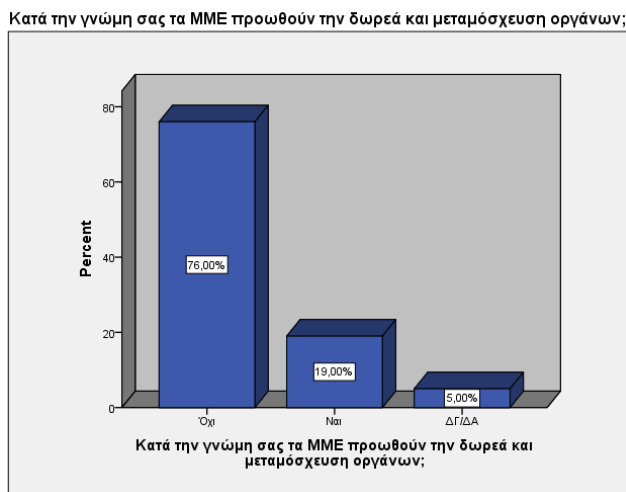


Γράφημα 6. Γνωρίζετε την ύπαρξη του Ε.Ο.Μ;

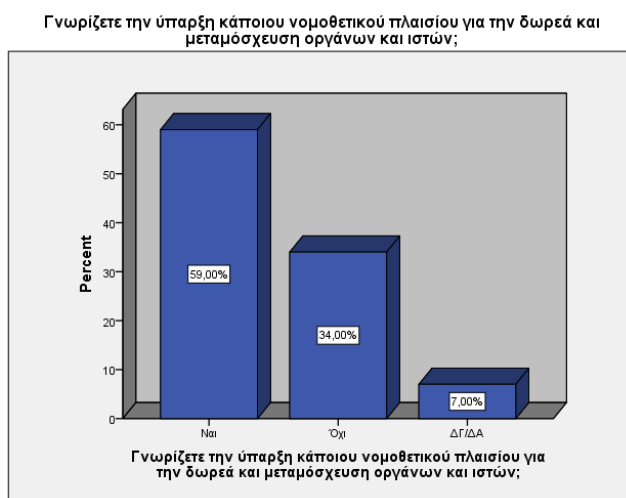




Γράφημα 7. Γνωρίζετε εάν υπάρχει διαφορά μεταξύ δωρητή-δότη;



Γράφημα 8. Κατά την γνώμη σας τα ΜΜΕ προωθούν την δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων;



Γράφημα 9. Γνωρίζετε την ύπαρξη κάποιου νομοθετικού πλαισίου για την δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων και ιστών

➤ Στάση σε δωρεά μεταμοσχευμένου οργάνου

Στην παρούσα ενότητα παρατίθεται η ερώτηση που σχετίζεται με τη στάση σε δωρεά μεταμοσχευμένου οργάνου. Εδώ δόθηκαν πολλαπλές απαντήσεις.

Από τον Πίνακα 3 (Γράφημα 10) προκύπτει ότι το 96% (N=96) των ερωτηθέντων απάντησε πως θα είχε θετική στάση στη μεταμόσχευση νεφρού, το 91% (N=91) σε ματιού, το 90% (N=90) στου ήπατος ή της καρδιάς, το 89% (N=89) στου παγκρέατος ή της μήτρας και το 4% (N=4) δήλωσε πως δεν θα είχε θετική στάση σε καμία δωρεά μεταμοσχευμένου οργάνου.

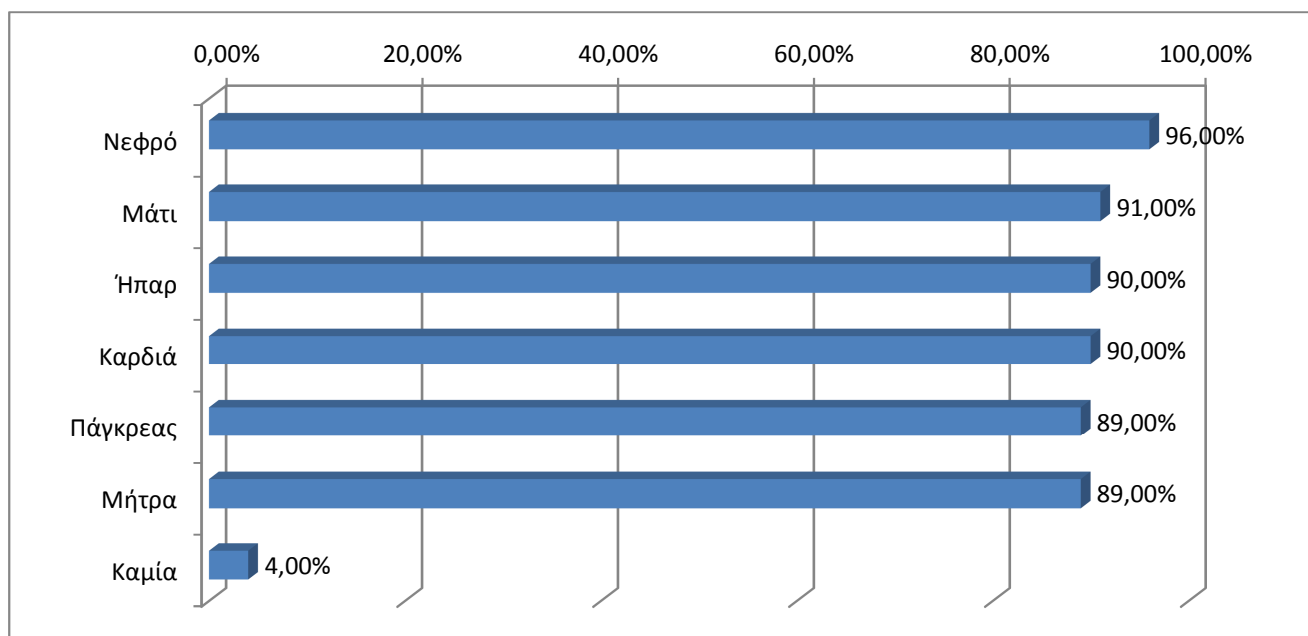
Πίνακας 3.

*Στάση σε δωρεά μεταμοσχευμένου οργάνου*

<b>Ερώτηση</b>	<b>Κατηγορίες</b>	<b>N</b>	<b>f%</b>
Απέναντι σε ποια δωρεά μεταμοσχευμένου οργάνου θα ήσασταν θετικοί;	Νεφρό	96	96,0%
	Μάτι	91	91,0%
	Ήπαρ	90	90,0%
	Καρδιά	90	90,0%
	Πάγκρεας	89	89,0%
	Μήτρα	89	89,0%
	Καμία	4	4,0%

N: Συχνότητα

f%: Σχετική συχνότητα



Γράφημα 10. Απέναντι σε ποια δωρεά μεταμοσχευμένου οργάνου θα ήσασταν θετικοί;

➤ **Στάση θρησκείας για τη δωρεά μήτρας**

Στην παρούσα ενότητα παρατίθενται οι ερωτήσεις που σχετίζονται με τη στάση της θρησκείας για το ζήτημα της δωρεάς μήτρας.

Έτσι, από τον Πίνακα 4 (Γραφήματα 11-13) προκύπτει ότι το 48% (N=48) των συμμετεχόντων δεν πιστεύει ότι όλες οι θρησκείες είναι σύμφωνες με την δωρεά μήτρας, το 28% (N=28) δεν έχει γνώση ή δεν θέλει να απαντήσει στο ερώτημα και το 12% (N=12) πιστεύει πως ίσως να συμβαίνει αυτό ή σίγουρα συμβαίνει. Επίσης, το 52% (N=52) δήλωσε πως δεν γνωρίζει αν η ορθόδοξη εκκλησία επιτρέπει την δωρεά μήτρας, το 33% (N=33) ανέφερε ότι το επιτρέπει, το 9% (N=9) δεν είναι βέβαιοι και το 6% (N=6) διαφωνεί. Τέλος, το 74% (N=74) θεωρεί ότι τα θρησκευτικά πιστεύω συμβάλλουν στο να γίνει κάποιος δωρητής οργάνων, σε αντίθεση με το 11% (N=19) που απάντησε αρνητικά, το 9% (N=9) διατηρεί αμφιβολία και το 6% (N=6) δεν έχει γνώση ή δεν θέλει να δώσουν απάντηση.

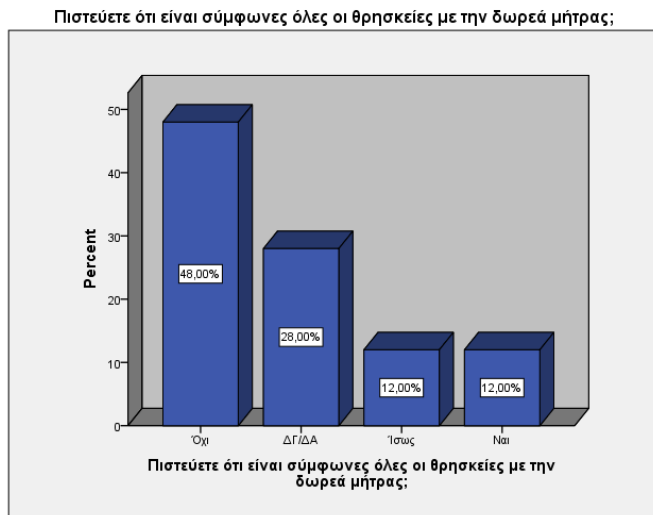
Πίνακας 4.

*Στάση θρησκείας για τη δωρεά μήτρας.*

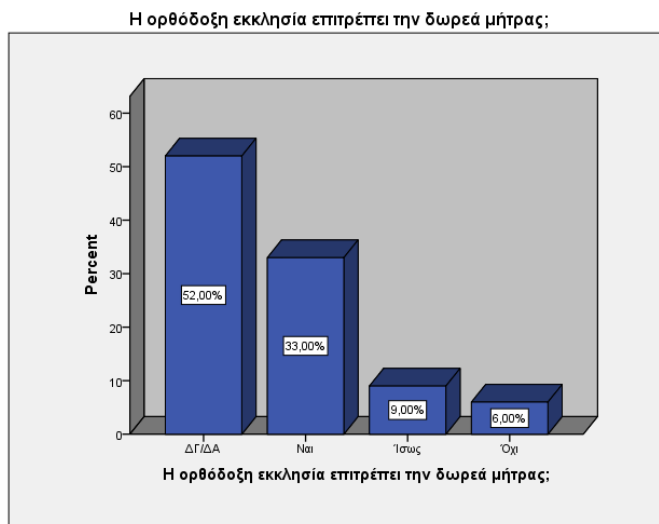
<b>Ερώτηση</b>	<b>Κατηγορίες</b>	<b>N</b>	<b>f%</b>
Πιστεύετε ότι είναι σύμφωνες όλες οι θρησκείες με την δωρεά μήτρας;	Όχι	48	48,0
	ΔΓ/ΔΑ	28	28,0
	Ίσως	12	12,0
	Ναι	12	12,0
Η ορθόδοξη εκκλησία επιτρέπει την δωρεά μήτρας;	ΔΓ/ΔΑ	52	52,0
	Ναι	33	33,0
	Ίσως	9	9,0
	Όχι	6	6,0
Θεωρείτε ότι τα θρησκευτικά πιστεύω συμβάλλουν στο να γίνει κάποιος δωρητής οργάνων;	Ναι	74	74,0
	Όχι	11	11,0
	Ίσως	9	9,0
	ΔΓ/ΔΑ	6	6,0

N: Συχνότητα

f%: Σχετική συχνότητα

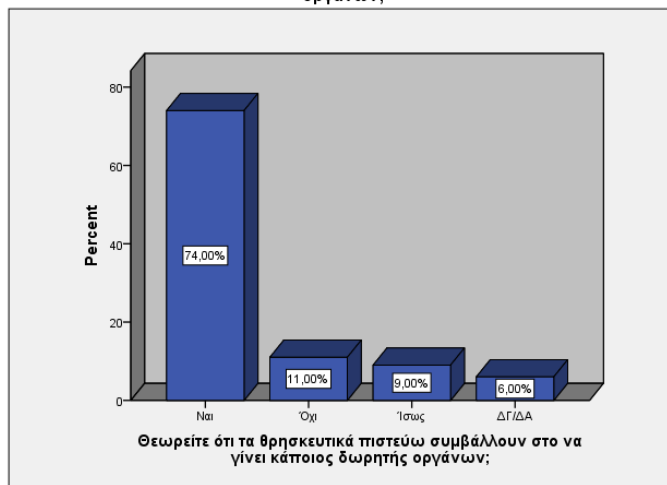


Γράφημα 11. Πιστεύετε ότι είναι σύμφωνες όλες οι θρησκείες με την δωρεά μήτρας;



Γράφημα 12. Η ορθόδοξη εκκλησία επιτρέπει την δωρεά μήτρας;

Θεωρείτε ότι τα θρησκευτικά πιστεύω συμβάλλουν στο να γίνει κάποιος δωρητής οργάνων;



Γράφημα 13. Θεωρείτε ότι τα θρησκευτικά πιστεύω συμβάλλουν στο να γίνει κάποιος δωρητής οργάνων

## **Μελέτη ερευνητικών ερωτημάτων**

Στην ενότητα αυτή θα μελετηθούν τα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα

- 1) Η μεταμόσχευση μήτρας με σκοπό την αναπαραγωγική διαδικασία θα μπορούσε να έχει εφαρμογή στην Ελληνική κοινωνία;
- 2) Η υλικοτεχνική υποδομή και οι επαγγελματικές γνώσεις του επιστημονικού κόσμου σχετικά με την μεταμόσχευση μήτρας είναι επαρκής;
- 3) Θα μπορούσε το κόστος μιας τέτοιας επέμβασης να αποτελέσει ανασταλτικό παράγοντα στην ίδρυση μιας τέτοιας μονάδας;
- 4) Πώς η αντίληψη για το κόστος μιας τέτοιας επέμβασης επηρεάζεται από τα δημογραφικά στοιχεία;
- 5) Πώς η αντίληψη για το κόστος μιας τέτοιας επέμβασης εξαρτάται από την υπάρχουσα υλικοτεχνική υποδομή και τις επαγγελματικές γνώσεις του επιστημονικού κόσμου;

### **➤ 1<sup>ο</sup> Ερευνητικό ερώτημα**

Η μεταμόσχευση μήτρας με σκοπό την αναπαραγωγική διαδικασία θα μπορούσε να έχει εφαρμογή στην Ελληνική κοινωνία;

Στον Πίνακα 5 (Γραφήματα 14-19) παρουσιάζονται οι παράγοντες στάσης της Ελληνικής κοινωνίας ως προς τη μεταμόσχευση μήτρας.

Αρχικά, προκύπτει ότι το 63% (N=63) των ερωτηθέντων γνωρίζει τι είναι η μεταμόσχευση μήτρας, το 33% (N=33) δεν γνωρίζει, ενώ το 4% (N=4) δεν έχει άποψη. Η γνώση της μεταμοσχευσης μήτρας δεν είναι ιδιαίτερα εξειδικευμένη καθώς το 49% (N=49) δεν γνωρίζει εάν κατά την μεταμόσχευση μήτρας ακολουθείται η ίδια διαδικασία δωρεάς-μεταμόσχευσης όπως τις υπόλοιπες μεταμοσχεύσεις, το 28% (N=28) δήλωσε ότι γνωρίζει, το 17% (N=17) δεν έχει άποψη και το 6% (N=6) ανέφερε ότι ίσως γνωρίζει. Παρόμοια συμπεράσματα και με των ερώτηση σχετικά με τις περιπτώσεις-παθήσεις που γίνεται η μεταμόσχευση μήτρας, καθώς το 40% (N=40) είτε γνωρίζει είτε όχι, το 12% (N=12) ίσως γνωρίζει και το 8% (N=8) δεν έχει άποψη. Επιπρόσθετα, το 89% (N=89) πιστεύει ότι οι ελληνίδες δεν είναι ενημερωμένες για την μεταμόσχευση μήτρας και την διαδικασία που απαιτείται για να πραγματοποιηθεί, το 7% (N=7) αμφιβάλλει και το 4% (N=4) δεν έχει άποψη. Επιπλέον, το 44% (N=44) πιστεύει ότι οι παράγοντες εμπιστοσύνης για την μεταμόσχευση επηρεάζουν αρνητικά την πρόθεση μιας γυναίκας να γίνει δότρια ή

λήπτρια, το 33% (N=3) αμφιβάλλει, το 12% (N=12) διαφωνεί, και το 11% (N=11) δεν έχει άποψη. Τέλος, το 42% (N=42) αμφιβάλλει αν οι γυναίκες θα εμπιστευόταν το γυναικολόγο τους προκειμένου να προχωρήσουν σε μεταμόσχευση μήτρας, το 41% (N=41) είναι βέβαιο, το 11% (N=11) διαφωνεί και το 6% (N=6) δεν έχει άποψη.

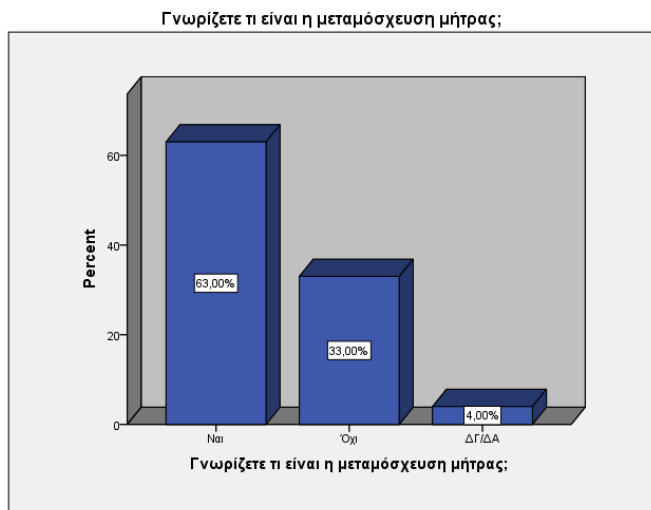
Πίνακας 5.

*Στάση της Ελληνικής κοινωνίας ως προς τη μεταμόσχευση μήτρας*

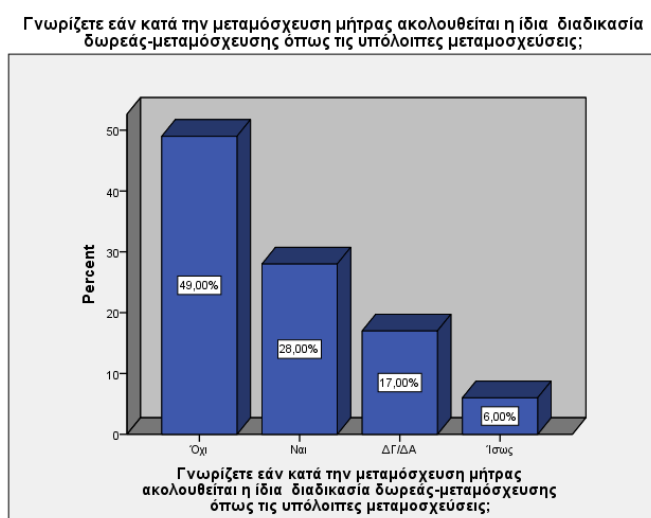
<b>Παράγοντες στάσης Ελληνικής κοινωνίας ως προς μεταμόσχευση μήτρας</b>	<b>Κατηγορίες</b>	<b>N</b>	<b>f%</b>
Γνωρίζετε τι είναι η μεταμόσχευση μήτρας;	Ναι	63	63,0
	Όχι	33	33,0
	ΔΓ/ΔΑ	4	4,0
Γνωρίζετε εάν κατά την μεταμόσχευση μήτρας ακολουθείται η ίδια διαδικασία δωρεάς-μεταμόσχευσης όπως τις υπόλοιπες μεταμοσχεύσεις;	Όχι	49	49,0
	Ναι	28	28,0
	ΔΓ/ΔΑ	17	17,0
	Ίσως	6	6,0
Γνωρίζετε σε ποιές περιπτώσεις-παθήσεις γίνεται μεταμόσχευση μήτρας;	Όχι	40	40,0
	Ναι	40	40,0
	Ίσως	12	12,0
	ΔΓ/ΔΑ	8	8,0
Πιστεύετε ότι οι ελληνίδες είναι ενημερωμένες για την μεταμόσχευση μήτρας και την διαδικασία που απαιτείται για να πραγματοποιηθεί;	Όχι	89	89,0
	Ίσως	7	7,0
	ΔΓ/ΔΑ	4	4,0
Πιστεύετε ότι οι παράγοντες εμπιστοσύνης για την μεταμόσχευση επηρεάζουν αρνητικά την πρόθεση μιας γυναίκας να γίνει δότρια ή λήπτρια;	Ναι	44	44,0
	Ίσως	33	33,0
	Όχι	12	12,0
	ΔΓ/ΔΑ	11	11,0
Πιστεύετε ότι οι γυναίκες θα εμπιστευόταν το γυναικολόγο τους προκειμένου να προχωρήσουν σε μεταμόσχευση μήτρας;	Ίσως	42	42,0
	Ναι	41	41,0
	Όχι	11	11,0
	ΔΓ/ΔΑ	6	6,0

N: Συχνότητα

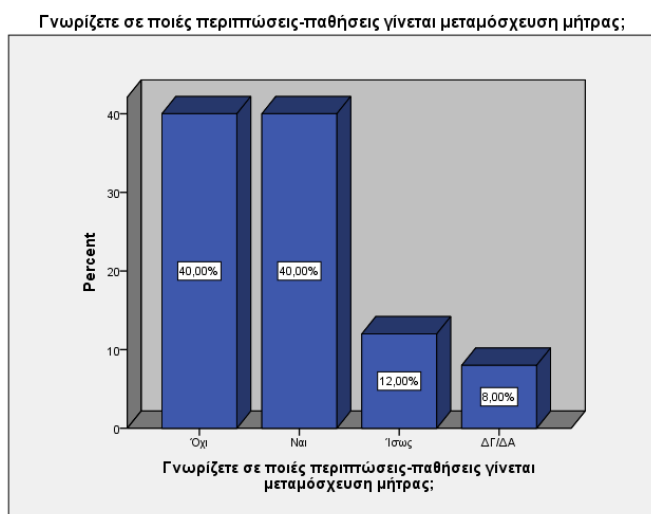
f%: Σχετική συχνότητα



Γράφημα 14. Γνωρίζετε τι είναι η μεταμόσχευση μήτρας;

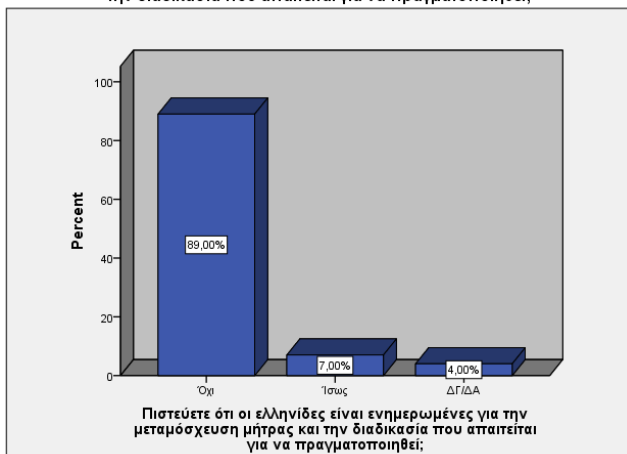


Γράφημα 15. Γνωρίζετε εάν κατά την μεταμόσχευση μήτρας ακολουθείται η ίδια διαδικασία δωρεάς-μεταμόσχευσης όπως τις υπόλοιπες μεταμοσχεύσεις;



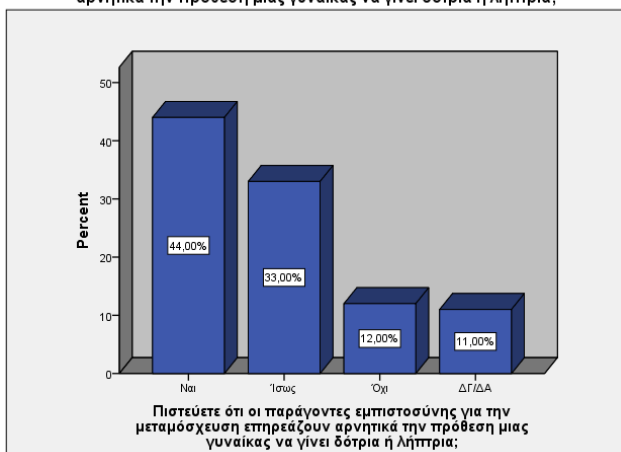
Γράφημα 16. Γνωρίζετε σε ποιές περιπτώσεις-παθήσεις γίνεται μεταμόσχευση μήτρας;

Πιστεύετε ότι οι ελληνίδες είναι ενημερωμένες για την μεταμόσχευση μήτρας και την διαδικασία που απαιτείται για να πραγματοποιηθεί;



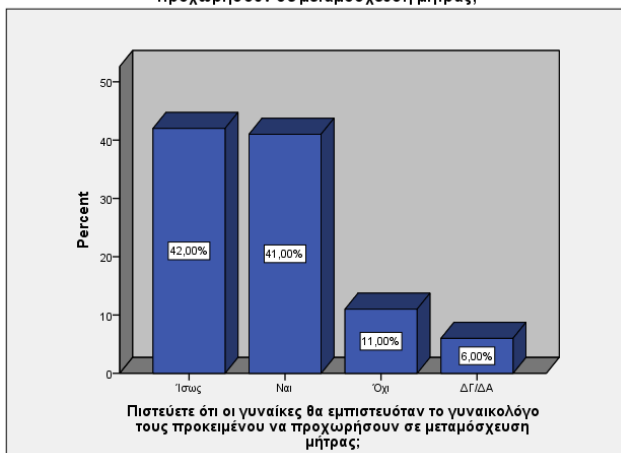
Γράφημα 17. Πιστεύετε ότι οι ελληνίδες είναι ενημερωμένες για την μεταμόσχευση μήτρας και την διαδικασία που απαιτείται για να πραγματοποιηθεί;

Πιστεύετε ότι οι παράγοντες εμπιστοσύνης για την μεταμόσχευση επηρεάζουν αρνητικά την πρόθεση μιας γυναίκας να γίνει δότρια ή λήπτρια;



Γράφημα 18. Πιστεύετε ότι οι παράγοντες εμπιστοσύνης για την μεταμόσχευση επηρεάζουν αρνητικά την πρόθεση μιας γυναίκας να γίνει δότρια ή λήπτρια;

Πιστεύετε ότι οι γυναίκες θα εμπιστευόταν το γυναικολόγο τους προκειμένου να προχωρήσουν σε μεταμόσχευση μήτρας;



Γράφημα 19. Πιστεύετε ότι οι γυναίκες θα εμπιστευόταν το γυναικολόγο τους προκειμένου να προχωρήσουν σε μεταμόσχευση μήτρας;



## ➤ 2<sup>ο</sup> Ερευνητικό ερώτημα

Η υλικοτεχνική υποδομή και οι επαγγελματικές γνώσεις του επιστημονικού κόσμου σχετικά με την μεταμόσχευση μήτρας είναι επαρκής;

Στους Πίνακες 6-7 (Γραφήματα 20-24) παρουσιάζονται οι παράγοντες επάρκειας της υλικοτεχνικής υποδομής και των επαγγελματικών γνώσεων του επιστημονικού κόσμου σχετικά με την μεταμόσχευση μήτρας. Οι πληροφορίες αντλήθηκαν από την περιγραφική στατιστική της παρούσας έρευνας, η οποία αναδιατάχθηκε.

Προκύπτει ότι το 62% (N=62) πιστεύει πως οι επαγγελματίες υγείας δεν είναι ενημερωμένοι για την μεταμόσχευση μήτρας και την διαδικασία για να πραγματοποιηθεί, το 31% (N=31) αμφιβάλλει, το 5% (N=5) πιστεύει πως είναι και το 2% (N=2) δεν έχει άποψη. Μοιρασμένες ήταν οι απόψεις σχετικά με το ότι μπορεί να πραγματοποιηθεί μεταμόσχευση μήτρας στην Ελλάδα με την υπάρχουσα υλικοτεχνική υποδομή, καθώς το 27% (N=27) είτε πιστεύει, είτε όχι, είτε αμφιβάλλει ενώ το 19% (N=19) δεν έχει άποψη. Επιπλέον, το 46% (N=46) δεν πιστεύει ότι η εκπαίδευση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού είναι επαρκής για την επιτυχή πραγματοποίηση μεταμόσχευσης μήτρας, το 26% (N=26) αμφιβάλλει και το 14% (N=14) είτε το πιστεύει, είτε δεν έχει άποψη. Ακόμη, το 90% (N=90) θεωρεί ότι απαιτείται η απόκτηση εξειδικευμένων γνώσεων από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για να συμμετέχει στην μεταμόσχευση μήτρας, το 6% (N=6) αμφιβάλλει και το 2% (N=2) διαφωνεί ή δεν έχει άποψη. Σχετικά με την παρότρυνση για δωρεά μήτρας, το 39,18% ανέφερε ότι δεν έτυχε, το 36,08% (N=35) ότι δεν το έκανε γιατί δεν έχει τις απαιτούμενες γνώσεις, το 15,46% (N=15) απλά διαφώνησε, το 5,15% (N=5) απάντησε αρνητικά διότι δεν είναι εφαρμόσιμη στην Ελλάδα, το 3,09% (N=3) απάντησε θετικά γιατί είναι μία λύση στην μητρότητα και το 1,03% (N=1) απάντησε αρνητικά γιατί υπάρχουν άλλοι τρόποι

Πίνακας 6.

*Επάρκεια υλικοτεχνικής υποδομής και επαγγελματικών γνώσεων του επιστημονικού κόσμου για μεταμόσχευση μήτρας*

<b>Παράγοντες επάρκειας υλικοτεχνικής υποδομής και επαγγελματικών γνώσεων του επιστημονικού κόσμου για μεταμόσχευση μήτρας</b>	<b>Κατηγορίες</b>	<b>N</b>	<b>f%</b>
Πιστεύετε ότι οι επαγγελματίες υγείας είναι ενημερωμένοι για την μεταμόσχευση μήτρας και την διαδικασία για να πραγματοποιηθεί;	Όχι	62	62,0
	Ίσως	31	31,0
	Ναι	5	5,0
	ΔΓ/ΔΑ	2	2,0

Πιστεύετε ότι μπορεί να πραγματοποιηθεί μεταμόσχευση μήτρας στην Ελλάδα με την υπάρχουσα υλικοτεχνική υποδομή;	Όχι	27	27,0
	Ίσως	27	27,0
	Ναι	27	27,0
	ΔΓ/ΔΑ	19	19,0
Πιστεύετε ότι η εκπαίδευση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού είναι επαρκής για την επιτυχή πραγματοποίηση μεταμόσχευσης μήτρας;	Όχι	46	46,0
	Ίσως	26	26,0
	ΔΓ/ΔΑ	14	14,0
	Ναι	14	14,0
Θεωρείτε ότι απαιτείται η απόκτηση εξειδικευμένων γνώσεων από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για να συμμετέχουν στην μεταμόσχευση μήτρας;	Ναι	90	90,0
	Ίσως	6	6,0
	Όχι	2	2,0
	ΔΓ/ΔΑ	2	2,0

N: Συχνότητα

f%: Σχετική συχνότητα

Πίνακας 7.

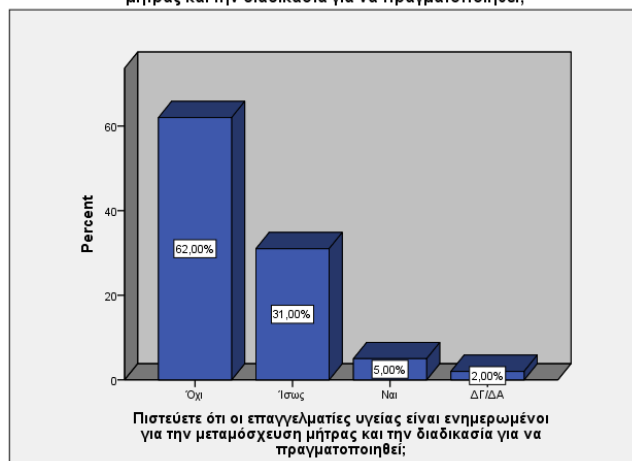
*Παρότρυνση για δωρεά μήτρας*

Ερώτηση	Κατηγορίες	N	f%
	Όχι, δεν έτυχε	38	39,18
	Όχι, δεν έχω τις απαιτούμενες γνώσεις	35	36,08
	Όχι, διαφωνώ	15	15,46
	Όχι, δεν είναι εφαρμόσιμη στην Ελλάδα	5	5,15
	Ναι, ως μόνη λύση/δικαίωμα στη μητρότητα	3	3,09
	Όχι, υπάρχουν άλλοι τρόποι	1	1,03

N: Συχνότητα

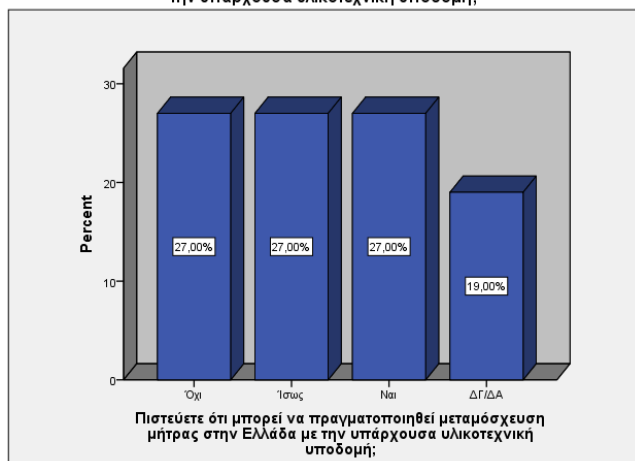
f%: Σχετική συχνότητα

Πιστεύετε ότι οι επαγγελματίες υγείας είναι ενημερωμένοι για την μεταμόσχευση μήτρας και την διαδικασία για να πραγματοποιηθεί;



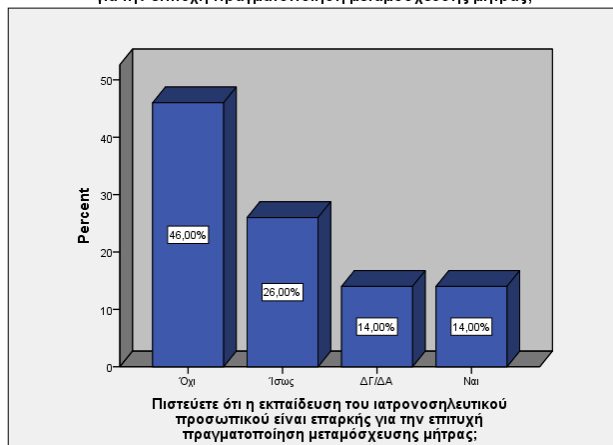
Γράφημα 20. Πιστεύετε ότι οι επαγγελματίες υγείας είναι ενημερωμένοι για την μεταμόσχευση μήτρας και την διαδικασία για να πραγματοποιηθεί;

Πιστεύετε ότι μπορεί να πραγματοποιηθεί μεταμόσχευση μήτρας στην Ελλάδα με την υπάρχουσα υλικοτεχνική υποδομή;



Γράφημα 21. Πιστεύετε ότι μπορεί να πραγματοποιηθεί μεταμόσχευση μήτρας στην Ελλάδα με την υπάρχουσα υλικοτεχνική υποδομή;

Πιστεύετε ότι η εκπαίδευση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού είναι επαρκής για την επιτυχή πραγματοποίηση μεταμόσχευσης μήτρας;

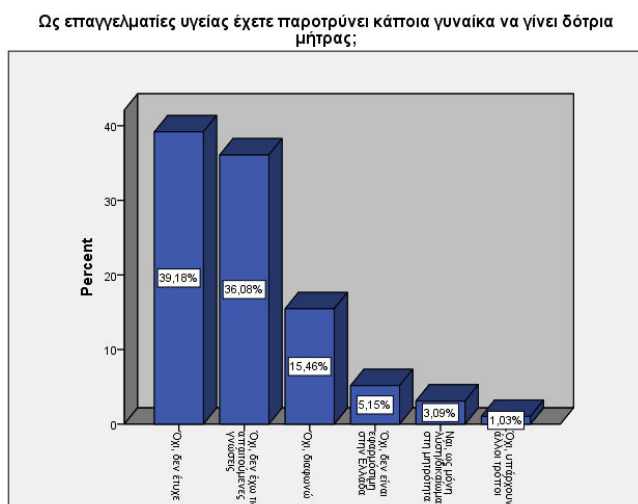


Γράφημα 22. Πιστεύετε ότι η εκπαίδευση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού είναι επαρκής για την επιτυχή πραγματοποίηση μεταμόσχευσης μήτρας;

Θεωρείτε ότι απαιτείται η απόκτηση εξειδικευμένων γνώσεων από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για να συμμετέχουν στην μεταμόσχευση μήτρας;



Γράφημα 23. Θεωρείτε ότι απαιτείται η απόκτηση εξειδικευμένων γνώσεων από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για να συμμετέχουν στην μεταμόσχευση μήτρας;



Γράφημα 24. Παρότρυνση για δωρεά μήτρας.

### ➤ 3<sup>ο</sup> Ερευνητικό ερώτημα

Θα μπορούσε το κόστος μιας τέτοιας επέμβασης να αποτελέσει ανασταλτικό παράγοντα στην ίδρυση μιας τέτοιας μονάδας;

Παρακάτω παρουσιάζονται οι παράγοντες του κόστους μιας μεταμόσχευσης μήτρας, που ίσως επιδρούν ανασταλτικά στην ίδρυση κατάλληλης μονάδας. Οι πληροφορίες αντλήθηκαν από την περιγραφική στατιστική της παρούσας έρευνας, η οποία αναδιατάχθηκε.

Αρχικά, στον Πίνακα 8 (Γράφημα 25) οι απαντήσεις δίνονται σε πενταβάθμια κλίμακα (1-Διαφωνώ απόλυτα, 2-Διαφωνώ, 3-Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, 4-Συμφωνώ, 5-Συμφωνώ απόλυτα). Προκύπτει ότι οι συμμετέχοντες είναι ουδέτεροι για το αν τα έξοδα της μεταμόσχευσης επιβαρύνουν το σύστημα υγείας (M.O.=3,23) και για το αν το κόστος της μεταμόσχευσης είναι καταλυτικός παράγοντας ώστε να μην προβούν οι ασθενείς στην διαδικασία αυτή (M.O.=3,03). Ακόμα, μάλλον διαφωνούν ότι το κόστος οργάνωσης μονάδας μεταμόσχευσης μήτρας στο νοσοκομείο είναι δυσανάλογο του αποτελέσματος (M.O.=2,62). Οι τυπικές αποκλίσεις κυμάνθηκαν στο διάστημα [1,04, 1,20].

Επίσης, από τον Πίνακα 9 (Γράφημα 26) προκύπτει ότι το 58% (N=58) κρίνει θετικά τη σχέση κόστους αποτελέσματος και το 21% (N=21) αρνητικά ή δεν έχει άποψη.

Πίνακας 8.

*Πιθανόν ανασταλτικοί παράγοντες κόστους*

<b>Παράγοντες</b>	<b>M.O.</b>	<b>T.A.</b>
Πιστεύετε ότι τα έξοδα της μεταμόσχευσης επιβαρύνουν το σύστημα υγείας;	3,23	1,20
Νομίζετε ότι το κόστος της μεταμόσχευσης είναι καταλυτικός παράγοντας ώστε να μην προβούν οι ασθενείς στην διαδικασία αυτή;	3,03	1,07
Πιστεύετε ότι το κόστος οργάνωσης μονάδας μεταμόσχευσης μήτρας στο νοσοκομείο είναι δυσανάλογο του αποτελέσματος;	2,62	1,04

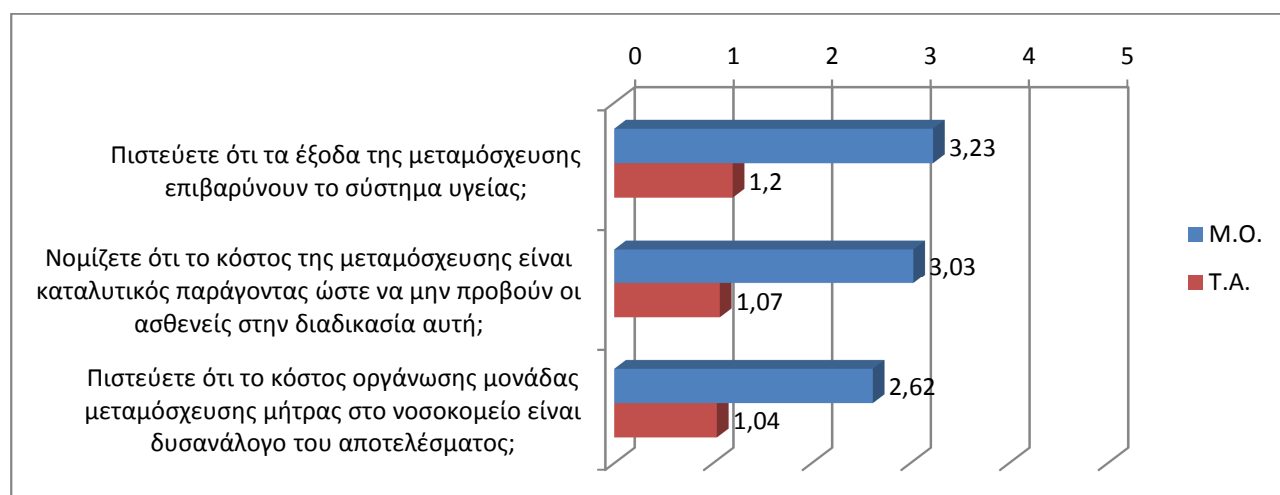
Πίνακας 9.

*Πιθανόν ανασταλτικοί παράγοντες κόστους*

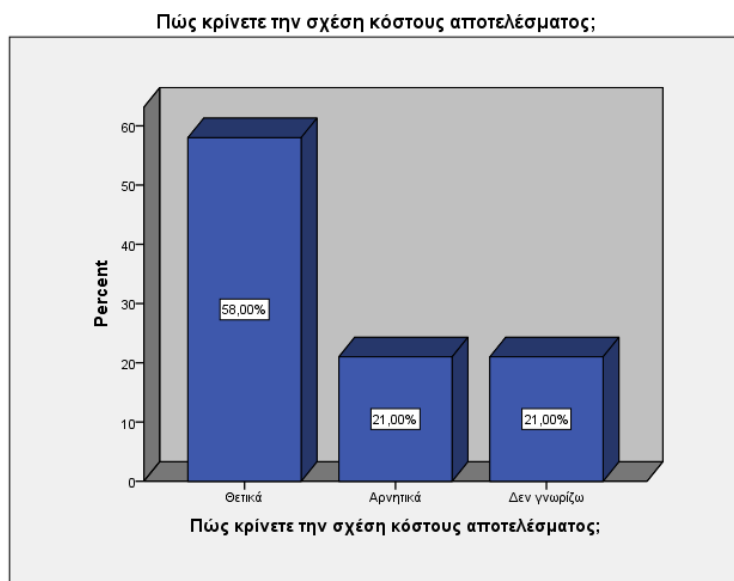
<b>Παράγοντας</b>	<b>Κατηγορίες</b>	<b>N</b>	<b>f%</b>
Πώς κρίνετε την σχέση κόστους αποτελέσματος;	Θετικά	58	58,0
	Αρνητικά	21	21,0
	Δεν γνωρίζω	21	21,0

N: Συχνότητα

f%: Σχετική συχνότητα



Γράφημα 25. Πιθανόν ανασταλτικοί παράγοντες κόστους



Γράφημα 26. Πιθανόν ανασταλτικοί παράγοντες κόστους

#### ➤ 4<sup>ο</sup> Ερευνητικό ερώτημα

Πώς η αντίληψη για το κόστος μιας τέτοιας επέμβασης επηρεάζεται από τα δημογραφικά στοιχεία;

##### Φύλο

Ο Πίνακας 10 παρουσιάζει τα αποτελέσματα των ελέγχων independent samples t-test διατακτικών ερωτήσεων του κόστους επέμβασης μεταμόσχευσης μήτρας ως προς το φύλο, όπου εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών στην ερώτηση «Πιστεύετε ότι το κόστος οργάνωσης μονάδας μεταμόσχευσης μήτρας στο νοσοκομείο είναι δυσανάλογο του αποτελέσματος;» ( $t(91,038)=-2,590$ ,  $p=0,011$ ). Από τον Πίνακα 11 (Γράφημα 27) προκύπτει ότι μεγαλύτερη μέση τιμή εμφανίζουν οι γυναίκες (M.O.=2,79), ενώ μικρότερη οι άντρες (M.O.=2,29).

Επίσης, ο Πίνακας 12 παρουσιάζει τα αποτελέσματα του ελέγχου  $X^2$ , για το φύλο ως προς την κατηγορική ερώτηση του κόστους επέμβασης μεταμόσχευσης μήτρας, όπου δεν εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική εξάρτηση ( $p>0,05$ ).

Πίνακας 10.

*Έλεγχος independent samples t-test για διατακτικές ερωτήσεις του κόστους μεταμόσχευσης μήτρας ως προς το φύλο*

Ερωτήσεις κόστους επέμβασης	t	df	p
Νομίζετε ότι το κόστος της μεταμόσχευσης είναι καταλυτικός παράγοντας ώστε να μην προβούν οι ασθενείς στην διαδικασία αυτή;	-0,793	98	0,430
Πιστεύετε ότι το κόστος οργάνωσης μονάδας μεταμόσχευσης μήτρας στο νοσοκομείο είναι δυσανάλογο του αποτελέσματος;	-2,590	91,038	<b>0,011</b>
Πιστεύετε ότι τα έξοδα της μεταμόσχευσης επιβαρύνουν το σύστημα υγείας;	-1,578	97	0,118

Πίνακας 11.

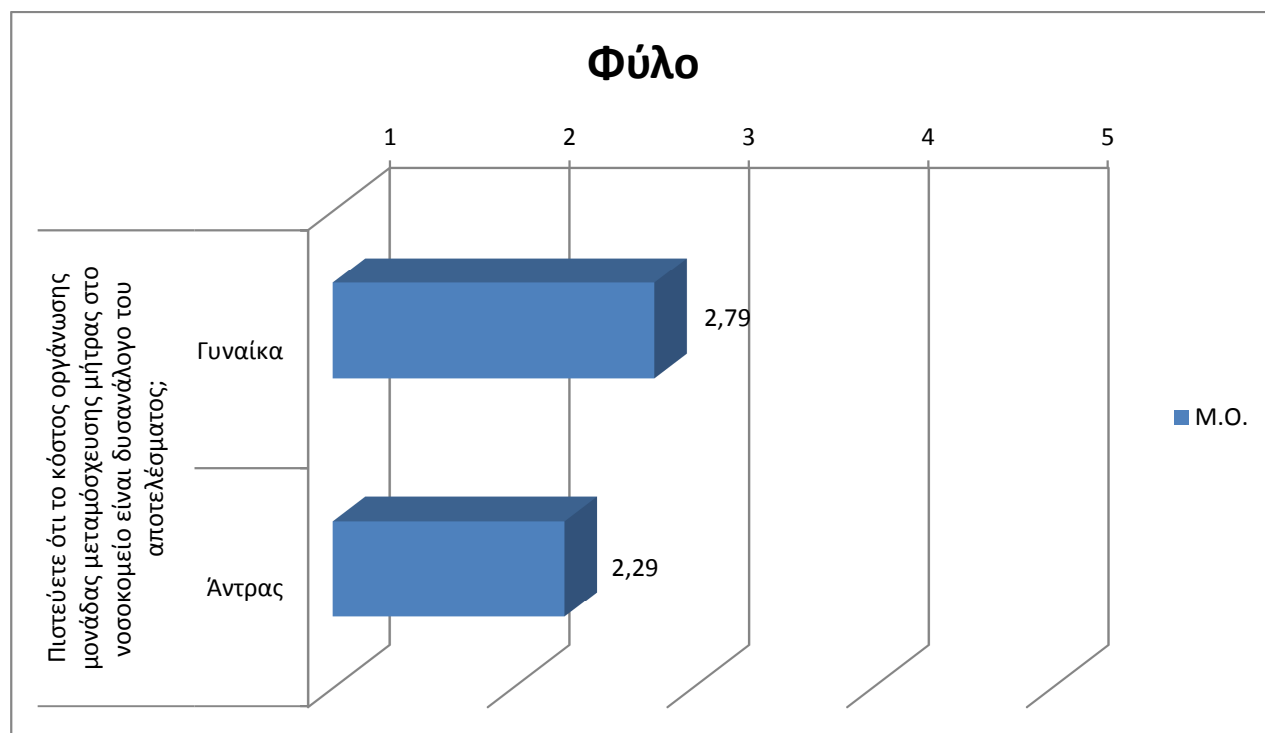
*Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των τιμών του κόστους μεταμόσχευσης μήτρας ως προς το φύλο*

Ερώτηση	Φύλο	N	M.O.
Πιστεύετε ότι το κόστος οργάνωσης μονάδας μεταμόσχευσης μήτρας στο νοσοκομείο είναι δυσανάλογο του αποτελέσματος;	Γυναίκα	66	2,79
	Άντρας	34	2,29

Πίνακας 12.

*Αποτελέσματα ελέγχου  $\chi^2$  για φύλο ως προς κατηγορική ερώτηση κόστους επέμβασης*

Ερώτηση κόστους επέμβασης	Πώς κρίνετε την σχέση κόστους αποτελέσματος;	
	$\chi^2$	p
Φύλο	0,014	0,993



Γράφημα 27. Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των τιμών για το κόστος μεταμόσχευσης μήτρας ως προς το φύλο  
Ηλικία

Ο Πίνακας 13 παρουσιάζει τα αποτελέσματα των ελέγχων Kruskal Wallis των διατακτικών ερωτήσεων του κόστους επέμβασης μεταμόσχευσης μήτρας ως προς την ηλικία, όπου δεν εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων βαθμίδων σε καμία περίπτωση ( $p > 0,05$ ).

Επίσης, ο Πίνακας 14 παρουσιάζει τα αποτελέσματα του ελέγχου  $X^2$ , για την ηλικία ως προς την κατηγορική ερώτηση του κόστους επέμβασης μεταμόσχευσης μήτρας, όπου δεν εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική εξάρτηση ( $p > 0,05$ ).

Πίνακας 13.

*Ελεγχοι Kruskal Wallis για τους τις διατακτικές ερωτήσεις κόστους επέμβασης μεταμόσχευσης μήτρας ως προς την ηλικία*

<b>Ερωτήσεις κόστους επέμβασης</b>	<b>H</b>	<b>df</b>	<b>p</b>
Νομίζετε ότι το κόστος της μεταμόσχευσης είναι καταλυτικός παράγοντας ώστε να μην προβούν οι ασθενείς στην διαδικασία αυτή;	2,032	3	0,566
Πιστεύετε ότι το κόστος οργάνωσης μονάδας μεταμόσχευσης μήτρας στο νοσοκομείο είναι δυσανάλογο του αποτελέσματος;	3,374	3	0,338
Πιστεύετε ότι τα έξοδα της μεταμόσχευσης επιβαρύνουν το σύστημα υγείας;	6,844	3	0,077

Πίνακας 14.

*Αποτελέσματα ελέγχου  $X^2$  για ηλικία ως προς την κατηγορική ερώτηση κόστους επέμβασης*

<b>Ερώτηση κόστους επέμβασης</b>	<b>Πώς κρίνετε την σχέση κόστους αποτελέσματος;</b>	
	<b><math>X^2</math></b>	<b>p</b>
Ηλικία	4,833	0,565

Μορφωτικό επίπεδο

Ο Πίνακας 15 παρουσιάζει τα αποτελέσματα των ελέγχων Kruskal Wallis των διατακτικών ερωτήσεων του κόστους επέμβασης μεταμόσχευσης μήτρας ως προς το μορφωτικό επίπεδο, όπου εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων βαθμίδων με την ερώτηση «Νομίζετε ότι το κόστος της μεταμόσχευσης είναι καταλυτικός παράγοντας ώστε να μην προβούν οι ασθενείς στην διαδικασία αυτή;» ( $H(4)=10,891$ ),  $p=0,028 < 0,05$ ). Από τον Πίνακα 16 (Γράφημα 28) προκύπτει ότι στην ερώτηση που προαναφέρθηκε, τις μεγαλύτερες μέσες βαθμίδες εμφανίζουν οι συμμετέχοντες ανώτατης εκπαίδευσης (57,64), διδακτορικού τίτλου (56,37) και



ανώτερης εκπαίδευσης (51,05), ενώ τη μικρότερη οι κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου (31,67).

Επίσης, ο Πίνακας 17 παρουσιάζει τα αποτελέσματα του ελέγχου  $X^2$ , για το μορφωτικό επίπεδο ως προς την κατηγορική ερώτηση του κόστους επέμβασης μεταμόσχευσης μήτρας, όπου δεν εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική εξάρτηση ( $p > 0,05$ ).

Πίνακας 15.

*Έλεγχοι Kruskal Wallis για τις διατακτικές ερωτήσεις κόστους επέμβασης μεταμόσχευσης μήτρας ως προς το μορφωτικό επίπεδο*

<b>Ερωτήσεις κόστους επέμβασης</b>	<b>H</b>	<b>df</b>	<b>p</b>
Νομίζετε ότι το κόστος της μεταμόσχευσης είναι καταλυτικός παράγοντας ώστε να μην προβούν οι ασθενείς στην διαδικασία αυτή;	10,891	4	<b>0,028</b>
Πιστεύετε ότι το κόστος οργάνωσης μονάδας μεταμόσχευσης μήτρας στο νοσοκομείο είναι δυσανάλογο του αποτελέσματος;	0,885	4	0,927
Πιστεύετε ότι τα έξοδα της μεταμόσχευσης επιβαρύνουν το σύστημα υγείας;	4,563	4	0,335

Πίνακας 16.

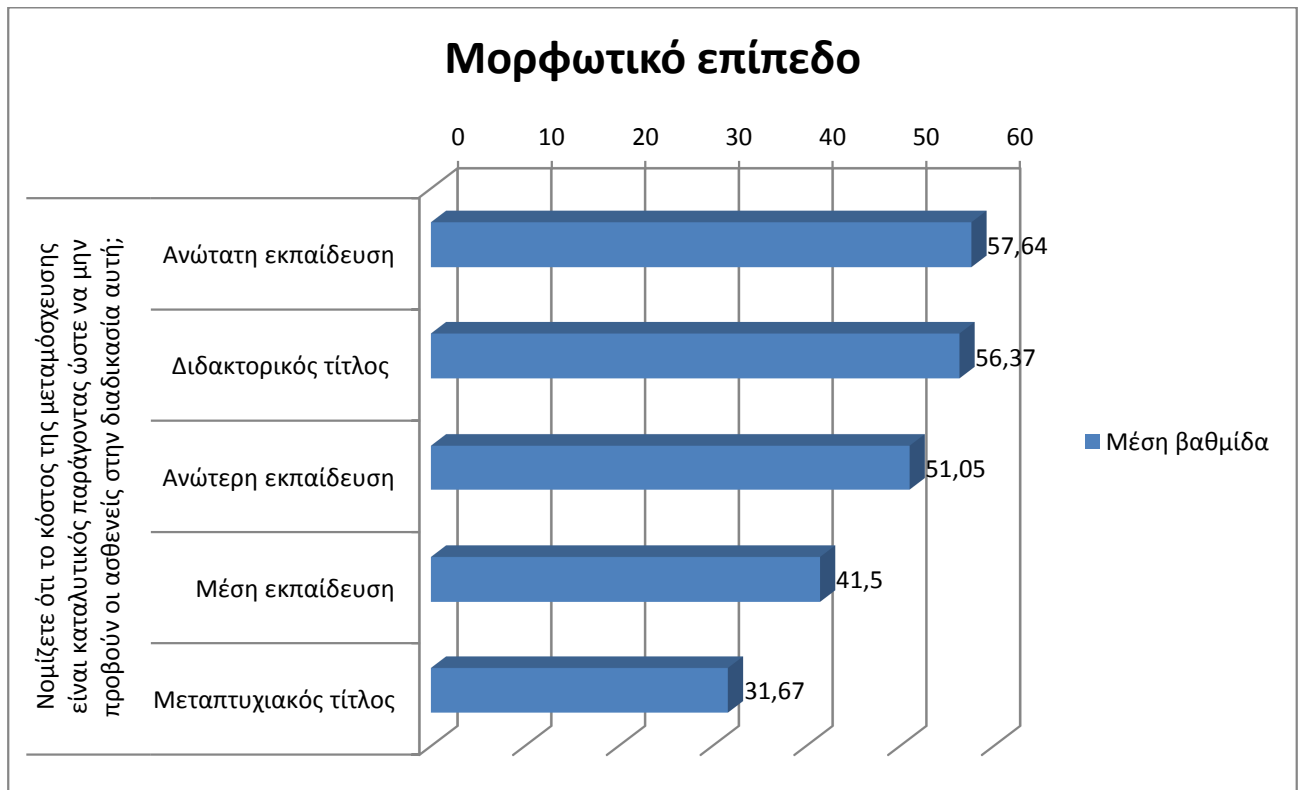
*Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων βαθμίδων για κόστος επέμβασης ως προς μορφωτικό επίπεδο*

<b>Ερώτηση</b>	<b>Μορφωτικό επίπεδο</b>	<b>N</b>	<b>Μέση βαθμίδα</b>
Νομίζετε ότι το κόστος της μεταμόσχευσης είναι καταλυτικός παράγοντας ώστε να μην προβούν οι ασθενείς στην διαδικασία αυτή;	Ανώτατη εκπαίδευση	28	57,64
	Διδακτορικός τίτλος	15	56,37
	Ανώτερη εκπαίδευση	39	51,05
	Μέση εκπαίδευση	3	41,50
	Μεταπτυχιακός τίτλος	15	31,67

Πίνακας 17.

*Αποτελέσματα ελέγχου  $X^2$  για μορφωτικό επίπεδο ως προς την κατηγορική ερώτηση του κόστους επέμβασης*

<b>Ερώτηση κόστους επέμβασης</b>	<b>Πώς κρίνετε την σχέση κόστους αποτελέσματος;</b>	
	<b><math>X^2</math></b>	<b>p</b>
Μορφωτικό επίπεδο	6,067	0,640



Γράφημα 28. Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων βαθμίδων για παράγοντα κόστους επέμβασης ως προς μορφωτικό επίπεδο

#### Προϋπηρεσία

Ο Πίνακας 18 παρουσιάζει τα αποτελέσματα των ελέγχων Kruskal Wallis των διατακτικών ερωτήσεων του κόστους επέμβασης μεταμόσχευσης μήτρας ως προς την προϋπηρεσία, όπου δεν εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων βαθμίδων σε καμία περίπτωση ( $p > 0,05$ ).

Επίσης, ο Πίνακας 19 παρουσιάζει τα αποτελέσματα του ελέγχου  $X^2$ , για την προϋπηρεσία ως προς την κατηγορική ερώτηση του κόστους επέμβασης μεταμόσχευσης μήτρας, όπου δεν εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική εξάρτηση ( $p > 0,05$ ).

Πίνακας 18.

*Έλεγχοι Kruskal Wallis για τις διατακτικές ερωτήσεις κόστους επέμβασης μεταμόσχευσης μήτρας ως προς την προϋπηρεσία*

Ερωτήσεις κόστους επέμβασης	H	df	p
Νομίζετε ότι το κόστος της μεταμόσχευσης είναι καταλυτικός παράγοντας ώστε να μην προβούν οι ασθενείς στην διαδικασία αυτή;	1,169	2	0,557
Πιστεύετε ότι το κόστος οργάνωσης μονάδας μεταμόσχευσης μήτρας στο νοσοκομείο είναι δυσανάλογο του αποτελέσματος;	0,010	2	0,995
Πιστεύετε ότι τα έξοδα της μεταμόσχευσης επιβαρύνουν το σύστημα υγείας;	0,414	2	0,813

Πίνακας 19.

*Αποτελέσματα ελέγχου  $X^2$  για προϋπηρεσία ως προς την κατηγορική ερώτηση κόστους επέμβασης*

<b>Παράγοντας κόστους επέμβασης</b>	<b>Πώς κρίνετε την σχέση κόστους αποτελέσματος;</b>	
	<b><math>X^2</math></b>	<b>p</b>
Προϋπηρεσία	5,174	0,270

### ➤ **5<sup>ο</sup> Ερευνητικό ερώτημα**

Πώς η αντίληψη για το κόστος μιας τέτοιας επέμβασης εξαρτάται από την υπάρχουσα υλικοτεχνική υποδομή και τις επαγγελματικές γνώσεις του επιστημονικού κόσμου;

Ερώτημα 1<sup>ο</sup>: Πιστεύετε ότι οι επαγγελματίες υγείας είναι ενημερωμένοι για την μεταμόσχευση μήτρας και την διαδικασία για να πραγματοποιηθεί;

Ο Πίνακας 20 παρουσιάζει τα αποτελέσματα των ελέγχων Kruskal Wallis των διατακτικών ερωτήσεων του κόστους επέμβασης μεταμόσχευσης μήτρας ως προς το 1<sup>ο</sup> ερώτημα για την υπάρχουσα υλικοτεχνική υποδομή και τις επαγγελματικές γνώσεις: «Πιστεύετε ότι οι επαγγελματίες υγείας είναι ενημερωμένοι για την μεταμόσχευση μήτρας και την διαδικασία για να πραγματοποιηθεί;», όπου εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων βαθμίδων με την ερώτηση «Πιστεύετε ότι τα έξοδα της μεταμόσχευσης επιβαρύνουν το σύστημα υγείας;» ( $H(3)=10,398$ ),  $p=0,015<0,05$ ). Από τον Πίνακα 21 (Γράφημα 29) προκύπτει ότι στην ερώτηση που προαναφέρθηκε, τις μεγαλύτερες μέσες βαθμίδες εμφανίζουν αυτοί που δεν γνωρίζουν ή δεν δίνουν απάντηση στο 1<sup>ο</sup> ερώτημα (93,00), ενώ τη μικρότερη εκείνοι που απαντούν αρνητικά (44,40).

Επίσης, ο Πίνακας 22 παρουσιάζει τα αποτελέσματα του ελέγχου  $X^2$ , για το 1<sup>ο</sup> ερώτημα της υλικοτεχνικής υποδομής ως προς την κατηγορική του κόστους επέμβασης μεταμόσχευσης μήτρας, όπου δεν εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική εξάρτηση ( $p>0,05$ ).

Πίνακας 20.

*Έλεγχοι Kruskal Wallis για τις διατακτικές ερωτήσεις του κόστους επέμβασης μεταμόσχευσης μήτρας ως προς την ερώτηση «Πιστεύετε ότι οι επαγγελματίες υγείας είναι ενημερωμένοι για την μεταμόσχευση μήτρας και την διαδικασία για να πραγματοποιηθεί;»*

Ερωτήσεις κόστους επέμβασης	H	df	p
Νομίζετε ότι το κόστος της μεταμόσχευσης είναι καταλυτικός παράγοντας ώστε να μην προβούν οι ασθενείς στην διαδικασία αυτή;	2,034	3	0,565
Πιστεύετε ότι το κόστος οργάνωσης μονάδας μεταμόσχευσης μήτρας στο νοσοκομείο είναι δυσανάλογο του αποτελέσματος;	3,393	3	0,335
Πιστεύετε ότι τα έξοδα της μεταμόσχευσης επιβαρύνουν το σύστημα υγείας;	10,398	3	<b>0,015</b>

Πίνακας 21.

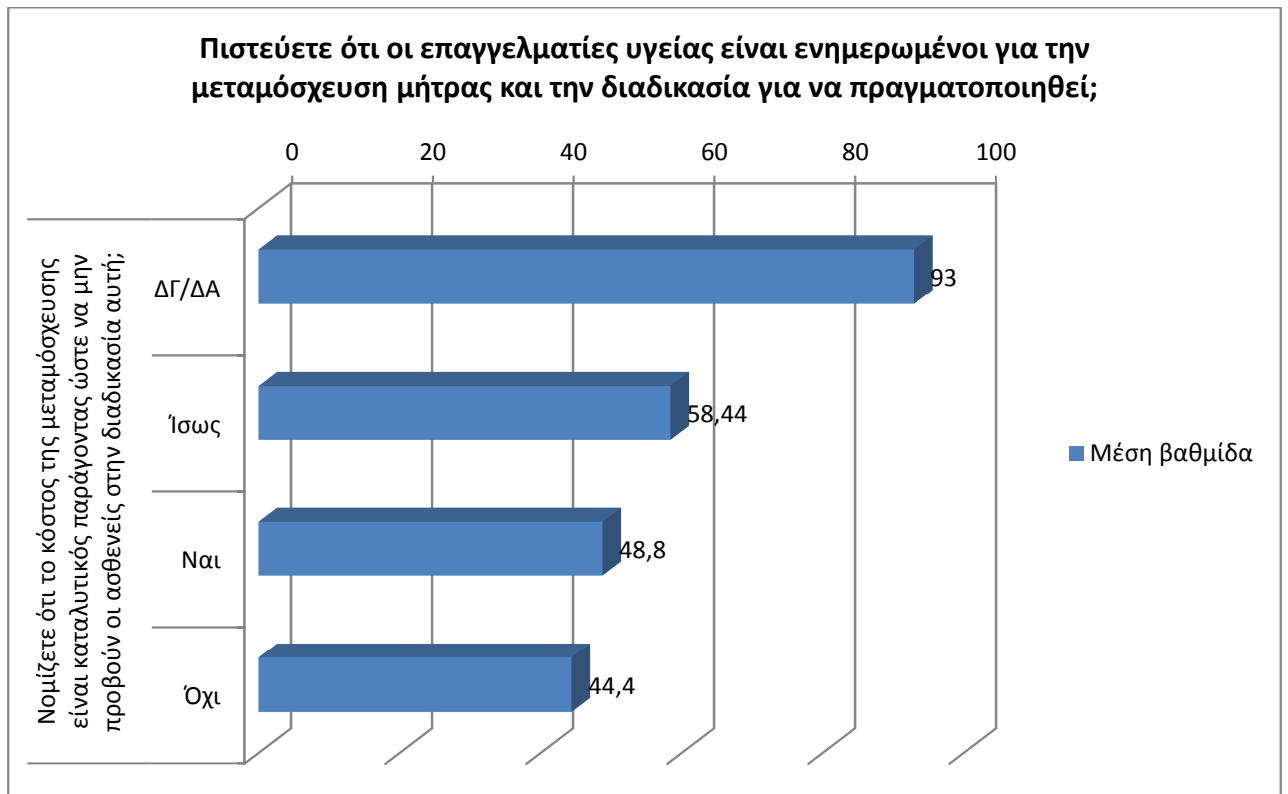
*Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω βαθμίδων για ερώτηση κόστους επέμβασης ως προς την ερώτηση «Πιστεύετε ότι οι επαγγελματίες υγείας είναι ενημερωμένοι για την μεταμόσχευση μήτρας και την διαδικασία για να πραγματοποιηθεί;»*

Ερώτηση κόστους επέμβασης	Ερώτημα 1ο	N	Μέση βαθμίδα
Πιστεύετε ότι τα έξοδα της μεταμόσχευσης επιβαρύνουν το σύστημα υγείας;	ΔΓ/ΔΑ	2	93,00
	Ίσως	31	58,44
	Ναι	5	48,80
	Όχι	61	44,40

Πίνακας 22.

*Αποτελέσματα ελέγχου  $X^2$  για την κατηγορική ερώτηση κόστους επέμβασης ως προς την ερώτηση «Πιστεύετε ότι οι επαγγελματίες υγείας είναι ενημερωμένοι για την μεταμόσχευση μήτρας και την διαδικασία για να πραγματοποιηθεί;»*

Ερώτηση κόστους επέμβασης	Πώς κρίνετε την σχέση κόστους αποτελέσματος;	
	$X^2$	p
1 <sup>ο</sup> ερώτημα υλικοτεχνικής υποδομής	6,245	0,396



Γράφημα 29. Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων βαθμίδων για ερώτηση κόστους επέμβασης ως προς ερώτηση υλικοτεχνικής υποδομής

Ερώτημα 2<sup>ο</sup>: Πιστεύετε ότι μπορεί να πραγματοποιηθεί μεταμόσχευση μήτρας στην Ελλάδα με την υπάρχουσα υλικοτεχνική υποδομή;

Ο Πίνακας 23 παρουσιάζει τα αποτελέσματα των ελέγχων Kruskal Wallis των διατακτικών ερωτήσεων του κόστους επέμβασης μεταμόσχευσης μήτρας ως προς το 2<sup>ο</sup> ερώτημα για την υπάρχουσα υλικοτεχνική υποδομή και τις επαγγελματικές γνώσεις: «Πιστεύετε ότι μπορεί να πραγματοποιηθεί μεταμόσχευση μήτρας στην Ελλάδα με την υπάρχουσα υλικοτεχνική υποδομή;», όπου δεν εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων βαθμίδων σε καμία περίπτωση ( $p > 0,05$ ).

Επίσης, ο Πίνακας 24 παρουσιάζει τα αποτελέσματα του ελέγχου  $\chi^2$ , για την κατηγορική ερώτηση κόστους ως προς το 2<sup>ο</sup> ερώτημα της υλικοτεχνικής υποδομής, όπου δεν εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική εξάρτηση ( $p > 0,05$ ).

Πίνακας 23.

*Έλεγχοι Kruskal Wallis για τις διατακτικές ερωτήσεις του κόστους επέμβασης μεταμόσχευσης μήτρας ως προς την ερώτηση «Πιστεύετε ότι μπορεί να πραγματοποιηθεί μεταμόσχευση μήτρας στην Ελλάδα με την υπάρχουσα υλικοτεχνική υποδομή;»*

<b>Ερωτήσεις κόστους επέμβασης</b>	<b>H</b>	<b>df</b>	<b>p</b>
Νομίζετε ότι το κόστος της μεταμόσχευσης είναι καταλυτικός παράγοντας ώστε να μην προβούν οι ασθενείς στην διαδικασία αυτή;	2,196	3	0,533
Πιστεύετε ότι το κόστος οργάνωσης μονάδας μεταμόσχευσης μήτρας στο νοσοκομείο είναι δυσανάλογο του αποτελέσματος;	7,558	3	0,056
Πιστεύετε ότι τα έξοδα της μεταμόσχευσης επιβαρύνουν το σύστημα υγείας;	2,546	3	0,467

Πίνακας 24.

*Αποτελέσματα ελέγχου  $X^2$  για την κατηγορική ερώτηση κόστους επέμβασης ως προς την ερώτηση «Πιστεύετε ότι μπορεί να πραγματοποιηθεί μεταμόσχευση μήτρας στην Ελλάδα με την υπάρχουσα υλικοτεχνική υποδομή;»*

<b>Ερώτηση κόστους επέμβασης</b>	<b>Πώς κρίνετε την σχέση κόστους αποτελέσματος;</b>	
	<b><math>X^2</math></b>	<b>p</b>
2 <sup>ο</sup> ερώτημα υλικοτεχνικής υποδομής	6,350	0,385

*Ερώτημα 3<sup>ο</sup>: Πιστεύετε ότι η εκπαίδευση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού είναι επαρκής για την επιτυχή πραγματοποίηση μεταμόσχευσης μήτρας;*

Ο Πίνακας 25 παρουσιάζει τα αποτελέσματα των ελέγχων Kruskal Wallis των διασπαστικών ερωτήσεων του κόστους επέμβασης μεταμόσχευσης μήτρας ως προς το 3<sup>ο</sup> ερώτημα για την υπάρχουσα υλικοτεχνική υποδομή και τις επαγγελματικές γνώσεις: «Πιστεύετε ότι η εκπαίδευση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού είναι επαρκής για την επιτυχή πραγματοποίηση μεταμόσχευσης μήτρας;», όπου εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων βαθμίδων με τον παράγοντα «Νομίζετε ότι το κόστος της μεταμόσχευσης είναι καταλυτικός παράγοντας ώστε να μην προβούν οι ασθενείς στην διαδικασία αυτή;» ( $H(3)=8,889$ ),  $p=0,031<0,05$ ). Από τον Πίνακα 26 (Γράφημα 30) προκύπτει ότι στην ερώτηση που προαναφέρθηκε, τις μεγαλύτερες μέσες βαθμίδες εμφανίζουν αυτοί που απαντούν αρνητικά στο 3<sup>ο</sup> ερώτημα (58,97), ενώ τη μικρότερη εκείνοι που δεν έχουν γνώση ή δεν απαντούν (42,71) και εκείνοι που απαντούν θετικά (42,43).

Επίσης, ο Πίνακας 27 παρουσιάζει τα αποτελέσματα του ελέγχου  $X^2$ , για το 3<sup>ο</sup> ερώτημα της υλικοτεχνικής υποδομής ως προς την κατηγορική ερώτηση του κόστους

επέμβασης μεταμόσχευσης μήτρας, όπου δεν εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική εξάρτηση ( $p > 0,05$ ).

Πίνακας 25.

*Έλεγχοι Kruskal Wallis για τις διατακτικές ερωτήσεις του κόστους επέμβασης μεταμόσχευσης μήτρας ως προς την ερώτηση «Πιστεύετε ότι η εκπαίδευση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού είναι επαρκής για την επιτυχή πραγματοποίηση μεταμόσχευσης μήτρας;»*

<b>Ερωτήσεις κόστους επέμβασης</b>	<b>H</b>	<b>df</b>	<b>p</b>
Νομίζετε ότι το κόστος της μεταμόσχευσης είναι καταλυτικός παράγοντας ώστε να μην προβούν οι ασθενείς στην διαδικασία αυτή;	8,889	3	<b>0,031</b>
Πιστεύετε ότι το κόστος οργάνωσης μονάδας μεταμόσχευσης μήτρας στο νοσοκομείο είναι δυσανάλογο του αποτελέσματος;	3,943	3	0,268
Πιστεύετε ότι τα έξοδα της μεταμόσχευσης επιβαρύνουν το σύστημα υγείας;	3,311	3	0,346

Πίνακας 26.

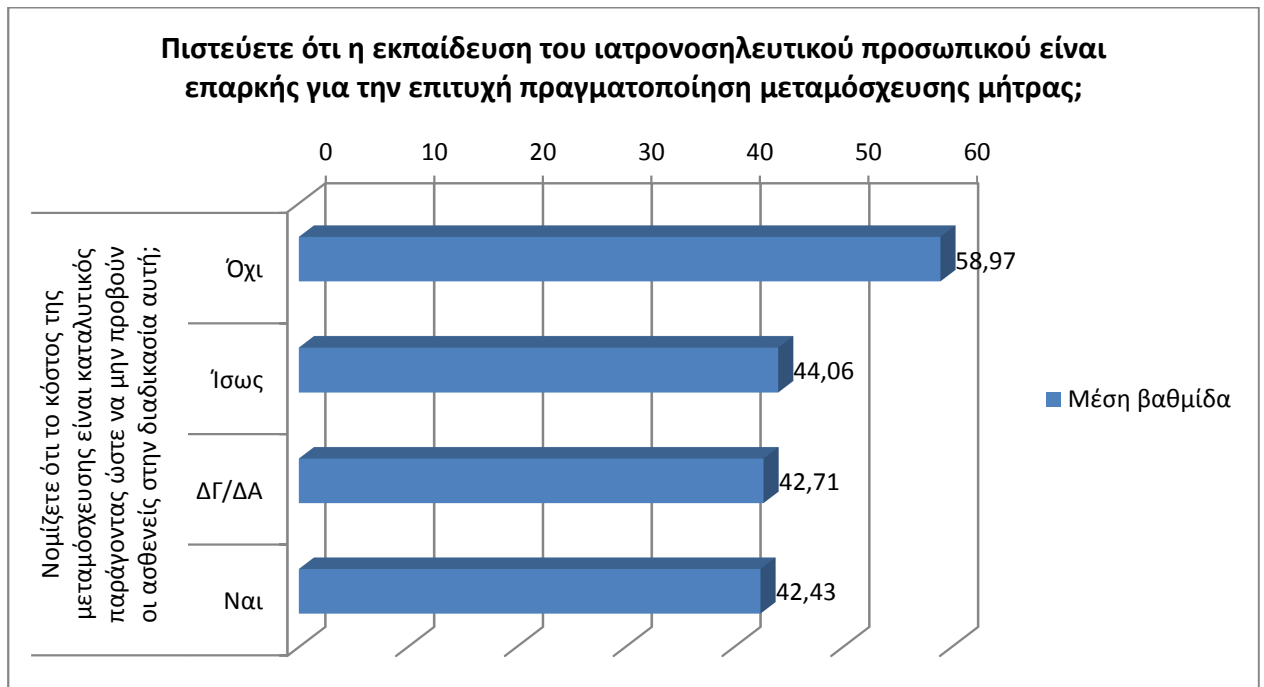
*Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω βαθμίδων για ερώτηση κόστους επέμβασης ως προς την ερώτηση «Πιστεύετε ότι η εκπαίδευση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού είναι επαρκής για την επιτυχή πραγματοποίηση μεταμόσχευσης μήτρας;»*

<b>Ερώτηση κόστους επέμβασης</b>	<b>Ερώτημα 1ο</b>	<b>N</b>	<b>Μέση βαθμίδα</b>
Νομίζετε ότι το κόστος της μεταμόσχευσης είναι καταλυτικός παράγοντας ώστε να μην προβούν οι ασθενείς στην διαδικασία αυτή;	Όχι	46	58,97
	Ίσως	26	44,06
	ΔΓ/ΔΑ	14	42,71
	Ναι	14	42,43

Πίνακας 27.

*Αποτελέσματα ελέγχου  $\chi^2$  για την κατηγορική ερώτηση κόστους επέμβασης ως προς την ερώτηση «Πιστεύετε ότι η εκπαίδευση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού είναι επαρκής για την επιτυχή πραγματοποίηση μεταμόσχευσης μήτρας;»*

<b>Ερώτηση κόστους επέμβασης</b>	<b>Πώς κρίνετε την σχέση κόστους αποτελέσματος;</b>	
	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>p</b>
3 <sup>ο</sup> ερώτημα υλικοτεχνικής υποδομής	3,718	0,715



Γράφημα 30. Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των βαθμίδων για ερώτηση κόστους επέμβασης ως προς ερώτηση υλικοτεχνικής υποδομής

Ερώτημα 4<sup>ο</sup>: Θεωρείτε ότι απαιτείται η απόκτηση εξειδικευμένων γνώσεων από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για να συμμετέχουν στην μεταμόσχευση μήτρας;

Ο Πίνακας 28 παρουσιάζει τα αποτελέσματα των ελέγχων Kruskal Wallis των κατηγορικών ερωτήσεων του κόστους επέμβασης μεταμόσχευσης μήτρας ως προς το 4<sup>ο</sup> ερώτημα για την υπάρχουσα υλικοτεχνική υποδομή και τις επαγγελματικές γνώσεις: «Θεωρείτε ότι απαιτείται η απόκτηση εξειδικευμένων γνώσεων από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για να συμμετέχουν στην μεταμόσχευση μήτρας;», όπου δεν εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων βαθμίδων σε καμία περίπτωση ( $p > 0,05$ ).

Επίσης, ο Πίνακας 29 παρουσιάζει τα αποτελέσματα του ελέγχου  $X^2$ , για το 4<sup>ο</sup> ερώτημα της υλικοτεχνικής υποδομής ως προς την κατηγορική ερώτηση του κόστους επέμβασης μεταμόσχευσης μήτρας, όπου δεν εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική εξάρτηση ( $p > 0,05$ ).



Πίνακας 28.

*Έλεγχοι Kruskal Wallis για τις διατακτικές ερωτήσεις του κόστους επέμβασης μεταμόσχευσης μήτρας ως προς την ερώτηση «Θεωρείτε ότι απαιτείται η απόκτηση εξειδικευμένων γνώσεων από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για να συμμετέχουν στην μεταμόσχευση μήτρας;»*

<b>Παράγοντες κόστους επέμβασης</b>	<b>H</b>	<b>df</b>	<b>p</b>
Νομίζετε ότι το κόστος της μεταμόσχευσης είναι καταλυτικός παράγοντας ώστε να μην προβούν οι ασθενείς στην διαδικασία αυτή;	1,659	3	0,646
Πιστεύετε ότι το κόστος οργάνωσης μονάδας μεταμόσχευσης μήτρας στο νοσοκομείο είναι δυσανάλογο του αποτελέσματος;	1,523	3	0,677
Πιστεύετε ότι τα έξοδα της μεταμόσχευσης επιβαρύνουν το σύστημα υγείας;	5,458	3	0,141

Πίνακας 29.

*Αποτελέσματα ελέγχου  $\chi^2$  για την κατηγορική ερώτηση κόστους επέμβασης ως προς την ερώτηση «Θεωρείτε ότι απαιτείται η απόκτηση εξειδικευμένων γνώσεων από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για να συμμετέχουν στην μεταμόσχευση μήτρας;»*

<b>Παράγοντας κόστους επέμβασης</b>	<b>Πώς κρίνετε την σχέση κόστους αποτελέσματος;</b>	
	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>P</b>
4 <sup>ο</sup> ερώτημα υλικοτεχνικής υποδομής	6,528	0,367

## 10.2 Συμπεράσματα

Στην έρευνα συμμετείχαν 100 επαγγελματίες υγείας, στην πλειοψηφία τους γυναίκες, ηλικίας άνω των 40 ετών, ανώτερης ή ανώτατης εκπαίδευσης. Οι μισοί συμμετέχοντες ανέφεραν ότι έχουν προϋπηρεσία στο επάγγελμα πάνω από 20 έτη.

Παρατηρήθηκε ότι η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων γνωρίζει τι είναι η δωρεά οργάνων, την ύπαρξη του E.O.M. και αν υπάρχει διαφορά μεταξύ δωρητή-δότη. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι δεν θεωρούν πως τα ΜΜΕ προωθούν την δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων ενώ δήλωσαν πως γνωρίζουν την ύπαρξη κάποιου νομοθετικού πλαισίου για την δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων και ιστών. Η μεγάλη πλειοψηφία ανέφερε ότι θα ήταν θετική σε δωρεά μεταμοσχευμένου οργάνου και συγκεκριμένα σε νεφρό, μάτι, ήπαρ, καρδιά, πάγκρεας και μήτρα.

Μελετώντας τη στάση της θρησκείας για το ζήτημα της δωρεάς μήτρας η πλειοψηφία των συμμετεχόντων θεωρεί ότι τα θρησκευτικά πιστεύω συμβάλλουν στο να γίνει κάποιος δωρητής οργάνων, ότι οι θρησκείες δεν είναι σύμφωνες με την δωρεά μήτρας, ενώ οι μισοί δήλωσαν πως δεν γνωρίζουν αν η ορθόδοξη εκκλησία επιτρέπει την δωρεά μήτρας.

Στο 1<sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα, μελετώντας τη στάση της Ελληνικής κοινωνίας ως προς τη μεταμόσχευση μήτρας, παρατηρήθηκε ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες γνωρίζουν τι επέμβαση είναι αυτή, ωστόσο δήλωσαν ότι δεν υπάρχει ανάλογη ενημέρωση των ελληνίδων. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες ανέφεραν στην πλειοψηφία τους ότι μάλλον δεν έχουν εξειδικευμένη γνώση σχετικά με θέματα όπως ομοιότητα μεταμόσχευσης-δωρεάς και σε ποιές περιπτώσεις-παθήσεις γίνεται μεταμόσχευση μήτρας. Τέλος, δήλωσαν ότι οι παράγοντες εμπιστοσύνης για την μεταμόσχευση μάλλον επηρεάζουν αρνητικά την πρόθεση μιας γυναίκας να γίνει δώτρια ή λήπτρια, ωστόσο πιθανότατα θα εμπιστευόταν το γυναικολόγο τους προκειμένου να προχωρήσουν σε μεταμόσχευση μήτρας.

Στο 2<sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα όπου διερευνήθηκε η επάρκεια της υλικοτεχνικής υποδομής και των επαγγελματικών γνώσεων του επιστημονικού κόσμου σχετικά με την μεταμόσχευση μήτρας, διαπιστώθηκε ότι για την πλειοψηφία των συμμετεχόντων, οι επαγγελματίες υγείας δεν είναι ενημερωμένοι για μια τέτοια επέμβαση και ότι απαιτείται η απόκτηση εξειδικευμένων γνώσεων από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για τη συμμετοχή τους σε αυτή. Τέλος, η μεγάλη

πλειοψηφία του δείγματος δεν παρότρυνε κάποια γυναίκα για δωρεά μήτρας επειδή δεν έχει τις απαιτούμενες γνώσεις ή επειδή δεν έτυχε.

Στο 3<sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα και όσον αφορά το κόστος μεταμόσχευσης μήτρας ως ανασταλτικός παράγοντας για την ίδρυση μονάδας, παρατηρήθηκε ουδετερότητα ενώ αρκετοί συμμετέχοντες είχαν θετική άποψη για τη σχέση κόστους-αποτελέσματος αυτής της διαδικασίας.

Στο 4<sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα, όπου μελετήθηκε η διαφοροποίηση της αντίληψης για το κόστος μιας μεταμόσχευσης μήτρας από τα δημογραφικά στοιχεία, παρατηρήθηκε ότι οι γυναίκες πιστεύουν περισσότερο πως το κόστος οργάνωσης κατάλληλης μονάδας στο νοσοκομείο είναι δυσανάλογο του αποτελέσματος. Επίσης, η άποψη ότι το κόστος της μεταμόσχευσης είναι καταλυτικός παράγοντας ώστε να μην προβούν οι ασθενείς στην διαδικασία αυτή, υποστηρίχθηκε περισσότερο από τους έχοντες ανώτατη εκπαίδευση ή Διδακτορικό.

Στο 5<sup>ο</sup> και τελευταίο ερευνητικό ερώτημα μελετήθηκε η διαφοροποίηση του κόστους της επέμβασης από την υπάρχουσα υλικοτεχνική υποδομή και τις επαγγελματικές γνώσεις. Αρχικά, παρατηρήθηκε ότι οι συμμετέχοντες που θεωρούν περισσότερο ότι τα έξοδα της μεταμόσχευσης επιβαρύνουν το σύστημα υγείας, είναι τα άτομα που δεν γνωρίζουν ή δεν απαντούν αν οι επαγγελματίες υγείας είναι ενημερωμένοι για την μεταμόσχευση μήτρας και την διαδικασία για να πραγματοποιηθεί. Τέλος, οι συμμετέχοντες που θεωρούν ότι το κόστος της μεταμόσχευσης είναι καταλυτικός παράγοντας ώστε να μην προβούν οι ασθενείς στην διαδικασία αυτή δεν πιστεύουν ότι η εκπαίδευση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού είναι επαρκής. Γενικότερα, φαίνεται ότι τα άτομα που θεωρούν ότι το κόστος είναι επιβαρυντικός παράγοντας πιστεύουν ταυτόχρονα στην μη επάρκεια-ενημέρωση ή εξειδίκευση των επαγγελματιών υγείας.

### **10.3 Συζήτηση**

Από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας φαίνεται ότι οι επαγγελματίες υγείας ενώ γνωρίζουν τι είναι η μεταμόσχευση μήτρας, δεν έχουν εξειδικευμένες γνώσεις σχετικά με το θέμα, γεγονός που συνάδει με προηγούμενη έρευνα, στην οποία αναφέρεται ότι υπήρξε γέννηση άρρενος βρέφους μόλις το 2014, ενώ είχαν προηγηθεί άλλες δύο προσπάθειες, οι οποίες όμως δεν ευώδωσαν. Οι λόγοι των προηγούμενων αποτυχιών εικάζονται, ενώ δεν έχουν διευκρινιστεί πλήρως καθώς δεν

υπάρχουν προηγούμενες καταγεγραμμένες έρευνες στον τομέα αυτό, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει εξειδικευμένη γνώση των επαγγελματιών στον χώρο και σε διεθνές επίπεδο (Ελληνική Εταιρεία Αναπαραγωγικής Ιατρικής, 2015). Είναι τόσο λίγα τα ερευνητικά δεδομένα που δεν οδηγούν σε ασφαλή συμπεράσματα.

Στην έρευνα των Bortoletto et al (2018) όπου διερευνώνται οι αντιλήψεις και οι στάσεις των Αμερικανών ενδοκρινολόγων και γυναικολόγων χειρουργών που ασχολούνται με την αναπαραγωγή για την μεταμόσχευση μήτρας φαίνεται ότι περίπου το 45% πιστεύει ότι η μεταμόσχευση μήτρας είναι ηθική επιλογή για τις γυναίκες που βιώνουν απόλυτη στειρότητα, η οποία σχετίζεται με τη μήτρα. Οι ηθικοί προβληματισμοί που αφορούν τη μεταμόσχευση μήτρας σε ποσοστό 48,8% σχετίστηκαν με ιατρικές ή χειρουργικές επιπλοκές του ληπτη, σε ποσοστό 26,3% με αντίστοιχες επιπλοκές στο επερχόμενο βρέφος, ενώ μόλις το 13,3% των συμμετεχόντων δηλώνουν προβληματισμό για κοινωνικές, θρησκευτικές και οικονομικές επιπτώσεις της συγκεκριμένης μεταμόσχευσης. Στην παρούσα έρευνα όμως φαίνεται ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων πιστεύουν ότι οι θρησκευτικές πεποιθήσεις συμβάλλουν στην απόφαση του ατόμου να γίνει δωρητής οργάνων γενικά και ειδικότερα για τη δωρεά μήτρας ότι οι θρησκείες επηρεάζουν αρνητικά τις γυναίκες σ'αυτή τους την απόφαση. Επίσης, στην παρούσα έρευνα φαίνεται ότι οι οικονομικές επιπτώσεις συμβάλλουν στη διαμόρφωση της στάσης των επαγγελματιών υγείας απέναντι στη μεταμόσχευση μήτρας, η οποία επηρεάζεται από τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων. Έτσι, οι γυναίκες πιστεύουν περισσότερο πως το κόστος οργάνωσης κατάλληλης μονάδας στο νοσοκομείο είναι δυσανάλογο του αποτελέσματος και οι έχοντες ανώτατη εκπαίδευση ότι το κόστος της μεταμόσχευσης είναι καταλυτικός παράγοντας ώστε να μην προβούν οι ασθενείς στην διαδικασία αυτή.

Επιπλέον, οι συμμετέχοντες στην έρευνα αυτή δήλωσαν ότι οι παράγοντες εμπιστοσύνης για την μεταμόσχευση μάλλον επηρεάζουν αρνητικά την πρόθεση μιας γυναίκας να γίνει δώτρια ή λήπτρια, ωστόσο πιθανότατα θα εμπιστευόταν το γυναικολόγο τους προκειμένου να προχωρήσουν σε μεταμόσχευση μήτρας. Επίσης, οι περισσότεροι δεν παρότρυναν κάποια γυναίκα για δωρεά μήτρας, επειδή δεν έχουν οι ίδιοι τις απαιτούμενες γνώσεις ή επειδή δεν έτυχε. Σε νεότερη έρευνα που δημοσιεύτηκε το 2019 φαίνεται ότι μετά από 18 επιτυχημένες γεννήσεις, οι ομάδες που αναλαμβάνουν μεταμόσχευση μήτρας είναι πλέον καθιερωμένες παγκοσμίως, ενώ οι επιδόσεις των διαδικασιών για τη μεταμόσχευση μήτρας αναμένεται να

συνεχίσουν να αυξάνονται εντατικά στο μέλλον. (Jones et al, 2019). Είναι προφανές ότι μέσα σε πολύ σύντομο χρονικά διάστημα από την πρώτη μεταμόσχευση μήτρας η τεχνική έχει βελτιωθεί, καθώς οι γνώσεις γύρω από το αντικείμενο αυτό αυξάνονται με αποτέλεσμα να ελαττώνονται, κατά το δυνατό, οι μετεγχειρητικές επιπλοκές και ν' αυξάνεται το ποσοστό επιτυχημένων μεταμοσχεύσεων. Μ' αυτό τον τρόπο αναμένεται να αυξηθεί και η εμπιστοσύνη και να μεγαλώσουν τα ποσοστά δοτριών και ληπτριών μήτρας.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **Ελληνική βιβλιογραφία**

Α. Πουλίση, Οι γνώσεις και οι στάσεις των νοσηλευτών όσον αφορά την δωρεά οργάνων, Διπλωματική Εργασία, ΤΕΙ Μακεδονίας και Θράκης Παράρτημα Διδυμοτείχου, Διδυμότειχο 2014 σ. 7

Α. Τσουτσούλη, Μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων, Διπλωματική Εργασία, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη 2010, σ. 73.

Αντύπας Κ. (2004), Ηθικά Διλήμματα στην Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή – Δάνεια Μήτρα, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 21(1), 86-96.

Α. Αντωνιάδη, Ηθική των μεταμοσχεύσεων, Θέματα αναισθησιολογίας και εντατικής ιατρικής, τεύχος 20.41, Δεκέμβριος 2010.

Αρκαδινού Α. (2011), Η αστική ευθύνη στην Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή.

Αρχιμανδρίτης Εφραίμ, Ο αιφνίδιος θάνατος από θεολογικής απόψεως, ό.π.

Αρχιμ. Νικολάου Χατζηνικολάου, Οι μεταμοσχεύσεις εξ απόψεως Ορθόδοξου ήθους και Θεολογίας, Διδακτορική διατριβή, Θεσσαλονίκη 2002, σ. 88.

Βάντσου Μιλτιάδη, Η ιερότητα της ζωής, Θεσσαλονίκη 2010, σ. 343.

Ε. Κ. Μαντζουνέα, Αι Μεταμοσχεύσεις εις την Ελλαδικήν Ορθόδοξον Εκκλησίαν εξ' απόψεως κοινού και εκκλησιαστικού δικαίου, Αθήνα 1985, σ. 50.

Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα (2011)

Θ. Ζήση, Εκκλησία και μεταμοσχεύσεις. Κύριος της ζωής και του θανάτου ο Θεός, Θεοδρομία, Τεύχος Οκτωβρίου – Δεκεμβρίου 2005, σ. 550 – 559.

Θρησκευτική και Ηθική Εγκυκλοπαίδεια, τόμος 4ος, (Αθήνα: Αθ. Μαρτίνος, 1964), σ. 932

Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών, Αθήνα (2011), Ιστορία των Μεταμοσχεύσεων.

Καϊάφα-Γκμπάντι Μ., Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη Ε. και Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε. (2013), Ιατρική Υποβοήθηση στην Ανθρώπινη Αναπαραγωγή : 10 χρόνια εφαρμογής του Ν.3089/2002, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη

Καϊάφα-Γκμπάντι Μ., Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη Ε. και Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε. (2014), Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και εναλλακτικά οικογενειακά σχήματα, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη.

Κολυβά-Μαχαίρα Φ. & Μπόρα-Σέντα Ε. (1998).*Στατιστική Θεωρία Εφαρμογές*.

Σιώμοκος, Γ. Ι., & Μαύρος, Δ. Α. (2008).*Ερευνα Αγοράς*. Αθήνα: Σταμούλη.

Κρεατσάς Γ. Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική. Εκδ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 1998.

Κωστάκης Β.Α (2004). Μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων:δώρο ζωής. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε, Αθήνα.

Νικολάου, Μητροπολίτου Μεσογαίας και Λαυρεωτικής, Αλλήλων μέλη. Οι μεταμοσχεύσεις στο φως της Ορθόδοξης Θεολογίας και ζωής, Κέντρο Βιοϊατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας, Αθήνα 2005, σ. 110

Νικολάου, Μητροπολίτου Μεσογαίας και Λαυρεωτικής, Αλλήλων μέλη. Οι μεταμοσχεύσεις στο φως της Ορθόδοξης Θεολογίας και ζωής, Κέντρο Βιοϊατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας, Αθήνα 2005, σ. 104

Ομπέση Φ., Μανιού Μ., Οργάνωση της μεταμοσχευτικής διαδικασίας, Ο θεσμός του Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων, Το Βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 7, Τεύχος 2, Απρίλιος – Ιούνιος 2008, σ. 82 -112.

Τακούδας Δ., Παπανικολάου Β.,& Ίμβριος Γ.(2007), Μεταμοσχεύσεις 2007,Σύγχρονες απαντήσεις σε παλαιά ερωτήματα,, Θεσσαλονίκη, UNIVERSITY STUDIO PRESS Α.Ε.

Χ. Λυντέρη, Το Ποινικό Δίκαιο των Μεταμοσχεύσεων, εκδ. Σάκκουλα Αθήνα-Κομοτηνή 2004, σελ.14,σελ.9,σελ.11,σελ.14

Φαρμάκης Ν. (2017).*Εισαγωγή στη Δειγματοληψία*. Αφοί Κυριακίδη ΕΚΔΟΣΕΙΣ Α.Ε., Θεσσαλονίκη

Χριστόδουλου, Αρχιεπισκόπου Αθηνών και πάσης Ελλάδος, Διαθρησκευτική θεώρηση των μεταμοσχεύσεων, στο Εκκλησία και Μεταμοσχεύσεις, Έκδοση του Κλάδου Εκδόσεων της Επικοινωνιακής και Μορφωτικής Υπηρεσίας της Εκκλησίας της Ελλάδος, Αθήνα 2001

Ψαρούλη Δ., Βούλτσου Π., Ιατρικό Δίκαιο. Στοιχεία Βιοηθικής, εκδ. University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2010, σελ.414,σελ.415

Ψαρούλης Δ. Βούλτσιος Π, 'Ιατρικό Δίκαιο στοιχεία βιοηθικής' (2010) σελ.433-435

## **Ξένη βιβλιογραφία**

Al-Inany H. Intrauterine adhesions. An update. Acta Obstet Gynecol Scand 2001;80:986–93.

BP Jones, S Saso, T Bracewell-Milnes, M-Y Thum, J Nicopoulos, C Diaz-Garcia, P Friend, S Ghaem-Maghami, G Testa, L Johannesson, I Quiroga, Yazbek, JR Smitha, Human uterine transplantation: a review of outcomes from the first 45 cases, (London, 2019).

Cohen Louis & Manion Lawrence & Morrison Keith (2007).*Research Methods in Education*.

C. Becker, “Money talks, Money Kills”, The Economics of Transplantation in Japan and Bioethics, 13 (3/4), 1999, σ. 227-235.

Benagiano G., Bastianelli C., Farris M. Infertility: a global perspective. Minerva Ginecol. 2006;58(6):445–57

Brannstrom M, Dahm-Kahler P, Kvarnstrom N. Robotic-assisted surgery in live-donor uterus transplantation. Fertil Steril 2018;109:256–7.

Del Priore G, Stega J, Sieunarine K, Ungar L, Smith JR. Human uterus retrieval from a multi-organ donor. Obstet Gynecol 2007;109:101–4



Floyd J Fowler, Jr. (2014). *Survey Research Methods*. BOSTON: SAGE

PUBLICATIONS

Gabriel M., Davovitch, Hand book of kidney transplantation, 3rd Edition, Lippincott Williams and Wilkins, 2001, σ. 220

Grimbizis GF, Camus M, Tarlatzis BC, Bontis JN, Devroey P. Clinical implications of uterine malformations and hysteroscopic treatment results. *HumReprod Update* 2001;7:161–74.

Groth CG, Collste L, Lundgren G. (2012). Curt Franksson – den svenska transplantationskirurgins fader. *Läkartidningen*, 109, 111-2.

Hayes, Andrew F. (2013). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach*. New York, NY: The Guilford Press.

Hellstrom M, El-Akouri RR, Sihlbom C, Olsson BM, Lengqvist J, Backdahl H, et al. Towards the development of a bioengineered uterus: comparison of different

J. P. Ziegelmann , K. Griva , M. Hankins , M. Harrison , A. Davenport , D. Thompson and S. P. Newman (2002), The Transplant Effects Questionnaire (TxEQ): The development of a questionnaire for assessing the multidimensional outcome of organ transplantation – example of end stage renal disease (ESRD), London.

Johannesson L, Enskog A, Molne J, Diaz-Garcia C, Hanafy A, Dahm-Kahler P, et al. Preclinical report on allogeneic uterus transplantation in nonhumanprimates. *Hum Reprod* 2013;28:189–98

Jones BP, Saso S, Yazbek J, Smith JR. Uterine transplantation: past, present and future. *BJOG* 2016;123:1434–8.

Jones, C. G. (2010). *Research Methods for Sports Studies*, 2nd Edition. New York: Taylor & Francis e-Library.

Kainz A, Harabacz I, Cowrick IS, Gadgil SD, Hagiwara D. Review of the course and outcome of 100 pregnancies in 84 women treated with tacrolimus. *Transplantation* 2000;70:1718–21.

Koocher, G., & Keith-Spiegel, P. (1998). *Ethics in psychology*. New York: Oxford University Press

Muijs, D., 2010. *Doing quantitative research in education with SPSS*. Sage.

Nunnally J. & Bernstein I. (1994). *Psychometric Theory* (3rd ed.). New York:

McGraw-Hill, Inc.

Marshall LM, Spiegelman D, Barbieri RL, Goldman MB, Manson JE, Colditz GA, et al. Variation in the incidence of uterine leiomyoma among premenopausal women by age and race. *Obstet Gynecol* 1997;90:967–73.

Oppelt P, Renner SP, Kellermann A, Brucker S, Hauser GA, Ludwig KS, et al. Clinical aspects of Mayer-Rokitansky-Kuester-Hauser syndrome: recommendations for clinical diagnosis and staging. *Hum Reprod* 2006;21:792–7.

Pietro Bortoletto, Eduardo Hariton, Leslie V. Farland, Randi H. Goldman, Antonio R. Gargiulo, Uterine Transplantation: a Survey of Perceptions and Attitudes of American Reproductive Endocrinologists and Gynecologic Surgeons, *The Journal of Minimally Invasive Gynecology* (2018), <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2018.02.013>.

Pope John Paul II, Address to the 18th International Congress of Transplantation Society, August 29, Rome 2000.

Rajvir Singh, Tulika Mehta Agarwal, Hassan Al-Thani, Yousuf Al Maslamani, Ayman El-Menyar, Validation of a Survey Questionnaire on Organ Donation: An Arabic World Scenario, (Doha, 2018).

Steering Committee of Istanbul Summit, Organ Trafficking and transplant tourism and commercialism: the Declaration of Istanbul, *The Lancet* 2008, Vol. 372, σελ. 5

## **Διαδικτυακή βιβλιογραφία**

Αρχιμανδρίτης Εφραίμ, Ο αφνίδιος θάνατος από θεολογικής απόψεως, (<https://www.pemptousia.gr/2013>, ημερομηνία ανάκτησης 21/06/2013)

Ελληνική Δημοκρατία, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ( 2014), Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων [Homepage of Ελληνική Δημοκρατία, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας], [Online]. Available: <http://www.eom.gr/> [2014, 06/04].

Ευρωπαϊκή Επιτροπή, (2003) [Online] Available:[http://ec.europa.eu/index\\_el.htm/](http://ec.europa.eu/index_el.htm/) pp 5-12 [2014,23/04]

Ιερόθεος, Σ. Βλάχος, Η ζωή μετά τον θάνατο, (<http://img.pathfinder.gr/clubs/files/34350/9.html>), ημερομηνία ανάκτησης 18/05/2013

Κωστάκη Α., «Διαθρησκευτική θεώρηση των μεταμοσχεύσεων», ανάκτηση από [http://www.transplantation.gr/article\\_patients.asp](http://www.transplantation.gr/article_patients.asp), τελευταία πρόσβαση 13/6/2015.

Νόμος 3984 / 2011 (ΦΕΚ Α΄ 150), Δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων και άλλες διατάξεις, ανάκτηση από <http://nomoi.info/%CE%A6%CE%95%CE%9A-%CE%91-150-2011-%CF%83%CE%B5%CE%BB-1.html>, τελευταία πρόσβαση 5/7/2014.

<https://docplayer.gr/1317136-Elliniki-etaireia-anaparagogikis-iatrikis-1-i-iolylioy-2015.html>

<https://www.amna.gr/health/article/350087/Ereuna-tou-APE-MPE-Iatrikos-tourismos-kai-parentheti-mitrotita>

[http://www.evaggelismos-hosp.gr/files/epistimoniki\\_enosi/24\\_05\\_17\\_1\\_TARASI.pdf](http://www.evaggelismos-hosp.gr/files/epistimoniki_enosi/24_05_17_1_TARASI.pdf)

[https://static.livemedia.gr/livemedia/documents/al22386\\_us75\\_20180430113048\\_initakianadromistinanosologiametamosxeyswn.pdf](https://static.livemedia.gr/livemedia/documents/al22386_us75_20180430113048_initakianadromistinanosologiametamosxeyswn.pdf)

<https://nemertes.lis.upatras.gr/jspui/handle/10889/779>

[http://hypatia.lb.teiath.gr/bitstream/11400/4499/1/VA\\_REV\\_2\\_09\\_04\\_10.pdf](http://hypatia.lb.teiath.gr/bitstream/11400/4499/1/VA_REV_2_09_04_10.pdf)

<http://repository.library.teimes.gr/xmlui/handle/123456789/4200>

[https://repository.kallipos.gr/bitstream/11419/3099/1/Chapter\\_21Loukopoulos.pdf](https://repository.kallipos.gr/bitstream/11419/3099/1/Chapter_21Loukopoulos.pdf)

<https://www.onmed.gr/ygeia-eidhseis/story/361480/to-mellon-ton-metamosxeysen-stin-ellada>

[https://ec.europa.eu/health/blood\\_tissues\\_organ/organs\\_el](https://ec.europa.eu/health/blood_tissues_organ/organs_el)

<http://www.bioethics.gr/index.php/el/anakoinosis/606-06-05-2014-mrkh>

<https://www.pemptousia.gr/2017/01/metamoschefsisis-pia-i-thesi-tis-ekklisias/>

<https://www.pemptousia.gr/2013/06/o-efnidios-thanatos-apo-theologikis-ap/>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673614617281>

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

### A. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ

1) Φύλο

- Άρρεν
- Θήλυ

2) Ηλικία

- 20-30 ετών
- 30-40
- 40-50
- 50 και άνω

3) Μορφωτικό επίπεδο

- Μέση εκπαίδευση
- Ανώτερη εκπαίδευση
- Ανώτατη εκπαίδευση
- Μεταπτυχιακό
- Διδακτορικό

4) Προυπηρεσία

- 0-10 έτη
- 10-20
- 20 και άνω

### B. ΓΕΝΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ

1) Γνωρίζετε τί είναι η δωρεά οργάνων;

- Ναι
- Όχι
- ΔΓ/ΔΑ

2) Γνωρίζετε την ύπαρξη του Ε.Ο.Μ ( Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων);

- Ναι
- Όχι
- ΔΓ/ΔΑ

3) Γνωρίζετε εάν υπάρχει διαφορά μεταξύ δωρητή-δότη;

- Ναι
- Όχι
- ΔΓ/ΔΑ

4) Κατά την γνώμη σας τα ΜΜΕ προωθούν την δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων;

- Ναι
- Όχι
- ΔΓ/ΔΑ

5) Γνωρίζετε την ύπαρξη κάποιου νομοθετικού πλαισίου για την δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων και ιστών;

- Ναι
- Όχι
- ΔΓ/ΔΑ

6) Απέναντι σε ποιά δωρεά μεταμοσχευμένου οργάνου θα ήσασταν θετικοί;

- Μάτι
- Ήπαρ
- Νεφρό
- Πάγκρεας
- Καρδιά
- Μήτρα
- Όλες
- Καμία

### **Γ.ΕΙΔΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ-ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ**

1) Γνωρίζετε τι είναι η μεταμόσχευση μήτρας;

- Ναι
- Όχι
- ΔΓ/ΔΑ
- Ίσως

2) Γνωρίζετε εάν κατά την μεταμόσχευση μήτρας ακολουθείται η ίδια διαδικασία δωρεάς-μεταμόσχευσης όπως τις υπόλοιπες μεταμοσχεύσεις;

- Ναι
- Όχι
- ΔΓ/ΔΑ
- Ίσως

3)Γνωρίζετε σε ποιές περιπτώσεις-παθήσεις γίνεται μεταμόσχευση μήτρας;

- Ναι
- Όχι
- ΔΓ/ΔΑ
- Ίσως

4)Πιστεύετε ότι οι ελληνίδες είναι ενημερωμένες για την μεταμόσχευση μήτρας και την διαδικασία που απαιτείται για να πραγματοποιηθεί;

- Ναι
- Όχι
- ΔΓ/ΔΑ
- Ίσως

5)Πιστεύετε ότι οι επαγγελματίες υγείας είναι ενημερωμένοι για την μεταμόσχευση μήτρας και την διαδικασία που απαιτείται για να πραγματοποιηθεί;

- Ναι
- Όχι
- ΔΓ/ΔΑ
- Ίσως

6)Πιστεύετε ότι μπορεί να πραγματοποιηθεί μεταμόσχευση μήτρας στην Ελλάδα με την υπάρχουσα υλικοτεχνική υποδομή;

- Ναι
- Όχι
- ΔΓ/ΔΑ
- Ίσως

7)Πιστεύετε ότι η εκπαίδευση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού είναι επαρκής για την επιτυχή πραγματοποίηση μεταμόσχευσης μήτρας στην Ελλάδα;

- Ναι
- Όχι
- ΔΓ/ΔΑ
- Ίσως

8)Θεωρείτε ότι απαιτείται η απόκτηση εξειδικευμένων γνώσεων (με την παρακολούθηση εξειδικευμένων μαθημάτων, σεμιναρίων, συνεδρίων κ.α) από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό προκειμένου να μπορούν να λάβουν μέρος στην μεταμόσχευση μήτρας ;

- Ναι
- Όχι
- ΔΓ/ΔΑ
- Ίσως

9) Πιστεύετε ότι οι παράγοντες εμπιστοσύνης σχετικά με την διαδικασία και την οργάνωση μεταμόσχευσης μήτρας επηρεάζουν αρνητικά την πρόθεση μιας γυναίκας να γίνει δότρια ή λήπτρια μήτρας;

- Ναι
- Όχι
- ΔΓ/ΔΑ
- Ίσως

10) Πιστεύετε ότι οι γυναίκες θα εμπιστευόταν το γυναικολόγο τους προκειμένου να προχωρήσουν σε μεταμόσχευση μήτρας;

- Ναι
- Όχι
- ΔΓ/ΔΑ
- Ίσως

11) Ως επαγγελματίες υγείας έχετε παροτρύνει κάποια γυναίκα να γίνει δότρια μήτρας;

Αν η απάντησή σας είναι θετική, παρακαλώ αναφέρετε τους λόγους που σας οδήγησαν να το κάνετε:

.....  
.....  
.....

Αν η απάντησή σας είναι αρνητική, παρακαλώ αναφέρετε κάποιους λόγους που σας εμπόδισαν να το κάνετε:

.....  
.....  
.....



## **Δ. ΘΡΗΣΚΕΙΑ**

1) Πιστεύετε ότι είναι σύμφωνες όλες οι θρησκείες με την δωρεά μήτρας;

- Ναι
- Όχι
- ΔΓ/ΔΑ
- Ίσως

2) Η ορθόδοξη εκκλησία επιτρέπει την δωρεά μήτρας;

- Ναι
- Όχι
- ΔΓ/ΔΑ
- Ίσως

3) Θεωρείτε ότι τα θρησκευτικά πιστεύω συμβάλλουν στο να γίνει κάποιος δωρητής οργάνων;

- Ναι
- Όχι
- ΔΓ/ΔΑ
- Ίσως

## **Ε. ΚΟΣΤΟΣ**

1) Νομίζετε ότι το κόστος της μεταμόσχευσης είναι καταλυτικός παράγοντας ώστε να μην προβούν οι ασθενείς στην διαδικασία αυτή;

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Ούτε συμφωνώ ούτε Διαφωνώ
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

2) Πιστεύετε ότι το κόστος οργάνωσης μονάδας μεταμόσχευσης μήτρας στο νοσοκομείο είναι δυσανάλογο του αποτελέσματος;

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Ούτε συμφωνώ ούτε Διαφωνώ
- Συμφωνώ

Συμφωνώ απόλυτα

3) Πώς κρίνετε την σχέση κόστους αποτελέσματος;

- Θετικά
- Αρνητικά
- ΔΓ/ΔΑ

4) Πιστεύετε ότι τα έξοδα της μεταμόσχευσης επιβαρύνουν το σύστημα υγείας;

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Ούτε συμφωνώ ούτε Διαφωνώ
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

- Επιστ Συμβούλιο  
- Επιτροπή Νοσοκομ  
Υπηρεσίας  
16.10.2019

**Απόσπασμα Πρακτικών**  
**της 15<sup>ης</sup>/16.10.2019 τακτικής Συνεδρίασης του Διοικητικού Συμβουλίου**  
**του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο**

Στη Θεσσαλονίκη, στην οδό Κωνσταντινουπόλεως αρ. 49, σήμερα 16 Οκτωβρίου 2019, ημέρα της εβδομάδας Τετάρτη και ώρα 13.30, το μεσημέρι, στην αίθουσα συνεδριάσεων του Διοικητικού Συμβουλίου του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», συνήλθε σε τακτική συνεδρίαση το Διοικητικό Συμβούλιο του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», που συγκροτήθηκε με την υπ' αριθμ. Γ4Β/Γ.Π.73658/19.10.2018 απόφαση του Υπουργού Υγείας, περίληψη της οποίας δημοσιεύθηκε στο Φ.Ε.Κ. 661/12.11.2018 τ. Υ.Ο.Δ.Δ. και Γ4β/Γ.Π. 8573/12.2.2019 απόφαση του Υπουργού Υγείας, περίληψη της οποίας δημοσιεύθηκε στο Φ.Ε.Κ. 117/8.3.2019 τ. Υ.Ο.Δ.Δ., μετά από έγγραφη πρόσκληση της Προέδρου του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», κας Παπαχριστοδούλου Βασιλικής.

Στη συνεδρίαση παρέστησαν οι κ.κ.:

- Παπαχριστοδούλου Βασιλική του Αθανασίου, Διοικήτρια του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Πρόεδρος,
- Μάκος Χρήστος του Παντελή, Αναπληρωτής Διοικητής του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Αντιπρόεδρος,
- Χατζηπουλίδης Γεώργιος του Νικολάου, Αναπληρωτής Διοικητής του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», με αρμοδιότητα την αποκεντρωμένη Οργανική Μονάδα Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων, τακτικό μέλος,
- Τσικόπουλος Γεώργιος του Κωνσταντίνου, Διευθυντής Παιδοχειρουργικής, κλάδου Ιατρών Ε.Σ.Υ. του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο», αιρετός εκπρόσωπος των Ιατρών, μέλος,
- Τζελέπης Χρήστος του Νικολάου, Υπάλληλο κατηγορίας ΤΕ, κλάδου Τεχνολόγων Τροφίμων, εκπρόσωπος του λοιπού, πλην των Ιατρών Ε.Σ.Υ.
- Κήτα Μαρίνα του Δημητρίου, κλάδου Ιατρών Ε.Σ.Υ., Διευθύντρια Ενδοκρινολογίας, Διευθύντρια Ιατρικής Υπηρεσίας του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο», τακτικό μέλος,
- Χατζηβασιλείου Δέσποινα του Ευάγγελου, Προισταμένη Διεύθυνσης Διοικητικής Υπηρεσίας του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο», τακτικό μέλος,

Στη συνεδρίαση μετέχει ο κ. Δημήτριος Κτίστης, μόνιμος υπάλληλος κατηγορίας και κλάδου ΔΕ Διοικητικού - Λογιστικού, με βαθμό Α', ως Γραμματέας του Διοικητικού Συμβουλίου.

Στην συνεδρίαση δεν προσήλθαν αν και ενημερώθηκαν, τα τακτικά μέλη κ.κ. Σκέντος Γεώργιος και Κατσιάφα Ανθούλα, και τα αναπληρωματικά μέλη αυτών κ.κ. Μπέλλα Ελένη και Καραγκιόζης Χρήστος. Το Διοικητικό Συμβούλιο, μετά τη διαπίστωση της νόμιμης απαρτίας υπό την Προεδρία της κας Παπαχριστοδούλου Βασιλικής, Διοικήτριας και Προέδρου του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου, για τα θέματα της υπ' αριθμ. 50078/11.10.2019 πρόσκλησης, αποφασίζει τα παρακάτω:

**Θέμα 35<sup>ο</sup>:** «Η από 9.9.2019 (αριθμ. πρωτ. του Νοσοκομείου 43155/9.9.2019) αίτηση της κας Φράγκου Βασιλικής, Φοιτήτρια του ΔΠΜΣ «Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας», των Τμημάτων Νοσηλευτικής και Διοίκησης Οργανισμών, Μάρκετινγκ και Τουρισμού της Σχολής Οικονομίας και Διοίκησης, του Διεθνούς Πανεπιστημίου της Ελλάδος, με την οποία αιτείται τη χορήγηση άδειας διανομής ερωτηματολογίου, στο πλαίσιο εκπόνησης της διπλωματικής εργασίας με τίτλο: «Μεταμόσχευση μήτρας ως αναπαρα-

γωγική διαδικασία. Διερεύνηση απόψεων των επαγγελματιών υγείας ως εργαλείο διαμόρφωσης πολιτικής υγείας».

Η Πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου κα Παπαχριστοδούλου Βασιλική, Διοικήτρια του Νοσοκομείου μας, θέτει προς συζήτηση στο Διοικητικό Συμβούλιο το παραπάνω θέμα.

Το Διοικητικό Συμβούλιο, αφού έλαβε υπόψη του:

1. Την από 9.9.2019 (αριθμ. πρωτ. του Νοσοκομείου 43155/9.9.2019) αίτηση της κας Φράγκου Βασιλικής, Φοιτήτρια του ΔΠΜΣ «Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας» των Τμημάτων Νοσηλευτικής και Διοίκησης Οργανισμών, Μάρκετινγκ και Τουρισμού της Σχολής Οικονομίας και Διοίκησης, του Διεθνούς Πανεπιστημίου της Ελλάδος, με την οποία αιτείται τη χορήγηση άδειας διανομής ερωτηματολογίου, στο πλαίσιο εκπόνησης της διπλωματικής εργασίας με τίτλο: «Μεταμόσχευση μήτρας ως αναπαραγωγική διαδικασία. Διερεύνηση απόψεων των επαγγελματιών υγείας ως εργαλείο διαμόρφωσης πολιτικής υγείας».
2. Τη σύμφωνη γνώμη των κ.κ. Καθηγητή Απόστολου Αθανασιάδη, Διευθυντή Γ' Γυναικολογικής - Μαιευτικής Κλινικής Α.Π.Θ., Καθηγητή Κωνσταντίνου Δίνα, Διευθυντή Β' Γυναικολογικής - Μαιευτικής Κλινικής Α.Π.Θ.
3. Τη σύμφωνη γνώμη της κας Ελένης Παντελίδου, Διευθύντριας της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου μας.
4. Τη με αριθμ. πρωτ. 57/16.9.2019 Βεβαίωση σπουδών του Διεθνούς Πανεπιστημίου της Ελλάδος.
5. Το πρωτόκολλο της εργασίας.
6. Την από 1.10.2019 Υπεύθυνη Δήλωση της κας Φράγκου Βασιλικής, με την οποία δηλώνει ότι δεν θα παραβιασθούν προσωπικά δεδομένα, δεν θα επιβαρυνθεί οικονομικά το Νοσοκομείο και δεν θα παρεμποδισθεί η εύρυθμη λειτουργία του.
7. Το υπ' αριθμ. πρωτ. Ε.Σ. 689/3.10.2019 (αριθμ. πρωτ. του Νοσοκομείου 49252/8.10.2019) έγγραφο του Καθηγητή κ. Ιωάννη Κανονίδη, Προέδρου του Επιστημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου μας, με το οποίο μας γνωρίζει ότι το Επιστημονικό Συμβούλιο, κατά την 13<sup>η</sup>/2.10.2019 συνεδρίαση, (θέμα 27<sup>ο</sup>), εκφράζει θετική γνώμη σχετικά με τη διανομή ερωτηματολογίων, ως μέρους στην εκπόνηση διπλωματικής εργασίας της κας Φράγκου Βασιλικής, ΤΕ Μαιών, Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο, στα πλαίσια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών του ΔΠΜΣ των Τμημάτων Νοσηλευτικής και Διοίκησης Οργανισμών, Μάρκετινγκ και Τουρισμού της Σχολής Οικονομίας και Διοίκησης, του Διεθνούς Πανεπιστημίου της Ελλάδος, με τίτλο: «Μεταμόσχευση μήτρας ως αναπαραγωγική διαδικασία. Διερεύνηση απόψεων των επαγγελματιών υγείας ως εργαλείο διαμόρφωσης πολιτικής υγείας», υπό την προϋπόθεση ότι δεν θα παραβιασθούν προσωπικά δεδομένα, δεν θα επιβαρυνθεί οικονομικά το Νοσοκομείο και δεν θα παρεμποδισθεί η εύρυθμη λειτουργία του.
8. Τη διεξοδική συζήτηση μεταξύ των μελών του.

### Αποφασίζει ομόφωνα

- α. Την έγκριση του αιτήματος της κας Φράγκου Βασιλικής, Φοιτήτρια του ΔΠΜΣ «Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας» των Τμημάτων Νοσηλευτικής και Διοίκησης Οργανισμών, Μάρκετινγκ και Τουρισμού της Σχολής Οικονομίας και Διοίκησης, του Διεθνούς Πανεπιστημίου της Ελλάδος, για τη χορήγηση άδειας διανομής ερωτηματολογίου, στο πλαίσιο εκπόνησης της διπλωματικής εργασίας με τίτλο: «Μεταμόσχευση μήτρας ως αναπαραγωγική διαδικασία. Διερεύνηση απόψεων των επαγγελματιών υγείας ως εργαλείο διαμόρφωσης πολιτικής υγείας», υπό την προϋπόθεση ότι δεν θα παραβιασθούν προσωπικά δεδομένα, δεν θα επιβαρυνθεί οικονομικά το Νοσοκομείο και δεν θα παρεμποδισθεί η εύρυθμη λειτουργία του.
- β. Η ανωτέρω διανομή ερωτηματολογίου να είναι υπό την επίβλεψη της κας Ελένης Παντελίδου, Διευθύντριας της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου μας.

Η ΠΡΟΕΔΡΟΣ  
ΤΟΥ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

Παπαχριστοδούλου Βασιλική  
**Ακριβές απόσπασμα**  
**Θεσσαλονίκη 18/10/2019**  
Ο ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ ΤΟΥ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ  
ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

Δημήτριος Κρίστης



ΤΑ ΜΕΛΗ

1. Μάκος Χρήστος
2. Χατζηπουλίδης Γεώργιος
3. Τσικόπουλος Γεώργιος
4. Τζελέπης Χρήστος
5. Κήτα Μαρίνα
6. Χατζηβασιλείου Δέσποινα