



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**  
**ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ**  
**Τμήμα Νοσηλευτικής**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**  
**«Διερεύνηση γνώσεων και στάσεων επαγγελματιών υγείας σχετικά με  
το ζήτημα της δωρεάς ιστών και οργάνων»**

**Δούλου Αγγελική**  
Νοσηλεύτρια ΤΕ

**Μάρτιος 2018**

**ΣΠΑΡΤΗ**

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ**

**ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ**

**Τμήμα Νοσηλευτικής**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«Διερεύνηση γνώσεων και στάσεων επαγγελματιών υγείας σχετικά με το ζήτημα της δωρεάς ιστών και οργάνων»**

**Δούλου Αγγελική**

**Νοσηλεύτρια, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια**

**Μέλη Συμβουλευτικής Επιτροπής**

**Επιβλέπων:** Ζυγά Σοφία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

**Μέλος:** Πρεζεράκος Παναγιώτης, Αναπληρωτής Καθηγητής

**Μέλος:** Τζαβέλλα Φωτεινή, Επίκουρος Καθηγήτρια

**Μάρτιος 2018**

**ΣΠΑΡΤΗ**

Copyright © Δούλου Λίνα, 2018

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

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:

## **Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή**

**Επιβλέπων:** Ζυγά Σοφία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

**Μέλος:** Πρεζεράκος Παναγιώτης, Αναπληρωτής Καθηγητής

**Μέλος:** Τζαβέλλα Φωτεινή, Επίκουρος Καθηγήτρια

## Περιεχόμενα

Περίληψη .....	9
Abstract.....	11
Εισαγωγή .....	13
1. Δωρεά οργάνων .....	15
1.1 Ιστορία δωρεάς οργάνων.....	15
1.2 Κριτήρια δωρητή.....	18
1.2.1 Νοσοκομεία .....	20
1.2.2 Επαγγελματίες υγείας .....	20
1.2.3 Προμήθεια Οργάνων .....	20
1.2.4 Αίτημα των Οικογενειών.....	21
1.2.5 Συγχρονισμός.....	21
1.2.6 Στοιχεία Αιτήματος .....	21
1.2.7 Διαδικασία θλίψης.....	22
1.2.8 Ηνωμένο δίκτυο για χρήση οργάνων .....	22
1.3 Κριτήρια για να είναι ένα άτομο δέκτης.....	23
1.3.1 Κοινωνικοί παράγοντες - MME .....	23
1.3.2 Μύθοι.....	25
1.3.3 Μαύρη αγορά.....	26
1.3.3 Προσωπικοί παράγοντες που συμβάλλουν στη συγκατάθεση .....	26
1.3.4 Πρόσθετοι παράγοντες που συνεισφέρουν στη συγκατάθεση .....	28
1.4 Απόφαση για δωρεά .....	35
1.5 Ηθικά ζητήματα γύρω από τη δωρεά οργάνων .....	36
1.5.1 Εμπορία οργάνων (organ trafficking).....	37
1.5.2 Αλτρουισμός στη δωρεά οργάνων.....	38
1.5.3 Εκτεταμένα Κριτήρια και Οριακοί Δωρητές.....	39
1.5.4 Διάγνωση θανάτου / ορισμός εγκεφαλικού θανάτου .....	40

1.5.5 Δωρεά εν ζωή .....	41
1.5.6 Συγκατάθεση της οικογένειας για τη δωρεά .....	42
1.5.7 Δωρεά οργάνων από νεκρό δότη.....	43
2. Στάσεις των επαγγελματιών υγείας για τη δωρεά οργάνων .....	45
2.1. Ευρωπαϊκές και διεθνείς στάσεις των επαγγελματιών υγείας για τη δωρεά οργάνων.....	45
2.2. Σχέση μεταξύ στάσης και γνώσης.....	48
2.3. Σχέση μεταξύ στάσης, γνώσης και συμμετοχής στη δωρεά .....	50
2.4 Γνώση και εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας για τη δωρεά οργάνων .....	52
3. Σκοπός.....	59
4. Μεθοδολογία.....	59
5. Αποτελέσματα.....	62
6. Συζήτηση.....	84
Συμπεράσματα .....	90
Βιβλιογραφία .....	91
Παράρτημα .....	111

## Ευχαριστίες

Η παρούσα εργασία αποτελεί την διπλωματική εργασία στο πλαίσιο του μεταπτυχιακού προγράμματος «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων»

Πριν την παρουσίαση των αποτελεσμάτων της παρούσας διπλωματικής εργασίας, αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω, την κα Ζυγά Σοφία Αναπληρώτρια Καθηγήτρια για την ουσιαστική συνεισφορά, την πολύτιμη καθοδήγηση της και υποστήριξή της για την εκπόνηση της μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας μου.

Τις ευχαριστίες μου εκφράζω και στους καθηγητές κ. Πρεζεράκο Παναγιώτη και κα Τζαβέλλα Φωτεινή που δέχτηκαν να είναι μέλη της τριμελούς επιτροπής αξιολόγησης της μεταπτυχιακής μου εργασίας.

Στην συνέχεια, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλο το διδακτικό και διοικητικό προσωπικό του μεταπτυχιακού προγράμματος που συνέβαλλαν στην πραγματοποίηση αυτού.

Τέλος θέλω να ευχαριστήσω την οικογένεια μου που με την αμέριστη ηθική συμπαράσταση τους, συνέβαλλαν σε μεγάλο βαθμό στην επιτυχή διεκπεραίωση των σπουδών μου.



## Περίληψη

### «Διερεύνηση γνώσεων και στάσεων επαγγελματιών υγείας σχετικά με το ζήτημα της δωρεάς ιστών και οργάνων»

**Εισαγωγή:** Οι περισσότεροι δωρητές οργάνων προέρχονται από περιοχές κρίσιμης φροντίδας όπως η Εντατική Θεραπεία, τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών και οι χειρουργικές αίθουσες. Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας να αναγνωρίζουν, να διαχειρίζονται και να εντοπίζουν πιθανούς δότες και δωρητές.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των γνώσεων και των στάσεων των επαγγελματιών υγείας σχετικά με το ζήτημα της δωρεάς ιστών και οργάνων.

**Μεθοδολογία:** Πρόκειται για μία συγχρονική μελέτη. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 226 επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι εργάζονταν στο Γ.Ν.Καλαμάτας. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο των Μπακάλης και Θεοδωρακοπούλου, το οποίο περιλαμβάνει 22 ερωτήσεις. Ο δείκτης συνέπειας του ερωτηματολογίου βρέθηκε Cronbach  $\alpha = 0,787$ .

**Αποτελέσματα:** Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν 226 επαγγελματίες υγείας ηλικίας 42 έτη, απόφοιτοι ΑΤΕΙ (44,2%), έγγαμοι (67,3%) με τέκνα (73,9%). Οι περισσότεροι συμμετέχοντες είχαν περισσότερα από 10 έτη υπηρεσίας (71,6%) και ήταν νοσηλευτές (45,6%). Το 82% του δείγματος θα δεχόταν να γίνει δωρητής οργάνων, κυρίως επειδή πιστεύουν ότι μπορεί να σωθεί μία άλλη ζωή και γιατί εάν θεωρηθούν κλινικά νεκροί πιστεύουν ότι δεν θα έχει νόημα να συντηρούνται με μηχανική αναπνοή. Τα κυριότερα αίτια για τη μη δωρεά οργάνων ήταν ο φόβος και η απουσία εμπιστοσύνης για τη διαδικασία λήψης οργάνων. Λιγότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες γνώριζαν λόγω επαγγέλματος τι προβλέπει η νομοθεσία για τις μεταμοσχεύσεις και τη λήψη οργάνων από κλινικά νεκρούς ασθενείς. Το 15,9% των συμμετεχόντων είχαν παρακολουθήσει πως γίνονται οι δοκιμασίες ελέγχου νέκρωσης εγκεφαλικού στελέχους, ενώ το 79,6% δεν γνώριζαν ένα γίνονται σωστά οι δοκιμασίες ελέγχου νέκρωσης εγκεφαλικού στελέχους. Το 82% των συμμετεχόντων θα έδιναν τη συγκατάθεσή τους για λήψη οργάνων προς μεταμόσχευση εάν ήταν συγγενής βαρέως πασχόντως στη ΜΕΘ. Οι μισοί περίπου συμμετέχοντες απάντησαν ότι είναι προτιμότερη η λήψη οργάνων από κάποιον εγκεφαλικά νεκρό (πτωματικό δότη) και οι υπόλοιποι από υγιείς συγγενείς. Οι συμμετέχοντες έδωσαν μεγάλη

σημασία στη χρησιμότητα των μεταμοσχεύσεων, τονίζοντας ιδιαίτερα την έλλειψη δοτών. Το 57,9% των συμμετεχόντων δεν γνωρίζουν καθόλου τη νομοθεσία των μεταμοσχεύσεων.

**Συμπεράσματα:** Είναι σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας στην Ελλάδα να εκπαιδευτούν σχετικά με τη δωρεά οργάνων και τη νομοθεσία, ώστε να νιώθουν ασφάλεια και να συμμετέχουν στη διαδικασία. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να είναι θετικοί απέναντι στη δωρεά οργάνων γιατί η δική τους στάση επηρεάζει τη στάση των ασθενών και συγγενών.

**Λέξεις κλειδιά:** επαγγελματίες υγείας, δωρεά οργάνων, γνώσεις, στάσεις, απόψεις

## **Abstract**

### **«Investigation of health care professionals' knowledge and attitudes about the issue of tissue and organ donation»**

**Introduction:** Most of organ donors come from critical care areas such as Intensive Care, Emergency Departments, and surgical rooms. Therefore, it is important that health care professionals recognize, manage and identify potential donors.

**Aim:** The aim of this study was to investigate the knowledge and attitudes of health care professionals on the issue of tissue and organ donation.

**Methodology:** This is a cross-sectional study. The sample of the study consisted of 226 health care professionals who work in general hospital of Kalamata. We used the questionnaire of Bakalis and Theodorakopoulou, which includes 22 questions. The Cronbach a of the questionnaire was 0.787.

**Results:** Totally, 226 health care professionals aged 42 years, ATEI graduates (44.2%), married (67.3%) and having children (73.9%) participated in this study. Most participants had more than 10 years of work (71.6%) and were nurses (45.6%). 82% of the sample would accept to be an organ donor, mainly because they believe that another life can be saved, and because if they are thought to be clinically dead they believe it will not make sense to be maintained by mechanical breathing. The main causes for non-organ donation were fear and lack of confidence in the organ harvesting process. Less than half of the participants were knowledgeable about the transplantation and organ donation legislation of clinically dead patients. 15.9% of the participants had observed the brain stem necrosis testing, while 79.6% did not know whether the brain stem necrosis test was performed correctly. Nearly half of respondents supported it is preferable to receive organs from a brain-dead person and the rest from healthy relatives. Participants gave great importance to the usefulness of transplants, highlighting in particular the lack of donors. 57.9% of participants are not aware of transplant legislation at all.

**Conclusions:** It is important for health care professionals in Greece to be trained in organ donation and legislation to feel safe and participate in the process. Health care professionals should be positive about donating organs because their attitudes affect the attitude of patients and relatives.

Key words: health care professionals, organ donation, knowledge, attitudes, opinions

## Εισαγωγή

Η μεταμόσχευση που χρησιμοποιεί μια ποικιλία ανθρώπινων οργάνων και ιστών έχει γίνει μια καθιερωμένη θεραπεία για μια σειρά ασθενειών τελικού σταδίου (NICE, 2011). Οι βελτιώσεις στην ανοσολογική μεταμόσχευση, οι βελτιωμένες χειρουργικές τεχνικές και οι βελτιωμένοι ανοσοκατασταλτικοί παράγοντες οδήγησαν σε βελτιωμένα κλινικά αποτελέσματα μεταμόσχευσης (Roels et al., 2010). Τέτοιες εξελίξεις κατέστησαν τη μεταμόσχευση μία από τις μεγάλες ιατρικές επιτυχίες των τελευταίων τριών δεκαετιών (NICE, 2011). Ωστόσο, η λίστα αναμονής για μεταμόσχευση συνεχίζει να αυξάνεται από έτος σε έτος, καθώς η ζήτηση είναι πολύ υψηλή. Για παράδειγμα, στο Ηνωμένο Βασίλειο πεθαίνουν 1.000 άτομα ετησίως, ενώ περιμένουν για μεταμόσχευση και τελικά γίνονται περίπου τρεις την ημέρα. Επί του παρόντος υπάρχει έλλειψη οργάνων και ιστών για μεταμόσχευση με καταλόγους αναμονής που υπερβαίνουν την προσφορά από τη ζήτηση (NICE, 2011, NHSBT, 2012).

Οι αρχές και οι προϋποθέσεις αφαίρεσης οργάνων από ζώντες και θανόντες ανθρώπους, με σκοπό τη μεταμόσχευση στην Ελλάδα ρυθμίζονται από το νόμο 3984/2011 «Δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων και άλλες διατάξεις», ο οποίος είναι εναρμονισμένος με την οδηγία του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου 2010/53/ΕΕ. Τα πιο σημαντικά άρθρα είναι το άρθρο 4 που εστιάζει στον θεραπευτικό σκοπό δωρεάς και μεταμόσχευσης, το άρθρο 5 που διασφαλίζει την απαγόρευση ανταλλάγματος και το άρθρο 8 που ορίζονται οι προϋποθέσεις για να καταστεί ένας άνθρωπος δότης οργάνων.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον υπάρχει στον νόμο 3984/2011 στο άρθρο 9 παρ. 2, όπου για πρώτη φορά σε μια προσπάθεια εύρεσης περισσότερων μοσχευμάτων από θανόντες δότες ο νομοθέτης θέτει όλους τους πολίτες, δωρητές μετά θάνατον, εκτός εάν είχαν εκφράσει την αντίθεση τους γραπτώς με δήλωση τους στον Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων, η οποία μπορεί να είναι ελεύθερα ανακλητή (άρθρο 9 παρ. 3). Πολλές αντιδράσεις υπήρξαν σχετικά με το άρθρο 9 παρ. 3 του νόμου 3984 από διάφορους φορείς. Κατόπιν τούτου, ο τότε Υπουργός Υγείας κ Ανδρέας Λοβέρδος, προέβει σε τροπολογία του νόμου με τον νόμο 4075/2012 άρθρο 55 παρ. 4 όπου προσθέτει την έννοια της «οικογενειακής συναίνεσης». Επομένως ο νόμος έχει ως

εξής:» Η αφαίρεση ενός ή περισσοτέρων οργάνων από ενήλικο ,θανόν πρόσωπο πραγματοποιείται εφόσον όσο ζούσε δεν είχαν εκφράσει την αντίθεση του και κατόπιν συναίνεσης της οικογενείας του.

Οι περισσότεροι δωρητές οργάνων προέρχονται από περιοχές κρίσιμης φροντίδας όπως η Εντατική Θεραπεία, τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών και οι χειρουργικές αίθουσες. Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας να αναγνωρίζουν, να διαχειρίζονται και να εντοπίζουν πιθανούς δότες και δωρητές σε αυτούς τους κλινικούς χώρους.

# 1. Δωρεά οργάνων

## 1.1 Ιστορία δωρεάς οργάνων

Οι δωρητές που αναφέρονται και καταγράφονται στην ιστορία δε σχετίζονται με τους σημερινούς δωρητές. Αναφορές υπάρχουν στους αρχαίους μύθους, στη Βίβλο και σε άλλα ιστορικά έγγραφα και αρχαιολογικά αρχεία (Kahan, 1983, Linden, 2009, Cochran et al., 2012). Μια από τις πιο γνωστές ιστορίες είναι «το θαύμα του μαύρου ποδιού» (Kahan, 1983). Αυτή η ιστορία είναι για τους Άραβες δίδυμους και ιατρούς, τον Κοσμά και τον Δαμιανό, που έζησαν τον 3<sup>ο</sup> αιώνα μΧ. Οι αδελφοί εξάσκησαν την ιατρική με τέτοιο τρόπο που, τότε, θεωρούνταν ως θαυματουργό και χωρίς να δέχονται καμία πληρωμή για τις υπηρεσίες τους. Αυτό οδήγησε στο να γίνουν άγιοι τον 11<sup>ο</sup> αιώνα. Υποστηριζόμενοι, αντικατέστησαν το κακό και θηλυκό πόδι ενός άνδρα με ένα πόδι από ένα νεκρό άνδρα από την Αιθιοπία. Προκειμένου να προμηθευτούν το μόσχευμα, ένας από τους αδελφούς πήγε σε μια αρένα μονομαχίας και διέσωσε το άκρο ενός νεκρού μονομάχου (Kahan, 1983, Linden, 2009, Cochran et al., 2012).

Κατά τη διάρκεια του 18<sup>ου</sup> και 19<sup>ου</sup> αιώνα, στο πεδίο της δωρεάς και της μεταμόσχευσης, το επίκεντρο των πρώτων πρωτοπόρων ήταν τα πειράματα με τα ζώα. Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 19<sup>ου</sup> και των αρχών του 20ού αιώνα, οι ιστοί, κυρίως από ζώα, αλλά και από ανθρώπους, μεταμοσχεύθηκαν σε ανθρώπους με σχετική επιτυχία (Kahan, 1983, Linden, 2009, Cochran et al., 2012). Κατά τη διάρκεια του Α΄ Παγκοσμίου Πολέμου, η ανάγκη εξεύρεσης τρόπων για την επιτυχή μεταμόσχευση του δέρματος κλιμακώθηκε από τους πολλούς τραυματίες άνδρες που είχαν ανάγκη από δέρμα. Στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα έγιναν οι πρώτες προσπάθειες να μεταμοσχευθούν όργανα από ζώα σε ανθρώπους και μεταμοσχεύθηκαν αιγοειδή και νεογνά χοίρων, αλλά με πολύ κακή έκβαση (Linden, 2009, Watson & Dark, 2012).

Η πρώτη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων από άνθρωπο σε άνθρωπο στη σύγχρονη εποχή πραγματοποιήθηκε το 1936 στην Ουκρανία. Με την ευκαιρία αυτή μια γυναίκα έλαβε νεφρό από έναν αποθανόντα δότη, αλλά ο νεφρός δεν λειτούργησε ποτέ και η γυναίκα πέθανε (Linden, 2009, Cochran et al., 2012, Watson & Dark, 2012). Η αυξανόμενη γνώση των φυσικών αμυντικών μηχανισμών του σώματος και η επίδραση του ανοσοποιητικού συστήματος στην απόρριψη του μοσχεύματος ήταν ένα

από τα βασικά ευρήματα που οδήγησαν στην πρώτη επιτυχημένη μεταμόσχευση νεφρού το 1954 στη Βοστώνη της Μασαχουσέτης μεταξύ πανομοιότυπων διδύμων (Cochran et al., 2012). Ο παραλήπτης έζησε για άλλα 8 χρόνια και ο δωρητής έζησε άλλα 56 χρόνια. Από τότε, πραγματοποιήθηκαν πολλές ταυτόσημες δίδυμες δωρεές και μεταμοσχεύσεις παγκοσμίως (Kahan, 1983, Linden, 2009, Cochran et al., 2012, Watson & Dark, 2012). Έκτοτε, η ιστορία των μεταμοσχευμένων ασθενών είναι καλά τεκμηριωμένη, καθώς και οι προκλήσεις και τα επιτεύγματα στον τομέα της μεταμόσχευσης. Σήμερα, η μεταμόσχευση αποτελεί ένα επιτυχημένο και καθιερωμένο τμήμα της ιατρικής περίθαλψης σε πολλές χώρες.

Παρόλο που η δωρεά οργάνων είναι η απαραίτητη προϋπόθεση για οποιαδήποτε μεταμόσχευση, υπάρχουν πολύ λιγότερες πληροφορίες σχετικά με την ιστορική προοπτική των νεκρών δοτών από ό, τι για τους μεταμοσχευμένους ασθενείς. Το 1962, όμως, πραγματοποιήθηκε η πρώτη επιτυχής μεταμόσχευση νεφρού από αποθανόντα δότη, επίσης στη Βοστώνη, στη Μασαχουσέτη (Kahan, 1983, Cochran et al., 2012).

Το 1964, οι πρώτοι αποθανόντες δωρητές δώρισαν όργανα στη Σουηδία. Αυτές οι πρώτες δωρεές πραγματοποιήθηκαν σε νοσοκομείο με μονάδα μεταμόσχευσης που ήδη ασκούσε ζώντες δωρεές - το Νοσοκομείο Σεραφείμερ. Ωστόσο, εκείνη την εποχή δεν υπήρχε κανένας νόμιμος ορισμός του θανάτου, αλλά ένα άτομο ανακηρυσσόταν νεκρό μετά την απώλεια του καρδιακού παλμού, της αναπνοής και της κυκλοφορίας. Ως εκ τούτου, τα όργανα από τους πρώτους δότες ανακτήθηκαν αφού ο ασθενής είχε κηρυχθεί νεκρός σύμφωνα με την πρακτική εκείνης της εποχής (Watson & Dark, 2012). Ωστόσο, μια διαφορετική χειρουργική ομάδα σε ένα διαφορετικό νοσοκομείο ανακτούσε ένα νεφρό από έναν ασθενή ο οποίος, αντίθετα, είχε υποστεί μια τεράστια και θανατηφόρα αιμορραγία στον εγκέφαλο και ο οποίος υποβλήθηκε σε θεραπεία με αναπνευστήρα. Σήμερα, σύμφωνα με την τρέχουσα πρακτική και τη νομοθεσία, αυτός ο ασθενής πιθανότατα θα εκδηλωθεί νεκρός λόγω του συνολικού εγκεφαλικού εμφράγματος. Ωστόσο, εκείνη την εποχή η έννοια του «εγκεφαλικού θανάτου» δεν είχε γίνει αποδεκτή και κατά συνέπεια ο ασθενής δεν μπορούσε να χαρακτηριστεί νεκρός (Cochran et al., 2012).

Κατά τη διάρκεια της πρώιμης εποχής δωρεάς και μεταμόσχευσης, οι δωρητές νεφρών ήταν κυρίως ασθενείς που διακομίσθηκαν στο τμήμα επειγόντων



περιστατικών με οξεία καρδιακή ανακοπή και των οποίων η λειτουργία της καρδιάς δεν μπορούσε να αποκατασταθεί. Οι ασθενείς στη συνέχεια δηλώθηκαν νεκροί σύμφωνα με τον καρδιοαναπνευστικό ορισμό του θανάτου και στη συνέχεια ανακτήθηκαν οι νεφροί (Watson & Dark, 2012). Αυτό που σήμερα ονομάζεται «δωρεά μετά από κυκλοφοριακό θάνατο». Εκείνη την εποχή, ένας ασθενής θεωρήθηκε πρόθυμος να δωρίσει αν δεν υπήρχε ρητή αντιφατική απόφαση από τον αποθανόντα. Ωστόσο, οι συγγενείς-δότες είχαν το δικαίωμα, εναντίον του ασθενούς ή ακόμη και για λογαριασμό του, να αντιταχθούν στη δωρεά. Στην πράξη, όμως, δεν υπήρχε συνήθως χρόνος για να συμβουλευτούν τους συγγενείς του ασθενούς, καθώς έπρεπε να προμηθεύονται αμέσως τα νεφρά για να μην καταστραφούν από την έλλειψη οξυγόνου, η οποία είναι άμεση συνέπεια του θανάτου. Έτσι, τα όργανα ανακτήθηκαν συχνά χωρίς επικοινωνία με τους συγγενείς του δότη, καθώς οι συγγενείς ήταν σπάνια παρόντες στο νοσοκομείο σε αυτό το πρώιμο στάδιο (Watson & Dark, 2012). Το 1974 ανακτήθηκε και μεταμοσχεύθηκε το πρώτο πάγκρεας από έναν αποθανόντα δότη και το 1984 το πρώτο ήπαρ. Η πρώτη μεταμόσχευση καρδιάς πραγματοποιήθηκε επίσης το 1984. Αυτή η καρδιά, ωστόσο, ανακτήθηκε από έναν δότη στη Γερμανία καθώς η καρδιά έπρεπε να δωριθεί από εγκεφαλικό νεκρό δότη για να λειτουργήσει στον λήπτη (Groth et al., 2012).

Η εισαγωγή της έννοιας του εγκεφαλικού θανάτου συζητήθηκε έντονα μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των πολιτικών και η μετάβαση από τον «καρδιακό θάνατο» στον «εγκεφαλικό θάνατο» διήρκησε για μεγάλο χρονικό διάστημα (Cochran et al., 2012, Groth et al., 2012, Watson & Dark, 2012). Ωστόσο, η ανάπτυξη και η χρήση ιατρικών βοηθημάτων που υποστηρίζουν τις λειτουργίες της καρδιάς κατέστησε εμφανές ότι ένας ασθενής θα μπορούσε να είναι ακόμα ζωντανός ακόμα κι αν η καρδιά δεν θα μπορούσε να λειτουργήσει μόνη της. Από την άλλη πλευρά, ένας ασθενής θα μπορούσε να είναι πράγματι νεκρός ακόμα κι αν ένας αναπνευστήρας διατηρεί την αναπνοή και παρόλο που η καρδιά εξακολουθεί να χτυπάει. Επιπλέον, με την ανάπτυξη καλύτερων χειρουργικών τεχνικών και των πρώτων ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων, η μεταμόσχευση έγινε μια ρεαλιστική και αποτελεσματική θεραπευτική αγωγή για πολλούς ασθενείς που χρειάζονται μεταμόσχευση, γεγονός που τόνισε τη ζήτηση νέων κανονισμών (Linden, 2009, Cochran et al., 2012). Ωστόσο, την εποχή εκείνη, η μεταμόσχευση θεωρήθηκε από ορισμένους ότι ήταν ανήθικη και πολυτέλεια που εμπόδιζε σοβαρά άρρωστους

πολίτες να λάβουν την ιατρική περίθαλψη που χρειάζονταν (Groth et al., 2012). Οι πρώτες μεταμοσχεύσεις δέχονται έντονη προσοχή από τα μέσα ενημέρωσης, αμφισβητώντας τις διαδικασίες. Οι επικεφαλίδες των ειδήσεων ισχυρίστηκαν ότι οι μεταμοσχεύσεις διεξήχθησαν σε απόρρητο και ότι ήταν παράνομες και αφύσικες και πραγματοποιήθηκαν για να διαφημίσουν τους χειρουργούς (Groth et al., 2012). Από τη θέσπιση των κριτηρίων του εγκεφαλικού θανάτου, ένα άτομο είναι νεκρό όταν έχει χαθεί ολοσχερώς και ανεπανόρθωτα η λειτουργία ολόκληρου του εγκεφάλου (Groth et al., 2012, Watson & Dark, 2012).

Η εισαγωγή της νέας νομοθεσίας οδήγησε επίσης σε αλλαγές στις ρουτίνες γύρω από τη δωρεά οργάνων μετά τον εγκεφαλικό θάνατο, γεγονός που τόνισε περαιτέρω την ανάγκη για ένα νεοσυσταθέν ιατρικό επάγγελμα: τους συντονιστές της μεταμόσχευσης (Groth et al., 2012, Watson & Dark, 2012).

## **1.2 Κριτήρια δωρητή**

Οποιοσδήποτε ηλικίας άνθρωπος μπορεί να δώσει τη συγκατάθεσή του για να είναι δωρητής οργάνου. Ωστόσο, οι γονείς των ατόμων ηλικίας κάτω των 18 ετών λαμβάνουν την τελική απόφαση για τα παιδιά τους. Τα άτομα με προβλήματα υγείας δεν πρέπει να υποθέτουν ότι δεν μπορούν να είναι δυνητικοί δωρητές. Κατά τη στιγμή του θανάτου, τα ιατρικά αρχεία εξετάζονται για να εκτιμηθούν οι σχετικές πληροφορίες, οι οποίες μπορεί να αποτρέψουν το να είναι κάποιος δωρητής. Τα άτομα που έχουν εμφανίσει ορισμένες μορφές ηπατίτιδας και καρκίνου μπορούν ακόμα να είναι κατάλληλα να δωρίσουν ορισμένα όργανα (Midwest Transplantation Network, 2013).

Μόλις είναι διαθέσιμος ο δότης, τα κριτήρια που εξετάζονται για την επιτυχή αντιστοίχιση περιλαμβάνουν την ηλικία, τον τύπο αίματος, το μέγεθος του οργάνου (κατά περιόδους), το επίπεδο επείγουσας ανάγκης, τους χρόνους που διαμένουν στην λίστα αναμονής και την απόσταση μεταξύ του δότη και του λήπτη. Κάθε όργανο έχει συγκεκριμένα κριτήρια αντιστοίχισης (Petechuk, 2006).

Άλλα πράγματα που λαμβάνονται υπόψη περιλαμβάνουν το εάν ο υποψήφιος έχει υψηλά επίπεδα αντισωμάτων, τα οποία μπορεί να είναι ασυμβίβαστα με έναν δότη και μπορεί να οδηγήσουν στην απόρριψη οργάνου και την τρέχουσα υγεία του

υποψηφίου. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ο προοπτικός δέκτης δεν είναι αρκετά υγιής για να λάβει το όργανο ή να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση. Οι ιατροί έχουν μία ώρα για να δεχτούν ή να απορρίψουν ένα όργανο από τη στιγμή που θα είναι διαθέσιμο (UNOS, 2013). Σαφώς, ο χρόνος είναι ουσιαστικός για τον αποδέκτη της δωρεάς. Η διαδικασία από τη στιγμή που ο ασθενής εισέρχεται στο νοσοκομείο μέχρι τη στιγμή της μεταμόσχευσης ποικίλλει ανάλογα με την πολιτική κάθε κράτους, τον τύπο οργάνου και τον χρόνο ταξιδιού του δότη (Midwest Transplant Network, 2013).

### **Παράγοντες για να γίνει κάποιος δωρητής**

Η βιβλιογραφία δείχνει ότι η γνώση είναι βασικός παράγοντας στη δωρεά οργάνων και συνήθως απουσιάζει στους περισσότερους ανθρώπους. Οι Thornton et al. (2006) αναφέρουν ότι οι έφηβοι γενικά έχουν έλλειψη γνώσης σχετικά με τη δωρεά οργάνων. Οι Morgan και Miller (2002) αναφέρουν ότι η αυξημένη γνώση οδηγεί σε μια πιο θετική στάση, η οποία με τη σειρά της οδηγεί σε υψηλότερα ποσοστά συγκατάθεσης. Ωστόσο, λίγες έρευνες έχουν γίνει για την αξιολόγηση των γνώσεων σχετικά με τη δωρεά οργάνων και τους εφήβους, καθώς οι μελέτες συνήθως δεν περιλαμβάνουν άτομα ηλικίας κάτω των 18 ετών (Spigner et al., 2002). Ένα ζήτημα είναι πού και πώς πρέπει να διαδίδονται ή να διαδίδονται πληροφορίες σχετικά με τη δωρεά οργάνων.

#### **1.2.1 Νοσοκομεία**

Τα τοπικά νοσοκομεία είναι εκεί όπου διατίθενται οι δωρητές. Τα νοσοκομεία γνωρίζουν από πρώτο χέρι δυνητικούς δότες. Είναι ευθύνη του νοσοκομειακού προσωπικού να έρχεται σε επαφή με τον τοπικό οργανισμό προμήθειας οργάνων όταν εντοπίζεται δυνητικός δωρητής. Προσωπικό από τον τοπικό οργανισμό προμήθειας οργάνων επικοινωνεί με τον επόμενο συγγενή. Αρκετά κράτη έχουν ψηφίσει νόμους «συνήθων ειδοποιήσεων», οι οποίοι απαιτούν να αναφέρονται όλοι οι θάνατοι στο τοπικό οργανισμό προμήθειας οργάνων (Healy, 2006). Τα περισσότερα όργανα προέρχονται από εγκεφαλικά νεκρούς ανθρώπους (Caplan, 2008).

### **1.2.2 Επαγγελματίες υγείας**

Όταν σε ένα άτομο πλησιάζει το τέλος της ζωής του, το προσωπικό του νοσοκομείου θα επικοινωνήσει με έναν οργανισμό προμήθειας οργάνων και θα προσπαθήσει να λάβει τη συγκατάθεση για δωρεά. Σύμφωνα με τον Carlan (1984), οι ιατροί και οι νοσηλευτές δεν ήθελαν να ρωτήσουν για τη δωρεά οργάνων λόγω της έντονης συναισθηματικότητας του θέματος. Οι ιατροί βρίσκονταν σε μια κάπως επισφαλής κατάσταση όταν προσέχουν τους ασθενείς και παράλληλα πρέπει να ζητούν τη συγκατάθεση των μελών της οικογένειάς τους. Αυτό οδήγησε σε κάποια δυσπιστία των ιατρών από τα μέλη της οικογένειας. Εξαιτίας αυτού, τα στελέχη των τοπικών οργανισμών προμήθειας οργάνων προσεγγίζουν τώρα την οικογένεια μόνο αφού έχουν ειδοποιηθεί ότι ο ασθενής έχει πεθάνει (IOM, 2006).

### **1.2.3 Προμήθεια Οργάνων**

Σε ορισμένες περιπτώσεις, το προσωπικό από τον τοπικό οργανισμό προμήθειας οργάνων στεγάζεται σε νοσοκομεία. Οι τοπικοί οργανισμοί προμήθειας οργάνων τονίζουν ότι για ορισμένους, η δωρεά είναι ένας τρόπος για να κατανοήσουν έναν τραγικό και απροσδόκητο θάνατο (Healy, 2006). Ορισμένοι από τους τοπικούς οργανισμούς προμήθειας οργάνων έχουν την απαιτούμενη φιλοσοφία αιτημάτων. Αυτή η φιλοσοφία υποδηλώνει ότι όλο το προσωπικό του τοπικού οργανισμού προμήθειας οργάνων θα κάνει ένα απαιτούμενο αίτημα οικογένειας για τον αγαπημένο του να είναι δυνητικός δωρητής, ανεξάρτητα από το εάν έχουν ή δεν έχουν δηλώσει τις επιθυμίες τους να δωρίσουν τα όργανα (Healy, 2006).

Ο χρόνος από τη στιγμή αναζήτησης συγκατάθεσης από τον ασθενή ή την οικογένειά του για δωρεά είναι κρίσιμος και πρέπει να γίνουν πολλές δράσεις, όπως η δοκιμή ιστοσυμβατότητας (αντιστοίχιση), η αποκατάσταση των οργάνων και η οργάνωση της μεταφοράς του οργάνου ώστε να αυξηθεί η έγκαιρη και επιτυχημένη μεταμόσχευση.

#### **1.2.4 Αίτημα των Οικογενειών**

Ορισμένα μελέτες έχουν αναφερθεί στον τρόπο και τη μέθοδο με την οποία ζητείται η οικογένεια να δωρίζει τα όργανα του αγαπημένου τους προσώπου (Nathan et al., 2003). Μια μελέτη διαπίστωσε ότι οι οικογένειες μη δωρητών δεν ήταν ικανοποιημένες από την ποιότητα της φροντίδας που έλαβε ο αγαπημένος τους και αισθανόταν ότι δεν είχαν επαρκή χρόνο ή ιδιωτικότητα για να εξετάσουν τη δυνατότητα δωρεάς (DeJong et al., 1998). Οι Burroughs et al. (1998) διαπίστωσαν ότι οι οικογένειες-δότες αναφέρουν μεγαλύτερη ικανοποίηση με φροντίδα σε σύγκριση με οικογένειες μη δωρητών. Σύμφωνα με το IOM (2006), χρειάζονται εξειδικευμένες δεξιότητες από τους αιτούντες. Ένα μοντέλο παρουσιάζει τη δωρεά οργάνων ως προσδοκία και χρησιμοποιεί ανοικτά ερωτήματα για την καθοδήγηση της συζήτησης. Με αυτήν την προσέγγιση, πρέπει να υπάρχουν σαφή όρια για να παρουσιαστεί η ευκαιρία δωρεάς χωρίς καταναγκασμό (Zink, 2004). Ο Zink (2004) ανέφερε ότι πρέπει να διερευνηθεί περισσότερο η προσέγγιση αυτή όσον αφορά την οικογενειακή ανταπόκριση, τα ποσοστά δωρεάς και την ηθική.

#### **1.2.5 Συγχρονισμός**

Οι πρώτες έρευνες δείχνουν ότι το χρονοδιάγραμμα της αίτησης δωρεάς δεν επηρέασε τα ποσοστά συγκατάθεσης (Morris et al., 1989). Το Ινστιτούτο Ιατρικής (2006) αναφέρει ότι η έγκαιρη και συνεπής εμπλοκή με την οικογένεια με έμφαση στην αποτελεσματική επικοινωνία αυξάνει τα ποσοστά των δωρητών, ειδικά αν υπάρχει ένας συντονιστής στο σπίτι. Άλλες έρευνες στους εσωτερικούς συντονιστές έχουν βρει παρόμοια αποτελέσματα (Shafer et al., 2004).

#### **1.2.6 Στοιχεία Αιτήματος**

Η Υπηρεσία Υγείας Πόρων και Υπηρεσιών (2005) εντόπισε στοιχεία αποτελεσματικών αιτημάτων για αναγνώριση της μοναδικότητας κάθε οικογένειας, παροχή συμπόνιας και καθορισμό του καταλληλότερου αιτούντος και χρονικού πλαισίου σε κάθε περίπτωση ή με ειδικό ιατρικό προσωπικό. Άλλα στοιχεία περιλαμβάνουν την αμφισβήτηση των υποθέσεων σχετικά με τις πολιτισμικές και

εθνοτικές διαφορές, τη συζήτηση της δωρεάς οργάνων ως ευκαιρία για τον αποδέκτη και ως πιθανή θεραπεία για την οικογένεια των δοτών και τέλος, εξακολουθεί να παρέχει συμπονετική και άριστη ποιότητα περίθαλψης στον ασθενή και την οικογένεια ανεξάρτητα από την απόφαση (Health Resources and Services Administration, 2005).

### **1.2.7 Διαδικασία θλίψης**

Η έρευνα σχετικά με τη διαδικασία θλίψης των οικογενειών των δοτών ποικίλλει. Οι Manuel et al. (2010) ανέφεραν ότι η δωρεά μπορεί είτε να διευκολύνει είτε να εμποδίσει τη διαδικασία θλίψης. Ο Pelletier (1992) ανέφερε ότι η δωρεά μπορεί να προκαλέσει μια αίσθηση άνεσης. Ωστόσο, ο Warren (2002) πρότεινε ότι υπάρχει μια συναίνεση από τους ερευνητές ότι η σκέψη της δωρεάς οργάνων δημιουργεί άγχος για την οικογένεια και πιθανόν εμποδίζει τη διαδικασία θλίψης. Σύμφωνα με τους Cleiren και Van Zoelen (2002), η δωρεά δεν έχει καμία επίδραση στη διαδικασία θλίψης για τα μέλη της οικογένειας.

### **1.2.8 Ηνωμένο δίκτυο για χρήση οργάνων**

Εάν η οικογένεια δώσει συγκατάθεση, το επόμενο βήμα είναι να βρεθεί κάποιος στη λίστα αναμονής ο οποίος να είναι κατάλληλος. Οι παραλήπτες τοποθετούνται στη λίστα αναμονής μετά την αξιολόγησή τους και θεωρούνται κατάλληλοι υποψήφιοι για μεταμόσχευση. Κάθε ιατρικό προφίλ αποστέλλεται σε ένα εθνικό μητρώο αναμονής, το United Network for Sharing Organ (UNOS). Όταν ένα όργανο είναι διαθέσιμο, ο τοπικός οργανισμός προμήθειας στέλνει πληροφορίες στο UNOS για να δημιουργήσει μια λίστα δυνητικών παραληπτών με βάση τη συμβατότητα. Τα κριτήρια συμβατότητας περιλαμβάνουν τον τύπο του αίματος και την ιατρική επείγουσα ανάγκη. Μόλις βρεθεί ένας παραλήπτης, ένας ειδικός οργάνων από τον τοπικό οργανισμό προμήθειας ή το UNOS έρχεται σε επαφή με το κέντρο μεταμόσχευσης (νοσοκομείο) όπου οι τοπικοί ασθενείς είναι ψηλά στον κατάλογο (Petechuk, 2006). Εάν δεν βρεθεί τοπικός ή περιφερειακός αποδέκτης, το UNOS εξακολουθεί να κοιτάζει έξω από την περιοχή για να αναζητήσει έναν πιθανό παραλήπτη. Οι Ηνωμένες Πολιτείες χωρίζονται σε 11 γεωγραφικές περιοχές. Το

Κολοράντο, για παράδειγμα, βρίσκεται σε μια περιοχή που περιλαμβάνει την Αϊόβα, το Κάνσας, το Μιζούρι, τη Νεμπράσκα και το Ουαϊόμινγκ (Healy, 2006). Μόλις εντοπιστεί ο παραλήπτης, ο παραλήπτης έρχεται σε επαφή και πρέπει να πάει αμέσως στο κέντρο μεταμόσχευσης για να προετοιμαστεί για τη διαδικασία της μεταμόσχευσης.

### **1.3 Κριτήρια για να είναι ένα άτομο δέκτης**

Ένα άτομο πρέπει αρχικά να παραπεμφθεί από το ιατρό του. Άλλα πράγματα που λαμβάνονται υπόψη περιλαμβάνουν το εάν ο υποψήφιος έχει υψηλά επίπεδα αντισωμάτων, τα οποία μπορεί να είναι ασυμβίβαστα με έναν δότη και μπορεί να οδηγήσουν στην απόρριψη οργάνου και την τρέχουσα υγεία του υποψηφίου. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ο προοπτικός δέκτης δεν είναι αρκετά υγιής για να λάβει ένα όργανο ή να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση

#### **1.3.1 Κοινωνικοί παράγοντες - MME**

Το θέμα της δωρεάς οργάνων απεικονίζεται συχνά στα μέσα ενημέρωσης (Feeley & Vincent, 2007, Harrison et al., 2008). Ωστόσο, δεν απεικονίζεται πάντοτε με ακρίβεια ή θετικά (Maloney & Walker, 2000, Morgan et al., 2007).

Πολλοί αναγνωρίσιμοι έχουν συμμετάσχει σε τέτοιες διαφημίσεις προκειμένου να αποτελέσουν πρότυπο. Ο πρώην αντιπρόεδρος Dick Cheney ανέφερε ότι είχε πέντε καρδιακές προσβολές που οδήγησαν σε αντλία καρδιάς που λειτουργούσε με μπαταρία και τελικά σε μεταμόσχευση καρδιάς το 2012 σε ηλικία 71 ετών. Η δωρεά οργάνων προβάλλεται στα μέσα μαζικής ενημέρωσης σε αρκετές περιπτώσεις εδώ και δεκαετίες. Το 1994, όταν ο Nicholas Green πυροβολήθηκε σε οικογενειακές διακοπές στην Ιταλία και οι γονείς του δώρισαν όργανα, η υπόθεση προκάλεσε πολύ συμπάθεια (Healy, 2006). Πιο πρόσφατα, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης επικεντρώθηκαν σε ένα 10χρονο κορίτσι στην Πενσυλβάνια που έχει ανάγκη από πνεύμονα. Σε αυτή την κατάσταση, το θέμα της δωρεάς οργάνων δεν είναι μόνο το επίκεντρο, αλλά αντιμετωπίζονται οι πολιτικές και η πιθανή αλλαγή των πολιτικών (Szabo, 2013).

Σε μια πιλοτική μελέτη, η Maria Banevicius (1992) διαπίστωσε ότι οι οικογένειες των δωρητών θα ήθελαν να ακολουθήσουν κάποιο είδος παρακολούθησης για να δουν πώς ζουν οι παραλήπτες, είτε πρόκειται για συνάντηση είτε για αλληλογραφία. Ο Shaw (2011) διαπίστωσε ότι η έλλειψη συζήτησης - επικοινωνίας μεταξύ της οικογένειας του δότη και του παραλήπτη ήταν προβληματική. Ίσως τα ποσοστά των δωρητών αυξηθούν εάν οι οικογένειες των δωρητών θα μπορούσαν να έχουν κάποια επαφή με τους αποδέκτες. Η μελέτη του Banevicius διαπίστωσε ότι, κατά περιόδους, μια οικογένεια δωρητών ήταν κάπως απογοητευμένη αφού διαπίστωσε ότι η καρδιά της 19χρονης κόρης τους χτυπούσε τώρα σε ένα μεσήλικα.

Οι ιστορίες των οικογενειών δωρητών που συναντούν τους αποδέκτες είναι σπάνιες, αλλά δημοσιεύονται μερικές φορές. Το 1993, όταν σκοτώθηκαν έξι άνθρωποι στο γυμναστήριο Long Island, οι γονείς της Amy Federici δώρισαν την καρδιά, το συκώτι και τα νεφρά. Το περιοδικό People παρακολούθησε τους αποδέκτες και οι γονείς της Amy ήταν σε θέση να τους συναντήσουν. Ο πατέρας της Amy, Jack Locicero, δήλωσε ότι έχουν οικογενειακούς δεσμούς, ειδικά με τον αποδέκτη της καρδιάς, μια γυναίκα που ονομάζεται Arlene. Οι ιστορίες γύρω από την τραγωδία βρίσκονται στα μέσα ενημέρωσης και συχνά αναφέρουν τον τρόπο με τον οποίο οι παραλήπτες πληρούν την οικογένεια των δοτών, αλλά το πραγματικό περιστατικό είναι πολύ σπάνιο στην καθημερινή πρακτική. Συνήθως, οι οικογένειες των δωρητών λαμβάνουν πληροφορίες μόνο για την ηλικία, το φύλο και τη γενική τοποθεσία του αποδέκτη (Healy, 2006).

Σε άλλες περιπτώσεις, οι άνθρωποι επέλεξαν να χρησιμοποιήσουν άλλες μορφές μέσων για να αναζητήσουν όργανα. Το 2004, ένας 32χρονος άνδρας που πάσχει από καρκίνο του ήπατος διαφημίζεται για ένα όργανο σε πινακίδες στους αυτοκινητόδρομους στο Χιούστον, στο Τέξας. Παρόλο που έλαβε ένα όργανο, πέθανε οκτώ μήνες μετά τη μεταμόσχευση (Petechuk, 2006). Μερικοί έχουν προχωρήσει τόσο πολύ όσο χρησιμοποιούν τα κοινωνικά μέσα και καταβάλλουν μηνιαία αμοιβή σε μια προσπάθεια πρόσβασης σε όργανα στο διαδίκτυο. Σύμφωνα με τον Petechuk (2006), ένας ιατρός στο Ντένβερ ζήτησε έναν δωρητή νεφρών από το MatchingDonors.com με μηνιαία συμμετοχή στα 295 δολάρια.



Το Robert Smitty έγινε η πρώτη ιστοσελίδων δωρητών στις 20 Οκτωβρίου 2004 στο Ιατρικό κέντρο Presbyterian / St. Luke, στο Κολοράντο, όπου διεξήχθη η μεταμόσχευση (Davis, 2004). Παρόλο που θα ήταν ανήθικο, αυτό οδηγεί σε εικασίες αν τα άτομα μπορεί να προσπαθήσουν να διαφημίσουν ή να αποκτήσουν πρόσβαση σε όργανα στη λίστα του Craig.

Με ταινίες όπως το My Sister's Keeper (2009) και το Seven Pounds Keeper (2008), είναι σαφές ότι το θέμα της δωρεάς οργάνων μπορεί να γίνει αμφιλεγόμενο και πώς πρέπει να ληφθούν υπόψη πολλές πτυχές. Σε ορισμένες περιπτώσεις ακούει κανείς δημόσιες ανακοινώσεις στον ραδιοφωνικό σταθμό, αναφέροντας σύντομα τα οφέλη της δωρεάς οργάνων και τον αριθμό των ατόμων που μπορούν να βοηθηθούν.

### **1.3.2 Μύθοι**

Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, ειδικά η τηλεόραση και οι ταινίες, απεικονίζουν συχνά μύθους σχετικά με τη δωρεά και την κατανομή οργάνων (Morgan et al., 2005). Πολλοί μύθοι είναι αρνητικοί και οι αρνητικές απεικονίσεις έχουν αποδειχθεί ότι οδηγούν σε μείωση της συναίνεσης. Σε μια μελέτη, δεκαπέντε μήνες μετά από ένα τηλεοπτικό πρόγραμμα που τόνισε τα κριτήρια θανάτου στο Ηνωμένο Βασίλειο, εξακολουθούν να παρατηρούνται μειώσεις στη συναίνεση (Bradley & Brooman, 1980).

Αρκετοί μύθοι περιβάλλουν το θέμα της δωρεάς οργάνων. Για παράδειγμα, μερικά άτομα πιστεύουν ότι εάν το ιατρικό προσωπικό γνωρίζει ότι κάποιος είναι δωρητής, οι ιατροί ενδέχεται να είναι λιγότερο πιθανό να προσπαθήσουν να σώσουν τη ζωή του με σκοπό να του αφαιρέσουν τα όργανα προτού να είναι πραγματικά νεκρός (Arriola et al., 2005, Haustein & Sellers, 2004). Αυτή η δυσπιστία οδηγεί ορισμένους να πιστεύουν σε άδικες κατανομές οργάνων και ότι οι πλούσιοι ή/και διάσημοι είναι πιο πιθανό να λάβουν μεταμόσχευση (Haustein & Sellers, 2004, Morgan et al., 2008) σε ανεπιθύμητους αποδέκτες που θεωρούνται υπεύθυνοι για τη δική τους ασθένεια (Haustein & Sellers, 2004). Ιδέες και απόψεις όπως αυτές αποτρέπουν τους ανθρώπους να κάνουν δωρεά οργάνων (Morgan et al., 2007). Ένας άλλος μύθος είναι η ιδέα της μαύρης αγοράς.

### **1.3.3 Μαύρη αγορά**

Οι Morgan και Miller (2002) διαπίστωσαν ότι το 59-75% των Αμερικανών πιστεύουν ότι υπάρχει μαύρη αγορά για όργανα. Με ακόμη έναν από τους μύθους να νομιμοποιείται, κάνει τους ανθρώπους να αναρωτιούνται εάν υπάρχει κάποια αλήθεια σε άλλους μύθους ή ανησυχίες σχετικά με τη δωρεά οργάνων.

Το 1984, στις ΗΠΑ, εισήχθη ο εθνικός νόμος μεταμόσχευσης οργάνων. Παρόλο που ο νόμος αυτός καθιστά παράνομη την απόκτηση, λήψη ή μεταφορά οποιουδήποτε ανθρώπινου οργάνου, άλλες χώρες συνεχίζουν να συμμετέχουν σε τέτοιες ενέργειες. Το Δεκέμβριο του 2003 «πιάστηκαν» οι ηγέτες σε ένα διεθνές κύκλωμα διακίνησης νεφρών. Μία πόλη στην Ινδία είναι γνωστή ως το «χωριό των νεφρών» λόγω των πολλών ανθρώπων που έχουν πωλήσει παράνομα ένα από τα νεφρά τους (Petechuk, 2006, σελ. 84). Όπως και οι Ηνωμένες Πολιτείες, άλλες χώρες (Τουρκία, Βραζιλία, Ισραήλ, Αργεντινή και Ρωσία) έχουν νόμους κατά της αγοράς και πώλησης οργάνων, αλλά παραμελούν την επιβολή νόμων που απαγορεύουν την πώληση οργάνων (Petechuk, 2006).

Το 2002, ένας εκατομμυριούχος από το Λονδίνο αγόρασε ένα νεφρό από ένα κορίτσι από το Πακιστάν. Αν και βρισκόταν σε λίστα αναμονής, ανησυχούσε ότι θα πεθάνει πριν λάβει το απαραίτητο όργανο. Στην Κίνα, οι υπάλληλοι των φυλακών έχουν παραδεχθεί ότι πωλούν όργανα κρατουμένων σε ξένους αποδέκτες (Petechuk, 2006).

### **1.3.3 Προσωπικοί παράγοντες που συμβάλλουν στη συγκατάθεση**

Τρεις βασικές έννοιες που σχετίζονται με τη συναίνεση είναι η στάση, η γνώση και η επικοινωνία (Sirois et al., 2005). Τα άτομα έχουν τις δικές τους αξίες, πεποιθήσεις και συμπεριφορές που τους καθοδηγούν σε όλους τους τομείς της ζωής.

#### **Στάση**

Γενικά, οι έρευνες σχετικά με τη στάση όσον αφορά τη δωρεά οργάνων αποκαλύπτουν ότι περισσότερο από το ήμισυ του γενικού πληθυσμού έχει μια αισιόδοξη στάση όταν εξετάζει τη δωρεά των οργάνων τους. Ένα μεγάλο μερίδιο του

πληθυσμού είναι αναποφάσιστο, ενώ η μικρότερη ομάδα έχει αρνητική στάση (Barcellos et al., 2005).

## **Γνώση**

Ένα κύριο πρόβλημα στο οποίο αναφέρεται συστηματικά η βιβλιογραφία είναι η έλλειψη γνώσης που έχουν τα περισσότερα άτομα σχετικά με τη δωρεά οργάνων. Η γνώση μπορεί να οριστεί ως βασικές πληροφορίες σχετικά με τη δωρεά οργάνων. Η ευτυχία σχετικά με τη γνώση είναι ότι μπορεί εύκολα να στοχεύεται μέσω ειδικών μαθημάτων εκπαίδευσης ή του σχολικού προγράμματος σπουδών.

Σύμφωνα με τον Rubens (1996), οι ισχυροί συσχετισμοί για την υπογραφή μιας κάρτας δωρεάς οργάνων για τους Λευκούς Προπτυχιακούς φοιτητές (n = 683) ήταν η υποστήριξη για τη δωρεά, η γνώση άλλου ατόμου που υπέγραψε κάρτα δωρητή, η γνώση άλλου ατόμου που ήταν υποψήφιος να δεχθεί μόσχευμα και η γνώση για το σύστημα δωρεάς οργάνων. Οι περισσότερες γνώσεις που έχουν οι φοιτητές σχετικά με τη δωρεά οργάνων προέρχονται από τα μέσα ενημέρωσης και ακολουθούνται από τις διαπροσωπικές σχέσεις (Feeley & Servoss, 2005). Η έρευνα δείχνει ότι ουσιαστικά δεν υπάρχει κανένας τρόπος με τον οποίο το ευρύ κοινό αποκτά άμεση πληροφόρηση σχετικά με τη δωρεά οργάνων εκτός από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και συγκεκριμένα την τηλεόραση (Morgan et al., 2010).

## **Γνωστοποίηση επιθυμιών**

Παρόλο που κάποιος μπορεί να υπογράψει μια κάρτα δωρητή, σε πολλές περιπτώσεις ο δότης δεν επικοινωνεί ή συζητά τις επιθυμίες του με τους αγαπημένους τους ή τους συγγενείς τους (Radecki Breitkopf, 2006). Εξαιτίας αυτού, οι συγγενείς ίσως να μην γνωρίζουν ή να μην είναι έτοιμοι να πραγματοποιήσουν τις επιθυμίες του αποθανόντος.

Σύμφωνα με τη νομοθεσία, εάν ένας δωρητής έχει δώσει τη συγκατάθεσή του για δωρεά οργάνων, η οικογένεια δεν έχει το δικαίωμα να ανακαλέσει τις επιθυμίες του αποθανόντος. Ωστόσο, αν ο συγγενής δε συμφωνεί με τις επιθυμίες του αποθανόντος να γίνει δωρητής οργάνων, οι επαγγελματίες υγείας πιθανότατα θα σεβαστούν τις επιθυμίες της οικογένειας. Ο Νόμος μειώνει την ευθύνη των επαγγελματιών υγείας και επιτρέπει την πραγματοποίηση των επιθυμιών του δότη (Uniform Anatomical Gift Act, 2010).

### 1.3.4 Πρόσθετοι παράγοντες που συνεισφέρουν στη συγκατάθεση

Πρέπει να αναφερθεί πως επειδή ένα άτομο έδωσε τη συγκατάθεσή του να γίνει δωρητής, δεν σημαίνει ότι θα εκπληρωθούν οι επιθυμίες του. Στην καθημερινή πρακτική, ακόμη και σε καταστάσεις όπου τα άτομα έχουν δείξει την επιθυμία να δωρίσουν, η οικογένεια εξακολουθεί να ερωτάται (Healy, 2006). Αν η οικογένεια ή ο συγγενής δεν δώσει συγκατάθεση, τα όργανα δεν θα ανακτηθούν και η μεταμόσχευση δεν θα συμβεί.

Η ιεραρχική προτεραιότητα περιλαμβάνει τη σύζυγο, τους γονείς και τους συγγενείς. Σε περίπτωση μη διαθεσιμότητας των προαναφερθέντων, η μεταφορά κάρτας δωρητή δεν αρκεί για την ανάκτηση οργάνων, που σημαίνει ότι δεν μπορούν να ερωτηθούν οι συγγενείς επόμενου βαθμού. Άλλες έρευνες έχουν βρει διαφορετικές προσεγγίσεις (Wendler & Dickert, 2001). Μετά από μια πλήρη εξερεύνηση της οικογένειας, εάν δεν υπάρχουν μέλη της οικογένειας, ένας ιατρός αποφασίζει εάν το άτομο μπορεί να είναι δωρητής.

Ο συγγενής θα πρέπει τελικά να εγκρίνει και η συγκατάθεση της οικογένειας είναι ζωτικής σημασίας για τη δωρεά οργάνων. Είναι αυτή η στιγμή που πολλοί άνθρωποι λένε όχι στη δωρεά οργάνων. Η άρνηση της οικογένειας για δωρεά είναι ο κύριος λόγος για την απώλεια δυνητικών οργάνων (Weiss, 1996) και τα ποσοστά άρνησης μπορούν να φθάσουν το 80% για τους συγγενείς (Barber et al., 2006).

Ένας λόγος για τον οποίο τα μέλη της οικογένειας αρνούνται τη δωρεά είναι επειδή έχουν δυσκολία να επεξεργαστούν πληροφορίες σχετικά με το θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου ενώ αντιμετωπίζουν το αίτημα για δωρεά οργάνων (Long, Sque, & Payne, 2006). Σε αυτό το σημείο, η αφηρημένη έννοια γίνεται πραγματικότητα, και οι οικογένειες που καλούνται να λάβουν μία απόφαση μπορεί να είναι υπερβολικά συγκλονισμένες με αυτή την απόφαση. Κάποιες φορές, όταν η οικογένεια είναι τόσο απογοητευμένη, το θέμα της δωρεάς οργάνων δεν αναφέρεται (Cleiren & Van Zoelen, 2002, Neades, 2009).

Υπάρχουν άλλοι προσωπικοί παράγοντες που παίζουν ρόλο όσον αφορά τη συναίνεση, όπως είναι η ηλικία και το φύλο (Pierini et al., 2009), η εθνικότητα ή/και η κουλτούρα (Park et al., 2009), η θρησκεία (Morgan et al., 2005) και το επίπεδο

εκπαίδευσης (Conesa et al., 2003). Όλοι είναι πολύ σημαντικοί παράγοντες και έχουν μελετηθεί αναφορικά με τη συγκατάθεση της δωρεάς οργάνων.

### **Ηλικία**

Περίπου το 75-85% των εφήβων ενδιαφέρονται και ενδεχομένως επιθυμούν να γίνουν δότες, αλλά, όπως και οι ενήλικες, περίπου το ένα τέταρτο έχει πράγματι δώσει τη συγκατάθεσή τους (Pierini et al., 2009, Radecki & Jaccard, 1997). Παρόλο που οι έφηβοι μπορούν αρχικά να δώσουν τη συγκατάθεσή τους, τα άτομα ηλικίας κάτω των 18 ετών πρέπει να έχουν γονική έγκριση για δωρεά και μεταμόσχευση.

Σε μια μελέτη για δότες νεφρών εν ζωή, πολλοί άνθρωποι θεωρούν ότι είναι πιο κοινωνικά αποδεκτό για ένα άτομο μεγαλύτερης ηλικίας να δωρίζει όργανα σε ένα νεότερο άτομο σε αντίθεση με ένα νεότερο άτομο να δωρίζει σε κάποιον που είναι μεγαλύτερης ηλικίας (Piccoli et al., 2004). Με βάση την τρέχουσα έρευνα, οι έφηβοι και οι ενήλικες εμφανίζονται να έχουν ομοιότητες όσον αφορά την προθυμία για συναίνεση.

### **Γένος**

Οι άντρες είναι λιγότερο πιθανό να δωρίσουν και είναι λιγότερο πιθανό να έχουν συζητήσεις σχετικά με τη δωρεά οργάνων (Thompson et al., 2003). Άλλοι ερευνητές (Thornton et al., 2006) διαπίστωσαν ότι οι έφηβες είχαν περισσότερες πιθανότητες να έχουν συζητήσει τις προθέσεις τους να δωρίσουν με μέλη της οικογένειάς τους σε σύγκριση με τα αγόρια. Οι Γυναίκες Ισπανοί βρέθηκαν πιο πιθανό να δωρίσουν από τους άνδρες (Alvaro et al., 2005).

Οι Wells (2005) βρήκαν παρόμοια αποτελέσματα που δείχνουν ότι οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη προθυμία να δωρίσουν σε σύγκριση με τους άνδρες. Άλλες μελέτες διαπίστωσαν ότι το φύλο δεν ήταν παράγοντας όσον αφορά την προθυμία συγκατάθεσης (Boulware et al., 2002, Haustein & Sellers, 2004).

### **Εθνικότητα**

Μελέτες έχουν δείξει ότι η εθνικότητα διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη χορήγηση συγκατάθεσης (Park et al., 2009, Rubens, 1996). Οι Cheung et al. (1998) και οι Lam και McCullough (2000) ανέφεραν ότι τα συγκεκριμένα εμπόδια είναι μοναδικά σε συγκεκριμένες μειονοτικές ομάδες.

Οι Αφροαμερικανοί έχουν δυσπιστία για τα επαγγέλματα της υγειονομικής περίθαλψης όταν πρόκειται για τη διάσωση ζωών. Πιστεύουν ότι οι ιατροί δεν θα δουλέψουν τόσο σκληρά για να σώσουν τη ζωή τους (Siminoff & Saunders Sturm, 2000). Ο Rubens (1996) διαπίστωσε ότι οι Αφρο-Αμερικανοί ήταν οι λιγότερο υποστηρικτές της δωρεάς οργάνων. Άλλοι ερευνητές (Spigner et al., 2002) αποκάλυψαν παρόμοια ευρήματα και ο Rubens (1996) ανέφερε ότι υπήρξε μια σημαντική διαφορά μεταξύ των φοιτητών από την Αφρική και την Αμερική σε σύγκριση με τους λευκούς φοιτητές στη στάση τους και τις πεποιθήσεις τους για δωρεά οργάνων. Για παράδειγμα, οι λευκοί υποστηρίζουν τη δωρεά οργάνων σε μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με τους Αφροαμερικανούς (89,5% έναντι 61,8%). Οι λευκοί πιστεύουν ότι είναι σημαντικό να κοινοποιήσουν τις επιθυμίες τους για τη δωρεά οργάνων (75%), ενώ το ποσοστό των Αφροαμερικανών δίνει λιγότερη σημασία στη συζήτηση (60,8%).

Οι ισπανόφωνοι Αμερικανοί βρέθηκαν να έχουν χαμηλότερα ποσοστά δωρεάς λόγω των γλωσσικών εμποδίων και τη σημασία των οικογενειακών συζητήσεων (Rene et al., 1994). Άλλη έρευνα διαπίστωσε ότι οι Ισπανοί ενήλικες έχουν θετική στάση σχετικά με τη δωρεά νεφρών εν ζωή (Siegel et al., 2011).

Η συγκατάθεση για δωρεά ήταν περισσότερο θέμα έλλειψης γνώσης από μια φυλετική ή πολιτισμική διαφορά. Οι ερευνητές υποδεικνύουν ότι οι μειονότητες έχουν λιγότερη πρόσβαση σε ιατρική περίθαλψη και πληροφορίες σχετικά με τη δωρεά οργάνων (Yuen et al., 1998). Παρόλο που οι μειονότητες είναι λιγότερο πιθανό να δώσουν τη συγκατάθεσή τους, περίπου το 52% των ανθρώπων που περιμένουν μεταμοσχεύσεις είναι μειονότητες (Park et al., 2009).

### **Θρησκεία**

Καμία από τις μεγάλες θρησκείες δεν εμποδίζει τη δωρεά οργάνων. Ωστόσο, οι προσωπικές απόψεις ενδέχεται να εμποδίσουν τη συναίνεση. Ο Woo (1992) και οι Wheeler et al. (1994) αναφέρουν ότι η θρησκεία και η πνευματικότητα μπορούν να αποτελέσουν εμπόδιο στη χορήγηση συναίνεσης και ότι οι πεποιθήσεις μπορεί να περιλαμβάνουν την ιδέα του σώματος να παραμένει ολόκληρο και να μην ενοχλεί τη διαδικασία του θανάτου. Για παράδειγμα, κάποιος μπορεί να πιστεύει ότι δεν μπορεί να φτάσει στη μετά θάνατον ζωή αν δεν είναι σωματικά ολόκληρος. Ο Rubens (1996)

αναφέρει τη θρησκεία ως εμπόδιο στη δωρεά οργάνων. Για παράδειγμα, οι Βουδιστές πιστεύουν ότι η διαδικασία θανάτου διαρκεί 49 ημέρες μετά την επίσημη κήρυξη του θανάτου (McGregor et al., 2008). Ένας πιστός ισπανός καθολικός μπορεί να αισθάνεται ότι η δωρεά των οργάνων του μπορεί να επηρεάσει τις πιθανότητες του για αιώνια ζωή (Chara, 1992). Η μεταγενέστερη έρευνα από τους Pierini et al., (2009) δεν διαπίστωσε διαφορές όσον αφορά τους έφηβους που ήταν καθολικοί και άθεοι και την προθυμία τους να συναινέσουν.

### **Επίπεδο εκπαίδευσης**

Το επίπεδο εκπαίδευσης μπορεί να είναι ένας παράγοντας όσον αφορά την προθυμία για συναίνεση. Έχει προταθεί ότι όσο μεγαλύτερο είναι το επίπεδο εκπαίδευσης, τόσο πιο επιθυμητή είναι η χορήγηση συναίνεσης (Conesa et al., 2003). Ο Gallup (2005) και οι Radecki και Jaccard (1997) ανέφεραν παρόμοια ευρήματα με τους ενήλικες, υποδεικνύοντας ότι άτομα με πτυχίο και μεταπτυχιακό τίτλο είχαν υψηλότερα επίπεδα πρόθεσης και πιο θετικές στάσεις όσον αφορά την πιθανότητα δωρεάς.

### **Κίνδυνοι**

Η βιβλιογραφία αναφέρει προ-κοινωνικούς λόγους για τους οποίους τα άτομα πρέπει να εξετάσουν το ενδεχόμενο να γίνουν δότες οργάνων Όπως κάθε χειρουργική επέμβαση, οι μεταμοσχεύσεις έχουν κινδύνους, όπως επιπλοκές, λοίμωξη και θάνατο. Ωστόσο, υπάρχουν λίγες πληροφορίες σχετικά με τους κινδύνους της μεταμόσχευσης. Τα άτομα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τη σχέση κινδύνου-οφέλους και να αποφασίζουν εάν το όφελος αντισταθμίζει τον κίνδυνο (IOM, 2006). Πρόκειται ουσιαστικά για την ανάλυση ή την αξιολόγηση των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων όσον αφορά τη δωρεά οργάνων. Η εκτίμηση αυτή μπορεί να είναι υποκειμενική. Αυτό που κάποιος θεωρεί κίνδυνο, μπορεί να μη θεωρείται κίνδυνος από κάποιον άλλο.

Στην αρχή των μεταμοσχεύσεων, περισσότερους από τους μισούς από τους 64 δότες νεφρών ανέφεραν ήπιο έως σοβαρό τραύμα έως και έξι χρόνια μετά τη μεταμόσχευση (Hirvas et al., 1976). Άλλοι ερευνητές υποδεικνύουν ότι οι δότες έχουν ψυχολογικό κίνδυνο όταν ο παραλήπτης είναι μέλος της οικογένειας και το όργανο απορρίπτεται ή συμβαίνει θάνατος (Weizer et al., 1989).

## **Προσπάθειες αύξησης αριθμού δοτών**

Με τη συνεχή ανάγκη για όργανα και τους μακροχρόνιους καταλόγους αναμονής, οι υποστηρικτές των δωρητών οργάνων πρότειναν διάφορους τρόπους για την αύξηση του αριθμού των δοτών. Αυτές περιλαμβάνουν την υποτιθέμενη συγκατάθεση, τα κίνητρα και την εκπαίδευση.

## **Υποτιθέμενη συγκατάθεση**

Πολλές ευρωπαϊκές χώρες έχουν την υποτιθέμενη συγκατάθεση ή την προτίμηση χωρίς επιλογή (Verheijde et al., 2009). Με αυτή την επιλογή, τα άτομα θεωρούνται δωρητές, εκτός αν δηλώνουν ότι δεν συμφωνούν με τη δωρεά. Όταν ένα άτομο επιλέγει να «παραιτηθεί», λέει όχι στη δωρεά. Επί του παρόντος, και οι 50 πολιτείες στις Ηνωμένες Πολιτείες έχουν τη φιλοσοφία της προτίμησης χωρίς επιλογή.

Τον Ιανουάριο του 2011 στο Κολοράντο, οι υπεύθυνοι για τη χάραξη πολιτικής εισήγαγαν την προεπιλεγμένη επιλογή μη εξουσιοδότησης (Organ Donor Bill stirs controversy, 2011). Κράτη όπως το Illinois, το Delaware και η Νέα Υόρκη επιχείρησαν να περάσουν την προσέγγιση της υποτιθέμενης συγκατάθεσης. Ωστόσο, πολλοί άνθρωποι αισθάνονται ότι η ατομική επιλογή θα αφαιρεθεί και η διαδικασία είναι πολύ παρεμβατική (Organ Donor Bill stirs controversy, 2011). Ένας πολιτικός του Κολοράντο δήλωσε ότι η αλλαγή θα διευκόλυνε απλώς τους ανθρώπους που είναι ήδη πρόθυμοι να δώσουν. Το 2010, η Νέα Υόρκη απέτυχε να περάσει την προσέγγιση της υποτιθέμενης συγκατάθεσης. Μέσα σε μια εβδομάδα από την εισαγωγή της έννοιας της εικαζόμενης συναίνεσης στο Κολοράντο, οι υποστηρικτές δήλωσαν ότι θα απορρίψουν την πρόταση. Αν και οι πολιτικοί προσπαθούσαν να κάνουν το Κολοράντο την πρώτη υποτιθέμενη κατάσταση συγκατάθεσης, οι εκθέσεις δείχνουν ότι αυτό έγινε δεκτό με φόβο και αντιπολίτευση (Colorado Organ Donor Legislation Pulled, 2011).

Υπάρχουν δύο βασικοί τύποι νομοθεσίας περί συγκατάθεσης. Οι «ισχυροί» νόμοι περί συγκατάθεσης βασίζονται αποκλειστικά στο άτομο να δηλώνει τον εαυτό του ως μη δωρητή. Με αυτή την κατάσταση, το άτομο έχει ακόμα μια επιλογή. Οι



«αδύναμοι» νόμοι περί συναίνεσης επιτρέπουν στα μέλη της οικογένειας ενός νεκρού να εξαιρεθούν αν το επιθυμούν. Με αυτό το σενάριο, κάποιος μπορεί να αισθάνεται ότι η επιλογή του έχει αφαιρεθεί και έχει απομείνει στην επόμενη γενιά. Οι Kennedy et al. (1998) ανέφεραν ότι στην Αυστρία, τα όργανα μπορούν να ανακτηθούν από ένα άτομο παρά την αντίρρηση του επόμενου συγγενή. Αυτή η προσέγγιση θεωρείται ισχυρή νομοθεσία περί συναίνεσης. Η Ισπανία έχει ένα αδύναμο νόμο περί συναίνεσης, όπου οι επαγγελματίες υγείας απευθύνονται πάντα στα επιζώντα μέλη της οικογένειας, δεν ζητούν εξουσιοδότηση για τη δωρεά οργάνων, αλλά βλέπουν εάν προτιμούν να μην επιτρέψουν τη συνέχιση της δωρεάς (Presidential Council on Bioethics, 2006).

### **Κίνητρα**

Υπάρχουν ορισμένοι που πιστεύουν ότι ο αριθμός των δωρητών οργάνων θα αυξανόταν εάν δινόταν στους ανθρώπους κάποια μορφή κινήτρου (Bruzzone, 2010). Σύμφωνα με τον IOM (2006), αυτό θα μπορούσε να είναι είτε οικονομικό ή μη οικονομικό κίνητρο. Το οικονομικό κίνητρο θα μπορούσε να μεταφερθεί στον δωρητή πριν από το θάνατο ή στα μέλη της οικογένειας μετά το θάνατο. Ένα παράδειγμα άμεσου οικονομικού κινήτρου είναι η πληρωμή σε μετρητά. Ένα έμμεσο οικονομικό κίνητρο θα μπορούσε να είναι η μείωση των ασφαλιστρών ασφάλισης υγείας ή των επιδομάτων εκπαίδευσης για κολλέγια για παιδιά. Ένα μη οικονομικό κίνητρο θα μπορούσε να είναι κάποιο είδος αναγνώρισης ή επιλεξιμότητας για μελλοντική μεταμόσχευση, εάν χρειαστεί.

Επί του παρόντος, είναι παράνομο να αγοράζονται ή να πωλούνται όργανα. Ωστόσο, ορισμένοι πιστεύουν ότι θα ήταν σκόπιμο τα άτομα να λάβουν κάποιο είδος κινήτρου (IOM, 2006). Πολλοί οικονομολόγοι πιστεύουν ότι η αγορά είναι σχεδόν πάντα ο καλύτερος τρόπος διανομής ενός περιορισμένου πόρου και με αυτόν τον τρόπο θα μπορούσε να υπάρξει ένας αποτελεσματικός και εύλογος τρόπος αύξησης του αριθμού των διαθέσιμων οργάνων (IOM, 2006).

Επειδή οι φτωχοί άνθρωποι χρειάζονται περισσότερα χρήματα από τους πλούσιους, μερικοί πιστεύουν ότι οι άποροι θα επωφεληθούν. Εκφράζοντας ανησυχίες, το Ινστιτούτο Ιατρικής πιστεύει ότι μια δίκαιη και κατάλληλη λειτουργική αγορά δεν είναι πιθανή (IOM, 2006). Το πιο σημαντικό ερώτημα είναι εάν τα κίνητρα

θα μπορούσαν να αυξήσουν τα ποσοστά των δωρητών. Σύμφωνα με τους Kaserman και Barnett (2002), δεν υπάρχουν πραγματικά αποδεικτικά στοιχεία για το αν θα μπορούσαν ή δε θα μπορούσαν.

Ορισμένοι υποστηρικτές δηλώνουν ότι στα άτομα αρέσουν οι αμοιβές, ακόμη και αν είναι ελάχιστα (Kaserman, 2002, Tabarrok, 2009). Οι αμοιβές προάγουν την ικανότητα πρόσβασης σε αγαθά και υπηρεσίες, οπότε μπορούν να προάγουν και τη δωρεά οργάνων.

Μεγάλο μέρος της κοινωνίας πιστεύει ότι η ανθρώπινη αξιοπρέπεια θα πρέπει να παραμείνει ανέπαφη κατά τη διάρκεια της ζωής και τη στιγμή του θανάτου και αν τα όργανα αγοράζονται και πωλούνται, θα θεωρούνται ως εμπόρευμα και η ανθρώπινη αξιοπρέπεια μπορεί να απομακρυνθεί, δημιουργώντας διάφορα ηθικά ζητήματα (IOM, 2006). Μερικοί ερευνητές πιστεύουν ότι ο αριθμός των ζώων που μπορεί να σωθούν αντισταθμίζει αυτές τις ανησυχίες (Barnett et al., 1992).

### **Εκπαίδευση**

Τα εκπαιδευτικά προγράμματα είναι ζωτικής σημασίας για την αύξηση του αριθμού των δωρητών (Weaver et al., 2000) και μπορεί να είναι ο πιο βολικός τρόπος προσέγγισης του εφήβου. Σύμφωνα με τους Spigner et al., (2002), ένα πρόγραμμα σπουδών για την υγεία στο σχολείο μπορεί να είναι ο αποτελεσματικότερος τρόπος για τη διάδοση πληροφοριών. Άλλοι ερευνητές συμφωνούν ότι η άμεση έκθεση στην τάξη και οι συζητήσεις μπορεί να είναι αποτελεσματικές για την αύξηση της γνώσης και την ενημέρωση αυτού του πληθυσμού-στόχου (Pierini et al., 2009, Thornton et al., 2010). Με την έλλειψη γνώσεων και τη μικρή συζήτηση με τα μέλη της οικογένειας, οι έφηβοι είναι ένας αυξανόμενος πληθυσμός που μπορεί να στοχεύει στη δωρεά οργάνων. Ωστόσο, αυτή η ομάδα συχνά έχει ελάχιστη έκθεση στη γνώση σχετικά με τη δωρεά οργάνων.

Οι Thompson et al. (1997) διαπίστωσαν ότι οι συζητήσεις στην τάξη συχνά οδήγησαν σε μαθητές που είχαν συνομιλίες με τους γονείς τους. Μερικοί ερευνητές θεωρούν ότι ένα εξ'αποστάσεως πρόγραμμα σπουδών μπορεί να είναι μια αποτελεσματική μέθοδος για την εκπαίδευση των εφήβων (Vinokur et al., 2006). Ανεξάρτητα από τη μέθοδο του εκπαιδευτικού προγράμματος σπουδών, ο απώτερος

στόχος της εκπαίδευσης είναι η αύξηση της ευαισθητοποίησης, η οποία θα οδηγήσει σε αύξηση των δωρητών.

#### **1.4 Απόφαση για δωρεά**

Πολλές μελέτες επικεντρώνονται στα ψυχοκοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων που είναι πιο πρόθυμοι να δωρίσουν τα όργανά τους και εκείνους που έχουν αρνητική στάση απέναντι στη δωρεά οργάνων. Μελέτες έχουν βρει ότι οι νέοι, οι λευκοί, οι μορφωμένοι και τα υψηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου άτομα είναι πιο πιθανό να υπογράψουν μια κάρτα δωρητή (Morgan & Miller, 2001, Conesa et al., 2003). Ένας από τους ισχυρότερους παράγοντες πρόβλεψης της προθυμίας να δωρίσουν είναι η γνώση και η στάση του ατόμου προς τη δωρεά (Morgan & Miller, 2001). Όσοι είναι εξοικειωμένοι με την έννοια του εγκεφαλικού θανάτου και οι οποίοι είναι γνώστες της δωρεάς οργάνων είναι πιθανότερο να υποστηρίξουν τη δωρεά (Conesa et al., 2003). Άνθρωποι που έχουν ήδη υπογράψει μια κάρτα δωρητή ή όσοι έχουν υψηλή πρόθεση να υπογράψουν μια κάρτα είναι καλά ενημερωμένοι σχετικά με τη δωρεά οργάνων, δε φοβούνται, είναι αλτρουιστές και τείνουν να έχουν μια θετική στάση απέναντι στη διαδικασία της δωρεάς (Korfman & Smith, 1996).

Άλλες έρευνες έχουν δείξει ότι εκείνοι που είναι άνω των 40 ετών, μη λευκοί, έχουν χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης και δεν έχουν γνώση του εγκεφαλικού θανάτου δεν είναι υπέρ της δωρεάς οργάνων (Conesa et al., 2003, Sque et al., 2008). Λόγοι που κάνουν τους ανθρώπους να μην υποστηρίξουν τη δωρεά οργάνων περιλαμβάνουν τη δυσπιστία του ιατρικού συστήματος, δεν θέλουν να παραβιαστεί το σώμα τους μετά το θάνατο, έχουν την πεποίθηση ότι η δωρεά είναι εναντίον της θρησκείας κάποιου και την πεποίθηση ότι οι λήπτες δεν «αξίζουν» (Morgan & Miller, 2001, Morgan et al., 2008, Sque et al., 2008). Επιπλέον, οι Sque et al (2008) αναφέρουν ότι ορισμένα μέλη της οικογένειας αισθάνονται ότι πρέπει να παρακολουθήσουν το τέλος της παρατηρήσιμης ζωής (παύση του καρδιακού παλμού) προκειμένου να δεχτούν πλήρως το θάνατο του αγαπημένου τους προσώπου. Αυτή η επιθυμία γενικά δείχνει απροθυμία να δωρίσουν τα όργανα των συγγενών τους.

## 1.5 Ηθικά ζητήματα γύρω από τη δωρεά οργάνων

Η έλλειψη αποθανόντων δωρητών οργάνων έχει προκαλέσει πολλά ηθικά και κοινωνικά ζητήματα όσον αφορά τη δωρεά (Abouna, 2003, Steigleder, 2008). Πολλοί, αν όχι οι περισσότεροι, συμφωνούν ότι η λήψη οργάνων από οποιαδήποτε πηγή είναι δικαιολογημένη πρακτική εντός ορισμένων ηθικών ορίων, αλλά προκύπτουν αντιπαραθέσεις από την αδυναμία να προσδιοριστεί ακριβώς πού βρίσκονται αυτά τα όρια (Childress, 2001). Σε μια προσπάθεια εξάλειψης της κακής δεοντολογίας σε διάφορα προγράμματα δωρεάς οργάνων παγκοσμίως, ο ΠΟΥ (2010) εισήγαγε τις αναθεωρημένες «κατευθυντήριες αρχές για τη μεταμόσχευση ανθρώπινων κυττάρων, ιστών και οργάνων» ένα πλαίσιο που επικεντρώνεται στην υποστήριξη της ηθικής διαβίωσης και της αποθάρρυνσης της δωρεάς. Οι κατευθυντήριες αρχές εφαρμόζονται διεθνώς στον κόσμο της δωρεάς και της μεταμόσχευσης οργάνων και αποσκοπούν στην παροχή ενός σωστού, δεοντολογικού και αποδεκτού πλαισίου για την απόκτηση και μεταμόσχευση ανθρώπινων κυττάρων, ιστών και οργάνων για θεραπευτικούς σκοπούς.

Ακόμη και με τις παρούσες κατευθυντήριες οδηγίες, ο κόσμος της μεταμόσχευσης και της δωρεάς οργάνων αντιμετωπίζει δεοντολογικές προκλήσεις, ενώ το κύριο ηθικό δίλημμα είναι η έλλειψη οργάνων και ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης αυτής της κατάστασης (Childress, 2001). Παρόλο που η ιατρική των μεταμοσχεύσεων είναι μια μεγάλη επιτυχία για την υγεία των ασθενών με οργανική ανεπάρκεια, τα ηθικά όριά τους είναι δύσκολα σε σύγκριση με άλλα ιατρικά πεδία (O'Neill, 2003). Η μεγαλύτερη πρόκληση είναι ότι η δωρεά οργάνων όχι μόνο περιλαμβάνει έναν ιατρό και έναν ασθενή, αλλά και έναν τρίτο, τον δωρητή και το ίδιο το όργανο (Jonsen, 2012). Δεδομένου ότι η μεταμόσχευση οργάνων εξαρτάται από μια κοινωνική σύμβαση και την κοινωνική εμπιστοσύνη, απαιτεί εθνικό και διεθνές δίκαιο να προστατεύει τα δικαιώματα τόσο του δότη οργάνων όσο και του παραλήπτη οργάνων (Delmonico et al., 2002). Η νομοθεσία για τη δωρεά οργάνων απαιτεί επαρκείς πόρους για την κάλυψη πολλών σημαντικών δεοντολογικών ανησυχιών, όπως: κριτήρια για τον εγκεφαλικό θάνατο, τη συγκατάθεση, την καταχώρηση των δωρητών, την ηθική ρύθμιση των ιδρυμάτων και των επαγγελματιών υγείας και την πρόληψη της εμπορικής μεταμόσχευσης (Gabr, 1998). Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό για τους επαγγελματίες υγείας που συμμετέχουν στη

δωρεά και τη μεταμόσχευση οργάνων να κατανοήσουν τις νομικές κατευθυντήριες οδηγίες και τα δεοντολογικά ζητήματα για την κλινική εφαρμογή στην καθημερινή πρακτική τους (Rahman et al., 2009).

### **1.5.1 Εμπορία οργάνων (organ trafficking)**

Η χρόνια έλλειψη οργάνων από νεκρούς δότες έχει οδηγήσει σε γενικότερη αποδοχή των μεταμοσχεύσεων από ζώντες δότες (Karam et al., 2009). Ωστόσο, ένας από τους σοβαρούς ηθικούς προβληματισμούς γύρω από τη δωρεά οργάνων από νεκρούς και ζωντανούς δότες είναι ο «μεταμοσχευτικός τουρισμός» και η «διακίνηση οργάνων», που αποτελούν το 5-10% όλων των μεταμοσχεύσεων νεφρών παγκοσμίως (Steigleder, 2008). Τα όργανα πωλούνται για οικονομικό όφελος σε ορισμένα μέρη του κόσμου, όπως το Πακιστάν, μέσω της εκμετάλλευσης των φτωχών, προς όφελος των πλουσίων (Abouna, 2003). Η έλλειψη αποθανών δωρητών συνέβαλε στην εμπορία οργάνων δημιουργώντας όλο και περισσότερα ηθικά διλήμματα στην ιατρική μεταμοσχεύσεων. Μέχρι και το 10% των μεταμοσχεύσεων νεφρών που γίνονται σε ετήσια βάση σε ολόκληρο τον κόσμο, αφορούν δωρητές από αναπτυσσόμενες χώρες που δεν σχετίζονται με τους αποδέκτες (Garwood, 2007). Μέσα στην ανθρώπινη κοινωνία οι βασικές αλήθειες της ζωής και της αυτονομίας είναι αξίες που δεν πρέπει να έχουν οικονομικό όφελος και τα ηθικά αυτά διακυβεύονται όταν ένα άτομο αισθάνεται υποχρεωμένο να διακινδυνεύσει το θάνατο με μοναδικό σκοπό την απόκτηση χρηματικής πληρωμής για ένα μέρος του σώματος (Delmonico et al., 2002). Είναι συνεπώς σημαντικό κάθε επαγγελματίας υγείας που εμπλέκεται στη δωρεά και τη μεταμόσχευση οργάνων να είναι άμεσα ή έμμεσα υπεύθυνος για την πρόληψη μελλοντικών ηθικών προβλημάτων (Trey et al., 2013).

Η ανάγκη πρόληψης της εμπορευματοποίησης της μεταμόσχευσης εντοπίστηκε στα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα. Η λύση που προτάθηκε ήταν να παρασχεθούν επαρκείς πόροι για την εφαρμογή αποτελεσματικής νομοθεσίας (Gabr, 1998). Αυτή η νομοθετική προσέγγιση εφαρμόστηκε σε όλες τις χώρες, συμπεριλαμβανομένων των χωρών της Νότιας Ασίας, στα τέλη του 19<sup>ου</sup> και στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα. Από τότε έχουν εισαχθεί διάφορα νομοθετήματα για τη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων για τον έλεγχο της διακίνησης και πώλησης οργάνων. Παρά την ισχύουσα νομοθεσία, οι

πληθυσμοί των υπανάπτυκτων χωρών είναι ευάλωτοι, με αποτέλεσμα να αποτελούν σημαντική πηγή οργάνων. Έτσι, «μετακινούμενοι τουρίστες» μπορούν να αντέξουν οικονομικά να ταξιδεύουν και να αγοράζουν όργανα (Naqvi et al., 2007). Χιλιάδες άνθρωποι από την Ευρώπη, τη Μέση Ανατολή, τις Ηνωμένες Πολιτείες και την Αυστραλία επισκέπτονται την Ινδία, το Πακιστάν, την Κίνα, την Αίγυπτο, τις Φιλιππίνες και άλλες χώρες αναζητώντας φτωχούς δωρητές που είναι πρόθυμοι να δώσουν ένα από τα νεφρά τους για οικονομική αποζημίωση (Humayun, 2007). Μόνο το Πακιστάν φιλοξενεί μέχρι 1500 μετακινούμενους τουρίστες κάθε χρόνο (Garwood, 2007, Heneghan, 2007). Το 2004, η Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας (WHA) ενέκρινε ψήφισμα που προέτρεπε τα κράτη μέλη να λάβουν προφυλάξεις για την προστασία των φτωχότερων και πιο ευάλωτων ομάδων από τον μεταμοσχευτικό τουρισμό και την πώληση ιστών και οργάνων (WHA, 2004). Στην Κίνα, ένας εθνικός νόμος το 1984 επέτρεπε την αφαίρεση οργάνων από φυλακισμένους που εκτελέστηκαν με σκοπό τη μεταμόσχευση. Περίπου το 90% των οργάνων μεταμόσχευσης από αποθανόντες δότες στην Κίνα προέρχονται από αυτούς τους φυλακισμένους (Beholz & Kirke, 2007).

### **1.5.2 Αλτρουισμός στη δωρεά οργάνων**

Ο αλτρουισμός στη δωρεά οργάνων είναι ένα συνεχές και συζητήσιμο θέμα. Ένας αλτρουιστής δωρητής είναι κάποιος που δίνει το όργανο του σε έναν μη συγγενή είτε είναι εν ζωή ή μετά το θάνατό του. Στην περίπτωση της δωρεάς οργάνων εν ζώης, ο παραλήπτης εξαρτάται από την εθελοντική, αλτρουιστική δωρεά ενός κατάλληλου οργάνου από τον δωρητή, ο οποίος θέτει τη ζωή του σε κίνδυνο μέσω της γενναιοδωρίας του. Μία αποθανόντα δωρεά θα είχε ως αποτέλεσμα ο δωρητής να έχει ήδη χάσει τη ζωή του, πριν να δωρίσει πραγματικά. Η αλτρουιστική απόφαση για δωρεά οργάνων βασίζεται σε ελεύθερη, εθελοντική και ενημερωμένη συγκατάθεση (Trey et al., 2013). Ωστόσο, τα οικονομικά κίνητρα και άλλα κίνητρα για δωρεά αρχίζουν να διαβρώνουν την ευγενή αντίληψη του αλτρουισμού. Στην ιδανική περίπτωση, ο καλύτερος δωρητής οργάνων είναι ένα πρόσωπο που δεν μπορεί να υποστεί βλάβη από τη δωρεά, οπότε η προτεραιότητα θα πρέπει να είναι ο θάνατος των δωρητών αντί να ζουν (Woodcock & Wheeler, 2010).

### 1.5.3 Εκτεταμένα Κριτήρια και Οριακοί Δωρητές

Η αυξημένη ζήτηση οργάνων από νεκρούς δότες έχει οδηγήσει στην αποδοχή οργάνων από άτομα με κλινικούς παράγοντες κινδύνου (όπως υπέρταση και προχωρημένη ηλικία) γνωστά ως όργανα δότη εκτεταμένων κριτηρίων (ECD) (Ojo, 2005). Ο όρος ECD εισήχθη από τον Kauffman (1997) για να περιγράψει τα μεταμοσχεύσιμα όργανα που δεν πληρούσαν τα κριτήρια για τυποποιημένα όργανα δότη. Σύμφωνα με τους Gopalakrishnan και Gourabathini (2007), όλοι οι δωρητές νεφρών που έχουν αποβιώσει οριακά είναι όλοι οι δότες ηλικίας άνω των 60 ετών και δότες ηλικίας άνω των 50 ετών με οποιοδήποτε από τα ακόλουθα κριτήρια: υπέρταση, εγκεφαλοαγγειακή αιτία εγκεφαλικού θανάτου ή κρεατινίνη ορού > 1,5 mg/dl, με βαθμό σπειραματοσκλήρυνσης > 15% και παρατεταμένη ψυχρή ισχαιμία. Η πραγματική κλινική σημασία των κριτηρίων του οριακού δότη και του ECD είναι άγνωστη, διότι κανένα από αυτά δεν έχει επικυρωθεί αυστηρά και οι απόψεις διαφέρουν ως προς την ατομική τους αξία (Gopalakrishnan & Gourabathin, 2007). Παρουσιάζεται επίσης μια τάση στην οποία προστίθενται στην αλυσίδα εφοδιασμού όργανα από νεκρούς δότες με υψηλούς παράγοντες συμπεριφοράς ή περιστασιακούς κινδύνους για τη μετάδοση ασθένειας (Gustin, 2006). Έχει αναφερθεί η μετάδοση του ιού της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV), η οποία έχει μια περίοδο παραθύρου πριν από την ανίχνευση και ανιχνεύσιμους ιούς στους αποδέκτες μέσω τέτοιων πηγών (Grady, 2007).

Τα μεταμοσχευμένα όργανα από τους δότες ECD συνδέονται με φτωχότερες κλινικές εκβάσεις σε σύγκριση με εκείνα που προέρχονται από δότες που πληρούν τα συνήθη κριτήρια (Schnitzler et al., 2003, Metzger et al., 2003, Gopalakrishnan & Gourabathin, 2007). Η κακή μακροπρόθεσμη έκβαση μπορεί να οφείλεται στην ανισορροπία μεταξύ του αριθμού των βιώσιμων νεφρών που παρέχονται από τους δότες νεφρών και της υπερβολικής ζήτησης των ληπτών (Gopalakrishnan & Gourabathin 2007). Αν και τα ποσοστά επιβίωσης των μεταμοσχευμένων δεκτών νεφρού είναι γενικά καλύτερα σε σύγκριση με τους αιμοκαθαιρόμενων ασθενών (Chavalitdhamrong et al., 2008), ορισμένοι ασθενείς με ECD δεν έδειξαν βελτιώσεις και ιδιαίτερα εκείνοι οι ασθενείς με χρόνο αναμονής μικρότερης των 1350 ημερών, καθώς και οι Αφροαμερικανοί ή οι Ασιάτες (Crippin, 2004).

Ερωτήσεις σχετικά με το όριο ηλικίας των δυνητικών δοτών, είναι μια άλλη πρόκληση που αντιμετωπίζουν οι νεφρολόγοι και οι χειρουργοί μεταμόσχευσης. Η αυξημένη ανάγκη για όργανα για νεφρική μεταμόσχευση ενθάρρυνε τη χρήση μοσχευμάτων από ολοένα και μεγαλύτερους δότες. Το United Network for Sharing Organ (UNOS 2010) αναφέρει ότι οι κλινικοί ιατροί δεν θα πρέπει να θεωρούν την προχωρημένη ηλικία ως αντένδειξη για τη δωρεά οργάνων και θα πρέπει να παραπέμπουν τους κατάλληλους ηλικιωμένους ασθενείς. Μελέτη από τους Galeano et al. (2010) που αξιολόγησαν τα αποτελέσματα χρησιμοποιώντας δότες ηλικίας άνω των 70 ετών, έδειξαν ότι τα ποσοστά επιβίωσης των ασθενών (86%) ανά πέντε έτη ήταν παρόμοια μεταξύ των αποδεκτών από δότες ηλικίας 50-70 ετών και άνω των 70 ετών, αλλά 10% υψηλότερα στους ανθρώπους που έλαβαν όργανο από δότη ηλικίας μικρότερη των 50 ετών. Το ηθικό ζήτημα γύρω από τη μεταμόσχευση υποδεέστερων ή δυνητικά μολυσμένων οργάνων δεν πρόκειται να επιλυθεί όσο η λίστα αναμονής για τη μεταμόσχευση αυξάνεται και η έλλειψη δωρητών οργάνων παραμένει.

#### **1.5.4 Διάγνωση θανάτου / ορισμός εγκεφαλικού θανάτου**

Στην τρέχουσα πρακτική, τα περισσότερα όργανα για μεταμόσχευση προμηθεύονται από άτομα τα οποία διαγιγνώσκονται ως «εγκεφαλικά νεκροί» (Testa & Klintmalm, 2000). Αυτοί οι άνθρωποι δεν είναι νεκροί στην αίσθηση της κυκλοφορίας και της αναπνοής, παρόλο που οι εγκεφαλοί τους είναι νεκροί (Evans, 2000) αλλά είναι άτομα με μη αναστρέψιμη απώλεια όλων των λειτουργιών του εγκεφάλου, ανακλύπτοντας το ερώτημα εάν και πώς η καλά καθορισμένη κατάσταση του μη αναστρέψιμου εγκεφαλικού θανάτου μπορεί να εξομοιωθεί με το θάνατο ενός ατόμου (Bosshard et al., 2008). Ορισμένες απόψεις δείχνουν ότι τα εγκεφαλικά νεκρά άτομα δεν είναι νεκρά και ότι τα κριτήρια του εγκεφαλικού θανάτου αναπτύχθηκαν για να επιτρέψουν τη δωρεά οργάνων εν ζωή αντί να βασίζονται σε μια σταθερή επιστημονική ή φιλοσοφική βάση (Hill, 2000, Potts & Evans, 2005). Έτσι, η λήψη οργάνων από εγκεφαλικά νεκρούς δότες δημιουργεί πρόσθετα δεοντολογικά ερωτήματα και ανησυχίες, όπως εάν υπάρχει πιθανότητα του ασθενή να επιστρέψει στη ζωή.



Ένα άλλο ζήτημα ηθικής που παραμένει αναπάντητο είναι πόσο καιρό μετά τη διακοπή της καρδιακής δραστηριότητας μπορεί να διαγνωσθεί θάνατος, γνωστός ως «καρδιακός θάνατος» (Woodcock & Wheeler, 2010). Το Συμβούλιο Εθνικής Ασφάλειας και Ιατρικών Ερευνών εισήγαγε αυστηρούς διαδικαστικούς ελέγχους για να ανακουφίσει αυτές τις προκλήσεις και να διασφαλίσει την ακεραιότητα της διαδικασίας αποκατάστασης οργάνων (NHMRC, 2007). Η Ακαδημία του Ιατρικού Βασιλικού Κολλεγίου (AMRC) έχει θεσπίσει τον κώδικα ορθής πρακτικής για τη διάγνωση και επιβεβαίωση του θανάτου σε όλες τις καταστάσεις και να κάνει πρακτικές συστάσεις, αποδεκτές από τους συγγενείς του αποθανόντος, την κοινωνία εν γένει και επίσης την ιατρική, νοσηλευτική και άλλου εμπλεκόμενου επαγγελματικού προσωπικού (AMRC, 2008). Όλες οι απόψεις του ατόμου αυτού για τη διάγνωση και επιβεβαίωση του θανάτου μπορεί να είναι διαφορετικές στο σημείο λήψης της απόφασης, γεγονός που καθιστά τη διάγνωση του θανάτου πιο περίπλοκη και δύσκολη, συμβάλλοντας έτσι στην έλλειψη δωρητών οργάνων.

### **1.5.5 Δωρεά εν ζωή**

Η έλλειψη νεκρών δωρητών έχει οδηγήσει σε αυξημένο ενδιαφέρον για τη δωρεά ζωντανών ασθενών με κίνδυνο θνησιμότητας 1 στους 3.000 δότες νεφρών και 1 στους 100 δότες ήπατος (ODTF, 2008). Η κρίσιμη έλλειψη αποθανόντων δωρητών ασκεί πίεση στους ασθενείς, τους κλινικούς ιατρούς και τους επιτρόπους να δεχθούν τέτοιους κινδύνους για τη ζωή ενός κατάλληλου, υγιούς ατόμου όπως στην περίπτωση των ζώντων δοτών. Η δωρεά εν ζωή παραμένει η μόνη πηγή μεταμόσχευσης σε πολλά μέρη του κόσμου, συμπεριλαμβανομένων των αναπτυσσόμενων και ανεπτυγμένων χωρών. Εντούτοις, αρκετοί αμφιλεγόμενοι τομείς πρακτικής εντοπίζονται στη χρήση των δωρητών εν ζωή, αλλά μέχρι να αυξηθεί σταθερά το πρόγραμμα των νεκρών χορηγών για να ικανοποιηθεί η ζήτηση, η κατάχρηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων θα εξακολουθήσει να είναι δύσκολη στην αστυνόμευση και την εξάλειψη. Τα ποσοστά διαβίωσης των δωρητών ποικίλλουν σε μεγάλο βαθμό διεθνώς. Οι Κάτω Χώρες, η Τουρκία, η Νορβηγία και οι ΗΠΑ πραγματοποιούν πλέον πάνω από 20 μεταμοσχεύσεις νεφρών δωρητών ανά εκατομμύριο ανά έτος. Στο Ηνωμένο Βασίλειο το ποσοστό είναι 15,9, ενώ στην Ισπανία και τη Γαλλία το ποσοστό είναι μικρότερο από 5 (Rudge et al., 2012).

Η δωρεά εν ζωή συνεπάγεται ορισμένα πλεονεκτήματα, μεταξύ των οποίων η καλύτερη αντιστοιχία μεταξύ δωρητών και παραληπτών και τα ψυχολογικά οφέλη και για τα δύο μέρη, καθώς οι περισσότεροι δωρητές γενετικά σχετίζονται με τον αποδέκτη (Vastag, 2001). Η μεταμόσχευση εν ζωή είναι εκλεκτική και μπορεί να προγραμματιστεί έως ότου ο ασθενής χρειάζεται τη μεταμόσχευση (Rudge et al., 2012). Ορισμένοι υποστηρίζουν ότι η δωρεά εν ζωή είναι ακατάλληλη υπό οποιεσδήποτε καταστάσεις διότι βάζει σε κίνδυνο τη ζωή του δωρητή (Ratnera & Sandovala 2010), υποστηρίζοντας ότι τα προγράμματα δωρεάς εν ζωή δεν πρέπει μόνο να αποθαρρύνονται αλλά να εγκαταλείπονται εντελώς λόγω του κινδύνων που σχετίζονται με τη δωρεά οργάνων (Spital, 2002). Άλλοι υποστηρίζουν ότι η πραγματοποίηση της δωρεάς και η επέκταση της ζωής του αποδέκτη μέσω των δαπανηρών ιατρικών διαδικασιών δεν είναι ο σκοπός της υγείας και της υγειονομικής περίθαλψης (Kuczewski, 2002). Η ιατρική δεοντολογία συμβουλεύει τους κλινικούς ιατρούς να μην βλάπτουν τους ανθρώπους. Η δωρεά που λαμβάνει όργανα από υγιή άτομα προκαλεί κάποια άμεση βλάβη και ως εκ τούτου είναι αντίθετη με την παραδοσιακή ιατρική ηθική (Wilkinson, 2011). Παρόλο που ο κανόνας «μην κάνεις κακό» είναι ένας ιστορικός στόχος του πατερναλισμού του ιατρικού επαγγέλματος, αν οι άνθρωποι θέλουν να δώσουν τα όργανα τους και ξέρουν τι κάνουν, οι επαγγελματίες υγείας δεν πρέπει να τους σταματούν (Veatch, 2000).

### **1.5.6 Συγκατάθεση της οικογένειας για τη δωρεά**

Στη δωρεά οργάνων ένα από τα πιο συζητημένα ηθικά ζητήματα είναι ο ρόλος της οικογένειας στην λήψη της απόφασης δωρεάς για τον δυνητικό δότη, ανεξαρτήτου με το αν βρίσκεται στο μητρώο δωρητών οργάνων ή όχι. Ορισμένοι υποστηρίζουν ότι οι ανάγκες των πιθανών παραληπτών που πάσχουν από την ανεπάρκεια οργάνων και την αγωνία των οικογενειών τους είναι πολύ μεγαλύτερες από τις ανάγκες του αποθανόντος ή των οικογενειών τους (Harris, 2002, Harris, 2003). Πράγματι, η δυστυχία της οικογένειας του ασθενούς που πεθαίνει και περιμένει ένα όργανο θα υπερισχύσει της δυσφορίας που θα υποφέρουν οι οικογένειες των δωρητών (Brazier, 2002). Ωστόσο, οι επαγγελματίες μεταμοσχεύσεων έχουν έναν πρακτικό λόγο να μην υπερισχύουν της οικογένειας, καθώς φοβούνται ότι θα αποκτήσουν κακή φήμη ή φοβούνται και να μην κατηγορηθούν (Wilkinson 2011). Ο Siminoff (2001)

διαπίστωσε ότι ορισμένα μέλη του κοινού είναι της άποψης ότι ο ιατρός μπορεί να μην πράξει τα δέοντα για να σώσει τη ζωή του αγαπημένου τους προσώπου αν γνώριζαν ότι ήταν πρόθυμοι να δώσουν τα όργανα τους. Αυτό το δίλημμα δυσπιστίας στον επαγγελματία υγείας προκαλεί μεγαλύτερη πίεση στη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου και στη συγκατάθεση των συγγενών για τη δωρεά οργάνων. Κατά τη διάρκεια του 2013-2014, 119 οικογένειες αγνοούσαν την επιθυμία του αγαπημένου προσώπου να είναι δωρητής οργάνων μειώνοντας τη συγκατάθεσή τους (NHSBT, 2014).

Όταν δηλώνεται ο θάνατος, είναι απαραίτητο να διασφαλιστεί η ευημερία της οικογένειας και των συγγενών (Rubenstein et al., 2006), για να αποφευχθεί η θλίψη να μετατραπεί σε δυσφορία και να κατανοήσουν το νόημα του θανάτου των συγγενών τους δίνοντας τη συγκατάθεση για τις ανάγκες λήψης αποφάσεων και ηθική αιτιολόγηση (Voo et al., 2009). Ο τρόπος της εξισορρόπησης της αγωνίας της συγκαταβατικής οικογένειας είναι ένα δίλημμα. Πράγματι, τα άτομα που καλούνται να λάβουν απόφαση σχετικά με τη δωρεά, καθώς και τα άτομα που δέχονται να λάβουν τα όργανα είναι αμφότερα ζητήματα που χρήζουν διευκρίνισης (Kreiss, 2005, Spital & Taylor, 2009). Υπάρχει η γενική άποψη ότι η κυβέρνηση έχει την ευθύνη για τη δωρεά ή τη διάθεση των οργάνων, η οποία στη συνέχεια μεταβιβάζεται στην κατάλληλη ομάδα μεταμόσχευσης (Dossator, 1994). «Αν θεωρήσουμε το σώμα ως ιδιοκτησία με την ελπίδα να αυξήσουμε την προσφορά οργάνων, θα υποτιμήσουμε την ανθρώπινη ζωή και τα ανθρώπινα σώματα που επιδιώκουμε να σώσουμε» (Cohen 2003). Κατά τη μεταμόσχευση, είναι απαραίτητο να διασφαλίζεται το κοινό, να μπορεί να εμπιστευτεί το ιατρικό προσωπικό, να σέβεται και να ζητά τη συγκατάθεση της οικογένειάς του για τη δωρεά οργάνων και να διασφαλιστεί η συνέχιση της θετικής εικόνας.

### **1.5.7 Δωρεά οργάνων από νεκρό δότη**

Η έλλειψη οργάνων για μεταμόσχευση θέτει τα ζητήματα της ίσης πρόσβασης και του μέγιστου οφέλους, η έννοια της διανεμητικής δικαιοσύνης, δηλαδή πώς να κατανέμεται δίκαια ο πόρος όταν δεν υπάρχουν αρκετά όργανα διαθέσιμα για όλους όσους χρειάζονται ένα. Η μεταμόσχευση οργάνων είναι ζωτικής σημασίας και μια

πολύτιμη ιατρική διαδικασία για όσους την χρειάζονται και πρέπει να υπάρχει ίση πρόσβαση σε αυτήν (Ethics of Organ Transplantation, 2004). Ωστόσο, η υλοποίηση και η εξασφάλιση της ισότητας στις ευκαιρίες μεταμόσχευσης αποτελεί ζήτημα σε διεθνές επίπεδο. Για να ενθαρρυνθεί η ισότητα στη μεταμόσχευση οργάνων, η θεωρία της ισότητας προσβάσεων ενθαρρύνει μια διαδικασία διανομής για τα μεταμοσχεύσιμα όργανα που είναι απαλλαγμένα από μεροληψίες βασισμένες στη φυλή, το φύλο, το εισόδημα και τη γεωγραφική απόσταση από το όργανο (Douglas, 2003).

Η κυβέρνηση αντιτίθεται σε οποιουσδήποτε όρους που συνδέονται με τη δωρεά οργάνων και υποστηρίζει την άποψη ότι «τα δωρηθέντα όργανα είναι εθνικός πόρος και διατίθενται στους ανθρώπους ανεξάρτητα από τη φυλή, τη θρησκεία, την ηλικία ή άλλες περιστάσεις» (Boseley, 2000, σελ.5). Ωστόσο, παρά τους πολλούς κανόνες που ισχύουν για τη δωρεά των οργάνων κατά τρόπο ανάλογο με την ομάδα αίματος, την αντιστοίχιση τύπου ιστού, την ηλικία και τον χρόνο αναμονής, εξακολουθούν να υπάρχουν ανησυχίες σχετικά με τη διαδικασία δωρεάς.

Μια μελέτη μεταξύ του γενικού πληθυσμού υποστήριξε ότι η προτίμηση διανομής οργάνων θα πρέπει να επηρεάζεται από τις επιλογές συμπεριφοράς του στυλ ζωής του παραλήπτη (Ubel et al., 2001). Προτείνεται ότι οι άνθρωποι, οι οποίοι οδηγούν σε φτωχές επιλογές για τον τρόπο ζωής και συμπεριφέρονται ανεύθυνα, είναι υπεύθυνοι για την ασθένειά τους, ενώ οι ασθενείς που δεν έχουν τον έλεγχο της ασθένειάς τους πρέπει να έχουν προτεραιότητα κατά την κατανομή οργάνων (Neuberger, 2003). Επιπλέον, η ηλικία και η μεγιστοποίηση των χρόνων ζωής έχουν προταθεί ως κριτήρια διανομής οργάνων, αλλά με τον τρόπο αυτό η υπολειπόμενη ζωή ενός ηλικιωμένου που περιμένει μεταμόσχευση υποτιμάται (Small, 2002). Και οι δύο αυτοί τύποι κατανομής θα οδηγούσαν σε περαιτέρω ηθικά διλήμματα ως προς το ποιος αποφασίζει αν οι άνθρωποι συμπεριφέρθηκαν ανεύθυνα ή είναι μεγάλης ηλικίας για να απολαύσουν τη ζωή και δεν αξίζουν μεταμόσχευση οργάνων, μια πολύ δύσκολη απόφαση για την οποία κανένας επαγγελματίας υγείας δεν θα ήθελε να είναι υπεύθυνος.

Μια εναλλακτική προοπτική για την κατανομή οργάνων είναι η επίτευξη μέγιστου οφέλους. Οι μεταμοσχεύσεις πραγματοποιούνται σε εκείνους τους ανθρώπους όπου προβλέπεται μέγιστη επιτυχία των αποτελεσμάτων και αποφεύγεται

η σπατάλη οργάνων, αν και η πρόβλεψη της επιτυχίας σε διαφορετικά άτομα είναι δύσκολη (Neuberger, 2003). Το επιχείρημα κατά του μέγιστου οφέλους είναι ότι η διανομή οργάνων με αυτόν τον τρόπο θα μπορούσε να αφήσει την πόρτα ανοιχτή για προκατάληψη, ψευδαισθήματα, ευνοιοκρατία και άλλες αθέμιτες πρακτικές λόγω του υποκειμενικού χαρακτήρα των κριτηρίων (Childress, 2001). Ένα παράδειγμα διαπιστώθηκε όταν οι ιατροί σε ένα γερμανικό τμήμα μεταμόσχευσης χειρίστηκαν δεδομένα ασθενών για να επιτύχουν υψηλότερη προτεραιότητα για τον παραλήπτη οργάνων για τους ασθενείς τους, προκαλώντας μείωση του ποσοστού δωρεάς οργάνων κατά 12,8% το 2012 (Trey et al., 2013). Η ανήθικη κατανομή οργάνων όπως αυτή πρέπει να εξαλειφθεί πριν το ευρύ κοινό χάσει την εμπιστοσύνη και το κίνητρο να δωρίσει τα όργανα τους.

## **2. Στάσεις των επαγγελματιών υγείας για τη δωρεά οργάνων**

### **2.1. Ευρωπαϊκές και διεθνείς στάσεις των επαγγελματιών υγείας για τη δωρεά οργάνων**

Οι Kim et al (2004) μελέτησαν εννέα επαγγελματίες υγείας, συμπεριλαμβανομένων των χειρουργών μεταμόσχευσης, τους συντονιστές μεταμόσχευσης και τους νοσηλευτές μεταμοσχεύσεων που εργάζονται σε τρία νοσοκομεία στη Νότια Κορέα και διαπίστωσαν ότι η στάση απέναντι στη δωρεά ήταν αμφίθυμη. Υπήρξε έλλειψη βασικών γνώσεων σχετικά με τον εγκέφαλο θάνατο και τη διαδικασία δωρεάς οργάνων και εξέφρασαν τη δυσκολία αποδοχής του εγκεφαλικού θανάτου ως αληθινού θάνατο. Αυτό φαίνεται εκπληκτικό καθώς ήταν ασκούμενοι που συμμετείχαν άμεσα στη δωρεά και τη μεταμόσχευση. Η βάση αυτής της στάσης καθορίστηκε κυρίως λόγω μιας έκφρασης δυσκολίας στην αποδοχή του θανάτου του εγκεφαλικού στελέχους ως αληθινού θανάτου.

Μια παρόμοια αμφιλεγόμενη συμπεριφορά εντοπίστηκε σε μια μελέτη 292 φοιτητών νοσηλευτικής (Kim et al 2006). Το 29% των ερωτηθέντων δεν θεωρούσε τη δωρεά μια πολύτιμη επιλογή για τις οικογένειες που έπεσαν θύματα και το 67% φοβόταν ότι ο εγκεφαλικός θάνατος θα μπορούσε να διαγνωσθεί εσφαλμένα και να παραβιάσει τα δικαιώματα των ασθενών. Ωστόσο, παρά την αρνητική στάση και την

αντίληψη της δωρεάς, πάνω από το 70% των φοιτητών εξέφρασαν την προθυμία τους να δωρίσουν, αλλά μόνο το 50% θα συναινούσε να δωρίσει τα όργανα των οικογενειών τους. Μια αρνητική στάση απέναντι στη δωρεά παρατηρήθηκε επίσης στην έρευνα των Gross et al (2000), στην οποία συμμετείχαν 199 άτομα σε ένα νοσοκομείο στην Ελβετία.

Μια γερμανική μελέτη διερεύνησε τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στη δωρεά σε σύγκριση με εκείνες του ευρέος κοινού (Radunz et al., 2010). Εξετάστηκαν αρχικά 242 επαγγελματίες υγείας και διαπιστώθηκε ότι το 55% έφερε κάρτα δωρητή. Διενέργησαν στη συνέχεια εκστρατεία ευαισθητοποίησης και ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη δωρεά τόσο για το κοινό όσο και για το προσωπικό στο νοσοκομείο και επανεξέτασαν το προσωπικό για να διαπιστώσουν ότι ο αριθμός των ατόμων που έφεραν κάρτα δωρητή αυξήθηκε από 55% σε 66% στους επαγγελματίες υγείας και από 35% σε 48% στο κοινό. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ένα πρόγραμμα ευαισθητοποίησης σχετικά με τη δωρεά βελτίωσε τόσο τη στάση του κοινού όσο και των επαγγελματιών υγείας στην απόκτηση μιας κάρτας δωρητή.

Ένα γερμανικό άρθρο των Weber et al (1999) διαπίστωσε ότι οι ιατροί και οι νοσηλευτές υποστήριζαν συντριπτικά τη δωρεά. Διαπίστωσαν ότι οι ιατροί ήταν πιο πρόθυμοι να δώσουν και να φέρουν κάρτα δωρητών από τους νοσηλευτές. Όπως και με την πλειοψηφία των ερευνών, θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι το δείγμα των μελετών είχαν είτε θετική είτε αρνητική μεροληπτική για το θέμα στάση απέναντι στη δωρεά και, ως εκ τούτου, επηρέασε τα ευρήματά του (Parahoo, 2006).

Οι Conesa et al (2005) διενήργησαν μια ισπανική έρευνα που περιελάμβανε 58 ιατρούς και 51 νοσηλευτές δείχνοντας θετική στάση απέναντι στη δωρεά. Μια ακόμη μεγαλύτερη ισπανική έρευνα από τους Rios et al (2006) έδειξαν, επίσης, μια θετική στάση απέναντι στη δωρεά με το 92% των ιατρών να υποστηρίζουν τα οφέλη της δωρεάς οργάνων. Αυτά τα αποτελέσματα από τις ισπανικές μελέτες δεν προκαλούν έκπληξη, καθώς η Ισπανία έχει τον μεγαλύτερο αριθμό δωτών οργάνων στην Ευρώπη και έχει σχετικά χαμηλή λίστα αναμονής για μεταμόσχευση (NICE, 2011). Το DH (2008) και το NICE (2011) εξέτασαν το ισπανικό μοντέλο δωρεάς, το οποίο έχει υψηλότερα ποσοστά δωρεάς και τα οποία αποδίδουν στις διαφορές πολιτιστικής, κοινωνικής και πολιτικής καταγωγής μεταξύ των χωρών. Βρήκαν επίσης διαφορές στους νόμους για την υγεία και την ασφάλεια, τις πρακτικές δωρεάς

και το οικονομικό κόστος για πιθανές οικογένειες δωρεάς, οι οποίες μπορεί να συμβάλουν στην αύξηση των αριθμών των δωρητών στην Ισπανία.

Οι Roels et al (2010) διεξήγαγαν μια μεγάλη (n = 19.537) μελέτη, η οποία περιελάμβανε έντεκα διαφορετικές χώρες προκειμένου να εξετάσουν τις στάσεις των νοσηλευτών και των ιατρών στους χώρους κρίσιμης φροντίδας, την εμπιστοσύνη και τις εκπαιδευτικές ανάγκες. Η μελέτη αυτή διαπίστωσε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό είχε σημαντικά χαμηλότερες θετικές στάσεις σε σύγκριση με εκείνες του ιατρικού προσωπικού και ότι υπήρξαν διακυμάνσεις στη θετική στάση απέναντι στη δωρεά στις ένδεκα χώρες. Οι πιο θετικές στάσεις του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού εντοπίστηκαν στη Φινλανδία (93,6%) και στο Βέλγιο (93,2%), με το χαμηλότερο ποσοστό να βρίσκεται στο Ισραήλ (71,8%) και στην Ιαπωνία (54,8%). Αυτό δείχνει την ανισότητα των στάσεων των επαγγελματιών υγείας έναντι της δωρεάς σε διάφορες χώρες. Ο συνολικός μέσος όρος ήταν 91,3% του συνολικού δείγματος για τη στήριξη της δωρεάς οργάνων με συνολικό ποσοστό 81,2%, υποδεικνύοντας ότι θα δωρίσουν προσωπικά τα όργανα τους (Roels et al 2010).

Η μεγαλύτερη έρευνα που διεξήχθη στο Ηνωμένο Βασίλειο αναλύοντας τις στάσεις, τις γνώσεις και τη συμπεριφορά των νοσηλευτών προς τη δωρεά οργάνων πραγματοποιήθηκε πριν από 17 χρόνια (Sque et al 2000). Οι Sque et al (2000) διένειμαν (n = 2465) ερωτηματολόγια σε νοσηλευτές για να αξιολογήσουν τις προσωπικές τους στάσεις, γνώσεις και συμπεριφορές όσον αφορά τη δωρεά και πέτυχαν ποσοστό απόκρισης 54% (n = 1333). Ήταν προφανές ότι το 78% του δείγματος συμφώνησε ότι η δωρεά ήταν θετική, ενώ το 10% ήταν σαφώς αντίθετο με τη δωρεά και το άλλο 12% ήταν αβέβαιο. Το δείγμα αποτελείται από διπλωματούχους νοσηλευτές που προσελήφθησαν από διάφορους κλινικούς χώρους, συμπεριλαμβανομένων της ΜΕΘ και του χειρουργείου. Ο Sque et al (2000) ανέφεραν ότι οι νοσηλευτές της ΜΕΘ είχαν την πιο θετική στάση απέναντι στη δωρεά με τους νοσηλευτές σε παθολογικά τμήματα να έχουν τη χαμηλότερη στάση. Επομένως, υποστηρίζει το επιχείρημα ότι το προσωπικό του τμήματος μπορεί να έχει πιο αρνητική στάση απέναντι στη δωρεά, πιθανώς λόγω της έλλειψης άμεσης συμμετοχής στις διαδικασίες δωρεάς.

Μια μελέτη στο Ηνωμένο Βασίλειο από τους Cantwell και Clifford (2000) συγκρίνει τις στάσεις των νοσηλευτών και των φοιτητών ιατρικής όσον αφορά τη

δωρεά οργάνων. Το δείγμα ευκολίας εκατό φοιτητών από ένα μόνο πανεπιστήμιο διαπίστωσε ότι το 98,6% των φοιτητών προτιμούσε τη δωρεά και ότι οι φοιτητές νοσηλευτικής ήταν πιο πρόθυμοι να δεσμευτούν να δωρίσουν όργανα και να υπογράψουν δωρητές από τους φοιτητές ιατρικής.

Μια μεγαλύτερη μελέτη του Ηνωμένου Βασιλείου από τους Davies et al (2002), στην οποία συμμετείχαν 290 ιατροί και διπλωματούχοι νοσηλευτές, διαπίστωσε ότι το 40,7% έφερε κάρτα δωρητή. Ακόμη, το 97% του δείγματος συμφώνησε με τη δωρεά, ενώ κάρτα δωρητή ή καταχωρήθηκε στο μητρώο χορηγών οργάνων μόνο το 47%. Ο Davies et al (2002) δεν διαπίστωσε στατιστική διαφορά στη στάση μεταξύ του δείγματος που είχε να φροντίσει ασθενείς με μεταμόσχευση και εκείνων που δεν είχαν.

Η μελέτη του Ηνωμένου Βασιλείου που διενήργησε ο Kent (2002) (n = 776) διερεύνησε τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που επηρέασαν την προθυμία των νοσηλευτών να συζητήσουν τις προθέσεις δωρεάς με συγγενείς δωρητών οργάνων και ιστών. Η μελέτη ανέφερε μια μέτρια ισχυρή θετική στάση απέναντι στη δωρεά και τη μεταμόσχευση και ότι οι νοσηλευτές δυσκολεύονταν να συζητήσουν θέματα δωρεάς. Διαπιστώθηκε ότι η προθυμία τους να θέσουν το ζήτημα της δωρεάς επηρεάστηκε από τις προσωπικές ιδιότητες και τους κοινωνικο-ιστορικούς παράγοντες καθώς και από τη γνώση της διαδικασίας δωρεάς (Kent, 2002).

Μια έρευνα ευκολίας του Ηνωμένου Βασιλείου από τον Collins (2005) διαπίστωσε ότι οι νοσηλευτές της ΜΕΘ είχαν επίσης μικτές απόψεις σχετικά με τη στάση απέναντι στη δωρεά. Συγκεκριμένα, το 26% συμφώνησε έντονα με τη δωρεά, το 32% συμφώνησε, το 26% ήταν αβέβαιοι και 16% διαφωνούσαν με τη δωρεά οργάνων. Η μελέτη διαπίστωσε ότι ο κύριος λόγος για τον οποίο οι νοσηλευτές έχουν αρνητική γνώμη για τη δωρεά ήταν ότι τα όργανα θα μπορούσαν να απορριφθούν προκαλώντας καρδιακή προσβολή στον αποδέκτη της μεταμόσχευσης και στις οικογένειές τους.

## **2.2. Σχέση μεταξύ στάσης και γνώσης**

Οι Ingram et al (2002) βρήκαν στην έρευνά τους ότι υπάρχει άμεση συσχέτιση μεταξύ των γνώσεων των νοσηλευτών και της διατήρησης μιας πιο θετικής στάσης



απέναντι στη δωρεά. Επιβεβαίωσαν μια άμεση συσχέτιση μεταξύ της αυξημένης γνώσης και της προηγούμενης εμπειρίας για τους καθοριστικούς παράγοντες που επηρέασαν τη θετική στάση των νοσηλευτών απέναντι στη δωρεά. Η έρευνα από τους Duke et al (1998) υποστηρίζει περαιτέρω τη σχέση αυξημένης γνώσης μεταξύ επαγγελματιών υγείας και μιας πιο θετικής στάσης απέναντι στη δωρεά. Η μελέτη αυτή εξέτασε 152 νοσηλευτές σε τρία αγροτικά νοσοκομεία στην Αυστραλία, με έμφαση στη σχέση μεταξύ της γνώσης του προσωπικού και της στάσης απέναντι στη δωρεά. Οι Duke et al (1998) συμφώνησαν με τους Ingram et al (2002) και Roels et al (2010) ότι όσο περισσότερη γνώση είχαν οι ιατροί σχετικά με τη δωρεά, τόσο πιο θετική ήταν η στάση τους και τόσο πιο πιθανό ήταν να συμμετάσχουν στη διαχείριση των δωρητών.

Μία μεγάλη διεθνή μελέτη (n = 19.537) από τους Roels et al (2010) αξιολόγησε την πιθανή σχέση μεταξύ των ποσοστών των δωρητών και των στάσεων, της εμπιστοσύνης και των εκπαιδευτικών αναγκών σε έντεκα διαφορετικές χώρες. Οι ερευνητές διαπίστωσαν μια άμεση σχέση που έδειξε ότι οι χώρες των οποίων το προσωπικό είχε καλή γνώση και εμπιστοσύνη στη δωρεά είχαν υψηλότερα ποσοστά δωρεάς. Οι Roels et al (2010) έδειξαν ότι υπάρχει άμεση σχέση με την εκπαίδευση και τη γνώση που ενισχύει τη στάση των υπευθύνων που επηρεάζει θετικά τα ποσοστά δωρεάς.

Οι Ozdag et al (2001) διαπίστωσαν ότι το 87,7% του δείγματος των νοσηλευτών που εργάζονται σε τρία γενικά και δύο μαιευτικά νοσοκομεία στην Τουρκία είχε θετική στάση απέναντι στη δωρεά οργάνων. Ωστόσο, παρά αυτή τη θετική στάση, μόνο το 34,4% δήλωσε ότι θα μιλήσει με συγγενείς για τη δωρεά και θα προσεγγίσει τις οικογένειες για συγκατάθεση. Επίσης, μόνο το 10,8% δήλωσε ότι γνώριζαν το νόμο της δωρεάς. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι υπήρχε άμεση συσχέτιση μεταξύ του προσωπικού που είχε εκπαιδευτεί και της καλής γνώσης, καθώς και αν συμμετείχαν στη διαδικασία συγκατάθεσης της δωρεάς από τους συγγενείς. Μια άλλη μελέτη στην Τουρκία από τους Akgun et al (2003) με τη συμμετοχή ιατρών και νοσηλευτών (n = 1184) σε πέντε νοσοκομεία έδειξε ότι το 44,2% του δείγματος ήταν πρόθυμο να δωρίσει τα δικά τους όργανα με τους ιατρούς να είναι πιο πρόθυμοι να δωρίσουν από τους νοσηλευτές. Διαπίστωσαν ότι οι ιατροί είχαν σημαντικά καλύτερη γνώση της δωρεάς οργάνων από ότι οι νοσηλευτές. Η

έρευνά τους αποκάλυψε ότι η έλλειψη γνώσεων είχε αρνητικό αντίκτυπο στις στάσεις των επαγγελματιών υγείας έναντι της δωρεάς και ότι τα προγράμματα εκπαίδευσης και κατάρτισης στην Τουρκία ήταν ζωτικής σημασίας για την προετοιμασία των επαγγελματιών υγείας για τον εντοπισμό και τη διαχείριση των ασθενών-δωρητών.

Στη μελέτη των Bogh και Madsen (2005), συμμετείχαν 689 ιατροί και νοσηλευτές σε δεκαπέντε νοσοκομεία στη Δανία και έδειξε παρόμοια αποτελέσματα, δεδομένου ότι οι ιατροί (95%) ήταν πιο θετικοί στη δωρεά οργάνων από ότι οι νοσηλευτές (81%). Η έρευνα διαπίστωσε ότι παρά το γεγονός ότι η πλειοψηφία του προσωπικού ήταν θετική για τη δωρεά, μόνο το 54% του δείγματος είχε επαρκείς γνώσεις σχετικά με τη δωρεά. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι υπήρχε έλλειψη γνώσης και εμπειρίας και προτείνουν περαιτέρω εκπαίδευση και κατάρτιση για το προσωπικό προκειμένου να αναγνωρίζουν τους δωρητές και να υποστηρίζουν τις οικογένειές τους.

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας φαίνεται ότι υπάρχουν ενδείξεις ενός όρου που ορίζεται ως «υποκρισία υποστήριξης», όπου ο επαγγελματίας υγείας δηλώνει ότι υποστηρίζει τη δωρεά αλλά όταν ερωτάται εάν αυτοί ή κάποιο μέλος της οικογένειας θα συναινούσαν στη δωρεά είναι διστακτικοί (Pugliese, 2001, Chernenko et al., 2005). Αυτό αποδεικνύεται σε αρκετές μελέτες που έχουν βρει αυτό το φαινόμενο. Η μελέτη των Chernenko et al (2005) που αφορούσε εκατόν τριάντα πέντε επαγγελματίες υγείας σε πέντε νοσοκομεία στον Καναδά διαπίστωσε ότι το 98% υποστήριζε τη δωρεά εν γένει, αλλά μόνο το 84% θα συναινούσε για ένα μέλος της οικογένειας για δωρεά. Παρόμοια αποτελέσματα βρήκε η ιταλική μελέτη του Pugliese (2001) που περιελάμβανε 1576 επαγγελματίες υγείας, όπου το 91% υποστήριζε τη δωρεά οργάνων, αλλά μόνο το 79% υποστήριζε την οικογενειακή δωρεά. Από αυτό φαίνεται ότι οι επαγγελματίες υγείας υποστηρίζουν γενικά τη δωρεά, αλλά η υποστήριξη μειώνεται σημαντικά όταν το ζήτημα γίνεται πιο προσωπικό.

### **2.3. Σχέση μεταξύ στάσης, γνώσης και συμμετοχής στη δωρεά**

Υπάρχουν στοιχεία που υποστηρίζουν τη σχέση μεταξύ στάσης και κινήτρου των επαγγελματιών υγείας και της συμμετοχής τους στη δωρεά. Προηγούμενες μελέτες

του Ηνωμένου Βασιλείου από τον Kiberd (1998), τον Randhawa (1998), τους Cantwell και Clifford (2000) και Kent (2002) και Collins (2005), δείχνουν την ύπαρξη μιας άμεσης σχέσης μεταξύ επαγγελματιών υγείας που είχαν θετική στάση απέναντι στη δωρεά και οι οποίοι είχαν μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στη διαδικασία της δωρεάς ότι ήταν πιο πιθανό να φροντίσουν έναν ασθενή δότη. Αυτό υποστηρίζεται περαιτέρω από τη μεγάλη διεθνή μελέτη των Roels et al (2010), η οποία επιβεβαιώνει ότι εάν ένας επαγγελματίας υγείας επιδεικνύει μια θετική στάση και έχει εμπιστοσύνη είναι πιο πιθανό να συμμετάσχει στη φροντίδα δωρεάς και μάλλον πιο πιθανό να έχει επιτυχή μετατροπή ενός δυνητικού δωρητή σε πραγματικό δότη.

Η μεγάλη έρευνα των Sque et al (2000) στο Ηνωμένο Βασίλειο διαπίστωσε ότι η γνώση σχετικά με τη δωρεά επηρέασε θετικά τις απόψεις των νοσηλευτών σχετικά με τη διαδικασία της δωρεάς και ήταν πιο πιθανό να δεσμευτούν προσωπικά για τη δωρεά και να συμμετάσχουν στη διαδικασία της δωρεάς. Παρόμοια ευρήματα προκύπτουν από τους Erdogan et al (2002) που εξέτασαν τη σχέση των γνώσεων των ιατρών και τη συμμετοχή τους στη δωρεά. Διαπίστωσαν ότι ο κύριος λόγος για τον οποίο οι ιατροί αποφεύγουν τη δωρεά ή αποτυγχάνουν να λάβουν σχετική συγκατάθεση για τη δωρεά ήταν ότι είχαν ελλείμματα στη γνώση και την κατάρτιση. Αυτή η μελέτη, στην οποία συμμετείχαν 308 γιατροί, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι ιατροί που είχαν την υποστήριξη του προσωπικού είχαν υψηλότερα επίπεδα γνώσης όσον αφορά τη δωρεά και συσχετίστηκαν με μεγαλύτερη συμμετοχή στη φροντίδα για δότες, επηρεάζοντας κατά συνέπεια το ποσοστό δωρεάς οργάνων.

Ο ρόλος της εκπαίδευσης αναφέρθηκε περαιτέρω από μια πρόσφατη μελέτη των Lin et al (2010) που διαπίστωσε ότι στο δείγμα 12 νοσηλευτών τους σε τρεις διαφορετικές ΜΕΘ στην Ταϊβάν η στάση απέναντι στη δωρεά αυξήθηκε μετά από μια εκπαιδευτική διάλεξη για τη δωρεά. Διαπίστωσαν ότι αυτή η διάλεξη προκάλεσε αξιοσημείωτη αύξηση της γνώσης και της στάσης και ήταν πιο πιθανό για το νοσηλευτή να εντοπίσει και να διαχειριστεί έναν ασθενή δότη.

Ένα έντονο εκπαιδευτικό πρόγραμμα όπως υποστηρίζεται από τους Manyalich et al (2010) έχει αποδειχθεί ότι ενισχύει τις γνώσεις των φοιτητών της υγειονομικής περίθαλψης σχετικά με τη δωρεά και τονώνει τη θετική στάση απέναντι στη δωρεά. Οι Manyalich et al (2010) αξιολόγησαν τις γνώσεις των ιατρών και των νοσηλευτών προτού πραγματοποιήσουν ένα 45ωρο μάθημα για τη δωρεά και τη

μεταμόσχευση και στη συνέχεια επανεξέτασαν τους φοιτητές μετά την ολοκλήρωσή τους. Διαπίστωσαν ότι η εμπιστοσύνη, η γνώση και η στάση αυξήθηκαν, γεγονός που βελτίωσε στη συνέχεια τα ποσοστά δωρεών από το προσωπικό που έχει μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στη διαχείριση των δωρεών. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η αποτελεσματική εκπαίδευση των φοιτητών της υγειονομικής περίθαλψης στη διαδικασία δωρεάς θα ενισχύσει την ιατρική εκπαίδευση και θα συμβάλει στη βελτίωση των ποσοστών δωρεάς (Manyalich et al 2010). Αυτό συμφωνεί με μια παρόμοια ισπανική μελέτη από τους Lopez-Montesinos et al (2010) που διαπίστωσε ότι η στάση και η εμπιστοσύνη στη διαδικασία δωρεάς βελτιώθηκε στους φοιτητές νοσηλευτικής τρίτου έτους μετά από μια διάλεξη για τη δωρεά.

Η Ισπανία θεωρείται παγκόσμιος ηγέτης στη δωρεά δεδομένου ότι έχει τη χαμηλότερη λίστα αναμονής για μεταμόσχευση στην Ευρώπη. Από τις μελέτες των Manyalich et al (2010) και των Lopez-Montesinos et al (2010), είναι προφανές ότι οι φοιτητές υγείας στην Ισπανία έχουν εκτεταμένη εκπαίδευση σε προπτυχιακό επίπεδο σχετικά με τη δωρεά που έχει θετικό αντίκτυπο στη μελλοντική συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας στη διαδικασία της δωρεάς, βελτιώνοντας τα ποσοστά δωρεάς.

#### **2.4 Γνώση και εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας για τη δωρεά οργάνων**

Πολλές μελέτες τονίζουν τη σημασία της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης σχετικά με τη δωρεά οργάνων για τους επαγγελματίες υγείας (Kim et al., 2006, Cantwell & Clifford, 2000, Jones-Riffell & Stroeckle, 1998). Τα στοιχεία δείχνουν ότι υπάρχει άμεση σχέση μεταξύ του προσωπικού που έλαβε εκπαίδευση για τη δωρεά και των βελτιώσεων στην εμπιστοσύνη, τη στάση και τη διαχείριση των ασθενών - δωρητών στην κλινική πράξη (Kim et al., 2006, Collins, 2005, Roels et al., 2010).

Μία μελέτη μεγάλης κλίμακας που διεξήχθη στο Ηνωμένο Βασίλειο από τους Sque et al (2000) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι υπήρχε άμεση σχέση μεταξύ της εκπαίδευσης και της γνώσης των νοσηλευτών και του τρόπου με τον οποίο αυτό ενισχύει την εμπιστοσύνη και τη συμμετοχή στη διαδικασία δωρεάς. Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας φαίνεται ότι υπάρχει ένα κοινό θέμα ότι η εκπαίδευση και η κατάρτιση είναι ένας σημαντικός καθοριστικός παράγοντας για την

αύξηση της εμπιστοσύνης και της γνώσης των επαγγελματιών υγείας κατά τη διαχείριση της διαδικασίας δωρεάς.

Ο Kent (2002) μελέτησε 776 διπλωματούχους νοσηλευτές από δύο διαφορετικές περιοχές στο Ηνωμένο Βασίλειο με σκοπό την αξιολόγηση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν τη συμμετοχή των νοσηλευτών στη δωρεά οργάνων και ιστών. Η μελέτη αυτή διαπίστωσε ότι οι νοσηλευτές είχαν ελλείμματα γνώσης σχετικά με τα κριτήρια ένταξης των ανθρώπων στο μητρώο των δωρεών και τις αντενδείξεις για τη δωρεά. Ο Kent (2002) διαπίστωσε ότι οι αρνητικές στάσεις των νοσηλευτών φαίνεται να ασκούν ανασταλτική επίδραση στην προσέγγιση των οικογενειών για δωρεά. Είναι ενδιαφέρον ότι αυτή η μελέτη αποκάλυψε ότι η επίδραση της γνώσης στην αντιληπτή ικανότητα των νοσηλευτών να προσεγγίσουν οικογένειες για δωρεά δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Αυτό συνέβη παρά το γεγονός που βρέθηκε ότι η εκπαίδευση αποτελεί σημαντικό εμπόδιο στο γιατί οι συμμετέχοντες ήταν απρόθυμοι να συζητήσουν τις επιλογές δωρεάς με συγγενείς. Ο Kent (2002) αναφέρει ότι η γνώση των νοσηλευτών αποκτιέται μέσω της κοινωνικής ευαισθητοποίησης από τις εκστρατείες των μέσων μαζικής ενημέρωσης και την παρελθούσα κλινική πειραματική εμπειρία επηρεάζοντας την ικανότητά τους να συζητούν τη δωρεά και όχι οποιοδήποτε επίσημο εκπαιδευτικό πρόγραμμα.

Ο Collins (2005) εξέτασε 31 νοσηλευτές που εργάζονταν σε ΜΕΘ ενηλίκων με σκοπό να αξιολογήσει τις γνώσεις και τις εκπαιδευτικές τους ανάγκες για τη δωρεά οργάνων και ιστών. Το ερωτηματολόγιο στόχευε στην αξιολόγηση των υφιστάμενων γνώσεων και ελλειμμάτων του προσωπικού στις δωρεές οργάνων και ιστών. Αυτή η μελέτη που περιελάμβανε ένα δείγμα ευκολίας διαπίστωσε ότι οι νοσηλευτές δεν είχαν επαρκείς δεξιότητες στην προσέγγιση των συγγενών για συγκατάθεση δωρεάς και είχαν ελλείμματα γνώσης στο θάνατο του εγκεφαλικού στελέχους και στα κριτήρια του δότη. Μόνο το 35% του δείγματος δήλωσε ότι ήταν κατάλληλα εκπαιδευτικά προετοιμασμένο για να νοσηλεύσει τον ασθενή - δότη οργάνου με το 39% να υποστηρίζει ότι δεν ήταν προετοιμασμένο για το ρόλο αυτό, ενώ το 10% ήταν αβέβαιο. Όταν ερωτήθηκαν αν αισθάνονταν ότι είχαν αρκετές γνώσεις για να εξηγήσουν το θάνατο του εγκεφαλικού στελέχους σε έναν συγγενή, μόνο το 61% δήλωσε ότι θα μπορούσε να το κάνει με το 26% να μην μπορεί και το

13% να μην είναι βέβαιο. Ο Collins (2005) διαπίστωσε επίσης ότι το 42% του δείγματος δεν γνώριζε πλήρως τα κριτήρια που πιστοποιούν έναν ασθενή για δότη. Υπήρχαν επίσης ελλείμματα γνώσης στο προσωπικό όσον αφορά τις αντενδείξεις για τη δωρεά. Η μελέτη διαπίστωσε ότι το 90% του δείγματος συμφώνησε ότι ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη δωρεά θα ενίσχυε τις γνώσεις και την εμπιστοσύνη τους στη διαχείριση της διαδικασίας δωρεάς. Ένα άλλο εύρημα από αυτή τη μελέτη ήταν ότι όσο πιο πεπειραμένος ήταν ο νοσηλευτής, τόσο μεγαλύτερη ήταν η γνώση και η εμπιστοσύνη που είχε σε σχέση με τη δωρεά.

Αυτό συμφωνεί με μια άλλη μελέτη από τους Elding και Scholes (2005), οι οποίοι αξιολόγησαν τις βασικές γνώσεις και εμπιστοσύνη στη δωρεά οργάνων και ιστών. Αυτός ο έλεγχος διαπίστωσε ότι πολλοί επαγγελματίες υγείας δεν γνώριζαν ότι θα μπορούσε να ληφθεί υπόψη η δωρεά. Πολλοί από τους ερωτηθέντες δεν είχαν γνώση και εμπιστοσύνη για να είναι σε θέση να εντοπίσουν και να συζητήσουν τις επιλογές δωρεάς με τις οικογένειες. Αυτό υποστηρίζει περαιτέρω το γεγονός ότι οι επαγγελματίες υγείας δε διαθέτουν κατάλληλη γνώση και εμπιστοσύνη όσον αφορά τη δωρεά οργάνων.

Οι ευρωπαϊκές μελέτες έχουν βρει παρόμοια ζητήματα με τα ελλείμματα της γνώσης σε σχέση με τη δωρεά και επίσης υποστηρίζουν τα προγράμματα εκπαίδευσης και κατάρτισης για τους επαγγελματίες υγείας. Οι Mekahli et al (2009) αξιολόγησαν το επίπεδο γνώσης και στάσης Γάλλων φοιτητών ιατρικής του 1<sup>ου</sup> έτους και τα κενά τους όσον αφορά τη δωρεά οργάνων. Βρήκαν καλά επίπεδα γνώσης σχετικά με τη δωρεά σε ένα δείγμα 571 φοιτητών ιατρικής αλλά επίσης αναγνώρισαν κάποια κενά γνώσης που θα μπορούσαν να βελτιωθούν. Συνιστούσαν να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στην παροχή εκπαίδευσης σχετικά με τη μεταμόσχευση στις ιατρικές σχολές για τη βελτίωση της γνώσης των μελλοντικών επαγγελματιών υγείας.

Αυτό το ζήτημα των ελλειμμάτων γνώσης στους προπτυχιακούς φοιτητές νοσηλευτικής και ιατρικής σχετικά με τη δωρεά και τη μεταμόσχευση υποστηρίζεται περαιτέρω από πολυάριθμες μελέτες στο εξωτερικό, οι οποίες χρησιμοποιούν δειγματοληψία ευκολίας των φοιτητών από διάφορα Πανεπιστημιακά Ιδρύματα. Μερικές μελέτες (Bardell et al., 2003 στον Καναδά, Goz et al., 2006 στην Τουρκία, Essman et al., 2006 στην Αμερική, Martinez et al., 2009 στην Ισπανία και Zampieron et al., 2010 στην Ιταλία) έχουν εξετάσει τις γνώσεις των φοιτητών της υγειονομικής

περίθαλψης σχετικά με τη δωρεά μέσα στα πανεπιστημιακά ιδρύματα και διαπίστωσαν ότι οι φοιτητές δεν διέθεταν τη θεωρητική γνώση και δεν είχαν κατανοήσει τη διαδικασία της δωρεάς. Οι ερευνητές προτείνουν τα εκπαιδευτικά ιδρύματα να αναθεωρήσουν τα προγράμματα σπουδών και να τονίσουν τη σημασία της μεταμόσχευσης οργάνων και να συμπεριλάβουν τη δωρεά στα προγράμματα σπουδών. Αναγνωρίζουν ότι η εκπαίδευση για το θέμα αυτό πρέπει να ξεκινήσει από προπτυχιακό επίπεδο, ώστε να δοθεί η δυνατότητα σε μελλοντικούς επαγγελματίες υγείας να αποκτήσουν γνώση και να κατανοήσουν τη σημασία της δωρεάς ως μέρος της φροντίδας στο τέλος της ζωής.

Μια μελέτη με μεικτές μεθόδους που περιλαμβάνει έρευνες και συνεντεύξεις από τον Demir (2011) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι υπήρχαν ελλείμματα γνώσης σε 309 ιατρούς και νοσηλευτές που εργάζονται σε κέντρα αιμοκάθαρσης και μεταμόσχευσης στην Τουρκία. Διαπίστωσαν ότι το 59,7% του προσωπικού δεν είχε εμπιστοσύνη στη δωρεά και είχαν γενική έλλειψη ουσιαστικής γνώσης οικογενειακών θεμάτων και επικοινωνίας σχετικά με τη δωρεά. Ο Demir (2011) υποστηρίζει το επιχείρημα ότι οι επαγγελματίες υγείας δε διαθέτουν ουσιαστικές γνώσεις στη δωρεά και υποστηρίζουν ότι στοχεύουν σε επαγγελματίες υγείας με εκπαιδευτικά προγράμματα τα οποία πιστεύουν ότι είναι ζωτικής σημασίας για την αύξηση του αριθμού των επαγγελματιών υγείας που μπορούν να λειτουργήσουν ως θετικά πρότυπα που μπορεί να έχουν αντίκτυπο στο ευρύ κοινό της δωρεάς οργάνων ως μέτρο για τη φροντίδα στο τέλος της ζωής.

Οι Lopez-Montesinos et al (2010) ανέλυσαν τις στάσεις και την κατάρτιση των φοιτητών νοσηλευτικής στην Ισπανία, καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι οι στάσεις έναντι της δωρεάς ήταν ευνοϊκές αλλά αυξήθηκαν σημαντικά μετά από ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα. Διαπίστωσαν ότι οι φοιτητές πριν από το μάθημα κατάρτισης είχαν ελλείμματα γνώσης σχετικά με τη δωρεά. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι, όπου το δείγμα είχε μια πιο θετική στάση απέναντι στη δωρεά, η οποία αυξήθηκε από το εκπαιδευτικό πρόγραμμα, ήταν πιο πιθανό να συμμετάσχουν στην ταυτοποίηση και τη φροντίδα των ασθενών-δωρητών. Αυτή η μελέτη συμφωνεί επίσης με τους Torbas et al (2011), οι οποίοι αξιολόγησαν τις γνώσεις τους πριν και μετά την εφαρμογή εκπαιδευτικού σεμιναρίου σχετικά με τη δωρεά και τη μεταμόσχευση. Πριν από το σεμινάριο, οι επαγγελματίες υγείας δήλωσαν ότι συχνά

δεν συμμετείχαν στη διαδικασία δωρεάς καθώς δεν είχαν πληροφορίες σχετικά με τη δωρεά. Μετά το εκπαιδευτικό σεμινάριο, οι επαγγελματίες υγείας απέκτησαν περισσότερες γνώσεις σχετικά με το θέμα και δημιούργησαν μια πιο θετική στάση απέναντι στη διαχείριση ενός ασθενούς-δότη. Όπως και άλλες μελέτες, οι Torbas et al (2011) υποστήριξαν την ανάγκη για συνεχή αποτελεσματική εκπαίδευση για την ενίσχυση της γνώσης των επαγγελματιών υγείας.

Μια έρευνα από τους Mishra et al (2004) που διεξήχθη στην Ινδία και συμμετείχαν ιατροί, νοσηλευτές και φοιτητές ιατρικής σε νοσοκομείο του Δελχί διαπίστωσε ότι μόνο το 25% δήλωσε ότι είχαν επαρκείς γνώσεις σχετικά με τη δωρεά, ενώ το 51% δήλωσε ότι γνώριζαν τις νομικές συνέπειες της δωρεάς και τις ανησυχίες που εκφράστηκαν για την προσέγγιση των οικογενειών για συγκατάθεση. Διαπίστωσαν ότι το συνολικό επίπεδο γνώσης ήταν χαμηλό, το οποίο έχει αρνητική επίδραση στην ταυτοποίηση του δότη. Ωστόσο, το 72% του δείγματος δήλωσε ότι το μοναδικό σημαντικό εργαλείο για τη βελτίωση της δωρεάς ήταν τα προγράμματα εκπαίδευσης και κατάρτισης που τέθηκαν στη διάθεση των επαγγελματιών υγείας. Αυτή η άποψη βρίσκεται επίσης στην ισραηλινή έρευνα του Rachmani (1999), η οποία αξιολογεί τις γνώσεις 59 ιατρών και 93 νοσηλευτών για τη δωρεά οργάνων, διαπιστώνοντας ότι η γνώση τους ήταν χαμηλή, χωρίς να διαφέρει στατιστικά σημαντικά μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών. Ωστόσο, τα άτομα που προσελήφθησαν από μονάδες μεταμόσχευσης είχαν περισσότερες γνώσεις και θετική στάση απέναντι στη δωρεά σε σύγκριση με το προσωπικό που εργάστηκε σε μη μεταμοσχευτικά νοσοκομεία. Ο Rachmani (1999), όπως και άλλοι συγγραφείς, τονίζουν τη σημασία της ενσωμάτωσης προγραμμάτων εκπαίδευσης για τη δωρεά οργάνων στα προπτυχιακά προγράμματα σπουδών.

Συγκρίσιμα αποτελέσματα διαπιστώθηκαν από την έρευνα που πραγματοποίησαν οι Bogh και Madsen (2005), όπου συμμετείχαν 689 ιατροί και νοσηλευτές από 15 νοσοκομεία στη Δανία. Διαπίστωσαν ότι υπάρχει σημαντική έλλειψη εμπειρίας στη δωρεά οργάνων, ενώ μόνο το 54% των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι είχαν επαρκείς γνώσεις για να εξηγήσουν τη διαδικασία της δωρεάς οργάνων στους συγγενείς. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι υπήρξε σημαντική ανάγκη για περισσότερη εκπαίδευση και κατάρτιση, ιδίως όσον αφορά τον εντοπισμό πιθανών δωρητών καθώς και την επικοινωνία και υποστήριξη των συγγενών των δωρητών.



Μια μελέτη στην οποία συμμετείχαν 572 διπλωματούχοι νοσηλευτές από 28 Νορβηγικά νοσοκομεία διερεύνησε τις αντιλήψεις των νοσηλευτών για την επαγγελματική τους ικανότητα στη διαδικασία δωρεάς οργάνων, δίνοντας περαιτέρω έμφαση στη σημασία της εκπαίδευσης (Meyer et al., 2012). Η μελέτη αυτή διαπίστωσε ότι λίγοι νοσηλευτές της ΜΕΘ είχαν εκτεταμένη εμπειρία ή ικανότητα και κατάρτιση στη δωρεά οργάνων. Βρήκαν ότι όταν ένας νοσηλευτής είχε εμπειρία από δωρεά οργάνων είχε πιο αυξημένη αντίληψη της επαγγελματικής του ικανότητας στη διαδικασία της δωρεάς. Αυτή η μελέτη επιβεβαίωσε ότι τόσο η πραγματική απόκτηση δεξιοτήτων όσο και η εκπαιδευτική συνεισφορά αποτελούν σημαντικό στοιχείο για την ενίσχυση της επαγγελματικής ικανότητας των νοσηλευτών στη δωρεά. Οι Meyer et al (2012) συμφωνούν επίσης ότι η κατάρτιση από έμπειρους εκπαιδευτικούς και μια κουλτούρα που ενθαρρύνει τη συζήτηση σχετικά με τις πτυχές της διαδικασίας δωρητών μπορεί να αναπτύξει την επαγγελματική ικανότητα των νοσηλευτών.

Μια άλλη σκανδιναβική μελέτη υποστηρίζει επίσης το επιχείρημα ότι οι διπλωματούχοι νοσηλευτές της ΜΕΘ έχουν περιορισμούς στη γνώση και την κατανόηση της δωρεάς (Floden et al., 2011). Αυτή η πολυεπιστημονική μελέτη περιελάμβανε 702 νοσηλευτές της ΜΕΘ, στους οποίους αξιολογήθηκαν οι γνώσεις και οι στάσεις τους απέναντι στη δωρεά. Διαπίστωσαν ότι οι νοσηλευτές δεν είχαν γνώση σχετικά με τον θάνατο του εγκεφαλικού στελέχους, τη νομοθεσία και την αλληλεπίδραση με συγγενείς και συνέστησαν την παροχή κατάρτισης για την αντιμετώπιση προβλημάτων λόγω έλλειψης γνώσης και εμπιστοσύνης (Floden et al., 2011).

Παρόμοια ευρήματα διαπιστώθηκαν και από τους Jelinek et al (2012) από τη μελέτη τους στην Αυστραλία με τη συμμετοχή 811 ιατρών και νοσηλευτών που εργάζονταν σε ΤΕΠ. Διαπίστωσαν ότι γενικά το δείγμα τους ήταν θετικό προς τη δωρεά, αλλά περίπου το 25% του δείγματος τους δεν είχε λάβει εκπαίδευση σχετικά με τη δωρεά. Όσο πιο θετική στάση είχαν απέναντι στη δωρεά, τόσο πιο πιθανό ήταν να συμμετέχουν σε εργασίες σχετικές με τη δωρεά. Η μελέτη αυτή υποστηρίζει τα οφέλη που μπορεί να έχει η εκπαίδευση και η κατάρτιση που σχετίζεται με τη δωρεά για τη δημιουργία μιας πιο θετικής στάσης απέναντι στη δωρεά και την επίδραση της συμμετοχής των επαγγελματιών υγείας στη διαχείριση των δωρεών. Οι Jelinek et al

(2012) αναγνώρισαν ότι χρειάστηκε περισσότερη εκπαίδευση και αυτό ήταν απαραίτητο για την υποστήριξη του προσωπικού για τον εντοπισμό και τη διαχείριση των δωρητών οργάνων στο ΤΕΠ.

Μια μελέτη στην Πορτογαλία που διεξήχθη από τους Melo et al (2011) υποστηρίζει επίσης το επιχείρημα ότι οι επαγγελματίες υγείας έχουν ελλείμματα γνώσης σχετικά με τη δωρεά. Η ερευνητική ομάδα αξιολόγησε τις γνώσεις και τη συμπεριφορά 495 ιατρών και νοσηλευτών που εργάζονταν σε ΤΕΠ όσον αφορά τη δωρεά οργάνων. Διαπίστωσαν ότι το 78% του δείγματος είχε λάβει εκπαίδευση για τη δωρεά οργάνων, ωστόσο το 62% δήλωσε ότι επιθυμούσε περαιτέρω εκπαίδευση για το θέμα. Οι Melo et al (2011) διαπίστωσαν ότι το δείγμα τους δεν είχε γνώση σχετικά με το θάνατο του εγκεφαλικού στελέχους και τη διαδικασία δωρεάς οργάνων και δεν υπήρχε διαφορά μεταξύ των γνώσεων των ιατρών και των νοσηλευτών σχετικά με τη δωρεά. Η μελέτη τους διαπίστωσε ότι όσοι έλαβαν εκπαίδευση είχαν περισσότερες πιθανότητες να δώσουν σωστές απαντήσεις για τη δωρεά. Οι Melo et al (2011), όπως και οι προηγούμενοι ερευνητές, υποστηρίζουν επίσης την εφαρμογή εκπαιδευτικού προγράμματος σε όλους τους επαγγελματίες υγείας, προκειμένου να βελτιωθεί η γνώση της διαδικασίας δωρεάς.

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, τα ελλείμματα στη γνώση των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τη δωρεά και τη μεταμόσχευση οργάνων εμφανίζονται ως επαναλαμβανόμενο θέμα. Η βιβλιογραφία διαπίστωσε ότι τα προγράμματα εκπαίδευσης και κατάρτισης στα προγράμματα σπουδών ήταν απαραίτητα για την ενίσχυση και την ανάπτυξη μελλοντικών γνώσεων των επαγγελματιών υγείας που θα βελτίωναν τη στάση τους και την εμπιστοσύνη τους στη δωρεά. Επίσης, ήταν προφανές ότι η συνεχής επαγγελματική εξέλιξη των επαγγελματιών υγείας ήταν απαραίτητη για τη διατήρηση της τρέχουσας θεωρίας και πρακτικής σχετικά με τη δωρεά.

### **3. Σκοπός**

Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση των γνώσεων και των στάσεων των επαγγελματιών υγείας σχετικά με το ζήτημα της δωρεάς ιστών και οργάνων.

#### **Ερευνητικά ερωτήματα**

Τα ερευνητικά ερωτήματα που κλήθηκε να απαντήσει η παρούσα μελέτη ήταν τα εξής:

1. Είναι οι γνώσεις των επαγγελματιών υγείας για το ζήτημα της δωρεάς ιστών και οργάνων επαρκείς;
2. Έχουν οι επαγγελματίες υγείας θετική στάση απέναντι στο ζήτημα της δωρεάς ιστών και οργάνων;

### **4. Μεθοδολογία**

Πρόκειται για μία συγχρονική μελέτη.

#### **Δείγμα**

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 226 επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι εργάζονταν στο Γ.Ν.Καλαμάτας.

#### **Κριτήρια επιλογής δείγματος**

Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν όσοι:

- ήταν επαγγελματίες υγείας,
- δέχτηκαν και συναίνεσαν να συμμετάσχουν στη μελέτη

#### **Κριτήρια αποκλεισμού**

Από τη μελέτη αποκλείστηκαν όσοι:

- δεν δέχτηκαν για κάποιο λόγο να συμμετέχουν στη μελέτη και δεν συναίνεσαν
- δεν συμπλήρωσαν όλο το ερωτηματολόγιο.

### **Εργαλείο**

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με το ερωτηματολόγιο των Μπακάλης και Θεοδωρακοπούλου (2006), το οποίο έχει εφαρμοστεί σε φοιτητές Νοσηλευτικής σε μία προσπάθεια διερεύνησης των στάσεων και γνώσεών τους απέναντι στη δωρεά οργάνων.

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 22 ερωτήσεις. Συγκεκριμένα 5 ερωτήσεις αφορούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, 6 ερωτήσεις την επαγγελματική εμπειρία και 11 ερωτήσεις τη δωρεά και μεταμόσχευση ιστών και οργάνων.

Ο δείκτης συνάφειας του ερωτηματολογίου βρέθηκε Cronbach  $\alpha = 0,787$ , που σημαίνει ότι οι ερωτήσεις μεταξύ τους έχουν υψηλή συνάφεια.

### **Στατιστική ανάλυση**

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS για Windows version 22. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε 0,05. Οπότε τιμές  $p < 0,05$  θεωρούνται στατιστικά σημαντικές.

Στο πρώτο μέρος της ανάλυσης έγινε ποσοτική ανάλυση και συγκεκριμένα υπολογίστηκαν τα ποσοστά σε κάθε κατηγορία που αντιστοιχούσαν σε ποιοτική μεταβλητή. Επίσης υπολογίστηκαν οι μέσοι και οι τυπικές αποκλίσεις για τα χαρακτηριστικά εκείνα που αντιστοιχούσαν σε ποσοτικές μεταβλητές (mean $\pm$ standard deviation). Στη συνέχεια υπολογίστηκαν τα ποσοστά των απαντήσεων που δόθηκαν σε κάθε ερώτηση.

Το δεύτερο μέρος της ανάλυσης περιελάμβανε τις δύο ερωτήσεις ανοιχτού τύπου και έγινε ποιοτική ανάλυση, όπου καταγράφηκαν και εκφράστηκαν οι απαντήσεις των συμμετεχόντων.

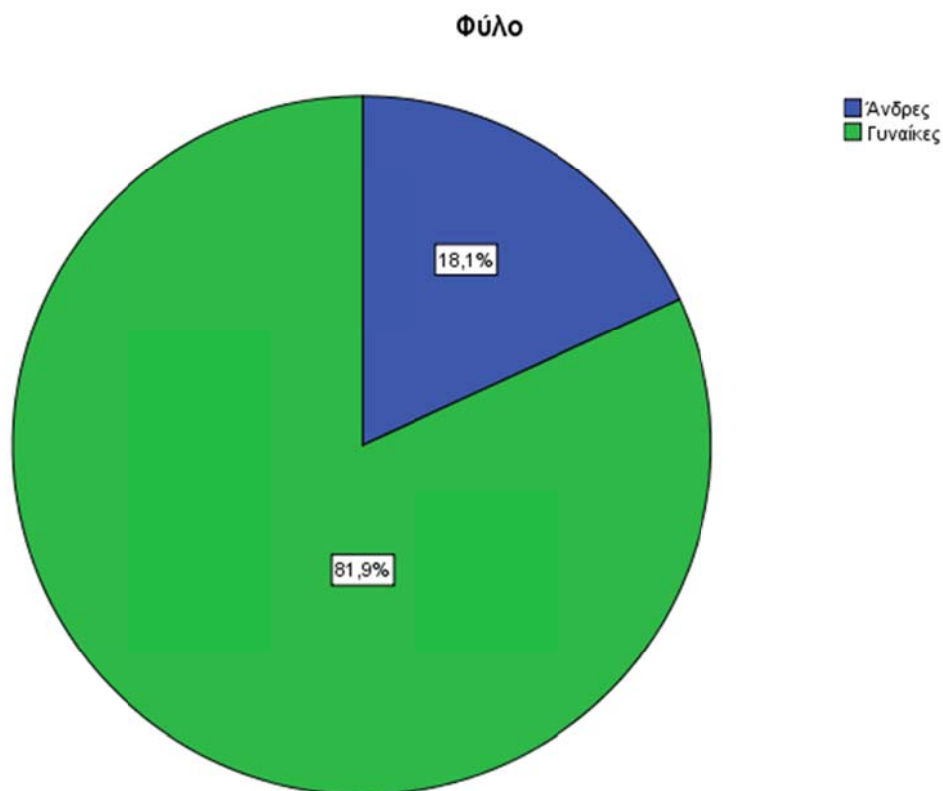
## **Ηθικά θέματα**

Κατά τη διεξαγωγή αυτής της μελέτης τηρήθηκαν όλοι οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας. Πριν τη διεξαγωγή της έρευνας συντάχθηκε ερευνητικό πρωτόκολλο, το οποίο κατατέθηκε στο Πανεπιστήμιο και εγκρίθηκε από την Επιτροπή Δεοντολογίας της Σχολής. Για τη χρήση του ερευνητικού εργαλείου ζητήθηκε άδεια από το αρχικό ερευνητή, η οποία και εδόθη (παρατίθεται στο παράρτημα). Στην πορεία, ζητήθηκε άδεια διεξαγωγής της μελέτης από τον φορέα του Γ.Ν. Μεσσηνίας, καθώς το δείγμα της μελέτης θα αποτελούσαν επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στο Ίδρυμα αυτό. Για το σκοπό αυτό κατετέθη μια αίτηση προς το Επιστημονικό και Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσηλευτικού αυτού Ιδρύματος συνοδεία του πρωτοκόλλου της μελέτης και του ερευνητικού εργαλείου. Δεν υπήρξε για το φορέα καμία οικονομική επιβάρυνση.

Αφού χορηγήθηκε η σχετική άδεια (παρατίθεται στο παράρτημα), ξεκίνησε η διανομή των ερωτηματολογίων, η οποία έγινε από την ίδια την ερευνήτρια. Η μελέτη αυτή δεν παραβίασε με κανένα τρόπο τα ανθρώπινα δικαιώματα. Πιθανοί κίνδυνοι για τους συμμετέχοντες δεν υπήρξαν. Η ερευνήτρια φρόντισε να τηρηθούν όλοι οι κανόνες της έρευνας. Χαρακτηριστικά, η συμμετοχή στην μελέτη ήταν εθελοντική και ανώνυμη. Δεν καταγράφηκαν προσωπικά στοιχεία των συμμετεχόντων που θα μπορούσαν να ταυτοποιήσουν τον συγκεκριμένο επαγγελματία υγείας, όπως ονοματεπώνυμο ή αριθμός ταυτότητας. Με τον τρόπο αυτό, διασφαλίστηκε η αρχή των προσωπικών δεδομένων. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για το σκοπό της μελέτης και για το δικαίωμα εθελοντικής συμμετοχής. Κανείς από τους συμμετέχοντες δεν επιβαρύνθηκε οικονομικά. Δεν υπήρχε κάποιο αντάλλαγμα ή οποιουδήποτε είδους κέρδος από την συμμετοχή στη μελέτη.

## 5. Αποτελέσματα

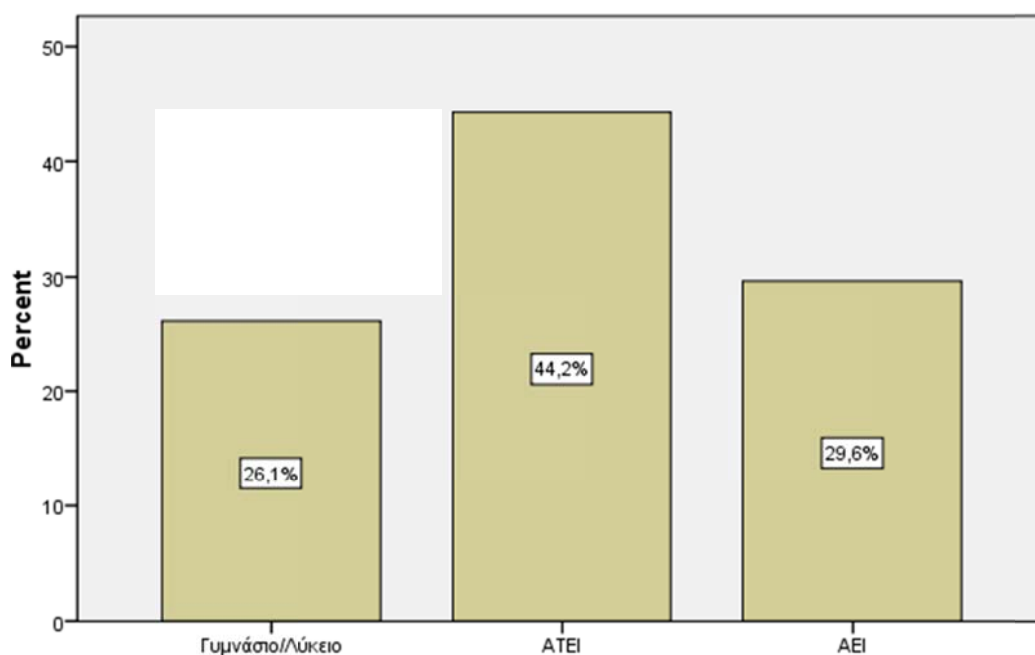
Στη μελέτη συμμετείχαν 226 επαγγελματίες υγείας ηλικίας  $41,8 \pm 8,4$  έτη, εκ των οποίων 41 (18,1%) ήταν άνδρες ηλικίας  $39,3 \pm 7,3$  έτη και 185 (81,9%) ήταν γυναίκες ηλικίας  $42,4 \pm 8,6$  έτη (σχήμα 1).



Σχήμα 1. Φύλο συμμετεχόντων.

Όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης, 100 (44,2%) συμμετέχοντες ήταν απόφοιτοι ΑΤΕΙ, 67 (29,6%) απόφοιτοι ΑΕΙ και 59 (26,1%) απόφοιτοι γυμνασίου/λυκείου (σχήμα 2).

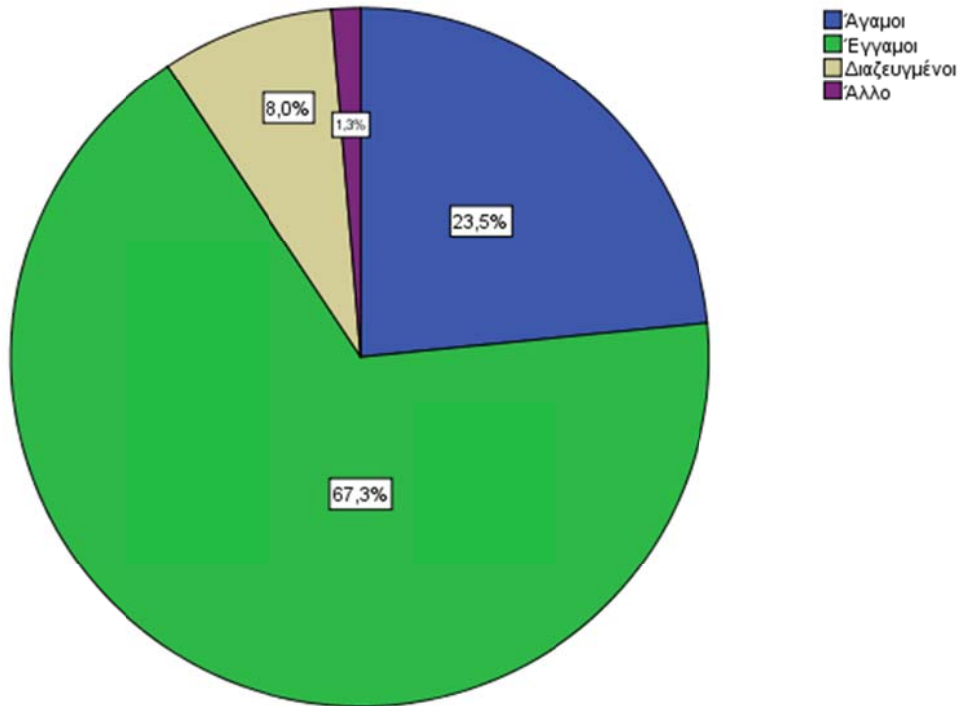
### Επίπεδο εκπαίδευσης



Σχήμα 2. Επίπεδο εκπαίδευσης συμμετεχόντων.

Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση του δείγματος, 152 (67,3%) συμμετέχοντες ήταν έγγαμοι, 53 (23,5%) άγαμοι, 18 (8%) διαζευγμένοι και 3 (1,3%) άλλο (σχήμα 3).

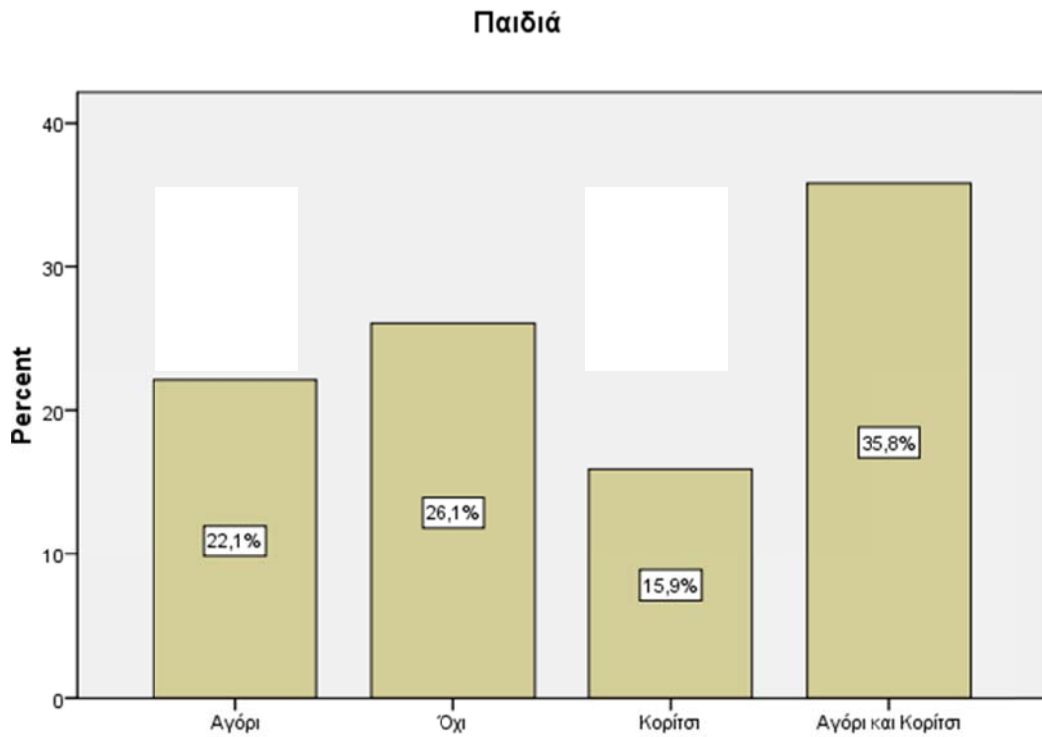
### Οικογενειακή κατάσταση



Σχήμα 3. Οικογενειακή κατάσταση συμμετεχόντων.

Παιδιά είχαν συνολικά 167 (73,9%) συμμετέχοντες. Από τους υπόλοιπους, 81 (35,8%) συμμετέχοντες είχαν και αγόρι και κορίτσι, 50 (22,1%) είχαν μόνο αγόρι και 36 (15,9%) είχαν μόνο κορίτσι (σχήμα 4). Ο μέσος αριθμός παιδιών ήταν  $1,9 \pm 0,8$  με ελάχιστο αριθμό 1 και μέγιστο αριθμό 5 παιδιά.

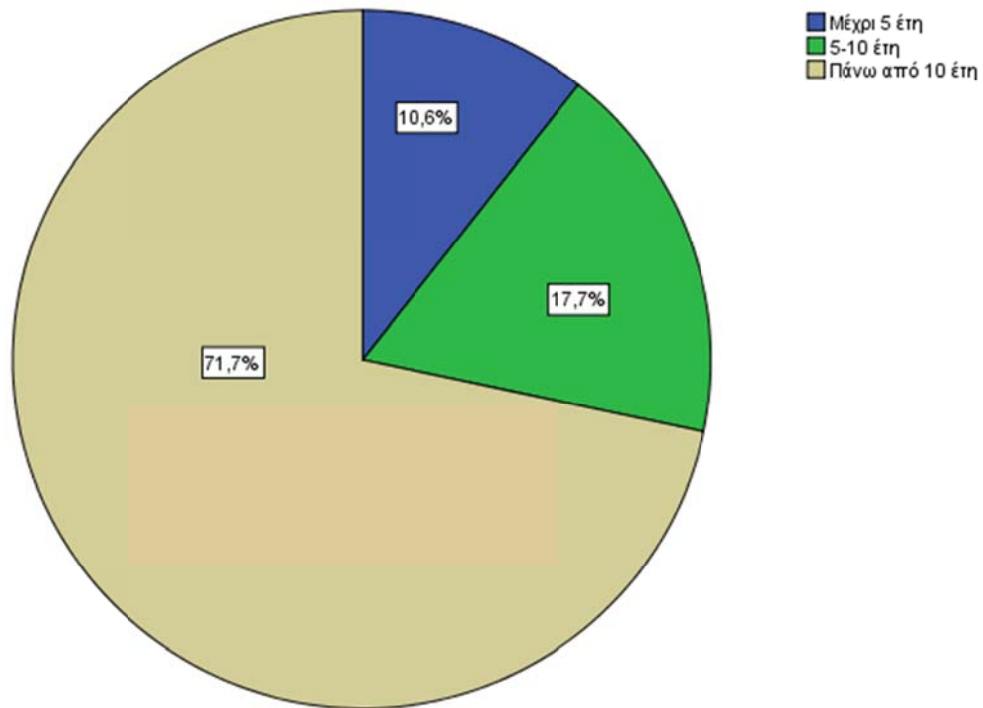




Σχήμα 4. Παιδιά συμμετεχόντων.

Όσον αφορά τα έτη υπηρεσίας, 162 (71,7%) συμμετέχοντες είχαν περισσότερα από 10 έτη υπηρεσίας, 40 (17,7%) είχαν 5 έως 10 έτη υπηρεσίας και 24 (10,6%) λιγότερα από 5 έτη (σχήμα 5).

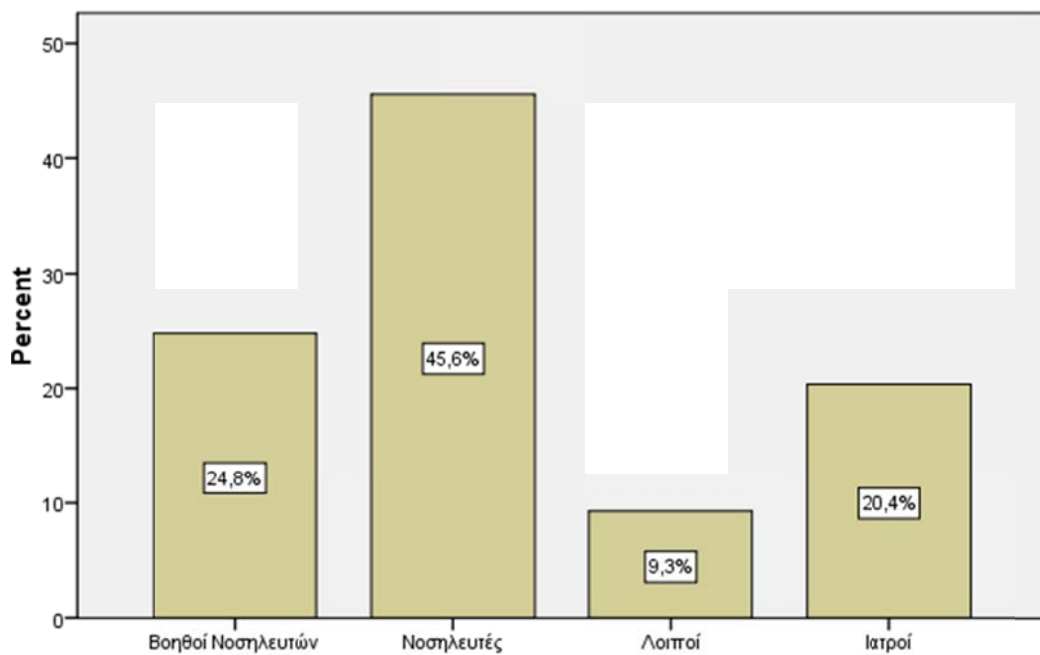
### Έτη απασχόλησης



Σχήμα 5. Έτη υπηρεσίας συμμετεχόντων.

Συνολικά, 103 (45,6%) συμμετέχοντες ήταν νοσηλευτές, 56 (24,8%) βοηθοί νοσηλευτών, 46 (20,4%) ιατροί και 21 (9,3%) λοιποί (σχήμα 6).

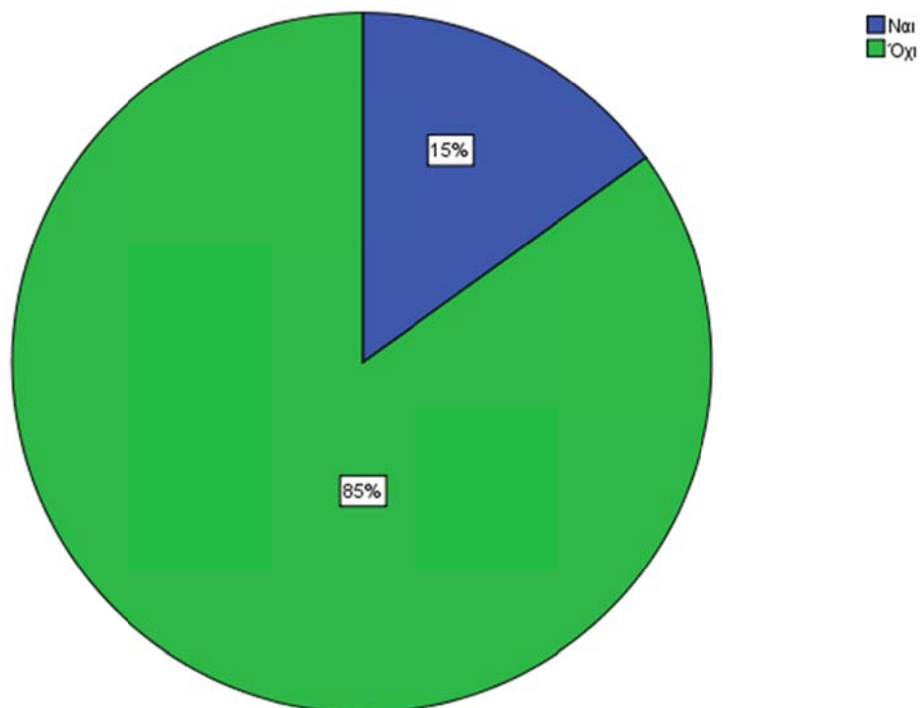
### Ειδικότητα



Σχήμα 6. Ειδικότητα συμμετεχόντων.

Από το σύνολο του δείγματος, 34 (15%) συμμετέχοντες έχουν εργασθεί ή εργάζονται σε τμήμα με νεφροπαθείς (σχήμα 7).

**Έχετε εργασθεί ή εργάζεσθε σε τμήμα με Νεφροπαθείς;**

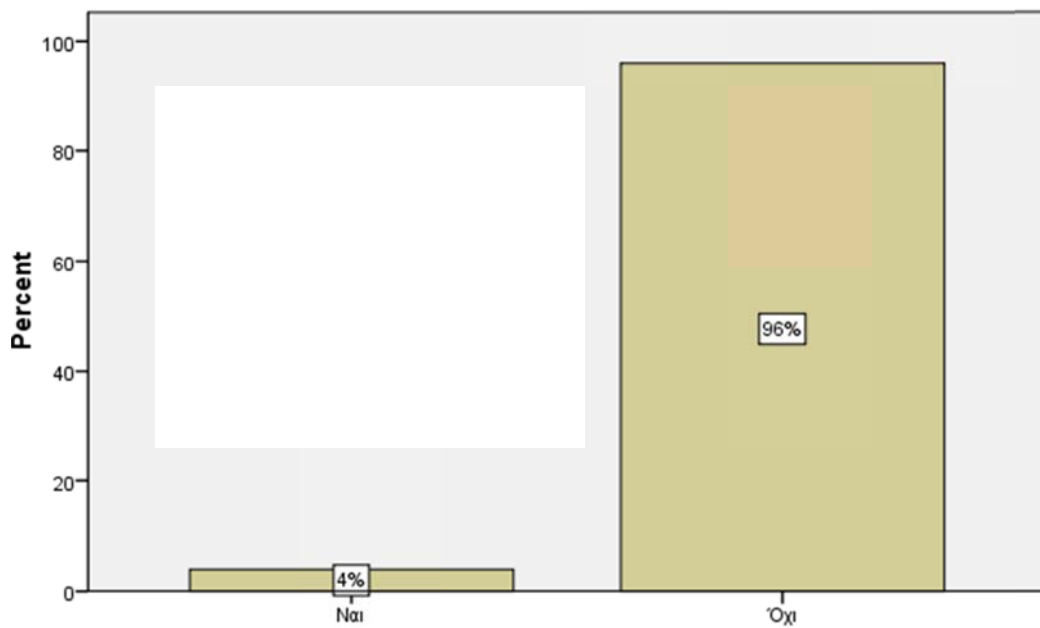


Σχήμα 7. Συμμετέχοντες που έχουν εργασθεί ή εργάζονται σε τμήμα με νεφροπαθείς.

Στην ερώτηση «Έχετε εργασθεί ή εργάζεσθε σε ομάδα που πραγματοποιεί λήψη οργάνων για μεταμόσχευση;» θετικά απάντησαν 9 (4%) συμμετέχοντες (σχήμα 8).

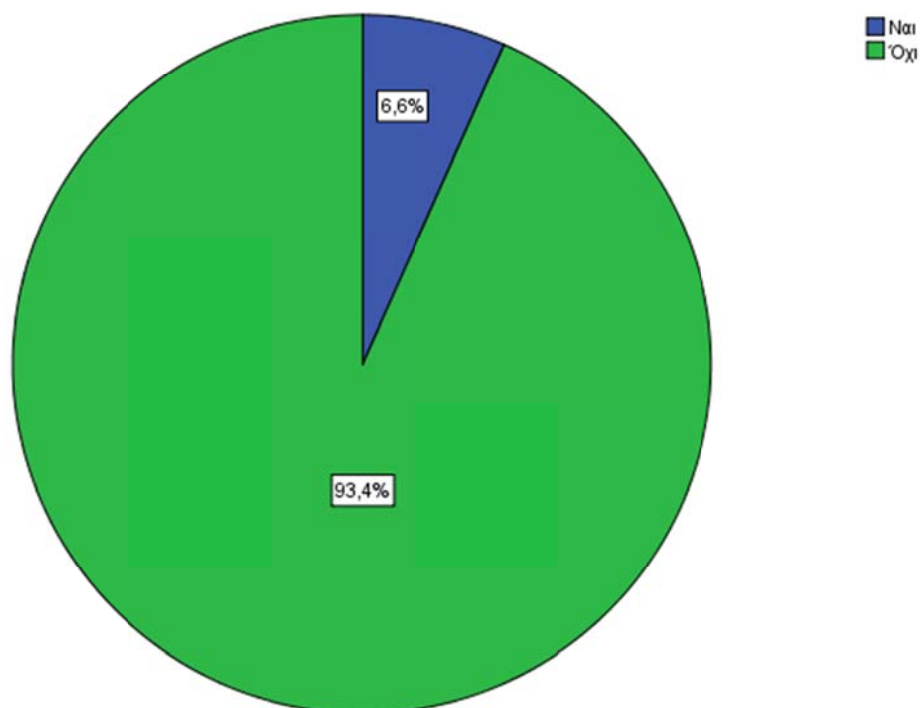
Συνολικά, 15 (6,6%) συμμετέχοντες έχουν εργασθεί ή εργάζονται στο χειρουργείο κατά τη διάρκεια οργανοληψίας για μεταμόσχευση (σχήμα 9).

Έχετε εργασθεί ή εργάζεσθε σε ομάδα που πραγματοποιεί λήψη οργάνων για μεταμόσχευση;



Σχήμα 8. Συμμετέχοντες που έχουν εργασθεί ή εργάζονται σε ομάδα που πραγματοποιεί λήψη οργάνων για μεταμόσχευση.

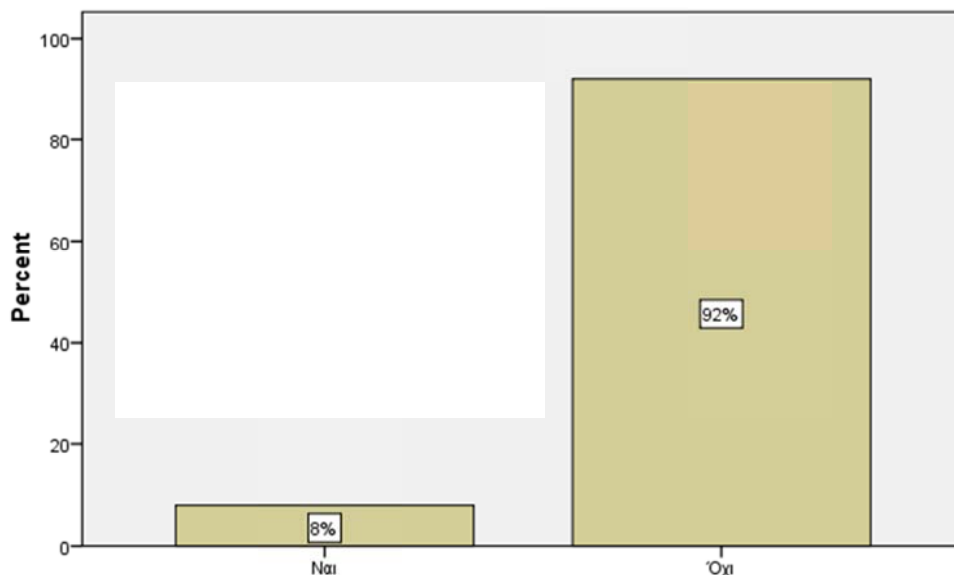
Έχετε εργασθεί ή εργάζεσθε στο χειρουργείο κατά τη διάρκεια οργανοληψίας για μεταμόσχευση;



Σχήμα 9. Συμμετέχοντες που έχουν εργασθεί ή εργάζονται στο χειρουργείο κατά τη διάρκεια οργανοληψίας για μεταμόσχευση.

Από το σύνολο των συμμετεχόντων, 18 (8%) έχουν εργασθεί ή εργάζονται σε ΜΕΘ που νοσήλευσε ασθενείς-δότες οργάνων (σχήμα 10).

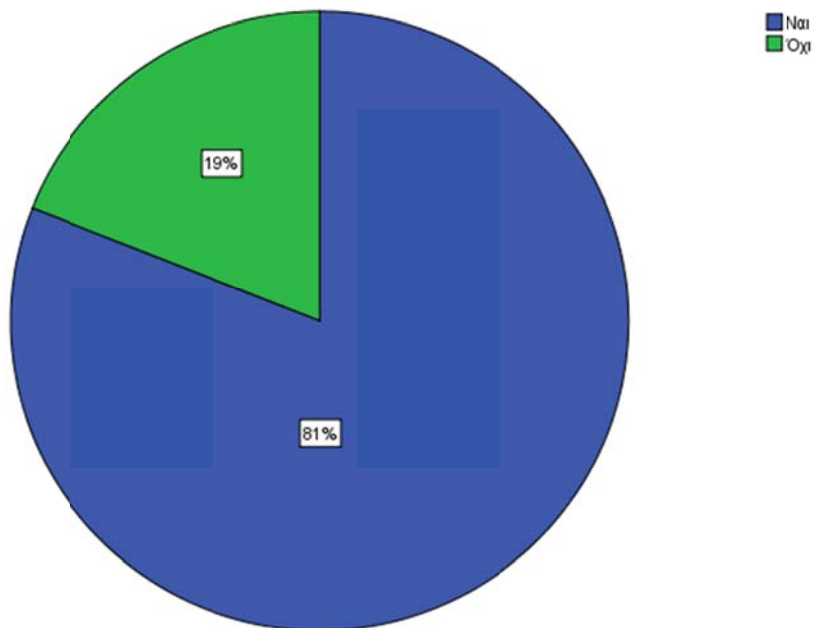
**Έχετε εργασθεί ή εργάζεσθε σε ΜΕΘ που νοσήλευσε ασθενείς-δότες οργάνων;**



Σχήμα 10. Συμμετέχοντες που έχουν εργασθεί ή εργάζονται σε ΜΕΘ που νοσήλευσε ασθενείς-δότες οργάνων.

Η πλειοψηφία του δείγματος (81%) θα δεχόταν να γίνει δωρητής οργάνων (σχήμα 11).

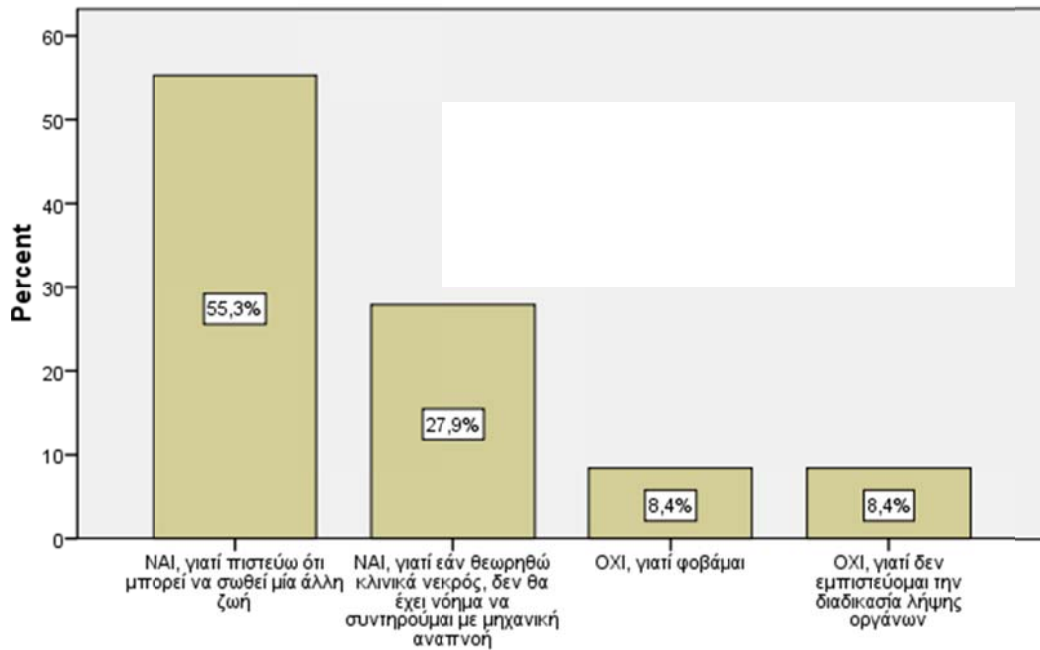
Θα δεχόσαστε να γίνετε δωρητής οργάνων;



Σχήμα 11. Συμμετέχοντες που θα δέχονταν να γίνουν δωρητές οργάνων.

Από τους 188 συμμετέχοντες που απάντησαν ότι θα γίνονταν δωρητές οργάνων, 125 (55,3%) θα το έκαναν γιατί πιστεύουν ότι μπορεί να σωθεί μία άλλη ζωή και 63 (27,9%) γιατί εάν θεωρηθούν κλινικά νεκροί πιστεύουν ότι δεν θα έχει νόημα να συντηρούνται με μηχανική αναπνοή. Ενώ, από τους 38 συμμετέχοντες που απάντησαν ότι δεν θα γίνονταν δωρητές οργάνων, 19 (8,4%) απάντησαν ότι φοβούνται και 19 (8,4%) γιατί δεν εμπιστεύονται τη διαδικασία λήψης οργάνων (σχήμα 12).

### Γιατί θα δεχόσαστε να γίνετε δωρητής οργάνων;

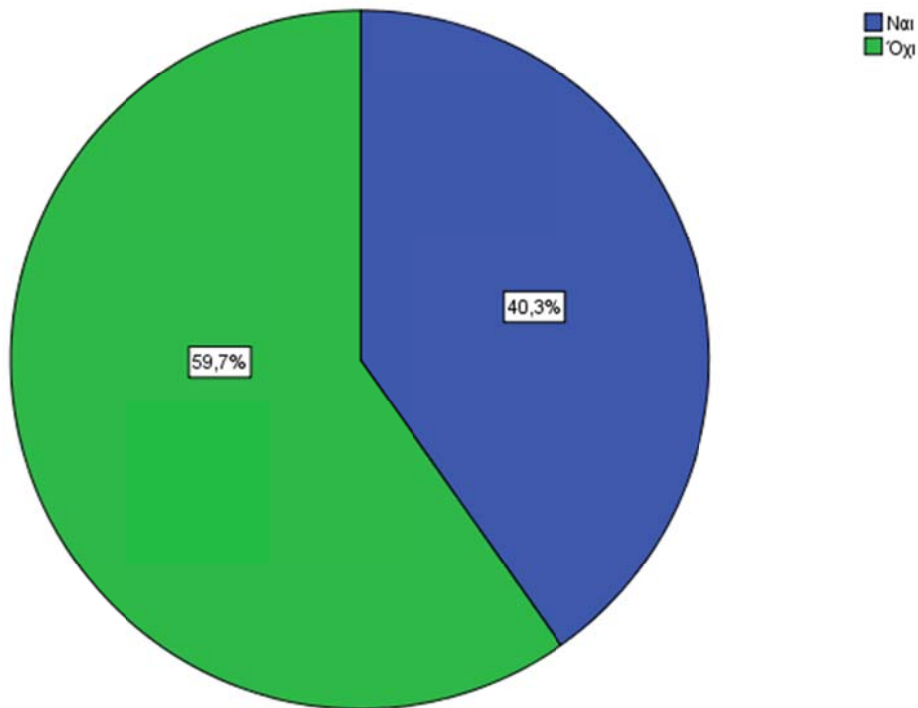


Σχήμα 12. Αιτίες που οι συμμετέχοντες θα γίνονταν ή όχι δωρητές οργάνων.

Από το σύνολο του δείγματος, 91 (40,3%) συμμετέχοντες γνώριζαν λόγω επαγγέλματος τι προβλέπει η νομοθεσία για τις μεταμοσχεύσεις και τη λήψη οργάνων από κλινικά νεκρούς ασθενείς (σχήμα 13).

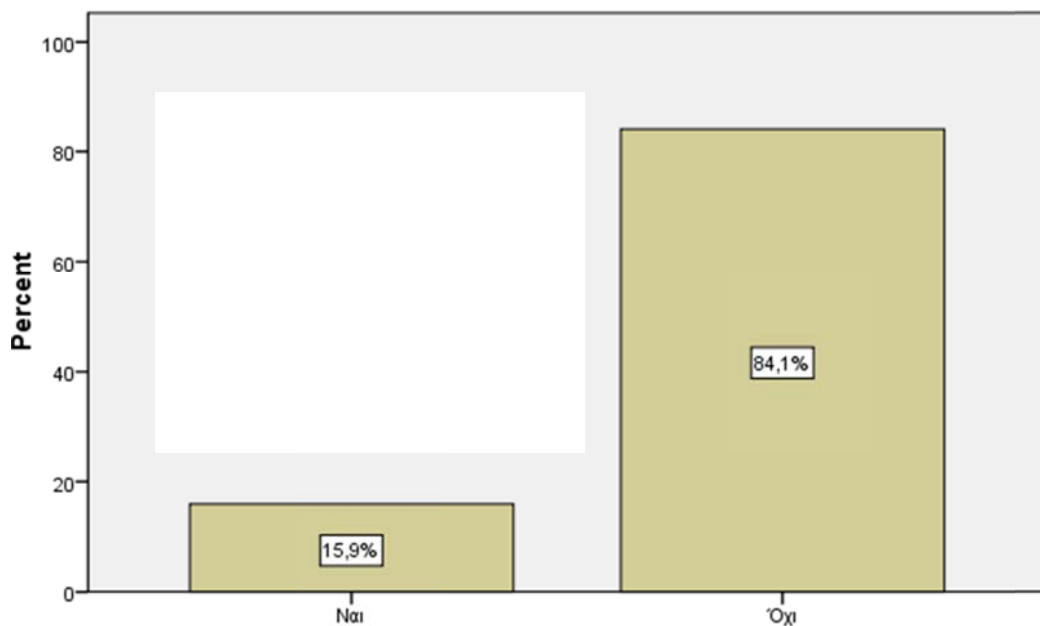
Συνολικά, 36 (15,9%) συμμετέχοντες έχουν παρακολουθήσει πως γίνονται οι δοκιμασίες ελέγχου νέκρωσης εγκεφαλικού στελέχους (σχήμα 14).

**Γνωρίζετε, λόγω επαγγέλματος, τι προβλέπει η νομοθεσία για τις μεταμοσχεύσεις και τη λήψη οργάνων από κλινικά νεκρούς ασθενείς;**



Σχήμα 13. Συμμετέχοντες που γνώριζαν λόγω επαγγέλματος τι προβλέπει η νομοθεσία για τις μεταμοσχεύσεις και τη λήψη οργάνων από κλινικά νεκρούς ασθενείς.

**Έχετε παρακολουθήσει πως γίνονται οι δοκιμασίες ελέγχου νέκρωσης εγκεφαλικού στελέχους;**

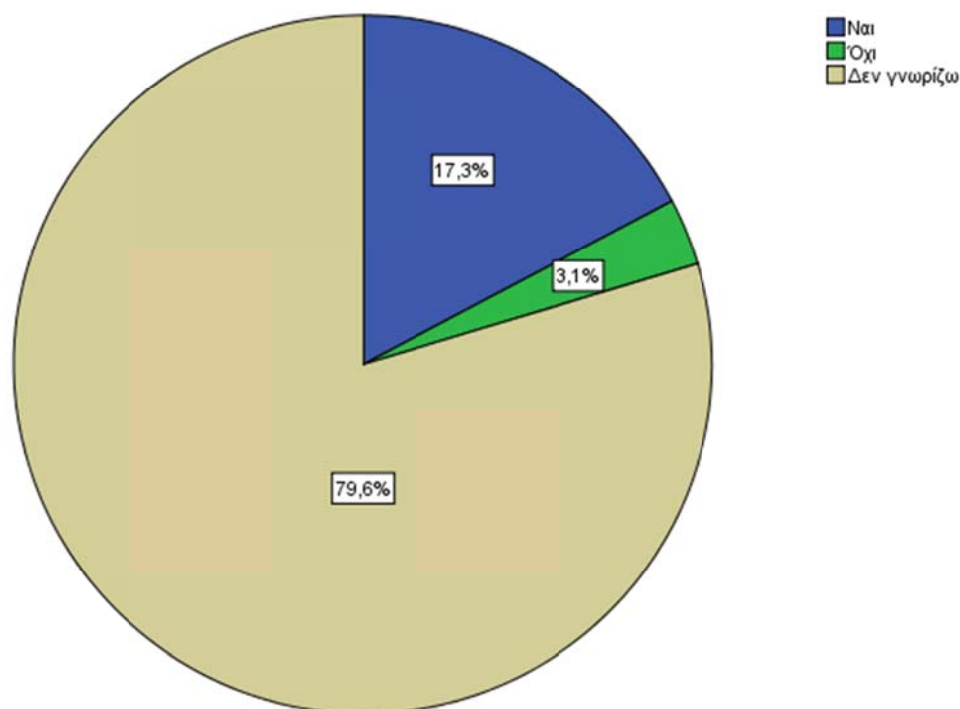




Σχήμα 14. Συμμετέχοντες που έχουν παρακολουθήσει πως γίνονται οι δοκιμασίες ελέγχου νέκρωσης εγκεφαλικού στελέχους.

Στην ερώτηση «Γίνονται σωστά οι δοκιμασίες ελέγχου νέκρωσης εγκεφαλικού στελέχους;», 180 (79,6%) συμμετέχοντες απάντησαν δεν γνωρίζω, 39 (17,3%) απάντησαν θετικά και 7 (3,1%) αρνητικά (σχήμα 15).

#### Γίνονται σωστά οι δοκιμασίες ελέγχου νέκρωσης εγκεφαλικού στελέχους;

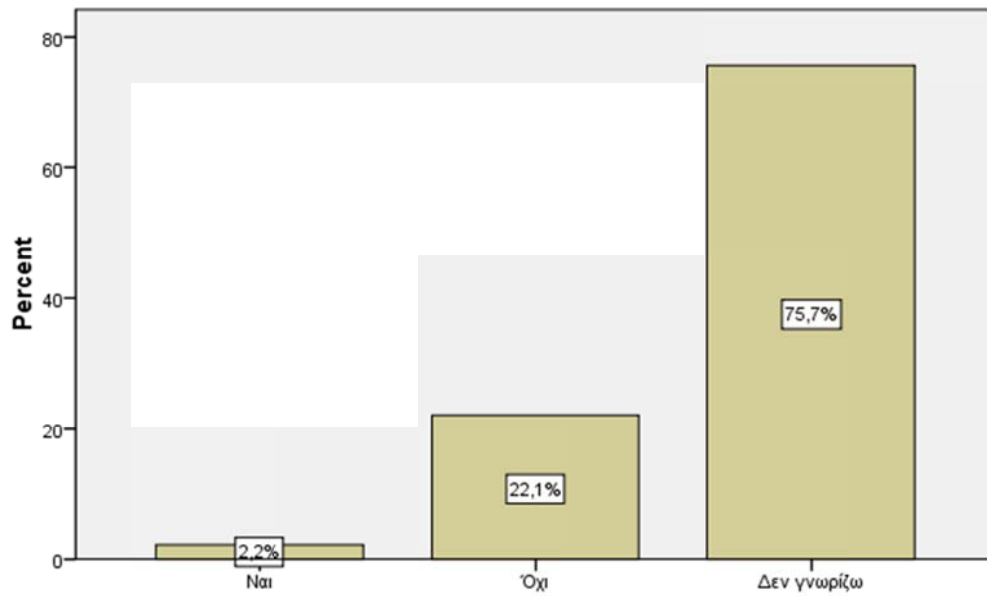


Σχήμα 15. Απαντήσεις στην ερώτηση: «Γίνονται σωστά οι δοκιμασίες ελέγχου νέκρωσης εγκεφαλικού στελέχους;»

Στην ερώτηση «Πιστεύετε ότι υπάρχει βιασύνη κατά τον έλεγχο λειτουργίας του εγκεφαλικού στελέχους ή η απόφαση λαμβάνεται την κατάλληλη στιγμή», 171 (75,7%) συμμετέχοντες απάντησαν δεν γνωρίζω, 50 (22,1%) απάντησαν αρνητικά και 5 (2,2%) θετικά (σχήμα 16).

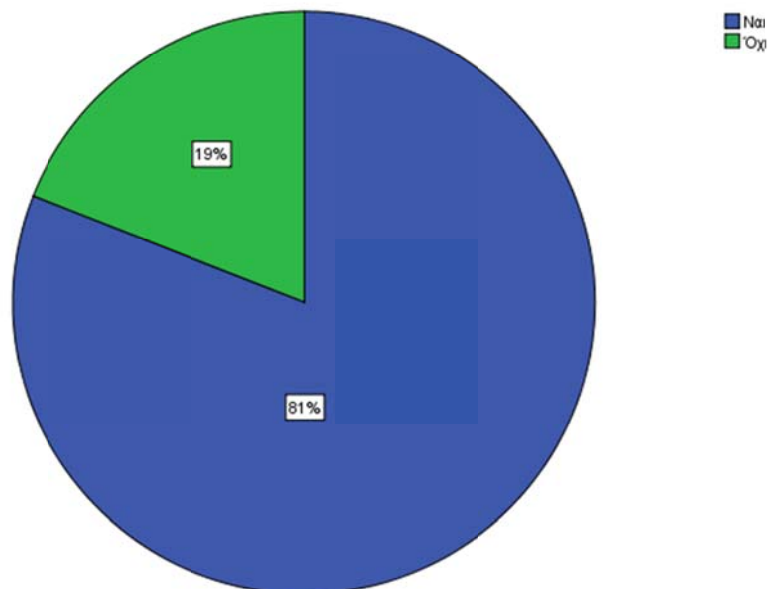
Στην ερώτηση «Αν ήσασταν συγγενής βαρέως πασχόντως στη ΜΕΘ, θα δίνατε την συγκατάθεσή σας για λήψη οργάνων προς μεταμόσχευση;», 183 (81%) συμμετέχοντες απάντησαν θετικά και 43 (19%) αρνητικά (σχήμα 17).

**Πιστεύετε ότι υπάρχει βιασύνη κατά τον έλεγχο λειτουργίας του εγκεφαλικού στελέχους ή η απόφαση λαμβάνεται την κατάλληλη στιγμή;**



Σχήμα 16. Απαντήσεις συμμετεχόντων στην ερώτηση: «Πιστεύετε ότι υπάρχει βιασύνη κατά τον έλεγχο λειτουργίας του εγκεφαλικού στελέχους ή η απόφαση λαμβάνεται την κατάλληλη στιγμή»

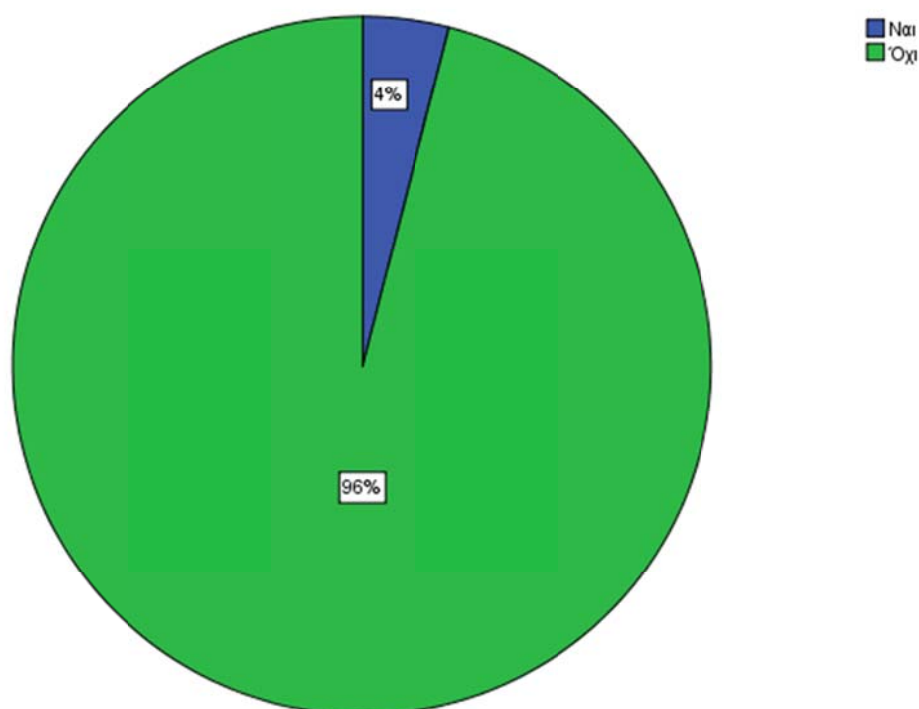
**Αν ήσασταν συγγενής βαρέως πασχόντως στη ΜΕΘ, θα δίνετε την συγκατάθεσή σας για λήψη οργάνων προς μεταμόσχευση;**



Σχήμα 17. Απαντήσεις συμμετεχόντων στην ερώτηση: «Αν ήσασταν συγγενής βαρέως πασχόντως στη ΜΕΘ, θα δίνατε την συγκατάθεσή σας για λήψη οργάνων προς μεταμόσχευση;»

Από το σύνολο του δείγματος, 9 (4%) συμμετέχοντες είχαν στην οικογένειά τους κάποιο νεφροπαθή που περιμένει μόσχευμα (σχήμα 18).

**Έχετε στην οικογένειά σας κάποιο νεφροπαθή που περιμένει μόσχευμα;**

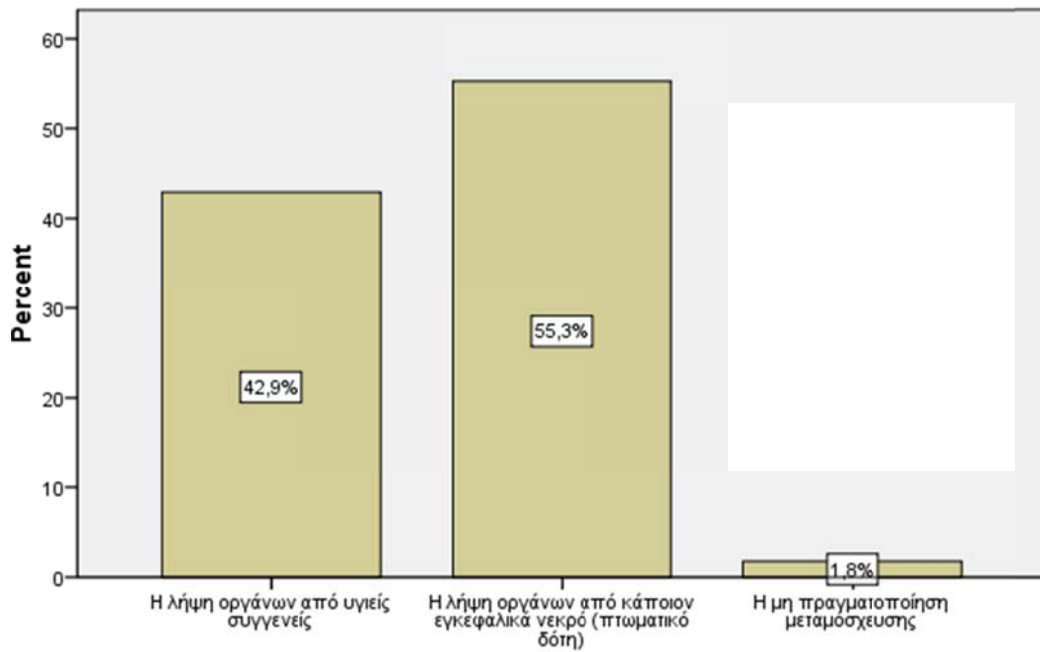


Σχήμα 18. Συμμετέχοντες που έχουν στην οικογένειά τους κάποιο νεφροπαθή που περιμένει μόσχευμα.

Συνολικά, 125 (55,3%) συμμετέχοντες απάντησαν ότι είναι προτιμότερη η λήψη οργάνων από κάποιον εγκεφαλικά νεκρό (πτωματικό δότη), 97 (42,9%) η λήψη οργάνων από υγιείς συγγενείς και 4 (1,8%) η μη πραγματοποίηση μεταμόσχευσης (σχήμα 19).

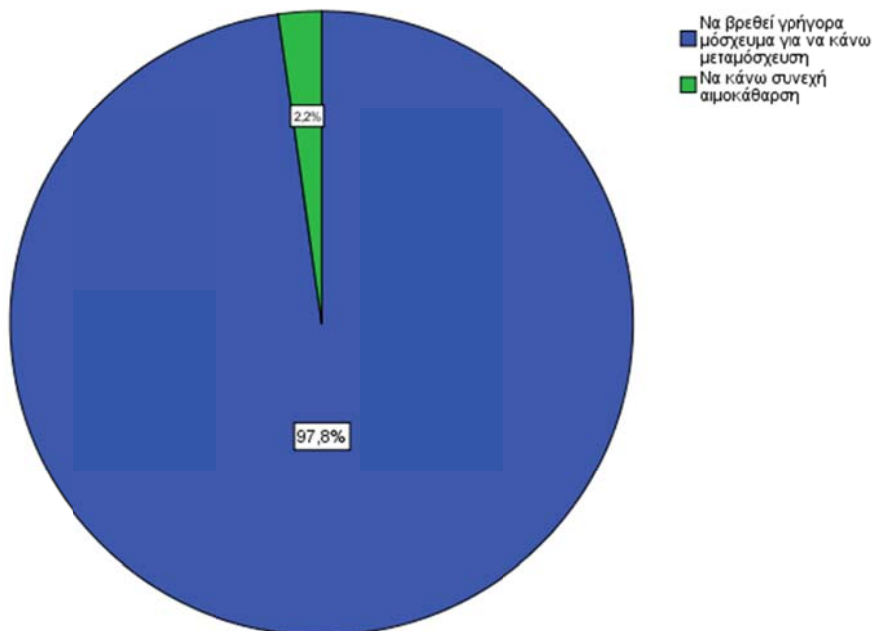
Από το σύνολο του δείγματος, 221 (97,8%) συμμετέχοντες θα προτιμούσαν αν ήταν νεφροπαθείς να βρεθεί γρήγορα μόσχευμα για να κάνουν μεταμόσχευση και 5 (2,2%) να κάνουν συνεχή αιμοκάθαρση (σχήμα 20).

### Τι είναι προτιμότερο κατά την άποψή σας;



Σχήμα 19. Απαντήσεις συμμετεχόντων στην ερώτηση: Τι είναι προτιμότερο κατά την άποψή σας.

### Τι θα προτιμούσατε αν ήσασταν νεφροπαθής;



Σχήμα 20. Απαντήσεις συμμετεχόντων στην ερώτηση: Τι θα προτιμούσατε αν ήσασταν νεφροπαθής;

## Συσχετίσεις

### Φύλο

Οι άνδρες είχαν εργασθεί σε ΜΕΘ που νοσήλευσε ασθενείς-δότες οργάνων σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό (24,4% έναντι 4,3%,  $p<0,05$ ), είχαν παρακολουθήσει σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό τον τρόπο με τον οποίο γίνονται οι δοκιμασίες ελέγχου νέκρωσης εγκεφαλικού στελέχους (34,1% έναντι 11,9%,  $p<0,05$ ), πιστεύουν σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό ότι γίνονται σωστά οι δοκιμασίες ελέγχου νέκρωσης εγκεφαλικού στελέχους (34,1% έναντι 13,5%,  $p<0,05$ ), πιστεύουν σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό ότι υπάρχει βιασύνη κατά τον έλεγχο λειτουργίας του εγκεφαλικού στελέχους ή ότι η απόφαση λαμβάνεται την κατάλληλη στιγμή (2,4% έναντι 2,2%,  $p<0,05$ ) και έχουν σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό στην οικογένειά τους κάποιο νεφροπαθή που περιμένει μόσχευμα (9,8% έναντι 2,7%,  $p<0,05$ ). Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται οι προαναφερθείσες συσχετίσεις.

Πίνακας 1. Συσχετίσεις μεταξύ των δύο φύλων.

	Άνδρες	Γυναίκες	P
Έχετε εργασθεί ή εργάζεσθε σε ΜΕΘ που νοσήλευσε ασθενείς-δότες οργάνων;	10 (24,4%)	8 (4,3%)	0,001
Έχετε παρακολουθήσει πως γίνονται οι δοκιμασίες ελέγχου νέκρωσης εγκεφαλικού στελέχους;	14 (34,1%)	22 (11,9%)	0,001
Γίνονται σωστά οι δοκιμασίες ελέγχου νέκρωσης εγκεφαλικού στελέχους;	14 (34,1%)	25 (13,5%)	0,001
Πιστεύετε ότι υπάρχει βιασύνη κατά τον έλεγχο λειτουργίας του εγκεφαλικού στελέχους ή η απόφαση λαμβάνεται την κατάλληλη στιγμή;	1 (2,4%)	4 (2,2%)	0,003
Έχετε στην οικογένειά σας κάποιο νεφροπαθή που περιμένει μόσχευμα;	4 (9,8%)	5 (2,7%)	0,037

## Έτη απασχόλησης

Οι συμμετέχοντες που είχαν προϋπηρεσία μικρότερη των 5 ετών δεν είχαν εργασθεί ποτέ σε ΜΕΘ που νοσήλευσε ασθενείς-δότες οργάνων και δεν έχουν στην οικογένειά τους κάποιο νεφροπαθή που περιμένει μόσχευμα πιστεύουν σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό ότι υπάρχει βιασύνη κατά τον έλεγχο λειτουργίας του εγκεφαλικού στελέχους ή ότι η απόφαση λαμβάνεται την κατάλληλη στιγμή ( $p < 0,05$ ).

Οι συμμετέχοντες με προϋπηρεσία 5-10 έτη έχουν εργασθεί ή εργάζονται σε ΜΕΘ που νοσήλευσε ασθενείς-δότες οργάνων και έχουν στην οικογένειά τους κάποιο νεφροπαθή που περιμένει μόσχευμα σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό ( $p < 0,05$ ), ενώ κανείς από αυτούς δεν πιστεύει ότι υπάρχει βιασύνη κατά τον έλεγχο λειτουργίας του εγκεφαλικού στελέχους ή ότι η απόφαση λαμβάνεται την κατάλληλη στιγμή.

Οι συμμετέχοντες που έχουν προϋπηρεσία μεγαλύτερη από 10 έτη πιστεύουν σε σημαντικά μικρότερο ποσοστό ότι υπάρχει βιασύνη κατά τον έλεγχο λειτουργίας του εγκεφαλικού στελέχους ή ότι η απόφαση λαμβάνεται την κατάλληλη στιγμή ( $p < 0,05$ ), έχουν εργασθεί ή εργάζονται σε ΜΕΘ που νοσήλευσε ασθενείς-δότες οργάνων σε σημαντικά μικρότερο ποσοστό ( $p < 0,05$ ) και έχουν στην οικογένειά τους κάποιο νεφροπαθή που περιμένει μόσχευμα σε σημαντικά μικρότερο ποσοστό ( $p < 0,05$ ). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 2.

Πίνακας 2. Συσχετίσεις μεταξύ των ετών προϋπηρεσίας.

	< 5 έτη	5-10 έτη	> 10 έτη	P
Έχετε εργασθεί ή εργάζεσθε σε ΜΕΘ που νοσήλευσε ασθενείς-δότες οργάνων;	0	7 (17,5%)	11 (6,8%)	0,025
Πιστεύετε ότι υπάρχει βιασύνη κατά τον έλεγχο λειτουργίας του εγκεφαλικού στελέχους ή η απόφαση λαμβάνεται την κατάλληλη στιγμή;	2 (8,3%)	0	3 (1,9%)	0,020
Έχετε στην οικογένειά σας κάποιο νεφροπαθή που περιμένει μόσχευμα;	0	6 (15%)	3 (1,9%)	0,001

## Ποιοτική Ανάλυση

### Χρησιμότητα των μεταμοσχεύσεων

Οι συμμετέχοντες έδωσαν μεγάλη σημασία στη χρησιμότητα των μεταμοσχεύσεων. Συγκεκριμένα την περιέγραψαν ως

*Ακύρωση του τέλους που προδιαγράφεται για κάποιους ανθρώπους που είτε θα βασανίζονταν να κρατηθούν στην ζωή, είτε δεν θα έχουν πολύ χρόνο ακόμη εξαιτίας κάποιας νόσου ή ατυχήματος.*

Η μεταμόσχευση θεωρείται ότι σώζει ζωές και ότι αλλάζει η ποιότητα ζωής του ασθενούς και της οικογένειάς του. Είναι πολύ σημαντική και μερικοί συμμετέχοντες σκέφτηκαν ότι μπορεί να χρειαστούν και εκείνοι στο μέλλον *Αν τύχαινε σε εμάς ή στα παιδιά μας; Θα θέλαμε να έχουμε μια ελπίδα κάπου.*

Απαραίτητη προϋπόθεση, όμως, είναι να υπάρχουν αρκετοί δότες.

*Για την μεταμόσχευση θα πρέπει να βρίσκεται ο δότης. Να υπάρχει θετική άποψη από το συγγενικό περιβάλλον, χωρίς αρνητική διάθεση. Αν δεν δεχτούν αυτοί, δότες δεν θα υπάρχουν.*

*Γίνεται κανείς δωρητής οργάνων για να σώσει μια ζωή και γιατί μπορεί να βρεθεί ο ίδιος ή η οικογένειά του στην ίδια θέση, ελπίζοντας να βρεθεί ένα μόσχευμα.*

*Η δωρεά οργάνων αποτελεί την βασική προϋπόθεση για την πραγματοποίηση των μεταμοσχεύσεων. Η μεταμόσχευση είναι η μοναδική λύση για ασθενείς που έχουν ανάγκη από νέα καρδιά, πνεύμονες, ήπαρ, νεφρούς, κερατοειδείς, δέρμα ή και οστά. Η έλλειψη μοσχευμάτων διαρκώς μεγαλώνει. Η ευαισθητοποίηση όλου του κοινωνικού συνόλου είναι απαραίτητη για να καλυφθεί η μεγάλη ζήτηση οργάνων.*

*Θα πρέπει σαν λαός να ευαισθητοποιηθούμε σχετικά με τις μεταμοσχεύσεις, γιατί έτσι μπορεί να σωθεί και να δοθεί ζωή σ'έναν άλλο συνάνθρωπό μας*

Ακόμη, η μεταμόσχευση αναφέρθηκε ως

*Απαραίτητη γιατί βελτιώνεται ή ακόμα και αποκαθίσταται πλήρως η ζωή ενός συνανθρώπου μας*

δεύτερη ευκαιρία

*Δίνει μια δεύτερη ευκαιρία ζωής στους ασθενείς*

*κατάσταση που δίνει ζωή και ελπίδα*

*Δίνουν ζωή και ελπίδα σε κάποιον που έχει χάσει τον υγιή τρόπο ζωής*

*Βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών*

*Διότι υπάρχει ουσιαστική μείωση στο κόστος της δημόσιας δαπάνης. Υπάρχει ποιότητα ζωής*

*Η διαδικασία της μεταμόσχευσης, παρά τους κινδύνους που ενέχει, όπως η απόρριψη του μοσχεύματος, λοιμώξεις – σήψη κ.λπ., προσφέρει καλύτερη ποιότητα ζωής σε έναν ασθενή, που είτε θα εξαναγκάζονταν σε επίπονες θεραπείες υποκατάστασης ενός οργάνου με πολλές ανεπιθύμητες ενέργειες, π.χ. σε νεφρική ανεπάρκεια, ηπατική ανεπάρκεια.*

*Μερικοί θεωρούν τη μεταμόσχευση «αυτονόητη», ότι δηλαδή πρέπει να γίνεται σε όλους*

*Είναι αυτονόητο ότι ένα όργανο ή ένας ιστός από έναν πτωματικό δότη πρέπει να δοθεί σε έναν άνθρωπο και να σωθεί η ζωή του ή να βελτιωθεί η ποιότητά της*

*Είναι ζωτικής σημασίας διαδικασία, που χωρίς αυτήν θα "χάνονταν" ανθρώπινες ζωές που θα μπορούσαν να έχουν μια δεύτερη ευκαιρία. Ειδικά για τον εγκεφαλικά νεκρό δότη (μη αναστρέψιμη κατάσταση έτσι και αλλιώς) είναι μια προσφορά σημαντική της οικογένειας και του ιδίου.*

*Πιστεύω ότι η μεταμόσχευση πρέπει να γίνει υποχρεωτική για όλους τους εγκεφαλικά νεκρούς, που είναι κατάλληλοι, γιατί θα σώζονταν πολλές ζωές και θα άλλαζε η ποιότητα ζωής των μεταμοσχευμένων.*

*Κάποιοι δίνουν θρησκευτική διάσταση*

*Είναι θείο δώρο*

*Η μεταμόσχευση αποτελεί την μόνη λύση για την τελικού σταδίου ανεπάρκεια καρδιάς, ήπατος, πνεύμονα, και για την τελικού σταδίου νεφρική ανεπάρκεια, κερατοειδείς δέρμα ή/και οστά. Η πραγματοποίηση μιας μεταμόσχευσης αποτελεί 'θείο δώρο' για χιλιάδες*



*ασθενείς συνανθρώπους μας όπου υπερβαίνοντας τον μεγαλύτερο πόνο μπροστά στην απώλεια δικού μας ανθρώπου, καταφέρνουμε να γεφυρώσουμε την ζωή με τον θάνατο*

*Η μεταμόσχευση γεφυρώνει την ζωή με τον θάνατο*

Και κάποιοι άλλοι ανθρωπιστικοί διάσταση

*Η δωρεά οργάνων είναι μια πράξη ανθρωπισμού. Πρέπει να αντιμετωπίζεται χωρίς προκατάληψη και φόβο.*

Επίσης, η μεταμόσχευση από πολλούς συμμετέχοντες χαρακτηρίστηκε ως δώρο ζωής

*Η πραγματοποίηση μιας μεταμόσχευσης αποτελεί δώρο ζωής για χιλιάδες ασθενείς. Η αγάπη και η γενναιοδωρία αποτελούν μοναδικό κίνητρο για κάποιον ο οποίος υπερβαίνοντας τον μεγαλύτερο πόνο μπροστά στην απώλεια δικού του ανθρώπου καταφέρνει να γεφυρώσει τη ζωή με τον θάνατο.*

Παρόλα αυτά αναφέρθηκαν και εμπόδια, τα οποία αποτρέπουν τους συμμετέχον να γίνουν δωρητές οργάνων, όπως η έλλειψη πληροφόρησης

*Αν και με τις μεταμοσχεύσεις έχουν σωθεί πολλοί συνάνθρωποί μας, δεν θα την τολμούσα γιατί δεν είμαι ενημερωμένη και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να μου δημιουργείται το συναίσθημα του φόβου.*

*Δεν γνωρίζουμε πάρα πολλά πιστεύω για το θέμα στην Ελλάδα, γιατί δεν υπάρχει κατάλληλη ενημέρωση. Με το σκεπτικό ότι με την δωρεά σώζεται μια ζωή, εννοείτε ότι είμαι υπέρ. Είναι ένας όμορφος τρόπος να βοηθάμε κάποιον.*

*Η Ελληνική κοινωνία πρέπει να ενημερωθεί πιο πολύ σ' αυτόν τον τομέα για να γίνει αποδεκτό και να υλοποιηθεί πιο δραστικά η δωρεά οργάνων*

### **Ασφάλεια της ισχύουσας νομοθεσίας**

Συνολικά 131 (57,9%) συμμετέχοντες ανέφεραν ότι δεν γνωρίζουν καθόλου τη νομοθεσία των μεταμοσχεύσεων.

*Δεν γνωρίζω λεπτομέρειες όμως γνωρίζω ότι προβλέπει την τήρηση αυστηρού πρωτοκόλλου για την διάγνωση του εγκεφαλικά θανάτου από ειδική επιτροπή*

*Δεν γνωρίζω πολλά, αλλά από όσα ξέρω, νομίζω ότι καλύπτει αρκετά καλά και τα δύο μέλη της διαδικασίας*

Από τους υπόλοιπους συμμετέχοντες που ανέφεραν ότι γνωρίζουν για την ασφάλεια της νομοθεσίας, καταγράφηκαν οι εξής απόψεις:

*Είμαστε δότες εφόσον δεν έχουμε κάνει αρνητική δήλωση και τηρούμε τα σχετικά κριτήρια για να γίνει η μεταμόσχευση. Συνοπτικά είναι ότι χρειάζεται και η συναίνεση της οικογένειας σε έναν κλινικά νεκρό ασθενή.*

*Η ισχύουσα νομοθεσία πιστεύω ότι είναι αρκετά ασφαλής, όχι όμως γνωστή στους πολίτες της χώρας μας*

*Δεν είναι γνωστό στο ευρύ κοινό το νομικό πλαίσιο που διέπει τις μεταμοσχεύσεις. Δεν υπάρχουν εγγυήσεις για την ασφάλεια των στοιχείων των εθελοντών δοτών που είναι καταχωρημένα στο πληροφοριακό σύστημα*

*Είναι ασφαλής γιατί καλύπτει όλους τους παράγοντες που παίζουν ρόλο.*

*Επιβάλλεται από τον νομοθέτη να βελτιωθεί η κατοχύρωση των δικαιωμάτων των δοτών, αλλά και η αποτελεσματικότητα του μεταμοσχευτικού συστήματος σε επίπεδα εφαρμογής και διαφάνειας, γιατί ο υπερβάλλον ζήλος ορισμένων μπορεί να οδηγήσει ακόμα και σε θανάτους ασθενών. Έτσι η Ελληνική πολιτεία πρέπει να έχει αυστηρά νομοθετικά πλαίσια και ρυθμίσεις για να κερδίσουν την εμπιστοσύνη των κοινωνιών.*

*Η δωρεά οργάνων είναι μια γνήσια αλτρουιστική πράξη. Μια πράξη ανθρωπισμού και πολιτισμού από όλους μας. Μια εθελοντική ενέργεια κοινωνικής ευαισθησίας. Ελλιπής ενημέρωση, φόβος, καχυποψία, φέρουν τη χώρα μας στο μικρότερο ποσοστό των χωρών της Ευρώπης*

*Η ισχύουσα νομοθεσία χαρακτηρίζεται από νομικά ελλείμματα, τα οποία θέτουν ενίοτε ζητήματα δεοντολογίας στους ιατρούς που αναγκάζονται να πράξουν προς όφελος του ασθενούς, αλλά πολλές φορές κατά περίπτωση, χωρίς να υπάρχουν ενιαίες κατευθυντήριες οδηγίες.*

*Θα πρέπει να διαφυλάττει τα συμφέροντα και των δύο μελών της διαδικασίας, με διαφάνεια και νομιμότητα*

*Θεωρώ ότι η Ελληνική νομοθεσία στο θέμα των μεταμοσχεύσεων θα πρέπει να βελτιωθεί, ώστε να εμπνέει περισσότερη εμπιστοσύνη ειδικά στους συγγενείς των ατόμων που θα βρεθούν στη δύσκολη θέση να συμφωνήσουν για την δωρεά οργάνων.*

*Θεωρώ πως πρέπει να γίνει επικαιροποίηση της ισχύουσας νομοθεσίας και κυρίως θα πρέπει οι δοκιμασίες ελέγχου νέκρωσης του εγκεφαλικού στελέχους να γίνονται με το σωστό τρόπο στο σωστό χρόνο.*

*Όσο η νομοθεσία θα σέβεται το στοιχείο της ελεύθερης και ανιδιοτελούς προσφοράς από άνθρωπο σε άνθρωπο και δεν την "επιβάλλει" έστω και άμεσα, θεωρώ πως θα καλύπτει σωστά τις διαδικασίες*

*Πάντα θα υπάρχουν ενδοιασμοί για την ασφάλεια της ισχύουσας νομοθεσίας, ώστε να μην προβαίνουν σε πρόωρες ενέργειες για την αφαίρεση οργάνων, γι'αυτό και η νομοθεσία θα πρέπει να αναπροσαρμόζεται κατόπιν αυστηρών ελέγχων και να επιβάλλονται ποινές όταν παραβιάζεται*

*Υπάρχει ασφάλεια στην νομοθεσία που καλύπτει όλες τις πλευρές. Ίσως θα έπρεπε να γίνουμε όλοι υποχρεωτικά δότες μετά θάνατον.*

## 6. Συζήτηση

Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν 226 επαγγελματίες υγείας ηλικίας 42 έτη, απόφοιτοι ΑΤΕΙ (44,2%), έγγαμοι (67,3%) με τέκνα (73,9%). Οι περισσότεροι συμμετέχοντες είχαν περισσότερα από 10 έτη υπηρεσίας (71,6%) και ήταν νοσηλευτές (45,6%). Ακόμη, το 15% των συμμετεχόντων έχουν εργασθεί ή εργάζονται σε τμήμα με νεφροπαθείς, το 4% σε ομάδα που πραγματοποιεί λήψη οργάνων για μεταμόσχευση, το 6,6% στο χειρουργείο κατά τη διάρκεια οργανοληψίας για μεταμόσχευση και το 8% σε ΜΕΘ που νοσήλευσε ασθενείς-δότες οργάνων.

Στην παρούσα μελέτη, το 82% του δείγματος θα δεχόταν να γίνει δωρητής οργάνων, κυρίως επειδή πιστεύουν ότι μπορεί να σωθεί μία άλλη ζωή και γιατί εάν θεωρηθούν κλινικά νεκροί πιστεύουν ότι δεν θα έχει νόημα να συντηρούνται με μηχανική αναπνοή. Τα κυριότερα αίτια για τη μη δωρεά οργάνων ήταν ο φόβος και η απουσία εμπιστοσύνης για τη διαδικασία λήψης οργάνων. Το ποσοστό προθυμίας των συμμετεχόντων είναι παρόμοιο με εκείνο των νοσηλευτών στο Χονγκ-Κονγκ (85%) (Ozdog, 2001) και τον Καναδά (80%) (Evers et al., 1988) και αρκετά μεγαλύτερο από παρόμοιες μελέτες στη Δανία (49%) (Bogh et al., 2005) και στην Τουρκία (45%) (Akgun et al., 2003).

Αν και το ποσοστό επιθυμίας των επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στη μελέτη ήταν υψηλό, το ποσοστό εκείνων που είναι πραγματικά δωρητές οργάνων είναι άγνωστο γιατί δεν ερωτήθηκε. Πάντως στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι παρόλο που οι νοσηλευτές είναι πρόθυμοι να δωρίσουν τα όργανά τους, μόνο ένα μικρό ποσοστό από αυτούς είχε υπογράψει κάποια κάρτα δωρητή (Chung et al., 2008).

Στην παρούσα μελέτη, λιγότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες γνώριζαν λόγω επαγγέλματος τι προβλέπει η νομοθεσία για τις μεταμοσχεύσεις και τη λήψη οργάνων από κλινικά νεκρούς ασθενείς. Στη Νορβηγία, μία μελέτη βρήκε ότι λίγοι νοσηλευτές της ΜΕΘ είχαν εκτεταμένη εμπειρία ή ικανότητα και κατάρτιση στη δωρεά οργάνων και συσχέτισαν τις γνώσεις και την εμπειρία των νοσηλευτών με τη στάση τους απέναντι στη δωρεά οργάνων (Meyer et al., 2012). Παρόμοια και άλλη σκανδιναβική μελέτη υποστηρίζει ότι οι διπλωματούχοι νοσηλευτές της ΜΕΘ έχουν περιορισμούς στη γνώση και την κατανόηση της δωρεάς (Floden et al., 2011).

Αναφέρεται συγκεκριμένα, ότι οι νοσηλευτές δεν είχαν γνώση σχετικά με τον θάνατο του εγκεφαλικού στελέχους, τη νομοθεσία και την αλληλεπίδραση με συγγενείς και συνέστησαν την παροχή κατάρτισης για την αντιμετώπιση προβλημάτων λόγω έλλειψης γνώσης και εμπιστοσύνης (Floden et al., 2011).

Παρόμοια με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, οι Kim et al (2004) σε ιατρούς και νοσηλευτές μεταμοσχεύσεων στη Νότια Κορέα βρήκαν ότι οι βασικές τους γνώσεις σχετικά με τον εγκεφαλο θάνατο και τη διαδικασία δωρεάς οργάνων ήταν ελλιπείς, ενώ οι μισοί είχαν θετική και οι υπόλοιποι αρνητική στάση για τη δωρεά οργάνων.

Μία μελέτη που διεξήχθη στη Γερμανία έδειξε ότι οι επαγγελματίες υγείας όχι μόνο ήταν θετικοί απέναντι στη δωρεά οργάνων, αλλά είχαν και κάρτα δωρητή. Μετά από εκστρατεία ευαισθητοποίησης και ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα που διεξήχθη για τη δωρεά, ο αριθμός των ατόμων που έφεραν κάρτα δωρητή αυξήθηκε από 55% στους επαγγελματίες υγείας σε 66% (Radunz et al., 2010).

Μελέτες που έχουν γίνει στην Ισπανία έχουν δείξει ότι οι επαγγελματίες υγείας είχαν θετική στάση απέναντι στη δωρεά οργάνων και μάλιστα με πολύ μεγαλύτερο ποσοστό με το 92% των ιατρών να υποστηρίζουν τα οφέλη της δωρεάς οργάνων (Conesa et al., 2005, Rios et al., 2006). Η Ισπανία έχει το μεγαλύτερο αριθμό δοτών οργάνων στην Ευρώπη και για αυτό το λόγο έχει σχετικά χαμηλή λίστα αναμονής για μεταμόσχευση (NICE, 2011).

Σε μία μεγάλη μελέτη που διεξήχθη σε έντεκα χώρες αποδείχτηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας είχαν θετική στάση απέναντι στη δωρεά οργάνων. Οι πιο θετικές στάσεις του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού εντοπίστηκαν στη Φινλανδία (93,6%) και στο Βέλγιο (93,2%), με το χαμηλότερο ποσοστό να βρίσκεται στο Ισραήλ (71,8%) και στην Ιαπωνία (54,8%). Ο συνολικός μέσος όρος του δείγματος για τη στήριξη της δωρεάς οργάνων ήταν 91,3% με συνολικό ποσοστό 81,2%, υποδεικνύοντας ότι θα δωρίσουν προσωπικά τα όργανα τους (Roels et al 2010).

Στο Ηνωμένο Βασίλειο το 78% των νοσηλευτών που συμμετείχαν στη μελέτη ήταν θετικοί στη δωρεά οργάνων, το 10% ήταν σαφώς αντίθετο και το υπόλοιπο 12% ήταν αβέβαιο. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι νοσηλευτές που δεν

συμμετέχουν στη διαδικασία της δωρεάς και των μεταμοσχεύσεων έχουν πιο αρνητική στάση απέναντι στη δωρεά (Sque et al., 2000). Στο Ηνωμένου Βασιλείου, το 47% των επαγγελματιών υγείας φέρει κάρτα δωρητή και το 97% του δείγματος συμφώνησε με τη δωρεά (Davies et al., 2002).

Σε άλλη μελέτη που διεξήχθη στο Ηνωμένο Βασίλειο από τον Collins (2005) σε νοσηλευτές ΜΕΘ, βρέθηκε ότι το 26% συμφώνησε έντονα με τη δωρεά, το 32% συμφώνησε, το 26% ήταν αβέβαιοι και 16% διαφωνούσαν με τη δωρεά οργάνων. Η μελέτη διαπίστωσε ότι ο κύριος λόγος για τον οποίο οι νοσηλευτές έχουν αρνητική γνώμη για τη δωρεά ήταν ότι τα όργανα θα μπορούσαν να απορριφθούν προκαλώντας καρδιακή προσβολή στον αποδέκτη της μεταμόσχευσης και στις οικογένειές τους.

Το 15,9% των συμμετεχόντων είχαν παρακολουθήσει πως γίνονται οι δοκιμασίες ελέγχου νέκρωσης εγκεφαλικού στελέχους, ενώ το 79,6% δεν γνώριζαν ένα γίνονται σωστά οι δοκιμασίες ελέγχου νέκρωσης εγκεφαλικού στελέχους. Παρόλο, λοιπόν, που το επίπεδο γνώσης και το ποσοστό συμμετοχής σε μεταμοσχεύσεις είναι χαμηλό, το ποσοστό προθυμίας των συμμετεχόντων για δωρεά οργάνων είναι πολύ υψηλό. Οι Irving et al. (2011: 2532) υποστήριξαν ότι η απόφαση για τη δωρεά γίνεται με βάση πολλούς παράγοντες, μεταξύ των οποίων είναι το επίπεδο γνώσης σχετικά με τη δωρεά οργάνων. Οι Wakefield et al. (2011) υποστήριξαν, επίσης, ότι η γνώση για τη δωρεά οργάνων αποτελεί πρόβλεψη της στάσης των επαγγελματιών υγείας έναντι της δωρεάς και της μεταμόσχευσης οργάνων. Οι Irving et al. (2011) διαπίστωσαν ότι οι συμμετέχοντες στη μελέτη τους ήταν πιο πρόθυμοι να δώσουν σε έναν συγγενικό παρά σε έναν ξένο πρόσωπο. Στην παρούσα μελέτη, όμως, η επιθυμία για δωρεά οργάνων δε σχετίστηκε με το δέκτη του οργάνου και την πιθανή συγγένεια που μπορεί να έχει με το δότη.

Ο Collins (2005) σε νοσηλευτές που εργάζονταν σε ΜΕΘ ενηλίκων βρήκε ότι το 61% των συμμετεχόντων αισθάνονταν ότι είχαν αρκετές γνώσεις για να εξηγήσουν το θάνατο του εγκεφαλικού στελέχους σε έναν συγγενή, το 26% δεν μπορεί και το 13% δεν είναι βέβαιο. Επίσης, στην ίδια μελέτη βρέθηκε ότι το 42% του δείγματος δεν γνώριζε πλήρως τα κριτήρια που πιστοποιούν έναν ασθενή για δότη. Υπήρχαν επίσης ελλείμματα γνώσης στο προσωπικό όσον αφορά τις αντενδείξεις για τη δωρεά. Παρόμοια, οι Elding και Scholes (2005) βρήκαν ότι πολλοί επαγγελματίες υγείας δεν είχαν γνώση και εμπιστοσύνη για να είναι σε θέση να εντοπίσουν και να συζητήσουν

τις επιλογές δωρεάς με τις οικογένειες. Αυτό υποστηρίζει περαιτέρω το γεγονός ότι οι επαγγελματίες υγείας δε διαθέτουν κατάλληλη γνώση και εμπιστοσύνη όσον αφορά τη δωρεά οργάνων.

Μια μελέτη που διεξήχθη στην Πορτογαλία από τους Melo et al (2011) διαπίστωσε ότι οι επαγγελματίες υγείας έχουν ελλείμματα γνώσης σχετικά με τη δωρεά οργάνων και συγκεκριμένα διαπίστωσαν ότι το δείγμα τους δεν είχε γνώση σχετικά με το θάνατο του εγκεφαλικού στελέχους και τη διαδικασία δωρεάς οργάνων.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, όσο περισσότερες είναι οι γνώσεις των επαγγελματιών υγείας για τη δωρεά οργάνων, τόσο πιο θετική είναι η στάση τους για το συγκεκριμένο θέμα και τόσο πιο πιθανό ήταν να συμμετάσχουν στη διαχείριση των δωρητών (Duke et al., 1998, Ingram et al., 2002, Roels et al., 2010).

Στη Τουρκία, το 87,7% των νοσηλευτών σε μία μελέτη είχαν θετική στάση απέναντι στη δωρεά οργάνων. Από αυτούς, μόνο το 10,8% ανέφερε ότι γνώριζαν το νόμο της δωρεάς. Και αυτή η μελέτη έδειξε συσχέτιση μεταξύ της γνώσης και της στάσης των επαγγελματιών υγείας απέναντι στη δωρεά οργάνων.

Μια μελέτη που διεξήχθη στην Τουρκία από τους Akgun et al (2003) έδειξε ότι το 44,2% των ιατρών και νοσηλευτών ήταν πρόθυμο να δωρίσει τα δικά τους. Η έρευνά τους έδειξε, επίσης, ότι η έλλειψη γνώσεων είχε αρνητικό αντίκτυπο στις στάσεις των επαγγελματιών υγείας.

Στη μελέτη των Bogh και Madsen (2005), η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας ήταν θετική για τη δωρεά, αλλά μόνο το 54% του δείγματος είχε επαρκείς γνώσεις σχετικά με τη δωρεά.

Παρόμοια, οι Erdogan et al (2002) διαπίστωσαν ότι ο κύριος λόγος για τον οποίο οι ιατροί αποφεύγουν τη δωρεά ή αποτυγχάνουν να λάβουν σχετική συγκατάθεση για τη δωρεά ήταν ότι είχαν ελλείμματα στη γνώση και την κατάρτιση. Ο ρόλος της εκπαίδευσης φαίνεται και από τη μελέτη των Lin et al (2010), όπου η στάση των νοσηλευτών απέναντι στη δωρεά αυξήθηκε μετά από μια εκπαιδευτική διάλεξη για τη δωρεά.

Πολλές μελέτες τονίζουν τη σημασία της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης σχετικά με τη δωρεά οργάνων για τους επαγγελματίες υγείας (Kim et al., 2006, Cantwell &

Clifford, 2000, Jones-Riffell & Stroeckle, 1998). Τα στοιχεία δείχνουν ότι υπάρχει άμεση σχέση μεταξύ του προσωπικού που έλαβε εκπαίδευση για τη δωρεά και των βελτιώσεων στην εμπιστοσύνη, τη στάση και τη διαχείριση των ασθενών - δωρητών στην κλινική πράξη (Kim et al., 2006, Collins, 2005, Roels et al., 2010).

Οι επαγγελματίες υγείας έχουν αναφέρει ότι συχνά δεν συμμετέχουν στη διαδικασία δωρεάς καθώς δεν έχουν επαρκείς πληροφορίες σχετικά με τη δωρεά (Torbias et al., 2011).

Μία μελέτη που διεξήχθη στην Ινδία από τους Mishra et al (2004) διαπίστωσε ότι μόνο το 25% των επαγγελματιών υγείας είχαν επαρκείς γνώσεις σχετικά με τη δωρεά, ενώ το 51% δήλωσε ότι γνώριζε τις νομικές συνέπειες της δωρεάς και τις ανησυχίες που εκφράστηκαν για την προσέγγιση των οικογενειών για συγκατάθεση. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το συνολικό επίπεδο γνώσης ήταν χαμηλό, το οποίο έχει αρνητική επίδραση στην ταυτοποίηση του δότη.

Οι Bogh και Madsen (2005) στη μελέτη τους σε 15 νοσοκομεία στη Δανία διαπίστωσαν ότι υπάρχει σημαντική έλλειψη εμπειρίας στη δωρεά οργάνων, ενώ μόνο το 54% των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι είχαν επαρκείς γνώσεις για να εξηγήσουν τη διαδικασία της δωρεάς οργάνων στους συγγενείς. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι υπήρξε σημαντική ανάγκη για περισσότερη εκπαίδευση και κατάρτιση, ιδίως όσον αφορά τον εντοπισμό πιθανών δωρητών καθώς και την επικοινωνία και υποστήριξη των συγγενών των δωρητών.

Σε επαγγελματίες υγείας που εργάζονταν σε ΤΕΠ στην Αυστραλία βρέθηκε ότι η στάση τους ήταν θετική προς τη δωρεά, αλλά το 25% αυτών δεν είχε λάβει καθόλου εκπαίδευση σχετικά με τη δωρεά (Jelinek et al., 2012).

Οι συμμετέχοντες στην παρούσα μελέτη έδωσαν μεγάλη σημασία στη χρησιμότητα των μεταμοσχεύσεων, τονίζοντας ιδιαίτερα την έλλειψη δοτών. Το 57,9% των συμμετεχόντων δεν γνωρίζουν καθόλου τη νομοθεσία των μεταμοσχεύσεων. Στην παρούσα μελέτη, οι συμμετέχοντες πιστεύουν ότι η μεταμόσχευση είναι πολύ χρήσιμη γιατί κυρίως σώζει ζωές, βελτιώνει την ποιότητα ζωής και δίνει μία δεύτερη ευκαιρία. Οι Irving et al. (2014) είναι της γνώμης ότι η προθυμία να εγγραφεί κάποιος ως δωρητής οργάνων επηρεάζεται από το



αλτρουιστικό κίνητρο για να σώσει ζωές και να βελτιώσει τη ζωή των άλλων και αυτό είναι που πρέπει να προβάλλεται μέσω εκστρατειών.

Η διερεύνηση της στάσης των επαγγελματιών υγείας απέναντι στη δωρεά οργάνων είναι πολύ σημαντική γιατί οι επαγγελματίες υγείας επηρεάζουν με τη σειρά τους τη στάση των ασθενών και των υπόλοιπων ανθρώπων για αυτό το θέμα. Οι Zambudio et al. (2009) έδειξαν ότι οι νοσηλευτές είναι μία υποομάδα που βρίσκεται σε στενή επαφή με τους ασθενείς και ότι συνεπώς η στάση τους, είτε είναι θετική είτε αρνητική, προς τη δωρεά οργάνων θα επηρεάσει τη στάση των ασθενών τους. Ένας από τους καθοριστικούς παράγοντες μιας θετικής στάσης απέναντι στη δωρεά οργάνων είναι η προθυμία των επαγγελματιών υγείας να ενθαρρύνουν τους φίλους, τους συγγενείς και τους ασθενείς τους να δωρίσουν (Edwin & Raja, 2000).

### **Περιορισμοί της μελέτης**

Η παρούσα μελέτη έχει μερικούς περιορισμούς. Ένας περιορισμός είναι το ίδιο το εργαλείο, το οποίο έχει σχεδιαστεί και εφαρμοστεί μόνο σε φοιτητές νοσηλευτικής. Είναι η πρώτη φορά που χρησιμοποιείται σε επαγγελματίες υγείας και για το λόγο αυτό πρέπει να διεξαχθούν και άλλες μελέτες για να αναδείξουν την αξιοπιστία του. Επίσης, στο υπό μελέτη νοσοκομείο δεν γίνονται μεταμοσχεύσεις συχνά και για αυτό το λόγο προτείνεται η διεξαγωγή της παρούσας μελέτης σε κεντρικά νοσοκομεία όπου οι επαγγελματίες υγείας έρχονται πιο συχνά σε επαφή με τέτοιες καταστάσεις.

## Συμπεράσματα

Οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας θα δέχονταν να γίνουν δωρητές οργάνων, κυρίως επειδή πιστεύουν ότι μπορεί να σωθεί μία άλλη ζωή και γιατί εάν θεωρηθούν κλινικά νεκροί πιστεύουν ότι δεν θα έχει νόημα να συντηρούνται με μηχανική αναπνοή. Τα κυριότερα αίτια για τη μη δωρεά οργάνων ήταν ο φόβος και η απουσία εμπιστοσύνης για τη διαδικασία λήψης οργάνων.

Επίσης, οι επαγγελματίες υγείας γνωρίζουν τι προβλέπει η νομοθεσία για τις μεταμοσχεύσεις και τη λήψη οργάνων από κλινικά νεκρούς ασθενείς, κυρίως λόγω επαγγέλματος. Πολύ λίγοι είναι εκείνοι που είχαν παρακολουθήσει πως γίνονται οι δοκιμασίες ελέγχου νέκρωσης εγκεφαλικού στελέχους, ενώ οι περισσότεροι δεν γνωρίζουν τη διαδικασία. Οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας θα έδιναν τη συγκατάθεσή τους για λήψη οργάνων προς μεταμόσχευση εάν ήταν συγγενής βαρέως πασχόντως στη ΜΕΘ, ενώ οι μισοί περίπου συμμετέχοντες απάντησαν ότι είναι προτιμότερη η λήψη οργάνων από κάποιον εγκεφαλικά νεκρό (πτωματικό δότη) και οι υπόλοιποι από υγιείς συγγενείς.

Ο Kent (2002) αναφέρει ότι η γνώση των νοσηλευτών αποκτιέται μέσω της κοινωνικής ευαισθητοποίησης από τις εκστρατείες των μέσων μαζικής ενημέρωσης και την παρελθούσα κλινική πειραματική εμπειρία επηρεάζοντας την ικανότητά τους να συζητούν τη δωρεά και όχι οποιοδήποτε επίσημο εκπαιδευτικό πρόγραμμα.

Είναι σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας στην Ελλάδα να εκπαιδευτούν σχετικά με τη δωρεά οργάνων και τη νομοθεσία, ώστε να νιώθουν ασφάλεια και να συμμετέχουν στη διαδικασία. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να είναι θετικοί απέναντι στη δωρεά οργάνων γιατί η δική τους στάση επηρεάζει τη στάση των ασθενών και συγγενών.

## **Βιβλιογραφία**

Abouna G.M. (2003) Ethical issues in organ transplantation. *Medicine Principle and Practice*, 12, 54-69.

Akgun H, Bilgin N, and Tokalak I (2003) Organ donation, a cross-sectional survey of the knowledge and personal views of Turkish healthcare professionals. *Transplant Proceedings*, 35,1273-1275.

Akgun HS, Bilgin N, Tokalak I, et al. (2003). Organ donation, a cross sectional survey of the knowledge and personal views of Turkish health care professionals. *Transplant Proc*, 35,1273.

Alvaro, E. M., Jones, S. P., Robles, A. S. M., & Siegel, J. T. (2005). Predictors of organ donation behavior among Hispanic Americans. *Progress in Transplantation*, 15, 149-156.

AMRC (2008) Academy of Royal Colleges, A code of practises for the diagnosis and confirmation of death. Διαθέσιμο από: [http://www.aomrc.org.uk/doc\\_view/42-a-code-of-practice-for-the-diagnosis-and-confirmation-of-death](http://www.aomrc.org.uk/doc_view/42-a-code-of-practice-for-the-diagnosis-and-confirmation-of-death)

Arriola, K. R., Perryman, J. P., & Doldren, M. (2005). Moving beyond attitudinal barriers, Understanding African Americans' support for organ and tissue donation. *Journal of the National Medical Association*, 97, 339-350.

Barber, K., Falvey, S., Hamilton, C., Collett, D., & Rudge, C. (2006). Potential for organ donation in the United Kingdom, Audit of intensive care records. *British Medical Journal*, 332, 1124-1127.

Barcellos, F. C., Araujo, C. L., & Da Costa, J. (2005). Organ donation, A population-based study. *Clinical Transplantation*, 19, 33-37.

Bardell T, Hunter D, Kent W and Jaln M (2003) Do medical students have the knowledge needed to maximise organ donation rates? *Canadian Journal of Surgery*, 46,453-457.

Barnett, A. H., Blair, R. D., & Kaserman, D. L. (1992). Improving organ donation, Compensation versus markets. *Inquiry*, 29, 372-378.

- Beholz S., Kipke R. (2007) The death penalty and organ transplantation in China, the role of academic heart surgeons. *Journal of Heart Lung Transplant*, 26, 873-5.
- Bogh L and Madsen M (2005) Attitudes, knowledge proficiency in relation to organ donation, a questionnaire-based analysis in donor hospitals in northern Denmark. *Transplant Proceedings*, 37,3256-3257.
- Bøgh L, Madsen M. (2005). Attitudes, knowledge, and proficiency in relation to organ donation, a questionnaire-based analysis in donor hospitals in northern Denmark. *Transplant Proc*, 37,3256.
- Bosshard G., Broeckaert B., Clark D., Materstvedt L.J., Gordijn B., Müller-Busch H.C. (2008) A role for doctors in assisted dying? An analysis of legal regulations and medical professional positions in six European countries. *Journal of Medical Ethics*, 34,28-32
- Boulware, L. E., Ratner, L. E., Cooper, L. A., Sosa, J. A., LaVeist, T. A., & Powe, N. R. (2002). Understanding disparities in donor behavior, Race and gender differences in willingness to donate blood and cadaveric organs. *Medical Care*, 40, 85-95.
- Bradley, B. A., & Brooman, P. M. (1980). Panorama's lost transplants. *Lancet*, 2, 1258-1259.
- Brazier M. (2002). Retained Organs, Ethics and humanity. *Legal Studies*, 22,550- 69.
- Bruzzo, P. (2010). Financial incentives for organ donation, A slippery slope toward organ commercialism? *Transplantation Proceedings*, 42, 1048-1049.
- Burroughs, T. E., Hong, B. A., Kappel, D. F., Freedman, B. K. (1998). The stability of family decisions to consent or refuse organ donation. Would you do it again? *Psychosomatic Medicine*, 60, 156-162.
- Cantwell M and Clifford C (2000) English Nursing & medical students' attitudes towards organ donation. *Journal of Advanced Nursing*, 4,961-968
- Caplan, A. (1984). Sounding board, Ethical and policy issues in the procurement of cadaver organs for transplantation. *New England Journal of Medicine*, 311, 981-983.

Caplan, A. (2008). Organ transplantation. In M. Crowley (Ed.), From birth to death and bench to clinic, The Hastings Center bioethics briefing book for journalists, policymakers, and campaigns, (pp. 129-132). Garrison, NY, The Hastings Center.

Chapa, J. (1992). Hispanics and organ donation, Prospects, obstacles, and recommendations. Unpublished manuscript, School of Public Affairs. University of Texas, Austin, TX.

Chavalitdhamrong D., Gill J., Takemoto S., et al. (2008) Patient and graft outcomes from deceased kidney donors age 70 years and older, an analysis of the Organ Procurement Transplant Network/United Network of Organ Sharing database. *Transplantation*, 85, 1573-1579.

Chernenko S, Jensen L, Newburn-Cook C and Bigam D (2005) Organ donation and transplantation, a survey of critical care health professionals in non-transplant hospitals. *Prog Transplant*, 15,69-77.

Cheung, A. H. S., Alden, D. L., & Wheeler, M. S. (1998). Cultural attitudes of Asian-Americans toward death adversely impact organ donation. *Transplantation Proceedings*, 30, 3609 -3610.

Childress J.F. (2001) The Failure to Give, Reducing Barriers to Organ Donation. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 11, 1-16.

Chung, C.K., Ng, C.W., Li, J.Y., Sum, K.C., Man, A.H., Chan, S.P., Cheung, J.Y., Tang, B.Y. et al. (2008). Attitudes, knowledge, and actions with regard to organ donation among Hong Kong medical students. *Hong Kong Medical Journal*. 14, 278-285.

Cleiren, M., & Van Zoelen, J. (2002). Postmortem organ donation and grief, A study of consent, refusal and wellbeing in bereavement. *Death Studies*, 26, 837-849.

Cochran L, Cornell DL, Howard RJ. (2012). History of deceased organ donation, transplantation, and organ procurement organizations. *Prog Transplant*,22,6-17.

Cohen E. (2003) Organ Transplantation, Ethical Dilemmas and Policy Choices, Staff Background paper. Διαθέσιμο από: [https://bioethicsarchive.georgetown.edu/pcbe/background/org\\_transplant.html](https://bioethicsarchive.georgetown.edu/pcbe/background/org_transplant.html)

Collins T. (2005). Organ and tissue donation, a survey of nurse's knowledge and educational needs in an adult ITU. *Intensive & Critical Care Nursing*, 21,226-233.

Colorado Organ Donor Legislation Pulled. (2011, July 29). Διαθέσιμο από: [colorado-organ-donor-legi\\_n\\_81249.html](http://www.colorado-organ-donor-legi_n_81249.html)

<http://www.huffingtonpost.com/2011/01/21/colorado-organ-donor-legi>

Conesa C, Rios A and Ramirez P (2005) Rural primary care centres as a source of information about organ donation. *Transplant Proceedings*, 37, 3609-2613.

Conesa, C., Rios, A., Ramirez, P., Rodriguez, M. M., Rivas, P., Canteras, M., & Parrilla, P. (2003). Psychosocial profile in favor of organ donation. *Transplantation Proceedings*, 35, 1276-1282.

Conesa, C., Ríos, A., Ramírez, P., Rodríguez, M.M., Rivas, P., Canteras, M., & Parrilla, P. (2003). Psychosocial profile in favor of organ donation. *Transplantation Proceedings*, 35, 1276-1281.

Crippin J.S. (2004) What's new--what's hot in clinical science, American Transplant Congress 2004. *American Journal of Transplant*, 4, 1747-1753.

Davies M, Corney A, Freeman R, Claridge S, Crawford R and Mohiddin A (2002) The impact of health care professionals' attitudes about being registered donors on the availability of organs. *Nursing Times*, 45,36-41.

Davis, R. (2004, October 25). Online organ match raises ethical concerns. *USA Today*.

DeJong, W., Franz, H. G., Wolfe, S. M., Nathan, H., Payne, D., Reitsma, W., & Beasley, C. (1998). Requesting organ donation, An interview study of donor and nondonor families. *American Journal of Critical Care*, 7, 13-23.

Delmonico F.L., Arnold R., Scheper-Hughes N., Siminoff L.A., Kahn J., Youngner S.J. (2002) Ethical incentives--not payment--for organ donation. *New England Journal of Medicine*, 20, 346.

Demir T, Selimen D, Yildirim M and Kucuk H (2011) Knowledge and attitudes toward organ/tissue donation and transplantation among health care professionals

working in Organ transplantation or dialysis units. *Transplant Proceedings*. 5,1425-1428.

Department of Health (2008) *Organs for Transplants*, A report from the organ donation task force, London, DH.

Dossetor J. B. (1994) *Ethics in Transplantation*. In, Morris P Jr (ed). *Kidney transplantation*. 4th ed. Philadelphia, WB Saunders, 524-531.

Douglas D.D. (2003) Should Everyone Have Equal Access to Organ Transplantation? An Argument in Favor. *Archives of Internal Medicine*, 163, 1883-1885.

Duke J, Murphy B and Bell A (1998) Nurses' attitudes toward organ donation, An Australian perspective, *Dimensions of Critical Care Nursing*. 21,249-255.

Edwin, A.R. & Raja, D. 2000. Attitudes of health care professionals towards organ donation. *Indian Journal of Urology*. 16,98-105.

Elding C and Scholes J (2005) Organ & tissue donation, a trustwide perspective or critical care concern? *Nursing in Critical Care*. 10,129-135.

Erdogan O, Yucetin L, Tuncer M, Kececioglu N, Gurkan A, Akaydin M and Yakupoglu G (2002) Attitudes & knowledge of Turkish physicians about organ donation and transplantation, *Transplantation Proceedings*. 34,2007-2008.

Essman C and Thornton J (2006) Assessing medical student knowledge, attitudes & behaviours regarding organ donation, *Transplantation Proceedings*. 38,2745-2750.

Ethics of organ Transplantation (2004) "Original publication by the university of Minnesota's centre for bioethics. Διαθέσιμο από: [http://www.ahc.umn.edu/img/assets/26104/Organ\\_Transplantation.pdf](http://www.ahc.umn.edu/img/assets/26104/Organ_Transplantation.pdf)

Evans D.W. (2000) The demise of 'brain death' in Britain, . In, Potts M, Byrne PA, Nilges RG, eds. *Beyond brain death, the case against brain based criteria for human death*. Dordrecht, The Netherlands, Kluwer Academic Publishers, 139-158.

Evers S, Farewell VT, Halloran PF. Public awareness of organ donation. *Can Med Assoc J* 1988, 138,237.

- Feeley, T. H., & Servoss, T. J. (2005). Examining college student's intentions to become organ donors. *Journal of Health Communication*, 10, 237-249.
- Feeley, T. H., & Vincent, D. (2007). How organ donation is represented in newspaper articles in the United States. *Health Communication*, 21, 125-131.
- Floden A, Persson L, Rizell M, Sanner M and Forsberg A (2011) Attitudes to organ donation among Swedish ICU nurses, *Journal of Clinical Nursing*. 20, 3183-3195.
- Gabr M. (1998) Organ transplantation in developing countries. *World Health Forum*, 19,120-3.
- Galeano C., Marcén R., Jimenez S., Fernández Rodríguez A., Sosa H., Villafruela J.J., Teruel J.L., Burgos F.J., Quereda C. (2010) Utilization of elderly kidney donors (>70 years) does not affect graft survival in the medium term. *Transplant Proceedings*, 42, 3935-7.
- Gallup Organization (Gallup). (2005). 2005 National survey of organ and tissue donation attitudes and behaviors. Washington, DC, Health Resources and Services Administration.
- Garwood P. (2007) Dilemma over live - donor transplantation. *Bulletin of the World Health Organization*, 85, 5-6.
- Gopalakrishnan G., Gourabathini P.S. (2007) Marginal kidney donor, *Indian Journal of Urology*, 23, 286–293.
- Goz F, Goz M and Erkan M (2006) Knowledge and attitudes of medical, nursing, dentistry and health technician students towards organ donation, *Issues in Clinical Nursing*. 10,1371-1375.
- Grady D. (2007) Patients contract 2 viruses from donor in transplants. *New York Times*, Published on 2007 Nov 14.
- Gross T, Marguccio I and Martinoli (2000) Attitudes of hospital staff involved in organ donation to the procedure, *Transplant International*. 5,351-356.
- Groth CG, Collste L, Lundgren G. (2012). Curt Franksson – den svenska transplantationskirurgins fader. *Läkartidningen*, 109, 111-2.



- Gustin N. (2006) Deaths from rodent virus raise need for tracking system. American Association for the Advancement of Science, 2006. Διαθέσιμο από: [http://www.eurekalert.org/pub\\_releases](http://www.eurekalert.org/pub_releases)
- Harris J. (2002) “Law and Regulation of Retained Organs, The ethical issues”, *Legal Studies*, 22, 527–49.
- Harris J. (2003) “Organ Procurement, Dead interests, living needs”, *Journal of Medical Ethics*, 29, 130–4.
- Harrison, T. R., Morgan, S. E., & Chewning, L. V. (2008). The challenges of social marketing of organ donation, News and entertainment coverage of donation and transplantation. *Health Marketing Quarterly*, 25, 33–65.
- Haustein, S. V., & Sellers, M. T. (2004). Factors associate with (un)willingness to be an organ donor, Importance of public exposure and knowledge. *Clinical Transplantation*, 18, 193-200.
- Health Resources and Services Administration. (2005, January 18-20). Organ donation break through collaborative. Presentation at the 2005 Learning Session 2. Birmingham, AL.
- Healy, K. (2006). Last best gifts, Altruism and the market for human blood and organs.
- Heneghan T. (2007) China, Pakistan bowing to pressure on organ trade. Reuters News, Rotterdam. Διαθέσιμο από: <http://uk.reuters.com/article/2007/04/04/health-organs-dc-idUKL0445376320070404>
- Hill D.J. (2000) Brain stem death, a United Kingdom anaesthetist’s view. In, Potts M, Byrne PA, Nilges RG, eds. *Beyond brain death, the case against brain based criteria for human death*. Dordrecht, The Netherlands. Kluwer Academic Publishers.
- Hirvas, J., Enckell, M., Kuhlback, B., & Pasternack, A. (1976). Psychological and social problems encountered in active treatments of chronic uraemia. The living donor. *Acta Medica Scandinavica*, 200, 17-20.
- Humayun A. (2007) ( Editorial ), To sell or not to sell an organ. Dawn Newspaper published on 2007 August 30.

Ingram J, Buckner E and Rayburn A (2002) Critical care nurses' attitudes and knowledge related to organ donation, *Dimensions Critical Care Nursing*. 21,249-255.

Institute of Medicine (IOM). (2006). *Organ donation, Opportunities for action*. Washington, DC, National Academy Press.

Irving, M.J., Jan, S., Tong, A., Wong, G., Craig, J.C., Chadban, S., Rose, J., Cass, A., Allen, R.D. & Howard, K. (2014). What factors influence people's decisions to register for organ donation? The results of a nominal group study. *Transplant International*. 27,617-624.

Irving, M.J., Tong, A., Jan, S., Cass, A., Rose, J., Chadban, S., Allen, R.D., Craig, J.C. et al. (2011). Factors that influence the decision to be an organ donor, A systemic review of the qualitative literature. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 27,2526-2533.

Jelinek G, Marck C, Weiland T, Neate S and Hickey B (2012) Organ and tissue donation – related attitudes, education and practices of emergency department clinicians in Australia, *Emergency Medicine Australasia*. 3,244-250.

Jones-Riffell A and Stoeckle M (1998) Attitudes of upper division nursing students towards organ donation, *Journal of Continuing Nursing Education*. 6,274-281.

Jonsen R.A. (2012). *The Ethics of Organ Transplantation, A Brief History*, *Virtual Mentor*, 14, 264-268.

Kahan BD. Cosmas and Damian revisited. *Transplant Proc*. 1983,15(4 Suppl 1-2),2211-6.

Karam G., Kälble T., Alcaraz A., Aki F.T., Budde K., Humke U., Kleinclauss F. (2009) *Guidelines on Renal Transplantation, Renal Transplantation-update, March-2009*, Published by © European Association of Urology 2013.

Kaserman, D. (2002). Markets for organs, Myths and misconception. *Journal of Contemporary Health Law and Policy*, 18, 567-581.

Kaserman, D. L., & Barnett, A. H. (2002). *The U. S. organ procurement system, A prescription for reform*. Washington, DC, AEI Press.

Kauffman H.M., Bennett L.E., McBride M.A., Ellison M.D. (1997) The expanded donor. *Transplant Review*, 11, 165–190.

Kennedy, I., Sells, R. A., Daar, A. S., Guttman, R. D., Hoffenberg, R., Lock, M., Tilney, N. (1998). The case for “presumed consent” in organ donation. *Lancet*, 351, 1650-1652.

Kent B (2002) Psychosocial factors influencing nurses’ involvement with organ and tissue donation. *International Journal of Nursing Studies*, 39,429-440.

Kiberd C (1998) Curriculum effect on nursing students’ attitudes and knowledge towards organ donation and transplantation, *ANNA*. 2,210-218.

Kim J, Elliott D and Hyde C (2004) Korean health professionals’ attitudes and knowledge towards organ donation and transplantation, *International Journal of Nursing Studies*. 41,299-307.

Kim J, Fisher M and Elliott D (2006) Undergraduate nursing students’ knowledge and attitudes towards organ donation in Korea, Implications for education. *Nurse Education Today*. 26,465-474.

Kopfman, J.E., & Smith, S.W. (1996). Understanding the audiences of a health communication campaign, A discriminant analysis of potential organ donors based on intent to donate. *Journal of Applied Communication Research*, 24, 33-49.

Kreis H. (2005) The question of organ procurement, beyond charity. *Nephrology Dialysis Transplant*, 20, 1303-6.

Kuczewski M.G. (2002) The gift of life and starfish on the beach, The ethics of organ procurement. *American Journal of Bioethics*, 2, 53-56.

Lam, W. A., & McCullough, L. B. (2000). Influence of religious and spiritual values on the willingness of Chinese-Americans to donate organs for transplantation. *Clinical Transplantation*, 14, 449-456.

Lin L, Lin C, Lam H and Chen C (2010) Increasing the participation of intensive care unit nurses to promote deceased donor organ donation, *Transplantation Proceedings*. 42,716-718.

Linden PK. History of solid organ transplantation and organ donation. *Crit Care Clin.* 2009,25,165-184.

Long, T., Sque, M., & Payne, S. (2006). Information sharing, Its impact on donor and non-donor families' experiences in the hospital. *Progress in Transplantation*, 16, 144-149.

Lopez-Montesinos M, Manzanera Saura J, Mikla M, Rios A, Lopez-Nnavas A, Martinez-Alarcon L, Rodriguez M and Ramirez P (2010) Organ donation and transplantation training for professional nurses as a health and social awareness policy, *Transplantation Proceedings.* 42, 239-242.

Maloney, G., & Walker, I. (2000). Messiahs, pariahs, and donors, The development of social representations of organ transplants. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 30, 203–227.

Manuel, A., Solberg, S., & MacDonald, S. (2010). Organ donation experiences of family members. *Nephrology Nursing Journal*, 37, 229-236.

Manyalich M, Parades D, Balleste C and Menjivar A (2010) The PIERDUB project, International project on education and research in donation at university of Barcelona, Training university students about donation and transplantation, *Transplantation Proceedings.* 42, 117-120.

Martinez-Alarcon L, Rios A, Lopez M, Guzman D, Lopez-Navas A, Parrilla P and Ramirez P (2009) Do nursing students understand the meaning of brain death? *Transplantation Proceedings.* 41,2060-2063.

McGregor, J. L., Verheijde, J. L., & Rady, M. Y. (2008). The entertainment media framing of organ donation, Secondhand reality balancing the ideological bias of education campaigns. *Health Communication*, 23, 394-395.

Mekahli D, Liutkus S, Fargue S, Rachin B and Cochat P (2009) Survey of first-year medical students to assess their knowledge and attitudes toward organ transplantation and donation, *Transplantation Proceedings.* 41,634-638.

Melo J, Batista A, Teixeira A, Figueiredo E, Ribeiro O, Lopes P, Pina J, Carvalho A and Granja C (2011) Knowledge and behaviour among health professionals in relation

to cadaveric organ donation and transplantation, A questionnaire based analysis in Portuguese hospitals, *Transplantation Proceedings*. 43, 1429-1433.

Metzger R.A., Delmonico F.L., Feng S., Port F.K., Wynn J.J., Merion R.M. (2003) Expanded criteria donors for kidney transplantation. *American Journal of Transplant*, 3, 114–125.

Meyer K, Torunn I and Eide H (2012) Intensive care nurses' perceptions of their professional competence in the organ donor process, a national survey, *Journal of Advanced Nursing*. 68,104-115.

Midwest Transplant Network. (2013). General education guide/frequently asked questions. Διαθέσιμο από: <http://www.mtn.org>

Mishra P, Aarti V and Sarma R (2004) A knowledge, attitude and practice study of organ donation & its problems in the metropolitan city of Delhi. *Journal of Academy of Hospital Administration*. 1,6-14.

Morgan, S. E., Harrison, T. R., Afifi, W. A., Long, S. D., & Stephenson, M. T. (2008). In their own words, The reasons why people will (not) sign an organ donor card. *Health Communication*, 23, 23-33.

Morgan, S. E., Harrison, T. R., Afifi, W. A., Long, S. D., Stephenson, M. T., & Reichert, T. (2005). Family discussions about organ donation, How the media is used to justify opinions and influence others about donation decisions. *Clinical Transplantation*, 19, 674-682.

Morgan, S. E., Harrison, T. R., Chewing, L. V., DiCorcia, M., & Davis, L. (2007). Entertainment (mis)education, The framing of organ donation in entertainment television. *Health Communication*, 22, 143-151.

Morgan, S. E., King, A. J., Smith, J. R., & Ivic, R. (2010). A kernel of truth? The impact of television storylines exploiting myths about organ donation on the public's willingness to donate. *Journal of Communication*, 60, 778-796.

Morgan, S., & Miller, J. (2002). Communicating about gifts of life, The effective of knowledge, attitudes, and altruism on behavior and behavioral intentions regarding organ donation. *Journal of Applied Communication Research*, 30(2), 163-178.

Morgan, S.E., & Miller, J.K. (2001). 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, 121-134.

Morgan, S.E., Harrison, T.R., Afifi, W.A., Long, S.D., & Stephenson, M.T. (2008). In their own words. The reasons why people will (not) sign an organ donor card. *Health Communication*, 23, 23-33.

Morris, J. A., Slaton, J., & Gibbs, D. (1989). Vascular organ procurement in the trauma population. *Journal of Trauma*, 29, 782-788.

Naqvi S.A.A., Ali B., Mazhar F., Zafar M.N., Rizvi S.A.H. (2007) A socioeconomic survey of kidney vendors in Pakistan. *Transplant International*, 20, 934-9.

Nathan, H. M., Conrad, S. L., Held, P. J., McCullough, K. P., Pietroski, R. E., Siminoff, L. A., & Ojo, A. O. (2003). Organ donation in the United States. *American Journal of Transplantation*, 3(4), 29-40.

National Institute for Healthcare & Clinical Excellence (NICE) (2011) Organ donation for transplantation, Improving donor identification and consent rates for deceased organ donation. Διαθέσιμο από: <http://publications.nice.org.uk/organ-donation-for-transplantation-improving-donor-identification-and-consent-rates-for-deceased-cg135>

Neades, B. (2009). Presumed consent to organ donation in three European countries. *Nursing Ethics*, 16, 267-282.

Neuberger J. (2003) Liver transplantation for cholestatic liver disease, *Current Treatment Options in Gastroenterology*, 6, 113-121.

NHMRC (2007) National Health and Medical Research Council, Organ and tissue donation after death, for transplantation, Guidelines for ethical practice for health professionals Canberra, 2007.

NHS Blood and Transplant (2012a) Questions and answers relating to organ & tissue donation. Διαθέσιμο από: [http://www.organdonation.nhs.uk/ukt/how\\_to\\_become\\_a\\_donor/questions/](http://www.organdonation.nhs.uk/ukt/how_to_become_a_donor/questions/)

NHSBT (2014) Organ Donation and Transplant Activity report 2013/2014. Διαθέσιμο από: [http://www.organdonation.nhs.uk/statistics/transplant\\_activity\\_report/](http://www.organdonation.nhs.uk/statistics/transplant_activity_report/)

ODTF (2008) Organ Donation Task Force Report published by NHSBT. Διαθέσιμο από: <http://www.bts.org.uk/Documents/Publications/Organs%20for%20transplants%20%20The%20Organ%20Donor%20Task%20Force%201st%20report.pdf>

Ojo, O.A. (2005) Expanded Criteria Donors, Process and Outcomes, Seminars in Dialysis, 18, 463–468.

O'Neill O. (2003) Some limits of informed consent. *Journal of Medical Ethics*, 29, 4-7.

Organ Donor Bill Stirs Controversy. Διαθέσιμο από: [denverpost.com/blogs.denverpost.com/thespot/2011/01/19/organ-donor-bill-stirs-controversy/21178/](http://denverpost.com/blogs.denverpost.com/thespot/2011/01/19/organ-donor-bill-stirs-controversy/21178/)

Ozdag N, Bal C. (2001). The nurse's knowledge, awareness and acceptance of tissue-organ donation, *EDTNA ERCA*. 4,201-206.

Ozdag N. (2001). The nurses knowledge, awareness and acceptance of tissue-organ donation. *EDTNA ERCA J*, 27, 201.

Parahoo K. (2006) *Nursing Research, Principles, Process and Issues*. 2nd Ed. London, Macmillan.

Park, H. S., Smith, S. W., & Yun, D. (2009). Ethnic differences in intention to enroll in a state organ donor registry and intention to talk with family about organ donation. *Health Communication*, 24, 647-659.

Pelletier, M. (1992). The organ donor family member's perception of stressful situations during the organ donation experience. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 90-97.

Petechuk, D. (2006). *Organ transplantation*. Westport, CT, Greenwood Press.

Piccoli, G. B., Soragna, G., Putaggio, S., Burdese, M., Bergamo, D., Mezza, E., Segoloni, G. P. (2004). To give or to receive? Opinions of teenagers on kidney donation. *Transplantation Proceedings*, 36, 448-449.

Pierini, L., Valdez, P., Pennone, P., Verges, J., Melano, R., Cabezas, V., Robles, D. (2009). Teenager donation, Investigation of 848 high school students. *Transplantation Proceedings*, 41, 3457-3459.

Potts M., Evans D.W. (2005) Does it matter that organ donors are not dead? Ethical and policy implications. *Journal of Medical Ethics*, 31, 405-9.

Presidential Council on Bioethics. (2006). *Organ Transplantation Policies and Policy Reforms*. Presidential Council on Bioethics. (2006). *Organ Transplantation Policies and Policy Reforms*. Retrieved from <http://www.bioethics.georgetown.edu/pcbe/background/crowepaper.html>

Purgliese M, Esposti D, Venturoli N, Mazzetti P, Dormi A, Ghirardini A, Costa A and Ridolfi L (2001) Hospital attitude survey on organ donation in the Emilia-Romagna region, Italy. *Transplant International*. 14,411-419.

Rachmani R (1999) Physicians' and nurses' attitudes and knowledge toward brain death, *Transplantation Proceedings*. 31,1912-1913.

Radecki Breitkopf, C. (2006). Perceived consequences of communication organ donation wishes, An analysis of beliefs about defending one's decision. *Psychology and Health*, 21, 481-497.

Radecki, C., & Jaccard, J. (1997). Psychological aspects of organ donation, A critical review and synthesis of individual and next-of-kin donation decisions. *Health Psychology*, 5, 565-580.

Radunz S, Hertel S, Schmid K, Heuer M, Stommel P, Frühauf N, Saner F, Paul A and Kaiser G (2010) Attitude of Health Care Professionals to Organ Donation, Two Surveys Among the Staff of a German University Hospital. *Transplant Proceedings*. 42, 126-132.

Rahman K.G.M., Osman M.K., Mahmud S., Rahman M.M. (2009) The legal guideline for organ transplantation and therapeutic tissue removal, *Journal of Dhaka Medical College*, 18, 174-177.

Randhawa G (1998) Specialist nurse training programme, dealing with asking for organ donation, *Journal of Advanced Nursing*. 2,405-408.



- Ratner L.E., Sandoval P.R. (2010) When disaster strikes, death of a living organ donor. *American Journal of Transplant*, 10, 2577-81.
- Rene, A. A., Viera, E., Daniels, D., & Santos, Y. (1994). Organ donation in the Hispanic population, *Donde estan ellos?* *Journal of the National Medical Association*, 86, 13-16.
- Rios A, Conesa C and Ramirez P (2006) Attitudes of resident doctors toward different types of organ donation in a Spanish transplant hospital, *Transplant Proceedings*. 38,869-874.
- Roels L, Spaight C, Smits J and Cohen B (2010) Critical Care staffs' attitudes, confidence levels and educational needs correlate with countries' donation rates, data from the donor action database, *Transplant International*. 23,842-850.
- Rubens, A. J. (1996). Racial and ethnic differences in students' attitudes and behavior toward organ donation. *Journal of the National Medical Association*, 88(7), 417-421.
- Rubenstein A., Cohen E., Jackson E. (2006) The definition of death and the ethics of organ procurement from the deceased, *Staff Discussion Paper*.
- Rudge C., Matesanz R., Delmonico F.L. Chapman J. (2012) International practices of organ donation, *British Journal of Anaesthesia*, 108, i48-i55.
- Schnitzler M.A., Whiting J.F., Brennan D.C., Lin G., Chapman W., Lowell J., Boxerman S., Hardinger K.L., Kalo Z. (2003) The expanded criteria donor dilemma in deceased renal transplantation. *Transplantation*, 75 ,1940–1945.
- Shaw, R. (2011). The ethical risks of curtailing emotion in social science research, The case of organ transfer. *Health Sociology Review*, 20, 58–69.
- Siegel, J. T., Alvaro, E. M., & Hohman, Z. P. (2011). "Can you spare an organ?", Exploring Hispanic Americans' willingness to discuss living organ donation with loved ones. *Health Communication*, 26, 754-764.
- Siminoff L.A., Gordon N., Hewlett J., Arnold R.M. (2001) Factors influencing families' consent for donation of solid organs for transplantation, *Journal of American Medical Association*, 86, 71-7.

Siminoff, L. A., & Saunders Sturm, C. M. (2000). African-American reluctance to donate, Beliefs and attitudes about organ donation and implications for policy. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 10, 59-74.

Sirois, B. C., Sears, S. F., & Marhefka, S. (2005). Do new drivers equal new donors? An examination of factors influencing organ donation attitudes and behaviors in adolescents. *Journal of Behavioral Medicine*, 28, 201-212.

Small R. (2002) The ethics of life expectancy. *Bioethics*, 16, 307-34.

Spigner, C., Weaver, M., Cardenas, V., & Allen, M. D. (2002). Organ donation and transplantation, Ethnic differences in knowledge and opinions among urban high school students. *Ethnicity and Health*, 7, 87-101.

Spital A., Taylor J.S. (2007) Routine recovery of deceased organs for transplantation, consistent, fair, and lifesaving. *Clinical Journal of American Society of Nephrology*, 2, 300-3.

Spital, A. (2002) Justification of living-organ donation requires benefit for the donor that balances the risk, Commentary on Ross et al. *Transplantation*, 74, 423-424.

Sque M, Payne S and Vlachonikolis I (2000). Cadaveric donotransplantation, nurses' attitudes, knowledge & behaviour, *Social Science and Medicine*. 50,541-552.

Sque, M., Long, T., Payne, S., & Allardyce, D. (2008). Why relatives do not donate organs for transplants, 'Sacrifice' or 'gift of life'? *Journal of Advanced Nursing*, 61, 134-144.

Steigleder K. (2008) Ethical considerations of organ transplantation. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 51, 850-6.

Szabo, L. (2013, July 2). After 2ndtransplant, a new debate. *USA Today*, pp. 3D

Tabarrok, A. (2009). Life-Saving incentives, Consequences, costs and solutions to the organ shortage. Διαθέσιμο από: <http://www.econlib.org/library/Columns/y2009/Tabarroklifesaving.html>

Testa G., Klintmalm G.B. (2000) Assessing suitability of the cadaver donor. In, Stuart FP, Abecassis MM, Kaufman DB, eds. *Organ transplantation*. Georgetown, TX, Landes Bioscience.

- Thompson, N. M., Knudson, R., & Scully, G. (1997). Education in schools. In J. Chapman, M. Deirhoi, & C. Wight (Eds.), *Organ and tissue donation for transplantation* (pp. 400-411). New York, NY, Oxford University Press.
- Thompson, T. L., Robinson, J. D., & Kenny, R. W. (2003). Gender differences in family communication about organ donation. *Sex Roles*, 49, 587-596.
- Thornton, J. D., Wong, K. A., Cardenas, V., Curtis, J. R., Spigner, C., & Allen, M. D. (2006). Ethnic and gender differences in willingness among high school students to donate organs. *Journal of Adolescent Health*, 39, 266-274.
- Thornton, J. D., Wong, K. A., Spigner, C., & Allen, M. D. (2010). Effects of classroom education knowledge and attitudes regarding organ donation in ethnically diverse urban high schools. *Clinical Transplant*, 24, 784-793.
- Topbas M, Turkyilmaz G, Can S, Ulosoy M, Kalyoncu K, Kaynar A, Yavuzylmaz A, Kilic E and Ari S (2011) Information, attitude and behaviour toward organ transplantation and donation among health workers in Eastern black sea region of Turkey, *Transplantation Proceedings*. 43,773-777.
- Trey T., Caplan L.A., Lavee J. (2013) Transplant ethics under scrutiny – responsibilities of all medical professionals, *Croatian Medical Journal*, 54, 71–74.
- Ubel P.A., Jepson C., Baron J. (2001) Allocation of transplantable organs, do people want to punish patients for causing their illness? *Liver Transplant*, 7, 600-607.
- Uniform Anatomical Gift Act. (2010). Διαθέσιμο από: <http://www.a-o-t-a.org/uniform-anatomical-gift-act.html>
- United Network for Organ Sharing (UNOS). (2013). Organ Data. Διαθέσιμο από: <http://www.unos.org/Data>
- United Network for Sharing Organ. UNOS (2010). Διαθέσιμο από: [www.unos.org](http://www.unos.org)
- Vastag B. (2001) Living-donor transplants reexamined, experts cite growing concerns about safety of donors. *Journal of American medical association*, 290,181-2.
- Verheijde, J. L., Rady, M. Y., McGregor, J. L., & Friederich-Murray, C. (2009). Enforcement of presumed-consent policy and willingness to donate organs as

identified in the European Union survey, The role of legislation in reinforcing ideology in pluralistic societies. *Health Policy*, 90, 26-31.

Vinokur, A. D., Merion, R. M., Couper, M. P., Jones, E. G., & Dong, Y. (2006). Educational web-based intervention for high school students to increase knowledge and promote positive attitudes toward organ donation. *Health Education Behavior*, 33, 773-786.

Voo C.T., Campbell V.A. de Castro D.L. (2009) The Ethics of Organ Transplantation, Shortages and Strategies, *Annals Academy of Medicine*, 38, 359.

Wakefield, C.E., Reid, J. & Homewood, J. 2011. Religious and ethnic influences on willingness to donate organs and donor behaviour, An Australian perspective. *Progress in Transplantation*. 21,61-168.

Warren, N. A. (2002). Critical care family members' satisfaction with bereavement experiences. *Critical Care Nurse Quarterly*, 25, 54-60.

Watson CJ, Dark JH. (2012). Organ transplantation, historical perspective and current practice. *Br J Anaesth*, 108, 29-42.

Weaver, M., Spigner, C., Pineda, M., Rabun, K. G., & Allen, M. D. (2000). Knowledge and opinions about organ donation among urban high school students, Pilot test of a health education program. *Clinical Transplantation*, 14, 292-303.

Weber F and Canbay A (1999) Attitudes of physicians and nursing staff members toward organ donation in an urban area of Germany, *Transplant Proceedings*. 5, 2179-2180.

Weiss, A. H. (1996). Asking about asking, Informed consent in organ donation research. *IRB, A Review of Human Subjects Research*, 18, 6-10.

Weizer, N., Weizman, A., Shapira, Z., Yussim, A., & Munitz, H. (1989). Suicide by related kidney donors following the recipients' death. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 51, 216-219.

Wells, J. A. (2005). National survey of organ donation, 2005 preliminary results. Paper presented at the Institute of Medicine Workshop on Increasing Rates of Organ Donation. Washington, DC.

Wendler, D., & Dickert, N. (2001). The consent process for cadaveric organ procurement. How does it work? How can it be improved? *Journal of the American Medical Association*, 285, 329-333.

WHA (2004) World Health Assembly. Human organ and tissue transplantation, WHA57.18. Διαθέσιμο από: [http://www.who.int/transplantation/en/A57\\_R18-en.pdf](http://www.who.int/transplantation/en/A57_R18-en.pdf)

Wheeler, M. S., O’Friel, M., & Cheung, A. H. S. (1994). Cultural beliefs of Asian-Americans as barriers to organ donation. *Journal of Transplant Coordination*, 4, 146-150.

WHO (2010) Guiding principles on human cell, tissue and organ transplantation. Διαθέσιμο από: [http://www.who.int/transplantation/Guiding\\_PrinciplesTransplantation\\_WHA63.22en.Pdf](http://www.who.int/transplantation/Guiding_PrinciplesTransplantation_WHA63.22en.Pdf)

Wilkinson T. M. (2011) in press, *Ethics and the Acquisition of Organs*, Oxford, Clarendon Press.

Woo, K. T. (1992). Social and cultural aspects of organ donation in Asia. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 21, 421-427.

Woodcock T., Wheeler R. (2010) Law and medical ethics in organ transplantation surgery, *Annals of the Royal College of Surgeons in England*, 92, 282–285.

Yuen, C. C., Burton, W., Chiraseveenuprapund, P., Elmore, E., Wong, S., Ozuah, P., & Mulvihill, M. (1998). Attitudes and beliefs about organ donation among different racial groups. *Journal of the National Medical Association*, 90, 13-18.

Zambudio, A.R., Alarcon, L.M., Parrilla, P. & Ramipez, P. 2009. Attitude of nursing staff toward organ donation in a Spanish hospital with a solid organ donation program. *Progress in Transplantation*. 19,371-377.

Zampieron A, Corso M and Frigo A (2010) Undergraduate nursing students’ attitudes towards organ donation, a survey in an Italian University, *International Nursing Review*. 57,370-376.

Zink, S. (2004). The presumptive approach to consent for organ donation. Διαθέσιμο από: <http://www.presumptivity.com/files/9.%20Introducion.ppt>

Μπακάλης Νικόλαος. (2010) «Η στάση των Φοιτητών Νοσηλευτικής και των Νοσηλευτών σχετικά με τις μεταμοσχεύσεις». Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, 3(4), 104-109.



9. Έχετε εργασθεί ή εργάζεσθε σε ομάδα που πραγματοποιεί λήψη οργάνων για μεταμόσχευση;
- NAI OXI
10. Έχετε εργασθεί ή εργάζεσθε στο χειρουργείο κατά τη διάρκεια οργανοληψίας για μεταμόσχευση;
- NAI OXI
11. Έχετε εργασθεί ή εργάζεσθε σε ΜΕΘ που νοσήλευσε ασθενείς-δότες οργάνων;
- NAI OXI
12. Θα δεχόσαστε να γίνετε δωρητής οργάνων;
- NAI OXI
13. Εξηγήστε το λόγο της απάντησής σας. (Διαλέξτε την πιο κατάλληλη απάντηση απ' τα ΝΑΙ ή ΟΧΙ)
- a. ΝΑΙ, γιατί πιστεύω ότι μπορεί να σωθεί μία άλλη ζωή
  - b. ΝΑΙ, γιατί εάν θεωρηθώ κλινικά νεκρός, δεν θα έχει νόημα να συντηρούμαι με μηχανική αναπνοή,
  - c. ΟΧΙ, γιατί φοβάμαι,
  - d. ΟΧΙ, γιατί δεν εμπιστεύομαι την διαδικασία λήψης οργάνων.
14. Γνωρίζετε, λόγω επαγγέλματος, τι προβλέπει η νομοθεσία για τις μεταμοσχεύσεις και τη λήψη οργάνων από κλινικά νεκρούς ασθενείς;
- NAI OXI
15. Έχετε παρακολουθήσει πως γίνονται οι δοκιμασίες ελέγχου νέκρωσης εγκεφαλικού στελέχους;
- NAI OXI
16. Γίνονται σωστά οι δοκιμασίες ελέγχου νέκρωσης εγκεφαλικού στελέχους;
- NAI OXI ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ
17. Πιστεύετε ότι υπάρχει βιασύνη κατά τον έλεγχο λειτουργίας του εγκεφαλικού στελέχους ή η απόφαση λαμβάνεται την κατάλληλη στιγμή;
- NAI OXI ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ



18. Αν ήσασταν συγγενής βαρέως πασχόντως στη ΜΕΘ, θα δίνετε την συγκατάθεσή σας για λήψη οργάνων προς μεταμόσχευση;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

19. Έχετε στην οικογένειά σας κάποιο νεφροπαθή που περιμένει μόσχευμα;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

20. Τι είναι προτιμότερο κατά την άποψή σας;

- a. Η λήψη οργάνων από υγιείς συγγενείς
- b. Η λήψη οργάνων από κάποιον εγκεφαλικά νεκρό (πτωματικό δότη)
- c. Η μη πραγματοποίηση μεταμόσχευσης

21. Διατυπώστε σύντομα την άποψή σας

- a. Για την χρησιμότητα των μεταμοσχεύσεων.

- b. Για την ασφάλεια της ισχύουσας νομοθεσίας

22. Τι θα προτιμούσατε αν ήσασταν νεφροπαθής;

- a. Να βρεθεί γρήγορα μόσχευμα για να κάνω μεταμόσχευση
- b. Να κάνω συνεχή αιμοκάθαρση.

**ΑΔΕΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ**

**From:** [Nikos Bakalis](#)

**Sent:** Thursday, August 31, 2017 6:13 PM

**To:** '[Angeliki Doulou](#)'

**Subject:** RE: Αίτηση χορήγησης ερωτηματολογίου-Αγγελική Δούλου- Μεταπτυχιακό Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Αγαπητή κα Δούλου

Μετά από αίτημα σας, σας επιτρέπω να χρησιμοποιήσετε το ερωτηματολόγιο που έχει δημοσιευτεί στο περιοδικό «Ελληνικό Περιοδικό Της Νοσηλευτικής Επιστήμης», με θέμα «Η στάση των φοιτητών νοσηλευτικής και των νοσηλευτών σχετικά με τις Μεταμοσχεύσεις».

Για οποιαδήποτε πληροφορία, μην διστάσετε να επικοινωνήσετε μαζί μου.

Με εκτίμηση,

Νίκος Μπακάλης  
nikosbakalis@teiwest.gr  
Επίκουρος Καθηγητής  
Συντονιστής Erasmus-ECTS

**ΑΔΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ Γ.Ν.ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ**

**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ**

**ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ**

**Αρ. 27<sup>η</sup>/31-10-2017**

**ΘΕΜΑ: 10<sup>ο</sup> «Επί της με αριθμ. πρωτ. 21125/19-10-2017 αίτησης της κ. Δούλου Αγγελικής Προϊσταμένης του Τμήματος Βραχείας του Νοσοκομείου μας»**

Σχετικά με το θέμα αυτό η Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου κ. Αποστολοπούλου Νικολέτα, θέτει υπόψη των μελών την με αριθμ. πρωτ. 21125/19-10-2017 αίτηση της κ. Δούλου Αγγελικής Προϊσταμένης του Τμήματος Βραχείας της Νοσηλευτικής Μονάδας Καλαμάτας με θέμα: «Αίτηση άδειας διεξαγωγής έρευνας στα πλαίσια Διπλωματικής εργασίας» και η οποία έχει ως εξής:

«Η Νοσηλεύτρια Δούλου Αγγελική, υπάλληλος του Γ. Ν. Μεσσηνίας στο τμήμα Βραχεία Νοσηλεία, στη θέση Προϊσταμένης, και φοιτήτρια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων», εκπονώ αυτό το διάστημα ερευνητική εργασία με θέμα «Διερεύνηση γνώσεων και στάσεων επαγγελματιών υγείας, σχετικά με το ζήτημα της δωρεάς ιστών και οργάνων».

Υπό την επίβλεψη της κυρίας Ζυγά Σοφίας, Αναπληρώτριας Καθηγήτριας και μέλος ΔΕΠ του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Η συγκεκριμένη έρευνα απευθύνεται σε εργαζόμενους του Νοσοκομείου ευθύνης σας. Θα διεξαχθεί μέσω δομημένου ερωτηματολογίου και απαιτείται ολιγόλεπτη συμμετοχή τους.

Για τη διαδικασία διεξαγωγής υπεύθυνη θα είναι αποκλειστικά η ίδια η ερευνήτρια.

Της παρούσης αίτησης επισυνάπτεται το ερευνητικό πρωτόκολλο και το ερωτηματολόγιο» Το Επιστημονικό Συμβούλιο αφού έλαβε υπόψη του τα ανωτέρω

**ΓΝΩΜΟΔΟΤΕΙ ΟΜΟΦΩΝΑ**

Συμφωνεί για την έγκριση άδειας στην κ. Δούλου Αγγελική, Προϊσταμένη του Τμήματος Βραχείας της Νοσηλευτικής Μονάδας Καλαμάτας, για την διανομή ερωτηματολογίου σε εργαζόμενους του Νοσοκομείου, προκειμένου να εκπονήσει την Διπλωματική της εργασία με θέμα «Διερεύνηση γνώσεων και στάσεων επαγγελματιών υγείας, σχετικά με το ζήτημα της δωρεάς ιστών και οργάνων».

Επίσης με το πέρας της εργασίας, θα πρέπει να καταθέσει αντίγραφο στο Επιστημονικό Συμβούλιο, στο οποίο να αναγράφεται ότι πραγματοποιήθηκε στη Νοσηλευτική Μονάδα Καλαμάτας και να εκφράζει τις ευχαριστίες προς αυτή.

**ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ**  
**Αρ. 27<sup>η</sup>/ 31-10-2017**

Μετά τη λήψη της απόφασης η κ. Πρόεδρος, κλείνει το πρακτικό αυτό, επικυρώνεται αυθημερόν και υπογράφεται ως ακολούθως:

**Η ΠΡΟΕΔΡΟΣ**

**ΤΑ ΜΕΛΗ**

ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΥ ΝΙΚΟΛΕΤΤΑ

ΕΞΕΡΤΖΟΓΛΟΥ ΕΛΕΝΗ

ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΚΟΥΤΕΛΑ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

**ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ**  
Καλαμάτα, 31-10-2017  
Η Γραμματέας



ΝΙΚΟΛΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

