



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΔΙΑΚΙΝΗΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΑΙΜΟΔΟΤΩΝ,
Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΝΟΜΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ»**

ΣΑΜΠΝΑΜ- ΕΛΕΝΗ ΑΛΙΧΑΝ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ ΤΕ

Μάρτιος 2014
ΣΠΑΡΤΗ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΔΙΑΚΙΝΗΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΑΙΜΟΔΟΤΩΝ,
Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΝΟΜΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ»**

ΣΑΜΠΝΑΜ – ΕΛΕΝΗ ΑΛΙΧΑΝ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ ΤΕ

Μέλη Συμβουλευτικής Επιτροπής

Επιβλέπουσα: Μαρία Τσιρώνη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Πρόεδρος Τμήματος

Μέλος: Σοφία Ζυγά, Επίκουρος Καθηγήτρια

Μέλος: Γεώργιος Πανουτσόπουλος, Επίκουρος Καθηγητής

Μάρτιος 2014

ΣΠΑΡΤΗ

Copyright © ΣΑΜΠΝΑΜ – ΕΛΕΝΗ ΑΛΙΧΑΝ 2014
Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του Τμήματος Νοσηλευτικής. Η έγκριση της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω και όπου απαιτείται έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή : Αλιχάν Σαμπνάμ - Ελένη

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την Επιβλέπουσα Καθηγήτρια της διπλωματικής μου εργασίας, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια και Πρόεδρο του Τμήματος Μαρία Τσιρώνη, για την πολύτιμη βοήθειά της, τη συμπαράστασή της και την καθοδήγησή της κατά το σχεδιασμό, τη διεξαγωγή και τη συγγραφή της παρούσας ερευνητικής μελέτης. Θερμές ευχαριστίες θα ήθελα επίσης να εκφράσω και στην Επίκουρη Καθηγήτρια Σοφία Ζυγά και στον Επίκουρο Καθηγητή Γεώργιο Πανουτσόπουλο για τα εποικοδομητικά σχόλια τους κατά τη διάρκεια εκπόνησης της διπλωματικής εργασίας. Ευχαριστώ ιδιαίτερα, την Διοίκηση του Νοσοκομείου «Ασκληπιείου» Βούλας καθώς και το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου για τη χορήγηση της άδειας εκπόνησης της μελέτης. Ευχαριστώ επίσης όλους τους συμμετέχοντες Αιμοδότες στην παρούσα έρευνα για τη συλλογή των δεδομένων και την εμπιστοσύνη που μου έδειξαν. Τέλος, ευχαριστώ θερμά τον σύζυγό μου και τις κόρες μου για την υποστήριξη και την αμέριστη συμπαράσταση που μου προσέφεραν, καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου!

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι αιμοδοτήσεις στην Ελλάδα δεν επαρκούν για την κάλυψη των αυξημένων αναγκών για μετάγγιση. Η προσπάθεια για την επίτευξη αυτάρκειας σε ασφαλές αίμα πρέπει να επικεντρωθεί στην προσέλκυση και διατήρηση περισσότερων εθελοντών αιμοδοτών και στην μετατροπή των αιμοδοτών αντικατάστασης σε εθελοντές αιμοδότες.

Σκοπός της μελέτης είναι αφενός να αποτυπωθεί η διακίνηση του αίματος σε νοσοκομείο των Νοτίων προαστίων (Νοσοκομείο «Ασκληπιείο» Βούλας) και να καταγραφεί η προέλευση του αίματος και των παραγώγων του (αιμοδότες αντικατάστασης και εθελοντές αιμοδότες) και αφετέρου να καταγραφούν τα χαρακτηριστικά των αιμοδοτών που κατοικούν στην περιοχή. Ο απώτερος σκοπός είναι να συγκριθούν τα αποτελέσματα της έρευνας με άλλες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί και να αξιοποιηθούν για την εφαρμογή ενός πιο οργανωμένου προγράμματος προσέλκυσης στο "Ασκληπιείο" Βούλας.

Υλικό και Μέθοδος

Το δείγμα αποτέλεσαν τα άτομα που προσήλθαν στο τμήμα αιμοδοσίας του Γενικού Νοσοκομείου Ασκληπιείου Βούλας κατά τη διάρκεια τριών μηνών, (Ιούνιος έως και Αύγουστος 2013). Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη συμπλήρωση ανώνυμου και αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου. Για τη μελέτη των στοιχείων που ενδιέφεραν, χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο που απευθύνεται σε αιμοδότες και προέρχεται από την Ελληνική Εταιρία Μεταγγισιοθεραπείας (HSBT, Hellenic Society of Blood Transfusion, - Σεπτέμβριος 2005), από την οποία ζητήθηκε έγγραφη συγκατάθεση για τη χρήση του ερωτηματολογίου στην παρούσα μελέτη. Για τη στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 20.

Αποτελέσματα

Μεταγγίσθηκαν συνολικά κατά τη διάρκεια του έτους που μελετάται, 6.996 μονάδες ερυθρών αιμοσφαιρίων εκ των οποίων οι 3.723 μονάδες δόθηκαν σε ορθοπεδικά περιστατικά. 1.381 μονάδες πλάσματος μεταγγίσθηκαν σε άλλες Νοσηλευτικές μονάδες ενώ σε αντικαρκινικά νοσοκομεία δόθηκαν 3.009 μονάδες αιμοπεταλίων. Όσον αφορά στα χαρακτηριστικά των αιμοδοτών, ο ανδρικός πληθυσμός (58,2%) αιμοδοτεί περισσότερο. Η συχνότερη ηλικία

αιμοδότησης είναι 41 ως 46 ετών (24%). Ένα μικρό ποσοστό (20,2%) των αιμοδοτών ανέφερε ότι έχει αποκρύψει την αλήθεια στο ιστορικό. Οι δημόσιοι υπάλληλοι αποτελούν το 39,9% των συμμετεχόντων. Το 53,4% αιμοδοτεί δύο φορές το χρόνο. Το κίνητρο που προτιμούν οι αιμοδότες είναι οι δωρεάν εξετάσεις αίματος (57,2%). Μόλις το 3,4% και το 6,7% των ερωτώμενων δήλωσε ότι είναι δωρητές μυελού των οστών και οργάνων αντίστοιχα.

Συμπεράσματα

Οι αυξημένες ανάγκες της χώρας σε αίμα επιβάλλουν την αύξηση των αιμοδοτών. Είναι απαραίτητο να υπάρχει σωστή και συστηματική ενημέρωση και επιμόρφωση του πληθυσμού καθώς και κατάλληλη προσέγγιση του αιμοδότη από καταρτισμένο προσωπικό της αιμοδοσίας, προκειμένου να διαδοθεί η αιμοδοσία για την αντιμετώπιση των αναγκών της χώρας και να επιτευχθεί η διαδικασία μετάβασης σε εθελοντική αιμοδοσία.

Λέξεις – κλειδιά: Εθελοντής αιμοδότης, αιμοδότης αντικατάστασης, χαρακτηριστικά αιμοδότη, ασφάλεια αίματος, κίνητρα.

ABSTRACT

Introduction: Blood donations in Greece are insufficient to cover the high transfusion needs. Efforts to achieve self-sufficiency in safe blood supply should focus on recruiting and retaining more volunteer blood donors and turning replacement blood donors into volunteer donors.

The purpose of this study is on one hand to reflect the transfer of blood in a hospital of South Attica (Asklipieio Hospital) and to record the origin of blood and its derivatives (replacement blood donors and volunteer blood donors) and on the other hand to record the characteristics of blood donors residing in the area. The ultimate objective is to compare the survey results with other studies in order to organize an improved recruiting program in Asklipieio Hospital.

Material and Method

The sample consisted of individuals who attended the donation centre of Asklipieio Hospital within a period of three months, (June to August 2013). The collection of data was conducted by completing an anonymous and self-administered questionnaire. For the study of the elements of interest, a questionnaire addressed to donors was used, derived from the Hellenic Society of Blood Transfusion (HSBT, Hellenic Society of Blood Transfusion, - September 2005), which gave written consent for the use of the questionnaire. For the statistical analysis and data processing, the statistical program SPSS 20 was used.

Results

6,996 units of red blood cells were transfused during the year being studied, of which 3,723 units involved orthopedic cases. 1,381 plasma units were transfused in other hospitals and in hospitals with cases of cancer 3,009 platelets were transfused.

Concerning the characteristics of donors, men (58,2%) donate the most. The most common age is 41 to 46 years of age (24%). A small percentage of donors confessed to having concealed part of the truth to background questions (20,2%). 53,4% of the donors give blood twice a year. The most important incentive in order to donate is free blood tests. Civil servants constitute 39.9% of the participants. The minority is a tissue (3,4%) or organ (6,7%) donor.

Conclusions

The country's increased needs in blood requires improvement in donor recruitment. The fragile balance between blood supply and demand requires systematic education of the population and suitable approach to the donor by trained staff in order to meet the needs of the country and to achieve the transition to voluntary blood donation.

Key words: Volunteer blood donor, replacement blood donor, donor characteristics, blood safety, incentives.

Πίνακας περιεχομένων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΤΟ ΑΙΜΑ	8
1.1 ΣΥΣΤΑΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ	8
1.2 ΟΜΑΔΕΣ ΑΙΜΑΤΟΣ – ΣΥΣΤΗΜΑ RHESUS	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΩΓΩΝ	12
2.1 ΜΕΤΑΓΙΣΗ ΠΑΡΑΓΩΓΩΝ	13
2.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ	15
2.3 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	18
2.4 ΑΥΤΟΛΟΓΗ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ	19
2.5 ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ ΑΙΜΑΤΟΣ	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ – ΔΩΡΟ ΖΩΗΣ	21
3.1 ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ	21
3.2 Η ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	28
3.3 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ	33
3.4 ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ	34
3.5 ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΑΙΜΑΤΟΣ.....	35
3.6 Ο ΑΙΜΟΔΟΤΗΣ	37
3.7 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΙΜΟΔΟΤΩΝ ΣΤΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΔΩΡΕΑ ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ ΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΝ	41
4.1 ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ.....	42
4.2 ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΟΡΓΑΝΩΝ	44
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	48
• Στατιστική Ανάλυση.....	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	50
• ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ.....	87
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΣΥΖΗΤΗΣΗ	126
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	134
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	142

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ανάγκη για μετάγγιση στις περισσότερες χώρες, αυξάνεται λόγω του μεγαλύτερου προσδόκιμου ζωής και της εφαρμογής νέων χειρουργικών και θεραπευτικών μεθόδων που απαιτούν μεγάλες ποσότητες αίματος και παραγώγων του. Εκτιμήσεις του Συμβουλίου της Ευρώπης σχετικά με τις ανάγκες σε αίμα, τεκμηριώνουν ότι σε κάθε κράτος χρειάζονται περίπου 50.000 μονάδες /εκατομμύριο κατοίκων για να είναι καλυμμένες οι κλινικές ανάγκες που θα προκύψουν (Mathew, 2007). Οι ανάγκες της Ελλάδας σε αίμα σήμερα υπολογίζονται στις 650.000 μονάδες για την κάλυψη των μεταγγίσεων των ασθενών σε σύνολο 62.200 κλινών. Οι αιμοδοτήσεις δεν επαρκούν για να καλύψουν τις ανάγκες μετάγγισης της χώρας μας που προκύπτουν από το μεγάλο αριθμό ασθενών με θαλασσαιμία και δρεπανοκυτταρική αναιμία, το μεγάλο αριθμό τροχαίων ατυχημάτων και την εφαρμογή νέων χειρουργικών τεχνικών (Maniatis, 1994).

Η αιμοδοσία είναι ο μόνος τρόπος για να σωθεί ένας άνθρωπος που έχει απόλυτη ανάγκη από μετάγγιση αίματος. Σύμφωνα με διεθνείς στατιστικές, 60% του πληθυσμού θα χρειαστεί κάποια στιγμή μετάγγιση αίματος ενώ δυστυχώς μόνο το 5% από το σύνολο του πληθυσμού δίνει αίμα (Alessandrini, 2007). Οι προσπάθειες παγκοσμίως συνεχίζονται για την καθιέρωση και διατήρηση τακτικών, εθελοντών αιμοδοτών προκειμένου να εξασφαλιστεί επάρκεια σε ασφαλές αίμα. Η διαρκής ανησυχία που υπάρχει για τη δυνατότητα ανταπόκρισης στις απαιτήσεις για αίμα, οφείλεται στην ύπαρξη μικρού ποσοστού του πληθυσμού που επιλέγει να δώσει αίμα σε τακτική βάση και στο γεγονός ότι ένα σημαντικό ποσοστό των αιμοδοτών αναβάλλεται προσωρινά ή οριστικά, λόγω των αυστηρών κριτηρίων αποκλεισμού (Riley, 2007).

Οι προσπάθειες για να επιτευχθεί αυτάρκεια και ασφάλεια στα αποθέματα αίματος πρέπει να επικεντρωθούν στην προσέλκυση και διατήρηση περισσότερων εθελοντών αιμοδοτών και στη μετατροπή των αιμοδοτών αντικατάστασης σε τακτικούς εθελοντές αιμοδότες (Χλιαουτάκης, 1991). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και το Συμβούλιο της Ευρώπης συνιστούν το αίμα και τα παράγωγά του να συλλέγονται μόνο από τακτικούς, μη αμειβόμενους, εθελοντές αιμοδότες. Η κατανόηση των κινήτρων των εθελοντών αιμοδοτών είναι κρίσιμη όσον αφορά τη βελτίωση της αποδοτικότητας των προγραμμάτων επάνδρωσης και διατήρησής τους (Glynn, 2002). Οποσδήποτε όμως οι μέθοδοι προσέλκυσης από χώρα

σε χώρα ποικίλουν και διαφοροποιούνται ανάλογα με την κοινωνικοοικονομική δομή και την κουλτούρα κάθε χώρας (Rouger&Hossenlopp, 2005). Η στάση των αιμοδοτών απέναντι στην αιμοδοσία, τα χαρακτηριστικά που τους διακρίνουν, οι γνώσεις και οι απόψεις τους, καθώς και οι κινητήριες δυνάμεις που τους ωθούν να δώσουν αίμα, είναι στοιχεία προς διερεύνηση, με ιδιαίτερο ενδιαφέρον σε σχέση πάντοτε με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά που ενδεχομένως να επηρεάζουν ή να διαφοροποιούν τα παραπάνω (Dhingra, 2002).

Η παρούσα έρευνα έρχεται να προσθέσει στοιχεία στις ήδη υπάρχουσες μελέτες. Αφορά το Νοσοκομείο «Ασκληπιείο Βούλας» που καλύπτει τις ανάγκες όλης της Νότιας Αττικής. Το Νοσοκομείο αν και από το 1985 είναι Γενικό Νοσοκομείο, λειτουργεί κατεξοχήν ως τραυματολογικό κέντρο. Η μελέτη αυτή έχει ως στόχο τη αποτύπωση της διακίνησης του αίματος και των παραγώγων του καθώς και τη καταγραφή των χαρακτηριστικών των αιμοδοτών του συγκεκριμένου νοσοκομείου, στο οποίο έγινε η διεξαγωγή της μελέτης, ώστε να διαπιστωθούν οι αδυναμίες στο υπάρχον σύστημα προσέλευσης και να γίνουν βελτιώσεις.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΤΟ ΑΙΜΑ

Αίμα είναι το υγρό που κυκλοφορεί στο αγγειακό σύστημα των ανθρώπων. Η κυκλοφορία του γίνεται διαμέσου της καρδιάς, των αρτηριών, των φλεβών και των τριχοειδών αγγείων. Οι κυριότερες λειτουργίες που επιτελεί είναι η μεταφορά θρεπτικών ουσιών, ορμονών, βιταμινών, θερμότητας και οξυγόνου στους ιστούς και την απομάκρυνση άχρηστων ουσιών που παράγονται κατά τον μεταβολισμό και του διοξειδίου του άνθρακα (Ελευθερίου, 2007). Επιπλέον, παρέχει άμυνα κατά των λοιμώξεων μέσω της δράσης των λευκών αιμοσφαιρίων και των αντισωμάτων και συμμετέχει στη διατήρηση της οξεοβασικής ισορροπίας του οργανισμού (Williams, 1990).

Το αίμα διασχίζει το ανθρώπινο σώμα με μέση ταχύτητα 2 χιλιόμετρα την ώρα, καλύπτοντας όλο το δίκτυο των αιμοφόρων αγγείων, των οποίων η επιφάνεια υπολογίζεται σε 8.000 τετραγωνικά μέτρα. Περιέχει αέρια όπως το οξυγόνο, το διοξείδιο του άνθρακα και το άζωτο και μεταφέρει επίσης σε μικρές ποσότητες μια μεγάλη ποικιλία διαλυμένων χημικών ουσιών, στις οποίες περιλαμβάνονται υδατάνθρακες (γλυκόζη), πρωτεΐνες (λευκώματα), ορμόνες, λίπη και αζωτούχες ενώσεις. Ένας υγιής ενήλικας διαθέτει περίπου 5 με 6 λίτρα αίματος, τα οποία αντιστοιχούν στο 7-8% το συνολικού βάρους του σώματός του (Τρακατέλλης, 1992),(Garetta, 1989).

1.1 ΣΥΣΤΑΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ

Το αίμα αποτελείται από το πλάσμα (άμορφο συστατικό), που είναι το μέσο μεταφοράς των συστατικών του αίματος στο κυκλοφορικό σύστημα. Στο πλάσμα περιέχονται (αιωρούνται) τρεις τύποι κυττάρων, καλούμενα στο σύνολό τους αιμοσφαίρια, που αποτελούν και το 45% του συνολικού όγκου του αίματος. Αυτά είναι: τα ερυθρά αιμοσφαίρια ή ερυθροκύτταρα, τα λευκά αιμοσφαίρια ή λευκοκύτταρα και τα αιμοπετάλια, ή θρομβοκύτταρα ή θραύσματα κυττάρων (Barnard, 1986).

Το πλάσμα είναι το μεγαλύτερο κύριο συστατικό του αίματος και αποτελεί το 55% του όγκου του. Περιέχει νερό, ηλεκτρολύτες, πρωτεΐνες (κυρίως αλβουμίνη), σφαιρίνες και παράγοντες πήξης. Η χρήση του πρέπει να περιορίζεται μόνο στην αποκατάσταση των παραγόντων πήξης. Για την καλύτερη διατήρηση των παραγόντων πήξης, μερικοί από τους οποίους χάνουν τη σταθερότητά τους στο ψυγείο (κυρίως ο VIII και ο V), το πλάσμα πρέπει να καταψύχεται μέσα σε 8 ώρες από την αιμοληψία και να φυλάσσεται σε θερμοκρασία <-10C (Currie, 2004). Το πλάσμα αυτό λέγεται φρεσκοκατεψυγμένο (FFP) και διατηρεί ικανοποιητική δραστητικότητα όλων των παραγόντων πήξης.

Παράγωγα του πλάσματος είναι τα ακόλουθα:

- Η λευκωματίνη (Albumin)
 - Οι ανοσοσφαιρίνες (Immunoglobulins)
 - Ο παράγοντας VIII της πήξης (factor VIII)
 - Το προθρομβινικό σύμπλεγμα (Prothrombin complex, PPSB, factors II, VII, IX και X) και ο συμπυκνωμένος παράγοντας IX της πήξης (factor IX)
 - Ο παράγοντας VII της πήξης (factor VII)
 - Τα ενεργοποιημένα σκευάσματα προθρομβινικού συμπλέγματος ή ο κεκαθαρμένος ενεργοποιημένος παράγοντας VII
 - Το ινωδογόνο (Fibrinogen)
 - Ο παράγοντας XIII (factor XIII)
 - Η αντιθρομβίνη III (AT III)
 - Η φιβρονεκτίνη (Fibronectin)
 - Ο ανασταλτής του παράγοντα I του συμπληρώματος (C1- Inhibitor)
- (Τσεβρένης, 1984).

Τα ερυθρά αιμοσφαίρια ή ερυθροκύτταρα (RBC) αποτελούν το 38% - 48% του πλήρους αίματος. Είναι τα πιο πολυάριθμα κύτταρα σε κυκλοφορία και δίνουν στο αίμα το χαρακτηριστικό κόκκινο χρώμα του μέσω της αιμοσφαιρίνης που περιέχουν. Η λειτουργία τους περιλαμβάνει τη διατήρηση των ιστών στη ζωή καθώς μεταφέρουν σε αυτούς οξυγόνο από τους πνεύμονες και απομακρύνουν το διοξείδιο του άνθρακα προς την αντίθετη κατεύθυνση. Έχουν το σχήμα αμφίκοιλων δίσκων διαμέτρου 8 μικρόμετρα και πάχους 2. Παράγονται από τον μυελό των οστών και δεν έχουν πυρήνα, ενώ ο μέσος όρος ζωής τους είναι 120 ημέρες. Είναι πολύ ελαστικά κύτταρα και αυτή τους η ιδιότητα τους επιτρέπει να

περνούν από τα τριχοειδή αγγεία. Η εκατοστιαία αναλογία ερυθρών αιμοσφαιρίων ανά μονάδα όγκου αίματος ονομάζεται αιματοκρίτης (Ηλιόπουλος, 1999).

Τα λευκά αιμοσφαίρια, λευκοκύτταρα ή κοκκιοκύτταρα (WBC) είναι άχρωμα ή λευκού χρώματος κύτταρα με πυρήνα. Διαδραματίζουν ζωτικό ρόλο, λειτουργώντας ως η πρώτη γραμμή άμυνας του οργανισμού εναντίον των λοιμωδών παραγόντων όπως τα βακτήρια, οι ιοί, οι μύκητες και τα παράσιτα. Αποτελούνται από διάφορους τύπους κυττάρων που καθένας συμβάλλει με διαφορετικό τρόπο στην πρόληψη και την καταπολέμηση των λοιμώξεων, αλλά και στην ανάπλαση των ιστών. Μπορούν να κατευθύνονται προς τις περιοχές του οργανισμού όπου αυτός έχει προσβληθεί, όπως φλεγμονές, εγκαύματα, πληγές, και να κατατρώνε και να αποβάλλουν με φαγοκύτωση μικρότερα τους οργανικά μόρια. Σχηματίζονται στους μυελοβλάστες του μυελού των οστών, στο σπλήνα και τους λεμφαδένες. Κατά κανόνα είναι επίσης υπεύθυνα για την ιστοσυμβατότητα κατά τις μεταμοσχεύσεις οργάνων, καθώς, αν δεν υφίσταται ιστοσυμβατότητα, τα λευκά αιμοσφαίρια "επιτίθενται" στο μόσχευμα, θεωρώντας το "ξένο σώμα" και σταδιακά προκαλούν την καταστροφή του (Γαρδίκας, 1989).

Τα αιμοπετάλια είναι κυτταρικά θραύσματα, μήκους 2 - 4, τα οποία αποτελούν λιγότερο από το 1% του πλήρους αίματος. Παίζουν καθοριστικό ρόλο στην πήξη του αίματος και την αιμόσταση, δηλαδή στην αναστολή της αιμορραγίας ή της κυκλοφορίας μέσω έκκρισης του ενζύμου της θρομβοκινάσης. Δημιουργούν το φαινόμενο της πήξης του αίματος, με αποτέλεσμα να αποτρέπεται η διαρροή αίματος από τις πληγές. Τα αιμοπετάλια παράγονται από το μυελό των οστών (Σαχίνη-Καρδάση Α. 2004).

Σε ένα κυβικό εκατοστό αίματος υγιούς ανθρώπου βρίσκονται 4 με 5.000.000 ερυθρά αιμοσφαίρια, 4.000 με 11.000 λευκά και 150.000 με 300.000 αιμοπετάλια. Το πιο σημαντικό από τα λευκώματα που μεταφέρει το αίμα είναι η αιμοσφαιρίνη, η οποία είναι μια είναι μεταλλοπρωτεΐνη με σίδηρο, που περιέχεται στα ερυθρά αιμοσφαίρια. Η λειτουργία της αιμοσφαιρίνης αφορά στη μεταφορά οξυγόνου στους ιστούς και την απαγωγή του διοξειδίου του άνθρακα από αυτούς. Υπάρχει μόνο στα ερυθρά αιμοσφαίρια και είναι αυτή ουσιαστικά που δίνει στο αίμα το χαρακτηριστικό του χρώμα. Η ποσότητά της στο αίμα μετριέται σε

γραμμάρια αιμοσφαιρίνης ανά 100 κυβικά εκατοστά (cc) αίματος. Ο ενήλικας έχει συνήθως μέσο όρο αιμοσφαιρίνης 14 g/100 cc (Jandi 1989).

1.2 ΟΜΑΔΕΣ ΑΙΜΑΤΟΣ - ΣΥΣΤΗΜΑ RHESUS

Η ομάδα αίματος (ή τύπος αίματος) είναι μια ταξινόμηση του αίματος βασισμένη στην παρουσία ή απουσία κληρονομούμενων αντιγονικών συστατικών στην επιφάνεια των ερυθρών κυττάρων. Σήμερα έχει βρεθεί ότι τα αντιγόνα των ερυθρών είναι περισσότερα από 250. Σπουδαιότερα όμως εξακολουθούν να παραμένουν τα αντιγόνα A και B τα οποία ανακαλύφθηκαν πρώτα και ανήκουν στο σύστημα αντιγόνου ABO και καθορίζουν τις ομάδες αίματος. Το σύστημα ABO άνοιξε το δρόμο για την ασφαλή μετάγγιση αίματος και εξακολουθεί και σήμερα να είναι το πιο σημαντικό στη μετάγγιση (Βοργίας & Λαουτάρης, 1990). Οι ομάδες αίματος μεταβιβάζονται κληρονομικά απ' τους πρόγονους στους απόγονους. Η κληρονομικότητα των ομάδων αίματος αποδείχθηκε το 1924 από τον Bernstein και η γνώση τους είναι εξαιρετικά χρήσιμη στην Ιατροδικαστική (έλεγχος πατρότητας), σε ανθρωπολογικές μελέτες αλλά κυρίως για τη σωστή και ασφαλή μετάγγιση αίματος στην κλινική πράξη (Τσεβρένη και Κοντοπούλου-Γρίβα, 1991).

Στην ομάδα αίματος A, τα ερυθρά αιμοσφαίρια φέρουν το αντιγόνο A στη μεμβράνη τους, στην ομάδα αίματος B φέρουν το αντιγόνο B, στην ομάδα αίματος AB τα ερυθρά αιμοσφαίρια φέρουν τόσο το αντιγόνο A όσο και το B στη μεμβράνη τους ενώ στην ομάδα αίματος O, τα ερυθρά αιμοσφαίρια δε φέρουν κανένα αντιγόνο. Η ομάδα AB είναι πανδέκτης, γιατί ο ορός της δεν έχει συγκολλητίνες και έτσι μπορεί να δεχτεί αίμα οποιασδήποτε ομάδας χωρίς να συγκολλήσει τα αιμοσφαίρια του μεταγγιζόμενου αίματος. Η ομάδα O μπορεί να δώσει αίμα στις ομάδες O, A, B και AB. Η ομάδα A μπορεί να δώσει αίμα στις ομάδες A και AB. Η ομάδα B μπορεί να δώσει αίμα στην ομάδα B και AB. Στις μεταγγίσεις προτιμάται να δίνεται στον άρρωστο αίμα της ίδιας ομάδας μ' αυτόν και μόνο αν δεν υπάρχει χορηγείται αίμα άλλης κατάλληλης ομάδας (Rigutti, 2000). Τα ποσοστά των ομάδων αίματος στον πληθυσμό της Ελλάδας είναι:

O 44,39% A 37,93% B 12,93% AB 4,75%

Το σύστημα Rhesus ή Rh ανακαλύφθηκε στα ερυθρά αιμοσφαίρια του πιθήκου *Macacus rhesus* (απ' όπου και το όνομά του) και υπάρχει στο 85% περίπου του ανθρώπινου πληθυσμού. Σήμερα είναι γνωστά περίπου 40 αντιγόνα που ανήκουν στο σύστημα Rhesus. Από αυτά τα κύρια και βασικά είναι πέντε, τα C, D, E, c, e. Τα άτομα χαρακτηρίζονται θετικά ή αρνητικά κατά Rh, ανάλογα με την ύπαρξη ή μη του αντιγόνου D. Η σημασία του παράγοντα Rh είναι η εξής: ότι αν μεταγγιστεί σε άτομα που δεν έχουν τον παράγοντα αυτό, αίμα ατόμων που τον έχουν, τότε τα Rh αρνητικά άτομα μπορεί να σχηματίσουν αντισώματα για τον παράγοντα αυτό, με αποτέλεσμα σοβαρές αντιδράσεις ασυμβατότητας σε νέες μεταγγίσεις αίματος Rh θετικού. Φυσιολογικά αντισώματα αντί - Rh δεν υπάρχουν στον ορό του αίματος του ανθρώπου και η παραγωγή αυτών γίνεται μόνο ύστερα από ευαισθητοποίηση, δηλαδή α) ύστερα από επανειλημμένες μεταγγίσεις αίματος Rh - θετικού δότη σε Rh - αρνητικό δέκτη β) κατά την κύηση Rh - θετικού εμβρύου από Rh - αρνητική μητέρα. Στην περίπτωση αυτή η μητέρα παράγει αντισώματα αντί - Rh, τα οποία προκαλούν στο έμβryo διάφορες βλάβες. (Βοργιάς & Λαουτάρης, 1990). Αν η Rh - αρνητική μητέρα δεν έχει ευαισθητοποιηθεί από προηγούμενες μεταγγίσεις αίματος, κατά την πρώτη εγκυμοσύνη συνήθως δεν παρατηρούνται βλάβες στο έμβryo, γιατί η ποσότητα των παραγόμενων αντισωμάτων δεν προλαβαίνει να αυξηθεί σε επικίνδυνα επίπεδα, οι βλάβες όμως παρατηρούνται στις επόμενες εγκυμοσύνες και οι κυριότερες είναι:

- η αιμολυτική νόσος των νεογνών
- η εμβρυϊκή ερυθροβλάστωση
- ο συγγενής ύδρωπας

Έτσι οι ομάδες αίματος ως προς το σύστημα ABO και RHESUS, είναι οι εξής οκτώ: O(+), A(+), B(+), AB(+), O(-), A(-), B(-), AB(-) (Ελευθερίου, 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΩΓΩΝ

Μετάγγιση αίματος ονομάζεται η διαδικασία μεταφοράς αίματος ή παραγώγων του μέσω της ενδοφλέβιας οδού από ένα άτομο που λέγεται δότης ή αιμοδότης στο κυκλοφορικό σύστημα ενός άλλου ατόμου που λέγεται λήπτης ή αιματολήπτης. Προϋπόθεση για την επιτυχία της μετάγγισης είναι η συμβατότητα του αίματος του λήπτη και του δότη. Η μετάγγιση αίματος σε πολλές περιπτώσεις είναι απαραίτητη για τη διατήρηση της ζωής. Είναι επίσης

συνυφασμένη με τη διατήρηση καλής ποιότητας ζωής σε ασθενείς με ποικίλες παθολογικές καταστάσεις, κληρονομικές και επίκτητες (Prowan, 1999).

2.1 ΜΕΤΑΓΙΣΗ ΠΑΡΑΓΩΓΩΝ

Πρέπει να σημειωθεί ότι εκτός από την ολική μετάγγιση αίματος, τις περισσότερες φορές γίνεται μετάγγιση παράγωγου αίματος. Συγκεκριμένα μπορεί να γίνει μετάγγιση:

α) ερυθρών αιμοσφαιρίων (προϊόν αίματος που λαμβάνεται με αφαίρεση ενός μέρους του πλάσματος από ολικό αίμα, χωρίς περαιτέρω επεξεργασία). Τα ερυθρά διαχωρίζονται από το πλάσμα με φυγοκέντρηση ή με καθίζηση. Πρέπει να έχουν όγκο 280+60 ml και Hct 70%+₋5% ανά μονάδα,

β) ερυθρών αιμοσφαιρίων από τα οποία έχουν αφαιρεθεί τα λευκά αιμοσφαίρια, (προϊόν που παρασκευάζεται με διαχωρισμό ενός μέρους του πλάσματος και της στοιβάδας των λευκών αιμοσφαιρίων από τα ερυθροκύτταρα),

γ) πλυμένων ερυθρών αιμοσφαιρίων (προϊόν που παρασκευάζεται από ολικό αίμα με φυγοκέντρηση και απομάκρυνση του πλάσματος που ακολουθείται από πλύση των ερυθροκυττάρων σε ισότονο διάλυμα),

δ) ερυθρών αιμοσφαιρίων που είναι αποθηκευμένα σε παγωμένη κατάσταση,(προϊόν που παρασκευάζεται από ολικό αίμα του οποίου τα ερυθροκύτταρα καταψύχονται, κατά προτίμηση μέσα σε 7 ημέρες από τη συλλογή του αίματος και με προσθήκη κάποιου υπερπροστατευτικού παράγοντα και αποθηκεύονται σε θερμοκρασία -80 βαθμούς C ή χαμηλότερη)

ε) ακτινοβολημένων ερυθρών αιμοσφαιρίων. Τα ερυθρά αιμοσφαίρια συντηρούνται σε ψυγείο σε θερμοκρασία 2-6 βαθμούς για 35-42 ημέρες αν προστεθεί αντιπηκτικό.

στ) αιμοπεταλίων. Τα συμπυκνωμένα αιμοπετάλια (PLT) είναι εναιώρημα αιμοπεταλίων, σε πλάσμα το οποίο παρασκευάζεται με φυγοκέντρηση ολικού αίματος. Το ολικό αίμα, το οποίο χρησιμοποιείται, δεν πρέπει να έχει υπερβεί τις έξι ώρες από τη συλλογή του και η συντήρησή του σε αυτό το χρονικό διάστημα πρέπει να γίνεται σε θερμοκρασία 20-24 βαθμούς C. Τα αιμοπετάλια συντηρούνται για 5 ημέρες σε θερμοκρασία 20-24 βαθμούς σε ανακινητήρα. Σε περιστατικά που χρειάζονται μετάγγιση μεγάλου αριθμού αιμοπεταλίων, γίνεται αιμοπεταλιοαφαίρεση (η οποία αναλύεται στη συνέχεια) (Κοντοπούλου, 1989).

ζ) πλάσματος. Πρόσφατο κατεψυγμένο πλάσμα είναι το πλάσμα που αποχωρίζεται από μια μονάδα ολικού αίματος και μετά καταψύχεται. Το πλάσμα δοτών που περιέχει μη

αναμενόμενα αντισώματα με κλινική σημασία, δεν πρέπει να χρησιμοποιείται για παρασκευή πρόσφατου κατεψυγμένου πλάσματος (Σαχίνη-Καρδάση και Πάνου, 1985). Η χρήση του πρέπει να περιορίζεται μόνο στην αποκατάσταση των παραγόντων πήξης. Για την καλύτερη διατήρηση των παραγόντων πήξης, μερικοί από τους οποίους χάνουν τη σταθερότητά τους στο ψυγείο (κυρίως ο VIII και V), το πλάσμα πρέπει να καταψύχεται μέσα σε 8 ώρες από την αιμοληψία και να φυλάσσεται σε καταψύκτη σε θερμοκρασία -30 βαθμούς C για ένα έτος. Το πλάσμα αυτό λέγεται φρεσκοκατεψυγμένο (FFP) και διατηρεί ικανοποιητική δραστητικότητα όλων των παραγόντων πήξης (McClelland, 2001).

Η εφαρμογή της τεχνικής της Αιμαφαίρεσης άνοιξε νέους ορίζοντες στη θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών με κακοήθη κυρίως νοσήματα. Αιμαφαίρεση καλείται η αφαίρεση ολικού αίματος από υγιή αιμοδότη ή από ασθενή, τον εν συνεχεία διαχωρισμό στα συστατικά του, , την κατακράτηση με φυγοκέντρηση του επιθυμητού κάθε φορά παραγώγου και την επιστροφή των υπολοίπων συστατικών στον αιμοδότη ή τον ασθενή (Αθανάτου, 2003). Ανάλογα με το συστατικό του αίματος που κατακρατείται, η αιμαφαίρεση διακρίνεται σε:

- Πλασμαφαίρεση: γίνεται από υγιείς αιμοδότες για να ληφθεί πλάσμα με σκοπό τη μετάγγιση ή για την επεξεργασία και παραγωγή παραγόντων πλάσματος. Η επιλογή των αιμοδοτών γίνεται με τα ίδια κριτήρια επιλογής που ισχύουν για τους αιμοδότες ολικού αίματος,
- Λευκοκυτταροαφαίρεση: μπορεί να αφορά είτε τα κοκκιοκύτταρα ή τα λεμφοκύτταρα,
- Ερυθροκυτταροαφαίρεση: εφαρμόζεται για τη συλλογή των νεοκυττάρων (νεαρών ερυθροκυττάρων) από φυσιολογικούς δότες,
- Αιμοπεταλιοαφαίρεση: εφαρμόζεται σε υγιείς εθελοντές αιμοδότες όπου γίνεται αφαίρεση και συλλογή πλάσματος πλουσίου σε αιμοπετάλια και επιστροφή των υπολοίπων συστατικών του αίματος στον αιμοδότη.(Politis 2000), Marantidou et al. 2007). Η επιλογή του δότη αιμοπεταλίων γίνεται με τα ίδια ακριβώς κριτήρια επιλογής των αιμοδοτών ολικού αίματος με μόνα σημεία διαφοροποίησης: δότες με χαμηλή αιμοσφαιρίνη δεν αποκλείονται ως αιμοπεταλιοδότες και το διάστημα μεταξύ δύο αιμοπεταλιοαφαιρέσεων πρέπει να είναι τουλάχιστον 48 ώρες. Αιμοπετάλια μπορεί να προσφέρει ο εθελοντής κάθε εβδομάδα. Πριν γίνει η αιμοπεταλιοαφαίρεση,

εξετάζεται ο Ht-Hb, τα λευκά αιμοσφαίρια και τα αιμοπετάλια του αιμοδότη (πρέπει να είναι >200.000 κκχ.) (Trimmel et al, 2005). Ο όγκος του συλλεγόμενου πλάσματος είναι 300-350ml, η δε πρόσμιξη των λευκών αιμοσφαιρίων είναι ελάχιστη, ιδιαίτερα αν η συλλογή έγινε με σύστημα διπλής φλεβοκέντησης. Η περιεκτικότητα σε λευκά αιμοσφαίρια είναι ελάχιστη κι αυτό είναι ένα σημαντικό πλεονέκτημα της μεθόδου γιατί μειώνεται αισθητά ο κίνδυνος ανάπτυξης στον άρρωστο των αντιλευκοκυτταρικών αντισωμάτων και η εμφάνιση αντιδράσεων κατά την μετάγγιση των αιμοπεταλίων (Andaleeb, 1995).

2.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Στο Λονδίνο το 1818 γίνεται η πρώτη μετάγγιση ανθρώπινου αίματος στο νοσοκομείο St. Guy's Hospital, δυστυχώς χωρίς επιτυχία. Ο ασθενής έλαβε μείγμα αίματος διαφόρων δοτών και πέθανε. Το 1874 ο Sir William Osler παρατηρεί ότι μικρά κυτταρικά θραύσματα από τον μυελό των οστών συμμετέχουν στη δημιουργία θρόμβων που θα μετονομαστούν στην συνέχεια σε αιμοπετάλια. Το 1901 Ο Αυστριακός Karl Landsteiner δημοσιεύει εργασία με την ανακάλυψη των τριών βασικών ομάδων αίματος A, B και C, την οποία αργότερα μετονομάζει σε O (Μανδαλάκη, 1989).

Το 1902 Οι συνεργάτες του Landsteiner Alfred von Decastello και Adriano Sturli βρίσκουν μία τέταρτη ομάδα αίματος (AB) η οποία προκαλεί συγκόλληση των ερυθρών και των δύο ομάδων A και B. Στη Νέα Υόρκη ο Dr.Reuben Ottenberg πραγματοποιεί την πρώτη μετάγγιση χρησιμοποιώντας τον έλεγχο συμβατότητας, και για τα επόμενα χρόνια χρησιμοποιεί με επιτυχία τη διαδικασία σε 128 περιπτώσεις, κατ ουσία εξαλείφοντας τις αντιδράσεις μετάγγισης. Πρέπει να σημειωθεί ότι ο Moss το 1914 είναι ο πρώτος που χρησιμοποίησε την δοκιμασία συμβατότητας πριν από κάθε μετάγγιση αίματος (Mascaretti, 2004).

Ο Dr. Richard Lewisohn του νοσοκομείου Mount Sina στη Νέα Υόρκη, ανακαλύπτει το 1915 ότι το κιτρικό νάτριο έχει αντιπηκτική επίδραση στο αίμα. Η ανακάλυψη αυτή κάνει περιττή την κατευθείαν μετάγγιση αίματος, αφού το αίμα του δότη πλέον μπορεί να συντηρηθεί. Ο πόλεμος του 1914-18 και δυστυχώς οι επόμενοι πόλεμοι του 1939-45 στην

Κορέα και το Βιετνάμ, όχι μόνον αύξησαν τις μεταγγίσεις αίματος, αλλά τελειοποίησαν την τεχνική στον τομέα της λήψης και συντήρησης του αίματος. Τον Οκτώβριο του 1921 στο Λονδίνο ιδρύθηκε ο πρώτος σταθμός μετάγγισης αίματος. Η πρώτη επίσημη υπηρεσία αιμοδοσίας ιδρύθηκε στο Παρίσι το 1923. Η αιμοδοσία γινόταν εθελοντικά και χωρίς αντάλλαγμα. Αργότερα ιδρύθηκαν υπηρεσίες αιμοδοσίας και σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες (Σπανός, 2001).

Το 1930 οι Σοβιετικοί πρώτοι καθιέρωσαν ένα δίκτυο υπηρεσιών για τη συλλογή και συντήρηση αίματος προοριζόμενοι για μετάγγιση στα νοσοκομεία. Ομάδα αναισθησιολόγων το 1935 στην Mayo Clinic έχοντας οργανώσει δύο χρόνια νωρίτερα μία υπηρεσία αιμοδοσίας, ξεκίνησαν πρώτοι τη συντήρηση αίματος με κιτρικά και τη χρήση του για μεταγγίσεις στα πλαίσια νοσηλευτικών ιδρυμάτων στις ΗΠΑ. Το 1936 Τον Αύγουστο ο ιατρός Federico Duran-Jorda ίδρυσε την υπηρεσία αιμοδοσίας της Βαρκελώνης. Η υπηρεσία συνέλεγε αίμα, το συντηρούσε κατά ομάδες και το αποθήκευε σε φιάλες υπό συνθήκες ψύξης, ενώ το μετέφερε με αυτοκίνητα που διέθεταν ψυγεία στην πρώτη γραμμή του μετώπου κατά τον Ισπανικό εμφύλιο πόλεμο (Καλλίνικου – Μανιάτη, 2002).

Το 1940 οι Karl Landsteiner και Alexander Wiener ανακάλυψαν το Rh με πειράματα που πραγματοποιούσαν με ερυθρά αιμοσφαίρια πιθήκων Rhesus και ταυτοποιούσαν το αντίσωμα που έβρισκαν οι Levine και Steston ως anti-Rh. Το 1948 Ο Dr. Carl W. Walter, χειρουργός, σχεδίασε έναν πλαστικό ασκό για τη συλλογή αίματος. Πριν από αυτόν γινόταν χρήση γυάλινων φιαλών, όμως το γεγονός ότι ήταν εύθραυστες και επιρρεπείς στις επιμολύνσεις, τον κατεύθυναν να επινοήσει ένα άθραυστο και ευκολότερα μεταφερόμενο σύστημα με τη χρήση πλαστικού, η ανακάλυψη του οποίου αποτέλεσε μία επανάσταση για τη συλλογή αίματος (Dougan et al., 2004).

Η πρώτη εξέταση που εφαρμόστηκε υποχρεωτικά τη δεκαετία του 1950 ήταν για την ανίχνευση της σύφιλης και συνεχίζεται μέχρι σήμερα. Το 1971 Ο Dr. Baruch Blumberg του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας προσδιόρισε μία ουσία στην επιφάνεια του ιού της ηπατίτιδας Β, η οποία επάγει την παραγωγή αντισωμάτων. Η εργασία του αυτή οδήγησε στην ανάπτυξη μεθόδου ελέγχου της παρουσίας αντισωμάτων της ηπατίτιδας Β, ανιχνεύοντας έτσι τους μολυσμένους αιμοδότες. Αυτή η μέθοδος ελέγχου έγινε πλέον υποχρεωτική. Το 1984 Ο

Dr. Robert Gallo στις 23 Απριλίου ανακοίνωσε σε συνέντευξη τύπου ότι ταυτοποίησε τον ιό που προκαλεί το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας, τον οποίο ονόμασε HTLV-III (human T-cell lymphotropic virus). (Μακρής και συν, 2001).

Από το 1985, άρχισε ο έλεγχος για τον ιό του AIDS (HIV) προσδιορίζοντας αντισώματα για τον τύπο I και από το 1992, σε συνδυασμό για τους τύπους του ιού I και II. Από το 1988, άρχισε ο έλεγχος προσδιορισμού αντισωμάτων για τον ιό HTLV-I και από το 1997, σε συνδυασμό με τον ιό HTLV-II. Το 1995, το αντιγόνο p24 για τον HIV-I προστέθηκε σε συνδυασμό με τις εξετάσεις για τα αντισώματα HIVI/II και προκάλεσε κλείσιμο του παραθύρου στην ανίχνευση του AIDS, γιατί το αντιγόνο του ιού p24 εμφανίζεται νωρίτερα από τα αντισώματα. Εξετάσεις μοριακής ανίχνευσης (NAT) για HIV-I και ηπατίτιδα C (HCV) ξεκίνησαν το 1999, ενώ στις ΗΠΑ άρχισε ο έλεγχος με NAT για τον ιό του Δυτικού Νείλου (WNV) από το 2003. Από το 2007 επίσης, στις ΗΠΑ άρχισε να εφαρμόζεται σε αρκετές περιοχές που υπάρχουν πολλοί ισπανόφωνοι μετανάστες από χώρες της Λατινικής Αμερικής, έλεγχος του αίματος για νόσο του 'Chagas' (Πολίτη, 2011).

Σήμερα όλες οι μονάδες αίματος ελέγχονται για: α) ερυθρο-κυτταρικά αντιγόνα ABO – Rh β) σύφιλη, γ) Ηπατίτιδα B και C δ) HIV και ε) HTLV. Ο εργαστηριακός έλεγχος κάθε μονάδας αίματος αποτελεί το πιο δραστικό προστατευτικό μέτρο για την πρόληψη μετάδοσης με τη μετάγγιση. Διαχρονικά παρατηρείται προσθήκη εξετάσεων που προσαρμόζονται στην επιστημονική πρόοδο και στην εμφάνιση νέων μολυσματικών παραγόντων (Haem, 2001).

Βέβαια, στα ανεπτυγμένα συστήματα υγείας, με τις πολύ ευαίσθητες τεχνικές ελέγχου που βραχύνουν σημαντικά την περίοδο “παράθυρου” ο εκτιμώμενος κίνδυνος των μετά μεταγγιση γνωστών ιώσεων (HIV, HCV, HBV) έχει δραματικά μειωθεί. Η μόνη μέθοδος περαιτέρω βελτίωσης της ασφάλειας του αίματος παραμένει η πολύ προσεκτική, με αυστηρά κριτήρια, επιλογή των αιμοδοτών, που οδηγεί όμως σε αυξημένη απόρριψη αιμοδοτών, αύξηση του κόστους του αίματος και των παραγώγων του, αλλά και στην ανεπάρκεια αίματος. Η πιστή τήρηση της ποιότητας του εργαστηριακού ελέγχου και η σωστή εκτίμηση της καταλληλότητας του αιμοδότη είναι δυνατόν να ελαχιστοποιήσουν τον κίνδυνο μετάδοσης νοσημάτων μέσω του αίματος. Ο κίνδυνος δεν θα είναι ποτέ μηδενικός όσο υπάρχει η περίοδος παραθύρου μεταξύ λοίμωξης και Ορομετατροπής (Allain et al. 1998).

2.3 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Πρώτη μετάγγιση αίματος πραγματοποιήθηκε το 1916 στην Πολυκλινική Αθηνών από τον καθηγητή Σπύρο Οικονόμου. Χρησιμοποίησε αίμα που πήρε από τον βοηθό του Μ. Πατρικαλάκη. Ο Σπ.Οικονόμου ενδιαφέρθηκε πάντοτε για το θέμα της μετάγγισης και χρησιμοποίησε αίμα πλακούντα, συντηρημένο στη Τράπεζα Αίματος που είχε οργανώσει στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο. Σύμφωνα πάντοτε με έρευνα του Μικέ Παϊδούση, κατά τους Βαλκανικούς και τον πρώτο Παγκόσμιο πόλεμο, δεν πραγματοποιήθηκαν μεταγγίσεις αίματος στην Ελλάδα (Φαρμάκη, 2005).

Το 1931 ο Ι. Καλαϊτζής ανακοίνωσε την πραγματοποίηση 22 μεταγγίσεων με τη συσκευή Ochlecker στο νοσοκομείο Ευαγγελισμός. Το 1935 ο Ν. Πετσάλης πραγματοποίησε μεταγγίσεις αίματος πλακούντα. Αργότερα και μέχρι το 1938 έγιναν 1935 μεταγγίσεις με άμεση και έμμεση μέθοδο χωρίς συντήρηση του αίματος. Με την άμεση μέθοδο ο αιμοδότης, στον οποίο γινότανε αποκάλυψη της φλέβας του, βρισκόταν κοντά στον ασθενή και το αίμα μεταγγιζόταν με τη βοήθεια συσκευής Ochlecker, Beck ή Jube αμέσως. Με την έμμεση μέθοδο, που και πάλι ο αιμοδότης ήταν κοντά στον ασθενή, η λήψη γινόταν μέσα σε κύλινδρο με κιτρικό νάτριο και μεταγγιζόταν στον ασθενή με σύριγγες (Αρσένη, 1994).

Από την αιμοδοσία του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, της οποίας πρώτος Διευθυντής υπήρξε ο Μ. Παϊδούσης, διατέθηκε το 1939 συντηρημένο αίμα για μετάγγιση. Η προπαρασκευαστική εργασία ήταν ιδιαίτερα κοπιαστική, το αίμα λαμβανόταν σε σύριγγες των 60 ml που περιείχαν κιτρικό και γλυκόζη και το συντηρούσαν στο ψυγείο. Η πολύτιμη προσφορά της μετάγγισης συντηρημένου αίματος με την ευθύνη της Αιμοδοσίας του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού φάνηκε κατά τον Ελληνοϊταλικό πόλεμο και την κατοχή. Με την βοήθεια της μετάγγισης σώθηκαν τότε χιλιάδες τραυματισμένοι και ασθενείς (Καλλίνικου –Μανιάτη, 1983).

2.4 ΑΥΤΟΛΟΓΗ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ

Η έκθεση του ασθενούς σε αλλογενές αίμα και παράγωγα συνδέεται με κινδύνους, περιλαμβανομένων των λοιμώξεων που μεταδίδονται με αυτό και με αντιδράσεις στη μετάγγισή του (Allain et al., 1998). Η αυτόλογη μετάγγιση διαδόθηκε κυρίως στη δεκαετία του '70 με αφορμή την ανησυχία για μετάδοση ηπατίτιδας με τη μετάγγιση και ακόμη περισσότερο στη δεκαετία του 80 λόγω του κινδύνου του AIDS (American Association of Blood Banks, 1990). Παρόλα αυτά η εφαρμογή της εξακολουθεί να είναι περιορισμένη, ενώ μπορεί και θα πρέπει να διαδοθεί, με τις σωστές πάντα προϋποθέσεις και στις κατάλληλες περιπτώσεις (Χλιαουτάκης, 1991).

Με το όρο αυτόλογη μετάγγιση ή αυτομετάγγιση καλείται η λήψη αίματος από ένα άτομο και η μετάγγιση του στο ίδιο άτομο. Η αυτόλογη μετάγγιση περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1818 και χρησιμοποιήθηκε για την αντιμετώπιση μεγάλης αιμορραγίας ή σε σπάνιες περιπτώσεις που η εξεύρεση ομόλογου αίματος ήταν δύσκολη (Gabra et al. 2000). Η αυτόλογη μετάγγιση παρέχει οφέλη - πλεονεκτήματα στο δότη-ασθενή καθώς και στις υπηρεσίες αιμοδοσίας. Η μέθοδος της αυτόλογης μετάγγισης διασφαλίζει ότι ο ασθενής δεν θα προσβληθεί από πιθανούς μολυσματικούς παράγοντες από το αίμα που θα μεταγγιστεί, εκτός εάν είναι ο ίδιος που φέρει τέτοιους παράγοντες (Μαραντίδου –Μπατσάκη, 1988).

Οι προϋποθέσεις για αυτόλογη μετάγγιση είναι οι ακόλουθες: ο δότης (υποψήφιος για χειρουργική επέμβαση), πρέπει να είναι άπυρετος, να έχει αιμοσφαιρίνη 11 g/dl τουλάχιστον ή αιματοκρίτη 33% και να δώσει τη συγκατάθεσή του αφού κατανοήσει τη σημασία της αυτομετάγγισης και τη διαδικασία με την οποία γίνεται (Maniatis, 1983). Μεταξύ δύο αιμοληψιών πρέπει να μεσολαβούν τουλάχιστον 4 ημέρες, η δε τελευταία αιμοδοσία να απέχει 72 ώρες τουλάχιστον από την επέμβαση. Μπορεί να γίνει λήψη ως έξι μονάδων αίματος στο διάστημα 5 ως 6 εβδομάδων πριν από την εγχείρηση (McMican, 1994). Δεν υπάρχει απαγορευτικό όριο ηλικίας, εφαρμόζεται τόσο στα παιδιά όσο και στα ηλικιωμένα άτομα (Vanderline, Heal and Blumberg, 2002).

2.5 ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ ΑΙΜΑΤΟΣ

Παρά τις προόδους που έχουν γίνει στη μεταγγισιοθεραπεία, οι μεταγγίσεις αίματος και των παραγώγων του εξακολουθούν να έχουν ανεπιθύμητες συνέπειες. Τα κυριότερα ανεπιθύμητα αποτελέσματα της μετάγγισης αίματος είναι:

- ευαισθητοποίηση του δέκτη και δημιουργία αντισωμάτων σε αντιγόνα ερυθρών, λευκών, αιμοπεταλίων, πρωτεϊνών πλάσματος με αποτέλεσμα ανοσολογικές αντιδράσεις όπως: αλλεργικές αντιδράσεις urticaria – αναφυλαξία, οφειλόμενες κυρίως σε αντισώματα αντι – IgA
- πυρετικές αντιδράσεις οφειλόμενες σε αντιλευκοκυτταρικά ή αντιαιμοπεταλιακά αντισώματα
- αιμολυτικές αντιδράσεις άμεσες ή επιβραδυνόμενες, οφειλόμενες σε αντιερυθροκυτταρικά αντισώματα
- πυρετικές αντιδράσεις οφειλόμενες σε μόλυνση του αίματος από διάφορα μικρόβια
- επιβράδυνση του κυκλοφορικού συστήματος- πνευμονικό οίδημα
- σύνδρομο αναπνευστικής ανεπάρκειας ιδίως μετά από ογκώδεις μεταγγίσεις
- αντίδραση μοσχεύματος κατά ξενιστού (Graft versus Host Disease)
- μετάδοση νοσημάτων, ηπατίτιδας, (A,B,C και άλλες), ελονοσία, σύφιλη, μεγαλοκυτταροϊός, λοιμώδης μονοπυρήνωση κ.α.
- αρρυθμίες και ανακοπή καρδιάς (αποτέλεσμα γρήγορης μετάγγισης παγωμένου αίματος)
- τοξικότητα αντιπηκτικών (αφορά κυρίως αφαιμαξομετάγγιση νεογνών)
- τοξικότητα του καλίου του πλάσματος, το οποίο είναι αυξημένο σε αίμα συντηρημένο πλέον των δέκα ημερών (αφορά σε αφαιμαξομετάγγιση νεογνών) (Μεριάνου, 1996).

Προκειμένου να επιτυγχάνεται η πρόληψη των αντιδράσεων στη μετάγγιση, θα πρέπει να εφαρμόζονται εθνικές πολιτικές που να διασφαλίζουν την επάρκεια και την ασφάλεια του αίματος. Τα κέντρα αιμοδοσίας πρέπει να εφαρμόζουν σύστημα διασφάλισης ποιότητας, το οποίο να εγγυάται την ποιότητα των παραγώγων αίματος που μεταγγίζονται. Ένα τέτοιο σύστημα πρέπει να διασφαλίζει:

1. Την επιλογή των αιμοδοτών

2. Τη λήψη αίματος και την κλασματοποίηση
3. Τον εργαστηριακό έλεγχο,
4. Την αποθήκευση και τη διανομή των παραγώγων αίματος, ώστε να πραγματοποιούνται σύμφωνα με τις αρχές ορθής πρακτικής
5. Την εφαρμογή πρωτοκόλλων μεταγγισιοθεραπείας από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό των τμημάτων, συμπεριβαλλομένου και του ύστατου ελέγχου ομάδας παρά την κλίνη του ασθενούς, ώστε να αποφεύγονται λάθη μετάγγισης με λάθος ομάδα που είναι τα σοβαρότερα
6. Τη χρήση κατάλληλων υλικών που τηρούν τα διεθνή πρότυπα
7. Την ύπαρξη συστήματος εσωτερικού ποιοτικού ελέγχου ώστε να αξιολογείται σε τακτά διαστήματα και να διασφαλίζεται η ποιότητα των παραγώγων αίματος

Οι μη συμμορφώσεις θα πρέπει να καταγράφονται για αποφυγή επανάληψης στο μέλλον (Μαραντίδου - Μπατσάκη, 1988).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ – ΔΩΡΟ ΖΩΗΣ

3.1 ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ

Η Αιμοδοσία είναι η προσφορά ποσότητας αίματος από υγιείς δότες, η οποία θα χρησιμοποιηθεί για μετάγγιση σε ασθενείς που πάσχουν από οξεία ή χρόνια νοσήματα. Πρόκειται για μια ιατρική πράξη ζωτικής σημασίας, διότι το ανθρώπινο αίμα αποτελεί εθνικό πόρο και πρέπει να προσφέρεται σε εκείνους τους ανθρώπους των οποίων η ζωή ή η υγεία εξαρτάται από τη διαθεσιμότητα, ασφάλεια και σωστή χρησιμοποίηση του. Ωστόσο, ο όρος αιμοδοσία μπορεί να γενικευτεί και να αναφέρεται γενικότερα σε ό,τι αφορά τις υπηρεσίες που την οργανώνουν όπως στο σχετικό χώρο του νοσοκομείου ή στον ιδιαίτερο κλάδο της αιματολογίας, που ασχολείται με το θέμα αυτό (Παϊδούσης, 1972), (Steele, 2008).

Το ανθρώπινο αίμα παραμένει η μόνη πηγή θεραπείας σε περίπτωση απώλειας αίματος. Παρά τις εκτεταμένες ελπιδοφόρες έρευνες, ένα πραγματικό υποκατάστατο για το αίμα και τα παράγωγά του δεν θα είναι διαθέσιμο για πολλά χρόνια (Al-Drees, 2008). Επομένως η διαθεσιμότητα του αίματος για μετάγγιση στηρίζεται αποκλειστικά στον αιμοδότη (Gillespie & Hillyer, 2002). Η αιμοδοσία είναι μια πράξη που αποτελεί σημαντικό κρίκο στην αλυσίδα

της ζωής και τη διατήρησή της και θα πρέπει να αναγνωριστεί η αξία και η σπουδαιότητά της στην κοινωνία. Πολλοί άνθρωποι δεν δίνουν αξία στην αιμοδοσία παρά μόνο όταν οι ίδιοι βρεθούν στην δυσάρεστη θέση για εξεύρεση αίματος (Ray et al., 2005).

Κάθε χώρα έχει μια ειδική νομοθεσία που αφορά τον τομέα της Αιμοδοσίας και προβλέπει: την εθελοντική μη αμειβόμενη προσφορά αίματος και την απαγόρευση κέρδους από τη διάθεση προϊόντων αίματος, τα κριτήρια επιλογής ή αποκλεισμού των αιμοδοτών, τον τρόπο συλλογής του αίματος, τον τρόπο παρασκευής των παραγώγων αίματος και πλάσματος, τις αρχές συντήρησης του αίματος και των παραγώγων, τον τρόπο παράδοσης και διακίνησης του αίματος και των παραγώγων και τέλος τον εργαστηριακό έλεγχο με τις εργαστηριακές εξετάσεις που επιβάλλονται (ορολογικές, καθορισμός ομάδων, έλεγχος νοσημάτων που μεταδίδονται με την μετάγγιση και έλεγχος στειρότητας) (Καραβαγγέλη-Βλάτσα Ε, 2005), (Al-Drees, 2008).

Το σύστημα υγείας του κάθε κράτους έχει ως αρμοδιότητα την παροχή των υπηρεσιών μετάγγισης αίματος καθώς και παραγώγων του στους πολίτες. Ωστόσο μια αναδρομή δείχνει πως οι συγκεκριμένες υπηρεσίες υγείας ήταν χαμηλής προτεραιότητας στα εθνικά συστήματα υγείας στην πλειονότητα των χωρών παγκοσμίως (Fernandez et al., 1996). Υπολογίζεται πως στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου το 80 % του πληθυσμού περίπου είχε πρόσβαση στο 20 % της συνολικής παροχής αίματος, οι εν λόγω υπηρεσίες τύγγαναν μικρού ενδιαφέροντος από το επικρατών σύστημα υγείας και ως εκ τούτου απορροφούσαν ένα μικρό μέρος του κονδυλίου για την υγεία. (Καραβαγγέλη-Βλάτσα Ε, 2005)

Σήμερα, σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, μόνο το 45 % της παγκόσμιας συλλογής αίματος προέρχεται από τις αναπτυσσόμενες χώρες όπου ζει το 80% του πληθυσμού της γης.(Hupfer et al, 2005). Η πανδημία του AIDS και η ανάγκη για ασφαλής μετάγγιση, αναβάθμισε τις υπηρεσίες υγείας που ασχολούνται με την αιμοδοσία και ώθησε το Συμβούλιο της Ευρώπης στην αναγνώριση της μεγάλης της σημασίας στον τομέα της υγείας, θέτοντας τρεις βασικές αρχές πάνω στις οποίες θεμελιώνονται οι υπηρεσίες αιμοδοσίας: την προαγωγή και ενθάρρυνση της Εθελοντική αιμοδοσίας, την αυτάρκεια του κάθε κράτους σε αίμα και τα παράγωγά του και τέλος τον έλεγχο για πιστοποίηση της καλής ποιότητας του παρεχόμενου αίματος (deConing, 2002).

Η οδηγία 2002/98/EK του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, για τη θέσπιση προτύπων ποιότητας και ασφάλειας για τη συλλογή, τον έλεγχο, την επεξεργασία, αποθήκευση και τη διανομή ανθρώπινου αίματος και συστατικών του αίματος, συνοψίζει τα μέτρα που λαμβάνονται από τα κράτη μέλη και ενθαρρύνει την εθελοντική και μη αμειβόμενη αιμοδοσία. Η αιμοδοσία καλείται εθελοντική, επειδή αφορά σε πράξη που εκτελεί κάποιος με τη θέλησή του και με μοναδικά κίνητρα αισθήματα αλληλεγγύης και αλτρουισμού (Titmuss, 1970), (Politis 1999).

Εθελοντική Αιμοδοσία είναι η προσφορά αίματος από άτομα που προσφέρουν αίμα, πλάσμα ή άλλα συστατικά του αίματος με την ελεύθερη θέλησή τους και δεν λαμβάνουν αμοιβή γι' αυτό, είτε με τη μορφή χρημάτων είτε με άλλη μορφή που θα μπορούσε να θεωρηθεί υποκατάστατο των χρημάτων. Αυτή η μορφή περιλαμβάνει ακόμα και άδεια από την εργασία για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο από αυτό που λογικά χρειάζεται για την αιμοδοσία και τη μετακίνηση γι' αυτό το σκοπό. Τα μικρά ενθύμια, τα αναψυκτικά και η καταβολή του ακριβούς κόστους της μετακίνησης είναι συμβατά με την εθελοντική, μη αμειβόμενη αιμοδοσία (Αυγερίδης, 1993).

Εθελοντής αιμοδότης, σύμφωνα με τα ισχύοντα στην Ευρώπη (Καραβαγγέλη-Βλάτσα, 2005), ορίζεται το άτομο το οποίο δίνει αίμα ή πλάσμα αίματος ή άλλα συστατικά του αίματος με τη θέλησή του και χωρίς καμία αποζημίωση, ούτε χρηματική ούτε άλλου είδους που θα μπορούσε να θεωρηθεί ως υποκατάστατο του χρήματος, ακόμη και ώρες εκτός εργασίας, με εξαίρεση βεβαίως το χρόνο που απαιτείται για τη μεταφορά και την αιμοδότηση. (Banzhaf, 1982) Η Εθελοντική μη αμειβόμενη αιμοδοσία έχει μακρά παράδοση σε πολλά κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Εφαρμόζεται ως αποδεκτή πρακτική για πάνω από 50 χρόνια στη Γαλλία, το Λουξεμβούργο, τη Βόρεια Ιρλανδία, τη Σλοβενία, έχει επίσης μια μακρά ιστορία στο Βέλγιο, Δανία, την Αγγλία, τη Φινλανδία και τις Κάτω Χώρες. Η πρακτική εισήχθη στην Κύπρο το 1977, στην Ισπανία και τη Μάλτα στη δεκαετία του 1980, την Ιταλία, την Πορτογαλία και την Εσθονία τη δεκαετία του 1990 (Report on the promotion by Member States of voluntary unpaid blood donations, 2006).

Στη Γαλλία, όσον αφορά στην αιμοδοσία, δεν επιτρέπεται οποιαδήποτε αμοιβή, άμεση ή έμμεση ή οποιαδήποτε χορήγηση πλεονεκτημάτων, παρά μόνο χορήγηση των οδοιορικών. Η αιμοδοσία στο Ηνωμένο Βασίλειο γίνεται σε εθελοντική βάση με κανενός είδους αμοιβή. Στην Αυστρία οι δότες ολικού αίματος δεν λαμβάνουν αμοιβή, ενώ μια τροποποίηση που έγινε στον νόμο για τις μεταγγίσεις στη Γερμανία το Φεβρουάριο του 2005 ορίζει ότι οι δωρεές πρέπει να είναι απλήρωτες. Στη Σλοβακία, η αιμοδοσία που διοργανώνεται από την εθνική υπηρεσία μεταγγίσεων έχει εθελοντικό χαρακτήρα. Περίπου το 4% του αίματος που παρέχεται από τα τμήματα μεταγγίσεων γίνεται επί πληρωμή και αφορά κυρίως τη δωρεά αιμοπεταλίων ή περιπτώσεις σπάνιων ομάδων αίματος.

Η αρχή της εθελοντικής και μη αμειβόμενης αιμοδοσίας δεν αποκλείει την αποζημίωση των αιμοδοτών, εάν περιορίζεται στην αντιστάθμιση των δαπανών και της αναστάτωσης που σχετίζονται με τη δωρεά. Κάποια κράτη μέλη καταβάλλουν τα οδοιορικά. Τα κέντρα αιμοδοσίας της Ουγγαρίας δικαιολογούν τα έξοδα μετακίνησης. Τα οδοιορικά επιστρέφονται ακόμη και εάν ο αιμοδότης έχει βρεθεί να είναι ακατάλληλος για αιμοδοσία. Το 1999, η λιθουανική κυβέρνηση προσέφερε τη δυνατότητα για όσους αιμοδότες είχαν προσφέρει αίμα 40 φορές μόνο εθελοντικά και συμμετείχαν ενεργά στην προώθηση της εθελοντικής αιμοδοσίας, να υποβάλουν αίτηση για τη χορήγηση σύνταξης. Ωστόσο, τον Ιούνιο του 2004, μια τροποποίηση του νόμου περί Αποζημιώσεων για τους αιμοδότες, μείωσε σημαντικά τις αποζημιώσεις. Ο νόμος για τις μεταγγίσεις στη Γερμανία προβλέπει τη χορήγηση ενός επιδόματος με βάση τα έξοδα των ατόμων μόνο για εθελοντική προσφορά αίματος. Το επίδομα δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 25€ για μια δωρεά ολικού αίματος. Ένα ψήφισμα 2001 του Arbeitskreis Blut ανέφερε ότι «δεν έχει αποδειχτεί επιστημονικά ότι η επιστροφή των εξόδων που βαρύνουν τους δότες αίματος ή πλάσματος στη Γερμανία, είναι επιζήμια για την ασφάλεια των προϊόντων αίματος και πλάσματος». (Report on the promotion by Member States of voluntary unpaid blood donations, 2006).

Στη Σουηδία, σε ορισμένα κέντρα αιμοδοσίας ξεκίνησε σταδιακή κατάργηση της παραδοσιακής καταβολής των 30SEK (περίπου 3 €), αλλά παραμένει για τους δότες αιμοπεταλίων και κοκκιοκυττάρων. Το χρηματικό ποσό δεν αποτελεί κίνητρο για την αιμοδοσία, αλλά δίνεται απλώς για την κάλυψη του κόστους των μέσων μαζικής μεταφοράς από και προς το κέντρο αιμοδοσίας. Στην Αυστρία οι δότες πλάσματος λαμβάνουν έως και

25€ και οι δότες αιμοπεταλίων έως και 50€ ανά αιμοδοσία όταν προσέρχονται σε κέντρο πλασμαφαίρεσης ή αιμοπεταλιοφαίρεσης. Στις Κάτω Χώρες, η ισχύουσα νομοθεσία απαγορεύει την επιστροφή των εξόδων, εκτός από εκείνες που είναι λογικά αποδεκτές. Το Λουξεμβούργο σταμάτησε την επιστροφή των οδοιπορικών στο τέλος της δεκαετίας του 80 (Mikkelsen, 2004).

Στην Τσεχία επιτρέπεται στον εργαζόμενο άδεια από την υπηρεσία μόνο για τη δωρεά αίματος. Στη Σλοβενία, ένας εργαζόμενος μπορεί να απουσιάσει από την εργασία του την ημέρα της αιμοδοσίας και λαμβάνει αποζημίωση από τον εργοδότη του, που καταβάλλεται από την ασφάλιση υγείας. Στη Λετονία οι υπάλληλοι δίνουν αίμα και έχουν μια ημέρα ανάπαυσης την επόμενη ημέρα από τη δωρεά. Στο Λουξεμβούργο ο χρόνος απουσίας από την εργασία εξαρτάται από τον εργοδότη με μέγιστο χρόνο απουσίας τις τέσσερις ώρες. (Report on the promotion by Member States of voluntary unpaid blood donations, 2006). Μια σημαντική πτυχή της εθελοντικής μη αμειβόμενης αιμοδοσίας είναι η αναγνώριση της συμβολής εθελοντών αιμοδοτών. Η αναγνώριση αυτή γίνεται με βραβεύσεις αιμοδοτών με πλακέτες μετάλλια και επαίνους. Σε πολλές χώρες γίνονται ετήσιες τελετές όπου παρευρίσκονται συχνά ο τύπος, οι τοπικές οργανώσεις, πολιτικοί. Οι περισσότερες γίνονται στις 14 Ιουνίου που είναι η παγκόσμια μέρα του εθελοντή αιμοδότη.

Η 14 Ιουνίου καθορίστηκε ως Παγκόσμια Ημέρα του Εθελοντή Αιμοδότη από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, τον Ερυθρό Σταυρό και την Ερυθρά Ημισέληνο, την Παγκόσμια Ομοσπονδία Εθελοντών Αιμοδοτών και τον Διεθνή Οργανισμό Μετάγγισης Αίματος (Ferguson, 1996). Αφορμή στάθηκαν τα γενέθλια του αυστριακού ιατρού Καρλ Λαντστάινερ, που ανακάλυψε τις ομάδες αίματος το 1900 και αργότερα τα ρέζους, τιμήθηκε δε, με το Nobel Ιατρικής το 1930 για τη σημαντική αυτή ανακάλυψη. Την ημέρα αυτή τιμάται ο ανώνυμος εθελοντής αιμοδότης και ο αλτρουισμός που επιδεικνύει προς τον πάσχοντα συνάνθρωπό του, προσφέροντας δύο πολύτιμα αγαθά του χωρίς ανταμοιβή: δέκα λεπτά χρόνο από τη ζωή του και 450 κ.ε. αίμα από τα πέντε λίτρα που διαθέτει. Το μήνυμα του εορτασμού της Ημέρας του Εθελοντή Αιμοδότη δεν είναι μόνο να εξαλείψει την προκατάληψη, το φόβο και την άγνοια γύρω από την αιμοδοσία, αλλά κυρίως να προσελκύσει νέους εθελοντές αιμοδότες, να ενθαρρύνει όσο το δυνατόν περισσότερους

ανθρώπους να γίνουν τακτικοί εθελοντές αιμοδότες και να μεταγγίσει στη νέα γενιά αιμοδοτών την ιδέα της μη αμειβόμενης Εθελοντικής Αιμοδοσίας. (Mikkelsen, 2004).

Οι εθελοντές, μη αμειβόμενοι αιμοδότες που προσφέρουν τακτικά αίμα είναι τα θεμέλια της ασφάλειας και της επάρκειας των αποθεμάτων αίματος. Οι Σύλλογοι των Εθελοντών, αποτελούνται από ομάδες ευαισθητοποιημένων ατόμων που σκοπό τους έχουν τη δημιουργία Τράπεζας Αίματος για την κάλυψη των αναγκών των μελών τους. Συλλόγους μπορούν να δημιουργήσουν οι ενορίες, οι εργαζόμενοι σε σχολεία, υπουργεία, τράπεζες, δημόσιες υπηρεσίες, δήμοι, ιδιωτικές υπηρεσίες, οι σπουδαστές και φοιτητές σχολών, μέλη τοπικών συλλόγων και άλλες ομάδες (Εξάρχου, 1993).

Η Ελλάδα, όπως και πολλές άλλες χώρες της Ευρώπης, έχει σημαντικούς λόγους οι οποίοι την οδηγούν στην επιδίωξη της αύξησης των τακτικών εθελοντών αιμοδοτών. Όπως ήδη προαναφέρθηκε, ο αριθμός των μονάδων αίματος δεν επαρκεί για να καλύψει τις ανάγκες της χώρας με αποτέλεσμα την εισαγωγή αίματος από το εξωτερικό ετησίως. Η έλλειψη αίματος συνεπάγεται αναβολές χειρουργικών επεμβάσεων, παράταση της παραμονής των ασθενών στα νοσοκομεία, απώλεια εισοδημάτων από την επιβράδυνση της θεραπείας, καθώς και ευρύτερες ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις, οι οποίες επιβαρύνουν τόσο τους ίδιους τους ασθενείς, όσο και το οικογενειακό τους περιβάλλον. Η αντιμετώπιση του προβλήματος απαιτεί την εφαρμογή Εθνικής Αιμοδοτικής Πολιτικής, που στηριζόμενη σε αρχές μη κερδοσκοπικού μάρκετινγκ, θα αποσκοπεί κυρίως στην ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση του κοινού ως προς την εθελοντική αιμοδοσία (Politis 2000).

Οι τακτικοί εθελοντές αιμοδότες γενικότερα σχετίζονται με ασφαλέστερες παροχές αίματος όσον αφορά τις μεταδιδόμενες κατά την μετάγγιση ασθένειες. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και το Συμβούλιο της Ευρώπης υποδεικνύουν ότι το αίμα και τα παράγωγα του αίματος θα πρέπει να συλλέγονται αποκλειστικά από τακτικούς εθελοντές μη αμειβόμενους αιμοδότες (Council of Europe 2003). Συνεπώς, τα συστήματα αιμοδοσίας τα οποία στηρίζονται στους εθελοντές αιμοδότες οι οποίοι δίνουν αίμα σε σταθερή βάση, έχουν τη δυνατότητα να διαχειριστούν καλύτερα τις παροχές αίματος και να προγραμματίσουν τις μεταγγίσεις. Τέλος, από ηθική άποψη, δεν είναι σωστό να αναγκάζονται οι συγγενείς ενός ασθενούς σε ανάγκη, να αναζητούν κάτω από ψυχολογική πίεση άτομα για

να προσφέρουν αίμα προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες του δικού τους ανθρώπου (Μανιάτης και συν., 1994).

Τα πλεονεκτήματα της πραγματικά εθελοντικής αιμοδοσίας είναι:

Οι εθελοντές αιμοδότες κάθε φορά που αιμοδοτούν, ελέγχονται και επιβεβαιώνεται η καλή τους υγεία. Ελέγχεται η πίεση και ο αιματοκρίτης και μπορούν να συμβουλευτούν το γιατρό για θέματα της υγείας τους, ενημερώνονται για τα αποτελέσματα των εξετάσεών τους. Ως εθελοντές αιμοδότες δικαιούνται βασικές εργαστηριακές εξετάσεις μια φορά το χρόνο.

Η Εθελοντική Αιμοδοσία μειώνει κατά πολύ την πιθανότητα της μετάδοσης με το αίμα διαφόρων ιογενών νοσημάτων όπως AIDS, ηπατίτιδα. Στις χώρες που η Αιμοδοσία στηρίζεται μόνο στην εθελοντική προσφορά, η μετάδοση αυτών των ιών με μετάγγιση είναι σε χαμηλό επίπεδο. Γίνεται μεγαλύτερη αξιοποίηση του προσφερόμενου αίματος διότι παρέχονται τα χρονικά περιθώρια που απαιτούνται για την εργαστηριακή επεξεργασία και κλασματοποίηση του αίματος με τις καλύτερες δυνατές συνθήκες. Δίνεται λοιπόν η δυνατότητα για εφαρμογή της εστιασμένης μεταγγισιοθεραπείας, η οποία αποτελεί ένα μεγάλο βήμα στην εξέλιξη των μεταγγίσεων. Αυτό συμβαίνει διότι από τη μια πλευρά αποφεύγεται η επιβάρυνση των ασθενών με στοιχεία του ολικού αίματος τα οποία δε χρειάζονται και από την άλλη επιτυγχάνεται οικονομία στις υπηρεσίες Αιμοδοσίας. Έτσι μια μονάδα ολικού αίματος μπορεί να κλασματοποιηθεί και να μεταγγισθούν με τα παράγωγα τουλάχιστον τρεις ασθενείς (π.χ. ένας ασθενής με απλαστική αναιμία και χαμηλό αιματοκρίτη θα μεταγγισθεί με τα συμπυκνωμένα ερυθρά, δεύτερος ασθενής με εγκαύματα θα μεταγγισθεί με το πλάσμα και τρίτος ασθενής με θρομβοπενία θα μεταγγισθεί με τα αιμοπετάλια) (Εξάρχου, 1993).

Όσο αυξάνεται η εθελοντική αιμοδοσία, τόσο λιγότερο οι υπηρεσίες αιμοδοσίας θα αναγκάζονται να ασκούν πίεση στο συγγενικό και φιλικό περιβάλλον για την εξεύρεση αιμοδοτών προκειμένου να καλυφθούν οι ασθενείς. Ο Εθελοντής Αιμοδότης δεν έχει κανένα κίνητρο (ούτε άδεια από την εργασία του), που θα τον ωθούσε ίσως σε απόκρυψη στοιχείων που του ζητούνται κατά την συμπλήρωση του ιστορικού, φοβούμενος την απόρριψή του ως αιμοδότη (Banzhaf & Vincent, 1982). Ο Εθελοντής Αιμοδότης προσφέροντας αίμα σώζει

ζωές και το γνωρίζει. Είναι άτομο ευαισθητοποιημένο με υψηλό αίσθημα κοινωνικής ευθύνης (Πιτταδάκη, 1991).

Η κάλυψη του συνόλου των αναγκών με εθελοντικά προσφερόμενο αίμα δημιουργεί αίσθημα ασφάλειας (για τη στιγμή της ανάγκης) και υπερηφάνειας (για τη συμμετοχή) σε όλους τους πολίτες και καθιστά τη χώρα μας αυτάρκη και ανεξάρτητη. Η εθελοντική προσφορά αίματος, αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους κρίκους του κοινωνικού εθελοντισμού. Η εθελοντική αιμοδοσία δεν είναι απλά φιλανθρωπία, είναι βασικός πυλώνας του Δημοσίου Συστήματος Υγείας. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μόνο με την ανάπτυξη εθελοντικής συνείδησης έτσι ώστε να υπάρχει εθελοντική και συστηματική προσφορά αίματος από τους πολίτες, ώστε να αντιμετωπίζονται με επιτυχία οι ανάγκες των ασθενών σε αίμα (Liu et al.1998).

3.2 Η ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η αλματώδης πρόοδος της Αιμοδοσίας διεθνώς μετά το Β' Παγκόσμιο πόλεμο είχε σαν αποτέλεσμα την επιτακτική ανάγκη αναδιοργάνωσης και εκσυγχρονισμού της όλης οργάνωσης Αιμοδοσίας στην Ελλάδα, όπως άλλωστε έγινε και σε άλλες χώρες της Ευρώπης (π.χ. στη Γαλλία). Για να αντιμετωπίσει τη δυσχέρεια εξεύρεσης αιμοδοτών, ο Μαθιός Μακκάς ίδρυσε το 1935 την Οργάνωση Αιμοδοσίας του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού (Ε.Ε.Σ.) και εργάστηκε με πάθος για την πραγματοποίηση των σκοπών της. Στην Ελλάδα, μέχρι το Β' παγκόσμιο πόλεμο, όλο το βάρος της αιμοδοσίας το έφερε ο Ερυθρός Σταυρός σε περιορισμένη όμως βάση και στηριζόμενος σε αμειβόμενους αιμοδότες. Η οργάνωση αιμοδοσίας του Ε.Ε.Σ επωμίζεται για πολλά χρόνια το βάρος της Αιμοδοσίας στην Ελλάδα και προσέφερε ανεκτίμητες υπηρεσίες (Αυγερίδης, 1995).

Το 1951 επισημαίνεται από τον καθηγητή Αρκ. Γούττα η ανάγκη δημιουργίας Οργάνωσης Αιμοδοσίας στη βάση Εθνικού Προγράμματος. Το 1952 δημιουργείται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας η Εθνική Υπηρεσία Αιμοδοσίας. Η δομή της Αιμοδοσίας διαμορφώνεται σταδιακά, έχοντας αρχικά σαν δεδομένο ότι:

- οι αιμοδότες προέρχονται αποκλειστικά σχεδόν από το φιλικό και συγγενικό περιβάλλον των ασθενών

- το αίμα χορηγείται σαν ολικό και δε διαχωρίζεται στα επιμέρους στοιχεία του (πλάσμα, αιμοπετάλια)
- ο έλεγχος του αίματος ήταν περιορισμένος στη σύφιλη αρχικά και στο έλεγχο για την Ηπατίτιδα Β ακολούθως

Καταρτίζεται το Εθνικό Πρόγραμμα Αιμοδοσίας που στηρίζεται στην αρχή ότι η οργάνωση Αιμοδοσίας πρέπει να είναι ενιαία και κατά συνέπεια δεν είναι δυνατό να υφίσταται άλλη οργάνωση παράλληλη ή ανταγωνιστική της Κρατικής Υπηρεσίας Αιμοδοσίας.

Με βάση αυτό το πρόγραμμα, η Εθνική Υπηρεσία Αιμοδοσίας ιδρύει το 1952 τέσσερα Περιφερειακά Κέντρα Αιμοδοσίας:

- Α΄ Περιφερειακό Κέντρο Αιμοδοσίας Αθηνών στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο με Διευθυντή τον Ιπποκράτη Τσεβρένη
- Β΄ Περιφερειακό Κέντρο Αιμοδοσίας Αθηνών στο Λαϊκό Νοσοκομείο με Διευθυντή τον Μικέ Παϊδούση
- Κέντρο Αιμοδοσίας Πειραιώς στο Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας με Διευθυντή τον Ηλία Πολίτη
- Κέντρο Αιμοδοσίας Θεσσαλονίκης με Διευθυντή τον Θωμά Βαφειάδη

Ο Ηλίας Πολίτης αποτελεί τον πρώτο νόμιμο εκπρόσωπο από το 1972 μέχρι τον θάνατο του της χώρας στην επιτροπή Εμπειρογνομόνων για την Αιμοδοσία του Συμβουλίου της Ευρώπης και συνέβαλε στην παράλληλη διαμόρφωση και συμφωνία της Ελληνικής Νομοθεσίας “Περί Αιμοδοσίας” με τα Ευρωπαϊκά πρότυπα. Το 1958 δημιουργούνται οι πρώτοι Σταθμοί Αιμοδοσίας στο Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Αθηνών, στο Νοσοκομείο Ν.Ιωνίας «Αγ. Όλγα» και στο Μαιευτήριο «Αλεξάνδρα». Η σύνταξη της Ελληνικής νομοθεσίας περί αιμοδοσίας οφείλεται στον Μ. Παϊδούση, εμπνευστή και ιδεολόγο μαχητή της αιμοδοσίας, στον Ι. Τσεβρένη, πανεπιστημιακό, επιστήμονα αιματολόγο και στον Η. Πολίτη, τον ενημερωμένο τεχνοκράτη (www.ekea.gr).

Το πρώτο και μοναδικό κινητό συνεργείο αιμοληψιών (δωρεά της Γαλλικής κυβέρνησης) λειτουργεί στο Α΄ Περιφερειακό Κέντρο Αιμοδοσίας στο Ιπποκράτειο Αθηνών. Ο Ηλίας Πολίτης αφιερώνοντας ολοκληρωτικά την επιστημονική του προσπάθεια στην αιμοδοσία, μετατρέπει σιγά-σιγά το Π.Κ.Α Πειραιώς σε Κρατικό Κέντρο Αιμοδοσίας και Παρασκευής Παραγώγων Αίματος (ονομασία που του δόθηκε επίσημα το 1973). Η επιτροπή

Αιμοδοσίας υπό την προεδρία του Καθηγητή Χειρουργικής Κ. Αλεβιζάτου εισηγείται το 1968 μέτρα που αφορούν τη χωρίς εξαίρεση καθιέρωση της εθελοντική αιμοδοσίας και την απαγόρευση κάθε μορφής εμπορίας αίματος. (Σπανός 2001).

Το 1970 Ο Ηλίας Πολίτης αναπτύσσει και συντάσσει ένα λεπτομερές κτιριολογικό πρόγραμμα για Κέντρο Αιμοδοσίας και Παρασκευής Παραγώγων Αίματος βασισμένο σε διεθνή πρότυπα. Βαρύ πλήγμα στην ανοδική πορεία του Κέντρου Παρασκευής Παραγώγων Αίματος, αλλά και όλης της αιμοδοσίας της χώρας στάθηκε η απώλεια του Ηλία Πολίτη το 1975. Από το 1975 και έπειτα ο Ερυθρός Σταυρός διακόπτει τη χρησιμοποίηση αμειβόμενων αιμοδοτών και την πώληση αίματος. Το 1979 ο Σπύρος Δοξιάδης, ως Υπουργός Υγείας, έλαβε την ιστορική απόφαση της απαγόρευσης λειτουργίας όλων των ιδιωτικών τραπεζών αίματος. Το 1988 Ψηφίζεται νέος Νόμος (1820/88 ΦΕΚ 261/17-11-1988) για την Αιμοδοσία βάσει των αρχών του Συμβουλίου της Ευρώπης και της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ). Σύμφωνα με τις βασικές αρχές του Νόμου, η οργάνωση της εθελοντικής αιμοδοσίας στην Ελλάδα στηρίζεται στο θεσμό της εθελοντικής προσφοράς αίματος, μη αμειβόμενης, το προσφερόμενο αίμα και τα παράγωγά του διατίθενται δωρεάν και η διαχείριση του αίματος και των παραγώγων του ενεργείται σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού και κάθε συναλλαγή με οικονομικό όφελος που αφορά το αίμα και τα παράγωγά του απαγορεύεται. Η νέα νομοθεσία καταρτίζεται από τους Ι. Τσεβρένη, Τ. Μανδαλάκη, Ν. Ρενιέρη με τη στενή συνεργασία της Διευθύντριας της Εθνικής Υπηρεσίας Αιμοδοσίας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας Α.Μαυρογιάννη. Η χρησιμοποίηση του αίματος σε ευρύτερη κλίμακα οδήγησε στην δημιουργία των Υπηρεσιών Αιμοδοσίας.(ekea.gr)

Από το τέλος του 1990 η εξέλιξη της αιμοδοσίας και η ανάγκη ασφαλούς ελέγχου των νέων ιογενών νοσημάτων που μεταδίδονται με τη μετάγγιση, επέβαλαν τον εκσυγχρονισμό της σχετικής νομοθεσίας και των εργαστηριακών δυνατοτήτων των υπηρεσιών αιμοδοσίας, ταυτόχρονα με την ανάγκη εφαρμογής συγκεντρωτισμού στην οργάνωσή τους. Ο συγκεντρωτισμός αυτός είχε ήδη προταθεί από το 1992-1993 από την Επιτροπή Αιμοδοσίας, καθώς ήταν επιβεβλημένο για λόγους μεγαλύτερης ασφάλειας των μεταγγίσεων, καλύτερης αξιοποίησης του πλάσματος και οικονομικότερης διαχείρισης της αιμοδοσίας της χώρας. (Σπανός 2001).

Μέχρι την ψήφιση του νέου νόμου για την αναδιοργάνωση του συστήματος αιμοδοσίας (3402/17-10-2005), η οργάνωση της αιμοδοσίας (Ν.1820/17-11-1988) περιελάμβανε την Κεντρική Υπηρεσία (Διεύθυνση αιμοδοσίας) στο Υπουργείο Υγείας και τις Περιφερειακές Υπηρεσίες (Κέντρα και Σταθμούς Α και Β τάξεως) που εδράζονται στα νοσοκομεία της χώρας. Βάση αυτού του οργανωτικού σχήματος στην χώρα μας προβλεπόταν η ύπαρξη 14 Περιφερειακών Κέντρων, 14 Σταθμοί Α τάξης με δυνατότητα συλλογής και ελέγχου του αίματος και 65 Σταθμοί Β τάξης με ή χωρίς δικαίωμα αιμοληψιών και ελέγχων του αίματος .

Ο νέος νόμος 3402/17-10-2005 για την αναδιοργάνωση του συστήματος αιμοδοσίας ήρθε, αξιοποιώντας τη διεθνή εμπειρία να αλλάξει αυτή την οργανωτική δομή προβλέποντας, όπως όριζε και η Ευρωπαϊκή οδηγία 2002/98/ΕΚ, την οποία ουσιαστικά ενσωμάτωσε, την δημιουργία :

- ο Εθνικού Κέντρου Αιμοδοσίας ως την αρμόδια αρχή για τον συντονισμό, έλεγχο, αδειοδότηση και εποπτεία των επιμέρους υπηρεσιών της αιμοδοσίας, με κύρια αποστολή τον συντονισμό της εξεύρεσης και συλλογής αίματος, τον έλεγχο της αποθεματοποίησης και κατεργασίας του καθώς και τον έλεγχο της διακίνησης
- ο Κέντρων Αίματος ως εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες αιμοδοσίας με κύριες αρμοδιότητες τη διενέργεια αιμοληψιών, την επεξεργασία/έλεγχο, την διακίνηση των μονάδων αίματος
- ο Νοσοκομειακών υπηρεσιών αιμοδοσίας ως νοσοκομειακές μονάδες που συνεργάζονται με τα Κέντρα αλλά έχουν σαν κύρια αρμοδιότητα τους την πραγματοποίηση αιμοληψιών, τη συντήρηση στις υποδομές τους αίματος και παραγώγων και τη διενέργεια όλων εκείνων των εξετάσεων προκειμένου να εξασφαλίζεται η ασφαλής και σωστή μετάγγιση του αίματος και των παραγώγων αυτού στον ασθενή.

Τον Δεκέμβριο του 2005 με τον νόμο για την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών αιμοδοσίας (Ν.3402), το Εθνικό Κέντρο Παρασκευής Παραγώγων Αίματος που λειτουργούσε ως αποκεντρωμένη οργανική μονάδα στο Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας, γίνεται υπηρεσία του νεοσύστατου Εθνικού Κέντρου Αιμοδοσίας και οι οργανικές του θέσεις στην ουσία αποτελούν τις πρώτες θέσεις του νέου νομικού προσώπου. (ekea.gr)

Το Εθνικό Κέντρο Αιμοδοσίας (Ε.ΚΕ.Α.) είναι νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου και υπάγεται στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ιδρύθηκε το 2005 (Νόμος 3402/2005) με σκοπό την ανάπτυξη και προαγωγή του εθνικού συστήματος αιμοδοσίας.

Στις αρμοδιότητες του υπάγεται ο κεντρικός σχεδιασμός και ο συντονισμός για τον έλεγχο, την εποπτεία όλων των υπηρεσιών αιμοδοσίας της χώρας, καθώς και την εκπαίδευση του προσωπικού, ώστε να εξασφαλίζεται η επάρκεια και η ασφάλεια του αίματος και των παραγώγων του με την εξεύρεση και συλλογή αίματος από εθελοντές μη αμειβόμενους αιμοδότες και την εφαρμογή των κατάλληλων διαδικασιών για τον έλεγχο, την αποθεματοποίηση, την κατεργασία και διακίνηση τους.

Σήμερα το Ε.ΚΕ.Α και οι υπηρεσίες του, έχουν σκοπό να παρέχουν υψηλής ποιότητας αιμοδοσιακή υγειονομική περίθαλψη με στόχο τη αυτάρκεια αίματος και των παραγώγων του σε εθνικό επίπεδο.. Έτσι οι αρχικές εκτιμήσεις του Ηλία Πολίτη (του εμπνευστή και οραματιστή αυτού του έργου) για την αναγκαιότητα συντονισμού όλου του έργου της αιμοδοσίας παραμένουν ακόμα επίκαιρες (www.ekea.gr).

Σύμφωνα με στοιχεία του Εθνικού Κέντρου Αιμοδοσίας (ΕΚΕΑ), κατά το έτος 2012 συλλέχθηκαν 622.736 μονάδες αίματος στην Ελλάδα, από τις οποίες το 52% προήλθε από αιμοδότες αντικατάστασης (Replacement Donors), οι οποίοι αιμοδοτούν για συγκεκριμένο ασθενή. Το 48% προήλθε από εθελοντές αιμοδότες. Καθώς ο ετήσιος αριθμός μονάδων αίματος δεν επαρκεί για να καλυφθούν οι ανάγκες της χώρας, γίνεται εισαγωγή αίματος από το εξωτερικό (5%). Περίπου το 20% (120.000) των μονάδων αίματος διατίθενται για την μετάγγιση 4.500 περίπου ασθενών που πάσχουν από θαλασσαιμία και δρεπανοκυτταρική αναιμία.(www.ekea.gr)

Οι χιλιάδες τραυματίες των τροχαίων ατυχημάτων έχουν ανάγκη περίπου από 10 – 40 μονάδες αίματος ανάλογα με την περίπτωση και να σημειωθεί ότι η Ελλάδα βρίσκεται στις πρώτες θέσεις στην Ευρώπη στον αριθμό των τροχαίων ατυχημάτων. Οι ανάγκες σε αίμα αυξάνονται κάθε χρόνο διότι με την πρόοδο της επιστήμης, η μετάγγιση χρησιμοποιείται όλο και συχνότερα. Επιπλέον είναι αυξημένη η συχνότητα των κληρονομικών αιμοσφαιρινοπαθειών και παρατηρείται και δημογραφική γήρανση του πληθυσμού, που συνεπάγεται αυξημένη νοσηρότητα. Έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας θεωρεί ότι

οι ανάγκες σε αίμα μπορούν να καλυφθούν εάν το 5% του πληθυσμού προσφέρει αίμα μια φορά το χρόνο (Gillespie & Hillyer, 2000).

3.3 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

Η επιλογή των αιμοδοτών γίνεται από άρτιο εκπαιδευμένο και επαγγελματικά καταρτισμένο προσωπικό που έχει ως σκοπό την ασφάλεια τόσο του αιμοδότη όσο και του δέκτη. Στην αιμοδοσία ο υποψήφιος αιμοδότης συμπληρώνει το δελτίο του αιμοδότη που περιλαμβάνει ερωτήσεις που έχουν σαν σκοπό να διασφαλίσουν και τον αιμοδότη και τον ασθενή. Είναι ευνόητο ότι η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου πρέπει να είναι απόλυτα ειλικρινής και οποιαδήποτε απορία κι αν προκύψει, ο αιμοδότης θα πρέπει να ζητά διευκρινήσεις από τον γιατρό της αιμοδοσίας (de-Coning, 2002). Στην συνέχεια με βάση το δελτίο του αιμοδότη, λαμβάνεται το ιστορικό από τον γιατρό της αιμοδοσίας ο οποίος κρίνει αν μπορεί κάποιος να προσφέρει αίμα. Ο ιατρός της αιμοδοσίας έχει την τελική ευθύνη για την επιλογή του αιμοδότη. Πρέπει να σημειωθεί, πως είναι απαραίτητη η έγγραφη συγκατάθεση του αιμοδότη ότι έχει συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο με κάθε ειλικρίνεια.. Η καλή επικοινωνία μεταξύ του αιμοδότη και του προσωπικού της αιμοδοσίας διατηρεί τη σχέση εμπιστοσύνης και διασφαλίζει την καλή ποιότητα του αίματος που παρέχεται στους ασθενείς (Καραβαγγέλη-Βλάτσα, 2005).

Πριν την αιμοδοσία γίνεται μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και της αιμοσφαιρίνης και εφόσον είναι σε φυσιολογικά επίπεδα ξεκινά η αιμοδότηση. Μετά την αιμοδοσία προσφέρεται ένα ελαφρύ γεύμα (πορτοκαλάδα, αμυρό κολασιό) (Ferguson et al, 2004). Το άτομο πρέπει να ακολουθήσει τις συμβουλές του προσωπικού: αποφυγή της οδήγησης και του καπνίσματος για μια ώρα, καθόλου έντονη σωματική άσκηση την ημέρα της αιμοδοσίας καθώς και καθόλου λήψη οινοπνευματωδών ποτών για τις επόμενες 8 ώρες. Σε περίπτωση αιμορραγίας από το σημείο φλεβοκέντησης, ο αιμοδότης θα πρέπει να σηκώσει το χέρι ψηλά και να εφαρμόσει πίεση. Ο επίδεσμος μπορεί να αφαιρεθεί μετά από 2-3 ώρες. Η λήψη πολλών υγρών είναι απαραίτητη για την αποκατάσταση του χαμένου όγκου αίματος. Για το λόγο αυτό οι άνδρες μπορούν να αιμοδοτούν μέχρι 4 φορές το χρόνο ενώ οι γυναίκες μέχρι 3 φορές το χρόνο (Fernandez et al., 1996). Στις περισσότερες χώρες, ο όγκος που

λαμβάνεται είναι 450 χιλιοστόλιτρα, δηλ. λιγότερο από 10% της συνολικής ποσότητας του αίματος (ένος μέσος ενήλικας έχει 5 με 6 λίτρα αίμα). Το σώμα θα αντικαταστήσει τα χαμένα υγρά σε περίπου 24 ώρες και ο συνολικός αριθμός ερυθρών αιμοσφαιρίων θα επιστρέψει στα φυσιολογικά επίπεδα μέσα σε 21 ημέρες (Ray et al., 2005).

3.4 ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

Αίμα μπορεί να προσφέρει κάθε υγιές άτομο, ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας 18 έως 65 χρονών που είναι πάνω από 50 κιλά. Η αιμοδοσία είναι ουσιαστικά μια ιατρική πράξη με συγκεκριμένες ενδείξεις. Αν και τα κριτήρια καταλληλότητας για αιμοδοσία φαίνονται αυστηρά, έχουν το νόημα της προφύλαξης της υγείας τόσο του δότη όσο και του λήπτη και ανταποκρίνονται σε διεθνώς καθορισμένα πρότυπα. Αίμα δεν μπορούν να δώσουν όσοι πάσχουν από διάφορα νοσήματα ή παθολογικές καταστάσεις που απαγορεύουν οριστικά ή πρόσκαιρα την αιμοδοσία (Godin, 2005). Κατά συνέπεια δεν μπορεί να αιμοδοτήσουν:

- Άτομα με ιστορικό ηπατίτιδας
- Φορείς του AIDS
- Όσοι έχουν αμειβόμενες σεξουαλικές σχέσεις
- Όσοι κάνουν χρήση ενδοφλέβιων ουσιών ή είναι αλκοολικοί
- Όσοι έχουν ομοφυλοφιλικές σχέσεις
- Ασθενείς με Σύφιλη, Μελιταίο πυρετό, Φυματίωση Ελονοσία
- Άτομα που πάσχουν από χρόνια νοσήματα, όπως καρδιακές παθήσεις, Διαβήτη, υπέρταση, χρόνια νεφροπάθεια, ηπατοπάθεια, αναιμία
- Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, του θηλασμού και 6 μήνες μετά τον τοκετό
- Ασθενείς που έχουν οι ίδιοι υποβληθεί σε μετάγγιση αίματος τον τελευταίο χρόνο
- Άτομα που πάσχουν από κακοήθειες
- Άτομα που με αυτοάνοσα νοσήματα
- Άτομα που έχουν κάνει τατουάζ ή τρυπήματα (piercing) το τελευταίο τετράμηνο
- Όσοι παίρνουν αντιβιοτικά μία εβδομάδα πριν την Αιμοδοσία
- Σε πρόσφατη εξαγωγή δοντιού ή επεμβατικές οδοντιατρικές εργασίες
- Σε σοβαρές αλλεργικές καταστάσεις (χρόνιο άσθμα)
- Σε μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις
- Φορείς ετερόζυγης Μεσογειακής αναιμίας (εφόσον η τιμή της αιμοσφαιρίνης δεν είναι στα φυσιολογικά επίπεδα)

- ο Σε λήψη ορισμένων φαρμάκων (αντικαταθλιπτικά, βιταμίνη Α, φάρμακα που αθροίζονται στους ιστούς για μεγάλο χρονικό διάστημα)

Ο υποψήφιος αιμοδότης γίνεται δεκτός ή απορρίπτεται ανάλογα με την φύση του φαρμάκου που έχει συνταγογραφηθεί, του τρόπου που ενεργεί και της ασθένειας για την οποία χορηγείται (2004/33 ΕΚ). Πρέπει να προσδιορίζεται ο λόγος λήψης κάποιου φαρμάκου γιατί μπορεί να δείχνει κάποια ασθένεια η οποία αυτομάτως θα έκανε τον δότη ακατάλληλο. Συνιστάται να υπάρχει κατάλογος με τα συχνότερα χρησιμοποιούμενα φάρμακα και την αποδοχή ή όχι της χρήσης τους για την αιμοληψία. Σποραδική χρήση φαρμάκων, όπως βιταμινών, ασπιρίνης, ηρεμιστικών, εφόσον ο δότης είναι σε καλή κατάσταση δεν αποκλείει την αιμοληψία. Αν ο δότης παίρνει φάρμακα που επηρεάζουν την λειτουργία των αιμοπεταλίων όπως ασπιρίνες και αντιφλεγμονώδη επιτρέπεται η αιμοδοσία αν δεν πρόκειται από την μονάδα αυτή να γίνουν αιμοπετάλια. Διαφορετικά αναβάλλεται για πέντε ημέρες (ΕΚΕΑ),(Αυγερίδης, 1995), (American Association of Blood Banks, 1990).

Τα άτομα που αποκλείονται προσωρινά από την αιμοδοσία μπορεί να είναι σε επαφή με το γιατρό και το προσωπικό, για να προσδιοριστεί πότε θα μπορούν να επανέλθουν για αιμοδότηση (Buciuniene et al, 2006). Ο αποκλεισμός αυτός γίνεται για να μην επιβαρυνθεί η υγεία του αιμοδότη και για να διασφαλιστεί η ποιότητα του αίματος που θα μεταγγισθεί στο λήπτη (Σπανός 2001).

3.5 ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΑΙΜΑΤΟΣ

Βασικός στόχος της αιμοδοσίας είναι να μπορέσει στο μέλλον να στηρίζεται εξ ολοκλήρου στην Εθελοντική αιμοδοσία. Μόνο κατά αυτό τον τρόπο μπορεί να επιτευχθεί επάρκεια σε ασφαλές αίμα διότι ο Εθελοντής αιμοδότης είναι πιο συνειδητοποιημένος με την ιδέα της αιμοδοσίας και αιμοδοτεί για αλτρουιστικούς λόγους και όχι υπό την πίεση της προσφοράς βοήθειας σε συγγενή του (Healy, 2000).

Η έλλειψη αίματος συνεπάγεται αναβολές χειρουργικών επεμβάσεων, παράταση της παραμονής των ασθενών στα νοσοκομεία, απώλεια εισοδημάτων από την επιβράδυνση της θεραπείας, καθώς και ευρύτερες ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις, οι οποίες

επιβαρύνουν τόσο τους ίδιους τους ασθενείς, όσο και το οικογενειακό τους περιβάλλον. Η αντιμετώπιση του προβλήματος απαιτεί την εφαρμογή Εθνικής Αιμοδοτικής Πολιτικής, που θα αποσκοπεί κυρίως στην ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση του κοινού ως προς την εθελοντική αιμοδοσία (Politis, 2000).

Η πανδημία του AIDS και η ανάγκη για περισσότερη ασφάλεια στις μεταγγίσεις, αναβάθμισε τις υπηρεσίες Υγείας που ασχολούνται με την αιμοδοσία και ώθησε το συμβούλιο της Ευρώπης στην αναγνώριση της μεγάλης σημασίας της αιμοδοσίας στον τομέα της υγείας, θέτοντας τρεις βασικές αρχές πάνω στις οποίες θεμελιώνονται οι υπηρεσίες αιμοδοσίας: την προαγωγή και ενθάρρυνση της εθελοντικής αιμοδοσίας, την αυτάρκεια σε ολικό αίμα και παραγώγων του για το κάθε κράτος και τον έλεγχο για την πιστοποίηση της καλής ποιότητας του παρεχόμενου αίματος (Julius, 1993).

Υπάρχουν διαφορές μεταξύ των διαφόρων Ευρωπαϊκών χωρών όσον αφορά την αιμοδοσία. Η αιμοδοσία σε πολλά κράτη της Ευρώπης είναι αποκλειστικά εθελοντική, ενώ οι οργανώσεις αιμοδοτών παίζουν σημαντικό ρόλο στη συλλογή αίματος σε κράτη όπως η Ιταλία, η Γαλλία και η Δανία. Σε άλλα κράτη, όπως η Γερμανία και η Σουηδία υφίστανται και αμειβόμενοι αιμοδότες (σε μικρό ποσοστό). Ο θεσμός της επαγγελματικής αιμοδοσίας υπάρχει στις ανατολικές Ευρωπαϊκές χώρες στις οποίες το σύστημα αιμοδοσίας είναι μεικτό (εθελοντική και αμειβόμενη αιμοδοσία). Κατά συνέπεια υπάρχει δυσκολία στη συλλογή αίματος από τις υπηρεσίες αιμοδοσίας της χώρας και είναι αδιάκοπος ο αγώνας για εξασφάλιση αυτάρκειας στο αίμα και τα παράγωγά του. (Custer et al., 2004).

Επομένως, η προσπάθεια του συστήματος αιμοδοσίας στην Ελλάδα πρέπει να έχει δύο βασικούς στόχους: Πρώτον, τη συνολική αύξηση των μονάδων αίματος που συλλέγονται για να διασφαλιστεί η αυτάρκεια στην παροχή αίματος και δεύτερον, τη μετατροπή των αιμοδοτών αντικατάστασης σε τακτικούς εθελοντές αιμοδότες, προκειμένου να αυξηθεί η ασφάλεια του αίματος και να διευκολυνθεί η διαχείριση των διαθέσιμων μονάδων αίματος και των παραγώγων του (Politis, 2000).

3.6 Ο ΑΙΜΟΔΟΤΗΣ

Αιμοδότης ορίζεται το άτομο που προσφέρει αίμα, πλάσμα ή άλλα συστατικά του αίματος με την ελεύθερη θέλησή του. Ο εθελοντής αιμοδότης (volunteer blood donor) δίνει αίμα χωρίς να περιμένει κάποιο αντάλλαγμα, υποκινούμενος από καθαρά αισθήματα αλτρουισμού.

Υπάρχουν δύο κατηγορίες αιμοδοτών:

1. Οι εθελοντές αιμοδότες που προσφέρουν αίμα τακτικά και προσέρχονται να αιμοδοτήσουν κατά βούληση στα κέντρα αιμοδοσίας ή σε οργανωμένους συλλόγους. Αξίζει να σημειωθεί ότι το καλύτερο ποιοτικώς αίμα προέρχεται από αυτή την κατηγορία αιμοδοτών και γι αυτό δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα στη ενθάρρυνση τους για αιμοδότηση. Αποτελούν ένα πολύ σημαντικό κομμάτι στη διαδικασία της αιμοδοσίας γιατί η επίπτωση των αιματογενώς μεταδιδόμενων νοσημάτων στο αίμα τους είναι σημαντικά μικρότερη (Davey, 2004).

Υπάρχουν και εθελοντές αιμοδότες που επιλέγουν να αιμοδοτούν για ένα συγκεκριμένο πολυμεταγγιζόμενο άτομο. Οι εθελοντές, μη αμειβόμενοι αιμοδότες εμφανίζουν σταθερά τον μικρότερο επιπολασμό λοιμώξεων που μεταδίδονται με τις μεταγγίσεις, καθώς δεν έχουν λόγο να αποκρύψουν πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν σε αποκλεισμό τους από την αιμοδοσία. Οι τακτικοί αιμοδότες είναι κατά κανόνα πιο ασφαλείς από τους νέους αιμοδότες, επειδή είναι καλύτερα ενημερωμένοι για τη σημασία της συμπεριφοράς που σχετίζεται με χαμηλό κίνδυνο λοίμωξης και του αυτο-αποκλεισμού όταν η αιμοδοσία είναι πιθανό να βλάψει το λήπτη (Γρούζη και συν, 2002).

2. Οι αιμοδότες αντικατάστασης (replacement blood donors) που αιμοδοτούν για φιλικό ή συγγενικό τους περιβάλλον και οι οποίοι κάποιες φορές επειδή βρίσκονται κάτω από την πίεση της αιμοδοσίας προκειμένου να χειρουργηθεί δικό τους άτομο μπορεί να μην απαντήσουν με απόλυτη ειλικρίνεια στο ερωτηματολόγιο, θέτοντας κατά αυτόν τον τρόπο σε κίνδυνο την ασφάλεια του αίματος. (Maniatis, 1993)

Ο αιμοδότης θα πρέπει να γνωρίζει ότι η αιμοδοσία είναι ωφέλιμη και για τον οργανισμό κάθε υγιούς δότη, διότι κινητοποιείται ο μυελός των οστών, για την παραγωγή νέων κυττάρων αίματος. Μεγάλη είναι η ηθική ικανοποίηση που έχει ο αιμοδότης ως άνθρωπος συμβάλλοντας στη σωτηρία συνανθρώπων του και επιπλέον δικαιούται αίμα σε περίπτωση προσωπικής ή οικογενειακής του ανάγκης (Healy, 2000). Σε χώρες όπως η Ισπανία, η

Πορτογαλία και Ιταλία, οι λόγοι αιμοδοσίας είναι περισσότερο προσωπικοί όπως η ανάγκη μετάγγισης ενός συγγενή ή φίλου ενώ στην υπόλοιπη Ευρώπη το 52% του πληθυσμού θεωρεί την αιμοδοσία μια πράξη αλτρουιστική, γεγονός που συνάδει με την φιλοσοφία της εθελοντικής επαναλαμβανόμενης αιμοδοσίας ως πράξης αλληλεγγύης προς τον συνάνθρωπο. Αιτία αυτού του φαινομένου σύμφωνα με έρευνα θεωρείται ο θεσμός της οικογένειας, ο οποίος παραμένει ακόμη ισχυρός στη χώρα μας και ωθεί τα άτομα να αιμοδοτούν βάση προσωπικών – οικογενειακών λόγων (Ferguson et al, 2002).

3.7 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΙΜΟΔΟΤΩΝ ΣΤΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ένα μεγάλο κομμάτι της βιβλιογραφίας έχει προσδιορίσει τον αλτρουισμό ως την πρωταρχική αιτία που οδηγεί κάποιον στη δωρεά αίματος ‘Όλο και περισσότεροι αιμοδότες αισθάνονται την υποχρέωση να βοηθήσουν τον συνάνθρωπο ανεξάρτητα από το αν τον γνωρίζουν ή όχι. (Alessandrini, 2007). Η λήψη της απόφασης για αιμοδοσία καθώς και η συμπεριφορά του αιμοδότη είναι σύνθετες έννοιες που πρέπει να εκτιμηθούν ταυτόχρονα σε πολλά επίπεδα Gillespie and Hillyer (2002). Η κατανόηση των κινήτρων των εθελοντών αιμοδοτών είναι κρίσιμη όσον αφορά τη βελτίωση της αποδοτικότητας των προγραμμάτων επάνδρωσης και διατήρησης αιμοδοτών (Glynn et al, 2002). Επίσης, η επίγνωση της ανάγκης για αίμα, η κοινωνική πίεση, η ανάγκη να αντικατασταθεί αίμα το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί από συγγενείς ή φίλους και τέλος, η αυξημένη αυτοεκτίμηση και αναγνώριση, αποτελούν σημαντικές κινητήριες δυνάμεις που ευθύνονται για την αιμοδοσία (Julius & Sytsam 1993).

Σε μία πρωτότυπη ποιοτική έρευνα ανάλυσης περιεχομένου, διαπιστώθηκε ότι όταν η προσωπική πρόθεση για προσφορά, που εκφράζεται μέσω της αιμοδοσίας, εξακολουθεί να είναι έντονη με το πέρασμα του χρόνου και συνοδεύεται από καλές συνθήκες και εύκολη πρόσβαση, τότε τα άτομα έχουν πολλές πιθανότητες να γίνουν τακτικοί αιμοδότες, καθώς και ότι η δωρεά αίματος γίνεται τακτικά αλλά λιγότερο συχνά, όταν αυτές οι προϋποθέσεις εκλείψουν (Sojka, 2003). Τα ευρήματα αυτά ενδεχομένως εξηγούν το γεγονός ότι υπάρχουν αποσιωπημένοι αιμοδότες, καθώς υπάρχουν και αιμοδότες, οι οποίοι δίνουν αίμα τακτικά αλλά χωρίς να νιώθουν μια ιδιαίτερη δέσμευση απέναντι στην ιδέα της εθελοντικής αιμοδοσίας (Davey, 2004),

Η δωρεά αίματος σχετίζεται με το φύλο του αιμοδότη, τον τόπο γέννησης, το επάγγελμα και τη γνώση του σχετικά με την αιμοδοσία, καθώς και κοινωνικές συμπεριφορές, όπως αυτές που σχετίζονται με την υγεία, κοινωνικό-οικονομικά κίνητρα (Chliaoutakis, 1994). Έχει διαπιστωθεί ότι η λήψη της απόφασης και η συμπεριφορά του αιμοδότη είναι πολύπλοκες έννοιες που πρέπει να αξιολογηθούν σε πολλά επίπεδα ταυτόχρονα (Maniatis, 1994).

Ως σημαντικός παράγοντας κινητοποίησης αναφέρεται η πίεση από το οικείο περιβάλλον και σημαντικό ερέθισμα αποτελούν τα δώρα και οι ανταμοιβές (Gardner & Cacioppo, 1995). Ωστόσο όσοι κινητοποιούνται κατά αυτόν τον τρόπο να δώσουν αίμα τη πρώτη φορά, έχουν λιγότερες πιθανότητες να επαναλάβουν την αιμοδότηση σε σχέση με εκείνους που κινητοποιούνται την πρώτη φορά με βάση εσωτερικές τους αξίες (Pivallin & Callero 1991). Για τους νέους, οι καθοριστικοί παράγοντες για να γίνουν δωρητές αίματος περιλαμβάνουν τη στάση τους και την προσωπική τους ηθική όσον αφορά την αιμοδοσία, καθώς και την στήριξη που παρέχεται από την κοινωνία (Lemmens et al., 2005).

Σε μία έρευνα που εκπονήθηκε με σκοπό τη διερεύνηση των κινήτρων σχετικά με την εθελοντική αιμοδοσία καθώς και των δυσκολιών και εμποδίων που σχετίζονται με αυτήν, προέκυψαν τα εξής συμπεράσματα: δεν παρατηρήθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών ως προς τα κίνητρα και τους λόγους που οδηγούν κάποιον στην εθελοντική αιμοδοσία. Επίσης στην ίδια έρευνα παρατηρήθηκε ότι, ανάμεσα στους γενικότερους λόγους και κίνητρα με υψηλότερη κατάταξη και οι πιο συχνά αναφερόμενοι λόγοι για τους οποίους κάποιος εξακολουθεί να δίνει αίμα, πέραν της πρώτης φοράς αναφέρθηκαν ο αλτρουισμός, η κοινωνική ευθύνη και η επιρροή από φίλους. Σύμφωνα με μελέτες, ως πιο συχνά αναφερόμενα κίνητρα αιμοδοσίας αναφέρεται η επιρροή από την οικογένεια και γνωστούς ή συγγενείς οι οποίοι είναι οι ίδιοι τακτικοί αιμοδότες (Sojka and Sojka, 2003).

Σε μια άλλη σημαντική έρευνα επιβεβαιώθηκε το γεγονός ότι η διαδικασία της αιμοδοσίας έχει κατά κύριο λόγο θετική επίδραση στην ψυχολογική και σωματική υγεία των αιμοδοτών παρότι αποτελεί, κυρίως για τους νέους αιμοδότες και μία εμπειρία που διακατέχεται από στρες. Έχει επίσης διαπιστωθεί ότι η πλειονότητα των αιμοδοτών φαίνεται να έχει υψηλά

επίπεδα ικανοποίησης και ευχαρίστησης από τη συνολική εμπειρία της αιμοδοσίας ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας και μορφωτικού επιπέδου (Misje et al., 2005).

Επομένως, η ικανοποίηση που εισπράττουν οι αιμοδότες από τη διαδικασία της αιμοδοσίας, αποτελεί και ισχυρό κίνητρο προκειμένου να αιμοδοτήσουν ξανά. Παρότι ο αλτρουισμός αποτελεί θεμελιώδες κίνητρο για κάποιον αιμοδότη, παρατηρούνται διαφοροποιήσεις στους παράγοντες κινητοποίησης όσον αφορά στην αιμοδοσία. Καταρχάς, φαίνεται ότι οι γυναίκες δείχνουν να είναι περισσότερο ευαισθητοποιημένες στο θέμα της αιμοδοσίας και αυτό ενδεχομένως να οφείλεται στην ισχυρότερη αλτρουιστική τάση που τις χαρακτηρίζει. Επίσης οι γυναίκες φαίνεται να ευαισθητοποιούνται περισσότερο από τους άνδρες, όταν αντιλαμβάνονται ότι υπάρχει ανάγκη και να αντιδρούν πιο άμεσα σε εκκλήσεις και υπενθυμίσεις (Steele et al., 2008).

Έχει παρατηρηθεί ακόμη ότι αιμοδότες που δίνουν αίμα πρώτη φορά αισθάνονται ικανοποίηση από τη διαδικασία της αιμοδοσίας από ότι οι έμπειροι αιμοδότες, πολύ πιθανό επειδή τους διακρίνει απειρία και υπάρχει έλλειψη ικανότητας να διαχωρίσουν κάποιες ανεπάρκειες που είναι προφανείς για τους έμπειρους αιμοδότες. Οι υψηλού μορφωτικού επιπέδου αιμοδότες φαίνεται να είναι λιγότερο ευχαριστημένοι με τη διαδικασία της αιμοδοσίας λόγω του ότι αξιολογούν το χρόνο τους με διαφορετικό τρόπο και είναι πιο απαιτητικοί όσον αφορά τις παροχές των υπηρεσιών υγείας (Sojka and Sojka, 2003).

Σύμφωνα λοιπόν με πολλές μελέτες, όταν ο αιμοδότης μείνει ικανοποιημένος από την εμπειρία της δωρεάς αίματος, τότε το γεγονός αυτό επηρεάζει σημαντικά την πρόθεσή του να δώσει αίμα ξανά στο μέλλον. Σε έρευνα στην Λιθουανία περίπου οι μισοί ανέφεραν ότι έδωσαν αίμα ως κοινωνική προσφορά, ενώ το ¼ περίπου δήλωσαν ότι αιμοδότησαν για τη νομισματική αποζημίωση, (αμειβόμενοι αιμοδότες) και το υπόλοιπο ¼ για προσωπικούς λόγους (ευγενές καθήκον). Σε μελέτη του ποσοστού του πληθυσμού που αποφεύγει να αιμοδοτήσει, σημαντικός παράγοντας άρνησης ή αποφυγής της αιμοδοσίας είναι ο φόβος και ο ενδεχόμενος πόνος από το τρύπημα της βελόνας (Alessandrini, 2007).

Καταλήγοντας, σύμφωνα με διεθνείς μελέτες, διαπιστώνεται ότι παρότι ο αλτρουισμός αποτελεί θεμελιώδες κίνητρο για κάποιον αιμοδότη, παρατηρούνται διαφοροποιήσεις στους

παράγοντες κινητοποίησης όσον αφορά στην αιμοδοσία. Τα ευρήματα ερευνών υποδεικνύουν ότι η συμπεριφορά ενός ποσοστού αιμοδοτών προς το συνάνθρωπό τους ενδεχομένως να κινητοποιείται από ατομικά συμφέροντα και όχι υποκινούμενα από συναισθήματα αλtruισμού (Marantidou et al., 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΔΩΡΕΑ ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ ΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΝ

Ο εθελοντισμός αποτελεί μορφή ενεργού συμμετοχής του πολίτη στα κοινά, με τη συμβολή του στην αντιμετώπιση αναγκών της καθημερινής ζωής. Ο εθελοντισμός δεν αποτελεί άσκηση φιλανθρωπίας. Αντίθετα προς τη φιλανθρωπία που έχει ως βάση της την κοινωνική διαφοροποίηση και ανισότητα εκείνου που προσφέρει και εκείνου που λαμβάνει τη παροχή, ο εθελοντισμός εδράζεται στην κοινωνική και πολιτική ισότητα εκείνου που προσφέρει την υπηρεσία και εκείνου που εξυπηρετείται. Σήμερα ο εθελοντισμός αλλάζει μορφή, δομή και λειτουργικότητα (Βάρκα –Αδάμη, 1996).

Ενώ στο παρελθόν γινόταν αναφορά στη δραστηριότητα μιας μειονότητας ατόμων με καλή θέληση που προσφερόταν συμπτωματικά και κατά βούληση σε ανύποπτο χρόνο και τόπο, σήμερα ο εθελοντισμός εμφανίζεται σαν ένα δυναμικό στοιχείο κοινωνικής ανάπτυξης και συμμετοχής, σαν δράση που μπορεί να αντιμετωπίσει σημερινά προβλήματα και ανάγκες με σύγχρονες μεθόδους, γνώσεις και αντιλήψεις. Είναι φανερό λοιπόν ότι η καλή διάθεση μόνο, δεν αρκεί για την προσφορά υπηρεσιών και την αντιμετώπιση κοινωνικών προβλημάτων. Βεβαίως, μεταξύ των άλλων, απαιτείται η αξιοποίηση των εθελοντών με κατάλληλη υψηλού επιπέδου εκπαίδευση. Μέσα από την εκπαίδευση οι εθελοντές μαθαίνουν να ελέγχουν τα κίνητρά τους, ανακαλύπτουν και αξιοποιούν τα όποια ταλέντα τους και εντάσσουν την προσφορά τους σε μια κοινή προσπάθεια με κοινή κατεύθυνση και αποτελεσματικότητα (Παπαδοπούλου, 1994).

Ο εθελοντισμός είναι μία σύνθετη έννοια. Προϋποθέτει αγάπη, ανθρωπιά και ανάγκη για προσφορά από τον έναν άνθρωπο στον άλλο που την έχει ανάγκη. Ταυτόχρονα χρειάζεται υψηλός βαθμός συνειδητοποίησης των προσωπικών κινήτρων και αξιών και μεγάλη δόση ειλικρίνειας ως προς το λόγο που κάποιος επιθυμεί να γίνει εθελοντής. Εθελοντής, λοιπόν,

είναι ο πολίτης εκείνος που προσφέρει ανιδιοτελώς τον ελεύθερο χρόνο του ή τη γνώση του για χρήσιμες δράσεις προς όφελος άλλων, χωρίς να περιμένει αντάλλαγμα. Ο εθελοντισμός σήμερα είναι πολυδιάστατος όσο ποτέ άλλοτε. Δε σταματά στην προσφορά υλικών αγαθών – πόρων για την κάλυψη των καθημερινών αναγκών, ούτε στην προσφορά εθελοντικής εργασίας. Είναι σημαντικό ότι οι πολίτες που σήμερα υιοθετούν την εθελοντική προσφορά αίματος, ιστών και οργάνων σώματος συνεχώς αυξάνονται. (Παπακυριακού, 2007)

4.1 ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ

Η μεταμόσχευση είναι μία εγχείρηση κατά την οποία υγιή όργανα, ιστοί ή κύτταρα μεταφέρονται από ένα νεκρό ή ζωντανό δότη σε έναν χρονίως πάσχοντα άνθρωπο με σκοπό την αποκατάσταση της λειτουργίας των οργάνων του (Αβραμίδης, 1999). Η μεταμόσχευση, η οποία αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες κατακτήσεις της ιατρικής του 20ού αιώνα και έχει καθιερωθεί πλέον σήμερα ως μία θεραπευτική πρακτική, για την αντιμετώπιση πολλών νοσημάτων σε όλες τις χώρες της Ευρώπης και την Αμερική και επιτρέπει την αποκατάσταση των λειτουργιών του σώματος που είχαν μέχρι εκείνη τη στιγμή χαθεί και σε μερικές περιπτώσεις είχαν μερικώς υποκατασταθεί με μία μηχανικού τύπου μέθοδο. Προϋπόθεση όμως για την εφαρμογή των μεταμοσχεύσεων είναι η προσφορά οργάνων, ιστών (μυελού των οστών) ή κυττάρων μετά την ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης και την αποδοχή της ιδέας της δωρεάς οργάνων, ιστών και κυττάρων. Η δωρεά κυττάρων, ιστών και οργάνων μετά θάνατον είναι ένα δώρο ζωής στον πάσχοντα συνάνθρωπο και ένα μήνυμα ελπίδας, ανθρωπιάς και αλληλεγγύης (Παπαγιάννης, 1994).

Η μεταμόσχευση μυελού των οστών περιλαμβάνει την αντικατάσταση του πάσχοντος μυελού των οστών με κύτταρα από έναν υγιή δότη, τα οποία μεταγγίζονται στον ασθενή ακριβώς όπως μια μετάγγιση αίματος (Παπαδημητρίου, 1998). Ο μεταγγιζόμενος μυελός εγκαθίστανται μέσα στα οστά του λήπτη, όπου αντικαθιστά τον άρρωστο μυελό του. Η μεταμόσχευση μυελού των οστών γίνεται για θεραπεία ασθενών που έχουν μυελική απλασία (ανεπάρκεια του μυελού να φτιάξει τα κύτταρα του αίματος), λευχαιμία (παραγωγή παθολογικών κυττάρων), κληρονομικές αναιμίες (π.χ. μεσογειακή αναιμία), μυελική καταστροφή (π.χ. από ακτινοβολία), ή κάποιες σπανιότερες ασθένειες. Ένας μεγάλος αριθμός

ασθενών, εκ των οποίων και πολλά παιδιά πεθαίνουν κάθε χρόνο γιατί ο μυελός των οστών τους ανεπαρκεί, έχει καταστραφεί ή έχει διηθηθεί από κακοήθη κύτταρα (Αλεξιάδης, 1996).

Η αναγνώριση της ιστικής ομοιότητας μεταξύ δύο ατόμων βασίζεται στο γεγονός ότι πάνω σε όλα τα κύτταρα του οργανισμού βρίσκεται μια ομάδα αντιγόνων, που ονομάζονται αντιγόνα ιστοσυμβατότητας (HLA) και τα οποία είναι διαφορετικά σε κάθε άτομο καθορίζοντας την "Ιστική Ταυτότητά" του. Τα αντιγόνα αυτά προσδιορίζονται από το ειδικό εργαστήριο σε δείγμα αίματος και η σύγκριση της Ιστικής Ταυτότητας δύο ατόμων έχει σαν αποτέλεσμα την εκτίμηση της ομοιότητας- συμβατότητας μεταξύ τους (Βάρκα –Αδάμη, 1993).

Οι πιθανότητες ανεύρεσης ενός συμβατού δότη μεταξύ των μελών της οικογένειας του ασθενούς που είναι και η περισσότερο επιθυμητή, είναι δυνατή μόνο στο 1/3 των περιπτώσεων. Οι ιστικές διαφορές μεταξύ των ατόμων είναι τόσο μεγάλες, ώστε οι πιθανότητες να ταιριάζει ένας εθελοντής με τον ασθενή, είναι ένα σε περισσότερο από 10.000. Επομένως είναι απαραίτητη η ύπαρξη μεγάλου αριθμού εθελοντών για να υπάρχουν ουσιαστικά οι πιθανότητες ανεύρεσης συμβατού δότη. Έχει υπολογισθεί ότι, αν υπάρχουν 250.000 δότες, η πιθανότητα να βρεθεί ένας κατάλληλος δότης για ένα λήπτη είναι 60%. Κάθε ενήλικας μεταξύ 18 και 50 ετών, ο οποίος δεν έχει ιστορικό μεταδοτικών νοσημάτων, καρδιοπάθειας ή νεοπλασίας (παρόμοιες προϋποθέσεις με εκείνες με την Εθελοντική Αιμοδοσία), μπορεί να γίνει εθελοντής δότης, εφόσον το επιθυμεί (Βάρκα –Αδάμη, 1998).

Σε μικρό δείγμα αίματος, το οποίο λαμβάνεται από τον εθελοντή δότη, προσδιορίζονται τα ιστικά αντιγόνα με εξέταση, που γίνεται σε εργαστήριο ιστοσυμβατότητας. Το αποτέλεσμα μαζί με τα στοιχεία του και την ειδική δήλωση, στην οποία εκφράζει έγγραφα την επιθυμία του, καταχωρούνται στο εμπιστευτικό αρχείο των εθελοντών, μέσω του οποίου διατίθεται πλέον για σύγκριση συμβατότητας με κάθε υποψήφιο λήπτη για τον οποίο αναζητείται δότης του (Αβραμίδης, 1999).

Αν βρεθεί ότι ένας εθελοντής είναι, πιθανόν, συμβατός με έναν υποψήφιο λήπτη, ειδοποιείται, ενημερώνεται για την αρχική αυτή ύπαρξη συμβατότητας και ερωτάται αν επιθυμεί να υποβληθεί σε μία δεύτερη και Τρίτη εξέταση με τις οποίες θα επιβεβαιωθεί η τελική συμβατότητα του με τον ασθενή. Αν και οι τελικές αυτές εξετάσεις αποδείξουν τη

συμβατότητα, η μεταμόσχευση μπορεί να προγραμματιστεί. Ο εθελοντής, ο οποίος θα γίνει τελικά δότης για έναν ασθενή, είναι δυνατόν να μεταβεί για τη λήψη του μυελού στο Κέντρο όπου νοσηλεύεται ο ασθενής ή να ληφθεί ο μυελός του σε Μονάδα Μεταμόσχευσης της περιοχής του και να μεταφερθεί στο Κέντρο του λήπτη. (Παπαγιάννης, 1994).

Η λήψη του μυελού των οστών γίνεται με παρακέντηση στα οστά της πυέλου κάτω από γενική ή ραχιαία αναισθησία από τους ειδικούς Αιματολόγους που ασχολούνται με τη μεταμόσχευση. Το ποσό του μυελού που συλλέγεται, αποτελεί 2-3% του συνόλου του μυελού των οστών του δότη, το οποίο και αναγεννάται γρήγορα χωρίς να επηρεάζεται η γενική κατάστασή του. Ένας ελαφρύς πόνος στο σημείο της παρακέντησης για λίγες μέρες είναι το μόνο σύμπτωμα που παρουσιάζει ο δότης, ο οποίος και επιστρέφει στο σπίτι του μετά από μία ή δύο μέρες. (Βάρκα –Αδάμη, 1996).

Σήμερα ωστόσο είναι δυνατή η συλλογή προγονικών αιμοποιητικών κυττάρων ικανών να αποκαταστήσουν την λειτουργία του μυελού από το περιφερικό αίμα με τη διαδικασία της αιμαφαίρεσης. Τα προγονικά αιμοποιητικά κύτταρα κυκλοφορούν στο αίμα σε μικρό αριθμό ο οποίος μπορεί να αυξηθεί με τη χορήγηση αυξητικών παραγόντων. Ο δότης δηλαδή αντί να υποβληθεί σε παρακεντήσεις οστού, υποβάλλεται σε αιμαφαίρεση με την ειδική συσκευή που προϋποθέτει δύο φλεβοκεντήσεις και χρόνο δύο περίπου ωρών. Τέλος είναι δυνατή η συλλογή προγονικών αιμοποιητικών κυττάρων από τον ομφάλιο λώρο κατά τον τοκετό (Γολεμάτη, 1991).

4.2 ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΟΡΓΑΝΩΝ

Κατά την μεταμόσχευση οργάνων, τα όργανα τα οποία μπορούν να μεταμοσχευτούν είναι οι νεφροί, η καρδιά, το ήπαρ, οι πνεύμονες, το πάγκρεας και τμήμα του λεπτού εντέρου. Οι ιστοί και τα κύτταρα που μπορούν σήμερα να μεταμοσχευτούν είναι δέρμα, επιδερμίδα, οστά, χόνδροι, μύες, τένοντες, σύνδεσμοι, περιτονίες, αγγεία, βαλβίδες της καρδιάς, κερατοειδής χιτώνας του οφθαλμού, σκληρός χιτώνας του οφθαλμού, εμβρυϊκή μεμβράνη, χόριο, ενδοκρινείς ιστοί και ενδοκρινικά κύτταρα, νευρικά κύτταρα. Οι τεχνικές συνεχώς βελτιώνονται και σύντομα θα είναι δυνατή η μεταμόσχευση και άλλων οργάνων. (Γιαννάκου –Πεφτουλίδου και συν., 1990).

Οποιοσδήποτε άνδρας ή γυναίκα, κάθε ηλικίας, μπορεί να γίνει δωρητής μετά θάνατον. Η αφαίρεση διενεργείται μετά την επέλευση του θανάτου, έστω και αν οι λειτουργίες ορισμένων οργάνων διατηρούνται με τεχνητά μέσα, και εφόσον ο δυνητικός δότης είχε εγγράφως συναινέσει σε αυτήν (Βάρκα –Αδάμη, 1996). Η αφαίρεση αποκλείεται αν είχε εγγράφως εκφράσει την άρνησή του. Αν ο δυνητικός δότης δεν είχε εκφράσει τη συναίνεσή του ή την άρνησή του, η αφαίρεση διενεργείται εφόσον δεν αντιτίθεται σε αυτήν οι συγγενείς του. Τα όρια ηλικίας για τη δωρεά οργάνων που είχαν τεθεί παλαιότερα έχουν ξεπερασθεί από τις εξελίξεις της ιατρικής. Για τη λειτουργική κατάσταση του οργάνου που πρόκειται να αφαιρεθεί και να μεταμοσχευτεί, σημαντική είναι η βιολογική και όχι η χρονολογική ηλικία (Γάφος, 1996).

Σε ιδιαίτερες περιπτώσεις μπορεί να γίνει δωρεά οργάνου από ζώντα δότη όπως ένα νεφρό σε έναν συγγενή δευτέρου βαθμού εξ αίματος σε ευθεία ή πλάγια γραμμή (σύμφωνα με το Νόμο 2737/99 περί μεταμοσχεύσεων) και αυτό διότι ο άνθρωπος μπορεί να ζήσει φυσιολογικά και με ένα μόνο νεφρό. Επίσης μπορεί να μεταμοσχευτεί μέρος του ήπατος, μέρος του πνεύμονα ή του λεπτού εντέρου και αιμοποιητικά κύτταρα (ο μυελός των οστών). Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από ζώντα δότη επιτρέπεται μόνον όταν πρόκειται να γίνει μεταμόσχευση στο σύζυγο του δότη ή σε συγγενή μέχρι και το δεύτερο βαθμό εξ αίματος, σε ευθεία ή πλάγια γραμμή. Ο περιορισμός δεν ισχύει στη μεταμόσχευση αιμοποιητικών κυττάρων (μυελού των οστών). (Βάρκα-Αδάμη, 1998).

Υπάρχει διαφορά μεταξύ του δωρητή του δότη οργάνων. Ο Δωρητής οργάνων είναι ο ενήλικος πολίτης που δηλώνει εν ζωή ότι μετά τον θάνατό του θα ήθελε να βοηθήσει ασθενείς συνανθρώπους του, προσφέροντας τα όργανά του προς μεταμόσχευση. Ο Δωρητής οργάνων κατέχει την κάρτα δωρητή οργάνων. Δότης οργάνων είναι ο εκλιπών από τον οποίο αφαιρείται τουλάχιστον ένα όργανό του προς μεταμόσχευση, ή, ο εν ζωή πολίτης που δίνει ένα όργανό του ή ιστό του προς μεταμόσχευση σε συγγενή του, με βάση την ισχύουσα νομοθεσία.

Η δοκιμασία ιστικής διασταύρωσης HLA crossmatch είναι ένα από τα σημαντικότερα τεστ που γίνονται πριν μία μεταμόσχευση οργάνου. Στην πραγματικότητα το crossmatch

θεωρείται σαν ένα μικρό τεστ μεταμόσχευσης που γίνεται «έξω από το σώμα». Η εξέταση crossmatch δίνει πληροφορίες σχετικά με την πιθανότητα απόρριψης πριν το όργανο μεταμοσχευθεί στο σώμα του ασθενούς και καθορίζει εάν το σώμα του ασθενούς θα δεχτεί ή εάν έχει πιθανότητες να απορρίψει το μόσχευμα. Ένα θετικό crossmatch δείχνει ότι το ανοσολογικό σύστημα του ασθενούς έχει την ικανότητα να επιτεθεί και πιθανόν να απορρίψει το όργανο. Ένα «αρνητικό» crossmatch δείχνει ότι ο ασθενής δεν έχει αντισώματα στα HLA μόρια του δότη και επομένως υπάρχει μεγάλη πιθανότητα η μεταμόσχευση οργάνου να και επομένως υπάρχει μεγάλη πιθανότητα η μεταμόσχευση οργάνου να είναι επιτυχής. Επειδή λοιπόν η έκβαση του crossmatch μπορεί να επιτρέπει ή να αποτρέπει τη μεταμόσχευση, για κάθε όργανο (ιδίως νεφρό) προς μεταμόσχευση υποβάλλονται ταυτόχρονα στο τεστ αυτό τουλάχιστον δύο ή τρεις υποψήφιοι λήπτες, ούτως ώστε να μη χαθεί πολύτιμος χρόνος για τη βιωσιμότητα του μοσχεύματος σε περίπτωση που ο πρώτος στη σειρά υποψήφιος κάνει θετικό crossmatch. (Γάφος, 1996).

Πρωτίστως πριν τη μεταμόσχευση είναι απαραίτητος ο καθορισμός της ομάδας αίματος του δότη και των υποψήφιων ληπτών. Όπως και σε κάθε μετάγγιση αίματος, εάν οι λήπτες δεν είναι συμβατοί ως προς την ομάδα αίματος με τον δότη, τότε δεν μπορεί κατά κανόνα να γίνει η μεταμόσχευση. Μεταμοσχεύσεις με ασύμβατη ομάδα αίματος γίνονται σε λίγα εξειδικευμένα κέντρα μεταμόσχευσης και αφορούν μεταμοσχεύσεις από ζώντα δότη. Κατόπιν τα HLA και το τεστ crossmatch δίνουν σημαντικές πληροφορίες για τη πρόγνωση μιας μεταμόσχευσης. Δίνουν στους ασθενείς την καλύτερη ευκαιρία για επιτυχή μεταμόσχευση. Κάθε τύπος οργάνου που μεταμοσχεύεται είναι διαφορετικός. Κάποια όργανα όπως τα νεφρά, είναι πολύ ευαίσθητα στα HLA αντισώματα και χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή για την αποφυγή της χρήσης ενός δότη που έχει HLA μόρια εάν ο ασθενής έχει αντισώματα σε αυτά τα HLA. Άλλα όργανα όπως το ήπαρ είναι λιγότερο ευαίσθητα και επομένως η συμβατότητα δεν είναι τόσο σημαντική. Πάντως για την καρδιά και τους πνεύμονες που πρέπει να μεταμοσχεύονται πολύ γρήγορα μετά την αφαίρεση από το δότη δεν υπάρχει χρόνος για την εύρεση του HLA φαινοτύπου και το τεστ crossmatch πριν τη μεταμόσχευση. (Γιαννάκου – Πεφτουλίδου και συν., 1990).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η παρούσα έρευνα έρχεται να προσθέσει στοιχεία στις ήδη υπάρχουσες μελέτες. Αφορά στο Νοσοκομείο «Ασκληπιείο Βούλας» που καλύπτει τις ανάγκες σε αίμα όλης της Νότιας Αττικής. Το Νοσοκομείο αν και από το 1985 είναι Γενικό Νοσοκομείο, λειτουργεί κατεξοχήν ως τραυματολογικό κέντρο. Η μελέτη αυτή έχει ως στόχο τη αποτύπωση της διακίνησης του αίματος και των παραγώγων του καθώς και την καταγραφή των χαρακτηριστικών των αιμοδοτών του συγκεκριμένου Νοσοκομείου, στο οποίο έγινε η διεξαγωγή της μελέτης, ώστε να διαπιστωθούν οι αδυναμίες στο υπάρχον σύστημα προσέλευσης και να γίνουν βελτιώσεις.

Η καταγραφή αφορούσε τη συνολική κίνηση των παραγώγων του αίματος στο Νοσοκομείο «Ασκληπιείο» καθώς και την αποστολή αίματος σε άλλες Νοσηλευτικές μονάδες ανά ημερολογιακό μήνα. Επιπλέον καταγράφηκε μηνιαίως το σύνολο των αιμοδοτών που έδωσαν αίμα για φιλικό/συγγενικό περιβάλλον (αιμοδότες αντικατάστασης) και των αιμοδοτών που προσήλθαν εθελοντικά στο τμήμα της Αιμοδοσίας.

Τα χαρακτηριστικά των αιμοδοτών καταγράφονται σε πολλές μελέτες σύμφωνα με τη Βιβλιογραφία. Αποτελεί ωστόσο ενδιαφέρον να καταγραφούν τα χαρακτηριστικά των αιμοδοτών που προσέρχονται σε ένα Νοσοκομείο που είναι απομονωμένο από τα υπόλοιπα και μοναδικό στη Νότια Αττική καλύπτοντας μια ευρύτατη περιοχή με μεγάλη κίνηση σε τροχαία ατυχήματα. Μέσα από αυτή τη μελέτη σκοπός είναι να διαπιστωθεί αν τα αποτελέσματα είναι κοινά με άλλες μελέτες ή διαφοροποιούνται.

Πραγματοποιήθηκε καταγραφή των χαρακτηριστικών των αιμοδοτών που προσήλθαν στο Ασκληπιείο Βούλας την περίοδο που πραγματοποιήθηκε η μελέτη.

Οι επιμέρους στόχοι ήταν:

1. Η καταγραφή των δημογραφικών στοιχείων και των κοινωνικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων

2. Η μελέτη του βαθμού ικανοποίησης των αιμοδοτών από την υπηρεσία αιμοδοσίας
3. Η αξιολόγηση του επιπέδου γνώσεων σχετικά με το θέμα της εθελοντικής αιμοδοσίας
4. Η διατύπωση προτάσεων για την καλύτερη αξιοποίηση των αιμοδοτών

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η διακίνηση των παραγώγων αίματος αναφέρεται στη χρονική περίοδο Σεπτέμβριο 2012 ως και Αύγουστο 2013. Αξιοποιήθηκε το σύστημα Μηχανοργάνωσης του Νοσοκομείου για τη συλλογή των δεδομένων, το οποίο σύστημα υπάρχει στο συγκεκριμένο Νοσοκομείο από το 2003.

Η προέλευση των περιστατικών ταξινομήθηκε ως περιστατικά που ανήκαν στην Ορθοπαιδική Κλινική, στην Παθολογική Κλινική και στην Χειρουργική Κλινική καθώς και τα σοβαρά τροχαία συμπεριλαμβανομένων και των κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων καταχωρήθηκαν ως έκτακτα περιστατικά. Επιπλέον σε ξεχωριστό πίνακα έγινε αποτύπωση της κίνησης του κάθε παραγώγου στο Ασκληπιείο σε αντιστοιχία με την αποστολή παραγώγων σε άλλα νοσοκομεία. Τα νοσοκομεία στα οποία γινόταν η αποστολή βρίσκονται στο σύνολό τους στο νομό Αττικής πέρα από κάποιες περιπτώσεις Νοσηλευτικών μονάδων στην υπόλοιπη Ελλάδα. Από τα στοιχεία της μηχανοργάνωσης του Νοσοκομείου καταγράφηκε η προέλευση του αίματος (καταγραφή των αιμοδοτών που έδωσαν αίμα για το συγγενικό ή φιλικό τους περιβάλλον και των αιμοδοτών που έδωσαν εθελοντικά).

Η καταγραφή των χαρακτηριστικών των αιμοδοτών πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα Ιούνιο ως και Αύγουστο 2013. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη συμπλήρωση ανώνυμου και αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου. Εξηγήθηκαν στους συμμετέχοντες οι σκοποί της έρευνας, το προαιρετικό της συμμετοχής τους, η εξασφάλιση της ανωνυμίας και η τήρηση του απορρήτου καθώς και η μη χρήση των στοιχείων σε άλλες έρευνες ή άλλους σκοπούς.

Για τη μελέτη των στοιχείων που ενδιέφεραν, χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο είναι κατάλληλα σχεδιασμένο και σταθμισμένο (ελεγμένο προς την αξιοπιστία του) και απευθύνεται σε αιμοδότες. Προέρχεται από την Ελληνική Εταιρία Μεταγγισιοθεραπείας (HSBT, Hellenic Society of Blood Transfusion, - Σεπτέμβριος 2005), από την οποία ζητήθηκε έγγραφη συγκατάθεση για τη χρήση του ερωτηματολογίου στην παρούσα μελέτη. Η Ελληνική Εταιρία Μεταγγισιοθεραπείας δόμησε το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο για χρήση έρευνας που πραγματοποίησε την περίοδο 2005-2006 σε 1600 αιμοδότες από έντεκα υπηρεσίες Αιμοδοσίας της χώρας.

Το ερωτηματολόγιο της έρευνάς μας εισαγωγικά καταγράφει τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο, επάγγελμα, εκπαίδευση). Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει ερωτήσεις που αφορούν το ιστορικό του συμμετέχοντα ως αιμοδότη και είναι συνολικά 9 ερωτήσεις. Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει 17 ερωτήσεις και έχει σαν σκοπό να διαπιστωθεί αν ο αιμοδότης έχει βασικές γνώσεις σχετικά με την αιμοδοσία. Το τρίτο μέρος αφορά βασικές αντιλήψεις για τους κινδύνους και τα ρίσκα που διατρέχει ο ερωτώμενος ως αιμοδότης και περιλαμβάνει 24 ερωτήσεις. Το τέταρτο μέρος απευθύνεται στους τακτικούς αιμοδότες και περιλαμβάνει 7 ερωτήσεις. Τέλος το πέμπτο μέρος δεν περιλαμβανόταν στο ερωτηματολόγιο αλλά προστέθηκε από την ερευνήτρια. Αναφέρεται στον Εθελοντισμό και τη δωρεά μυελού των οστών και οργάνων και περιλαμβάνει 5 ερωτήσεις.

Το συνολικό δείγμα της μελέτης προσήλθε είτε κατά τις καθημερινές (από τις 8.30π.μ ως τις 2μ.μ), είτε κατά τα Σαββατοκύριακα (από τις 9π.μ ως τη 1μ.μ). Το ερωτηματολόγιο δόθηκε από την ίδια την ερευνήτρια εξασφαλίζοντας κατά αυτόν τον τρόπο την προσωπική επαφή και επικοινωνία.

- Στατιστική Ανάλυση

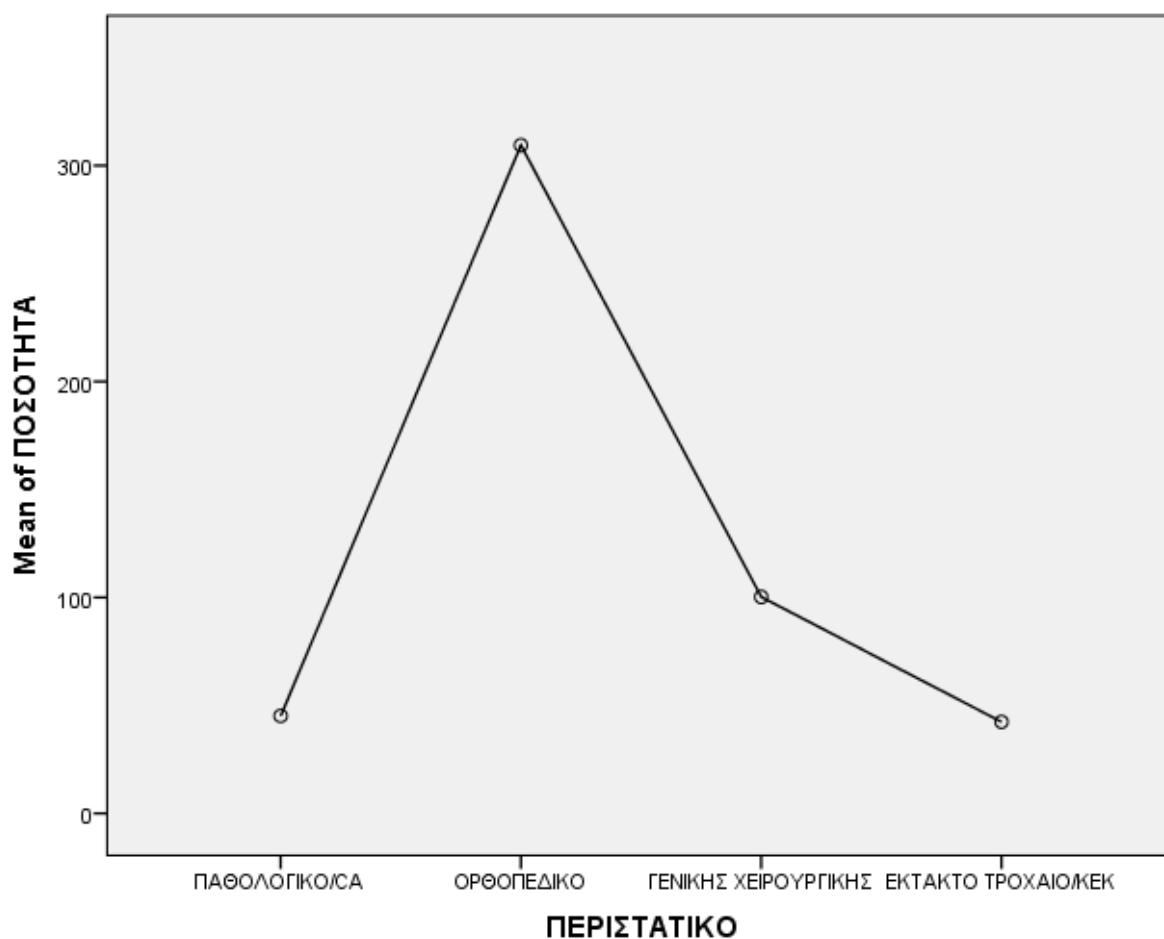
Η επεξεργασία των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS 20. Μετά την αποδελτίωση και την κωδικοποίηση των απαντήσεων έγινε ανάλυση των βασικότερων εξ αυτών και εξετάστηκαν πιθανές σχέσεις που υπάρχουν μεταξύ τους. Στις συσχετίσεις χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος Chi-Square.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στη συγκεκριμένη μελέτη είναι ιδιαίτερα εμφανής η ανάγκη για βελτίωση του συστήματος προσέλευσης λόγω των αυξημένων αναγκών της χώρας σε αίμα. Η καταγραφή της διακίνησης αίματος διήρκησε ένα έτος (από το Σεπτέμβριο 2012 ως και τον Αύγουστο 2013) και αποτύπωσε τη διακίνηση των παραγώγων αίματος κατά ημερολογιακό μήνα και ανά περιστατικό στο Νοσοκομείο «Ασκληπιείο» καθώς και των παραγώγων που ζητήθηκαν από άλλα Νοσοκομεία. Επιπλέον καταγράφηκε ανά μήνα ο αριθμός των αιμοδοτών που έδωσαν αίμα για συγγενικό/ φιλικό περιβάλλον και των αιμοδοτών που πρόσφεραν αίμα εθελοντικά.

Σχετικά με την καταγραφή των χαρακτηριστικών των αιμοδοτών, η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στο συγκεκριμένο Νοσοκομείο κατά τους μήνες Ιούνιο- Αύγουστο 2013 όπου προσήλθαν για αιμοδότηση συνολικά 2.151 αιμοδότες (948 εθελοντές και 1.203 αιμοδότες αντικατάστασης). Η ίδια η ερευνήτρια έδινε τα ερωτηματολόγια δίνοντας και προφορική εξήγηση για τον σκοπό της μελέτης. Ο φόρτος εργασίας της εργασίας της ερευνήτριας που δεν της επέτρεπε να βρίσκεται αρκετό χρόνο στο χώρο αναμονής της αιμοδοσίας καθώς και η έλλειψη διάθεσης των αιμοδοτών να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο όταν δεν υπήρχε αναμονή για τη λήψη του ιστορικού, καθόρισε τον αριθμό των συμμετεχόντων στην έρευνα. Έλαβαν μέρος 208 αιμοδότες, ηλικίας από 18 ως 60 ετών, οι οποίοι και αποτέλεσαν το συνολικό δείγμα της μελέτης, που πραγματοποιήθηκε προκειμένου να διερευνηθούν τα χαρακτηριστικά των αιμοδοτών καθώς και η γνώση και στάση τους αναφορικά με την αιμοδοσία.

Το Νοσοκομείο Ασκληπιείο λειτουργεί ως Γενικό Νοσοκομείο από το 1985 καλύπτοντας όλες τις ειδικότητες όπως Γενική Χειρουργική, Νευροχειρουργική, Παθολογική, Καρδιολογική, Φυσική Ιατρική. Παρόλα αυτά η Κλινική που πραγματοποιεί τον μεγαλύτερο αριθμό μεταγίσεων είναι η Ορθοπαιδική Κλινική, ίσως λόγω του γεγονότος ότι από το 1948 το "Ασκληπιείο" υπήρξε Ορθοπαιδικό Νοσοκομείο που κάλυπτε ορθοπαιδική χειρουργική και τραυματολογία ως αποτέλεσμα να υπερτερούν αριθμητικά τα ορθοπαιδικά περιστατικά. (γράφημα 3.1)



Γράφημα 3.1: Επίδραση του περιστατικού στην ποσότητα

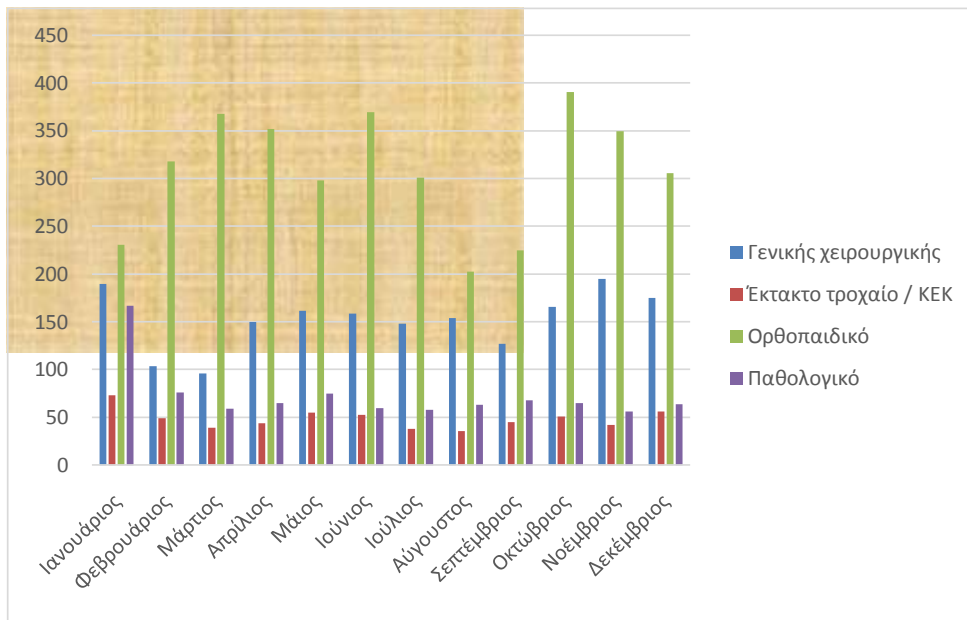
Οι περισσότερες μονάδες ερυθρών αιμοσφαιρίων μεταγγίσθηκαν το μήνα Οκτώβριο ενώ συνολικά τις περισσότερες μονάδες ερυθρών δέχθηκαν τα ορθοπεδικά περιστατικά κατά τη διάρκεια όλου του έτους. (3.713 μονάδες)

Πίνακας 3.1

Ερυθρά ανά μήνα
και κλινική

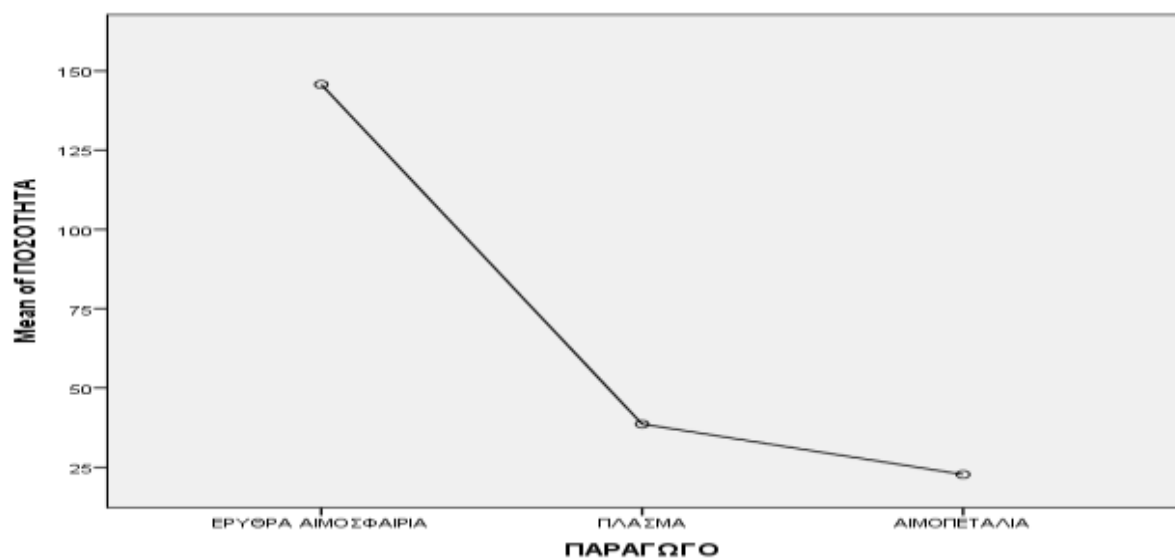
Μήνας	Γενικής χειρουργικής	Έκτακτο τροχαίο / ΚΕΚ	Ορθοπαιδικό	Παθολογικό	Γενικό Άθροισμα
Ιανουάριος	190	73	231	167	661
Φεβρουάριος	104	49	318	76	547
Μάρτιος	96	39	368	59	562
Απρίλιος	150	44	352	65	611
Μάιος	162	55	298	75	590
Ιούνιος	159	53	370	60	642
Ιούλιος	148	38	301	58	545
Αύγουστος	154	36	203	63	456
Σεπτέμβριος	127	45	225	68	465
Οκτώβριος	166	51	391	65	673
Νοέμβριος	195	42	350	56	643
Δεκέμβριος	175	56	306	64	601
Γενικό Άθροισμα	1826	581	3713	876	6996

Στη συνέχεια παριστάνουμε γραφικά τη διακίνηση των ερυθρών αιμοσφαιρίων για να παρέχουμε στον αναγνώστη μια εποπτική εικόνα. (γράφημα 3.2)



Γράφημα 3.2 : μετάγγιση Ερυθρών Αιμοσφαιρίων ανά Μήνα και Κλινική

Στο Ασκληπιείο, τα ερυθρά αιμοσφαίρια είναι το παράγωγο με τη μεγαλύτερη κίνηση.(γράφημα 3.3)



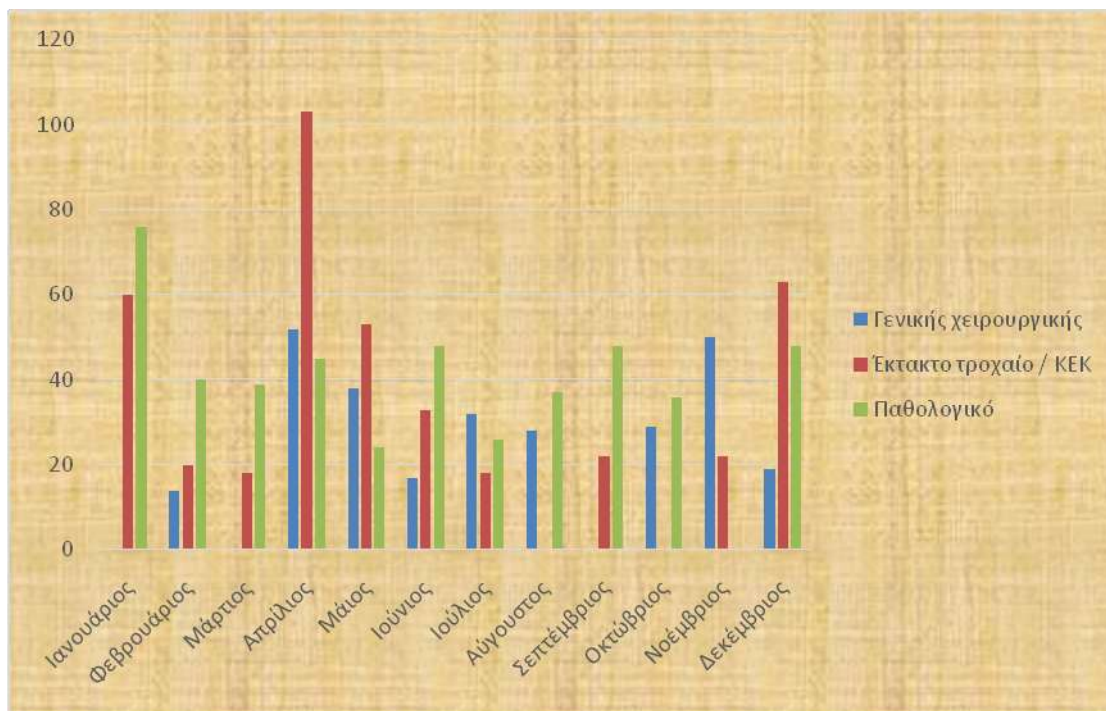
Γράφημα 3.3: επίδρασης παραγώγου στην ποσότητα

Σε δεύτερο στάδιο παραθέτονται στοιχεία που αφορούν τη διακίνηση πλάσματος. Ο παρακάτω πίνακας περιλαμβάνει την ποσότητα του πλάσματος, ανά μήνα καταγραφής και ανά περιστατικό (Γενικής Χειρουργικής, Έκτακτο τροχαίο / ΚΕΚ, Ορθοπεδικό, Παθολογικό). Η κίνηση του πλάσματος ήταν αυξημένη τον Απρίλιο (200 μονάδες) ενώ κατά τη διάρκεια του έτους τα παθολογικά περιστατικά χρειάστηκαν το μεγαλύτερο αριθμό πλασμάτων (467 μονάδες). Η Ορθοπεδική Κλινική δεν πραγματοποίησε καμία μετάγγιση αυτού του παραγώγου το χρόνο αυτό.

Πίνακας 3. 2 Πλάσμα

Μήνας	Γενικής χειρουργικής	Έκτακτο τροχαίο / ΚΕΚ	Παθολογικό	Γενικό Άθροισμα
Ιανουάριος		60	76	136
Φεβρουάριος	14	20	40	74
Μάρτιος		18	39	57
Απρίλιος	52	103	45	200
Μάιος	38	53	24	115
Ιούνιος	17	33	48	98
Ιούλιος	32	18	26	76
Αύγουστος	28		37	65
Σεπτέμβριος		22	48	70
Οκτώβριος	29		36	65
Νοέμβριος	50	22		72
Δεκέμβριος	19	63	48	130
Γενικό Άθροισμα	279	412	467	1158

Η γραφική απεικόνιση των δεδομένων μας δίνει τη δυνατότητα να παρακολουθήσουμε την χρονική εξέλιξη της διακίνησης πλάσματος ανά μήνα και ανά περιστατικό (γράφημα 3.4)



Γράφημα 3.4 : μετάγγιση Πλάσματος ανά Μήνα και Κλινική

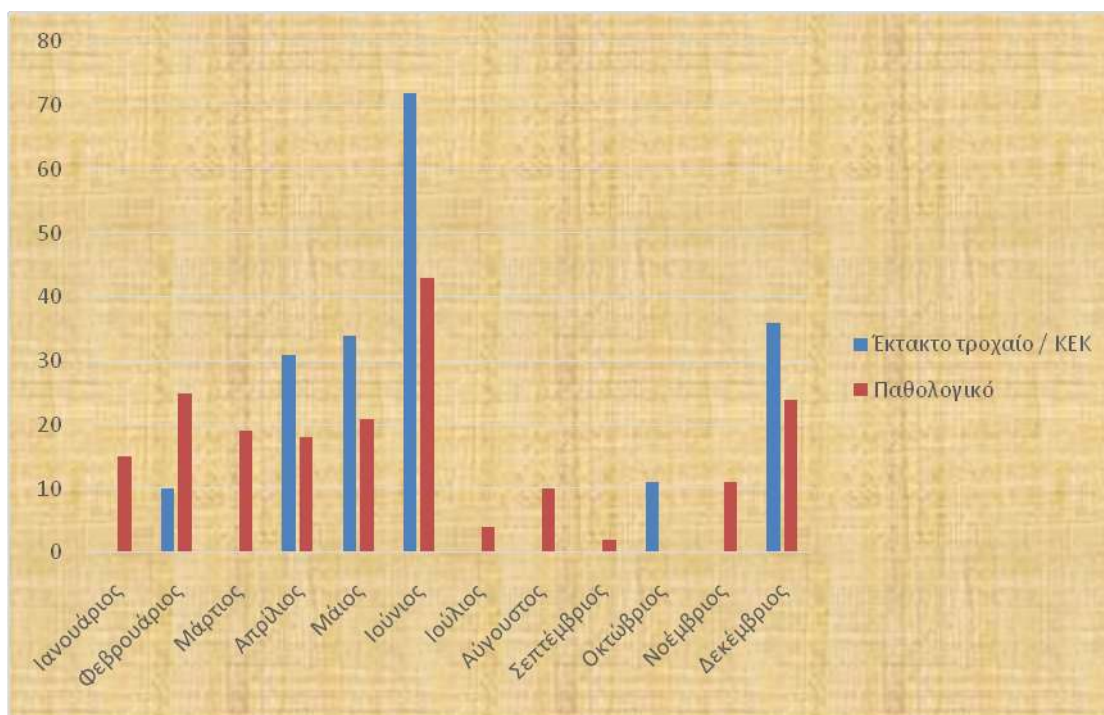
Σε τρίτο στάδιο παραθέτονται στοιχεία που αφορούν την διακίνηση αιμοπεταλίων. Ο παρακάτω πίνακας περιλαμβάνει τις μονάδες αιμοπεταλίων ανά μήνα καταγραφής και ανά περιστατικό (Γενικής Χειρουργικής, Έκτακτο τροχαίο / ΚΕΚ, Ορθοπεδικό, Παθολογικό).

Το Νοσοκομείο «Ασκληπιείο» δε διαθέτει τμήμα Αιμοπεταλιοαφαίρεσης. Οι μεταγγίσεις που γίνονται αφορούν κοινά αιμοπετάλια. Ογκολογικό τμήμα δεν υφίσταται στο Νοσοκομείο. Κατά συνέπεια η μετάγγιση αιμοπεταλίων είναι περιορισμένη. Ο μήνας κατά τον οποίο μεταγγίσθηκαν οι περισσότερες μονάδες αιμοπεταλίων ήταν ο Ιούνιος (115). Τα έκτακτα περιστατικά δέχθηκαν όλο το έτος τις περισσότερες μεταγγίσεις αιμοπεταλίων (194). Η Ορθοπεδική και η Χειρουργική Κλινική δεν πραγματοποίησε καμία μετάγγιση αιμοπεταλίων κατά τη διάρκεια του έτους.

Πίνακας 3.3 Αιμοπετάλια

Μήνας	Έκτακτο τροχαίο / ΚΕΚ	Παθολογικό	Γενικό Άθροισμα
Ιανουάριος		15	15
Φεβρουάριος	10	25	35
Μάρτιος		19	19
Απρίλιος	31	18	49
Μάιος	34	21	55
Ιούνιος	72	43	115
Ιούλιος		4	4
Αύγουστος		10	10
Σεπτέμβριος		2	2
Οκτώβριος	11		11
Νοέμβριος		11	11
Δεκέμβριος	36	24	60
Γενικό Άθροισμα	194	192	386

Η άνω εικόνα συνοδεύεται από το γράφημα της μετάγγισης αιμοπεταλίων (PLT) ανά μήνα και ανά περιστατικό (γράφημα 3.5)



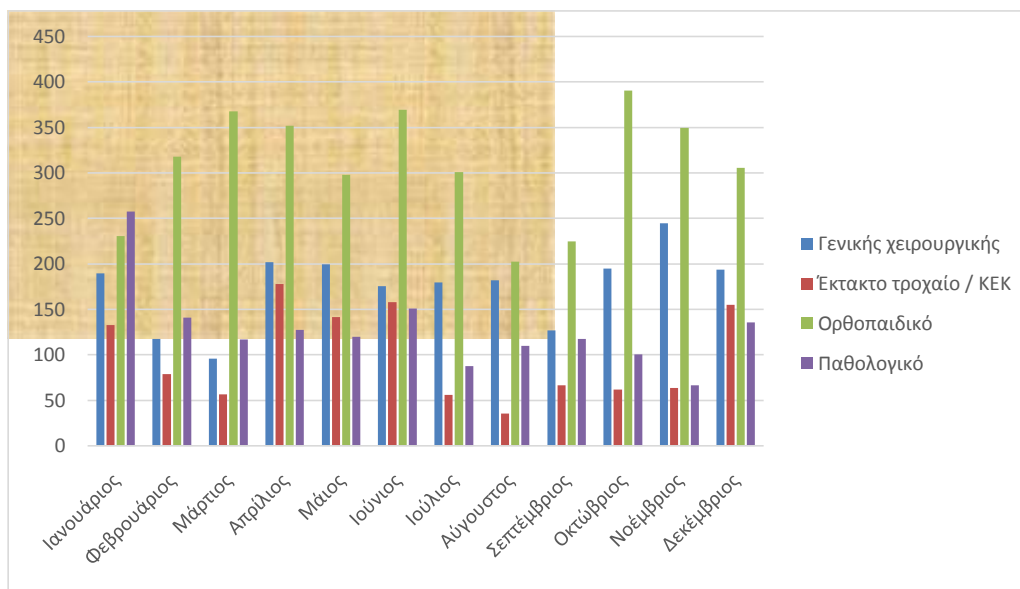
Γράφημα 3.5: μετάγγιση Αιμοπεταλίων (PLT) ανά μήνα

Συνεχίζουμε αποδίδοντας την συνολική κίνησης αίματος (Ερυθρά αιμοσφαίρια – Πλάσμα – Αιμοπετάλια) ανά μήνα και ανά περιστατικό.

Πίνακα 3.4
Σύνολο Παραγώγων

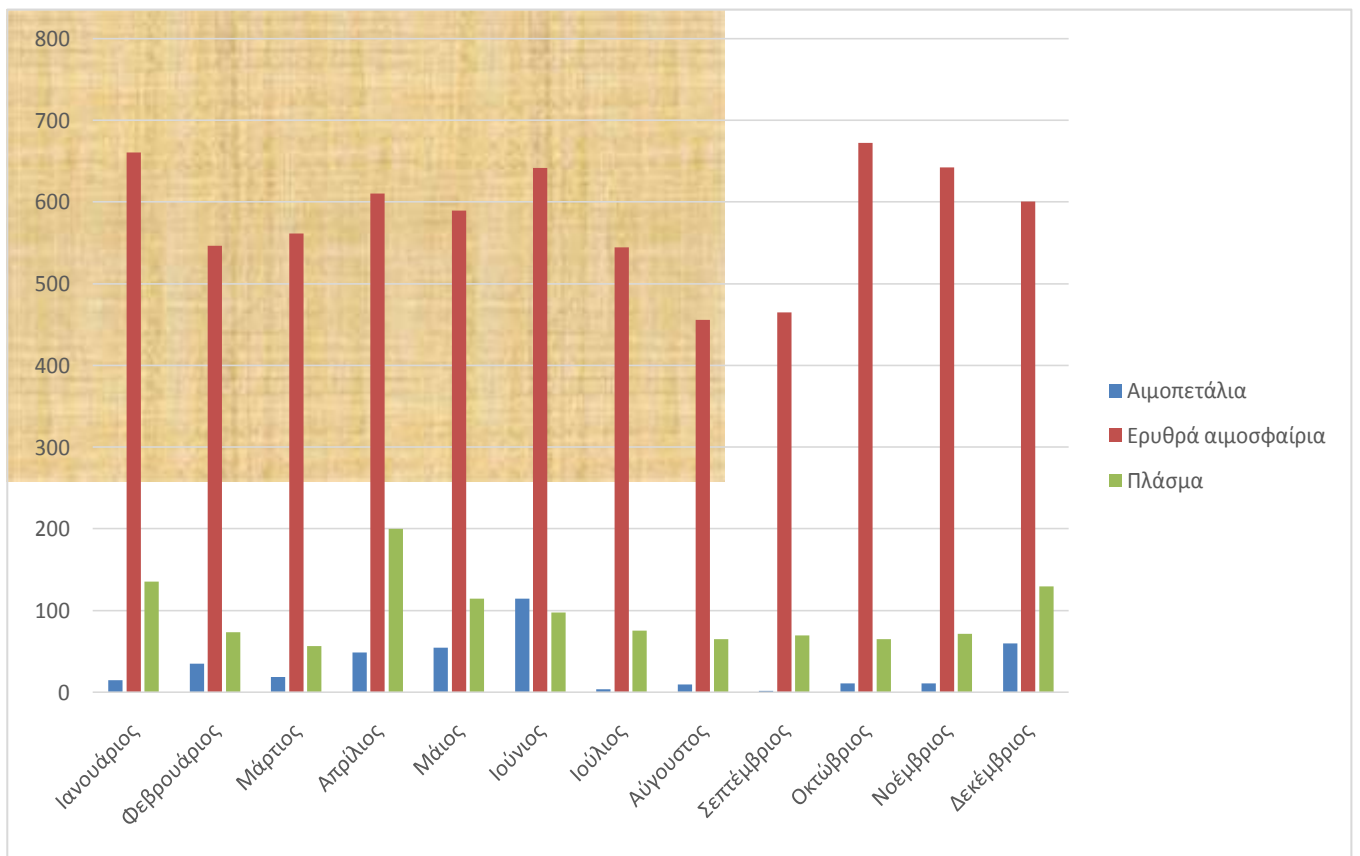
Μήνας	Γενικής χειρουργικής	Έκτακτο τροχαίο / ΚΕΚ	Ορθοπαιδικό	Παθολογικό	Γενικό Άθροισμα
Ιανουάριος	190	133	231	258	812
Φεβρουάριος	118	79	318	141	656
Μάρτιος	96	57	368	117	638
Απρίλιος	202	178	352	128	860
Μάιος	200	142	298	120	760
Ιούνιος	176	158	370	151	855
Ιούλιος	180	56	301	88	625
Αύγουστος	182	36	203	110	531
Σεπτέμβριος	127	67	225	118	537
Οκτώβριος	195	62	391	101	749
Νοέμβριος	245	64	350	67	726
Δεκέμβριος	194	155	306	136	791
Γενικό Άθροισμα	2105	1187	3713	1535	8540

Ο άνω πίνακας συνοδεύεται με το γράφημα της μετάγγισης των παραγώγων συνολικά ανά μήνα και ανά κλινική. (γράφημα3.6)



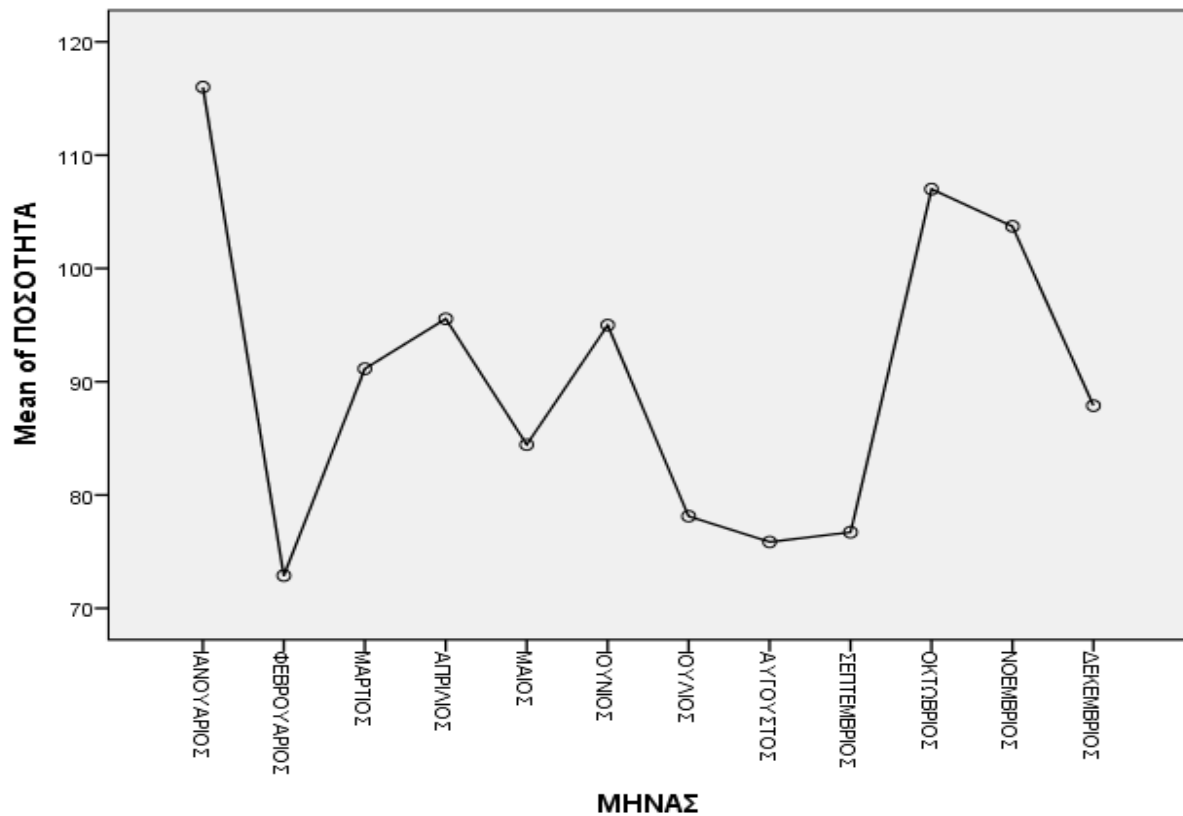
Γράφημα 3.6 : μετάγγιση των παραγώγων συνολικά ανά μήνα και κλινική

Στη συνέχεια αδιαφορώντας για την κλινική παρουσιάζεται η γραφική παράσταση της μετάγγισης παραγώγων συνολικά ανά μήνα.(γράφημα 3.7)



Γράφημα 3.7: μετάγγιση Παραγώγων συνολικά ανά Μήνα

Στο Ασκληπιείο Βούλας διατέθηκαν συνολικά τα περισσότερα παράγωγα τον Ιανουάριο.(γράφημα 3.8)



Γράφημα 3.8: επίδραση του μήνα στην ποσότητα

Στους επόμενους τέσσερις πίνακες παραθέτονται τα ακόλουθα:

- Οι μεταγγίσεις ερυθρών στο Ασκληπιείο και σε άλλα Νοσοκομεία.
- Οι μεταγγίσεις πλάσματος στο Ασκληπιείο και σε άλλα Νοσοκομεία.
- Οι μεταγγίσεις Αιμοπεταλίων στο Ασκληπιείο και σε άλλα Νοσοκομεία.

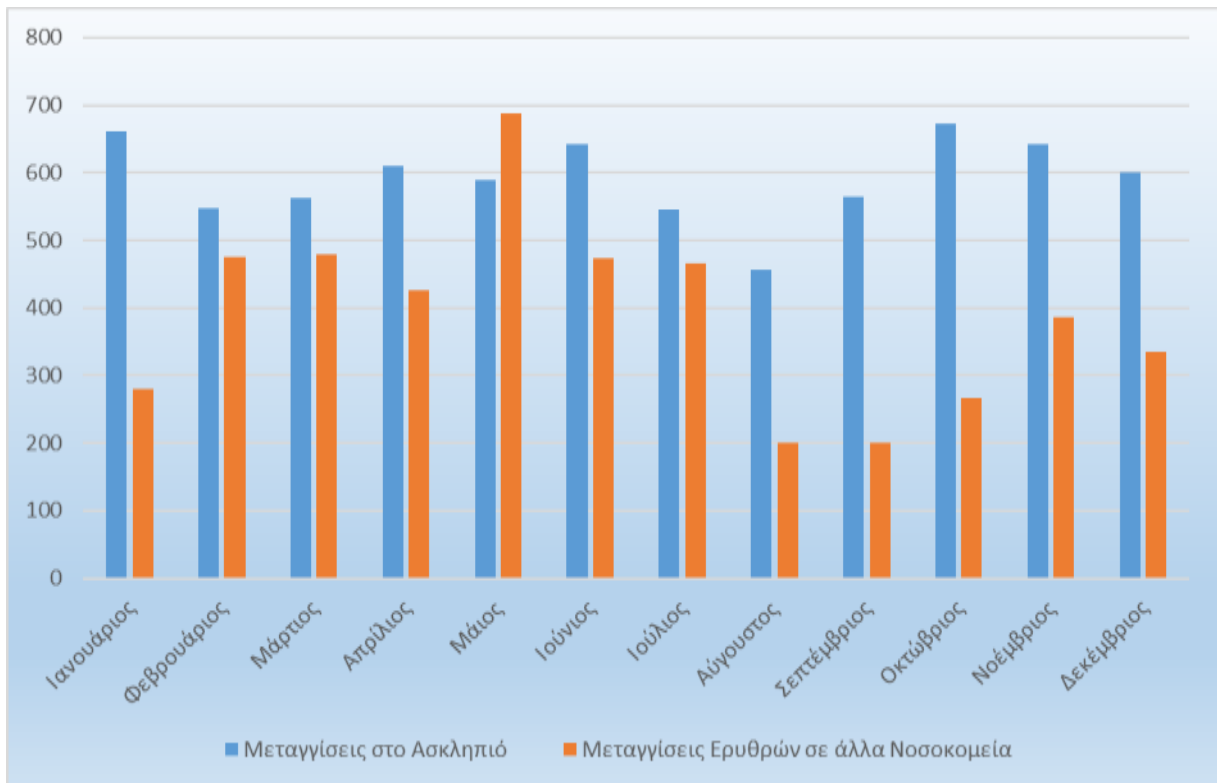
Οι περισσότερες μονάδες ερυθρών μεταγγίσθηκαν στο Ασκληπιείο Βούλας κατά το μήνα Οκτώβριο (673 μονάδες) ενώ οι περισσότερες μονάδες ερυθρών αιμοσφαιρίων δόθηκαν σε άλλες Νοσηλευτικές μονάδες το μήνα Μάιο (687 μονάδες).

Πίνακας 3. 5 Μεταγγίσεις ερυθρών στο Ασκληπιείο και σε άλλα Νοσοκομεία

Μήνας	Μεταγγίσεις στο Ασκληπιείο	Μεταγγίσεις Ερυθρών σε άλλα Νοσοκομεία	Αθροίσματα
Ιανουάριος	661	280	941
Φεβρουάριος	547	475	1022
Μάρτιος	562	480	1042
Απρίλιος	611	426	1037
Μάιος	590	687	1277
Ιούνιος	642	474	1116
Ιούλιος	545	465	1010
Αύγουστος	456	200	656
Σεπτέμβριος	565	200	765
Οκτώβριος	673	267	940
Νοέμβριος	643	387	1030
Δεκέμβριος	601	335	936
Αθροίσματα	7096	4676	11772

Συνολικά μεταγγίσθηκαν κατά τη διάρκεια όλου του έτους 7.096 μονάδες ερυθρών στο Ασκληπιείο και 4.676 σε άλλα Νοσοκομεία.

Καταγράφηκαν οι μεταγγίσεις ερυθρών αιμοσφαιρίων ανά μήνα στο Ασκληπιείο σε αντιστοιχία με τα άλλα νοσοκομεία. (γράφημα 3.9)



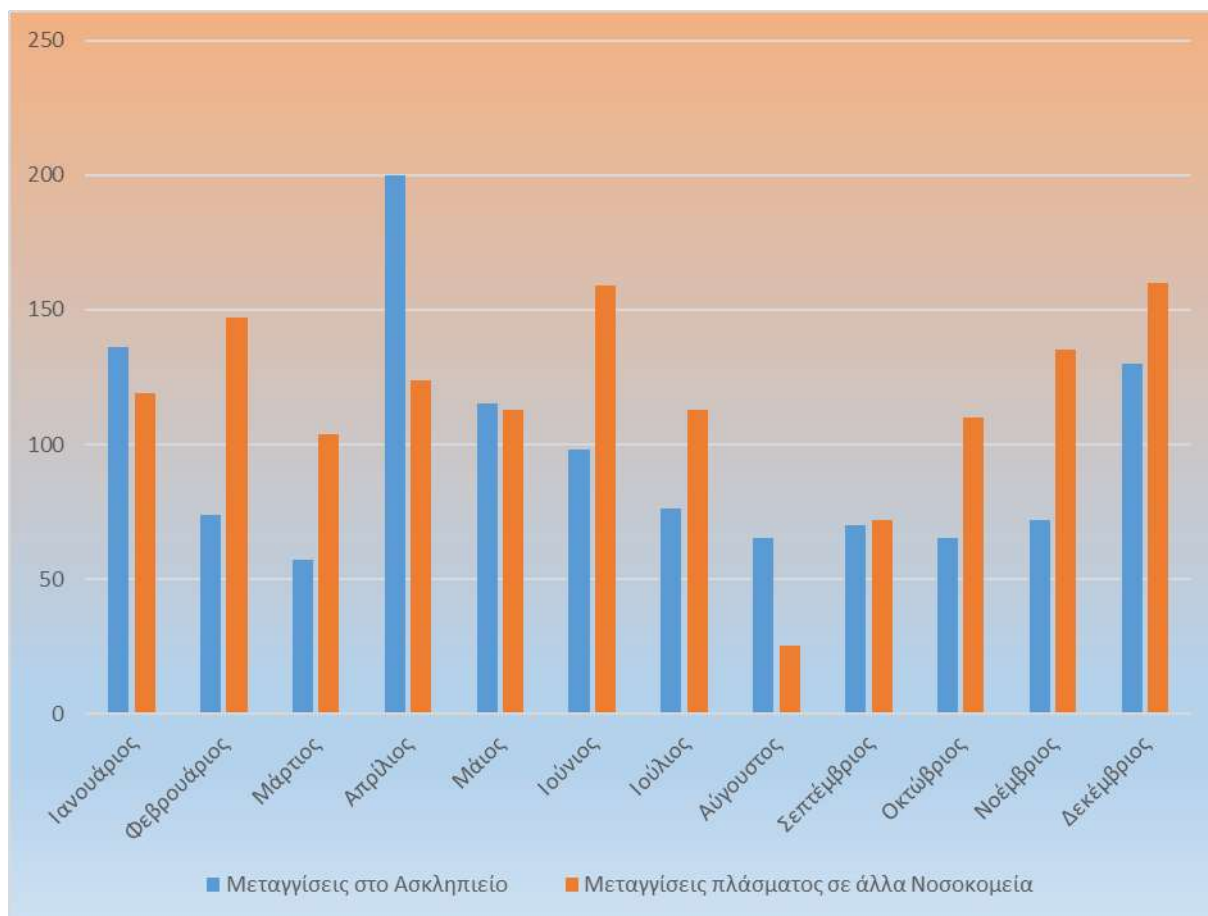
Γράφημα 3.9: Μεταγγίσεις ερυθρών στο Ασκληπιείο και σε άλλα Νοσοκομεία

200 μονάδες πλάσματος μεταγγίσθηκαν στο Ασκληπιείο τον Απρίλιο (που είναι οι περισσότερες μονάδες πλάσματος που μεταγγίσθηκαν στο νοσοκομείο ανά μήνα) ενώ ο μεγαλύτερος αριθμός μονάδων πλάσματος που δόθηκαν σε άλλα Νοσοκομεία ήταν το Δεκέμβριο (159 μονάδες).

Στο Ασκληπιείο μεταγγίσθηκαν συνολικά 1.158 μονάδες πλάσματος κατά το έτος και στα άλλα νοσοκομεία 1.381 μονάδες.

Πίνακας 3. 6 Μεταγγίσεις πλάσματος στο Ασκληπιείο και σε άλλα Νοσοκομεία

Μήνας	Μήνας	Μεταγγίσεις πλάσματος στο Ασκληπιείο	Μεταγγίσεις πλάσματος σε άλλα Νοσοκομεία	Σύνολο
Ιανουάριος	1	136	119	255
Φεβρουάριος	2	74	147	221
Μάρτιος	3	57	104	161
Απρίλιος	4	200	124	324
Μάιος	5	115	113	228
Ιούνιος	6	98	159	257
Ιούλιος	7	76	113	189
Αύγουστος	8	65	25	90
Σεπτέμβριος	9	70	72	142
Οκτώβριος	10	65	110	175
Νοέμβριος	11	72	135	207
Δεκέμβριος	12	130	160	290
Σύνολο		1158	1381	2539



Γράφημα 3.10: μεταγγίσεις πλάσματος στο Ασκληπιείο και σε άλλα νοσοκομεία

Στο Ασκληπιείο οι μεταγγίσεις αιμοπεταλίων δεν είναι συχνές λόγω της φύσης των περιστατικών. Ογκολογικό τμήμα δεν υφίσταται στο Νοσοκομείο. Κατά συνέπεια τα κοινά αιμοπετάλια που παράγονται από το ολικό αίμα χορηγούνται στην πλειοψηφία τους στο Αντικαρκινικό Νοσοκομείο «Μεταξά». Οι περισσότερες μονάδες αιμοπεταλίων που μεταγγίσθηκαν ήταν κατά το μήνα Ιούνιο (115 μονάδες) ενώ σε άλλα νοσοκομεία δόθηκαν οι περισσότερες μονάδες τον Ιούλιο (299 μονάδες).

Πίνακας 3.7 Μεταγγίσεις Αιμοπεταλίων στο Ασκληπιείο και σε άλλα Νοσοκομεία

Μήνας	Μήνας	Μεταγγίσεις στο Ασκληπιείο	Μεταγγίσεις Αιμοπεταλίων σε άλλα Νοσοκομεία
Ιανουάριος	1	15	290
Φεβρουάριος	2	35	266
Μάρτιος	3	19	270
Απρίλιος	4	49	260
Μάιος	5	55	236
Ιούνιος	6	115	259
Ιούλιος	7	4	299
Αύγουστος	8	10	146
Σεπτέμβριος	9	2	244
Οκτώβριος	10	11	234
Νοέμβριος	11	11	211
Δεκέμβριος	12	60	294



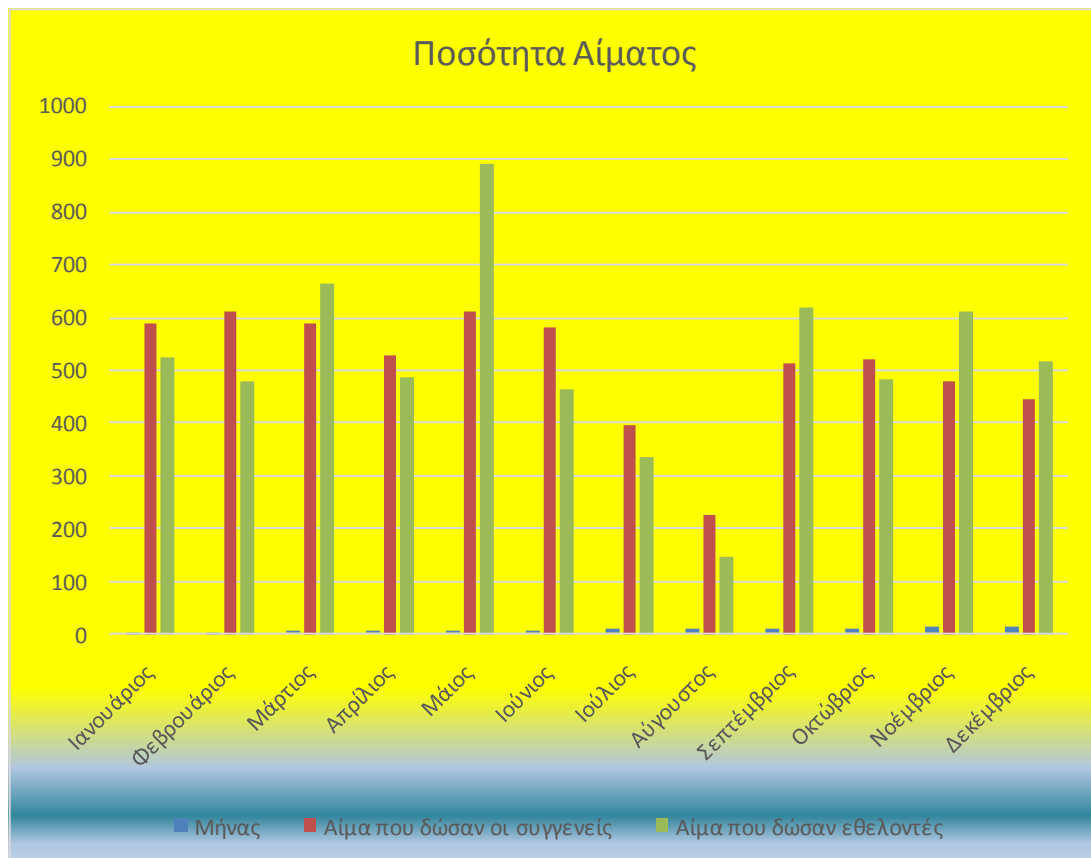
Μεταγγίσεις αιμοπεταλίων (PLT) όλου του έτους

Κατά τη διάρκεια του έτους έγινε αναλυτική καταγραφή ανά ημερολογιακό μήνα των αιμοδοτών που πρόσφεραν αίμα για συγγενή/ φίλο και των αιμοδοτών που έδωσαν αίμα. εθελοντικά. Κατά τον μήνα Μάιο υπήρξε ο μεγαλύτερος αριθμός αιμοδοτών γενικότερα. Πιο συγκεκριμένα οι αιμοδότες αντικατάστασης ήταν 613 ενώ οι εθελοντές ήταν 891. Ακολουθεί αναλυτικός πίνακας.

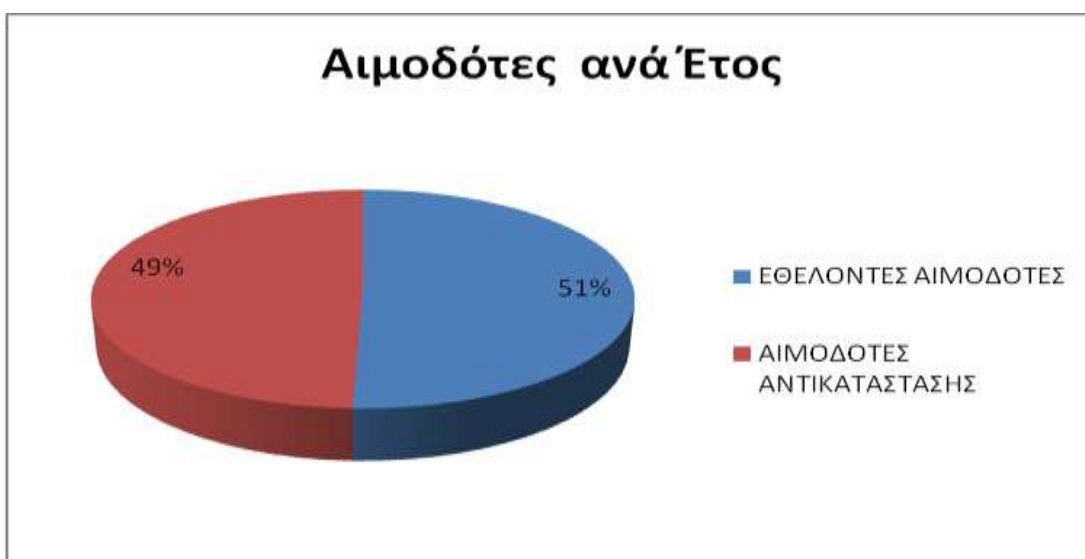
Πίνακας 3. 8 Αιμοδότες ανά Μήνα (Αιμοδότες Αντικατάστασης/ Εθελοντές)

Μήνας	Μήνας	Αιμοδότες Αντικατάστασης	Εθελοντές Αιμοδότες	Σύνολο
Ιανουάριος	1	588	526	1114
Φεβρουάριος	2	612	480	1092
Μάρτιος	3	587	663	1250
Απρίλιος	4	527	485	1012
Μάιος	5	613	891	1504
Ιούνιος	6	580	463	1043
Ιούλιος	7	396	337	733
Αύγουστος	8	227	148	375
Σεπτέμβριος	9	515	619	1134
Οκτώβριος	10	522	482	1004
Νοέμβριος	11	478	611	1089
Δεκέμβριος	12	446	516	962
Σύνολο		6091	6221	12312

Παραστατικά παρουσιάζεται η διακίνηση της ποσότητας του αίματος ανά μήνα και ανάλογα με το αν αιμοδότησαν τα άτομα για συγγενικό περιβάλλον ή εθελοντικά. (γράφημα 3.11)



Γράφημα 3.11: Αιμοδότες αντικατάστασης/εθελοντές Αιμοδότες



- Περιγραφική Στατιστική Ανάλυση

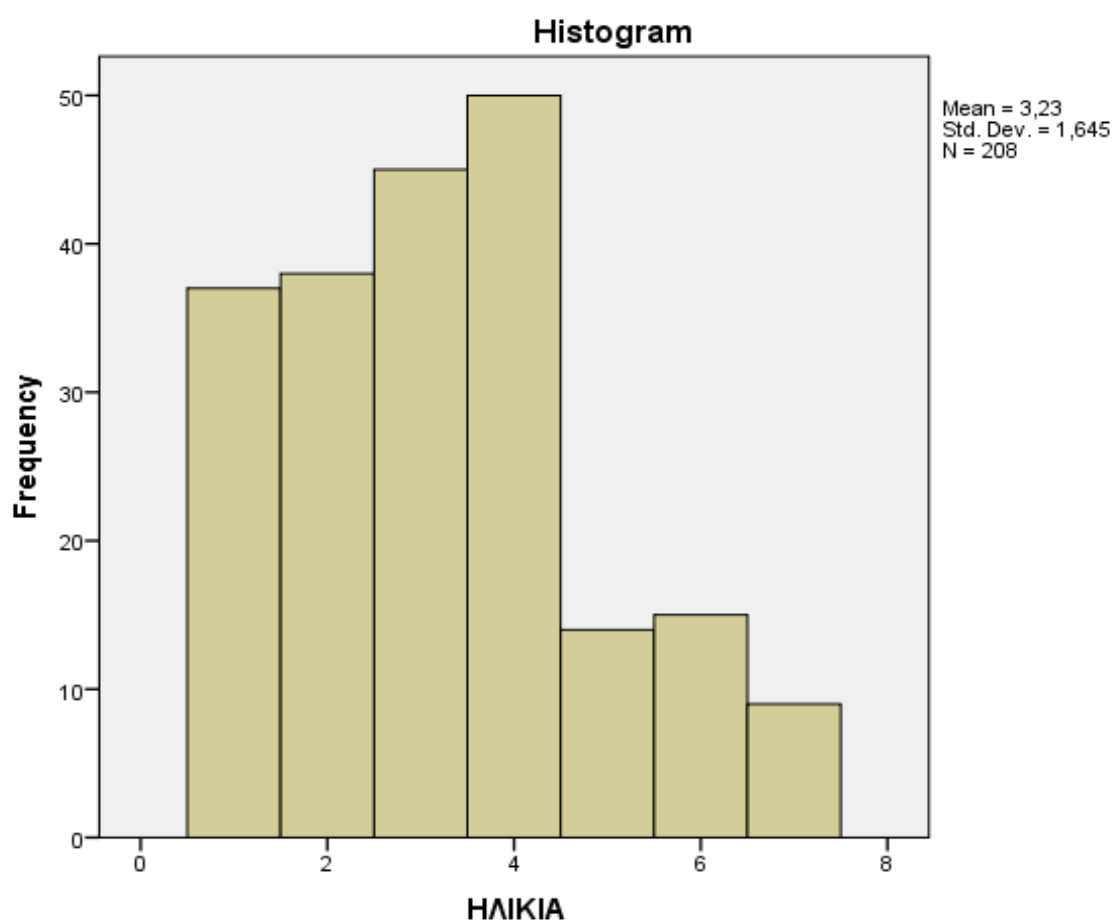
➤ Περιγραφική στατιστική ανάλυση της **ηλικίας** των συμμετεχόντων.

Η πιο συχνή ηλικιακή ομάδα αμοδότησης είναι 41-46 (24%). Ακολουθούν οι ηλικίες 36-40 με ποσοστό 21,6%, 31-35 ετών με ποσοστό 18,3% και τις ηλικίες 15 -30 να εμφανίζουν τη μικρότερη συχνότητα που αντιστοιχεί στο 17,8%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.9 ΗΛΙΚΙΑ

ΗΛΙΚΙΑ

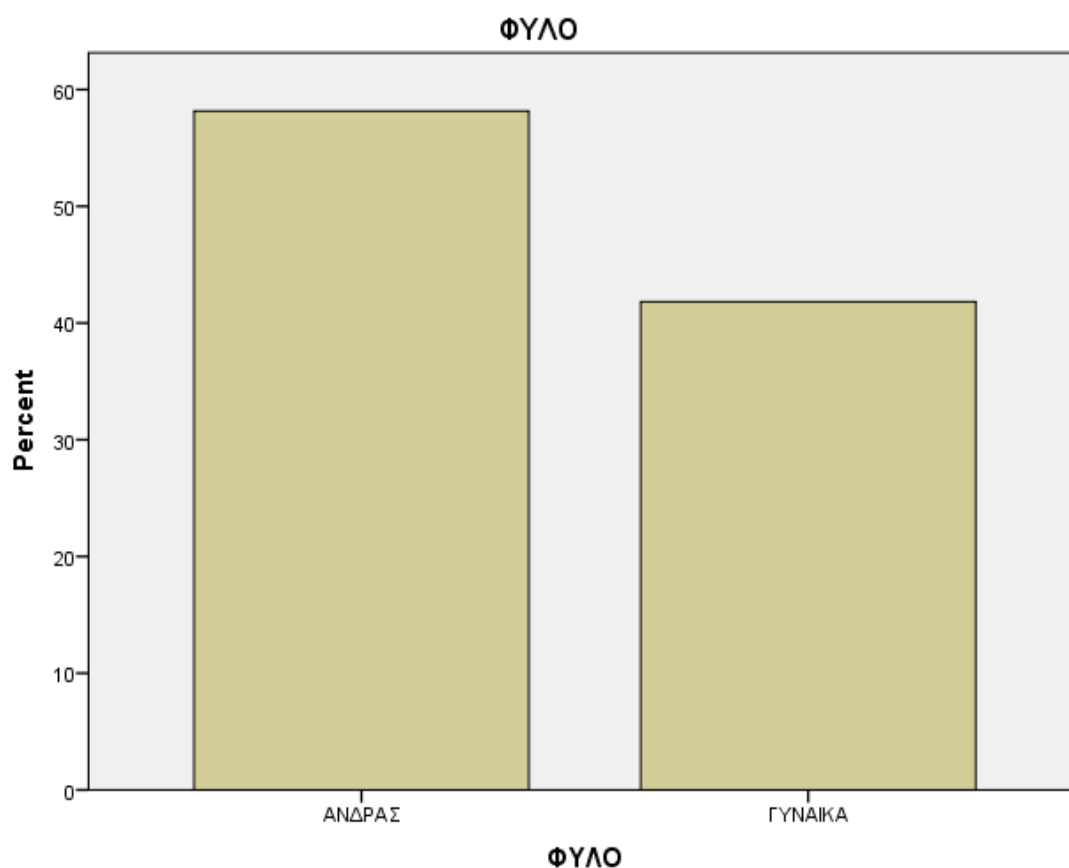
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	15-30	37	17,8	17,8	17,8
	31-35	38	18,3	18,3	36,1
	36- 40	45	21,6	21,6	57,7
	41-46	50	24,0	24,0	81,7
	47-50	14	6,7	6,7	88,5
	51-60	15	7,2	7,2	95,7
	61-65	9	4,3	4,3	100,0
	Total	208	100,0	100,0	



- Περιγραφική στατιστική ανάλυση του φύλου των συμμετεχόντων.
Οι άντρες αιμοδοτούν σε μεγαλύτερο ποσοστό (58,2%) από τις γυναίκες (41,8%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.10 ΦΥΛΟ

	συχνότητα	ποσοστό	Τυπικό ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
ΑΝΔΡΑΣ	121	58,2	58,2	58,2
ΓΥΝΑΙΚΑ	87	41,8	41,8	100,0
Total	208	100,0	100,0	

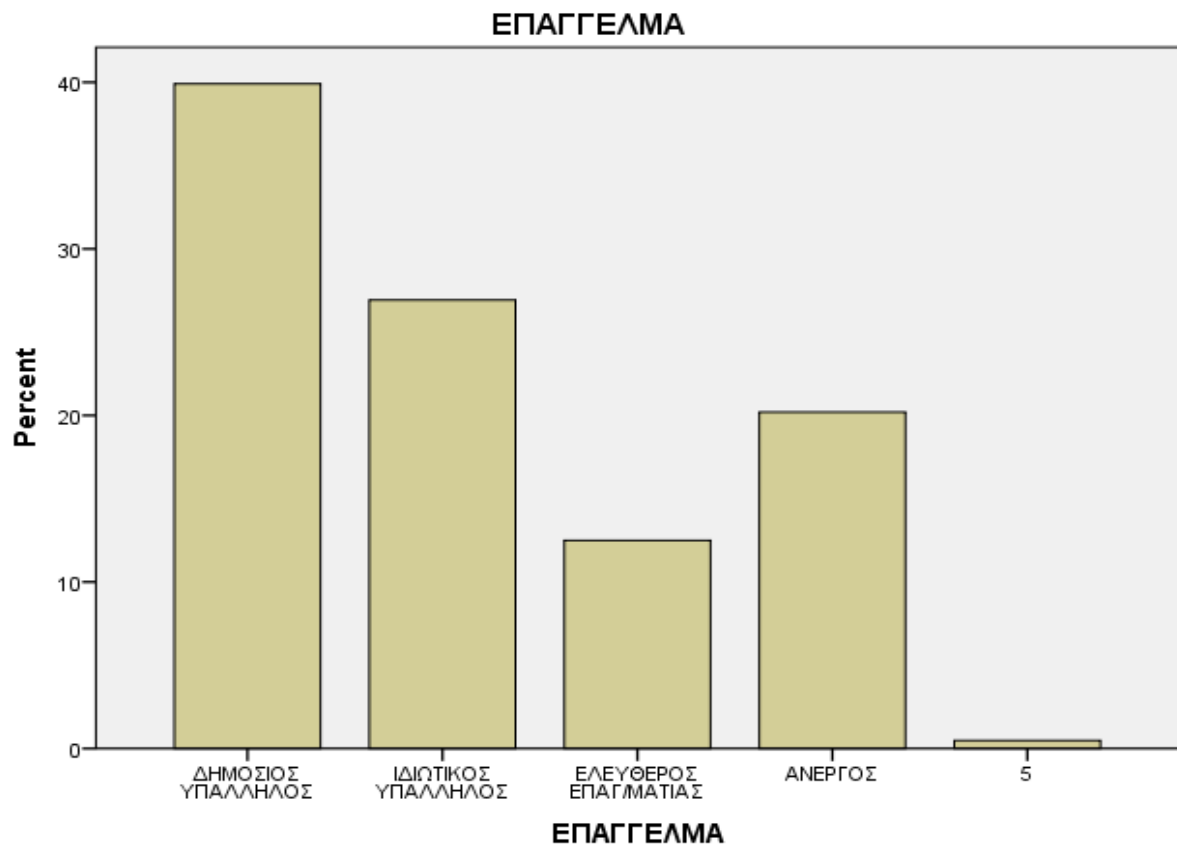


➤ Περιγραφική Στατιστική Ανάλυση **του επαγγέλματος** των συμμετεχόντων

Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων που προσήλθαν κατά το τρίμηνο της έρευνας είναι δημόσιοι υπάλληλοι, (39,9%), το 26% είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 20,2% δηλώνουν άνεργοι ενώ οι ελεύθεροι επαγγελματίες αποτελούν το 12,5%.

πίνακας 3.11 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

	συχνότητα	ποσοστό	Τυπικό ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	83	39,9	39,9	39,9
ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	56	26,9	26,9	66,8
ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓ/ΜΑΤΙΑΣ	26	12,5	12,5	79,3
ΑΝΕΡΓΟΣ	42	20,2	20,2	99,5
5	1	,5	,5	100,0
Total	208	100,0	100,0	



➤ Περιγραφική στατιστική ανάλυση της **εκπαίδευσης** των συμμετεχόντων.

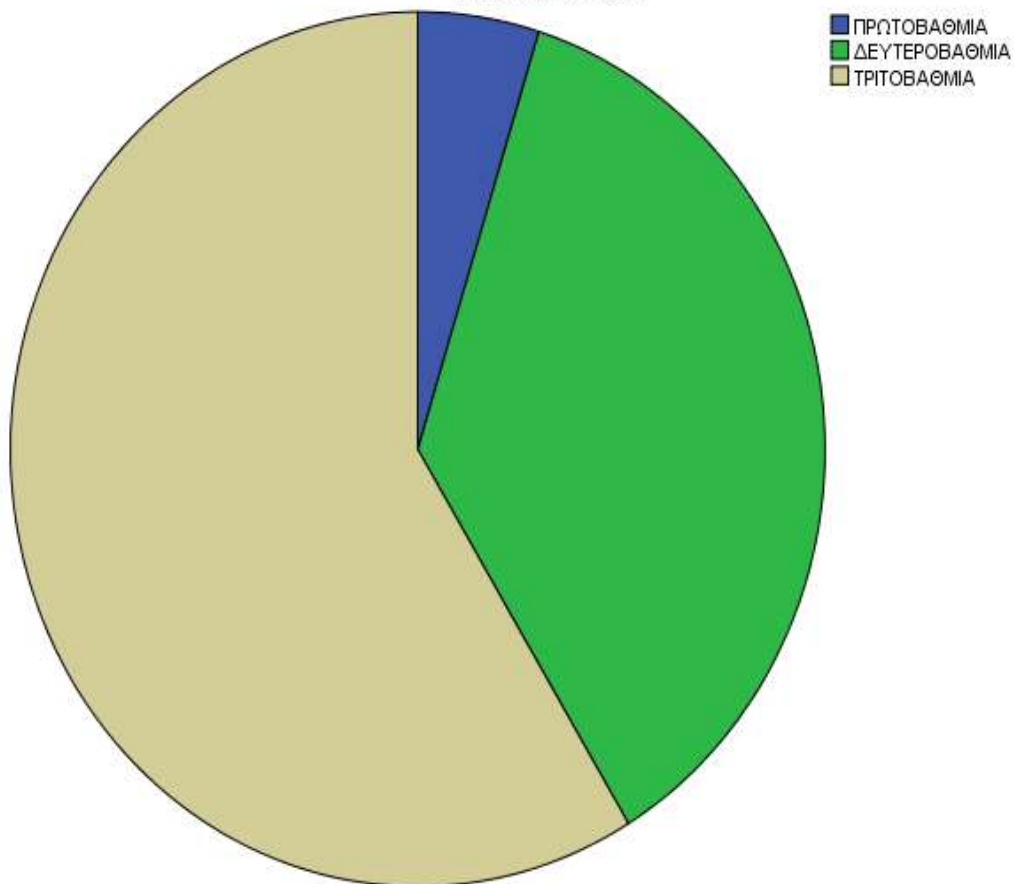
Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (57%), το 36,5% είναι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ενώ μόλις το 4,8% είναι πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.12 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

	συχνότ η α	ποσοστό	Τυπικό ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Valid ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ	10	4,8	4,8	4,8
ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ	76	36,5	36,5	41,3
ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ	122	58,7	58,7	100,0
Total	208	100,0	100,0	

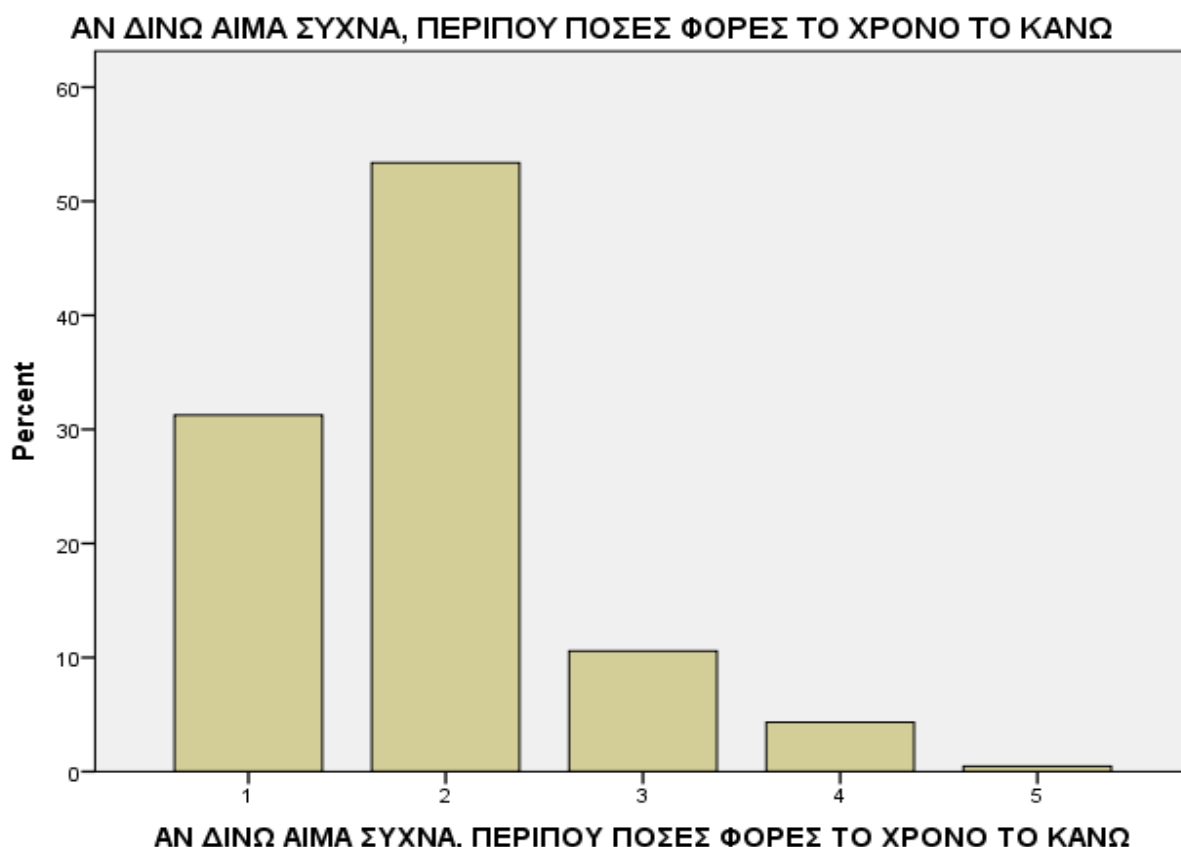
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ



- Στην ερώτηση **πόσο συχνά δίνω αίμα**, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων απάντησε ότι δίνει αίμα δύο φορές το χρόνο, (53%), ακολουθεί μια φορά το χρόνο με ποσοστό 31,3%. Τρεις φορές το χρόνο δίνει το 10,6% των ερωτώμενων ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό μόλις 4,3%, δίνει αίμα τέσσερις φορές το χρόνο. Ένας μόνο αιμοδότης έδωσε αίμα πέντε φορές επειδή είχε πολύ υψηλή αιμοσφαιρίνη. Κατά συνέπεια το διάστημα μεταξύ δύο εκ των αιμοδοτήσεών του ήταν δύο μήνες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.13 ΑΝ ΔΙΝΩ ΑΙΜΑ, ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΤΟ ΚΑΝΩ

	συχνότητα	ποσοστό	Τυπικό ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
1	65	31,3	31,3	31,3
2	111	53,4	53,4	84,6
3	22	10,6	10,6	95,2
4	9	4,3	4,3	99,5
5	1	,5	,5	100,0
Total	208	100,0	100,0	

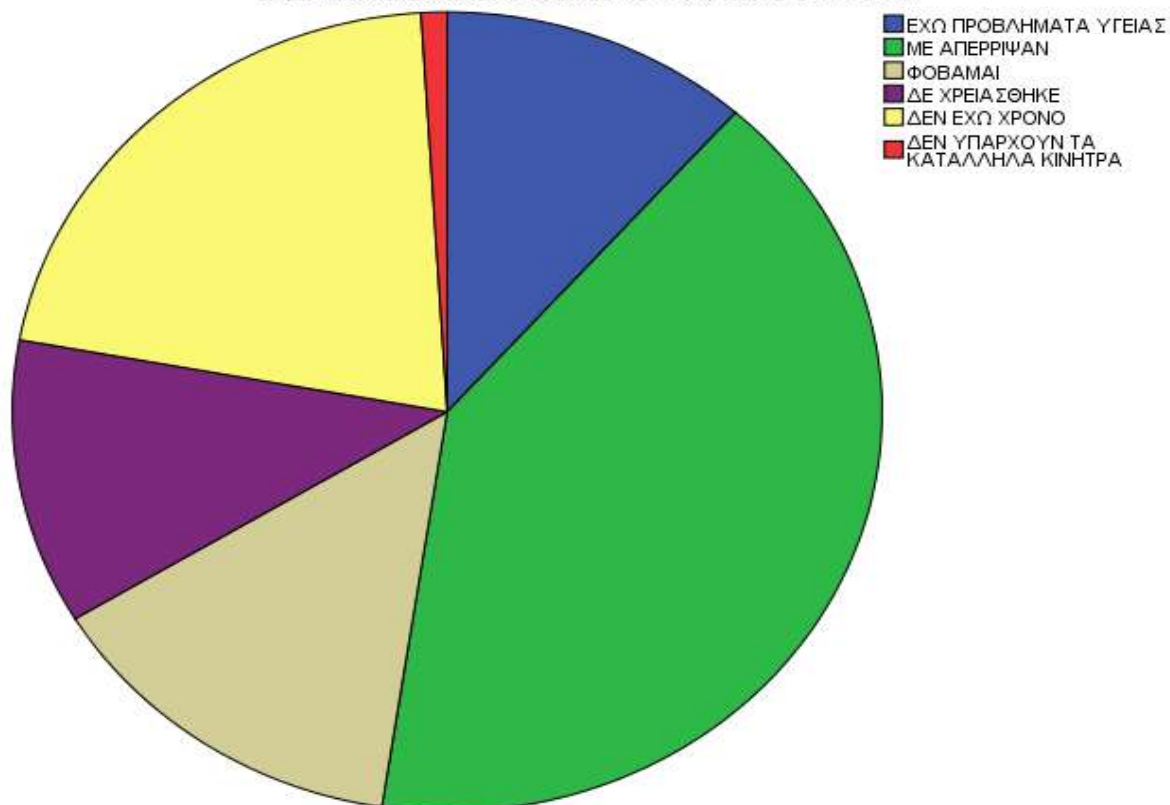


Στην ερώτηση γιατί δεν έχω δώσει αίμα στο παρελθόν το 40,9% απάντησε ότι είχε απορριφθεί κατά τη λήψη του ιστορικού, το 21,2% δεν είχε χρόνο. Το φόβο ως λόγο μη αιμοδότησης ανέφερε το 13,9%. Ίδιο ποσοστό (11,5%) απάντησε ότι δεν έχει αιμοδοτήσει λόγω προβλημάτων υγείας ή ότι δεν δε χρειάστηκε.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.14 ΔΕΝ ΕΧΩ ΔΩΣΕΙ ΑΙΜΑ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ ΓΙΑΤΙ

	y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΕΧΩ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ	24	11,5	11,5
	ΜΕ ΑΠΕΡΡΙΨΑΝ ΦΟΒΑΜΑΙ	85	40,9	52,4
	ΔΕ ΧΡΕΙΑΣΘΗΚΕ	29	13,9	66,3
	ΔΕΝ ΕΧΩ ΧΡΟΝΟ	44	21,2	77,9
	ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΤΑ ΚΑΤΑΛΛΗΛΑ ΚΙΝΗΤΡΑ	2	1,0	99,0
	Total	208	100,0	100,0

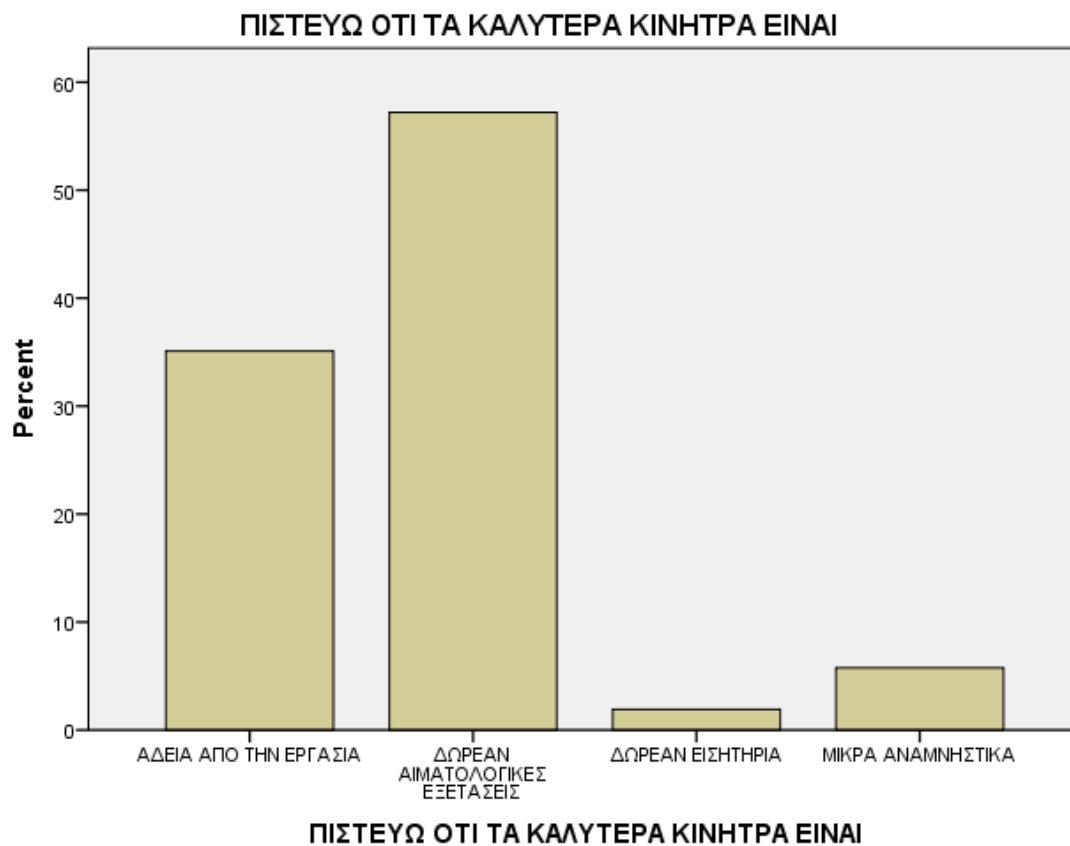
ΔΕΝ ΕΧΩ ΔΩΣΕΙ ΑΙΜΑ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ ΓΙΑΤΙ



Στην ερώτηση που αναφέρεται στα καλύτερα κίνητρα, το μεγαλύτερο ποσοστό θεωρεί τις δωρεάν αιματολογικές εξετάσεις το καλύτερο κίνητρο σε ποσοστό 57,2%, ακολουθεί η άδεια από την εργασία σε ποσοστό 35,1%. Μόλις το 5,8% δήλωσε ότι θα επιθυμούσε μικρά αναμνηστικά ενώ το 1,9% δήλωσε ότι θα επιθυμούσε δωρεάν εισιτήρια.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.15 ΠΙΣΤΕΥΩ ΟΤΙ ΤΑ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΚΙΝΗΤΡΑ ΕΙΝΑΙ

	συχνότητα	ποσοστό	Τυπικό ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
ΑΔΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ	73	35,1	35,1	35,1
ΔΩΡΕΑΝ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	119	57,2	57,2	92,3
ΔΩΡΕΑΝ ΕΙΣΗΤΗΡΙΑ ΜΙΚΡΑ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΑ	4	1,9	1,9	94,2
Total	208	100,0	100,0	100,0

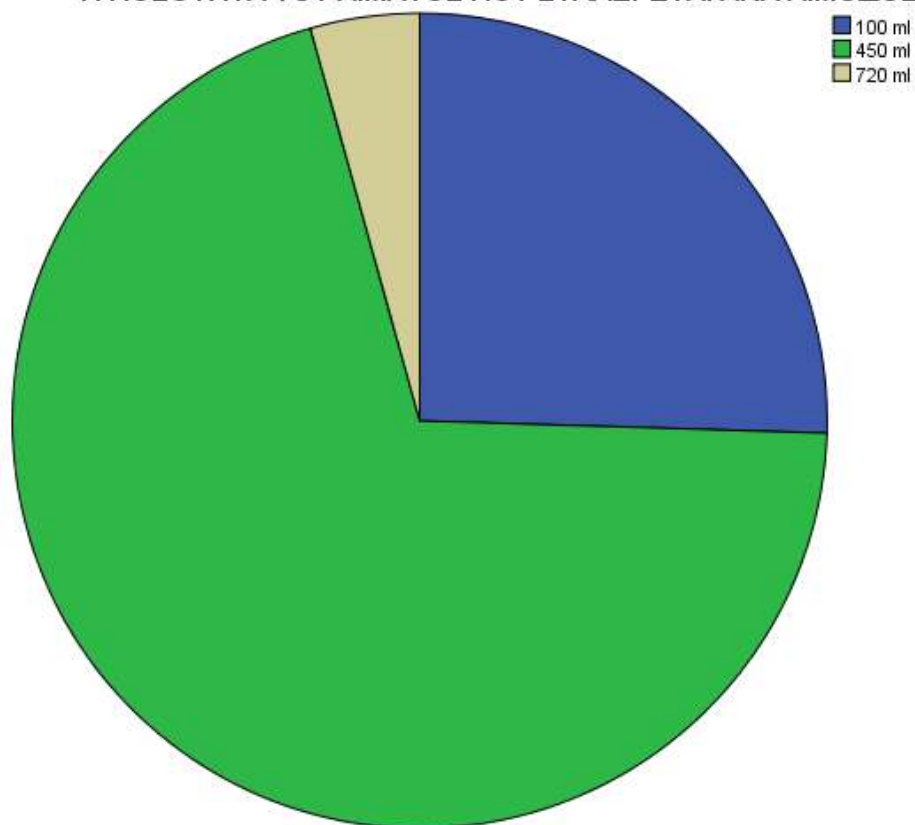


Στην ερώτηση για την ποσότητα του αίματος που συλλέγεται, οι περισσότεροι (70,2%) γνώριζαν ότι είναι 450 ml. Ένα ποσοστό 25,5% θεώρησε ότι η ποσότητα που συλλέγεται είναι 100ml, και τέλος το 4,3% νόμιζε ότι πρόκειται για 750ml.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.16 Η ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ ΠΟΥ ΣΥΛΛΕΓΕΤΑΙ ΑΝΑ ΑΙΜΟΛΟΓΙΑ ΕΙΝΑΙ

	συχνότητα	ποσοστό	Ατομικό ποσοστό	Απρoιστικό ποσοστό
Valid 100 ml	53	25,5	25,5	25,5
Valid 450 ml	146	70,2	70,2	95,7
Valid 720 ml	9	4,3	4,3	100,0
Total	208	100,0	100,0	

Η ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ ΠΟΥ ΣΥΛΛΕΓΕΤΑΙ ΑΝΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ ΕΙΝΑΙ

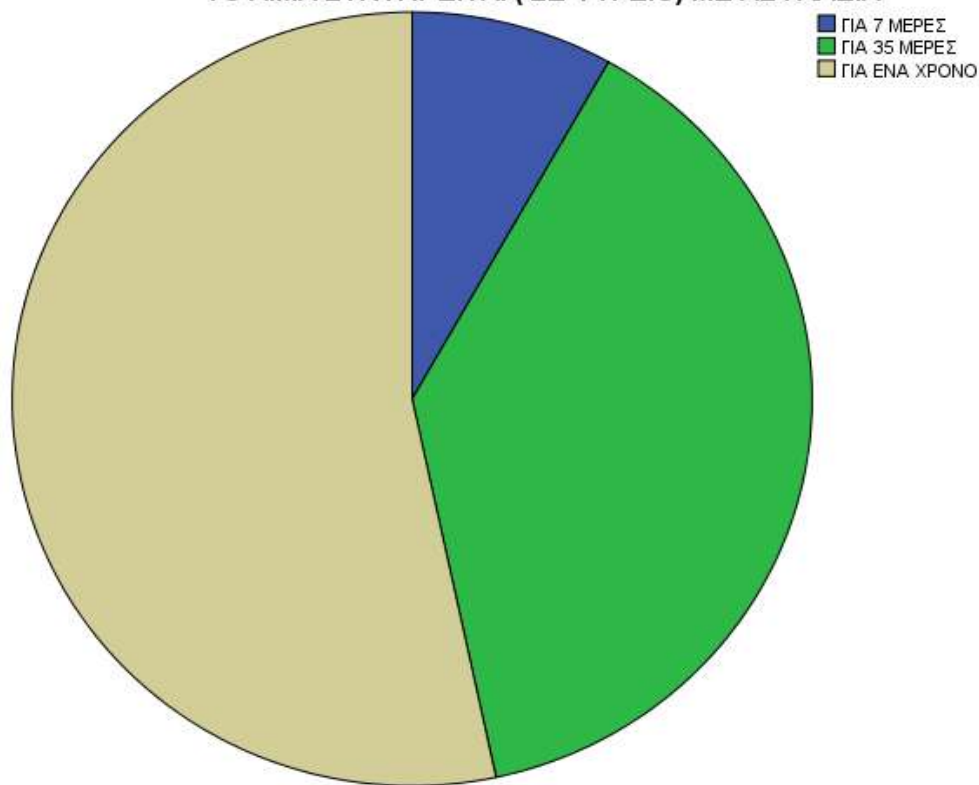


Στην ερώτηση για πόσο διάστημα συντηρείται το αίμα, η πλειοψηφία δε γνωρίζει το διάστημα που συντηρείται το αίμα. Το 53% των ατόμων πιστεύουν ότι συντηρείται για ένα χρόνο, το 38,5% γνωρίζει ότι είναι 35 ημέρες ενώ το 8,2% θεωρεί ότι συντηρείται για 7 ημέρες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.17 ΤΟ ΑΙΜΑ ΣΥΝΤΗΡΕΙΤΑΙ (ΣΕ ΨΥΓΕΙΟ) ΜΕ ΑΣΦΑΛΕΙΑ

	συχνότητα	ποσοστό	Τυπικό ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Valid				
ΓΙΑ 7 ΜΕΡΕΣ	17	8,2	8,2	8,2
ΓΙΑ 35 ΜΕΡΕΣ	80	38,5	38,5	46,6
ΓΙΑ ΕΝΑ ΧΡΟΝΟ	111	53,4	53,4	100,0
Total	208	100,0	100,0	

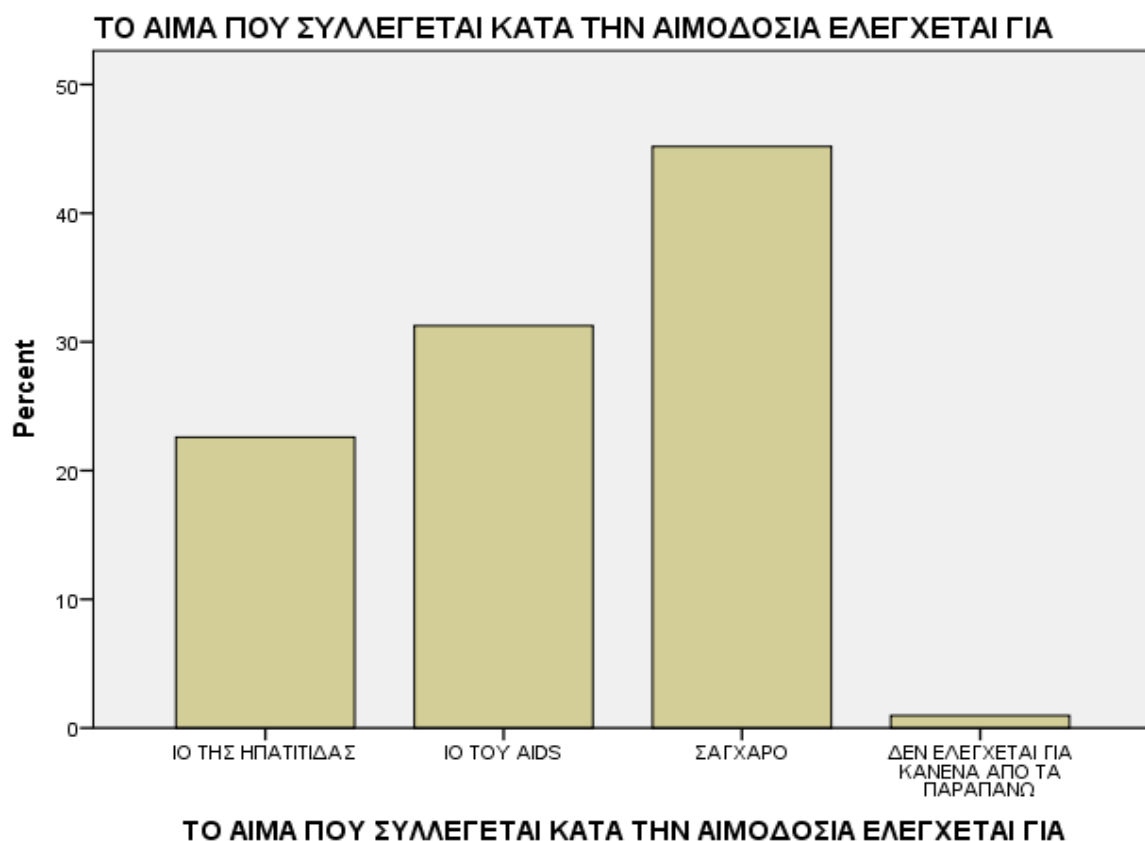
ΤΟ ΑΙΜΑ ΣΥΝΤΗΡΕΙΤΑΙ (ΣΕ ΨΥΓΕΙΟ) ΜΕ ΑΣΦΑΛΕΙΑ



Στην ερώτηση για τον έλεγχο στον οποίο υποβάλλεται το αίμα, το μεγαλύτερο ποσοστό δε γνωρίζει τι περιλαμβάνει ο έλεγχος του αίματος. Ο έλεγχος του αίματος, σύμφωνα με το 45% αφορά το σάκχαρο, σύμφωνα με το 31,3% αφορά το AIDS ενώ το 22,6% πιστεύει ότι ο έλεγχος γίνεται για τον ιό της ηπατίτιδας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. 18 ΤΟ ΑΙΜΑ ΠΟΥ ΣΥΛΛΕΓΕΤΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΙΜΟΛΟΓΙΑ ΕΛΕΓΧΕΤΑΙ ΓΙΑ...

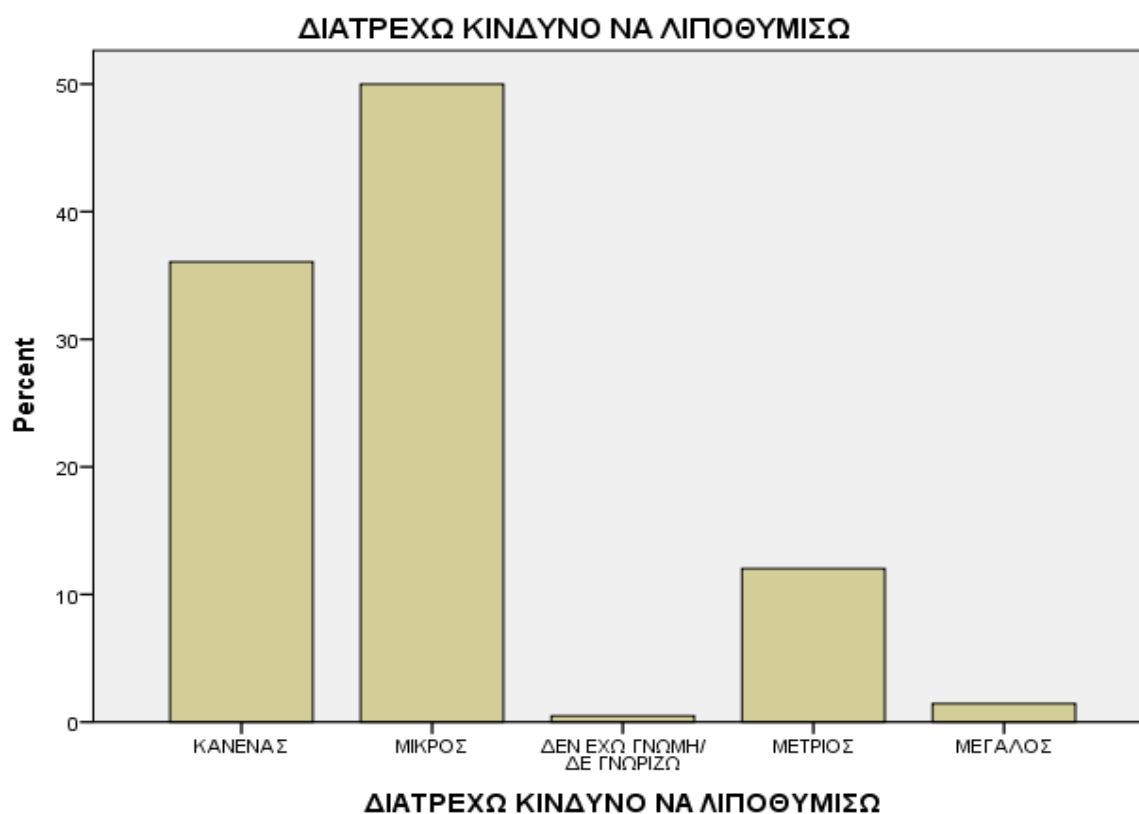
	συχνότητα	ποσοστό	Τυπικό ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
ΙΟ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ	47	22,6	22,6	22,6
ΙΟ ΤΟΥ AIDS	65	31,3	31,3	53,8
ΣΑΓΧΑΡΟ	94	45,2	45,2	99,0
ΔΕΝ ΕΛΕΓΧΕΤΑΙ ΓΙΑ ΚΑΝΕΝΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ	2	1,0	1,0	100,0
Total	208	100,0	100,0	



Στην ερώτηση αν υπάρχει κίνδυνος λιποθυμίας, το μεγαλύτερο ποσοστό (50%), πιστεύει ότι ο κίνδυνος να λιποθυμήσει είναι μικρός, από το 36,1% θεωρείται μηδενικός, από το 12% θεωρείται μέτριος ενώ το 1,4% πιστεύει ότι είναι μεγάλος.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.19 ΔΙΑΤΡΕΧΩ ΚΙΝΔΥΝΟ ΝΑ ΛΙΠΟΘΥΜΙΣΩ

	συχνότητα	ποσοστό	Τυπικό ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
ΚΑΝΕΝΑΣ	75	36,1	36,1	36,1
ΜΙΚΡΟΣ	104	50,0	50,0	86,1
ΔΕΝ ΕΧΩ ΓΝΩΜΗ/ ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	1	,5	,5	86,5
ΜΕΤΡΙΟΣ	25	12,0	12,0	98,6
ΜΕΓΑΛΟΣ	3	1,4	1,4	100,0
Total	208	100,0	100,0	

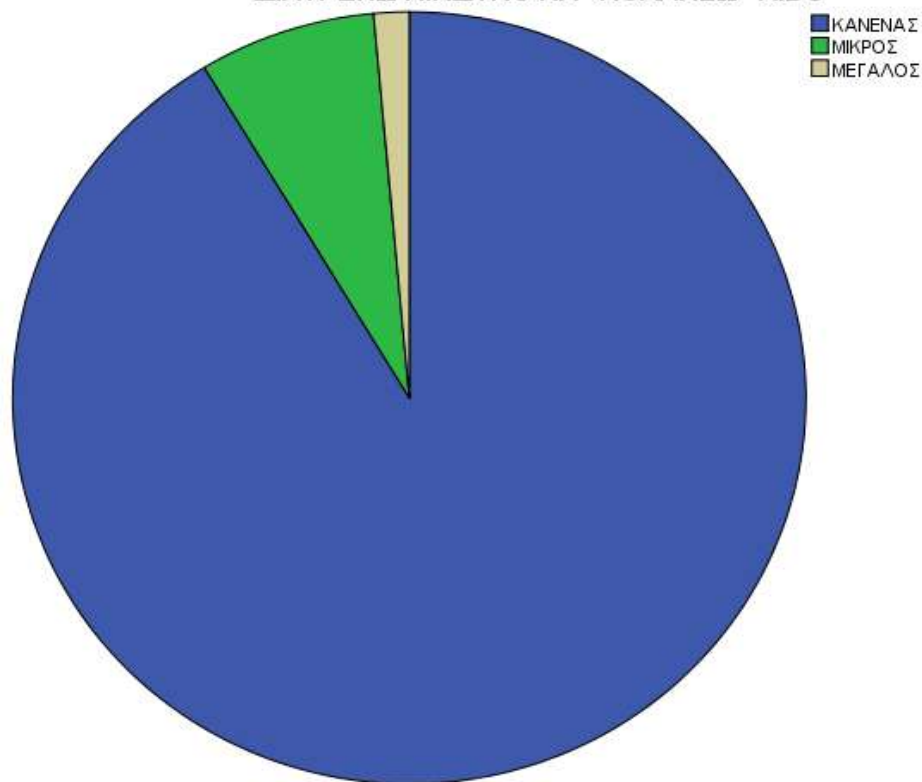


Στην ερώτηση αν διατρέχω κίνδυνο να κολλήσω AIDS, το μεγαλύτερο ποσοστό γνωρίζει ότι δεν μπορεί να «κολλήσει» AIDS (91,3%), ενώ μόλις το 7,2% απάντησε ότι υπάρχει μικρός κίνδυνος και το 1,4% θεωρεί ότι ο κίνδυνος μετάδοσης της νόσου είναι μεγάλος.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.20 ΔΙΑΤΡΕΧΩ ΚΙΝΔΥΝΟ ΝΑ "ΚΟΛΛΗΣΩ" AIDS

	συχνότητα	ποσοστό	Τυπικό ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Valid	ΚΑΝΕΝΑΣ	190	91,3	91,3
	ΜΙΚΡΟΣ	15	7,2	98,6
	ΜΕΓΑΛΟΣ	3	1,4	100,0
	Total	208	100,0	100,0

ΔΙΑΤΡΕΧΩ ΚΙΝΔΥΝΟ ΝΑ "ΚΟΛΛΗΣΩ" AIDS

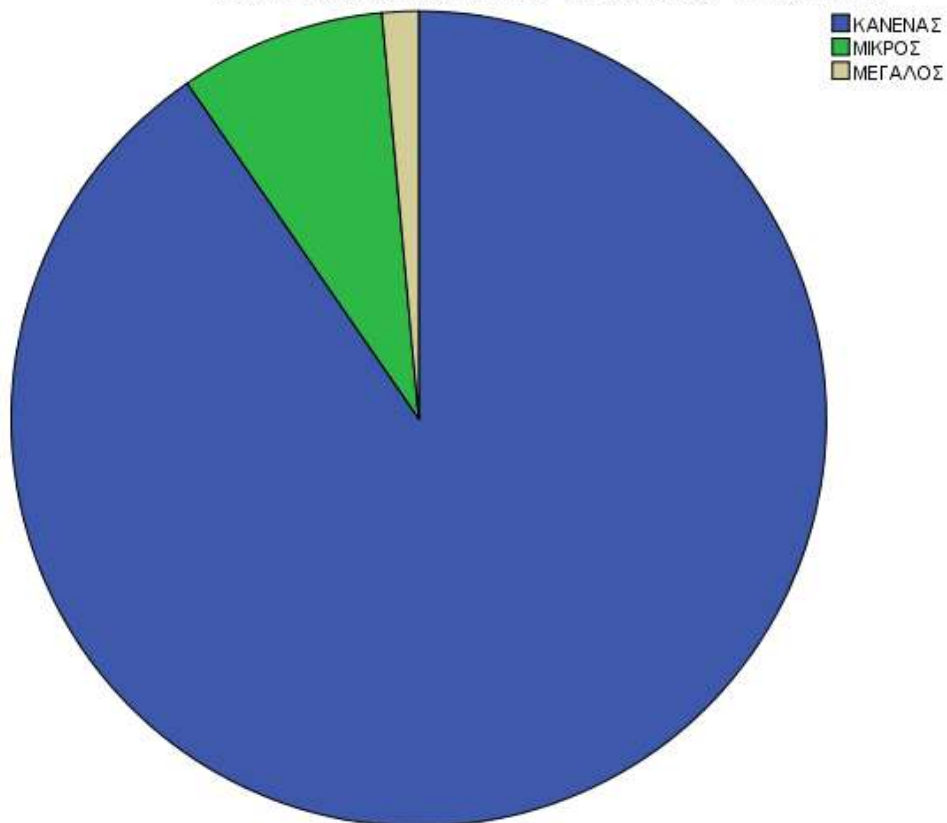


Στην ερώτηση αν διατρέχω κίνδυνο να "κολλήσω" ηπατίτιδα, ο κίνδυνος μετάδοσης ηπατίτιδας μέσω της αιμοληψίας είναι μηδενικός κατά το 90,4%. Το 8,2% αντίστοιχα πιστεύει ότι είναι μικρός ο κίνδυνος μετάδοσης ενώ το 1,4% θεωρεί ότι είναι μεγάλος ο κίνδυνος.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.21 ΔΙΑΤΡΕΧΩ ΚΙΝΔΥΝΟ ΝΑ "ΚΟΛΛΗΣΩ" ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

	συχνότητα	ποσοστό	Τυπικό ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Valid	ΚΑΝΕΝΑΣ	188	90,4	90,4
	ΜΙΚΡΟΣ	17	8,2	98,6
	ΜΕΓΑΛΟΣ	3	1,4	100,0
Total	208	100,0	100,0	

ΔΙΑΤΡΕΧΩ ΚΙΝΔΥΝΟ ΝΑ "ΚΟΛΛΗΣΩ" ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

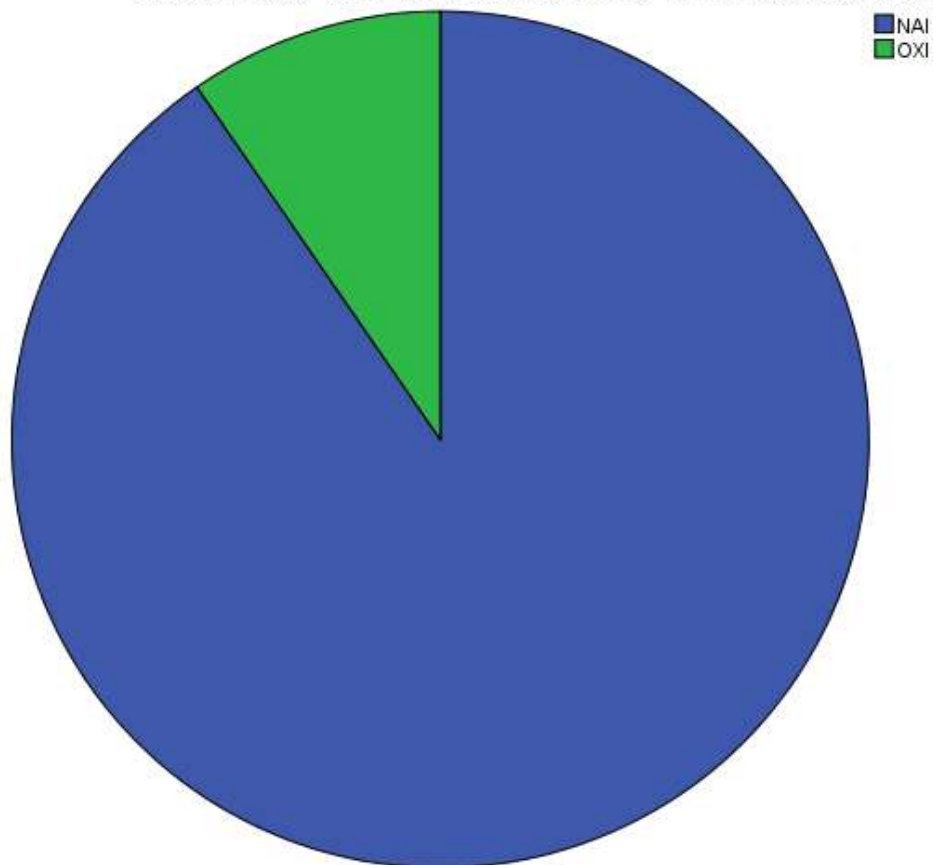


Στην ερώτηση αν οι ερωτώμενοι είναι ευχαριστημένοι από τις υπηρεσίες αιμοδοσίας, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων (90,4%) δηλώνει ευχαριστημένο από τις υπηρεσίες αιμοδοσίας, την αντίθετη άποψη έχει το 9,6%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.22 ΕΙΜΑΙ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ/Η ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

	συχνότητα	ποσοστό	Τυπικό ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Valid NAI	188	90,4	90,4	90,4
OXI	20	9,6	9,6	100,0
Total	208	100,0	100,0	

ΕΙΜΑΙ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ/Η ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

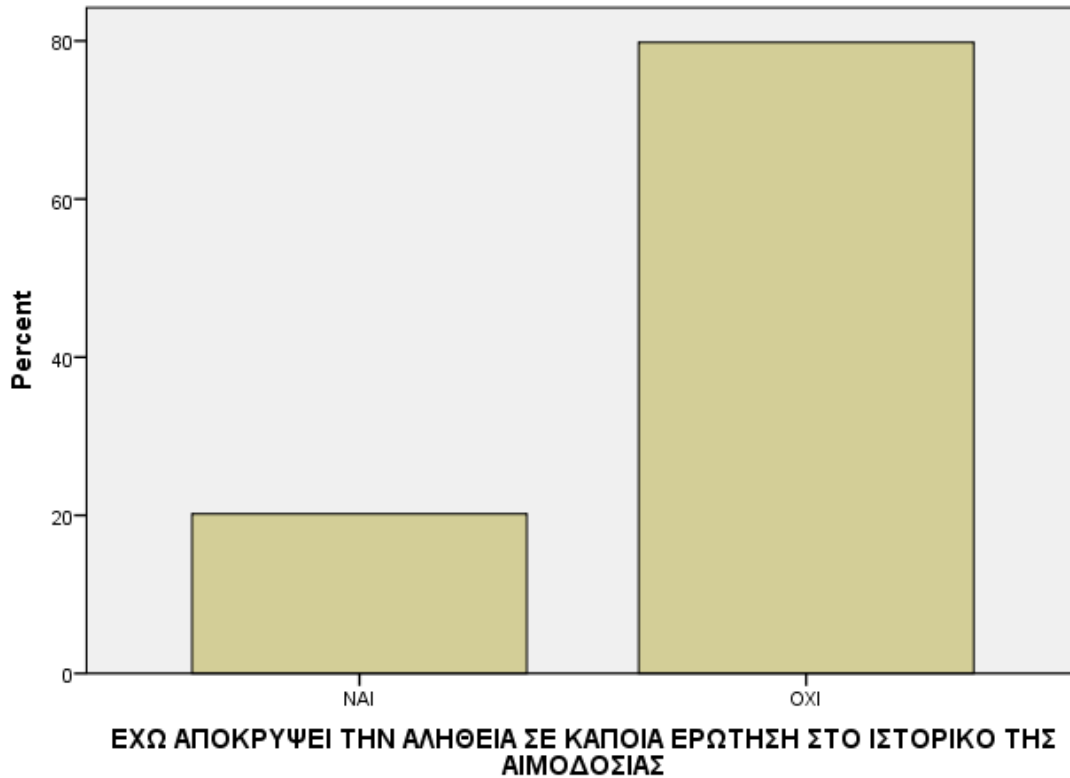


Στην ερώτηση αν έχω αποκρύψει την αλήθεια σε κάποια ερώτηση στο ιστορικό της αιμοδοσίας, το 79,8% απάντησε αρνητικά ενώ το 20,2% έδωσε θετική απάντηση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.23 ΕΧΩ ΑΠΟΚΡΥΨΕΙ ΤΗΝ ΑΛΗΘΕΙΑ ΣΕ ΚΑΠΟΙΑ ΕΡΩΤΗΣΗ ΣΤΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

	συχνότητα	ποσοστό	Τυπικό ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Valid ΝΑΙ	42	20,2	20,2	20,2
Valid ΟΧΙ	166	79,8	79,8	100,0
Total	208	100,0	100,0	

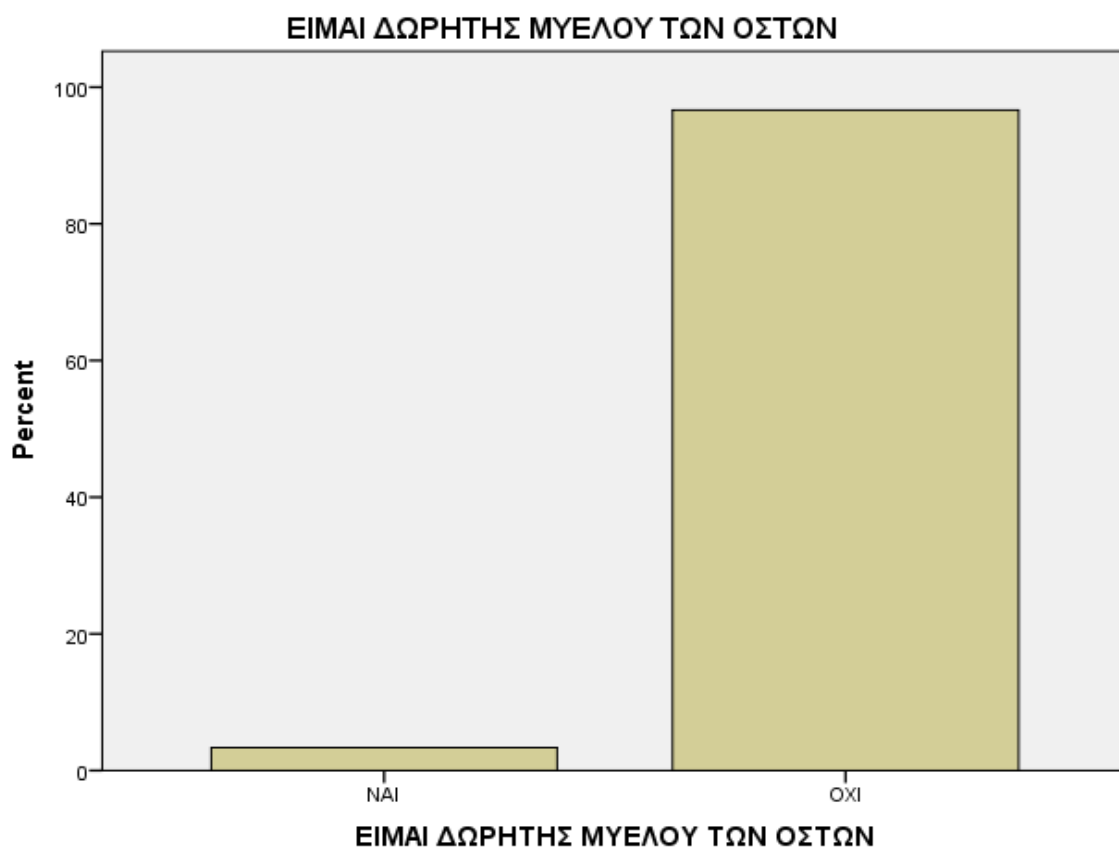
ΕΧΩ ΑΠΟΚΡΥΨΕΙ ΤΗΝ ΑΛΗΘΕΙΑ ΣΕ ΚΑΠΟΙΑ ΕΡΩΤΗΣΗ ΣΤΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ



Στην ερώτηση αν είναι δωρητές μυελού των οστών, απάντησε θετικά μόλις το 3,4%, ενώ το 96,6% απάντησε αρνητικά.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.24 ΕΙΜΑΙ ΔΩΡΗΤΗΣ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ

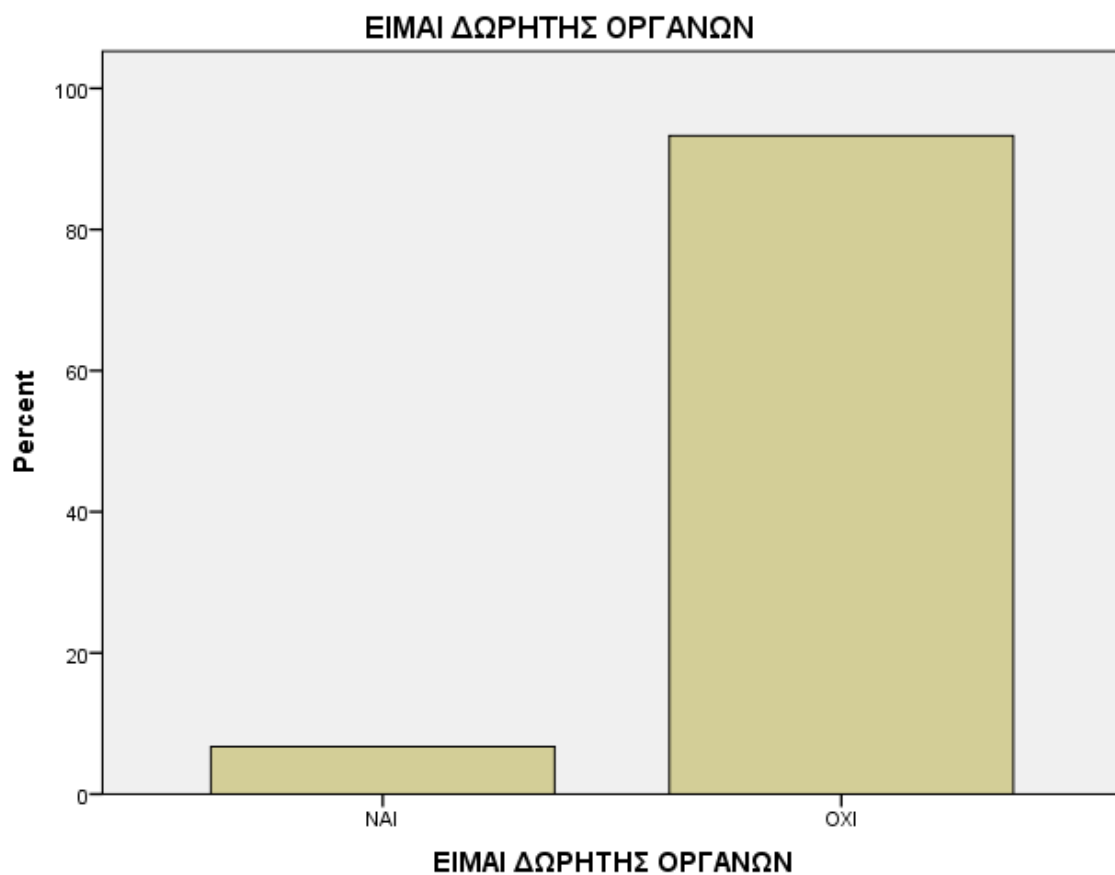
	συχνότητα	ποσοστό	Τυπικό ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Valid	7	3,4	3,4	3,4
	201	96,6	96,6	100,0
Total	208	100,0	100,0	



Στην ερώτηση αν είμαι δωρητής οργάνων, το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε ότι δεν είναι δωρητές οργάνων (93,3%) και μόλις το 6,7% έδωσε θετική απάντηση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.25 ΕΙΜΑΙ ΔΩΡΗΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΝ

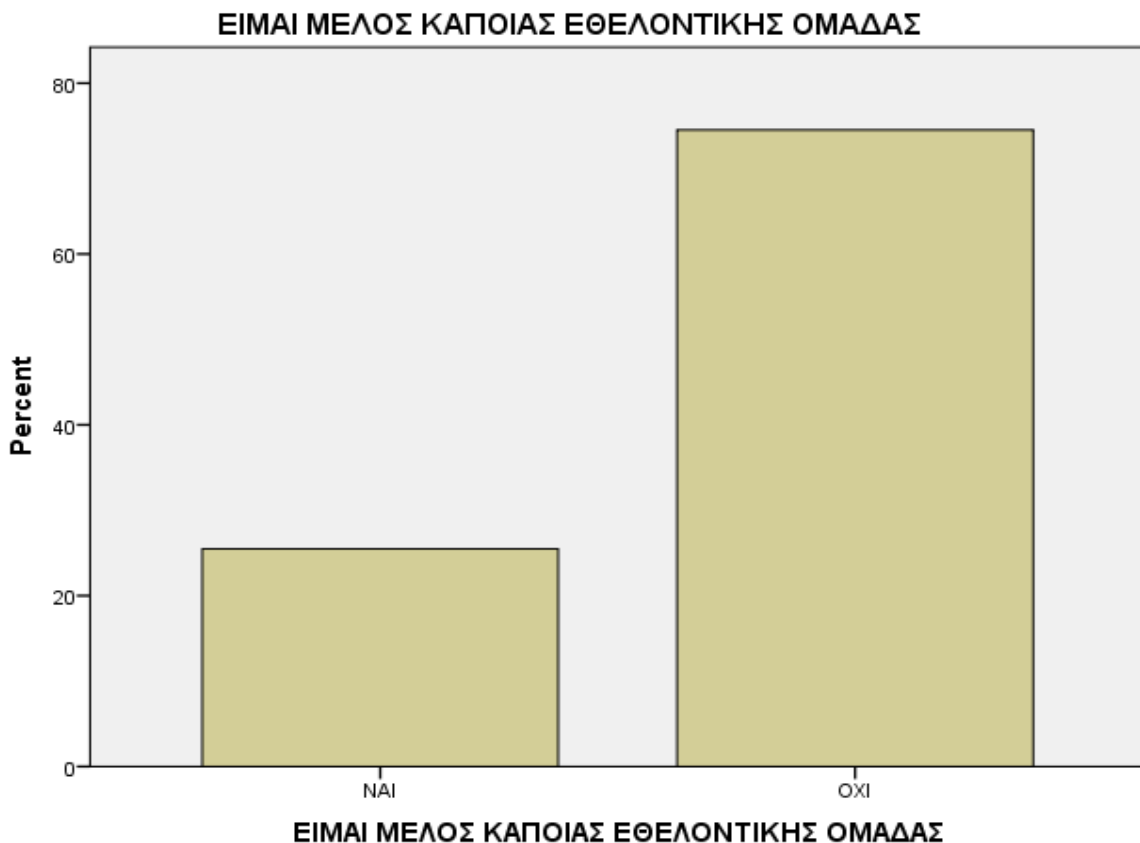
		συχνότητα	ποσοστό	Τυπικό ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Valid	ΝΑΙ	14	6,7	6,7	6,7
	ΟΧΙ	194	93,3	93,3	100,0
	Total	208	100,0	100,0	



Στην ερώτηση αν οι ερωτώμενοι είναι μέλη κάποιας εθελοντικής ομάδας, αρνητική απάντηση έδωσε το 74,5% και το 25,5% απάντησε θετικά.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. 26 ΕΙΜΑΙ ΜΕΛΟΣ ΚΑΠΟΙΑΣ ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ

	συχνότητα	ποσοστό	Τυπικό ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Valid NAI	53	25,5	25,5	25,5
Valid OXI	155	74,5	74,5	100,0
Total	208	100,0	100,0	



- **ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ**

Το πλήθος των μεταβλητών που έχει μελετηθεί, δίνει τη δυνατότητα να προχωρήσει κανείς ένα βήμα παραπέρα την στατιστική ανάλυση, εστιάζοντας στη σχέση που πιθανώς έχουν οι υπό μελέτη μεταβλητές. Η φύση των μεταβλητών (ποιοτικές μεταβλητές) οδηγεί στη χρήση της στατιστικής συνάρτησης του Pearson (Pearson's Chi-Square statistic) και της μεθόδου του. Κατασκευάστηκαν κατά συνέπεια, πίνακες συνάφειας για τις μεταβλητές που θα μελετηθούν και στη συνέχεια σε επίπεδο σημαντικότητας 5% αποφασίσθηκε αν θα γίνει δεκτή ή θα απορριφθεί η υπόθεση της ανεξαρτησίας ή όχι μεταξύ των υπό μελέτη μεταβλητών.

Πιο συγκεκριμένα έγινε σύγκριση του p-value του ελέγχου με την τιμή 0,05. Αν το p-value είναι μικρότερο ή ίσο από το 0,05 τότε απορρίπτεται η υπόθεση της ανεξαρτησίας των υπό

μελέτη μεταβλητών. Αν το p-value είναι μεγαλύτερο από το 0,05 τότε δεν μπορεί να απορριφθεί η υπόθεση ότι οι υπό μελέτη μεταβλητές είναι ανεξάρτητες. Στη συνέχεια λοιπόν πραγματοποιήθηκαν 25 έλεγχοι ανεξαρτησίας χρησιμοποιώντας τις βασικότερες εκ των μεταβλητών. Πιο συγκεκριμένα:

Έλεγχος Ανεξαρτησίας της ηλικίας των συμμετεχόντων και του αν δίνουν αίμα συχνά

Παρατηρείται ότι το p-value του συγκεκριμένου ελέγχου είναι $0,000 < 0,05$. Επομένως με βάση τα συγκεκριμένα στοιχεία απορρίπτεται η υπόθεση της ανεξαρτησίας των άνω μεταβλητών. Συνεπώς η ηλικία των συμμετεχόντων και το αν δίνουν αίμα συχνά εξαρτώνται στοχαστικά. Από τα άτομα που ανήκουν στην ηλικία 41-46, απάντησε ότι δίνει αίμα εθελοντικά και τακτικά το 38.2% και στην ηλικία 36-40 αιμοδοτεί εθελοντικά και όταν υπάρχει ανάγκη σε συγγενή ή φίλο το 41,5%. Από το 100% των ατόμων που απάντησαν ότι δε δίνουν αίμα, το 71% ανήκει στην ηλικία 15-30.

Chi-Square Test

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	73,358 ^a	24	,000
Likelihood Ratio	77,795	24	,000
Linear-by-Linear Association	12,648	1	,000
N of Valid Cases	208		

Πίνακας 3.27

		ΔΙΝΩ ΑΙΜΑ ΣΥΧΝΑ				
		ΟΧΙ	ΝΑΙ - ΕΘΕΛΟΝΤΙ ΚΑ ΟΤΑΝ ΤΥΧΕΙ	ΝΑΙ- ΕΘΕΛΟΝΤΙ ΚΑ ΚΑΙ ΤΑΚΤΙΚΑ	ΝΑΙ - ΓΙΑ ΣΥΓΓΕΝΗ/ ΦΙΛΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ	ΝΑΙ - ΕΘΕΛΟΝΤΙ ΚΑ ΚΑΙ ΟΤΑΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΑΝΑΓΚΗ ΣΕ ΣΥΓΓΕΝΗ / ΦΙΛΟ
		Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %
ΗΛΙΚΙΑ	15-30	39,3%	30,4%	14,3%	0,0%	16,1%
	31-35	10,3%	28,2%	23,1%	10,3%	28,2%
	36- 40	7,3%	17,1%	24,4%	9,8%	41,5%
	41-46	2,9%	17,6%	38,2%	17,6%	23,5%
	47-50	7,1%	28,6%	50,0%	7,1%	7,1%
	51-60	0,0%	33,3%	53,3%	0,0%	13,3%
	61-65	0,0%	0,0%	44,4%	0,0%	55,6%

*Η ερμηνεία γίνεται ανά σειρά. Από τα άτομα ηλικίας 41- 46, το 38,2% απάντησε ότι «δίνει εθελοντικά και τακτικά».

		ΔΙΝΩ ΑΙΜΑ ΣΥΧΝΑ				
		OXI	ΝΑΙ - ΕΘΕΛΟΝΤΙ ΚΑ ΟΤΑΝ ΤΥΧΕΙ	ΝΑΙ- ΕΘΕΛΟΝΤΙ ΚΑ ΚΑΙ ΤΑΚΤΙΚΑ	ΝΑΙ - ΓΙΑ ΣΥΓΓΕΝΗ/ ΦΙΛΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ	ΝΑΙ - ΕΘΕΛΟΝΤΙ ΚΑ ΚΑΙ ΟΤΑΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΑΝΑΓΚΗ ΣΕ ΣΥΓΓΕΝΗ / ΦΙΛΟ
		Column N %	Column N %	Column N %	Column N %	Column N %
ΗΛΙΚΙΑ	15-30	71,0	34,0%	13,6%	0,0%	17,0%
	31-35	12,9%	22,0%	15,3%	26,7%	20,8%
	36- 40	9,7%	14,0%	16,9%	26,7%	32,1%
	41-46	3,2%	12,0%	22,0%	40,0%	15,1%
	47-50	3,2%	8,0%	11,9%	6,7%	1,9%
	51-60	0,0%	10,0%	13,6%	0,0%	3,8%
	61-65	0,0%	0,0%	6,8%	0,0%	9,4%

*Η ερμηνεία γίνεται ανά στήλη. Από το 100% των αρνητικών απαντήσεων στην ερώτηση «αν δίνω αίμα συχνά» το 71% ανήκε στην ηλικία 15-30.

Έλεγχος Ανεξαρτησίας του φύλου των συμμετεχόντων και του αν δίνουν αίμα συχνά

Παρατηρείται ότι το p-value του συγκεκριμένου ελέγχου είναι $0,000 < 0,05$. Επομένως με βάση τα συγκεκριμένα στοιχεία απορρίπτεται η υπόθεση της ανεξαρτησίας των άνω μεταβλητών. Συνεπώς το φύλο των συμμετεχόντων και το αν δίνουν αίμα συχνά εξαρτώνται στοχαστικά. Το 25,3% των γυναικών, απάντησε ότι δίνει αίμα εθελοντικά και τακτικά. Από το 100% των ατόμων που απάντησαν ότι δίνουν αίμα εθελοντικά και τακτικά, το 62,7% ανήκει στο αντρικό φύλο και το 37,3% ανήκει στο γυναικείο.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	20,879 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	21,590	4	,000
Linear-by-Linear Association	19,555	1	,000
N of Valid Cases	208		

Πίνακας 3.28

		ΔΙΝΩ ΑΙΜΑ ΣΥΧΝΑ				
		OXI	NAI - ΕΘΕΛΟΝΤΙ ΚΑ ΟΤΑΝ ΤΥΧΕΙ	NAI- ΕΘΕΛΟΝΤΙ ΚΑ ΚΑΙ ΤΑΚΤΙΚΑ	NAI - ΓΙΑ ΣΥΓΓΕΝΗ/ ΦΙΛΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ	NAI - ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΑ ΚΑΙ ΟΤΑΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΑΝΑΓΚΗ ΣΕ ΣΥΓΓΕΝΗ / ΦΙΛΟ
		Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %
ΦΥΛ	ΑΝΔΡΑΣ	9,1%	18,2%	30,6%	7,4%	34,7%
	ΓΥΝΑΙΚΑΣ	23,0%	32,2%	25,3%	6,9%	12,6%

		ΔΙΝΩ ΑΙΜΑ ΣΥΧΝΑ				
		ΟΧΙ	ΝΑΙ - ΕΘΕΛΟΝΤΙ ΚΑ ΟΤΑΝ ΤΥΧΕΙ	ΝΑΙ- ΕΘΕΛΟΝΤΙ ΚΑ ΚΑΙ ΤΑΚΤΙΚΑ	ΝΑΙ - ΓΙΑ ΣΥΓΓΕΝΗ/ ΦΙΛΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ	ΝΑΙ - ΕΘΕΛΟΝΤΙ ΚΑ ΚΑΙ ΟΤΑΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΑΝΑΓΚΗ ΣΕ ΣΥΓΓΕΝΗ / ΦΙΛΟ
		Column N %	Column N %	Column N %	Column N %	Column N %
ΦΥΛ Ο	ΑΝΔΡΑΣ	35,5%	44,0%	62,7%	60,0%	79,2%
	ΓΥΝΑΙΚΑΣ	64,5%	56,0%	37,3%	40,0%	20,8%

Έλεγχος ανεξαρτησίας του επαγγέλματος των συμμετεχόντων και του αν δίνουν αίμα συχνά

Παρατηρείται ότι το p-value του συγκεκριμένου ελέγχου είναι $0,015 < 0,05$. Επομένως με βάση τα συγκεκριμένα στοιχεία απορρίπτεται η υπόθεση της ανεξαρτησίας των μεταβλητών. Συνεπώς υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του επαγγέλματος και της συχνότητας που δίνουν οι συμμετέχοντες αίμα. Το 12,5% των ατόμων που δεν δίνει αίμα είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι ενώ το 26,5% των ατόμων που δίνει εθελοντικά και τακτικά είναι δημόσιοι υπάλληλοι. Από το 100% των ατόμων που απάντησαν ότι δίνουν αίμα εθελοντικά και όταν υπάρχει ανάγκη σε συγγενή ή φίλο, το 38,1% ανήκει στην κατηγορία των ανέργων.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	30,623 ^a	16	,015
Likelihood Ratio	33,536	16	,006
Linear-by-Linear Association	,005	1	,942
N of Valid Cases	208		

Πίνακας 3.29

		ΔΙΝΩ ΑΙΜΑ ΣΥΧΝΑ		
		ΟΧΙ	ΝΑΙ - ΕΘΕΛΟΝΤΙ ΚΑ ΟΤΑΝ ΤΥΧΕΙ	ΝΑΙ- ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΑ ΚΑΙ ΤΑΚΤΙΚΑ
		Row N %	Row N %	Row N %
ΕΠΑΓΓΕΛ ΜΑ	ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	18,1%	16,9%	26,5%
	ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	12,5%	35,7%	30,4%
	ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓ/ΜΑΤΙΑΣ	0,0%	34,6%	38,5%
	ΑΝΕΡΓΟΣ	19,0%	16,7%	23,8%
	5	100,0%	0,0%	0,0%
		ΔΙΝΩ ΑΙΜΑ ΣΥΧΝΑ		
		ΝΑΙ - ΓΙΑ ΣΥΓΓΕΝΗ/ ΦΙΛΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ	ΝΑΙ - ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΑ ΚΑΙ ΟΤΑΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΑΝΑΓΚΗ ΣΕ ΣΥΓΓΕΝΗ / ΦΙΛΟ	
		Row N %	Row N %	
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	7,2%	31,3%	
	ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	10,7%	10,7%	
	ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓ/ΜΑΤΙΑΣ	7,7%	19,2%	
	ΑΝΕΡΓΟΣ	2,4%	38,1%	
	5	0,0%	0,0%	

		ΔΙΝΩ ΑΙΜΑ ΣΥΧΝΑ		
		ΟΧΙ	ΝΑΙ - ΕΘΕΛΟΝΤΙ ΚΑ ΟΤΑΝ ΤΥΧΕΙ	ΝΑΙ- ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΑ ΚΑΙ ΤΑΚΤΙΚΑ
		Column N %	Column N %	Column N %
ΕΠΑΓΓΕΛ ΜΑ	ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	48,4%	28,0%	37,3%
	ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	22,6%	40,0%	28,8%
	ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓ/ΜΑΤΙΑΣ	0,0%	18,0%	16,9%
	ΑΝΕΡΓΟΣ	25,8%	14,0%	16,9%
	5	3,2%	0,0%	0,0%

		ΔΙΝΩ ΑΙΜΑ ΣΥΧΝΑ	
		ΝΑΙ - ΓΙΑ ΣΥΓΓΕΝΗ/ ΦΙΛΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ	ΝΑΙ - ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΑ ΚΑΙ ΟΤΑΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΑΝΑΓΚΗ ΣΕ ΣΥΓΓΕΝΗ / ΦΙΛΟ
		Column N %	Column N %
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	40,0%	49,1%
	ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	40,0%	11,3%
	ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓ/ΜΑΤΙΑΣ	13,3%	9,4%
	ΑΝΕΡΓΟΣ	6,7%	30,2%
5		0,0%	0,0%

Έλεγχος Ανεξαρτησίας της εκπαίδευσης των συμμετεχόντων και του αν δίνουν αίμα συχνά

Παρατηρείται ότι το p-value του συγκεκριμένου ελέγχου είναι $0,318 > 0,05$. Επομένως με βάση τα συγκεκριμένα στοιχεία δεν απορρίπτεται η υπόθεση της ανεξαρτησίας των άνω μεταβλητών. Από τα άτομα της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, το 16,4% δε δίνει αίμα συχνά. Από το 100% των ατόμων που απάντησαν ότι δίνουν αίμα εθελοντικά και τακτικά, το 45,8% έχει δευτεροβάθμια εκπαίδευση.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,301 ^a	8	,318
Likelihood Ratio	10,475	8	,233
Linear-by-Linear Association	3,132	1	,077
N of Valid Cases	208		

Πίνακας 3.30

	ΔΙΝΩ ΑΙΜΑ ΣΥΧΝΑ			
	ΟΧΙ	ΝΑΙ - ΕΘΕΛΟΝΤΙ ΚΑ ΟΤΑΝ ΤΥΧΕΙ	ΝΑΙ - ΕΘΕΛΟΝΤΙ ΚΑ ΚΑΙ ΤΑΚΤΙΚΑ	ΝΑΙ - ΓΙΑ ΣΥΓΓΕΝΗ/ ΦΙΛΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ
	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ	0,0%	10,0%	30,0%	10,0%
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ	14,5%	19,7%	35,5%	5,3%
ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ	16,4%	27,9%	23,8%	8,2%

ΔΙΝΩ ΑΙΜΑ ΣΥΧΝΑ

		ΔΙΝΩ ΑΙΜΑ ΣΥΧΝΑ			
		ΔΙΝΩ ΑΙΜΑ ΣΥΧΝΑ ΝΑΙ - ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΑ ΚΑΙ ΟΤΑΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΑΝΑΓΚΗ ΣΕ ΣΥΓΓΕΝΗ / ΦΙΛΟ			
		Column N %			
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ				
	ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ	9,4%			
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ	35,8%			
	ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ	54,7%			
		ΟΧΙ	ΝΑΙ - ΕΘΕΛΟΝΤΙ ΚΑ ΟΤΑΝ ΤΥΧΕΙ	ΝΑΙ- ΕΘΕΛΟΝΤΙ ΚΑ ΚΑΙ ΤΑΚΤΙΚΑ	ΝΑΙ - ΓΙΑ ΣΥΓΓΕΝΗ/ ΦΙΛΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ
		Column N %	Column N %	Column N %	Column N %
	ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ	0,0%	2,0%	5,1%	6,7%
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ	35,5%	30,0%	45,8%	26,7%
	ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ	64,5%	68,0%	49,2%	66,7%

Έλεγχος ανεξαρτησίας της ηλικίας των συμμετεχόντων και του ποια πιστεύουν ότι είναι τα καλύτερα κίνητρα

Παρατηρείται ότι το p-value του συγκεκριμένου ελέγχου είναι $0,001 < 0,05$. Επομένως με βάση τα συγκεκριμένα στοιχεία απορρίπτεται η υπόθεση της ανεξαρτησίας των άνω μεταβλητών. Συνεπώς υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και των κατάλληλων κινήτρων. Από τα άτομα ηλικίας 41-46, το 94,1% απάντησε ότι σαν κίνητρο θα προτιμούσε τις δωρεάν αιματολογικές εξετάσεις. Από το 100% των ατόμων που απάντησαν ότι θα ήθελαν άδεια από την εργασία το 34,2% ήταν ηλικίας 15-30.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	42,063 ^a	18	,001
Likelihood Ratio	56,164	18	,000
Linear-by-Linear Association	,757	1	,384
N of Valid Cases	208		

Πίνακας 3.31

		ΠΙΣΤΕΥΩ ΟΤΙ ΤΑ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΚΙΝΗΤΡΑ ΕΙΝΑΙ				
		ΑΔΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ	ΔΩΡΕΑΝ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	ΧΡΗΜΑΤΑ	ΔΩΡΕΑΝ ΕΙΣΗΓΗΤΗΡΙΑ	ΜΙΚΡΑ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΑ
		Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %
ΗΛΙΚΙΑ	15-30	44,6%	42,9%	0,0%	3,6%	8,9%
	31-35	30,8%	59,0%	0,0%	0,0%	10,3%
	36- 40	48,8%	48,8%	0,0%	0,0%	2,4%
	41-46	0,0%	94,1%	0,0%	5,9%	0,0%
	47-50	35,7%	50,0%	0,0%	0,0%	14,3%
	51-60	40,0%	60,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	61-65	55,6%	44,4%	0,0%	0,0%	0,0%

		ΠΙΣΤΕΥΩ ΟΤΙ ΤΑ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΚΙΝΗΤΡΑ ΕΙΝΑΙ				
		ΑΔΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ	ΔΩΡΕΑΝ ΑΙΜΑΤΟΛΟ ΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	ΧΡΗΜΑΤΑ	ΔΩΡΕΑΝ ΕΙΣΗΓΗΤΗΡΙΑ	ΜΙΚΡΑ ΑΝΑΜΝΗΣ ΤΙΚΑ
		Column N %	Column N %	Column N %	Column N %	Column N %
Ηλικία	15-30	34,2%	20,2%	0,0%	50,0%	41,7%
	31-35	16,4%	19,3%	0,0%	0,0%	33,3%
	36- 40	27,4%	16,8%	0,0%	0,0%	8,3%
	41-46	0,0%	26,9%	0,0%	50,0%	0,0%
	47-50	6,8%	5,9%	0,0%	0,0%	16,7%
	51-60	8,2%	7,6%	0,0%	0,0%	0,0%
	61-65	6,8%	3,4%	0,0%	0,0%	0,0%

Έλεγχος ανεξαρτησίας της ηλικίας των συμμετεχόντων και του κινδύνου να λιποθυμήσουν

Παρατηρείται ότι το p-value του συγκεκριμένου ελέγχου είναι $0,003 < 0,05$. Επομένως με βάση τα συγκεκριμένα στοιχεία απορρίπτεται η υπόθεση της ανεξαρτησίας των άνω μεταβλητών. Συνεπώς υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και του κινδύνου για λιποθυμία. Από τα άτομα ηλικίας 36-40, το 56,1% απάντησε ότι ο κίνδυνος είναι μικρός. Από το 100% των ατόμων που απάντησαν θετικά στην ερώτηση, το 48% ήταν ηλικίας 15-30.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	47,764 ^a	24	,003
Likelihood Ratio	53,155	24	,001
Linear-by-Linear Association	22,435	1	,000
N of Valid Cases	208		

Πίνακας 3.32

		ΔΙΑΤΡΕΧΩ ΚΙΝΔΥΝΟ ΝΑ ΛΙΠΟΘΥΜΙΣΩ				
		ΚΑΝΕΝ ΑΣ	ΜΙΚΡΟΣ	ΔΕΝ ΕΧΩ ΓΝΩΜΗ/ ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	ΜΕΤΡΙΟ Σ	ΜΕΓΑΛΟΣ
		Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %
ΗΛΙΚΙΑ	15-30	25,0%	46,4%	1,8%	21,4%	5,4%
	31-35	35,9%	46,2%	0,0%	17,9%	0,0%
	36- 40	31,7%	56,1%	0,0%	12,2%	0,0%
	41-46	44,1%	52,9%	0,0%	2,9%	0,0%
	47-50	14,3%	85,7%	0,0%	0,0%	0,0%
	51-60	53,3%	46,7%	0,0%	0,0%	0,0%
	61-65	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

		ΔΙΑΤΡΕΧΩ ΚΙΝΔΥΝΟ ΝΑ ΛΙΠΟΘΥΜΙΣΩ				
		ΚΑΝΕΝΑΣ	ΜΙΚΡΟΣ	ΔΕΝ ΕΧΩ ΓΝΩΜΗ/ ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	ΜΕΤΡΙΟΣ	ΜΕΓΑΛΟΣ
		Column N %	Column N %	Column N %	Column N %	Column N %
Ηλικία	15-30	18,7%	25,0%	100,0%	48,0%	100,0%
	31-35	18,7%	17,3%	0,0%	28,0%	0,0%
	36- 40	17,3%	22,1%	0,0%	20,0%	0,0%
	41-46	20,0%	17,3%	0,0%	4,0%	0,0%
	47-50	2,7%	11,5%	0,0%	0,0%	0,0%
	51-60	10,7%	6,7%	0,0%	0,0%	0,0%
	61-65	12,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Έλεγχος ανεξαρτησίας της ηλικίας των συμμετεχόντων και του κινδύνου που διατρέχουν να “κολλήσουν” AIDS

Παρατηρείται ότι το p-value του συγκεκριμένου ελέγχου είναι $0,022 < 0,05$. Επομένως με βάση τα συγκεκριμένα στοιχεία απορρίπτεται η υπόθεση της ανεξαρτησίας των άνω

μεταβλητών. Συνεπώς υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και του κινδύνου μετάδοσης του AIDS. Από τα άτομα ηλικίας 47-50, το 100% απάντησε ότι δεν υπάρχει κίνδυνος μετάδοσης της ασθένειας. Από το 100% των ατόμων που απάντησαν στην ερώτηση, το 60% που απάντησε ότι ο κίνδυνος είναι μικρός, ήταν ηλικίας 15-30.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	23,784 ^a	12	,022
Likelihood Ratio	22,249	12	,035
Linear-by-Linear Association	4,944	1	,026
N of Valid Cases	208		

Πίνακας 3.33

	ΔΙΑΤΡΕΧΩ ΚΙΝΔΥΝΟ ΝΑ "ΚΟΛΛΗΣΩ" AIDS				
	ΚΑΝΕΝ ΑΣ	ΜΙΚΡΟΣ	ΔΕΝ ΕΧΩ ΓΝΩΜΗ/ ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	ΜΕΤΡΙΟ Σ	ΜΕΓΑΛ ΟΣ
	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %
15-30	83,9%	16,1%	0,0%	0,0%	0,0%
31-35	87,2%	5,1%	0,0%	0,0%	7,7%
36- 40	92,7%	7,3%	0,0%	0,0%	0,0%
41-46	97,1%	2,9%	0,0%	0,0%	0,0%
47-50	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
51-60	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
61-65	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

		ΔΙΑΤΡΕΧΩ ΚΙΝΔΥΝΟ ΝΑ "ΚΟΛΛΗΣΩ" AIDS				
		ΚΑΝΕΝΑΣ	ΜΙΚΡΟΣ	ΔΕΝ ΕΧΩ ΓΝΩΜΗ/ ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	ΜΕΤΡΙΟΣ	ΜΕΓΑΛΟΣ
		Column N %	Column N %	Column N %	Column N %	Column N %
Ηλικία	15-30	24,7%	60,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	31-35	17,9%	13,3%	0,0%	0,0%	100,0%
	36-40	20,0%	20,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	41-46	17,4%	6,7%	0,0%	0,0%	0,0%
	47-50	7,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	51-60	7,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	61-65	4,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Έλεγχος ανεξαρτησίας της ηλικίας των συμμετεχόντων και του κινδύνου που διατρέχουν να "κολλήσουν" ηπατίτιδα

Παρατηρείται ότι το p-value του συγκεκριμένου ελέγχου είναι $0,030 < 0,05$. Επομένως με βάση τα συγκεκριμένα στοιχεία απορρίπτεται η υπόθεση της ανεξαρτησίας των άνω μεταβλητών. Συνεπώς υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και του κινδύνου μετάδοσης της ηπατίτιδας. Από τα άτομα ηλικίας 31-35, το 87,2% απάντησε ότι δεν υπάρχει κίνδυνος μετάδοσης της ασθένειας. Από το 100% των ατόμων που απάντησαν στην ερώτηση, το 52,9% που απάντησε ότι ο κίνδυνος είναι μικρός, ήταν ηλικίας 15-30.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	22,714 ^a	12	,030
Likelihood Ratio	22,003	12	,037
Linear-by-Linear Association	3,886	1	,049
N of Valid Cases	208		

Πίνακας 3.34

		ΔΙΑΤΡΕΧΩ ΚΙΝΔΥΝΟ ΝΑ "ΚΟΛΛΗΣΩ" ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ				
		ΚΑΝΕΝ ΑΣ	ΜΙΚΡΟΣ	ΔΕΝ ΕΧΩ ΓΝΩΜΗ/ ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	ΜΕΤΡΙΟ Σ	ΜΕΓΑΛΟΣ
		Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %
Ηλικία	15-30	83,9%	16,1%	0,0%	0,0%	0,0%
	31-35	87,2%	5,1%	0,0%	0,0%	7,7%
	36- 40	95,1%	4,9%	0,0%	0,0%	0,0%
	41-46	88,2%	11,8%	0,0%	0,0%	0,0%
	47-50	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	51-60	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	61-65	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
		ΔΙΑΤΡΕΧΩ ΚΙΝΔΥΝΟ ΝΑ "ΚΟΛΛΗΣΩ" ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ				
		ΚΑΝΕΝΑΣ	ΜΙΚΡΟΣ	ΔΕΝ ΕΧΩ ΓΝΩΜΗ/ ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	ΜΕΤΡΙΟΣ	ΜΕΓΑΛΟΣ
		Column N %	Column N %	Column N %	Column N %	Column N %
Ηλικία	15-30	25,0%	52,9%	0,0%	0,0%	0,0%
	31-35	18,1%	11,8%	0,0%	0,0%	100,0%
	36- 40	20,7%	11,8%	0,0%	0,0%	0,0%
	41-46	16,0%	23,5%	0,0%	0,0%	0,0%
	47-50	7,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	51-60	8,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	61-65	4,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Έλεγχος ανεξαρτησίας της ηλικίας των συμμετεχόντων και της απόκρυψης της αλήθειας σε κάποια ερώτηση στο ιστορικό της αιμοδοσίας

Παρατηρείται ότι το p-value του συγκεκριμένου ελέγχου είναι $0,012 < 0,05$. Επομένως με βάση τα συγκεκριμένα στοιχεία απορρίπτεται η υπόθεση της ανεξαρτησίας των άνω μεταβλητών. Συνεπώς υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και της απόκρυψης της αλήθειας σε κάποια ερώτηση στο ιστορικό του αιμοδότη. Από τα άτομα ηλικίας 47-50, το 92,9% απάντησε ότι ποτέ δεν έχει αποκρύψει την αλήθεια. Από το 100% των ατόμων που απάντησαν θετικά στην ερώτηση, το 38,1% ήταν ηλικίας 15-30.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	16,293 ^a	6	,012
Likelihood Ratio	21,410	6	,002
Linear-by-Linear Association	11,558	1	,001
N of Valid Cases	208		

Πίνακας 3.35

		ΕΧΩ ΑΠΟΚΡΥΨΕΙ ΤΗΝ ΑΛΗΘΕΙΑ ΣΕ ΚΑΠΟΙΑ ΕΡΩΤΗΣΗ ΣΤΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ	
		ΝΑΙ	ΟΧΙ
		Row N %	Row N %
Ηλικία	15-30	28,6%	71,4%
	31-35	23,1%	76,9%
	36- 40	31,7%	68,3%
	41-46	8,8%	91,2%
	47-50	7,1%	92,9%
	51-60	0,0%	100,0%
	61-65	0,0%	100,0%

		ΕΧΩ ΑΠΟΚΡΥΨΕΙ ΤΗΝ ΑΛΗΘΕΙΑ ΣΕ ΚΑΠΟΙΑ ΕΡΩΤΗΣΗ ΣΤΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ	
		ΝΑΙ	ΟΧΙ
		Column N %	Column N %
Ηλικία	15-30	38,1%	24,1%
	31-35	21,4%	18,1%
	36- 40	31,0%	16,9%
	41-46	7,1%	18,7%
	47-50	2,4%	7,8%
	51-60	0,0%	9,0%
	61-65	0,0%	5,4%

Έλεγχος ανεξαρτησίας της ηλικίας των συμμετεχόντων και του αν είναι δωρητές μυελού των οστών

Παρατηρείται ότι το p-value του συγκεκριμένου ελέγχου είναι $0,000 < 0,05$. Επομένως με βάση τα συγκεκριμένα στοιχεία απορρίπτεται η υπόθεση της ανεξαρτησίας των άνω μεταβλητών. Συνεπώς υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και του αν είναι δωρητές μυελού των οστών. Από τα άτομα ηλικίας 51-60, το 100% απάντησε αρνητικά. Από το 100% των ατόμων που απάντησαν αρνητικά, το 42.9% ήταν ηλικίας 15-30.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,391 ^a	6	,880
Likelihood Ratio	3,541	6	,739
Linear-by-Linear Association	1,591	1	,207
N of Valid Cases	208		

Πίνακας 3.36

		ΕΙΜΑΙ ΔΩΡΗΤΗΣ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ	
		ΝΑΙ	ΟΧΙ
		Row N %	Row N %
ΗΛΙΚΙΑ Α	15-30	5,4%	94,6%
	31-35	2,6%	97,4%
	36- 40	4,9%	95,1%
	41-46	2,9%	97,1%
	47-50	0,0%	100,0%
	51-60	0,0%	100,0%
	61-65	0,0%	100,0%
		ΕΙΜΑΙ ΔΩΡΗΤΗΣ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ	
		ΝΑΙ	ΟΧΙ
		Column N %	Column N %
ΗΛΙΚΙΑ Α	15-30	42,9%	26,4%
	31-35	14,3%	18,9%
	36- 40	28,6%	19,4%
	41-46	14,3%	16,4%
	47-50	0,0%	7,0%
	51-60	0,0%	7,5%
	61-65	0,0%	4,5%

Έλεγχος ανεξαρτησίας της ηλικίας και του αν είναι δωρητές οργάνων

Παρατηρείται ότι το p-value του συγκεκριμένου ελέγχου είναι $0,060 < 0,05$. Επομένως με βάση τα συγκεκριμένα στοιχεία απορρίπτεται η υπόθεση της ανεξαρτησίας των άνω μεταβλητών. Συνεπώς υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και του αν είναι δωρητές οργάνων. Από τα άτομα ηλικίας 15-30, το 100% απάντησε αρνητικά. Από το 100% των ατόμων που απάντησαν θετικά, το 50% ήταν ηλικίας 36-40.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12,077 ^a	6	,060
Likelihood Ratio	14,492	6	,025
Linear-by-Linear Association	1,073	1	,300
N of Valid Cases	208		

Πίνακας 3.37

		ΕΙΜΑΙ ΔΩΡΗΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΝ	
		ΝΑΙ	ΟΧΙ
		Row N %	Row N %
Ηλικία	15-30	0,0%	100,0%
	31-35	5,1%	94,9%
	36- 40	17,1%	82,9%
	41-46	8,8%	91,2%
	47-50	7,1%	92,9%
	51-60	6,7%	93,3%
	61-65	0,0%	100,0%

		ΕΙΜΑΙ ΔΩΡΗΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΝ	
		ΝΑΙ	ΟΧΙ
		Column N %	Column N %
Ηλικία	15-30	0,0%	28,9%
	31-35	14,3%	19,1%
	36- 40	50,0%	17,5%
	41-46	21,4%	16,0%
	47-50	7,1%	6,7%
	51-60	7,1%	7,2%
	61-65	0,0%	4,6%

Έλεγχος ανεξαρτησίας του φύλου των συμμετεχόντων και του ποια πιστεύουν ότι είναι τα καλύτερα κίνητρα

Παρατηρείται ότι το p-value του συγκεκριμένου ελέγχου είναι $0,001 < 0,05$. Επομένως με βάση τα συγκεκριμένα στοιχεία απορρίπτεται η υπόθεση της ανεξαρτησίας των άνω μεταβλητών. Συνεπώς υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του φύλου και των κατάλληλων κινήτρων. Από τις γυναίκες το 56,3% προτιμά δωρεάν αιματολογικές εξετάσεις. Από το 100% των ατόμων που απάντησαν ότι προτιμούν άδεια από την εργασία, το 63% ήταν άντρες.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15,850 ^a	3	,001
Likelihood Ratio	18,442	3	,000
Linear-by-Linear Association	6,967	1	,008
N of Valid Cases	208		

Πίνακας 3.38

		ΠΙΣΤΕΥΩ ΟΤΙ ΤΑ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΚΙΝΗΤΡΑ ΕΙΝΑΙ				
		ΑΔΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ	ΔΩΡΕΑΝ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	ΧΡΗΜΑΤΑ	ΔΩΡΕΑΝ ΕΙΣΗΓΗΤΗΡΙΑ	ΜΙΚΡΑ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΑ
		Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %
Φύλο	Άνδρας	38,0%	57,9%	0,0%	3,3%	0,8%
	Γυναίκα	31,0%	56,3%	0,0%	0,0%	12,6%

		ΠΙΣΤΕΥΩ ΟΤΙ ΤΑ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΚΙΝΗΤΡΑ ΕΙΝΑΙ				
		ΑΔΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ	ΔΩΡΕΑΝ ΑΙΜΑΤΟΛΟ ΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	ΧΡΗΜΑΤΑ	ΔΩΡΕΑΝ ΕΙΣΗΓΗΡΙΑ	ΜΙΚΡΑ ΑΝΑΜΝΗΣ ΤΙΚΑ
		Column N %	Column N %	Column N %	Column N %	Column N %
Φύλο	Άνδρας	63,0%	58,8%	0,0%	100,0%	8,3%
	Γυναίκα	37,0%	41,2%	0,0%	0,0%	91,7%

Έλεγχος ανεξαρτησίας του φύλου των συμμετεχόντων και του αν είναι ευχαριστημένοι από τις υπηρεσίες αιμοδοσίας

Παρατηρείται ότι το p-value του συγκεκριμένου ελέγχου είναι $0,000 < 0,05$. Επομένως με βάση τα συγκεκριμένα στοιχεία απορρίπτεται η υπόθεση της ανεξαρτησίας των άνω μεταβλητών. Συνεπώς υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του φύλου και του αν είναι ευχαριστημένοι οι συμμετέχοντες από τις υπηρεσίες υγείας. Από τους άντρες το 91,7% απάντησε θετικά. Από το 100% των ατόμων που απάντησαν αρνητικά, το 50% ήταν γυναίκες.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,607 ^a	1	,436		
Continuity Correction ^b	,293	1	,589		
Likelihood Ratio	,600	1	,439		
Fisher's Exact Test				,480	,292
Linear-by-Linear Association	,605	1	,437		
N of Valid Cases	208				

Πίνακας 3.39

		ΕΙΜΑΙ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ/Η ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ	
		ΝΑΙ	ΟΧΙ
		Row N %	Row N %
Φύλο	Άνδρας	91,7%	8,3%
	Γυναίκα	88,5%	11,5%

		ΕΙΜΑΙ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ/Η ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ	
		ΝΑΙ	ΟΧΙ
		Column N %	Column N %
Φύλο	Άνδρας	59,0%	50,0%
	Γυναίκα	41,0%	50,0%

Έλεγχος ανεξαρτησίας του φύλου των συμμετεχόντων και του αν είναι δωρητές μυελού των οστών

Παρατηρείται ότι το p-value του συγκεκριμένου ελέγχου είναι $0,000 < 0,05$. Επομένως με βάση τα συγκεκριμένα στοιχεία απορρίπτεται η υπόθεση της ανεξαρτησίας των άνω μεταβλητών. Συνεπώς υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του φύλου και του αν είναι δωρητές μυελού των οστών. Από τις γυναίκες το 3,4% απάντησε θετικά. Από το 100% των ατόμων που απάντησαν αρνητικά, το 58,2% ήταν άντρες.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,003 ^a	1	,955	1,000	,622
Continuity Correction ^b	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,003	1	,955		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	,003	1	,955		
N of Valid Cases	208				

Πίνακας 3.40

		ΕΙΜΑΙ ΔΩΡΗΤΗΣ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ	
		ΝΑΙ	ΟΧΙ
		Row N %	Row N %
Φύλο	Ανδρας	3,3%	96,7%
	Γυναίκα	3,4%	96,6%

		ΕΙΜΑΙ ΔΩΡΗΤΗΣ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ	
		ΝΑΙ	ΟΧΙ
		Column N %	Column N %
Φύλο	Ανδρας	57,1%	58,2%
	Γυναίκα	42,9%	41,8%

Έλεγχος ανεξαρτησίας του φύλου των συμμετεχόντων και του αν είναι δωρητές οργάνων
 Παρατηρείται ότι το p-value του συγκεκριμένου ελέγχου είναι $0,000 < 0,05$ Επομένως με βάση τα συγκεκριμένα στοιχεία απορρίπτεται η υπόθεση της ανεξαρτησίας των άνω μεταβλητών. Συνεπώς υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του φύλου και του αν είναι δωρητές οργάνων. Από τις γυναίκες το 100% απάντησε αρνητικά. Από το 100% των ατόμων που απάντησαν θετικά, το 100% ήταν άντρες.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	10,793 ^a	1	,001	,000	,000
Continuity Correction ^b	9,028	1	,003		
Likelihood Ratio	15,891	1	,000		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	10,741	1	,001		
N of Valid Cases	208				

Πίνακας 3.41

		ΕΙΜΑΙ ΔΩΡΗΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΝ	
		ΝΑΙ	ΟΧΙ
		Row N %	Row N %
Φύλο	Ανδρας	11,6%	88,4%
	γυναίκα	0,0%	100,0%

		ΕΙΜΑΙ ΔΩΡΗΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΝ	
		ΝΑΙ	ΟΧΙ
		Column N %	Column N %
Φύλο	Ανδρας	100,0%	55,2%
	Γυναίκα	0,0%	44,8%

Έλεγχος ανεξαρτησίας του φύλου των συμμετεχόντων και του αν είναι μέλη κάποιας εθελοντικής ομάδας

Παρατηρείται ότι το p-value του συγκεκριμένου ελέγχου είναι $0,000 < 0,05$. Επομένως με βάση τα συγκεκριμένα στοιχεία απορρίπτεται η υπόθεση της ανεξαρτησίας των άνω μεταβλητών. Συνεπώς υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του φύλου και του αν είναι μέλη εθελοντικής ομάδας. Από τους άντρες το 26,4% απάντησε θετικά. Από το 100% των ατόμων που απάντησαν αρνητικά, το 42,6% ήταν γυναίκες.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,142 ^a	1	,706		
Continuity Correction ^b	,046	1	,829		
Likelihood Ratio	,143	1	,706		
Fisher's Exact Test				,749	,416
Linear-by-Linear Association	,141	1	,707		
N of Valid Cases	208				

Πίνακας 3.42

		ΕΙΜΑΙ ΜΕΛΟΣ ΚΑΠΟΙΑΣ ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ	
		ΝΑΙ	ΟΧΙ
		Row N %	Row N %
Φύλο	Ανδρας	26,4%	73,6%
	Γυναίκα	24,1%	75,9%

		ΕΙΜΑΙ ΜΕΛΟΣ ΚΑΠΟΙΑΣ ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ	
		ΝΑΙ	ΟΧΙ
		Column N %	Column N %
Φύλο	Ανδρας	60,4%	57,4%
	Γυναίκα	39,6%	42,6%

Έλεγχος ανεξαρτησίας του επαγγέλματος των συμμετεχόντων και του ποια πιστεύουν ότι είναι τα καλύτερα κίνητρα

Παρατηρείται ότι το p-value του συγκεκριμένου ελέγχου είναι $0,000 < 0,05$. Επομένως με βάση τα συγκεκριμένα στοιχεία απορρίπτεται η υπόθεση της ανεξαρτησίας των άνω μεταβλητών. Συνεπώς υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του επαγγέλματος και των κατάλληλων κινήτρων. Από τους δημοσίους υπαλλήλους το 48,2% προτιμά άδεια από την εργασία. Από το 100% των ατόμων που προτίμησαν δωρεάν αιματολογικές εξετάσεις το 31,1% είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	80,828 ^a	12	,000
Likelihood Ratio	40,488	12	,000
Linear-by-Linear Association	1,551	1	,213
N of Valid Cases	208		

Πίνακας 3.43

		ΠΙΣΤΕΥΩ ΟΤΙ ΤΑ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΚΙΝΗΤΡΑ ΕΙΝΑΙ		
		ΑΔΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ	ΔΩΡΕΑΝ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	ΧΡΗΜΑΤΑ
		Row N %	Row N %	Row N %
Επάγγελμα	ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	48,2%	50,6%	0,0%
	ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	16,1%	66,1%	0,0%
	ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓ/ΜΑΤΙΑΣ	19,2%	73,1%	0,0%
	ΑΝΕΡΓΟΣ	45,2%	50,0%	0,0%
	5	0,0%	0,0%	0,0%

		ΠΙΣΤΕΥΩ ΟΤΙ ΤΑ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΚΙΝΗΤΡΑ ΕΙΝΑΙ		
		ΑΔΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ	ΔΩΡΕΑΝ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	ΧΡΗΜΑΤΑ
		Column N %	Column N %	Column N %
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	54,8%	35,3%	0,0%
	ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	12,3%	31,1%	0,0%
	ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓ/ΜΑΤΙΑΣ	6,8%	16,0%	0,0%
	ΑΝΕΡΓΟΣ	26,0%	17,6%	0,0%
	5	0,0%	0,0%	0,0%

		ΠΙΣΤΕΥΩ ΟΤΙ ΤΑ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΚΙΝΗΤΡΑ ΕΙΝΑΙ	
		ΔΩΡΕΑΝ ΕΙΣΗΤΗΡΙΑ	ΜΙΚΡΑ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΑ
		Column N %	Column N %
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	0,0%	8,3%
	ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	50,0%	66,7%
	ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓ/ΜΑΤΙΑΣ	0,0%	16,7%
	ΑΝΕΡΓΟΣ	25,0%	8,3%
	5	25,0%	0,0%

Έλεγχος ανεξαρτησίας της εκπαίδευσης των συμμετεχόντων και του κινδύνου που διατρέχουν να λιποθυμίσουν.

Παρατηρείται ότι το p-value του συγκεκριμένου ελέγχου είναι $0,503 > 0,05$. Επομένως με βάση τα συγκεκριμένα στοιχεία δεν απορρίπτεται η υπόθεση της ανεξαρτησίας των άνω μεταβλητών. Συνεπώς η εκπαίδευση των συμμετεχόντων και η άποψή τους για τον κίνδυνο λιποθυμίας δεν εξαρτώνται στοχαστικά.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,315 ^a	8	,503
Likelihood Ratio	9,814	8	,278
Linear-by-Linear Association	4,170	1	,041
N of Valid Cases	208		

Πίνακας 3.44

		ΔΙΑΤΡΕΧΩ ΚΙΝΔΥΝΟ ΝΑ ΛΙΠΟΘΥΜΙΣΩ				
		ΚΑΝΕΝ ΑΣ	ΜΙΚΡΟΣ	ΔΕΝ ΕΧΩ ΓΝΩΜΗ/ ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	ΜΕΤΡΙΟΣ	ΜΕΓΑΛΟΣ
		Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ	40,8%	47,4%	1,3%	10,5%	0,0%
	ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ	32,0%	51,6%	0,0%	13,9%	2,5%

	ΔΙΑΤΡΕΧΩ ΚΙΝΔΥΝΟ ΝΑ ΛΙΠΟΘΥΜΙΣΩ			
	ΚΑΝΕΝΑΣ	ΜΙΚΡΟΣ	ΔΕΝ ΕΧΩ ΓΝΩΜΗ/ ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	ΜΕΤΡΙΟΣ
	Column N %	Column N %	Column N %	Column N %
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ	6,7%	4,8%	0,0%	0,0%
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ	41,3%	34,6%	100,0%	32,0%
ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ	52,0%	60,6%	0,0%	68,0%

Έλεγχος ανεξαρτησίας της εκπαίδευσης των συμμετεχόντων και του ποια πιστεύουν ότι είναι τα καλύτερα κίνητρα

Παρατηρείται ότι το p-value του συγκεκριμένου ελέγχου είναι $0,099 > 0,05$. Επομένως με βάση τα συγκεκριμένα στοιχεία δεν απορρίπτεται η υπόθεση της ανεξαρτησίας των άνω μεταβλητών. Συνεπώς δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της εκπαίδευσης και των καλύτερων κινήτρων. Από τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση το 59,2% προτιμά δωρεάν αιματολογικές εξετάσεις. Από το 100% των ατόμων που προτίμησαν την άδεια από την εργασία το 64,4% είναι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,674 ^a	6	,099
Likelihood Ratio	12,316	6	,055
Linear-by-Linear Association	1,052	1	,305
N of Valid Cases	208		

Linear-by-Linear Association	,128	1	,720
N of Valid Cases	208		
Linear-by-Linear Association	,128	1	,720
N of Valid Cases	208		

Πίνακας 3.45

	ΠΙΣΤΕΥΩ ΟΤΙ ΤΑ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΚΙΝΗΤΡΑ ΕΙΝΑΙ			
	ΑΔΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ	ΔΩΡΕΑΝ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	ΧΡΗΜΑΤΑ	ΔΩΡΕΑΝ ΕΙΣΗΤΗΡΙΑ
	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ	27,6%	59,2%	0,0%	5,3%
ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ	38,5%	56,6%	0,0%	0,0%

	ΠΙΣΤΕΥΩ ΟΤΙ ΤΑ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΚΙΝΗΤΡΑ ΕΙΝΑΙ	
	ΜΙΚΡΑ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΑ	
	Row N %	
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ	0,0%	
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ	7,9%	
ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ	4,9%	

	ΠΙΣΤΕΥΩ ΟΤΙ ΤΑ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΚΙΝΗΤΡΑ ΕΙΝΑΙ			
	ΑΔΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ	ΔΩΡΕΑΝ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	ΧΡΗΜΑΤΑ	ΔΩΡΕΑΝ ΕΙΣΗΤΗΡΙΑ
	Column N %	Column N %	Column N %	Column N %
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ	6,8%	4,2%	0,0%	0,0%
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ	28,8%	37,8%	0,0%	100,0%
ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ	64,4%	58,0%	0,0%	0,0%

	ΠΙΣΤΕΥΩ ΟΤΙ ΤΑ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΚΙΝΗΤΡΑ ΕΙΝΑΙ	
	ΜΙΚΡΑ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΑ	
	Column N %	
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ	0,0%	
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ	50,0%	
ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ	50,0%	

Έλεγχος ανεξαρτησίας της εκπαίδευσης των συμμετεχόντων και του τι περιλαμβάνει ο έλεγχος του αίματος

Παρατηρείται ότι το p-value του συγκεκριμένου ελέγχου είναι $0,897 > 0,05$. Επομένως με βάση τα συγκεκριμένα στοιχεία δεν απορρίπτεται η υπόθεση της ανεξαρτησίας των άνω μεταβλητών. Συνεπώς δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της εκπαίδευσης και του ελέγχου του αίματος. Από την τριτοβάθμια εκπαίδευση το 34,4% πιστεύει ότι το αίμα ελέγχεται για AIDS και από τη δευτεροβάθμια το 25% πιστεύει ότι ελέγχεται για ηπατίτιδα. Από το 100% των ατόμων που πιστεύει ότι το αίμα ελέγχεται για AIDS το 64,6% ανήκει στην τριτοβάθμια εκπαίδευση και το 40,6% που απάντησε ότι ελέγχεται για

ηπατίτιδα ανήκει στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Από το 100% που απάντησε ότι το αίμα εξετάζεται για σάκχαρο, το 6,4% ανήκει στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση.

	ΤΟ ΑΙΜΑ ΠΟΥ ΣΥΛΛΕΓΕΤΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ ΕΛΕΓΧΕΤΑΙ ΓΙΑ				
	ΙΟ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ	ΣΥΦΙΛΗ	ΙΟ ΤΟΥ AIDS	HTLV	ΣΑΓΧΑΡΟ
	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %
Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση	20,0%	0,0%	20,0%	0,0%	60,0%
Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	25,0%	0,0%	27,6%	0,0%	46,1%
Τριτοβάθμια Εκπαίδευση	21,3%	0,0%	34,4%	0,0%	43,4%

Πίνακας 3.46

	ΤΟ ΑΙΜΑ ΠΟΥ ΣΥΛΛΕΓΕΤΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ ΕΛΕΓΧΕΤΑΙ ΓΙΑ	
	ΧΟΛΗΣΤΕΡΙΝΗ	ΔΕΝ ΕΛΕΓΧΕΤΑΙ ΓΙΑ ΚΑΝΕΝΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ
	Row N %	Row N %
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	0,0%	0,0%
ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	0,0%	1,3%
ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	0,0%	0,8%

	ΤΟ ΑΙΜΑ ΠΟΥ ΣΥΛΛΕΓΕΤΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ ΕΛΕΓΧΕΤΑΙ ΓΙΑ			
	ΙΟ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ	ΣΥΦΙΛΗ	ΙΟ ΤΟΥ AIDS	HTLV
	Column N %	Column N %	Column N %	Column N %
Πρωτοβάθμια	4,3%	0,0%	3,1%	0,0%
Εκπαίδευση Δευτεροβάθμια	40,4%	0,0%	32,3%	0,0%
Τριτοβάθμια	55,3%	0,0%	64,6%	0,0%

	ΤΟ ΑΙΜΑ ΠΟΥ ΣΥΛΛΕΓΕΤΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ ΕΛΕΓΧΕΤΑΙ ΓΙΑ		
	ΣΑΓΧΑΡΟ	ΧΟΛΗΣΤΕΡΙΝΗ	ΔΕΝ ΕΛΕΓΧΕΤΑΙ ΓΙΑ ΚΑΝΕΝΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ
	Column N %	Column N %	Column N %
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ	6,4%	0,0%	0,0%
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ	37,2%	0,0%	50,0%
ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ	56,4%	0,0%	50,0%

Έλεγχος ανεξαρτησίας της εκπαίδευσης των συμμετεχόντων και του αν διατρέχουν κίνδυνο να "κολλήσουν" AIDS

Παρατηρείται ότι το p-value του συγκεκριμένου ελέγχου είναι $0,234 > 0,05$. Επομένως με βάση τα συγκεκριμένα στοιχεία δεν απορρίπτεται η υπόθεση της ανεξαρτησίας των άνω μεταβλητών. Συνεπώς δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της εκπαίδευσης και του κινδύνου μετάδοσης του AIDS. Από τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, το 3,9% απάντησε ότι ο κίνδυνος μετάδοσης της ασθένειας είναι μικρός. Από το 100% των ατόμων που απάντησαν στην ερώτηση, το 56,3% που απάντησε ότι δεν υπάρχει κίνδυνος ανήκει στην τριτοβάθμια εκπαίδευση.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,567 ^a	4	,234
Likelihood Ratio	7,474	4	,113
Linear-by-Linear Association	4,344	1	,037
N of Valid Cases	208		

Πίνακας 3.47

	ΔΙΑΤΡΕΧΩ ΚΙΝΔΥΝΟ ΝΑ "ΚΟΛΛΗΣΩ" AIDS				
	ΚΑΝΕΝ ΑΣ	ΜΙΚΡΟΣ	ΔΕΝ ΕΧΩ ΓΝΩΜΗ/ ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	ΜΕΤΡΙΟΣ	ΜΕΓΑΛΟΣ
	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %
Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	96,1%	3,9%	0,0%	0,0%	0,0%
Τριτοβάθμια Εκπαίδευση	87,7%	9,8%	0,0%	0,0%	2,5%

	ΔΙΑΤΡΕΧΩ ΚΙΝΔΥΝΟ ΝΑ "ΚΟΛΛΗΣΩ" AIDS			
	ΚΑΝΕΝΑΣ	ΜΙΚΡΟΣ	ΔΕΝ ΕΧΩ ΓΝΩΜΗ/ ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	ΜΕΤΡΙΟΣ
	Column N %	Column N %	Column N %	Column N %
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ	5,3%	0,0%	0,0%	0,0%
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ	38,4%	20,0%	0,0%	0,0%
ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ	56,3%	80,0%	0,0%	0,0%

	ΔΙΑΤΡΕΧΩ ΚΙΝΔΥΝΟ ΝΑ "ΚΟΛΛΗΣΩ" AIDS	
	ΜΕΓΑΛΟΣ	
	Column N %	
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ	0,0%	
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ	0,0%	
ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ	100,0%	

Έλεγχος ανεξαρτησίας της εκπαίδευσης των συμμετεχόντων και του αν διατρέχουν κίνδυνο να κολλήσουν ηπατίτιδα

Παρατηρείται ότι το p-value του συγκεκριμένου ελέγχου είναι $0,522 > 0,05$. Επομένως με βάση τα συγκεκριμένα στοιχεία δεν απορρίπτεται η υπόθεση της ανεξαρτησίας των άνω μεταβλητών. Συνεπώς δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της εκπαίδευσης και του κινδύνου μετάδοσης της ηπατίτιδας. Από την πρωτοβάθμια εκπαίδευση, το 100% απάντησε ότι δεν υπάρχει κίνδυνος μετάδοσης της ασθένειας. Από το 100% των ατόμων που απάντησαν στην ερώτηση, το 64,7% που απάντησε ότι ο κίνδυνος είναι μικρός, ανήκει στην τριτοβάθμια εκπαίδευση.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,219 ^a	4	,522
Likelihood Ratio	5,116	4	,276
Linear-by-Linear Association	2,583	1	,108
N of Valid Cases	208		

Πίνακας 3.48

		ΔΙΑΤΡΕΧΩ ΚΙΝΔΥΝΟ ΝΑ "ΚΟΛΛΗΣΩ" ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ				
		ΚΑΝΕΝ ΑΣ	ΜΙΚΡΟΣ	ΔΕΝ ΕΧΩ ΓΝΩΜΗ/ ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	ΜΕΤΡΙΟ Σ	ΜΕΓ ΑΛΟ Σ
		Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %
Εκπαίδευση	Πρωτοβάθμια	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Δευτεροβάθμια	92,1%	7,9%	0,0%	0,0%	0,0%
	Τριτοβάθμια	88,5%	9,0%	0,0%	0,0%	2,5%
		ΔΙΑΤΡΕΧΩ ΚΙΝΔΥΝΟ ΝΑ "ΚΟΛΛΗΣΩ" ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ				
		ΚΑΝΕΝΑΣ	ΜΙΚΡΟΣ	ΔΕΝ ΕΧΩ ΓΝΩΜΗ/ ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	ΜΕΤΡΙΟΣ	
		Column N %	Column N %	Column N %	Column N %	
Εκπαίδευση	Πρωτοβάθμια	5,3%	0,0%	0,0%	0,0%	
	Δευτεροβάθμια	37,2%	35,3%	0,0%	0,0%	
	Τριτοβάθμια	57,4%	64,7%	0,0%	0,0%	
					ΔΙΑΤΡΕΧΩ ΚΙΝΔΥΝΟ ΝΑ "ΚΟΛΛΗΣΩ" ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ	
					ΜΕΓΑΛΟΣ	
					Column N %	
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ					0,0%
	ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ					0,0%
	ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ					100,0%

Έλεγχος ανεξαρτησίας της εκπαίδευσης των συμμετεχόντων και του αν είναι δωρητές μυελού των οστών

Παρατηρείται ότι το p-value του συγκεκριμένου ελέγχου είναι $0,327 > 0,05$. Επομένως με βάση τα συγκεκριμένα στοιχεία δεν απορρίπτεται η υπόθεση της ανεξαρτησίας των άνω μεταβλητών. Συνεπώς δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της εκπαίδευσης και του αν είναι οι συμμετέχοντες δωρητές μυελού των οστών. Από το 100% των ατόμων που απάντησαν θετικά στην ερώτηση, το 14,3% ανήκει στην δευτεροβάθμια εκπαίδευση και από την τριτοβάθμια εκπαίδευση, το 95,1% απάντησε αρνητικά.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,234 ^a	2	,327
Likelihood Ratio	2,749	2	,253
Linear-by-Linear Association	2,124	1	,145
N of Valid Cases	208		

Πίνακας 3.49

	ΕΙΜΑΙ ΔΩΡΗΤΗΣ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
	Row N %	Row N %
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ	0,0%	100,0%
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ	1,3%	98,7%
ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ	4,9%	95,1%

		ΕΙΜΑΙ ΔΩΡΗΤΗΣ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ	
		ΝΑΙ	ΟΧΙ
		Column N %	Column N %
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ	0,0%	5,0%
	ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ	14,3%	37,3%
	ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ	85,7%	57,7%

ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΝΕΞΑΡΤΗΣΙΑΣ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ ΑΝ ΕΙΝΑΙ ΔΩΡΗΤΕΣ ΟΡΓΑΝΩΝ

Παρατηρείται ότι το p-value του συγκεκριμένου ελέγχου είναι $0,072 > 0,05$. Επομένως δεν απορρίπτεται η υπόθεση της ανεξαρτησίας των άνω μεταβλητών. Συνεπώς δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της εκπαίδευσης και του αν είναι ο συμμετέχωντες δωρητές οργάνων. Από το 100% των ατόμων που απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση, το 57,7% ανήκει στην τριτοβάθμια εκπαίδευση και το 14,3% των συμμετεχόντων που απάντησε θετικά, είναι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,257 ^a	2	,072
Likelihood Ratio	4,902	2	,086
Linear-by-Linear Association	,047	1	,828
N of Valid Cases	208		

		ΕΙΜΑΙ ΔΩΡΗΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΝ	
		ΝΑΙ	ΟΧΙ
		Column N %	Column N %
Εκπαίδευση	Πρωτοβάθμια	14,3%	4,1%
	Δευτεροβάθμια	14,3%	38,1%
	Τριτοβάθμια	71,4%	57,7%

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το Ασκληπιείο έχει αναπτυχθεί σε σημαντικό βαθμό στον τομέα της Εθελοντικής Αιμοδοσίας. Κατά το έτος της μελέτης προσήλθαν 6091 αιμοδότες αντικατάστασης (49%) και 6221 εθελοντές αιμοδότες (51%). Το γεγονός ότι οι Εθελοντές αιμοδότες υπερτερούν έναντι των αιμοδοτών αντικατάστασης ορισμένων μηνες, (Μάρτιος, Μάιος, Σεπτέμβριος, Νοέμβριος, Δεκέμβριος), δικαιολογείται από τις αυξημένες εξορμήσεις που πραγματοποιούνται από το νοσοκομείο κατά τους μήνες αυτούς. Αποτέλεσμα των εξορμήσεων είναι η αύξηση των συλλεγόμενων μονάδων και κατά συνέπεια αυξημένη διάθεση παραγώγων προς άλλα νοσοκομεία που αντιμετωπίζουν κατά καιρούς δυσκολία να ανταποκριθούν στις ανάγκες των περιστατικών τους σε αίμα. Αξιοσημείωτη είναι η βοήθεια που προσφέρεται σε αντικαρκινικά νοσοκομεία με τη χορήγηση αιμοπεταλίων. Μόλις 388 μονάδες (11%) δόθηκαν σε περιστατικά του Ασκληπιείου ενώ 3009 μονάδες (89%) μεταγγίσθηκαν σε άλλα νοσοκομεία.

Στο σύνολό τους τα παράγωγα παρουσίασαν τη μεγαλύτερη κίνηση τον Απρίλιο (860 μονάδες). Ενδεχομένως αυτό να παρατηρείται λόγω της ευχάριστης αλλαγής του καιρού οπότε αναπτύσσονται μεγάλες ταχύτητες από τους νέους στη παραλιακή λεωφόρο. Επιπλέον πιθανόν να αποφασίζεται από τους ασθενείς ευκολότερα η πραγματοποίηση χειρουργείων που αφορούν ψυχρά περιστατικά, λόγω θετικής ψυχολογίας με την εποχιακή αλλαγή. Ο μήνας με τις λιγότερες μεταγγίσεις είναι ο Αύγουστος. Αναμενόμενο λόγω των καλοκαιρινών αδειών. 3.713 παράγωγα μεταγγίσθηκαν στη διάρκεια του έτους και αφορούσαν τα ορθοπεδικά περιστατικά. Σχετικά με τις μεταγγίσεις σε άλλα νοσοκομεία, κατά το έτος που μελετάμε, ο Μάρτιος είναι ο μήνας με τις περισσότερες μεταγγίσεις ερυθρών (480 μονάδες) σε αντιστοιχία με 562 μονάδες που μεταγγίσθηκαν στο Ασκληπιείο.

Η πλειοψηφία των περιστατικών του συγκεκριμένου νοσοκομείου μεταγγίζεται με ερυθρά. Η κίνηση του πλάσματος και των αιμοπεταλίων είναι περιορισμένη. Κατά συνέπεια η διακίνηση των μονάδων πλάσματος είναι μεγαλύτερη (1.381 μονάδες) προς τα άλλα νοσοκομεία από ότι είναι στο Ασκληπιείο (1.158 μονάδες) καθώς και των μονάδων αιμοπεταλίων. Τέλος τα αιμοπετάλια δίνονται κυρίως στο Νοσοκομείο Μεταξά. Δόθηκαν 160 μονάδες πλάσματος σε άλλα νοσοκομεία το Δεκέμβριο, (μήνας με τις περισσότερες μεταγγίσεις πλάσματος), ενώ στο

Ασκληπιείο μεταγγίσθηκαν 130 μονάδες τον αντίστοιχο μήνα. Η μεγαλύτερη κίνηση για αιμοπετάλια παρατηρήθηκε τον Αύγουστο όπου δόθηκαν 299 μονάδες ενώ στο Ασκληπιείο μεταγγίσθηκαν μόλις 4 μονάδες.

Είναι σαφές ότι απαιτείται αύξηση των εθελοντών αιμοδοτών προκειμένου να διασφαλιστεί η επάρκεια σε ασφαλές αίμα και να μπορέσει η χώρα μας να ανταποκριθεί στις αυξημένες ανάγκες της. Η ανταπόκριση στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου δεν ήταν ιδιαίτερα θετική. Οι περισσότεροι επικαλέσθηκαν έλλειψη χρόνου.

Τα συμπεράσματα που προκύπτουν από τη συγκεκριμένη μελέτη είναι τα ακόλουθα: η ηλικία των ατόμων που δίνουν αίμα πιο συχνά είναι 31-46. Τα άτομα αυτής της ηλικίας είναι πιο ευαισθητοποιημένα, ενδεχομένως να έχουν βρεθεί στην ανάγκη εξεύρεσης αίματος πιο συχνά από ότι οι πιο μικρές ηλικίες.

Τα δεδομένα αυτής της μελέτης δείχνουν ότι οι γυναίκες και οι νέοι είναι οι δύο ομάδες που δίνουν το λιγότερο. Οι νέοι δεν δίνουν αίμα συχνά, αισθάνονται φόβο και δεν έχουν σωστή ενημέρωση για το αίμα, ούτε για τον Εθελοντισμό γενικότερα. Διαπιστώνεται ότι ως τώρα δεν έχει εφαρμοστεί ένα συστηματικό πρόγραμμα εκπαίδευσης που να ξεκινά από την πρωτοβάθμια εκπαίδευση και να συνεχίζεται σε όλες τις βαθμίδες εκπαίδευσης και έτσι έχοντας γαλουχηθεί τα παιδιά από μικρή ηλικία, να είναι έτοιμοι αιμοδότες στην ενηλικίωσή τους. Πρέπει να μελετηθούν και να κατανοηθούν τα κίνητρα που θα βοηθήσουν στην προσέλκυση των νέων (Pittadaki & Louizou, 1991). Αυτό αποτελεί και ένα πρόβλημα προς επίλυση και σε άλλες χώρες. Η πραγματοποίηση ομιλιών είναι απαραίτητη για τη σωστή εκπαίδευση σε ότι αφορά την Εθελοντική Αιμοδοσία. Οι ομιλίες θα πρέπει να περιλαμβάνουν:

- Την προβολή εικόνων
- Βασικές γνώσεις για την λειτουργία και την χρήση του αίματος
- Εικόνες από την διαδικασία αιμοληψίας ακολουθούμενη από συζήτηση
- Συζήτηση εμπειριών που μπορεί να έχουν οι μαθητές από το περιβάλλον τους όσον αφορά την αιμοδοσία και τη μετάγγιση
- Ενημέρωση για την έλλειψη αίματος
- Επεξήγηση εννοιών όπως αιμοδοσία, αλτρουισμός, ηθική ικανοποίηση

- Ενημέρωση στις μεγαλύτερες ηλικίες για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα μέσω μετάγγισης
- Συζήτηση φόβων και μύθων γύρω από την αιμοδοσία
- Ενημέρωση για τη διαφύλαξη του προσωπικού και ιατρικού απόρρητου (Mayo, 1992)

Όσον αφορά στη μελέτη του φύλου διαπιστώνεται ότι οι γυναίκες γενικά έχουν την τάση να δίνουν αίμα λιγότερο συχνά από τους άνδρες, λόγω της ύπαρξης αναιμίας ή χαμηλής αρτηριακής πίεσης. Πολλές γυναίκες δεν προσέρχονται διότι κάποια δεδομένη στιγμή απορρίφθηκαν ως αιμοδότες λόγω του χαμηλού σωματικού τους βάρους είτε επειδή είναι επιρρεπείς σε αναιμία, ειδικά κατά τη διάρκεια της αναπαραγωγικής τους ηλικίας, λόγω της αυξημένης ανάγκης σε σίδηρο, με αποτέλεσμα να θεωρούν ότι είναι γενικά ακατάλληλες. Το γεγονός αυτό δικαιολογεί και τα αποτελέσματα των συσχετίσεων με το φύλο όπου υπερσχύουν οι άντρες στη συχνότητα αιμοδότησης. Στην Αμερική 92,7% των δοτών που αναβλήθηκε λόγω αναιμίας ήταν γυναίκες (Danvey, 2004).

Ως εκ τούτου, μπορεί να αυξηθεί ο αριθμός των γυναικών αντιμετωπίζοντας την έλλειψη σιδήρου με χορήγηση συμπληρωμάτων σιδήρου σε συνδυασμό με την κατάλληλη και εξατομικευμένη παρακολούθηση και στήριξη, όπως έχει διαπιστωθεί από μελέτες (Alvarez et al., 2000) Είναι απαραίτητο οι γυναίκες που έχουν απορριφθεί, να ενημερωθούν ότι αυτό δεν αντιστοιχεί σε μόνιμο αποκλεισμό τους από την αιμοδοσία αλλά σε προσωρινή αναβολή (Gordeuk et al, 1990). Ενθαρρύνονται να επιστρέψουν, όταν η αιμοσφαιρίνη τους θα έχει επιστρέψει στις φυσιολογικές τιμές (Mikkelsen, 2004).

Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων ανήκει στην κατηγορία των δημοσίων υπαλλήλων. Το γεγονός ότι χορηγείται άδεια από την εργασία μετά αποδοχών, ενδεχομένως να κινητοποιεί την κατηγορία αυτή περισσότερο. Πιθανολογείται ότι η ολιγόωρη απουσία από την εργασία είναι πιο δύσκολη στον ιδιωτικό τομέα. Αξιοσημείωτο είναι το ποσοστό των ανέργων που αιμοδοτεί, το οποίο αν και αντιμετωπίζει δυσάρεστες καταστάσεις λόγω της οικονομικής κρίσης, δεν αφήνει το γεγονός αυτό να επηρεάσει την αιμοδοτική του συμπεριφορά. Το πιο πιθανό είναι τα άτομα που ανήκουν σε αυτή την κατηγορία, να ήταν ενεργοί αιμοδότες πριν χάσουν την εργασία τους, οπότε η συνέχισή της να είναι κάτι που το

θεωρούν δεδομένο και ενδεχομένως το αίσθημα της προσφοράς να έχει θετικό αντίκτυπο στη ψυχολογία τους.

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες είναι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Από τις συσχετίσεις που έγιναν, το επίπεδο της εκπαίδευσης δεν επηρεάζει την αιμοδοτική συμπεριφορά των ανθρώπων, ούτε διαφοροποιούνται οι γνώσεις τους γύρω από την αιμοδοσία. Το μικρό ποσοστό ατόμων πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης δικαιολογείται διότι η εκπαίδευση ως την Τρίτη γυμνασίου τις τελευταίες δεκαετίες είναι υποχρεωτική, οπότε τα άτομα αυτής της κατηγορίας είναι σχετικά μεγάλης ηλικίας.

Δύο φορές το χρόνο είναι το πιο συχνό που προσφέρουν αίμα. Η έλλειψη ενημέρωσης αλλά και ο σύγχρονος τρόπος ζωής φαίνεται ότι δεν αφήνει ελεύθερο χρόνο στον πολίτη να προσέλθει στην αιμοδοσία. Πολλές φορές η υπηρεσία αιμοδοσίας συμβουλεύει τον αιμοδότη για τη συχνότητα που θα ήταν προτιμότερο για εκείνον να αιμοδοτεί με βάση τον αιματοκρίτη του. Αν το 10% του πληθυσμού έδινε αίμα έστω και μία φορά το χρόνο, οι ανάγκες της χώρας θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν με μεγαλύτερη ευκολία.

Η απόρριψη είναι ανασταλτικός παράγοντας για τον αιμοδότη. Στο σημείο αυτό είναι σημαντικό να τονισθεί η σημασία της συμπεριφοράς του προσωπικού. Ο χειρισμός του απορριφθέντα πρέπει να είναι τέτοιος που να χαρακτηρίζεται από ευγένεια, κατανόηση και προτροπή για επιστροφή στην αιμοδοσία όταν αυτή θα είναι δυνατή. Κατά συνέπεια τα άτομα που απαρτίζουν το προσωπικό πρέπει να εκπαιδεύονται ανά τακτά διαστήματα. Απαιτείται συνεχής εκπαίδευση και επαναξιολόγηση καθώς και προτάσεις βελτίωσης της εφαρμοσμένης πρακτικής.

Απαντώντας σε ερώτηση σχετικά με το αν θα πρέπει να υπάρχουν κίνητρα, η μεγάλη πλειοψηφία συμφώνησε ότι πρέπει να υπάρχουν και δήλωσε στην πλειοψηφία ως προτιμώμενα κίνητρα, τις δωρεάν αιματολογικές εξετάσεις. Το Νοσοκομείο «Ασκληπιείο» προσφέρει μόνο στους εθελοντές αιμοδότες δωρεάν συγκεκριμένες αιματολογικές εξετάσεις, (γενική αίματος, σάκχαρο, ουρία, χοληστερίνη, τριγλυκερίδια, τρανσαμινάσες) ως ένα είδος επιβράβευσης της εθελοντικής προσφοράς. Άδεια με αποδοχές από την εργασία προτιμά ένα μικρότερο ποσοστό (οι δημόσιοι υπάλληλοι στην Ελλάδα δικαιούνται άδεια από

την εργασία με αποδοχές). Δωρεάν εισιτήρια και μικρά αναμνηστικά είναι λιγότερο επιθυμητά. Τα κίνητρα για τη δωρεά αίματος που προκύπτουν από τα αποτελέσματα της μελέτης είναι κοινά με μελέτες και από άλλες χώρες (Glynn et al., 2003).

Στην ιδανική περίπτωση, η δωρεά αίματος είναι μια σημαντική πράξη αλtruισμού και δεν θα πρέπει να ενισχύεται με ανταμοιβές ή βραβεία. Ωστόσο, επειδή οι ανάγκες της χώρας μας είναι ιδιαίτερα αυξημένες λόγω των τροχαίων και των 4.500 μεταγγιζόμενων θαλασσαιμικών, έχει γίνει αποδεκτή πρακτική να προτιμάται από κάποιους αιμοδότες ένα κίνητρο. Σε γενικές γραμμές, τα κίνητρα δεν πρέπει να σχετίζονται με υλικά αγαθά, έτσι ώστε να μην υπάρχει σύγκρουση με τις ηθικές αξίες και το αίσθημα του αλtruισμού που βιώνει κάποιος. (Kohr, 1998). Ενδέχεται ένα ποσοστό ανθρώπων να μπαίνει στον πειρασμό να μην είναι απόλυτα ειλικρινής κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, όταν γνωρίζει ότι υπάρχει κάποιο κίνητρο.

Παρά το γεγονός ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες πιστεύουν ότι η δωρεά αίματος είναι μια σημαντική συμβολή στο συνάνθρωπο, εντούτοις υπάρχει έλλειψη ενημέρωσης. Αυτό προκύπτει από ερωτήσεις που αφορούσαν τη συντήρηση και τον έλεγχο του αίματος .Η πλειοψηφία είναι ικανοποιημένη από τις υπηρεσίες αιμοδοσίας και αυτό αποτελεί ένα πολύ θετικό στοιχείο προκειμένου να προσέλθει ο κόσμος και να εμπιστευτεί το υπάρχον σύστημα.

Η πλειοψηφία των ερωτώμενων δήλωσε ότι δεν αποκρύπτει την αλήθεια κατά τη λήψη του ιστορικού. Η συχνή αιμοδότηση των εθελοντών είναι απαραίτητη για την ασφάλεια του αίματος. Σε πρόσφατη μελέτη, η πιθανότητα να βρεθούν αιμοδότες θετικοί στον έλεγχο για μεταδιδόμενα νοσήματα, φάνηκε να αυξάνει σταθερά σε άτομα που έδιναν αίμα ανά μεγάλα χρονικά διαστήματα όταν υπήρχε ανάγκη στο περιβάλλον τους. (Hupfer, 2005). Η πίεση εξεύρεσης αίματος για φίλο ή συγγενή μπορεί να οδηγήσει στην απόκρυψη της αλήθειας από φόβο μην υπάρξει αναβολή του χειρουργείου του ασθενή.

Το γεγονός ότι μερικοί άνθρωποι κρύβουν την αλήθεια για το παρελθόν τους δείχνει ότι πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη προσοχή στο ιατρικό ιστορικό εκπαιδύοντας το προσωπικό στον τρόπο με τον οποίο ζητά πληροφορίες από τον υποψήφιο αιμοδότη. Θα πρέπει επίσης να

σημειωθεί ότι ένας μικρός αριθμός των αιμοδοτών σύμφωνα με μελέτη,(Marantithou et al., 2007) αναφέρει ότι έχει αποκρύψει την αλήθεια στο ερωτηματολόγιο, έτσι ώστε να έχει τη δυνατότητα να δώσει αίμα, προκειμένου να ελεγχθεί για σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες ή προκειμένου να του χορηγηθεί άδεια από την εργασία. Οι προσπάθειές πρέπει να στοχεύουν στην αναστολή της εν λόγω πρακτικής που μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση των αιμοδοτών που θέτουν σε κίνδυνο την ασφάλεια του αίματος.

Υπάρχει ένα φάσμα παραγόντων που μπορεί αποθαρρύνουν την αιμοδοσία ιδίως στις μικρές ηλικίες (π.χ. ο φόβος της βελόνας, η θέα του αίματος, το αίσθημα του πόνου, η λιποθυμία, ή η ανάπτυξη αναιμίας). Αυτά τα δεδομένα είναι παρόμοια με εκείνη από άλλες μελέτες , για παράδειγμα , ο φόβος της διαδικασίας συλλογής ήταν ο κυρίαρχος παράγοντας για την αποφυγή της δωρεάς μεταξύ των νέων του Καναδά φοιτητές (Hupfer et al., 2005).

Η Ελληνική Εταιρία Μεταγγισιοθεραπείας πραγματοποίησε έρευνα κατά το διάστημα 2005-2006 σε σύνολο 1600 ατόμων από 11 κέντρα αιμοδοσίας όλης της Ελλάδας. Τα αποτελέσματα της είχαν κοινά σημεία με τη μελέτη μας αλλά ωστόσο σε κάποια σημεία υπήρξε διαφοροποίηση. Υπάρχουν κοινά αποτελέσματα σε σχέση με το φύλο που αιμοδοτεί πιο συχνά (αντρικό) και την ηλικία (μικρό ποσοστό νέων). Κοινό αποτέλεσμα είναι η απόκρυψη από μικρό ποσοστό της αλήθειας στη λήψη του ιστορικού γεγονός που συμφωνεί και με άλλες μελέτες (Chiavetta et al., 2000). Το κίνητρο που προτιμάται και στις δύο μελέτες είναι οι δωρεάν αιματολογικές εξετάσεις και το αποτέλεσμα είναι κοινό σε σχέση με την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες αιμοδοσίας της χώρας. Στην έρευνα της μεταγγισιοθεραπείας οι γνώσεις των αιμοδοτών για το αίμα και τις εξετάσεις στις οποίες υποβάλλεται, είναι καλές σε αντίθεση με την έρευνά μας που δεν υπάρχει σωστή γνώση για τον έλεγχο του αίματος. Σαν λόγος μη αιμοδότησης κατά το παρελθόν δηλώθηκαν προβλήματα υγείας στην μελέτη τη Μεταγγισιοθεραπείας ενώ στην έρευνά μας η απόρριψη κατά τη λήψη του ιστορικού συγκέντρωσε το μεγαλύτερο ποσοστό.

Πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση και να αποτελέσει αντικείμενο προβληματισμού και αφορμή για περαιτέρω μελέτη το γεγονός ότι η συντριπτική πλειοψηφία των αιμοδοτών δήλωσε ότι δεν είναι δωρητές μυελού των οστών, ή δωρητές οργάνων και δεν ανήκουν σε κάποια εθελοντική ομάδα. Τα αποτελέσματα αυτά δηλώνουν ότι υπάρχει έλλειψη

εμπιστοσύνης καθώς και ενημέρωσης στον τομέα αυτό. Θα ήταν ίσως επιβεβλημένο να ξεκινήσει πανελλαδική ενημέρωση, εστιάζοντας πέρα από το γενικότερο πληθυσμό και σε κατηγορίες πολιτών που είναι ήδη ευαισθητοποιημένοι σε θέματα προσφοράς όπως είναι οι εθελοντές αιμοδότες.

Η καλλιέργεια της συνείδησης του ατόμου όσον αφορά στην εθελοντική αιμοδοσία πρέπει να γίνεται στοχευμένα και συντονισμένα από την πολιτεία σε συνεργασία με φορείς. Ο στόχος μιας παρέμβασης για την αύξηση της συχνότητας αιμοδοσίας θα πρέπει να εστιάζει στο συναισθηματικό επίπεδο, δηλαδή στην κινητοποίηση του κοινωνικού ενδιαφέροντος και της επιθυμίας για κοινωνική αλληλοβοήθεια και φροντίδα αλλά και στο γνωστικό επίπεδο, δηλαδή στην ενημέρωση για τις διαδικασίες της αιμοδοσίας, ώστε να μειωθεί η αρνητική εικόνα και τα αισθήματα φόβου που έχουν συσχετισθεί συνειρμικά με αυτήν.

Βήματα που θα οδηγήσουν στη διάδοση της Εθελοντικής Αιμοδοσίας και στη θετικότερη στάση του πληθυσμού είναι:

- ❖ Η δημιουργία ενός πανελλαδικού πρωτοκόλλου προσέγγισης και διαχείρισης των αιμοδοτών
- ❖ Η ύπαρξη βάσης δεδομένων των αιμοδοτών με on line επικοινωνία των κέντρων αιμοδοσίας όλης τη χώρας. (De Kort, 2010)
- ❖ Η διαρκής εκπαίδευση του προσωπικού της αιμοδοσίας για τη σωστή προσέγγιση των αιμοδοτών εστιάζοντας στους αιμοδότες της πρώτης φοράς
- ❖ Η μετατροπή των αιμοδοτών αντικατάστασης σε εθελοντές αιμοδότες
- ❖ Η σωστή ενημέρωση του πληθυσμού με ομιλίες
- ❖ Η χρήση των μέσων μαζικής ενημέρωσης με διαφημιστικά μηνύματα σε ώρες με υψηλή τηλεθέαση καθώς και ενημερωτικές εκπομπές με καταρτισμένους επιστήμονες που θα προσφέρουν ολοκληρωμένη ενημέρωση στον απλό πολίτη.
- ❖ Η γαλούχηση των νέων από την παιδική ηλικία μέσω ομιλιών σε σχολεία της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Μόνο κατά αυτόν τον τρόπο οι νέοι μεγαλώνοντας θα είναι έτοιμοι Εθελοντές αιμοδότες.

Για την προσέλκυση των αιμοδοτών και την μετατροπή των αιμοδοτών αντικατάστασης(που αιμοδοτούν για δικό τους άτομο)σ σε εθελοντές αιμοδότες απαιτείται:

- ❖ Φροντίδα του αιμοδότη. Η μετατροπή των αιμοδοτών αντικατάστασης σε εθελοντές αιμοδότες γίνεται την ώρα της αιμοδότησής τους με την προσωπική επαφή ή σε κάποια ομιλία και στη συνέχεια γίνεται τηλεφωνική επικοινωνία για υπενθύμιση της αιμοδότησης
- ❖ Αποστολή ευχαριστήριων επιστολών, ευχετήριων καρτών, αναμνηστικών, βραβεύσεις. Υπενθύμιση τηλεφωνική ή μέσω επιστολών της ημερομηνίας οργάνωσης αιμοληψίας στους αιμοδότες των φορέων και στους αιμοδότες που δεν έχουν δώσει αίμα τον τελευταίο χρόνο. Η συχνή και προσωπική επικοινωνία με τους αιμοδότες, τους παρακινεί να αιμοδοτήσουν, αισθάνονται ένα είδος δέσμευσης (η τηλεφωνική επικοινωνία, τα μηνύματα μέσω κινητού ή ηλεκτρονικού ταχυδρομείου καθώς και η αποστολή επιστολών είναι εύκολοι και οικονομικοί τρόποι επικοινωνίας)
- ❖ Βελτιώσεις μέσα από συμπλήρωση δελτίων αξιολόγησης και ερωτηματολογίων από τον αιμοδότη

Ο στόχος μιας παρέμβασης για την αύξηση της συχνότητας αιμοδοσίας θα πρέπει να εστιάζει στο συναισθηματικό επίπεδο, δηλαδή στην κινητοποίηση του κοινωνικού ενδιαφέροντος και της επιθυμίας για κοινωνική αλληλοβοήθεια και φροντίδα αλλά και στο γνωστικό επίπεδο, δηλαδή στην ενημέρωση για τις διαδικασίες της αιμοδοσίας, ώστε να μειωθεί η αρνητική εικόνα και τα αισθήματα φόβου που έχουν συσχετισθεί συνειρμικά με αυτήν.

Η διάδοση της ιδέας της εθελοντικής προσφοράς αίματος και η κάλυψη των αναγκών της χώρας από εθελοντικά προσφερόμενο αίμα είναι υπόθεση Όλων και γι' αυτό πρέπει να γίνουν εντατικές προσπάθειες προς αυτήν την κατεύθυνση με σκοπό την υλοποίηση του στόχου που είναι η διάδοση της ιδέας της εθελοντικής προσφοράς αίματος, η κάλυψη των αναγκών, να σταματήσει η εισαγωγή αίματος από το εξωτερικό όσο μικρή και αν είναι αυτή σήμερα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Al-Drees, A.M. (2008). Attitude, belief and knowledge about blood donation and transfusion in Saudi population. *Pakistan Journal of Medical Sciences*. 24, (1): 74-79.
2. Allain, J.P., Akehurst, R.L., Hunter, J. (1998). Autologous Transfusion 3 years on.
3. Alessandrini M. (2007). Community Volunteerism and Blood Donation: Altruism as a Lifestyle Choice. *Transfusion Medicine Reviews*. 21, (4), 307
4. Andaleeb S.S. & Basu, A.K. (1995). Explaining blood donation: the trust factor. *J Health Care Mark*. Spring; 15(1), 42-48
5. Alvarez-Ossorio, L., Kirchner, H., & Schlenke, P. (2000). Low ferritin levels indicate the need for iron supplementation: strategy to minimize iron-depletion in regular blood donors. *Transfusion Medicine*, 10, 107-112
6. American Association of Blood Banks: (1990). Autologous Transfusion: Technical Manual. Autologous Transfusion. American Association of Blood Banks. 433-435
7. Banzhaf J & Vincent MT, (1982). Evaluation Techniques. Strategies for Introduction in the blood Bank, 2:18-19
8. Barnard C (1981). Blood Components. *The body machine* 7:100
9. Chliaoutakis J., Trakas DJ., Socrataki F., Lemonidu C., Papaioannou D., (1994). Blood donor behaviour in Greece: implications for health policy. *Soc Sci Med*. 38:1461
10. Currie, C.J., Patel, T.C., McEwan, P.& Dixon, S. (2004) Evaluation of the future supply and demand for blood products in the United kingdom National Health Service *Transfusion Medicine*,14, 19-24.
11. Custer, B., et al., (2004). Quantifying losses to the donated blood supply due to donor deferral and miscollection. *Transfusion*, 44, 1417-1420

12. Danvey JR.(2004). Recruiting blood donors: challenges and opportunities. *Transfusion*. 44:597
13. deConing, D. (2002). Challenges facing donor recruitment in South Africa. *South African National Blood Services, Vox Sanguinis*. 83(suppl 1), 237-241.
14. De Kort W. (2010). Donor Base and the donor management process. *Donor Management Manual*, 2:69-71
15. Dhingra N. (2002) Blood safety in developing world and WHO initiatives. *Vox Sanguinis*. 83:173
16. Dougan S., Smith R., Tosswill JC., Davison K., Zuckerman M., GP Taylor .(2004) New diagnoses of HTLV infection in England and Wales: 2002-2004 .*Euro Surveill* 10(10):232-234
17. Ferguson, E. (1996) Predictors of future behaviour: a review of the psychological literature on blood donation. *British Journal of Health Psychology*, 1, 287–308.
18. Ferguson, E.& Chandler, S., (2002). A stage model of blood donor behaviour: assessing voluntary behaviour. *Journal of Health Psychology*.10, 359-361
19. Ferguson, E., Farrell, K., James, V. & Lowe, K.C. (2004). Trustworthiness of information about blood donation and transfusion in relation to knowledge and perceptions of risk: an analysis of UK stakeholder groups. *Transfusion Medicine*. 14(3), 205-216.
20. Fernandez, M.A. de Dios, L.J., Lopez, B.A. & Rodriguez, F.A. (1996). Attitudes, beliefs, and motivations in blood donors and non-donors. *Sangre (Barc)*. 41(6), 413-415
21. Gabra, G.S., Doughty, H.A., (2000). Rational transfusion therapy: improving the quality of care by reducing inappropriate blood transfusion and promoting the use of alternatives. A framework for a national blood policy and guidelines. *Transfusion Today*.June (Suppl):1-15
22. Garetta M. (1989): Reflection on self-sufficient blood transfusion system. *Transfusion International*, 48:328

23. Gillespie T.W. & Hillyer, C.D., (2002). Blood donors and Factors Impacting the Blood Donation Decision. *Transfusion Medicine Reviews*. 16(2), 115
24. Glynn S. A., Kleinman S.H., Shreiber G.B., Zuck T., McCombs, Bethel J. et al.,(2002). The Retrovirus epidemiology Donor study. Motivations to donate. *Blood Transfusion* 42 p.216
25. Glynn, S.A., Williams, A.E., Nass, C.C. et al. (2003). Attitude towards blood donation.: incentives in the United States: implications for donor recruitment. *Transfusion*. 43(1), 7-16
26. Godin G., Sheeran P., Conner M., Germain M., Blondeau D., Gagné et al.,(2005). Factors explaining the intention to give blood among the general population. *Vox Sanguinis*. 89:140
27. Gordeuk VR, Brittenham GM, Bravo J, Hughes MA, Keating LJ, (1990).Prevention of iron deficiency with carbonyl iron in female blood donors. *Transfusion*. (3):239-241
28. Haem Br J, (2001).British Committee for Standards in Haematology (2001). *Blood Transfusion* 113, 24-27.
29. Healy, K. (2000). Embedded altruism: Blood collection regimes and the European Union's donor population. *American Journal of Sociology*. 105, 1633-1645
30. Hupfer, M.F., Taylor, D.W. & Letwin, J.A. (2005). Understanding Canadian student motivations and beliefs about giving blood. *Transfusion*. 45, 149-161.
31. Jandi Jh. (1989). *Blood Textbook of Haematology*. Boston .Little Brown and Comp.
32. Julius CJ. & Sytsam SR., (1993). Comparisons of demographics and motivations of highly committed whole blood and platelet donors. *J Clin Apheresis*;8:82.
33. Kohr L & Sayers M. (1998). Use of incentives in Donor Recruitment. *Motivating donors in todays world* 16:260-264
34. Lemmens, K.P., Abraham, C., Hoekstra, R.A., De Kort, W.L., Bruq, J., & Schaalma, H.P(2005). Why don't young people give blood? An investigation of the correlates of donation intensions among young non-donors. *Transfusion*,45,945-947

35. Maniatis A., Marantidou O., Avgeridis K., Alexandropoulou Z., Petrou A., Tsiledaki M., et al., (1994). Prevalence of infectious disease markers in volunteer compared to replacement blood donors in Greece. *Transfusion*. 34
36. Maniatis A. (1983). Autologous blood transfusion. *Annotation. Iatriki*; 43,244.
37. Marantidou O., Loukopoulou L., Zervou E., Martinis G., Egglezou A., Fountouli A. et al., (2007). Factors that motivate and hinder blood donation in Greece. *Transfusion Medicine*:17,443
38. Mascaretti L., James V., Barbara J., Cárdenas J.M., Blagoevska M., Haraèiae M.(2004). Comparative analysis of national regulations concerning blood safety across Europe. *Transfusion Medicine*. 14:105
39. Mathew S.M., King M.R., Glynn S.K., Dietz S.K., Caswell S.L., Schreiber G.B.,(2007). Opinions about donating blood among those who never gave and those who stopped: a focus group assessment. *Transfusion*. 47:729
40. Mayo D J, (1992), Evaluating donor recruitment strategies. *Transfusion* 32(9): 797-799
41. McClelland. (2001).Core information about blood components, plasma derivatives and new products. *Handbook of Transfusion Medicine* 3:11-20
42. McMican A,(1994). How soon before surgery can a patient donate an autologous unit. *Collected Questions and Answers, American Association of Blood Banks* 2:7-8
43. Mikkelsen, N. (2004). Adjusting our management of female blood donors: the key to adequate blood supply. *Transfusion*, 44, 591-596.
44. Misje A.H., Bosnes V., Gasdal O.and Heier H.E.,(2005). Motivation, recruitment and retention of voluntary non-remunerated blood donors: a survey-based questionnaire study. *Vox Sanguinis* 89,236-238
45. Pittadaki, T. & Louizou, K. (1991). Prerequisites and suggestions for the function of the school as a seedbed for blood donors. *Latriki*. 60(2), 175-181
46. Piliavin JA, Callero PL, (1991). *Giving blood: the development of an altruistic identity*. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press

47. Ray, S., Surg Lt Cdr Singh, Z. & Col Banerjee, A. Lt Col. (2005). Psychosocial variables of voluntary blood donors at Blood Bank of a Medical College. *MJAFI*. 61, 130-132
48. Report on the promotion by Member States of voluntary unpaid blood donations. (2006). Commission of the European Communities. p.2-5
49. Rigutti Adriana. (2000). *Ανατομία (Atlante di Anatomia)*, Susaeta Εκδοτική
50. Politis, C. (2000). Blood donation systems as an integral part of the health system. *Hellenic Medicine*. 17(4), 354-357
51. Prowan D, (1999), Better blood transfusion, *Medline* 318:1435-1436
52. Riley W., Schwei M., Mc Cullough J. (2007). The United States' potential blood donor pool: estimating the prevalence of donor- exclusion factors on the pool of potential donors. *Transfusion* 47:1180
53. Rouger, P & Hossenlopp, C. (2005). *Blood Transfusion in Europe. The Whitebook*. Elsevier Publication, Paris, France
54. Sojka, B.N., & Sojka, P., (2003). The blood donation experience: Perceived physical, psychological and social impact of blood donation on the donor. *Vox Sanguinis*. 84, 120-128
55. Steele, W.R., Schreiber, G.B., Guiltinan, A. et al. (2008). Blood Donors and Blood Collection. The role of altruistic behaviour, empathetic concern, and social responsibility motivation in blood donation behaviour. *Transfusion*. 48 (1), 43-45
56. Titmuss, R.M. (1970). *The Gift Relationship: From Human blood to social policy*. G. Allen and Unwin
57. Trimmel, M., Lattacher, H. & Janda, M. (2005). Voluntary whole-blood donors, and compensated platelet donors and plasma donors: Motivation to donate, altruism and aggression. *Transfusion and Apheresis Science*. 33, 147-155.
58. Vanderline, E.S., Heal, J.M., Blumberg, N. (2002). *Autologous Transfusion*. 324;772-775
59. Williams JW et al., (1990). *Hematology*. Fourth edition. Mc Graw- Hill Publishing Company: 1453-1473

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αβραμίδης, (1999). Οι μεταμοσχεύσεις ανθρώπινων ιστών και οργάνων, Ιατρικό Βήμα,46-51
2. Αθανάτου Ε, (2003). Κλινική Νοσηλευτική, Βασικές και ειδικές νοσηλείες,Έκδοση ΙΓ
3. Αλεξιάδης Α Δ, (1996). Εισαγωγή Στο Ιατρικό Δίκαιο εκδόσεις Δημοπούλου
4. Αρσένη Α, (1994). Κλινική Μικροβιολογία και εργαστηριακή διάγνωση λοιμώξεων. Τόμος 2, σελ 865-866
5. Αυγερίδης Κ, (1993). Η Αιμοδοσία, οι αιμοδότες και τα κίνητρα. Θέματα Αιμοδοσίας 7:8-12
6. Αυγερίδης Κ, Καλλίνικου Μανιάτη. (1995). Επιλογή Αιμοδοτών, Βασικές γνώσεις προσέλκυσης Εθελοντών Αιμοδοτών 20-21
7. Βάρκα –Αδάμη, (1993). Το δίκαιο των Μεταμοσχεύσεων, εκδόσεις Σάκουλα,Αθήνα-Κομοτηνή
8. Βάρκα –Αδάμη Α, (1996).Ο προσδιορισμός του θανάτου στην Ελληνική νομοθεσία και η υποχρέωση ιατρικής πιστοποίησης,Πονικά Χρονικά, 535-537
9. Βάρκα –Αδάμη Α, (1998). Κριτικές παρατηρήσεις στο προσχέδιο νόμου για τις μεταμοσχεύσεις ανθρώπινων ιστών και οργάνων, Ελληνική Δικαιοσύνη, τ39, 1493-1495
10. Βοργίας Ν.Ι.& Λαουτάρης Ν.Π. (1991). Αιματολογία. Α΄ Τόμος. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Ν. Αργυρού.
11. Γαρδίκας ΚΔ, (1989). Αιματολογία, εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα
12. Γάφος Η, (1969). Νομικά προβλήματα επι των Μεταμοσχεύσεων, Πονικά Χρονικά ΙΘ,449
13. Γιαννάκου-Πεφτουλίδου Μ, Σμαρόπουλος Ε, Στούπας Φ,Χριστοδουλίδης Π, (1990).Ο εγκεφαλικός θάνατος, Μεταμόσχευση, τ.1,122-124

14. Γολεμάτη Β Χ, (1991). Χειρουργική Παθολογία, τόμ. 2, εκδόσεις Πασχαλίδη
15. Γρούζη Ε., Τσιτούρας Ε., Ασημακοπούλου Θ., Σπηλιωτοπούλου Ι. (2002).
Χαρακτηριστικά της φυσιολογίας του Έλληνα Αιμοδότη. Τόμος πρακτικών 13^{ου}
Πανελλήνιου Αιματολογικού Συνεδρίου. Τεύχος 5, τόμος 1 σελ 188
16. Ελευθερίου Α, (2007), ο ρόλος του αίματος. Θαλασσαιμία 1:1-4
17. Εξάρχου Μ, (1993). Πλεονεκτήματα της πραγματικά Εθελοντικής Αιμοδοσίας.
Θέματα Αιμοδοσίας, 6:10-11
18. Ηλιόπουλος, Γ. (1999): Φυσιολογία και φυσιοπαθολογία του αίματος και των
αιμοποιητικών οργάνων. 3η έκδοση. Αθήνα.. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
19. Καλλίνικου – Μανιάτη Α, (1983). Αυτόλογη Μετάγγιση, Ιατρική, 43:244
20. Καλλίνικου – Μανιάτη Α, (2002). Ιατρική των Μεταγγίσεων 1: 15-20
21. Καραβαγγέλη –Βλάτσα Ε (2005). Εθελοντική Αιμοδοσία, Μικροβιολογικά Χρονικά,
τόμος 21, σελ 131-136
22. Κοντοπούλου Ε κ.α (1989). Συντήρηση αίματος και παραγώγων του. Πρακτικό
Βοήθημα Αιμοδοσίας, Τεύχος Α 3:26-27
23. Μακρής Κ και συν (2001).Επίπεδο ενημέρωσης αιμοδοτών για τα μεταδιδόμενα με
το αίμα και τα παράγωγα του νοσήματα. Τόμος πρακτικών 12^{ου} Αιματολογικού
συνεδρίου. Τεύχος 5, τόμος 4, σελ 291
24. Μανδαλάκη-Γραννιτσιώτη Τ. (1989). Η αιμοδοσία στην Ελλάδα 1. Από το παρελθόν
στο παρόν. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 6:(6),445-448.
25. Μεριάνου Β. (1996). Διαχείριση του κινδύνου στην Ιατρική των μεταγγίσεων.
Εισαγωγή Στη Διοίκηση – Διαχείριση μονάδων αιμοθεραπείας 3:65-66
26. Παϊδούσης Μ. ,Πολίτης Μ. , Τσεβρένης Ι. ,(1972)Το πρόβλημα της αιμοδοσίας στην
Ελλάδα. Ιατρικό περιοδικό Ελληνικών Ενόπλων Δυνάμεων 6: 1
27. Παπαγιάννης Α Γ, Καριανάκης Γ Γ, (1994). Μεταμόσχευση μυελού των οστών,
Ιατρική 65-68
28. Παπαδοπούλου Δ. (1994). Η μεταβαλλόμενη μορφή του Εθελοντισμού στον τομέα
της Κοινωνικής Πρόνοιας. Περιοδικό Εθελοντισμός, 1:9-10

29. Παπακυριακού Α,(2007).Εθελοντισμός και Πολιτική Προστασία, ΣΗΜΕΙΨΩΣΕΙΨΑ εκπ. Σειράς, Εθνική Σχολή Τοπικής αυτοδιοίκησης, Αθήνα
30. Πολίτη Κ. (2011). Αρχές δοκιμασιών διαλογής για δείκτες λοιμωδών Νοσημάτων . Οδηγός για την Παρασκευή, τη Χρήση και τη Διασφάλιση Ποιότητας των Προϊόντων Αίματος, 9:121-124
31. Σαχίνη-Καρδάση Άννα, Πάνου Μαρία, (1985). Μεταγγίσεις αίματος, Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, τόμος 2ος / Μέρος Α
32. Σπανός, Θ. Α. (2001). Αιμοδοσία ΙΙ. Στοιχεία Αιματολογίας- Αιμοθεραπείας. Αθήνα. Beta Medical arts.
33. Τρακατέλης Α.(1992). Βιοχημεία Εκδόσεις Γραφικές Τέχνες Δεδούση Γ.
34. Τσεβρένη, Ι., & Κοντοπούλου-Γρίβα, Ε., (1999).Αιμοδοσία. Εκδοτικές εκδόσεις, Λίτσας
35. Τσεβρένης, Ι. (1984). Αιματολογία .3η Έκδοση. Αθήνα. Εκδόσεις Κοβάνης
36. Φαρμάκη Κ, (2005). Ορθολογική Χρήση του αίματος και των παραγώγων του, ετήσια σεμινάρια εξειδίκευσης Εργαστηριακής Αιματολογίας – Αιμοδοσίας, κύκλοι V-VIII 2001-2004, Ελληνική εταιρεία Εργαστηριακής Αιματολογίας και Αιμοδοσίας
37. Χλιαουτάκης Ι.& Πατιστέα Λ. (1991) Η αιμοδοτική συμπεριφορά των κατοίκων της περιοχής της πρωτεύουσας και προσδιοριστικοί παράγοντες. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 8 (2), 107
38. www.ekea.gr, Εθνικό Κέντρο Αιμοδοσίας

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΗΛΙΚΙΑ 15-30__ 31-35__ 36-40__ 41-46__ 47-50__ 51-60__
61-65__

ΦΥΛΟ: ΑΝΔΡΑΣ__ ΓΥΝΑΙΚΑ__

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: 1.ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ 2. ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ
3.ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓ/ΜΑΤΙΑΣ 4.ΑΝΕΡΓΟΣ 5 ΑΛΛΟ

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ: ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ__ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ__
ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ__

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

Α1 ΙΣΤΟΡΙΚΟ

1. ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ ΕΧΩ ΔΩΣΕΙ ΑΙΜΑ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ;
 - 0 ΦΟΡΕΣ (ΠΡΟΧΩΡΕΙΣΤΕ ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 5)
 - 1-3 ΦΟΡΕΣ
 - 3-10 ΦΟΡΕΣ
 - ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟ 10 ΦΟΡΕΣ

2. ΕΧΩ ΔΩΣΕΙ ΑΙΜΑ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ:
 - ΓΙΑΤΙ ΥΠΗΡΧΕ ΑΝΑΓΚΗ ΣΕ ΣΥΓΓΕΝΙΚΟ Η ΦΙΛΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ
 - ΓΙΑΤΙ ΥΠΗΡΧΕΙ ΕΙΔΙΚΗ ΑΝΑΓΚΗ (ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΗ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΟ ΓΕΝΙΚΟΤΕΡΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ)
 - ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΑ

3. ΔΙΝΩ ΑΙΜΑ ΣΥΧΝΑ;
 - ΟΧΙ
 - ΝΑΙ - ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΑ ΟΤΑΝ ΤΥΧΕΙ
 - ΝΑΙ - ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΑ ΚΑΙ ΤΑΚΤΙΚΑ
 - ΝΑΙ - ΓΙΑ ΣΥΓΓΕΝΗ / ΦΙΛΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ
 - ΝΑΙ – ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΑ ΚΑΙ ΟΤΑΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΑΝΑΓΚΗ ΣΕ ΣΥΓΓΕΝΗ / ΦΙΛΟ

4. ΑΝ ΔΙΝΩ ΑΙΜΑ ΣΥΧΝΑ, ΠΕΡΙΠΟΥ ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΤΟ ΚΑΝΩ;
 - 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5

ΓΙΑ ΑΥΤΟΥΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΕΧΟΥΝ ΔΩΣΕΙ ΑΙΜΑ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ

5. ΔΕΝ ΕΧΩ ΔΩΣΕΙ ΑΙΜΑ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ ΓΙΑΤΙ:

- ΕΧΩ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ
- ΜΕ ΑΠΕΡΡΙΨΑΝ
- ΦΟΒΑΜΑΙ
- ΔΕ ΧΡΕΙΑΣΘΗΚΕ
- ΔΕΝ ΕΧΩ ΧΡΟΝΟ
- ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΤΑ ΚΑΤΑΛΛΗΛΑ ΚΙΝΗΤΡΑ (Π.Χ ΑΔΕΙΑ, ΧΡΗΜΑΤΑ)

6. ΠΙΣΤΕΥΩ ΟΤΙ ΤΟ ΝΑ ΔΩΣΩ ΑΙΜΑ ΕΙΝΑΙ ΜΙΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΣΤΟ ΣΥΝΑΝΘΡΩΠΟ ΜΟΥ

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

7. ΠΙΣΤΕΥΩ ΟΤΙ ΤΟ ΝΑ ΔΩΣΩ ΑΙΜΑ ΕΙΝΑΙ ΜΙΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΕΥΚΟΛΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

8. ΠΙΣΤΕΥΩ ΟΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΔΙΝΟΝΤΑΙ ΚΙΝΗΤΡΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

9. ΑΝ ΝΑΙ, ΠΙΣΤΕΥΩ ΟΤΙ ΤΑ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΚΙΝΗΤΡΑ ΕΙΝΑΙ:

- ΑΔΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ
- ΔΩΡΕΑΝ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ
- ΧΡΗΜΑΤΑ
- ΔΩΡΕΑΝ ΕΙΣΗΤΗΡΙΑ
- ΜΙΚΡΑ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΑ

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Β1 ΒΑΣΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ

10. ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΕΠΙΤΡΕΠΕΤΑΙ ΝΑ ΔΙΝΕΙ ΚΑΝΕΙΣ ΑΙΜΑ;

- ΚΑΘΕ ΜΗΝΑ
- ΚΑΘΕ ΔΥΟ ΜΗΝΕΣ
- 1- 4 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΧΡΟΝΟ

11. ΠΟΣΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΑΙΜΑΤΟΣ ΥΠΑΡΧΟΥΝ;

- 1
- 2
- 3
- 4

12. ΑΠΟ ΠΟΙΑ ΗΛΙΚΙΑ ΜΠΟΡΕΙ ΚΑΝΕΙΣ ΝΑ ΔΩΣΕΙ ΑΙΜΑ;

- ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΤΩΤΕΡΟ ΟΡΙΟ
- 18 ΕΤΩΝ
- 21 ΕΤΩΝ
- 30 ΕΤΩΝ

13.ΩΣ ΠΟΙΑ ΗΛΙΚΙΑ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΔΩΣΕΙ ΚΑΝΕΙΣ ΑΙΜΑ;

- ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΑΝΩΤΑΤΟ ΟΡΙΟ
- 40 ΕΤΩΝ
- 65 ΕΤΩΝ
- 70 ΕΤΩΝ

14. Η ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ ΠΟΥ ΣΥΛΛΕΓΕΤΑΙ ΑΝΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ ΕΙΝΑΙ;

- 100ml
- 450ml
- 720ml

15. ΥΠΑΡΧΕΙ (ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ ΚΑΤΑ ΚΑΙΡΟΥΣ)ΕΛΛΕΙΨΗ ΑΙΜΑΤΟΣ ΠΑΓΚΟΣΜΙΩΣ;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

16.ΥΠΑΡΧΕΙ (ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ ΚΑΤΑ ΚΑΙΡΟΥΣ)ΕΛΛΕΙΨΗ ΑΙΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

17. ΤΟ ΑΙΜΑ ΣΥΝΗΘΩΣ ΜΕΤΑΓΓΙΖΕΤΑΙ ΟΠΩΣ ΣΥΛΛΕΓΕΤΑΙ Η ΔΙΑΧΩΡΙΖΕΤΑΙ ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΑ

ΠΑΡΑΓΩΓΑ;

- ΩΣ ΕΧΕΙ
- ΔΙΑΧΩΡΙΖΕΤΑΙ

18. ΤΟ ΑΙΜΑ ΣΥΝΤΗΡΕΙΤΑΙ (ΣΕ ΨΥΓΕΙΟ) ΜΕ ΑΣΦΑΛΕΙΑ:

- ΓΙΑ 7 ΜΕΡΕΣ
- ΓΙΑ 35 ΜΕΡΕΣ
- ΓΙΑ ΕΝΑ ΧΡΟΝΟ

Β2 ΒΑΣΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

19.ΠΟΙΟ ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΔΙΝΕΙ ΑΙΜΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ;

- 1%
- 5-6%
- 10-25%
- ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΑΠΟ 25%

20. Η ΠΙΟ ΣΥΝΗΘΙΣΜΕΝΗ ΟΜΑΔΑ ΑΙΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΕΙΝΑΙ Η:

- Α
- Β
- ΑΒ
- 0

21. ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΔΩΣΩ ΑΙΜΑ ΣΕ:

- ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
- ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
- ΚΙΝΗΤΑ ΣΥΝΕΡΓΕΙΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

22. ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ ΠΟΥ ΟΡΙΖΟΥΝ ΠΟΙΟΙ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΔΩΣΟΥΝ ΑΙΜΑ;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ
- ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ

23. ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΗΝ ΑΠΟΡΡΙΨΗ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΑΥΤΕΣ ΠΟΥ ΙΣΧΥΟΥΝ)

- 1. ΑΝΑΙΜΙΑ
- 2. ΥΨΗΛΟΣ ΑΙΜΑΤΟΚΡΙΤΗΣ
- 3. ΥΨΗΛΗ ΠΙΕΣΗ 4. ΟΛΑ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ
- 5. ΙΩΣΗ

24. ΤΟ ΑΙΜΑ ΠΟΥ ΣΥΛΛΕΓΕΤΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ ΕΛΕΓΧΕΤΑΙ ΓΙΑ: (ΕΠΙΛΕΓΤΕ ΟΣΑ ΝΟΜΙΖΕΤΕ)

- 1. ΙΟ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ
- 2. ΣΥΦΙΛΗ
- 3. ΙΟ ΤΟΥ AIDS (HIV)
- 4. HTLV 5. ΟΛΑ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ
- 6. ΣΑΓΧΑΡΟ
- 7. ΧΟΛΗΣΤΕΡΙΝΗ
- 8. ΔΕΝ ΕΛΕΓΧΕΤΑΙ ΓΙΑ ΚΑΝΕΝΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ

25. ΠΙΣΤΕΥΩ ΟΤΙ Ο ΑΙΜΟΔΟΤΗΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΝΗΜΕΡΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ ΤΟ ΑΙΜΑ ΤΟΥ ΘΑ ΕΞΕΤΑΣΘΕΙ

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

26. Ο ΑΙΜΟΔΟΤΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΝΕΤΑΙ ΓΙΑ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

- ΑΝ ΑΥΤΑ ΑΠΟΔΕΙΧΘΟΥΝ ΘΕΤΙΚΑ
- ΑΝ ΑΥΤΑ ΑΠΟΔΕΙΧΘΟΥΝ ΑΡΝΗΤΙΚΑ
- ΕΙΤΕ ΑΥΤΑ ΑΠΟΔΕΙΧΘΟΥΝ ΘΕΤΙΚΑ, ΕΙΤΕ ΑΡΝΗΤΙΚΑ
- ΔΕ ΤΟ ΓΝΩΡΙΖΩ

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

Γ1 ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥΣ ΚΑΙ ΤΑ ΡΙΣΚΑ ΠΟΥ ΔΙΑΤΡΕΧΩ ΕΓΩ ΩΣ ΑΙΜΟΔΟΤΗΣ

ΓΙΑ ΚΑΘΕ ΕΡΩΤΗΣΗ, ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΤΕ ΤΟ ΒΑΘΜΟ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΠΟΥ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΑΡΜΟΖΕΙ

ΔΙΝΟΝΤΑΣ ΑΙΜΑ ΕΓΩ.....(ΟΙ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΑΝΑΦΕΡΟΝΤΑΙ ΣΕ ΜΕΝΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ)

(ΕΑΝ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Η ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ ΕΙΝΑΙ ΠΑΝΤΕΛΩΣ ΑΚΙΝΔΥΝΗ, ΠΡΟΧΩΡΕΙΣΤΕ ΣΤΗΝ ΕΠΟΜΕΝΗ ΕΡΩΤΗΣΗ, ΑΛΛΙΩΣ ΣΥΝΕΧΙΣΤΕ) ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

	ΚΑΝΕΝΑΣ	ΜΙΚΡΟΣ	ΔΕΝ ΕΧΩ ΓΝΩΜΗ/ ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	ΜΕΤΡΙΟΣ	ΜΕΓΑΛΟΣ
ΔΙΑΤΡΕΧΩ ΚΙΝΔΥΝΟ ΝΑ ΛΙΠΟΘΥΜΙΣΩ					
ΔΙΑΤΡΕΧΩ ΚΙΝΔΥΝΟ ΝΑ ΕΧΩ ΑΔΥΝΑΜΙΑ / ΖΑΛΗ					
ΔΙΑΤΡΕΧΩ ΚΙΝΔΥΝΟ ΝΑ ΑΝΑΠΤΥΞΩ ΑΝΑΙΜΙΑ					
ΔΙΑΤΡΕΧΩ ΚΙΝΔΥΝΟ ΝΑ "ΚΟΛΛΗΣΩ" AIDS					
ΔΙΑΤΡΕΧΩ ΚΙΝΔΥΝΟ ΝΑ "ΚΟΛΛΗΣΩ" ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ					
ΔΙΑΤΡΕΧΩ ΚΙΝΔΥΝΟ ΝΑ "ΚΟΛΛΗΣΩ" ΑΛΛΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ					

Γ2 ΝΟΥΜΕΡΑ ΚΑΙ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ

Π.Χ Η ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΝΑ ΚΕΡΔΙΣΕΙ ΚΑΝΕΙΣ ΤΟ ΛΑΧΕΙΟ ΕΙΝΑΙ 1 ΣΤΙΣ 100.000, ΔΗΛΑΔΗ ΚΑΘΕ ΦΟΡΑ ΠΟΥ ΑΓΟΡΑΖΕΙ ΚΑΝΕΙΣ ΕΝΑ ΛΑΧΕΙΟ, ΥΠΑΡΧΕΙ ΜΙΑ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΝΑ ΚΕΡΔΙΣΕΙ ΚΑΙ 99.000 ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΕΣ ΝΑ ΜΗΝ ΚΕΡΔΙΣΕΙ.

27. Η ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΜΟΛΥΝΣΗΣ ΤΟΥ ΑΙΜΟΔΟΤΗ ΜΕ ΤΟΝ ΙΟ ΤΟΥ AIDS ΑΠΟ ΜΙΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ ΕΙΝΑΙ:

- 1 ΣΤΙΣ 10.000 (ΔΕΚΑ ΧΙΛΙΑΔΕΣ)
- 1 ΣΤΙΣ 100.000 (ΕΚΑΤΟ ΧΙΛΙΑΔΕΣ)
- 1 ΣΤΟ 1.000.000 (ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΟ)

Ο (ΜΗΔΑΜΙΝΗ)

28. Η ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΜΟΛΥΝΣΗΣ ΤΟΥ ΑΙΜΟΔΟΤΗ ΜΕ ΤΟΝ ΙΟ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ ΑΠΟ ΜΙΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ ΕΙΝΑΙ:

- 1 ΣΤΙΣ 10.000 (ΔΕΚΑ ΧΙΛΙΑΔΕΣ)
- 1 ΣΤΙΣ 100.000 (ΕΚΑΤΟ ΧΙΛΙΑΔΕΣ)
- 1 ΣΤΟ 1.000.000 (ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΟ)
- Ο (ΜΗΔΑΜΙΝΗ)

29. Ο ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΠΟΥ ΔΙΑΤΡΕΧΕΙ ΚΑΝΕΙΣ ΔΙΝΟΝΤΑΣ ΑΙΜΑ ΕΙΝΑΙ:

	ΑΚΙΝΔΥΝΟ-----	ΜΕΤΡΙΟ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟ-----	ΠΟΛΥ
ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟ			
ΑΝΑΙΜΙΑ	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6		
ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6		
AIDS	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6		
ΛΙΠΟΘΥΜΙΑ	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6		
ΑΔΥΝΑΜΙΑ	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6		

Γ3 ΒΑΣΙΚΟΙ ΕΝΔΟΙΑΣΜΟΙ ΠΟΥ ΑΠΟΘΑΡΡΥΝΟΥΝ ΤΗΝ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ

ΕΝΔΟΙΑΣΜΟΙ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΕΜΕΝΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ	Κ Α Θ Ο Λ Ο Υ	Λ Ι Γ Ο	Α Ρ Κ Ε Τ Α	Π Ο Λ Υ	
Ο ΦΟΒΟΣ ΤΗΣ ΒΕΛΟΝΑΣ	0	1	2	3	4
Ο ΦΟΒΟΣ ΤΗΣ ΟΨΗΣ ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ	0	1	2	3	4
Ο ΦΟΒΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΑΝΙΑΣ	0	1	2	3	4
Ο ΦΟΒΟΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	0	1	2	3	4
Ο ΦΟΒΟΣ ΤΗΣ ΛΙΠΟΘΥΜΙΑΣ	0	1	2	3	4
Ο ΦΟΒΟΣ ΤΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ	0	1	2	3	4
Ο ΦΟΒΟΣ ΤΗΣ ΑΔΥΝΑΜΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΖΑΛΗΣ	0	1	2	3	4
Ο ΦΟΒΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ	0	1	2	3	4
Ο ΧΡΟΝΟΣ ΤΗΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ	0	1	2	3	4
ΑΛΛΟΣ ΦΟΒΟΣ	0	1	2	3	4
ΚΑΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	0	1	2	3	4

ΜΕΡΟΣ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΑΚΤΙΚΟΥΣ ΑΙΜΟΔΟΤΕΣ

30. ΕΙΜΑΙ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ/Η ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

31. ΒΡΙΣΚΩ ΟΤΙ ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΟΥ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΩ ΠΡΙΝ ΔΩΣΩ ΑΙΜΑ ΕΧΕΙ ΠΟΛΛΕΣ ΑΔΙΑΚΡΙΤΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

32. ΚΑΤΑΛΑΒΑΙΝΩ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΜΟΥ ΓΙΝΟΝΤΑΙ; (ΣΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ)

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

33. ΠΙΣΤΕΥΩ ΟΤΙ ΟΛΕΣ ΟΙ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΜΟΥ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΕΙΝΑΙ ΑΝΑΓΚΑΙΕΣ ΚΑΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΕΣ;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

34. ΠΙΣΤΕΥΩ ΟΤΙ ΟΛΕΣ ΟΙ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΜΟΥ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΠΑΝΤΩΝΤΑΙ ΜΕ ΕΙΛΙΚΡΙΝΕΙΑ;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

35. ΠΙΣΤΕΥΩ ΟΤΙ ΑΦΟΥ ΤΟ ΑΙΜΑ ΕΞΕΤΑΖΕΤΑΙ, ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΚΡΥΨΩ ΚΑΠΟΙΑ ΝΟΣΟ ΑΠΟ ΤΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΜΟΥ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

36. ΕΧΩ ΑΠΟΚΡΥΨΕΙ ΤΗΝ ΑΛΗΘΕΙΑ ΣΕ ΚΑΠΟΙΑ ΕΡΩΤΗΣΗ ΣΤΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ ΑΙΜΔΟΣΙΑΣ;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

ΑΝ Η ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 7 ΕΙΝΑΙ ΘΕΤΙΚΗ, ΕΠΙΛΕΓΕΤΕ ΤΟ ΛΟΓΟ / ΛΟΓΟΥΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ

- ΓΙΑ ΝΑ ΠΑΡΩ ΑΔΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ
- ΓΙΑ ΝΑ ΕΙΜΑΙ ΣΙΓΟΥΡΟΣ/ Η ΟΤΙ ΔΕ ΘΑ ΑΠΟΡΡΙΦΘΩ ΩΣ ΑΙΜΟΔΟΤΗΣ ΤΗΝ ΩΡΑ ΠΟΥ Ο ΣΥΓΓΕΝΗΣ/ΦΙΛΟΣ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ
- ΓΙΑ ΝΑ ΕΧΩ ΔΩΡΕΑΝ ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ ΜΟΥ

ΜΕΡΟΣ ΠΕΜΠΤΟ

37. ΕΙΜΑΙ ΔΩΡΗΤΗΣ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

38. ΑΝ ΟΧΙ, ΘΑ ΜΕ ΕΝΔΙΕΦΕΡΕ ΝΑ ΓΙΝΩ;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

39. ΕΙΜΑΙ ΔΩΡΗΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΝ;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

40. ΑΝ ΟΧΙ ΘΑ ΜΕ ΕΝΔΙΕΦΕΡΕ ΝΑ ΓΙΝΩ;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

41. ΕΙΜΑΙ ΜΕΛΟΣ ΚΑΠΟΙΑΣ ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΕΤΑΓΓΙΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

www.hstb.gr

Προς: ΠΕΡΙΣΤΗΝΟΛΟΓΙΚΗ ΣΥΜΦΩΤΑΧΗ

Κα Μαρία Τσιρώνη

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Τμήμα Νοσηλευτικής

Κοινοποίηση: κα Σαμπινάμ-Ελένη Αλιχάν/ Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια

Αθήνα, 4 Σεπτεμβρίου 2013

Θα θέλαμε και γραπτώς να σας ενημερώσουμε ότι συναινούμε στην χρήση του ερωτηματολογίου από την κα Σαμπινάμ-Ελένη Αλιχάν, Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια και Νοσηλεύτρια Αιμοδοσίας στο Γ.Ν Ασκληπείο Βούλας, στη μελέτη που διεξήχθη από την Ελληνική Εταιρεία Μεταγγισιοθεραπείας, μεταξύ Σεπτεμβρίου 2005 και Μαρτίου 2006, με θέμα «Factors that motivate and hinder blood donation in Greece».

Το παρόν διατίθεται για κάθε νόμιμη χρήση.

Με εκτίμηση

Αλίκη Μολλάτη

Πρόεδρος

Ελληνικής Εταιρείας Μεταγγισιοθεραπείας



Γραμματεία Ελληνικής Εταιρείας Μεταγγισιοθεραπείας



ΕΡΑ ΕΤΕ, Ασκληπείο 17, 106 80 Αθήνα
Τηλ: 210 3634 944, Fax: 210 3631 660, e-mail: info@era.gr, web site: www.era.gr

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
2^η ΥΠΕΙΘΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ & ΑΙΓΑΙΟΥ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
«ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ»

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

11^η ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ
ΤΕΤΑΡΤΗ 11-09-2013 ώρα 13:00 μ.μ.

Παρόντες οι κ.κ.: Σαράφης Κυριάκος Πρόεδρος
Μακρυγιαννάκης Γεώργιος »
Ζέρβα Αδαμαντία »
Μακρής Αλέξανδρος »
Χασιώτου Θεοδώρα »
Ασημακοπούλου Ευσταθία »
Κυρλιγκίτσης Γεώργιος »

ΕΚΤΟΣ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ

Θέμα 1^ο . Αίτημα της κ. Σαμπνάμ – Ελένη Αλιχάν , Υπεύθυνη Νοσηλεύτρια Εθελοντικής Αιμοδοσίας ΓΝ Ασκληπείου Βούλας και Φοιτήτρια Μεταπτυχιακού προγράμματος Σπουδών « Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων » , για άδεια διεξαγωγής έρευνας με θέμα « Αποτύπωση της Διακίνησης αίματος και χαρακτηριστικά Αιμοδοτών »

Το Ε Σ μετά από συζήτηση ομόφωνα εισηγείται θετικά του αιτήματος της κ. Σαμπνάμ – Ελένη Αλιχάν , Υπεύθυνη Νοσηλεύτρια Εθελοντικής Αιμοδοσίας ΓΝ Ασκληπείου Βούλας και Φοιτήτρια Μεταπτυχιακού προγράμματος Σπουδών « Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων » , για άδεια διεξαγωγής έρευνας με θέμα « Αποτύπωση της Διακίνησης αίματος και χαρακτηριστικά Αιμοδοτών » και εφόσον η εισήγηση υπογράφεται από την Προϊσταμένη της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας και το ερωτηματολόγιο που θα χρησιμοποιηθεί ελέγχεται και υπογράφεται από την Συντονίστρια – Διευθύντρια Αιμοδοσίας.

Μετά το πέρας των συζητήσεων λύεται η συνεδρίαση .

Σαράφης Κυριάκος

Μακρυγιαννάκης Γεώργιος

Ζέρβα Αδαμαντία

..... Πρόεδρος

»

»

Μακρής Αλέξανδρος »

Χασιώτου Θεοδώρα »

Ασημακοπούλου Ευσταθία »

Κυρλεγκίτσος Γεώργιος »

Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ ΤΟΥ ΕΣ

ΤΣΙΑΚΙΡΗ ΔΗΜΗΤΡΑ

