

Το νοσοκομείο μας...



# ΧΡΕΟΣ ΖΩΗΣ

ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

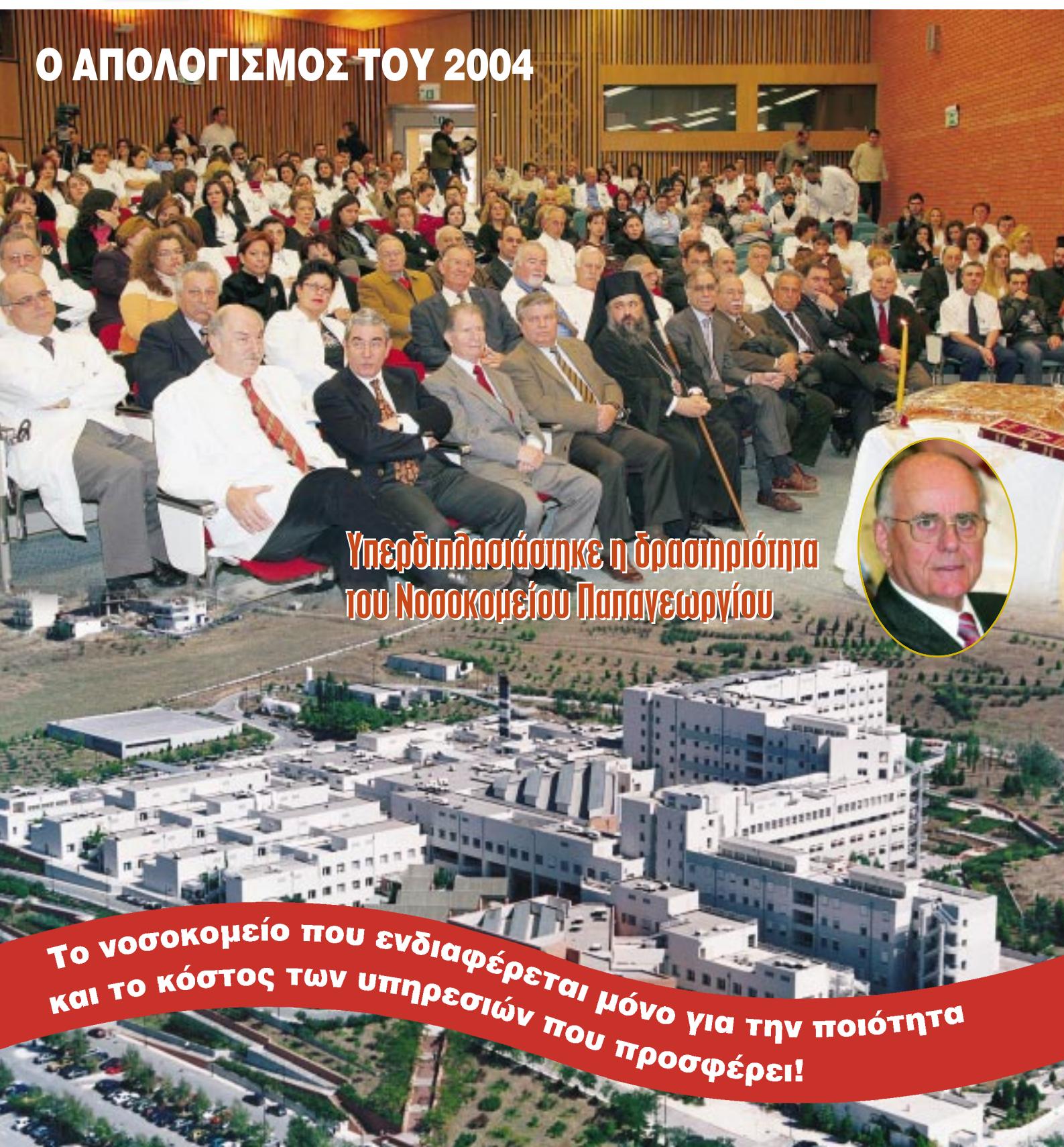
ΤΕΥΧΟΣ 4 | ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2005 | ΤΙΜΗ 0,01 €

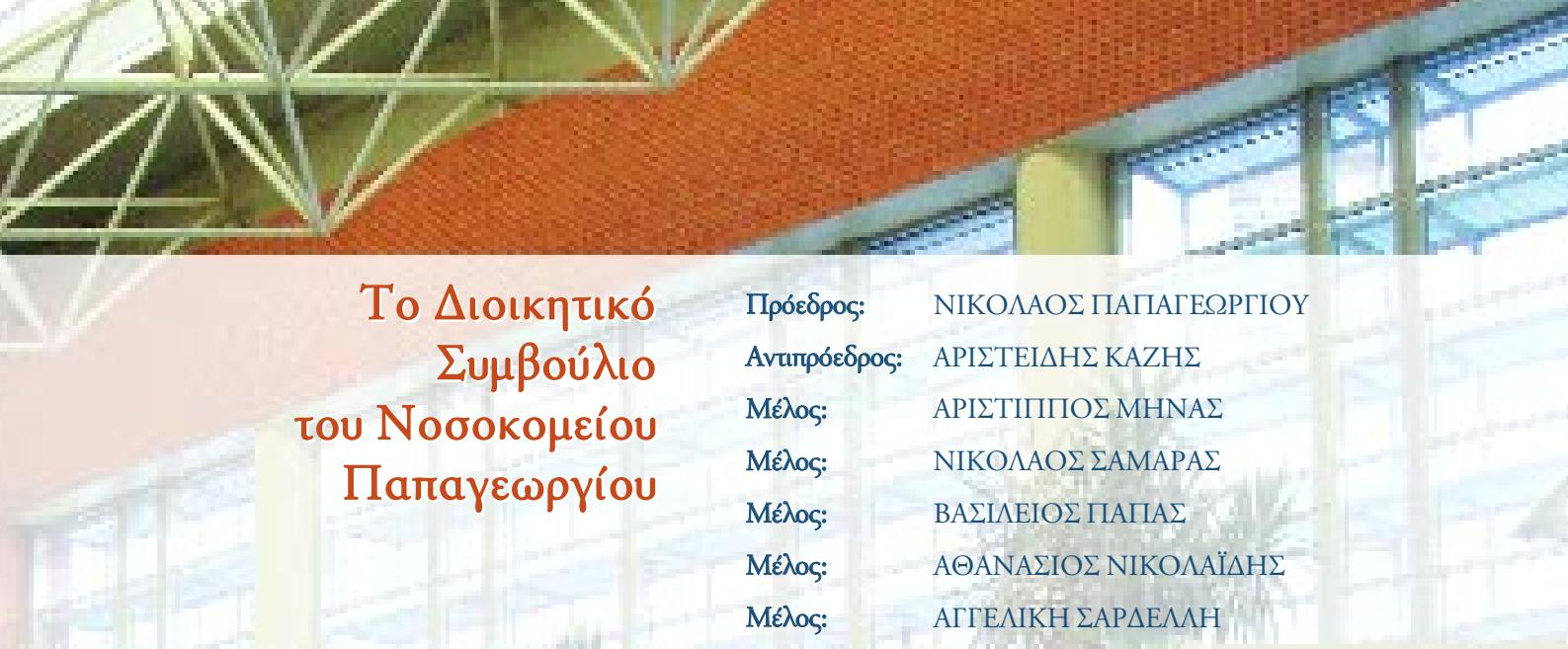
## Ο ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΤΟΥ 2004

Υπερδιπλασιάστηκε η δραστηριότητα  
του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου



Το νοσοκομείο που ενδιαφέρεται μόνο για την ποιότητα  
και το κόστος των υπηρεσιών που προσφέρει!





## Το Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου

Πρόεδρος:	ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ
Αντιπρόεδρος:	ΑΡΙΣΤΕΙΔΗΣ ΚΑΖΗΣ
Μέλος:	ΑΡΙΣΤΙΠΠΟΣ ΜΗΝΑΣ
Μέλος:	ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΣΑΜΑΡΑΣ
Μέλος:	ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΠΑΠΑΣ
Μέλος:	ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΝΙΚΟΛΑΪΔΗΣ
Μέλος:	ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΣΑΡΔΕΛΛΗ





† Ο ΗΜΙΤΡΟΠΟΛΙΤΗΣ  
ΗΕΑΠΟΛΕΩΣ ΚΑΙ ΣΤΑΥΡΟΥΠΟΛΕΩΣ  
ΒΑΡΝΑΒΑΣ

ΧΡΙΣΤΟΥΓΕΝΝΑ 2004

**Άγαπητοί μου**

Τό πρώτον ἐπικοινωνῶν μέ τό θαυμάσιο Περιοδικό σας ἐπιθυμῶ νά σᾶς διαβεβαιώσω ότι τόσον ἔγδ, δοῦ καὶ ἡ Ιερά Μητροπολίς μας εύρισκεται κοντά σας νυχθμερόν εὐχόμενη καὶ προσευχόμενη γιά ὅλους σας. Σᾶς περιβάλλονμε μέ τήν ἀγάπην καὶ τήν προσευχήν μας καὶ παρακαλούμε ἡ χάρις τοῦ Θεοῦ νά ἐπισκιάζει καὶ ἐγγίζει θεραπευτικά ὅλους, προσωπικό καὶ ἀσθενεῖς. Κάθε φορά στή Θεία Λειτουργία, ἐκεῖ πού ἀνταμόνουμε ὅλοι, ἡ προσευχή μας ἀγκαλιάζει τό Νοσοκομείο τῶν Δυτικῶν συνενοικιῶν καὶ μαζί μ ἀντό ὅλους τούς ἀνθρώπους πού ὁ πόνος, ἡ ἀσθένεια, ἡ δοκιμασία καὶ ὁ πειρασμός τούς ἀγγίζει. Καὶ, μαζί τους, ὅλους ὅσοι διακονοῦν τήν ἀσθενῆ ἀνθρώπινη φύση.

Εἶμαι γνώστης τοῦ τεράστιου ἀγάπους πού δίδεται στό Νοσοκομείο σας γιά νά ζήσει ὁ ἀνθρώπος, ὁ κάθε ἀνθρώπος πού προσφεύγει ἐκεῖ. Άγωνας χωρίς καμιά διάκριση, καὶ τό ἐννοώ. Όταν ἔνα τέτοιο περιοδικό διακινεῖται σέ Νοσοκομείο, δείχνει τό ἥθος, τήν καλλιέργεια, τήν ὑπεθυνότητα καὶ τήν ἀνθρωπιά τῶν ἐκεῖ ἐργαζόμενων ἀνθρώπων. Εἶμαι ὑπερήφανος γιατί στήν Μητροπολιτική μας περιοχή ὑπάρχει καὶ λειτουργεῖ ὑποδειγματικά τό Νοσοκομείο ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ. Εσεῖς κάνετε τό χρέος σας νά δίνετε ζωή γιά νά ζήσει ὁ κάθε ἀνθρώπος. Καὶ ἡ

Ἐκκλησία δίνει τόν καλό της ἀγάπωνα γιά νά ΖΗΣΕΙ Ο ΚΟΣΜΟΣ. Συνεργαζόμαστε στενά. Ο ἀνθρώπος είναι τό ἀντικείμενο καὶ ταυτόχρονα τό ὑποκείμενο τής ἀγάπης καὶ τοῦ χρέους ὅλων μας.

Εύχομαι ὁ Θεός νά εὐλογεῖ τό ἀγιό σας ἔργο καὶ νά στέλλει πλούσιες τίς εὐλογίες Του σέ ὅλους σας μαζί μέ τούς ἀσθενεῖς τοῦ Νοσοκομείου. Καλά Χριστούγεννα καὶ εὐλογημένος ὁ νέος χρόνος.

Μετ' εὐχῶν καὶ ἀγάπης Χριστοῦ

*Met' eukhon kai agapēs Christou*  
BARNABAS OF ALEXANDRIA AND CAIRO METROPOLITAN AND ST. CYRUS OF ST. CYRUS AND BARNABAS



# ΧΡΕΟΣ ΖΩΗΣ

ΤΕΥΧΟΣ 4 | ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2005

ΔΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

ΕΚΔΟΤΗΣ - ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ:  
Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ - ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ  
ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΝΟΜΟ:  
Βασιλειος Παπάς

## ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Βασιλειος Παπάς, Πρόεδρος Ιδρύματος Παπαγεωργίου,  
Μέλος Δ.Σ. Νοσοκομείου Παπαγεωργίου  
Γιώργος Σακελλαρίου, Πρόεδρος Επιστημονικού Συμβουλίου,  
Διευθυντής Νεφρολογικού Τμήματος  
Χαράλαμπος Μακρίδης, Διευθυντής Α' Χειρουργικής Κλινικής,  
Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας

ΓΕΝΙΚΗ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ - ΑΡΧΙΣΥΝΤΑΞΙΑ:  
Μαρία Ρούμελη-Στρατάκη

## Σε αυτό το τεύχος συνεργάστηκαν:

Γεώργιος Καπετάνος, Εμμανουήλ Πάγκαλος, Ιωάννης Παπαδήμας  
Δημήτριος Γουλής, Νικόλαος Νικολαΐδης, Χρήστος Παπαστεργίου  
Γεώργιος Πιπερόπουλος, Ιωάννης Ζαρίφης, Ευτυχία Κύρογλου  
Αναστασία Τσιβίκη, Α. Σεβαστοπούλου, Φ. Κοράνη  
Ευαγγελία Σαράντη, Νικολέα Λιόλιου, Τζένη Κούτση, Νίκη  
Φιλιπποπούλου, Σοφία Κουτσογιαννίδη, Γιώργος Ιωακειμίδης,  
Παναγιώτης Τουχτίδης, Σοφία Παραστατίδην

ΦΩΤΟΡΕΠΟΡΤΑΖ:  
Φώτιος Καρακάσης  
Τηλ.: 2310 730678

ΕΚΤΥΠΩΣΗ - ΒΙΒΛΙΟΔΕΣΙΑ :  
ΜΑΥΡΟΓΕΝΗΣ Α.Ε.  
Ολύμπου 3, Καλοχώρι  
Τηλ.: 2310 700770

ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ :  
ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ «ΓΕΡΜΑΝΟΣ»  
ΕΓΝΑΤΙΑ 116  
Τηλ. 2310 265366

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ  
Περιφερειακή οδός Θεσσαλονίκης  
Τηλ.: 2310 693000-2 • Fax: 2310 685111  
54 603, Θεσσαλονίκη

Απαγορεύεται κατά το Ν. 2121/1993 και τα τη Διεθνή Σύμβαση της Βέρνης (που έχει κυρωθεί με το Ν. 100/1975) η αναδημοσίευση και γενικά η αναπαραγωγή ολική, μερική, περιληπτική-ή και η παράφραση ή διασκευή, απόδοση του περιεχομένου του περιοδικού «ΧΡΕΟΣ ΖΩΗΣ» με οποιοδήποτε μέσο και τρόπο, μηχανικό ή ηλεκτρονικό, φωτοτυπικό, χογγράφησης ή άλλο άνευ προηγούμενης έγγραφης αδείας του εκδότη.

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Editorial .....	1
Απολογισμός πεπραγμένων του 2004 .....	3
Κοπή της βασιλόπιτας και βράβευση των αρίστων .....	10
Α' Χειρουργική Κλινική. "Το ποντίκι που βρυχάται" .....	16
Φάκελος: Καρκίνος του μαστού .....	20
Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. Παπαγεωργίου:	
Πέντε χρόνια αποδοτικής λειτουργίας .....	30
Ιατρική γνώση και Παιδεία. Ποιότητα ζωής και ισορροπία .....	35
Α' Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Παπαγεωργίου:	
Η πρώτη κλινική που λειτούργησε στο νοσοκομείο .....	38
Επείγουσα διαγνωστική και θεραπευτική γαστροσκόπηση .....	41
Θηλασμός: το πολυτιμότερο δώρο της ζωής .....	44
Η φυσικοθεραπεία στη μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών .....	50
Πρακτικός οδηγός ανάνηψης του νεογνού .....	52
6ο Πανελλήνιο Ανδρολογικό Συνέδριο .....	54
Ανδρική υπογονιμότητα: Αίτια και σύγχρονη διαγνωστική προσέγγιση .....	58
Εξωτερικά ιατρεία Νοσοκομείου Παπαγεωργίου .....	61
Εγχειρίδιο περιτοναϊκής κάθαρσης .....	63
Οι ψυχοκοινωνικές διαστάσεις του θεσμού της δωρεάς οργάνων σώματος ανθρώπου .....	71
Ομιλία του Αγιορείτη μοναχού Μωϋσή για τον καρκίνο και το φόρτο του θανάτου .....	75
Εξιτήριο από το νοσοκομείο. Και μετά που; .....	84
Το βήμα των εργαζομένων .....	86
Υπογραφή συλλογικής σύμβασης εργασίας .....	87
Η γνώμη σας μετράει .....	89
Η μεγάλη σημασία της πληροφορίας και της γνώσης .....	92
Δρ. Κ. Αντοσίδης: Ο γιατρός που συμβιβάζει την επιστήμη με την τέχνη .....	94
Γιώργος Χαλβατζής, συντηρητής μηχανημάτων στο Νοσοκομείο και συγγραφέας .....	98
Η Χριστουγεννιάτικη γιορτή του Νοσοκομείου .....	100
Γεύμα σύσφιγχης σχέσεων και γνωριμίας παλιών και νέων .....	104
Χριστούγεννα στο Νεφρολογικό τμήμα .....	108
Εγκωμιαστικά σχόλια .....	110
Σεμινάριο απεικόνισης χοληφόρων παγκρέατος .....	112

# Το νοσοκομείο που ενδιαφέρεται μόνο για την ποιότητα και το κόστος των υπηρεσιών που προσφέρει

ΕΝΤΥΠΩΣΙΑΚΟΣ Ο ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΠΕΠΡΑΓΜΕΝΩΝ ΤΟΥ 2004, ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΠΑΝΗΓΥΡΙΚΗ ΔΙΚΑΙΩΣΗ  
ΤΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ



Όταν σε όλα τα δημόσια νοσοκομεία της χώρας τα ποσοστά των ελλειμμάτων κινούνται γύρω στο 70% κατ' έτος, στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, κατά το έτος 2004, το ποσοστό του ελλείμματος παρέμεινε στο 29% και τούτο όταν κατά το έτος αυτό εγκαταστάθηκαν στο Νοσοκομείο πολλές πανεπιστημιακές κλινικές και η εγκατάστασή τους απαίτησε υψηλές δαπάνες για εξασφάλιση χώρων, ιατρικού εξοπλισμού και στελέχωση.

Αυτό αναφέρθηκε από τον πρόεδρο του Δ.Σ. του νοσοκομείου Νίκο Παπαγεωργίου κατά την απολογιστική ομιλία του σε εκδήλωση που πραγματοποιήθηκε στο αμφιθέατρο του νοσοκομείου στις 14 Ιανουαρίου 2005, παρουσία εκπροσώπων εκκλησιαστικών και πολιτικών Αρχών, των Δ.Σ. του νοσοκομείου και του Ιδρύματος Παπαγεωργίου, των επικεφαλής των κλινικών, των τμημάτων και των υπηρεσιών καθώς και πλήθους

εργαζομένων που είχαν γεμίσει ασφυκτικά όλους τους χώρους του αμφιθεάτρου.

Τόνισε, μεταξύ άλλων, ο Ν. Παπαγεωργίου:

"Κάθε μέρα που περνά γίνεται περισσότερο αντιληπτό ότι ο ρόλος του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου στην πόλη της Θεσσαλονίκης και γενικότερα στη Βόρειο Ελλάδα μπορεί και πρέπει να είναι πρωταγωνιστικός. Το εάν θα συνεχίσουμε να παίζουμε αυτόν το ρόλο ή όχι αυτό εξαρτάται από όλους μας, με το πόσο υπεύθυνα θα ανταποκριθούμε ο καθένας στα καθήκοντά του. Η ευθύνη είναι μεγάλη και θα πρέπει να καταβάλλουμε κάθε δυνατή προσπάθεια ώστε να πετύχουμε αυτό το στόχο.

Δεν θα μας συγχωρεθεί η οποιαδήποτε αποτυχία. Δεν δικαιολογούμαστε και δεν δικαιούμαστε να αποτύχουμε".

## Νίκος Παπαγεωργίου: ΑΠΟ ΤΙΣ ΑΡΧΕΣ ΤΟΥ 2004 ΜΕΧΡΙ ΣΗΜΕΡΑ ΕΧΕΙ ΥΠΕΡΔΙΠΛΑΣΙΑΣΘΕΙ Η ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

**Τ**ο πλήρες κείμενο της ομιλίας του πρόεδρου του Δ.Σ. του νοσοκομείου Νίκου Παπαγεωργίου έχει ως εξής:

Σεβασμιότατε, Κύριοι Βουλευτές, Κύριε Εκπρόσωπε του Υπουργείου Μακεδονίας - Θράκης, Κύριε Εκπρόσωπε του Νομάρχη Θεσσαλονίκης, Κύριοι Δήμαρχοι, Κυρίες και Κύριοι Προσκεκλημένοι, Αγαπητοί συνεργάτες, Η ημέρα αυτή, εκτός από εκδήλωση κοπής της Βασιλόπιτας, έχει καθιερωθεί και σαν ημέρα απολογισμού πεπραγμένων. Επιτυχίες, δυσκολίες, αλλά και ότι άλλο σημαντικό συμβαίνει στην πορεία της λειτουργίας του Νοσοκομείου, καταγράφεται και σχολιάζεται.

Το πολύ σημαντικό που συντελείται αυτές τις ημέρες εξαιτίας και της μεταφοράς των Πανεπιστημιακών Κλινικών, είναι ότι πλησιάζουμε στην πλήρη ανάπτυξη του Νοσοκομείου.

Από τις αρχές του 2004 μέχρι σήμερα έχει αυξηθεί σημαντικά η δραστηριότητα του.

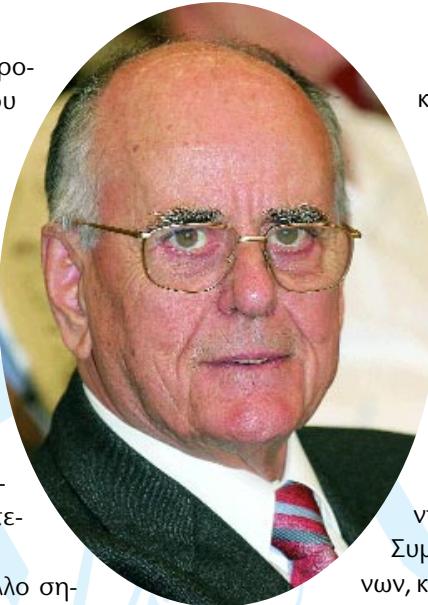
Όμως, και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουμε είναι πολύ μεγάλα, και αφορούν κυρίως στην έλλειψη νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού.

Στο ιατρικό προσωπικό το πρόβλημα είναι αντιμετωπίσιμο.

Ευτυχώς που τα συναρμόδια Υπουργεία κατανόησαν τη δυσκολία που περνάμε και έχουμε την υπόσχεση ότι σύντομα θα μας δώσουν 289 νέες θέσεις εργαζομένων και αυτό μας δίνει κουράγιο.

Όλοι μας πολλά έχουμε να ωφεληθούμε από την επιτυχή αυτή κατάληξη, Δημόσιο, εργαζόμενοι, το Νοσοκομείο και, βασικά, αυτοί που δέχονται τις υπηρεσίες του.

**Σ' αυτό το σημείο θα ήθελα να αναφερθώ και να ευχαριστήσω όλους όσους βοήθησαν και βοηθούν να φτάσουμε στην επιτυχή αυτή κατάληξη, τους πρωταγωνιστές αυτής της προσπάθειας που είναι:**



Ο Υπουργός Υγείας και Πρόνοιας, κος **Νικήτας Κακλαμάνης** και οι δύο Υφυπουργοί, **Γεώργιος Κωνσταντόπουλος** και **Αθανάσιος Γιαννόπουλος**,

Ο Πρόεδρος και Αντιπρόεδρος του Β' Πε.Σ.Υ.Π., **Δημήτριος Βαρτζόπουλος**, και .... **Δελής**, ο Πρόεδρος της Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ **Ιωάννης Μπόντης** και βεβαίως το Δ.Σ. του Νοσοκομείου.

Θέλω επίσης να εξάρω τη σημαντική συμβολή, του Γενικού Διευθυντή, του Προέδρου του Επιστημονικού Συμβουλίου, του Σωματείου Εργαζομένων, καθώς και των Διευθυντών: Ιατρικής Υπηρεσίας, Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Διοικητικής Υπηρεσίας, Οικονομικής Υπηρεσίας, Τεχνικής Υπηρεσίας και Πληροφορικής, καθώς και όλους τους εργαζομένους.

Από εδώ και εμπρός και εφόσον πληρωθούν οι νέες θέσεις, νέοι ορίζοντες ανοίγονται μπροστά μας, τους οποίους πιστεύω ότι με σκληρή δουλειά θέληση και πίστη θα τους κατακτήσουμε.

Εκ μέρους της Διοίκησης καλωσορίζω όλα τα νέα Πανεπιστημιακά τμήματα και μονάδες που εγκαταστάθηκαν και πρόκειται να εγκατασταθούν τις προσεχείς ημέρες. Αυτά είναι:

- Η Μαιευτική Γυναικολογική κλινική, με Δ/ντη τον κο Μπόντη
  - Η Χειρουργική, με Δ/ντη τον κο Κισκίνη
  - Η Ορθοπαιδική, με Δι/ντη τον κο Καπετάνο
  - Η Ουρολογική, με Δ/ντη τον κο Κατσίκα
  - Η Παιδιατρική, με Δ/ντρια την κα Αρβανιτάκη
  - Η Παιδοχειρουργική, με Δ/ντη τον κο Πετρόπουλο
  - Η Νεογνολογική, με Δ/ντη τον κο Νικολαΐδη
  - Η Ογκολογική, με Δ/ντη τον κο Φούντζηλα
  - Η Οφθαλμολογική, με Δ/ντη τον κο Δημητράκο
  - Η Ψυχιατρική, με Δ/ντη τον κο Καράβατο
  - Η Πλαστική Χειρουργική, με Δ/ντη τον κο Λαζαρίδη
- Σύντομα θα έχουν εγκατασταθεί και:
- Η ΩΡΔ, με Δ/ντη τον κο Κεκέ

- Η Δερματολογική, με Δ/ντή τον κο Τεκνετζή
- Το Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής, με Δ/ντή τον κο Καρατζά, και
- η Παθολογική, με Δ/ντή τον κο Σιών.

Θέλω να δηλώσω σε όλους εσάς, που μετακινηθήκατε, ότι τη Διοίκηση του Νοσοκομείου θα την έχετε δίπλα σας συμπαραστάτη στο δύσκολο έργο σας.

Και θέλω να επισημάνω με μεγάλη ικανοποίηση αυτό που έχω διαπιστώσει μιλώντας με τους Διευθυντές και τα στελέχη αυτών των κλινικών ότι είναι όλοι τους πολύ ευχαριστημένοι.

Βλέπω να επικρατεί ένας ενθουσιασμός, ο οποίος προδιαγράφει σίγουρο και θετικό αποτέλεσμα.

Αυτό μου δίνει τη βεβαιότητα ότι το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, προσθέτοντας στις δραστηριότητες του την έρευνα και διδασκαλία.

Θα συνεχίσει την ανοδική του πορεία.

Θα παραμείνει πρότυπο.

Θα γίνει το καλύτερο Νοσοκομείο της Ελλάδος

Ένα από τα καλύτερα της Ευρώπης

Ανεβάζοντας ακόμη ψηλότερα τον πήχη των στόχων του.

Όσον αφορά στον απολογισμό της χρονιάς και της τετραετίας που πέρασε, θα ήθελα να αναφερθώ στην πολύ επιτυχή πορεία που έχει διαγράψει μέχρι σήμερα σε όλους τους τομείς και να συγχαρώ όλους τους συντελεστές που έχουν συμβάλει σ' αυτά τα εντυπωσιακά αποτελέσματα.

#### **Σε ποιότητα υπηρεσιών.**

#### **Σε παραγωγικότητα.**

#### **Στη συμπεριφορά.**

Τα στατιστικά στοιχεία ανεβάζουν την πληρότητα στο 90% και το δείκτη ικανοποίησης του κοινού πάνω από 80% κάτι πρωτόγνωρο για το χώρο.

Εκείνο που κάνει εντύπωση στους ασθενείς μας είναι η ευγένεια και το χαμόγελο με το οποίο τους υποδέχεστε.

**Θα ήθελα να παρακαλέσω όλους όσους προσφέρουν τις υπηρεσίες από όποιο πόστο κι αν κατέχουν να καταβάλουν προσπάθεια να διατηρηθεί αυτό το χαμόγελο, είναι κάτι που δεν κοστίζει σ' αυτόν που το προσφέρει.**

Είναι όμως πολύ σημαντικό και εκτιμάται ιδιαίτερα από τους πονεμένους που ζητούν τη βοήθεια μας, τις υπηρεσίες μας.

Το Ίδρυμα Παπαγεωργίου δίνει πολύ μεγάλη σημασία σ' αυτό, γι' αυτό και το χαμόγελο θεσπίστηκε σαν ένα από τα κριτήρια για τις βραβεύσεις.



Νοιώθω την υποχρέωση να αναφερθώ και να ευχαριστήσω όλες τις κλινικές και εργαστήρια Ι.Δ. και Ε.Σ.Υ. που σήκωσαν το βάρος όλης αυτής της προσπάθειας να στηθεί το Νοσοκομείο με τα γνωστά αποτελέσματα:

Τη Β' Παθολογική, με αναπληρωτή Δ/ντή τον κο Μανέ Την Α' Χειρουργική, με Δ/ντή τον κο Μακρίδη

Τη Β' Χειρουργική, με Δ/ντή τον κο Καραμόσχο

Την Α' Ορθοπαδική, με Δ/ντή τον κο Κυριακίδη Την Καρδιολογική, με αναπληρωτή Δ/ντή τον κο Μαρκή

Την Καρδιοχειρουργική, με Δ/ντή τον κο Χατζηκώστα

Τη Νεφρολογική, με Δ/ντή τον κο Σακελλαρίου

Τη Νευρολογική, με Δ/ντή τον κο Γεωργιάδη

Τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, με Δ/ντή τον κο Ματάμη,

Το Ακτινοδιαγνωστικό, με Δ/ντή τον κο Τσιτουρίδη

Το Αναισθησιολογικό, με Δ/ντρια την κα Πετροπούλου

Το Ακτινοθεραπευτικό, με Δ/ντρια την κα Μισαγλίδου

Το Μικροβιολογικό, με Δ/ντή τον κο Μοσκοφίδη

Το Αιματολογικό, με Δ/ντή τον κο Κοραντζή

Το Ανοσολογικό, με Δ/ντή τον κο Παυλίτου

Το Παθολογοανατομικό, με Δ/ντή τον κο Ευστρατίου

Το Κυτταρολογικό, με Δ/ντρια την κα Σεβαστιάδου

Τους ιατρούς Συμβούλους Πνευμονολόγους, Γαστρεντερολόγους, Ρευματολόγους, Ενδοκρινολόγο και Οδοντίατρο.

Και μία ματιά σε στοιχεία και αριθμούς.

Στις αρχές της χρονιάς που έκλεισε στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου είχαν αναπτυχθεί 350 κλίνες. Σήμερα περνάμε τις 700, με στόχο τις 750.

Νοσηλεύτηκαν 46.000 ασθενείς που αντιστοιχούν σε 190.000 ημέρες νοσηλείας.

**Συγκριτικά με το 2003 είχαμε αύξηση των ασθενών κατά 66,0%.**

Ενώ ο μέσος χρόνος νοσηλείας ήταν 4,32 ημέρες.

**Στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία εξετάστηκαν 238.000 ασθενείς και στο τμήμα επειγόντων περιστατικών 56.000 ασθενείς.**

Τα εργαστήρια του Νοσοκομείου μας παρουσίασαν σημαντικό έργο, λειτουργούν σε πλήρη ανάπτυξη και με υψηλού επιπέδου υπηρεσίες.

Ιδιαίτερα το ακτινολογικό εργαστήριο παρουσίασε ρεκόρ σε αριθμό εξετάσεων, αλλά και σε ποιότητα υψηλών προδιαγραφών.

Στο Χειρουργικό Τομέα, εκτός από το μεγάλο αριθμό ασθενών που νοσηλεύτηκαν, πραγματοποιήθηκαν και 12.000 χειρουργικές επεμβάσεις.

Αλλά και ο Παθολογικός Τομέας παρουσίασε αξιόλογο έργο, με μεγάλο αριθμό ασθενών με σοβαρά προβλήματα, τα οποία αντιμετωπίστηκαν με επιτυχία.

Θα ήταν παράλειψη εάν δεν αναφερόμουν στο Νεφρολογικό και Ακτινοθεραπευτικό Τμήμα, τα οποία κάνουν γνωστό το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου ανά το Πανελλήνιο.

Η Πυρηνική Ιατρική και αυτή κινείται ικανοποιητικά. Χρειάζεται όμως στελεχειακή ενίσχυση και σύντομα θα την έχει.

Σημαντικότατη είναι και η προσφορά της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας με τις πολύ υψηλού επιπέδου υπηρεσίες που προσφέρει.

Εντυπωσιακά κινείται και η Φαρμακευτική Υπηρεσία αναπτύσσοντας νέες πρωτοβουλίες και δραστηριότητες.

Από τις βασικές επιτυχίες του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου είναι η πλήρης μηχανοργάνωση. Είναι κάτι που γίνεται αποδεκτό από αυτούς που γνωρίζουν το χώρο και δέχονται ότι το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου προηγείται σ' αυτόν τον τομέα των άλλων Νοσοκομείων από 5 έως 10 χρόνια.

Η μηχανοργάνωση βασικά, βοηθά: τους γιατρούς στο Επιστημονικό τους έργο, Νοσηλεία, Έρευνα, Διδασκαλία, στη γρήγορη έκδοση των αποτελεσμάτων των εξετάσεων και των ιατρικών γνωματεύσεων, καθώς και στην οικονομική και διοικητική διαχείριση.

Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι να μην ταλαιπωρούνται οι ασθενείς με καθυστερήσεις, που μεγαλώνουν το άγχος και την αγωνία τους.

Πολύ σημαντικό ρόλο παίζει επίσης και το διπλογραφικό λογιστικό σύστημα που εφαρμόζεται από την οικονομική υπηρεσία και είναι αυτό που μας επιτρέπει να έχουμε για το κάθε τμήμα και μονάδα κέντρο κόστους και κόστος - ωφέλεια. Με τη βοήθεια του κατορθώνουμε να αντλούμε λεπτομερώς τα οικονομικά στοιχεία που μας δίνουν την εικόνα όλων των ετών που έχουμε διανύσει.

**Το ΕΤΟΣ 2000 (πρώτος χρόνος λειτουργίας) κινηθήκαμε**

**με 'Ελλειμμα: 39 %**

**Το ΕΤΟΣ 2001 με 'Ελλειμμα: 25 %**

**Το ΕΤΟΣ 2002 με 'Ελλειμμα: 24 %**

**Το ΕΤΟΣ 2003 με 'Έλλειμμα: 23% :**

**Το ΕΤΟΣ 2004 με 'Έλλειμμα: 27% :**

Το έτος 2004 το ποσοστό αυτό έχει μία ανοδική πορεία, Αυτό οφείλεται κυρίως στο ότι στη χρονιά αυτή είχαμε τις μεταφερθείσες κλινικές στο στάδιο της συγκρότησής τους και είχαν να αντιμετωπίσουν πλήθος προβλημάτων σε χώρους, ιατρικό εξοπλισμό και στελέχωση.

Στα δημόσια το ποσοστό ελλείμματος κυμαίνεται γύρω στο 70%.

Τα πιο πάνω στοιχεία προκύπτουν από τους ισολογισμούς του που ελέγχονται από ορκωτούς ελεγκτές.

**Είμαστε το μόνο δημόσιο Νοσοκομείο που δεν φοβάται τον ανταγωνισμό στην ποιότητα και το κόστος των υπηρεσιών και που προσφέρουμε.**

Όλα αυτά επετεύχθησαν από εσάς τους εργαζομένους, από σωστές επιλογές στόχων από διοικητικές και διαρθρωτικές βελτιώσεις που έγιναν, και από την μεγάλη προσπάθεια περιορισμού της σπατάλης.

Δεν πρέπει, όμως, να αγνοούμε και τους συντελεστές που συνέβαλλαν στα παραπάνω θεαματικά και πρωτόγνωρα για τα Ελληνικά δεδομένα αποτελέσματα.

Είναι τα μέλη του προηγούμενου Δ.Σ., οι κύριοι:

Νίκος Παπαγεωργίου,

Αχιλλέας Αναγνωστόπουλος,

Γεώργιος Ιγνατιάδης,

Γρηγόριος Χατζησάββας,

Ευαγγελία Τζαμπάζη,

Βασιλειος Παπάς,

Νίκος Σαμαράς,

και ο κος Λάζαρος Αγγέλου,

Η σκυτάλη της προσφοράς πέρασε στα χέρια του νέου, σημερινού Δ.Σ., στο οποίο συμμετέχουν οι κύριοι:

Νίκος Παπαγεωργίου, Πρόεδρος  
Αριστείδης Κάζης, Αντιπρόεδρος, Καθηγητής Αντι-  
πρύτανης Α.Π.Θ.  
Αρίστιππος Μηνάς, πρώην Πρόεδρος Ιατρικής Σχολής  
Αθανάσιος Νικολαϊδης, Πρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου  
Θεσ/νίκης  
Βασιλειος Παπάς, Αρχιτέκτων  
Νίκος Σαμαράς, Ιατρός  
Αγγελική Σαρδέλλη, Οικονομολόγος.

Πρέπει να σημειωθεί ότι τα μέλη τόσο του προηγούμενου, όσο και του σημερινού Δ.Σ. προσέφεραν και προσφέρουν αφιλοκερδώς τις πολύτιμες υπηρεσίες τους. Και είναι αυτοί που χαράσσουν την πολιτική και το όραμα του Νοσοκομείου.

Όμως, οι βασικοί πυλώνες των επιτυχιών του Νοσοκομείου μας είναι επίσης:

Το Ιατρικό Προσωπικό,

Το Νοσηλευτικό,

Το Παραϊατρικό,

Το Διοικητικό,

Το Τεχνικό και

της Πληροφορικής.

Είναι και οι συνεργάτες του Νοσοκομείου που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους, με συνέπεια και υπευθυνότητα.

το συνεργείο καθαριότητας,  
η εταιρεία που έχει αναλάβει τη σίτιση και  
η εταιρεία της φύλαξης.

Θα μπορούσα να αναφερθώ ξεχωριστά για κάθε υπηρεσία και τμήμα, αλλά και για καθένα από εσάς μνημονεύοντας πλήθος από στοιχεία δημιουργικά που καταζίνωσαν το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου στη κοινή γνώμη και αυτό είναι η μεγάλη ικανοποίηση όλων μας, αλλά δεν έχω τον απαιτούμενο χρόνο.

Σας ευχαριστώ από καρδιάς όλους σας και σας συγχαίρω για τις τόσες επιτυχίες και πρωτιές που έχετε καταγράψει.

Η διοίκηση του νοσοκομείου και του Ιδρύματος Παπαγεωργίου αναγνωρίζοντας τον αγώνα και τις προσπάθειες που καταβάλλετε, προώθησε με επιμονή τις προτάσεις της διοίκησης για τις νομοθετικές ρυθμίσεις που αφορούν τους γιατρούς, καθώς και τη μετατροπή των συμβάσεων εργασίας του λοιπού προσωπικού από τακτού χρόνου σε αορίστου. Είναι κάτι που αφορά και ικανοποιεί όλους τους εργαζόμενους και το οποίο θεωρούσαμε λογικό και δίκαιο.

Κάθε μέρα που περνά γίνεται και περισσότερο αντιληπτό ότι ο ρόλος του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου



στην πόλη της Θεσσαλονίκης και γενικότερα στη βόρεια Ελλάδα μπορεί και πρέπει να είναι πρωταγωνιστικός.

Το εάν θα συνεχίσουμε να παίζουμε αυτόν το ρόλο ή όχι αυτό εξαρτάται από όλους μας, με το πόσο υπεύθυνα θα ανταποκριθούμε ο καθένας στα καθήκοντά του.

Η ευθύνη είναι μεγάλη και θα πρέπει να καταβάλουμε κάθε δυνατή προσπάθεια ώστε να πετύχουμε αυτό το στόχο.

Δε θα μας συγχωρεθεί η οποιαδήποτε αποτυχία.

Δε δικαιολογούμαστε και δεν δικαιούμαστε να αποτύχουμε.

Τελειώνοντας, εύχομαι στους καλεσμένους, όσο και στους εργαζόμενους ευτυχισμένος ο καινούργιος χρόνος και προσωπική και οικογενειακή ευτυχία.

Και στους νοσηλευόμενους εύχομαι καλή ανάρωση.

**Και μην ξεχνάτε. Το χαμόγελο -επιμένω και ας γίνομαι βαρετός-** είναι κάτι που δεν κοστίζει.

Ενώ για τον πονεμένο ασθενή που δέχεται τις υπηρεσίες μας, τις υπηρεσίες σας, είναι μέρος της θεραπείας, κομμάτι της νοσηλείας.

Παρέλειψα να αναφερθώ στο βρεφονηπιακό σταθμό ο οποίος γίνεται με δαπάνες του Ιδρύματος Παπαγεωργίου, και τον οποίο θα έχουμε λειτουργούντα μέσα στο 2005.

Είναι κάτι που ενδιαφέρει ιδιαίτερα τα νέα ζευγάρια και τον περιμένουν με ανυπομονήσια.

Άλλα ενδιαφέρει και το 1δρυμα για να λάβει από τώρα τα μέτρα του για το πόσα παιχνίδια θα προμηθευτεί του χρόνου στην παιδική γιορτή των Χριστουγέννων.

Στη χρονιά που πέρασε είχα εκφράσει την ευχή να χιλιάσουν. Έπιασε η ευχή γιατί περάσαμε τα 1000 παιδιά. Φέτος εύχομαι να περάσουν τα 1200.

Σας ευχαριστώ πολύ και Καλή Χρονιά.

## Βασίλειος Παπάς:

# ΤΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΠΑΝΤΑ ΣΤΟ ΠΛΕΥΡΟ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

**Σ**την εκδήλωση απολογισμού των πεπραγμένων, που ταυτόχρονα ήταν και εκδήλωση κοπής της βασιλόπιτας του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου, μιλησε έκ μέρους του Ιδρύματος ο πρόεδρος του Δ.Σ. Βασίλειος Παπάς, ο οποίος ανέφερε τα ακόλουθα:

Εύχομαι σε όλους ο καινούργιος χρόνος να είναι γεμάτος από χαρά και αγάπη. Θα ήθελα πρώτα να ευχαριστήσω τον Δεσπότη μας τον Π. Βαρνάβα που από την ημέρα της θεμελιώσεως του νοσοκομείου μας βρίσκεται συνεχώς κοντά μας, αλλά είναι η πρώτη φορά που μα επισκέπτεται ως αρχιερέας, να ευχαριστήσω τους εκπροσώπους της πολιτείας μας καθώς και όλους τους εκλεκτούς προσκεκλημένους μας.

Και πάνω από όλα θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους εσάς τους εργαζόμενους, που από όποια θέση και αν κατέχετε, στην πολυσύνθετη αυτή μηχανή που λέγεται Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, συμβάλλατε να καθιερωθεί το Νοσοκομείο μας στη συνείδηση των συνανθρώπων μας ως πρωτόρο στο χώρο της υγείας και η προσπάθεια σας αυτή αποκτά ιδιαίτερη σημασία αν λάβει κανείς υπόψη του τις δυσκολίες που καθημερινά αντιμετωπίζετε από την έλλειψη του προσωπικού που μέρα με τη μέρα γίνεται εντονότερη. Ας ελπίσουμε ότι σύντομα θα λυθεί το οξύ αυτό πρόβλημα.

Είναι πολύ σημαντικό οι πολίτες να νοιώθουν ότι τους αντιμετωπίζουμε όλοι, με ανθρωπιά και αξιοπρέπεια. Πιστεύω πως την ίδια χαρά και ευχαρίστηση θα νοιώθετε όλοι σας όταν εισπράττετε την ευαρέσκεια και την ικανοποίηση των ανθρώπων που καθημερινά καταφεύγουν στις υπηρεσίες του Νοσοκομείου μας.

Βέβαια είναι σίγουρο πως οι υποδομές παίζουν καθοριστικό ρόλο, χωρίς όμως τη δική σας προσπάθεια, χωρίς τον αγώνα της διοίκησης και των στελεχών χωρίς την ομοθυμία και το ενδιαφέρον του Δ.Σ τα αποτελέσματα θα ήταν πενιχρά. Στο πλαίσιο αυτών των προσπαθειών θα πρέπει να κατανοήσουμε την υπερβολική ίσως, ορισμένες φορές, πίεση που ασκεί ο Πρόεδρος του Νοσοκομείου προς κάθε κατεύθυνση.

Το Ιδρυμα Παπαγεωργίου δεν μπορεί παρά να αισθάνεται χαρά και ικανοποίηση, για όσα αναφέρθηκαν, γιατί είναι δικαίωση για το στόχο και την προσπάθεια που κατέβαλε για τη δημιουργία του και τη συνέχεια στην υποβοήθηση των γόνιμων δραστηριοτήτων.

Στα πλαίσια αυτής της δυναμικής όπως θα γνωρίζετε κάθε χρόνο έχει τη χαρά να επιβραβεύει εργαζόμενους στο χώρο αυτό που με τις ενέργειές τους, με τον ιδιαίτερο τρόπο τους, συμβάλλανε στην καλή εικόνα του Νοσοκομείου μας.

Και θα ήθελα εκ των προτέρων να ζητήσω συγγνώμη αν ενδεχομένως κάποιες ανάλογες προσπάθειες να διέλαθον



της προσοχής μας. Η επόμενη χρονιά έρχεται πολύ σύντομα.

Για τη χρονιά που μας πέρασε το Ιδρυμα Παπαγεωργίου αποφάσισε από τους γιατρούς μας να βραβεύσει τη γυναίκα επιστήμονα, τη γυναίκα μάνα με την ευρύτερη έννοια, και τη γυναίκα γιατρό. Για τους εργαζόμενους γενικότερα κριτήριο για την βράβευση ήταν, αυτό που ο πρόεδρος χαρακτήρισε, συμβολικά: "Το ένα χαμόγελο που δεν κοστίζει και τίποτε".

Οι βραβεύσεις, όπως και κάθε χρόνο έτσι και φέτος συνοδεύονται από ένα χρηματικό ποσό.

Πριν προχωρήσουμε στη διαδικασία των βραβεύσεων θα ήθελα να σας αναφέρω επιγραμματικά ορισμένες από τις δραστηριότητες του Ιδρύματος Παπαγεωργίου στη χρονιά που πέρασε και έχουν σχέση με το νοσοκομείο μας.

- Πιστεύω πως είναι ορατή σε όλους η πρόοδος της ανέγερσης του σύγχρονου Βρεφονηπιακού Σταθμού χωρητικότητας έως 80 παιδιών που κατασκευάζεται για να διευκολύνει εσάς τους εργαζόμενους που έχετε μικρά παιδάκια. Οι κτιριακές εγκαταστάσεις γίνονται εξ ολοκλήρου με δαπάνες του Ιδρύματος και προβλέπεται όπως ελπίζουμε μετά την αποπεράτωση του το φθινόπωρο που θα έρθει να είναι έτοιμο να φιλοξενήσει τα βρέφη και τα παιδάκια της προσχολικής ηλικίας.
- Όπως κάθε χρόνο κατέβαλλε τις αμοιβές και τα έξοδα μετακινήσεων από τη Γερμανία του ειδικού συμβούλου ο οποίος συνέβαλλε καθοριστικά στη μηχανοργάνωση του Νοσοκομείου μας και εξακολουθεί να προσφέρει τις υπηρεσίες του κάθε φορά που χρειάζεται.
- Το Ιδρυμα Παπαγεωργίου συνέβαλλε στη διοργάνωση της καθηρωμένης ετήσιας Χριστουγεννιάτικης γιορτής για τα παιδάκια των εργαζομένων και πραγματοποίησε επίσης το ετήσιο δείπνο των διευθυντικών στελεχών του Νοσοκομείου και παραγόντων του χώρου της υγείας.
- Βοήθησε ενδεείς αισθενείς μας με οικονομική ενίσχυση ή κάλυψη των εξόδων νοσηλεύσας.
- Προσφέρει όπως κάθε χρόνο τα σημερινά συμβολικά χρηματικά ποσά που συνοδεύουν τις βραβεύσεις των εργαζομένων.

Τελειώνοντας θα ήθελα και πάλι να ευχηθώ σε όλους Καλή Χρονιά και υγεία και να υποσχεθώ πως και φέτος το Ιδρυμα Παπαγεωργίου θα βρίσκεται διαφράγματα κοντά σας με ανοιχτά αυτά και μάτια για να συνδράμει σε κάθε ενδιαφέρουσα προσπάθεια και πρόταση.

# Θερμές εγκαίωνση από τον Σεβασμιότατο Μητροπολίτη Νεαπόλεως και Σταυρούπολεως κ. Βαρνάβα

Ιδιαίτερα εγκωμιαστικά ήταν τα σχόλια του Σεβασμιούτατου Μητροπολίτη Νεαπόλεως και Σταυρούπολεως κ. Βαρνάβα για τη διοίκηση, τους εργαζόμενους και τις υπηρεσίες του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου καθώς και θερμότατες οι ευχές του προς όλους.  
Σε χαιρετισμό του προς όλους τους παρευρισκομένους ο Σεβασμιότατος κ. Βαρνάβας υπογράμμισε:

Το Νοσοκομείο κύριε Πρόεδρε, το νοσοκομείο μας των Δυτικών Συνοικιών είναι φιλόξενος χώρος και μας κάνατε να νοιώθουμε στο σπίτι μας. Όσο μπορεί να νοιώθει κανείς στο σπίτι του σε έναν ευαίσθητο χώρο όπου διακονείται το πολυτιμότερο αγαθό που είναι η ζωή. Το δώρο του Θεού στον άνθρωπο, στον κόσμο στη δημιουργία. Και εμείς προσευχόμαστε να μας έχει ο Θεός γερούς όλους αλλά και εσείς από το δικό σας μετεριζί διακονείτε αυτή την πολύτιμη υπόθεση. Και αυτή σας η διακονία είναι ευλογία. Χαίρομαι που είμαι ανάμεσά σας, εύχομαι καλή και ευλογημένη χρονιά, το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου έχει σηκώσει πολύ χηλά τον πήχη, το νοσοκομείο Παπαγεωργίου δεν είναι οι

τοίχοι και ο ιατρικός εξοπλισμός, είναι τα πρόσωπα που υπηρετούν, οι γιατροί του, οι διευθυντές, οι άνθρωποι των διοικητικών υπηρεσιών, οι νοσηλευτές, οι εργαζόμενοι μέχρι τον πρώτο και τον τελευταίο, αυτοί είναι το νοσοκομείο Παπαγεωργίου. Σ' αυτούς αξίζει ένα πολύ μεγάλο ευχαριστώ. Γνωρίζουμε τα προβλήματά σας, εγώ το είπα και προχθές που ανταμώσαμε στον κύριο Υπουργό, δημόσια, ότι πρέπει να κάνει και άλλα πράγματα η πολιτεία. Η υπόσχεση για καινούργιο προσωπικό είναι δέσμευση της πολιτείας και πρέπει να γίνει. Εγώ αυτό που μπορώ να σας πώ είναι ότι και η δική μου φωνή ενώνεται για να γίνει πιο δυνατή και ισχυρή για να ακουστεί στα αιτήματά σας. Να σας πώ ένα μεγάλο ευχαριστώ που αντέχετε. Αντέξτε ακόμη, μη ρίξετε την ποιότητα σ' αυτό τον ευαίσθητο τομέα. Αγωνισθείτε και ο Θεός θα μας ευλογήσει. Σας ευχαριστώ όλους. Καλή και ευλογημένη Χρονιά, τα καλά του Θεού για σας και τις οικογένειές σας. Είμαστε περήφανοι για όλους εσάς. Κύριε πρόεδρε θερμά συγχαρητήρια.



# Κοπή της βασιλόπιτας και βράβευση των αρίστων



Σε εορταστική ατμόσφαιρα η διοίκηση και οι εργαζόμενοι του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου, υποδέχτηκαν το 2005 ανταλλάσσοντας ευχές, πολλές από τις οποίες αναφέρονταν και στην περαιτέρω επιτυχημένη πορεία του Νοσοκομείου.

Την βασιλόπιτα ευλόγησε ο Σεβασμιότατος Μητροπολίτης Νεαπόλεως και Σταυρουπόλεως κ. Βαρνάβας, ενώ την έκοψε ο πρόεδρος του νοσοκομείου Νίκος Πα-

παγεωργίου, χειροκροτούμενος από τους εκλεκτούς προσκεκλημένους και τον πλήθος των συμμετεχόντων στην εκδήλωση, μελών του Δ.Σ. και εργαζομένων. Επίσης, στα πλαίσια της εκδήλωσης πραγματοποιήθηκε και η τελετή βράβευσης των "αρίστων" του νοσοκομείου από το Ίδρυμα Παπαγεωργίου, με σημαντικό χρηματικό ποσό και έπαινο.

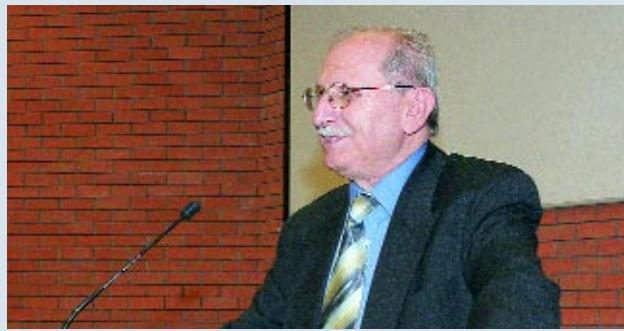


# Γεώργιος Χριστόπουλος: ΟΛΟΙ ΑΞΙΖΟΥΝ ΒΡΑΒΕΥΣΕΩΝ

**Ο** Γενικός Διευθυντής του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου Γιώργος Χριστόπουλος, αναφερόμενος στις βραβεύσεις των "αρίστων", τις χαρακτήρισε "ενδεικτικές", υπογραμμίζοντας ότι όλοι ανεξαιρέτως οι εργαζόμενοι στο νοσοκομείο αξίζουν ανάλογων βραβεύσεων. Τόνισε ο Γ. Χριστόπουλος:

"Το Ίδρυμα Παπαγεωργίου που το έχει κάνει θεσμό πλέον, μας συμπαρίσταται σε όλες τις ενέργειες και λειτουργίες του νοσοκομείου και βραβεύει τους καλύτερους υπαλλήλους του νοσοκομείου.

Βέβαια, όλοι οι υπάλληλοι, δύο το προσωπικό του νο-



σοκομείου είναι θαυμάσιο και η απόδοσή τους είναι καταπληκτική και σ' αυτούς οφείλονται όλες οι επιτυχίες του νοσοκομείου.

Η βράβευση επομένως είναι ενδεικτική και αφορά λίγους για όλους.

Συγκεκριμένα, βραβεύθηκαν οι:

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

Κοντού Βασιλική, ΤΕ Προϊσταμένων Τμημάτων  
Ουλουσδής Δημήτριος, ΤΕ Νοσηλευτικής  
Κοντακίδου Βάγια, ΤΕ Νοσηλευτικής  
Κοταρή Ειρήνη, ΤΕ Νοσηλευτικής  
Τσαλίκη Αθανασία, ΤΕ Νοσηλευτικής  
Χυδερίδου Ελισσάβετ, ΤΕ Νοσηλευτικής  
Χατζηαθανασίου Χριστίνα, ΤΕ Νοσηλευτικής  
Ασβεστά Αλεξάνδρα, ΤΕ Μαιευτικής  
Παπαδοπούλου Βαρβάρα, ΔΕ Νοσηλευτικής  
Σαμουηλίδου Κυριακή, ΔΕ Νοσηλευτικής  
Κελεσίδης Βασιλειος, ΔΕ Νοσηλευτικής  
Αμπαδίνη Δήμητρα, ΔΕ Νοσηλευτικής  
Πιλαβίδου 1να, ΔΕ Νοσηλευτικής  
Καλπακίδου Παρθένα, ΔΕ Νοσηλευτικής  
Οριακλή Μαρία, ΔΕ Νοσηλευτικής  
Φωτιάδου Γιαννούλα, ΥΕ Βοηθών Θαλάμων  
Μαβίνη Μαρία, ΥΕ Βοηθών Θαλάμων  
Κορδονούρης Μενέλαος, ΥΕ Μεταφορέων Ασθενών  
Χρυσοστομίδης Βασιλειος, ΥΕ Μεταφορέων Ασθενών

## ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

Καραστογιαννίδου Καλλιόπη, ΤΕ Τεχνολόγων Τροφίμων  
Κοσμούδη Βασιλική, ΔΕ Διοικητικού-Λογιστικού  
Τσαβλίδου Μαρία, ΔΕ Διοικητικού-Λογιστικού

## ΠΑΡΑΪΑΤΡΙΚΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ

Ονουφριάδου Ζωγράφω, ΔΕ Παρασκευαστών  
Καζάρης Ιωάννης, ΔΕ Χειριστών Ιατρικών Συσκευών  
Μωϋσίδης Κωνσταντίνος, ΔΕ Χειριστών Ιατρικών Συσκευών  
Δομουχτσίδου Ιωάννα, ΔΕ Βοηθών Φαρμακείου

## ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ - ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ

Τορτοπίδης Γεώργιος, ΠΕ Πληροφορικής  
**ΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ**

Σαλπιγγίδης Ελευθέριος, ΔΕ Μηχανοτεχνιτών - Συντηρητών Μηχανολογικών και Υδραυλικών Εγκαταστάσεων

## ΑΜΙΣΘΟΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΟΜΕΝΟΙ

Δημητρακοπούλου Ελένη (Βιοχημικό Εργαστήριο)  
Σαμαρίνα Στυλιανή (Αιματολογικό Εργαστήριο)

## ΑΦΟΙ ΚΟΜΠΑΤΣΙΑΡΗ

Αϊναλή Φωτεινή

## ISS SERVISYSTEM A.E.

Σολομού Πουλχερία

## SWEDISH SYSTEMS SECURITY

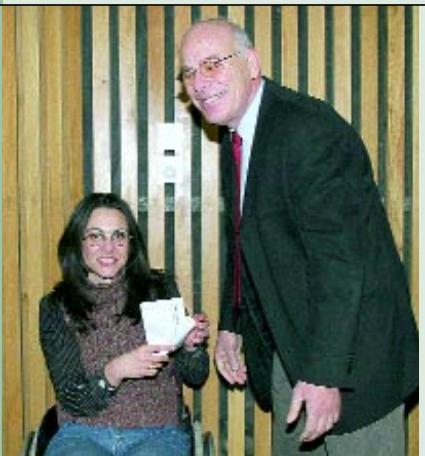
Δρύμηρος Γρηγόριος

Επίσης βραβεύτηκαν η ομάδα της **Χορωδίας** και η ομάδα του **Χορευτικού** συγκροτήματος, οι οποίες συγκροτούνται από εργαζομένους στο Γ.Ν.Θ. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ.

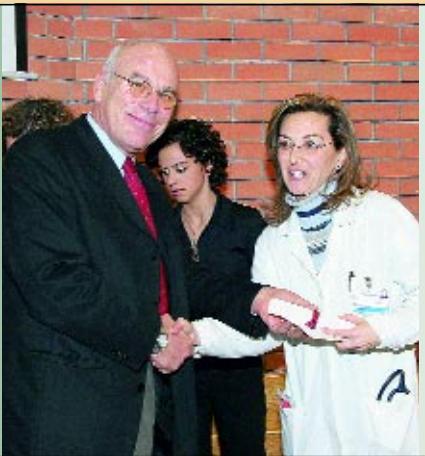
Τέλος βραβεύτηκαν οι εξής ιατροί, σύμφωνα με την πρόταση του Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου:

**Τσολέκα Καλλιόπη**, Επιμελήτρια Α' Νευροχειρουργικής  
**Κιουμή Άννα**, Επιμελήτρια Β' Αιματολογίας  
**Γκουτσαρίδου Φωτεινή**, Επιμελήτρια Β' Ακτινολογίας  
**Παπαδοπούλου Κυριακή**, Επιμελήτρια Β' Παιδιατρικής  
**Αγγελίδου Σταματία**, Επιμελήτρια Β' Παθολογοανατομίας  
**Μάνου Ελένη**, Επιμελήτρια Β' Νεφρολογίας  
**Μπακόλα Αντιγόνη**, Επιμελήτρια Α' Αναισθησιολογίας  
**Αρβανήτη Κωστούλα**, Επιμελήτρια Β' Αναισθησιολογίας

# ΦΩΤΟΡΕΠΟΡΤΑΖ από τις βραβ



Ο φωτογραφικός φακός του φωτορεπόρτερ Φώτη Καρακάση απαθανάτισε χαρακτηριστικά στιγμιότυπα από την κοπή της βασιλόπιτας και τη βράβευση των "αρίστων" του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου.



# εύσεις των αρίστων του 2004







## Η ΧΟΡΩΔΙΑ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ

Για μία ακόμη φορά η Χορωδία των εργαζομένων στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου εισέπραξε το θερμό χειροκρότημα και τα συγχαρητήρια τόσο των συναδέλφων τους όσο και των εκλεκτών προσκεκλημένων στη φετινή εκδήλωση κοπής της βασιλόπιτας.

Αξίζει ιδιαίτερης επισήμανσης το γεγονός ότι η Χορωδία του Νοσοκομείου έψαλλε τα κάλαντα κατά την εορταστική περίοδο των Χριστουγέννων και του Νέου Έτους και τα χρήματα που συγκέντρωσε τα κατάθεσε στο λογαριασμό υπέρ των θυμάτων του τσουνάμι στη νοτιοανατολική Ασία.





Α' ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ  
**Το ποντίκι  
που βρυχάται**



## Η ΚΛΙΝΙΚΗ

Μέσα στο 2004 συμπληρώθηκε ο τέταρτος χρόνος λειτουργίας της

Α' Χειρουργικής Κλινικής του «Γ.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ». Πρόκειται για μιά νεοσύστατη κλινική "ιδιωτικού δικαίου" που ξεκίνησε τη λειτουργία της το Μάιο του 2000 με δύναμη 5 ειδικών χειρουργών οι οποίοι και συνεχίζουν μέχρι σήμερα. Η κλινική εμφανίζει στο διάστημα λειτουργίας της μιά συνεχή ανοδική πορεία όσον αφορά στην παραγωγή έργου.

Στο ιατρικό προσωπικό της Κλινικής συμπεριλαμβάνονται ο διευθυντής Χ. Μακρίδης, ο Χ. Παπαβασιλείου επιμελητής Α', οι Π. Δεληβοριάς, Ε. Καματερός, Κ. Νικόπουλος επιμελητές Β' και δύο ειδικευόμενοι ο Α. Αθανασίου και ο Α. Παππάς. Πολύτιμο ρόλο στην λειτουργία της Κλινικής παίζουν και 3 επιστημονικοί συνεργά-

τες, ο Επίτιμος Αν. Καθηγητής Χειρουργικής Α.Π.Θ. Μιχαήλ Βρεττός και οι ιατροί Θωμάς Μαυρακάνας και Θεόδωρος Περβανάς. Το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελούν η Θεανώ Δήμου, προϊσταμένη, η Αικατερίνη Ζκάγια, υπεύθυνη, εννέα νοσηλεύτριες, μία βοηθός θαλάμου και ένας τραυματιοφορέας νοσοκόμος.

Η κλινική είναι εγκαταστημένη στον πέμπτο όροφο του κτιρίου και έχει δύναμη 34 κλινών που κατανέμονται σε 6 τετράκλινους, 4 δίκλινους και 2 μονόκλινους θαλάμους. Έχει μόνιμη πρόσβαση σε μία αίθουσα χειρουργείου καθημερινά, μία αίθουσα χειρουργείου την εβδομάδα στην βραχεία νοσηλεία και μία στις μικροεπεμβάσεις καθώς και μία εξοπλισμένη αίθουσα στο τμήμα εξωτερικών ιατρείων για τις προγραμματισμένες επισκέψεις.

**ΧΡΗΣΤΟΣ ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ:** Ήταν μια θετική έκπληξη να δουλέψω με έναν διευθυντή made in Sweden. Συνάντησα μια νοοτροπία διαφορετική. Αισθάνομαι ότι περιβάλλομαι με σεβασμό, εμπιστοσύνη και αγάπη. Παρακινούμαι συνεχώς να παίρνω πρωτοβουλίες και να δοκιμάζω καινούρια πράγματα. Η ανιδιοτελής προσφορά στον ασθενή, η αυστηρή μείωση της φαρμακοχρησίας και των δαπανών από διενέργεια άσκοπων εξετάσεων και χρήση υλικών μοι έγινε κυρίαρχη σκέψη. Το μέλλον των νέων χειρουργών βρίσκεται στην υπερεξειδίκευση και η καταξίωσή μας στο χαμόγελο των ασθενών. Δεν αισθάνομαι πικρία νομίζω όμως πως η διοίκηση και το ΠΕΣΥ πρέπει να δείχνουν έμπρακτα την εκτίμησή τους σε κλινικές σαν την δική μας. Στην κλινική μας υποστηρίζω συνολικά την χειρουργική του πεπτικού σωλήνα και των παρεγγυματικών οργάνων της κοιλιάς. Υποστήριξα πρόσφατα με επιτυχία την διδακτορική διατριβή μου στο ΑΠΘ. Λατρεύω τον χώρο που εργάζομαι και περνώ υπέροχα με τους συναδέλφους μου εκεί.



## ΤΙ ΚΑΝΟΥΜΕ

Στα πλαίσια της κλινικής γίνονται καθημερινά τουλάχιστον έξη χειρουργικές επεμβάσεις, ένα ειδικό τακτικό εξωτερικό ιατρείο με μέσο όρο είκοσι επισκέπτες ασθενείς ημερησίως, οι οποίοι και αποτελούν την κύρια πηγή των νοσηλευομένων περιστατικών της κλινικής μας. Εχουμε υψηλά ποσοστά πληρότητας με έξη εισαγωγές και έξη εξιτήρια κατά μέσο όρο καθημερινά, ενώ συμμετέχουμε σε 2-3 γενικές εφημερίες το μήνα που εμπλέκουν κάθε φορά το σύνολο των γιατρών της κλινικής.

Η κλινική μας καλύπτει πλήρως τα χειρουργικά περιστατικά του Νοσοκομείου, τόσο σε επίπεδο επειγόντων περιστατικών συμμετέχοντας στο σύστημα γενικών εφημεριών πόλης, όσο και σε καθημερινή βάση υπό μορφή εσωτερικής κάλυψης των ασθενών που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο.

Το δωδεκάμηνο Οκτώβριος 2003-Σεπτέμβριος 2004 πραγματοποιήθηκαν στην κλινική 1842 χειρουργικές επεμβάσεις, 6414 προγραμματισμένες επισκέψεις ασθε-

νών στα εξωτερικά ιατρεία, 2660 επείγουσες επισκέψεις εφημερίας. Στην κλινική νοσηλεύτηκαν 2082 ασθενείς με συνολικά 10107 ημέρες νοσηλείας, ποσοστό πληρότητας Μ 85% και μέσο όρο χρόνου νοσηλείας 4,5 ημέρες, γεγονός που πρακτικά σημαίνει ότι το τμήμα αδειάζει και γεμίζει ολοκληρωτικά δύο φορές την εβδομάδα. Τα νούμερα αυτά είναι μοναδικά αν ληφθεί υπόψη ο αριθμός των στελεχών της κλινικής.

Στην κλινική πραγματοποιύμε όλο το φάσμα των επεμβάσεων της γενικής χειρουργικής. Σε συγκεκριμένους τομείς όπως στην λαπαροσκοπική χειρουργική όπου εφαρμόζουμε πολλές "πρωτοποριακές" μεθόδους π.χ. λαπαροσκοπική χοληδοχοτομή, Nissen, σκωληκοειδεκτομή και πλαστική κοιλιοκήλης καθώς και στην χειρουργική των ενδοκρινών αδένων και του μαστού τόσο το μέγεθος παραγωγής όσο κυρίως το επίπεδο της δουλειάς μας βρίσκεται σαφώς πάνω από τον μέσο όρο της επικράτειας. Τά ποσοστά ικανοποίησης των ασθενών της κλινικής βρίσκονται σταθερά σε πολύ υψηλά επίπεδα.

**ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΔΕΛΗΒΟΡΙΑΣ:** Στην Α' Χειρουργική έχουμε χωρίσει τομείς απασχόλησης. Στον τομέα της λαπαροσκοπικής χειρουργικής διενεργούμε ευρύ φάσμα επεμβάσεων, από τα μεγαλύτερα στη Βόρειο Ελλάδα. Συνεργάζομαστε και με άλλες ειδικότητες για τη διενέργεια μειζώνων λαπαροσκοπικών επεμβάσεων. Αυτό είναι μόνο η αρχή. Απέχουμε πολύ από το στόχο μας. Δυσκολίες εκπαιδευτικές, υλικοτεχνικές και ενημέρωσης του κοινού και του προσωπικού του νοσοκομείου επιβραδύνουν την ανάπτυξη του λαπαροσκοπικού τομέα. Η ικανοποίηση και η αποδοχή των ασθενών, μας αθούν στη συνέχιση των προσπαθειών.



**ΚΩΣΤΑΣ ΝΙΚΟΠΟΥΛΟΣ:** Στην Α' Χειρουργική Κλινική καταβάλλουμε τεράστιες προσπάθειες στον τομέα των σχέσεων με τους ασθενείς. Η αγαστή και αβίαστη συνεργασία με το νοσηλευτικό προσωπικό καθώς και με τους ιατρούς των άλλων ειδικοτήτων είναι επίσης σημαντική. Κάνουμε μεγάλες προσπάθειες για οικονομία και αποφυγή σπατάλης πόρων. Τηρούμε αυστηρά τις ενδείξεις για χειρουργείο και προσπαθούμε να είμαστε ακριβείς και απλοί στην χρήση ιατρικών όρων και εννοιών μεταξύ μας και προς τους ασθενείς. Εχω την ευθύνη για τις νόσους του παχέως εντέρου και του πρωκτού.

## Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ

Η μέρα μας αρχίζει καθημερινά 7.45' στην αίθουσα συνεδριάσεων της κλινικής με αναφορά και συζήτηση για όλους τους ασθενείς που νοσηλεύονται στο τμήμα από την λίστα νοσηλείας η οποία προβάλλεται σε οθόνη με διαφανοσκόπιο. Είναι μια ευκαιρία για χάραξη πολιτικής και διαμόρφωση κοινών αποφάσεων. Αμέσως μετά προκαθορισμένη και διαφορετική ομάδα γιατρών κάθε μέρα πηγαίνει στο χειρουργείο, άλλη στα εξωτερικά ιατρεία και άλλη μένει στο νοσηλευτικό τμήμα, όλοι για ολοήμερη δραστηριότητα. Ετσι αποφεύγεται το γύρω-γύρω όλοι και το ψάξεις εδώ κι εκεί που σπαταλά ιατρικό χρόνο και κάνει τους ασθενείς να περιμένουν. Το πρόγραμμα για το που υπηρετεί κάθε κάθε γιατρός κάθε μέρα της εβδομάδος υπάρχει για ολόκληρο το έτος έτσι ώστε γιατροί και ασθενείς να μπορούν να προγραμματίζουν με ευκολία σε μέτωπο χρόνου. Οι λίστες χειρουργείου συμπληρώνονται στο βιβλίο χειρουργείων σταδιακά, από κάθε γιατρό που κάνει την ημέρα του στα εξωτερικά ιατρεία, με βάση το πό-

τε μπήκε ο ασθενής στην "ουρά" των χειρουργείων της κλινικής. Διπλή προτεραιότητα δίνεται σε ασθενείς με νεοπλασίες που χειρουργούνται το πολύ εντός δεκαημέρου και απλή προτεραιότητα σε ασθενείς με σοβαρά υποκειμενικά ενοχλήματα. Αυτοί χειρουργούνται το πολύ σε ένα μήνα. Ασθενείς χωρίς προτεραιότητα μπορεί να χρειαστεί να περιμένουν για το χειρουργείο τους μέχρι και 3-4 μήνες. Σε ασθενείς των οποίων τα χειρουργεία αναβάλλονται για διάφορους λόγους δίνεται νέος χρόνος χειρουργείου. Οι ασθενείς αυτοί μαρκάρονται ως "εξ αναβολής" και μπαίνουν πρώτοι την ημέρα του χειρουργείου ώστε να μην διατρέξουν ποτέ κίνδυνο δεύτερης αναβολής.

Στην κλινική τηρείται πλήρης ηλεκτρονικός φάκελλος. Σε κάθε επαφή με τον ασθενή συντάσσεται ιατρικό ντοκουμέντο που περιέχει ημερομηνία, διάγνωση, ιστορικό, προγραμματισμό και τις σχετικές εκτιμήσεις. Αυτό γίνεται τόσο κατά την επίσκεψη του ασθενή στα εξωτερικά ιατρεία όσο και κατά την είσοδο / έξοδο του ασθενή από το νοσηλευτικό τμήμα.

**ΕΥΣΤΑΘΙΟΣ ΚΑΜΑΤΕΡΟΣ:** Η ικανοποίηση από την εργασία είναι σημαντικός παράγοντας προκειμένου αυτή να εκτελείται με τον καλύτερο τρόπο. Έχει σχέση τόσο με το αντικείμενο της εργασίας όσο και με τις διαπροσωπικές σχέσεις των εργαζομένων. Σε μια μακροχρόνια συνεργασία οι τριβές είναι ο κανόνας. Ο στόχος εξάλλου είναι κοινός, η καλύτερη παροχή υπηρεσιών στον πολίτη. Σε μεγάλο βαθμό έμαστε ικανοποιημένοι. Σε γενικές γραμμές περνάμε καλά στην Κλινική, οι σχέσεις μας είναι φιλικές, παρά τα προβλήματα που εμφανίζονται κατά καιρούς. Έχω ευθύνη για τις νόσους του οισοφάγου, του στομάχου και των κηλών.



## ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ Α' ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ιατρείο ενδοκρινών αδένων: Δευτέρα 08.30 – 14.30  
Ιατρείο μαστού: Τετάρτη 08.30 – 14.30  
Ιατρείο ανώτερου πεπτικού: Δευτέρα και Τρίτη 08.30 – 14.30  
Ιατρείο κατώτερου πεπτικού: Πέμπτη και Παρασκευή 08.30 – 14.30  
Ιατρείο κήλης: Παρασκευή 12.30-14.30  
Ιατρείο πρωκτού: Πέμπτη 12.30-14.30  
Ιατρείο γενικής χειρουργικής: ΔΕ, ΤΡ, ΠΕ, ΠΑ 08.30 – 14.30  
Ιατρείο Λαπαροσκοπικής χειρουργικής: ΔΕ, ΤΡ, ΠΕ, ΠΑ 08.30 – 14.30  
Μικροεπεμβάσεις: Τετάρτη 8.30-14.30

Τηλέφωνα ραντεβού 2310693229, 693231  
ώρα: 8.30-2.30

Τα ραντεβού μπορεί να κλίνονται είτε κατά ειδικότητα όπως προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα είτε σε συγκεκριμένο γιατρό αν έτσι επιθυμεί ο ασθενής. Ασθενείς με νεοπλασίες ή επείγουσες ασθένειες και παραπεμπικό από συναδέλφους εντός και εκτός νοσοκομείου μπορούν να παρακαμπτούν την ουρά των εξωτερικών ιατρείων και να έρχονται κατευθείαν ώρα 08.00 στον πέμπτο όροφο στην πρώτη χειρουργική κλινική.

# Η ΠΡΟΚΛΗΣΗ

Το κύριο πρόβλημα στην λειτουργία της κλινικής όλα αυτά τα χρόνια είναι η έλλειψη ιατρικού προσωπικού, η σοβαρή υποστελέχωση σε σχέση με τις πραγματικές ανάγκες αλλά και τους όρους του ισχύοντος εσωτερικού κανονισμού. Η έλλειψη δηλαδή ενός επιμελητή Α, ενός επιμελητή Β και τεσσάρων ειδικευμένων σε σχέση με το διατυπωμένο οργανόγραμμα της κλινικής. Η υποστελέχωση έχει σαν αποτέλεσμα καθημερινή απασχόληση πέραν του ωραρίου. Χρόνος για επιστημονικές δραστηριότητες, εκπαίδευση, συμμετοχή σε συνέδρια και έρευνα είναι ανύπαρκτος ενώ ο προγραμματισμός των αδειών γίνεται με δυσκολία. Οι γιατροί δεν παίρνουν το σύνολο της άδειας που δικαιούνται και διακόπτουν την άδειά τους για να συμμετέχουν στις εφημερίες. Είμαστε αναγκασμένοι να εφημερεύουμε κάθε τρεις μέρες και είμαστε μέσα 2 - 3 Σαββατοκύριακα κάθε μήνα για κάλυψη της κλινικής με όλες τις συνέπειες που αυτό έχει στην οικογενειακή και κοινωνική μας

ζωή. Την καλοκαιρινή περίοδο εφημερεύουμε καθημερινά και τους περισσότερους μήνες του έτους δεν αμειβόμαστε για το σύνολο των εφημεριών που κάνουμε γιατί ξεπερνάμε τα όρια του πλαφόν.

Ο καθένας πρέπει να κάνει με άγχος και βιασύνη 2-3 πράγματα συγχρόνως και δεν υπάρχει πάντα ο χρόνος για την απαραίτητη στήριξη και ενημέρωση του ασθενή, για ενδοκλινικά meeting, επικοινωνία και κοινό προγραμματισμό. Δεν είναι σπάνιο να μην υπάρχει γιατρός στο τμήμα από τις 9 μέχρι τις 3.

Παρά τις αντίξοες συνθήκες στο διάστημα αυτό δύο γιατροί της κλινικής ολοκλήρωσαν σημαντικές επιστημονικές δραστηριότητες. Ο Χ. Παπαβασιλείου ολοκλήρωσε την διδακτορική διατριβή του και ο Π. Δεληβοριάς έλαβε μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών και ξεκίνησε την εκπόνηση της διδακτορικής διατριβής του. Οι λίστες αναμονής των ασθενών που περιμένουν να χειρουργηθούν ξεπερνά τους 3 μήνες το ίδιο ισχύει και για τα ραντεβού μας στα Εξωτερικά Ιατρεία.

**ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ:** Στην κλινική μας υπάρχει στιλ και κλίμα ευγένειας. Η άμιλλα και η συνεργασία είναι ζητούμενα συγχρόνως και δεδομένα. Για μένα που δούλεψα στην Σουηδία στο παρελθόν, είναι ολοφάνερες οι επιδράσεις από την Βόρεια Χώρα. Ο σεβασμός προς την δουλειά μας και τον ρόλο μας, η αγάπη προς τον άρρωστο, η απλότητα και η ορθολογιστική χρήση των πόρων υγείας για το μέγιστο δυνατό κοινωνικό όφελος είναι μαζί με την ελευθερία της άποψης και τον δημοκρατικό διάλογο μόνιμα στην ημερήσια διάταξη. Αυτά είναι σημαντικά εφόδια μέλλοντος για μένα. Εύχομαι ότι καλύτερο στην Α' Χειρ. γιατί παρά τις αντίξοτητες είναι πραγματικά μια μικρή όσαση. Ελπίζω με την πάροδο του χρόνου όλα τα προβλήματα που εμποδίζουν την εύρυθμη λειτουργία της κλινικής μας να βρούνε το δρόμο τους.



**ΘΑΝΑΣΗΣ ΠΑΠΑΣ:** «Ουκ εν τω πολλώ το ευ». Μια Κλινική με ολιγάριθμο προσωπικό που παρά τις δυσκολίες παράγει σημαντικό έργο. Βέβαια υπερβολικός φρότος εργασίας που αποβαίνει πολλές φορές εις βάρος της εκπαίδευσής μας. Τίποτε ωστόσο δεν συγκρίνεται με την ικανοποίηση που αντλούμε από τα χαμόγελα των ασθενών. Ενδιαφέρουσα εμπειρία να συμμετέχεις στην δουλειά μιάς κλινικής που βγάζει πέρα την εφημερία χωρίς αναμονή και καθυστερήσεις για τους ασθενείς, που έχει εισάγει τον πλήρη ηλεκτρονικό φάκελλο και που δίνει τόση σημασία στην οικονομία της υγείας.



**ΜΠΑΜΠΗΣ ΜΑΚΡΙΔΗΣ:** Είναι για μένα φανταστικό να συνεργάζομαι με χειρουργούς που κουβαλάνε τις λαμπρές επιστημονικές παραδόσεις των συναδέλφων κ. κ. Χ. Σμπαρούνη, Π. Δεληκάρη και Σ. Τζίνα. Θα αισθανόμουν αποτυχημένος αν κάποιος από τους συνεργάτες μου ένοιωθε περιορισμό στην έκφραση δημιουργικότητας και πρωτοβουλιών. Το μυστικό της επιτυχίας είναι η οργάνωση, η σκληρή δουλειά και οι ηθικοί κανόνες. Θέλω και απαιτώ κάθε μέρα μια αλλαγή, κάτι καινούριο στον τρόπο δουλειάς μας που να βασίζεται στις ανθρώπινες δυνατότητές μας και στις ανάγκες και τις επιθυμίες των ασθενών. Προσωπικά στην κλινική τρέχω τα προγράμματα ενδοκρινών αδένων και μαστού. Οδηγοί μας είναι οι αρχές της τεκμηριωμένης ιατρικής, της σχέσης ωφέλεια - κόστος και οι σύγχρονες επιπτάγμες οι σχετικές με τα δικαιώματα του ασθενή και την σχέση ασθενή - ιατρού.

# Φάκελλος: καρκίνος του μαστού

Γράφει ο Διευθυντής  
Α' Χειρουργικής Κλινικής  
**ΜΠΑΜΠΗΣ ΜΑΚΡΙΔΗΣ**



## Η θλιβερή πραγματικότητα-Φως στο τούνελ;

**Ο**ύγκος προσβάλλει ένα όργανο με θεμελιώδη σημασία για την αυτοαντίληψη της γυναικείας ταυτότητας και απειλεί την ζωή ενός παραγωγικού και νέου σε ηλικία τμήματος του πληθυσμού. Είναι ο πιό συνηθισμένος καρκίνος του γυναικείου φύλου και αποτελεί την συχνότερη αιτία θανάτου σε γυναίκες ηλικίας κάτω των 55 ετών. Η συχνότητα της νόσου διαφέρει σημαντικά μεταξύ περιοχών του κόσμου και είναι υψηλότερη στις δυτικές βιομηχανικές χώρες όπου ο καρκίνος του μαστού αποτελεί το 25% των κακοήθων νεοπλασμάτων που πλήγησαν τις γυναίκες. Η νόσος είναι πολύ σπάνια πρίν από την ηλικία των 40 επιδεικνύει όμως μια δραματική αύξηση αμέσως μετά. Μία στις δέκα γυναίκες που φθάνουν σε γήρας πρόκειται να εμφανίσει την νόσο. Ενας όχι αμελητέος αριθμός γυναικών εμφανίζει τον όγκο στα ογδόντα, οι μισές όμως από τις γυναίκες που νοούν είναι νεώτερες των 65. Στην χώρα μας πρέπει κατ' εκτίμηση να ζούν τουλάχιστον 25.000 γυναίκες χειρουργημένες για καρκίνο του μαστού χωρίς σημεία ενεργού υπολειπόμενης νόσου και 10.000 που ζούν με χρονίζουσα ενεργό νόσο. Σε χώρες της δύσης με αξιόπιστες στατιστικές καταγραφές παρατηρείται από την δεκαετία του 60 μία συνεχής και σταθερή αύξηση του καρκίνου του μαστού με

περίπου 1,5 εκατοστιαία μονάδα ετησίως κατά ομάδα ηλικίας. Η αύξηση αυτή είναι πραγματική και δεν εκφράζει την σχετική αύξηση των ηλικιωμένων στην πληθυσμιακή σύνθεση ούτε την πρωιμότερη διάγνωση λόγω βελτίωσης των διαγνωστικών δυνατοτήτων. Ο κίνδυνος για μία γυναίκα γεννημένη το 1950 να πάθει



Σχηματική απεικόνιση νεανικού μαστικού αδένα.

καρκίνο του μαστού είναι τριπλάσιος από ότι ήταν πρίν από το 1900.

Συνολικά η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού κυμαίνεται γύρω στο 3% ενώ σε γυναίκες κάτω των 50 που η γενική θνησιμότητα είναι χαμηλή κυμαίνεται γύρω στο 15%. Η αντίστοιχη τιμή σχετικής θνησιμότητας για γυναίκες ηλικίας μεταξύ 60 και 70 ετών είναι 7,5%.

ΗΛΙΚΙΑ%	ΠΟΣΟΣΤΟ ΝΕΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ	ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΝΟΣΗΣΕΩΣ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ
≤ 30	0,3	1 προς 2.525
≤ 40	3,4	1 προς 217
≤ 50	16,7	1 προς 50
≤ 60	19,2	1 προς 24
≤ 70	23,6	1 προς 14
≤ 80	21,9	1 προς 10
≤ 90	14,9	1 προς 10

Ο κίνδυνος να προσβληθεί μια γυναίκα από καρκίνο του μαστού αυξάνει με την ηλικία. Οι αριθμοί προκύπτουν από μετρήσεις που έγιναν στην Σουηδία και τις Ηνωμένες Πολιτείες.

Για γυναίκες που εμφάνισαν την νόσο πρίν την ηλικία των 50 ο καρκίνος αυτός παραμένει η πιο συνηθισμένη αιτία θανάτου για περίπου 25 χρόνια μετά την διάγνωση. Στην ομάδα των γυναικών που νόσησαν σε ηλικία 60-70 ετών ο όγκος είναι η κύρια αιτία θανάτου μία δεκαετία μετά την διάγνωση. Στην ομάδα άνω των 80 ο όγκος περνάει στις λιγότερο συνηθισμένες αιτίες θανάτου ήδη μετά από τρία χρόνια.

Ο κίνδυνος να προσβληθεί μια γυναίκα από καρκίνο του μαστού αιυδάνει με την ηλικία. Οι αριθμοί προκύπτουν από μετρήσεις που έγιναν στην Σουηδία και τις Ηνωμένες Πολιτείες.

Η αύξηση της συχνότητας της νόσου δεν συνοδεύτηκε όμως όπως θα περίμενε κανείς από ανάλογη αύξηση της θνητισμότητας από την νόσο. Σε μιά ομάδα χωρών

η θνητισμότητα παράμεινε σταθερή παρά την αξιοσημείωτη αύξηση της συχνότητας της νόσου. Σε άλλη ομάδα χωρών σημειώθηκε μέτρια μείωση της κατα ηλικίες θνητισμότητας της τάξης του 11% και τέλος σε άλλη ομάδα χωρών μεγάλη μείωση της θνητισμότητας μέχρι και 30%. Η έγκαιρη καθιέρωση προγραμμάτων πρόληψης μέ μαστογραφικό screening και η σύνδιαστική θεραπευτική λογική που εφαρμόζεται τις τελευταίες δεκαετίες επηρέασαν ευνοϊκά την πρόγνωση της νόσου. Η πρώιμη διάγνωση και οι θεαματικές καινοτομίες και κατακτήσεις στην έρευνα και την καθημερινή κλινική πρακτική είχαν σαν αποτέλεσμα τόσο τις μετρήσιμες τιμές μείωσης της θνητισμότητας από την νόσο όσο και την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

## Γιατί Θεέ μου, γιατί;

Εχει εντοπισθεί μια σειρά παραγόντων με σημασία για την ανάπτυξη της νόσου. Κληρονομικοί παράγοντες και ιονίζουσα ακτινοβολία είναι δύο ξεκάθαροι αιτιολογικοί παράγοντες, μπορούν όμως να εξηγήσουν μόνο ένα μικρό αριθμό του συνόλου των όγκων. Οι υπόλοιποι παράγοντες που ενοχοποιούνται για αύξηση του κινδύνου ανάπτυξης της νόσου είναι συνδεδεμένοι χαλαρά και δεν έχει σταθεί δυνατό να επιτευχθούν πρακτικά οφέλη και αποτελεσματική πρόληψη με την αποφυγή τους.

Υπάρχει λοιπόν πέρα από κάθε αμφιβολία μία κληρονομική μορφή του καρκίνου του μαστού που κατά διαφορες εκτιμήσεις κυμαίνεται μεταξύ 5-20% του συνόλου της νόσου. Οι περισσότεροι ερευνητές θεωρούν το 10% σαν την πιο αληθιφανή εκτίμηση. Εχει περιγραφεί μια πληθώρα γενετικών βλαβών που μπορούν να σημαίνουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Σε μερικές οικογένειες ο κίνδυνος για την εμφάνιση καρκίνου του μαστού είναι πολύ υψηλός. Εχει εντοπισθεί μια συγκεκριμένη γενετική βλάβη που σαφώς σχετίζεται με την δημιουργία του όγκου. Οι τεχνικές της μοριακής βιολογίας μας δίνουν την δυνατότητα να ανιχνεύσουμε και να εντοπίσουμε την γενετική βλάβη. Το πρώτο ογκογονίδιο που βρέθηκε να σχετίζεται με τον καρκίνο του μαστού είναι το BRCA 1. Πρόκειται για ένα ογκοπροστατευτικό γονίδιο που εντοπίζεται στο χρωμόσωμα 17. Μεταλλάξεις στο BRCA 1 είναι η αιτία του ενός τρίτου του κληρονομικού καρκίνου του μαστού. Φορείς του ογκογονίδιου διατρέχουν πολύ υψηλό κίνδυνο να εμφανίσουν την νόσο. Ο κίνδυνος αυτός είναι 60% στην ηλικία των 50 και 85% στην ηλι-

κία των 80. Επίσης κληρονομούμενη μετάλλαξη στα γαμετικά κύτταρα έχει εντοπισθεί και στο γονίδιο BRCA 2. Εκτιμάται ότι γυναίκες φορείς μετάλλαξης BRCA 2 διατρέχουν κίνδυνο εμφάνισης της νόσου κατα την διάρκεια της ζωής τους της τάξης του 40-85%. Γυναίκες φορείς με ιστορικό καρκίνου του μαστού εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου στόν άλλο μαστό της τάξης του 5% ετησίως. Μεταλλάξεις σε κάποιο από τά δύο γονίδια συνδέεται επίσης με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου των οωθηκών αλλά και άλλων νεοπλασμάτων.

Σε ένα επιπλέον 15% των περιστατικών διαπιστώνεται μια συχνότερη οικογενειακή επισώρευση χωρίς να μπορεί να επιβεβαιωθεί κάποιο κοινό γενετικό υπόβαθρο. Δεν είναι καθόλου απίθανο το ποσοστό του καρκίνου του μαστού που οφείλεται σε γενετικές βλάβες να είναι μεγαλύτερο από αυτό που πιστεύεται σήμερα, η διαφορά δε από το ποσοστό αυτό να οφείλεται σε όγκους με χαμηλή φαινοτυπική διείσδυση. Η διασφάλιση της δυνατότητας γενετικού ελέγχου με τεχνικές μοριακής βιολογίας πρέπει να καθιερωθεί στην κλινική ρουτίνα και να συνδεθεί με τις ομάδες ειδικών που φροντίζουν αυτούς τους ασθενείς.

Ενας επίσης σίγουρος αιτιολογικός παράγων που γνωρίζουμε ότι από μόνος του μπορεί να προκαλέσει καρκίνο του μαστού είναι η ιονίζουσα ακτινοβολία, ιδιαίτερα σε νεαρή ηλικία και σε σχέση με εγκυμοσύνη ή θηλασμό. Γυναίκες νεώτερες των τριάντα που υποβλήθηκαν σε ακτινοθεραπεία προς τη περιοχή του θώρακα λόγω νόσου του Hodgkin ή άλλων παθήσεων εμφανίζουν σαφώς υψηλότερο κίνδυνο να εμφανίσουν καρκί-

νο του μαστού κατά την διάρκεια της ζωής τους. Για αυτόν τον λόγο μαστογραφία σε γυναίκες νεώτερες των 40 επιτρέπεται μόνο επί σαφών ενδείξεων και ποτέ για προληπτικούς λόγους. Η ιονίζουσα ακτινοβολία εξηγεί πάντως ένα ελάχιστο ποσοστό των όγκων του μαστού. Με βάση σημειωνές γνώσεις πιστεύεται ότι ο καρκίνος του μαστού στην συντριπτική του πλειοψηφία είναι σποραδική νόσος χωρίς κληρονομικό υπόβαθρο. Σημασία για την εμφάνισή του έχει μια σειρά παραγόντων που σχετίζονται με το περιβάλλον και τον τρόπο ζωής. Μελέτες σε πληθυσμιακές ομάδες που μετανάστευσαν από χώρες χαμηλής σε χώρες υψηλής συχνότητος δείχνουν ότι οι τιμές επίπτωσης εξομοιώνονται στις νέες συνθήκες ήδη στα άτομα δεύτερης και τρίτης γενιάς. Πρόκειται πιθανότατα για πολυπαραγοντικές επιδράσεις. Παρά την εκτεταμένη και εντατική έρευνα στο θέμα δεν έχει γίνει κατορθωτό να απομονωθούν κάποιοι συγκεκριμένοι αιτιολογικοί παράγοντες που από μόνοι τους παίζουν καθοριστικό ρόλο στην καρκινογένεση και που η αντιμετώπιση τους θα μπορούσε να έχει προφυλακτική αξία μειώνοντας την θνησιμότητα και την νοσηρότητα από καρκίνο του μαστού. Υπάρχει κατά τα λοιπά μια πληθώρα παραγόντων που αποδεδειγμένα συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Οι ισχυρότεροι από τους παράγοντες αυτούς είναι η ηλικία και η χώρα στην οποία η γυναίκα έχει ενηλικιωθεί. Πρώιμη ήβη και καθυστερημένη εμμηνόπαυση αυξάνουν τον κίνδυνο ενώ συμπληρωμένη κύηση, ιδιαίτερα σε νεαρή ηλικία και ιστορικό θηλασμών δρούν προστατευτικά. Φαίνεται ότι εγκυμοσύνη και θηλασμός σταθεροποιούν και ωριμάζουν το γενετικό υλικό των κυτάρων του μαστού ασκώντας ισχυρή ογκοπροστατευτική δράση. Ιστορικό καλοήθων νόσων του μαστού με ιστοπαθολογική ατυπία και κάποια μαστογραφικά πρότυπα (P2/DY) συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου. Στατιστικές ενδείξεις υπάρχουν και για άλλους παρά-

#### ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΥΝΗΓΟΡΟΥΝΤΕΣ ΓΙΑ ΑΥΞΗΜΕΝΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

- ✓ φύλο θήλυ
- ✓ ιστορικό προηγηθέντος καρκίνου του μαστού
- ✓ παρουσία μεταλλάξεων στα γονίδια BRCA1/BRCA2
- ✓ παρουσία της νόσου σε δύο στενούς συγγενείς και μάλιστα σε νεαρή ηλικία
- ✓ προηγηθείσα διάγνωση άτυπης υπερπλασίας
- ✓ προηγηθείσα ακτινοθεραπεία του θώρακα σε νεαρή ηλικία

γοντες η έκθεση στους οποίους μπορεί να συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου. Τέτοιοι παράγοντες είναι η μακροχρόνια χρήση αντισυλληπτικών που πιθανόν αυξάνει τον κίνδυνο για ανάπτυξη προεμμηνοπαυσιακού καρκίνου του μαστού και η μακροχρόνια ορμονική θεραπεία υποκατάστασης λόγω κλιμακτηριακών ενοχλημάτων. Ο συνδυασμός οιστρογόνων/ προγεστερόνης αυξάνει τον κίνδυνο περισσότερο από ότι ή μονοθεραπεία με οιστρογόνα. Το σωματικό ύψος, η κατάχρηση αλκοόλ, η ύπαρξη ιστορικού με εκτρώσεις, δηλητήρια του περιβάλλοντος όπως οργανικά χλωριαμένα παράγωγα φυτοφαρμάκων και οιστρογονοειδή καθώς και η έκθεση σε ηλεκτρομαγνητικά πεδία έχουν ενοχοποιηθεί σε διάφορες μελέτες σαν παράγοντες που συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Η παχυσαρκία θεωρείται ότι έχει προστατευτικό ρόλο προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες συνδέεται μάλλον με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου. Φυσική άσκηση και λήψη αντιοξειδωτικών ουσιών μειώνει τον κίνδυνο για ανάπτυξη της νόσου. Πολλές επιδημιολογικές μελέτες διεξάγονται παγκοσμίως για την διαπίστωση πιθανών επιδράσεων διαιτητικών παραγόντων στην πρόκληση της νόσου αλλά και την επίδραση σειράς ενδομητρίων παραγόντων στους οποίους εκτίθεται το έμβρυο.

## Η αλεπού φανερώνεται απ' την ουρά της-Τα μέτρα της αστοχίας

**Η**επιφανειακότητα του οργάνου και η εύκολη προσπέλασή του καθιστά δυνατή την διάγνωση πρώιμων μικροσκοπικών όγκων και συμβάλλει στην αποτελεσματική πρόληψη. Από τα τέλη της δεκαετίας του 70 και τις αρχές του 80 στις υγειονομικά προηγμένες χώρες έχουν διατεθεί αφειδώς ειδικοί πόροι και έχουν πραγματοποιηθεί επενδύσεις στον τομέα της πρώιμης διάγνωσης και της εκλογικευμένης θεραπείας της νόσου. Στις χώρες αυτές πάνω από 90% των ασθενών που χειρουργούνται για καρκίνο ή υποψία καρκίνου του μαστού προέρχονται από το

σχετικό screening. Οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν κατακανόνα πρώιμους όγκους. Κατ αυτόν τον τρόπο έχει διαμορφωθεί ένα τελείως νέο προφίλ της νόσου. Οι ασθενείς υποομαδοποιούνται κατάλληλα και ακολουθούν ομοιογενή και συνεχώς ελεγχόμενα θεραπευτικά προγράμματα. Ο έλεγχος αφορά οικονομικές και ποιοτικές παραμέτρους. Ένας αναλογικά πολύ μικρός αριθμός φθάνει στον γιατρό εκτός πλαισίων μαστογραφικού screening και χειρουργείται είτε σε νεαρή ηλικία για καλοήθεις καταστάσεις είτε σε βαθύ γήρας για προχωρημένους όγκους.

Λόγω της υψηλής συχνότητος της πάθησης τα προγράμματα αυτά απορροφούν τεράστιους υγειοοικονομικούς πόρους. Η συνεχής λοιπόν εκτίμηση και εφαρμογή της σχέσης κόστος/αφέλεια στον σχετικό προγραμματισμό και τις αυστηρά ακολουθούμενες κλινικοεργαστηριακές ρουτίνες είναι πολύ σημαντική. Η πραγματικότητα στην χώρα μας δείχνει ότι είμαστε σε οπισθοφυλακή δύο δεκαετιών και έχουμε πολύ δρόμο μπροστά μας. Στην Ελλάδα δεν έχει καθιερωθεί ένα ενιαίο προληπτικό πρόγραμμα που να παράγει καθημερινά ένα μεθοδολογικά ομοιογενή πληθυσμό με υποψία της νόσου και να τον αντιμετωπίζει στην συνέχεια διαγνωστικά και θεραπευτικά με τρόπο προκαθορισμένο και ενιαίο. Στην χώρα μας έτσι, οι ασθενείς με υποψία καρκίνου του μαστού αποτελούν ένα κλινικά ανομοιογενές, συγκεχυμένο και αταξινόμητο σύνολο. Η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών με καρκίνο του μαστού παρουσιάζουν κλινικά έκδηλους και προχωρημένους καρκίνους ενώ παράλληλα ένας αναλογικά πολύ μεγάλος πληθυσμός νέων γυναικών με καλοήθεις καταστάσεις οδηγείται στο χειρουργείο χωρίς ουσιαστικές ενδείξεις.

Το κόστος όμως επιβαρύνεται υπέρογκα περαιτέρω και από μιά άνευ προηγουμένου "πρωτοκόλλοποίηση" της κατηγορίας αυτής των ασθενών. Απουσιάζουν

οι εθνικά ή περιφερειακά εγκεκριμένες, σαφώς διατυπωμένες και ευρέως διαδεδομένες κλινικές ρουτίνες (guide lines) που ακολουθούν την τεκμηριωμένη ιατρική και υπακούουν στη σχέση κόστος/αφέλεια οι οποίες και θα έπρεπε να ακολουθούνται με ευλάβεια από το σύνολο των νοσηλευτικών μονάδων που χρηματοδοτούνται από το εθνικό σύστημα υγείας. Ο καθείς κατά βούληση μπορεί να παραγγέλνει και να χρησιμοποιεί πανάκριβα σκευάσματα όπου η ιλιγγιώδης διαφορά κόστους δεν αντιστοιχεί σε διαφορά αποτελέσματος. Απαιτήσεις και όροι ερευνητικών πρωτοκόλλων που έχουν εφαρμοσμότητα σε περιορισμένο αριθμό ασθενών, για περιορισμένο χρονικό διάστημα και πρέπει αυστηρά και αποκλειστικά να χρηματοδοτούνται από ερευνητικές πηγές "μολύνουν" την κλινική ρουτίνα, διεισδύουν και καθιερώνονται σε μεγάλες ομάδες ή ακόμη και στο σύνολο των ασθενών με αποτέλεσμα φοβερές και ανυπολόγιστες οικονομικές απώλειες. Αυτό οδηγεί σε μιά σκανδαλώδη και αλόγιστη λαϊλαπα εξετάσεων με μαγνητικές, υπερήχους, αξονικές τομογραφίες, σπινθηρογραφήματα και προσδιορισμό δεικτών κακοηθείας κάθε τόσο, γεγονός που ροκανίζει σπάταλα τους πόρους χωρίς να προσφέρει το παραμικρό δημιουργόντας ταυτόχρονα χωρίς λόγο ανησυχία και άγχος στίς ασθενείς μας.

## Διάγνωση-Των φρονίμων τα παιδιά πριν πεινάσουν μαγειρεύουν

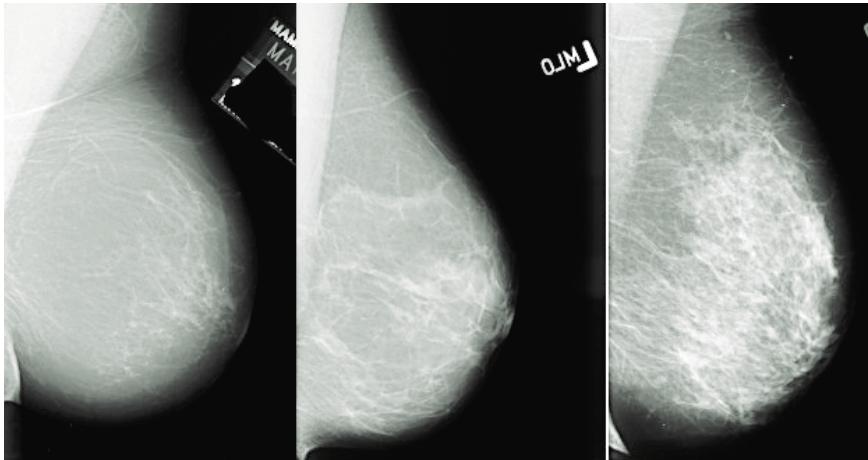
**Ο προληπτικός καρκίνος του μαστού αποκαλύπτεται** σε προληπτικό μαστογραφικό έλεγχο επί ασυμπτωματικών γυναικών. Το μαστογραφικό screening έχει από τα τέλη της δεκαετίας του 70 εισαχθεί σταδιακά στις υγειονομικά προγραμμένες χώρες με αποτέλεσμα να επιτυγχάνεται διάγνωση αναλογικά σε ολοένα περισσότερες ασθενείς με πρώιμους, υποκλινικούς καρκίνους. Η τελική έκβαση στην κατηγορία αυτή των ασθενών είναι πολύ ευνοϊκή. Η διάγνωση των καρκίνων αυτών έχει ιδιαιτερότητες και θέτει ειδικές απαιτήσεις στην οργάνωση που ασχολείται σχετικά. Η κλινική διάσταση είναι απούσα και η ευαισθησία/αξιοπιστία πέφτει σημαντικά σε σχέση με τους κλινικούς καρκίνους. Αθροιστικές εκτιμήσεις υπαινίσσονται ότι το 5% όγκων διαμέτρου  $\geq 10\text{mm}$  και το 30% των όγκων  $\leq 9\text{mm}$  παραμένουν αδιάγνωστοι. Συνολικά η ευαισθησία του μαστογραφικού screening υπολογίζεται γύρω στο 89% πράγμα που σημαίνει ότι περισσότερο από 10% των υποκλινικών καρκίνων του μαστού δεν ανιχνεύονται μαστογραφικά κατά τον προληπτικό έλεγχο. Κυταρολογικός έλεγχος μη ψηλαφητής αλλοιώσης που ανιχνεύεται μαστογραφικά προουποθέτει απεικονιστικά κατευθυ-



Σχηματική αναπαράσταση μαστογράφου

νόμενη βιοψία βελόνης που δυστυχώς δεν είναι ακόμη εξέταση ρουτίνας στη χώρα μας. Η διάγνωση είναι μερικές φορές δύσκολη γιατί εμπλέκονται οριακές καταστάσεις ή προστάδια καρκίνου όπου τα Δεδομένα δεν είναι τελείως ξεκάθαρα. Διατομεακές συνεκτιμήσεις υπο μορφή συμβουλίων είναι απολύτως αναγκαίες γιατί σε συνδυασμό με σωστά θεμελιωμένες κοινές κατευθυντήριες γραμμές απαλλάσουν την ασθενή από

σύγχυση, παλινωδίες, αβεβαιότητα και επανεγχειρήσεις και διευκολύνουν την εφαρμογή τεκμηριωμένων εξατομικευμένων στρατηγικών. **Τα μαστογραφικά ευρήματα είναι η αποκλειστική βάση εκτίμησης κινδύνου και**



Προληπτικές μαστογραφίες με καλοήθη ευρήματα

βάζουν από μόνα τους την ένδειξη για χειρουργική εξαίρεση της βλάβης. Μακροσκελείς μονότονα επαναλαμβανόμενες περιγραφές καλοήθων ευρημάτων αποπροσαντολίζουν και δημιουργούν επικίνδυνη ασάφεια. Η κλασσική διατύπωση υπεκφυγής "τα ευρήματα πρέπει να συνεκτιμήθούν με τα κλινικά δεδομένα" δείχνει πλήρη άγνοια των προυποθέσεων και της σπουδαιότητος της προληπτικής μαστογραφίας. Οι ασαφείς γλαφυρές ακτινολογικές περιγραφές στα μαστογραφικά πορίσματα μηδενίζουν την κλινική αξια της εξέτασης. Τα ευρήματα χωριστά για δεξιό και αριστερό μαστό πρέπει να κωδικοποιούνται σε 1) ουδέν εύρημα, 2) καλόθηες εύρημα, 3) μικρή πιθανότης κακοθείας, 4) μεγάλη πιθανότης κακοθείας 5) κακοήθης βλάβη. Για τις ομάδες 3, 4 και 5 περαιτέρω εκτέλεση διαγνωστικής/θεραπευτικής τμηματεκτομής μετά από προεγχειρητικό εντοπισμό και διεγχειρητική μαστογραφία του παρασκευάσματος είναι υποχρεωτική. Σε ελάχιστα περιστατικά νέων γυναικών με πυκνούς μαστούς και αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο του μαστού MRI μαστών μπορεί να υποκαταστήσει την μαστογραφία.

Στον **συμπτωματικό καρκίνο** η ασθενής προσέρχεται για ψηλαφητή διόγκωση και άλλα συνοδά ενοχλήματα τοπικά. Η διάγνωση βασίζεται σε συνδυασμό 1) αναμνηστικού και κλινικής εξέτασης, 2) μαστογραφίας και 3) κυταρολογικής εξέτασης μετά από βιοψία δια βελόνης. Η διαδικασία αυτή απαιτεί άμεση και στενή συνεργασία μεταξύ γιατρών διαφόρων ειδικοτήτων και ονομάζεται τριπλή διαγνωστική. Ο βασικός κανόνας είναι ότι ακόμη και αν μόνο ένας από τους τρείς αυτούς διαγνωστικούς βραχίονες θεμελιώνει υποψία για καρκίνο του μαστού πρέπει να

προχωρούμε σε εξαίρεση της αλλοίωσης με ανοιχτή χειρουργική βιοψία. Η ευαισθησία της μεθόδου όταν εφαρμόζεται σωστά είναι πολύ υψηλή με ποσοστό αστοχίας και καρκίνων που παραμένουν αδιάγνωστοι χαμηλότερο του

1%. Η επιλεκτικότητα της μεθόδου είναι χαμηλότερη, ένα ποσοστό όμως βιοψιών με πόρισμα που περιγράφει καλοήθεια πρέπει να είναι αποδεκτό ώστε να μην παραμένει αδιάγνωστο κάποιο άξιο λόγου ποσοστό λανθάνοντος καρκίνου. Οι κατευθυντήριες γραμμές της διερεύνησης πρέπει να είναι έτσι θεμελιωμένες ώστε το 90% των γυναικών με συμπτωματικό καρκίνο του μαστού να έχουν τεκμηριωμένη διάγνωση προεγχειρητικά και λιγότερο από το 50% των κυταρολογικών διαγνωστικών βιοψιών να περιγράφει καλοήθεια.

Για τους ασθενείς σταδίου I και II η προεγχειρητική διερεύνηση, εκτός φυσικά από αυτήν που κατευθύνεται τοπικά προς τον μαστό, αποτελείται αποκλειστικά από την λήψη ιστορικού και μια πλήρη κλινική εξέταση. Μόνο σε περίπτωση που αυτό αναδεικνύει υποψία απόμακρων μεταστάσεων δικαιολογείται η παραγγελία συμπληρωματικού βιοχημικού ή απεικονιστικού ελέγχου. Δεν υπάρχει η παραμικρή ένδειξη ότι η εκτέλεση τέτοιων εξετάσεων σε ασυμπτωματικούς ασθενείς μπορεί να επιδράσει θετικά την μελλοντική ποιότητα ζωής ή τα ποσοστά επιβίωσης ασυμπτωματικών ασθενών. Ούτε το 2% της ομάδας αυτής των ασθενών δεν εμφανίζει ανιχνεύσιμες μεταστάσεις. Η εκτέλεση αξονικών τομογραφιών, ακτινογραφίας θώρακος, σπινθηρογραφημάτων, υπερηχογραφημάτων και βιοχημικού ελέγχου ή προσδιορισμού δεικτών κακοηθείας αυξάνει χωρίς λόγο το άγχος και την ανησυχία των ασθενών και σπαταλά άσκοπα πόρους που είναι πολύτιμοι και αναγκαίοι σε άλλα σημεία της σφαιρικής αντιμετώπισης της νόσου.

Ασθενείς αντίθετα σταδίου III πρέπει να υποβάλλονται σε ακτινογραφία θώρακος και βιοχημικό έλεγχο του ήπατος ακόμη και αν είναι ασυμπτωματικοί. Το 25% των ασθενών αυτών εμφανίζουν ανιχνεύσιμες μεταστάσεις και τα ευρήματα του ελέγχου μπορεί να έχουν αναισθησιολοκό ενδιαφέρον ή να επηρεάζουν τις απόφασεις που σχετίζονται με την χειρουργική ή την ογκολογική θεραπεία. Σε περίπτωση που το αναμνηστικό, η ακτινογραφία θώρακος και οι ηπατικές δοκιμασίες εγείρουν υποψία απόμακρων μεταστάσεων δικαιολογείται βεβαίως η παραγγελία πλήρους απεικονιστικού και βιοχημικού ελέγχου.

# Μύθοι που πρέπει να γκρεμιστούν

## ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ

Οι αντιλήψεις και η ιδέα που έχουν για τον καρκίνο του μαστού ασθενείς και συγγενείς έχει διαμορφωθεί στο παρελθόν από τα απελπιστικά και δυσοίωνα δεδομένα των περασμένων εικοσαετιών. Οι γυναίκες που πληροφορούνται ότι πάσχουν από καρκίνο του μαστού πλήγτονται όλες από μια ψυχολογική κατάσταση κρίσης που διαφέρει βέβαια σε ένταση και χρόνο διάρκειας είναι όμως ταυτόσημη και ενιαία για όλες τις ασθενείς στον χαρακτήρα και την ουσία της. Η ύπαρξη κατακυριεύεται από τον φόβο του επικείμενου θανάτου, τρόμο για επικείμενους ισχυρούς πόνους, την εγκατάλειψη σε συνθήκες αδυναμίας στο απαργύρητο και βαρύ κλίμα του ογκολογικού νοσοκομείου, την απώλεια προσφιλών προσώπων, την απειλή μιας ακρωτηριαστικής και παραμορφωτικής επέμβασης. Σχετικές μελέτες δείχνουν ότι σε πολλές από τις γυναίκες αυτές η αντιδραστική κρίση εγκαθίσταται μονίμως και αποτελεί νοσηρότητα βαρύτερη της νόσου του μαστού. Το 25% των γυναικών αναπτύσσουν γνήσια κατάθλιψη ή αγχωτική συνδρομή τέτοιας βαρύτητας και διάρκειας που μπορεί να χαρακτηριστεί σαν ψυχική νόσος. Ο τρόπος με τον οποίο δίνεται η αρχική ενημέρωση και η ποιότητα της εισαγωγικής νοσηλευτικής φροντίδας σε σχέση με την πρώτη εγχείρηση είναι κεφαλαιώδους σημασίας για την αποφυγή και τον μετριασμό αντιδραστικής ψυχικής νοσηρότητας. Εγκαιρη επέμβαση σε περιπτώσεις σοβαρών ψυχικών συμπτωμάτων έχει σημασία για την πρόληψη μόνιμης εγκατάστασης μελλοντικών ψυχικών διαταραχών. Τα παραπάνω είναι πολύ σημαντική γνώση για γιατρούς και νοσηλευτές που εμπλέκονται στην νοσηλεία γυναικών με καρκίνο του μαστού. Το προσωπικό αυτό πρέπει να γνωρίζει και να χειραγωγεί κατάλληλα τις φυσιολογικές ψυχολογικές αντιδράσεις στην κατηγορία αυτή των ασθενών και να αναγνωρίζει και να αναφέρει νωρίς σε αρμόδιες θεραπευτικές ομάδες εκδηλώσεις ψυχικής νοσηρότητας.

## ΩΦΕΛΕΙΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ

Υπάρχουσες μελέτες από τις αρχές του 1900 για την εξέλιξη της νόσου χωρίς καμμιά αντιμετώπιση, δίνουν μέσην επιβίωση 2,5 ετών και επιβίωση 5, 10 και 15 ετών αντίστοιχα 22%, 10% και 5%. Τα ποσοστά δείχνουν ότι χωρίς θεραπευτικές επεμβάσεις η νόσος οδηγεί σε θάνατο τις περισσότερες ασθενείς μέσα σε μερικά χρόνια. Επίσης ότι υπάρχει μια σημαντική ποικιλομορφία στην ταχύτητα ανάπτυξης των όγκων αυτών και ότι με-

ρικές φορές η νόσος μπορεί να έχει βραδεία εξέλιξη. Πιο σύγχρονες μελέτες της δεκαετίας του '80 δίνουν μετα από μαστεκτομή για καρκίνο του μαστού δεκαετή μέση επιβίωση. Η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού μετά από 20 χρόνια αναφέρεται κάτω του 40% για ασθενείς χωρίς λεμφαδενικές μεταστάσεις και πάνω από 70% για ασθενείς με μεταστατικούς λεμφαδενικές στην μασχάλη. Ενα ποσοστό 24% της ομάδας των γυναικών που επέζησε πάνω από 40 χρόνια είχε κατά την πρώτη εγχείρηση επιχώριες λεμφαδενικές μεταστάσεις γεγονός που δείχνει ότι η ύπαρξη μεταστατικής νόσου στην μασχάλη δεν συνεπάγεται υποχρεωτικά δυσμενή πρόγνωση.

Για να εκτιμηθεί σωστά σε πόσους ασθενείς επιτυγχάνεται ίαση από την νόσο με κάποιο θεραπευτικό σχήμα απαιτείται μακροχρόνιο follow up. Πολλές ασθενείς εξάλλου με καρκίνο του μαστού και ιδιαίτερα οι πιο ηλικιωμένες προλαβαίνουν και πρόκειται να πεθάνουν από άλλη αιτία. Ο κίνδυνος λοιπόν για τους ασθενείς αυτούς να πεθάνουν από τον συγκεκριμένο καρκίνο του μαστού γίνεται χαμηλότερος. Το ποσοστό συνεπώς των ασθενών που έχουν ίαση από την νόσο μπορεί να ορισθεί σαν το ποσοστό των ασθενών που θα πεθάνουν από άλλες αιτίες και όχι από καρκίνο του μαστού. Θεωρητικές εκτιμήσεις σχετικά με τον κίνδυνο θανάτου από καρκίνο του μαστού δείχνουν προς την κατεύθυνση ότι, μεταξύ ασθενών με καρκίνο του μαστού τα ποσοστά ίασης κυμαίνονται για τις ηλικίες των 40, 60 και 80 ετών κατά τον χρόνο της διάγνωσης αντίστοιχα γύρω στο 44%, 54% και 63%. Η εισαγωγική θεραπεία στον καρκίνο του μαστού αναχαιτίζει την εγκατάσταση και πρόοδο των συμπτωμάτων της νόσου τοπικά στον μαστό και το θωρακικό τοίχωμα, κάνει δυνατή την μακροχρόνια επιβίωση σε ένα μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών και επιτυγχάνει την ίαση σε ένα άλλο. Η σύγχρονη συνδυαστική θεραπεία του καρκίνου του μαστού έχει επίσης οδηγήσει σε σαφή μείωση των τοπικών υποτροπών του όγκου περιορίζοντας σημαντικά την νοσηρότητα και βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής των ασθενών.

## ΕΠΑΝΟΡΘΩΤΙΚΗ ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

Παρά την πρώιμη διάγνωση που επιτυγχάνεται χάρη στο καθιερωμένο πια μαστογραφικό screening και παρά την εξάπλωση της μαστοδιατηρητικής χειρουργικής το 60% των γυναικών με καρκίνο του μαστού υποβάλλεται σε μαστεκτομή. Η χειρουργική αποκατάσταση του μαστού είναι για τις γυναίκες αυτές μια σημα-

ντική αναβάθμιση της ποιότητας ζωής. Παράλληλα λοιπόν με την ανυποχώρητη υποχρέωση χορήγησης σε όλες τις γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ολική μαστεκτομή μιας λειτουργικής εξωπροσθήκης πρέπει να δίνεται στις ασθενείς μιά αντικειμενική και σωστά ζυγισμένη πληροφόρηση σχετικά με τις δυνατότητες και τις προυποθέσεις της επανορθωτικής χειρουργικής. Τις περισσότερες φορές για να επιτευχθεί συμμετρία πρέπει να επιχειρηθεί επανορθωτική χειρουργική και της υγιούς πλευράς. Υπάρχει μία πληθώρα κατάλληλων τεχνικών που απαιτούν την χρήση ή όχι συνθετικών μοσχευμάτων. Η επιλογή εξαρτάται από τις ιδιαίτερες προυποθέσεις που ισχύουν για κάθε ασθενή. Η αποκατάσταση μπορεί να επιχειρηθεί είτε συγχρόνως με την αρχική ογκολογική εγχείρηση, primary reconstruction, είτε αργότερα στην πορεία, delayed reconstruction, όταν η συνολική θεραπεία έχει ολοκληρωθεί περίπου ένα χρόνο μετά την αρχική διάγνωση. Η άμεση αποκατάσταση κερδίζει έδαφος τα τελευταία χρόνια γιατί δίνει καλύτερο κοσμητικό αποτέλεσμα και μειώνει συγχρόνως τον αριθμό των απαιτούμενων χειρουργίων εφόσον η αρχική επέμβαση γίνεται συγχρόνως με την επέμβαση για τον καρκίνο του μαστού. Σε περιπτώσεις που επιλέγεται η άμεση αποκατάσταση τοποθετείται μετά την μαστεκτομή μία πλαστική θαλάμη, tissue expander, κάτω από τον μείζονα θωρακικό. Η θαλάμη περιέχει διάλυμα χλωριούχου νατρίου και υποδόριο σύστημα συνεχούς αναγόμωσης. Νέες ποσότητες υγρού προστίθενται διαδοχικά στην θαλάμη ωστόυντος μετά από πάροδο εβδομάδων ή μηνών φθάσουμε στα όρια του επιθυμητού μεγέθους και όγκου. Η καταλληλότητα της μεθόδου σε ασθενείς που μετεγχειρητικά θα χρειασθούν συνδυασμένη ακτινο/χημειοθεραπεία δεν έχει διαλευκανθεί πλήρως. Η μέθοδος είναι κατάλληλη σε γυναίκες που θα υποβλη-

θούν σε ολική μαστεκτομή λόγω 1)πολυεστιακού καρκίνου in situ, 2)διηθητικού καρκίνου διαμέτρου κάτω των 2 cm και 3)μετάχρονου όγκου επι εδάφους προη-



Πρώιμο αποτέλεσμα άμεσης επανορθωτικής χειρουργικής

γηθείσης τμηματεκτομής λόγω καρκίνου του μαστού όταν δεύτερη τμηματεκτομή δεν θεωρείται optional. Το πεδίο των ενδείξεων δεν είναι καθορισμένο με ακρίβεια και αυστηρότητα. Είναι ακόμη αντικείμενο έρευνας σε κοινά προγράμματα χειρουργικής μαστολογίας, πλαστικής χειρουργικής και ογκολογίας. Ακτινοθεραπεία μετά από ανάπλαση με χρήση συνθετικών μοσχευμάτων μπορεί να οδηγήσει σε κοσμητικές καταστροφές, τοπικό ερεθισμό, επιμόλυνση, καψική ίνωση και άλγος σε βαθμό που να καθιστά απαραίτητη την εξαίρεση του μοσχεύματος.

Υψηλός κίνδυνος τοπικής υποτροπής και μεγάλη πιθανότητα ενδείξεως συνδυασμένης ακτινο/χημειοθεραπείας μετεγχειρητικά υποβαθμίζουν την εφαρμοσιμότητα της μεθόδου και καθιστούν την μεθύστερη ανάπλαση μέθοδο εκλογής. Σε περιπτώσεις μεθύστερης ανάπλασης χρησιμοποιείται μυοδερματικός κρημνός από την σύστοιχη περιοχή του ορθού κοιλιακού ή του πλετέως ραχιαίου μυός. Η τεχνική αυτή είναι πιο χρονοβόρα και περίπλοκη και έχει χειρότερο κοσμητικό αποτέλεσμα.

## Άλλα τα μάτια του λαγού κι άλλα της κουκουβάγιας

Από άποψη βιολογικής συμπεριφοράς, μεταστατικής επιθετικότητας και επιβίωσης η νόσος εμπεριέχει μια ετερογενή ομάδα όγκων. Για μερικές ομάδες ασθενών η πρόγνωση είναι πολύ ευνοϊκή ενώ για άλλες δυσοίωνη και ο κίνδυνος υποτροπής σταθερά υπαρκτός για μακρές χρονικές περιόδους μετά την πρώτη εμφάνιση της νόσου παρά την εφαρμογή των σύγχρονων συμπληρωματικών θεραπευτικών μεθόδων. Για να είναι δυνατές οι προγνωστικές προβλέψεις κατά την αρχική διάγνωση και εφικτή η δυνατότητα εξατομίκευσης της θεραπείας επιτελούνται διεθνώς εκτεταμένες έρευνητικές μελέτες σχετικά με την ανεύρεση α-

ξιόπιστων προγνωστικών παραγόντων που κάνουν εφικτή την ομαδοποίηση των ασθενών σε συγκεκριμένες και προβλέψιμες κατηγορίες κινδύνου. Παρά το γεγονός ότι στον τομέα της μοριακής βιολογίας έχουν συντελεστεί βήματα προς αυτή την κατεύθυνση, η διασπορά του όγκου την στιγμή της διάγνωσης παραμένει ο πιο αξιόπιστος προγνωστικός δείκτης. Σε περιπτώσεις που κλινικά και ιστοπαθολογικά κατά την διάγνωση ο όγκος είναι περιορισμένος στον μαστό η δεκαετής επιβίωση ανέρχεται στο 90%. Περιορισμένη διασπορά στην μασχάλη, διήθηση σε ≤ από 3 λεμφαδένες, ρίχνει την δεκαετή επιβίωση στο 70% ενώ σε α-

σθενείς με προχωρημένη διασπορά στην μασχάλη, διήθηση  $\geq 6$  λεμφαδένων, η δεκαετής επιβίωση πέφτει περαιτέρω στο 25%. Νόσος ευρείας διασποράς με απόμακρες μεταστάσεις θεωρείται μη ιάσιμη, incurable, και ογκολογική θεραπεία είναι υποχρεωτική μόνο για παρηγορικούς λόγους. Εάν το στάδιο διασποράς αντανακλά κυρίως τον χρόνο που είχε στην διάθεσή του ο όγκος για να εξαπλωθεί ή την βιολογική του επιθετικότητα και την ικανότητά του να εγκαθιστά με ταχύτητα και επιτυχία μεταστάσεις είναι αντικείμενο συζήτησης και μελέτης.

Στην κλινική πρακτική χρησιμοποιούνται ακόμη μερικοί προγνωστικοί παράγοντες παρόλο που έχουν σχετικά χαμηλή ευαισθησία και αξιοπιστία. Ο προσδιορισμός των παραγόντων αυτών είναι ιδιαίτερα χρήσιμος σε περιπτώσεις τοπικά περιορισμένων όγκων και απουσίας λεμφαδενικών μεταστάσεων. Εκτός του τύπου του όγκου, του μεγέθους του, της πολυεστιακότητος και της ριζικότητος της επέμβασης πρέπει υποχρεωτικά και ανεξαιρέτως να προσδιορίζονται μετεγχειρητικά η περιεκτικότητα του όγκου σε ορμονικούς υποδοχείς, ER-οιστρογόνων και PgR-προγεστερόνης, το μοντέλο του DNA, ευπλοιδία, και η αναλογία των κυτάρων που βρίσκονται σε φάση-S, δείκτης ταχύτητας του κυταρικού πολλαπλασιασμού. Εάν το παθολογοανατομικό εργαστήριο δεν έχει την δυνατότητα προσδιορι-

σμού του DNA και της φάσης S μπορεί να εκτελείται ο-πτική εκτίμηση της ταχύτητας των μιτώσεων και ταξινόμηση κατά Elston/Ellis. Προσδιορισμός της ογκοπρωτεΐνης C-erb 2 δίνει έναν επιπρόσθετο δείκτη κακοηθείας. Σε πολλές τυχαιοποιημένες μελέτες χρησιμοποιούνται διεθνώς διάφορα scoring systems που αξιολογούν το σύνολο των παραγόντων αυτών στην προσπάθεια να ξεχωρίσουν την ομάδα των ασθενών με



Τομή δέρματος για τμηματεκτομή

πρώιμους όγκους που βρίσκονται όμως σε αυξημένο κίνδυνο να πεθάνουν νωρίς γιατί ο όγκος τους είναι ιδιαίτερα επιθετικός και οι οποίοι πρέπει να υποβληθούν σε επιθετικές ογκολογικές θεραπείες με την ελπίδα να σωθούν.

## Μενού a la cart

Στην αντιμετώπιση της νόσου συνδυάζονται πέντε θεραπευτικές κατηγορίες. Χειρουργική επέμβαση, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία, αναστολέις ορμονούποδοχέων και ανοσοκαταστολή μεσω μονοκλωνικών αντισωμάτων. Αν θεωρήσουμε κατ ελάχιστο ότι η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει 4 διαφορετικές επιλογές, η δεύτερη 3, η τρίτη 3, η τέταρτη 2, και η πέμπτη 2 βλέπουμε συνολικά ότι προκύπτουν τουλάχιστον 4X3X3 X2X2, 144 διαφορετικοί πιθανοί συνδυασμοί, 144 διαφορετικά μενού για κάθε ασθενή που πρέπει να ακολουθήσει τον καταλληλότερο εξατομικευμένο θεραπευτικό συνδυασμό.

Ο καρκίνος του μαστού είναι ακτινοευαίσθητος για αυτό και η πλειοψηφία των ασθενών που χειρουργείται για καρκίνο του μαστού υποβάλλεται μετεγχειρητικά σε κάποια μορφή ακτινοθεραπείας. Συνολική εκτίμηση πολλών ομοειδών μελετών μπόρεσε το 1990 να δείξει ότι φαρμακοθεραπεία τόσο με κυταροστατικά όσο και με αναστολέις ορμονικών υποδοχέων επικουρικά μειώνει σημαντικά την θνησιμότητα από την νόσο. Μετά

την δημοσιοποίηση των αποτελεσμάτων αυτών η επικουρική φαρμακοθεραπεία καθιερώθηκε παγκοσμίως για έναν μεγάλο αριθμό γυναικών με καρκίνο του μαστού Η αναγνώριση τών ασθενών αυτών και η παραπομπή τους σε μαστοογκολογικά κέντρα είναι στοιχειώδης υποχρέωση τού υπεύθυνου χειρουργού.

### ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σε περιπτώσεις με ασαφή διάγνωση κύριος σκοπός με την χειρουργική επέμβαση είναι η διάγνωση ώστε να αποκλειστεί οριστικά ο κίνδυνος λανθάνουσας κακοήθειας. Οταν η πιθανότητα για κακοήθεια είναι αβάσιμη αρκεί η τοπική εκτομή κατα την οποία αφαιρείται η αλλοίωση στο σύνολό της με ένα στενό περιθώριο περιβάλλοντος ιστού. Σε περιπτώσεις ισχυρότερης υποψίας για ύπαρξη κακοήθειας εκτελείται τμηματεκτομή ή οποία σχεδιάζεται και επιτελείται έτσι ώστε να αρκεί και σαν οριστική χειρουργική θεραπεία τοπικά στον μαστό ακόμη και σε περίπτωση ιστοπαθολογικής απόδειξης κακοηθείας.

Στην εποχή μας η συντριπτική πλειοψηφία των μαστικών αλλοιώσεων που χειρουργούνται πρέπει να προέρχονται από το μαστογραφικό screening και να μήν είναι ψηλαφήσιμες. Η διερεύνηση και εκτομή των αλλοιώσεων αυτών απαιτεί στενή συνεργασία μεταξύ μαστοραδιολόγου, κυτταρολόγου και χειρουργού ώστε οι αλλοιώσεις να εντοπίζονται, να διερευνώνται και να εξαιρούνται σωστά. Ο εντοπισμός της αλλοιώσης με ατσάλινη βελόνα/ογκοδείκτη ή η έγχυση άνθρακα προεγχειρητικά στο ακτινολογικό τμήμα είναι απολύτως αναγκαία για την καθοδήγηση του χειρουργού. Σε όλες τις περιπτώσεις εξαίρεσης μή ψηλαφητών όγκων η άμεση διεγχειρητική μαστογραφία του παρασκευάσματος είναι απολύτως αναγκαία ώστε πρωτού αφυπνισθεί η ασθενής να υπάρχει η διαβεβαίωση ότι το προς εξαίρεση τμήμα έχει πράγματι εξαιρεθεί και ότι πληρούνται οι ραδιολογικές προδιαγραφές ριζικότητας με ικανοποιητικά περιθώρια ελεύθερου ιστού στο περιβάλλον της ύποπτης αλλοιώσης. Σε περιπτώσεις μαστογραφικά ύποπτου αλλά μη διαγνωσμένου καρκίνου του μαστού εκτέλεση ταχείας βιοψίας δεν συνιστάται σε αλλοιώσεις μαστογραφικού μεγέθους κάτω του 1cm. Όταν η μαστογραφική υποψία επιβεβαιωθεί ιστοπαθολογικά και η νόσος σταδιοποιηθεί με ακρίβεια είναι πρωτιμότερο, εφόσον χρειάζεται, η ασθενής να επαναχειρουργείται στην μασχάλη ή ακόμη και στον μαστό στις περιπτώσεις που αυτό κρίνεται αναγκαίο.

Σε περιπτώσεις με διαγνωσμένο καρκίνου του μαστού η τμηματεκτομή είναι κανόνας για ασθενείς στους οποίους το μέγεθος και η κατανομή του όγκου στον μαστό επιτρέπει ογκολογική ριζικότητα σε συνδυασμό με κοσμητικά αποδεκτό μετεγχειρητικό αποτέλεσμα. Η τεχνική της τμηματεκτομής πρέπει για να μπορεί να αξιολογηθεί να είναι αυστηρά τυποποιημένη. Δεν υπάρχει κάποιο κοινά παραδεκτό και αναγνωρισμένο ανώτερο όριο μεγέθους του όγκου που να επιτρέπει μαστοδιατήρηση. Η εκτίμηση πρέπει να γίνεται ιδιαίτερα και ξεχωριστά για κάθε περιστατικό και εξαρτάται από την θέση του όγκου, τον κίνδυνο ύπαρξης πολλαπλών εστιών, το μέγεθος του μαστού, την κατάσταση της μασχάλης και την επέκταση του όγκου σε περιοχές του δέρματος και της θηλής. Σημαντική είναι και η άποψη της ασθενούς για τις μαστοδιατηρητικές επεμβάσεις. Μαστοδιατηρητική χειρουργική είναι πρακτικά εφικτή σε όγκους μεγέθους κάτω των 3-4 εκατοστών και όταν δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι ο όγκος επεκτείνεται πέραν των ορίων του τεταρτημορίου. Υπάρχουν παγκόσμια πολλές μελέτες που συγκρίνουν την ολική μαστεκτομή με τις μαστοδιατηρητικές επεμβάσεις. Σε καμμία από αυτές δεν εμφανίζονται διαφορές όσον αφορά την επιβίωση των ασθενών ή

τον κίνδυνο να αναπτύξουν απόμακρες μεταστάσεις. Η αναλογία των ασθενών που χειρουργούνται με μαστοδιατηρητικές μεθόδους σε σχέση με την ολική μαστεκτομή ποικιλεί από 35% μέχρι 75%. Μπορεί κανείς να ισχυρισθεί ότι τουλάχιστον στο 50% των ασθενών με καρκίνο του μαστού οι μαστοδιατηρητικές μέθοδοι σε συνδυασμό με ακτινοβολία προς τον χειρουργημένο μαστό είναι ταιριαστές και κατάλληλες. Πολλές ασθενείς εκτιμούν ιδιαίτερα ότι ο μαστός μπορεί να διατηρηθεί και ασθενείς που αποφεύγουν την ολική μαστεκτομή έχουν μετεγχειρητικά καλύτερη αντίληψη και αποδοχή του σώματός τους. Αυτό πάντως δεν μετριάζει την ψυχολογική αντίδραση των ασθενών στην νόσο και ούτε την συνεπακόλουθη ψυχική νοσηρότητα. Σε σπάνιες και επιλεγμένες περιπτώσεις νέων γυναικών με πρώιμους όγκους μπορεί να υπάρχει ένδειξη αμφοτερόπλευρης προφυλακτικής μαστεκτομής όταν συνηγορεί μαζική οικογενής επισώρευση, πολυεστιακότης, όγκος λοβιακού τύπου και θετική έκφραση BRCA. Η ολική μαστεκτομή συνεπάγεται πολύ καλή τοπική ριζικότητα και δεν χρειάζεται να συνοδευτεί από τοπική ακτινοθεραπεία. Επιχειρείται όταν είναι επιθυμητή η αφαίρεση ολόκληρου του μαζικού αδένα λόγω μεγέθους, εντοπισμού ή πολυεστιακότητας του όγκου. Μέσω μιάς οριζόντιας ελλειψοειδούς τομής αφαιρείται όλος ο μαζικός αδένας συμπεριλαμβανομένης της θω-



Εγχείρηση τμηματεκτομής/μασχαλιάς εκτομής

ρακικής περιτονίας, της θηλής, και των μασχαλιάων λεμφαδένων.

Η χειρουργική σαν πρωταρχικό θεραπευτικό μέτρο αντενδείκνυται σε περιπτώσεις με τοπικά εκτεταμένο ή φλεγμονώδη καρκίνο. Τοπικά εκτεταμένοι θεωρούνται όγκοι διαμέτρου άνω των 4-5 cm, όγκοι που εμπλέκουν την θηλή ή μεγάλες δερματικές περιοχές, που είναι προστηλωμένοι στο θωρακικό τοίχωμα ή συνοδεύονται από εκσεσημασμένες μασχαλιάies μεταστάσεις. Στις περιπτώσεις αυτές ογκολογικές θεραπείες παρέχουν ασφαλέστερες δυνατότητες τοπικού ελέγχου της νόσου και πρέπει να προηγούνται πιθανής χειρουργικής επέμβασης. Η αναγνώριση των ασθενών αυτών και ο

σχεδιασμός της θεραπείας τους από κοινού με ειδικά ενδιαφερόμενους ογκολόγους είναι θέμα ιατρικής ευθύνης του χειρουργού. Μαστοδιατηρητική χειρουργική ή ολική μαστεκτομή μπορεί να επιχειρηθεί μετά από χημειοθεραπεία και υποβάθμιση/μείωση του όγκου, downstaging. Ο συνδυασμός χημειοακτινοθεραπείας μπορεί σε προχωρημένες μορφές όγκων με καλή απάντηση στην ογκολογική θεραπεία να θεωρηθεί ικανή και πλήρης αντιμετώπιση. Στις επιλεγμένες αυτές περιπτώσεις η χειρουργική μπορεί να επιφυλάσσεται και να επιχειρείται μόνο παρηγορικά εφόσον ο μαστός αλλοιωθεί σε μιά ρικνή επώδυνη σκληρία ή εξελκωθεί.

Γενικά ισχύει ο κανόνας ότι σε όλες τις περιπτώσεις με διαγνωσμένο διηθητικό καρκίνο του μαστού υπάρχει ένδειξη για μασχαλιαία λεμφαδενεκτομή. Οι πληροφορίες για τό μεταστατικό status της μασχάλης έχουν αποφασιστική προγνωστική σημασία και συμβάλλουν στην ταξινόμηση του όγκου δίνοντας έτσι το απαραίτητο υπόβαθρο για την επιλογή του κατά περίπτωση βέλτιστου θεραπευτικού συνδυασμού. Σε μη διηθητικούς καρκίνους, cancer *in situ*, μετάσταση αποκλείεται εξ ορισμού. Η τμηματεκτομή είναι αρκετή και δεν υπάρχει καμμία ένδειξη για εγχείρηση στην μασχάλη. Για να αποφεύγονται οι χωρίς λόγο επεμβάσεις στην



Εγχείρηση τμηματεκτομής/μασχαλιαίας εκτομής

μασχάλη πρέπει πάντα προεγχειρητικά να εξετάζεται η πιθανότητα μη διηθητικού καρκίνου. Όταν η υποψία είναι βάσιμη θα πρέπει να αποφεύγεται η σύγχρονη λεμφαδενεκτομή και η εγχείρηση στην μασχάλη να επιχειρείται κατά δεύτερο σκοπό και μετά το οριστικό ιστοπαθολογικό πόρισμα του μαστικού παρασκευάσματος. Εναλλακτικά θα πρέπει να επιχειρείται προεγχειρητικά βιοψία με βελόνη παχείας διαμέτρου που επιτρέπει ιστοπαθολογική εκτίμηση της διηθητικότητας. Επέμβαση μασχάλης πρέπει να αποφεύγεται σε όλους τους ασθενείς με διηθητικό καρκίνο που η ύπαρξη περιοχικών μεταστάσεων δεν επηρεάζει την μετεγχειρητική ογκολογική θεραπεία όπως πχ επι υπερηλίκων ή ασθενών με κακή γενική κατάσταση.



ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Γ.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ

# ΠΕΝΤΕ ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΔΟΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ



Γράφει ο Δρ. Ιωάννης Ζαρίφης, Επιμελητής Α'



Η Καρδιολογική Κλινική εγκαταστάθηκε στο νοσοκομείο Παπαγεωργίου τον Νοέμβριο του 1999. Μέχρι τότε δραστηριοποιούνταν επιτυχώς στο Νοσοκομείο Άγιος Παύλος. Στις νέες σύγχρονες ειδικά σχεδιασμένες εγκαταστάσεις, που παραχωρήθηκαν, τόσο στην ξενοδοχειακή υποδομή όσο και κυρίως στο τεχνολογικό εξοπλισμό, αναπτύχθηκε χρόνο με τον χρόνο με τα πιο ψηλά επίπεδα αποδοτικότητας και ποιότητας με σκοπό την εξυπηρέτηση του πληθυσμού της πόλης της Θεσσαλονίκης και ευρύτερα της Β Ελλάδας σε υπηρεσίες στο διαγνωστικό και θεραπευτικό τομέα.

**H**δημοσιοποίηση ενός σημαντικού έργου όπως είναι η οργάνωση και λειτουργία μιας νέας και σύγχρονης κλινικής στον δημόσιο τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας είναι η αιτία αυτής της παρουσίασης. Συγχρόνως το πέρασμα πέντε χρόνων είναι ένα ικανοποιητικό διάστημα για να φανεί ολοκληρωμένο έργο μιας τέτοιας προσπάθειας.

Δυστυχώς αυτό το διάστημα χαρακτηρίστηκε από ένα θλιβερό γεγονός που ήταν η απώλεια του διευθυντή της κλινικής Δρ Χρήστου Χαλκίδη τον Νοέμβριο του 2002 μετά από μια σχετικά μακρόχρονη μάχη με τον καρκίνο.

## ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΥΠΟΔΟΜΗ

Η κλινική αποτελείται από:

- Το καρδιολογικό τμήμα νοσηλείας με 34 κρεβάτια σε θαλάμους (1-4 κλινών) με ανάλογο νοσηλευτικό προσωπικό με προϊσταμένη, από την έναρξη λειτουργίας του, την κ Βασιλική Κοντού.
- Την Στεφανιαία Μονάδα με 9 κρεβάτια (4 αναπνευστήρες) με όλα τα υποστηρικτικά τμήματα όπως και μικρό αιμοδυναμικό εργαστήριο όπου διενεργούνται οι τοποθετήσεις μόνιμων καρδιακών βηματοδοτών, με προϊσταμένη την κ Ελισάβετ Αθανασιαδού.
- Εξωτερικά ιατρεία που διενεργούνται καθημερινά και περιλαμβάνουν γενικό καρδιολογικό ιατρείο καθώς και εξειδικευμένα όπως ( υπέρτασης, λιπιδίων, καρδιακής ανεπάρκειας, παρακολούθησης αγγειοπλαστικών)
- Εργαστήρια εργομετρίας (δοκιμασία κόπωσης )
- Εργαστήρια υπερηχογραφίας ( διαθωρακικά και διοισοφαγεία)
- Εργαστήρια Holter( ρυθμού και αρτηριακής πίεσης) καθώς και δοκιμασίας ανάκλησης.

Επίσης σε συνεργασία με το τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής διενεργούνται σπινθηρογραφήματα στατικά και δυναμικά.



- Αιμοδυναμικό εργαστήριο που είναι από τα αρτιότερα εξοπλισμένο στον δημόσιο τομέα στην Β Ελλάδα και μπορεί να εκτελούνται όλες οι σύγχρονες πράξεις της επεμβατικής καρδιολογίας. Επίσης στο εργαστήριο γίνονται ηλεκτροφυσιολογικές μελέτες και τοποθετήσεις μόνιμων βηματοδοτών. Θεραπευτικές καταλύσεις αρρυθμιογόνων εστιών με υψήσυχο ρεύμα (ablation ) προγραμματίζεται και η έναρξη τοποθέτησης απινιδωτών. Στο προσωπικό του εργαστηρίου περιλαμβάνονται (οι τεχνολόγοι κ. Ν. Μεταλίδου, κ. Γ. Τρυγώνης, ο προϊστάμενος νοσηλευτής κ. Παξιμαδάκης, με την υπεύθυνη κ. Μουλαδάκη του εργαστηρίου και ανάλογοι νοσηλευτές είναι δε αυτοί που δίνοντας



ένα κομμάτι από την ζωή τους έκαναν δυνατή την τόσο πετυχημένη πορεία λειτουργίας του.

#### **ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ**

**Διευθυντής:** Α. Μάρκης, αναπλ. δ/ντης  
**Επιμελητές Α':** Δ. Ευθυμίου, Δρ Ι. Ζαρίφης, Γ. Κόππας, Γ. Μπομπότης ( από 8/2004)

**Επιμελητές Β':** Δρ Η. Ζάρβαλης, Λ. Μόσιαλο, Δρ Ι. Στυλιάδης

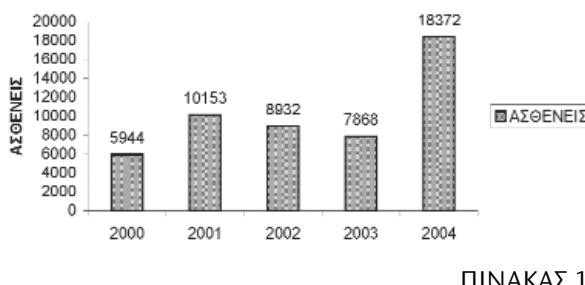
**Ειδικευόμενοι:** Τ. Αργυροπούλου, Γ. Γκουντή, Χ. Ζαφείρης, Α. Καρπή, Β. Κουκούλιτσα, Α. Τσάπα,

**Επιστημονικοί συνεργάτες:** Α. Πάνου, Ι. Στάθης

#### **ΤΟ ΕΡΓΟ**

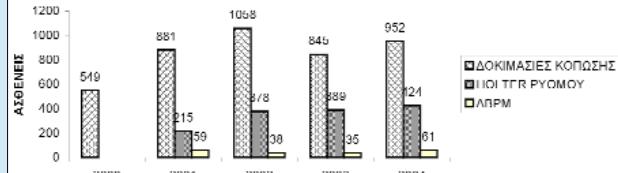
Η κλινική εξυπηρετεί το πολεοδομικό συγκρότημα της Θεσσαλονίκης εφημερεύοντας 7 φορές τον μήνα, αλλά και σε καθημερινή βάση δέχεται ασθενείς σαν τριτοβάθμιο κέντρο από μεγάλο αριθμό νομαρχιακών νοσοκομείων της Β Ελλάδος και Θεσσαλίας, όποτε αυτό χρειάζεται, με άριστη συνεργασία με τους συναδέλφους αυτών των νοσοκομείων. Μια σύντομη παρουσίαση του έργου της κλινικής καθώς και των εργαστηρίων θα γίνει μέσα από μια σειρά στατιστικών στοιχείων με μορφή πινάκων με ιδιαίτερα εντυπωσιακά απο-

ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ ΤΑΚΤΙΚΑ ΕΞΩΤ. ΙΑΤΡΕΙΑ



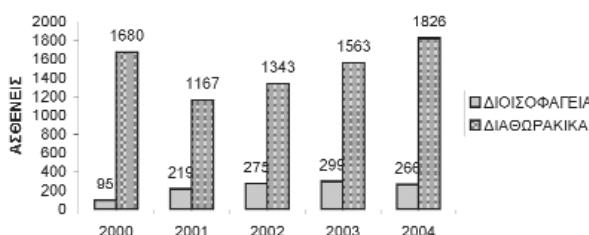
ΠΙΝΑΚΑΣ 1

ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΚΟΠΩΣΗΣ, HOLTER



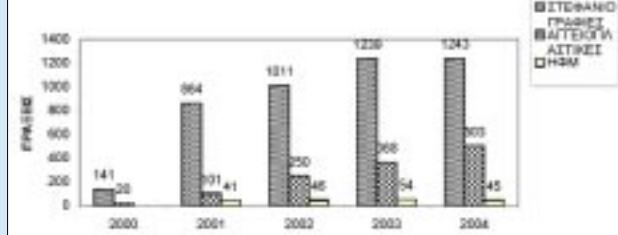
ΠΙΝΑΚΑΣ 2

ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑΤΑ



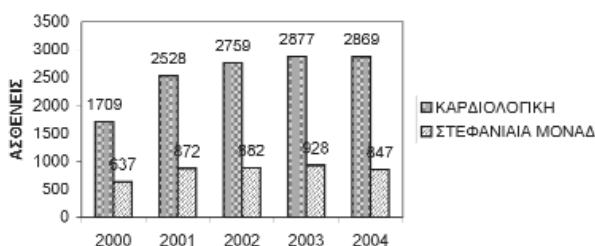
ΠΙΝΑΚΑΣ 3

ΚΙΝΗΣΗ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΟΥ



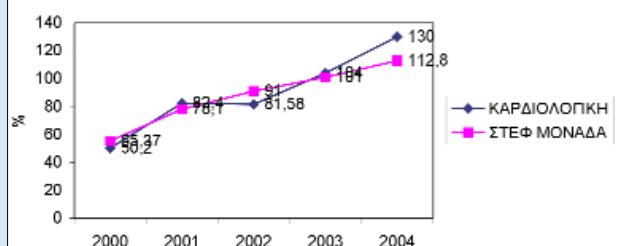
ΠΙΝΑΚΑΣ 4

ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ



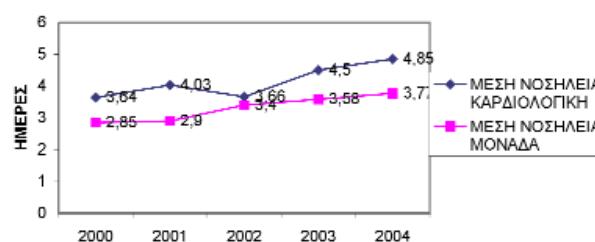
ΠΙΝΑΚΑΣ 5

ΠΛΗΡΟΤΗΤΑ



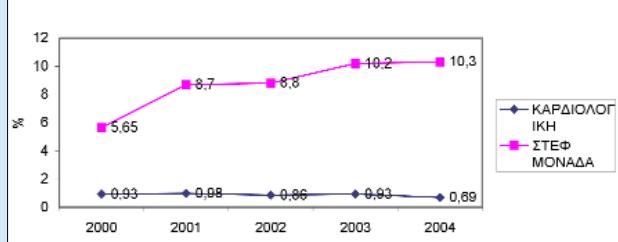
ΠΙΝΑΚΑΣ 6

ΜΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ



ΠΙΝΑΚΑΣ 7

ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ



ΠΙΝΑΚΑΣ 8

Τα στοιχεία του 2004 περιλαμβάνουν μέχρι και τον Οκτώβριο

τελέσματα που επιβεβαιώνουν το υψηλό επίπεδο δουλειάς τόσο σε όγκο όσο και κυρίως σε ποιότητα. ( Πινάκες 1-8) Μέσα από αυτά καταδεικνύεται η συνεχώς ανοδική πορεία της απόδοσης ιδιαίτερα τα χρόνια 2003 και 2004. Είναι σημαντικό και αξίζει να επισημανθούν το υψηλό ποσοστό πληρότητας 130% 2004 με τον χαμηλό μέσο όρο νοσηλείας ανά ασθενή 4.85 ημέρες και τα πολύ χαμηλά ποσοστά θνητότητας 0.69%.

## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΕΡΓΟ

Κατά την διάρκεια αυτών των χρόνων υπήρξε σημαντική επιστημονική δραστηριότητα με συμμετοχές με επιστημονικές ανακοινώσεις και ομιλίες (προσκεκλημένοι ομιλητές σε στρογγυλά τραπέζα) σε τοπικά, πανελλήνια και διεθνή συνέδρια συνολικός αριθμός πέραν των 50.

Υπήρξαν δημοσιεύσεις εργασιών, σε διεθνή επιστημονικά περιοδικά με συμμετοχή γιατρών από την κλινική μας.

Γιατροί της κλινικής συμμετέχουν σαν κριτές σε διεθνή περιοδικά (Circulation, European Heart Journal, American Journal of Cardiology κά.)

Σ'όλα αυτά τα χρονια οργανώνταν στα πλαίσια της εκπαίδευσης, των ειδικευομένων στην καρδιολογία και ειδικευόμενων καρδιολόγων, ετήσια σειρά μαθημάτων καθώς και βιβλιογραφική ενημέρωση σε εβδομαδιαία βάση όπως και ειδικών φροντιστηρίων (υπερηχογραφίας, αξιολόγησης αιμοδυναμικων εξετάσεων, ηλεκτροφυσιολογίας κα )

Σημαντική δραστηριότητα ήταν η οργάνωση στο συνεδριακό κέντρο του νοσοκομείου μας, επιστημονικών σεμιναρίων:

- Φεβρουάριος 2002 (Ημέρες Καρδιάς) με διεθνή συμμετοχή ομιλητών,
- Σεπτέμβριος 2003 με πολύ μεγάλη επιτυχία στα πλαίσια του προγράμματος εκπαίδευσης (Core Curriculum Course on Cardiac Arrhythmias) της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρίας, σεμινάριο που παρακολούθησαν καρδιολόγοι από περισσότερες από 15 χώρες.

Αυτή την περίοδο η κλινική μας συμμετέχει σε σημαντικές πολυκεντρικές μελέτες ( ASSENT 4 PCI κα ).



Επίσης εφαρμόζονται ερευνητικές μέθοδοι όπως θερμομέτρηση ασταθών αθηρωματικών πλακών, χρησιμοποιούνται μέθοδοι αξιολόγησης αιμοδυναμικής βαρύτητας στενώσεων (pressure wire). Έχουν σχεδιαστεί και βρίσκονται σε εξέλιξη προοπτικές μελέτες με την διερεύνηση της επίδρασης νέων φαρμάκων σε παράγοντες κινδύνου και στην εξέλιξη της αθηρωματικής νόσου σε συνεργασία με άλλα τμήματα του νοσοκομείου ( αιματοτολογικό κα )

Τελειώνοντας αυτή την σύντομη παρουσίαση, δεν μπορεί κανείς να μην επισημάνει ότι η άριστη συνεργασία με το καρδιοχειρουργικό τμήμα υπό τον διευθυντή κ Χατζηκώστα και τους συνεργάτες του μαζί με την ανάπτυξη της καρδιολογικής κλινικής σε όλους τους σύγχρονους τομείς δημιουργεί ένα μοναδικό πόλο παροχής ολοκληρωμένων υψηλού επιπέδου υπηρεσιών στο ευαίσθητο από πολλές απόψεις τομέα του καρδιαγγειακού συστήματος για την Β.Ελλαδα.

# Ιατρική γνώση και παιδεία Ποιότητα ζωής και ισορροπία

Πώς μπορούμε να φτάσουμε σε αυτό που όλοι μας στοχεύουμε:  
Στην καλύτερη ποιότητα ζωής, που καταλήγει στην ισορροπία της ζωής μας,  
που κατά τον Αριστοτέλη είναι η ευτυχία.



Γράφει ο Γεώργιος Α. Καπετάνος, Καθηγητής Ορθοπαιδικής

Ισως από τις περισσότερο «κλισέ» προτάσεις που ακούμε ή θα θέλαμε να ακούμε στις μέρες μας και από παλιά, είναι η πρόταση που συχνά χαρακτηρίζει πολλούς από εμάς «και γιατρός και άνθρωπος» και κλείνει όλη τη λαϊκή σοφία, τη φιλοσοφία της ιδιαιτερότητας και του δισυπόστατου του λειτουργήματός μας.

Θα προσπαθήσω λοιπόν να σταθώ λίγο σ' αυτές τις έννοιες που για μένα σημαίνουν Ιατρική Γνώση (γιατρός) και Γενική Παιδεία (άνθρωπος) και να δούμε πως αυτά μας βοηθούν να φθάσουμε σ' αυτό που όλοι μας

στοχεύουμε στην καλύτερη ποιότητα ζωής που καταλήγει στην Ισορροπία της ζωής μας που κατά τον Αριστοτέλη είναι η ευτυχία.

**ΓΙΑΤΡΟΣ:** Σημαίνει γνώση και εμπειρία ιατρική. Ιατρική παιδεία που κι αυτό σημαίνει πάρα πολλά, τα ξέρουμε όλοι μας, τα ζήσαμε καθημερινά.

Μελέτη, δουλειά ασταμάτητη δια βίου και σπουδές ατέλειωτες, μαθητεία συνεχής. Αγωνίες, ξενύχτια μοναδικά.

Κυνηγητό ατέλειωτων γνώσεων που συνεχώς αυξάνονται και μεταβάλλονται σαν τη Λερναία Ύδρα. Σημαίνει ακόμη συνέδρια, δημοσιεύσεις, ομιλίες, προβολή, βιογραφικό. Και για πολλούς από εμάς αυτό σημαίνει και εξαργυρώνεται με: ιατρείο γεμάτο, χειρουργική δεινότητα, οικονομική επάρκεια, χρήμα και δόξα.

Καλά όλα αυτά, όμορφα, δύσκολα να τα αγνοήσει κανείς, ίσως και δεν θα έπρεπε. Μα αυτό είναι μόνο το ένα σκέλος της λαϊκής ρήσης «γιατρός» και πάμε στα δύσκολα από αυτά που ζητά ο κόσμος.

**ΑΝΘΡΩΠΟΣ:** Είναι δύσκολη έννοια με πολλές όψεις και υποκειμενικότητα.

Άνθρωπος σημαίνει παιδεία. Παιδεία του *Nou* και της *Ψυχής*.

**Α) του *Nou*:** γνώσεις ποικίλες, γενικές για τον κόσμο, τους ανθρώπους, τη ζωή μας. Αυτό που θα μας δώσει κριτήρια για το κάθε τι, κρίση αντικειμενική, διάκριση στη συμπεριφορά μας, αυτό που λέμε καλλιέργεια. Η λέξη καλλιέργεια είναι αγροτικής προέλευσης, δείχνει την ταπεινότητα εκείνου που σκύβει να συλλέξει.

Πόσοι από μάς ξεχωρίζουμε και συγκινούμαστε από την καλή ή την κακή μουσική, τον καλό ή τον κακό λόγο, πόσοι από εμάς ξέρουμε από τέχνη και μας συγκινεί, ακούσαμε ένα καλό κομμάτι μουσικής, σταθή-





καμε σε έναν καλό πίνακα, χαθήκαμε μέσα στις σελίδες ενός καλού βιβλίου;

Πόσοι από εμάς στις ατέλειωτες συνεδριακές περιπλανήσεις μας σ' όλο τον κόσμο, πέρα από τους πρωινούς μπουφέδες πολυτελών ξενοδοχείων και τις φωτογραφίες – καρτ ποστάλ που πήραμε, είδαμε τα μάτια των ανθρώπων των τόπων που πήγαμε, είπαμε μια «καλημέρα» στο δρόμο, προσπαθήσαμε να δούμε το άλλο πρόσωπο το πραγματικό και όχι αυτό που μας δείχνουν;

Πόσοι από εμάς μπορούμε να σταθούμε σε μια συζήτηση για την οικονομία, την πολιτική, την τέχνη, τη ζωή, τη φιλοσοφία, τη θρησκεία και να καταθέσουμε το λόγο μας ή έστω ν' ακούσουμε πέρα από τα κλισέ που μας δίνουν τα ΜΜΕ.

**Β) Παιδεία Ψυχής:** Εδώ ασφαλώς τα πράγματα είναι πιο περίπλοκα. Η παιδεία ψυχής είναι αντικείμενο θεολόγων, παιδαγωγών, κοινωνιολόγων και άλλων. Είναι άθροισμα πολλών έμφυτων και καλλιεργήσιμων αρετών, όπως:

**α) Ευγένεια, Σεβασμός:** όχι το «σαβουάρ βιβρ», οι καλοί τρόποι, η ευγένεια στους δυνατούς, στους από πάνω μας. Ευγένεια κυρίως στον άγνωστο του δρόμου, στο παιδί, στον άρρωστό μας, στους υφιστάμενούς μας, σ' αυτούς που δεν περιμένουμε τίποτα, που δεν θα τους ξαναδούμε. Ευγένεια προς κάθε κατεύθυνση, κάθε στιγμή.

**β) Συγκίνηση, Ευαισθησία:** δεν είναι αδυναμία, είναι δύναμη. Πόσοι από εμάς παρατηρήσαμε τον ήλιο στο ανέβασμα ή το κατέβασμά του, πόσοι από εμάς σταματήσαμε ένα λεπτό το τρέξιμό μας να ρίξουμε μια ματιά γύρω μας στην ομορφιά και τη δυστυχία που μας περιβάλλει; Πόσοι δεν ντραπήκαμε να δακρύσουμε για τα ασήμαντα – σημαντικά της ζωής;

**γ) Προσφορά, Αγάπη:** Όλα χάνονται εκτός απ' αυ-

τά που δίνουμε. Ο Απόστολος Παύλος θεωρεί Αγάπη τον ακρογωνιαίο λίθο της πίστης. «Εάν τας γλώσσαις λαλώ, εάν ειδώ τα μυστήρια πάντα και πάσαν την γνώσιν, αγάπην δε μη έχω ουδέν ειμί».

Κατ' εξοχήν από εμάς τους γιατρούς ο άρρωστός μας ζητάει και δικαιούται αγάπη, συμπόνια, κατανόηση. Περισσότερο και από τη «θεραπεία» του, τις γνώσεις μας.

**Αγάπη:** όμως όχι μόνο στους δικούς μας, στους φίλους, στους «κολλητούς»,

αλλά κυρίως στον άγνωστο, στον περαστικό, στους αντιπάλους. Η μόνη προσφορά που γυρίζει στον προσφέροντα πολλαπλάσια. Αυτό είναι βέβαιο. Το καλύτερο που έχουμε να δώσουμε στον εαυτό μας. Ίσως η σοβαρότερη επένδυσή μας.

Αφού γρήγορα είδαμε τι σημαίνει Παιδεία Ιατρική και Παιδεία Nou και Ψυχής, ας αποπειραθούμε να δούμε πως αυτές οι δύο προϋποθέσεις συνδέονται μ' αυτό που λέμε γενικά ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.

Οι περισσότεροι από εμάς ασφαλώς θα θέταμε ως βασικές επιδιώξεις για υψηλή ποιότητα ζωής: Την Υγεία την προσωπική και των αγαπημένων μας, την Οικονομική Άνεση και την Επαγγελματική Καταξίωση, Εκτίμηση, Δόξα. Μας εξασφαλίζουν όμως τα παραπάνω ποιότητα ζωής; Ασφαλώς όχι. Ίσως είναι κάποιες προϋποθέσεις.

Ποιότητα δεν είναι το πολυτελές αυτοκίνητο, το μεγάλο σπίτι, το ακριβό ρούχο, τα μεγάλα ταξίδια, η δύναμη και η εξουσία, ο υλικός πολιτισμός. Καμιά σχέση με το Αριστοτέλειο «ευ ζην».

Ποιότητα είναι πρώτα απ' όλα ο χρόνος. Πόσο χρόνο χαρίζουμε στον εαυτό μας και τους αγαπημένους μας; Ποιότητα είναι τα ασήμαντα, τα απλά, τα περιπτά: οι κυριακάτικες εφημερίδες, η βόλτα στην παραλία, το ταξίδι με τους αγαπημένους μας στο νησί της άγονης γραμμής – χωρίς συνέδριο -, ένα κρασάκι στο τζάκι με καρδιακούς φίλους, -κατά προτίμηση όχι συναδέλφους, όχι πανεπιστημιακούς, όχι προϊσταμένους-, κι ένα σωρό παρόμοια που ο καθένας τα ξέρει για τον εαυτό του και τα στερηθήκαμε και τα στερούμαστε.

Ποιότητα είναι το γέλιο. Καμιά μέρα δεν είναι τόσο μικρή που να μη χωρά ένα καλό, εγκάρδιο γέλιο. Σε κάθε ζωτικό τομέα της ζωής μας, στην προσωπική μας ζωή και στην επαγγελματική ζωή. Στην επαγγελματική μας ζωή φυσικά υπάρχουν δυσκολίες καθημερινές, το αντιατρικό πνεύμα, τα νοσοκομεία, η εφορία, το πα-

νεπιστήμιο. Οι ομάδες, τα παρασκήνια, οι διαβουλεύσεις. Ασφαλώς και δεν προωθούνται πάντα οι καλύτεροι και ασφαλώς περνάμε μια κρίση ιδεών και αξιών. Ο Τσώρτσιλ έλεγε «μη χάνετε ενέργεια γκρινιάζοντας για τις δυσκολίες, όποιο κι αν είναι το περιβάλλον της εργασίας, αν δεν είστε εσείς μέρος της λύσης του προβλήματος, είστε μέρος του προβλήματος».

Παρ' όλα αυτά γελάστε, λειτουργεί πολλαπλώς, λύνει προβλήματα.

Ίσως η πιο προχωρημένη ανακάλυψη της μοντέρνας ψυχολογίας είναι ότι ανθρώπινο καθήκον μας είναι να διασκεδάζουμε το ίδιο όσο δουλεύουμε (ισορροπία χαράς και εργασίας).

**Γελάτε λοιπόν με την καρδιά σας, χορταστικά, αληθινά, τουλάχιστον τρις ημερησίως. Γελάτε με ό,τι φέρνει γέλιο και δι,τι σας εκνευρίζει στη δουλειά σας. Γελάτε με τους φίλους σας, την οικογένειά σας, γελάτε με τον εαυτό σας και το σπουδαιότερο γελάτε με τον άρρωστο. Κι έτσι αυτόν τον θεραπεύετε κι εσείς ισορροπείτε.**

Ο κόσμος γύρω μας είναι γεμάτος «κρίσεις». Πολιτικές, οικονομικές, οικογενειακές, προσωπικών αξιών, ιδεών... Κάθε πρώι που ξυπνάμε τον βλέπουμε χειρότερο απ' ότι τον αφήσαμε.

Υπάρχει μια διάχυτη «φόρτιση», «πίεση» από παντού. Ενδεικτικά: Κυκλοφορούν 30000 τουλάχιστον επιστημονικά περιοδικά και 22 εκατομμύρια τίτλοι βιβλίων μαζί με 17000 εφημερίδες ημερησίως. Επιπρόσθετα το 98% των Αμερικανών (και άλλων) έχουν πάνω από μία TV στο σπίτι τους και αφιερώνουν κατά μέσο όρο 7 ώρες ημερησίως σ' αυτές. Πού θα βρεθεί λοιπόν ο ΧΡΟΝΟΣ; Ένα δύσκολο πράγματι πρόβλημα, ένα βασικό κλειδί που θα οδηγήσει στην εσωτερική ισορροπία και ο καθένας μας θα το βρει και θα το λύσει μόνος του, για τον εαυτό του και τους αγαπημένους του και κυρίως για τα πλέον πολύτιμα δώρα, τα παιδιά μας. Ρωτήσανε τα παιδιά των γιατρών «τι θέλετε να γίνετε όταν μεγαλώσετε»; Η συντριπτική πλειοψηφία απάντησε «άρρωστος», γιατί μόνο έτσι θα εξασφάλιζαν την προσοχή και το χρόνο των γονιών τους!

Κι ας φθάσουμε στην τελευταία έννοια που αναφέραμε, την ισορροπία, την εσωτερική μας ισορροπία των διαφόρων πτυχών της ζωής μας σε καθημερινή βάση.

Κατά τον Αριστοτέλη, ζωή είναι η ισορροπία ανάμεσα στην Αγάπη, την Εργασία, την Πίστη και τη Διασκέδαση. Και πιστεύει ότι η ισορροπία είναι εφικτή και οδηγεί στην ευτυχία.

Αντίθετα ο Thomas Moore πιστεύει ότι είναι ιδεατό που ποτέ δεν φτάνεται στην καθημερινή ζωή. Θα μπορούσαμε ίσως να πούμε ότι είναι ένας ισόβιος συνεχής αγώνας.

Ο Δρ Pankey ένας γνωστός άγγλος γιατρός, φιλόσοφος και συγγραφεύς έγραψε ότι η ζωή είναι συνεχής ισορροπία ανάμεσα στην καριέρα, τη μόρφωση, την οικογένεια, τη θρησκεία, τη διατροφή, την ανάπτυξη,

την κοινωνικότητα. Εγώ θα έλεγα, είναι η ισορροπία στη δουλειά μας, στον κόσμο γύρω μας και στον κόσμο μέσα.

Σχετικά με τη δουλειά μας πρέπει να έχουμε την επίγνωση ότι είμαστε προνομιούχοι, ευλογημένοι, το ξέρουμε ή όχι. Ο Σοφοκλής είπε: «αναριθμητα τα θαύματα στον κόσμο μα σαν το ανθρώπινο σώμα τίποτα». Όταν δίνουμε στους αρρώστους μας όχι μόνο τη γνώση και την τέχνη μας, μα και μέρος του εαυτού μας και βλέπουμε την πίστη και την ελπίδα να ξυπνά μέσα τους, είναι βέβαιο ότι κάτι απ' αυτό γυρνά σε μας. Ας χαιρόμαστε λοιπόν τη δουλειά μας που είναι μοναδική κι ας χαιρόμαστε τα απλά τα καθημερινά πράγματα: ότι ξυπνήσαμε υγιείς (ένα εκατομμύριο άνθρωποι δεν θα ζουν την επόμενη ημέρα), ότι δεν έχουμε πόλεμο όπως άλλα 500 εκατομμύρια άτομα, ότι έχουμε να φάμε σε αντίθεση με το 75% του πλανήτη.

Τι θα μπορούσαμε λοιπόν να κάνουμε για να είμαστε σε ισορροπία – ευτυχία;

## ΜΕΡΙΚΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ – Ο ΚΑΘΕΝΑΣ ΜΑΣ ΘΑ ΜΠΟΡΟΥΣΕ ΝΑ ΠΡΟΣΘΕΣΕΙ ΚΙ ΆΛΛΕΣ – ΘΑ ΉΤΑΝ:

- 1) Κρατείστε όλες τις πτυχές της ζωής σας με προοπτική – ανοικτές.
- 2) Οριοθετείστε, κάντε το περίγραμμα της ζωής ισορροπημένο ανάμεσα στις βασικές προτεραιότητες.
- 3) Αποδεχθείτε ότι το 24ωρο έχει μόνον 24 ώρες και μάθετε να λέτε ΟΧΙ. Αποδεχθείτε τα όριά σας.
- 4) Κάντε τα όλα με πάθος. Η Μητέρα Τερέζα έλεγε: Η δοκιμασία της ζωής μας είναι όχι πόσο πολλά πράγματα κάνουμε αλλά με τι πάθος τα κάνουμε.
- 5) Αναπτύξτε καλές σχέσεις με τον εαυτό σας. Μιλάτε μαζί του και με το Θεό. Θα ξεπεραστούν πολλά έτσι.
- 6) Να δουλεύεις σα να μη χρειάζονται χρήματα. Να αγαπάς σα να μη σ' έχουν πληγώσει ποτέ. Να χορεύεις σα να μη σε βλέπει κανείς! Να τραγουδάς σα να μη σ' ακούει κανείς. Να ζεις σα να ήταν ο Παράδεισος πάνω στη Γη! και
- 7) Οπωσδήποτε βρείτε ΧΡΟΝΟ για όλα τα παραπάνω και μη χάνετε την καλή ευκαιρία, το χρόνο το σωστό να οιωπήσετε. Όπως ακριβώς κάνω κι εγώ τώρα.

## Επιλεγμένη βιβλιογραφία

- 1) Brand P.: The pursuit of happiness. J. Hand Surg. 1992; 17A:595.
- 2) Frymoyer JW, Frymoyer NP: Physician – Patient Communication: A lost art? J.A.A.O.S., 2002; 10:95.
- 3) Mother Teresa: The simple path. New York, 1995.
- 4) Ogilvie B.: Stress in the life of the Surgeon. Instruct. Course Lecture. American Academy of Orthopaedic Surgeons, 1984.
- 5) Strickland JW: Having Fun Yet? A curmudgeon's view of career management. J. Bone Joint Surg. 2002; 84A:1062.

# Η πρώτη κλινική που λειτούργησε στο νοσοκομείο



Διευθυντής: Εμ.Πάγκαλος



**Τ**α Εξωτερικά ιατρεία της κλινικής ξεκίνησαν την λειτουργία τους την πρώτη ημέρα λειτουργίας του νοσοκομείου στις 16/8/1999. Η κλινική ξεκίνησε την λειτουργία της στις 22/11/1999 και ήταν η πρώτη κλινική που λειτούργησε και νοσήλευσε ασθενείς στο νοσοκομείο. Αξίζει να σημειωθεί ότι από τις 1/1/2000, σε διάστημα ενός μηνός λειτουργίας της συμμετείχε στο πρόγραμμα εφημεριών των παθολογικών κλινικών του Νομού Θεσσαλονίκης.

Το ιατρικό προσωπικό της κλινικής αποτελούν

1. Εμμανουήλ Μ. Πάγκαλος διευθυντής. Παθολόγος με εξειδίκευση στον σακχαρώδη διαβήτη.
2. Ευαγγελία Πασχαλίδου επιμελήτρια Α,. Παθολόγος με εξειδίκευση στον σακχαρώδη διαβήτη.
3. Αθανάσιος Καλαμπάκας επιμελητής Α. Γαστρεντερολόγος
4. Βασιλική Γαλανοπούλου επιμελήτρια Α. Ρευματολόγος

5. Ιωάννης Μάλλιας επιμελητής Β. Παθολόγος με εξειδίκευση στον σακχαρώδη διαβήτη.

6. Μαρία Γαβρά επιμελήτρια Β. Παθολόγος με εξειδίκευση στην υπέρταση.

7. Κυπαρισσία Καρατζίδου επιμελήτρια Β. Παθολόγος με εξειδίκευση στον σακχαρώδη διαβήτη

8. Γεώργιος Γερμανίδης επιμελητής Β. Γαστρεντερολόγος

9. Νικόλαος Παπαδόπουλος επιμελητής Β. Ρευματολόγος

Εκπαιδεύονται δε για την λήψη ειδικότητας παθολογίας 8 ειδικευόμενοι ιατροί.

Το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελούν 13 νοσηλευτές με προϊστάμενο τον **Βασιλη Παπαδόπουλο** και αναπληρώτρια την **Ιωάννα Σίσκου**.

Γραμματέας της κλινικής είναι η κ. **Λυδία Τσότρα**.

Το έργο της κλινικής διακρίνεται σε νοσηλευτικό, ερευνητικό και εκπαιδευτικό:

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΕΡΓΟ

Από την πρώτη στιγμή της λειτουργίας της υπήρξε μεγάλη προσέλευση ασθενών τόσο στα εξωτερικά ιατρεία για εξέταση όσο και στους θαλάμους της κλινικής. Κατά την πρώτη πενταετία της λειτουργίας της υπάρχει μια προοδευτικά αύξηση των ασθενών που είτε εξετάζονται είτε νοσηλεύονται με αποτέλεσμα το 2003 να νοσηλευθούν στην κλινική 3400 ασθενείς με μέσο όρο νοσηλείας 2,7 ημέρες και πληρότητα περίπου 75%, για τον χρόνο δε που διανύουμε υπολογίζεται ότι οι νοσηλευθέντες συνάνθρωποι μας θα ξεπεράσουν τις 4000 με τον ίδιο μέσο όρο νοσηλείας και με πληρότητα στην κλινική που θα ξεπερνά το 85 %.

Στην κλινική έχουν αναπτυχθεί τα τμήματα διαβητολογικό, υπέρτασης, γαστρεντερολογικό, ηπατολογικό, ρευματολογικό.

Αξίζει να αναφερθεί ότι η κλινική είναι πλέον κέντρο αναφοράς στην Βόρεια Ελλάδα:

● Για τον σακχαρώδη διαβήτη όπου προσέρχονται ασθενείς μετά την παραπομπή των ειδικών ιατρών για να αντιμετωπισθούν οι επιπλοκές της νόσου.

Έχει επιπλέον αναπτύξει:

A. Ειδικό ιατρείο για το διαβητικό πόδι.

B. Ειδικό ιατρείο για αντίτιτες ινσουλίνης μετά από εκπαίδευση των ιατρών στο εξωτερικό. Μέχρι στιγμής έχουν τοποθετηθεί 25 (Σε σύνολο 250 σε όλη την Ελλάδα).

Γ. ειδικό ιατρείο για τις εγκυμονούσες ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη

● Για τα νοσήματα του γαστρεντερικού με πλήρες ενδοσκοπικό εργαστήριο

● Για το ήπαρ όπου προσέρχονται ασθενείς από όλο τον βορειοελλαδικό χώρο για να αντιμετωπιστεί η νόσος τους.

● Για τα ρευματικά νοσήματα

Για το γαστρεντερολογικό και το ρευματολογικό τμήμα θα υπάρξει ξεχωριστή αναφορά σε ένα από τα επόμενα τεύχη του περιοδικού

## ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΟ

Αυτή τη στιγμή εκπονούνται από γιατρούς της κλινικής 5 διατριβές σε θέματα Σακχαρώδους διαβήτη, υπέρτασης και ηπατολογίας.

Η κλινική έχει διεκπεραιώσει 10 Διεθνή ερευνητικά πρωτόκολλα και βρίσκονται σε εξέλιξη 10 εκ των οποίων δύο είναι επιδοτούμενα από την Ευρωπαϊκή Ένωση.

Συμμετέχει είτε μόνη της είτε σε συνεργασία με άλλες κλινικές του νοσοκομείου είτε με κλινικές άλλων νοσοκομείων της ελληνικής επικράτειας είτε άλλων νοσοκομείων εκτός Ελλάδας σε 25 ανακοινώσεις σε συνέδρια στην Ελλάδα και το εξωτερικό καθώς και σε 10 δημοσιεύσεις σε ελληνικά και ξενόγλωσσα περιοδικά.





## ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΡΓΟ

Οι γιατροί της κλινικής συμμετείχαν ως προσκεκλητές σε:

1. Συνέδρια στην Ελλάδα και το εξωτερικό
2. Ημερίδες σε πόλεις της Βόρειας Ελλάδας
3. Σε εκπαιδευτικά προγράμματα άλλων κλινικών της Θεσσαλονίκης αλλά και άλλων πόλεων.

Η κλινική έχει διοργανώσει 2 ημερίδες, την 21η Ιανουαρίου του 2001 με προσκεκλημένο ομιλητή τον κο Μουτσόπουλο από το Πανεπιστήμιο Αθηνών με θέμα τον ερυθηματώδη λύκο και στις 8/12/2001 με θέμα τα αυτοάνοσα νοσήματα για τον μη-ειδικό με ομιλητές καθηγητές από το Πανεπιστήμιο Αθηνών, το Χαροκόπειο και το Πανεπιστήμιο Κρήτης οι οποίες σημείωσαν επιτυχία.

Συγχρόνως συμμετείχε στην διοργάνωση ημερίδων στο Νοσοκομείο σε συνεργασία με την Διαβητολογική Εταιρία Βορείου Ελλάδας.

- ημερίδα για το διαβητικό πόδι
- ημερίδα για γιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας με θέμα τον διαβήτη
- ημερίδα για νοσηλευτές με θέμα τον διαβήτη

Με την άφιξη ειδικευομένων ιατρών στην κλινική δεδομένου ότι εχει αναγνωρισθεί από το ΚΕΣΥ για την χορήγηση πλήρους ειδικότητας παθολογίας, έχει ορ-

γανωθεί πλήρες εκπαιδευτικό πρόγραμμα που περιλαμβάνει:

Βιβλιογραφική ενημέρωση

Παρουσίαση περιστατικού

Συνάντηση με ακτινολόγους

Όπως επίσης προγραμματισμένες ομιλίες από διακεριμένους ομιλητές των Νοσοκομείων της Θεσσαλονίκης καθώς και από ομιλητές του νοσοκομείου.

Στα πλαίσια του εκπαιδευτικού της έργου έχουν εκπαιδευθεί ή εκπαιδεύονται στον σακχαρώδη διαβήτη 10 ειδικοί ιατροί από όλη την Ελλάδα τοποθετημένοι στην κλινική ως επιστημονικοί συνεργάτες από το διοικητικό συμβούλιο.



# ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΓΑΣΤΡΟΣΚΟΠΗΣΗ

Τσιβίκη Αναστασία, Αντ. Προϊσταμένη - Νοσηλεύτρια ΠΕ,  
Σεβαστοπούλου Α., Νοσηλεύτρια Τ.Ε., Κοράνη Φ., Νοσηλεύτρια Δ.Ε.  
ΤΕΠ / Μονάδα Ενδοσκοπίσεων Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου

**Η** αιμορραγία του ανωτέρου πεπτικού συστήματος αποτελεί ένα από τα συχνά και σοβαρά περιστατικά που προσέρχονται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών.

Καταλυτικό ρόλο στη διάγνωση, πρόγνωση και θεραπεία της αιμορραγίας ανωτέρου πεπτικού παίζει η διενέργεια της επείγουσας ενδοσκόπησης.

Στο Γ.Ν.Θ. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ λειτουργεί αυτοτελής μονάδα ενδοσκοπίσεων τόσο σε καθημερινή βάση όσο και σε ημέρες γενικής εφημερίας του νοσοκομείου, έτσι ώστε να πραγματοποιούνται άμεσα επείγουσες διαγνωστικές και θεραπευτικές ενδοσκοπίσεις από ειδικό γαστρεντερολόγο και εξειδικευμένους νοσηλευτές.

Η παρούσα κλινική μελέτη παρουσιάζει τα αποτελέσματα 222 περιπτώσεων με οξεία αιμορραγία του ανωτέρου πεπτικού συστήματος που υποβλήθηκαν σε επείγουσα, διαγνωστική γαστροσκόπηση στο νοσοκομείο Παπαγεωργίου στη διάρκεια των πέντε τελευταίων ετών.

**Σκοπός** της μελέτης αυτής ήταν η ανάλυση του υλικού και η συγκέντρωση συμπερασμάτων για την αποτελεσματικότητα της επείγουσας ενδοσκόπησης και τη χρησιμότητα της για τον άρρωστο.

## Υλικό και μέθοδος

Συνολικά κατά τη διάρκεια των τελευταίων πέντε ετών (31/1/2000 ως 31/10/2004), σε ημέρα γενικής εφημερίας του Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου, υποβλήθηκαν σε επείγουσα γαστροσκόπηση 222 περιστατικά, που προσήλθαν στο ΤΕΠ με αιμορραγία ανωτέρου πεπτικού και με κύριο σύμπτωμα την αιματέμεση ή τη μέλαινα κένωση ή και το συνδυασμό τους.

Στην παρούσα μελέτη, η ανάλυση των παραπάνω περιστατικών έγινε κατά φύλο, ηλικία, εποχή, ένδειξη ενδοσκόπησης, αίτια αιμορραγίας/ευρήματα ενδοσκόπησης και τεχνικές ενδοσκοπικής θεραπείας/αιμόστασης.

## Αποτελέσματα

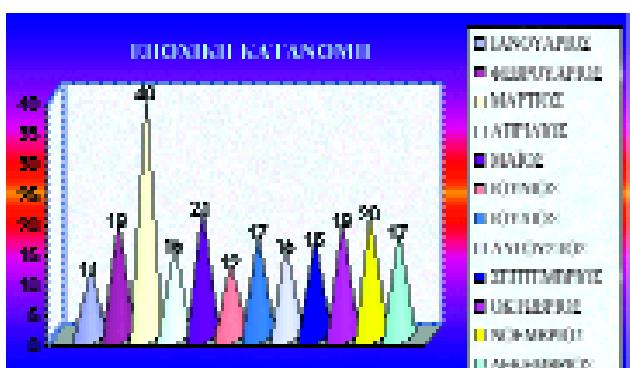
Το υλικό της παρούσης μελέτης περιλαμβάνει 222 άτομα που προσήλθαν στο ΤΕΠ με οξεία αιμορραγία ανωτέρου πεπτικού τα τελευταία πέντε χρόνια. Από αυτούς τους ασθενείς οι 160 ήταν άνδρες και οι 62 γυναίκες (ΓΡΑΦΗΜΑ 1).

ΓΡΑΦΗΜΑ 1

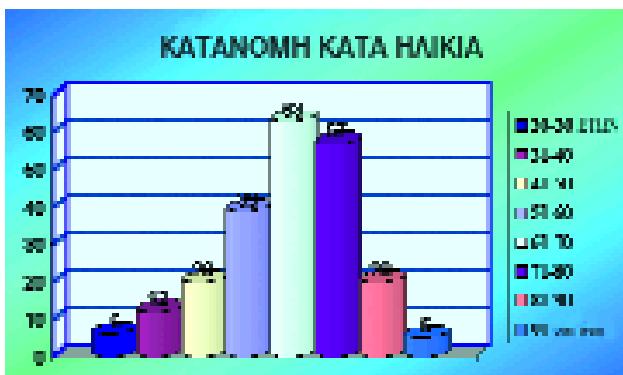
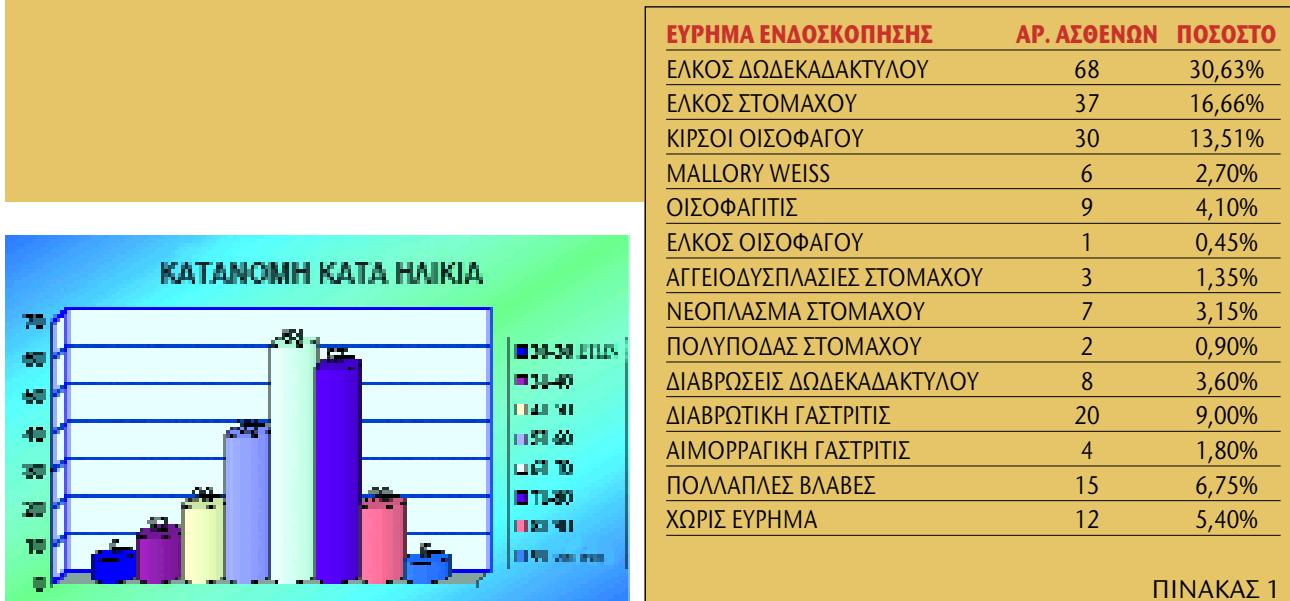


Όσον αφορά στο φύλο παρατηρείται στατιστική υπεροχή των ανδρών (72,1%) έναντι των γυναικών (27,9%) στην εμφάνιση αιμορραγίας ανωτέρου πεπτικού.

Η εποχική και ηλικιακή κατανομή αυτών των περιπτώσεων αναφέρεται παρακάτω (ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ 2, 3).



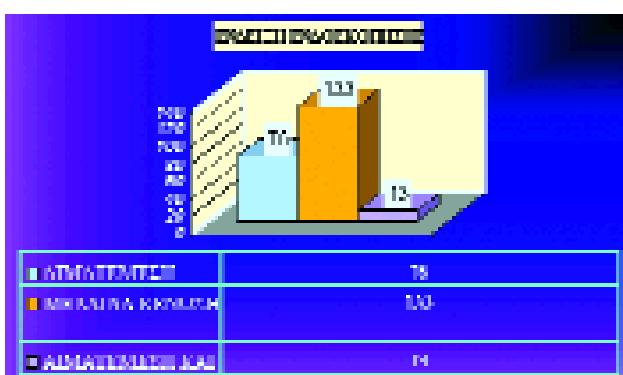
ΓΡΑΦΗΜΑ 2



ΓΡΑΦΗΜΑ 3

Η ενδοσκόπηση έγινε στις περισσότερες περιπτώσεις μέσα στο πρώτο 12ωρο από την προσέλευση των ασθενών στο ΤΕΠ.

Οι ενδείξεις για επείγουσα γαστροσκόπηση ήταν η αιματέμεση και η μέλαινα κένωση ή ο συνδυασμός αυτών (ΓΡΑΦΗΜΑ 4).



ΓΡΑΦΗΜΑ 4

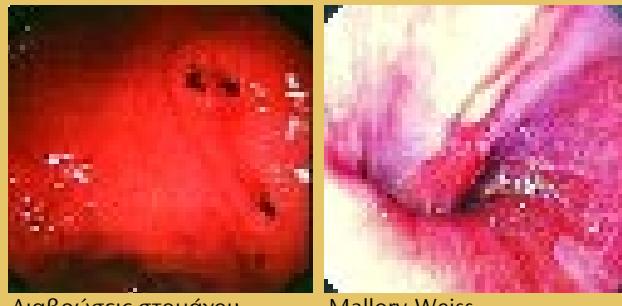
Σημασία για την ασφάλεια του εξεταζόμενου δόθηκε με την παρακολούθηση του με monitor και στη διατήρηση φλεβικής γραμμής για χορήγηση παρεντερικού διαλύματος ή αίματος.

Από τους 222 ασθενείς που γαστροσκοπήθηκαν, το αίτιο και η εστία της αιμορραγίας εντοπίστηκαν στις 210 περιπτώσεις, ενώ σε 12 ασθενείς αυτό δεν επιτεύχθηκε, διότι η επισκόπηση του στομάχου ή δωδεκαδακτύλου ήταν ατελής λόγω της παρουσίας άφθονου αίματος και θρόμβων.

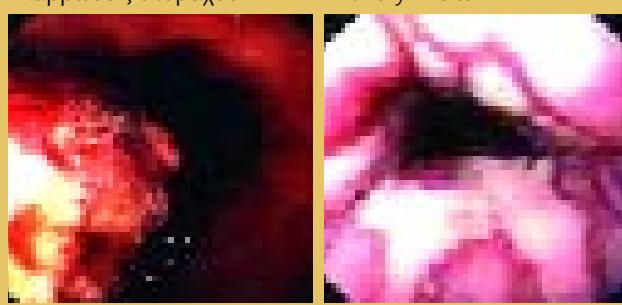
Η αιτιολογική ταξινόμηση των αιμορραγιών βάσει των ενδοσκοπικών ευρημάτων παρατίθεται ακολούθως (ΠΙΝΑΚΑΣ 1).



Έλκος 12/δάκτυλου Έλκος στομάχου



Διαβρώσεις στομάχου Mallory-Weiss



Νεόπλασμα στομάχου Οισοφαγίτις



Αγγειοδυσπλασίες στομάχου Αγγειοδυσπλασία στομάχου



Πολύποδας στομάχου



Έλκος οισοφάγου

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΠΟΛΙΝΩΣΗ ΚΙΡΣΩΝ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ	24	41,38%
ΜΕ ΕΛΑΣΤΙΚΟΥΣ ΔΑΚΤΥΛΙΟΥΣ		
ΣΚΛΗΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ	22	37,93%
ΑΔΡΕΝΑΛΙΝΗ		
ΣΚΛΗΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ	5	8,62%
ETHANOLAMINE		
ΘΕΡΜΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ	7	12,10%

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

## Συμπεράσματα

- ✓ Όσον αφορά στο φύλο παρατηρείται στατιστική υπεροχή των ανδρών (72,1%) έναντι των γυναικών (27,9%) στην εμφάνιση αιμορραγίας ανωτέρου πεπτικού.
- ✓ Σαφή επιβαρυντικό παράγοντα για την εμφάνιση της γαστρορραγίας αποτελεί η ηλικία του αρρώστου.
- ✓ Η συχνότητα της αιμορραγίας επηρεάζεται από την εποχή του έτους.
- ✓ Οι ενδείξεις για επείγουσα ενδοσκόπηση ήταν α) μέλαινα κένωση με ποσοστό (59,91%) , β) η αιματέμεση με ποσοστό (34,23%) , και γ) ο συνδυασμός τους με ποσοστό (5,86%).
- ✓ Σύμφωνα με τα ενδοσκοπικά ευρήματα οι κυριότερες αιτίες της αιμορραγίας ήταν το έλκος δωδεκαδακτύλου (30,63%), το έλκος στομάχου (16,66%) και οι κιρσοί οισοφάγου (13,51%).
- ✓ Το ποσοστό εφαρμογής ενδοσκοπικής θεραπείας ήταν (26,13%) , ενώ σε ποσοστό (69,37%) εφαρμόστηκε συντηρητική θεραπεία και 10 περιστατικά οδηγήθηκαν στο χειρουργείο.
- ✓ Η διαγνωστική και η διαφοροδιαγνωστική αξία της επείγουσας ενδοσκόπησης σε αιμορραγίες του ανωτέρου πεπτικού είναι αναμφισβήτητη και αποτελεί μέθοδο εκλογής.
- ✓ Η επείγουσα ενδοσκόπηση αποτελεί την πλέον ακριβή μέθοδο καθορισμού της αιτίας, του εντοπισμού και της βαρύτητας της αιμορραγίας.
- ✓ Με την επείγουσα ενδοσκόπηση καθορίζεται η πρόγνωση και γίνεται επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής αντιμετώπισης.
- ✓ Με την ενδοσκοπική αιμόσταση μειώνεται ο αριθμός των μεταγγίσεων αίματος, το κόστος νοσηλείας, οι μέρες νοσηλείας και οι επείγουσες χειρουργικές επεμβάσεις.
- ✓ Μειώνοντας τις ημέρες νοσηλείας οι ασθενείς επιστρέφουν συντομότερα στο κοινωνικό και επαγγελματικό τους περιβάλλον.

Από άποψη αιτιολογίας, η αιμορραγία οφείλεται στους 68 ασθενείς σε έλκος δωδεκαδακτύλου (30,63%), στους 37 σε έλκος στομάχου (16,66%), στους 30 σε κιρσούς οισοφάγου (13,51%), στους 6 σε σύνδρομο Mallory Weiss (2,70%), στους 9 σε οισοφαγίτιδα (4,10%), στους 3 σε αγγειοδυσπλασίες στομάχου (1,35%), στους 7 σε νεόπλασμα στομάχου (3,15%), στους 20 σε διαβρωτική γαστρίτιδα (9,00%) ,στους 4 σε αιμορραγική γαστρίτιδα (1,80%), στους 15 σε πολλαπλές βλάβες (6,75%), σε 12 δεν υπήρξε εύρημα στην ενδοσκόπηση (5,40%), στους 8 σε διαβρώσεις δωδεκαδακτύλου (3,60% ), στους 2 σε πολύποδα στομάχου (0,90%), ενώ σε 1 περιστατικό και σε ποσοστό 0,45% παρουσίασε αιμορραγία λόγω έλκους οισοφάγου.

Για τη βελτίωση της πρόγνωσης εφαρμόστηκαν διάφορες ενδοσκοπικές μέθοδοι θεραπείας. Οι τεχνικές αυτές έγιναν με σκοπό να περιορίσουν τον αριθμό των αρρώστων που θα οδηγηθούν στο χειρουργείο ή θα πεθάνουν λόγω ακατάσχετης αιμορραγίας .

Η θεραπευτική ενδοσκόπηση επιτυγχάνεται με την τοπική εφαρμογή μηχανικών μέσων ή θερμότητας ή με την έχχυση διαφόρων σκευασμάτων, που δρουν αιμοστατικά . Στο μελετηθέν υλικό 58 ασθενείς υποβλήθηκαν σε ενδοσκοπική θεραπεία (26,13%), στους 154 εφαρμόστηκε συντηρητική θεραπεία (69,37%) και στους 10 η αιμορραγία αντιμετωπίστηκε χειρουργικά (4,50%). Ειδικότερα, η ενδοσκοπική θεραπεία που εφαρμόστηκε αναφέρεται στον πίνακα 2.



"Η Παναγία θηλάζουσα" Ροβέρτου Κάμπιν (1378 - 1444). Λονδίνο, Εθνική Πινακοθήκη.

# ΘΗΛΑΣΜΟΣ: Το πολυτιμότερο ΔΩΡΟ της ζωής

Επιμέλεια από την προϊσταμένη **Ευαγγελία Σαράντη** και τις μαίες **Νικολέτα Λιόλιου, Τζένη Κούτση και Νίκη Φιλιππούλου**, της Α' Μαιευτικής - Γυναικολογικής Κλινικής Γ.Ν.Π.

**Η** απόλυτη υπεροχή του μητρικού γάλακτος έναντι οποιουδήποτε άλλου, είναι ευρέως αποδεκτή. Στις αρχές του αιώνα μας δεν υπήρχε πρόβλημα θηλασμού. Η ελάττωσή του παρατηρήθηκε διεθνώς στις δεκαετίες 1950-1970 και μεγάλη ευθύνη γι' αυτήν είχαν οι μαιευτήρες και οι παιδίατροι, καθώς και η ραγδαία ανάπτυξη και ευρεία κυκλοφορία προϊόντων, που μπορούσαν να «αντικαταστήσουν» το μητρικό γάλα. Το θέμα του μητρικού θηλασμού είναι πολύ σημαντικό και ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας, και ειδικά των μαιών, είναι ζωτικής σημασίας. Είναι υποχρέωση μας, λοιπόν, να φροντίζουμε να ενημερωνόμαστε και να βοηθούμε τις μητέρες που μας χρειάζονται.

## ANATOMIA ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο μαστός είναι ένας εξωκρινής αδένας, που αποτελείται από το παρέγχυμα και το στρώμα.

### Το παρέγχυμα αποτελείται από:

- τις κυψελίδες
- τα λόβια, που σχηματίζονται από πολλές κυψελίδες
- τους λοβούς, που αποτελούνται από πολλά λόβια
- τους γαλακτοφόρους πόρους
- τις γαλακτοφόρους ληκύθους

### Το στρώμα αποτελείται από:

- τον συνδετικό ιστό
- τον λιπώδη ιστό
- τα αιμοφόρα αγγεία
- τα λεμφοφόρα αγγεία
- τα νεύρα

Το δέρμα που καλύπτει τον μαστό είναι λεπτό και ελαστικό, και περιλαμβάνει την θηλή και την θηλαία άλω.

## ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η ανάπτυξη του μαστού αρχίζει την έκτη εμβρυϊκή εβδομάδα. Κατά την γέννηση, ο μαστός αποτελείται από αδενικό, συνδετικό και λιπώδη ιστό. Στην ήβη, με την επίδραση των ορμονών, μεγαλώνει το στήθος, γιατί αυξάνει το στρώμα του. Στην ενήλικη γυναίκα, η πο-

σότητα του λίπους του μαστού καθορίζει το σχήμα του. Σε μικρότερο βαθμό αναπτύσσονται οι κυψελίδες, που διακλαδίζονται και σχηματίζονται τα λόβια. Μέσα στον λιπώδη ιστό, υπάρχουν 15-25 λοβοί. Όλοι οι μικροί γαλακτοφόροι πόροι εκβάλλουν στον κυρίως γαλακτοφόρο πόρο και αυτός με την σειρά του εκβάλλει στην θηλή, όπου υπάρχουν 15-25 ανοίγματα, ένα για κάθε γαλακτοφόρο πόρο αντίστοιχα.

## Η ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΓΑΛΑΚΤΟΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΜΑΣΤΟΥΣ

Η ορμόνη που προάγει την έκκριση του γάλακτος, είναι κυρίως η προλακτίνη, αλλά και η ACTH, τα κορτικοστεροειδή, η θυρεοειδοτρόπος ορμόνη, τα οιστρογόνα, η προγεστερόνη, και η ινσουλίνη. Οι ορμόνες αυτές βρίσκονται σε υψηλά επίπεδα κατά το τελευταίο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Μετά τον τοκετό και την έξοδο του πλακούντα, η απότομη πτώση του επιπέδου των οιστρογόνων και της προγεστερόνης, σε συνδυασμό με τα υψηλά επίπεδα των άλλων ορμονών, συντελούν στην έναρξη της γαλουχίας.

Για την έναρξη της γαλουχίας όμως, απαραίτητες είναι και οι θηλαστικές κινήσεις του νεογνού. Αυτές ερεθίζουν την θηλή, και κεντρομόλα ερεθίσματα μεταβιβάζονται στον υποθάλαμο, με αποτέλεσμα να παράγονται οι εκλυτικοί παράγοντες που προάγουν την έκκριση της προλακτίνης και της ACTH, από τον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης. Τα επίπεδα της προλακτίνης στον ορό της μητέρας τετραπλασιάζονται με την έναρξη του θηλασμού, και μετά πέφτουν, ώσπου να έρθει ο επόμενος θηλασμός.

Η διέγερση του υποθαλάμου, προκαλεί επίσης την παραγωγή και έκκριση της ωκυτοκίνης από τον οπίσθιο λοβό της υπόφυσης. Η ωκυτοκίνη συσπά τα μυοεπιθηλιακά κύταρα των κυψελίδων του μαζικού αδένα, και έτσι το γάλα προωθείται προς τους γαλακτοφόρους πόρους, και τις γαλακτοφόρους ληκύθους, για να καταλήξει στην θηλή.

Η ψυχική αγωνία, ο φόβος και η συγκίνηση, είναι καταστάσεις που αναστέλλουν την γαλουχία. Αυτό γίνεται με την αύξηση της ντοπαμίνης στον υποθάλαμο, που αποτελεί τον ανασταλτικό παράγοντα έκκρισης της προλακτίνης.

## ΤΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΓΑΛΑΚΤΟΣ

Το ανθρώπινο γάλα είναι βιολογικά εξειδικευμένο για τα βρέφη. Όλα τα θηλαστικά παράγουν γάλα, το ο-



ποίο είναι μοναδικό για τις θρεπτικές ανάγκες των μικρών τους. Είναι πλούσιο στα ειδικά θρεπτικά συστατικά, που θα εξασφαλίσουν την επιβίωση του είδους. Το όργανο επιβίωσης για τον άνθρωπο είναι ο εγκέφαλος. Κατά εκπληκτικό τρόπο, το ανθρώπινο γάλα είναι πλούσιο σε ειδικά θρεπτικά συστατικά, που προάγουν την ανάπτυξη του εγκεφάλου.

Πολύ σημαντικό είναι επίσης το μητρικό γάλα για τις ανοσοσφαιρίνες που περιέχει. Μετά τον τοκετό το βρέφος αρχίζει να φτιάχνει τις δικές του ανοσοσφαιρίνες, αλλά δεν τις παράγει σε ικανοποιητικά επίπεδα για να προστατευτεί, παρά μόνο κατά την ηλικία των 6 μηνών. Για να διορθωθεί αυτή η έλλειψη, η μητέρα δίνει στο μωρό τις ανοσοσφαιρίνες της μέσω του γάλακτος της, μέχρι να γίνει αυτό ικανό να φτιάξει τις δικές του. Το πρώτο γάλα που δέχεται το μωρό αμέσως μετά τον τοκετό, το γνωστό πύαρ ή πρωτόγαλα, του προσφέρει υψηλές δόσεις ανοσοσφαιρινών. Όμως και μετά τους 6 μήνες, το μητρικό γάλα συνεχίζει να περιέχει ανοσοσφαιρίνες.

Το ανθρώπινο γάλα περιέχει ακριβώς την σωστή ποσότητα από τα έξι θρεπτικά συστατικά που χρειάζεται το νεογνό: λίπος, πρωτεΐνες, υδατάνθρακες, άλατα, σίδηρο, και βιταμίνες.

**ΛΙΠΗ:** Κυριαρχούν τα ακόρεστα λιπαρά οξέα. Επίσης, το γάλα περιέχει ένζυμα που βοηθούν στην πλήρη πέψη του λίπους. Σε αντίθεση, το γάλα του εμπορίου δεν περιέχει αυτά τα ένζυμα, συνεπώς τα λίπη που περιέχει δεν πέπτονται πλήρως.

**ΠΡΩΤΕΙΝΕΣ:** Το μητρικό γάλα, το οποίο περιέχει μόνο ανθρώπινες πρωτεΐνες, είναι λιγότερο αλλεργιογόνο, από ότι το γάλα του εμπορίου. Επίσης είναι πιο εύπεπτο, γιατί υπερτερεί σε αναλογία η λευκωματίνη σε σχέση με την τυρίνη, ενώ το αντίθετο συμβαίνει στο γάλα του εμπορίου. Η τυρίνη είναι λευκωματίνη βιολογικής αξίας σε σύγκριση με την λευκωματίνη, και στο στομάχι δημιουργεί πολύ μεγαλύτερα πήγματα που είναι δύσπεπτα. Το μητρικό γάλα περιέχει επίσης και το μη πρωτεΐνικο αμινοξύ ταυρίνη, απαραίτητο για την ανάπτυξη του εγκεφάλου και του αμφιβληστρειδούς.

**ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΕΣ:** Το κύριο σάκχαρο στο μητρικό γάλα είναι η λακτόζη. Τα θηλαστικά με μεγαλύτερο εγκέφαλο έχουν και μεγαλύτερο ποσοστό λακτόζης στο γάλα τους. Συνεπώς το μητρικό γάλα έχει γλυκύτερη γεύση από το αγελαδινό. Στα γάλατα του εμπορίου προσθέτουν ζάχαρη, η οποία πέπτεται πιο γρήγορα σε σχέση με την λακτόζη, γεγονός που πιθανόν να προκαλεί αυξομειώσεις στο σάκχαρο αίματος του νεογνού. Η λακτόζη ευνοεί την ανάπτυξη ορισμένων αφέλιμων βακτηριδίων, τα οποία καταπολεμούν άλλα παθογόνα βακτηρίδια που προκαλούν διάρροια.

**ΆΛΑΤΑ:** Το μητρικό γάλα είναι χαμηλότερο σε άλατα, και επομένως περισσότερο ανεκτό από τα νεφρά του νεογέννητου.

**ΣΙΔΗΡΟΣ:** Το μητρικό γάλα είναι σχετικά χαμηλό σε σίδηρο σε σχέση με άλλα γάλατα στα οποία έχει προστεθεί σίδηρος. Το μωρό όμως απορροφά μόνο το 10% του σιδήρου που περιέχει το ξένο γάλα, ενώ απορροφά τουλάχιστον 50% του σιδήρου του μητρικού γάλακτος. Αυτό οφείλεται στην λακτοφερρίνη, η οποία προσκολλάται στο σίδηρο, και βοηθά το έντερο του μωρού να τον απορροφήσει. Η περίσσεια του σιδήρου που περιέχει το ξένο γάλα, επιτρέπει την ανάπτυξη παθογόνων βακτηριδίων στο έντερο που μπορεί να προκαλέσουν διάρροια.

**ΒΙΤΑΜΙΝΕΣ:** Αυτές εξαρτώνται από το διαιτολόγιο της μητέρας. Η Α και C είναι περισσότερες από ότι στο αγελαδινό γάλα, ενώ υπάρχει αρκετή βιταμίνη D σε υδατοδιαλυτή μορφή. Το μητρικό γάλα έχει απλά λιγότερη βιταμίνη K, η έλλειψη της οποίας προκαλεί την αι-

μορφαγική νόσο του νεογνού, γι' αυτό συχνά χρειάζεται να χορηγείται επιπλέον.

## ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ

- ενισχυμένη ανοσία λόγω της χορήγησης έτοιμων αντισωμάτων με αποτέλεσμα την προστασία από λοιμώδεις του αναπνευστικού, του γαστρεντερικού συστήματος, καθώς και από ιώσεις.
- πρόληψη αλλεργικών καταστάσεων
- προστασία από αναιμίες
- αύξηση της επιβίωσης των πρόωρων. Τελευταίες έρευνες έδειξαν ότι το γάλα μητέρων που γεννούν πρόωρα, έχει σημαντικά μεγαλύτερη περιεκτικότητα λευκωμάτων από το γάλα μητέρων που γεννούν κανονικά.
- αύξηση του δείκτη νοημοσύνης. Το μητρικό γάλα περιέχει τα πολυακόρεστα λιπαρά οξέα μακράς αλύσου, που είναι απαραίτητα για την ανάπτυξη του νευρικού συστήματος
- προστασία από τον κίνδυνο νεανικού διαβήτη
- πρόληψη παχυσαρκίας
- μείωση της τερηδόνας
- ελάττωση της συχνότητας του παιδικού καρκίνου
- βελτίωση του λόγου σε παιδιά με σχιστίες
- η πιο κατάλληλη τροφή για πολλές ασθένειες της νεογνικής και βρεφικής ηλικίας, όπως το σύνδρομο δυσαπορρόφησης, η δυσανεξία στο αγελαδινό γάλα, η επίμονη διάρροια, η ελκώδης κολίτιδα, η νεκρωτική εντεροκολίτιδα
- επιτυγχάνεται πλήρης ψυχική επαφή μεταξύ μητέρας – παιδιού, πράγμα απαραίτητο τόσο για την σωματική, όσο και για την ψυχική ανάπτυξη και ηρεμία του βρέφους.

## ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΗΤΕΡΑ

- ταχεία παλινδρόμηση της μήτρας της λεχαίδας
- λιγότερες πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του μαστού
- σε σημαντικό βαθμό προστασία από σύντομη νέα εγκυμοσύνη. Παρ' ότι δεν είναι μια ασφαλής αντισυλληπτική μέθοδος, αναστέλλει την ωθυλακιορρηξία στις περισσότερες γυναίκες
- ευκολία στην σίτιση του παιδιού
- οικονομία στον προϋπολογισμό της οικογένειας από την αγορά των ετοίμων γαλάτων
- ψυχική ολοκλήρωση της γυναίκας ως μητέρας. Η προλακτίνη, ορμόνη που παράγεται από τον μητρικό θηλασμό αυξάνει το «μητρικό ένστικτο»
- βοηθά στην γρήγορη επαναφορά του φυσιολογικού βάρους γιατί αποτελεί μια σημαντική κατανάλωση θερμίδων

- βοηθά την μητέρα να χαλαρώνει και να μην αντιμετωπίζει πρόβλημα αύπνιας

## ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΓΙΑ ΣΩΣΤΟ ΘΗΛΑΣΜΟ

### Θηλασμός αμέσως μετά τον τοκετό

Είναι σημαντικό ο θηλασμός να αρχίζει το συντομότερο δυνατό, ακόμη και αμέσως μετά τον τοκετό. Εκείνη την χρονική στιγμή, το νεογνό είναι πολύ δεκτικό στο να θηλάσει. Οι θηλαστικές κινήσεις, που είναι μια οικεία λειτουργία (τις κάνουν και μέσα στην μήτρα), το βοηθούν να χαλαρώνει από το στρες του τοκετού.

### Σωστή θέση της μητέρας για θηλασμό

Η θέση της μητέρας πρέπει να είναι αναπαυτική, ώστε να την βοηθά να χαλαρώνει και να μην κουράζεται. Η χαλάρωση είναι απαραίτητη για το αντανακλαστικό της εκτόξευσης γάλακτος.

### Σωστή θέση του νεογνού

Η μητέρα πρέπει να κρατάει το μωρό, έτσι ώστε ο αυχένας του να βρίσκεται στην κοιλότητα του αγκώνα της, η πλάτη του να είναι κατά μήκος του πήχη της, και οι γλουτοί του μέσα στο χέρι της. Το μωρό να είναι γυρισμένο έτσι ώστε η κοιλιά του να εφαπτεται με την κοιλιά της μαμάς. Το κεφάλι του πρέπει να είναι σε ευθεία, να μην κάνει τόξο προς τα πίσω ή να γέρνει στο πλάι, σε σχέση με το υπόλοιπο σώμα του. Επίσης πρέπει να είναι στο ύψος του στήθους της μητέρας και να μην γυρίζει το κεφάλι του ή να τεντώνει το λαιμό του για να φτάσει την θηλή.

### Πως να παίρνει τον μαστό

Το βάρος του μαστού να υποβαστάζεται με τα τέσσερα δάχτυλα από κάτω, και με τον αντίχειρα στην κορυφή. Η θηλή να πιέζεται στην αρχή, ώστε να βγει λίγο γάλα για να υγρανθεί. Η θηλαία άλως να είναι ελεύθερη για να μπορεί το μωρό να την πιάσει. Χρησιμοποιώντας το δάχτυλο πιέζουμε το σαγόνι του μωρού προς τα κάτω, έτσι ώστε να ανοίγει καλά τα χειλή του προς τα έξω και σπρώχνουμε το κεφαλάκι του προς τον μαστό για να καταφέρει να πιάσει όσο το δυνατόν περισσότερο την θηλαία άλω.

### Πως καταλαβαίνουμε ότι το μωρό τρώει κανονικά

- το μωρό θηλάζει 8-12 φορές το 24ωρο
- ακούγεται όταν καταπίνει
- το στήθος είναι μαλακό μετά τον θηλασμό
- αλλάζουμε τουλάχιστον 6 πάνες μέσα στο 24ωρο
- 2 εβδομάδες μετά την γέννηση του το μωρό έχει το ίδιο βάρος που είχε όταν γεννήθηκε
- το μωρό κάθε εβδομάδα πρέπει να παίρνει περίπου 150 γρ. βάρους



## ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΕΠΙΤΥΧΗ ΘΗΛΑΣΜΟ

- ➔ έγκαιρη και σωστή πληροφόρηση για τον θηλασμό
- ➔ συμπαράσταση – υποστήριξη από την οικογένεια, την μαία, τον γιατρό
- ➔ προετοιμασία του στήθους στην κύηση
- ➔ ηρεμία, ξεκούραση
- ➔ απομάκρυνση από τους παράγοντες που προκαλούν στρες
- ➔ αυτοπεποίθηση, θετική στάση
- ➔ αναπαυτική θέση τηνώρα του θηλασμού
- ➔ σωστό κράτημα του στήθους και του νεογνού
- ➔ έναρξη του θηλασμού το πρώτο ημίωρο μετά τον τοκετό
- ➔ θηλασμός κατά ζήτηση

## ΑΙΤΙΑ ΑΠΟΤΥΧΙΑΣ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

- ➔ απληροφόρητη ή λάθος πληροφορημένη μητέρα
- ➔ καθυστέρηση έναρξης θηλασμού
- ➔ αποχωρισμός της μητέρας από το νεογνό
- ➔ οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον προκατειλημμένο έχει αρνητική επίδραση
- ➔ διαφημίσεις που αφορούν την τεχνητή τροφή
- ➔ λανθασμένη τεχνική θηλασμού
- ➔ θηλασμός με αυστηρό ωράριο
- ➔ χορήγηση υγρών με μπιμπερό στα ενδιάμεσα γεύματα ή για συμπλήρωμα
- ➔ ζύγισμα πριν ή και μετά τον θηλασμό

## Ο ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΣΤΑ ΠΡΟΩΡΑ ΝΕΟΓΝΑ

Το γάλα των μητέρων που γεννούν πρόωρα το μωρό τους περιέχει υψηλό ποσό πρωτεΐνών και θερμίδων. Είναι λάθος να θεωρείται ότι το πρόωρο μωρό είναι πολύ μικρό για να θηλάσει. Το πρόωρο μωρό τα καταφέρνει καλύτερα με το θηλασμό, παρά με το μπιμπερό. Μελέτες έδειξαν ότι η ικανότητα να θηλάσει ένα πρόωρο μωρό μπορεί να προηγηθεί από την ικανότητα να πάρει μπιμπερό.

Ένα μικρό πρόωρο που θηλάζει, τείνει να κάνει τρεις με πέντε θηλαστικές κινήσεις, που ακολουθούνται από μία κατάποση και μία παύση. Ένα πρόωρο που θηλάζει από το μπιμπερό δεν έχει τους ρυθμούς ταΐσματος και παύσης που έχει ένα θηλάζον. Η ενέργεια που χρησιμοποιείται από το θηλάζον είναι λιγότερη από αυτή που χρησιμοποιείται από ένα μωρό που παίρνει μπιμπερό. Για το λόγο αυτό, βρέθηκε ότι τα μωρά που θηλάζουν μεγαλώνουν καλύτερα, έχουν λιγότερα επεισόδια άπνοιας και κουράζονται λιγότερο κατά τη διάρκεια του ταΐσματος. Έτσι όχι μόνο το γάλα της μητέρας είναι ανώτερο για το πρόωρο μωρό, αλλά και ο τρόπος με τον οποίο αυτό θηλάζει είναι περισσότερο ευεργετικός.

## Ο ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΣΕ ΜΩΡΑ ΜΕ ΙΚΤΕΡΟ

Τα περισσότερα νεογνά εμφανίζουν κάποιο βαθμό ίκτερο. Ο ίκτερος προκαλείται από αύξηση της χολερούθρινης. Ο καθένας μας, φυσιολογικά, παράγει κάποια ποσότητα χολερούθρινης από τον καταβολισμό των παλιών, κατεστραμμένων ερυθροκυτάρων. Η χολερούθρινη συνήθως μεταβολίζεται στο ήπαρ και γι' αυτό φυσιολογικά δε φτάνει σε υψηλές τιμές για να κιτρινίσει το δέρμα. Όμως, εάν πάρα πολλά ερυθρά αιμοσφαίρια καταστραφούν πολύ γρήγορα ή εάν το ήπαρ είναι ανίκανο να μεταβολίσει τη χολερούθρινη του αίματος, τότε εμφανίζεται οπτικά ο ίκτερος.

Ο «φυσιολογικός» ίκτερος πιστεύεται ότι οφείλεται σε μια παροδική ανωριμότητα του ήπατος. Μέσα σε λίγες μέρες το ήπαρ ωριμάζει και αρχίζει να μεταβολίζει την περίσσεια της χολερούθρινης. Σπάνια θεωρείται απαραίτητο να σταματήσει παροδικά ο μητρικός θηλασμός αν το μωρό έχει αυτόν τον «φυσιολογικό» τύπο ίκτερου. Ο φόβος ότι ο θηλασμός προκαλεί ίκτερο οφείλεται σε μια πολύ σπάνια περίπτωση (ίσως όχι περισσότερο από το 1% του ίκτερου των νεογνών), κατά την οποία το μητρικό γάλα μπορεί να επιβαρύνει τον ίκτερο. Ο μηχανισμός αυτού του γεγονότος πιστεύεται ότι οφείλεται σε ένα παράγοντα του μητρικού γάλακτος που δεν βοηθά στην διάσπαση της χολερούθρινης. Τα κριτήρια για την διάγνωση του ίκτερου από μητρικό γάλα είναι ότι αρχίζει μετά την τέταρτη μέρα της ζωής. Η χολερούθρινη μειώνεται κατά 4mg όταν διακοπεί



ο θηλασμός για 24 ώρες. Δεν είναι σωστό όμως να ενοχοποιούμε τον θηλασμό ότι μπορεί να επιδεινώσει όλους τους τύπους του ίκτερου.

Όταν το νεογνό μπαίνει σε φωτοθεραπεία και συστήνεται στην μητέρα παροδική διακοπή του θηλασμού, το αποτέλεσμα είναι μοιραίο. Ο αποχωρισμός από την μητέρα κατά την διάρκεια της φωτοθεραπείας, συν το γεγονός ότι η φωτοθεραπεία κάνει τα μωρά νωθρά και κατά κάποιον τρόπο αφυδατωμένα, οδηγεί μερικά μωρά στο να μην ενδιαφέρονται για τον θηλασμό. Αυτή η έλλειψη ενδιαφέροντος σε συνδυασμό με τον αποχωρισμό από την μητέρα, οδηγεί στην ελάττωση της παραγωγής γάλακτος σε μια περίοδο που ο συχνός θηλασμός, και η συνεχής παρουσία του μωρού, είναι απαραίτητη για να παραχθεί το γάλα. Συνεπώς δεν πρέπει να συστήνεται η διακοπή του θηλασμού. Ακόμη κι αν η φωτοθεραπεία δεν πρέπει να διακοπεί, υπάρχουν φωτοθεραπείες που είναι ενσωματωμένες στις κουβέρτες του μωρού και τυλίγονται γύρω από αυτό. Η μητέρα μπορεί να θηλάζει το μωρό καθώς αυτό κάνει φωτοθεραπεία.

Ο μητρικός θηλασμός δεν είναι μόνο μία πράξη, είναι μία εκδήλωση αγάπης. Η μητέρα χρειάζεται βοήθεια μετά τον τοκετό και το πιο κατάλληλο πρόσωπο για να τη δώσει είναι η μαία. Η μαία έχει το iερό προνόμιο να είναι κοντά στη μητέρα την ώρα του τοκετού και τις πρώτες ημέρες της λοχείας. Η καλή αρχή του μητρικού θηλασμού είναι το κλειδί για τη συνέχιση και την

καλή του επιτυχία.

Γενικά, ο διαφωτιστικός ρόλος της μαίας σχετικά με το μητρικό θηλασμό δεν περιορίζεται μόνο στη μητέρα, αλλά επεκτείνεται και σε όλη την οικογένεια. Με τις γνώσεις της και την εμπειρία της η μαία μπορεί να καταπολεμήσει ανούσιες και επιζήμιες υποδείξεις προς τη μητέρα, όπως διάφορες προλήψεις, που επιβιώνουν μέχρι τις μέρες μας.

Η φροντίδα του παιδιού απαιτεί πολύ κόπο και πάρα πολύ αγάπη. Η σωστή διατροφή του στους πρώτους μήνες της ζωής του θα επηρεάσουν σημαντικά, τόσο τη σωματική, όσο και την ψυχική του ανάπτυξη.

#### **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. ΖΑΧΟΥ Θ., ΣΟΦΑΤΖΗΣ Ι. (2000) Συμβουλές για μητρικό θηλασμό, Paper pack-Τσουκαρίδης Ι.
2. SEARS W., SEARS M. (1996) Ο θηλασμός Εκδόσεις Πατάκη
3. ΛΙΟΥΛΙΑ-ΤΣΙΤΣΙΛΩΝΗ Μ. (1998) Ο ρόλος της μαίας στην προώθηση του μητρικού θηλασμού, Ελευθώ Β' Περίοδος, Τόμος 3ος, Τεύχος 1ο, Ιανουάριος - Μάρτιος, σελ.11-15
4. ΞΕΝΟΔΟΧΙΔΟΥ Ε. Μητρικός Θηλασμός, Γυναικείο Περιοδικό Ποικιλής Ύλης
5. <http://www.iatrikionline.gr>

# Η ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΝΕΟΓΝΩΝ (Μ.Ε.Ν.Ν.)



Γράφει η Μαρία Κυριακίδου, Φυσικοθεραπεύτρια

νεογνών που κατατάσσονται ως 'υψηλού κινδύνου' για την εμφάνιση αναπτυξιακών προβλημάτων αυξάνεται σταδιακά (Ornstein et al, 1991; Blushan et al, 1993; Hadders-Algra, 2001). Έτσι λοιπόν ο κίνδυνος εμφάνισης εγκεφαλικής παράλυσης, διανοητικής υστέρησης, μαθησιακών δυσκολιών κτλ είναι αναμενόμενος.

Τα παραδοσιακά αποδεκτά κριτήρια κατάταξης των νεογνών σε 'υψηλότερου κινδύνου' συνήθως αφορούν (Deschenes et al, 2003) :

- το βάρος γέννησης τους (μικρότερο από 1250 gm),
- την διάρκεια κύησης (διάστημα μικρότερο από 32 εβδομάδες),
- την περί-γεννητική ασφυξία με επίμονα νευρολογικά σημεία κατά την πρώτη εβδομάδα της ζωής,
- την τεκμηριωμένη σοβαρή εγκεφαλική αλλοίωση όπως ενδοκοιλιακή αιμορραγία (III ή IV βαθμού) ή και περικοιλιακή λευκομαλακία.

Σύμφωνα με τους Deschenes et al, (2003) τα στοιχεία που προκύπτουν από μία πρόσφατη μακροχρόνια έρευνα (Fouron et al, 2001), η οποία πραγματοποιήθηκε σε 133 νεογνά που γεννήθηκαν μετά τις 28 εβδομάδες κύησης, δείχνουν ότι μόνο τα 65 (48,9%) από αυτά συγκέντρωσαν τουλάχιστον ένα από τα προαναφερθέντα κριτήρια κατάταξης σε 'υψηλού κινδύνου'. Ανάμεσά τους, 47 (73,1%) εμφάνισαν σημαντική αναπτυξιακή καθυστέρηση (τουλάχιστον στους 6 μήνες διορθωμένης ηλικίας) και χρειάστηκαν κυρίως φυσικοθεραπευτική παρέμβαση ή συνδυασμό φυσικοθεραπείας με εργοθεραπεία και λογοθεραπεία, κάποια στιγμή μέσα στα 5 πρώτα χρόνια της ζωής τους. Από τα υπόλοιπα 68 παιδιά που δεν συγκέντρωσαν κανένα από τα προαναφερθέντα κριτήρια, τα 33 (41,3%) επίσης χρειάστηκαν αποκατάσταση μέσα στα πρώτα 5 χρόνια της ζωής τους. Γίνεται φανερό επομένως ότι τα παραπάνω κριτήρια κατάταξης των νεογνών ως 'υψηλού κινδύνου' δεν επαρκούν από μόνα τους για τον προσδιορισμό όλων των παιδιών που θα παρουσιάσουν συγκεκριμένες κινητικές βλάβες κάποια στιγμή στο μέλλον. Επιπρόσθετα, στατιστικές προτείνουν ότι

**Η** φυσικοθεραπεία σήμερα είναι μία αναγνωρισμένη επιστήμη που εφαρμόζεται σε πληθώρα περιπτώσεων. Εκτός από τις εφαρμογές που έχει στα ορθοπεδικά και νευρολογικά περιστατικά εφαρμόζεται με επιτυχία και στα παιδιατρικά περιστατικά. Συγκεκριμένα, στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, ο ρόλος της φυσικοθεραπείας είναι διπλός. Αφενός μεν συμβάλει στην καλύτερη αναπνευστική λειτουργία των διασωληνομένων ή μη νεογνών, αφετέρου δε – με την λεπτομερή αισθητικοκινητική αξιολόγηση- βοηθάει στην έγκαιρη αναγνώριση των νεογνών που θα αναπτύξουν κάποιο αισθητικοκινητικό πρόβλημα.

Είναι πλέον γεγονός ότι η θνησιμότητα στα πρόωρα νεογνά έχει σαφώς μειωθεί λόγω της εξέλιξης της Βιο-ιατρικής τεχνολογίας στις δύο τελευταίες δεκαετίες (Doyle et al, 1997). Παρόλα αυτά όμως, ο αριθμός των

ένα ποσοστό της τάξης του 5-15% των πρόωρων νεογνών με βάρος μικρότερο των 1500 gm θα αναπτύξει μέγιστο σπαστικό κινητικό έλλειμμα ή εγκεφαλική παράλυση ενώ ένα άλλο ποσοστό της τάξης του 25-50% θα εμφανίσει μία ηπιότερη αναπτυξιακή ανικανότητα (Volpe, 1994).

Συνεπώς, η φυσικοθεραπευτική αξιολόγηση και παρέμβαση, εφόσον ζητηθεί από τους θεράποντες ιατρούς, ίσως συμπληρώνει τη σπουδαία δουλειά που προσφέρεται μέσα στη Μονάδα Εντατικής Νεογνών. Και αυτό γιατί βοηθάει στην έγκαιρη αναγνώριση κάποιων νεογνών που θα αναπτύξουν αισθητικο-κινητικό έλλειμμα κάποια στιγμή αργότερα. Η έγκαιρη αναγνώριση αυτών των νεογνών είναι ουσιαστική αφού επιταχύνει την ένταξή τους σε ένα συστηματικό νευρο-αναπτυξιακό πρόγραμμα θεραπείας.

**Πολλοί πιστεύουν πως τα πλεονεκτήματα της έγκαιρης φυσικοθεραπείας είναι αρκετά, μεταξύ των οποίων αξίζει να αναφερθούν τα εξής:**

- οι τεράστιες δυνατότητες για μάθηση σε αυτήν την ηλικία λόγω του εύπλαστου βρεφικού ιστού. Η μάθηση στηρίζεται στην αισθητηριακή εμπειρία που σημαίνει ότι το νεογνό μαθαίνει την αίσθηση της κίνησης και όχι αποκλειστικά την κίνηση.
- με την έγκαιρη έναρξη της θεραπείας και την κατάλληλη καθοδήγηση το παιδί μπορεί να προσεγγίσει πιο φυσιολογικά πρότυπα στάσης και κίνησης αφού δεν έχουν εγκατασταθεί και παγιωθεί ακόμα τα παθολογικά πρότυπα κίνησης και στάσης.
- η επανάληψη των κινήσεων μέσω της αισθητηριακής εμπειρίας μπορεί να οδηγήσει στην αυτοματοποίηση των στάσεων και κινήσεων
- η αποφυγή παθολογικών προτύπων πιθανόν να οδηγεί στην ομαλότερη εμφάνιση των φυσιολογικών σταδίων κίνησης (στροφή, ανύψωση κεφαλής, ρολλάρισμα, κάθισμα, τετραποδική, ορθοστάτιση, βάδιση).

Εδώ όμως θα ήθελα να τονίσω ότι σύμφωνα με τους Hadders-Algra, (2001) η έγκαιρη φυσιοθεραπευτική παρέμβαση είναι απίθανο να εμποδίσει την ανάπτυξη εγκεφαλικής παράλυσης, για παράδειγμα, αλλά στοιχεία που προκύπτουν από έρευνες σε ζώα (Kolb et al, 1989; Villablanca, et al, 2000) υποστηρίζουν ότι η έγκαιρη παρέμβαση θα μπορούσε να βελτιώσει τις λειτουργικές ικανότητες που εμφανίζονται αργότερα.

Οι τεχνικές αξιολόγησης αφορούν τον έλεγχο του μυϊκού τόνου και των αντανακλαστικών και φαίνονται στις φωτογραφίες.

Στη MENN του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου εφαρμόζεται ένα συγκεκριμένο πρωτόκολλο αξιολόγησης και βάσει αυτού δίνονται οι κατάλληλες οδηγίες στους γονείς ώστε να συμβάλλουν και οι ίδιοι στην καλύτερη κινητική ανάπτυξη του παιδιού τους. Οι οδηγίες αφορούν το πώς να κρατούν αγκαλιά το νεογέννητο μωρό τους, το πώς να το μεταφέρουν και να το



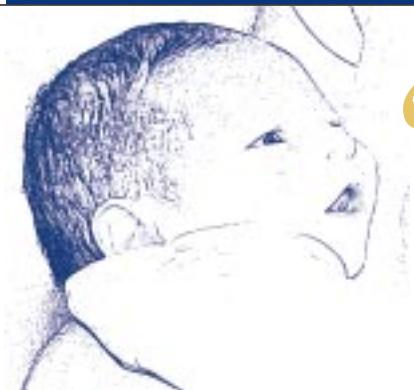
ταίζουν. Επίσης οι γονείς εκπαιδεύονται σε ειδικές ασκήσεις που θα μπορούσαν να λύσουν ένα μικρό κινητικό έλλειμμα που πιθανόν να υπάρχει στο παιδί. Εάν όμως η βλάβη είναι μεγάλη, τότε εντάσσονται σε ένα εξειδικευμένο και εντατικό πρόγραμμα φυσικοθεραπείας. Τις περισσότερες φορές το νεογνό επαναξιολογείται και μετά την έξodo του από το νοσοκομείο. Έτσι δίνεται η ευκαιρία στους γονείς να λύσουν οποιεσδήποτε απορίες έχουν αλλά και να αναφέρουν τους προβληματισμούς τους σε σχέση με την ανάπτυξη του παιδιού τους.

Προκύπτει λοιπόν ότι η φυσικοθεραπευτική αξιολόγηση και παρέμβαση είναι απαραίτητη στη νεογνική ηλικία γιατί συμβάλει στην έγκαιρη αναγνώριση παιδιών με μέγιστη ή και ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία.

Η έγκαιρη αναγνώριση επιταχύνει την ένταξη του παιδιού σε νευροαναπτυξιακό πρόγραμμα θεραπείας με όλα τα πλεονεκτήματα που αυτό έχει.



# ΠΡΑΚΤΙΚΟΣ ΟΔΗΓΟΣ ΑΝΑΝΗΨΗΣ ΤΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ



Νικόλαος Νικολαϊδης:

“ ΠΑΡΕΜΒΑΙΝΩ ΤΗ ΣΤΙΓΜΗ ΚΑΙ ΣΤΟ ΒΑΘΜΟ ΠΟΥ ΘΑ ΜΟΥ ΖΗΤΗΘΕΙ ΑΠΟ ΤΟ ΝΕΟΓΝΟ. ΑΣ ΣΕΒΑΣΘΟΥΜΕ ΤΗ ΦΩΝΗ ΚΑΙ ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΤΟΥ, ΓΝΩΡΙΖΟΝΤΑΣ ΟΤΙ ΤΟ ΛΑΘΕΜΕΝΟ, ΤΟ ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΚΑΙ ΤΟ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ, ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΙΔΙΟ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΑ. ”

**Ε**να νέο εγχειρίδιο, υπό τον τίτλο "Πρακτικός οδηγός Ανάνηψης του νεογνού" είναι ήδη κτήμα του Ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού της Β' Νεογνολογικής Πανεπιστημιακής Κλινικής του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου.

Πρόκειται για μετάφραση στην Ελληνική γλώσσα του βιβλίου RESUSCITATION AT BIRTH τη γενική ευθύνη και επιμέλεια της οποίας είχε ο αναπληρωτής Καθηγητής Νεογνολογίας του Α.Π.Θ., διευθυντής Β' MENN Γ. Νοσοκομείου Παπαγεωργίου κ. Νικόλαος Νικολαϊδης, ο οποίος προλογίζοντας το σημαντικότατο αυτό πόνημα, υπογραμμίζει μεταξύ άλλων:

"...Το εγχειρίδιο αυτό απευθύνεται:

- α) στους νεότερους συναδέλφους, για να περιορίσει το άγχος τους κατά την ανάνηψη,
- β) στους αυριανούς παιδίατρους, για να αποκτήσουν σταθερές αρχές ανάνηψης αλλά και να εμπεδώσουν αυτά που θα μελετήσουν κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης τους στη νεογνολογία
- γ) στις μαίες και σπουδάστριες μαίες, που μπορούν να προσφέρουν πολλά, ως βοήθεια πρώτης γραμμής και ως ομάδα, μαζί με τους παιδίατρους ή νεογνολόγους...".

**Ειδικότερα στον πρόλογό του ο κ. Νίκος Νικολαϊδης αναφέρει:**

“ Πάντα με συγκινούσε η "ώρα μηδέν" της ζωής, αλλά και με τρόμαζε. Στο μηδενικό αυτό χρόνο, ένα σωρό μεταβολές παίρνουν το δρόμο τους ή τροποποιούν την προηγούμενή τους λειτουργία. Όλα πρέπει να ακολουθήσουν μια σειρά αλλαγών, μια αλληλουχία μεταβολών, νομοτελειακή αναπροσαρμογή του ρόλου τους στα νέα και διαφορετικά δεδομένα, στην εξαμήντρια ζωή.

Δίπλα του, παιδίατρος ή και μαία, ίσως καθορίζουν τον χρόνο έναρξης της νέας ζωής, παρακολουθούν αυτήν την τόσο συμπυκνωμένη δραστηριότητα του "μηδενικού χρόνου", με έντονο το άγχος της συμμετοχής αλλά και του χρόνου παρέμβασης.

Κάθε δυσκολία επικοινωνίας ή αδυναμία συνεργασίας τους με το νεογνό, συχνά, οδηγεί σε αντίθετες κατευθύνσεις ή και απρόβλεπτα επακόλουθα. Το νεογνό, άλλοτε δεν ζητά βοήθεια, αλλά του "επιβάλλεται", ή, ζητά διαφορετική από την προσφερόμενη.

Πώς η "περιγεννητική ομάδα" θα ακολουθήσει τους ακριβείς "ψιθύρους βοήθειας", ή μη, του νεογνού

που γεννιέται; Πώς θα πετύχουν να επικοινωνούν με γλώσσα αντιληπτή; Πώς να βοηθηθεί ουσιαστικά, τότε και όπως αυτό μας καλεί; Μήπως δεν χρειάζεται να παρέμβουμε για να μη το αποσπάσουμε από το τεράστιο και, ιδιαίτερα εύθραυστο έργο, που τις στιγμές εκείνες επιτελεί;

Πώς θα μπορούσε να απαντήσει ο καθένας στην ερώτηση του νεογνού "γιατί με βοήθησες χωρίς να το ζητήσω;" ή "άλλη βοήθεια σου ζήτησα, γιατί μου έδωσες αυτήν που εσύ ήθελες, αυτήν που ήξερες και όταν ήθελες;".

Στα περισσότερα κράτη, οι υπηρεσίες υγείας κατάφεραν να προσεγγίσουν και να υιοθετήσουν αυτόν τον κώδικα επικοινωνίας με το νεογνό. Να επιβάλουν ενιαία γραμμή αντιμετώπισης και να επιβλέψουν την εκπαίδευση όλων των εμπλεκόμενων με την περιγεννητική φροντίδα. Νομίζω, ότι, από τη χώρα μας, απουσάζει αυτή η ενιαία στρατηγική ανάνηψης και περιορίζεται στα στενά όρια της κάθε κλινικής ή στα όρια της γραμμής του κάθε ανανήπτη, που αντιδρά κατά το δο-

κούν. "Παλιές στρατηγικές", συχνά αποτυχημένες, εκτιμήθηκαν σαν απόλυτα σωστές και αυτό συμβαίνει και στις κινήσεις του καθενός μας, που αυτονομεί-αυτοσχεδιάζει. Αυτό όμως δεν αποτελεί κριτήριο επιστημονικό για τη συνέχιση της ίδιας τακτικής. Το ατομικό πρέπει να παραχωρεί τη θέση του στο ενιαίο, από το οποίο μπορούν να εξαχθούν συμπεράσματα αλλά και επαναπροσδιορισμοί.

Με αυτό το εγχειρίδιο, προσπαθώ να δώσω στους συναδέλφους το πνεύμα μιας ομοιόμορφης στρατηγικής και μιας ευαισθητοποίησης, σχετικά με την καρδιοαναπνευστική αναζωγόνηση του νεογνού.

Επιλέγηκε το συγκεκριμένο "βιβλίο" για μετάφραση, για δύο λόγους: πρώτον, δεν είναι βιβλίο, αλλά ένα φροντιστηριακό εγχειρίδιο και δεύτερον, έχει μια αμεσότητα γραφής, που ουσιαστικά "συνομιλεί" με τον αναγνώστη.

Εκείνο που ξενίζει, είναι η συνεχής επανάληψη των περισσότερων φράσεων και βημάτων, που πολλές φορές θα εκτιμηθεί σαν εκνευριστικό ή κουραστικό. Αυτή η επανάληψη, σκόπιμα, δεν παραλήφθηκε από εμάς, επειδή εκεί στηρίζεται και η αξία του βιβλίου. Αυτό θα εκτιμηθεί από τον καθένα στο τέλος της μελέτης του.

Το εγχειρίδιο αυτό, απευθύνεται: α) στους νεότερους συναδέλφους, για να περιορίσει το άγχος τους κατά την ανάνηψη, β) στους αυριανούς παιδιάτρους, για να αποκτήσουν σταθερές αρχές ανάνηψης αλλά και να εμπεδώσουν αυτά που θα μελετήσουν. κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης τους στη νεογνολογία, γ) στις μαίες και σπουδάστριες μαίες, που μπορούν να προσφέρουν πολλά, ως βοήθεια πρώτης γραμμής και ως ομάδα, μαζί με τους παιδιάτρους ή νεογνολόγους.

Από μόνο του, το εγχειρίδιο δε θα έχει καμιά αξία, αν δεν συμπληρωθεί και από φροντιστηριακά μαθήματα, δομημένα, όμως, σε αρχές ουσιαστικής προσφοράς και εκπαίδευσης. Αυτό φιλοδοξώ να εφαρμόσω στην κλινική μας, σε κλειστές ομάδες παιδιάτρων και μαιών.

"Μέσα στο γενικό πνεύμα ενθουσιασμού υιοθέτησης πρωτοκόλλων για την ανάνηψη, δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η σημασία κάθε πρωτοκόλλου εξαρτάται από την αξία των πειραματικών δεδομένων στα οποία βασίζεται.

Το εγχειρίδιο αυτό αποτελεί οδηγό ανάνηψης και όχι ένα πρωτόκολλο. Παραθέτει τη συλλογική άποψη ατόμων με μεγάλη εμπειρία στην ανάνηψη και στη διδασκαλία του αντικειμένου.

Οι υποδείξεις που δίνονται σε καμιά περίπτωση δεν αποτελούν και το μοναδικό τρόπο ανάνηψης. Συνοψίζουν απλά, έναν ασφαλή τρόπο για μια επιτυχή ανάνηψη."



RESUSCITATION  
AT BIRTH

Resuscitation Council (UK)

## ΠΡΑΚΤΙΚΟΣ ΟΛΗΓΟΣ ΑΝΑΝΗΨΗΣ ΤΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ

Μετάφραση-Επιμέλεια:

ΝΙΚΟΛΑΪΔΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ  
ΝΕΟΓΝΟΛΟΓΟΣ

ΝΑΟΥΜ ΛΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

Τα παραπάνω είναι σχόλια από το εγχειρίδιο, αλλά θέλω και να προσθέσω: παρεμβαίνω την στιγμή και στο βαθμό που θα μου ζητηθεί από το νεογνό. Ας σεβασθούμε τη φωνή και επιθυμία του, γνωρίζοντας ότι, το λαθεμένο, το λιγότερο και το περισσότερο, είναι το ίδιο επικίνδυνα.

Ακόμη μια φορά, θέλω να ευχαριστήσω τη NESTLE για τη βοήθειά της και για αυτήν την έκδοση και τη δεσμευσή της να φθάσει στα χέρια του παιδιάτρου και της μαίας, πιστεύοντας στην αρχή ότι, ο καθένας, από τη θέση που μπορεί, υποχρεούται να βοηθήσει τον άλλον.

Τέλος, ευχαριστώ την Ναούμ Κατερίνα, που είχε το όραμα της "μιας γραμμής" στην ανάνηψη, για τη πολύτιμη συμβολή της στη μετάφραση, επεξεργασία και στην οριστική διαμόρφωση αυτού του εγχειριδίου.

”

Νικολαΐδης Νικόλαος  
Αναπληρ. καθηγητής Νεογνολογίας  
Αριστοτελείο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης  
Δ/νση επικοινωνίας: nikolaid@med.auth.gr



6<sup>η</sup>

Πανελλήνιο Ανδρολογικό Συνέδριο



# ανδρική υπογονιτητά

Νεότερες εξελίξεις στη διάγνωση και τη θεραπεία

ΠΝΘ «Παπαγεωργίου» • Θεσσαλονίκη

Παρασκευή 5 & Σάββατο 6 Νοεμβρίου

2004

## ΑΠΟ ΤΗΝ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΑΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ Α' ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ & ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΥ ΑΠΘ

Του Ιωάννη Παπαδήμα  
Καθηγητή Ενδοκρινολογίας ΑΠΘ

**Τ**ο 6ο Πανελλήνιο Ανδρολογικό Συνέδριο διοργανώθηκε από την Ελληνική Ανδρολογική Εταιρεία και έλαβε χώρα στο Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», την Παρασκευή 5 και το Σάββατο 6 Νοεμβρίου 2004.

Πρόεδρος της Ελληνικής Ανδρολογικής Εταιρείας είναι ο καθηγητής Ιωάννης Παπαδήμας και Γενικός Γραμματέας ο λέκτορας Δημήτριος Γ. Γουλής, στελέχη της Α' Μαιευτικής & Γυναικολογικής ΑΠΘ που στεγάζεται στο Νοσοκομείο μας.

Η επιλογή του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου για την τέλεση του Συνεδρίου αυτού δεν ήταν καθόλου τυχαία. Οι οργανωτές πιστεύουν ότι το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου προσφέρει όλες τις δυνατότητες για την άρτια τεχνική και επιστημονική διεξαγωγή τέτοιου είδους συνεδρίων.

Ως κύριο θέμα του συνεδρίου επελέγη για φέτος η «Ανδρική Υπογονιμότητα». Στο θέμα αυτό, όπως είναι γνωστό, συγκλίνουν τα ενδιαφέροντα πολλών ιατρικών ειδικοτήτων όπως η Γυναικολογία, η Ενδοκρινολογία και η Ουρολογία. Στα πλαίσια του συνεδρίου οργανώθηκαν τέσσερις στρογγυλές τράπεζες με ομιλητές ειδικούς επιστήμονες που ανέπτυξαν θέματα όπως:

- η διάγνωση της ανδρικής υπογονιμότητας
- η θεραπεία της ανδρικής υπογονιμότητας
- οι μέθοδοι υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στην ανδρική υπογονιμότητα και
- η στυτική δυσλειτουργία

Επιπρόσθετα, στο συνέδριο συμμετείχαν ξένοι επιστήμονες οι οποίοι έδωσαν πέντε διαλέξεις με επίκαιρα ανδρολογικά θέματα. Τέλος, σε ειδική συνεδρία παρουσιάσθηκαν οι εργασίες των Ελλήνων ερευνητών που αφορούσαν την ερευνητική δραστηριότητά τους πάνω σε θέματα ανδρικής υπογονιμότητας κατά την τελευταία διετία.

Οι υπογονιμότητα ορίζεται η μη επίτευξη εγκυμοσύνης ύστερα από ελεύθερες σεξουαλικές επαφές ενός έτους. Αποτελεί ένα ευρύ φάσμα που εκτείνεται από τις περιπτώσεις όπου είναι εντελώς αδύνατη η αυτόματη επίτευξη εγκυμοσύνης και οι οποίες ορίζονται ως στερότητα έως τις ελαφρές περιπτώσεις όπου το μόνο που απαιτείται είναι ένα μικρό επιπρόσθετο χρονικό διάστημα προσπαθειών. Η υπογονιμότητα αποτελεί πολύ συχνό πρόβλημα καθώς αφορά το 17% περίπου των ζευγαριών στην Ελλάδα και στο εξωτερικό. Υπολογίζεται ότι περίπου 200.000 ζευγάρια στην Ελλάδα δεν μπορούν να αποκτήσουν παιδί. Στο 30% των περιπτώ-





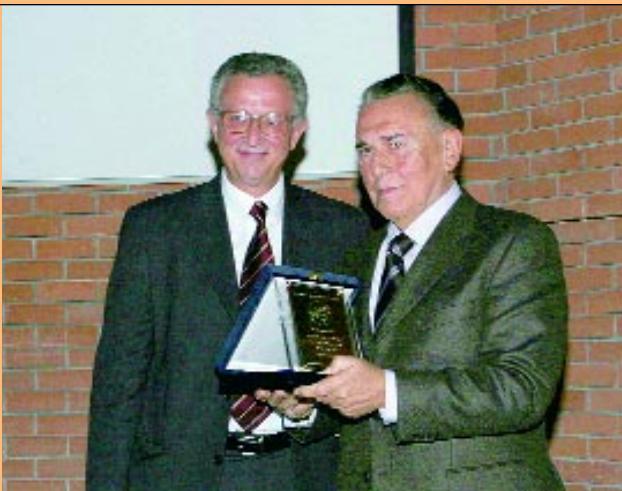
Ο καθηγητής Ιωάννης Μπόντης, Πρόεδρος Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ.



Η καθηγήτρια Αικατερίνη Καμπίτογλου, Αντιπρύτανης ΑΠΘ.

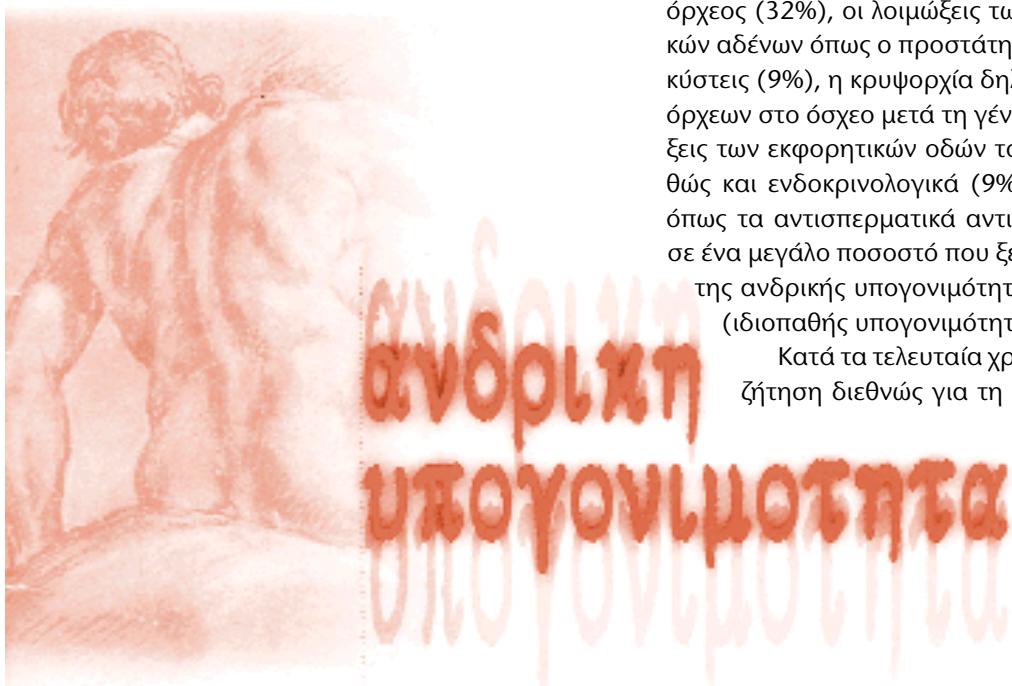


Ο καθηγητής Ιωάννης Παπαδήμας, Πρόεδρος Ελληνικής Ανδρολογικής Εταιρείας.



Βράβευση του καθηγητή Σέρμιου Μανταλενάκη από τον καθηγητή Ιωάννη Παπαδήμα.

σεων υπογονιμότητας ευθύνεται ο ανδρικός παράγοντας, στο 40% ο γυναικείος παράγοντας ενώ στο υπόλοιπο 30% συνυπάρχει αίτιο υπογονιμότητας και

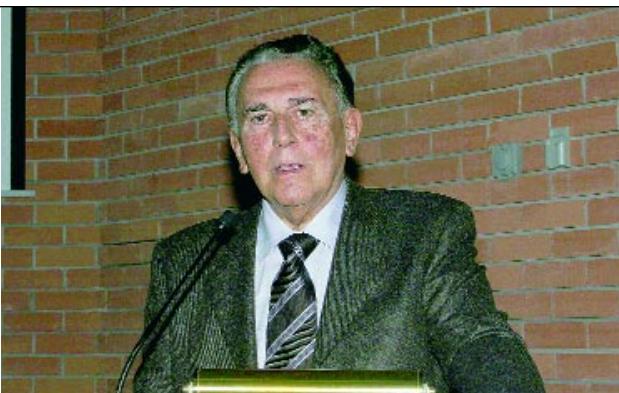


στους δύο συντρόφους.

Τα συχνότερα αίτια της ανδρικής υπογονιμότητας είναι η κιρσοκήλη, δηλαδή η διάταση των φλεβών του όρχεος (32%), οι λοιμώξεις των επικουρικών γεννητικών αδένων όπως ο προστάτης και οι σπερματοδόχες κύστεις (9%), η κρυψφροχία δηλαδή η μη κάθιδος των όρχεων στο όσχεο μετά τη γέννηση (8%), οι αποφράξεις των εκφορητικών οδών του σπέρματος (1%) καθώς και ενδοκρινολογικά (9%) ή ανοσολογικά αίτια όπως τα αντισπερματικά αντισώματα (4%). Ωστόσο σε ένα μεγάλο ποσοστό που ξεπερνά το 32%, το αίτιο της ανδρικής υπογονιμότητας παραμένει άγνωστο (ιδιοπαθής υπογονιμότητα).

Κατά τα τελευταία χρόνια γίνεται μεγάλη συζήτηση διεθνώς για τη δυσμενή επίδραση του περιβάλλοντος στην ανδρική γονιμότητα.

Αν και οι περισσότερες από τις μελέτες παρουσιάζουν



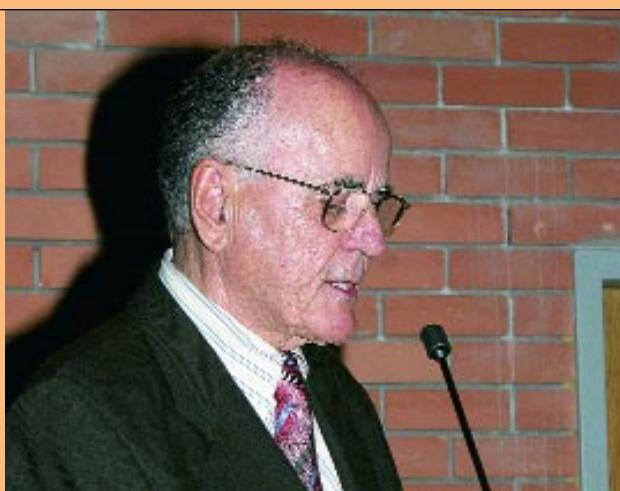
Αντιφώνηση καθηγητή Σέρμιου Μανταλενάκη.



Βράβευση του ναυάρχου ε.α., Παναγιώτη Βασιλόπουλου από τον Αν. Καθηγητή Σπύρο Μηλίγκο.



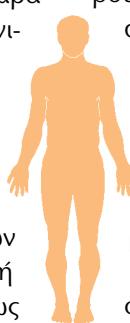
Ο καθηγητής Νικόλαος Σοφικίτης, πρόεδρος του Συνεδρίου.



Ο Νικόλαος Παπαγεωργίου, πρόεδρος του ΔΣ του νοσοκομείου.

μεθοδολογικά προβλήματα υπάρχουν αρκετά δεδομένα που υποστηρίζουν την άποψη πως μια σειρά από φυσικά (θερμότητα, ιονίζουσες ακτινοβολίες, μικροκύματα, ηλεκτρομαγνητικά πεδία, θόρυβος, δονήσεις) και χημικά αίτια (εντομοκτόνα, βαρέα μέταλλα, οργανικοί διαλύτες, οιστρογόνα στο οικοσύστημα) συμβάλλουν σε άλλοτε άλλο βαθμό στην ανδρική υπογονιμότητα.

Η διαγνωστική μελέτη του υπογόνιμου άνδρα για να θεωρείται ολοκληρωμένη πρέπει να περιλαμβάνει δύο έως τρία σπερμοδιαγράμματα, ορμονικό έλεγχο, υπερηχογραφικό έλεγχο με Doppler και σε επιλεγμένες περιπτώσεις βιοψία των όρχεων με λεπτή βελόνη (FNA) καθώς και γενετική μελέτη. Η FNA των όρχεων η οποία διενεργείται ως ρουτίνα στο Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου» είναι μια ατραυματική και πρακτική μέθοδος που δεν απαιτεί εισαγωγή στο Νοσοκομείο και που εμφανίζει τόσο διαγνωστική, όσο και θεραπευτική σημασία. Σε κάθε περίπτωση, η ακριβής διάγνωση τόσο στη γυναίκα όσο και στον άνδρα έχει πολύ μεγάλη σημασία καθώς επιτρέπει την επιλογή της καταληλότερης θεραπείας.



Θεραπευτικά, απαιτείται ομάδα ειδικών ιατρών καθώς το ζευγάρι πρέπει να αντιμετωπισθεί ως ενιαία μονάδα. Σε αντίθεση με το πρόσφατο παρελθόν, έχουμε σήμερα στη διάθεσή μας μια σειρά από αποτελεσματικές θεραπευτικές προσεγγίσεις όπως φάρμακα, χειρουργικές επεμβάσεις και μεθόδους υποβιοηθούμενης αναπαραγωγής. Πιο συγκεκριμένα η εισαγωγή της μεθόδου της εξωσωματικής μικρογονιμοποίησης (ICSI) το 1992 αποτέλεσε πολύ σημαντική πρόοδο στην θεραπευτική αντιμετώπιση της βαρείας ανδρικής υπογονιμότητας, με ποσοστό επιτυχίας που προσεγγίζει το 25% ανά κύκλο. Με τη βοήθεια των νέων θεραπευτικών μεθόδων το ποσοστό των ανδρών που δεν μπορούν να αποκτήσουν παιδί και θα χρειασθεί να καταφύγουν είτε στη χρησιμοποίηση σπέρματος από δότη, είτε στην υιοθεσία έχει μειωθεί από το 40% σε κάτω από το 5%.

Σε όλες τις περιπτώσεις το τετράπτυχο «πληροφόρηση - συνεργασία με το ζευγάρι σε όλα τα βήματα - απάντηση στα ερωτήματα που αναφύονται - ψυχολογική στήριξη» είναι κεφαλαιώδους σημασίας για την αντιμετώπιση της υπογονιμότητας.

# ΑΝΔΡΙΚΗ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ: Αίτια και σύγχρονη διαγνωστική προσέγγιση

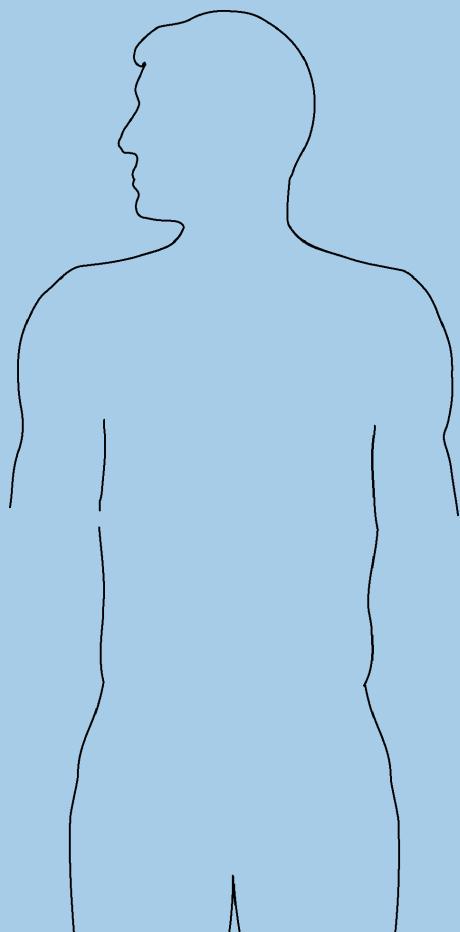
Γράφουν οι:

Ιωάννης Παπαδήμας

Καθηγητής Ενδοκρινολογίας – Ενδοκρινολογίας Αναπαραγωγής  
Α' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική ΑΠΘ

Δημήτριος Γ. Γουλής

Λέκτορας Ενδοκρινολογίας Αναπαραγωγής  
Α' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική ΑΠΘ



## 1. Ορισμοί

Η υπογονιμότητα είναι συχνό πρόβλημα, καθώς ταλανίζει το 17% περίπου των ζευγαριών. Ορίζεται ως η μη επίτευξη εγκυμοσύνης μέσα σε διάστημα 2 ετών μετά από συστηματικές επαφές. Ουσιαστικά, η υπογονιμότητα αποτελεί ένα ευρύ φάσμα που εκτείνεται από εκείνες τις περιπτώσεις όπου είναι εντελώς αδύνατη η αυτόματη επίτευξη εγκυμοσύνης οι οποίες ορίζονται ως στειρότητα, έως τις περιπτώσεις όπου το μόνο που απαιτείται είναι ένα μικρό επιπρόσθετο χρονικό περιθώριο.

## 2. Αίτια

Συχνό αίτιο υπογονιμότητας στη γυναικά αποτελούν οι διαταραχές της ωθυλακιορρηξίας. Στον άνδρα αντίστοιχα αίτια είναι η ιδιοπαθής ανεπάρκεια του σπερματικού επιθηλίου, η κιρσοκήλη και οι λοιμώξεις των επικουρικών γεννητικών αδένων, όπως αυτές του προστάτη και των σπερματοδόχων κύστεων.

Οι λοιμώξεις των επικουρικών γεννητικών αδένων διακρίνονται σε οξείες και χρόνιες. Σε αντίθεση με τις οξείες λοιμώξεις, για τις οποίες έχει αποδειχθεί οριστικά ότι προκαλούν υπογονιμότητα, η δυσμενής επίδραση των επικουρικών γεννητικών αδένων στο σπέρμα δεν είναι πάντα εύκολο να αποδειχθεί, επειδή τα διαγνωστικά κριτήρια (κλινικά, μικροβιολογικά ή κυτ-

ταρολογικά) είναι πολύ συχνά ασαφή. Στο μεγαλύτερο ποσοστό των αισθενών οι λοιμώξεις αυτές είναι απόλυτα ασυμπτωματικές και μόνο με σχολαστικό κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο είναι δυνατή η διάγνωσή τους.

Κιρσοκήλη είναι η διάταση του φλεβικού πλέγματος του σπερματικού τόνου, του οποίου το αίμα συγκεντρώνεται τελικά στην έσω σπερματική φλέβα. Πρέπει να τονισθεί ιδιαίτερα ότι η κλινική παρουσία κιρσοκήλης δεν σημαίνει κατ' ανάγκη και βλάβη της σπερματογένεσης. Σε μεγάλες σειρές ανδρών βρέθηκε ότι το 8% έως 22% του γενικού ανδρικού πληθυσμού έχει κιρσοκήλη χωρίς να επηρεασθεί η γονιμότητά του.

Η κάθοδος των όρχεων αρχίζει περίπου τον 7ο εμβρυϊκό μήνα και ολοκληρώνεται στο τρίτο τρίμηνο της κύησης ή στους πρώτους 3 μήνες μετά τον τοκετό. Το ποσοστό κρυψορχίας αμέσως μετά τον τοκετό είναι 10%, ενώ μετά ένα χρόνο πέφτει στο 2% και στους ενήλικες άνδρες είναι μόλις 0,3%.

Οι αποφράξεις των αποχετευτικών οδών του σπέρματος, όταν είναι αμφοτερόπλευρες, προκαλούν αζωοσπερμία και αποτελούν το 48% των περιπτώσεων αζωοσπερμίας. Οι αποφράξεις διακρίνονται σε συγγενείς και σε επίκτητες που με τη σειρά τους χωρίζονται σε μεταφλεγμονώδεις και σε τραυματικές.

Στη μεγάλη πλειοψηφία των περιπτώσεων η υπογονιμότητα οφείλεται σε αίτια που μπορούν να αντιμετωπισθούν με τις δυνατότητες που προσφέρει η ση-

μερινή πρόοδος της επιστήμης. Ωστόσο, σε μεγάλο αριθμό περιπτώσεων δεν είναι δυνατόν να εντοπισθεί το αίτιο που προκαλεί την υπογονιμότητα (ιδιοπαθής ανεπάρκεια του σπερματικού επιθηλίου). Τα περιστατικά αυτά τυχάνουν αντικείμενο εκτεταμένης μελέτης στην εποχή μας, με αποτέλεσμα τη διαρκή ανεύρεση νέων αιτίων υπογονιμότητας, ιδίως σε γενετικό επίπεδο.

Σε μια μετα-ανάλυση συγκεντρώθηκαν 61 δημοσιεύσεις σχετικά με την ποιότητα του σπέρματος, που κάλυπταν το χρονικό διάστημα 1938-1990. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ελάττωση της ποιότητας του σπέρματος κατά τα τελευταία 50 έτη και διατύπωσαν την άποψη ότι περιβαλλοντικοί παράγοντες ευθύνονται για αυτό το φαινόμενο.

### 3. Διερεύνηση

Η διερεύνηση της ανδρικής υπογονιμότητας αποτελεί ταχέως εξελισσόμενο πεδίο της Κλινικής Ανδρολογίας, ιδιαίτερα κατά την τελευταία πενταετία. Η διαγνωστική μελέτη του υπογόνιμου άνδρα για να θεωρείται ολοκληρωμένη δεν θα πρέπει να βασίζεται μόνο στο σπερμοδιάγραμμα, αλλά να περιλαμβάνει επίσης τη λήψη ιστορικού, την κλινική εξέταση και τον πλήρη εργαστηριακό έλεγχο.



Τα στοιχεία στα οποία δίνεται ιδιαίτερη προσοχή κατά τη λήψη του ιστορικού είναι: (1) η σεξουαλική ωρίμανση, (2) η σεξουαλική δραστηριότητα, (3) παθήσεις, τραύματα ή εγχειρήσεις σχετικές με το ανδρικό γεννητικό σύστημα, (4) η λήψη φαρμάκων που είναι δυνατό να επηρεάσουν τη σπερματογένεση, τη σεξουαλική ορμή ή την ικανότητα του άνδρα, (5) χρόνιες γενικές παθήσεις και (6) η πιθανή έκθεση σε βλαπτικούς παράγοντες εξαιτίας του επαγγέλματος.

Η κλινική εξέταση του άτεκνου άνδρα περιλαμβάνει τη γενική κλινική εξέταση και την ειδική εξέταση των επικουρικών γεννητικών αδένων. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στα κλινικά κριτήρια τα οποία σε συνδυασμό με την τιμή της τεστοστερόνης στο πλάσμα θέτουν τη διάγνωση του ανδρικού υπογοναδισμού. Τα κριτήρια αυτά είναι: (1) η κατανομή της δευτερογενούς τρίχωσης, (2) η σωματική διάπλαση, (3) η ανάπτυξη των έξω γεννητικών οργάνων, (4) η παρουσία ευνουχοειδικών αναλογιών και (5) ο όγκος των όρχεων.

Η σύγχρονη εργαστηριακή προσέγγιση περιλαμβάνει μια σειρά σπερμοδιαγραμμάτων (τουλάχιστον δύο έως τρία στιγμιότυπα), τον υπερηχογραφικό έλεγχο, τον βασικό ορμονικό έλεγχο (FSH, LH, προλακτίνη, τεστοστερόνη), τη δυναμική δοκιμασία Sertoli (EFSERT), τη βιοψία όρχεων (ανοικτή βιοψία και αναρροφητική διαλεπτής βελόνης - FNA) και τον γενετικό έλεγχο, ο οποίος περιλαμβάνει τον καρυότυπο και την αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης (PCR). Η τελευταία μέθοδος χρησιμοποιείται για τον έλεγχο των μι-



κροελείψεων του μακρού σκέλους του χρωμοσώματος Y (Yq), των μεταλλάξεων του γονιδίου της κυστικής ίνωσης και του αριθμού των επαναλήψεων CAG του ανδρογονικού υποδοχέα.

Η ακριβής διάγνωση των αιτίων της υπογονιμότητας απαιτεί τη συνεκτίμηση πολλών κλινικών και εργαστηριακών πληροφοριών από έμπειρο και εξειδικευμένο ιατρό. Πολύ σπάνια μία και μόνο εξέταση μπορεί να θέσει τη διάγνωση. Μερικές διαγνωστικές δοκιμασίες έχουν αποδείξει τη σχέση τους με τη γονιμότητα, όπως το σπερμοδιαγραμμα. Αντίθετα, έχει αποδειχθεί ότι εξετάσεις όπως ο προσδιορισμός των αντισπερματικών αντισωμάτων έχει περιορισμένη αξία ενώ η εκτίμηση της κιρσοκήλης δεν μπορεί να δώσει καμία πληροφορία όσον αφορά στο αναπαραγωγικό δυναμικό του άνδρα.

Η εισαγωγή μεθόδων όπως η δυναμική δοκιμασία Sertoli και η FNA όρχεων έχουν αλλάξει σημαντικά τη διαγνωστική προσέγγιση της ανδρικής υπογονιμότητας. Και οι δύο αυτές μέθοδοι εκτελούνται συστηματικά στο Νοσοκομείου «Παπαγεωργίου» από τη Μονάδα Ενδοκρινολογίας Αναπαραγωγής της Α' Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής ΑΠΘ με την πολύτιμη συνδρομή των τμημάτων της Μικροβιολογίας και της Κυτταρολογίας αντίστοιχα. Οι πλέον πρόσφατες αυτές προσθήκες στο οπλοστάσιο του ανδρολόγου, αποκτούν μεγαλύτερη σημασία αν συνειδητοποιηθεί ότι, παρά την εφαρμογή της μεθόδου της ενδοωαριακής έγχυσης σπερματοζωαρίων (ICSI) που άλλαξε ριζικά τις θεραπευτικές δυνατότητες, η αιτιολογική κατάταξη των περιστατικών παραμένει ο ακρογωνιαίος λίθος στην αντιμετώπιση της ανδρικής υπογονιμότητας.

#### 4. Συμπεράσματα

Τα γενικά συμπεράσματα όσον αφορά στη διαγνωστική προσέγγιση της υπογονιμότητας μπορούν να συνοψισθούν στα ακόλουθα:

- η υπογονιμότητα είναι συχνό πρόβλημα, καθώς ταλανίζει το 17% περίπου των ζευγαριών
- απαιτείται ομάδα ιατρών για την αντιμετώπιση του ζευγαριού ως ενιαίας μονάδας
- απαιτείται συνεργασία με άλλους επαγγελματίες της υγείας
- μεγάλη σημασία έχει η ακριβής διάγνωση τόσο στη γυναίκα, όσο και στον άνδρα ώστε να επιλεγεί η κατάλληλη θεραπεία
- το τετράπτυχο «πληροφόρηση – συνεργασία με το ζευγάρι σε όλα τα βήματα – απάντηση στα ερωτήματα που αναφύονται – ψυχολογική στήριξη» είναι κεφαλαιώδους σημασίας για την αντιμετώπιση της υπογονιμότητας



# ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ

## ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ

Τα Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομέου Παπαγεωργίου λειτουργούν από 16/08/1999. Τα τηλέφωνα επικοινωνίας είναι **2310/693229** και **693231**. Στο Νοσοκομείο σήμερα λειτουργούν τα παρακάτω Εξωτερικά Ιατρεία:

Α/Α	ΙΑΤΡΕΙΑ	Αριθμός ημερών Λειτουργίας εβδομαδιαίως	Ώρες Λειτουργίας
1	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ Α'	2	8:30-13:30
2	ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ Α'	3	8:30-12:00
3	ΔΙΑΒ. ΠΟΔΙ Α'	1	10:30-12:00
4	ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑΣ Α'	1	9:30-11:00
5	ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ Α'	1	8:30-11:30
6	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ Α'	5	8:30-15:00
7	ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟ	5	8:30-13:15
8	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ Β'	3	8:00-12:00
9	ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ Β'	3	8:00-11:00
10	ΔΙΑΒΗΤ. ΠΟΔΙ Β'	1	11:00-13:00
11	ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ Β'	1	8:00-11:00
12	ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΟ	4	8:30-12:20
13	ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ	4	9:00-14:00
14	ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ	5	8:30-14:00
15	ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	2	8:30-13:30
16	ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ	5	8:00-13:00
17	ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	1	11:00-13:30
18	ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ	5	8:30-12:00
19	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	5	8:30-14:00
20	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ Β'	5	8:30-13:00
21	ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	5	9:00-11:00
22	ΑΓΓ/ΕΓΚ. ΠΑΘΗΣΕΩΝ	1	9:00-12:30
23	ΑΝΟΙΑΣ	1	9:00-13:30
24	ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ	1	8:30-12:30
25	ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑΣ	1	8:30-12:30
26	ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	2	8:30-10:45
27	ΝΕΥΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ	3	8:30-13:30
28	ΠΟΛΛ. ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ	1	8:30-13:00
29	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	5	8:30-14:00
30	ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ	4	8:30-14:10
31	ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΗ	2	8:30-14:00
32	ΓΛΑΥΚΩΜΑΤΟΣ	1	8:30-14:00
33	ΠΑΙΔΟΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ	1	8:30-14:00
34	ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	5	8:30-10:00
35	ΩΡΛ	5	8:30-13:30
36	ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ	4	8:30-14:30
37	ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ	4	9:00-13:00
38	ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟ	1	9:00-10:45
39	Π. ΙΑΤΡ. ΣΚΟΛΙΩΣΗΣ	1/15ήμερο	8:30-10:00
40	Π. Ι. ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗΣ	1/15ήμερο	8:30-11:30
41	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ	2	8:30-13:15
42	ΠΑΝ.ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	5	9:00-15:00
43	ΠΑΝ. ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟ	5	8:30-13:00
44	ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ	1	9:00-13:00
45	ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ	4	8:30-12:30
46	ΑΠΟΒΟΛΕΣ	3	8:30-12:30

A/A	ΙΑΤΡΕΙΑ	Αριθμός ημερών Λειτουργίας εβδομαδιαίως	Ώρες Λειτουργίας
47	ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ	2	9:30-10:30
48	ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ	4	9:30-12:30
49	ΚΥΗΣΗ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	1	9:30-12:15
50	ΠΑΙΔ-ΕΦΗΒ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ	1	10:30-12:15
51	Π. ΓΥΝ. ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	5	8:00-13:30
52	Π. ΓΥΝ. ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ	1	10:30-12:30
53	ΑΝΔΡ. ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ	2	10:30-12:30
54	ΓΥΝ. ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ	2	10:30-12:30
55	ΟΙΚ. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	3	9:30-12:30
56	ΠΑΝ. ΟΥΡ. ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ	2	9:00-15:00
57	ΠΑΝ. ΠΡΟΣΤΑΤΗ	5	8:00-15:00
58	ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΟ	5	8:30-13:30
59	ΠΑΝ. ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡ/ΚΟ	2	8:30-13:30
60	ΠΑΙΔΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	2	8:30-12:00
61	ΠΑΝ. ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	5	8:30-13:30
62	ΠΑΝ. ΠΑΙΔ. ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟ	2	8:30-11:00
63	ΠΑΝ. ΠΑΙΔ. ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	1	9:00-13:30
64	ΠΑΝ. ΠΑΙΔ. ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ	1	11:00-13:30
65	ΠΑΝ. ΠΑΙΔ. ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡ/ΓΙΚΟ	1	11:30-13:30
66	ΠΑΝ. ΠΑΙΔ. ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ	1	11:00-13:30
67	ΠΑΝ. ΠΑΙΔ. ΚΥΣΤ. ΙΝΩΣΗΣ	1	11:00-13:30
68	ΠΑΝ. ΠΑΙΔ. ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ	1	11:00-13:00
69	ΠΑΝ. ΠΑΙΔ. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ	1	11:00-13:30
70	ΠΑΝ. ΠΑΙΔ. ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	1	9:00-13:30
71	ΠΑΝ. ΠΑΙΔ. ΠΡΟΛΗΨΗ	1	9:00-11:30
ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ			
72	ΠΑΝ. ΠΑΙΔ. ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΟ	1	11:00-13:30
73	ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ	1	10:00-13:00
74	ΠΑΝ. ΕΙΔ. ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟ	4	8:30-13:30
75	ΠΑΝ. ΠΑΙΔ. ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟ	1	8:30-11:00
76	ΠΑΝ. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	2	8:30-13:35
77	ΠΑΝ. ΧΕΙΡ. ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ	1	11:13:45
78	ΠΑΝ. ΧΕΙΡ. ΜΑΣΤΟΥ	1	8:30-11:00
79	ΠΑΝ. ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ	5	8:00-13:30

**ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΝ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΤΜΗΜΑΤΑ:**

1	ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ-ΒΙΟΧΗΜΙΚΟ-ΙΟΛΟΓΙΚΟ	24ωρη ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ 365 Ημέρες/ Χρόνο
2	ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ	24ωρη ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ 365 Ημέρες/Χρόνο
3	ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΟ	7:30 - 16:00 5 Ημέρες/Εβδομάδα
4	ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΟ	7:30 - 16:00 5 Ημέρες/Εβδομάδα
5	ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΟ	7:30 - 16:00 5 Ημέρες/Εβδομάδα
6	ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ	7:00 - 23:00 5 Ημέρες/Εβδομάδα
7	ΠΥΡΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ	8:00 - 20:00 5 Ημέρες/Εβδομάδα
8	ΤΕΧΝΗΤΟ ΝΕΦΡΟ	7:00 - 23:00 6 Ημέρες/Εβδομάδα (3 Βάρδιες)
9	ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ	24ωρη ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ, 365 Ημέρες/Χρόνο
10	ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	8:00 - 21:00 5 Ημέρες/Εβδομάδα
11	ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ	7:30 - 15:00 5 Ημέρες/Εβδομάδα

Στο Νοσοκομείο λειτουργούν **απογευματινά Εξωτερικά Ιατρεία** από 21/01/2002 και ώρες από **16:00 - 20:00**. Το τηλέφωνο επικοινωνίας είναι **2310 / 693333**. Στα παραπάνω ιατρεία συμμετέχουν οι Διευθυντές και οι Επιμελητές Α', στις παρακάτω ειδικότητες:

1	ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟ	7	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	13	ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ
2	ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ	8	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	14	ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ
3	ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ	9	ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ	15	ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ
4	ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	10	ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΟ	16	ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟ
5	ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	11	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	17	ΩΡΛ
6	ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ	12	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	18	ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ

# ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ

αντί προλόγου...

**Η** Περιτοναϊκή Κάθαρση, παρά το γεγονός ότι έχει μια πορεία παράλληλη με τον Τεχνητό Νεφρό, εξακολουθεί και σήμερα να θεωρείται ως μεθόδος δεύτερης επιλογής στη θεραπεία του τελικού σταδίου της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας.

Τα αίτια της μη εύκολης αποδοχής της μεθόδου είναι πολλά αλλά τα πιο σημαντικά έχουν σχέση με την ιατρική και νοσηλευτική υπηρεσία. Από τη μια πλευρά, εμείς οι γιατροί δεν πιστέψαμε όσο θα έπρεπε στη μεθόδο με αποτέλεσμα να την καταδικάσουμε πριν καν τη δοκιμάσουμε. Έτσι, αφού εμείς δεν έχουμε πεισθεί για τα πλεονεκτήματα της μεθόδου, είναι πολύ δύσκολο να πείσουμε τους ασθενείς να την αποδεχθούν. Από την άλλη πλευρά, οι επιλογές μας στρέφονται πάντα σε παραμελημένους ασθενείς που, ούτως ή άλλως, η επιβίωσή τους ακόμη και με τεχνητό νεφρό είναι επισφαλής.

Η νοσηλευτική υπηρεσία, παρά την προσπάθεια που κατέβαλε, χωρίς επαρκή ενημέρωση, αδυνατούσε με τη σειρά της, και δικαιολογημένα, να στηρίξει τη μέθοδο.

Η δεκαετία του '80 ήταν καταλυτική γιατί δημιούργησε τις προϋποθέσεις, με την εφαρμογή της συνεχούς φορητής κατ' οίκον περιτοναϊκής κάθαρσης, να εφαρμοσθεί με επιτυχία και συγχρόνως ο ασθενής να απαλλαγεί από τον εθισμό του νοσοκομειακού περιβάλλοντος.

Πολλοί Έλληνες νεφρολόγοι και νοσηλευτές βοήθησαν σημαντικά στην καθιέρωση της Σ.Φ.Π.Κ. στη χώρα μας και το έργο τους είναι η ήδη γνωστό και στο διεθνή χώρο.

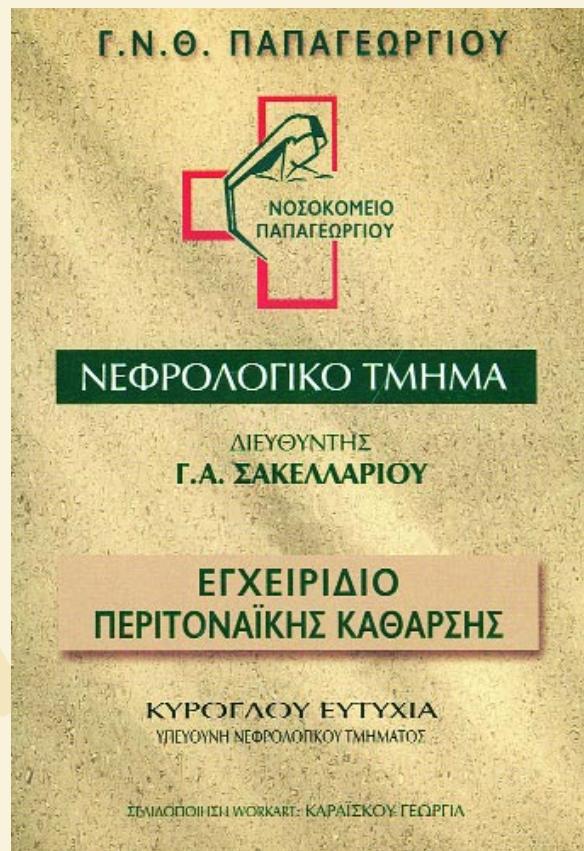
Η κα Κύρογλου Ευτυχία, νοσηλεύτρια αρχικά του Ιπποκρατείου Νοσοκομείου Θεσ/νίκης και στη συνέχεια υπεύθυνη του Νεφρολογικού Τμήματος του Νοσοκομείου «Παπαγεωργίου» ασχολήθηκε όλα αυτά τα χρόνια με τη Σ.Φ.Π.Κ. προσφέροντας μια σημαντική βοήθεια τόσο στην καθιέρωση της μεθόδου όσο και στους ασθενείς. Έχοντας βαθά γνώση του αντικειμένου μα πάνω απ' όλα υπευθυνότητα, δημιούργησε μια νέα σχολή, της νοσηλεύτριας της Περιτοναϊκής Κάθαρσης.

Το πόνημα αυτό το οποίο απευθύνεται στους ασθενείς δεν είναι τίποτε άλλο παρά η αγάπη της για τη μέθοδο, το ενδιαφέρον της για τον ασθενή και το πιστεύω της για το ρόλο της νοσηλεύτριας.

Αξίζουν θερμά συγχαρητήρια για την προσπάθεια της η οποία τιμά πάνω απ' όλα την ίδια, τη νοσηλευτική υπηρεσία και μένα που την έχω κοντά μου. Η κα Κύρογλου πιστεύω ότι είναι ένα λαμπρό παράδειγμα επιστήμονα που τη θεωρία την κάνει πράξη και αναβαθμίζει τον ρόλο της νοσηλευτικής παρέμβασης. Πιστεύω ότι το παραδειγμά της θα το μιμηθούν και άλλοι. Με όλη μου την καρδιά, αξίζει ένα μεγάλο ευχαριστώ για όλα όσα έχει προσφέρει στο χώρο της νεφρολογίας.

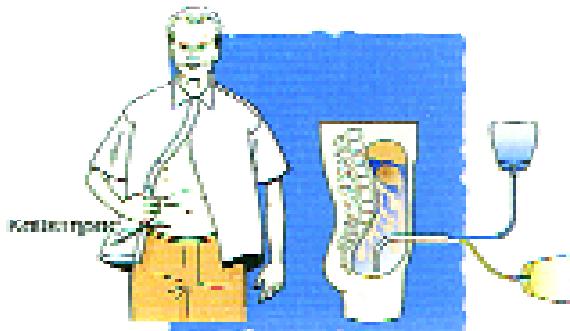
Γεώργιος Α. Σακελλαρίου

Επιμέλεια κειμένου  
**ΚΥΡΟΓΛΟΥ ΕΥΤΥΧΙΑ**  
ΥΠΕΥΘ. ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ



# ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

Υπάρχουν δύο μέθοδοι Περιτοναϊκής Κάθαρσης:



► **Συνεχής Φορητή Περιτοναϊκή Κάθαρση (Σ.Φ.Π.Κ.).** Είναι μια χειροκίνητη μέθοδος η οποία εκτελείται κατά τη διάρκεια της ημέρας.

Στην Περιτοναϊκή Κάθαρση χρησιμοποιείται μια φυσική μεμβράνη, το «περιτόναιο», μέσα στο ίδιο σας το σώμα, σαν φίλτρο. Το διάλυμα για την κάθαρση εισάγεται στην περιτοναϊκή κοιλότητα μέσα από ένα μικρό, μαλακό, πλαστικό σωλήνα που τοποθετείται μόνιμα μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα με μια μικρή επέμβαση.

Περίπου 15 εκ. απ' αυτόν το σωλήνα, που ονομάζεται περιτοναϊκός καθετήρας, παραμένει έξω από το σώμα. Σ' αυτό το σημείο συνδέεται ο σάκος που περιέχει διάλυμα. Ο καθετήρας δεν φαίνεται κάτω από τα ρούχα σας.

Ενώ το διάλυμα βρίσκεται μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα, γίνεται η κάθαρση. Τα περιττά υγρά και οι

► **Αυτοματοποιημένη Περιτοναϊκή Κάθαρση (Α.Π.Κ.)** Πραγματοποιείται με τη βοήθεια ενός μηχανήματος κατά τη διάρκεια της νύχτας ενώ κοιμάστε.

άχρηστες ουσίες αφαιρούνται από το αίμα μέσω της μεμβράνης και μεταφέρονται στο διάλυμα. Το διάλυμα αλλάζεται κάθε μερικές ώρες. Η διαδικασία αυτή ονομάζεται «ανταλλαγή» ή «αλλαγή».

Σε κάθε μέθοδο Περιτοναϊκής Κάθαρσης είναι απαραίτητο να τηρούνται οι κανόνες ασηψίας, για αποφεύγεται η επιμόλυνση. Θα εκπαιδευτείτε για τη σωστή διαδικασία της αλλαγής από το νοσηλευτικό προσωπικό της Μονάδας Περιτοναϊκής Κάθαρσης του νοσοκομείου.

Και οι δύο μέθοδοι της Περιτοναϊκής Κάθαρσης είναι αποτελεσματικές. Ο γιατρός σας και το νοσηλευτικό προσωπικό μπορούν να σας βοηθήσουν να αποφασίσετε ποια μέθοδος σας ταιριάζει καλύτερα.

## Σ.Φ.Κ.Π.

### ΕΞΑΓΩΓΗ



### ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΜΕΝΟ ΔΙΑΛΥΜΑ

Συνδέστε ένα διπλό σάκο μιας χρήσεως. Εξάγετε το χρησιμοποιημένο διάλυμα (περίπου 10 λεπτά) (περίπου 10-20 λεπτά)

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ



### ΚΑΙΝΟΥΡΓΙΟ ΔΙΑΛΥΜΑ

Εισάγετε το καινούργιο διάλυμα (περίπου 10 λεπτά)

### ΠΑΡΑΜΟΝΗ



### ΑΠΟΜΑΚΡΥΝΕΤΕ ΤΟ ΣΑΚΟ ΜΕ ΤΙΣ ΓΡΑΜΜΕΣ

Απομακρύνετε το χρησιμοποιημένο διάλυμα και τους σάκους μιας χρήσεως



### ΚΑΘΑΡΣΗ

Θα κυκλοφορείτε ελεύθερα, έχοντας μόνο τον καθετήρα. Το διάλυμα παραμένει στην περιτοναϊκή κοιλότητα για 4-8 ώρες.

Στη Σ.Φ.Π.Κ. αλλάζετε το υγρό στην περιτοναϊκή κοιλότητα κάνοντας μια χειροκίνητη αλλαγή. Η αλλαγή μπορεί να εκτελεστεί σε οποιονδήποτε καθαρό και βολικό χώρο στο σπίτι, στην δουλειά, στο σχολείο και στις διακοπές.

Στην διαδικασία της αλλαγής χρησιμοποιείται η βαρύτητα για την εξαγωγή του χρησιμοποιημένου υγρού από τη περιτοναϊκή κοιλότητα και την αντικατάστασή με καινούργιο υγρό.

Οι περισσότεροι ασθενείς χρειάζονται να κάνουν 4 (3-5) αλλαγές την ημέρα.

Σε κάθε αλλαγή συνδέετε ένα σάκο με διάλυμα (μαζί με τον άδειο σάκο για την εξαγωγή του υγρού) στον καθετήρα σας. Το χρησιμοποιημένο υγρό εξάγεται από την κοιλιά στο σάκο εξαγωγής που είναι τοποθετημένος στο πάτωμα.

Έπειτα το καινούργιο υγρό (διάλυμα) εισάγεται στην κοιλιά σας από έναν σάκο τον οποίο έχετε κρεμάσει πάνω από το ύψος του ώμου σας. Χρειάζονται περίπου 10-20 λεπτά για να εξαχθούν τα χρησιμοποιη-

μένα υγρά από την κοιλιά και 10 λεπτά για να εισαχθεί το καινούργιο διάλυμα. όταν η αλλαγή ολοκληρωθεί, αποσυνδέετε το σάκο. Όλα τα υλικά που χρησιμοποιούνται για την αλλαγή είναι μιας χρήσεως.

Στη Σ.Φ.Π.Κ. μπορείτε να φροντίζετε τον εαυτό σας στο σπίτι σας.

Η προγραμματισμένη θεραπεία είναι ευέλικτη και μπορεί να προσαρμοσθεί στις καθημερινές σας ανάγκες και στον τρόπο ζωής σας. Συνήθως χρειάζονται περίπου μία-δύο εβδομάδες να εκπαιδευτείτε στη Σ.Φ.Π.Κ.

Δεν χρειάζονται βελόνες για την θεραπεία σας. Η δίαιτά σας και η πρόσληψη υγρών είναι συνήθως λιγότερο αυστηρή σε σχέση με την αιμοκάθαρση.

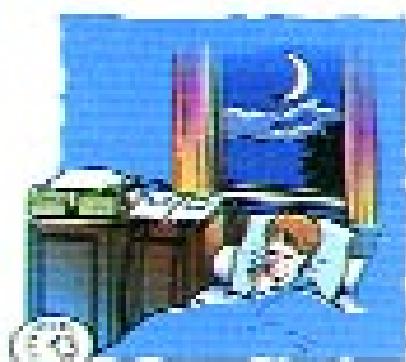
Παρόλα αυτά, πρέπει καθημερινά να βρείτε το χρόνο για τις αλλαγές. Επίσης θα χρειαστεί να βρείτε ένα χώρο στο σπίτι για την αποθήκευση υλικού.

Χρειάζεστε ένα μόνιμο καθετήρα και θα πρέπει να γνωρίζετε ότι υπάρχει ένας μικρός κίνδυνος μόλυνσης στην περιτοναϊκή κοιλότητα ή στο «σημείο εξόδου» (στο σημείο που ο καθετήρας εξέρχεται από το σώμα).

## A.Π.Κ.



Πριν κοιμηθείτε, συνδέστε την ειδική γραμμή με το μηχάνημα της Α.Π.Κ.



Το μηχάνημα πραγματοποιεί τη θεραπεία ενώ κοιμάστε (8-10 ώρες κάθαρση)



Το πρωί αποσυνδέεστε από το μηχάνημα

Όπως και η ονομασία υπονοεί, στην Αυτοματοποιημένη Περιτοναϊκή Κάθαρση (Α.Π.Κ.) χρησιμοποιείται ένα μηχάνημα για την κάθαρση.

Η κάθαρση γίνεται στο σπίτι τη νύχτα ενώ κοιμάστε. Το μηχάνημα ελέγχει το χρόνο της θεραπείας, τη θερμοκρασία του διαλύματος (σε θερμοκρασία σώματος) και την εξαγωγή και εισαγωγή του διαλύματος από και προς την κοιλιά σας.

Μερικοί ασθενείς θα χρειαστεί να κρατήσουν διάλυμα στην κοιλιά τους κατά τη διάρκεια της ημέρας.

Με αυτόν τον τρόπο εξασφαλίζεται η καλύτερη δυνατή κάθαρση.

Το βράδυ, λίγο πριν κοιμηθείτε, συνδέετε τον καθετήρα με μια ειδική γραμμή στο μηχάνημα για να ξεκινήσει η θεραπεία σας. Το μηχάνημα πραγματοποιεί την θεραπεία αυτόματα μέσα σε 8-10 ώρες. Με ακρίβεια μετράει τον όγκο του υγρού που εισάγεται και εξάγεται από την περιτοναϊκή κοιλότητα. Το πρωί αποσυνδέετε

τον καθετήρα από το μηχάνημα.

Τα μηχανήματα για τη Α.Π.Κ. είναι ασφαλή και απλά στη χρήση και μπορούν να χρησιμοποιηθούν οπουδήποτε υπάρχει ηλεκτρικό ρεύμα.

Για κάποιους ασθενείς η μέθοδος Α.Π.Κ. είναι η καλύτερη επιλογή, διότι τους ελευθερώνει από τις αλλαγές κατά τη διάρκεια της ημέρας. Προσφέρει μια ιδανική θεραπεία για αυτούς που εργάζονται, για παιδιά που πηγαίνουν στο σχολείο ή που σπουδάζουν και επίσης για τα άτομα που χρειάζονται βοήθεια. Με λίγα λόγια: η Α.Π.Κ. προσφέρει μια καλή ποιότητα ζωής.

Άλλο ένα πλεονέκτημα της Α.Π.Κ. είναι ότι μερικοί ασθενείς πετυχαίνουν καλύτερη κάθαρση όταν το διάλυμα παραμένει λιγότερη ώρα μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Αυτό είναι πιο εύκολο να επιτευχθεί κατά τη διάρκεια της νύχτας, χρησιμοποιώντας ένα μηχάνημα, παρά κατά τη διάρκεια της ημέρας, όπου ο ασθενής θα χρειαζόταν να εκτελέσει περισσότερες αλλαγές.



Η θεραπεία στην οποία υποβάλλεστε λέγεται:  
Συνεχής Φορητή Περιτοναϊκή Κάθαρση (Σ.Φ.Π.Κ.)  
Το σύστημα που χρησιμοποιείτε ονομάζεται:

.....  
.....

Υπάρχουν τριών ειδών διαλύματα:  
ΙΣΟΤΟΝΑ.....  
ΥΠΕΡΤΟΝΑ.....  
ΗΜΙΥΠΕΡΤΟΝΑ.....

**ΠΡΟΣΟΧΗ:** Το υπέρτονο και ημιυπέρτονο διάλυμα ΔΕΝ χρησιμοποιείται ποτέ στην τελευταία αλλαγή.

## Οδηγίες για την τεχνική αλλαγή της Σ.Φ.Π.Κ

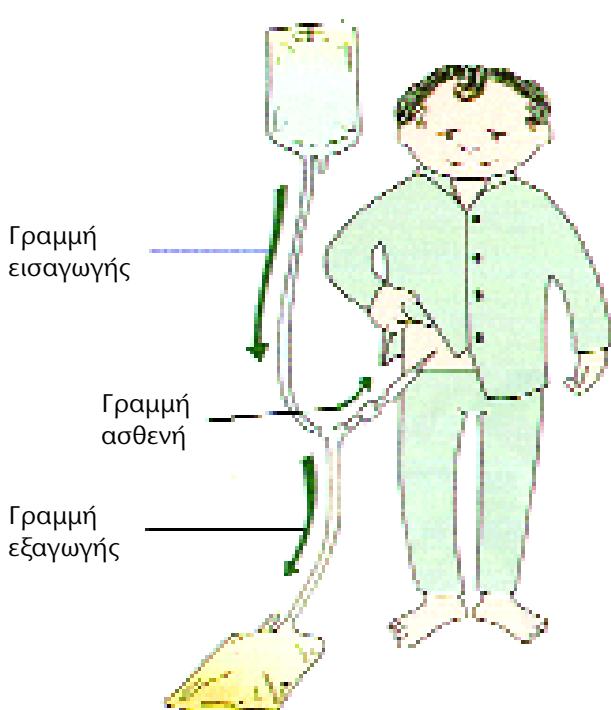
### 1. ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΧΩΡΟΥ

- ✓ Απομάκρυνση των ατόμων που δεν έχουν εργασία
- ✓ Αερισμός του χώρου
- ✓ Κλείσιμο των παραθύρων, πορτών, κλιματιστικών
- ✓ Απολύμανση επιφάνειας εργασίας (κομοδίνο) και των υλικών που θα χρησιμοποιηθούν
- ✓ Πλύσιμο των χεριών με κοινό σαπούνι και σκούπισμα με καθαρή πετσέτα.

### 2. ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗ ΥΛΙΚΟΥ

- ✓ Σάκος με το συγκεκριμένο τύπο διαλύματος που χρησιμοποιεί ο ασθενής
- ✓ Έλεγχος διαύγειας περιτοναϊκού διαλύματος
- ✓ Έλεγχος ακεραιότητας σάκου
- ✓ Έλεγχος ημερομηνίας λήξεως
- ✓ Συγκέντρωση των υλικών που θα χρειαστούν για την αλλαγή του σάκου (μάσκα-αντισηπτικό-Hibitane-αποστειρωμένες γάζες- καπάκι αποσύνδεσης αν έχει το σύστημα).

**ΠΡΟΣΟΧΗ:** Ο σάκος θα πρέπει χειμώνα-καλοκαίρι να έχει ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑ ΣΩΜΑΤΟΣ.



## ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ:

1. ΣΥΝΔΕΣΗΣ
2. ΕΞΑΓΩΓΗΣ
3. ΑΠΑΕΡΩΣΗΣ (ΦΛΑΣ)
4. ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΥΓΡΟΥ
5. ΑΠΟΣΥΝΔΕΣΗ

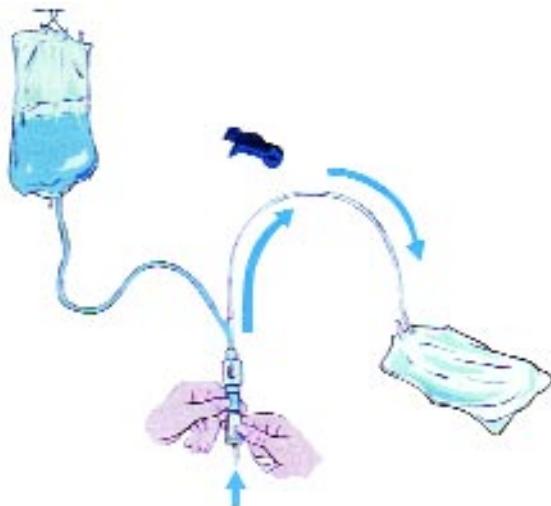


**1. Η ΣΥΝΔΕΣΗ** του σάκου με τη γραμμή σύνδεσης του ασθενή γίνεται με σταθερά και στεγνά χέρια και σε όσο το δυνατό λιγότερο χρόνο.

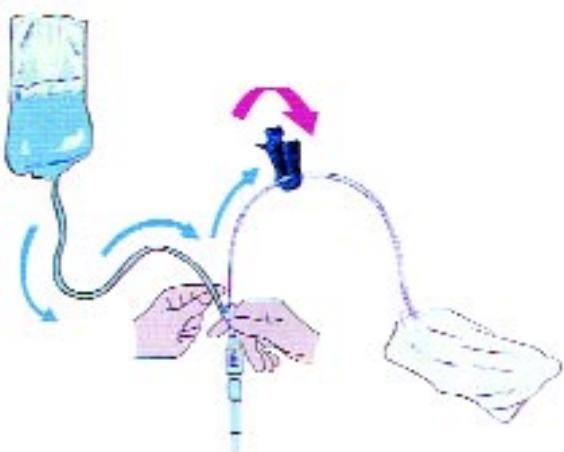
**ΠΡΟΣΟΧΗ: ΤΑ ΔΑΧΤΥΛΑ ΤΩΝ ΧΕΡΙΩΝ  
ΝΑ ΜΗΝ ΑΚΟΥΜΠΟΥΝ ΤΟ ΣΗΜΕΙΟ ΣΥΝΔΕΣΗΣ.**



**2. Στη συνέχεια γίνεται **ΕΚΚΕΝΩΣΗ** της περιτοναϊκής κοιλότητας στον αποχετευτικό σάκο. Ο ασθενής θα πρέπει να βρίσκεται σε καθιστή ή ημικαθιστή θέση. Ο χρόνος εκκένωσης διαρκεί 15-20'.**



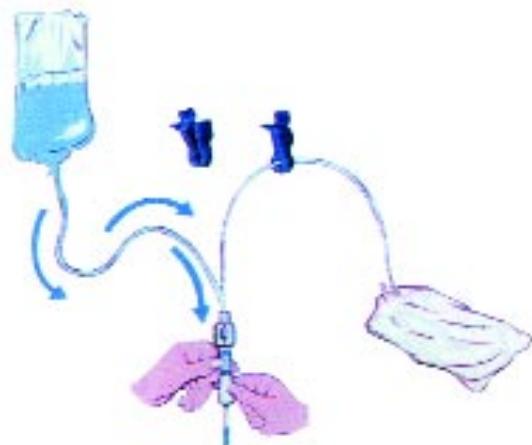
**3. Πριν γεμίσει η περιτοναϊκή κοιλότητα με το νέο διάλυμα γίνεται το φλας δηλαδή **ΑΠΑΕΡΩΣΗ ΓΡΑΜΜΩΝ (ΦΛΑΣ)** και το ξέπλυμα των γραμμών του συστήματος. Αφήνουμε 200ml καθαρού υγρού να φύγουν από το σάκο εισαγωγής και να συγκεντρωθούν στον αποχετευτικό σάκο.**



**4. Ο ασθενής μπορεί να ξαπλώσει για μεγαλύτερη ευκολία στην **ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΚΑΘΑΡΟΥ ΔΙΑΛΥΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ.****

Σ' αυτή τη φάση:

- Η γραμμή του ασθενή είναι ΑΝΟΙΚΤΗ.
- Η γραμμή εισαγωγής είναι ΑΝΟΙΚΤΗ.
- Η γραμμή εξαγωγής είναι ΚΛΕΙΣΤΗ.



**5. Στη **ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΠΟΣΥΝΔΕΣΗΣ**, αφού έχει ολοκληρωθεί η εισαγωγή του καθαρού διαλύματος:**

Σ' αυτή τη φάση:

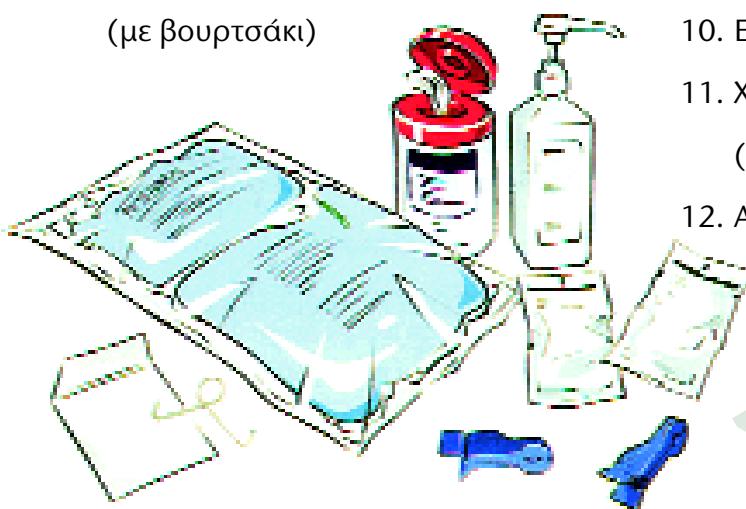
- Η γραμμή του ασθενή είναι ΚΛΕΙΣΤΗ.
- Η γραμμή εισαγωγής είναι ΚΛΕΙΣΤΗ.
- Η γραμμή εξαγωγής είναι ΚΛΕΙΣΤΗ.
- Γίνεται πλύσιμο των χεριών με αντισηπτικό(χωρίς βουρτσάκι)
- Στέγνωμα των χεριών με αντισηπτικά
- Αποσύνδεση της γραμμής του ασθενή από το σύστημα.

Μετά την ολοκλήρωση της αλλαγής, ο σάκος σκίζεται και το περιεχόμενο του χύνεται στην τουαλέτα και γίνεται απολύμανση με χλωρίνη. Τα πλαστικά υπολείμματα κλείνονται με ασφάλεια σε κοινές σακούλες σκουπιδιών και απομακρύνονται.



## Η διαδικασία αλλαγής Σ.Φ.Π.Κ. συνοπτικά είναι η εξής:

1. ΠΛΥΣΙΜΟ ΧΕΡΙΩΝ
2. ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗ ΥΛΙΚΩΝ
3. ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΜΑΣΚΑΣ
4. ΑΝΟΙΓΜΑ ΣΑΚΟΥ
5. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΠΛΥΣΙΜΟ ΧΕΡΙΩΝ  
(με βουρτσάκι)



6. ΣΥΝΔΕΣΗ
7. ΕΚΚΕΝΩΣΗ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΟΥ ΥΓΡΟΥ
8. ΖΥΓΙΣΜΑ ΑΠΟΧΕΤΕΥΤΙΚΟΥ ΣΑΚΟΥ  
ΚΑΙ ΖΥΓΙΣΜΑ ΑΣΘΕΝΗ
9. ΦΛΑΣ-ΑΠΑΕΡΩΣΗ ΓΡΑΜΜΩΝ
10. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΚΑΘΑΡΟΥ ΥΓΡΟΥ
11. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΠΛΥΣΙΜΟ ΧΕΡΙΩΝ  
(χωρίς βουρτσάκι)
12. ΑΠΟΣΥΝΔΕΣΗ

### ΥΓΙΕΙΝΗ ΣΩΜΑΤΟΣ

- ☞ Πρέπει να δίνετε μεγάλη προσοχή στην καθαριότητα του σώματος και ιδιαίτερα της περιοχής του σημείου εξόδου του καθετήρα.
- ☞ ΕΠΙΤΡΕΠΕΤΑΙ ΤΟ ΝΤΟΥΖ και όχι η παραμονή στην μπανιέρα.
- ☞ Όταν έχετε τελειώσει το ντουζ αφαιρείται η αυτοκόλλητη γάζα που βρίσκεται στο σημείο εξόδου του καθετήρα (αντιστόμιο) και σκουπίζετε αφοβά την περιοχή με αποστειρωμένη γάζα, νερό και ουδέτερο σαπούνι (FISSAN).
- ☞ Κατόπιν ξεπλένετε με νερό (με το «τηλέφωνο» της βρύσης από απόσταση) και σκουπίζετε με αποστειρωμένη γάζα.
- ☞ Στη συνέχεια ακολουθείται η διαδικασία φροντίδας του στομάτου εξόδου του καθετήρα.

### ΒΑΣΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

- Καθημερινό ζύγισμα μετά την εξαγωγή του πρωινού περιτοναϊκού υγρού
- Μέτρηση αρτηριακής πίεσης κάθε πρωί
- Μέτρηση σακχάρου
- Καθημερινός υπολογισμός του ισοζυγίου
- Καθημερινή κένωση του εντέρου
- Εφαρμόστε καλό πλύσιμο και στέγνωμα των χεριών
- Φοράτε πάντα μάσκα
- Καθαρίζετε προσεκτικά τον εξοπλισμό (επιφάνεια εργασίας, λαβίδες)
- Μην παραλείπετε κανένα από τα στάδια της διαδικασίας που μάθατε
- Μη θερμαίνετε τους σάκους σε νερό ή σε φούρνο μικροκυμάτων. Πρέπει να θερμαίνονται με ξηρή θερμότητα (π.χ. ηλεκτρική θερμοφόρα). Η θερμοκρασία δεν πρέπει να υπερβαίνει τους 37°C.
- Μην αλλάζετε σάκους μπροστά σε ανοιχτά παράθυρα
- Μην επιτρέπετε την είσοδο άλλων ατόμων χωρίς μάσκα μέσα στο δωμάτιο κατά τη διάρκεια της αλλαγής
- Ελέγχετε καθημερινά τη σωστή λειτουργία της σύνδεσης | καθαρίζετε το σημείο εξόδου του καθετήρα
- Κάνετε δύο φορές την εβδομάδα το τέστ περιτονίτιδας.

# ΙΣΟΡΡΟΠΙΑ ΥΓΡΩΝ

Είναι σημαντικό να ελέγχετε την ποσότητα των υγρών που λαμβάνει καθημερινά το σώμα σας.

Η ποσότητα υγρών που επιτρέπεται να πίνετε καθημερινή είναι συγκεκριμένη. Όταν αναφερόμαστε σε προσλαμβανόμενα υγρά δεν εννοούμε μόνο το νερό, αλλά και πάστς φύσεως ροφήματα, σούπες και κάποια φρούτα όπως το καρπούζι, το πεπόνι, το σταφύλι.

Πρέπει να διατηρείτε το βάρος σας στα κανονικά επίπεδα. Πρέπει να ζυγίζεστε κάθε πρωί, αφού έχετε ολοκληρώσει την εξαγωγή του παλιού διαλύματος.

Το βάρος του σώματος αυξάνεται όταν στο σώμα σας υπάρχει υπερβάλλον υγρό με παρουσιάζονται :

- πρησμένα μάτια
- πρησμένοι αστράγαλοι
- δύσπνοια
- υψηλή πίεση αίματος

Έτσι σ' αυτή τη φάση θα πρέπει:

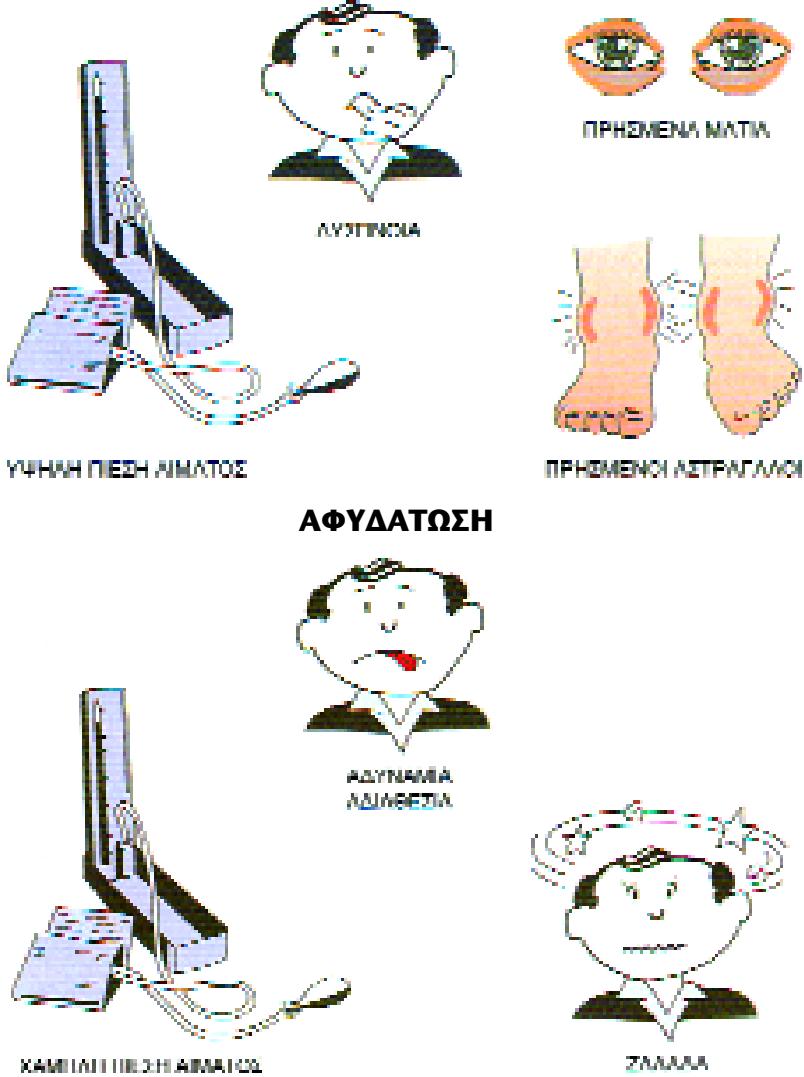
- να πίνετε λιγότερα υγρά
- να χρησιμοποιήσετε ένα υπέρτονο διάλυμα μέχρι να αποκατασταθεί η ισορροπία υγρών στο σώμα σας

Το βάρος του σώματος μειώνεται όταν στο σώμα υπάρχει αφυδάτωση, λιγότερο από το κανονικό υγρό στο σώμα σας με αποτέλεσμα να παρουσιάζονται:

- αδυναμία
- αδιαθεσία
- ζαλάδα
- χαμηλή πίεση αίματος

Έτσι σ' αυτή τη φάση θα πρέπει:

- να πίνετε περισσότερα υγρά
- να **μην** χρησιμοποιήσετε υπέρτονα διαλύματα μέχρι να αποκατασταθεί η ισορροπία υγρών στο σώμα σας.



Φροντίστε να χρησιμοποιείτε πάντα αποστειρωμένα εξαρτήματα!

Πρέπει να ελέγχεται τακτικά το υλικό σας για να αποφύγετε την ταλαιπωρία.

Φροντίστε η προμήθεια των υλικών να γίνεται έγκαιρα.

Για κάθε πρόβλημά σας που σχετίζεται με την εφαρμογή της μεθόδου μπορείτε να επικοινωνείτε με το νεφρολογικό κέντρο που σας παρακολουθεί καθ' όλο το εικοσιτετράωρο.

## ΔΙΑΙΤΑ

Στους ασθενείς που είναι ενταγμένοι στη Συνεχή Φορητή Περιτοναϊκή Κάθαρση η δίαιτα παίζει βασικό ρόλο διότι έχουν να αντιμετωπίσουν ορισμένες βασικές επιπλοκές όπως: η παχυσαρκία, η υπερλιπιδαιμία και η υπερπρωτεΐναιμία.

- Η νημερήσια πρόσληψη λευκώματος πρέπει να είναι 1,2-1,5 gr/kgr Β.Σ. Το 70% των λευκωμάτων πρέπει να είναι υψηλής βιολογικής αξίας (κρέας-ψάρι). Αντίθετα, δεν πρέπει να καταναλώνονται μεγάλες ποσότητες σε αυγά και γάλα λόγω της υψηλής περιεκτικότητας σε φώσφορο. Η εμφάνιση περιτονίτιδας αυξάνει ακόμα περισσότερο τις ανάγκες για λεύκωμα.
- Όσον αφορά την πρόσληψη ενέργειας, πρέπει οι ασθενείς να είναι πιο προσεχτικοί γιατί υπάρχει η τάση για παχυσαρκία που οφείλεται στα χρησιμοποιούμενα περιτοναϊκά διαλύματα. Κατά προσέγγιση, το 70% της γλυκόζης των διαλυμάτων απορροφώνται από το αίμα και χρησιμοποιούνται ως πηγή ενέργειας. Ιδιαίτερα, η ανεξέλεγκτη χρήση υπέρτονων διαλυμάτων συχνά προκαλεί απότομη αύξηση του σωματικού βάρους και ευθύνεται για υπερλιπιδαιμία.

Π.χ.: 2 λίτρα υπέρτονου διαλύματος 4%  
παρέχουν 220Kcal  
2 λίτρα ημιυπέρτονου διαλύματος 2,25%  
παρέχουν 120Kcal  
2 λίτρα ισότονου διαλύματος 1,5%  
παρέχουν 80Kcal

Η αντιστοιχία αυτή είναι σημαντική στον υπολογισμό της νημερήσιας πρόσληψης ενέργειας.

Προσοχή πρέπει να δοθεί στην τάση για υπεργλυκαιμία λόγω της ύπαρξης σακχάρου στα διαλύματα της περιτοναϊκής κάθαρσης.

Η αυξημένη πρόσληψη σακχάρων από τα διαλύματα μπορεί να οδηγήσει στην αύξηση των τριγλυκεριδίων και της LDL -χοληστερόλης.

### ΒΑΣΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΙΤΑΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗ Σ.Φ.Π.Κ.

Πρωτεΐνη:	1,2-1,5 gr/kgr Β.Σ./24ωρο 70-80 υψηλής βιολογικής αξίας
Ενέργεια:	1600-2000Kcal το 24ωρο στην οποία πρέπει να υπολογισθεί και ένα ποσό 400-600 Kcal επιπλέον το οποίο προέρχεται από τα περιτοναϊκά διαλύματα.
Υγρά:	500-700 ml + υπολειπόμενος όγκος ούρων
Νάτριο:	1,2-1,5 mmol/kgr Β.Σ.
Κάλιο:	1,2-1,5 mmol/kgr Β.Σ.
Φώσφορος:	40-50 mmol (1200-1500mg)
Σίδηρος:	δεν απαιτείται συστηματική χορήγηση
Βιταμίνες:	υδατοδιαλυτές του συμπλέγματος Β-Κ φοιλικό οξύ

## βιβλιογραφία

1. Επιλογές θεραπείας για την αντιμετώπιση της νεφρικής ανεπάρκειας, Εγχειρίδιο Baxter, Renal Therapies, σελ:3-4
2. Κωστενίδου Μ., Θάνου Ι.: Ενδοπεριτοναϊκή χορήγηση φαρμάκων στην Περιτοναϊκή Κάθαρση. Τόμος Πρακτικών 11ης Νοσηλευτικής Ημερίδας, Αθήνα 2001
3. Ισορροπία υγρών. Εκπαιδευτικό πρόγραμμα, Εγχειρίδιο Baxter, Renal Therapies, σελ:7-9
4. Περιτονίτιδα. Εκπαιδευτικό πρόγραμμα, Εγχειρίδιο Baxter, Renal Therapies, σελ:2-4
5. Θάνου Ι., Κωστενίδου Μ., Μαράκη Μ.: Πρωτόκολλα Νεφρολογικής Νοσηλευτικής Πρακτικής. Αθήνα 2003, III Συμβάματα που σχετίζονται με τα εξαρτήματα : (4) περιτονίτιδα., σελ:70
6. Κωστενίδου Μ.: Ενδοπεριτοναϊκή χορήγηση φαρμάκων στην Περιτοναϊκή Κάθαρση. Dialysis Living τεύχος 3, Σεπτέμβριος- Δεκέμβριος 2001, σελ:36-38
7. Σακελλαρίου Γ., Η δίαιτα της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας. Θεσσαλονίκη, 1988, σελ:35
8. Πρωτόκολλο χρόνιας φροντίδας στομίου εξόδου (ΣΕ) του μόνιμου περιτοναϊκού καθετήρα στο Θάνου Ι., Κωστενίδου Μ., Μαράκη Μ.: Πρωτόκολλα Νεφρολογικής Νοσηλευτικής Πρακτικής, Αθήνα 2003, σελ:51
9. Πρωτόκολλο αντιμετώπισης συμβάντων στην Περιτοναϊκή Κάθαρση στο Θάνου Ι., Κωστενίδου Μ., Μαράκη Μ.: Πρωτόκολλα Νεφρολογικής Νοσηλευτικής Πρακτικής, Αθήνα 2003, σελ:61-63
10. Αντιμετώπιση συμβαμάτων στην περιτοναϊκή κάθαρση, Εγχειρίδιο Baxter, Renal Therapies

# ΟΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ του θεσμού της ΔΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ σώματος ανθρώπου



Του Γιώργου Πιπερόπουλου  
Δρα Κοινωνιολογίας - Ψυχολογίας  
Καθηγητή Επικοινωνίας  
Πανεπιστημίου Μακεδονίας



**Μ**αζί με τα αμιγή επιστημονικής φύσης προβλήματα καθώς και την προβληματική των μεταμοσχεύσεων έχει προκύψει και μια ολόκληρη προβληματική δεοντολογικών και θητικών θεμάτων, που σχετίζονται και άμεσα και ζωτικά με θέματα που μπορεί να ενταχθούν στα πλαίσια του ψυχοκοινωνικού (ψυχολογικού και κοινωνιολογικού) προβληματισμού. Είναι μεγάλη η απόσταση, που διαφοροποιεί την υποκειμενική θεώρηση της πράξης της δωρεάς οργάνων σώματος εκείνου που θα είναι δότης, από εκείνον που θα είναι ο αποδέκτης. Αποτελεί κοινά αποδεκτή θέση η παρατήρηση, ότι στα σύγχρονα αστικοβιομηχανικά κοινωνικά πλέγματα τα συστήματα αξιών που διέπουν τις σχέσεις των ανθρώπων και οι στρατηγικές κοινωνικοποίησης, συνηγορούν περισσότερο στον εγκεντρισμό και τον ατομικισμό και λιγότερο στον αλτρουϊσμό και την αίσθηση ότι είμαστε συνάνθρωποι και όχι απλά και μόνο εγωαποθητικές φιγούρες και μικρές κεντρομόλες υπάρξεις.

Το θέμα της μετά θάνατο δωρεάς οργάνων σώματος είναι αναμφίβολα και πολύ επίπεδο και πολυσύνθετο. Η προσωπική μας θεώρηση αυτού του φαινομένου θα στηριχθεί πάνω σε τρεις θεμελιακούς άξονες ανάλυσης και αξιολόγησης και συγκεκριμένα: 1) Στον ψυχολογικό που είναι σχεδόν συνώνυμος με την υποκειμενική αίσθηση του εαυτού μας, με το "self concept". Μια έννοια που συμπεριλαμβάνει, τόσο τα

μυοσκελετικά δεδομένα της οντότητάς μας, όσο και τις ποικίλες ψυχολογικές και κοινωνιολογικές παραμέτρους. 2) Στον κοινωνιολογικό, που αναφέρεται στις λειτουργίες και τις μεθόδους της κοινωνικοποίησης μέσα από την οποία κάθε άτομο μετουσιώνεται από βιολογικό τον σε ανθρώπινη κοινωνική ύπαρξη., 3) Στον υπαρξιακό, που ταυτίζεται με την έννοια της ώριμης αντιμετώπισης και αποδοχής του κύκλου "ζωής - θανάτου", με εκείνα τα πανάρχαια και γνωστά δεδομένα, που η Κινέζικη παράδοση χαρακτηρίζεται ως Ying και Yang, με αυτό που θα μπορούσαμε να αποκαλέσουμε εμείς εδώ, πράξη υψίστης εκδήλωσης αγάπης προς τον συνάνθρωπό μας.

Ο θεμελιακός πυρήνας της παραπάνω θέσης μας συνίσταται στην υπόθεση, ότι για να γίνει ένα άτομο "δωρητής" χρειάζεται να έχει μια υγιή τοποθέτηση απέναντι στην έννοια και την πραγματικότητα που αποκαλούμε ζωή. Ας δούμε, όμως, καθένα από αυτούς τους τρεις άξονες κάπως πιο αναλυτικά.

## Η έννοια του εαυτού

Εάν υποθέσουμε, ότι η έννοια του "εαυτού" έχει μια αντικειμενική, πέρα από την υποκειμενική της υπόσταση, τότε πρέπει να θεωρήσουμε ότι το σώμα μας είναι ταυτόσημο με τον εαυτό μας, ή ότι τουλάχιστον κάποιο συγκεκριμένο μέρος του σώματός μας, ταυτίζεται με την υποκειμενική έννοια του εαυτού μας. Ο E. Horowitz, ζητώντας από ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα ατόμων να προσδιορίσουν με ποιο σημείο του σώματός τους ταυτίζουν τον εαυτό τους, πήρε απαντήσεις που αναφέρονταν στην καρδιά, στα μάτια στον εγκέ-

φαλο και ακόμη και στην αναπνοή. Είναι αλήθεια, ότι το κάθε άτομο αντιλαμβάνεται και αξιολογεί το σώμα του, τα όργανα του σώματός του και τις λειτουργίες τους, με τον ίδιο τρόπο που αντιλαμβάνεται και αξιολογεί άλλα αντικείμενα και καταστάσεις. Με βάση τις υποκειμενικές αντιλήψεις για τη φυσική του υπόσταση και με τις εκτιμήσεις των άλλων για το άτομό του, ο κάθε άνθρωπος αποκτά μια συγκεκριμένη εικόνα των φυσικών δυνατοτήτων του και, συχνά, προσαρμόζει τη συμπεριφορά αλλά και το στυλ της ζωής του γενικότερα, σύμφωνα με αυτές τις υποκειμενικές του αντιλήψεις.

Αναμφίβολα, μια ενδελεχής ανάλυση της έννοιας του εαυτού και της προσωπικότητας δεν ανήκει στο χώρο αυτό. Κρίνεται, όμως, σκόπιμο για την ανάπτυξη των θέσεών μας, να κάνουμε μια πολύ σύντομη αναφορά σε τρεις κλασικές αναλύσεις της έννοιας του "εαυτού" που έγιναν από τον Αμερικανό κοινωνιολόγο C. H. Cooley, τον επίσης αμερικανό κοινωνικό ψυχολόγο G. H. Mead και τον Αυστριακό ψυχίατρο S. Freud.

Σύμφωνα με τη θεωρία του Cooley οι έννοιες του προσώπου και της κοινωνίας είναι αναπόσπαστες η μια από την άλλη και μάλιστα "... το μεμονωμένο άτομο ή πρόσωπο αποτελεί μια αφηρημένη έννοια άγνωστη εμπειρικά. Το ίδιο συμβαίνει και με την έννοια της κοινωνίας, εάν θελήσουμε να τη δούμε ξεχωριστά από τα άτομα που τη συνθέτουν, που την αποτελούν". **Με άλλα λόγια, η έννοια του προσώπου δεν είναι ούτε περισσότερο αλλά ούτε και λιγότερο πραγματική από την έννοια της κοινωνίας.** Οι έννοιες πρόσωπο και χαρακτήρας είναι αφηρημένες όπως είναι, αναλογικά, και οι έννοιες της κοινωνίας και της ομάδας, ακριβώς επειδή δεν δηλώνουν κάποια φυσική υπόσταση. Στο θεωρητικό του υπόδειγμα που το χαρακτήρισε ως "αντικατοπτριζόμενο εαυτό" (the looking glass self) ο Cooley διαμόρφωσε την υπόθεση ότι το κάθε άτομο δημιουργεί μια υποκειμενική αίσθηση του εαυτού του και επιδείχνει συμπεριφορά ή αντλεί υποκειμενικά συναισθήματα ακολουθώντας συνειδητά ή υποσυνείδητα μια προοδευτική εξελικτική πορεία, που απαρτίζεται από τρεις φάσεις ή στάδια όπου: 1) το άτομο φαντάζεται ή υποθέτει πως το βλέπουν οι άλλοι, 2) το άτομο φαντάζεται πως οι άλλοι κρίνουν αυτά που βλέπουν σε αυτό και 3) το άτομο δημιουργεί θετικά ή αρνητικά συναισθήματα σαν αποτέλεσμα των προηγούμενων δύο σταδίων.

Στο δικό του σχήμα ο G.H. Mead συμβάλλει με ιδιαίτερη επιτυχία στην ανάπτυξη της ιδέας της συμβολικής επικοινωνίας και αλληλεπίδρασης ή συναλλαγής, επισημαίνοντας το γεγονός, ότι σε αντίθεση με άλλα όντα του πλανήτη μας ο άνθρωπος διαθέτει ικανότητες επικοινωνίας μέσω του προφορικού και γραπτού λό-

γου. Την υποκειμενική έννοια της "συνείδησης", που αναφέρεται στην εσωτερίκευση των κοινωνικών κανονισμών συμπεριφοράς ο Mead την χαρακτήρισε σαν αντιπροσωπευτική του στοιχείου εκείνου της έννοιας του "εαυτού", το απεκάλεσε "εμέ" (στα αγγλικά "me") και θεώρησε ότι αντιστοιχεί στο υποσύστημα της προσωπικότητας, που ο Freud χαρακτήρισε ως "υπερεγώ". Συγκεκριμένα το "me" του Mead αναφέρεται σε εκείνο το στοιχείο του εαυτού μας, που αποτελεί απόληξη μιας επιτυχημένης ολοκλήρωσης της διαδικασίας της κοινωνικοποίησης. Ο Mead, όμως, αναφέρει και ένα άλλο στοιχείο της δισυπόστατης για αυτόν έννοιας του "εαυτού" δηλαδή το "εγώ" (που στα αγγλικά εκφράζεται με το "I" και το οποίο χαρακτηρίζεται ως αιθόρυμη και δημιουργικό και έχει τάσεις για έκφραση πρωτοβουλίας).

Μέσα στα πλαίσια της σύγχρονης κοινωνικής πραγματικότητας, το υποσύστημα του "I" ίσως ν' αποτελεί το προεξέχον στοιχείο του εαυτού μας στα αστικοβιομηχανικά πλέγματα, στα οποία η αίσθηση της απόλυτης προσωπικής ανεξαρτησίας εγγίζει δυναμικά ακόμα και τα όρια της καθολικής αλλοτρίωσης του ατόμου από την ανθρώπινη ομάδα, αλλά και από τον ίδιο του τον εαυτό.

Για τον Freud, η έννοια του εαυτού αποτελείται, όπως είναι γνωστόν, από τρία συγκεκριμένα υποσυστήματα, δηλαδή το "Id", το "Superego" και το "Ego". Το "Id" αποτελεί το υποσύστημα, παρόν από τη στιγμή της γέννησής μας, που αντιπροσωπεύει το σύνολο των τυφλών, ζωδών, εγκεντρικών αναγκών και επιθυμιών του ατόμου. Ποτέ δεν κοινωνικοποιείται απόλυτα και λειτουργεί σύμφωνα με την "Αρχή της ικανοποίησης". Η συλλογική μας συμβίωση σε κοινωνικά συστήματα όπου η ατομική συμπεριφορά διέπεται από συγκεκριμένους νόμους έχει επιτύχει μόνο τον περιορισμό και μερικό έλεγχο του δυναμικού αυτού υποσυστήματος, όχι όμως και την καθολική υποταγή του και την εξάλειψή του.

Τον έλεγχο και τους περιορισμούς στις εκφράσεις του "Id" τους ασκεί το δεύτερο υποσύστημα της προσωπικότητάς μας, που αποκαλείται "Superego" και αποτελεί απόρροια και επιτυχή απόληξη των διαδικασιών της κοινωνικοποίησης του ατόμου στο κοινωνικό του σύστημα. Μεταφραζόμενος στα ελληνικά ο όρος δεν ισοδυναμεί με ένα "υπέρμετρο εγώ", αλλά περιγράφει την απόκτηση από το άτομο μιας κοινωνικής συνείδησης, καθώς αυτό ενστερνίζεται πλέον τα επιβαλλόμενα από το περιβάλλον απαγορευτικά μηνύματα στην επίδειξη συμπεριφοράς.

Το τρίτο υποσύστημα ο Freud το απεκάλεσε "Ego"

Κοινωνικό ποίηση	Στάσεις
------------------	---------

και είναι το σύστημα που προσανατολίζεται στην κοινωνική πραγματικότητα και διαδραματίζει το ρόλο του διαιτητή ανάμεσα στις αντιθετικές λειτουργίες και επιδιώξεις του "ανώριμου και εγωκεντρικού id" και του "απαιτητικού και αλτρουιστικού superego". Το "Ego" μπορεί να ταυτίζεται με την υποκειμενική αίσθηση της ταυτότητας του κάθε ατόμου και λειτουργεί στηριζόμενο στην "Αρχή της πραγματικότητας".

Επώθηκε παραπάνω, ότι συχνά η υποκειμενική αίσθηση του εαυτού μας αναφέρεται ή καθολικά στο σώμα μας ή σε ένα συγκεκριμένο όργανό μας και από εδώ ακριβώς μπορούμε να υποθέσουμε, ότι ξεκινά ο πρώτος αρνητισμός απέναντι στην ιδέα και την πράξη της δωρεάς ενός οργάνου μας - μετά θάνατον. Ξεκινά από την υποκειμενική αίσθηση του "διαμελισμού" του ακρωτηριασμού" και ενισχύεται από σωρεία μύθων αναφορικά με την μεταφυσική αίσθηση της αρτιμέλειάς μας και της σωματικής μας ακεραιότητας.

Γιατί όσο και αν είναι αλήθεια, ότι εφόσον ζει ένας οργανισμός έχει ανάγκη όλων των οργάνων του για να προσαρμοσθεί στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος, δεν παύει να είναι επίσης αλήθεια, ότι πολλά άτομα μπορούν να ζήσουν και με ένα π.χ. νεφρό και χαρίζονταις -εν ζωή - τον άλλο νεφρό σε ένα παιδί τους ή κάποιο συγγενικό πρόσωπο.

Όπως επιβεβαιώνουν τα στατιστικά στοιχεία στις δωρεές οργάνων "εν ζωή" πρωτεύοντα ρόλο διαδραματίζουν οι μητέρες και όπως πολύ σωστά έχει ειπωθεί στο παρελθόν, εάν υπήρχε ο τρόπος μια μητέρα να δώσει ακόμη και ένα κομμάτι του μυοκαρδίου της για να ζήσει ένα αγαπημένο της πρόσωπο, τότε ίσως η συντριπτική πλειοψηφία των μητέρων όλου του κόσμου θα το είχαν κάνει. Αυτό δυστυχώς, για πολλούς και διάφορους λόγους δεν ισχύει για τους άνδρες, μιολονότι υπάρχουν πολλά και φωτεινά παραδείγματα που απλά και μόνο επιβεβαιώνουν τον κανόνα.

Το πρόβλημα της ψυχοκοινωνικής σύγχυσης που προκύπτει ανάμεσα στη συνειδητή πράξη της δωρεάς ενός οργάνου ή και ολόκληρου μας του σώματος και τις υποσυνείδητες ανάγκες μας για την αίσθηση της "αρτιμέλειας" και της σωματικής "ακεραιότητας" προβάλλει έντονο, όταν κανείς αναλογισθεί ότι η δωρεά θα είναι μεταθανάτια πράξη. Όταν δηλαδή πάψει να υπάρχει κανείς ως μυοσκελετική οντότητα αλλά και ως ψυχοκοινωνική οντότητα, ως "εαυτός".

## Κοινωνικό ποίηση και στάσεις

Ένας δεύτερος άξονας στήριξης της προσέγγισής μας σχετίζεται με τα φαινόμενα, τα δεδομένα και τις

διαδικασίες της κοινωνικοποίησής μας. Η στάση είναι ένας όρος που περιγράφει τα συναισθήματα που μας διακατέχουν απέναντι σε ένα πρόσωπο, μια οργανωμένη ομάδα ακόμη και σε μια ιδέα ή και δραστηριότητα. Εκείνο που έχει ιδιαίτερη σημασία στην έννοια της στάσης, είναι ότι περιέχει και γνωστικά και συναισθηματικά στοιχεία που απολήγουν στη διαμόρφωση και εκδίλωση κάποιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς. Συχνά, άτομα, ομάδες και οργανωμένοι φορείς στην προσπάθειά τους να αλλάξουν τις στάσεις άλλων ατόμων ή ομάδων πάνω σε κάποιο συγκεκριμένο θέμα κοινού ενδιαφέροντος, στηρίζονται στην προσεκτική "παρουσίαση γεγονότων", ελπίζοντας ότι η κατανόησή τους θα έχει τα επιθυμητά θετικά αποτελέσματα γι' αυτήν την προσπάθειά τους.

Οι προσπάθειές μας να "πείσουμε" άτομα ή ομάδες να αποδεχθούν τη θέση μας, να αλλάξουν τις δικές τους στάσεις,

**1) Στον πομπό (ή την πηγή):** Πολλές ψυχοκοινωνικές μελέτες πιστοποιούν το γεγονός, ότι η αλλαγή στάσεων εξαρτάται, τόσο από την ικανότητα του πομπού να πείσει ένα συγκεκριμένο ακροατήριο, όσο και από το περιεχόμενο της παρουσίασής του. Με άλλα λόγια, σημασία έχει "ποιος" το λέει και όχι μόνο "τι" λέει.

**2) Στο μήνυμα:** Η πειστικότητα ενός μηνύματος εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τον ακριβή τρόπο με τον οποίο έχει δομηθεί και έχει οργανωθεί. Σχετικές έρευνες επικεντρώθηκαν σε παράγοντες, όπως τη σειρά παράθεσης των επιχειρημάτων, την πιθανότητα παρουσίασης μόνο της μιας ή όλων των υπαρχόντων απόψεων, καθώς και το βαθμό απόκλισης των προτεινόμενων στάσεων από τις δεδομένες στάσεις του ακροατηρίου .

**3) Στο μέσο:** Η αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας μας εξαρτάται και από το εάν η παρουσίαση γίνεται μέσω του γραπτού ή του προφορικού λόγου, μέσω του ραδιοφώνου ή της τηλεοράσεως κ.ο.κ.

**4) Στο δέκτη (ακροατήριο):** Είναι κοινά αποδεκτό, ότι μερικά άτομα φαίνεται να επηρεάζονται πιο εύκολα από μερικά άλλα. Γενικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι η αλλαγή στάσεων ως αποτέλεσμα μιας νέας παρουσίασης σχετίζεται και με την απόσταση, που έχει η νέα στάση με τις υπάρχουσες στο άτομο στάσεις.

Η ραγδαία αλλαγή του ελληνικού κοινωνικού συστήματος από αγροτικό σε αστικοβιομηχανικό κατέλυσε και τις πατροπαράδοτες έννοιες της αρωγής και της συμπαράστασης ακόμη και εκείνου του Ελληνικού "φιλότιμου". Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα ο σύγχρονος Έλληνας και η Ελληνίδα να εξαντλεί την αίσθηση της κοινής συνύπαρξης και ανθρωπιάς στα μέλη της άμε-

σης οικογένειάς του. Εάν υπήρχε, και θα χρειασθεί να υπάρξει μέσα από συνεχή και προσεκτικά μεθοδευμένη προσπάθεια αλλαγής στάσεων του ελληνικού κοινού, μια υγιής τοποθέτηση πάνω στο θέμα της μεταθανάτιας δωρεάς οργάνων σώματος, εάν γινόταν αυτή η πράξη μια εκδήλωση αγάπης πρώτα προς τη ζωή και στη συνέχεια προς το συνάνθρωπό μας, τότε τα περισσότερα άτομα δεν θα τοποθετούνταν αρνητικά στο να προσφέρουν κάτι που τους είναι - κυριολεκτικά - άχρηστο.

Πριν μερικά χρόνια, σε μια καμπάνια του Αμερικανικού Ερυθρού Σταυρού, ο ερευνητής ψυχοκινητικής E. Dichter έκανε την υπόθεση ότι πολλοί άνδρες αποφεύγουν να γίνουν δωρητές αίματος, επειδή, σε βαθύ, υποσυνείδητο επίπεδο "φοβούνται πως η απώλεια αίματος απολήγει σε μείωση της ζωτικής τους δύναμης και του ανδρισμού τους". Στη συνέχεια, ο Dichter συνέστησε η καμπάνια να δίνει έμφαση στο γεγονός, ότι οι πραγματικοί άνδρες είναι εκείνοι που έχουν τόσο ανδρισμό, ώστε να μπορούν να προσφέρουν αίμα σε ένα συνάνθρωπό τους που το χρειάζεται, χωρίς να μειώνεται ο ανδρισμός τους. Μέρος της καμπάνιας ήταν και η απονομή μιας καρφίτσας στο σχήμα σταγόνας αίματος (που θυμίζει λίγο το μετάλλιο ανδρείας που απονέμει ο Αμερικανικός Σταυρός). Έχει τεκμηριωθεί ότι το αποτέλεσμα ήταν μια δραματική αύξηση του αριθμού των αιμοδοτών.

## Συζήτηση

Μέσα στα ψυχοκοινωνικά δεδομένα της Ελλαδικής πραγματικότητας, όπως αυτή διαμορφώθηκε κατά τις τελευταίες τρεις δεκαετίες της ραγδαίας αστικοβιομηχανικής εξέλιξης, τα άτομα λειτουργούν και διάκεινται αρνητικά στην πράξη της μετά θάνατον δωρεάς του σώματός τους **α)** εξαιτίας των συναισθηματικών και κουλτουριστικών δεδομένων της υποκειμενικής αίσθησης του εαυτού, που υποθέτει και σωματική αρτιμέλεια, **β)** εξαιτίας κάποιας σύγκρισης μεταφυσικών προβληματισμών, που αφορούν τη μεταθανάτια αρτιμέλεια κάθε ατόμου, **γ)** εξαιτίας της έμφασης που το σύστημα θέτει σε αξίες, όπως την ατομική επιβίωση και την εξάντληση του συναισθήματος της κοινότητας και του αλτρουισμού μέσα στα στενά πλαίσια της πυρηνικής οικογένειας και **δ)** εξαιτίας μιας διάχυτης καχυποψίας απέναντι στο ιατρικό επάγγελμα και στα γενικότερα θέματα Υγείας. Στα θέματα αυτά και μέσα από τους κρατούντες μηχανισμούς της "ελεύθερης αγοράς" φαίνεται ότι επιβιώνει εκείνος ή εκείνη -που δια-



θέτουν τους απαραίτητους οικονομικούς πόρους για να εξαγοράσουν προσωπικό, τεχνολογικά μέσα και τεχνογνωσία.

Κάθε προσπάθεια προσέγγισης του ελληνικού κοινού στο θεσμό της δωρεάς οργάνων σώματος χρειάζεται να πάρει υπόψη της τα παραπάνω και να διαφροροποιεί τα διάφορα "κοινά" (public), δημιουργώντας στο κάθε συγκεκριμένο κοινό τόσο την κατάλληλη ατμόσφαιρα, όσο και την ψυχοσυναισθηματική διέγερση κάνοντας χρήση ομιλητών και μέσων παρουσίασης, που θα αποσοβιούν τις κάθε λογής αρνητικές τοποθετήσεις.

Αναλύοντας το όλο θέμα μέσα από τα δεδομένα τόσο της κοινωνιολογίας της γνώσης, όσο και της ψυχολογίας του βάθους και των παραμέτρων της ομαδικής ψυχολογίας, βρίσκομαι αντιμέτωπος με δύο συγκεκριμένες πραγματικότητες:

Πρώτον με εγκεντρικά και εγωπαθητικά στοιχεία και δεύτερον με στοιχεία άρνησης μιας μετωπιαίας αντιπαράθεσης, μια συνειδητοποίησης της πραγματικότητας που όλοι οι ζωντανοί σκεπτόμενοι ανθρώπινοι οργανισμοί αρνούνται μονίμως να κάνουν, τις πραγματικότητας δηλαδή ότι είμαστε εφήμερα όντα. Μέσα στη ζωή μας όμως, μέσα στο Yang, ελλοχεύει το Yin, το αναπόφευκτο, το μοιραίο τέλος μας, ο θάνατος.

**Ίσως τελικά, να αποτελεί ένα σημαντικό χαρακτηριστικό στοιχείο η συνειδητοποίηση ότι άτομα που αγαπούν πραγματικά τη ζωή είναι εκείνα που χωρίς δισταγμό και μετά από ώριμη σκέψη προχωρούν στην πράξη της μεταθανάτον δωρεάς οργάνων του σώματός τους. Για να χαρίσει κανείς ζωή, χρειάζεται να αγαπά τη ζωή.**

Όταν η δική μας προσωπική ύπαρξη, η δική μας παρένθεση στο χρόνο κλείσει, είναι ένδειξη σεβασμού, αγάπης και κατανόησης του δικού μας "είναι", η πράξη σεβασμού, αγάπης και κατανόησης της ανάγκης κάποιου ή κάποιας άλλης ύπαρξης να συνεχίσει τη δική του πορεία μέσα στην προσωπική του παρένθεση στο χρόνο, ακριβώς επειδή εμείς του δώσαμε αυτήν την ευκαιρία...

# ΤΟ ΝΟΗΜΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΗ ΖΩΗ ΜΑΣ

## "Ο καρκίνος και ο φόβος του θανάτου"

ΜΙΑ ΕΜΠΝΕΥΣΜΕΝΗ ΟΜΙΛΙΑ ΤΟΥ ΑΓΙΟΡΕΙΤΗ ΜΟΝΑΧΟΥ ΜΩΥΣΗ ΣΤΟ ΑΜΦΙΘΕΑΤΡΟ  
ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ, ΣΕ ΕΙΔΙΚΗ ΠΡΟΣ ΤΟΥΤΟ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΠΟΥ ΔΙΟΡΓΑΝΩΣΑΝ  
ΟΙ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ



**Θ**α ήθελα να ευχαριστήσω θερμά και ειλικρινά όσους είχαν την ευγενή καλούντη να με προσκαλέσουν ομιλητή στην παρούσα σύναξη ιατρών, νοσηλευτών, ασθενών και συνοδών τους.

Η κάθε ασθένεια και ιδιαίτερα μία χρόνια, που απειλεί τη ζωή, είναι συχνά ακατανόητη και ανεπιθύμητη, προσφέρει αναστάτωση, ταραχή, αγωνία, άγχος, φόβο, οδύνη. Ιδιαίτερα σήμερα, στη σύγχρονη εποχή, σε μία υπερκαταναλωτική κοινωνία, ένα κόσμο πολλών ανέσεων, ασύγαστων απολαύσεων, κορεσμού των υλικών αγαθών και εύκολων λύσεων με διάφορα "παυσίπονα", το βαθύ μυστήριο του πόνου παραμένει ατυχία, δυστυχία, τιμωρία, κατάρα και αντιμετωπίζεται συνήθως με δέος και τρόμο. Άλλοτε πάλι με μεγάλη αμηχανία, πολλά ερωτηματικά και δύσκολες απορίες. Ακόμη και ο φιλόσοφος νους ταλαιπωρείται από λογισμούς και σκέψεις και αυξάνεται αντί να μειώνεται ο πόνος του, κατά το "ο προστιθείς γνώσιν, προσθήσει άλγημα".<sup>1</sup>

Μια διέξοδο δίνει η θρησκευτική οδός, η χριστιανική πίστη, η ορθόδοξη παράδοση. Φωτίζει το πανανθρώπινο δράμα το Ευαγγέλιο και δεν αφήνει τον άνθρωπο στη μοναξιά, την απομόνωση και την απόγνωση. Ο Άγιος Ιωάννης ο Χρυσόστομος τονίζει και λέγει χαρακτηριστικά: "Ού γαρ έστιν άνθρωπον όντα, και ε-

πίκηρον ζώντα τον βίον τούτον, και λύπης είναι χωρίς άλλ' αν μη σήμερον, αύριον αν μη αύριον, μετά ταύτα συμβαίνει το λυπτρόν. Όσπερ γαρ ουκ έστιν τινά είναι αθάνατον, άνθρωπον όντα, ούτως ούδε λύπης χωρίς. Και δλῶς ουκ έστιν εύρειν τινά άνευ λύπης και αθυμίας άλλ' ο μεν μικρά, ο δε μεζονά έχει τα λυπούντα".<sup>2</sup>

Δυσκολοερμήνευτο για τους πολλούς αν ο πόνος ο ίδιος είναι ένα κακό ή είναι συνέπεια κακού και ποια η μεταξύ τους σχέση. Κατά την ορθόδοξη θεολογία το κακό, η φθορά και ο θάνατος εισήλθαν στη ζωή μετά την πτώση των πρωτοπλάστων. Του κακού, του πόνου, της αμαρτίας, της φθοράς και του θανάτου δεν είναι εφευρέτης και δημιουργός ο Θεός, ο Πανάγαθος, ο Πολυεύσπλαχνος, η αυτοαγαθότητα, αλλά ο δαίμονας. Ο άνθρωπος βέβαια δεν είναι τέλεια ανεύθυνος και ανένοχος, αφού κατά την ελεύθερη βούλησή του παρήκουσε τη θεία εντολή, μείωσε την αγάπη του στον Θεό με την παρακοή του και αμάρτησε.<sup>3</sup>

Η ασθένεια, όπως ορισμένοι θεωρούν, δεν είναι αποτέλεσμα ενός οργισμένου, ενοχλημένου, τιμωρού κι εκδικητού Θεού προς τον αμαρτήσαντα, αφού έχουμε κι αγίους ασθενείς. Υπάρχει μία λαθεμένη αντίληψη περί Θεού. Ότι ο Θεός προσφέρει μόνο δώρα, πλούτη, υγεία, μακροζωΐα κι αδιατάρακτη ευτυχία. Ακόμη και για τους χριστιανούς αποτελεί σκάνδαλο η περιπέτεια, η δοκιμασία, ο πειρασμός, η ασθένεια ο πόνος. Υπάρχει και μια κακή αγωγή που παραδίδεται κι αναφέρει ότι στη ζωή θα είμεθα πάντα πρώτοι, ποτέ δεν θα ενοχληθούμε, δεν θα δυσκολευτούμε, δεν θα πονέσουμε, δεν θα δυστυχήσουμε και δεν θα ασθενήσουμε κι ακόμη, κατά κάποιο τρόπο, το λέμε χαμηλόφωνα κι αυτό, εμείς δεν θα πεθάνουμε. Προσγειωμένοι, αντικειμενικοί και ρεαλιστές πρέπει να πούμε πως οι αποτυχίες είναι πιο πολλές στη ζωή μας. Εντούτοις δεν είμαστε διόλου προετοιμασμένοι γι' αυτές τις παιδαγωγικές ευκαιρίες, που

εκμεταλλευόμενες μπορούν να δώσουν πνευματική ωρίμανση και ψυχική καλλιέργεια.

Η τόσο τεχνολογικά ανεπτυγμένη εποχή μας μαζί με τις ανέσεις κι εξυπηρετήσεις προσφέρει δυστυχώς στον άνθρωπο πολλές ψυχικές και σωματικές παθήσεις. Ο εικοστός αιώνας χαρακτηρίσθηκε ως ο αιώνας των ψυχιάτρων, λόγω της αυξήσεως των ψυχικών νοσημάτων. Άλλα και οι σωματικές ασθένειες Δε αφήνουν κενές τις κλίνες των νοσοκομείων και των οικιών. Ο πόνος δεν αφήνει θύρα σφαλισμένη. Η πλεονεξία και η ασέβεια του ανθρώπου μόλις τη φύση, το περιβάλλον, που τώρα σκληρά τον εκδικείται και μολύνεται ο μολύνας, αλλά και όχι μόνο αυτός. Η ιατρική επιστήμη παρά τις πολλές και μεγάλες προόδους της και τα καταπληκτικά επιτεύγματα δεν μπόρεσε να διώξει όλο τον πόνο από τη ζωή των ανθρώπων και να εμποδίσει τον πρόωρο θάνατο τόσων συνανθρώπων μας, ακόμη και παιδιών.

Ερχόμεθα τώρα στο θέμα μας το πικρό και δύσκολο. Ένας καρκινοπαθής σήμερα δυστυχώς από πολλούς θεάται όπως κάποτε ένας λεπρός. Δεν είναι φυσιολογική η ματιά μας απέναντί του. Έχει ένα πολύ λαθεμένο στοιχείο οίκτου, που ο ασθενής εύκολα το αντιλαμβάνεται, για να μη πω ότι έχει και μία κρυφή οίηση περί της ασφαλούς ιδικής μας υγείας, της ανωτερότητάς μας, της ισχύος και του κύρους μας, που είναι άγνωστο αν το έχουμε κι αν το έχουμε μέχρι πότε θα το έχουμε. Ένας καρκινοπαθής συχνά έχει σοβαρές ψυχολογικές επιπλοκές, που επηρεάζουν ασφαλώς και την πορεία της σωματικής του ασθένειας, ιδιαίτερα στο τελικό στάδιο και στην ιδέα της αντιμετωπίσεως του θανάτου. Σχεδόν όλοι όσοι πληροφορούνται ότι πάσχουν από καρκίνο, κατά τις στατιστικές ειδικών,<sup>4</sup> αντιδρούν με ανησυχία και φόβο. Όταν η νόσος χρονίζει αναπτύσσονται σε ορισμένους αμυντικού μηχανισμούς και οι ασθενείς κατά κάποιο τρόπο προσαρμόζονται στη νέα κατάσταση. Είναι όμως συχνό το φαινόμενο παρουσίας σοβαρών ψυχικών διαταραχών, που οδηγούν σε κατάθλιψη, άγχος, ενοχές, αϋπνίες, φοβίες, φαντασίες και ορισμένες φορές σε αμνησία, παράνοια, επίκληση του θανάτου. Στις δύσκολες αυτές καταστάσεις του τελικού σταδίου μπορεί ακόμη να έχουμε εχθρικότητα προς το περιβάλλον, μελαγχολία, καχυποψία, απομόνωση και τάσεις αυτοκτονίας. Είναι νομίζουμε μεγάλο το λάθος και για τον ασθενή και για τον ιατρό η λέξη καρκίνος να ταυτίζεται πάντα με τον θάνατο. Καλούνται όλοι να επανεξετάσουν και να επανατοποθετήσουν τη στάση τους ανταποκρινόμενοι στις βαθύτατες πνευματικές ακόμη και συναισθηματικές ανάγκες των ασθενών. Μη εξαντλούμε το ενδιαφέρον μας μόνο στην καλύτερη δοσολογία φαρμάκων. Αξίζει να συνεργαστούμε με τον ψυχίατρο, τον ψυχολό-

γο, τον κοινωνικό λειτουργό, τον καλό νοσοκόμο, τον υπομονετικό συγγενή, τον πνευματικό ιερέα, κυρίως τον ίδιο τον ασθενή. Η κατανόηση του περιβάλλοντος και η καλή συνδρομή του ανακουφίζει αρκετά ψυχικά στην αντιμετώπιση του πόνου και στην άρση του σταυρού, του φόβου του θανάτου.

Το πέπλο του θανάτου απλώνεται παντού. Θάνατος φυσικός κι αφύσικος πλημμυρίζει τις καθημερινές ειδήσεις από πολέμους, τροχαία δυστυχήματα, μόλυνση του περιβάλλοντος, βιασμούς, ληστείες, εγκλήματα, επιδημίες κι ανίατες ασθένειες. Η κάθε ημέρα μας πλησιάζει στον θάνατο. Είναι το μόνο σύγουρο, που όμως δεν το σκεφτόμαστε όσο πρέπει κι όπως πρέπει. Όλοι φωνάζουμε: Μη μιλάτε για θάνατο! Ο σύγχρονος άνθρωπος από τον φόβο του μη πεθάνει πεθαίνει πριν πεθάνει. Ομολογώ πως μόνο μία θερμή πίστη μπορεί να μετριάσει αυτόν τον φοβερό φόβο του θανάτου που μαστίζει τον άνθρωπο. Ο σωματικός θάνατος συντελείται με την αναχώρηση της ψυχής από το σώμα. Αν αυτού του βίαιου θανάτου προηγηθεί ο πνευματικός θάνατος, δια της καταφάσεως της αμαρτίας, τότε και ο σωματικός θάνατος γίνεται τραγικότερος, αδιέξοδος κι ανέλπιδος.

Αν ο άνθρωπος δεν πιστεύει στη μεταθανάτια ζωή είναι δύσκολο να τον παρηγορήσεις. Μια ζωή ασυναίσθητη, αναξιοπρεπής κι ασυνείδητη επιδεινώνει τον φόβο του θανάτου. Για τον μοναχό η μνήμη του θανάτου είναι ψυχωφελής. Κάθε πρωΐ ξυπνά σαν να είναι η πρώτη ημέρα της ζωής του και κάθε βράδυ πλαγιάζει σαν να είναι το τελευταίο της ζωής του. Έτσι δεν κουράζεται από τη στερεά επαναλαμβανόμενη καθημερινότητα και δεν ζει με συνεχή όνειρα και βαριά προγράμματα ως επιγείως αθάνατος. Στο Άγιον Όρος λέγουν: αν δεν πεθάνεις πριν πεθάνεις δεν θα πεθάνεις όταν πεθάνεις, εννοώντας τη νέκρωση των παθών προ του τάφου. "Ο Χριστός πέθανε πραγματικά, αλλά πέθανε για να συναντήσει τον άνθρωπο εκεί που βρίσκεται, μέσα στη φθορά και τον θάνατο, μέσα στην οδύνη και την απογοήτευση, μέσα στο ανόητο και το παράλογο, και να τον αναστήσει".<sup>5</sup> Με το θάνατό του νίκησε τον θάνατο "θανάτω θάνατον πατήσας και τοις εν τοις μνήμασι ζωήν χαρισάμενος".

"Ο χριστιανισμός είναι ο μόνος που μπορεί και πρέπει να ανταποκριθεί στην επιτακτική ανάγκη κάποιας αντιμετωπίσεως του θανάτου και του πένθους που ο σύγχρονος πολιτισμός έχει καλύψει με μια διακριτική σιωπή".<sup>6</sup> Να μιλάς για τον θάνατο σημαίνει να διερωτάσαι για τον δικό σου θάνατο. Η ενασχόληση με τον θάνατο μπορεί να παροξύνει προσωπικές φοβίες. Θεωρείται συνήθως μακάβριο θέμα και δεν πιστεύεται ότι υπάρχει σοβαρός λόγος να ασχολούμεθα με αυτό.



Ο ομιλών, ως μοναχός Αγιορείτης, θέλει να βιώνει το χαροποιόν πένθος της μνήμης του θανάτου. Το στασίδι του στο ναό, το κλινάρι του στο κελλί του, το σώμα του το ίδιο, σημαίνουν τον τάφο του και το ράσο του το επιτάφιο ένδυμα. Όχι μόνο όμως έτσι συμβολικά και ιδεατά, αλλά και ως μακροχρόνια κι επίπονα ασθενής, υποβληθείς σε μεταμόσχευση ήπατος, βίωσε το άλγος, οσμίσθηκε θάνατο, έτσι δεν σας ομιλεί φιλολογικά, αλλά με δάκρυα, ιδρώτες και άλγη για τα οποία ευχαριστεί τον Θεό αφού εκεί τον ανακάλυψε καλύτερα. Δεν στάθηκε μοιρολατρικά, παθητικά στο πρόβλημά του, φοβήθηκε, λύγισε, αλλά δεν απόκαμε. Συγχωρέστε μου αυτή την εξομολόγηση, νομίζω όμως ότι από αγάπη μπορούμε μερικές φορές και να εκτιθέμεθα.

Θα προσπαθήσω να γίνω λίγο πιο αναλυτικός, γιατί ο ασθενής και μάλιστα ένας καρκινοπαθής φοβάται τόσο τον θάνατο. Κατ' αρχάς δεν είναι αφύσικος κι ανόητος αυτός ο φόβος. Δικαιολογείται και καλούμεθα να τον αντιμετωπίσουμε κι απαλύνουμε. Η ασθένεια συνηθέστατα φέρνει αυτές τις σκέψεις. Ούτε να τρομάζουμε εμείς που τις έχουμε, ούτε να τρομάζουμε αυτούς που τις έχουν, ούτε να προσπαθούμε να παρηγορήσουμε με ψέματα, με μετάθεση, με αναβολή, με προχειρότητα κι επιπολαιότητα. Επαναλαμβάνουμε, γιατί θεωρούμε πως είναι σημαντικό, πως όσο πιο πνευματικά νεκρός είναι ένας ασθενής τόσο πιο πολύ φοβάται τον θάνατο.

Ελέγχεται από τη ζωή του κι έχει ενοχές κι αισθάνεται ότι τα χάνει όλα, αφού είναι τρομερά δεμένος με τα

υλικά αγαθά. Η παρούσα φάση αν τον οδηγήσει στη μετάνοια είναι ένα κέρδος κι η κατάσταση αντιμετωπίζεται καλύτερα με την εγρήγορση, την προσευχή, τη συντριβή και την κατανόηση.

Δεν μπορούμε να πούμε με κανένα τρόπο ότι ο θάνατος είναι κάτι το καλό και μας απαλάσει και μας αναπαύει. Ο θάνατος είναι μυστήριο, είναι φρικτός και φοβερός. Αν κάποτε μιλάμε με ωραιοποιημένες εκφράσεις γι' αυτόν είναι για καθαρά ποιμαντικούς λόγους και προς παρηγορία των πενθούντων. Οι απλοί και ταπεινοί άνθρωποι, κυρίως της μη τουριστικοποιημένης υπαίθρου, δίχως να μιλούν με μεγάλα και παχειά λόγια, αποδέχονται με θλίψη βέβαια, αλλά όχι με τρόμο, το τέλος της ζωής, κι ετοιμάζονται σαν για μεγάλο ταξίδι, εξομολογούνται, κοινωνούν, αποχαιρετούν. Οι αστοί, οι κάπως πιο μορφωμένοι, οι έχοντες κάποιο όνομα κι αξίωμα, αντιμετωπίζουν τον θάνατο φιλοσοφικά, σαν ένα φυσικό τέλος της ζωής, δεν το πολυσυζητούν όμως, ανησυχούν, θα είχαν λέγουν κι άλλα πράγματα να κάνουν, θα ήθελαν και θα μπορούσαν άλλο λίγο να ζήσουν. Οι άνθρωποι αυτής της κατηγορίας, αν βρεθούν απέναντι σε ένα συγγενή τους, που βρίσκεται σε αυτή την κατάσταση, έχουν ένα συνωμοτικό ύφος, είναι εκνευρισμένοι, ενοχλούν ιδιαίτερα τους ιατρούς και το προσωπικό, ως να είναι εκείνοι οι υπεύθυνοι, συνεννοούνται με νεύματα, με ψιθύρους στους διαδρόμους θεωρώντας ότι η αλήθεια αν ειπωθεί είναι επικίνδυνη και θα επιταχύνει το πρόβλημα. Ο ασθενής όμως μέσα στη θλίψη του πόνου του αισθάνεται, κατανοεί,

αντιλαμβάνεται, τη θεατρική πράξη που παίζεται κι αφήνεται πιο μόνος στις πράγματι δύσκολες αυτές ώρες. Συχνά προσκαλείται και παρακαλείται να λάβει μέρος κι ο ιατρός στην επιλεγμένη από τους συγγενείς παράσταση. Υπάρχει και μια άλλη κατηγορία ανθρώπων, θα την έλεγα των μασκοφόρων χριστιανών, που και την ύστατη αυτή ώρα αγωνίζονται να προσποιούνται τους απαθείς με χαμόγελα και υποκριτικές ευχές, για να μη χαλάσουν ένα προφίλ που από ετών παρουσίαζαν τεχνήντως. Είναι λυπηρό ο άνθρωπος να μη θέλει να παραδεχθεί τη γύμνια του ούτε τότε. Οι άνθρωποι αυτοί, ασθενείς ή συγγενείς, έχουν μια μαγική αντίληψη περί της Εκκλησίας και των θείων μυστηρίων της, μερικές φορές μάλιστα απαιτούν το θαύμα και δεν υπακούουν και στις ιατρικές εντολές. Πρόκειται για δύσκολες περιπτώσεις ψυχικά ασθενών.

Θεωρούμε πως η έξαρση της λογικής, ο υλικός ευδαιμονισμός, η άμβλυνση της πίστης, ο δυτικός τρόπος ζωής και στην ορθόδοξη ανατολή δεν διαφωτίζουν ικανοποιητικά τον άνθρωπο και δεν τον βοηθούν να αντιμετωπίσει ορθά τον θάνατο. Νομίζουμε πως με το να μετονομάσουμε τα γραφεία κηδειών σε τελετών απαλλαγής καμεις κι από τη μνήμη του θανάτου. Στην Αμερική υπάρχει μια μεγάλη και δαπανηρή διαδικασία για την ωραιοποίηση των νεκρών. Δυσκολευόμαστε σήμερα και στην Ελλάδα άνετα να μιλήσουμε για την αθανασία της ψυχής, για τη δυνατή βεβαιότητα και την ελευθερώτρια χάρη της πίστης και θέλουμε να βρούμε μοντέρνους όρους εκφράσεως για να επικοινωνήσουμε με εκείνους που δυσφορούν στο άκουσμα ότι υπάρχει και πέραν του τάφου ζωή. Αν ο άνθρωπος πιστέψει στην άλλη ζωή κι ότι αυτή η ζωή έχει μία σύγουρη ημερομηνία λήξεως πιστεύουμε ότι θα αισθανθεί πιο ελεύθερος, για να μπορέσει να ζήσει χαρούμενος την κάθε ώρα με ενδιαφέρον, δύναμη και αγάπη, για τον εαυτό του και τους άλλους δίχως να αποθεώνει τα επιτεύγματά του και να θεωρεί τη στέρησή τους ανυπαρξία.<sup>7</sup>

Η δύση επιμένει να μη θεωρεί αποτυχία της ιατρικής επιστήμης να θέλει, μια να μη μπορεί, να θεραπεύσει τα πάντα. Κατάφερε την παράταση της ζωής, αλλά όχι τη θανάτωση του θανάτου. Ο δυτικός άνθρωπος δεν ταπεινώνεται στην ιδέα ότι απέτυχε στην επίτευξη της επίγειας αθανασίας κι ελπίζει ότι θα τα καταφέρει. Ιδιαίτερα δε ο σύγχρονος αμερικανικός πολιτισμός επαναφέρει την ενασχόληση με τη μετεμψύχωση, τη μαγεία, την αστρολογία, την παραψυχολογία, την παρεμπόδιση του γήρατος δια βαφών κι εγχειρήσεων και νεανικών αμφιέσεων ή δια εγκλεισμού των γερόντων σε άσυλα και κλινικές. Αποφεύγεται συστηματικά η αναφορά του θανάτου, ως να πρόκειται για κάτι το βρωμέρο, το αισχρό, το απρεπές. Όμως αυτό το πνεύμα

δεν αρχίζει να επικρατεί και στην Ελλάδα; Έτσι και εδώ σπάνια αντιμετωπίζεται σωστά ένας θάνατος, ακόμη κι αν είναι αναμενόμενος κι έχουμε κατάθλιψη κι όχι λύπη κι θλίψη, που δικαιολογούνται από την πλούσια ελληνορθόδοξη παράδοσή μας.

Επειδή απευθύνομαι και σε ιατρούς, που το ενδιαφέρον τους για την επιστήμη και η αγάπη τους για τους ασθενείς τους σύναξε εδώ, ως ασθενής και ως συμπάσχων μιλώντας, επιτρέψτε μου να πω, πως η οικογένεια του ασθενούς θέλει πάντα κοντά της τον ιατρό και μάλιστα στις δύσκολες τελευταίες ώρες. Ο ιατρός είναι ο καταλληλότερος για να αναγγείλει τον θάνατο. Το περιβάλλον θέλει να έχει τη διαβεβαίωση ότι πρόσφερε ότι μπορούσε να προσφερθεί μέχρι την τελευταία του στιγμή. Είναι μια δικαιολογημένη ψυχολογική απαίτηση. Ο ιατρός που αναγγέλλει τον θάνατο βρίσκεται κι αυτός σε μια δύσκολη θέση. Απέτυχε να παρατείνει τη ζωή. Δηλώνει την αδυναμία του. Μειώνεται η φαινομενική παντοδυναμία του. Αυτός που εξηρτάτο από αυτόν δεν υπάρχει. Το περιβάλλον έχει κλονισμένη τώρα εμπιστοσύνη. Τον βλέπει με άλλη ματιά. Η ταπεινότητα, η ειλικρίνεια, ο σεβασμός θα βοηθήσουν και τις δύο πλευρές σε μια καλύτερη αντιμετώπιση. Ο θάνατος επελθών δηλώνει την αδυναμία όλων μας. Ας το ομολογήσουμε. **Όσο πιο άπειρος και νέος είναι ο ιατρός τόσο πιο ητημένος αισθάνεται.** Αν ο ίδιος πανικοβάλλεται από τον θάνατο είναι ανεπαρκής να συνδράμει και το ταραγμένο πενθηφόρο περιβάλλον, έστω λέγοντας ότι ο ασθενής αναπαύθηκε και δεν θα ταλαιπωρείται άλλο, προσφέροντας μια μικρή συναισθηματική υποστήριξη και συμπάθεια. Τα αυτά περίπου ισχύουν και για το νοσηλευτικό προσωπικό, την κοινωνική λειτουργό και ιδιαίτερα του ιερέως του νοσοκομείου.

Παρενθετικά θα ήθελα να αναφέρω ένα γεγονός. Ένας συνάδελφός σας στο εξωτερικό κατηγορήθηκε από άλλο συνάδελφό σας ότι σπαταλά τα μοσχεύματα, δίνοντας τρίτο συκώτι σε ένα παιδί που τα απέρριπτε ο οργανισμός του, σε μια τηλεοπτική εκπομπή, που την παρακολουθούσαν εκατομμύρια θεατές. Ο εγκαλούμενος δήλωσε: Ορκίζομενος ως ιατρός ορκίσθηκα να σώσω τον άνθρωπο κι όχι την ανθρωπότητα! Ασφαλώς υπάρχουν κι άλλοι αναγκεμένοι ασθενείς αλλά εγώ καλούμαι να συνδράμω τον συγκεκριμένο που έχω μπροστά μου.<sup>8</sup> Δεν μπορούμε να μιλάμε γενικόλογα κι αόριστα. Ο κάθε ασθενής είναι μια άλλη περίπτωση και προσωπικότητα. Καλούμεθα να σεβασθούμε τη μοναδικότητα και ιερότητα του ανθρωπίνου προσώπου. Με όλες τις γνώσεις μας, με όλη τη δύναμη μας, την υπομονή μας, την ταπεινωση και την αγάπη μας. Ας μη προσπερνάμε το κρεβάτι ενός καρκινοπαθούς ως ενός άμεσου μελλοθανάτου. Ας εξαντλήσουμε τα περιθώ-

ρια της αντοχής μας, αφού δεν μπορούμε να προσφέρουμε τίποτε περισσότερο με τη χημειοθεραπεία, την εγχείρηση, τα αναλγητικά.

Μη βλέπει η ιατρική τον άνθρωπο ως μηχανή, μονοδιάστατα, εγκλωβίζοντας τον άνθρωπο στα όρια της κτιστότητας και της θνητότητας απομακρύνοντας τον Θεό, όπου με Αυτόν η ζωή κι ο θάνατος χάνουν τη δραματική τους αντιπαλότητα και σχετικοποιούνται. Έτσι αδυνατίζει η τραγικότητα του θανάτου και δημιουργείται η δυνατότητα για θετική αντιμετώπισή του. Ο χριστιανός δεν είναι απαραίτητο να περιμένει παθητικά τον θάνατο, αλλά μπορεί να τον δεχθεί θεληματικά και να μειώσει τον φόβο του. Όπως λοιπόν ο σωματικός θάνατος μπορεί να διακονήσει την πνευματική ζωή, έτσι κι η σωματική ασθένεια, μπορεί να υπηρετήσει την πνευματική υγεία.<sup>9</sup> Είναι μια πρόσκληση, μια πρόκληση, ένας στίβος, ένα άθλημα. Αξίζει κανές να αγωνισθεί για την νίκη. Θα είναι ένας νικημένος νικητής. Θα είναι ένας αθλητής κι όχι ένας κακομοίρης μοιρολάτρης, μειονεκτικός, μικρός, οκνηρός. Λέγει ο Άγιος Διάδοχος επίσκοπος Φωτικής: "Ο υπομείνας χρόνιον ασθένειαν αγογγύστως ως μάρτυς παραληφθήσεται". Βλέπετε μία εντελώς άλλη διάσταση της ασθένειας. Ο κλινήρης, ο ανήμπορος, ο πονεμένος, δεν είναι καταδικασμένος, η αγόγγυστη υπομονή του μπορεί να τον κάνει μέγα, να τον κατατάξει μετά των μεγαλομαρτύρων. Αν η σωματική ασθένεια θεράπευε την παρόμοια ψυχική το θαύμα επιτελέσθηκε. Ας μη αγνοούμε κι αυτή την άλλη σημαντική διάσταση.

Η Εκκλησία είναι υπέρ της ανιδιοτελούς αυτοθυσίας και κατά της ιδιοτελούς αυτοκονίας, υπέρ του ειρηνικού, ανεπαίσχυντου και ανώδυνου θανάτου και κατά της εγωϊστικής ευθανασίας. Δεν επιτρέπεται να πάρουμε ούτε τη δική μας ζωή ούτε των άλλων. Όπως ωραία ειπώθηκε "επιβίωση χωρίς προοπτική ζωής είναι προσκόλληση στα γήινα, άρνηση αιωνιότητος και απόρριψη της ευεργετικής για την ψυχή διαστάσεως του γεγονότος του θανάτου. Η δια της βίας προσπάθεια διατήρησης στη ζωή αποτελεί έκφραση της ανάγκης για αθανασία των ανθρώπων αλλά, όταν περιορίζεται μόνο στο βιολογικό επίπεδο, είναι απόδειξη ολιγοπιστίας και επιγειότητος. Όπως δεν δικαιούμεθα να επισπεύσουμε τον θάνατο, δεν δικαιούμεθα και να τον παρατείνουμε. Οφελούμε να τον αποδεχθούμε και να τον σεβασθούμε".<sup>10</sup>

Ο θεατρικός συγγραφέας Ιονέσκο πριν τριάντα χρόνια έλεγε: "Το κύριο πρόβλημα του είναι μας έπεσε στην λήθη, το πρόβλημα του θανάτου. Το έσχατο τέλος έχει εξοριστεί από την σκέψη μας, γιατί έχουμε μόνο άμεσους στόχους μπροστά στα μάτια μας... Δεν γνωρίζουμε τι είναι αυτό που πρέπει να κάνουμε, ούτε προς τα πού πρέπει να πάμε. Εφ' όσον μονάχα θέλουμε να

ζήσουμε μας έγινε αβίωτη η ζωή".<sup>11</sup> Είναι πικρή η αλήθεια. Το άδηλο του θανάτου είναι επίσης έργο της θείας Πρόνοιας. Σκεφτείτε να γνωρίζει ο άνθρωπος πότε έπακριβώς θα πεθάνει. Θα ήταν πιο ζούγκλα η ζωή μας. Θα ήταν ανυπόφορη αυτή η ακριβής αναμονή της γνωστής τελευταίας ώρας. Δεν τα γνωρίζουμε όλα. Ίσως είναι καλύτερα. Δεν μπορούμε σε όλα να απαντήσουμε εύκολα κι αμέσως. Γιατί ο Θεός επιτρέπει τον θάνατο των παιδιών; Γιατί δεν ανακαλύπτεται το φάρμακο του καρκίνου; Γιατί τόσος πόνος, τόση αδικία και τόσα δάκρυα. Δεν μπορούμε συνέχεια να μιλάμε. Ο λόγος μας θέλει πολλά αποσιωπητικά. Μερικές φορές είναι μόνο να ακούμε, να συμπονούμε. Είτε ένας σοφός: Ο Θεός μας έδωσε δύο αυτιά κι ένα στόμα. Πιο πολύ να ακούμε και λιγότερο να μιλάμε. Είναι πιο πολλά αυτά που δεν γνωρίζουμε. Δεν είναι λύση φυγής η αποσιώπηση. Είναι παραδοχή αδυναμίας. Η γνώση της αδυναμίας είναι πάλι δύναμη. **Η αποδοχή της καταστάσεως ενός βαριά ασθενούς είναι σημαντική. Χρειάζεται μία εκπαίδευση και μαθητεία στις λέξεις ασθένεια, που προσφέρει υγεία, υπομονή, που προσφέρει ελπίδα, αποδοχή, που προσφέρει ειρήνη, τόλμη, που προσφέρει κουράγιο. Δεν πιστεύουμε στην τύχη, στο μοιραίο, στο συμβάν, αλλά στην επιλογή του πεδίου από όπου ο χειμώνας θα φέρει την άνοιξη, ο πόνος την ευλογία, η πενία τον πλούτο, η στένωση την άνεση, όπως λέγει ο Α. Σολτζενίτσιν: "Σ' ένα κελί φυλακής γνώρισα την ελευθερία" !**

Η Εκκλησία μας σέβεται και τιμά το ανθρώπινο σώμα κι είναι αντίθετη σε ότι το φθείρει. Οι παρεμβάσεις μας σε αυτό επιτρέπονται μόνο όταν είναι θεραπευτικές. Κάθε τι που βοηθά στη φθορά του απορρίπτεται. Δεν επιτρέπεται κανένας εξαναγκασμός. Γι αυτό και η Εκκλησία αρνείται ακόμη κι την καύση των νεκρών. Οι παρεμβάσεις στο σώμα για μεταμοσχευτικούς λόγους επιτρέπονται ως πράξεις ιερής αγάπης, φιλανθρωπίας, φιλαδελφίας και συναλληλίας, ως έξαρση της αυτοξουσιότητος για θυσία και δόση αγαθή. Μπορούμε να βοηθήσουμε κάποιον μόνο να ζήσει κι όχι να πεθάνει.

Είπα πολλά. Θα σας κούρασα. Να με συγχωρήσετε.

Μίλησα πιο πολύ ως ασθενής. Δεν μιλησα ως δάσκαλος. Αν κάπου η ομιλία μου προσέλαβε κηρυγματικό χαρακτήρα θεωρείστε το παρασυρμό κι εκτροπή. Πρόθεσή μου δεν ήταν να σας συγκινήσω συναισθηματικά ή να σας διδάξω κουράζοντάς σας. Ήθελα να σας ευχαριστήσω για τον κόπο των μελετών σας, για τις μετά των ασθενών σας αγωνίες, για τις προσπάθειές σας ακόμη κι όταν έσβηναν πολλές ελπίδες, για το χαμόγελο κι όταν σας κούραζαν με περιττές ερωτήσεις οι ασθενείς σας λέγοντας: Θα ζήσω λίγο ακόμη γιατρέ; Για την επιμονή σας να συνεχίσετε τους αγώνες σας και στον επόμενο ασθενή, με τον ίδιο καρκίνο και το ίδιο

τέλος. Τέλος σας ευχαριστώ θερμά για την παρουσία σας και την προσοχή σας και παρακαλώ τον Θεό να σας ενισχύει πλούσια πάντοτε στο ιδιαίτερα υψηλό και ιερό έργο σας: της θεραπείας, της απαλύνσεως του πόνου, της παρατάσεως της ζωής, της επανόδου της υγείας, της διαφορότροπης θέας του θανάτου, όποτε θελήσει ο Πανάγαθος Θεός, ο Κύριος της ζωής και του θανάτου.

### "Η θρησκευτική και ηθική διάσταση επί του θέματος των δικαιωμάτων ασθενών και νοσηλευτών"

Η κατ' αρχάς δικαιολογημένη και δικαιωματική επιθυμία του σύγχρονου ανθρώπου για υγεία και μακροημέρευση που ενίστε καταντά πάθος, η επαναστατική πρόδος στον τομέα της έγκαιρης κιέγκυρης διάγνωσης και θεραπείας της ιατρικής επιστήμης, αλλά και ο φόβος εκείνος από μια κάποια διαφαινόμενη ανθρώπινη παντοδυναμία, δημιουργεί περισσή περίσκεψη και σοβαρό δυσκολοαπάντητο προβληματισμό.

Η Ορθόδοξη Εκκλησία δεν ταράζεται και φοβάται ότι απειλείται από την ιατρική πρόδος και το επιστημονικό επίτευγμα. Απλά καταθέτει υπεύθυνα την αιώνια αλήθεια της με αγάπη σε ηθικά προβλήματα που παρουσιάζονται, σεβόμενη πάντα ιδιαίτερα το ανεπανάλειπτο, μοναδικό, ιερό, ανθρώπινο πρόσωπο, την εικόνα του Θεού, που έχει σώμα θνητό και ψυχή αθάνατη, έχει δικαιώματα και υποχρέωσεις.

Η Ορθόδοξη ηθική δεν μπορεί να είναι ένα συνταγολόγιο ή ένας κανονισμός, αλλά λόγος αληθινός, αγαπητικός, θεολογικός. Κάθε εντυπωσιακό ιατρικό κατόρθωμα δεν μπορεί αναγκαστικά ν' αποδέχεται ηθικά πάντα. Η άγνοια παραμένει μεγαλύτερη της γνώσης πάντως κι η αδυναμία όχι μικρότερη της δύναμής μας. Η ηθική δεν μπορεί να μεταβάλλεται με τους καιρούς, πηγάζει από Αυτόν και πορεύεται προς Αυτόν και δεν μπορεί να έχει ένα καθαρά ωφελιμιστικό χαρακτήρα. Ο συνεχής και βαρύς τονισμός της μεγάλης αξίας του βιολογικού ανθρώπου τον κάνει υπερήφανο αυτάρκη, που δεν χρειάζεται πια τον Θεό, δεν τον έχει καμιά ανάγκη τώρα και μπροστά στο όποιο επίγειο κέρδος απορρίπτεται ο όποιος ηθικός ενδοιασμός. Το βαθύτερο όμως αίσθημα και βίωμα του ανθρώπου θα τον κάνει ν' αναζητά τις αιώνιες εκείνες αρχές κι αξίες, που θα του δίνουν την άυλη χαρά του ποιητή, και την εικόνα του κατά χάρη υιού του Θεού.

Υπάρχει μια γενική αίσθηση ότι η Εκκλησία συνή-

θως παρενθεντολογεί, υποπτεύεται, γκρινιάζει, φωνάζει κι απειλεί, αρνούμενη αυστηρά τον εκσυγχρονισμό και την πρόδο. Νομίζω ταπεινά ότι η Εκκλησία ως αγαθή μητέρα ισορροπεί, φρονηματίζει, συνετίζει και φωτίζει, συνδιαλεγόμενη ακόμη και με την πρόσκληση της πρόκλησης.

Η παρουσία ενός Αγιορείτη μοναχού σε μια σύναξη ιατρών και νοσηλευτών ίσως ξενίζει. Η λευκή σας ποδιά με το μελανό μου ράσο φαίνεται να είναι ασύμβατα. Το ράσο όμως για τη γνήσια Ορθόδοξη παράδοση είναι ποδιά διακονίας κι η ποδιά του νοσηλευτή μπορεί να γίνεται άμφιο μυστικής iερουργίας, προσφοράς αγάπης. Μια ωραία εικόνα πάλι περί της Εκκλησίας είναι ως πολυκλινικής με ιατρούς και νοσηλευτές τους κληρικούς κι όλους μας τους αμαρτωλούς - ασθενείς προς μετάνοια - ίαση. Ως επί τριακονταετία ασθενής σε διάφορες κλίνες νοσοκομείων, δώδεκα φορές εγχειρισθείς, έζησα επί πολύ στους χώρους της εργασίας σας κι έτσι αισθάνομαι άνετα θα 'λεγα μαζί σας.

Οι μεταμοσχεύσεις αποτελούν σήμερα γεγονός καθημερινό στο οποίο ελπίζουν πολλοί ασθενείς συνάνθρωποι. Δυστυχώς στην πατρίδα μας υπάρχει, ως γνωστό, μεγάλη έλλειψη μοσχευμάτων, για την οποία υπάρχουν διάφορες ευθύνες κι ερμηνείες, στις οποίες δεν θ' αναφερθούμε τώρα. Φρονούμε πως το θέμα της δωρεάς οργάνων είναι κύρια ορθής ενημέρωσης και πνευματικής καλλιέργειας κι όχι τόσο πολιτικής ή νομικής φύσης. **Η δωρεά οργάνων θα πρέπει να γίνει συνεδρηση ότι είναι πράξη iερή, ύψιστης αγάπης, θυσιαστικής, φιλάνθρωπης και φιλάδελφης, ιατρικά συνιστώμενης σε συγκεκριμένες περιπτώσεις, ακίνδυνης κι ασφαλούς, αλλά και λογικά και ηθικά δικαιολογούμενης και χριστιανικά επιτρεπόμενης.**

Η ηθική μεταμοσχεύσεων είναι πολυδιάστατη. Γενιούνται βασικά ηθικά ερωτήματα: Μπορεί κάποιος ελεύθερα να προσφέρει τα όργανά του σε κάποιον; Τελικά του ανήκουν; Μπορεί να γίνει δότης εν ζωή ή μετά τον θάνατό του; Τι είναι καλύτερο; Ο λεγόμενος "Εγκεφαλικός Θάνατος" είναι τελικά ταυτισμένος με τον οριστικό θάνατο του ανθρώπου; Επιτρέπεται η αφαίρεση των οργάνων από έναν "Εγκεφαλικά νεκρό"; Τα ισχύοντα σήμερα κριτήρια του εγκεφαλικού θανάτου είναι πάντοτε ορθά, πλήρη κι εφαρμόσιμα στην κλινική πράξη; Η διάθεση έκφρασης ανιδιοτελούς αυτοπροσφοράς του δότη θα πρέπει να είναι διάφανη από την ιδιοτέλεια και το οικονομικό συμφέρον, την αγοραπωλησία οργάνων, την παρέμβαση των λεγομένων μέσων μαζικής ενημέρωσης για διάφορες σκοπιμότητες, την παραβίαση της λίστας αναμονής, τη διάφορη



εκμετάλλευση ιατρών, νοσηλευτών, ασφαλιστών και άλλων, την πιστή και ακριβή εφαρμογή των κριτηρίων του εγκεφαλικού θανάτου.<sup>12</sup>

Όπως λέγει ο Πρόεδρος της Επιτροπής Βιοηθικής της Εκκλησίας της Ελλάδος, σήμερα μητροπολίτης Μεσογαϊάς κ. Νικόλαος, "τις μεταμοσχεύσεις η Εκκλησία τις αντικρίζει πνευματικά. Αν κάτι βλάπτει τη ζωή της ψυχής και την ανάγλυφη εικόνα του Θεού μέσα της, ανεπιφύλακτα το απορρίπτει. Αν πάλι κάπου διακρίνει τη δυνατότητα καλλιέργειας πνευματικής ζωής συμβατής με τη θεολογική παράδοση, διδασκαλία και εμπειρία της, τότε την ιδιοφυή ανακάλυψη την αντιμετωπίζει με την τόλμη της πνευματικής καινοτομίας της. Το κριτήριο της ηθικής της είναι πνευματικό. Ούτε σε πολιτική σκοπιμότητα υποχωρεί ούτε με την εκκοσμίκευση συντάσσεται".<sup>13</sup>

Θεωρούμε ότι ο δότης που μελετά τον θάνατό του πρόδωρα, δωρίζει αυθόρυμητα τα όργανά του, σε μια κοινωνία που δεν θέλει καν ν' ακούει για θάνατο και ως άνθρωπος είναι κλεισμένος στο σκληρό καρβούκι του εγωϊσμού και του ατομισμού του, πρέπει ιδιαίτερα να επαινεθεί και τιμηθεί για το ενδιαφέρον του, την αγάπη του, τη συμμετοχή του στον πόνο του άλλου. Ο ασθενής λήπτης είναι συνήθως ένας άμεσα υποψήφιος νεκρός, που πονά πολύ, έχει το δικαίωμα να ζήσει και δεν έχει άλλη λύση από τη μεταμόσχευση. Έτσι δεν μπορούμε να τον αποφύγουμε, να δικαιολογηθούμε, να σιωπήσουμε. Καλούμεθα να τον αντιμετωπίσουμε με κάθε ειλικρίνεια και σοβαρότητα, αξιοπρέπεια κι ευθύτητα. Δεν μπορούμε να τον αφήσουμε να πεθάνει μόνος, όταν γνωρίζουμε ότι υπάρχει η δυνατότητα των μεταμοσχεύσεων. Ο μεταμοσχευτής μπορεί να εκπέσει σ' εκμεταλλευτή, συμφεροντολόγο και φιλόδοξο, αλλά και σε ταπεινό και τολμηρό χορηγό ζωής, αρκεί να βρει το κατάλληλο μόσχευμα. Βρισκόμαστε εδώ σε μια κορυφαία, συναρπαστική, δύσκολη, ιερή στιγμή. Ενώπιον δύο υποψήφιων νεκρών. Ο ένας στην κλίνη της εντατικής κι ο άλλος του χειρουργείου. Ο ιατρός του πρώτου, ο εντατικόλογος, αγωνιά που χάνει τον ασθενή του, ήττάται, δεν κατάφερε να τον διατηρήσει στη ζωή. Ο δεύτερος ιατρός, ο μεταμοσχευτής χειρουργός, μπορεί με την προσφορά του συναδέλφου του να δώσει ζωή στον ασθενή του, που μπορεί να ζήσει και μάλιστα ποιοτικά. Ο θάνατος δίνει ζωή. Η ζωή δεν τελειώνει. Η αγάπη νικά. Η ελπίδα συνεχίζεται. Δικαιολογημένη η προβληματική αγωνία του εντατικολόγου, όπως και η τόλμη του χειρουργού.

Θεωρούμε επίσης από πνευματικής απόψεως πληρέστερη τη συναίνεση και τη συγκατάθεση του δότη κι όχι τη λεγόμενη εικαζόμενη. Όπως και θετική τη συγγενική συναίνεση, αφού στον τόπο μας, δόξα τω Θεώ, συνεχίζουν να υπάρχουν στενοί συγγενικοί δεσμοί,

που μπορούν ψύχραιμα ν' αποφασίσουν και με τη συγκατάθεσή τους να σώσουν πραγματικά συνανθρώπους τους, που είναι και το καλύτερο μνημόσυνο των αγαπητών δικών τους ανθρώπων.

Ερχόμαστε τώρα σ' ένα μεγάλο άλλο και δύσκολο θέμα, που ονομάζεται "Εγκεφαλικός Θάνατος". Εδώ μπορούν να συγχυσθούν σπουδαίες κι απεχθείς έννοιες, όπως αυτοπροσφορά κι αυτοκτονία, αυτοθυσία κι ευθανασία. Ασφαλώς δεν είμαι ειδικός στο θέμα. Θα μιλήσω ως απλός μελετητής σύντομα. Η ζωή είναι δώρο Θεού. Η συντόμευσή της είναι ανεπίτρεπτη κατά οποιοδήποτε τρόπο και θεωρείται θανάσιμο αμάρτημα. Η δολοφονία και του πιο κακού ανθρώπου, η αυτοκτονία και του χειρότερου ανθρώπου, η ευθανασία και του πιο πονεμένου ανθρώπου, και του πιο φτωχού, που δημιουργεί κόστος στο ασφαλιστικό ταμείο ή το κράτος, με τη διακοπή δαπανηρών θεραπειών, δεν επιτρέπεται. Μόνο να συντηρούμε και να σεβόμαστε τη ζωή μπορούμε. Μεγάλο σεβασμό χρειάζεται, πρέπει κι αξίζει κι η ώρα του θανάτου του ανθρώπου.

Όταν η μηχανική υποστήριξη δεν παρατείνει τη ζωή, αλλά απλά εμποδίζει τον θάνατο σ' ένα εγκεφαλικά νεκρό, σ' ένα ασυνείδητο, δεν έχει ουσιαστικό νόημα. Θα κάνουμε ότι μπορούμε για να ζήσει κάποιος, αλλά όταν αυτό δεν κατορθώνεται δεν θα καθυστερούμε μαρτυρικά τον θάνατο. Οι ειδικοί μας βεβαιώνουν σήμερα πως ο εγκεφαλικός θάνατος ταυτίζεται με τον βιολογικό και καθορίζουν τα κριτήρια και τη διαδικασία που πρέπει ν' ακολουθείται για τη διαπίστωση του εγκεφαλικού θανάτου. Μάλιστα "δεν υπάρχει κανένα περιστατικό στη διεθνή βιβλιογραφία με διάγνωση εγκεφαλικού θανάτου, σύμφωνα με τις διεθνώς παραδεκτές οδηγίες που να επανήλθε έστω σε φυτική κατάσταση".<sup>14</sup> Παρά τις μη καλά τεκμηριωμένες αντιρρήσεις ορισμένων "η διαπίστωση του εγκεφαλικού θανάτου μάλιστα μετά από 35ετή εφαρμογή, τίθεται με ασφάλεια χωρίς δεοντολογικούς ή θητικούς προβληματισμούς".<sup>15</sup> Τέλος κατά τον καθηγητή κ. Σ.Ι. Μπαλογιάννη: "είναι τραγική η διαπίστωσις ότι επί πολλών χιλιάδων εγκεφαλικών νεκρών ατόμων, ελάχιστοι μόνον μεταλαμπαδεύουν την ελπίδα και την ζωήν είς τον πάσχοντα πλησίον, λόγω της αδυναμίας συνειδητοποίησεως ότι ο εγκεφαλικός θάνατος είναι αυτός ούτος ο θάνατος".<sup>16</sup>

Βεβαίως το σώμα μας μας ανήκει και είναι πράγματος τι το πιο δικό μας, αυτό όμως δεν σημαίνει ότι μπορούμε δικαιωματικά και να το καταστρέψουμε, αλλά υποχρεούμεθα να το προσέχουμε, να το σεβόμαστε και να το τιμάμε, μόνο όσο του πρέπει κι αξίζει. Έτσι η δωρεά οργάνων μας εν ζωή ή μετά θάνατον είναι επιτρεπτή κι ευλογημένη αφού σώζουν αδελφούς μας. Ο Απόστολος Παύλος αναφέρει πως θα μπορούσε να δώ-

σει κάποιος και τα μάτια του από αγάπη στους πάσχοντες. Γράφει στους Γαλάτες σ' επιστολή του: "Μαρτυρώ γάρ υμίν ότι ει δυνατόν τους οφθαλμούς υμών εξορύξαντες αν εδώκατέ μοι".<sup>17</sup> Ο αββάς Αγάθων παρακαλούσε να βρεί ένα λεπτό να του δώσει το υγιές του σώμα και να λάβει ο ίδιος το ασθενές!

Η Εκκλησία δεν μπορεί ν' αποτρέψει τις μεταμοσχεύσεις αλλά μάλλον να τις ευλογήσει ως πράξεις μεγάλης φιλάνθρωπης αγάπης, μιας αγάπης που είναι το κεντρικό θέμα του κηρύγματός της. Ο δότης λαμβάνει ευλογία, γιατί ξέρει ν' αγαπά, ο λήπτης ζει από αγάπη, έτσι δεν μπορεί κι αυτός να μην αγαπά, είναι κατά κάποιο τρόπο υποχρεωμένος. Σε αυτή τη θαυμαστή αλληλοπεριχώρηση αγάπης συμμετέχουν σημαντικοί ιατροί, νοσηλευτές και συγγενείς, που όλοι προσφέρουν μέρος και μέγεθος αγάπης καρδιακής.

Η Εκκλησία, η ηθική και η νομική είναι λίαν επιφυλακτική για τη λήψη οργάνων από ανεγκέφαλα βρέφη, αλλά και σοβαρά σκεπτική για τη χρήση τεχνιτών οργάνων ή δημιουργία κλωνοποιημένων οργάνων και ξενομοσχευμάτων από ζώα, όπου υπάρχουν και πολλά προβλήματα.

Στο θέμα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής με την παρέμβαση της τεχνολογίας υπάρχει κατ' αρχάς θαυμασμός και χαρά και στη συνέχεια φόβος και βαθιά περίσκεψη. Παρουσιάζονται σοβαρά ηθικά, κοινωνικά, ψυχολογικά, συναισθηματικά, ιατρικά και νομικά προβλήματα και διλήμματα δυσεπιλητά. Αιτία των διαφόρων μεθόδων τεχνητής αναπαραγωγής είναι η υπογονιμότητα που ταλαιπωρεί πολλούς πολύ κι αποτελεί όντως βαρύ κι ασήκωτο σταυρό. Ο νέος άνθρωπος δεν είναι αποτέλεσμα αγαπητικής σχέσης των συζύγων, αλλά αφύσικης τεχνητής κατασκευής του ιατρικού προσωπικού. Σοβαρό πρόβλημα στην εξωσωματική γονιμοποίηση υπάρχει για την "τύχη" των λεγομένων "πλεοναζόντων εμβρύων". Στην δε ετερόλογη γονιμοποίηση προκαλεί υποβιβασμό της έννοιας μητρότητας και πατρότητας. Η εξωσωματική γονιμοποίηση δίνει τη δυνατότητα γονιμοποίησης σε άγαμες μητέρες, σε γυναίκες που έχει πεθάνει ο σύζυγος και διατηρείται κατεψυγμένο σπέρμα, σε ηλικιωμένες μητέρες. Η παρεμβατική γονιμοποίηση μπορεί να δώσει τέκνα ακόμη και σε ζεύγη ομοφυλοφίλων. Αντιλαμβανόμαστε ότι οι σύγχρονες τεχνικές εξωσωματικής γονιμοποίησης κρύβουν ηθικά και πνευματικά προβλήματα, τα οποία καλούμεθα να μελετήσουμε βαθύτερα. Προς το παρόν υπάρχει μια συνετή και διακριτική επιφύλαξη. Υπάρχουν επίσης φόβοι για την καλλιέργεια μιας οπωσδήποτε ανεπίτρεπτης ευγονικής αντιληφτης της ζωής μ' επιλογή χαρακτηριστικών ή καταστροφή ανεπιθύμητων εμβρύων. Έτσι τον θάνατο ανυπεράσπιστων ασθενών εμβρύων φθάνουμε να ονομάζουμε θεραπεία.

Όπως ακόμη τα εκτός των υψηλών δαπανών σοβαρά ψυχολογικά τυχόν προβλήματα γονέων και παιδιών προερχόμενων από τέτοιες μεθόδους. Η Εκκλησία με αγάπη σκύβει στον πόνο των ανθρώπων της, αλλ' αδυνατεί να ευλογήσει το άηθες. Διαλέγεται, μελετά και με τους άτεκνους συζύγους και νουθετεί το καλύτερο. Η Εκκλησία κατ' οικονομίαν, όπως λέμε, θα μπορούσε να δεχθεί την ομόλογη σπερματέγχυση, εφ' όσον οι δυο σύζυγοι συμφωνούν. Χρειάζεται μεγάλη σύνεση, ταπείνωση, υπομονή, διάκριση και φόβος Θεού.<sup>18</sup>

Ο θάνατος ως συνέπεια άρνησης της θεραπείας ή διακοπής της θεραπείας, ως φυσικής συνέπειας της νόσου, ως άρνησης ή διακοπής από τον ίδιο τον ασθενή ή από το περιβάλλον του ή ακόμη και κατόπιν μιας ηλικιακής οριοθέτησης από τους σχεδιαστές των πολιτικών υγείας εξ αιτίας του μεγάλου κόστους του θεραπευτικού σχήματος, όπως αναφέρεται.

**Η οποιαδήποτε επέμβαση στη ζωή του ανθρώπου για συντόμευσή της από τον ίδιο ή άλλους είναι εκκλησιαστικά ανεπίτρεπτη, βάναυση, βέβηλη και αμαρτωλή. Στο σώμα παρεμβαίνουμε μόνο θεραπευτικά.** Ορισμένοι θεωρούν ότι είναι δικαίωμά τους να κάνουν τη ζωή τους ότι θέλουν. Η Εκκλησία δεν μπορεί ποτέ να ενθαρρύνει καμιά μορφή ευθανασίας. Θεωρεί ότι η προμελετημένη θανάτωση ενός ανθρώπου, ακόμη κι όταν υποφέρει, είναι πολύ βαρύ αμάρτημα. Ιατροί, νοσηλευτές, συγγενείς, φίλοι, κοινωνικοί λειτουργοί και γνωστοί θα πρέπει να φροντίσουν και να υποστηρίξουν μια ποιότητα επιβίωσης της τελευταίας φάσης της ζωής του κάθε ανθρώπου, άσχετα ηλικίας, δυνατότητας και κόστους, που θα περιλαμβάνει και την πνευματική του στήριξη. Δεν μπορούμε να πούμε ότι αυτό είναι πάντα εύκολα κατορθωτό, όταν υπάρχει μεγάλος πόνος και βαριά κατάθλιψη. Πάντως προέχει η προστασία της ανθρώπινης ζωής. Η ζωή επαναλαμβάνουμε είναι δώρο Θεού. Η αυτονόμηση του ανθρώπου από τον Θεό τον οδηγεί σε μηδενιστικές ατραπούς, όπου τα πάντα επιτρέπονται, αφού δεν υπάρχει, πίστη, νόημα κι ελπίδα σε άλλη ζωή. Υπεύθυνα ο άνθρωπος ορίζει την ποιότητα της σχέσης του με τον Θεό. Στην εποχή μας θα συνεχίζεται να επιβραβεύεται από την τελειότητα της αρετής ή "προστασία των αξιών της αξιοπρέπειας, σύμφωνα με την οποία δίνεται βιόηθεια στον άνθρωπο που υποφέρει, καθώς και σε όποιον είναι υπεύθυνος για τη στήριξή τους".<sup>19</sup>

"Η Εκκλησία αντιμετωπίζει όλες αυτές τις σύγχρονες ανακαλύψεις κι εφαρμογές με πολλή προσοχή και επιφυλακτικότητα. Αυτό δεν γίνεται από καχυποψία, αλλά το επιβάλλουν λόγοι συνέσεως. Αισθάνεται ότι πρέπει να προστατεύει τον εαυτό της από το ενδεχόμενο απρόβλεπτης αστοχίας ή αδικαιολόγητης αβλεψίας. Για παράδειγμα, υπάρχει ο κίνδυνος στο άμεσο

μέλλον, με τη χαλαρή διεθνώς ηθική απέναντι στην ευθανασία και την τάση νομοθετικής κατοχυρώσεως της, οι μεταμοσχεύσεις να συνδυασθούν με την ευθανασία".<sup>20</sup> Παρατηρείται τελικά, όπως ορθά αναφέρεται, το εξής οξύμωρο σχήμα: "Από την μια αποτρέπεται ο θάνατος την περίοδο της μεγίστης κάμψεως των περισσοτέρων οργάνων, με την εφαρμογή θαυμαστών επιστημονικοτεχνικών μέσων, ενώ από την άλλη εμείς οι ίδιοι επικαλούμαστε τον θάνατο, αναζητώντας ηθικοεπιστημονικά ερείσματα ανακλήσεως των εφαρμοζόμενων μέσων ή εφαρμόζοντας θανατηφόρα μέσα υπό το πρόσχημα της ευσπλαγχνίας".<sup>21</sup>

Τελικά, για να είμαστε τίμιοι και ειλικρινείς, θα πρέπει να ομολογήσουμε πως ό,τι δεν συμφέρει την ηγεμονική αγορά επαναπροσδιορίζεται. Έτσι ο ιατρός θα λέγεται σήμερα "πάροχος υγείας" κι αν αύριο εγκριθεί νομικά η ευθανασία θα λέγεται "πάροχος θανάτου". Ο φτωχός θα είναι τότε λιγότερο υγιής κι ο πλούσιος περισσότερο υγιής.<sup>22</sup> Οι υποστηρίζοντες την ευθανασία, ευτυχώς όχι στην Ελλάδα, μιλούν για ανάξια ζωή, άχαρη ζωή, δηλαδή δίχως ευδαιμονία, θανάτωση από αγάπη, για έναν που πάσχει βαριά κι ανίατα, από οίκτο, κέρδος από περιστολή μεγάλων δαπανών, ιατρική διευκόλυνση για ένα αξιοπρεπές τέλος στους απόμαχους της ζωής, που δεν παράγουν και δεν καταναλώνουν πια.

Όμως το πρόβλημα είναι νομίζουμε βαθύ στον ίδιο τον άνθρωπο. Ο σύγχρονος άνθρωπος είναι ανέτοιμος να δεχθεί την αποτυχία, να παραδεχθεί το λάθος, να υπομείνει τον πόνο, ν' αντιμετωπίσει την ασθένεια, να συλλογισθεί τον θάνατο. Δυστυχώς η αγωγή μας έχει κάνει εντελώς απροετοίμαστους και φοβερά φοβισμένους απέναντι στον πόνο, που χαλά τα σχέδια της ευημερίας μας. Ακόμη η έλλειψη σοβαρής αλληλεγγύης οδηγεί τους απομονωμένους πονεμένους στην κατάθλιψη και την απόγνωση, ύστερα από μια έκτακτη κατάρρευση της υγείας τους. Μάθαμε να μιλάμε συνέχεια για δικαιώματα και λησμονήσαμε και τις βασικές υποχρεώσεις μας, που ανεβάζουν τον άνθρωπο λίγο πιο ψηλά απ' τη γη.

Στα θέματα που ακροθιγώς, λόγω χρόνου, θίξαμε και συγχωρέστε μου τη λακωνικότητα κι αποσπασματικότητα, θέσαμε κάποια ηθικά κριτήρια, για ορθή πλεύση σεβασμού της ιερότητας του ανθρωπίνου προσώπου κι αντιμετωπίσεως του σε ώρες οδύνης κύρια με αγάπη και μάλιστα εσείς οι αιγαπητοί νοσηλευτές που είσθε πιο πολύ κοντά τους. Ως ιατροί, νοσηλευτές κι επισκέπτες βαριά ασθενών φοράμε συνήθως μάσκες, για να μη τους μεταδώσουμε μικρόβια. Οι μάσκες αυτές δεν κρύβουν ποτέ τα μάτια. Ας δούμε λοιπόν κατάματα τους ασθενείς μας, έχουν μεγάλη ανάγκη την ιλαρή ματιά μας, ας δούμε θαρρετά κι τολμηρά την Αλήθεια και την Αγάπη, την Αγάπη και την Αλήθεια, πιο πολύ την

Αγάπη. Έχουμε απόλυτο κι αναφαίρετο δικαίωμα, καθήκον κι υποχρέωση όλοι μας ν' αγαπάμε. Η αγάπη έχει αρκετά φθαρεί από την κακομεταχείριση, παραμένει όμως αναγκαία, απαραίτητη και σημαντική.

## ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

1. Έκκλ. 1. 18.
2. P.G. 62, στ. 604.
3. Γεν. 3, 5 - 7.
4. Βακαλίκου I., Ασθενείς τελικού σταδίου, Πρακτικά δου Πανελλήνιου Συνεδρίου Ογκολογίας, Θεσσαλονίκη 1991, σ. 55 - 58.
5. Κουνάβη Π.Γ., Ο Πόνος, Αθήνα 1994, σ. 128.
6. Φάρου Φιλοθέου αρχιμ. Το πένθος, Αθήνα 1981, σ. 16.
7. Οπ.π. σ. 57.
8. Μωύσεως Αγιορείτου μοναχού, Επιστροφή από την Αμερική, Αθήνα 1999, σ. 91
9. Μαντζαρίδη Ι.Γ. Θεολογική προβληματική των μεταμοσχεύσεων, Εκκλησία και Μεταμοσχεύσεις, Αθήνα 2001, σ. 253 - 257.
10. Χατζηνικολάου Νικολάου αρχιμ., Πνευματική ηθική και παθολογία των μεταμοσχεύσεων, οπ.π. σ. 299.
11. Μπακογιάννη Π. Βασιλείου αρχιμ., Μετά θάνατον, Αθήνα 19923, σ.14.
12. Χατζηνικολάου Νικολάου Αρχιμ., "Πνευματική ηθική και παθολογία των μεταμοσχεύσεων", Ελεύθεροι από το γονιδίωμα, Αθήνα 2003, σ. 315-316.
13. Οπ.π. σ. 317.
14. Νανά Σεραφείμ, Επιστημονική θεώρηση του Εγκεφαλικού Θανάτου, "Τόλμη" 31, σ. 31.
15. Νανά Σεραφείμ, Διάλογος για το θέμα του "Εγκεφαλικού Θανάτου", "Τόλμη" 39, σ. 81.
16. Μπαλογιάννη Σταύρου, Εγκεφαλικός Θάνατος, "Εκκλησία και Μεταμοσχεύσεις", Αθήνα 2002, σ. 142.
17. Γαλ. 4, 15.
18. Γκελτή-Δούκα Ελένη, Σύγχρονοι προβληματισμοί επί των τεχνικών της εξωσωματικής γονιμοποίησης στον άνθρωπο, "Τόλμη" 31, σ. 38-42.
19. Ιεράς Συνόδου της Εκκλησίας της Ελλάδος, Οι χριστιανικές Εκκλησίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης συμβάλλουν στη συζήτηση για την ευθανασία στο Συμβούλιο της Ευρώπης, "Εκκλησία" 3/2004, σ. 201.
20. Χριστοδούλου Αρχιεπ. Αθημών, Πρόλογος, "Εκκλησία και Μεταμοσχεύσεις", Αθήνα 2000, σ. 14.
21. Μαθιουδάκη Γεωργίου, Ευθανασία: Πράξη ευσπλαγχνίας ή διαχείριση του θανάτου; "Πεμπτουσία" 14, σ. 98.
22. Μαθιουδάκη Γεωργίου, Γιατρός... ή παραγωγός του "καταναλωτικού αγαθού" υγεία; "Πεμπτουσία" 12, σ. 99.

# ΕΞΙΤΗΡΙΟ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΠΟΥ...;

Γράφει η Σοφία Κουτσογιαννίδου,  
Κοινωνική Λειτουργός



**Η** μέριμνα για την περαιτέρω φροντίδα και αποκατάσταση του ασθενούς, μετά την έξοδο του από το Νοσοκομείο, είναι ένα κομμάτι που απασχολεί κυρίως τον Κοινωνικό Λειτουργό που εργάζεται σε ένα Γενικό Νοσοκομείο. Όταν λοιπόν κριθεί από τους θεράποντες ιατρούς ότι ο ασθενής δύναται να εξέλθει του Νοσοκομείου, τότε καλείται ο Κοινωνικός Λειτουργός να δώσει λύσεις οι οποίες θα εξασφαλίσουν στον ασθενή ένα αξιοπρεπές και ασφαλές περιβάλλον έτσι ώστε να μπορέσει να αναρρώσει πλήρως το συντομότερο και, αν αυτό δεν είναι εφικτό, να μην υποφέρει και επιδεινώθει η κατάσταση της υγείας του.

**Για το σκοπό αυτό δουλεύουμε όχι μόνο με τον ίδιο τον ασθενή, που αρκετές φορές είναι κλινήρης και έχει χάσει κάθε δυνατότητα επικοινωνίας με το περιβάλλον του, αλλά κυρίως με την οικογένεια του και με το κοινωνικό πλαίσιο που τον περιβάλλει.**

Να σημειώσω ότι με την έννοια κοινωνικό πλαίσιο λαμβάνω υπόψη τόσο το έμψυχο δυναμικό του (οικογένεια, φίλοι, συγγενικό περιβάλλον, επαγγελματίες στο χώρο υγείας και πρόνοιας κτλ) όσο και όλα τα δομικά συστήματα, ως άψυχο αλλά εξίσου ζωτικό, δυναμικό (οργανισμοί, υπηρεσίες, φορείς, πολιτικές κτλ) που έχουν συσταθεί με σκοπό την προαγωγή της υγείας και εξέλιξης του ατόμου-μέλους.

Ας σκεφτούμε τώρα έναν ασθενή που μένει κλινήρης μετά από ένα ξαφνικό εγκεφαλικό επεισόδιο, που από τη μια στιγμή στην άλλη δεν μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί, δεν μπορεί να σιτιστεί μόνος ή, δυστυχώς συμβαίνει συχνά, βρίσκεται σε κωματώδη κατάσταση χωρίς καμία απολύτως επαφή με το περιβάλλον του. Η οικογένεια του ασθενούς βρίσκεται τις περισσότερες φορές τελείως απροετοίμαστη, ψυχολογικά και οικονομικά, να αντιμετωπίσει ένα τέτοιο αναπάντεχο και επώδυνο γεγονός και, παράλληλα, φαίνεται εύκολα ευάλωτη σε συγχύσεις, ακραίες ενέργειες και αντιδράσεις.(απομάκρυνση από τον ασθενή, επιθετικότητα

προς το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, απόγνωση κτλ) Ο κοινωνικός Λειτουργός μπορεί να αποτελέσει το συνδετικό κρίκο ανάμεσα στον ασθενή και το περιβάλλον του. Κινητοποιεί, εμψυχώνει και στηρίζει το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον όταν αυτό πρόκειται να αναλάβει το δύσκολο και υπεύθυνο έργο μιας αποκλειστικής και εντατικής φροντίδας του δικού τους ανθρώπου.

Επιπλέον τους ενημερώνει για όλες τις υπηρεσίες, τα δικαιώματα και τις παροχές της Πολιτείας και, αν χρειαστεί, τους βοηθά αυτά να τα διεκδικήσουν και να τα αξιοποιήσουν προς όφελό του ασθενή.

Το πρόβλημα στη δουλειά μας προκύπτει όταν δεν υπάρχει στενό οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον ή όταν αυτό, για διάφορους λόγους(συναισθηματικούς, οικονομικούς, λόγους αυξημένων επαγγελματικών υποχρεώσεων) δε φαίνεται διατεθειμένο να αναλαμβάνει τη φροντίδα του ασθενούς μετά την έξοδο του από το Νοσοκομείο. Πολλές φορές πάλι, ενώ υπάρχει η ειλικρινής και θετική διάθεση της οικογένειας να αναλάβει τη φροντίδα του ασθενούς, ο ασθενής χρειάζεται αυξημένη, 24ωρη και μακρόχρονη νοσηλευτική φροντίδα που η οικογένεια του να μην έχει τις γνώσεις και τη φυσική κατάσταση να του τις παράσχει.

Σε οποιαδήποτε από τις παραπάνω περιπτώσεις και όταν κριθεί ότι δεν υπάρχει θεραπευτικός λόγος να παραμένει πλέον στο Νοσοκομείο, ο ασθενής λαμβάνει το εξιτήριό του..... αλλά που πάει μετά το Νοσοκομείο;

Θα ήθελα να εστιάσουμε το ενδιαφέρον μας στην ευπαθή ομάδα των ηλικιωμένων που θεωρώ ότι είναι αυτή που πλήγηται σε μεγαλύτερο ποσοστό από σοβαρά, χρόνια και ανίστα νοσήματα, κακή φυσική κατάσταση και παράλληλα από την απουσία υποστηρικτικού περιβάλλοντος για τη μετέπειτα φροντίδα και αποκατάσταση τους.

Ο μέσος όρος ζωής έχει αυξηθεί σημαντικά τις τε-

λευταίς δεκαετίες, η οικογένεια όλο και περισσότερο αδυνατεί να ανταποκριθεί στις ανάγκες των ηλικιωμένων, κυρίως της λεγόμενης 4ης ηλικίας, πάνω από τα 75 χρόνια. Επιπλέον, οφείλουμε να ομολογήσουμε ότι ζούμε σε μια κοινωνία στην οποία, κύρια μέσω της εκ φύσεως αυταρχικής πρακτικής των ΜΜΕ, καθημερινά βομβαρδίζομαστε με μηνύματα που μας επιβάλουν το πρότυπο του νέου, όμορφου και υγιούς ενώ κάθε τι που απέχει από αυτό το μοντέλο φαίνεται να μην έχει θέση στη σύγχρονη, εφημερεύουσα και προοδευτική κοινωνία μας.

Για όλους τους παραπάνω λόγους, και για πολλούς άλλους που δεν έχει νόημα να αναλύσουμε επί του παρόντος, εμείς οι επαγγελματίες στο χώρο υγείας, βρισκόμαστε στη δυσάρεστη θέση να δώσουμε άμεση λύση στο πρόβλημα πού πάει ο ασθενής- υπερήλικας μετά το Νοσοκομείο και εφόσον δε μπορεί, για λόγους που αναφέραμε παραπάνω, να πάει σπίτι του? Και ειλικρινά ο όγκος τέτοιων περιστατικών στη δουλειά μας είναι μεγάλος.

Υπάρχουν βέβαια οι ιδιωτικές κλινικές που όλοι γνωρίζουμε. Λίγες όμως είναι αυτές που δέχονται ασθενείς με χρόνιες και σοβαρές παθήσεις που έχουν ανάγκη μακράς νοσηλείας. Επιπλέον αυτές οι λίγες που υπάρχουν δεν έχουν συμβάσεις με όλα τα ασφαλιστικά ταμεία. Οι ασφαλισμένοι του ΟΓΑ για παράδειγμα δεν έχουν τη δυνατότητα νοσηλείας σε καμιά κλινική χρόνιων παθήσεων. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι εάν ένας ασφαλισμένος υπερήλικας του ΟΓΑ δεν μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί, χρήζει 24ωρης νοσηλευτικής φροντίδας, βρίσκεται σε βαριά κλινήρη και κωματώδη κατάσταση και δεν έχει περιβάλλον να αναλάβει τη φροντίδα του, τότε δύο επιλογές υπάρχουν: να παραμένει χωρίς θεραπευτικό λόγο και καθαρά για κοινωνικούς λόγους στο Νοσοκομείο καταλαμβάνοντας επι αόριστον μια κλίνη που θα την έχει ανάγκη κάποιος άλλος συνάνθρωπος μας ή να μεταφερθεί στο σπίτι του, μόνος και αβοήθητος ή με ανεπαρκής και ακατάλληλη φροντίδα.

Αν και μόνο η κατάσταση υγείας του είναι σχετικά καλλίτερη υπάρχει και η δυνατότητα φιλοξενίας σε κάποιον οίκο ευηγρίας. Όπως αντιλαμβάνεστε βέβαια δε θα μπορούσε να φιλοξενηθεί σε οίκο ευηγρίας ένας ασθενής που είναι σε κώμια ή έχει τραχειοστομία ή ακόμα χρήζει παροχής οξυγόνου σε καθημερινή βάση, τότε μιλούμε αποκλειστικά για κλινική και για νοσηλευτική φροντίδα.

Για τον ασθενή λοιπόν που του επιτρέπεται η φιλοξενία σε κάποιο ξενώνα ηλικιωμένων υπάρχει σήμερα, στην πόλη της Θεσσαλονίκης, μόνο ένα Δημόσιο Γηροκομείο. Αναμενόμενο είναι ότι η λίστα αναμονής για την εισαγωγή σε αυτό ξεπερνά πολλές φορές και τον ένα χρόνο. Σ αυτό το διάστημα που μεσολαβεί εμείς, οι επαγγελματίες στο χώρο υγείας, πρέπει να δώσουμε



μια λύση. Οι προσπάθειες μας και παρά τη καλή μας διάθεση φαίνονται πολλές φορές αδιεξοδες και μάταιες. Ιδιαίτερα πλήκτονται πάλι οι ασφαλισμένοι του ΟΓΑ και οι ανασφάλιστοι συμπολίτες μας, αυτοί δηλ που δεν λαμβάνουν κάποια ικανοποιητική σύνταξη η οποία θα τους επέτρεπε και την άμεση λύση ενός ιδιωτικού οίκου ευηγρίας.

Θα ήταν παράλειψη εάν δεν αναφέραμε ότι τα τελευταία χρόνια έχει αναπτυχθεί ένα δίκτυο κοινωνικών υπηρεσιών σε τοπικό επίπεδο που προσφέρει σημαντικό έργο σε ευπαθείς κοινωνικές ομάδες που βρίσκονται στο περιθώριο λόγω προβλημάτων υγείας και οικονομικών δυσχερειών (Πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι», Κέντρα κοινωνικής μέριμνας κτλ). Εμείς, οι κοινωνικοί λειτουργοί στα Νοσοκομεία, αξιοποιούμε κατά κόρον τις υπηρεσίες αυτές και συχνά ερχόμαστε σε επαφή και κάνουμε παραπομπές περιστατικών. Η δουλειά που επιτελούν, με την κατ οίκον φροντίδα και στήριξη, είναι πολύτιμη και δεν υπάρχει αμφιβολία για αυτό. Όταν όμως έχουμε άτομα που στερούνται παντελώς στενού οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος και ταυτόχρονα δε μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν ή αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας για τα οποία χρειάζονται φροντίδα και παρακολούθηση όλο το 24ωρο τότε οι υπηρεσίες αυτές, όπως είναι λογικό, δε μπορούν να προσφέρουν ουσιαστική βοήθεια.

Κλείνοντας, νοιώθω την ανάγκη να τονίσω ότι ευτυχώς υπάρχει μεγάλη ευαισθησία από όλο το ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό του Νοσοκομείου μας απέναντι στα πάσης φύσεως κοινωνικά προβλήματα των ασθενών που νοσηλεύονται, ευαισθησία που καθημερινά αποδεικνύεται έμπρακτα και χωρίς την οποία θα ήταν αδύνατο να επιλυθούν πολλά από τα παραπάνω κοινωνικά προβλήματα.

# ΓΙΑ... ΣΚΑΚΙ ΚΑΝΕΙΣ;

Του Παναγιώτη Τουχτίδη, Προέδου Δ.Σ Σ.Ε.Ν.Π.



Υπάρχουν κάποιες φορές που ένας άνθρωπος λυπάται όταν δικαιώνεται. Και είναι ακριβώς τότε που κριτικάροντας αρνητικά τις εφαρμοζόμενες στρατηγικές των υψηλά ισταμένων, κατέληγε να βρίσκεται κατηγορούμενος τουλάχιστον για αδικαιολόγητη απαισιοδοξία, αν όχι για καταστροφολογία!

Είναι επίσης πολύ συχνό φαινόμενο, αυτό που είναι εμφανές στους πάντες, να μην είναι ορατό από κάποιον ή τουλάχιστο μια μικρή ομάδα ατόμων.

Το τρίτο μάτι, το μάτι του παρατηρητή, από μια άλλη διάσταση, έχω από τη σφαίρα της έντασης και των ζυμώσεων, βλέπει, κρίνει και δύναται ψυχραιμότερα και ορθότερα να προλέγει την πιθανότερη εξέλιξη μιας σειράς αποφάσεων και κινήσεων.

Στην πρώτη περίπτωση ο δικαιωθείς ουδεμία ευθύνη φέρει για το κατάντημα που έγκαιρα προέβλεψε, παρόλα αυτά όμως κάθε άλλο παρά μπορεί να πανηγυρίσει τη δικαιώση του, όντας εξ αρχής συνετός και μετριοπαθής.

Στη δεύτερη περίπτωση όμως ο «τυφλός» ή εθελότυφλος άνθρωπος, (ή κύκλος ατόμων), μένει άναυδος, εμβρόντητος, έκπληκτος, με αυτά που εκτυλίσσονται μπροστά στα μάτια του ορθώνοντας ενίστε φράγματα άρνησης και μη αποδοχής της σοβαρότητας του πράγματος.

Στη δεύτερη περίπτωση υπάρχουν δυο τινά :

- ✓ Αν υπάρχει εθελοτυφλία υπάρχουν βαρύτατες ευθύνες που πρέπει να αποδοθούν,
- ✓ Αν απλά δεν υπήρξε οξυδέρκεια υπάρχει ο «δρόμος για τα αποδυτήρια»

Κανείς δεν δικαιούται να θεωρεί το χώρο δράσης του ως σκακιέρα, για να παίζει με τα πιόνια που κινούνται πάνω της, παιχνίδια εξουσίας και επίδειξης δύναμης, θεωρώντας τα «αναλώσιμα» στρατιωτάκια, που έχουν τόσο ανάγκη την ύπαρξη τους πάνω στο ασπρόμαυρο πεδίο, ώστε να εκτελούν πάντα υπάκουα και στωικά την κάθε κίνηση, πειθήνια όργανα του «χειριστή» τους.

Ακόμα και τα «πιόνια», δικαιούνται προσωπική ζωή πέρα από την «σκακιέρα» και δεν θα πρέπει ποτέ να ξεχνάμε ότι στο τέλος αυτής, για όσα το καταφέρουν, υπάρχει η δυνατότητα να αφήσουν ως μια κακή ανάμνηση πίσω τους το ρόλο του απλού «στρατιώτη» και να γίνουν «βασιλισσες».

Αλλά ακόμα κι αν δεν τα καταφέρουν και πέσουν ένδοξα στο πεδίο της μάχης, ακόμα κι έτσι, θα τιμωρήσουν τον παίκτη που τα θυσίασε απερίσκεπτα προσπαθώντας να πετύχει την προσωπική του νίκη, με την πιο πικρή αλήθεια που διδάσκει το σκάκι: η ρήση «ουδείς αναντικατάστατος» δεν υπάρχει, όποιος χάνεται δεν γυρίζει πίσω, και το τετραγωνάκι του μένει τελικά κενό.

Και ο «παίκτης» συνεχώς αποδυναμώνεται, ο χρόνος κυλά σε βάρος του, τα σχέδια του καταρρέουν, καθώς δεν έχει το πλέον απαραίτητο πράγμα για να πετύχει: το πιόνι!

Οι μεγάλοι στρατηγοί γνωρίζουν ότι όσο πιο μεγάλο, άρτιο και πιστό στρατό διαθέτουν, τόσο πιο επιτυχημένοι και ένδοξοι θα γίνουν.

Οι μεγάλοι ήγετες γνωρίζουν ότι οφείλουν το μεγαλείο τους στον απλό λαό που τους ακολουθεί, τους τιμά και τους αναδεικνύει.

Οι καλοί σκακιστές γνωρίζουν πως κάθε πιόνι που «φεύγει» από τη σκακιέρα είναι μια μεγάλη απώλεια, μια απουσία που δεν αναπληρώνεται με οτιδήποτε άλλο, και φροντίζουν να προστατεύουν πάντα τα πιόνια τους από τις κακοτοπιές του παιχνιδιού.

Κάποιοι λοιπόν είτε δεν έμαθαν ποτέ να παίζουν σκάκι, είτε δεν έμαθαν ποτέ να εκτιμούν αυτούς τους απλούς «εργάτες» που κοστίζουν τόσο λίγο αλλά αξίζουν τόσο πολύ!

Τουλάχιστον θέλω να ελπίζω, ακόμα και την ύστατη αυτή ώρα, σε μια ανασύνταξη σε πυκνές τάξεις για να μπορούμε με σίγουρα βήματα αυτή τη φορά και όχι με παραπαίουσες δρασκελιές να φτάσουμε στον τελικό στόχο, να κερδίσουμε το μεγάλο στοίχημα!

# ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΣΥΛΛΟΓΙΚΗΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

**Σ**τις 14 Δεκεμβρίου 2004 υπογράφηκε μεταξύ της Διοίκησης του Νοσοκομείου και της Διοίκησης του Συλλόγου Εργαζομένων Σ.Σ.Ε. η οποία ρυθμίζει εικρεμότητες σε οικονομικά θέματα και σε ζητήματα παροχών και βελτιώνει τους όρους εργασίας του προσωπικού.

Η υπογραφή της Σ.Σ.Ε. ήρθε μετά από διαπραγματεύσεις που διήρκεσαν περισσότερο από δεκατρείς μήνες και τελικά επιτεύχθηκε μια, κατά γενική ομολογία, αρκετά ικανοποιητική συμφωνία μεταξύ των δυο μερών.

Κατοχυρώθηκαν συγκεκριμένα:

- Η δυνατότητα επιλογής των υψηλότερων δυνατών αποδοχών για το προσωπικό
- Ρύθμιση για τις κανονικές άδειες άμεσα για όλους και με τον ευνοϊκότερο δυνατό τρόπο (με συνδυασμό του πλεονεκτήματος της αναλογικής άδειας από το πρώτο έτος απασχόλησης και της κατ' έτος αύξησης των ημερών κανονικής άδειας μέχρι της συμπλήρωσης των είκοσι πέντε εργασίμων ημερών)
- Δικαίωμα μειωμένου ωραρίου τεσσάρων ετών για όλες τις μητέρες άμεσα,
- Και, τέλος, δικαίωμα εννιάμηνης άδειας ανατροφής τέκνου αντί της χρήσης του μειωμένου ωραρίου για τις νέες μητέρες.

Το κείμενο της Σ.Σ.Ε. έχει ως εξής:

**ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΗ ΣΥΛΛΟΓΙΚΗ ΣΥΜΒΑΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ για την ρύθμιση των όρων αμοιβής και εργασίας των εργαζομένων στο Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ**

Σήμερα στην Θεσσαλονίκη, την 14η Δεκεμβρίου 2004, στα γραφεία της Διοίκησης του Νοσοκομείου ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ μεταξύ αφενός:

του Σωματείου Εργαζομένων του Γενικού Περιφερειακού Νοσοκομείου ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ, με έδρα την Θεσσαλονίκη, Νέα Ευκαρπία, νομίμως εκπροσωπούμενο από τους: α) **Παναγιώτη Τουχτίδη - Πρόεδρο** και β) **Λάζαρο Κοτζαμανίδη - Αντιπρόεδρο**, επικουρούμενοι από την Νομικό Σύμβουλο, κα **Κωνσταντίνα Φουντέα**, και αφ' ετέρου

του Γενικού Νοσοκομείου Παπαγεωργίου, με έδρα την Θεσσαλονίκη, Νέα Ευκαρπία, νομίμως εκπροσωπούμενο από τον **Γεώργιο Καρατζά - Διοικητικό Διευθυντή**,

οι οποίοι, και με την παρουσία του Διαιτητή του Ο.Μ.Ε.Δ., **Χρήστου Καρατζά**, συναποδέχονται και συνομολογούν τα ακόλουθα:

## Άρθρο 1

### Έκταση ισχύος

Στις διατάξεις της Σ.Σ.Ε αυτής υπάγεται το πάσης φύσεως τακτικό και έκτακτο προσωπικό που εργάζεται με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου στο Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ.

## Άρθρο 2

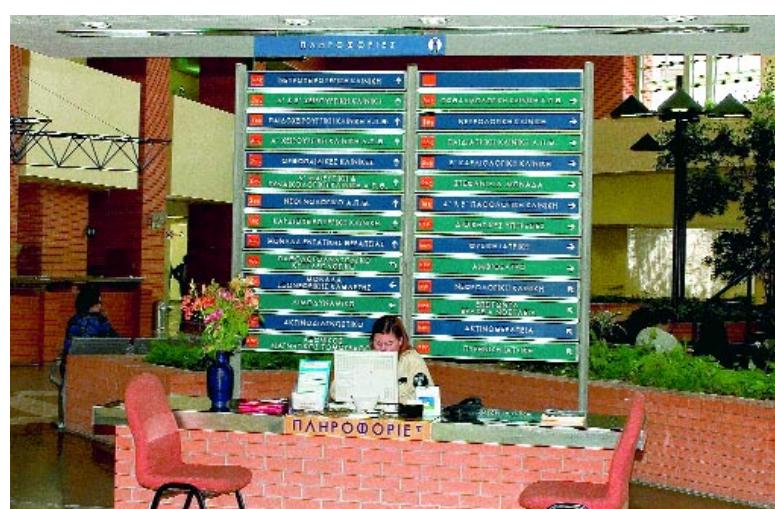
### Αποδοχές προσωπικού

Οι αποδοχές του πάσης φύσεως προσωπικού του Νοσοκομείου δεν υπολείπονται των αποδοχών που ισχύουν για το αντίστοιχο προσωπικό των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων Ε.Σ.Υ. ή των Συλλογικών Συμβάσεων αντιστοίχου ειδικότητας. Θα καταβάλλονται, δηλαδή, όποιες αποδοχές (Νοσοκομείων ή των Συλλογικών συμβάσεων) είναι οι μεγαλύτερες.

## Άρθρο 3

### Θεσμικές διατάξεις

Στις εργαζόμενες στο Γ.Ν.Θ. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ μητέρες χορηγείται μειωμένο ωράριο εργασίας κατά δύο ώρες ημερησίως, εφόσον έχουν τέκνα ηλικίας μέχρι





δύο (2) ετών και κατά μία (1) ώρα ημερησίως, εφόσον έχουν τέκνα ηλικίας από δύο ετών συμπληρωμένων έως και τεσσάρων ετών συμπληρωμένων.

Σε περίπτωση συμφωνίας των μερών (εργοδότη και εργαζομένων) ύστερα από σχετική αίτηση της εργαζομένης και αιτιολογημένη απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου, αντί του παραπάνω μειωμένου ωραρίου, δύναται να χορηγείται συμψηφιστική άδεια απουσίας διαρκείας εννέα (9) μηνών.

Σε περίπτωση αποχώρησης της υπαλλήλου που έκανε χρήση απουσίας εννέα μηνών προ της συμπλήρωσης τεσσάρων ετών από τη λήξη της άδειας λοχείας, υποχρεούται να επιστρέψει στο Νοσοκομείο το ποσό που αντιστοιχεί στην αμοιβή των υπολοίπων ωρών μειωμένου ωραρίου από την ημερομηνία διακοπής της εργασίας μέχρι της συμπληρώσεως τεσσάρων ετών.

Ειδικά για το τρέχον έτος 2004 το δικαίωμα μειωμένου ωραρίου ισχύει άμεσα για όλες τις εργαζόμενες μητέρες που έχουν τέκνα έως και τεσσάρων ετών, ενώ το δικαίωμα συνεχούς άδειας εννέα μηνών ισχύει μόνο για τις εργαζόμενες μητέρες που η άδεια λοχείας έληξε μετά την 01.07.2004.

#### Άρθρο 4 Κανονικές άδειες

Οι εργαζόμενοι δικαιούνται κανονικής άδειας, με αποδοχές, χρονικής διάρκειας είκοσι (20) εργασίμων ημερών, οι οποίες θα χορηγούνται τμηματικά ή σε συνεχίσιες ημέρες. Η άδεια αυτή προσαυξάνεται κατά μία εργάσιμη ημέρα για κάθε έτος απασχόλησης και μέχρι την συμπλήρωση του ανώτατου ορίου των εικοσιπέντε (25) εργασίμων ημερών.

#### Άρθρο 5 Προηγούμενες ρυθμίσεις

Κατά τα λοιπά εξακολουθούν να ισχύουν όλες οι διατάξεις των προηγούμενων ρυθμίσεων, οι οποίες δεσμεύουν τα δύο μέρη.

#### Άρθρο 6 ΙΣΧΥΣ

Η ισχύς της παρούσης αρχίζει την 01.09.2004.

#### ΟΙ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΙ

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΚΑΡΑΤΖΑΣ Δ/ΚΟΣ Δ/ΝΤΗΣ	1. ΠΑΝ. ΤΟΥΧΤΙΔΗΣ ΠΡΟΕΔΡΟΣ
	2. ΛΑΖ. ΚΟΤΖΑΜΑΝΙΔΗΣ ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ
	3. ΚΩΝ/ΝΑ ΦΟΥΝΤΕΑ ΝΟΜ. ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ

Η Σύμβαση που καταρτίσθηκε αποτελεί από μόνη της μια ιστορική συμφωνία για Ελληνικά συνδικαλιστικά δεδομένα καθώς είναι η πρώτη Σ.Σ.Ε. που υπογράφεται αυτόνομα σε νοσηλευτικό ίδρυμα του υγειονομικού χάρτη της χώρας και μάλιστα από πρωτοβάθμια συνδικαλιστική οργάνωση. Ευελπιστούμε ότι η επιτυχημένη αυτή κατάληξη θα αποτελέσει αντικίνητρο για διαρροές προς το δημόσιο τομέα και θα αποτελέσει σημείο εκκίνησης για ακόμη μεγαλύτερη βελτίωση των όρων εργασίας στο Νοσοκομείο ΜΑΣ.

**ΤΟΥΧΤΙΔΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ  
ΠΡΟΕΔΡΟΣ Δ.Σ. Σ.Ε.Ν.Π.**

# Η γνώμη σας μετράει

Της Σοφίας Παραστατίδου

Για τη διοίκηση του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου, η γνώμη των νοσηλευομένων και των επισκεπτών, για την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών σε όλα τα τμήματα του νοσοκομείου, αποτελεί τον πλέον σοβαρό και αδιαμφισβήτητο μάρτυρα.

Αυτός είναι και ο λόγος για τον οποίο όχι απλώς είναι ευπρόσδεκτη αλλά και επιδιώκεται η γνώμη του κάθε πολίτη για τη λειτουργία του νοσοκομείου, μέσω ειδικών ερωτηματολογίων που βρίσκονται σε όλους τους χώρους.

Στα ερωτηματολόγια αυτά ο ασθενής ή ο επισκέπτης μπορούν να εκφράζουν τη γνώμη τους και να καταθέτουν προτάσεις με στόχο την περαιτέρω βελτίωση των

παρεχόμενων υπηρεσιών, επ' αφελεία του κοινωνικού συνόλου.

Ειδική υπηρεσία του νοσοκομείου επεξεργάζεται τα ερωτηματολόγια και ενημερώνει τακτικά το διοικητικό συμβούλιο, υποβάλλοντας προτάσεις για λήψη σχετικών αποφάσεων που αφορούν στη θεραπεία αδυνατιών που εμφανίζονται.

Στη συνέχεια δημοσιεύονται τα αποτελέσματα της επεξεργασίας των ερωτηματολογίων που αφορούν στο δωδεκάμηνο του 2004, αποτελέσματα που αποδεικνύουν ότι το νοσοκομείο Παπαγεωργίου συνεχίζει να αγκαλιάζεται με θέρμη από τη συντριπτική πλειοψηφία των νοσηλευομένων και των επισκεπτών του.

## ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

### 1. Είστε κάτοικος (νομού):

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	Άλλο
221	280
43 %	57 %

### 2. Η Εισαγωγή σας στο Νοσοκομείο ήταν:

Προγραμματισμένη	Επείγουσα	Δεν Απάντησε
238	158	61
52 %	35 %	13 %

#### α) Για προγραμματισμένη εισαγωγή σε πόσο χρόνο πραγματοποιήθηκε;

< 1 Εβδομάδα	1-2 Εβδομάδες	2-3 Εβδομάδες	< 3-4 Εβδομάδες	> 1 Μήνα	Δεν Απάντησε
85	47	16	24	15	51
36 %	20 %	7 %	10 %	6 %	21 %

#### β) Για επείγουσα εισαγωγή ποιός ο χρόνος μεταφοράς;

0-15	15-30	> 30	Δεν Απάντησε
1	51	62	44
1 %	32 %	39 %	28 %

### 3. Για ποιό λόγο επιλέξατε το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου;

Φήμη Ιατρών	Εφημερία	Σύγχρονο	Άλλο
205	140	71	31
46 %	31 %	16 %	7 %

<b>4. Πως χαρακτηρίζετε την κατάσταση του θαλάμου νοσηλείας σας;</b>	<b>Π.Καλή</b>	<b>Καλή</b>	<b>Μέτρια</b>	<b>Κακή</b>	<b>Π.Κακή</b>	<b>Δεν Απάντησε</b>
	322	99	16	0	12	8
	<b>70 %</b>	<b>22 %</b>	<b>4 %</b>	<b>0 %</b>	<b>3 %</b>	<b>2 %</b>
<b>5. Πως χαρακτηρίζετε την ποιότητα της διατροφής στην Κλινική;</b>	<b>Π.Καλή</b>	<b>Καλή</b>	<b>Μέτρια</b>	<b>Κακή</b>	<b>Π.Κακή</b>	<b>Δεν Απάντησε</b>
	209	138	56	10	16	28
	<b>46 %</b>	<b>30 %</b>	<b>12 %</b>	<b>2 %</b>	<b>4 %</b>	<b>6 %</b>
<b>6. Είστε ικανοποιημένος από την τήρηση κανόνων κοινής ησυχίας;</b>	<b>Πολύ Ικανοποιημένος</b>	<b>Ικανοποιημένος</b>	<b>Ουδέτερος</b>	<b>Δυσαρεστημένος</b>	<b>Πολύ Δυσαρεστημένος</b>	<b>Δεν Απάντησε</b>
	275	118	21	21	13	9
	<b>60 %</b>	<b>26 %</b>	<b>5 %</b>	<b>5 %</b>	<b>3 %</b>	<b>2 %</b>
<b>7. Ο χρόνος ενημέρωσης από τον γιατρό για το πρόβλημά σας, ήταν:</b>	<b>Επαρκής</b>	<b>Μη Ικανοποιητικός</b>	<b>Δεν ασχολήθηκε καθόλου</b>		<b>Δεν Απάντησε</b>	
	358	62	24		13	
	<b>78 %</b>	<b>14 %</b>	<b>5 %</b>		<b>3 %</b>	
<b>8. Πως κρίνετε τη συμπεριφορά του Ιατρικού Προσωπικού;</b>	<b>Π.Καλή</b>	<b>Καλή</b>	<b>Μέτρια</b>	<b>Κακή</b>	<b>Π.Κακή</b>	<b>Δεν Απάντησε</b>
	321	73	28	12	14	9
	<b>70 %</b>	<b>16 %</b>	<b>6 %</b>	<b>3 %</b>	<b>3 %</b>	<b>2 %</b>
<b>9. Πως κρίνετε τη συμπεριφορά του Νοσηλευτικού Προσωπικού;</b>	<b>Π.Καλή</b>	<b>Καλή</b>	<b>Μέτρια</b>	<b>Κακή</b>	<b>Π.Κακή</b>	<b>Δεν Απάντησε</b>
	336	59	25	7	20	10
	<b>74 %</b>	<b>13 %</b>	<b>5 %</b>	<b>2 %</b>	<b>4 %</b>	<b>2 %</b>
<b>10. Είστε Ικανοποιημένοι από την εξυπηρέτηση των Διοικητικών Υπηρεσιών;</b>	<b>Πολύ Ικανοποιημένος</b>	<b>Ικανοποιημένος</b>	<b>Ουδέτερος</b>	<b>Δυσαρεστημένος</b>	<b>Πολύ Δυσαρεστημένος</b>	<b>Δεν Απάντησε</b>
	218	151	50	9	5	24
	<b>48 %</b>	<b>33 %</b>	<b>11 %</b>	<b>2 %</b>	<b>1 %</b>	<b>5 %</b>
<b>11. Είστε ικανοποιημένος από την καθαριότητα των χώρων του Νοσοκομείου;</b>	<b>Πολύ Ικανοποιημένος</b>	<b>Ικανοποιημένος</b>	<b>Ουδέτερος</b>	<b>Δυσαρεστημένος</b>	<b>Πολύ Δυσαρεστημένος</b>	<b>Δεν Απάντησε</b>
	339	92	7	2	5	12
	<b>44 %</b>	<b>20 %</b>	<b>2 %</b>	<b>0 %</b>	<b>1 %</b>	<b>3 %</b>
<b>12. Όταν κάνατε χρήση των υπηρεσιών υγείας, αναζητήσατε ενημέρωση για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις σας;</b>	<b>Ναι</b>	<b>Όχι</b>	<b>Είχα εκ των προτέρων ενημέρωση</b>		<b>Δεν Απάντησε</b>	
	138	202	69		48	
	<b>30 %</b>	<b>44 %</b>	<b>15 %</b>		<b>11 %</b>	
<b>Αν σας δόθηκε ενημέρωση, τη βρήκατε:</b>	<b>Επαρκή</b>		<b>Μη Επαρκή</b>		<b>Δεν Απάντησε</b>	
	92		16		30	
	<b>67 %</b>		<b>12 %</b>		<b>22 %</b>	
<b>13. Συνολικά, είστε ικανοποιημένος από τις υπηρεσίες που σας παρασχέθηκαν;</b>	<b>Πολύ Ικανοποιημένος</b>	<b>Ικανοποιημένος</b>	<b>Ουδέτερος</b>	<b>Δυσαρεστημένος</b>	<b>Πολύ Δυσαρεστημένος</b>	<b>Δεν Απάντησε</b>
	263	136	22	10	13	13
	<b>58 %</b>	<b>30 %</b>	<b>5 %</b>	<b>2 %</b>	<b>3 %</b>	<b>3 %</b>

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ						
1. Τι μέσο χρησιμοποιήθηκε για πρόσβαση στο Νοσοκομείο:	I.X.	TAXI	ΛΕΩΦΟΡΕΙΟ	EKAB	Άλλο	Δεν Απάντησε
	28	10	5	0	0	2
	62 %	22 %	11 %	0 %	0 %	4 %
2. Πόσος χρόνος χρειάστηκε για πρόσβαση στο Νοσοκομείο:	0-15	15-30	>30		Δεν Απάντησε	
	13	13	15		4	
	29 %	29 %	33 %		9 %	
3. Η Σήμανση στο Νοσοκομείο σας βοήθησε να βρείτε το Ε.Ι.:	ΝΑΙ	ΟΧΙ		Δεν Απάντησε		
	41	3		1		
	91 %	7 %		2 %		
4. Μετά από πόσο χρόνο, παραγματοποιήθηκε το ραντεβού σας (σε εβδομάδες):	<1 Εβδομάδα	1-2 Εβδομάδες	2-3 Εβδομάδες	<3-4 Εβδομάδες	>1 Μήνα	Δεν Απάντησε
	6	8	2	8	17	4
	13 %	18 %	4 %	18 %	38 %	9 %
5. Πόσο χρόνο σε λεπτά περιμένατε στην αίθουσα αναμονής για την εξέταση:	0-15	15-30	30-60	>1 Ώρα		Δεν Απάντησε
	1	8	11	21		4
	2 %	18 %	24 %	47 %		9 %
6. Πώς κρίνετε τη συμπεριφορά του Ιατρικού προσωπικού στα Εξ.Ιατρεία:	Π.Καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή	Π.Κακή	Δεν Απάντησε
	19	11	9	2	1	3
	42 %	24 %	20 %	4 %	2 %	7 %
7. Πώς κρίνετε τη συμπεριφορά του Νοσηλευτικού προσωπικού στα Εξ.Ιατρεία:	Π.Καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή	Π.Κακή	Δεν Απάντησε
	15	13	10	3	0	4
	33 %	29 %	22 %	7 %	0 %	9 %
8. Πώς κρίνετε τη συμπεριφορά του Διοικητικού προσωπικού στα Εξ.Ιατρεία:	Π.Καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή	Π.Κακή	Δεν Απάντησε
	15	15	5	4	1	5
	33 %	33 %	11 %	9 %	2 %	11 %
9. Ποια ήταν η διάρκεια (σε λεπτά) της εξέτασης;	0-15	15-30	>30		Δεν Απάντησε	
	13	19	7		6	
	29 %	42 %	16 %		13 %	
10. Είστε ικανοποιημένοι από την καθαριότητα στους χώρους αναμονής;	Πολύ	Αρκετά	Μέτρια	Καθόλου		Δεν Απάντησε
	26	16	2	0		1
	58 %	36 %	4 %	0 %		2 %
11. Είστε ικανοποιημένοι από την καθαριότητα στους χώρους εξέτασης;	Πολύ	Αρκετά	Μέτρια	Καθόλου		Δεν Απάντησε
	24	17	1	0		3
	53 %	38 %	2 %	0 %		7 %
12. Εμπιστεύεστε τις υπηρεσίες που παρέχει το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου για μια εξέταση;	Πολύ	Αρκετά	Μέτρια	Καθόλου		Δεν Απάντησε
	18	19	5	1		2
	40 %	42 %	11 %	2 %		4 %
13. Συνολικά, πόσο ευχαριστημένοι μείνατε από τις υπηρεσίες που σας παρασχέθηκαν;	Πολύ	Αρκετά	Μέτρια	Καθόλου		Δεν Απάντησε
	16	15	8	4		2
	36 %	33 %	18 %	9 %		4 %

# Η μεγάλη σημασία της πληροφορίας και της γνώσης

Γράφει ο Γιώργος Ιωακειμίδης

**Σ**το προηγούμενο άρθρο είχαμε αναφερθεί στην εξέλιξη της Πληροφορικής στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου και την διαφορά εφαρμογής της σε σχέση με τα υπόλοιπα νοσοκομεία της χώρας. Επίσης, είχαμε δείξει ότι ο συνεκτικός ιστός όλων των εμπλεκομένων μερών του νοσοκομείου, είναι η πληροφορία που αφορά Ασθενείς - Γιατρούς - Νοσηλευτές - Εταιρείες.

Η μεγάλη σημασία της πληροφορίας και της γνώσης δεν αποτελεί πρωτόγνωρη διαπίστωση. Ωστόσο, η δημιουργία συνθηκών για την μέγιστη δυνατή και συστηματική αξιοποίησή τους είναι εφικτή μόνο τα τελευταία χρόνια.

**Κάθε εποχή δημιουργεί τα σύμβολά της. Σήμερα, το ισχυρότερο σύμβολο είναι το δυαδικό ψηφίο (bit) ή αν θέλετε αλλιώς, η πληροφορία (bit) είναι το νόμισμα του εικοστού πρώτου αιώνα.**

Η εξειδίκευση, ο καταναλωτισμός, η διαφοροποίηση, η συγκέντρωση και ο προσανατολισμός προς την αγορά, που συνέβησαν στο χώρο της υγείας, έχουν δύο κύριες επιπτώσεις στην διοίκηση των οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας, αυτή την στιγμή. Πρώτον, θα υπάρξει δραματική αύξηση στη ροή πληροφοριών, με αποτέλεσμα των ταχύτατων οργανωτικών αλλαγών στα πλαίσια του σημερινού χώρου της υγείας και των ταχύτατων τεχνολογικών εξελίξεων. Δεύτερο, θα υπάρξει αυξανόμενη ανάγκη για συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών της υγείας με διαφορετικές ειδικότητες, ώστε να παρέχεται "κατευθυνόμενη" νοσηλεία σε αντίθεση με την "εξατομικευμένη".

Με την έναρξη λειτουργίας του Νοσοκομείου έγινε προσπάθεια να μπουν οι βάσεις για να ευθυγραμμισθεί η λειτουργία των τεχνολογιών πληροφορικής με την στρατηγική του Νοσοκομείου (επιχείρησης). Άρχισε λοιπόν το Νοσοκομείο, να μαζεύει όλες τις πληροφορίες (bits) και τις γνώσεις, με την βοήθεια όλων των εργαζομένων και να τις διαμορφώνει όπως θέλει. Έτσι μπορούν να γίνουν αξιοποιήσιμες είτε από το ίδιο το Νοσοκομείο, είτε από τρίτους. Με αυτόν τον τρόπο γίνονται "πληροφοριακό κεφάλαιο". Αυτό το κεφάλαιο μπορεί να δημιουργήσει αξία

με αρκετά καλό οικονομικό αποτέλεσμα. Γίνεται μεγάλη προσπάθεια από το τμήμα της πληροφορικής και από την διοίκηση του Νοσοκομείου να υπάρχει συγχρονισμός των προτεραιοτήτων της διεύθυνσης πληροφορικής με τις προτεραιότητες της στρατηγικής του Νοσοκομείου. Πρέπει να γίνει από όλους (Γιατροί, Νοσηλευτές, λοιπό προσωπικό) κατανοητό, για να συμβαδίσουν όλες οι δραστηριότητες του Νοσοκομείου, ενός ιδιαίτερα σύνθετου και μεγάλου οργανισμού, η στρατηγική και οι στόχοι που επιδιώκει το Νοσοκομείο.

Αναφέρθηκε παραπάνω ότι θα υπάρξει δραματική αύξηση της ροής των πληροφοριών (bits) και ανάγκη συνεργασίας μεταξύ των διαφόρων ειδικοτήτων των επαγγελματιών υγείας. Μια μικρή γεύση του τι σημαίνει ταχύτατος πολλαπλασιασμός και εκθετική ανάπτυξη πήρε η ανθρωπότητα την τελευταία 5ετία, όταν αυτό που ξεκίνησε ως απλή χρήση, μετά ως σύνδεση μεταξύ ηλεκτρονικών υπολογιστών, ξαφνικά έγινε μια πανίσχυρη δύναμη που μεταμορφώνει το εμπόριο, την επιστήμη, την εκπαίδευση, την ψυχαγωγία, την κατα-

ναλωτική συμπεριφορά. Δεν είναι δυνατόν ο ανθρώπινος εγκέφαλος να “σηκώσει” αυτόν τον μεγάλο φόρτο δεδομένων. Γι αυτό εμφανίστηκαν και οι πρώτες μελέτες για μια νέα ασθένεια, την IFS (Information Fatigue Syndrome - Σύνδρομο Πληροφοριακής Κόπωσης) που είναι αποτέλεσμα της υπερφόρτωσης του ανθρώπινου εγκεφάλου με πληροφορίες (bits) και εμφανίζει συμπτώματα άγχους μείωσης της ικανότητας συγκεντρωσης, απομνημόνευσης και λήψης αποφάσεων.

Το “πληροφοριακό κεφάλαιο” αποτελείται από εφαρμογές πληροφορικής και από τις τεχνολογικές υποδομές που τις υποστηρίζουν. Μια εφαρμογή είναι ένα σύνολο από δεδομένα που έγιναν πληροφορίες, οι πληροφορίες έγιναν γνώση και αν προχωρήσει κανείς, από την γνώση πηγαίνει στην καινοτομία (έτσι φθάνει κανείς στον όρο “οικονομία της πληροφορίας” αλλά αυτό είναι ένα άλλο μεγάλο κεφάλαιο που ίσως το δούμε σε επόμενα άρθρα μας). Έτσι, συστήματα και δίκτυα που είτε υποστηρίζουν εσωτερικές λειτουργίες του Νοσοκομείου είτε οδηγούν στην ανάλυση των δεδομένων, είτε μοιράζουν την πληροφορία και την γνώση, προσδιορίζουν το “πληροφοριακό κεφάλαιο”. Προσδιοριζόμενο έτσι με σαφήνεια και βλέποντας την στρατηγική των εφαρμογών και των υποδομών να υποστηρίζουν την στρατηγική του Νοσοκομείου από όπου και αντλεί την αξία του, το “πληροφοριακό κεφάλαιο” είναι ένας εταιρικός πόρος και το Νοσοκομείο πρέπει να τον διαχειριστεί σαν τέτοιο.

Το Νοσοκομείο από την αρχή της κατασκευής του, έβαλε τις βάσεις για την δημιουργία υποδομών των πληροφοριακών δικτύων. Στην συνέχεια, με την έναρξη λειτουργίας του, ανέπτυξε τις διάφορες εφαρμογές (και συνεχίζει). Αυτή η διαδικασία επιτρέπει την κωδικοποίηση και μεταφορά των δύο μορφών γνώσης Know-what, Know-why που αντιπροσωπεύει η πληροφορία(bit). Με δεδομένη την υπάρχουσα υποδομή, τις εφαρμογές που ήδη “τρέχουν” και με νέες εργασίες, γίνεται καλύτερη προσέγγιση των βασικών μορφών γνώσης Know-how, Know-who.

**Πρέπει να επισημανθεί ότι η ανάπτυξη του Νοσοκομείου στηρίζεται στην αξιοποίηση γνώσεων και δεξιοτήτων, και ειδικότερα των αποτελεσμάτων της επιστήμης, της έρευνας και της τεχνολογίας. Ένα επιπλέον θετικό σημείο για το Νοσοκομείο είναι η ενσωμάτωση των ακαδημαϊκών γιατρών στο δυναμικό του Νο-**



σοκομείου που εκτός της συνεισφοράς σε γνώση, προωθούν τις νέες τεχνολογίες και την παραγωγή καινοτομιών.

Ενώ οι τεχνολογίες των πληροφοριών επέτρεψαν σε μεγάλο βαθμό την κωδικοποίηση της γνώσης, υπάρχει ένα μεγάλο τμήμα της γνώσης που παραμένει απόρθητο, καθώς είναι ενσωματωμένο στα προσόντα, στην εμπειρία και στην εκπαίδευση των εργαζομένων (σιωπηλή γνώση). Τέτοιοι εργαζόμενοι/ες υπάρχουν πολλοί στο Νοσοκομείο και γι αυτό η Διοίκηση πρέπει να προσέξει πολύ και να δώσει ξεχωριστή βαρύτητα στήριξης στο ανθρώπινο αυτό κεφάλαιο.

#### Παραπομπές

- “Strategic Management Journal”,22,66 907-934
- Cairncross Frances 1997 “The Death of Distance: How the communications Revolution Will Change Our Lives” Boston, MA: Harvard Business School
- Gilder George 1989 “The Quantum Revolution in Economics and Technology” New York Basic Books
- Γ. Παπαδοπούλος “Καθημερινή” 9.2.2003
- Οικονομικός Ταχυδρόμος 5.2.2004 “Τάσσεις και Ιδέες”

## Δρ. Κωνσταντίνος Λαζ. Αντοσίδης Αν. Διευθυντής Β' Ορθοπαιδικής Κλινικής



**Από τον Ιπποκράτειο Όρκο:**  
**“...και διδάξειν την τέχνην ην χρηζωσι  
μανθάνειν ἀνευ μισθού και ξυγγραφῆς...”**

### Ο γιατρός που συμβιβάζει την επιστήμη με την τέχνη

Μπορούν να συνυπάρξουν, αρμονικά, στο μυαλό ενός γιατρού η επιστήμη του, ο μπαγλαμάς, η φυσαρμόνικα και η φωτογραφική μηχανή; Σ' αυτό το “περίεργο ερώτημα, απάντηση θετική δίνει ο Δρ. Κωνσταντίνος Λαζ. Αντοσίδης, αναπληρωτής διευθυντής της Β' Ορθοπαιδικής Κλινικής του Νοσ. Παπαγεωργίου, στη συνέντευξη που έδωσε στο “Χρέος Ζωής” και η οποία ακολουθεί.



**Ερ. Γιατρέ, που γεννηθήκατε;**

Απ. Γεννήθηκα στη Θεσσαλονίκη όπου έζησα μέχρι τα έξι μου χρόνια. Στη συνέχεια και μέχρι τα δεκαοκτώ, έζησα στην Κοζάνη. Στη Θεσσαλονίκη επέστρεψα με την εισαγωγή μου, με τις Πανελλήνιες εξετάσεις στην Ιατρική Σχολή του Α.Π.Θ.

**Ερ. Αισθάνεστε δεμένος με την Κοζάνη, ή αλλιώς αισθάνεσθαι και λίγο “σιουρόδος”;**

Απ. Βεβαίως. Οι δύο αυτές πόλεις, γεννήτωρ και τροφός αντίστοιχα καθόρισαν σε μεγάλο βαθμό τη μετέπειτα πορεία μου. Η ζωή στην περιφέρεια μου έδωσε εφόδια διαφορετικά από αυτά που μου έδινε η Θεσσαλονίκη, καθώς εδώ περνούσα τις διακοπές των Χριστουγένων, του Πάσχα και του καλοκαιριού, αλλά και στις δύο περιπτώσεις εξ' ίσου σημαντικά.

**Ερ. Πώς αποφασίσατε να γίνετε γιατρός;**

Απ. Ήταν μια απόφαση που βγήκε αβίαστα. Από μικρός, όσο θυμάμαι τον εαυτό μου γιατρός ήθελα να γίνω. Με ώθησε το καθήκον προς τον συνάνθρωπο που μου δίδαξε ο προσκοπισμός και η φιλευστλαγχνία προς τον πάσχοντα που μου δίδαξε ο Χριτιανισμός.

Όταν έδωσα εισαγωγικές εξετάσεις στο Πανεπιστήμιο ήμουν σίγουρος ότι έχω περάσει πολύ πριν βγουν τα αποτελέσματα. Δεν μπορώ να φανταστώ τον εαυτό μου να ασχολείται με κάτι διαφορετικό από την Ιατρική.

**Ερ. Διακρινω μεγαλη αυτοπεποιθηση στο χαρακτηρα σας. Και η αποφαση για την Ορθοπαιδικη πως παρθηκε;**

**Απ.** Λογω χαρακτηρα πιστευω,όπως αναφερατε,μεσα από το συνολο των επιρροων που ειχα δεχτει και κατά τη διαρκεια των σπουδων μου στην Ιατρικη αλλα και νωριτερα στην εφηβεια από διαφορους παραγοντες,μη εξαιρουμενης της Τεχνης.

**Ερ. Στην Ορθοπαιδική ασχολείσθε με κάπιο συγκεκριμένο τομέα ιδιαίτερα;**

**Απ.** Ασχολούμαι με όλη σχεδόν τη γκάμα της σύγχρονης κλασικής Ορθοπαιδικής, πλην της σπονδυλικής στήλης. Συγκεκριμένος τομέας που έχω ασχοληθεί είναι αυτός των καταγμάτων. Μια κατηγορία καταγμάτων είναι τα ανοικτά κατάγματα και η αντιμετώπισή τους γίνεται με συγκεκριμένη μέθοδο, την εξωτερική οστεοσύνθεση. Μια συσκευή εξωτερικής οστεοσύνθεσης δικής μου επινόησης αποτελεί το θέμα της διδακτορικής μου διατριβής στην Ιατρική Σχολή του Α.Π.Θ., που βαθμολογήθηκε με άριστα.

**Ερ. Αναφέρατε πριν τη λέξη τέχνη. Ποια είναι η σχέση σας με την τέχνη, καθ' ότι γνωρίζω ότι ασχολείσθε και με τη μουσική.**

**Απ.** Η σχέση μου με την τέχνη είναι αμφίδρομη, διττή. Είναι η προσφορά και η απολαβή, πνευματικής και ψυχικής ευφορίας. Να διευκρινήσω κατ' αρχήν ότι η ενασχόλησή μου με την τέχνη είναι αιμιγώς ερασιτεχνική και κατά δεύτερον ότι εκτός από τη μουσική ασχολούμαι και με τη φωτογραφία.

**Ερ. Ασχολείσθε και με τη φωτογραφία; Υπάρχει κάποιος ιδιαίτερος τομέας που σας εμπνέει;**

**Απ.** Βεβαίως. Αν και πολλοί διαφωνούν, πιστεύω ότι η



φωτογραφία είναι τέχνη, επειδή είναι θέμα σύλληψης, αντιληψης και λήψης του κάθε φωτογραφικού θέματος και επιπλέον είναι τέχνη επειδή χρησιμοποιεί το φως, δηλ. την ίδια τη φύση. Ιδιαίτερος τομέας με τον οποίο ασχολούμαι στη φωτογραφία, είναι η ασπρόμαυρη, στην οποία είμαι αυτοδίδακτος και τα αγαπημένα μου θέματα είναι η φύση, τοπία και πορτραίτα.



**Ερ.** Ας επανέλθουμε στη μουσική.

**Παίζετε κάποιο δργανό;**

**Απ.** Ναι, παίζω μπαγλαμά και φυσαρμόνικα.

**Ερ.** Από πότε ασχολείσθε με τη μουσική;

**Απ.** Ξεκίνησα στην Κοζάνη με τη φιλαρμονική Πανδώρα η οποία και σήμερα είναι μια από τις καλύτερες της Ελλάδας, έχει βγάλει κατά διαστήματα πολύ καλούς μουσικούς και είχε για πολλά χρόνια διευθυντή και μαέστρο, δάσκαλο τον φωνάζαμε, τον Γεώργιο Καραχάλιο. Λόγω των μαθημάτων αναγκάστηκα να απομακρυνθώ σύντομα αλλά το μεράκι μου είχε μείνει και ύστερα από πολλά χρόνια όταν μου έκανε δώρο ένα μπαγλαμά ο Γιάννης Αλεξανδρής, ένας από τους καλύτερους σύγχρονους οργανοποιούς, επανήλθα σιγά-σιγά.

**Ερ.** Κύριε Αντοσίδη βλέπω ότι έχετε καλιτεχνικές ανησυχίες έντονες. Πιστεύετε οτι η καλιτεχνία είναι έμφυτη ή καλύτερα κληρονομική;



**Απ.** Δεν το γνωρίζω αυτό. Ίσως την απάντηση την έχουν οι γενετιστές που μελετούν το ανθρώπινο γονιδίωμα. Πάντως ο πατέρας μου υπήρξε καλύτερος μουσικός από εμένα και μάλιστα ήταν ο σαλπιγκτής του τάγματος που μπήκε πρώτο στην Κορυτσά στον πόλεμο του '40. Ακόμη και σήμερα στα ογδονταπέντε του, όταν με ακούει καμιά φορά να παίζω με διορθώνει.

**Ερ.** Συμβιβάζεται επιστήμη και τέχνη;

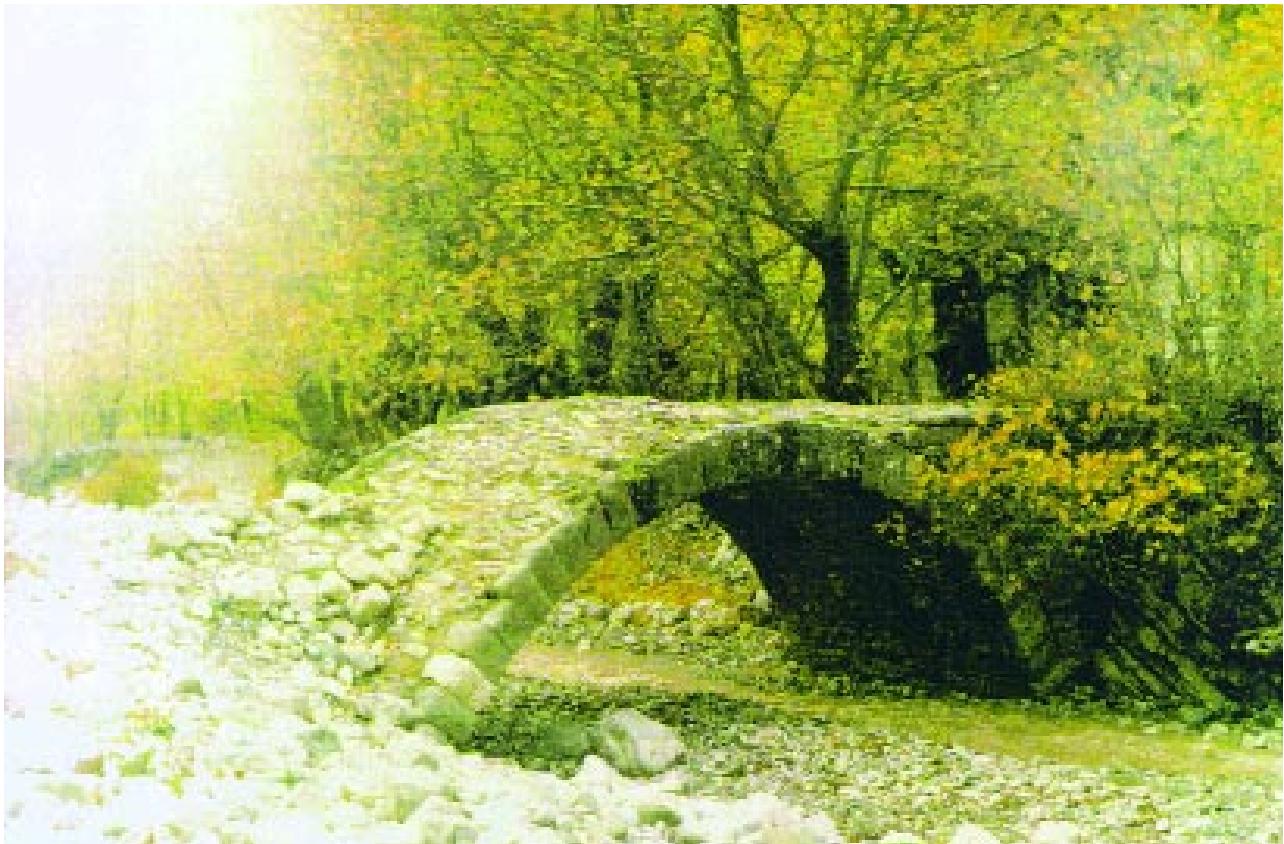
**Απ.** Στον Ιπποκράτειο Όρκο μια αποστροφή αναφέρει "...και διδάξειν την τέχνην ην χρηζῶσι μανθάνειν ἀνευ μισθού καὶ ξυγγραφῆς...". Επομένως αν η Ιατρική είναι τέχνη, όχι μόνο συμβιβάζονται, αλλά συμπορεύονται αρμονικά.

**Ερ.** Ειδικά για τη μουσική τι έχετε να πείτε, ας πούμε αποφθεγματικά;

**Απ.** Κατά τον Πυθαγόρα η μουσική έχει άμεση σχέση με τα Μαθηματικά και με την Παγκόσμια Αρμονία, την Αρμονία του Σύμπαντος και για να αναφέρουμε και μια πιο σύγχρονη άποψη, ο Νίτσες κάποτε είπε ότι χωρίς τη μουσική η ζωή θα ήταν ένα λάθος. Όσο για μας τους Έλληνες μας αρέσει η μουσική. Η τάση μας είναι έμφυτη. Θυμηθείτε μόνο τον οργανοπαίκτη στην ταινία "Ποτέ την Κυριακή" που δέχεται ότι και τα πουλιά δεν ξέρουν νότες αλλά ξέρουν μουσική.

**Ερ.** Γιατί παίζετε μουσική;

**Απ.** Όταν παίζω μουσική απολαμβάνω προσωπική ευχαρίστηση, αλλά ταυτόχρονα, αυτό που παίζω εκτίθεται και στην κρίση τυχόν ακροατών. Είναι πιστεύω πολύ σημαντικό για ορισμένους χαρισματικούς στο είδος



τους ανθρώπους να καταφέρνουν να δημιουργήσουν καλή διάθεση στους άλλους και να τους δίνουν τη χαρά της διασκέδασης.

**Ερ. Τι επιβραβεύει έναν καλλιτέχνη;**

**Απ.** Η επιβράβευση είναι το χειροκότημα ή γενικότερα η αναγνώριση της προσπάθειας.

**Ερ. Εσείς ασχολούμενος με την τέχνη έχετε εισπράξει κάποια επιβράβευση;**

**Απ.** Στη φωτογραφία έχω πάρει κάποια βραβεία πιο παλιά σε διαγωνισμούς. Όσο για τη μουσική, το πρώτο διάστημα που έπαιζα με κάποιους φίλους μουσικούς, ένα βράδυ παρατηρώντας συνέχεια τον κιθαρίστα για να ακολουθώ το σύνολο, έδωσα την εντύπωση ότι εγώ έδινα τις οδηγίες και στο τέλος ένας ηλικιωμένος άνδρας, φεύγοντας με χτύπηση στον ώμο και είπε: "μαέστρο ευχαριστούμε, έχεις πολύ ωραία κομπανία".

**Ερ. Εκτός από τη συμμετοχή στην παρέα σας, συμμετέχατε ποτέ σε επίσημες εκδηλώσεις μουσικής;**

**Απ.** Βέβαια εκτός από τη φιλαρμονική Πανδώρα (παρελάσεις, συναυλίες κλπ.), η πιο επίσημη μέχρι τώρα συμμετοχή μου ήταν στη θεατρική παράσταση του Βασιλη Μποζίκη "Ο χορός των προσφύγων", όπου συμμετέχα στη μουσική επένδυση με το μπαγλαμά στην

ορχήστρα και με μια δική μου σύνθεση για σόλο φυσαρμόνικα.

**Ερ. Θα θέλατε να αναφερθείτε σε κάποιο σημαντικό περιστατικό της μέχρι σήμερα Ιατρικής σας καριέρας;**

**Απ.** Κάθε γιατρός έχει να θυμηθεί διάφορα σημαντικά περιστατικά στην καριέρα του. Θα σας αναφέρω κάποιο λίγο διαφορετικό από τα συνηθισμένα περιστατικό. Στα επαρχιακά κέντρα παλαιότερα, λόγω ελλείψεως ιατροδικαστών τις νεκροτομές τις εκτελούσαν κατά το πλείστον οι γιατροί των νοσοκομείων. Κάνοντας μια μέρα μια τέτοια νεκροτομή, επειδή λύθηκε η νεκρική ακαμψία του νεκρού, έπεσε το χέρι του που είχε τοποθετηθεί στον αέρα για να υπάρχει χώρος στο χειρουργικό πεδίο και με χτύπηση ξαφνικά στην πλάτη. Καταλαβαίνετε τι λαχτάρα πήρα.

**Ερ. Υπάρχει κάτι άλλο που θα θέλατε να είχατε κάνει στη ζωή σας;**

**Απ.** Ναι, θα ήθελα να είχα ασχοληθεί περισσότερο με τον αθλητισμό και με τη θάλασσα.

**Ερ. Τι θα θέλατε να ευχηθείτε μέσω του περιοδικού μας;**

**Απ.** Αφού έχουμε μπροστά μας τον καινούριο χρόνο, εύχομαι για όλους τους ανθρώπους υγεία και ειρήνη.

## Γιώργος Χαλβατζής. Συντηρητής μηχανημάτων στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου και πολυτάλαντος συγγραφέας

**“Το μυθιστόρημα αυτό αναφέρεται σε πραγματικά γεγονότα, αλλά και μύθους. Αυτά τα δύο όμως, είναι τόσο καλά δεμένα μεταξύ τους, που είναι δύσκολο, να ξεχωρίσεις την αλήθεια από τον μύθο”**

Το πρώτο του βιβλίο με τίτλο «Ο αρχαιολόγος κ. Τζον (στα ίχνη των θησαυρών των αρχαίων Μακεδόνων)» παρουσίασε, στη διάρκεια ειδικής εκδήλωσης στο αμφιθέατρο του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου, ο συντηρητής μηχανημάτων του Νοσοκομείου, Γεώργιος Χαλβατζής.

**Μ**έλος της οικογένειας των εργαζομένων στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου ο Γ. Χαλβατζής με αυτό το βιβλίο του αποδεικνύει ότι η εξαιρετική ικανότητα και αξία του στην τέχνη και στη δουλειά του, αντανακλάται και στη συγγραφική του αξιοσύνη, που τον κατατάσσει μεταξύ των πλέον πολυτάλαντων σύγχρονων λογοτεχνών.

Για τον συγγραφέα ο γνωστός λογοτέχνης Βασιλης Καπετανέας – Ροδανός, σε σημείωμά του που δημοσιεύεται στο βιβλίο που παρουσιάστηκε, αναφέρει τα εξής:

«Ο μυθιστοριογραφικός Γεώργιος Χαλβατζής, συντηρητής μηχανημάτων υψηλής τεχνολογίας στο Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου» Θεσσαλονίκης, είναι ένας από τους γιους ξεσπιτωμένου ζευγαριού από την Μικρασία. Με τον ξεριζωμό του το 1922 ρίζωσε και πάλι σ' ένα μυριόφυτο και πανέμορφο καπνοχώρι, την «Ευλογημένη», παλιό τουρκοκατοικημένο καπνοχώρι της λεκάνης του Νέστου με χωράφια θηλυκά, γη πολύκαρπη, δέντρα καρποφόρα και γήλοφους καταπράσινους. Στις πλαγιές τους χιλιάδες γιδοπρόβατα και βούβαλοι με τα τρουγκάνια και τα μουγκανητά τους δίνανε ζωντάνια και στη ζωή στους κατοίκους του χωριού. Η ζωή κυλούσε στο παλμό των νερών του ποταμού τους, του Νέστου.

Ο πεζογράφος μας γεννήθηκε το 1941 στο χωριό Θερμά της Νιγρίτας Σερρών. Τα πρώτα γράμματα τα έμαθε στο Σταυροχώρι της Ξάνθης, γιατί στο μεταξύ είχαν γρεμοτσακιστεί οι Βούλγαροι κατακτητές και όλοι οι πρόσφυγες γύρισαν στα χωριά τους. Ωστόσο η ψυχοσύνθεσή του, πλουτισμένη με ευαισθησία κα βάθος στοχαστικό, τον είχε ωριμάσει νωρίτερα και τον έκανε ικανό άλλοτε να βυθίζεται σε στοχασμούς και όνειρα και αναζητήσεις και απορίες που ζήτούσαν απάντηση κι άλλοτε πάλι να θρασομανεί μέσα του ο πόθος ο ασύγαστος να φύγει μακριά όσο γίνεται, αποχαιρετώντας για χρόνια τη γαλήνη και την αμεριμνήσια των φτωχών συγχωριανών του.

Ξεπερνώντας τους δισταγμούς του, γύρισε την πλάτη στην απραξία, τη νωχέλεια και τη μιζέρια των τότε ημερών και μετά τον εμφύλιο, όπου τόση οδύνη σώρεψε στον τόπο,

μπαρκάρει στην Αργεντινή, Χιλή, Περού, Βραζιλία. Συναγριοκήθηκε με τους ανθρώπους της κάθε χώρας που πατούσε, αναζητώντας καλύτερες συνθήκες. Έμαθε τη γλώσσα τους και μαζί και την κουλτούρα τους πλαταίνοντας και βαθαίνοντας το στοχασμό του με γνώση για τη ζωή, τόση και τέτοια που καμία παιδεία ανώτερη δε θα του την πρόσφερε.

Πλούτισε την ευαισθησία του με αγάπη και έγνοια πολλή για τους – όπου γης – πονεμένους και καταπιεσμένους. Γιαγνώντεις έτσι μέσα του, κυοφορούμενος από τα παιδικά του χρόνια, ο πόθος να τραγουδήσει περίχαρα την ομορφιά του γύρω του κόσμου, τη γοητεία της φύσης και της θεάς και μάνας Γης την καρπερότητα, που απλόχερα χαρίζει για τα παιδιά της τ' αγαθά της. Και ακόμα να κάνει θρηνητικό μοιρολόγι τους καημούς των συγχωριανών για τις χαμένες πατρίδες και τον όλεθρο που σκόρπισαν οι ανήκουστοι και απάνθρωποι διώχτες του Ελληνισμού της Μικρασίας. Να νιώσει εσώψυχα και ν' αποδώσει με γραπτό λόγο τη θεϊκή αρμονία της Ορφικής λύρας στις όχθες του τροφοδότη ποταμού.

Ξαναγυρνώντας απ' την ξενιτιά, σαν άλλος πολύπαθος Οδυσσέας, εγκαταστάθηκε στη Θεσσαλονίκη, με ολοζώντανα πάντα τα παιδικά του βιώματα, που καταθέτει με πόνο ψυχής στο μυθιστόρημά μας με λόγο περιγραφικό κι αφηγηματικό, βαθύτονο, γεμάτο προσωπικό λυρισμό που ξεχειλίζει περίσσοις από τις σελίδες του, περιγράφοντας πρόσωπα, πράγματα και δρώμενα με γοητευτικό κι ανεπιτήδευτο τρόπο. Ακόμη, με μια αιληθινή επική φωνή, αλλού δύστονη και αλλού γεμάτη θαυμασμό, εκφράζει με ενάργεια την απλή και πηγαία διάθεση να επαινέσει εγκάρδια την πολιτιστική και πολιτισμική παράδοση των πανελλήνων. Μια από τις στήλες του πιδάκα της τέχνης του είναι η καταπληκτική σε βάθος ψυχαναλυτική του ικανότητα να δίνει σύντομα, απλά, με λόγο σφιχτό και στερεωτικό της πρόθεσής του, όχι μόνο τις φιγούρες των χαρακτήρων του έργου του, μα και το βαθύτερο ψυχισμό τους, την ολοκληρωμένη προσωπικότητα τους. Μέσα από τις αντιθέσεις των χαρακτήρων η χαρά με τη λύπη, η κακία με την αγάπη, συναρμονίζεται και συμπλέουν δίνοντας

φτερά και βάθος στο μυθικό στοιχείο του έργου,

Η ευγένεια που προσδίδει στους ήρωες και η ακρίβεια της περιγραφής συγκινούν τον αναγνώστη, γιατί η εσωτερική δύναμη των νοημάτων, ιδεών και διαλόγων, αρμονικά συνταιριασμένη με την αισθητική και ηθική ομορφιά του λόγου του, κάνουν ευανάγνωστο το έργο και εξασφαλίζουν ένα στέρεο ιδεολογικό περιεχόμενο που εκφράζεται με την φωνή των ηρώων. Κάπου ο ίδιος ο δημιουργός ξεχνιέται και μπαίνει στο χορό και στη ροή του μύθου σε θέματα ιστορικά, κοινωνικά, πολιτικά, ψυχολογικά.

Με το μυθιστόρημα αυτό ο Γιώργος Χαλβατζής βάζει αναμφίβολα ένα λιθαράκι στο ιερό τέμενος του έντεχνου λόγου. Ο ερωτισμός του για καθετί το «ωραίο» των συνεπαίρνει και τον συνεχή αδιάκοπο ως το τέλος, καθώς, αγνός και άφθορος, διαποτίζει τον ψυχισμό των βασικών ηρώων του έργου, του Φώτη Μπίντα και της Στέλλας.

Το πανέμορφο χωριουδάκι του υπάρχει ακόμη ως όνομα. Οι λίγοι απόγονοι που παλιννοστούν ως παραθεριστές δεν είναι αρκετοί και ικανοί να δώσουν ξανά ζωή, κόντρα στη θλίψη που γέννησε η εγκατάλειψη. Τα σπίτια μισογκρεμισμένα, με ορθάνοιχτα πορτοπαράθυρα να χάσκουν, και η βρύση του χωρίου να κλαιει γιατί δεν προσδοκάει το γυρισμό των φιλών που της έδιναν τη χαρά να τους προσφέρει απλόχερα τα θεϊκά δροσανάματα. Έφυγαν και την άφησαν παντέρημη στη μοναξιά της και στη φθορά.

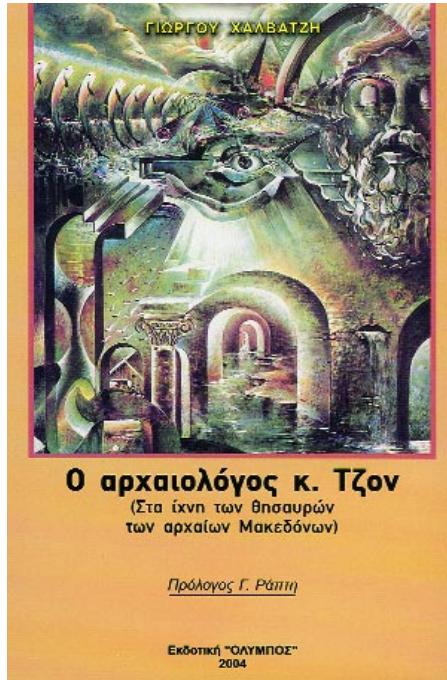
Ο μυθοπλάστης Γιώργος Χαλβατζής τελειώνει το πόνημά του νοσταλγικά, έχοντας τη βρύση να καρτερεί να ξαναβρεί τη χαρά της προσφοράς της.

Όμως εγώ που πήγα κοντά της ψυχανεμίστηκα πως, αντί νεράκι δροσερό, χύνει αδιάκοπα δάκρυα μάνας που χάνει τα παιδιά της χωρίς ελπίδα επιστροφής τους κοντά της.»

Εξάλλου ο καταξιωμένος φιλόλογος – συγγραφέας Γιώργος Ράπτης, που συμμετέχει στην εκδήλωση παρουσίαση του βιβλίου, προλογίζοντας το έργο του Γιώργο Χαλβατζή υπογραμμίζει.

«Ο εκδότης οίκος «ΟΛΥΜΠΟΣ» με μεγάλη χαρά ανέλαβε την έκδοση του ανά χείρας πονήματος του Γιώργου Χαλβατζή. Πρόκειται για μια πληθωρική μυθιστοριογραφία γεμάτη νοσταλγία, χαρμολύπη, έρωτα – συνεκτικό δεσμό των πάντων – καημό της προσφυγίας, εντιμότητα, εργατικότητα των ηρώων του, Ελλάδα ανοιχτή πάντα την αγκαλιά να δεχθεί τα παιδιά του μείζονος Ελληνισμού απ' όπου γης.

Η περιγραφική ικανότητα του συγγραφέα, η τέχνη της ηθογραφίας, η ζωντάνια και η γλαφυρότητα του ύφους του μαζί με μια μόνιμη αγωνία για τον αναγνώστη να γνωρίσει ή να φανταστεί την εξέλιξη των γεγονότων, κρατά αμείωτο το ενδιαφέρον του μέχρι την τελευταία σελίδα. Κι εκεί λυπάται που τελείωσε το ανάγνωσμα. Γιατί εισέπραξε από το συγγραφέα γνώση πολύπλευρη: ιστορική, αρχαιολογική, γλωσσολογική, ποιητική, ιατρική, ψυχολογική θεολογική, ηθική, αγροτική, ποιμενική, φυσιολατρική, λαογραφική, καθώς ο



συγγραφέας ξεδιπλώνει από το γεμάτο πανέρι του γνωστικού του αποθεματικού πλήθος πληροφοριών με εξαιρετική μαεστρία και ξέχωρη ζεστασιά, αντανάκλαση του προσωπικού του ήθους. Ο λόγος του απλός κι η γλώσσα εμπλουτισμένη με τους απαραίτητους ιδιωματισμούς που επιβάλλει η καταγωγή και η ψυχοσύνθεση των ηρώων του.

Και οι χαρακτήρες των πρωταγωνιστών του ακέραιοι, αγνοί, αυθεντικοί κι όχι «δήθεν», γεμάτοι ανθρωπιά και χάρη.

Αναμφίβολα με τα μυθιστόρημα αυτό ο Γιώργος Χαλβατζής εγγράφει υποθήκη για νέες «διεισδύσεις» στον πολιτισμικό πλούτο ενός λαού που δίνει πάμπολλα ερεθίσματα να γνωρίσει και να αντλήσει κανείς αχόρταγα από τα πολιτισμικά του κοιτάσματα.

Στους χαλεπούς καιρούς του άκρατου ευδαιμονισμού και της δραχμικής αποτίμησης των πάντων, μέσα από τις σελίδες του μυθιστορήματος του Γιώργου Χαλβατζή ο αναγνώστης νοματίζει διαφορετικά τη ζωή του. Κι αυτό το έχουμε ανάγκη όλοι μας.»

Τέλος, ο συγγραφέας Γιώργος Χαλβατζής αναφερόμενος στο βιβλίο του «Ο αρχαιολόγος κ. Τζον (στα ίχνη των θησαυρών των αρχαίων Μακεδόνων)» επιγραμματικά αναφέρει:

«Το μυθιστόρημα αυτό αναφέρεται σε πραγματικά γεγονότα, αλλά και μύθους. Αυτά τα δύο όμως, είναι τόσο καλά δεμένα μεταξύ τους, που είναι δύσκολο, να ξεχωρίσεις την αλήθεια από τον μύθο.

Ο αρχαιολόγος κύριος Τζόν ίσως να ήταν υπαρκτό άτομο, ίσως πάλι να μην τον λέγανε Τζόν και να τον λέγανε Τόμι ή Μπίλη.

Τον βοσκό Φώτη Μπίντα ίσως να τον λέγανε κάπως αλλιώς.

Την Στέλλα την καμαριέρα, μπορεί να την λέγανε Δέσποινα.

Η βρυσούλα και το χωριό Ευλογημένη, μπορεί να υπάρχουν μόνο στην φαντασία του μυθοπλάστη.

Κανείς όμως δεν μπορεί να αμφισβητήσει το γεγονός ότι ο Μ. Αλέξανδρος έστειλε στην Ελλάδα πέντε χιλιάδες (5.000) υποζύγια κατάφορτα με θησαυρούς, απ' την Περσία.

Αλήθεια είναι ότι αυτοί οι θησαυροί έχουν κρυφτεί με αριστοτεχνικό τρόπο στην περιοχή που αναφέρεται μέσα στο κείμενο, όπως οι θησαυροί και τα αναθήματα του μαντείου των Δελφών πέρασαν στα χέρια του Φιλίππου του Β' ο οποίος τα είχε κρύψει σε μέρος σύγουρο και ασφαλές, προετοιμασμένο προηγουμένως από τον ίδιος.

Αυτό το μέρος είναι το Αρχαίο – Μακεδονικό Μουσείο, που μετά μανίας πολλοί το αναζητούν μέχρι σήμερα.»

Ο Γιώργος Χαλβατζής έχει γράψει 4 θεατρικά έργα, μυθιστόρηματα και ποιήματα που πρόκειται συντομα να εκδοθούν. Είναι μέλος της Ένωσης Ελλήνων Λογοτεχνών Βορ. Ελλάδος. Τηλ. Επικοινωνίας 2310 782160, 2310693000





## Χριστός γεννάται σήμερον!

Η ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΜΕΡΑ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ,  
ΕΙΝΑΙ ΟΤΑΝ ΟΙ ΧΩΡΟΙ ΤΟΥ ΚΑΤΑΚΛΥΖΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΜΕ-  
ΤΑΤΡΕΠΟΥΝ ΣΕ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΦΑΤΝΗ ΣΤΗΝ ΟΠΟΙΑ ΓΕΝΝΙΕΤΑΙ Η ΕΛΠΙΔΑ  
ΓΙΑ ΕΝΑ ΚΑΛΥΤΕΡΟ ΑΥΡΙΟ ΔΙΧΩΣ ΠΟΝΟ, ΔΥΣΤΥΧΙΑ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ.



**Παραμονή Χριστουγέννων 2004.** Οι πόρτες του Νοσοκομείου μας ανοίγουν διάπλατα στην έλπιδα. Στην προσμονή ενός καλύτερου αύριο. Στην καθαρότητα της παιδικής ψυχής. Περισσότερα από 1.500 παιδιά εργαζόμενων στο νοσοκομείο κατέκλυσαν τους χώρους του συμμετέχοντας στην καθιερωμένη χριστουγεννιάτικη εορτή, που διοργανώθηκε από το Ίδρυμα Παπαγεωργίου, τη διοίκηση και τον Σύλλογο Εργαζομένων. Επί ώρες, τα κάλαντα, τα τραγούδια και οι ευχές συναντούσαν ένα πλούσιο ψυχαγωγικό πρόγραμμα ξεχωριστών καλλιτεχνών, που κατάφεραν να μετατρέψουν τα παιδιά σε μια μεγάλη αγκαλιά τη ζεστασιά της οποίας αισθάνθηκαν και όλοι οι... λιγότερο παιδιά πού ήσαν παρόντες.

Από τους πρώτους έσπευσαν στο Νοσοκομείο, για να συμβάλλουν



στην προετοιμασία της εορτής, ο πρόεδρος του Νοσοκομείου Νίκος Παπαγεωργίου, ο αντιπρόεδρος Αριστείδης Κάζης και τα μέλη του διοικητικού συμβουλίου Αρίστιππος Μηνάς, Νίκος Σαμαράς, Βασίλης Παπάς, Θανάσης Νικολαΐδης και Αγγελική Σαρδέλλη καθώς και το διοικητικό συμβούλιο του Συλλόγου Εργαζομένων με επικεφαλής τον πρόεδρο Παναγιώτη Τουχτίδη.

Μόλις τα πρώτα παιδιά άρχισαν να διαβαίνουν την πόρτα της κεντρικής εισόδου και οι πρώτες φωνές πλανήθηκαν στην ατμόσφαιρα, από όλες τις κλινικές και από όλα τα τμήματα του Νοσοκομείου άρχισαν να συρρέουν στο χώρο της γιορτής εργαζόμενοι, γιατροί, νοσηλευτές και διοικητικοί υ-

πάλληλοι, ενώ στο ιδιότυπο προσκλητήριο έσπειυσαν να δώσουν το δικό τους παρών πολλοί νοσηλευόμενοι και επισκέπτες.

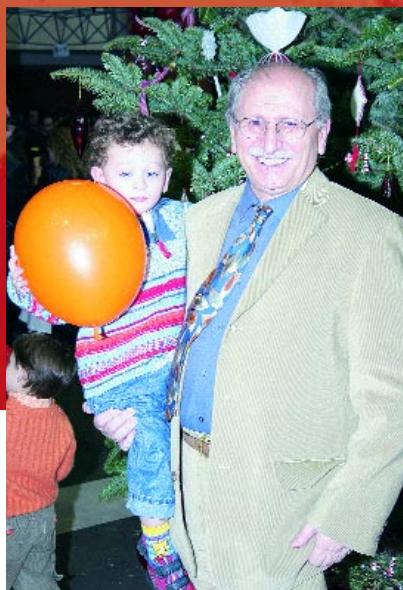
Σε λίγη ώρα είχε δημιουργηθεί το αδιαχώρητο. Ήταν ο πιο όμορφος "συνωστισμός" που παρατηρήθηκε ποτέ στο Νοσοκομείο.

Πλούσια δώρα μοιράστηκαν σε όλα τα παιδιά, ευγενική προσφορά του Ιδρύματος Παπαγεωργίου, ενώ οι γιαστριμαργικές απολαύσεις και το εξαιρετικό ψυχαγωγικό πρόγραμμα είχαν σαν αποτέλεσμα να παραμένουν οι εκλεκτοί λιλιπούτειοι προσκεκλημένοι στο χώρο της γιορτής, ακόμα και μετά το τέλος της!

Για τις διοικήσεις του Νοσοκομείου, του Συλλόγου Εργαζομένων και του Ιδρύματος Παπαγεωργίου, αυτή η Χριστουγεννιάτικη γιορτή, λόγω της μεγάλης επιτυχίας της, ανέβασε ακόμα ψηλότερα τον πήχη των στόχων για τις επόμενες ανάλογες εκδηλώσεις.



Τα 1.500 παιδιά που έψαλλαν φέτος το "Χριστός γεννάται σήμερον" στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, του χρόνου θα πρέπει να είναι πολλά περισσότερα!



# Γεύμα σύσφιγξης σχέσεων και γνωριμίας νέων και παλιών

Το καθιερωμένο δείπνο προς τιμή των εργαζομένων στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου παρέθεσε στις 12 Ιανουαρίου στο ξενοδοχείο "Ηλέκτρα Παλλάς", το ίδρυμα Παπαγεωργίου.

Παρακάθησαν ο Υπουργός Μακεδονίας-Θράκης κ. **Νίκος Τσιαρτσιώνης**, ο πρόεδρος του ίδρυματος Παπαγεωργίου κ. **Βασιλης Παπάς**, τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου του νοσοκομείου με επικεφαλής τον πρόεδρο κ. **Νίκο Παπαγεωργίου**, οι επικεφαλής κλινικών, τμημάτων και υπηρεσιών και πλήθος άλλων στελεχών του Νοσοκομείου καθώς και ο Σεβασμιότατος Μητροπολίτης Νεαπόλεως-Σταυρουπόλεως και Δυτικών Συνοικιών κ. **Βαρνάβας** που ευλόγησε το δείπνο.

Σε σύντομο χαιρετισμό του ο Υπουργός Μακεδονίας-Θράκης κ. Νίκος Τσιαρτσιώνης αναφέρθηκε με θερμά λόγια στο νοσοκομείο Παπαγεωργίου, ενώ ο πρόεδρος του Δ.Σ. κ. Νίκος Παπαγεωργίου ανέφερε τα εξής:

«Σεβασμιότατε, Κύριε Υπουργέ, Κύριε Πρόεδρε του Α' Πε.Σ.Υ.Π., Κύριε Πρόεδρε της Ιατρικής Σχολής, Κύριε Αντιπρύτανη, Κύριε Πρόεδρε του Ιατρικού Συλλόγου, Κυρίες και Κύριοι, σας ευχαριστώ όλους που ανταποκριθήκατε στην πρόσκληση μας.

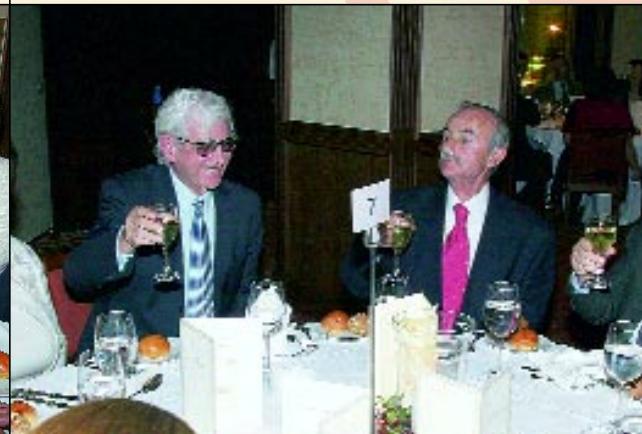
Η παρουσία σας εδώ μας τιμά ιδιαίτερα. Η αποψινή συγκέντρωση έχει σα σκοπό και στόχο να μας φέρει πιο κοντά, να γνωριστούμε καλύτερα παλαιά και νέα στελέχη καθώς και φίλοι το Νοσοκομείου.

Να ανταλλάξουμε ευχές για καλύτερες ημέρες με υγεία, χαρά και ευτυχία.

**Να ευχηθώ σε όλους σας "Χρόνια Πολλά-Καλή Χρονιά"** και ακόμα καλύτερη πορεία για το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου την οποία θεωρώ σίγουρη καθώς υπάρχουν τόσοι πολλοί καλοί φίλοι και τόσοι άξιοι συνεργάτες κοντά του».

Μέσα σ' ένα ιδιαίτερα θερμό κλίμα, τα στελέχη του Νοσοκομείου είχαν την ευκαιρία να ανταλλάξουν ευχές, προτάσεις και προβληματισμούς για την επίτευξη ακόμα μεγαλύτερων επιτυχιών και στόχων του νοσοκομείου Παπαγεωργίου, ενώ πανθομολογούμενη υπήρξε η εκτίμηση ότι το νοσοκομείο έχει ήδη κατακτήσει αξιοζήλευτη θέση ανάμεσα στα μεγαλύτερα και στα καλύτερα νοσοκομεία της Ευρώπης.

Το φωτορεπορτάζ του Φώτη Καρακάση απαθανάτισε χαρακτηριστικά στιγμιότυπα της επιτυχημένης εκδήλωσης.











# ΧΡΙΣΤΟΥΓΕΝΝΑ ΣΤΟ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Πριν από 4 χρόνια το Νεφρολογικό Τμήμα καθιέρωσε τη χριστουγεννιάτικη εορτή του για όλο το προσωπικό του. Έτσι και φέτος στις 17 Δεκεμβρίου έγινε η καθιερωμένη εορτή με την παρουσία του ιατρικού, νοσηλευτικού και βοηθητικού προσωπικού και τη συμμετοχή των θεσμικών οργάνων του Νοσοκομείου. Μέσα σε μια ατμόσφαιρα αγάπης και στο πνεύμα των Χριστουγέννων, ο διευθυντής του τμήματος κ. Γεώργιος Σακελλαρίου, προσέφερε δώρα σε όλα τα παιδιά του προσωπικού και τίμησε με

συμβολικά δώρα το ιατρικό, νοσηλευτικό και βοηθητικό προσωπικό, αφού τους ευχήθηκε "Καλά Χριστούγεννα" και τους ευχαρίστησε για την άριστη απόδοση που είχε το τμήμα το 2004. Οι στόχοι του Νεφρολογικού τμήματος είναι ιδιαίτερα υψηλοί και φιλόδοξοι, αφού ο ίδιος ο διευθυντής έχει πολύ ψηλά τον πύχη. Είναι μοναδική εμπειρία η συμμετοχή σε αυτή την εκδήλωση αγάπης του Νεφρολογικού τμήματος, που τιμά ιδιαίτερα το διευθυντή του τμήματος κ. Γεώργιο Σακελλαρίου.

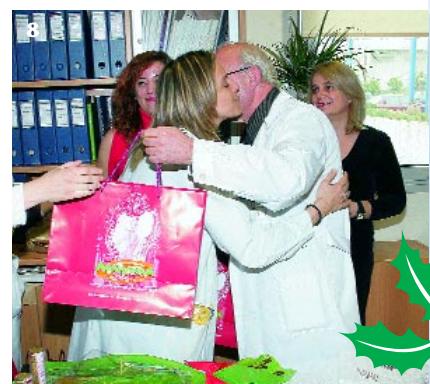


1. Η Ζωή Παπαγεωργίου.
2. Ο Βασιλείος Παπάς, πρόεδρος του Ιδρύμ. Παπαγεωργίου.
3. Ο Ιωάννης Λαγόπουλος, διευθυντής του Φαρμακείου.
4. Η Μαριάννα Ελευθερούδη, νοσηλεύτρια Μ.Τ.Ν.
5. Η Μαρία Παπαθεοδώρου, νοσηλεύτρια Μ.Τ.Ν.
6. Η Μαριάννα Σακελλαρίου, σύζυγος του Γ. Σακελλαρίου.
7. Ο Ευστάθιος Μητσόπουλος, νεφρολόγος, Επιμελητής Β'.
8. Η Σταυρούλα Κουρέλη, προϊσταμένη Μ.Τ.Ν.
9. Ο Γεώργιος Καρατζάς, διοικητικός διευθυντής.
10. Η Ευτυχία Κύρογλου, προϊσταμένη Ε.Ι.

# Νεφρολογικό τρίπα



1. Ο Ιωάννης Γριβέας, ειδικευόμενος νεφρολόγος.
2. Η Χριστίνα Χατζηαθανασίου, νοσηλεύτρια Μ.Τ.Ν.
3. Ο Κωνσταντίνος Σταμάτης, οικονομικός διευθυντής.
4. Ο Γεώργιος Χριστόπουλος, Γενικός Διευθυντής.
5. Η Δωροθέα Παπαδοπούλου, νεφρολόγος, επιμελήτρια Α'.
6. Η Δάφνη Μεϊμαρίδου, ειδικευόμενη νεφρολόγος.
7. Η Ελένη Μάνου, νεφρολόγος, επιμελήτρια Β'.
8. Η Εύη Γινικοπούλου, ειδικευόμενη νεφρολόγος.



# Εγκωμιαστικά σχόλια

**ΤΥΠΟΣ**  
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Πέμπτη 22 Ιανουαρίου 2004

Ο κόπος και το μεράκι του γραπτού πόρου

## Δικαιωμένο από το πρώτο τεύχος του το περιοδικό "Χρέος Ζωής" του Νοσοκομείου "Παπαγεωργίου"

Με άρπα εμφάνιση,  
πολυσεξίδιο  
έχει αυγκεντρώσει  
άλλα στοιχεία  
της ιστορίας  
του Νοσοκομείου

Στην διάστημα ενας καλαθητής περιβόλιο πραγμάτευτο το Γενικό Νοσοκομείο "Παπαγεωργίου" με σφραγιστικά διάτρητα στη Μαρία Ρεμμέλη-Επρατόνη. Το περιοδικό είναι σήμαντας 21X28, έχει φύλλιδες 120 και φέρει τον τίτλο "Χρέος Ζωής". Ο πρόεδρος του Δ.δ. του Νοσοκομείου και μέρης επιργύτης της Θεσσαλονίκης Νοολάρης Παπαγεωργίου, σημειώνεται προλογικό τον κείμενο της "το σημαντικότερο σφέλος που θα προκλείται διαφορά διάστημα της ίδιας περιοδείας της ένα αποκλεισματικό μέρος επικοινωνίας με τα κοινωνικά σύνολα για το οποίο δημιουργήθηκε και λειτουργεί το Νοσοκομείο...".

Την έκδοση χαρακτηρίζει ο υπουργός Υγιασ και Πρόνοιας Κώστας Στεφανής, ο αποίσης προβλέπει πως η πρωτοβουλία του "Παπαγεωργίου" θα παραπρονει προς μήνιση και όλα εδρώματα της χώρας. Στο χαριτεωμένο του ο υπουργός Μακεδονίας - Θράκης Χάρης Καστορίδης σκορπάει τη βεβαϊότητα ότι η έκδοση που περιβάλλει το μέργισμα των ιδρύματων της έκδοση που περιβάλλει το μέργισμα στην ίδια σήρη του Νοσοκομείου.

Στον χαριτεωμένο του ο πρόεδρος του Β' Π.Ε.Σ.Υ.Π. Κεντρικής Μακεδονίας Κωνσταντίνος Καλλέργης συγχαιρεί τη διοί-



κη της Νοσοκομείου για την πρωτοβουλία της και εκφράζει την πεποίθησή του ότι η έκδοση θα συμβάλλει αποφασιστικά στην αντιμετώπιση του ποντή και ότι θα αποτελέσει βίβλο διάλογου.

Στο τελός φιλοδεσπότει συνέτευξη την πρωτότονη του Δ.δ. του Νοσοκομείου Ν. Παπαγεωργίου, ο οποίος δεν αποφεύγει να αναφερθεί στις σκληρές δοκιμασίες που πέπεσε, διατείνει όμως ότι ταν εκπαιδεύει τον αποτέλεσμα. Για την πρωτοβουλία του Νοσοκομείου γράφουν ει καρος Γ. Σοκκελάρηδης και Ιωάννης Μηνός. Απροσείδεται επίσης το Προεδρικό Διάταγμα, με το οποίο εγκρίθηκε η σύσταση του Νοσοκομείου. Στο τέλος δηλώνεται και διασυνδέεται με πολλό γρήγορο υπόλοιπο, η συνέκτιμη που παραπέμπεται στο πρόεδρος (τότε) του Ιδρύματος.

Γ.Φ.Δ.

ΕΝΩΣΗ  
ΑΠΟΣΤΡΑΤΩΝ ΑΞΙΩΜΑΤΙΚΩΝ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ  
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ  
(Ν.Π.Δ.Δ.)  
ΤΣΙΜΙΣΚΗ & Γ. ΘΕΟΧΑΡΗ 2  
546 21 ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

ΤΗΛ. ΓΡΑΦΕΙΟΝ: 031/264-459, ΤΗΛ. ΛΕΣΧΗΣ: 031/269-033  
FAX: 031/264-459

Προς  
τον κ.Βασιλείο Παπά  
Πρόεδρο Ιδρύματος «Παπαγεωργίου»  
Περιφερειακή οδός Θεσσαλονίκης

Αξιότιμε κ. Πρόεδρε,

Με συναισθήματα ανάμικτα από έκπληξη, θαυμασμό, συγκίνηση και ερωτήματα δέχθηκα προ ημερών το 3ο τεύχος / Οκτωβρίου 2004 και σπεύδω, με το μικρό αυτό έγγραφό μας, να σας εκφράσω τα ολόθερμα συγχαρητήρια μας και την απορία μας, πως είναι δυνατόν οι ιθύνοντες ενός τέτοιου Ιδρύματος να σκεφθούν και να αποφασίσουν να προβούν στην έκδοση ενός παρόμοιου έργου πολιτισμού, ανθρωπιάς, συντακτικής τελειότητας και, γενικότερα, πρωτοπορίας σε έναν τομέα, που δεν μας έχουν συνηθίσει τα πάμπολλα παρόμοια Ιδρύματα της Χώρας μας.

Διαπιστώνουμε, λοιπόν, ότι εδώ και πρωτοπορείτε, όπως και σε όλους τους τομείς της Επιστήμης του Ιπποκράτη.

Συνεχίστε το έργο αυτό και εμείς θα είμαστε πάντοτε στο πλευρό σας.



Με τά τιμής

Ταξίαρχος (ΑΔ) εα. Ελευθ. ΒΑΪΤΣΗΣ  
Πρόεδρος Ε.Α.Α.Παρ. Θεσσαλονίκης





## **ΚΙΝΗΜΑ ΣΟΣΙΑΛΔΗΜΟΚΡΑΤΩΝ**

Προς τη Συντακτική Επιτροπή του περιοδικού "Χρέος Ζωής"

Η μεγαλύτερη αξία της ζωής είναι η προσφορά. Ιδιαίτερα η προσφορά στον πάσχοντα. Μ' αυτό το μέτρο το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου αποτελεί ένα δείγμα συμπεριφοράς αξιοζήλευτο.

Γνώρισα το Νοσοκομείο από το περιοδικό. Αδημονώντας να το γνωρίσω επί τόπου.

Γνωρίζω ότι οι ευεργέτες δεν αρέσκονται σε εγκώμια και επαίνους. Όμως όταν ο έπαινος αυθόρμητα προσφέρεται από πάσχοντες ή μάρτυρες της προσφοράς αποτελεί ένα ελάχιστο αντίδωρο. Και ο έπαινος επεκτείνεται σ' όλους που συμβάλλουν στην λειτουργία και τη συνεχιζόμενη ολοκλήρωση του έργου.

Σ' αυτή την ειδική περίοδο που αποτελεί έναυσμα για εκδήλωση αγάπης και αλητλεγγύης προς τον συνάνθρωπο το επιτελούμενο έργο στο νοσοκομείο

Παπαγεωργίου ενδυναμώνει την έφεση για προσφορά.

Το δε περιοδικό "Χρέος Ζωής" δίνει μία ανάγλυφη εικόνα του επιτελούμενου έργου.

Οι Χριστουγεννιάτικες ευχές που απευθύνονται προς πάσχοντες, προσωπικό, συνδρομητές και δωρητές προέρχονται από ένα χώρο οδύνης ακόμα για ασυμπλήρωτα οράματα και για βίωση με αξιοπρέπεια και ελευθερία.

Γιατί η Κύπρος ακόμα νοσεί. Και δικό μας είναι το καθήκον μέσα στα Ευρωπαϊκά πλαίσια (που ελπίζω να εδραιωθούν πάνω σε πιο στέρεες βάσεις αξιών καθολικών υλοποιούμενου) να οικοδομήσουμε μία Κύπρο χωρίς διαχωριστικές γραμμές, με τα ανθρώπινα δικαιώματα πλήρως κατοχυρωμένα.

Γιατί υγεία δεν υφίσταται μέσα σε συνθήκες καταπίεσης και συρρίκνωσης της αξιοπρέπειας.

Με αισθήματα αγάπης καταθέτω την ευχή για προσωπική επιτυχία σ' όλους τους εμπλεκόμενους στο έργο του νοσοκομείου Παπαγεωργίου αλλά και στον αδελφό Ελληνικό ευρύτερα.

Τέτοιες ώρες νοσταλγώ την ικανοποίηση που μου πρόσφερε η άσκηση του ιατρικού λειτουργήματος.

**Βάσος Λυσσαρίδης**

### **ΓΙΑ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ "ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ"**

'Υστερ' από τον εσωτερικό κανονισμό<sup>1</sup>  
Για την περιποίηση των ασθενών και την φροντίδα  
Που επιβάλλει στο ιατρικό προσωπικό  
Να τους παρέχει αισιοδοξία και ελπίδα,

Δεν φτάνει, όμως, μόνο αυτό, για την εφαρμογή του Χρειάζεται και του προσωπικού η θέληση η δική του.  
Αυτή υπάρχει άφθονη χωρίς κανείς να επιβάλλει  
Αλλά με τη δική του θέληση  
στην ανάρρωση συμβάλλει.

Αυτό που νοιώθει μέσα του, είναι έμφυτο στον καθένα  
Γι' αυτό το εφαρμόσανε αμέσως και σ' εμένα  
Επειγόντως στην εντατική με καρδιακό, είναι αλήθεια  
Και με πρόλαβαν εκ θαύματος με τον Θεό βοήθεια.

Ευχαριστώ από καρδιάς τη Διεύθυνση και το προσωπικό για την πολύτιμη βοήθειά τους.

Με τιμή  
**Μιχ. Ζαχ. Βουτσής**  
ΔΕΚΕΜΒΡΗΣ 2004  
ΧΡΟΝΙΑ ΠΟΛΛΑ



# ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

## Από την Ανατομία μέχρι την παθολογία

Η μεγαλύτερη ιατρική ημερίδα που έγινε στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου από την έναρξη της λειτουργίας του, πραγματοποιήθηκε το Σάββατο 23 Οκτωβρίου στο Αμφιθέατρο του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου και οργανώθηκε από το Ακτινολογικό Εργαστήριο.

Την ημερίδα αυτή παρακολούθησαν 480 ιατροί διαφόρων ειδικοτήτων, και περιελάμβανε βραχείες ομιλίες 18 ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων (1 ανατόμος, 1 γαστρεντερολόγος και 16 ακτινολόγοι). Τις ομιλίες συντόνισαν 4 Διευθυντές Ακτινολόγοι μεγάλων Νοσοκομείων και στο τέλος υπήρξε σχολιασμός των ομιλιών από 3 Διευθυντές και Καθηγητές ειδικούς στο θέμα της ημερίδας.

Πριν την έναρξη και στο πέρας της ημερίδας χαιρετισμό απηγόρωνε ο Πρόεδρος της Ακτινολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος και Διευθυντής του Ακτινολογικού Εργαστηρίου του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου **Ιωάννης Τσιτουρίδης**.

Στην ημερίδα αυτή αναπτύχθηκαν τα μικρά καθημερινά προβλήματα της καθημερινής ιατρικής πράξης και δόθηκαν πολλές λύσεις σε προβλήματα διάγνωσης

στον τομέα της διερεύνησης των νοσημάτων που σχετίζονται με τα χοληφόρα.

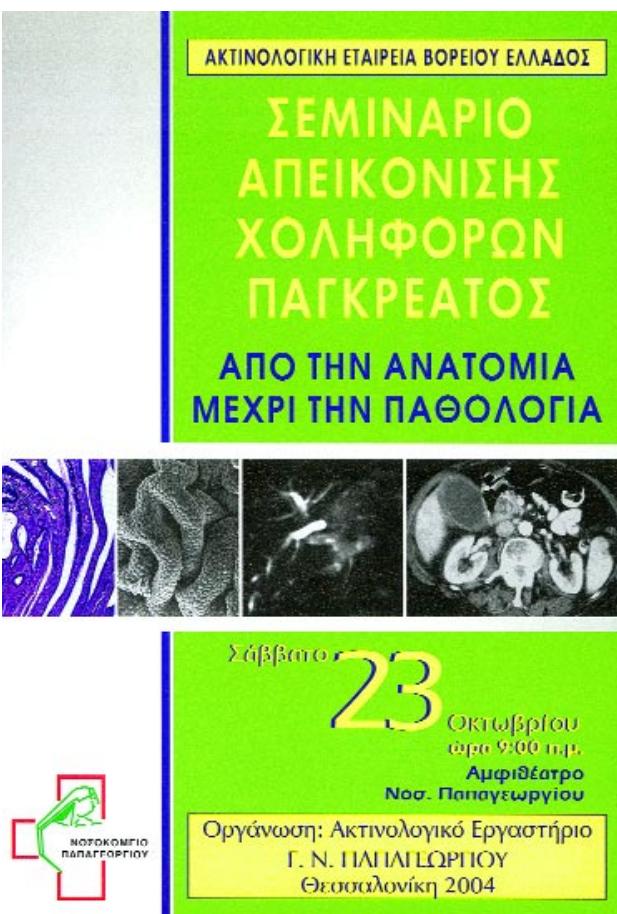
Η συνεχώς αυξανόμενη προσέλευση ιατρών στα σεμινάρια που οργανώνει το Ακτινολογικό Εργαστήριο του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου, επιβεβαιώνει το γεγονός ότι τα σεμινάρια αυτά έχουν καταστεί θεσμός χάριν του υψηλού επιστημονικού επιπέδου και της απλότητας που διαπνέουν τις ημερίδες αυτές.



Ο Χρήστος Τσαντηρίδης, Επιμ. Β' Ακτινολ. Εργαστ. Γ.Ν.Π.



Ο Ισαάκ Γεναρίδης, Διευθυντής Ακτινολ. Νοσ. Έδεσσας, ο Ιωάννης Σώης, Διευθυντής Ακτινολ. Εργαστ. ΙΚΑ Τούμπας και ο πρόεδρος της Ακτινολογικής Εταιρείας Β.Ελλάδας Ιωάννης Τσιτουρίδης.







Εγκάρδιες ευχές, το 2005  
να φέρει μόνο χαμόγελα  
στη ζωή όλων των ανθρώπων!

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ

Περιφερειακή οδός Θεσσαλονίκης, 54 603, Θεσσαλονίκη • Τηλ.: 2310 693000-2 • Fax.: 2310 685111

ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ

Κεντρικά γραφεία: Αριστοτέλους 5, 54 624, Θεσσαλονίκη • Τηλ.: 2310 231578 • Fax: 2310 233975