

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΑ ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗΣ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ: Η ΜΟΝΗ ΕΠΙΛΟΓΗ

Κυριάκος Αυγερίδης

Κοινωνικός Λειτουργός - Κοινωνιολόγος¹

Στο άρθρο που ακολουθεί αποδεικνύεται γιατί η έλλειψη πραγματικά εθελοντικά προσφερομένου αίματος παίρνει διαστάσεις κοινωνικού προβλήματος.

Επισημαίνεται ότι μόνη επιλογή θα πρέπει να είναι η ενιαία εθνική στρατηγική ανάπτυξης της Εθελοντικής Αιμοδοσίας, με την αξιοποίηση και των Κοινωνικών Λειτουργών που εργάζονται ήδη σε χώρους υγείας και έχουν την κατάλληλη επιστημονική υποδομή προς αυτή τη κατεύθυνση.

Κοινωνικό πρόβλημα: μια κατάσταση που προκαλεί δυσφορία σε ένα σημαντικό τμήμα του κοινωνικού συνόλου, γιατί η κατάσταση αυτή δε συμπίπτει με την επιθυμητή, ενώ θα μπορούσε να διορθωθεί ή και να προληφθεί η εμφάνισή της. Το κοινωνικό σύνολο που δυσφορεί με την ανεπιθύμητη κατάσταση μπορεί να είναι σημαντικό, είτε γιατί κατέχει σημαίνουσα θέση στην κοινωνία, είτε γιατί αντιπροσωπεύει ένα σημαντικό τμήμα του πληθυσμού της.

Μια κατάσταση προκαλεί δυσφορία γιατί δεν ανταποκρίνεται προς αυτό που θα έπρεπε και θα μπορούσε να είναι. Η δυσφορία είναι έτσι αποτέλεσμα μιας σύγκρισης αυτού που υπάρχει με κάτι άλλο που θεωρείται πως είναι και επιθυμητό και εφικτό. Αυτό σημαίνει ότι μια κατάσταση κρίνεται απορριπτέα, είτε γιατί είναι αυτή που είναι, είτε γιατί αξιολογείται με νέο τρόπο, ύστερα από μια αλλαγή των αντιλήψεων για το τι είναι επιθυμητό και εφικτό.

Για την αντιμετώπιση τέτοιων καταστάσεων που προκαλούν δυσφορία, υπάρχουν πολλά μοντέλα ενεργειών. Ο αρθρογράφος υιοθετεί τον Επιστημονικό Σχεδιασμό. Σαν ένα τέτοιο μοντέλο που μπορεί να υποδειχθεί, παρουσιάζεται στο σχήμα 1, "Μεθοδολογία Παρέμβασης".

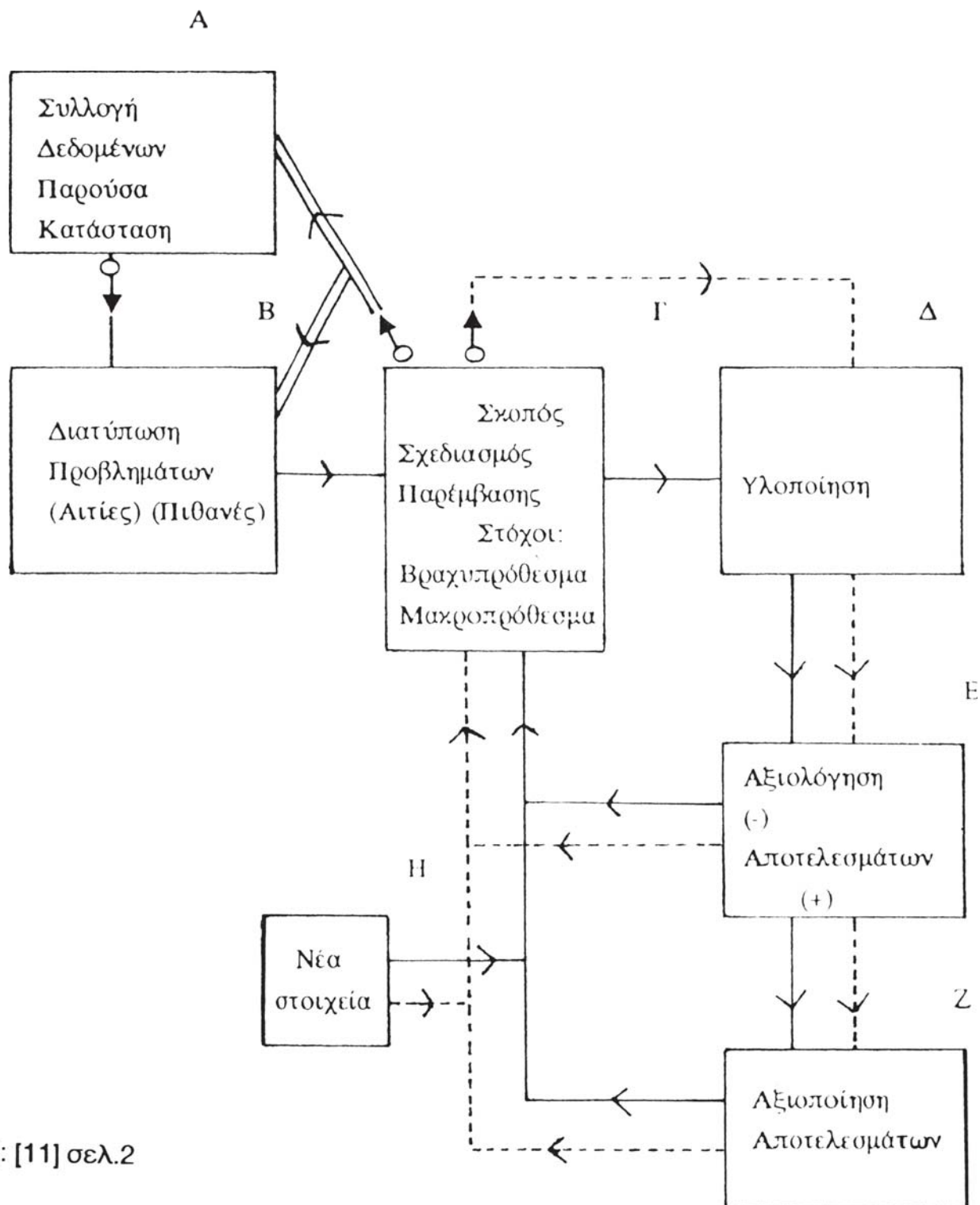
Μεθοδολογία που ακολουθήθηκε στην Κοινωνική Υπηρεσία του Π.Π.Γ.Ν. Πατρών στα πλαίσια της συνεργασίας της με το Κέντρο Αιμοδοσίας του Νοσοκομείου για Ανάπτυξη της Εθελοντικής Αιμοδοσίας.

1. Σήμερα εργάζεται στο Π.Π.Γ.Ν. Πατρών ως Κοινωνιολόγος

Όπως φαίνεται στο σχήμα 1, οι φάσεις της παρέμβασης είναι τρεις (I, II, III). Η αρχή της κάθε φάσης σημειώνεται με το σύμβολο $O \rightarrow$. Η πορεία που ακολουθεί η I φάση παρουσιάζεται με τη συνεχή γραμμή \longrightarrow , ενώ η II φάση τη διακεκομμένη $---\rightarrow$ και η III φάση τη διπλή γραμμή \Rightarrow .

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Σχήμα 1



Στον παραπάνω σχεδιασμό λαμβάνεται υπόψη και μελετάται: η παρούσα κατάσταση και πώς ιστορικά διαμορφώθηκε, η κοινωνική δομή, τα δυναμικά της κοινότητας, οι θιγόμενοι από την παρούσα κατάσταση. Επίσης: ποιές οι κοινωνικές αξίες, η νοοτροπία, τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις σχετικά με το προς επίλυση πρόβλημα; Σχεδιασμό που στοχεύει στην ευαισθητοποίηση του πληθυσμού και την εμπλοκή του σε διαδικασίες επίλυσης κοινωνικών προβλημάτων αλλά και πανανθρώπινων αξιών. Πρέπει να υπογραμμισθεί ότι όπως πάντα έτσι και εδώ η ευθύνη του επιστήμονα είναι μεγάλη: Επιστημονική, ηθική, πολιτική.

Τελικά σχεδιασμός σημαίνει: καταγραφή, μελέτη, ανάλυση, συσχετισμό προβλημάτων, διατύπωση πιθανών αιτιών, σχεδιασμός δράσης, ιεράρχιση επιλογών που αφορούν επιμέρους στόχους και επιλογή μέσων και αξιολόγηση.

Φυσικά όλα αυτά κατατείνουν στη δημιουργία νέων εξειδικευμένων θεσμών (θεσμοποίηση ή θεσμοθέτηση). Στο σημείο αυτό δεν κρίνεται σκόπιμη μια αναφορά στη θεωρία των θεσμών. Κρίνεται όμως αναγκαίο να υπογραμμισθεί ότι όταν αναφερόμαστε στους θεσμούς πρέπει να έχουμε υπόψη μας:

- το σταθερό πλέγμα των κοινωνικών σχέσεων που συνεπάγονται και το οποίο πρέπει να είναι σύμφωνο με τις ισχύουσες κοινωνικές αξίες. Επίσης ότι αυτοί πρέπει να διατηρούν αμείωτη την αποτελεσματικότητά τους
- την τυποποίηση των ενεργειών και τον εξωατομικό τους χαρακτήρα
- την προσαρμογή τους σε νέες συνθήκες
- και ότι οι θεσμοί συνδέονται στενά με τις κοινωνικές θέσεις οι οποίες οργανώνονται σε συστήματα κοινωνικών θέσεων, σε σχέσεις κυριαρχίας ή μια επί της άλλης.

Η Εθελοντική Αιμοδοσία στη χώρα μας είναι θεσμός. Η όποια προσεγγισή του επιβάλλει τη μελέτη της γέννησής του και τις συνθήκες κάτω από τις οποίες κάθε φορά εξελίσσεται. Χρειάστηκε να φτάσουμε στο 1979, επί υπουργού Σ. Δοξιάδη για να καταργηθεί οριστικά η απαγόρευση της αγοραπωλησίας - εμπορίας του Αίματος και της κατάρνησης των Ιδιωτικών Τραπεζών αίματος.

Ποια όμως είναι η εικόνα της εθελοντικής Αιμοδοσίας σήμερα στη χώρα μας; Η έλλειψη εθελοντικά προσφερομένου αίματος σήμερα στη χώρα μας έχει πάρει διαστάσεις κοινωνικού προβλήματος: Όχι μόνο γιατί απασχολεί μεγάλο τμήμα του πληθυσμού· όχι μόνο γιατί έχει φοβερές συνέπειες (κοινωνικές, οικονομικές, επιστημονικές κ.ά.) αλλά και διότι έχει μεγάλη χρονική διάρκεια ύπαρξης και ίσως απροσδιόριστες (σε κάποιο βαθμό) προοπτικές.

Και είναι εύκολο το ερώτημα που τίθεται: “Ποιός επιτέλους ωφελείται από την καθυστέρηση της ανάπτυξης, την αντιοικονομικότητα του υπάρχοντος συστήματος την, σε τελική ανάλυση, συχνά τραγική έλλειψη αίματος στην ποσότητα και ποιότητα που οι δυνατότητες της επιστήμης και οι γνώσεις μας σαν σύνολο, μπορούν άνετα να εξασφαλίσουν;”. Πηγή: “12” Δρ. Β. Μιχαήλ - Μερσανού σελ. 14. Βεβαίως όμως κανείς δεν πρέπει να παρασυρθεί και να διαγράψει τις όποιες θετικές εξελίξεις σημειώθηκαν μέχρι σήμερα. Σήμερα το αίμα στη χώρα μας προέρχεται από τις πηγές:

- α. Περιβάλλον ασθενών (συγγενικό και “φιλικό”)
- β. Εθελοντές Αιμοδότες
- γ. Ένοπλες δυνάμεις

δ. Ελβετικό Ερυθρό Σταυρό

Ο πίνακας 1 παρουσιάζει την προέλευση του αίματος κατά τα έτη 1979-1988.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.: ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ 1979-1988									
ΕΤΟΣ	ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	%	ΕΘΕΛΟΝΤΕΣ ΑΙΜΟΔΟΤΕΣ	%	ΕΝΟΠΛΕΣ ΔΥΝΑΜΕΙΣ	%	ΕΛΒΕΤΙΚΟΣ ΕΡ. ΣΤΑΥΡΟΣ	%	ΣΥΝΟΛΟ
1979	183.421	64,0	19.993	7,1	31.052	10,0	51.349	17,9	286.085
1980	198.732	63,0	26.510	8,5	34.594	11,0	54.890	17,0	314.726
1981	207.576	61,7	28.425	8,4	44.942	13,3	54.950	16,3	335.893
1982	218.213	62,3	28.167	8,0	45.907	13,1	54.217	15,5	350.598
1983	241.699	67,2	32.784	9,1	36.817	10,2	48.254	13,4	359.554
1984	260.516	68,4	40.874	10,8	33.314	8,6	46.098	12,2	380.802
1985	275.762	68,3	55.812	13,8	30.946	7,6	41.200	10,2	403.720
1986	272.422	65,7	67.479	16,2	30.440	7,3	44.082	10,6	414.423
1987	266.979	61,2	82.590	18,9	33.664	7,7	52.511	12,0	435.744
1988	272.863	61,8	88.713	20,1	31.005	7,0	48.422	10,9	441.002

Πηγή: "13"

Από μια απλή προσέγγιση των δεδομένων του Πίνακα 1 διαπιστώνεται ότι έχουμε:

- Ποσοστιαία επί % αύξηση της Εθελοντικής Αιμοδοσίας
- Μικρή διακύμανση προσφοράς Ελβετικού Ερυθρού Σταυρού
- Μικρή ποσοστιαία % μείωση του προσφερομένου αίματος από το συγγενικό περιβάλλον που όμως συνεχίζει να φέρει το μεγαλύτερο βάρος στην κάλυψη των αναγκών
- Σταθερή αύξηση των συλλεγομένων μονάδων αίματος κάθε χρόνο.

Με τη σύγκριση όμως 1979 και 1988 εμφανίζεται αύξηση συλλογής κατά 154.917 μονάδων αίματος.

Ποιες όμως είναι οι ανάγκες μας; Το 1988 οι ανάγκες της χώρας μας σε αίμα είχαν υπολογισθεί σε 450.000 μονάδες. Το ίδιο έτος συλλέχτηκαν 441.000 μονάδες. Άρα έλλειψη 9.000 μονάδων. Ας μην ξεχνάμε όμως (έστω και το μικρό αριθμό) τις μονάδες που βγαίνουν θετικές στις εξετάσεις για AIDS, ηπατίτιδες και αφροδίσια. Άρα το έλλειμμα μεγαλώνει.

Έτσι ενώ παρατηρείται αύξηση των προσφερομένων μονάδων αίματος (έστω από τις προαναφερόμενες πηγές), οι ανάγκες δεν καλύπτονται διότι αυξάνονται με ταχύτερο ρυθμό. Σαν λόγοι αυτής της αύξησης θα μπορούσαν να αναφερθούν:

- Ταχύτατη επιστημονική πρόοδος: κυρίως χειρουργικής και αιματολογίας.
- Η χειρουργική σήμερα πραγματοποιεί μεγάλες επεμβάσεις και μεταμοσχεύσεις που απαιτούν μεγάλες ποσότητες αίματος.

- Η αιματολογία έχει σημειώσει μεγάλες εξελίξεις. Σήμερα μπορεί να χρησιμοποιεί το αίμα θεραπευτικά αλλά και προληπτικά κάτω από υψηλού επιπέδου ποιοτικών ελέγχων και εξειδικευμένων μεταγγίσεων.

β. Μεσογειακή αναιμία. Η χορηγηθείσα ποσότης αίματος για μεταγγίσεις ατόμων με μεσογειακή αναιμία έχει σημαντικά αυξηθεί τα τελευταία χρόνια. Βλ. πίνακα 2 και 3.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2				
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΚΑΙ ΔΙΑΘΕΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ				
ΧΡΟΝΟΣ	ΣΥΛΛΟΓΗ ΑΙΜΑΤΟΣ	ΕΛΒΕΤΙΚΟΣ ΕΡΥΘΡΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ	ΔΙΑΘΕΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ	%
1974	220.567	—	28.410	12,9
1975	228.534	—	35.710	15,6
1976	238.336	—	41.213	17,2
1977	255.722	35.044	44.808	17,5
1978	279.298	47.413	49.807	17,8
1979	286.085	51.349	56.619	19,7
1980	314.726	54.890	57.785	18,3
1981	335.893	54.950	56.046	16,7
1982	348.015	54.217	62.019	17,8
1983	359.554	48.254	67.615	18,8
1984	380.802	46.098	75.688	22,6
1985	403.720	41.200	82.731	20,4
Μέσος ετήσιος ρυθμός ανάπτυξης		6,1%	7,7%	9,0%

Πηγή: “14”

ΠΙΝΑΚΑΣ 3				
ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ και ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ				
ΧΡΟΝΟΣ	ΣΥΛΛΟΓΗ ΑΙΜΑΤΟΣ	ΕΛΒΕΤΙΚΟΣ ΕΡΥΘΡΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ	ΔΙΑΘΕΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ	%
1979	286.085	51.349	56.619	17,9
1988	441.002	48.422	94.070	21,3

Πηγή: “13”

Η προαναφερόμενη αύξηση διάθεσης μονάδων αίματος στη Μεσογειακή Αναιμία δεν σημαίνει ότι

έχουμε αύξηση των γεννήσεων παιδιών με Μεσογειακή Αναιμία. (Βεβαίως δεν έχουμε μηδενική τιμή γεννήσεων με Μεσογειακή Αναιμία. Οι γεννήσεις είναι λίγες). Η αύξηση των αναγκών όμως οφείλεται α) στην αύξηση του Μ.Ο. της ηλικίας των πασχόντων. Πηγή: “14” Ντ. Πολίτη.

β) “Στην ποιοτική βελτίωση της παρεχόμενης θεραπείας”.

“Υπάρχουν πολλά άτομα με Μεσογειακή Αναιμία που παίρνουν περισσότερο αίμα σε απόλυτες τιμές, όχι μόνο επειδή μεγάλωσε η ηλικία τους και συνεπώς οι ανάγκες τους, αλλά κι επειδή μεταγγίστηκαν με μεγαλύτερη ποσότητα αίματος.

Έχουμε δηλαδή σαφώς και ποσοτική και ποιοτική αύξηση του χορηγούμενου αίματος στη Μεσογειακή Αναιμία”. Πηγή: “15” Θ. Σπανός.

γ) Τα ατυχήματα (τροχαία και εργατικά).

δ) Αύξηση ασθενειών στις οποίες χρησιμοποιείται ως θεραπευτικό μέσο το αίμα. (π.χ. νεοπλασίες).

ε) Αύξηση του προσδοκώμενου ζωής του πληθυσμού.

Ποιό όμως τελικά είναι το πρόβλημα; Από τη μέχρι τώρα προσέγγιση διαπιστώνεται αύξηση των αναγκών με σχεδόν παράλληλη αύξηση των συλλεγομένων μονάδων. Έστω ότι υπάρχει και ένα έλλειμμα της τάξεως των 9.000 μονάδων ετησίως περίπου. Είναι όμως τόσο σοβαρό αυτό το πρόβλημα της συγκεκριμένης έλλειψης; Βεβαίως ναι. Κυρίως διότι αυτή η έλλειψη παρατηρείται συγκεκριμένες εποχές του έτους. Το μεγαλύτερο όμως πρόβλημα που επισημαίνεται είναι οι συνέπειες από την έλλειψη του εθελοντικά προσφερομένου αίματος.

ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ

α) Στους ασθενείς και τους συγγενείς:

- Άγχος και ταλαιπωρία για την εξεύρεση αίματος προς κάλυψη του ασθενούς την ώρα της ανάγκης.
- Ανάπτυξη σχέσεων εξάρτησης από συγγενικό και φιλικό περιβάλλον. Το πόσο βέβαια το “φιλικό” περιβάλλον (ίσως κάποιες φορές) είναι φιλικό και όχι αμοιβόμενο, αυτό το ξέρουν οι παθόντες (αν υπάρχουν). Οι Υπηρεσίες δεν γνωρίζουν τίποτα και ούτε είναι σε θέση να ελέγξουν την περίπτωση αυτή. Εκείνο που εκ των πραγμάτων είναι δεδομένο, είναι η κάλυψη του ασθενούς από προσφορά αίματος από συγγενικό περιβάλλον μια και η εθελοντική προσφορά αδυνατεί να καλύψει όλες τις ανάγκες.
- Επισημαίνεται ότι για το άμεσα συγγενικό περιβάλλον των ασθενών δεν είναι η καταλληλότερη στιγμή να αιμοδοτήσει, λόγω της συναισθηματικής φόρτισης και της σωματικής ταλαιπωρίας του.
- Κάτω από την πίεση της ανάγκης εξεύρεσης αίματος, οι αιμοδότες φιλικού συγγενικού περιβάλλοντος μπορεί να αποκρύψουν στοιχεία που κατά τη συμπλήρωση του ιστορικού τους ζητούνται, φοβούμενοι τυχόν αποκλεισμό τους, πράγμα που θα ανάγκαζε τους άμεσους συγγενείς να αναζητήσουν άλλους Αιμοδότες.

Βεβαίως οι συνέπειες αυτές είναι φοβερές για άτομα με χρόνιο πρόβλημα υγείας.

Β) Στις Αιμοδοσίες:

- Η αδυναμία κάλυψης των αναγκών με 100% Εθελοντικό Αίμα δημιουργεί στιγμές έντασης και άγχους στις αιμοδοσίες.
- Όξυνση σχέσεων προσωπικού με συγγενικό περιβάλλον.
- Αδυναμία υλοποίησης του καλύτερου δυνατού προγραμματισμού και της πλήρους αξιοποίησης του προσφερομένου αίματος.

γ) Στα Νοσοκομεία και Ασφαλιστικά ταμεία:

- “Μπλοκάρισμα” κρεβατιών από ασθενείς που περιμένουν μετάγγιση (αναβολή χειρουργείων ή άλλων ιατρικών πράξεων).
- Αύξηση κόστους νοσηλείας λόγω πιθανής αναβολής μετάγγισης.

Ποιος είναι ο πληθυσμός της χώρας μας που υφίσταται όλες αυτές τις συνέπειες, καλείται δε να καλύψει τις προαναφερόμενες ανάγκες;

Η Ελλάδα είναι 62η σε μέγεθος πληθυσμού χώρα μεταξύ 204 χωρών (1985). Πληθυσμός 9,9 εκατ. κατοίκ. σε έκταση 132.000 χμ² και Πυκνότητα 75 κατοικ./1 χμ².

Άλλα στοιχεία δίνουν τον πληθυσμό της Ελλάδος (1981) 9.738.136.

Θα ήταν αρκετό να λέγαμε ότι: αν το 5% του πληθυσμού (στο σύνολό του) προσέφερε μια φορά αίμα το χρόνο θα εξασφαλιζονταν 500.000 μονάδες περίπου που θα κάλυπταν τις ανάγκες της χώρας μας. Ίσως όχι. Είναι ανάγκη να δούμε: τη δομή του πληθυσμού την κατανομή του στο γεωγραφικό χώρο, τις προοπτικές εξέλιξής του (γεννητικότητα, συντελεστή αναπαραγωγής), την προσδοκώμενη ζωή, κ.ά.

Σύνθεση πληθυσμού της Ελλάδος

Η αναλογία των φύλων στην Ελλάδα είναι: Γυναίκες:4.959.318

Άνδρες:4.778.818

Σύνολο:9.738.136

ΠΙΝΑΚΑΣ 4 Η ΕΞΕΛΙΞΗ % ΤΗΣ ΔΟΜΗΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ			
ΕΤΟΣ	ΟΜΑΔΕΣ ΗΛΙΚΙΩΝ		
	0-19	20-64	65+
1951	39,10	54,20	3,70
1961	34,20	57,60	8,20
1971	33,00	56,10	10,90
1981	31,09	56,20	12,71

Πηγή: [5] = Κονδάκης σελ. 198-203

Λαμβανομένου υπόψη των συνθηκών σήμερα στη Χώρα μας θα μπορούσαμε να πούμε ότι:

Το 56,20% του πληθυσμού είναι ηλικίας 20-64 ετών και είναι αυτό που κυρίως μπορεί να προσφέρει αίμα για να καλύψει τις ανάγκες της χώρας.

Όμως στην πραγματικότητα το ποσοστό αυτό είναι πολύ μικρότερο διότι πολλά από τα άτομα της ομάδας αυτής (20 έως 64 ετών) δεν μπορούν να δώσουν αίμα για κάποια χρονικά διαστήματα ή ακόμη και αποκλείονται ισοβίως.

Εξάλλου ο πίνακας 4 δείχνει μείωση της ομάδας 0-17 ετών και αύξηση της ομάδας 65 ετών και πάνω. Βεβαίως είναι γνωστό ότι η χώρα μας έχει μικρή γεννητικότητα και χαμηλό δείκτη συντελεστή αναπαραγωγής.

Η αύξηση όμως ενός πληθυσμού εξαρτάται από την αύξηση των γεννήσεων, την μείωση των θανάτων και τη μετανάστευση. Η προσδοκώμενη διάρκεια ζωής στην Ελλάδα έχει αυξηθεί σημαντικά. Πολλοί παράγοντες συντελούν σ' αυτή την κατεύθυνση. Μερικοί θα μπορούσε να είναι: Κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, υγειονομική οργάνωση, επιστημονική και τεχν. πρόοδος, τρόπος ζωής, πόλεμοι και ενδεχομένως άλλοι απροσδιόριστοι, ή κληρονομικοί και βιολογικοί, ή γεωγραφικής θέσης, διατροφής κ.ά.

Στο σημείο αυτό θα είχε πολύ ενδιαφέρον να δούμε μερικούς δείκτες στις χώρες της Βαλκανικής το 1990.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΤΙΣ ΒΑΛΚΑΝΙΚΕΣ ΧΩΡΕΣ (1990)						
	ΑΛΒΑΝΙΑ	ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ	ΕΛΛΑΔΑ	ΡΟΥΜΑΝΙΑ	ΤΟΥΡΚΙΑ	ΠΡΩΗΝ ΓΙΟΥΓΚΟΣΛΑΒΙΑ
Προσδόκιμο επιβίωσης, άνδρες (έτη)	70	68	75	67	63	69
Προσδόκιμο επιβίωσης, γυναίκες (έτη)	77	74	80	73	66	75
Βρεφική θνησιμότητα (‰)	59	18	11	25	80	25
Γήρανση πληθ. 60+ (σύνολο)	2,1	8,0	8,0	6,1	3,0	5,1
Αδρός Δείκτης γεννητικότητας (‰)	25	13	12	16	30	15
Αδρός Δείκτης θνησιμότητας (‰)	6	12	9	11	8	9

Πηγή: [8] = Γιάννης Κυριόπουλος

Κάτω από αυτές τις συνθήκες:

1) Της έλλειψης αίματος 2) της σχετικά μικρής πραγματικά εθελοντικής προσφοράς αίματος 3) των

αυξανόμενων συνεχώς αναγκών σε αίμα 4) το συγκεκριμένο πληθυσμό της χώρας μας με τη συγκεκριμένη δομή του και τις προοπτικές εξελίξεις που διαφαίνονται:

Δεν υπάρχουν περιθώρια για άλλη επιλογή πέραν εκείνης της Ανάπτυξης της Πραγματικά Εθ. Αιμοδοσίας.

Μια ανάπτυξη που πρέπει να γίνει με επιστημονικό σχεδιασμό. Με χάραξη Ενιαίας Εθνικής Στρατηγικής. Τι εννοούμε όμως πραγματικά Εθελοντική Αιμοδοσία; με τι μέσα θα την επιχειρήσουμε; Ποιοι θα είναι οι νέοι τρόποι δράσης και συμπεριφοράς; Οι νέες σχέσεις και οι ρόλοι; Ίσως είναι δύσκολο να απαντήσουμε στα ερωτήματα αυτά σήμερα. Ίσως (;) και επιστημονικό σχεδιασμό και Ενιαία Εθνική Στρατηγική δεν έχουμε.

Ενέργειες που δεν προωθούν την πραγματική Εθελοντική Αιμοδοσία.

Π.χ.: 1) Το ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ Δ/ΝΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑ Α' με έγγραφό του Αρ. Πρωτ. 13.781 της 15.4.1991 ρυθμίζει τις άδειες προς τους Δ. Αιμοδότες υπαλλήλους του.

1. Ο υπάλληλος που δίνει αίμα για ασθενή του συγγενικού του περιβάλλοντος δεν δικαιούται άδεια απουσίας.

2. Ο υπάλληλος που δίνει αίμα απρογραμμάτιστα θα δικαιούται να απουσιάσει 1 ημέρα από την υπηρεσία του.

3. Ο υπάλληλος που καλείται από υπηρεσία αιμοδοσίας ή από το σύλλογο για κάλυψη έκτακτης ανάγκης καθώς και ο υπάλληλος που παίρνει μέρος σε οργανωμένη ομαδική αιμοληψία δικαιούται να απουσιάσει 2 ημέρες από την εργασία του.

4. Στην εξαιρετική περίπτωση που η οργανωμένη ομαδική αιμοληψία αποδόσει αριθμό μονάδων αίματος τέτοιου που να επιτρέπει τη μεγαλύτερη δυνατή αξιοποίηση όλων των παραγώγων του πλάσματος (δηλ. πάνω από 200 μονάδες) οι υπάλληλοι θα μπορούν να απουσιάζουν μέχρι (3) ημέρες από την εργασία τους.

Κριτική προσέγγιση: 1. Γιατί να πάρει άδεια ο δημόσιος υπάλληλος εθελοντής αιμοδότης; Ο αγρότης, ο εργάτης από πού θα πάρει άδεια; Και αφού δεν παίρνουν οι τελευταίοι άδεια γιατί να αιμοδοτήσουν;

2. Γιατί να πάρει άδεια ο εθελοντής αιμοδότης; Αυτό δεν είναι αμοιβή; Αν χρειαστούν αίμα για κάλυψη συγγενικού τους προσώπου θα εργαστούν επιπλέον ημέρες; Όχι βέβαια αυτό είναι υποχρέωση της Αιμοδοσίας!

3. Τι εξυπηρετεί η κατηγοριοποίηση των αδειών; Μήπως ωθούμε τους Αιμοδότες να επιλέξουν ποια περίπτωση τους "συμφέρει" να δώσουν αίμα;

Τελικά το προσφερόμενο αίμα την ίδια θεραπευτική αξία δεν έχει;

2. Ο ρόλος των ΜΜΕ δεν αξιοποιείται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Αντίθετα μέσω των ΜΜΕ, πολλές φορές προβάλλονται αδόκιμα, υπερβολικά, κακώς τεκμηριωμένα και παραποιημένα θέματα που έχουν σχέση με το αίμα και επηρεάζουν αρνητικά την υπόθεση της εθελοντικής αιμοδοσίας.

3. Η στάση που τηρούν κάποιοι πρόεδροι συλλόγων Εθελοντών Αιμοδοτών, ευτυχώς μεμονωμένα

περιστατικά. Π.χ. Εφημερίδα “Η ΓΝΩΜΗ” (Πατρών) 24.8.92. Συνέντευξη με πρόεδρο συλλόγου Εθ. Αιμοδοτών: “Μπορεί να αυξηθεί η προσφορά αίματος”.

....

Ερ.: Υπάρχει αύξηση φέτος στους εθελοντές Αιμοδοτές.

Απ.: Ναι στο σύλλογο έχει παραιτηθεί φέτος μια τρομερή αύξηση από άτομα που φεύγουν από τα Νοσοκομεία και έρχονται στο σύλλογο.

....

Όλες οι προαναφερόμενες ενέργειες και δεν είναι οι μόνες, δυσφημούν την εθελοντική Αιμοδοσία. Δημιουργούν στερεότυπα στους πολίτες. Στερεότυπα που οδηγούν σε αρνητική στάση: την προκατάληψη.

Πραγματικά Εθελοντική Αιμοδοσία σημαίνει ότι: ο εθελοντής προσφέρει εθελοντικά αίμα, χωρίς κανενός είδους πειθαναγκασμό, ανώνυμα, χωρίς αμοιβή ή ανταλλάγματα, την ώρα που ο αιμοδότης αισθάνεται καλά και όχι την ώρα της “ανάγκης”. Ο αιμοδότης αντιλαμβάνεται την αιμοδοσία ως κοινωνικό χρέος και συμμετέχει ενεργά για την επίλυση ενός κοινωνικού προβλήματος.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- Ενιαία Εθνική Στρατηγική ανάπτυξης της πραγματικά εθελοντικής αιμοδοσίας.
- Εκσυγχρονισμός των Κέντρων και Σταθμών Αιμοδοσίας.
- Στελέχωση Αιμοδοσιών με επαρκές αριθμητικό προσωπικό και κατάλληλα ειδικευμένο.
- Αξιοποίηση κυρίως των Κοινωνικών Λειτουργών που εργάζονται σε χώρες υγείας, όλης της χώρας. Είναι επαγγελματίες που με τις γνώσεις που διαθέτουν θα βοηθήσουν αποτελεσματικά στην οργάνωση και προβολή της Εθν. Αιμοδοσίας, μακρο- και βραχυ- πρόθεσμα σε συνεργασία με όλες τις συναρμόδιες ειδικότητες στην Αιμοδοσία.
- Εγκατάσταση Η/Υ κεντρικά που να είναι συνδεδεμένος με όλες τις Αιμοδοσίες ώστε να εξυπηρετούνται όλοι οι εθελοντές αιμοδοτές σ' όποιο νοσοκομείο απευθύνονται.

Συντονισμός προσπαθειών εθελοντικής αιμοδοσίας προκειμένου ν' αποφεύγονται επικαλύψεις, άσκοπες ενέργειες, εκδαπάνηση χρόνου, ανθρώπινου δυναμικού.

Συντονισμός προσπαθειών εθελοντικής αιμοδοσίας προκειμένου να αποφεύγονται επικαλύψεις, άσκοπες ενέργειες, εκδαπάνηση χρόνου και ανθρώπινου δυναμικού.

ΠΗΓΕΣ - ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Δ.Γ. Τσαούσης: “Χρηστικό Λεξικό Κοινωνιολογίας”. Εκδ. GUTENBERG. Αθήνα 1984.
2. Κοινωνιολογία γ' Λυκείου Εκδ. ΟΑΕΔΒ Αθήνα 1983.
3. Κοινωνική Εργασία. (Περιοδικό Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος. Τεύχος 26ο).
4. JACQUES VALLIN. “Ο Πληθυσμός της γης...” Εκδ. GUTENBERG. Αθήνα 1989.
5. Ξ. Κονδάκης: “Στοιχεία Υγιεινής και επιδημιολογίας”. Εκδ. ιδίου Πάτρα 1992.

6. Δ.Γ. Τσαούση. “Στοιχεία Κοινωνιολογίας Ι”. Γ΄ έκδοση. Αθήνα 1976.
7. Ν. Πολύζος. “Δημογραφική Πρόκληση” Έκδοση Εξάνιας. 1981.
8. Γ. Κυριόπουλος: “Υγεία και Πολιτικές υγείας στις Βαλκανικές χώρες” Άρθρο. Περιοδικό Υγεία. Εκδ. Υγειονομικών Πάτρα Νοε. 1992 τευχ. 1ο.
9. Δ.Γ. Τσαούση: “Η κοινωνία του Ανθρώπου”. Εκδ. GUTENBERG. Αθήνα 1985.
10. Ι. Μανωλεδάκης: “Εισαγωγή στην Επιστήμη”. Εκδ. Παρατηρητής. Θεσσαλονίκη 1980.
11. Κ.Β. Αυγερίδης: “Το χρονικό μιας παρέμβασης (ιδρυματική... καταδίωξη)”. Εκδ. ιδίου, Πάτρα, 1991.
12. “Θέματα Αιμοδοσίας Παν/μίου Πατρών και Κέντρου Αιμοδοσίας ΠΠΓΝ Πατρών τεύχος 2ο 1992.
13. Τ. Μανδαλάκη - Γιαννιτσιώτη - Ν. Ρενιέρη - Λιβιεράτου - Ε. Κοντόπουλου - Γρίβα: Άρθρο: “Η αιμοδοσία στην Ελλάδα”. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής Τόμος 6ος, τεύχος 6, Νοε-Δεκ. '89.
14. “Επιμορφωτικό Σεμινάριο Για την Αιμοδοσία”. Δρακοπούλειο ΚΕΝΤΡΟ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ. Επιμέλεια Ντ. Πολίτη.
15. “Θέματα Μεσογειακής Αναιμίας” Περιοδικό Πανελληνίου Συλλόγου Πασχόντων από Μεσογειακή Αναιμία. Τεύχος 7. Νοε. 1992.