



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**  
**ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΛΑΡΙΣΑΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**  
**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»**



**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«Η ΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ  
ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΤΗΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ & Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΜΕ ΤΟ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ»**

Όνοματεπώνυμο Μεταπτυχιακού Φοιτητή: Γκαντίρη Σταυρούλα

**ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

Όνοματεπώνυμο Μαλλιαρού Μαρία Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας  
Επιβλέπων Καθηγητής

Όνοματεπώνυμο Λαχανά Ελένη Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας  
Επιβλέπων Καθηγητής

Όνοματεπώνυμο Σαράφης Παύλος Επίκουρος Καθηγητής Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο  
Κύπρου Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα,

2019



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΛΑΡΙΣΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»**



**«VIEWS AND OPINIONS OF THE MEDICAL AND NURSING STAFF ON ORGAN  
DONATION AND TRANSPLANT IN ASSOCIATION TO THE SOCIAL CAPITAL»**

Η παρούσα Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία (ΜΔΕ) και τα συμπεράσματα της σε οποιαδήποτε μορφή αποτελούν συνιδιοκτησία της σχολής ..... του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας και του φοιτητή. Οι προαναφερόμενοι διατηρούν το δικαίωμα ανεξάρτητης χρήσης και αναπαραγωγής (τμηματικά ή συνολικά) για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς. Σε κάθε περίπτωση πρέπει να αναφέρεται ο τίτλος, ο συγγραφέας, ο επιβλέπων καθηγητής και το εν λόγω τμήμα του Πανεπιστημίου.

Η έγκριση της παρούσας μεταπτυχιακής εργασίας από την σχολή ..... δεν υποδηλώνει απαραίτητα και αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του τμήματος.

-----

Ο υποφαινόμενος δηλώνω υπεύθυνα ότι η παρούσα Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία είναι εξ ολοκλήρου δικό μου έργο και συγγράφηκε ειδικά για τις απαιτήσεις του προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών του τμήματος ..... . Δηλώνω υπεύθυνα ότι κατά την συγγραφή ακολούθησα την πρόπουσα ακαδημαϊκή δεοντολογία αποφυγής λογοκλοπής. Έχω επίσης αποφύγει οποιαδήποτε ενέργεια που συνιστά παράπτωμα λογοκλοπής. Γνωρίζω ότι η λογοκλοπή μπορεί να επισύρει ποινή ανάκλησης του πτυχίου μου.

Υπογραφή

Ονοματεπώνυμο φοιτητή

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Εξώφυλλο 1.....	σελίδα 1
Εξώφυλλο 2 .....	σελίδα 2
Πίνακας Περιεχομένων .....	σελίδα 4
Περίληψη .....	σελίδα 6
Summary .....	σελίδα 7

### ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή .....	σελίδα 8
----------------	----------

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

1.1 Ιστορική Αναδρομή .....	σελίδα 9
1.2 Κοινωνικές & Θρησκευτικές Πεποιθήσεις σχετικά με την δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων.....	σελίδα 12
1.2.1 Η θέση της κοινωνίας απέναντι στη δωρεά οργάνων .....	σελίδα 13
1.2.2 Θρησκευτικές πεποιθήσεις εναντι στη δωρεά οργάνων .....	σελίδα 16

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

2.1 Εγκεφαλικός Θάνατος .....	σελίδα 20
2.2 Ορισμός εγκεφαλικού θανάτου .....	σελίδα 21
2.3 Είδη μεταμοσχεύσεων .....	σελίδα 21
2.4 Είδη μοσχευμάτων .....	σελίδα 23
2.5 Πηγές μοσχευμάτων .....	σελίδα 24
2.6 Όργανα & Ιστοί που μεταμοσχεύονται .....	σελίδα 24

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

3.1 Εννοιολογικός ορισμός του κοινωνικού κεφαλαίου .....	σελίδα 26
---	-----------

3.2 Μορφές κοινωνικού κεφαλαίου .....	σελίδα 27
3.3 Κοινωνικό κεφάλαιο & Δωρεά Οργάνων .....	σελίδα 28
3.4 Κοινωνικό κεφάλαιο & συνέπειες για τη δωρεά οργάνων .....	σελίδα 31
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup></b>	
Στάσεις & Γνώσεις των επαγγελματιών υγείας για την μεταμόσχευση .....	σελίδα 32
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup></b>	
<b>ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	
Συζήτηση .....	σελίδα 76
Συμπεράσματα.....	σελίδα 82
Βιβλιογραφία.....	σελίδα 83
Ερωτηματολόγιο.....	σελίδα 92

## **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Εισαγωγή: Η μεταμόσχευση, συνδέεται άρρηκτα με την ιδέα της δωρεάς οργάνων, ιστών ή κυττάρων. Διαπιστώνεται όμως σημαντική έλλειψη διαθέσιμων οργάνων για μεταμόσχευση γεγονός που επιφέρει σοβαρές επιπτώσεις τόσο στο επίπεδο υγείας συγκεκριμένων ομάδων του πληθυσμού όσο και σε κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο. Οι επαγγελματίες υγείας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη μεταμόσχευση και τη δωρεά οργάνων καθώς έχουν την δυνατότητα να επηρεάσουν σε μεγάλο βαθμό το κοινωνικό σύνολο, δημιουργώντας μια θετική στάση.

Σκοπός: να εκτιμηθούν οι γνώσεις και οι στάσεις του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τη δωρεά οργάνων καθώς και να διερευνηθεί η ενδεχόμενη επίδραση διαφόρων παραγόντων στη πρόθεση δωρεάς οργάνων.

Υλικό- Μέθοδος: Η έρευνα διεξήχθη το χρονικό διάστημα 15 Φεβρουαρίου 2019 έως τις 30 Μαρτίου του ίδιου έτους σε 100 επαγγελματίες υγείας με δειγματοληψία ευκολίας στο Γενικό Νοσοκομείο της Λάρισας. Έγινε χρήση γραπτού δομημένου ερωτηματολογίου με κοινωνικο- δημογραφικά στοιχεία και τα εργαλεία DONOR ACTION HAS (HOSPITAL ATTITUDE SURVEY) και το SOCIAL CAPITAL QUESTIONNAIRE. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πακέτο για τις κοινωνικές επιστήμες IBM SPSS 22.0.

Αποτελέσματα: Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ήταν γυναίκες 68%, έγγαμες 66% με μέσο όρο ηλικίας 35-44 ετών σε ποσοστό 34%, Τεχνολογικής εκπαίδευσης σε ποσοστό 41%, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων ήταν νοσηλευτές 75% με εμπειρία από 11-20 έτη 41%. Η στάση των επαγγελματιών υγείας απέναντι στη δωρεά οργάνων στην παρούσα μελέτη ήταν θετική αγγίζοντας το 75,5% των συμμετεχόντων. Η μέση βαθμολογία γνώσεων για τη δωρεά οργάνων ήταν 1,62, η διάμεσος ήταν 2, η ελάχιστη τιμή ήταν 0,00 και η μέγιστη τιμή ήταν 3. Συμπεράσματα: Οι επαγγελματίες υγείας διαδραματίζουν ζωτικό ρόλο στη διαμόρφωση θετικής στάσης για τη μεταμόσχευση και τη δωρεά οργάνων. Οι συμμετέχοντες ήταν θετικοί απέναντι στη δωρεά οργάνων για μεταμόσχευση. Τέλος, το κοινωνικό κεφάλαιο συσχετίζεται αρνητικά με τη στάση /γνώση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στη δωρεά οργάνων και τη μεταμόσχευση.

Λέξεις- κλειδιά: μεταμόσχευση οργάνων, επαγγελματίες υγείας, κοινωνικό κεφάλαιο, στάση απέναντι στη δωρεά οργάνων.

## SUMMARY

**Introduction:** Transplantation is strongly connected with the concept of tissue and organ donation. In the mean time, the significant degree of organ shortage greatly affects the health conditions of certain population groups and has severe social and economic side effects as well. Health professionals play an important role in organ transplantation and donation as they have the potential to influence the community, creating a positive attitude.

**Aim:** To estimate the Knowledge of the nursing staff in relation to organ donation, as well as to investigate the possible effects of various factors on the public's willingness to donate organs.

**Methods:** The survey was conducted between February 15, 2019 and March 30 of the same year, to 100 health care professionals, and more specifically to medical and nursing staff at the General Hospital of Larissas. A written structured questionnaire with socio-demographic data and Donor Action HAS (HOSPITAL ATTITUDE SURVEY) and SOCIAL CAPITAL QUESTIONNAIRE were used. Data analysis was performed with the IBM SPSS 22.0 SOCIAL Science Statistical Package.

**Results:** The majority of respondents were women 68%, married 66% with mean age of 35-44 years at 34%, with Technological education at 41%, while the majority of respondents were nurses 75% with experience at 11-20 years 41%. The attitude of health professionals towards organ donation/transplantation in this study was positive, reaching 75,5%. The mean score for donation- transplantation activity was 1,62%, the median was 2, the minimum was 0 and the maximum was 3.

**Conclusion:**

Health professionals play a vital role in shaping a positive attitude towards organ transplantation and donation. The participants was positive against to transplantation and donation. Final , social capital is related negative to the attitude of medical staff in relation to donation and transplantation

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μεταμόσχευση συνιστά ένα από τα μεγαλύτερα χειρουργικά επιτεύγματα του 19<sup>ου</sup> αιώνα που συνεχίζουν να δίνουν ανάσα ζωής σε εκατομμύρια ανθρώπους με οργανική ανεπάρκεια τελικού σταδίου. Για να καταστεί δυνατή μια τέτοια ζωοποιός χειρουργική επέμβαση, πρωτίστως είναι απαραίτητη η υπέρτατη πράξη αλτρουισμού – η δωρεά οργάνων. Σύμφωνα με την πρόσφατη τροπολογία του 2018, εφεξής κάθε Έλληνας ενήλικος πολίτης δύναται να εκφράσει τη βούλησή του για τη δωρεά ενός ή περισσότερων οργάνων και ιστών προς μεταμόσχευση, συμπληρώνοντας τη «ΔΗΛΩΣΗ ΔΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΙΣΤΩΝ», με την οποία εγγράφεται στο «ΕΘΝΙΚΟ ΜΗΤΡΩΟ ΔΩΡΗΤΩΝ», που είναι ένα και ενιαίο και τηρείται στον ΕΘΝΙΚΟ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ (Ε.Ο.Μ) υπό την απαραίτητη προϋπόθεση διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου και χωρίς να απαιτείται η συναίνεση της οικογένειάς του. Σε αντίθετη περίπτωση, δύναται να εκφράσει την άρνησή του στη δωρεά οργάνων και ιστών συμπληρώνοντας αντιστοίχως τη «ΔΗΛΩΣΗ ΑΡΝΗΣΗΣ ΔΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΙΣΤΩΝ». Με τη δήλωσή του αυτή εγγράφεται στο «ΜΗΤΡΩΟ ΑΡΝΗΤΩΝ», το οποίο είναι ενιαίο και διατηρείται στον ΕΘΝΙΚΟ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ (Ε.Ο.Μ).

Υπό τις παραπάνω τροποποιήσεις, δύναται να αυξηθεί ο αριθμός των δωρητών οργάνων που στην χώρα μας συνεχίζει να βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα παρά το απaráμιλλο επιστημονικό υπόβαθρο, τεχνολογικό επίπεδο και το αμέριστο ενδιαφέρον που χαρακτηρίζει τους επιστήμονες υγείας και ειδικότερα το χειρουργικό ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

Επομένως, στην κατεύθυνση επίτευξης του παραπάνω σκοπού, οφείλουμε να αναγνωρίσουμε ότι η συμμετοχή των νοσηλευτών των Ελληνικών νοσοκομειακών μονάδων είναι καθοριστικής σημασίας υπό την έννοια της ενημέρωσης, ευαισθητοποίησης, καθοδήγησης των ιατρικών και γραφειοκρατικών διαδικασιών που πρέπει να ακολουθηθούν από τους οικείους ενός εν δυνάμει δωρητή αλλά και λήπτη οργάνων.

Ο βαθμός κατάρτισής τους, ενημέρωσης και συνεχιζόμενης επιμόρφωσης βάση της καλπάζουσας εξέλιξης των εξοπλισμών και των χειρουργικών μεθόδων είναι ένα θέμα που χρήζει διερεύνησης, πρωτίστως όμως οφείλουμε να διερευνήσουμε τις στάσεις και τις απόψεις των σε σχέση με τις διαδικασίες δωρεάς οργάνων και μεταμόσχευσης, σε συσχέτιση μάλιστα με το κοινωνικό κεφάλαιο. Κάτι τέτοιο δεν έχει προηγουμένως επιχειρηθεί στα Ελληνικά δεδομένα και αυτό ακριβώς είναι και το ερευνητικό κενό που καλείται να καλύψει η παρούσα ερευνητική εργασία.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

### 1.1 Ιστορική αναδρομή

Οι πρώτες καταγεγραμμένες προσπάθειες μεταμόσχευσης οστού χρονολογούνται από τον Μεσαίωνα, ωστόσο αυτές δεν εξελίχθηκαν καθόλου επιστημονικά και τεχνολογικά μέχρι τον 19ο και τον 20ό αιώνα όταν οι επιστημονικές ανακαλύψεις άρχισαν να διαδέχονται η μια την άλλη.

Το 1869 έλαβε χώρα η πρώτη επιτυχής μεταμόσχευση δέρματος από τον Ελβετό χειρουργό Jacques-Louis Reverdin. Ο Jaboulay ήταν ο πρώτος που το επιχείρησε την μεταμόσχευση νεφρών από ζώα σε ανθρώπους το 1906. Παρά τις πρωτοπόρες για την εποχή ιδέες και οι δύο μεταμοσχεύσεις απέτυχαν και οι ασθενείς πέθαναν. Ωστόσο, ένα από τα αίτια της αποτυχίας όπως διαφαίνεται από την μελέτη της βιβλιογραφίας, ήταν το γεγονός ότι εκείνη την εποχή και πιο συγκεκριμένα 38 χρόνια πριν την ανακάλυψη της πρώτης συσκευής αιμοκάθαρσης, ο θάνατος ήταν μονόδρομος σε περίπτωση εμφάνισης νεφρικής ανεπάρκειας (Barker, & Markmann 2013).

Οι πρώτες επιτυχείς μεταμοσχεύσεις οστού, δέρματος και κερατοειδούς πρωτοεμφανίστηκαν την περίοδο 1900 - 1920. Η ίδρυση μιας διαπολιτειακής τράπεζας ιστών και οργάνων το 1949 από τον ορθοπαιδικό χειρουργό Δρ. George Hyatt, ήταν το πρώτο εθνικό συντονιστικό σχέδιο για την επεξεργασία και αποθήκευση των δορηθέντων ιστών. Το πρόγραμμα που αναπτύχθηκε στο Ναυτικό Ιατρικό Κέντρο της Bethesda, της Maryland ήταν το πρώτο και καθιέρωσε πολλά από τα πρότυπα που ακολουθούνται μέχρι και σήμερα. Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1950 διατυπώθηκαν για πρώτη φορά τα κριτήρια επιλεξιμότητας του δότη και του μοσχεύματος, ενώ παράλληλα αναπτύχθηκαν μέθοδοι αξιολόγησης, προμήθειας και επεξεργασίας των μοσχευμάτων (Strong 2000).

Μέχρι το 1986 λειτουργούσαν περισσότερες από 300 μη κερδοσκοπικές τράπεζες οστών. Η κρυοσυντήρηση, η αποστείρωση του ιστού μέσω ακτινοβολίας, καθώς και τα ανοσολογικά και ανοσοκατασταλτικά πρωτόκολλα αρχές της μεταμόσχευσης ιστών για την διατήρηση οργάνων αναπτύχθηκαν στην τράπεζα οργάνων του Ναυτικού κατά τη διάρκεια των 50 χρόνων έρευνας και ανάπτυξης από οραματιστές επιστήμονες (Strong 2000).

Έτσι, η πρόοδος στη μεταμόσχευση συμπαγών οργάνων τη δεκαετία του 1950 ήταν υπολογίσιμη. Ο Δρ Joseph Murray εκτέλεσε την πρώτη μεταμόσχευση νεφρού μεταξύ

πανομοιότυπων διδύμων στη Βοστώνη το 1954 που στέφθηκε με επιτυχία και τιμήθηκε με το Νόμπελ Ιατρικής λίγα χρόνια μετά (Barker, & Markmann 2013).

Το 1967, ο νεαρός Νοτιοαφρικανός χειρουργός Christian Bernard αναγνωρίστηκε διεθνώς για την εκτέλεση της πρώτης ανθρώπινης μεταμόσχευσης καρδιάς στο Κέιπ Τάουν. Τον ίδιο χρόνο δοκιμάστηκε για πρώτη φορά κι η μεταμόσχευση ήπατος από τον Δρ. Thomas Starzl, ο οποίος θεωρείται ευρέως πρωτοπόρος στον τομέα της μεταμόσχευσης νεφρού και ήπατος (Sauer et al. 2001).

Το 1977, εισήχθη το πρώτο σύστημα αντιστοίχισης οργάνων με τη βοήθεια ηλεκτρονικών υπολογιστών, το οποίο θα αποκαλούσε το United Network for Sharing Organ (UNUS) που λειτουργεί και συντονίζει το δίκτυο δωρητών και ληπτών με απόλυτη διαφάνεια και αξιοκρατικά κριτήρια μέχρι και σήμερα.

Ενώ τα περισσότερα από τα τεχνικά προβλήματα που συνδέονται με την εμφύτευση ενός οργάνου φαίνονταν να είχαν ξεπεραστεί, οι μακροπρόθεσμες προοπτικές για τους λήπτες δεν ήταν απολύτως ιδανικές. Το κύριο πρόβλημα ήταν η δράση του ανοσοποιητικού συστήματος απέναντι στο ξένο όργανο ενεργοποιώντας μια ανοσολογική απάντηση με σκοπό την εξολόθρευση του εισβολέα (απόρριψη). Έτσι, οι ασθενείς λάμβαναν ισχυρά κατασταλτικά φάρμακα του ανοσοποιητικού, η δραστηριότητα των οποίων ήταν απειλητική για την ζωή του λήπτη. Η απάντηση στο πρόβλημα δόθηκε το 1978, όταν εισήχθη το ανοσοκατασταλτικό φάρμακο κυκλοσπορίνη, ελέγχοντας πολλά από τα προβλήματα απόρριψης (Barker, & Markmann 2013).

Έκτοτε, έχουν αναπτυχθεί περισσότερα φάρμακα με ειδικότητα στα κύτταρα που εμπλέκονται στη διαδικασία απόρριψης, αφήνοντας ανέπαφες τις κρίσιμες λειτουργίες του ανοσοποιητικού συστήματος, όπως τα FK506, Atgam, Orthoclone OKT3 και Prograf, αυξάνοντας τα σύγχρονα ποσοστά μονοετούς επιβίωσης για τα περισσότερα όργανα είναι σε ποσοστό της τάξης του 70% με 90% (Groth et al. 2000).

Με την επιτάχυνση της ιατρικής μεταμόσχευσης, πληθώρα νομικών και δεοντολογικών ανησυχιών εγέρθηκαν όπως εγείρονται σε όλο το φάσμα της καινοτόμας ιατρικής πρακτικής. Η πιο επικριτική παρέμβαση αφορούσε τον προσδιορισμό του θανάτου και βασίστηκε στην τρέχουσα τεχνολογία που είχε βελτιωθεί τόσο ώστε το σώμα να μπορεί να διατηρηθεί μέσω τεχνητής υποστήριξης πολύ καιρό μετά τον εγκεφαλικό θάνατο. Η πρόοδος αυτή επέβαλε έναν νέο και πιο στοιχειοθετημένο ορισμό και την υπό προϋποθέσεις ανακήρυξη του θανάτου ενός ασθενή. Ο προσδιορισμός αυτός συνιστά ένα κρίσιμο πεδίο για τη δωρεά οργάνων, αφού επιτρέπει την ανάληψη των οργάνων όσο ακόμη τροφοδοτούνται με αίμα κι είναι λειτουργικά και αξιόχρηστα (Girlanda 2016).

Πιο συγκεκριμένα, πρωτίτερα της διερεύνησης και αποσαφήνισης του κλινικού όρου «εγκεφαλικός θάνατος», τα όργανα που μπορούσαν να ανακτηθούν μόνο μετά τη διακοπή της καρδιάς, συνιστούσαν μόνο οι νεφροί και το ήπαρ. Η εισαγωγή του όρου, επέτρεψε την επιπρόσθετη αφαίρεση της καρδιάς, του παγκρέατος, των πνευμόνων και των εντέρων (Calne 2006).

Ο 19<sup>ος</sup> και 20<sup>ος</sup> αιώνας σηματοδότησε καταγιστικές εξελίξεις στον τομέα των μεταμοσχεύσεων. Το 1981, εκτελέστηκε ο πρώτος συνδυασμός μεταμόσχευσης καρδιάς και πνεύμονα υπό την καθοδήγηση του Δρ. Bruce Reitz, μέχρι το 1998, που κατέστη δυνατή η μεταμόσχευση χεριών μετά την κλινική εφαρμογή προηγμένων μεθόδων στη Γαλλία και στη συνέχεια στις ΗΠΑ (Calne 2006).

Τα στατιστικά στοιχεία αναδεικνύουν την ραγδαία ιατρική πρόοδο. Το 1989 πραγματοποιήθηκαν 200.000 μεταμοσχεύσεις ιστών στις Ηνωμένες Πολιτείες, ενώ στα μέσα της δεκαετίας του 1990, η πρόοδος στην θέσπιση προτύπων για την προμήθεια οργάνων, κατέστησε το 2001 τον πρώτο χρόνο όπου ο αριθμός των δωρητών ζωντανών οργάνων ξεπέρασε τον αριθμό των νεκρών δωρητών στις Ηνωμένες Πολιτείες. Φθάνοντας στο σήμερα, αξίζει να αναφερθεί ότι το 2005 πραγματοποιήθηκε η πρώτη επιτυχής μερική μεταμόσχευση προσώπου στη Γαλλία, ακολουθούμενη από την πρώτη επιτυχημένη μεταμόσχευση πλήρους προσώπου στην Ισπανία το 2010, ενώ η προσθήκη των αγγειοποιημένων σύνθετων αλλομοσχευμάτων (Vascularized Composite Allograft - VCAs) προστέθηκαν στον αναθεωρημένο ορισμό των οργάνων που καλύπτονται από την ομοσπονδιακή νομοθεσία για την δωρεά ιστών και οργάνων δημιουργεί ισχυρές μελλοντικές αξιώσεις για την μείωση της θνητότητας των ασθενών που αναμένουν την μεταμόσχευση (Iyer 2015).

## **1.2 Κοινωνικές & Θρησκευτικές Πεποιθήσεις σχετικά με την δωρεά και την μεταμόσχευση οργάνων**

Μια αυξανόμενη ποσότητα εμπειρικών και ερευνητικών στοιχείων από όλο τον κόσμο έχει δείξει ότι ο ρόλος της πίστης έκδηλα διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην απόφαση δωρεάς οργάνων (Randhawa & Neuberger 2016).

Ταυτόχρονα, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης ενδέχεται να μην διαθέτουν επαρκή γνώση σχετικά με τα θρησκευτικά ζητήματα σχετικά με τη μεταμόσχευση οργάνων (Abdeldayem et al. 2016).

Σε γενικές γραμμές, καμία θρησκεία δεν αντιτίθεται - και πολύ περισσότερο δεν απαγορεύει - τη δωρεά ή παραλαβή μεταμοσχευμένων οργάνων από ζώντες ή αποθανόντες δότες. Ειδικότερα, η πράξη αυτή θεωρείται από τις περισσότερες θρησκείες ως υπέρτατη έκφραση αλτρουισμού, γενναιοδωρίας, καθήκοντος, φιλανθρωπίας και συνεργασίας, εφόσον πληρούνται απαραίτητες προϋποθέσεις όπως (Feehally 2010) :

- Η διεξαγωγή και ολοκλήρωση της διαδικασίας σε πλαίσιο σεβασμού της αξιοπρέπειας του δότη.
- Η αφαίρεση των οργάνων του δότη μετά από την αδιαμφισβήτητη διακήρυξή του ως εγκεφαλικά/ κλινικά νεκρού.
- Η δωρεά οργάνων από ζώντα δότη να μην παρεμποδίζει την φυσιολογική του μετέπειτα ζωή.
- Οι δωρεές οργάνων να διεξάγονται ως δώρο και να μην περιλαμβάνεται καμία χρηματική ανταμοιβή.
- Να απαγορεύεται ρητά η εμπορία ή ανταλλαγή οργάνων.

Στην πραγματικότητα, οι περισσότερες από τις αρνητικές στάσεις απέναντι στη μεταμόσχευση οργάνων μπορεί να οφείλονται στην αβεβαιότητα σχετικά με τη θρησκευτική στάση και όχι στις ερμηνείες των θρησκευτικών διδασκαλιών. Η συντηρητικότητα της θρησκευτικής πίστης, και όχι η ίδια η θρησκεία, μπορεί να είναι ο βασικός παράγοντας κατά της δωρεάς (Bruzzone 2008).

### **1.2.1 Η θέση της κοινωνίας απέναντι στη δωρεά οργάνων**

Η αλληλεπίδραση των θρησκευτικών και πολιτιστικών πεποιθήσεων είναι μια σταθερή παρεμβολή όσον αφορά το ζήτημα της μεταμόσχευσης οργάνων. Τα εμπόδια στη δωρεά οργάνων που θεωρούνται θρησκευτικά ενδέχεται να αντικατοπτρίζουν τις πολιτισμικές συμπεριφορές ή να έχουν κοινωνικές προεκτάσεις που ξεπερνούν τη θρησκεία και αντίστροφα.

Η ανησυχία ότι η διαδικασία της δωρεάς οργάνων θα καθυστερήσει την διεξαγωγή της κηδείας του δωρητή μπορεί να είναι ένας παράγοντας που εξηγεί την αρνητική στάση της οικογένειας ή του ίδιου του δωρητή ενάντια στην δωρεά οργάνου. Για την αποφυγή τέτοιου τύπου δυσάρεστων και ψυχοφθόρων καθυστερήσεων, πολλές φορές ενδεχομένως οι υπεύθυνοι για την λήψη της απόφασης δωρεάς μπορεί να επιλέγουν την άρνηση δωρεάς συνεχίζοντας τις διαδικασίες κατά τον παραδοσιακό τρόπο (Daar 1994).

Άξιο αναφοράς είναι το γεγονός ότι υπάρχουν εντυπωσιακές διαφορές μεταξύ των χωρών όσον αφορά την πρόθεση των κατοίκων τους να δωρίσουν τα όργανά τους τόσο εν ζωή όσο και μετά θάνατον. Εκτός από τους θρησκευτικούς παράγοντες, μερικές από τις διαφορές θα μπορούσαν να αποδοθούν σε διαφορετικά συστήματα υποδομής, δικαίου και συγκατάθεσης (Truog 2005).

Δυστυχώς, είναι πολλά ηθικά διλήμματα και αντιπαραθέσεις που συνδέονται με το κοινωνικό πλαίσιο εντός του οποίου σύγχρονα εκτελούνται οι μεταμοσχεύσεις οργάνων. Μεταξύ των κοινωνικών θεμάτων που προέκυψαν ανά τους καιρούς συμπεριλαμβάνονταν διλλήματα σχετικά με τα κριτήρια προτεραιότητας για την λήψη ενός οργάνου. Η προτεραιότητα θα μπορούσε να καθορίζεται βάση της κρισιμότητας της οργανικής ανεπάρκειας του ασθενούς, την ηλικία του ασθενούς ή άλλους παράγοντες όπως η αυτογενής πρόκληση της οργανικής ανεπάρκειας (π.χ αλκοολισμός). Επιπλέον, σε μια ζωογόνο διαδικασία όπως η μεταμόσχευση, τέθηκε από νωρίς απαραίτητο τα κριτήρια επιλογής και η ποιότητα της περίθαλψης να είναι άκρως απαλλαγμένα από κοινωνικο-οικονομικούς ή φυλετικούς παράγοντες. Εν ολίγοις, τα χρήματα, η κοινωνική θέση ή οι πολιτικές σχέσεις όπως είναι σαφές δεν θα έπρεπε να επηρεάζουν κανένα στάδιο της συνολικής διαδικασίας (Shih et al. 2009).

Ένας άλλος παράγοντας που ακόμη μέχρι σήμερα εξετάζεται κι αναθεωρείται με αντικειμενικά κριτήρια είναι το θέμα της συγκατάθεσης και του κινήτρου. Μέχρι πρότινος, κάποιος ασθενής σε νοσηλεία και μετά την επιβεβαίωση ότι η κατάσταση της υγείας του είναι μη αναστρέψιμη οδεύοντας προς τον θάνατο έπρεπε να συμφωνήσει απευθείας για μεταμόσχευση προκειμένου να αφαιρεθούν τα όργανα. Ωστόσο, η συγκατάθεση πρέπει να δίδεται πρόθυμα και να μην λαμβάνεται υπό πίεση ή μετά από ιατρική παρενόχληση. Επιπλέον, το ιατρικό προσωπικό πρέπει να αντιλαμβάνεται έγκαιρα και να καταγγέλλει την

εμπλοκή αμφισβητήσιμων κινήτρων δωρεάς (π.χ. οικονομική συμφωνία για την πώληση του οργάνου μεταξύ δότη- λήπτη) (Van Norman 2003).

Από την μεριά του επιβλέποντα ιατρού ή του εξουσιοδοτημένου χειρουργού μεταμοσχεύσεων, μεταξύ των δεοντολογικών αρχών, υψίστης σημασίας θεωρείται ο σεβασμός της αυτονομίας των ασθενών, όπου οι αρμόδιοι ασθενείς διατηρούν το αναφαίρετο δικαίωμα να λαμβάνουν αποφάσεις εξετάζοντας όλες τις παραμέτρους και τα στοιχεία που παρέχονται από τον ιατρικό φάκελο σχετικά με το σώμα τους και το τέλος της ζωής τους. Επιπλέον, έχουν το δικαίωμα να αρνούνται την ιατρική θεραπεία ή την επαναφορά τους μετά από κάποιο καρδιακό επεισόδιο υπό τις τρέχουσες περιστάσεις και δύνανται να προσφέρουν τα όργανα τους προς μεταμόσχευση, ανεξάρτητα από τις συνθήκες του θανάτου τους (West & Burr 2002).

Ωστόσο, σε αναπτυσσόμενες χώρες της Ασίας, της Αφρικής και της Νοτίου Αμερικής παρατηρούνται σημαντικές κοινωνικο-οικονομικές διαφορές με ηχηρές προεκτάσεις στις διαδικασίες μεταμόσχευσης. Οι διαφορές αυτές παρατηρούνται σε αντίφαση με τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης και τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής αλλά και τοπογραφικά μεταξύ αναπτυσσόμενων κι ανεπτυγμένων χωρών της ίδιας ηπείρου. Για παράδειγμα, οι ρυθμοί νεφρικής μεταμόσχευσης κυμαίνονται από 0,16 rpmr στο Μπανγκλαντές σε σχέση με τη Σιγκαπούρη (21,4 rpmr). Σε όλη την Ασία παρατηρούνται μεγάλες οργανωτικές και μεθοδολογικές διαφοροποιήσεις στις υπηρεσίες πρόωρης νοσηλείας και στις εγκαταστάσεις εντατικής θεραπείας που επιτρέπουν στα θύματα εγκεφαλικού επεισοδίου ή τραύματος να σταλούν στα νοσοκομεία για βέλτιστη διαχείριση. Ο έγκαιρος κι έγκυρος προσδιορισμός του εγκεφαλικού θανάτου, η άμεση παραπομπή του δότη στο συντονιστικό δίκτυο για την προμήθεια οργάνων, η υποβολή αιτήματος για δωρεά οργάνων και η λήψη συγκατάθεσης για τη δωρεά οργάνων από την οικογένεια αποτελούν κρίσιμα ζητήματα που επηρεάζουν την επιτυχημένη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων. Παρόλο που στις περισσότερες ασιατικές χώρες υφίσταται θετική νομοθεσία σχετικά με τη δωρεά οργάνων, οι θρησκευτικές, κοινωνικές και πολιτισμικές επιρροές στις έννοιες του θανάτου και της ιερότητας του ανθρώπινου σώματος παραμένουν μεγάλα εμπόδια στην απόκτηση συγκατάθεσης για την πτωματική δωρεά (Vathsala 2004).

Από όλα τα παραπάνω, προκύπτει αυξημένη ζήτηση για όργανα προς δωρεά στον αναπτυσσόμενο κόσμο. Το πρόβλημα αυτό επιδεινώνεται από τη γενική απροθυμία των Ασιατών των αναπτυσσόμενων χωρών για δωρεά οργάνων άνευ χρηματικής αποζημίωσης, παρά τις νόμιμες κυρώσεις που προβλέπονται σε τέτοιου τύπου συναλλαγές και την αυξημένη υποστήριξη από τις μεγάλες θρησκευτικές ομάδες (Vathsala 2004).

Ως εκ τούτου, μια μεγάλη εμπορευματοποίηση ανθρώπινων οργάνων (ιδιαίτερα τα νεφρά) τείνει να ανθίζει σε χώρες με τέτοιες κοινωνικο-πολιτικές συνθήκες και συντηρείται από μια σταθερά χαμηλή συγκέντρωση διαθέσιμων δωρητών ανά αποδέκτη στις αναπτυσσόμενες χώρες (Moosa 2008).

Μάλιστα, η ευκολία που παρέχει η διαδικτυακή επικοινωνία στον 21ο αιώνα έχει κάνει την εμπορία οργάνων και τον ιατρικό τουρισμό μεταμόσχευσης εμπορικού χαρακτήρα σε παγκόσμια κοινωνικο-πολιτικά ζητήματα, αντιπροσωπεύοντας περίπου το 10% των μεταμοσχεύσεων οργάνων που εκτελούνται κάθε χρόνο στον κόσμο (Delmonico 2009).

Ο λόγος της έλλειψης οργάνων, εκτός των άλλων, μπορεί να οφείλεται στις αδυναμίες της ανάκτησης οργάνων λόγω έλλειψης του κατάλληλου εξοπλισμού ή του ειδικά καταρτισμένου ιατρονοσηλευτικού προσωπικού σε ορισμένες μονάδες εντατικής θεραπείας, αλλά σε εξίσου μεγάλο ποσοστό οφείλεται και στην άρνηση της οικογένειας. Η άρνηση αυτή, συνιστά ένα κοινωνικό θέμα που ανακύπτει πολύ συχνά κι είναι εύκολα κατανοητό αλλά δύσκολα διαχειρίσιμο. Οφείλεται στις πολύ απροσδόκητες κι έκρυθμες συνθήκες υπό τις οποίες τίθεται το ζήτημα της δωρεάς : ο απροσδόκητος θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου που συνδυάζεται με την πιθανότητα αναγέννησης κάποιου άλλου ανθρώπου σε κρίσιμο σημείο μεταξύ ζωής και θανάτου. Για να αποφευχθεί ο αυξανόμενος αριθμός τέτοιων αρνήσεων είναι δυνατές ενέργειες που αφορούν στην τροποποίηση του νόμου γύρω από την ανάκτηση οργάνων, που επιβάλλει τη γραπτή άδεια των γονέων ή του έναν ενήλικα στην περίπτωση απουσίας άρνησης δωρεάς που εκφράζεται κατά τη διάρκεια της ζωής του (Cabrol 1992).

### **1.2.2 Θρησκευτικές πεποιθήσεις έναντι στη δωρεά οργάνων**

Τα θρησκευτικά ζητήματα μπορεί να είναι ένας σημαντικός λόγος για την έλλειψη οργάνων για μεταμόσχευση, καθώς οι οικογένειες των νεκρών δωρητών συχνά δεν συμφωνούν να απομακρύνουν τα όργανα από τους συγγενείς τους, αιτιολογώντας την απόφαση αυτή με θρησκευτικά επιχειρήματα.

Ένα μικρό ποσοστό πιστών μπορεί να κατευθύνονται αρνητικά από τις θρησκευτικές συστάσεις για να επιλέξουν αν θα δωρίσουν ή θα δεχτούν μεταμοσχευμένα όργανα. Για παράδειγμα, από κάποιες θρησκείες διατηρούνται ανησυχίες και αβεβαιότητες σχετικά με το ζήτημα του εγκεφαλικού θανάτου. Για παράδειγμα, ορισμένοι Μουσουλμάνοι, Ορθόδοξοι Εβραίοι, Καθολικοί και Βουδιστές μελετητές δε δέχονται την έννοια του εγκεφαλικού θανάτου (Rithalia et al. 2009).

Ειδικότερα, η θρησκεία Shinto που συνιστά την κυρίαρχη πίστη στην Ιαπωνία, σε αντίθεση με τον Χριστιανισμό, διδάσκει ότι οι άνθρωποι γεννιούνται καθαροί και τόσο η εξέλιξη της ζωής όσο και ο θάνατος καθιστά το σώμα ακάθαρμο. Επομένως, η παρεμβολή ενός νεκρού σώματος φέρνει κακή τύχη και μπορεί να βλάψει την καθαρότητα ενός νεαρού σώματος. Λόγω πολλών πεποιθήσεων, συμπεριλαμβανομένης και της παραπάνω, η έννοια του εγκεφαλικού θανάτου δεν συνάδει με την άποψη του θανάτου του Σιντοϊσμού (Namihira 1990).

Η σημασία της ακεραιότητας του σώματος σχετίζεται πολύ με τις θρησκευτικές και πολιτιστικές πεποιθήσεις των λαών απέναντι στην μεταμόσχευση. Η πίστη στην μετά θάνατον ανάσταση και ζωή καλλιεργεί μια ανάγκη για την διατήρηση των οργάνων που αποτελεί φραγμό της πρόθεσης δωρεάς (Broaden, 1987). Έτσι, ορισμένοι μουσουλμάνοι της Νότιας Ασίας αντιτίθενται στη δωρεά οργάνων από ζώντες αλλά και αποθανόντες δότες καθώς αντιλαμβάνονται μέσω της θρησκείας τους ότι το ανθρώπινο σώμα είναι «Θεϊκό δώρο» και δεν πρέπει να βεβηλώνεται μετά το θάνατο, ωστόσο ενθαρρύνουν την έρευνα σχετικά με την αλλομεταμόσχευση (Albar 2012).

Ο σεβασμός της σωματικής ακεραιότητας του αποθανόντος μπορεί επίσης να αποτελεί εμπόδιο κατά της δωρεάς. Η απομάκρυνση τμημάτων του σώματος από κάποιες θρησκείες μπορεί να θεωρείται παραβίαση, υπό την πεποίθηση ότι ο αποθανών μπορεί ακόμα να αισθάνεται πόνο (Stephenson et al. 2008).

Σε κάθε περίπτωση, αυτό που έχει σημασία είναι ότι καμία θρησκεία δεν καθιερώνει δογματικά τη δωρεά ή την άρνηση δωρεάς οργάνων. Ακόμη, καμία θρησκεία (πλην ελαχίστων εξαιρέσεων συμπεριλαμβανομένων κάποιων Ραβίνων ή Μουσουλμάνων μοναχών και Χριστιανών μελετητών) δεν θεωρεί τα πτωματικά όργανα «κοινωνικό πόρο» ή δεν παγιώνει τη δωρεά οργάνων ως «θρησκευτικό καθήκον» (Stephenson et al. 2008 ; Bruzzone 2008).



Μεταξύ άλλων, στις διδαχές της Ισλαμικής θρησκείας, οι οδηγίες ενταφιασμού είναι αυστηρά καθορισμένες προασπίζοντας την μετά θάνατο συγχώρεση κι ευημερία. Έτσι λοιπόν, ενώ στο Ισλάμ απαγορεύεται ρητά η παραβίαση του ανθρώπινου νεκρού σώματος, η απαγόρευση αυτή αίρεται στις περιπτώσεις ανάγκης που αφορούν την σωτηρία μιας ανθρώπινης ζωής. Έτσι, η δωρεά ανθρώπινων οργάνων υποστηρίζεται όταν το πιθανό όφελος υπερβαίνει το απαιτούμενο κόστος (Golmakani, Niknam & Hedayat 2005).

Η δωρεά οργάνων, για κάποιες θρησκείες εξαρτάται από την ομοιογένεια δότη-λήπτη κι έτσι απευθύνεται σε μια ομάδα παραληπτών που καθορίζεται από την παρουσία ή την απουσία ενός συγκεκριμένου χαρακτηριστικού, όπως η εθνικότητα, η θρησκεία, η ηλικία ή το φύλο. Η κατευθυνόμενη δωρεά οργάνων σε άτομα της ίδιας θρησκείας έχει προταθεί μόνο από μερικούς Ορθόδοξους Εβραίους και μερικούς Ισλαμιστές (Ulama / Μουφτήδες). Επιπλέον, ενώ καμία θρησκεία δεν προτιμά πτώματα με σκοπό τη δωρεά ζωής, κάποιιοι Μουσουλμάνοι (Ulama / Μουφτήδες) και μερικές ασιατικές θρησκείες, βάση των ιδιόμορφων θρησκευτικών τους νόμων περιορίζονται στη δωρεά οργάνων από ζωντανούς δότες (Park et al. 1999 ; Natour, & Fishman 2011).

Σε κάθε περίπτωση, από καμία θρησκεία δεν αναφέρεται επίσημα η απαγόρευση της δωρεάς μετά από καρδιακό θάνατο (nhbd) ή τη δωρεά ντόμινο (Bruzzone 2008). Από την άλλη μεριά, η δωρεά οργάνων από ζώντες δωρητές ενθαρρύνεται έντονα μεταξύ των χριστιανών και αυτό αποδεικνύεται από τα σημαντικά υψηλότερα ποσοστά δωρεάς οργάνων στις χριστιανικές χώρες της Ευρώπης και της Αμερικής (Sprung, et al. 2007). Οι Χριστιανοί πιστεύουν στην αιώνια ζωή ωστόσο, κανένα σύμβαμα στο σώμα, πριν ή μετά τον θάνατο, δεν είναι ικανή συνθήκη ώστε να βλάψει την διεκδίκηση της αιώνιας ζωής και τη σχέση με τον Θεό. Ο χριστιανισμός προασπίζει τη θέση ότι στην αιωνιότητα, οι πιστοί δεν θα χρειάζονται τα γήινα σώματα, μάλιστα όλα τα παλιά θα γίνουν νέα. Οι Μάρτυρες του Ιεχωβά πιστεύουν σε κάποιες παραλλαγές των διδαχών του χριστιανισμού. Το θέμα της μεταμόσχευσης οριοθετείται ασαφώς από την άρνησή τους να μεταγγίσουν και να δεχτούν αίμα (πλήρη ορό, αιμοπετάλια και πλάσμα) (Rogers & Crookston 2006). Επομένως, οι Μάρτυρες του Ιεχωβά αντιτίθενται στη δωρεά οργάνων λόγω της άρνησης για μετάγγιση αίματος. Ωστόσο, αυτό σημαίνει απλά ότι πρέπει να προηγείται ολική αφαίμαξη σε όλα τα προς μεταμόσχευση όργανα και στους ιστούς (Bramstedt 2006).

Η μεταμόσχευση οργάνων δεν είχε επιτραπεί στους Μάρτυρες του Ιεχωβά μέχρι πρόσφατα, καθώς η θρησκευτική καθοδήγηση από τη δεκαετία του 1960 μεταξύ άλλων, ανέφερε ότι όσοι υποβάλλονται σε μεταμόσχευση ανθρώπινων οργάνων ζουν από τη σάρκα άλλων ανθρώπων, πράξη που θεωρείται κανιβαλιστική. Στους Μάρτυρες του Ιεχωβά δεν επιτρέπεται να διαιωνίζουν τη ζωή τους, λαμβάνοντας αυθαίρετα την ανθρώπινη σάρκα του

σώματος κάποιου άλλου - άποψη η οποία αναθεωρήθηκε κατά τη δεκαετία του 1980 όταν πια η απόφαση για λήψη ή μη ενός μεταμοσχευμένου ιστού ή οργάνου κατέστη ελεύθερη ατομική επιλογή υπό την αυστηρή προϋπόθεση της αποφυγής μετάγγισης αίματος. Μέχρι στιγμής, έχουν αναφερθεί λίγες επεμβάσεις μεταμόσχευσης νεφρού και παγκρέατος στους Μάρτυρες του Ιεχωβά, καθώς επίσης και πρωτοπαθείς μετεγχειρητικοί θάνατοι σε αναιμικές περιπτώσεις ασθενών (Oliver et al. 2011).

Κάποιες θρησκείες όπως η Σύμβαση των Βαπτιστών του Νότου, η Κουάκεροι ή Χριστιανοί Φίλοι (Religious Society of Friends-Quakers), οι Πεντηκοστιανοί, οι Αναβαπτιστές (Μεννονίτες, Χουτερίτες, Αδελφοί) και οι Άμις, δεν έχουν επίσημη και οριστική θέση απέναντι στη δωρεά οργάνων θεωρώντας ότι δεν υπάρχει πνευματική ή θεολογική πεποίθηση ικανή να εμποδίσει ένα άτομο να δωρίσει ή να δεχτεί κάποιο όργανο. Οι θρησκείες αυτές μετατοπίζουν την ευθύνη απόφασης για δωρεά οργάνων στο άτομο ή την οικογένειά του (Mason 1974). Ωστόσο, η μεταμόσχευση από αποθανόντες δότες μπορεί να αποθαρρυνθεί από ιθαγενείς Αμερικανούς, τσιγγάνους Ρομά, Κομφουκιανιστές, Σιντοίτες και ορισμένους Ραβίνους.

Σε μια εκτενή Πολωνική έρευνα που διεξήγαγαν οι Kobusa, Malyszko & Malyszko (2016) επιχειρήθηκε ο προσδιορισμός της βαρύτητας των παραγόντων της ηλικίας και της θρησκείας στη δωρεά και τη μεταμόσχευση οργάνων μέσα από μια διαγνωστική δημοσκόπηση 1.273 ατόμων που ζούσαν στο βορειοανατολικό τμήμα της Πολωνίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ηλικία και η θρησκευτική ομοιογένεια (Καθολική, Βαπτιστική και Μουσουλμανική) έχουν σημαντική επίδραση στη θετική στάση απέναντι στη μεταμόσχευση. Πιο συγκεκριμένα, η πλειοψηφία των νεότερων ατόμων, καθώς και τα καθολικά άτομα, εγκρίνουν την αφαίρεση οργάνων από ζώντες δότες και από νεκρούς δότες (Kobusa, Malyszko & Malyszko 2016).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>**

### **2.1 Δωρεά οργάνων**

#### **Ορισμός**

Με τον όρο δωρεά οργάνων αποδίδεται η υπέρτατη πράξη αλτρουισμού κατά την οποία ένα ολόκληρο όργανο ή τμήμα του στην περίπτωση που μπορεί να αναγεννηθεί αφαιρείται από το σώμα ενός κλινικά νεκρού ή υγιούς ανθρώπου, με σκοπό να εισαχθεί στο σώμα ενός άλλου ανθρώπου του οποίου η ζωή απειλείται λόγω της οργανικής ανεπάρκειας. Η διαδικασία της μετατοποθέτησης του λειτουργικού οργάνου στον ιστοσυμβατό νέο οργανισμό ονομάζεται μεταμόσχευση.

Για ορισμένους ανθρώπους με τελικού σταδίου οργανική ανεπάρκεια, συνιστά μια πραγματικά ζωογόνο παρέμβαση, που πυροδοτείται από μη κερδοσκοπικά κίνητρα. Το ίδιο ισχύει και για τους ασθενείς των οποίων η ζωή δύναται να βελτιωθεί μέσω της δωρεάς οργάνων, όταν προβλέπεται καλύτερο επίπεδο λειτουργικότητας, κινητικότητας ή όρασης. Σήμερα, τα άτομα που βρίσκονται σε λίστα αναμονής, προσδοκώντας μια μεταμόσχευση οργάνων για να ζήσουν υγιέστερα, πιο παραγωγικά υπολογίζονται σε περίπου 118.000 (Unpublished data, Organ Procurement and Transplantation Network –OPTN 2013).

Οι τρεις διαφορετικοί τρόποι δωρεάς περιλαμβάνουν :

- Την δωρεά μετά την διαπίστωση του εγκεφαλικού θανάτου (DBD):
- Δωρεά μετά από κυκλοφοριακό θάνατο (DCD): Το 16% των οργάνων που δωρίζονται σε εθνικό επίπεδο, ανακτώνται μετά την δήλωση καρδιακού θανάτου με κριτήρια κυκλοφορίας (Data on donation and transplantation, AOPO 2009). Πιο συγκεκριμένα, ασθενείς οι οποίοι έχουν υποστεί σοβαρές εγκεφαλικές βλάβες αλλά δεν εκπληρώνουν τα κριτήρια εγκεφαλικού θανάτου, μπορεί να είναι δωρητές οργάνων εφόσον η εκ των προτέρων οδηγία του ασθενή ή της οικογένειας του ασθενούς είναι να αποσύρει την μηχανική υποστήριξη της ζωής. Υπό αυτές τις συνθήκες, μετά την παύση της καρδιο-κυκλοφοριακής δραστηριότητας για 2-5 λεπτά, η ομάδα μεταμόσχευσης ανακτά τα όργανα του θανόντος (Domínguez-Gil et al. 2011).

Όταν ένα άτομο διαγνωσθεί ως νεκρό μέσω προσδιορισμού κυκλοφορίας, παρουσιάζει μη αναστρέψιμη απώλεια της καρδιακής και πνευμονικής λειτουργικότητας, ωστόσο μετά από μια καρδιακή ανακοπή, δεν μπορεί, δεν πρέπει ή δεν επιθυμεί να αναζωογονηθεί. Η τελευταία, αφορά την προαποφασισμένη απόσυρση της αναζωογονητικής παρέμβασης από το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό σε ένα περιβάλλον κρίσιμης φροντίδας.

- Δωρεά από ζώντα δότη : Η συγκεκριμένη ιατρική πράξη αφορά την επιλογή ενός υγιούς ατόμου να δωρίσει ένα λειτουργικό όργανο (συνήθως το νεφρό) ή τμήμα του (ήπαρ, πνεύμονας, απόρριμμα οστών μετά από αντικατάσταση, πλακούντας).

Αφού αφαιρεθούν, οι προς μεταμόσχευση ιστοί υφίστανται ιστολογικό και παθολογοανατομικό έλεγχο. Στη συνέχεια, μεταφέρονται σε μια τράπεζα όπου ταξινομούνται, επεξεργάζονται και αποθηκεύονται έως ότου χρησιμοποιηθούν ως μοσχεύματα. Οι καρδιακές βαλβίδες μπορούν να αποθηκευτούν έως και 10 χρόνια. Όλοι οι άλλοι ιστοί, εκτός από τα μάτια, μπορούν να αποθηκευτούν έως και πέντε χρόνια. Οι οφθαλμοί, μπορούν να αποθηκευτούν μέχρι ένα έτος, αλλά εάν διαπιστωθεί η ιστοσυμβατότητά τους μεταμοσχεύονται μέσα σε ένα μήνα (American Hospital Association, American Medical Association, and United Network for Organ Sharing 1988).

## **2.1 Εγκεφαλικός θάνατος**

Το 2003, η Συρία άρχισε να ασχολείται με το ζήτημα της πτωματικής δωρεάς οργάνων θεσπίζοντας τον Νόμο 30, ο οποίος σαφώς αναγνώρισε για πρώτη φορά την έννοια του εγκεφαλικού θανάτου. Ο νόμος αυτός επέτρεψε στη μονάδα μεταμόσχευσης να αρχίσει τη χρήση πτωματικών οργάνων με στόχο τη μείωση της εξάρτησης από ζωντανούς συγγενείς και ζωντανούς οργανισμούς που δεν σχετίζονται με τον οργανισμό (Saeed et al. 2008).

Όταν οι δοκιμασίες νευρολογικής διέγερσης του εγκεφαλικού στελέχους παράγουν αρνητικό αποτέλεσμα, το άτομο διαγιγνώσκεται ως εγκεφαλικά νεκρό. Κάτι τέτοιο μπορεί να προκύψει μετά από σοβαρό εγκεφαλικό τραυματισμό ή διακοπή της οξυγόνωσης του εγκεφάλου που μπορεί να προκαλέσει ολική απώλεια της συνειδητότητας και της ικανότητας αναπνοής χωρίς μηχανική υποστήριξη. Αυτό μπορεί να συμβεί ακόμα και όταν η καρδιά διατηρεί την λειτουργικότητά της. Η συντριπτική πλειοψηφία (80% -90%) των δωρητών οργάνων προέρχονται από κλάσμα των δηλωμένων εγκεφαλικά νεκρών ασθενών των μονάδων εντατικής θεραπείας.

## **2.2 Ορισμός εγκεφαλικού θανάτου**

Το πρώτο τυποποιημένο σύνολο νευρολογικών κριτηρίων για τον προσδιορισμό του εγκεφαλικού θανάτου αναπτύχθηκε στο Πανεπιστήμιο του Χάρβαρντ το 1968 και το 1969.

Αυτά τα κριτήρια υιοθετήθηκαν έκτοτε και από τα 50 κράτη, όπως και ο νόμος περί ενιαίων ανατομικών δωρεών που καλύπτει τους όρους που διέπουν τις δωρεές οργάνων και ιστών (Girlanda 2016).

Ο θάνατος του εγκεφάλου καθορίζεται μετά από την παρατήρηση των παρακάτω εγκεφαλικών αντανακλαστικών σημείων

- Αντανακλαστικό κερατοειδούς
- Αντανακλαστικό του βήχα
- Κινητική αντανακλαστική απόκριση του προσώπου σε ερεθίσματα
- Gag reflex
- Οφθαλμοκεφαλικό αντανακλαστικό (oculocephalic, doll's eye)
- Οφθαλμοαιθουσαίο αντανακλαστικό (θερμιδική απόκριση)
- Απόκριση στο φως

### 2.3 Είδη μεταμοσχεύσεων

Τα όργανα μπορούν να μεταμοσχευθούν από έναν ζωντανό δότη ή έναν αποθανόντα (Van Norman 2003). Τα πιο δημοφιλή παραδείγματα οργάνων προς μεταμόσχευση από εν ζωή δότες είναι το ήπαρ και ένας εκ των δύο νεφρών (Ota 2004). Έχουν επίσης αναφερθεί μεταμοσχεύσεις πνευμόνων από ζωντανούς δότες, αλλά αυτό εξακολουθεί να είναι πολύ σπάνιο (Maurer et al. 2007). Οι λόγοι που καθιστούν τις παραπάνω χειρουργικές επεμβάσεις αξιόχρηστες είναι συμπτωνώνονται στην αξιοσημείωτη αναγεννητική ικανότητα του ήπατος και στην ύπαρξη ενός φυσιολογικού ζεύγους νεφρών στο ανθρώπινο σώμα με την ίδια ακριβώς λειτουργική ευθύνη η οποία μπορεί να επιτελεστεί αξιόλογα και μετά την αφαίρεση του ενός (Rudge et al. 2007).

Για τους παραπάνω τύπους μεταμοσχεύσεων, ο ασθενής με οργανική ανεπάρκεια τελικού σταδίου που έχει ανάγκη την μεταμόσχευση αυτοβούλως μπορεί να αναζητήσει έναν πρόθυμο συγγενή ή φίλο ως δωρητή. Εάν ο δωρητής ταυτοποιηθεί εργαστηριακά ιστοσυμβατός, η χειρουργική επέμβαση κατόπιν έγγραφης συναίνεσης όλων των εμπλεκόμενων μπορεί να ξεκινήσει ευθύς αμέσως χωρίς καθυστέρηση. Ωστόσο, αξίζει να αναφερθεί ότι ένας μικρός αριθμός μεταμοσχεύσεων προέρχονται από ανθρώπους που δωρίζουν τμήματα άκρως λειτουργικών τους οργάνων με κίνητρο την αλληλεγγύη και την φιλανθρωπία (Rudge et al. 2007).

### ΚΑΤΕΥΘΥΝΟΜΕΝΗ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ

Η δωρεά ενός νεφρού ή μέρους του ήπατος σε έναν στενό συγγενή (όπως ένα μέλος της οικογένειας), συνεργάτη ή φίλο, όσο ο δότης βρίσκεται εν ζωή επιτρέπεται κι ονομάζεται κατευθυνόμενη δωρεά οργάνων (United Network for Organ Sharing- UNOS guidelines 2016).

#### ΜΗ ΚΑΤΕΥΘΥΝΟΜΕΝΗ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ

Η δωρεά ενός νεφρού ή μέρους του ήπατος σε άγνωστο λήπτη χωρίς προηγούμενη σχέση, λέγεται μη-κατευθυνόμενη δωρεά.

#### ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΗ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ

Συνδυασμένη δωρεά οργάνων αποκαλείται η συμμετοχή σε ένα πρόγραμμα κοινής χρήσης κι εκμετάλλευσης οργάνων σε αντιστοιχία με κάποιο άλλο ζεύγος λήπτη-δότη ίδιας ή παρόμοιας κλινικής κατάστασης με στόχο την κοινής ωφέλειας ανταλλαγή των οργάνων του δότη (United Network for Organ Sharing- UNOS guidelines 2016).

Αξίζει να αναφερθεί, ότι σε πολλά νοσοκομεία, συντονίζονται δράσεις όπου η δωρεά ιστών και οργάνων μετά το θάνατο αποτελεί μέρος του τέλους της φροντίδας ζωής. Σε αυτά τα νοσοκομεία, το προσωπικό βοηθά στην κινητοποίηση κι ενημέρωση των ενδιαφερομένων μέσω έντυπου κι ηλεκτρονικού ενημερωτικού υλικού σχετικά με τη δωρεά ιστών και την συνοδή υγειονομική περίθαλψη. Η ειδικευμένη νοσηλεύτρια μονάδων μεταμόσχευσης συνιστά έναν από τους πιο ενημερωμένους κι αμερόληπτους παρόχους πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας κι είναι επιφορτισμένη με αυτές τις υπευθυνότητες σε συνεργασία και καθ' υπόδειξη του ιατρικού προσωπικού που εκτελεί τις ιατρικές μεταμοσχεύσεις οργάνων (American Hospital Association, American Medical Association, and United Network for Organ Sharing 1988).

#### 2.4 Είδη μοσχευμάτων

Υπάρχουν τέσσερα βασικά είδη μοσχευμάτων, τα οποία επιλέγονται βάση της γενετικής σχέσης του λήπτη με τον δότη. Το αυτομόσχευμα (αυτόλογο ή αυτογενές)

αναφέρεται στον ιστό που μεταφέρεται από μια θέση του σώματος ενός ατόμου σε άλλη που χρήζει τοποθέτησης υγιούς ιστού. Σε αυτήν την περίπτωση, ο αποδέκτης και ο δωρητής είναι το ίδιο πρόσωπο. Τα πιο κοινά παραδείγματα αυτομεταμόσχευσης είναι μεταμοσχεύσεις δέρματος σε ασθενείς με εγκαύματα και χειρουργική επέμβαση παράκαμψης σε ασθενείς που πάσχουν από στεφανιαία νόσο. Ένα άλλο παράδειγμα αυτομεταμόσχευσης αποτελεί η κατάτμηση του παραθυρεοειδούς αδένου σε μικρά (δηλ. ~ 1 mm) κομμάτια και η τοποθέτηση του ιστού σε έναν τραχηλικό μυ που αγγειώνεται επαρκώς, όπως ο στερνοκλειδομαστοειδής μυς (Gourin & Eisele 2009).

Το άλλο-μόσχευμα είναι ένας τύπος μόσχευματος που εφαρμόζεται μεταξύ δύο γενετικά όμοιων ατόμων. Αυτοί οι τύποι μόσχευμάτων, τις περισσότερες φορές μετατοποθετούνται επιτυχώς, εκτός αν προκύψουν χειρουργικές επιπλοκές. Ωστόσο, αυτός ο τύπος μεταμόσχευσης είναι η κυρίαρχη μορφή της μεταμόσχευσης ιστών σήμερα και τα αλλομοσχεύματα έχουν κυριαρχήσει στην έρευνα μεταμόσχευσης εδώ και πολλά χρόνια (Arno et al. 2012). Τα συνθετικά άλλο-μοσχεύματα μπορούν να αντικαταστήσουν τον βλεννογόνο, τμήματα μυών, τένοντες, χόνδρο, οστό, νεύρα, αγγεία και / ή κύτταρα του ανοσοποιητικού αποσκοπώντας στην αποκατάσταση της δομής και της λειτουργικότητας σε ασθενείς με καταστροφικές συνέπειες τραυματισμού και, ως εκ τούτου, βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής τους (Madani et al. 2008).

Το ξено-μόσχευμα συνιστά έναν ιστό ή όργανο που μεταφέρεται μεταξύ μελών διαφορετικού γενετικού είδους. Πολλοί πιστεύουν ότι τα ξено-μοσχεύματα είναι η απάντηση για την επίλυση της έλλειψης ιστών και οργάνων μεταμόσχευσης που βιώνουμε την τρέχουσα περίοδο. Ωστόσο, τόσο τα αλλο-μοσχεύματα όσο και τα ξено-μοσχεύματα έχουν το μειονέκτημα ότι υπόκεινται στην ανοσολογική απόκριση του ανοσοποιητικού συστήματος του λήπτη, το οποίο εκ φύσεως είναι σχεδιασμένο να αναγνωρίζει και να απορρίπτει ξένους ιστούς. Παρ τις δυσκολίες, η τρέχουσα τάση στην έρευνα είναι η χρήση του χοίρου ως δότη. Ειδικότερα, διαγονιδιακοί χοίροι έχουν χρησιμοποιηθεί τα τελευταία χρόνια ενώ πρόσφατα έχουν αναπτυχθεί νέοι με ειδικές τεχνικές πυρηνικής μεταφοράς, δημιουργώντας νέες δυνατότητες προσθήκης ή αφαίρεσης πρωτεϊνών από και προς τα δυνητικά ζώα-δωρητές-μια πολυτέλεια σαφώς μη διαθέσιμη σε όλες τις άλλο-μεταμοσχεύσεις (Dooldeniya & Warrens 2003).

## 2.5 Πηγές μόσχευμάτων

Οι δωρεές ιστών, όπως το δέρμα, τα οστά και τα μάτια, μπορούν να σώσουν ή να βελτιώσουν δραματικά τη ζωή πολλών ανθρώπων που πάσχουν από ασθένεια ή τραυματισμό. Διάφορα διακρατικά προγράμματα συντονίζονται από νοσοκομεία και κέντρα μεταμοσχεύσεων έτσι ώστε κατά τη διάρκεια μιας χειρουργικής επέμβασης (π.χ χειρουργική επέμβαση αντικατάστασης ισχίου) οι ασθενείς να μπορούν να επιλέξουν να δωρίσουν σε κάποιον ενδιαφερόμενο το υπό αφαίρεση οστό (Girlanda 2016).

Άλλα προγράμματα προσφέρουν ευκαιρίες δωρεάς της αμνιωτικής μεμβράνης νέων μητέρων, προς αποκατάσταση οφθαλμικών παθήσεων άλλων ανθρώπων στην οφθαλμική χειρουργική. Η δωρεά μπορεί να γίνει σε οποιοδήποτε νοσοκομείο, ωστόσο τα όργανα μεταμοσχεύονται αποκλειστικά σε εξειδικευμένα κέντρα μεταμόσχευσης (Association of Organ Procurement Organizations 1997).

## **2.6 Όργανα & ιστοί που μεταμοσχεύονται**

Τα περισσότερα όργανα δωρίζονται από νεκρούς δότες, οι οποίοι έχουν προβεί σε αυτήν την απόφαση όσο βρίσκονται εν ζωή και χρησιμοποιούνται για να βοηθήσουν κάποιον που χρειάζεται μεταμόσχευση. Ορισμένα όργανα, όπως το νεφρό και το ήπαρ, μπορούν να δωρηθούν από ζωντανούς δότες. Το ήπαρ λόγω της αξιοσημείωτης αναγεννητικής του δραστηριότητας και το νεφρό καθώς η νεφρική λειτουργία δεν διαταράσσεται καθοριστικά μετά την αφαίρεση ενός εκ των δύο οργάνων (American Hospital Association, American Medical Association, and United Network for Organ Sharing 1988).

Οι απίστευτες εξελίξεις στην ιατρική επιστήμη σημαίνουν ότι περισσότεροι άνθρωποι κάθε χρόνο μπορούν να επωφεληθούν από τους ανθρώπινους ιστούς που δωρίζονται, συμπεριλαμβανομένων των ιστών του κερατοειδή και των οστών.

Για την διασφάλιση της αξιοχρησίας των ανθρώπινων ιστών που δωρίζονται, λαμβάνεται κι αξιολογείται το ιατρικό και αναμνηστικό ιστορικό υγείας του δωρητή ενώ συναξιολογείται η ιστοσυμβατότητα και ο τρόπος ζωής του δότη.

Οι διαφορετικοί τύποι δωρεάς ιστών και οργάνων που μπορούν να ενισχύσουν την υγεία ή να σώσουν τη ζωή ενός άλλου ατόμου-λήπτη συνοψίζονται παρακάτω :

- Καρδιά
- Πνεύμονες



- Κερατοειδής
- Ήπαρ
- Πάγκρεας
- Τμήμα του εντέρου
- Νεφρός
- Οστό (American Hospital Association, American Medical Association, and United Network for Organ Sharing 1988)

Ο καλύτερος χρόνος για δωρεά είναι εντός 24 ωρών από τη στιγμή του θανάτου, χωρίς να αποκλείεται η δωρεά έως και 48 ώρες μετά το θάνατο.

Το πιο συχνά δωρηθέν όργανο από έναν ζωντανό δότη είναι ο νεφρός. Συνήθως, ο δότης μπορεί να διατηρήσει τα επίπεδα λειτουργικής και ποιοτικής διαβίωσης με μόνο ένα λειτουργικό νεφρό και ως εκ τούτου είναι σε θέση να δωρίσει το άλλο για να βοηθήσει κάποιον που έχει ανάγκη από μεταμόσχευση νεφρού. Μέρος ενός ήπατος μπορεί επίσης να μεταμοσχευθεί από έναν ζωντανό δότη για να βοηθήσει κάποιον που έχει ανάγκη από μεταμόσχευση ήπατος. Η μεταμόσχευση συκωτιού από ζωντανό δότη έχει πραγματοποιηθεί με επιτυχία στο Ηνωμένο Βασίλειο από το 1995, αλλά συχνότερα εκτελείται σε παιδιά από τους ενήλικες. Μια λειτουργία μεταμόσχευσης ήπατος είναι χειρουργική επέμβαση για ασθενείς με τελική ηπατική νόσο.

### 3.1 Εννοιολογικός ορισμός του κοινωνικού κεφαλαίου

Το κοινωνικό κεφάλαιο δεν έχει σαφές, αδιαμφισβήτητο νόημα, για ουσιαστικούς και ιδεολογικούς λόγους (Dolfsma & Dannreuther 2003).

Η ποικιλία των ορισμών που εντοπίζονται στη βιβλιογραφία για το κοινωνικό κεφάλαιο, προέρχεται από την ιδιαιτέρως συγκεκριμένη φύση του και την πολυπλοκότητα της εννοιολογικής συσχέτισης και λειτουργικοποίησής του.

Σύμφωνα με τον Loury ο ορισμός του κοινωνικού κεφαλαίου συνοψίζεται στις «φυσικές κοινωνικές σχέσεις μεταξύ προσώπων που προωθούν ή βοηθούν στην απόκτηση δεξιοτήτων και χαρακτηριστικών που αποτιμώνται στην αγορά, ή αλλιώς ένα περιουσιακό στοιχείο που μπορεί να είναι τόσο σημαντικό όσο τα οικονομικά κληροδοτήματα για τη διατήρηση της ανισότητας στην κοινωνία μας» (Loury 1992).

Λίγο αργότερα, οι Nahapiet & Ghoshal όρισαν το κοινωνικό κεφάλαιο ως «το άθροισμα των πραγματικών και δυνητικών πόρων που ενσωματώνονται εντός, διατίθενται μέσω και προέρχονται από το δίκτυο των σχέσεων που κατέχει μια μεμονωμένη ή κοινωνική μονάδα. Έτσι, το κοινωνικό κεφάλαιο περιλαμβάνει τόσο το δίκτυο όσο και τα περιουσιακά στοιχεία που μπορούν να κινητοποιηθούν μέσω αυτού του δικτύου» (Nahapiet & Ghoshal 1998).

Ενώ οι Woolcock την ίδια χρονιά πρότειναν μια πιο συμπεριφορική έννοια για το κοινωνικό κεφάλαιο που ορίζει ότι αυτό συνίσταται «στις πληροφορίες, την εμπιστοσύνη και τους κανόνες της αμοιβαιότητας που κληρονομούνται στα κοινωνικά δίκτυα» (Woolcock 1998).

Συνδυάζοντας και αναπροσαρμόζοντας τις παραπάνω θεωρίες για το κοινωνικό κεφάλαιο, η απόδοση του Schiff «το σύνολο των στοιχείων της κοινωνικής δομής που επηρεάζει τις σχέσεις μεταξύ των ανθρώπων και είναι εισροές ή επιχειρήματα της λειτουργίας της παραγωγής ή / και της χρησιμότητας» (Schiff 1992).

Μπορεί να σημειωθεί ότι δεν υπάρχει μέχρι και σήμερα σαφής ορισμός του κοινωνικού κεφαλαίου που να το συνδέει ή να το αντιπαραβάλλει με την δωρεά οργάνων και την μεταμόσχευση, στο πλαίσιο που αυτές οι διαδικασίες προϋποθέτουν αμοιβαία εμπιστοσύνη, η αμοιβαιότητα, τα κοινωνική δικτύωση και πολιτική συμπεριφορά. Εντούτοις, η θεωρία του Putnam μπορεί να είναι η πιο σχετική με το θέμα, καθώς αντλεί προσεγγίσεις σε κοινοτικό επίπεδο.

Σύμφωνα με τον Putnam, το κοινωνικό κεφάλαιο χαρακτηρίζεται ως «στοιχείο» της κοινωνικής οργάνωσης, όπως η εμπιστοσύνη, οι κανόνες και τα δίκτυα, που μπορούν να

βελτιώσουν την αποτελεσματικότητα της κοινωνίας διευκολύνοντας τις συντονισμένες δράσεις και τη συνεργασία προς αμοιβαίο όφελος». Η έννοια του κοινωνικού κεφαλαίου για τον Putnam συνίσταται σε «ηθικές υποχρεώσεις και κανόνες, κοινωνικές αξίες (εμπιστοσύνη) και τα κοινωνικά δίκτυα (εθελοντικές ενώσεις)» (Siisiäinen 2000). Το κοινωνικό κεφάλαιο αυξάνει την πιθανότητα συλλογικής δράσης, προωθώντας ισχυρούς κανόνες αμοιβαιότητας, διευκολύνοντας τις ροές πληροφοριών, συμπεριλαμβανομένων των πληροφοριών σχετικά με τη φήμη των παραγόντων και ενσωματώνοντας τις επιτυχίες προηγούμενων προσπαθειών συνεργασίας, και ενεργώντας ως πρότυπο για το μέλλον (Putnam 1993).

Η παραπάνω συζήτηση των ορισμών πρέπει να παρέχει πλήρη κατανόηση της έννοιας του κοινωνικού κεφαλαίου. Επομένως, στα πλαίσια της παρούσας μελέτης, δεδομένου ότι δεν μπορεί να δημιουργηθεί ένας νέος ορισμός που να αφορά το κοινωνικό κεφάλαιο σε σχέση με τον θεσμό της δωρεάς οργάνων ή των μεταμοσχεύσεων, όλοι οι παραπάνω παρατιθέμενοι ορισμοί μοιάζουν να ευσταθούν ως προς την κατανόηση αυτής της πολυσύνθετης έννοιας. Η παρακάτω μελέτη θα επιχειρήσει τον προσδιορισμό μιας αρμόζουσας λειτουργικοποίησης του κοινωνικού κεφαλαίου στα προαναφερόμενα σημεία ενδιαφέροντος.

### **3.2 Μορφές κοινωνικού κεφαλαίου**

Κατά την εννοιολογική προσέγγιση του κοινωνικού κεφαλαίου πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη οι διαφορετικά επικεντρωμένες συνιστώσες του ανάλογα με το αν επικεντρώνεται στις σχέσεις ενός ατόμου ή μιας κοινότητας με άλλους παράγοντες, στην δόμηση των σχέσεων μεταξύ των συντελεστών μιας συλλογικής οργάνωσης ή ειδικότερα στους δύο τύπους δεσμών (Adler & Kwon 2002). Η εστίαση στις εξωτερικές σχέσεις ονομάζεται «γεφύρωση» (Woolcock 1998) ή «κοινόχρηστη» (Oh et al. 1999) ενώ διακρίνεται κι η εστίαση στις δεσμεύσεις των εσωτερικών σχέσεων ή στη σύνδεση. Παρόμοια κατηγοριοποίηση θα μπορούσε να γίνει σύμφωνα με άλλα κριτήρια όπως ισχυροί ή αδύναμοι δεσμοί, οριζόντιοι ή κάθετοι, ανοιχτοί ή κλειστοί, διαρθρωτικοί ή γνωστικοί, γεωγραφικά διασκορπισμένοι ή οριοθετημένοι, με όργανα ή αρχές (Claridge 2004).

Όπως η κοινωνική δομή μπορεί να εξετασθεί από πολλές οπτικές γωνίες έτσι και το κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να διακριθεί σε τύπους ή μορφές. Η πιο κυρίαρχη διάκριση μεταξύ διαφορετικών τύπων κοινωνικού κεφαλαίου σχετίζεται με την πηγή, ωστόσο οι επιμέρους μορφές του κοινωνικού κεφαλαίου συχνά αναφέρονται ως αλληλοσυνδεδεμένες και αλληλοεξαρτώμενες.

- Το δομικό κοινωνικό κεφάλαιο - αναφέρεται σε στοιχεία κοινωνικής δομής που δημιουργούν ευκαιρίες για κοινωνική υλοποίηση παραγωγικών στόχων.

Το διαρθρωτικό κοινωνικό κεφάλαιο περιλαμβάνει καθιερωμένους ρόλους και κοινωνικά δίκτυα που συμπληρώνονται από κανόνες, διαδικασίες και προηγούμενα. Δίνει δομή και σταθερότητα στις κοινωνικές συναλλαγές. Είναι περισσότερο από τους κανόνες, το δομικό κοινωνικό κεφάλαιο είναι χτισμένο από τα ιστορικά θεμέλια του πολιτισμού και των θεσμών μέσα στην κοινωνία.

- Το γνωστικό κοινωνικό κεφάλαιο - περιλαμβάνει κοινά πρότυπα, αξίες, συμπεριφορές και πεποιθήσεις, προδιαθέτει τους ανθρώπους προς αμοιβαία ωφέλιμη συλλογική δράση.

- Το σχεσιακό κοινωνικό κεφάλαιο - βασίζεται στα χαρακτηριστικά των κοινωνικών σχέσεων μεταξύ των ατόμων και χαρακτηρίζεται συνήθως ως εμπιστοσύνη και αξιοπιστία.

Αυτές οι ταξινομήσεις κοινωνικού κεφαλαίου σε τύπους παρέχουν έναν πλούσιο και περιγραφικό τρόπο για να μιλήσουμε για το κοινωνικό κεφάλαιο. Οι τύποι δικτύων και οι δομικοί τύποι παρέχουν δύο διαφορετικούς τρόπους για να περιγράψουν στοιχεία του κοινωνικού κεφαλαίου και μπορούν να χρησιμοποιηθούν εναλλακτικά.

### **3.3 Κοινωνικό κεφάλαιο & δωρεά οργάνων**

Ένας αυξανόμενος όγκος στοιχείων υποδηλώνει ότι οι στρατηγικές δημόσιας υγείας που ενισχύουν τα κοινωνικά δίκτυα των ανθρώπων σε συνδυασμό με το κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να έχουν σημαντικές δυνατότητες για βελτίωση της υγείας, ιδιαίτερα για τις πιο μειονεκτούσες κοινωνικές ομάδες (Berkman & Glass, 2000). Το κοινωνικό κεφάλαιο θεωρείται ότι αντιπροσωπεύει διαπροσωπικά συστήματα υποστήριξης που μπορεί, μεταξύ άλλων ωφελειών, να είναι χρήσιμα σε θέματα προσωπικής υγείας και κοινοτικής δράσης για την υγεία (Gele & Harslof 2010).

Αναφορικά με την μειωμένη προσφορά οργάνων προς μεταμόσχευση, το κοινωνικό κεφάλαιο εμπλέκεται μέσα από τους πολυεπίπεδους δεσμούς στην κοινωνία ως μικρο, μεσο και μακρο επιπέδου (Schuller et al. 2000).

Για παράδειγμα, το μικρο επίπεδο κοινωνικής ευθύνης αντιλαμβάνεται την αυτο-αποτελεσματικότητα και τις επιρροές στην λήψη αποφάσεων σχετικά με τις συμπεριφορές στην υγεία (Campbell 2002), συνυπολογίζοντας την κοινωνικο-δημογραφική και κοινωνικο-οικονομική κατάσταση του ατόμου (επίπεδο εισοδήματος/εκπαίδευση) με τον αντίκτυπό τους στην κοινότητα, το αίσθημα ασφάλειας, τον βαθμό προσβασιμότητας σε υπηρεσίες υγείας και σε εξειδικευμένες πληροφορίες σχετικά με τις υπηρεσίες, όπως η δωρεά οργάνων και η μεταμόσχευση. Το μέσο επίπεδο είναι περισσότερο κοινοτικό, μπορεί να έχει τη μορφή

γειτονιάς, ομάδας, λαμβάνοντας υπόψη την αστικοποίηση, το κοινωνικό περιβάλλον εντός αυτών των κοινοτήτων και των αντιληπτών κανόνων. Οι υπάρχουσες κοινότητες θα μπορούσαν να διαθέτουν δυνατότητες για την προαγωγή της υγείας, την προσβασιμότητα σε ομάδες και την προσαρμογή κοινωνικών μηνυμάτων (Narayan & Cassidy 2001).

Το μακρό επίπεδο κοινωνικότητας λαμβάνει υπόψη την ευρύτερη κοινωνία όπως οι κοινωνικές, οικονομικές και πολιτικές πτυχές και τη σχέση της δωρεάς οργάνων μπορεί να επηρεαστεί από την υπόθεση ότι κάποιος «άλλος» μπορεί να είναι ο παραλήπτης ενός οργάνου, ένας ξένος στην κοινωνία. Θα μπορούσε να λάβει υπόψη τους κοινωνικούς κανόνες της δωρεάς και νόμους, πολιτικές και όργανα διοίκησης γύρω από την ανάκτηση οργάνων.

Παρόλο που ο νόμος για την εθνική μεταμόσχευση οργάνων απαιτεί ισότητα στην πρόσβαση στη μεταμόσχευση, η έλλειψη και οι φυλετικές ανισότητες εξακολουθούν να υφίστανται.

Λόγω της κυριαρχίας της ορθολογικής επιλογής της ανθρώπινης φύσης, που απεικονίζει τα ανθρώπινα όντα ως αυτο-ενδιαφερόμενα, η ατομική αλτρουϊστική συμπεριφορά παραμένει ένας γρίφος που δεν μπορεί να εξηγηθεί από τους κοινωνικούς επιστήμονες. Η συμβολή στο δημόσιο αγαθό δεν είναι μια ορθολογική επιλογή καθώς ο δωρητής δεν μπορεί να καταναλώσει άμεσα τα οφέλη και η κάθε αυτόβουλη μεμονωμένη συνεισφορά δεν έχει αρκετή δυναμική ώστε να διαμορφώσει αισθητή διαφορά που να τροποποιεί το συλλογικό αποτέλεσμα (Bekkers 2004).

Προηγούμενες αναλύσεις σε τυχαιοποιημένους πληθυσμούς, έχουν αναφέρει παράγοντες που εμπλέκονται στην επιλογή προσφοράς οργάνων εν ζωή ή μετά θάνατον όπως η φυλή, η οικονομική κατάσταση, οι πολιτιστικές πεποιθήσεις, η ανεργία, η αποφυγή της δέσμευσης για χειρουργική επέμβαση και η αποφυγή της συνεχούς αναγκαιότητας για φροντίδα. Μέχρι σήμερα, ακόμη και τα πιο ολοκληρωμένα μοντέλα δεν μπόρεσαν να εξηγήσουν επαρκώς αυτές τις φυλετικές ανισότητες, αφήνοντας τους διαμορφωτές της πολιτικής να βρουν τον καλύτερο τρόπο να επεμβαίνουν.

Οι στάσεις των κοινωνικών δικτύων αποτελούν έναν τρόπο ανασκόπησης του σωρευτικού κινδύνου που συσπειρώνεται μεταξύ των ατόμων. Τα κοινωνικά δίκτυα έχουν αποδειχθεί ότι επηρεάζουν τα αποτελέσματα της υγείας και τις συμπεριφορές της υγείας μέσω διαφόρων οδών, συμπεριλαμβανομένου του κοινωνικού κεφαλαίου, της συμμετοχής σε παρόμοιες ή ομαδικές επικίνδυνες συμπεριφορές, διάδοση πληροφοριών και υιοθέτηση ή διάδοση κοινωνικών κανόνων. Η ανάλυση του κοινωνικού δικτύου μπορεί να αποκαλύψει κοινούς κινδύνους μεταξύ δυνητικών χορηγών και παραληπτών σε ένα συγκεκριμένο δίκτυο, διευκρινίζοντας την πιθανότητα εξεύρεσης κατάλληλης αντιστοίχισης είτε μέσω άμεσης δωρεάς είτε μέσω ανταλλαγών.

Σε μια πρόσφατη μελέτη περίπτωσης των Sharp & Randhawa (2016) μελετήθηκε η πολωνική κοινότητα μεταναστών με σκοπό τη δημιουργία νέων θεωρητικών γνώσεων σχετικά με την προθυμία δωρεάς οργάνων σε μια χώρα υποδοχής, χρησιμοποιώντας τη θεωρία του κοινωνικού κεφαλαίου. Τα στοιχεία κοινωνικού κεφαλαίου διερευνήθηκαν με συμμετέχοντες όπως τα κοινωνικά δίκτυα, η πολιτική εμπλοκή, η εμπιστοσύνη και η αμοιβαιότητα. Τα πολωνικά κοινωνικά δίκτυα βρέθηκαν μικρά και ο σχηματισμός δικτύων φάνηκε να επηρεάζεται από τις γλωσσικές δεξιότητες των μεταναστών. Όπως αποδείχθηκε, οι συμμετέχοντες ήταν πρόθυμοι να δώσουν όργανα σε άλλους εντός και εκτός των κοινωνικών τους δικτύων στο Ηνωμένο Βασίλειο και ήθελαν να βοηθήσουν έναν ασθενή που είχε ανάγκη και επηρεάστηκε από τη συνολική εμπειρία των μεταναστών στο Ηνωμένο Βασίλειο στο οποίο όπως δήλωσαν είχαν από νωρίς αφομοιωθεί. Έτσι λοιπόν, συμπεραίνεται ότι η αλληλεπίδραση αυτών των θεωριών κοινωνικού κεφαλαίου μπορεί να αναδιατυπώσει τις συζητήσεις στο πλαίσιο της δωρεάς οργάνων, όπως οι πολιτικές αμοιβαιότητας, η σχετικότητα του αλτρουισμού και ο ρόλος των εμπειριών μετανάστευσης και τα δίκτυα στα όργανα προθυμίας προς δωρεά μεταθανάτια σε μια χώρα υποδοχής.

Σε μια άλλη πρόσφατη ερευνητική προσπάθεια, οι Ladin et al. (2015) μελέτησαν ένα δείγμα 3.281.532 εγγεγραμμένων οδηγών από το Τμήμα Μηχανοκίνητων Οχημάτων της Μασαχουσέτης αντιστοιχίζοντάς τους με την Κοινοτική Έρευνα (ACS) και άλλες πηγές για την απόκτηση πληροφοριών ως προς το κοινωνικό κεφάλαιο (οικιστικός διαχωρισμός, εγγραφή και περιφέρεια ψηφοφορίας) σχετικά με τη συμμετοχή, την κινητικότητα των κατοίκων, το ποσοστό βίαιων θανάτων) και τις θρησκευτικές πεποιθήσεις. Τα ευρήματα δείχνουν ότι διάφοροι παράγοντες σε επίπεδο κοινότητας και κοινωνικού κεφαλαίου, μπορούν να προοικονομήσουν περισσότερες από τις μισές διαφοροποιήσεις στον προσδιορισμό ενός δότη οργάνων, με την διαπίστωση ότι οι μελλοντικές παρεμβάσεις θα πρέπει να στοχεύουν την κοινότητα ως μονάδα και να προσαρμόζουν μηνύματα για περιοχές με χαμηλό κοινωνικό κεφάλαιο.

### **3.4 Κοινωνικό κεφάλαιο & συνέπειες για τη δωρεά οργάνων**

Επηρεασμένοι από τη θεωρία ορθολογικής επιλογής, οι οικονομολόγοι συχνά εξηγούν τις συμπεριφορές που ορμώνται από φιλανθρωπικούς σκοπούς. Η κινητοποίηση βασίζεται στα οφέλη που λαμβάνουν οι άνθρωποι μέσω της δωρεάς, όπως η δωρεά αίματος ή η δωρεά σε μια καταστροφική τραγωδία με ηχηρό αντίκτυπο (σεισμοί, τσουνάμι, πυρκαγιές κλπ). Στις παραπάνω περιπτώσεις, το έμφυτο συναίσθημα κοινωνικής και πολιτισμικής προσφοράς επιβάλλει τον σχεδιασμό μιας δράσης εξισορρόπησης μεταξύ της κατανάλωσης ορισμένων αγαθών και της φιλανθρωπικής παροχής. Όταν οι ανάγκες πολλαπλασιάζονται, οι άνθρωποι βιώνουν μια εσωτερική παρόρμηση να δωρίσουν περισσότερο. Επιπλέον, η φιλανθρωπική συμπεριφορά δεν θεωρείται καθαρά αλτρουιστική. Οι άνθρωποι τείνουν να δωρίζουν επειδή απολαμβάνουν την ευχαρίστηση που απορρέει από την πράξη του δώρου, ενώ παράλληλα, το οικονομικό μοντέλο φιλανθρωπικής συμπεριφοράς δεν δίνει ιδιαίτερη προσοχή στο ρόλο της φιλίας, της προνοίας και των κοινωνικών δικτύων σε φιλανθρωπικούς σκοπούς (Clotfelter 1997)

#### *ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>*

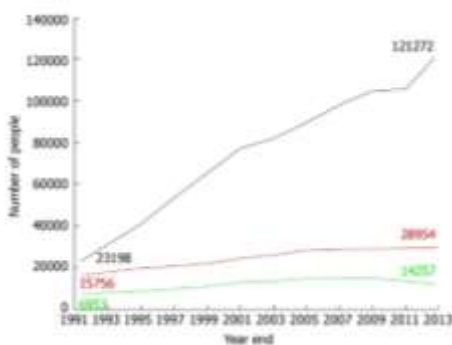
#### **Στάσεις & γνώσεις των επαγγελματιών υγείας για την μεταμόσχευση**

## ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΕΓΓΕΙΡΟΝΤΑΙ

Η ταχεία ανάπτυξη της ιατρικής μεταμόσχευσης από τη δεκαετία του '70, σε συνδυασμό με παράγοντες όπως η πολυνοσηρότητα του γενικού πληθυσμού, η ανάπτυξη και η επέκταση του ηλικιωμένου πληθυσμού έχουν προκαλέσει αυξανόμενη ζήτηση για δωρεά ιστών και οργάνων. Σήμερα υπολογίζεται ότι περίπου 600.000 άνθρωποι επωφελούνται από κάποια μεταμόσχευση ετησίως. Εντυπωσιακά, χιλιάδες ασθενείς πεθαίνουν καθημερινά περιμένοντας ένα ζωτικό όργανο και πολλοί παραμένουν εξασθενημένοι και σε πόνο λόγω έλλειψης μεταμόσχευσης ιστών και οργάνων (Girlanda 2016).

Ένας τρόπος για να διευρυνθεί ο αριθμός των διαθέσιμων προς μεταμόσχευση οργάνων είναι η προσεκτική και ασφαλής εξέταση των ατόμων οι οποίοι μπορεί να είναι εγγεγραμμένοι δότες ωστόσο δεν συμπεριλήφθηκαν, όταν αυτό έγινε απαιτητό. Πρόκειται για μια διεπιστημονική και βασισμένη σε αποδεικτικά στοιχεία διαδικασία διασφάλισης της ισορροπίας μεταξύ της ασφαλούς διατήρησης των οργάνων και τη σταθμισμένη και κατά προτεραιότητα διάθεσή τους στην λίστα αναμονής των ασθενών προς μεταμόσχευση. Την στιγμή που οι γνώσεις και οι επιστημονικές δυνατότητες όσον αφορά τα παραπάνω αυξάνονται και εξελίσσονται, πολύ περισσότεροι άνθρωποι με κοινωνικό ενδιαφέρον και κίνητρο συνανθρωπισμού θα είναι σε θέση να παράσχουν το δώρο της ζωής σε άλλους (Moritsugu 2013).

Η έλλειψη δωρητών είναι ένας σημαντικός περιοριστικός παράγοντας για την αύξηση των ποσοστών μεταμόσχευσης. Οι ασθενείς με καταστροφική ανεπανόρθωτη εγκεφαλική βλάβη, εάν πληρούν τα κριτήρια καταλληλότητας, είναι δυνητικοί μετά θάνατον δότες και μπορούν να αναπτυχθούν στρατηγικές για την επιτυχή μετατροπή τους σε πραγματικούς δωρητές (Dejong, Drachman & Gortmaker 1995).



Εικόνα <sup>1</sup>

\_\_\_ ασθενείς στην λίστα αναμονής

<sup>1</sup> Πηγή URL: <http://www.organdonor.gov/about/data.html>.



— μεταμοσχευμένα όργανα

— δωρητές

*Το παραπάνω σχηματικό διάγραμμα απεικονίζει την απόκλιση μεταξύ της ζήτησης και της διαθεσιμότητας των προς μεταμόσχευση οργάνων*

Άλλα σοβαρά ζητήματα γύρω από τον διάλογο περί μεταμόσχευσης αφορούν την ασφάλεια και την ανωνυμία των δωρητών και των ληπτών. Ο νόμος περί εθνικής μεταμόσχευσης, που εγκρίθηκε από το Κογκρέσο το 1984, έδωσε εντολή σε πολλούς από τους κανονισμούς για τη διασφάλιση της διαδικασίας δωρεάς (για παράδειγμα, απαγόρευση πώλησης και αγοράς ανθρώπινων οργάνων και ιστών) και θέσπισε εθνικό κατάλογο αναμονής για ασθενείς που χρειάζονται μεταμόσχευση οργάνων. Το 1986, η ομοσπονδιακή κυβέρνηση τροποποίησε τον νόμο περί κοινωνικής ασφάλισης για να υποχρεώσει όλα τα νοσοκομεία που λαμβάνουν κονδύλια σε ενημέρωση και καθοδήγηση των οικογενειών των εν δυνάμει δωρητών σχετικά με την επιλογή τους να δωρίσουν τα όργανά τους.

Στα τέλη της δεκαετίας του '80, ο οργανισμός Τροφίμων και Φαρμάκων ανακοίνωσε την πρόθεσή του να ρυθμίσει την δωρεά ιστών και οργάνων ξεκινώντας αυτή την εποπτεία στα τέλη του 1993. Ο κανονισμός σχεδιάστηκε για να μειώσει τη δυνατότητα μετάδοσης λοιμωδών νοσημάτων, καθορίζοντας πρότυπα για τον έλεγχο και την προστασία των δοτών. Πρόσθετοι κανονισμοί αφορούσαν την τήρηση αρχείων, την επισήμανση και την παρακολούθηση. Το 1998, η νομοθεσία απαιτούσε την καταχώριση όλων των επεξεργαστών ιστών. Η προτεινόμενη νομοθεσία το 1999 περιελάμβανε ρύθμιση όλων των προϊόντων ανθρώπινου ιστού και κυττάρων, πρόσθετη εξέταση διαλογής του δότη και αναπαραγωγικές τεχνολογίες που χρησιμοποιούν ανθρώπινο γενετικό υλικό.

Η αυξανόμενη ανάγκη μεταμοσχεύσεων οργάνων και ιστών οδήγησε σε πολλές αναθεωρήσεις του νόμου περί «πράξης ενιαίου ανατομικού δώρου» (Uniform Anatomical Gift Act) (που γράφτηκε το 1968 και αναθεωρήθηκε τελευταία το 2006) σε πολλές πολιτείες (DeVita & Caplan 2007).

Σύμφωνα με αυτή την πράξη, η δήλωση του δότη ότι είναι δωρητής οργάνου είναι νομικά δεσμευτική. Όταν ένα άτομο δηλώνει στην αντίστοιχη πλατφόρμα ή στην άδεια οδήγησης ότι είναι δωρητής οργάνου, αυτό αποτελεί επαρκή απόδειξη συγκατάθεσης για την αφαίρεση οργάνων. Η ομάδα μεταμόσχευσης δεν χρειάζεται τη συγκατάθεση της οικογένειάς καθώς οι επιθυμίες του δωρητή διατυπώνονται και τεκμηριώνονται στην άδεια οδήγησης. Αυτές οι δράσεις διασφαλίζουν ότι οι επιθυμίες του ενδιαφερόμενου δωρητή θα τηρηθούν, ανεξάρτητα από τις οικογενειακές αντιρρήσεις (Crowe 2008).

Η πράξη απαιτεί επίσης το νοσοκομειακό και το ιατρικό προσωπικό να ζητούν από τους ασθενείς να εισέλθουν εάν θεωρούν ότι είναι δωρητές οργάνων. Αυτή η πρακτική ονομάζεται συνήθως "έρευνα ρουτίνας". Όταν ένα πρόσωπο που πεθαίνει δεν δήλωσε επισήμως το ενδιαφέρον ή την έλλειψη ενδιαφέροντος για δωρεά των οργάνων του μετά το θάνατο, το νοσοκομείο ή το ιατρικό προσωπικό πρέπει να συζητήσουν με τους συγγενείς ή τα τους οικείους αυτού του προσώπου σχετικά με το ενδιαφέρον τους να δωρίσουν τα όργανα του ατόμου. Αυτή η πρακτική αναφέρεται συνήθως ως «απαιτούμενο αίτημα».

Τέλος, η πράξη επιτρέπει στο ιατρικό προσωπικό να απομακρύνει τα όργανα χωρίς να λάβει ρητή συγκατάθεση από δυνητικό δότη ή συγγενή του δότη εφόσον το κατάλληλο ιατρικό προσωπικό ή αρχές έχουν καταβάλει εύλογες προσπάθειες για να ανακαλύψουν οποιαδήποτε αντίρρηση από τον δότη ή την οικογένειά του (Crowe 2008).

Προηγούμενες μελέτες δείχνουν ότι αν και οι νοσηλευτές γενικά αναφέρουν θετικές στάσεις απέναντι στην ιδέα της δωρεάς, η απροθυμία τους να δωρίσουν τα δικά τους όργανα ή τα όργανα των μελών της οικογένειάς τους, υποδηλώνει κάποια αβεβαιότητα ή άλλα εμπόδια στη δωρεά (Guide to the Code of Ethics for Nurses 2008).

Οι νοσηλευτές που εμπλέκονται στην προμήθεια οργάνων βιώνουν μια ποικιλία συναισθημάτων καθώς συμμετέχουν στην αφαίρεση οργάνων από ένα σώμα που έχει την ίδια φυσική όψη με εκείνο οποιουδήποτε άλλου χειρουργικού ασθενούς. Οι χειρουργικοί νοσηλευτές έχουν περιγράψει τη συμμετοχή τους στην προμήθεια οργάνων ως ασυνείδητη, τραυματική και συναισθηματικά ψυχοφθόρα (Carter-Gentry & McCurren 2008).

Στόχος μιας πολύ μεγάλης μελέτης από τους Makara-Studzińska et al. (2013) ήταν η παρουσίαση των γνώσεων και των απόψεων 100 τυχαία επιλεγμένων νοσοκόμων στα τμήματα χειρουργικής, ορθοπεδικής, γυναικολογίας και αναισθησιολογίας ενός Δημόσιου Νοσοκομείου στο Lublin για τη δωρεά οργάνων για μεταμόσχευση. Όπως αποκαλύφθηκε, αν και η μεγάλη πλειοψηφία των νοσοκόμων (73%) υποστηρίζει την ιδέα της μεταμόσχευσης, η γνώση των νοσηλευτών σχετικά με τη μεταμόσχευση ήταν ανεπαρκής, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει τις μεταγενέστερες πιθανές αποφάσεις τους σχετικά με τη δωρεά οργάνων για μεταμόσχευση. Μόνο το 68% του συνολικού αριθμού των ερωτηθέντων γνώριζε την έννοια του όρου «σιωπηρή συγκατάθεση» στο πλαίσιο μεταμόσχευσης οργάνων από έναν αποθανόντα δότη και το 72% των νοσοκόμων δεν γνώριζαν σε ποιο τύπο θανάτου μπορούν να ανακτηθούν τα όργανα.

Μια άλλη περιγραφική μελέτη από τους Savaser et al. (2015) εξέτασε τις επιπτώσεις της νοσηλευτικής εκπαίδευσης στη γνώμη των 743 φοιτητών και τελειόφοιτων σε

νοσηλευτικές σχολές και ινστιτούτα σχετικά με τη δωρεά οργάνων. Τα στοιχεία ελήφθησαν μέσω ειδικά διαμορφωμένου ερωτηματολογίου, ενώ τα δεδομένα αξιολογήθηκαν ηλεκτρονικά από περιγραφικά στατιστικά στοιχεία. Το 82% των μαθητών βρέθηκαν πρόθυμοι να δωρίσουν τα όργανα τους. Οι σημαντικότεροι παράγοντες απροθυμίας για δωρεά περιλάμβαναν την επιλογή για διατήρηση της ακεραιότητας του σώματος, ανησυχίες για την παράνομη διακίνηση των οργάνων και την ιδέα ότι η απόφαση για το θάνατό τους θα εκδοθεί νωρίτερα λόγω της πιθανότητας μεταμόσχευσης οργάνων. Αποφασίστηκε ότι η γνώση και οι πηγές πληροφόρησης των μαθητών σχετικά με τη δωρεά οργάνων αυξήθηκε σημαντικά κατά τη διάρκεια της νοσηλευτικής εκπαίδευσης. Μέσα από τα παραπάνω, οι ερευνητές έφθασαν στο συμπέρασμα ότι η νοσηλευτική εκπαίδευση αυξάνει την ευαισθησία κι επηρεάζει θετικά τις απόψεις των μαθητών σχετικά με τη δωρεά οργάνων, γεγονός που επηρεάζει άμεσα τον σημαντικό ρόλο των νοσηλευτών στη δημόσια εκπαίδευση. Ο ρόλος αυτός περιλαμβάνει την προσεγμένη προσέγγισή του οικείου περιβάλλοντος του ασθενή με εγκεφαλικό θάνατο, καθώς και την αρωγή στην διαδικασία λήψης αποφάσεων των οικείων για δωρεά οργάνων και όταν εκτελείται ορθά μπορεί να ανυψώσει το ποσοστό συνολικής δωρεάς οργάνων.

Σκοπός της μελέτης των Cebeci, Sucu & Karazeybek (2011) ήταν ο προσδιορισμός των απόψεων και των προσεγγίσεων 309 νοσηλευτών σχετικά με τους ρόλους τους για την πράξη της δωρεάς και της μεταμόσχευσης οργάνων. Για τις ανάγκες της μελέτης χρησιμοποιήθηκε μια φόρμα με 21 ερωτήματα των οποίων τα δεδομένα αναλύθηκαν για ποσοστιαίες κατανομές από το λογισμικό SPSS. Οι φοιτητές νοσηλευτών ως μελλοντικοί επαγγελματίες υγείας είχαν επίγνωση των ρόλων και των ευθυνών των νοσοκόμων για την αύξηση της δωρεάς οργάνων και της μεταμόσχευσης. Σύμφωνα με τις απόψεις των νοσηλευτών, οι ρόλοι των νοσοκόμων θα μπορούσαν να ταξινομηθούν ως (1) ευαισθητοποίηση του κοινού, (2) φροντίδα για τον αποδέκτη, τον δότη και τις οικογένειές τους, (3) διεξαγωγή έρευνας, (4) υποστήριξη σχετικών οργανισμών και (5) ενημέρωση του κοινού. Ωστόσο, όπως αποδείχθηκε μέσα από την έρευνα, οι ευθύνες των νοσηλευτών για την αύξηση της δωρεάς και της μεταμόσχευσης οργάνων δεν περιορίζονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας, σε μονάδες έκτακτης ανάγκης, καθώς και σε ασθενείς με αιμοκάθαρση και νοσοκομειακούς ασθενείς. Το νοσηλευτικό εργατικό δυναμικό μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για την ευαισθητοποίηση του κοινού.

Η γνώση και η στάση των νοσηλευτών μελετήθηκε κι από τους Babaie et al. (2015) ως καθοριστικός παράγοντας αύξησης του ρυθμού της δωρεάς οργάνων. Το τυχαίοποιημένο δείγμα συνιστούσαν 150 νοσοκόμες που συμπλήρωσαν ειδικά ερωτηματολόγια με δημογραφικές πληροφορίες, ερωτήσεις σχετικά με τη στάση και την πρακτική και τέλος ερωτήσεις σχετικά με τη γνώση προς την κατεύθυνση της δωρεάς οργάνων. Οι μέσες

βαθμολογίες γνώσης ήταν χαμηλές για δύο ομάδες, ενώ οι μέσες βαθμολογίες γνώσης μεταξύ διαφορετικών ηλικιακών ομάδων διέφεραν σημαντικά. Επιπλέον, παρατηρήθηκε μια άμεση και σημαντική σχέση μεταξύ στάσης και πρακτικής, υποδεικνύοντας μεταξύ άλλων ότι το εκπαιδευτικό πρόγραμμα σπουδών και οι εγκαταστάσεις θα πρέπει να στοχεύουν σε μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα για τη διαμόρφωση της στάσης και της ευνοϊκή αλλαγή συμπεριφοράς του προσωπικού σε αυτό το θέμα.

Στην μελέτη των Ramos Bispo et al. (2016) με στόχο τον εντοπισμό της ευαισθητοποίησης 57 νέων νοσηλευτών του Καθολικού Πανεπιστημίου της Βραζιλίας και της επιθυμίας τους να είναι δωρητές, χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο διενεργώντας μια ποιοτική προσέγγιση με το καθοδηγητικό ερώτημα: "Ποια είναι η θέση των νοσηλευτών για τη δωρεά οργάνων;" Λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα, η μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι αυτοί οι σπουδαστές δεν είναι καλά ενημερωμένοι για το θέμα, παρόλα αυτά έδειξαν αλληλεγγύη στη διατήρηση της ζωής συμφωνώντας ότι η θρησκεία δεν εμποδίζει μια τέτοια πράξη.

Από μια άλλη οπτική, οι Pestana et al. (2012) διεξήγαγαν μια ποιοτική μελέτη για να προσδιορίσουν τον βαθμό στον οποίο οι νοσηλευτές υφίστανται ηθικές συγκρούσεις κατά τη διάρκεια της διαδικασίας δωρεάς οργάνων. Συμμετείχαν 11 νοσηλευτές που είχαν περιθάλψει επανειλημμένα πιθανούς δότες οργάνων για μεταμόσχευση. Μετά την ανάλυση των αποτελεσμάτων, προέκυψαν οι παρακάτω κατηγορίες δυσκολιών που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές : (1) δυσκολία στην αποδοχή του εγκεφαλικού θανάτου. (2) άρνηση και αμφισβήτηση της διεπιστημονικής ομάδας για την απόσυρση του μηχανικού αερισμού του ασθενούς ο οποίος δεν είναι δότης μετά από εγκεφαλικό θάνατο, (3) δυσκολία της διεπιστημονικής ομάδας κατά τη διάρκεια της διαδικασίας δωρεάς οργάνων και (4) καταστάσεις που μπορούν να παρεμποδίσουν τη διαδικασία δωρεάς οργάνων και τη λήψη αποφάσεων σε ηθικές συγκρούσεις. Επομένως, οι ηθικές συγκρούσεις που αντιμετώπισαν οι νοσηλευτές κατά τη διάρκεια της διαδικασίας δωρεάς οργάνων, όπως ο θάνατος του ατόμου, το πρωτόκολλο θανάτου, η έλλειψη δέσμευσης, η αμέλεια στην περίθαλψη για πιθανούς δότες, η σπανιότητα ανθρώπινων και υλικών πόρων, τη θρησκεία και την έλλειψη επικοινωνίας αποτελούσαν αγχογόνες καταστάσεις για τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας.

Τα αποτελέσματα της ίδιας έρευνας σε τυχαίο δείγμα νοσηλευτών της Νοτίου Αφρικής ήταν πολύ περισσότερο απογοητευτικά καθώς φάνηκε ότι μόνο το 61% των νοσοκόμων γνώριζε ότι υπήρχε πρόσβαση σε έναν συντονιστή του προγράμματος μεταμόσχευσης μέσω των νοσοκομείων τους ενώ επιπρόσθετα, υπήρξε αβεβαιότητα σχετικά με το ρόλο του συντονιστή. Εκ των 273 νοσηλευτών που συμμετείχαν στην έρευνα των

Crymble et al. (2017) το 64,2% δήλωσε θετική άποψη απέναντι στην δωρεά και το 63,2% δήλωσαν ότι οι προσωπικές τους πεποιθήσεις για τη δωρεά οργάνων δεν επηρέασαν τις συμβουλές που έδωσαν στους ασθενείς. Ωστόσο, μόνο το 36,8% αισθάνονταν σίγουροι ότι παραπέμπουν σε δυναμικούς δωρητές και το 35,8% θεώρησε ότι η παραπομπή ήταν εντός του πεδίου εφαρμογής τους. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες 84,5% θεώρησαν ότι ήταν αποκλειστική ευθύνη του γιατρού να παραπέμπει τους δότες, αλλά το 80,3% σημείωσε ότι οι ίδιοι οι δότες θα μπορούσαν να αναφέρονται εάν υπήρχε υποχρεωτικό πρωτόκολλο παραπομπής. Παρόλο που οι νοσοκόμες ήταν θετικά διακείμενες απέναντι στην δωρεά οργάνων, εξέφρασαν αβεβαιότητες σχετικά με την αναφορά των πιθανών δωρητών. Ωστόσο, εάν εισαγόταν κι εφαρμοζόταν ένα σαφές πρωτόκολλο παραπομπής, η πλειοψηφία των νοσοκόμων υπογράμμισε ότι θα το ακολουθούσαν πρόθυμα. Επομένως, προκύπτει επείγουσα ανάγκη να αποσαφηνιστεί ο ρόλος των νοσοκόμων στη διαδικασία παραπομπής των δωρητών οργάνων στις αναπτυσσόμενες χώρες παγκοσμίως.

Σκοπός της περιγραφικής μελέτης των Poreddi et al. (2014) ήταν η αξιολόγηση των γνώσεων, των στάσεων και της προθυμίας 271 φοιτητών του νοσηλευτικού ιδρύματος να δωρίσουν όργανα, χρησιμοποιώντας αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια. Ενώ όλοι οι συμμετέχοντες γνώριζαν τη δωρεά οργάνων, η πλειοψηφία βρέθηκε να μην γνωρίζει τη νομοθεσία περί δωρεάς οργάνων. Το 66,7% των συμμετεχόντων είχε επαρκές επίπεδο γνώσης και το 72,3% διατηρούσαν θετικές συμπεριφορές απέναντι στην δωρεά. Στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ της γνώσης και της συμπεριφοράς των συμμετεχόντων στη δωρεά οργάνων, υποδηλώνοντας την αναγκαιότητα αναθεώρησης των αναλυτικών προγραμμάτων σπουδών για την προετοιμασία των μελλοντικών νοσηλευτών για την αντιμετώπιση των θεμάτων που σχετίζονται με τη δωρεά και την καλλιέργεια οργάνων.

Οι Gross et al. (2010) μελέτησαν 199 μέλη του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ενός κοινοτικού νοσοκομείου που εκτελεί 7-8 μεταμοσχεύσεις οργάνων κάθε χρόνο. Αν και μόνο 7 συμμετέχοντες του ανταποκρινόμενου προσωπικού παραδέχτηκαν ότι θα αρνούνταν να δωρίσουν ένα όργανο, άξιο αναφοράς είναι το γεγονός ότι 23 παραδέχτηκαν ότι δεν θα έδιναν τη συγκατάθεσή τους για τη δωρεά οργάνων από έναν στενό συγγενή τους. Ωστόσο, το 47% αυτών που βρέθηκαν θετικά διακείμενοι να γίνουν δωρητές, είχαν ήδη υπογράψει την κάρτα δωρητή. Επιπλέον, από την συγκεκριμένη έρευνα δεν προέκυψε σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ της στάσης ανάλογα με την ιατρική και την νοσηλευτική ιδιότητα ή ειδικότητα. Τα παραπάνω ευρήματα συμβαδίζουν με τα αποτελέσματα από τις γενικές πληθυσμιακές έρευνες ωστόσο, υπογραμμίζεται ότι πρέπει να καταβληθεί μεγάλη προσπάθεια για την ενθάρρυνση του ιατρικού προσωπικού που εμπλέκεται στη δωρεά οργάνων προκειμένου να δώσουν το παράδειγμα κατ'επέκταση και στη κοινότητα.

Η μελέτη των Mendes et al. (2012) βασίστηκε στην διερεύνηση του νοσηλευτικού ρόλου όπως διαφοροποιείται μεταξύ της κλινικής νοσοκόμας και του νοσηλευτή-συντονιστή της μεταμόσχευσης, λαμβάνοντας υπόψιν τις ηθικές πτυχές, την έρευνα, την πληροφόρηση και την εκπαίδευση των προαναφερόμενων σχετικά με τις μεταμοσχεύσεις. Το συμπέρασμα ήταν ότι οι νοσοκόμες πρέπει να έχουν τις γνώσεις και τους διαθέσιμους πόρους για την συνολικά αποτελεσματική προσέγγιση του θέματος που σχετίζεται με τις μεταμοσχεύσεις.

Ο πληθυσμός μιας ακόμη πρόσφατης περιγραφικής μελέτης από τους Calikoglu et al. (2018) των απόψεων των νοσηλευτών αντιστοιχούσε σε 74 εργαζόμενους σε μονάδες εντατικής θεραπείας στο κέντρο της επαρχίας Erzurum της Τουρκίας. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (73%) δήλωσε ότι οι θρησκευτικές πεποιθήσεις δεν απαγόρευαν τη δωρεά οργάνων και το 98,6% παραδέχτηκε ότι η δωρεά οργάνων στην Τουρκία ήταν μη επαρκής. Από τους συμμετέχοντες, το 68,9% δήλωσε έτοιμο να λάβει μεταμόσχευση οργάνου σε περίπτωση ανάγκης και όσοι δέχτηκαν να λάβουν όργανα δήλωσαν επίσης διατεθειμένοι να δωρίσουν.

Όσον αφορά την επίδραση της κατάρτισης στη συμπεριφορά των νοσηλευτών, η μελέτη των Masoumian et al. (2015) έδειξε ότι τα πρώτα χρόνια κλινικής νοσηλευτικής πρακτικής, οι νοσηλευτές με θετική στάση πιστεύουν ότι το υπάρχον πρωτόκολλο που χρησιμοποιείται για να εξηγήσει τον εγκέφαλο θάνατο και να δώσει εξηγήσεις στις οικογένειες των δωτών οργάνων καταλήγουν σε θετικές στάσεις επ'αυτού του θέματος. Παρόλα αυτά, οι περισσότερες νοσοκόμες επιβεβαίωσαν την έλλειψη κατάλληλης κατάρτισης και εμπειρίας στην υποστήριξη των οικογενειών των εγκεφαλικά νεκρών ασθενών.

Συνοψίζοντας, οι περισσότερες μελέτες τόνισαν τους σημαντικότερους παράγοντες που μπορούν να διαμορφώσουν την αρνητική στάση των νοσηλευτών ως προς τη δωρεά οργάνων. Μεταξύ αυτών, αναφέρθηκαν επανειλημμένα η έλλειψη προγραμμάτων κατάρτισης για τον καθορισμό των κριτηρίων του εγκεφαλικού θανάτου και της διαδικασίας δωρεάς οργάνων, οι ψυχολογικοί παράγοντες (φόβος χειρουργικής διαδικασίας), οι απόψεις των οικογενειών των ασθενών, ο πόνος, η αβεβαιότητα ότι ο εγκεφαλικός θάνατος μπορεί να παρερμηνευθεί ή να ξεπεραστεί, άλλοι φυσικοί παράγοντες, απροθυμία να αποτελέσουν μέρος της διαδικασίας δωρεάς οργάνων και απόρριψη των παραπάνω ως νοσηλευτικό καθήκον, η προσωπική απροθυμία δωρεάς των δικών τους οργάνων (ή των μελών της οικογένειάς τους), η έλλειψη συγκατάθεσης από την οικογένεια των ασθενών για δωρεά οργάνων, οι αντιφατικές ιδέες για τη δωρεά και τη μεταμόσχευση οργάνων, το στρες και το συναίσθημα όταν ο δότης είναι στενός συγγενής.

Οι παραπάνω απόψεις, μπορεί να διαμορφώθηκαν από προηγούμενη δυσάρεστη εμπειρία παροχής φροντίδας σε ασθενή - δότη οργάνων, από το ανεπαρκές επίπεδο εκπαίδευσης, από την αδυναμία να εξηγήσουν τον εγκεφαλικό θάνατο στις οικογένειες των ασθενών κλπ. Μάλιστα, μερικές μελέτες ήταν ενδεικτικές της έλλειψης γνώσης των νοσηλευτών, η οποία θα μπορούσε να αποδοθεί στην έλλειψη κατάρτισης στη διαδικασία δωρεάς οργάνων, στην αναποτελεσματικότητα στη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου με βάση τα πρότυπα κριτήρια και στο διαγνωστικό χάος πριν τη διαδικασία δωρεάς οργάνων και την εμπεριστατωμένη κήρυξη του εγκεφαλικού θανάτου.

Ωστόσο, σε ορισμένα άρθρα προέλευσης από λιγότερο ανεπτυγμένες ιατρικά και κοινωνικά χώρες όπως το Ισραήλ, η Ινδία, η Πολωνία, η Τουρκία και η Ισπανία, αναφέρθηκε ότι οι νοσοκόμες έχουν θετική στάση απέναντι στη δωρεά οργάνων. Σύμφωνα με τα συμπεράσματα, μερικοί από τους κύριους παράγοντες που επηρέασαν τη θετική στάση των νοσοκόμων προς τη δωρεά οργάνων ήταν οι πρότυπες οδηγίες για τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου στα νοσοκομεία, οι κατευθυντήριες γραμμές για τους ηθικούς κώδικες στα νοσοκομεία, τα προγράμματα κατάρτισης για τον εγκέφαλο θάνατο και τη δωρεά οργάνων, η αυτοπεποίθηση των νοσοκόμων στην αντιμετώπιση των οικογενειών νεκρών ασθενών, η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, η μείωση των ιατρικών δαπανών και των ψυχολογικών πιέσεων των οικογενειών, η προηγούμενη εμπειρία στη δωρεά οργάνων, το επίπεδο της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και η παντρεμένη, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις,

## **ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **1. Σκοπός της μελέτης**

Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση των στάσεων του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στη δωρεά οργάνων και τη μεταμόσχευση, η ανάδειξη του κοινωνικού κεφαλαίου αλλά και η ανάδειξη του βαθμού σύνδεσης του κοινωνικού κεφαλαίου στη διαμόρφωση των αντιλήψεων και των στάσεων απέναντι στις μεταμοσχεύσεις.

### **2. Μεθοδολογία της μελέτης**

Η μέθοδος που ακολουθήθηκε για την συλλογή των δεδομένων της παρούσης μελέτης ήταν η συμπλήρωση ανώνυμου ερωτηματολογίου. Πρόκειται για δειγματοληψία ευκολίας.

### 3. Εργαλεία μελέτης

Τα ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν αποτελούνταν από 3 μέρη. Το πρώτο μέρος περιελάμβανε τα δημογραφικά στοιχεία, το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου αναφερόταν στις μεταμοσχεύσεις και το τρίτο μέρος αναφερόταν στο κοινωνικό κεφάλαιο.

Η χρήση του ερωτηματολογίου είχε σκοπό την αποτύπωση απόψεων αλλά και στάσεων του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στη δωρεά οργάνων και τη μεταμόσχευση οργάνων και ιστών. Επιλέχθηκε το ερωτηματολόγιο Donor Action HAS και το SOCIAL CAPITAL QUESTIONNAIRE. Διανεμήθηκε στους επαγγελματίες υγείας με σκοπό τη μέτρηση της στάσης τους απέναντι στη δωρεά οργάνων και της μεταμόσχευσης. Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε ερωτήσεις κλειστού τύπου αλλά και μερικές ερωτήσεις ανοιχτού και συμπληρώθηκε από 100 άτομα και η δομή του ήταν η ακόλουθη:

Στο πρώτο μέρος περιλαμβάνονται ερωτήσεις που αφορούν τα κοινωνικά χαρακτηριστικά όπως ηλικία, φύλο, επαγγελματική απασχόληση στο νοσοκομείο (ερωτήσεις 1-10). Στο δεύτερο μέρος περιλαμβάνονται 28 ερωτήσεις ειδικά διαμορφωμένες που να μπορούν να μετρούν: Στην πρώτη κατηγορία 8 ερωτήσεις που διερευνούν την προσωπική στάση των ερωτηθέντων απέναντι στη δωρεά οργάνων, την ενημέρωση του συγγενικού περιβάλλοντος αλλά και την δωρεά οργάνων σε περίπτωση θανάτου υπάρχοντος ή μελλοντικού αποκληθέντος τέκνου τους.

Στη δεύτερη κατηγορία υπάρχουν ερωτήσεις που διερευνούν πληροφορίες που αναφέρονται στον αριθμό και τα ποσοστά ασθενών που υπάρχουν στη λίστα αναμονής για μεταμόσχευση κατά το προηγούμενο ημερολογιακό έτος στη χώρα μας και με το νοσοκομείο που εργάζονται και 3 ερωτήσεις που διερευνούν τις επιδόσεις του συγκεκριμένου νοσοκομείου σε μεταμοσχεύσεις και τα πρωτόκολλα που ισχύουν σε αυτό. Στην Τρίτη κατηγορία υπάρχουν 5 ερωτήσεις που σχετίζονται με τον εγκεφαλικό θάνατο και κατά πόσο οι ίδιοι αισθάνονται άνετα όταν ανακοινώσουν σε συγγενείς το γεγονός, την πρόταση τους σε συγγενικά πρόσωπα δωρεάς οργάνων του εγκεφαλικού νεκρού ασθενή, τη φροντίδα δυνητικού δότη, την προσέγγιση των συγγενών τους αλλά και την επιλογή της κατάλληλης στιγμής για μια τέτοια πρόταση στο συγγενικό περιβάλλον τους.

Επίσης, 3 ερωτήσεις που διερευνούν τις απόψεις των ερωτηθέντων σχετικά με τον συντονιστή μεταμοσχεύσεων, τις προσφερόμενες υπηρεσίες αλλά και τα καθήκοντά του. Στην 4 κατηγορία υπάρχουν 4 ερωτήσεις που διερευνούν τη συμμετοχή ή μη των



ερωτηθέντων αλλά και την επιθυμία τους να παρακολουθήσουν σεμινάρια, εκπαιδεύσεις σχετικά με τη μεταμόσχευση, την προσέγγιση και αντιμετώπιση συγγενών, το είδος της εκπαίδευσης που θα προτιμούσαν αλλά και το χρονικό διάστημα της κατάλληλης για αυτούς ώρα της ημέρας συμμετοχής σε αυτό. Επίσης 3 ερωτήσεις ανοιχτού τύπου αναφορικά με προτάσεις τους στους συντονιστές μεταμόσχευσης, τις ανησυχίες τους για τη δωρεά οργάνων και προτάσεις για βελτιώσεις.

### Αποτελέσματα της μελέτης

Το δείγμα αποτελείται από 100 επαγγελματίες υγείας.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1:** Δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων.

		N	%
<b>Ηλικία</b>	18-24	10	10,0
	25-34	18	18,0
	35-44	34	34,0
	45-54	33	33,0
	55+	5	5,0
<b>Φύλο</b>	Άνδρας	31	32,0

	Γυναίκα	66	68,0
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	Έγγαμος	66	66,0
	Σε σχέση	19	19,0
	Ελεύθερος	15	15,0
<b>Εκπαιδευτική βαθμίδα</b>	Επαγγελματική μεταδευτεροβάθμια εκπαίδευση	14	14,0
	Τεχνολογική εκπαίδευση	41	41,0
	Πανεπιστημιακή εκπαίδευση	16	16,0
	Κάτοχος μεταπτυχιακού	21	21,0
	Κάτοχος διδακτορικού	8	8,0

Το 34,0% των συμμετεχόντων ήταν 35-44 ετών και το 33,0% ήταν 45-54 ετών. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες με το ποσοστό να είναι 68,0%. Έγγαμοι ήταν το 66,0% των συμμετεχόντων και το 41,0% είχε τεχνολογική εκπαίδευση.

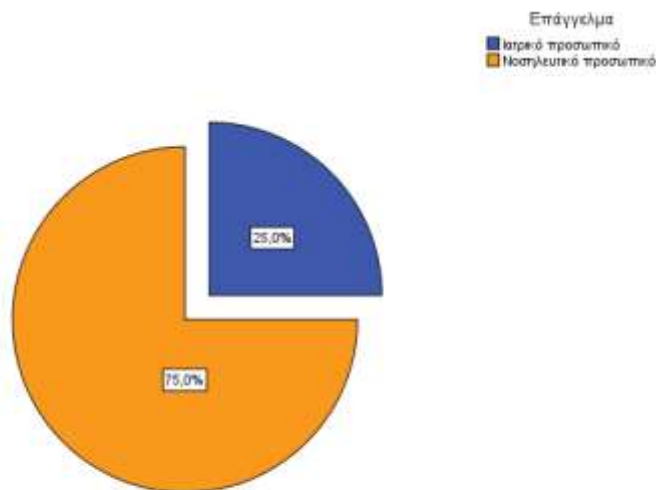
**ΠΙΝΑΚΑΣ 2:** Εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων.

		N	%
<b>Επάγγελμα</b>	Ιατρικό προσωπικό	25	25,0
	Νοσηλευτικό προσωπικό	75	75,0
<b>Αν ιατρικό, προσδιορίστε</b>	Ειδικευόμενος	7	7,0
	Επιμελητής Α	7	7,0
	Επιμελητής Β	2	2,0
	Διευθυντής/τρια	7	7,0
	Πανεπιστημιακή βαθμίδα	1	1,0
<b>Αν νοσηλευτικό, προσδιορίστε</b>	Νοσηλευτής ΠΕ	14	14,0
	Νοσηλευτής ΤΕ	34	34,0
	Βοηθός νοσηλευτή	22	22,0
	Προϊστάμενος	2	2,0
<b>Έτη προϋπηρεσίας</b>	1-5 έτη	14	14,0
	6-10 έτη	25	25,0
	11-20 έτη	41	41,0
	Πάνω απο 20 έτη	20	20,0
<b>Τμήμα εργασίας</b>	Α.Κ.Α	1	1,0
	Αιματολογικό	1	1,0
	Αιμοδοσίας	3	3,0
	Αναισθησιολογικό	9	9,0
	Γαστρεντερολογική	9	9,0
	Δερμικό-Αντιφυματικό	1	1,0
	Εξωτερικά ιατρεία	16	16,0
	Καρδιολογική	6	6,0
	Μαιευτική	2	2,0
	ΜΕΘ	20	20,0
	ΜΟΝΑΔΑ	1	1,0
	ΟΡΘ/ΚΗ	6	6,0
	Ουρολογικό	1	1,0
	Παθολογική	6	6,0
	Ρευματολογική	2	2,0
	Ρευματολογικό	1	1,0
Σπουδάστρια	1	1,0	

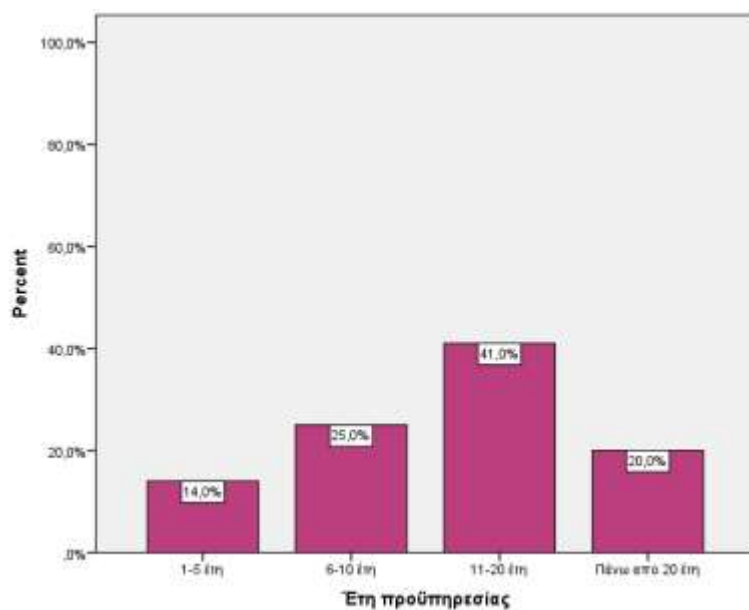
	ΤΕΠ	5	5,0
	Χειρουργική	8	8,0
	ΩΡΛ	1	1,0
<b>Χρόνια υπηρεσίας στο συγκεκριμένο τμήμα, μέση τιμή (SD)</b>		7,23 (5,05)	

Το 75,0% των συμμετεχόντων ήταν νοσηλευτικό προσωπικό. Επίσης, το 41,0% των συμμετεχόντων είχε 11-20 έτη προϋπηρεσίας και το 25,0% 6-10 έτη προϋπηρεσίας. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων εργαζόταν στη ΜΕΘ, με το ποσοστό να είναι 20,0%. Ο μέσος χρόνος προϋπηρεσίας ήταν 7,23 έτη (SD=5,05 έτη).

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται το επάγγελμα των συμμετεχόντων.



Στο γράφημα που ακολουθεί δίνονται τα έτη προϋπηρεσίας των συμμετεχόντων.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 3:** Στοιχεία που αφορούν τις δωρεές οργάνων/ιστών .

		N	%
<b>Κατά το προηγούμενο ημερολογιακό έτος, ο κατά προσέγγιση αριθμός των ιατρικά κατάλληλων ασθενών για δωρεά οργάνων, στη μονάδα σας, ήταν:</b>	Κανένας	11	11,2
	1 με 5	35	35,7
	6 με 10	6	6,1
	11 με 20	1	1,0
	>21	0	0,0
	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	45	45,9
<b>Κατά το προηγούμενο ημερολογιακό έτος, ο κατά προσέγγιση αριθμός των ιατρικά κατάλληλων ασθενών για δωρεά ιστών στη μονάδα σας, ήταν:</b>	Κανένας	28	28,6
	1 με 10	38	38,8
	11 με 20	4	4,1
	21 με 30	0	0,0
	>31	0	0,0
	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	28	28,6
<b>Κατά το προηγούμενο ημερολογιακό έτος, ο κατά προσέγγιση αριθμός των δοτών οργάνων στη μονάδα σας, ήταν:</b>	Κανένας	40	40,4
	1 με 5	27	27,3
	6 με 10	6	6,1
	11 με 20	1	1,0
	>21	0	0,0
	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	25	25,3

<b>Κατά το προηγούμενο ημερολογιακό έτος, ο κατά προσέγγιση αριθμός των δοτών ιστών στη μονάδα σας, ήταν:</b>	Κανένας	38	38,4
	1 με 10	32	32,3
	11 με 20	3	3,0
	21 με 30	0	0,0
	>31	1	1,0
	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	25	25,3

Το 35,7% των συμμετεχόντων είχε 1-5 ιατρικά κατάλληλους ασθενείς για δωρεά οργάνων, στη μονάδα τους κατά το τελευταίο έτος. Επίσης, το 38,8% των συμμετεχόντων είχε 1-10 ιατρικά κατάλληλους ασθενείς για δωρεά ιστών, στη μονάδα τους κατά το τελευταίο έτος. Το 40,4% των συμμετεχόντων δεν είχε κανένα δότη οργάνων στη μονάδα τους το τελευταίο έτος και το 38,4% κανένα δότη ιστών.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 4:** Στοιχεία που αφορούν στις πρακτικές των μονάδων των συμμετεχόντων για τη δωρεά οργάνων.

		N	%
<b>Το νοσοκομείο στο οποίο εργάζεστε είναι μονάδα μεταμόσχευσης;</b>	Όχι	65	66,3
	Ναι	12	12,2
	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	21	21,4
<b>Το νοσοκομείο στο οποίο εργάζεστε είναι μονάδα λήψης μοσχευμάτων;</b>	Όχι	17	17,2
	Ναι	36	36,4
	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	46	46,5
<b>Το νοσοκομείο σας έχει επίσημα πρωτόκολλα για την διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου:</b>	Συμφωνώ	37	38,9
	Διαφωνώ	2	2,1
	Δε γνωρίζω	56	58,9
<b>Το νοσοκομείο σας έχει καλές επιδόσεις στον τομέα των μεταμοσχεύσεων:</b>	Συμφωνώ	11	11,1
	Διαφωνώ	10	10,1
	Δε γνωρίζω	78	78,8
<b>Το νοσοκομείο σας έχει επίσημα πρωτόκολλα για τη διαδικασία της συναίνεσης για τη δωρεά οργάνων:</b>	Συμφωνώ	33	33,7
	Διαφωνώ	2	2,0
	Δε γνωρίζω	63	64,3
<b>Ο εγκεφαλικός θάνατος είναι έγκυρος ορισμός θανάτου</b>	Συμφωνώ	67	68,4
	Διαφωνώ	15	15,3
	Δε γνωρίζω	16	16,3

Το 12,2% των συμμετεχόντων εργαζόταν σε νοσοκομείο που ήταν μονάδα μεταμόσχευσης και το 36,4% σε νοσοκομείο που ήταν μονάδα λήψης μεταμόσχευσης. Ακόμα, το 38,9% των συμμετεχόντων εργαζόταν σε νοσοκομείο που είχε επίσημα πρωτόκολλα για την διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου και το 33,7% σε νοσοκομείο που είχε επίσημα πρωτόκολλα για τη διαδικασία της συναίνεσης για τη δωρεά οργάνων. Μόνο το 11,1% των συμμετεχόντων συμφώνησε ότι το νοσοκομείο που εργαζόταν είχε καλές επιδόσεις στον τομέα των μεταμοσχεύσεων ενώ το 68,4% συμφώνησε με την πρόταση «Ο εγκεφαλικός θάνατος είναι έγκυρος ορισμός θανάτου».

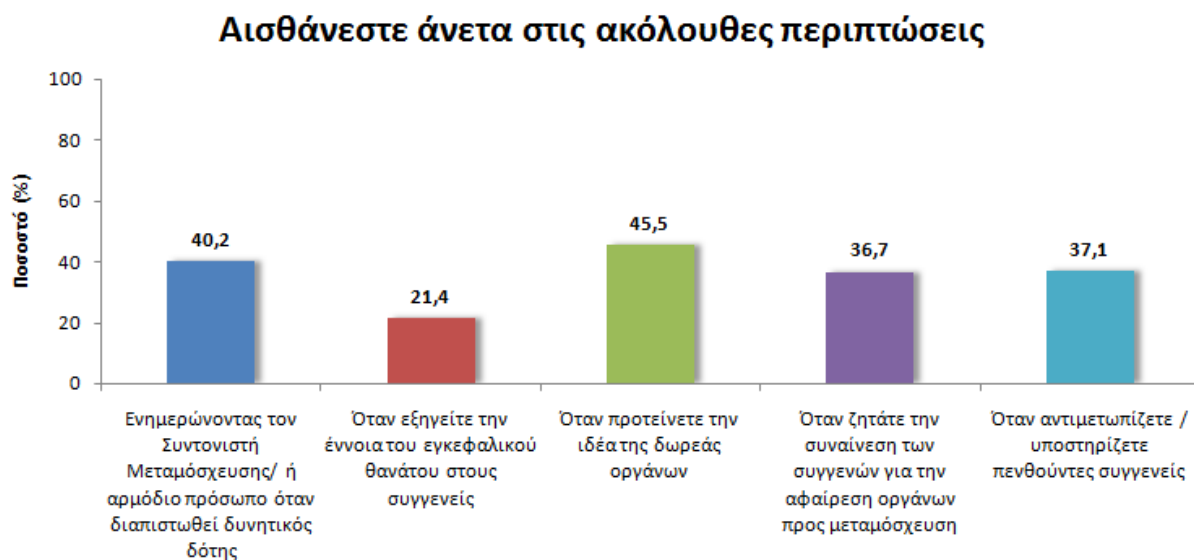
**ΠΙΝΑΚΑΣ 5:** Εάν οι συμμετέχοντες νιώθουν άνετα σε περιπτώσεις δωρεά οργάνων.

<b>Αισθάνεστε άνετα στις ακόλουθες περιπτώσεις</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Ενημερώνοντας τον Συντονιστή Μεταμόσχευσης/ ή αρμόδιο πρόσωπο όταν διαπιστωθεί δυνητικός δότης</b>	Όχι	15	15,5
	Ναι	39	40,2
	Καμία συμμετοχή	43	44,3
<b>Όταν εξηγείτε την έννοια του εγκεφαλικού θανάτου στους συγγενείς</b>	Όχι	33	33,7
	Ναι	21	21,4
	Καμία συμμετοχή	44	44,9
<b>Όταν προτείνετε την ιδέα της δωρεάς οργάνων</b>	Όχι	22	22,2
	Ναι	45	45,5
	Καμία συμμετοχή	32	32,3
<b>Όταν ζητάτε την συναίνεση των συγγενών για την αφαίρεση οργάνων προς μεταμόσχευση</b>	Όχι	26	26,5
	Ναι	36	36,7
	Καμία συμμετοχή	36	36,7
<b>Όταν αντιμετωπίζετε / υποστηρίζετε πενθούντες συγγενείς</b>	Όχι	37	38,1
	Ναι	36	37,1
	Καμία συμμετοχή	24	24,7

Το 40,2% των συμμετεχόντων ένιωθε άνετα ενημερώνοντας τον Συντονιστή Μεταμόσχευσης/ ή αρμόδιο πρόσωπο όταν διαπιστωθεί δυνητικός δότης, το 21,4% όταν εξηγεί την έννοια του εγκεφαλικού θανάτου στους συγγενείς και το 45,5% όταν προτείνει την ιδέα της δωρεάς οργάνων. Επίσης, το 36,7% των συμμετεχόντων ένιωθε άνετα όταν ζητούσε την συναίνεση των συγγενών για την αφαίρεση οργάνων προς μεταμόσχευση και το 37,1% όταν αντιμετωπίζουν / υποστηρίζουν πενθούντες συγγενείς.



Στο γράφημα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων που ένιωθαν άνετα στις διάφορες περιπτώσεις.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 6:** Στοιχεία που αφορούν τη συμμετοχή των συμμετεχόντων σε περιστατικά που είχαν να κάνουν με τη δωρεά οργάνων.

<b>Παρακαλώ σημειώστε σε πόσα περιστατικά είχατε συμμετοχή το περασμένο έτος όσον αφορά την:</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Φροντίδα δυνητικού δότη</b>	Κανένα	81	82,7
	1-3	15	15,3
	4-6	2	2,0
<b>Ανακοίνωση/ πληροφόρηση συγγενών για σοβαρή εγκεφαλική βλάβη του ασθενή</b>	Κανένα	83	84,7
	1-3	14	14,3
	4-6	1	1,0
<b>Εξήγηση της έννοιας του εγκεφαλικού θανάτου σε συγγενείς του ασθενή</b>	Κανένα	89	89,9
	1-3	10	10,1
	4-6	0	0,0
<b>Προσέγγιση συγγενών για συναίνεση στη δωρεά οργάνων</b>	Κανένα	81	82,7
	1-3	17	17,3
	4-6	0	0,0
<b>Επικοινωνία με τον συντονιστή μεταμόσχευσης</b>	Κανένα	78	79,6
	1-3	18	18,4
	4-6	2	2,0

Το 82,7% των συμμετεχόντων δεν είχε συμμετάσχει σε κάποιο περιστατικό Φροντίδας δυνητικού δότη, το 84,7% δεν είχε συμμετάσχει σε ανακοίνωση/ πληροφόρηση συγγενών για σοβαρή εγκεφαλική βλάβη του ασθενή και το 89,9% δεν είχε συμμετάσχει σε εξήγηση της έννοιας του εγκεφαλικού θανάτου σε συγγενείς του ασθενή. Επίσης, το 82,7% των συμμετεχόντων δεν είχε συμμετάσχει σε κάποιο περιστατικό προσέγγισης συγγενών για συναίνεση στη δωρεά οργάνων και το 79,6% δεν είχε συμμετάσχει σε επικοινωνία με τον συντονιστή μεταμόσχευσης.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 7:** Απόψεις των συμμετεχόντων για το πότε είναι η κατάλληλη στιγμή για τη δωρεά οργάνων.

		N	%
<b>Κατά την γνώμη σας ποια είναι η καταλληλότερη στιγμή να προτείνετε την ιδέα της δωρεάς οργάνων προς μεταμόσχευση στους συγγενείς του ασθενή</b>	Την στιγμή που ενημερώνονται για την σοβαρή εγκεφαλική βλάβη του ασθενή	6	6,0
	Αφού ολοκληρωθεί η πρώτη δοκιμασία των κλινικών εξετάσεων για την διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου	22	22,0
	Την ίδια στιγμή που ενημερώνονται ότι το αγαπημένο τους πρόσωπο είναι εγκεφαλικά νεκρό	37	37,0
	Σε μια ξεχωριστή συζήτηση, εφόσον η οικογένεια έχει ενημερωθεί ότι το αγαπημένο τους πρόσωπο είναι εγκεφαλικά νεκρό	44	44,0
<b>Ποια είναι κατά τη γνώμη σας, η καταλληλότερη στιγμή για ένα συντονιστή μεταμοσχεύσεων, να έρθει στο νοσοκομείο, στην περίπτωση ενός δυνητικού δότη;</b>	Πριν τον πρώτο έλεγχο για τη διαπίστωση του εγκεφαλικού θανάτου	3	3,0
	Μετά την ολοκλήρωση του πρώτου ελέγχου για τη διαπίστωση του εγκεφαλικού θανάτου	10	10,0
	Μετά τη διαπίστωση του εγκεφαλικού θανάτου αλλά πριν το αίτημα για δωρεά	15	15,0
	Αφού έχει γίνει το αίτημα για δωρεά οργάνων στην οικογένεια	14	14,0
	Αφού έχει δοθεί η συναίνεση της οικογένειας για τη δωρεά	67	67,0

Το 44,0% των συμμετεχόντων πίστευε ότι είναι η καταλληλότερη στιγμή να προτείνει την ιδέα της δωρεάς οργάνων προς μεταμόσχευση στους συγγενείς του ασθενή είναι σε μια ξεχωριστή συζήτηση, εφόσον η οικογένεια έχει ενημερωθεί ότι το αγαπημένο τους πρόσωπο είναι εγκεφαλικά νεκρό. Επίσης, το 67,0% των συμμετεχόντων πίστευε ότι η καταλληλότερη στιγμή για ένα συντονιστή μεταμοσχεύσεων, να έρθει στο νοσοκομείο, στην περίπτωση ενός δυνητικού δότη είναι αφού έχει δοθεί η συναίνεση της οικογένειας για τη δωρεά.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 8:** Ποια είναι η ικανοποίηση των συμμετεχόντων για τις προσφερόμενες υπηρεσίες του συντονιστή μεταμοσχεύσεων.

	Ικανοποιημένος	Δυσανεστημένος	Μη σχετικό

	N (%)	N (%)	N (%)
Συντονισμός της διαδικασίας της δωρεάς	37 (39,4)	4 (4,3)	53 (56,4)
Διαχείριση των κλινικών παραμέτρων στη διαδικασία της δωρεάς οργάνων	27 (28,7)	12 (12,8)	55 (58,5)
Προσέγγιση της οικογένειας για τη δωρεά οργάνων	46 (50)	14 (15,2)	32 (34,8)
Νοσοκομειακή εκπαίδευση στο θέμα της δωρεάς οργάνων	33 (34,7)	34 (35,8)	28 (29,5)
Συνολική ανταπόκριση στις ανάγκες του νοσοκομείου	27 (29,3)	36 (39,1)	29 (31,5)

Τα υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης σημειώθηκαν στην προσέγγιση της οικογένειας για τη δωρεά οργάνων και στο συντονισμό της διαδικασίας της δωρεάς (50,0% και 39,4% αντίστοιχα).

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά ικανοποίησης με φθίνουσα σειρά.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 9:** Ποιες είναι οι απόψεις των συμμετεχόντων για τη σημαντικότητα των καθηκόντων του συντονιστή μεταμοσχεύσεων.

	Πολύ σημαντικό	Σημαντικό	Ασήμαντο
	N (%)	N (%)	N (%)
Γρήγορη ανταπόκριση σε μια κλήση για δωρεά οργάνων	75 (76,5)	22 (22,4)	1 (1)
Διευκρίνιση των καθηκόντων του προσωπικού στη δωρεά οργάνων	65 (67)	28 (28,9)	4 (4,1)
Συντονισμός της διαδικασίας της δωρεάς οργάνων	73 (74,5)	24 (24,5)	1 (1)

Βοήθεια στην κλινική διαχείριση ενός δυνητικού δότη	70 (73,7)	24 (25,3)	1 (1,1)
Γνωστοποίηση του θέματος της δωρεάς οργάνων στην οικογένεια ενός δυνητικού δότη	73 (77,7)	19 (20,2)	2 (2,1)
Ενημέρωση της οικογένειας σχετικά με τη δωρεά οργάνων	70 (73,7)	23 (24,2)	2 (2,1)
Ζητώντας τη συναίνεση των συγγενών για τη δωρεά οργάνων	71 (74,7)	20 (21,1)	4 (4,2)
Συντονισμός της λήψης, της μεταφορά και της μεταμόσχευσης	80 (85,1)	13 (13,8)	1 (1,1)
Εκπαίδευση του προσωπικού του νοσοκομείου σχετικά με τη δωρεά οργάνων	78 (82,1)	14 (14,7)	3 (3,2)
Εκπαίδευση του προσωπικού του νοσοκομείου σχετικά με την μεταμόσχευση	80 (84,2)	12 (12,6)	3 (3,2)
Εκπαίδευση του κοινού σχετικά με τη δωρεά οργάνων	70 (73,7)	18 (18,9)	7 (7,4)
Εκπαίδευση του κοινού σχετικά με τη μεταμόσχευση	62 (65,3)	28 (29,5)	5 (5,3)
Παρακολούθηση μαζί με το προσωπικό των αποτελεσμάτων της δωρεάς / μεταμόσχευσης	60 (64,5)	27 (29)	6 (6,5)
Συμβολή στην αύξηση των ποσοστών της δωρεάς οργάνων	74 (77,9)	16 (16,8)	5 (5,3)

Το 85,1% θεωρούσε πολύ σημαντικό τον συντονισμό της λήψης, της μεταφορά και της μεταμόσχευσης, το 84,2% την εκπαίδευση του προσωπικού του νοσοκομείου σχετικά με την μεταμόσχευση και το 82,1% την εκπαίδευση του προσωπικού του νοσοκομείου σχετικά με τη δωρεά οργάνων.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 10:** Ποια είναι τα ποσοστά των συμμετεχόντων που είχαν παρακολουθήσει εκπαιδευτικές ομιλίες/σεμινάρια σε διάφορα θέματα.

	Έχετε παρακολουθήσει	Θα θέλατε να παρακολουθήσετε
	N (%)	N (%)
Κλινική συντήρηση του δότη	12 (13)	80 (87)
Συντονισμός της μεταμοσχευτικής διαδικασίας στο νοσοκομείο	8 (8,8)	83 (91,2)
Υποστήριξη συγγενών	9 (9,8)	83 (90,2)
Εγκεφαλικός θάνατος	18 (19,8)	73 (80,2)
Προσέγγιση συγγενών για συναίνεση για τη δωρεά οργάνων	8 (8,9)	82 (91,1)
Οικογενειακά θέματα στη λήψη της απόφασης για τη δωρεά οργάνων	10 (11,1)	80 (88,9)

Τα ποσοστά των συμμετεχόντων που είχαν παρακολουθήσει εκπαιδευτική ομιλία/σεμινάρια σε κάποιο από τα θέματα του παραπάνω πίνακα κυμαίνονταν από 8,8% έως 19,8%. Συγκεκριμένα, το 19,8% των συμμετεχόντων είχε παρακολουθήσει εκπαιδευτική ομιλία/σεμινάριο για τον εγκεφαλικό θάνατο και το 16,9% για τις δεξιότητες επικοινωνίας. Το 8,8% των συμμετεχόντων είχε παρακολουθήσει εκπαιδευτική ομιλία/σεμινάριο για τον συντονισμό της μεταμοσχευτικής διαδικασίας στο νοσοκομείο και το 8,9% για την προσέγγιση συγγενών για συναίνεση για τη δωρεά οργάνων.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 11:** Στοιχεία που αφορούν στην εκπαίδευση που θα προτιμούσαν οι συμμετέχοντες.

		N	%
<b>Τι είδος εκπαίδευσης προτιμάτε:</b>	Επίσημο εκπαιδευτικό σεμινάριο	83	84,7
	Άτυπο εκπαιδευτικό σεμινάριο	10	10,2
	Κατ' ιδίαν Συναντήσεις	10	10,2
	Συναντήσεις ιατρικού προσωπικού	7	7,1
	Συναντήσεις νοσηλευτικού προσωπικού	20	20,4
<b>Ποιο είναι το χρονικό διάστημα που θα ήσασταν πρόθυμοι να διαθέσετε για ένα εκπαιδευτικό σεμινάριο;</b>	< 1 ώρα	0	0,0
	1 ώρα	5	5,1
	2 ώρες	15	15,3
	3 ώρες	35	35,7
	4 ώρες	13	13,3
	5 ώρες	30	30,6
<b>Ποια ώρα της ημέρας θα ήταν κατάλληλη να παρακολουθήσετε ένα εκπαιδευτικό σεμινάριο;</b>	24:00-06:00	1	1,0
	06:00-09:00	2	2,1
	09:00-12:00	58	60,4
	12:00-15:00	21	21,9
	15:00-18:00	3	3,1
	18:00-21:00	9	9,4
	21:00-24:00	2	2,1

Το 84,7% των συμμετεχόντων προτιμούσε επίσημο εκπαιδευτικό σεμινάριο. Επίσης, το 35,7% των συμμετεχόντων ήταν πρόθυμοι να διαθέσουν 3 ώρες για ένα εκπαιδευτικό ωράριο και το 60,4% θα προτιμούσε να είναι 9-12 το πρωί.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 12: Στάσεις για τη δωρεά οργάνων**

		N	%
Είχατε ποτέ προσωπική εμπειρία ή εμπειρία από στενό συγγενικό πρόσωπο που χρειάστηκε μεταμόσχευση -συναίνεσε στην δωρεά οργάνων συγγενικού του προσώπου έγινε ο ίδιος δωρητής οργάνων;	Όχι	94	94,0
	Ναι	6	6,0
Είστε ο ίδιος η στενό συγγενικό σας πρόσωπο κάτοχος κάρτας δωρητή οργάνων;	Όχι	96	96,0
	Ναι	4	4,0
Ποια είναι η στάση σας απέναντι στη δωρεά ιστών/οργάνων για μεταμόσχευση;	Θετική	74	75,5
	Αρνητική	2	2,0
	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	22	22,4
Θα δωρίζατε κάποια όργανα μετά το θάνατό σας;	Όχι	7	7,1
	Ναι	69	69,7
	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	23	23,2
Θα δωρίζατε ιστούς μετά το θάνατό σας;	Όχι	5	5,8
	Ναι	57	66,3
	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	24	27,9
Υπάρχουν όργανα που ΔΕΝ θα προτιμούσατε να δωρίσετε;	Όχι	56	56,0
	Ναι	17	17,0
	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	27	27,0
Αν ναι, τι	καρδιά	14	82,4
	πνεύμονες	11	64,7
	ήπαρ	4	25,0
	πάγκρεας	4	25,0
	νεφροί	9	56,3
	λεπτό έντερο	2	12,5
Υπάρχουν ιστοί που ΔΕΝ θα προτιμούσατε να δωρίσετε;	Όχι	62	62,6
	Ναι	9	9,1
	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	28	28,3
Αν ναι, τι	κερατοειδείς	9	100,0
	δέρμα	5	55,6
	οστά	3	33,3



	καρδιακές βαλβίδες	1	11,1
	άλλοι ιστοί	0	0,0

Το 6,0% των συμμετεχόντων είχε προσωπική εμπειρία ή εμπειρία από στενό συγγενικό πρόσωπο που χρειάστηκε μεταμόσχευση ή που συναίνεσε στην δωρεά οργάνων συγγενικού του προσώπου ή που έγινε ο ίδιος δωρητής οργάνων. Επίσης το 4,0% των συμμετεχόντων ήταν οι ίδιοι ή στενό τους συγγενικό πρόσωπο κάτοχοι κάρτας δωρητή οργάνων. Το 75,5% των συμμετεχόντων ήταν θετικοί απέναντι στη δωρεά ιστών/οργάνων για μεταμόσχευση. Το 69,7% των συμμετεχόντων και το 66,3% θα δώριζε όργανα και ιστούς αντίστοιχα μετά το θάνατό τους. Το 17,0% των συμμετεχόντων είχε κάποια όργανα που δεν θα ήθελε να τα δωρίσει μετά το θάνατό τους, με κυριότερο όργανο την καρδιά. Το 9,1% των συμμετεχόντων είχε κάποιους ιστούς που δεν θα ήθελε να τα δωρίσει μετά το θάνατό τους, με κυριότερο ιστό τον κερατοειδή.

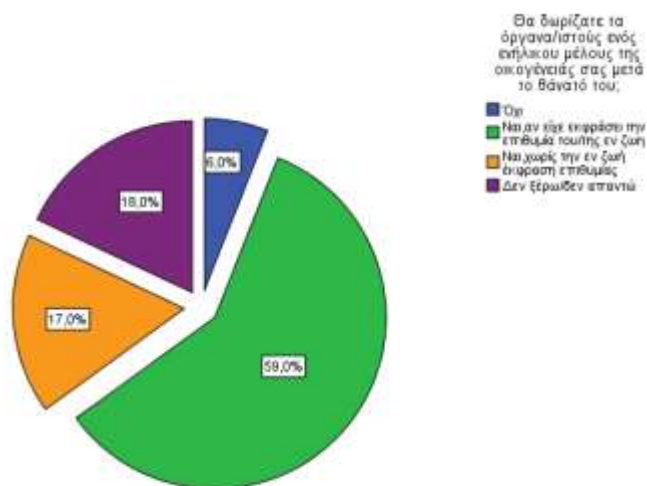
**ΠΙΝΑΚΑΣ 13:** Στοιχεία που αφορούν τις στάσεις των συμμετεχόντων για τη δωρεά οργάνων (συνέχεια).

		N	%
<b>Έχετε ενημερώσει το οικογενειακό σας περιβάλλον σχετικά με την επιθυμία σας να δωρίσετε όργανα/ιστούς μετά το θάνατό σας;</b>	Όχι	67	67,0
	Ναι	23	23,0
	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	10	10,0
<b>Θα δωρίζατε τα όργανα/ιστούς ενός ενήλικου μέλους της οικογένειάς σας μετά το θάνατό του;</b>	Όχι	6	6,0
	Ναι, αν είχε εκφράσει την επιθυμία του/της εν ζωή	59	59,0
	Ναι, χωρίς την εν ζωή έκφραση επιθυμίας	17	17,0
	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	18	18,0
<b>Η απόφασή σας σχετικά με την δωρεά ιστών/οργάνων είναι βασισμένη στην θετική ή αρνητική στάση ενός οικογενειακού σας μέλους /συγγενή σας;</b>	Όχι	43	44,3
	Ναι	28	28,9
	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	26	26,8
<b>Αν έχετε παιδιά: Θα δωρίζατε τα όργανα/ιστούς του μετά το θάνατό του;</b>	Όχι	15	15,3
	Ναι	21	21,4
	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	62	63,3
<b>Αν αποκτήσετε παιδιά: Θα δωρίζατε τα όργανα/ιστούς του μετά το θάνατό του;</b>	Όχι	17	18,9
	Ναι	18	20,0
	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	55	61,1

<b>Η δωρεά οργάνων βοηθάει τους συγγενείς να αντιμετωπίσουν τον πόνο του πένθους;</b>	Όχι	14	14,1
	Ναι	45	45,5
	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	40	40,4
<b>Η δωρεά οργάνων σώζει ζωές;</b>	Όχι	0	0,0
	Ναι	94	94,0
	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	6	6,0

Το 23,0% των συμμετεχόντων είχε ενημερώσει το οικογενειακό του περιβάλλον σχετικά με την επιθυμία του να δωρίσει όργανα/ιστούς μετά το θάνατό του. Επίσης, το 59,0% των συμμετεχόντων θα δώριζε τα όργανα/ιστούς ενός ενήλικου μέλους της οικογένειάς του μετά το θάνατό του αν είχε εκφράσει την επιθυμία του/της εν ζωή. Το 45,5% των συμμετεχόντων πίστευε ότι η δωρεά οργάνων βοηθάει τους συγγενείς να αντιμετωπίσουν τον πόνο του πένθους και το 94,0% ότι η δωρεά οργάνων σώζει ζωές.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνονται οι απόψεις των συμμετεχόντων σχετικά με το αν θα δώριζε τα όργανα/ιστούς ενός ενήλικου μέλους της οικογένειάς του μετά το θάνατό του.



Στη συνέχεια αθροίστηκαν οι ερωτήσεις στάσεων και δημιουργήθηκε η βαθμολογία στάσεων η οποία μπορεί να κυμανθεί από 0 έως 10 μονάδες, με τις υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν θετικότερη στάση απέναντι στη δωρεά οργάνων. Η βαθμολογία αυτή δίνεται στον πίνακα που ακολουθεί.

	Ελάχιστη	Μέγιστη	Μέση τιμή	Διάμεσος
--	----------	---------	-----------	----------

	τιμή	τιμή	(SD)	(ενδ. εύρος)
<b>Βαθμολογία στάσεων</b>	0,00	10,00	5,07 (2,46)	6 (3 – 7)

Η βαθμολογία κυμαινόταν από 0 έως 10 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 5,07 μονάδες (SD=2,46 μονάδες). Το 3,0% των συμμετεχόντων δεν ήταν καθόλου θετικοί για τη δωρεά οργάνων (είχαν βαθμολογία μηδέν) ενώ το 2% ήταν απόλυτα θετικοί (είχαν βαθμολογία 10).

Ακολούθως δίνεται η βαθμολογία στάσεων των συμμετεχόντων ανάλογα με τα δημογραφικά τους στοιχεία.

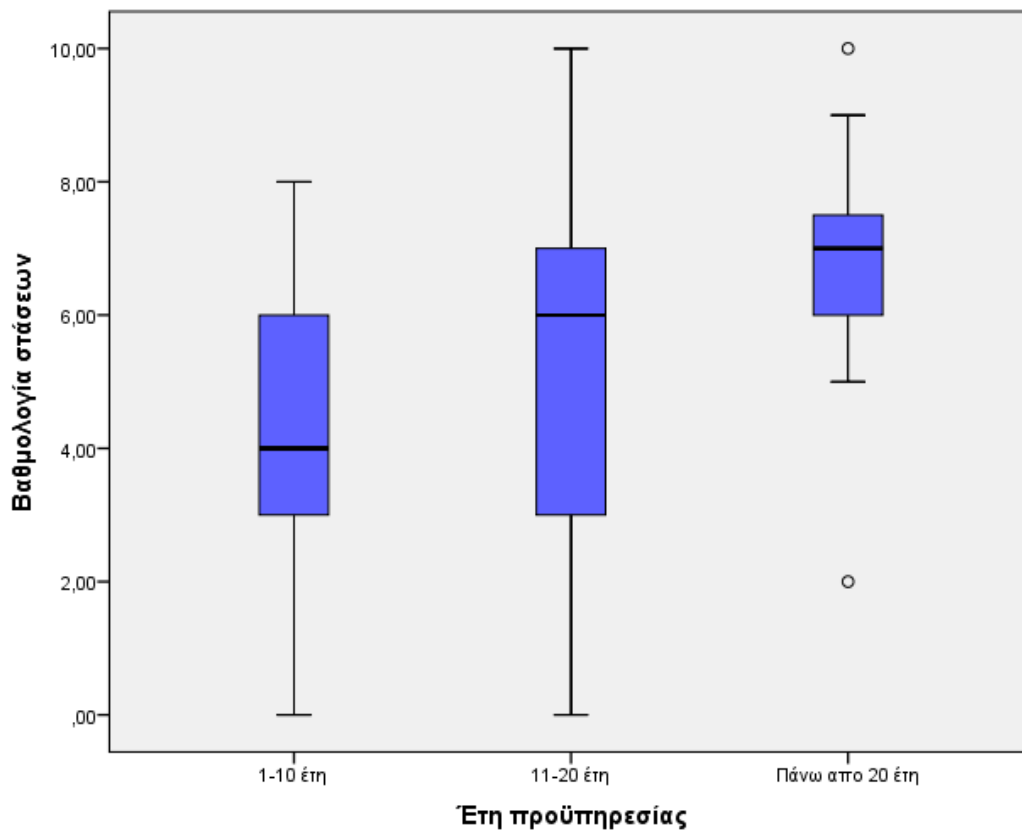
		Βαθμολογία στάσεων		P Mann-Whitney test
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
<b>Ηλικία</b>	18-34	4,86 (1,93)	5 (3 – 6)	0,762+
	35-44	5,07 (2,67)	6 (3 – 7)	
	45+	5,25 (2,71)	6 (2,5 – 7)	
<b>Φύλο</b>	Άνδρας	4,46 (2,45)	5 (2 – 6)	0,125
	Γυναίκα	5,43 (2,47)	6 (3,5 – 7)	
<b>Έγγαμοι</b>	Όχι	4,67 (2,24)	5 (3 – 6)	0,243
	Ναι	5,31 (2,58)	6 (3 – 7)	
<b>Εκπαιδευτική βαθμίδα</b>	Επαγγελματική μεταδευτεροβάθμια εκπαίδευση	5,44 (2,19)	6 (4 – 7)	0,754+
	Τεχνολογική εκπαίδευση	5,22 (2,71)	6 (3 – 7)	
	Πανεπιστημιακή εκπαίδευση/ Κάτοχος μεταπτυχιακού/ διδακτορικού	4,86 (2,38)	6 (3 – 7)	
<b>Επάγγελμα</b>	Ιατρικό προσωπικό	4,95 (2,31)	6 (3 – 6,5)	0,784
	Νοσηλευτικό προσωπικό	5,12 (2,54)	6 (3 – 7)	
<b>Έτη προϋπηρεσίας</b>	1-10 έτη	4,42 (2,22)	4 (3 – 6)	0,038+
	11-20 έτη	5,21 (2,63)	6 (3 – 7)	
	Πάνω απο 20 έτη	6,64 (2,11)	7 (6 – 8)	
<b>Είχατε ποτέ προσωπική</b>	Όχι	5,09 (2,5)	6 (3 – 7)	0,857
	Ναι	4,8 (2,17)	4 (4 – 7)	

<p>εμπειρία ή εμπειρία από στενό συγγενικό πρόσωπο που χρειάστηκε μεταμόσχευση - συναίνεσε στην δωρεά οργάνων συγγενικού του προσώπου έγινε ο ίδιος δωρητής οργάνων;</p>				
<p>Είστε ο ίδιος η στενό συγγενικός σας πρόσωπος κάτοχος κάρτας δωρητή οργάνων;</p>	Όχι	4,99 (2,48)	6 (3 – 7)	0,123
	Ναι	7 (1)	7 (6 – 8)	

<sup>†</sup>Kruskal-Wallis test

Η βαθμολογία στάσεων βρέθηκε να διαφέρει σημαντικά ανάλογα με τα έτη προϋπηρεσίας τους. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες με πάνω από 20 έτη προϋπηρεσίας είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή θετικότερη στάση, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με το πολύ 10 έτη προϋπηρεσίας ( $p=0,011$ ).

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία στάσεων των συμμετεχόντων ανάλογα με τα έτη προϋπηρεσίας τους.



Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στάσεων και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων. Με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών βρέθηκαν τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα.

		$\beta^+$	SE <sup>++</sup>	P
	45+ (αναφορά)			
<b>Ηλικία</b>	18-34	0,210	0,113	0,069
	35-44	0,066	0,090	0,461
<b>Φύλο</b>	Ανδρας (αναφορά)			
	Γυναίκα	0,088	0,070	0,211
<b>Έγγαμοι</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,021	0,079	0,796
<b>Εκπαιδευτική βαθμίδα</b>	Επαγγελματική μεταδευτεροβάθμια εκπαίδευση (αναφορά)			
	Τεχνολογική εκπαίδευση	-0,046	0,106	0,664
	Πανεπιστημιακή εκπαίδευση/ Κάτοχος μεταπτυχιακού/ διδακτορικού	-0,016	0,112	0,888
<b>Επάγγελμα</b>	Ιατρικό προσωπικό (αναφορά)			
	Νοσηλευτικό προσωπικό 1-10 έτη (αναφορά)	-0,050	0,083	0,551
<b>Έτη προϋπηρεσίας</b>	11-20 έτη	0,131	0,094	0,167
	Πάνω από 20 έτη	0,284	0,130	<b>0,033</b>
<b>Είχατε ποτέ προσωπική εμπειρία ή εμπειρία από στενό συγγενικό πρόσωπο που χρειάστηκε μεταμόσχευση - συναίνεσε στην δωρεά οργάνων συγγενικού του προσώπου έγινε ο ίδιος δωρητής οργάνων;</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,038	0,125	0,762
<b>Είστε ο ίδιος η στενό συγγενικό σας πρόσωπο κάτοχος κάρτας δωρητή οργάνων;</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,176	0,155	0,259

<sup>+</sup>συντελεστής εξάρτησης <sup>++</sup>τυπικό σφάλμα συντελεστή

Μόνο τα έτη προϋπηρεσίας βρέθηκαν να σχετίζονται σημαντικά με τη βαθμολογία στάσεων. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες με πάνω από 20 έτη προϋπηρεσίας είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή θετικότερη στάση, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με το πολύ 10 έτη προϋπηρεσίας.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 14: Γνώσεις για τη δωρεά οργάνων**

		N	%
<b>Ποιο είναι το ποσοστό του πληθυσμού της χώρας που εγκρίνει την δωρεά οργάνων;</b>	Λιγότερο απο 25%	66	66,0
	25-50%	28	28,0
	50-75%	6	6,0
	Μεγαλύτερο απο 75%	0	0,0
<b>Ποιος είναι ο αριθμός των ατόμων στη λίστα αναμονής για μεταμόσχευση στην Ελλάδα; (συμπεριλαμβανομένου νεφροί, ήπαρ, καρδιά, πνεύμονες)</b>	<500	4	4,1
	500-2000	46	46,9
	2000-5000	22	22,4
	5000-10000	14	14,3
	>10000	12	12,2
<b>Ποιο ποσοστό των ατόμων που είναι εγγεγραμμένοι στη λίστα αναμονής ότι θα μεταμοσχευτούν;</b>	<10%	31	31,6
	10-20%	47	48,0
	20-30%	9	9,2
	30-40%	6	6,1
	>40%	5	5,1

Το 66,0% των συμμετεχόντων απάντησε σωστά στην ερώτηση «Ποιο είναι το ποσοστό του πληθυσμού της χώρας που εγκρίνει την δωρεά οργάνων» απαντώντας «Λιγότερο από 25%». Επίσης, το 46,9% των συμμετεχόντων απάντησε σωστά στην ερώτηση «Ποιος είναι ο αριθμός των ατόμων στη λίστα αναμονής για μεταμόσχευση στην Ελλάδα» απαντώντας «500-2000». Ακόμα, το 48,0% των συμμετεχόντων απάντησε σωστά στην ερώτηση «Ποιο ποσοστό των ατόμων που είναι εγγεγραμμένοι στη λίστα αναμονής ότι θα μεταμοσχευτούν» απαντώντας «10-20%».

Στη συνέχεια αθροίστηκαν οι ερωτήσεις γνώσεων και δημιουργήθηκε η βαθμολογία γνώσεων η οποία μπορεί να κυμανθεί από 0 έως 3 μονάδες, με τις υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν περισσότερη γνώση για τη δωρεά οργάνων. Η βαθμολογία αυτή δίνεται στον πίνακα που ακολουθεί.

	<b>Ελάχιστη τιμή</b>	<b>Μέγιστη τιμή</b>	<b>Μέση τιμή (SD)</b>	<b>Διάμεσος (ενδ. εύρος)</b>
<b>Βαθμολογία</b>	0,00	3,00	1,62 (1)	2 (1 – 2)



γνώσεων				
---------	--	--	--	--

Η βαθμολογία κυμαινόταν από 0 έως 3 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 1,62 μονάδες (SD=1 μονάδα). Το 15,0% των συμμετεχόντων δεν απάντησε καμία ερώτηση σωστά (είχαν βαθμολογία μηδέν) ενώ το 22% τις απάντησαν όλες σωστά (είχαν βαθμολογία 3).

**ΠΙΝΑΚΑΣ 15:** Βαθμολογία γνώσεων των συμμετεχόντων ανάλογα με τα δημογραφικά τους στοιχεία.

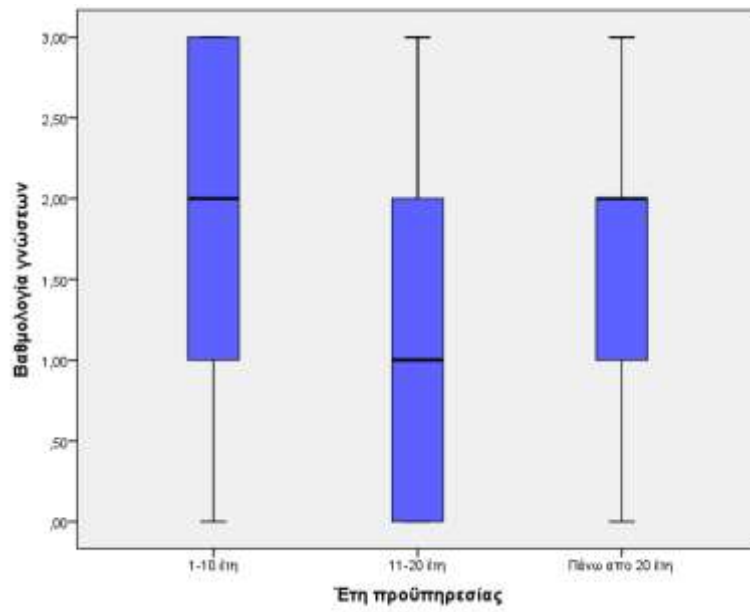
		Βαθμολογία γνώσεων		P Mann- Whitney test
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
<b>Ηλικία</b>	18-34	1,93 (0,92)	2 (1 – 3)	<b>0,013+</b>
	35-44	1,21 (0,93)	1 (1 – 2)	
	45+	1,76 (1,04)	2 (1 – 3)	
<b>Φύλο</b>	Άνδρας	1,9 (1,09)	2 (1 – 3)	0,064
	Γυναίκα	1,52 (0,94)	1 (1 – 2)	
<b>Έγγαμοι</b>	Όχι	1,72 (0,92)	2 (1 – 2)	0,516
	Ναι	1,57 (1,05)	2 (1 – 2)	
<b>Εκπαιδευτική βαθμίδα</b>	Επαγγελματική μεταδευτεροβάθμια εκπαίδευση	1,5 (0,9)	2 (1 – 2)	<b>0,005+</b>
	Τεχνολογική εκπαίδευση	1,28 (0,88)	1 (1 – 2)	
	Πανεπιστημιακή εκπαίδευση/ Κάτοχος μεταπτυχιακού/ διδακτορικού	1,96 (1,04)	2 (1 – 3)	
<b>Επάγγελμα</b>	Ιατρικό προσωπικό	2 (0,96)	2 (1 – 3)	<b>0,026</b>
	Νοσηλευτικό προσωπικό	1,49 (0,99)	1 (1 – 2)	
<b>Έτη προϋπηρεσίας</b>	1-10 έτη	2 (0,9)	2 (1 – 3)	<b>0,009+</b>
	11-20 έτη	1,3 (1,07)	1 (0 – 2)	
	Πάνω από 20 έτη	1,53 (0,84)	2 (1 – 2)	
<b>Είχατε ποτέ προσωπική εμπειρία ή εμπειρία από στενό συγγενικό πρόσωπο που χρειάστηκε</b>	Όχι	1,64 (1,01)	2 (1 – 2)	0,554
	Ναι	1,33 (1,03)	2 (0 – 2)	

μεταμόσχευση - συναίνεσε στην δωρεά οργάνων συγγενικού του προσώπου έγινε ο ίδιος δωρητής οργάνων;				
Είστε ο ίδιος η στενό συγγενικό σας πρόσωπο κάτοχος κάρτας δωρητή οργάνων;	Όχι	1,62 (1,01)	2 (1 – 2)	0,880
	Ναι	1,5 (1)	2 (1 – 2)	

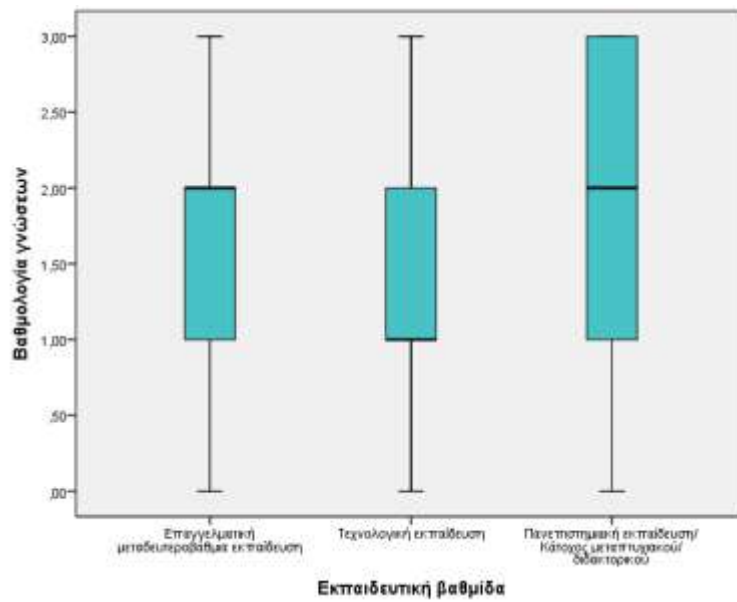
<sup>†</sup>Kruskal-Wallis test

Το ιατρικό προσωπικό είχε σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή περισσότερη γνώση, σε σύγκριση με το νοσηλευτικό προσωπικό. Η βαθμολογία γνώσεων βρέθηκε να διαφέρει σημαντικά ανάλογα με την ηλικία, την εκπαιδευτική βαθμίδα και τα έτη προϋπηρεσίας τους. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες που ήταν 18-34 ετών είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή περισσότερη γνώση, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που ήταν 35-44 ετών ( $p=0,005$ ). Οι απόφοιτοι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης και οι κάτοχοι μεταπτυχιακού/ διδακτορικού είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους απόφοιτους ΤΕΙ ( $p=0,001$ ). Επίσης, οι συμμετέχοντες με 11-20 έτη προϋπηρεσίας είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή λιγότερη γνώση, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με το πολύ 10 έτη προϋπηρεσίας ( $p=0,003$ ).

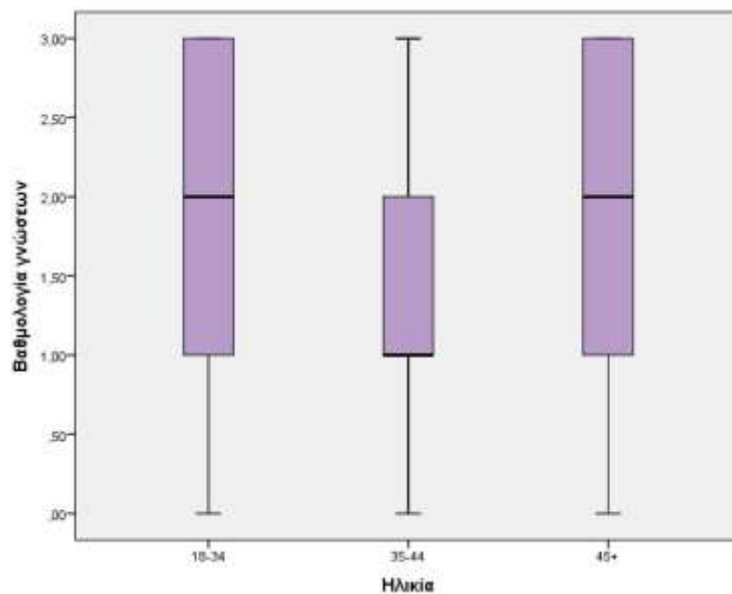
Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία γνώσεων των συμμετεχόντων ανάλογα με τα έτη προϋπηρεσίας τους.



Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία γνώσεων των συμμετεχόντων ανάλογα με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο.



Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία γνώσεων των συμμετεχόντων ανάλογα με την ηλικία τους.



Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία γνώσεων και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των

συμμετεχόντων. Με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών βρέθηκαν τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα.

		$\beta^+$	SE <sup>++</sup>	P
	45+ (αναφορά)			
<b>Ηλικία</b>	18-34	-0,058	0,072	0,421
	35-44	-0,106	0,053	0,060
	Άνδρας (αναφορά)			
<b>Φύλο</b>	Γυναίκα	-0,004	0,047	0,925
	Όχι (αναφορά)			
<b>Έγγαμοι</b>	Ναι	0,017	0,058	0,770
	Επαγγελματική μεταδευτεροβάθμια εκπαίδευση (αναφορά)			
<b>Εκπαιδευτική βαθμίδα</b>	Τεχνολογική εκπαίδευση	-0,037	0,066	0,578
	Πανεπιστημιακή εκπαίδευση/ Κάτοχος μεταπτυχιακού/ διδακτορικού	0,020	0,071	0,779
	Ιατρικό προσωπικό (αναφορά)			
<b>Επάγγελμα</b>	Νοσηλευτικό προσωπικό	-0,019	0,056	0,735
	1-10 έτη (αναφορά)			
<b>Έτη προϋπηρεσίας</b>	11-20 έτη	-0,169	0,058	<b>0,005</b>
	Πάνω από 20 έτη	-0,143	0,079	0,074
<b>Είχατε ποτέ προσωπική εμπειρία ή εμπειρία από στενό συγγενικό πρόσωπο που χρειάστηκε μεταμόσχευση -συναίνεσε στην δωρεά οργάνων συγγενικού του προσώπου έγινε ο ίδιος δωρητής οργάνων;</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,114	0,084	0,176
<b>Είστε ο ίδιος η στενό συγγενικό σας πρόσωπο κάτοχος κάρτας δωρητή οργάνων;</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,027	0,100	0,789

<sup>+</sup> συντελεστής εξάρτησης <sup>++</sup> τυπικό σφάλμα συντελεστή

Μόνο τα έτη προϋπηρεσίας βρέθηκαν να σχετίζονται σημαντικά με τη βαθμολογία γνώσεων για τη δωρεά οργάνων. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες με 11-20 έτη προϋπηρεσίας είχαν

σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή λιγότερη γνώση, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με το πολύ 10 έτη προϋπηρεσίας.

## Κοινωνικό κεφάλαιο

**ΠΙΝΑΚΑΣ 16:** Βαθμολογίες στις διαστάσεις του κοινωνικού κεφαλαίου των συμμετεχόντων.

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)
Συμμετοχή στην τοπική κοινότητα	10,0	33,0	18,8 (4,7)	17 (15 – 21)
Κοινωνική ανάπτυξη και εκτίμηση της ζωής	19,0	43,0	31,7 (4,5)	31 (29 – 35)
Αίσθημα ασφάλειας	2,0	8,0	4,8 (1,2)	4 (4 – 6)
Σχέσεις με συγγενείς και φίλους	3,0	8,0	5,3 (0,9)	5 (5 – 6)
Ανοχή στη διαφορετικότητα	2,0	7,0	4 (1,1)	4 (3 – 4)
Σχέσεις στην εργασία	5,0	15,0	10,6 (1,9)	11 (9 – 12)
<b>Συνολικό Κοινωνικό κεφάλαιο</b>	<b>50,0</b>	<b>111,0</b>	<b>78 (11)</b>	<b>76,5 (70 – 85,5)</b>

Η μέση βαθμολογία στη διάσταση «Συμμετοχή στην τοπική κοινότητα» ήταν 18,8 μονάδες (SD=4,7 μονάδες), στη διάσταση «Κοινωνική ανάπτυξη και εκτίμηση της ζωής» ήταν 31,7 μονάδες (SD=4,5 μονάδες) και στη διάσταση «Αίσθημα ασφάλειας» ήταν 4,8 μονάδες (SD=1,2 μονάδες). Επίσης, η μέση βαθμολογία στη διάσταση «Σχέσεις με συγγενείς και φίλους» ήταν 5,3 μονάδες (SD=0,9 μονάδες), στη διάσταση «Ανοχή στη διαφορετικότητα» ήταν 4,0 μονάδες (SD=1,1 μονάδες), και στη διάσταση «Σχέσεις στην εργασία» ήταν 10,6 μονάδες (SD=1,9 μονάδες) και στη συνολική βαθμολογία ήταν 78,0 μονάδες (SD=11,0 μονάδες).

*Συσχέτιση των διαστάσεων κοινωνικού κεφαλαίου με τις βαθμολογίες γνώσεων και στάσεων.*

**ΠΙΝΑΚΑΣ 17:** Συντελεστές συσχέτισης του Spearman της κλίμακας κοινωνικού κεφαλαίου με τις βαθμολογίες γνώσεων και στάσεων.

		<b>Βαθμολογία γνώσεων</b>	<b>Βαθμολογία στάσεων</b>
<b>Συμμετοχή στην τοπική κοινότητα</b>	r	-0,28	0,10
	P	<b>0,007</b>	0,419
<b>Κοινωνική ανάπτυξη και εκτίμηση της ζωής</b>	r	-0,38	0,17
	P	<b>&lt;0,001</b>	0,146
<b>Αίσθημα ασφάλειας</b>	r	-0,26	0,14
	P	<b>0,011</b>	0,245
<b>Σχέσεις με συγγενείς και φίλους</b>	r	-0,20	0,10
	P	<b>0,050</b>	0,412
<b>Ανοχή στη διαφορετικότητα</b>	r	-0,04	0,11
	P	0,711	0,356
<b>Σχέσεις στην εργασία</b>	r	-0,15	0,06
	P	0,153	0,631
<b>Συνολικό Κοινωνικό κεφάλαιο</b>	r	-0,35	0,20
	P	<b>0,001</b>	0,097

Υπήρξε σημαντική αρνητική συσχέτιση της βαθμολογίας γνώσεων με όλες σχεδόν τις διαστάσεις κοινωνικού κεφαλαίου.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 18:** Συνολική βαθμολογία κοινωνικού κεφαλαίου των συμμετεχόντων ανάλογα με τα δημογραφικά τους στοιχεία.

		Συνολικό Κοινωνικό κεφάλαιο		P Mann-Whitney test
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
<b>Ηλικία</b>	18-34	76,6 (13)	73 (68 – 86)	0,144+
	35-44	76,4 (9,9)	74,5 (68,5 – 84)	
	45+	80,6 (10,2)	78 (73 – 87)	
<b>Φύλο</b>	Άνδρας	76,4 (11,3)	73 (67,5 – 84)	0,206
	Γυναίκα	78,7 (11)	78 (71 – 86)	
<b>Έγγαμοι</b>	Όχι	75,2 (11,4)	71 (68 – 81)	<b>0,024</b>
	Ναι	79,3 (10,6)	78 (72 – 86)	
<b>Εκπαιδευτική βαθμίδα</b>	Επαγγελματική μεταδευτεροβάθμια εκπαίδευση	79,7 (11,2)	81 (78 – 85)	0,397+
	Τεχνολογική εκπαίδευση	77,8 (10,3)	77 (70 – 86)	
	Πανεπιστημιακή εκπαίδευση/ Κάτοχος μεταπτυχιακού/ διδακτορικού	77,7 (11,7)	73 (70 – 85)	
<b>Επάγγελμα</b>	Ιατρικό προσωπικό	75,5 (10,4)	73 (68 – 79)	0,146
	Νοσηλευτικό προσωπικό	78,8 (11,1)	78 (71 – 86)	
<b>Έτη προϋπηρεσίας</b>	1-10 έτη	74,8 (9,4)	72,5 (68,5 – 78,5)	<b>0,019+</b>
	11-20 έτη	78,7 (11,5)	77,5 (71 – 87)	
	Πάνω από 20 έτη	83,2 (11)	82 (76 – 89)	
<b>Είχατε ποτέ προσωπική εμπειρία ή εμπειρία από στενό συγγενικό πρόσωπο που χρειάστηκε μεταμόσχευση - συναίνεσε στην δωρεά οργάνων συγγενικού του</b>	Όχι	78 (11)	75,5 (70 – 85)	0,716
	Ναι	79,2 (11,5)	79 (71 – 88)	

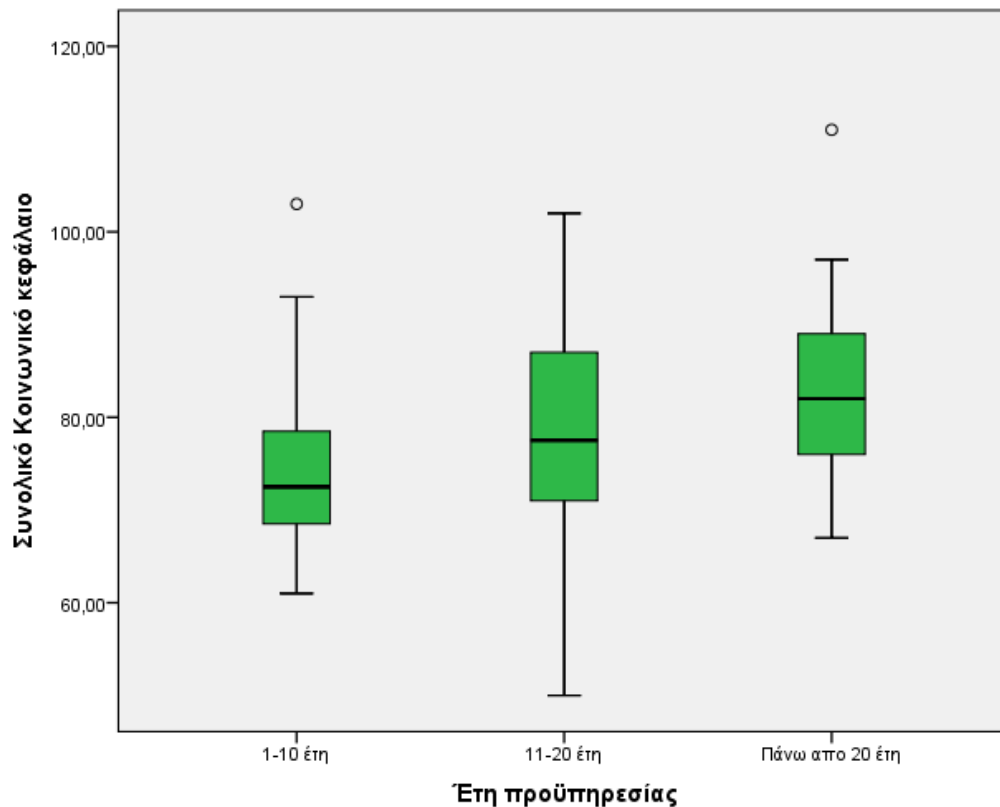


προσώπου έγινε ο ίδιος δωρητής οργάνων;				
Είστε ο ίδιος η στενό συγγενικός σας πρόσωπο κάτοχος κάρτας δωρητή οργάνων;	Όχι	77,7 (10,6)	75,5 (70 – 85,5)	0,399
	Ναι	85,3 (18,2)	81 (74,5 – 96)	

<sup>+</sup>Kruskal-Wallis test

Οι έγγαμοι είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή περισσότερο κοινωνικό κεφάλαιο γνώση, σε σύγκριση με τους μη έγγαμους. Η συνολική βαθμολογία κοινωνικού κεφαλαίου βρέθηκε να διαφέρει σημαντικά ανάλογα με τα έτη προϋπηρεσίας τους. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες με πάνω από 20 έτη προϋπηρεσίας είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή περισσότερο κοινωνικό κεφάλαιο, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με το πολύ 10 έτη προϋπηρεσίας ( $p=0,006$ ).

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συνολική βαθμολογία κοινωνικού κεφαλαίου των συμμετεχόντων ανάλογα με τα έτη προϋπηρεσίας τους.



Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία κοινωνικού κεφαλαίου και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων καθώς και τις βαθμολογίες γνώσεων και στάσεων. Με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών βρέθηκαν τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα.

		$\beta^+$	SE <sup>++</sup>	P
	45+ (αναφορά)			
<b>Ηλικία</b>	18-34	-0,018	0,028	0,527
	35-44	-0,031	0,024	0,200
<b>Φύλο</b>	Άνδρας (αναφορά)			
	Γυναίκα	0,010	0,018	0,587
<b>Έγγαμοι</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,033	0,021	0,116
<b>Εκπαιδευτική βαθμίδα</b>	Επαγγελματική μεταδευτεροβάθμια			

	εκπαίδευση (αναφορά)			
	Τεχνολογική εκπαίδευση	-0,016	0,028	0,563
	Πανεπιστημιακή εκπαίδευση/ Κάτοχος μεταπτυχιακού/ διδασκτορικού	0,006	0,029	0,843
<b>Επάγγελμα</b>	Ιατρικό προσωπικό (αναφορά)			
	Νοσηλευτικό προσωπικό 1-10 έτη (αναφορά)	0,023	0,021	0,267
<b>Έτη προϋπηρεσίας</b>	11-20 έτη	-0,022	0,024	0,382
	Πάνω απο 20 έτη	-0,007	0,036	0,843
<b>Είχατε ποτέ προσωπική εμπειρία ή Όχι (αναφορά)</b>				
<b>εμπειρία από στενό συγγενικό πρόσωπο που χρειάστηκε μεταμόσχευση -συναίνεσε στην δωρεά οργάνων συγγενικού του προσώπου έγινε ο ίδιος δωρητής οργάνων;</b>	Ναι	0,009	0,031	0,767
<b>Είστε ο ίδιος η στενό συγγενικό σας πρόσωπο κάτοχος κάρτας δωρητή οργάνων;</b>	Όχι (αναφορά) Ναι	0,046	0,038	0,239
<b>Βαθμολογία γνώσεων</b>		-0,023	0,008	<b>0,008</b>
<b>Βαθμολογία στάσεων</b>		0,002	0,003	0,473

<sup>+</sup>συντελεστής εξάρτησης <sup>++</sup>τυπικό σφάλμα συντελεστή

Μόνο η βαθμολογία γνώσεων βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη συνολική βαθμολογία κοινωνικού κεφαλαίου.

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η δωρεά οργάνων είναι μια πολύπλοκη διαδικασία στην οποία εμπλέκονται άνθρωποι με διαφορετικό επίπεδο γνώσεων που ακόμη κι αν υπηρετούν το ίδιο ανθρωποκεντρικό επάγγελμα διατηρούν τις προσωπικές τους στάσεις και απόψεις. Η δωρεά οργάνων με σκοπό την μεταμόσχευση προϋποθέτει άψογο συντονισμό δράσεων, ακολούθηση ενός αυστηρού νομοθετικού και δεοντολογικού πρωτοκόλλου σε συνδυασμό με την απαιτούμενη ευαισθησία και διαλλακτικότητα απέναντι στις αντιλήψεις ενός συνανθρώπου. Η ανίχνευση πιθανών δοτών, η έγκαιρη κι έγκυρη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου και η επικοινωνία με συγγενείς, είναι παράμετροι που απαιτούν διπλωματία και λεπτούς χειρισμούς σε συνδυασμό με γρήγορα αντανακλαστικά. Εκτός από το γεγονός ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να διαθέτει ιδιαίτερα εξειδικευμένες δεξιότητες, η εμπλοκή πολλών ατόμων στην κατεύθυνση επίτευξης του υπέρτατου καθήκοντος της διάσωσης μιας ζωής, πρέπει να εξασφαλίζει άπταιστη οργάνωση και ευγενική μεθοδικότητα.

Σκοπό της παρούσας μελέτης αποτέλεσε η διερεύνηση των στάσεων του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στη δωρεά οργάνων και τη μεταμόσχευση, η ανάδειξη του κοινωνικού κεφαλαίου αλλά και η ανάδειξη του βαθμού συσχέτισης του κοινωνικού κεφαλαίου με την διατήρηση θετικών αντιλήψεων και στάσεων απέναντι στις μεταμοσχεύσεις.

### Βαθμολογία στάσεων

Στην παρούσα μελέτη, διαπιστώθηκε ότι ένα μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων ήταν θετικοί στην ιδέα της δωρεάς οργάνων/ιστών. Τα αποτελέσματα αυτά έρχονται σε συμφωνία με προηγούμενες μελέτες σε ιατρονοσηλευτικό προσωπικό συμπεριλαμβανομένων αυτών των Makara-Studzińska et al. (2013) όπου βρέθηκε ότι η μεγάλη πλειοψηφία των νοσηλευτών υποστηρίζει την ιδέα της μεταμόσχευσης, ωστόσο η γνώση των νοσηλευτών σχετικά με τη μεταμόσχευση ήταν ανεπαρκής. Αντίστοιχα, οι Poreddi et al. (2014) παρά το μεγάλο ποσοστό των νοσηλευτών που γνώριζαν και διατηρούσαν θετικές συμπεριφορές απέναντι στην δωρεά οργάνων, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων βρέθηκε να μην γνωρίζει τη νομοθεσία περί δωρεάς οργάνων.

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της γνώσης και της συμπεριφοράς των συμμετεχόντων στη δωρεά οργάνων, παρατηρήθηκε επίσης στην μελέτη των Poreddi et al. (2014) υποδηλώνοντας την αναγκαιότητα αναθεώρησης των αναλυτικών προγραμμάτων σπουδών για την προετοιμασία των μελλοντικών νοσηλευτών για την αντιμετώπιση των θεμάτων που σχετίζονται με τη δωρεά και την μεταμόσχευση οργάνων.

Επομένως, στο σημείο αυτό εγείρεται ένα νευραλγικής σημασίας ζήτημα σχετικά με την συσχέτιση στάσεων και γνώσης απέναντι στην δωρεά οργάνων και την μεταμόσχευση. Η ύπαρξη θετικής στάσης δεν επιβεβαιώνει και την ύπαρξη επιστημονικής και νομοθετικά αναθεωρημένης γνώσης απέναντι στο ζήτημα και αντιστρόφως. Τόσο το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αλλά και οι άμεσα ενδιαφερόμενοι (δωρητές και αποδέκτες, οικογενειακό περιβάλλον) πρέπει να καλλιεργούν την στάση τους απέναντι στην μεταμόσχευση βάση επιστημονικά τεκμηριωμένης γνώσης που συμβαδίζει με τα καλλιάζοντα ιατρικά και τεχνολογικά επιτεύγματα που θεμελιώνουν ολόκληρο το οικοδόμημα της μεταμόσχευσης οργάνων. Με άλλα λόγια, η στάση πρέπει να προκύπτει από την γνώση.

Επ'αυτού προκύπτει και το ζήτημα των στάσεων που διαμορφώνονται από θρησκευτικά, πολιτιστικά και φυλετικά κριτήρια. Σημειώνεται, ότι οι μελέτες των οποίων τα αποτελέσματα φαίνονται να είναι αποθαρρυντικά αναφορικά με τις απόψεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού είναι αυτές των περασμένων δεκαετιών όπου γύρω από την επιστημονική γνώση υπήρχαν περιορισμοί προσβασιμότητας και διεξάγονταν σε χώρες με σοβαρά θρησκευτικά και κοινωνικά στερεότυπα απέναντι στην δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων (Kececioglu et al., 2000 ; Ashraf et al., 2005).

Στην παρούσα έρευνα, μεταξύ των δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων, μόνο τα έτη προϋπηρεσίας βρέθηκαν να σχετίζονται σημαντικά με τη βαθμολογία στάσεων. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες με πάνω από 20 έτη προϋπηρεσίας είχαν σημαντικά θετικότερη στάση, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με το πολύ 10 έτη προϋπηρεσίας. Η παρατήρηση αυτή μπορεί να αντιστοιχεί στην πολυετή επιτυχημένη πορεία των επεμβάσεων μεταμόσχευσης και στην θετική επίδραση της αύξησης του προσδόκιμου της ζωής των ασθενών στην οποία οι πεπειραμένοι νοσηλευτές είναι μακροχρονίως μάρτυρες. Τα αποτελέσματα αυτά αντικρούουν τα αποτελέσματα μελετών σε άλλες χώρες συμπεριλαμβανομένη αυτή των Masoumian Hoseini et al., (2015) στην οποία ο βαθμός γνώσης κι όχι η στάση απέναντι στη μεταμόσχευση επίσης συσχετίσθηκε με την εργασιακή εμπειρία στη ΜΕΘ.

Αντίθετα με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, οι Hoy, Alexander & Frith, (2011) παρατήρησαν στατιστικώς σημαντικές θετικές στάσεις των νεοεισερχομένων στην αγορά εργασίας απόφοιτων νοσηλευτών μέσω της ενθάρρυνσης του κοινού να καταχωρηθεί επισήμως στους δωρητές οργάνων, της υπεράσπισης των μεταμοσχεύσεων μεταξύ των συναδέλφων και της ανάληψης πρωτοβουλίας σε εκστρατείες ενημέρωσης και υπεράσπισης της δωρεάς οργάνων.

Βαθμολογία γνώσεων

Όπως αποδείχθηκε στην παρούσα μελέτη, το ιατρικό προσωπικό βρέθηκε να έχει σημαντικά περισσότερη γνώση, σε σύγκριση με το νοσηλευτικό προσωπικό, συμφωνώντας με τα ευρήματα των Pelleriaux et al. (2008) σύμφωνα με τα οποία η αυξημένη βαθμολογία γνώσεων του ιατρικού προσωπικού αντανακλάται σε αυξημένη εμπλοκή με τη διαδικασία της δωρεάς και ως εκ τούτου σε πιο θετική στάση απέναντι στις μεταμοσχεύσεις. Τα αποτελέσματα αυτά διαφέρουν από τα αποτελέσματα της πρόσφατης πρωτογενούς έρευνας που διεξήχθη από την Αηδόνη (2018) σύμφωνα με τα οποία τόσο οι ιατροί όσο κι οι νοσηλευτές δεν διαθέτουν επαρκή γνώση απέναντι στην μεταμόσχευση και το νομοθετικό της πλαίσιο ωστόσο οι νοσηλευτές διατηρούν την πεποίθηση ότι είναι αρκετά ενημερωμένοι. Αντίστοιχα, οι Akgun et al. (2003), ανέδειξαν εφάμιλλες γνώσεις μεταξύ του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, όσον αφορά τη δωρεά οργάνων. Ένα ακόμη ενδιαφέρον εύρημα της παρούσας μελέτης αντιστοιχεί στο επίπεδο της ακαδημαϊκής εκπαίδευσης σε σχέση με την βαθμολογία γνώσεων των ερωτηθέντων. Όπως φάνηκε, οι απόφοιτοι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης και οι κάτοχοι μεταπτυχιακού/ διδακτορικού είχαν σημαντικά υψηλότερο επίπεδο γνώσεων σε σύγκριση με τους απόφοιτους ΤΕΙ. Το παραπάνω εύρημα, παρότι δεν μπορεί να συγκριθεί με προηγούμενες μελέτες καθώς δεν έχει αναδειχθεί ξανά στο παρελθόν, αποτελεί ένα έναυσμα για την αναθεώρηση του προγράμματος σπουδών των τεχνολογικών εκπαιδευτικών ιδρυμάτων εντός του οποίου θα πρέπει να ενταχθεί αποφασιστικά η δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων για νοσηλευτές μαζί με όλο το δεοντολογικό και νομοθετικό πλαίσιο που τις καθορίζει.

Στην παρούσα έρευνα, μεταξύ των συμμετεχόντων η βαθμολογία γνώσεων βρέθηκε να διαφέρει σημαντικά ανάλογα με την ηλικία, την εκπαιδευτική βαθμίδα και τα έτη προϋπηρεσίας. Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες μεταξύ 18-34 ετών είχαν σημαντικά περισσότερη γνώση, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες μεταξύ 35-44 ετών. Τα παραπάνω, συνάδουν με τα αποτελέσματα της μελέτης των Hoy, Alexander & Frith, (2011) οι οποίοι ανέδειξαν στατιστικώς σημαντικές παρατηρήσεις στις στάσεις των νεοεισερχομένων στην αγορά εργασίας απόφοιτων νοσηλευτών ως προς την προετοιμασία τους για να ενημερώσουν το κοινό για την ωφέλεια της μεταμόσχευσης και να εργαστούν με μεταμοσχευμένους ασθενείς στην κοινότητα. Όπως φαίνεται από τις παραπάνω μελέτες, συμπεριλαμβανομένης της παρούσας, οι νεότεροι νοσηλευτές τείνουν να λαμβάνουν μια περισσότερο ολοκληρωμένη εκπαίδευση στα πλαίσια των σπουδαστικών τους υποχρεώσεων και του προγράμματος συνεχιζόμενης κατάρτισης σε σχέση με προηγούμενες γενιές αποφοίτων. Όπως φαίνεται, οι νεοεισερχόμενοι νοσηλευτές βρίσκονται σε θέση να χρησιμοποιήσουν και να διοχετεύσουν αυτήν την εμπλουτισμένη θεωρητική και πρακτική γνώση με στόχο την ωφέλεια των ασθενών με οργανική ανεπάρκεια τελικού σταδίου που έχουν την ευκαιρία να επιβιώσουν.

Μια από τις μελέτες που παρουσίασε διαφορετική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και της γνώσης τους σχετικά με την μεταμόσχευση είναι αυτή των Masoumian Hoseini et al. (2015). Όπως απέδειξαν οι παραπάνω ερευνητές, σε αντίθεση με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, ο βαθμός γνώσης των νοσηλευτών βρέθηκε να συσχετίζεται άμεσα και αποκλειστικά με την επαγγελματική τους πείρα στη ΜΕΘ. Επιπλέον, η αυξημένη γνώση απέναντι στην μεταμόσχευση συσχετίστηκε με την ηλικία των συμμετεχόντων με την με τους ηλικιωμένους νοσηλευτές να κρίνονται πιο ενημερωμένοι.

Όπως αναδείχθηκε μέσα από την παρούσα έρευνα, οι συμμετέχοντες με 11-20 έτη προϋπηρεσίας είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή λιγότερη γνώση, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με το πολύ 10 έτη προϋπηρεσίας. Αυτό το αποτέλεσμα έρχεται σε αντίθεση με την μελέτη των Babaie et al. (2015) που διερεύνησαν τη γνώση και τη στάση των νοσηλευτών, που βρέθηκε να αποτελεί καθοριστικό παράγοντα αύξησης του ρυθμού της δωρεάς οργάνων. Παρότι οι μέσες βαθμολογίες γνώσης ήταν χαμηλές για δύο ομάδες, οι μέσες βαθμολογίες γνώσης μεταξύ διαφορετικών ηλικιακών ομάδων διέφεραν σημαντικά. Έτσι οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι μεγαλύτερες νοσηλεύτριες με περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας τείνουν να παρουσιάζουν αυξημένο επίπεδο γνώσεων και θετικών στάσεων απέναντι στην μεταμόσχευση. Επιπλέον, παρατηρήθηκε μια άμεση και σημαντική σχέση μεταξύ στάσης και πρακτικής, υποδεικνύοντας μεταξύ άλλων ότι το εκπαιδευτικό πρόγραμμα σπουδών και οι εγκαταστάσεις θα πρέπει να στοχεύουν σε μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα για τη διαμόρφωση της στάσης και της ευνοϊκή αλλαγή συμπεριφοράς του προσωπικού σε αυτό το θέμα.

Η διάσταση αυτή μεταξύ της προϋπηρεσίας ως παράγοντα γνώσης ή άγνοιας σχετικά με την μεταμόσχευση ενδεχομένως να οφείλεται στην στρατηγική διαχείριση του θέματος από τις μονάδες της ΠΦΥ που τα τελευταία χρόνια έχει περιέλθει στις προτεραιότητες του υγειονομικού συστήματος.

Τα έτη προϋπηρεσίας βρέθηκαν να συνιστούν την μοναδική παράμετρο των δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων που συσχετίζονται με το κοινωνικό κεφάλαιο. Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες με περισσότερα από 20 έτη προϋπηρεσίας είχαν περισσότερο κοινωνικό κεφάλαιο, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με 10 έτη προϋπηρεσίας κατ'ανώτατο.

Η συσχέτιση της συνολικής βαθμολογίας κοινωνικού κεφαλαίου με τα δημογραφικά στοιχεία και τις βαθμολογίες γνώσεων και στάσεων των συμμετεχόντων αποκάλυψε ότι μόνο η βαθμολογία γνώσεων σχετίζεται σημαντικά με τη συνολική βαθμολογία κοινωνικού κεφαλαίου. Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερη γνώση είχαν οι συμμετέχοντες για τη δωρεά

οργάνων τόσο λιγότερο ήταν το κοινωνικό κεφάλαιο. Τα αποτελέσματα αυτά, έρχονται σε αντίθεση με τα ευρήματα της πιο πρόσφατης μελέτης της Ζησιμοπούλου (2018) στην οποία δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις ανάμεσα στο κοινωνικό κεφάλαιο και στις γνώσεις για τις μεταμοσχεύσεις. Ωστόσο, η μεγαλύτερη βαθμολογία στην κοινωνική ανάπτυξη και εκτίμηση της ζωής, στο αίσθημα ασφάλειας και στις σχέσεις στην εργασία παρουσίασε στατιστικά μη σημαντική αύξηση των γνώσεων για τις μεταμοσχεύσεις, οδηγώντας τις ερευνήτριες σε θετική συσχέτιση του αυξημένου κοινωνικού κεφαλαίου με την αύξηση της βαθμολογίας γνώσεων για τις μεταμοσχεύσεις, εύρημα που έρχεται σε πλήρη αντίθεση με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης.

Αντίστοιχα, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης δεν συνάδουν με την έρευνα των Ladin et al, (2015) οι οποίοι απέδειξαν για πρώτη φορά ότι σε κοινωνικοδημογραφικό και κοινωνικό επίπεδο οι διαστάσεις του κεφαλαίου εξηγούν περισσότερο από το ήμισυ της διακύμανσης της θετικής στάσης απέναντι στη δωρεά οργάνων των διερωτώμενων στη Μασαχουσέτη. Όπως διαπίστωσαν οι ερευνητές, η τοπογραφική εντόπιση σε μια κοινότητα κατοίκων χαμηλού κοινωνικού κεφαλαίου συσχετίστηκε με χαμηλότερα επίπεδα γνώσεων και θετικής στάσης απέναντι στη μεταμόσχευση. Αντίθετα, η κινητικότητα των κατοίκων, το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο, και τα υψηλότερα επίπεδα πολιτικής συμμετοχής συσχετίστηκαν με θετικότερη στάση.

Η αρνητική συσχέτιση του κοινωνικού κεφαλαίου με την βαθμολογία γνώσεων που αποκαλύφθηκε από την παρούσα έρευνα έρχεται σε συμφωνία με τα ευρήματα της μελέτης περίπτωσης των Sharp & Randhawa (2016) οι οποίοι χρησιμοποίησαν ένα δείγμα πληθυσμού προερχόμενο από την Πολωνική μεταναστευτική κοινότητα για τη συσχέτιση του κοινωνικού κεφαλαίου στην χώρα υποδοχής με την πρόθεση δωρεάς οργάνων. Οι διαστάσεις του κοινωνικού κεφαλαίου βρέθηκαν ανεπαρκείς και ο σχηματισμός δικτύων βρέθηκε να επηρεάζεται από τις δεξιότητες των μεταναστών στην αγγλική γλώσσα. Οι συμμετέχοντες ήταν πρόθυμοι να δωρίσουν όργανα εντός και εκτός των κοινωνικών τους δικτύων στο Ηνωμένο Βασίλειο υπό την προϋπόθεση ότι ένιωθαν κοινωνικά εντεταγμένοι. Ενδιαφέρον όμως παρουσιάζει το εύρημα ότι δεν αντιλαμβάνονταν τη δωρεά οργάνων ως μια μορφή κοινωνικής εμπλοκής των πολιτών για την ενίσχυση της κοινωνικής αλληλεγγύης αλλά ως ήταν ένα είδος συναλλαγής μεταξύ των ατόμων.

Μέσα από τα παραπάνω, οι ερευνητές συμπέραναν ότι η αλληλεπιδράσεις μέσω του κοινωνικού κεφαλαίου μπορούν να αναδιαμορφώσουν τις συζητήσεις στο πλαίσιο της δωρεάς οργάνων, όπως οι πολιτικές αμοιβαιότητας, η σχετικότητα του αλτρουισμού και ο ρόλος της δημιουργίας κοινωνικών δικτύων στην προθυμία να δωρίσουν όργανα μετά θάνατον σε μια χώρα κοινωνικά ανεπτυγμένη υποδοχής όπως το Ηνωμένο Βασίλειο.



Είναι κοινώς αποδεκτό ότι οι νοσηλευτές, ως κεντρομόλος δύναμη εκ τις οποίας κινητοποιείται η διαδικασία δωρεάς οργάνων και μεταμόσχευσης θα πρέπει αρχικά να διαμορφώσουν μια παγιωμένη και επιστημονικά τεκμηριωμένη άποψη σχετικά με την δωρεά. Αυτό είναι απαραίτητο προκειμένου να είναι σε θέση να πείσουν τους συγγενείς να δεσμευτούν για τη μεταθανάτια δωρεά οργάνων του οικείου προσώπου τους. Εξοπλισμένοι με βεβαιότητα, ακεραιότητα και γνωσιακό υπόβαθρο πρέπει να έχουν υπογράψει την κάρτα δωρητή οργάνων, έτσι ώστε να εμπνέουν και να καθοδηγούν έμπρακτα το κοινό στο οποίο προτίθενται να διαδώσουν ένα βαθιά αλτρουϊστικό μήνυμα. Κατά συνέπεια, οι νοσηλευτές επιβάλλεται να είναι επαρκώς εκπαιδευμένοι για τέτοιες καταστάσεις. Η εκπαίδευση και η κατάρτιση των νοσηλευτών είναι ανάγκη να ξεκινά από την περίοδο φοίτησης τους στις νοσηλευτικές σχολές, κατά τη διάρκεια της οποίας να εξοπλίζονται με εμπειρία γύρω από τη διαδικασία της δωρεάς οργάνων. Με αυτό τον τρόπο θα λάβουν τις απαραίτητες γνώσεις και θα διαμορφώσουν τις κατάλληλες στάσεις απέναντι στο εν λόγω φλέγον ζήτημα. Εξάγεται λοιπόν αβίαστα το συμπέρασμα ότι οι στάσεις, οι γνώσεις και οι πεποιθήσεις των νοσηλευτών έχουν αντίκτυπο στη δωρεά οργάνων και πρέπει να καλλιεργούνται με επιστημονικά κι ανθρωποκεντρικά κριτήρια. Εφόσον εντοπισθούν ελλείμματα γνώσης, τότε μπορούν να καλυφθούν άμεσα μέσω εκπαιδευτικών προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Παρά τη θετική δημόσια στάση προς τη δωρεά οργάνων, διεθνώς παρατηρείται έλλειψη οργάνων, αφού ο εκτιμώμενος αριθμός των δυνητικών δωτών και ο αριθμός των οργάνων που μπορούν να μεταμοσχευτούν είναι σημαντικά μικρότερος από τον αριθμό των ασθενών που χρειάζονται μεταμόσχευση. Η ενημέρωση στην χώρα μας δεν είναι επαρκής. Δεν υπάρχει ενημέρωση με αποτέλεσμα η άγνοια να φέρει μεγαλύτερο φόβο. Μπορούμε το ελάχιστο που οφείλουμε να ενημερωθούμε επι του θέματος. Ποτέ κανείς δεν ξέρει σε ποια θέση μπορεί να βρεθεί ο ίδιος ή κάποιο αγαπημένο πρόσωπο.

Όταν σημαντικά όργανα παραλείπονται ή δυσλειτουργούν, γίνεται ολοένα και πιο εφικτή η λύση για αξιοποίηση της μεταμόσχευσης οργάνων. Η δωρεά οργάνων χρησιμοποιείται κυρίως για μεταμόσχευση μεγάλων οργάνων, συμπεριλαμβανομένης της καρδιάς, του ήπατος, των νεφρών και άλλων. Παρά το γεγονός ότι ένας αυξανόμενος αριθμός ανθρώπων χρειάζονται υγιή όργανα για να διατηρήσουν τη ζωή τους, ο αριθμός των πρόθυμων δωρητών οργάνων είναι αρκετά μικρός, αφού παράγοντες που σχετίζονται με παραδοσιακές πεποιθήσεις, τη θρησκεία και τη γνώση, συνδυάζονται για να κάνουν τους ανθρώπους να διστάζουν να δωρίσουν τα όργανα.

Αυτό λοιπόν που προτείνουμε εμείς, είναι να γίνουν παρεμβάσεις στο χώρο της υγείας έτσι ώστε να ενημερωθούν όλοι οι επαγγελματίες για την χρησιμότητα και την αναγκαιότητα της δωρεάς οργάνων. Καλό θα ήταν επίσης να ενημερωθούν οι πολίτες για το θέμα, να ευαισθητοποιηθούν και να συμμετάσχουν με σκοπό ένας συνάνθρωπός τους να σωθεί. Κατά την απόψη μας, εάν αυτή η κίνηση ενημέρωσης υλοποιηθεί, οι άνθρωποι θα αποκτήσουν εμπιστοσύνη και θα αισθανθούν πιο ασφαλείς έτσι ώστε να μπορέσουν να μιλήσουν στον κοινωνικό τους περίγυρο για τη δωρεά οργάνων. Έτσι θα υπάρξει μια θετική αύξηση γνώσης, ενημέρωσης και ανάπτυξης.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Ζησιμοπούλου, Μ. (2018). Η στάση του ιατρο-νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στη δωρεά και τη μεταμόσχευση οργάνων και η συσχέτισή της με το κοινωνικό κεφάλαιο. *Διπλωματική Εργασία*, Πάτρα : Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο Διαθέσιμη στο [<https://edy.eap.gr/handle/repo/38907>]

Αηδόνη, Ζ. (2018) Γνώσεις, στάσεις και απόψεις του ιατρο-νοσηλευτικού προσωπικού σε Πανεπιστημιακό νοσοκομείο σχετικά με τον εγκεφαλικό θάνατο – δωρεά οργάνων. *Διπλωματική εργασία*, Θεσσαλονίκη : Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο Διαθέσιμη στο [<https://edy.eap.gr/handle/repo/38907>]

### ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

Abdeldayem, H., El-Kased, A., Elshaarawy, A., Hammad, E., Al-Haddad, O., Sobhi, G., Allam, N., (2016). Religious Concepts in Organ Transplantation, In: *Frontiers in Transplantology*, [online]. IntechOpen, [Viewed 5 February 2019]. Available from: <https://www.intechopen.com/books/frontiers-in-transplantology/religious-concepts-in-organ-transplantation>.

Adler, R., Paul, S. & Kwon, S.W., (2002). Social Capital: Prospects For a New Concept. *The Academy of Management Review* 27, 17-40.

Akgun HS., Bilgin N., Tokalak I., Kut A., and Habera M., (2003). Organ Donation: A Cross- Sectional Survey of the Knowledge and Personal Views of Turkish Health Care Professionals. *Transplantation Proceedings*, 35, 1273-1275.

Albar, M., (2012). Organ transplantation: A Sunni Islamic perspective. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 23, 817-22.

American Medical Association and United Network for Organ Sharing. (1988). Required Request Legislation: A Guide for Hospitals on Organ and Tissue Donation. Richmond, Va. United Network for Organ Sharing.

Arno, A., Barret, J.P., Harrison, R.A., & Jeschke, M.G., (2012). Face allotransplantation and burns: a review. *Journal of burn care & research : official publication of the American Burn Association*, 33(5), 561–576. doi:10.1097/BCR.0b013e318247eb06

Ashraf, O., Ali, S., Ali, S A., Ali, H., Alam, M., Ali, A., Ali, T M. (2005), Attitude toward organ donation: a survey in Pakistan. *Artif Organs.*, 29, 899-905.

Association of Organ Procurement Organizations. (1997). Alternatives Being Developed to More Accurately Assess Performance. Report to the ranking minority member, Committee on Labor and Human Resources, U.S. Senate, Washington, D.C.

Association of Organ Procurement Organizations. [online] Data on donation and transplantation [accessed January 2019]. Available from: URL: <http://www.aopo.org/related-links-data-on-donation-and-transplantation/>

Babaie, M., Hosseini, M., Hamissi, J., & Hamissi, Z., (2015). Knowledge, Attitude and Practice of Nurses Regarding Organ Donation. *Global journal of health science*, 7(6), 129–137. doi:10.5539/gjhs.v7n6p129

Barker, C.F. & Markmann, J.F., (2013). Historical overview of transplantation. *Cold Spring Harbor perspectives in medicine*, 3(4), a014977.

Bekkers, R. (2004). Giving and volunteering in the Netherlands: Sociological and psychological perspectives. Available online: <http://www.fss.uu.nl/soc/homes/bekkers/diss.pdf>.

Berkman, L.F., Glass, T., (2000). *Social integration, social networks, social support, and health*. Social Epidemiology Oxford University Press, pp 137-73.

Bispo, C.R., Lima, J.C., de Oliveira, M.L.C., (2016) Organ donation: nursing undergraduate students' perspective. *Journal Bioethics*, 24(2), 76-82.

Black, J., (1987). Broaden your mind about death and bereavement in certain ethnic groups in Britain. *British Medical Journal*, 295, 536–539.

Bramstedt, K.A., (2006). Transfusion contracts for Jehovah's Witnesses receiving organ transplants: ethical necessity or coercive pact? *Journal of Medical Ethics*, 32, 193–195.

Bruzzo, P., (2008). Religious Aspects of Organ Transplantation. *Transplantation Proceedings* 40(4), 1064-1067

Cabrol, C., (1992). Ethical and social problems posed by organ transplantation *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 176(7), 1097-1110.

Calikoglu, E., Salcan, S., Akcay, H., Gumus, A., Aydin, O., (2018). Knowledge and Attitudes of Intensive Care Nurses on Organ Donation. *Eurasian Journal of Medicine and Oncology*, 2(4), 238-242.

Calne, R., (2006) Essay: History of transplantation. *The lancet journals*, 368(51-52),

- Campbell, C., (2000). Social capital and health: contextualising health promotion within local community networks. In: Baron, Stephen and Field, John and Schuller, Tom, (eds.) *Social capital: critical perspectives*. Oxford University Press, Oxford.
- Carter-Gentry, D., McCurren, C., (2004). Organ procurement from the perspective of perioperative nurses. *The Official Voice of Perioperative Nursing*, 80(3), 417-421,424-431.
- Cebeci, F., Sucu, G., Karazeybek, E., (2011). The roles of nurses to augment organ donation and transplantation: a survey of nursing students. *Transplant Procedures*, 43(2), 412-4.
- Claridge, T., (2004). *Social Capital and Natural Resource Management: An important role for social capital?* University of Queensland, Brisbane, Australia.
- Crowe, S., (2006). Organ transplantation and policy reform. The President's Council on Bioethics. [online] Available from: URL: <http://www.bioethics.gov/transcripts/sept06/session4.html>. [Accessed November 30, 2019].
- Crymble, K., Etheredge, H.R., Fabian, J., Gaylard, P., (2017). Nurses' knowledge about and attitudes toward organ donation in state and private hospitals in Johannesburg, South Africa. *Southern African Journal of Critical Care*, 33(2), 52-57.
- Daar, AS., (1994). The body, the soul and organ donation beliefs of the major world religions. *Nefrologia*,14, 78–81.
- Data on donation and transplantation, AOPO. (2009) [online] Available from: URL: <http://www.aopo.org/related-links-data-on-donation-and-transplantation/> [Accessed January 29, 2019].
- Dejong, W., Drachman, J. & Gortmaker, S.L., (1995). Options for increasing organ donation: The potential role of financial incentives, standardized hospital procedures, and public education to promote family discussion. *Milbank Quarterly*, 73, 463-479.
- Delmonico, F., (2009). The implications of Istanbul Declaration on organ trafficking and transplant tourism. *Current Opinions in Organ Transplantation*, 14(2), 116-9.
- DeVita, MA, Caplan, AL., (2007). Caring for organs or for patients? Ethical concerns about the Uniform Anatomical Gift Act. *Annals of Internal Medicine*, 147(12), 876-879.
- Dolfsma, J., Wilfred, K. & Dannreuther, C., (2003). Subjects and boundaries: Contesting social capital-based policies. *Journal of Economic Issues*, 37, 405-413.

Domínguez-Gil, B., Haase-Kromwijk, B., Van Leiden, H., Neuberger, J., Coene, L., Morel, P., Corinne, A., Muehlbacher, F., Brezovsky, P., Costa, AN., Rozental, R., Matesanz, R., (2011). Current situation of donation after circulatory death in European countries. *Transplant International*, 24, 676-686.

Dooldeniya, M.D. & Warrens, A.N., (2003). Xenotransplantation: where are we today? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96(3), 111–117.

Feehally, J., (2010). Ethnicity and renal replacement therapy. *Blood Purification*, 29, 125–129.

Gele, A.A. & Harsløf, I., (2010). Types of social capital resources and self-rated health among the Norwegian adult population. *International journal for equity in health*, 9, 8. doi:10.1186/1475-9276-9-8

Georgiadou E, Sounidakis N, Mouloudi E et al (2012). Attitudes and behavior toward organ donation in Greece. *Transplant Proc*, 44: 2698-2701.

Girlanda, R., (2016). Deceased organ donation for transplantation: Challenges and opportunities. *World Journal of Transplantation*, 6(3), 451-459.

Golmakani, M.M., Niknam, M.H., Hedayat, K.M., (2005). Transplantation ethics from the Islamic point of view. *Medical Science Monitor*, 11, 105–109.

Gourin, C.G., Eisele, D.W., (2009). *Complications in Head and Neck Surgery* (2nd Edition), Ch. 39 - Complications of Thyroid Surgery, Complications in Head and Neck Surgery. 493-515.

Gross, T., Marguccio, I., Martinoli, S., (2000). Attitudes of hospital staff involved in organ donation to the procedure. *Transplant International*, 13, 351-356.

Groth, C.G., Brent, L.B., Calne, R.Y. (2000). Historic landmarks in clinical transplantation: conclusions from the consensus conference at the University of California, Los Angeles. *World Journal of Surgery*, 24, 834-843.

Guide to the Code of Ethics for Nurses: Interpretation and Application. Washington, DC: American Nurses Publishing; 2008.

Hoy, H., Alexander, S., & Frith, K. H. (2011). Effect of Transplant Education on Nurses' Attitudes toward Organ Donation and Plans to Work with Transplant Patients. *Progress in Transplantation*, 21, 317–321.

Institute of Medicine (US) Committee on Organ Procurement and Transplantation Policy. Organ Procurement and Transplantation: Assessing Current Policies and the Potential

Impact of the DHHS Final Rule. Washington (DC): National Academies Press (US); 3.10.1999.

Iyer, S., (2015). Vascularised composite allotransplants: Transplant of upper extremities and face. *Indian journal of plastic surgery : official publication of the Association of Plastic Surgeons of India*, 48(2), 111-8.

Kececioglu, N., Tuncer, M., Yucetin, L., Akaydin, M. & Yakupoglu, G. (2000). Attitudes of Religious People in Turkey Regarding Organ Donation and Transplantation, *Transplantation Proceedings*, 32, 629-630.

Kobusa, G., Malyszko, J., Małyszko, J., (2016). Do Age and Religion Have an Impact on the Attitude to Organ Transplantation? *Transplantation Proceedings*, 48(5), 1354-1359.

Ladin, K., Wang, R., Fleishman, A., Boger, M., & Rodrigue, J. R., (2015). Does Social Capital Explain Community-Level Differences in Organ Donor Designation?. *The Milbank quarterly*, 93(3), 609–641. doi:10.1111/1468-0009.12139

Loury, G., (1992). The economics of discrimination: Getting to the core of the problem. *Harvard Journal for African American Public Policy*, 1, 91–110.

Madani, H., Hettiaratchy, S., Clarke, A., Butler, P.M., (2008). Immunosuppression in an emerging field of plastic reconstructive surgery: composite tissue allotransplantation. *The Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 61(3), 245–9.

Makara-Studzińska, M., Kowalska, A., Wdowiak, A. & Kryś-Noszczyk, K., (2013). Knowledge and opinions of nurses about organ transplantation in a Polish hospital. *Journal of Pre-Clinical and Clinical Research*, 7(1),48-52.

Mason, J.O., (1974). Attitudes of the Church of Jesus Christ of Latter-day Saints Toward Certain Medical Problems. Salt Lake City: The Church of Jesus Christ of Latter-Day Saints.

Masoumian-Hoseini, S.T., Manzari, Z., (2015). Quality of Care of Nursing from Brain Death Patient in ICU Wards. *Journal of Patient Safety & Quality Improvement*, 3, 220-224.

Masoumian Hoseini, S. T., Manzari, Z., & Khaleghi, I. (2015). ICU Nurses' Knowledge, Attitude, and Practice Towards their Role in the Organ Donation Process from Brain-Dead Patients and Factors Influencing it in Iran. *International journal of organ transplantation medicine*, 6, 105–113.

- Maurer, J.R., Ryu, J., Beck, G., Moss, J., Lee, J.C., Finlay, G., (2007). Lung transplantation in the management of patients with lymphangioleiomyomatosis: baseline data from the NHLBI LAM Registry. *Journal of Heart and Lung Transplantation*, 26(12), 1293-9.
- McKeown, D.W., Bonser, R.S., Kellum, J.A., (2012). Management of the heartbeating brain-dead organ donor. *British Journal of Anaesthesia*, 108(Suppl), 96-107.
- Mendes, K.S., Roza, B.A., Barbosa, S.F., Schirmer, J., Galvão, C.M., (2012). Transplante de órgãos e tecidos: responsabilidades do enfermeiro. *Texto & contexto enferm [internet]*. Florianópolis (SC), 21(4), 945-53.
- Moosa, M., (2008). *Renal Transplantation in Developing Countries*. 6th Edition ed. Philadelphia: Saunder Elsevier.
- Moritsugu, K., (2013) The Power of Organ Donation to Save Lives Through Transplantation. *Public Health Reports*, 128.
- Nahapiet, J. & Ghoshal, S., (1998). Social capital, intellectual capital, and the organizational advantage. *Academy of Management Review*, 23, 242.
- Namihira, E., (1990). Shinto concept concerning the dead human body [Japanese]. *Transplant Procedures*, 22, 940–941.
- Narayan, D. & Cassidy, M.F., (2001). A dimensional approach to measuring social capital: development and validation of a social capital inventory, *Current Sociology*, 49, 59-102.
- Natour, A. & Fishman, S., (2011). Islamic sunni mainstream opinions on compensation to unrelated live organ donors. *Rambam Maimonides medical journal*, 2(2), e0046. doi:10.5041/RMMJ.10046
- Oh, H., Kilduff, M. & Brass, D.J., (1999). “Communal social capital, linking social capital, and economic outcomes.” In: the annual meeting of the Academy of Management. Chicago, IL.
- Oliver, M., Woywodt, A., Ahmed, A., Saif, I., (2011). Organ donation, transplantation and religion. *Nephrology Dialysis Transplantation.*, 26(2), 437–444.
- Ota, K., (2004). Current status of organ transplants in Asian countries. *Transplantation Proceedings*, 36(9), 2535-8.
- Park, L., Moon, J.I., Kim, S.I., (1999). Exchange donor program in kidney transplantation. *Transplantation*, 67, 336.



- Pelleriaux B, Roels L, Van Deynse D et al, (2008). An analysis of critical care staff's attitudes to donation in a country with presumed consent legislation. *Prog Transplant* 18: 173-178.
- Pestana, A.L., Erdmann, A.L. Macêdo de Sousa, F.G., (2012). Emerging the complexity of nursing care facing a brain death. *Escola Anna Nery*, 16(4), 4-13.
- Poreddi, V., Katyayani, B.V., Gandhi, S., Thimmaiah, R., Badamath, S., (2016). Attitudes, knowledge, and willingness to donate organs among Indian nursing students. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 27, 1129-38.
- Putnam, R.D., Leonardi, R. & Nanetti, R.Y., (1993). *Making democracy work: Civic tradition in modern Italy*, New Jersey: Princeton University Press
- Randhawa, G., Neuberger, J., (2016). Role of Religion in Organ Donation—Development of the United Kingdom Faith and Organ Donation Action Plan - 14th Congress of the Asian Society of Transplantation. *Transplantation Proceedings*, 48(3), 689-694.
- Rithalia, A., McDaid, C., Suekarran, S., (2009). Impact of presumed consent for organ donation on donation rates: a systematic review. *BMJ*, 338, a3162.
- Rogers, D.M., Crookston, K.P., (2006). The approach to the patient who refuses blood transfusion. *Transfusion*, 46, 1471–1477.
- Rudge, C., Johnson, R.J., Fuggle, S.V., Forsythe, J.L., (2007). Renal transplantation in the United Kingdom for patients from ethnic minorities. *Transplantation*, 83(9), 1169-1178.
- Saeed, B., Derani, R., Hajibrahim, M., Roumani, J., Al-Shaer, M.B., Saeed, R., (2008). Volume of organ failure in Syria and obstacles to initiate a national cadaver donation program. *Iranian Journal of Kidney Diseases*, 2, 65–71.
- Sauer, I.M., Bechstein, W.O., Neuhaus, P., (2001). Liver transplantation. In: Holzheimer RG, Mannick JA, editors. *Surgical Treatment: Evidence-Based and Problem-Oriented*. Munich: Zuckschwerdt;2001.
- Savaser, S., Sahiner, N.C., Dogan, Z., Caglar, S., Mutlu, B., (2015). The Effect of Nursing Education on the Opinion of Students Regarding Organ Donation. *International Journal of Nursing & Clinical Practices*, 2, 124. doi: <http://dx.doi.org/10.15344/2394-4978/2015/124>
- Schiff, M., (1992). Social capital, labour mobility, and welfare: The impact of uniting states. *Rationality and Society*, 4(16), 154-167.

Schuller, T., Baron, S. and Field, J., (2000). Social Capital: a review and critique, in Baron, S., Field, J., and Schuller, T. (eds.) *Social Capital: critical perspectives*, Oxford University Press, Oxford, pp. 1-38.

Sharp, C., Randhawa, G., (2016). The Potential Role of Social Capital in the Willingness to be a Deceased Organ Donor: A Case Study of UK Polish Migrants. *Transplantation Procedures*, 48(3), 680-688.

Shih, F.J., Chu, S.H., Hsu, R.B., Weng, H.J., Wang, S.S., (2003). Ethical issues of organ transplantation in chinese community: perspectives of health professionals, legal professionals, and religious experts in taiwan and mainland china. *Transplant Procedures*, 41(1), 17-9.

Siisiäinen, M., (2000). Two concepts of social capital: Bourdieu vs. Putnam, In: ISTR Fourth International Conference, 'The Third Sector: For what and for whom?', Trinity College, Dublin, Ireland, July 5-8,2000.

Sprung, C.L., Maia, P., Bulow, H.H., (2007). The importance of religious affiliation and culture on end-of-life decisions in European intensive care units. *Intensive Care Med*, 33, 1732–1739.

Strong, M., (2000). The US Navy Tissue Bank: 50 years on the cutting edge. *Cell and Tissue Banking* 1(1), 9-16.

Truog, R.D., (2005). The ethics of organ donation by living donors. *The New England Journal of Medicine*, 353, 444–446.

Stephenson, T., Morgan, S., Roberts-Perez, D., Harrison, S., Walid, A., Long, T., Shawn, W., (2008). The Role of Religiosity, Religious Norms, Subjective Norms, and Bodily Integrity in Signing an Organ Donor. *Card. Health communication*, 23, 436-47.

Van Norman, G.A., (2003). Another matter of life and death: what every anesthesiologist should know about the ethical, legal, and policy implications of the non-heart-beating cadaver organ donor. *Anesthesiology*, 98(3), 763-73.

Vathsala, A., (2004). Improving cadaveric organ donation rates in kidney and liver transplantation in Asia. *Transplant Procedures*, 36(7), 1873-5.

West, R., Burr, G., (2002). Why families deny consent to organ donation. *Aust Crit Care*, 15(1), 27-32.

Woolcock, M., (1998). Social capital and economic development: Towards a theoretical synthesis and policy framework. *Theory and Society*, 27, 151-208.



**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΣΤΑΣΗ ΤΟΥ  
ΙΑΤΡΟ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΑΠΕΝΑΝΤΙ  
ΣΤΗ ΔΩΡΕΑ ΚΑΙ ΤΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΟΡΓΑΝΩΝ  
ΚΑΙ Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΜΕ ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ  
ΚΕΦΑΛΑΙΟ**

## Α ΜΕΡΟΣ

### ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

*Οι παρακάτω πληροφορίες θα χρειαστούν για δημογραφική ανάλυση.*

1. Ποια είναι η ηλικία σας;  18-24  25 με 34  35 με 44  45 με 54  55+

2. Ποιο είναι το φύλο σας;  Άνδρας  Γυναίκα

3. Οικογενειακή κατάσταση Έγγαμος/η  Σε σχέση  Ελεύθερος/η

4. Σε ποια εκπαιδευτική βαθμίδα ανήκετε;

Πανεπιστημιακή εκπαίδευση  Τεχνολογική εκπαίδευση

Επαγγελματική μεταδευτεροβάθμια εκπαίδευση

(συμπληρώστε επίσης αν κατέχετε επιπλέον τίτλο σπουδών)

Κάτοχος μεταπτυχιακού  Κάτοχος διδακτορικού

5. Ποια η επαγγελματική σας απασχόληση; Ιατρικό Προσωπικό  Νοσηλευτικό προσωπικό

(συμπληρώστε επίσης)

Ειδικευόμενος

Νοσηλεύτρια/ης ΠΕ

Επιμελητής Α

Νοσηλεύτρια/ης ΤΕ

Επιμελητής Β

Βοηθός Νοσηλευτή

Διευθυντής/τρια

Προϊσταμένη/ος

Πανεπιστημιακή Βαθμίδα