

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΓΝΩΣΕΙΣ, ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΘΕΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗ
ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ ΓΙΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ. Ο
ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΣΤΗ ΔΩΡΕΑ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ.»**

ΕΥΣΤΡΑΤΙΟΥ ΙΩΑΝΝΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ Τ.Ε.

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

**«ΓΝΩΣΕΙΣ, ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΘΕΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗ
ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ ΓΙΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ. Ο
ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΣΤΗ ΔΩΡΕΑ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ.»**

ΕΥΣΤΡΑΤΙΟΥ ΙΩΑΝΝΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ Τ.Ε.

Μέλη Συμβουλευτικής Επιτροπής

Επιβλέπων: Ανδρέα- Παόλα Ρόχας- Χιλ, Επίκουρη Καθηγήτρια

Μέλος: Μαρία Τσιρώνη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Μέλος: Σοφία Ζυγά, Επίκουρη Καθηγήτρια

Μάρτιος 2014

ΣΠΑΡΤΗ

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

Υπογραφή:

Copyright © Ιωάννα Ευστρατίου, 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 έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Ευχαριστίες

Η παρούσα μεταπτυχιακή εργασία δεν θα μπορούσε να υλοποιηθεί χωρίς τη συμβολή και στήριξη κάποιων σημαντικών ανθρώπων και συνεργατών, οι οποίοι υπήρξαν αρωγοί αυτής της προσπάθειας και θα ήθελα να τους ευχαριστήσω θερμά.

Καταρχάς, θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα της μεταπτυχιακής εργασίας, την Επίκουρη Καθηγήτρια κ. Ανδρέα- Παόλα Ρόχας- Χιλ, όχι μόνο για την ολόπλευρη στήριξή της στο σύνολο της πραγμάτωσης της μελέτης, αλλά και για τον ενθουσιασμό και την πίστη που μου μετέδωσε στην προσπάθεια επίτευξης του σκοπού μας για στράτευση όσο το δυνατόν περισσότερων ατόμων στο πολύ σημαντικό θέμα της δωρεάς οργάνων και μυελού των οστών.

Ευχαριστώ, επίσης, θερμά:

Την Αναπληρώτρια Καθηγήτρια και Πρόεδρο του τμήματος Νοσηλευτικής κ. Μαρία Τσιρώνη καθώς και την Επίκουρη Καθηγήτρια κ. Σοφία Ζυγά, μέλη της τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής.

Τον διδάσκοντα στο τμήμα Νοσηλευτικής κ. Αθανάσιο Σαχλά, για τη σημαντική συμβολή του στη στατιστική ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων και την καθοδήγησή του στο στάδιο της μεθοδολογίας.

Τη μεταπτυχιακή φοιτήτρια κ. Μαρία Μπατσικούρα για την έμπρακτη και ψυχική υποστήριξη καθ' όλη τη διάρκεια της προσπάθειας μου.

Τα μέλη της ερευνητικής ομάδας του τμήματος Νοσηλευτικής για τη βοήθειά τους κατά τη διαδικασία της συλλογής των δεδομένων.

Τους διδάσκοντες της σχολής Επιστημών Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητας Ζωής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου για τη διευκόλυνση διεξαγωγής της μελέτης.

Τους προπτυχιακούς και μεταπτυχιακούς που συμμετείχαν στην έρευνα.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω το σύζυγό μου Λευτέρη και τα παιδιά μου Δημήτρη και Ελένη για την υποστήριξη και την υπομονή τους σ' όλο το χρονικό διάστημα της περάτωσης των μεταπτυχιακών μου σπουδών.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	9
ABSTRACT	10
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	11
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	13
1.1. Ιστορική αναδρομή των μεταμοσχεύσεων	13
1.2. Η πορεία των μεταμοσχεύσεων στον ελλαδικό χώρο	16
1.3. Στατιστικά στοιχεία.....	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	21
2.1 Ελληνικό θεσμικό πλαίσιο- Ο νόμος 3984/2011.....	21
2.1.1 Γενικές αρχές και προϋποθέσεις δωρεάς οργάνων.....	21
2.1.2 Ποιότητα και ασφάλεια οργάνων.....	22
2.2 Συντονισμός μεταμοσχευτικής διαδικασίας.....	24
2.2.1. Ο Συντονιστής Μεταμοσχεύσεων.....	25
2.2.2. Ο νοσηλευτής ως μέλος της μεταμοσχευτικής ομάδας.....	26
2.3. Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων.....	26
2.4. Διεθνές πλαίσιο.....	27
2.4.1. Ισπανία.....	28
2.4.2. Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής.....	29
2.4.3. Ιταλία.....	30
2.4.4. Ηνωμένο Βασίλειο.....	30
2.4.5. Γερμανία.....	31
2.5. Οργανισμοί διακρατικής συνεργασίας.....	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	33
3.1. Ορισμοί.....	33
3.2. Είδη μοσχευμάτων.....	34
3.3. Πηγές μοσχευμάτων.....	34
3.3.1. Δότες με πάλλουσα καρδιά.....	34

3.3.2. Δότες χωρίς πάλλουσα καρδιά.....	35
3.3.3. Ζώα (Ξενομεταμοσχεύσεις).....	35
3.4. Μεταμόσχευση συμπαγών οργάνων.....	36
3.4.1. Εγκεφαλικός θάνατος.....	36
3.4.1.1. Μηχανισμός επέλευσης.....	37
3.4.1.2. Διάγνωση.....	37
3.4.1.2.1. Προϋποθέσεις.....	38
3.4.1.2.2. Αρχική εκτίμηση ασθενούς.....	40
3.4.1.2.3. Κλίμακα Γλασκώβης (Glasgow Coma Scale- GCS).....	40
3.4.1.2.4. Ανεξήγητες κινήσεις ή «σημείο του Λαζάρου».....	41
3.4.1.2.5. Κλινικά κριτήρια.....	42
3.4.1.2.6. Εργαστηριακός έλεγχος.....	43
3.4.2. Κριτήρια καταλληλότητας δοτών και μοσχευμάτων.....	44
3.5. Μεταμόσχευση μυελού των οστών.....	47
3.5.1. Προϋποθέσεις.....	48
3.5.2. Συλλογή μοσχεύματος από το δότη.....	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο	52
4.1 Διαθρησκευτική θεώρηση των μεταμοσχεύσεων.....	52
4.1.1. Ρωμαιοκαθολική Εκκλησία.....	53
4.1.2. Προτεσταντικές Ομολογίες.....	53
4.1.3. Ιουδαϊσμός.....	54
4.1.4. Ισλαμισμός.....	55
4.1.5. Ινδουισμός.....	55
4.1.6. Βουδισμός.....	55
4.1.7. Κομφουκιανισμός.....	56
4.1.8 Σιχισμός.....	57
4.1.9. Ταοϊσμός.....	57
4.1.10. Μάρτυρες του Ιεχωβά.....	57
4.1.11. Ορθόδοξη Εκκλησία.....	58
4.1.11.1. Εκκλησία της Ελλάδος.....	58
4.1.11.2. Πατριαρχείο Μόσχας.....	59
4.2. Βιοηθικά ζητήματα.....	60

4.2.1. Το έλλειμμα οργάνων προς μεταμόσχευση.....	60
4.2.2. Κατανομή των διαθέσιμων οργάνων.....	61
4.2.3. Ενημέρωση και συναίνεση δότη και λήπτη.....	61
4.2.3.1. Ενημέρωση του υποψήφιου δότη και λήπτη.....	62
4.2.3.2. Τύποι συναίνεσης.....	62
4.2.4. Το εμπόριο οργάνων και ο μεταμοσχευτικός τουρισμός.....	63
4.2.5. Η επίδραση των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης.....	64
4.2.6. Διαδικασία συγκρότησης της λίστας μεταμοσχεύσεων.....	65
4.2.7. Οικονομικό κόστος μεταμόσχευσης.....	66
4.2.8. Ξενομεταμόσχευση.....	67
4.2.9. Ανεγκέφαλα βρέφη.....	67
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	69
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο.....	69
5.1. Σκοποί της έρευνας.....	69
5.2. Υλικό και μέθοδος.....	69
5.2.1. Ερευνητικό πεδίο- Χρόνος διεξαγωγής.....	69
5.2.2. Δειγματοληπτική μέθοδος.....	69
5.2.3. Ερευνητικό εργαλείο.....	70
5.3. Στατιστική ανάλυση.....	71
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο.....	72
6.1. Περιγραφική ανάλυση.....	72
6.2. Συσχετίσεις.....	82
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο.....	97
7.1. Συζήτηση.....	97
7.2. Συμπεράσματα.....	102
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	104
Ξένη βιβλιογραφία.....	104
Ελληνική βιβλιογραφία.....	113

Διαδικτυακές πηγές	115
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	116
1. Άδειες έγκρισης.....	116
2. Ερωτηματολόγιο.....	117

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στόχοι: Οι στόχοι της ερευνητικής μελέτης ήταν: α) Η μελέτη των γνώσεων και των αντιλήψεων των φοιτητών γύρω από τη δωρεά οργάνων και μυελού των οστών, β) Η διερεύνηση ενδεχόμενης επίδρασης διαφόρων παραγόντων στην πρόθεση της δωρεάς και γ) Η επίδραση του ρόλου της ενημέρωσης στη δωρεά μυελού των οστών.

Υλικό και μέθοδος: Η έρευνα διεξήχθη στη σχολή Επιστημών Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητας Ζωής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου στη Σπάρτη. Συγκεκριμένα, στα τμήματα Νοσηλευτικής και Οργάνωσης και Διαχείρισης Αθλητισμού. Το δείγμα αποτέλεσαν 400 προπτυχιακοί και μεταπτυχιακοί φοιτητές και χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο (2008) το οποίο παραχωρήθηκε από τον Καθηγητή Ι. Χλιαουτάκη. Η συλλογή των δεδομένων συνδυάστηκε με ενημέρωση πάνω στη δωρεά μυελού των οστών και την επί τόπου δυνατότητα να γίνει κάποιος δωρητής, ενώ διήρκεσε από τον Οκτώβριο του 2013 έως και το Δεκέμβριο του ίδιου έτους. Εφαρμόστηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση.

Αποτελέσματα: Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων είναι θετική ως προς τη δωρεά οργάνων και μυελού των οστών. Βασική αιτία είναι η βοήθεια προς το συνάνθρωπο. Κυριότερος λόγος για τη μη υπογραφή κάρτας εθελοντή δότη μυελού των οστών καταδείχθηκε η ανάγκη επιπλέον ενημέρωσης. Το φύλο, η σχολή φοίτησης, το έτος, οι επαρκείς γνώσεις και η θετική στάση του συγγενικού και οικογενειακού περιβάλλοντος σχετίζονται σημαντικά με το γεγονός της απόφασης να γίνει κάποιος τελικά εθελοντής δωρητής μυελού των οστών.

Ευρήματα: Όσο καλύτερη ενημέρωση έχει κάποιος για το θέμα της δωρεάς και μεταμόσχευσης μυελού των οστών τόσο θετικότερη είναι και η στάση του. Η ενημέρωση στη δική μας μελέτη οδήγησε το 41,75% των ερωτηθέντων στην απόφαση να γίνουν εθελοντές δωρητές μυελού των οστών.

Λέξεις- Κλειδιά: δωρεά οργάνων, μυελός των οστών, μεταμόσχευση, φοιτητές, γνώσεις, αντιλήψεις, ενημέρωση.

ABSTRACT

Objectives: The objectives of the research were: a) Study of knowledge and attitudes of students about organ donation and bone marrow, b) Investigating possible effects of various factors on the intention of the donation and c) Influence of role information on bone marrow donation.

Material and Methods: The study was conducted at the School of Human Movement and Quality of Life of University of Peloponnese at Sparta. Specifically, sections Nursing and Sport Management. The sample consisted of 400 undergraduate and graduate students and used questionnaire (2008) which was given by Professor J. Chliaoutakis. The collection of data was combined with information on the bone marrow donation and on-site opportunity to become a donor, and lasted from October 2013 to December of the same year. Applied descriptive statistical analysis.

Results: The majority of respondents are positive about organ donation and bone marrow. Main reason is to help our fellow man. The main reason for not signing card volunteer bone marrow donor demonstrated the need for additional information. Gender, school attended, year, good knowledge and positive attitude within the family and home environment are significantly related to the fact the decision to finally become a volunteer donor bone marrow.

Findings: As someone has better information on the subject of organ donation and transplantation of bone marrow is more positive and stop. The information in our study resulted in 41.75 % of respondents in the decision to volunteer bone marrow donors.

Keywords: organ donation, bone marrow transplantation, students, knowledge, perceptions, information.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα μεταπτυχιακή εργασία με τίτλο «Γνώσεις, αντιλήψεις και προθέσεις φοιτητών όσον αφορά τη δωρεά οργάνων και μυελού των οστών για μεταμόσχευση. Ο ρόλος της ενημέρωσης στη δωρεά μυελού των οστών.» ασχολείται με ένα θέμα που τα τελευταία χρόνια απασχολεί όλο και περισσότερο την κοινή γνώμη και συγκεντρώνει γύρω του αντικρουόμενες απόψεις. Στη χώρα μας έχουν γίνει κάποιες προσπάθειες διερεύνησης των αντιλήψεων πάνω στο θέμα σε διάφορες ομάδες πληθυσμού (φοιτητές, νοσηλευτές κ.ά.) και των παραγόντων που τις επηρεάζουν. Η επίδραση του ρόλου της ενημέρωσης -με τη σύγκριση των προθέσεων πριν από αυτή και την τελική στάση των ατόμων μετά το πέρας αυτής- είναι κάτι που επιχειρείται στη χώρα μας για πρώτη φορά.

Η εργασία αποτελείται από το γενικό και το ειδικό μέρος. Στο γενικό μέρος γίνεται αναφορά στην ιστορική πορεία, στα στατιστικά στοιχεία και στο θεσμικό πλαίσιο των μεταμοσχεύσεων στο διεθνή χώρο και στην Ελλάδα. Επίσης, αναλύονται όροι σχετικά με τη μεταμόσχευση, τη διαδικασία δωρεάς οργάνων και μυελού των οστών και τις προϋποθέσεις που προαπαιτούνται. Ακόμη, περιγράφονται τα βιοηθικά ζητήματα που σχετίζονται με το θέμα της δωρεάς και των μεταμοσχεύσεων και παρουσιάζεται η θέση των βασικότερων θρησκειών πάνω σ' αυτά τα ζητήματα.

Το ερευνητικό μέρος αναλύει τα δεδομένα της έρευνας με στόχο να μελετηθούν οι στάσεις των φοιτητών απέναντι στη δωρεά οργάνων και η διερεύνηση της επίδρασης διαφόρων παραγόντων στην πρόθεση δωρεάς. Ιδιαίτερα, αναλύεται ο ρόλος της ενημέρωσης στην τελική στάση των φοιτητών όσον αφορά τη δωρεά μυελού των οστών.

Η μελέτη ήταν περιγραφική και συμμετείχαν 400 προπτυχιακοί και μεταπτυχιακοί φοιτητές από τα τμήματα Νοσηλευτικής και Οργάνωσης και Διαχείρισης Αθλητισμού της σχολής Επιστημών Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητας Ζωής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου στη Σπάρτη.

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που παραχωρήθηκε από τον κ. Χλιαουτάκη Ιωάννη, Καθηγητή του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του ΑΤΕΙ Κρήτης. Το ερωτηματολόγιο με βάση τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης, συμπεριέλαβε ερωτήσεις που αφορούν στο μυελό των οστών, ενώ

ανάλογα, τα δημογραφικά στοιχεία διαμορφώθηκαν έτσι ώστε να ανταποκρίνονται στα χαρακτηριστικά του προς επιλογήν δείγματος. Το ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε 5 ενότητες: Γνώσεις σχετικά με τη δωρεά- Εμπειρία δωρεάς οργάνων- Πρόθεση δωρεάς- Σκοπός υπογραφής κάρτας δότη- Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία.

Κατά τη συλλογή των δεδομένων, γινόταν ενημέρωση των φοιτητών σχετικά με τη δωρεά μυελού των οστών και δινόταν η ευκαιρία στους ερωτηθέντες να γίνουν επί τόπου εθελοντές δότες μυελού των οστών με τη διαδικασία της λήψης επιχρίσματος από το στόμα.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1. Ιστορική αναδρομή των μεταμοσχεύσεων

Προσδοκία των ανθρώπων όλων των εποχών ήταν η αντικατάσταση των φθαρμένων οργάνων τους με νέα υγιή, για την εξασφάλιση όχι μόνο μακροζωίας, αλλά κυρίως καλύτερης ποιότητας ζωής. Το όραμα του παρελθόντος έχει γίνει πραγματικότητα στην εποχή μας.

Τα πρώτα στοιχεία που θα μπορούσαν σήμερα να αξιολογηθούν «ως μεταμόσχευση» και μάλιστα «αυτομεταμόσχευση» αναφέρονται στην ελληνική μυθολογία με πρωταγωνιστή τον Προμηθέα που παρ' όλο ο αετός του κατασπάραζε το ήπαρ, δεν πέθαινε γιατί το ήπαρ αναπλαθόταν στη διάρκεια της νύχτας.

Η πρώτη σκέψη για μεταμόσχευση οργάνων αναφέρεται και πάλι στην ελληνική μυθολογία και εκφράζεται με το μύθο του Δαίδαλου και του Ίκαρου. Πατέρας και γιός για να αποφύγουν τα δεσμά του Μίνωα κατασκεύασαν κέρινα φτερά και πέταξαν προς την ελευθερία. Ο ήλιος έλιωσε τα φτερά και υπήρξε η πρώτη αιτία της «απορρίψεως» οργάνων. Κατά την περίοδο της αρχαιότητας στην Ελλάδα οι σημαντικότερες αναφορές στη μεταμόσχευση εμφανίζονται στο έργο του Γαληνού και στη συνέχεια στην Ινδία όπου το 700 π.Χ. στο κείμενο «Suschouta Shamhita» περιγράφονται μεταμοσχεύσεις ιστών και αυτομοσχεύσεις δέρματος. Στην Κίνα το 300 π.Χ., σύμφωνα με κάποια γραπτά κείμενα έγινε η πρώτη μεταμόσχευση καρδιάς από τον Pien Chiao.

Στην ορθόδοξη εκκλησία η πρώτη αναφορά χρονολογείται όταν ο Ιησούς επανασυγκόλλησε το αυτί ενός υπηρέτη. Οι άγιοι Κοσμάς και Δαμιανός που ήταν και γιατροί, ακρωτηρίασαν ένα κάτω άκρο που είχε προσβληθεί από κακοήγη όγκο και μεταμόσχευσαν στη θέση του ένα υγιές που πήραν από κάποιον που είχε πεθάνει πρόσφατα (13^{ος} αιώνας).

Η ιατρική επιστήμη βράδυνε επί αιώνες. Προσπάθειες για μεταμόσχευση ιστών έχουν γίνει από το μεγάλο Βρετανό ερευνητή J. Hunter (1771). Το 1804 ο Baronio απέδειξε, μετά από πειραματική προσπάθεια, ότι η ελεύθερη δερματική αυτομόσχευση σε πρόβατα θα μπορούσε να είναι επιτυχής.

Η αληθινή μεταμόσχευση οργάνων αρχίζει από τις αρχές του 19^{ου} αιώνα. Στηρίχθηκε στη δυνατότητα αποκατάστασης της ροής του αίματος στο μόσχευμα μετά τη συρραφή και την

αναστόμωση των αγγείων που εκτέλεσε ο A. Carrel το 1902 (Νόμπελ Ιατρικής). Μετά την επίτευξη της αγγειοραφής, τον ίδιο χρόνο οι Ullman και De Castello καθώς επίσης και ο Carrel στη Γαλλία, πραγματοποίησαν μεταμοσχεύσεις νεφρών σε πειραματόζωα. Ο Carrel με τη συνεργασία του Guthrie το 1905 μεταμόσχευσε σε λαιμό σκύλου καρδιά που λειτούργησε αυτόματα για μια ώρα.

Οι πρώτες γνωστές προσπάθειες για κλινική μεταμόσχευση νεφρού από πειραματόζωα σε άνθρωπο, με την εκτέλεση αγγειακών αναστομών, αναφέρθηκαν μεταξύ των ετών 1906-1923. Σαν μοσχεύματα χρησιμοποιήθηκαν νεφροί, προερχόμενοι από χοίρους και αίγες, από πιθήκους και πρόβατα. Βέβαια κανένα από τα μοσχεύματα αυτά δεν λειτούργησε και οι ασθενείς πέθαναν λίγες ώρες ή μέχρι και εννέα ημέρες μετά την μεταμόσχευση.

Το 1933 με τη μέθοδο του Carrel, ο Mann και οι συνεργάτες του μεταμόσχευσαν σε πειραματόζωα καρδιά που διατηρήθηκε σε λειτουργία, με φυσιολογικό καρδιακό ρυθμό, για οκτώ ημέρες (Κωστάκης, 2004).

Την πρώτη μεταμόσχευση νεφρού από άνθρωπο σε άνθρωπο πραγματοποίησε ο Ρώσος Voronoy το 1936. Μεταμόσχευσε νεφρό από πτωματικό δότη με ομάδα αίματος B (Rh⁺), σε λήπτη ομάδας O (Rh⁺). Μετά από 48 ώρες ο λήπτης πέθανε και ο θάνατος αποδόθηκε σε αντίδραση ασυμβατότητας του αίματος (Κωστάκης, 2004). Ο Voronoy, επίσης, πρώτος περιγράφει το 1940 τις αγγειακές αναστομές που αποτελούν σημαντική ανακάλυψη στην ιστορία των μεταμοσχεύσεων (Matevossian et al., 2009).

Το έτος 1948 ανακοινώθηκε από τους Hufnagel, Hume και Landsteiner μεταμόσχευση νεφρού από άνδρα που μόλις είχε πεθάνει, σε γυναίκα που βρισκόταν σε κωματώδη κατάσταση. Ο μεταμοσχευμένος νεφρός έπαυε να λειτουργεί μετά από 3 ημέρες, δόθηκε όμως η ευκαιρία στην ασθενή να ανανήψει από το κόμα και να επιβιώσει.

Το Μάρτιο του 1951 στο νοσοκομείο Spriengfield της Μασαχουσέτης έγινε η πρώτη ορθοτοπική μεταμόσχευση νεφρού από τον J. Scola. Ο χειρουργός αυτός αναστόμωσε τα νεφρικά με τα σπληνικά αγγεία. Κατά την ίδια περίοδο αναφέρθηκαν πολλές προσπάθειες κλινικής μεταμόσχευσης νεφρού στο λαγόνιο βόθρο, από χειρουργούς της Γαλλικής Σχολής. Οι μεταμοσχεύσεις αυτές έγιναν χωρίς ανοσοκαταστολή και τα περισσότερα μοσχεύματα αποβλήθηκαν μέσα σε λίγες εβδομάδες (Κωστάκης, 2004).

Στο δεύτερο μισό του 20ού αιώνα σημειώθηκαν σπουδαίες ανακαλύψεις στον τομέα της Ανοσολογίας, οι οποίες έθεσαν τις βάσεις για την εφαρμογή σε ευρεία κλίμακα των μεταμόσχευσεων. Τέτοια ήταν η ανακάλυψη των αντιγόνων ιστοσυμβατότητας HLA (Human Leukocyte Antigens) και του μείζονος συμπλέγματος ιστοσυμβατότητας MHC (Major Histocompatibility Complex) (Οικονομίδου, 2011).

Το 1954, οι Murray και Harrison, στο Πανεπιστήμιο Harvard, έκαναν την πρώτη επιτυχή μεταμόσχευση νεφρού, τοποθετώντας το νεφρό του δότη στην ελάσσονα πύελο του πανομοιότυπου δίδυμου αδελφού του (Γερολούκα, 2002).

Πρώτος, επίσης, ο J. Murray το 1958 στο νοσοκομείο Peter Bent Brigham εφάρμοσε την ολική ακτινοβολία του σώματος σαν ανοσοκατασταλτική μέθοδο (Κωστάκης, 2004). Το 1959 το φάρμακο mercaptopurine αποδείχθηκε να ενισχύει την ανοσοκαταστολή (Calne, 2006). Μεγίστη συμβολή στην αντιμετώπιση της απόρριψης αποτελεί η εφαρμογή της αζαθειοπρίνης ως ανοσοκατασταλτικού. Μεγαλύτερη ώθηση στο τομέα της ανοσοκαταστολής έδωσε η χρησιμοποίηση της κορτιζόνης.

Το 1963 ο Th. Starzl μετά από μακροχρόνιες πειραματικές προσπάθειες πραγματοποίησε την πρώτη κλινική ορθοτοπική μεταμόσχευση ήπατος. Την ίδια χρονιά έγινε και η πρώτη κλινική μεταμόσχευση πνεύμονα από τον Hardy.

Η πρώτη επιτυχής κλινική ετεροτοπική μεταμόσχευση παγκρέατος έγινε από τον Kéllly το 1966 ο οποίος μεταμόσχευσε ταυτόχρονα νεφρό και πάγκρεας.

Η πρώτη πειραματική ετεροτοπική μεταμόσχευση καρδιάς ανακοινώθηκε από τον Carrel το 1905. Ωστόσο, παρέμεινε εργαστηριακή προσπάθεια ως το 1960, οπότε μπήκαν οι βάσεις για την κλινική εφαρμογή. Το 1967 ο C. Barnard έκανε με επιτυχία την πρώτη μεταμόσχευση καρδιάς.

Η πρώτη επιτυχής κλινική μεταμόσχευση των παραθυρεοειδών αδένων έγινε από τον Wells το 1975. Σήμερα εφαρμόζεται στην κλινική πράξη κυρίως η αυτομόσχευση τμημάτων των παραθυρεοειδών (Κωστάκης, 2004).

Η χειρουργική επιστήμη, έχει κατορθώσει να μεταμοσχεύσει τα περισσότερα ανθρώπινα όργανα. Πρόβλημα όμως ακόμη και σήμερα παραμένει η απόρριψη, η οποία παρά τις προσπάθειες για την αντιμετώπισή της, αποτελεί σοβαρό κίνδυνο.

Σημαντικό σταθμό στην επιβίωση των μοσχευμάτων αποτέλεσε η εφαρμογή της κυκλοσπορίνης- Α, τις ανοσοκατασταλτικές ιδιότητες της οποίας απέδειξε ο καθηγητής Α. Κωστάκης το 1977. Έκτοτε το φάρμακο αυτό χρησιμοποιείται ως το κύριο ανοσοκατασταλτικό φάρμακο στις μεταμοσχεύσεις (Κωστάκης, 2004). Το φάρμακο tacrolimus έχει παρόμοιο μηχανισμό δράσης με την κυκλοσπορίνη. Είναι 10-100 φορές ισχυρότερο στην αναστολή της ανοσοαπόκρισης, αλλά έχει μικρότερο θεραπευτικό εύρος και πιο μεταβλητή φαρμακοκινητική από την κυκλοσπορίνη (Shelley, 2010).

Η μεταμόσχευση μυελού των οστών έχει τις ρίζες της στην ραδιοβιολογία και στην αιματολογία, και επηρεάστηκε από κλινικές μελέτες ορισμένων κληρονομικών ασθενειών ανοσολογικής ανεπάρκειας. Η κλινική της εξέλιξη καθυστέρησε έως ότου γίνουν διαθέσιμες αξιόπιστες μέθοδοι ταυτοποίησης των αντιγόνων HLA. Οι πρώτες απόλυτα επιτυχείς μεταμοσχεύσεις ήταν σε παιδιά με ανοσολογική ανεπάρκεια και επιλέχθηκαν ως δότες συμβατά άτομα της οικογένειας. Με τη χρήση της μεθοτρεξάτης ως ανοσοκατασταλτικού, η μεταμόσχευση μυελού των οστών στη συνέχεια εφαρμόστηκε με σταθερή βελτίωση των αποτελεσμάτων σε αιματολεμφοποιητικές ασθένειες, άλλα είδη κακοηθειών και πολυάριθμα εκ γενετής μεταβολικά νοσήματα (Groth et al., 2000). Η σπουδαιότητα της κλινικής έρευνας στον τομέα των μεταμοσχεύσεων μυελού αναγνωρίστηκε με την απονομή του βραβείου Nobel το 1990 στον E. Donald Thomas που υπήρξε πρωτοπόρος των μεταμοσχεύσεων μυελού στον άνθρωπο (Κωστάκης, 2004).

Σήμερα, είναι εφικτή η μεταμόσχευση πολλών οργάνων ταυτόχρονα: ήπατος, λεπτού εντέρου και παγκρέατος μαζί ή νεφρού και παγκρέατος ή ακόμη και περισσότερων ενδοκοιλιακών οργάνων μαζί. Η σύγχρονη έρευνα στοχεύει στη δυνατότητα μεταμόσχευσης κυττάρων ή τμήματος ενός οργάνου, όπως πχ. νησίδια παγκρέατος, ηπατοκύτταρα. (Γερολούκα, 2002).

1.2 Η πορεία των μεταμοσχεύσεων στον ελληνικό χώρο

Στην Ελλάδα η πρώτη μεταμόσχευση νεφρού από πτωματικό δότη έγινε στη Θεσσαλονίκη από τον καθηγητή Κ. Τούντα το 1968 και στην Αθήνα από τον καθηγητή Γρ. Σκαλκέα και τον συνεργάτη του Ι. Χωματά το 1971. Η πρώτη μεταμόσχευση ήπατος έγινε στη Θεσσαλονίκη από τον καθηγητή Α. Αντωνιάδη το 1990 και την ίδια χρονιά στην Αθήνα από τον καθηγητή Ι. Παπαδημητρίου. Η πρώτη μεταμόσχευση παγκρέατος, που ήταν διπλή ταυτόχρονη μεταμόσχευση νεφρού και παγκρέατος έγινε από τους καθηγητές Γρ. Σκαλκέα και Α. Κωστάκη το 1989 στο Λαϊκό Νοσοκομείο Αθηνών. Η πρώτη μεταμόσχευση καρδιάς, έγινε από τον Γ. Τόλη στο θεραπευτήριο " Υγεία" το 1990 και λίγους μήνες αργότερα άρχισε το πρόγραμμα μεταμοσχεύσεων καρδιάς από τον Χρ. Λόλα στο νοσοκομείο Ευαγγελισμός. Η πρώτη μεταμόσχευση πνεύμονα έγινε από τον καθηγητή Π. Σπύρου στη Θεσσαλονίκη το 1992 και την ίδια χρονιά έγινε και η πρώτη ταυτόχρονη διπλή μεταμόσχευση καρδιάς- πνεύμονος. Η πρώτη διπλή ταυτόχρονη μεταμόσχευση ήπατος- νεφρού έγινε από τον καθηγητή Ε. Χατζηγιαννάκη στο νοσοκομείο Ευαγγελισμός το 1992 και ένα έτος αργότερα έγινε από τον ίδιο διπλή μεταμόσχευση ήπατος- παγκρέατος. Η πρώτη εμφύτευση νησιδίων παγκρέατος έγινε από τον καθηγητή Β. Παπανικολάου στο Ιπποκράτειο Θεσσαλονίκης το 1999 (Κωστάκης, 2004).

Η πρώτη διενέργεια μεταμοσχεύσεων μυελού οστών στην Ελλάδα στο πλαίσιο οργανωμένης Μονάδας, τόσο αυτόλογης (1985) όσο και αλλογενούς (1990), έγινε στην αιματολογική κλινική του νοσοκομείου Γ. Παπανικολάου στη Θεσσαλονίκη (Εφημερίδα Μακεδονία, 2013). Επίσης, στην Ελλάδα κατά τη δεκαετία του 1980, λειτούργησαν δύο «Δεξαμενές» δοτών μυελού των οστών, μία στην Αθήνα και μία στη Θεσσαλονίκη, στις οποίες αναφέρονταν οι εθελοντές που στρατολογούνταν και τυποποιούνταν σε 5 Κέντρα Δοτών. Από το τέλος του 2002, λειτουργεί μια κεντρική «Δεξαμενή» στον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων, ο οποίος συντονίζει όλες τις μεταμοσχεύσεις στη χώρα μας (ΕΟΜ, 2013).

1.3 Στατιστικά στοιχεία

Σύμφωνα με το Παγκόσμιο Παρατηρητήριο Δωρεάς Οργάνων και Μεταμοσχεύσεων (Global Observatory on Donation and Transplantation), το έτος 2012 πραγματοποιήθηκαν 114,690 μεταμοσχεύσεις συμπαγών οργάνων παγκοσμίως (Πίνακας 1.1.). Από αυτές οι 30.274 πραγματοποιήθηκαν στις 27 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και οι 27.211 στις ΗΠΑ. Παρατηρήθηκε μια ελάχιστη αύξηση της τάξης του 1,8% σε σχέση με το 2011, ενώ παραμένουν σε ποσοστό κάτω του 10% των παγκοσμίων αναγκών. Το 42,3% αποτελούν

μεταμοσχεύσεις νεφρού από ζώντες δότες και το 18,2% μεταμοσχεύσεις ήπατος από ζώντες δότες (GODT, 2013). Στην Ισπανία που αποτελεί πρωτοπόρο χώρα στην ΕΕ, το 2012 έγιναν 4.099 μεταμοσχεύσεις συμπαγών οργάνων και υπήρξαν 1.784 δότες οργάνων με το δείκτη δωρεάς να ανέρχεται στο 35.3 (Newsletter Transplant, 2013), την ίδια ώρα που στην Ελλάδα είμαστε στο 4,3 (Πίνακας 1.2.) (EOM, 2014).

Στο Διεθνές Αρχείο Εθελοντών Δοτών Μυελού των Οστών (Bone Marrow Donors Worldwide – BMDW), μέχρι και τον Ιανουάριο του 2014 οι εθελοντές δότες σε ολόκληρο τον κόσμο έφταναν περίπου τα 23 εκατομμύρια (BMDW, 2014).

Πίνακας 1.1. Παγκόσμια δραστηριότητα στη μεταμόσχευση οργάνων για το έτος 2012.						
Νεφροί	Ήπαρ	Καρδιά	Πνεύμονες	Πάγκρεας	Λεπτό έντερο	Σύνολο
77818	23986	5935	4359	2423	169	114690
GODT, 2013						

Πίνακας 1.2. Οι μεταβολές του δείκτη δωρεάς οργάνων κατά την περίοδο 2001- 2013 στην Ελλάδα.													
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Αναφερθέντες εγκεφαλικοί θάνατοι	47	76	89	86	227	179	168	176	110	57	109	204	91
Αξιοποιηθέντες ως δότες	40	65	71	66	89	79	64	98	71	45	79	77	47
Δείκτης δωρεάς οργάνων (δότες/ 1000000 πληθυσμού)	3,6	5,9	6,5	6,0	8,1	7,2	5,8	8,9	6,5	4,1	7,2	7,0	4,3
EOM, 2014.													

Στην Ελλάδα κατά το έτος 2013, πραγματοποιήθηκαν 142 μεταμοσχεύσεις συμπαγών οργάνων. Από αυτές οι 112 αφορούσαν νεφρούς, οι 25 ήπαρ και οι 5 καρδιά. Όσον αφορά τις μεταμοσχεύσεις νεφρών, οι 82 προήλθαν από πτωματικούς δότες και οι 30 από ζώντες συγγενείς δότες. Παρατηρούμε, επίσης, ότι τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει ελάχιστες μεταμοσχεύσεις πνευμόνων ή συνδυαστικές μεταμοσχεύσεις νεφρού-παγκρέατος ή νεφρού-ήπατος (Πίνακας 1.3).

Σύμφωνα με τα δημοσιευμένα στοιχεία του Παγκόσμιου Παρατηρητηρίου Δωρεάς Οργάνων και Μεταμοσχεύσεων για το έτος 2012, στη χώρα μας βρίσκονται χιλιάδες άνθρωποι σε λίστα

αναμονής για μεταμόσχευση νεφρών, ήπατος και καρδιάς με δεκάδες από αυτούς να πεθαίνουν πριν προλάβουν να μεταμοσχευθούν (Πίνακας 1.4.).

Πίνακας 1.3. Η πορεία των μεταμοσχεύσεων συμπαγών οργάνων στην Ελλάδα κατά την περίοδο 2001- 2013.													
Πτωματικοί δότες	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Νεφρού	74	107	134	116	167	144	101	186	116	76	137	130	82
Ήπατος	18	21	24	29	34	27	32	58	33	25	40	47	25
Καρδιάς	5	9	5	6	9	7	5	16	8	5	6	18	5
Πνευμόνων	0	0	0	0	1	1	2	3	3	2	0	0	0
Νεφρού- Παγκρέατος	0	0	0	0	0	0	0	2	3	0	1	0	0
Νεφρού- Ήπατος	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	97	137	163	151	211	179	140	266	163	108	185	195	112
Ζώντες συγγενείς δότες νεφρού	87	85	79	76	69	63	87	52	34	32	46	41	30
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	184	222	242	227	280	242	227	318	197	140	231	236	142
EOM, 2014.													

Πίνακας 1.4. Η λίστα αναμονής στην Ελλάδα για νεφρούς, ήπαρ και καρδιά κατά το έτος 2012			
	Νεφροί	Ήπαρ	Καρδιά
Ασθενείς που προστέθηκαν στη λίστα μέσα στο έτος	219	86	13
Συνολικός αριθμός ασθενών της λίστας	1331	180	45
Ασθενείς που περιμένουν για μεταμόσχευση	1029	92	19
Ασθενείς που απεβίωσαν ενώ ήταν στη λίστα	72	18	1
Ασθενείς σε αιμοκάθαρση	9805	–	–
GODT, Newsletter 2013			

Όσον αφορά τις μεταμοσχεύσεις αιμοποιητικών κυττάρων και μυελού των οστών από μη συγγενείς εθελοντές δότες, αυτές ανήλθαν το 2010 στις 86 και το 2011 στις 58 (Πίνακας 1.5.). Με βάση την αναφορά του Διεθνούς Αρχείου Εθελοντών Δοτών Μυελού των Οστών

για το έτος 2012, οι καταγεγραμμένοι εθελοντές αιμοποιητικών κυττάρων στην Ελλάδα έφθασαν τις 33.737, αριθμός πολύ μικρός σε σχέση με τις ανάγκες και την ίδια ώρα που μια χώρα με το 1/10 του πληθυσμού μας, η Κύπρος φθάνει τους 117.139 δότες (BMDW, 2013).

Πίνακας 1.4. Μεταμοσχεύσεις αιμοποιητικών κυττάρων και μυελού των οστών από μη συγγενείς εθελοντές δότες, την περίοδο 2007- 2011.

	ΜΥΕΛΟΣ	ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΑ ΚΥΤΤΑΡΑ	ΟΜΦΑΛΟΠΛΑΚΟΥΝΤΙΑΚΟ ΑΙΜΑ	ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΑ	ΣΥΝΟΛΟ
2007	10	26	15	0	51
2008	8	46	10	2	66
2009	1	58	8	0	67
2010	13	57	13	3	86
2011	10	42	4	2	58
ΣΥΝΟΛΟ	42	229	50	7	328
EOM, 2014.					

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 Ελληνικό θεσμικό πλαίσιο- Ο νόμος 3984/2011

Με το νόμο 3984/2011 ρυθμίζονται οι γενικές αρχές και οι προϋποθέσεις αφαίρεσης οργάνων από ζώντες και θανόντες ανθρώπους με σκοπό τη μεταμόσχευση στο ανθρώπινο σώμα. Ενσωματώνεται στην ελληνική νομοθεσία η Οδηγία 2010/53/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 7^{ης} Ιουλίου 2010 σχετικά με τα πρότυπα ποιότητας και ασφάλειας των οργάνων αυτών και θεσπίζονται μέτρα υλοποίησής της. Ενισχύεται το πλαίσιο ποινικών διατάξεων για την καταπολέμηση του εμπορίου οργάνων.

2.1.1. Γενικές αρχές και προϋποθέσεις δωρεάς οργάνων (ΦΕΚ 150 Α΄, ν. 3984/2011)

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

β) Η δωρεά οργάνων γίνεται εθελοντικά και χωρίς αμοιβή. Απαγορεύεται κάθε οικονομική συναλλαγή μεταξύ δότη και λήπτη ή ιατρών ή άλλων επαγγελματιών υγείας που συμμετέχουν στην αλυσίδα της μεταμόσχευσης.

γ) Δεν εμποδίζεται η χορήγηση αποζημίωσης στον ζώντα δότη, υπό την προϋπόθεση ότι αυτή περιορίζεται αυστηρά στην αντιστάθμιση των δαπανών και της απώλειας εισοδήματος που σχετίζονται με τη δωρεά. Αποζημίωση καταβάλλεται και στην περίπτωση αναπηρίας ή θανάτου λόγω της δωρεάς. Οι δαπάνες που αφορούν την όλη διαδικασία της μεταμόσχευσης καλύπτονται από τον ασφαλιστικό φορέα του λήπτη ή το Υπουργείο Υγείας σε περίπτωση ανασφάλιστου.

δ) Υποχρέωση ενημέρωσης ζώντα δυνητικού δότη, ασκούντων τη γονική μέριμνα ανηλίκου θανόντος προσώπου και των πολιτών. Η ενημέρωση παρέχεται από καταρτισμένο προσωπικό, πρέπει να είναι πλήρης, κατανοητή, αντικειμενική και να παρέχεται με σεβασμό στην ελευθερία, την προσωπικότητα και την κουλτούρα του ατόμου.

ε) Η αφαίρεση οργάνων από ζώντα δότη γίνεται μόνο από ενήλικο εφόσον έχει δικαιοπρακτική ικανότητα και παρέχει συναίνεση ρητή και ειδική. Η συναίνεση του δότη είναι ελεύθερως ανακλητή, έως ότου αρχίξει η αφαίρεση του οργάνου και η ανάκληση γίνεται με οποιονδήποτε τρόπο.

στ) Η αφαίρεση οργάνων από θανόν ενήλικο πρόσωπο πραγματοποιείται εφόσον, όσο ζούσε, δεν είχε εκφράσει την αντίθεσή του μέσω σχετικής δήλωσης στον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων και κατόπιν συναίνεσης της οικογένειάς του (Νόμος 4075/2012). Στην περίπτωση ανήλικου επιτρέπεται εάν συναινούν οι γονείς ή ο γονέας που έχει την επιμέλεια. Η αφαίρεση οργάνων γίνεται μετά τη διάγνωση εγκεφαλικού θανάτου.

ζ) Η ταυτότητα του νεκρού δότη δεν αποκαλύπτεται στον λήπτη και στην οικογένειά του. Ούτε η ταυτότητα του λήπτη στην οικογένεια του δότη.

η) Η δωρεά από θανόντα δότη δεν επιτρέπεται να γίνει προς ορισμένο λήπτη. Ακολουθείται η καθορισμένη σειρά προτεραιότητας.

2.1.2 Ποιότητα και ασφάλεια οργάνων (ΦΕΚ 150 Α', ν. 3984/2011)

Όλα τα στάδια από τη δωρεά έως τη μεταμόσχευση ή την αποβολή του οργάνου διέπονται από πλαίσιο ποιότητας και ασφάλειας, το οποίο καθορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας μετά από πρόταση του ΕΟΜ και γνώμη του ΚΕ.ΣΥ. Το πλαίσιο αφορά τους επαγγελματίες υγείας που συμμετέχουν, τα ιατρικά πρωτόκολλα, τις εγκαταστάσεις, τον εξοπλισμό, τα αρχεία που τηρούνται κτλ.

Η αφαίρεση οργάνων πραγματοποιείται σε «Οργανισμούς Αφαίρεσης», που είναι νοσοκομεία ΝΠΔΔ ή ΝΠΙΔ κοινωφελούς και μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα ή ιδιωτικές κλινικές, που έχουν λάβει τη σχετική 3ετή άδεια και έχουν διασύνδεση με τον ΕΟΜ και τις Μονάδες Μεταμόσχευσης. Στους Οργανισμούς Αφαίρεσης διενεργούνται έλεγχοι για την τήρηση των αναγκαίων προϋποθέσεων και οι άδειες μπορεί να ανακληθούν.

Η αφαίρεση οργάνων, η επιλογή και αξιολόγηση του δυνητικού δότη, γίνεται με τις συστάσεις και την καθοδήγηση ιατρού. Επίσης, με απόφαση του Υπουργού Υγείας ορίζονται οι προδιαγραφές για τα χειρουργεία, όπου γίνεται η αφαίρεση, για την κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας καθώς και ιατρικά πρωτόκολλα για την εξασφάλιση της ποιότητας και της ασφάλειας των αφαιρούμενων οργάνων.

Οι μεταμοσχεύσεις διενεργούνται αποκλειστικά σε ειδικά οργανωμένες μονάδες, τις «Μονάδες Μεταμόσχευσης» νοσηλευτικών ιδρυμάτων ΝΠΔΔ ή ΝΠΙΔ κοινωφελούς και μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, οι οποίες έχουν λάβει τη σχετική 3ετή άδεια. Καθορίζονται οι

προϋποθέσεις που πρέπει να πληροί η Μονάδα και διενεργούνται έλεγχοι από το ΣΕΥΥΠ για την τήρησή τους. Οι Μονάδες βρίσκονται σε ετοιμότητα όλο το 24ωρο και υποβάλλουν ετήσια αναφορά για τη δραστηριότητά τους.

Όλα τα αφαιρούμενα όργανα και όλοι οι δυνητικοί δότες χαρακτηρίζονται πριν από τη μεταμόσχευση, μέσω της συλλογής πληροφοριών. Τα στοιχεία χαρακτηρισμού πρέπει να διαβιβάζονται εγκαίρως στη Μονάδα Μεταμόσχευσης.

Η μεταφορά των αφαιρούμενων οργάνων, των δοτών, των υποψήφιων ληπτών και των αναγκαίων συνοδών τους και της μεταμοσχευτικής ομάδας γίνεται από το ΕΚΑΒ και σε έκτακτες περιπτώσεις με τη συνδρομή του ΕΚΕΠ.Υ. Όλοι οι φορείς και τα πρόσωπα, που δραστηριοποιούνται στη μεταφορά των οργάνων, υποχρεούνται να διασφαλίζουν την ακεραιότητα του οργάνου στον επιτρεπτό χρόνο και να μεριμνούν ώστε οι συσκευασίες μεταφοράς να φέρουν την υποχρεωτική σήμανση. Οι επαγγελματίες υγείας, που συμμετέχουν σε κάθε στάδιο της μεταμόσχευσης, είναι κατάλληλα εκπαιδευμένοι και καταρτισμένοι. Το έργο της προώθησης της δωρεάς οργάνων και της υποβοήθησης των μεταμοσχεύσεων, ανατίθεται στους «Συντονιστές Μεταμοσχεύσεων» που διαθέτουν πιστοποιητικό ειδικής εκπαίδευσης από τον ΕΟΜ.

Ο ΕΟΜ τηρεί Εθνικό Μητρώο, όπου εγγράφεται κάθε υποψήφιος λήπτης, αφού πρώτα πιστοποιηθεί. Ο ΕΟΜ καλεί τους υποψήφιους λήπτες τουλάχιστον μία φορά κατ' έτος, να προσκομίσουν βεβαίωση σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους. Η κατάταξη στο Εθνικό Μητρώο γίνεται με μοριοποιημένο σύστημα βαθμολόγησης βάσει του είδους του οργάνου, του σταδίου της νόσου, των ομάδων αίματος δότη- λήπτη, της ιστοσυμβατότητας, της ηλικίας, του ιστορικού κτλ.

Ειδική μέριμνα λαμβάνεται για την εξασφάλιση ιχνηλασιμότητας όλων των οργάνων. Ο ΕΟΜ τηρεί αρχεία πληροφοριών τουλάχιστον 30 ετών μετά τη δωρεά.

Οι Οργανισμοί Αφαίρεσης και οι Μονάδες Μεταμόσχευσης εισάγουν σύστημα καταγραφής και αναφέρουν εγκαίρως στον ΕΟΜ σοβαρά, ανεπιθύμητα συμβάντα και αντιδράσεις στη διαδικασία της μεταμόσχευσης και τις διαδικασίες που εφαρμόζουν για τη διαχείρισή τους. Ο ΕΟΜ είναι αρμόδιος για τη θέσπιση των κατάλληλων διαδικασιών διαχείρισης τέτοιων καταστάσεων.

Κατά την αφαίρεση οργάνων εν ζωή δωρητών λαμβάνονται όλα τα αναγκαία μέτρα για τη μέγιστη δυνατή προστασία τους. Επιλέγονται από κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό και ο EOM τηρεί σχετικό αρχείο καταγραφής πληροφοριών γι' αυτούς.

2.2. Συντονισμός μεταμοσχευτικής διαδικασίας

Στην περίπτωση του εγκεφαλικού θανάτου ασθενούς σε ΜΕΘ, αφού αποφασισθεί η δωρεά των οργάνων, αρχίζει άμεσος συντονισμός ενεργειών για λήψη των μοσχευμάτων, από τις διάφορες μεταμοσχευτικές ομάδες. Η επιλογή των υποψήφιων ληπτών γίνεται ανάλογα με το ισχύον σύστημα κατανομής των μοσχευμάτων.

Αμέσως μετά τη λήψη της συγκατάθεσης για τη δωρεά των οργάνων από τον τοπικό συντονιστή μεταμοσχεύσεων ή τον υπεύθυνο ιατρό της ΜΕΘ, κινητοποιείται ο μηχανισμός ενημέρωσης του αρμόδιου συντονιστικού φορέα, που στην Ελλάδα είναι ο EOM. Όλα τα άτομα που εμπλέκονται στη μεταμοσχευτική διαδικασία (ιατροί, νοσηλευτές, εργαστήρια κ.λ.π.), ενημερώνονται από τους συντονιστές μεταμοσχεύσεων (Κωστάκης, 2004).

Στην περίπτωση της μεταμόσχευσης μυελού των οστών η αναζήτηση ιστοσυμβατού δότη ξεκινά από το στενό οικογενειακό περιβάλλον (κυρίως αδέρφια) του ασθενούς αφού ο ιστικός τύπος κάθε ατόμου κληρονομείται από τους γονείς του. Εάν δεν βρεθεί δότης στην άμεση οικογένεια τότε αρχίζει η διαδικασία αναζήτησης σε μη συγγενείς δότες.

Η εύρεση μη συγγενούς ιστοσυμβατού δότη γίνεται μέσα από την παγκόσμια «δεξαμενή» (BMDW – Bone Marrow Donors Worldwide) δοτών, όπου είναι συγκεντρωμένοι οι εθελοντές δότες μυελού των οστών από όλον τον κόσμο και η οποία ανανεώνεται ανά τακτά χρονικά διαστήματα.

Οι αρμόδιοι συντονιστές αναζήτησης του EOM, διερευνούν αν υπάρχουν συμβατοί με αυτόν δότες στο Ελληνικό και το Διεθνές αρχείο εθελοντών (BMDW) και αποστέλλουν τα αποτελέσματα της αναζήτησης στον θεράποντα γιατρό. Ο γιατρός ενημερώνεται άμεσα για την ύπαρξη δυνητικών δοτών για τον ασθενή του και συνεκτιμώντας τα κλινικά δεδομένα τον παραπέμπει σε μια από τις μεταμοσχευτικές μονάδες μυελού των οστών (MMMO) που λειτουργούν στη χώρα μας.

Όλες οι περαιτέρω ενέργειες γίνονται με τη συνεργασία του EOM και της MMMO, η οποία δίνει την εντολή ενεργοποίησης της αναζήτησης και έναρξης της επικοινωνίας με τις «Δεξαμενές», όπου έχουν εντοπισθεί οι δυνητικοί δότες (EOM, 2013).

2.2.1. Ο Συντονιστής Μεταμοσχεύσεων

Η αναγκαιότητα ύπαρξης του θεσμού του συντονιστή μεταμοσχεύσεων εμφανίζεται στο τέλος της δεκαετίας του '70, στις ΗΠΑ. Σκοπός του ήταν η διευκόλυνση του συντονισμού των μεταμοσχεύσεων, εν όψει της ταχύτητας που πρέπει να διέπει τόσο την πληροφόρηση για την ύπαρξη, όσο και τη διακίνηση των μοσχευμάτων. Όταν αυτά αναφερθούν, μέσω του συντονιστή μεταμοσχεύσεων αξιοποιούνται στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό τα προσφερόμενα μοσχεύματα και βελτιώνεται ποιοτικά η μεταμοσχευτική διαδικασία με την καθιέρωση κοινών πρωτοκόλλων που τη διευκολύνουν.

Η πρώτη χώρα που εισήγαγε το θεσμό στην Ευρώπη ήταν η Ολλανδία το 1979 και εν συνεχεία η Μ. Βρετανία. Υπολογίζεται ότι σήμερα υπάρχουν περισσότερες από 200 ομάδες Συντονιστών Μεταμοσχεύσεων σε όλες τις χώρες της Ευρώπης. Το 50% από αυτούς είναι νοσηλευτές, το 33% γιατροί, 12% είναι φοιτητές και οι υπόλοιποι είναι διοικητικοί υπάλληλοι.

Παρόλο που τα μεταμοσχευτικά προγράμματα διαφέρουν, από χώρα σε χώρα, οι δραστηριότητες των συντονιστών μεταμοσχεύσεων μπορούν να ομαδοποιηθούν ως εξής:

- Τήρηση και διαρκής ενημέρωση της λίστας αναμονής των υποψήφιων ληπτών, έτσι ώστε οι ασθενείς να είναι ανά πάσα στιγμή σε ετοιμότητα, αφού η ενημέρωση για τις τυχόν μεταβολές των κλινικών και εργαστηριακών τους στοιχείων είναι συνεχής.
- Συντονισμός των διαδικασιών εξασφάλισης και αφαίρεσης οργάνων.
- Διοικητική και λοιπές συντονιστικές δραστηριότητες, όπως διατήρηση της επικοινωνίας και ενημέρωσης της οικογένειας του δότη, ενημέρωση του νοσοκομείου του δότη για την εξέλιξη των διαδικασιών, ετήσια έκθεση δραστηριοτήτων, συνεργασία και ανταλλαγή πληροφοριών με άλλους συντονιστές, έρευνα και αρθρογραφία.
- Εκπαιδευτικές δραστηριότητες με στόχο την ενημέρωση άλλων επαγγελματιών υγείας και την ενημέρωση ομάδων του πληθυσμού σε συνεργασία με κοινωνικούς φορείς

Το εύρος των δραστηριοτήτων των συντονιστών μεταμοσχεύσεων προσδιορίζει και τη σημασία του ρόλου τους για την προώθηση των μεταμοσχεύσεων. Πράγματι, η σωστή

οργάνωση της λίστας αναμονής των υποψηφίων ληπτών είναι το πρώτο βήμα για την εκτίμηση των αναγκών και την ετοιμότητα των ασθενών για μεταμόσχευση. Εξάλλου, η σωστή ενημέρωση του κοινού και των επαγγελματιών υγείας επιδρά άμεσα στην επιτυχία των μεταμοσχευτικών προγραμμάτων: το κοινό εξοικειώνεται με την ιδέα της δωρεάς οργάνων και την αποδέχεται σε περίπτωση ενός τραγικού και αναπάντεχου θανάτου με αποτέλεσμα οι ιατροί και οι νοσηλευτές να διευκολύνονται κατά την έναρξη της μεταμοσχευτικής διαδικασίας. Περαιτέρω, η συστηματική συνεργασία του συντονιστή μεταμοσχεύσεων με το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό διασφαλίζει την αποδοτικότερη λειτουργία του όλου συστήματος: με την ενημέρωση για τα κριτήρια αναγνώρισης και υποστήριξης ενός δυνητικού δότη οργάνων, για τη ροή των διαδικασιών του συντονισμού σε κάθε στάδιο, για την προσέγγιση των ασθενών αίρεται η παρατηρούμενη απροθυμία του προσωπικού να εμπλακεί στις διαδικασίες λόγω άγνοιας ή φόρτου εργασίας. Τέλος, η καθιέρωση του συντονιστή μεταμοσχεύσεων ως προσώπου αναφοράς διευκολύνει τις επικοινωνίες και τη ροή των διαδικασιών στους απαιτούμενους χρονικούς περιορισμούς(Ομπέση, Μανιού, 2008).

2.2.2. Ο νοσηλευτής ως μέλος της μεταμοσχευτικής ομάδας

Οι νοσηλευτές αποτελούν κύριο κομμάτι της μεταμοσχευτικής ομάδας, βελτιώνοντας την ποιότητα της φροντίδας του ασθενούς με τις γνώσεις και τις ικανότητές τους (Lerret, Stendahl, 2011). Η αυτονομία και η εργασία μέσα σε μια διεπιστημονική ομάδα, πάνω σε ένα σαφή και με επίκεντρο τον ασθενή στόχο, παρέχει εργασιακή ικανοποίηση (Russell, Van Gelder, 2008). Η στενή αλληλεπίδραση με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, μπορεί να αναπτύξουν «προστατευτικές συμπεριφορές» στους νοσηλευτές (Kent, 2004), οι οποίες παρακάμπτονται μέσω της εκπαίδευσης (Siddiqui et al., 2012). Η εκπαίδευση και ενημέρωση των φοιτητών νοσηλευτικής για τη διαδικασία της δωρεάς και μεταμόσχευσης οργάνων είναι απαραίτητη, διότι θα επηρεάσει τη στάση τους ως προς το αντικείμενο (López-Montesinos, Manzanera Saura, Mikla et al., 2010).

2.3. Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων

Ο ΕΟΜ αποτελεί Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου εποπτευόμενο από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και ιδρύθηκε με τον ν. 2737/1999 (ΦΕΚ 174Α').

Σκοπός του ΕΟΜ είναι η υποβοήθηση του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για τη χάραξη εθνικής πολιτικής της χώρας μας για την ανάπτυξη των μεταμοσχεύσεων.

Για την εκπλήρωση του σκοπού αυτού, ο ΕΟΜ:

- *Εισηγείται* τους όρους, τις προϋποθέσεις και τη διαδικασία των μεταμοσχεύσεων, καθώς και Κώδικα Δεοντολογίας για τη λειτουργία των Μονάδων Μεταμοσχεύσεων και των Τραπεζών Ιστών προς μεταμόσχευση.
- *Οργανώνει και συντονίζει* σε τοπικό, κρατικό και διακρατικό επίπεδο τη διακίνηση μοσχευμάτων, στα οποία συμπεριλαμβάνεται και ο μυελός των οστών.
- *Καταγράφει* τους δωρητές ιστών και οργάνων, τους δυνητικούς και τους αξιοποιηθέντες δότες καθώς και τους υποψήφιους λήπτες
- *Προτείνει* στον εκάστοτε Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης τη χορήγηση άδειας για την ίδρυση Μονάδας Μεταμόσχευσης ή Τράπεζας Ιστών προς Μεταμόσχευση.
- *Προβαίνει σε ετήσια εκτίμηση και αξιολόγηση* του τρόπου λειτουργίας και των αποτελεσμάτων των Μονάδων Μεταμοσχεύσεων και υποβάλλει σχετική έκθεση στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- *Συνεργάζεται* με αντίστοιχους Οργανισμούς και μεταμοσχευτικά κέντρα της αλλοδαπής για την προμήθεια και την ανταλλαγή μοσχευμάτων.
- *Μεριμνά* για την ψυχοκοινωνική υποστήριξη των ληπτών, των ζώντων δοτών και των συγγενών των δοτών.
- *Επιδιώκει* με κάθε πρόσφορο τρόπο και ιδίως με την οργάνωση της κατάλληλης ενημέρωσης και πληροφόρησης του κοινού, *την αύξηση του αριθμού των προοριζόμενων για μεταμόσχευση οργάνων* (EOM, 2013).

2.4. Διεθνές πλαίσιο- Πολιτικές μεταμοσχεύσεων

Τις τελευταίες δεκαετίες, το χάσμα ανάμεσα στον αριθμό των ασθενών σε λίστες αναμονής και του αριθμού των δωρητών οργάνων έχει μεγαλώσει ραγδαία, προκαλώντας ένα αυξανόμενο έλλειμμα μεταμοσχευμένων οργάνων. Το χρόνιο έλλειμμα οργάνων στις ανεπτυγμένες χώρες έχει γίνει ένα κύριο πολιτικό ζήτημα και οι πρόσφατες προτάσεις έχουν επικεντρωθεί στην αποτελεσματικότητα των νόμων για την εικαζόμενη συναίνεση για να αυξηθούν οι δωρεές θανόντων.

Τα συστήματα προμήθειας οργάνων περιστρέφονται γύρω από τις νομοθετικές προεπιλογές της εικαζόμενης και της εν γνώσει συναίνεσης. Μια αυξανόμενη συζήτηση έχει προκύψει πάνω στα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα και των δυο συστημάτων μεταξύ επαγγελματιών υγείας, βιοηθικών, νομικών και φιλοσόφων.

Οι περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες έχουν υιοθετήσει τη νομοθεσία της εικαζόμενης συναίνεσης (Bilgel, 2012) και έρευνες έχουν δείξει ότι έχει θετική και σημαντική επίδραση στην αύξηση των ποσοστών δωρεάς (Abadie, Gay, 2006).

2.4.1. Ισπανία

Η μεταμόσχευση, που άρχισε στην Ισπανία πριν από 30 περίπου χρόνια, αποτελεί σήμερα ένα από τα σημαντικότερα επιτεύγματα της ισπανικής κοινωνίας και του εθνικού συστήματος υγείας. Ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμόσχευσης (Organization National de Transplantes, ONT) αν και δημιουργήθηκε το 1980, άρχισε να λειτουργεί το 1989. Είχε ως σκοπό να αντιμετωπιστεί η παρατεταμένη παραμονή των υπό μεταμόσχευση νεφροπαθών στις λίστες αναμονής, που παρατηρούνταν στα τέλη της δεκαετίας του '80 και να υποστηριχτεί η διαχείριση των μεταμοσχεύσεων των άλλων συμπαγών οργάνων, που καθίστατο διαρκώς πολυπλοκότερη.

Το μεταμοσχευτικό σύστημα στην Ισπανία έχει 3 επίπεδα: εθνικό, περιφερειακό και τοπικό. Σε εθνικό επίπεδο υπάρχει ένας εθνικός συντονιστής, σε περιφερειακό 17 (όσες και οι αυτόνομες περιοχές) και τοπικοί συντονιστές στα νοσοκομεία. Οι τελευταίοι παίζουν καταλυτικό ρόλο στον εντοπισμό των υποψηφίων δοτών και είναι υπόλογοι στη διοίκηση του νοσοκομείου. Η διανομή των μοσχευμάτων γίνεται με βάση το συνδυασμό γεωγραφικών και ιατρικών κριτηρίων (επαναξιολογούνται κάθε χρόνο).

Από την αρχή λειτουργίας του ONT, ο αριθμός των δοτών και των διατιθέμενων οργάνων παρουσιάζει σταθερή αύξηση, με ανάλογη ελάττωση της παραμονής σε λίστες αναμονής (www.msc.es).

Στην Ισπανία έχει καθιερωθεί η εικαζόμενη συναίνεση, αλλά σύμφωνα με την πρακτική ζητείται και η γνώμη των συγγενών, ώστε να αποφευχθούν έντονες αντιδράσεις, αν και φαίνεται από τα αποτελέσματα ότι οι τοπικοί συντονιστές κάνουν καλή δουλειά στην επίτευξη της σύμφωνης γνώμης της οικογένειας (Matesanz, 2004). Αναφορικά με τη δωρεά από ζωντανό δότη, δεν υφίσταται κάποιος περιορισμός στη σχέση που έχει ο δότης με το λήπτη. Φυσικά, ο λήπτης είναι προκαθορισμένος από την αρχή αλλά δεν χρειάζεται να υπάρχει ιδιαίτερη συγγενική σχέση. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με τα χαμηλά ποσοστά των μεταμοσχεύσεων από ζωντανό δότη, μας ενθαρρύνουν να πιστέψουμε ότι τελικά, όταν η

ανάγκη του ασθενή καλύπτεται με ασφάλεια και ποιότητα από το επίσημο δίκτυο μεταμοσχεύσεων, δύσκολα θα στραφεί στην παράνομη αγορά (Ντεβέ, 2007).

Από την αρχή ο ONT θεώρησε ότι για την καλύτερη απόδοση των συντονιστών μεταμόσχευσης θα έπρεπε να τους παρέχεται επαρκής και συνεχής εκπαίδευση. Έχουν λοιπόν οργανωθεί εκπαιδευτικά προγράμματα, τα οποία αφορούν τα MME, τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου, την προσέγγιση της οικογένειας, τη διαχείριση των δοτών χωρίς πάλλουσα καρδιά και την οργάνωση και λειτουργία των τραπεζών ιστών. Ταυτόχρονα, διοργανώνονται ημερίδες για την ανταλλαγή απόψεων με τους νομικούς κύκλους. Ιδιαίτερη προσοχή έχει δοθεί στη σχέση με τα MME. Προς την κατεύθυνση αυτή λειτουργεί και η τηλεφωνική γραμμή που, εκτός από το κοινό, απευθύνεται και στους εκπροσώπους του τύπου για την άμεση εξυπηρέτησή τους (Matesanz, 2003).

Με 34 δότες/ 1.000.000 πληθυσμού, η Ισπανία έχει εντυπωσιάσει τη διεθνή μεταμοσχευτική κοινότητα. Το 2010, ο WHO ενσωμάτωσε κάποια στοιχεία του ισπανικού μοντέλου στο σχέδιο δράσης του σχετικά με τη δωρεά και τη μεταμόσχευση οργάνων σε παγκόσμιο επίπεδο (Rodríguez-Arias et al., 2010).

2.4.2. Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

Το 1986 ο UNOS (United Network for Organ Sharing) δημιούργησε το εθνικό δίκτυο μεταμοσχεύσεων (Organ Procurement and Transplantation Network, OPTN). Ο UNOS είναι μη κερδοσκοπικός, μη κυβερνητικός οργανισμός που ως διαχειριστής του δικτύου μεταμοσχεύσεων, αναπτύσσει πολιτικές διανομής οργάνων και θέτει προδιαγραφές για τα μέλη του. Μέλη του δικτύου είναι μεταμοσχευτικά κέντρα, οργανισμοί μεταμοσχεύσεων, εργαστήρια ιστοσυμβατότητας, εθελοντικές οργανώσεις υγείας, επιστημονικές οργανώσεις αλλά και μέλη από τον ευρύτερο πληθυσμό, όπως οικογένειες δωρητών. Αυτή η ποικιλομορφία εξηγείται από την επιδίωξη της μέγιστης δυνατής συναίνεσης στο σχεδιασμό πολιτικών μεταμόσχευσης (Λυντέρης, 2004).

Ιδιαίτερος κρίσιμη θεωρείται για την αφαίρεση ιστού ή οργάνου από ζωντανό δότη η ύπαρξη συναίνεσης (Λυντέρης, 2004). Η υποχρέωση ερώτησης για δωρεά στις οικογένειες όλων των δυνητικών δοτών, καθιερώθηκε με νόμο σε ομοσπονδιακό και πολιτειακό επίπεδο. Ακόμη κι αν υπάρχει κάρτα δωρητή, οι συντονιστές μεταμοσχεύσεων δεν εναντιώνονται στην

ενδεχόμενη αντίθετη θέληση της οικογένειας (Healy, 2005). Το 1998, οι κανόνες υποχρεωτικής αναφοράς όλων των επικείμενων θανάτων στα νοσοκομεία τέθηκαν σε ισχύ με σκοπό την όσο το δυνατό πιο έγκαιρη εμπλοκή των συντονιστών μεταμόσχευσης (Λυντέρης, 2004) .

Όσον αφορά την κατανομή των οργάνων, εφόσον αναγνωριστεί η ανάγκη για μεταμόσχευση από το γιατρό, ο ασθενής απευθύνεται στο μεταμοσχευτικό κέντρο που κάνει την αξιολόγηση για την εγγραφή του στη λίστα αναμονής, ενώ ειδικά για κάποια όργανα (πχ. καρδιά) η ύπαρξη ασφαλιστικής κάλυψης είναι προαπαιτούμενο (Ντεβέ, 2007) .

2.4.3. Ιταλία

Η Ιταλία παρουσιάζει τα τελευταία χρόνια σταθερά ανοδική πορεία στα ποσοστά μεταμοσχεύσεων. Παρατηρούνται βέβαια σημαντικές διαφορές στα ποσοστά ανάμεσα στο Βορρά και στον υποβαθμισμένο Νότο.

Στην Ιταλία ο νόμος περί αφαιρέσεων και μεταμοσχεύσεων ανθρώπινων ιστών και οργάνων ψηφίστηκε το 1999 με μεγάλη πλειοψηφία από τη Βουλή. Με το νόμο αυτό ιδρύθηκε το Εθνικό Κέντρο Μεταμοσχεύσεων (Centra Nazionale Trapianti, CNT) και προέβλεψε την κατανομή της χώρας σε τόσες μεταμοσχευτικές περιφέρειες όσες και οι διοικητικές. Η άλλη καινοτομία του νόμου ήταν η καθιέρωση της επαγγελματικής ειδικότητας του «τοπικού συντονιστή», ακολουθώντας το παράδειγμα της Ισπανίας (Γσουτσούλη, 2010).

Από τα πιο ενδιαφέροντα σημεία των προδιαγραφών λειτουργίας των μεταμοσχευτικών κέντρων είναι ο ακριβής καθορισμός του ελάχιστου αριθμού ετήσιων μεταμοσχεύσεων ανά όργανο, που είναι απαραίτητες για την κάλυψη του λειτουργικού τους κόστους (Council of Europe, 2002).

2.4.4. Ηνωμένο Βασίλειο

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, συμπεριλαμβανόμενης της Βόρειας Ιρλανδίας, ο UK Transplant είναι ο αρμόδιος οργανισμός για τις μεταμοσχεύσεις και υπάγεται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS). Η υπηρεσία ιδρύθηκε το 1991 και το 2000 αναμορφώθηκε με σκοπό την αύξηση των ποσοστών δωρεάς.

Παρά την ύπαρξη δήλωση δωρεάς ζητείται και η συναίνεση της οικογένειας. Γι' αυτό το λόγο οι ενημερωτικές εκστρατείες δίνουν έμφαση στη συζήτηση μέσα στην οικογένεια, ώστε να γίνονται γνωστές οι επιθυμίες των μελών τους.

Τα τελευταία χρόνια, λόγω της έλλειψης μοσχευμάτων, ενθαρρύνεται και επιτρέπεται η λήψη της δωρεάς από σύζυγο, σύντροφο ή στενό φίλο (UK Transplant, 2013).

2.4.5. Γερμανία

Στη Γερμανία ο νόμος περί μεταμοσχεύσεων του 1997 έθεσε τέλος σε δεκαετίες συζητήσεων και διαφωνιών. Καθιερώνεται η συναίνεση ως απαραίτητη προϋπόθεση αφαίρεσης. Επιτρέπει την αφαίρεση από νεκρό δότη με τη συναίνεση των οικείων του σε περίπτωση που η δική του βούληση δεν ήταν γνωστή. Αποδέχεται ως ισότιμα κριτήρια θανάτου αφενός την απώλεια λειτουργίας της καρδιάς και της κυκλοφορίας και αφετέρου τον εγκεφαλικό θάνατο (Λυντέρης, 2004).

2.5. Οργανισμοί διακρατικής συνεργασίας

Μια άλλη περίπτωση διαμόρφωσης πολιτικής μεταμοσχεύσεων αφορά τις περιπτώσεις εκείνες που περισσότερες από μία χώρες ενώνουν τις δυνάμεις τους για κοινή αντιμετώπιση του ζητήματος. Η Eurotransplant είναι υπεύθυνη για τη διαμεσολάβηση στις μεταμοσχεύσεις και την κατανομή των οργάνων για τις χώρες της Αυστρίας, Γερμανίας, Βελγίου, Λουξεμβούργου, Ολλανδίας, Σλοβενίας και Κροατίας. Ο Οργανισμός ιδρύθηκε το 1967 από το γιατρό Van Rood και συστάθηκε νόμιμα το 1969, προκειμένου να επιτευχθεί μια κεντρική καταγραφή όλων των ασθενών που περιμένουν μόσχευμα και να αυξηθούν οι πιθανότητες εξεύρεσης κατάλληλου δότη. Αρχικά, η συνεργασία είχε ξεκινήσει για την ανταλλαγή νεφρών, ενώ σταδιακά επεκτάθηκε στο ήπαρ και μετά σε άλλα όργανα και ιστούς (www.eurotransplant.org).

Τα στοιχεία όλων των υποψήφιων ληπτών διοχετεύονται σε μια κεντρική ηλεκτρονική βάση δεδομένων. Όταν εντοπιστεί υποψήφιος δότης, τα αντίστοιχα στοιχεία μεταφέρονται στη βάση, όπου βρίσκεται ο καταλληλότερος λήπτης. Η Eurotransplant επικοινωνεί με το μεταμοσχευτικό κέντρο του λήπτη, όπου ο γιατρός αποφασίζει αν θα δεχτεί το μόσχευμα και σε συνεργασία με τον εκάστοτε περιφερειακό συντονιστή, ρυθμίζει τη διαδικασία μεταμόσχευσης. Αν δε βρεθεί λήπτης εντός της Eurotransplant, το μόσχευμα προσφέρεται σε

συνεργαζόμενους οργανισμούς, όπως η UK Transplant και η Scandiatransplant (www.eurotransplant.org).

Η συνεργασία των διαφόρων δεξαμενών εθελοντών δοτών μυελού των οστών έγινε πραγματικότητα μέσω του «Διεθνούς Αρχείου Εθελοντών Δοτών Μυελού των Οστών» (Bone Marrow Donors Worldwide-BMDW), που δημιουργήθηκε με πρωτοβουλία του Jon J. Van Rood. Πρόκειται ουσιαστικά για την ενοποίηση των αρχείων εθελοντών δοτών των μεγαλύτερων δεξαμενών παγκοσμίως που δίνει τη δυνατότητα να αναζητούνται ιστοσυμβατοί εθελοντές δότες σε παγκόσμιο επίπεδο. Η πρώτη έκδοση του BMDW το 1989 ήταν ένας «χρυσός οδηγός» που περιελάμβανε τα στοιχεία 150.000 εθελοντών από 8 χώρες (www.bmdw.org).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1. Ορισμοί

Μεταμόσχευση σημαίνει εμφύτευση ενός ιστού ή οργάνου, που καλείται μόσχευμα και που αναλαμβάνει τη λειτουργία του αντιστοίχου ανεπαρκούντος οργάνου. Αυτό γίνεται με ή χωρίς αφαίρεση του νοσούντος οργάνου. Μπορεί να είναι:

α) *Ορθοτοπική*, όπου αφαιρείται το πάσχον όργανο και αντικαθίσταται από το μόσχευμα στην ίδια θέση.

β) *Ετεροτοπική*, όπου το μόσχευμα τοποθετείται σε άλλη θέση εντός του σώματος, εκτός της φυσικής του θέσης.

Δωρητής είναι εκείνος που, όντας στη ζωή, δηλώνει ότι επιθυμεί να δωρίσει, το/τα όργανά του για μεταμόσχευση, μετά το θάνατό του. Επίσης, μπορεί να δωρίσει κανείς, όντας στη ζωή, μυελό των οστών ή τον ένα νεφρό του ή τμήμα του παγκρέατος ή ένα λοβό του πνεύμονα ή τον ένα λοβό του ήπατος (Γερολούκα, 2002).

Δότης είναι κάθε άνθρωπος που προβαίνει στη δωρεά ενός ή περισσότερων οργάνων, είτε κατά τη διάρκεια της ζωής του είτε μετά το θάνατό του.

Λήπτης είναι το πρόσωπο που λαμβάνει μόσχευμα ενός οργάνου (ΦΕΚ 150 Α', ν.3984/2011).

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

Ανοχή ονομάζεται το ανοσοβιολογικό φαινόμενο, που αφορά σε φυσική ή επίκτητη αδυναμία του οργανισμού να αντιδρά στην παρουσία συγκεκριμένου αντιγόνου. Έτσι, ο ξενιστής δέχεται το μόσχευμα χωρίς να δημιουργεί αντίδραση απόρριψης.

Απόρριψη ονομάζεται η πολύπλοκη ανοσοβιολογική εργασία, κατά την οποία επέρχεται ιστική βλάβη και νέκρωση του μοσχεύματος, όταν δεν υπάρχει φυσική ή χημική (φαρμακευτική) ανοχή. Αυτό συμβαίνει, διότι ο ξενιστής (λήπτης) δεν συμβιβάζεται, κατά κάποιο τρόπο, με την παρουσία του μοσχεύματος. Αποτελεί τη σοβαρότερη επιπλοκή κάθε μεταμόσχευσης.

Ανοσοκατασταλτική θεραπεία είναι η χορήγηση διαφόρων παραγόντων που σταματούν το φυσικό μηχανισμό άμυνας του οργανισμού του λήπτη να επιτίθεται εναντίον του μοσχεύματος. Χορηγείται ισοβίως, μετά από κάθε μεταμόσχευση.

3.2. Είδη μοσχευμάτων

Ανάλογα με τη γενετική σχέση μεταξύ του δότη και του λήπτη, διακρίνονται 3 είδη μοσχευμάτων:

- α) Αυτομοσχεύματα (autografts) είναι αυτά που προέρχονται από το ίδιο άτομο, π.χ. δερματικά, οστικά.
- β) Αλλομοσχεύματα (allografts, homografts) είναι αυτά που ο δότης και ο λήπτης είναι γενετικά διαφορετικοί, αλλά ανήκουν στο ίδιο ζωικό είδος, π.χ. μόσχευμα από άνθρωπο σε άνθρωπο.
- γ) Ξενομοσχεύματα (xenografts) είναι αυτά που ο δότης και ο λήπτης είναι άτομα προερχόμενα από διαφορετικό ζωικό είδος, π.χ. μόσχευμα από μπαμπούινο σε άνθρωπο (Γερολούκα, 2002).

3.3. Πηγές μοσχευμάτων

Το βασικότερο στοιχείο για την ανάπτυξη των μεταμοσχευτικών προγραμμάτων είναι η αξιοποίηση των μοσχευμάτων. Οι πηγές των μοσχευμάτων ταξινομούνται ως εξής:

3.3.1. Δότες με πάλλουσα καρδιά

Οι δότες με πάλλουσα καρδιά (heart beating donors) διακρίνονται στις εξής κατηγορίες:

- α) Ζώντες δότες: Είναι άτομα απόλυτα υγιή, ιστοσυμβατά με το λήπτη, που μπορούν να προσφέρουν είτε ένα όργανο, είτε τμήμα οργάνου ή ακόμη και άλλον ιστό, όπως μυελό των οστών. Οι συγγενείς δότες είναι μέλη της ίδιας οικογένειας. Η προσφορά μοσχεύματος από δότη μη συγγενή εξ αίματος υπόκειται σε ειδική νομοθεσία. Αυτό γίνεται προκειμένου να περιορισθούν ανεπίτρεπτες ηθικά συναλλαγές (Κωστάκης, 2004).
- β) Εγκεφαλικά νεκροί δότες: Πρόκειται για άτομα με εγκεφαλικό θάνατο, που ήδη νοσηλεύονται σε ΜΕΘ, βρίσκονται υπό μηχανική υποστήριξη της αναπνοής και άμεση παρακολούθηση και υποστήριξη της αιμοδυναμικής και μεταβολικής τους κατάστασης, μέχρις ότου ληφθεί η απόφαση για δωρεά των οργάνων. Αυτοί αποτελούν τη μεγαλύτερη πηγή μοσχευμάτων (Γερολούκα, 2002).

γ) Ανεγκέφαλα βρέφη: Η πρόωμη διακοπή της εγκυμοσύνης είναι η πιο κοινή κατάληξη της διάγνωσης της ανεγκεφαλίας στις ανεπτυγμένες χώρες (Obeidi et al., 2010). Μεταμοσχεύσεις νεφρών και άλλων οργάνων από ανεγκέφαλα βρέφη, έχουν πραγματοποιηθεί στην Ευρώπη και την Αμερική και έχουν φέρει στην επιφάνεια μεγάλα ηθικά ερωτήματα (Βούβαρη, Βασιλείου, 2007).

3.3.2. Δότες χωρίς πάλλουσα καρδιά

Η ανάκτηση των οργάνων από δότες μετά από καρδιακό θάνατο -ο κανόνας κατά τα πρώτα χρόνια της μεταμόσχευσης, εγκαταλείφθηκε στη δεκαετία του 1970 και του 1980 με την αποδοχή των κριτηρίων του εγκεφαλικού θανάτου. Οι αρνητικές επιπτώσεις στη λειτουργία των οργάνων από το χρόνο της θερμής ισχαιμίας και οι συνδυαζόμενη καθυστερημένη λειτουργία των μοσχευμάτων οδήγησε τα περισσότερα μεταμοσχευτικά κέντρα να στηρίζονται αποκλειστικά στους εγκεφαλικά νεκρούς δότες. Παρά ταύτα, καθώς το χάσμα μεταξύ προσφοράς και ζήτησης για τα συμπαγή όργανα διευρύνεται, πολλά κέντρα επαναξιολογούν τη χρήση οργάνων από τέτοιους δότες (Ojo et al., 2004).

Οι δότες χωρίς πάλλουσα καρδιά ή ασυστολικοί δότες ορίζονται εκείνοι οι οποίοι έχουν υποστεί μη αναστρέψιμη καρδιακή ανακοπή πριν την αφαίρεση των μοσχευμάτων (Δρακόπουλος, Κουκουλάκη, 2006) και ταξινομούνται με την κλίμακα Maastricht σε 5 κατηγορίες:

Κατηγορία I: Νεκροί κατά την άφιξη.

Κατηγορία II: Ανεπιτυχής αναζωογόνηση.

Κατηγορία III: Σε αναμονή καρδιακής ανακοπής.

Κατηγορία IV: Καρδιακή ανακοπή σε εγκεφαλικά νεκρό δότη.

Κατηγορία V: Απροσδόκητη καρδιακή ανακοπή σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς (Map of Medicine, 2010).

Το πιο σημαντικό βήμα στην ανάκτηση οργάνων από τέτοιους δότες είναι η ψύξη των οργάνων το ταχύτερο δυνατό (μέσω ενδοαορτικής ή μηριαίας οδού) και η εφαρμογή καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης μετά την παύση της κυκλοφορίας του αίματος, την δήλωση του θανάτου και τη χορήγηση της συγκατάθεσης (Kooststra et al., 2002).

3.3.3. Ζώα (Ξενομεταμοσχεύσεις)

Κάθε διαδικασία που περιλαμβάνει τη μεταμόσχευση, εμφύτευση ή έγχυση σε έναν ανθρώπινο λήπτη των ζώντων κυττάρων, ιστών ή οργάνων από μια ζωική πηγή (Fishman, 2012). Στη 2^η Παγκόσμια Διαβούλευση που διοργάνωσε ο ΠΟΥ στη Γενεύη το 2011 σχετικά με τις κλινικές δοκιμές στις ξενομεταμοσχεύσεις, αναφέρθηκε σημαντική πρόοδος σε προκλινικές μελέτες σε πιθήκους, μπαμπούνους και χοίρους (WHO, 2011).

3.4. Μεταμόσχευση συμπαγών οργάνων

3.4.1. Εγκεφαλικός θάνατος

Εγκεφαλικός θάνατος (brain death), είναι η κατάσταση της μη αναστρέψιμης βλάβης του εγκεφάλου, με απώλεια όλων των λειτουργιών του εγκεφαλικού στελέχους (brain stem death).

Ο ανθρώπινος οργανισμός αποτελείται από τη συνύπαρξη πολλών τύπων κυττάρων. Όμως, απλά και μόνο, η παρουσία ζωντανών κυττάρων, χωρίς τον κεντρικό έλεγχο ρυθμιστικών συστημάτων, όπως του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος δεν μπορεί να εξασφαλίσει τη ζωή. Ο εγκεφαλικός θάνατος αποτελεί μια πολύπλοκη διεργασία και εκφράζει το θάνατο ολοκλήρου του οργανισμού και όχι μόνο την παρουσία ενός νεκρού εγκεφάλου.

Ο θάνατος του εγκεφάλου, όπως άλλωστε και ο θάνατος όλων των ιστών, δεν είναι μια στιγμιαία διαδικασία, αλλά μια προοδευτική διεργασία που επέρχεται μέσα σε μερικές ώρες. Οι ανώτερες ψυχικές λειτουργίες, όπως η μνήμη, η σκέψη, η αντίληψη και οι υπόλοιπες γνωσιακές λειτουργίες, που έχουν ως κέντρο το φλοιό του εγκεφάλου, εξαρτώνται πρωτίστως από το δικτυωτό σχηματισμό του εγκεφαλικού στελέχους. Διαταραχή της λειτουργίας του δικτυωτού σχηματισμού, λόγω βλάβης του εγκεφαλικού στελέχους, προκαλεί συνολική δυσλειτουργία του εγκεφάλου. Για το λόγο αυτό αποδεχόμαστε ότι η ανεπανόρθωτη βλάβη του εγκεφαλικού στελέχους είναι ικανή και αναγκαία προϋπόθεση για να θεωρηθεί όλος ο εγκέφαλος νεκρός.

Ο εγκεφαλικός θάνατος ακολουθείται από το «σωματικό θάνατο» δηλαδή, το θάνατο όλων των οργάνων του σώματος, σε μεσοδιάστημα που διαρκεί συνήθως 48-72 ώρες ή και περισσότερο για τους ενήλικες και 10-15 ώρες για τα παιδιά (Γερολούκα, 2002).

Δεν πρέπει να γίνεται σύγχυση μεταξύ του εγκεφαλικού θανάτου και της μόνιμης φυτικής κατάστασης. Το «σημείο- κλειδί» της διαφοράς τους είναι ότι στον εγκεφαλικό θάνατο παύει

να λειτουργεί το εγκεφαλικό στέλεχος, ενώ στη φυτική κατάσταση παύει να λειτουργεί ο φλοιός. Τα άτομα που βρίσκονται σε μόνιμη φυτική κατάσταση, εμφανίζουν υποτυπώδη μορφή ζωής, αν και έχουν απολέσει σχεδόν όλα εκείνα τα στοιχεία που συνθέτουν την προσωπικότητα. Ωστόσο, σε καμία περίπτωση δεν θεωρούνται δότες οργάνων (Καραμπίνης, 2005).

Στο μεσοδιάστημα αυτό, αν και επέρχεται προοδευτικά η απορρύθμιση όλων των λειτουργιών των οργανικών συστημάτων, μπορεί με την κατάλληλη φροντίδα στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, να διατηρηθεί η βιολογική ζωή των οργάνων και συνεπώς, αυτά μπορούν να ληφθούν για μεταμόσχευση και να δώσουν ζωή σε άλλους ανθρώπους (Γερολούκα, 2002).

3.4.1.1. Μηχανισμός επέλευσης

Ανεξάρτητα από την πρωτοπαθή αιτία (κρανιοεγκεφαλική κάκωση, υποξία κλπ) που αποτέλεσε το κύριο υπόβαθρο για την επέλευση των μη αναστρέψιμων βλαβών του εγκεφάλου, η πλήρης νέκρωση της εγκεφαλικής ουσίας είναι το αποτέλεσμα της πλήρους και οριστικής διακοπής της κυκλοφορίας του αίματος σε όλα τα αγγεία του εγκεφάλου. Όταν όμως η καρδιακή λειτουργία διατηρείται, εξασφαλίζοντας έτσι κυκλοφορία αίματος στα ζωτικά όργανα, η οριστική διακοπή της κυκλοφορίας του αίματος στον εγκέφαλο, είναι αποτέλεσμα της μεγάλης αύξησης της ενδοκράνιας πίεσης(Γερολούκα, 2002).

3.4.1.2. Διάγνωση

Το πρότυπο για τον καθορισμό του εγκεφαλικού θανάτου παραμένει η κλινική νευρολογική εξέταση και έχει υιοθετηθεί από τις περισσότερες χώρες. Η κλινική εξέταση των ασθενών, οι οποίοι υποτίθεται ότι είναι εγκεφαλικά νεκροί, πρέπει να εκτελείται με ακρίβεια. Η δήλωση του εγκεφαλικού θανάτου δεν απαιτεί μόνο μια σειρά προσεκτικών νευρολογικών δοκιμασιών αλλά και την αναγνώριση της αιτίας του κώματος, τη διαπίστωση της μη αναστρέψιμότητας, την αναγνώριση τυχόν παραπλανητικών κλινικών νευρολογικών σημείων, την αναγνώριση πιθανών συγχυτικών παραγόντων, την ερμηνεία των ευρημάτων της νευροαπεικόνισης και την εκτέλεση κάθε επιβεβαιωτικών εργαστηριακών δοκιμασιών που κρίνονται αναγκαίες. Κάποιος μπορεί να υποστηρίξει ότι η απόφαση της διάγνωσης πρέπει να γίνει από νευρολόγο ή νευροχειρουργό, αλλά ο αναγκαίος βαθμός πραγματογνωμοσύνης δεν είναι άμεσα διαθέσιμος σε πολλά μικρά νοσοκομεία. Παρ' όλα

αυτά, υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των χωρών όσον αφορά τον αριθμό των παρατηρητών, την ειδικότητα του ιατρού που αξιολογεί τον ασθενή, τη διάρκεια της παρατήρησης και τη χρήση των επιβεβαιωτικών δοκιμασιών (Wijdicks, 2001).

3.4.1.2.1. Προϋποθέσεις

Η νευρολογική εξέταση μπορεί να προχωρήσει μόνο εάν πληρούνται οι ακόλουθες προϋποθέσεις:

- α) Καθορισμός της αιτίας του κόματος.
- β) Αποκλεισμός αναστρέψιμης αιτίας κόματος: φάρμακα, νοσήματα, κλινικές καταστάσεις.
- γ) Διαφορική διάγνωση από άλλα αίτια που μπορούν να μιμηθούν εγκεφαλικό θάνατο.
- δ) Διόρθωση κάθε αιτίας που μπορεί να δημιουργήσει σύγχυση στη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου (Πίνακας 3.1.).

Πίνακας 3.1. Αίτια που μπορεί να δημιουργήσουν σύγχυση στη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου, κατά σειρά συχνότητας.

1. Μεταβολικές διαταραχές (πχ. σοβαρή υποφωσφαταιμία).
2. Φάρμακα: Κατασταλτικά του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (υπνωτικά, ηρεμιστικά, αναισθητικά), μυοχαλαρωτικά, νευροτοξικές ουσίες.
3. Υποθερμία ≤ 32 °C.
4. Καταπληξία
5. Νευρολογικά αίτια: Σύνδρομο Guillain- Barre, στελεχιαία εγκεφαλίτιδα, «σύνδρομο εγκλεισμού».
6. Ηπατική ανεπάρκεια (ηπατική εγκεφαλοπάθεια σε στάδιο IV).
7. Ορμονικές διαταραχές (πχ. παν-υποφυσιακή ανεπάρκεια).

Γερολούκα, 2002.

Η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου μπορεί ή επιβάλλεται σε ορισμένες περιπτώσεις, να συμπληρώνεται από ειδικά εργαστηριακά δεδομένα. Το αρχικά ζητούμενο κατά τη διάγνωση είναι η αιτία που προκάλεσε την ολική και μη αντιστρεπτή καταστροφή του εγκεφάλου.

Οι καταστάσεις κατά τις οποίες, τα όργανα από έναν εγκεφαλικά νεκρό, μπορεί να δοθούν για μεταμόσχευση, παρουσιάζονται στον Πίνακα.

Πίνακας 3.2. Καταστάσεις κατά τις οποίες, τα όργανα από τον εγκεφαλικά νεκρό μπορεί

να δοθούν για μεταμόσχευση.
A. Ενήλικες
<ol style="list-style-type: none"> 1. Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις. 2. Υπαραχνοειδής αιμορραγία. 3. Πρωτοπαθή νεοπλάσματα εγκεφάλου. 4. Υπερδοσολογία φαρμάκων. 5. Εγκεφαλική ανοξία (πνιγμός, απαγχονισμός, καρδιακή ανακοπή).
B. Παιδιά
<ol style="list-style-type: none"> 1. Φαρμακευτικές δηλητηριάσεις. 2. Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις. 3. Ασφυξία (ξένα σώματα, πνιγμός). 4. Σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου νεογνών.
Γερολουκά, 2002.

Προκειμένου να τεθεί η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου, πρέπει να παρέλθει κάποιο χρονικό διάστημα, που διαφέρει μεταξύ των διαφόρων καταστάσεων όπως φαίνεται στον Πίνακα 3.3.

Πίνακας 3.3. Χρονικό διάστημα διάγνωσης και επιβεβαίωσης εγκεφαλικού θανάτου.
A. Ενήλικες
<ol style="list-style-type: none"> 1. Τουλάχιστον 6 ώρες μετά την εμφάνιση της κατάστασης κώματος. 2. Τουλάχιστον 24 ώρες από την επανεγκατάσταση της κυκλοφορίας μετά από καρδιακή ανακοπή. 3. Τουλάχιστον 24 ώρες μετά από ανοξαιμικό επεισόδιο. 4. 3-4 ημέρες ή και περισσότερο μετά τη λήψη φαρμακευτικών ουσιών και ανάλογα με το χρόνο ημιζωής του φαρμάκου.
B. Παιδιά
<ol style="list-style-type: none"> 1. Σταθερά ευρήματα για διάστημα παρατήρησης > 48 ώρες σε ηλικίες 7 ημερών- 2 μηνών. 2. Σταθερά ευρήματα για διάστημα παρατήρησης > 24 ώρες σε ηλικίες 2 μηνών- 1 έτους. 3. Για παιδιά > 1 έτους ισχύει ότι και στους ενήλικες.
Γερολούκα, 2002.

3.4.1.2.2. Αρχική εκτίμηση ασθενούς

Αρχικά, εκτιμάται η κατάσταση του ασθενούς και διερευνώνται με λεπτομέρεια τα εξής:

α) Ιστορικό

β) Παρούσα νόσος

γ) Λήψη φαρμάκων

δ) Κλινικός έλεγχος: φυσική εξέταση, θέση και στάση σώματος, μυϊκός τόνος, θερμοκρασία, καρδιαγγειακή λειτουργία, απουσία αυθόρμητης αναπνοής, αντιδράσεις σε εξωγενή ερεθίσματα, αντανακλαστικά του εγκεφαλικού στελέχους και του φλοιού, κλίμακα Γλασκώβης.

Για να διαπιστωθεί ο εγκεφαλικός θάνατος, θα πρέπει ο έλεγχος για την απουσία δραστηριότητας ή αντανακλαστικών του φλοιού, να δείχνει απουσία ανταπόκρισης σε κάθε τύπο επώδυνου ερεθίσματος, όπως και απουσία θέσεων απεγκεφαλισμού ή αποφλοίωσης (Γερολούκα, 2002).

3.4.1.2.3. Κλίμακα Γλασκώβης (Glasgow Coma Scale- GCS)

Πρώτοι το 1974, οι Teasdale και Jennett παρουσίασαν την Κλίμακα Κώματος Γλασκώβης (Πίνακας 3.4.) ως βοήθημα στην κλινική εκτίμηση της απώλειας συνείδησης. Από τότε, έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς για την αξιολόγηση μεμονωμένων ασθενών, την σύγκριση αποτελεσματικότητας θεραπειών και ως προγνωστικός δείκτης. Επίσης, έχει ενσωματωθεί σε πολλά συστήματα ταξινόμησης τραύματος και ασθένειας (Sternbach, 2000).

Η ουσία της GCS είναι η ανεξάρτητη αξιολόγηση των κλιμακούμενων αποκρίσεων σε 3 τομείς συμπεριφοράς: το άνοιγμα των ματιών, την κινητική απόκριση και τη λεκτική δραστηριότητα (Jennett, 2005). Μια βαθμολογία ίση ή μικρότερη του 8 είναι το παραδοσιακό κριτήριο για τη διαφοροποίηση των σοβαρών και μέτριων κακώσεων με τις ήπιες (Balestrieri et al., 2004). Στα παιδιά, η κλίμακα κυμαίνεται από 3-11 και η κρίσιμη βαθμολογία τοποθετείται στο 5 (Chung et al., 2006).

Το 2005, οι Wijdicks et al. επινόησαν μια νέα βαθμολογία κώματος, τη FOUR (Full Outline of UnResponsiveness), που αποτελείται από 4 τμήματα αξιολόγησης (τα μάτια, την κινητικότητα, το στέλεχος και την αναπνοή) και έχει ανώτατη βαθμολογία το 4 για κάθε τμήμα (Wijdicks et al., 2005), ενώ την ίδια χρονιά οι Gill et al. πρότειναν ένα ακόμη

απλούστερο σύστημα βαθμολόγησης 3 σημείων (Simplified Motor Score) που βασίζεται μόνο στην κινητικότητα (Gill et al., 2005).

Πίνακας 3.4. Glasgow Coma Scale		
Δραστηριότητα	Ανταπόκριση	Βαθμολογία
Άνοιγμα ματιών	Αυτόματα	4
	Σε εντολή	3
	Σε πόνο	2
	Καμία ανταπόκριση	1
Καλύτερη κινητική ανταπόκριση	Υπακοή	6
	Εντόπιση	5
	Τράβηγμα	4
	Κάμψη	3
	Έκταση	2
	Καμία ανταπόκριση	1
Καλύτερη λεκτική ανταπόκριση	Προσανατολισμός και συνομιλία	5
	Συγκεχυμένη συνομιλία	4
	Ακατάλληλες λέξεις	3
	Ακατανόητοι ήχοι	2
	Καμία ανταπόκριση	1

Teasdale G, Jennett B: Assessment of coma and impaired consciousness. A practice scale. Lancet 2: 81–84, 1974

3.4.1.2.4. Ανεξήγητες κινήσεις ή «σημείο του Λαζάρου»

Ο όρος «σημείο του Λαζάρου» χρησιμοποιήθηκε πρώτη φορά από τον Bray το 1993 (Adhiyaman et al., 2007) και χαρακτηρίζει άτομα που πληρούν τα κριτήρια του εγκεφαλικού θανάτου αλλά εμφανίζουν «περίεργες» κινήσεις. Αυτές οι κινήσεις περιλαμβάνουν έκταση των άκρων και του κορμού, κινήσεις βάδισης, κινήσεις δραγμού, στροφή κεφαλής, συσπάσεις του προσώπου και επιμένοντα αντανακλαστικά babinski, τενόντια, κοιλιακά ή κρεμαστήρια.

Οι ανεξήγητες αυτές αντανακλαστικές κινήσεις, που είναι κινήσεις αυτοματισμού εκ μέρους του νωτιαίου μυελού δεν αναιρούν τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου. Ενδεχόμενα να

απαιτηθεί, επιπλέον επιβεβαιωτικός έλεγχος ή επιπρόσθετη κλινική παρατήρηση για τουλάχιστον 12 ώρες ακόμη (Bueri et al., 2000).

Η εμφάνιση των νωτιαίων αντανακλαστικών στους εγκεφαλικά νεκρούς ασθενείς μπορεί σαφώς να καθυστερήσει τη λήψη κάποιας απόφαση, όπως μιας μεταμοσχευτικής διαδικασίας, λόγω των δυσκολιών να πειστεί η οικογένεια ή ακόμη κι ένας γιατρός που συμμετέχει στη διάγνωση (Dös emeci et al., 2004).

3.4.1.2.5. Κλινικά κριτήρια

Η πλήρης κλινική νευρολογική εξέταση για τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου περιλαμβάνει:

- α) Την επιβεβαίωση του κόματος.
- β) Την απουσία των αντανακλαστικών του εγκεφαλικού στελέχους.
- γ) Την άπνοια.

Κατά τον κλινικό έλεγχο των αντανακλαστικών του στελέχους παρατηρούνται:

- Απουσία μορφασμών του προσώπου.
- Κατάργηση του αντανακλαστικού των οφθαλμικών κορών στο φως.
- Κατάργηση του αντανακλαστικού του κερατοειδούς.
- Κατάργηση του οφθαλμοκεφαλικού αντανακλαστικού.
- Απουσία του αντανακλαστικού του ψυχρού.
- Απουσία των φαρυγγολαρυγγικών αντανακλαστικών (Wijdicks et al., 2010).

Η δοκιμασία της άπνοιας έχει θεωρηθεί από τους περισσότερους συγγραφείς ως η θεμελιώδης προϋπόθεση για τον καθορισμό του εγκεφαλικού θανάτου (Machado et al., 2009). Μπορεί να εκτελεστεί με ασφάλεια σχεδόν κάτω από οποιοσδήποτε συνθήκες, αν ληφθούν οι απαραίτητες προϋποθέσεις (Lang, Heckmann, 2005) και οι επιπλοκές είναι πιο συχνές σε ασθενείς με ιστορικό παραγόντων κινδύνου και όταν δεν τηρούνται οι κατευθυντήριες γραμμές (Saposnik et al., 2004).

Εκτός από τις παραπάνω υποχρεωτικές δοκιμασίες, υπάρχει και η «αρνητική δοκιμασία ατροπίνης» για την επιβεβαίωση του εγκεφαλικού θανάτου. Σημαίνει λιγότερο από 3% αύξηση της καρδιακής συχνότητας, μετά την εφάπαξ χορήγηση i.v. 3 ml ατροπίνης (Maschado, 2010).

3.4.1.2.6. Εργαστηριακός έλεγχος

Ο εργαστηριακός έλεγχος που εφαρμόζεται για την επιβεβαίωση του εγκεφαλικού θανάτου περιλαμβάνει τα εξής:

α) *Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα*: Είναι μια από τις πιο καλά επικυρωμένες εξετάσεις επιβεβαίωσης. Λαμβάνονται καταγραφές για τουλάχιστον 30' και σε εγκεφαλικά νεκρό ασθενή, η ηλεκτρική δραστηριότητα είναι απύσχα σε επίπεδα $>2 \mu\text{V}/\text{mm}$ (Wijdicks, 2001).

β) *Σωματοαισθητικά προκλητά δυναμικά*: Η τεχνική αυτή δεν χρησιμοποιείται σε καθημερινή βάση (Wijdicks et al., 2010).

γ) *Εγκεφαλική αγγειογραφία*: Θεωρείται το «χρυσό πρότυπο» αναφοράς. Είναι σχετικά απλή για να εκτελεστεί και μπορεί να γίνει μέσα σε 30'-60'. Παρόλα αυτά, η διαθεσιμότητά της δεν είναι πάντα άμεση και το κόστος δεν είναι χαμηλό (Heran et al., 2008).

δ) *Τεχνικές πυρηνικής ιατρικής*: Αρχικά χρησιμοποιήθηκε το τεχνητό για την ανίχνευση της ροής του αίματος στα ενδοκρανιακά διαμερίσματα. Σήμερα, χρησιμοποιούνται νεότεροι παράγοντες, όπως το Tc-HMPAQ για φωτονιακή τομογραφία.

ε) *Διακρανιακό Doppler*: Είναι ασφαλής, μη επεμβατική, σχετικά φθηνή εξέταση και μπορεί να γίνει χωρίς τη μεταφορά του ασθενούς έξω από τη ΜΕΘ. Συνήθως, γίνονται δύο δοκιμές με απόσταση τουλάχιστον 20'. Δεν συνίσταται ως το μοναδικό κριτήριο στην υποψία εγκεφαλικού θανάτου (Young et al., 2006).

στ) *Αξονική τομογραφία*: Με βάση την υπολογιστική τομογραφία (CT), χρησιμοποιούνται οι τεχνικές της αγγειογραφίας (CTA) και της διάχυσης (CTP) (Heran et al., 2008). Η CTA είναι εύκολη, προσβάσιμη, απαιτεί μόνο μια ενδοφλέβια πρόσβαση και δεν επηρεάζεται από ιατρικούς συγχυτικούς παράγοντες (Wijdicks, 2002). Η CTP απαιτεί επεξεργασία των αποκτηθέντων δεδομένων από ειδικούς (Schaefer et al., 2006) και η χρησιμότητά της δεν έχει επίσημα εκτιμηθεί.

ζ) *Τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET scan)*: Είναι ένα ερευνητικό εργαλείο το οποίο είναι σχετικά ακριβό και δεν είναι καθολικά διαθέσιμο (Coles, 2007).

η) *Μαγνητική τομογραφία*: Με τη χρήση νέων γρήγορων τεχνικών (πχ. η diffusion-weighted MRI), η μαγνητική τομογραφία μπορεί να εμφανίσει όχι μόνο ανατομικές αλλαγές που

σχετίζονται με σοβαρή ταλαιπωρία του εγκεφάλου, αλλά και δευτερεύουσες δομικές αλλαγές οφειλόμενες στον εγκεφαλικό θάνατο (Lövnblad, Basssetti, 2000).

θ) *Εγκεφαλική οξυμετρία*: Αποτελεί μη επεμβατική μέθοδο με τη χρήση υπέρυθρης φασματοσκοπίας (NIRS) για την ανίχνευση της εγκεφαλικής ισχαιμίας (Murkin, Arango, 2009).

3.4.2. Κριτήρια καταλληλότητας δοτών και μοσχευμάτων

Οι ασθενείς που πιθανόν να εξελιχθούν σε δότες οργάνων, αναγνωρίζονται συνήθως, εντός των πρώτων 24ώρων από τη στιγμή της εισαγωγής τους στο νοσοκομείο ή στη ΜΕΘ (Γερολούκα, 2002).

Αρχικά, όλες οι θεραπευτικές προσπάθειες αποσκοπούν, όπως είναι αυτονόητο, στη διάσωση του ασθενούς. Από τη στιγμή όμως που τίθεται η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου, η αγωγή τροποποιείται με κύριο στόχο την υποστήριξη των προς μεταμόσχευση οργάνων. Το χρονικό διάστημα μεταξύ της εμφάνισης του εγκεφαλικού θανάτου και της αφαίρεσης των οργάνων από το δότη συνήθως χαρακτηρίζεται από την αστάθεια του δυνητικού δότη, η οποία αυξάνει προοδευτικά και οφείλεται για το 10%- 20% της απώλειας των δυνητικών δοτών (Wood et al., 2004).

Η υποστήριξη αυτή αίρεται μόνον εφόσον υπάρχουν αντενδείξεις για την καταλληλότητα των οργάνων προς μεταμόσχευση ή μετά από αμετάκλητη άρνηση του άμεσου οικογενειακού περιβάλλοντος του υποψηφίου δότη.

Η αποδοχή της καταλληλότητας ενός δότη βασίζεται κατ' αρχήν στη βιολογική του κατάσταση, στην ηλικία και ιδιαίτερα στην έλλειψη ιστορικού νόσου ή κλινικοεργαστηριακών ευρημάτων ενδεικτικών δυσλειτουργίας ή κάκωσης των υπό εκτίμηση οργάνων.

Η βιοψία από το μόσχευμα, πριν αρχίσει η χειρουργική επέμβαση της μεταμόσχευσης, μπορεί να δώσει κρίσιμα στοιχεία, ιδιαίτερα σε φαινομενικώς όχι πολύ καλά (οριακά) μοσχεύματα (π.χ. με πιθανές ισχαιμικές αλλοιώσεις, αθηρωματικά αγγεία ή ήπαρ με λιπώδη εκφύλιση).

Ο εργαστηριακός έλεγχος (Πίνακας 3.5) που συμπληρώνει την εκτίμηση της καταλληλότητας των οργάνων για μεταμόσχευση, καλό είναι να πραγματοποιείται πριν τη μετάγγιση αίματος

στον πιθανό δότη –εφόσον είναι εφικτό-. Τούτο γίνεται προκειμένου να αποφευχθούν ψευδή αποτελέσματα δοκιμασιών ανοσολογικού ελέγχου και ελέγχου για λοιμώξεις.

Πίνακας 3.5. Εργαστηριακός έλεγχος του δότη οργάνων.
Ανοσολογικός έλεγχος → Τύπος αίματος ABO- Rhesus → Έλεγχος ιστοσυμβατότητας- HLA
Ιολογικός έλεγχος → Σύφιλη: VDRL ή RPR → Ηπατίτιδα Β και C: HBsAg, Anti-HCV → HIV → Κυτταρομεγαλοϊός (IgG, IgM-CMV) → (PCR για EBV, CMV, Herpes I, II)
Βιοχημικός έλεγχος → Αίματος: Σάκχαρο, ουρία, κρεατινίνη, ασβέστιο, φώσφορος, κάλιο, νάτριο, μαγνήσιο, τρανσαμινάσες, αλκαλική φωσφατάση, γGT, χολερυθρίνη (ολική-άμεση), αμυλάση. → Γενική ανάλυση ούρων
Αιματολογικός έλεγχος → Γενική εξέταση αίματος: Ht, λευκοκύτταρα (αριθμός/ τύπος), αιμοπετάλια → Έλεγχος πηκτικότητας: PT, INR, aPTT, ινωδογόνο
Μικροβιολογικός έλεγχος → Χρώση κατά Gram σε πτύελα, βρογχικό έκκριμα → Καλλιέργειες: αίματος, ούρων, βρογχικού εκκρίματος, υγρού τραύματος.
Απεικονιστικός έλεγχος → Ακτινογραφία θώρακα
Άλλα → Ανάλυση αερίων αρτηριακού αίματος → Απεικονιστικός έλεγχος, ανάλογα με τις ενδείξεις (υπερηχογράφημα ήπατος/ νεφρών/ καρδιάς)
Γερολουκά, 2002.

Σε κάθε περίπτωση δυνητικού δότη οργάνων, θα πρέπει να αποκλείεται επισταμένα η περίπτωση μετάδοσης οποιουδήποτε παράγοντα, τοξικού ή λοιμώδους, που θα μπορούσε να προκαλέσει βλάβη στο λήπτη του μοσχεύματος.

Λοίμωξη στο δότη, που έχει αντιμετωπισθεί αποτελεσματικά, δεν αποτελεί αντένδειξη για λήψη μοσχευμάτων, αντίθετα όταν υπάρχει αμφιβολία για την αιτία που προκάλεσε τον εγκεφαλικό θάνατο και πιθανολογείται λοιμώδης ή τοξικός παράγοντας, τότε η λήψη μοσχευμάτων αποκλείεται.

Η πολυήμερη παραμονή του δότη, συνήθως πάνω από 5 μέρες σε ΜΕΘ, μπορεί να αποτελέσει αντένδειξη λήψης οργάνων για μεταμόσχευση, λόγω του κινδύνου μικροβιακού αποικισμού των οργάνων και μετέπειτα ανάπτυξη σοβαρών λοιμώξεων στο λήπτη.

Τα γενικά κριτήρια αποκλεισμού ενός δότη, καθώς και τα ειδικά κριτήρια αποκλεισμού κάθε οργάνου σε συνδυασμό με τα επιτρεπτά όρια ηλικίας του δότη φαίνονται στους Πίνακες 3.6. και 3.7, αντίστοιχα.

Πίνακας 3.6. Γενικά κριτήρια αποκλεισμού του δότη.
Λοίμωξη <ul style="list-style-type: none">• Μη θεραπευμένη βακτηριακή ή μυκητιασική λοίμωξη• Ιογενής ηπατίτιδα• Ιογενής εγκεφαλίτιδα• HIV• Ενεργός λοίμωξη από μεγαλοκυτταροϊό ή συστηματική λοίμωξη από ιό έρπητα• Ενεργός φυματίωση• Μη θεραπευμένη σύφιλη• Χρήση τοξικών ουσιών i.v., κατά το πρόσφατο παρελθόν
Κακοήθες νόσημα <ul style="list-style-type: none">□ Όλα εκτός από τα πρωτοπαθή νεοπλάσματα εγκεφάλου και εντοπισμένα δερματικά και κρανιακά καρκινώματα
Ιστορικό σοβαρού χρονίου νοσήματος (π.χ. αυτοάνοσα)
Παρατεταμένα διαστήματα ισχαιμίας (υπόταση, καρδιακή ανακοπή)
Γερολουκά, 2002.

Πίνακας 3.7. Ειδικά κριτήρια αποκλεισμού κάθε οργάνου.		
Όργανο	Επιτρεπτό όριο ηλικίας (έτη)	Κριτήρια αποκλεισμού
Καρδιά	≤ 60	Στεφανιαία νόσος, βαλβιδοπάθεια, σοβαρή κάκωση του μυοκαρδίου
Πνεύμονες	≤ 60	Χρόνιο πνευμονικό νόσημα, σοβαρή κάκωση των πνευμόνων, αποφρακτικό νόσημα, ατελεκτασία λόγω απόφραξης, πνευμονία, εισρόφιση γαστρικού περιεχομένου, βαρύς καπνιστής
Νεφροί	1 μήνας- 75 έτη	Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, άμεση κάκωση, ενδοκοιλιακή σήψη
Ήπαρ	< 75	Χρόνιο ηπατικό νόσημα, ιογενής ηπατίτιδα, άμεση κάκωση, ενδοκοιλιακή σήψη
Πάγκρεας	< 65	Προϋπάρχων σακχαρώδης διαβήτης, άμεση κάκωση, ενδοκοιλιακή σήψη
Έντερο	?	Χρόνιο νόσημα ή άμεση βλάβη, ενδοκοιλιακή σήψη
Δέρμα	15- 65	Χρόνιο νόσημα ή άμεση βλάβη
Καρδιακές βαλβίδες	≤ 55	Χρόνιο νόσημα ή άμεση βλάβη
Κερατοειδής	1- 65	Χρόνιο νόσημα ή άμεση βλάβη
Γερολουκά, 2002.		

Η καταλληλότητα κάθε οργάνου προκειμένου να χρησιμοποιηθεί ως μόσχευμα, κρίνεται ιδιαίτερα, ώστε να διασφαλισθεί η μεγαλύτερη πιθανότητα ομαλής λειτουργίας του μετά τη μεταμόσχευση (Γερολουκά, 2002.)

3.5. Μεταμόσχευση μυελού των οστών

Η μεταμόσχευση μυελού κατέχει ιδιαίτερη θέση ανάμεσα στις μεταμοσχεύσεις, λόγω των ιδιαίτερων χαρακτήρων του οργάνου που μεταμοσχεύεται. Για μερικές δεκαετίες εφαρμόζεται σαν θεραπεία εκλογής σε μερικά βαριά, θανατηφόρα συγγενή ή επίκτητα νοσήματα, κυρίως του αιμοποιητικού και του λεμφικού συστήματος (Κωστάκης, 2004).

3.5.1. Προϋποθέσεις

Ο μυελός των οστών περιέχει αρχέγονα πολυδύναμα αιμοποιητικά κύτταρα, τα οποία όταν ωριμάσουν μετατρέπονται σε λευκά αιμοσφαίρια, ερυθρά αιμοσφαίρια και αιμοπετάλια (Γερμενής, 2000).

Σε περίπτωση που ο μυελός των οστών ενός ασθενούς ανεπαρκεί, έχει καταστραφεί ή διηθηθεί από κακοήγη κύτταρα, εκδηλώνονται σοβαρότατα αιματολογικά νοσήματα, όπως λευχαιμία, μυελική απλασία κ.ά. Η αντιμετώπιση των νοσημάτων αυτών επιχειρείται με διάφορα φαρμακευτικά σχήματα, αλλά πολλές φορές μόνη θεραπεία είναι η μεταμόσχευση, δηλαδή η αντικατάσταση του πάσχοντος μυελού με μυελό που θα του δημιουργηθεί, αν του μεταμοσχευθούν αρχέγονα αιμοποιητικά κύτταρα από έναν συμβατό με αυτόν υγιή δότη.

Για τη μεταμόσχευση μπορεί να χρησιμοποιηθούν είτε μυελός των οστών του δότη είτε κύτταρα από το περιφερικό του αίμα. Αυτά είναι ειδικά αδιαφοροποίητα κύτταρα, που μπορούν να δημιουργήσουν εκ νέου όλα τα είδη των κυττάρων του αίματος. Τα αιμοποιητικά κύτταρα συλλέγονται από το μυελό των οστών, όπου φυσιολογικά κατοικούν. Ο μυελός είναι ο ιστός που βρίσκεται στο εσωτερικό των οστών και παράγει αίμα. Σήμερα μπορούμε να συλλέξουμε τα αιμοποιητικά κύτταρα και από το αίμα, αφού προκαλέσουμε την έξοδό τους από τα οστά, με τη χορήγηση αυξητικών παραγόντων.

Στην αυτόλογη μεταμόσχευση, συλλέγονται αιμοποιητικά κύτταρα από τον ίδιο τον ασθενή πριν από τη θεραπεία και επαναχορηγούνται μετά από υψηλή δόση χημειοθεραπείας ή ακτινοβολίας. Τα αυτόλογα αιμοποιητικά κύτταρα δεν έχουν ειδική θεραπευτική δράση κατά του νοσήματος. Η χρησιμότητά τους έγκειται στην ικανότητα αναγέννησης του μυελού των οστών. Αυτό επιτρέπει τη χορήγηση πολύ ισχυρής χημειοθεραπείας ή ακτινοθεραπείας, που καταστρέφει το μυελό, με σκοπό την εκρίζωση του νοσήματος. Στη συνέχεια, με τη χορήγηση των αιμοποιητικών κυττάρων, επιτυγχάνεται η διάσωση του μυελού των οστών.

Στην αλλογενή μεταμόσχευση χορηγούνται στον ασθενή αιμοποιητικά κύτταρα, που συλλέγονται από υγιή δότη. Τα αιμοποιητικά κύτταρα από υγιή δότη, εκτός από την αποκατάσταση της αιμοποιίας μετά από ισχυρή χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία, παρουσιάζουν επιπρόσθετα ισχυρή ανοσολογική δράση έναντι της κακοήθειας, που συμβάλλει σημαντικά στην ίαση του νοσήματος.

Η μεταμόσχευση μυελού των οστών προϋποθέτει την ιστοσυμβατότητα μεταξύ λήπτη και δότη. Στη μεταμόσχευση μυελού των οστών απαιτείται μεγάλη συμβατότητα μεταξύ λήπτη και δότη, γεγονός που καθιστά απαραίτητο το μεγάλο αριθμό εθελοντών δοτών, αφού η πιθανότητα ομοιότητας μεταξύ δύο ατόμων είναι πολύ μικρή (EOM, 2013).

3.5.2. Συλλογή μοσχεύματος από το δότη

Αρχικά ο δότης ενημερώνεται για τους δύο εναλλακτικούς τρόπους συλλογής αιμοποιητικών κυττάρων, δηλαδή είτε από το μυελό των οστών, είτε από το αίμα, καθώς και για τις πιθανές παρενέργειες της συλλογής. Κατόπιν, έχει την ευκαιρία και το χρόνο να υποβάλει διευκρινιστικές ερωτήσεις. Μέχρι αυτό το σημείο η θετική πρόθεση του δότη είναι ελεύθερα ανακλητή και μπορεί να αποχωρήσει από τη διαδικασία αν με κάτι δεν συμφωνεί. Αν συμφωνεί με τη διαδικασία, δίνει τη συγκατάθεσή του εγγράφως, όπως προβλέπεται από τη νομοθεσία και ξεκινά ο τελικός έλεγχος της καταλληλότητάς του και της δυνατότητας του να δώσει μόσχευμα (Πίνακας 3.8). Πριν τη συλλογή ο δότης υποβάλλεται σε κλινικοεργαστηριακό έλεγχο, ώστε η συλλογή να είναι ασφαλής για τον ίδιο και τα αιμοποιητικά κύτταρα ασφαλή για τον ασθενή.

Πίνακας 3.8. Ιατρικά κριτήρια δότη μυελού των οστών.	
ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ/ ΝΟΣΗΜΑΤΑ	ΔΕΝ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΔΟΤΕΣ
Άσθμα	Όσοι είναι σε συνεχή φαρμακευτική αγωγή
Διαβήτης τύπου I	Όσοι δεν ελέγχονται μόνο με δίαιτα
Καρκίνος	Όλοι
Καρδιακές παθήσεις	Όλοι
Σκλήρυνση κατά πλάκας	Όλοι
Κίρρωση ήπατος	Όλοι
Μυική δυστροφία	Όλοι
Σχιζοφρένεια	Όλοι
Μεταδοτικά (HIV, Ηπατίτιδα Β ή C)	Όλοι
Αυτοάνοσα (Εκζέμα, Ελκώδης κολίτις, Νόσος του Crohn, Νόσος του Graves, Πορφυρία, Ρευματοειδής αρθρίτιδα, Ρευματικός πυρετός, Σαρκοείδωση, Συστηματικός ερυθματώδης λύκος, Ψωριασική αρθρίτιδα)	Όλοι
Αναιμία	Όσοι δεν έχουν φυσιολογικό επίπεδο αιμοσφαιρίνης και λαμβάνουν φάρμακα
Εγκυμοσύνη	Όλοι
Ενδομητρίωση	Όσες δεν έχουν συγκατάθεση

	γυναικολόγου
Επιληψία	Όσοι έχουν υποστεί κρίση τα τελευταία 5 χρόνια και λαμβάνουν φάρμακα.
Ηπατίτιδα Α	Όσοι εκδήλωσαν τη νόσο την τελευταία 3ετία και έχουν συμπτώματα
Θυρεοειδής	Όσοι δεν λαμβάνουν thyroxine
Μαλάρια	Όσοι νόσησαν την τελευταία 5ετία
Πολιομυελίτιδα	Όσοι έχουν σοβαρή σωματική αναπηρία
Οστεαρθρίτιδα	Όσοι λαμβάνουν κορτιζόνη
Τατουάζ	Όσοι το έχουν κάνει το τελευταίο 6μηνο.
Φυματίωση	Όσοι λαμβάνουν φάρμακα.
Χειρουργική επέμβαση	Όσοι έχουν χειρουργηθεί τον τελευταίο χρόνο.
ΚΕΔΜΟΠ, 2013	

Υπάρχουν δύο εναλλακτικοί τρόποι συλλογής αιμοποιητικών κυττάρων από το δότη:

α) Συλλογή αιμοποιητικών κυττάρων από το μυελό: Ο δότης εισέρχεται το πρωί στο νοσοκομείο, όπου θα γίνει η συλλογή. Η συλλογή γίνεται στο χειρουργείο υπό γενική αναισθησία με αναρροφήσεις του μυελού από τα οστά της λεκάνης. Τη συλλογή κάνει ομάδα αιματολόγων μεταμοσχευτών ιατρών. Η διαδικασία διαρκεί περίπου 1-2 ώρες. Ο δότης παίρνει εξιτήριο το απόγευμα της ίδιας ημέρας ή την επόμενη το πρωί.

β) Συλλογή αιμοποιητικών κυττάρων από το αίμα: Στο δότη χορηγείται υποδόρια 4 ημέρες πριν τη συλλογή ο αυξητικός παράγοντας των λευκών αιμοσφαιρίων G-CSF. Την 5η ημέρα η συλλογή γίνεται με ειδικό μηχάνημα φυγοκέντρησης αίματος, που ονομάζεται μηχάνημα αιμαφαίρεσης. Ο δότης συνδέεται με το μηχάνημα αιμαφαίρεσης μέσω των δύο μεσοβασιλικών φλεβών του (φλέβες του αγκώνα). Η διαδικασία της συλλογής διαρκεί 2-3 ώρες και δεν απαιτείται εισαγωγή και νοσηλεία του δότη στο νοσοκομείο. Ο δότης πηγαίνει στο σπίτι του αμέσως μετά τη συλλογή και στη δουλειά του την επόμενη το πρωί.

Η διαδικασία της συλλογής αιμοποιητικών κυττάρων είναι απόλυτα ασφαλής για τον δότη και οι ενδεχόμενες επιπλοκές είναι σχετικά ήπιες. Ο δότης δεν κινδυνεύει από μεταδιδόμενα νοσήματα γιατί η συλλογή του μυελού γίνεται στο χειρουργείο υπό άσηπτες συνθήκες. Για τη

συλλογή των αιμοποιητικών κυττάρων από το αίμα χρησιμοποιείται αποστειρωμένο σετ μιας χρήσης.

Επιπλέον, όσα αιμοποιητικά κύτταρα κι αν συλλεγούν από το μυελό ή το αίμα, αντικαθίστανται από τις εφεδρείες του μυελού και ο δότης δεν κινδυνεύει από μυελική ανεπάρκεια.

Οι επιπλοκές που μπορεί να προκύψουν από τον τρόπο συλλογής μοσχεύματος μυελού των οστών είναι συνήθως ήπιες. Η συχνότερη επιπλοκή είναι ο πόνος στα σημεία της συλλογής, που υποχωρεί με κοινά αναλγητικά και παρέρχεται βαθμιαία μέσα σε μία έως δύο συνήθως εβδομάδες. Ο δότης επανέρχεται στην εργασία του συνήθως μετά μία εβδομάδα.

Οι επιπλοκές που μπορεί να προκύψουν από τη συλλογή περιφερικών κυττάρων (αίματος δηλ.) είναι ήπιες. Η συχνότερη επιπλοκή είναι συμπτώματα κοινού κρυολογήματος (πονοκέφαλος, μπουκωμένη μύτη, πόνοι στα οστά), οφειλόμενα στον αυξητικό παράγοντα G-CSF, που χορηγείται στον δότη πριν τη λήψη. Διαρκούν όσο διαρκεί η χορήγηση του G-CSF και υποχωρούν με κοινά αναλγητικά (EOM, 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1. Διαθρησκειακή θεώρηση των μεταμοσχεύσεων

Οι περισσότερες θρησκείες, παρά τις ποικίλλουσες ευαισθησίες τους στα θέματα του σώματος και του θανάτου και τη δυσκολία τους να αποδεχθούν άνευ όρων το επιστημονικό τόλμημα ή να υιοθετήσουν απερίφραστα τη διείσδυση της επιστήμης σε μεταφυσικούς χώρους, διαβλέποντας μια έντονη έκφραση ανθρώπινης αγάπης και αλληλεγγύης, γενικώς αποδέχονται την ιδέα και την πρακτική των μεταμοσχεύσεων.

Τα δύο βασικά προβλήματα που θα έπρεπε η κάθε θρησκεία να ξεπεράσει προκειμένου να συναινέσει στη δωρεά σώματος και στις μεταμοσχεύσεις είναι αφ' ενός μεν το κατά πόσον οι νέες αυτές χειρουργικές πρακτικές τραυματίζουν το σεβασμό προς το νεκρό σώμα, αφ' ετέρου δε το αν ο εγκεφαλικός θάνατος ταυτίζεται με το θάνατο του ανθρώπου.

Παρά ταύτα, το γεγονός του θανάτου εκτός από τον καθαρά ιατρικό χαρακτήρα του έχει έντονα συναισθηματική, προσωπική και μεταφυσική διάσταση που αφορά ιδιαίτερα τις θρησκείες. Για το λόγο αυτό συχνά στον προσδιορισμό του παρεμβάλλονται λόγοι συνειδήσεως. Από την άλλη πλευρά πρέπει να λάβουμε υπόψη ότι μία ενημέρωση και άμεση εμπειρία του τι σημαίνει εγκεφαλικός θάνατος συντελούν ουσιαστικά στην κατανόηση του όλου προβλήματος και στη συνέχεια στην ορθότερη θεολογική τοποθέτηση (Κωστάκης, 2004).

Ένας αριθμός των οικογενειών, που αρνούνται τη δωρεά, επικαλούνται τη «θρησκεία» ως εμπόδιο για αυτή (Randhawa, 2012). Το 2012 δημοσιεύθηκε μια έρευνα που διεξήχθη στην Πολωνία μεταξύ Ρωμαιοκαθολικών ιερέων, καλογριών και σπουδαστών της Θεολογικής Σχολής όσον αφορά τις γνώσεις και τις στάσεις για την δωρεά οργάνων από πτωματικούς δότες. Παρά την αρκετά υψηλή (>60%) αποδοχή της δωρεάς οργάνων μετά θάνατον, το 1/3 επέδειξε έλλειψη γνώσεων όχι μόνο στις υπάρχουσες νομικές ρυθμίσεις, αλλά και των σημαντικών εγγράφων που έχουν εκδοθεί από την Καθολική Εκκλησία (Wejda et al., 2012).

Αυτό που κατά κύριο λόγο διευκολύνει τις θρησκευτικές συνειδήσεις να ξεπεράσουν τους δισταγμούς τους στα παραπάνω θέματα, είναι η αξιοποίηση της ελεύθερης συνείδησης και η καλλιέργεια της αγάπης. Αν δηλαδή κάποιος έχει συνειδητά συναινέσει στη δωρεά οργάνων του σώματός του και επί πλέον επικαλείται λόγους αγάπης και συναλληλίας, τότε αυτά

θεωρούνται ισχυρός λόγος για να ξεπερασθεί κάθε συνειδησιακή αναστολή στο θέμα της δωρεάς οργάνων (Κωστάκης).

4.1.1. Ρωμαιοκαθολική Εκκλησία

Παρά το γεγονός ότι δεν υπάρχει ένα επίσημο κείμενο γενικής αποδοχής σχετικό με τις μεταμοσχεύσεις, η Ρωμαιοκαθολική Εκκλησία έχει ευλογήσει την δωρεά οργάνων ως πράξη ύψιστης αγάπης και φιλαλληλίας. Ο Πάπας Πίος ο 12^{ος} έχει αναφερθεί θετικά στη δωρεά οργάνων ως πράξη ιδιαίτερα «ευγενή», ο Πάπας Ιωάννης Παύλος ο 2^{ος} την χαρακτηρίζει «υπηρεσία στη ζωή» (Χατζηνικολάου, 2002) και ο Πάπας Βενέδικτος ο 16^{ος} «αδιαίτηρη μορφή μαρτυρίας της φιλανθρωπίας (Pope Benedict XVI, 2008).

Όσον αφορά στον εγκεφαλικό θάνατο, κατά την παρελθούσα δεκαετία, τρεις ποντιφικές σύνοδοι και ακαδημίες ανέλαβαν το έργο της γνωμοδοτήσεως περί αυτού και κατέληξαν σε κείμενα αποδοχής του ως συμφώνου με την πίστη και διδασκαλία της Ρωμαιοκαθολικής Εκκλησίας. Σε ομιλία του στο 18^ο Διεθνές Συνέδριο της Εταιρείας Μεταμοσχεύσεων το 2000, ο Πάπας Ιωάννης Παύλος ο 2^{ος} υιοθέτησε τον εγκεφαλικό θάνατο (Wojtyła, 2000).

Παρά ταύτα, μεταξύ των καθολικών κύκλων και θεολόγων υπάρχουν και αυτοί οι οποίοι εκφράζουν επίμονη αντίθεση στο ότι ο εγκεφαλικός θάνατος ταυτίζεται με τον θάνατο του ανθρώπου, με κύριο εκπρόσωπό τους Paul Byrne και Sean O' Reily (Χατζηνικολάου, 2002).

Το αξιοσημείωτο είναι πάντως ότι σε όλα αδιακρίτως τα Ρωμαιοκαθολικά νοσοκομεία γίνεται διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου και επιτρέπεται η δωρεά οργάνων, στις δε καθολικές κατά το θρήσκευμα χώρες γίνονται οι περισσότερες επεμβάσεις (Κούρτης, 2002).

4.1.2. Προτεσταντικές Ομολογίες

Μεταξύ των διαφόρων προτεσταντικών ομολογιών, ακόμη και των πλέον φονταμενταλιστικών, φαίνεται να υπάρχει μία γενικευμένη και άνευ επιφυλάξεων αποδοχή του εγκεφαλικού θανάτου και των μεταμοσχεύσεων εν γένει (Gallacher, Widjicks, 2001).

Κατ' αρχάς, η Επισκοπιανή Εκκλησία με απόφασή της του 1982, προτρέπει τους πιστούς της να γίνουν δωρητές οργάνων, ιστών και αίματος «στα πλαίσια της διακονίας τους προς τον πλησίον», ενώ η Χριστιανική Εκκλησία των Μαθητών του Χριστού, το 1985, συνιστά στους πιστούς της να γίνουν δωρητές οργάνων και να προσεύχονται για όσους έχουν ήδη δεχθεί

κάποιο μόσχευμα. Η Πρεσβυταριανή Εκκλησία το 1995, εκφράζει μεν το σεβασμό της προς το δικαίωμα του κάθε προσώπου να αποφασίζει για το σώμα του, προτρέπει όμως τους πιστούς της να γίνουν δωρητές και να υπογράψουν την κατάλληλη κάρτα δωρητού οργάνων.

Ανάλογη είναι και η τοποθέτηση της Λουθηρανικής Εκκλησίας, η οποία το 1984 εξέδωσε απόφαση σύμφωνα με την οποία η δωρεά αποτελεί έκφραση θυσιαστικής αγάπης προς τον αναγκαιούντα πλησίον. Είναι πολύ ενδιαφέρον ότι προτρέπονται οι πιστοί να ρυθμίσουν τις αποφάσεις τους σε συνεννόηση με το συγγενικό τους περιβάλλον (Χατζηνικολάου, 2002).

Ένα παράδειγμα ποικιλομορφίας μεταξύ των Προτεσταντών είναι το ερώτημα της ευθανασίας. Η Ευαγγελική Λουθηρανική εκκλησία στη Γερμανία αρνείται την ενεργή ευθανασία, ενώ μεταρρυθμιστές θεολόγοι π.χ. στην Ολλανδία, την υπερασπίζονται (Bulow et al., 2008).

4.1.3. Ιουδαϊσμός

Σύμφωνα με τον Ιουδαϊκό νόμο επιτρέπεται η λήψη οργάνων από έναν άνθρωπο σε άλλον, εφόσον κάτι τέτοιο δεν επισπεύδει το θάνατο του δότη και γίνεται με σεβασμό στο ανθρώπινο σώμα. Γενικά η Ιουδαϊκή θρησκεία ενθαρρύνει τις μεταμοσχεύσεις.

Παρά ταύτα, δεν υπάρχει μια εγκύκλιος γενικής ισχύος δεσμευτική για όλους τους Εβραίους. Για το λόγο αυτό συχνά διατυπώνονται ή και εκφράζονται δημόσια απόψεις διαφοροποιημένες από τις παραπάνω αντιλήψεις. Έτσι μέχρι σήμερα στο θέμα του εγκεφαλικού θανάτου υπάρχει αρκετή συζήτηση μεταξύ των ειδικών.

Ο Ιουδαϊσμός δέχεται ακόμη και σχετική διακινδύνευση του δότη σε περίπτωση αμφιβολίας, όταν η μεταμόσχευση πρόκειται να παρατείνει τη ζωή του λήπτη. Γενικά επιτρέπεται και θεωρείται καλό το να προσφέρει κανείς εν ζωή μέλος ή όργανο του σώματός του που δεν του είναι αναγκαίο για την επιβίωσή του, προκειμένου να ζήσει κάποιος άλλος. Η ζωή μας δεν θυσιάζεται παρά μόνον όταν πρόκειται από τη δική μας θυσία να σωθεί κάποιος συνάνθρωπός μας (Χατζηνικολάου, 2002).

Τελευταίες έρευνες συμπεραίνουν ότι η κύρια εβραϊκή θέση δεν είναι σημαντικά διαφορετική από τη σύγχρονη δυτική σκέψη, ακόμη και αν μια μειοψηφία είναι σε αντίθεση με τη δωρεά οργάνων από πτωματικούς δότες (Grossman et al., 2012).

4.1.4. Ισλαμισμός

Ο Ισλαμισμός γενικά απαγορεύει κάθε χρήση του νεκρού σώματος ακόμη και των ζώων. Εξαιρέση αποτελεί η περίπτωση κατά την οποία με τον τρόπο αυτό σώζεται μία άλλη ζωή που κινδυνεύει. Έτσι το 1986, το Συμβούλιο της Ισλαμικής Νομικής Ακαδημίας, αποδέχθηκε τον εγκεφαλικό θάνατο για ολόκληρο τον ισλαμικό κόσμο. Με βάση αυτή την απόφαση, η Σαουδική Αραβία αναγνώρισε τον εγκεφαλικό θάνατο και υιοθέτησε ως κριτήρια διαγνώσεώς του τα προτεινόμενα από την Αμερικανική Ακαδημία Νευρολογίας (Χατζηνικολάου, 2002). Παρ' όλα αυτά, η δωρεά οργάνων από ζώντες δότες είναι η πιο ευρέως διαδεδομένη σε όλη τη Μέση Ανατολή, λόγω της συνεχιζόμενης συζήτησης στην ιατρική κοινότητα σχετικά με την έννοια του εγκεφαλικού θανάτου και την ανεπαρκή ευαισθητοποίηση του κοινού πάνω σ' αυτό το θέμα (Shaheen, 2009).

Σύμφωνα με το Κοράνιο, οι μεταμοσχεύσεις επιτρέπονται με την προϋπόθεση ότι υπάρχει συναίνεση του δότη, ευγενής πρόθεση, σεβασμός του ατόμου και του γεγονότος του θανάτου και σαφής αίσθηση ότι όλοι και όλα ανήκουν στο Θεό.

Επίσης, δεν υπάρχει διάκριση φύλου μεταξύ των δοτών ή των ληπτών ούτε και διαφοροποιείται η πράξη στην περίπτωση που ο δότης ή ο λήπτης δεν είναι μωαμεθανός. Τέλος, η αγοραπωλησία οργάνων απαγορεύεται αυστηρά και θεωρείται προσβολή προς την ανθρώπινη αξία (Χατζηνικολάου, 2002).

4.1.5. Ινδουισμός

Στην Ινδουιστική σκέψη δεν υπάρχουν γενικά αποδεκτές ηθικές αρχές. Αυτό όμως που έχει σημασία είναι να παραμένουν ανόθευτες οι διδασκαλίες της μετενσάρκωσης, του dharma και του karma. Το dharma είναι το καθήκον, η δικαιοσύνη και η θρησκεία. Το karma καταδεικνύει τον προορισμό κάποιου ατόμου, όπως αυτός προσδιορίζεται από πράξεις του παρελθόντος ή και από άλλες ζωές (μετενσάρκωση). Επειδή η Ινδουιστική θρησκεία στηρίζεται στο νόμο του karma και τη μετενσάρκωση, η ιδέα των μεταμοσχεύσεων δεν είναι μόνο αποδεκτή αλλά και απόλυτα συμβατή με τη διδασκαλία του Ινδουισμού (Αλλήλων Μέλη, 2005).

4.1.6. Βουδισμός

Η Βουδιστική φιλοσοφία δέχεται τη δωρεά μέρους ή και ολόκληρου του σώματος –ζώντος ή νεκρού- ως πράξη γενναιοδωρίας και σύμπνοιας. Η προσφορά είναι αληθινή και αγνή, όταν

είναι ξένη προς κάθε σκέψη ανταπόδοσης. Ο προσφέρων πρέπει να ξεχνά και τον ευεργετούμενο και την πράξη της προσφοράς καθ' εαυτήν (Αλλήλων Μέλη, 2005).

Η φιλοσοφία των Σίντο, που είναι επικρατούσα στην Ιαπωνία, είναι αντίθετη προς την ιδέα της δωρεάς οργάνων. Η αντίθεσή της αυτή προκύπτει από το γεγονός ότι διδάσκει την βασική άποψη ότι το σώμα είναι εξαιρετικά μολυσμένο μετά το θάνατο. Επίσης κάθε τομή, βλάβη ή παρέμβαση στο νεκρό σώμα θεωρείται βαρύτατο παράπτωμα και αποτελεί προσβολή του νεκρού σώματος και τιμωρία του.

Ένας άλλος ανασταλτικός παράγοντας στην αποδοχή των μεταμοσχεύσεων στην Ιαπωνία είχε να κάνει με τη φιλοσοφία της καλής συμπεριφοράς (*giri*), η οποία επέιχε ισχύ νόμου. Σύμφωνα με το *giri*, για να έχει αξία μία προσφορά θα πρέπει να είναι γνωστός στον δότη και ο λήπτης, ο οποίος μάλιστα και να προσδιορίζεται από αυτόν. Επίσης, απαιτεί να υπάρχει ανταπόδοση. Και οι δύο αυτοί όροι δεν είναι δυνατόν να εφαρμοσθούν στις μεταμοσχεύσεις, μια που ο μεν πρώτος καταργεί την σειρά προτεραιότητας στη λίστα, ο δε δεύτερος είναι άνευ σημασίας μια που ο δότης είναι ήδη νεκρός. Όλοι αυτοί οι παράγοντες δημιούργησαν τεράστιες δυσκολίες στην πρόοδο των μεταμοσχεύσεων στην Ιαπωνία, μέχρι το 1999 (Chung et al., 2008) .

4.1.7. Κομφουκιανισμός

Ο Κομφουκιανισμός είναι ένα φιλοσοφικό και ηθικό σύστημα που αναπτύχθηκε από τη διδασκαλία του Κινέζου φιλοσόφου Κομφούκιου (551-478 πΧ.). Οι χώρες που επηρεάζονται έντονα από τον Κομφουκιανισμό περιλαμβάνουν την ηπειρωτική Κίνα, την Ταιβάν και την Κορέα. Βασική αρχή του Κομφουκιανισμού είναι η ευσέβεια των παιδιών προς τους γονείς. Η διδασκαλία του Κομφούκιου υποστηρίζει ότι κάποιος γεννιέται με ένα πλήρες σώμα και πρέπει να λήξει με τον ίδιο τρόπο, ως μορφή ευσέβειας προς τους γονείς. Το σώμα, τα μαλλιά και το δέρμα είναι δώρα των γονέων και κανείς δεν πρέπει να τα βλάπτει.

Αυτή η γραμμή σκέψης θα σήμαινε ότι η δωρεά οργάνων είναι ουσιαστικά ασέβεια προς τους γονείς. Μια έρευνα που έγινε το 2008 στο Hong- Kong μεταξύ φοιτητών ιατρικής επιβεβαίωσε ότι οι ανησυχίες αυτές είναι ακόμη πολύ διαδεδομένες (Chung et al., 2008). Μια άλλη μελέτη που έγινε στην Κορέα το 2004 παρείχε περαιτέρω αποδείξεις για τις πεποιθήσεις του Κομφούκιου ως εμπόδιο στη δωρεά οργάνων (Kim et al., 2004). Σύγχρονοι μελετητές του Κομφούκιου υποστηρίζουν ότι η ανθρωπιά και η δικαιοσύνη έχουν μεγαλύτερη αξία από τη

διατήρηση της ακεραιότητας του νεκρού σώματος και ως εκ τούτου εγκρίνουν τη δωρεά οργάνων (Tai, 2009).

4.1.8 Σιχισμός

Ο Σιχισμός είναι μονοθεϊστική θρησκεία που ιδρύθηκε το 15^ο αιώνα στην Ινδία από τον Guru Nanak Dev Ji (1469-1538). Οι Σιχ πιστεύουν ότι η θρησκεία θα πρέπει να ασκείται ζώντας στον κόσμο και αντιμετωπίζοντας τα καθημερινά προβλήματα. Επίσης, ο Σιχισμός τονίζει τη σημασία του να κάνεις καλές πράξεις, πιστεύει στη μετά θάνατον ζωή και ένα συνεχή κύκλο αναγέννησης. Το φυσικό σώμα δεν είναι ζωτικής σημασίας για τον κύκλο της αναγέννησης, η ψυχή είναι αιώνια, ενώ το σώμα είναι απλά σάρκα. Μια έρευνα εντός της Κοινότητας των Σιχ στο Ηνωμένο Βασίλειο έδειξε μια γενικά θετική αντιμετώπιση της δωρεάς οργάνων (Oliver et al., 2011).

4.1.9. Ταοϊσμός

Ο Ταοϊσμός υποδηλώνει μια ποικιλία φιλοσοφικών και θρησκευτικών παραδόσεων που επηρέασαν την Ανατολική Ασία για περισσότερο από δύο χιλιετίες. Η ταοϊστική θεολογία τονίζει τη φυσικότητα, τη ζωτικότητα, την ειρήνη και τη μη δράση ενάντια στη ροή της φύσης. Οι σύγχρονοι Ταοϊστές έχουν τονίσει ότι το σώμα είναι μόνο ένα καταφύγιο για τα πιο σημαντικά μέρη της ζωής και έτσι, θεωρείται ότι ο Ταοϊσμός δεν έρχεται σε αντίθεση με την ιδέα της δωρεάς οργάνων (Oliver et al., 2011).

4.1.10. Μάρτυρες του Ιεχωβά

Οι Μάρτυρες του Ιεχωβά είναι ένα μη- Τριαδικό Χριστιανικό δόγμα και αξίζουν ιδιαίτερη προσοχή. Το θέμα της μεταμόσχευσης σε αυτούς δεν είναι απλό και επιδεινώνεται από την άρνηση των μεταγγίσεων αίματος (Rogers, Crookston, 2006). Μερικοί έχουν υποστηρίξει ότι η συγκατάθεση για μετάγγιση πρέπει να αποτελεί προϋπόθεση για την εισαγωγή σε λίστα μεταμόσχευσης (Bramsted, 2006).

Η μεταμόσχευση δεν επιτρεπόταν στους Μάρτυρες του Ιεχωβά μέχρι πολύ πρόσφατα. Η σύγχρονη καθοδήγηση του δόγματος από το 1980 θεωρεί την απόφαση υπέρ ή κατά της μεταμόσχευσης ως ατομική επιλογή (Oliver et al., 2011), υπό την προϋπόθεση ότι δεν μεταμοσχεύεται αίμα. Από τότε, έχουν αναφερθεί λίγες περιπτώσεις μεταμοσχεύσεων νεφρού και νεφρού- παγκρέατος (Boggi et al., 2004).

4.1.11. Ορθόδοξη Εκκλησία

Μέχρι πρόσφατα, η Ορθόδοξη Εκκλησία δεν είχε τοποθετηθεί με επίσημα κείμενα, παρά μόνο έμμεσα με συγκεκριμένες ενέργειες επισήμων εκπροσώπων της, ορισμένοι εκ των οποίων ήταν ή γνωστοί δωρητές οργάνων ή και αποδέκτες της μεταμοσχευτικής διαδικασίας. Τα τελευταία όμως χρόνια είδαν το φως συνοδικές αποφάσεις ή και εγκύκλια γράμματα μέσα από τα οποία διαφαίνεται μία υπό όρους αποδοχή των μεταμοσχεύσεων (Αλλήλων Μέλη, 2005).

4.1.11.1. Εκκλησία της Ελλάδος

Η Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδος είναι η πρώτη μεταξύ των Ορθόδοξων Εκκλησιών που με επίσημο κείμενο της τοποθετήθηκε στο θέμα των μεταμοσχεύσεων κατά τη συνεδρία της Ιεραρχίας της Εκκλησίας της Ελλάδας, στις 7-10-1999.

Στο κείμενο αυτό παρουσιάζονται οι γενικές και ειδικές αρχές που διέπουν τον προβληματισμό της Εκκλησίας σχετικά με τις μεταμοσχεύσεις και ο ρόλος της ιατρικής επιστήμης. Η Εκκλησία, τονίζεται, «αντικρίζει τις μεταμοσχεύσεις μόνο στη βάση της υπέρβασης του ατομικισμού και της φιλοζωίας με την αγάπη, τη συναλληλία ή και την καλλιέργεια αυτοθυσιαστικού φρονήματος. Η προστασία του δότη, τον οποίο περιβάλλει με ιδιαίτερη ευαισθησία και ως πρόσωπο και ως έννοια, και που εκφράζεται με το σεβασμό στην ελευθερία του και την τιμή στο πρόσωπο και τις τελευταίες στιγμές του, προέχει στην Ορθόδοξη εκκλησιαστική συνείδηση και ως αξία βαραίνει περισσότερο από όσο η παράταση της βιολογικής ζωής του λήπτη».

Σχετικά με το θέμα του εγκεφαλικού θανάτου, δεν παρουσιάζεται μια αναλυτική θεολογική ερμηνεία, η οποία ταυτίζει τον εγκεφαλικό θάνατο με το χωρισμό ψυχής και σώματος. Στην πραγματικότητα αποφεύγεται κάτι τέτοιο. Πάρα ταύτα, στο επίσημο κείμενο τονίζεται ότι η Εκκλησία της Ελλάδος «αν και δεν είναι αρμόδια, θα μπορούσε να δεχτεί τη διεθνώς ομόφωνη άποψη ότι ο εγκεφαλικός θάνατος ταυτίζεται με το αμετάκλητο βιολογικό τέλος του ανθρώπου. Η διατύπωση αυτή εξυπνοεί ότι αφ' ενός μεν η Εκκλησία δε δογματίζει επί του θέματος του εγκεφαλικού θανάτου, αφού δεν είναι αρμόδια για κάτι τέτοιο, αφ' ετέρου δε, απέναντι στην ομόφωνη ιατρική άποψη, στέκεται με σεβασμό και διάθεση θετική, όχι όμως και με ανεπιφύλακτη ταύτιση.

Επιπλέον, απορρίπτει τη λήψη οργάνων από ανεγκέφαλα βρέφη, την εμπορευματοποίηση των μεταμοσχεύσεων και την εικαζόμενη συναίνεση, ενώ δέχεται υπό όρους και κατ' οικονομίαν τη συγγενική συναίνεση. Η ρητή συναίνεση του δότη αφ' ενός και η έκφραση ύψιστου σεβασμού προς τις τελευταίες στιγμές του ανθρώπου –είτε είναι είτε δεν είναι δωρητής-αφετέρου, αποτελούν αδιαπραγμάτευτους όρους για την αποδοχή των μεταμοσχεύσεων από την Εκκλησία της Ελλάδος.

Γενικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι το κείμενο αυτό, ενώ παρουσιάζει με συνοπτικό, αναλυτικό, σαφή τρόπο την κριτική τοποθέτηση της Εκκλησίας απέναντι στην καθημερινή προβληματική και πρακτική των μεταμοσχεύσεων, αποτελεί κυρίως μια πρόταση για το πώς θα έπρεπε να επιτελούνται οι μεταμοσχεύσεις σύμφωνα με την Ορθόδοξη αντίληψη και ζωή. Συνοπτικά παρουσιάζει μια ηθική ελευθερίας, αφού προβάλλει την ιερότητα της προσφοράς, κατανοεί όμως και όσους για διάφορους λόγους δεν επιθυμούν να γίνουν δότες οργάνων του σώματος (Αλλήλων Μέλη, 2005).

Συμπερασματικά, λοιπόν, θα μπορούσαμε να πούμε ότι στο θέμα των μεταμοσχεύσεων, η επικρατούσα θέση είναι ότι η Ορθόδοξη Εκκλησία δεν είναι προτρεπτική, ούτε αποτρεπτική αλλά επιτρεπτική (Αρχιεπίσκοπος Αθηνών και πάσης Ελλάδος Χριστόδουλος, 2001).

4.1.11.2. Πατριαρχείο Μόσχας

Η Ιερά Σύνοδος του Πατριαρχείου της Μόσχας εξέδωσε τον Αύγουστο του 2000 εγκύκλιο για τα σύγχρονα κοινωνικά θέματα μεταξύ των οποίων περιέλαβε και τις μεταμοσχεύσεις. Σύμφωνα με αυτήν, ενώ απορρίπτει την εμπορευματοποίηση των οργάνων, την εικαζόμενη συναίνεση, διαβλέπει στις μεταμοσχεύσεις μία διάθεση αγάπης και επευλογεί την πράξη της δωρεάς οργάνων. Γενικά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι αποδέχεται υπό όρους τις μεταμοσχεύσεις και έμμεσα τον εγκεφαλικό θάνατο.

Η μεταθανάτια δωρεά οργάνων και ιστών δύναται να είναι εκδήλωση αγάπης. Τέτοια όμως δωρεά δε μπορεί να θεωρηθεί ως καθήκον. Έτσι η εθελοντική συναίνεση του δότη εν ζωή είναι προϋπόθεση για να θεωρηθεί η αφαίρεση νομικά και ηθικά απαράδεκτη. Η λεγόμενη εικαζόμενη συναίνεση του δυνητικού δότη στην αφαίρεση των οργάνων και ιστών του που έχει νομοθετηθεί σε ορισμένες χώρες θεωρείται ως απαράδεκτη παραβίαση της ανθρώπινης ελευθερίας (Αρχιεπίσκοπος Αθηνών και πάσης Ελλάδος Χριστόδουλος, 2001).

4.2. Βιοηθικά ζητήματα

Οι μεταμοσχεύσεις συνδέονται με ένα πλήθος ερωτημάτων ηθικών και δεοντολογικών που, επειδή ακριβώς άπτονται εννοιών πολύ λεπτών, όπως η ζωή, ο θάνατος, το ανθρώπινο αυτεξούσιο, η επί του σώματος μας εξουσία κλπ. δεν είναι και τόσο εύκολο να απαντηθούν. Μέσα σε όλη λοιπόν αυτήν την ατμόσφαιρα, οι κοινωνίες καλούνται να απαντήσουν σε ερωτήματα δύσκολα και να προβούν σε ρυθμίσεις πολύ λεπτές που και το σεβασμό στον άνθρωπο θα διασφαλίσουν και το δικαίωμα στην υγεία και τη ζωή θα προστατεύσουν και την ισορροπία των ανθρώπινων σχέσεων θα προφυλάξουν (Κωστάκης, 2004).

4.2.1. Το έλλειμμα οργάνων προς μεταμόσχευση

Η ζήτηση οργάνων για μεταμόσχευση έχει αυξηθεί ραγδαία σε όλο τον κόσμο λόγω της αυξανόμενης συχνότητας οργανικής ανεπάρκειας και της επιτυχίας και μεγαλύτερης βελτίωσης της έκβασης της μεταμόσχευσης. Ως αποτέλεσμα υπάρχει μια σημαντική αύξηση του αριθμού των ασθενών σε λίστα αναμονής καθώς και στον αριθμό των ασθενών που πεθαίνουν ενώ είναι σε αυτή (Κωστάκης, 2004).

Σύμφωνα με τον Abouna, υπάρχουν διάφορες διαδικασίες και μονοπάτια που έχει αποδειχθεί να παρέχουν πρακτικές και αποτελεσματικές λύσεις σε αυτή την κρίση. Αυτές περιλαμβάνουν την εφαρμογή κατάλληλων εκπαιδευτικών προγραμμάτων για το κοινό και το προσωπικό του νοσοκομείου σχετικά με την αναγκαιότητα και τα οφέλη της δωρεάς οργάνων, την κατάλληλη αξιοποίηση δοτών που δεν πληρούν τα κριτήρια, την αποδοχή της δωρεάς οργάνων σε ζεύγη, την αποδοχή της έννοιας της «εικαζόμενης συναίνεσης», την εφαρμογή ενός συστήματος "ανταμοιβής" για την οικογένεια του αποθανόντος δότη καθώς και για τις συνθήκες διαβίωσης του δότη, την ανάπτυξη ενός συστήματος αλτρουιστικής δωρεάς από ζώντα δότη σε έναν άγνωστο λήπτη, καθώς και την αποδοχή της έννοιας του ελεγχόμενου συστήματος οικονομικής ενίσχυσης για το δότη (Abouna, 2008).

Τα τελευταία χρόνια όλο και περισσότερο, τα όργανα από νεκρούς δότες με κλινικούς παράγοντες κινδύνου (όπως υπέρταση, μεγάλη ηλικία κ.ά.) –γνωστοί ως δωρητές εκτεταμένων κριτηρίων (donor expanded criteria)-, προσφέρονται στις λίστες αναμονής για να συντομεύσουν το χρόνο αναμονής. Λόγω των διαφορών στην ποιότητα των οργάνων, την αβεβαιότητα ως προς την εξέλιξη και τα αποτελέσματα και την προώθηση της αυτονομίας, οι υποψήφιοι λήπτες θα πρέπει να ενημερώνονται για τους προβλεπόμενους κινδύνους και τα

οφέλη μιας τέτοιας μεταμόσχευσης (Voo et al., 2009). Η χρήση τέτοιων οργάνων, όπως έχει μελετηθεί, διπλασιάζει τον όγκο των μεταμοσχεύσεων και παρέχει βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα και λειτουργία συγκρίσιμη με αυτή των οργάνων που πληρούν τα παραδοσιακά κριτήρια (Stratta et al., 2004). Για παράδειγμα, έρευνες έχουν δείξει πως ασθενείς με επιπλέον νοσήματα (πχ. διαβήτη) και μακρά παραμονή στη λίστα αναμονής για μεταμόσχευση νεφρού είναι προτιμότερο να λάβουν τέτοιους νεφρούς, παρά να παραμένουν σε θεραπεία αιμοκάθαρσης (Pascual et al., 2008).

4.2.2. Κατανομή των διαθέσιμων οργάνων

Η έννοια της διανεμητικής δικαιοσύνης γύρω από τη μεταμόσχευση οργάνων προκύπτει, επειδή δεν υπάρχουν αρκετά διαθέσιμα όργανα για όλους. Η θεωρία της διανεμητικής δικαιοσύνης αναφέρει πως δεν υπάρχει ένας «σωστός» τρόπος για να διανεμηθούν όργανα, αλλά πολλοί τρόποι για να μπορεί να δικαιολογηθεί ένα άτομο δίνοντας ένα όργανο σε κάποιο άτομο σε σχέση με άλλο.

Ένα κριτήριο διανεμητικής δικαιοσύνης είναι η *ίση πρόσβαση*. Τα όργανα διατίθενται στους ασθενείς με βάση αντικειμενικούς παράγοντες και στοχεύοντας στη μείωση της προκατάληψης και της άνισης κατανομής. Η ισότιμη πρόσβαση είναι απαλλαγμένη από προκαταλήψεις για τη φυλή, το φύλο, το επίπεδο εισοδήματος και την γεωγραφική απόσταση από το όργανο που δωρίζεται. Επίσης, δεν υπάρχουν ιατρικές ή κοινωνικές προκαταλήψεις. Για παράδειγμα, δεν πρέπει να αποκλείονται ασθενείς που ο τρόπος ζωής τους κατέστρεψε τα όργανά τους (π.χ. αλκοολικοί) ή λόγω της συνεισφοράς τους στην κοινωνία (π.χ. φυλακισμένοι). Από την άλλη πλευρά, ορισμένοι ειδικοί σε θέματα ηθικής υποστηρίζουν ότι η ατομική αξία είναι σημαντικό να λαμβάνεται υπόψη.

Ένας δεύτερος τύπος διανεμητικής δικαιοσύνης είναι το *μέγιστο όφελος*. Στόχος είναι να μεγιστοποιηθεί ο αριθμός των επιτυχών μεταμοσχεύσεων. Κριτήρια μέγιστου οφέλους αποτελούν η ιατρική ανάγκη (προηγούνται οι πιο επιβαρυνμένοι ασθενείς) και η πιθανότητα επιτυχίας της μεταμόσχευσης (τα έτη επιβίωσης μετά τη μεταμόσχευση) (Center for Bioethics, 2004).

4.2.3. Ενημέρωση και συναίνεση δότη και λήπτη

Η συναίνεση του ασθενούς σε κάθε ιατρική επέμβαση αποτελεί εκδήλωση του δικαιώματος αυτονομίας και αυτοδιάθεσης του ασθενούς, που θεμελιώνεται στο σύνταγμα, σε διεθνείς

συμβάσεις και σε κοινούς νόμους. Η εγκυρότητα, όμως, της συναίνεσης προϋποθέτει την προηγούμενη ενημέρωση του ασθενούς για τη φύση και τους κινδύνους που συνεπάγεται η συγκεκριμένη ιατρική πράξη (Βάρκα-Αδάμη, Αδάμης, 2008).

4.2.3.1. Ενημέρωση του υποψήφιου δότη και λήπτη

Είναι ευνόητο ότι πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα στην ενημέρωση του υποψήφιου δότη, προκειμένου να κατανοήσει τη σοβαρότητα του εγχειρήματος και να σταθμίσει τις συνέπειές του στη μελλοντική πορεία της υγείας του, σε συνδυασμό με την αποφυγή της ψυχικής του οδύνης από την απειλούμενη απώλεια προσφιλούς του προσώπου. Μόνο έτσι θα μπορεί να καταλήξει στην ορθή κατά την κρίση του λήψη αμετάκλητης απόφασης, ώστε να δηλώσει την ενσυνείδητη, ελεύθερη, αβίαστη και αυτόβουλη συναίνεσή του (Βάρκα-Αδάμη, Αδάμης, 2008). Οι κλινικοί ιατροί έχουν ηθική υποχρέωση να βοηθήσουν να διασφαλιστεί ότι οι επιθυμίες των ανθρώπων που θέλουν να δωρίσουν τα όργανά τους, τηρούνται (Truog, 2008).

Βεβαίως, δεν μπορεί να παραγνωριστεί και το δικαίωμα ενημέρωσης του υποψηφίου λήπτη. Η αφαίρεση οργάνου έπεται χρονικά της συναίνεσης του λήπτη. Δεν αποκλείεται ο λήπτης, να μην αποδέχεται την προσφορά μοσχεύματος από προσφιλή συγγενή του (Βάρκα-Αδάμη, Αδάμης, 2008).

4.2.3.2. Τύποι συναίνεσης

Για την προώθηση της προσφοράς οργάνων έχουν υιοθετηθεί ανά τον κόσμο διάφορες τακτικές, οι οποίες ενισχύουν τον αλτρουισμό και τη φιλαλληλία της πράξης της δωρεάς, ενώ παράλληλα επιτρέπουν στους δωρητές τον έλεγχο της διάθεσης των οργάνων του σώματός τους. Οι τρεις βασικές τακτικές που ακολουθούνται είναι οι εξής:

α) Η ρητή και σαφής συναίνεση, σύμφωνα με την οποία δεν επιτρέπεται να πραγματοποιηθεί αφαίρεση οργάνων, εκτός αν ο δότης είχε εκφράσει εν ζωή τη συναίνεσή του.

β) Η εικαζόμενη συναίνεση ή αλλιώς «μη εκφρασθείσα αντίρρηση», σύμφωνα με την οποία όλοι οι πολίτες είναι εν δυνάμει δότες και επιτρέπεται η αφαίρεση οργάνων σε κάθε περίπτωση, εκτός αν ο νεκρός είχε κατά τη διάρκεια της ζωής του ρητά εκφράσει την αντίθεσή του, βάσει των φιλοσοφικών ή θρησκευτικών πεποιθήσεών του.

γ) Η αγοραπωλησία οργάνων, η οποία σε κάποιες χώρες του τρίτου κόσμου αποτελεί προσέγγιση τουλάχιστον ανεκτή και λαμβάνει χώρα είτε εθελοντικά είτε θεσμοθετημένα.

Είτε πρόκειται για τη ρητή είτε για την εικαζόμενη συναίνεση, αποφασιστικός είναι ο ρόλος που έχει η οικογένεια στην όλη διαδικασία, εφόσον είναι η μόνη που μπορεί να προσδιορίσει τη θετική ή αρνητική στάση και βούληση του εγκεφαλικά νεκρού ατόμου (Μπελλάλη, Παπαδάτου, 2002). Σύμφωνα με τους Simpkin et al., οι δεξιότητες του ατόμου που κάνει την πρόταση για δωρεά και η χρονική στιγμή που γίνεται αυτό θα μπορούσαν να έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην απόφαση για συναίνεση δωρεάς οργάνων. Αυτοί οι παράγοντες μπορεί να έχουν μεγαλύτερη και πιο άμεση επίδραση στην αύξηση του αριθμού των οργάνων για δωρεά σε σχέση με νομοθετικές ή άλλες μακροπρόθεσμες στρατηγικές (Simpkin et al., 2008).

4.2.4. Το εμπόριο οργάνων και ο μεταμοσχευτικός τουρισμός

Το έλλειμμα οργάνων προς μεταμόσχευση έχει οδηγήσει στην ανάπτυξη του διεθνούς εμπορίου οργάνων, όπου υποψήφιοι λήπτες ταξιδεύουν στο εξωτερικό για να αποκτήσουν όργανα μέσω εμπορικών συναλλαγών (Shimazono, 2007). Μεταμοσχευθέντες επιστρέφουν στην πατρίδα τους με ανεπαρκείς εκθέσεις των επεμβάσεων και άγνωστους κινδύνους λοιμώξεων ή κακοηθειών. Η πηγή των αλλομοσχευμάτων τους είναι κατά κύριο λόγο από φτωχούς και ευάλωτους (λόγω κοινωνικής θέσης, εθνικότητας, φύλου, ηλικίας) στον αναπτυσσόμενο κόσμο. Αυτοί οι πωλητές ή εμπορικοί ζώντες δότες καταφεύγουν στην πώληση οργάνων, επειδή δεν έχουν σχεδόν κανένα άλλο μέσο να υποστηρίξουν τους ίδιους ή τις οικογένειές τους.

Το εμπόριο οργάνων συνεπάγεται την πρόσληψη, τη μεταφορά, την υπόθαλψη ή παραλαβή προσώπων, μέσω της απειλής ή τη χρήση βίας ή άλλων μορφών εξαναγκασμού, της απαγωγής, της απάτης, της εξαπάτησης, της κατάχρησης εξουσίας, της θέσης τρωτότητας, της παροχής ή λήψης πληρωμών για να επιτευχθεί η συναίνεση προσώπου που έχει τον έλεγχο επί άλλου προσώπου, με σκοπό την εκμετάλλευση από την αφαίρεση οργάνων, ιστών ή κυττάρων για μεταμόσχευση (Budiani- Saberi, Delmonico, 2008). Με την εξαίρεση του Ιράν –που από το 1988 θεσπίστηκε η μεταμόσχευση νεφρού από μη συγγενή δότη- (Ghods, Nasrollahzadeh, 2005), η πώληση οργάνων είναι παράνομη σε όλη την υδρόγειο, αλλά πολλές χώρες (π.χ. Πακιστάν, Μπαγκλαντές, Ινδία) έχουν ακμάζουσα μαύρη αγορά, που είτε οφείλεται σε εσκεμμένη αποτυχία τους να την αστυνομεύουν ή λόγω έλλειψης πόρων για να την εντοπίσουν (Cohen, 2013).

Ο μεταμοσχευτικός τουρισμός ορίζεται ως «η αγορά ενός οργάνου για μεταμόσχευση στο εξωτερικό, που περιλαμβάνει την πρόσβαση σε ένα όργανο παρακάμπτοντας νόμους, κανόνες ή διαδικασίες μερικών ή όλων των χωρών που εμπλέκονται» (Budiani- Saberi, Delmonico, 2008). Το πρόβλημα αυτό δεν είναι άγνωστο και στην Ελλάδα, όπου στις αρχές της δεκαετίας του 1990, παρατηρήθηκε αρχικά μεταμοσχευτικός τουρισμός κυρίως προς τις χώρες της Άπω Ανατολής.

Ο ΠΟΥ υπολογίζει ότι το 10% των μεταμοσχευμένων οργάνων παγκοσμίως είναι αποτέλεσμα τέτοιου είδους συναλλαγών και σε μερικές χώρες αυτό είναι υψηλότερο. Η αντιμετώπιση αυτού του επιτακτικού προβλήματος, υπήρξε αντικείμενο διεθνούς συνάντησης στην Κωνσταντινούπολη το 2008. Στις αποφάσεις της περιελήφθησαν στρατηγικές για την αύξηση της δεξαμενής των δοτών, την πρόληψη της παράνομης διακίνησης οργάνων, της εμπορευματοποίησης των μεταμοσχεύσεων και του μεταμοσχευτικού τουρισμού ενώ, παράλληλα, ενθαρρύνθηκε η καθιέρωση νομικού πλαισίου ασφαλών προγραμμάτων μεταμοσχεύσεων.

Η λύση του προβλήματος δεν πρόκειται να επιτευχθεί μόνο με ποινικά μέτρα ή με ευκαιριακές αναθερμάνσεις του θέματος από τα ΜΜΕ. Πρέπει να γίνει κατανοητό ότι η επιθυμία των ασθενών για καλύτερη ποιότητα ζωής είναι πιο ισχυρή από οποιοδήποτε νομικό ή άλλο κώλυμα. Πρωταρχικό σκοπό πρέπει να αποτελέσει η αύξηση του αριθμού των δυνητικών δοτών, ούτως ώστε να καλυφθούν οι ανάγκες (Αλεξόπουλος, 2008).

4.2.5. Η επίδραση των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης

Τα ΜΜΕ μπορεί να είναι χρήσιμα, αλλά και δυνητικά επικίνδυνα να βλάψουν την δωρεά οργάνων (Matesanz, 2002). Πολλοί φόβοι του κοινού εκπορεύονται από τα ΜΜΕ. Για παράδειγμα, η απεικόνιση μέσω καθημερινών τηλεοπτικών σειρών, «διεφθαρμένων» ιατρών που προμηθεύουν όργανα είναι καταστροφική. Οι φόβοι για το ιατρικό σύστημα και το σύστημα κατανομής οργάνων, είναι οι κύριοι λόγοι για τους οποίους δεν θέλει κάποιος να δωρίσει τα όργανά του (Morgan et al., 2005). Δεν υπάρχουν λόγοι να πιστεύουμε ότι οι πολεμικές συγκρούσεις που αφορούν τη μεταμόσχευση δημιουργούνται από τα Μέσα για την προώθηση σκανδάλων ή εντυπωσιασμού. Ρωτούν σχετικές ερωτήσεις, αλλά συχνά αναφέρουν λάθος ή ανακριβείς απαντήσεις. Το ίδιο μπορεί να ειπωθεί σε σχέση με τη στάση του μεγαλύτερου μέρους του γενικού πληθυσμού, τουλάχιστον στις δυτικές χώρες. Δεν είναι

«ούτε υπέρ ούτε κατά της δωρεάς». Κατά συνέπεια, η επιτυχία εξαρτάται από την παροχή επαρκών πληροφοριών στο κοινό σε μια προσπάθεια για να ληφθεί ο μέγιστος δυνατός αριθμός οργάνων.

Στο ισπανικό μοντέλο, έχει αφιερωθεί μεγάλη προσοχή στην ενημέρωση των ΜΜΕ για θέματα δωρεάς και μεταμόσχευσης με ακρίβεια και θετικό τρόπο. Αρκετές στρατηγικές ακολουθήθηκαν σε μια προσπάθεια να τεθεί σε βέλτιστη χρήση ο πολύ σημαντικός ρόλος των ΜΜΕ και να βελτιωθεί το επίπεδο των πληροφοριών του ισπανικού πληθυσμού σε αυτά τα θέματα.

Είναι απαραίτητο να δημιουργηθεί ένα αξιόπιστο και ομοιογενές σύστημα πληροφοριών στο οποίο το κοινό μπορεί να έχει πλήρη εμπιστοσύνη. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μόνο εάν τα μηνύματα είναι σαφή, καλά καθορισμένα, θετικά και ουσιαστικά τα συμερίζονται όλοι όσοι εμπλέκονται στη διαδικασία της μεταμόσχευσης και δωρεάς οργάνων. Πρέπει να είναι σαφές, ωστόσο, ότι ο καλύτερος τρόπος για επηρεασμό της κοινής γνώμης είναι τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Περιοδικές συνεδριάσεις δημοσιογράφων, εμπειρογνομόνων στον τομέα των επικοινωνιών και διαμορφωτών της κοινής γνώμης στην μεταμόσχευση είναι μια ρεαλιστική προσέγγιση για να επηρεασθούν και να εκπαιδευθούν τα μέσα μαζικής ενημέρωσης σε θέματα που σχετίζονται με τη μεταμόσχευση. Οι παρανοήσεις πρέπει να αντιμετωπίζονται ανοικτά, με ταυτόχρονη έμφαση και στην προβολή της θετικής και σωτήριας πτυχής της δωρεάς και μεταμόσχευσης οργάνων. Αυτό είναι ένα πολύπλοκο και απαιτητικό έργο. Απαιτεί ειδική αφοσίωση και επαγγελματική στήριξη (Matesanz, 2002).

4.2.6. Διαδικασία συγκρότησης της λίστας μεταμοσχεύσεων

Ένα από τα πιο δύσκολα προβλήματα που πρέπει να αντιμετωπίσουν οι επιτροπές δεοντολογίας, είναι η συγκρότηση της λίστας αναμονής των ληπτών για κάθε είδος μεταμόσχευσης με κριτήρια κατά το δυνατόν αδιάβλητα και αξιοκρατικά. Όσο μάλιστα το μεταμοσχευτικό χάσμα, δηλαδή η διαφορά αριθμού ληπτών και δοτών, διευρύνεται, τόσο η ανάγκη για ένα μόσχευμα γίνεται πιο επιτακτική και η υποχρέωση δίκαιης κατανομής των μοσχευμάτων επιβεβλημένη.

Η λίστα πρέπει να είναι δίκαιη, να περιλαμβάνει όλες τις περιπτώσεις και για κανένα λόγο να μην παραβιάζεται. Οι υποψήφιοι λήπτες εγγράφονται στη λίστα και η κατανομή των μοσχευμάτων γίνεται με βάση τα στοιχεία ιστοσυμβατότητας, το χρόνο αναμονής, την ηλικία,

τη γεωγραφική απόσταση από το μόσχευμα, το επείγον της καταστάσεως ή σε περιπτώσεις ορισμένων οργάνων το μέγεθος και το σχήμα του μοσχεύματος.

Σε αυτά που προαναφέρθηκαν θα μπορούσε κανείς να εκφράσει τις ενστάσεις του ως προς το πόσο δίκαια είναι τα κριτήρια. Επί παραδείγματι η παράμετρος της ηλικίας θα μπορούσε να λειτουργήσει ρατσιστικά εις βάρος των ηλικιωμένων. Από την άλλη, αν η λίστα είναι βεβαρημένη με μεγάλο αριθμό υπερηλίκων, τότε ο χρόνος αναμονής για τους νεαρότερους και το ενδεχόμενο συνακόλουθων επιπλοκών αυξάνει.

Άλλο πρόβλημα που πολύ δύσκολα μπορεί να αντιμετωπισθεί είναι το τι πρέπει να προκρίνουμε ως κριτήριο προτεραιότητας, το επείγον, που όμως έχει μεγάλο ρίσκο, ή το προσδόκιμο της επιβίωσης του μοσχεύματος; Ποιος θα προσδιορίσει τα τελειότερα και πιο αδιάβλητα κριτήρια; Πάρα ταύτα, τα υφιστάμενα κριτήρια είναι γενικώς αποδεκτά.

Το τελικό ερώτημα είναι αν και κατά πόσον η λίστα τηρείται στην πράξη. Η δυνατότητα σκανδαλώδους ευνοίας επωνύμων και ευπόρων ληπτών και ποικίλων ρατσιστικών διακρίσεων φαντάζει προφανής. Πάρα ταύτα, τα πράγματα δεν είναι τόσο εύκολα στην πράξη. Οι αυστηρότατοι όροι πολύ δύσκολα μπορεί να παραβιασθούν (Κωστάκης, 2004).

4.2.7. Οικονομικό κόστος μεταμόσχευσης

Η μεταμόσχευση είναι μια ιδιαίτερα περίπλοκη και δαπανηρή διαδικασία που πιέζει πολύ τα συστήματα υγείας στις αναπτυσσόμενες χώρες (Noubala et al., 2007). Αποτέλεσμα αυτού είναι οι μεταμοσχεύσεις να αποτελούν προνόμιο των πλούσιων και οικονομικά ανεπτυγμένων χωρών και γι' αυτό να υφίστανται δριμεία κριτική (Κωστάκης, 2004).

Οι εύποροι ασθενείς μπορούν να αξιοποιήσουν την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση για να αποκτήσουν την πρόσβαση σε όργανα, για παράδειγμα, με την αγορά τους. Ακόμη και αν υπήρχε επαρκής προμήθεια των κατάλληλων οργάνων για μεταμόσχευση, η πραγματικότητα είναι ότι οι ανασφάλιστοι και οι φτωχοί δεν έχουν σήμερα ίση ευκαιρία να αξιοποιήσουν πλήρως τα οφέλη της μεταμόσχευσης, επειδή δεν έχουν ίση πρόσβαση σε πολύ ακριβά και αναγκαία μετά τη μεταμόσχευση ανοσοκατασταλτικά φάρμακα (Simmerling, 2007).

Η απάντηση σε αυτή την πρόκληση είναι η πρόοδος της επιστήμης που οδηγεί σε αποτελεσματικότερη και φθηνότερη τεχνολογία, η βελτίωση της αποτελεσματικότητας των

φαρμάκων, η επινόηση εξαπλουστευμένων χειρουργικών τεχνικών, η ευκολότερη εξεύρεση μοσχευμάτων κ.λ.π. Όλα αυτά γεννούν την ελπίδα ότι θα μειωθεί το κόστος σημαντικά και οι ευεργετικές συνέπειες των μεταμοσχεύσεων θα μπορέσουν να καλύψουν ευρύτερο φάσμα ασθενών (Κωστάκης, 2004).

4.2.8. Ξενομεταμόσχευση

Η ξενομεταμόσχευση, η μεταμόσχευση κυττάρων, ιστών ή οργάνων μεταξύ διαφορετικών ειδών, έχει τη δυνατότητα να ξεπεράσει το τρέχον έλλειμμα ανθρώπινων οργάνων και ιστών για μεταμόσχευση. Την τελευταία δεκαετία, η πρόοδος που σημειώθηκε στον τομέα αυτό είναι αξιοσημείωτη (Tissato, Cozzi, 2012). Ωστόσο, υπάρχουν επιστημονικά και ηθικά εμπόδια, και πρέπει να αντιμετωπιστούν προκειμένου να προχωρήσει ο τομέας της ξενομεταμόσχευσης με τρόπο που να βελτιστοποιεί την δυνατότητα του οφέλους της κοινωνίας και να ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο της (Sykes et al., 2003).

Μερικά από τα σημαντικά ηθικά ζητήματα πάνω στην ξενομεταμόσχευση, είναι:

- Η θανάτωση ζώων με σκοπό τη λήψη των οργάνων τους ή η χρησιμοποίησή τους σε κλινικά πειράματα.
- Οι κίνδυνοι για τη Δημόσια Υγεία, μέσω της πιθανής μετάδοσης ασθενειών από τα ζώα.
- Η κατανομή των οργάνων θα υπαγορεύεται με οικονομικά κριτήρια. Οι πλούσιοι και ισχυροί ασθενείς θα έχουν καλύτερη πρόσβαση στις μεταμοσχεύσεις.
- Η ύπαρξη ψυχικού τραύματος στους ασθενείς, καθώς προσπαθούν να δεχτούν την εικόνα τους με το " κομμάτι του ζώου" και την αποδοχή τους από το κοινωνικό σύνολο (Shankarkumar, 2003).

Η ξενομεταμόσχευση, λόγω της πολυπλοκότητας των ιατρικών, ηθικών και νομικών ζητημάτων, κατά πάσα πιθανότητα θα παραμείνει ένα αμφιλεγόμενο ζήτημα. Εάν επιλυθούν τα επιστημονικά προβλήματα, η απόφαση να προχωρήσει η κλινική εφαρμογή της θα εξαρτηθεί από συλλογικές αποφάσεις καθοδηγούμενες από ηθικά, κανονιστικά και νομικά πλαίσια (George, 2006).

4.2.9. Ανεγκέφαλα βρέφη

Η ιατρική κοινότητα διαθέτει την τεχνολογία που είναι απαραίτητη για να χρησιμοποιήσει ανεγκέφαλα βρέφη ως πηγή οργάνων για μεταμόσχευση σε άλλα παιδιά.

Οι υποστηρικτές της δωρεάς οργάνων από ανεγκέφαλα βρέφη υποστηρίζουν ότι όχι μόνο παρέχεται ζωή σε βρέφη που τα έχουν ανάγκη με μικρή ή μηδενική βλάβη του δότη, αλλά επίσης παρέχει ένα νόημα στους γονείς του παιδιού με ανεγκεφαλία. Ωστόσο, δεν βλέπουν όλοι το θέμα αυτό με μια τέτοια θετική άποψη.

Η κριτική της χρήσης οργάνων από ανεγκέφαλα βρέφη προέρχεται σε μεγάλο βαθμό από τη θεωρία της " ιερότητας της ζωής" . Αυτή η θεωρία τείνει να αγνοήσει την ποιότητα της ζωής και επικεντρώνεται στην πεποίθηση ότι κάθε ανθρώπινη ζωή είναι ιερή, ακόμη και αν επιβαρύνεται με τα πιο σοβαρά μειονεκτήματα. Τέλος, εκείνοι που αντιτίθενται στην χρήση των ανεγκέφαλων βρεφών υποστηρίζουν ότι για να προχωρήσει μια τέτοια πολιτική πρέπει να διακινδυνεύσουμε ένα κατήφορο συνεχώς επιδεινούμενων επιπτώσεων.

Μία από αυτές τις ανησυχίες, που είναι ο φόβος ότι οι επιστήμονες θα δημιουργήσουν σκόπιμα ανεγκέφαλους δωρητές οργάνων. Επίσης, υπάρχουν εύλογες ανησυχίες ότι από την παραχώρηση άδειας για τέτοιες μεταμοσχεύσεις θα μπορούσαν να ωφεληθούν τα παιδιά των πλουσίων, οι οποίοι είναι πιο πιθανό να έχουν πρόσβαση σε εξαιρετική ιατρική περίθαλψη, σε βάρος των φτωχών, οι οποίοι είναι πιθανότερο να γεννήσουν ένα παιδί με ανεγκεφαλία το οποίο θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως πηγή της μεταμόσχευσης (Khan, 2008).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

Στο παρόν κεφάλαιο αναπτύσσεται η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για τη διεξαγωγή της ερευνητικής μελέτης. Αναφέρονται οι ερευνητικοί σκοποί και περιγράφονται το υλικό και η μέθοδος συλλογής των δεδομένων, καθώς και η στατιστική τους ανάλυση.

5.1. Σκοποί της έρευνας

Οι σκοποί της ερευνητικής μας μελέτης ήταν:

- α) Η μελέτη των γνώσεων και των αντιλήψεων των φοιτητών γύρω από τη δωρεά οργάνων και μυελού των οστών για μεταμόσχευση.
- β) Η διερεύνηση ενδεχόμενης επίδρασης διαφόρων παραγόντων στην πρόθεση δωρεάς οργάνων και μυελού των οστών.
- γ) Μέσα από τις ενημερώσεις να καταμετρηθεί ο αριθμός των ατόμων που θα δεχτούν να γίνουν εθελοντές δότες μυελού των οστών και να συγκριθεί αυτό με τις εκφραζόμενες προθέσεις που κατεγράφησαν στα ερωτηματολόγια. Επομένως, να διερευνηθεί η επίδραση της ενημέρωσης στην απόφαση των ατόμων να γίνουν εθελοντές δωρητές μυελού των οστών. Ως επιμέρους στόχος, τέθηκε η στράτευση όσο το δυνατόν περισσότερων ατόμων στην διαδικασία της δωρεάς οργάνων και μυελού των οστών.

5.2. Υλικό και μέθοδος

5.2.1. Ερευνητικό πεδίο- Χρόνος διεξαγωγής

Η έρευνα διεξήχθη στη σχολή Επιστημών Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητας Ζωής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου στη Σπάρτη. Συγκεκριμένα, στα τμήματα Νοσηλευτικής και Οργάνωσης και Διαχείρισης Αθλητισμού.

Η συλλογή των δεδομένων για την ερευνητική μελέτη διήρκεσε 3 μήνες, κατά το διάστημα Σεπτεμβρίου- Δεκεμβρίου 2013.

5.2.2. Δειγματοληπτική μέθοδος

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της δειγματοληψίας ευκολίας (accidental or convenience sampling), που επιτρέπει τη χρησιμοποίηση οποιασδήποτε διαθέσιμης ομάδας μελών ή στοιχείων του πληθυσμού της έρευνας.

Ο ερευνητής δεν εξασκεί έλεγχο πάνω στη διεργασία δειγματοληψίας ή στις πιθανές προκαταλήψεις (Σαχίνη- Καρδάση, 1997) και είναι η λιγότερο δαπανηρή όσον αφορά το χρόνο, την προσπάθεια και το κόστος (Marshall, 1996).

Τα εξαγόμενα αποτελέσματα από μια δειγματοληψία ευκολίας δεν είναι γενικεύσιμα, έχουν πολλούς περιορισμούς και στην πραγματικότητα δεν υπάρχει κάποιο μέτρο εκτίμησης της ακρίβειάς τους, άρα και του σφάλματός της. Χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στην εξαγωγή συμπερασμάτων και καλό είναι αυτά να ερμηνεύονται με σύνεση (Ψαρρού, Ζαφειρόπουλος, 2003). Όταν χρησιμοποιείται με ακρίβεια και σε συνδυασμό με καλή θεωρητική κατάρτιση από μέρους του ερευνητή, δεν είναι τόσο «φτωχή» ως ερευνητική μέθοδος (Polit, Hungler, 2004).

5.2.3. Ερευνητικό εργαλείο

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που παραχωρήθηκε από τον κ. Χλιαουτάκη Ιωάννη, Καθηγητή του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του ΑΤΕΙ Κρήτης και το οποίο ήδη έχει εφαρμοστεί σε προπτυχιακή (Καββαδία, 2008) και μεταπτυχιακή μελέτη (Κωνσταντίνου, 2010). Το ερωτηματολόγιο κατασκευάστηκε βασιζόμενο σε ανάλογη διεθνή βιβλιογραφία (Shannon 1993, Edwards and Weale 2004, Bolognas and Kurt 2004, Schaeffner and Windisch 2004, Felley and Servoss 2005, Burra and Bonna 2005).

Το ερωτηματολόγιο με βάση τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης, συμπεριέλαβε ερωτήσεις που αφορούν στο μυελό των οστών, ενώ ανάλογα, τα δημογραφικά στοιχεία διαμορφώθηκαν έτσι ώστε να ανταποκρίνονται στα χαρακτηριστικά του προς επιλογή δείγματος.

Το ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε 5 ενότητες: Γνώσεις σχετικά με τη δωρεά- Εμπειρία δωρεάς οργάνων- Πρόθεση δωρεάς- Σκοπός υπογραφής κάρτας δότη- Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία.

Για τη συγκέντρωση των δεδομένων έγινε επίσκεψη στους φοιτητές της προαναφερθείσας σχολής, αφού προηγήθηκαν γραπτές εγκρίσεις συγκατάθεσης για τη διεξαγωγή της μελέτης και των ενημερώσεων (βλ. Παράρτημα).

Στους φοιτητές διανεμήθηκε το ερωτηματολόγιο και ρωτήθηκαν προφορικά εάν επιθυμούν να συμμετάσχουν στην έρευνα. Όσοι συμφώνησαν, συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο, αφού πρώτα τους παρέχονταν από την ερευνήτρια οι απαραίτητες διευκρινήσεις για τη σωστή συμπλήρωσή του.

Ο χρόνος που δόθηκε για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου σε κάθε ερωτώμενο ήταν 10 λεπτά, χωρίς τη συμμετοχή του ερευνητή σ' αυτή τη φάση, ώστε να μην επηρεάζεται η κρίση του.

Μετά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ακολουθούσε ενημέρωση των φοιτητών μέσω διάλεξης και οπτικοακουστικού υλικού σχετικά με τη δωρεά μυελού των οστών και ταυτόχρονη διανομή έντυπου υλικού του Κέντρου Εθελοντών Δοτών Μυελού των Οστών Πανεπιστημίου Πατρών (ΚΕΔΜΟΠ). Με το πέρας της ενημέρωσης δινόταν η ευκαιρία στους ερωτώμενους να γίνουν επί τόπου εθελοντές δότες μυελού των οστών με τη διαδικασία της λήψης επιχρίσματος από το στόμα.

Στο τέλος γινόταν η συλλογή των ερωτηματολογίων, αφού ζητούνταν από τους συμμετέχοντες που είχαν γίνει εθελοντές δωρητές μυελού των οστών να σημειώσουν πάνω στο ανώνυμο ερωτηματολόγιο τους την ένδειξη √.

5.3. Στατιστική ανάλυση

Για την ανάλυση των δεδομένων των ερωτηματολογίων, αρχικά έγινε η κωδικοποίησή τους μέσω υπολογιστικού φύλλου Excel του Microsoft Office και στη συνέχεια ακολούθησε η στατιστική επεξεργασία τους μέσω του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 22.

Δημιουργήθηκαν πίνακες συχνοτήτων με εκατοστιαίες αναλογίες ενώ για τη συσχέτιση των μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος ανεξαρτησίας χ^2 και ο έλεγχος χ^2 για γραμμική τάση. Ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε το 5%.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6°

6.1. Περιγραφική ανάλυση

Στην έρευνα συμμετείχαν 400 φοιτητές προπτυχιακού (83,8%) και μεταπτυχιακού (16,3%) επιπέδου των τμημάτων Νοσηλευτικής και Οργάνωσης και Διαχείρισης Αθλητισμού της Σχολής Επιστημών Ανθρώπινης Κίνησης και Ζωής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου (Πίνακας 6.1). Από αυτούς το 64,8% ήταν γυναίκες και το 35,3% ήταν άνδρες. Από αυτούς το 96% δεν έχει αποκτήσει παιδιά. Από τους προπτυχιακούς φοιτητές ήταν το 40,6% πρωτοετείς, το 17,9% δευτεροετείς, το 20,6% τριτοετείς και το 20,9% τελειόφοιτοι. Οι μεταπτυχιακοί φοιτητές ήταν 100% τελειόφοιτοι.

		n	%
Φύλο	Άντρας	141	35,3
	Γυναίκα	259	64,8
Παιδιά	Ναι	16	4,0
	Όχι	384	96,0
Επίπεδο σπουδών	Προπτυχιακή	335	83,8
	Μεταπτυχιακή	65	16,3
Έτος	1	136	40,6
	2	60	17,9
	3	69	20,6
	4	70	20,9

Πίνακας 6.1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Όσον αφορά τις γραμματικές γνώσεις των γονέων των ερωτηθέντων (Πίνακας 6.2), το μεγαλύτερο ποσοστό των πατέρων ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ ή Πανεπιστημίου (30,8%) και το μεγαλύτερο ποσοστό των μητέρων ήταν απόφοιτοι Λυκείου (31,8%) με επίσης αρκετά μεγάλο ποσοστό αποφοίτων ΤΕΙ ή Πανεπιστημίου (28,2%).

	Πατέρας		Μητέρα	
	n	%	n	%
Απόφοιτος Δημοτικού	46	11,6	44	11,2
Απόφοιτος Γυμνασίου	34	8,6	36	9,2
Απόφοιτος Λυκείου	102	25,8	125	31,8
Απόφοιτος Τεχνικής/ Επαγγελματικής Σχολής	91	23,0	75	19,1

Απόφοιτος ΤΕΙ ή Πανεπιστημίου	122	30,8	111	28,2
Άλλο	1	0,3	2	0,5

Πίνακας 6.2: Γραμματικές γνώσεις γονέων

Στον Πίνακα 6.3 παρουσιάζονται οι γνώσεις των ατόμων σχετικά με τη δωρεά οργάνων και μυελού των οστών. Η πλειοψηφία θεωρεί σωστές τις απόψεις «Η δωρεά οργάνων και μυελού των οστών σώζει ζωές.» (93,0%), «Υπάρχει λίστα αναμονής για τους υποψήφιους λήπτες οργάνων.» (86,3%), «Η ιστοσυμβατότητα μεταξύ δότη και λήπτη είναι καθοριστική για την επιλογή του δεύτερου.» (79,3%) και «Ο εγκεφαλικά νεκρός δότης εξετάζεται για μεταδιδόμενα νοσήματα.» (75,3%). Η πλειοψηφία θεωρεί λάθος τις απόψεις «Σε περίπτωση εγκεφαλικού θανάτου αποφασίζουν οι συγγενείς για το αν θα δωρίσουν κάποιο όργανο, άσχετα με το τι είχε δηλώσει το θύμα όσο ζούσε.» (71,8%) και «Εγκεφαλικός θάνατος και κόμα είναι έννοιες ταυτόσημες.» (68,5%).

	ΣΩΣΤΟ		ΛΑΘΟΣ		ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	
	n	%	n	%	n	%
Η εκκλησία επιτρέπει τη δωρεά οργάνων.	135	33,8	103	25,8	162	40,5
Πρέπει να είσαι απόλυτα υγιής για να γίνεις δωρητής.	232	58,0	121	30,3	47	11,8
Υπάρχει λίστα αναμονής για τους υποψήφιους λήπτες οργάνων.	345	86,3	19	4,8	36	9,0
Η ιστοσυμβατότητα μεταξύ δότη και λήπτη είναι καθοριστική για την επιλογή του δεύτερου.	317	79,3	18	4,5	65	16,3
Σε περίπτωση εγκεφαλικού θανάτου αποφασίζουν οι συγγενείς για το αν θα δωρίσουν κάποιο όργανο, άσχετα με το τι είχε δηλώσει το θύμα όσο ζούσε.	61	15,3	287	71,8	52	13,0
Με το νέο νομοθετικό πλαίσιο για τη δωρεά οργάνων, είμαστε όλοι «εν δυνάμει» δωρητές σε περίπτωση εγκεφαλικού θανάτου.	170	42,5	48	12,0	182	45,5
Για να αφαιρεθεί κάποιο όργανο από τον υποψήφιο δότη, θα πρέπει αυτός να είναι εγκεφαλικά νεκρός.	127	31,8	219	54,8	54	13,5
Ο εγκεφαλικά νεκρός δότης εξετάζεται για μεταδιδόμενα νοσήματα.	301	75,3	17	4,3	82	20,5

Μπορώ να αλλάξω γνώμη, ενώ έχω ήδη δηλώσει δωρητής.	232	58,0	26	6,5	142	35,5
Μπορεί κάποιος να γίνει δωρητής οργάνων ανεξάρτητα από την ηλικία του.	153	38,3	169	42,3	78	19,5
Εγκεφαλικός θάνατος και κώμα είναι έννοιες ταυτόσημες.	76	19,0	274	68,5	50	12,5
Ο εγκεφαλικός θάνατος είναι αναστρέψιμος.	94	23,5	216	54,0	90	22,5
Σε περίπτωση εγκεφαλικού θανάτου ο δότης μπορεί να έχει προκαθορίσει που θα δοθούν τα όργανα.	194	48,5	98	24,5	108	27,0
Ο μυελός των οστών και ο νωτιαίος μυελός είναι έννοιες ταυτόσημες.	64	16,0	239	59,8	97	24,3
Ο εθελοντής δωρητής μυελού των οστών καταγράφεται στο αρχείο μετά από λήψη δείγματος του μυελού του.	236	59,0	37	9,3	127	31,8
Η διαδικασία της λήψης μυελού των οστών κατά τη μεταμόσχευση είναι επώδυνη και επικίνδυνη για το δωρητή.	94	23,5	156	39,0	150	37,5
Η δωρεά οργάνων και μυελού των οστών σώζει ζωές.	372	93,0	4	1,0	24	6,0

Πίνακας 6.3: Γνώσεις σχετικά με τη δωρεά οργάνων και μυελού των οστών

Ως κύρια πηγή ενημέρωσης σχετικά με τη δωρεά οργάνων και μυελού των οστών τα άτομα δήλωσαν τα Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας (51,0%), ενώ ακολουθούν τα ενημερωτικά φυλλάδια (29,3%), η οικογένεια (17,8%) και το φιλικό περιβάλλον (17,3%) (Πίνακας 4).

	ΝΑΙ		ΟΧΙ	
	n	%	n	%
Ιατρό	49	12,3	351	87,8
Οικογένεια	71	17,8	329	82,3
Φιλικό περιβάλλον	69	17,3	331	82,8
Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας	204	51,0	196	49,0
Ιατρικά περιοδικά	55	13,8	345	86,3
Ενημερωτικά φυλλάδια	117	29,3	283	70,8
Συνέδρια- Εκδηλώσεις	39	9,8	361	90,3
Σχολή φοίτησης	53	13,3	347	86,8

Πίνακας 6.4: Πηγές ενημέρωσης σχετικά με τη δωρεά οργάνων και μυελού των οστών

Στον Πίνακα 6.5 παρουσιάζεται η εμπειρία που έχουν οι ερωτηθέντες πάνω στη δωρεά οργάνων και μυελού των οστών. Η πλειοψηφία απάντησε αρνητικά στις ερωτήσεις «Χρειάστηκε ποτέ μόσχευμα κάποιο συγγενικό ή φιλικό σας πρόσωπο;» (84,2%), «Έχει δηλώσει επίσημα κάποιο συγγενικό ή φιλικό σας πρόσωπο ότι θα ήθελε να γίνει δωρητής οργάνων ή μυελού των οστών;» (67,9%) και «Το περιβάλλον σας έχει αρνητική στάση απέναντι στη δωρεά οργάνων και μυελού των οστών;» (63,2%). Στην ερώτηση «Ενδιαφέρεται κάποιο συγγενικό ή φιλικό σας πρόσωπο να γίνει δότης;», το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων (41,6%) απάντησε πως δεν γνωρίζει. Η πλειοψηφία των ατόμων απάντησε θετικά στις ερωτήσεις «Θα γινόσασταν ποτέ δωρητής οργάνων;» (58,6%) και «Θα γινόσασταν ποτέ δωρητής μυελού των οστών;» (55,6%).

	ΝΑΙ		ΟΧΙ		ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	
	n	%	n	%	n	%
Χρειάστηκε ποτέ μόσχευμα κάποιο συγγενικό ή φιλικό σας πρόσωπο;	52	13,0	336	84,2	11	2,8
Έχει δηλώσει επίσημα κάποιο συγγενικό ή φιλικό σας πρόσωπο ότι θα ήθελε να γίνει δωρητής οργάνων ή μυελού των οστών;	69	17,3	271	67,9	59	14,8
Ενδιαφέρεται κάποιο συγγενικό σας ή φιλικό σας πρόσωπο να γίνει δότης;	99	24,8	134	33,6	166	41,6
Το περιβάλλον σας έχει αρνητική στάση απέναντι στη δωρεά οργάνων και μυελού των οστών;	54	13,5	252	63,2	93	23,3
Θα γινόσασταν ποτέ δωρητής οργάνων;	234	58,6	51	12,8	114	28,6
Θα γινόσασταν δωρητής μυελού των οστών;	222	55,6	49	12,3	128	32,1

Πίνακας 6.5: Εμπειρία δωρεάς οργάνων και μυελού των οστών

Στον Πίνακα 6.6 παρουσιάζονται οι λόγοι για να γίνει κάποιος δωρητής οργάνων. Η πλειοψηφία των ατόμων συμφωνεί ή συμφωνεί απόλυτα με τους λόγους «Θέλω πραγματικά να βοηθήσω το συνάνθρωπό μου.» (97,9%), «Δίνοντας ένα όργανο, σώζεις μια ζωή, πράγμα το οποίο είναι σύμφωνο με τις θρησκευτικές μου πεποιθήσεις.» (75,7%), «Ο τίτλος του δωρητή μου δίνει ικανοποίηση και υπερηφάνεια.» (62,4%) και «Με το να γίνω δωρητής ξέρω

ότι ένα όργανό μου θα παραμείνει ζωντανό και μετά το θάνατό μου.» (64,2%). Επίσης, η πλειοψηφία διαφωνεί ή διαφωνεί απόλυτα με τους λόγους «Με έχει επηρεάσει συγγενικό ή φιλικό πρόσωπο που είναι επίσης δότης.» (87,6%), «Έχω ευαισθητοποιηθεί από συγγενικό-φιλικό πρόσωπο που χρειάστηκε μόσχευμα.» (84,5%), «Θα γινόμουν δωρητής μόνο για δικό μου άτομο.» (76,5%) και «Τα ΜΜΕ με έχουν επηρεάσει υπέρ του να γίνω δότης.» (52,8%).

	ΔΙΑΦΩΝΩ		ΔΙΑΦΩΝΩ		ΣΥΜΦΩΝΩ		ΣΥΜΦΩΝΩ		ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	
	ΑΠΟΛΥΤΑ		ΔΙΑΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΑΠΟΛΥΤΑ		ΑΠΟΛΥΤΑ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Θέλω πραγματικά να βοηθήσω το συνάνθρωπό μου.	2	0,9%	0	0,0%	110	47,0%	119	50,9%	3	1,3%
Δίνοντας ένα όργανο, σώζεις μια ζωή, πράγμα το οποίο είναι σύμφωνο με τις θρησκευτικές μου πεποιθήσεις.	18	7,7%	25	10,7%	91	38,9%	86	36,8%	14	6,0%
Με έχει επηρεάσει συγγενικό-φιλικό πρόσωπο που είναι επίσης δότης.	113	48,3%	92	39,3%	22	9,4%	5	2,1%	2	0,9%
Έχω ευαισθητοποιηθεί από συγγενικό-φιλικό πρόσωπο που χρειάστηκε μόσχευμα.	96	41,2%	101	43,3%	15	6,4%	19	8,2%	2	0,9%

Θα γινόμεν δωρητής μόνο για δικό μου άτομο.	108	46,2%	71	30,3%	22	9,4%	18	7,7%	15	6,4%
Τα ΜΜΕ με έχουν επηρεάσει υπέρ του να γίνω δότης.	61	26,2%	62	26,6%	81	34,8%	18	7,7%	11	4,7%
Ο τίτλος του δωρητή μου δίνει ικανοποίηση και υπερηφάνεια.	30	12,8%	48	20,5%	84	35,9%	62	26,5%	10	4,3%
Με το να γίνω δωρητής ξέρω ότι ένα όργανό μου θα παραμείνει ζωντανό και μετά το θάνατό μου.	30	12,9%	40	17,2%	94	40,5%	55	23,7%	13	5,6%

Πίνακας 6.6: Λόγοι για να γίνει κάποιος δωρητής οργάνων

Όσον αφορά τις αιτίες για να μην γίνει κάποιος δωρητής οργάνων που αναφέρονται στον Πίνακα 6.7, η πλειοψηφία συμφωνεί ή συμφωνεί απόλυτα με τους λόγους «Φοβάμαι.» (67,3%), «Δεν εμπιστεύομαι τις οργανώσεις, θεωρώντας ότι δεν θα λάβω την περίθαλψη που μου πρέπει γνωρίζοντας ότι είμαι δότης.» (73,5%), «Δεν εμπιστεύομαι τους γιατρούς και τον τρόπο που θα με αντιμετωπίσουν σε περίπτωση που νοσηλευτώ, γνωρίζοντας ότι είμαι δότης.» (63,3%), «Δεν έχω εμπιστοσύνη για το αν θα χρησιμοποιηθεί σωστά το μόσχευμα.» (73,5%), «Δεν είμαι ακόμη συνειδητοποιημένος- κατασταλαγμένος, όσον αφορά το θέμα της δωρεάς οργάνων.» (67,4%) και «Αμφισβητώ τον εγκεφαλικό θάνατο, αφού η ελπίδα για τη ζωή κάποιου υπάρχει ως την τελευταία στιγμή.» (65,4%). Επίσης, η πλειοψηφία διαφωνεί ή διαφωνεί απόλυτα με τους λόγους «Αδιαφορώ, δεν με αφορά το θέμα της δωρεάς.» (75,5%) και «Το αμελώ, δεν το έχω σκεφτεί σοβαρά.» (51%).

	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ		ΔΙΑΦΩΝΩ		ΣΥΜΦΩΝΩ		ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ		ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Φοβάμαι.	3	6,1	9	18,4	22	44,9	11	22,4	4	8,2
Δεν εμπιστεύομαι τις οργανώσεις, θεωρώντας ότι δεν θα λάβω την περίθαλψη που μου πρέπει γνωρίζοντας ότι είμαι δότης.	7	14,3	3	6,1	21	42,9	15	30,6	3	6,1
Δεν εμπιστεύομαι τους γιατρούς και τον τρόπο που θα με αντιμετωπίσουν σε περίπτωση που νοσηλευτώ, γνωρίζοντας ότι είμαι δότης.	4	8,2	8	16,3	17	34,7	14	28,6	6	12,2
Δεν έχω εμπιστοσύνη για το αν θα χρησιμοποιηθεί σωστά το μόσχευμα.	3	6,1	7	14,3	17	34,7	19	38,8	3	6,1
Αδιαφορώ, δεν με αφορά το θέμα της δωρεάς.	19	38,8	18	36,7	7	14,3	2	4,1	3	6,1
Το αμελώ, δεν το έχω σκεφτεί σοβαρά.	8	16,3	17	34,7	14	28,6	9	18,4	1	2,0
Δεν είμαι ακόμη συνειδητοποιημένος-κατασταλαγμένος, όσον αφορά το θέμα της δωρεάς οργάνων.	8	16,3	6	12,2	19	38,8	14	28,6	2	4,1
Αμφισβητώ τον εγκεφαλικό θάνατο, αφού η ελπίδα για τη ζωή κάποιου υπάρχει ως την τελευταία στιγμή.	4	8,2	7	14,3	16	32,7	16	32,7	6	12,2

Πίνακας 6.7: Λόγοι για να μην γίνει κάποιος δωρητής οργάνων

Στον Πίνακα 6.8 αναφέρονται οι αιτίες για να γίνει κάποιος δωρητής μυελού των οστών. Η πλειοψηφία συμφωνεί ή συμφωνεί απόλυτα με τους λόγους «Θέλω πραγματικά να βοηθήσω το συνάνθρωπό μου.» (95,9%), «Δίνοντας μυελό, σώζεις μια ζωή, πράγμα το οποίο είναι σύμφωνο με τις θρησκευτικές μου πεποιθήσεις.» (73,8%), «Ο τίτλος του δωρητή μου δίνει ικανοποίηση και υπερηφάνεια.» (63,1%) και «Έχω πεισθεί ότι η λήψη μυελού των οστών είναι ακίνδυνη.» (49,5%). Επίσης, η πλειοψηφία διαφωνεί ή διαφωνεί απόλυτα με τους λόγους «Με έχει επηρεάσει συγγενικό ή φιλικό πρόσωπο που είναι επίσης δότης.» (86%), «Έχω ευαισθητοποιηθεί από συγγενικό- φιλικό πρόσωπο που χρειάστηκε μόσχευμα.» (85,1%), «Θα γινόμεν δωρητής μόνο για δικό μου άτομο.» (82%) και «Τα ΜΜΕ με έχουν επηρεάσει υπέρ του να γίνω δότης.» (59,9%).

	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ		ΔΙΑΦΩΝΩ		ΣΥΜΦΩΝΩ		ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ		ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Θέλω πραγματικά να βοηθήσω το συνάνθρωπό μου.	1	0,5	2	0,9	98	44,1	115	51,8	6	2,7
Δίνοντας μυελό, σώζεις μια ζωή, πράγμα το οποίο είναι σύμφωνο με τις θρησκευτικές μου πεποιθήσεις.	20	9,0	25	11,3	90	40,5	74	33,3	13	5,9
Με έχει επηρεάσει συγγενικό- φιλικό πρόσωπο που είναι επίσης δότης.	92	41,4	99	44,6	18	8,1	11	5,0	2	0,9
Έχω ευαισθητοποιηθεί από συγγενικό- φιλικό πρόσωπο που χρειάστηκε μόσχευμα.	91	41,0	98	44,1	14	6,3	19	8,6	0	0,0
Θα γινόμεν δωρητής μόνο για δικό μου άτομο.	111	50,0	71	32,0	15	6,8	15	6,8	10	4,5

Τα ΜΜΕ με έχουν επηρεάσει υπέρ του να γίνω δότης.	66	29,7	67	30,2	63	28,4	17	7,7	9	4,1
Ο τίτλος του δωρητή μου δίνει ικανοποίηση και υπερηφάνεια.	31	14,0	44	19,8	73	32,9	67	30,2	7	3,2
Έχω πεισθεί ότι η λήψη μυελού των οστών είναι ακίνδυνη.	12	5,4	58	26,1	64	28,8	46	20,7	42	18,9

Πίνακας 6.8: Λόγοι για να γίνει κάποιος δωρητής μυελού των οστών

Στις αιτίες που κάποιος δεν γίνεται δωρητής μυελού των οστών και αναφέρονται στον Πίνακα 6.9, η πλειοψηφία συμφωνεί ή συμφωνεί απόλυτα με τους λόγους «Φοβάμαι.» (73,5%), «Δεν εμπιστεύομαι τις οργανώσεις, ως προς τη χρήση του δείγματος που θα δώσω για να καταχωρηθώ στο αρχείο εθελοντών δωρητών μυελού των οστών.» (65,3%), «Είμαι επιφυλακτική/ός λόγω πιθανών κινδύνων για την υγεία μου» (85,8%), «Δεν έχω εμπιστοσύνη για το αν θα χρησιμοποιηθεί σωστά το δείγμα.» (65,3%) και «Έχω ενδιασμούς για το πώς μπορεί να χρησιμοποιηθούν πχ. τα γονιδιακά μου χαρακτηριστικά.» (63,3%). Επίσης, η πλειοψηφία διαφωνεί ή διαφωνεί απόλυτα με τους λόγους «Αδιαφορώ, δεν με αφορά το θέμα της δωρεάς.» (85,7%), «Το αμελώ, δεν το έχω σκεφτεί σοβαρά.» (57,2%) και «Δεν πιστεύω ότι ένας παραπάνω δωρητής έχει μεγάλη σημασία.» (81,6%).

	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ		ΔΙΑΦΩΝΩ		ΣΥΜΦΩΝΩ		ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ		ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Φοβάμαι.	3	6,1	8	16,3	20	40,8	16	32,7	2	4,1
Δεν εμπιστεύομαι τις οργανώσεις, ως προς τη χρήση του δείγματος που θα δώσω για να καταχωρηθώ στο αρχείο εθελοντών δωρητών μυελού των οστών.	6	12,2	7	14,3	19	38,8	13	26,5	4	8,2

Είμαι επιφυλακτική/ός λόγω πιθανών κινδύνων για την υγεία μου.	2	4,1	4	8,2	26	53,1	16	32,7	1	2,0
Δεν έχω εμπιστοσύνη για το αν θα χρησιμοποιηθεί σωστά το δείγμα.	4	8,2	11	22,4	21	42,9	11	22,4	2	4,1
Αδιαφορώ, δεν με αφορά το θέμα της δωρεάς.	23	46,9	19	38,8	4	8,2	2	4,1	1	2,0
Το αμελώ, δεν το έχω σκεφτεί σοβαρά.	14	28,6	14	28,6	13	26,5	8	16,3	0	0,0
Έχω ενδοιασμούς για το πώς μπορεί να χρησιμοποιηθούν πχ. τα γονιδιακά μου χαρακτηριστικά.	5	10,2	10	20,4	16	32,7	15	30,6	3	6,1
Δεν πιστεύω ότι ένας παραπάνω δωρητής έχει μεγάλη σημασία.	22	44,9	18	36,7	6	12,2	2	4,1	1	2,0

Πίνακας 6.9: Λόγοι για να μη γίνει κάποιος δωρητής μυελού των οστών

Στον Πίνακα 6.10 αναφέρονται οι προθέσεις δωρεάς οργάνων και μυελού των οστών των ερωτηθέντων. Το 98,8% δεν είχε υπογράψει επίσημα κάρτα δότη οργάνων, το 95% δεν έχει κάνει επίσημα αρνητική δήλωση δωρεάς οργάνων και το 99,5% δεν ήταν εθελοντές δότες μυελού των οστών. Το 20% των ατόμων έχουν ενημερώσει την οικογένειά τους να δωρίσει τα όργανά τους σε περίπτωση θανάτου.

	ΝΑΙ		ΟΧΙ	
	n	%	n	%
Έχω υπογράψει επίσημα κάρτα δότη οργάνων.	5	1,3	395	98,8
Έχω ήδη κάνει επίσημα αρνητική δήλωση δωρεάς οργάνων.	20	5,0	380	95,0

Έχω ενημερώσει την οικογένειά μου, να δωρίσει τα όργανά μου σε περίπτωση θανάτου.	80	20,0	320	80,0
Είμαι ήδη εθελοντής δότης μυελού των οστών.	2	0,5	398	99,5

Πίνακας 6.10: Πρόθεση για δωρεά

Στον Πίνακα 6.11 αναφέρονται οι λόγοι για τους οποίους τα άτομα δεν έχουν υπογράψει κάρτα δότη μυελού των οστών. Η πλειοψηφία συμφωνεί με τους λόγους «Νιώθω θετική/ός αλλά είναι κάτι που ακόμα διαπραγματεύομαι μέσα μου.» (70,5%) και «Αισθάνομαι ότι δε γνωρίζω αρκετά πράγματα σχετικά με τη δωρεά μυελού των οστών.» (84,6%). Επίσης, η πλειοψηφία διαφωνεί με τους λόγους «Θέλω να βρω ένα άτομο που να ενδιαφέρεται επίσης να γίνει δότης, ώστε να υπογράψουμε μαζί.» (89,4%) και «Απλά δεν είχα την ευκαιρία, σκοπεύω να το κάνω σύντομα.» (68,8%). Τα άτομα συμφώνησαν και διαφώνησαν σχεδόν στα ίδια ποσοστά όσον αφορά τους λόγους «Το αμελώ.» (50,9%- 49,1%) και «Έχω ενδιασμούς για το πώς μπορεί να χρησιμοποιηθεί το δείγμα που θα δώσω.» (56,4%- 43,6%).

	ΣΥΜΦΩΝΩ		ΔΙΑΦΩΝΩ	
	n	%	n	%
Το αμελώ	202	50,9	195	49,1
Δεν είμαι ενήμερη/ος για το που πρέπει να απευθυνθώ.	251	63,2	146	36,8
Θέλω να βρω ένα άτομο που να ενδιαφέρεται επίσης να γίνει δότης, ώστε να υπογράψουμε μαζί.	42	10,6	355	89,4
Απλά δεν είχα την ευκαιρία, σκοπεύω να το κάνω σύντομα.	124	31,2	273	68,8
Νιώθω θετική/ός αλλά είναι κάτι που ακόμα διαπραγματεύομαι μέσα μου.	280	70,5	117	29,5
Αισθάνομαι ότι δε γνωρίζω αρκετά πράγματα σχετικά με τη δωρεά μυελού των οστών.	336	84,6	61	15,4
Έχω ενδιασμούς για το πώς μπορεί να χρησιμοποιηθεί το δείγμα που θα δώσω.	224	56,4	173	43,6

Πίνακας 6.11: Λόγοι που τα άτομα δεν έχουν υπογράψει κάρτα δότη μυελού των οστών

6.2. Συσχετίσεις

Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 6.12, η απόφαση να γίνουν τελικά εθελοντές δότες μυελού των οστών εξαρτάται στατιστικά σημαντικά από το φύλο ($p < 0,001$), το τμήμα ($p < 0,001$)

και το έτος σπουδών ($p < 0,001$). Είναι κατά κύριο λόγο γυναίκες, φοιτήτριες του τμήματος Νοσηλευτικής και φοιτούν σε έτος μεγαλύτερο του 1^{ου}.

		Δωρητής		p-value
		Ναι	Όχι	
Φύλο	Αντρας	37 (58,9)	104 (82,1)	<0,001
	Γυναίκα	130 (108,1)	129 (150,9)	
Τμήμα σπουδών	Νοσηλευτική	134 (99,4)	104 (138,6)	<0,001
	Οργάνωσης και Διαχείρισης Αθλητισμού	33 (67,6)	129 (99,4)	
Επίπεδο	Προπτυχιακό	143 (139,9)	192 (195,1)	0,389
	Μεταπτυχιακό	24 (27,1)	41 (37,9)	
Έτος	1	32 (58,1)	104 (77,9)	<0,001
	2	37 (25,6)	23 (34,4)	
	3	31 (29,5)	38 (39,5)	
	4	43 (29,9)	27 (40,1)	
Ηλικία	Μέση τιμή (Τυπική απόκλιση)	21,65 (5,01)	21,66 (6,09)	0,986
Συχνότητα (Αναμενόμενη συχνότητα)				
Πίνακας 6.12: Συσχέτιση απόφασης με τους δημογραφικούς παράγοντες				

Στον Πίνακα 6.13 αναφέρονται οι συσχετίσεις της απόφασης να γίνει κάποιος εθελοντής δότης μυελού των οστών με τις γνώσεις σχετικά με τη δωρεά οργάνων και μυελού των οστών. Όσοι έγιναν δωρητές θεωρούν σωστό ότι υπάρχει λίστα αναμονής για τους υποψήφιους λήπτες οργάνων ($p=0,031$), ότι η ιστοσυμβατότητα μεταξύ δότη και λήπτη είναι καθοριστική για την επιλογή του δεύτερου ($p<0,001$), ότι με το νέο νομοθετικό πλαίσιο για τη δωρεά οργάνων, είμαστε όλοι «εν δυνάμει» δωρητές σε περίπτωση εγκεφαλικού θανάτου ($p<0,001$) και ότι ο εγκεφαλικά νεκρός δότης εξετάζεται για μεταδιδόμενα νοσήματα ($p=0,003$). Επιπλέον, θεωρούν λάθος ότι εγκεφαλικός θάνατος και κόμα είναι έννοιες ταυτόσημες ($p=0,005$), ότι ο εγκεφαλικός θάνατος είναι αναστρέψιμος ($p<0,001$), ότι ο εθελοντής δωρητής μυελού των οστών καταγράφεται στο αρχείο μετά από λήψη δείγματος του μυελού του ($p<0,001$) και ότι η διαδικασία της λήψης μυελού των οστών κατά τη μεταμόσχευση είναι επώδυνη και επικίνδυνη για το δωρητή ($p<0,001$).

		Δωρητής		p-value
		Ναι	Όχι	
Η εκκλησία επιτρέπει τη δωρεά οργάνων.	ΣΩΣΤΟ	63 (56,4)	72 (78,6)	0,248
	ΛΑΘΟΣ	37 (43,0)	66 (60,0)	
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	67 (67,6)	95 (94,4)	
Πρέπει να είσαι απόλυτα υγιής για να γίνεις δωρητής.	ΣΩΣΤΟ	94 (96,6)	138 (135)	0,413
	ΛΑΘΟΣ	56 (50,5)	65 (70,5)	
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	17 (19,6)	30 (27,4)	
Υπάρχει λίστα αναμονής για τους υποψήφιους λήπτες οργάνων.	ΣΩΣΤΟ	153 (144,0)	192 (201,0)	0,031
	ΛΑΘΟΣ	5 (7,9)	14 (11,1)	
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	9 (15,0)	27 (21,0)	
Η ιστοσυμβατότητα μεταξύ δότη και λήπτη είναι καθοριστική για την επιλογή του δεύτερου.	ΣΩΣΤΟ	152 (132,3)	165 (184,7)	<0,001
	ΛΑΘΟΣ	5 (7,5)	13 (10,5)	
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	10 (27,1)	55 (37,9)	
Σε περίπτωση εγκεφαλικού θανάτου αποφασίζουν οι συγγενείς για το αν θα δωρίσουν κάποιο όργανο,	ΣΩΣΤΟ	30 (25,5)	31 (35,5)	0,082
	ΛΑΘΟΣ	122 (119,8)	165 (167,2)	
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	15 (21,7)	37 (30,3)	
Με το νέο νομοθετικό πλαίσιο για τη δωρεά οργάνων, είμαστε όλοι «εν δυνάμει» δωρητές σε περίπτωση εγκεφαλικού θανάτου.	ΣΩΣΤΟ	92 (71,0)	78 (99,0)	<0,001
	ΛΑΘΟΣ	9 (20,0)	39 (28,0)	
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	66 (76,0)	116 (106,0)	
Για να αφαιρεθεί κάποιο όργανο από τον υποψήφιο δότη, θα πρέπει αυτός να είναι εγκεφαλικά νεκρός.	ΣΩΣΤΟ	54 (53,0)	73 (74,0)	0,144
	ΛΑΘΟΣ	97 (91,4)	122 (127,6)	
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	16 (22,5)	38 (31,5)	
Ο εγκεφαλικά νεκρός δότης εξετάζεται για μεταδιδόμενα νοσήματα.	ΣΩΣΤΟ	140 (125,7)	161 (175,3)	0,003
	ΛΑΘΟΣ	4 (7,1)	13 (9,5)	
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	23 (34,2)	59 (47,8)	
Μπορώ να αλλάξω γνώμη, ενώ έχω ήδη δηλώσει δωρητής.	ΣΩΣΤΟ	106 (96,9)	126 (135,1)	0,168
	ΛΑΘΟΣ	9 (10,9)	17 (15,1)	
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	52 (59,3)	90 (82,7)	

Μπορεί κάποιος να γίνει δωρητής οργάνων ανεξάρτητα από την ηλικία του.	ΣΩΣΤΟ	72 (63,9)	81 (89,1)	0,091
	ΛΑΘΟΣ	70 (70,6)	99 (98,4)	
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	25 (32,6)	53 (45,4)	
Εγκεφαλικός θάνατος και κώμα είναι έννοιες ταυτόσημες.	ΣΩΣΤΟ	29 (31,7)	47 (44,3)	0,005
	ΛΑΘΟΣ	127 (114,4)	147 (159,6)	
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	11 (20,9)	39 (29,1)	
Ο εγκεφαλικός θάνατος είναι αναστρέψιμος.	ΣΩΣΤΟ	34 (39,2)	60 (54,8)	<0,001
	ΛΑΘΟΣ	110 (90,2)	106 (125,8)	
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	23 (37,6)	67 (52,4)	
Σε περίπτωση εγκεφαλικού θανάτου ο δότης μπορεί να έχει προκαθορίσει που θα δοθούν τα όργανα.	ΣΩΣΤΟ	77 (81,0)	117 (113,0)	0,156
	ΛΑΘΟΣ	49 (40,9)	49 (57,1)	
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	41 (45,1)	67 (62,9)	
Ο μυελός των οστών και ο νωτιαίος μυελός είναι έννοιες ταυτόσημες.	ΣΩΣΤΟ	29 (26,7)	35 (37,3)	0,080
	ΛΑΘΟΣ	107 (99,8)	132 (139,2)	
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	31 (40,5)	66 (56,5)	
Ο εθελοντής δωρητής μυελού των οστών καταγράφεται στο αρχείο μετά από λήψη δείγματος του μυελού του.	ΣΩΣΤΟ	99 (98,5)	137 (137,5)	<0,001
	ΛΑΘΟΣ	26 (15,4)	11 (21,6)	
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	42 (53,0)	85 (74,0)	
Η διαδικασία της λήψης μυελού των οστών κατά τη μεταμόσχευση είναι επώδυνη και επικίνδυνη για το δωρητή.	ΣΩΣΤΟ	29 (39,2)	65 (54,8)	<0,001
	ΛΑΘΟΣ	87 (65,1)	69 (90,9)	
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	51 (62,6)	99 (87,4)	
Η δωρεά οργάνων και μυελού των οστών σώζει ζωές.	ΣΩΣΤΟ	160 (155,3)	212 (216,7)	0,176
	ΛΑΘΟΣ	1 (1,7)	3 (2,3)	
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	6 (10,0)	18 (14,0)	
Συχνότητα (Αναμενόμενη συχνότητα)				
Πίνακας 6.13: Συσχέτιση απόφασης με τις γνώσεις σχετικά με τη δωρεά οργάνων και μυελού των οστών				

Όπως διαφαίνεται και από τον Πίνακα 3 όπου αναφέρονται οι συσχετίσεις της απόφασης με τις πηγές ενημέρωσης, η απόφαση να γίνουν τελικά δωρητές εξαρτάται στατιστικά σημαντικά από την ενημέρωση που έχουν τα άτομα από τα ενημερωτικά φυλλάδια ($p = 0,041$) και τη σχολή φοίτησης ($p < 0,001$).

		Δωρητής		p-value
		Ναι	Όχι	
Ιατρό	ΝΑΙ	19 (20,5)	30 (28,5)	0,652
	ΟΧΙ	148 (146,5)	203 (204,5)	
Οικογένεια	ΝΑΙ	26 (29,6)	45 (41,4)	0,334
	ΟΧΙ	141 (137,4)	188 (191,6)	
Φιλικό περιβάλλον	ΝΑΙ	26 (28,8)	43 (40,2)	0,451
	ΟΧΙ	141 (138,2)	190 (192,8)	
Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας	ΝΑΙ	87 (85,2)	117 (118,8)	0,711
	ΟΧΙ	80 (81,8)	116 (114,2)	
Ιατρικά περιοδικά	ΝΑΙ	28 (23,0)	27 (32,0)	0,138
	ΟΧΙ	139 (144,0)	206 (201,0)	
Ενημερωτικά φυλλάδια	ΝΑΙ	58 (48,8)	59 (68,2)	0,041
	ΟΧΙ	109 (118,2)	174 (164,8)	
Συνέδρια- Εκδηλώσεις	ΝΑΙ	22 (16,3)	17 (22,7)	0,051
	ΟΧΙ	145 (150,7)	216 (210,3)	
Σχολή φοίτησης	ΝΑΙ	37 (22,1)	16 (30,9)	<0,001
	ΟΧΙ	130 (144,5)	217 (202,1)	
Άλλο	ΝΑΙ	16 (19,2)	30 (26,8)	0,308
	ΟΧΙ	167 (147,8)	233 (206,2)	
Συχνότητα (Αναμενόμενη συχνότητα)				
Πίνακας 6.14: Συσχέτιση απόφασης με τις πηγές ενημέρωσης				

Με βάση τον Πίνακα 6.15, η απόφαση να γίνουν τελικά δωρητές εξαρτάται στατιστικά σημαντικά από το γεγονός ότι κάποιος συγγενικό ή φιλικό πρόσωπο έχει δηλώσει επίσημα ότι θα ήθελε να γίνει δωρητής οργάνων ή μυελού των οστών ($p=0,022$), από το γεγονός ότι το περιβάλλον τους δεν έχει αρνητική στάση απέναντι στη δωρεά οργάνων και μυελού των

οστών ($p=0,018$), από τη θέληση να γίνουν κάποια στιγμή δωρητές οργάνων ($p<0,001$) και από τη θέληση να γίνουν κάποια στιγμή δωρητές μυελού των οστών. ($p<0,001$).

		Δωρητής		p-value
		Ναι	Όχι	
Χρειάστηκε ποτέ μόσχευμα κάποιο συγγενικό ή φιλικό σας πρόσωπο;	ΝΑΙ	24 (21,8)	28 (30,2)	0,764
	ΟΧΙ	138 (140,6)	198 (195,4)	
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	5 (4,6)	6 (6,4)	
Έχει δηλώσει επίσημα κάποιο συγγενικό ή φιλικό σας πρόσωπο ότι θα ήθελε να γίνει δωρητής οργάνων ή μυελού των οστών;	ΝΑΙ	39 (28,9)	30 (40,1)	0,022
	ΟΧΙ	107 (113,4)	164 (157,6)	
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	21 (24,7)	38 (34,3)	
Ενδιαφέρεται κάποιο συγγενικό σας ή φιλικό σας πρόσωπο να γίνει δότης;	ΝΑΙ	50 (41,4)	49 (57,6)	0,115
	ΟΧΙ	50 (56,1)	84 (77,9)	
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	67 (69,5)	99 (96,5)	
Το περιβάλλον σας έχει αρνητική στάση απέναντι στη δωρεά οργάνων και μυελού των οστών;	ΝΑΙ	21 (22,6)	33 (31,4)	0,018
	ΟΧΙ	118 (105,5)	134 (146,5)	
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	28 (38,9)	65 (54,1)	
Θα γινόσασταν ποτέ δωρητής οργάνων;	ΝΑΙ	128 (97,9)	106 (136,1)	<0,001
	ΟΧΙ	10 (21,3)	41 (29,7)	
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	29 (47,7)	85 (66,3)	
Θα γινόσασταν δωρητής μυελού των οστών;	ΝΑΙ	126 (92,9)	96 (129,1)	<0,001
	ΟΧΙ	7 (20,5)	42 (28,5)	
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	34 (53,6)	94 (74,4)	
Συχνότητα (Αναμενόμενη συχνότητα)				
Πίνακας 6.15: Συσχέτιση απόφασης με την εμπειρία δωρεάς οργάνων και μυελού των οστών				

Στους Πίνακες 6.16, 6.17, 6.18 και 6.19 αναφέρονται οι συσχετίσεις της απόφασης με τους λόγους που θα γινόταν ή όχι κάποιος από τους ερωτηθέντες δωρητής οργάνων ή μυελού των οστών, αντίστοιχα.

Η απόφαση να γίνουν τελικά δωρητές, τα άτομα που είχαν εκδηλώσει ενδιαφέρον να γίνουν δωρητές οργάνων, σχετίζεται γραμμικά με το γεγονός ότι έχουν επηρεαστεί από τα ΜΜΕ ($p=0,029$) και από το ότι ο τίτλος του δωρητή δίνει ικανοποίηση και υπερηφάνεια ($p=0,037$). Αυτοί που τελικά έγιναν, συμφωνούν ότι έχουν επηρεαστεί από τα ΜΜΕ και ότι ο τίτλος του δωρητή δίνει ικανοποίηση και υπερηφάνεια (Πίνακας 6.16).

		Δωρητής		p-value
		Ναι	Όχι	
Θέλω πραγματικά να βοηθήσω το συνάνθρωπό μου.	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	1 (1,1)	1 (0,9)	0,095
	ΔΙΑΦΩΝΩ	0 (0)	0 (0)	
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	2 (1,6)	1 (1,4)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ	52 (60,2)	58 (49,8)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	73 (65,1)	46 (53,9)	
Δίνοντας ένα όργανο, σώζεις μια ζωή, πράγμα το οποίο είναι σύμφωνο με τις θρησκευτικές μου πεποιθήσεις.	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	7 (9,8)	11 (8,2)	0,957
	ΔΙΑΦΩΝΩ	17 (13,7)	8 (11,3)	
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	12 (7,7)	2 (6,3)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ	42 (49,8)	49 (41,2)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	50 (47,0)	36 (39,0)	
Με έχει επηρεάσει συγγενικό-φιλικό πρόσωπο που είναι επίσης δότης.	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	57 (61,8)	56 (51,2)	0,653
	ΔΙΑΦΩΝΩ	55 (50,3)	37 (41,7)	
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	1 (1,1)	1 (0,9)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ	14 (12,0)	8 (10,0)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	1 (2,7)	4 (2,3)	
Έχω ευαισθητοποιηθεί από συγγενικό- φιλικό πρόσωπο που χρειάστηκε μόσχευμα.	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	50 (52,7)	46 (43,3)	0,838
	ΔΙΑΦΩΝΩ	59 (55,5)	42 (45,5)	
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	0 (1,1)	2 (0,9)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ	9 (8,2)	6 (6,8)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	10 (10,4)	9 (8,6)	
Θα γινόμουν δωρητής μόνο για δικό μου άτομο.	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	65 (59,1)	43 (48,9)	0,102
	ΔΙΑΦΩΝΩ	39 (38,8)	32 (32,2)	
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	4 (8,2)	11 (6,8)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ	12 (12,0)	10 (10,0)	

	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	8 (9,8)	10 (8,2)	
Τα ΜΜΕ με έχουν επηρεάσει υπέρ του να γίνω δότης.	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	28 (33,5)	33 (27,5)	0,029
	ΔΙΑΦΩΝΩ	29 (34,1)	33 (27,9)	
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	10 (6,0)	1 (5,0)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ	51 (44,5)	30 (36,5)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	10 (9,9)	8 (8,1)	
Ο τίτλος του δωρητή μου δίνει ικανοποίηση και υπερηφάνεια.	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	16 (16,4)	14 (13,6)	0,037
	ΔΙΑΦΩΝΩ	21 (26,3)	27 (21,7)	
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	5 (5,5)	5 (4,5)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ	42 (45,9)	42 (38,1)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	44 (33,9)	18 (28,1)	
Με το να γίνω δωρητής ξέρω ότι ένα όργανό μου θα παραμείνει ζωντανό και μετά το θάνατό μου.	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	16 (16,4)	14 (13,6)	0,995
	ΔΙΑΦΩΝΩ	24 (21,9)	16 (18,1)	
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	4 (7,1)	9 (5,9)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ	53 (51,7)	41 (42,5)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	30 (30,1)	25 (24,9)	
Συχνότητα (Αναμενόμενη συχνότητα)				
Πίνακας 6.16: Συσχέτιση απόφασης με τους λόγους που θα γίνονταν δωρητές οργάνων				

Η απόφαση να γίνουν τελικά δωρητές, τα άτομα που δεν είχαν εκδηλώσει ενδιαφέρον να γίνουν δωρητές οργάνων, σχετίζεται γραμμικά με το γεγονός ότι δεν εμπιστεύονται τις οργανώσεις, θεωρώντας ότι δεν θα λάβουν την περίθαλψη που τους πρέπει γνωρίζοντας ότι είναι δότης.» ($p=0,038$) και ότι αμφισβητούν τον εγκεφαλικό θάνατο, αφού η ελπίδα για τη ζωή κάποιου υπάρχει ως την τελευταία στιγμή ($p=0,024$). Αυτοί που αποφάσισαν τελικά να γίνουν, εμπιστεύονται τις οργανώσεις και αμφισβητούν τον εγκεφαλικό θάνατο (Πίνακας 6.17).

		Δωρητής		p-value
		Ναι	Όχι	
Φοβάμαι.	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	0 (0,6)	3 (2,4)	0,074
	ΔΙΑΦΩΝΩ	2 (1,8)	7 (7,2)	
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	0 (0,8)	4 (3,2)	

	ΣΥΜΦΩΝΩ	2 (4,5)	20 (17,5)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	6 (2,2)	5 (8,8)	
Δεν εμπιστεύομαι τις οργανώσεις, θεωρώντας ότι δεν θα λάβω την περίθαλψη που μου πρέπει γνωρίζοντας ότι είμαι δότης.	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	3 (1,4)	4 (5,6)	0,038
	ΔΙΑΦΩΝΩ	2 (0,6)	1 (2,4)	
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	0 (0,6)	3 (2,4)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ	3 (4,3)	18 (16,7)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	2 (3,1)	13 (11,9)	
Δεν εμπιστεύομαι τους γιατρούς και τον τρόπο που θα με αντιμετωπίσουν σε περίπτωση που νοσηλευτώ, γνωρίζοντας ότι είμαι δότης.	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	2 (0,8)	2 (3,2)	0,176
	ΔΙΑΦΩΝΩ	3 (1,6)	5 (6,4)	
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	0 (1,2)	6 (4,8)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ	2 (3,5)	15 (13,5)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	3 (2,9)	11 (11,1)	
Δεν έχω εμπιστοσύνη για το αν θα χρησιμοποιηθεί σωστά το μόσχευμα.	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	1 (0,6)	2 (2,4)	0,658
	ΔΙΑΦΩΝΩ	2 (1,4)	5 (5,6)	
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	0 (0,6)	3 (2,4)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ	3 (3,5)	14 (13,5)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	4 (3,9)	15 (15,1)	
Αδιαφορώ, δεν με αφορά το θέμα της δωρεάς.	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	5 (3,9)	14 (15,1)	0,956
	ΔΙΑΦΩΝΩ	2 (3,7)	16 (14,3)	
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	0 (0,6)	3 (2,4)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ	3 (1,4)	4 (5,6)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	0 (0,4)	2 (1,6)	
Το αμελώ, δεν το έχω σκεφτεί σοβαρά.	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	2 (1,6)	6 (6,4)	0,429
	ΔΙΑΦΩΝΩ	2 (3,5)	15 (13,5)	
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	0 (0,2)	1 (0,8)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ	3 (2,9)	11 (11,1)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	3 (1,8)	6 (7,2)	
Δεν είμαι ακόμη συνειδητοποιημένος-κατασταλαγμένος, όσον αφορά το θέμα της δωρεάς οργάνων.	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	1 (1,6)	7 (6,4)	0,148
	ΔΙΑΦΩΝΩ	1 (1,2)	5 (4,8)	
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	0 (0,4)	2 (1,6)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ	2 (3,9)	17 (15,1)	

	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	6 (2,9)	8 (11,1)	
Αμφισβητώ τον εγκεφαλικό θάνατο, αφού η ελπίδα για τη ζωή κάποιου υπάρχει ως την τελευταία στιγμή.	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	0 (0,8)	4 (3,2)	0,024
	ΔΙΑΦΩΝΩ	0 (1,4)	7 (5,6)	
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	2 (1,2)	4 (4,8)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ	1 (3,3)	15 (12,7)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	7 (3,3)	9 (12,7)	
Συχνότητα (Αναμενόμενη συχνότητα)				
Πίνακας 6.17: Συσχέτιση απόφασης με τους λόγους που δεν θα γίνονταν δωρητές οργάνων				

Η απόφαση να γίνουν τελικά δωρητές, τα άτομα που είχαν εκδηλώσει ενδιαφέρον να γίνουν δωρητές μυελού των οστών, σχετίζεται γραμμικά με το γεγονός ότι θα γίνονταν δωρητές μόνο για δικό τους άτομο ($p < 0,001$), ότι ο τίτλος του δωρητή δίνει ικανοποίηση και υπερηφάνεια ($p = 0,042$) και ότι έχουν πεισθεί ότι η λήψη μυελού των οστών είναι ακίνδυνη ($p < 0,001$). Αυτοί που έγιναν, διαφωνούν με το ότι θα γίνονταν μόνο για δικό τους άτομο, συμφωνούν με το ότι ο τίτλος δίνει ικανοποίηση και υπερηφάνεια και ότι η λήψη μυελού των οστών είναι ακίνδυνη (Πίνακας 6.18).

		Δωρητής		p-value
		Ναι	Όχι	
Θέλω πραγματικά να βοηθήσω το συνάνθρωπό μου.	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	1 (0,6)	0 (0,4)	0,055
	ΔΙΑΦΩΝΩ	1 (1,1)	1 (0,9)	
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	4 (3,4)	2 (2,6)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ	44 (55,6)	54 (42,4)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	76 (65,3)	39 (49,7)	
Δίνοντας μυελό, σώζεις μια ζωή, πράγμα το οποίο είναι σύμφωνο με τις θρησκευτικές μου πεποιθήσεις.	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	9 (11,4)	11 (8,6)	0,467
	ΔΙΑΦΩΝΩ	16 (14,2)	9 (10,8)	
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	10 (7,4)	3 (5,6)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ	43 (51,1)	47 (38,9)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	48 (42,0)	26 (32,0)	
Με έχει επηρεάσει συγγενικό-φιλικό πρόσωπο που είναι επίσης δότης.	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	46 (52,2)	46 (39,8)	0,390
	ΔΙΑΦΩΝΩ	62 (56,2)	37 (42,8)	
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	1 (1,1)	1 (0,9)	

	ΣΥΜΦΩΝΩ	11 (10,2)	7 (7,8)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	6 (6,2)	5 (4,8)	
Έχω ευαισθητοποιηθεί από συγγενικό- φιλικό πρόσωπο που χρειάστηκε μόσχευμα.	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	50 (51,6)	41 (39,4)	0,604
	ΔΙΑΦΩΝΩ	60 (55,6)	38 (42,4)	
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	0 (0)	0 (0)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ	6 (7,9)	8 (6,1)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	10 (10,8)	9 (8,2)	
Θα γινόμουν δωρητής μόνο για δικό μου άτομο.	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	74 (63,0)	37 (48,0)	<0,001
	ΔΙΑΦΩΝΩ	39 (40,3)	32 (30,7)	
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	3 (5,7)	7 (4,3)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ	6 (8,5)	9 (6,5)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	4 (8,5)	11 (6,5)	
Τα ΜΜΕ με έχουν επηρεάσει υπέρ του να γίνω δότης.	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	35 (37,5)	31 (28,5)	0,170
	ΔΙΑΦΩΝΩ	34 (38,0)	33 (29,0)	
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	7 (5,1)	2 (3,9)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ	40 (35,8)	23 (27,2)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	10 (9,6)	7 (7,4)	
Ο τίτλος του δωρητή μου δίνει ικανοποίηση και υπερηφάνεια.	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	18 (17,6)	13 (13,4)	0,042
	ΔΙΑΦΩΝΩ	17 (25,0)	27 (19,0)	
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	4 (4,0)	3 (3,0)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ	42 (41,4)	31 (31,6)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	45 (38,0)	22 (29,0)	
Έχω πεισθεί ότι η λήψη μυελού των οστών είναι ακίνδυνη.	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	6 (6,8)	6 (5,2)	<0,001
	ΔΙΑΦΩΝΩ	21 (32,9)	37 (25,1)	
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	21 (23,8)	21 (18,2)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ	46 (36,3)	18 (27,7)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	32 (26,1)	14 (19,9)	
Συχνότητα (Αναμενόμενη συχνότητα)				
Πίνακας 6.18: Συσχέτιση απόφασης με τους λόγους που θα γίνονταν δωρητές μυελού των οστών				

Η απόφαση να γίνουν τελικά δωρητές, τα άτομα που δεν είχαν εκδηλώσει ενδιαφέρον να γίνουν, σχετίζεται γραμμικά με το γεγονός ότι δεν εμπιστεύονται τις οργανώσεις, ως προς τη χρήση του δείγματος που θα δώσουν για να καταχωρηθούν στο αρχείο εθελοντών ($p=0,003$), ότι δεν έχουν εμπιστοσύνη για το αν θα χρησιμοποιηθεί σωστά το δείγμα ($p=0,019$) και ότι το αμελούν (δεν το έχουν σκεφτεί σοβαρά) ($p=0,008$). Αυτοί που τελικά έγιναν δωρητές διαφωνούν με το ότι δεν εμπιστεύονται τις οργανώσεις ως προς τη χρήση του δείγματος, διαφωνούν με το ότι δεν έχουν εμπιστοσύνη για το αν θα χρησιμοποιηθεί σωστά το δείγμα και συμφωνούν με το ότι δεν το έχουν σκεφτεί σοβαρά (Πίνακας 6.19).

		Δωρητής		p-value
		Ναι	Όχι	
Φοβάμαι.	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	0 (0,4)	3 (2,6)	0,134
	ΔΙΑΦΩΝΩ	1 (1,1)	7 (6,9)	
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	0 (0,3)	2 (1,7)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ	1 (2,9)	19 (17,1)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	5 (2,3)	11 (13,7)	
Δεν εμπιστεύομαι τις οργανώσεις, ως προς τη χρήση του δείγματος που θα δώσω για να καταχωρηθώ στο αρχείο εθελοντών	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	3 (0,9)	3 (5,1)	0,003
	ΔΙΑΦΩΝΩ	2 (1,0)	5 (6,0)	
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	1 (0,6)	3 (3,4)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ	0 (2,7)	19 (16,3)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	1 (1,9)	12 (11,1)	
Είμαι επιφυλακτική/ός λόγω πιθανών κινδύνων για την υγεία μου.	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	0 (0,3)	2 (1,7)	0,462
	ΔΙΑΦΩΝΩ	1 (0,6)	3 (3,4)	
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	0 (0,1)	1 (0,9)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ	2 (3,7)	24 (22,3)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	4 (2,3)	12 (13,7)	
Δεν έχω εμπιστοσύνη για το αν θα χρησιμοποιηθεί σωστά το δείγμα.	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	2 (0,6)	2 (3,4)	0,019
	ΔΙΑΦΩΝΩ	3 (1,6)	8 (9,4)	
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	0 (0,3)	2 (1,7)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ	1 (3,0)	20 (18,0)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	1 (1,6)	10 (9,4)	
Αδιαφορώ, δεν με αφορά το	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	5 (3,3)	18 (19,7)	0,147

θέμα της δωρεάς.	ΔΙΑΦΩΝΩ	2 (2,7)	17 (16,3)	
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	0 (0,1)	1 (0,9)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ	0 (0,6)	4 (3,4)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	0 (0,3)	2 (1,7)	
Το αμελώ, δεν το έχω σκεφτεί σοβαρά.	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	0 (2,0)	14 (12,0)	0,008
	ΔΙΑΦΩΝΩ	1 (2,0)	13 (12,0)	
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	0 (0)	0 (0)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ	3 (1,9)	10 (11,1)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	3 (1,1)	5 (6,9)	
Έχω ενδιασμούς για το πώς μπορεί να χρησιμοποιηθούν πχ. τα γονιδιακά μου χαρακτηριστικά.	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	3 (0,7)	2 (4,3)	0,165
	ΔΙΑΦΩΝΩ	0 (1,4)	10 (8,6)	
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	1 (0,4)	2 (2,6)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ	1 (2,3)	15 (13,7)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	2 (2,1)	13 (12,9)	
Δεν πιστεύω ότι ένας παραπάνω δωρητής έχει μεγάλη σημασία.	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	4 (3,1)	18 (18,9)	0,841
	ΔΙΑΦΩΝΩ	2 (2,6)	16 (15,4)	
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	0 (0,1)	1 (0,9)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ	0 (0,9)	6 (5,1)	
	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	1 (0,3)	1 (1,7)	
Συχνότητα (Αναμενόμενη συχνότητα)				
Πίνακας 6.19: Συσχέτιση απόφασης με τους λόγους που δεν θα γίνονταν δωρητές μυελού των οστών				

Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 6.20, η απόφαση να γίνουν τελικά δωρητές εξαρτάται στατιστικά σημαντικά, αρνητικά, από το γεγονός ότι έχουν κάνει επίσημα αρνητική δήλωση δωρεάς οργάνων ($p=0,013$) και, θετικά, από το γεγονός ότι έχουν ενημερώσει την οικογένειά τους, να δωρίσει τα όργανά τους σε περίπτωση θανάτου ($p<0,001$).

		Δωρητής		p-value
		Ναι	Όχι	
Έχω υπογράψει επίσημα κάρτα δότη οργάνων.	ΝΑΙ	3 (2,1)	2 (2,9)	0,405
	ΟΧΙ	164 (164,9)	231 (230,1)	

Έχω ήδη κάνει επίσημα αρνητική δήλωση δωρεάς οργάνων.	ΝΑΙ	3 (8,4)	17 (11,7)	0,013
	ΟΧΙ	164 (158,7)	216 (221,4)	
Έχω ενημερώσει την οικογένειά μου, να δωρίσει τα όργανά μου σε περίπτωση θανάτου.	ΝΑΙ	48 (33,4)	32 (46,6)	<0,001
	ΟΧΙ	119 (133,6)	201 (186,4)	
Είμαι ήδη εθελοντής δότης μυελού των οστών.	ΝΑΙ	1 (0,8)	1 (1,2)	0,813
	ΟΧΙ	166 (166,2)	232 (231,8)	
Συχνότητα (Αναμενόμενη συχνότητα)				
Πίνακας 6.20: Συσχέτιση απόφασης με τον σκοπό να γίνουν δωρητές				

Οι συσχετίσεις των λόγων που η απόλυτη σχεδόν πλειοψηφία των ερωτηθέντων δεν είχαν υπογράψει κάρτα δότη μυελού των οστών με την απόφαση να γίνουν τελικά δωρητές όπως φαίνεται από τον Πίνακα 6.21, εξαρτάται στατιστικά σημαντικά, θετικά, από την αμέλεια να υπογράψουν κάρτα δότη μυελού των οστών ($p < 0,001$), από το ότι δεν ήταν ενήμεροι για το που πρέπει να απευθυνθούν ($p < 0,001$), από το ότι θέλουν να βρουν ένα άτομο που να ενδιαφέρεται επίσης να γίνει δότης, ώστε να υπογράψουν μαζί ($p = 0,033$), από το ότι απλά δεν είχαν την ευκαιρία, αλλά σκόπευαν να το κάνουν σύντομα ($p < 0,001$) και αρνητικά από το ότι αισθάνονται ότι δεν γνωρίζουν αρκετά πράγματα σχετικά με τη δωρεά μυελού των οστών ($p = 0,034$) και από ότι έχουν ενδιασμούς για το πώς μπορεί να χρησιμοποιηθεί το δείγμα που θα δώσουν ($p = 0,001$).

		Δωρητής		p-value
		Ναι	Όχι	
Το αμελώ	ΣΥΜΦΩΝΩ	103 (84,5)	99 (117,5)	<0,001
	ΔΙΑΦΩΝΩ	63 (81,5)	132 (113,5)	
Δεν είμαι ενήμερη/ος για το που πρέπει να απευθυνθώ.	ΣΥΜΦΩΝΩ	122 (104,3)	129 (146,7)	<0,001
	ΔΙΑΦΩΝΩ	43 (60,7)	103 (85,3)	
Θέλω να βρω ένα άτομο που να ενδιαφέρεται επίσης να γίνει δότης, ώστε να υπογράψουμε μαζί.	ΣΥΜΦΩΝΩ	24 (17,6)	18 (24,4)	0,033
	ΔΙΑΦΩΝΩ	142 (148,4)	213 (206,6)	
Απλά δεν είχα την ευκαιρία, σκοπεύω να το κάνω σύντομα.	ΣΥΜΦΩΝΩ	91 (51,8)	33 (72,2)	<0,001
	ΔΙΑΦΩΝΩ	75 (114,2)	198 (158,8)	

Νιώθω θετική/ός αλλά είναι κάτι που ακόμα διαπραγματεύομαι μέσα μου.	ΣΥΜΦΩΝΩ	123 (117,1)	157 (162,9)	0,186
	ΔΙΑΦΩΝΩ	43 (48,9)	74 (68,1)	
Αισθάνομαι ότι δε γνωρίζω αρκετά πράγματα σχετικά με τη δωρεά μυελού των οστών.	ΣΥΜΦΩΝΩ	133 (140,5)	203 (195,5)	0,034
	ΔΙΑΦΩΝΩ	33 (25,5)	28 (35,5)	
Έχω ενδιαφέρον για το πώς μπορεί να χρησιμοποιηθεί το δείγμα που θα δώσω.	ΣΥΜΦΩΝΩ	77 (93,7)	147 (130,3)	0,001
	ΔΙΑΦΩΝΩ	89 (72,3)	84 (100,7)	
Συχνότητα (Αναμενόμενη συχνότητα)				
Πίνακας 6.21: Συσχέτιση απόφασης με τους λόγους που δεν έχουν υπογράψει κάρτα δότη μυελού των οστών				

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

7.1. Συζήτηση

Στη χώρα μας έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια κάποιες προσπάθειες διερεύνησης των γνώσεων, αντιλήψεων και στάσεων φοιτητών ανώτατης εκπαίδευσης πάνω στη δωρεά ιστών και οργάνων. Συγκεκριμένα, έχει μελετηθεί η συμπεριφορά φοιτητών Νοσηλευτικής (Μπακάλης, Θεοδωρακοπούλου, 2010, Τσαβδάρου και συν., 2013), φοιτητών Ιατρικής (Dardavessis et al., 2011) και φοιτητών τμημάτων επαγγελματιών υγείας και θετικών επιστημών (Καββαδία, 2008, Δεμερτζή, 2007).

Με την παρούσα μελέτη, γίνεται για πρώτη φορά η προσπάθεια σύγκρισης των απόψεων των ερωτηθέντων πάνω στο θέμα με τη στάση τους μετά από ενημέρωση, συγκεκριμένα, ως προς τη δωρεά μυελού των οστών, και την ανταπόκριση στην επί τόπου δυνατότητα να γίνει κάποιος εθελοντής δότης μυελού των οστών.

Στο εξωτερικό έχουν πραγματοποιηθεί σαφώς περισσότερες έρευνες πάνω στις γνώσεις και στάσεις πάνω στο θέμα της δωρεάς για μεταμόσχευση, μιας και εκεί το θέμα της μεταμόσχευσης και της δωρεάς ξεκινά χρόνια πριν φθάσει στην Ελλάδα. Παρόλα αυτά, η επίδραση της ενημέρωσης σε συνδυασμό με την επί τόπου μέτρηση της ανταπόκρισης των ερωτηθέντων είναι κάτι που ελάχιστα έχει διερευνηθεί και στο εξωτερικό.

Η μελέτη μας κατέδειξε πως τελικά έγιναν εθελοντές δότες μυελού των οστών γυναίκες, φοιτήτριες του τμήματος Νοσηλευτικής που φοιτούν σε έτος μεγαλύτερο του 1^{ου}.

Τη στενή συσχέτιση του φύλου με την πρόθεση για δωρεά ιστών και οργάνων κατέδειξαν και άλλες έρευνες οι οποίες έγιναν στη χώρα μας (Galani et al., 2008, Τσαβδάρου και συν., 2013). Σημαντικά μεγαλύτερη θετική στάση των φοιτητριών ως προς τη δωρεά απέδειξε και έρευνα στην Τουρκία το 2010 (Sönmez et al., 2010). Αυτό πιθανώς οφείλεται στο γεγονός ότι οι γυναίκες έχουν περισσότερο αλtruισμό, κατανόηση και ευαισθησία ως προς το συνάνθρωπο, καθώς και αυξημένη πνευματικότητα και θρησκευτικότητα -που σχετίζονται με το συγκεκριμένο θέμα-. Επίσης, η κοινωνία περιμένει από τη γυναίκα να υπερέχει στο ρόλο του «φροντιστή» στην οικογένεια και στην κοινότητα γενικότερα. Αυτοί οι λόγοι πιθανότατα αιτιολογούν γιατί οι γυναίκες δωρίζουν συχνότερα από τους άνδρες (Thompson et al., 2003).

Στη χώρα μας, η συσχέτιση της θετικής στάσης ως προς τη δωρεά με το τμήμα σπουδών και το έτος παρακολούθησης των φοιτητών παρατηρήθηκε και σε προγενέστερη έρευνα (Καββαδία, 2008). Αντίστοιχα, ανάλογη έρευνα που διεξήχθη σε προπτυχιακούς και μεταπτυχιακούς φοιτητές νοσηλευτικής σε πανεπιστήμιο του Hong Kong, έδειξε ότι η δέσμευση όσον αφορά τη δωρεά οργάνων συσχετίζεται στενά με το έτος σπουδών. Η αυξανόμενη –με το έτος σπουδών- έκθεση των φοιτητών νοσηλευτικής σε κλινικές περιπτώσεις που χρήζουν μεταμόσχευσης πιθανώς αντανάκλα την αυξανόμενη πρόθεση να γίνουν δωρητές οργάνων (Tam et al., 2012).

Σε αντίθεση με τα παραπάνω, σε έρευνα η οποία διεξήχθη σε προπτυχιακούς φοιτητές νοσηλευτικής σε πανεπιστήμιο της Ιταλίας, δε βρέθηκαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της στάσης δωρεάς οργάνου και του φύλου, της ηλικίας ή την κλινική πρακτική σε νοσοκομεία (Zampieron et al., 2010).

Η έρευνα μας απέδειξε πως οι φοιτητές που είχαν επαρκείς γνώσεις ως προς τη δωρεά ιστών και οργάνων έγιναν σε μεγαλύτερο ποσοστό εθελοντές δότες μυελού των οστών. Έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε φοιτητές ιατρικής στο Πουέρτο Ρίκο απέδειξε πως η σημαντική έλλειψη γνώσεων πάνω στη δωρεά αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για να γίνει κάποιος ενεργός δωρητής (Marqués-Lespier et al., 2013). Ανάλογη έρευνα σε Ολλανδούς φοιτητές ιατρικής απέδειξε ότι η προθυμία να εγγραφεί κάποιος ως δότης οργάνων αυξάνει με την αύξηση του επιπέδου των γνώσεων στο θέμα (Figueroa et al., 2013).

Σχετικά με τις πηγές ενημέρωσης στη μελέτη μας, η απόφαση να γίνουν τελικά δωρητές εξαρτάται στατιστικά σημαντικά από την ενημέρωση που έχουν τα άτομα από έντυπο υλικό και τη σχολή φοίτησης παρόλο που τα Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας ευθύνονται κατά κύριο λόγο για την ενημέρωση των φοιτητών. Περίπου παρόμοια αποτελέσματα εμφανίστηκαν και στην έρευνα των Martínez-Alarcón et al. σε φοιτητές δημοσιογραφίας στην Ισπανία, όπου τη μεγαλύτερη επίδραση εμφάνισαν οι συζητήσεις με το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον και τους επαγγελματίες υγείας παρόλο που και εκεί η τηλεόραση εμφάνιζε τη μεγαλύτερη συχνότητα στις πηγές ενημέρωσης. Αυτό αποδεικνύει ότι συμβάλλουν θετικά οι σαφείς και συνοπτικές πληροφορίες πάνω στο συγκεκριμένο θέμα (Martínez-Alarcón et al., 2013). Σε έρευνα που διεξήχθη στη ίδια χώρα στο γενικό πληθυσμό, έγινε σαφές πως η ατομική

πληροφόρηση και οι εξειδικευμένες ημερίδες έχουν ευνοϊκότερη επίδραση στη θετική στάση ως προς τη δωρεά οργάνων και ιστών (Conesa et al., 2004).

Στη μελέτη μας αποδεικνύεται πως η θετική στάση του συγγενικού και φιλικού περιβάλλοντος και η ύπαρξη δωρητή οργάνων ή ιστών σε αυτό σχετίζεται σημαντικά με την απόφαση για δωρεά μυελού των οστών. Επίσης, το ίδιο παρατηρείται όταν υπάρχει δηλωμένη θέληση να γίνει κάποιος δωρητής οργάνων ή ιστών μελλοντικά. Τη θετική επιρροή του στενού περιβάλλοντος πάνω στο θέμα της δωρεάς διαπίστωσαν και οι Galanis et al. σε έρευνα στον ελληνικό πληθυσμό και οι Chung et al. σε έρευνα μεταξύ φοιτητών Ιατρικής στο πανεπιστήμιο του Hong Kong. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι όταν το στενό περιβάλλον έχει θετική στάση ως προς τη δωρεά οργάνων ή ακόμη περισσότερο όταν κάποιο από τα μέλη του είναι ήδη δωρητής, σημαίνει πως υπάρχει πολύ καλή γνώση του θέματος και ευνοούνται οι συζητήσεις μέσα σ' αυτό για τη λύση αμφιβολιών, παρανοήσεων ή κοινών μύθων που αποτρέπουν ίσως από μια πιθανή δωρεά (Morgan, Miller, 2002).

Τα αποτελέσματα της μελέτης μας οδηγούν στο συμπέρασμα ότι η θέληση να γίνει κάποιος δωρητής οργάνων σχετίζεται με το γεγονός ότι έχει επηρεαστεί από τα MME και από το ότι ο τίτλος του δωρητή του δίνει ικανοποίηση και υπερηφάνεια. Τα MME μπορούν άμεσα και έμμεσα να παράγουν θετικές αλλαγές ή να προλάβουν αρνητικές συμπεριφορές σε θέματα υγείας που αφορούν μεγάλους πληθυσμούς, όπως η δωρεά οργάνων. Αντίθετα, σε έρευνα φοιτητών πανεπιστημίου στην Ιαπωνία, ο αλτρουισμός είχε τη σημαντικότερη θετική επίδραση στη δωρεά οργάνων (Wu et al., 2013).

Η αρνητική στάση ενός τμήματος του δείγματός μας ως προς τη δωρεά οργάνων, καθορίζεται από τη μη εμπιστοσύνη στις οργανώσεις και την αμφισβήτηση του εγκεφαλικού θανάτου. Οι ανησυχίες για τη δράση των οργανώσεων (Peron et al., 2004), το εμπόριο οργάνων (Sönmez et al., 2010) και γενικά την παράνομη συμπεριφορά (Goz et al., 2006) παρατηρήθηκαν και σε έρευνες του εξωτερικού. Η αμφισβήτηση του εγκεφαλικού θανάτου, ως εμπόδιο στη διαδικασία της δωρεάς οργάνων, διαπιστώθηκε και σε έρευνα που διεξήχθη σε φοιτητές νοσηλευτικής σε τρία πανεπιστήμια της Ισπανίας, όπου το 30% δε γνώριζε ή είχε αμφιβολίες σχετικά με την έννοιά του (Martínez-Alarcón et al., 2009). Την ανάγκη βελτίωσης των γνώσεων πάνω στον εγκεφαλικό θάνατο κατέδειξε και άλλη έρευνα που διεξήχθη σε τελειόφοιτους φοιτητές νοσηλευτικής στην Κορέα (Kim et al., 2006). Σε αρκετές έρευνες του

εξωτερικού, σημαντικό εμπόδιο στην δωρεά ιστών και οργάνων αποτελούν οι θρησκευτικές πεποιθήσεις των ατόμων. Αυτό απεδείχθη σε έρευνες φοιτητών στην Τουρκία (Sönmez et al., 2010), τη Βραζιλία (Dutra et al., 2004), τη Σαουδική Αραβία (Al-Ghanim, 2009) και το Hong Kong (Chung et al., 2008). Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι ο θάνατος εκτός από τον καθαρά ιατρικό χαρακτήρα του έχει έντονα συναισθηματική, προσωπική και μεταφυσική διάσταση που αφορά ιδιαίτερα τις θρησκείες. Σε άλλη έρευνα σε φοιτητές στο Ισραήλ, στα σημαντικά εμπόδια ως προς τη δωρεά οργάνων συγκαταλέγεται ο φόβος (Besser et al., 2004).

Στην έρευνά μας η θέληση να γίνει κάποιος δωρητής μυελού των οστών σχετίζεται σημαντικά με το γεγονός ότι θα γινόταν δωρητής μόνο για δικό του άτομο, ότι ο τίτλος του δωρητή δίνει ικανοποίηση και υπερηφάνεια και ότι έχει πεισθεί ότι η λήψη μυελού των οστών είναι ακίνδυνη. Τα άτομα που τελικά έγιναν εθελοντές δότες μυελού των οστών, διαφοροποιούνταν στο γεγονός της διαφωνίας με την άποψη ότι θα γίνονταν δότες μόνο για δικό τους άτομο. Οι Switzer et al. απέδειξαν ότι δυνητικά κρίσιμο ρόλο στη θετική στάση για δωρεά παίζουν τα άτομα που συμμετέχουν στη λήψη του δείγματος, μέσω της παροχής πληροφοριών που μπορεί να καθησυχάσουν τυχόν ανησυχίες σχετικά με τους ιατρικούς κινδύνους και τις επιπτώσεις της δωρεάς στην εργασία και την οικογένεια (Switzer et al., 2003). Η έρευνα των Galanis et al. απέδειξε ότι οι γνώσεις σχετικά με τη μεταμόσχευση μυελού των οστών και η εμπιστοσύνη στους επαγγελματίες υγείας επηρεάζουν θετικά την απόφαση των Ελλήνων να εγγραφούν ως εθελοντές δότες μυελού των οστών (Galanis et al., 2008).

Η αρνητική στάση ως προς τη δωρεά μυελού των οστών σχετίζεται με τη μη εμπιστοσύνη στις οργανώσεις και τη χρησιμοποίηση του δείγματος καθώς και την προσωπική αμέλεια. Τα άτομα που τελικά έγιναν δωρητές μυελού των οστών, εμπιστεύονταν τις οργανώσεις ως προς τη χρήση του δείγματος και δεν είχαν σκεφτεί σοβαρά το θέμα της δωρεάς. Σε έρευνα που διεξήχθη το 2011 σε φοιτητές επιστημών υγείας του πανεπιστημίου Rhode Island των ΗΠΑ σχετικά με τη δωρεά αιμοποιητικών κυττάρων, το 60% δεν γνώριζε τη διαδικασία της δωρεάς ή πίστευε ότι απαιτείται χειρουργική διαδικασία με αναισθησία. Επίσης, ο φόβος του πόνου και των επιπλοκών ήταν οι δυο κυριότεροι αποτρεπτικοί παράγοντες για τη δωρεά (Vasconcellos et al., 2011). Οι Norvilitis και Riley σε έρευνά τους σε φοιτητές για τα κίνητρα δωρεάς μυελού των οστών διαπίστωσαν ότι οι δωρητές ανέφεραν μεγαλύτερη ανησυχία για την χρησιμοποίηση του δείγματος και λιγότερο φόβο για τη διαδικασία της δωρεάς από ότι οι

μη δωρητές. Οι φοιτητές που είχαν καλύτερη ενημέρωση για τη διαδικασία της δωρεάς ήταν πιο πιθανό να γίνουν δωρητές, ενώ οι μη δωρητές γνώριζαν εσφαλμένα τη διαδικασία της δωρεάς και πίστευαν ότι είναι επώδυνη (Norvilitis, Riley, 2001).

Στο σύνολο του ερευνητικού μας δείγματος υπήρξαν μόλις 2 άτομα (0,5%) που ήταν ήδη εθελοντές δότες μυελού των οστών. Τα άτομα που έγιναν τελικά δωρητές δεν έχουν κάνει επίσημα αρνητική δήλωση δωρεάς οργάνων και έχουν ενημερώσει την οικογένειά τους, να δωρίσει τα όργανά τους σε περίπτωση θανάτου. Οι λόγοι που η απόλυτη σχεδόν πλειοψηφία των ερωτηθέντων δεν είχε υπογράψει κάρτα δότη μυελού των οστών εξαρτάται σημαντικά, θετικά, από την αμέλεια, από το ότι δεν ήταν ενήμεροι για το που πρέπει να απευθυνθούν, από το ότι θέλουν να βρουν ένα άτομο που να ενδιαφέρεται επίσης να γίνει δότης, ώστε να υπογράψουν μαζί, από το ότι απλά δεν είχαν την ευκαιρία, αλλά σκόπευαν να το κάνουν σύντομα και αρνητικά από το ότι αισθάνονται ότι δεν γνωρίζουν αρκετά πράγματα σχετικά με τη δωρεά μυελού των οστών και από ότι έχουν ενδοιασμούς για το πώς μπορεί να χρησιμοποιηθεί το δείγμα που θα δώσουν.

Από τα παραπάνω γίνεται σαφές πως όσο καλύτερη ενημέρωση έχει κάποιος για το θέμα της δωρεάς και μεταμόσχευσης μυελού των οστών τόσο θετικότερη είναι και η στάση του απέναντι στη δωρεά. Η επίδραση της ενημέρωσης στη δική μας μελέτη οδήγησε το **41,75%** των ερωτηθέντων στην τελική απόφαση να γίνουν εθελοντές δωρητές μυελού των οστών. Σε σχέση με την αρχική πρόθεσή τους όσον αφορά τη δωρεά, από τους θετικά εκφραζόμενους έγιναν δωρητές το 56,75%, από τους αρνητικά εκφραζόμενους το 14,3% και από τους έχοντες ουδέτερη στάση το 26,56%.

Όπως αναφέρθηκε και στην αρχή της συζήτησης στη χώρα μας δεν έχει διερευνηθεί η επίπτωση της ενημέρωσης πάνω στο συγκεκριμένο θέμα, με σύγκριση των προθέσεων των ατόμων και των αποτελεσμάτων της μέσω ερευνητικής μελέτης. Ακόμη και σε έρευνες του εξωτερικού, έχει μετρηθεί ουσιαστικά μόνον η μεταβολή των προθέσεων και των γνώσεων πριν και μετά τις ενημερωτικές διαδικασίες.

Μια τέτοια έρευνα επίδρασης της ενημέρωσης –μέσω ενός 33ωρου εκπαιδευτικού προγράμματος- στη συμπεριφορά και τη στάση των ατόμων, έγινε μεταξύ φοιτητών νοσηλευτικής στο πανεπιστήμιο Ulster της Νότιας Ιρλανδίας. Αποδείχθηκε πως βελτίωσε σημαντικά τη γνώση τους πάνω στη δωρεά και επηρέασε θετικά την ικανότητά τους να

συζητήσουν τις προθέσεις τους με την οικογένειά τους (McGlade, Pierscionek, 2013). Σε άλλη έρευνα που διεξήχθη μεταξύ φοιτητών νοσηλευτικής σε πανεπιστήμια του Ιράν, διαπιστώθηκε πως αφού τους δόθηκε ένα εκπαιδευτικό εγχειρίδιο και συμμετείχαν σε ένα 2ωρο εκπαιδευτικό σεμινάριο, αυξήθηκε η γνώση τους πάνω στο θέμα και ενισχύθηκε η ήδη θετική στάση τους ως προς τη δωρεά (Abbasi Dolatabadi et al., 2010). Μέσα από μια ωριαία διάλεξη και παιχνίδια ρόλων πάνω στη δωρεά οργάνων και ιστών κατεγράφησαν σημαντικές αυξήσεις όσον αφορά τις γνώσεις, την κοινοποίηση των προθέσεων δωρεάς στην οικογένεια και την ευαισθητοποίηση σε μελέτη που έγινε μεταξύ φοιτητών ιατρικής στο πανεπιστήμιο Buffalo της Νέας Υόρκης (Feeley et al., 2008). Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε φοιτητές επιστημών υγείας στον Καναδά, ως μέσο ενημερωτικής παρέμβασης επιλέχθηκε μια 20λεπτη εκπαιδευτική παρουσίαση με PowerPoint και μια προβολή οπτικοακουστικού υλικού 7'. Το αποτέλεσμα ήταν η αύξηση τόσο των γνώσεων πάνω στη δωρεά οργάνων στο 86% όσο και η προθυμία για δωρεά στο 63% (από 52%) (Rykhoff et al., 2010).

7.2. Συμπεράσματα

Βάση της στατικής ανάλυσης των δεδομένων και των απαραίτητων συσχετίσεων, η μελέτη μας καταλήγει στα ακόλουθα συμπεράσματα ως προς το επιλεγμένο δείγμα των φοιτητών:

- Η πλειοψηφία των φοιτητών είναι θετική τόσο ως προς τη δωρεά οργάνων (58,6%) όσο και προς τη δωρεά μυελού των οστών (55,6%).
- Η δωρεά μυελού των οστών σχετίζεται σημαντικά με το φύλο, τη σχολή φοίτησης και το έτος.
- Οι φοιτητές έχουν αρκετές γνώσεις πάνω στη δωρεά οργάνων και μυελού των οστών, παρόλα αυτά χρειάζεται ενημέρωση πάνω σε συγκεκριμένα ζητήματα που επηρεάζουν τη στάση τους ως προς τη δωρεά (πχ. διαδικασία της λήψης μυελού των οστών για μεταμόσχευση).
- Παρόλο που η ενημέρωση των φοιτητών προέρχεται κατά κύριο λόγο από τα ΜΜΕ, η σαφής, εξειδικευμένη, ατομική πληροφόρηση έχει ευνοϊκότερη επίδραση στην απόφαση για δωρεά.
- Η θετική στάση του οικογενειακού- φιλικού περιβάλλοντος και η συζήτηση μέσα σε αυτό πάνω στο θέμα της δωρεάς είναι σημαντική στην απόφαση των ατόμων να γίνουν δωρητές οργάνων και μυελού των οστών.

- Τα αισθήματα αλτρουισμού, ικανοποίησης και υπερηφάνειας, η εμπιστοσύνη στους φορείς που εμπλέκονται στη δωρεά και η σωστή ενημέρωση κινητοποιούν θετικά τα άτομα ως προς τη διαδικασία της δωρεάς.
- Άτομα τα οποία λόγω αμέλειας ή μη κατάλληλης ευκαιρίας δεν ήταν δωρητές μυελού των οστών, οδηγήθηκαν μέσω της ενημέρωσης και της δυνατότητας να γίνουν άμεσα, στην τελική απόφαση να δώσουν δείγμα για την ένταξή τους στην Παγκόσμια Δεξαμενή.
- Η ενημέρωση σε συνδυασμό με την επί τόπου δυνατότητα να γίνει κάποιος δωρητής μυελού των οστών έχει θετικότερη επίδραση στα άτομα όσον αφορά τη δωρεά μυελού των οστών. Το 41,75% (167 άτομα) των ερωτηθέντων έγιναν στο τέλος της δειγματοληψίας εθελοντές δωρητές μυελού των οστών, ακόμη κι αν αρχικά είχαν ουδέτερη ή ακόμη και αρνητική στάση.

Από τα παραπάνω είναι εμφανές ότι ο ρόλος της ενημέρωσης μπορεί και επιβάλλεται να παίζει σημαντικό ρόλο στην προσπάθεια της πολιτείας και των φορέων της σχετικά με την αύξηση των δεικτών δωρεάς οργάνων και ιστών στη χώρα μας, που από τις αυξανόμενες ολοένα ανάγκες, επιβάλλεται.

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Abadie, Alberto, and Sebastien Gay. **"The impact of presumed consent legislation on cadaveric organ donation: a cross-country study."** Journal of health economics 25.4 (2006): 599-620.
2. Abbasi Dolatabadi, Z., et al. **"Effect of education about brain death and organ donation on attitude and knowledge of nursing students."** Journal of Critical Care Nursing 3.3 (2010): 7-8.
3. Abouna, G. M. **"Organ shortage crisis: problems and possible solutions."** Transplantation proceedings. Vol. 40. No. 1. Elsevier, 2008.
4. Adhiyaman, Vedamurthy, Sonja Adhiyaman, and Radha Sundaram. **"The Lazarus phenomenon."** Journal of the Royal Society of Medicine 100.12 (2007): 552-557.
5. Al-Ghanim, Saad A. **"The willingness toward deceased organ donation among university students. Implications for health education in Saudi Arabia."** Saudi medical journal 30.10 (2009): 1340-1345.
6. Balestreri, M., et al. **"Predictive value of Glasgow Coma Scale after brain trauma: change in trend over the past ten years."** Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry 75.1 (2004): 161-162.
7. Besser, Avi, Marianne Amir, and Sharon Barkan. **"Who signs an organ transplant donor card? A study of personality and individual differences in a sample of Israeli university students."** Personality and Individual Differences 36.7 (2004): 1709-1723.
8. Bilgel, Fırat. **"The impact of presumed consent laws and institutions on deceased organ donation."** The European Journal of Health Economics 13.1 (2012): 29-38.
9. Boggi, U., et al. **"Kidney and pancreas transplants in Jehovah's witnesses: ethical and practical implications."** Transplantation proceedings. Vol. 36. No. 3. Elsevier, 2004.
10. Bone Marrow Donors Worldwide, **"Annual Report 2012"**, The Netherlands, 2013.
11. Bramstedt, K. A. **"Transfusion contracts for Jehovah's Witnesses receiving organ transplants: ethical necessity or coercive pact?."** Journal of medical ethics 32.4 (2006): 193-195.

12. Budiani-Saberi, Debra A., and F. L. Delmonico. **"Organ trafficking and transplant tourism: a commentary on the global realities."** American Journal of Transplantation 8.5 (2008): 925-929.
13. Bueri, José A., et al. **"Lazarus' sign in brain death."** Movement disorders 15.3 (2000): 583-586.
14. Bülow, Hans-Henrik, et al. **"The world's major religions' points of view on end-of-life decisions in the intensive care unit."** Intensive care medicine 34.3 (2008): 423-430.
15. Calne, Roy. **"Essay: History of transplantation."** The Lancet 368 (2006): S51-S52.
16. Center for Bioethics. **"Ethics of Organ Transplantation."** University of Minnesota (2004).
17. Chung, C. K., et al. **"Attitudes, knowledge, and actions with regard to organ donation among Hong Kong medical students."** Hong Kong Med J 14.4 (2008): 278-85.
18. Chung, Chia-Ying, et al. **"Critical score of Glasgow Coma Scale for pediatric traumatic brain injury."** Pediatric neurology 34.5 (2006): 379-387.
19. Cohen, I. Glenn. **"Transplant tourism: the ethics and regulation of international markets for organs."** The Journal of Law, Medicine & Ethics 41.1 (2013): 269-285.
20. Coles, J. P. **"Imaging after brain injury."** British journal of anaesthesia 99.1 (2007): 49-60.
21. Conesa, C., et al. **"Influence of different sources of information on attitude toward organ donation: a factor analysis."** Transplantation proceedings. Vol. 36. No. 5. Elsevier, 2004.
22. Council of Europe. **"Transplants- Ethical eye"** Germany, January 2003.
23. Dardavessis, Theodore, et al. **"Knowledge, attitudes and proposals of medical students concerning transplantations in Greece."** International journal of preventive medicine 2.3 (2011): 164.
24. Döşemeci, L., et al. **"Frequency of spinal reflex movements in brain-dead patients."** Transplantation proceedings. Vol. 36. No. 1. Elsevier, 2004.
25. Dutra, M. M. D., et al. **"Knowledge about transplantation and attitudes toward organ donation: a survey among medical students in northeast Brazil."** Transplantation proceedings. Vol. 36. No. 4. Elsevier, 2004.

26. Feeley, Thomas Hugh, Judith Tamburlin, and Donald E. Vincent. **"An educational intervention on organ and tissue donation for first-year medical students."** Progress in Transplantation 18.2 (2008): 103-108.
27. Figueroa, C. A., et al. **"Medical Students' Knowledge and Attitudes Toward Organ Donation: Results of a Dutch Survey."** Transplantation proceedings. Vol. 45. No. 6. Elsevier, 2013.
28. Fishman, Jay A., Linda Scobie, and Yasuhiro Takeuchi. **"Xenotransplantation-associated infectious risk: a WHO consultation."** Xenotransplantation 19.2 (2012): 72-81.
29. Galanis, P. A., et al. **"Factors that influence Greeks' decision to register as potential bone marrow donors."** Transplantation proceedings. Vol. 40. No. 5. Elsevier, 2008.
30. Gallagher, C. M., and E. F. M. Wijdicks. **"Religious and cultural aspects of brain death."** Wijdicks EFM. Brain Death. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins (2001).
31. George, James F. **"Xenotransplantation: an ethical dilemma."** Current opinion in cardiology 21.2 (2006): 138-141.
32. Ghods, A. J., and D. Nasrollahzadeh. **"Transplant tourism and the Iranian model of renal transplantation program: ethical considerations."** Experimental and clinical transplantation: official journal of the Middle East Society for Organ Transplantation 3.2 (2005): 351-354.
33. Global Observatory on Donation and Transplantation. **"Organ Donation and Transplantation Activities 2012"** (2013).
34. Goz, Fugen, Mustafa Goz, and Medine Erkan. **"Knowledge and attitudes of medical, nursing, dentistry and health technician students towards organ donation: a pilot study."** Journal of clinical nursing 15.11 (2006): 1371-1375.
35. Grossman, K. N., V. J. Herrera, and C. L. Luco. **"[The point of view of Judaism on organ donation]."** Revista medica de Chile 140.10 (2012): 1352-1354.
36. Groth, Carl G., et al. **"Historic landmarks in clinical transplantation: conclusions from the consensus conference at the University of California, Los Angeles."** World journal of surgery 24.7 (2000): 834-843.

37. Haukoos, Jason S., et al. **"Validation of the simplified motor score for the prediction of brain injury outcomes after trauma."** *Annals of emergency medicine* 50.1 (2007): 18-24.
38. Healy, Kieran. **"The political economy of presumed consent."** (2005).
39. Heran, Manraj KS, Navraj S. Heran, and Sam D. Shemie. **"A review of ancillary tests in evaluating brain death."** *The Canadian Journal of Neurological Sciences* 35.4 (2008): 409-419.
40. Jennett, Bryan. **"Development of Glasgow coma and outcome scales."** *Nepal Journal of Neuroscience* 2.1 (2005): 24-28.
41. Khan, Fazal. **"Paging King Solomon: Towards Allowing Organ Donation from Anencephalic Infants."** (2008).
42. Kim, Jung Ran Theresa, Doug Elliott, and Cheryl Hyde. **"The influence of sociocultural factors on organ donation and transplantation in Korea: findings from key informant interviews."** *Journal of Transcultural Nursing* 15.2 (2004): 147-154.
43. Kim, Jung-Ran Theresa, Murray J. Fisher, and Doug Elliott. **"Undergraduate nursing students' knowledge and attitudes towards organ donation in Korea: Implications for education."** *Nurse education today* 26.6 (2006): 465-474.
44. Kootstra, Gauke, Jur Kievit, and Arjen Nederstigt. **"Organ donors: heartbeating and non-heartbeating."** *World journal of surgery* 26.2 (2002): 181-184.
45. Lang, C. J. G., and J. G. Heckmann. **"Apnea testing for the diagnosis of brain death."** *Acta neurologica scandinavica* 112.6 (2005): 358-369.
46. Lerret, Stacey M., and Gail Stendahl. **"Working together as a team: adolescent transplant recipients and nurse practitioners."** *Progress in Transplantation* 21.4 (2011): 288-293.
47. López-Montesinos, M. J., et al. **"Organ donation and transplantation training for future professional nurses as a health and social awareness policy."** *Transplantation proceedings*. Vol. 42. No. 1. Elsevier, 2010.
48. Lövblad, Karl-Olof, and Claudio Bassetti. **"Diffusion-weighted magnetic resonance imaging in brain death."** *Stroke* 31.2 (2000): 539-542.
49. Machado, Calixto, et al. **"Brain death diagnosis and apnea test safety."** *Annals of Indian Academy of Neurology* 12.3 (2009): 197.

50. Machado, Calixto. "**Diagnosis of brain death.**" *Neurology international* 2.1 (2010).
51. Map of medicine. "**Donation after Cardiac Death, Adult- Planning and Withdrawal**" Institute for Innovation and Improvement (2010).
52. Marqués-Lespier, Juan M., et al. "**Knowledge of and Attitudes Toward Organ Donation: A Survey of Medical Students in Puerto Rico.**" *PR Health Sciences Journal* 32.4 (2013).
53. Marshall, Martin N. "**Sampling for qualitative research.**" *Family practice* 13.6 (1996): 522-526.
54. Martínez-Alarcón, L., et al. "**Do nursing students understand the meaning of brain death?.**" *Transplantation proceedings*. Vol. 41. No. 6. Elsevier, 2009.
55. Martínez-Alarcón, L., et al. "**Factor Analysis of Sources of Information on Organ Donation and Transplantation in Journalism Students.**" *Transplantation proceedings*. Vol. 45. No. 10. Elsevier, 2013.
56. Matesanz, Rafael. "**Organ donation, transplantation, and mass media.**" *Transplantation proceedings*. Vol. 35. No. 3. Elsevier, 2003.
57. Matesanz, Rafael. "**Factors influencing the adaptation of the Spanish Model of organ donation.**" *Transplant International* 16.10 (2003): 736-741.
58. Matesanz, Rafael. "**Factors that influence the development of an organ donation program.**" *Transplantation proceedings*. Vol. 36. No. 3. Elsevier, 2004.
59. Matevossian, Edouard, et al. "**Surgeon Yurii Voronoy (1895–1961)—a pioneer in the history of clinical transplantation: in Memoriam at the 75th Anniversary of the First Human Kidney Transplantation.**" *Transplant International* 22.12 (2009): 1132-1139.
60. McGlade, Donal, and Barbara Pierscionek. "**Can education alter attitudes, behaviour and knowledge about organ donation? A pretest–post-test study.**" *BMJ open* 3.12 (2013): e003961.
61. Morgan, Susan E., et al. "**Family discussions about organ donation: How the media influences opinions about donation decisions.**" *Clinical Transplantation* 19.5 (2005): 674-682.
62. Morgan, Susan E., and Jenny K. Miller. "**Beyond the organ donor card: The effect of knowledge, attitudes, and values on willingness to communicate about organ donation to family members.**" *Health Communication* 14.1 (2002): 121-134.

63. Murkin, J. M., and M. Arango. "**Near-infrared spectroscopy as an index of brain and tissue oxygenation.**" *British journal of anaesthesia* 103.suppl 1 (2009): i3-i13.
64. Newsletter Transplant. "**International Figures on Donation and Transplantation-2012**" Vol. 18.1 (2013).
65. Norvilitis, Jill M., and Tanya M. Riley. "**Exploring the motivations of bone marrow typing donors.**" *Journal of psychosocial oncology* 19.1 (2001): 49-62.
66. Nourbala, M-H., et al. "**The cost of kidney transplantation in Iran.**" *Transplantation proceedings*. Vol. 39. No. 4. Elsevier, 2007.
67. Obeidi, Nidaa, et al. "**The natural history of anencephaly.**" *Prenatal diagnosis* 30.4 (2010): 357-360.
68. Ojo, Akinlolu O., et al. "**Organ donation and utilization in the USA.**" *American Journal of Transplantation* 4.s9 (2004): 27-37.
69. Oliver, Michael, et al. "**Organ donation, transplantation and religion.**" *Nephrology Dialysis Transplantation* 26.2 (2011): 437-444.
70. Pascual, Julio, Javier Zamora, and John D. Pirsch. "**A systematic review of kidney transplantation from expanded criteria donors.**" *American journal of kidney diseases* 52.3 (2008): 553-586.
71. Peron, A. L., et al. "**Organ donation and transplantation in Brazil: university students' awareness and opinions.**" *Transplantation proceedings*. Vol. 36. No. 4. Elsevier, 2004.
72. Polit, Denise F., and Cheryl Tatano Beck. **Nursing research: Principles and methods**. Lippincott Williams & Wilkins, 2004.
73. XVI, Pope Benedict. "**Benedict XVI on Organ Donation.**" *A Unique Testimony of Charity*". Vatican City, November 7, 2008.
74. Randhawa, Gurch. "**Death and organ donation: meeting the needs of multiethnic and multifaith populations.**" *British journal of anaesthesia* 108.suppl 1 (2012): i88-i91.
75. Rodríguez-Arias, David, Linda Wright, and David Paredes. "**Success factors and ethical challenges of the Spanish Model of organ donation.**" *The Lancet* 376.9746 (2010): 1109-1112.
76. Rogers, David M., and Kendall P. Crookston. "**The approach to the patient who refuses blood transfusion.**" *Transfusion* 46.9 (2006): 1471-1477.

77. Russell, Cynthia L., and Frank Van Gelder. **"An international perspective: job satisfaction among transplant nurses."** Progress in Transplantation 18.1 (2008): 32-40.
78. Rykhoff, Margot E., et al. **"A clinical group's attempt to raise awareness of organ and tissue donation."** Progress in Transplantation 20.1 (2010): 33-39.
79. Saposnik, Gustavo, et al. **"Problems associated with the apnea test in the diagnosis of brain death."** Neurology India 52.3 (2004).
80. Schaefer, P. W., et al. **"First-pass quantitative CT perfusion identifies thresholds for salvageable penumbra in acute stroke patients treated with intra-arterial therapy."** American Journal of Neuroradiology 27.1 (2006): 20-25.
81. Shaheen FA. **"Organ donation in the Middle East countries."** Ethnicity & disease 19.1 (2009).
82. Shankarkumar, U. **"Xenotransplantation--ethics and immunological hurdles!."** Indian journal of medical sciences 57.7 (2003): 311.
83. Shelley, Jeana Lyn, and OMS II. **"History of Organ Transplantation."** (2010).
84. Shimazono, Yosuke. **"The state of the international organ trade: a provisional picture based on integration of available information."** Bulletin of the World Health Organization 85.12 (2007): 955-962.
85. Siddiqui, Osama Tariq, et al. **"Deceased-donor organ transplantation: knowledge and attitudes among health care professionals managing critically ill patients in Karachi."** Experimental and clinical transplantation: official journal of the Middle East Society for Organ Transplantation 10.6 (2012): 544-550.
86. Simmerling, Mary. **"Beyond Scarcity: Poverty as a Contraindication for Organ Transplantation."** Virtual Mentor 9.6 (2007): 441-445.
87. Simpkin, Arabella L., et al. **"Modifiable factors influencing relatives' decision to offer organ donation: systematic review."** BMJ: British Medical Journal 338 (2009).
88. Sönmez, Y., et al. **"Attitude and behavior related to organ donation and affecting factors: a study of last-term students at a university."** Transplantation proceedings. Vol. 42. No. 5. Elsevier, 2010.
89. Sternbach, George L. **"The Glasgow coma scale."** The Journal of emergency medicine 19.1 (2000): 67-71.

90. Stratta, Robert J., et al. **"Increased kidney transplantation utilizing expanded criteria deceased organ donors with results comparable to standard criteria donor transplant."** *Annals of surgery* 239.5 (2004): 688.
91. Switzer, Galen E., et al. **"Factors associated with ambivalence about bone marrow donation among newly recruited unrelated potential donors."** *Transplantation* 75.9 (2003): 1517-1523.
92. Sykes, Megan, Anthony d'Apice, and Mauro Sandrin. **"Position paper of the ethics committee of the International Xenotransplantation Association."** *Xenotransplantation* 10.3 (2003): 194-203.
93. Tai, Michael Cheng-Tek. **"An Asian perspective on organ transplantation."** *Wiener Medizinische Wochenschrift* 159.17-18 (2009): 452-456.
94. Tam, W. W. S., L. K. P. Suen, and H. Y. L. Chan. **"Knowledge, attitudes and commitment toward organ donation among nursing students in Hong Kong."** *Transplantation proceedings*. Vol. 44. No. 5. Elsevier, 2012.
95. Thompson, Teresa L., James D. Robinson, and R. Wade Kenny. **"Gender differences in family communication about organ donation."** *Sex Roles* 49.11-12 (2003): 587-596.
96. Tisato, Veronica, and Emanuele Cozzi. **"Xenotransplantation: an overview of the field."** *Xenotransplantation*. Humana Press, 2012. 1-16.
97. Truog, Robert D. **"Consent for organ donation—balancing conflicting ethical obligations."** *New England Journal of Medicine* 358.12 (2008): 1209-1211.
98. Vasconcellos, Adam, Anthony Nunes, and Edward Feller. **"Knowledge, attitudes, and Behaviors Regarding the Bone marrow Registry among college and medical students in Rhode island."** *Medicine and Health-Rhode Island* 94.10 (2011): 302.
99. Voo, Teck-Chuan, Alastair V. Campbell, and Leonardo D. de Castro. **"The ethics of organ transplantation: shortages and strategies."** *Ann Acad Med Singapore* 38.4 (2009): 359-364.
100. Wejda, S. C. B., et al. **"Survey on attitudes and knowledge on the organ recovery from deceased donors in Roman Catholic nuns and priests."** *Transplantation proceedings*. Vol. 44. No. 7. Elsevier, 2012.
101. Wijdkicks, Eelco FM. **"The diagnosis of brain death."** *New England Journal of Medicine* 344.16 (2001): 1215-1221.

102. Wijdicks, Eelco FM. **"Brain death worldwide Accepted fact but no global consensus in diagnostic criteria."** *Neurology* 58.1 (2002): 20-25.
103. Wijdicks, Eelco FM, et al. **"Validation of a new coma scale: the FOUR score."** *Annals of neurology* 58.4 (2005): 585-593.
104. Wijdicks, Eelco FM, et al. **"Evidence-based guideline update: Determining brain death in adults Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology."** *Neurology* 74.23 (2010): 1911-1918.
105. Wojtyła, K. J. **"Address of the Holy Father John Paul II to the 18th International Congress of the Transplantation Society."** (2000).
106. Wood, Kenneth E., et al. **"Care of the potential organ donor."** *New England Journal of Medicine* 351.26 (2004): 2730-2739.
107. World Health Organization. **"Second WHO Global Consultation on Regulatory Requirements for Xenotransplantation Clinical Trials"** (2011).
108. Wu, Anise, Catherine S. Tang, and Masao Yogo. **"Death anxiety, altruism, self-efficacy, and organ donation intention among Japanese college students: A moderated mediation analysis."** *Australian Journal of Psychology* 65.2 (2013): 115-123.
109. Young, G. Bryan, et al. **"Brief review: the role of ancillary tests in the neurological determination of death."** *Canadian Journal of Anesthesia* 53.6 (2006): 620-627.
110. Zampieron, A., M. Corso, and A. C. Frigo. **"Undergraduate nursing students' attitudes towards organ donation: A survey in an Italian university."** *International nursing review* 57.3 (2010): 370-376.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αλεξόπουλος Ε., «**Η εμπορευματοποίηση των μεταμοσχεύσεων και η διακήρυξη της Κωνσταντινούπολης.**» Ελληνική Νεφρολογία-Hellenic Nephrology 20.4 (2009).
2. Αλλήλων Μέλη, «**Οι Μεταμοσχεύσεις στο Φως της Ορθόδοξης Θεολογίας και Ζωής.**» Εκδόσεις Αθ. Σταμούλης 6: 63-69, 7: 71-89, 9: 105-114 (2005).
3. Αρχιεπίσκοπος Αθηνών και πάσης Ελλάδος Χριστόδουλος, «**Εκκλησία και Μεταμοσχεύσεις**» (2001).
4. Αρχιμανδρίτης Νικόλαος Χατζηνικολάου, «**Θρησκευτικές πτυχές των μεταμοσχεύσεων**» Κέντρο Βιοϊατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας (2002).
5. Βάρκα- Αδάμη Α., Αδάμης Σ., «**Ενημέρωση και συναίνεση του ασθενούς- Η περίπτωση του υποψήφιου δότη και λήπτη ιστών ή οργάνων για μεταμόσχευση,**» Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2008, 25(5): 577-583.
6. Βούβαρη Γ., Βασιλείου Σ., «**Ορθόδοξη Βιοηθική και Νεφρικές Μεταμοσχεύσεις,**» Ελληνική Νεφρολογία 2007; 19 (2): 105 – 111.
7. Γέρμενης ΑΕ., «**Ιατρική ανοσολογία**» Εκδόσεις Παπαζήση (2000): 83-91, 284-286.
8. Γερολουκά- Κωστοπαναγιώτου Γ., «**Δότης Οργάνων,**» Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, 2002.
9. Δεμερτζή Α., «**Κοινωνικό Μαρκετινγκ: Στάσεις των φοιτητών του ΟΠΑ σχετικά με τη δωρεά μυελού των οστών και στρατηγικές για την αύξηση του αριθμού των δωρητών στην Ελλάδα.**» Μεταπτυχιακή εργασία (2007).
10. Δρακόπουλος Σ., Κουκουλάκη Μ., «**Ασυστολικοί δότες οργάνων,**» Ελληνική Νεφρολογία 2006; 18 (1): 21-26.
11. Καββαδία Μ., Λυμπέρη Α., Σπηλιανάκης Μ., «**Μελέτη γνώσεων, στάσεων και προθέσεων φοιτητών ανώτατης εκπαίδευσης ως προς τη δωρεά οργάνων.**» Πτυχιακή εργασία (2008).
12. Καραμπίνης Α., «**Ο ρόλος της ΜΕΘ στη δωρεά οργάνων,**» (2005): 21-25.
13. Κούρτης Μαρ., «**Αστικό δίκαιο των μεταμοσχεύσεων,**» Εκδόσεις Π.Ν. Σάκκουλας, Αθήνα 2002.
14. Κωνσταντίνου Α., «**Διερεύνηση των γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία Ηρακλείου όσον αφορά τη δωρεά οργάνων.**» Μεταπτυχιακή εργασία (2010).

15. Κωστάκης Ι. Α., «**Μεταμοσχεύσεις Ιστών και Οργάνων- Δώρο Ζωής**», Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνος ΑΕ, 2004.
16. Λυντέρης Χρ., «**Το ποινικό δίκαιο των μεταμοσχεύσεων**», Αθήνα-Κομοτηνή: εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, 2004.
17. Μπακάλης Ν., Θεοδωρακοπούλου Γ., «**Η στάση των φοιτητών νοσηλευτικής και των νοσηλευτών σχετικά με τις μεταμοσχεύσεις**», Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, Τόμος 3, Τεύχος 4, Οκτώβριος- Δεκέμβριος 2010.
18. Μπελλάλη Θ., Παπαδάτου Δ., «**Πρότυπα της διαδικασίας λήψης αποφάσεων για δωρεά οργάνων εγκεφαλικά νεκρού ατόμου**», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2002, 19(1): 40-50.
19. Νόμος 3984/2011 (ΦΕΚ 150 Α΄), «**Δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων και άλλες διατάξεις**», 2011.
20. Νόμος 4075/2012 (ΦΕΚ 89 Α΄), «**Ρυθμίσεις θεμάτων Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και νοσοκομείων ΕΣΥ**», 2012.
21. Ντεβέ Β., «**Μεταμοσχεύσεις: Συγκριτική Επισκόπηση των Δημόσιων Πολιτικών στο Δημόσιο Δίκαιο και Πολιτικές στη Βιοιατρική**», Αθήνα- Κομοτηνή: εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, 2007.
22. Οικονομίδου Ι., «**Η Ανοσολογία χθες- σήμερα- αύριο. Μια σύντομη αναδρομή στην εξέλιξη της Ανοσολογίας**», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2011; 28(3): 403- 414.
23. Ομπέση Φ., Μανιού Μ., «**Οργάνωση της μεταμοσχευτικής διαδικασίας: Ο θεσμός του Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων**», Το Βήμα του Ασκληπιού 2008; Τόμος 7^{ος}, Τεύχος 2^ο.
24. Σαχίνη-Καρδάση Α., «**Μεθοδολογία Έρευνας- Εφαρμογές στον Χώρο της Υγείας**», Γ΄ Έκδοση, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα (1997).
25. Τσαβδάρογλου Τ., Παλαιολούγκα Χ., Δρούλια Π., Τσαβδάρογλου Α., Φώτος Ν., Μπροκαλάκη Η., «**Στάση και γνώση των φοιτητών νοσηλευτικής απέναντι στη δωρεά και μεταμόσχευση ιστών και οργάνων**», Νοσηλευτική 2013; 52 (2): 215-222.
26. Τσουτσούλη Α., «**Μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων**», Διπλωματική εργασία, ΠΜΣ Ιστορίας, Φιλοσοφίας και Κοινωνιολογίας του Δικαίου, Τμήμα Νομικής, ΑΠΘ, 2010.
27. Ψαρρού Μ., Ζαφειρόπουλος Κ., «**Επιστημονική Έρευνα- Θεωρία και Εφαρμογές στις Κοινωνικές Επιστήμες**» Εκδόσεις Τυπωθήτω (2003).

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

1. Δημοσιογραφικό συγκρότημα Μακεδονία:
<http://www.makthes.gr/news/reportage/103888/>
2. Η δημιουργία των "Δεξαμενών" Εθελοντών Δοτών Μυελού των Οστών:
http://www.eom.gr/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=155&Itemid=92&lang=el
3. National Health System of Spain Annual Report 2009:
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeAnual2009/AnnualReportNHS2009English.pdf>
4. About Eurotransplant:
http://www.eurotransplant.org/cms/index.php?page=about_brief
5. Bone Marrow Donation Worldwide:
<http://www.bmdw.org/index.php?id=97>
6. Northern Ireland Equality Scheme:
<http://www.uktransplant.org>
7. Προϋποθέσεις μεταμόσχευσης μυελού των οστών:
http://www.eom.gr/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=139&Itemid=143&lang=el
8. Δωρεά- Συλλογή μοσχεύματος από το δότη μυελού των οστών:
http://www.eom.gr/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=133&Itemid=134&lang=el
9. Ιατρικά κριτήρια εθελοντή δότη:
<http://www.xarisezoi.gr/εθελοντής-δότης/ιατρικά-κριτήρια/>
10. Αναζήτηση συμβατού δότη:
http://www.eom.gr/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=132&Itemid=133&lang=el
11. Σχετικά με τον EOM:
http://www.eom.gr/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=2&Itemid=25&lang=el
12. Στατιστικά στοιχεία μεταμόσχευσης συμπαγών οργάνων:
http://www.eom.gr/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=138&Itemid=142&lang=el

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

1. Άδειες έγκρισης

De: Chliaoutakis Ioannis <jchlia@staff.teicrete.gr>

Para: Andrea Paola Rojas Gil <apaola71@yahoo.com.mx>

Enviado: Jueves, 25 de abril, 2013 18:34:43

Asunto: ΠΡΟΣ: Άδεια για χρήση ερωτηματολογίου

Ευχαριστούμε για το ενδιαφέρον σας. Καλή επιτυχία στην προσπάθεια σας!
Γιάννης Χλιαουτακης

Αποστολή από κινητό Samsung

De: ΣΟΦΙΑ ΦΛΩΡΟΥ <sflorou@uop.gr>

Para: pkolovos@uop.gr; apaola71@yahoo.com.mx

Enviado: Viernes, 21 de junio, 2013 10:05:39

Asunto: ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Προς:

Γραμματεία ΜΠΣ

"Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων"

Τμήματος Νοσηλευτικής

Σας ενημερώνουμε ότι το αίτημά σας για χορήγηση άδειας εκπόνησης ερευνητικής μέλετης με θέμα "Μελέτη των γνώσεων, αντιλήψεων και προθέσεων νοσηλευτικού προσωπικού και φοιτητών της σχολής Επιστημών Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητας Ζωής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου όσον αφορά τη δωρεά ιστών και οργάνων για μεταμόσχευση", εγκρίθηκε από τον Καθηγητή Κων/νο Μουντάκη, Πρόεδρο του Τμήματος Οργάνωσης και Διαχείρισης Αθλητισμού.

Με εκτίμηση,

Για τη Γραμματεία ΤΟΔΑ

Σοφία Φλώρου

2. Ερωτηματολόγιο

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΝΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΘΕΣΕΩΝ ΔΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ ΓΙΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ

Μεταπτυχιακή φοιτήτρια: Ευστρατίου Ιωάννα
Επιβλέπον μέλος ΔΕΠ: Ανδρέα- Παόλα Ρόχας- Χιλ

⌚ Συνήθης χρόνος συμπλήρωσης ερωτηματολογίου: 10 λεπτά

Α. ΓΝΩΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ

	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ
A1. Η εκκλησία επιτρέπει τη δωρεά οργάνων.	1	2	3
A2. Πρέπει να είσαι απόλυτα υγιής για να γίνεις δωρητής.	1	2	3
A3. Υπάρχει λίστα αναμονής για τους υποψήφιους λήπτες οργάνων.	1	2	3
A4. Η ιστοσυμβατότητα μεταξύ δότη και λήπτη είναι καθοριστική για την επιλογή του δεύτερου.	1	2	3
A5. Σε περίπτωση εγκεφαλικού θανάτου αποφασίζουν οι συγγενείς για το αν θα δωρίσουν κάποιο όργανο, άσχετα με το τι είχε δηλώσει το θύμα όσο ζούσε.	1	2	3
A6. Με το νέο νομοθετικό πλαίσιο για τη δωρεά οργάνων, είμαστε όλοι «εν δυνάμει» δωρητές σε περίπτωση εγκεφαλικού θανάτου.	1	2	3
A7. Για να αφαιρεθεί κάποιο όργανο από τον υποψήφιο δότη, θα πρέπει αυτός να είναι εγκεφαλικά νεκρός.	1	2	3
A8. Ο εγκεφαλικά νεκρός δότης εξετάζεται για μεταδιδόμενα νοσήματα.	1	2	3
A9. Μπορώ να αλλάξω γνώμη, ενώ έχω ήδη δηλώσει δωρητής.	1	2	3
A10. Μπορεί κάποιος να γίνει δωρητής οργάνων ανεξάρτητα από την ηλικία του.	1	2	3
A11. Εγκεφαλικός θάνατος και κόμα είναι έννοιες ταυτόσημες.	1	2	3
A12. Ο εγκεφαλικός θάνατος είναι αναστρέψιμος.	1	2	3

A13. Σε περίπτωση εγκεφαλικού θανάτου ο δότης μπορεί να έχει προκαθορίσει που θα δοθούν τα όργανα.	1	2	3
A14. Ο μυελός των οστών και ο νωτιαίος μυελός είναι έννοιες ταυτόσημες.	1	2	3
A15. Ο εθελοντής δωρητής μυελού των οστών καταγράφεται στο αρχείο μετά από λήψη δείγματος του μυελού του.	1	2	3
A16. Η διαδικασία της λήψης μυελού των οστών κατά τη μεταμόσχευση είναι επώδυνη και επικίνδυνη για το δωρητή.	1	2	3
A17. Η δωρεά οργάνων και μυελού των οστών σώζει ζωές.	1	2	3

A18. Έχετε ενημερωθεί σχετικά με τη δωρεά οργάνων και μυελού των οστών από:

- Ιατρό
- Οικογένεια
- Φιλικό περιβάλλον
- Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας
- Ιατρικά περιοδικά
- Ενημερωτικά φυλλάδια
- Συνέδρια- Εκδηλώσεις
- Σχολή φοίτησης
- Άλλο.....

B. ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΔΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ
B1. Χρειάστηκε ποτέ μόσχευμα κάποιο συγγενικό ή φιλικό σας πρόσωπο;	1	2	3
B2. Έχει δηλώσει επίσημα κάποιο συγγενικό ή φιλικό σας πρόσωπο ότι θα ήθελε να γίνει	1	2	3

δωρητής οργάνων ή μυελού των οστών;

B3. Ενδιαφέρεται κάποιο συγγενικό σας ή φιλικό σας πρόσωπο να γίνει δότης; 1 2 3

B4. Το περιβάλλον σας έχει αρνητική στάση απέναντι στη δωρεά οργάνων και μυελού των οστών; 1 2 3

B5. Θα γινόσασταν ποτέ δωρητής οργάνων; 1 2 3

B6. Θα γινόσασταν δωρητής μυελού των οστών; 1 2 3

Στην ερώτηση B5: Αν απαντήσατε **ΝΑΙ**, προχωρήστε στην ενότητα **Γ1**.

Αν απαντήσατε **ΟΧΙ**, προχωρήστε στην ενότητα **Γ2**.

Στην ερώτηση B6: Αν απαντήσατε **ΝΑΙ**, προχωρήστε στην ενότητα **Γ3**.

Αν απαντήσατε **ΟΧΙ**, προχωρήστε στην ενότητα **Γ4**.

Γ. ΠΡΟΘΕΣΗ ΔΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ

Αν **ΔΙΑΦΩΝΕΙΤΕ ΑΠΟΛΥΤΑ** κυκλώστε το **1**, αν **ΔΙΑΦΩΝΕΙΤΕ** κυκλώστε το **2**, αν **ΣΥΜΦΩΝΕΙΤΕ** κυκλώστε το **3**, αν **ΣΥΜΦΩΝΕΙΤΕ ΑΠΟΛΥΤΑ** κυκλώστε το **4**, για το **ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ** κυκλώστε το **5**.

Γ1. Θα γινόμουν δωρητής οργάνων γιατί:

Γ1α. Θέλω πραγματικά να βοηθήσω το συνάνθρωπό μου. 1 2 3 4 5

Γ1β. Δίνοντας ένα όργανο, σώζεις μια ζωή, πράγμα το οποίο είναι σύμφωνο με τις θρησκευτικές μου πεποιθήσεις. 1 2 3 4 5

Γ1γ. Με έχει επηρεάσει συγγενικό- φιλικό πρόσωπο που είναι επίσης δότης. 1 2 3 4 5

Γ1δ. Έχω ευαισθητοποιηθεί από συγγενικό- φιλικό πρόσωπο που χρειάστηκε μόσχευμα.	1	2	3	4	5
Γ1ε. Θα γινόμουν δωρητής μόνο για δικό μου άτομο.	1	2	3	4	5
Γ1στ. Τα ΜΜΕ με έχουν επηρεάσει υπέρ του να γίνω δότης.	1	2	3	4	5
Γ1ζ. Ο τίτλος του δωρητή μου δίνει ικανοποίηση και υπερηφάνεια.	1	2	3	4	5
Γ1η. Με το να γίνω δωρητής ξέρω ότι ένα όργανό μου θα παραμείνει ζωντανό και μετά το θάνατό μου.	1	2	3	4	5

Γ2. Δεν θα γινόμουν δωρητής οργάνων γιατί:

Γ2α. Φοβάμαι.	1	2	3	4	5
Γ2β. Δεν εμπιστεύομαι τις οργανώσεις, θεωρώντας ότι δεν θα λάβω την περίθαλψη που μου πρέπει γνωρίζοντας ότι είμαι δότης.	1	2	3	4	5
Γ2γ. Δεν εμπιστεύομαι τους γιατρούς και τον τρόπο που θα με αντιμετωπίσουν σε περίπτωση που νοσηλευτώ, γνωρίζοντας ότι είμαι δότης.	1	2	3	4	5
Γ2δ. Δεν έχω εμπιστοσύνη για το αν θα χρησιμοποιηθεί σωστά το μόσχευμα.	1	2	3	4	5
Γ2ε. Αδιαφορώ, δεν με αφορά το θέμα της δωρεάς.	1	2	3	4	5
Γ2στ. Το αμελώ, δεν το έχω σκεφτεί σοβαρά.	1	2	3	4	5
Γ2ζ. Δεν είμαι ακόμη συνειδητοποιημένος- κατασταλαγμένος, όσον αφορά το θέμα της δωρεάς οργάνων.	1	2	3	4	5
Γ2η. Αμφισβητώ τον εγκεφαλικό θάνατο, αφού η ελπίδα για τη ζωή κάποιου υπάρχει ως την τελευταία στιγμή.	1	2	3	4	5

Γ3. Θα γινόμουν δωρητής μυελού των οστών γιατί:

Γ3α. Θέλω πραγματικά να βοηθήσω το συνάνθρωπό μου.	1	2	3	4	5
Γ3β. Δίνοντας μυελό, σώζεις μια ζωή, πράγμα το οποίο είναι σύμφωνο με τις θρησκευτικές μου πεποιθήσεις.	1	2	3	4	5

- Γ3γ. Με έχει επηρεάσει συγγενικό- φιλικό πρόσωπο που είναι επίσης δότης. 1 2 3 4 5
- Γ3δ. Έχω ευαισθητοποιηθεί από συγγενικό- φιλικό πρόσωπο που χρειάστηκε μόσχευμα. 1 2 3 4 5
- Γ3ε. Θα γινόμουν δωρητής μόνο για δικό μου άτομο. 1 2 3 4 5
- Γ3στ. Τα ΜΜΕ με έχουν επηρεάσει υπέρ του να γίνω δότης. 1 2 3 4 5
- Γ3ζ. Ο τίτλος του δωρητή μου δίνει ικανοποίηση και υπερηφάνεια. 1 2 3 4 5
- Γ3η. Έχω πεισθεί ότι η λήψη μυελού των οστών είναι ακίνδυνη. 1 2 3 4 5

Γ4. Δεν θα γινόμουν δωρητής μυελού των οστών γιατί:

- Γ4α. Φοβάμαι. 1 2 3 4 5
- Γ4β. Δεν εμπιστεύομαι τις οργανώσεις, ως προς τη χρήση του δείγματος που θα δώσω για να καταχωρηθώ στο αρχείο εθελοντών δωρητών μυελού των οστών. 1 2 3 4 5
- Γ4γ. Είμαι επιφυλακτική/ός λόγω πιθανών κινδύνων για την υγεία μου. 1 2 3 4 5
- Γ4δ. Δεν έχω εμπιστοσύνη για το αν θα χρησιμοποιηθεί σωστά το δείγμα. 1 2 3 4 5
- Γ4ε. Αδιαφορώ, δεν με αφορά το θέμα της δωρεάς. 1 2 3 4 5
- Γ4στ. Το αμελώ, δεν το έχω σκεφτεί σοβαρά. 1 2 3 4 5
- Γ4ζ. Έχω ενδοιασμούς για το πώς μπορεί να χρησιμοποιηθούν πχ. τα γονιδιακά μου χαρακτηριστικά. 1 2 3 4 5
- Γ4η. Δεν πιστεύω ότι ένας παραπάνω δωρητής έχει μεγάλη σημασία. 1 2 3 4 5

Δ. ΣΚΟΠΟΣ ΝΑ ΓΙΝΩ ΔΩΡΗΤΗΣ

- Δ1. Έχω υπογράψει επίσημα κάρτα δότη οργάνων. ΝΑΙ ΟΧΙ
- Δ2. Έχω ήδη κάνει επίσημα αρνητική δήλωση δωρεάς οργάνων. ΝΑΙ ΟΧΙ

Δ3. Έχω ενημερώσει την οικογένειά μου, να δωρίσει τα όργανά μου σε περίπτωση θανάτου.

ΝΑΙ ΟΧΙ

Δ4. Είμαι ήδη εθελοντής δότης μυελού των οστών.

ΝΑΙ ΟΧΙ

Δ5. Δεν έχω υπογράψει κάρτα δότη μυελού των οστών επειδή:

	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΔΙΑΦΩΝΩ
Δ5α. Το αμελώ	1	2
Δ5β. Δεν είμαι ενήμερη/ος για το που πρέπει να απευθυνθώ.	1	2
Δ5γ. Θέλω να βρω ένα άτομο που να ενδιαφέρεται επίσης να γίνει δότης, ώστε να υπογράψουμε μαζί.	1	2
Δ5δ. Απλά δεν είχα την ευκαιρία, σκοπεύω να το κάνω σύντομα.	1	2
Δ5ε. Νιώθω θετική/ός αλλά είναι κάτι που ακόμα διαπραγματεύομαι μέσα μου.	1	2
Δ5στ. Αισθάνομαι ότι δε γνωρίζω αρκετά πράγματα σχετικά με τη δωρεά μυελού των οστών.	1	2
Δ5ζ. Έχω ενδιασμούς για το πώς μπορεί να χρησιμοποιηθεί το δείγμα που θα δώσω.	1	2

Ε. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Φύλο: Άντρας Γυναίκα

Ηλικία: _____

Έχετε παιδιά; Ναι Όχι

Τμήμα σπουδών: _____

Έτος σπουδών: _____

Εκπαίδευση: Προπτυχιακή Μεταπτυχιακή

Εκπαίδευση γονέων:

Πατέρας	Μητέρα	Σπουδές
		Απόφοιτος Δημοτικού
		Απόφοιτος Γυμνασίου
		Απόφοιτος Λυκείου
		Απόφοιτος Τεχνικής/ Επαγγελματικής Σχολής (ΙΕΚ, ΟΑΕΔ, Ιδιωτικές σχολές κλπ)
		Απόφοιτος ΤΕΙ ή Πανεπιστημίου
		Άλλο.....

Σας διαβεβαιώνουμε ότι θα μεταχειριστούμε τις απαντήσεις με απόλυτη εχεμύθεια. Οι πληροφορίες που θα συλλεχθούν, θα αφορούν αποκλειστικά τους σκοπούς της ερευνητικής εργασίας.

Σας ευχαριστούμε για το χρόνο που διαθέσατε για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου!