

Το νοσοκομείο μας...

ΠΛΗΡΩΜΕΝΟ
ΤΕΛΟΣ
Ευκαρπίας
Αρ.Αδείας
2



ΕΛΤΑ
Hellenic Post



ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ

ΧΡΕΟΣ ΖΩΗΣ

ΤΕΥΧΟΣ 6 | ΑΥΓ.-ΣΕΠΤ. - ΟΚΤ. 2005 | ΤΙΜΗ 0,01 €

Σε χρόνο ρεκόρ

Πανέτοιμος ο βρεφονηπιακός σταθμός μας!



Ευρωπαϊκή πρωτιά
της Α΄ Μαιευτικής
Γυναικολογικής
Κλινικής Α.Π.Θ.



Διεθνής
αναγνώριση του
Τ.Ε.Π. του
Νοσοκομείου μας



Ολοκληρώθηκε
η αξιολόγηση 10.789
αιτήσεων για τις 293
νέες θέσεις εργασίας

Ευάγγελος Βενιζέλος:
«Το Γ.Ν. Παπαγεωργίου
κορυφαίο σημείο
του Συστήματος Υγείας»

Η Κλινική Πλαστικής
Χειρουργικής του Α.Π.Θ.
στο Γ.Ν. Παπαγεωργίου

ΘΡΟΜΒΟΛΥΣΗ:
Η νέα μέθοδος για
την αντιμετώπιση
εγκεφαλικών

Πώς θα
αντιμετωπίσετε
τον διαβήτη σας



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





Πέρασε ένας χρόνος από πέρυσι τέτοια περίπου εποχή που ο Υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης κ. Νικήτας Κακλαμάνης θεμελίωσε το κτίριο του Βρεφονηπιακού σταθμού του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου.

Το Ίδρυμα Παπαγεωργίου, που είχε την ευθύνη της δημιουργίας του, υποσχέθηκε τότε πως ο σταθμός θα ήταν έτοιμος να λειτουργήσει στην αρχή της επόμενης σχολικής χρονιάς.

Όπως ήταν αναμενόμενο οι κτιριακές εγκαταστάσεις είναι εδώ και ένα μήνα έτοιμες και περιμένουν σιωπηλά τις φωνούλες που θα τους χαρίσουν πνοή.

Όταν πριν από 15 χρόνια, το Υπουργείο Υγείας συνέταξε το κτιριολογικό πρόγραμμα σύμφωνα με το οποίο ανεγέρθηκε το Νοσοκομείο, δεν προέβλεψε την δημιουργία ενός Βρεφονηπιακού Σταθμού που θα εξυπηρετούσε τους εργαζόμενους στο Νοσοκομείο γονείς, που είχαν παιδάκια προσχολικής ηλικίας.

Η ανάγκη ύπαρξης ενός τέτοιου σταθμού κρίνεται ιδιαίτερα απαραίτητη αν λάβει κανείς υπόψη τα μη κανονικά ωράρια εργασίας του μεγαλύτερου αριθμού του προσωπικού.

Το Ίδρυμα Παπαγεωργίου ανταποκρινόμενο στο εύλογο αίτημα των εργαζομένων ανέλαβε τη δαπάνη και την παρακολούθηση όλων των μελετών που ήταν απαραίτητες για την υλοποίηση του έργου και στη συνέχεια της χρηματοδότησης του συνόλου των δαπανών για την αποπεράτωση των κτιριακών εγκαταστάσεων, των διαμορφώσεων του αύλειου χώρου, του εξοπλισμού των αιθουσών με διάφορα μικροέπιπλα καθώς και παιχνιδότοπο στο χώρο της αυλής.

Η Τεχνική Υπηρεσία του Νοσοκομείου και ειδικότερα ο κ. Γ. Σοφιαλίδης και η κ. Κ. Κουτσοσίμου είχαν την ευθύνη της επίβλεψης του έργου και με φιλότιμες προσπάθειες συνετέλεσαν στην έγκαιρη αποπεράτωση του έργου και με ποιότητα κατασκευής που υπερτερεί πολλών δημοσίων και ιδιωτικών σταθμών.

Η συνολική δαπάνη για την υλοποίηση του έργου που καταβλήθηκε από το Ίδρυμα Παπαγεωργίου ανήλθε στο ποσό των 510,000€.

Το κτίριο αποτελείται από 4 αίθουσες που η κάθε μία εξυπηρετεί διαφορετικές ηλικίες παιδιών, αίθουσα πολλαπλών χρήσεων, γραφεία, χώρους υγιεινής και λοιπούς βοηθητικούς χώρους.

Το κτίριο είναι προσαρμοσμένο στο ανάγλυφο του εδάφους και χωροθετήθηκε για την καλύτερη εξυπηρέτηση πλησίον του κεντρικού χώρου στάθμευσης. Παρουσιάζει μία πολυδιάσπαση των όγκων προσαρμοσμένο, στο μέτρο του δυνατού, στην κλίμακα των χρηστών.

Πιστεύουμε πως οι εγκαταστάσεις έχουν τα χαρακτηριστικά ενός από τους πιο σύγχρονους Βρεφονηπιακούς Σταθμούς και πως πολύ σύντομα θα ξεκινήσει η στελέχωση και λειτουργία του.

Εμείς δεν έχουμε παρά να ευχηθούμε Καλή Επιτυχία!!

Βασίλειος Παπάς

Πρόεδρος Ιδρύματος Παπαγεωργίου

Εκδίδεται από το Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ - ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ
ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΝΟΜΟ:
Βασίλειος Παπάς

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ
Βασίλειος Παπάς, Πρόεδρος Ιδρύματος Παπαγεωργίου,
Μέλος Δ.Σ. Νοσοκομείου Παπαγεωργίου
Γιώργος Σακελλαρίου, Διευθυντής Νεφρολογικού Τμήματος
Χαράλαμπος Μακρίδης, Διευθυντής Α' Χειρουργικής Κλινικής,
Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας

ΓΕΝΙΚΗ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ - ΑΡΧΙΣΥΝΤΑΞΙΑ:
Μαρία Ρούμελη-Στρατάκη

Σε αυτό το τεύχος συνεργάστηκαν:
Γεώργιος Καρατζάς, Χάρης Πρωτόπαπας,
Ιωάννης Μπόντης, Λάμπης Λαζαρίδης, Jobst Rudolf,
Γεωργία Παπαϊωάννου, Γεωργία Κυριακέλη,
Ειρήνη Κατσανίκα, Χλωρός Διαμαντής, Σταύρος Βογιατζής,
Ιωάννης Λαγόπουλος, Παναγιώτης Τουχτίδης,
Γιάννα Δεσποτοπούλου, Γιώργος Ιωακειμίδης,
Θεοδώρα Λιούζα, Λιάνα Μιχαηλίδου

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, ηχογράφησης ή άλλο άνευ προηγουμένης έγγραφης αδείας του εκδότη.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Editorial	1
Σε χρόνο ρεκόρ η κάλυψη 293 νέων θέσεων εργασίας	3
Αξιολόγηση της απόδοσης των εργαζομένων στο ΓΝΠ. Μηχανιστική διαδικασία ή σύγχρονο εργαλείο διοίκησης;	5
Αξιολόγηση της Α' Μαιευτικής Γυναικολογικής Κλινικής Α.Π.Θ.	10
“Διεθνής αναγνώριση και επιβράβευση του έργου που επιτελείται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου από τη Νοσηλευτική Υπηρεσία στο Διεθνές Συνέδριο του Ε.Ν.Α.	14
Νοσηλευτικό Συνέδριο 2005 με διεθνή συμμετοχή. “Αυτόνομοι Νοσηλευτικοί Ρόλοι”	16
Ευάγγελος Βενιζέλος: “Το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου κορυφαίο σημείο του Συστήματος Υγείας”	21
Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής του Α.Π.Θ. στο Γ.Ν. “Παπαγεωργίου”	23
Η Πλαστική Χειρουργική και τα αντικείμενά της	25
Θρομβόλυση: Η νέα μέθοδος για την αντιμετώπιση των εγκεφαλικών	30
Αιμορραγία: Η νόσος του Von Willebrand	33
Αρτηριακή Υπέρταση	35
19η Αμφικτυονία Συλλόγων Εθελοντών Αιμοδοτών Ελλάδας	39
Πώς θα αντιμετωπίσετε τον διαβήτη σας	40
Κάπνισμα και καπνιστής: Δύσκολο το διαζύγιο	46
Είστε έτοιμοι να διακόψετε το κάπνισμα; Τεστ κινήτρων για τους καπνιστές	50
Κάπνισμα: Μια νόσος που θεραπεύεται	52
Κατανάλωση αντιβιοτικών - Παράγοντες επιλογής. Φαρμακο-οικονομία	56
Το Ιατρικό Αρχείο του Νοσοκομείου μας	59
Το βήμα των εργαζομένων	60
Από την Πρόνοια στην Κοινωνική Αλληλεγγύη	62
Ηλεκτρονικό βελτιστοποιημένο σύστημα προμηθειών για την αγορά στον τομέα της Υγείας	64
Ο Διαδανεισμός στη Βιβλιοθήκη του ΓΝΠ	66
Έγραψαν για μας	68
Εγκωμιαστικά σχόλια για το “ΧΡΕΟΣ ΖΩΗΣ”	69
Η γνώμη σας μετράει	70
Εξωτερικά Ιατρεία Νοσοκομείου Παπαγεωργίου	73

Νοσοκομείο Παπαγεωργίου:

Σε χρόνο ρεκόρ η κάλυψη 293 νέων θέσεων εργασίας



ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΑΙΤΗΣΕΩΝ ΤΗΣ ΠΡΟΚΗΡΥΞΗΣ 1/74Μ/2005

Γράφει ο Γεώργιος Καρατζάς,
Διευθυντής Διοικητικής Υπηρεσίας ΓΝΠ

Ολοκληρώθηκε η αξιολόγηση 13.959 αιτήσεων, με τη συστηματική και υπεύθυνη εργασία της ομάδας αξιολόγησης, αναρτήθηκαν στις 22-7-2005-μόλις ενάμιση μήνα μετά την τελευταία ημέρα κατάθεσης αιτήσεων- οι προσωρινοί πίνακες κατάταξης κλάδου ΤΕ Νοσηλευτικής και οι προσλήψεις του αντίστοιχου προσωπικού ξεκίνησαν από την 1-8-2005.





Ενημέρωση και διδασκαλία στους νεοπροσληφθέντες από στελέχη του νοσοκομείου.

Ολοκληρώθηκε πρόσφατα στο Νοσοκομείο μας η ανάρτηση των προσωρινών πινάκων διοριστέων της προκήρυξης Α.Σ.Ε.Π υπ' αριθμ. 1/74Μ/2005 για την πλήρωση θέσεων με σειρά προτεραιότητας. Συγκεκριμένα προκηρύχθηκαν συνολικά διακόσιες ενενήντα τρεις (293) θέσεις των κατηγοριών πανεπιστημιακής (ΠΕ), τεχνολογικής (ΤΕ), δευτεροβάθμιας (ΔΕ) και υποχρεωτικής (ΥΕ) εκπαίδευσης, για τις οποίες υποβλήθηκαν συνολικά δέκα χιλιάδες επτακόσιες ογδόντα εννέα (10.789) αιτήσεις. Αμέσως μετά την λήξη προθεσμίας υποβολής αιτήσεων συμμετοχής στην προκήρυξη (09.06.2005) άρχισε η αξιολόγησή τους από την αρμόδια επιτροπή και ομάδα διοικητικών υπαλλήλων, οι οποίοι μέσα σε τρεις μήνες - χρόνο ρεκόρ και μάλιστα μεσολαβούντος του καλοκαιριού - κατόρθωσαν να επεξεργαστούν τον τεράστιο όγκο των αιτήσεων και να συντάξουν με αξιοπιστία και εγκυρότητα τους προσωρινούς πίνακες διοριστέων. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο συνολικός αριθμός των αξιολογηθέντων αιτήσεων ανέρχεται σε δεκατρείς χιλιάδες εννιακόσιες πενήντα εννέα (13.959), δεδομένου ότι πολλοί υποψήφιοι συμπεριέλαβαν στις αιτήσεις τους δυο ή τρεις προτιμήσεις, οπότε έπρεπε να καταταχθούν στους αντίστοιχους πίνακες. Προτεραιότητα δόθηκε στις αιτήσεις νοσηλευτικού προσωπικού, προκειμένου να στελεχωθούν το συντομότερο δυνατό τα τμήματα του Νοσο-

κομείου που είχαν αποδυναμωθεί από τις πρόσφατες αποχωρήσεις προσωπικού λόγω διορισμού σε άλλα δημόσια νοσοκομεία. Με τη συστηματική και υπεύθυνη εργασία της ομάδας αξιολόγησης, αναρτήθηκαν την 22.07.2005 μόλις ενάμιση μήνα μετά την τελευταία ημέρα κατάθεσης αιτήσεων - οι προσωρινοί πίνακες κατάταξης κλάδου ΤΕ Νοσηλευτικής και οι προσλήψεις του αντίστοιχου προσωπικού ξεκίνησαν από την 01.08.2005. Ακολούθησε η ανάρτηση των πινάκων κλάδων ΔΕ Νοσηλευτικής και διοικητικού προσωπικού την 26.08.2005 και η διαδικασία ολοκληρώθηκε την 12.09.2005 με τις υπόλοιπες κατηγορίες προσωπικού. Συνολικά, έως σήμερα, έχουν πραγματοποιηθεί εκατόν είκοσι δύο (122) προσλήψεις νοσηλευτικού, παραϊατρικού και λοιπού προσωπικού, ενώ αναμένονται και άλλες εντός του μηνός Νοεμβρίου. Η διαδικασία πρόσληψης προσωπικού θα ολοκληρωθεί με την έκδοση των οριστικών πινάκων κατάταξης που θα πραγματοποιηθεί από το Α.Σ.Ε.Π εντός των επομένων μηνών. Θα ήθελα να ευχαριστήσω εκ μέρους της Διοίκησης του Νοσοκομείου αλλά και προσωπικά την επιτροπή αξιολόγησης των αιτήσεων και όλους τους υπόλοιπους υπαλλήλους που εργάστηκαν με ζήλο, μεθοδικότητα, ταχύτητα και υπευθυνότητα εν μέσω θέρους προκειμένου να ολοκληρωθεί η διαδικασία και να στελεχωθεί το Νοσοκομείο μας με νέους συναδέλφους.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ:

Μηχανιστική διαδικασία ή σύγχρονο εργαλείο διοίκησης;



Γράφει ο Χάρης Πρωτόπαπας
Σύμβουλος Μάνατζμεντ

Η απόδοση κάθε οργανισμού βρίσκεται συνεχώς στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος της διοίκησής του και η επιδίωξη επίτευξης επιδόσεων στο επιθυμητό επίπεδο αποτελεί αταλάντευτο οδηγό, τόσο στο **σχεδιασμό** της δράσης του όσο και στη **διαχείριση** της καθημερινής λειτουργίας του και στον **έλεγχο** των αποτελεσμάτων του.

Η αρχή αυτή ισχύει και για το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου. Ως σύγχρονος οργανισμός παροχής ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών επιδιώκει σταθερά να λειτουργεί αποτελεσματικά, να ανταποκρίνεται στις κατά καιρούς καθοριζόμενες επιδιώξεις του και να επι-

τυγχάνει τους ειδικότερους τιθέμενους στόχους του, οι οποίοι αποτελούν το **περιεχόμενο** της συνολικής του απόδοσης και συνιστούν ταυτόχρονα το **μέτρο απότιμησης** του επιτελούμενου έργου.

Ειδικότερα, η απόδοση του Νοσοκομείου κρίνεται από το **επίπεδο** αποτελεσματικής και αποδοτικής λειτουργίας του καθώς και από το **βαθμό** επιτυχίας των στόχων του για τη συνεχή αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών σε συνολικό, ομαδικό και ατομικό επίπεδο. Ακόμη, η απόδοση εξαρτάται από την **έκταση** εφαρμογής νέων μεθόδων και μορφών νοσηλείας και ιατρικής εν





γένει περιθαλψής αλλά και από το **μέγεθος** του επιτελούμενου ερευνητικού έργου σε θέματα παροχής ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών.

Η ιδιομορφία του Νοσοκομείου έγκειται στη μεγάλη σημασία του **ανθρώπινου παράγοντα**, όπως άλλωστε συμβαίνει γενικά και σε κάθε οργανισμό παροχής υπηρεσιών. Η σημασία όμως του ανθρώπου στην περίπτωση μας αποκτά εξαιρετικά κρίσιμες διαστάσεις, δεδομένης της **ευαισθησίας** των θεμάτων υγείας με τα οποία ασχολούνται οι εργαζόμενοι στο Νοσοκομείο και της καθοριστικής επίδρασης που μπορεί να έχει η υγειονομική περιθαλψη και νοσηλεία στην εν γένει κατάσταση, στη ζωή και στο μέλλον των εξυπηρετούμενων ασθενών. Γι αυτό και ο ανθρώπινος παράγοντας είναι ιδιαίτερα **αποφασιστικός** για την αποτελεσματική λειτουργία του Νοσοκομείου.

Η διοίκηση αναγνωρίζει ότι η αποτελεσματικότητα και ανταγωνιστικότητα του Νοσοκομείου εξαρτώνται κατά κύριο λόγο από το ανθρώπινο δυναμικό του. Κατά συνέπεια, πρωταρχικό μέλημα της διοίκησης αποτελεί η διαμόρφωση της **συμπεριφοράς** εκείνης των εργαζόμενων, η οποία και θα εξασφαλίζει την επιθυμητή αλλά και τόσο κρίσιμη για τους ασθενείς και το γενικότερο κοινωνικό σύνολο **απόδοση**.

Αντιλαμβάνεται ότι η **διοίκηση της απόδοσης** αποτελεί κομβικό σημείο για την αποτελεσματική λειτουργία του Νοσοκομείου και προσχωρεί στην άποψη ότι όλα τα συστατικά στοιχεία της θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με την δέουσα προσοχή και επιμέλεια. Μόνον με τη βοήθεια μιας ολοκληρωμένης προσέγγισης μπορούμε να διασφαλίσουμε ότι οι ενέργειες και τα αποτελέσματα της δραστηριότητας του προσωπικού **συγκλίνουν** προς τους γενικότερους στόχους του Νοσοκομείου και βρίσκονται σε **αρμονία** μαζί τους.

Η απόδοση του προσωπικού (ιατρικού, νοσηλευτικού, διοικητικού) προσδιορίζει κατά κύριο λόγο αν και κατά πόσο ανταποκρίνεται το Νοσοκομείο στις υψηλές απαιτήσεις της αποστολής του.

Στην προσπάθεια δημιουργίας ενός τέτοιου κατάλληλου και χρήσιμου συστήματος διοίκησης, κεντρική θέση κατέχει η **αξιολόγηση της ατομικής απόδοσης**. Τρεις πτυχές χρειάζεται να φωτισθούν:

- να εξετάσουμε και να αποφασίσουμε ποιες απόψεις της απόδοσης είναι σχετικές με το Νοσοκομείο, κυρίως μέσω της ανάλυσης εργασίας και της περιγραφής καθηκόντων
- να μετρήσουμε τις απόψεις αυτές με τη βοήθεια της αξιολόγησης της απόδοσης και
- να δημιουργήσουμε ένα κανάλι επικοινωνίας με τον αξιολογούμενο για να ενημερώνεται σχετικά με την απόδοσή του.

Η συλλογιστική αυτή βρίσκεται σε αντιστοιχία με τον ορισμό της **αξιολόγησης της απόδοσης**, η οποία είναι μια συστηματική διαδικασία που έχει σκοπό να εκτιμήσει την αποτελεσματική εκτέλεση της εργασίας των εργαζόμενων, να την επηρεάσει θετικά και να εντοπίσει τις δυνατότητές τους για εξέλιξη. Τα κρίσιμα ερωτήματα που πρέπει να απαντηθούν είναι: **(1)** ποια σημεία της ατομικής απόδοσης μας ενδιαφέρουν, **(2)** αν είναι εφικτό να μετρήσουμε αυτά τα σημεία και **(3)** με ποιον τρόπο μπορούν να είναι ενήμεροι οι εργαζόμενοι για το επίπεδο της απόδοσής τους, ώστε να πράξουν ανάλογα.

Λόγω της μεγάλης σημασίας που έχει η αξιολόγηση της απόδοσης και της ανάγκης για αντικειμενική και ομοιόμορφη αξιολόγηση του προσωπικού, η διοίκηση του Νοσοκομείου αποφάσισε τη διοργάνωση μιας σειράς **ειδικών σεμιναρίων** με αντικείμενο την αξιολόγηση της απόδοσης του προσωπικού. Τα σεμινάρια πραγματοποιήθηκαν κατά την περίοδο Μαρτίου-Απριλίου 2005, εντάχθηκαν στο πρόγραμμα ανάπτυξης των στελεχών του Νοσοκομείου και απευθύνθηκαν σε όλους τους Διευθυντές, Τομεάρχες, Προϊστάμενους και Αντικαταστάτες Προϊστάμενους νοσηλευτικών και διοικητικών υπηρεσιών.

Η διοίκηση του Νοσοκομείου ανέθεσε τη διεξαγωγή των σεμιναρίων (σχεδιασμό και υλοποίηση) στον υπογράφοντα. Η ανάλυση που ακολουθεί, βασίζεται στο περιεχόμενο των σεμιναρίων και είναι εμπλουτισμένη από την πολύτιμη εμπειρία που αποκόμισε ο υπογράφων από τη διεξαγωγή τους. Στο σημείο αυτό είναι σκόπιμο να αναφερθεί το υψηλό ενδιαφέρον που επέδειξαν τα συμμετέχοντα στελέχη του Νοσοκομείου καθώς και η ενεργός συμμετοχή τους καθ' όλη τη διάρκεια του εν λόγω εκπαιδευτικού προγράμματος. Με το άρθρο αυτό απευθύνονται ειλικρινείς ευχαριστίες τόσο προς τη διοίκηση του Νοσοκομείου όσο και προς όλους τους συμμετέχοντες.

Ακολουθώντας τις τρεις ενότητες προβληματισμού που προαναφέρθηκαν, είναι χρήσιμο να αναφερθούμε στα κύρια θέματα ως εξής, μετά από την παράθεση ορισμένων γενικών και εισαγωγικών επισημάνσεων:



δυναμιών, οι οποίες αντιμετωπίζονται με τα κατάλληλα προγράμματα εκπαίδευσης και ανάπτυξης. Αν επιδιωχθεί η ίδια εναρμόνιση με όλες τις λειτουργίες διοίκησης προσωπικού, τότε δημιουργείται ένα συνεκτικό πλαίσιο με ευεργετικά αποτελέσματα.

Ποιες απόψεις της απόδοσης μας ενδιαφέρουν;

Γενικά

Η αξιολόγηση της απόδοσης είναι μια **συστηματική εκτίμηση** του εργαζόμενου, η οποία αναφέρεται στην εκτέλεση της εργασίας του αλλά και στις δυνατότητες του ίδιου για εξέλιξη. Είναι ταυτόχρονα και ένα **μέτρο ελέγχου** του βαθμού, στον οποίο ο εργαζόμενος έχει συμβάλει στην επίτευξη των στόχων που του έχουν τεθεί. Σε κάθε περίπτωση, είναι μια **δομημένη διαδικασία**, η οποία αποβλέπει στο να εκτιμήσει και να επηρεάσει τη συμβολή του εργαζόμενου στην εκτέλεση της εργασίας του.

Κάθε ολοκληρωμένη διαδικασία αξιολόγησης της απόδοσης καταλήγει σε μια σειρά ενεργειών, οι οποίες αναφέρονται στη βελτίωση της απόδοσης, στην εκπαίδευση και εξέλιξη της σταδιοδρομίας του εργαζόμενου. Αυτή, άλλωστε, είναι και η **πεμπτουσία** της αξιολόγησης. Η αναγνώριση των θετικών του επιδόσεων, η επισήμανση και κάλυψη των αδυναμιών του, η ανάπτυξη των δυνατοτήτων του και όχι η απλή διαπίστωση του υψηλού, μέτριου ή χαμηλού επίπεδου της ατομικής του απόδοσης. Μόνον έτσι ανοίγονται **προοπτικές εξέλιξης** και εντοπίζονται οι αναγκαίες προϋποθέσεις για την **συνεχή βελτίωση** του ατόμου και της απόδοσής του.

Μια σύγχρονη διαδικασία αξιολόγησης της απόδοσης, για να είναι αποτελεσματική, θα πρέπει να είναι εναρμονισμένη και με τις άλλες βασικές λειτουργίες διοίκησης προσωπικού του Νοσοκομείου, όπως: ο σχεδιασμός εργασίας & περιγραφές θέσεων, η προσέλκυση & επιλογή υποψηφίων, η εκπαίδευση & ανάπτυξη, τα συστήματα ανταμοιβών, η ασφάλεια & προστασία κ.ά.

Ο λόγος είναι προφανής. Ενδεικτικά σημειώνουμε ότι: η αξιολογούμενη απόδοση έχει άμεση σχέση με τα καθήκοντα των εργαζομένων, οι οποίοι επιλέγονται με αντίστοιχα προς τις θέσεις τους προφίλ γνώσεων και ικανοτήτων. Παράλληλα, η αξιολόγηση των εργαζομένων εντοπίζει προοπτικές εξέλιξης αλλά και περιοχές α-

Οι απόψεις της απόδοσης που έχουν ενδιαφέρον να εντοπισθούν και ακολούθως να μετρηθούν θα πρέπει να σχετίζονται με την καθημερινή εργασία και να την επηρεάζουν άμεσα. Έτσι, έχουν δημιουργηθεί διάφορα συστήματα αξιολόγησης, τα οποία:

- είτε κατατάσσουν συγκριτικά τους εργαζόμενους σε ενιαία αξιολογική σειρά, ανάλογα με την εκτίμηση της συνολικής απόδοσής τους,
- είτε εντοπίζουν μια σειρά από κρίσιμα ατομικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων,
- είτε επικεντρώνουν την προσοχή σε ορισμένες κρίσιμες συμπεριφορές των εργαζομένων,
- είτε λαμβάνουν υπόψη αποκλειστικά και μόνον συγκεκριμένα αποτελέσματα της εργασίας τους, τα οποία αντιστοιχούν σε ποσοτικούς ή ποιοτικούς στόχους,
- είτε συνδυάζουν στοιχεία των προηγούμενων συστημάτων.

Αρκετά διαδεδομένα είναι τα συστήματα αξιολόγησης, όπως αυτό που εφαρμόζει το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, που βασίζονται στα **ατομικά χαρακτηριστικά** των εργαζομένων, ως συντελεστές διαμόρφωσης της ατομικής τους απόδοσης και ως κριτήρια αξιολόγησής τους. Το σύστημα του Νοσοκομείου (προσωπικό ιδιωτικού δικαίου) προχωρά ακόμη περισσότερο, περιγράφοντας με αναλυτικό τρόπο τα κριτήρια των ατομικών χαρακτηριστικών σε κλίμακα **5 σημείων** και εμπλουτίζοντάς τα με αρκετά στοιχεία αντίστοιχης συμπεριφοράς. Ακόμη, υπάρχουν περιπτώσεις (προσωπικό δημοσίου δικαίου) που χρησιμοποιούνται και πρόσθετα κριτήρια αποτελεσμάτων (στόχοι) για λόγους πληρότητας των υπό κρίση απόψεων της απόδοσης.

Τα κριτήρια αξιολόγησης για το προσωπικό ΠΕ, ΤΕ και ΔΕ του Νοσοκομείου είναι δέκα (10) για κάθε κατηγορία προσωπικού, ως εξής:

στριβές, οι οποίες διαβρώνουν το κύρος και την αξία της αξιολόγησης με όλες τις δυσμενείς συνέπειες.

Μπορεί να μετρηθεί η απόδοση και με ποιο τρόπο:

Χωρίς μέτρηση δεν μπορεί να εφαρμοσθεί κανένα σύστημα αξιολόγησης. Η μέτρηση καθορίζει το **αποτέλεσμα** της αξιολόγησης, αποτελεί τη **σύγκριση** με το πρότυπο της άριστης απόδοσης και χρησιμεύει στη σαφή **αντίληψη** του βαθμού, στον οποίο ανταποκρίνεται ο εργαζόμενος στις απαιτήσεις της εργασίας του.

Όσο περισσότερο συνδεδεμένη είναι η απόδοση με συγκεκριμένα αποτελέσματα (π.χ. με την επίτευξη στόχων) τόσο αντικειμενικότερη και λιγότερο αμφισβητήσιμη είναι και η μέτρησή της. Στην περίπτωση, όμως, που έχουμε ως κριτήρια απόδοσης τα ατομικά χαρακτηριστικά, η μέτρηση της απόδοσης επηρεάζεται από υποκειμενικούς παράγοντες και το αποτέλεσμα της ενδέχεται να μην είναι κοινά αποδεκτό από αξιολογητή και αξιολογούμενο.

Το σύστημα που εφαρμόζεται στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου (προσωπικό ιδιωτικού δικαίου) προσπαθεί να ξεπεράσει κατά το δυνατόν αυτή τη δυσκολία, περιγράφοντας αναλυτικά το περιεχόμενο κάθε κριτηρίου με **όρους συμπεριφοράς**, που το καθιστούν ακόμη πιο κατανοητό και το συνδέουν αμεσότερα με το εργασιακό περιβάλλον. Η βαθμολόγηση της απόδοσης γίνεται σε 5βαθμη κλίμακα (Άριστη, Πολύ Καλή, Πρότυπη-Ικανοποιητική, Οριακή-Μέτρια, Ατελής-Ανεπαρκής). Στην κλίμακα αντιστοιχούν 2 βαθμοί σε κάθε βαθμίδα από 1-10.

Το σύστημα, όμως, που εφαρμόζεται για το προσωπικό δημοσίου δικαίου δεν δίνει αυτή την δυνατότητα, δεδομένου ότι δεν παρατίθεται περιγραφή των κριτηρίων. Η βαθμολόγηση γίνεται σε 10βαθμη κλίμακα με εύλογη δυσχέρεια σαφούς προσδιορισμού του επιπέδου απόδοσης.

Ακολουθούν ορισμένοι **κανόνες** που υποβοηθούν τους κριτές να αξιολογήσουν **αντικειμενικά** την απόδοση των εργαζομένων:

Ατελής απόδοση (βαθμοί 1-2):

Έλλειψη εμπειρίας, απείθεια, ανευθυνότητα, σοβαρή υστέρηση.

Οριακή απόδοση (βαθμοί 3-4):

Απόδοση χαμηλότερη από το αναμενόμενο, περιθώριο βελτίωσης.

Κανονική απόδοση (βαθμοί 5-6):

Ανταποκρίνεται στα καθορισμένα πρότυπα, μικρές ελλείψεις που επιδέχονται βελτίωση.

Πολύ καλή απόδοση (βαθμοί 7-8):

Ιδιωτικού Δικαίου:

- Γνώση και εμπειρία αντικειμένου,
- Οργανωτικότητα,
- Πρωτοβουλία,
- Συμπεριφορά,
- Συνεργασία,
- Ενδιαφέρον,
- Αντιμετώπιση προβλημάτων,
- Τήρηση κανόνων και οδηγιών,
- Ποσοτική αποτελεσματικότητα,
- Ποιοτική αποτελεσματικότητα.

Δημοσίου Δικαίου (σε 4 ομάδες):

- Γνώση του αντικειμένου (Επαγγελματική επάρκεια, Ικανότητα εφαρμογής γνώσεων, Σφαιρική γνώση αντικειμένου φορέα),
- Ενδιαφέρον και δημιουργικότητα (Ενδιαφέρον και αφοσίωση στην εργασία, Πρωτοβουλία Καινοτομία Εκπονήσεις, Ανάλυση ευθυνών),
- Υπηρεσιακές σχέσεις και συμπεριφορά (Συμπεριφορά εξυπηρέτηση του κοινού, Επικοινωνία συνεργασία με συναδέλφους),
- Αποτελεσματικότητα (Ποιότητα και ποσότητα εργασίας, Ικανότητα προγραμματισμού οργάνωσης συντονισμού και ελέγχου).

Οι **στόχοι**, όταν εντάσσονται ως κριτήρια στο σύστημα αξιολόγησης, θα πρέπει να είναι συγκεκριμένοι, μετρήσιμοι, κοινά αποδεκτοί, σχετικοί με τα καθήκοντα των αξιολογούμενων και χρονικά προσδιορισμένοι. Εάν δεν συγκεντρώνουν όλες αυτές τις ιδιότητες θα υπάρχει ασάφεια, αβεβαιότητα, αμφισβήτηση και προ-



Αναλαμβάνει έκτακτες υποχρεώσεις, εύστοχες αποφάσεις και ενέργειες, δεν χρειάζεται κατεύθυνση-επίβλεψη.

Άριστη απόδοση (βαθμοί 9-10):

Γενικά αναγνωρισμένη υψηλή απόδοση, θεαματική απόδοση, θεωρείται «ειδικός», ικανότητα για αυξημένες ευθύνες.

Πώς θα αξιοποιήσουμε την αξιολόγηση:

Η αξία της αξιολόγησης θα είναι αμφίβολη ή ακόμη και ανύπαρκτη εάν δεν υπάρχει παράλληλη **επικοινωνία** με τον αξιολογούμενο, ώστε να γνωρίζει τις απόψεις του προϊσταμένου του σχετικά με την απόδοσή του, τα σημεία όπου υπερτερεί, τις τυχόν αδυναμίες του και τον τρόπο με τον οποίο θα τις ξεπεράσει.

Η αξιολόγηση της απόδοσης μπορεί να αποτελέσει ένα **πανίσχυρο εργαλείο** για τη διαμόρφωση της κατάλληλης συμπεριφοράς και την αναβάθμιση της αποτελεσματικότητας των εργαζομένων, με την προϋπόθεση ότι γίνεται αντικειμενικά, χωρίς προκατάληψη ή μεροληψία και με κύριο γνώμονα όχι την επίκριση ή τιμωρία των εργαζομένων αλλά την **υποστήριξη** και **καθοδήγησή** τους ώστε να βελτιώνουν συνεχώς την απόδοσή τους.

Για να γίνει όμως αυτό χρειάζεται ανοικτή επικοινωνία προϊσταμένου-υφισταμένου και ειλικρινές ενδιαφέρον του πρώτου προς τον δεύτερο. Η μεταξύ τους συζήτηση σχετικά με την απόδοση δεν πρέπει να γίνεται μόνο μια φορά το χρόνο, αλλά συχνά, σε κατάλληλο περιβάλλον, με αναγνώριση των θετικών σημείων, εστίαση στα προβλήματα, αποφυγή προσωπικών σχολίων και συνεχή ενθάρρυνση για συμμετοχή.

Το ανοικτό κανάλι επικοινωνίας είναι συνυφασμένο με την αποτελεσματικότητα της αξιολόγησης και αποτελεί τον σημαντικότερο ίσως λόγο για τη χρησιμότητα του συστήματος αξιολόγησης της απόδοσης που εφαρμόζει στο Νοσοκομείο.

Μερικές χρήσιμες οδηγίες προς τους Προϊστάμενους κατά τη διάρκεια της όλης διαδικασίας και της συνέντευξης αξιολόγησης ειδικότερα:

- Κρίνετε και τη δική σας απόδοση. Είσαστε “σωστός”; Δώσατε τις κατάλληλες ευκαιρίες;

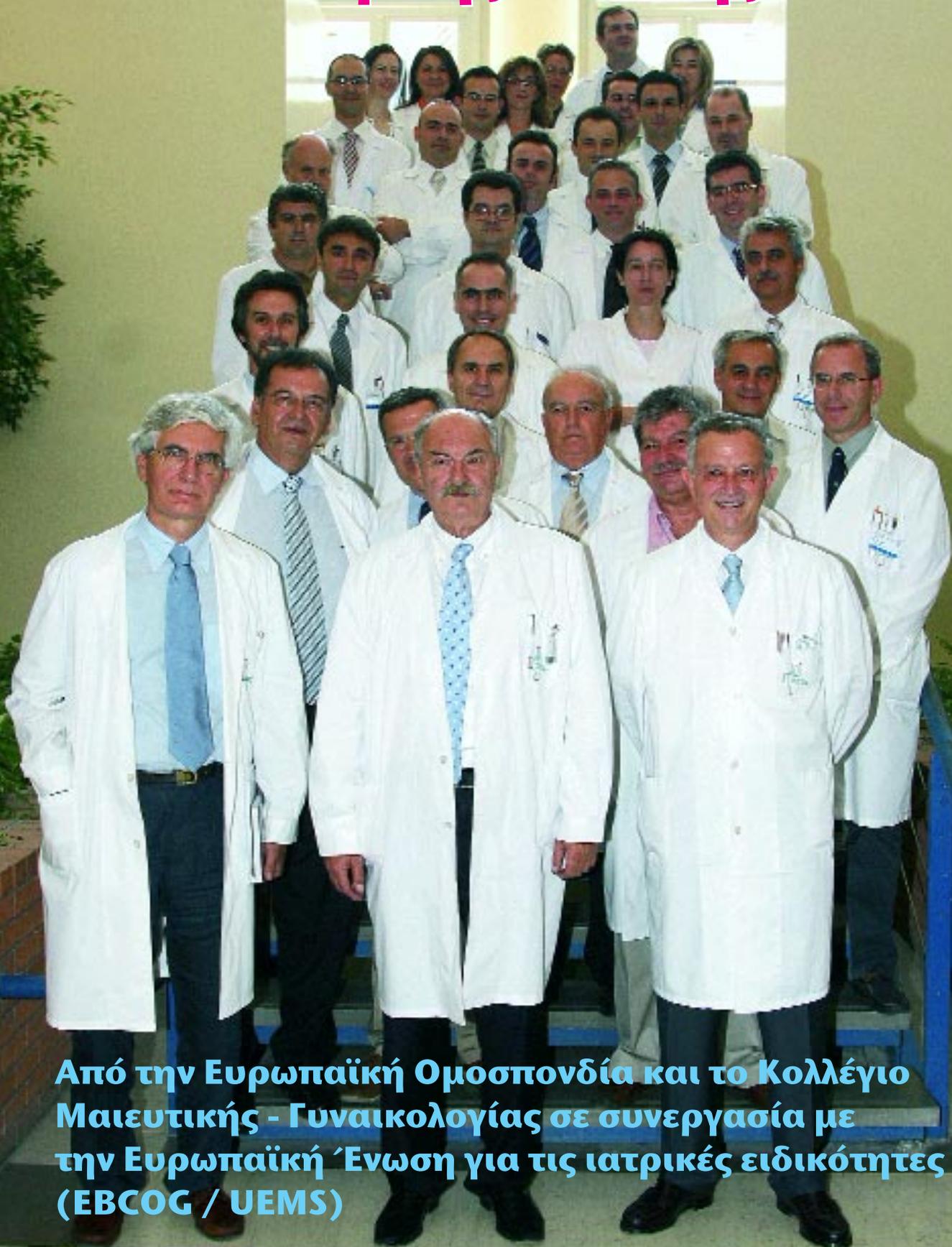


- Αποφύγετε να κρίνετε την προσωπικότητα του αξιολογούμενου. Κρίνετε μόνο τη δουλειά του.
- Να είστε σαφείς. Όχι γενικότητες, μισόλογα και αοριστίες.
- Πείτε και καμιά καλή κουβέντα. Όχι μόνον επικρίσεις.
- Δώστε έμφαση στα δυνατά σημεία.
- Επισημάνετε τις βελτιώσεις που χρειάζεται να γίνουν.
- Καταρτίστε μαζί με τον υφιστάμενό σας στο σχέδιο δράσης για τη βελτίωση και εξέλιξή του (προθεσμίες, κριτήρια, επιμόρφωση, καθοδήγηση, προοπτικές).

Η απόδοση έχει κυρίαρχη σημασία για κάθε Οργανισμό και η αξιολόγησή της αποτελεί πρωταρχικό του μέλημα. Η διοίκηση του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου έχοντας αντιληφθεί την κρισιμότητα της ατομικής απόδοσης των εργαζομένων δίνει προτεραιότητα στα σχετικά με αυτήν θέματα με απώτερο στόχο την διασφάλιση της αποτελεσματικής λειτουργίας του και την συνεχή αναβάθμιση του επιπέδου των υπηρεσιών του.

Προς την κατεύθυνση αυτή εφαρμόζει τη διαδικασία της αξιολόγησης ως ουσιαστικό εργαλείο διοίκησης, με ανθρώπινο πρόσωπο και χωρίς μηχανιστικές αντιλήψεις. Πιστεύει ότι ο ανθρώπινος παράγοντας με την αποφασιστικό του ρόλο αξίζει ανάλογη αντιμετώπιση και αξιοποιεί την αξιολόγηση της απόδοσής του κατά τρόπο ευεργετικό για το Νοσοκομείο, τους εργαζόμενους και την κοινωνία γενικότερα. Η σειρά των σεμιναρίων που πραγματοποιήθηκαν πρόσφατα, αλλά κυρίως η θετική διάθεση και το δημιουργικό πνεύμα της διοίκησης προμηνύουν συνέχιση της ίδιας αντίληψης και στο μέλλον.

Αξιολόγηση της Α΄ Μαιευτικής - Γυναικολογικής Κλινικής Α.Π.Θ.



ΦΩΤΟ: ΓΙΑΝΝΗΣ ΣΤΟΥΦΛΙΔΗΣ

Από την Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία και το Κολλέγιο
Μαιευτικής - Γυναικολογίας σε συνεργασία με
την Ευρωπαϊκή Ένωση για τις ιατρικές ειδικότητες
(EBCOG / UEMS)



Γράφει ο καθηγητής
Ιωάννης Ν. Μπόνιτης
Διευθυντής της Α' Μαιευτικής &
Γυναικολογικής Κλινικής Α.Π.Θ.

Μετά από προεργασία δύο ετών, πραγματοποιήθηκε την 1η Σεπτεμβρίου 2005 η αξιολόγηση της εκπαιδευτικής λειτουργίας της Α' Μαιευτικής - Γυναικολογικής Κλινικής Α.Π.Θ. Η αξιολόγηση έγινε από την Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία και το Κολλέγιο Μαιευτικής - Γυναικολογίας (European Board of Obstetrics and Gynecology - EBCOG) σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Ένωση για τις Ιατρικές Ειδικότητες (European Union for Medical Specialties - UEMS). Αξίζει να σημειωθεί ότι το αντικείμενο της EBCOG / UEMS αξιολόγησης αποτελεί η ποιότητα εκπαίδευσης των ειδικευόμενων ιατρών στη Μαιευτική - Γυναικολογία.

Η προετοιμασία της αξιολόγησης περιελάμβανε την κατάρτιση και υποβολή λεπτομερών αναφορών σχετικά με τη δομή και λειτουργία της Κλινικής, το ελληνικό πρόγραμμα εκπαίδευσης στη Μαιευτική - Γυναικολογία, το εκπαιδευτικό πρόγραμμα της Κλινικής, καθώς και το ερευνητικό έργο των μελών της Κλινικής, όπως αυτό προκύπτει από τις πλήρεις δημοσιεύσεις τους σε ιατρικά περιοδικά της Ελλάδας και του εξωτερικού.

Επιπρόσθετα, καταρτίσθηκε αναλυτικός φάκελος αξιολόγησης με περιεχόμενο:

- τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας της Κλινικής (στην ελληνική και αγγλική γλώσσα)
- το εκπαιδευτικό πρόγραμμα της Κλινικής
- τα πρωτόκολλα ιατρικών πράξεων που εφαρμόζονται στην Κλινική
- τα βιογραφικά σημειώματα των μελών ΔΕΠ της Κλινικής
- ειδικούς συνοπτικούς πίνακες σχετικούς με την κλινική και εκπαιδευτική δραστηριότητα τόσο της Κλινικής, όσο και των ειδικευόμενων ιατρών

Παράλληλα, σε όλο το διάστημα της προετοιμασίας για την αξιολόγηση η Κλινική υιοθέτησε μια σειρά από καινοτομίες με σκοπό την εναρμόνιση με της προδιαγραφές της EBCOG. Οι σημαντικότερες από αυτές ήταν:

- η εφαρμογή συστηματικού εκπαιδευτικού προγράμματος σύμφωνα με το οποίο, μετά την ετήσια ειδίκευση στη Γενική Χειρουργική, οι ειδικευόμενοι ιατροί θα πρέπει για τα



υπόλοιπα τέσσερα έτη της ειδίκευσης τους να εκπαιδευθούν κατά χρονική σειρά ως εξής:

- 12 μήνες Μαιευτική
- 12 μήνες Γυναικολογία
- 6 μήνες Μαιευτική
- 6 μήνες Γυναικολογία
- 6 μήνες Εξωτερικά Ιατρεία
- 6 μήνες Ειδικά Ιατρεία
- η θέσπιση και συστηματική συμπλήρωση του ειδικού βιβλίου παρακολούθησης της κλινικής και θεωρητικής εκπαίδευσης των ειδικευόμενων ιατρών (log book) κατά τη διάρκεια της θητείας τους στην Κλινική
- η εισαγωγή του θεσμού του Υπεύθυνου Εκπαίδευσης (tutor), που έχει υπό την καθοδήγησή του έναν έως δύο ειδικευόμενους ιατρούς, καθώς και του Συντονιστή Προγράμματος Μεταπτυχιακής Εκπαίδευσης που ορίζεται από τον διευθυντή της Κλινικής και είναι υπεύθυνος για τον καθορισμό του γενικού προγράμματος εκπαίδευσης των ειδικευόμενων ιατρών της Κλινικής

Φυσικά, τη βάση για την επιτυχή αξιολόγηση της Κλινικής αποτέλεσε η άριστη οργάνωση της σε κλινικό επίπεδο. Πράγματι, κατά τα αμέσως προηγούμενα έτη, η Κλινική έχει οργανωθεί σε γενικά και ειδικά τμήματα και μονάδες, καθώς και ειδικά εξωτερικά ιατρεία, τα οποία περιλαμβάνουν:





Γενικά τμήματα:

- θάλαμοι ασθενών, εγκύων και λεχωίδων
- αίθουσα τοκετών
- γυναικολογικά χειρουργεία
- τμήμα ελαστών χειρουργικών επεμβάσεων
- τμήμα τακτικών γυναικολογικών εξωτερικών ιατρείων
- τμήμα τακτικών μαιευτικών εξωτερικών ιατρείων
- τμήμα εξωτερικών ιατρείων επειγόντων περιστατικών

Ειδικά τμήματα και μονάδες:

- γυναικολογικό τμήμα
- τμήμα ενδοσκοπήσεων
- ογκολογικό τμήμα
- τμήμα παθολογίας τραχήλου και κολποσκοπήσεων
- τμήμα εμβρυομητρικής ιατρικής
- τμήμα υπερηχογραφίας
- τμήμα νεογνών
- ειδική μονάδα ενδοκρινολογίας αναπαραγωγής
- ειδική μονάδα ανθρώπινης αναπαραγωγής

Ειδικά εξωτερικά ιατρεία (Ε.Ι.):

- Ε.Ι. ενδοκρινολογίας αναπαραγωγής
- Ε.Ι. ανθρώπινης αναπαραγωγής
- Ε.Ι. προληπτικού ελέγχου μαστών
- Ε.Ι. ογκολογίας
- Ε.Ι. παιδικής και εφηβικής γυναικολογίας
- Ε.Ι. εμμηνοπαύσης και οστεοπόρωσης
- Ε.Ι. οικογενειακού προγραμματισμού
- Ε.Ι. κνήσεων υψηλού κινδύνου
- Ε.Ι. καθ' έξιν αποβολών
- Ε.Ι. ουρογυναικολογίας
- Ε.Ι. μεταβολικών επιπλοκών της κύησης
- Ε.Ι. ενδοσκοπικής χειρουργικής
- Ε.Ι. λήψης Pap-test
- Ε.Ι. λήψης HPV-test
- Ε.Ι. υπερηχογραφίας
- Ε.Ι. παθολογίας τραχήλου και κολποσκοπήσεων
- Ε.Ι. ψυχοσεξουαλικής υγείας

Μετά την αρχική αποδοχή του φακέλου από την EBCOG, ορίσθηκε η 1η Σεπτεμβρίου 2005 ως ημέρα της τελικής αξιολόγησης της Κλινικής. Η επιτροπή αξιολόγησης αποτελούνταν από τους Καθηγητές Α. Van Assche, Πρόεδρο της EBCOG και J.W. Wladimiroff, Πρόεδρο της Επιτροπής Αναγνώρισης Νοσοκομειακών Κέντρων Εκπαίδευσης στην Ευρώπη.

Το πρόγραμμα της επίσκεψης, το οποίο καθορίστηκε από την EBCOG περιελάμβανε:

08:00	Έναρξη της επίσκεψης Χαιρετισμός (Καθ. Ι. Ν. Μπόντης)
08:00-08:10	Εισαγωγικά σχόλια (Καθηγητής J.W. Wladimiroff)
08:10-09:00	Δομή και λειτουργία της Κλινικής (Καθηγητής Ι.Ν. Μπόντης)
09:00-09:30	Το ελληνικό πρόγραμμα εκπαίδευσης στη Μαιευτική - Γυναικολογία (Καθηγητής Β.Κ. Ταρλατζής)
09:30-10:00	Το πρόγραμμα εκπαίδευσης της Κλινικής στη Μαιευτική - Γυναικολογία (Καθηγητής Θ. Αγοραστός)
10:00-10:15	Διάλειμμα για καφέ
10:15-11:15	Επίσκεψη στους θαλάμους νοσηλείας και τους άλλους χώρους της Κλινικής
11:15-12:30	Συνάντηση με τους ειδικευόμενους ιατρούς
12:30-12:45	Συνάντηση με τον Πρόεδρο του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου, κ. Ν. Παπαγεωργίου και τον Διευθυντή του Νοσοκομείου κ. Γ. Χριστόπουλο
12:45-14:00	Γεύμα
14:00-14:45	Συνάντηση με τον Διευθυντή της Νεογνολογικής Κλινικής (Αν. Καθηγητής Ν. Νικολαΐδης) και την εκπρόσωπο του Αναισθησιολογικού Τμήματος (Δρ.Μπακόλα)
14:45-15:30	Προετοιμασία της αναφοράς αξιολόγησης από την επιτροπή της EBCOG
15:30-15:45	Τελική συνάντηση με τον Διευθυντή της Κλινικής Καθ. Ι.Ν. Μπόντη
16:00	Τέλος της επίσκεψης

Όπως γίνεται φανερό, η επιτροπή αξιολόγησης της EBCOG δεν προβαίνει απλά σε μια τυπική πιστοποίηση της Κλινικής, αλλά ελέγχει συστηματικά, εκτός από την εκπαίδευση των ειδικευομένων ιατρών, όλες τις παραμέτρους που σχετίζονται με αυτήν, όπως τη διοικητική και οργανωτική πληρότητα της μονάδας, τις υ-

ποδομές και τον εξοπλισμό της, τη συνεργασία με τις συναφείς ειδικότητες (Νεογνολογία, Αναισθησιολογία, Χειρουργική Παιδών) και, βέβαια, τη συνεργασία με τη Διοίκηση του Νοσοκομείου.

Στο τέλος της ημέρας ο Καθηγητής J.W. Wladimiroff είχε την ευκαιρία να ανακοινώσει τις πρώτες εντυπώσεις της επιτροπής αξιολόγησης σχετικά με την εκπαιδευτική λειτουργία της Κλινικής. Ιδιαίτερα θετικά ήταν τα σχόλια και η έκθεση της επιτροπής για την Κλινική σε όλα τα επίπεδα της λειτουργίας της. Αντίθετα, καυστικά ήταν τα σχόλια της επιτροπής σχετικά με το γενικό πλαίσιο εκπαίδευσης στις ιατρικές ειδικότητες στη χώρα μας. Συγκεκριμένα, ο Καθηγητής Wladimiroff έπεσήμανε ότι:

- Θα πρέπει να καταρτισθεί και να εφαρμοσθεί ένα εθνικό πρόγραμμα εκπαίδευσης στη Μαιευτική - Γυναικολογία με ευθύνη της Ελληνικής Εταιρείας Μαιευτικής - Γυναικολογίας
- Θα πρέπει να υπάρξει στενότερη συνεργασία μεταξύ των Νομαρχιακών Νοσοκομείων και των Πανεπιστημιακών Κλινικών με στόχο την καλύτερη οργάνωση της εκπαίδευσης των ειδικευόμενων ιατρών
- η EBCOG θα πρέπει να συνεργασθεί με το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης σχετικά με:
 - την απουσία κριτηρίων για την επιλογή των νέων ιατρών για την έναρξη της ειδικότητας στη Μαιευτική Γυναικολογία: τα κριτήρια αυτά θα πρέπει να θεσπισθούν από το επαγγελματικό όργανο των Μαιευτήρων - Γυναικολόγων
 - ο αριθμός εισακτέων στις Ιατρικές Σχολές θα πρέπει να ελαττωθεί ώστε να αποφεύγονται οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής για την έναρξη της ειδικότητας, καθώς και οι ενδιάμεσες διακοπές
- το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης θα πρέπει να υιοθετήσει την οδηγία της Ευρωπαϊκής Ένωσης σχετικά με τις ώρες εργασίας των νέων ιατρών
- το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης θα πρέπει να αναγνωρίσει και τις τέσσερις υποειδικότητες της Μαιευτικής Γυναικολογίας: Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή, Περιγεννητική Ιατρική, Γυναικολογική Ογκολογία και Ουρογυναικολογία

Στις 22 Οκτωβρίου σε ειδική συνεδρίαση της EBCOG πιστοποιήθηκε και τυπικά η Α Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική Α.Π.Θ. ως Ευρωπαϊκό Κέντρο Εκπαίδευσης στην Μαιευτική Γυναικολογία. Την πιστοποίηση συνόδευε η επίδοση του σχετικού διπλώματος.

Η Α' Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική ΑΠΘ είναι η πρώτη Κλινική στην Ελλάδα που αποκτά πιστοποίηση



από την UEMS / EBCOG. Η αξιολόγηση και η πιστοποίηση αυτή έχουν προς το παρόν προαιρετικό χαρακτήρα. Ωστόσο, πιστεύεται ότι μεσοπρόθεσμα όλες οι Κλινικές της Ελλάδας που χορηγούν ειδικότητα θα πρέπει υποχρεωτικά να έχουν πιστοποίηση UEMS / EBCOG.

Η πιστοποίηση της Α' Μαιευτικής - Γυναικολογικής Κλινικής Α.Π.Θ. είναι ένα απόλυτα θετικό γεγονός και δείχνει το δρόμο για κάθε ακαδημαϊκή ή κρατική μονάδα που εκπαιδεύει ειδικευόμενους ιατρούς. Ωστόσο, παράλληλα με την επιβράβευση της εκπαιδευτικής λειτουργίας της Κλινικής, η έκθεση αφορά τόσο το Υπουργείο Υγείας, όσο και το ΚΕΣΥ σχετικά με την ανάγκη αναδιάρθρωσης του πλαισίου εκπαίδευσης στις ιατρικές ειδικότητες.

Μετά την απονομή της πιστοποίησης της EBCOG, η Α Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική ΑΠΘ θα προετοιμασθεί για την κρίση σε δύο από τις τέσσερις υποειδικότητες της Μαιευτικής Γυναικολογίας και συγκεκριμένα της Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής και της Γυναικολογικής Ογκολογίας. Οι πιστοποιήσεις αυτές χορηγούνται από την European Society for Human Reproduction and Embryology (ESHRE) και την European Society for Gynecologic Oncology (ESGO) αντίστοιχα. Με την απόκτηση αυτών των πιστοποιήσεων η Κλινική θα είναι σε θέση να εκπαιδεύει Μαιευτήρες Γυναικολόγους και να αποδίδει σε αυτούς επίσημους τίτλους υποειδικότητας μετά την επιτυχή παρακολούθηση των κύκλων σπουδών, που διαρκούν δύο έτη για κάθε υποειδικότητα.

" ΔΙΕΘΝΗΣ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΒΡΑΒΕΥΣΗ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΤΟΥ Γ.Ν.Θ. ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΣΤΟ ΔΙΕΘΝΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΤΟΥ



Στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) του νοσοκομείου Παπαγεωργίου, από την πρώτη ημέρα λειτουργίας του Ιανουάριος 2000 εφαρμόζεται σύστημα διαλογής (Triage) των προσερχόμενων ασθενών από εκπαιδευμένη νοσηλευτική ομάδα.

Μέχρι το 2003 εφαρμόστηκε σύστημα διαλογής 3 επιπέδων σύμφωνα με το οποίο οι ασθενείς κατατάσσονται σε 3 κατηγορίες (1 υπερ επειγόν, 2 επειγόν, 3 μη επειγόν). Στη συνέχεια αντικαταστάθηκε και μέχρι σήμερα εφαρμόζεται το σύστημα διαλογής 5 επιπέδων χρησιμοποιώντας τον αλγόριθμο ESI (Emergency Severity Index) σύμφωνα με τον οποίο κατατάσσονται οι ασθενείς σε 5 κατηγορίες ανάλογα με τη βαρύτητά τους (1 Άμεση αναζωογόνηση, 2 υπερεπείγον, 3 επειγόν, 4 ημιεπείγον, 5 μηεπείγον).

Εκτός από το πρωτόκολλο διαλογής, παράλληλα χρησιμοποιούνται και 8 δείκτες αξιολόγησης ποιότητας που παρακολουθούνται συνεχώς με σκοπό την συνεχή βελτίωση του συστήματος και των αποτελεσμάτων του.

Το εφαρμοζόμενο σύστημα ESI Triage στο Γ.Ν.Θ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ, και μάλιστα κάτω από δύσκολες συν-

ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

- Χρόνοι αναμονής ασθενών / κατηγορία βαρύτητας.
- Σχέση προσερχόμενων ασθενών / αριθμό ιατρικών πράξεων.
- Θάνατοι ασθενών στο ΤΕΠ / κατηγορία βαρύτητας.
- Αριθμός ασθενών που αποχωρούν μόνοι χωρίς ιατρική αντιμετώπιση / κατηγορία βαρύτητας.
- Αυτοεπιβεβαιολόγηση των ίδιων ασθενών σε άλλη χρονική στιγμή / πρώτη αξιολόγηση.
- Επανεπιβεβαιολόγηση άλλων ασθενών σε άλλη χρονική στιγμή / πρώτη αξιολόγηση.
- Αριθμός εισαγωγών / κατηγορία ασθενών.
- Αριθμός εξιτηρίων από τα ΤΕΠ / κατηγορία ασθενών.

θήκης εφαρμογής επείγουσας φροντίδας, κυρίως λόγω του τεράστιου αριθμού προσερχόμενων ασθενών έχει προκαλέσει το ενδιαφέρον της διεθνούς νοσηλευτικής και της γενικότερης επιστημονικής κοινότητας. **Χαρακτηριστική είναι η αναγνώριση και η βράβευση του ΤΕΠ του ΓΝΘ Παπαγεωργίου στο Παναμερικανικό συνέδριο του ENA που πραγματοποιήθηκε στις 13-17/09/05 Nashville-Tennessee των ΗΠΑ.**

Η διεθνής αυτή αναγνώριση των προσπαθειών της Νοσηλευτικής ομάδας του νοσοκομείου Παπαγεωργίου, που πρωτοπορεί στον τομέα της επείγουσας φροντίδας και έχει ως αποτέλεσμα κανένα θάνατο ασθενή σε αναμονή φροντίδας στο ΤΕΠ όλα τα χρόνια λειτουργίας του, αποτελεί την καλύτερη ηθική επιβράβευση όλων των στελεχών του τμήματος.

Ομάδα νοσηλευτών του νοσοκομείου μας έκανε την παρουσίαση του εφαρμοζόμενου συστήματος το οποίο στόχο έχει την άμεση αξιολόγηση όλων των προσερχόμενων ασθενών, και την κατάταξή τους σε κατηγορίες σύμφωνα με την βαρύτητα των περιστατικών η



ΤΟΥ ΕΡΓΟΥ ΠΟΥ ΕΠΙΤΕΛΕΙΤΑΙ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ Ε.Ν.Α. (Emergency Nurses Association)

13-17/9/2005 στο Nashville, Tennessee "



Σημειώσεις:

A. Έλλειψη αντιδραστικότητας ορίζεται όπου ο ασθενής
 (1) Δε μιλάει, δεν αντιδρά σε λεκτικά ερεθίσματα, δεν ανταποκρίνεται σε εντολές ή
 (2) Απαιτούνται επώδυνα ερεθίσματα (PU στην AVPU κλίμακα):
 A- Ευπνήτος
 V- Αντιδρά στα οπτικά ερεθίσματα
 P- Αντιδρά στα επώδυνα ερεθίσματα
 U- Δεν αντιδρά σε κανένα ερέθισμα

B. Περιστατικό υψηλού κινδύνου: εξαρτάται από την αξιολόγηση του περιστατικού ή για περιστατικά που επιδεινώνονται χρονικά. **Σοβαρός πόνος ή δυσφορία** καθορίζεται από την κλινική παρατήρηση και/ή > 7 στην κλίμακα πόνου 0-10.

Γ. Αν πρόκειται για παιδί < 24 μηνών, ελέγχουμε τη θερμοκρασία και κατατάσσεται σε κατηγορία 2 ή παραπάνω (κατηγορία 3) αν:
 νεογέννητο-12 μηνών: Θ>38° C ή 100.8F
 12-24 μηνών: Θ>39° C ή 102.2 F

Καταμετρούμε τον αριθμό των διαφορετικών μέσων διάγνωσης, όχι των εργαστηριακών εξετάσεων ή των ακτινογραφιών (π.χ. γενική αίματος, ηλεκτρολύτες, ηηκτικές μηχανισμός, αποτελούν ένα μέσο. Γενική αίματος και ακτινογραφία θώρακος αποτελούν 2 μέσα)

Μέσα διάγνωσης	Μη μέσα διάγνωσης
Εργαστηριακός έλεγχος; (αίμα, ούρα)	Λήψη ιστορικού και αντ. Εξέταση
Ηλεκτροκαρδιογράφημα	Δείκτες φροντίδας
Ακτινογραφίες	PO φάρμακα
CT-MRI-Υπερήχογραφήματα	Ανοσία τετάνου
Αγγειογράφημα	Τυμοσκοπήσεις
IV υγρά	Τηλεφώνημα PCP
IV ή IM φάρμακα	Απλή περιποίηση τραύματος
Εκτίμηση αικ. οξυγ. κορεσμού	Κηδεμένες, κολλάρα
Διαδικασίες (συρραφή τραύματος, τοι καθέση αιμοκαθάρτηρα, καταστολή με φάρμακα)	

Δ. Κατηγορία 2 αν κάποιο από τα ζωτικά σημεία δεν είναι φυσιολογικά.

οποία και είναι το κριτήριο για την σειρά παροχής φροντίδας. Τα μέλη της επιτροπής και όλοι οι σύνεδροι δήλωσαν εντυπωσιασμένοι και ιδιαίτερη αίσθηση προκάλεσαν τα εγκωμιαστικά σχόλια της υπευθύνου για το σύστημα διαλογής στα ΤΕΠ των ΗΠΑ, η οποία χαρακτηρίσε ως σημαντικό δείκτη ποιότητας του νοσοκομείου Παπαγεωργίου την εφαρμογή του συστήματος διαλογής σε ΤΕΠ με τόσο μεγάλη προσέλευση ασθενών.

Την ομάδα που αποτελούνταν από την κ. Αθανασία Χούτα-Χυτήρη Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, τον κ.Γεωργιάδη Γεώργιο Τομεάρχη Ν/Υ, την κ.Κύρογλου Ευτυχία Προϊσταμένη ΤΕΠ, την κ.Τσιβίκη Αναστασία Αν.Προϊσταμένη ΤΕΠ, την κ.Οικονόμου Μηλιά Προϊσταμένη Ουρολογικής Κλινικής, την κ.Κυράνου Μαριάννα ΠΕ νοσηλεύτρια ΤΕΠ και την κ.Φράγγη Μαρία ΤΕ Νοσηλεύτρια ΤΕΠ, δεξιώθηκαν στην σουίτα του συνεδριακού κέντρου η πρόεδρος του ENA Patricia Kunz Howard και ο Executive Director David Westman. Εκτός της παρουσίασης η νοσηλευτική ομάδα παρακολούθη-

σε Courses για το τραύμα, το έγκαυμα στα παιδιά, την σύνδεση ΤΕΠ με την κοινότητα για πρόληψη ατυχημάτων και συμμετείχε σε κλινική εκπαίδευση στο υπερσύγχρονο ΤΕΠ του Vanderbilt University Medical Center που είναι κέντρο τραύματος επιπέδου I στο Nashville.



Νοσηλευτικό Συνέδριο 2005 με Διεθνή Συμμετοχή

ΑΥΤΟΝΟΜΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΡΟΛΟΙ

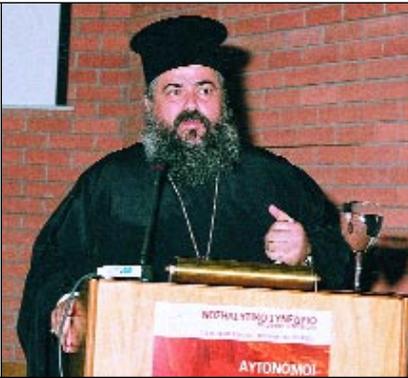


ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΜΕ ΚΛΙΝΙΚΑ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΑ
Γ.Ν.Θ. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ



Η πρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής του συνεδρίου και Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας ΓΝΠ, Αθανασία Χούτα-Χυτήρη.

Από την πρώτη κιόλας μέρα της λειτουργίας του νοσοκομείου Παπαγεωργίου η φιλοσοφία της διοίκησης της νοσηλευτικής υπηρεσίας ήταν να διαφοροποιηθεί από την μέχρι τότε ελληνική πραγματικότητα και να λειτουργήσει με βάση τα σύγχρονα διεθνή δεδομένα. Βασικός άξονας αυτής της φιλοσοφίας υπήρξε και συνεχίζει να είναι η συνεχιζόμενη εκπαίδευση του προσωπικού και η προαγωγή της νοσηλευτικής έρευνας και επιστήμης εν γένει. Σε αυτό το πλαίσιο κινούμενοι,



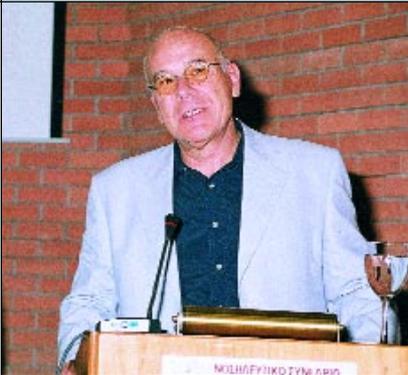
Ο Μητροπολίτης Νεαπόλεως και Σταυρουπόλεως κ.κ. Βαρνάβας



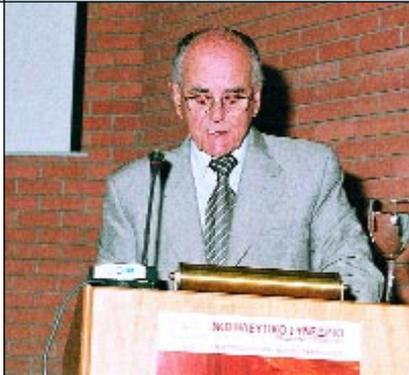
Ο Διοικητής Β' ΔΥΠΕ Κεντρικής Μακεδονίας, Δημήτρης Βαρτζόπουλος



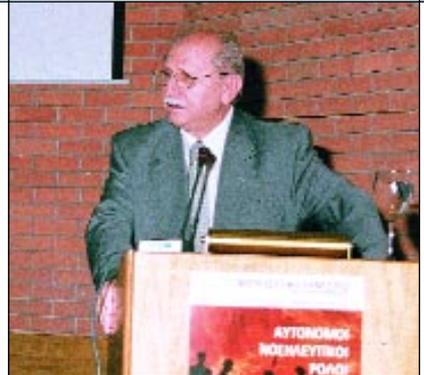
Ο Νομάρχης Θεσσαλονίκης, Παναγιώτης Ψωμιάδης



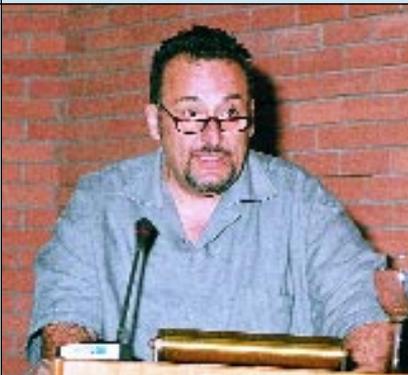
Ο Πρόεδρος του Ιδρύματος Παπαγεωργίου, Βασίλης Παπάς



Ο Πρόεδρος του Δ.Σ. του Νοσοκομείου, Νίκος Παπαγεωργίου



Ο Γενικός Διευθυντής του νοσοκομείου, Γιώργος Χριστόπουλος



Ο Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας του νοσοκομείου, Μπάμπης Μακρίδης



Ο Πρόεδρος Επιστημονικού Συμβουλίου του νοσοκομείου, Ηλίας Καμτέλης



Ο Γεώργιος Γεωργιάδης, Τομεάρχης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας ΓΝΠ

κάθε χρόνο διοργανώνουμε ένα νοσηλευτικό συνέδριο ή ημερίδα με αφορμή τον εορτασμό της παγκόσμιας ημέρας του νοσηλευτή. Ο προσανατολισμός της θεματολογίας των συνεδρίων επιλέγεται με γνώμονα τις προκλήσεις των καιρών αλλά και τις διεθνείς εξελίξεις.

Παραμένοντας, λοιπόν, πιστοί στην αρχική μας φιλοσοφία, μετά από πολλές συζητήσεις και έντονο προβληματισμό αποφασίσαμε το καθιερωμένο συνέδριο της νοσηλευτικής υπηρεσίας στα πλαίσια του εορτασμού της παγκόσμιας ημέρας του νοσηλευτή για το έτος 2005 να έχει τίτλο "ΑΥΤΟΝΟΜΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΡΟΛΟΙ".

Όλοι γνωρίζουμε ότι τα τελευταία χρόνια επήλθε νομοθετική κατοχύρωση του νοσηλευτικού έργου, η δε εκπαιδευτική αναβάθμιση και η συμμετοχή των νοσηλευτών σε συνέδρια, συμβούλια και επιτροπές καταξίωσαν τον νοσηλευτικό κλάδο και έδωσαν νέες διαστάσεις στη νοσηλευτική πρακτική. Συμβάλλοντας προς αυτή την κατεύθυνση η επιστημονική επιτροπή έθεσε ως στόχο να συγκεντρώσει ανακοινώσεις συναδέλφων από διαφορετικούς τομείς εφαρμογής, από διάφορα μέρη της Ελλάδας αλλά και του εξωτερικού, οι οποίες θα προσεγγίσουν τη σύγχρονη νοσηλευτική πρακτική εστιάζοντας στη δυνατότητα των νοσηλευ-

τών να λειτουργήσουν ως αυτόνομοι επαγγελματίες στα πλαίσια της διεπιστημονικής ομάδας υγείας. Τα παραδείγματα προήρθαν και από το νοσοκομειακό αλλά και εξωνοσοκομειακό περιβάλλον ενώ παράλληλα αναπτύχθηκαν και θέματα σχετικά με την απαιτούμενη εκπαίδευση και κατάρτιση των νοσηλευτών για την ανάληψη παρόμοιων ρόλων. Παράλληλα με τις ελεύθερες ανακοινώσεις, τις ερευνητικές εργασίες και τις στρογγυλές τράπεζες διοργανώθηκαν κλινικά φροντιστήρια στα οποία οι συμμετέχοντες είχαν τη δυνατότητα να αποκτήσουν συγκεκριμένες κλινικές δεξιότητες σε εξειδικευμένους τομείς.

Ο στόχος της οργανωτικής επιτροπής αντίστοιχα ήταν να εξασφαλίσει την απρόσκοπτη συμμετοχή των συνέδρων στις παραπάνω δραστηριότητες με τρόπο που να διευκολύνει την απόκτηση νέων γνώσεων, το δημιουργικό προβληματισμό και την ανταλλαγή απόψεων.

Οι προετοιμασίες ξεκίνησαν από την αρχή του έτους ώστε έγκαιρα να καταρτιστεί το προκαταρκτικό πρόγραμμα που θα περιελάμβανε τις κατευθυντήριες οδηγίες για την σύνταξη και αποστολή των επιστημονικών εργασιών από τους συναδέλφους νοσηλευτές. Παράλληλα δρομολογήθηκαν και όλες εκείνες οι απαραίτητες ενέργειες ώστε να τεθεί το συνέδριο υπό την

αιγίδα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Ο αγώνας δρόμου συνεχίστηκε με την προσπάθεια για έγκαιρη ενημέρωση όλων των ενδιαφερομένων που εργάζονται σε φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας σε όλη την Ελληνική επικράτεια ώστε να αποστειλουν τις περιλήψεις των επιστημονικών εργασιών τους. Ταυτόχρονα έγινε και η επιλογή των θεμάτων των κλινικών φροντιστηρίων με γνώμονα την κάλυψη των σύγχρονων αναγκών των νοσηλευτών.

Σημαντική ήταν η απόφαση να προσκληθούν καταξιωμένοι συνάδελφοι από το εξωτερικό οι οποίοι θα καταθέσουν τις απόψεις τους και την εμπειρία τους ώστε να γίνει η αναγκαία ζύμωση επιστημονικών ιδεών και δεδομένων από την οποία θα προκύψουν προτάσεις για την αναβάθμιση της νοσηλευτικής στην Ελλάδα. Στην πρόσκλησή μας ανταποκρίθηκαν οι:

Kathleen Puntillo RN, DNSc, FAAN Professor of Nursing, Director, Critical Care/Trauma Graduate Program Department of Physiological Nursing University of California, San Francisco

Brian Dolan, PhD(c), MSc (Oxford (Education)), MSc (London (Nursing)), RN Director of Service Development & Modernisation East Sussex Hospital NHS Trust



1. Τιμητική διάκριση στην κ. Αικατερίνη Αναγνωστοπούλου τ. Διευθύντρια της πρώην Ανωτέρας Κρατικής Σχολής Αδελφών Νοσοκόμων (το βραβείο παρέλαβε η Διευθύντρια του Τμήματος Νοσηλευτικής Υπηρεσίας ΤΕΙ Θεσσαλονίκης κ. Αναστασία Τρικαλιώτου).

Κατά τη διάρκεια των εργασιών τιμήθηκαν επίσης ο πρόεδρος του Ιδρύματος Παπαγεωργίου κ. Βασίλης Παπάς (2), ο πρόεδρος του νοσοκομείου κ. Νίκος Παπαγεωργίου (3) και ο γενικός διευθυντής του Νοσοκομείου κ. Γιώργος Χριστόπουλος (4).



Τέλος ακολούθησε η αξιολόγηση των επιστημονικών εργασιών και η κατάρτιση του τελικού επιστημονικού προγράμματος που έγινε με κριτήριο τον εντοπισμό των εργασιών εκείνων που αναφέρονται σε αυτόνομους νοσηλευτικούς ρόλους και στην συνέχεια την υπόδειξη και ανάδειξη αυτών των ρόλων μέσα από το συνέδριο.

Οι εργασίες ξεκίνησαν στις 9:00 με την ομιλία της κ. Τσινή για τα "υποκατάστατα φαρμάκων" που ήταν το θέμα για τον εορτασμό της παγκόσμιας ημέρας του νοσηλευτή.

Παρευρέθησαν και απηύθυναν χαιρετισμούς: ο Νομάρχης Θεσσαλονίκης κ. Παναγιώτης Ψωμιιάδης, ο Σεβασμιότατος Μητροπολίτης Νεαπόλεως και Σταυρουπόλεως κ.κ. Βαρνάβας, ο Πρόεδρος του Δ.Σ. κ. Νίκος Παπαγεωργίου, ο Πρόεδρος του Ιδρύματος "Παπαγεωργίου" κ. Βασίλης Παπάς, ο Γενικός Διευθυντής κ. Γιώργος Χριστόπουλος, ο Διευθυντής της Ιατρικής Υπηρεσίας κ. Μπάμπης Μακρίδης και ο Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου κ. Ηλίας Καμπέλης

Την έναρξη του συνεδρίου κήρυξε εκπροσωπώντας τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, που λόγω υποχρεώσεων δεν μπόρεσε να παραβρεθεί, ο Πρόεδρος της Β' ΔΥΠΕ Κεντρικής Μακεδονίας κ. Δημήτριος Βαρτζόπουλος.

Κατά τη διάρκεια των εργασιών τιμήθηκαν η κ. Αικατερίνη Αναγνωστοπούλου τ. Διευθύντρια της πρώην Ανωτέρας Κρατικής Σχολής Αδελφών Νοσοκόμων (την τιμητική διάκριση της οποίας παρέλαβε ως εκπρόσωπός της, η Διευθύντρια του Τμήματος Νοσηλευτικής Υπηρεσίας ΤΕΙ Θεσσαλονίκης κ. Αναστασία Τρικαλιώτου), ο πρόεδρος του Ιδρύματος Παπαγεωργίου κ. Βασίλης Παπάς, ο πρόεδρος του νοσοκομείου κ. Νίκος Παπαγεωργίου και ο γενικός διευθυντής του Νοσοκομείου κ. Γιώργος Χριστόπουλος.

Στο πρώτο τραπέζι παρακολουθήσαμε διαλέξεις γύρω από την εκπαίδευση και τον τρόπο που μπορεί και πρέπει αυτή να συμβάλλει στην ανάπτυξη των αυτόνομων νοσηλευτικών ρόλων. Στο πλαίσιο αυτό υπήρξαν αναφορές στο ρόλο των σχολών της Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης (Πανεπιστήμιο και ΤΕΙ), και του Εθνικού Συνδέσμου Νοσηλευτών Ελλάδας καθώς και της συνεχιζόμενης



Kathleen Puntillo



Brian Dolan

εκπαίδευσης στον επαγγελματικό χώρο του νοσοκομείου με τα γραφεία εκπαίδευσης των νοσηλευτικών υπηρεσιών. Οι ξένοι προσκεκλημένοι αναφερθήκαν αντίστοιχα στο Βρετανικό και στο Αμερικάνικο σύστημα υγείας και τον ρόλο που έχει ο νοσηλευτής σε αυτό.

Τα θέματα των επόμενων τραπεζιών ήταν γύρω από την επείγουσα και εντατική νοσηλευτική, την παθολογική νοσηλευτική, την περιεχειρητική νοσηλευτική και την ψυχιατρική νοσηλευτική. Σε αυτά τα τραπέζια παρουσιάστηκαν επιστημονικές εργασίες από πολλά και διαφορετικά μέρη της Ελλάδας και από πολλούς και διαφορετικούς φορείς. Όλοι αναφερθήκαν σε πολλούς ρόλους που έχει αναλάβει ή που θα μπορούσε να αναλάβει ο νοσηλευτής στα πλαίσια της διεπιστημονικής συνεργασίας με στόχο πάντα την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και την μείωση του κόστους.

Παράλληλα με τις προφορικές παρουσιάσεις έγιναν και πέντε κλινικά φροντιστήρια και ένα δορυφορικό συνέδριο. Τα θέματα των κλινικών φροντιστηρίων ήταν τα παρακάτω:



1. Δύσκολος Αεραγωγός (LMA, Combitube, PAXpress™)
2. Ανάνηψη νεογνού
3. Εργαλεία μέτρησης/αξιολόγησης του πόνου.
4. Αντιμετώπιση της βίαιας συμπεριφοράς ασθενών και συγγενών κατά την άσκηση νοσηλευτικού έργου.
5. Triage 5 επιπέδων ESI

Στο δορυφορικό συνέδριο με θέμα: "3M CAVILON™" Προχωρημένη τεχνολογία στην προστασία του δέρματος παρουσιάστηκαν με ιδιαίτερο ενδιαφέρον από την κ Καστρινάκη τα προϊόντα της εταιρίας 3M που ενσωματώνουν τα νεότερα ερευνητικά αποτελέσματα και εξελίξεις στον τομέα της προστασίας του δέρματος.

Το Σάββατο 11 Ιουνίου οι Εργασίες ξεκίνησαν στις 9:00 με θέμα τις νοσοκομειακές λοιμώξεις και ακολούθησε το τραπέζι με θέμα: Μαιευτική - Γυναικολογία. Χαρακτηριστικό είναι ότι για πρώτη φορά σε νοσηλευτικό συνέδριο στην Ελλάδα έγιναν κοινές αναφορές σε θέματα που αφορούν την Νοσηλευτική, τη Μαιευτική και τον ρόλο τους στο σύστημα υγείας. Ακολούθησαν τα τραπέζια με θέμα τη συμβολή του νοσηλευτή ως δάσκαλου-συμβούλου του ασθενή, την νοσηλευτική προσέγγιση στο σακχαρώδη διαβήτη, την κοινοτική νοσηλευτική, και το ρόλο του νοσηλευτή στην εφαρμογή του συστήματος διαχείρισης ποιότητας στο νοσοκομείο. Το Σάββατο 11 Ιουνίου παράλληλα με τις προφορικές παρουσιάσεις έγιναν και δύο κλινικά φροντιστήρια και δύο διαλέξεις ειδικού ενδιαφέροντος. Τα θέματα των κλινικών φροντιστηρίων ήταν τα παρακάτω:

1. Εντερική Παρεντερική σίτιση
2. Αλγόριθμος Πρόληψης και Φροντίδας Κατακλίσεων

Οι διαλέξεις ειδικού ενδιαφέροντος έγιναν από τους Kathleen Puntillo και Brian Dolan. Η Kathleen Puntillo αναφέρθηκε στις προκλήσεις στη φροντίδα ασθενών που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους. Ο Brian Dolan αντίστοιχα αναφέρθηκε στην επέκταση των αυτόνομων νοσηλευτικών ρόλων στα ΤΕΠ με στόχο την μείωση του χρόνου αναμονής των ασθενών με ημιεπείγοντα προβλήματα.

Επίσης κάποιες ενδιαφέρουσες εργασίες παρουσιάστηκαν με τη μορφή αναρτημένης ανακοίνωσης (Poster) σε ειδικό χώρο τον οποίο οι σύνεδροι είχαν τη δυνατότητα να επισκεφθούν καθ' όλη τη διάρκεια του συνεδρίου.

Το κλείσιμο του συνεδρίου και την ανακεφαλαίωση των συμπερασμάτων έκανε ο Γενικός Διευθυντής κ. Γιώργος Χριστόπουλος. Αναφερόμενος στις εργασίες του συνεδρίου και επικαλούμενος την μακρόχρονη εμπειρία του από την σταδιοδρομία του στο χώρο της υγείας τόνισε ότι ο νοσηλευτής αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο του συστήματος υγείας και έχει πλέον αυτόνομη επιστημονική παρουσία και συμβολή στην έκβαση της πορείας των ασθενών. Τόνισε επίσης ότι η διεύρυνση των ρόλων των νοσηλευτών και η ανάληψή τους μπορεί να βοηθήσει σημαντικά το ΕΣΥ να μειώσει το κόστος και να αυξήσει παράλληλα την ποιότητά του.

Κοινό συμπέρασμα όλων ήταν ότι το τόλμημα της διοργάνωσης του συνεδρίου είχε απρόσμενη επιτυχία και αποδοχή από την νοσηλευτική κοινότητα με τον συνολικό αριθμό των συμμετεχόντων να πλησιάζει τους 1000 συνέδρους.



Ευάγγελος Βενιζέλος:

«Το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου κορυφαίο σημείο του Συστήματος Υγείας»

Ως ένα από τα κορυφαία σημεία του συστήματος Υγείας της χώρας, χαρακτήρισε το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου ο υπεύθυνος του Τομέα Υγείας του ΠΑΣΟΚ, βουλευτής Θεσσαλονίκης, πρώην Υπουργός Ευάγγελος Βενιζέλος, ο οποίος επισκέφθηκε το νοσοκομείο στις 10 Οκτωβρίου 2005, επικεφαλής κλιμακίου στελεχών του κόμματός του.

Τον κ. Βενιζέλο συνόδευαν, μεταξύ άλλων, οι βουλευτές Εκτ. Νασιώκας και Αρ. Μουσιώνης, ο γραμματέας της Επιτροπής Υγείας καθηγητής Τάσος Φιλαλήθης, ο συντονιστής της Ν.Ε. ΠΑΣΟΚ Θεσσαλονίκης Δ. Τσαβδαρίδης, η αναπληρώτρια συντονίστρια της Π.Ε. ΠΑΣΟΚ Κεντρικής Μακεδονίας κ. Ε. Τριανταφύλλου και ο υπεύθυνος Υγείας της Π.Ε. ΠΑΣΟΚ Κεντρ. Μακεδονίας Μ.Φώτος.

Τον κ. Βενιζέλο υποδέχθηκαν στην είσοδο του νοσοκομείου ο πρόεδρος του διοικητικού συμβουλίου Νίκος Παπαγεωργίου και μέλη του Δ.Σ., ο γενικός διευθυντής Γιώργος Χριστόπουλος, ο πρόεδρος του Ιδρύματος Παπαγεωργίου Βασίλης Παπάς καθώς και διευθυντές διαφόρων υπηρεσιών και τμημάτων του νοσοκομείου.



Ακολούθησε μακρά και λεπτομερής ενημέρωση του κ. Βενιζέλου κατ των μελών του κλιμακίου που τον συνόδευαν στην αίθουσα συσκέψεων του Δ.Σ., γύρω από τη λειτουργία, τα προβλήματα και τις προοπτικές του νοσοκομείου.

Ο πρόεδρος του Δ.Σ. Νίκος Παπαγεωργίου μεταξύ άλλων τόνισε τα εξής:

«Κύριε Υπουργέ, αγαπητοί κύριοι,

Σας καλωσορίζουμε στο ΝΠ και σας ευχαριστούμε για το ενδιαφέρον που δείχνετε για αυτό το δημόσιο χώρο της Υγείας. Προσωπικά εσάς, κ.Υπουργέ, θα ήθελα να σας ευχαριστήσω και για τη στήριξη του Ιδρύματος στα πρώτα του βήματα, στην προσπάθειά του να φέρει εις πέρας το δύσκολο έργο που είχε αναλάβει.

Θέλω να πιστεύω πως δεν διαψεύσαμε τις προσδοκίες σας. Σήμερα, μετά τη μεταφορά των 14 Πανεπιστημιακών Κλινικών, είμαστε πολύ κοντά στην πλήρη ανάπτυξη του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου. Ο κόσμος είναι ευχαριστημένος από την ποιότητα των υπηρεσιών και τη συμπεριφορά των εργαζομένων προς τους ασθενείς. Η παραγωγικότητά του είναι υψηλή και εξυπηρετείται πολύ μεγάλος αριθμός ασθενών. Τα οικονομικά αποτελέσματα είναι πολύ καλά και τα οποία στηρίζονται στη λειτουργική δομή που έχει αναπτυχθεί στο ΝΠ και τον περιορισμό της σπατάλης. Σ' αυτό, βεβαίως, συμβάλλουν οι σύγχρονες εγκαταστάσεις του





και ο εξοπλισμός του. Το πλήρες σύστημα μηχανοργάνωσης βοηθά τη γρήγορη διακίνηση των ασθενών, τη γρήγορη έκδοση των αποτελεσμάτων καθώς και τους γιατρούς στο επιστημονικό τους έργο.

Λέγεται ότι σ' αυτόν τον τομέα, στη μηχανοργάνωση, είμαστε 10 χρόνια μπροστά από όλα τα άλλα δημόσια και ιδιωτικά Νοσοκομεία και από πολλά ευρωπαϊκά.

Το σοβαρότερο, όμως, απ' όλα είναι οι νέοι και ορεξάτοι άνθρωποι που το έχουν στελεχώσει. Και εκεί στηρίζεται, κυρίως, η όλη μας επιτυχία.

Ελπίζω και εύχομαι να μπορέσουμε να κρατήσουμε αυτό το επίπεδο των υπηρεσιών. Η προσπάθειά μας είναι και να το ανεβάσουμε. Υπάρχουν πολλά περιθώρια. Εδώ, όμως, θα χρειαστούμε και τη βοήθεια όλων σας, μας είναι απαραίτητη. Όλοι πρέπει να βοηθήσουν.

Με λίγη ακόμη προσπάθεια θα μπορούσε να γίνει το πιλοτικό Νοσοκομείο, που χρειάζεται ο χώρος».

Μετά την ενημέρωσή του ο κ. Βενιζέλος ξεναγήθηκε σε διάφορα τμήματα του νοσοκομείου και ενημερώθηκε από τους διευθυντές, ενώ είχε την ευκαιρία να συνομιλήσει και με εργαζόμενους καθώς και με πολίτες στους χώρους των εξωτερικών ιατρείων.

Σε δηλώσεις του προς τους δημοσιογράφους ο Ευάγγελος Βενιζέλος, μετά την ολοκλήρωση της επίσκεψής του τόνισε:

«Το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου είναι ένα από τα κορυφαία σημεία του συστήματος υγείας της χώρας. Ένας από τους πυλώνες του συστήματος αυτού και είμαστε υπερήφανοι για την υποδομή που έχει διαμορφωθεί εδώ στη Θεσσαλονίκη οποία κινείται στο υψηλότερο επίπεδο των ευρωπαϊκών προδιαγραφών. Δεν αρκεί όμως αυτό που έχει γίνει πρέπει αυτό να συμπληρώνεται καθημερινά και είχαμε και έχουμε την αξίωση είκοσι μήνες που πέρασαν από τις εκλογές μέχρι σήμερα να ήταν μήνες δημιουργίας, μήνες κατά τους οποίους προστέθηκε κάτι. Δυστυχώς οι ρυθμοί χαλάρωσαν δεν έγιναν αυτά που η κοινωνία είχε ακούσει προεκλογικά ότι θα γίνουν, ο κάθε πολίτης έχει αξίωση να γίνονται. Θέλουμε το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου να παραμείνει μία υψηλή προτεραιότητα για την πολιτεία, να καλυφθούν τα κενά, να ολοκληρωθεί η στελέχωση, να είναι τακτική και σίγουρη η χρηματοδότηση και βεβαίως όλοι οι εργαζόμενοι να μπορούν να δίνουν τον καλύτερό τους εαυτό όπως προσπαθούν να κάνουν μέσα σε δύσκολες συνθήκες. Θέλουμε ο χώρος της υγείας να είναι χώρος συναίνεσης αλλά για να είναι χώρος συναίνεσης πρέπει η κυβέρνηση να πάψει να αρκείται σε εντυπωσιακές δηλώσεις ή σε απλές εξαγγελίες καλών προθέσεων και να παρουσιάσει έργο, έργο που να είναι χειροπιαστό και να προσθέτει στο οικοδόμημα του ΕΣΥ ένα πετραδάκι».

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΤΟΥ Α.Π.Θ. ΣΤΟ Γ.Ν. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»



Η Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής στο ΓΝ «Παπαγεωργίου» αποτελεί την μόνη πανεπιστημιακή κλινική στο ελληνικό χώρο στο συγκεκριμένο αντικείμενο όπως και η απουσία Τμημάτων ή Κλινικών Πλαστικής Χειρουργικής από μεγάλα νοσοκομεία όπως το ΑΧΕΠΑ και το Ιπποκράτειο, αλλά και από όλα τα «Περιφερειακά» Νοσοκομεία, συνιστούν πρόκληση τόσο για μας όσο και για τις προϊστάμενές μας αρχές, με στόχο την προσέγγιση της «άλλης Ευρώπης» για το κοινό καλό.

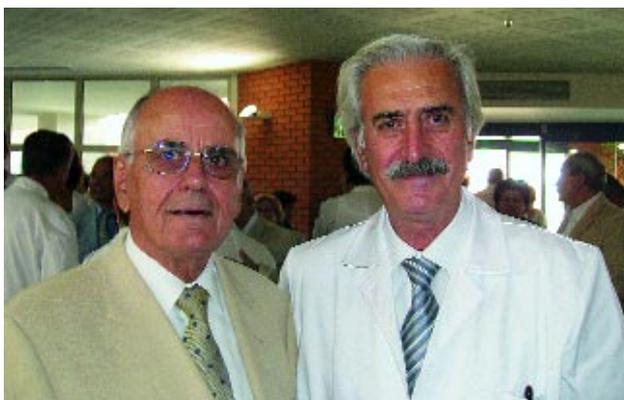
Ιστορική Αναδρομή

Η Πλαστική Χειρουργική εμφανίστηκε στον ελληνικό νοσοκομειακό και ευρύτερο ιατρικό χώρο στα τέλη της δεκαετίας του 50 και κυρίως κατά την δεκαετία του 60 όταν μεμονωμένοι πρωτοπόροι χειρουργοί επέστρεψαν μετά από ειδική μετεκπαίδευσή τους στο εξωτερικό, έχοντας αποκτήσει την «συναφή» ειδικότητα του πλαστικού χειρουργού. Μέχρι το 1980 στη Θεσσαλονίκη λειτουργούσαν 3 (τρεις) πλαστικοί χειρουργοί

καλύπτοντας βασικές ανάγκες κυρίως του «Κεντρικού» Νοσοκομείου και του Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ ως μέλη της ακαδημαϊκής κοινότητας του Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης. Η πρώτη ανεξάρτητη κλινική πλαστικής χειρουργικής δημιουργήθηκε το 1983 στο Νοσοκομείο «Γ. Παπανικολάου» και εκπτύχθηκε στα πλαίσια του ΕΣΥ στο δεδομένο χώρο. Παράλληλα, στο περιβάλλον του Κεντρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης ήδη από το 1970 κάλυπτε το φάσμα της Πλαστικής Χειρουργικής ο πλαστικός χειρουργός Κωνσταντίνος Μαντινάος ως Πανεπιστημιακός Επιμελητής της Β Χειρουργικής Κλινικής του ΑΠΘ. Με δικές του ενέργειες θεσμοθετήθηκε στο πλαίσιο της ίδιας κλινικής αρχικά το «Εργαστήριο» και στη συνέχεια το «Τμήμα Πλαστικής Χειρουργικής» της Β' Χειρουργικής Κλινικής του Α.Π.Θ. το οποίο είχε αναγνωριστεί ως κατάλληλο για την χορήγηση πλήρους ειδικότητας πλαστικής χειρουργικής. Η θεσμική ίδρυση της Κλινικής Πλαστικής Χειρουργικής στο Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης έγινε το 1990 και λειτουργήσε στο περιβάλλον πάντοτε της Β' Χειρουργικής Κλινικής με διευθυντή τον



Ο κ. Λαζαρίδης με τον προκάτοχό του καθηγητή κ. Δ. Παπαδημητρίου.



Με τον πρόεδρο του Δ.Σ. του ΓΝΠ κ. Νίκο Παπαγεωργίου.

Αναπληρωτή πλέον Καθηγητή του ΑΠΘ κ. Κ. Μαντινάο. Το 1999 μετά την συνταξιοδότησή του η διεύθυνση της κλινικής ανατέθηκε στον Αναπληρωτή Καθηγητή κ. Σ. Ιορδανίδη τον οποίο διαδέχθηκαν προσωρινά ο Καθηγητής της Α Χειρουργικής Κλινικής του ΑΠΘ, κ. Β. Δαλαϊνας (2002-2003), ως διευθυντής του Χειρουργικού Τομέα της Ιατρικής Σχολής του πανεπιστημίου και στη συνέχεια ο Καθηγητής της Αγγειοχειρουργικής κ. Δ. Παπαδημητρίου (2003-2004), μέχρι και τη διεκπεραίωση των διαδικασιών μεταστέγασης της Κλινικής από το Νοσοκομείο «Γεννηματάς» (πρώην Κεντρικό) στο νεόδμητο ΓΝ «Παπαγεωργίου».

Η έκπτυξη των κλινικών δραστηριοτήτων της ανεξάρτητης και αυτοδύναμης πλέον Κλινικής Πλαστικής Χειρουργικής του ΑΠΘ στο ΓΝ «Παπαγεωργίου» άρχισε την 1η Σεπτεμβρίου του 2004 με την ανάθεση της Διεύθυνσής της στον Διευθυντή του Τμήματος Εγκαυμάτων, Πλαστικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Χειρός του Νοσοκομείου «Παπανικολάου», κ. Λάμπη Λαζαρίδη, ύστερα από την εκλογή του σε θέση Αναπληρωτή Καθηγητή του ΑΠΘ. Στα ιατρικά δυναμικά της Κλινικής είναι ενταγμένοι σήμερα δύο Επίκουροι Καθηγητές (κ. Ε. Δεμίρη και κ. Π. Φόρογλου), ένας ειδικός πλαστικός χειρουργός Επιμελητής Β (κ. Α. Παπακωνσταντίνου) και 5 ειδικευόμενοι στην πλαστική χειρουργική ιατροί. Στην Κλινική τέλος δραστηριοποιούνται ε-

πιστημονικοί συνεργάτες και υποψήφιοι διδάκτορες.

Προϊσταμένη της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας της Κλινικής είναι η κ. Μ. Ιατροπούλου, η οποία πλαισιώνεται από ένα δυναμικό επτά νοσηλευτριών. Η δύναμη της Κλινικής ανέρχεται σε 14 κλίνες όπου νοσηλεύονται ασθενείς όλου του φάσματος της ειδικότητας. Το κλινικό έργο πέραν της νοσηλείας και της χειρουργικής αντιμετώπισης των εισαγομένων ασθενών περιλαμβάνει τη λειτουργία εξωτερικών ιατρείων γενικής πλαστικής χειρουργικής, ογκολογίας δέρματος - μαλακών μορίων και χειρουργικής χειρός, σε καθημερινή βάση. Ταυτόχρονα τρεις φορές την εβδομάδα διεκπεραιώνονται σε εξωτερική βάση «μικροεπεμβάσεις» του εύρους ευθύνης της ειδικότητας. Ευνόητα από την κλινική καλύπτονται όλες οι αντίστοιχες συμβουλευτικές δραστηριότητες στα άλλα τμήματα του νοσοκομείου όπως επίσης και στα άλλα νοσοκομεία στα οποία δεν λειτουργούν αντίστοιχες κλινικές (ΑΧΕΠΑ, Ιπποκράτειο, κλπ).

Η εκπαίδευση των φοιτητών της Ιατρικής Σχολής (Θ' Εξάμηνο) του ΑΠΘ και ένα πλούσιο ερευνητικό έργο εντάσσονται στα κύρια αντικείμενα δραστηριότητας του ιατρικού δυναμικού της Κλινικής.

Στους μείζονες προοπτικούς στόχους της Κλινικής εντάσσονται πέραν της περαιτέρω κλινικής έκπτυξης της, η οργάνωση και συμμετοχή στην αντιμετώπιση των εγκαυμάτων της παιδικής ηλικίας και της Τριτοβάθμιας αντιμετώπισης των χειρουργικών παθήσεων της χειρός, δραστηριότητες που απουσιάζουν παντελώς από τον Βορειοελλαδικό χώρο και συνιστούν μείζον έλλειμμα των υπηρεσιών υγείας.

Το γεγονός ότι η Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής στο ΓΝ «Παπαγεωργίου» αποτελεί την μόνη πανεπιστημιακή κλινική στο ελληνικό χώρο στο συγκεκριμένο αντικείμενο όπως και η απουσία Τμημάτων ή Κλινικών Πλαστικής Χειρουργικής από μεγάλα νοσοκομεία όπως το ΑΧΕΠΑ και το Ιπποκράτειο, αλλά και από όλα τα «Περιφερειακά» Νοσοκομεία, συνιστούν πρόκληση τόσο για μας όσο και για τις προϊστάμενές μας αρχές, με στόχο την προσέγγιση της «άλλης Ευρώπης» για το κοινό καλό.



Η ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΑΙ ΤΑ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΑ ΤΗΣ



Γράφει ο **Λάμπρος Λαζαρίδης**
Διευθυντής Πλαστικής Χειρουργικής Α.Π.Θ.
Νοσοκομείο Παπαγεωργίου

Η προσέγγιση και η ορθολογική διαμόρφωση των αμφίδρομων σχέσεων του πολίτη - αποδέκτη υπηρεσιών υγείας προς τους λειτουργούς παροχής και τις υποδομές των συγκεκριμένων υπηρεσιών σε όλο τους το φάσμα συνιστά εξαιρετικά σύνθετο εγχείρημα και διαρκή πρόκληση, τόσο για τους υπεύθυνους φορείς της πολιτείας, όσο και για κάθε ενεργό πολίτη. Η αναγκαιότητα επαρκούς πληροφόρησης και ενημέρωσης ως προϋπόθεση της υπεύθυνης ελεύθερης σκέψης για την επιλογή και ανάληψη συγκεκριμένης δράσης, πέραν της γενικής της ισχύος, στον ιατρικό τομέα προσδιορίζει αποφασιστικά τη σύνολη ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

Στο πλαίσιο αυτό η ακόλουθη εκτενής αναφορά στην Πλαστική Χειρουργική και τα αντικείμενά της στόχο έχει την διόρθωση μιας στρεβλής εικόνας για το συγκεκριμένο αντικείμενο στον ευρύτερο κοινωνικό χώρο, όπου για λόγους λιγότερο επιστημονικούς διαχωρίζεται η Πλαστική Χειρουργική σε Επανορθωτική και Αισθητική Χειρουργική και μάλιστα προβάλλεται η δεύτερη ως το κύριο αντικείμενο της ειδικότητας, υποβαθμίζοντας και παραβλέποντας το μεγαλύτερο πεδίο της Επανορθωτικής Χειρουργικής.

Η **Πλαστική Χειρουργική**, ως επιμέρους τομέας της Γενικής Χειρουργικής, έχει τις ρίζες της στην αρχαιότητα, στην εποχή των Φαραώ και των πολιτισμών της Μεσοποταμίας. Αναφέρεται ότι οι Βαβυλώνιοι στην εποχή του Χαμουραμπί (1950 π.Χ.) διενεργούσαν επεμβάσεις αποκατάστασης στην περιοχή του οφθαλμού, ενώ στις Ινδίες ο περίφημος πρακτικός Sushruta, περίπου το 600 π.Χ., περιγράφει εγχειρήσεις αποκατάστασης της μύτης και των πτερυγίων των αυτιών.

Στην ελληνική κλασική εποχή ο Ιπποκράτης αναφέρει θεραπευτικές μεθόδους για τα εγκαύματα, τα οποία αποτελούν και σήμερα ένα μεγάλο πεδίο πλαστικής χειρουργικής δραστηριότητας.

Αργότερα, τα ονόματα του Κέλσου, του Γαληνού, του Παύλου του Αιγινήτη, του Pare και του Tagliacozzi,

συνδέθηκαν με εξειδικευμένες τεχνικές Πλαστικής Χειρουργικής.

Ο ελληνικός όρος "πλαστική" χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον Desault το 1798, αλλά επικράτησε όταν ο Zeiss, το 1838, δημοσίευσε το βιβλίο του με τίτλο "Εγχειρίδιο Πλαστικής Χειρουργικής" (Handbuch der Plastischen Chirurgie).

Η πρώτη ελεύθερη μεταμόσχευση δέρματος, επιφάνειας μερικών χιλιοστών, σε άνθρωπο αποδίδεται στον Reverdin το 1869, ενώ σχεδόν ταυτόχρονα οι Oillier και Thiersch ανέπτυξαν περαιτέρω την τεχνική των δερματικών μοσχευμάτων.

Ο πόλεμος με όλα τα δεινά του θεωρήθηκε "πατέρας των πάντων", σε ότι τουλάχιστον αφορά στις επισημονικές και τεχνολογικές εξελίξεις. Έτσι την εποχή του Α' Παγκοσμίου Πολέμου, ο Ganzer από τη Γερμανία, ο Gillies από την Αγγλία και ο Filatow από την Ρωσία, ανεξάρτητα ο καθένας, προώθησαν εντυπωσιακά τις τεχνικές κάλυψης δερματικών ελλειμμάτων και αποκατάστασης πολεμικών τραυματικών κακώσεων με μισχρωτούς δερματικούς κρημμούς.

Η σημερινή εικόνα της Πλαστικής Χειρουργικής και οι δυνατότητες της σηματοδοτούνται από τις εντυπωσιακές προόδους της τελευταίας εικοσιπενταετίας.

Η κατανόηση των παθοφυσιολογικών διαταραχών στα βαριά εγκαύματα, οι **βελτιώσεις στην εντατική θεραπεία**, οι εξελίξεις στην **πρόληψη και καταπολέμηση των λοιμώξεων** και τα τεχνολογικά επιτεύγματα στην **μηχανική υποστήριξη ζωτικών λειτουργιών** οδήγησαν στην επιβίωση ασθενών με βαρύτατα εγκαύματα, ακόμα και μεγαλύτερα του 70% της επιφάνειας σώματος, όταν λίγα χρόνια νωρίτερα ένας εγκαυματίας με έκταση εγκαύματος 30% της επιφάνειας σώματος στέλνονταν στο σπίτι του, για "να αποβιώσει ήσυχα στο οικογενειακό του περιβάλλον".

Η κατανόηση, ύστερα από κλινικές και πειραματικές μελέτες, της **κυκλοφορίας του αίματος στο δέρμα**, τους μυς και τα οστά, σε συνδυασμό με τη μικροχει-

ρουργική τεχνική, δηλαδή τη **χειρουργική με μικροσκοπιο**, η οποία εδραιώθηκε τα τελευταία χρόνια, έδωσαν τη δυνατότητα μεταμόσχευσης ιστών σε ένα χειρουργικό χρόνο, όταν παλαιότερα σε ανάλογες καταστάσεις ήταν επιβεβλημένες πολυάριθμες επεμβάσεις και μακροχρόνια παραμονή των ασθενών στα νοσοκομεία.

Η εισαγωγή των ακτινών **LASER** με τις πολύπλευρες χρήσεις τους ως όργανο τομής, φωτοπηξίας και φωτοδυναμικής θεραπείας έχει μεταβάλει το σκηνικό σε πληθώρα παθήσεων και όχι μόνο στο πλαίσιο της Πλαστικής Χειρουργικής.

Η χρήση των **ιστικών διατατών (tissue expanders)**, οι οποίοι βρίσκουν κυρίως εφαρμογή στη διάταση φυσιολογικού δέρματος κοντά σε παθολογικές εστίες, επιτρέποντας την αφαίρεση τους και την αποκατάσταση του ελλείμματος με φυσιολογικό δέρμα, έδωσε σπουδαία ώθηση στην αντιμετώπιση πολλών, προβληματικών παλαιότερα καταστάσεων, με εξαιρετικά αισθητικά αποτελέσματα. Αναφερόμαστε κυρίως στην αντιμετώπιση εκτεταμένων ουλών, στην ανάπλαση του μαστού, στην αντιμετώπιση όγκων αλλά και στην εξάλειψη μετατραυματικής ή ιδιοπαθούς αλωπεκίας και πληθώρας άλλων παθολογικών καταστάσεων.

Η **καλλιέργεια επιδερμίδας**, η παραγωγή άλλων βιολογικών υποκατάστατων του δέρματος και οι **διαφαινόμενες πρόοδοι στην κατεύθυνση της μοριακής Βιολογίας, της ιστοσυμβατότητας και της παραγωγής ιστικών μοσχευμάτων (tissue engineering)** φαίνεται να

ανοίγουν καινούργιους ορίζοντες σε όλο το φάσμα της Ιατρικής και ιδιαίτερα στην κατεύθυνση των μεταμοσχεύσεων.

Η αντανάκλαση των επιτευγμάτων που προαναφέρθηκαν στη βελτίωση της ποιότητας της αποκατάστασης, στη μείωση της νοσηρότητας και του ποσοστού των αναπηριών, καθώς και στην επιβίωση των πολιτών, είναι πλέον οφθαλμοφανής, ενώ το οικονομικό όφελος για τους πολίτες και την πολιτεία είναι εξαιρετικά μεγάλο και υπερκαλύπτει τις δαπάνες του αναγκαίου σύγχρονου εξοπλισμού.

Είναι προφανές ότι η Πλαστική Χειρουργική άρχισε και εξελίχθηκε ως **Επανορθωτική Χειρουργική**, ενώ η έννοια της **Αισθητικής Χειρουργικής** έκανε την εμφάνιση της μόλις τα τελευταία 40 χρόνια. Η ουσιαστική διαφοροποίηση βρίσκεται στο ότι η Επανορθωτική Χειρουργική επιδιώκει την αποκατάσταση βλαβών στο φυσιολογικό, ενώ η Αισθητική Χειρουργική επιδιώκει να υπερβεί το φυσιολογικό επιτυγχάνοντας το ωραίο, το οποίο βέβαια ποικίλλει από τόπο σε τόπο και από εποχή σε εποχή. Ωστόσο ένας σαφής διαχωρισμός θα ήταν εσφαλμένος, αφού οι δύο κατευθύνσεις αλληλεπικαλύπτονται και πάντοτε υπάρχουν παράμετροι αισθητικής στην Επανορθωτική Χειρουργική και στοιχεία επανόρθωσης στην Αισθητική Χειρουργική.

Η απόπειρα ενός σαφούς προσδιορισμού των αντικειμένων και του εύρους ευθύνης της Πλαστικής Χειρουργικής σαν σύνολο παρουσιάζει σε σύγκριση με τις άλλες χειρουργικές ειδικότητες σημαντικές δυσκολίες



και ιδιαιτερότητες, αφού δεν υπάρχουν όρια ηλικίας ή περιορισμοί του φύλου, ούτε μια συγκεκριμένη ανατομική περιοχή ή όργανο, που στη μια ή την άλλη περίπτωση να μην αποτελεί πεδίο κύριας ή επικουρικής δράσης του πλαστικού χειρουργού.

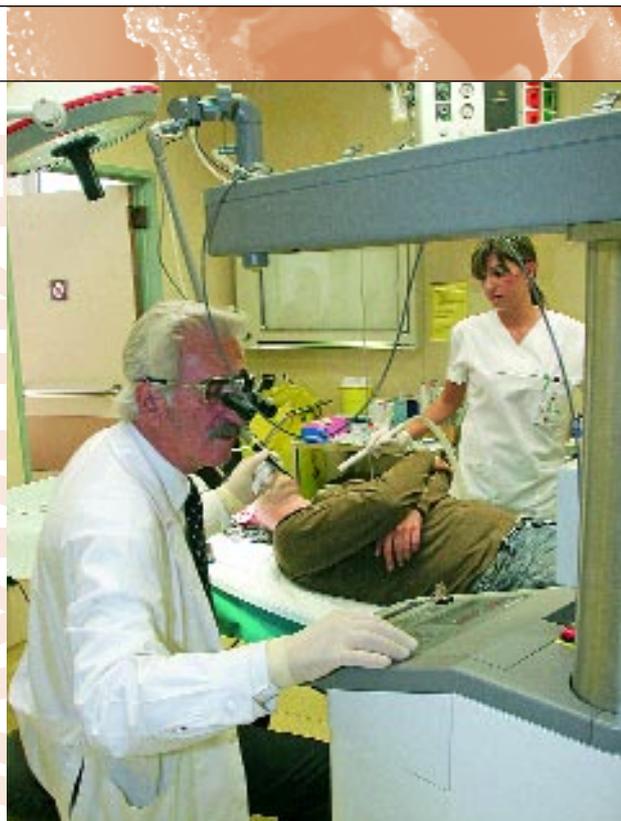
Έτσι, για παράδειγμα, έχει την ανάγκη πλαστικής χειρουργικής αντιμετώπισης τόσο το νεογέννητο παιδάκι με κάποια δυσπλασία η οποία παραμορφώνει την εξωτερική του εμφάνιση, όπως λαγώχειλος ή συνδακτυλία, όσο και ο γέροντας με καρκίνο του δέρματος σε οποιαδήποτε εντόπιση του σώματος του. Έχει ανάγκη πλαστικής χειρουργικής αντιμετώπισης ο εγκαυματίας, οποιασδήποτε ηλικίας και φύλου, όπως και ο εργαζόμενος που έπαθε ατύχημα με σημαντική μηχανική κάκωση στο δέρμα και τους υποκείμενους ιστούς ή εκείνος που ακρωτηρίασε τα δάκτυλα του και πρέπει να επανασυγκλληθούν. Το ίδιο ισχύει και για την έφηβο και νεαρή δεσποινίδα που παρουσιάζει απλασία ή άνισο μέγεθος των μαστών, για το παιδάκι με πεταχτά αυτιά καθώς και για την ώριμη γυναίκα που το τεράστιο στήθος της δημιουργεί ποικίλα προβλήματα.

Για να γίνει πιο σαφές το εύρος της ειδικότητας χωρίς την παραμικρή διάθεση αυτάρεσκων συγκρίσεων, ο πλαστικός χειρουργός δεν θα ασχοληθεί μόνο με ένα όργανο ή ένα συγκεκριμένο σύστημα οργάνων (αγγεία, πεπτικό σύστημα, καρδιά, κινητικό σύστημα, εγκέφαλος, θώρακας κτλ.) αλλά θα πρέπει να εφαρμόσει τις εξειδικευμένες τεχνικές του "από την κορυφή ως τα νύχια" και από το δέρμα ως τους υποκείμενους ιστούς, ανεξάρτητα αν αυτοί είναι μύες, αγγεία, οστά, αρθρώσεις και κάποτε σπλάγχνα. Δικαίως επομένως έχει λεχθεί ότι στην εποχή μας ίσως η μόνη Γενική Χειρουργική που έχει απομείνει είναι η Πλαστική Χειρουργική ή ακόμη ότι αυτή είναι η Disneyland της χειρουργικής.

- Τα **ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ** μπορεί να οφείλονται σε άμεσες πηγές θερμότητας, στο οικιακό ή εργασιακό περιβάλλον, τα **θερμικά**, στον ηλεκτρισμό, τα **ηλεκτρικά**, τα οποία είναι πολύ βαριές κακώσεις με βλάβες σε εν τω βάθει ιστούς, ή τέλος στην επίδραση χημικών ουσιών ή ακτινοβολίας και χαρακτηρίζονται αντίστοιχα **χημικά** ή **ακτινικά**.

Τα εγκαύματα αποτελούν συχνότατη κάκωση, με 3000 - 3500 περίπου περιστατικά που νοσηλεύονται κάθε χρόνο στα διάφορα νοσοκομεία της Ελλάδας, χωρίς να λαμβάνουμε υπ' όψη μας τα ελαφρά, τα οποία αντιμετωπίζονται στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας παροχής υπηρεσιών υγείας.

Αυτό σημαίνει στην πράξη, ότι οι απώλειες από αυτή την κάκωση, δίχως να θέλουμε να μειώσουμε τη ση-



μασία άλλων παθήσεων, είναι μεγαλύτερες από τις απώλειες που οφείλονται κάθε χρόνο αθροιστικά στο AIDS, τα ναρκωτικά και τη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Αναφέρουμε αυτές τις παθήσεις, γιατί βρίσκονται ως πρόβλημα καθημερινά στην δημοσιότητα, ενώ η ενημέρωση για το πολλαπλάσιο ανθρώπινο κόστος από τα εγκαύματα πιστεύουμε ότι υπολείπεται σημαντικά. Ακόμη και σε οικονομικό επίπεδο ίσως αξίζει να αναφερθεί ότι το κόστος αντιμετώπισης ενός βαρέως εγκαυματος, όταν, όπως κάποτε υποχρεωτικά συμβαίνει, διακομίζεται σε εξειδικευμένο κέντρο του εξωτερικού, υπερβαίνει συνήθως τα 200.000 .

Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι επεμβάσεις πρέπει να γίνονται άμεσα ή πολύ σύντομα μετά την κάκωση, ενώ επανορθωτικές επεμβάσεις μπορεί να είναι αναγκαίες και πολλά χρόνια αργότερα. Όσο πρωιμότερη και ορθότερη είναι η αρχική αντιμετώπιση, τόσο περισσότερες είναι οι πιθανότητες επιβίωσης στα βαρέα εγκαύματα, ενώ παράλληλα μειώνεται το ποσοστό και η βαρύτητα υπολειμματικών αναπηριών και ασφαλώς είναι καλύτερο το τελικό αισθητικό αποτέλεσμα.

- Στα **ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ**, τα οποία αποτελούν επίσης ένα μεγάλο αντικείμενο της Πλαστικής Χειρουργικής, και εννοούμε κάθε μορφής νεοπλασίες (ογκίδια, σπίλοι, εξελκώσεις, καλοήθειες ή κακοήθειες όγκοι του δέρματος αλλά και των άμεσα υποκείμενων ιστών), ο κυρίαρχος ρόλος της χειρουργικής τους αντιμετώπισης, σε αντίθεση με όποιες άλλες συντηρητικές μεθόδους, διασφαλίζει την αμεσότητα στην αντιμετώ-



πιση και τον έλεγχο της ριζικότητας της θεραπείας της τοπικής βλάβης. Από τα διάφορα ογκίδια στο δέρμα κινδυνεύουμε μόνο όταν τα κρατάμε επάνω μας και αφήνουμε να τα ερεθίζει η ηλιακή ακτινοβολία ή διάφορα μηχανικά ερεθίσματα. Η χειρουργική θεραπεία σε καμιά περίπτωση δεν μεταβάλλει τη συμπεριφορά των όγκων, ενώ ο εφησυχασμός και η καθυστέρηση της οδηγούν κάποτε σε δραματικές εικόνες, επιδεινώνουν την κατάσταση και θέτουν τη ζωή των ασθενών σε κίνδυνο, κάνοντας εξ' αρχής το αναγκαίο χειρουργικό έργο πιο περίπλοκο και δύσκολο, αν όχι ανέφικτο.

- Οι **ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΣΤΟ ΧΕΡΙ**, ανεξάρτητα από το αν είναι κακώσεις (δέρματος, τενόντων, νεύρων, αγγείων ή οστών) ή συγγενείς παθήσεις (όπως οι συνδακτυλίες), φλεγμονές, εκφυλιστικές παθήσεις ή όγκοι, αποτελούν επίσης αντικείμενο του εξειδικευμένου πλαστικού χειρουργού.

Ο τομέας των επανασυγκολλήσεων, όπως προαναφέρθηκε, έχει να επιδείξει θαυμαστά αποτελέσματα και στην κατεύθυνση αυτή. Η διαρκής ετοιμότητα ομάδας πλαστικών χειρουργών με μικροχειρουργική εκπαίδευση αποτελεί βασική προϋπόθεση της σύγχρονης και οργανωμένης παροχής υπηρεσιών υγείας στους πολίτες στο συγκεκριμένο τομέα. Η χρήση μεγέθυνσης (χειρουργικού μικροσκοπίου ή μεγεθυντικών φακών) είναι αναγκαία σε όλο το φάσμα των επεμβάσεων στην περιοχή του χεριού, ιδιαίτερα μάλιστα όταν αυτές αφορούν στα νεύρα και τα αγγεία του.

Στην κατεύθυνση των συγγενών δυσπλασιών και δυσμορφιών, η Πλαστική Χειρουργική έχει να παρουσιάσει τεράστιο έργο ανεξάρτητα από το αν αυτές αφορούν στο πρόσωπο, τον κορμό ή τα άκρα. Ζητούμενο παραμένει ακόμη στον τόπο μας **ένα κέντρο αναφοράς συγγενών κρανιοπροσωπικών δυσπλασιών** (δε χρειάζονται περισσότερα), όπου θα μπορούσαν να αντιμετωπίζονται τα αντίστοιχα προβλήματα από ειδικευμένους Πλαστικούς Χειρουργούς με όποια αναγκαία πλαισίωση από ειδικούς συναφών αντικειμένων (Νευροχειρουργική, Ορθοδοντική, Παιδοψυχιατρική, Λογοθεραπεία κ.λπ.). Η γνώση και εμπειρία στην αντιμετώπιση των παθήσεων αυτών συνέβαλε στην εξέλιξη και της αισθητικής χειρουργικής.

- Στο χώρο αυτό της **ΕΠΙΛΕΚΤΙΚΗΣ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ**, τα αισθητικά πρότυπα στον τόπο μας φαίνονται, προς το παρόν τουλάχιστον, ακόμη λογικά. Η διάκριση ανάμεσα στο τι είναι επιβεβλημένο, αναγκαίο ή επιθυμητό δεν μπορεί παρά κάθε φορά να γίνεται με αυστηρά ιατρικά κριτήρια. Κι εδώ οφειλουμε να έχουμε στο νου μας τον ορισμό της έννοιας "υγεία", όπως αυτή ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υ-

γείας, ως **«σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία και αρμονία του ατόμου»**.

Στην επανορθωτική χειρουργική τα πράγματα είναι σαφή. Η συγγενής ανωμαλία πρέπει να διορθωθεί, το έγκαιρο να αντιμετωπιστεί, οι τραυματισμένοι ιστοί να αποκατασταθούν, οι όγκοι να αφαιρεθούν ριζικά και τελικά να αναπλαστεί η εξωτερική μορφή και η λειτουργικότητα του ατόμου.

Στην αισθητική χειρουργική (θεωρούμε γλωσσικά λανθασμένη την έκφραση κοσμητική χειρουργική) τα κριτήρια και η απόφαση μιας επέμβασης απαιτούν ακόμη πιο αυστηρή προσέγγιση. Οφείλει να είναι σαφές προς κάθε κατεύθυνση, ότι οποιαδήποτε αισθητική επέμβαση, ανεξάρτητα από το αν πρόκειται για ρινοπλαστική, face-lifting, μαστοπλαστική, λιποαναρρόφηση και τα παρόμοια, παραμένει πάντοτε χειρουργική.

Τα αποτελέσματα είναι συνάρτηση του μεγέθους του αρχικού προβλήματος, της επαρκούς εξειδίκευσης και σωστής επιλογής της ενδεδειγμένης μεθόδου εκ μέρους του ιατρού, καθώς και της διασφάλισης των γενικότερων προϋποθέσεων, όπως η ενδεδειγμένη προεγχειρητική προετοιμασία και η επαρκής αναισθησιολογική κάλυψη. Η διενέργεια κάθε επέμβασης σε κατάλληλους χώρους χειρουργείων, εξοπλισμένους με σύγχρονα εργαλεία και όργανα είναι αυτονόητη αναγκαία ότητα, δυστυχώς όμως όχι πάντοτε και πρακτική.

Η αυξανόμενη χρήση των ΜΜΕ για την προβολή «θαυματοουργών αισθητικών επεμβάσεων» είναι ήδη ορατή και στον τόπο μας, όπως και η προσφυγή πολιτών που δεν είναι επαρκώς ενημερωμένοι, σε «ινστιτούτα» και παρόμοιες, κάποτε επισφαλείς, υποδομές για τη χειρουργική αντιμετώπιση αισθητικών προβλημάτων τους, πιστεύοντας έτσι ότι διατηρήσουν καλύτερα την ανωνυμία τους.

Η ψυχοθεραπεία και η ψυχιατρική με το νυστέρι είναι δικαιολογημένη και επιβεβλημένη για την αποκατάσταση της αρμονίας του ατόμου με τον εαυτό του και τον κοινωνικό του περίγυρο, μόνο όταν δεν μπορεί να επιτευχθεί ο συγκεκριμένος στόχος με μη χειρουργικές μεθόδους. Και βέβαια όταν η χειρουργική αποκατάσταση έχει τεκμηριωμένη ένδειξη, τότε αυτή θα πρέπει να διενεργείται κάτω από τις ίδιες προϋποθέσεις και συνθήκες που διενεργείται κάθε σοβαρή επέμβαση, στους κατάλληλους χώρους, με τους αναγκαίους εξοπλισμούς και διασφαλίσεις για τον ασθενή και βεβαίως από κατάλληλα εκπαιδευμένους και εξειδικευμένους Πλαστικούς Χειρουργούς, οι οποίοι αποδεδειγμένα (με τους αντίστοιχους τίτλους ειδικότητας) θεωρούνται από την πολιτεία και τους επιστημονικούς φορείς αρμόδιοι για το συγκεκριμένο έργο.

Η αναγκαιότητα αξιόπιστων και ελέγξιμων υποδομών για τα συγκεκριμένα αντικείμενα στο χώρο της δημόσιας Υγείας είναι προφανής. Από την οπτική αυτή γωνία, είναι επίσης προφανή τα οφέλη από τη συμβολή της Αισθητικής Χειρουργικής στη δημιουργική δραστηριοποίηση και απρόσκοπτη ανάπτυξη της προσωπικότητας κάθε πολίτη, με ότι θετικό αυτό συνεπάγεται για το συγκεκριμένο άτομο, για τον οικογενειακό και κοινωνικό του περίγυρο και για την πολιτεία συνολικά.

Η υποχρέωση του πλαστικού χειρουργού να κατανοήσει το αίτημα του πολίτη δεν πρέπει να μπαίνει ποτέ πιο μπροστά από την υποχρέωση του να τον ενημερώσει, για το τι σημαίνει η χειρουργική αντιμετώπιση του προβλήματός του. Με προσήνεια και χωρίς να τον τρομοκρατεί οφείλει να τον κατατοπίσει, χωρίς παραλείψεις για τους κινδύνους και τις ενδεχόμενες επιπλοκές, που κάποτε μπορεί να είναι πολύ σοβαρές.

Παράλληλα με την ευθύνη της σωστής καθοδήγησης του ιατρού προς τον πολίτη, θεωρούμε εξίσου σημαντική την ευθύνη του πολίτη να ενημερώνεται ο ίδιος, αναζητώντας άποψη και γνώμη από τους αποδεδειγμένα εξειδικευμένους πλαστικούς χειρουργούς και όχι από ενδεχομένως φίλους και προφανώς αγαπητούς, αλλά μη ειδικούς συναδέλφους.

Ανάλογη είναι και η υποχρέωση της ίδιας της πολιτείας στην κατοχύρωση των ορίων της αρμοδιότητας κάθε ειδικότητας, ώστε ο πολίτης να παίρνει κάθε φορά αυτό που δικαιούται από την πρόοδο της εποχής του στην συγκεκριμένη ειδικότητα.

Αν θέλουμε αδρά να συνοψίσουμε τα αντικείμενα της Πλαστικής Χειρουργικής, αυτά είναι:

1. Η αντιμετώπιση των εγκαυμάτων, ιδίως των βαρέων, από την πρώτη στιγμή που θα συμβούν, μέχρι την τελική απόδοση του πολίτη στην κοινωνία και την οικογένειά του, με όσο γίνεται λιγότερες αναπηρίες και προβλήματα.
2. Η χειρουργική αντιμετώπιση των καλοηθών και κακοηθών όγκων του δέρματος και των άμεσα υποκείμενων ιστών.
3. Η αντιμετώπιση των χειρουργικών παθήσεων της χειρός (κακώσεων, φλεγμονών, όγκων, συγγενών και εκφυλιστικών παθήσεων), ένας τομέας ο οποίος στα πλαίσια κυρίως της Πλαστικής Χειρουργικής έχει διαμορφωθεί και εξελιχτεί σε χωριστή εξειδίκευση με το όνομα "Χειρουργική Χειρός".
4. Η επανορθωτική χειρουργική συγγενών και επίκτητων δυσμορφιών και δυσπλασιών, που αφορούν την εξωτερική μορφή και λειτουργία του ατόμου.
5. Η αισθητική χειρουργική για την διαμόρφωση, όταν υπάρχουν αντικειμενικά κριτήρια, μιας εξωτερικής εμφάνισης που να ανταποκρίνεται στα αισθητικά πρότυπα που ισχύουν στον συγκεκριμένο χρόνο και τόπο.

φάνισης που να ανταποκρίνεται στα αισθητικά πρότυπα που ισχύουν στον συγκεκριμένο χρόνο και τόπο.

Η δημιουργία Ειδικών Μονάδων (Χειρουργικής χειρός, Laser κ.λ.π.), με αυτοδύναμες διευθύνσεις στα επιμέρους αντικείμενα, ενταγμένων στο ενιαίο πλαίσιο της ειδικότητας (εκπαιδευτικά προγράμματα-εξοπλισμοί-εφημερίες κ.λ.π.), αποτελεί αναγκαιότητα που υπαγορεύεται από την αντίστοιχη νοσηρότητα και όρο της ευρωπαϊκής εναρμόνισης στο χώρο της ειδικότητάς μας. Η αξιοποίηση του ίδιου διαθέσιμου ιατρικού δυναμικού υψηλών προδιαγραφών στην καθεκάστην εξειδίκευση και η οργανωμένη σε κλινικό, εκπαιδευτικό και ερευνητικό επίπεδο λειτουργία του θα έχει ως τελικό αποδέκτη τον ευρωέλληνα πολίτη.

Η δραστηριοποίησή μας για την επίτευξη σε ορατό χρονικό ορίζοντα των από πολύ καιρό επωαζόμενων αυτών στόχων αποτελεί πρώτης γραμμής προτεραιότητά μας. Η συναντίληψη των ειδικών στα αντικείμενα ιατρών, της διοίκησης του νοσοκομείου και των συνυπεύθυνων αρχών της πολιτείας αποτελεί την αναγκαία και ικανή συνθήκη για την παροχή σε κάθε τομέα ενός σύγχρονου επιπέδου υπηρεσιών υγείας στον πολίτη καθώς και για την αξιοποίηση των επιστημονικών δυναμικών του τόπου.

Τέλος, η συνολική λειτουργία της κλινικής Πλαστικής Χειρουργικής του ΑΠΘ θα μπορούσε να φτάσει στο προσδοκώμενο ύψιστο επίπεδο της μόνο εφόσον καλυφθούν ισότιμα οι ανάγκες και των Τμημάτων εκείνων του κλινικού και εργαστηριακού τομέα του Νοσοκομείου που μέχρι τώρα στήριξαν στο εύρος ευθύνης τους το κλινικό, εκπαιδευτικό και ερευνητικό μας έργο. Ειδικά οι αναγκαίες βελτιώσεις της στελέχωσης του Παθολογοανατομικού, του Αναισθησιολογικού, του τμήματος Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης καθώς και της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου θα έχουν απροσμέτρητη αντανάκλαση στο όλο έργο όχι μόνο του δικού μας τμήματος. Ο αποδέκτης του τελικά συλλογικού έργου παραμένει ο πολίτης και η πολιτεία των ενεργών πολιτών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ

Κύριος στόχος και ενιαίο αντικείμενο της Πλαστικής, Επανορθωτικής και Αισθητικής Χειρουργικής είναι η αποκατάσταση της οργανικής λειτουργικότητας του πολίτη και της αρμονίας με τον εαυτό του και τον κοινωνικό του περίγυρο, με εργαλείο την αποκατάσταση της σωματικής του ακεραιότητας και την απαλλαγή του, στο μέτρο του εφικτού, από αναπηρίες και δυσμορφίες, από αισθήματα ανασφάλειας και αυτοϋποτίμησης ή κοινωνικού αποκλεισμού και απόρριψης.

Σώζουν ζωές οι νευρολόγοι της Μονάδας Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων στη Νευρολογική Κλινική του Παπαγεωργίου

ΘΡΟΜΒΟΛΥΣΗ

Η νέα μέθοδος για την αντιμετώπιση εγκεφαλικών

Μία νέα μέθοδος για την αντιμετώπιση των εγκεφαλικών, που σώζει ζωές όταν ο ασθενής όταν ο ασθενής μεταφερθεί στο νοσοκομείο το πολύ σε τρεις ώρες από την εμφάνιση των συμπτωμάτων, εφαρμόζεται στο ΓΝΠ. Πρόκειται για την Θρομβόλυση και είναι παρόμοια με την τεχνική που χρησιμοποιείται και στα εμφράγματα.

Οι νευρολόγοι της Μονάδας Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων στη Νευρολογική κλινική του ΓΝΠ πρωτοστατούν, καθώς είναι οι μοναδικοί που εφαρμόζουν αυτή τη μέθοδο στη Θεσσαλονίκη.

Η μέθοδος είναι πράγματι πρωτοποριακή, αλλά όχι πειραματική. Έχει την έγκριση του ΕΟΦ και δεν πρόκειται για δοκιμαστική θεραπεία ή πείραμα. Με την χορήγηση θρομβολυτικού φαρμάκου, αποκαθιστούμε την αιμάτωση στο αγγείο που έχει αποφραχθεί. Έτσι, βοηθούμε τον ασθενή, σε περίπτωση που ο εγκέφαλός του δεν έχει υποστεί μη αναστρέψιμη βλάβη. Η Θρομβόλυση απευθύνεται μόνο σε ασθενείς, που έπαθαν ισχαιμικό επεισόδιο (θρομβωτικό) και όχι αιμορραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο επισημαίνει ο Δρ Γιόμπστ Ρούντολφ.

Η ενδοφλέβια θρομβόλυση στη θεραπεία του ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ)



Γράφει ο **Dr. med. Jobst Rudolf**
Νευρολογική Κλινική Γ.Ν.Π

Τι είναι το ΑΕΕ

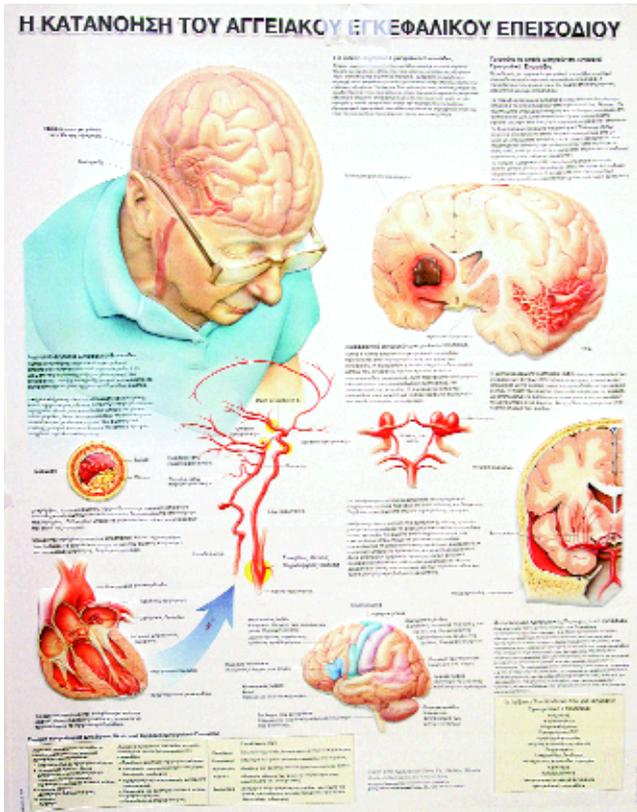
Ο όρος αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) υποδηλώνει την κάθε λογής αγγειακής αιτιολογίας εστιακή βλάβη του εγκεφάλου, που εγκαθίσταται αιφνίδια και διαρκεί περισσότερες από 24 ώρες, ή είναι θανατηφόρα. Συμπεριλαμβάνονται αποφράξεις του αρτηριακού αυλού από θρόμβωση ή έμβολο, διαχωρισμοί και ρήξεις αγγειακών τοιχωμάτων, συγγενείς και επίκτητες ανωμαλίες των αιμοφόρων αγγείων του εγκεφάλου, καθώς και ποιοτικές μεταβολές του αίματος με επακόλουθο μια αυξημένη γλοιότητα του. Περίπου το 80% των ασθενών με ΑΕΕ παρουσιάζει ισχαιμικό έμφρακτο, το 15% πρωτοπαθή ενδοεγκεφαλική αιμορραγία, το 4% υπαραχνοειδή αιμορραγία (συμπεριλαμβανομέ-

ων και των αρτηριοφλεβωδών δυσπλασιών), και το 1% θρομβώσεις του φλεβικού συστήματος (φλέβες και φλεβώδεις κόλποι του εγκεφάλου).

Για την Ελλάδα, πρόσφατες επιδημιολογικές μελέτες αποδεικνύουν ότι η ετήσια επίπτωση των ΑΕΕ κυμαίνεται περίπου στους 310/100.000, για ασθενείς 45-85 ετών. Οι άνδρες προσβάλλονται πιο συχνά (362/100.000) από τις γυναίκες (271/100.000). Ένα μήνα μετά από το ΑΕΕ, το 26% των ασθενών έχει ήδη πεθάνει. Ένα χρόνο μετά το ΑΕΕ, η θνησιμότητα έχει φθάσει στο 37%, και από τους επιζώντες, το ένα τρίτο περίπου είναι ανάπηροι και χρειάζεται συνεχή βοήθεια, υποστήριξη και επίβλεψη από άλλο (συγγενικό ή μη) πρόσωπο. Αυτοί οι αριθμοί τεκμηριώνουν το ότι η επίπτωση του ΑΕΕ στην Ελλάδα είναι ακόμα μικρότερη απ ό,τι είναι στις αναπτυγμένες χώρες της δυτικής Ευρώπης και της βόρειας Αμερικής, η πρόγνωση του ΑΕΕ όμως είναι πιο βαριά.

Κλινική εικόνα

Για τη κλινική διάγνωση ενός ΑΕΕ, βασική σημασία έχει το αν η εγκεφαλική βλάβη παρουσιάζει σημειολογία που αντιστοιχεί σε περιοχή άρδευσης συγκεκριμένης



αρτηρίας. Η κλινική εικόνα μας πληροφορεί για το αν η βλάβη εντοπίζεται στη πρόσθια (περιοχές κατανομής των έσω καρωτιδίων αρτηριών) ή στην οπίσθια κυκλοφορία (σπονδυλοβασικό σύστημα).

Οι κυριότερες κλινικές εκδηλώσεις σε ισχαιμία στη περιοχή άρδευσης του καρωτιδικού συστήματος είναι:

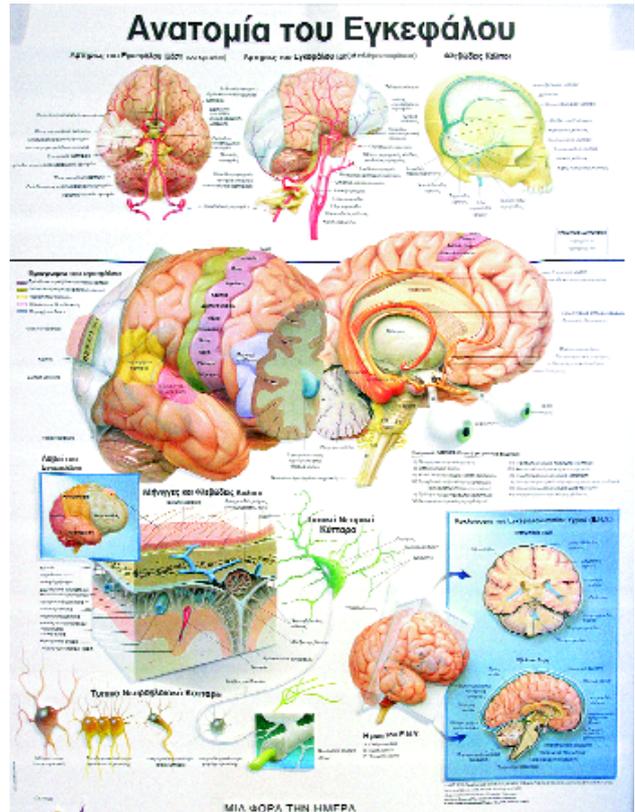
- Θάμβος ή αμαύρωση ενός οφθαλμού
- Αδυναμία υπαισθησία ημίσεος προσώπου ή / και ημίσεος σώματος
- Αφασικές διαταραχές.

Σε περίπτωση προσβολής του σπονδυλοβασικού συστήματος παρατηρούνται

- Διαταραχές οπτικών πεδίων (ομώνυμη ημιανοψία)
- Διπλωπία
- Δυσκαταποσία
- Δυσαρθρία
- Διαταραχές της ισορροπίας (αταξία)
- Διαταραχές του επιπέδου συνείδησης

Διαφορική διάγνωση - Επείγουσες διαγνωστικές εξετάσεις

Η κλινική εικόνα ενός ΑΕΕ δεν διαφέρει ανάλογα με την αιτία του: αιμορραγικά και ισχαιμικά ΑΕΕ εμφανίζονται με παρόμοια συμπτωματολογία. Δεν υπάρχει κλινική εξέταση που μπορεί να ξεχωρίσει με σαφήνεια και ασφάλεια ένα αιμορραγικό από ένα ισχαιμικό ΑΕΕ, έτσι ώστε να μπορεί να αποτελέσει τη βάση μιας ειδικής θεραπείας. Πρέπει να γίνει μια αξονική τομογραφία εγκεφάλου, για να τεκμηριωθεί η μορφή του ΑΕΕ (ισχαιμικό ή αιμορραγικό), γιατί η σαφής διάγνωση του



ΑΕΕ είναι η απαραίτητη προϋπόθεση της αποτελεσματικής αντιμετώπισης του.

Επείγουσα θεραπεία

Οι κύριοι στόχοι της θεραπείας του ισχαιμικού ΑΕΕ είναι η μείωση του όγκου του εγκεφαλικού παρεγχύματος που θα έχει υποστεί μη αναστρέψιμη βλάβη, η πρόληψη επιπλοκών, η αποκατάσταση των λειτουργικών διαταραχών και η πρόληψη υποτροπής του ΑΕΕ. Για την επίτευξη των στόχων αυτών είναι απαραίτητες:

- Η άμεση διεξαγωγή διαγνωστικών εξετάσεων που τεκμηριώνουν τη κλινική διάγνωση και οδηγούν στις κατάλληλες θεραπευτικές παρεμβάσεις
- Η θεραπεία καταστάσεων που ως γνωστό επηρεάζουν αρνητικά τη μακροπρόθεσμη πρόγνωση (αρτηριακή υπέρταση, επίπεδα ορού γλυκόζης, πυρετός, υποξυγοναιμία κτλ.)
- Ειδικές θεραπευτικές επεμβάσεις που έχουν ως σκοπό την αποκατάσταση της αρτηριακής απόφραξης (λ.χ. θρομβόλυση) ή μελλοντικά τη πρόληψη της μη αναστρέψιμης νευρωνικής βλάβης («νευροπροστασία»)
- Η πρόληψη και η θεραπεία επιπλοκών («νευρολογικών» επιπλοκών όπως η αιμορραγική μετατροπή του ισχαιμικού ΑΕΕ, το χωροκατακτητικό οίδημα και οι επιληπτικές κρίσεις, αλλά και «παθολογικών» επιπλοκών όπως εισρόφηση, λοίμωξη, κατακλίσεις, εν τω βάθει θρόμβωση και πνευμονική εμβολή)
- Η πρώιμη έναρξη της πρόληψης υποτροπής του ΑΕΕ και
- Η πρώιμη έναρξη της αποκατάστασης.

Από αυτά τα βήματα, μόνο η θρομβόλυση αποτελεί



Αριστερά ο διευθυντής της Νευρολογικής Κλινικής Γεώργιος Γεωργιάδης μαζί με την ομάδα των γιατρών της κλινικής επισκεπτόμενοι θάλαμο ασθενών.

θεραπεία της αιτίας του ισχαιμικού ΑΕΕ, ενώ οι άλλες επεμβάσεις μπορούν να συμπεριληφθούν σαν μέτρα αντιμετώπισης επιπλοκών και σαν πρώιμη αποκατάσταση.

Ενδοφλέβια θρομβόλυση

Η σημερινές ενδείξεις για τη χορήγηση θρομβολυτικής θεραπείας σε ασθενείς με οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ βασίζονται στα αποτελέσματα έξι μεγάλων τυχαιοποιημένων μελετών που εξέτασαν την ασφάλεια και αποτελεσματικότητα της ενδοφλέβιας χορήγηση του rt-PA (Actilyse) σε ασθενείς με οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ εντός έξι ωρών μετά την έναρξη των συμπτωμάτων. Συνοπτικά, τα αποτελέσματα αυτά τεκμηριώνουν ότι η ενδοφλέβια χορήγηση του rt-PA μέσα στις πρώτες τρεις ώρες μετά από την έναρξη των συμπτωμάτων του ισχαιμικού ΑΕΕ βελτιώνει σημαντικά τη πρόγνωση του ΑΕΕ, παρ' ότι αυξάνεται ταυτόχρονα το ρίσκο αιμορραγικών επιπλοκών κατά 6%. Οι πιθανότητες επιπλοκών εξαρτώνται από τη βαρύτητα του ΑΕΕ. Η αυστηρή τήρηση των ενδείξεων και αντενδείξεων της θρομβόλυσης είναι επιβεβλημένη, εφόσον οι παραβάσεις του πρωτοκόλλου αυξάνουν δραματικά την επίπτωση επιπλοκών. Σύμφωνα με τις ισχύουσες οδηγίες, η θρομβολυτική θεραπεία πρέπει να χορηγείται μόνο από ιατρούς εξειδικευμένους στη θεραπεία του ΑΕΕ, και μόνο εντός τριώρου από την έναρξη συμπτωμάτων. Πριν την έναρξη της θρομβόλυσης, συνιστάται η εισαγωγή του ασθενή σε μονάδα αυξημένης φροντίδας (stroke unit). Η θρομβόλυση έχει σαφή αντένδειξη, όταν η χρονική στιγμή της έναρξης των συμπτωμάτων δεν μπορεί να προσδιοριστεί σαφώς, και όταν η κλινική εικόνα είναι βαριά, ή όταν παρατηρούνται εκτεταμένα πρώιμα σημεία ισχαιμίας στην HAT εγκεφάλου.

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, η EMEA (Υπηρεσία φαρμακοεπαγρύπνησης της Ε.Ε.) έχει χορηγήσει από το

2001 την ίδια έγκριση, απαιτεί όμως την καταγραφή των περιστατικών σε μια διεθνή τράπεζα πληροφοριών (SITS-MOST, Safe Implementation of Thrombolysis for Stroke, Monitoring Study, www.acutestroke.org).

Ακολουθώντας την EMEA, και ο ΕΟΦ έδωσε για το rt-PA την ένδειξη «θεραπεία του οξέος ισχαιμικού ΑΕΕ εντός τριώρου». Έτσι, η θρομβολυτική θεραπεία έχει ξεπεράσει και στην Ελλάδα το στάδιο μελετών, και η χορήγηση του rt-PA αποτελεί μια ενδεδειγμένη θεραπεία του ισχαιμικού ΑΕΕ.

Συμπέρασμα

Σήμερα, η ενδοφλέβια θρομβόλυση με rt-PA είναι η μοναδική θεραπεία που μπορεί να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά την θρόμβωση μιας εγκεφαλικής αρτηρίας, που αποτελεί τη κύρια αιτία του ισχαιμικού ΑΕΕ. Εφόσον το «θεραπευτικό παράθυρο» των τριών ωρών είναι μικρό, αυτή η θεραπεία παραμένει εφικτή μόνο για μια μειονότητα των ασθενών. Για να αυξηθεί ο αριθμός των ασθενών με ισχαιμικό ΑΕΕ που μπορούν να επωφεληθούν από μια τέτοια άμεση και αποτελεσματική θεραπεία, πρέπει να αλλάξει και η γενική αντίληψη του προβλήματος των ΑΕΕ: Η επιτυχής αντιμετώπιση του ΑΕΕ αρχίζει με την αναγνώριση του ΑΕΕ ως επείγον περιστατικό από το κοινό, αλλά και από το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό του ΕΚΑΒ και των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) των νοσοκομείων. Δυστυχώς όμως, το ΑΕΕ συχνά δε τυχαίνει της πρότερης προσοχής εκ μέρους των ασθενών, των συγγενών τους, αλλά και του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού. Όμως, οι ασθενείς με οξύ ΑΕΕ είναι επείγοντα περιστατικά, που απαιτούν άμεση αναγνώριση και άμεση διαγνωστική προσέγγιση. Η μείωση του χρόνου από την άφιξη του ασθενή με ΑΕΕ στο νοσοκομείο μέχρι την έναρξη μιας ορθολογικής θεραπείας με βάση τη σαφή διάγνωση, και η δημιουργία ειδικών μονάδων αυξημένης φροντίδας («stroke units») είναι καθοριστικοί παράγοντες για την πρόγνωση του ασθενή. Η ενασχόληση με ασθενείς με ΑΕΕ απαιτεί ενθουσιασμό από όλες τις πλευρές: από τους κλινικούς ιατρούς, τους ακτινολόγους, τους νοσηλευτές, αλλά και τα διοικητικά στελέχη των νοσοκομείων και τους εκπρόσωπους της δημόσιας υγείας. Το ΑΕΕ αφορά όλους μας, γιατί συνιστά μια κοινή απειλή για μεγάλο τμήμα του πληθυσμού.

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ

Η ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ VON WILLEBRAND



Γράφει η Δρ. Γεωργία Παπαϊωάννου
Αιματολόγος
Επιμ. Α' Αιματολογικού τμήματος
Γ.Π.Ν «Παπαγεωργίου»

Αυτή η νόσος είναι στην κορυφή κάθε λίστας διαφορικής διάγνωσης για επιφανειακές αιμορραγίες και μηνορραγίες. Παρ' ότι πρόκειται για κληρονομική νόσο, το οικογενειακό ιστορικό δεν είναι πάντα θετικό, αφού η διεισδυτικότητα του πιο κοινού τύπου της νόσου (τύπος I) είναι απρόβλεπτη. Η ποικιλία των εκδηλώσεων της νόσου είναι μεγάλη μεταξύ των γυναικών κατά την αναπαραγωγική ηλικία, επειδή τα επίπεδα του παράγοντα (vWF) κυμαίνονται ανάλογα με τα επίπεδα των οιστρογόνων κατά τον έμμηνορροϊκό κύκλο. Η επίπτωση της νόσου στις ΗΠΑ είναι 1/1000 ανθρώπους και υπολογίζονται σε 200000 οι πάσχοντες από την νόσο. Στην χώρα μας η επίπτωση δεν είναι γνωστή.

Υπάρχουν 6 διαφορετικοί τύποι της νόσου: Τύπος I (70%), τύπος 2A(10%), τύπος 2B(5%), τύπος 2M(πολύ σπάνιος), τύπος 2N(σπάνιος) τύπος 3(5%). Ο vWF, είναι η πιο σημαντική αιμοστατική πρωτεΐνη. Συντίθεται μόνο στο ενδοθήλιο των αγγείων και στα μεγακαρυοκύτταρα. Το μόριο του παράγοντα έχει υποδοχείς (μπορεί να συνδεθεί) με το κολλαγόνο, την ηπαρίνη, τον παράγοντα VIII και τις αιμοπεταλιακές γλυκοπρωτεΐνες Ib, IIb-IIIa. Κυκλοφορεί σαν πολυμερές, αποτελούμενο από 100 ατομικά μόρια του παράγοντα, δημιουργώντας έτσι μια τεράστια πρωτεΐνη. Με τους υποδοχείς αυτούς παίρνει μέρος στην πρώτη φάση της αιμόστασης -συσσώρευση και συγκόλληση των αιμοπεταλίων- όπως περιγράφεται στο γενικό μέρος του κειμένου.

Οι κλινικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν: επιστάξεις, μηνορραγία τις πρώτες ημέρες της περιόδου, αιμορραγίες μετά από εξαγωγή οδόντων και εύκολες εκχυμώσεις. Σε μικρό ποσοστό και ανάλογα με τον τύπο της νόσου, μπορούν να παρουσιαστούν αιμορραγίες μετά από χειρουργικές επεμβάσεις και μεγάλους τραυματισμούς. Επίσης μπορούν να παρουσιαστούν αίμαθρα σε ποσοστό 10%. Η διάγνωση της νόσου είναι δύσκολη και χρειάζεται εξειδικευμένο κέντρο με ανάλογη εργαστηριακή υποδομή.

Η θεραπεία περιλαμβάνει φάρμακα του τύπου της δεσμοπρεσίνης, Humate-P (προϊόν που περιέχει το σύμπλεγμα vWF/VIII), αντινωδολυτικούς παράγοντες

και ανασυνδιασμένο παράγοντα VII, σε συνδυασμούς πάντοτε κατά την κρίση του θεράποντος ιατρού.

ΑΙΜΟΡΡΟΦΙΛΙΑ ΚΑΙ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΕΣ ΑΛΛΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΗΞΗΣ

Οι περισσότερες συγγενείς ανεπάρκειες των παραγόντων πήξης προκαλούν αιμορραγικές εκδηλώσεις στις αρθρώσεις, στους μύες και στις βλεννογόνους. Τα νεογνήνητα που έχουν μια μη διαγνωσμένη σοβαρή έλλειψη κάποιου παράγοντα μπορούν να παρουσιάσουν σοβαρές εκχυμώσεις στο κεφάλι κατά την διάρκεια του τοκετού, σπανιότερα δε ενδοεγκεφαλικές αιμορραγίες. Η διάγνωση στηρίζεται κυρίως στην παράταση του χρόνου μερικής θρομβοπλαστικής ή του χρόνου προθρομβίνης, ανάλογα με την υποκείμενη έλλειψη, παράλληλα με άλλες πιο εξειδικευμένες εργαστηριακές δοκιμασίες. Οι ελλείψεις των παραγόντων VIII και IX χαρακτηρίζουν τις αιμορροφιλίες A και B. Η κλινική εμπειρία καθόρισε ως σοβαρή αιμορροφιλία την δραστητικότητα των παραγόντων VIII ή IX σε λιγότερο από 1%, ως ενδιάμεση αιμορροφιλία την δραστητικότητα 2%-5% και ήπια αιμορροφιλία την δραστητικότητα 6%-40%. Όμοια κατάταξη ισχύει και για τις ελλείψεις των άλλων παραγόντων.

Οι ασθενείς που πάσχουν από σοβαρή αιμορροφιλία παρουσιάζουν εκτεταμένες αυτόματες αιμορραγίες, συμπεριλαμβανομένων των ενδοαρθρικών αιμορραγιών που οδηγούν σε παραμορφωτική αρθρίτιδα και αναπηρία των ασθενών. Η ενδιάμεση αιμορροφιλία παρουσιάζει αυτόματες αιμορραγίες, ευκαιρικά αίμαθρα και σοβαρές τραυματικές ή χειρουργικές αιμορραγίες. Οι ήπιοι αιμορροφιλικοί με επίπεδα του παράγοντα 6%-20%, έχουν ήπιες αυτόματες αιμορραγίες, αλλά θα παρουσιάσουν εξαιρετικές αιμορραγίες μετά από πρόκληση. Οι ήπιοι αιμορροφιλικοί με επίπεδα παράγοντα πάνω από 20%, παρουσιάζουν αιμορραγίες μόνο μετά από μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις ή τραυματισμούς

Οι μεγαλύτερες προκλήσεις για τον ιατρό απέναντι σε έναν ασθενή με διαγνωσμένη αιμορροφιλία είναι: α) η καλύτερη αγωγή ώστε να βελτιώσουμε την ποιό-

τητα ζωής του ασθενούς και β) γενετικές αναλύσεις και συμβουλές. Ιδιαίτερα θα πρέπει να προβληματίσει τους υπεύθυνους (γονείς και γιατρούς) ενός αιμορροφιλικού νεογέννητου, η προσδοκία αυτού του παιδιού να ζήσει μια φυσιολογική ζωή. Αυτή η προσδοκία όμως είναι σαφώς συνδεδεμένη με την ικανότητα των θεραπόντων ιατρών του και με το σύστημα υγείας της χώρας στην οποία γεννήθηκε.

Αιμορροφιλία Α: Είναι φυλοσύνδετο νόσημα, και σχετίζεται με την μετάλλαξη του γονιδίου του παράγοντα VIII που βρίσκεται στο χρωμόσωμα X. Περίπου ένα στα 5000 αγόρια γεννιέται με αιμορροφιλία Α. Στις οικογένειες με αιμορροφιλικά παιδιά, επιβάλλεται ο προγενετικός έλεγχος όλων των γυναικών της οικογένειας ώστε να ταυτοποιηθούν οι ασυμπτωματικοί φορείς.

Η αγωγή των σοβαρά πασχόντων αιμορροφιλικών ασθενών, περιλαμβάνει την χορήγηση διαλυμάτων που περιέχουν τον παράγοντα VIII. Τα σκευάσματα αυτά προέρχονται είτε από υγιείς δότες μετά από κατάλληλη επεξεργασία, είτε από την σύγχρονη βιοτεχνολογία με την δημιουργία των ανασυνδιασμένων παραγόντων. Υπάρχουν διάφορα θεραπευτικά πρωτόκολλα που αφορούν την ποσότητα των χορηγούμενων παραγόντων ανά ασθενή και την αντίστοιχη νοσηρή κατάσταση (αυτόματο αιμάτωμα, χειρουργική επέμβαση κλπ). Τα τελευταία χρόνια οι θεραπευτικές τάσεις είναι να χορηγείται προφυλακτική αγωγή στα παιδιά, ώστε να μην αναπτύξουν κάποια μορφή αναπηρίας. Αυτό όμως δεν είναι δυνατόν για όλα τα κράτη του κόσμου, λόγω του τεράστιου κόστους και της περιορισμένης ικανότητας των συστημάτων υγείας. Στην χώρα μας, το συγκεκριμένο πρωτόκολλο δεν έχει εφαρμοστεί πλήρως, για τους λόγους που προανέφερα.

Αιμορροφιλία Β: Πρόκειται επίσης για φυλοσύνδετο νόσημα, και σχετίζεται με την μετάλλαξη του γονιδίου του παράγοντα IX στο χρωμόσωμα X. Γεννιέται περίπου 1 στα 30000 αγόρια. Σε αντίθεση με την αιμορροφιλία Α, που η γενετική μετάλλαξη μπορεί να είναι ίδια σε πάνω από 50 γενεές, το ένα τρίτο των περιπτώσεων αιμορροφιλίας Β, είναι νέες, (de novo) μη συγγενείς μεταλλάξεις.

Η θεραπευτική προσέγγιση είναι η ίδια με αυτή της αιμορροφιλίας Α, μόνο που εδώ χορηγούμε σκευάσματα με τον παράγοντα IX.

Έλλειψη του παράγοντα XI: Πρόκειται για σπάνια μετάλλαξη και αφορά κατά το 50% την Εβραϊκή φυλή. Οι ασθενείς αυτοί έχουν σπανίως αυτόματες αιμορραγικές εκδηλώσεις, αλλά μπορούν να αιμορραγήσουν μετά από μια χειρουργική επέμβαση σε ιστούς που έχουν αυξημένη τοπική ινωδολυτική δραστηριότητα, όπως μύτη, στοματική κοιλότητα, αμυγδαλές και ουρογεννητικό σύστημα. Δεν αποκλείονται όμως και οι επεμβάσεις στα άλλα συστήματα να είναι επίσης εξαιρετικά αιμορραγικές. Η θεραπεία, θεωρητικά, είναι η χορήγηση

του παράγοντα XI. Συνήθως χορηγούμε φρέσκο κατεψυγμένο πλάσμα (FFP), αφού μέχρι σήμερα η χορήγηση κεκαθαμένου παράγοντα XI στις ΗΠΑ, συνοδεύτηκε από θρομβωτικές εκδηλώσεις και δεν δόθηκε έγκριση από το FDA για την χορήγηση του προϊόντος.

Ανεπάρκειες άλλων παραγόντων πήξης. Οι ανεπάρκειες των παραγόντων X, VII, V, II και ινωδογόνου προκαλούν αιμορραγικές εκδηλώσεις και παρατάσεις του PT ή του aPTT. Η έλλειψη του παράγοντα XII, της προκαλλικρίνης και του υψηλού μοριακού βάρους κινινογόνου, προκαλούν εντυπωσιακές παρατάσεις του aPTT, χωρίς όμως επιπτώσεις στην αιμόσταση του ασθενούς. Αντιθέτως η ανεπάρκεια του παράγοντα XIII, προκαλεί σοβαρές αιμορραγίες χωρίς όμως να επηρεάζει καμιά εργαστηριακή δοκιμασία. Οι συγγενείς αυτές ανεπάρκειες είναι πολύ σπάνιες αλλά συνδυασμένες ανεπάρκειες αυτών των παραγόντων μπορούμε να έχουμε σε ασθενείς με ηπατική νόσο ή έλλειψη της βιταμίνης Κ. Ανεπάρκεια του παράγοντα X παρατηρείται στην αμυλοείδωση, γιατί προσροφάται ο παράγοντας από το αμυλοειδές. Σπανίως σε αυτοάνοσα και κακοήθη νοσήματα, μπορεί να παρατηρηθεί η ανάπτυξη αυτοαντισωμάτων (ανασταλτές) σε κάποιον από τους παράγοντες πήξης. Η θεραπεία είναι δύσκολη και εξειδικευμένη.

Το μέλλον στην Αιμορροφιλία Α και Β. Η γονιδιακή θεραπεία (gene therapy), θα μπορούσε να μετατρέψει την σοβαρή αιμορροφιλία σε ήπια, προσφέροντας μία καλύτερη ποιότητα ζωής στους αιμορροφιλικούς ασθενείς. Την στιγμή που γράφονται αυτές οι γραμμές, πραγματοποιούνται διάφορες μελέτες φάσεως I και II για αμφοτέρως τις αιμορροφιλίες. Την επόμενη δεκαετία θα μπορούμε με ασφάλεια να επιλέξουμε για τον ασθενή μας μια καλύτερη θεραπεία συνεκτιμώντας το τελικό κόστος και το αποτέλεσμα.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Soucie JM, Nuss R, Evatt B, et al. Mortality among males living with hemophilia: relations with source of medical care. The Hemophilia Surveillance System Project. Blood 2000;96:422-437.
2. Ljung RCR. Prophylactic infusion regimens in the management of hemophilia. Thromb Haemost 1999;82:525-530.
3. Asakai R, Chung Dw, Davie EW, Seligsohn U. Factor XI deficiency in Ashkenazi Jews in Israel. N Engl J Med 1991;325:153-158.
4. Lusher JM. Gene therapy for hemophilia A and B: patient selection and follow up, requirement for a cure. Thromb Haemost 1999;82:572-575.
5. Sadler JE, Mannucci PM, Berntop E, et al. Impact, diagnosis, and treatment of von Willebrand disease. Thromb Haemost 2000;84:160-174.
6. Glaspy JA. Hemostatic abnormalities in multiple myeloma and related disorders. In: Bick RL, ed. Hematology-Oncology Clinics of North America: Perplexing thrombotic and hemorrhagic disorders. Philadelphia: Saunders, 1992:1301-1314.

ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ



Γράφει η **Γεωργία Κυριακέλη**
Αντικαθιστώσα Προϊσταμένη
Β' Παθολογικής Κλινικής ΓΝΠ

Η αρτηριακή υπέρταση είναι μια νόσος η οποία προσβάλλει το 20% του πληθυσμού των αναπτυγμένων χωρών. Ως αρτηριακή υπέρταση χαρακτηρίζεται η αύξηση της αρτηριακής πίεσης περισσότερο από 140/90mmHg, με την προϋπόθεση ότι διαπιστώνεται σε 3 διαφορετικές μετρήσεις σε διάστημα 5-7 ημερών η μία από την άλλη.

Γενετικοί και επίκτητοι παράγοντες όπως η ηλικία, η παχυσαρκία, οι διαιτητικές συνήθειες και γενικότερα ο τρόπος ζωής, συμμετέχουν ενεργά στην παθογένεια και τη ρύθμιση της αρτηριακής υπέρτασης. Η υπέρταση αποτελεί κύριο παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη καρδιαγγειακής νόσου και εγκεφαλικών επεισοδίων, που συνολικά ευθύνονται για το 41% των θανάτων παγκοσμίως.

Από τις μεγαλύτερες προκλήσεις των δημόσιων υπηρεσιών υγείας αποτελεί ο έλεγχος της υπέρτασης, καθώς ισχύει ο κανόνας του μισού : οι μισοί υπερτασικοί γνωρίζουν ότι πάσχουν από υπέρταση, οι μισοί εξ αυτών λαμβάνουν αγωγή, και οι μισοί από αυτούς ρυθμίζουν ικανοποιητικά την αρτηριακή πίεση, σύμφωνα με το θεραπευτικό στόχο.



Καραγιάννη Δέσποινα, Ιατρός - Επιμελήτρια Α' Β' Παθολογικής Κλινικής Γ. Ν. Παπαγεωργίου

Σιώμος Κύρος, Ιατρός - Ειδικευόμενος Παθολογίας Β' Παθολογικής Κλινικής Γ. Ν. Παπαγεωργίου

Κοινοβιάρχου Παναγιώτα, Προϊσταμένη Β' Παθολογικής Κλινικής Γ. Ν. Παπαγεωργίου

Κυριακέλη Γεωργία, Αντικαθιστώσα Προϊσταμένη Β' Παθολογικής Κλινικής Γ. Ν. Παπαγεωργίου

Μαλακούδη Ειρήνη, Νοσηλεύτρια ΤΕ Β' Παθολογικής Κλινικής Γ. Ν. Παπαγεωργίου

Σωτηριάδου Χρυσάνθη, Νοσηλεύτρια ΤΕ Β' Παθολογικής Κλινικής Γ. Ν. Παπαγεωργίου

Πολλοί άνθρωποι έχουν τη λανθασμένη αντίληψη ότι προστατεύουν τους εαυτούς τους από τον καρδιαγγειακό κίνδυνο, αν λαμβάνουν αντιυπερτασική θεραπεία, άσχετα από το αν επιτυγχάνεται μείωση της αρτηριακής τους πίεσης. Ένα από τα ενοχλητικότερα ζητήματα που σχετίζονται με τον έλεγχο της υπέρτασης, είναι ο πολύ μεγάλος αριθμός ασθενών στους οποίους χορηγείται αρχικά αντιυπερτασική θεραπεία, αλλά οι οποίοι τη διακόπτουν ακόμη και μετά από βραχεία χρονική περίοδο.

Στην κατεύθυνση του ελέγχου και της αποτελεσματικής ρύθμισης της υπέρτασης, από το Δεκέμβριο του 1999, στα πλαίσια της λειτουργίας των Εξωτερικών Ιατρείων του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου λειτουργεί ειδικό ιατρείο υπέρτασης της Β' Παθολογικής Κλινικής, κάθε Παρασκευή. Εβδομαδιαίως, μετά από προγραμματισμένο ραντεβού, 20 ασθενείς επισκέπτονται τον ειδικό παθολόγο υπερτασιολόγο. Από την επίσημη καταγραφή των συγκεντρωθέντων στοιχείων προκύπτει ότι περίπου 800 υπερτασικοί ασθενείς επισκέπτονται το αντίστοιχο ιατρείο, κάθε χρόνο.



ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΕΡΕΥΝΑΣ

Δεδομένου του υψηλού ποσοστού υπερτασικών ασθενών στον πληθυσμό και της παγκόσμιας διαπίστωσης του ανεπαρκούς ελέγχου της υπέρτασης, συστάθηκε η παρούσα ιατρονοσηλευτική ομάδα εργασίας της Β' Παθολογικής Κλινικής, προκειμένου να διεξαγάγει έρευνα σε δείγμα υπερτασικών ασθενών. Σκοπός της έρευνας ήταν αφενός να καταγράψει το βαθμό ενημέρωσης, εκπαίδευσης και συμμόρφωσης στις θεραπευτικές οδηγίες των ασθενών, το ποσοστό ικανοποιητικού ελέγχου της υπέρτασης, αναδεικνύοντας παράλληλα τις διαφορετικές συμπεριφορές των δύο φύλων. Αφετέρου, να υπογραμμίσει τη σημαντικότητα του ρόλου του νοσηλευτή ως συμβούλου αυτών των ασθενών, και την αναγκαιότητα δημιουργίας ανάλογων λειτουργικών δομών στο χώρο των νοσηλευτικών ιδρυμάτων.

ΥΛΙΚΟ ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η εν λόγω έρευνα έλαβε χώρα το χρονικό διάστημα Απρίλιος - Μάιος 2005, σε 90 ασθενείς που επισκέφθηκαν το υπερτασιολογικό ιατρείο της Β' Παθολογικής Κλινικής του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου.

Αναφορικά με τη μεθοδολογία της έρευνας, σε πρώτο στάδιο, νοσηλευτές της Β' Παθολογικής Κλινικής διένευαν στους ασθενείς ερωτηματολόγιο 18 συνολικά

ενοτήτων. Παράλληλα με την επώνυμη συμπλήρωση του εντύπου, παραδίδονταν στους ασθενείς δισέλιδο ενημερωτικό φυλλάδιο με αναλυτικές οδηγίες, αναφορικά με τη σωστή τεχνική μέτρησης της αρτηριακής πίεσης με ταυτόχρονη επίδειξη και εκπαίδευση λήψης της. Το φυλλάδιο περιείχε επίσης συμβουλές για τη μείωση και τον έλεγχο του σωματικού βάρους, με προτεινόμενη σύνθεση διαιτολογίου, συστάσεις για εφαρμογή ανάλατης δίαιτας, αποφυγή κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών και ροφημάτων που περιέχουν καφεΐνη, διακοπή του καπνίσματος, αύξηση της σωματικής δραστηριότητας, υπενθύμιση για αδιάλειπτη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, χωρίς αυθαίρετες τροποποιήσεις ή διακοπή της, παραίνεση για τακτικό επανέλεγχο και επικοινωνία με τον υπερτασιολόγο που τους παρακολουθεί, όπως και αυστηρή τήρηση των οδηγιών που τους παραδόθηκαν.

Στο δεύτερο στάδιο διεξαγωγής της έρευνας, το νοσηλευτικό προσωπικό επικοινωνήσε εκ νέου με τους ασθενείς τηλεφωνικά, προκειμένου να διερευνήσει την ενδεχόμενη προσφορά του ενημερωτικού φυλλαδίου στην καλύτερη ρύθμιση και το σωστό έλεγχο της αρτηριακής πίεσής τους, το βαθμό συμμόρφωσης των ασθενών στις οδηγίες, την παροχή διευκρινιστικών κατευθυντήριων συμβουλών και την αποσαφήνιση τυχόν αποριών τους.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από την στατιστική επεξεργασία των απαντήσεων στις αντίστοιχες ενότητες του ερωτηματολογίου προέκυψαν ενδιαφέροντα αποτελέσματα, ορισμένα από τα οποία αναπαριστούνται γραφικά στη συνέχεια:

1. Φύλο υπερτασικών ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα.

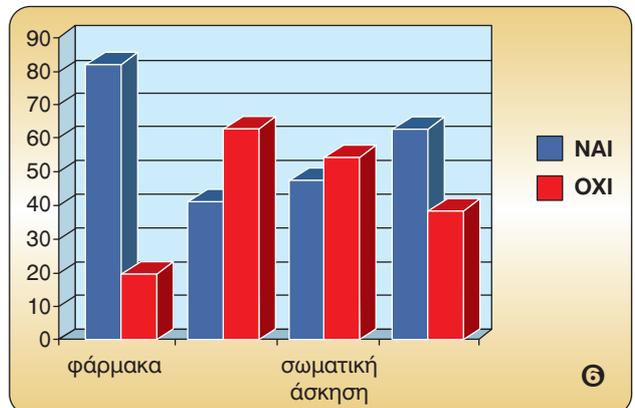
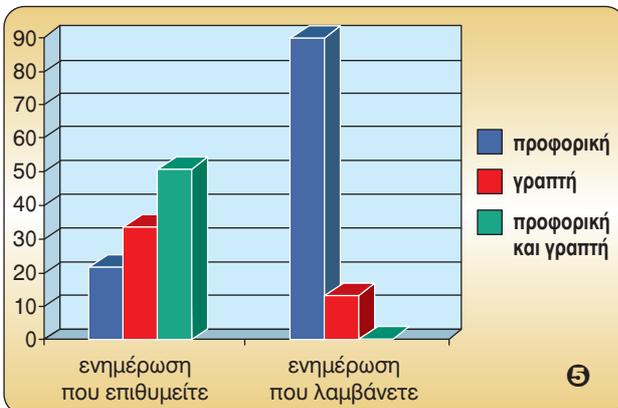
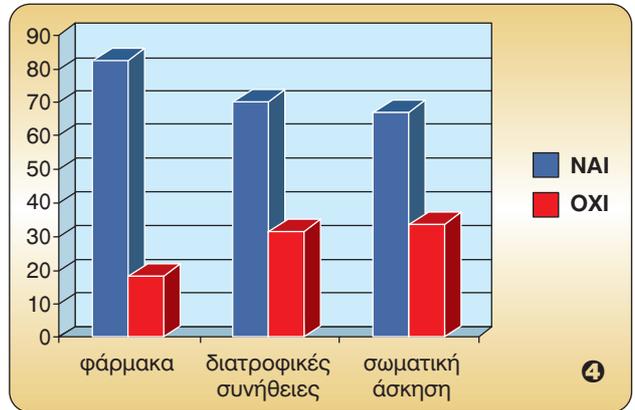
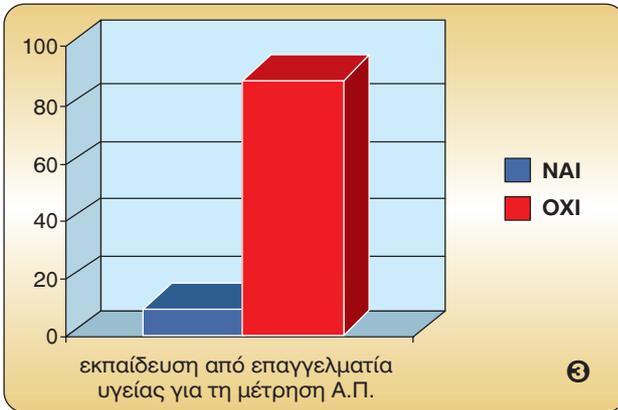
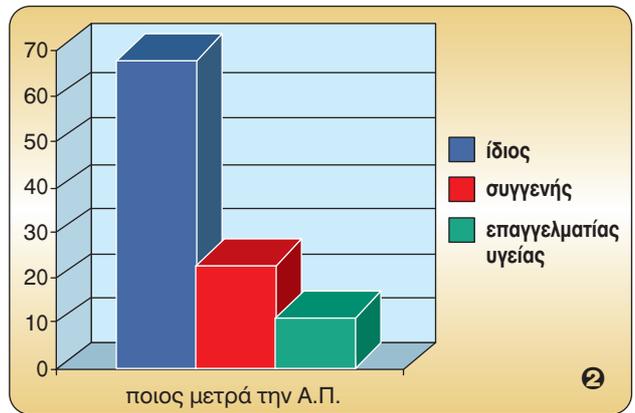
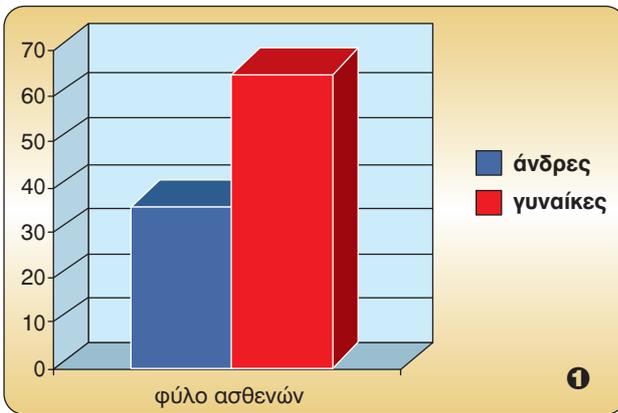
Σε ότι αφορά τη σύνθεση του πληθυσμού που συμμετείχε στην έρευνα, φαίνεται πως το ποσοστό των γυναικών είναι και στατιστικά σημαντικά υψηλότερο από το αντίστοιχο των ανδρών : 64,4% έναντι 35,5%.

2. Ποιος μετρά την Α.Π. ;

Στην ενότητα που αφορούσε το άτομο το οποίο μετρά την αρτηριακή πίεση των ασθενών εκτός νοσοκομείου, παρουσιάζεται υπεροχή της αυτομέτρησης τόσο στο σύνολο του πληθυσμού, με ποσοστό 66,6%, όσο και στις γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες.

3. Έχετε εκπαιδευτεί από επαγγελματία υγείας στη μέτρηση της Α.Π. ;

Το συντριπτικό ποσοστό 91,1% των ερωτηθέντων απάντησε ότι δεν έχει ποτέ εκπαιδευτεί από επαγγελματία υγείας στην τεχνική μέτρησης της αρτηριακής πίεσης.



4. Επιθυμείτε εκτενέστερη ενημέρωση αναφορικά με τη φαρμακευτική αγωγή, τη μεταβολή των διατροφικών συνηθειών και τη σωματική άσκηση;

Η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών σε κάθε περίπτωση απάντησαν ότι χρειάζονται περισσότερη ενημέρωση, με τις γυναίκες να απαντούν σε στατιστικώς σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ότι χρειάζεται να ενημερωθούν εκτενέστερα για τη φαρμακευτική αγωγή και τη σωματική άσκηση.

5. Τι είδους ενημέρωση επιθυμείτε και τι ενημέρωση λαμβάνετε;

Σε ποσοστό 48,8% οι ερωτηθέντες δήλωσαν ότι προτιμούν η ενημέρωση που λαμβάνουν για τη νόσο τους να είναι προφορική και γραπτή, 33,3% επιθυμούν γραπτή ενημέρωση, ενώ μόνο 17,7% επιλέγουν την προφορική ενημέρωση. Το συντριπτικά υψηλότερο ποσοστό των ερωτηθέντων (88,8%) δήλωσε ότι έχουν ενημερωθεί για τη νόσο τους προφορικά από το ιατρικό προσωπικό.

6. Συμμορφώνεστε στις οδηγίες για τη φαρμακευτική αγωγή, την υιοθέτηση ανάλατης δίαιτας, την αύξηση της σωματικής δραστηριότητας και τον έλεγχο του σωματικού σας βάρους;

Σε ότι αφορά τη συστηματική λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, το 83,3% απάντησε θετικά, με τις γυναίκες να λαμβάνουν την αγωγή τους συστηματικά σε μεγαλύτερο ποσοστό συγκριτικά με τους υπερτασικούς άνδρες. Στην ερώτηση αν εφαρμόζουν ανάλατη δίαιτα, ποσοστό 61,1% των ασθενών απάντησαν αρνητικά, 53,3% των ασθενών απάντησαν ότι δεν έχουν αυξήσει τη σωματική τους δραστηριότητα παρά τις ιατρικές συστάσεις, ενώ σε ότι αφορά τον ικανοποιητικό έλεγχο του σωματικού βάρους, το 62,2% των ερωτηθέντων απάντησε θετικά.

Από την στατιστική ανάλυση των απαντήσεων στην τηλεφωνική συνέντευξη σχετικά με τη διερεύνηση της ανταπόκρισης των ασθενών στις οδηγίες του ενημερωτικού φυλλαδίου προέκυψαν τα ακόλουθα αποτελέσματα:

64,2% του πληθυσμού απάντησαν ότι διάβασαν τις οδηγίες που τους διανεμήθηκαν, ενώ 35,8% δεν το είχαν πράξει. Ποσοστό 66,6% επί των συνεντευξιζόμενων απάντησαν ότι το ενημερωτικό φυλλάδιο τους βοήθησε στην αντιμετώπιση της νόσου τους, 13,3% ζήτησαν περαιτέρω διευκρινίσεις, ενώ 86,6% θεώρησαν ότι πρόκειται για σαφείς και πλήρως κατανοητές οδηγίες.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η κριτική ανάγνωση των αποτελεσμάτων της συγκεκριμένης έρευνας καταδεικνύει ορισμένα σημαντικά στοιχεία, που χρήζουν περαιτέρω συζήτησης και αξιολόγησης. Φαίνεται λοιπόν ότι οι γυναίκες προσέρχονται σε σαφώς μεγαλύτερη κλίμακα στον ειδικό γιατρό για την πάθησή τους, δείχνοντας μεγαλύτερο ενδιαφέρον για την κατάσταση της υγείας τους, συγκριτικά με τους άνδρες. Επίσης οι γυναίκες είναι περισσότερο αυτονομημένες, φροντίζοντας να μετρούν οι ίδιες την αρτηριακή τους πίεση σε καθημερινή βάση, επιθυμούν εκτενέστερη ενημέρωση σχετικά με τη φαρμακευτική αγωγή και τη σωματική άσκηση και λαμβάνουν την αγωγή τους συστηματικά, σε σχέση με τους άνδρες. Εκτός από αυτή τη "φυλοσύνδετη" διαφοροποίηση της συμπεριφοράς αναφορικά με την προσέγγιση της νόσου, το σύνολο των υπερτασικών ατόμων που έλαβαν μέρος στην παρούσα μελέτη φαίνεται ότι ακόμη δεν είναι εκπαιδευμένο στην αυτομάθηση και ικανοποιητική αξιολόγηση των παρεχόμενων πληροφοριών οδηγίων στη βελτιστοποίηση της θεραπευτικής τους διεκπεραίωσης (υψηλό ποσοστό ασθενών που δε διάβασαν το ενημερωτικό φυλλάδιο).

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Με εφελτήριο τα αποτελέσματα της διεξαχθείσας μελέτης, όπως αυτά έχουν προηγουμένως καταγραφεί, και την επισήμανση της παγκόσμιας αναγκαιότητας για εκπαίδευση του γενικού πληθυσμού στην αυτοδιαχείριση των προβλημάτων υγείας, δέσμευση της παρούσας ομάδας εργασίας είναι η συνέχιση της ενημέρωσης και εκπαίδευσης των υπερτασικών ατόμων. Στόχος αυτής της προσπάθειας είναι η γνώση και η κατανόηση της ασθένειας και της σημαντικότητας της προσωπικής παρέμβασης, με ανάλογη προσαρμογή του τρόπου ζωής, συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή, και συνέπεια την επίτευξη των θεραπευτικών στόχων.

Για την παροχή κάθε διευκρινιστικής πληροφορίας ή και την αποστολή του ενημερωτικού φυλλαδίου, μπορείτε να επικοινωνήσετε με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της Β' Παθολογικής Κλινικής του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου στο τηλέφωνο 2310693168.

19η ΑΜΦΙΚΤΥΟΝΙΑ ΣΥΛΛΟΓΩΝ ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ ΑΙΜΟΔΟΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

Εθελοντές Αιμοδότες λαμπαδηδρόμοι έφεραν την φλόγα της Αγάπης στο νοσοκομείο Παπαγεωργίου



Η Αμφικτυονία είναι ένας ετήσιος θεσμός των Συλλόγων Εθελοντών Αιμοδοτών Ελλάδος και αποτελεί αναβίωση του αρχαίου ομώνυμου θεσμού. Πρόκειται για πανελλήνιο τριήμερο συνέδριο που κάθε χρόνο πραγματοποιείται σε διαφορετική πόλη της Ελλάδος από διοργανωτή σύλλογο που επιλέγεται μετά από εκλογική διαδικασία στην προηγούμενη αμφικτυονία. Για το 2005 η 19η Αμφικτυονία φιλοξενήθηκε στη πόλη των Σερρών από τις 30/9 έως τις 2/10 με διοργανωτή τον σύλλογο Τερπνιωτών Θεσσαλονίκης "Η ΤΕΡΠΙΝΗ" υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και της Πανελληνίας Ομοσπονδίας Συλλόγων Εθελοντών Αιμοδοτών(Π.Ο.Σ.Ε.Α) και συνδιοργανωτές την Ι.Μητρόπολη Σερρών και Νιγρίτης, τη Νομαρχία Σερρών, την ΤΕΔΚ Ν.Σερρών, τους δήμους Σερρών και Νιγρίτας, το Γ' Νοσοκομείο Σερρών, το Εργατικό Κέντρο, τον Όμιλο UNESCO, και Α' Βαθμια-Βαθμια εκπαίδευση Νομού Σερρών. Σκοπός των Αμφικτυονιών είναι-μέσα από τις εργασίες τους- να προωθηθεί η ιδέα της εθελοντικής αιμοδοσίας, να αναδειχθεί η μεγάλη σημασία της, να σηματοδοτηθεί το μέλλον της ώστε να επιτευχθεί ο στόχος: που είναι η ατάρκεια στη χώρα μας με εθελοντικό ΑΙΜΑ.

Η 3η Πανελλήνια Λαμπαδηδρομία που αποτελεί πλέον θεσμό και προηγείται πάντα της κάθε Αμφικτυονίας εμπνεύστηκε και ξεκίνησε από το σύλλογο εθελοντών Αιμοδοτών Ξυλοκάστρου Κορινθίας. Η τελετή αφής της φλόγας έγινε στον καθεδρικό ναό του Αγίου Βλασίου στο Ξυλόκαστρο Κορινθίας συμβολίζοντας τη θυσία του Ιησού Χριστού για τη σωτηρία μας, αλλά και την μαρτυρική θυσία του Αγίου Βλασίου που από το αίμα του άλειψαν της πληγές τους οι Χριστιανοί

Στο κέντρο διακρίνεται ο πρόεδρος του διοργανωτή Συλλόγου Τερπνιωτών Θεσσαλονίκης Χρήστος Δρούγγος μαζί με τους εθελοντές αιμοδότες λαμπαδηδρόμους στο ΓΝΠ.

και θεραπεύονταν. Τη φλόγα της αγάπης οδήγησε ο νεότερος αιμοδότης του συλλόγου Εθελοντών Αιμοδοτών Ξυλοκάστρου, Παναγιώτης Κορδαλής (17 ετών) με συνοδεία επισήμων και πλήθος κόσμου υπό τους ήχους της στρατιωτικής μπάντας της αεροπορίας, στο αμφιθέατρο του Ξυλοκάστρου όπου και την παρέδωσε σε λαμπαδηδρόμους των 13 περιφερειών της Ελλάδος καταλήγοντας στις 30 Σεπτεμβρίου στον τόπο διεξαγωγής της Αμφικτυονίας όπου σηματοδότησε και την έναρξη των εργασιών της. Μία από τις πολλές στάσεις της φλόγας ήταν και στο νοσοκομείο Παπαγεωργίου της Θεσσαλονίκης όπου την υποδέχθηκαν και την χαιρέτησαν η διοίκηση, οι εργαζόμενοι και ασθενείς του νοσοκομείου.



Πώς θα αντιμετωπίσετε τον διαβήτη σας



Γράφει η **Ειρήνη Κατσανίκα**
Διατολόγος του Διαιτολογικού Κέντρου
ΓΝ Παπαγεωργίου

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης αποτελεί μια νόσο διαταραχής του μεταβολισμού των υδατανθράκων, των πρωτεϊνών και των λιπών, κατά την οποία οι τιμές σακχάρου του αίματος υπερβαίνουν τις φυσιολογικές τιμές. Φυσιολογικά, η τιμή σακχάρου αίματος νηστείας είναι γύρω στα 100 mg/dl. Στα άτομα με Σ.Δ., το σάκχαρο αίματος δεν καθίσταται δυνατόν να διατηρείται σε αυτά τα επίπεδα. Η συνεχής και μακροχρόνια έκθεση του οργανισμού σε πολύ υψηλά επίπεδα σακχάρου όταν ο διαβήτης δεν είναι ρυθμισμένος, μπορεί να οδηγήσει σε επιπλοκές που έχουν ως επακόλουθο βλάβες στα μάτια, την καρδιά, τα νεφρά και τα πόδια. Γι' αυτό το λόγο είναι απαραίτητη η καλή ρύθμιση του σακχάρου με αλλαγές στις διαιτητικές συνήθειες, σε συνδυασμό με τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής.

Είδη Υδατανθράκων

Οι τροφές περιέχουν 3 κύριες κατηγορίες θρεπτικών ουσιών:

1. τους υδατάνθρακες
2. τις πρωτεΐνες (λευκώματα)
3. τα λίπη

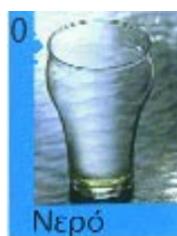
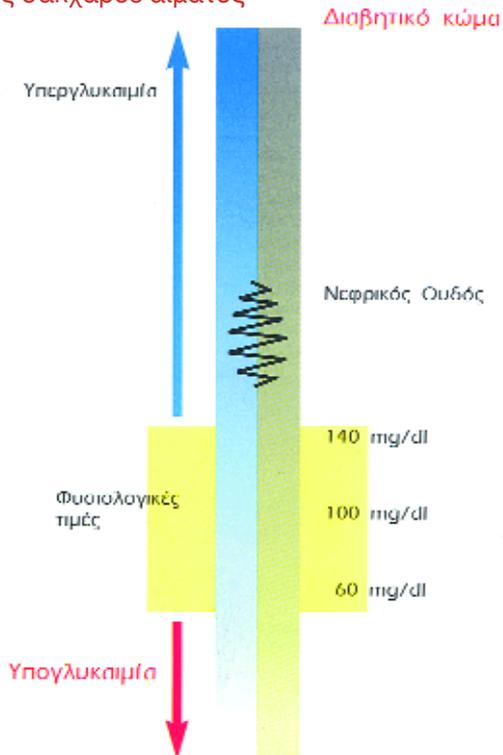


Υδατάνθρακες



Λευκώματα και λίπη

Τιμές σακχάρου αίματος



Νερό

Ένα γραμμάριο αποδίδει ... θερμίδες



Υδατάνθρακες



Οινόπνευμα



Λευκώματα



Λίπη

Αυτές οι πηγές ενέργειας μετατρέπονται μέσα στον οργανισμό κατά την διαδικασία της πέψης σε απλές ενεργειακές μονάδες, δηλαδή γλυκόζη, αμινοξέα και λιπαρά οξέα, και οξειδώνονται για να αποδώσουν ενέργεια για τις ανάγκες του οργανισμού. Οι υδατάνθρακες και οι πρωτεΐνες αποδίδουν 4 Kcal/g, ενώ τα λίπη 9 Kcal/g. Η πέψη είναι μια πολύπλοκη διαδικασία που ρυθμίζεται με τη βοήθεια χημικών ουσιών που ονομάζονται ορμόνες. Μια από αυτές, η ινσουλίνη, παίζει ρόλο στο μεταβολισμό των υδατανθράκων.

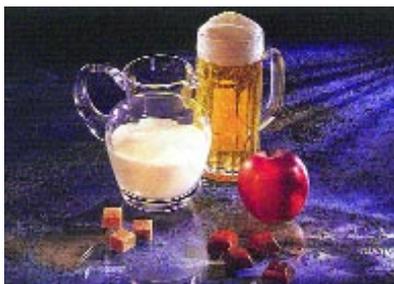
Οι υδατάνθρακες που προσλαμβάνονται με την τροφή διασπώνται στο στομάχι και το έντερο σε απλά



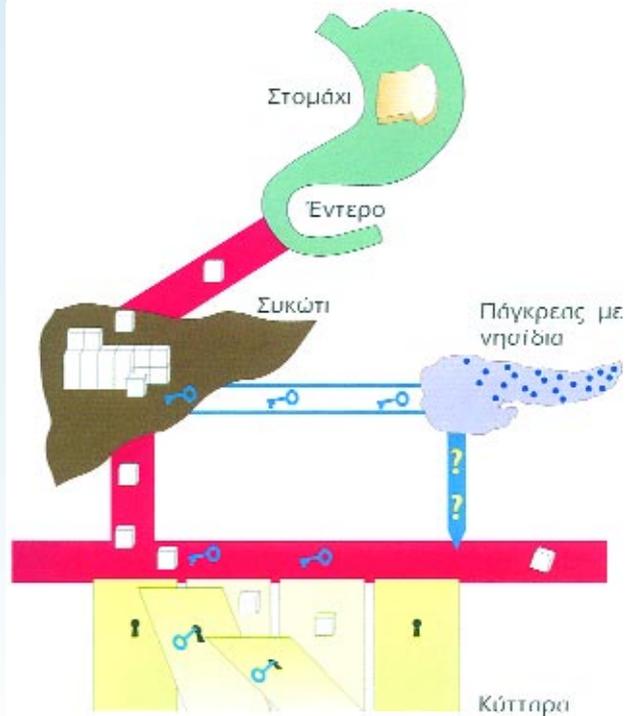
Άμυλο



Σάκχαρα



μόρια (σάκχαρο), που απορροφώνται και μπαίνουν στην κυκλοφορία του αίματος, με αποτέλεσμα να αυξάνεται η τιμή του σακχάρου στο αίμα. Η ινσουλίνη παράγεται από το πάγκρεας και βοηθάει στην είσοδο της γλυκόζης μέσα στα κύτταρα. Έτσι, το σάκχαρο του αίματος κατεβαίνει σε φυσιολογικά επίπεδα.



Σύνθεση και δράση της Ινσουλίνης

Οι ασθενείς με διαβήτη τύπου II είναι συνήθως υπέρβαροι, ενώ οι ασθενείς με Σ.Δ. τύπου I είναι αδύνατοι. Έτσι, είναι κατανοητό πως η αντιμετώπιση του Σ.Δ. μέσω της δίαιτας θα είναι διαφορετική ανάλογα με τα συμπτώματα που παρουσιάζει ο κάθε ασθενής.

Δίαιτα

Η διαιτητική θεραπεία πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της θεραπευτικής αγωγής για την αντιμετώπιση του Σ.Δ. Βασικός στόχος της είναι η αντιμετώπιση των επιπλοκών του διαβήτη όπως η παχυσαρκία, η δυσλιπιδαιμία, οι καρδιαγγειακές παθήσεις, η υπέρταση και η νεφροπάθεια. Έτσι πρέπει να χορηγηθεί η κατάλληλη διαιτητική αγωγή για τη διατήρησή:

1. του σακχάρου του αίματος σε φυσιολογικά επίπεδα
2. των τριγλυκεριδίων και της χοληστερόλης σε χαμηλά επίπεδα και τέλος
3. της αρτηριακής πίεσης του αίματος σε χαμηλά επίπεδα.

Είναι επίσης απαραίτητη η εκπαίδευση των ασθενών έτσι ώστε να προωθείται ένας πιο υγιεινός τρόπος ζωής με συνδυασμό σωστών διατροφικών συνηθειών και φυσικής άσκησης.

Η εξατομίκευση της δίαιτας είναι απαραίτητη, καθώς δεν έχουν όλοι οι ασθενείς το ίδιο είδος θεραπείας. Αυτό σημαίνει ότι δεν πρέπει να κυκλοφορούν διαιτολόγια από χέρι σε χέρι, γιατί μια δίαιτα που είναι κατάλληλη για κάποιο άτομο με Σ.Δ. πιθανόν να μην κάνει για κάποιο άλλο άτομο. Το διαιτολόγιο πρέπει να ανταπεξέρχεται στις διατροφικές ανάγκες του κάθε

ατόμου, οι οποίες διαφέρουν ανάλογα με την ηλικία, το σωματικό βάρος, το είδος εργασίας και τη φυσική δραστηριότητα. Επίσης πρέπει να λαμβάνονται υπ όψιν οι προσωπικές προτιμήσεις του ασθενούς, η οικονομική του κατάσταση, το πνευματικό του επίπεδο καθώς και ο ελεύθερος χρόνος του.

Παρόλο που και οι 2 τύποι διαβήτη έχουν ως αποτέλεσμα την υπερβολική αύξηση του σακχάρου στο αίμα, η παθοφυσιολογία τους είναι διαφορετική. Έτσι, και η διαιτητική θεραπεία θα πρέπει να είναι διαφορετική, αφού αποσκοπεί στο να διορθώσει τις αιτίες που προκαλούν την υπέρμετρη αύξηση του σακχάρου.

Στους ασθενείς τύπου I υπάρχει αδυναμία έκκρισης ινσουλίνης και η ανάγκη χορήγησής της, αλλά υπάρχει φυσιολογική ευαισθησία των ιστών στη δράση της. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με το ότι το σωματικό βάρος των ασθενών είναι φυσιολογικό ή μειωμένο στην πλειοψηφία των ασθενών, τους καθιστά επιρρεπείς σε υπογλυκαιμίες. Εξαιτίας των παραπάνω, δεν συνιστώνται έντονα υποθερμιδικά διαιτολόγια διότι υπάρχει ο κίνδυνος υπογλυκαιμίας. Ο σχεδιασμός λοιπόν του διαιτολογίου πρέπει να αποσκοπεί στο να επιτυγχάνεται μεταβολική ισορροπία, δηλαδή να αποφεύγεται η υπογλυκαιμία και να προλαμβάνεται η υπεργλυκαιμία. Σε αυτό αποσκοπεί η ισορροπημένη κατανομή των υδατανθράκων και των θερμίδων κατά τη διάρκεια της ημέρας. Αυτό επιτυγχάνεται με την πρόσληψη της τροφής σε 3 κύρια και 3 μικρά γεύματα. Για να υπάρχει συγχρονισμός μεταξύ γευμάτων και της χορηγούμενης ινσουλίνης, είναι απαραίτητο να υπάρχει σταθερό ωρARIO ενέσεων και γευμάτων.

Στους διαβητικούς τύπου II, αν και παράγεται ινσουλίνη, υπάρχει μειωμένη έκκριση σε σχέση με τις απαιτήσεις του οργανισμού, γιατί υπάρχει αυξημένη αντίσταση των ιστών στη δράση της. Έστω και μικρή απώλεια βάρους οδηγεί στην καλύτερη δράση της ινσουλίνης και καλύτερη ρύθμιση του διαβήτη. Γι αυτό και στους ασθενείς αυτούς συνιστούνται υποθερμιδικά διαιτολόγια και αύξηση της σωματικής δραστηριότητας, με σκοπό την απώλεια βάρους.

Ομάδες τροφίμων

Πριν περάσουμε σε οδηγίες για συγκεκριμένα θρεπτικά συστατικά στη δίαιτα του ασθενούς με Σ.Δ., ας μιλήσουμε λίγο γενικά για τις τροφές. Τα τρόφιμα τα έχουμε κατατάξει σε 6 ομάδες με βάση την περιεκτικότητά τους σε υδατάνθρακες, πρωτεΐνες, λίπη και θερμίδες. Ο παρακάτω πίνακας δείχνει αναλυτικά τις ομάδες τροφίμων.

ΟΜΑΔΕΣ ΤΡΟΦΙΜΩΝ

1. ΓΑΛΑΚΤΟΚΟΜΙΚΩΝ
2. ΛΑΧΑΝΙΚΩΝ
3. ΦΡΟΥΤΩΝ
4. ΨΩΜΙΟΥ/ΔΗΜΗΤΡΙΑΚΩΝ
5. ΚΡΕΑΤΟΣ
6. ΛΙΠΟΥΣ

Οδηγίες για πρόσληψη υδατανθράκων

Οι παλαιότερες αντιλήψεις για το διαιτολόγιο των ασθενών με Σ.Δ. ήταν η πολύ μειωμένη πρόσληψη υδατανθράκων (40% της ενέργειας), ενώ τα λίπη και οι πρωτεΐνες κάλυπταν το 40 και 20% αντίστοιχα. Σήμερα τα πράγματα είναι διαφορετικά και οι επιστήμονες συμβουλεύουν μια δίαιτα πλούσια σε υδατάνθρακες και φυτικές ίνες, και χαμηλή σε ζωικό λίπος, που θεωρείται υπεύθυνο για πολλές καρδιαγγειακές παθήσεις.

Οι υδατάνθρακες πρέπει να περιλαμβάνουν το 50-60% των ολικών θερμίδων, που σημαίνει ότι για μια δίαιτα 2000Kcal, η δίαιτα θα πρέπει να περιέχει 250-300 γρ. υδατανθράκων. Τα περισσότερα λαχανικά δεν ανεβάζουν κατά πολύ το σάκχαρο του αίματος και μπορούν να καταναλώνονται άφοβα στις συνηθισμένες ποσότητες, με εξαίρεση τις πατάτες, τις αγκινάρες, τον αρακά, τα παντζάρια και το καλαμπόκι, που πρέπει να καταναλώνονται σε μικρές ποσότητες. Μελέτες έδειξαν ότι μικρά ποσά ζάχαρης δεν προκαλούν υπερβολική αύξηση του σακχάρου του αίματος, όταν λαμβάνονται στο πλαίσιο μικτών γευμάτων, αρκεί να λαμβάνεται υπ όψιν το ποσό των υδατανθράκων και οι θερμίδες που παρέχουν.

ΤΡΟΦΙΜΑ

Γάλα, γιαούρτι

Όλα τα λαχανικά και οι σαλάτες

Όλα τα φρούτα

Ψωμί, φρυγανιές, μακαρονοειδή, ρύζι, κριθαράκι, κέικ, πιτάκια κ.λ.π.

Κρέας, ψάρι, αυγά, τυριά

Βούτυρα, λάδια, μαργαρίνες

ΕΤΕ ΤΟΝ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΑΣ



Καθημερινή σύσταση Διαιτολογίου

Σε γενικές γραμμές είναι καλύτερο απλοί υδατάνθρακες όπως η ζάχαρη, που εξάλλου συνδέονται με τροφές χαμηλές σε περιεκτικότητα σε θρεπτικές ουσίες και υψηλές σε λίπη, να αντικαθίστανται από σύνθετους υδατάνθρακες. Έτσι καλές πηγές υδατανθράκων θεωρούνται:

1. οι καρποί,
2. τα φρούτα,
3. τα λαχανικά και
4. το χαμηλής περιεκτικότητας σε λίπος γάλα.

Η καλή ρύθμιση του σακχάρου του αίματος με την κατανάλωση φρούτων και δημητριακών μπορεί να οφείλεται στην υψηλή περιεκτικότητά τους σε ουσίες που ονομάζονται Άπεπτες Φυτικές Ίνες (Α.Φ.Ι.). Οι



Α.Φ.Ι. προκαλούν ελάττωση της απορρόφησης της γλυκόζης από το έντερο και καθυστέρηση του χρόνου κενώσεως του στομάχου με αποτέλεσμα να μειώνεται η υπεργλυκαιμία αμέσως μετά το γεύμα. Επίσης έχει βρεθεί ότι μειώνουν τα ποσοστά τριγλυκεριδίων και χοληστερόλης στο αίμα, βοηθώντας στη βελτίωση της υπερλιπιδαιμίας που είναι συχνή επιπλοκή στο Σ.Δ. Τροφές πλούσιες σε Α.Φ.Ι. είναι και τα όσπρια.

Οδηγίες για πρόσληψη πρωτεϊνών

Οι πρωτεΐνες πρέπει να αποτελούν το 15-20% των ολικών θερμίδων. Αυτό σημαίνει ότι σε μια δίαιτα 2000 Kcal, πρέπει να προσλαμβάνονται 75-100 γρ. πρωτεϊνών ημερησίως. Εξάιρεση αποτελούν οι ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια, για τους οποίους η ημερήσια πρόσληψη πρωτεϊνών πρέπει να είναι χαμηλότερη και να κυμαίνεται από 0.5-0.8γρ. πρωτεϊνών /kg σωματικού βάρους, ανάλογα με τη σοβαρότητα του προβλήματος.

Δεν υπάρχουν σαφή πλεονεκτήματα από την κατανάλωση πρωτεϊνών φυτικής προελεύσεως σε βάρος πρωτεϊνών ζωικής προελεύσεως σε σχέση με τη καθυστέρηση της εξέλιξης διαβητικής νεφροπάθειας. Παρόλαυτα, μείωση της πρόσληψης πρωτεϊνών ζωικής προελεύσεως οδηγεί στη μείωση πρόσληψης ζωικών λιπών.

Οδηγίες για πρόσληψη λιπών και χοληστερόλης

Λόγω του ότι οι ασθενείς με Σ.Δ. παρουσιάζουν μεγαλύτερη συχνότητα αθηροσκλήρωσης σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, η ημερήσια πρόσληψη των λιπών δεν θα πρέπει να ξεπερνάει το 30% των θερμίδων. Ειδικότερα, τα κορεσμένα λίπη, που βρίσκονται σε τροφές ζωικής προελεύσεως όπως το κρέας και τα γαλακτοκομικά προϊόντα, πρέπει να αντιπροσωπεύουν λιγότερο από το 1/3 της ημερήσιας πρόσληψης ενώ τα μονοακόρεστα και πολυακόρεστα λίπη να καλύπτουν ισόποσα το υπόλοιπο 20%. Η ημερήσια πρόσληψη της χοληστερόλης δεν πρέπει να ξεπερνάει τα 300mg.

Μείωση των κορεσμένων λιπών στη δίαιτα έχει ως αποτέλεσμα την ελάττωση των τριγλυκεριδίων και της ολικής καθώς και της LDL χοληστερόλης στο αίμα με συνέπεια την καθυστέρηση εμφάνισης αθηροσκλήρωσης.

Η κατανάλωση ψαριών ή ιχθυελαίων, που είναι πλούσια σε πολυακόρεστα λιπαρά οξέα, οδήγησε σε

Πώς θα αντιμετωπίσ

πτώση των τριγλυκεριδίων και ελάττωση του κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Σε γενικές γραμμές η πρόσληψη λιπών πρέπει να βρίσκεται σε συμφωνία με τις συνιστώμενες ποσότητες έτσι ώστε να αποφεύγεται η αύξηση του σωματικού βάρους, και πάντα στα πλαίσια μιας δίαιτας πλούσιας σε φρούτα και λαχανικά.

Βιταμίνες και ιχνοστοιχεία

Οι ανάγκες σε βιταμίνες και ιχνοστοιχεία των ασθενών με Σ.Δ. είναι ίδιες με εκείνες των φυσιολογικών ατόμων, άρα η συνιστώμενη ημερήσια πρόσληψή τους είναι ίδια με αυτή του γενικού πληθυσμού. Οι ποσότητες μπορεί να διαφέρουν ανάλογα με το φύλλο και την ηλικία, γιαυτό και χρησιμοποιούνται εξατομικευμένα διαιτολόγια για να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του κάθε ατόμου. Οι πολύ υποθερμιδικές δίαιτες που χρησιμοποιούνται για μεγάλη απώλεια βάρους είναι συνήθως ανεπαρκείς σε βιταμίνες και ιχνοστοιχεία, γιαυτό το λόγο χρησιμοποιούνται συμπληρώματα διατροφής.

Αλκοόλ

Η καύση 1 γρ. οινοπνεύματος αποδίδει 7Kcal. Η χρήση οινοπνεύματος απαγορεύεται στους παχύσαρκους διαβητικούς, στους οποίους πρωταρχικός στόχος είναι η απώλεια βάρους. Η πρόσληψη μικρής ποσότητας αλκοόλ επιτρέπεται σε διαβητικούς που έχουν αποκαταστήσει το βάρος τους και σε ινσουλινοεξαρτώμενους

ασθενείς οι οποίοι είναι καλά ρυθμισμένοι. Προσοχή γιατί η πρόσληψη οινοπνεύματος μπορεί να προκαλέσει υπογλυκαιμία.

Η μέτρια λήψη οινοπνεύματος προκαλεί μεταγευματική αύξηση των τριγλυκεριδίων και ως γνωστό, η υπερλιπιδαιμία είναι συνηθισμένη διαταραχή σε διαβητικούς ασθενείς που δεν είναι καλά ρυθμισμένοι. Το ινόπνευμα αυξάνει τα τριγλυκερίδια.

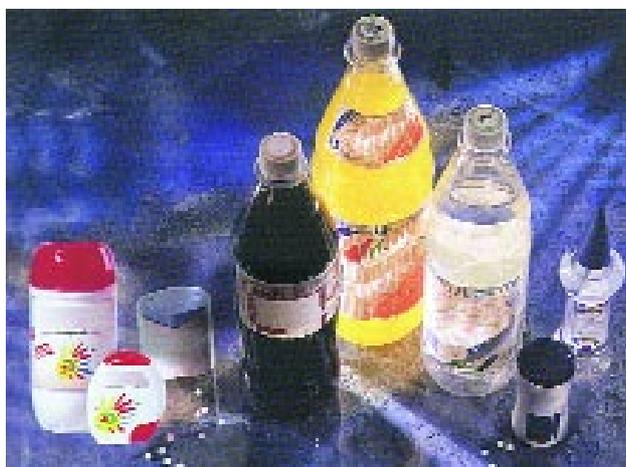
Οι ασθενείς με διαβήτη που επιθυμούν να καταναλώσουν οινόπνευμα πρέπει να προτιμούν τα ξηρά κρασιά, ενώ τα γλυκά κρασιά και τα ηδύποτα απαγορεύονται. Σε γενικές γραμμές η κατανάλωση οινοπνεύματος πρέπει να είναι μέτρια και οι θερμίδες που προέρχονται από το αλκοόλ πρέπει να συνυπολογίζονται στο διαιτητικό πλάνο.

Γλυκαντικές ουσίες

Οι διαβητικοί ασθενείς που στερούνται αναγκαστικά τη ζάχαρη, πρέπει να έχουν στη διάθεσή τους ένα υποκατάστατό της. Υπάρχουν φυσικές και συνθετικές γλυκαντικές ουσίες. Οι φυσικές γλυκαντικές ουσίες, όπως η φρουκτόζη, η σορβιτόλη, η ξυλιτόλη και η μανιτόλη, είναι θερμιδογόνες-αποδίδουν περίπου 4 Kcal/g-μεταβολίζονται στον οργανισμό και επομένως αυξάνουν το σάκχαρο του αίματος.

Η φρουκτόζη βρίσκεται σε ορισμένα φρούτα και στο μέλι και είναι συστατικό της ζάχαρης και άλλων σύνθετων υδατανθράκων. Μεταβολίζεται σε γλυκόζη ή σε κάποιο παράγωγό της και η πρόσληψή της από τους

Γλυκαντικές ουσίες και υποκατάστατα ζάχαρης



Γλυκαντικές ουσίες

Κυκλαμικό οξύ
Σακχαρίνη
Ασπαρτάμη
Ακετυλοσουλφάμη



Υποκατάστατα γλυκόζης

Φρουκτόζη
Σορβιτόλη
Ισομαλτόζη

διαβητικούς ασθενείς πρέπει να περιορίζεται στα 50 γρ/ημέρα. Η χρήση της μανιτόλης και της ξυλιτόλης περιορίζεται σε μαστίχες.

Τα συνθετικά από την άλλη μεριά γλυκαντικά δεν αποδίδουν θερμίδες και χαρακτηρίζονται από την πολύ γλυκιά τους γεύση. Σε αυτά ανήκουν η ζαχαρίνη, η ασπαρτάμη και τα κυκλαμικά παράγωγα. Η ζαχαρίνη και τα κυκλαμικά παράγωγα κατηγορήθηκαν για καρκινογόνο δράση, γι αυτό χρησιμοποιείται κυρίως η ασπαρτάμη. Η ημερήσια πρόσληψη της πρέπει να περιορίζεται στα 50mg/kg σωματικού βάρους.

Σωματική άσκηση

Η καθημερινή και μέτρια σε ένταση και διάρκεια σωματική άσκηση, αποτελεί σημαντικό τμήμα της επιτυχημένης θεραπείας κυρίως του Σ.Δ. τύπου II, καθώς μειώνει το σάκχαρο του αίματος. Κατά τη σωματική άσκηση, οι μύες χρησιμοποιούν γλυκόζη για να εξοικονομήσουν την απαραίτητη ενέργεια.

Κατά τη διάρκεια της σωματικής άσκησης, στα άτομα χωρίς Σ.Δ. μειώνεται αυτόματα η έκκριση ινσουλίνης. Αυτό όμως δεν γίνεται στους ασθενείς τύπου I, αφού σε αυτούς χορηγείται εξωγενής ινσουλίνη. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα το ήπαρ να μην μπορεί να αποδώσει γλυκόζη για τις αυξημένες ανάγκες του οργανισμού και να προκαλείται υπογλυκαιμία. Η υπογλυκαιμία κατά τη διάρκεια της σωματικής άσκησης σε ινσουλινοεξαρτώμενους διαβητικούς αντιμετωπίζεται είτε με χορήγηση μικρότερης ποσότητας ινσουλίνης, είτε με την κατανάλωση μεγαλύτερης ποσότητας υδατανθράκων.

Για τους διαβητικούς ασθενείς τύπου II, η σωματική άσκηση εκτός του ότι επιφέρει μείωση του σακχάρου στο αίμα, οδηγεί και στη μείωση του σωματικού βάρους που είναι ένας από τους πρωταρχικούς στόχους της θεραπείας.

Το είδος σωματικής δραστηριότητας που θα ακολουθήσει ο διαβητικός ασθενής θα εξαρτηθεί από το αν συνυπάρχουν άλλες ασθένειες όπως νοσήματα του καρδιαγγειακού συστήματος, νευροπάθειες και αμφιβλητροειδοπάθειες. Το είδος σωματικής άσκησης θα πρέπει να είναι ήπιο έτσι ώστε να μην αυξάνονται η πίεση και οι καρδιακοί παλμοί. Πρέπει να αποφεύγεται η προπόνηση με άρση μεγάλου βάρους, καθώς και η έντονη αεροβική γυμναστική, ώστε να μην καταπονούνται τα πόδια. Εάν κάποιος δεν θέλει να μπει στη διαδικασία συστηματικής σωματικής άσκησης, συνιστούμε βάδισμα, ποδήλατο ή κολύμπι, έτσι ώστε να συνδυάζεται η ευχαρίστηση με την άσκηση. Στην περι-

πτωση που η απώλεια βάρους δεν είναι απαραίτητη, οποιοδήποτε είδος σωματικής δραστηριότητας πρέπει να λαμβάνεται υπ όψιν στην κατάρτιση του διαιτολόγου, έτσι ώστε να χορηγούνται επιπρόσθετες θερμίδες για τις αυξημένες ενεργειακές απώλειες.

Συμπεράσματα

Από την εποχή που η δίαιτα συνδέθηκε με τον Σ.Δ., οι διαιτητικές οδηγίες για την αντιμετώπισή του έχουν κατά πολύ αλλάξει. Οι δίαιτες σήμερα προσεγγίζουν κατά πολύ τη δίαιτα του φυσιολογικού ατόμου. Είναι απαραίτητο οι διαβητικοί ασθενείς να έρθουν σε επαφή με τις νέες διαιτητικές συστάσεις και να κατανοήσουν τη σπουδαιότητα μιας ισορροπημένης διατροφής που θα περιλαμβάνει όλες τις ομάδες τροφίμων. Έτσι θα μάθουν να αντιμετωπίζουν τις διαιτητικές συστάσεις όχι σαν ένα είδος περιοριστικής δίαιτας, αλλά σαν μια επαρκή, ισοζυγισμένη και υγιεινή διατροφή. Γενικότερα είναι αναγκαία η προώθηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής που θα συνδυάζει σωστές διατροφικές συνήθειες με την αύξηση της σωματικής δραστηριότητας, έτσι ώστε να επικεντρώνουμε περισσότερο στην πρόληψη, παρά στην θεραπεία του Σ.Δ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία: <http://www.mednet.gr/greek/soc/ede/diab91.htm>
2. Ελληνική Εταιρεία Παχυσαρκίας: <http://www.hmao.gr/pages/home.htm>
3. Evidence-Based Nutrition Principles and Recommendations for the Treatment and Prevention of Diabetes and Related Complications. *Clinical Diabetes* 20(2): 53-64, April 2002.
4. Health implications of dietary fiber. *Journal of the American Dietetic Association* 102: 993-1000, 2002.
5. Human Nutrition and Dietetics. JS Garrow, WPT James, A Ralph; Harcourt Publishers Ltd, 10th edition, London, 2000.
6. I have Diabetes, what should I eat? U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service National Institutes of Health. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. NIH Publication No 98-4192, November 1997.
7. Πώς θα αντιμετωπίσετε το διαβήτη σας. Roche (Hellas) A.E., Τμήμα Διαγνωστικών, για άτομα με διαβήτη τύπου I, 2002.
8. Πώς θα αντιμετωπίσετε το διαβήτη σας. Roche (Hellas) A.E., Τμήμα Διαγνωστικών, για άτομα με διαβήτη τύπου II, 2002.
9. Σύγχρονη διατροφή και διαιτολογία. Γεώργιος Κ. Παπανικολάου. Εκδόσεις Θυμάρι, 1993.

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΤΗΣ: ΔΥΣΚΟΛΟ ΤΟ ΔΙΑΖΥΓΙΟ



Γράφει ο **Δρ. Χλωρός Διαμαντής**, Επιμελητής Α' Πνευμονολογικό τμήμα, ΓΝ «Παπαγεωργίου»

Η χρήση του καπνού ήταν πλατιά διαδεδομένη στο Νέο Κόσμο ήδη από την εποχή του ταξιδιού και της ανακάλυψής του από τον Κολόμβο. Οι Ινδιάνοι της Αμερικής, εκτός από το κάπνισμα, χρησιμοποιούσαν τα φύλλα του καπνού για μάσημα, σαν καπνό της μύτης αλλά και στην ιατρική. Η πρώτη επιστημονική περιγραφή του φυτού έγινε από έναν ιεραπόστολο, τον Ρομάνο Πάνε, ο οποίος το έφερε στην Ισπανία. Η τυχερή όμως χρονιά για τον καπνό ήταν το 1560, όταν ο Γάλλος πρεσβευτής του Φραγκίσκου του Β' στην Πορτογαλία Jean Nicot έστειλε σκόνη καπνού και μερικούς σπόρους στην Αικατερίνη των Μεδίκων συνιστώντας τους ως θεραπευτικό για διάφορες παθήσεις και κυρίως για τους πονοκεφάλους της. Ο Nicot είχε εντυπωσιαστεί τόσο πολύ από τις ιαματικές ιδιότητες του φυτού ώστε το περιέλαβε με την ονομασία Νικοτιανή (Nicotiane) στο Γαλλο-Λατινικό λεξικό που εξέδωσε ο ίδιος το 1573.

Η διάδοση της καλλιέργειας του καπνού στην Ευρώπη αρχίζει το 1566, όταν κάποιος μοναχός, ο Αντρέ Τιβέ, φέρνει από τη Βραζιλία σπόρους του φυτού στη Γαλλία. Στα 1584 ο δραστήριος Άγγλος θαλασσοπόρος Sir Walter Raleigh μεταφέρει τον καπνό στην Αγγλία από τη Βιρτζίνια, αφού πρώτα πέτυχε να τον καλλιεργήσει στην αγγλική αυτή αποικία της Βόρειας Αμερικής, μακριά από το φυσικό του περιβάλλον των ισπανικών αποικιών των τροπικών νησιών. Οι Ισπανοί τον εισάγουν στις Φιλιππίνες και οι Πορτογάλοι το 1605 στην Ιαπωνία. Στη Ρωσία ο καπνός εμφανίζεται την εποχή του Ιβάν του Τρομερού. Τον καπνό φέρνουν εκεί Άγγλοι έμποροι που έλεγχαν σημαντικό τμήμα του εξωτερικού εμπορίου. Οι φανατικότεροι οπαδοί του κα-

πνίσματος και σημαντικοί συντελεστές για τη διάδοσή του ήταν οι στρατιώτες και οι ναυτικοί. Παρότι ο καπνός διαδόθηκε στην Ευρώπη την ίδια περίπου εποχή, το κάπνισμα γινόταν με διαφορετικό τρόπο σε κάθε χώρα. Στην Ισπανία με πούρα, στην Αγγλία με καπνοσύριγγες (πίπες), κατ' αντιγραφή των συνηθειών των Ινδιάνων των αντίστοιχων αποικιών ενώ στη Γαλλία επικράτησε η αναρρόφηση τριμμένου καπνού από τη μύτη.

Τα σιγαρέττα εμφανίσθηκαν πολύ αργότερα, κατά τον 19ο αιώνα, όταν η εισαγωγή νέων ποικιλιών του φυτού και η επινόηση πρωτότυπων τρόπων ξήρανσης των φύλλων του επέτρεψαν την κατασκευή "ελαφρότερου", όξινου καπνού. Η εισπνοή του τελευταίου -σε αντίθεση με τον "τραχύ" αλκαλικό καπνό των πούρων ή της πίπας- ήταν ευκολότερη, η απορρόφηση του από το αναπνευστικό επιθήλιο απρόσκοπτη και εθιστική ισχύς του μεγάλη. Οι ιδιότητες αυτές σε συνδυασμό με την μαζική παραγωγή σιγαρέττων, μετά την εφεύρεση το 1880 αυτόματης μηχανής τυλίγματος που μείωσε το κόστος τους, οδήγησαν σταδιακά στην πλήρη σχεδόν επικράτηση των σιγαρέττων στην αγορά προϊόντων καπνού, με τις γνωστές καταστροφικές συνέπειες για την ανθρωπότητα.

Από την πρώτη εμφάνιση του καπνού στον Παλαιό Κόσμο επιχειρήθηκε από κρατικές αρχές επιβολή πλήθους απαγορεύσεων όσον αφορά τη χρήση του. Στη Γαλλία επιβάλλονταν αυστηρές χρηματικές ποινές στους καπνιστές, ενώ η Εκκλησία τους αφορίζε. Στην Κωνσταντινούπολη, το 1633, ο Σουλτάνος Μουράτ ο 4ος θέσπισε την ποινή του θανάτου για τους καπνιστές. Παρόμοια μέτρα έλαβε ο Τσάρος Μιχαήλ στη



“ Από την πρώτη εμφάνιση του καπνού στον Παλαιό Κόσμο επιχειρήθηκε από κρατικές αρχές επιβολή πλήθους απαγορεύσεων όσον αφορά τη χρήση του. Στη Γαλλία επιβάλλονταν αυστηρές χρηματικές ποινές στους καπνιστές, ενώ η Εκκλησία τους αφόριζε... ”

Ρωσία. Ωστόσο ο καπνός με την πάροδο του χρόνου γινόταν περισσότερο δημοφιλής, με αποτέλεσμα η καλλιέργεια και το εμπόριό του, μετά το τέλος του 16ου αιώνα, να νομιμοποιηθεί ευρέως και κατόπιν να φορολογηθεί. Η νομιμοποίηση είχε ως αποτέλεσμα τα επόμενα χρόνια να πολλαπλασιαστεί η διάδοσή του και να αυξηθούν σημαντικά τα έσοδα από τη συνήθεια του καπνίσματος. Ο άνθρωπος που επινόησε τον τρόπο ξήρανσης των φύλλων του καπνού και καλλιέργησε το φυτό για εμπορικούς σκοπούς ήταν ο John Rolfe το 1612 στη Βιρτζίνια, την πρώτη Αγγλική αποικία στη νέα ήπειρο, η ανάπτυξη της οποίας στηρίχθηκε κυρίως στο εξαγωγικό καπνεμπόριο. Είχε προηγηθεί η επιτυχής καλλιέργεια του φυτού εκεί, από τον Sir Walter Raleigh, μακριά από το φυσικό του χώρο στα τροπικά νησιά και η αποδυνάμωση του ισπανικού εμπορικού μονοπωλίου καπνού.

Η τεράστια οικονομική σημασία της καλλιέργειας και της εμπορίας του καπνού οδήγησε σε σημαντικά ιστορικά γεγονότα: την ανάπτυξη του δουλεμπορίου για την εξασφάλιση εργατικών χεριών, τον πόλεμο της ανεξαρτησίας των αποικιών από τη μητροπολιτική Αγγλία που έγινε εν πολλοίς εξαιτίας της βαρειάς φορολογίας του καπνού από τη Μητρόπολη και είχε ως συνέπεια τη γένεση των ΗΠΑ και την επέκταση των ΗΠΑ προς τα δυτικά που έγινε και για την ανεύρεση εδαφών για την αύξηση της καλλιέργειας του καπνού.

Στη σύγχρονη εποχή η καλλιέργεια του καπνού, παρά τη μεγάλη εργατική απασχόληση που απαιτεί (που ξεπερνά τις 50 εργατοώρες επίπονης καλλιέργειας ανά στρέμμα) και τη μεγάλη έκταση γης που δεσμεύει, εξακολουθεί να είναι μία πολύ επικερδής επιχείρηση που αποδίδει πολύ μεγαλύτερο εισόδημα από ό,τι τα άλλα αγροτικά προϊόντα.

Η παραγωγή σιγαρέττων κατά τις τελευταίες δύο δεκαετίες αυξάνεται κατά 2,2% ετησίως, ξεπερνώντας τον ετήσιο ρυθμό αύξησης του παγκόσμιου πληθυ-



σμού που είναι 1,7%. Η υπερπαραγωγή δημιουργεί την ανάγκη εξεύρεσης νέων αγορών που εντοπίζονται κυρίως στον τρίτο κόσμο και κατακτώνται μέσω της εντατικής διαφήμισης. Επικεφαλής της παγκόσμιας παραγωγής καπνού είναι η Κίνα, ενώ την πρώτη θέση στις εξαγωγές προϊόντων καπνού κατέχουν οι ΗΠΑ. Οι τελευταίες δεν δίστασαν στο πρόσφατο παρελθόν να χρησιμοποιήσουν την απειλή εμπορικών κυρώσεων εναντίον χωρών που δεν επέτρεπαν τις εισαγωγές αμερικανικών προϊόντων καπνού όπως η Ιαπωνία, η Ταϊβάν και η Νότια Κορέα με εντυπωσιακά αποτελέσματα. Η οξεία αντίθεση μεταξύ της, σχεδόν υστερικής, αντικαπνισματικής εκστρατείας στο εσωτερικό των ΗΠΑ και της διεθνούς ασυδοσίας τους εν ονόματι της ελευθερίας του εμπορίου, προκαλεί προς το παρόν μόνον ειρωνικά σχόλια

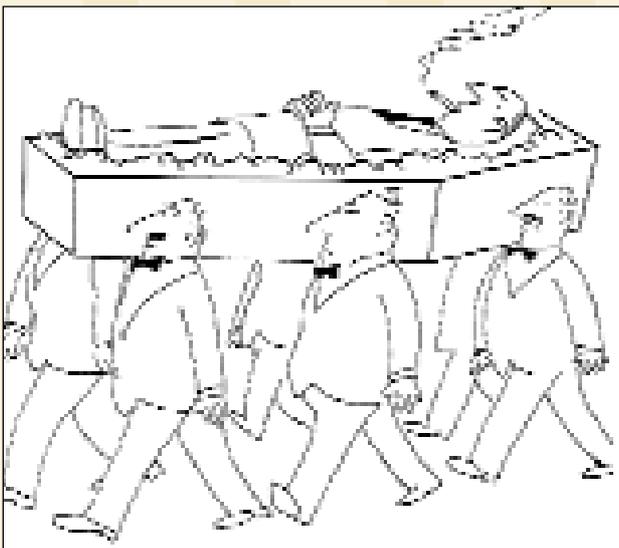
Κατά τον 20ο αιώνα, όπως είδαμε, το κάπνισμα τσιγάρων επικράτησε ως ο κυρίαρχος τρόπος χρήσης του καπνού. Ο ελαφρότερος και πιο όξινος καπνός του τσιγάρου υποχρεώνει τον καπνιστή σε βαθύτερη εισπνοή του στους πνεύμονες. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την εναπόθεση στο αναπνευστικό σύστημα των εξαρτησιογόνων, τοξικών και καρκινογόνων συστατικών του ρεύματος του καπνού. Περισσότερα από **4.000 διαφορετικά συστατικά στοιχεία και ουσίες** έχουν ταυτοποιηθεί στον καπνό του τσιγάρου, οι συγκεντρώσεις των οποίων ποικίλουν από μάρκα σε μάρκα. Η **νικοτίνη**, αν και πολύ επικίνδυνη λόγω της εξαρτησιογόνου δράσης της, είναι μόνο μία από αυτές. Τουλάχιστον **200** από τα παραπάνω συστατικά είναι αναγνωρισμένα **καρκινογόνα**. Στο ρεύμα του εισπνεόμενου καπνού περιέχο-

νται μέχρι και **τρία δισεκατομμύρια σωματίδια ανά κυβικό εκατοστό, πολλά μικρόβια και ραδιενεργά στοιχεία**. Ενώ η θερμοκρασία στο άκρο του τσιγάρου από το οποίο αυτό καπνίζεται είναι μόλις 30 βαθμοί Κελσίου, στο καυτό άκρο του, στην κάφτρα, αγγίζει τους 900 βαθμούς. Η υψηλή αυτή θερμοκρασία αλλοιώνει τις κάθε είδους ουσίες του καπνού μεταβάλλοντας τις σε πολύ επικίνδυνες. Η **πίσσα**, μέτρο των συνολικών σωματιδίων που περιέχονται στον καπνό (που ποικίλλει επίσης ανάλογα με τη μάρκα αλλά και τον τρόπο της εισπνοής του καπνού) δεν αποτελεί αξιόπιστο μέτρο της δόσης των τοξικών και καρκινογόνων ουσιών που εισπνέει ο καπνιστής.

Το μέγεθος των σωματιδίων του καπνού επιτρέπει την αθρόα εναπόθεσή τους στους αεραγωγούς και τις κυψελίδες των πνευμόνων. Πολλά επίσης από τα αέρια συστατικά του καπνού απορροφώνται από την κυψελιδοτριχοειδική μεμβράνη και περνούν στο αίμα του καπνιστή. Οι ερεθιστικοί παράγοντες του καπνού προκαλούν οξείες και χρόνιες μεταβολές της δομής και της λειτουργίας των πνευμόνων που οδηγούν σε μεγαλύτερη κατακράτηση καρκινογόνων ουσιών στους πνεύμονες αυξάνοντας παράλληλα την ευαισθησία των πνευμόνων στη δράση των ουσιών αυτών. Η μεταφορά των καρκινογόνων αυτών ουσιών στο αίμα και ο μεταβολισμός τους σε δραστικές μορφές, μέσω ενζυμικών συστημάτων που τις ενεργοποιούν, τις κάνει επικίνδυνες και για πολλά άλλα όργανα και συστήματα του οργανισμού.

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΤΗ

Το κάπνισμα σχετίζεται με **αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα** συνολικά (ένας στους δύο καπνιστές θα πεθάνει εξαιτίας του καπνίσματος, ενώ οι καπνιστές ζουν κατά μέσον όρο 7,5 χρόνια λιγότερο από τους μη καπνιστές). Είναι η σημαντικότερη αιτία του **καρκίνου**



“ **Το κάπνισμα είναι υπεύθυνο για το 30% του συνολικού αριθμού των θανάτων από κάθε είδους κακοήθη νοσήματα. Οι καπνιστές διατρέχουν ιδιαίτερος αυξημένο κίνδυνο στεφανιαίας νόσου και εμφράγματος του μυοκαρδίου, αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου και αποφρακτικής αρτηριοπάθειας...** ”

των πνευμόνων, του λάρυγγα, του στόματος, της ουροδόχου κύστης και της νεφρικής πυέλου και συμβάλλουσα αιτία του καρκίνου του παγκρέατος, του στομάχου, του τραχήλου της μήτρας, του ήπατος, του παχέος εντέρου και του πέους. **Το κάπνισμα είναι υπεύθυνο για το 30% του συνολικού αριθμού των θανάτων από κάθε είδους κακοήθη νοσήματα.**

Οι καπνιστές διατρέχουν ιδιαίτερος αυξημένο κίνδυνο **στεφανιαίας νόσου και εμφράγματος του μυοκαρδίου** (το κάπνισμα ευθύνεται για το 30% των θανάτων από στεφανιαία νόσο), **αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου** και **αποφρακτικής αρτηριοπάθειας**.

Το κάπνισμα αποτελεί επίσης τον σημαντικότερο αιτιολογικό παράγοντα της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας, που σχετίζεται με συχνές λοιμώξεις του αναπνευστικού και βαθμιαία ελάττωση της αναπνευστικής λειτουργίας με τελική κατάληξη την αναπνευστική ανεπάρκεια.

Το **πεπτικό έλκος**, η **οστεοπόρωση**, ο **καταρράκτης**, η **φλεγμονώδης νόσος του εντέρου** και η **περιοδοντίτιδα** είναι συχνότερες στους καπνιστές.

Τέλος, η **παθητική εισπνοή καπνού εκθέτει τους μη καπνιστές** σε αυξημένο κίνδυνο καρκίνου των πνευμόνων και στεφανιαίας νόσου και τα παιδιά σε συχνότερες λοιμώξεις του αναπνευστικού και σε ελαττωματική ανάπτυξη του αναπνευστικού τους συστήματος.

Όταν οι έγκυοι καπνίζουν αυξάνεται κατά 30% η εμβρυική και η νεογνική θνησιμότητα, γεννιούνται νεογνά μικρότερου βάρους, ο κίνδυνος πνευμονίας και βρογχίτιδας νεογνών και βρεφών είναι διπλάσιος και οι μετέπειτα σχολικές επιδόσεις των παιδιών τους είναι μικρότερες.

Οι **βλαβερές επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία** μπορεί να μειωθούν με την πρόληψη της έναρξης του καπνίσματος ή τη διακοπή του. Οι γιατροί οφεί-

λουν να συμβουλεύουν όλους ανεξαιρέτως τους καπνιστές να διακόπτουν το κάπνισμα. Μεγαλύτερο κίνδυνο διατρέχουν οι καπνιστές που άρχισαν το κάπνισμα σε νεαρή ηλικία και καπνίζουν πολλά τσιγάρα την ημέρα, δεδομένου ότι ο κίνδυνος είναι ανάλογος της βαρύτητας του καπνίσματος. Προδιαθετικό ρόλο παίζει και η ατομική ευαισθησία του καπνιστή.

ΟΦΕΛΟΣ ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ

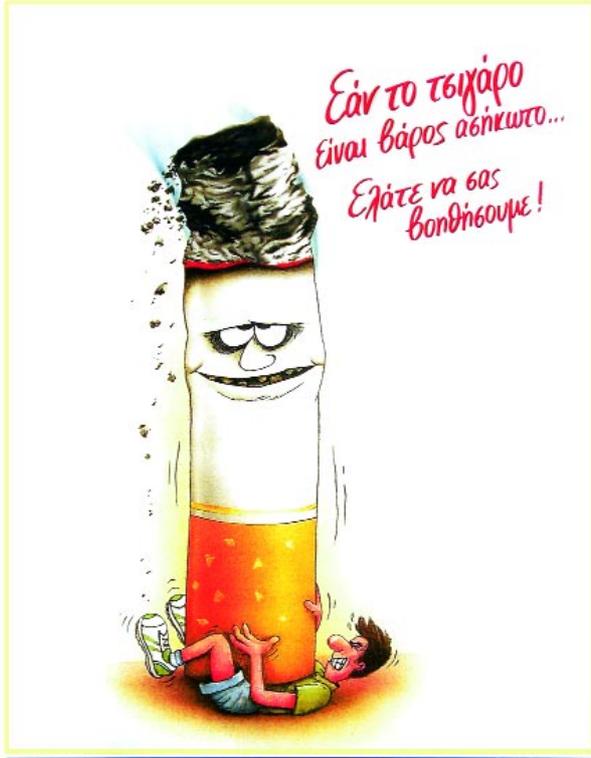
Μεγάλος όγκος γνώσεων έχει πλέον συγκεντρωθεί για τις ωφέλιμες συνέπειες της διακοπής του καπνίσματος. Εκτός ελαχίστων εξαιρέσεων, οι κίνδυνοι για την υγεία και τη ζωή των πρώην καπνιστών ελαττώνονται θεαματικά μετά τη διακοπή του καπνού και συνεχίζουν να μειώνονται όσο παρατείνεται η αποχή από το κάπνισμα. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι:

- Σε 20 λεπτά η αρτηριακή πίεση επανέρχεται στο φυσιολογικό.
- Σε 6 ώρες τα επίπεδα νικοτίνης και μονοξειδίου του άνθρακα υποδιπλασιάζονται.
- Σε 24 ώρες αρχίζει η αποβολή, με τη βλέννα, των υπολειμμάτων από τους πνεύμονες.
- Σε 48 ώρες βελτιώνονται σημαντικά η γεύση και η όσφρηση.
- Σε 72 ώρες οι βρόγχοι χαλαρώνουν και η αναπνοή βελτιώνεται.
- Σε 2-12 εβδομάδες βελτιώνεται η κυκλοφορία του αίματος.
- Σε 3-9 μήνες η πνευμονική λειτουργία βελτιώνεται κατά 10% τουλάχιστον.
- Σε 1-3 χρόνια ο κίνδυνος στεφανιαίας νόσου εξομοιώνεται με εκείνον του μη καπνιστή
- Σε 5 χρόνια υποδιπλασιάζεται ο κίνδυνος καρκίνου του πνεύμονα.
- Σε 20 περίπου χρόνια ο κίνδυνος από καρκίνο του πνεύμονα προσεγγίζει τον κίνδυνο του μη καπνιστή.

Ήδη από το 1990 έχει γίνει αποδεκτή η μείζων προτεραιότητα της αντικαπνιστικής παρέμβασης στα πλαίσια της προληπτικής ιατρικής δράσης των λειτουργών υγείας, ανεξαρτήτως ειδικότητας.

ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΝΙΚΟΤΙΝΗ

Η νικοτίνη είναι μία από τις ισχυρότερες εξαρτησιογόνες ουσίες και γι αυτό οι πιθανότητες επιτυχίας των προσπαθειών διακοπής είναι μικρές όταν ο καπνιστής δεν υποβοηθείται με οργανωμένο τρόπο. Η νικοτίνη επιδρά στη φυσιολογική λειτουργία όλων σχεδόν των συστημάτων του οργανισμού, η δράση της όμως στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα είναι εκείνη που καθορίζει την εξάρτηση των καπνιστών από αυτήν. Μεγάλη ποικιλία περιβαλλοντικών, φαρμακολογικών και



*Εάν το τσιγάρο είναι θάρος αήκεστο...
Ελάτε να σας βοηθήσουμε!*

ΙΑΤΡΕΙΟ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ
Γ.Π.Ν. "ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ"
Πνευμονολογικό Τμήμα
ΤΗΛ. ΡΑΝΤΕΒΟΥ: 2310.693.229-031
ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ: 2310.693.263

βιολογικών παραγόντων προσδιορίζουν τη συχνότητα και τη βαρύτητα της εξάρτησης των ατόμων από τη νικοτίνη. Η επαναλαμβανόμενη έκθεση στον καπνό οδηγεί σε ανάληψη του ελέγχου της συμπεριφοράς του καπνιστή από τη νικοτίνη. Η νικοτίνη προκαλεί ευφορία στον καπνιστή και μεταβάλλει τις βιολογικές του λειτουργίες με αποτέλεσμα η στέρησή της προκαλεί σειρά βιολογικών και συμπεριφορικών διαταραχών. Η ένταση των φαινομένων αυτών είναι τόσο ισχυρή ώστε οι προσπάθειες του καπνιστή να μειώσει τον αριθμό των καπνιζόμενων τσιγάρων ή να στραφεί σε τσιγάρα χαμηλότερης περιεκτικότητας σε νικοτίνη ακυρώνονται από την ανάγκη του να διατηρήσει μία ελάχιστη αναγκαία πρόσληψη νικοτίνης. Οι μέχρι σήμερα έρευνες δεν στάθηκε δυνατό να εξηγήσουν με ικανοποιητικό τρόπο τη φύση και τους μηχανισμούς των επιδράσεων της νικοτίνης στα νευρωνικά συστήματα του οργανισμού. Απαιτούνται επειγόντως περισσότερες μελέτες για την κατανόηση του φαινομένου της εξάρτησης από τη νικοτίνη και της αλληλεπίδρασής της με τις νευρικές και ψυχικές λειτουργίες των ατόμων που είναι προδιατεθειμένα στην εξαρτησιογόνο δράση της, ώστε να προκύψουν πρακτικά οφέλη για την υποβοήθηση των καπνιστών στην προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος.

Είστε έτοιμοι να διακόψετε το κάπνισμα;

Τεστ κινήτρων για τους καπνιστές

Το “κλειδί” προκειμένου να διακόψει κάποιος το κάπνισμα, είναι η διάθεση που έχει, δηλαδή πόσο πραγματικά θέλει να κόψει το τσιγάρο.

Η έρευνα έχει δείξει ότι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που προσδιορίζουν μια επιτυχημένη προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος είναι το ισχυρό κίνητρο του καπνιστή. Πώς θα μάθετε αν είστε πραγματικά διατεθειμένοι να διακόψετε το κάπνισμα; Κάντε αυτό το τεστ για να το μάθετε! Και αν το αποτέλεσμα δείξει ότι δεν είστε έτοιμος/η, ο γιατρός σας μπορεί να σας δώσει πολλές συμβουλές για να σας βοηθήσει να το πετύχετε.

Ερώτηση 1

Ανησυχείτε για τους σοβαρούς κινδύνους για την υγεία σας που συνδέονται με το κάπνισμα;

- A. Ναι
- B. Μερικές φορές
- Γ. Ποτέ

Ερώτηση 2

Σκέφτεστε τα πλεονεκτήματα που θα έχετε κόβοντας το κάπνισμα;

- A. Συχνά
- B. Μερικές φορές
- Γ. Ποτέ

Ερώτηση 3

Πόσα χρήματα ξοδεύετε σε τσιγάρα;

- A. Πολλά
- B. Αρκετά
- Γ. Λίγα

Ερώτηση 4

Σας ενοχλεί να εξαρτάστε από το κάπνισμα;

- A. Ναι
- B. Κατά κάποιον τρόπο
- Γ. Όχι

Ερώτηση 5

Νιώθετε ενοχές ή αισθάνεστε άσχημα όταν καπνίζετε μπροστά στους φίλους και στην οικογένειά σας;

- A. Ναι
- B. Μερικές φορές
- Γ. Ποτέ

Ερώτηση 6

Νιώθετε ενοχές ή αισθάνεστε άσχημα με τον εαυτό σας όταν καπνίζετε;

- A. Συνεχώς
- B. Μερικές φορές, όταν έχω καπνίσει πολύ
- Γ. Ποτέ

Ερώτηση 7

Πόσο πολύ επιθυμείτε να διακόψετε το κάπνισμα;

- A. Πολύ
- B. Λίγο
- Γ. Δεν είμαι βέβαιος/η

Ερώτηση 8

Πόσο συχνά σκέφτεστε να διακόψετε το κάπνισμα;

- A. Συχνά
- B. Αρκετά συχνά
- Γ. Ποτέ

Ερώτηση 9

Έχετε δοκιμάσει ποτέ να διακόψετε το κάπνισμα;

- A. Ναι, αρκετές φορές
- B. Μια δυο φορές
- Γ. Όχι ποτέ

Ερώτηση 10

Πόσο αποφασισμένοι είστε να διακόψετε το κάπνισμα;

- A. Πάρα πολύ
- B. Αρκετά
- Γ. Καθόλου

Ερώτηση 11

Πόση εμπιστοσύνη έχετε στον εαυτό σας ότι θα σταματήσετε οριστικά το κάπνισμα στην επόμενη προσπάθειά σας;

- A. Πάρα πολύ
- B. Αρκετή
- Γ. Δεν είμαι βέβαιος/η

Ερώτηση 12

Στην επόμενη προσπάθεια να διακόψετε το κάπνισμα, αν παρεκκλίνετε και καπνίζετε για ένα βράδυ, θα σκεφτόσασταν:

- A. Θα επιμείνω σε αυτή την προσπάθεια
- B. Δεν είμαι απόλυτα έτοιμος/η ίσως θα πρέπει να το διακόψω όταν θα είμαι έτοιμος/η
- Γ. Τι νόημα έχει; Ας συνεχίσω να καπνίζω

Ερώτηση 13

Θα σκεφτόσασταν να συμβουλευτείτε τον γιατρό σας, τον φαρμακοποιό σας ή ένα ειδικό πρόγραμμα υποστήριξης για την διακοπή του καπνίσματος;

- A. Ναι
- B. Ίσως
- Γ. Όχι

Ερώτηση 14

Σκέφτεστε να ορίσετε μια ημερομηνία διακοπής του καπνίσματος;

- A. Ναι
- B. Μερικές φορές
- Γ. Όχι

Ερώτηση 15

Γνωρίζετε τα ερεθίσματα που σας κάνουν να θέλετε να καπνίσετε και είστε πρόθυμοι να προσπαθήσετε να τα αποφύγετε;

- A. Ναι
- B. Δεν είμαι βέβαιος/η
- Γ. Όχι

Ερώτηση 16

Θα εξετάζετε την πιθανότητα να χρησιμοποιήσετε κάποια τεκμηριωμένη ιατρική θεραπεία, όπως θεραπεία με υποκατάστατα νικοτίνης ή άλλα φάρμακα, για να σας βοηθήσει να διακόψετε το κάπνισμα;

- A. Ναι
- B. Όχι προτιμώ να μη χρησιμοποιήσω καμία θεραπεία
- Γ. Δεν θέλω να διακόψω

ΣΥΝΟΛΟ:

A

B

Γ



Περισσότερα **A**

Συγχαρητήρια! Είστε ένας καπνιστής αποφασισμένος να κόψει το τσιγάρο! Βρίσκεστε στην κατάλληλη στιγμή για να κάνετε μια επιτυχή προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος. Η έρευνα έχει δείξει ότι η φαρμακολογική θεραπεία, συνοδευόμενη από συμβουλευτική υποστήριξη, προσφέρει τα καλύτερα ποσοστά επιτυχίας και μπορεί να υπερ-

διπλασιάσει τις πιθανότητες επιτυχούς διακοπής του καπνίσματος. Το σημαντικότερο βήμα στο οποίο θα πρέπει να προχωρήσετε τώρα, είναι να μιλήσετε με έναν γιατρό για να σας προσφέρει βοήθεια και συμβουλές προκειμένου να διακόψετε το κάπνισμα καθώς και για να ορίσετε μια ημερομηνία διακοπής.

Περισσότερα **B**

Έχετε σχεδόν πετύχει το στόχο, σκέφτηκε να κόψει το κάπνισμα και έχετε επεξεργαστεί πολύ την ιδέα. Είναι σημαντικό να συνειδητοποιήσετε γιατί στηρίζετε στο κάπνισμα-που

είναι στην πραγματικότητα ένας ψεύτικος φίλος .

Τα καλά νέα είναι ότι **ΠΟΤΕ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΑΡΓΑ ΓΙΑ ΝΑ ΔΙΑΚΟΨΕΤΕ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ**. Μπορεί να πιστεύετε ότι η ζημιά έχει γίνει, αλλά οι κίνδυνοι που συνδέονται με το κάπνισμα αρχίζουν να μειώνονται από τη στιγμή που το διακόψετε.

Σταματήστε το κάπνισμα και το σώμα σας θα αρχίσει αμέσως να αποκαθιστά τις βλάβες που έχουν συμβεί. Ξεκινώντας από μια σειρά ευεργετικών αλλαγών που συνεχίζονται για χρόνια και στις οποίες περιλαμβάνονται οι παρακάτω:

- Μετά από 20 λεπτά, η αρτηριακή πίεση, ο καρδιακός ρυθμός και η περιφερική κυκλοφορία βελτιώνονται.
- Μετά 48 ώρες, δεν υπάρχει πια νικοτίνη στο σώμα και η αίσθηση της γεύσης και της όσφρησης βελτιώνονται κατά πολύ.
- Μετά από έναν χρόνο αποχής από το κάπνισμα, ο κίνδυνος καρδιακού επεισοδίου μειώνεται στο μισό σε σχέση με εκείνον ενός καπνιστή.
- Μετά από 10 χρόνια, ο κίνδυνος καρδιακού επεισοδίου είναι σχεδόν ο ίδιος με κάποιου που δεν έχει καπνίσει ποτέ και ο κίνδυνος καρκίνου του πνεύμονα μειώνεται στο μισό.

Θα πρέπει να σκεφτείτε σοβαρά να συζητήσετε με κάποιον γιατρό ή μια ειδική ομάδα υποστήριξης σχετικά με τις σύγχρονες μεθόδους διακοπής του καπνίσματος. Γνωρίζετε ότι η φαρμακολογική θεραπεία συνοδευόμενη από συμβουλευτική υποστήριξη προσφέρει τα καλύτερα ποσοστά επιτυχίας και μπορεί να υπερδιπλασιάσει τις πιθανότητες επιτυχούς διακοπής του καπνίσματος;

Περισσότερα **Γ**

Το γεγονός ότι ολοκληρώσατε αυτό το ερωτηματολόγιο αυτοαξιολόγησης δείχνει ότι το να διακόψετε το κάπνισμα βρίσκετε τουλάχιστον στο μυαλό σας. Μια μέρα μπορεί

να είστε έτοιμοι να σταματήσετε να καπνίζετε. Τσως τα παρακάτω στοιχεία σας κάνουν να το αποφασίσετε νωρίτερα:

- Κάθε οκτώ δευτερόλεπτα, κάποιος στον κόσμο πεθαίνει από μια νόσο σχετιζόμενη με το κάπνισμα, όπως καρκίνο του πνεύμονα, καρδιοπάθεια ή εγκεφαλικό επεισόδιο.
- Το κάπνισμα σκοτώνει σήμερα τους μισούς καπνιστές και 50% αυτών των καπνιστών πρόκειται να πεθάνουν στη μέση ηλικία, χάνοντας 20-25 χρόνια σε σχέση με το φυσιολογικό προσδόκιμο επιβίωσης.
- **ΠΟΤΕ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΑΡΓΑ ΓΙΑ ΝΑ ΔΙΑΚΟΨΕΤΕ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ**. Ανεξάρτητα από την ηλικία σας ή από το πόσα χρόνια καπνίζετε, η διακοπή του καπνίσματος έχει άμεσα αποτελέσματα στην υγεία σας. Διακόψτε το κάπνισμα και το σώμα σας θα αρχίσει να αποκαθιστά άμεσα τις βλάβες που έχουν συντελεστεί, π.χ.:

- Μετά από 20 λεπτά, η αρτηριακή πίεση, ο καρδιακός ρυθμός και η περιφερική κυκλοφορία βελτιώνονται.
- Μετά 48 ώρες, δεν υπάρχει πια νικοτίνη στο σώμα και η αίσθηση της γεύσης και της όσφρησης βελτιώνονται κατά πολύ.
- Μετά από έναν χρόνο αποχής από το κάπνισμα, ο κίνδυνος καρδιακού επεισοδίου μειώνεται στο μισό σε σχέση με εκείνον ενός καπνιστή.

Το να μην έχετε προσπαθήσει ποτέ να κόψετε το κάπνισμα ή να μην το έχετε κόψει έστω και για λίγο, μπορεί να αποτελέσει εμπόδιο σε αυτή σας την προσπάθεια. Ωστόσο ανεξάρτητα από το ποια είναι η γνώμη σας σήμερα, σας καλούμε να μάθετε περισσότερα σχετικά με το πώς το κάπνισμα σας ελέγχει. Αυτό μπορείτε να το πετύχετε ερχόμενοι σε επαφή με έναν γιατρό ή ένα πρόγραμμα υποστήριξης για τη διακοπή του καπνίσματος.

Ακόμη και αν το να διακόψετε το κάπνισμα είναι δύσκολο, μπορείτε να το κάνετε ευκολότερο με τις σωστές μεθόδους. Επιπλέον υπάρχει διαθέσιμη φαρμακολογική θεραπεία η οποία, συνοδευόμενη από συμβουλευτική υποστήριξη, προσφέρει τα καλύτερα ποσοστά επιτυχίας και μπορεί να υπερδιπλασιάσει τις πιθανότητες επιτυχούς διακοπής του καπνίσματος.

ΚΑΠΝΙΣΜΑ: ΜΙΑ ΝΟΣΟΣ ΠΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΕΤΑΙ



Γράφει ο **Σταύρος Βογιατζής**, Επιμελητής Β' Πνευμονολογικό Τμήμα ΓΝ «Παπαγεωργίου»



Η υπεύθυνη του Πνευμονολογικού Τμήματος ΓΝΠ, **Dr Μαριάννα Κάκουρα**.

Υπολογίζεται ότι 1 στους 3 ενήλικες ή 1,1 δισεκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως είναι καπνιστές. Από αυτούς το 80% ζει σε χώρες με μέσο ή χαμηλό κατά κεφαλήν εισόδημα. Ο αριθμός αυτός το έτος 2025 αναμένεται να φτάσει τα 1,6 δισεκατομμύρια.

Στη χώρα μας, σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα της Πνευμονολογικής Κλινικής του ΑΠΘ που διεξήχθη κατά τα έτη 1999-2001 σε 21.854 άτομα στη Β. Ελλάδα, καπνίζει το 34,4% του πληθυσμού (47,8% των ανδρών και 21,6% των γυναικών) ενώ οι πρώην καπνιστές ανέρχονται σε 12,5% (23,1% στους άνδρες και 2,4% στις γυναίκες). Ειδικότερα, στην ηλικία των 21-40 οι άνδρες καπνίζουν σε ποσοστό 59,5% (οι πρώην αποτελούν το 13,6%) και οι γυναίκες σε ποσοστό 40,2% (οι πρώην αποτελούν το 2,6%), στην ηλικία των 41-60 οι άνδρες καπνιστές ανέρχονται σε 47,7% (οι πρώην

σε 27,8%) και οι γυναίκες σε 15% (οι πρώην σε 2,6%) και στην ηλικία των 61-80 οι άνδρες καπνίζουν σε ποσοστό 27,2% (οι πρώην αποτελούν το 32,9%) και οι γυναίκες σε ποσοστό 2,4% (οι πρώην αποτελούν το 1,7%). Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι οι εκπαιδευτικοί καπνίζουν σε ποσοστό 46,4%, οι ιατροί σε ποσοστό 44,9%, οι φοιτητές ιατρικών σχολών σε ποσοστό 40,7% και οι μαθητές λυκείου σε ποσοστό 29,6%. Σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η

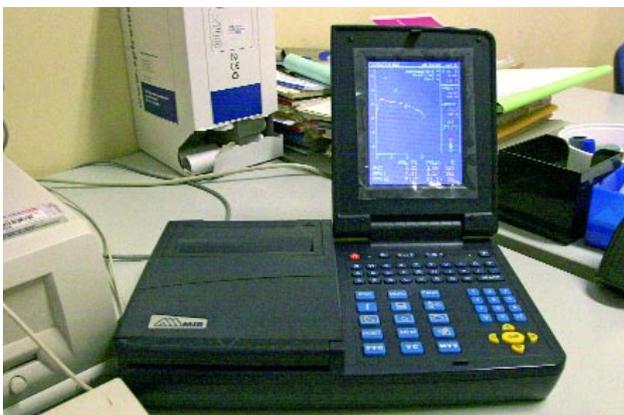


κατά κεφαλή κατανάλωση σιγαρέττων από ενήλικες στην Ελλάδα ήταν 2.640 το 1970-72 και η χώρα ήταν 16η παγκοσμίως, τη διετία 1980-82 ήταν 3.440 και είχε την 4η θέση στην παγκόσμια κατάταξη και το 1990-92 με 3.590 κατέκτησε τη 2η θέση μετά την Πολωνία.

Η δραματικά αυξητική αυτή τάση στην κατανάλωση καπνού αντανακλάται ήδη στη θέση της χώρας μας, όσον αφορά τη συχνότητα του καρκίνου του πνεύμονα, μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Έτσι, σε άτομα ηλικίας μεγαλύτερης των 70 ετών η Ελλάδα κατέχει την 10η θέση στους άνδρες και την 11η στις γυναίκες, στις ηλικίες 45-70 κατέχει την 5η θέση στους άνδρες και την 12η στις γυναίκες, ενώ σε άτομα ηλικίας κάτω των 45 ετών κατέχει την 1η θέση στους άνδρες και την 6η στις γυναίκες. **Πρόκειται για πραγματική επιδημία σε εξέλιξη!** Η ανάγκη ανάληψης συστηματικής αντικαπνισματικής εκστρατείας στη χώρα μας είναι επείγουσα.

ΙΑΤΡΕΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Κάθε χρόνο, περισσότεροι από 70 στους 100 καπνιστές θα επισκεφτούν κάποιον ιατρό. Οι περισσότε-



ροι επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα. Παρόλα αυτά μόνον 15 θα ενδιαφερθούν για κάποιο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος και μόνον 3 στους 100 θα ενταχθούν σε αυτό. Τη στιγμή που η θεραπεία για τη διακοπή του καπνίσματος αποτελεί ίσως την πιο σπουδαία παρέμβαση τόσο από ιατρική όσο και από οικονομική άποψη. Γι αυτό η Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία αποφάσισε να ενισχύσει με κάθε τρόπο τη θερμοθέτηση, την οργάνωση και λειτουργία ειδικών ιατρικών διακοπής του καπνίσματος, αρχής γενομένης από ορισμένα μεγάλα νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας μεταξύ των οποίων και το νοσοκομείο Παπαγεωργίου. Τα ιατρεία αυτά στελεχώνονται από ειδικούς ιατρούς και εξειδικευμένους νοσηλευτές και με συστηματικό τρόπο βοηθούν τους καπνιστές στο δύσκολο έργο της απαλλαγής τους από το κάπνισμα. Η ζήτηση των υπηρεσιών των αντικαπνισματικών ιατρείων είναι ήδη αυξημένη.

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Σε καπνιστές που επιχειρούν μόνοι τους να διακόψουν το κάπνισμα, το ποσοστό επιτυχίας είναι περίπου



7%. Με τη βοήθεια των θεραπευτικών μέσων το ποσοστό αυτό αυξάνεται σε 15-30%. Έχει επιπλέον αναγνωριστεί ότι το κάπνισμα είναι ουσιαστικά εκδήλωση του εθισμού στην νικοτίνη και ότι οι καπνιστές διαμορφώνουν ατομικά χαρακτηριστικά όσον αφορά τα επίπεδα της πρόσληψης νικοτίνης που προτιμούν. Κοινωνικές, οικονομικές, προσωπικές και άλλες επιρροές παίζουν καθοριστικό ρόλο καθορίζοντας τόσο την επίπτωση του καπνίσματος όσο και τη διακοπή.

Οι στρατηγικές διακοπής καπνίσματος διακρίνονται σε μη φαρμακευτικές και σε φαρμακευτικές.

Οι **μη φαρμακευτικές** περιλαμβάνουν την θέληση του καπνιστή αποκλειστικά, την συμβουλευτική συνδρομή του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, την έντυπη ενημέρωση, τη θεραπεία συμπεριφοράς, την ύπνωση και το βελονισμό. Οι δύο τελευταίες μέθοδοι δεν φαίνεται να βοηθούν και δεν έχουν θέση στα επίσημα ιατρικά διακοπής καπνίσματος.

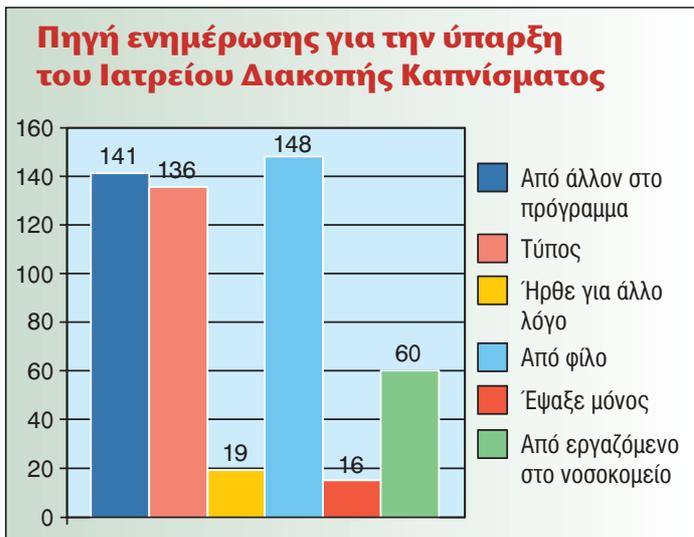
Οι **φαρμακευτικές** περιλαμβάνουν τα υποκατάστατα νικοτίνης και την υδροχλωρική βουπροπιόνη σταθερής αποδέσμευσης (Bupropion SR).

Τα **υποκατάστατα νικοτίνης** που κυκλοφορούν σήμερα στην Ελλάδα είναι οι τσίχλες νικοτίνης των 2 mg και τα αυτοκόλλητα νικοτίνης με διάρκεια δράσης 16 ώρες και περιεκτικότητα νικοτίνης 15 mg, 10 mg και 5 mg.

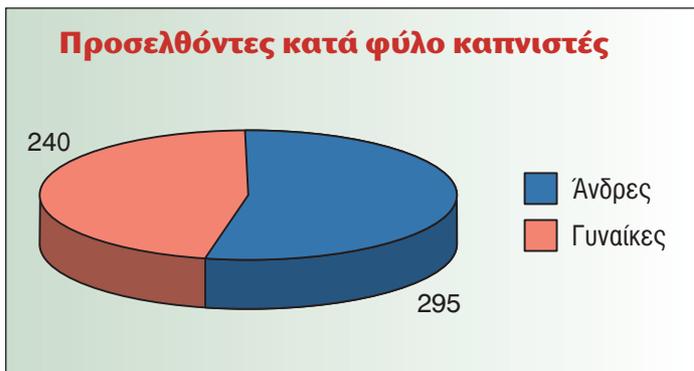
Η **υδροχλωρική βουπροπιόνη**, φάρμακο γνωστό από το 1987, που βρέθηκε ότι βοηθά στη διακοπή του καπνίσματος δρώντας πιθανόν στο κέντρο εθισμού και εξάρτησης στον εγκέφαλο (κερκοφόρο πυρήνα και υπομέλανα τόπο).

Στα πλαίσια της θεραπευτικής παρέμβασης, λειτουργεί στο Νοσοκομείο μας άπαξ εβδομαδιαίως Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος. Στελεχώνεται από ειδικό πνευμονολόγο, εξειδικευμένη νοσηλεύτρια και εξειδικευμένους γενικούς γιατρούς. Σε όλους τους καπνιστές που προσέρχονται γίνεται αδρή κλινική εξέταση και λειτουργικός έλεγχος της αναπνοής και λαμβάνονται πληροφορίες, με βάση ειδικά ερωτηματολόγια, για το ατομικό και το καπνισματικό ιστορικό, για το βαθμό εξάρτησης, το βαθμό ετοιμότητας διακοπής και το ιστορικό κατάθλιψης. Κατόπιν επιλέγεται η καταλληλότερη κατά περίπτωση μορφή βοήθειας η οποία, στις περισσότερες περιπτώσεις, είναι είτε η χορήγηση υποκαταστάτων νικοτίνης είτε η χορήγηση βουπροπιόνης. Ορίζεται η τακτική που θα ακολουθήσει ο καπνιστής και η παρακολούθησή του γίνεται με τακτική ή έκτακτη τηλεφωνική επικοινωνία.

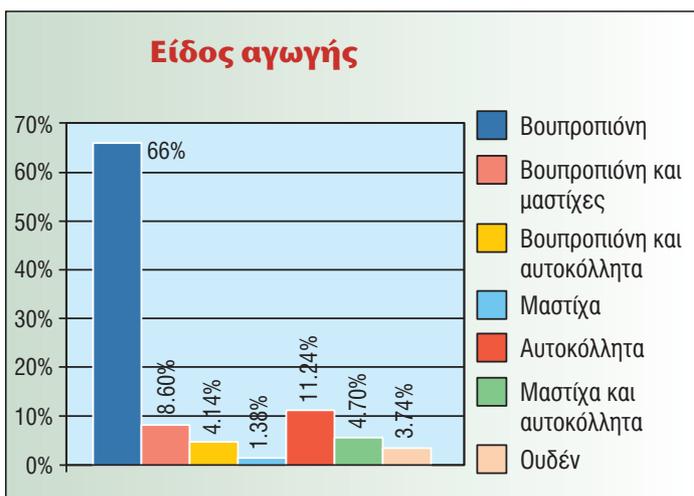
Ο μέσος όρος ηλικίας των καπνιστών που προσήλθαν στο αντικαπνισματικό ιατρείο ήταν 43,3 έτη. Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται η πηγή ενημέρωσης για την ύπαρξη και λειτουργία του αντικαπνισματικού ιατρείου του νοσοκομείου μας.



Στον επόμενο πίνακα φαίνονται οι καπνιστές κατά φύλο.



Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται το είδος της φαρμακευτικής βοήθειας που χρησιμοποιήθηκε.



Τα αποτελέσματα της λειτουργίας του αντικαπνισματικού ιατρείου του νοσοκομείου μας φαίνονται στον πίνακα που ακολουθεί.

Αποτελέσματα		
	Φάρμακο	Χωρίς Φάρμακο
Διακοπή καπνίσματος	78,3%	5,6%
Συνέχιση καπνίσματος	21,6%	94,3%
Σύνολο	57,1% (240)	41,9% (176)

Οι γιατροί οφείλουν να εντοπίζουν τους καπνιστές, να τους κινητοποιούν να ξεκινήσουν την προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος και να τους στηρίζουν στο να επιτύχουν τη διακοπή μέσω συμβουλευτικής παραίνεσης, φαρμακοθεραπείας και τακτικής παρακολούθησης. Τα άμεσα αποτελέσματα είναι πολύ ενθαρρυντικά, αλλά σημαντικό ποσοστό υποτροπιάζει και απαιτείται δεύτερη ή περισσότερες προσπάθειες μέχρι την οριστική επίτευξη του στόχου της διακοπής.

Συμβουλές για τις... δύσκολες μέρες

Για να μην πάρετε βάρος, αρχίστε τη γυμναστική και προσπαθήστε να τρώτε λιγότερο από πριν. Υιοθετήστε ένα διαιτολόγιο με λιγότερα λιπαρά και περισσότερα φρούτα και λαχανικά.

Βουρτσίζετε σχολαστικά τα δόντια σας.

Πίνετε πολλά νερά. Κρατάτε μαζί σας ένα πλαστικό μπουκαλάκι γεμάτο με νερό, τόσο επειδή βοηθά η κίνηση καθώς το φέρνετε στα χείλη σας όσο και γιατί η γεύση του νερού διώχνει την ανάγκη για τσιγάρο.

Όταν σας έρχεται η επιθυμία να καπνίσετε, σηκωθείτε αμέσως και κινηθείτε, καθαρίστε το σπίτι ή πηγαίστε βόλτα. Εάν περάσουν τα πρώτα πέντε λεπτά, που είναι και τα κρίσιμα για την ξαφνική και σφοδρή επιθυμία, ο κίνδυνος έχει κατά κανόνα ξεπεραστεί.

Επενδύστε τα 60 - 145 Ευρώ που ξοδεύατε κάθε μήνα σε τσιγάρα σε κάτι άμεσο και ορατό, που να μπορείτε να το χαρείτε κάθε φορά που σας "έρχεται" να καπνίσετε.

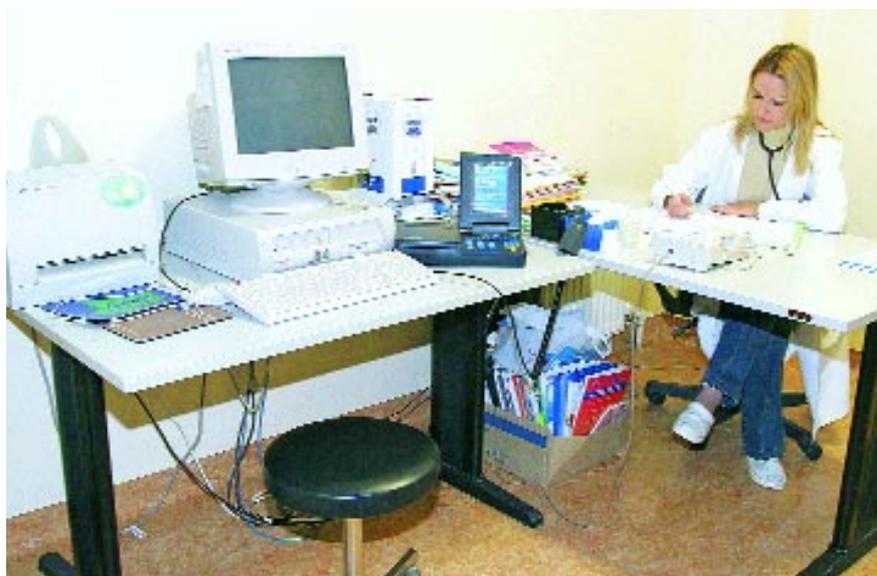
Μην κάθεστε πολλή ώρα στο ίδιο μέρος και αποτρέψτε την ανία. Αν, αντίθετα, καπνίζατε επειδή είσατε νευρικοί, τότε επι-



διώξτε την ανία και την ηρεμία. Βρείτε τρόπους εκτόνωσης και νέα χόμπι (ζωγραφική, πεζοπορία, μουσική κ.λ.π.) Ενημερώστε το περιβάλλον σας, για να δείξει υπομονή με τα νεύρα σας.

Έχετε στο σπίτι φρούτα και καρότα, ώστε - όταν θέλετε να τσιμπολογήσετε - να βρίσκετε πρόχειρο κάτι υγιεινό και όχι ιδιαίτερα παχυντικό.

Μην αρχίσετε να βρίζετε όλους τους άλλους καπνιστές, που δεν μπορούν ή δεν θέλουν να το κόψουν. Οι μεταμεληθέντες καπνιστές είναι πολύ εκνευρισμένοι και γίνονται αντιπαθείς, όπως όλοι οι "ανανήψαντες και μετανοούντες".



ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ - ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ

ΦΑΡΜΑΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ

Το θέμα της χορήγησης των αντιβιοτικών είτε αυτό αφορά στην χημειοπροφύλαξη είτε στην αντιβιοθεραπεία απασχολεί καθημερινά τον υγειονομικό κόσμο δεδομένου ότι συνδέεται άμεσα αφ' ενός με οικονομικά μεγέθη πολύ μεγάλα και αφετέρου με την καταστροφή αυτών των ίδιων των αντιβιοτικών λόγω αναπτύξεως ανθεκτικών στελεχών μικροβίων. Τα τελευταία μάλιστα χρόνια λόγω του αυξανόμενου ρυθμού προσέλευσης ασθενών στα νοσοκομεία υπάρχει πιεστική ανάγκη μείωσης του κόστους θεραπείας διατηρούμενης όμως της ποιότητας θεραπείας.

Γράφει ο **Ιωάννης
Λαγόπουλος**,
Διευθυντής Φαρμακείου ΓΝΠ



Τα αντιβιοτικά λοιπόν και ειδικότερα τα χορηγούμενα παρεντερικά αποτελούν διεθνώς τον υπ' αριθμόν ένα παράγοντα οικονομικού κόστους στα νοσοκομεία. Ένα πολύ μεγάλο ποσοστό από τα αντιβιοτικά αυτά χρησιμοποιούνται κυρίως στη χειρουργική σαν προφυλακτική θεραπεία γι' αυτό και δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι πιο συχνά αυτά βρίσκονται στον στόχο μιας σειράς στρατηγικής περιορισμού του κόστους και είναι συχνά αντικείμενο αυστηρού ελέγχου μέσα από τη χρήση ειδικών συνταγολογίων που σκοπό έχουν να προφυλάξουν τα αντιβιοτικά από την ανάπτυξη ανθεκτικών στελεχών μικροβίων.



Οι δύο αυτοί λόγοι έχουν οδηγήσει τα διάφορα κράτη στο να χαράσσουν ορισμένη πολιτική χρήσεως των αντιβιοτικών.

Στην Αμερική π.χ. χρησιμοποιείται με επιτυχία η ειδική καρτέλα παραγγελίας αντιβιοτικών προς το φαρμακείο συμπληρωμένη από το θεράποντα ιατρό. Ο σκοπός της χορήγησης των συγκεκριμένων αντιβιοτικών αναγράφεται στην καρτέλα, όπως π.χ. **α)** Χημειοπροφύλαξη **β)** Εμπειρική θεραπεία επί υποψίας λοίμωξης **γ)** Θεραπεία λοίμωξης με απομονωθέν γνωστό μικρόβιο.

Οι γιατροί που συνταγογραφούν είναι ενήμεροι ότι στην πρώτη περίπτωση η χορήγηση των αντιβιοτικών θα διακοπεί αυτόματα από το φαρμακείο μετά από 48 ώρες. Στη δεύτερη περίπτωση μετά από 76 ώρες και στην τρίτη περίπτωση μετά από πέντε ημέρες εκτός αν γίνει νέα υπεύθυνη παραγγελία για τον ασθενή.

Με τον τρόπο αυτό γίνεται συνειδητή από τον γιατρό η ανάγκη χρονικής παράτασης ή διακοπής της θεραπείας χωρίς να δημιουργείται στον γιατρό το αίσημα ξένης παρέμβασης αφού του δίνεται το δικαίωμα να παραγγείλει εκ νέου το κατάλληλο αντιβιοτικό.

Στην Αγγλία εφαρμόζονται παρόμοιοι κανόνες περιορισμού. Ας δούμε όμως τι συμβαίνει στην Ελλάδα.

Οι δαπάνες για ιατρική φροντίδα καταλαμβάνουν το 5-6 % περίπου του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος. Από αυτές το 30% περίπου αφορούν δαπάνες για φαρμακευτική περίθαλψη και από το σύνολο αυτό το 20% αφορά δαπάνες για αντιβιοτικά. Ενώ λοιπόν η κατανάλωση των αντιβιοτικών στις λεγόμενες αναπτυγμένες χώρες δεν υπερβαίνει το 20% των νοσηλευόμενων ασθενών στην Ελλάδα το ποσοστό αυτό είναι περίπου 50%. Από τα αντιβιοτικά που καταναλώνονται υπολογίζεται ότι το ένα τρίτο χρησιμοποιείται για χημειοπροφύλαξη και τα δύο τρίτα για αντιβιοθεραπεία. Μελέτη σε πανελλαδική κλίμακα έδειξε ότι από τους ασθενείς που παίρνουν αντιβιοτικά το 50% παίρνει εμπειρικά θεραπεία χωρίς να υπάρχει καλλιέργεια, ενώ υποστηρίζεται ότι στο 70% των ασθενών δεν υπάρχουν καν ενδείξεις υποκειμένης λοίμωξης.

Συγκριτική μελέτη στο νοσοκομείο μας επί μία διετία σε αντιπροσωπευτικούς χειμερινούς μήνες έδειξε κατανάλωση αντιβιοτικών κυμαινόμενη από 70-80% των ασθενών με μεγαλύτερο ποσοστό στα χειρουργικά τμήματα 80-95% και στις μονάδες εντατικής θεραπείας 90%, ενώ οι παθολογικές κλινικές έχουν μικρότερη σχετικά κατανάλωση 70%. Το φαινόμενο αυτό οδήγησε την ελληνική πολιτεία στην χάραξη μιας στρατηγικής περιορισμού μιας ομάδας αντιβιοτικών κινολό-



νες, ιμipενεμη, κεφαλοσπορίνες κλπ. μέσα από τη χρήση ειδικών συνταγολογίων με την εφαρμογή περιορισμένου αντιβιογράμματος, με στόχο να ελαχιστοποιηθεί η απειλή ανάπτυξης και επικράτησης ανθεκτικών στελεχών μικροβίων στα χορηγούμενα αντιβιοτικά.

Παρ' όλα αυτά η χρησιμοποίηση μόνο του ειδικού συνταγολογίου δεν φέρνει τα επιθυμητά αποτελέσματα αν δεν υπάρξει συνειδητοποίηση εκ μέρους του συνταγογράφου γιατρού για την αναγκαιότητα χορήγησης του συγκεκριμένου αντιβιοτικού.

Τα τελευταία χρόνια εφαρμόζεται όλο και πιο συχνά η προληπτική χορήγηση αντιβιοτικών που αποσκοπεί στην αποφυγή εγκατάστασης μικροβίων στα διάφορα όργανα και τους ιστούς με επακόλουθο σηπτικές ή άλλες επιπλοκές.

Όπως αναφέρθηκε το ένα τρίτο της κατανάλωσης των αντιβιοτικών αφορά την προσπάθεια πρόληψης των λοιμώξεων. Η χρήση των αντιβιοτικών για προφύλαξη από τις μετεγχειρητικές λιμώξεις απέτυχε σημαντική πρόοδο τα τελευταία χρόνια αλλά δεν εφαρμόζεται σωστά στην καθημερινή πράξη. Δηλαδή πολλές φορές χορηγούνται αντιβιοτικά σε εγχειρήσεις που δεν χρειάζονται, άλλες φορές δεν χρησιμοποιούνται τα κατάλληλα αντιβιοτικά στην κατάλληλη δόση και στον κατάλληλο χρόνο. Τέλος πολύ συχνά χρησιμοποιούνται για προφύλαξη καινούργια αντιβιοτικά που ενώ δεν προσφέρουν τίποτα περισσότερο, έχουν το πρόβλημα



της πιθανής τοξικότητας, του οικονομικού κόστους και το κυριότερο ότι αχρηστεύονται γρήγορα λόγω ανάπτυξης αντοχής των μικροβίων ώστε να εξαντλείται η ευεργετική τους δράση εκεί που θα έπρεπε να δοθούν, για θεραπευτικά σχήματα.

Σήμερα έχουμε στη διάθεσή μας πίνακες με τα διεθνώς εφαρμοζόμενα σχήματα χημειοπροφύλαξης στην χειρουργική στα οποία έγιναν τροποποιήσεις με βάση τα δεδομένα της αντοχής των μικροβίων στα αντιβιοτικά που ισχύουν στον ελληνικό χώρο. Κατά την άποψή μου λοιπόν, τρεις είναι οι παράγοντες που θα πρέπει να λαμβάνει υπ' όψιν του ο γιατρός προκειμένου να χορηγήσει το κατάλληλο αντιβιοτικό.

1) Η ευαισθησία των μικροβίων στα διάφορα αντιβιοτικά και πως αυτή μεταβάλλεται με την πάροδο του χρόνου. Στο σημείο αυτό επισημαίνεται η μεγάλη προσφορά των μικροβιολογικών εργαστηρίων που είναι επιφορτισμένα με την καταγραφή της ευαισθησίας των μικροβίων.

2) Ένας δεύτερος παράγοντας για την επιλογή των αντιβιοτικών είναι το κόστος θεραπείας, το οποίο συνδέεται αφ' ενός με τη διάρκεια της θεραπείας και αφ' ετέρου με αυτό, καθ' εαυτό το αντιβιοτικό εφόσον κατά κανόνα τα νεότερα αντιβιοτικά είναι και τα ακριβότερα. Ασφαλώς το κόστος του οποιοδήποτε αντιβιοτικού έρχεται σε δεύτερη μοίρα αν πλεονεκτεί για τον ασθενή. Αλλιώς επί ισάξιων στην επιλογή τους αντιβιοτικών το κόστος θα πρέπει να αποτελεί σοβαρό κριτήριο επιλογής.

3) Ένας άλλος παράγοντας επιλογής είναι η φαρμακοκινητική συμπεριφορά των αντιβιοτικών και πως αυτή επηρεάζει το κόστος θεραπείας. Έτσι για τη σωστή χορήγηση των αντιβιοτικών απαιτείται όχι μόνο η πολύ καλή γνώση των μηχανισμών απορρόφησης, κατανομής και απομάκρυνσης των αντιβιοτικών από το σώμα, αλλά η κινητική αυτών των διαδικασιών, δηλαδή οι παράγοντες που επηρεάζουν τον ρυθμό και την έκταση της απορρόφησης, κατανομής μεταβολισμού και απέκκρισης του αντιβιοτικού στο σώμα. Είναι γνωστό ότι φαρμακευτικές εταιρείες που ασχολούνται με την έ-

ρευνα νέων αντιβιοτικών στρέφουν την προσπάθειά τους στην παρασκευή νέων αντιβιοτικών με φαρμακοκινητικές παραμέτρους τέτοιες που να επηρεάζουν σημαντικά το κόστος θεραπείας.

Όλοι γνωρίζουμε ότι το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης στη χώρα μας έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια και ότι θα συνεχίσει να αυξάνεται στο μέλλον. Αυτό αφορά άμεσα το κράτος το οποίο ασκεί την κοινωνική του πολιτική αφού αυτό πληρώνει το μεγαλύτερο μέρος του κόστους της περίθαλψης, ταυτόχρονα όμως αυξάνεται και το ποσοστό συμμετοχής των πολιτών αλλά και των εν γένει ιδιωτικών ασφαλίσεων. Επομένως το κόστος και το όφελος της φαρμακευτικής περίθαλψης ενδιαφέρει άμεσα όλες αυτές τις ομάδες που συμμετέχουν στην εξόφλησή του. Ταυτόχρονα η αυξανόμενη εμπιστοσύνη του ασθενούς στην φαρμακευτική αγωγή και τα άμεσα αποτελέσματά της (που φαίνονται με τη βελτίωση της υγείας των κατοίκων και πιο συγκεκριμένα με την αύξηση του μέσου όρου ζωής), δημιουργεί προστριβές και αντιθέσεις με όσους προσπαθούν να μειώσουν τις δαπάνες αυτές δημιουργώντας αρνητικό κλίμα στους χρήστες και λειτουργούς της υγείας, επειδή οι μειώσεις των δαπανών περίθαλψης εντάσσονται μέσα στις γενικότερες οικονομικές περικοπές. Σαν αποτέλεσμα της αναζήτησης λύσεων στο πρόβλημα αυτό άρχισε να αναπτύσσεται τα τελευταία χρόνια και στη χώρα μας ένας νέος κλάδος της φαρμακευτικής επιστήμης η φαρμακοοικονομία- και αποτελεί τμήμα του συνόλου των οικονομικών της υγείας.

Φαρμακοοικονομία θεωρείται η επιστήμη που ασχολείται με την περιγραφή και ανάλυση του κόστους της θεραπείας στα διάφορα συστήματα ιατρικής περίθαλψης. Η φαρμακοοικονομική έρευνα αναγνωρίζει, μετρά, και συγκρίνει το κόστος (δηλαδή τους πόρους που καταναλώνονται) και τα αποτελέσματα των φαρμακευτικών προϊόντων. Οι ερευνητικές μέθοδοι που σχετίζονται με την ελαχιστοποίηση του κόστους (το κόστος σε σχέση με την αποτελεσματικότητα, το κόστος σε σχέση με το όφελος, το κόστος της ασθένειας, το κόστος σε σχέση με τη χρησιμότητα), την ανάλυση των αποφάσεων και την ποιότητα ζωής, περιλαμβάνονται στον ορισμό της Φαρμακοοικονομίας και τελικά χρησιμοποιούνται από την Φαρμακοοικονομική έρευνα σαν εργαλεία στη εξέταση της επίδρασης (επιθυμητής και ανεπιθύμητης) των εναλλακτικών θεραπειών και των άλλων ιατρικών πράξεων. Η ανάπτυξη λοιπόν της Φαρμακοοικονομικής έρευνας στο άμεσο μέλλον θα αποτελέσει μια δικλείδα στην προσπάθεια μείωσης των δαπανών για την φαρμακευτική περίθαλψη.



ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΡΧΕΙΟ

ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΜΑΣ

**Στην υπηρεσία
των κλινικών,
των εξωτερικών
ιατρείων και
των ασθενών**



Το Ιατρικό Αρχείο του ΓΝΘ Παπαγεωργίου άρχισε να λειτουργεί την άνοιξη του 2000. Απασχολούσε και εξακολουθεί ν' απασχολεί σε μόνιμη βάση δύο άτομα, τα οποία έχουν επιφορτισθεί την εξυπηρέτηση όλων των κλινικών καθώς και των εξωτερικών ιατρείων .

Το αρχείο ασχολείται με την τακτοποίηση-ταξινόμηση των φακέλων των ασθενών, με την καθημερινή διακίνηση των φακέλων των εξωτερικών ιατρείων και με την εξυπηρέτηση ασθενών για δανεισμό των εξετάσεών τους. Με την προσθήκη στο δυναμικό του νοσοκομείου, των πανεπιστημιακών κλινικών ο φόρτος εργασίας του αρχείου έχει αυξηθεί κατά πολύ καθώς τώρα οι απαιτήσεις των κλινικών αυτών για εύρεση φακέλων προς εξυπηρέτηση των ερευνητικών τους αναγκών είναι καθημερινές και επιτακτικές.

Το αρχείο βρίσκεται στο υπόγειο του νοσοκομείου καταλαμβάνοντας ένα σεβαστό χώρο από αυτό. Σήμερα, μετά από πέντε χρόνια πλήρους λειτουργίας του, το αρχείο έχει αγγίξει πληρότητα έως και 90% και ήδη βρίσκεται σε συνεργασία πάντα με τη διοίκηση, προς αναζήτηση νέου χώρου ή εξοικονόμησης από τον ήδη υπάρχοντα. Αυτή τη στιγμή στο αρχείο υπάρχουν όλες οι εξετάσεις από την πρώτη μέρα λειτουργίας του και δεν έχει προβεί σε καταστροφή παλαιού υλικού.

Η καθημερινή εφημερία από την πλευρά των εργαζομένων



Του Παναγιώτη Τσουχτίδη,
Προέδρου Δ.Σ.Σ.Ε.Ν.Π.

Λίγους μήνες μετά από την εφαρμογή του πιλοτικού προγράμματος εφημεριών και στη Θεσσαλονίκη νομίζω ότι έχουμε όλοι εμπειρώσει κάποια συμπεράσματα και πιστεύω ότι είμαι πλέον σε θέση να δημοσιοποιήσω όλα τα τεράστια οφέλη που προέκυψαν από το ΣΟΤΥ :

● Ο κύριος καθηγητής / διευθυντής μπορεί πλέον χωρίς κανένα πρόβλημα, με το ιερό μυστήριο της βάπτισης να ονοματίζει «επείγοντα» περιστατικά προς χειρουργείο και να στέλνει μέσω των Τ.Ε.Π. όλων τον «καλό» κόσμο, οι οποίοι προηγούνται έναντι όλων των υπολοίπων κοινών θνητών.

- Το προσωπικό που μέχρι πρότινος κοιτούσε με δέος την ημέρα Γενικής εφημερίας να πλησιάζει στο πρόγραμμα, πλέον δε αντιλαμβάνεται τίποτα το διαφορετικό να συμβαίνει αφού κάθε μέρα είναι «γιορτή»
- Ο ασθενής δε χρειάζεται πλέον να περιμένει τα μονίμως καθυστερούντα τακτικά ραντεβού στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου, αλλά μπορεί να επιλέξει την ημέρα που τον βολεύει να εξεταστεί, την ώρα στο περίπου, το γιατρό ή την κλινική που εφημερεύει, κι ακόμα κι αν δε μείνει ικανοποιημένος από την αντιμετώπιση που θα έχει, αν προλαβαίνει χρονικά, να αποταθεί σε άλλο νοσοκομείο που εφημερεύει για «καλύτερα», ή και σε άλλο, σε άλλο..
- Οι συνταξιούχοι..που η νέα οργάνωση του Ι.Κ.Α. τους στέρησε τη χαρά της ουράς και της ψιλοκουβέντας βρήκαν νέο χώρο προσέλευσης, στοιβάγματος, νέους όρους επικοινωνίας και διεκπεραίωσης και κοντολογίς βρήκαν ένα καινούριο τρόπο να περνούν την ώρα τους!





● Τέλος η πρωτεύουσα θα αποκτήσει έναν ικανότατο πολιτικό (ακόμα) ως δήμαρχο αφού με τα νέα μέτρα η ικανοποίηση του κόσμου που «μας πληρώνει» για να τον περιθάλλουμε βρίσκεται στα ύψη και θα διασφαλίσει μια πανηγυρική εκλογή.

Για να σοβαρευτούμε όμως και να βάλουμε τα πράγματα σε μια σωστή βάση, το νέο σύστημα εφημεριών όπως εφαρμόστηκε είναι μια ακόμη πολιτική κίνηση βιτρίνας όπως συνηθίζουν να κάνουν όλες οι κυβερνήσεις που έχουν αναλάβει κατά καιρούς τη λαϊκή εντολή να ταλαιπωρούν τον Ελληνικό λαό.

Και για να μην προτρέξει κάποιος αναγνώστης να σκεφτεί ότι ο υπογράφων είναι πολέμιος συγκεκριμένων πολιτικών και πολιτικών, θα σας πω απλά ότι θεωρώ ότι το νέο σύστημα εφημεριών είναι ότι πιο ορθό έχει συλλάβει υπουργός Υγείας σε αυτή τη χώρα, αλλά με κάποιες προϋποθέσεις!

Και ποιες είναι αυτές :

1. Κοινότητα κι όμως αληθινό, προσωπικό για όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα που λειτουργούν εδώ και χρόνια με αλχημείες και χάρη στο πατριωτισμό των υπάλληλων τους. Κυρίως οφείλουμε να ενισχύσουμε τα τμήματα που εφημερεύουν πλέον καθημερινά (μονάδες κάθε είδους, χειρουργεία, αποστειρώσεις, αιμοδοσίες κ.τ.λ.)
2. Οικογενειακός γιατρός για μια πρώτη αξιολόγηση και διαλογή των περιστατικών.
3. Κέντρα υγείας αστικού τύπου για να αποφύγουμε τους χασομέρηδες που απλά θέλουν να περάσουν την ώρα τους «δίκην καφενέ» και να φτάσουν στο γενικό νοσοκομείο τα περιστατικά που πρέπει και όχι ο κάθε πονεμένος.
4. Ίδρυση αυτόνομων τμημάτων επειγόντων περιστατικών με πλήρη στελέχωση σε ιατρικό, παραϊατρικό, νοσηλευτικό και βοηθητικό προσωπικό .



5. Θέσπιση ηλεκτρονικής κάρτας κοινωνικής ασφάλισης έτσι ώστε να ελεγχθεί η ασύδοτη προσέλευση με κεντρικό τρόπο αλλά και να υπάρχει δυνατότητα έλεγχου του ιστορικού του ασθενούς στο σύνολο του.

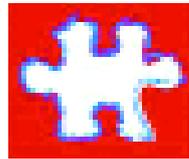
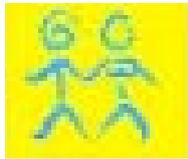
Βέβαια αυτό που πραγματικά πέτυχε το νέο σύστημα είναι να εξυπηρετηθεί πιο άμεσα ο πάσχων συνάνθρωπος και αυτό οφείλουμε το αναγνωρίσουμε άπαντες οι μετέχοντες σε αυτήν την προσπάθεια.

Εδώ όμως οι πιο σκεπτικιστές από εμάς μπορούμε να αντιπαρατάξουμε ότι η μη προηγηθείσα στελέχωση των νοσοκομείων, αλλά και η βεβιασμένη εφαρμογή του, προκαλούν στο κορεσμένο ιατρικό και στο κουρασμένο λοιπό προσωπικό φαινόμενα burnout με ανυπολόγιστες μακροπρόθεσμες συνέπειες και σίγουρα τελικά υπονομεύουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Με την ευχή η καταγραφή των προβλημάτων που προκύπτουν να φωτίσει τους αρμόδιους προς τη σωστή κατεύθυνση για μέτρα υποστήριξης του πειραματικού μοντέλου που εφαρμόζεται, κλείνω εδώ διαβεβαιώνοντας τους χρήστες υπηρεσιών υγείας ότι μας έχουν απομείνει και κάποια λίγα έστω αποθέματα υπομονής αλλά και πατριωτισμού για να κρατήσουμε ψηλά τη σημαία της Δημόσιας Υγείας λίγο καιρό ακόμη.



Από την Πρόνοια στην Κοινωνική Αλληλεγγύη...



Από τον Μάρτιο του 2004 το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας μετονομάστηκε σε Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Η αλλαγή αυτή δεν ήταν τυπικού χαρακτήρα αλλά συμβόλιζε τη νέα αντίληψη για τις παρεχόμενες υπηρεσίες στο χώρο της κοινωνικής φροντίδας.

Η έννοια της κοινωνικής αλληλεγγύης αναδεικνύει το σεβασμό και τον τρόπο αντιμετώπισης των αποδεκτών της κοινωνικής φροντίδας ενώ η κοινωνική πρόνοια είναι σε μεγάλο βαθμό συνυφασμένη με την εξάρτηση των "αδύνατων" συνανθρώπων μας από τις κρατικές υπηρεσίες. Οι σύγχρονες όμως αντιλήψεις για την παροχή κοινωνικής φροντίδας και ο σεβασμός της ανθρώπινης αξιοπρέπειας έρχεται σε αντίθεση με την έννοια της εξάρτησης.

Ένας άνθρωπος μπορεί να είναι φιλάνθρωπος, μία οργάνωση να είναι φιλανθρωπική επίσης. Το κράτος όμως όχι. Ο φιλάνθρωπος βοηθά από το υστέρημά του. Το κράτος είναι υποχρεωμένο να μεριμνά όχι μόνο για τη φροντίδα των ανθρώπων που βρίσκονται σε ανάγκη, αλλά να τους στηρίξει ουσιαστικά να σταθούν στα πόδια τους.

Αυτό που πρέπει να γίνει σαφές, είναι ότι η υγεία και η κοινωνική αλληλεγγύη απαιτούν διαφορετική προσέγγιση. Η ισότητα στην πρόσβαση και η ίση μεταχείριση όλων, είναι οι βασικές αξίες στον τομέα της υγείας. Στην υγεία πρέπει να αντιμετωπίζουμε το ίδιο έναν έλληνα με έναν μετανάστη, έναν φτωχό με έναν εύπορο πολίτη.

Στην κοινωνική αλληλεγγύη όμως η ισότητα αντιμετώπισης όλων των ανθρώπων απλά αναπαράγει την ανισότητα. Με διαφορετικό τρόπο οφείλει να σταθεί η πολιτεία δίπλα στον πρόσφυγα ή δίπλα σε μία γυναίκα-θύμα παράνομης εμπορίας, διαφορετικά σε "ένα παιδί των φαναριών", διαφορετικά σε έναν άνθρωπο με κινητικά προβλήματα.

Κοινωνική αλληλεγγύη σημαίνει να μην επιβάλλεις το όνειρο σου στους άλλους, αλλά να τους στηρίζεις ό-

Γιάννα Δεσποτοπούλου
Γενική Γραμματέας
Κοινωνικής Αλληλεγγύης



σο χρειάζεται για πετύχουν οι ίδιοι να κάνουν τα δικά τους όνειρα πραγματικότητα. Γιατί δεν μεριμνάς μόνο για την υγεία των ανθρώπων, αλλά θέτεις τις βάσεις για την ευτυχία τους.

Αυτή η μεταβολή στον τρόπο που θεωρούμε την κοινωνική αλληλεγγύη μεταφράζεται σε συγκεκριμένο στρατηγικό σχεδιασμό.

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, σχεδιάζει την υλοποίηση του "Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Αλληλεγγύης" το οποίο βασίζεται στους εξής πυλώνες:

1. Στον σχεδιασμό προγραμμάτων κοινωνικής παρέμβασης βασισμένα στις αρχές της Λευκής Βίβλου για τη Διακυβέρνηση με ουσιαστική εφαρμογή των γενικών της αρχών: Ανοικτότητα (openness), συμμετοχή, καταλογισμός ευθυνών, αποτελεσματικότητα και συνοχή.
2. Στον εκσυγχρονισμό των δομών των δημοσίων και ιδιωτικών φορέων της Πρόνοιας στη βάση της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της πολυδιάστατης αξιολόγησης.
3. Στο σχεδιασμό και εφαρμογή προγραμμάτων κοινωνικής παρέμβασης σε πλουραλιστική βάση (συμμετοχή κρατικών φορέων, μη κυβερνητικών οργανώσεων, τοπικής αυτοδιοίκησης και εκπροσώπων ομάδων-στόχου) με ιδιαίτερη έμφαση στην αρχή της Ουσιαστικής Καταλληλότητας των φορέων που παρέχουν κοινωνική φροντίδα.
4. Στη δημιουργία ευέλικτων δικτύων κοινωνικής φροντίδας και διάχυση της τεχνογνωσίας και των καλών πρακτικών στα υποκείμενα του δικτύου.

5. Στην αξιοποίηση ανθρώπινων και υλικών πόρων του ιδιωτικού τομέα.
6. Στην επικέντρωση και προσαρμοστικότητα στις ιδιαίτερες ανάγκες των κοινωνικών ομάδων που βιώνουν ή απειλούνται από κοινωνικό αποκλεισμό

Δημιουργούμε, από την αρχή, τις βάσεις για την ανάπτυξη των προνοιακών φορέων στη χώρα μας:

- Σχεδιάσαμε ένα σύστημα πιστοποίησης των νομικών προσώπων ιδιωτικού δικαίου που δραστηριοποιούνται στην κοινωνική φροντίδα, όχι μόνο για να ελέγχουμε τους κρατικούς πόρους που στηρίζουν μία σειρά από μη κερδοσκοπικές κοινωνικές παρεμβάσεις, αλλά και να αποτελέσει μία πλατφόρμα ανάπτυξης του τρίτου τομέα κατά τα επιτυχή πρότυπα χωρών του δυτικού κόσμου. Η διαδικασία της Α' φάσης της πιστοποίησης έχει ήδη ολοκληρωθεί.
- Εξετάζουμε αναδιαρθρώσεις των κρατικών φορέων κοινωνικής φροντίδας, ώστε να είναι περισσότερο αποτελεσματικοί και να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις της ελληνικής κοινωνίας.
- Επεξεργαζόμαστε το θεσμικό πλαίσιο για την Εταιρική Κοινωνική Ευθύνη στο χώρο της Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Σκοπός μας είναι να υποστηρίξουμε και να διευκολύνουμε τις επιχειρήσεις της αγοράς που θέλουν να "επιστρέψουν" ένα μέρος των κερδών τους στην κοινωνία, να το πράξουν με τον πλέον επωφελή τρόπο για τους ανθρώπους που έχουν ανάγκη.

Παράλληλα με αυτή τη δημιουργία υποδομών για την οικοδόμηση της νέας αντίληψης για την Κοινωνική Φροντίδα, παρεμβαίνουμε άμεσα στην αντιμετώπιση της ανάγκης. Παρεμβαίνουμε με άμεσες ενέργειες, γιατί ένας άνθρωπος που έχει ανάγκη την κρατική μέριμνα, δεν έχει την πολυτέλεια να περιμένει.

Οι φορείς που συμμετέχουν στην επιστημονική τεκμηρίωση και υλοποίηση των προγραμμάτων του Υπουργείου μας είναι το Ινστιτούτο Κοινωνικής Προστασίας και Αλληλεγγύης και το Εθνικό Κέντρο Ύμεσης Κοινωνικής Βοήθειας, ΝΠΔΔ που υπάγονται στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Ινστιτούτο Κοινωνικής Προστασίας και Αλληλεγγύης (ΙΚΠΑ)

Το ΙΚΠΑ είναι ΝΠΔΔ που λειτουργεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ένας από τους βασικούς σκοπούς του Ινστιτούτου Κοινωνικής Προστασίας και Αλληλεγγύης είναι η ανάπτυξη της επιστημονικής έρευνας και αξιολόγησης στο χώρο της κοινωνικής προστασίας και αλληλεγγύης. Συγκεκριμένα:

- εισηγείται στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης την πολιτική σε θέματα έρευνας στο χώρο της κοινωνικής προστασίας και αλληλεγγύης

- εφαρμόζει ερευνητικά και μελετητικά έργα στο πλαίσιο της πολιτικής και των προτεραιοτήτων του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, συνεργαζόμενο, όπου είναι αναγκαίο, με άλλους ερευνητικούς και μελετητικούς φορείς
- Διαχειρίζεται το 5% του συνολικού ετήσιου προϋόντος του κρατικού λαχείου κοινωνικής αντίληψης, για την ανάπτυξη της έρευνας στο χώρο της κοινωνικής προστασίας και αλληλεγγύης
- Αξιολογεί εφαρμοσμένες πολιτικές και προγράμματα



Εθνικό Κέντρο Ύμεσης Κοινωνικής Βοήθειας (ΕΚΑΚΒ)

Το ΕΚΑΚΒ είναι ΝΠΔΔ και υπάγεται στον έλεγχο του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Σκοπός του είναι ο συντονισμός του δικτύου παροχής υπηρεσιών κοινωνικής στήριξης σε άτομα, οικογένειες και ομάδες πληθυσμού που περιέχονται σε κατάσταση έκτακτης ανάγκης. Ειδικότερα οι υπηρεσίες που παρέχονται περιλαμβάνουν:

- α)** επείγουσες κοινωνικές παρεμβάσεις
- β)** συμβουλευτική στήριξη σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο
- γ)** ψυχολογική στήριξη βραχείας διάρκειας σε άτομα, οικογένειες και πληθυσμιακές ομάδες
- δ)** προσωρινή παροχή στέγης και διατροφής σε πολίτες που βιώνουν μια κατάσταση έκτακτης ανάγκης
- ε)** συντονισμό και εφαρμογή προγραμμάτων κοινωνικής αλληλεγγύης και εθελοντικής προσφοράς για αντιμετώπιση έκτακτων αναγκών

Η πραγμάτωση των στόχων του ΕΚΑΚΒ εκπληρώνεται με τις εξής υπηρεσίες:

- Τη Μονάδα Τηλεφωνικής Βοήθειας (Γραμμή Ανθρωπιάς 197)
- Τα Κέντρα Κοινωνικής Στήριξης
- Τους Ξενώνες Σύντομης Φιλοξενίας που απευθύνονται σε ευπαθείς ομάδες πληθυσμού (παιδιά, έφηβους, κακοποιημένες γυναίκες, κα) και τους Ξενώνες για γυναίκες θύματα εμπορίας και διακίνησης με σκοπό την σεξουαλική εκμετάλλευση
- Την Κινητή Μονάδα Παρέμβασης ΥΥΚΑ- Γενική Γραμματεία Κοινωνικής Αλληλεγγύης

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟ ΒΕΛΤΙΣΤΟΠΟΙΗΜΕΝΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΠΡΟΜΗΘΕΙΩΝ για την αγορά στον τομέα της Υγείας

Γράφει ο Γιώργος Ιωακειμίδης

Από τον Ιούνιο 2005 βρίσκεται σε εξέλιξη ένα Ευρωπαϊκό ερευνητικό πρόγραμμα ηλεκτρονικών προμηθειών «e-Pos», στα πλαίσια του e-TEN (Πρόγραμμα της Ευρωπαϊκής κοινότητας σχεδιασμένο για την ανάπτυξη τηλεπικοινωνιακών δικτύων βασισμένων σε υπηρεσίες με πανευρωπαϊκές διαστάσεις). Το πρόγραμμα έχει σχεδιαστεί με στόχο την ίδρυση μιας πανευρωπαϊκής υπηρεσίας για ηλεκτρονική διαχείριση διαγωνισμών προμήθειας υλικών στον τομέα της υγείας. Οι χρήστες αυτής της υπηρεσίας θα είναι τα Ιδρύματα παροχής υπηρεσιών υγείας και οι προμηθευτές ιατρικού εξοπλισμού, υλικών καθώς και φαρμάκων σε όλη την Ευρώπη.



Η ιδέα πάνω στην οποία βασίζεται η επιτυχία της λειτουργίας αυτού του συστήματος υπηρεσιών είναι ο πανευρωπαϊκός χαρακτήρας της αγοράς. Οι ανάγκες ενός νοσοκομειακού ιδρύματος για να καλυφθούν απαιτείται χρόνος, χρήματα και ανθρώπινοι πόροι χωρίς ωστόσο να εξασφαλίζεται το βέλτιστο αποτέλεσμα. Οι κανόνες λειτουργίας επιβάλλουν αυστηρές προδιαγραφές στην προμήθεια ιατροφαρμακευτικού υλικού και εξοπλισμού. Με τη χρήση των υπηρεσιών του e-pos, οι διαδικασίες διεξαγωγής ενός διαγωνισμού αποκτούν ευελιξία, χωρίς να μειώνεται η εγκυρότητά τους.

Το μέγεθος της Ευρωπαϊκής αγοράς στον τομέα της υγείας, η μεγάλη ανάγκη των νοσοκομείων και των προμηθευτών για ένα αποδοτικό και ευέλικτο μηχανισμό διεξαγωγής διαγωνισμού προμηθειών και την πιθανότητα μείωσης του κόστους αυτών, καθιστούν υπολογίσιμη επιχειρηματική ευκαιρία τις υπηρεσίες του e-pos, με δυνατότητα εξέλιξης.

Το σύστημα δημιουργεί ένα έξυπνο μηχανισμό ηλεκτρονικής προμήθειας, όπου νοσοκομεία και προμηθευτές θα έχουν τη δυνατότητα ανταλλαγής πληροφοριών





www.eposproject.com

για τις παραγγελίες και τα χαρακτηριστικά των παραγγελιών χρησιμοποιώντας ηλεκτρονικά μέσα, προσαρμοσμένα στους υπάρχοντες κανόνες λειτουργίας.

Το σύστημα θα είναι εγκατεστημένο σε ένα κεντρικό υπολογιστή όπου συντηρείται η εφαρμογή και η βάση δεδομένων. Η πρόσβαση στο σύστημα δεν απαιτεί καμία επιπλέον εγκατάσταση, πέρα από ένα φυλλομετρητή ιστοσελίδων (Web Browser).

Η εφαρμογή θα υποστηρίζει αναζήτηση προϊόντων μεταξύ πολλαπλών διανομέων και ενός μεγάλου αριθμού προμηθευτών. Με αυτόν τον τρόπο το κόστος και ο χρόνος ελαχιστοποιούνται σε σύγκριση με τον παραδοσιακό τρόπο συγγραφής και έκδοσης μιας επίσημης δημοπρασίας αγοράς με μεγάλο τον όγκο γραφειοκρατίας που συμπεριλαμβάνει. Τα προϊόντα των προμηθευτών και οι πληροφορίες τιμοδότησης θα είναι διαθέσιμες και θα εμφανίζονται μέσα από καταλόγους στους οποίους θα έχουν πρόσβαση οι αγοραστές μέσω από ένα διαδικτυακό περιβάλλον. Πριν να γίνει η αγορά, ο έλεγχος της επιλογής θα είναι πιο εύκολος, αφού θα γίνεται ηλεκτρονικά. Ένα σημαντικό θέμα προς επίλυση είναι το γεγονός ότι δεν χρησιμοποιείται κοινός κατάλογος κωδικοποιημένων υλικών από όλα τα Νοσοκομειακά Ιδρύματα βάσει κάποιας ευρωπαϊκής οδηγίας.

Οι συμμετέχοντες στο διαγωνισμό ως προμηθευτές

χρήστες θα διευκολύνονται στη διαδικασία κατάθεσης προσφορών αφού θα γίνεται από τον υπολογιστή τους. Η παρακολούθηση της εξέλιξης του διαγωνισμού επίσης θα είναι μέσω διαδικτύου. Μηχανισμοί ενημέρωσης επίσης θα διευκολύνουν την συμμετοχή σε ηλεκτρονικούς διαγωνισμούς στο σύνολο τους.

Η μεγάλη πρόκληση θα είναι να υποστηριχθεί η υπηρεσία με οργανωτικές διαδικασίες προκειμένου να επιβεβαιωθεί η αποδοχή των υπηρεσιών του συστήματος e-pos από τους χρήστες.

Στο έργο συμμετέχουν:

- PC Systems SA, Ελλάς
- EUROCONSULTANTS S.A., Ελλάς
- Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Ελλάς
- Consorci Hospitalari de Vic, Ισπανία
- MediBRIDGE, Βέλγιο
- SEERC, Ελλάς
- Department of Computer and System Sciences (DSV) - Royal Institute of Technology (KTH), Σουηδία
- CNA Modena, Ιταλία
- EMTEC e.V., Γερμανία
- Red Squared plc, Ην. Βασίλειο
- Custodix, Βέλγιο
- MONICA Ιδιωτικό Νοσοκομείο, Βέλγιο

Ο Διαδανεισμός στη Βιβλιοθήκη του Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου

Γράφει η Θεοδώρα Λιούζα
Βιβλιοθηκονόμος του Γ.Ν.Π.



Ο Διαδανεισμός είναι μια υπηρεσία των βιβλιοθηκών που αφορά στη διαδικασία κατά την οποία βιβλιογραφικό υλικό (άρθρα, βιβλία, διατριβές κλπ) διατίθεται από μία βιβλιοθήκη σε μία άλλη. Σκοπός του διαδανεισμού είναι οι χρήστες μιας βιβλιοθήκης να έχουν τη δυνατότητα να αποκτήσουν υλικό το οποίο δεν είναι διαθέσιμο στη βιβλιοθήκη τους και το οποίο πολλές φορές εντοπίζεται εκτός των ορίων μιας γεωγραφικής περιοχής, ή ακόμη και εκτός των συνόρων της χώρας.

Η βιβλιοθήκη του ΓΝΘ Παπαγεωργίου από την αρχή της λειτουργίας της έγινε μέλος του Εθνικού Δικτύου Επιστημονικών και Τεχνολογικών Βιβλιοθηκών (Ε-ΔΕΤΒ) του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης (ΕΚΤ), μέσω του οποίου έχει τη δυνατότητα για online παραγγελίες πλήρους κειμένου επιστημονικών δημοσιευμάτων. Το δίκτυο αριθμεί 160 βιβλιοθήκες - μέλη που έχουν τη δυνατότητα να συμμετέχουν με δύο ρόλους :

1. Βιβλιοθήκη - Πελάτης
2. Βιβλιοθήκη - Προμηθευτής

Η βιβλιοθήκη του Νοσοκομείου έχει τη δυνατότητα να προμηθεύεται άρθρα επιστημονικών περιοδικών α-

πό άλλες βιβλιοθήκες μέλη, αλλά παράλληλα έχει την υποχρέωση να παρέχει αντίστοιχο υλικό σε άλλες βιβλιοθήκες του δικτύου. Το υλικό που δεν μπορεί να εντοπιστεί στην Ελλάδα, η βιβλιοθήκη έχει τη δυνατότητα να το παραγγείλει από τη Βρετανική Βιβλιοθήκη (British Library).

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι διακίνησης του υλικού μέσω του δικτύου. Οι παραδοσιακοί τρόποι (ταχυδρομείο, φαξ, courier) χρησιμοποιούνται ελάχιστα. Η βιβλιοθήκη διακινεί το υλικό της σε ηλεκτρονική μορφή είτε ψηφιοποιώντας το (scanning), είτε χρησιμοποιώντας υλικό που υπάρχει ήδη σε ηλεκτρονική μορφή. Η διακίνηση του υλικού με e-mail δίνει τη δυνατότητα στο χρήστη να παραλάβει ταχύτερα αυτό που ζητά και με χαμηλό σχετικά κόστος. Το 2004 η βιβλιοθήκη μας κατείχε την έκτη θέση σε ποσοστό αποστολών 90,70% με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο (e-mail).

Ο διαδανεισμός είναι μια υπηρεσία των βιβλιοθηκών μέσα από την οποία διευρύνεται η πρόσβαση των χρηστών σε πληροφοριακό υλικό, ικανοποιούνται σε μεγαλύτερο βαθμό οι πληροφοριακές ανάγκες τους και βελτιώνεται η ποιότητα των υπηρεσιών που τους προσφέρει η βιβλιοθήκη.

Οι παρακάτω πίνακες περιλαμβάνουν στατιστικά στοιχεία της βιβλιοθήκης σχετικά με το διαδανεισμό άρθρων:

Στατιστικά στοιχεία				
	2002	2003	2004	2005
Συνολικές αιτήσεις άρθρων προς άλλες βιβλιοθήκες - μέλη	694	620	932	1011
Συνολικές αιτήσεις άρθρων από άλλες βιβλιοθήκες - μέλη	92	204	283	250

Στατιστικά στοιχεία βιβλιοθήκης ως προμηθευτής κατά την χρονική περίοδο από 01-01-2002 έως 30-09-2005		
	Αιτήσεις	Σελίδες
ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΔΕΧΤΗΚΕ	787	6028
ΑΠΕΣΤΕΙΛΕ ΜΕ E-MAIL	538	4375
ΑΠΕΣΤΕΙΛΕ ΜΕ FAX	10	72
ΑΠΕΣΤΕΙΛΕ ΜΕ ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟ	147	1349
ΑΠΕΡΡΙΨΕ	91	5221
ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΑΠΟΔΕΧΤΗΚΕ	695	5799



Στατιστικά στοιχεία βιβλιοθήκης ως πελάτης κατά την χρονική περίοδο από 01-01-2002 έως 30-09-2005		
	Αιτήσεις	Σελίδες
ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΑΙΤΗΣΕΙΣ	3257	18812
ΕΓΙΝΑΝ ΑΠΟΔΕΚΤΕΣ	2372	17673
ΑΠΟΡΡΙΦΘΗΣΑΝ	644	4423

«Το ΓΝΘ Παπαγεωργίου αποτελεί σήμερα για την Ελλάδα μία πηγή νοσηλευτικής γνώσης»

Απόσπασμα από την εφημερίδα
«Νοσηλευτική Παρέμβαση» Αθήνα.

ΤΟ ΓΝΘ «Παπαγεωργίου» για 5η φορά στην πρωτοπορία

Για 5η συνεχή χρονιά πραγματοποιήθηκε στις 10-11 Ιουνίου το Νοσηλευτικό Συνέδριο του νοσοκομείου Παπαγεωργίου με θέμα «Αυτόνομοι Νοσηλευτικοί Ρόλοι».

Στις εργασίες του συνεδρίου συμμετείχε αντιπροσωπεία Σέρβων νοσηλευτών ενώ προσκεκλημένοι ξένοι ομιλητές ήταν η καθηγήτρια του Πανεπιστημίου της Καλιφόρνιας Dr Kathleen Puntilo, και ο B. Dolan από το East Sussex Hospitals NHS Trust της Μ. Βρετανίας.

Στο κύριο στρογγυλό τραπέζι που ακολούθησε την εισαγωγική ομιλία της διευθύντριας της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του νοσοκομείου Παπαγεωργίου κ. Αθανασίας Χούτα Χυτήρη για τη διαχρονική ανάπτυξη των Νοσηλευτικών ρόλων αναπτύχθηκαν διάφορες παράμετροι των αυτόνομων νοσηλευτικών ρόλων. Η κ. Χ.Λεμονίδου καθηγήτρια στο ΕΚΠΑ μίλησε για τη συμβολή της εκπαίδευσης στην ανάπτυξη αυτών των ρόλων και την καθοριστική σημασία που έπαιξε η ίδρυση του τμήματος Νοσηλευτικής του ΕΚΠΑ σε αυτό. Στη συνέχεια ο κ.Δ. Δημητράλλης αναφέρθηκε στο νομικό πλαίσιο που διέπει την νοσηλευτική στην Ελλάδα ενώ κ. Σ. Ζιώγα από τα ΤΕΙ Θεσσαλονίκης μίλησε για την εφαρμογή των αυτόνομων ρόλων στη νοσηλευτική πρακτική. Η Dr Puntilo περιέγραψε την εκπαιδευτική διαδικασία του μεταπτυχιακού προγράμματος των Acute Care Nurse Practitioners ενώ ο Dolan B. μας εξήγησε τους λόγους ανάπτυξης των αυτόνομων ρόλων στη Μ. Βρετανία. Τέλος ο Γ. Γεωργιάδης περιέγραψε το έργο που πραγματοποιεί το γραφείο εκπαίδευσης του νοσοκομείου Παπαγεωργίου.

Από τις 56 εργασίες που ανακοινώθηκαν είναι εντυπωσιακό ότι οι τριάντα προέρχονταν από το νοσοκομείο Παπαγεωργίου.

Εντυπωσιακό θεωρούμε και το γεγονός ότι όλες σχεδόν οι εργασίες που προέρχονταν από το «Παπαγεωργίου» εκτός από το ανασκοπικό μέρος περιλάμβαναν και ένα-έστω και μικρό_ ερευνητικό μέρος

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
www.papageorgiou.gr

ΚΩΔΙΚΟΣ Γ.Γ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ: 5660

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ - ΕΚΔΟΤΗΣ
ΑΙΜΙΛΙΑ ΔΗΜΗΤΡΕΛΛΗ
ΤΡΟΙΑΣ 39 112 57 ΑΘΗΝΑ
ΤΗΛ: 210 61.64.289, FAX: 210 61.64.289
www.sitemaker.gr/dimitrel
email: dimitrel@otenet.gr

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ
Διμήτρης Δημητράλλης
Νοσηλευτής MSc

Παραγωγή:
ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Α.Β.Ε.Ε.
ΓΡΑΦΙΚΕΣ ΤΕΧΝΕΣ-ΧΡΟΜΟΕΥΘΕΣΤΕ-ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ
ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ 80, 114 Τ1 ΑΘΗΝΑ
ΤΗΛ: 210 38.24.728 - FAX: 210 36.01.679
www.papanikolaou.gr, info@papanikolaou.gr

ΕΤΗΣΙΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΕΣ:
Επαγγελματίες Υγείας: 20 ΕΥΡΩ
Φοιτητές-Εποδοκαστές: 17 ΕΥΡΩ
Δημόσιες Υπηρεσίες - ΝΠΔΔ-
Κωστικές Επιχειρήσεις: 40 ΕΥΡΩ

με στοιχεία από τη δουλειά που γίνεται στο συγκεκριμένο κέντρο. Αποτελεί αναμφισβήτητο γεγονός ότι το ΓΝΘ Παπαγεωργίου αποτελεί σήμερα για την Ελλάδα μία πηγή νοσηλευτικής γνώσης. Με τα συνέδρια των οποίων η θεματολογία εισάγει καινοτομίες τις οποίες και υλοποιεί. Από τα ΤΕΠ και το Triage που πριν πέντε χρόνια ακούσαμε και είδαμε να υλοποιούνται στην ημερήσια νοσηλεία και τώρα στους αυτόνομους νοσηλευτικούς ρόλους. Βρίσκεται λοιπόν πάντα στην πρωτοπορία και αυτό είναι πολύ θετικό. **Συμπερασματικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι η όλη διοργάνωση αλλά και το όλο κλίμα του ΓΝΘ Παπαγεωργίου για μία ακόμη φορά μας εντυπωσίασε. Με τις καινοτόμες δράσεις, τις πρωτοτυπίες μα πάνω από όλα τη συνεργασία και την ομαδικότητα αποτελεί σίγουρα ένα παράδειγμα προς μίμηση. Και του χρόνου!>**

Εγκωμιαστικά σχόλια για το ΧΡΕΟΣ ΖΩΗΣ



† Ο ΜΗΤΡΟΠΟΛΙΤΗΣ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ & ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ
ΘΕΟΛΟΓΟΣ

Την Σάββατο, 12η Οκτωβρίου 2005

Προς:

Αξιότιμον

Κυν Βασιλείων Παπών

Πρόεδρον Θρόνου «Παπαγεωργίου»

Διευθυντήν Περιοδικού «Χρέος Ζωής»

Εις Εύχαριστην Θεσσαλονίκη

Ἀγαπᾶν ὁ Πρόεδρε,

Μετὰ πολλῆς χαρᾶς ἔλαβον τὴν προφορὰς ἀποσταλεί-
σαν μοι δημοσιῶν περιοδικῆν ἔκδοσιν «Χρέος Ζωής» τοῦ Γενι-
κοῦ Νοσοκομείου «Παπαγεωργίου», καὶ σπεύδω νὰ σὰς συγχα-
ρῶ ἐκ μίσης καρδίας διὰ τὴν πιστὴν ἀξίωσιν πρωτοβουλί-
αν σας. Τὸ σπουδαῖο καὶ πολυσχιδὲς ἔργον τὸ ὁποῖον συντελεῖται
ἐν τῷ θεραπευτικῷ «Παπαγεωργίῳ» ἐπιβεβαιώνει κατὰ τρόπον
ἄριστον τὸν τίτλον τοῦ λαμπροῦ περιοδικοῦ σας. Ἡ σωστὴ ἀξι-
ωπρῆς καὶ ἐνθουσιᾶ λειτουργίας ἐνὸς Νοσοκομείου εἶναι πραγ-
ματικὸν χρέος ζωῆς.

Εὐχαριστῶν καὶ συγχαίρων ἐγκαρδίας διὰ μίαν ἀκόμη φο-
ρᾶν καὶ δεόμενος ὅλη καρδίᾳ τοῦ Σωτήρος ἡμῶν Ἰησοῦ Χριστοῦ
ὅπως ἐκτελεσθῇ εἰς τὴν ζωὴν καὶ τὰ ἔργα σας πλουσιωθῇ τὴν χάριν
καὶ τὸν φωτισμὸν τοῦ διατελοῦ

Ἡεὶ εὐχῶν καὶ εὐχῶν

Ο ΜΗΤΡΟΠΟΛΙΤΗΣ

† Ὁ Σεργίου καὶ Νικητοῦ Θεολόγος
† Ο ΣΕΡΓΙΩΝ ΚΑΙ ΝΙΚΗΤΗΣ ΘΕΟΛΟΓΟΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ
ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΠΡΟΣ

Τον Πρόεδρο του Διοικητικού

Συμβουλίου του Νοσοκομείου

«Παπαγεωργίου»

Κο Νικόλαο Παπαγεωργίου

Αγαπητέ Κύριε Πρόεδρε,

Σας ευχαριστώ θερμά για την αποστολή του εξαιρετικού σε ύλη και ποιότητα περιοδικού που εκδίδει το Γενικό Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», το οποίο αποτελεί βήμα συστηματικής πληροφόρησης, διαλόγου και αμφίδρομης επικοινωνίας του νοσοκομείου με την κοινωνία της Θεσσαλονίκης και της Μακεδονίας ευρύτερα.

Οι σελίδες του περιοδικού «ΧΡΕΟΣ ΖΩΗΣ» περιλαμβάνουν χρήσιμες πληροφορίες και βασικά στοιχεία προς τους πολίτες για τις υπηρεσίες υγείας που προσφέρει με τον τελειότερο τεχνολογικό εξοπλισμό και το κατάλληλο και εξειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του, ένα από τα σημαντικότερα κέντρα υγειονομικής περίθαλψης για τη χώρα μας.

Το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου αποτελεί μια ακόμη απόδειξη των αποτελεσμάτων που μπορεί να έχει η συνεργασία της Πολιτείας με την ιδιωτική πρωτοβουλία και η επιδίωξη εθελοντικής προσφοράς στον τόπο και τους συνανθρώπους μας.

Σας συγχαίρω για τις προσπάθειες που καταβάλλετε τις οποίες αναγνωρίζουμε και επικροτούμε.

Εύχομαι καλή επιτυχία στην ενδιαφέρουσα εκδοτική σας πρωτοβουλία και καλή δύναμη σε όλο το δημοσιογραφικό της επιτελείο.

Με εκτίμηση,

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΟΡΦΑΝΟΣ
Υφυπουργός Πολιτισμού
Αρμόδιος για θέματα Αθλητισμού

Προς τη Διοίκηση του ΓΝΠ

Προσωπικές μου εκτιμήσεις από την παραμονή μου στην Α΄ Μαιευτική-Γυναικολογική κλινική του νοσοκομείου σας.

Κατ' αρχήν επισημαίνω την υψηλή επιστημονική κατάρτιση του ιατρικού προσωπικού της κλινικής για την οποία υπήρχε και υπάρχει η φήμη, κάτι που διαπιστώνεις κατά τη διάρκεια της νοσηλείας σου.

Υπογραμμίζω επίσης την ανθρώπινη συμπεριφορά των γιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού που σ' αντιμετωπίζουν με ευγένεια και χαμόγελο από την αρχή της νοσηλείας με αποτέλεσμα να δημιουργείται ένα ζεστό και φιλικό περιβάλλον με ιδιαίτερες ψυχολογικές επιπτώσεις στις σοβαρές περιπτώσεις γυναικολογικών ασθενειών που χρειάζονται και ψυχολογική στήριξη. Επίσης ένα άλλο στοιχείο της κλινικής είναι η ενημέρωση των ασθενών σχετικά με την ασθένειά τους που γίνεται αναλυτικά και απλά καθώς και το είδος της θεραπείας που θα επακολουθήσει από τον θεράποντα γιατρό, ώστε ο ασθενής να ξέρει από τι ακριβώς πάσχει, που βρίσκεται και τι μπορεί να περιμένει στην πορεία.

Επίσης οι γιατροί έχουν σύμπνοια μεταξύ τους και συνεργάζονται στις δύσκολες περιπτώσεις, το αναφέρω αυτό από προσωπική εμπειρία μου.

Γενικά υπάρχει ένα φιλικό, κλίμα στην κλινική, έτσι που όταν φεύγεις δεν την ξεχνάς και όταν αργότερα χρειάζεται να την επισκεφθείς, αν προκύψει κάτι, επιστρέφεις για να συναντή-

σεις φίλους γιατρούς που σε δέχονται με χαμόγελο και σ' εξυπηρετούν σε ότι μπορούν.

Η μεταφορά της κλινικής από το κέντρο που ήταν, στο νοσοκομείο Παπαγεωργίου, μακριά δηλαδή από τα σπίτια μας πολλών, μας λύπησε. Παρόλη όμως την απόσταση, όταν προκύπτει θέμα σοβαρό, ερχόμαστε εδώ στους θεράποντες γιατρούς μας που με προθυμία και καλή διάθεση κάνουν πάλι ότι μπορούν για την ιασή μας. Νοιώθουμε ότι βρισκόμαστε σε ένα φιλικό περιβάλλον και αυτό εμένα μου τονώνει το ηθικό. Είμαι σίγουρη ότι αυτά τα αισθήματα που σας ανέφερα θα τα ζούνε και άλλοι ασθενείς όπως τα έζησα και εγώ. Γι' αυτό θα έλεγα ότι αγαπάμε το νοσοκομείο και αυτή η αγάπη θέλουμε να διαρκέσει σε βάθος χρόνου. Πιστεύω ότι η μεγάλη επιτυχία ενός νοσηλευτικού Ιδρύματος είναι βέβαια κατά πρώτον η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών αλλά επίσης και κυρίως ότι οι άνθρωποι που εργάζονται σε αυτό το ίδρυμα, σε όποια υπηρεσία του νοσοκομείου και αν βρίσκονται, είναι αυτοί που με την ευγένεια, το χαμόγελο και την ανθρωπιά τους θα μας κάνουν όλους εμάς τους ασθενείς που επισκεπτόμαστε αυτό το ίδρυμα, να το αγαπήσουμε, όπως ανέφερα παραπάνω, σε βάθος χρόνου.

Με εκτίμηση

Ευδοξία Βαφειάδου

Καθηγήτρια Φιλολογίας-συναξιούχος

Η γνώμη σας μετράει

Της Λιάνας Μιχαηλίδου

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' ωφελεία 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 αδυναμιών που εμφανίζονται.

Στη συνέχεια δημοσιεύονται τα αποτελέσματα της επεξεργασίας των ερωτηματολογίων που αφορούν στο δίμηνο 1/7 έως 31/8 2005, 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		Δεν απάντησε	
	35		19		1	
	64 %		34 %		2 %	
2. Η Εισαγωγή σας στο Νοσοκομείο ήταν:						
	Προγραμματισμένη		Επείγουσα		Δεν Απάντησε	
	21		31		3	
	38 %		56 %		6 %	
α) Για προγραμματισμένη εισαγωγή σε πόσο χρόνο πραγματοποιήθηκε;						
	< 1 Εβδομάδα	1-2 Εβδομάδες	2-3 Εβδομάδες	< 3-4 Εβδομάδες	> 1 Μήνα	Δεν Απάντησε
	11	6	3	2	2	31
	20 %	11 %	6 %	4 %	4 %	55 %
β) Για επείγουσα εισαγωγή ποιός ο χρόνος μεταφοράς;						
	15-30'	30-60'	> 60'		Δεν Απάντησε	
	10	4	12		29	
	18 %	7 %	22 %		53 %	
3. Για ποιό λόγο επιλέξατε το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου;						
	Φήμη Ιατρών	Εφημερία	Σύγχρονο	Άλλο	Δεν Απάντησε	
	22	21	7	2	3	
	40 %	38 %	13 %	4 %	5 %	

4. Πως χαρακτηρίζετε την κατάσταση του θαλάμου νοσηλείας σας;	Π.Καλή 28 51 %	Καλή 14 26 %	Μέτρια 8 14 %	Κακή 1 2 %	Π.Κακή 3 5 %	Δεν Απάντησε 1 2 %
5. Πως χαρακτηρίζετε την ποιότητα της διατροφής στην Κλινική;	Π.Καλή 12 22 %	Καλή 22 40 %	Μέτρια 11 20 %	Κακή 3 5 %	Π.Κακή 4 8 %	Δεν Απάντησε 3 5 %
6. Είστε ικανοποιημένος από την τήρηση κανόνων κοινής ησυχίας;	Πολύ Ικανοποιημένος 29 53 %	Ικανοποιημένος 20 36 %	Ουδέτερος 2 4 %	Δυσανεστημένος 1 2 %	Πολύ Δυσανεστημένος 2 3 %	Δεν Απάντησε 1 2 %
7. Ο χρόνος ενημέρωσης από τον γιατρό για το πρόβλημά σας, ήταν:	Επαρκής 41 74 %	Μη Ικανοποιητικός 6 11 %	Δεν ασχολήθηκε καθόλου 6 11 %		Δεν Απάντησε 2 4 %	
8. Πως κρίνετε τη συμπεριφορά του Ιατρικού Προσωπικού;	Π.Καλή 35 64 %	Καλή 9 16 %	Μέτρια 4 7 %	Κακή 5 9 %	Π.Κακή 1 2 %	Δεν Απάντησε 1 2 %
9. Πως κρίνετε τη συμπεριφορά του Νοσηλευτικού Προσωπικού;	Π.Καλή 39 71 %	Καλή 6 11 %	Μέτρια 5 9 %	Κακή 1 2 %	Π.Κακή 4 7 %	Δεν Απάντησε 0 0 %
10. Είστε Ικανοποιημένοι από την εξυπηρέτηση των Διοικητικών Υπηρεσιών;	Πολύ Ικανοποιημένος 16 29 %	Ικανοποιημένος 27 49 %	Ουδέτερος 3 5 %	Δυσανεστημένος 2 4 %	Πολύ Δυσανεστημένος 1 2 %	Δεν Απάντησε 6 11 %
11. Είστε ικανοποιημένος από την καθαριότητα των χώρων του Νοσοκομείου;	Πολύ Ικανοποιημένος 35 64 %	Ικανοποιημένος 14 26 %	Ουδέτερος 2 4 %	Δυσανεστημένος 1 1 %	Πολύ Δυσανεστημένος 2 4 %	Δεν Απάντησε 1 1 %
12. Όταν κάνατε χρήση των υπηρεσιών υγείας, αναζητήσατε ενημέρωση για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις σας;	Ναι 14 26 %	Όχι 19 34 %	Είχα εκ των προτέρων ενημέρωση 11 20 %		Δεν Απάντησε 11 20 %	
Αν σας δόθηκε ενημέρωση, τη βρήκατε:	Επαρκή 15 27 %		Μη Επαρκή 5 9 %		Δεν Απάντησε 35 64 %	
13. Συνολικά, είστε ικανοποιημένος από τις υπηρεσίες που σας παρασχέθηκαν;	Πολύ Ικανοποιημένος 26 47 %	Ικανοποιημένος 17 31 %	Ουδέτερος 5 9 %	Δυσανεστημένος 2 4 %	Πολύ Δυσανεστημένος 2 4 %	Δεν Απάντησε 3 5 %

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

1. Τι μέσο χρησιμοποιήθηκε για πρόσβαση στο Νοσοκομείο:						
I.X.	TAXI	ΛΕΩΦΟΡΕΙΟ	EKAB	Άλλο	Δεν Απάντησε	
48	10	3	0	0	2	
76 %	16 %	5 %	0 %	0 %	3 %	
2. Πόσος χρόνος χρειάστηκε για πρόσβαση στο Νοσοκομείο:						
0-15	15-30	> 30		Δεν Απάντησε		
23	12	25		3		
36 %	19 %	40 %		5 %		
3. Η Σήμανση στο Νοσοκομείο σας βοήθησε να βρείτε το Ε.Ι.;						
NAI	OXI		Δεν Απάντησε			
52	6		5			
82 %	10 %		8 %			
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	
13	9	3	12	19	7	
21 %	14 %	5 %	19 %	30 %	11 %	
5. Πόσο χρόνο σε λεπτά περιμένατε στην αίθουσα αναμονής για την εξέταση:						
0-15	15-30	30-60	> 1 Ώρα	Δεν Απάντησε		
7	10	13	29	4		
11 %	16 %	21 %	46 %	6 %		
6. Πως κρίνετε τη συμπεριφορά του Ιατρικού προσωπικού στα ΕΞ.Ιατρεία:						
Π.Καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή	Π.Κακή	Δεν Απάντησε	
27	19	9	3	2	3	
43 %	30 %	14 %	5 %	3 %	5 %	
7. Πως κρίνετε τη συμπεριφορά του Νοσηλευτικού προσωπικού στα ΕΞ.Ιατρεία:						
Π.Καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή	Π.Κακή	Δεν Απάντησε	
23	19	14	2	2	3	
37 %	30 %	22 %	3 %	3 %	5 %	
8. Πως κρίνετε τη συμπεριφορά του Διοικητικού προσωπικού στα ΕΞ.Ιατρεία:						
Π.Καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή	Π.Κακή	Δεν Απάντησε	
28	17	10	2	3	3	
44 %	27 %	16 %	3 %	5 %	5 %	
9. Ποια ήταν η διάρκεια (σε λεπτά) της εξέτασης;						
0-15	15-30	> 30		Δεν Απάντησε		
25	22	5		11		
40 %	35 %	8 %		7 %		
10. Είστε ικανοποιημένοι από την καθαριότητα στους χώρους αναμονής;						
Πολύ	Αρκετά	Μέτρια	Καθόλου	Δεν Απάντησε		
37	22	1	2	1		
59 %	35 %	1 %	4 %	1 %		
11. Είστε ικανοποιημένοι από την καθαριότητα στους χώρους εξέτασης;						
Πολύ	Αρκετά	Μέτρια	Καθόλου	Δεν Απάντησε		
36	21	4	0	2		
57 %	34 %	6 %	0 %	3 %		
12. Εμπιστεύεστε τις υπηρεσίες που παρέχει το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου για μια εξέταση;						
Πολύ	Αρκετά	Μέτρια	Καθόλου	Δεν Απάντησε		
27	24	6	4	2		
43 %	38 %	10 %	6 %	3 %		
13. Συνολικά, πόσο ευχαριστημένοι μένате από τις υπηρεσίες που σας παρασχέθηκαν;						
Πολύ	Αρκετά	Μέτρια	Καθόλου	Δεν Απάντησε		
24	21	11	5	2		
38 %	33 %	18 %	8 %	3 %		



ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ

ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ

Τα Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου λειτουργούν από 16/08/1999. Τα τηλέφωνα επικοινωνίας είναι **2310/693229** και **693231**.

Στο Νοσοκομείο σήμερα λειτουργούν τα παρακάτω Εξωτερικά Ιατρεία:

ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ	ΗΜΕΡΕΣ - ΩΡΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ
ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	
Αιματολογικό Εξωτερικό Ιατρείο	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη: 8.30-14.00 & Δευτέρα: 16.00-20.00
ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	
1. Εργαστήριο Αξονικού Τομογράφου	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή: 8.00-14.00 & 16.00-20.00
2. Εργαστήριο Μαγνητικού Τομογράφου	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή: 8.00-14.00 & 16.00-20.00
3. Εργαστήριο Μαστογράφου	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή: 9.00-13.00
4. Ε.Ι. Μέτρησης Οστικής Πυκνότητας	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή: 8.30-16.00
5. Εργαστήριο Υπερήχου	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή: 8.30-13.30
ΤΜΗΜΑ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	
Ε.Ι. Ακτινοθεραπείας	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή: 8.30-14.30 & Τετάρτη: 16.00-21.00
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟ	
Ε.Ι. Αναισθησιολογικού	Δευτέρα: 9.00-11.00 & Τετάρτη: 16.00-20.00
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	
1. Ε.Ι. Γαστρεντερολογικό	Δευτέρα, Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή: 8.30-12.30 & Τετάρτη: 16.00-20.00
2. Ε.Ι. Διαβητολογικό Α' Παθολογικής	Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη: 8.30-12.00
3. Ε.Ι. Διαβητικό Πόδι Α' Παθολογικής	Πέμπτη: 10.30-12.30
4. Ε.Ι. Δυσλιπιδαιμίας	Τετάρτη: 9.30-11.00
5. Ε.Ι. Ενδοκρινολογικό	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή: 8.30-13.30
6. Ενδοσκοπικό Εργαστήριο Α' Παθολογικής	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή: 9.00-13.30
7. Ε.Ι. Α' Παθολογικό	Δευτέρα: 8.30-13.30 & 16.00-20.00 , Τρίτη: 8.30-13.30 , Τετάρτη: 16.00-20.00
8. Ρευματολογικό Α' Παθολογικής	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή: 8.30-14.30 & Δευτέρα, Τετάρτη: 16.00-20.00
9. Ε.Ι. Υπέρτασης Α' Παθολογικής	Παρασκευή : 8.30-11.30
Α' ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	
1. Ε.Ι. Άνω Πεπτικού & Γενικής Χειρουργικής	Δευτέρα: 11.30-14.45 , Τρίτη: 8.30-11.30
2. Ε.Ι. Ενδοκρινών & Γενικής Χειρουργικής	Δευτέρα: 8.30-11.45 & Τετάρτη: 16.00-20.00
3. Ε.Ι. Κάτω Πεπτικού & Γενικής Χειρουργικής	Παρασκευή: 8.30-14.30 & Δευτέρα: 16.00-20.00
4. Ιατρείο Μαστού	Τετάρτη: 8.30-14.30 & 16.00-20.00
6. Ε.Ι. Πρωκτού & Γενικής Χειρουργικής	Τρίτη: 12.00-14.30

ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ	ΗΜΕΡΕΣ - ΩΡΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ
Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	
E.I. Α' Καρδιολογικής Καρδιολογικό	Δευτέρα, Τετάρτη: 8.30-14.00 , Τρίτη, Παρασκευή: 10.00-14.00 , Πέμπτη: 8.30-14.30 & Τετάρτη: 16.00-20.00
Β' ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	
E.I. Ορθοπαιδικό	Δευτέρα: 8.30-13.30 , Τρίτη, Τετάρτη, Παρασκευή: 8.30-13.00 , Πέμπτη : 8.30-9.30 & Δευτέρα, Τετάρτη : 16.00-20.00
Β' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	
1. E.I. Διαβητολογικό	Τρίτη: 8.00-11.30 , Τετάρτη: 10.00-13.00 , Πέμπτη: 8.00-11.00 & Τετάρτη: 16.00-20.00
2. E.I. Διαβητικό Πόδι	Παρασκευή: 11.00-13.00
3. E.I. Παθολογικό	Τετάρτη, Παρασκευή: 8.00-12.00 & Τετάρτη: 16.00-20.00
4. E.I. Υπέρτασης	Παρασκευή: 8.00-11.00 & Τετάρτη: 16.00-20.00
5. E.I. Πνευμονολογικό Β' Παθολογικής	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή: 8.00-13.30 Δευτέρα, Τετάρτη: 16.00-20.00
Β' ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	
E.I. Β' Χειρουργικής Γενικό	Δευτέρα, Τρίτη, Πέμπτη, Παρασκευή: 8.30-13.00 , Τετάρτη: 9.15-13.45 & Δευτέρα, Τετάρτη: 16.00-20.00
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ - ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	
1. E.I. Γυναικολογικό	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη: 8.30-12.30 , Παρασκευή: 9.00-10.30
2. E.I. Ενδοκρινολογικό Αδεν. & Κύησης	Παρασκευή: 9.00-10.36
3. E.I. Κολποσκόπησης - LASER	Δευτέρα, Τετάρτη: 9.30-12.30
4. E.I. Μαιευτικό	Δευτέρα Τρίτη, Τετάρτη: 9.30-12.15 , Πέμπτη: 9.00-12.15
5. E.I. Περιγεννητικής Ιατρικής	Παρασκευή: 9.00-10.30
6. E.I. Προληπτικός Έλεγχος Μαστού	Πέμπτη: 11.30-12.30
E.I. ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ ΕΙΔΙΚΑ	
1. E.I. Ανδρικής Γονιμότητας	Δευτέρα, Τετάρτη: 10.30-12.10
2. E.I. Γυναικ. Γονιμότητας	Τρίτη, Πέμπτη: 10.30-12.30
3. E.I. Εμμηνόπαυσης	Τρίτη, Τετάρτη: 9.30-10.30
4. E.I. Οικογενειακού Προγραμματισμού	Πέμπτη: 9.30-10.30
5. E.I. Καθ' έξιν Αποβολές	Δευτέρα: 9.30-10.30 , Τρίτη: 8.30-9.15
6. E.I. Γυναικολογικό Ογκολογικό	Τρίτη: 10.30-12.15
7. E.I. Γυναικολ. Ουρολογίας	Πέμπτη: 10.30-11.30
8. E.I. Ενδοσκ. Γυναικολ. Χειρουργικό	Δευτέρα: 8.30-10.30 , Τρίτη: 9.30-12.30
9. E.I. Λήψης Κολπικών Εκκρίματων	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη: 8.30-9.30
10. E.I. Κυήσεις Υψηλού Κινδύνου	Τετάρτη: 9.30-12.30
11. E.I. Παιδ.-Εφηβ. Γυναικολογίας	Δευτέρα: 10.30-12.30
12. E.I. Προληπτικής Εξέτασης Μαστών	Πέμπτη: 11.30-12.30
E.I. ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ	
E.I. Καρδιοθωρακοχειρουργικό	Τρίτη, Πέμπτη: 9.00-10.15 & Δευτέρα: 16.00-20.00
E.I. ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ	
1. E.I. Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων	Πέμπτη: 9.00-13.00
2. E.I. Άνοιας	Δευτέρα: 9.00-13.30
3. E.I. Κεφαλαλγίας	Τρίτη: 8.30-13.00
4. E.I. Νευρολογικό	Παρασκευή: 8.30-12.30 , Τετάρτη: 16.00-20.00
5. E.I. Νευροφυσιολογικό	Δευτέρα: 8.30-13.30 , Τετάρτη: 9.00-13.00 , Πέμπτη: 9.00-13.30

ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ	ΗΜΕΡΕΣ - ΩΡΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ
6. Ε.Ι. Πολλαπλής Σκλήρυνσης	Τρίτη: 8.30-13.30
Ε.Ι. ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ	
Ε.Ι.Νευροχειρουργικό	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή: 8.30-14.00 & Δευτέρα: 16.00-20.00
ΤΜΗΜΑ ΠΑΘΟΠΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΟ - ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΟ	
Κυτταρολογικό Εργαστήριο	Δευτέρα, Τετάρτη: 16.00-18.00
Ε.Ι. ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΠΑΙΔΩΝ	
Ε.Ι. Παν. Χειρουργικής Παίδων	Τρίτη, Πέμπτη: 8.30-12.00 & Τετάρτη: 17.00-20.00
Ε.Ι. ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓ. ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ	
Ε.Ι. Παθολ. Ογκολογίας	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη: 9.00-11.30 , Παρασκευή: 8.30-13.30
Ε.Ι. ΠΑΝΕΠΙΣΤ. ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ	
1. Ε.Ι. Ειδικό Άνω Άκρου	Τρίτη: 8.30-11.50
2. Ε.Ι. Παίδων Ορθοπαιδικό	Δευτέρα: 8.30-11.25
3. Ε.Ι. Ορθοπαιδικό	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Παρασκευή: 8.30-13.30 , Δευτέρα, Τετάρτη: 16.00-20.00
4. Ε.Ι. Σκολίωσης	Ανά 15ήμερο κάθε Πέμπτη: 8.30-10.00
5. Ε.Ι. Οστεοπόρωσης	Ανά 15ήμερο κάθε Πέμπτη: 8.30-11.20
Ε.Ι. ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗΣ ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ	
1. Ε.Ι. Σεξουαλικής & Αναπαραγωγής	Δευτέρα, Τετάρτη: 9.00-15.00
2. Ε.Ι. Γυναικολογικής Ουρολογίας	Δευτέρα, Πέμπτη: 9.00-14.30
3. Ε.Ι. Νευροουρολογικό	Παρασκευή: 8.00-15.00
4. Ε.Ι. Ουρολογικό	Δευτέρα, Τρίτη, Πέμπτη: 9.00-14.40 & Δευτέρα: 16.00-20.00
5. Ε.Ι. Ουρολογικής Ογκολογίας	Δευτέρα, Τετάρτη: 9.00-15.00
6. Ε.Ι. Παθήσεων Προστάτη	Τρίτη, Πέμπτη: 9.00-15.00
Ε.Ι. ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	
	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή: 7.45-14.00
Ε.Ι. ΠΑΝΕΠΙΣΤ. ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ	
Ε.Ι. Γενικό Οφθαλμολογικό	Δευτέρα, Τρίτη: 8.00-13.30 , Δευτέρα: 16.00-20.00
Ε.Ι. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤ. ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗΣ	
1. Ε.Ι.Αγγειογραφίες Παν. Οφθαλμολογικής	Τρίτη: 8.20-10.20 , Πέμπτη: 8.20-10.00
2. Ε.Ι. Οπτικά Πεδία	Δευτέρα, Τετάρτη: 8.00-9.20
ΕΙΔΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤ. ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗΣ	
1. Ε.Ι. Βυθού	Πέμπτη: 8.00-10.30
2. Ε.Ι. Γλαυκώματος	Τετάρτη: 8.00-13.30
3. Ε.Ι. Διαβήτη	Τρίτη, Παρασκευή: 8.00-10.30
4. Ε.Ι. Επανεξέταση Καταρράκτη	Δευτέρα, Τρίτη, Πέμπτη: 8.30-10.30
5. Ε.Ι. Κόγχου Κερατοειδούς	Πέμπτη: 11.30-13.30
6. Ε.Ι. Παιδιατρ. Στραβισμού Γεννητικής	Δευτέρα: 8.00-10.30
ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤ. ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗΣ	
1. Ε.Ι. YAG-LASER	Δευτέρα: 9.00-11.00
2. Ε.Ι. LASER	Δευτέρα, Τρίτη, Παρασκευή: 8.00-9.00

ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ	ΗΜΕΡΕΣ - ΩΡΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ
Ε.Ι. ΠΑΝΕΠΙΣΤ. ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ	
1. Ε.Ι. Παιδιατρικό Ανοσολογικό Β΄	Δευτέρα: 11.00-13.30 & Τετάρτη: 16.00-20.00
2. Ε.Ι. Παιδ. Γαστρεντερολ. & Διατροφής	Πέμπτη: 11.00-13.30
3. Ε.Ι. Παιδ. Διαβητολογικό Ενδοκρινολογικό	Τρίτη: 11.00-13.30
4. Ε.Ι. Παιδιατρικό Καρδιολογικό	Πέμπτη: 9.00-12.30
5. Ε.Ι. Παιδ. Προλ. Καρδιαγ. Νοσημάτων	Δευτέρα: 9.00-11.30
6. Ε.Ι. Παιδ. Κυστικής Ίνωσης	Τρίτη: 11.00-13.30
7. Ε.Ι. Παιδιατρικό	Δευτέρα: 8.30-9.30 , Τρίτη: 8.30-10.00 , Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή: 8.30-10.10 & Τετάρτη: 16.00-20.00
Ε.Ι. ΠΑΝΕΠΙΣΤ. ΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ	
1. Ε.Ι. Ογκολογικό Πλαστικής Χειρουργικής	Τρίτη, Πέμπτη: 8.30-13.30
2. Ε.Ι. Πλαστικής Χειρουργικής Χειρός	Τετάρτη: 11.00-13.30
3. Ε.Ι. Πλαστικής Χειρουργικής	Δευτέρα, Παρασκευή: 8.30-13.30
ΤΜΗΜΑ ΠΥΡΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ	
Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή: 8.00-15.00 & Δευτέρα, Τετάρτη: 15.00-19.00
Ε.Ι. ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ	
1. Ε.Ι. Α΄ Αγγειοχειρουργικής	Τρίτη, Πέμπτη: 8.30-13.35
2. Ε.Ι. Α΄ Χειρουργικής Μαστού	Παρασκευή: 8.30-12.00
3. Ε.Ι. Α΄ Χειρουργικής Ογκολογικό	Παρασκευή: 11.00-13.45
4. Ε.Ι. Α΄ Χειρουργικής Γενικό	Δευτέρα, Τετάρτη: 8.30-13.35
Ε.Ι. ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ	
Ε.Ι. Νεφρολογικό	Δευτέρα, Παρασκευή: 9.00-12.00 , Τρίτη: 9.00-12.30 , Τετάρτη: 9.00-13.00 , Πέμπτη: 10.00-12.30 & Δευτέρα: 16.00-20.00 , Τετάρτη: 17.00-20.00
ΤΟΜΕΑΣ Ε.Ι. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ	
1. Ε.Ι. Οδοντιατρικό	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή: 8.30-14.00
2. Χειρουργείο Εξωτερικών Ιατρείων	Τετάρτη: 8.30-14.30
Ε.Ι. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ	
1. Ε.Ι. Ψυχιατρικής	Δευτέρα: 9.00-12.30 , Τετάρτη, Παρασκευή: 8.30-12.30
2. Ε.Ι. Ψυχολογίας	Τετάρτη: 9.00-13.00
Ε.Ι. Ω.Ρ.Λ. ΚΛΙΝΙΚΗΣ	
1. Ε.Ι. Φωνής	Δευτέρα: 9.00-12.00
2. Ε.Ι. Ωτορινολαρυγγολογικό	Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή: 9.00-13.30

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	ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ	24ωρη ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ, 365 Ημέρες/Χρόνο
10	ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	8:00 - 21:00 5 Ημέρες/Εβδομάδα
11	ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ	7:30 - 15:00 5 Ημέρες/Εβδομάδα

Υγεία και Κοινωνική Φροντίδα

Η εθελοντική προσφορά υπηρεσιών στα πλαίσια της υγείας και της κοινωνικής φροντίδας, συνδέεται άμεσα πλέον και με την αντανάξη.

Χιλιάδες εθελοντές οργανώνουν ή αποκαθιστούν, προσφέρουν ένα μέρος από το χρόνο, τη γνώση και την εμπειρία τους, για να συμβάλουν άμεσα στην ανακούφιση μας, που βιώνεται σε δύσκολη ή μεταβατική κατάσταση υγείας.



Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης έχει αναπτύξει βασικούς μηχανισμούς και συνεργασίες με την Κοινωνική-Εθελοντική Παράνοση, με απώτερο στόχο τη δημιουργία ενός Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Αλληλεγγύης, όπου όλοι συμμετέχουν ισάμεσα.



Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
Αριστοτέλους 17, ΚΙ ΕΤ Αθήνα

Τηλ. 210 5272467 και 210 5272468, e-mail: info@ykyk.gov.gr



Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Έλα κι εσύ....



Εθελοντισμός είναι...

- ένα αντίθετο στην εγωσύνη, στην αιδιότητα και στην απολαγή
- η συμβολή όλων μας στη διαμόρφωση των συλλογικών δικαιωμάτων
- η ταχιστική ενός συλλογικού και διαμορφωμένου κοινωνικού και πολιτικού

Ο εθελοντισμός δεν αποτελείται αποκλειστικά από... τη συμπλήρωση, υποκατάσταση, τη χρήση...



Ευπαθείς κοινωνικές ομάδες που χρειάζονται τη στήριξη και συμπαράστασή μας...

- Άτομα με αναπηρίες και χρόνια νοσήματα (σωματικά, αισθητικά, ψυχικά, με διανοητική ή συναισθηματική αναπηρία, με αναπηρία της όρασης, κ.α.)
- Μικρομεσαίες Περιφέρειες
- Άτομα σε ηλικία
- Άστεγοι
- Παιδιά του δρόμου
- Κακοποιημένα παιδιά και γυναίκες
- Άτομα με ψυχοκοινωνικά προβλήματα και θρησκευτικές διακρίσεις (Εθνομεικτές, Παράνομοι, κ.α.)
- Μικρομεσαίες οικογένειες
- Άτομα σε μεταβατική κατάσταση
- Άτομα που μετακινούνται

... και είναι άλλες τεχνικές ομάδες που αν υπολάβουμε κοινά τους, θα μπορέσουμε να τους τους και θα ανταποκριθούμε τη ζωή με μεγάλη ευχαρίστηση.

Πώς μπορώ να γίνω εθελοντής;

- Με άμεση επικοινωνία με τις εθελοντικές οργανώσεις που δραστηριοποιούνται στο χώρο της υγείας και της κοινωνικής φροντίδας και χρησιμοποιούν εθελοντές (προσωπικά ή σε πιο μακροπρόθεσμα)
- Μέσω της Τοπικής Αυτοδιοίκησης και του Νοσοκομείου πληροφόρησης για εθελοντικό προγράμμα (σε συνεργασία με τα προγράμματα ΥΕΚΑ - Κοινωνικού Διαλόγου, κ.α.)
- Πόλημορφος για εθελοντική εργασία και ενημέρωση για τις θέσεις των εθελοντών και οργανώσεων και συνεργαζόμενα, οργανώνεται και από το Υπουργείο Κοινωνικής και Περιφερειακής Φύλαξης και Διακυβέρνησης ΥΥΚΑ (τηλ. αριθ. 210- 7222157)

Αρχές Εθελοντισμού

- Ο εθελοντισμός αφορά το κοινωνικό σύνολο, αλλά και τον ίδιο τον εθελοντή
- Ο εθελοντισμός είναι εθελοντική εργασία, κριση, όφελος, και αυτοκαθάρωση μας, χωρίς να είμαστε
- Ο εθελοντισμός είναι εθελοντική και εθελοντική προσωπική επιλογή
- Ο εθελοντισμός είναι ένας ενσυναίσθητος τρόπος συμμετοχής του πολίτη στα κοινά
- Οι εθελοντές δεν αποκαθιστούν το αποκαταλημένο προσωπικό και δεν αποτελούν απλή για τη θέση εργασίας του
- Ο εθελοντισμός εθελοντική εργασία και διαμορφωμένη, ενεργητική και με επίκεντρο τον άλλον
- Ο εθελοντισμός ανταποκρίνεται σε συλλογικούς δικαιωμάτων και εργαζόμαστε για αυτούς

Χρόνος υπάρχει πάντα!

Μόνο αν μου μάθεις, χρειάζομαι μόνο...

- 5 λεπτά για να δώσουμε αίμα
- 15 λεπτά για να διαβάσουμε ένα περιοδικό ή ένα τεύχος εφημερίδας
- 30 λεπτά για να συντονίσουμε ένα κατάστημα κοινωνικής και σπαστικής
- 1 ώρα για να διαβάσουμε την εθελοντική φιλία και να συζητήσουμε με τον εθελοντή
- Χρόνος που αν κάποιος μπορεί να αφιερώσει για εθελοντική δουλειά, είναι εθελοντική εργασία

Ποτέ δεν είναι λίγα σου... η αξία της προσφοράς σου, θα καταγραφεί από όλους...

Έλα κι εσύ....

- ... να ανταποκριθούμε μαζί στην πρόκληση
- ... να σταθούμε κοντά στους ανθρώπους που μας έχουν ανάγκη
- ... να γίνουμε συνοδοιπόροι ο ένας του άλλου και
- ... να φτιάξουμε μαζί μια κοινωνία που είναι η δική μας, συλλογική και εθελοντική.

με τη βοήθεια της Διαμορφωμένης... ο' ένα σύγχρονο αυτοκατασκευασμένο εργαλείο!



Εάν το τσιγάρο
είναι βάρος αήκωτο...
Ελάτε να σας
βοηθήσουμε!



ΙΑΤΡΕΙΟ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ

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